

が必要ではないか（その他）

- ・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映（医療提供者）
- ・外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい（医療提供者）
- ・外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がんセンターボードで多診療科による症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける（医療提供者）

2-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・需給バランスについての継続的な調査（行政）
- ・開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う（患者関係者・市民）
- ・各病院に人材育成を義務化することが最も有効と思う。人材育成に際し優遇制度を導入すべき（医療提供者）
- ・腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格化と医学物理士不在施設の放射線治療の規制。がん化学療法に関する生涯教育制度を必須化して医師を教育する必要がある（医療提供者）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度や法律の制定（医療提供者）
- ・大学に腫瘍内科を設置する（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件において、そろそろがん薬物療法専門医、放射線治療認定医の常勤を数年後に必須項目とするようにしても良いのではないかと（その他）
- ・育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である（医療関連産業）
- ・専門教育を受けている期間、病院にキャリアのあるスタッフを補充する仕組みがあれば、よいのではないかと。県職員の立場で雇用した有資格者が、必要な病院に修学の期間の補充スタッフとなって働く仕組みをつくる（患者関係者・市民）
- ・本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立（医療提供者）

2-1-4 分野内の横断的検討（再掲）

がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医

療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）〔C-7〕、「医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」〔C-9〕、「薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」〔C-10〕、「医学物理士資格の位置づけの明確化〔C-11〕などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成22年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成24年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕による化学療法に関わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕、「入院および外来化学療法の推進」〔B-5〕、「がんにおける診療項目の評価」〔B-6〕を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適用外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕、「適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）」〔C-14〕、「高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）」〔C-15〕など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、安全性の確保に十分配慮しつつ、早期承認や患者救済に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて

「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」〔A-20〕を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適用外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適用外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適用外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

2-2 分野2 緩和ケア

2-2-1 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。

2-2-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン [A-21]

いわゆる終末期医療において、医療機関や在宅医療の連携不足や診療報酬上の問題などから、必要とされる緩和医療や在宅医療を十分に受けられない空白期間が生じてしまう場合がある。二次医療圏ごとに緩和・在宅医療に関わる医療従事者数や病床数、がん罹患患者数を調査し、二次医療圏ごとに必要な医療資源を算定するとともに、「在宅医療マップ」を作成・公開し、アクションプランを策定する。

(2) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業 [A-22]

緩和ケア病床（ホスピス）に長時間の待ち期間が発生しており、ホスピスの増床が課題となっており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。そのため、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保し、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得る。

(3) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修 [A-23]

がん診療に携わる医療従事者は、緩和医療の適切な知識を得ることが求められている一方で、その講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。そこで、現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等対象とした研修について、eラーニングシステムなども活用してカリキュラムを充実し、5年間で10万人に対して研修を実施する。

(4) 緩和医療研修のベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進 [A-24]

現状の緩和医療研修では、教育研修施設の人材雇用や運営費が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。そこで、緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、教育研修認定施設にて緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療についての実地研修を行うことで、実践的な「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。

(5) 緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化 [A-25]

地域連携による在宅緩和医療を効率的に進めるには、情報共有を推進することが大きな

助けとなる。薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとして IT 網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、セキュリティに配慮したサーバ管理による診療情報共有システムを構築することで、地域特性に応じた連携ネットワークをすべての都道府県において整備する。

(6) 緩和ケアの質を評価する仕組みの検討 [A-26]

がん対策推進基本計画における緩和ケアに関する個別目標の指標は、緩和ケアの質に着目したものがないため、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。第三次総合戦略研究事業において、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による緩和ケアの質の評価に関する仕組みを検討する研究班を組織する。

(7) 大学における緩和ケア講座の拡大 [A-27]

緩和ケアを専門とする医師の数は十分でなく、その増員を促進するため、大学における緩和ケア講座を拡大し、緩和ケアを必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的として、医学部における緩和ケア講座の設置について、文部科学省より勸奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、緩和ケアの専任教員数（教授、准教授、講師、助教等）を増員する。

(8) 緩和医療科外来の充実 [A-28]

緩和ケア病床の慢性的な不足に加えて、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの配置についても、体制が整備できないケースが多い。治療（化学療法）を受けながら緩和医療も受けるためには、拠点病院の補助金対象として、原則すべての拠点病院に対して、緩和ケア外来および緩和ケアチームの設置と充実を図るための予算措置を講じる。

< 詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください >

2-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 緩和ケア診療加算 [B-8]

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。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てはどうか。

(2) 緩和ケア研修修了者の配置 [B-9]

がん診療に携わる医療従事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してはどうか。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ [B-10]

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してはどうか。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>

2-2-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討） [C-16]

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。緩和ケアに関わる各種の専門医制度については、その位置づけが不明確であるため、「緩和医療科」、「緩和ケア科」のように、緩和ケアを積極的に行っている医療機関を特定することができるよう、位置づけとして位置づける検討を行う。また、位置づけの見直しに伴い、医療機能情報提供制度においても、緩和ケアに関わる各種専門医に関する情報の公開について、がん診療連携拠点病院と同じ内容の情報を公開する方向で検討を行う。

(2) 医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定） [C-17]

緩和ケアに関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医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での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法において緩和ケアに関わる専門医制度を規定し、緩和ケアに関する専門資格を有することを公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

(3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定） [C-18]

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いるが、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での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に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等で規定し、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。

(4) 薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）〔C-19〕

緩和ケアに関わる認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、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での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において認定資格を規定し、薬剤師名簿に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。特に緩和ケアでのチーム医療における薬剤師の役割をガイドライン等で規定し、チーム医療における薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と薬剤師法の改正を検討する。

(5) 麻薬及び向精神薬取締法の改正（医療用麻薬の適切な使用の促進）〔C-20〕

現行の麻薬及び向精神薬取締法では、医療用麻薬と非医療用麻薬との区別が明確にされておらず、臨床現場では学会等のマニュアルなどにより医療用麻薬が使用されているが、その対応には限界があり、緩和ケアにおける医療用麻薬の適切な使用が阻害されている。医療用麻薬の適切な使用を促進するために、同法に医療用麻薬を位置づけ、厚生労働大臣が、その取扱いに関する規定を定めるよう、改正を行う。その上で、現在の学会等のマニュアルを参考にして、医療用麻薬の取扱規定を大臣告示として策定し、医療現場での取扱いの指針とする。

(6) 医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂〔C-21〕

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会については、受講にあたり医師の負担が大きいにもかかわらず、厚生労働省健康局長による修了証の発行のみであり、修了者の配置に対するインセンティブに乏しく、患者による修了者の確認も難しい。緩和ケア研修会のカリキュラムをより実践的な内容とし、質を高めることを前提に、研修会修了者の診療科ごとの配置人数などを広告可能な事項として、厚生労働省告示を改訂する。

2-2-1-4 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「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」(1 億円)については、平成 22 (2010) 年度予算案において新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」(約 2.7 億円)が対応しているとの指摘がある。

この新規事業は、「地域の医療機関、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などの情報を把握し、がん患者の意向を踏まえた上で、地域の中で利用可能ながん患者にとって適切な医療サービス等を紹介するため、都道府県ごとに非常勤医師及び看護師からなる地域連携コーディネーターを配置し、がん患者が安心・納得できる体制を構築する事業に対し、財政支援を行う」(補助先：都道府県、補助率 2 分の 1)とされている。いわゆる「がん難民」

の解消という観点からは、推奨施策の趣旨が反映されている事業であると考えられるが、推奨施策にて記されている「在宅医療マップ」や「アクションプランの策定」など、より実効性のある事業とするための仕組みづくりを進めていくことが必要と思われる。

また、緩和医療研修の充実にに向けた推奨施策（「がん診療に携わる医療者への緩和医療研修」〔2億円〕と「緩和医療研修へのベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進」〔5億円〕）については、既存の緩和ケア研修事業で対応しているとは言い難く、緩和ケア体制の構築に向けた推奨施策（「長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）」〔10億円〕と「緩和医療地域連携ネットワークのIT化」〔10億円〕）については、未対応であると考えられる。がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき事項とされた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に向けて、一層の対応が望まれる。

2-2-1-5 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「緩和ケア診療加算」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。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない。がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

推奨施策「緩和ケア研修修了者の配置」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、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準において、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「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（平成20年4月1日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

なお、がんに対するリハビリテーションの評価として、「がん患者リハビリテーション料」が新設されている。がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価することを目的とするものとされている。算定要件として多職種共同によるリハビ

リテーション計画の作成などや、施設基準として一定の経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（うち2名）も定められており、がんの緩和ケアの充実に向けた取り組みとして評価される。

2-2-2 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。

2-2-2-1 意見の要約（問題点）

- ・すぐに受け入れるホスピス病棟が不足している
- ・緩和ケアを受けるまでに待ち時間が存在する
- ・緩和ケアを実施する医療機関の連携が不足している
- ・緩和ケア研修で現場が忙しい
- ・緩和ケア研修の参加者にメリットがない
- ・患者のこころの専門家が不足している
- ・「がん難民」の受け皿を確保するための予算が不足している
- ・ホスピス病棟を増やすための予算の確保が困難である
- ・がん治療への診療報酬が包括払い（DPC）となった際に、高額な疼痛管理薬（麻薬）の使用が控えられてしまう
- ・緩和ケア支援センターのための予算が不足している
- ・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
- ・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、診療報酬における点数が低い
- ・がん診療に携わる医療従事者への緩和研修について、医療機関のインセンティブがなく、研修の受講や修了者の配置が促進されない
- ・地域・病院により緩和ケアの質の格差が大きい
- ・治療の初期段階からの痛みを緩和する体制が不足している
- ・緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定しているため、精神科医の負担が大きい
- ・緩和ケアチームの指定職種をそろえることが困難
- ・緩和ケア病棟の施設基準が厳しく、緩和ケアを受けることができる施設が不足している
- ・「緩和ケア」が、ターミナルケアのみを対象にしていると未だに誤解されている
- ・薬剤の使用に関する法令が、医療用麻薬の適切な使用に対応していない

2-2-2-2 意見の要約（改善案）

2-2-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・告知時に全患者に緩和ケアに関する解説冊子を配布する

- ・医療従事者と患者会が共同で啓発イベントを開催する
- ・長期療養病床を、がん専門療養病床として活用する
- ・どこにどれだけのニーズがあるか調査をする
- ・ホスピスの受け入れ能力を拡大するための予算を確保する
- ・緩和ケア外来のための予算を増やす
- ・好事例（在宅医 TV 会議ネットなど）が普及するための予算措置をする
- ・がん患者に介護保険が使いやすいように連動を強化する
- ・緩和ケアに関する資格取得や研修参加への助成としての予算を確保する
- ・精神腫瘍医を育成する
- ・市民に対し、緩和ケアの概念を広める仕組みをつくる

2-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・施設基準など緩和ケア診療加算の算定要件を緩和する
- ・緩和ケア診療加算を外来診療でも算定できるようにする
- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療などへ診療報酬を加算する
- ・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟へ診療報酬を加算する
- ・早期緩和ケアを点数化する
- ・診療報酬の包括払い（DPC）から疼痛管理の麻薬を除外する
- ・疼痛コントロールにかかる療法の保険適用範囲を拡大する

2-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・急性期の医師でも麻薬が使用できるような教育や仕組みをつくる
- ・カウンセラーやMSW（メディカルソーシャルワーカー）などのコメディカルも心理社会的な側面のサポートに関わることができる制度をつくる
- ・介護や福祉と連動したシステムにする
- ・緩和医療が地域の診療所でも行えるような制度上のバックアップをつくる
- ・新たな診療科として正式に認定する
- ・「麻薬及び向精神薬取締法」を改正し、医療用麻薬の適正な使用を促進する

2-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・再発・転移がん医療に携わる医師の絶対数が少ない。がん専門病院や大学病院の医師が、抗がん剤が効かなくなった患者さんを最後まで診療しない、入院させない（行政）
- ・がん難民対策が不明である。緩和ケア病棟への入院に関しては包括点数となっており、

その中では緩和ケアを行いながらの化学療法の実施や分子標的薬の使用ができて、病院の大きな持ち出しとなってしまう（行政）

- ・主のがん末期の痛み苦しみに対し、まだまだ十分なシフトが敷かれているとは言い得ない。腫瘍専門医、がん看護専門看護師の育成が急がれる（患者関係者・市民）
- ・ホスピスの数、充足数に国内で差があること。緩和ケア専門医の養成を。外科等との兼務では患者は安心して診てもらえない（患者関係者・市民）
- ・在宅緩和ケア対策推進事業にかかる『在宅緩和ケア支援センター事業』の補助基準額は8,692千円であるが、基準額の増額をお願いしたい（行政）
- ・終末期患者が一般病棟で他の入院患者と同室で治療やケアを受けている状況がある。QOL（生活の質）の高いケアを
- ・拠点病院での研修会が先行し、地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してしまっている。緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で、研修会参加者の動機付けが不明瞭。緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため、精神科医の負担が大きい（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか。指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多い。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんある（医療提供者）
- ・緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況（医療提供者）
- ・終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心ない医師が相変わらず多い（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアというと自分は終わりだと思ふ人が多い。治療の初期段階から緩和ケア（心の痛み）が受けられるように（患者関係者・市民）

2-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・心理療法士を教育して、がん或いはH I V患者に対応できるようにする。がん患者さんの悩みを受け止め、自ら解決に向かわせることができるのは、精神科医師より卓越した心理療法士のほうが良い（医療提供者）
- ・麻酔処方支援ホットラインを設置する。このホットラインには専門家が常駐し、24時間開業医師の麻薬使用の問い合わせに応じる。その業務内容は、患者情報を得た上での処方設計案まで行う（医療提供者）
- ・院内緩和ケアチームの必須化を推進する。機能していないチームに対しては、診療報酬

を認めない。院長に対する、啓蒙（医療提供者）

- ・がん対策により新たにごん専門療養型病床を作れないか？（医療提供者）
- ・基本研修会のテキストで触れられている緩和ケアに使用される薬剤の多くが保険適応外であり、それが、がん診療上保険で認められるかどうか、地域や保険者による格差もあります。これは人的資源と異なり、すぐにできる事のはずです。早急な対策を望みます（医療提供者）
- ・がん治療医に緩和医療研修を課するのも良いが、むしろ先に一般病院や療養型病院の医療者に緩和ケアの研修を受けてもらってはどうか（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアの正しい知識を知らせるリーフレット（紙一枚で簡単に読めるもの）を作成。拠点病院では主治医が病名告知時にすべての患者に配布する。医師、患者双方の緩和ケアへの関心の高まりを期待（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア（特に疼痛緩和）については、その改善評価ポイントが設定されていませんが、医療用麻薬の処方量の推移（海外の数分の一程度の使用量）などを評価することも必要（患者関係者・市民）
- ・地域連携緩和ケア加算などに対して予算化する（行政）
- ・在宅医療と緩和ケアについては、推進していくための推進協議会等を設置し、詳細を検討していくことが必要（医療提供者）
- ・介護保険のサービスに緩和ケアサポートを盛り込み、さらに介護型緩和ケアサービスの検討予算を講ずべきと思われる（医療提供者）
- ・研修や実習をポイント制にして、成果を数値化したらよい。それを予算に反映していく方法が良い（患者関係者・市民）
- ・今困っている患者のために積極的に緩和ケア病棟に予算を割く（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く（一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている）もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである（患者関係者・市民）
- ・サイコオンコロジストの育成（医療提供者）

2-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける（医療提供者）
- ・看護師定数外介護士や助手の評価・点数化（患者関係者・市民）
- ・早期緩和ケアの点数化（医療提供者）
- ・外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする（医療提供者）
- ・緩和ケア加算の算定要件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外（出来高）項目を拡大する（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を

確立させる。緩和ケア病棟でなく病床制度を導入（医療提供者）

- ・病院でのカウンセリングにもう少し報酬を（医療提供者）
- ・外来緩和ケアに診療報酬を（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア研修を受けるインセンティブを（行政）

2-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作ってほしい（患者関係者・市民）
- ・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに携わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一（医療提供者）
- ・研修を受けた者（看護師・医師・MSW）を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする（医療提供者）
- ・精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う（医療提供者）
- ・緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れること（患者関係者・市民）
- ・患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSW など、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院自身は専門医や専門看護師の配置。パス活用、病状説明を文書で行うことを義務化することが必要（医療提供者）
- ・緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとにならない様な制度の改正（在院日数がのびる事によるマイナスも含め）（医療提供者）

2-2-4 分野内の横断的検討（再掲）

緩和ケア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質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-16〕、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」〔C-17〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-18〕、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」〔C-19〕、「医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」〔C-21〕による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」〔A-27〕を行うことも必要である。これらにより、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、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適正な使用の促進）」〔C-20〕の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」〔A-22〕、「緩和医療科外来の充実」〔A-28〕により、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、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成24年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア研修修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、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。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の施策が関連してくる。

2-3 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

2-3-1 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。

2-3-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業 [A-29]

在宅ケアを行う診療所が不足する中、ドクターネット型のモデルが出現しつつあるが、その全国への広がりが遅い。二次医療圏ごとに地域診療所が連携し、共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステムなどの在宅ケア・ドクターネットを組む際に、その事業費を補助する。

(2) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修 [A-30]

介護担当者・ケアマネージャー・福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。がん専門医療スタッフがこれらの関係者に対して、都道府県単位で定期的に、がんについての知識を得るための教育研修会を開催する場合、その運営に対して補助を行う。

(3) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保 [A-31]

がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化し、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム [A-32]

在宅医療を希望する患者や家族が多いにも関わらず、現状では十分にその需要を満たせていない。年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した二次医療圏のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画またはがん対策推進計画に規定している区域を越えて広域的に事業を展開する場合に、必要な医師の確保や施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する。

(5) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成 [A-33]

在宅緩和ケアに関しては、患者・家族、医療従事者双方からのニーズが高いが、独居家庭や主たるケアを行う家族がいない家庭など、自宅にて在宅医療を受け入れる力が不足していることから在宅緩和ケアが実現しないことが多いため、介護施設での看取り数を増やす。介護施設からの要請に基づき、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。

(6) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク [A-34]

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が、週に1回以上の合同カンファレンスを開催し、対象となる患者すべてのレビューを行っている場合、その拠点病院への補助金を増額するとともに、合同カンファレンスを実施している場合の病院・診療所間の紹介に対して、診療報酬において評価する。切れ目のない在宅医療を実施するとともに、在宅医療のキャパシティを増加させることを目的とする。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-3-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 在宅医療の充実 [B-11]

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てはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(2) 在宅医療ネットワークの構築 [B-12]

病院と在宅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してはどうか。

(3) 医療と介護の連携 [B-13]

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てはどうか。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成 [B-14]

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し

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