

2-2-1-3 推奨施策（制度）

（1）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）

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。緩和ケアに関わる各種の専門医制度については、その位置づけが不明確であるため、「緩和医療科」、「緩和ケア科」のように、緩和ケアを積極的に行っている医療機関を特定することができるよう、標榜診療科として位置づける検討を行う。また、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、緩和ケアに関わる各種専門医に関する情報の公開について、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を行う。

（2）医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）

緩和ケア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、医師法において緩和ケアに関わる専門医制度を規定し、緩和ケアに関する専門資格を有すること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（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）

緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、認定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認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に緩和ケア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。特に緩和ケア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（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）

緩和ケアに関わる認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、認定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、薬剤師法において認定資格を規定し、薬剤師名簿に緩和ケア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。特に緩和ケア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、チーム医療における薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と薬剤師法の改正を検討する。

（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）

現行の麻薬及び向精神薬取締法では、医療用麻薬と非医療用麻薬との区別が明確にされておらず、臨床現場では学会等のマニュアルなどにより医療用麻薬が使用されているが、

その対応には限界があり、緩和ケアにおける医療用麻薬の適切な使用が阻害されている。医療用麻薬の適切な使用を促進するために、同法に医療用麻薬を位置づけ、厚生労働大臣が、その取扱いに関する規定を定めるよう、改正を行う。その上で、現在の学会等のマニュアルを参考にして、医療用麻薬の取扱規定を大臣告示として策定し、医療現場での取扱いの指針とする。

(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訂

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会については、受講にあたり医師の負担が大きいかかわらず、厚生労働省健康局長による修了証の発行のみであり、修了者の配置に対するインセンティブに乏しく、患者による修了者の確認も難しい。緩和ケア研修会のカリキュラムをより実践的な内容とし、質を高めることを前提に、研修会修了者の診療科ごとの配置人数などを広告可能な事項として、厚生労働省告示を改訂する。

<詳細は添付の施策シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-2-1-5 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

2-2-2 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。

2-2-2-1 意見の要約（問題点）

- ・すぐに受け入れるホスピス病棟が不足している
- ・緩和ケアを受けるまでに待ち時間が存在する
- ・緩和ケアを実施する医療機関の連携が不足している
- ・緩和ケア研修で現場が忙しい
- ・緩和ケア研修の参加者にメリットがない
- ・患者のこころの専門家が不足している
- ・“がん難民”の受け皿を確保するための予算が不足している
- ・ホスピス病棟を増やすための予算の確保が困難である
- ・がん治療への診療報酬が包括払い（DPC）となった際に、高額な疼痛管理薬（麻薬）の使用が控えられてしまう
- ・緩和ケア支援センターのための予算が不足している
- ・緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている
- ・緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、診療報酬における点数が低い
- ・がん診療に携わる医療者への緩和研修について、医療機関のインセンティブがなく、研修の受講や修了者の配置が促進されない
- ・地域・病院により緩和ケアの質の格差が大きい
- ・治療の初期段階からの痛みを緩和する体制が不足している
- ・緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定しているため、精神科医の負担が大きい
- ・緩和ケアチームの指定職種をそろえることが困難
- ・緩和ケア病棟の施設基準が厳しく、緩和ケアを受けることができる施設が不足している
- ・「緩和ケア」が、ターミナルケアのみを対象にしていると未だに誤解されている
- ・薬剤の使用に関する法令が、医療用麻薬の適切な使用に対応していない

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）

- ・告知時に全患者に緩和ケアに関する解説冊子を配布する
- ・医療従事者と患者会が共同で啓発イベントを開催する
- ・長期療養病床を、がん専門療養病床として活用する
- ・どこにどれだけのニーズがあるか調査をする
- ・ホスピスの受け入れ能力を拡大するための予算を確保する
- ・緩和ケア外来のための予算を増やす
- ・成功モデル（在宅医 TV 会議ネットなど）が普及するための予算措置をする
- ・がん患者に介護保険が使いやすいように連動を強化する
- ・緩和ケアに関する資格取得や研修参加への助成としての予算を確保する
- ・精神腫瘍医を育成する
- ・市民に対し、緩和ケアの概念を広める仕組みをつくる

2-2-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・施設基準など緩和ケア診療加算の算定要件を緩和する
- ・緩和ケア診療加算を外来診療でも算定できるようにする
- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療などへ診療報酬を加算する
- ・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟へ診療報酬を加算する
- ・早期緩和ケアを点数化する
- ・診療報酬の包括払い（DPC）から疼痛管理の麻薬を除外する
- ・疼痛コントロールにかかる療法の保険適応範囲を拡大する

2-2-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・急性期の医師でも麻薬が使用できるような教育や仕組みをつくる
- ・カウンセラーや MSW などのコメディカルも心理社会的な側面のサポートに関わることのできる制度をつくる
- ・介護や福祉と連動したシステムにする
- ・緩和医療が地域の診療所でも行えるような制度上のバックアップをつくる
- ・新たな診療科として正式に認定する
- ・「麻薬及び向精神薬取締法」を改正し、医療用麻薬の適正な使用を促進する

2-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・再発・転移がん医療に携わる医師の絶対数が少ない。がん専門病院や大学病院の医師が、

- 抗がん剤が効かなくなった患者さんを最後まで診療しない、入院させない（行政）
- ・がん難民対策が不明である。緩和ケア病棟への入院に関しては包括点数となっており、その中では緩和ケアを行いながらの化学療法の実施や分子標的薬の使用ができて、病院の大きな持ち出しとなってしまう（行政）
 - ・主にごがん末期の痛み苦しみに対し、まだまだ十分なシフトが敷かれているとは言い得ない。腫瘍専門医、がん看護専門看護師の育成が急がれる（患者関係者・市民）
 - ・ホスピスの数、充足数に国内で差があること。緩和ケア専門医の養成を。外科等との兼務では患者は安心して診てもらえない（患者関係者・市民）
 - ・在宅緩和ケア対策推進事業にかかる『在宅緩和ケア支援センター事業』の補助基準額は8,692千円であるが、基準額の増額をお願いしたい（行政）
 - ・終末期患者が一般病棟で他の入院患者と同室で治療やケアを受けている状況がある。QOL（生活の質）の高いケアを
 - ・拠点病院での研修会が先行し、地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してしまっている。緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で、研修会参加者の動機付けが不明瞭。緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため、精神科医の負担が大きい（医療提供者）
 - ・緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか。指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多い。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんある（医療提供者）
 - ・緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況（医療提供者）
 - ・終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心な医師が相変わらず多い（患者関係者・市民）
 - ・緩和ケアという自分とは終わりだと思ふ人が多い。治療の初期段階から緩和ケア（心の痛み）が受けられるように（患者関係者・市民）

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）

- ・心理療法士を教育して、がん或いはH I V患者に対応できるようにする。がん患者さんの悩みを受け止め、自ら解決に向かわせることができるのは、精神科医師より卓越した心理療法士のほうが良い（医療提供者）
- ・麻酔処方支援ホットラインを設置する。このホットラインには専門家が常駐し、24時間開業医師の麻薬使用の問い合わせに応じる。その業務内容は、患者情報を得た上での処方

設計案まで行う(医療提供者)

- ・院内緩和ケアチームの必須化を推進する。機能していないチームに対しては、診療報酬を認めない。院長に対する、啓蒙(医療提供者)
- ・がん対策により新たにがん専門療養型病床を作れないか?(医療提供者)
- ・基本研修会のテキストで触れられている緩和ケアに使用される薬剤の多くが保険適応外であり、それが、がん診療上保険で認められるかどうか、地域や保険者による格差もあります。これは人的資源と異なり、すぐにできる事のはずです。早急な対策を望みます(医療提供者)
- ・がん治療医に緩和医療研修を課するのも良いが、むしろ先に一般病院や療養型病院の医療者に緩和ケアの研修を受けてもらってはどうか(患者関係者・市民)
- ・緩和ケアの正しい知識を知らせるリーフレット(紙一枚で簡単に読めるもの)を作成。拠点病院では主治医が病名告知時にすべての患者に配布する。医師、患者双方の緩和ケアへの関心の高まりを期待(患者関係者・市民)
- ・緩和ケア(特に疼痛緩和)については、その改善評価ポイントが設定されていませんが、医療用麻薬の処方量の推移(海外の数分の一程度の使用量)などを評価することも必要(患者関係者・市民)
- ・地域連携緩和ケア加算などに対して予算化する(行政)
- ・在宅医療と緩和ケアについては、推進していくための推進協議会等を設置し、詳細を検討していくことが必要(医療提供者)
- ・介護保険のサービスに緩和ケアサポートを盛り込み、さらに介護型緩和ケアサービスの検討予算を講ずべきと思われる(医療提供者)
- ・研修や実習をポイント制にして、成果を数値化したらよい。それを予算に反映していく方法が良い(患者関係者・市民)
- ・今困っている患者のために積極的に緩和ケア病棟に予算を割く(患者関係者・市民)
- ・緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く(一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている)もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである(患者関係者・市民)
- ・サイコオンコロジストの育成(医療提供者)

2-2-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)

- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける(医療提供者)
- ・看護師定数外介護士や助手の評価・点数化(患者関係者・市民)
- ・早期緩和ケアの点数化(医療提供者)
- ・外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする(医療提供者)
- ・緩和ケア加算の算定用件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外(出来高)項目を拡大する(医療提供者)

- ・緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を確立させる。緩和ケア病棟でなく病床制度を導入（医療提供者）
- ・病院でのカウンセリングにもう少し報酬を（医療提供者）
- ・外来緩和ケアに診療報酬を（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア研修を受けるインセンティブを（行政）

2-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作ってほしい（患者関係者・市民）
- ・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに携わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一（医療提供者）
- ・研修を受けた者（看護師・医師・MSW）を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする（医療提供者）
- ・精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う（医療提供者）
- ・緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れること（患者関係者・市民）
- ・患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSWなど、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院自身は専門医や専門看護師の配置。パス活用、病状説明を文書で行うことを義務化することが必要（医療提供者）
- ・緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとならない様な制度の改正（在院日数がのびる事によるマイナスも含め）（医療提供者）

2-2-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-3 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

2-3-1 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。

2-3-1-1 推奨施策（予算）

- (1) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業

在宅ケアを行う診療所が不足する中、ドクターネット型のモデルが出現しつつあるが、その全国への広がりが遅い。2次医療圏ごとに地域診療所が連携し、共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステムなどの在宅ケア・ドクターネットを組む際に、その事業費を補助する。

(2) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修

介護担当者・ケアマネージャー・福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。がん専門医療スタッフがこれらの関係者に対して、都道府県単位で定期的に、がんについての知識を得るための教育研修会を開催する場合、その運営に対して補助を行う。

(3) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保

がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化し、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム

在宅医療を希望する患者や家族が多いにも関わらず、現状では十分にその需要を満たせていない。年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した2次医療圏のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画またはがん対策推進計画に規定している区域を越えて広域的に事業を展開する場合に、必要な医師の確保や施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する。

(5) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成

在宅緩和ケアに関しては、患者・家族、医療従事者双方からのニーズが高いが、独居家庭や主たるケアを行う家族がいない家庭など、自宅にて在宅医療を受け入れる力が不足していることから在宅緩和ケアが実現しないことが多いため、介護施設での看取り数を増やす。介護施設からの要請に基づき、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。

(6) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が、週に 1 回以上の合同カンファレンスを開催し、対象となる患者すべてのレビューを行っている場合、その拠点病院への補助金を増額するとともに、合同カンファレンスを実施している場合の病院・診療所間の紹介に対して、診療報酬において評価する。切れ目のない在宅医療を実施するとともに、在宅医療のキャパシティーを増加させることを目的とする。

2-3-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 在宅医療の充実

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を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(2) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(3) 医療と介護の連携

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

2-3-1-3 推奨施策（制度）

(1) 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）

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を、医療法において規定するとともに、いわゆる 4 疾病 5 事業ごとに策定が規定されている地域医療計画と同様に、地域在宅緩和ケア計画を各都道府県において策定するよう規定する。

(2) 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）

在宅緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っており、認定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への配置が進まない現状がある。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法において認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に在宅緩和ケア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。特に在宅緩和ケアでのチーム医療における看護師の役割をガイドラインで規定し、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。

(3) 介護保険法の改正

在宅での経過期間が平均 2 カ月未満と大変短く、病状が不安定で医療依存度が高い末期がん患者の在宅ケアでは、疾患特性に応じた療養支援が必要である。2 年後の医療・介護報酬の同時改定を視野に、在宅での長期療養を前提とした現行の介護保険制度は必要な改定を行い、がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険のあり方について検討する。

<詳細は添付の施策シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-3-1-5 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

別紙参照

2-3-2 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。

2-3-2-1 意見の要約（問題点）

- ・医療資源・担い手が不足している
- ・医療機関の連携に不備がある
- ・施設リストや利用法などに関する情報が不足している
- ・地域別の在宅看取り率が不明である
- ・在宅看取りの際の家族負担が大である
- ・介護保険とつながっていない
- ・訪問看護報酬が低い
- ・開業医ネットワークへの補助がない
- ・頑張る医療者にメリットが少ない
- ・診療コンサルテーションや患者のマネージメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る
- ・訪問看護師や介護福祉士が不足している
- ・医療と介護の連携が不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。
- ・大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価が不足し、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。
- ・がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

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）

- ・介護施設に看取りチームが派遣されるシステムを構築する
- ・有床診療所を活用する
- ・好事例を共有する仕組みを作る

- ・地域別の在宅看取り率を公表する
- ・外来の場合も高額医療費患者立替を不要にする
- ・地域連携クリティカルパスに診療報酬を付ける
- ・看取りヘルパーに介護保険を適用する
- ・各都道府県 1 モデル地区を作るための予算を確保

2-3-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・退院支援体制を充実させている医療機関への特別加算を行う
- ・訪問介護、夜間（24 時間）看護に対する点数を増額する
- ・いわゆるレスパイトケアに対する診療報酬上の加算を行う
- ・過疎地やへき地における在宅緩和ケアを行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・医療と介護の連携を促進する診療報酬での対応を行う

2-3-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関を制度化する
- ・在宅緩和ケアを担う医師や看護師の育成制度を構築する
- ・介護保険との一体的な制度設計を行う
- ・介護保険の適用とする

2-3-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-3-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・在宅で療養するための安全弁・バックアップが乏しいことが、在宅療養を希望しつつも踏み切れない一因となっています。家族も今まで以上に介護休暇を取りづらい職場の状況となってきました（医療提供者）
- ・外来の通院費が非常に高額（立替払い分）支払い困難となり、治療中断せざるを得ない方もいる。介護保険利用可能な場合でも 40 代・50 代の方が 80 代の方と共に利用するデイケア、デイサービスは利用しにくい（医療提供者）
- ・在宅緩和ケア医師が絶対的に不足している。また、地域格差（県内でも）がある。24 時間対応の訪問看護師（ステーション）が不足している。病院との打合せなど事前準備に対して報酬がつかない制度欠陥がある（患者関係者・市民）
- ・1 次医療圏ごとに在宅医療に関係する医療機関リストの公表をすべての地域で公開すべき（患者関係者・市民）
- ・がん患者を診る在宅医や、訪問看護ステーションなど地域の医療資源に関する情報の一

元管理がない。在宅医療で何ができるのか、具体的な情報提供が不足(患者関係者・市民)

- ・在宅医や在宅医療の充実がないまま病院から追い出される現実がある(患者関係者・市民)

- ・麻薬の管理、調剤薬局の取り扱いが弊害となっている(医療提供者)

- ・在宅ケアに係わる家族の負担(医療提供者)

- ・院内スタッフに知識、経験が少ない(医療提供者)

- ・病院にケアマネージャーが退院前の相談や調整に何度も足を運んでも、月の収入は変わらない。退院前共同指導加算は診療報酬のみについており、福祉関係者は病院に退院前のカンファレンスに参加をしているが無償で交通費も出ていない(患者関係者・市民)

- ・一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある(患者関係者・市民)

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)

- ・介護施設職員に対する看取り、緩和医療の啓発教育が今後必要になるものと考えます(医療提供者)

- ・在宅緩和ケアチームが介入できる、急性期対応型介護施設を構築する。夜間看取りをサポートするヘルパーの夜間看取り介護を介護保険枠内で施行可能にする(医療提供者)

- ・オピオイドローテーション(除痛用麻薬の使用法)だけの研修を新たに設けて、すべての医師の研修を義務付ける。また、国立がんセンターでメールによりQ&Aが行える専門医の設置(患者関係者・市民)

- ・看病する家族のケアやコーディネーター。ボランティアの育成。ピア・カウンセリングの必要性(患者関係者・市民)

- ・がんの遺族でボランティア組織をつくり、同じように支援を必要としている患者・家族に支援をするシステムを作る。医師が本人に告知する時に、他者(ボランティア)の支援を受けたいか確認する(医療提供者)

- ・長崎のドクターネットのような地域に根ざした在宅医療活動に対しては、その継続のためにも個々の医療機関に対する診療報酬アップのみならず、その組織に対する経済的支援も考慮してほしい(医療提供者)

- ・パソコン使用のネットワーク作りの予算化をお願いします(医療提供者)

- ・グループホームやデイサービスで、がん患者を対象とする場合の補助率を大幅に引き上げる(医療提供者)

- ・手厚い診療報酬と基幹病院のバックアップが必要ではないかと思われる(その他)

- ・在宅で看取ることの一般人への教育(デスエデュケーションのようなもの)の導入(が

んに罹患する前から) (医療提供者)

- ・診診連携によって、病院ではなく在宅医療が継続できるように専門の診療所への連携制度を体系化する。地域ごとに拠点(診療所等)を定め、診療コンサルテーションや患者のマネジメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る(行政)

- ・医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備(医療提供者)

2-3-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)

- ・専門的に在宅緩和ケアに取り組んだ場合への報酬(困難事例)・診診連携をすすめるための報酬(行政)

- ・がん患者用のデイケア等を作ることにより、プラスアルファの診療報酬を加える(患者関係者・市民)

- ・「退院支援体制」を充実させている医療機関への特別加算。この場合「出す側」の病院と「引き受ける側」の在宅医と双方に加算することが望ましい(患者関係者・市民)

- ・困ったときのショートステイ、デイサービス、デイホスピス、ヘルパーや食事(給食)の充実(医療提供者)

- ・開業医が一人で見ていると大変なので、急変時の対応やグループでの診療できるような診療報酬面での対応を望む(医療提供者)

- ・深夜の在宅訪問看護に対する診療報酬への反映。在宅患者の緩和ケアの推進のために、看護の評価(医療提供者)

- ・僻地における診療報酬を上げる(医療提供者)

2-3-3-2-3 寄せられたご意見から(制度の改善案)

- ・在宅緩和ケアを担う医師の育成制度の創設(行政)

- ・地域医療体制のグランドデザインを作り、在宅医療にかかわる全ての方々をきちっと位置づけること(患者関係者・市民)

- ・現在の開業医に対し適切な教育を行い増加させるべきである(医療提供者)

- ・医師だけでなく、教育されて資格のある看護師でも最後を看取れる体制を作る。海外では資格のある看護師が死亡を確認して死亡診断書を出せる体制ができています。医師、看護師、家族などのチームで医療が進むべき道である(医療提供者)

- ・在宅医療を行っている患者と同居している勤労者に対して減税処置が望まれる(医療提供者)

- ・フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない(医療提供者)

2-3-4 分野内の横断的検討

別紙参照

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

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。

2-4-1-1 推奨施策（予算）

(1) 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

医療の内容と質に関して、その評価と公開は十分でなく、標準治療の推進に資するデータも明らかでない。がん診療連携拠点病院において、がん治療のプロセス指標・アウトカム指標を比較するベンチマーキングセンターを設置し、都道府県内のその他の拠点病院や自主参加病院において、生存率、臨床指標、DPC データなどを収集・共有し、そのレポートを発行・公開することで、標準治療を推進する。

(2) 診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト

がんの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するため、各学会が診療ガイドラインを作成する際に補助金形式で助成を行い、診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会を設立し、診療ガイドライン研修会を実施するとともに、診療ガイドライン研修会に、参加しやすくするため、医療機関に対するインセンティブ（補助金）を交付する。

(3) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定

治療を受ける患者に対する支持療法については、医療機関によって大きな差異が存在する。効果的な支持療法に関わるガイドラインの策定と公開は、患者のQOL向上には不可欠である。厚生労働科学研究費における重点事業として、第三者的な機関による標準的ながん治療に伴う副作用や支持療法の実態調査を行い、支持療法のガイドラインを策定・公開するとともに、治療薬の開発などを進める。

2-4-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するためのDPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、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。

(2) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

(3) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、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。

2-4-1-3 推奨施策（制度）

(1) 診療ガイドラインを策定する公的第三者機関の設置

医療の質と安全性向上のために、英国 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) を参考にしつつ、学会や患者関係者などを含む各種関係団体と協力して、ガイドラインを策定する公的第三者機関を設置し、安定的に運営するため、医療法、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律等の改正を行う。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-4-1-5 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

別紙参照

2-4-2 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。

2-4-2-1 意見の要約（問題点）

- ・全国的で学会横断的な診療ガイドラインの作成がなされていない
- ・診療ガイドラインの発信、改訂体制がない
- ・標準治療の実施状況に地域格差がある
- ・患者にもわかりやすい診療ガイドライン作成がなされていない
- ・全般的に予算が不足している
- ・診療ガイドラインの普及啓発にかかる予算がついていない
- ・診療ガイドラインの実施状況の評価にかかる予算がついていない
- ・拠点病院間の連携など連携体制にかかる予算がついてない
- ・診療ガイドラインの入手方法が明らかでない
- ・副作用のガイドラインの作成が不十分である
- ・欧米で認められている診療ガイドラインが国内で取り入れられるのにタイムラグがある
- ・診療ガイドラインと保険診療に整合性がないものがある

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）

- ・診療ガイドライン作成時における連携体制の強化
- ・診療ガイドラインの発信体制の強化
- ・診療ガイドラインの啓発体制の強化
- ・がん治療のプロセス指標、アウトカム指標などを比較する
- ・診療ガイドライン作成にかかる補助金制度の設立
- ・診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会設立にかかる予算化
- ・診療ガイドライン啓発を目的とした研修会、冊子配布、ネット配信費用の予算化
- ・上記研修会参加機関へのインセンティブとしての補助金交付にかかる予算化
- ・拠点病院間の連携など地域における診療ガイドラインにかかる連携体制強化のための交付金制度の設立
- ・診療ガイドラインの順守評価を目的とした報告会実施にかかる予算化
- ・標準治療を確立に向けた、臨床試験や薬剤の早期承認の推進にかかる予算化
- ・診療ガイドラインに当てはまらないケースへの臨床研究費用の予算化
- ・臨床試験の推進策、医師主導試験への補助政策

2-4-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・標準治療推進のためにDPCに則った治療に加算する
- ・ガイドラインに沿った説明・治療に診療報酬上の評価
- ・診療ガイドライン順守による診療報酬の評価
- ・標準治療の啓発と遵守のためにセカンドオピニオンに保険点数化
- ・標準治療と高度医療への報酬改善

2-4-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・欧米ガイドラインを取り入れた作成制度の検討
- ・学会任せではなく、厚生労働省が主体のガイドライン作成制度
- ・がん診療ガイドラインに沿った医療の評価制度
- ・がん診療ガイドラインが遂行できる専門医の育成

2-4-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-4-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・化学療法に関しては発展が目覚ましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は不可欠である。（行政）
- ・再発、転移や希少がんへのガイドライン作成が不十分である（患者関係者・市民）
- ・ガイドライン実施に対する評価がない（患者関係者・市民）
- ・診療ガイドラインは治療の標準化という点で有用だが、ガイドラインに当てはまらないような症例に対する臨床試験の充実が必要（医療提供者）
- ・ガイドラインが現在の治療より遅れていることが多い（医療提供者）
- ・標準治療がどのようなものなのか患者自身が分かりにくい（患者関係者・市民）
- ・治療における均てん化がまだまだ不十分（患者関係者・市民）

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）

- ・各病院施設でクリティカルパスを活用できるように整備し普及する（医療提供者）
- ・拠点病院の連携が必要なのにこれできていない。系列がちがうと最悪な関係。拠点病院の連携を義務付ける。拠点病院からの情報を第2病院に流すことが必要。どこの病院でも標準治療をできるようにガイドラインを流すこと、義務付けること（患者関係者・市民）
- ・全国レベルで標準的なガイドラインがすぐさま発信される、あるいは受け入れるシステムができていない。病院機能評価対策のために、各病院が別個にガイドラインを作成しな

ければならない（患者関係者・市民）

- ・僻地の医師が研修に行く間の医師の確保についての保証が欲しい。医師派遣機関では無く、医師個人に報酬が与えられる制度の構築（行政府）

- ・ただガイドラインを作成し、医療機関に配布するだけではあれば何も改善されない。ガイドラインの内容を医療者が全員理解した上で治療に当たるために、ガイドラインについての研修を開催するとか、患者自身にもガイドラインについて勉強できる体制を作って欲しい（患者関係者・市民）

- ・がん治療を行うすべての病院について、診療ガイドラインに沿った治療を行っているかチェックする機関の創設（各都道府県ごと）（患者関係者・市民）

- ・診療ガイドラインの作成、普及、評価の流れが機能していない。診療ガイドラインの作成で予算処置がとまっている。診療ガイドライン普及と評価のプログラムを作成する（医療提供者）

- ・がん治療の進歩に応じたガイドラインの更新と勉強会の開催にかかる予算措置（患者関係者・市民）

- ・数年ごとに更新するための予算措置（医療提供者）

- ・すでに学会などが公表しているガイドラインを患者さんが Web などでみられるように予算つける（医療提供者）

日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されている。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療と一緒に考える（後悔しないためにも）事は必要なもので、分かりやすい小冊子があれば良いと思う（患者関係者・市民）

- ・統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。（医療提供者）

2-4-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・DPC における支払いについて、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化（患者関係者・市民）

- ・悪質な非標準治療の日常的实施には、診療報酬面での罰則も必要では（医療提供者）

- ・ガイドラインで診療の体制整備の基準を作成し、これをクリアしている施設には報酬の差別化を図る（医療提供者）

- ・外来化学療法におけるレジメンに即した治療を行った場合の診療報酬上の加算（医療提供者）

- ・ガイドライン治療を説明することに点数をつける。悪性腫瘍管理料算定時に義務化する（患者関係者・市民）

2-4-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・米国 NCCN に対応する、本邦の連携拠点病院ガイドラインを各がん種で作成し、できたら有料でインターネットでダウンロードできるようにする（医療提供者）
- ・現在のわけのわからない保険査定などはやめて、ガイドラインの沿った医療に関しては認めるようにしてもらいたい。ガイドライン（欧米も含め）と保険適応が一致していないため、ベストと思われる医療も、現場に医師は二の足を踏んでいる（医療提供者）
- ・大学など研究施設での臨床研究を行いやすくする。標準治療ではない治療に関してはその成績を公表することを義務化する。評価機構を持つ（医療提供者）

2-4-4 分野内の横断的検討

別紙参照

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

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。

2-5-1-1 推奨施策（予算）

（1）がん診療連携拠点病院制度の拡充

地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れる。①地域の役割分担の取りまとめ、②質の高い医療の実践、③臨床指標の計測・公表、④医療従事者の育成・派遣——などを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。それによって、がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。

（2）拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）

現在、がん診療連携拠点病院の機能強化事業について、都道府県負担部分を支出できないことにより、拠点病院の運営について、地域格差が顕在化している。そのため、同事業の2分の1都道府県負担を改め、100%国の予算化とすることで、地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。具体的には、拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。

（3）サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）

がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所などが連携した、治療計画や治療経過、フォローアップ計画、フォローアップ経過を記載したサバイバーシップ・ケアプランを作

成した場合、1回につき3,000円を補助する。患者が地域で切れ目のない医療を受けることができ、いったん治療が終了した患者についても、後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対するサポートを得られるようにする。

(4) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備

都道府県ごとのがん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とし、都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ（医療ソーシャルワーカー等）新規雇用のための予算を確保する。

(5) がん患者動態に関する地域実態調査

いわゆる「がん難民」の発生を未然に防止するため、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行う。具体的には、地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとに、がん患者動態の地域実態調査を実施・解析して、適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成し、提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制の再構築を進める。

(6) 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

がん対策推進基本計画における「医療機関の整備」の項目において、がん診療連携拠点病院の量的な整備に着目したものであり、地域連携機能などの質的な評価指標がない。そのため、がん診療連携拠点病院の質の評価に関する指標を開発し、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。第三次対がん総合戦略研究事業において、がん診療連携拠点病院の地域連携機能の質の面の評価を行うための指標を開発する。

2-5-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、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。

(2) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(3) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

2-5-1-3 推奨施策（制度）

(1) がん診療連携拠点病院制度の見直し

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、がん対策基本法やがん対策推進基本計画、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。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-5-1-5 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

別紙参照

2-5-2 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。

2-5-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 2 次医療圏にひとつという拠点病院体制が地域の実情に一致しない
 - ・ がん診療体制ネットワークの現状が地域住民に周知されていない
 - ・ 地域医療計画との連携体制が充分でない
 - ・ 地域連携を実施するうえでの情報共有システムなどのインフラ整備が充分でない
 - ・ 拠点病院機能強化にかかる 2 分の 1 の都道府県予算負担が過大であり対応できない
 - ・ 拠点病院機能強化にかかる予算が全般的に少ない
 - ・ 各医療機関の整備のみならず、各医療機関を横断的に連携させるための予算が少ない
 - ・ 地域連携クリティカルパスの推進について、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。
 - ・ いわゆる病病連携や薬薬連携について、診療報酬にて十分な評価がされていない。
 - ・ 拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。
- 病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。
- ・ がん診療連携拠点病院の指定要件のかき上げに伴い、医療資源の乏しい地域においては、拠点病院を置くことが困難
 - ・ 化学療法や支持療法、緩和ケアを診られる開業医が少ないため、がん診療連携拠点病院退院後の病診連携が難しい
 - ・ 地域連携クリティカルパスの作成や運用、それにとまなう勉強会開催などは、全て医療機関スタッフのボランティアによるもので、かなりの負担となっている
 - ・ 地域連携体制の情報が患者に共有されていない

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次医療圏ごとという枠に規制されない地域の実情に沿った拠点病院体制の再構築
- ・がん診療体制ネットワークに関する地域住民への情報提供体制の整備
- ・地域医療計画との連携体制の強化
- ・医療機関間の情報共有システムの電子化にかかるインフラ整備
- ・連携体制強化を主務としたスタッフの新規雇用など人的サポート体制の整備
- ・拠点病院機能強化予算の100%国予算化
- ・がん診療体制ネットワークの広報、啓発にかかる予算化
- ・がん患者動態に関する地域実情調査の実施にかかる予算化
- ・上記調査に基づくがん診療体制ネットワーク構築にかかる研究の予算化
- ・地域医療計画との相互補完体制構築のための協議会設立にかかる予算化
- ・医療機関間の情報共有システムの電子化インフラ整備にかかる予算化
- ・連携体制強化を主務としたサポートスタッフ雇用にかかる予算化
- ・開業医を対象とする、がん診療についての勉強会および研修にかかる費用の予算化
- ・地域がん診療ネットワークを管理する組織あるいは調整機関等の設置の予算化

2-5-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・地域連携クリティカルパスやITなどを取り入れ、患者満足度の高いシームレスな連携を実践している医療機関に対しインセンティブをつける
- ・連携体制強化を主務とした専任スタッフの雇用に対するインセンティブ付与
- ・地域の医療事情に応じ、拠点病院にふさわしい病院であれば、拠点病院に準じた病院としてインセンティブ付与を考慮する
- ・病院過疎地や在宅医療が困難な地域において行き場を失う、いわゆるがん難民を減らすための患者支援や原因究明を行う医療機関へのインセンティブ

2-5-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・地域がん診療ネットワークを調整管理および情報提供する人材あるいは機関等の配置
- ・病院過疎地のため遠方に通院しなければならない患者や家族への助成制度を設置
- ・医療・福祉・介護情報をリアルタイムで確認できるような情報提供体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設

2-5-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-5-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・国はがん診療拠点病院として、2次医療圏に1つということにこだわり、現在がん診療に関わっている2次医療圏の幾つかの病院を階層化し、推薦に漏れた病院のモチベーションを下げようとしている（行政府）・ネットワーク作りに関与する人が雇えない（医師が行うのには無理がある）（医療提供者）
- ・専門機関と地域医療機関の役割分担、支援体制（地域医療機関のバックアップ体制）を県民に分かるように提示（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定は、原則、1医療圏に1拠点病院であるが、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮しない画一的な拠点病院の指定では、圏域によってがん診療連携体制構築の進捗にばらつきが生じ、がん医療の均てん化が図れないこと（行政）
- ・都道府県の整備意向を踏まえ、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮した2次医療圏に複数拠点病院の指定がなされるよう、さらなる制度の運用改善を図る必要がある（行政）
- ・がん診療連携拠点病院加算なるものが診療点数上あるが、この点数を請求できるものは、「他施設でがんと診断されて入院してきたもののみ」との縛りがあるため、がん診療体制が構築されて集学的医療を行っても全く加算が出来ない。即ちがんに関しては早期発見・早期治療の考えがあり少しでも「がん疑い」があれば送られてくるため、当院で確定診断から治療となり算定できない。この縛りは取り払ってほしい（医療提供者）
- ・拠点病院への補助金の少なさ。当県では、地域拠点病院への補助金は300万円にとどまり、国の補助金と併せても満額の半以下（患者関係者・市民）
- ・拠点病院の機能強化事業は、1/2の県負担が大きく、国の予算増に対応できない状況です。そのため、国立の拠点病院とそれ以外の機能強化事業費に格差がついています。離島地域の病院に対するがん診療の強化事業を20年度は、10/10の補助事業を活用し実施しましたが、来年度は1/2事業しかないため県費負担が発生し、他のがん対策事業を縮小しました（行政）
- ・電子媒体を通して情報共有できるシステム構築を更に進めるべきと思われる。緩和ケアと連動するためには、介護まで含めて情報共有できるシステム構築が必要である。介護系の情報がICF（国際生活機能分類）等の標準マスターと連動していない問題点も整備すべきと思われる（医療提供者）
- ・地域医療計画でがん医療の連携が図られているのでそれらを利用してがん登録の義務化と予算などをつけると連携がうまくいくように思う。拠点病院の整備のみでは不十分ではないか（医療提供者）
- ・地域連携クリティカルパスなどの活用による医療機関の連携が上手く機能していないことが多い（医療提供者）
- ・2次医療圏に1つという拠点病院の指定数の枠は、過疎地域においては適当と考えられるが、都市部においては全く不足している。医療機関の少ない地域においては、指定要件を

満たさない病院も多いのかもしれないが、都市部では 2 次医療圏に要件を満たす医療機関が複数存在する。しかし現状の枠の場合、拠点病院の指定の制限のために、都市部でのがん患者の大半は非拠点病院での診療を受けざるを得ない状況にある（医療提供者）

- ・拠点病院の枠を 2 次医療圏ではなく、がん患者数毎に変更すべきである。候補の選択は都道府県が行うものであり、都道府県の実情に応じた選択が行われているのであって、国が予算の制限のために、都道府県の要求をのまないのであれば、ひいては都市部のがん患者の不利益につながる（医療提供者）

- ・都道府県として考えるがん拠点病院の適正数と国の定める「2 次医療圏に一つ」という指定基準が一致せず、実態に即した拠点病院の整備ができていない。また、拠点病院の指定基準などが医療資源に比較的恵まれた東京を基準に設定されており、基準を厳格に適用すると、郡部の拠点病院の指定が取り消されるなど、かえってがん医療の均てん化に反する事態になりかねない状況である（行政）

- ・がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一カ所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件のかさ上げ（リニアック等の整備）に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である（行政）

- ・がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携クリティカルパスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である（行政）

- ・専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要（医療提供者）

- ・拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？（患者関係者・市民）

- ・二次医療圏に 1 カ所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、二次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある（医療提供者）

- ・5 大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的かと考えます（医療提供者）

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）

- ・医療機関整備、ネットワーク作りに予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要（医療提供者）

- ・ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。(医療提供者)
- ・二次医療圏ごとの「病院」「在宅ケア」「介護支援」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。(患者関係者・市民)
- ・患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているので、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい(患者関係者・市民)
- ・評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！(医療提供者)
- ・今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算(連携のための人員確保、IT ネットワークの整備等)してほしい(医療提供者)
- ・一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。(患者関係者・市民)
- ・拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う(医療提供者)
- ・がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなる(行政)
- ・医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える(医療提供者)

2-5-3-2-2 寄せられたご意見から(診療報酬の改善案)

- ・IT、チーム医療(医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、リハビリ、事務)が整備されている病院へ診療報酬を(医療提供者)
- ・病診連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。(医療提供者)
- ・ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設(医療提供者)
- ・病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実して行く必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連絡をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常なエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである(医療提供者)
- ・病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要(医療提供者)
- ・がん拠点病院がない地域における、がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、経済的支援を行う。(行政府)

2-5-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。（医療提供者）
- ・拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある（患者関係者・市民）
- ・ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度（医療提供者）
- ・拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク（枠組み）の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る（患者関係者・市民）
- ・遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医療費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている（医療提供者）
- ・リアルタイム（四半期）で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする（患者関係者・市民）
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設（行政）
- ・地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい

2-5-4 分野内の横断的検討

別紙参照

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

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。

2-6-1-1 推奨施策（予算）

（1）がん相談全国コールセンターの設置

「すべてのがん患者の悩みを軽減する」ことを目標に、いつでも、どこからでも、だれでもがんの相談ができるように、海外でも多く設置されている全国コールセンターを設置することで、患者や家族の不安や悩み、療養上の相談に対応することを目的とする。がんに関する相談支援の訓練を受けた支援員を1カ所に配置し、20回線の電話を設置し、24時間対応の全国コールセンターを設置する。

(2) 「がん患者必携」の制作および配布

国立がんセンターがん対策情報センターが患者・市民パネルの協力を得て制作し、がん患者が必要とする情報を網羅するがん患者必携を発行するとともに、がん診療連携拠点病院などを通じて、すべてのがん患者（初年度は当該年度に初発のがんと診断されたおよそ60万人）にがん患者必携を配布する。一般に配布するのではなく、医療機関から一人一人の患者に渡すことで、情報不足からがん難民が生じるのを防ぐことを目的とする。

(3) 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。特定疾病患者の医療費助成をモデルに、一定の要件を満たす患者の世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(4) 全国統一がん患者満足度調査

がん患者の多くが、がん診療に関する疑問や不安、不満足を覚えており、その全体を把握し、動向を継続してモニターすることは、がん医療の向上に欠かせない。がん診療連携拠点病院など、がん診療を行う医療機関を通じて全国統一フォームによる調査票を、がんと診断された患者や経過観察を受けている患者に渡し、患者は回答を集計センターに送ることで、センターにおいて結果が集計される。

(5) 地域統括相談支援センターの設置

がん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターの連携は十分でなく、その医療機関を受診する患者以外の、地域の患者への対応も十分ではない。都道府県ごとに一定の要件を満たす医療機関に地域統括相談支援センターを設置し、必要な経験を有する常勤かつ専任の看護師やMSW（医療ソーシャルワーカー）などを配置するとともに、医療、介護、福祉、ケアマネージャー、行政関係者による連絡会を運営する。

(6) 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート

都道府県がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、あらかじめ登録された地域の患者や家族、患者支援団体と共同で、患者や家族を対象とするピアサポート事業や患者サロン、医療講演会などを運営・開催することを補助するとともに、患者や家族をピアサポート相談員として雇用した場合の助成や、相談員の資質向上を目的とした講習会、ピアサポート事業を行う患者支援団体への助成金交付を進める。

(7) がん経験者支援部の設置

患者の治療後における肉体的・精神的・経済的問題や晩期障害などの問題を研究・解消することを目的とする、米国 NCI の Office of Cancer Survivorship（がん生存者室）に該当する部門を、競争的なコンペを経て選定された機関に設置するとともに、患者・市民も参加する事業運営評価パネルを併設することで、その組織の活動の質を高め、がん患者（経験者）や家族などの闘病支援を行う。

(8) 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法（抗がん剤治療）を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。がん対策推進基本計画に基づく外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするため、社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長を行う。

(9) 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

外来において、化学療法（再発の予防を目的と推定される治療などを除く）を伴う治療による医療費の支出について、外来患者においては入院患者のように限度額適用認定証が交付されていない。よって、高額療養費制度の申請のある世帯（すでに障害者認定を受けている場合などを除く）を対象に、健康保険の保険者から交付される限度額認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での 1 カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(10) 長期の化学療法に対する助成

入院及び外来における化学療法による医療費の支出増による治療の中断を防止するため、高額療養費制度の申請のある世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を入院患者のみならず外来患者に対しても窓口にて提示することで、医療機関窓口での 1 カ月あたりの負担額を、一定額以下とするとともに、さらに慢性腎不全などの特定疾病を対象とする助成（原則、月間の自己負担 1 万円）に準じた運用とする。

2-6-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(2) 相談支援センターと患者団体の連携

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSWと連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

2-6-1-3 推奨施策（制度）

(1) がん患者の就労・雇用支援

がん患者が治療に伴い、退職や転職を余儀なくされ、生活や就労環境に支障をきたす場合が多い。患者が治療前の仕事を継続できるよう、がん患者の治療に配慮した就労体制や、雇用を保障する支援・法制度が必要である。がん対策基本法の改正によるがん患者の就労支援・雇用確保や、障害者雇用促進法に準じたがん患者の雇用促進対策など、必要な法令の制定や改正を行う。

(2) 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（再掲）

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。

(3) がん患者連携協議会（仮称）の設置

がん診療連携拠点病院やその相談支援センター、行政（保健所、市町村）などの地域医療資源と、地域のがん患者団体の連携を強化することを目的に、都道府県ごとにがん患者連携協議会（仮称）を設置する。設置にあたっては、がん診療連携協議会の設置に準ずる形で、厚生労働省健康局長通知などによる設置を考慮する。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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な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。

2-6-1-5 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

別紙参照

2-6-2 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。

2-6-2-1 意見の要約（問題点）

- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターが広く知られていない

- ・相談支援センターの相談時間やスタッフの体制が十分でない
- ・5年生存率や未承認薬、臨床試験など、患者の知りたい医療情報が十分でない
- ・患者の望む親身なサポートや、いわゆる終末期でのサポートが十分でない
- ・相談支援センターの相談員が国庫補助事業に依存していて、確保しづらい
- ・拠点病院に対する助成金の使途が制限されている
- ・患者団体や支援団体への予算措置が十分でない
- ・相談支援センターの質や体制に地域格差がある
- ・医師と患者とのコミュニケーションがとれていない
- ・利用できる相談支援制度が十分にPRされていない

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）

- ・24時間365日、誰でもどこからでもアクセス可能な全国コールセンターの設置
- ・ネットにアクセスできない患者や家族を含めた、すべての患者と家族への情報提供
- ・相談支援センターと患者・家族が連携した患者支援体制の構築
- ・地域や広域をカバーする相談支援センターの設置
- ・相談支援センターの専従・専任の相談員などにかかる人件費の適正な確保
- ・相談支援センターの相談員の教育・研修体制の充実に向けた予算措置
- ・ピアサポーター（患者経験者の相談員）の養成や患者サロン運営に対する予算の計上
- ・相談支援センターの質を担保する外部評価委員会の設置

2-6-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療連携拠点病院での専従相談員の配置に対する、拠点病院加算での評価・相談支援センターの相談件数に応じて診療報酬で加算される仕組み
- ・一定の研修を受けた患者関係者などのピアサポーターが、医療提供者と連携して患者相談を行う場合に、診療報酬で新たに評価する
- ・いわゆる患者サロンの開設や、患者団体の支援を行っている医療機関を、診療報酬で新たに評価する

2-6-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・相談の質の担保のための認定制度
- ・治療に伴い退職や転職を余儀なくされるがん患者の就労・雇用対策
- ・医療機関の症例数や治療成績などの情報公開を進める制度
- ・患者団体と拠点病院の連携を促進する制度

2-6-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-6-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん相談支援センターの周知。相談員として働いているが、まだまだ県民に広く知れ渡っていない（医療提供者）
- ・がん拠点病院の相談支援センターは、月～金の 9 時～16 時（または 17 時）など、平日働く者には利用しにくい（患者関係者・市民）
- ・5 年生存率の算出あるいは情報提供方法等が医療機関により異なり、患者が必要とする情報が得られない（行政）
- ・「もう治療法がない」と言われ、どうすればよいか分からず困っている患者が多くいる。納得のいく医療情報（未承認薬や治験）まで提供すべき（患者関係者・市民）
- ・経済面や医療面での情報提供は概ね充実しているが、患者・家族が望む「共感」や「寄り添い」は不十分。スタッフの配置も十分でない（患者関係者・市民）
- ・市町村の行う相談は、「話を聞いてほしい」「詳しいがん闘病の実際を知りたい」など、患者の切羽詰った問いには応えきれていないケースが多い（患者関係者・市民）
- ・がん拠点病院の相談員配置は、国庫補助事業である拠点病院機能強化事業に依存し、特に公立病院では相談員確保が難しい（行政）
- ・拠点病院の助成金使用範囲の縛りがあり、活動が制限される（医療提供者）
- ・ピアカウンセリング（がん経験者による相談）を受託している NPO（特定非営利活動法人）の意見として、圧倒的に予算が少ない（患者関係者・市民）
- ・インターネットを利用できない住人に対する情報提供体制の整備が必要（行政府）
- ・とにかく体制が整っていない。拠点病院の相談支援センターの認知度が低い。MSW が必ずしもすべての病院に配置されていない。提供できる情報が十分か？患者からの多様な相談（身体的、心理的、経済的、社会的等々）に対応するには高度な訓練を身につけたスタッフやピア・カウンセラーの配置も必要と思う（患者関係者・市民）
- ・セカンドオピニオン制度が広く知られており、人々も積極的に活用しており、医療者側の意識も高まっているので、良いと思う。ただ、「悪い情報の知らせ方」のテクニックを身につけていない医療者が多い。（患者関係者・市民）
- ・とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないのはおかしい（患者関係者・市民）
- ・治療費が高い。がんになったことで仕事をクビになった。生活が苦しい。症例の少ないがんで 1 年以上治療を続けている。1 か月で 10 万近く医療費がいる。高額療養費を使っているが仕事の出来ない間が大変（患者関係者・市民）
- ・がん治療には高額な金額がかかる。治療を受けなければ命に関わり、透析等のように公費で負担できるような制度を作してほしい。治療を受けていれば働けず、命のある限りお

金はかかり、家計を圧迫し、生きたいけど生きれば生きるほど家族に迷惑をかけ、どうすれば良いのか・・・と苦しんでいる患者がたくさん居ることを知ってほしい（患者関係者・市民）

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）

- ・24 時間 365 日対応のコールセンターの利用により、がん難民の削減、QOL の向上を目指す（患者関係者・市民）
- ・がんと診断された時点ですべての患者に同じ情報が手渡される体制作り。ネットにアクセスできない人への対応（その他）
- ・県レベルでの情報センターの設置が必要（医療提供者）
- ・がん患者サロンを病院内外に設置されるように、行政・がん診療連携拠点病院が、患者・家族を支援する（患者関係者・市民）
- ・患者や家族、遺族、一般を対象とする「がんの看取り・傾聴ボランティア養成講座」により、がんサポーターを各地に養成する（患者関係者・市民）
- ・相談員の資格を作るべき。会の研修終了では、十分な相談に対応できない（行政）
- ・予算はハード面だけでなく、特にマンパワーにもしっかり予算をつける（患者関係者・市民）
- ・相談支援センターでの人件費だけでなく、図書など資料収集費の予算も必要（患者関係者・市民）
- ・今後 MSW（ソーシャルワーカー）の更に十分な人員配置が求められる。職員のための実践的なケースワークやグループワークの開催頻度を増やす（患者関係者・市民）
- ・がん体験者は、体験と知識をもった社会資源であり、体験者による教育への予算計上は、医療者や医療費の負担軽減に寄与する（患者関係者・市民）
- ・患者相談支援センターへのがん体験者によるピアサポーターの配置や、患者サロンの運営リーダー養成の予算計上（患者関係者・市民）
- ・相談支援・情報提供にも評価委員会を設け、サーベランス（定期審査）とランク評価を行い、配布予算を変更する（有識者）
- ・相談支援センターの運営に十分な人件費が回るように配慮してほしい（患者関係者・市民）
- ・患者が利用するがん図書館や相談用個室の設置費用補助を予算化する（医療提供者）
- ・相談員の研修費用補助（医療提供者）
- ・地域における患者支援を全県的に行うことができる機関が必要と思われる（行政）
- ・医療機関以外での相談窓口を設置してほしい（医療提供者）
- ・ピアサポートの充実も！その研修や経済的支援も！国立がんセンター発行の小冊子など

を患者会や支援団体にも設置できるようにする（患者関係者・市民）

・現在の高額医療費制度では、負担額が特定疾病（1万円又は2万円）の制度に比べて多い。貸付制度も一時的な負担軽減にすぎない。患者負担を制度として見直すことにより、患者の治療選択の幅も広がるはずである（医療提供者）

・治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額療養費制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる（患者関係者・市民）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・相談件数等の多い病院には、診療報酬を厚くすべきである（医療提供者）
- ・相談業務への診療報酬が必要（患者関係者・市民）
- ・診療行為と考え、専門医師には診療報酬で応えるべき（医療提供者）
- ・看護師のように、配置人数での評価（加算）制度の構築（医療提供者）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（制度の改善案）

・がん患者に対し、治療している医療機関から医療だけでなく医療費の補助制度や生活相談等の情報提供を充実させるがん対策基本法などでの制度面の規定（行政）

・患者、体験者を参加させるための教育訓練（ピアサポーターの育成）のためのシステム（患者関係者・市民）

・相談員の役割を考えると、より専門的に学んで資格のある、がん看護専門看護師の配置が望ましい（医療提供者）

・がん診療連携拠点病院の現況報告など、府県や国が提出を求めたものを、公開する仕組みを整備してはどうか（その他）

・医療機関とがん患者支援団体の連携を促進させる調整システムが必要（その他）

・がん長期療養者の障害者手帳の適用化、障害年金の適用、介護保険制度を40歳未満のがん患者にも適用を（患者関係者・市民）

2-6-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-7 分野7 がん登録

2-7-1 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。

2-7-1-1 推奨施策（予算）

(1) 地域がん登録費用の10/10助成金化

地域がん登録が進まないのは、都道府県が費用負担しないことも大きな要因であるが、すでに単独事業として費用負担をしている県では地域がん登録が実施されており、国の100%補助があれば、ほとんどの県が地域がん登録を実施するようになると考えられる。がん登録を管理・集計・分析・公表までの一貫業務として位置づけ、都道府県に必要な研修を受けた実務者を配置するとともに、必要な予算措置を講じる。

(2) がん登録法制化に向けた啓発活動

がん登録はがん対策上必要不可欠であり、地域がん登録の法制化には、がん登録の意義などに関する啓発活動を通じて、国民および立法府の理解が必要である。がん登録の法制化に向けた啓発活動を展開するとともに、地域がん登録が個人情報保護法の対象外であることを法制上明確化する。地域がん登録の未実施都道府県を無くすために、地域がん登録に関する地方交付税措置の拡充を図る。

2-7-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) がん登録に関わる職員の配置

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がんセンターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

(2) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。

2-7-1-3 推奨施策（制度）

(1) がん登録法（仮称）の制定

がん対策基本法策定の過程においても、がん登録は議論されており、さらには欧米諸国、韓国においても、がん登録の法制化が進展している。我が国においても、院内がん登録、地域がん登録の推進により、方法論や整備体制についても議論が熟しており、がん対策基本法の改正もしくはがん登録法の制定により、包括的ながん登録の実施を原則義務化し、

がん患者に関する情報を円滑に収集、提供できるよう、個人情報保護法又は住民基本台帳法に基づく情報保護規定の除外対象とする。

(2) 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）

がん登録を推進するための個人情報保護体制整備と遵守体制の確立を目的として、国が個人情報保護体制に係る統一基準の研究および策定を行う。また、地域がん登録事業における診療情報の提供は、個人情報保護法における「利用目的による制限」および「第三者提供の制限」の本人同意原則の適用除外事項に該当する旨の、厚生労働省健康局長通知があることをふまえ、がん登録の推進に資するよう個人情報保護法を改正する。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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應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。

2-7-1-5 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

別紙参照

2-7-2 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。

2-7-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 統一的ながん登録制度がなく、全国データベースとして機能していない
- ・ 個人情報保護体制の確立が急がれている
- ・ がん登録に関する告知や広報体制が機能していない
- ・ 一般的ながん登録予算が不足している
- ・ 都道府県ごとの予算化であるため統一的ながん登録体制整備につながっていない
- ・ がん登録制度を円滑に実施するための予算がついていない
- ・ 全国統一的ながん登録がない。
- ・ がん登録専門員がいないため作業負担が生じている。
- ・ がん登録に関する制度や根拠が不明確である。
- ・ 都道府県独自のがん登録が標準化されていない。
- ・ 院内がん登録様式と臨床医の必要とするデータに隔たりがある。
- ・ がん登録様式が不統一である。
- ・ 診断の精度、分析結果が現場に還元されていない。
- ・ 医療機関のインセンティブがない。
- ・ 学会で行うがん登録との様式の不一致が見られる。
- ・ 電子カルテ導入不足のため、紙媒体からの吸い上げに限界がある。
- ・ がん登録率が低すぎる。
- ・ 現状のシステムが使いづらい。
- ・ 国民への認知度が不足している。

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）

- ・ 全国統一基準のがん登録制度を確立する
- ・ 個人情報保護体制にかかる統一基準を設置し順守体制を構築する
- ・ がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制を構築する
- ・ がん登録予算の補助金化にかかる予算化
- ・ がん登録に際する全国統一基準策定にかかる予算化
- ・ 個人情報保護体制にかかる統一基準の策定にかかる予算化
- ・ 上記統一基準の遵守を推進する報告会や研修会実施にかかる予算化
- ・ がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制構築にかかる予算化
- ・ がん登録の円滑実施のための専門スタッフや専門部署設置にかかる予算化

- ・院内がん登録を新たに実施する医療機関に対する補助

2-7-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん登録行為を診療報酬加算する。
- ・がん登録実施機関の診療報酬を増額させる。

2-7-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん基本法を改正し、がん登録制度を盛り込む。
- ・がん登録法を制定する。
- ・がん登録様式の統一のための法制度を整備する。
- ・院内、地域がん登録を統一させる制度を創出する
- ・予後調査に必要な法制度を整備する。
- ・行政による予後調査の実施を制度化する。
- ・住民基本台帳法の改正など関連法を改正する。
- ・がん登録実施機関の DPC 係数を上昇させる。

2-7-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-7-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん登録の体制が不十分で、集計までに時間がかかりすぎている。がん登録の体制の充実が急務（患者関係者・市民）
- ・院内がん登録が不十分であり、地域がん登録の精度も十分とは言えない（行政）
- ・地域がん登録が都道府県の任意で実施されているため、全国統一のデータベースとして使用できず、法的な裏付けもない（行政）
- ・個人情報保護法関連で、がん登録患者の予後調査が非常に困難である。（医療提供者）
- ・国民の理解が得られない（医療提供者）
- ・診療情報管理士（特に各種がん関係法令等の習熟）が問われる（医療提供者）
- ・院内がん登録や地域がん登録のデータベースにおいて、紙ベースでの提出が推奨されているため、システムを入れても効率化が図れない（行政）
- ・「地域がん登録」（罹患統計）と「院内がん登録」（診療実績把握）と「臓器がん登録」（医療水準検証）は連携が必要だが、ひとくくりに考えることが問題（行政）
- ・がん登録に従事する事務職員の不足（医療提供者）
- ・地域がん登録については、個人情報保護の安全な管理のための登録室、データベース、情報の移送の整備環境にかかる予算が不足している（行政）
- ・県の事業では予算も厳しくなかなか進まない（行政）

- ・国民の認知度はまだ低い（行政）
- ・がん登録が法律で明確に都道府県の役割として規定していないため、登録の実施や生存率を算定するために必要な住民基本台帳を用いた生存確認調査を実施することが困難な状況となっている。また、登録が医療機関の任意の協力により実施されている（行政）
- ・全国共通でのデータになっていない法的な縛りが無いので各都道府県の対応がばらばら（患者関係者・市民）
- ・都道府県が実施する地域がん登録のデータが、がん診療拠点病院に還元されないため、追跡調査における死因（原病死・多病死）の把握が出来ない（医療提供者）
- ・がん登録士は定数化された雇用でないと臨時雇用を続けていてもスキルの蓄積が望めない（医療提供者）
- ・まだ都道府県としてがん登録を行っていない自治体が残っている（患者関係者・市民）

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）

- ・がん登録のデータはがん対策の基本となるので、都道府県単位ではなく国家プロジェクトで対応して欲しい（患者関係者・市民）
- ・モデル地域を決めて、診断から治療までの臨床的な情報も含んだがん登録を整備し、正確に評価するインフラを整備すべき（患者関係者・市民）
- ・がん登録の法制化や、人口動態死亡個票にかかる行政から拠点病院への情報提供を可能にするなど、制度の円滑な実施にかかる法的な整理（行政）
- ・地域がん登録について、レセプト、人口動態統計や住民基本台帳との連動を図り、精度を高める（行政）
- ・正確ながん登録のためには、各組織、団体の協力と国民の理解を得るための努力が必要（医療提供者）
- ・5大がんのみならず、すべてのがん登録を国のレベルで統一し、一刻も早く病院ごとの5年生存率をホームページ上に公開すべき（医療提供者）
- ・がん登録に緩和ケア領域の項目が含まれれば、どのような緩和ケアが有効か検証可能になる（医療提供者）
- ・がん登録の法制化による個人情報保護の仕組みの確立のための予算措置（行政）
- ・地域がん登録には交付税措置がされているが、県では一般財源のため削減の恐れがあり、特定財源とすべく補助金制度等に変更する（行政）
- ・予後調査の役場照会の際の行政からの支援（病院からの問い合わせへの回答、住民票交付等手数料の無料化、外国登録に対する照会など）（医療提供者）
- ・がん登録の実務者の教育訓練などに十分な予算を付ける（患者関係者・市民）
- ・がん登録整備事業補助金等を各拠点病院に配分する予算を新設する（医療提供者）

- ・がん登録を行っている医療機関には、電子カルテ化の補助予算をつける（医療提供者）

2-7-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・がん患者数による登録士の人数を決め、診療報酬に加算できるようにする（医療提供者）
- ・がん登録を義務付けている医療機関へのホスピタルフィーはそうでない医療機関とは異なっている（医療提供者）
- ・予算が有期であるとするならば、登録士の有無により診療報酬の差をつける（医療提供者）
- ・施設基準として診療報酬に反映（医療提供者）
- ・高精度に行なっている施設に対しての報酬を（医療提供者）
- ・がん登録が法制化されれば、診療報酬で対応する必要はなくなる（医療提供者）
- ・レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける（医療提供者）

2-7-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・登録の必要性についての啓発（行政）
- ・「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい（行政）
- ・がん登録を医療機関として義務づける（患者関係者・市民）
- ・がん登録の法律が必要、都道府県においても同じ（患者関係者・市民）
- ・法制によるがん登録の届出の義務化の実施（行政）
- ・5年生存調査の行政が伴う制度化。都道府県の登録制度の均てん化（医療提供者）

2-7-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-8 分野 8 がんの予防（たばこ対策）

2-8-1 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。

2-8-1-1 推奨施策（予算）

(1) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策

日本はたばこ規制枠組条約など、複数のたばこに関する国際条約を締結し、がん対策推進協議会においても、全会一致でたばこ対策の必要性が強調されてきたにもかかわらず、がん死亡率の低下に必要なたばこ対策が先進国の中では遅れている。国際条約において求められている、たばこ価格やたばこ生産者への対策などの施策を順守・実行することで、喫煙率減少を目指す。

(2) 喫煙率減少活動への支援のモデル事業

喫煙率減少にはたばこ値上げが有効な手段であるが、これと並行して、喫煙率減少活動をする都道府県や地域 NPO などを対象に、喫煙率減少効果スコアにおいて世界的エビデンスが示されているメニューを中心に、地域に可能な手法による喫煙率減少活動（普及啓発、禁煙支援、分煙対策、禁煙教育など）を支援することで、喫煙率の大幅な減少とがんの罹患の減少を達成することを目的とする。

(3) 学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発

学校教員の喫煙率は 15%前後と依然高く、このことが児童・生徒の喫煙にもつながっているとの指摘が多い。また、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。国及び自治体が教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施するとともに、学校内の完全禁煙を定める政令、条例を制定し、同時に教員の禁煙支援を行う。

2-8-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) たばこ依存への治療と禁煙対策

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

2-8-1-3 推奨施策（制度）

(1) 健康増進法の改正（受動喫煙の防止）

受動喫煙の防止について、健康増進法において規定されているが、日本はたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の締結国であるにもかかわらず、条約で必要とされている諸施策の実施が不十分である。受動喫煙の防止について、健康増進法による規制を強化するとともに、条約にて規定されているたばこ対策を推進するために、たばこ事業法の廃止を含め、必要な法改正を行う。

(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り扱い）

喫煙率の減少に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、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。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-8-1-5 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

別紙参照

2-8-2 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。

2-8-2-1 意見の要約（問題点）

- ・禁煙推進や受動喫煙防止の取り組みが不十分
- ・条例などによる地域のみ、または医療者のみによる禁煙対策には限界がある
- ・がんの予防につながる生活習慣改善の取り組みや研究が十分でない
- ・喫煙対策を行うための十分な予算を確保することができない
- ・がんの予防に関する普及・啓発の予算化に対する理解が得られない
- ・国からの補助事業の活用がしづらい
- ・国全体での禁煙推進施策がとられていない。
- ・たばこ規制に関して健康増進法の効力が充分でない。
- ・公共施設等での禁煙対策が充分取られていない。
- ・たばこ価格が廉価であり、十分なたばこ税が課されていない。
- ・未成年者喫煙防止の啓発活動が充分ではない。

- ・未成年喫煙者の禁煙指導が取られていない。
- ・たばこ事業法等、既存法制度の弊害がある。
- ・予防医療が必ずしも保険適用されていない。

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）

- ・たばこ価格値上げを含む禁煙推進のための各種施策や法制化の実施
- ・がんの予防や病態などに関する学校教育の充実
- ・生活習慣や食事の改善に関する国からの支援を含む研究や普及啓発の促進
- ・たばこ対策の推進にあたって必要かつ十分な予算を確保する
- ・たばこ税の税収をがんの予防や対策へ充当する
- ・学校におけるがんや禁煙に関する教育について文部科学省より予算措置を図る
- ・たばこ税を値上げし、がん対策予算に適用させる。
- ・子宮頸がんや喫煙によるがんなど、予防可能ながんに関して、予算措置をとる。

2-8-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・禁煙外来を継続的に評価し、さらに受療しやすい環境を整備する。
- ・未成年者に対する禁煙治療を保険適用する。
- ・予防医学に対する保険適用を検討する。

2-8-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・国を挙げた禁煙推進のための法整備を行う
- ・たばこ事業法を改正する
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する
- ・健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する

2-8-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-8-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・「禁煙目標」「受動喫煙防止対策」とともに目標が低く、公共施設や限られた路上での禁煙が少しずつ進んでいる状態で、成果が出ているとは言い難い（患者関係者・市民）
- ・神奈川県が受動喫煙防止条例を検討しているが、県境を超え顧客が他県に流れる懸念から反対の意見もあり、地域的な規制には限界がある（行政）
- ・たばこ対策は、医療関係者のみでは解決できない。禁煙指導的発想から、社会全体の種々

の影響を考慮に入れた政策的な対応を考えるべき（医療提供者）

- ・食生活の指導と生活習慣の改善を浸透させにくい。禁煙と受動喫煙のない環境が整備されにくい（医療提供者）

- ・食生活の西洋化が特定のがんの増加につながっているとされる中、「食生活」の具体的な指導やがん予防へのエビデンスの情報収集が不十分（患者関係者・市民）

- ・喫煙対策が展開できる予算が十分でない（行政）

- ・医師、教育、行政と連携して行うための予算（学校、地域公会所等での講習会）が不足している（医療提供者）

- ・効果が明確でない普及・啓発のための費用は、厳しい財政状況の中、認められにくい。

1/2 補助事業では、新規となると要望は困難な状況にあるが、10/10 の補助事業では現時点の補助基準から活用が難しい（行政）

- ・財政難のため、知識の普及に必要な経費の確保ができない（行政）

- ・受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難（行政）

- ・がんの原因と分かっているが、たばこ対策がされていない（患者関係者・市民）

- ・健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分（行政）

- ・未成年に対する喫煙防止対策が不十分（行政）

- ・公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い（医療提供者）

- ・喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない（その他）

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）

- ・がんの予防は、禁煙対策に尽きる。健康増進法を一步進め、公共の施設のみならず職場、飲食店の施設内禁煙を義務化すべき（医療提供者）

- ・禁煙について効果が大きいとされているのが、たばこの価格をかなり高額にするということであり、国税収入不足対策ではなく生活習慣病も減るとされ、医療費の低減につながるところ大であると考え（行政）

- ・FCTC（たばこ規制枠組み条約）に示されている各条項の履行は、批准国としての責務であることを厚生労働省はもっとアピールすべき（医療提供者）

- ・小中学校及び高等学校における学校教育においてがん予防教育を行うことで、比較的低予算で効果的な教育ができるのではないかと考える（その他）

- ・初等・中等教育における「がん＝国民病」の説明、たばこ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連などの説明（患者関係者・市民）

- ・効果的・効率的な普及啓発事業を展開することが重要。地方自治体の財政事情が厳しい中、国から提供される普及啓発資料を効果的に活用する必要がある（行政）

- ・生活習慣病センターとがんセンター等が連携し、食事や運動習慣を是正できるよう指導体制を構築する（医療提供者）
- ・禁煙治療の質の維持向上と普及のための予算の確保と、健診の場における禁煙支援の実施のための予算の確保（医療提供者）
- ・たばこ税をがん予防の予算に回してほしい。たばこ対策の授業を、文部科学省の学校保健の範囲に入れる（患者関係者・市民）
- ・値上がりした増収益をたばこ葉農家の支援対策費に充てる（その他）
- ・啓蒙活動としてピンクリボンだけではなく、他のがんのキャンペーンにも予算を組むべき（患者関係者・市民）
- ・快適職場を支援する補助として、禁煙・分煙の取組についても補助対象とする（行政）
- ・文部科学省における予算化・厚生労働省から公共施設の禁煙の方針の提示（行政）
- ・値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す（患者関係者・市民）
- ・たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う（患者関係者・市民）
- ・禁煙運動に対する補助金の増加（医療提供者）
- ・未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う（医療提供者）

2-8-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化（行政府）
- ・禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くする（医療提供者）
- ・禁煙治療に対する診療報酬の増加（医療提供者）
- ・喫煙者の自己負担金比率を上げる（医療提供者）
- ・禁煙治療の保険適用条件（喫煙指数等）を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる（医療提供者）
- ・喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する（医療提供者）
- ・敷地内全面禁煙病院では診療報酬の増額をする（医療提供者）
- ・予防医学に対する保険適用（医療提供者）
- ・医療機関における禁煙指導条件の緩和（医療提供者）

2-8-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要（行政）
- ・たばこ事業法を廃止し、健康政策としてたばこ対策を位置付ける（行政）
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する（患者関係者・市民）
- ・健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する（医療提供者）
- ・国または地方での禁煙に関する法令条例を整備する（その他）

2-8-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-9 分野9 がんの早期発見（がん検診）

2-9-1 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。

2-9-1-1 推奨施策（予算）

(1) 保険者・事業者負担によるがん検診

がん検診率50%を達成するには、毎年少なくともあと1,500億円の検診費用が必要である。その費用の負担は、市町村財源や受診者負担では不可能であり、かつてのような交付金に戻すことも困難である。トータルな疾病管理の観点からも、がん検診機会を増やすためにも、メタボ健診と同様に、保険者負担・事業者負担によるインセンティブ・ペナルティシステムを採用する。

(2) 保険者負担によるがん検診のモデル事業

がん検診受診率の目標は50パーセント以上とされているが、現状ではその上昇はあまりみられず、保険者負担による受診勧奨など、抜本的な見直しを伴う施策が考慮される必要がある。がん検診において一定の受診率が見込める実績のある自治体や地域を対象に、国民健康保険加入者を対象にして、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんについて、保険者負担によるがん検診を進める。

(3) がん検診促進のための普及啓発

がん検診の受診勧奨だけでは限界があり、がんに関する正しい理解の促進を通じて、がん検診を受診する意識を喚起することが重要である。がん検診に関する企業の取り組みを政府が主導することで、国民への明快なメッセージを提示する。例えば、がんの普及啓発を目的とした分かりやすい冊子を、企業とのタイアップをもとに作成、配布するとともに、学校におけるがん教育との連携も図る。

(4) がん検診の精度管理方式の統一化

がん検診の精度管理は地域間でほとんど統一されておらず、がん種間でも精度管理の質的な差異がみられることが、がん検診普及を阻害する要因の一つとして挙げられる。厚生労働省などにおいて関係学会との連携により、がん検診の精度管理に関する中央管理を行い、都道府県は解析スタッフ養成のため、精度管理に関する研修や、指導管理協議会の運

営、市町村のがん検診の結果の登録を実施する。

(5) 長期的な地域がん検診モデル事業

国内において極めて貴重な情報が得られつつある、循環器疾患における久山町地域の事業を参考に、がん検診に関する地域連携や協力が得られることが期待できるなど、モデル地区として一定の要件を満たす人口 10 万人までの市町村を対象に、がん検診の有効性や、がんのリスク因子解析などの情報を分析するために、「同一集団に対する繰り返しがん検診モデル」を、10 年単位で長期にわたり追跡調査する。

(6) イベント型がん検診に対する助成

アンケート調査によると、がん検診を知っていても、検診を受けられる機会がない、あるいは便利でないことから、実際に検診を受けない人が多い。移動検診車による検診の機会の提供、休日・夜間の駅前、デパート、繁華街等の住民が集まりやすい場所でのがん検診イベント開催などを対象に助成する。また、居住地以外でのがん検診を円滑に進めるための市町村間の連携体制を強化する。

2-9-1-2 推奨施策（診療報酬）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

2-9-1-3 推奨施策（制度）

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律の改正

2008 年度以降、がん検診は市町が実施する検診を、メタボ検診などの健康診断（特定検診）は健康保険が実施する検診を受けることとなり、がん検診と健康診断を住民健診で受診していた健康保険加入者の被扶養者などが減り、各地でがん検診受診率が大きく減少している。受診率向上のために、高齢者の医療の確保に関する法律の改正を行う。

(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）

がん検診受診率の向上に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、がん検診受診者と未受診者とで保険料のインセンティブを導入することを検討する。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-9-1-5 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

別紙参照

2-9-2 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。

2-9-2-1 意見の要約(問題点)

- ・がん検診の実施者が保険者と市町村とに分かれている
- ・がん検診の受診率算出や精度管理の方法が統一されていない
- ・がん検診に関わる医療機関や自治体のマンパワーが不足している
- ・がん検診の一般財源化により受診者が増えると市町村の負担が増える
- ・がん検診に関する普及啓発に対する予算が十分でない
- ・社会保険加入者ではがん検診受診の負担が大きい

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)

- ・がん検診の受診率や精度管理の全国統一化
- ・土日や夜間受診など受診しやすい環境の整備
- ・学校教育やマスメディアを通じたがん検診に関する普及啓発
- ・特定検診と同様のがん検診を保険者負担とする

- ・がん検診受診者へのインセンティブを導入する
- ・がん検診にかかるマンパワーや検診車、民間団体等への予算措置を図る

2-9-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-9-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん検診の法制化
- ・がん検診の受診によるインセンティブまたはペナルティー制度の導入
- ・がん検診の受診に伴う労働法制上の対応

2-9-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-9-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・特定健診や特定保健指導などの実施主体は保険者だが、がん検診の実施主体は市町村であり、現場は大いに混乱している（医療提供者）
- ・労働者へのがん検診は一部の健康保険組合のオプションの位置づけにあり、社会保険の被扶養者が検診を受診しづらい（医療提供者）
- ・通常の検診実施義務者が、保険者と市町村に別れることにより、がん検診の受診率の把握がより困難になった（行政）
- ・がん検診受診率の算出方法の、統一した算出法がない（行政）
- ・早期発見のために検診は必要だが、例えば乳がんに関して、若い世代の意識がない。検診といっても触診だけでははっきりいって無意味（患者関係者・市民）
- ・市町村におけるがん検診において、老人保健法で国の補助があった頃とは違い、入札により毎年業者が変わることがあり、精度管理しにくい状況（医療提供者）
- ・受診者数が増えると、要精検者をフォローする 2 次医療機関のキャパシティーが不足する。精検結果把握に協力しない医療機関もある（行政）
- ・いまの医師数では検診率アップは不可能（医療提供者）
- ・自治体のがん検診はほんの 1~2 名の職員で実施していると言っても過言ではなく、検診団体との調整や苦情対応、受診勧奨、追跡調査など多忙をきわめ、マンパワー不足はかなり深刻であり、職員の頑張りややる気以前の問題である（行政）
- ・がんについての正しい知識・姿勢を啓発するのは、メディアまかせではなく国が責任持って行うべき。検診ついでにの限界や適応など、得られる結果に対して見合う対象を明示して施行するよう、もっと細かな科学的な配慮が必要（医療提供者）

- ・がん検診の費用は一般財源化されており、検診の受診率が向上すれば、それだけ市町村の財政負担も増大することが懸念されている（行政）
- ・市町村はがん受診率向上のノウハウ（個別通知、セット健診）を知っているが、受診率が上がると市町村負担が増えることが受診率向上のネックとなっている（行政）
- ・がん検診の実施主体である市町村は、財政事情が厳しく財政的な支援が必要であり、検診費用については地方財政措置がなされているとはいえ、予算の範囲内でしか事業展開ができず、積極的な受診勧奨活動ができないジレンマがある（行政）
- ・働き盛りの年代ががん検診を受診するためには、企業においてはその受診の機会が設けられる予算がない（その他）
- ・市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、使途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要（行政）
- ・総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である（医療提供者）
- ・女性特有のがん検診について、H22年度予算において補助率が2分の1であるが、年齢設定や検診手帳などの制約が多く、補助金の使い勝手がよくない。がん検診の受診率アップに伴い精密検査受診者も増加するが、受け入れる専門病院の不足が懸念される（医療提供者）
- ・がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない（患者関係者・市民）
- ・国民健康保険、職域、被扶養者と、加入している医療保険者による検診できる内容の相違・職域・自己受診の数字が把握できる体制がないため、実際の受診状況が不明（行政）
- ・自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しい。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべき（患者関係者・市民）

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）

- ・社会保険のがん検診の実施の義務化（特定検診に準じて）。これができないなら、被扶養者がどこで受診できるかを国民に明示すべき（医療提供者）
- ・市町村事業におけるがん検診受診率算定式の全国統一化を図り、地域・職域を含めた正確ながん検診受診率の把握方法等について早急に検討・公表する（行政）
- ・人口動態統計なみのがん受診実態調査、その後の徹底した追跡調査をやるべき（行政）
- ・受診しやすい土日・夜間受診や、育児中の母親が受診できることよう、保育託児つきにするなど、がん検診の工夫を積極的に行う（患者関係者・市民）

- ・行政ががん検診 100 パーセント受診の宣言をし、量販店のポイント制度やがん募金の活用などを行うなど、もっと知恵を絞るべき（患者関係者・市民）
- ・小学生の学校教育に健康教育を取り入れ、成人に達した年齢者を対象に、検診受診を制度化して検診意識を高め、職場内検診を制度化する（医療提供者）
- ・ゴールデンタイムなどに、公共広告機構などからのテレビ広告を流す。国民ひとり一人に危機感を持ってもらい検診受診を促す（行政）
- ・がん検診の啓発にマスメディアの利用も大きな影響が得られるのではないかと。乳がんのマスメディアを通じた啓発があったときに受診者が増えた（医療提供者）
- ・がん検診も保険者の責任として行わせる（医療提供者）
- ・がん検診の事業実施主体である市町村が、主体的に普及啓発活動やがん検診事業を展開できるような補助事業を創設する（行政）
- ・職場検診にがん検診を義務化し、毎年検診している人ががんに罹患した場合の優遇措置を設ける（初期検査無料など）とともに、がん検診受診をすべての生命保険加入の条件とする（患者関係者・市民）
- ・全検診受診者の国保税等の一部軽減分の負担など、検診受診者に対するインセンティブの助成（行政）
- ・がん検診への補助金が交付税との関係でできないので、独自検診や上乘せ検診等の補助が必要。精度管理や事業評価に対する助成も必要（行政）
- ・国際的に標準となりつつある、対象者名簿に基づいた非受診者への受診勧奨を行うマンパワーと予算が必要（医療提供者）
- ・検診にもお金をつけないと検診を受けない。特にマンモグラフィ、子宮癌検診のように検診車でまわるようにすると、もう少し受診率が増える（有識者）
- ・がん検診で民間団体を活用し、民間団体へ助成金を交付する（患者関係者・市民）
- ・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないか（県庁担当者）
- ・実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要（行政）
- ・国が目標値を掲げている以上、目に見える形で（地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で）支援をしてほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい（行政）
- ・県単位などで新しい検診方式の実施を「特区」として認め、3・5年単位でその評価を行う制度が必要（医療提供者）
- ・費用対効果がはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける（患者関係者・市民）

2-9-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられる

ため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・高齢者のがん検診に診療報酬を設定する。早期発見のための公費負担がん検診は働き盛りの年齢層に対して行うべき（医療提供者）
- ・検診で要精査となって受診する初診患者に対して、一定の加算が算定できるしくみが望まれる。増加する検診に対して病院側の態勢を整えるのに必要な処置（医療提供者）
- ・検診を受けて、異常が発見された症例に対する患者自己負担の減額（医療提供者）
- ・検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする（医療提供者）

2-9-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・地域住民のがん検診の受診を法制度化し、すべての検診を含めたデータベースを構築する（医療提供者）
- ・保険者と市町村に別れ、受診率の把握が出来ないため一元化をはかることが必要（精度管理の面から、統計上も）（医療提供者）
- ・がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべき。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとか（医療提供者）
- ・検診を受けないと国民健康保険税などの金額が上がる仕組みを導入（患者関係者・市民）
- ・自治体が行なう検診を定期的に受診した患者に対する減税制度の創設（医療提供者）
- ・小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善（患者関係者・市民）
- ・休日検診を推進するよりも、企業か事業主が検診のための有給休暇を義務づける制度を考慮すべき（医療提供者）
- ・労働安全衛生法にがん検診の義務づけ（行政）
- ・検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする（患者関係者・市民）

2-9-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-10 分野 10 がん研究

2-10-1 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。

2-10-1-1 推奨施策（予算）

(1) 希少がん・難治がん特別研究費

罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がん、あるいは 5 大がんの中にあっても極めて治療成績の悪いがんについて、有効な新規治療薬や治療法を研究・開発し、治療成績の向上を図ることを目的として、病態解明、予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナルリサーチ等、特別研究費に係る予算措置を行う。対象となるがんや研究の選定については第三者的な機関が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(2) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設

現在の第 3 次対がん総合戦略研究において、がんの社会学的研究は一部行われているものの、基礎研究や臨床研究が主体であり、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度研究、政策提案などを含むがんの社会学的研究分野が不足している。第三者的な機関が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(3) がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の促進

患者やがんサバイバーの QOL 向上に向けた研究のための臨床試験は、企業等のインセンティブが働かずほとんど存在しない。また、近年承認された新薬は作用機序が従来と異なり、新たな観点での有効性の評価や副作用対策が求められる。臨床試験のデザインを公募し、第三者的な機関が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(4) 各癌腫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

（検討中）

(5) 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

（検討中）

2-10-1-2 推奨施策（診療報酬）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるが、アンケートやタウンミーティングより診療報酬での対応を求める意見があったため、診療報酬での推奨施策を提案する。

（1）高度医療への対応

がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適応とする形で、高度医療との併存を原則として認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適応基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を見える化（可視化）する。

2-10-1-3 推奨施策（制度）

（1）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

科学性、有効性、有用性などの観点から、がん研究費が適正に配分されることを目的に、第三者的な機関が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する。あわせて、独立行政法人医療品医療機器総合機構法を改正し、がん研究成果を有効に評価できる仕組みを検討する。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-10-1-5 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

別紙参照

2-10-2 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。

2-10-2-1 意見の要約（問題点）

- ・基礎研究と臨床研究の相互応用が十分ではない
- ・研究成果が広く一般に伝わっていない
- ・がん研究にかかる予算が十分ではない
- ・臨床研究と比べ基礎研究への予算が減りつつある
- ・大規模な研究に重点配分され小規模かつ自由な研究への予算が十分ではない

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）

- ・がん研究に社会学的研究分野を含めた幅広い視点からのアプローチを行う
- ・研究成果を広く一般に伝えることのできる体制を整える
- ・様々な研究機関や医療職による横断的な研究体制を構築する
- ・臨床研究と基礎研究それぞれにバランスよく予算を配分する
- ・文部科学省のがん研究予算を復活し、厚生労働省研究予算も増額する
- ・がん研究予算への民間からの寄付を集めやすくする仕組みを整える

2-10-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-10-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・研究報告のみならず、成果や業績を評価する仕組みをつくる
- ・患者関係者も交えた外部業績評価に基づく研究費の適正な配分
- ・研究者の所属組織を超えた研究ネットワークの形成

2-10-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-10-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・基礎研究と臨床研究が全く独立していて、成果を相互に応用する機会が乏しい。実際の臨床が多忙で研究する時間が十分にとれない（医療提供者）
- ・海外で研究している日本の研究者が戻ってきてても、研究を続ける施設がないため研究を断念せざるを得ない現実がある（その他）
- ・どのような形で、効果が出ているのか、データを出してほしい。作成されたものが、広く一般に普及されていない（患者関係者・市民）
- ・一定の決まった施設に集中している（医療提供者）
- ・有名大学、有名センター以外にも人材はいる（医療提供者）
- ・疫学研究の遅れが問題（その他）
- ・それなりの予算ではあるが、必ずしも十分ではない（医療提供者）
- ・目の前の対策が重視され、研究が軽視されつつある（医療提供者）
- ・小さな、自由な研究にも予算をつけてほしい（医療提供者）
- ・国立大学は総定員法にて、研究者や研究助手がすでに雇えない状況（医療提供者）
- ・小児がんに対する研究が不足。晩期障害についても対策が不十分（患者関係者・市民）

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）

- ・世界との共同研究等で効率よい研究をするとともに、定期的に研究内容や結果を公表し、地域の住民と情報交換する（患者関係者・市民）
- ・臨床に役立つ研究の重点化（医療提供者）
- ・がん研究をがんのメカニズム研究に限定するのではなく、がん看護、がん社会学、がん経済学、がん政治学などと直結した研究も実施（行政）
- ・健康生成論やソーシャルキャピタル（社会資本）とがんの関係は、新規がん患者やキャンサーサバイバー（がん経験者）の支援につながることを確認すべき（その他）
- ・研究はそれを行う大学・研究機関を限定して人材を集め、そこで得られた成果を発信するというシステムにする（患者関係者・市民）
- ・特定のがん研究者ではなく、もっと幅広い医療職種が取り組める研究助成を（患者関係者・市民）
- ・施設間の情報等の連携強化（医療提供者）
- ・がんの基礎的研究が臨床に反映されていないとの批判があり、がん対策は主にがん医療

に向けられている。短期的な視点に立てばこれは大変結構なことであるが、中、長期的な観点から、がん研究予算、特にがんの基礎研究予算を減じるべきでない（その他）

- ・ 文部科学省における科研費にがん予算を復活させるとともに、厚生労働省のがんの臨床研究予算も増額する（その他）

- ・ 研究予算は削減してはいけない（医療提供者）
- ・ 国がきちっと予算をつけて、公募制でテーマ登録すべき（患者関係者・市民）
- ・ 臨床研究に予算を十分に配分する（医療提供者）
- ・ がん研究助成に関する寄付金は税金控除とし、研究施策の戦略決定の「見える化」「透明化」を確保するとともに、研究助成決定機関へのがん患者団体の参加を進める（その他）
- ・ 文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究にかかわる研究費の創出（医療提供者）
- ・ がん研究予算の適正な配分と業績評価の必要性（医療提供者）
- ・ 基礎的な研究や希少がんへの研究など予算的な措置が大切（患者関係者・市民）
- ・ 予算が少なすぎる。新たな技術や薬剤に対する審査期間の大幅短縮、テーラーメイド治療の充実が必要（医療提供者）
- ・ がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発（phase I 試験）ができるようにする（医療提供者）
- ・ 新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断（遺伝子診断や遺伝子発現解析）の導入をより一層加速するために、医薬品医療機器総合機構（PMDA）での申請、審査、相談などの体制を変えていく必要がある（その他）

2-10-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・ 臨床試験を充実させるために、適応外抗がん剤に対する診療報酬を認める（医療提供者）
- ・ 臨床治験はインフォームドコンセントに通常の患者より多大な時間を費やす。現状これに対する対価が診療報酬上算定できない。これが算定できるようになれば臨床治験がより円滑に進むと考える（医療提供者）
- ・ がん研究（学会発表・論文など）を一定のレベル行なっている施設に対しての報酬アップを（医療提供者）

2-10-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・ 有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置として、高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる（医療提供者）
- ・ 研究体制の整った臨床試験グループが作成した計画研究に基づいた新しい薬物の研究は、

なんらかの研究費で薬剤を手に入れ、混合診療での実施を可能とすべき（医療提供者）

- ・海外で認可されている薬について、もっと早く日本でも認可できるような制度をお願いしたい。がんが転移した場合、生存率が急激に下がり、待つ時間が大変惜しい（患者関係者・市民）

- ・研究予算の配分に関しては患者団体の代表も含めた外部評価を実施すべきで、真に成果の上がっている研究計画に適正に予算を配分するシステムをつくり、科学研究費など国税を投資するものに関しては、広く国民の理解を得る努力をするべき（医療提供者）

- ・特区として、研究者の所属機関の縛りを越えたネットワーク形成（バーチャルがん研究センターなど）を認め、競争的研究資金を従来の大学や研究所の単位ではなく、ネットワーク組織に大型予算化できるような制度を設けてはどうか（その他）

2-10-4 分野内の横断的検討

別紙参照

2-11 分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

2-11-1 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。

2-11-1-1 推奨施策（予算）

(1) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト

2次医療圏や県全域などで、疾病別に予防から検診、検査、診断、治療、緩和ケア、在宅ケアまで一貫して地域医療資源を再構築することで、疾病ごとの早期発見と治療の質の向上を達成し、がん難民を生まない状態を作り上げる。有識者や関係団体、行政からなるプロジェクト委員会を設置し、疾病ごとの医療資源と患者動向を調べ、地域での責任分担体制を構築するとともに、サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）を作成する。

(2) 子宮頸がん撲滅事業

子宮頸がんはワクチン接種と早期発見のための検診の普及により封じ込めることができる可能性があり、国際対がん連合（UICC）の国際ガイドライン等でもワクチン接種が推奨されているにもかかわらず、海外と比較して日本での対策の立ち遅れが目立つ。ワクチン接種を予防接種法に位置づけ、麻疹・風疹ワクチンと同時接種が行える環境を整備するとともに、検診率の向上により子宮頸がんの撲滅を目指す。

(3) 小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、有効な新規治療薬や治療法を開発するのみならず、肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる小児がん患者や家族、長期生存者に対しては、社会的な支援（家族支援、院内学級、就労支援、保険加入）を行う。小児がんや希少がんに対して包括的な対策を推進するためのセンター的機能を有する拠点施設を整備し、ファンディングエージェンシー（研究費配分機関）機能を伴う小児がん研究事業などを推進する。第三者的な機関が研究の選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する。

2-11-1-2 推奨施策（診療報酬）

(1) 小児がんと希少がん

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での専門医による中央診断システム、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置し、チャイルドライフスペシャリストなどで対応している社会サポートに対して、さらなる加算をしてはどうか。

(2) 長期生存者のフォローアップ

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(3) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中 1 回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

2-11-1-3 推奨施策（制度）

(1) 予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）

予防可能ながんといわれる子宮頸がんについては、国内で年間 1 万人以上が発症し、そのワクチンについては海外で公費負担をしている国も多く、国内でも全額助成する自治体が広がるなど、同様の動きがみられる。現時点では任意接種にて合計 5 万円程度の費用負担となることから、子宮頸がん発症者数の減少による医療費抑制の効果も考慮し、予防接種法を改正し、同法に基づく勧奨接種とするとともに、地方交付税措置を充実することにより接種費用を公費負担とする。

(2) 小児がんと希少がんへの拠点病院制度

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、その診断から最新の治療までを提供するためには、がんの均てん化とともに集約化が必須である。発症数に見合った形で、小児がんや希少がんに対応した疾患別の拠点病院制度を地方ブロックごとに設置し、拠点病院制度の連携システムを構築する。当該拠点病院では中央診断を行い、症例を蓄積し治療成績を公開するとともに、小児がんや希少がんの臨床試験を中心とした研究を実施し、その結果を広く公開する。

(3) 特定疾患研究事業の見直し

特定疾患のうち45の疾患については、医療保険の自己負担について一部または全額を公費負担し、患者や家族の負担軽減が図られている。一方、小児慢性特定疾患研究事業では、悪性腫瘍はほぼ全額を公費負担されている。20才を越えた小児がん患者や青年期のがんではこれらの公費負担がなく、長期に治療が必要な患者や家族に大きな負担となっている。そこで特定疾患研究事業にて、これら小児がん患者の成人期における経過観察や合併症、あるいは青年期に多い肉腫などの希少がんを特定疾患研究事業の対象として支援するとともに、その研究を推進する。

<詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください>

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

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。

2-11-1-5 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

別紙参照

2-11-2 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。

2-11-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルスに関する対策が十分でない
- ・小児がん専門医や患児・家族・長期生存者への精神的・経済的支援が不足している
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策の予算措置が十分でない
- ・小児がんについて小児慢性特定疾患の公費負担などが十分でない
- ・希少がんに対する対策が十分でない

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）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の推進
- ・小児がんに対する包括的な対策と患児・家族への支援
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策のための予算措置
- ・小児がん患児や家族の経済的支援のための公費負担制度の拡充
- ・希少がんや難治がんに対応する基幹的施設の設置

2-11-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・希少がんや難治がんに対する診療報酬での評価
- ・罹患患者数が多いにもかかわらず死亡率が増加しているがんに対する診療報酬での評価
- ・薬剤や施設に多大な経費がかかる造血器腫瘍などの診療報酬での評価

2-11-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の法制化
- ・希少がんの適応外使用を一定の基準や施設にて認める制度の構築
- ・小児がんの長期生存者に対する制度的支援

2-11-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-11-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・市町村が実施する5部位の検診については、胃であれば内視鏡、肺であればCT、子宮であればHPV検査の実施など、現在国指針にない方法を行うべきとの意見もある（行政）
- ・予防できるがん（子宮頸がん）とそうでないものとを分けた理解が、市民に不足してい

る（患者関係者・市民）

・がん検診や肝炎ウイルス検査（肝がん高リスク者の発見・受診勧奨）などは、市町村や都道府県事業となっており、医療機関委託での無料ウイルス検査は、人口の多い都市部でも実施されていないところがある（患者関係者・市民）

・がんは大人も子供もかかるのに、大人だけしか話が出てこないのはおかしい。小児がん全般のがん対策をしてほしい（患者関係者・市民）

・小児がん専門医が不足しているため、拠点病院が確立されていない。適切な治療をできる医師が不足しているために初期治療が迅速にされない（患者関係者・市民）

・子どもががんになった時、患児家族（兄弟を含む）の経済的、心理的支援が地域、病院により格差が大きい（患者関係者・市民）

・一般的なかぜや虫歯でも、小児がん経験者であることが地域の医師にわかると治療を受けられないことがある（患者関係者・市民）

・小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し（患者関係者・市民）

・子宮頸がんの HPV ワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外（医療提供者）

・造血器腫瘍を取り扱う医療機関が極度に少なく、担当医療機関には多大な負担がかかっている。また、きわめて多忙である事から新規入局の医師も極少である（医療提供者）

・症例数の少ないがんを蚊帳の外に置かないこと。それぞれの患者にとって、自分がかかっている「がん」は唯一無二。行政は弱者救済が使命。弱者切捨てがあってはならない（患者関係者・市民）

・15～20歳の治療より15歳以下の治療成績が良いために、高校生に小児領域治療が行なわれつつあり、高校生の小児病院などへの入院もみられる。高校履修が入院してもできるように体制を作り始めることが必要（医療提供者）

・小児がん経験者の生存率が向上し、多くの人が社会復帰をしているが、身体障害手帳や療育手帳などの交付対象とならない程度ではあるものの、体力の無さや低身長や筋力の低さなど身体的苦勞や、臓器や内分泌の機能低下などで悩んでいて、生活や就労に困窮している仲間がたくさんいる（患者関係者・市民）

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）

・パピローマウイルスのワクチン事業の開始を検討すべき（患者関係者・市民）

・小児がん患児を対象とする必要な補助教育制度、家庭訪問教師の配置。病弱児教育に関する制度化（患者関係者・市民）

・希少疾患である小児がん全般の情報をデータセンターで集めて、各病院で情報をとれるようにする（患者関係者・市民）

- ・小児慢性特定疾患についての見直しによる小児がん患児への経済的支援（患者関係者・市民）
- ・小児がん経験者の社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成が必要（患者関係者・市民）
- ・小児科医（小児がん）育成の予算や、小児がん拠点病院確立のための予算（患者関係者・市民）
- ・小児がんの長期フォローアップのための専門外来の予算や、医師、患者、家族の勉強会の予算。大人のがんと同じように予算を付けてくれないと何もできない（患者関係者・市民）
- ・希少がんの全国規模の臨床試験を展開する。このための財源を予算化する（その他）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置すべき（医療提供者）
- ・小児がんについて、小学校（教師や養護教諭、生徒など）などに配布する冊子やビデオの作成等、啓蒙活動予算が必要（患者関係者・市民）
- ・子宮がんの若年化と晩婚化は、少子高齢化対策を考へても、国家的な大問題。HPV ワクチン接種の公的援助。子宮がん検診、乳がん検診のクーポン事業の継続。乳がん罹患率の急増から、乳がん検診従事者の養成は急務（医療提供者）

2-11-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・難治がんに対し積極的な対応をしている病院には診療報酬を厚くすべき（医療提供者）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置した施設に限定した診療報酬を算定すべき（医療提供者）
- ・男女それぞれで最も高い肺がんと乳がんの死亡率が、欧米諸国のように低下傾向に転じない。それぞれの手術の報酬を加点する（医療提供者）
- ・造血管腫瘍は多くの薬剤や機器、病室（無菌室）に経費がかかる。DPC から外し出来高とすべき（医療提供者）
- ・リンパ浮腫の人のリンパドレナージマッサージの保険の適用。リンパドレナージマッサージの従事者の育成。専門医を置いてほしい（患者関係者・市民）

2-11-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・子宮頸がん予防ワクチン全員接種へ。国策で取り組んでほしい（行政府）
- ・肝炎対策として、治療中の生活費と治療費の助成を（患者関係者・市民）
- ・小児特定慢性疾患対象年齢終了後の継続的補助（患者関係者・市民）
- ・小児がんにて、難病罹患手帳などがあれば安心して生きていけると思う（医療提供者）
- ・希少がんの保険適応外使用に関しては、一定の基準を満たした医療機関＋専門医のもとで使用することを承認する枠組みを新たに設定する（その他）

2-11-4 分野内の横断的検討

別紙参照

3 推奨施策の解説

3-1 予算の推奨施策の解説

別紙参照

3-2 診療報酬の推奨施策の解説

別紙参照

3-3 制度の推奨施策の解説

別紙参照

3-4 全体の横断的な検討

別紙参照

4 付録

4-1 図示して説明する9本の施策

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

施策①

緩和ケアを担う病棟の拡充事業

■ 要求要旨

「がん対策推進基本計画」では、緩和ケアについて、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題として位置付け、がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることを求めている。厚生労働省は、「緩和ケアが、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケア等の適切な援助を行う体制を整備していく必要がある」としながらも、その体制整備が遅れている現状にある。

体制整備が進まない理由は、緩和ケア病棟の厳しい施設基準（医療機関のインセンティブ不足）や緩和ケアの担い手となる専門的な人材の不足にある。一方で、かつて叫ばれた「療養病床の再編」は進まず、介護3施設への転換施策も「絵に描いた餅」となりつつある。

そこで、療養病床再編の新たなメニューとして（1）緩和ケア病棟に準ずる病棟（2）在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床一への転換を推進し、緩和ケアを担う病床を3年間で約3倍の1万床を目指す。

なお、専門的な人材の育成については、施策番号13「がんに関わる医療従事者の計画的な育成」により、並行して推進するものとする。また、診療報酬上では2010年度改定における「がん診療連携加算」の引き上げと対象拡大が評価されるが、本提案の新たな種類の病床についても、同様の配慮を求める。

■ 事業内容

（1）準緩和ケア病棟（仮）と（2）在宅緩和ケア支援病棟（仮）一の整備を行う。

（1）準緩和ケア病棟（仮）は、緩和ケア病棟を有するがん診療連携拠点病院との密な連携の下に、投薬量やメンタルケアの頻度が比較的少ない患者を受け入れる。

（2）在宅緩和ケア支援病棟（仮）は、がん患者を診療する在宅療養支援診療所等との密な連携の下に、主治医の求めに応じて短期的あるいは断続的な入院の受け皿機能を担う。

この転換に伴う補助金を国が支援する。

■ 経費の種類／性格

補助金

(項) 保健衛生施設整備補助金 (目) 療養病床転換支援資金 (既存)
補助率 : 10/10

■補助先

医療機関の設置主体 (療養病床再編を支援する適切な組織/都道府県)

■積算内容

・ 10 億円 (積算作業中)

施策②

長期の化学療法に対する医療費助成事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画（平成19年6月）において、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することが目標として掲げられており、がん患者とその家族が安心・納得できるがん医療を受けられる仕組みが求められている。

新規抗がん剤の導入により治療成績の目覚ましい向上がみられる分野が出てきた一方で、そうした化学療法が高額であることや再発治療は無期限であることなどから、がん患者とその家族への経済的負担は大きい。既存の扶助・助成制度は対象と金額が限られており、経済的負担から治療の質を落としたり、治療を差し控えたりする患者が多数発生している。タウンミーティングやアンケートにおいて、患者・医療従事者ともに、患者の経済的負担軽減を求める声が多いことが確認されている。

高額療養費の限度額を6カ月以上にわたって超えるがん患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げた措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。また、化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の発行を外来診療にも拡大する。特に高額な分子標的療法剤の使用は、指定された専門医によって科学的根拠のもとで使用し、データを収集することを条件に医療費の助成を行う。

化学療法計画書を提出し、適用と判断される方を対象とすることを検討する。

■事業内容

長期にわたり高額な化学療法を受けるがん患者を対象とし、高額療養費制度の自己負担限度額を6カ月以上にわたって超える患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げた措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。

（*場合によって記述：適用されるがん種や薬剤について、がん対策推進協議会においてリスト化する）

化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への適用拡大を行う。

■経費の種類／性格

委託費

（項）健康増進対策費 （目）長期の化学療法に対する医療費助成事業委託費

（補助率：10/10）

■補助先

保険者（高額療養費の自己負担額減少によって財政負担を伴う組織）

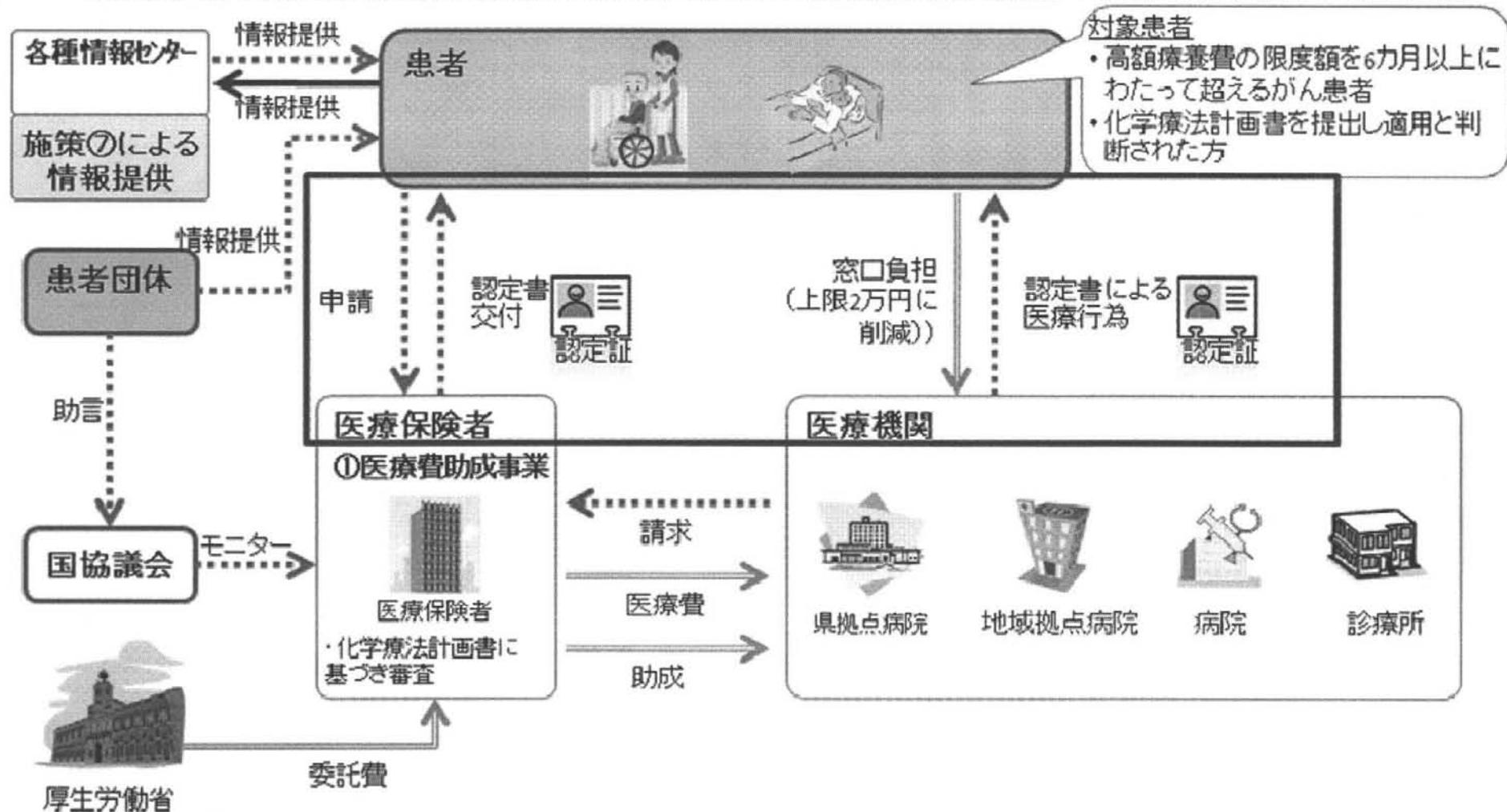
■積算内容

・10億円（積算作業中）

（*推定には、対象疾患および対象患者数をシミュレーション計算する必要あり）

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③

がん専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター

■要求要旨

がん対策推進基本計画の個別目標「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」においては、専門的ながん医療を推進していくため、専門的にがん診療を行う医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の卒後研修の強化、およびこれらの医療従事者が協力して診療にあたる体制の整備が必要施策として掲げられている。

このうち看護師については、近年がん治療およびケアにおいて高い専門性を持つ専門看護師・認定看護師等が日本看護協会における審査・認定のもと輩出されてきてはいるものの、多忙な日常業務の傍らでの資格取得は、当人および所属施設に負担が大きく、また資格取得者に対する評価も十分でないことから、普及が十分に進まないのが現状である。

がんの治療およびケアにおいて、専門知識と豊富な経験を有する専門・認定看護師が、患者の QOL 向上に寄与する役割は大きく、また、専門・認定看護師を含むチーム医療が確立されることで、より専門的に高度な治療やケアを提供することが可能となる。このため、資格を取得する際、本人や所属施設に負担を減らすため、経済的・人的支援を実施することで、専門・認定看護師の養成を促進する。さらには、資格取得者に向けた生涯教育のプログラムを提供し、継続的な質の維持に努めることが重要である。薬剤師についても同じである。専門・認定看護師・薬剤師の育成にあたっては、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」事業による、必要数や適正配置の計画を参照することが求められる。

なお、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師・薬剤師の要件を追記し、平成 24 年度診療報酬改定において、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師への特別加算を行うことを目指す。

専門医療関係者の育成、さらに資格更新のため e-ラーニングシステムを導入し、専門科にアップデートな知識と情報を提供する。

■事業内容

「がん専門・認定看護師育成配置支援センター」を設置し、以下の（１）～（３）の事業を実施する

（１）専門・認定看護師の資格を取得しようとする者に、資格取得のための学費貸与・支給等を実施する。遠隔地や地方でも容易に情報や内容が学習できる e-ラーニングシステムの導入。

（２）職員に専門・認定看護師の資格取得を奨励する医療機関に対し、職員が資格取得の

ための研修を受けている期間の負担（代替職員の雇用費用など）を補助する。

（3）総合支援事業：①子育て休職中の人材の再雇用・再教育。②代替職員情報の収集・提供。③モデルキャリアプランの提供。④生涯学習の仕組みの提供。⑤全国のがん専門・認定看護師の配置状況の把握・表示。⑥がん専門・認定看護師に関する現場ニーズや質の調査——など

これにあわせ、厚生労働省は、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師の要件を追記する。また、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師の配置への特別加算を行う。

■経費の種類／性格

委託費

（項）健康増進対策費 （目）認定・専門看護師養成助成委託費

（補助率：10/10）

■補助先

「がん専門・認定看護師等育成配置支援センター」の運営を委託するのに適切な機関

■積算内容

・10億円（積算作業中）

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

■要求要旨

治療に伴う副作用を緩和し、痛みなどの症状をコントロールする支持療法は、がん対策推進基本計画の全体目標の1つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」において重要な役割を担っている。しかし依然として普及は進んでおらず、また医療機関における格差も大きい。この要因としては、支持療法における標準治療の未整備や情報不足などが指摘される。

同計画では化学療法や放射線療法の推進も個別目標として挙げられているが、こういった体制整備にも合わせ、副作用や合併症、後遺症に対する支持療法を広く適切に講じていくことは、患者の生活の質（QOL）を維持していくうえで非常に重要な課題である。

このため、関連学会や患者関係者などを含む“副作用に対する支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、海外の先行事例も参考にしつつ、患者・家族向け、および医療者向けの支持療法ガイドラインを策定する。また、現在では副作用を予想する検査も導入されつつある。こうしたガイドラインの公開にあたっては、全国のがん診療連携拠点病院を通じ各医療機関に冊子にて配布するほか、ウェブサイトでも一般公開をする。また策定後も定期的にガイドラインの改訂を行い、標準治療の見直しや患者意見の反映を図っていくことが求められる。この他、ガイドラインに基づいた支持療法を提供する医療提供者を増員するため、医療者向けのウェブサイトを通じた情報提供やeラーニング等にて研修を実施する。さらに、こうした、副作用や合併症、後遺症の状況を登録し、次世代の最適な治療に反映させる。

■事業内容

（1）支持療法ガイドライン策定事業

医療専門家と患者関係者を含む人員にて構成された“支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、以下の業務を行う。①患者・家族向け、医療提供者向けの支持療法ガイドラインを策定する。②支持療法に関するエビデンスづくりを奨励する。③定期的に、患者からの意見集約、医学的知見の増加、標準治療の変化などを踏まえ、国際的な情報も得てガイドラインの改訂を行う。④ガイドラインの広報を行い、最適な支持療法を示す。⑤ガイドラインの普及・順守状況をモニターする。⑥重篤な副作用はこのシステムによっても迅速に広報できるシステムとする。

（2）ガイドライン研修事業

策定されたガイドラインを現場の医療従事者に教育研修を行う。eラーニングを利用した学習プログラムと、インターネットを利用した最新情報を提供する。

(3) ガイドライン普及啓発事業

国立がんセンターがん対策情報センター、がん拠点病院相談支援センターならびに新設される「全国コールセンター」、「地域統括相談支援センター」などにおいて、支持療法ガイドラインを一般に知らせ普及させる。そのために、冊子を作成し、ウェブサイトを活用する。

■経費の種類／性格

委託費

(項) 健康増進対策費 (目) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定普及事業委託費

(補助率：10/10)

■補助先

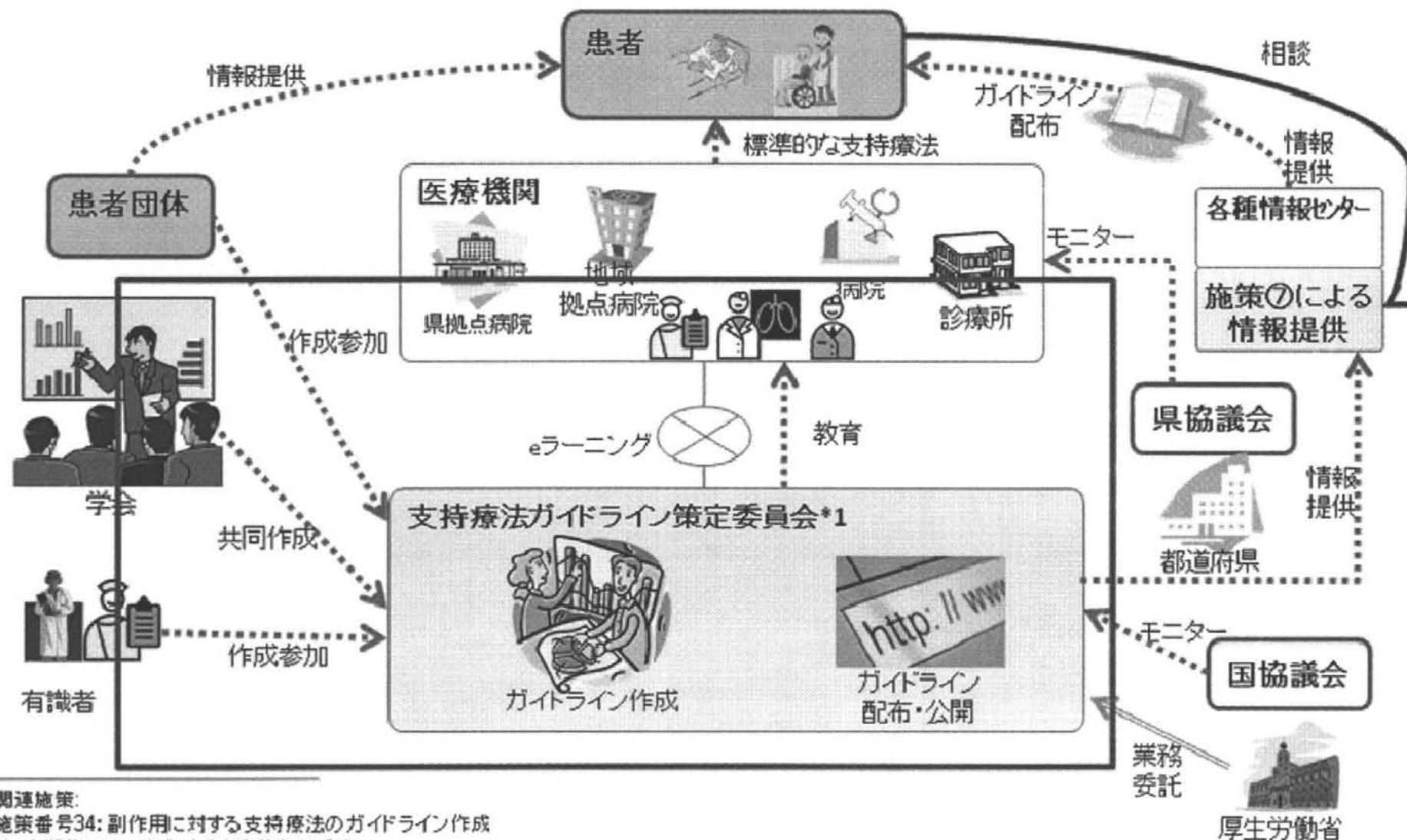
「診療ガイドライン策定委員会」の運営を委託するのに適切な組織機関

■積算内容

・1億円（積算作業中）

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: 定期的な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

■要求要旨

がん対策推進基本計画において重点項目に列挙されている地域がん登録であるが、その普及は大きく遅れている。地域がん登録データは、がん対策の根幹をなすもので、がん対策立案とモニターに活用される。がんの現況が分かることで、有効な対策への資源配分や死亡率の低減につながることで、将来的な予算や医療費の削減効果も期待できる。

地域がん登録が進展しない理由として、都道府県が費用負担をする財政力がない場合があること、個人情報保護法の影響でデータ収集が困難あること等が挙げられている。国の100%補助及び制度的後ろ盾があれば、ほぼすべての県での地域がん登録の実施が想定される。

また、これまでの地域がん登録データはほとんど活用されていない。今後は、管理・集計・分析・公表までの一貫業務としてフロー化し、全国統一の地域がん登録を実現し、全国地域がん集計センターにおいて公表する。既存の地域がん登録を活用しつつ、全国的な新・地域がん登録システムに移行する。さらに、地域における地域がん登録の実務に関わる人材を育成することで、都道府県に研修を受けた実務者を配置する。

地域がん診療連携拠点病院単位の院内がん登録とリンクさせることで、より質の高くさらにアウトカムのデータも評価可能な登録データを構築し、特徴ある病院、さらに疾患動向を検討し、次世代にがん診療に役立てる。

地域がん登録法の制定を並行して進める。

■事業内容

地域がん登録・全国集計活用センターの新設と、地域がん登録・都道府県センターの全都道府県への設置により、新・地域がん登録システムを実施する。

「地域がん登録・全国集計活用センター」は、以下の事業を実施する。

- ①地域がん登録・都道府県センターの情報を集計し役立つかたちで公表。
- ②地域がん登録実務担当者の養成プログラムの開発と実施。
- ③統一的な新規地域がん登録システムの開発と推奨。
- ④既存の地域がん登録システムの統一化手法の開発と実施。
- ⑤既存の地域がん登録システムの調査解析。

「地域がん登録・都道府県センター」は以下の事業を実施する。

- ①都道府県は「地域がん登録・都道府県センター」を置く（既存の仕組みを活用してよ

い)。

②「地域がん登録・都道府県センター」は、地域がん登録業務を行い、都道府県内の地域がん登録データの集計（既存の仕組みがある場合は活用）、公表を実施する。

③都道府県は地域がん登録に参加する医療機関に費用を補助する。

④病院単位の院内がん登録を地域がん登録に連結するシステムを構築する。

■経費の種類／性格

委託費

(項) 健康増進対策費 (目) 地域がん登録促進事業委託費

(補助率：10/10)

■補助先

地域がん登録・全国集計活用センターを委託するのに適切な組織

地域がん登録・都道府県センター（都道府県）を委託するのに適切な組織

地域がん登録参加病院（都道府県経由）

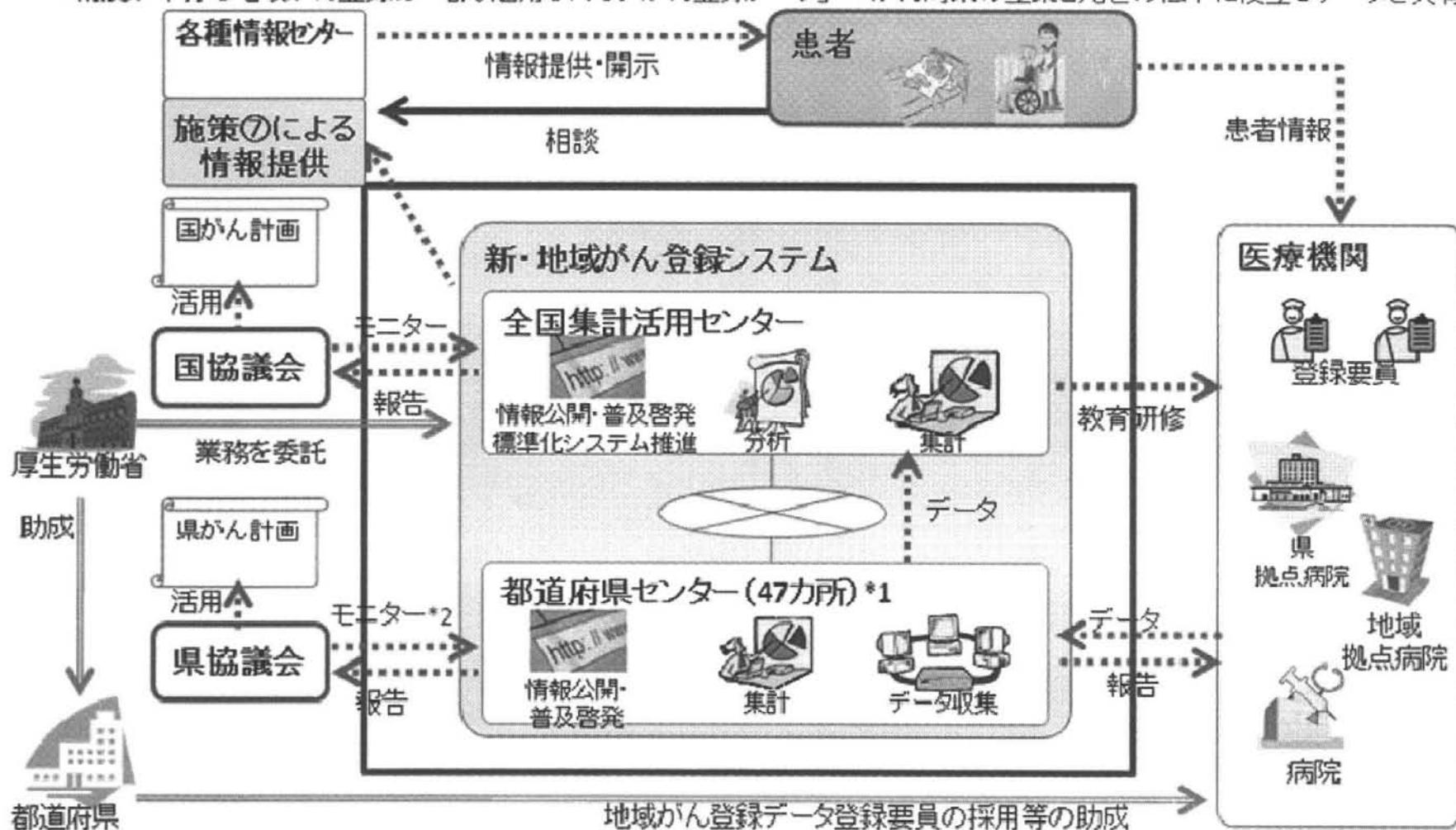
(※将来的には診療報酬化が可能か検討する)

■積算内容

・10億円（積算作業中）

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⑥

がんベンチマーキングセンター事業

■要求要旨

がん対策推進基本法の基本理念である第二条にある通り、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けるためには、アウトカム指標およびプロセス指標によってがん医療の質による評価ができる体制を構築していく必要がある。地域がん登録、院内がん登録などから得られるアウトカムデータ、臨床指標、DPC データなどから得られるプロセスデータ、拠点病院指定申請書などから得られるストラクチャー情報などを対象とし、情報の収集と分析および公表を担うベンチマーキングセンターを設立する。実施にあたっては、地域がん登録、院内がん登録、臨床指標、DPC データなどの研究班と連携し知見を活用する。また、施策⑧「患者満足度調査事業」のデータも取り込む。なお、現存する指標に関するデータを収集するだけでなく、より有益で実用できる指標の開発が必要であり、開発にあたっては研究班、研究費による活動と連携・コーディネートするとともに、ベンチマーキングセンターで採用すべきがんの医療の質の指標等を研究するため、心理学、介護学、社会学、消費者研究等の専門家、患者代表などの参加を得た研究も実施する。

■事業内容

ベンチマーキングセンターは以下の3つの事業を行う。

①ベンチマーキングセンター事業

第三者機関による地域がん登録、院内がん登録等による、アウトカム指標の収集と公表。臨床指標データ、DPC データ等による、プロセス指標の収集と公表。がん拠点病院等の機能情報等のストラクチャー指標の収集と公表。専門医、専門医療従事者の配置、その他、医療機関の連携など地域の面的な医療の質向上への貢献を示すデータ等の収集と公表。収集したデータを集計、分析、加工し、ベンチマークレポートを作成し、フィードバックする。公表の了解を得た情報に関しては、できるだけ一般に公表する。

ベンチマーキングセンター事業の評価に関する委員会を設置する。委員には、患者関係委員を複数含むこと。また、がん診療の関係者のみならず、心理学、介護学、社会学、消費者研究、経営等の専門家を含むこととする。

②データ収集支援補助事業

医療機関においてアウトカム指標、プロセス指標などの採録、収集、システム構築、院内体制整備などを行うための技術支援、人員確保支援のための、資金を補助する。

③ベンチマーキングセンター業務開発研究事業

地域がん登録、院内がん登録、臨床指標開発、DPC データなど、要素となるデータの収集

体制を推進し、連携を促進し、コーディネートを行う。常に、がん診療連携拠点病院やその他のがん診療施設から指標を得る体制を構築する。また、よいがん診療を促進するための新たな指標の開発を行う。

■経費の種類／性格

委託費

(項) 健康増進対策費 (目) ベンチマーキング推進事業委託費
(補助率：10/10)

■補助先

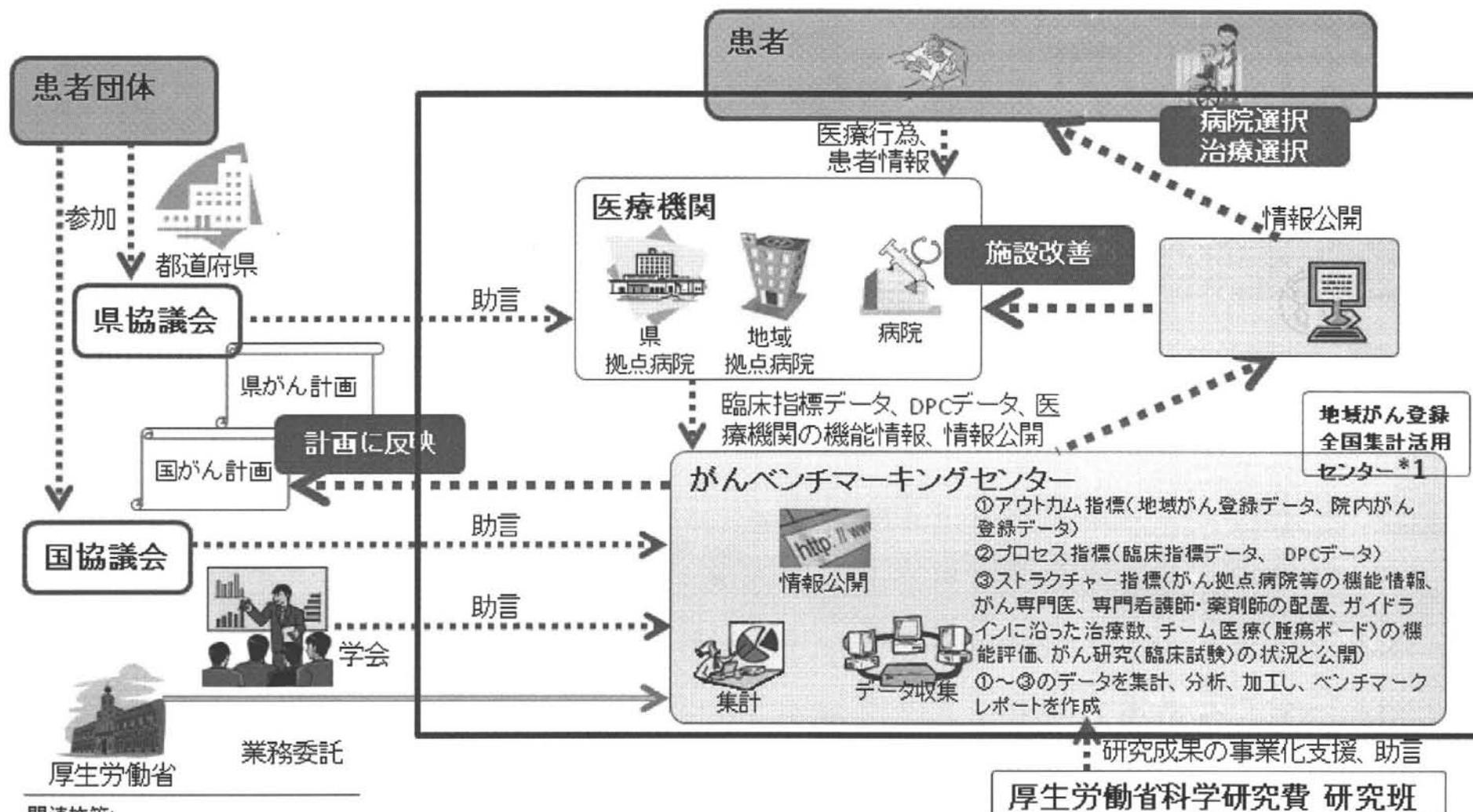
ベンチマーキングセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・10億円(積算作業中)

施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- ・ 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- ・ 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- ・ 「どこでどのような程度の質の診療がされているのか見えない」⇒「可視化が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット」



関連施策:
 施策番号32: ベンチマーキングセンターによる標準治療の推進
 *1: 施策⑤に示されている全国集計活用センター

施策⑦

患者・家族のためのがん総合相談支援事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされており、その目標を達成する方策として、がん医療に関する相談支援の重要性が示されている。

相談支援に関する事業として、各地のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されているが、それだけでは十分な機能を発揮できておらず、ニーズにも十分に答えられていない。地域での相談支援センターごとの連携不足、疾病をよく知る患者視点からのサポートの不足など、不十分な点が明らかになっている。アンケートやタウンミーティングのご意見聴取、調査などによって分かった相談支援業務の不足を補い解消するため、以下の2つの事業を行う。

既に外国では実績のあるシステムとして知られている24時間対応の全国コールセンターが本国ではまだ設置されていない。本国の相談支援事業に海外で有効性が実証されているシステムを導入し、既存の相談支援センターの機能を強化させる。

また、都道府県単位の相談支援センターを設置する。

■事業内容

(1) 全国で1カ所、「全国コールセンター」を設置する。

①24時間どこからでも受け付け可能であり、フリーダイヤルの無料電話相談コールセンター1カ所を設置する。コールセンターには訓練を受けた相談員を配置する。相談内容は一般的な対応が可能な範囲を中心とし、個別具体的な対応については「都道府県がん相談センター」あるいは拠点病院ごとの「相談支援センター」に振り分ける。

②ピアサポーター研修カリキュラムを作成し、提供する。

(2) 各都道府県単位で「都道府県相談センター」を設置する

①がん相談支援業務。現在、受療している医療機関から中立的立場で、治療、悩み、経済的対処などに関する幅広い総合的な相談支援を行う。また、医療機関の連携（病病、病診、診診）が切れ目なく行われるように、医療機関が主体的に連携を行うよう支援し、在宅緩和ケアを含む医療連携に関する相談にも乗る。医療現場に詳しい専門家（医師、看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護、福祉などの関係者）がアドバイザーとして中立的に相談をバックアップする。運営に関しては、都道府県（行政）と患者関係者を含む都道府県がん対策推進協議会などにより年に1度評価を実施する。全国で1カ所設置する「全国コールセンター」、拠点病院ごとに置かれている「相談支援センター」

に関する情報提供も行う。

②都道府県単位のピアサポートセンターの運営を行う。「患者相談・全国コールセンター（仮）」が作成したカリキュラムに沿ったピアサポーター養成研修を実施する。都道府県ごとに「ピアサポートセンター」を設置。都道府県がん相談センター、県拠点病院・拠点病院・がんを診療する病院が設置している相談支援センターにピアサポーターが配置されることを推進する。また、ピアサポートセンターは、事項③の事業も行う。

③ピアサポートセンターは、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」と「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」を実施する。

■経費の種類／性格

委託費

(項) 健康増進対策費 (目) 患者・家族のためのがん総合相談支援事業委託費

(補助率：10/10)

■補助先

「全国コールセンター」の業務を委託するのに適切な組織

「都道府県がん相談センター」の業務を委託するのに適切な組織

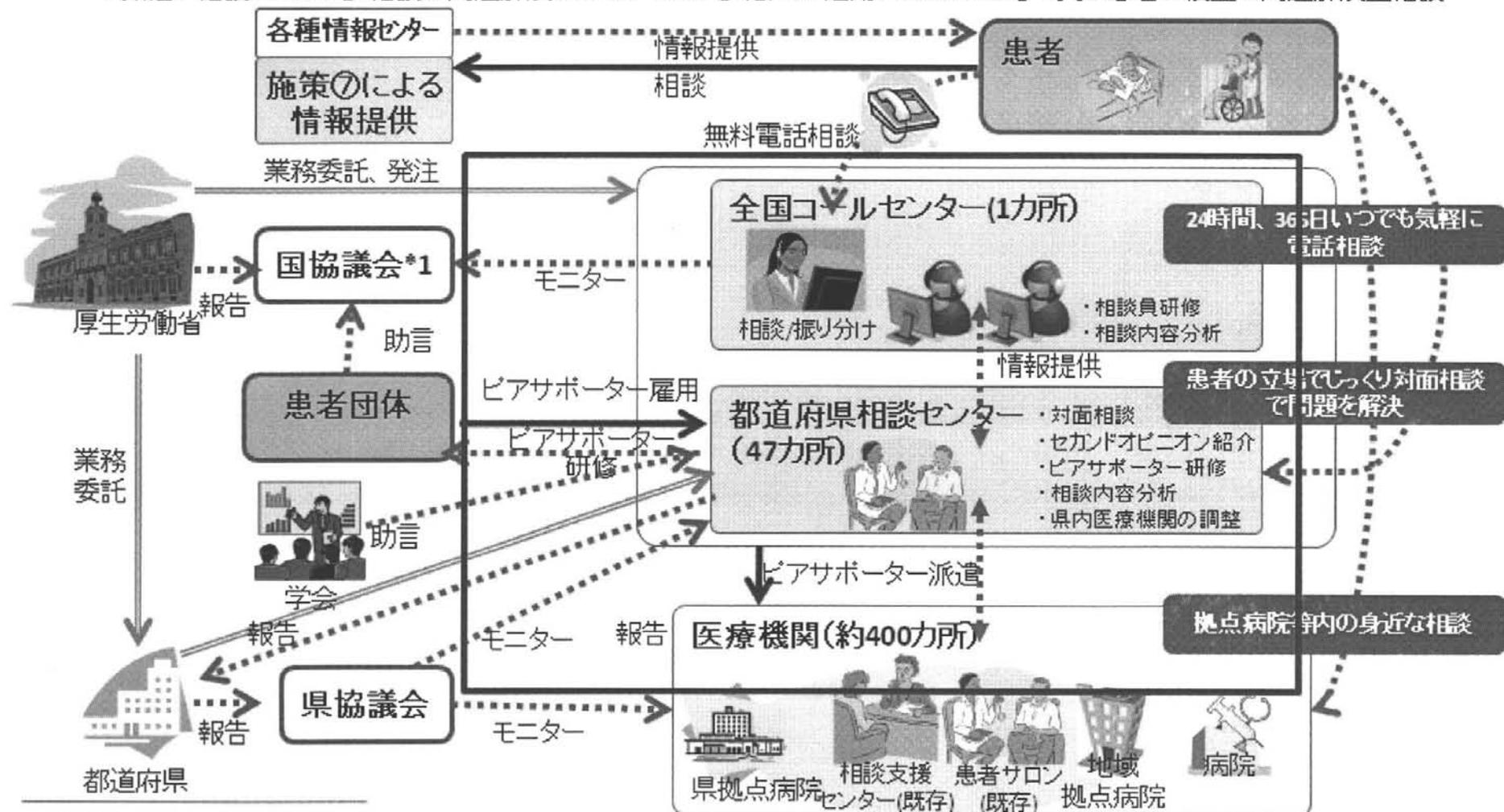
「ピアサポートセンター」の業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・27.35億円（積算作業中）

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

■要求要旨

がん対策基本法においては、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるようにすること」「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」とある。さらに、がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされている。また、「国民ががんと向き合いがんと生きる」とのビジョンが示されている。

それにも関わらず、がん患者の苦痛や満足に関する現況把握や包括的な改善策が、ほとんどなされていないのが現状である。これまでのアンケートなどによる断片的な調査によると、がん患者の医療に関する満足度が必ずしも高くないことがわかっている。医療の質と均てん化に関しても改善の余地が示唆されている。よって、がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。それにより、患者満足度の向上を達成する。また、がん診療の質の均てん化にも役立てる。

■事業内容

がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。全国 500 病院以上において治療を受けた、20 万人程度のがん患者から回答を集める。設置する「がん患者満足度調査センター」において集計、分析し、結果を公表する。結果は、全体・県別・2 次医療圏・施設別などに整理し、当該施設にフィードバックする。また、同意がとれた施設については、情報を公表する。また、患者満足度情報に関する普及啓発事業を実施する。さらに、調査によって得られた結果に基づき、各都道府県において、満足度改善につなげる事業（患者満足度タウンミーティング）を開催する。満足度の経年変化をモニターし指標の向上を確認する。

■経費の種類／性格

委託費

（項）健康増進対策費 （目）がん患者満足度調査事業委託費
（補助率：10/10）

■補助先

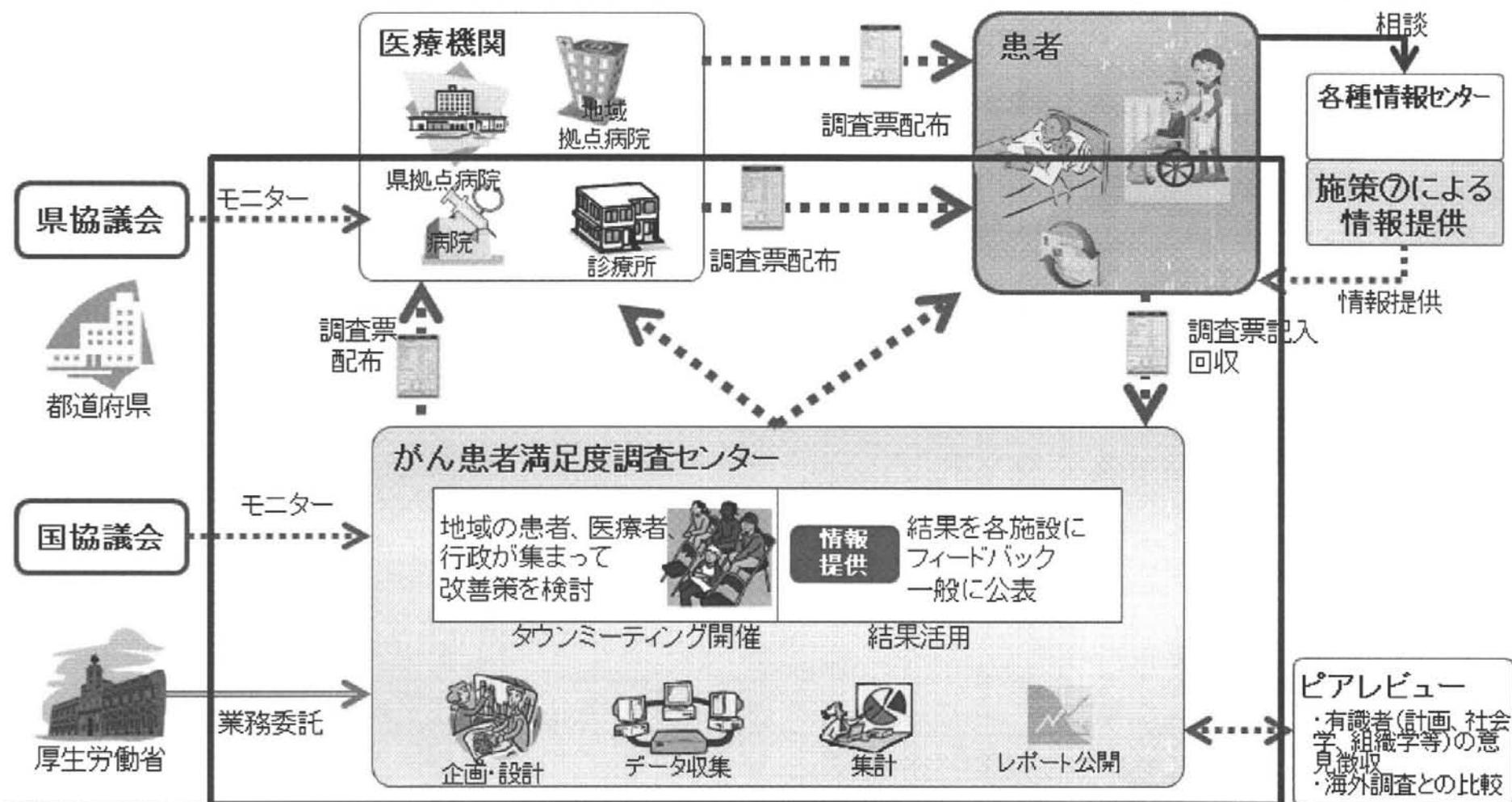
患者満足度調査センター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

- ・15 億円（積算作業中）

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

希少がん・小児がん支援およびサバイバーシップ事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画では、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標として掲げられており、がんの治療中はもちろんのこと、その後の療養生活を含めてがんと生きる生活全体を通して苦痛を軽減することの重要性が示されている。また、患者本人だけではなくその家族への支援の重要性についても示されている。

治療成績の向上に伴い、小児がん長期生存者（いわゆるサバイバー）における就学や就労の問題、成人がんサバイバーにおける就労の問題、治療後の後遺症や精神面の問題、患者家族における負担の問題など、新たな問題の存在が明らかになってきており、早急な対応が求められている。

海外ではそれらの問題を、サバイバーシップ（がん経験者の遭遇する問題への対処）と位置づけ、サバイバーシップの支援に特化した機関が設立され、有効に機能している。よって、本国においてもサバイバーシップに関連する事業を中心に行う支援センターを設立し、今まで対応が不十分であった問題の解消を進める。

■事業内容

小児対象、成人対象のサバイバーシップ・サポートセンターをそれぞれ全国に数か所、業務を行うのにふさわしい医療機関内に設置する。両サバイバーシップ・サポートセンターにおいては主に次の3つの事業を行う。すなわち、1. 特に治療後の肉体的・精神的・経済的問題を中心とした相談支援サービスの提供、2. サバイバーシップ・ケアプランの雛型作成と、全国の医療機関への普及事業、3. 希少がん、小児がんのデータ収集と、これらのがんの診療支援——である。

なお、サバイバーシップ・サポートセンターと地域が連携し、すべての患者や家族がサバイバーシップに関する支援を受けることができるよう、地域統括相談支援センター（施策番号 45 地域統括相談支援センターを参照）との連携体制を整備する。また、実際の相談支援については、がん経験者や家族などがピアサポーターとして相談業務を行う。

サバイバーシップ・ケアプランの普及事業の一環として、プラン作成参加施設に補助金を出すなどしてインセンティブをつけ、将来の診療報酬化につなげる。

■経費の種類／性格

委託費

（項）健康増進対策費 （目）サバイバーの包括的支援事業委託費

(補助率：10/10)

■補助先

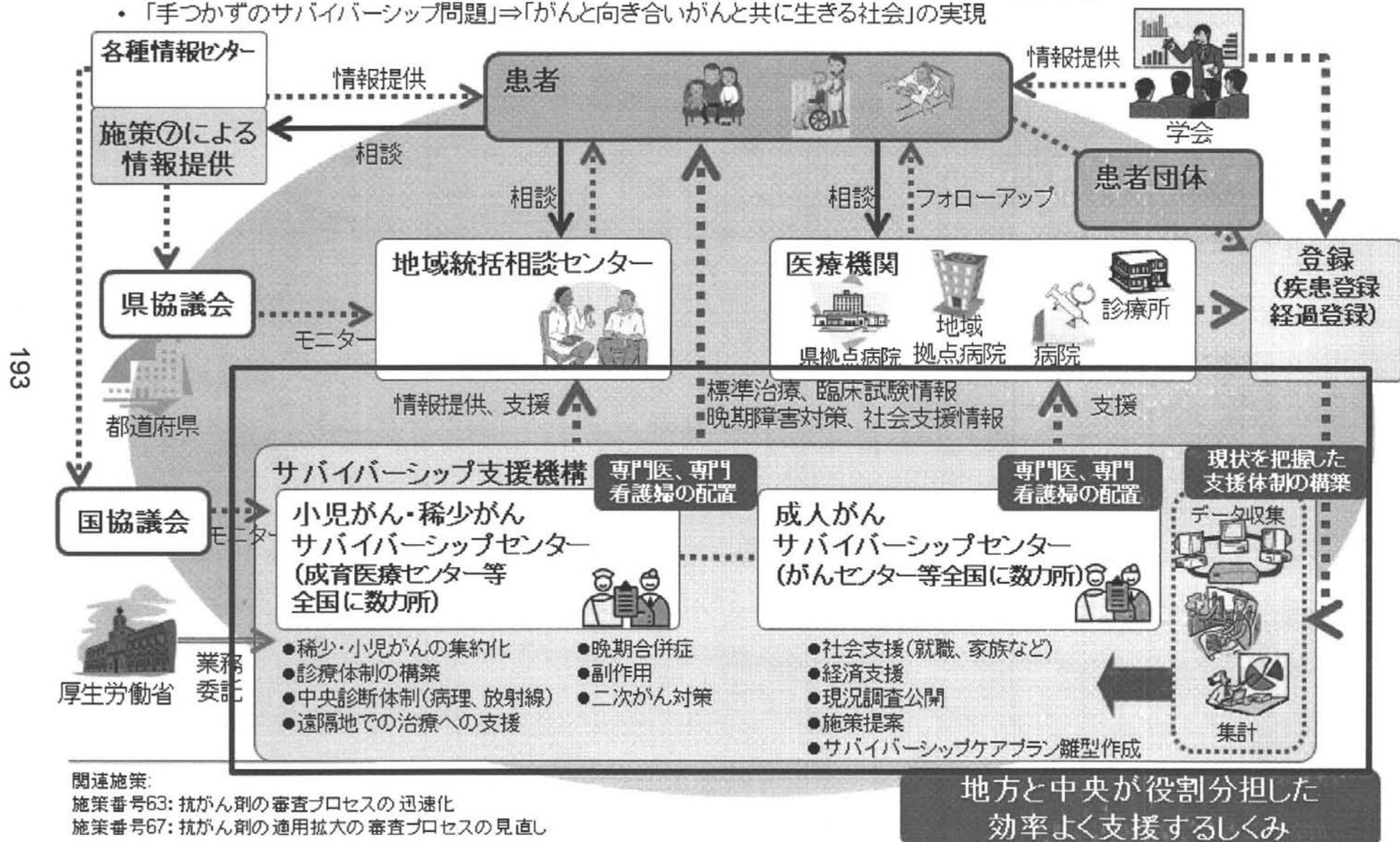
サバイバーシップ・サポートセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・10億（積算作業中）

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

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

平成 21 年 12 月 4 日

厚生労働大臣
長妻 昭 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長
垣添 忠生

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、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）などにおいて取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなる。第 10 回厚生労働省がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）においては、がんに関わる診療報酬についての提言の必要性について指摘があった。また、第 10 回厚生労働省社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」を来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、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。中医協においても、平成 22 年度改定における 22 項目の「今後の主な検討項目例」に、がん領域があげられている。

がん対策推進協議会は、「平成 22 年度がん予算提案書～元気の出るがん対策～」を平成 21 年 3 月に厚生労働大臣に提出した。この提案書において指摘したがん対策・がん診療における問題点は、がん予算だけによって対処できるものだけでなく、診療報酬改定によって初めて解決が見出されるものが多い。

これらをふまえ、がん対策推進協議会では、がん医療の推進に関する診療報酬での対応についての意見をとりまとめ、平成 22 年度診療報酬改定に向けたがん対策を推進するための評価の検討について、長妻昭厚生労働大臣に提出するものである。

平成 22 年度診療報酬改定に向けた がん対策を推進するための評価の検討について

国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、平成 19 年のがん対策基本法の施行を契機として、様々な施策が推進されてきたものの、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。

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、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を遂行するためには、がん医療に関する診療報酬による評価を充実させることが不可欠である。

がん医療の推進については、社会保障審議会等でも「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」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。平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中医協などの場において行われることとなるが、こうした視点をふまえてがん対策の充実が図られるために、平成 22 年度診療報酬改定において適切に評価されるよう配慮を求めるものである。

(※) なお、社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成 22 年度診療報酬改定の視点等について」では、診療報酬改定にあたっての方向性として、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」の「2つの重点課題」と、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「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」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」の「4つの視点」が示されている。

以下、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、参考として例示するとともに、それらの項目が上記「2つの重点課題」「4つの視点」とどのように関連しているのかについても提示する。

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』と『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	リンパ浮腫			○	○		

各事項の内容については、5ページ以降を参照

※通し番号誤りのため No.19 は欠番

平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成22年度診療報酬改定の視点等について」の内容

重点課題 関係	重点課題1	救急・産科・小児・外科等の医療の再建 【含まれる内容の例】 ①有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進 ②小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ③新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ④急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 ⑤手術の適正評価
	重点課題2	病院勤務医への負担の軽減 【含まれる内容の例】 ①看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ②看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 ③医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
4つの視点 関係	視点関係1	充実が求められる領域を適切に評価していく視点 【含まれる内容の例】 ①質の高い精神科入院医療の推進 ②歯科医療の充実 ③イノベーションの評価 *がん医療の推進 *認知症医療の推進 *新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進 *肝炎対策の推進
	視点関係2	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 【含まれる内容の例】 ①医療の透明化・分かりやすさの推進 ②医療安全対策の推進 ③心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ④重症化の予防
	視点関係3	医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①質が高く効率的な急性期入院医療の推進 ②回復期リハビリテーション等の機能強化 ③在宅医療・在宅歯科医療の推進 ④医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進
	視点関係4	効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点 【含まれる内容の例】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映

がん対策の推進にあたって、診療報酬において評価を検討すべき具体的な項目を、以下に概説する。

全体分野 がん対策全般にかかる事項

(1) 現状と課題

(ア) がん医療の質の“見える化”

がん医療の質のいわゆる「見える化」(可視化)が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

(イ) がん医療の質の評価

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)の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

(2) 論点

(ア) がん医療の質の“見える化”

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ベンチマーキングセンターをがん診療連携拠点病院等に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。

(イ) がん医療の質の評価

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。

個別分野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

(1) 現状と課題

(ア) 放射線療法の推進

放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、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の必要性がかねてより指摘されている。また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も、適切な評価がされていない。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例：臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

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とともに、また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。

(エ) がんにおける診療項目の評価

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、カンファレンス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。

(2) 論点

(ア) 放射線療法の推進

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、IMRT（強度変調放射線治療）、アイソトープ内用療法、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。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

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。

(ウ)入院および外来化学療法の推進

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。

(エ)がんにおける診療項目の評価

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点することについて、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。

個別分野2 緩和ケア

(1) 現状と課題

(ア)緩和ケア診療加算

緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。

(イ)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、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。

(2) 論点

(ア)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。

(イ) 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。

個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

(1) 現状と課題

(ア) 在宅医療の充実

がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、病状急変時の緊急入院病床の整備等により、手厚い在宅医療を提供する施設に対してなど、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅医療支援診療所との連携や、病院（医師）と訪問看護機関（看護職）との連携、在宅医療病診連携パスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。

(ウ) 医療と介護の連携

がんの在宅緩和ケアでは、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であり、退院困難な要因や介護を必要としているがん患者については年齢を問わず、職種を越えた緊密な連携が求められるが、その連携は不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 在宅医療の充実

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を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(ウ) 医療と介護の連携

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

個別分野 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

(1) 現状と課題

(ア) DPC データや臨床指標の開示

標準治療の推進と医療費の適正化において、DPC の果たす役割は重要であるが、DPC による評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPC データや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。

(2) 論点

(ア) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、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。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、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。

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）

(1) 現状と課題

(ア) 地域連携とその他の連携

国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。

(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

病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。

(2) 論点

(ア) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、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。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(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

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

個別分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 現状と課題

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSWと連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野 7 がん登録

(1) 現状と課題

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者にがん登録に係る負担が及んでいる。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握するデータが不正確であり、がん登録全体の正確さに影響を与えている。

(2) 論点

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がん

センターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。

個別分野8 がんの予防（たばこ対策）

(1) 現状と課題

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

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や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。

(2) 論点

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

個別分野9 がんの早期発見（がん検診）

(1) 現状と課題

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野 10 がん研究

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野 11 疾病別対策

(1) 現状と課題

(ア) 小児がんと稀少がん

小児がんや稀少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

(2) 論点

(ア) 小児がんと稀少がん

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な稀少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での診断、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置している場合に対して、さらなる加算をしてはどうか。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っている

ることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中1回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

4-3 拠点病院提案書

別紙参照

4-4 その他 参考書類

4-4-1 タウンミーティング概要

がん対策に関するタウンミーティング

意見概要

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では、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、6か所にて「がん対策に関するタウンミーティング」（主催：厚生労働省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、協力：各県庁）を開催した。

会場では、都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に来場者から意見を聴取した。発言は「予算」「診療報酬」「制度面」の視点に留意して、1分程度でお願いした。

ここでは、各タウンミーティングでいただいた、会場からの意見（発言）の概要を項目別に記載した。

島根県

参加者数：123人 意見シート数：90

日時：2010年1月10日（日） 13時30分～16時30分

会場：島根県立大学短期大学部出雲キャンパス（島根県出雲市西林木町151）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・予算の仕組みとして、国が予算立てし、2、3月に予算内容が分かるため、次の年度に使いにくいのが現状。がん対策推進室の方に地方にきていただいて、実際に地方行政と意見交換していただかないと、きちんとした対策予算は作れないのではないか（行政関係者）
- ・予算増額の項目に放射線療法、化学療法はあるが、外科療法が欠けるのはよくない。見直しの際に記載をお願いしたい。アクションプランには手術に関することも入っている（行政関係者）
- ・県外の専門看護師養成機関に行くには、休職か退職しかない。各県に一つずつ整備しても良いのでは（行政関係者）

- ・県の予算はトータルとして予算化されているのではなく、細切れになっているため使い切れず。包括で予算を使えるようにして、法律に基づく裏付けを作っていただきたい（行政関係者）
- ・経済的に弱い併存疾患の高齢者向けのガイドラインがない。現場への丸投げになっているため、道筋を示してほしい（医療提供者）
- ・患者家族も厳しい状況。メンタルも含めたケアがないため、患者の前に家族がばててしまう。家族ケアの制度が必要。相談支援と情報提供が欲しい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・薬物専門医など専門医の手当は何もない。結局ルーチンの仕事をしている。レベルアップしていかない（患者・家族）
- ・医療者が少ない。臨床試験を行わないと治療ができないこともあり、専門医が足りない。しかしながら、厚労省だけでなく文科省も、各都道府県の予算を地域差なく一律に縛って減らした。そのため、一時的に他県から若い人材を呼ぶにも、予算もポジションもない。地域の状況を勘案していただき、新たな人材を配置できるような予算立てをしていただきたい。新しく来てもらっても地域で働くポストがないのが現状（医療提供者）
- ・研修予算の弾力化が必要。研修に行けない放射線技師もいる（医療提供者）
- ・看護師の養成数を見ると、養成校のある県が突出している。養成校の設置基準では4年制大学でないといけないため、島根に多い短大や専門校が活用できない。専門職育成に関して、制度的な問題がかなり生じている（医療提供者）
- ・放射線、化学療法の医師が少ない。放射線4~5人、化学療法に関してはほとんどいない（患者・家族）
- ・化学療法が必要と言われても、経済的に無理ということで断った例もある。費用軽減を（患者・家族）
- ・高度医療機器を入れても使える専門医がいない。専門医の育成を（患者・家族）

[緩和ケア]

- ・在宅医療（緩和）に関して、医師でターミナルに関わりたい方と関わりたくない方がいる。7対1加算で空いた病床を使って、緩和ケア病床ということはできないだろうか。また、院内の患者を自宅に帰らせ、開業医が往診することも考えてはどうだろうか。現状としては、5年前から緩和ケアの体制がほとんど進んでいない（患者・家族）
- ・緩和ケアで医師研修が始まっているが、医師研修した側にも2日かけるメリットを示してほしい。研修価値を付けるためにも、修了書を専門医の要件とする制度が必要では（医療提供者）
- ・医療の質の問題で、研修にいったら緩和ケアができるというのは言い過ぎである。基本的な理念を厚労省で考えていただき、見直していただきたい（医療提供者）
- ・勤務医は厳しい状況の中で踏ん張っている。その中でも緩和医療は時間と心のゆとり

が必要な医療のため、人と診療報酬による評価が必要（医療提供者）

- ・医療チームで緩和ケアとインフォームドコンセントを取り組めるように、報酬化をしていただきたい（医療提供者）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・在宅看護サービスを受ける若年の患者さんの負担に関し、医療保険の自己負担比率を3割から1割にさげてほしい（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・拠点病院の指定要件が厳しくなることは質の向上の面から考えて良いことだが、均てん化の面では厳しい。拠点から外れる病院が出てくる。地域の実情に応じた拠点病院の指定が必要ではないか（行政関係者）
- ・治療の均てん化が熱心に行われており、拠点病院は6カ所あるが、人口では診療圏が7万人くらいのところもある。集約化が行われていないため、医師の習熟度が上がっていない。地域の拠点はどのくらいの規模が適切と考えるのか。たくさんありすぎるのも問題である（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・島根大附属病院でがんの相談支援研修を行った。同じように、相談員の人数を増やして、スキルを向上させるためにも、県下の病院でも実施できるような予算措置をしていただきたい（行政関係者）

[がん登録]

- ・地域がん登録は、法制化して、国の責務として行ってほしい。都道府県独自の予算ではできないところもある（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・たばこ対策は、欧米に比べて遅れている。啓発として学校教育にたばこ対策のカリキュラムを組み込むことを、近い将来実現していただきたい（患者・家族）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・検診受診者に対し、市町村が実効的な支援をできるような支援・予算がほしい。検診実施主体は市長村で、県は啓発・制度管理・評価などを行うことで支援する仕組みが良い。また、受診率向上のためには、中小企業の支援も必要で、健康保険者に義務付ける制度も必要（行政関係者）
- ・女性特有がんの検診でクーポンを配布したのは、啓発として取り組みやすかった。ただ、受診対象者が5歳刻みであったので、最低5年はこの制度でお願いしたい。国のガイドラインで年1回とあったが、対象者の間隔は5年であり、国で整合性の配慮をお願いしたい（行政関係者）
- ・検診を進めていくことが重要で、受診率が低いから対応できることもある。いきなり受診者が増えても、不景気と医師不足の影響で、検診の体制がとれず、対応できない

こともある。偏在をなくしていくことが重要（医療提供者）

- ・受診率を50%に上げるには、今までの方法では無理。“もし、がんと言われたらどうなるのだろうか”と考えると、経済的な不安から検診を受けたくない気持ちになる。検診で見つかった人は自己負担ゼロにするぐらい大胆な発想が必要（患者・家族）

[がん研究]

- ・抗がん剤で、肺がん・乳がんに使えて、膀胱がんでも使えるという海外のエビデンスがあっても、保険適用外になっているものがある。こうした保険外診療が実際は行われているのが現状。ドラッグラグ、承認のスピードアップを（医療提供者）（患者・家族）

[疾病別（がんの種類別）の対策]

- ・がんを予防できるワクチンがあるのなら、全ての子供に受けさせてあげるべき。子宮頸がんのワクチンの国による支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・リンパ浮腫でリンパマッサージの保険適応を。リンパ浮腫の専門医、看護師の育成と、外来の設置を希望する（患者・家族）

[その他]

- ・30代で乳がんと宣告され、再就職の面でも大変厳しい。自分で治療費を稼がないといけない。がん患者の就職支援、再就職までの支援を（患者・家族）

広島県

参加者数：138人 意見シート数：10

H時：2010年1月17日（日） 13時30分～16時30分

会場：広島YMCAホール（広島市中区八丁堀7-11）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・各都道府県のアクションプランに基づく、交付金にしばられない予算措置を、がん対策に係る一括交付金制度の創設を希望する（行政関係者）
- ・厚労省に対して、予算について3月にヒアリングをしていただき、8月に概算を出してから、12月まで予算の動きが伝わってこない。都道府県には12月にしか予算の情報が来ないため、次年度への対応が困難、改善を（行政関係者）
- ・がん条例の制定にあたっての国レベルでの応援がほしい（患者・家族）
- ・転移・再発患者は、障害のある方も多いため、高度医療への経済的援助が必要。外来で抗がん剤治療を行っている患者では、高額医療金の切れ目が命の切れ目になっている（患者・家族）

- ・末期がん患者が在宅に変えて介護保険の申請をしても、審査結果が遅いため、間に合わないことがある。介護保険の見直しが必要では（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・放射線専門医や化学療法専門医の育成のための予算確保を。そのための休業補償や、育成のための予算配分を大学に（協議会委員）
- ・在宅で独り暮らしの患者さんの生活を支えるために、保健医療福祉師の育成や福祉施策が必要。また、がん患者コーディネーターの養成も必要である（協議会委員）
- ・多くの友人が病院をたらいまわしにされ、手遅れになっている。知識の豊富な分析型の医師ではなく、直観力があり、正確に症状をよみとることができる医師が必要（患者・家族）

[緩和ケア]

- ・緩和ケア研修の受講者数の目標がない。受講者に対して、インセンティブ、専門医認定への要件などを検討していただきたい（行政関係者）
- ・緩和ケアの病床が必要。患者は待たなして入りたいが空き状況を得るのは難しい。全国的な空きベッドの情報を知ることができるようにしてほしい（患者・家族）
- ・休日、特に連休に、拠点病院から麻薬が出ずに困った。麻薬の供給体制の整備が必要（患者・家族）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・外来通院治療の患者さんへの、在宅支援におけるミーティングや緩和ケアには、報酬がつかない。在宅、病院もボランティアになっている。診療報酬の拡充を（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・相談支援業務など拠点病院の制度は、あまりにも偏っている。拠点病院でないのがん病院でないということぐらいに。専門病院をもっと利用していただきたい（医療提供者）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・来年度、「患者必携」を新しい患者に配布するが、新規患者だけではなく、全ての患者に配布して欲しいという声がある。こうした声に応えるようなものを作成していただきたい、そして配布するための予算をいただきたい（行政関係者）
- ・病院のがんサロンを充実させるために、がん体験者が患者をサポートする仕組みとして、ピアサポーター養成のための支援をしていただきたい。サロンがサービス部門ではなく、診療報酬によって対応できるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・がん治療に関する知識のない方が多い。がん情報の勉強会を開くなど、地域で情報を共有できるようにしていきたい（患者・家族）

- ・インターネットを活用できない人のためにも、自治会や町内会の回覧板などでの資料を通しながら意識付けをしていただきたい（患者・家族）

[がん登録]

- ・地域がん登録制度の法制化をお願いしたい。現在はボランティアでやっているが、予算化、診療報酬化ということも考慮してほしい（医療提供者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・国をあげてタバコを吸わない対策を考えることが必要。学校現場で禁煙教育を行い、がんについて学習する機会を設ける。これらを当たり前のこととして伝えることが必要（協議会委員）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・検診受診率を上げるには、数学的なりテラシーを上げることも必要。国民にマスコミを考えてもらうのと同じような考え方で（医療提供者）
- ・国レベルで、がん検診の受診者数の実態を把握することが必要（行政関係者）
- ・がんセンターの疫学研究と違う結論が出てくることがあり、悩ましいところもある。研究を一元的に、厚労省やセンターでやっていただければ、変な混乱もないのでは（メディア）
- ・乳がんの若年化が問題となっている。検診は40、30歳代から、マンモではなくエコー検診を実施していただきたい（患者・家族）
- ・検査するにあたり、施設の収益性を考えると、必ずしも精度が高いからといって、受け入れられない矛盾が生じている。1人あたりの精度を保つためのガイドラインが必要（医療提供者）
- ・マンモ撮影しているものとしては、無料検診クーポンの配布によって、今後どの程度受診者数が増えるのかわからないまま、はじまっている。現場の体制基盤の整備ができていないし、人もふやせていないのが現状。制度の展望を知りたい（医療提供者）

[がん研究]

- ・治験の情報が得られないので一般公開していただきたい。だれにでもわかるように、最新の抗がん剤に関する情報を公開してほしい（協議会委員）

[疾病別（がんの種類別）の対策]

- ・血液がん、卵巣がん、稀少がんへの対策が外されている傾向がある。5大がん以外のがん患者への経済的支援を（患者・家族）

[その他]

福岡県

参加者数：73人 意見シート数：59

日時：2010年1月23日（土） 13時30分～16時30分

会場：ナースプラザ福岡（福岡市東区馬出 4-10-1）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・困っている人を支援できるように、予算が増えるように議論していく。また、誘い合っていてがん検診に行ってもらえるように啓発にも呼び掛けたい。リレーフォーライフ福岡では2000人以上参加していただいたが、多くの方にがん対策を知ってもらえるように工夫することが重要（県議会議員）
- ・政権交代して、いろいろな事業が突然入ってきたが、市町村の多大な協力でなんとか実行することができた。しかしながら、もう少し事前に、プロセスから伝えていただくと現場は混乱しなくて済む（行政関係者）
- ・このタウンミーティングには、いくらかかっているのか。タウンミーティングが手段や目的になってはいけない（患者・市民）
- ・新しい施策がどんどん入っていく中で、市町村が合併して、スタッフの数が減り、現場は混乱している。例えば、検診受診率を50%に上げるために実施すること、啓発や広報活動、医療機関との調整に必要な人員を考慮して、人員と予算を割り当てていただきたい（行政関係者）
- ・治療費が高額なため、最善の治療を選択できない患者もいる。また、治療のために仕事を退職しても、再就職が困難なことが多くみられる。がん患者に経済的な支援を、高額医療だけでなく、日常的な面からもお願いしたい（協議会委員）
- ・できるだけこのような会を開いて、国や県に意見を届けることが必要（協議会委員）
- ・患者にとって治療の経済的負担は切実な問題であり、例えば混合診療に関しても、患者の視点から議論していただきたい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・医師の育成が縦割りになっている。チーム医療で一番いい治療ができるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・外来での化学療法のサポートが不足している。化学療法に関しては、薬剤師の介入が少ない。薬剤師にサポートしていただいて、副作用をへらすことができるようにしていただきたい（患者・家族）

[緩和ケア]

- ・二日間の研修会では、病院を離れて参加することが困難なため、単位制にして、多くの内科医が受けられるようにしていただきたい。専門医では知識が集中してしまうので、広く経験と知識を持った医師の育成も必要（医療提供者）
- ・緩和ケア病棟がうまく機能していないように思われる。患者としては行きたくないイメージ。患者の身体の痛み、心の痛み、経済的な痛みを考慮して対応していただきたい（患者・家族）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・山口県では、在宅緩和ケアが手薄なため、診療報酬をはじめとした対策をすすめていきたい（県議会議員）
- ・訪問看護ステーションの看護師の確保が難しい。安定した運営ができるように診療報酬の見直しと、病院との連携が必要（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・がんサロンと電話相談センターの設置をお願いしたい。がん患者は、誰かに相談することで、救われる（協議会委員）
- ・患者をサポートする方（患者ボランティア）の育成トレーニングに関しても、行政からの支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・相談支援に関しては、看護師、SW では遠慮してしまうこともあるため、医師が参加することも必要。医師の参加で、ワンランク上の相談支援が行えるはず（患者・家族、医療提供者）
- ・セカンドオピニオンを保険診療で行えるようにすることで、多くの患者が利用でき、セカンドオピニオンの意義が出るのでは（患者・家族、医療提供者）
- ・拠点病院以外の病院のがん医療の実態は、格差が非常に大きい。がんセンターで、相談支援の内容から、医療の実態を調査していただきたい（患者・家族、医療提供者）
- ・相談支援の制度化をしていただきたい。がんを身近に経験した仲間が相談を聞くことは、本当の患者の声を聞くためにも必要（患者・家族）
- ・小児がん体験者とその医師の立場が低い。病院で利益が少ないと言われ、人手が少なく、専門医が疲れてしまっている。もう少し点数を上げて、立場を向上させて、人手が増えるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・NPO、ボランティアをうまく活用して、社会全体でがん対策を行う仕組みを作ってほしい。その際国や県の予算を使うことが望ましい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録に報酬を加えることで、登録が進むのでは（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・学校教育で、徹底的にたばこの害を教えていただきたい（協議会委員）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・がん検診の費用を現場で使いやすいようにしていただきたい。厚労省の説明では、予算を2倍にしたというが、市町村の担当者にはどのくらいの予算がきているかわからないのが現状。交付税としてきているために、現場では検診としては使いにくいことを知っていただきたい（行政関係者）
- ・検診に関して、病院でいろいろな検査を一括して受けられるとか、全ての検診を受け

たら割引になるとか、イベント以外のことで受診率があがるための創意工夫をしていただきたい。(協議会委員)

- ・検診のクーポン券が配布されたが、開封していない方もいる。もっと啓発して、しっかりと伝達することが必要(患者・家族)

[がん研究]

- ・治験のスピードアップをしていただき、新薬の使用、そして保険適用できる時期を早くしていただきたい。がん治療の一番のベースになっているところである(患者・家族)

[疾病別(がんの種類別)の対策]

- ・小児がんの対策がほとんどない。就労問題での支援をしていただいて、小児がん患者でも、一般の方と同じように社会貢献できるような施策をお願いしたい(協議会委員)
- ・小児がん経験者は、死ぬまでずっと支援が必要なわけではなく、必要なときに、必要なだけ支援をしていただきたいと思っている。成人のがんと異なるため、誤解されている部分があり、多くの方に、実際を知っていただきたい(患者・家族)
- ・小児がんに関しては、主治医が長期でフォローアップできる体制が理想(患者・家族)
- ・乳がんは、再発すると、使える抗がん剤が減ってくる。保険適用の迅速化をお願いしたい(患者・家族)
- ・小児がんに関する、産業分野での理解がほしい。生命保険に入れない実情もある(患者・家族)

[その他]

- ・がん患者を解雇しないような会社は、例えば社会保険料が上がるペナルティーを付けるなどの就労支援対策を検討していただきたい(患者・家族)

新潟県

参加者数：25人 意見シート数：16

日時：2010年1月24日(日) 13時30分～16時30分

会場：新潟県医師会館(新潟市中央区医学町通二番町13番地)

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・国の予算の付け方に対して、県の予算の付け方は異なり、都道府県毎に格差がある。県の財政が厳しいなかでそのまま付けることができないのが現状。予算を10/10付けるには、包括的な審議が必要(行政関係者)
- ・総務省からの予算がおりてきた時期が遅すぎて、検診に反映させることは困難だった。

事前に見込

み予算などを伝えていただければ、準備できるのだが（行政関係者）

- ・治療費が高額なために、治療を断念した患者もいる。高学療養費のシステムにも矛盾点が多いのではないか、見直しが必要なのではないか（患者・家族）
- ・がん治療費の貸付制度に関しても、患者がわかるように、まとめた案内がほしい（患者・家族）
- ・貸付制度と合わせ、患者支援に関することをまとめて、患者必携に掲載する予定（協議会委員）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・医師の育成として研修に予算を付けているが、拠点病院のみの対象となっているため、その他の病院から研修を受ける場合は、費用を払ってもらうことになる。実態にあっていないように思われるため、研修対象を拡大する制度も必要では（行政関係者）
- ・医師、看護師の育成は急務、特になん治療に関わる医師が不人気分野でもあり、誘導することが必要（協議会委員）
- ・外科医自体が減っていることに問題意識を持たねばならない（医療提供者）
- ・医師の計画的育成において、それぞれの分野で、どういう専門医がどのくらい必要なのかをみていくことが必要（協議会委員）
- ・在宅に関しては、均てん化は、どこでも受けられるように広げることを意味しており、各診療科の細い専門的な知識ではなく、生活支援のできる幅広い知識が求められる（協議会委員）
- ・拠点病院の医師は地域の医療を担う専門的知識を有し、在宅医療をする診療所の医師のバックアップも兼ねることで、地域医療の質を向上することができるのでは（協議会委員）

[緩和ケア]

- ・緩和医療に関しては、勤務医と開業医のあいだで、コメディカルも巻き込んで、ミッションを共有することが必要（協議会委員）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・介護保険の認定は40歳以上に限られているため、20～40歳までのがん末期の方でも、介護保険が適用されない。したがって、20～40歳までで、在宅することは困難であり、救済措置もしくは改正をしていただきたい（患者・家族）
- ・介護保険自体が、がん患者にはなじまないため、法律自体から見なおすことが必要（協議会委員）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

- ・国は学会間の温度差をどのようにとらえているのか、学会間の連携も必要では（医療提供者）

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・拠点病院の支援の考え方として、地域の実情（人口や予算）に応じた指定の在り方が必要なのでは（行政関係者）
- ・「がん対策推進基本計画」により二次医療圏に一つ整備されているが、どういった内容が本当に必要か、地域の実情にあった形で、再整備することも必要になるのでは（行政関係者）
- ・拠点病院は優れた病院というイメージが強く、多くの患者が集まってくるため、全ての患者に対応しきれていない。現在ある資源を有効に使えるように、診療所や、拠点以外の病院との連携が必要（協議会委員）
- ・拠点病院が独り歩きすると、多くの医師、患者が拠点病院を目指す恐れがある。拠点病院以外の病院のモチベーションをあげるためにも、「がん診療協力病院」とネーミングを付けるなどの対策が必要だと思われる（医療提供者）
- ・どこまでの病院で標準治療を行うのか、その場合は医師の育成が追い付くのか、将来どのように機能分化していくべきかを、きちんと計画立てる必要がある（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・今日、タウンミーティングがあることを知ったのは 5 日前だった。本当は、もっと来たい人がいたのではないかな。もっと多くの方に、早く適切な方法で伝えていただきたい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録をやっていない県もあると聞くと、本当に必要なのかと疑問に思ってしまう。やっていない県があるなかでやるには、やるべき根拠がほしい。インセンティブが欲しい（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・神奈川で受動喫煙の条例ができてから、県の今後の対策が問われるようになってきているのだが、国がどう考えているのかわからない。きちんと方針が見えるような、エビデンスに基づいた、たばこ対策を見せてほしい（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・予算をいただいても、予算が伝わるタイミングが遅かったため、市町村で計画をたてて、使用する時間が足りない（行政関係者）
- ・検診受診率をあげるためには、受診率の高い職域の税金を優遇したり、保険診療で受診できるようにしたり、ポイント制を導入するなど、具体的な手段を行わないと、検診に行くという意識改革は困難（協議会委員）
- ・受診者（個人）に対して、保険料を減額するなどインセンティブを付けることにより、受診率を向上することができるのではないかな（医療提供者）
- ・検診を受ける、受けないは個人責任だが、“検診は治せるがんを見つけるためもの”という教育が必要。また、検診で見つかったがんなら、がん保険に入れるというような仕組みがあってもよいのでは。反対に、検診を受けないで見つかったがんには保険が

適用されないなどのペナルティーがあってもよいのでは。(医療提供者)

- ・是非、今回のがん検診の予算を継続していただきたい。せっかくのいい流れを続けていただきたい(医療提供者)
- ・子宮頸がんのワクチンの公費負担を検討してほしい(医療提供者)
- ・検診とセットにして、ワクチンを公費で行う方が、啓発もでき効果的である(協議会委員)
- ・検診を受けなかったがん罹患者の、高いがん治療費のために、高い保険料を払っているという現実を知っておいていただきたい(医療・提供者)

[がん研究]

[疾病別(がんの種類別)の対策]

[その他]

青森県

参加者数：135人 意見シート数：90

日時：2010年1月31日(日) 13時30分～16時30分

場所：青森県医師会館 (青森市新町2丁目8-21)

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・がんの対策や指標が定められているが、最終的な目標である死亡率減少に向けて、どのように繋がっていくのかロジックが必要。検診受診率の考え方、指標についての研究、繋がりの考え方を示してもらいたい(行政関係者)
- ・患者会を立ち上げたが、お金がない。お金がないと何もできない。県で支援していただきたい。(患者・家族)
- ・患者会と相談支援センターが連携したり、いくつかの患者会が連携することで、県が予算を出しやすくなる場合もある(協議会委員)

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・医師が不足しており、専門医の確保が大変である。県も議論しながら対策を立てているが、一人前なるためには8～10年かかるため、そのタイムラグをどうするか。青森県は死亡率が高く、努力しているのだが、費用がないため、厳しい状況である。死亡率の高い県に対して、特別な支援が必要なのでは(県議会議員)
- ・専門医の育成が重要。青森は医師数174人/10万人でワースト4位。研修予算はあるが、医師が研修を受けるために病院を離れることができない。都道府県の拠点に来てもらって研修してもらうことや、代診できる医師の確保も考慮する必要がある(行政)

関係者)

- ・中央に行くのではなく、地方にきてもらうことも必要。月 1 回きていただくだけで地方のレベルが上がる。地方にいて教育することもミッションとして考えて欲しい(医療提供者)
- ・県の病院に化学療法指導で伺っているが、7人の外科医がおり、以前は、乳がん診療の薬物療法を本格的にできていなかったが、あっという間にレベルが向上した。公務員の法律で兼業できないことや医局のしがらみで他の地域での診療ができないこともあり、問題である。公務員法を改訂するなどして、均てん化のために医師が動くことも必要(医療提供者)
- ・専門医として勘違いしている医師も多いため、専門医として実力のある人に報酬を与える制度が必要(医療提供者)
- ・化学療法認定看護師を育成するために来たが、定員割れしている。中堅以上の看護師が病院を離れることは困難で、病院から派遣されてこない。また、講師の確保も難しい。育成側と派遣する病院への経済的なバックアップをお願いしたい(医療提供者)
- ・放射線療法で、物理士を雇用できているところは県立中央病院しかない。大学病院では、国家資格ではない、報酬がないとの理由で雇用できない。診療報酬化と制度化をお願いしたい(医療提供者)

[緩和ケア]

[在宅医療(在宅緩和ケア)]

- ・在宅が進まない理由として、帰りたくても帰れないのが現状。歩けるときから介護認定し、在宅、病院での介護を充実させていくことが必要(医療提供者)

[診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)]

[医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)]

- ・高度医療機器は、拠点病院が分散してはできないこと。2~3カ所に絞って、がん専門医療高度機関に集約するべき。反対に、再発と緩和は各地域で分散して行うべき(医療提供者)
- ・地域の拠点病院はがんセンターのミニ版ではない。地域のがん患者の情報をとってくるところである(協議会委員)
- ・70本の施策で拠点病院の拡充と機能強化予算の100%化とあるが、これは重要なこと。実現の見通しはあるのか(県議会議員)
- ・乳がんの診療を一人で行っている。各地の実情をどれだけの地域の方がわかっているのか。ネットワークを国が包括的に行うことに加えて、県も地域の実情をみていただきたい(医療提供者)

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・MSWはきわめて少ないため、オーバーワークしている。しかし、患者からはとても感謝されている。診断した時点で医師の後にMSWがいる状況にして欲しい。拠点病院

だけでなく、具体的に、SWにも報酬をつけていただきたい（医療提供者）

- ・タウンミーティングについて県民のどれだけが知っているのか、本当に困っている人が来ているかはわからない。青森県の意見の代表といえるのだろうか（患者・家族）
- ・年間5400件のうち6割はお金の相談である。お金のことに詳しいSWが必要。また、きちんと聞ける専門的知識を持った相談員の配置が必要。外来だけでは対応しきれない（医療提供者）
- ・相談支援センター担当者の研修を受けた方のうち、半年の間にその担当を外れる方が4割もいるため、スキルが向上しない。患者相談に関する医療機関の意識が低いのでは。診療報酬上の評価も必要では（協議会委員）
- ・サロンをしているが、がんになったらがんになったと前向きにやっていけるように、がんになって社会に出れなくなることを無くすことが必要。悩んで、うつ病になる人も多く、3~4割いる（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録を忙しくて進められないため、職員を雇ってほしい（行政関係者）
- ・がん登録の生死の確認対応がばらばらで、個票がみられない。住基ネットを使っているということにしないとできない。全国統一の規約を（協議会委員）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・タバコの若年者対策が必要、若者も禁煙外来の対象にすることも検討（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・市町村によっては、検診に一所懸命な所もあれば、関心が低いところもある。死亡率遞減に効果があるならば、検診を義務化しないと効果があがらない（行政担当者）
- ・がん検診を受けたらポイントがたまり、無料になるような制度があってもいいのでは。死亡率が高い要因としては、二次検診を半年から一年放置する人が多いことが挙げられ、再検診のコールが重要（患者・家族）
- ・受診率については、胃がん、大腸がんが高いが、二次検診が低い。結果が怖いといったことや、費用のことで受診していない。患者のインセンティブ、例えば交通費を出すとかが必要では（協議会委員）
- ・保険診療で検診できないことがネックである。クーポンの利用率は10%にも達していないのが現状で多くの自治体でうまくいっていない。支払基金に入れて保険診療で検診できるようにすれば、検診率があがるのでは（医療提供者）
- ・子宮がん、乳がんを検診できる場所は限られているため、クーポンで、市町村の負担がなく、全国どこでも受けられる体制ができればいい。また、検診時に配布するがんの解説書があまり役立っておらず、検診を続けていただく動機付けになっていない（医療提供者）
- ・実際の体験を伝えることで、関心が高まり、早期発見できることもある。特に乳がんは自分で見つけることができるがんなので、生の声を聞いていただくことが重要。体

験発表の機会を与えていただきたい（患者・家族）

[がん研究]

- ・厚生科研のがん研究に、地域看護師のがん看護に関する研究を、予算を付けて加えてほしい。現在ファシリテーターで細々で行っている（医療提供者）

[疾病別（がんの種類別）の対策]

[その他]

長崎県

参加者数：85人 意見シート数：66

13時30分～16時30分 意見シート数：430

会場：NCC（長崎文化放送）スタジオ（長崎市茂里町3-2）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・厚労省の交付決定の内示が遅いため、実施期間が短く、単年度の場合は、執行が遅くなると十分な効果が出ない。内示を早くするか、見込みについて情報提供が必要（行政担当者）
- ・タウンミーティングを開くことで何かが変わるに違いない。70の施策を見ると、がん対策が遅れていたことをつくづく感じる。今困っている人を支援することが大切。育成を変えるといてもすぐには変わらない。長期的、短期的にどう変化させていくのか、そのためにどう行動していくのか、考え方から、省庁と連携していきたい（協議会委員）
- ・長期的なもの、今すぐのものを分けて提案することが大切。そうしないと、やりやすいところから行われてしまう。メリハリを（協議会委員）
- ・以前は、県の委員として患者と医師が加わって、行政と話し合いをする場があったが、平成15年の一般財源化で無くなってしまった。県の課題もこの場で対応でき、地域皆で考える場でもあった。是非、復活してほしい。（医療提供者）
- ・がん医療は、障害者の軽減制度を利用できないため、がん患者で障害者手帳をもらうことができない。また、社会福祉協議会の貸付制度は返済見込みがないと借りることができないため、活用度が高くない制度である。がん患者に特化した公費の支援制度をお願いしたい（医療提供者）
- ・障害者手帳は、終末期のときにならないと申請できず、待つうちに亡くなるひともいる（がん対策推進協議会委員）
- ・肝炎で基本法が制定されたが、障害者手帳が申請できるのは、重篤化したLC,HCCで

ChildPugh10 点以上ないといけないため、ほとんど対象にならない状態。認定基準を緩和して、早い段階で救済、支援できるようにしていただきたい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・文科省でがんプロ指導を行っているが、5年でなくなってしまう。ぜひ、継続してほしい。医師、看護師、薬剤師、物理士を養成しているが、インセンティブがない。診療報酬をいれていただきたい（協議会委員、医療提供者）
- ・70本の施策で、化学療法の助成とあるが、化学療法は経済的な負担が非常に大きいいため、他の治療の方と差がない形での改善を望む（医療提供者）

[緩和ケア]

- ・国にならって実施しており、国から1/2補助をいただいている。しかし、国が提案したのだから全額負担して欲しい。一般財源は苦しく、県予算は厳しい（行政関係者）
- ・緩和病棟は病院でないと報酬がでないため、診療所は報酬が出ない。制度の改善が必要で、診療所でも報酬が出るように、「病院等」としていただきたい（行政関係者）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・24時間体制で訪問看護師を行っている。看護師の職場離れが加速し10カ所も閉鎖した。私たちの平均年齢も44.5歳となり高齢化が進んでいる。人手を増やせるように、在宅にも目を向けていただきたい（医療提供者）
- ・訪問看護にあたり、3割の患者負担を考えると、回数で制限してほしくない。ケアしていても請求できないから、多く訪問できない。ターミナルでみられるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・研修で在宅の機会がない。医学部教育のなかで、在宅緩和を知る機会を与えてほしい（研修医）
- ・医師も今までの勤務に加えて、在宅緩和を自分の時間を削って行っている。医療従事者は、単価半分で、自己犠牲で成り立っている。改善をお願いしたい（行政関係者）
- ・ホスピスの新設予定がないことは問題である。高齢化で独居が増え、在宅で看護している人が多い。現在のホスピスは古くて汚いとの評判なので、県予算を組んで新設するか増やしていただきたい（患者・家族）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

- ・標準治療の情報がないため、医師から見放されてネットで探している。患者に選択肢として情報を流してほしい。そして、他の選択肢も情報として流してほしい。そのための研究対策費も付けてほしい（患者・市民）

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・拠点病院として6病院が指定されているが、同じ力量の病院なのに、拠点病院になれたところと、なれなかったところがある。拠点病院でないということで、拠点に指定されている病院に患者が移動してしまっているため、均てん化ではなく、実質、格差が広がっている。本当の均てん化をめざすためにも拠点制度の見直しを行うべき（協

議会委員)

- ・地域拠点と県拠点病院で、さらに実績に応じて予算の上積みしてほしい。15万のパソコン1台さえもなかなか買えないのが現状で、フレキシブルな予算にしていきたい。また、非常勤しか雇用することができないため、常勤への道を開いていただきたい(医療提供者)
- ・拠点の更新の書類は1000項目の膨大な内容であり、チェックされているのか疑問である。証拠を積み上げて不正を許さない、公平な制度にしていきたい。サイトビジットや査察もしていきたい(医療提供者)

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・相談支援や患者団体をサポートするためにストレートに使える予算がない。病院中心になってしまうが、機能強化事業で、患者会の支援、育成を盛り込んでいただきたい(行政関係者)

[がん登録]

- ・がん登録の予算の制度化をしていただきたい。35の県市しか行われていないため、罹患情報がわからない。自治体としては、予算措置をして、全国的な展開となるようにルール化を求めたい(行政関係者)

[がんの予防(たばこ対策)]

- ・受動喫煙の相談を良く受け、施設に働きかけをしているが、管理者の判断になる。平成15年の健康増進法では努力規定にとどまるため、実行性のある法整備を確立していただきたい(行政関係者)

[がんの早期発見(がん検診)]

- ・受診率向上に取り組んでいるが、市町村が主体となっているため、頑張っている市町村が財政負担をしており、持ち出しになっている自治体もある。インセンティブを予算に入れることが必要(行政関係者)
- ・検診を行っていただくにあたり、市町村の単価がバラバラで、価格の交渉を個々で行っている。単価で3倍くらい格差がある。統一した単価にしていきたい(行政関係者)
- ・県で50%受診率を目標としており、TV、ラジオ、新聞で啓発を行っている。国もメディアを活用して、大きく啓発していただきたい(行政関係者)
- ・受診率のデータは市町村だけでなく、企業や事業所のデータも必要。次年度は女性のクーポン券の配布を行うが、もちろん次々年度も続けていただき、5年刻みで実施するならば、しっかりとしたシステム作りをお願いしたい(行政関係者)
- ・検診を国保で進めることも重要だが、財政的に厳しいため、国の責任で財政支援していただきたい。メディアを活用した啓発もお願いしたい(行政関係者)
- ・小中学校の保険教育にがん検診のことを入れていただきたい。教育委員会に働きかけても効果がない。実際に検診を受けて治療する人の方が、医療費はかかっていない(患

者・家族)

- ・文科省と経産省が、小学生のころからがんの啓発をするように、危険性を訴えるべき。検診車で検診を行っているが、スタッフは冷遇されている。受診者は増えているが、検診できるようにスタッフを育てるには3年もかかることを知っていただきたい(医療提供者)
- ・五島はHCCが多く、ウイルス肝炎が多いため、早期発見のための検診が重要である。普及のために広報しているが、なかなか検診に行ってもらえない。企業団体にも予算化して、医療者と患者会の連携、講演も重要で、実効性のある対策が必要(患者・家族)

[がん研究]

[疾病別(がんの種類別)の対策]

- ・あまり小児がんのことが知られていない。制度がないため、社会に進出できないでいる。胸を張って社会に貢献できるように、制度、法制化していただきたい(患者・家族)
- ・C型肝炎で、副作用の辛い人が行っているIFN少量長期が、対策法から除外された問題。認めていただきたい(患者・市民)

[その他]

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

掲載予定

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

掲載予定

以上