

がん対策の推進について

第1 放射線療法・化学療法に対する評価の在り方について

1 がん対策推進基本計画における指摘

○ がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）-抄-

第2 重点的に取り組むべき課題

- 1 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
がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法、全身療法として行われる化学療法がある。

我が国においては、胃がんなど、主として手術に適したがんが多かったこともあり、手術を行う医師が、化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積してきたことから、進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療が各々を専門的に行う医師により実施されていくことが求められている。

このため、放射線療法及び化学療法を専門的に行う医師を養成するとともに、当該医師と協力してがん治療を支えることができるがん治療に関する基盤的な知識や技能を有した医師を養成していくほか、こうしたがん診療を専門的に行う医師が、専門性を発揮できる環境整備を行う必要がある。

また、専門的ながん医療を推進するため、専門的ながん治療を行う医師のみならず、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者が協力して治療に当たる体制を構築していく必要がある。

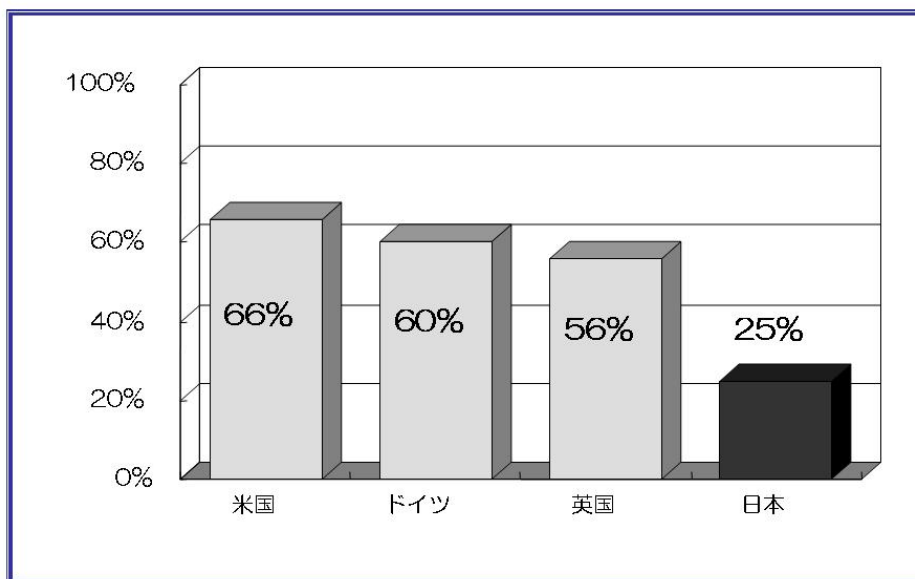
さらに、こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある。

2 放射線療法について

(1) 現状と課題

ア 放射線療法を受けている患者の割合は、欧米諸国に比べて低い。

がん患者のうち放射線治療(併用も含む)を実施している患者数



出典) 第3回がん対策推進協議会資料

イ 放射線療法を担う医師、治療計画策定や精度管理などの従事者(医学物理士や品質管理士)等の配置が十分に進んでいない(常勤の放射線治療医がいる医療機関の割合は、38.5%)。

	放射線治療を実施している全医療機関(712施設)	うち、常勤の放射線治療医がいる医療機関(274施設)
放射線治療担当医	平均1.1人	平均2.2人
放射線治療担当技師数	平均2.3人	平均3.3人
医学物理士数	平均0.2人	平均0.3人
放射線治療品質管理士数	平均0.6人	平均0.4人
実患者数	平均268.5人	平均444.2人
リニアック台数	平均1.1台	平均1.3台

放射線治療を実施している医療機関における医師等の配置状況

(出典) 日本臨床放射線腫瘍学会調べ

※ 医学物理士：日本医学放射線学会及び日本医学物理学会会員で、医学物理学士認定試験に合格した者であり、放射線治療の品質管理や放射線治療機器の精度管理等に携わる者。 2007年5月現在 319名

※ 放射線治療品質管理士：放射線治療に関連する5学会（日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、日本医学物理学会、日本放射線技術学会、日本放射線技師会）により創設された放射線治療品質管理機構が認定する。放射線治療の品質管理、安全管理体制を行う。2007年1月現在 501名

※ リニアック設置台数 全国765台

※ コバルト60遠隔大量照射装置 設置台数

1990年	1995年	2001年	2005年
170台	127台	45台	11台

ウ 我が国においては、外来放射線療法の体制が十分に整っていないために、外来での治療が可能にもかかわらず、外来治療を選択できない患者が存在している。また、疼痛緩和を目的とした放射線療法の増加が見込まれており、外来での治療を希望する患者も増加すると見込まれる。このため、療養生活の質の維持向上を図るために、外来で放射線療法を行う体制の充実が求められる。

エ 技術の進歩により、新しい放射線療法の有効性が明らかになるとともに、既存の放射線療法の治療効果が相対的に低いことが明らかになっている。

(2) 論点

ア 放射線療法の治療計画策定や精度管理の体制を評価することにより、放射線療法の質の向上を図ることとしてはどうか。

イ 患者の療養生活の質を考慮して、外来で放射線療法を受けられる体制について評価を行うこととしてはどうか。

ウ 放射線治療技術の進歩に伴う新規技術の評価や既存技術の評価の見直しについては、医療技術評価分科会及び先進医療専門家会議における検討を踏まえて対応すべきではないか。

3 化学療法について

(1) 現状と課題

外来化学療法加算を算定している施設数は年々増加傾向にあるが、外来化学療法に携わる専任の医師、看護師、薬剤師等を配置し、専門的に治療を行っている医療機関は必ずしも多くない。有害事象への適切な対応や安全管理体制の整備等を含め、質の高い外来化学療法を推進していく必要がある。

外来化学療法加算を算定している施設数の推移

	(各年7月1日現在)		
	平成16年	平成17年	平成18年
外来化学療法加算の届出数	709	960	1,228
(上段:病院、下段:診療所)	19	30	171

(出典) 厚生労働省保険局医療課調べ

外来化学療法を実施している医療機関(266施設)の現況

外来化学療法の専任の医師の配置	86施設(32.6%)
外来化学療法の専任の看護師の配置	156施設(58.6%)
外来化学療法の専任の薬剤師の配置	212施設(79.7%)

(出典) 外来通院がん治療の安全性の確立とその評価法に関する研究

(国立病院機構名古屋医療センター一坂英雄)

(2) 論点

医師、看護師、薬剤師の配置や質の高い外来化学療法を推進していくために必要な人材を配置している医療機関を、適切に評価すべきではないか。

第2 緩和ケアに対する評価の在り方について

1 がん対策推進基本計画における指摘

○ がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）-抄-

第2 重点的に取り組むべき課題

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

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には、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、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も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

2 現状と課題

- (1) 我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は、欧米諸国に比べて、未だに数分の一程度にとどまっており、普及していない。医療用麻薬に対する知識や緩和ケアに関する基本的な知識などの普及が必ずしも十分ではないとの指摘がある。

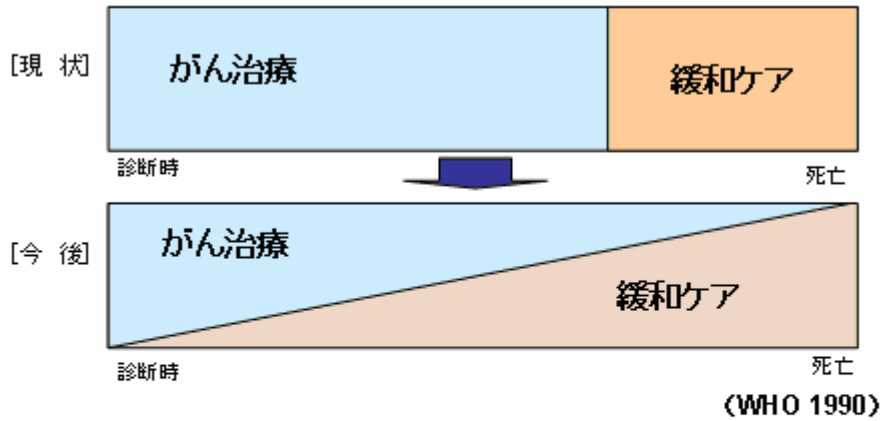
医療用麻薬各国消費量の比較 〈100万人1日あたりモルヒネ消費量換算(g)〉

	モルヒネ	フェンタニル	合計
オーストリア	256.3	367.7	624.0
カナダ	186.9	393.7	580.6
オーストラリア	152.3	98.2	250.5
アメリカ	132.8	567.7	700.5
フランス	117.0	209.1	326.1
イギリス	52.1	118.9	171.0
ドイツ	47.7	503.6	551.3
日本	15.6	33.4	49.0
イタリア	8.8	85.7	94.5
韓国	7.7	9.3	17.0

注) 国際麻薬統制委員会(INCB)報告より。

- (2) 緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけではなく、患者の状況に応じて、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われる必要がある。
- (3) 入院患者に対する緩和ケアは、緩和ケア病棟及び緩和ケア診療加算により評価されているが、外来患者や在宅療養中の患者に対して専門的な緩和ケアを提供する体制を整備していく必要がある。

<参考1> 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

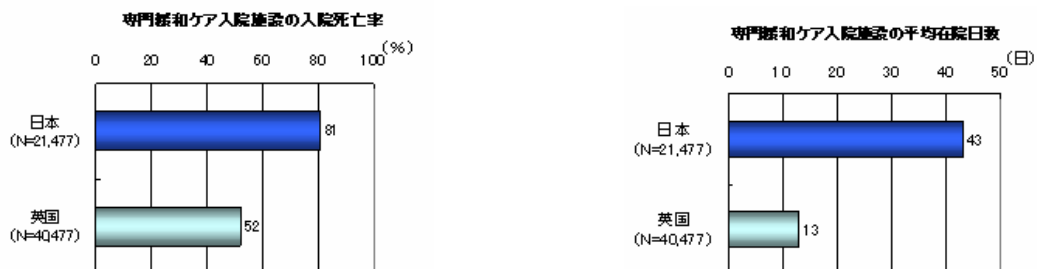


緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放を実現することである。

<参考2> がん緩和ケアに関するマニュアル（監修 厚生労働省・日本医師会）

終末期がん患者の2/3以上で痛みが主症状となり、しばしば複数の部位に痛みが発生する。一方、診断時においても、がん治療を受けている患者の多くに痛みが発生する。

(4) 英国と比較して日本では緩和ケア病棟は入院死亡率が高く、平均在院日数も長い。一度入院すると死亡するまで入院していることが多いと考えられる。英国等と異なり、日本の緩和ケア病棟は終末期を中心に使われていると考えられる。



(The National Council for palliative care, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2005)

3 論点（具体的な検討内容）

- (1) 入院、外来、在宅を問わず、がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に従い、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことを評価することで、がん患者が質の高い療養生活を送ることができる体制を整備していくべきではないか。
- (2) 緩和ケアチームの充実と地域の担当医への支援を通じて、入院から外来、在宅への患者の円滑な移行を更に進めるべきではないか。
- (3) また、在宅での緩和ケアを推進するために、在宅における麻薬の服用、保管、廃棄などを確実に行うことが必要であり、薬剤師の行う麻薬管理等の支援を更に進めるべきではないか。
- (4) 緩和ケア病棟は、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援および終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが必要であり、終末期のケア以外の機能についても果たすことができるよう役割を見直す必要があるのではないか。

第3 がん診療連携拠点病院の機能強化に対する評価の在り方について

1 がん対策推進基本計画における指摘

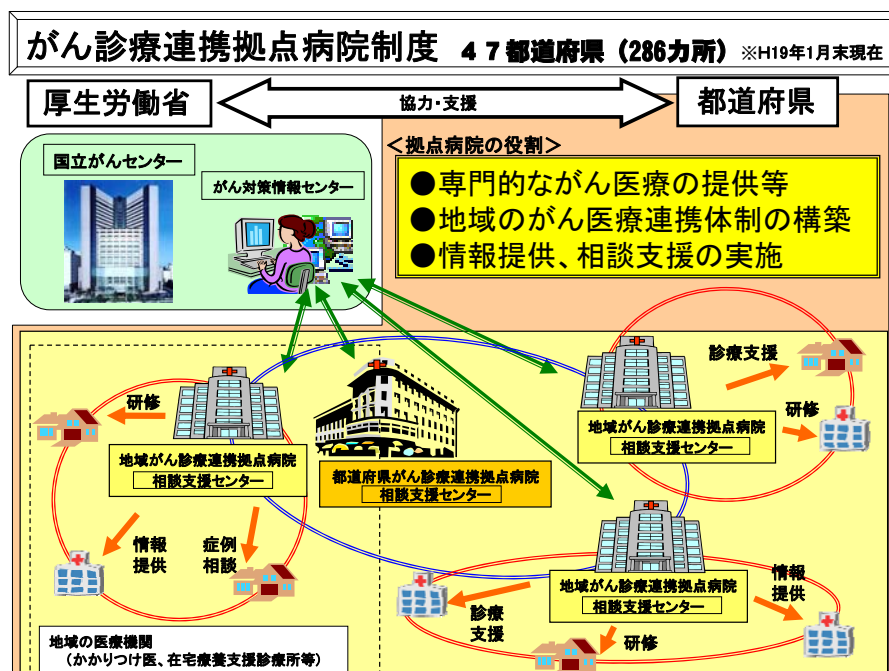
○ がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）-抄-
はじめに

2 がんをめぐる現状

がん患者を含めた国民は、がんに関する様々な情報に触れ、がん医療に対して期待や希望を寄せ、また、がん医療に参加したいという希望を高める一方で、がん医療の水準に地域間格差や施設間格差がみられ、標準的治療や進行・再発といった様々ながんの病態に応じたがん医療を受けられないなど、実際に提供されるサービスに必ずしも満足できず、がん患者を含めた国民の立場に立って、こうした現状を改善していくことを強く求めている。

2 現状と課題

(1) がん診療連携拠点病院は、①専門的ながん医療の提供、②地域のがん医療連携体制の構築、③情報提供、相談支援の実施、を要件として整備されてきており、がん診療連携拠点病院を中心として地域の医療連携体制を構築することにより、全国で質の高いがん診療を確保していくことにしている。



(2) 今後、患者の視点を重視して、相談支援センターを充実（がん患者に対する相談、セカンドオピニオンを行う医師の紹介等）するとともに、手術、放射線療法、化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施するなど、上記機能の一層の強化が求められている。

(3) がん診療連携拠点病院に対する現状の評価
がん診療連携拠点病院加算（入院初日 200 点）

3 論点（具体的な検討内容）

がん診療連携拠点病院の機能強化に併せて、がん診療連携拠点病院を適切に評価すべきではないか。