

全国の外来化学療法の実施施設及び件数については、社会医療診療行為別調査及び厚生労働省保険局医療課調べにより、外来化学療法加算の算定が、平成19（2007）年度においては1,722施設、91,164回であったのが、平成20（2008）年度において外来化学療法加算1の算定が1,146施設、95,801回、外来化学療法加算2の算定が899施設、18,319回であった。⁵

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

拠点病院における治療人数は、施設によってカウント方法が異なっている可能性があり、厚生労働省においては、全施設が統一的なカウント方法を行うよう配慮して集計を行うこととする。また、社会医療診療行為別調査は、各年6月審査分の全国推計値である。

医療従事者の育成に関し、必要数を算定し、不足や偏在を把握して計画的に育成配置をするための「がん医療に携わる医療従事者の計画的育成事業」が、平成22年度において予算化された。本事業の進捗状況に関して、がん対策推進協議会においてモニターすべきである。また、専門医制度の改革が行われ、質の担保と必要な数の確保の両立が進むようにすることが重要である。

②緩和ケア

（個別目標①）

10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標とした。

（進捗状況①）

平成20（2008）年3月に、緩和ケア研修会の質を確保するため、医師が基本的な知識の習得を行い、治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」を策定するとともに、都道府県や拠点病院等において、同指針に則った緩和ケア研修会が実施された。

緩和ケアについての基本的な知識を習得したとして厚生労働省が修了証書を発行した医師は、平成19（2007）年3月末時点ではいなかったが、平成22（2010）年3月末時点では11,254人に上る。

また、平成20（2008）年3月に拠点病院の指定要件を見直し、身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師及び看護師等から構成される緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付けるこ

⁵ 外来化学療法加算は、平成20（2008）年度診療報酬改定において、外来化学療法加算1及び2に区分された。

と、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、緩和ケアチーム、主治医、看護師等が参加するカンファレンスの開催、緩和ケアに関する相談等の窓口の設置、緩和ケアに関する研修を毎年定期的に実施すること等を指定要件に位置付けた。

さらに、緩和ケア研修会の指導者の育成を目的とした研修及び緩和ケアチームに対する研修を、がん対策情報センターにより実施した。

そのほか、がん診療に専門的に携わる医師がインターネットを利用した学習を可能にする環境を構築し、がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術に関する研修の実施や、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会の開催、「医療用麻薬適正使用ガイドンス」の配布を麻薬管理者・麻薬施用者に対して行うとともに、厚生労働省及びがん対策情報センターホームページから入手できるようにした。

なお、平成22年度診療報酬改定においては、「がん性疼痛緩和指導管理料」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」及び「がん患者カウンセリング料」について、緩和ケア研修会を修了している医師が配属されていることが算定条件になった。

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①)

同個別目標においては10年以内の目標達成を掲げているが、運用上5年以内の達成を目指しており、今後ますます研修会の普及を促す必要がある。しかしながら、研修が必要な医療従事者数が記載されていないため、計画的な緩和ケア研修の実施に資するよう、平成22年度において、がん医療に従事する医療従事者の実態や、医療の提供を受けるがん患者の方々の状況等を通じて、国・都道府県別にがん医療に携わる医療従事者の必要数や、不足している医療従事者の正確な数を把握することとしている。

なお、緩和ケア研修会が全国的に開催され、医療従事者への緩和ケアについての基本的な知識の習得が図られているものの、医師をはじめとした医療従事者が、がん患者やその家族が抱える苦痛に対して未だ十分な配慮をしていないという患者や家族からの指摘がある。研修会の進捗状況のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価を行うとともに、いわゆる座学中心から実地研修中心に移行すべき等といったがん患者やその家族の意見を踏まえ、がんで苦しむ患者に寄り添うことのできる医療従事者を育成する研修会にしていくべきである。

また、平成22年度診療報酬改定において、「がん性疼痛緩和指導管理料」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」及び「がん患者カウ

ンセリング料」について、緩和ケア研修会に対する重要な位置づけがなされたところである。これを踏まえ、今後とも、すべてのがん診療に携わる医師が研修を受けることを推進することが必要である。

(個別目標②)

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を修得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数か所整備することを目標とした。

(進捗状況②)

独立行政法人国立がん研究センター（旧国立がんセンター）及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数は、平成19（2007）年3月末時点ではいなかったが、平成22（2010）年5月末時点においてはそれぞれ836人、445人であった。

また、緩和ケアチームを設置している医療機関数は、平成19（2007）年5月時点において326施設であったが、平成20（2008）年10月時点⁶では612施設であった。

なお、平成19（2007）年5月時点における緩和ケアチームを設置している医療機関数については、同月時点における緩和ケアチームを設置している拠点病院数に、同年7月時点において緩和ケア診療加算を算定している病院数を加え、当該加算を算定している拠点病院数を差し引いたものである。

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②)

平成20年医療施設調査によると、緩和ケアチームを設置している医療機関数は612施設あるが、緩和ケアチームの設置された医療機関の無い医療圏は、349医療圏のうち、92医療圏⁷である。今後、最終報告に向け、緩和ケアチームの設置の推進に努めなければならない。その際、在宅療養における緩和ケアも推進すべきである。

緩和ケアチームや在宅療養を積極的に推進するという視点に立ち、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成も重要である。また、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、在宅緩和ケアに携わる医療福祉機関の3つの役割が連携

⁶ 平成20（2008）年医療施設調査

⁷ 医療施設調査のデータを使用し、厚生労働省健康局にて作成。ここにいう「緩和ケアチーム」は、緩和ケア診療加算の施設基準を満たさないものも含む。

し、地域において面的な切れ目のない緩和ケア体制を確保できるように、2次医療圏等の地域ごとに計画を立案することが提案されている。

(個別目標③)

医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当でないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとした。

(進捗状況③)

医療用麻薬の消費量は、日本のモルヒネ換算消費量として、平成19(2007)年において3,835kgであったが、平成20(2008)年において4,152kgであった。

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見③)

医療用麻薬の消費量のみならず、その使用人数の推移を比較すべきである。参考値として、平成20年医療施設調査によると、医療用麻薬の処方を行った施設は、13,258施設⁸であった。

なお、平成20年度診療報酬改定により、「がん性疼痛緩和指導管理料」が新設されたことから、今後最終報告に際しては、「がん性疼痛緩和指導管理料」の算定件数の推移を確認することにより、医療用麻薬の使用状況の把握が可能となる。また、疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用に関する事業の推進の政策強化も重要である。

③在宅医療

(個別目標)

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。

(進捗状況)

平成18(2006)年医療法改正において、医療計画の記載事項に、「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。同計画等に基づき、拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した。

⁸病院5,434施設、一般診療所7,824施設。

また、平成18（2006）年度診療報酬改定においては、新たに24時間の往診及び訪問看護の提供体制を持つ診療所を在宅療養支援診療所と位置付け、手厚い評価を実施した。その結果、在宅療養支援診療所の数は、平成20年7月1日時点において、11,450施設となった。

在宅緩和ケアに関する従事者に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修等を実施した。このほか、介護関係者も含めた連携体制を地域で構築するための協議会の設置を支援するなど、在宅医療の提供体制の整備に努めている。

さらに、がん診療連携拠点病院等が実施する緩和ケア研修会において、在宅における緩和ケアについても医師等に対して研修を行うとともに、在宅がん患者に対して医師、看護師等のチームで緩和ケアを提供するプログラム開発のための介入研究を行っている。

がん患者の在宅での死亡割合は、平成17（2005）年人口動態統計では、自宅は5.7%、老人ホームは0.5%、介護老人保健施設は0.1%であったのに対し、平成20（2008）年人口動態統計では、自宅は7.3%、老人ホームは0.8%、介護老人保健施設は0.2%であった。

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。がん患者の在宅での死亡割合は、平成17年から平成20年にかけて1.6%の増加を認めるが⁹、十分に在宅医療が整備されているとは言い難い。「家で看取る」ことを最終目標とするのではなく、あくまで患者の希望する療養の場所を常に提供できる体制が望まれているのであり、例えば、病状の悪化により、結果的に緊急入院することが必要となることも想定される。このため、病院と在宅を支える医療機関等が十分な連携を図って、在宅での療養生活を希望するがん患者が安心して在宅医療を選択できるような医療提供体制を整備する必要がある。

そのためには、個別目標の視点として、在宅医療の質の評価を行うため、在宅における療養期間や病院からの在宅移行数、連携する在宅療養支援診療所数、訪問看護事業所数、診療報酬上の評価項目である「在宅時医学総合管理料」、「在宅患者訪問看護指導料」、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」等を算定している医療機関数やサービス提供量等、今後新たな評価指標を検討すべきであると指摘されている。また、医療と介護の連携の評価も必要であると指摘されており、適当な指標を検討する必要

⁹ 増加は統計学的に有意である。

がある。また、次期基本計画を策定するに当たっては、病院での緩和ケアに加え、在宅での緩和ケアを併せて推進していく必要があり、緩和ケアを提供する在宅医療体制の整備や量的・質的評価についても継続的に検討する必要がある。

また、地域ごとに在宅医療推進協議会等を置き、在宅医療に関する提供者等、関係者と当事者が集まり、地域におけるネットワークを構築することが重要である。拠点病院に加えて、例えば年間100件程度以上の看取りを行い、地域の診療所等に対する教育機能等も果たすがん拠点診療所を新たに整備すべきといった提案もある。

さらに、診療所と連携する訪問看護ステーションの機能の充実が必要である。

なお、患者及びその家族の求めに応じ、地域連携クリティカルパス（拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）等を用いた、がん治療に係る在宅医療の提供体制の整備も必要と考えられる。また、こうした医療体制をコーディネートする機能の検討も必要と考えられる。

さらに、今後、都道府県別の在宅看取り率を公表できるよう、検討を行う。

このほか、基本計画作成時に、がんの在宅医療に関する個別目標として掲げられた到達目標は、目標としての適切性に問題があり、またそれと関連して評価基準、評価方法等も明確でないので、次期基本計画策定にあたっては、在宅での死亡割合ではない、在宅医療の質や在宅医療への連携等を評価できる指標について再考すべきであり、そのための予算的な裏付けも必要である。

④診療ガイドラインの作成

（個別目標）

科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とした。

（進捗状況）

厚生労働科学研究費補助金の研究班により、診療ガイドラインの作成状況について調査し、診療ガイドラインを作成し、又は更新すべきがんの種類についてリストアップし、これを踏まえて診療ガイドラインの作

成・更新を実施しているところである。また、診療ガイドラインや新薬等の情報を収集し、がん医療についての情報をがん対策情報センターのホームページ等へ掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を迅速化した。

がん対策情報センターの調べによると、作成されているガイドライン数は、平成19（2007）年3月末時点において15であったのに対し、平成22（2010）年1月時点において25であった。また、更新されているガイドライン数は、平成19（2007）年3月末時点において2であったのに対して、平成22（2010）年1月時点において15であった。

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

がんに関する診療ガイドラインは、学会や研究班等で作成されており、新規に作成されているガイドライン及び更新されているガイドラインの数は増加傾向にある。今後は、補助療法・副作用対策のガイドラインシリーズを策定していくべきである。

今後、次期基本計画策定に当たっては、取り組むべき施策として、「診療ガイドラインの作成」ととどまらず、標準治療等質の高い診療の普及を目指すべきである。したがって、作成されたガイドラインを遵守して、標準的ながん治療を行っている医療機関数を把握したり、診療ガイドラインに基づく診療の検証も必要であるとの指摘がある。その際、臨床指標等の収集・分析・開示を行う「ベンチマークセンター」を設置すべきである。また、診療ガイドラインの作成に、患者関係者が参加すべきである。

2 医療機関の整備等

（個別目標）

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、おおむね1か所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とした。

（進捗状況）

拠点病院については、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」等に基づき、その整備を進めてきたところであるが、基本計画において、更なる機能強化に向けた検討を進めていくなどとされていることから、平成20（2008）年3月に拠点病院の指定要件

の見直しを行った。また、医療連携体制の強化を図るため、拠点病院の全国連絡協議会を実施した。さらに、平成22年度診療報酬改定においては、拠点病院におけるキャンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実を含めて、一層の評価を行うこととされ、「がん診療連携拠点病院加算」が引き上げられた。

なお、平成20（2008）年3月の拠点病院の指定要件の見直しにおいて、我が国に多いがんについて、平成23年10月までに、地域連携クリティカルパスを整備すべきものとした。その整備の促進のため、厚生労働科学研究費補助金の研究班により、全国の拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスの開発を行っている。また、平成22年度診療報酬改定において、拠点病院と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療の計画をあらかじめ作成し、その計画に基づき連携して治療を行うとともに、適切に情報交換を行うことが評価された。

2次医療圏に対する拠点病院の整備率は、平成19（2007）年5月時点において79.9%（358医療圏に対して286施設）であったのに対し、平成22（2010）年4月時点において108.0%（349医療圏に対して377施設）であった。我が国に多いがんのうち、その一部について地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19（2007）年5月時点において13.6%（拠点病院286施設のうち、39施設）であったのに対し、平成21（2009）年9月時点において26.4%（拠点病院375施設のうち、99施設）であった。一方、我が国に多いがんすべてについて地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19（2007）年5月時点において2.1%（拠点病院286施設のうち、6施設）であったのに対し、平成21（2009）年9月時点において6.7%（拠点病院375施設のうち、25施設）であった。

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

基本計画に基づき、全国どこでも質の高いがん医療を提供するため、拠点病院の整備を行い、その結果、平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の拠点病院が整備されている。拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある拠点病院がその診療機能を担うこととなっていることから、おおむね、拠点病院の総数は目標値に達している。

一方、拠点病院については、複数の機関で連携して指定要件を満たす病院についても指定を受けることができるようにすべきといった意見や、新たに準拠点病院制度を作るべきといった意見があり、今後、次期基本計画策定に向けて、拠点病院の在り方について、検討を行う必要がある。

その際、拠点病院間のネットワークによる患者カバー率と質の向上の両立、切れ目のない医療連携等、あるべき姿の実現に向けた制度設計が重要である。

また、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会は、その機能を強化するため、医療従事者の育成、緩和ケア、在宅医療、医療機関の整備、相談支援・情報提供、がん登録、がんの予防、がんの早期発見等の分科会を設置し、テーマごとに状況、問題点の共有を図るべきである。

今後、次期基本計画を策定するに当たっては、拠点病院における医療の質の評価が必要であり、例えば、がん登録データや手術実績等の収集と分析を行う「ベンチマークセンター」を設置することが提案されている。さらに、DPCデータやレセプトデータ等既存データから、「どのような病院でどのようながん治療をしているか」「患者がどのような流れになっているのか」を明らかにし、そこから、今後の課題や評価指標の設定を検討すべきである。また、医療を受ける患者や家族の視点での満足度調査を行うことが提案されている。

地域連携クリティカルパスは、医療機関の役割分担、連携のツールとして有用であり、積極的に推進すべきであると指摘されているが、まだ拠点病院における整備率は十分ではない。「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」において、拠点病院については、我が国に多いがんについて地域連携クリティカルパスを平成23年10月末までに整備しなければならないこととしていることから、最終報告までには、少なくとも拠点病院における整備は進められることとなる。

なお、各がん種について、治療法別、状態別に多く存在する地域連携クリティカルパスについて、その中で特に策定すべきものを提示できるよう、研究班において検討を行う。また、緩和ケアに係る地域連携クリティカルパスを作成する際には、積極的な疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用についての視点も重要である。さらに、整備された地域連携クリティカルパスの積極的活用の促進とその効果の検証も必要である。

3 がん医療に関する相談支援及び情報提供

(個別目標①)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターをおおむね1か所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することを目標とした。

(進捗状況①)

拠点病院については、相談支援センターの設置を指定要件としていたが、平成20（2008）年3月に指定要件の見直しを行い、相談支援センターの設置に加え、がん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談員を2人以上配置すべきものとした。ただし、平成20（2008）年3月以前に拠点病院として指定された病院については、当該研修を修了した相談員の配置を平成22（2010）年3月まで猶予した。

また、拠点病院に対しては、相談支援センターの機能強化を図るため、これに必要な経費に関する補助を行った。また、がん対策情報センターにおいては、がん相談員研修の実施及び相談支援マニュアルの作成のほか、ホームページや各種イベントによる情報提供等を実施した。

拠点病院の無い空白の医療圏においては、患者及びその家族等ががんに関する相談ができるように、都道府県が自ら指定する拠点病院や相談支援センターの設置に対しても、厚生労働省が補助を行うことができる。

2次医療圏に対する相談支援センターの整備率は、平成19（2007）年5月時点において78.5%（358医療圏に対して281施設）であったのに対し、平成22（2010）年4月時点において108.0%（349医療圏に対して377施設）であった。がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を相談支援センターに配置している拠点病院は、平成19（2007）年4月時点において無かったのに対し、平成22（2010）年4月時点においては377拠点病院すべての相談支援センターにおいて相談員が配置された。

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①）

相談支援センターは、患者及びその家族等の相談窓口として、全国どこでも、がんに対する不安や疑問に適切に対応できるよう、設置することとしており、厚生労働省としては、まずは拠点病院に相談支援センターの設置を求めたところである。平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の相談支援センターが拠点病院に設置されている。拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある相談支援センターがその相談機能を担うこととなっていることから、おおむね、すべてのがん患者が全国どこでもがんに対する不安や疑問に適切な対応を受けることができる体制は整備されたといえ、拠点病院の総数は目標値に達している。

今後、相談支援機能の質の向上が必要であり、研修修了者の質を評価する利用者満足度調査を行うことや、患者の経済的負担と生活に関する相談を強化すること、相談支援センターを院長直属的な組織と位置付け