

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。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-3-1-3 「制度」の推奨施策

#### (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）〔C-22〕

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）〔C-23〕

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〔C-24〕

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。

### 2-3-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

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（2010）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る。ある。一方で、上記事業は地域の医療機関等の情報を把握し、地域連携コーディネーターを配置するというものであり、「がん難民」解消への対応という趣旨は同様であるものの、内容が対応していない。

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 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「在宅医療の充実」については、平成22（2010）年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」は、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。また、がん性疼痛緩和指導管理料を算定している有床診療所は、前述の有床診療所一般病床初期加算が算定できるだけでなく、引き上げて新設された医師配置加算1（複数医師配置の評価）を算定できるなど、地域におけるがん医療への貢献が評価される方向にある。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられる。

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

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

推奨施策「大規模診療所と医療従事者の育成」については、7 人以上の看護職員を配置した有床診療所に対して入院基本料の評価を引き上げた点や、在宅療養支援病院の要件を緩和し、許可病床数が、200 床未満の病院に拡大している点について、一定の評価がなされたと言える。しかしながら、在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワークの要となる専門的かつ大規模な診療所については、さらに評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

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

## 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
- ・頑張る医療従事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、医療従事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

### 2-3-2-2-2 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

### 2-3-2-2-3 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（立替払い分が）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していない（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ト。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る。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（再掲）

在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法（保助看護）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-23〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-22〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-24〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」〔A-30〕、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」〔A-31〕、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」〔A-32〕により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」〔A-34〕を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」〔A-33〕を行う。

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

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



## 2-4 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 「予算」の推奨施策

##### (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 [A-35]

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 [A-36]

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的な組織を設立し、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 [A-37]

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(生活の質) 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、第三者的な組織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。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

#### 2-4-1-2 「診療報酬」の推奨施策

##### (1) DPC データや臨床指標の開示 [B-15]

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 [B-16]

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 [B-17]

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。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

## 2-4-1-3 「制度」の推奨施策

### (1) 診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置 [C-25]

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第三者的な組織を設置し、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。

## 2-4-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

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、第三者的な組織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 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「DPC データや臨床指標の開示」「診療ガイドラインの推進」「セカンドオピニオンの推進」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」

などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向け  
て引き続き検討が必要である。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策に  
記された「アウトカム指標」のあり方について、考え方の整理をしておくことが必要であ  
る。

## 2-4-2 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
- ・全般的にがん対策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
- ・がん診療連携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）
- ・標準治療がどういう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 などで見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（再掲）

「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」〔C-25〕により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕により、疾患の治療のみならず、患者の QOL(生活の質)にも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」〔B-17〕により、標準治療の推進を図る。

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

## 2-5 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 「予算」の推奨施策

##### (1) がん診療連携拠点病院制度の拡充 [A-38]

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）[A-39]

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）[A-40]

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 [A-41]

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（MSW〔メディカル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 [A-42]

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 [A-43]

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、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、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。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) 地域連携とその他の連携 [B-18]

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 [B-19]

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 [B-20]

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。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-5-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) がん診療連携拠点病院制度の見直し [C-26]