

厚生労働省がん対策推進協議会

第7回提案書ワーキンググループ

(2010年3月1日)

議事次第

1. 〔説明事項〕(14:00～14:15)
ワーキンググループによる提案書取りまとめの経過
2. 〔審議事項〕(14:15～17:00)
 - ①「平成23年度がん対策予算に向けた提案書」案の検討

〔案の概要説明(10分)〕
 - ・がん拠点病院制度の改正のパート(10分)
 - ・診療報酬の進捗のパート(10分)
 - ・分野横断的検討のパート(10分)
 - ・「平成23年度がん対策予算に向けた提案書」案の修正(120分)
 - ②その他(5分)

(日時・会場)

日時：2010年03月01日(月)14:00～17:00
会場：国立がんセンター 管理棟1階 特別会議室

●提案書取りまとめワーキンググループ ウェブサイト●

<http://www.gan-working.net>

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

がん対策推進協議会
提案書取りまとめワーキンググループ
2010年3月11日

がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会（以下、「協議会」）の提案書取りまとめワーキンググループ（以下、「WG」）においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度（以下、「拠点病院制度」）に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場からも、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこでWGにおいては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が●件あり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては●件、また、会場来訪者からの発言が●件あった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、WGは制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-25〕を推奨する。

「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-25〕

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
 - ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
 - ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
 - ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
 - ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
 - ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと
- など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）
 - ②グレードを複数分けすること（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
 - ③連携に関する評価を取り入れること
 - ④地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
 - ⑤指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
 - ⑥病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
 - ⑦県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること
- など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

.....

□現状の問題点と議論の方向について

多数の意見を踏まえ、WGは拠点病院制度の現状の問題点と改正の方向を、下記のように整理する。

●1.〔指定要件など〕

① 拠点病院の質：

拠点病院の外形基準を満たしていても、必ずしも質の高い臨床面での対応が実践されているとは限らない。質を高めるために指定要件を厳しくすることは重要であるが、それが全国一律に課せられると、地域においてがん診療に関して重要な役割を果たしている病院が指定を受けることができず、拠点病院の空白地域が生じる。一方で、拠点病院の指定を受けても、質を確保するためには病院側に人的資源、財政的資源が不足している。

○改正の方向

- ・外形より診療、連携、相談などの質の担保に視点を移していく。
- ・拠点病院が質の確保のために資源を投入できるように人的、財政的支援を強化する。

② 質の担保：

審査の基準が主に外形的な項目となっており、拠点病院の自己申告に基づくこともあり、必ずしも質が担保されていない。アウトカム指標や質的な評価尺度による評価や、外部の専門家による病院訪問（サイトビジット）などの考えが導入されていない。

○改正の方向

- ・実際の拠点病院の診療やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導人など、活動や質を客観的な立場から審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院別の患者満足度調査を定期的に行う

③ 患者のカバー率：

がん拠点病院が、どの程度地域のがん患者をカバーしているかについては十分に精査されていないため、正確に把握されていないが、地域によって2割～8割といった開きがあることが予想される。拠点病院のがん医療の質を高めても、カバー率が低い地域では、地域の医療機関との連携をよほど強化しない限り、拠点病院を利用する患者だけの範囲の質の担保にしかならない、また、拠点病院が患者受け入れのキャパシティを、急速に拡大できるわけではない。現行の制度において、地域における患者の面的カバー率が考慮されていない。

○改正の方向

・2次医療圏や都道府県ごとに、拠点病院／拠点病院との連携医療機関が地域のがん患者をどの程度カバーしているかを示すカバー率を都道府県が公表する。また、それを拠点病院の評価の要素とする。

④ 拠点病院の質とカバー率の背反：

拠点病院の質を早く高めるためには、指定要件を厳しくして拠点病院の数を厳選すれば良いという考えがある一方で、患者カバー率が下がることが危惧される。カバー率を高めることに重点をおくと、現状より質が低下する懸念がある。質とカバー率の両方を向上させる仕組みが明確となっていない。

○改正の方向

・拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

⑤ 地域特性への対応：

現在、2次医療圏を基本的な指定単位としているが、2次医療圏の人口は大きな開きがある。人口の少ない2次医療圏では、拠点病院として機能するのに十分な体制を整備する資源を確保することが困難であり、人口が多い2次医療圏では、拠点病院だけでは地域の患者の一部しかカバーできない。また、大都市圏、地方都市圏、へき地・離島圏それぞれにおいて、拠点病院に期待される機能が一部異なるが、現在の指定要件は基本的に1種類だけであり、地域特性が考慮されていない。

○改正の方向

・拠点病院の指定の要件に、2次医療圏の人口、地理的特性、がん患者数、医療機関の施設の規模などを勘案する。

・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる

⑥ “がん種特化型病院”への対応：

現在の拠点病院制度の指定要件においては、5大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）のすべてに関して、手術療法、化学療法、放射線療法のいずれもが実施可能な体制を有することを求めている。一方、消化器系がんや乳がんにはほぼ特化して大規模な診療を実施している医療機関も存在する。専門的な治療を推進していくためには、がん種ごとの集約化が必要である。一方で、診断から治療、緩和ケアまでを含む一連のがん診療に求められる包括的な機能は、そのような専門家された医療機関では整備しにくい。このような病院に関する位置づけの議論が十分に行われていない。

○改正の方向

- ・“がん種特化型病院”を制度化する方向で検討をする。その際、備えておくべき機能と連携機能を明確にする。
- ・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院 A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院 B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院 C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

●2.〔評価など〕

① 現状把握：

拠点病院が果たしているがん診療に関して、その領域、内容、活動量、質などについて現状の把握できていない。拠点病院が一致して共通のフォーマットで情報を共有し、日本のがん診療の現況と推移を「見える化」（可視化）できるようになっていない。そのため、拠点病院へのさらなる資源投入を提案する際の説得材料が不十分であり、ひいては、拠点病院制度に基づくがん医療が効果を発揮しているのか、どのようながん対策が有効なのかなどが、把握できない。

○改正の方向

- ・拠点病院を対象に、第三者的な組織によるサイトビジットを伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績のほか、組織運営、地域連携、医療の質・安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保する。
- ・ベンチマーキングセンターを設置し、安定的に運営する。
- ・拠点病院が、院内がん登録、地域がん登録、DPC データ、臨床指標データ、医療機能情報などの情報をベンチマーキングセンターに提供する仕組みを構築する。

② 制度の公平性：

拠点病院となることを希望する病院が複数ある場合、都道府県がいずれの病院を推薦するかの決定過程は必ずしも明確ではない。一方、拠点病院に指定されると、病院は一定のブランド力を得て患者がより集まる要因となりえる。また、拠点病院に対しては国の補助金や診療報酬上の評価などの優遇があるため、同じ2次医療圏でほぼ同等ながん診療を行っている病院があった場合でも、収益性が異なってくる。拠点病院への補助金の額は、病院の規模やがん患者数などによって区別がない。一方で、設置主体が独立行政法人ではない場合、都道府県が拠点病院に対して支払う補助金の2分の1が国庫補助される。そのため、拠点病院が受け取る補助額は、都道府県によって国庫補助基準額の5%程度から100%程度までの大きな格差が存在する。さらに、拠点病院に課せられた機能を十分に果たしていないところもあるが、それも優遇的な取り扱いの対象となっているのが現状である。

○改正の方向

- ・拠点病院の実際の活動量やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動量や質を第三者的な専門家が審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院資格の指定の認定および更新に関し、地域特性に応じた要素を拠点病院の評価に取り込む仕組みを導入する。

③ 面的な連携体制へのインセンティブの不足：

がん拠点病院には当該病院を受診する入院・外来患者への診断・治療などの医療サービスおよび相談サービスを提供するだけでなく、その2次医療圏全体のがん診療サービスの質の向上（均てん化）に寄与することが期待されている。拠点病院、拠点病院と連携する病院、がんのケアをする診療所、在宅緩和ケアにかかわる医療関係者などによる連携体制の構築を、拠点病院が牽引していくことも期待されている。しかし、現状では、拠点病院はもっぱらの病院の機能強化に力点をおく場合が多い。

○改正の方向

- ・拠点病院による2次医療圏の面的な均てん化努力を、評価する指標を策定する。
- ・医療法に基づき、2次医療圏におけるがんの医療機関の連携と、役割分担に関する施設名を記載した計画を策定して、地域全体の均てん化に対して取り組む。

④ いわゆる“がん難民”問題：

がん対策基本法の制定および、がん対策推進基本計画の策定にあたっては、いわゆる“がん難民”問題への対処を求める声に対応した側面が大きかった。すなわち、初期治療を終えたあと、進行がんや再発がんの患者で継続的な治療を受ける医療機関を見つけることが困難で、十分な治療やケアが受けられないといった状況にあるケースが多数存在していることが指摘されている。拠点病院は、病院の連携を進め、連携コーディネーターを育成す

るなど、“がん難民”問題を解消することが期待されているが、そうした動きは広まっていないのが実情である。

○改正の方向

- ・拠点病院が協力医療病院と連携して、がん患者の目線に立って治療・ケアを行うことを評価する仕組みを考える。
- ・地域連携クリティカルパスに基づいて、診断、治療、ケアが施されたがん患者数を公表する。

⑤ 経済的インセンティブ（補助金、診療報酬）：

拠点病院へのインセンティブは主に2つある。

設置主体が独立行政法人でない場合、拠点病院に指定されると国と都道府県から「がん診療連携病院機能強化事業」への補助金が交付されるが、求められる要件・機能に比べ、補助金の額が少ないとの指摘が多い。また、平成21年度の国庫補助基準額は、1病院当たり都道府県がん診療連携拠点病院が2800万円、地域がん診療連携拠点病院が2200万円である。独立行政法人に対する補助は100%であるが、それ以外には都道府県が策定する補助額を国と都道府県が2分の1ずつ折半することになるため、都道府県によって拠点病院が受けられる補助額は異なり、基準額の100%から5%程度までのばらつきがあるのが現状である。独立行政法人以外が設置する拠点病院に対しても、2分の1補助から10分の10補助への切り替えを望む声が多い。

また、診療報酬においては、拠点病院には「がん診療連携拠点病院加算」が適用される。すでにかんと診断されている患者を入院治療する病院に、患者一人あたり一回の加算が認められる。平成22年度診療報酬改定では、評価が引き上げられた。また、国の指定する拠点病院のみならず、都道府県が指定するいわゆる“準拠点病院”に対しても、評価ができるようになった。

拠点病院への診療報酬と補助金の役割が明確に理解されていない。診療報酬と補助金の役割分担については、拠点病院としての質の高い診療をするための恒常経費については、診療報酬が負担すべきであり、拠点病院としての機能を整備するための初期投資的な資金や、相談支援、がん登録など診療行為ではないが、拠点病院として必要不可欠な領域を担う人件費などについては補助金が分担すべきである、といった整理が必要である。

○改正の方向

- ・拠点病院別に、受けている経済的インセンティブと指定要件を満たすために付加的に実施するのに必要なコストとを比較し、ギャップの状況を調べる。
- ・拠点病院へのインセンティブが不足している場合、補助金および診療報酬を引き上げる。
- ・都道府県によって拠点病院への経済的インセンティブが異なることにならない仕組みを

作る。

●3. [制度の骨格など]

① 役割分担（集中と分散）：

医療従事者の不足と偏在によって、医療現場では、人的な医療資源の不足を訴える声が強い。都道府県内の医療資源をすべての拠点病院に均等に配置し、すべてのがんの種類、進行期などに対応できる機能を維持するといった方向は、全体の機能の希薄化を招き、その都道府県の全体最適化にはつながらない。都道府県内の患者動態と医療資源を洗い出し、その結果に基づき、がん診療体制の最適化の視点に立ち、関係団体、関係者が集まって、中期的な医療資源の配置計画を検討し、医療機関連携・役割分担に関する包括的な協定を締結し、その達成に向けて具体的な調整を進めていくという動きがほとんどなされていない。

○改正の方向

- ・都道府県、2次医療圏ごとに患者の動態と医療資源の配置を洗い出し、それに基づいて中期的な医療資源の配置計画を策定する。
- ・配置計画に基づいて貢献した医療機関に、インセンティブを加える仕組みを作る。

② 準拠点病院制度：

現在、拠点病院制度を補うため、●都道府県が独自にいわゆる「準拠点病院制度」を実施しており、77病院を指定している。都道府県によってその指定基準が異なり、補助金の有無や水準も異なる。地域特性に応じた制度という利点もある反面、患者・家族が混乱しないように一定の共通的説明なども必要である。なお、診療報酬においては「がん診療連携拠点病院加算」に関して、拠点病院のみならず準拠点病院もその対象となった。拠点病院に準拠点病院を加えることで患者カバー率が高まる利点があるが、必要な体制を備えていない病院がむやみに指定を受けることがないように注視していくことが必要である。

○改正の方向

- ・全国の準拠点病院制度の現況と指定要件、準拠点病院による診療の内容などを把握する。
- ・準拠点病院も含めた現況把握、第三者的組織による評価の仕組みと、準拠点病院も含めたインセンティブ体系を作る。

③ 制度の運営：

拠点病院制度の運営に関しては、5つの側面から議論が必要である（1）制度設計（2）評価・モニター（3）指定検討会の運営および事務（4）都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（5）都道府県がん診療連携協議会……である

(1) の制度設計に関しては、その分担が不明確であった。「がん診療連携拠点病院の指定にかかる検討会」（以下、指定検討会）は、主として指定要件による病院の指定の可否の判定を所掌していた。しかし、拠点病院制度そのものの基本設計や指定要件の大幅見直しに関する提言をする検討会ではなかった。この点については、厚生労働省がん対策推進室（以下、対策室）の役割であったと考えられる。対策室が制度設計をするにあたっては、協議会が設置された 2007 年 4 月（平成 20 年 7 月）以降は、協議会の意見を尊重すべきであり、協議会は拠点病院制度の制度設計を検討する役割を負うべきである。

(2) の評価・モニターに関しては、指定検討会が指定の可否を審査し、更新についても指定検討会が審査をしてきた。指定申請の書類は広範にわたっている。指定の審査は書面で行われ、一部ヒアリングが行われる。指定要件が外形的であるが、実施している医療行為の量と質あるいはアウトカムを測る必要がある。また、実態を把握するため、施設訪問（サイトビジット）の仕組みを取り入れ、書面審査から、医療の質に関する訪問審査を取り入れた実質審査へ移行するべきである。

(3) の指定検討会の運営および事務については、拠点病院の数も増えていることもあり、体制の強化が求められる。また、今後、拠点病院制度が改正・強化されるとさらに事務量が増えることが考えられる。

(4) 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化やすべてのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため設置されている。国立がんセンター総長が議長を務め、事務局は国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課に置かれている。全都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下、県拠点病院）が参加している。県拠点病院の均てん化のペースを上げるには、地域と現場ニーズの吸い上げ、議長・事務局と県拠点病院の双方向的な対話、県拠点病院のモチベーションアップ、各地の好事例などノウハウの交換などを強化する必要がある。また、患者関係委員などを含むがん対策推進協議会委員の陪席を得るなど、多様な立場の関係者とも十分に対話を行うことが重要である。

(5) 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（以下、整備指針）において、県拠点病院が、「都道府県がん診療連携協議会」（以下、拠点病院協議会）を設置することになっている。設置はされているものの活動の活発さと成果については、都道府県ごとに異なっているのが実情である。拠点病院協議会が主体となって、地域の診療体制の役割分担、計画的な医療資源の配分なども含めて、地域のがん診療計画の策定に積極的に関与することが期待される。拠点病院協議会において、患者委員が参画しているところとそうでないところに分かれている。がん対策は医療機関の努力だけでは推進できないことから、地域の患者関係者、県協議会などとの連携も図り、公開で開催したり、マスコミへの積極的な広報なども含め、開かれた運営に努めるべきである。

○改正の方向

- ・がん対策推進協議会が拠点病院制度の設計と評価に関与する。
- ・指定、更新にあたり、第三者的な組織による訪問審査を導入する。
- ・より精緻な運用のために、指定に関する検討会の事務を外部の団体に委託することも含めて、検討する。
- ・「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」の企画・運営にがん対策推進協議会が関与し、会議を広く公開し、内容を活性化する。
- ・「都道府県がん診療連携協議会」の活動内容について、毎年、活動報告集を作成するなどして、活動が活発で成果を上げている地域のノウハウが各地に広がるようにする。
- ・年に一度、現場ニーズと好事例（ベストプラクティス）を持ち寄る「拠点病院・全国大会」を開催するなどして、ノウハウ移転とモチベーションアップに資する。

④ 機能と役割の範囲：

現在の制度は、拠点病院に関しては、診療体制の整備と、緩和ケア、患者の相談・支援、院内がん登録の3点への取り組みに補助金が出ているかたちである。また県拠点病院には、研修などの取り組みにも補助金が出されている。拠点病院に求める機能と役割の拡大の議論はありえる。たとえば、普及啓発や研究に関しても役割とし、応分の補助をする仕組みを導入することも検討課題として考えられるが、こうした機能と役割の拡大については、検討がされていない。

○改正の方向

- ・がんの予防、早期発見、均てん化に関する普及啓発を実施することを拠点病院の業務に位置付け、それを実施する拠点病院には、それに対する補助金の仕組みを作る。
- ・数カ所程度の拠点病院において、がんの臨床研究や社会学的研究を行い、それに対する補助金の仕組みを作る。

⑤ 「予算」「診療報酬」「制度改革」の間の横断的検討：

拠点病院への補助金、診療報酬上の評価、それらの前提ともなる制度改革が体系的に戦略的に検討されていない。予算、診療報酬、制度改革によって、担当する部局や関連する部局が異なる。このため、政策変更がタイムリーでなく、効果が最大化されていない懸念がある。

○議論の方向

- ・協議会が、予算、診療報酬、制度改革を横断的にモニターする。
- ・制度改革にあたっては、拠点病院制度のあるべき姿について、厚生労働省内の関係部局、関係府省が横断的に議論する。

***参考資料**

「平成 23 年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策」(案) (特に、118～126 ページ)

**** 「平成 23 年度 がん対策に向けた提案書」内の関連施策 (番号は施策番号)
(太字は特に関連が強い施策)**

「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-25〕

「がん対策への PDCA (計画、実行、評価、改善) サイクルの導入」〔A-4〕

「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕

「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕

「ベンチマーキング (指標比較) センターによる標準治療の推進」〔A-35〕

「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕

「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕

「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕

「拠点病院機能強化予算の交付金化 (100%国予算)」〔A-39〕

「サバイバーシップ・ケアプラン (がん経験者ケア計画)」〔A-40〕

「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」〔A-43〕

「全国統一がん患者満足度調査」〔A-47〕

「がん医療の質の“見える化”」〔B-1〕

「がん医療の質の評価」〔B-2〕

「DPC データや臨床指標の開示」〔B-15〕

「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕

「地域連携とその他の連携」〔B-18〕

「がん診療体制の充実度に応じた評価」〔B-19〕

「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」〔B-20〕

「相談支援センターの充実」〔B-21〕

「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕

「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕

「地域・院内がん登録」〔B-24〕

「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的機関の設定 (ベンチマーキングセンター) の設置 (C-5)

がん対策（診療報酬）の現況

参考資料

がん領域における平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例
(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の「視点等」「方向」について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にかかわる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別1	放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する相談支援および情報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○		○	
	個別9	がんの早期発見(がん検診)	-	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等での対応)						
	個別10	がん研究	-	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等での対応)						
25	個別11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ腫			○	○		

各事項の内容については、5ページ以降を参照

(「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」より)

「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」について

平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、第 10 回がん対策推進協議会（2009 年 6 月）において、がん領域に関する診療報酬についての提言の必要性が指摘された。また、第 10 回社会保障審議会医療部会（2009 年 11 月）においては、「がん医療の推進」が平成 22 年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加えられ、がん対策推進協議会での議論との整合性を図るべきとの指摘があった。

これを受け、提案書取りまとめワーキンググループでは、「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」（以下、「診療報酬提案書」）を取りまとめた。診療報酬提案書は、第 11 回がん対策推進協議会（2009 年 12 月）において審議の上承認され、厚生労働大臣に提出された。診療報酬提案書では「検討事項例」として、がん領域に関する診療報酬改定について 26 本の推奨施策を提示した（付録 4-2「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」参照）。診療報酬提案書は、第 155 回中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）診療報酬基本問題小委員会（2009 年 12 月）にも提出され、同委員会において中医協事務局（厚生労働省保険局医療課）により提出された資料とあわせて、がん領域における診療報酬の議論が行われた。中医協における他の領域での議論もふまえ、2010 年 2 月に中医協は平成 22 年度診療報酬改定における改定項目案を厚生労働大臣に答申しており、2010 年 4 月より改定される予定である。

なお、診療報酬提案書における 26 本の推奨施策については、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、「参考例」として示したものである。以下は、この参考例に対する検討である。

2-2-2 診療報酬提案書における推奨施策の平成 22 年度診療報酬改定への反映状況

2-2-2-1 全体の反映状況

平成 22 年度診療報酬改定において、「がん医療の推進」は「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に位置付けられ、診療報酬提案書の推奨施策も含め、一定の項目において診療報酬上の評価がされている。

診療報酬提案書の推奨施策について、各分野の主な反映状況をみると、全体分野「がん対策全般にかかる事項／がん計画の進捗・評価」、個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」、個別分野 2「緩和ケア」、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和ケア）」、個別分野 5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク等）」、個別分野 7「がん登録」、個別分野 8「がんの予防（たばこ対策）」においては、平成 22 年度診療報酬改定において一定の反映があったと考えられる。その他の分野においては、反映されていないため、今後、「患者や現場、地域の声」を広く集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。

がん対策推進協議会による診療報酬提案書が厚生労働大臣に提出され、かつ中医協においても議論に関わる資料とされたことは、平成 19 年 4 月に発足したがん対策推進協議会において初めてであり、画期的なことである。患者関係者や医療提供者、有識者など、幅広いステーク

ホルダーから構成されるがん対策推進協議会の意見や、タウンミーティングやアンケートの声を広く集約した本提案書など、「患者や現場、地域の声」が診療報酬や医療政策決定プロセスに反映されることは、患者や家族の声、そして国民の視点に基づく医療の実現に向け、今後大きな役割を果たしていくものと考えられる。

長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを果たすうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的な使用と医療の質の向上が不可欠である。また、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には至っていないのが実情である。がん対策の進展のためには、がん医療に関する診療報酬による評価を今後も充実させることが不可欠である。

2-2-2 分野ごとの反映状況

2-2-2-1 がん対策全般にかかる事項／がん計画の進捗・評価

診療報酬提案書の推奨施策「がん医療の質の見える化」と「がん医療の質の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPC における「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）は、「がん地域連携」「地域がん登録」など 7 つの項目の総ポイント数（0～7 ポイント）で評価するものである。DPC によるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討されることが必要と考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。

2-2-2-2 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

診療報酬提案書の推奨施策「放射線療法の推進」のうち、「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。

推奨施策「化学療法とチーム医療の推進」のうち、「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「キャンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた点が挙げられる。「レジメン委員会による化学療法のプロトコル管理」については、「化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定」とされている「外来化学療法管理加算 1」の点数が引き上げられ、評価が充実されたと考えられる。

推奨施策「入院および外来化学療法の推進」については、「外来化学療法の推進」は平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来化学療法管理加算」1 と 2 の点数が引き上げられた点や、介護老人保健施設入所者に対して外来化学療法がおこなわれた場合、抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とした点が挙げられる。「外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置」は、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び 6 か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされており、患者に丁寧な説明を行うという観点からは、推奨施策が一定程度反映されたと考えられる。

推奨施策「がんにおける診療項目の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「病理標本作成料」において術中迅速細胞診が新設された点や、その注釈として遠隔病理診断（テレパソロジー）に関しても、「テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り」との算定要件のもとに認められた点が挙げられる。「手術療法の評価」については、外科系学会社会保険委員会連合会（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」をもとに検討された手術点数の引き上げや、先進医療専門家会議及び中医協診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会による検討を踏まえた新規手術の保険導入などが行われており、がん領域における手術療法が評価されたと考えられるが、その詳細については検証が必要である。

2-2-2-3 緩和ケア

診療報酬提案書の推奨施策「緩和ケア診療加算」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない、がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

推奨施策「緩和ケア研修修了者の配置」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準におい

て、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

なお、がんに対するリハビリテーションの評価として、「がん患者リハビリテーション料」が新設されている。がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価することを目的とするものとされている。算定要件として多職種共同によるリハビリテーション計画の作成などや、施設基準として一定の経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（うち 2 名）も定められており、がんの緩和ケアの充実に向けた取り組みとして評価される。

2-2-2-2-4 在宅医療（在宅緩和ケア）

診療報酬提案書の推奨施策「在宅医療の充実」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」は、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「在宅医療ネットワークの構築」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業者等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価として、「地域連携診療計画退院時指導料 1・2」や「地域連携診療計画退院計画加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「医療と介護の連携」について、「後期高齢者退院調整加算の見直し」は、平成 22 年度診療報酬改定では、名称が「急性期病棟等退院調整加算」に改められるとともに、対象年齢については後期高齢者への限定がなくなり、退院困難な要因を有する入院中の患者（65 歳以上の患者、又は 45 歳以上 65 歳未満の特定疾病〔がんでは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された場合〕の患者）へと変更された。「医療と介護の相互連携」は、平成 22 年度診療報酬改定では、一定程度反映されたと考えられる。例として、退院後に介護サービスの導入が見込まれる患者に対して、医療機関の看護師や薬剤師、理学療法士、社会福祉士などが、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、介護サービス等について共同して指導を行うこと目的とする「介護支援連携指導料」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「大規模診療所と医療従事者の育成」については、平成 22 年度診療報酬改定において反映されていない。在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワークの要となる専門的かつ大規模な診療所については、評価の充実にに向けて引き続き検討が必要である。

なお、在宅患者の看取りについて、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、医療機関に搬送された場合においても評価を行うこと（いわゆる「看取り料」の算定）が評価されている。例として、「訪問看護ターミナルケア療養費」、「在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算」において、「ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む」とされた点などが挙げられる。がん終末期における在宅医療は、患者の急速な病状の進行や全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担は大きく、現場の状況に対応した算定要件の柔軟化や評価の充実にに向けて、引き続き検討が必要である。

2-2-2-5 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

診療報酬提案書の推奨施策「DPC データや臨床指標の開示」「診療ガイドラインの推進」「セカンドオピニオンの推進」については、平成 22 年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実にに向けて引き続き検討が必要である。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策に記された「アウトカム指標」のあり方について、考え方の整理をしておくことが必要である。

2-2-2-6 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」や「薬薬連携」については、改定では反映されていないため、評価の充実にに向けて引き続き検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在のがん診療連携拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、がん診療連携拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

2-2-2-7 がん医療に関する相談支援および情報提供

診療報酬提案書の推奨施策「相談支援センターの充実」と「相談支援センターと患者団体の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び 6 カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-2-2-8 がん登録

診療報酬提案書の推奨施策「がん登録に関わる職員の配置」については、平成 22 年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員のみではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15 対 1 補助体制加算」「20 対 1 補助体制加算」が新設されている。がん医療に従事する医師の場合、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務もさることながら、がん登録に関わる事務も負担となっている場合があり、「医師事務作業補助体制加算」が負担軽減に寄与することも考えられる。

また、平成 22 年度診療報酬改定では、DPC において新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）には、「地域がん登録」など 7 つの項目が含まれており、地域がん登録の推進にむけた評価がなされたと考えられる。

しかし、実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-2-2-2-9 がんの予防（たばこ対策）

診療報酬提案書の推奨施策「たばこ依存への治療と禁煙対策」について、「ニコチン依存症管理料」は、平成 22 年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成 22 年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

2-2-2-2-10 がんの早期発見（がん検診）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

2-2-2-2-11 がん研究

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

2-2-2-2-12 疾病別対策

診療報酬提案書の推奨施策「小児がんと希少がん」については、平成 22 年度診療報酬改定においては、反映されていない。ただし、改定では、重点課題として「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」が掲げられており、小児入院医療管理料の加算など小児医療に関わる領域については、一定の評価がされていると考えられる。推奨施策「長期生存者のフォローアップ」については、反映されていない。評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

推奨施策「リンパ浮腫」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来での評価」は、「入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する」と改定された。ただし、「対象疾患と算定回数の拡大」については、反映されていないため、患者・家族の要望を集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

なお、疾病別対策として肝炎治療に関しては、「肝炎インターフェロン治療計画料」と「肝炎インターフェロン治療連携加算」が新設されている。前者については、施設基準として「専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること」「インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること」「肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること」が定められており、肝炎から肝がんへの進行を予防することを目的としたインターフェロン治療が、副作用に対する不安などにより断念されることがないように、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定されるものである。

1-1 全体テーマ① がん対策全般かかる事項

1-1-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。「がん対策基本法の改正」〔C-1〕や「医療法の改正」〔C-2〕により、がん対策全般や各分野において必要と考えられる制度改正を網羅、検討することともに、「がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告」〔C-3〕や「内閣府にがん対策連携推進室を設置」〔C-4〕により、国のがん対策の全体像についての「見える化」（可視化）と、省庁横断的ながん対策を行うに当たっての基盤整備を行う。

「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」〔A-1〕と「都道府県がん対策実施計画推進基金」〔A-3〕により、都道府県がん対策を推進するにあたっての財政的な裏付けを確保し、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」〔A-2〕と「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」により、都道府県がん対策推進計画の実効性の担保とブラッシュアップを図る。また、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」〔A-5〕と「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」〔A-6〕により、患者と医療従事者、行政などが一体となって、がん全般にわたる普及啓発を広く行うとともに、「小学生向け資料の全国民への配布」〔A-7〕と「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、学校教育の場からがん全般にわたる普及啓発を広く行う。そして、がん医療全般の質の評価を進めるために、診療報酬において「がん医療の質の評価」〔B-1〕を行う。

なお、本分野は全体分野2「がん計画の進捗・評価」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化」（可視化）と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

1-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

1-2-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。「患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化」〔C-6〕により、協議会が都道府県がん対策推進計画の実効性を評価、改善する制度を整えるとともに、「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」〔A-10〕により、協議会が主導して計画の実効性を確保していく。

計画を評価するにあたっては、「がん診療連携拠点病院の進捗評価を行う公的第三者機関（ベ

ベンチマーキングセンター)の設置」により、拠点病院のがん医療の質を評価する基盤を整備し、あわせて「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕や「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕を進め、指標の開発とその指標に沿った評価ができる体制の構築を進めるとともに、診療報酬においても「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕により、指標を収集・分析するベンチマーキングセンターを評価する。

なお、本分野は全体分野 1「がん対策全般にかかる事項」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化」(可視化)と質の評価、そして PDCA (計画、実行、評価、改善) サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

2-1 分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

2-1-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医療法の改正(がん治療に関わる専門医の標榜診療科の検討)」〔C-7〕、「医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)」〔C-9〕、「薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)」〔C-10〕、「医学物理士法(仮称)の制定」〔C-11〕などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成 22 年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のための eラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成 24 年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療

従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」[B-4]による化学療法に関わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」[B-3]、「化学療法とチーム医療の推進」[B-4]、「入院および外来化学療法の推進」[B-5]、「がんにおける診療項目の評価」[B-6]を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適応外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「薬事法の改正（国内未承認薬の早期承認）」[C-13]、「高度医療の改正（国内未承認薬、適応拡大等の早期承認）」[C-14]など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、早期承認に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」[A-19]、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」[A-20]を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適応外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適応外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適応外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

2-2 緩和ケア

2-2-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。緩和ケアに関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の標榜診療科の検討）」[C-15]、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」[C-16]、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」[C-17]、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」[C-18]、「医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」[C-20]による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」[A-27]を行うことも必要である。これらにより、緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適

正な使用の促進)」の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）」〔A-22〕、「緩和ケア外来の充実」〔A-28〕により、緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成 24 年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野 5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくる。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の施策が関連してくる。

2-3 在宅医療（在宅緩和ケア）

2-3-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-22〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-21〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-23〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」〔A-30〕、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在

在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」〔A-31〕、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」〔A-32〕により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」〔A-34〕を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」〔A-33〕を行う。

「在宅医療の充実」〔B-11〕、「大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成」〔B-14〕により、医療者や家族にとっても負担の大きい在宅緩和ケアや看取りに関わる、在宅療養支援診療所や医療者に対して診療報酬にて評価を行うとともに、「在宅医療ネットワークの構築」〔B-12〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕により、病院と診療所などの医療資源と、介護資源とのシームレスな連携を促進する。

なお、在宅緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野 2「緩和ケア」が、在宅緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野 5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくると思われる。

2-4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

2-4-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。「診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置」〔C-24〕により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕により、疾患の治療のみならず、患者のQOLにも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」〔B-17〕により、標準治療の推進を図る。

また、診療ガイドラインの作成とあわせて、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」〔A-35〕、「DPC データや臨床指標の開示」〔B-15〕により、医療の質を「見える化（可視化）」することで、あわせて標準治療の推進を図る。なお、標準治療の推進を図るにあたっては、全体分野 2「がん計画の進捗・評価」の施策、ガイドラインを策定するにあたってのエビデンスの確立にあたっては、個別分野 10「がん研究」の施策が、密接に関連してくると思われる。

2-5 医療機関の整備等（がん診療ネットワーク）

2-5-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を、一層充実、強化するために、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-25〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野 2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野 11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-70〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

2-6 がん医療に関する相談支援と情報提供

2-6-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。がん患者が経済的に不安なく治療を受けられるためには、「長期の化学療法に対する助成」〔A-53〕と「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」〔A-46〕を実施して患者の経済的負担の軽減を図るとともに、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」〔A-52〕と「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」〔A-51〕により、患者の利便性を高める。また、「がん患者の就労・雇用支援」〔C-26〕により、患者の就労問題を法制度面で支援する。

患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充を図るために、「がん相談全国コールセンターの設置」〔A-44〕による全国規模での対応や、「地域統括相談支援センターの設置」〔A-48〕による

既存の相談支援センターの弱点を補う県単位のセンターを設置するとともに、相談支援センターのネットワーク化も進める。診療報酬「相談支援センターの充実」〔B-21〕による医療機関へのインセンティブ付与を進めるとともに、「がん患者必携の製作および配布」〔A-45〕による情報提供の充実を図る。また、患者を支える医療資源としての患者支援団体と、医療機関の連携体制を整備するために、「がん患者連携協議会（仮称）の設置」〔C-27〕により、患者支援団体による支援体制を制度面で担保するとともに、予算措置では「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」〔A-49〕、診療報酬では「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕を行う。

なお、がん患者の経済的・社会的な支援の観点からは、個別分野 5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」や、個別分野 10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-66〕、「がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-67〕などの施策と、密接な関連がある。（* ←この 3.5 行は取ってもいいような？）

2-7 がん登録

2-7-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。法制面での対応の不足が、がん登録を推進するにあたっての大きな障壁となっている現状から、「がん登録法（仮称）の制定」〔C-28〕や「個人情報保護体制の整備と個人情報保護法の改正（がん登録の推進）」〔C-29〕による法制度面での検討が不可欠であり、「がん登録法制化に向けた啓発活動」〔A-55〕とあわせて進めていくことが必要である。これに加え、「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」〔A-54〕により、都道府県での地域がん登録の促進を図るとともに、診療報酬では「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕により、がん登録に関わる職員の医療機関への配置を促進し、「地域・院内がん登録」〔B-24〕により、がん登録を進める医療機関へのインセンティブの付与を図る。

2-8 がんの予防（たばこ対策）

2-8-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-56〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」〔A-57〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-58〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8・再掲〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。

2-9 がんの早期発見（がん検診）

2-9-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-30〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-59〕や「保険者負担によるがん検診のモデル事業」〔A-60〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-61〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対する助成」〔A-64〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-62〕や「長期的な地域がん検診モデル事業」〔A-63〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野 1「がん対策全般にかかる事項」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。

2-10 がん研究

2-10-4 分野内の横断的検討

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-24〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各癌種ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-68〕や「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-69〕など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別研究費」〔A-65〕、「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-66〕、

「がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-67〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、個別分野 1「放射線療法および化学療法 of 推進と医療従事者の育成」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「薬事法の改正（国内未承認薬等の早期承認）」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野 11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-72〕と、密接な関連がある。

2-11 疾病別（がんの種類別）の対策

本分野の施策を推進していくには、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」〔C-36〕により、対策の拠点となる基盤整備を行うとともに、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-72〕による重点対策と、「小児がんと希少がん」〔B-27〕による診療報酬での裏付けを行う。長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」〔C-37〕により、小児がん長期生存者の治療に伴う経済的な負担の軽減を行い、「長期生存者のフォローアップ」〔B-28〕により、診療報酬での対応も行う。疾病別の対策としては、子宮頸がんに対する「予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）」〔C-35〕と「子宮頸がん撲滅事業」〔A-71〕、また、がんの種類別の医療資源の調査と構築を目的として、「疾病別医療資源の再構築プロジェクト」〔A-70〕を行う。

なお、長期生存者の支援については、個別分野 6「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野 10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-66〕などが、密接な関係がある。

2010年2月17日厚生労働省がん対策推進協議会提案書とりまとめワーキンググループ資料「推奨施策（制度）について」に対する意見

委員 内田健夫

「推奨施策（制度）について」ならびに「平成23年度がん対策に向けた提案書（案）」に共通する事項について述べる。

全体としては総花的な感が否めず、真にがん対策推進のために必要なものに焦点を絞って提案すべきと考える。

また、提案書案には、タウンミーティングで寄せられたさまざまな意見が掲載されているが、そのなかに行政の意見が散見される。そもそもタウンミーティングの趣旨は、今後の行政施策に市民や医療関係者の声を反映させるためのものと理解しているが、この点に違和感を禁じ得ない。

個別の事項に関する意見については、以下のとおりである。（頁数等は「推奨施策（制度）について」のものを指す）

■ 2頁「(1)がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置（ベンチマーキングセンター）の設置」について

→がん診療連携拠点病院は、本来文字通り「連携」機能をいかに評価するかということが論点になると思うが、医療資源が二次医療圏ごとに異なることは自明の事実であり、地域の状況を反映した評価手法の開発に力点を置くべきである。

また、公的第三者機関を設置することより、現行の厚生労働省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」の機能強化を図るべきであり、新たな第三者機関の設置はダブルスタンダードの発生を招くおそれがある。

■ 3頁「(1)医療法の改正（がん治療に関わる専門医の標榜診療科の検討）」について

→日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、全国がんセンター協議会が連携して、日本がん治療認定医機構を発足させ、がん治療の認定医制を2006年に発足させているが、現時点では「認定医」であり「専門医」には至っていない。

医療法上広告可能なのは、「専門医」であり、がんの診療の従事する医師のみを特例的に扱うことは公正性を欠くことになる。

さらに、一気にこれを医療法上の「標榜診療科」に連動させることは、「民

主導で行っている専門医の養成に、「官」が必要以上に介入するおそれもあり賛成できない。

■ 3頁「(2) 医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」について

→小児科のがん、婦人科のがんをはじめ、臓器別に多種多様のがんが存在しているなかで、これらをどのように「専門医」と認定していくかという議論を関係学会で十分に議論することが必要と思われる。

また、「法律」（医師法）で「がん治療専門医」制度を設けることについては、行政（厚労省）による医師の管理・支配（過重な研修義務、報告義務等）を招くことが危惧される。

さらに、将来的に診療科目による医師資格の制限につながらないか等、懸念される事項が多く、安易に記載すべき事項ではないと考える。

* 4頁「(2) 医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」
についても同様）

■ 3頁「(3) 保健師助産師看護師法の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」について

→チーム医療の包括的指示のなかで、医師の判断・指示のもと、個々の看護職員の能力に応じて運用していくことが妥当と考える。

資格の二重化は、あらたな業務範囲規定等を生み、かえって全国各地の看護師の業務に支障を来すおそれがあるため、この記述は削除すべきである。

* 3頁「(4) 薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」

4頁「(3) 保健師助産師看護師法の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」

5頁「(4) 薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」

6頁「(2) 保健師助産師看護師法の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」

についても同様である。

■ 4頁「(5) 医学物理士法（仮称）の制定」について

→新たな国家資格の導入については、特定の職種のみを先行して論じるのではなく、どの職種を国家資格とすべきか、あるいは既存の資格との整合など、全体的、多角的な検討のなかで慎重に見極める必要がある。

■ 5頁「(5) 麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適切な使用の促進）」
について

→麻薬及び向精神薬取締法において、「医療用麻薬」と「非医療用麻薬」との区別が明確にされていないことで、「適切な使用が阻害されている」とあるが、どのような弊害があるのかを具体的に示すべきである。医療者以外にも理解できる表現の工夫が必要である。

■ 5頁「(6) 医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改定」について

→広告可能な事項については、緩和ケア研修会修了者に関するものに特化せず、真に患者にとって必要な情報が何かを検討したうえで、ミスリードとならないよう慎重な対応が必要と考える。

■ 6頁「(1)医療法の改正（大規模在宅療養支援診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」について

→「大規模な在宅療養支援診療所」とあるが、医療提供は地域の実情や特性に応じてさまざまな形が容認されるべきであり、緩和ケアについても同様に捉えるべきである。

■ 6頁「(3)介護保険法の改正」について

→要介護認定には概ね1ヶ月かかっているのが実情であり、その間に患者の容態が変化するため、認定機関の短縮を求める趣旨は理解できる。しかし、期間短縮については、「がん」以外の難病等についても同様であり、全体として進めることが必要である。また、これらについては、法改正マターの問題ではないと考える。

■ 7頁「(1)がん登録法（仮称）の制定」、8頁「(2)個人情報保護法の改正（がん登録の推進）」について

→がん登録を推進することについては異論ない。ただし、住基ネット法案をはじめ、住民基本台帳の改正には慎重論が多く、住民基本台帳法のどの条文と抵触するのか明確にし、誤解を与えないよう配慮すべきである。

■ 8頁「(2)健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取扱い）」について

→「喫煙者と非喫煙者とで保険料のインセンティブまたはペナルティーを導入する」とあるが、社会保障の根幹としての公的医療保険の理念として、あたかも民間保険のような差別を設けることには賛成できない。

* 9頁「(2) 健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者に関する保険料

の取り扱い)」についても同様

なお、診療報酬については、タウンミーティング等で出された各種の意見が示されているが、がん診療に限った話ではなく、すべての診療行為に対してコスト（医療の再生産費用を含む）を反映した、説明可能な体系を構築することが最大の課題であることを強調すべきである。

以上

WG意見書

本田麻由美

【1】ドラッグラグ解消に関して（分野1と10）

P67の（7）抗がん剤の審査プロセスの迅速化

（8）抗がん剤の**適応拡大**（適用拡大ではなく）の審査プロセスの見直し

P71の（7）薬事法改正（国内未承認薬等の早期承認）

についての理解について、現状の認識を共有する必要があるかと思えます。書き手がどのような認識で書かれたのか分からないので、文面を直すことができませんでした。

例えば、P71（7）の3行目の「早期承認に向けての承認プロセス…」とは何をさしているのか？承認審査の迅速化を言っているのであれば、現在課題となっているのは異なってきたのではないかと感じます。

そこで、現状分析と必要な施策を書きだしました。

● ドラッグラグ解消にはどうすればいいか

<ラグの中身分析>

- 1) 1990年代後半は、米国に比べて、開発着手が2年くらい遅れて始まり、臨床試験期間が1年半くらい長く、承認審査にかかる期間が半年くらい余計にかかっていた。2009年現在は縮まってきている。
- 2) 承認時期が遅れるドラッグラグの中身を分析すると、審査期間の差よりも申請ラグ（米国申請から国内申請までの期間）が大きな原因になっている（小野俊介・東大教授）。
- 3) 要するに、承認審査が遅いから新薬が手に入らないというより、国内での新薬開発の遅れ（＝承認申請提出までに時間がかかっている、治験着手が遅い）が主原因。

<必要な対策>

- 4) そのため、ドラッグラグ解消には、国内の臨床研究システムのインフラ整備が急務。中でも、臨床研究を支援する体制や多施設共同研究の中核機能を担うデータセンターなどの整備も必要。すでに、国際治験を行うグローバル企業は、臨床試験拠点を中国、インド、ロシア、南米などに移行しており、第1、第2層の臨床研究も一部のシステムが整備された国・施設に限定し始めている。日本はそうした施設に指定されておらず、置き去りにされ、日本国民の健康の安全保障が損なわれる恐れがでてきている。
→分野10がん研究（制度）で対応
- 5) また、臨床試験に携わる人材育成が必要。同時に、臨床試験に携わる医師をきちんと評価する等のインセンティブを検討する必要がある。
→分野10がん研究（制度）で対応

- 6) さらに、治験届け審査をスムーズにするとともに開発（治験）に着手しやすくするよう、PMDAの事前相談体制の拡充も必要。そのためには、PMDAの人員のさらなる増加が重要（ただし、行革法による独立行政法人の人員削減方針に反するので、その担保が必要）。

→分野1化学療法の推進（制度）で対応

- 7) ただし、臨床試験（治験）を推進するとともに、治験条件に合わずに参加できない患者にも使用の機会を提供する仕組み（コンパッションネートユースの制度）を作っておく必要がある。

→分野10がん研究（制度）で対応

- 8) ただ、もちろん承認審査の迅速化も課題の一つに違いない。なぜ遅いのかについては、私の理解ではPMDAの人員が少ない（FDAの4分の1以下）、特に生物統計家と各疾患領域の専門医が不足しているため、優先審査に指定されなければ棚晒しにされてしまうことがある。増やす必要があるだろう（ただし、行革法による独立行政法人の人員削減方針に反するので、その担保が必要）。

→分野1化学療法の推進（制度）で対応

- 9) 一方、適応拡大のための承認の遅れは、新薬承認の遅れと背景事情が異なる。薬事法を改正して疾患と薬剤の1対1承認の仕組みを根本的に変えるか、2課長通知の厳正実施を要望するか、制度での対応はこのWGではどう求めるか？このWGはどちらの方向を推奨するのか議論のいるところ。

→分野10がん研究（制度）で対応

- 10) 米国の「コンペンディア方式」のような適応外の薬剤を保険診療下で使いやすくするための仕組みを設けるか、55年通知の厳正実施を診療報酬支払基金に求めているか。実際、支払基金は2007年9月に47品目、2009年9月に33品目を臨床試験なしに適応拡大（保険適用）しています。この件については、前者も後者も推奨したいところでは。

→分野1化学療法の推進で対応、ただし前者は（制度）、後者は（診療報酬）

- 11) また、臨床試験と保険診療の兼ね合いの問題も、臨床試験（治験以外の医師主導治験など）が進まない要因の一つ。療担規則の「研究的保険診療の禁止」を見直すべきか。研究的診療と保険診療の混合診療を合法的に認める「高度医療評価制度」のハードルが高いため、一定の条件下のものについてはハードルを下げるべきか。医療者の間では後者の意見が多いが、このWGではどう考えるのか議論のいるところ。

→分野10がん研究で対応、ただし前者は（診療報酬制度）、後者は（制度）

と考えます。私としては、7)と10)は制度として創設するべきだと思います。また、11)についてはアンケート等医療者からの声が多い項目でした。

以上

「平成 23 年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策」

(案)

【目次】

I はじめに

1 本提案書とワーキンググループについて

- 1-1 本提案書の位置づけ
- 1-2 予算の現状に対する問題意識
- 1-3 診療報酬の現状に対する問題意識
- 1-4 制度の現状に対する問題意識

2 がん対策の現況

2-1 がん対策(予算)の現況

2-1-1 がん予算の概況および推移

2-1-2 国の予算

2-1-2-1 国の予算の概算要求と予算案の変化

2-1-2-2 国の予算の項目別使用率(消化率)

2-1-3 都道府県の予算

2-1-3-1 予算額の水準

2-1-3-2 大きな都道府県格差

2-1-3-3 ハード偏重

2-1-3-4 国庫補助金の活用状況

2-1-3-5 都道府県単独事業

2-1-3-6 好事例と創意工夫の兆し

2-1-3-7 都道府県別がん検診費用

2-1-4 昨年度提案書の平成 22 年度予算への反映状況

2-1-4-1 全体の反映状況

2-1-4-2 分野ごとの反映状況

2-1-4-2-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項

2-1-4-2-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

2-1-4-2-3 分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

2-1-4-2-4 分野 2 緩和ケア

2-1-4-2-5 分野 3 在宅医療(在宅緩和ケア)

2-1-4-2-6 分野 4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)

2-1-4-2-7 分野 5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)

2-1-4-2-8 分野 6 がん医療に関する相談支援と情報提供

2-1-4-2-9 分野 7 がん登録

2-1-4-2-10 分野 8 がんの予防(たばこ対策)

2-1-4-2-11 分野 9 がんの早期発見(がん検診)

2-1-4-2-12 分野 10 がん研究

- 2-1-4-2-13 分野 11 疾病別(がんの種類別)の対策
- 2-2 がん対策(診療報酬)の現況
- 2-3 がん対策(制度)の現況
- 2-4 予算・診療報酬・制度の総括表
- 3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要
 - 3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート
 - 3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート
 - 3-3 タウンミーティング
 - 3-4 アンケート結果
 - 3-5 タウンミーティングでの回答
 - 3-6 考察
- 4 実施すべき改革(提案の骨子)

II 提案

- 1 がん対策の総論
 - 1-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項
 - 1-1-1 推奨施策
 - 1-1-1-1 推奨施策(予算)
 - 1-1-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 1-1-1-3 推奨施策(制度)
 - 1-1-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 1-1-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 1-1-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 1-1-2-1 意見の要約(問題点)
 - 1-1-2-2 意見の要約(改善案)
 - 1-1-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 1-1-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 1-1-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 1-1-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 1-1-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 1-1-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 1-1-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 1-1-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 1-1-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
 - 1-1-4 分野内の横断的検討
 - 1-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

1-2-1 推奨施策

1-2-1-1 推奨施策(予算)

1-2-1-2 推奨施策(診療報酬)

1-2-1-3 推奨施策(制度)

1-2-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況

1-2-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況

1-2-2 意見の要約(問題点と改善点)

1-2-2-1 意見の要約(問題点)

1-2-2-2 意見の要約(改善案)

1-2-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)

1-2-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)

1-2-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)

1-2-3 寄せられたご意見(コメント)から

1-2-3-1 寄せられたご意見から(問題点)

1-2-3-2 寄せられたご意見から(改善案)

1-2-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)

1-2-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)

1-2-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)

1-2-4 分野内の横断的検討

2 分野別施策

2-1 分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

2-1-1 推奨施策

2-1-1-1 推奨施策(予算)

2-1-1-2 推奨施策(診療報酬)

2-1-1-3 推奨施策(制度)

2-1-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況

2-1-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況

2-1-2 意見の要約(問題点と改善点)

2-1-2-1 意見の要約(問題点)

2-1-2-2 意見の要約(改善案)

2-1-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)

2-1-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)

2-1-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)

2-1-3 寄せられたご意見(コメント)から

2-1-3-1 寄せられたご意見から(問題点)

- 2-1-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-1-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-1-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-1-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-1-4 分野内の横断的検討
- 2-2 分野 2 緩和ケア
 - 2-2-1 推奨施策
 - 2-2-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-2-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-2-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-2-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-2-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-2-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-2-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-2-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-2-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-2-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-2-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-2-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-2-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-2-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-2-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-2-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-2-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
 - 2-2-4 分野内の横断的検討
- 2-3 分野 3 在宅医療(在宅緩和ケア)
 - 2-3-1 推奨施策
 - 2-3-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-3-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-3-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-3-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-3-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-3-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-3-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-3-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-3-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)

- 2-3-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
- 2-3-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
- 2-3-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-3-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-3-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-3-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-3-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-3-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-3-4 分野内の横断的検討
- 2-4 分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
 - 2-4-1 推奨施策
 - 2-4-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-4-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-4-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-4-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-4-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-4-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-4-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-4-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-4-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-4-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-4-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-4-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-4-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-4-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-4-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-4-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-4-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
 - 2-4-4 分野内の横断的検討
- 2-5 分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
 - 2-5-1 推奨施策
 - 2-5-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-5-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-5-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-5-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-5-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況

- 2-5-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-5-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-5-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-5-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-5-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-5-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
- 2-5-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-5-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-5-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-5-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-5-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-5-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-5-4 分野内の横断的検討
- 2-6 分野 6 がん医療に関する相談支援と情報提供
 - 2-6-1 推奨施策
 - 2-6-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-6-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-6-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-6-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-6-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-6-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-6-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-6-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-6-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-6-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-6-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-6-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-6-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-6-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-6-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-6-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
 - 2-6-4 分野内の横断的検討
- 2-7 分野 7 がん登録
 - 2-7-1 推奨施策
 - 2-7-1-1 推奨施策(予算)

- 2-7-1-2 推奨施策(診療報酬)
- 2-7-1-3 推奨施策(制度)
- 2-7-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
- 2-7-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
- 2-7-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-7-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-7-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-7-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-7-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-7-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
- 2-7-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-7-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-7-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-7-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-7-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-7-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-7-4 分野内の横断的検討
- 2-8 分野 8 がんの予防(たばこ対策)
 - 2-8-1 推奨施策
 - 2-8-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-8-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-8-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-8-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-8-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-8-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-8-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-8-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-8-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-8-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-8-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-8-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-8-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-8-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-8-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-8-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-8-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)

- 2-8-4 分野内の横断的検討
- 2-9 分野 9 がんの早期発見(がん検診)
 - 2-9-1 推奨施策
 - 2-9-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-9-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-9-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-9-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-9-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-9-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-9-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-9-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-9-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-9-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-9-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-9-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-9-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-9-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-9-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-9-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-9-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-9-4 分野内の横断的検討
- 2-10 分野 10 がん研究
 - 2-10-1 推奨施策
 - 2-10-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-10-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-10-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-10-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-10-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-10-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-10-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-10-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-10-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-10-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-10-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-10-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-10-3-1 寄せられたご意見から(問題点)

- 2-10-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-10-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-10-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-10-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
- 2-10-4 分野内の横断的検討
- 2-11 分野 11 疾病別(がんの種類別)の対策
 - 2-11-1 推奨施策
 - 2-11-1-1 推奨施策(予算)
 - 2-11-1-2 推奨施策(診療報酬)
 - 2-11-1-3 推奨施策(制度)
 - 2-11-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況
 - 2-11-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況
 - 2-11-2 意見の要約(問題点と改善点)
 - 2-11-2-1 意見の要約(問題点)
 - 2-11-2-2 意見の要約(改善案)
 - 2-11-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)
 - 2-11-2-2-2 意見の要約(診療報酬の改善案)
 - 2-11-2-2-3 意見の要約(制度の改善案)
 - 2-11-3 寄せられたご意見(コメント)から
 - 2-11-3-1 寄せられたご意見から(問題点)
 - 2-11-3-2 寄せられたご意見から(改善案)
 - 2-11-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)
 - 2-11-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)
 - 2-11-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)
 - 2-11-4 分野内の横断的検討
- 3 推奨施策の解説
 - 3-1 予算の推奨施策の解説
 - 3-2 診療報酬の推奨施策の解説
 - 3-3 制度の推奨施策の解説
 - 3-4 全体の横断的な検討
- 4 付録
 - 4-1 図示して説明する 9 本の施策
 - 4-2 平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について
 - 4-3 拠点病院提案書
 - 4-4 その他 参考書類
 - 4-4-1 タウンミーティング概要

4-4-2 提案書とりまとめワーキンググループ第1～5回会議議事概要

4-4-3 提案書とりまとめワーキンググループ第6～7回会議 議事録

「平成 23 年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」

【要旨】

がん対策推進協議会
提案書取りまとめ担当ワーキンググループ
2010 年 3 月 11 日

◆提案の骨子◆

1. がん対策の変革を

- (1) がん対策の現状：資源投入が不十分である、投入量を増やす必要がある。
- (2) 政策立案決定プロセスに関して：「患者」「現場」「地域」との対話により、必要で有効な対策を、優先順位に留意しつつ進める必要がある。
- (3) 「予算」「診療報酬」「制度改革」の横断的検討に関して：3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

2. 「予算」「診療報酬」「制度」の3側面から、139 施策を推奨する

- (1) がん対策「予算」に関して：72本の推奨施策を提案する
- (2) がん対策「診療報酬」に関して：29本の推奨施策を提案する
- (3) がん対策「制度改革」に関して：37本の推奨施策を提案する

3. 重点施策に入れるべき施策

- (1) 9本の予算措置
重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を、図示と共に示す。
- (2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正について
がん診療連携拠点病院制度の改革の方向を示し、制度改革を行った上での強化を求める。

● 本提案書について

がん対策推進協議会の提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（以下、WG）では、「患者」「現場」「地域」の声を集めて、提案書を取りまとめた。

全国6カ所でタウンミーティングを開催することで、579人の来場者があり430人から約2000件のがん対策に関する意見・提案を得た。また、都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケートによって、520人から約5000件の意見・提案を集めた。合計では約1000人から約7000件の意見・提案の集約となった。14人のWGメンバーがそれを分析するかたち

で、136本の施策にまとめた。WGは7回の会議で20時間以上の審議を行った。また、メーリングリストを作成して意見を交換し、意見シートによる集約は10数回におよんだ。

5カ年のがん対策推進基本計画（平成18～23年度）の3年が過ぎ、平成22年度は4年目に当たるが、患者、医療現場、地域では、がん対策が大きく進展したという実感がないのが現状である。「死亡の削減」と「苦痛の除去」という基本計画の2つの目標を実現するため、より有効な対策をより強力で打っていく必要がある。

2008（平成20）年度の提案書は、2009年3月19日に当時の舛添要一厚生労働大臣に提出された。09年6月24日のがん対策推進協議会において、舛添大臣（当時）はこれを高く評価して次のように述べた。「私が非常にこれを高く評価いたしておりますのは、これから政府というか霞が関というか予算編成というか、これを変えていくというときに、やっぱり現場の声が一番大切ですから、そういう形で現場の皆さんがまとめられたものを予算編成していくという非常に画期的なものだというふうに思っておりますので、ぜひこういう取組みを今後ともお続けいただきたいと思っております」。

2009年12月2日のがん対策推進協議会に出席した長妻昭厚労大臣も、次のように、患者や現場からの意見集約の重要性を指摘し、政策への反映への意向を示した。「有志による予算編成の取り組みやタウンミーティングなどを通じて、医療というのは専門家同士が話し合うものではなくて、何よりも受け手側のご意見を聞いていく。あるいはデリケートなかゆいところに手が届くような看護や対応というのは、やはり医療を受ける側がよくよく感じておられることでもあります。そういう日々の感情、お考えというのもぜひここでご議論いただいて、我々も政策の中に入れていきます」。

09（平成21）年度の提案書は、昨年度と比べて飛躍的に多くの数の意見を集約したうえで、審議にもより多くの時間をかけて取りまとめた。

1. がん対策の変革を

(1) がん対策の現状

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者520人）では、がん予算に関して、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。診療報酬について「十分である9%」、「十分でない90%」であった。制度の整備については、「十分である20%」、「十分でない80%」であった。がん対策への資源投入が不足しており、対策が弱いというのがほぼ共通認識であった。タウンミーティングにおける回答（430人）でもほぼ同様の結果が得られた。

(2) 政策立案決定プロセスに関して

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者 520 人）では、がん予算の決定プロセスに関して、「満足である」12%、「満足でない87%」であった。診療報酬の決定プロセスについて「満足である11%」「満足でない88%」であった。制度の決定プロセスについては、「満足である20%」「満足でない79%」であった。がん対策の政策決定プロセスが不透明で、患者、現場、地域の声が届いていないという認識が一般的であると考えられる。平成22年度予算策定においては、厚生労働省健康局が都道府県ニーズの面談ヒアリングを行うという変化があったが、全体としては、都道府県など地域と国の連携はまだ不十分である。

(3) 「予算」「診療報酬」「制度改革」の横断的検討に関して

都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートとタウンミーティングご意見収集からのがん対策に関する●件の意見があったが、「(国のがん対策) 予算」「(がん診療の) 診療報酬」「(がん対策に関連する) 制度の改正」のいずれのテーマに対しても、●件を超える意見があった。がん対策を進めるには、「予算」「診療報酬」「制度改革」にわたって横断的に考える必要がある。たとえば、がんを診療する医療機関のネットワーク整備に関しても、制度の改正を行い、構造転換のために政府予算を投入し、同時に恒常的なインセンティブのために診療報酬で評価を行うといった、横断的で横串を通した政策パッケージが必要である。

2. 「予算」「診療報酬」「制度」の3側面からの130施策を推奨する

(1) がん対策「予算」に関して

昨年度に引き続き、72本の施策を提案する。平成22年度予算案に採用されたものが一部あったことは評価できる。しかし、それはごく一部にとどまっており、推奨施策の採用をさらに進める必要がある。なお、3-(1)にあるように、72本から9セットの重点推奨施策パッケージについて図示を行って詳説した。

平成22年度がん対策予算総額は増加したが、分野別に見えると増額となったのは主にがん検診の分野であり、医療機関、医療者育成、緩和ケアなどの分野は減額となっており、高く評価をすることはできない。また、計上した予算が都道府県やがん診療連携拠点病院などによって活用されずに残る不用が依然として発生しているのは、国と都道府県等の予算のミスマッチが解消されていないことを示している。70本のがん予算推奨策とは別に、全体のがん対策予算について、それぞれの予算や事業が成果を出しているか、目的に有効に働いているかなどを、点検することも必要である。

(2) がん対策「診療報酬」に関して

29本の推奨施策を提案する。がん医療に関しては、質の高いがん診療、均てん化を進め

る活動、連携の強化など、促進を目指している行為にインセンティブが十分ではなく、がん診療に関する診療報酬の評価を、より充実させることが必要である。また、医療従事者の育成に関して、十分なインセンティブをつけていくことが重要である。

平成 22 年度（2010 年度）診療報酬改定においては、がん対策推進協議会が 2009 年 12 月 4 日に提出した提案書により推奨した施策 26 本のうち、実現した施策が一部ある。中央社会保険医療協議会（中医協）においてがん対策推進協議会の提案を参照に議論があったことは進歩である。

ただし、積み残された課題も多く、引き続き平成 24 年度の次期改定において取り組みを進めるべきである。また、次期改定期は診療報酬と介護報酬の同時改定となるので、医療と介護の両面に関係するがん診療領域に関して、特に整理を進めるよい機会となる。なお、均てん化と標準治療の推進への加点、未承認薬等の早期承認などにより、有効性と効率性の向上、無駄の削減に努めることも必要である。さらに、保険料や税の負担増と給付の関係について、広く国民の議論とコンセンサスを経たうえで明確化することも重要である。

(3) がん対策「制度改革」に関して

37 本の推奨施策を提案する。アンケートやタウンミーティングから得たがん医療の問題点を解決するためには、多くの点で諸制度の改正や新規制定が必要である。がん領域の問題点に関係する法律・政令・通達・規則などを総合的に洗い出し、必要な改正を行うべきである。制度改革が予算化や診療報酬上の評価の前提となる場合もある。また、制度改革なしでは、予算化や診療報酬上の対応をしても効果が薄い場合も考えられる。たとえば、地域がん登録に関しては、がん登録法の制定により新たに全国統一の地域がん登録を実施するなどの取り組みが求められる。

3. 重点施策に入れるべき施策

(1) 9 本の予算措置

都道府県がん対策推進協議会等委員とがん患者関係者に、昨年度提案書にある 70 本の施策に関して優先度を尋ねて上位になった施策と、取りまとめワーキンググループ委員の意見を合わせ、合計 9 本の施策セットに関して優先度が高いとして、特に図示による詳細な説明を添えて推奨した。

- 施策① 緩和ケアを担う病棟の拡充事業
- 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業
- 施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業
- 施策④ 副作用に対する支持療法のガイドライン策定普及事業
- 施策⑤ 全国・地域がん登録集計活用事業
- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ がん総合相談事業

施策⑧ がん患者満足度調査事業

施策⑨ サバイバーシップ事業

(2) がん拠点病院制度の抜本的改正の検討について

がん診療連携拠点病院制度に関しては、これまでは現行の制度が一定の役割を果たしてきたものの、がん診療の均てん化と、切れ目ないがん医療の面的展開という、目指している方向に必ずしも有効に働いていない側面がある。アンケートやタウンミーティングでも意見が多かったテーマであり、制度の大幅な見直しを行うことを推奨する。

.....

○付表

・施策（予算・診療報酬・制度）提案シート一覧

分野	分野	施策	A 予算	施策	B 診療報酬	施策	C 制度
全体1	がん対策全般にかかわる事項	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	がん対策白書(仮称)の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理			C-6	患者関係委員会を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発				
1	放射線療法および化学療法への医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の標準診療科の検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士法(仮称)の制定
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	薬事法の改正(国内未承認薬等の早期承認)
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	高度医療の改正(国内未承認薬、適応拡大等の早期承認)
		A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-15	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の標準診療科の検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-16	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
2	緩和ケア	A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-17	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-18	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-19	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-20	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和ケア外来の充実				
		A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-21	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-22	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-23	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
		A-35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-24	診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	A-37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策	A 予算	施策	B 診療報酬	施策	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-25	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実に応じた評価		
		A-40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発				
		A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-26	がん患者の就労・雇用支援
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-27	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート				
		A-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大				
		A-53	長期の化学療法に対する助成				
		7	がん登録	A-54	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置
A-55	がん登録法制化に向けた啓発活動			B-24	地域・院内がん登録	C-29	個人情報保護体制の整備と個人情報保護法の改正(がん登録の推進)
8	がんの予防(たばこ対策)	A-56	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-57	喫煙率減少活動への支援のモデル事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-58	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-59	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-60	保険者負担によるがん検診のモデル事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-61	がん検診促進のための普及啓発				
		A-62	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-63	長期的な地域がん検診モデル事業				
		A-64	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-65	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-66	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-67	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-68	各癌種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-69	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-70	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
11	疾病別対策	A-71	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-72	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

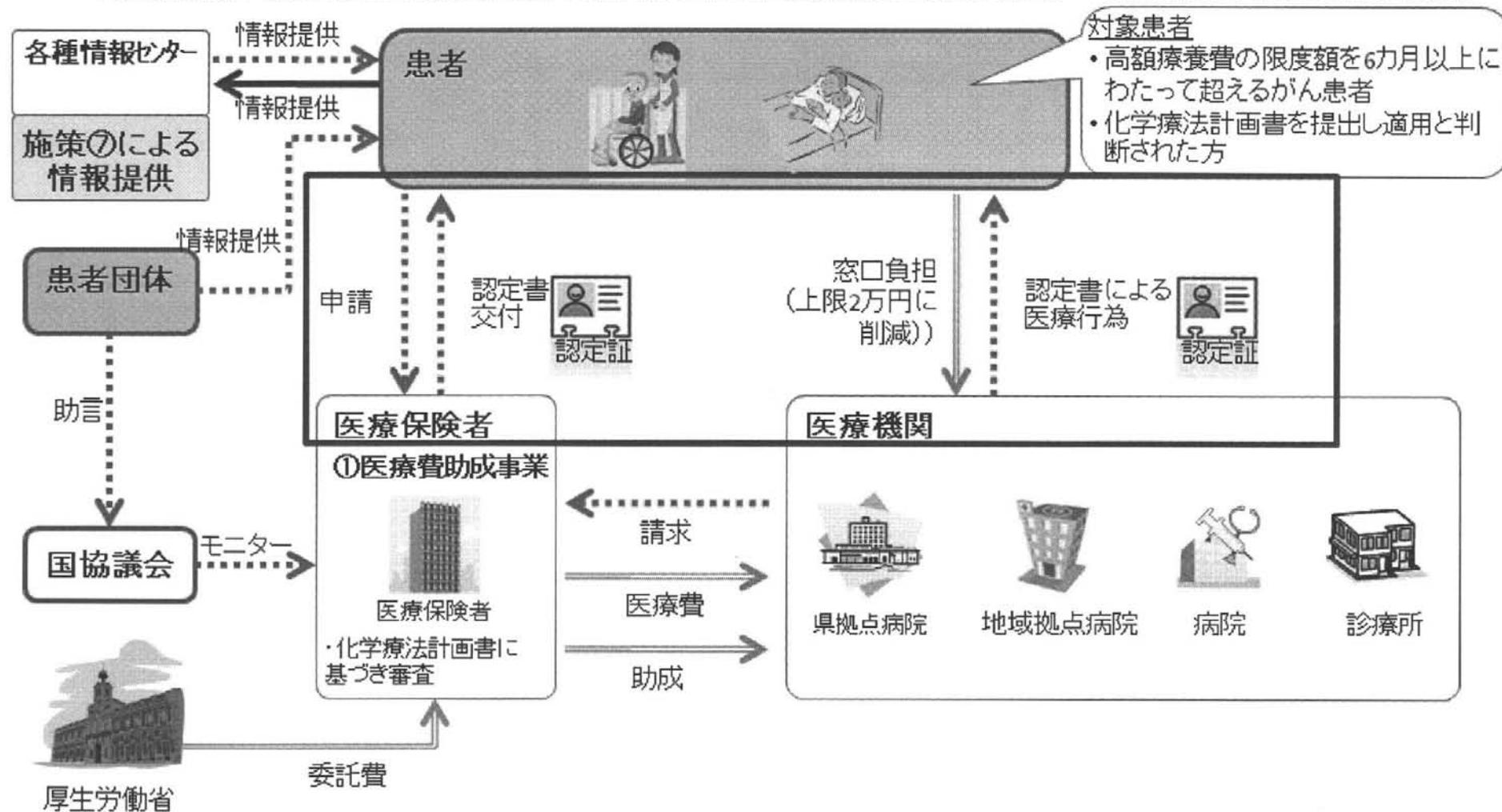
注) 施策A-19については、昨年度施策案10-1に訂正を加えた内容。
 施策A-20については、昨年度施策案10-5に訂正を加えた内容。
 施策A-28については、本年度新規に盛り込んだ。
 昨年度施策通番53(7-3)については、本年度提案リストには繰り込まない。
 施策A-68については、本年度新規に盛り込んだ。
 施策A-69については、本年度新規に盛り込んだ。

○付属資料

- ・特に図示して推奨する施策（9 施策）

施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額の限度額を6カ月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神的にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



関連施策:

施策番号50: 長期の化学療法に対する助成

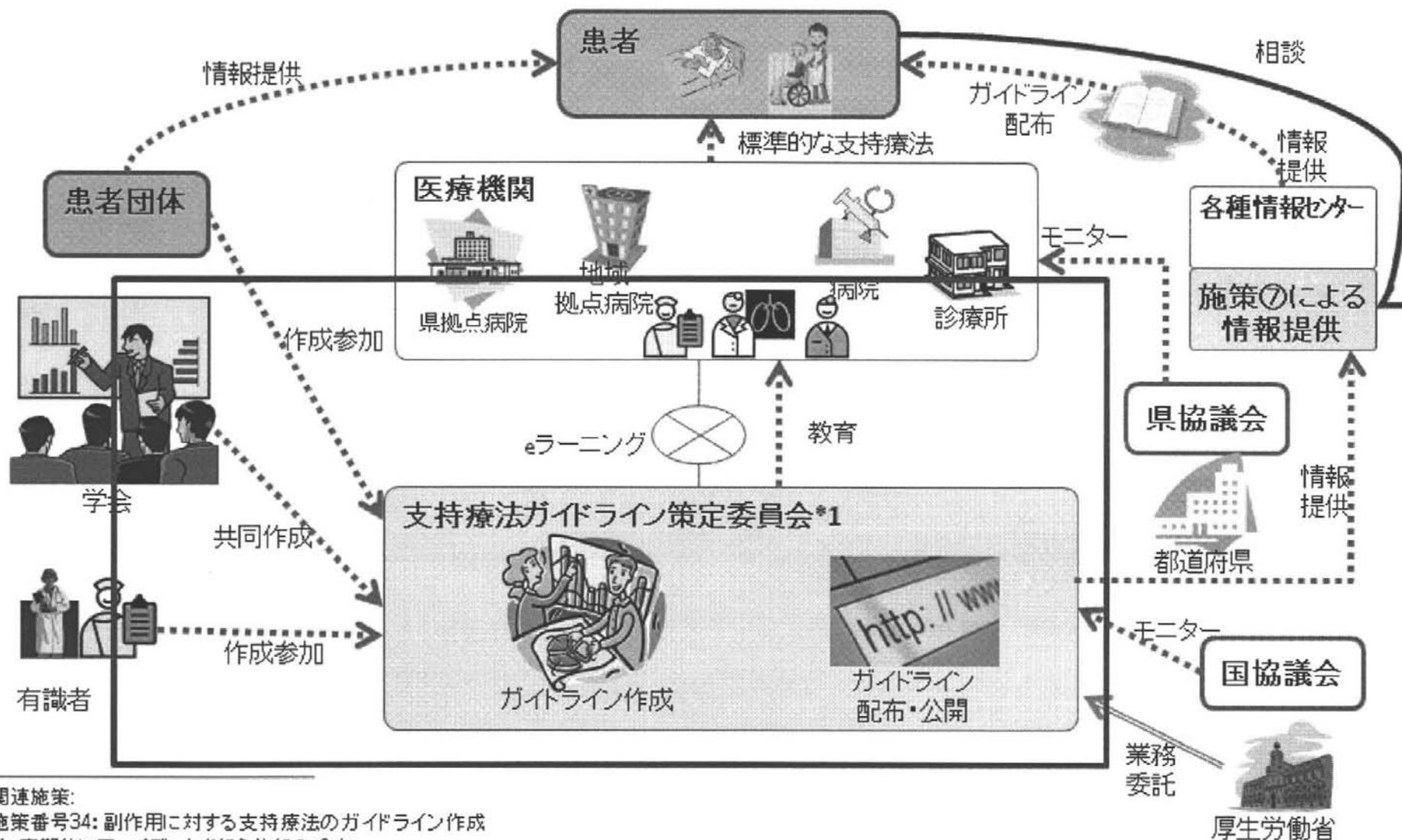
施策番号49: 高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大

施策番号43: 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成

施策番号48: 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

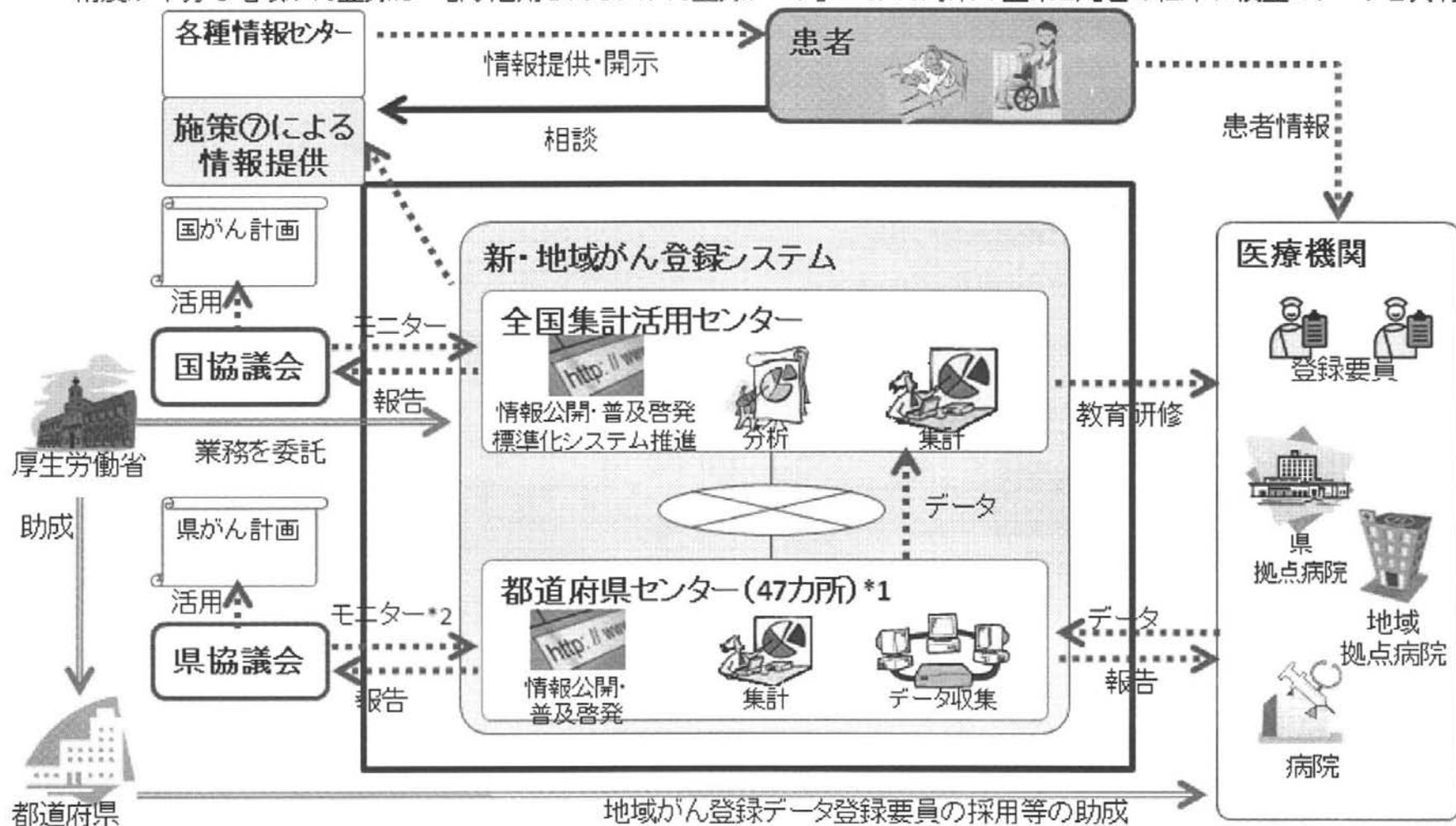
- ・ 専門家に患者関係者が加わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



関連施策:
 施策番号34: 副作用に対する支持療法のガイドライン作成
 *1: 定期的にアップデートを行う仕組み含む

施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- ・ 地域がん登録が全都道府県で地方自治体の責任で実施される「地域がん登録・都道府県センター」を設置する。
- ・ 全国の地域がん登録が統合され、活用されるよう、「地域がん登録・全国集計活用センター」を設置する。
- ・ 「精度が十分な地域がん登録は一部。活用されないがん登録データ」⇒「がん対策の立案と死亡の低下に役立つデータを共有」



関連施策:

施策番号51: 地域がん登録費用の10/10助成金化

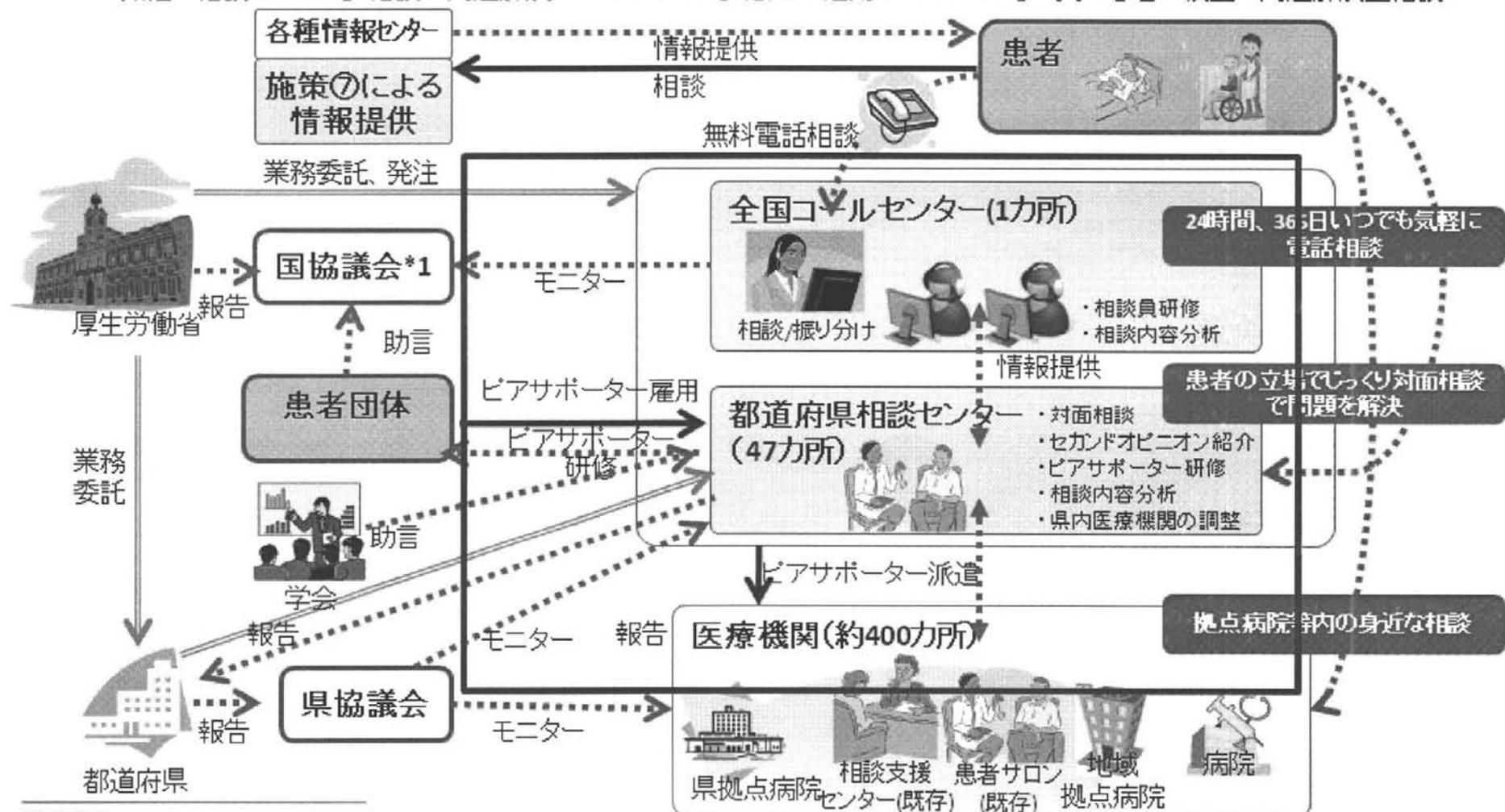
*1: 既存の仕組みを活かしつつ、適切な組織が実行し、新設も考慮に入れる

*2: 個人情報の取り扱いも含めてモニターする

※並行してがん登録法の法制化をする

施策⑦ 患者・家族のためのがん総合相談支援事業

- いつでもどこからでも無料電話で、気軽に相談できる「全国コールセンター」を設置
- 医療機関から独立し、患者の立場で相談を行う「都道府県相談センター」を設置
- 「気軽に相談できない」「相談が問題解決につながらない」「窓口が活用されていない」⇒真に患者に役立つ問題解決型相談



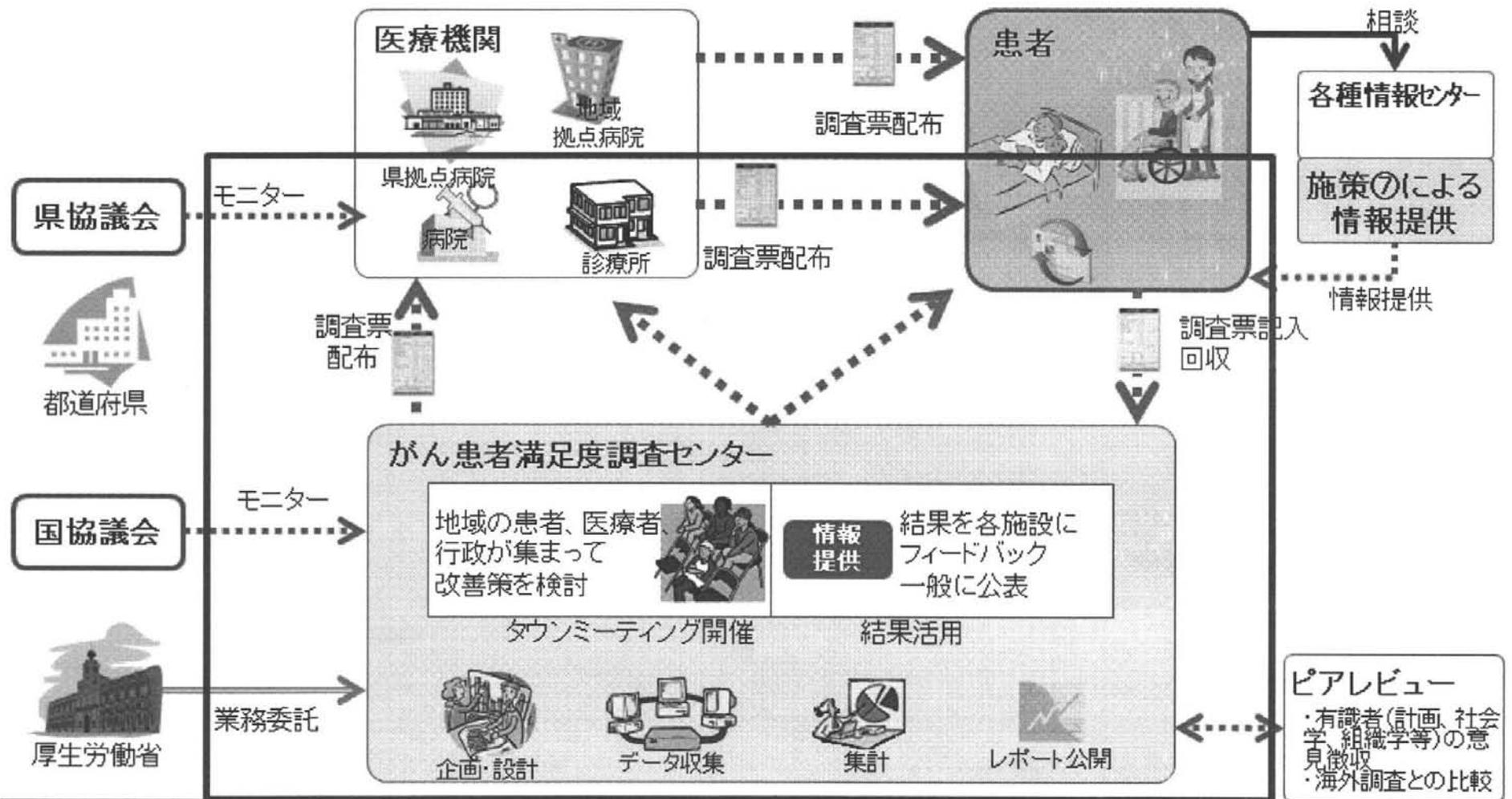
関連施策:

- 施策番号41: がん相談全国コールセンターの設置
- 施策番号46: 相談センターと患者・支援団体による協働サポート
- 施策番号6: がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン

- 施策番号45: 地域統括相談支援センターの設置
- 施策番号5: 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援
- *1: 国協議会に、全国コールセンターをモニター担当委員を配置する

施策⑧ がん患者満足度調査事業

- 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的なかたちで議論し満足度高める



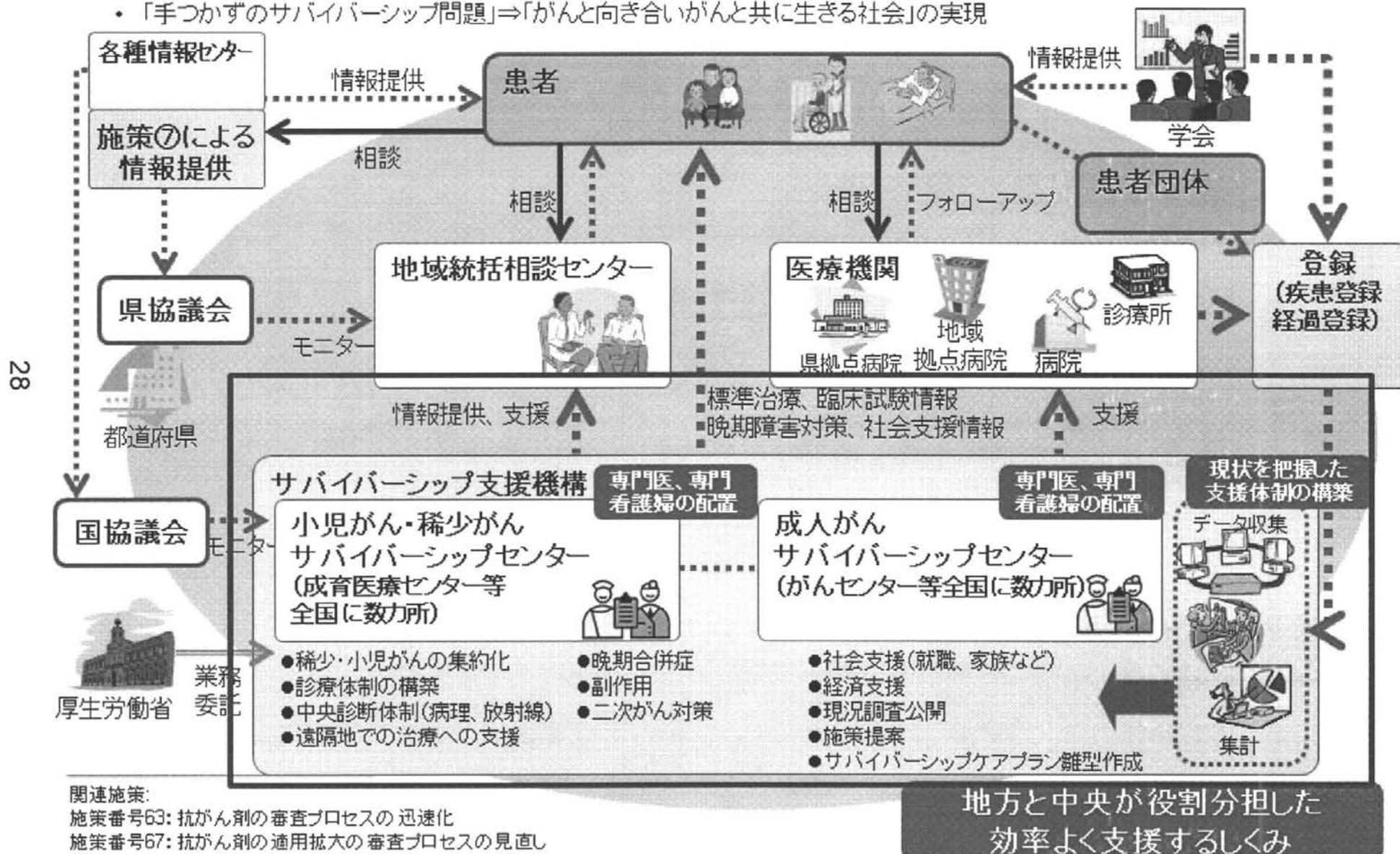
関連施策:

施策番号44: 全国統一がん患者満足度調査

*1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

施策⑨ サバイバーシップ事業

- ・ 小児と成人のがん経験者の晩期障害、こころのケア、経済的不安に関する支援に関して専門的な相談を提供する
- ・ サバイバーシップ・ケアプランを確立する。稀少がん・小児がんについて診療支援とデータ収集を行う
- ・ 「手つかずのサバイバーシップ問題」⇒「がんと向き合いがんと共に生きる社会」の実現



関連施策:
 施策番号63: 抗がん剤の審査プロセスの迅速化
 施策番号67: 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し

- ・がん拠点病院制度見直し提案書
別紙参照

【本文】

I はじめに

1 本提案書とワーキンググループについて

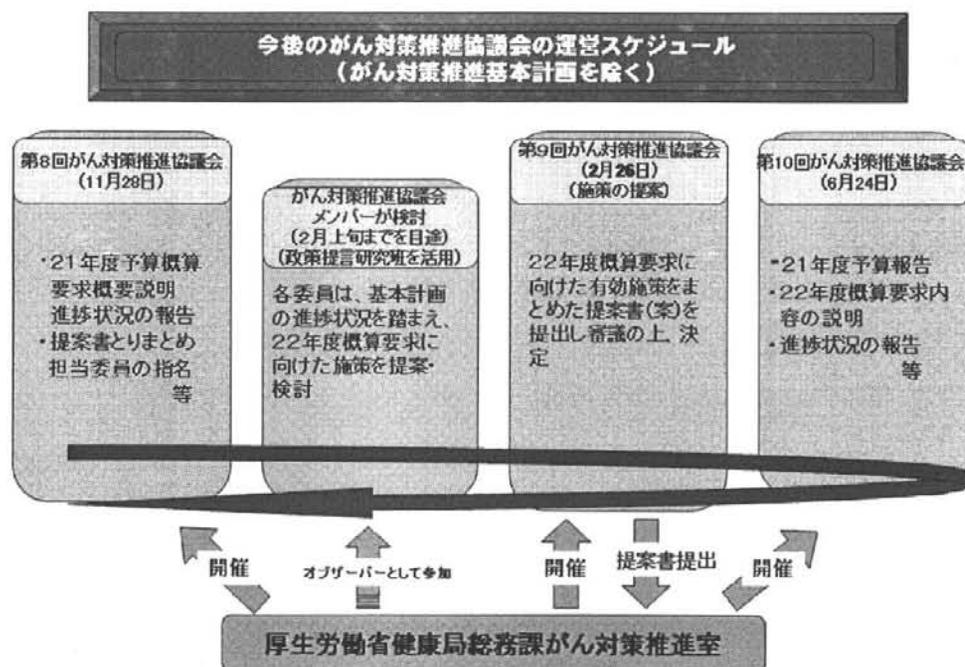
1-1 本提案書の位置づけ

本提案書は、2011年度（平成23年度）の政府がん対策への提案を行うものである。2009年6月24日に開催された第10回がん対策推進協議会において、2011年度の政府がん対策への提案を行うため「提案書取りまとめ担当委員（いわゆる、がんワーキンググループ〔以下、がんWG〕）」が置かれた。昨年度の2008年度には、2008年11月28日に開催された第8回がん対策推進協議会において同様のWGが設置され、2009年2月26日に「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～（案）」を、第9回がん対策推進協議会に提出した。案は協議会で審議承認され、一部修正のうえ成案となり、2009年3月19日に当時の舩添要一厚生労働大臣に手交・提出された。その実績も鑑み、2009年度もWGが設置されたものである。下図は、2009年7月3日の厚生労働省のプレスリリース「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」

(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/h0703-2.html>) に添付されている説明図である。

●厚生労働省作成の進行イメージ図

(昨年度の例)



出典：厚生労働省「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/h0703-2.html>)

がんWGは、がん対策推進基本計画に記載されている内容を基本とし、その早期実現のために有効と考えられる施策を考えた。なお、がん対策推進基本計画策定時に想定しえなかったことについても、がん対策推進基本計画の目標の早期達成とがん対策の推進に資すると考えられる場合には、議論の範囲とした。

2008年度のがんWGは、議論の対象を主に政府のがん対策予算に絞ったが、本年度(2009年度)のがんWGでは、「予算」「診療報酬」「制度」の3点からがん対策を検討した。

がんWGには、がん対策推進協議会委員20人のうち14人が参加した。昨年度の10人からメンバーは増加した。本年度の構成は、患者関係者代表委員5人、医療関係者代表委員7人、有識者委員2人であった(次表参照)。昨年度に続き、提案書案の策定の過程に関しては、事務局機能もがんWGが務め、厚生労働省は会議に陪席するのみでオブザーバーに徹した。

●がん対策推進協議会提案書 取りまとめ担当委員

天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
郷内 淳子	カトレアの森代表
中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
野田 哲生	財団法人癌研究会癌研究所所長
◎埴岡 健一	特定非営利活動法人日本医療政策機構理事
檜山 英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長
本田麻由美	讀賣新聞社会保障部記者
前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
南 博信	国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授
三好 綾	がんサポートかごしま代表
安岡佑莉子	特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長

※ ◎は責任者、50音順、敬称略

がんWGでは、できるだけオープンな議論を行うよう努め、メーリングリストで意見や情報が交換できるようにした。また、施策提案などに関して意見提出シートを作成し、全員がそれに内容を記載して提出するように努めた。提出された意見を、提案書に記載できる施策案に“育てる”ため、委員が一体となって意見を寄せた。

なお、2008年11月28日の第8回がん対策推進協議会で決められたように、がんWGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班（いわゆる、祖父江班）を活用した。また、がんWG事務局機能を、がんWGの責任者である埴岡が所属する特定非営利活動法人 日本医療政策機構の市民医療協議会ユニットスタッフのチームが担った。

（がんWGは2010年3月の第12回がん対策推進協議会に本提案書案を提出する。がん対策推進協議会は本提案書を承認後、厚生労働大臣に提出し、厚生労働省が文部科学省、経済産業省など関係各省に本提案書を連絡するものとする。がん対策推進協議会は、厚生労働省および関係各省が、本提案書の趣旨と内容および具体的施策の提案を最大限尊重し、今後のがん対策の策定と推進を進めるよう、強く望むものである）

1-2 予算の現状に対する問題意識

がん予算は不足している。だが、がん予算は余っている。こんな不思議な現象が起こって

いることが、現在のがん予算の問題点を象徴している。

がん WG が、都道府県がん対策担当者や都道府県がん対策推進協議会委員を対象に行ったアンケートでは、「がん予算が不足している」という声が圧倒的だった（18 ページ参照）。しかし、国が作ったがん対策の補助金は、都道府県から申請されずに使われずに残ることもある（9 ページ参照）。

これは、がん対策予算のうち、都道府県向けの予算に関する問題だが、がん対策の前線である地方自治体への資金配分のパイプが詰まっているともいえる。

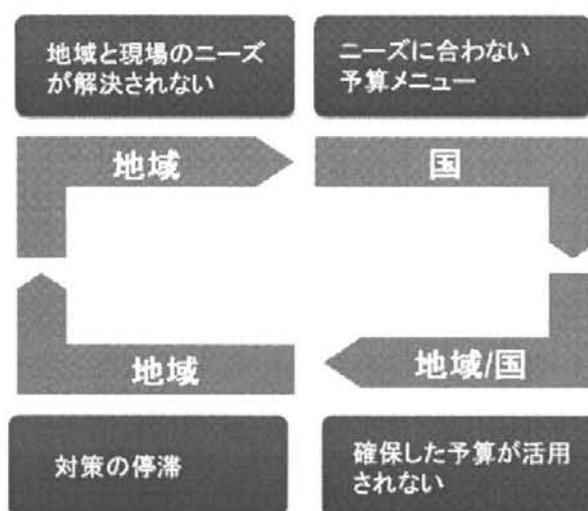
この原因は、予算を策定・執行するにあたり、国と県とのコミュニケーションをもう少し密にするなど、がん予算を使いやすくするための工夫が足りなかったことが考えられる。

一方、がん対策予算のうち、がん研究に関する予算など、地方自治体以外の関係団体や研究者に配分されている予算について、がん予算 WG が十分に検討できなかったので、がん対策予算全体の問題点については、今後、さらに検討が必要であろう。

がん対策の遂行には費用がかかる。予算のない計画は、「絵に描いた餅」になってしまう。その資金源は多様であるべきだが、がん対策基本法に「(国は)がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する」とあるように、やはり、柱は国の税金を使った予算であるべきだ。がん対策基本計画を策定した際には、財政的裏付けを十分に記載できなかったが、今回、がん対策推進協議会が行った幅広い情報収集からがん対策の現場の苦境が明確になったため、今後は、がん対策に関する予算強化に大きく一歩踏み込む段階であると考えられる。

なお、提案書にある 72 本の予算施策の実施を進めていくと同時に、既存のがん対策予算に関する検証と評価も進める必要がある。

●国と地域の悪循環



●国と地域の好循環



1-3 診療報酬の現状に対する問題意識

がん対策基本法、がん対策推進基本計画において定めている目標を達成するためには、がん対策予算による対処だけでなく、診療報酬上の評価によるさまざまな対応が必要である。がん対策推進基本計画においては、「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成」の分野に関する記述において、医師の育成、医師が力を発揮できる環境の整備、多職種で集学的なチーム医療の推進に触れたうえで、「こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある」（7 ページ）と、診療報酬を手厚くすべきとの考えが示唆されている。

がん医療の推進については、2009年10月の社会保障審議会等でまとめた「平成22年診療報酬改定の基本方針」でも、「充実が求められる領域を評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重要課題として記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。こうした視点を踏まえてがん対策の充実が図られるよう、診療報酬において適切に評価されることが求められる。

質が高く患者の求めるがん診療を行った場合に、がん診療の採算が合わないとの声が多い。これに関しては検証を行うことが必要であるが、がん診療に関連した診療報酬の総額が不足しているという懸念もある。

なお、長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを経たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的な使用と医療の質の向上が不可欠である。また、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努められなければならない。

診療報酬改定のあり方については議論が進められているところであるが、われわれは診療報酬決定に関するプロセス改革が必要と考える。特定の団体などの意見のみならず、広く患者、現場、地域の声も聞いて決めるべきである。がん対策推進協議会は、がんWGの案に基づいて、2009年12月4日に「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」を厚生労働大臣に提出した。当資料は中央社会保険医療協議会（中医協）において、がん対策について審議が行われた際にも提示され、この資料が参照されつつ議論が進められた。こうした流れは促進されるべきと考えられる。

診療報酬の平成22年度改定においては、がん領域に関する分野では一定の前進が見られた。協議会から現場の声に基づく提言をしたことが奏功した可能性がある。がん対策推進協議会は今後も診療報酬に関する提案を行っていくことになるだろう。平成24年度は診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されている。がん領域は診療報酬、介護報酬のいずれにも深く関連する分野であるので、平成24年度改定作業が行われる平成23年度から、しっかりと提案を行っていくことが求められる。

なお、予算措置と診療報酬の役割分担は、基本的に新しい仕組みや制度の立ち上げ期には予算措置を主体とし、それらが定着してきた際には、診療報酬を主体とすべきである。また、診療報酬を受け取ることができる医療機関などの組織以外への財源確保は予算措置にて考慮されることになる。

1-4 制度の現状に対する問題意識

がん対策推進基本計画を着実に実行し成果をあげるには、制度の改正や改革が不可欠であったり望ましい場合が少なくない。ここでの制度とは、行政が関与する法律、政省令、通知、通達、計画などのことである。また、専門医制度、施設認定制度なども含む。

古い制度が硬直化あるいは形骸化しているために、問題を来している。あるいは、新しいがん診療やがん対策のかたちには制度の整備や見直しがついていけておらず、がん対策の進展の障壁となっていることがある。制度改正を実施していなければ、いくら予算措置や診療報酬の手当てを行っても、効果を出さないことも多い。また、制度改正が予算措置や診療報酬上の評価の前提となることも多い。予算措置や診療報酬評価と制度改正は、セットで検討されるべきである。それでこそ、効率的で実効性がある対策となると考えられる。

上記のことは医療全般についてもいえることだが、がん診療において率先して解決を図ることが重要である。また、がん領域において実施されて効果を発揮すれば他の領域についても広がるようになると考えられる。

2 がん対策の現況

具体的施策の提案をする前に、まず、がん対策の現況を概観する。

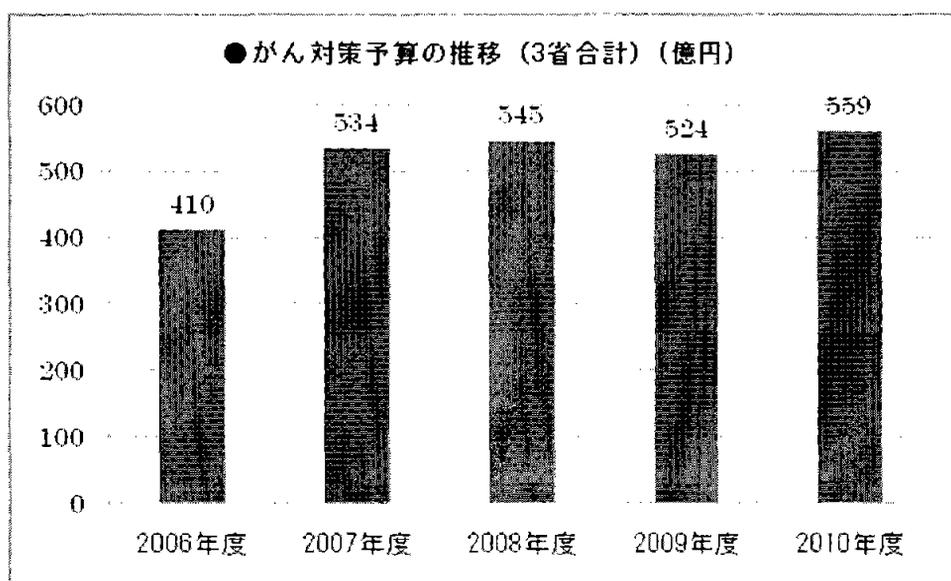
2-1 がん対策（予算）の現況

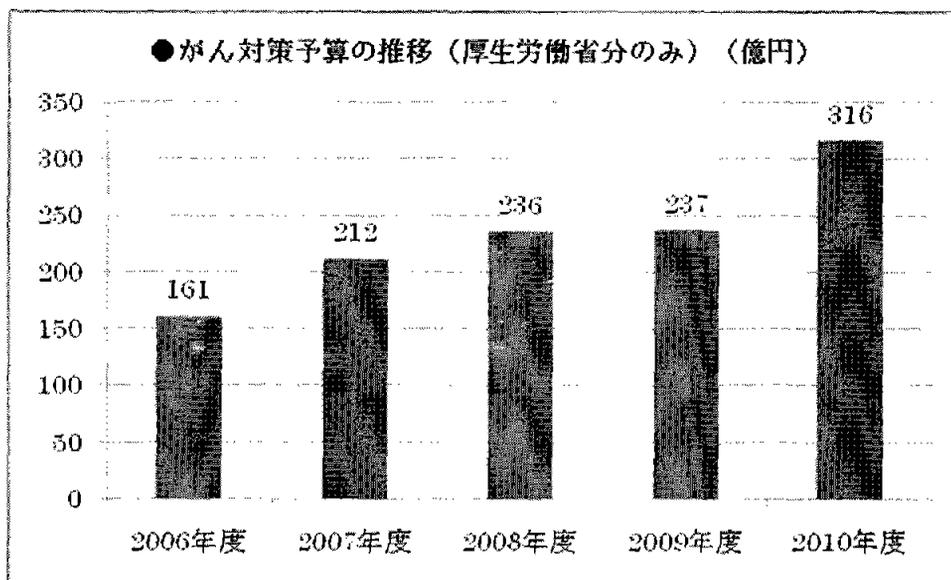
2-1-1 がん予算の概況および推移

平成 22 年度の国のがん予算は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省で約 559 億円、厚労省のみで 316 億円であった。平成 21 年度のがん予算は、3 省で 524 億円（補正前）、厚労省で 237 億円だった。なお、厚労省の 21 年度補正後予算は、473 億円であった。一方、都道府県のがん予算の合計は、平成 20 年度で約 205 億円であった。これは平成 19 年度の約 150 億円から増加している。さらに平成 21 年度の全国市町村のがん検診費用（予算）は合計約 1150 億円で、うち約 1000 億円が市町村の予算であった。

3 省ベースおよび厚労省のがん予算の推移は下図のとおりである。全体的に伸びを示しているものの、分野によっては頭打ちになってきている。平成 22 年度の厚労省がん予算は、平成 21 年度当初予算と比べると 33%の増額であるが、補正後予算比では 33%の減額である。平成 21 年度補正予算においてがん検診対策に大きな額が追加された。そのため平成 22 年度予算では、平成 21 年度当初予算に比べがん検診予算が増やされた（それでも平成 21 年度補正後予算よりは激減）ので、そのしわよせとして、がん医療の均てん化に関する予算は減少した。がん診療連携拠点病院機能強化事業は 37%減、緩和ケアに関する予算は 14%少なくなった。

●伸びが止まったがん対策予算





出典：がん対策推進協議会資料よりがん予算WGが作成

2-1-2 国の予算

2-1-2-1 国の予算の概算要求と予算案の変化

厚生労働省のがん予算において、8月の財務省への概算要求段階でのがん予算と12月のがん予算案の間には、金額の大きな乖離がみられる（下表）。このような変化が、都道府県が政府のがん予算となった対象項目に積極的に対応できない一因となっている。

がん対策関連予算（厚生労働省分）の推移

(億円)	概算要求 (8月)	予算案 (12月)	概算削減 率	予算増加 率
2006年度	202	161	-20%	12%
2007年度	303	212	-30%	32%
2008年度	282	236	-16%	11%
2009年度	262	237	-10%	0%
2010年度	434	316	-27%	33%

出典：がん対策推進協議会資料よりがん予算WGが作成

2-1-2-2 国の予算の項目別使用率（消化率）

国のがん対策予算の項目別の使用率をみると、使用率が低い項目が見られる。下図は2007

年度（平成 19 年度）のがん予算の項目別の使用率であるが、都道府県を対象としたがん検診モデル事業（国と県が半分ずつ負担する 1/2 事業）は使用率 1.0%だった。特別事業（がん対策推進特別事業。1/2 事業と国が全額負担する 10/10 事業あり）の使用率は 4.4%であった。

政府の「行政支出総点検会議」において、2008 年（平成 20 年）12 月 1 日に「指摘事項～ムダ・ゼロ政府を目指して～」が取りまとめられた。この中で、「がん対策推進特別事業」は「多額の不用が発生した事業」として例示され、「精査の上で、事業の廃止・予算額の縮減等をするべきである」と指摘された。ただし、このような「不用」が発生したのは、本提案書ページのがん予算の構造問題で指摘するようなことが存在するからで、がん予算のニーズや必要性が低いわけではけっしてない。

平成 20 年度および平成 21 年度のがん予算の使用率においても抜本的解決はなされておらず、新規事業化や増額が行われた予算項目（メニュー）に関して、必ずしも予算使用率が高いわけではない。

平成 22 年度のがん診療連携拠点病院機能強化事業の予算は平成 21 年度の 54 億円から 34 億円に大幅減額となった。これは、平成 21 年度の使用率が高くなかったからである。この事業では基準額が決められている。基準額は申請者である拠点病院や県庁などに上限と受け止められている。基準額 100%を活用する県や拠点病院は少なく、多くはその一部しか活用しない。よって常に使用実績総額は予算を下回り、不用が発生する。すべての都道府県や拠点病院が基準額 100%を活用するようにすると同時に、現実的に 100%活用をしない県や拠点病院がある以上、基準額以上の活用も奨励し、合計で全予算額が活用されるようにする必要がある。なお、すでに基準額以上の申請も認められ、基準額以上の認定・交付が行われている実績もあるが、そうした運用が可能であることが広く知られていない。

●国の用意したメニュー予算の消化率（平成 19 年度）

事業	対象	予算(千円)	決定(千円)	使用率(%)
女性のがん検診	都道府県(1/2)	98,465	25,993	26.4
がん検診モデル	都道府県(1/2)	55,000	534	1.0
マンモグラフィー研修	都道府県(1/2)	93,930	11,546	12.3
がんネットワーク事業	都道府県(1/2)	111,753	7,712	6.9
機能強化(がん拠点病院)	都道府県(1/2)	1,114,500	823,048	73.8
特別事業	都道府県(1/2、10/10)	1,485,000	64,957	4.4
マンモグラフィー研修	独立行政法人(10/10)	62,610	996	1.6
がんネットワーク事業	独立行政法人(10/10)	111,754	144,372	129.2
機能強化(がん拠点病院)	独立行政法人(10/10)	555,000	615,888	111.0
リニアック	独立行政法人(10/10)	3,360,000	4,620,842	137.5
合計		7,048,012	6,315,888	89.6

2-1-3 都道府県の予算

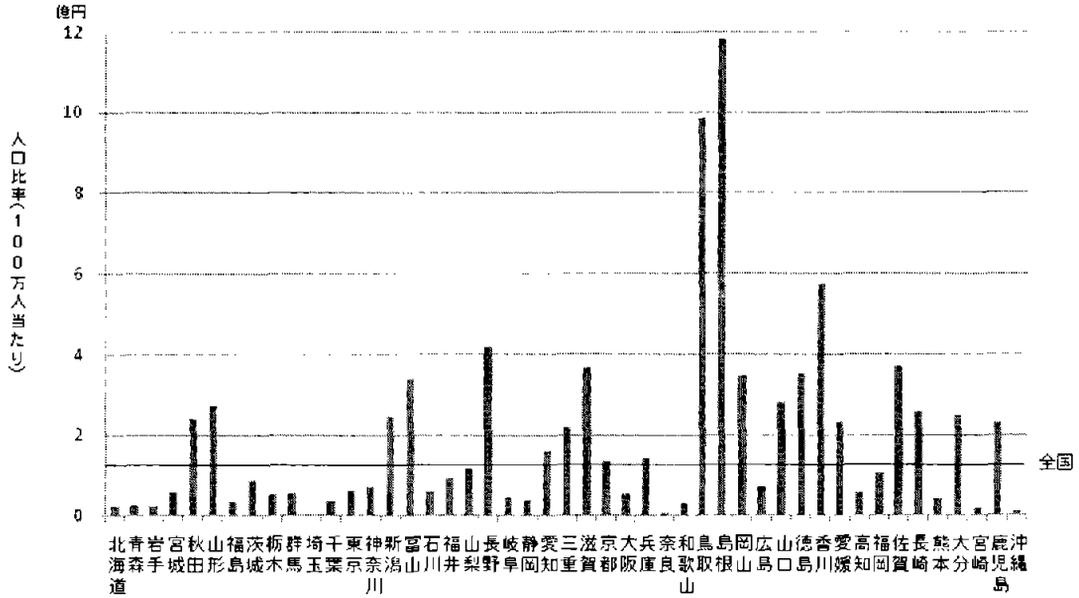
2-1-3-1 予算額の水準

第 11 回がん対策推進協議会に提出された資料「平成 20 年度都道府県別がん対策事業費総括表」によると、2008 年度の都道府県のがん対策予算の合計は 234 億円（平成 19 年度 154 億円）。うち、がん拠点病院対象の国庫補助事業が 105 億円（平成 19 年度 110 億円）、都道府県対象の国庫補助事業が 31 億円（平成 19 年度 19 億円）、都道府県の単独事業が 68 億円（平成 19 年度 19 億円）であった。平成 19 年度から 20 年度にかけて地方自治体予算が増額となった要因の大きな部分が、重粒子線への投資などハードウェアへの投資であり、全般的ながん対策に関する都道府県の関与はいまだ極めて低水準にあるといえる。

2-1-3-2 大きな都道府県格差

同資料によると、平成 20 年度における都道府県がん対策予算合計（都道府県、がん拠点病院、その他対象の国庫補助および都道府県独自事業）、都道府県対象国庫補助事業（の都道府県負担金額）、都道府県独自事業のいずれにおいても、都道府県によってきわめて大きい水準格差がある。人口数で調整しても同様である。下図は、都道府県がん対策予算合計（人口調整済）の都道府県別の値であるが、都道府県の間で 50 倍の格差がある（平成 19 年度は 200 倍以上の差）。もっとも、この値は年度による変動も大きく単年度では評価しがたいが、複数年度連続して低い水準が続くところに関しては留意が必要である。こうした数値を地域住民が簡単に知ることができる「見える化（可視化）」が欠かせない。それによって、水準が低いところも多額のハードウェア投資をするところも、地域住民による議論が活発になることが期待される。

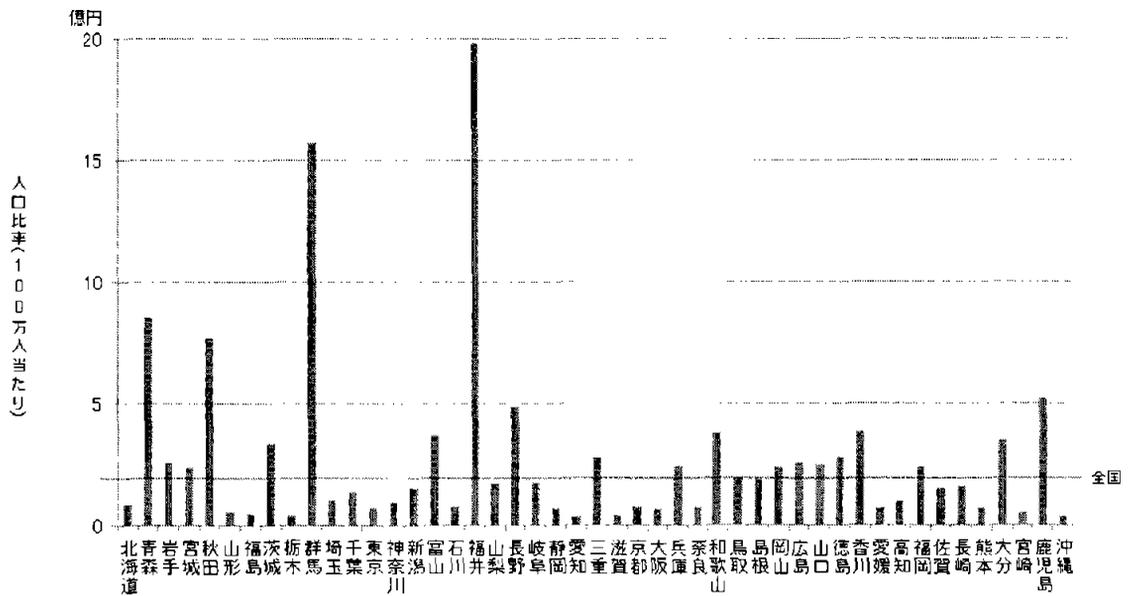
平成19年度都道府県がん対策予算(実績)



データソース: 第9回がん対策推進協議会 厚生労働省 配布資料
人口=2006年の人口、総務省推計人口より(2008年)

出典: がん対策推進協議会資料よりがん予算 WG が作成

平成20年度都道府県がん対策予算(実績)



データソース: 第11回がん対策推進協議会 厚生労働省 配布資料
人口=2008年の人口、総務省推計人口より(2009年)

出典: がん対策推進協議会資料よりがん予算 WG が作成

2-1-3-3 ハード偏重

「平成 19 年度国庫補助事業活用状況」（第 8 回がん対策推進協議会資料）によると、補助事業の予算の使用率（前ページ表参照）は、“ハード”の整備であるリニアック（放射線治療に使う装置）の整備事業の 140%弱がもっとも高かった。一方で、研修など“ソフト”な事業の使用率は低かった。都道府県がん対策予算は、全体として機器整備や施設整備の“ハード”の比重が高いのが現状である。もちろん“ハード”整備は必要なことであるが、現在のがん対策では、患者相談などサービスの開発、地域における協力ネットワークの拡大、各種の人材確保や育成など、“ソフト”面の充実が重要になっており、“ソフト”面での予算使用率が拡大できる仕組みを構築することが必要である。

2-1-3-4 国庫補助金の活用状況

積極的に活用しているところから、あまり利用できていないところまで、都道府県によって大きなばらつきが観察される。

2-1-3-5 都道府県単独事業

「平成 20 年度都道府県別がん対策予算執行状況」（第 11 回がん対策推進協議会資料）によると、都道府県単独事業の件数が 0 件のところから 17 件のところまで、大きな差がある（平成 19 年度は 0 件から 10 件だった）。ここにも都道府県の財政事情を背景とした姿勢に大きな格差が存在する。

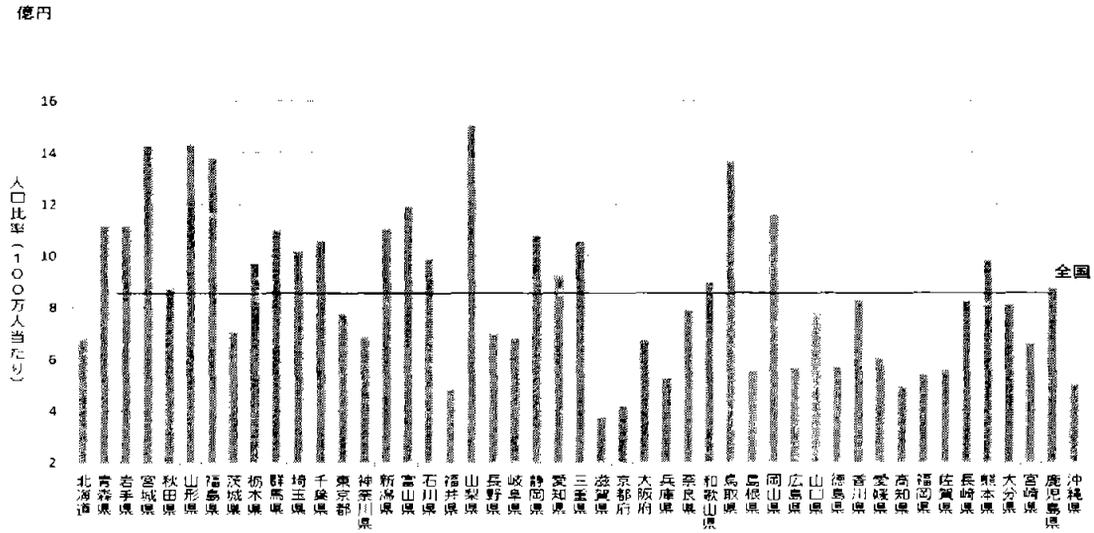
2-1-3-6 好事例と創意工夫の兆し

そうした中で、一部、モデル的な県が出てきている。都道府県がん対策予算合計、都道府県対象国庫補助事業、都道府県独自事業のいずれもの水準が比較的高い県である。国の補助項目も積極的に活用し、独自事業もソフト面を中心に創意工夫して実施している。こうした地域から各地が学ぶ必要があり、情報提供や交流の仕組み作りが求められる。

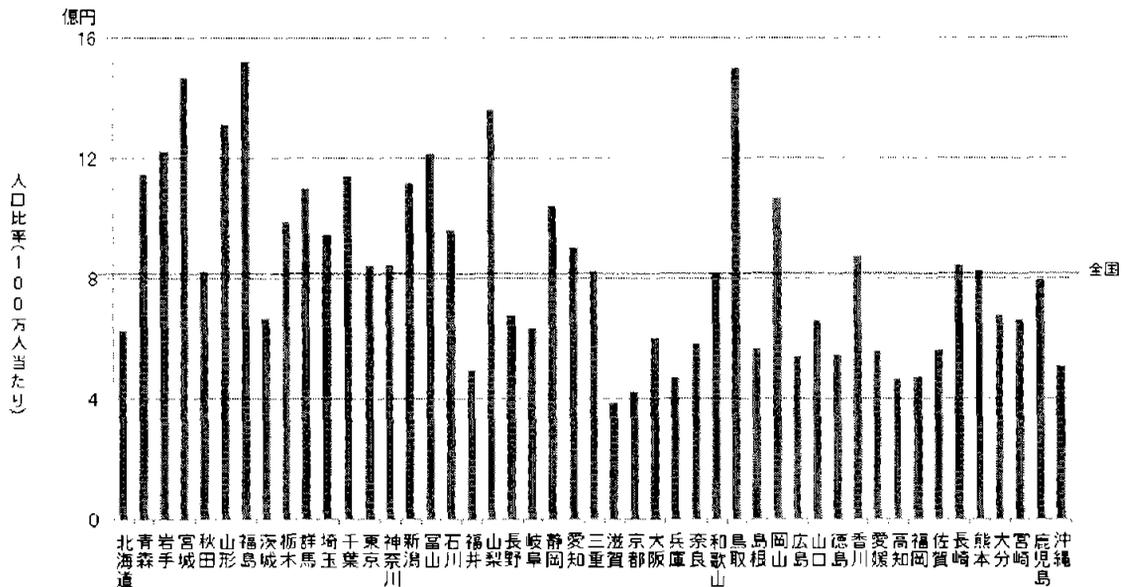
2-1-3-7 都道府県別がん検診費用

厚生労働省が 2009 年 12 月 2 日の第 11 回がん対策推進協議会に提出した「市区町村におけるがん検診の費用に関する調査結果」によると、平成 20 年度の市区町村がん検診費用を都道府県別に集計した値において、人口比率で金額に約 4 倍の開きがある（下表参照）。今後、検診費用と検診率、検診費用とがん発見数などの関係について、都道府県別に分析を行っていく必要があり、そのためにも情報の定期収集と公表が欠かせない。

平成19年度都道府県がん検診費用(実績)



平成20年度都道府県がん検診費用(実績)



データソース：第11回がん対策推進協議会 厚生労働省 配布資料
 人口=2008年の人口、総務省推計人口より(2009年)

出典：厚生労働省公表資料よりがん予算 WG が作成

2-1-4 昨年度提案書の平成 22 年度予算への反映状況

2-1-4-1 全体の反映状況

がん対策推進協議会は、2009 年 3 月に「平成 22 年度がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～」(以下、昨年度提案書)を厚生労働大臣に提出し、提案書の中で予算面での対応を中心とした推奨施策を合計 70 本提示した。平成 22 年度予算案(以下、予算案)は 2009 年 12 月に閣議決定されており、国会での審議を経て 2010 年 3 月までに成立予定である。昨年度提案書では提案の骨子として、(1)がん対策予算を大幅に増やす必要がある(2)がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである(3)70 本の推奨施策への取り組みを進めてほしい、の 3 点が提案されているが、この骨子が平成 22 年度予算案やその他のがん政策にどの程度反映されているかについて、考察を行いたい。

骨子(1)についてみると、厚生労働省のがん対策予算は平成 21 年度が 237 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 316 億円であり、一定の増額がみられる。また、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省のがん対策予算の合計額は、平成 21 年度が 524 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 559 億円である。がん検診など一部の分野では特に予算措置がなされているが、がん診療連携拠点病院強化事業は大幅に減額されている。また、今年度より独立行政法人がん研究センター運営交付金の予算措置がとられ、一部事業が運営交付金での対応となったために、がん対策に関する予算対応がわかりづらくなっている。骨子(1)については、財政状況が厳しい中で一定の努力がはらわれているものの、反映は不十分であると考えられる。

骨子(2)について、全体分野 1「がん対策に全般にかかる事項」と全体分野 2「がん計画の進捗・評価」における推奨施策が、平成 22 年度予算案にどの程度反映されているか、という観点からみると、目立った反映がみられていない。また、予算編成における国と都道府県 mismatches については、厚生労働省がん対策推進室が都道府県がん対策担当者向けに、がん対策予算についての説明の機会を設けたものの、例えば「検診に関わる地方交付税増額について、総務省からの発表時期が遅く、市町村の予算措置に反映されていない」との指摘があるように、改善が不十分である。

骨子(3)について、主な分野ごとに反映状況をみていく。個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」では、予算案にて「がん医療に携わる医療従事者の計画的育成」(新規事業)や「がん専門医臨床研修モデル事業」(既存事業の増額)などが計上されている。個別分野 6「がん医療に関する相談支援と情報提供」では、予算案にて「がん対策情報センターの患者必携製作費」(国立がん研究センター運営交付金の内数)や「がん対策・評価分析経費」(新規)などが計上されている。個別分野 10「がん研究」で

は、予算案にて「未承認・適応外医薬品解消検討事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を一定程度反映していると考えられる。

個別分野 2「緩和ケア」では、予算案にて「緩和ケアの質の向上及び医療用麻薬の適正使用の推進」として、「インターネットを活用した専門医の育成」「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修」などが計上されている。個別分野 7「がん登録」では、「地域がん登録促進経費」（国立がん研究センター運営交付金の内数・新規）などが計上されている。分野横断的な内容（緩和ケア、在宅緩和ケア）では、「がん医療の地域連携強化事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を若干反映していると考えられる。

個別分野 9「がんの早期発見（がん検診）」では、「女性特有のがん検診推進事業」（新規）が計上されている。これは昨年度補正予算からの継続事業であり、金額も補正予算と比較すると減額されている。また、昨年度提案書の推奨施策と合致するものではなく、検診受診率の向上に向けた実効性のある検診体制の確保のためには、その経過を見守る必要もあるが、多額の予算措置がとられていることについては、検診事業にかかる地方財政措置と併せて、一定の評価ができると考えられる。

上記で挙げた分野と事業については、財政状況が厳しい中で新規事業が行われているものも多く、がん対策の実施とその予算の確保に対して、関係省庁による一定の理解と努力があったと考えられる。一方で、多くの分野の推奨施策については、昨年度提案書の反映は不十分であったと言わざるを得ない。昨年度提案書と本提案書は「患者と現場、地域の声」を集約したものであるが、平成 22 年度補正予算と平成 23 年度予算の策定、そして診療報酬と制度での今後の対応に向けては、同じく「患者と現場、地域の声」によるバックアップが不可欠である。本提案書が厚生労働大臣に提出された後も、患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディア関係者が「六位一体」となり、提案書の実現に向けての理解と支援を求めたい。

2-1-4-2 分野ごとの反映状況

2-1-4-2-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項

昨年度提案書の推奨施策「がん対策予算の 100 パーセント活用プロジェクト」（1 億円）、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」（10 億円）については、平成 22 年度予算において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は都道府県がん対策の推進にあたって、国と都道府県の予算編成上のミスマッチや、がん対策メニューの均てん化を図るための施策であり、上記事業にて反映して

いるとは言い難い。

推奨施策「都道府県がん対策実施計画推進基金の設置」（基金額・1000億円）、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」（0.8億円）、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」（2億円）についても、「都道府県がん対策重点推進事業」（約9.4億円）にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディアなどが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策であり、がん対策の先進県とされる地域では一定の成果を上げつつある施策であるにもかかわらず、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」（1億円）については、2009年10月末日を提出期限として各都道府県より提出された「がん対策に関する主な取組」（いわゆるアクションプラン）が対応しているとの指摘があるが、その実行、評価、改善に至るサイクルの担保が不透明であり、アクションプランの提出のみをもってPDCAサイクルが機能しているとは言い難い。推奨施策「小学生向け資料の全国民への配布」（30億円）、「初等中等教育におけるがん教育の推進」（10億円）についても、予算措置がされて不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

2-1-4-2-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

昨年度提案書の推奨施策「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」（1億円）については、平成22年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約9.4億円）にて対応しているとの指摘があるが、推奨施策は単に都道府県がん対策推進協議会を開催するのみならず、協議会が主体となって都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行うことを目的としており、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん予算策定新プロセス事業」（1億円）、「質の評価ができる評価体制の構築」（1億円）、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」（1億円）については、研究費にて対応が予定されているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

2-1-4-2-3 分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

昨年度提案書の推奨施策「がんに関わる計画的育成」（5億円）については、平成22年度予算案において新規事業として「がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業」（約1.9億円）が対応していると考えられる。今後、施策の趣旨の通りに事業が進むのか、見守る必要がある。

この新規事業は、「我が国における化学療法専門医、放射線治療専門医、病理医をはじめとした医療従事者の実態を把握するとともに、国内や海外でのがん罹患率・人口比などの情報を踏まえつつ、国及び都道府県意見がん医療に携わる各医療従事者の必要数や充足状況を把握し、計画的な養成方策等の検討を行う事業」（委託先：独立行政法人国立がん研究センター）とされている。医療従事者の計画的な育成に向けて、昨年度提案書の推奨施策が反映されていると考えられるが、既存事業である「がん専門医臨床研修モデル事業」の増額（平成 21 年度予算額：約 3.8 億万円→平成 22 年度予算案：約 4 億円）との連携についても見守る必要がある。

一方で、推奨施策「がん薬物療法専門家のための e ラーニングシステム」（2 億円）については、既存の厚生労働省委託事業では、医療従事者の育成と負担軽減という観点からみて不十分である。また、推奨施策「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」（10 億円）や「専門・認定看護師への特別報酬」（10 億円）については、具体的な予算措置に乏しく、医療従事者育成に資する推奨施策（「放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離」〔運営費交付金の増額〕と「医学物理士の育成と制度整備」〔1 億円〕）については未対応である。がん医療や医療全体に大きな影響を及ぼしている医療従事者の不足に対しては、アンケートやタウンミーティングでもその解消に向けた要望が特に強く、推奨施策の実施に向けて早期のさらなる対応が望まれる。

2-1-4-2-4 分野 2 緩和ケア

昨年度提案書の推奨施策「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」（1 億円）については、平成 22 年度予算案において新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」（約 2.7 億円）が対応しているとの指摘がある。

この新規事業は、「地域の医療機関、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などの情報を把握し、がん患者の意向を踏まえた上で、地域の中で利用可能ながん患者にとって適切な医療サービス等を紹介するため、都道府県ごとに非常勤医師及び看護師からなる地域連携コーディネーターを配置し、がん患者が安心・納得できる体制を構築する事業に対し、財政支援を行う」（補助先：都道府県、補助率 2 分の 1）とされている。いわゆる「がん難民」の解消という観点からは、推奨施策の趣旨が反映されている事業であると考えられるが、推奨施策にて記されている「在宅医療マップ」や「アクションプランの策定」など、より実効性のある事業とするための仕組みづくりを進めていくことが必要と思われる。

また、緩和医療研修の充実に向けた推奨施策（「がん診療に携わる医療者への緩和医療研修」〔2 億円〕と「緩和医療研修へのベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進」〔5 億円〕）については、既存の緩和ケア研修事業で対応しているとは言い難く、緩和ケア体制の構築

に向けた推奨施策（「長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）」〔10億円〕と「緩和医療地域連携ネットワークのIT化」〔10億円〕については、未対応であると考えられる。がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき事項とされた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に向けて、一層の対応が望まれる。

2-1-4-2-5 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

昨年度提案書の推奨施策「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」については、平成22年度予算案における新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」（約2.7億円）が、地域連携強化の観点から対応しているとの指摘があるが、推奨施策は特に在宅診療所のネットワーク形成に焦点を当てたものであり、反映されているとは言い難い。在宅医療は、診療所を中心とした専門チームにより提供されるべきものであり、これにより予算の効率化と医療資源の有効活用が可能となるが、このような方向性は平成22年度予算案には反映されていないと考えられる。

また、推奨施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」（1億円）は、既存事業である「在宅医療推進支援事業」（約5800万円）では不十分であり、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」（1億円）については、予算案での対応がみられない。推奨施策「大規模在宅ケア診療所エリア展開システム」（10億円）と「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」（10億円）については、それぞれ現時点では対応がみられない。

推奨施策「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」（10億円）については、研究費における対応も考えられるが、現時点での対応は明確ではない。高齢化社会の進行に伴い家族介護力が低下するなど、在宅緩和医療の推進に必要な環境は悪化することが予想されているが、反面その役割は今後ますます大きくなると予想される。在宅緩和医療の高度専門化や介護との連携が必要とされる中で、在宅緩和医療の推奨施策に関して一層の対応が望まれる。

2-1-4-2-6 分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

昨年度提案書の推奨施策である、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」（15億円）、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」（3億円）、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」（1億円）については、いずれも研究費での対応との指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

国内におけるがん診療ガイドラインの策定は、十分に進んでいない状況にある。ガイドラインの把握と公開を行い、学会にその策定を任せるのみならず、第三者的な機関が策定

に関与する仕組みが必要である。また、がん治療の質に関する指標の公開についても、診療報酬面や制度面での対応と併せて、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-1-4-2-7 分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80 億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5 億円）については、平成 22 年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていた拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約 54.1 億円から今年度の約 34.3 億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2 億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7 億円）と「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」（1 億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析する」とされている「がん対策評価・分析経費」とは必ずしも合致せず、後者も対応状況が明らかではない。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-1-4-2-8 分野 6 がん医療に関する相談支援と情報提供

昨年度提案書の推奨施策である「がん患者必携の製作及び配布」（6 億円）については、平成 22 年度予算案において「がん対策情報センターの患者必携製作費」（運営交付金の内数）が増額されるなど、一定の反映がみられるが、がん患者全員への配布には不十分である。推奨施策「がん相談コールセンターの設置」（15 億円）については、国立がん研究センターへの運営交付金により、国立がん研究センターやその「患者必携相談窓口」などでの対応予定との指摘があるが、患者必携に関する相談窓口では本格的な相談対応は難しいと考えられる。

推奨施策「全国統一がん患者満足度調査」（15億円）については、予算案にて「がん対策評価・分析経費」（約0.1億円）が対応しているとの指摘がある。この事業は「現在のがん対策について、政策評価に加え、がん患者等といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析することにより、がん患者等にとって真に必要な施策を確認し、継続すべき事業や新たな課題等について検討を行う」とされている。推奨施策で想定されている規模と比較すると、きわめて限定された予算措置であり、十分に対応しているとは言い難い。

推奨施策「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」（2.4億円）と「がん経験者支援部の設置」（3億円）については、がん診療連携拠点病院や国立がん研究センターにその実施が任されている状態であり、拠点病院の限られた機能強化事業費でどこまで対応ができるのか不明確であり、推奨施策どおりの実施が望まれる。推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」については、現時点では未対応であり、患者の相談支援に関わる一連の推奨施策組み込む形で、実施されることが望ましい。

がん患者の経済的負担の軽減に関わる一連の推奨施策（「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」〔10億円〕、「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」、「長期の化学療法に対する助成」〔20億円〕）については、平成22年度予算案では未反映である。アンケートやタウンミーティングでも「金の切れ目が命の切れ目となりかねない」など、多くの意見と要望がみられた推奨施策であり、長期に高額の治療費の支払いを強いられている患者の、負担軽減は急務である。厚生労働省内においても保険局や社会援護局などと連携しつつ、包括的な対応が望まれる。

2-1-4-2-9 分野7 がん登録

昨年度提案書の推奨施策「地域がん登録費用の10/10助成金化」（10億円）と「がん登録法制化に向けた啓発活動」（2億円）については、地方財政措置等において対応済みとの指摘があるが、実効性のあるがん登録の推進を担保するためには、各都道府県における予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成22年度予算における新規事業として「地域がん登録促進経費」が計上されている。「地域がん登録を未だ実施していない12都県に対し、地域がん登録を行うよう指導するとともに、当該データの集計・分析を行い、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る」とされているが、国立がん研究センター運営交付金での予算措置であり、予算額や予算執行状況についての確認が必要である。

推奨施策「がん登録に関する個人情報保護体制の整備」については、研究費にて対応しているとの指摘があるが、その内容は必ずしも明らかでない。アンケートやタウンミーティングでは、個人情報保護法の改正とあわせて、がん登録の法制化にむけた意見も出ており、登録制度のあり方や実現可能な制度設計とするための予算措置のみならず、全がん患者を対象とした登録制度や登録のゲートとなる医療機関の定義など、制度面での包括的な対応が必要と考えられる。

2-1-4-2-10 分野 8 がんの予防（たばこ対策）

昨年度提案書における推奨施策「たばこ規制枠組条約の遵守に向けた施策」（たばこ価格の値上げ）、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」（5億円）、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」（5億円）については、平成22年度予算案では「生活習慣病対策推進費（たばこ・アルコール対策推進費）」（約0.1億円）や「健康的な生活習慣づくり重点化事業（たばこ対策促進事業）」（約0.5億円）が対応していると考えられるが、金額がきわめて少ないこともあり、推奨施策が反映されているとは言い難い。

また、禁煙対策の普及啓発に関する推奨施策「初等中等教育におけるがん教育の推進」については、文部科学省による対応と考えられるが、その対応状況は明らかでなく、厚生労働省のがん対策と連携した取り組みが望まれる。なお、第11回がん対策推進協議会（2009年12月）では、協議会会長の発議により「たばこ税の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択された。提言は、患者関係委員の提出した「たばこ税の引上げに関する要望書」とともに厚生労働大臣に手交され、政府税制調査会は2010年10月からの増税を決定したが、その規模は小さい。今後も予算措置のみならず制度面での対応も含めて、包括的なたばこ対策の推進が必要と考えられる。

2-1-4-2-11 分野 9 がんの早期発見（がん検診）

昨年度提案書における推奨施策である「保険者負担によるがん検診のモデル事業」（30億円）、「がん検診促進のための普及啓発」（10億円）、「イベント型がん検診に対する助成」（25億円）については、平成22年度予算案では「がん検診受診促進企業連携委託事業」（約2.7億円）や「がん検診受診率向上企業連携推進事業」（約1.4億円）にて対応しているとの指摘があるが、金額がきわめて少ない。特に、保険者負担によるがん検診の推進に関する推奨施策については、抜本的な見直しが図られていないのが実情である。

また、予算案では「女性特有のがん検診推進事業」（約75.7億円）が計上されているが、平成21年度予算よりも減額されており、検診実施体制の確保や市町村の負担の軽減に課題があり、今後他のがん検診に拡大されるか否かも不明確である。推奨施策「がん検診の精

度管理方式の統一化」(20 億円) や「長期的な地域がん検診モデル事業」(3 億円) については、研究費で対応しているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん対策推進基本計画に規定された「受診率 50%」との目標には現状では程遠く、予算措置のみならず制度面での対応も含めて、検診受診率向上策が求められている。

2-1-4-2-12 分野 10 がん研究

昨年度提案書における推奨施策である「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」(15 億円) と「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」(15 億円) については、平成 22 年度予算案において新規事業として「未承認・適応外医療品解消検討事業」(約 0.6 億円) にて、いわゆるドラッグラグの解消に向けた検討が始まったことにより、一定の反映がされていると考えられる。同事業に伴い設置された「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の議論を注視するとともに、「治験実施状況調査事業費」(約 0.1 億円) や「ファーマコゲノミクス等利用医薬品臨床法化推進費」(約 0.05 億円) などの予算案に計上されている施策と併せて、PMDA などの審査プロセスのみならず、新薬に関わる臨床試験から申請、承認、承認後までの一連のプロセスにおいて、制度的な対応も含めた包括的な対応が必要と考えられる。

推奨施策「希少がん・難治がん特別研究費」(15 億円)、「がんの社会学的研究分野戦略研究の創設」(5 億円)、「がん患者の QOL (生活の質) 向上に向けた研究の推進」(4 億円) に関しては、研究費での対応が考えられるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん研究の推進は将来のがん医療向上に向けた基盤整備に不可欠であり、制度面での対応も含めた手厚い予算措置が必要である。

2-1-4-2-13 分野 11 疾病別(がんの種類別)の対策

昨年度提案書の推奨施策である「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」(10 億円) については、都道府県がん対策重点推進事業において対応可能との指摘があるが、疾病別の医療ネットワークの形成については、各都道府県や拠点病院の裁量に委ねられている面が多く、施策の実施を担保できるものではないため、反映されているとは言い難い。

推奨施策「子宮頸がん撲滅事業」(地方財政措置・220 億円) については、法改正などが必要と考えられるが未対応である。推奨施策「小児がんに対する包括的対策の推進」(5 億円) については、十分な対応がなされていない。また、厚生労働省内にて雇用均等・児童家庭局などとの連携が必要と考えられるが、その対応状況は明らかでない。がんの長期生存者に関する問題は、小児がんのみならず成人のがんにも共通する問題であり、予算措置のみならず制度面での対応も含めた多面的な対応が必要と考えられる。

2-2 がん対策（診療報酬）の現況

診療報酬 提案シート一覧

分野	分野	施策番号	診療報酬
全体	がん対策全般にかかるとする事項	B-1	がん医療の質の評価
全体	がん計画の進捗・評価	B-2	がん医療の質の“見える化”
1	放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成	B-3	放射線療法の推進
		B-4	化学療法とチーム医療の推進
		B-5	入院および外来化学療法の推進
		B-6	がんにおける診療項目の評価
		B-7	高度医療
2	緩和ケア	B-8	緩和ケア診療加算
		B-9	緩和ケア研修修了者の配置
		B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	B-11	在宅医療の充実
		B-12	在宅医療ネットワークの構築
		B-13	医療と介護の連携
		B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	B-15	DPCデータや臨床指標の開示
		B-16	診療ガイドラインの推進
		B-17	セカンドオピニオンの推進
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	B-18	地域連携とその他の連携
		B-19	がん診療体制の充実度に応じた評価
		B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	B-21	相談支援センターの充実
		B-22	相談支援センターと患者団体の連携
7	がん登録	B-23	がん登録に関わる職員の配置
		B-24	地域・院内がん登録
8	がんの予防(たばこ対策)	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策
9	がんの早期発見(がん検診)	---	----
10	がん研究	B-26	高度医療への対応がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進
11	疾病別対策	B-27	小児がんと希少がん
		B-28	長期生存者のフォローアップ
		B-29	リンパ浮腫

診療報酬提案書の平成22年度診療報酬改定への反映状況を以下に掲載予定。

2-3 がん対策（制度）の現況

制度 提案シート一覧

分野	分野	施策	制度
全体1	がん対策全般にかか る事項	C-1	がん対策基本法の改正
		C-2	医療法の改正
		C-3	がん対策白書(仮称)の取りまとめと、国会への報告
		C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
全体	がん計画の 進捗・評価	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置(ベンチマーキングセンター)の設
		C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
1	放射線療法 および化学 療法の推進 並びに医療 従事者の育 成	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の標榜診療科の検討)
		C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		C-11	医学物理士法(仮称)の制定
		C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		C-13	薬事法の改正(国内未承認薬等の早期承認)
		C-14	高度医療の改正(国内未承認薬、適応拡大等の早期承認)
2	緩和ケア	C-15	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の標榜診療科の検討)
		C-16	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		C-17	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		C-18	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		C-19	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		C-20	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
3	在宅医療(在 宅緩和ケア)	C-21	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		C-22	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		C-23	介護保険法の改正
4	診療ガイド ラインの作成 (標準治療の 推進)	C-24	診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置
5	医療機関の 整備等(がん 診療体制 ネットワーク)	C-25	がん診療連携拠点病院制度の見直し
6	がん医療に 関する相談 支援および 情報提供	C-26	がん患者の就労・雇用支援
		C-27	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関(ベンチマーキングセンター)の設置
7	がん登録	C-28	がん登録法(仮称)の制定
		C-29	個人情報保護体制の整備と個人情報保護法の改正(がん登録の推進)
8	がんの予防 (たばこ対 策)	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
9	がんの早期 発見(がん検 診)	C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
10	がん研究	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
11	疾病別対策	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		C-37	特定疾患研究事業の見直し

2-4 予算・診療報酬・制度の総括表

分野	分野	施策	A 予算	施策	B 診療報酬	施策	C 制度
全体1	がん対策全般にかかわる事項	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	がん対策白書(仮称)の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発				
1	放射線療法および化学療法法の推進並びに医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の標榜診療科の検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士法(仮称)の制定
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	薬事法の改正(国内未承認薬等の早期承認)
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	高度医療の改正(国内未承認薬、適応拡大等の早期承認)
		A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-15	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の標榜診療科の検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-16	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
2	緩和ケア	A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-17	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-18	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-19	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-20	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和ケア外来の充実				
		A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-21	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-22	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-23	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
		A-35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-24	診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法ガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策	A 予算	施策	B 診療報酬	施策	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-25	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実度に応じた評価		
		A-40	サブイノベーション・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発				
		A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-26	がん患者の就労・雇用支援
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-27	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート				
		A-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大				
		A-53	長期の化学療法に対する助成				
		7	がん登録	A-54	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置
A-55	がん登録法制化に向けた啓発活動			B-24	地域・院内がん登録	C-29	個人情報保護体制の整備と個人情報保護法の改正(がん登録の推進)
A-56	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策			B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	喫煙率減少活動への支援のモデル事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-58	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-59	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-60	保険者負担によるがん検診のモデル事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-61	がん検診促進のための普及啓発				
		A-62	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-63	長期的な地域がん検診モデル事業				
		A-64	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-65	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-66	がんの社会的・学術的研究分野の戦略研究の創設				
		A-67	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-68	各癌種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-69	がん予防・検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
11	疾病別対策	A-70	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-71	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-72	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19については、昨年度施策案10-1に訂正を加えた内容。
 施策A-20については、昨年度施策案10-5に訂正を加えた内容。
 施策A-28については、本年度新規に盛り込んだ。
 昨年度施策通番53(7-3)については、本年度提案リストには織り込まない。
 施策A-68については、本年度新規に盛り込んだ。
 施策A-69については、本年度新規に盛り込んだ。

3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要

がん WG においては、担当委員の知見は限定されていると考え、幅広く意見を聴取するため、下記のようなアンケートやタウンミーティングなどを実施した。そこから寄せられた多数の意見を、本提案書の資料編に掲載した。現場と地域の声を広く集めたという意味で、がん対策と予算を考えるにあたって、これまでにない画期的なプロセスであると考えられる。

3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート

まず、都道府県庁担当者アンケートを実施した。47 都道府県に依頼をした。この結果、31 人の回答があった。

3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート

また、都道府県がん対策推進協議会等を対象としたアンケートを実施した。47 都道府県に各県のがん対策推進協議会委員へのアンケート転送を依頼した。これにより、委員 272 人から回答があった。

3-3 タウンミーティング

公開の席で幅広い意見を聴取することを目的に、タウンミーティングを実施した。「がん対策に関するタウンミーティング～みんなでがん対策を考えよう～」とのタイトルで、島根県、広島県、福岡県、新潟県、青森県、長崎県の 6 カ所で開催した。昨年度の開催は東京都と宮城県の 2 カ所であった。本年度の地域の選定は、(1) 開催意向を尋ねるアンケートに歓迎との意思を示した都道府県 (2) 2 月上旬までに受け入れが可能な都道府県 (3) がんの死亡率（男女計、75 歳未満年齢調整済、2008 年）が高い方から 24 番以内の都道府県——という条件から行った。

プログラムの構成は、第 1 部で、厚生労働省がん対策推進室からの「がん対策に関するタウンミーティングについて」（国のがん対策の概況とタウンミーティングの位置づけ）、県庁からの「県のがん対策の現況について」、がん WG による「がん対策に関する提案書の取りまとめについて」（提案書取りまとめプロセスと活用の概要）——の解説を行った。

休憩時間に、来場者に「ご意見シート」へ、がん対策に関する問題点と実施してほしい措置を、「予算」「診療報酬」「制度」の 3 側面から記入していただき、回収した。

第 2 部において、来場者から都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に意見を聴取した。

ご意見シートは各タウンミーティングの終わりに、中間集計を紹介した。終了時に残りのご意見シートを回収し、集計・分析を行った。

・6回合計

2010年1月10日から2月7日にかけて6回開催した。合計579人の来場者があり、合計430枚のご意見シートを回収した。参加者の大半は当該県の居住者であったが、遠隔地からの参加者も少なくなかった。開催県からは事前広報、当日運営補助、会場選定補助などの協力を得た。日本医師会および県医師会からは会場紹介等の協力を受けた。各地の患者団体・関係者、医療関係者などから開催情報周知の協力をいただいた。地元新聞やテレビなどによる事前開催告知記事、当日開催紹介記事の掲載および報道があった。患者関係者・市民、立法府（国会議員、県会議員）、行政府（県庁、市職員）、医療関係者（都道府県がん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院、がんを診療する病院、緩和ケア・在宅緩和ケアを行う医療機関などの医師・看護師・技士など）、民間関係者、マスメディア——など、多様な参加者が一堂に会する形となる会場もあった。全般に、会場から国への意見を述べるための挙手が多数あり、活発な意見が出た。4人から6人のWG委員メンバーが参加し、直接意見を拝聴した。国への意見が多数集約できたことはもちろん、(1) いろいろな立場の人の意見が聞けてがん対策がよく理解できた (2) 地域のがん対策関係者と関心のある人が一堂に揃ったことで、今後、地域のがん対策も活発化する——といった意見もあった。複数の会場で、終了時に「本日来場して良かったか、良くなかったかのいずれか」を挙手により表明していただいたが、いずれの会場でもほぼ全員が「良かった」に手を挙げた。「良くなかった」の挙手は見られなかった。参加者の満足度は高かったと考えられる。

・島根県

1月10日（日）に開催した。123人の来場者があり、90枚のご意見シートを回収した。

・広島県

1月17日（日）に開催した。138人の来場者があり、109枚のご意見シートを回収した。

・福岡県

1月23日（土）に開催した。73人の来場者があり、59枚のご意見シートを回収した。

・新潟県

1月24日（日）に開催した。25人の来場者があり、16枚のご意見シートを回収した。

・青森県

1月31日（日）に開催した。135人の来場者があり、90枚のご意見シートを回収した。

・長崎県

2月7日（日）に開催した。85人の来場者があり、66枚のご意見シートを回収した。

●タウンミーティング(島根県)チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
TOKYO

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国のがん対策の推進と予算の確保を目的として、がん対策の推進と地域の声とを結びつけることを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

13:30 開会 (13:40 始会)
ご挨拶 厚生労働省医務局
がん対策と予算の現状 ワーキンググループからの報告
ご意見の聴取(1) 関係機関からの報告
ご意見の聴取(2) 関係機関からの報告
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療従事者
その他ご来場者から

15:30 閉会

開催日 2009年2月1日(日)
時 間 13:30～16:30(開場13:00)
会 場 国立がんセンター総合センター、国際がん研究センター 国際会議場
主 催 厚生労働省がん対策推進協議会 関係機関等とのワーキンググループ

●タウンミーティング(広島県)チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
MIYAGI

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国のがん対策の推進と予算の確保を目的として、がん対策の推進と地域の声とを結びつけることを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

13:30 開会 (13:40 始会)
ご挨拶 厚生労働省医務局
がん対策と予算の現状 ワーキンググループからの報告
ご意見の聴取(1) 関係機関からの報告
ご意見の聴取(2) 関係機関からの報告
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療従事者
その他ご来場者から

15:30 閉会

開催日 2009年2月7日(土)
時 間 13:30～16:30(開場13:00)
会 場 広島県立総合医療センター(広島県立大学内)
主 催 厚生労働省がん対策推進協議会 関係機関等とのワーキンググループ

●タウンミーティング(福岡県)チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
FUKUOKA

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国のがん対策への推進と予算の確保を目的として、がん対策の推進と地域の声とを結びつけることを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

入場無料
参加申込
不要です

10:30 開会 (11:30 始会)
「国のがん対策の現状」について 厚生労働省医務局より
「がん対策と地域の声」について ワーキンググループより
意見シートの記入 来場者より(ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 厚生労働省医務局より
ご意見の聴取(2) 「癌」がん対策推進協議会 関係機関より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

14:30 閉会

開催日 2010年1月23日(土)
時 間 10:30～16:30(開場10:00)
会 場 ナースプラザ福岡
主 催 厚生労働省がん対策推進協議会 関係機関等とのワーキンググループ

●タウンミーティング(新潟県)チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
NIIGATA

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国のがん対策への推進と予算の確保を目的として、がん対策の推進と地域の声とを結びつけることを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

入場無料
参加申込
不要です

10:30 開会 (11:30 始会)
「国のがん対策の現状」について 厚生労働省医務局より
「がん対策と地域の声」について ワーキンググループより
意見シートの記入 来場者より(ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 厚生労働省医務局より
ご意見の聴取(2) 「癌」がん対策推進協議会 関係機関より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

13:30 閉会

開催日 2010年1月24日(日)
時 間 10:30～16:30(開場10:00)
会 場 新潟県立会館
主 催 厚生労働省がん対策推進協議会 関係機関等とのワーキンググループ

●タウンミーティング（青森県）チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
AOMORI

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国の「がん対策への経費案」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を聴くことを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、県民参画取りまとめワーキンググループが主催します。

入場無料
参加申込
不要です

～12:00開会(11:45到着)～
1時～1時30分 開会式(1時30分～1時45分)
1時45分～2時 意見の聴取(1) 患者・がん対策推進協議会等
2時～2時30分 意見の聴取(2) 「癌」がんと関係する職種等
2時30分～3時 意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
3時～3時15分 閉会

開催日 2010年1月31日(日)
時間 12:30～15:30(開場12:00)
会場 青森県民会館
〒020-0831 青森県青森市新町2丁目2-1
お電話 017-222-1100
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 県民参画取りまとめワーキンググループ



●タウンミーティング（長崎県）チラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
NAGASAKI

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国の「がん対策への経費案」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を聴くことを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、県民参画取りまとめワーキンググループが主催します。

入場無料
参加申込
不要です

～12:30開会(12:15到着)～
「癌」がんと関係する職種等について 患者・がん対策推進協議会等
「がん対策への経費案」について 患者・市民、医療従事者など
意見シートの記入 来場者より(ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 行政のがん対策推進委員等
ご意見の聴取(2) 「癌」がんと関係する職種等
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

～14:30閉会～

開催日 2010年2月7日(日)
時間 12:30～15:30(開場12:00)
会場 長崎県民会館
〒852-8537 長崎県長崎市上町2-1
お電話 095-832-1100
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 県民参画取りまとめワーキンググループ



●タウンミーティング(島根県)会場風景



●タウンミーティング(広島県)会場風景



●タウンミーティング(福岡県)会場風景



●タウンミーティング(新潟県)会場風景



●タウンミーティング(青森県)会場風景



●タウンミーティング(長崎県)会場風景



3-4 アンケート結果

都道府県庁がん対策担当者アンケート、都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート、およびタウンミーティングご意見シートにおいて、がん対策に関する意見を集めた。都道府県庁がん対策担当者アンケートには43人の回答があった。都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートには474人の回答があった。回答に長時間がかかる詳細なアンケート内容であったにも関わらず、合計520人もの回答があり、後述するように自由回答欄に大変多くの熱心な書き込みが多数あったことは、回答者の熱意と関心の高さがうかがえる。タウンミーティングご意見シートにおいても同様である。その内容においては、別紙、回答集を参照されたい。

これらアンケートにおける選択式の質問に関する結果は以下のとおり。

「都道府県庁がん対策担当者アンケート」と「都道府県がん対策推進協議会委員アンケート」(質問票は同じ)の回答から。なお、小数点の処理の関係上、合計が必ずしも100%とはならない場合がある。

(1) 予算不足：

「現状のがん対策に関する『予算』は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。

(2) 診療報酬：

「現状のがんに関する『診療報酬』(医療保険から医療機関に支払われる診療対価)は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である9%」、「十分でない90%」であった。

(3) 制度の整備：

「現状のがん対策に関する『制度（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備されている」との問いへの回答は、下図のように、「十分である20%」、「十分でない80%」であった。

(4) 予算の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『予算』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である12%」、「満足でない87%」であった。

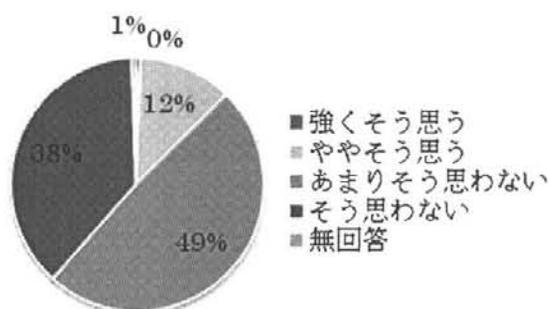
(5) 診療報酬の決定プロセス：

「現状のがんに関する『診療報酬』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である11%」、「満足でない88%」であった。

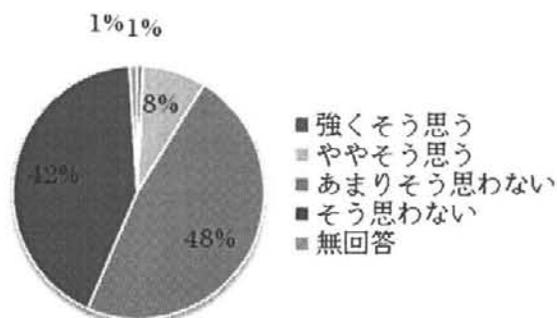
(6) 制度の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『制度』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である20%」、「満足でない79%」であった。

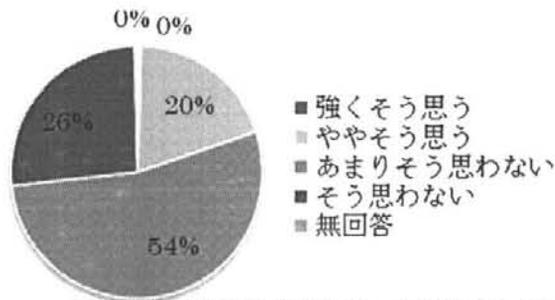
●都道府県庁がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会委員アンケートより



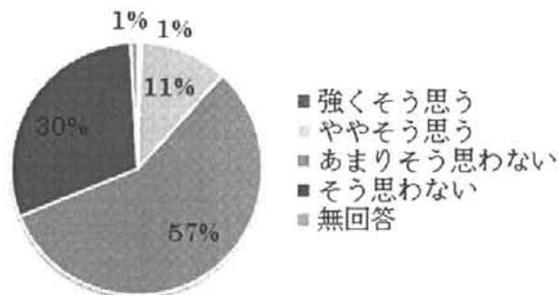
●がん対策に関する「予算」は、十分である。(回答数520)



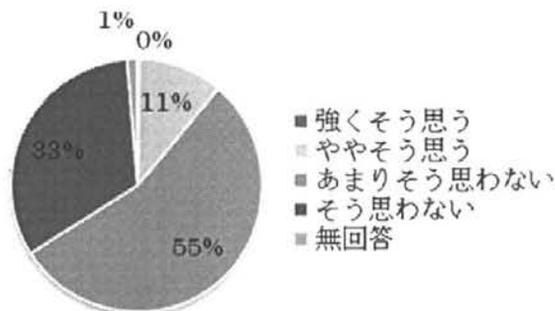
●がんに関する「診療報酬」は、十分である。(回答数520)



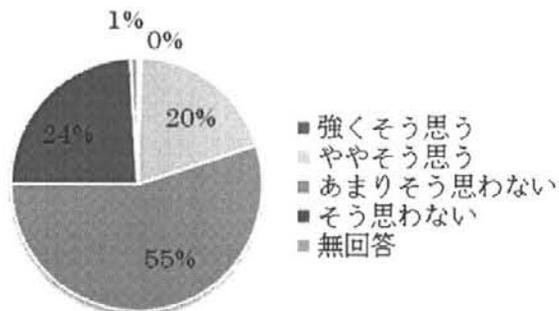
●がん対策に関する「制度」は、十分整備されている。
(回答数520)



●がん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)



●がんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)



●がん対策に関する「制度」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)

3-5 タウンミーティングでの回答

6回のタウンミーティングでのご意見回答シートの回収は合計430枚であった。選択式の質問への回答の結果は次のとおり。

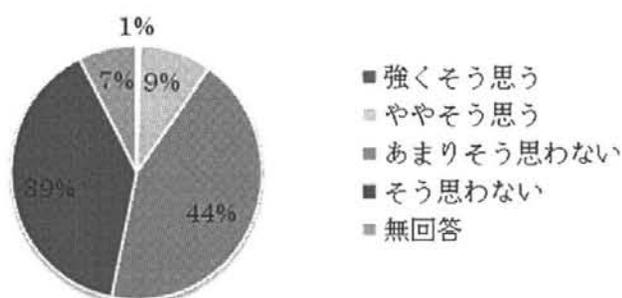
(1) 「現状のがん対策に関する予算は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である10%」、「十分でない83%」であった。

(2) 「現状のがんに関する診療報酬(医療保険から医療機関に支払われる診療対価)は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である12%」、「十分でない75%」であった。

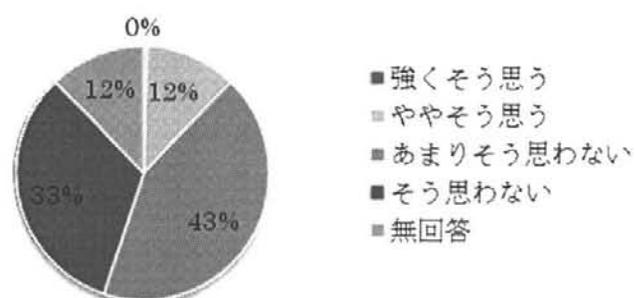
(3) 「現状のがん対策に関する「制度」(法律・政令・通達・規則による定めや規制など)に満足している」問いへの回答は、下図のように、「満足である14%」、「満足でない79%」であった。

●タウンミーティングご意見シートから

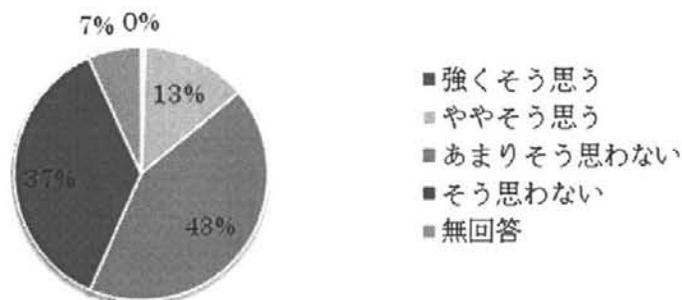
●現状のがん対策に関する予算は、十分である(回答者数430人)



●現状のがんに関する診療報酬は、十分である(回答者数430人)



●現状のがん対策に関する「制度」に満足している(回答者数430人)



3-6 考察

上記の結果から、がん対策にかかわる関係者には、がん予算は不足していると認識されている。また、がん診療に関する診療報酬も不十分と受け止められている。さらに、がん対策に関する制度に関して改善余地があると考えられている。

また、がんについての「予算」「診療報酬」「制度」のいずれに関しても、決定プロセスが不十分であるとの認識が一般的である。

回答者のうち、県庁がん対策担当者と都道府県がん対策推進協議会等委員は、がん対策を考える任にある方々で、がん対策に関して一定の知識があるとみられる。一方、タウンミーティング来場者も、がん対策に関して一定の関心があると思われる。上記のアンケートの回答は印象で回答された部分もあるかも知れないが、多くはがん対策をウォッチしている人々であるという点は軽視できない。

4 実施すべき改革（提案の骨子）

●「予算」

上記では、アンケートの選択式の設問の回答のみ紹介したが、アンケートの自由記述式設問に寄せられた多数の意見やコメントを読むと、提案のがん対策の総論（ページ）で指摘するように、がん予算の策定および利用に関して、構造的な問題が横たわっていることが明らかだった。

現状では、地域の創意工夫を伸ばす仕組みにはなっていない。また、地域の間格差を助長する可能性もある。現在の仕組みでは、都道府県で財政と人員に余裕があるところの方が国の予算を使い易いという側面があるからだ。

また、国と都道府県などががん対策に取り組む当事者の間に、大きな縦割りの壁があり、同じ目標に共に取り組むものとしての共感が乏しく、相互の信頼感が少ないことも浮き彫りになった。

また、努力して先進例を作った際にも特に称賛されることもなく、一方で、がん対策に消極的で全国平均より大きく遅れていても特にとがめを受けない。

こうした悪しき循環を抜本的に変革し、よき循環に転換することが必要だ。すなわち、①明確な目標設定と役割分担、②壁を越えた協働作業、③創意工夫、④切磋琢磨——が生じるシステムへの移行である。

●「診療報酬」

自由記述式設問に寄せられた意見やコメントから、診療報酬の点数設定（医療行為への値付け）にも構造的な問題が浮き彫りになった。

現在のがん領域の診療報酬体系では、がん対策推進基本計画や世界の潮流で良いがん診療（予防から治療、緩和ケア、フォローアップまで含む。治療から相談・連携などまで含

む) とされる行為を行うことへの対価が十分ではなかったり、正のインセンティブが強く働く構造になっていない。むしろ、良いと取りをしたり、楽をして収入を高めることを助長する懸念がある部分もある。

診療報酬改定においては、①医療の質の“見える化”への参加、②診療現場での投入資源や労力を勘案した評価の推進、③個別の治療行為のみならず、判断や相談などの“ソフト面”の評価の強化、④個別医療機関の視点のみならず、地域の医療機関や医療資源の面的連携の評価、⑤進歩の速いがん診療行為の新しい標準治療などへの迅速な対応——などがさらに重視される必要がある。

●「制度」

制度面の改正に関しても、自由記述式設問への意見などにより、深刻な構造的問題が横たわっていることが明白と考えられる。これまでの制度改正や制度設計は、主に行政の主導で行われてきたため、患者・現場・地域の視点が十分に反映されていなかった可能性がある。行政が必要を感じ、行政が対応できると考える制度的対応が先行するきらいがあった懸念がある。制度面の改正には行政側は腰が重い側面もあろう。また、行政主導の制度改正の際に審議会や検討会によってその方向や内容が議論される場合が多かったが、そのあり方や機能に関しても再考の余地がありえる。集まった声や提案を集約し、制度面の対応において、まず、何を改正すると課題の解消につながるのか、その対象を洗い出して整理する必要がある。法律の改正なのか、閣議決定なのか、政省令なのか、課長通達なのか、計画の改訂なのか、医療機関の指定制度の改訂なのか、課題解消の経路を特定する作業である。

制度面の障壁が残存していると、予算投入や診療報酬上の評価の効果を減少させる恐れがある。予算投入や診療報酬上の新施策を実施する正当性の担保として、制度面での位置づけを規定しておくべき場合もある。制度面の改正をすれば、予算投入や診療報酬上の対応の規模を小さくしたり、不要になったりする場合も想定できる。

●テーマ横断的視点

ページにある推奨施策一覧表は、予算に関する 72 本の推奨施策、診療報酬に関する 26 本の推奨施策、制度に関する 35 本の推奨施策を分野別にまとめた総括表である。

これまではがん対策も予算、診療報酬、制度の側面が縦割りで検討が行われたり、要望や提案が出される傾向があった。今後は、予算、診療報酬、制度の 3 点セットでトータルに横串を通して捉え、政策を立案し、効率的で実効性がある施策を進める必要がある。

なお、施策については、医療者の育成、医療機関のネットワーク化などと、分野別に考えるだけでなく、がん医療の“見える化”、“がん難民”問題の解消などの横割りで捉えることが重要である。

さらに、行政政策一般において指摘されていることであるが、政策の結果に関してのモ

ニター・評価を大幅に進展させることが求められる。施策によって実施する活動（アクティビティー）だけでなく、成果（アウトプット）やもたらした影響結果（アウトカム）の視点に移行していくことが重要である。また、施策や事業は追加するのみならず、継続的な評価により、仕分けやスクラップ・アンド・ビルドも行っていくべきなのは、いうまでもない。

がん WG は、がん対策に関して、大胆なプロセスと手法の変革が必要であると考え。その際、下記の 8 点に留意して進めることが肝要である。

・プロセスの透明性

がん対策は多方面の当事者が参加し、国民的に高めていかなければならない。そのためには、対策および予算策定、診療報酬改定、制度改正の決定プロセスに多くの人に参加し、その決定プロセスが見え、多くの人々が納得できる形でなければならず、そのための努力が必要である。

・リーダーシップ

国レベルの行政と政治が率先して新しいがん対策の仕組みを構築するとのメッセージを発信し、リーダーシップを示すことが不可欠である。

・地域と現場重視

がん対策の前線は地域とそれぞれの現場にある。多くの場合、有効な対策はそこで生まれる。地域と現場を重視し、そこでの声を傾聴することを重視し、それを尊重して対策を考える。

・斬新な新施策群

がんは多くの国民の命と生活を脅かしているにもかかわらず、まだがん対策に関して、確実に有効な施策や普及策が十分に見つかっていない。その課題の大きさに鑑みて、当面はかなりの試行錯誤を許容し、創意工夫を生みだしながら、確実に有効な施策を見出していく作業が不可欠である。

・壁を破る、つなぐ

いたるところに縦割りの障壁、連携不足の弊害が見られる。壁を破り、関係者をつなぐということを多くの施策の共通の基盤として実施する。

・六位一体のがん対策

がん対策は多くの関係当事者が一致団結しなければ成果を上げられない。手ごわい相手

である。患者関係者、政治家（立法府）、行政（県、市区町村など）、医療提供者、マスメディア、民間などがいわば六位一体となって取り組むことが必要である。それを実現、補強するための施策が重要である。

・元氣の出るがん対策

これからのがん対策は、「がんになってもがんと向き合い生きていける社会」を、多くの当事者が一体となって取り組むことから進展していく。その際、キャッチフレーズとなるのは、「元氣の出るがん対策」である。「情報共有をしながら、力を合わせていくこと」を、多くの当事者・関係者が意識し念頭におくことが大切と考える。

・がんから改革を

本提案書が指摘する多くの構造問題は、なにもがん領域だけに見られるものではない。しかし、がん対策という大きな領域で解決しなければ他の領域でも解決は困難である。がん領域を変えることによって、他の領域にモデルを示すという発想も大切である。また、がん領域が他の領域にある好事例（ベストプラクティス）を導入し、それを普及させる役割も果たすべきである。

II 提案

今回の提案書作成のための意見集約においては、がん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とし、それに「がん対策全般にかかる事項」「がん計画の進捗・評価」「疾病別対策」を加えた13分野に分類して意見を集め、整理した。

このうち、「がん対策全般にかかる事項」と「計画の進捗・評価」の2分野については、がん対策全体の基盤的な位置づけにあるので、まず、この2分野を全体テーマとして取り上げる。その後、分野別の各論である11分野をひとつずつ検討する。

がん対策の総論

- 1 がん対策全般にかかる事項
- 2 がん計画の進捗・評価

分野別施策

- 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別（がんの種類別）の対策

1 がん対策の総論

1-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項

1-1-1 推奨施策

1-1-1-1 推奨施策（予算）

(1) がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト【A・1】

国と地方自治体の予算編成期のズレや、相互連絡の不足、国からの助成が申請しづらい

など、国と地方自治体の予算編成上の問題により、がん対策予算に盛り込まれた施策が 100 パーセント活用できない問題の解消を目指す。がん対策のアドバイザー 2～3 人を組織し、
実地調査・ヒアリングを実施。国から示されたがん対策事業を、自治体が使いやすいよう
にするための仕組み作りに焦点をあて、対応策を検討する。

(2) がん対策ノウハウ普及プロジェクト [A-2]

地域のニーズを聞くと、予算はもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役もなく、
資金・人・ノウハウをセットで欲しいという希望が多い。そこで、先行県のノウハウ
を全都道府県に浸透させるために、20 人程度のコンサルティングチームを結成し、県のがん
対策の企画、進捗管理、地域のステークホルダーとの調整の支援を行い、都道府県のがん
対策の均てん化を行う。

(3) 都道府県がん対策実施計画推進基金の設置 [A-3]

障害者支援分野で設置された地域対策基金を参考にして、都道府県による予算措置がなくとも
柔軟に活用できる「都道府県がん対策実施計画推進ファンド」を設置。都道府県が
がん対策推進計画のアクションプランに基づく事業に関して、都道府県からの応募申請を都
道府県がん対策推進協議会が審査して選定し、10/10 の助成を行い、都道府県の創意工夫を
引き出す。必要に応じて全国レベルの専門家が審査などの技術的支援を行う。

(4) がん対策への PDCA (計画、実行、評価、改善) サイクルの導入 [A-4]

がんの治療やその対策について、科学的根拠に関する各種エビデンスが十分ではないま
ま、がん対策が行われている現状があり、いわゆる PDCA サイクルに基づくがん対策の評
価と改善も十分ではない。がんの予防や検診、初期から終末期における治療、緩和ケア、
支持療法などについて、地域連携度調査や患者満足度調査など、様々な角度から可視化を
行い、そのデータをもとに必要な施策の実施を行っていく。

(5) 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援 [A-5]

各地域にて医療従事者と患者・市民が共同してがんの予防や治療、緩和ケアなどに関す
る普及啓発活動を支援することで、地域が一体となってがんと向き合い、がんと闘う力を
醸成することを目的として、国が、公益法人、医療機関、患者団体等が実施する公開フォー
ラム、シンポジウム等、がんの病態、がん検診、緩和ケア、がん登録等、がんに関する
理解を深めることを目的とした事業の費用を補助する。

(6) がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン [A-6]

がんに関する普及啓発は未だ十分でなく、がん体験者による語りはがんに対する理解の
促進において、大きな役割を果たし得る。そこで、都道府県からモデル地区を選び、都道

府県は患者団体等と協力、または事業を委託し、患者や患者団体が、地区内の公民館、集会場や学校において患者の語りによる講演会や合唱、シンポジウムなどを開催することで、がんに関する普及啓発を進める。

(7) 小学生向けの資料の全国民への配布〔A・7〕

がん検診の受診率は、20～30%と低く、国民のがん登録を認知度は10%程度であるという現状を解決するため、年齢、使用言語など、対象者の理解度に応じた、がんに関する普及啓発は必要なので、国や第3セクターなどが作成したがんに関する普及啓発資料を地方自治体、職域等を通じて、全国民に配布する。普及啓発資料の内容は、①がんの特性、②がん検診、③がん登録、④がんの治療等とする。

(8) 初等中等教育におけるがん教育の推進〔A・8〕

学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要があるため、各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施し、教員の学校内禁煙を義務づけるとともに、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率0%」の実現を目指す。

1-1-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) がん医療の質の評価〔B・1〕

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

1-1-1-3 推奨施策（制度）

(1) がん対策基本法の改正〔C・1〕

がん対策基本法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する

- ①都道府県がん対策協議会の必置義務規定の整備
- ②都道府県がん対策協議会の委員に患者委員を含める規定の整備
- ③がん対策白書の策定、国会への報告規定の整備

- ④がん診療ネットワークの充実・強化に関する規定の整備
- ⑤がん患者の就労支援・雇用確保に関する規定の整備
- ⑥がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置
- ⑦がん登録の法制化（又はがん登録法の制定）

（2）医療法の改正〔C・2〕

医療法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する。

- ①がん治療、緩和ケアに携わる専門医の標榜診療科規定の新設
- ②医療機能情報提供制度の規定の充実
- ③がん治療にかかるチーム医療の推進にかかる規定の充実
- ④地域在宅緩和ケアを行う在宅療養支援診療所に関する規定の整備
- ⑤地域在宅緩和ケア計画の策定に関する規定の整備
- ⑥診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置規定の整備

（3）がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告〔C・3〕

がん対策の現況を把握し、国のがん対策の適切な推進に資することを目的として、がん対策基本法を改正し、国のがん医療の状況や政府が講じたがん対策の実施の状況と効果などについて、がん対策白書（仮称）を政府より毎年国会に提出することを制度化する。白書の取りまとめに当たっては、がん対策推進協議会による承認を必要とすることとする。

（4）内閣府にがん対策連携推進室を設置〔C・4〕

がん対策については、省庁の壁を越えた取り組みが不可欠である。例えば、がんに関する医療従事者の育成については、厚生労働省と文部科学省の連携、がんに関する地方自治体の役割の強化については、厚生労働省と総務省の連携、がん研究の充実については、厚生労働省と文部科学省と経済産業省における、重複した研究の仕分けと拠点化の推進などが必要である。がん対策における省庁横断的な連携・調整の強化を目的として、内閣府にがん対策連携推進室を設置することを、閣議にて決定する。

<詳細は添付の施策シート個別票をご覧ください>

1-1-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況

昨年度提案書の推奨施策「がん対策予算の 100 パーセント活用プロジェクト」（1 億円）、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」（10 億円）については、平成 22 年度予算において

「都道府県がん対策重点推進事業」(約 9.4 億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は都道府県がん対策の推進にあたって、国と都道府県の予算編成上のミスマッチや、がん対策メニューの均てん化を図るための施策であり、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「都道府県がん対策実施計画推進基金の設置」(基金額・1000 億円)、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」(0.8 億円)、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」(2 億円)についても、「都道府県がん対策重点推進事業」(約 9.4 億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディアなどが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策であり、がん対策の先進県とされる地域では一定の成果を上げつつある施策であるにもかかわらず、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん対策への PDCA (計画、実行、評価、改善) サイクルの導入」(1 億円)については、2009 年 10 月末日を提出期限として各都道府県より提出された「がん対策に関する主な取組」(いわゆるアクションプラン)が対応しているとの指摘があるが、その実行、評価、改善に至るサイクルの担保が不透明であり、アクションプランの提出のみをもって PDCA サイクルが機能しているとは言い難い。推奨施策「小学生向け資料の全国民への配布」(30 億円)、「初等中等教育におけるがん教育の推進」(10 億円)についても、予算措置がされて不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

1-1-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況

別紙参照

本分野の施策に関しては、がん対策全般にかかる基礎的な事項であるため、優先度はとりわけ高い。

1-1-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

1-1-2-1 意見の要約(問題点)

- i 予算の不足
 - ・国のがん対策予算の財源が不足している
 - ・国のがん予算の規模がまだまだ足りない
 - ・都道府県の予算がひっ迫している

ii 補助の仕組みの問題

- ・補助事業の費用を国が100%負担しているわけではない
- ・補助金の使用が義務ではなく県の選択に任されている
- ・補助率の問題（1/2を都道府県が負担するケースが多いが、都道府県にその財源がない）
- ・国は単年度予算なので、都道府県は複数年度の計画で進めたい場合は、国に頼らずにやろうとする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・県と国の年間スケジュールがミスマッチを起こしている
- ・国の予算が変化する（8月の概算要求の段階と12月の予算案で内容が変わるので、県は急ぎ対応しなければならない）
- ・地方や現場のニーズを吸い上げずに予算案が作られる。対話の仕組みがない
- ・政府予算案で決まった事項について情報提供が不十分なので都道府県が対応しにくい

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策関係部署の人員が少ない
- ・都道府県などの地方自治体に、がん対策を進めた経験のある人材が不足している
- ・知識移転の問題（成功事例を十分に共有する仕組みがない）
- ・助成金事業実施要綱などが現場ニーズと合わない制限条項を付けている

v その他

- ・独立行政法人系以外の拠点病院の整備費の県負担が1/2
- ・院内がん登録実務者の補助金が非常勤のみ対象になっている
- ・専門研修の経費が補助対象になっていない
- ・合同の拠点病院による市民公開講座で予算を合算できない
- ・研修会講師に対する時間外手当等がなされない
- ・国立がんセンターや学会等参加費用のための旅費、参加費の病院負担、研修会の時間外勤務手当が病院負担になっている
- ・文部科学省、厚生労働省それぞれの予算を他の事業では使えない

1-1-2-2 意見の要約（改善案）

1-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

i 予算の不足

- ・国のがん対策予算を大幅に増額する
- ・都道府県の予算がひっ迫していても予算が補助される仕組みにする

ii 補助の仕組みの問題

- ・都道府県のがん対策予算のうち、補助率 10/10（国の全額補助）の項目を増やす
- ・がん対策の実施と予算の執行が義務的となるようにする
- ・国が 3 年度程度の実施計画を示し、その対象となる予算に関しては 3 年度継続して実施することを原則とする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・都道府県にニーズを聞いてから予算編成をする。都道府県などと十分な意見交換をしながら予算編成を進める
- ・国が 8 月の概算要求段階の予算項目の内容を、都道府県によく説明するようにする
- ・政府予算案で決まった事項について、都道府県などに説明会を実施して詳しい情報提供を行う

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策管轄部署を支援する共同チームを作る
- ・都道府県、地方自治体を対象に、がん対策に関する取り組みを教育する研修制度を作る
- ・がん対策の成功事例を十分に共有する研修会などを開催する
- ・助成金事業実施要綱などを柔軟化し、現場ニーズに合わせる

v その他

- ・事業内容を決めるのではなく、補助先の計画に応じた補助を行い、結果を審査する
- ・介護福祉分野との予算の連携
- ・在宅緩和ケア関連にかかる健康局と医政局のがん関連予算の一本化
- ・診療報酬改定時のがん診療に関する報酬に対する十分な手当てを考慮することも重要である
- ・地域毎に解決すべき課題・優性順位を示した上で国での有効な予算措置を
- ・各都道府県の中請分は経費節減ができた部分は繰り越しできる仕組みを
- ・文部科学省、厚生労働省の間の予算の流動的、合理的な運用を可能にする

1-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療全般が黒字になるように診療報酬を底上げする
- ・医療の質や技術を反映した診療報酬の評価の仕組みを導入する
- ・がん拠点病院の体制に関するがん診療連携拠点病院加算を増やす

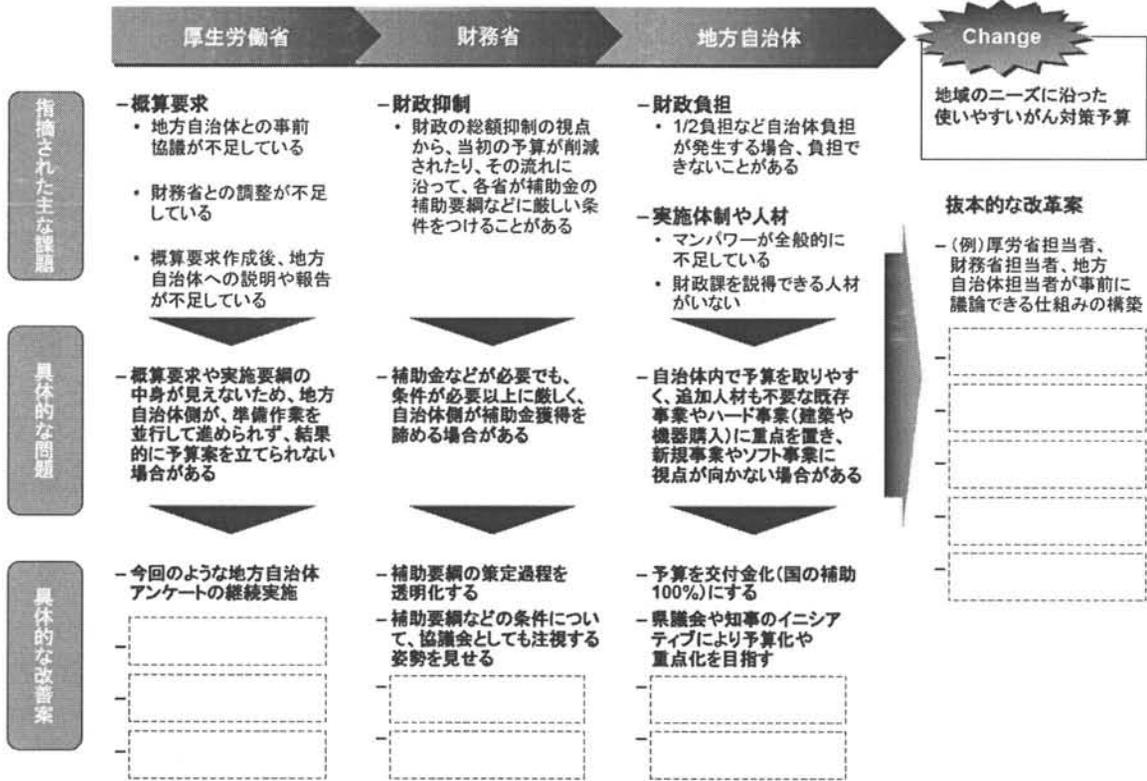
1-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん診療にかかる医療体制の分化・連携をより促進するため、医療法における必要な改

正を行う

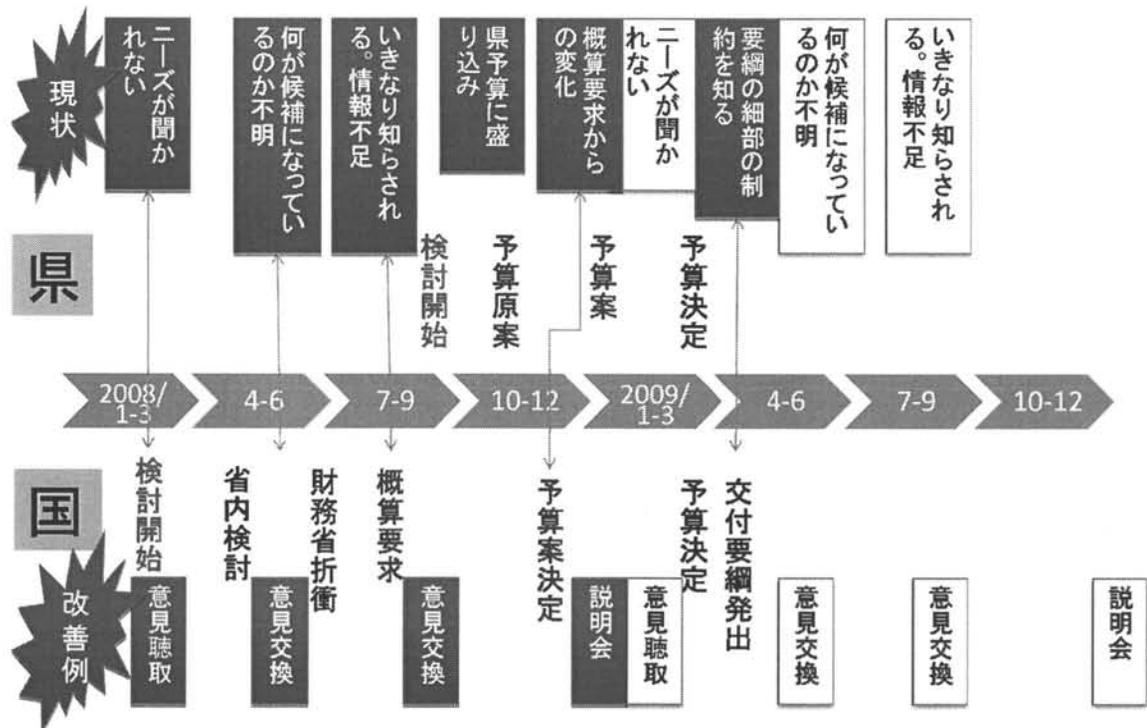
- ・がん対策の進捗管理をより明確にするため、がん対策基本法における必要な改正を行う
- ・国のがん対策を組織横断的、制度横断的に推進する組織体制を整える
- ・国立がんセンターが、がん対策の司令塔の役割を果たせるように必要な組織改正を行う
- ・都道府県のがん対策の進捗状況が一望に見える仕組みをつくる

地方自治体からの声(見えてきた課題と解決策)



出典：ヒアリングからがん予算WGが作成

●予算編成における 県と国の年間スケジュールのミスマッチ



出典：ヒアリングからがん予算WGが作成

1-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

1-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・年を越えての執行も可能にしてほしい。国 1/2、県 1/2 を国 10/10 にしてほしい（医療提供者）
- ・複数年度の予算確保が必須です。人件費の場合、特に大切なことと考えます（有識者）
- ・がんは子どもから老人まで罹患するのに、かけられている費用は少ない（患者関係者・市民）
- ・PDCA（計画、実行、評価、改善）のサイクルが回っていない。目標設定プロセス、評価を明確にしていない。厚生労働省が数値を出したがない（患者関係者・市民）
- ・人材不足で事業の執行が不十分な状況です（行政）
- ・国の予算、施策について、事前の情報提供が少なく、都道府県の予算が組みにくい（行政）

1-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

1-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・国から地方へ、事業構想段階で情報提供を行い、要望調査を行うべき（行政）
- ・夢のある施策立案。施策案をカタログ化して人気投票する（有識者）
- ・地方自治体における政策立案能力の向上。複数の地方自治体の集合体によるがんネットワークの形成と政策立案の予算を確保（有識者）
- ・都道府県レベル、市町村レベルでのタウンミーティングの頻回の開催（患者・市民）
- ・拠点病院、他の医療機関、医師会、行政、患者（会）などが、予算について話し合う場を作り、もっと一般の人への報道を告知することで、理解と支援をしていただき、予算の必要性を訴える（患者関係者・市民）
- ・がん対策に日本がどの程度の予算を組んで取り組んでいるのか、一般国民には見えにくい。そのため意識改革につながっていない。年齢層に合わせた情報提供のあり方を（医療提供者）
- ・国の予算化プロセスの「見える化」と都道府県の担当者のコミュニケーション強化——連絡協議会／説明会の設置（患者関係者・市民）
- ・本当にみんなで考える予算作りを行いましょう（その他）
- ・行政職員幹部での人材の育成、がん対策の理解促進（行政）

1-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療全般について診療報酬をアップし、病院経営や医師、医療者が安心できるようにし、

その中でがん関連の診療報酬をアップしていく（患者関係者）

- ・現在の診療報酬に上乘せない限り、病院全体としてがん診療部門は赤字である（医療提供者）
- ・病院経営者に、がん対策を整備することに関して、経営上のメリットを感じさせるようにする（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・診断の技術や治療の成績を反映できる診療報酬体系を確立してほしい（その他）

1-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・各都道府県のがん対策の進捗状況がバラバラである。担当者の国レベルでの研修がない。他県との交流が難しい
- ・国の中での予算の優先順位を決定する際、国民世論を参考にしていくシステムを構築していく（行政）
- ・予算編成をする前に、ブロックごとのヒアリングなどを実施し、体制がとられている県とそうでない県との評価は別にする（行政府）
- ・がん対策基本法後に（大学病院やがん拠点病院）に設置された“腫瘍センター”は極めて低い評価しかされていない（医療提供者）
- ・（がん診療の）質を評価する制度が必要（医療提供者）
- ・地域医療再生計画（と地域医療再生基金）の中になんかがん対策を盛り込むべきと考える（医療提供者）
- ・国や府県のがん対策に責任を持ち、推進するための組織、制度を整備すべきである。縦割りではなく政府を挙げて取り組める横断的組織が必要（その他）
- ・がん対策に関する、国と都道府県、市町、医療機関、医療保険者の責務を明確にする（行政）

1-1-4 分野内の横断的検討

別紙参照

1-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

1-2-1 推奨施策

1-2-1-1 推奨施策（予算）

集まった意見と論点整理を踏まえ、下記の4点の推奨施策を導き出した。

(1) がん予算策定新プロセス事業 [A-9]

現状のがん対策では地域や現場のニーズが吸い上げられておらず、地域では予算はもとより、人材もノウハウも不足している。がん対策推進協議会がん予算WGを常設とし、都道府県がん対策推進協議会委員、学会、職能団体、当事者団体等への意見聴取、各地でのタウンミーティング、都道府県がん対策担当者を対象とする予算獲得・政策立案に関する実践講座研修などを行う。

(2) 都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理 [A-10]

都道府県がん対策推進協議会などにおいて、都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行う時間を十分に確保し、事務局および委員が計画策定・目標管理手法を理解したうえで、都道府県がん対策推進計画の実施計画や評価の作成にあたるよう、外部のコンサルティング企業等に事務局を設置し、専任職員が協議会にかかる連絡・調整、調査を行うための運営経費を補助する。

(3) 質の評価ができる評価体制の構築 [A-11]

がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、INPUTが中心であるため、がん医療の質、患者満足度の向上といったOUTCOME指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、がんの医療の質等を研究するため、心理学、介護学、社会学等の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん医療等の質の評価ができる体制を構築する。

(4) 分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発 [A-12]

第3次総合戦略研究事業において、がん医療、がん予防、がん検診、がん登録、緩和ケア等の分野別施策ごとに、質の面の評価を行うため、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標を開発する。

1-2-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) がん医療の質の“見える化”〔B-2〕

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な機関としてのベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

1-2-1-3 推奨施策（制度）

(1) がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関の設置（ベンチマーキングセンター）の設置〔C-5〕

がん診療連携拠点病院を対象に、公的な第三者機関によるサイトビジットを伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績を中心に、組織運営や地域連携、医療の質および安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保することを目的とする公的第三者機関を設置し、安定的に運営するため、がん対策基本法の改正を行う。

(2) 患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化〔C-6〕

がん対策基本法にて、国のがん対策推進協議会については、その設置と患者関係委員を含む委員の構成などについて定められているが、都道府県がん対策推進協議会については規定がなく、その設置や委員構成に関して対応が異なり、都道府県がん対策において格差が生じる可能性がある。がん対策基本法の改正により、国のがん対策推進協議会と構成及び人数が同程度の「都道府県がん対策推進協議会」の規定を設けるとともに、各都道府県がん対策推進協議会委員が集まり意見交換を行う、全国会議の設置を検討する。

<詳細は添付の施策シート個別票をご覧ください>

1-2-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況

昨年度提案書の推奨施策「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」（1 億円）については、平成 22 年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）にて対応しているとの指摘があるが、推奨施策は単に都道府県がん対策推進協議会を開催するのみならず、協議会が主体となって都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行うことを目的としており、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん予算策定新プロセス事業」（1 億円）、「質の評価ができる評価体制の構築」（1 億円）、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」（1 億円）については、研究費にて対応が予定されているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるか

は不明であり、予算案での対応も明らかではない。

1-2-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成 22 年度改定への反映状況

別紙参照

本項目の 4 施策に関しては、がん対策全般にかかる基礎的な事項であるため、優先度はとりわけ高い。

1-2-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

1-2-2-1 意見の要約（問題点）

- ・都道府県がん対策推進計画のアクションプランが策定されていない
- ・都道府県がん対策推進計画の工程表が作成されていない
- ・都道府県がん対策推進計画の評価組織が明確になっていない
- ・都道府県がん対策推進計画の進捗管理をすべき、都道府県がん対策協議会が開催されていない
- ・都道府県がん対策推進計画を誰が評価するのかはっきりしていない
- ・都道府県がん対策推進計画を評価できる人材が少ない
- ・都道府県がん対策推進計画の進捗を評価する指標が決まっていない（開発されていない）
- ・患者満足度調査がされていない

1-2-2-2 意見の要約（改善案）

1-2-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・都道府県がん対策推進計画のアクションプランを策定する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価組織を作る
- ・都道府県がん対策推進計画の評価尺度を明確にする
- ・都道府県がん対策推進計画の評価者を育成する
- ・患者満足度調査を実施する
- ・幅広い関係者が集まって都道府県がん対策推進計画のアクションプランを考える会を設け、その開催費用を予算化する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価尺度を開発する費用を予算化する
- ・都道府県がん対策推進計画などの進捗状況に応じ、国庫補助金をスライドさせる仕組みを導入する

- ・がん診療連携拠点病院が実施計画を作成し、それに対して助成金を出し、達成度に見合った分だけを支給する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価者を育成するための予算を確保する
- ・患者満足度調査を実施する予算を確保する

1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・提出する医療機関に対して評価を行う
- ・がん医療の質のデータを収集して評価し、住民への情報公開を実施するベンチマーキングセンターに、がん診療連携拠点病院等が参加することを、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる
- ・治療に投入される労力による原価計算を行い、それを参考に手術等の診療報酬の評価を行う考えを取り入れる

1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・「がん対策推進基本計画」の大幅な改正を行い、特に進捗評価についてより具体的な記述を増やす
- ・「がん診療連携拠点病院」のあり方と制度を抜本的に見直す
- ・拠点病院などががん治療病院の治療成績や治療内容を収集し、公表するベンチマークセンター（情報比較センター）を設置する
- ・都道府県のがん計画の進捗評価を行える専門家チームを設置する（意見集約より）
- ・2次医療圏ごとにがんに関する地域医療再生計画を策定し、がん医療再生基金を設置する

1-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

1-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・計画策定時点で、具体的な工程表を作成していない県が多い。進捗管理ができるか疑問（患者関係者・市民）
- ・計画策定後、県のがん対策推進協議会が開催されていない（患者関係者・市民）
- ・評価組織を整備すべき（医療提供者）
- ・計画の評価機関が明確でない（患者関係者・市民）
- ・具体的で測定可能な中間目標の諸数値が示されていない（医療提供者）
- ・明確で誤解のない方針を出し、評価には各分野から委員を選出して、偏りのない評価を行うことが大切である（医療提供者）

・計画の評価は患者がすべきで、がん対策満足度調査を、患者や遺族から行うべきだが、医療機関からの協力が得られない（患者関係者・市民）

1-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

1-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・計画の進捗状況を県民に伝える必要がある。情報の公開がなければ、県民の計画への関心、またがん対策そのものへの関心が低下してしまう（患者関係者・市民）
- ・地域ごとに、県境を越えて患者・行政・医療関係者による「がん対策アクションプラン交流会」を開催し、評価と改善を行う（患者関係者・市民）
- ・国立がんセンターがん対策情報センターを強化し、がん対策の進捗状況を客観的な諸数値をがん対策推進協議会に報告できるようにする（医療提供者）
- ・「療養生活の質の向上」を評価する方法を開発する必要がある（医療提供者）
- ・全国の計画がどこまでできているのか公表すること（患者関係者・市民）
- ・計画の進捗評価は速やかに行い現場にフィードバックすべき（医療提供者）
- ・各委員に目標管理手法を徹底教育する（患者関係者・市民）
- ・進捗状況を評価検討する機会を国、都道府県ごとに開催する仕組みが必要（患者関係者・市民）
- ・各都道府県に進捗状況を同じ時期に公表させ、次年度に反映させる仕組みを作る。良い計画には10/10国庫助成金を出す（患者関係者・市民）
- ・計画の達成度の評価をして、応分のメリットを与える（医療提供者）
- ・拠点病院に対して、基準達成に向けた計画を達成させ、計画に見合った予算だけを支給して実施状況はしっかり監督する（医療提供者）
- ・県内のがん診療連携拠点病院、がん相談支援、情報提供などのレベルを客観的に評価する指標を明らかにする。一般市民・がん患者に、どの程度の予算をもらい、何を進めるかを、各病院が明確にする（有識者）
- ・行政、民間諸団体、医療・保健・介護・福祉施設（機関）、県民からなるがん対策県民会議を立ち上げるべき。がん対策県民会議の予算措置をする（医療提供者）
- ・県としてプランの進捗状況を検証するための予算（医療提供者）
- ・一般市民や多数の患者さんに「がんの施策と予算を考える」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい（患者関係者・市民）

1-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療の質を評価しそれに応じた診療報酬を配分する。専門医などの労に見合った診療報酬を配分する（医療提供者）
- ・実際に投入される労力と時間に比例して医療費を配分すべき（医療提供者）

- ・疾病ごとの原価計算の値を全国的に調査して典型例を出し、そこから手術点数を決める（医療提供者）
- ・むやみに要望するだけでなく、現状とエビデンスデータによる主張をする（医療提供者）
- ・一般市民、受診者家族にわかりやすく、がんに関する診療報酬上の項目に関する情報を提示する（医療提供者）

1-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん対策推進基本計画のレビューと次期計画での改善について、実施要領や通達などで明示すべきである（患者関係者・市民）
- ・患者本位のがん医療体制の基本は、正確な情報の収集と解析と発信。そのために、各都道府県に公正・中立の第3セクターの情報センターを設置する（患者関係者・市民）
- ・末端の地域拠点病院からも委員を入れて、地方の医療現場の現実に即した制度を構築して欲しい（医療提供者）
- ・医療内容のランキング化。国民に日本の現状を理解していただかないと、日本型のがん医療を計画・実践できない（その他）
- ・各県を国がきちんと評価して、その指標や内容をオープンに情報公開してほしい（医療提供者）
- ・PDCA（計画・実行・チェック・改善）サイクルを制度で担保する（医療提供者）

1-2-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2 分野別施策

がん対策の個別 11 分野について、下記に順次、提案と集まった意見の要約について述べていく。分野は次の 11 点である。

- 1 放射療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）

- 10 がん研究
- 11 疾病別対策

2-1 分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

2-1-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-1-1-1 推奨施策（予算）

(1) がんに関わる医療従事者の計画的育成 [A-13]

医療従事者の不足は、がん医療においても大きな影響を及ぼしている。国・県・2次医療圏で必要とされる医療従事者数を算定し、そのデータをインターネット等を通じてわかりやすく一般に公開するとともに、一定期間で達成するための年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するための情報収集・分析とその公開を行い、医療従事者の不足の解消とがん医療の均てん化を図る。

(2) 放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離 [A-14]

放射線治療医の不足が指摘されているにもかかわらず、全国 80 の医学部において、放射線治療学講座のある大学や、講座はないものの放射線治療学専任教授が在職する大学は限られている。医学部における放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離を進め、文部科学省より必要な組織定員措置や財政措置を講じて、放射線治療学の専任教員数を増員する。

(3) 医学物理士の育成と制度整備 [A-15]

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には 10 年以上の期間が必要とされる。そこで、放射線治療医をサポートする技術系人材の採用を促進し、このギャップを解消することを目的として、医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う放射線物理の専門家である、医学物理士の国家資格化に関する検討・調整を進めるとともに、診療放射線技師資格との関係の明確化を図る。

(4) がん薬物療法専門家のための e ラーニングシステム [A-16]

がんの薬物療法（化学療法）に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師にとって、専門分野や資格更新の学習・試験について、講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。全国各地から自分の時間の都合に合わせてアクセスできる e ラーニングシステムを構築するために、厚生労働省より委託された関係団体が事業を行い、資格更新を目的とした e ラーニングによる試験を実施する。

(5) 専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設〔A-17〕

がんに関連する専門資格を取得する際に無収入（減収）期間が生じる医療従事者に、経済的支援を行うことで、専門資格を有する医療者の養成を促進することを目的として、がんに関する専門医、専門看護師、認定看護師等のがんに関する専門資格を取得しようとする希望者を募集し、審査の上、奨学金を貸与する。資格取得後の勤務によって、返済金の減額や免除も行う。

(6) 専門・認定看護師への特別報酬〔A-18〕

がんの治療およびケアにおいて、専門・認定看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、その専門職に対する報酬は十分ではない。また、医師等の不足による限られた医療資源の中で、専門・認定看護師を含むチーム医療が促進されることで、職種ごとの負担が軽減される必要がある。専門・認定看護師に対して、特別報酬を支払う施設に対して助成を行うとともに、診療報酬を加点する。

(7) 抗がん剤の審査プロセスの迅速化〔A-19〕

未承認薬使用問題検討会議にて早期に治験を開始すべきとされた治療薬の中に、5年近く経過しても治験に着手出来ていないものもあり、審査プロセスの迅速化に対する要望はきわめて強い。医薬品審査業務を行う医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど実効性のある施策を検討し、国外での初上市后、1年以上開発に着手されない治療薬ゼロを目指し、一元的な管理と助成金の増額を講じる。なお、網羅的なゲノム情報を活用した、効率的ながん薬物療法による標準治療の確率に向けた研究について配慮を行う。

(8) 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し〔A-20〕

抗がん剤について、既承認薬に対する対象疾患の適応拡大について、これまでの適応拡大に係る承認申請や審査のあり方を見直すとともに、がん以外の他の疾患に関わる医薬品とは異なる審査プロセスの検討や、医薬品審査官の増員、医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど、実効性のある施策を検討するため、検討会を設置し、予算措置等を講じ、適応拡大までの期間の短縮を目指す。

2-1-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 放射線療法の推進〔B-3〕

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射

性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

(2) 化学療法とチーム医療の推進 [B-4]

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与計画）委員会における化学療法のプロトコル（治療計画）管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(3) 入院および外来化学療法の推進 [B-5]

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

(4) がんにおける診療項目の評価 [B-6]

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加算することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

(5) 高度医療 [B-7]

高度医療の実施医療機関の適応基準を全国で一律化し、要件に適合する医療機関においては、高度医療に関する患者負担を軽減し、高度医療申請に関しては診療報酬として加算、あるいは薬剤の保険外使用に関して適応とするだけでなく、副作用対策などについても評価してはどうか。

2-1-1-3 推奨施策（制度）

(1) 医療法の改正（がん治療に関わる専門医の標榜診療科の検討） [C-7]

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。がん治療に関わる各種の専門医・認定医制度については、その位置づけが不明確であり、またがんの種類や治療分野により特性があるため、明確な位置づけがされていない。現在のがん関連 3 学会と医師会によるがんに関わる専門医の位置づけを明らかにしたうえで、標榜診療科制度を見直すことにより、がんに関する専門性を有する医師が勤務していることを公開できるよう検討を行う。標榜診療科の見直しに伴い、医療機能情報提供制度においても、がん治療に関わる各種専門医・認定医について、その位置づけや専門領域、チーム医療の有無を明らかにしたうえで、これらに関する情報（専門とするがん腫、専門医・認定医の数など）の公開について、がん診療連携拠点病院と同じ内容の情報を公開す

る方向で検討する。

また、医師、看護師、薬剤師、医学物理士（仮称）等、がん診療に携わる各種の医療関連職種間の連携を強化し、公開できるような規定を整備する。

(2) 医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）〔C-8〕

がん治療に関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法においてがん診療に関わる専門医制度を規定し、患者数や施設数から必要な専門医数、専門施設数を算出し、専門医のみに可能な医療技術や投薬のあり方を検討するとともに、がん診療に関する専門資格を公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

(3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）〔C-9〕

がん治療に関わる専門・認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って専門資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における看護師の役割をガイドライン等で規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(4) 薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）〔C-10〕

がんに関わる専門・認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において専門資格を規定し、薬剤師名簿にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における薬剤師の役割をガイドライン等で規定し、チームにおける薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と保助看法の改正を検討する。

(5) 医学物理士法（仮称）の制定〔C-11〕

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされ、技術系人材の採用の促進によるギャップの解消が必要である。放射線治療にかかる医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う医学物理士については、学会及び診療放射線技師会が独自に認定を行っており、国家資格としての位置づけがない。医学物理士法（仮称）を制定することにより、医学物理士の育成と医療機関への配置の促進を図

る。

(6) 放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進〔C-12〕

各大学医学部、医科大学において、放射線療法および化学療法の担い手の養成を加速するため、文部科学省において大学運営費交付金の制度を見直すことにより、放射線治療学講座、腫瘍内科学講座の設置を促進するとともに、がん対策推進基本計画での対応も検討する。

(7) 薬事法の改正（国内未承認薬等の早期承認）〔C-13〕

国内未承認薬や承認薬の適応拡大に関わるドラッグラグ及び未承認医療機器に関するデバイスラグの問題は、かねてより指摘されているにもかかわらず、その解決が十分進んでいない。早期承認に向けて承認プロセスを改善するため、薬事法を改正する。

(8) 高度医療の改正（国内未承認薬、適応拡大等の早期承認）〔C-14〕

国内未承認薬については、その高度医療の実施医療機関の適応基準を、化学療法に関わる専門医や専門職の配置も含めて全国一律化し、要件に適合する医療機関においては、承認薬の適応拡大を視野に入れた全国多施設共同での臨床試験などに取り組みやすい制度とするために、高度医療制度を改正する。また、高度医療に関わる情報を公開し、患者からも適応外薬品の現状が把握され、参加しやすいプロセスとする。

<詳細は添付の施策シート個別票をご覧ください>

2-1-1-4 昨年度提案書における予算に関する推奨施策の平成 22 年度予算への反映状況

昨年度提案書の推奨施策「がんに関わる計画的育成」（5 億円）については、平成 22 年度予算案において新規事業として「がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業」（約 1.9 億円）が対応していると考えられる。今後、施策の趣旨の通りに事業が進むのか、見守る必要がある。

この新規事業は、「我が国における化学療法専門医、放射線治療専門医、病理医をはじめとした医療従事者の実態を把握するとともに、国内や海外でのがん罹患率・人口比などの情報を踏まえつつ、国及び都道府意見がん医療に携わる各医療従事者の必要数や充足状況を把握し、計画的な養成方策等の検討を行う事業」（委託先：独立行政法人国立がん研究センター）とされている。医療従事者の計画的な育成に向けて、昨年度提案書の推奨施策が反映されていると考えられるが、既存事業である「がん専門医臨床研修モデル事業」の増額（平成 21 年度予算額：約 3.8 億万円→平成 22 年度予算案：約 4 億円）との連携についても見守る必要がある。

一方で、推奨施策「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」(2億円)については、既存の厚生労働省委託事業では、医療従事者の育成と負担軽減という観点からみて不十分である。また、推奨施策「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」(10億円)や「専門・認定看護師への特別報酬」(10億円)については、具体的な予算措置に乏しく、医療従事者育成に資する推奨施策(「放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離」[運営費交付金の増額]と「医学物理士の育成と制度整備」[1億円])については未対応である。がん医療や医療全体に大きな影響を及ぼしている医療従事者の不足に対しては、アンケートやタウンミーティングでもその解消に向けた要望が特に強く、推奨施策の実施に向けて早期のさらなる対応が望まれる。

2-1-1-5 今年度提案書における診療報酬に関する推奨施策の平成22年度改定への反映状況

別紙参照

放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成は、がん対策推進基本計画の重点項目とされている。医療従事者の育成はがん診療のみならず医療界全般で課題となっているが、上記の施策を実行することで、がん領域から成功事例を発信することもできるようになると考えられる。

2-1-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-1-2-1 意見の要約(問題点)

- ・医師不足で治療の順番待ちが発生している
- ・専門的な医療ができる医療従事者が不足している
- ・放射線治療、抗がん剤治療の専門的な医師が不足しているため、安全管理への懸念が高まっている
- ・外来化学療法スタッフも不足している
- ・教育体制(特に大学)の不足
- ・がん対策推進計画とがん拠点病院連絡協議会、がんプロフェッショナル育成プログラムの間の連携が不足している
- ・都市部に医療従事者が集中する
- ・医療従事者の育成のための予算が不足している
- ・研修医の生活保証がない
- ・技師などの育成が予算の対象外となっている

- ・予算面から医療従事者の定数が固定化しており増やせない
- ・がん拠点病院強化事業の補助金の対象事項が限定されている
- ・専門医資格を取得するための研修に参加した場合に補助がない
- ・放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置が十分でない
- ・放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理について、適切な評価がされていない
- ・腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、インセンティブに乏しい。
- ・外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていない。
- ・外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している
- ・手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、キャンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い
- ・化学療法における技術料が評価されていない
- ・医療従事者および医療提供体制における需給バランスについて定量的な把握ができていない
- ・医療従事者の育成に対し、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない
- ・認定、専門資格に対しての評価システムがないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくい
- ・腫瘍内科学の位置づけが、多くの医師にまだ十分に理解されていない
- ・外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がないため、マンパワー不足が慢性化している
- ・認定、専門資格を習得するにあたっては、本人、就業施設ともに時間や金銭面での負担が大きいものの、それを援助する内容が少ない
- ・国内未承認薬や新薬の研究・開発から承認までの期間が長い

2-1-2-2 意見の要約（改善案）

2-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・地域や県ごとに現在の医療従事者の数を算定する
- ・地域や県ごとに医療従事者の必要数を算定する
- ・県ごとに医療従事者の必要数を決めて配置する
- ・施設の成績を公表する

- ・大学に講座を設置する
- ・専門性のある開業医との連携と活用を実施する
- ・地域の計画に基づき予算を配分する
- ・患者数に比例した予算配分とする
- ・研修費の助成の対象を拡大する
- ・専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度（生活の保証が目的）を設置する
- ・がん診療連携拠点病院強化事業補助金の対象項目を拡大する
- ・放射線治療医、腫瘍内科医育成への予算配分
- ・放射線治療啓発の予算化
- ・放射線治療機器の均等配置の為の予算配分
- ・全医学系大学への「腫瘍内科学」および「放射線治療学」講座増設の予算措置
- ・専門資格などの研修期間における、代替スタッフ補充の仕組み構築
- ・中央からの専門家派遣など、地方でも研修を受けやすい仕組みの構築

2-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・医学物理士に対する診療報酬加算
- ・放射線治療における診療報酬引き上げ
- ・放射線技師による精度管理への加算
- ・放射線治療部門および化学療法部門において、専門資格者を配置し育成している施設へのインセンティブ
- ・チーム医療に対する診療報酬加算
- ・外来化学療法部門における医療従事者配置数に対するインセンティブ
- ・外来化学療法における薬剤管理指導料の設置
- ・化学療法における技術料
- ・キャンサーボードによるカンファレンスに対する評価

2-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・医学物理士の国家資格化の検討
- ・放射線治療と放射線診断との分離を文科省と共同で促進
- ・人材育成の義務化
- ・がん化学療法に関する生涯教育制度の必須化
- ・化学療法における薬剤師への権限拡大の検討
- ・がん診療連携拠点病院における、腫瘍内科医、放射線治療医の常勤配置の要件化
- ・外来化学療法部門における医療従事者の配置数の要件化
- ・看護基礎教育における放射線療法や化学療法に関する講座設置
- ・国内未承認薬や承認薬の適応拡大のための制度改革

2-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・地方では、指導者が限られており、なおかつ、医師不足のため、指導者も受講者も研修に参加できない状況をまず解消する必要がある（行政）
- ・放射線治療に関しての品質管理（QC）が不十分である（医療提供者）
- ・在宅化学療法は家族および周囲環境に対する影響が情報として提示されないまま行われている。抗がん剤の有害事象に対する教育も徹底するべきである（医療提供者）
- ・医療従事者および医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない（行政）
- ・医療従事者の育成は全国的な課題であるが、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない（行政）
- ・専門医の養成は不可欠。特に、放射線治療医の育成を早急に行わなければ、集学的治療の本当の実現は困難と思う（行政）
- ・現状では腫瘍内科医がまだ不足している。早急の対応が必要。さらにチーム医療の要員としてがん治療専門ナースの育成も必要（患者関係者・市民）
- ・医師不足に対応するために、看護師・薬剤師が専門を持ち、業務範囲の拡大を行う必要がある（医療提供者）
- ・現在の制度では外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度、法律や診療加算は明確化されておらず、7:1看護基準や入院服薬指導料という加算を重視するあまり、外来への人員配置に大きな障害となっている（医療提供者）
- ・専門的教育を受けた人、認定とか資格を持った人たちによる医療、看護に対するの評価システムや、それに見合った診療報酬となっていないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくいのではないかと思う（医療提供者）
- ・医療従事者の中で看護師、薬剤師の認定、専門制度はかなり長期間の研修を課している。研修認定施設が限られ、資格取得を目指すものは勤務からの長期離脱を余儀なくされ、本人、就業施設ともに負担が大きい。何らかの補助制度もしくは育成推進に対する予算的補助が望まれる（医療提供者）
- ・化学療法を専門とする腫瘍内科医の絶対数は不足しており、かつ従来の臓器別科との協力体制は未だに整備されていない。医学教育での腫瘍内科学の位置づけが多くの医師にまだ十分に理解おらず、将来の腫瘍内科医の育成に影響する（医療提供者）
- ・手術は外科、化学療法は主に内科、また放射線科と、各大学、病院ともタテ割になっており、横の連携が少ないと感じている（患者関係者・市民）
- ・まだまだ地方の病院ではチーム医療はなく、1人の主治医が主になる。化学療法の専門ド

クターは少ない、又、医者も地方には少ない（患者関係者・市民）

- ・医療従事者の研修制度が利用しにくい。医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない（代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない）（行政）

- ・現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである（医療提供者）

- ・医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる（医療関連産業）

- ・海外では承認され効果がみられる薬剤も、日本ではなかなか承認されず苦しんでいる患者がいるので、もっと早急に承認できるようにしてほしい（患者関係者・市民）

2-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・放射線診断医に対して、ある程度の放射線治療・管理に対しての研修を受けさせて治療医の資格をあたえていくようにする（短期的解決策）（医療提供者）

- ・待遇、設備、研究、教育等の整備と平行して、この分野の治療成績と評価の国民レベルでの公表が必要である（医療提供者）

- ・高度な放射線療法や化学療法を維持するためには、継続的な従事者の育成が必要である。十分な育成に対しての講習や実習や交換留学や評価のシステムが求められる（医療提供者）

- ・大学病院が地域の病院から医師を引き揚げさせてしまわないよう、府全体で、適切な医師数の配置と育成を考える検討会の設置が必要。また、その検討内容をチェックする地域の市民団体を募る（患者関係者・市民）

- ・拠点、基幹病院の化学療法のレジメン（投与計画書）をHPなどで一般に公開。その施設においてあるすべての抗がん剤治療薬、副作用制止薬の開示（患者関係者・市民）

- ・医療従事者の学生（在学中）の授業の中で、患者の気持ちを患者から直接聞いたり、患者とのより良いコミュニケーションを学ぶ教育内容を入れたり、がん専門看護師やがん医療者の集まりなどの機会を設けてほしい（患者関係者・市民）

- ・国立がんセンターに研修医を集めるのではなく、地方の病院に派遣して指導する（行政）

- ・各地域の実情に応じた放射線治療医、専門医、技師の増員、治療機器の整備などに必要な予算処置をおこなう。必要な地域はまず予算請求を含めた具体的な計画書を作成して提出し、これを国と県が十分に協議して決定する（医療提供者）

- ・治療装置の更新についての国の補助枠をさらに増やして頂きたい（医療提供者）

- ・関連する学術諸団体の意見などを聴取した上で、文部科学省と厚生労働省とが協力して、数値目標を設定した上で医療従事者の育成に予算を使うべきである（患者関係者・市民）

- ・育成に予算をつけていただきたい。また予算内容を公表していただきたい（患者関係者・市民）

- ・専門スタッフ養成のための教育予算の増額（患者関係者・市民）
- ・国において医療従事者の育成・配置等の計画を定め、特に国の研修会の機会増設や、大学やがん診療連携拠点病院における専門的な研修実施に対する助成を拡大する（行政）
- ・がん診療連携拠点病院に対する専門職養成に対する補助制度（行政）
- ・放射線治療装置の補助（医療提供者）
- ・予算を見直し、腫瘍内科学を設置しやすい環境を大学に作るべき（医療提供者）
- ・人口当たりの放射線治療機器の均等配置が可能になるよう予算配分（行政）
- ・認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい
- ・放射線専門治療医の増員のため放射線治療講座の増設への予算処置（医療提供者）

2-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい（医療提供者）
- ・専任資格者施設に対する優遇（行政）
- ・放射線治療の点数を上げる。また、専門技師等の技師の資格を認め診療報酬に反映させる（行政）
- ・専門医に対しての診療報酬をつけること（患者関係者・市民）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する診療加算の設定（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・専門職を配し、育成しているという条件を満たして拠点と認定された施設に診療報酬上のインセンティブが認められる（医療提供者）
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がん薬物療法専門医（認定医ではない）、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、などが必要ではないか（その他）
- ・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映（医療提供者）
- ・外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい（医療提供者）
- ・外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・キャンサーボードで多診療科による症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつ

ける（医療提供者）

2-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・需給バランスについての継続的な調査（行政）
- ・開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う（患者関係者・市民）
- ・各病院に人材育成を義務化することが最も有効と思う。人材育成に際し優遇制度を導入すべき（医療提供者）
- ・腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格化と医学物理士不在施設の放射線治療の規制。がん化学療法に関する生涯教育制度を必須化して医師を教育する必要がある（医療提供者）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度や法律の制定（医療提供者）
- ・大学に腫瘍内科を設置する（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件において、そろそろがん薬物療法専門医、放射線治療認定医の常勤を数年後に必須項目とするようにしても良いのではないか（その他）
- ・育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である（医療関連産業）
- ・専門教育を受けている期間、病院にキャリアのあるスタッフを補充する仕組みがあれば、よいのではないか。県職員の立場で雇用した有資格者が、必要な病院に修学の期間の補充スタッフとなって働く仕組みをつくる（患者関係者・市民）
- ・本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立（医療提供者）

2-1-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-2 分野 2 緩和ケア

2-2-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-2-1-1 推奨施策（予算）

(1) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン

いわゆる終末期医療において、医療機関や在宅医療の連携不足や診療報酬上の問題などから、必要とされる緩和医療や在宅医療を十分に受けられない空白期間が生じてしまう場

合がある。2次医療圏ごとに緩和・在宅医療に関わる医療従事者数や病床数、がん罹患者数を調査し、2次医療圏ごとに必要な医療資源を算定するとともに、「在宅医療マップ」を作成・公開し、アクションプランを策定する。

(2) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）

緩和ケア病床（ホスピス）に長時間の待ち期間が発生しており、ホスピスの増床が課題となっており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。そのため、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保し、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得る。

(3) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修

がん診療に携わる医療者は、緩和医療の適切な知識を得ることが求められている一方で、その講習会等に出席するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。そこで、現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等対象とした研修について、eラーニングシステムなども活用してカリキュラムを充実し、5年間で10万人に対して研修を実施する。

(4) 緩和医療研修のベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進

現状の緩和医療研修では、教育研修施設の人材雇用や運営費が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。そこで、緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、教育研修認定施設にて緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療についての実地研修を行うことで、実践的な「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。

(5) 緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化

地域連携による在宅緩和医療を効率的に進めるには、情報共有を推進することが大きな助けとなる。薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとしてIT網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、セキュリティに配慮したサーバ管理による診療情報共有システムを構築することで、地域特性に応じた連携ネットワークをすべての都道府県において整備する。

(6) 緩和ケアの質を評価する仕組みの検討

がん対策推進基本計画における緩和ケアに関する個別目標の指標は、緩和ケアの質に着目したものがないため、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理

学、介護学、社会学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による緩和ケアの質の評価に関する仕組みを検討する研究班を組織する。

(7) 大学における緩和ケア講座の拡大

緩和ケアを専門とする医師の数は十分でなく、その増員を促進するため、大学における緩和ケア講座を拡大し、緩和ケアを必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的として、医学部における緩和ケア講座の設置について、文部科学省より勸奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、緩和ケアの専任教員数（教授、准教授、講師、助教等）を増員する。

(8) 緩和医療科外来の充実

緩和ケア病床の慢性的な不足に加えて、拠点病院における緩和ケアチームの配置についても、体制が整備できないケースが多い。治療（化学療法）を受けながら緩和医療も受けるためには、拠点病院の補助金対象として、原則すべての拠点病院に対して、緩和ケア外来および緩和ケアチームの設置と充実を図るための予算措置を講じる。

2-2-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 緩和ケア診療加算

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

(2) 緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ

現状の診療報酬では、緩和ケア病棟の採算が取れない場合が多いため、DPCのなかで収まりきれない高額薬品（鎮痛剤など）、検査などを出来高払いとすることを検討してはどうか。また、長期療養病床におけるがん専門療養病床を指定し、緩和ケアを行う施設を確保するための病床要件に準じた評価をしてはどうか。