

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