

第13回がん対策推進協議会議事次第

日時 平成22年5月28日(金)

13:00～16:00

場所 ホテルはあといん乃木坂 B1F フルール

【大臣官房審議官挨拶】

【協議事項】

がん対策推進基本計画中間報告について

【資料】

がん対策推進基本計画中間報告書(案)

添付資料1 がん対策推進協議会委員名簿

添付資料2 がん対策推進協議会開催状況

添付資料3 がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール

添付資料4 がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況

添付資料5 がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題一覧

添付資料6 がん対策推進基本計画に掲げる個別目標(がんの早期発見)

【参考資料】

参考1 都道府県がん対策推進計画等策定状況

参考2 緩和ケア研修会修了証書の交付枚数

参考3 がん登録における課題と対応策(案)

がん対策推進基本計画 中間報告書
(案)

平成22年〇月〇日
厚生労働省

【目次（案）】

第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨

第2章 中間報告の目的と検討経緯

- I 中間報告の目的
- II 中間報告の検討経緯

第3章 中間報告

- I 全体目標に対する進捗状況と今後の課題等
 - 1 がんによる死亡者の減少
 - 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上
- II 重点的に取り組むべき課題
- III 分野別施策の個別目標に対する進捗状況と今後の課題等
 - 1 がん医療
 - ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
 - ②緩和ケア
 - ③在宅医療
 - ④診療ガイドラインの作成
 - 2 医療機関の整備等
 - 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供
 - 4 がん登録
 - 5 がんの予防
 - 6 がんの早期発見
 - 7 がん研究
 - 8 その他

第4章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
- 2 都道府県による都道府県計画の策定
- 3 関係者等の意見の把握
- 4 がん患者を含めた国民等の努力
- 5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
- 6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価
- 7 基本計画の見直し

第5章 終わりに

- 添付資料 1 がん対策推進協議会委員
- 添付資料 2 がん対策推進協議会開催状況
- 添付資料 3 がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール
- 添付資料 4 がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況
- 添付資料 5 がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題一覧
- 添付資料 6 がん対策推進基本計画に掲げる個別目標（がんの早期発見）

第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨

昭和59(1984)年度から開始された「対がん10か年総合戦略」を始めとして、平成6(1994)年度からの「がん克服新10か年戦略」、平成16(2004)年度からの「第3次対がん10か年総合戦略」等、厚生労働省を始めとした政府においてがん対策を実施してきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状や患者からがん対策に係る法律の制定を求める声が上がったことから、超党派の国会議員により法案が提出され、平成19(2007)年4月1日にがん対策基本法(以下「基本法」という。)が施行された。

さらに、基本法第9条第1項において、政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画を策定しなければならないこととされていることから、長期的視点に立ちつつ、平成19(2007)年度から平成23(2011)年度までの5年間を対象とした「がん対策推進基本計画」(以下「基本計画」という。)が作成され、基本計画は平成19(2007)年6月に閣議決定されている。なお、基本計画は、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画(以下「都道府県計画」という。)の基本となるものである。

第2章 中間報告の目的と検討経緯

I 中間報告の目的

基本計画に定める目標等を確実に達成するため、基本計画の進捗状況を把握することが極めて重要との考えから、がん対策推進協議会の意見を聴きながら検討し、中間報告を行う。

II 中間報告の検討経緯

中間報告を行うに当たって、がん対策推進協議会において、専門家及び関係者からの意見を聴取し、検討を行った。

なお、平成22年4月に設定した厚生労働省における組織目標においても、総合的ながん対策の観点から、がん予防、検診率の向上、がん医療の均てん化の促進等を図るため、がん対策推進協議会等において、がん患者の方々からのご意見を伺うこととした。

第3章 中間報告

I 全体目標に対する進捗状況と今後の課題等

1 がんによる死亡者の減少

(個別目標)

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等を内容とする「がん医療」を中心としつつ、「がんの予防」、「がん

の早期発見」等、基本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とした。

なお、目標値については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」を今後10年間の全体目標とした。

おって、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」という全体目標を達成するためには、進行・再発がん患者に対するがん医療の更なる充実等を図る必要があるが、これは「5年生存率の改善」にもつながるものと考えられる。

（進捗状況）

基本計画策定の際に得られていた平成17（2005）年のがんの年齢調整死亡率¹（75歳未満）の92.4を100%とすると、平成20（2008）年のがんの年齢調整死亡率（75歳未満）の87.2は94.4%に相当する。

（今後の課題等）

年齢調整死亡率は年々減少しているものの、専門家の多くが目標達成不可能という印象を持っており、専門家の中でも死亡数と年齢調整死亡率の年次推移の区別がついていないとの意見がある。指標の意味合いを正確に伝えるためには、年齢調整死亡率の推移に加えて、死亡数（75歳未満と75歳以上に分けて）の推移も常に提示する必要があるとの意見がある。

なお、75歳未満の年齢調整死亡率は既に述べたとおりであるが、死亡数は、平成17年人口動態統計によると、75歳未満が164,553人、75歳以上が161,373人（年齢不詳15人）であったのに対し、平成20年人口動態統計によると、75歳未満が160,192人、75歳以上が182,748人（年齢不詳23人）であり、75歳以上のがん死亡数は増加しているものの、75歳未満のがん死亡数は減少している。国民に対して更に分かりやすく訴求力がある表示を行うという観点から、目標と現在の数字の差（ギャップ）を、「救えるはずの命」として表示するなど、目標に向けて国民全体が取り組めるようにすべきであるとの意見がある。

一方、平成17（2005）年以降、年率2%程度で年齢調整死亡率は減少しており、20%減少という目標が低すぎるという指摘もある。

¹年齢調整死亡率は、昭和60年当時に、現在の医療提供体制が整備されていたと仮定した場合の10万人当たりの死亡者数から算出した。

確かに、平成17(2005)年の直近10年間に限ると年率2%程度の減少傾向を示しており、目標が低いとの指摘は正しい面もあり、年率2%減少の要因分析を進める必要がある。ただし、イギリスでも10数年で20%減少との目標設定をしていることを考えると、目標を30%から40%程度の減少に引き上げるのは、設定し直す新たな根拠が必要であり、新たな根拠が出てくるまでは、現状の目標維持が妥当との意見がある。

また、諸外国の多くのがん計画では、がん死亡率の減少に加えて、がん罹患率の減少を目標の一つとして設定している。予防の評価には罹患率が必須であり、検診・医療の評価にも、罹患率と死亡率の傾向を比較する必要がある。我が国は、国レベルでの罹患率の測定精度が悪く、年次推移を観察しにくい面もあるが、目標に罹患率を加えることで、更に精度の高い地域がん登録の適切な推進に向けた、予算上及び制度上の包括的な取り組みを行う必要があるとの指摘がある。

さらに、将来的には、都道府県別及びがんの種類別に、罹患率及び死亡率の減少と生存率の向上について目標を設定すべきであるとの意見がある。

2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

(個別目標)

治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とした。

(進捗状況)

この目標達成に向けた進捗状況について把握すべく、厚生労働省研究班において、受療行動調査や患者アンケート調査等を通して評価方法の開発を行い、測定の可能性を検討しているところである。

(今後の課題等)

がん患者の苦痛とは、がんのあらゆる時期に患者が経験する身体的苦痛と心の苦痛等を含む。苦痛の軽減をすることは患者や家族の願いであると同時に、科学的な視点からも対応が求められる。患者の苦痛の軽減に関する適切で測定可能な指標を早期に設定することが必要である。また、この目標の評価に関しては、がんのみならず他疾患や地域の状況等の多くの要因を考慮に入れる必要がある。

また、目標達成に向けては、緩和ケアの推進及び医療と介護の連携等の生活支援が重要である。

なお、家族や遺族の苦悩についての直接的な施策として、次期基本計画（基本計画の見直し・変更をしたもの）において、グリーフケアを家族のケアを推進すべきとの意見がある。

II 重点的に取り組むべき課題

基本計画において重点的に取り組むべき課題とされた「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」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」及び「がん登録の推進」について、特に積極的に取り組んできたところであるが、各重点課題に係る進捗状況等については、Ⅲの分野別の個別目標に対する進捗状況等に記載する。

III 分野別施策の個別目標に対する進捗状況と今後の課題等

1 がん医療

①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

(個別目標①)

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院（「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）の別添「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定める都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置することを目標とした。

(進捗状況①)

厚生労働省においては、平成20（2008）年3月、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を見直し、拠点病院の指定にあつては、専門的な知識及び技能を有する医師を始めとした医療従事者の配置や専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置を、都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の指定にあつては、放射線療法部門及び化学療法部門の設置を指定要件とし、放射線療法及び化学療法の推進を図った。

なお、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、これらの指定要件が平成22（2010）年3月まで猶予された。

放射線療法や化学療法を実施するために必要な設備の整備等に資するよう、放射線治療機器のリニアックの緊急整備を、平成19(2007)年度及び平成20(2008)年度において63施設に対して実施した。

平成22年度診療報酬改定においては、放射線療法及び化学療法の推進に係る評価が行われた。具体的には、外来化学療法加算の評価の充実、介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定、放射線治療病室管理加算の引き上げ、抗悪性腫瘍剤処方管理加算の新設等が行われた。

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター(旧国立がんセンターがん対策情報センター。以下「がん対策情報センター」という。)においては、放射線療法や化学療法に従事する医療従事者に対する研修会を実施するとともに、厚生労働省においては、拠点病院の機能強化として研修会に医療従事者が参加して地域の指導者となることに係る経費の補助を行った。また、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランでは、大学院において、放射線療法や化学療法等のがん医療に専門的に携わる医師、看護師等の医療従事者の養成(平成21(2009)年5月時点の受入数:約1,500人)を図っている。

拠点病院においては、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修を実施するとともに、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の構築を行っている。

これらの取組の結果、平成19(2007)年8月に都道府県を通じて拠点病院の現況を把握したところ、当時の拠点病院286施設のうち、締切期限までに回答があった267施設について、93.2%に相当する249施設においてリニアックを有し、94.4%に相当する252施設が外来化学療法室を有していた。平成22(2010)年4月1日時点では、拠点病院377施設のすべてがリニアック及び外来化学療法室を有している。

放射線療法部門及び化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院は、平成19(2007)年8月時点において、当時のこれらの病院59施設のうち、それぞれ49.2%に相当する29施設であった。平成22(2010)年4月1日時点では、都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院91施設²のすべてが放射線療法部門及び化学療法部門を設置している。

² 地域がん診療連携拠点病院又は都道府県がん診療連携拠点病院として指定された特定機能病院74施設及び特定機能病院ではない都道府県拠点病院17施設。

なお、参考として、平成20年医療施設調査によると、外来化学療法室を有する施設数は1,376で全病院の15.6%に当たり、その病床数は8,775床に及ぶ。

(今後の課題等①)

放射線療法や化学療法を推進する上で、設備面等の量的充足状況の評価だけでなく、手術療法等も含めた集学的治療に係る診療実績や適切な人員配置等、質的な評価を検討する必要がある。したがって、経年的に拠点病院を中心に、詳細な診療実績の調査等を実施し、国民に対して適切な情報提供等を行うことが望ましい。特に、がん難民を減らす観点からも、実際に患者家族が必要と考える情報の提供が重要であることから、患者家族を対象とした、適切な情報提供の項目についての調査等が必要である。

放射線療法及び外来化学療法の実施体制については、現状の把握や将来望ましい医療従事者数の推計を行い、個別に専門性の高い医療従事者の配置を行うとともに、複数科及び多職種で構成されたチーム医療の体制が整備され、患者及びその家族が希望する安全で質の高いがん医療の提供を行う必要がある。そのため、個別の研修事業だけでなく、実践的なチーム医療が展開できることを目的とした研修（チーム医療研修）等を実施し、実際の診療体制の整備を検討する必要がある。

また、拠点病院において専門性の高い人材の適正配置を実現する観点から、まずは拠点病院の機能を明確に設定し、専門知識を有する医師や薬剤師のほか、例えば、がん看護専門看護師やがん治療関連の認定看護師等も含めた適正な人員配置の評価を行う必要がある。これに加えて、拠点病院における人員配置状況の変化を経年的に把握する必要がある。

なお、放射線、化学療法などにおける診療報酬において評価される施設基準を参考として、化学療法、放射線療法等を行う医療機関が当該施設基準を満たすよう促進することにより、がん医療の更なる充実を図るべきとする指摘もあった。

(個別目標②)

抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することを目標とした。

(進捗状況②)

医療上必要な抗がん剤等の医薬品について、我が国の医療現場で早

期に使用できるようにするため、平成19(2007)年4月に策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮し、米国並みとすることを目標とした。具体的には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「総合機構」という。)の新薬審査人員を平成19(2007)年度からおおむね3年間で、112人から286人に増員するとともに、ガイドラインの策定等による審査基準の明確化、国際共同治験の活性化、すべての治験相談にタイムリーに対応できる総合機構の体制の整備等に取り組むことにより、承認審査の迅速化や、承認申請までの期間短縮を図っているところである。

一般に世界で最も早い時期に新薬が上市される米国と我が国における新薬の上市時期の差をもってドラッグ・ラグを試算することとし、ドラッグ・ラグを承認申請時期の差(申請ラグ)と承認申請から承認までの審査に要する期間の差(審査ラグ)に分けて試算した。具体的には、申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との差の中央値を試算した。審査ラグについては、米国食品医薬品庁(FDA)が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査期間の中央値の差を試算した。その結果、ベースラインである平成18(2006)年度においては、申請ラグは1.2年、審査ラグは1.2年で、ドラッグ・ラグは2.4年であった。その後の進捗状況については、平成19(2007)年度においては、申請ラグは2.4年、審査ラグは1.0年で、ドラッグ・ラグは3.4年であり、平成20(2008)年度においては、申請ラグは1.5年、審査ラグは0.7年で、ドラッグ・ラグは2.2年であった。

(今後の課題等②)

ドラッグ・ラグに関して、米国と比較すると、ベースラインである平成18年度から、全体ではやや改善を認めたものの、申請ラグの延長が認められた。ドラッグ・ラグの解消に関しては、総合機構の体制の強化のみならず、メーカー、医療機関、患者等の各当事者が十分に役割を果たせるような包括的な戦略の策定が必要であり、そのためには省庁横断的な体制構築も重要であるとの意見がある。

こうした状況の中、医師主導治験の積極的導入と実施目標を設定すべきであり、企業治験の実施における経費の実態を踏まえて、医師主導治験に対する科学研究費の大幅な増額が必要であるという指摘がある。

文部科学省が助成していたがんトランスレーショナルリサーチのような単施設・少数例(10例未満程度)の医師主導治験は掛かる経費が少額

で済み、既存の科学研究費内での実施が可能であるが、本格的第Ⅱ相多施設共同医師主導治験（症例数は数十例から100例規模）の実施には研究費額の抜本的な拡充が必要との指摘もある。

そのほか、企業からの医薬品等の調達交渉等は、約1年超を要することから、研究期間は5年程度が妥当であるとの指摘や、成功の鍵は医師主導治験の治験調整事務局の練度であるが、すべての医療機関への事務局の整備は難しく、治験中核病院の一部と文部科学省トランスレーショナルリサーチ³拠点に限定して整備することが現実的であると指摘されている。

なお、コンパッションネートユース（人道的使用。基本的に生命に関わる疾患や身体障害を引き起こすおそれのある疾患を有する患者の救済を目的として、代替療法が無いなどの限定的状況において未承認薬の使用を認める制度⁴）等他の救済策の実施目標を提示すべきという指摘に関して、学会、患者団体等から開発の要望のあった抗がん剤等の未承認薬・適応外薬については、平成22年2月から「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」における検討を開始しており、医療上の必要性が高いと評価された場合には、原則として、国が企業に開発の要請を行う予定としている。同会議の検討を踏まえ、更なるドラッグ・ラグ解消に向けた取組が期待される。

また、新薬の審査開始を早める対策が必要であるとの指摘に関して、新薬の審査開始時期については申請者に依存するところが大きいが、臨床評価ガイドラインの策定、治験相談の充実、国際共同治験の推進等の取組を実施しているところであり、今後、早期化が進むことを期待する。

（個別目標③）

放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとされている。

（進捗状況③）

拠点病院における放射線療法については、5大がんの平均治療人数及び平均治療回数は、平成19（2007）年4月から同年5月までにおける267施設の平均実績が1施設当たり50.2人及び548.4回であったのに対し、平成21（2009）年6月から同年7月までにおける375施設の平均実績は1施設当たり34.4人及び660.3回であった。拠点病院における放射線療法の平均治療人数及び平均治療回数が減少しているのは、平成19（2007）年度から平成21（20

³ 基礎研究の優れた成果を次世代の革新的な診断・治療法の開発につなげるための橋渡し研究

⁴ 社団法人日本薬学会薬学用語解説 <http://www.pharm.or.jp/dictionary/wiki.cgi>

09) 年度の間に放射線療法の治療実績が比較的少ない施設が多く拠点病院の指定を受けたことが影響していると考えられる。

全国の放射線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、放射線治療専任加算の算定が、平成19(2007)年度においては438施設、9,017件であったのに対し、平成20(2008)年度においては452施設、11,138件であった。直線加速器による定位放射線治療の算定については、平成19(2007)年度においては159施設、1,361件であったのに対し、平成20(2008)年度においては195施設、319件であった。強度変調放射線治療の算定については、平成20(2008)年度から保険導入され、当該年度においては47施設、4075件であった。

なお、日本放射線腫瘍学会調べによると、放射線治療患者数は増加しているとの報告もある。

拠点病院における化学療法については、外来化学療法加算の平均算定件数は、平成19(2007)年4月から同年5月までの267施設の平均実績が1施設当たり321.2件であったのに対し、平成20(2008)年6月から同年7月までの375施設の平均実績は1施設当たり410.4件であった。

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件であったのが、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件、外来化学療法加算2の算定が899施設、18,319件であった。⁵

(その他)

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との意見がある。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との意見がある。

②緩和ケア

(個別目標①)

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。

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治療に携わることが算定条件になった。

(今後の課題等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。

さらに、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研修会の内容に反映させるべきとの意見もある。

(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

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、

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との意見がある。

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重要であるとの意見がある。

(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との意見がある。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、

緩和ケア診療加算の施設基準を満たさないものも含む。

⁸病院5,434施設、一般診療所7,824施設。

「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。

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、静岡市や尾道市において地域の医師会が中心となって在宅医療に係る先進的な取組が行われており、このような好事例を厚生労働省において紹介するとともに、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）

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。がん患者の在宅の看取り率は、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

⁹ 増加は統計学的に有意である。

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との意見がある。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。

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。

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）

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との意見がある。

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」にとどまらず、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」を設置すべきとの意見がある。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との意見もある。

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。

（今度の課題等）

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カバーする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拠点病院によりカバーされているといえ、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との意見がある。

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との意見がある。これらについては、「ベンチマークセンター」を設置して公表すべきとの意見がある。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、未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。