

National Clinical Database



NCD監事

日本消化器外科学会データベース委員会委員長

福島県立医科大学臓器再生外科学講座

後藤 満一

消化器外科学会 手術調査

検索

ホーム

日本語

サイト内検索

検索

HOME | 学会概要 | お知らせ | 学術集会等 | 学会誌 | 専門医制度 | 事務手続き

HOME > お知らせ > ご報告 > 消化器外科データベース委員会2007年度調査報告

調査結果報告

日本消化器外科学会
消化器外科データベース委員会2007年度調査報告

後藤 満一¹⁾, 北川 雄光¹⁾, 木村 理¹⁾, 島田 光生¹⁾, 富田 尚裕¹⁾, 中越 享¹⁾, 馬場 秀夫¹⁾, 川崎 誠治²⁾, 平田 公一³⁾, 上西 紀夫⁴⁾, 北野 正剛⁵⁾, 大津 洋⁶⁾

消化器外科データベース委員会¹⁾, 医療安全検討委員会²⁾, 専門医制度委員会³⁾, 第62回定期学術総会会長⁴⁾, 理事長⁵⁾, 東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学講座⁶⁾

はじめに

2006年, 新理事長制移行時に新たに消化器外科データベース委員会が発足した。これ

お知らせ

- ご案内
- ご報告
 - 理事会ニュース
 - 評議員会・総会・社員総会・会員集會記録
 - 国際交流奨励賞
 - 調査結果報告
 - 福島県立大野病院事件の福島地方裁判所の判決に対する声明
 - 標榜診療科名の見直しへの対応について
 - 声明文(福島県立大野病院の医師逮捕・起訴の件)
 - 日本医学会への申し入れについて
 - 本会へのご寄付について

インターネット

スタート Microsoft 受信トレイ-0 bAccessONE 日本消化器外... マイドキュメント



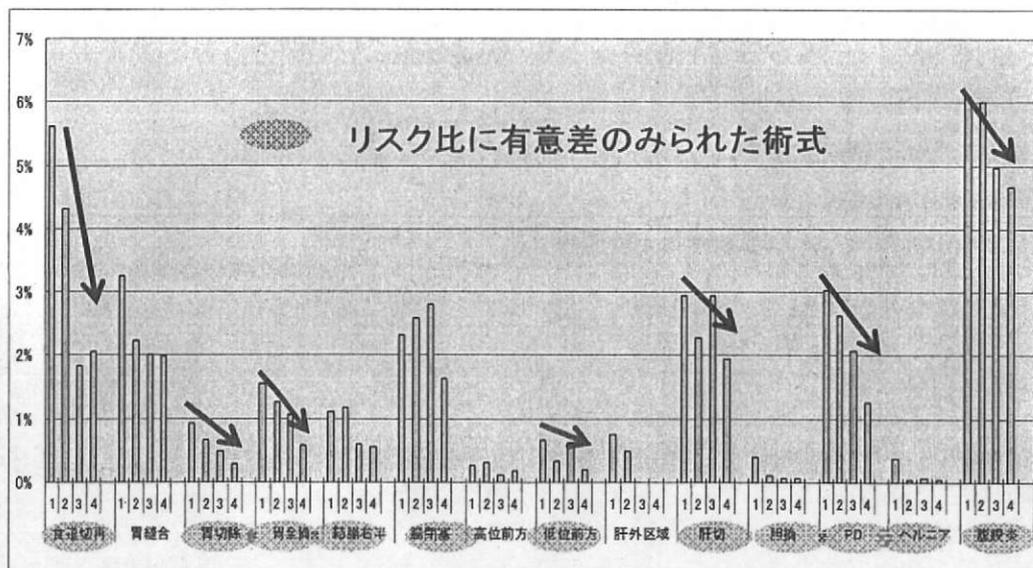
日本消化器外科学会の 認定・関連施設の手術症例の集積

	2006年			2007年			2008年		
	依頼数	施設数	回答率	依頼数	施設数	回答率	依頼数	施設数	回答率
	2,377	1,039	43.7%	2,360	1,464	62.0%	2,170	1,466	68.0%
認定施設	777	464	59.7%	768	591	77.0%	765	645	84.0%
関連施設	1,600	575	35.9%	1,592	873	54.8%	1,405	821	58.0%
手術数	333,627			439,897			417,786		

2008年：大学病院は118/120, 98%



症例数カテゴリ別の死亡率



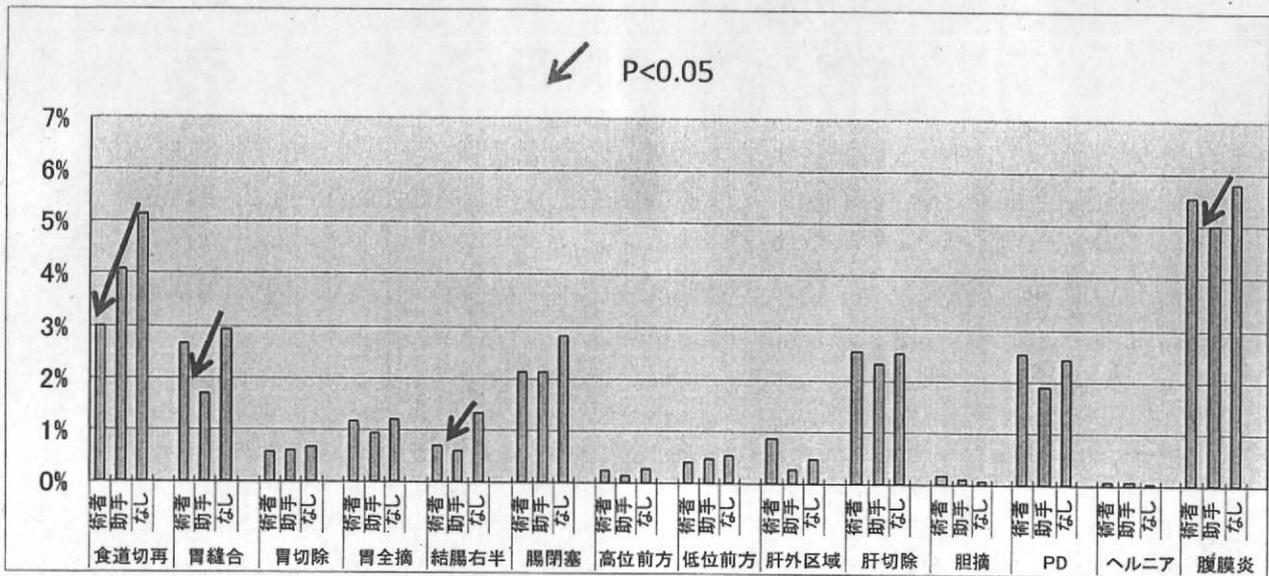
カテゴリ#	12	24	26	28	40	43	52	58	67	69	74	97	105	108
1	1~5	1~2	1~10	1~5	1~5	1~2	1~2	1~5	1~2	1~5	1~10	1~5	1~5	1~5
2	6~20	3~5	11~20	6~10	6~10	3~5	3~5	6~10	3~5	6~10	11~30	6~10	6~10	6~10
3	21~50	6~10	21~50	11~30	11~20	6~10	6~10	11~20	6~10	11~20	31~50	11~20	11~20	11~20
4	51~	11~	51~	31~	21~	11~	11~	21~	11~	21~	51~	21~	21~	21~

#:各術式において(番号)、各カテゴリの症例数がほぼ同等となるように便宜的に症例数を規定した。

2007年



専門医の関与と死亡率



食道切除 胃縫合

結腸右半切除

腹膜炎

2007年



合併症発生に対する専門医の関与

上段: 2008, 中段: 2007, 下段: 2006

手術の種類	術死比率	在院死比率	死亡合計比率	再手術比率	吻合不全比率	吻合不全比率	吻合不全比率	吻合不全比率
食道切除再手術	0.9%	2.0%	3.0%	2.4%	11.5%	11.2%		
胃縫合 (胃破裂に対する胃縫)	0.8%	2.8%	3.6%	2.8%	12.5%	12.5%		
胃切除 (専門医胃切除を含む)	0.9%	2.5%	3.3%	3.0%	12.3%	12.3%		
胃全摘術	1.1%	1.2%	2.4%	0.7%	3.0%			
結腸右半切除術	1.1%	1.3%	2.4%	0.8%	3.0%			
腸閉塞手術 (腸管切除を伴う)	1.1%	1.3%	2.4%	0.5%	2.5%			
高位前方切除術	0.4%	0.9%	1.3%	1.0%	3.5%	3.1%		
低位前方切除術	0.4%	0.7%	1.1%	0.8%	3.3%	2.2%		
肝外区域切除	0.4%	0.9%	1.3%	0.8%	3.1%			
肝切除術 (外側区域を除く区域)	0.3%	0.5%	0.7%	0.6%	1.4%	7.6%		
胆摘出術	0.4%	0.5%	0.9%	0.7%	1.5%	8.5%		
膵頭十二指腸切除術	0.2%	0.6%	0.8%	0.6%	1.5%	8.2%		
腹膜ヘルニア・鼠径ヘルニア手術	1.2%	1.2%	2.4%	0.9%	1.5%	9.6%		
急性汎発性胆管炎手術	1.1%	1.3%	2.4%	1.2%	1.8%	12.1%		
	1.1%	1.6%	2.7%	1.2%	1.7%	12.5%		
	0.1%	0.2%	0.2%	0.9%	3.0%	6.4%		
	0.1%	0.1%	0.2%	0.9%	2.2%	7.4%		
	0.2%	0.3%	0.5%	0.9%	2.4%	7.7%		
	0.2%	0.3%	0.4%	2.4%	7.8%	7.5%		
	0.1%	0.3%	0.5%	2.2%	7.8%	9.6%		
	0.2%	0.3%	0.5%	2.1%	7.9%	9.2%		
	0.2%	0.4%	0.6%	0.3%	0.5%	0.7%		
	0.2%	0.4%	0.6%	0.3%	0.4%	0.5%		
	0.1%	0.5%	0.8%	0.4%	0.8%	1.5%	1.9%	
	0.9%	1.4%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%	3.9%	
	0.9%	1.6%	2.5%	0.9%	2.6%	4.7%	3.9%	
	1.3%	1.6%	2.9%	1.1%	2.3%	5.1%	3.6%	
	0.04%	0.03%	0.1%	0.2%	0.3%	0.4%		
	0.06%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.4%		
	0.03%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.5%		
	0.9%	1.2%	2.1%	1.4%	11.7%	7.1%		
	0.8%	1.5%	2.3%	1.2%	12.0%	2.7%		
	0.9%	1.8%	2.7%	1.7%	10.6%	2.3%		
	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	1.2%			
	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	1.4%			
	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.2%			
	2.9%	2.9%	5.8%	1.4%	5.7%	16.8%		
	2.9%	2.6%	5.5%	1.1%	6.2%	20.9%		
	2.0%	2.8%	5.8%	0.8%	6.7%	22.5%		

胃切除において
縫合不全率は
専門医が術者の場合
は低い

胃全摘術

高位前方切除術

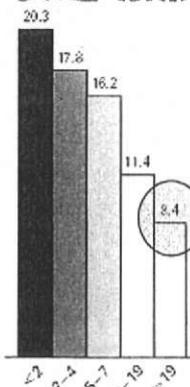
膵頭十二指腸切
除術

上段: 2009
中段: 2007
下段: 2006
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみられたもの
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみられたもの
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみられたもの

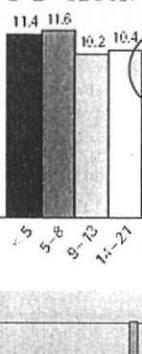


Hospital volumeと術式別の死亡率 米国との比較

食道切除



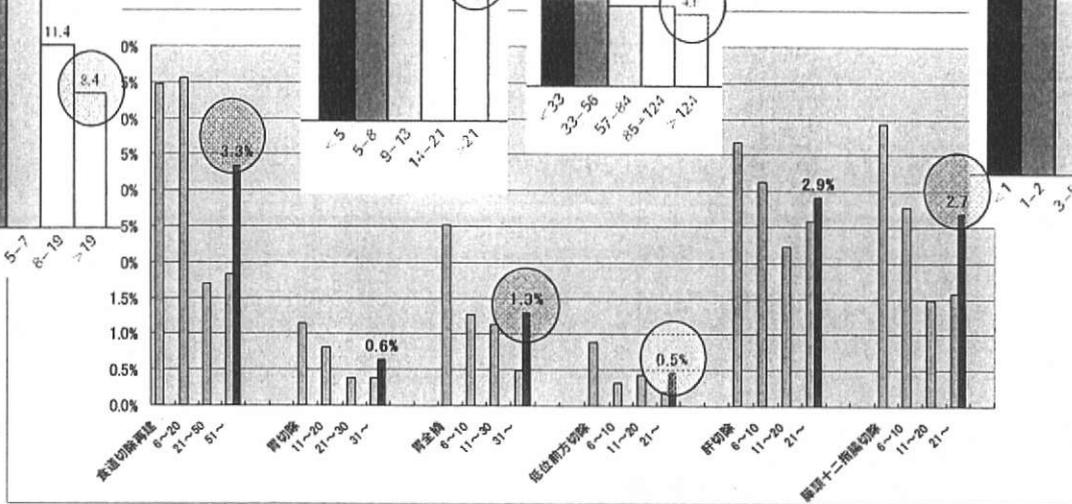
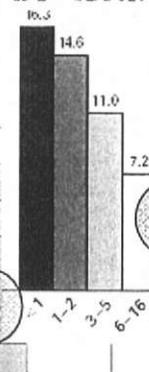
胃切除



結腸切除



膵切除



1994-1999
National Medicare claims
data base
2.5 million procedures

Birkmeyer JD et al. N Engl J Med 346:1128-37,2002



日本消化器外科学会での展開

- 全国の消化器外科手術数・死亡率・合併症率の把握の継続
- 消化器外科手術における専門医の意義
- リスクアジャストした手術成績：施設間・欧米との比較
- 各施設の医療水準の向上
- 専門医の申請・更新の効率化

消化器外科手術のデータベース構築

データベース事業の成り立ち

外科関連専門医制度協議会

消化器外科専門医, 心臓血管外科専門医,
小児外科専門医, 内分泌・甲状腺外科専門
医, 乳腺専門医, 呼吸器外科専門医

サブスペシャリティー学会

日本消化器外科学会
日本心臓血管外科学会
など

外科専門医

日本外科学会

データベース構築の重要性

一般社団法人 National Clinical Database(NCD)

いつ、どこで、だれが、だれに、何の手術を、
どれだけ、治療成果は、安全性は



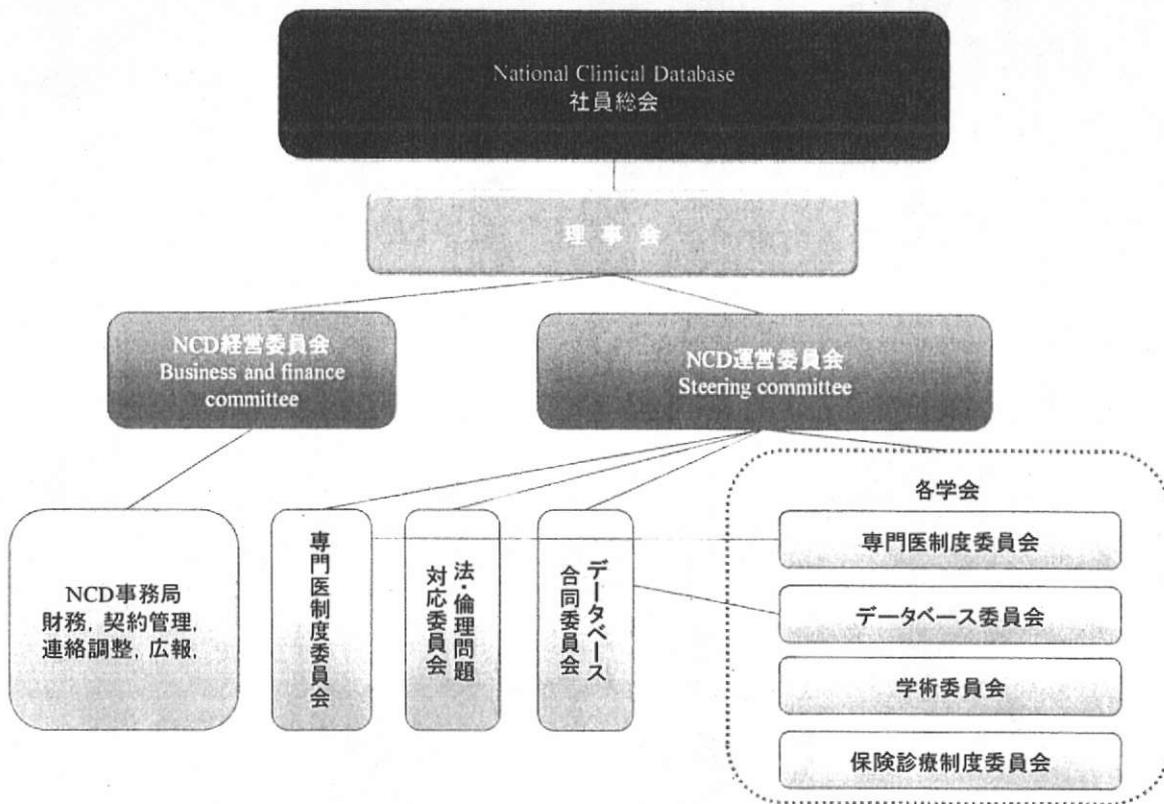
外科治療の現状の把握

疾患の種類・頻度・分布、外科医・専門医の配置、
治療成績、安全性、医療環境

地域・病院の医療の質の向上、専門医の意義、
外科医・専門医の適正配置、医療環境の改善

政策への提言

国民の健康・福祉へ貢献



NCDの目指すもの

1. 外科関連の専門医のあり方を考えるための共通基盤の構築

日本では現在、多くの診療科領域において、どのような場所でどのような手術が、誰によって、どの程度の数が行われているかが、把握されていない状況です。外科関連の専門医の適正配置を考える上では、現状を把握することがなによりも重要です。外科医は、自ら実施したすべての手術をNCDのデータベースに登録します。NCDでは、患者さんに最善の医療を提供するため、これらのデータを分析・評価し、外科医療の現状を体系的に把握します。

2. 医療水準の把握と改善に向けた取り組みの支援

NCDに参加することにより、各施設は、重症度補正等を行った医療水準を示す指標（真の実力）を把握することができます。全施設の傾向と自施設を対比する中で、自施設の特徴と課題を把握し、各施設それぞれが改善に向けた取り組みを行うこととなります。国内外の多くの事例では、このような臨床現場主導の取り組みを支援することにより、品質向上に大きな成果を上げています。

3. 患者さんに最善の医療を提供するための政策提言

NCDのデータ解析により、日本全体として質の高い医療を提供する上で望ましい施設環境や、促進すべき医療プロセスが明らかになります。外科関連学会はNCDの活用により、最善の医療を提供するための体制整備や取り組みの促進について、根拠に基づいた検討を行うことができます。また今後は、外科関連学会をはじめとした専門家集団だけでなく、地域の方々や患者さん、保険者や行政と連携した活動も行っていく予定です。

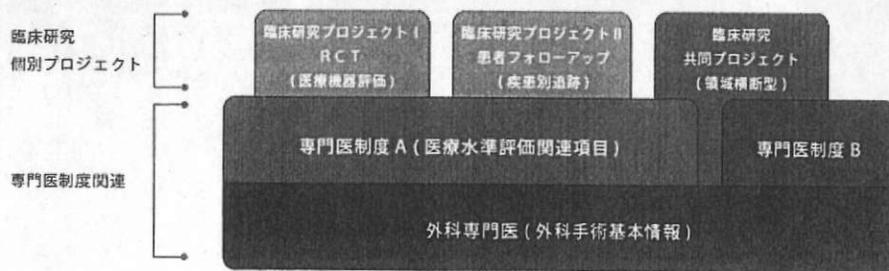


4. 領域の垣根を越えた学会間の連携

ational
nical
labase

NCDは日本外科学会の外科専門医制度のみならず、外科関連の専門医制度が合同で行うものです。法人設置時の参加団体としては下記の学会・専門医制度が予定されています。広範な診療科領域が連携し、医療の質向上に取り組む活動は、国内外でも例がない先進的な事例です。日本の医療を更に良いものにし、国際的なリーダーシップを示していく上でも非常に期待される事業です。

- 外科専門医 (日本外科学会) 以下50音順
- 呼吸器外科専門医 (日本胸部外科学会、日本呼吸器外科学会)
- 消化器外科専門医 (日本消化器外科学会)
- 小児外科専門医 (日本小児外科学会)
- 心臓血管外科専門医 (日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会)
- 内分泌・甲状腺外科専門医 (日本内分泌外科学会)
- 乳腺専門医 (日本乳癌学会)



消化器外科領域共通基本項目

項目名	選択肢 (O: 択一, □: 選択, []: 入力)	主たる麻酔種別	全身麻酔 □全身麻酔 □腰椎麻酔 □局所麻酔 □その他()
1-1必須基本情報			
院内患者ID(診療録ID)	自由記載		
患者姓(last name)イニシャル	一文字の英数字		
患者名(first name)			OASA1 OASA2 OASA3 OASA4 OASA5
患者生年月日			
患者性別			
国籍			[]時間[]分
入院日			[]ml
救急搬送	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		[]単位
患者搬送元の郵便番号	7桁の数値 [xxxx-xxxx] or 不明		
入院時診断	リストにあるICD-10から選択	悪性腫瘍	<input type="radio"/> 良性 <input type="radio"/> 悪性 O0 OI OII OIII OIV 根治度 OR0 OR1 OR2 ORx
手術日	日付 [yyyy/mm/dd]	術後経過	
主たる術式	リストにある術式から選択 (術式選択後、下記5つから該当するものをチェック) <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術 <input type="checkbox"/> 開腹手術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡補助	術後診断(入院時診断と異なるとき)	ICD-10から選択 (退院時診断が入院時と異なる場合のみ入力する)
同時に行われた手術術式	手術コード	術後30日以内の再手術	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
術者	登録した	最重症ケアユニットからの退院日	日付 [yyyy/mm/dd]
助手	登録した	退院日	日付 [yyyy/mm/dd]
緊急手術	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	再転帰	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡
麻酔科医の関与	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	30日以内の再入院	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		術後30日状態	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡
		術後発生事象(術後30日以内)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

外科学会
13項目
手術終了時

消化器外科
18項目追加
退院時

2012年より
TNM分類を
実装

詳細入力項目

(主たる術式が選択されたときは、共通入力項目に加え、以下のような項目が表示される。)

■術前臨床所見

- 身長 (手術時), 体重 (手術時)
- 糖尿病
- 術前1年以内の喫煙, 喫煙歴 (ブリンクマン・インデックス)
- 呼吸困難 (術前30日以内)
- 日常生活動作 (ADL) (術前30日以内), 日常生活動作
- 人工呼吸管理 (術前48時間以内)
- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 入室時肺炎 (胸部X-P, CTで陽性の場合)
- 腹水 (術前30日以内)
- 食道静脈瘤 (術前)
- 高血圧 (術前30日以内)
- うっ血性心不全 (術前)
- 心筋梗塞の既往 (術前)
- 狭心症 (術前30日以内)
- 経皮的冠動脈インターベンション (PCI) の既往
- 心臓外科手術の既往 (ペースメーカー挿入などを除く)
- 動脈性閉塞性疾患 (PVD) による症状に関連した手術の既往
- 動脈性閉塞性疾患 (PVD) による症状
- 急性腎不全 (術前24時間以内)
- 透析 (術前2週間以内)
- 脳障害の既往
- 脳障害の発生時期
- 多発転移を伴う高度進行癌
- 解放創
- 長期的ステロイド投与
- 体重減少 (過去6か月に10%以上)
- 血液凝固異常
- 術前輸血 (術前72時間以内)
- 癌化学療法 (術前30日以内)
- 放射線治療 (術前90日以内)
- 術前敗血症
- 妊娠
- 局所麻酔以外の手術 (術前30日以内)

習慣

(術直前)

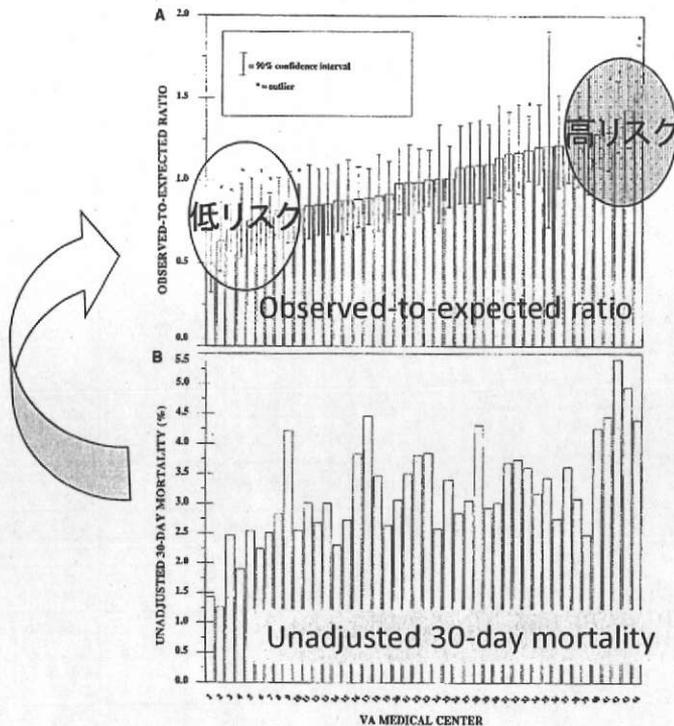
一着成の

87項目 退院時

■手術情報, 検査値

- 血清ナトリウム, 尿素窒素, クレアチニン, アルブミン, 総ビリルビン, AST (GOT), ALT (GPT), アルカリホスファターゼ (ALP), 白血球, ヘモグロビン, HbA1c, 血小板, 部分トロンボプラスチン時間 (APTT), プロトロンビン時間国際標準比 (PT-INR), プロトロンビン時間 (PT), CRP
- 麻酔時間, 術中輸血量, 術中FFP輸血量, 術中血小板輸血量, 術中全血輸血量, 術中発生事象, 肝切除部位
- 術後情報
- 術後発生事象 (術後30日以内)
- 再手術
- IVR
- 皮切創浅部の外科手術部位感染 (SSI), 皮切創深部 (筋膜, 筋層) の外科手術部位感染 (SSI), 臓器, 体腔の外科手術部位感染 (SSI)
- 筋膜の離開を伴う創離開 (部分的にでも)
- 縫合不全, 膿液瘻, 胆汁瘻
- 肺炎 (胸部X-P, CTで肺炎像を認める, または喀痰細菌培養で陽性的場合)
- 予定外の気管内挿管 (再挿管あるいは新たに挿管した場合)
- 肺塞栓症 (肺血流シンチグラム, 造影CT, 血管造影で肺塞栓症と診断されたもの)
- 人工呼吸器管理 (累積48時間以上ベンチレーター管理を要した場合)
- 腎機能障害 (クレアチニン値が術後2mg/dl以上増加した場合)
- 急性腎不全 (新たに腹膜透析, 血液濾過, 血液透析を施行した場合)
- 尿路感染症 (発熱 (>38°C), 頻尿, 排尿痛もしくは膀胱部圧痛のほかにも, 尿培養で陽性的場合)
- 中枢神経障害
- 24時間以上の意識障害
- 末梢神経障害
- 蘇生を要した心拍停止
- 心筋梗塞
- 術後輸血
- 深部静脈血栓症
- 術後敗血症
- その他合併症, その他の術後発生事象

リスク調整による術後の死亡率の比較



Khuri SF et al. J Am Coll Surg 185:315-327,1997

	有用性基準	
--	-------	--

1. 中心的課題の明確化

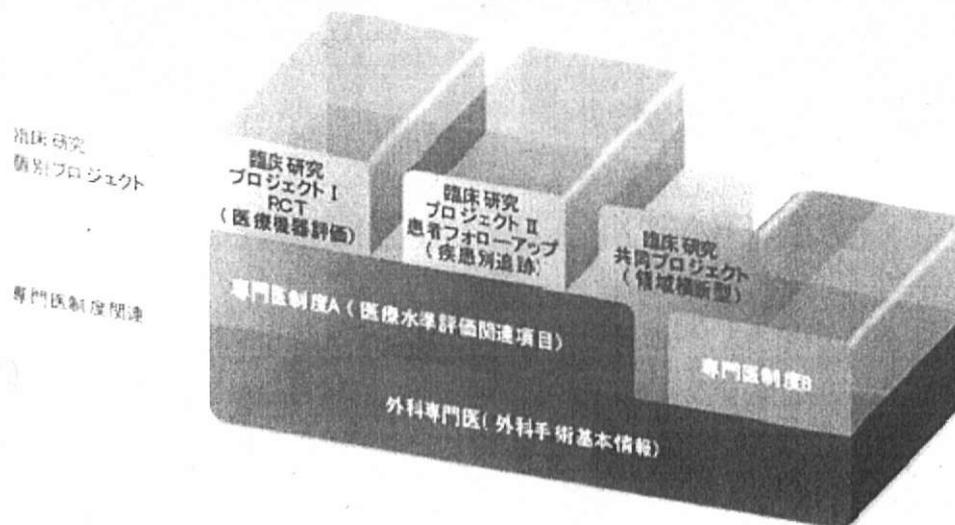
患者視点に基づいて定義された医療の質の向上

医療の目的は医療費を削減することではなく、患者のための最善のサービスを提供することである。「医療の質」向上への貢献を、多くの臨床学会は活動の主目的として掲げるようになった。

	有用性基準	
--	-------	--

2. 関係者の価値の把握

- 患者・一般市民 →より良質な医療の提供を受ける
- 医療提供者 →臨床研究・現場での実践のサポートを得る
- 参加施設 →施設マネジメントにおける活用
- 臨床学会 →根拠に基づいたプロフェッショナリズム確立
- 医療関連業者→市販後の品質管理や事故対応
- 行政・保険者→医療の質に基づいた資源配分の検討



NCDは専門医申請に必要とされる症例登録部分は基盤学会が支え、個別の臨床研究については、各専門領域が発展的に臨床研究プロジェクトを実施することを想定して構成されている。

分類例

疾患登録型のデータベースにおける目的の分類
(例:臓器がん登録)

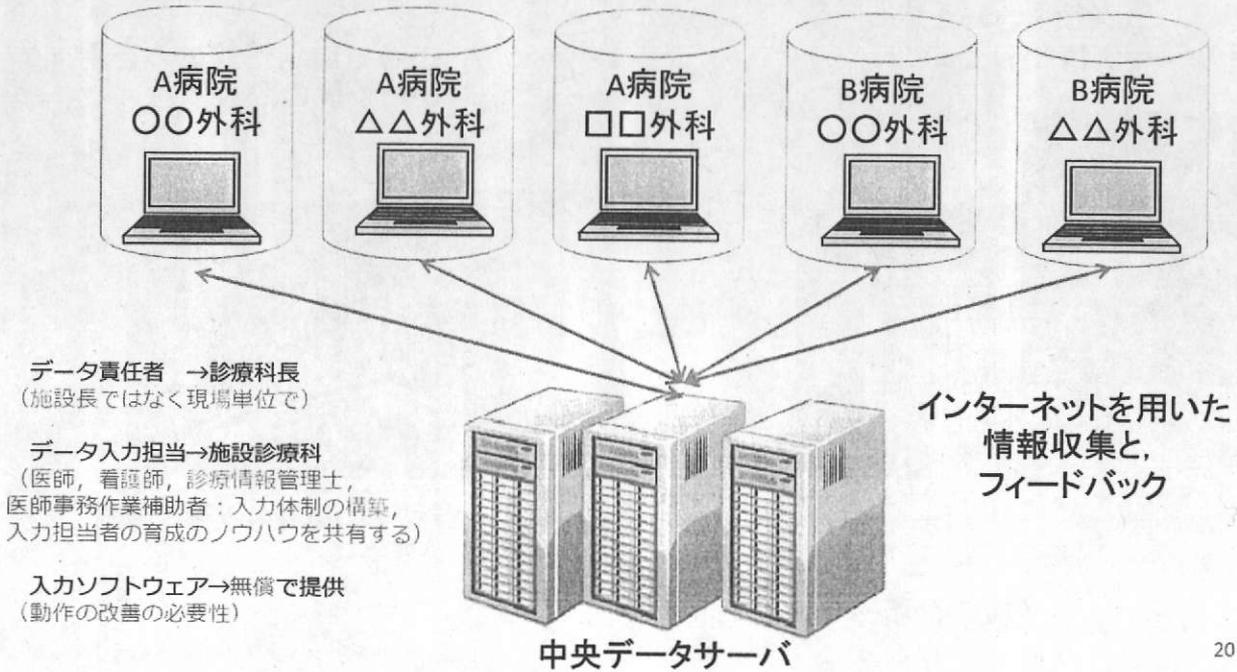
医療水準評価

- ・周術期における診療科のアウトカム分析
- ・適応のある臨床プロセスの実施状況

診断・治療法評価

- ・癌取り扱い規約とTNM分類の整合性検討
- ・抗がん剤治療の効果評価
- ・特定手術におけるアプローチ別の影響の検討

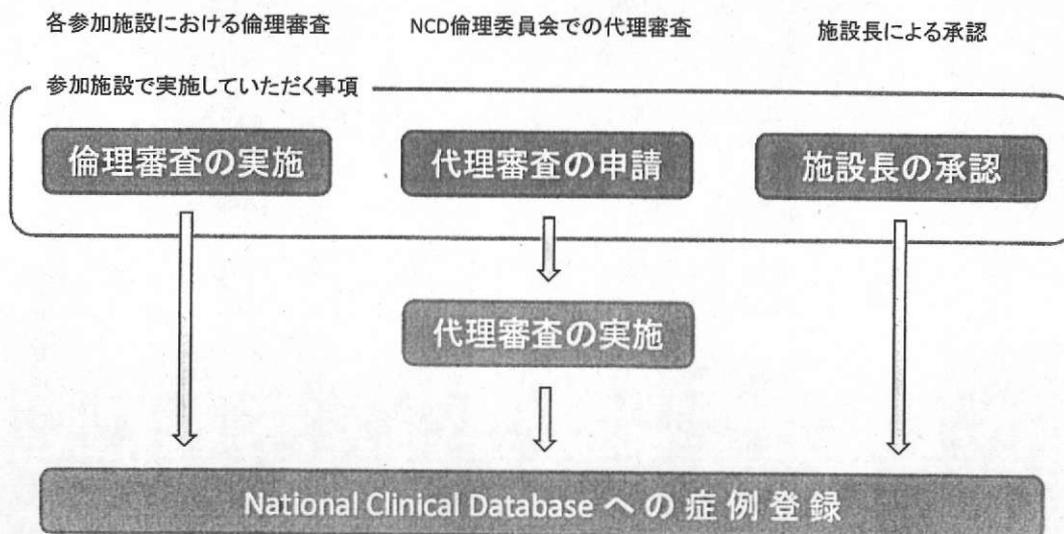
収集するデータは日常臨床の中に位置づけられる情報
 →領域の専門家であれば臨床を行う上で必ず把握すべき情報で構成する。
 それ以外の情報は期限を設定した個別プロジェクトで把握することが有用



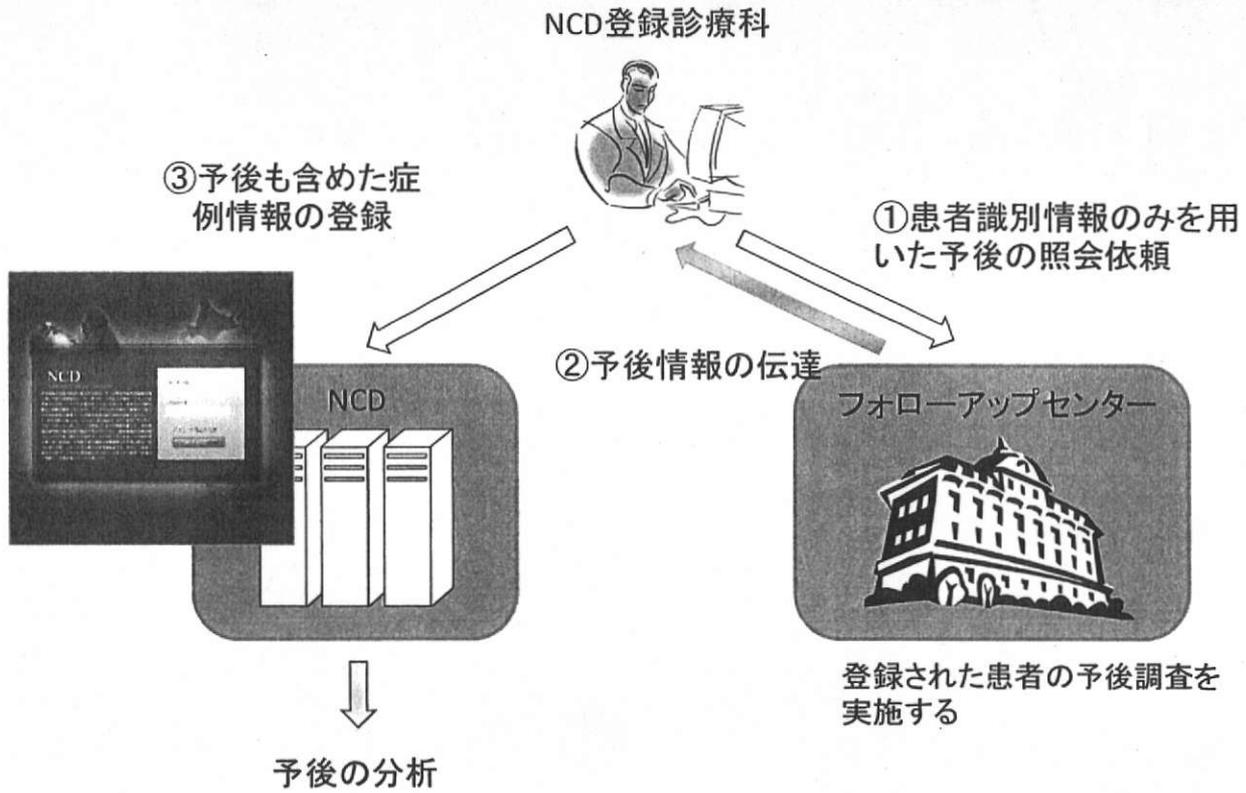
参加者側の手続き

本事業における倫理審査(参加施設)

参加施設は下記のうち、いずれかを選んで実施する



OPT-OUT: いずれの場合も、患者さん向け資料を参加施設診療科のウェブサイトへの掲載、ポスターによる周知をしていただく。



次期がん対策推進基本計画の全体構成（案）

（赤字が現行の基本計画からの修正箇所）

はじめに

1. これまでの取組
2. がんをめぐる現状
3. 今後の展開

第1 基本方針

1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

第2 重点的に取り組むべき課題（→協議会の議論を踏まえて策定）

1. （P）放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成
2. （P）治療の初期段階からの緩和ケアの実施
3. （P）がん登録の推進

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. 目標及びその達成時期の考え方
2. 全体目標（→「重点的に取り組むべき課題」等を踏まえて策定）
 - （1）がんによる死亡者の減少
 - （2）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
3. 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標
 - （1）がん医療
 - ① 放射線療法、化学療法及び手術療法のさらなる充実並びに医療従事者の育成
 - ② 緩和ケア
 - ③ 地域連携と在宅医療
 - ④ 診療ガイドラインの作成
 - ⑤ 医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組
 - ⑥ その他
 - （2）医療機関の整備等
 - （3）がん医療に関する相談支援及び情報提供

- (4) がん登録
- (5) がんの予防
- (6) がんの早期発見
- (7) がん研究
- (8) 小児がん
- (9) がんの教育
- (10) がん患者の就労を含む社会的な問題

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
- 2. 都道府県による都道府県計画の策定
- 3. 関係者等の意見の把握
- 4. がん患者を含めた国民等の努力
- 5. 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価がん対策全体を評価する指標の策定
- 7. 基本計画の見直し

次期がん対策推進基本計画の骨子（案）

（緩和ケア、地域連携と在宅医療、医療機関の整備等、がんに関する相談支援及び情報提供、がん登録、小児がん、がんの教育）

（１）－② 緩和ケア

（現状）

- がん対策推進基本計画（平成19年6月）の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）を中心として、緩和ケア研修や緩和ケアチームの整備の他、がん対策のための戦略研究の中で緩和ケアの地域連携についても取り組まれてきた。
- 全国388の拠点病院に緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する基本的な緩和ケア研修会を開催し、平成23年3月現在、2万8千人が修了している。

（課題）

- がん診療に携わる医師だけでなく、他の医療従事者についても基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築が必要。
- がんと診断された時から緩和ケアを実施するため、緩和ケアの提供体制を構築するだけでなく、すべての患者が緩和ケアを受けられるよう、日常のがん診療に緩和ケアを組み込むことが必要。
- 患者・家族、さらに遺族が必要な時に緩和ケアを受けられるよう、地域連携の推進を含む緩和ケアの環境整備が必要。
- 緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制が不十分。
- 医療に携わることを目指す学生に緩和ケアに関する卒前教育を履修させる等、早期からの緩和ケア教育が必要。

（目指すべき方向）

- 患者・家族、さらに遺族が必要な時に緩和ケアを受けられるよう、がん医療に携わる医師だけでなく、他の医療従事者についても基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築を目指す。また、医療従事者はこうした緩和ケア研修を受講するようことが望ましい。
- 患者が地域において切れ目なく緩和ケアを受けられよう、緩和ケアに関する相談体制の強化、在宅緩和ケアを提供できる医療機関との連携、さらに急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受け入れ施設の整備等を進める。

- 拠点病院においては、精神腫瘍医の配置、がん看護の専門・認定看護師の適正配置等を通じて、緩和ケア外来をより機能的にするとともに、緩和ケアの質の向上に向けた取組が必要である。
- 国民や医療従事者に対して、診断時から緩和ケアが必要であることを普及啓発する。
- 医療従事者に対する早期からの緩和ケア教育のみならず、将来的には、大学等の教育機関においても、実習を含めた緩和ケアの教育プログラムの策定を検討する。
- 医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置する。

(1) ー③ 地域連携と在宅医療

(現状と課題)

- 施設中心の医療から生活の場において必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。しかしながら、在宅医療に必要な医療資源が限られていることもあり、継続的に在宅医療を提供できる体制が整っていない。
- がん医療の均てん化を目的に、地域における医療連携のツールとして、拠点病院の52.8%で地域連携クリティカルパスが整備されているが(平成22年10月時点)、多くの地域において地域連携クリティカルパスが十分に機能していない。
- がん患者や独居の高齢者世帯が増加し、在宅医療・介護サービスへのニーズが高まる中、医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、より早期から在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供されるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療・介護を担う医療福祉従事者等の育成が必要となるが、育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者の身体管理についてはよりきめ細かな知識と技術の習得が必要である。さらに、市町村等においても、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が必要である。

(目指すべき方向)

- 患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や

創意を取り入れ、多様な主体が役割分担のもと参加する、地域完結型のがん医療・介護サービスを提供できる体制の整備とそれに必要な人材育成を進める。

- 地域連携クリティカルパスについては、患者や医療関係者にとってどのような利点があるのか明確にし、適切な評価方法も含めて実際に活用できるような環境整備が必要である。また、患者・家族が安心して地域の医療機関にかかることができるよう、緊急時の受け入れ体制などを確保した地域連携クリティカルパスを活用することが望ましい。
- 地域の特性を踏まえた上で、拠点病院においては、がん患者固有の問題に対してきめ細かく対応できるよう、在宅緩和ケアを提供できる医療機関等とも連携して、患者・家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた医療・サービスを受けられる体制を実現することが期待される。

(2) 医療機関の整備等

(現状)

- がん患者がその居住する地域に関わらず等しく科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。
- 拠点病院数は現在388。2次医療圏に対する拠点病院の整備率は67% (234/349)。

(課題)

- 拠点病院間に診療実績の格差があるとともに、そうした情報がわかりやすく国民に示されていない。
- 2次医療圏に原則1つとされているため、すでに同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、拠点病院と同等またはそれ以上の診療を提供していても指定することができない。
- 国指定の拠点病院に加え、県が独自の要件に従って拠点病院等を指定しており、患者にとってわかりにくい。

(目指すべき方向)

- 患者が住み慣れた場で、安心してがん医療を受けられるよう、緩和ケアや外来化学療法など特に均てん化すべき医療・サービスを明確にした上で、特に拠点病院の整備されていない地域において、地域の医療機関

等が役割分担し、これらの医療・サービスを確実に提供できるような環境を整備する。

- 国・県の指定する拠点病院等が提供する医療・サービスや診療実績、地域の連携体制、在宅医療・サービス提供施設、各施設の専門分野等について既存のデータを活用し、国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん情報センター」という。）、地方自治体、拠点病院の相談支援センター等を通じて国民に分かりやすく情報提供する。

(3) がんに関する相談支援及び情報提供

(現状)

- 主に患者や家族のがんに対する不安や疑問に応えるため拠点病院を中心に相談支援センターが設置されている。
- がん情報センターにおいては、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や「患者必携」の出版等、相談支援及び情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。
- 他にも、NPOや学会、企業等の民間を中心として、相談支援や情報提供に係る取組も広がりつつある。

(課題)

- 医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者・家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっている。
- 相談支援センターの実績や体制に差がみられ、相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念される。
- 相談に対応可能な人員が限られている一方、患者・家族の多様なニーズに応えるため、最新の情報を正確に提供し、精神的にも患者・家族を支えることのできる体制が求められている。

(目指すべき方向)

- より多くの人々が相談支援センターを活用し、相談支援センターの質を向上させるため、相談支援センターの人員確保に引き続き努めるとともに、院内・院外において広報を進め、相談支援センター間での情報共有や相談者からのフィードバックなどを通じて、相談支援の質の向上に努める。
- がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、医療機関

や行政等においては、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに拡大することが望ましい。

- 患者・家族のニーズが多様化している中、必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応するため、国・地方自治体・拠点病院の各レベルにおいてどのような情報提供及び相談支援をすることが適切か明確にし、より効率的・効果的な体制構築を進める。
- がん情報センターにおいては、引き続き相談員の研修や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや地域における医療機関の状況等についてもよりわかりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担うことが期待される。

(4) がん登録

(現状)

- 地域がん登録は45道府県において実施されている。平成24年度中に全都道府県が実施する予定。また、「地域がん登録への積極的な協力」が拠点病院の指定要件となっている。
- 院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23年5月、がん情報センターが病院別の拠点病院の院内がん登録情報を初めて公開した。

(課題)

- 医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分。
- 現行制度において、予後情報を得ることは困難またはその作業が過剰な負担となっている。
- 地域がん登録は各都道府県の事業であるため、院内がん登録データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護条例などの点においてばらつきがみられる。
- 国の役割が不明確。
- 上記理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいない。

(目指すべき方向)

- がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基

礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策を実施するとともに、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。さらに、将来的には検診等既存のデータと組み合わせることによってさらに詳細にがんに関する現状を分析し、効果的ながん対策につながることを期待される。

- がん登録をさらに充実させるに当たってはまず、がん患者を含めた国民の理解が必要であることから、その意義と内容について、広く周知を図ることが必要である。
- がん情報センターにおいては、拠点病院等への研修、データの解析・発信、がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関はがん登録に必要な人材を確保するよう努める。
- がん登録の精度を向上させるためには、患者の個人情報を保護しつつ、全国統一的に制度を運用し、国の継続的な関与を明確にすることが必要である。将来的には法制化することも視野に入れ、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目指す。

(8) 小児がん

(現状)

- 「がん」は小児の病死原因の第1位であり、小児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症する多種多様ながん種からなる。
- 小児がんの年間患者数は2000-2500人と少ない一方、小児がんを扱う施設は約200程度と推定されており、症例が散在している。
- 強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、日常生活や就学・就労に支障を来すこともある。

(課題)

- 各地の医療機関に患者が散在しているため、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- 小児から思春期、若年成人にまで発症するため、患者の教育環境や自立に向けた支援、家族への配慮が必要である。
- 小児がんに関しては、現状を示すデータも限られており、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体

制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

(目指すべき方向)

- 小児がんについては、これまでのがん対策においても政策的に遅れており、小児がん固有の現状と課題を踏まえ検討した上で、成人がんに対する施策に加えて新たな取組が必要。
- 小児がん患者や家族が長期に渡って安心して適切な医療・サービスを受けられるよう、小児がん拠点病院（仮称）を整備し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者・家族に対する心理社会的な支援、適切な療育環境、地域医療機関を含めた研修の実施、患者・家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の構築を推進する。
- 患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、また一方で、患者が発育の時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療・サービスを受けられるよう、小児がん拠点病院を中心として他の医療機関等との役割分担と連携を進める。さらに、小児がん経験者の自立に向けた支援についても検討する。
- 小児がんに関する情報は成人がんに比べて乏しく、小児がん患者・家族、経験者、医療従事者等への情報提供も求められている。小児がんに関する情報を集約・発信し、コールセンター等による相談支援体制、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う機関のあり方について今後検討を進める。

(9) がんの教育

(現状)

- がんに関する普及啓発は、例えば「がん検診50%集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターによる「患者必携」の出版、拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。
- さらに、健康については子どもの頃から学ぶことが重要であり、学習指導要領においても健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。

(課題)

- 普及啓発や教育について様々な取組がなされているものの、未だがん

検診の受診率は約3割、喫煙率は近年横ばいであり、がんに対する正しい知識と認識が必ずしも普及していない可能性がある。

- 患者・家族ががんに関する正しい知識を身につけることのみならず、職域におけるがんの普及啓発・がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治験に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(目指すべき方向)

- 子どもの時から健康について学び、自らの健康を適切に管理し、病気に対する正しい知識と認識を持つことが重要。健康教育全体の中で「がん」をどのように教育すべきか検討し、子どもががんを身近に感じられるよう、がん患者や経験者、その家族、がん医療の専門家の協力を得るなど指導方法を工夫し、がんを正しく理解し、がん患者に対しても正しい認識を持つことが必要である。
- 国民に対するがんの普及啓発活動をさらに進める。
(がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを受け止め、向かい合うためには、国民ががんに対する正しい知識と認識を持ち、がんに対する理解を深めることが必要。)
- がん患者・家族等が病状や治療の選択肢等について学ぶことのできる環境を整備する。
(がんと診断された者ががんを受け止め向き合うためには、医療者や周りの人と十分に話し合い、自分の病状、治療の選択肢等を理解することが重要。また、患者家族は、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支えるためにはどのような方法があるか理解することが必要。)

平成23年11月21日

(別添)

厚生労働大臣
小宮山 洋子 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長
門田 守人

平成24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24年度診療報酬改定に向けた検討については、中央社会保険医療協議会(中医協)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ります。今般、がん対策推進協議会において、「平成23年度 がん対策に向けた提案書 ～みんなで作るがん政策～」及びがん対策推進協議会委員からの意見を踏まえ、がん対策を推進するために評価すべき事項について別添のとおり取りまとめましたので、平成24年度診療報酬改定に向け検討並びに配慮するよう要望いたします。

1. がん対策全般

(1) がん医療の質の評価

① 施策の必要性

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 施策の概要

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセスやがん治療施設としてのストラクチャーについて第三者評価を受けている施設を診療報酬により評価する。さらに、プロセス指標やアウトカム指標に関する情報(クリニカル・インディケータ)を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な組織としてのインフォメーションセンター/ベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。

2. がん計画の進捗・評価

(1) がん医療の質の見える化

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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する。

3. 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

(1) 放射線療法の推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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う。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をする。

(2) 化学療法とチーム医療の推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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、さらなる評価を行う。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）管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理について、新たに評価を行う。

(3) 入院および外来化学療法の推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

入院化学療法についても、十分な評価を行う。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する。

(4) がんにおける診療項目の評価

① 施策の必要性

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、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

② 施策の概要

専門医が配置され、質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法において専門性の高い手技を細分化して点数を加算することについて、新たに評価する。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する。

(5) 高度医療

① 施策の必要性

高度医療は、保険適用でない薬剤や医療技術を、医学の高度化やニーズに従って安全かつ低負担で行うことを趣旨としている制度であるが、申請件数が多い中でハードルも高く、その趣旨が十分に活かされていない。

② 施策の概要

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

4. 緩和ケア

(1) 緩和ケア診療加算

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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

拡大する。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る。

(2) 緩和ケア研修修了者の配置

① 施策の必要性

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 施策の概要

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する。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ

① 施設の必要性

緩和薬物療法においては、患者の苦痛を取り除くために、必要かつ適正な投与量を確保することが必要であるが、DPCのために医療機関が赤字を強いられる場合が生じる。また、緩和ケア病床に長時間の待ち期間が発生しており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。

② 施策の概要

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

5. 在宅医療（在宅緩和ケア）

(1) 在宅医療の充実

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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る。また、医療機関が終末期がん患者の緊急入院の受け入ること、およびそのために空床を確保することに対して、診療報酬にて評価する。

(2) 在宅医療ネットワークの構築

① 施策の必要性

病院と在宅療養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、在宅地域連携クリティカル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。

② 施策の概要

病院と在宅療養支援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する。

(3) 医療と介護の連携

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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る。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成

① 施策の必要性

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 施策の概要

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する。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する。

6. 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

(1) DPC データや臨床指標の開示

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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る。

(2) 診療ガイドラインの推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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する。

(3) セカンドオピニオンの推進

① 施策の必要性

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 施策の概要

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る。

7. がん医療の安全性

(1) がん医療における事故防止対策

① 施策の必要性

がん医療は高いリスクを伴うものが多いため、インシデントやアクシデントの情報を収集して、診療体制の整備やマニュアルの整備などのシステムの改善や、モノの改善などによりがん医療の安全性を高めるために積極的に活用すべきである。

② 施策の概要

安全ながん治療の提供や医療事故防止のため、がん医療の安全に関する、警鐘的でありかつ全国的に共有すべきと考えられる事例を外部組織に報告し、公表している病院を評価する。

8. 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

(1) 地域連携とその他の連携

① 施策の必要性

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、策定・運用のために必要な調整にかかる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。

② 施策の概要

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る。また、いわゆる病病連携や薬薬連携、そして面的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る。

(2) がん診療体制の充実に応じた評価

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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、評価する。

(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

① 施策の必要性

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 施策の概要

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する。

9. がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 相談支援センターの充実

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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を取り入れる。

(2) 相談支援センターと患者団体の連携

① 施策の必要性

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 施策の概要

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（メディカルソーシャルワーカー）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する。

10. がん登録

(1) がん登録に関わる職員の配置

① 施策の必要性

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、他の医療従事者ががん登録に係る負担が及んでいる。

② 施策の概要

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する。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する。

(2) 地域・院内がん登録

① 施策の必要性

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仕組みが確立していないため、データが不正確であり、がん登録全体の正確さにマイナスの影響を与えている。

② 施策の概要

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。

1.1. がんの予防

(1) たばこ依存への治療と禁煙対策

① 施策の必要性

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 施策の概要

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・強化をする。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する。

1.2. がん研究

(1) 高度医療への対応

① 施策の必要性

高度医療は、保険適用でない薬剤や医療技術を、医学の高度化やニーズに従って安全かつ低負担で行うことを趣旨としている制度であるが、申請件数が多い中でハードルも高く、その趣旨が十分に活かされていない。

② 施策の概要

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。

1.3. 疾病別（がんの種類別）の対策

(1) 小児がんと希少がん

① 施策の必要性

小児がんや希少がんなど、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。

② 施策の概要

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、さらなる加算をする。

(2) 長期生存者のフォローアップ

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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る。

(3) リンパ浮腫

① 施策の必要性

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 施策の概要

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する。

(4) 小児がん（特に放射線治療について）

① 施策の必要性

小児がんの症例は少ないことに加えて、放射線治療は、言い聞かせや静脈麻酔による鎮静が必要であり、成人に比べて数倍の時間と人手を要すること、また対象が小さい上に晩期合併症のリスクが高いため、より制度の高い器機や技術が必要だが、保険診療においてそれに見合った診療報酬となっておらず、小児は最新の放射線治療から排除される傾向にある。

② 施策の概要

小児がんの放射線治療について、年間症例数が少ないことに鑑みて、年間 100 例を超えなくても、診療報酬点数が 7 割に目減りしないよう、必要な治療件数等、診療報酬の見直しを行う。

さらに、小児がんの放射線治療を適切に実施できるようにするため、保険診療報酬上の加算を検討する。