

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん診療連携拠点病院における化学療法の提供体制に関する研究

研究分担者 南 博信
神戸大学大学院医学研究科内科学講座腫瘍・血液内科学分野 教授

研究要旨

がん診療連携拠点病院における日本臨床腫瘍学会が認定したがん薬物療法専門医の在籍状況を調査したところ、都道府県がん診療連携拠点病院の5施設、地域がん診療連携拠点病院の227施設で1名もいなかった。一方、4施設で10名以上在籍しており、偏在が明らかとなった。

A. 研究目的

地域におけるがん診療の中心となる病院としてがん診療連携拠点病院が指定されている。一方、がんの薬物療法は日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医が中心となり実施すべきである。本研究の目的は、がん診療連携拠点病院におけるがん薬物療法専門医の在籍状況を明らかにすることである。

B. 研究方法

2011年4月までに日本臨床腫瘍学会が認定したがん薬物療法専門医586名の所属施設を調査し、都道府県および地域がん診療連携拠点病院ごとの在籍者数を調査するとともに、都道府県別に比較した。

C. 研究結果

がん薬物療法専門医586名の在籍施設は、都道府県がん診療連携拠点病院に163名(28%)、地域がん診療連携拠点病院に215名(37%)、国立がん研究センターに22名(4%)、その他の施設に186名(32%)であった。逆に、都道府県がん診療連携拠点病院における専門医数は中央値で3人で、都道府県拠点病院でありながら専門医が在籍し

ていない病院が5施設、1名のみが6施設、2名のみが10施設あった。一方、13人の専門医が在籍する病院も含め10名以上いる病院が4施設あり、これらはすべて大学病院あるいはがん専門病院であった。地域がん診療連携拠点病院では専門医が在籍していない病院が227施設と66%を占め、1名のみが71施設(20%)、2名のみが24施設(7%)であった。

都道府県別には、がん薬物療法専門医は東京都が78名、大阪府が57名と多かったが、人口100万人当たりの専門医数は岡山県が12.3人、石川県が11.1人と多く、東京都は5.9人、大阪府は6.4人であった。また、都道府県がん診療拠点病院に専門医が一人もいないのは都道府県がん診療拠点病院が指定されていない場合も含めて8道県あった。一方、専門医がいないがん診療拠点病院が最も多いのは兵庫県(10施設)、千葉県(9施設)、埼玉県(8施設)であった。地域がん診療拠点病院も含めてすべての拠点病院に専門医が在籍していたのは石川県のみであった。

D. 考察

今回の検討でがん診療連携拠点病院におけるがん薬物療法専門医の在籍状況には病院あるいは都道府県により格差が大きいことが判明した。専門医が一人もいない施設は、都道府県がん診療連携拠点病院で5施設もあることもさることながら、地域がん診療連携拠点病院の大半に専門医がいないことは大きな問題であると思われる。その理由としてがん薬物療法専門医の総数が足りないことが考えられるが、一方で13名の専門医を有する拠点病院もあり、専門医の配置に偏りがあることも判明した。また、専門医がいない拠点病院数に地域差があるのは拠点病院数そのものに地域差があることも関係していると考えられた。

E. 結論

がん診療連携拠点病院におけるがん薬物療法専門医の在籍数には施設差および地域差が大きいことが判明した。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

一般市民によるがん診療連携拠点病院に対する意識に関する研究

研究分担者 加藤 雅志
国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部長

研究分担者 平井 啓
大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 講師

研究分担者 的場 匡亮
昭和大学大学院保健医療学研究科 講師

研究要旨

一般市民のがん診療連携拠点病院に対する期待は、これまで明らかにされていない。今回、本人または配偶者のがんの罹患経験のない一般の方、がん患者、がん患者の配偶者を対象に、がん診療連携拠点病院に対する意識についての半構造化されたインタビュー調査の内容についての分析を行った。その結果、がん医療を行う医療機関に対して、「医療の質の高さ」「医療に関する納得」が重視されていることが明らかとなった。また、がん診療連携拠点病院に対しては、一定の質のがん医療を提供する機能を求めるとともに、地域の医療の底上げを期待していることが明らかになった。

A. 研究目的

平成13年度から始まるがんの拠点病院制度は、がん医療の均てん化の推進を目的とし、全国で拠点病院の指定が進められてきた。しかし、一般市民のがん拠点病院に対する期待は、これまで明らかにされていない。本研究では、これまで検討されていなかったがん拠点病院に対する一般市民の期待等を調査し、データを元に、わが国に求められるがん拠点病院制度のあり方について検討する。

B. 研究方法

平成22年度に行った本人または配偶者のがんの罹患経験のない一般の方、がん患者、がん患者の配偶者を対象に、がん診療連携拠点病院に対する意識についての半構造化されたインタビュー調査の内容についての分析を行った。調査

協力者は計14名であり、うち、がん患者5名、がん患者の配偶者5名、本人または配偶者のがん罹患経験のない者4名であった。

(倫理面への配慮)

本研究は、「臨床研究の倫理指針」に準拠して実施し、個別のインタビュー調査については、インフォームド・コンセントを適切に実施するとともに、解析に当たっては、個人が特定できぬように配慮し解析を行った。

C. 研究結果

がん医療を行う医療機関に対して、「医療の質の高さ」「医療に関する納得」が重視されていることが明らかとなった。これは、がん患者本人やその家族、それ以外の一般人、すべてに共通する傾向であった。しかし、実際のがん患者が医療を受けたときに病院を選んだ基準は、

「医療関係者(かかりつけ医や最初の診断医)の推奨」「家からの距離」「治療を受けられるタイミングの早さ」であり、実際の状況は必ずしも「医療の質の高さ」等を求めて情報収集などが行われていなかった。また、がん診療連携拠点病院については、「総合的ながん治療を行っている病院」というイメージが共通しており、「(どこに手も一定水準の医療が受けられるように)地方のがん医療の底上げを行う」役割を期待する意見が多かった。

D. 考察

今回の対象者から得られた拠点病院に対するイメージの結果は、概ね、行政の立場から、がん診療連携拠点病院に対して求めている機能と大きくずれるものではなかった。

一方、市民ががん診療を行う医療機関に対して求めている機能として「がん医療の質」が抽出されたが、実際にはそのような観点が医療機関を選んでいない現状も明らかになり、その要因として、病院選択をする時期に適切な情報を十分に入手することができなかったことが考えられた。

E. 結論

一般市民は、がん診療連携拠点病院に対して、一定の質のがん医療を提供する機能を求めるとともに、地域の医療の底上げを期待していることが明らかになった。また、患者が医療機関を選択する際には、現段階では医療機関に関する情報を適切に収集できておらず、十分な情報に基づいた選択ができていない可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

市民が求めているがん医療について

がん医療を受ける際に病院に期待すること・重視すること

対象者種別	一般	一般	一般	一般	配偶者	配偶者	配偶者	配偶者	配偶者	患者	患者	患者	患者	患者
性別	女性	女性	男性	男性	女性	女性	女性	男性	男性	女性	男性	男性	男性	男性
年齢	50代	50代	50代	60代	50代	50代	60代	40代	60代	40代	50代	50代	40代	40代
治療成績(治癒率・生存率)が高い	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
医療スタッフの質が高い	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎
最先端の治療が受けられる	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	○	◎	○	◎	◎	◎	◎
最先端の設備が整っている	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	◎	○	◎	◎	◎	◎
科学的根拠に基づいた医療を行っている	◎	◎	○	◎	◎		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
患者の身になって考えてくれる	◎	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎
医師の説明が丁寧である	◎	○		○	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎
相談体制が充実している	◎	○		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	○
患者の心のケアに重点を置いている	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○
がん治療で有名な先生がいる	○	◎	◎			◎	○	◎	○	○	◎	◎	◎	○
がん拠点病院として認定を受けている		◎	◎	○	○	○		○	○	○	◎	◎	○	◎
治験や臨床研究などの研究を行っている	◎			◎	○	◎	◎	○		○	◎	◎	○	
家族への配慮が行き届いている	○	○			◎	○	○	○		◎		○		○
痛み等の症状を和らげることに重点を置いている	◎	○			○	◎	○	○					○	○
長期間入院することができる			○		○	○	◎	○		○	◎			○
外来や検査の待ち時間が短い		○							○	◎	○	○		○
医師や職員の身だしなみが整っている		○			○			○	◎	○	○			
受付や会計など事務の対応が良い					○			○	◎	○	○			○
看取りまでしてくれる					○			◎	○	○				○
治療費が手頃		◎			○		○							○
内装や椅子・ベッドなどの家具が良い					○			○		○		○		○
自宅まで往診に来てくれる						◎				○				○
研修医などの研修生が多い							○			○			○	
売店などの施設内店舗が充実している								○			○			○

◎「非常に重要」 ○「重要」 空白「どちらともいえない」または「重要ではない」

市民が、がん医療を受ける際に病院に重要視すること

重要視する点

受ける医療の質の高さ、 また、その保証に関わる項目

- 治療成績(治癒率・生存率)が高い
 - 医療スタッフの質が高い
 - 最先端の治療が受けられる
 - 最先端の設備がそろっている
- 科学的根拠に基づいた医療を行っている

コミュニケーション、 心のケアに関わる項目

- 患者の身になって考えてくれる
 - 医師の説明が丁寧である
 - 相談体制が充実している
- 患者の心のケアに重点を置いている



受けられる医療内容や、疾患についての不安に、 直接関わってこない項目については、明らかに優先順位が低い

- 外来や検査の待ち時間が短い
- 医師や職員の身だしなみが整っている
 - 受付や会計など事務の対応が良い
 - 治療費が手頃
- 内装や椅子・ベッドなどの家具が良い
- 売店などの施設内店舗が充実している

あまり重要でない点

市民が、がん医療を受ける際に病院に重要視すること

なぜこれらの項目が重要なのか？

受ける医療の質の高さ、 また、その保証に関わる項目

- 治療成績(治癒率・生存率)が高い
 - 医療スタッフの質が高い
 - 最先端の治療が受けられる
 - 最先端の設備がそろっている
- 科学的根拠に基づいた医療を行っている

コミュニケーション、 心のケアに関わる項目

- 患者の身になって考えてくれる
 - 医師の説明が丁寧である
 - 相談体制が充実している
- 患者の心のケアに重点を置いている

「とにかく直してくれることが最優先」
「組織全体として信頼できる
病院を選びたい」

“客観的判断”

「自分が納得できる治療を受けたい」
「心から信頼できる先生に委ねたい」

患者の“主観的判断”

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
加藤雅志、 他	診療報酬の変遷 と現状－病院・ 緩和ケア病棟	「ホスピ ス緩和ケ ア白書」 編集委員 会	ホスピス緩 和ケア白書 2012	(財)日本 ホスピス・ 緩和ケア 研究振興 財団	東京	2012	90-93
下村裕見 子	精神科地域連携 クリティカルパ ス開発にむけて	精神科ク リティカ ルパス論 no.62	精神医療	批評社	東京	2011	33-43
高山智子、 若尾文彦、 的場元弘、 他	(患者必携)もしも、 がんが再発したら本人 と家族に伝えたいこと	国立がん 研究セン ターがん 対策情報 センター	(患者必携)もしも、 がんが再発したら本人 と家族に伝えたいこと	英治出版	東京	2012	
的場元弘、 新城拓也、 田中桂子、 他	がん患者の消化 器症状の緩和に 関するガイドラ イン2011年版	特定非営 利活動法 人日本緩 和医療学 会 緩和 医療ガイ ドライン 作成委員 会	がん患者の 消化器症状 の緩和に関 するガイド ライン2011 年版	金原出版	東京	2011	
的場元弘、 田中桂子、 新城拓也、 他	がん患者の呼吸 器症状の緩和に 関するガイドラ イン2011年版	特定非営 利活動法 人日本緩 和医療学 会 緩和 医療ガイ ドライン 作成委員 会	がん患者の 呼吸器症状 の緩和に関 するガイド ライン2011 年版	金原出版	東京	2011	

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Teramoto N, <u>Tani mizu M.</u>	Validation analysis of Japanese histological classification of breast cancer using the National Summary of Hospital Cancer Registry 2007, Japan	Cancer Sci	102(8)	1597-601	2011
Torigoe K, Nakahara K, Rahmadi M, Yoshizawa K, Horiuchi H, Hirayama S, Imai S, Kuzumaki N, Itoh T, Yamashita A, Shakunaga K, Yamasaki M, Nagase H, <u>Matoba M.</u> , Suzuki T, Narita M.	Usefulness of olanzapine as an adjunct to opioid treatment and for the treatment of neuropathic pain.	issue of Anesthesiology	116(1)	159-169	2012
Hirai K, Kudo T, Akiyama M, <u>Matoba M.</u> , Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K.	Public Awareness, Knowledge of Availability, and Readiness for Cancer Palliative Care Services : A Population-Based Survey across Four Regions in Japan.	JOURNAL OF PALLIATIVE CARE MEDICINE	14(8)	918-922	2011
Narita M, Niikura K, Nanjo-Niikura K, Narita M, Furuya M, Yamashita A, Saeki M, Matsushima Y, Imai S, Shimizu T, Asato M, Kuzumaki N, Okutsu D, Miyoshi K, Suzuki M, Tsukiyama Y, Konno M, Yomiya K, <u>Matoba M.</u> , Suzuki T.	Sleep disturbances in a neuropathic pain-like condition in the mouse are associated with altered GABAergic transmission in the cingulate cortex.	PAIN	152	1358-1372	2011
Isobe Y, <u>Katai H.</u> , et al.	Gastric cancer treatment in Japan: 2008 annual report of the JGCA nationwide registry.	Gastric Cancer	14(4)	301~316	2011

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Saka M, <u>Katai H</u> , et al.	Present and future status of gastric cancer surgery.	Jpn J Clin Oncol	41(3)	307~313	2011
Yoshida S, <u>Hirai K</u> , Morita T, Shiozaki M, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y.	Experience with Prognostic Disclosure of Families of Japanese Patients with Cancer	Journal of Pain and Symptom Management	Mar 41 (3)	594-603	2011
Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, <u>Hirai K</u> , <u>Matoba M</u> , Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K.	Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan	Support Care Cancer	Jun 10	923-931	2011
<u>Hirai K</u> , Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Morita, T, Eguchi, K	Public Awareness, Knowledge of Availability, and Readiness for Cancer Palliative Care Services: A Population-Based Survey across Four Regions in Japan	Journal of Palliative Medicine	Aug;14 (8)	918-922	2011

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
加藤雅志	家族ケアとがん対策基本法	腫瘍内科	8(1)	78-82	2011
谷水正人、船田千秋、菊内由貴	がん診療と地域連携	medicina	48(13)	2140-2143	2011
下村裕見子、池田俊也、武藤正樹、谷水正人	がん診療連携拠点病院等におけるがん地域連携クリニカルパス稼働調査と連携体制の課題	日本クリニカルパス学会誌	13(2)	98-104	2011
森田純子、薬師神芳洋、児島洋、恒岡菊江、藤原光子、森ひろみ、山下広恵、山口育子、藤田高子、矢野琢也、松久哲章、岡田憲三、白石猛、原雅道、松野剛、谷水正人	愛媛県がん診療連携拠点病院における外来化学療法室の現状と問題点	癌と化学療法	38(4)	599-605	2011
古村和恵、山岸暁美、赤澤輝和、鈴木聡、和泉典子、的場元弘、森田達也、江口研二	市民の緩和ケアに対するイメージの変化	緩和ケア	22(1)	79-83	2012
杉浦宗敏、宮下光令、佐藤一樹、森田達也、佐野元彦、的場元弘、恒藤暁、志真泰夫	がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制と薬剤業務の困難感	日本緩和医療薬学雑誌	4(4)	103-109	2011
古村和恵、宮下光令、木澤義之、川越正平、秋月伸哉、山岸暁美、的場元弘、鈴木聡、木下寛也、白髭豊、森田達也、江口研二	進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆—	Palliative Care Research	6(2)	237-245	2011
平井啓	がん家族への情報提供のあり方と今後の課題（特集 がん医療における家族ケア）	腫瘍内科	8(1)	38-44	2011

IV. 研究成果の刊行物・別刷

X. 診療報酬の変遷と現状

1. 病院・緩和ケア病棟

加藤 雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援研究部)

はじめに

わが国の緩和ケアの提供体制は、診療報酬の変遷と密接な関係にあることについて議論を待たない。わが国の医療行為のほとんどが、公的医療保険制度に基づく保険診療として実施されていることにより、診療報酬の変化は、医療現場での医療行為に大きな影響を及ぼす。

診療報酬は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定するものであるが、わが国において適切な医療が実施されるように2年ごとに改定が行われており、政府が進める医療政策を実現するための重要な手段のひとつという側面もある。したがって、公的医療保険制度の中で、緩和ケアに関する診療報酬の位置づけをみれば、政策として緩和ケアに対して期待していることが明らかになる。

わが国の緩和ケアの歴史と診療報酬

わが国の緩和ケアは、1973年に淀川キリスト教病院において柏木哲夫医師が、末期患者への組織的なケアとチームアプローチとしてOCDP（organized care of dying patient）を開始したことが、その幕開けだった。その後、1981年に日本における施設として初めてのホスピスが聖隷三方原病院に誕生し、続いて1984年に淀川キリスト教病院でもホスピスが設置された。初期のホスピスは、当時の出来高払いの診療報酬のもとでは運営が困難であり、寄付金に頼らざるを得ない状況であった¹⁾。

当時のホスピスに関わっていた関係者の方々の熱意ある運動などにより、1990年に緩和ケアに

関する診療報酬上の初めての評価として、「緩和ケア病棟入院料」が設定された。緩和ケアに従事する者ならずでよくご存知であろうが、この緩和ケア病棟入院料は、当初対象患者として、「緩和ケア病棟に入院している「主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者」と定められていた。当時のわが国の状況においては、QOL（生活の質）の向上を目的として提供されるケアの対象が、おもに終末期の患者に限られていたため、「ターミナルケア」という言葉が緩和ケアと同義語のように用いられていたこともあった。今日においても、「緩和ケア＝ターミナルケア」という印象を抱いている者がいまだに少なくないことは否めない。

その後、患者やその家族のQOLを改善するためのケアの対象は拡大していき、終末期だけではなく疾患の治療早期から緩和ケアが提供されることが求められるようになった。2002年に厚生労働省は、一般病床の入院患者に対して緩和ケアチームの活動を評価する「緩和ケア診療加算」を創設し、緩和ケアチームが次第に全国的に普及していくに至った。

上記のように、病院における緩和ケアの提供体制を診療報酬で評価することにより拡充が図られていく中、それに加え、患者の希望を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養しながらQOLの高い生活を送ることができるよう在宅医療の充実にも大きな取り組みがみられた。2006年度の診療報酬と介護報酬の同時改定は、在宅におけるがん患者を含む中重度者の在宅療養の支援を高く評価するものとなった。がん患者に限られたものではないが、2006年度より在宅医療を推進していく観点から診療報酬上の制度として「在宅療養支

援診療所」が設けられた。この在宅療養支援診療所は、現在では在宅医療における中心的な役割を担っているが、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護等を提供する体制を構築していくものである。

また、介護保険におけるがん患者の扱いであるが、がん末期については、2006年度に特定疾病に追加され、40歳から64歳のがん末期により介護が必要となった患者も介護保険サービスの利用が可能となった²⁾。

がん対策基本法の成立と緩和ケアの推進に伴う診療報酬の新たな方向性

がんは国民の生命および健康にとって重大な問題であり、がん対策をよりいっそう充実させるべく、2006年に「がん対策基本法」が成立した。そして、この法律に基づき、2007年に「がん対策推進基本計画」が策定され、がん対策は大きな転換期を迎え、緩和ケアが大きく推進されていくきっかけとなった。

「がん対策基本法」の中で、緩和ケアについては、がん患者の療養生活の質の維持向上として、緩和ケアを必要とする患者に対して、がん医療の早期から在宅に至るまで適切に提供できる体制を整備していくことが明記された。

また、「がん対策推進基本計画」は、2007年度から2011年度までの5か年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものである。この基本計画で特筆すべき重要なことは、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「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」というQOLの向上に着目した目標が定められたことである。この全体目標は、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を踏まえて設定されているものであり、その達成に向けて緩和ケアは大きく推進されていくこととなった。緩和ケアは、「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき

課題のひとつに位置づけられ、がん患者が可能なかぎり質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められた。

緩和ケアに関して、「がん対策推進基本計画」で、治療の時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供される体制の整備を進めていくことが定められた結果、診療報酬でもその方向性が反映されることになった。つまり、様々な場面において適切な緩和ケアが提供されるための診療報酬の新たな方向性についての議論が始まった。

緩和ケアの転換期を反映した「平成20年度診療報酬改定」

2008年度（平成20年度）の診療報酬改定では、がん対策を重点的に推進するための検討が行われ、特に緩和ケアをよりいっそう推進していくための評価が行われた。

緩和ケアに関するそれまでの診療報酬上の評価は、既に述べたように1990年度に緩和ケア病棟での医療がまず最初に評価された。その後、2002年度に一般病床の入院患者に対する緩和ケアチームの活動も評価されるようになり、診療報酬上で評価される緩和ケアの対象が、一段階大きく広がった。そのうえで、2008年度の診療報酬改定は、様々な場面において切れ目なく緩和ケアが適切に提供されるよう、緩和ケアの提供体制のよりいっそうの拡充を目指した改定であり、緩和ケアの対象をより大きくとらえ、その評価の対象を拡大しようとしたものであった。

その新たな診療報酬の評価のひとつが、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、計画的な医学管理と療養上必要な指導を継続的に行うことを評価した「がん性疼痛緩和指導管理料」である。このがん性疼痛緩和指導管理料は、入院中の患者は当然のこととし、外来だけではなく、在宅の患者に対して算定が可能であり、緩和ケアを必要とする患者はあらゆる

診療の場面で存在していることを反映したものであった。

また、緩和ケアの対象が、終末期の患者だけでなく、治療の初期段階の患者も含むということに拡大していることを踏まえ、緩和ケア病棟の診療報酬の施設基準については、対象となる患者について、「末期」という条件を外し、苦痛の緩和を必要とする患者であれば、病気の時期に関係なく入院することが可能となった。さらに、終末期のケアに加えて、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援などの機能を、地域のニーズに沿ってバランスよく備えていくように、緩和ケア病棟に求められている機能を明確にし、その位置づけが定められた。具体的には、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や24時間連絡を受けられる体制、さらには専門的な緩和ケアの研修の実施などが新たに要件として加わるようになった。

緩和ケアチームの活動についての評価である緩和ケア診療加算に関しては、緩和ケアの質の向上を図るために、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん診療の外来化が進む中、外来で緩和ケアを必要としている患者が増加していることを踏まえ、入院患者の緩和ケアに専従とされていた医師の勤務条件を緩和し、外来診療に当たることにも可能となった。

そのほかにも、がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、介護老人保健施設入所者について医療保険において給付を行うこと、在宅がん患者の疼痛緩和などを進めるため、保険薬局での必要な注射薬および携帯型ディスプレイポンプ器の交付を行うこと、がん性疼痛の緩和などに用いられる塩酸モルヒネなどについて、14日分に制限されていた処方日数を見直し、30日処方を行うことなどを新たに認めた。

このような多くの新たな診療報酬における評価により、緩和ケアの提供体制は拡充し、緩和ケアを必要とする患者が適切な医療を受けることができる体制の整備がさらに一段階進むことになった³⁾。

緩和ケアの質の向上を目指した新たな評価

がん診療に携わる医師が、緩和ケアの重要性に対する認識について不十分であることがしばしば指摘されていることを踏まえ、「がん対策推進基本計画」では、緩和ケアに関する目標の一つとして、「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とする」ということが掲げられた。厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師に緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために、「緩和ケア研修会標準プログラム」を定めた。現在、がん診療連携拠点病院を中心に、全国で緩和ケア研修会が開催されている。

2010年度の診療報酬改定では、緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケアに携わる医師については、この緩和ケア研修会を修了していることを要件と定める一方で、診療報酬で更なる評価を行った⁴⁾。具体的には、緩和ケア病棟の医師、緩和ケアチームの医師は緩和ケア研修会（もしくは、指導者を育成するための研修会）を修了していることが求められている。また、がん性疼痛緩和指導管理料では、施設内に緩和ケア研修会を修了した医師を配置することが求められるようになった。このように、緩和ケアに関する診療報酬は、医療現場で適切な緩和ケアが提供されるように、行政の施策と連携した形でその見直しの方向性の検討が行われた。

また、特筆すべきこととして、がん患者に対するリハビリテーションが診療報酬で新たに評価されることとなった。その背景として、厚生労働省は、2007年度から、がん患者の療養生活の質の維持向上を図ることを目的に、がんのリハビリテーション研修事業に取り組んでおり、着実にその成果を積み重ねてきていたことがある⁵⁾。このがん患者へのリハビリテーションは、手術などの治療を受ける時に、合併症や機能障害に対して、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により、機能低下を最小限に抑え、早期の回復を図ることはもちろんのこと、終末期などに廃用症候群等の二次的障害を予防し、日常生活の活動の維持を図ることも目的としており、

今後のがん医療においては重要な分野になっていくであろう。

緩和ケアに関する診療報酬の今後の方向性

2011年12月現在、2012年度の診療報酬改定についての議論が大詰めを迎えている。2012年度改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、政府が推し進めている在宅医療の推進の一環として、患者の早期の在宅医療への移行や地域生活の復帰に向けた取り組みなど、患者の地域生活を支えるための在宅医療の提供体制の整備に重点的な評価がなされるであろう。

つまり、この診療報酬に関する議論を通じて、わが国の緩和ケアが、緩和ケア病棟から一般病床に拡がり、外来、そして在宅にまで拡充しつつあることを見てとることが可能である。

がん医療をはじめ、医療全体の水準が向上するにつれ、医療機関や医療従事者の専門性が高まり、医療の提供体制に切れ目が生じてしまい、患者の状況の変化に応じた適切な医療の移行を円滑に行うことが困難となっている現状がある。がん医療は特にそうであるが、ひとつの医療機関が、専門性の高い根治的な医療、再発時の医療、在宅医療のすべてを担うことは不可能であり、今後、地域の医療機関がそれぞれ役割分担を行い、その連携体制を構築していくことが必要である。

今後の医療において、地域で患者を支えていく

ことを実現していく必要があり、診療報酬もそのような方向性を持って改定されていくであろう。診療報酬はあるべき医療を評価するものであるということを、これまでも繰り返し述べてきた。そして、現場の医療がどうあるべきかについては、その領域の専門家たちが議論を行い、意見を述べていかなければならない。

2012年度は、第2期の「がん対策推進基本計画」が始まる年度である。緩和ケアについてもこれまでの取り組みを振り返り、次の段階に踏み出すための議論を関係者間で行っていくことが強く期待されている。

文献

- 1) 柏木哲夫：日本における緩和医療. 治療学 43 (4) : 473-47, 2009
- 2) 加藤雅志：緩和ケアにおける施策の方向性. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編. ホスピス緩和ケア白書2007. p.1-6, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2007
- 3) 加藤雅志：がんと緩和ケア. 腫瘍内科 3 (5) : 570-577, 2009
- 4) 厚生労働省：平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index-003.pdf]
- 5) 財団法人ライフプランニング・センター：がんのリハビリテーション実践セミナー [http://www.lpc.or.jp/reha/]
- 6) 厚生労働省：平成24年度診療報酬改定について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/]

患者必携

もしも、がんが再発したら

本人と家族に伝えたいこと

編著 国立がん研究センター がん対策情報センター

英治出版

がん情報センター

ganjoho.jp

編集・執筆

神田 典子	国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部
熊谷 たまき	順天堂大学 医療看護学部 基礎看護学
清水 奈緒美	神奈川県立がんセンター 医療相談支援室
高山 智子	国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部
八巻 知香子	国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部
植田 潤	がん対策情報センター 患者・市民パネル・東京(2010)
小曲 一之	がん対策情報センター 患者・市民パネル・東京(2010)
佐々木 佐久子	がん対策情報センター 患者・市民パネル・広島(2010)
中川 圭	がん対策情報センター 患者・市民パネル・広島(2010)
根岸 利光	がん対策情報センター 患者・市民パネル・群馬(2010)
ハーシー 久美	がん対策情報センター 患者・市民パネル・北海道(2010)
本田 麻由美	がん対策情報センター 患者・市民パネル・東京(2009)
山下 芙美子	がん対策情報センター 患者・市民パネル・岐阜(2009)

協力

阪 眞	国立がん研究センター中央病院 消化管腫瘍科
清水 千佳子	国立がん研究センター中央病院 乳腺・腫瘍内科
角 美奈子	国立がん研究センター中央病院 放射線治療科
的場 元弘	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科
若尾 文彦	国立がん研究センターがん対策情報センター
渡邊 清高	国立がん研究センターがん対策情報センター

*執筆者・協力者の所属は作成時のものです。

『もしも、がんが再発したら——[患者必携]本人と家族に伝えたいこと』について
『もしも、がんが再発したら——[患者必携]本人と家族に伝えたいこと』は
厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略事業「患者・家族・国民の視点に立った
適切ながん情報提供サービスのあり方に関する研究(研究代表者：高山智子 国立がん研究セン
ターがん対策情報センター)」および国立がん研究センターがん研究開発費「がんに関する適切な
がん情報提供の在り方に関する研究(研究代表者：若尾文彦 国立がん研究センターがん対策
情報センター)」の研究成果をもとに、まとめられたものです。

● 英治出版からのお知らせ

本書に関するご意見・ご感想を E-mail (editor@ejjipress.co.jp) で受け付けています。
また、英治出版ではメールマガジン、ブログ、ツイッターなどで新刊情報やイベント情報を配信しております。ぜひ一度、アクセスしてみてください。

メールマガジン：会員登録はホームページにて
ブログ : www.ejjipress.co.jp/blog/
ツイッター ID : @ejjipress
フェイスブック : www.facebook.com/ejjipress

もしも、がんが再発したら

[患者必携] 本人と家族に伝えたいこと

発行日	2012年 3月10日 第1版 第1刷
編著	<small>どいつちよつせいけんこくりつ けんさつう</small> 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
発行人	原田英治
発行	英治出版株式会社 〒150-0022 東京都渋谷区恵比寿南 1-9-12 ピトレスクビル 4F 電話 03-5773-0193 FAX 03-5773-0194 http://www.ejjipress.co.jp/
プロデューサー	下田理
スタッフ	原田涼子 高野達成 岩田大志 藤竹賢一郎 山下智也 杉崎真名 鈴木美穂 渡邊美紀 山本有子 牧島琳 千葉英樹 野口駿一 原口さとみ
印刷・製本	大日本印刷株式会社
装丁	大森裕二
イラスト	ミウラナオコ 平野こうじ

Copyright © 2012 NCC

ISBN978-4-86276-139-2 C3047 Printed in Japan

本書の無断複製（コピー）は、著作権法上の例外を除き、著作権侵害となります。
乱丁・落丁本は着払いにてお送りください。お取り替えいたします。

がん患者の 消化器症状の緩和 に関する ガイドライン

2011年版

編集 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 *JSPM*
緩和医療ガイドライン作成委員会

金原出版株式会社