

第43回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成26年4月23日（水）

10：00～12：00

場 所：厚生労働省22階第14会議室

議 事 次 第

- 1 開 会
- 2 議 題
 - (1) 今後のがん対策の方向性について
 - (2) がん対策の評価指標について
 - (3) これまでのがん対策の進捗について
 - (4) その他
- 3 その他

【資 料】

資料1 がん対策推進協議会委員名簿

資料2 社会保障制度改革国民会議報告書の意味するところと今後の医療・介護政策

(遠藤参考人御提出資料)

資料3 がん対策の評価指標について

資料3-1 「策定指標の報告と測定法」(若尾参考人御提出資料)

資料3-2 「緩和ケア分野の策定指標と緩和ケアの変化に関するインタビュー調査実施状況」

(加藤参考人御提出資料)

資料3-3 「厚生労働科学研究(指定研究：細川班)計画と経過報告」

(細川委員御提出資料)

資料4 がん対策推進基本計画に基づいた主ながん対策の進捗状況について(案)

(事務局提出資料)

参考資料1 がん対策推進基本計画

参考資料2 社会保障制度改革国民会議報告書

参考資料3 がん研究10か年戦略

第43回 がん対策推進協議会 座席表

日時 : 平成26年4月23日(水) 10:00~12:00

場所 : 厚生労働省 22階 第14会議室 (東京都千代田区霞ヶ関1-2-2)

速記

濱本 委員
西山 委員
門田 会長
阿南 委員
石井 委員

細川 委員
堀田 委員
道永 委員
湯澤 委員
遠藤参考人
加藤参考人
若尾参考人
事務局
事務局

上田 委員
大江 委員
緒方 委員
川本 委員
工藤 委員
佐々木 委員
中川 委員
永山 委員

経済産業省
商務情報政策局
医療・福祉機器産業室長

経済産業省商務情報政策局
生物化学産業課長
文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課長
(代理 学校保健対策専門官)
文部科学省 研究振興局
先端医科学研究企画官
文部科学省 研究振興局
研究振興戦略官
大臣官房審議官
(がん対策担当)
健康局長
がん対策・健康増進課長
がん対策推進官

事務局

(傍聴席)

出入口

がん対策推進協議会委員名簿

| 氏名 | 所属・役職 |
|----------------------------|---|
| ア ナ ミ リ エ 阿 南 里 恵 | 公益財団法人日本対がん協会企画事業担当 |
| イ ケ ダ ケ イ テ 池 田 恵 一 | 静岡県立こども病院血液腫瘍科親の会「ほほえみの会」代表 |
| イ シ イ エ イ テ 石 井 榮 一 | 愛媛大学大学院医学系研究科小児科学講座教授 |
| ウ エ タ リ ユ ウ ソ ウ 上 田 龍 三 | 愛知医科大学医学部腫瘍免疫寄附講座教授 |
| オ オ エ ユ ウ イ チ ロ ウ 大江 裕 一 郎 | 独立行政法人国立がん研究センター東病院副院長（教育・研究担当）呼吸器内科 呼吸器内科長、患者・家族支援相談室長 |
| オ ガ タ マ サ ヌ 緒 方 真 子 | 神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表 |
| カ フ モ ト リ エ ヌ 川 本 利 恵 子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 |
| ク ド ウ ケ イ ヌ 工 藤 恵 子 | 秋田県がん患者団体連絡協議会「きぼうの虹」事務局長 |
| サ サ キ ア ツ 佐 々 木 淳 | 宮城県保健福祉部次長 |
| ナ イ ト ウ い づ み 内 藤 い づ み | ふじ内科クリニック院長 |
| ナ カ ガ ワ ケ イ テ 中 川 恵 一 | 東京大学医学部附属病院放射線科准教授 |
| ナ ガ ヤ マ エ ツ ヌ 永 山 悦 子 | 毎日新聞社科学環境部副部長兼医療情報室次長 |
| ニ シ ヤ マ マ サ ヒ コ 西 山 正 彦 | 国立大学法人群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍制御学講座 病態腫瘍薬理学分野教授 |
| ノ ダ テ ツ オ 野 田 哲 生 | 公益財団法人がん研究会がん研究所所長 |
| ハ マ モ ト マ キ 濱 本 満 紀 | 特定非営利活動法人がんと共に生きる会副理事長 |
| ホ ソ カ ワ ト ヨ シ 細 川 豊 史 | 京都府立医科大学附属病院疼痛緩和医療部部長 |
| ホ ッ タ ト モ ミ ツ 堀 田 知 光 | 独立行政法人国立がん研究センター理事長 |
| ミ チ ナ ガ マ リ 道 永 麻 里 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| モンデン モリト 門 田 守 人 | 公益財団法人がん研究会有明病院院長 |
| ユザワ ヒロミ 湯 澤 洋 美 | 株式会社足利銀行人事部業務役 |

◎…会長 ○…会長代理

(50音順、敬称略)

社会保障制度改革国民会議報告書の意味 するところと今後の医療・介護政策

遠藤参考人御提出資料

社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月: 社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)。
- 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)。

社会保障と税の一体改革の経緯②

平成24年2月17日：社会保障・税一体改革大綱閣議決定



- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



社会保障制度改革推進法（自民党が主導し、民主党・公明党との3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

税制抜本改革法（消費税率の引上げ） 子ども・子育て支援関連3法 年金関連4法

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ



社会保障制度改革国民会議（委員は15名の有識者により構成（会長：清家篤 慶應義塾長））

- 改革推進法により設置され、20回にわたり議論。
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。

10月15日：社会保障改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定。
- 改革推進体制の整備等について規定。

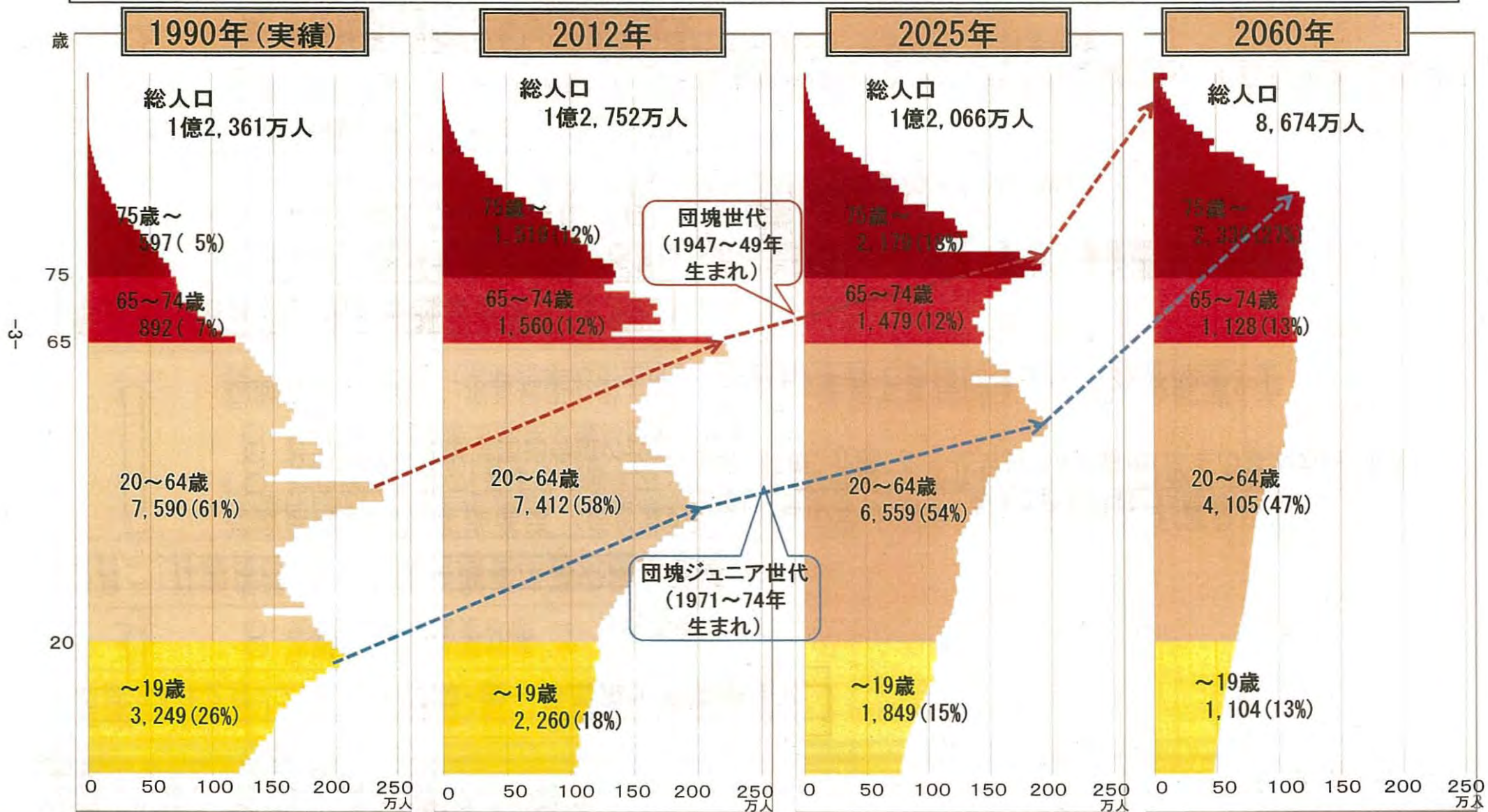
12月5日：社会保障改革プログラム法成立、同13日：公布・施行



今年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

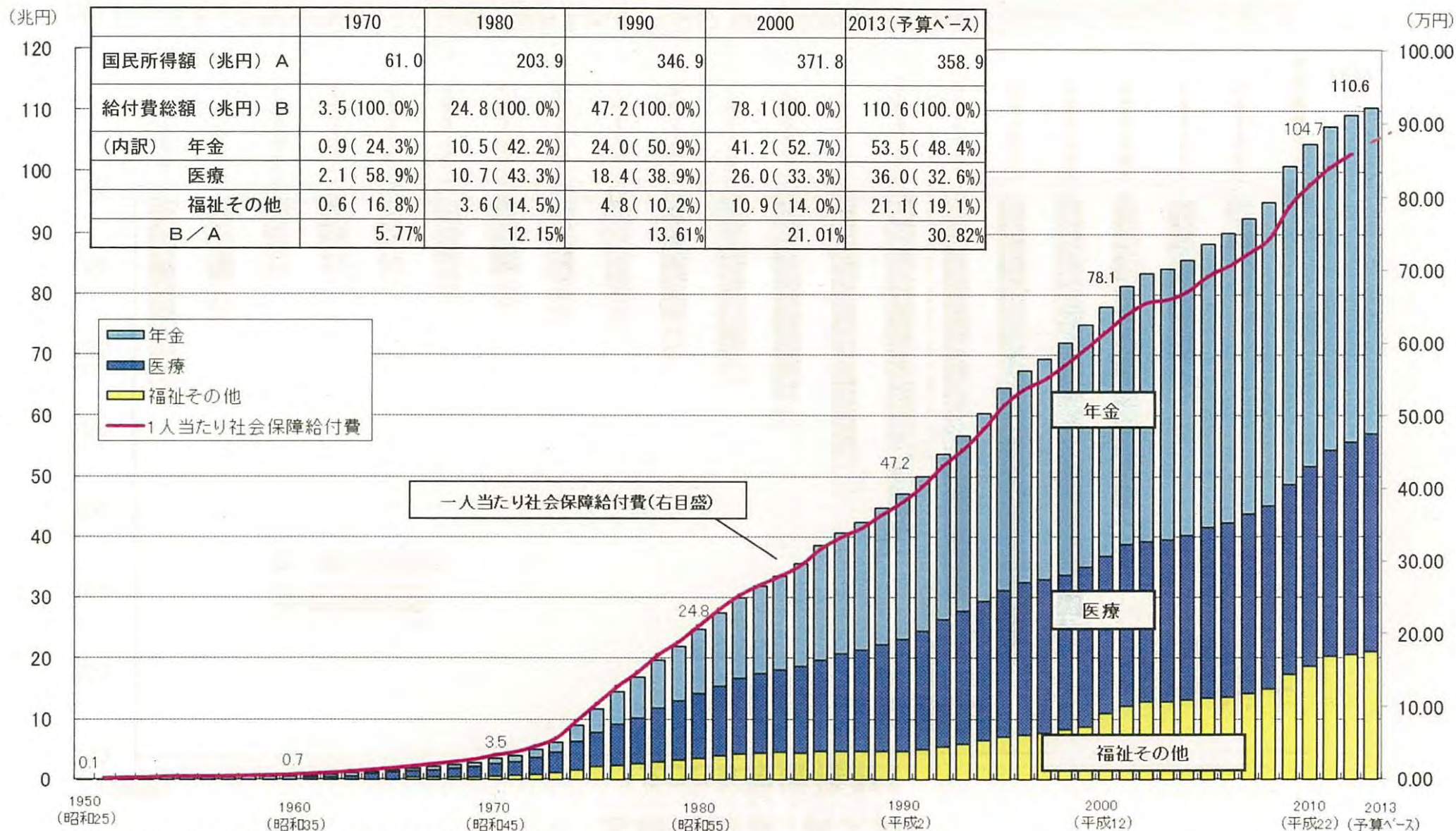
日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



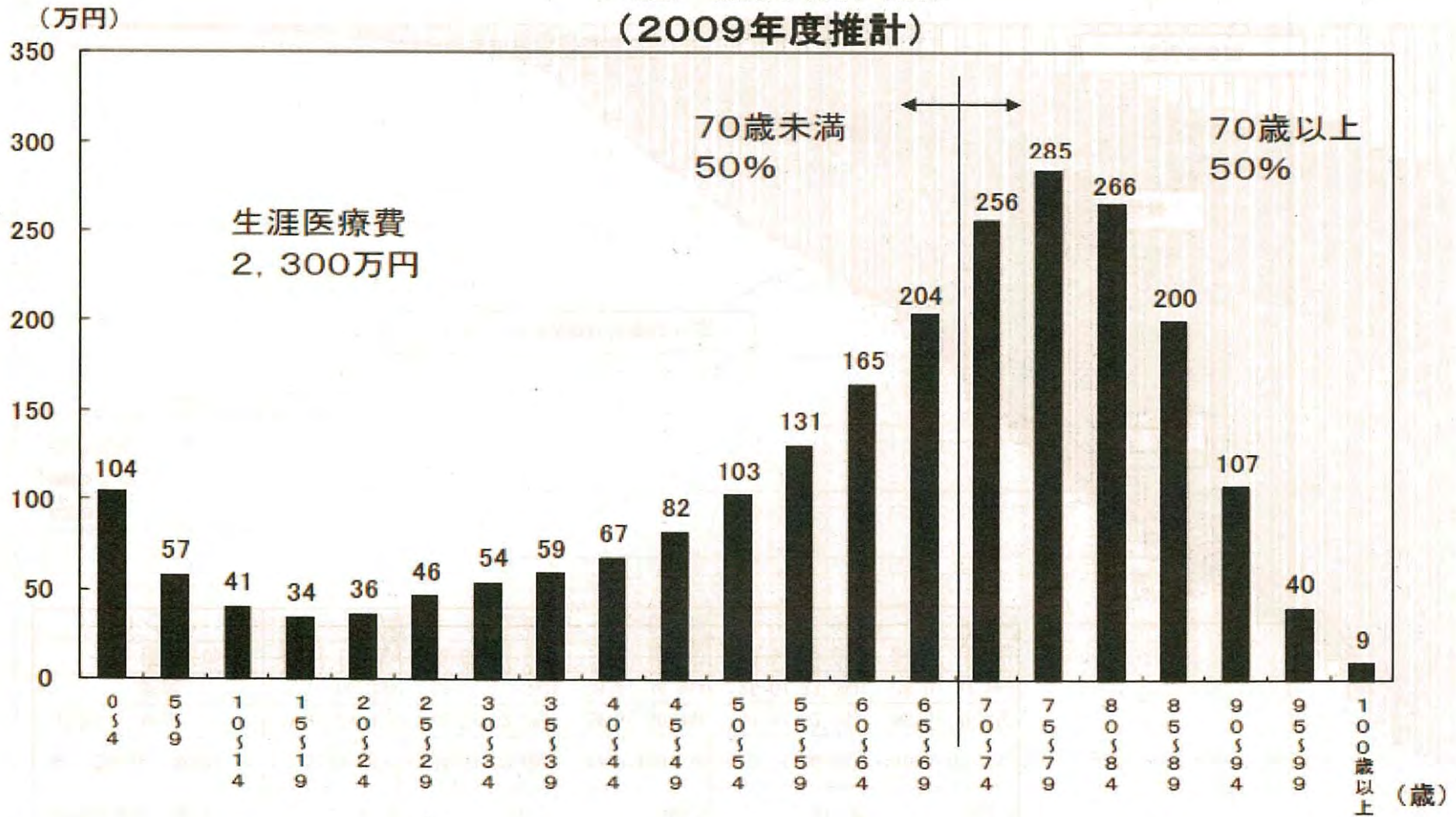
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成23年度社会保障費用統計」、2012年度、2013年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
2013年度の国民所得額は「平成25年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成25年2月28日閣議決定)」
(注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2013年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

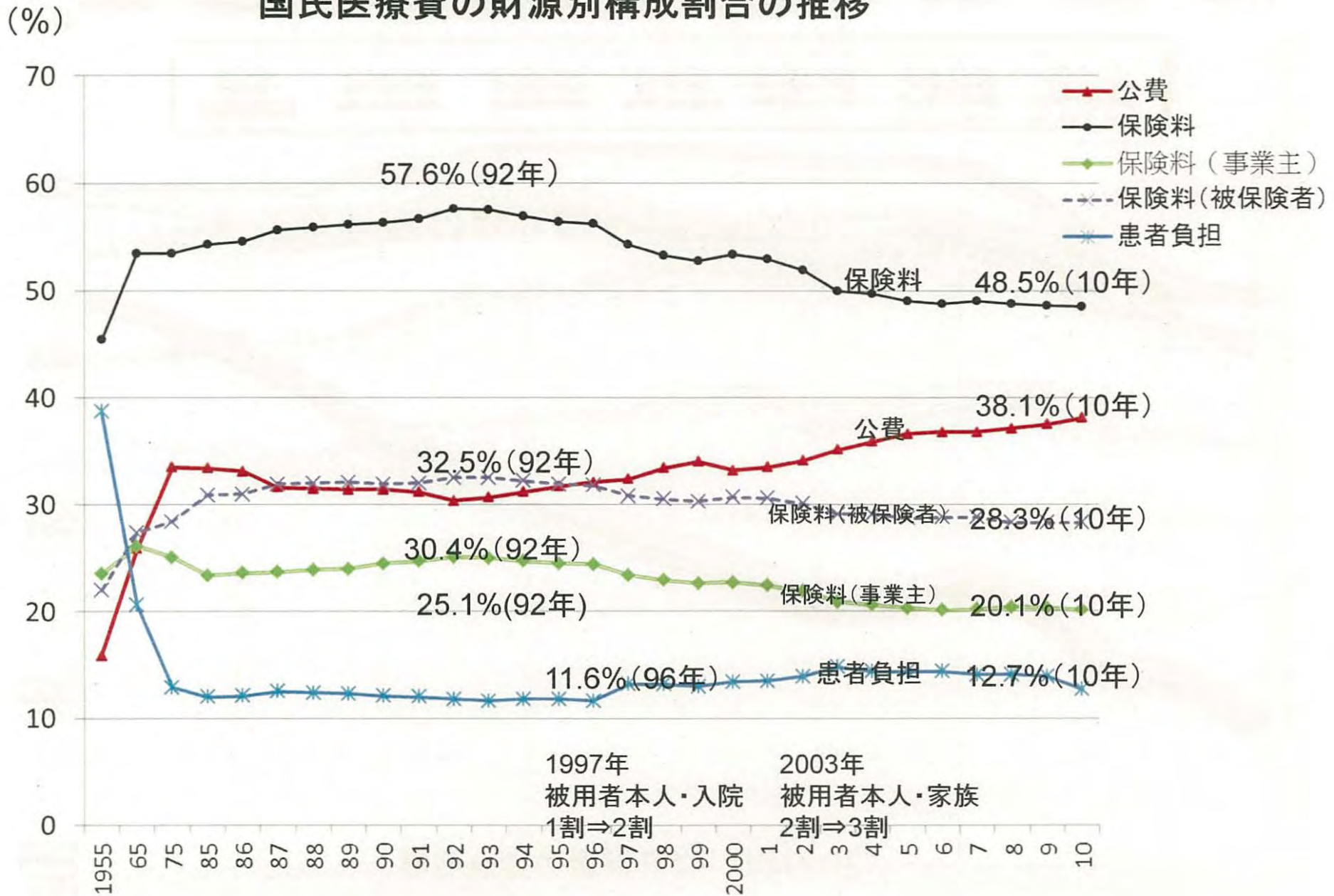
生涯医療費(男女計) (2009年度推計)



(注) 2009年度の年齢階級別一人当たり国民医療費をもとに、平成21年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

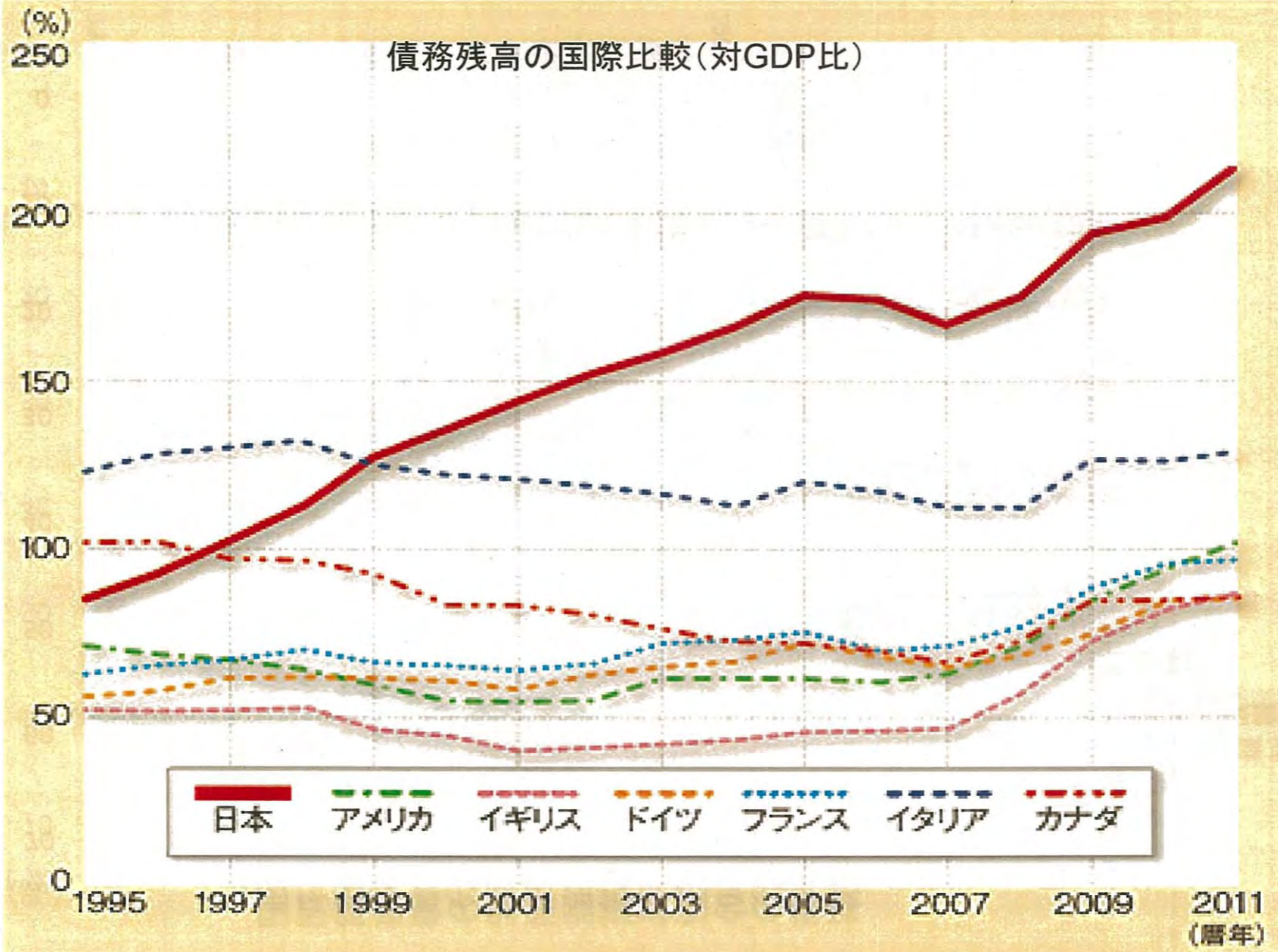
出典 厚生労働省

国民医療費の財源別構成割合の推移



厚生労働省「国民医療費の概況」より作成

-7-



社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(抜粋)

第1部 社会保障制度改革の全体像

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

(1) 自助・共助・公助の最適な組合せ

- 日本の社会保障は、「自助を基本としつつ、自助の共同化としての共助(＝社会保障制度)が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み」が基本。

自助・共助・公助の最適な組合せ

- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助：・介護保険・医療保険の自己負担部分
・市場サービスの購入
・自身や家族による対応

互助：・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み

共助：・介護保険・医療保険制度による給付

公助：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（抜粋）

(2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制

- 現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄うことが必要であり、「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことにより、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすることが必要。

- すべての世代に安心感と納得感の得られる、「全世代型」の社会保障制度に転換を図る。そして、社会保障制度を将来の世代にしっかり伝える。

超高齢社会へ

家族・地域の支え合い機能の低下

雇用の不安定化

社会経済情勢の変容

社会保障の機能の充実と、財源確保及び給付の重点化・効率化による安定化

持続可能な
社会保障の構築



子ども・子育て支援策の充実等、若い人々の希望につながる投資を積極的実施

若い人々も納得して
社会保障制度に積極的参加



年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う

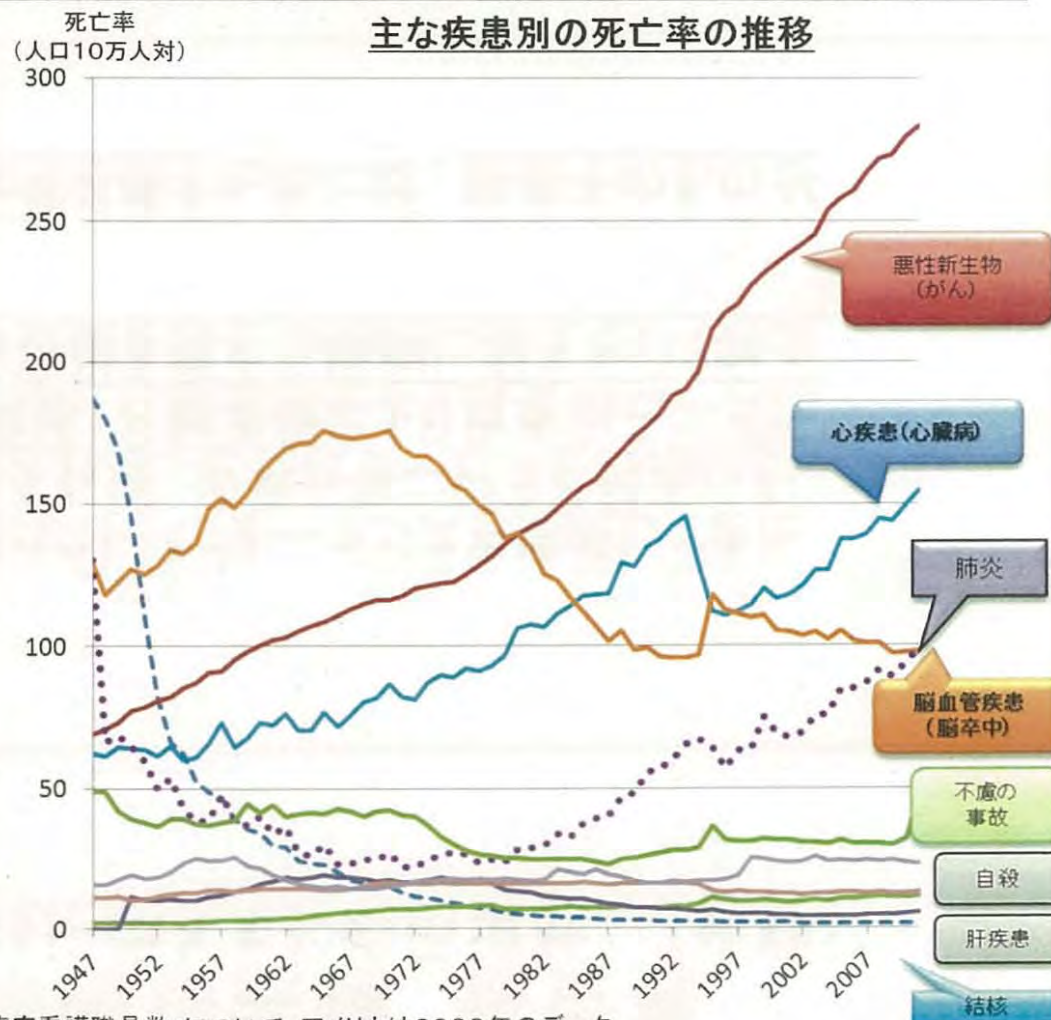
すべての世代が相互に支え合い、必要な財源を確保



必要な時に、必要な医療・介護サービスを受けられる社会へ

- 日本の医療を見てみると、人口当たりの病床(ベッド)数は他国よりも多く、特にベッド当たりの医師数は相当低い水準となっている。
- 高齢化の進展により、医療ニーズが、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

| 国名 | 平均在院日数 | 人口千人当たり病床数 | 病床百床当たり臨床医師数 | 人口千人当たり臨床医師数 | 病床百床当たり臨床看護職員数 | 人口千人当たり臨床看護職員数 |
|------|----------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| 日本 | 32.5 (18.2) | 13.6 | 16.4 | 2.2 | 74.3 | 10.1 |
| ドイツ | 9.6 (7.3) | 8.3 | 45.2 | 3.7 | 136.7 | 11.3 |
| フランス | 12.7 (5.2) | 6.4 | #50.9 | #3.3 | #131.5 | #8.5 |
| イギリス | 7.7 (6.6) | 3.0 | 91.8 | 2.7 | 324.7 | 9.6 |
| アメリカ | 6.2 (5.4) | 3.1 | 79.4 | 2.4 | #350.8 | #11.0 |



(出典):「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(抜粋)

(2) 医療問題の日本的特徴

- 日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたが、多額の公的債務があることを踏まえれば、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要。
- 日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない。

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（抜粋）

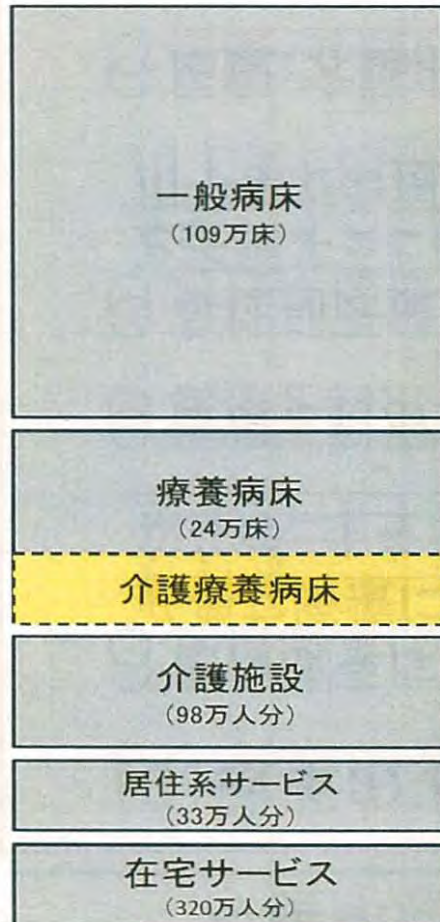
(3)改革の方向性

- 医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるもの。「必要なときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須。
- 医療を利用するすべての国民の協力と国民の意識の変化が求められる。
- 急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までの提供者間のネットワーク化は必要不可欠。
- 医療・介護の在り方を地域毎に考えていく「ご当地医療」が必要。
- QOLを高め、社会の支え手を増やす観点から、健康の維持増進・疾病の予防に取り組むべき。ICTを活用してレセプト等データを分析し、疾病予防を促進。

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

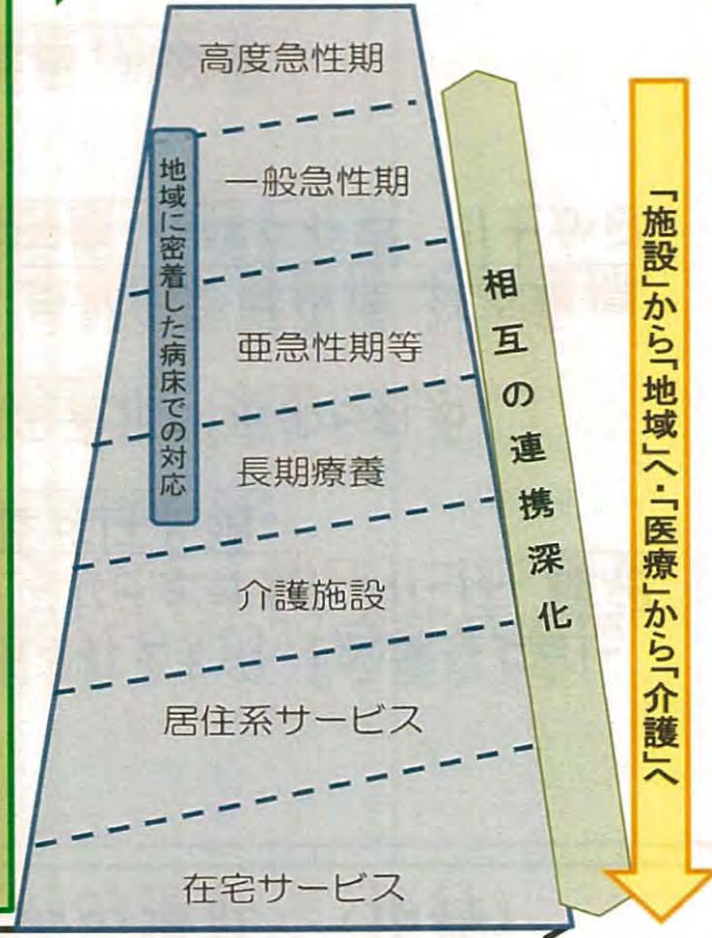
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

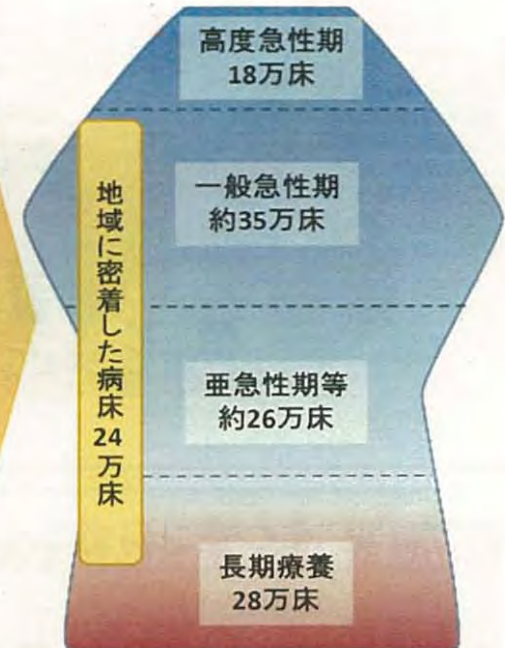
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>

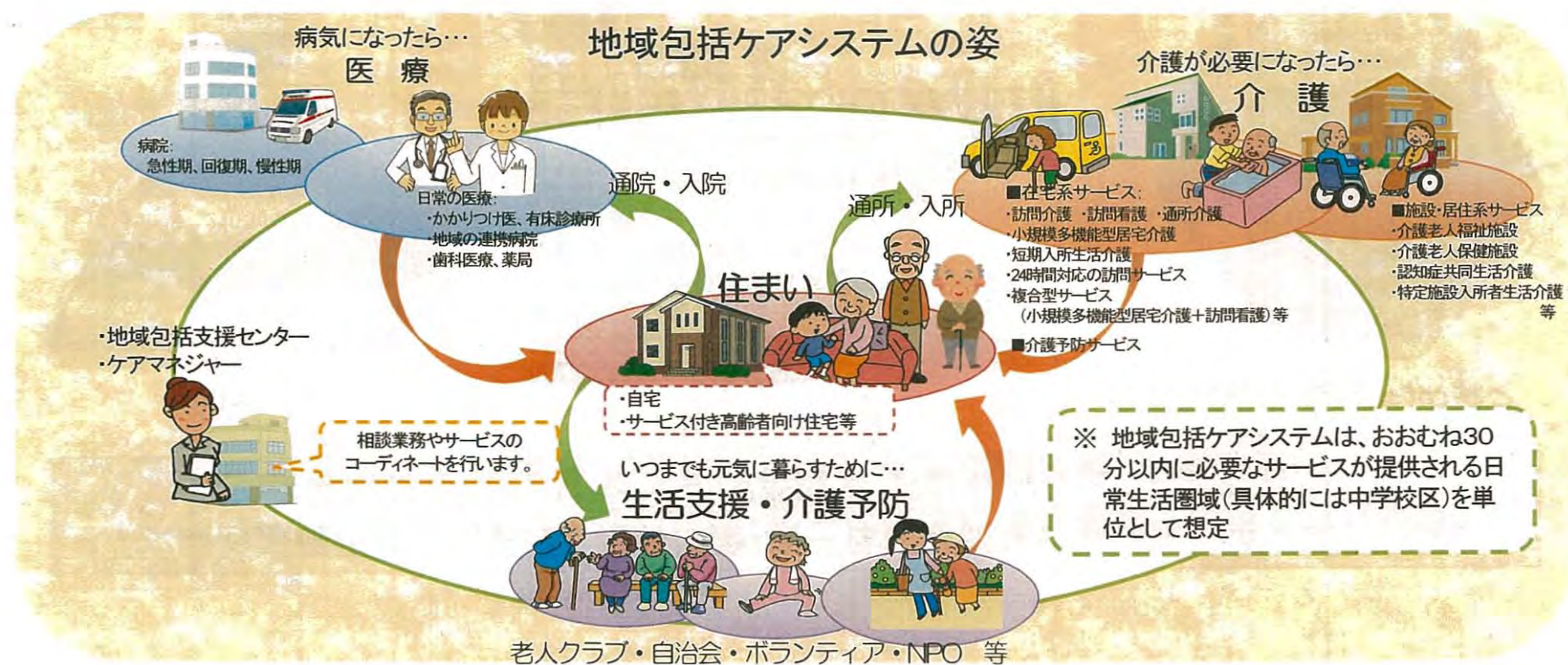


外来医療

在宅医療

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

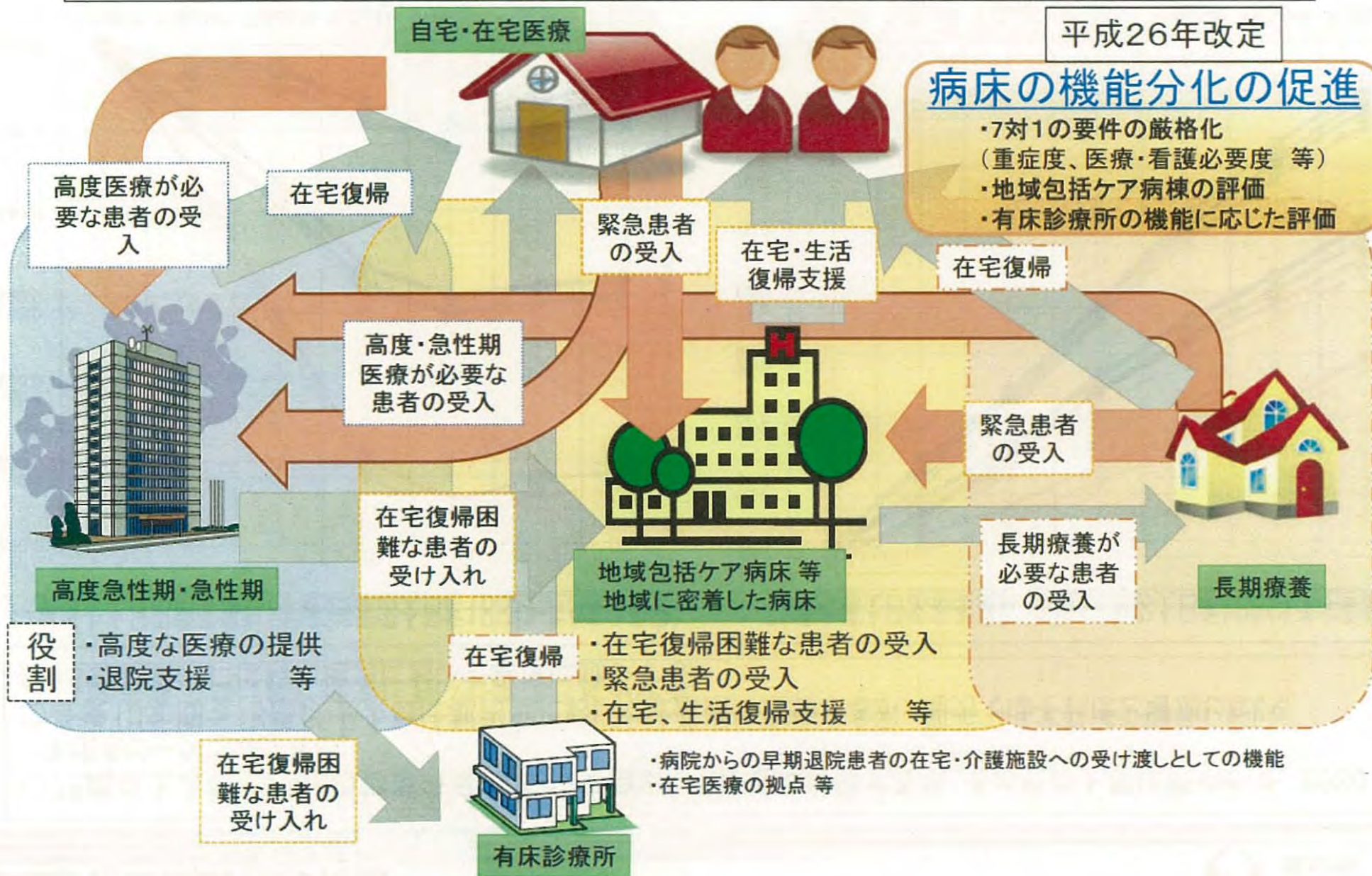


1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

病床の機能分化の促進

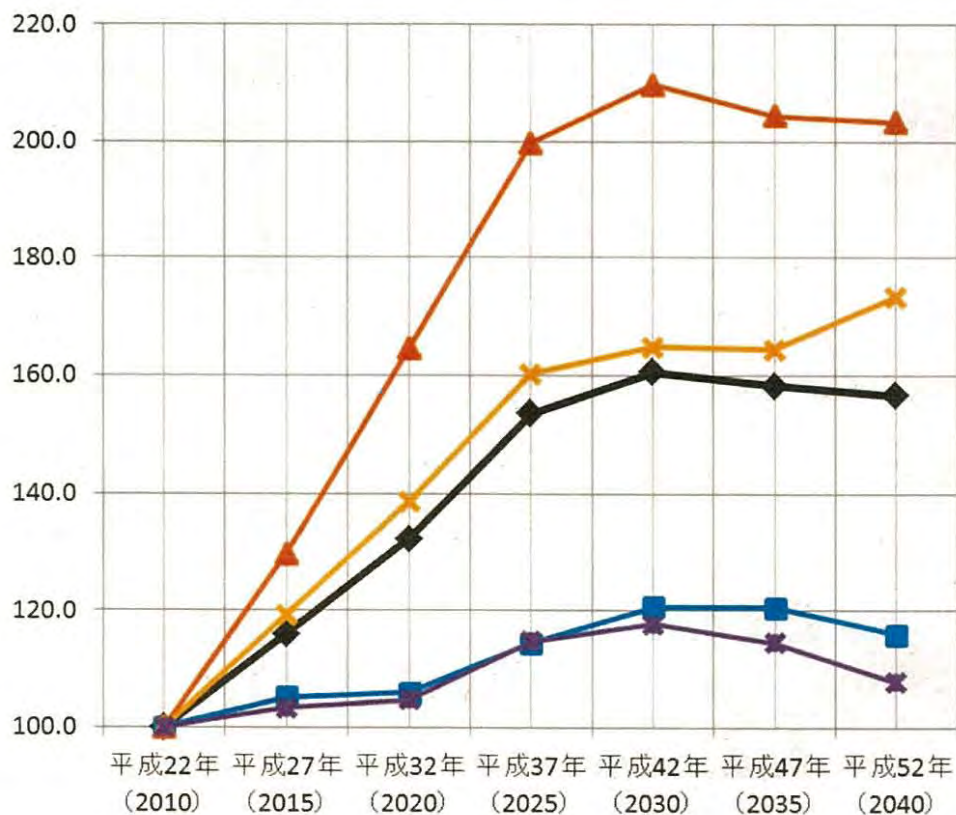
- ・7対1の要件の厳格化
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



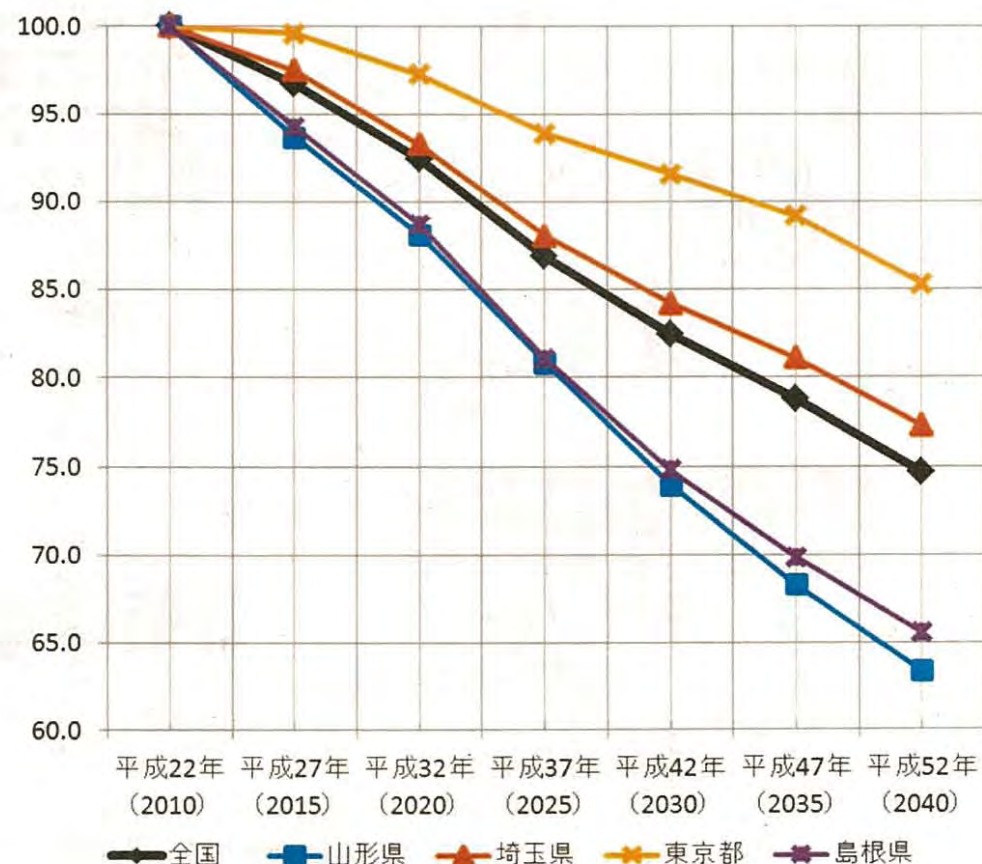
地域ごとの高齢化の特徴

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



【都道府県の役割の強化等、新たな財政支援制度の創設】

(1) 医療計画の機能強化等

- ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取
- ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置
- ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）
- ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出

(2) 新たな財政支援制度の創設

(3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化

- ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請
- ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに

