

福井次矢・がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会座長
門田守人・がん対策推進協議会会長
福島靖正・健康局長

2016・7・27

次期がん対策推進基本計画の策定（緩和ケア）に関する意見書

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会・構成員
中川恵一 池永昌之 小川朝生 服部政治 前川 育
(中川以外は、旧緩和ケア推進検討会ワーキングG構成員)

本検討会は今回で3回目になるが、重要案件としてがん対策基本法に基づく「がん対策推進基本計画」の緩和ケア部分の策定がある。遅くとも9月頃には「がん対策推進協議会」に本検討会での“がん緩和ケア”に関する部分のまとめを提示しなければならないと聞いている。

現状、そうしたまとめができるほど論議は深まっていない。緩和ケアは、がんだけではない、との厚労省の姿勢は間違いではなく、日本国民のためにも十分論議し、“緩和ケアは医療の基本”という視点から、共通する緩和ケア、疾病ごとの緩和ケアを提示することが望ましいが、まずはがん対策基本法に定められている通り、急ぐべき課題である“がん”に関する基本計画における緩和ケアの対策をしっかりと詰めなければならない、との認識を共有すべきである。

そこで、以下の点について具体的方策を中心に提案する次第であり、座長、局長におかれては、本意見書を一過性で終わらせることなく、内容を真摯に吟味して論議していただくことを要請する。

1、がん対策推進基本計画（緩和ケア）の現状

1) 現基本計画が、いまだ十分に実行されていない事実

現基本計画における緩和ケアは、10人余の専門家の30時間に及ぶ論議の末に盛り込まれたもの。その内容は練り上げられたものであるが、目指した緩和ケア提供が4年間で現場に浸透しているか、機能しているかと言えば、厚労省・旧緩和ケア検討会ワーキンググループの実地調査などから“極めて不十分”という結果が指摘されている（資料1、緩和ケア検討会ワーキング報告書：2014年3月）。そうなると、新しい施策にばかりに目を転じるより、練り上げられた現基本計画の①どの部分が②どのように実施不十分で③なぜ、そのようになったのか④それらは、引き続き実行されるべきものではないか—と考えるべきであろう。

逆に言えば、これまでに対策は打たれており、それが、当初想定した通り機能するように考えることが重要ということでもある。

*例えば、がん診療連携拠点病院では緩和ケア研修会が90%近く、受講が進んだ（進む）にも関わらず、どうして臨床現場が変わってこないのか（緩和ケアが実際になされていないのか）、という点。これは、教育プログラム全般に言えることだが、理解することと実践することの間にギャップがあるということ。緩和ケア研修会で、理念は少なくとも伝えられているので、それをいかに具体化するか、がんの治療のどの段階で、どのようなケアや支援を提供するか、具体的な支援を提示する（教育を実践に落とし込むプログラムを提示する）ことかと思われる。

*また、旧緩和ケア推進検討会での論議等を踏まえ、基本計画実施の1つの大きな方策として2014年1月に、がん診療連携拠点病院の指定要件が改訂され、緩和ケア関係が大幅に強化された。だが、新指定要件が現実に要件通り実施されているのか明らかでない。拠点病院の中には指定要件項目を形式上クリアするだけで、後は緩和ケア充実に動かない、ということも少なくない。指定要件の文言をなぞるだけの現況報告のチェックリストだけでは見えない“実態”をどう検証し、見える化していくのかが重要である。

2) 計画の達成状況の評価の必要性

現時点で不足していることは「これまでの指定要件に対する実質的な取り組みの具体性、及びその取り組みの評価」である。これまでの緩和ケアの取り組みの結果を総合的かつ客観的に評価することが必要だが、例えばドナベディアンモデルという医療の質を評価するモデルでは、医療の質を「構造(structure)」→「過程(process)」→「結果(outcomes)」という3つのステップに分解して測定する。構造とは、どのような環境、施設で、過程とは、どのような診療が患者に提供され、結果とは、どのような結果が起きたか、である。

現在の基本計画（緩和ケア）は評価のなかの構造（ストラクチャー）しか評価が行えておらず、緩和ケアが実際に機能し提供されているか（プロセス）、緩和ケアが提供された結果どうなったか（アウトカム）については検討されていない。こうした計画の達成状況を評価するシステムも構築してチェックする必要がある。医療品質管理の専門家の助言を仰いだり、何らかのフレームワークを採用するなどして、指定要件を本当に実施しているのかを検証するとともに、これまでの取り組みを評定することが有用だと思われる。

2、次期基本計画の検討方法だが、別々の作業チームを設置すべき

これまでの論議で、がんと心疾患は共通する部分も多いが、別々の作業チームを設置して論議を深めるべきと考える。とくに“がん緩和ケア”は「がんと診断されてからの緩和ケア」を国として推進するという「がん対策推進基本計画」があり、来年6月には第3期の基本計画が閣議決定される予定なので、緩和ケア部分の原案の取りまとめは急務である。

また、5年前は、がん対策推進協議会のもとに「緩和ケア専門委員会（委員12人）」が設置され1月から8月までの7回開催、毎回3時間半余、総計30時間近い論議を経て「報告書」（資料2）がまとめられた。その主要部分が現基本計画に取り入れられた。この経過を

考えれば、今回は7月末段階で検討会は3回、6時間でしかない。また、旧緩和ケア推進検討会も、基本計画の原案提示のために設置されたのではなく、現計画を現場に浸透させるのが主たる目的であり、旧検討会も含め、基本計画原案提示のためのがん緩和ケアの論議が十分行われてきたとは言い難い。

別個の作業チームの設置提案は、主に以下の点からである。

1) がんとはがん以外（心疾患）の緩和ケアは内容が異なること

- ・ 緩和ケアはがん領域が先行していること
- ・ 心疾患の緩和ケアでは、原疾患の治療が症状緩和の第一選択であること
- ・ 共通する領域は、今後の見通しに関する話し合い、不眠や不安等基本的な精神症状への対応、社会的問題への対応であること
- ・ 提供する施設が異なること
がんの場合、拠点病院→緩和ケア病棟、一部の在宅に集約化されつつあること。一方、心不全の場合、在宅と一般病院に薄く広く分布する。在宅でもがんと心不全を診る医療機関が分化している
- ・ 基本計画が「診断時からの緩和ケア」を重視していること
「診断時からの緩和ケア」とは、がんと疾患が死を患者に意識させることから、告知時の配慮からはじまり、がんに起因する疼痛をはじめとした苦痛の軽減、告知後や治療中、療養中の心理的サポート、治療に伴う社会的問題等を解決するための手段で有り、がん特有な問題に対する緩和ケアが重要視されている。

2) グランドデザインと達成目標を掲げる重要性

・ どこを目標に計画を進めるのか

いま、緩和ケアの共通理想（そもそも、緩和ケアという概念が日本緩和医療学会を含む専門家、医療関係者、患者・家族、国民のそれぞれの間でかけ離れている）というものを国としては共有できていない。この共通化作業も重要。そこから、最終的な「患者・家族のための緩和ケアとは」というグランドデザインを描き、具体的にどこを目標に計画を進めるかの議論と成果が求められている。

・ 少なくとも次期基本計画で達成されなければならないことは何か

グランドデザインとともに、次期基本計画が5年（法改正なら6年）であることを踏まえ、5(6)年後に達成されなければならないことは何かを論議して具体案を提示する必要がある。

その観点からは、現基本計画の継承すべき点、さらに深化させる部分（具体的目標）、新たに追加する点などの視点で取り組むべきである。

基本計画の緩和ケア部分策定に当たっては、緩和ケア専門委員会報告書（資料2）、ワーキンググループ報告書（資料1）、新指定要件（資料3・簡略版）をしっかりと踏まえるべきである。

3、現状のがん緩和ケアにおいて検討を深める必要のある点

1) がん診療連携拠点病院関係

・医療用麻薬に対する偏見の解消

これまでの10年、オレンジバレーンプロジェクト等、国民に対する緩和ケアの普及や医療用麻薬への偏見に対する普及啓発活動が行われてきたが、大きな意識変革は起きていない。このため、オピオイド鎮痛薬などへ医療用麻薬の名称変更を図るなど、「麻薬」という言葉を排除する手段が必要ではないか。患者の立場に立った法改正も含め、検討すべきである。

・患者のための確実な「スクリーニングの実施」の実現

指定要件になっていながら、ほとんど機能する形で実現していないと思われるスクリーニングを、どう有効に機能させるか（当初からの重要課題）。

“良質”の拠点病院の調査研究でも、患者の約3割が、「疼痛に対応してもらえていない」という結果がある。スクリーニングの重要ポイントは「スクリーニングで疼痛の患者がいた場合、直ちに対処する」ことである。しかし現実的に緩和ケアチームが依頼を受けても医療用麻薬を処方しない、患者が主治医に痛みを訴えても迅速に対応しない、対応できないというのでは、スクリーニングの意味がない。

また、緩和ケアという特性上、がん疼痛を心理的苦痛と包含し、苦痛のスクリーニングにまとめてしまう傾向があり、人格をも破壊するがん疼痛のスクリーニングこそ優先すべき課題である。その上で、スクリーニングは各病院によってやり方が違うかもしれないが、なるべく簡便で、現場に負担をかけず、実施する以上は「即対処」という取り組みでなくてはならない。一部にスクリーニングにエビデンスがないと指摘する反対的な立場をとる専門家もいるが、であるのであれば、日常その専門家の施設でスクリーニングを行わずにどうやって患者の苦痛に対する評価を行っているのか参考にするなど、あらゆる角度から検証すべきであるこのようなことが行われているか、いないとしたら、何がネックかを、都道府県ごと、ないし病院ごとに検証し、早期に全拠点病院での実施を目指すべきである。

・緩和ケアチームの質の確保（200拠点で専門的緩和ケアが提供できない？）

がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチームは専門的緩和ケアを提供できる、ということが“必須”となっている。ところが、「専門的緩和ケアの提供できる専門医等がいる拠点病院は400施設中200施設」という事実を、どう改善していくのか、全く論議されてこなかった。昨年策定のがん対策加速化プランの現地研修は、応募も30病院で研修も1～2日というもの。かつ、検証は参加者自身が行うというもので効果は極端に薄い。ここは、本格的論議をすべきである。

特に、近年オピオイド鎮痛薬をはじめとする多種多様な治療薬が開発されており、専門的緩和ケアを謳う緩和ケアチームがこうした治療薬を熟知し、各主治医に正しい疼痛治療を指導する必要性が増している。

こうした専門性を放置してきたがために「なんちゃって緩和ケアチーム」「なんちゃって緩和ケア医」が多く存在することになったと言っても過言ではない。緩和ケアチームの設置を国が主導してきた責任を果たすためにも、専門的緩和ケアを提供できるよう、一般研修会開催のための指導者研修会とは別に、国が主導してしっかりとした緩和ケア医の底上げを図る研修会の実施を行うなど、改革は急務である。

・緩和ケア研修会を終えたとしても提供されないギャップをどう埋めるか

がん治療医へのこれまでの教育研修から、がん治療医自ら臨床現場で実践するためのプログラムへの導入が必要。治療の中には、患者が痛み・辛さを訴えても、緩和ケアチームにつながず、自分で対応する傾向が強い（主治医のプライド）と言われる。また、緩和ケア研修を受講した治療医でも、痛みへの対応に躊躇する医師も少なくない（オピオイドなどの使い方がよくわからない、怖い）と言われる。

基本的緩和ケアについては、研修受講医師はWHOの3段階疼痛方式を実践できるはずであるが、知識のみで終わり実践できないというのであれば、実践のためのプログラムの導入を考えるべきである。さらには、必要に応じて治療医の技量アップ策も講じるべきである。これは緩和ケア医不在、緩和ケアチームのいない一般病院では、なおさら急ぐべきで、拠点病院以外への拡がりを期待できる施策が必要であり、次期基本計画の大きな課題といえる。

・相談支援センターのレベルアップ

がんサロン（サポートグループ、セルフヘルプグループ等、形は多様）を機能させるためには、基本的なプログラムの提供と、技術研修が必要である。また、数年前、がん対策推進協議会の患者委員が実態調査して写真など添付して報告書を提出したことがあるが、センターを重視する病院の一方で、やっつけ仕事の対応の病院もある。患者目線で考えれば、相談支援センターは、今後ますます重要となってくるものであり、患者サロンとも連携しつつ、充実すべき。実態の掌握も含め、作業チーム等でしっかりした論議と方向性・方策を。

・緩和ケアセンターは全拠点病院に拡大

緩和ケア推進検討会を設置してまもなく、厚労省側から「緩和ケアセンター構想」が提起された。当時の説明では、縦割り（科など）を排し、各病棟に配置されている認定看護師や専門看護師を集約し、入院患者だけでなく、ほぼどこ入れが行われていない「外来患者にも緩和ケア」が遅滞なく十分に丁寧に提供されるという期待大のものであった。近年、認定看護師や専門看護師による看護外来（通称）が普及してきており、保険診療上の評価もなされている。こうした現状を踏まえ、緩和ケアセンターとしての機能を更に強化し、看護外来や多くのがん患者を有する一般外来との連携促進など、基本計画にも掲げられている「がん看護体制の更なる強化」という重要な観点を取り入れ、緩和ケアセンターの機能強化を図るべ

きである。

また、緩和ケアセンター設置時の当時の国と検討会構成員の“共有認識“は、まずは、都道府県拠点、そして順次、地域拠点病院に拡大してく、ということであり、その“共有認識”を自ら尊重して拡大していくべきである。次期基本計画では、その方向性を明確にしなければ、名ばかりの施策に終わる。早急に緩和ケアセンターの方向性を発展的に明示し、基本計画に盛り込み、指定要件で具体化を図るべきである。地域によっては、相談支援センターと合体して推進し、効果を挙げているところもあると聞かすが、現場で方向性が散逸している傾向に有る。本当に、それでもいいのか。緩和ケアセンターがこれ以上漂流しないよう、発展的な方向性を与えるべき。

・病院長の緩和ケアへの理解深化は国会でも論議。さらに推進

緩和ケアの推進、緩和ケアチームへの院内の理解には、病院長の理解・認識が欠かせない、というのは、実地調査等で明白である。今年7月1日に1時間半ほどの病院長意見交換会が実施されたが、今後も本格的に意見交換会を開催して理解を深め、緩和ケア推進の先頭にたっていたらなければならない。この点も、十分な合意を得られていない。この点は先の通常国会でも提案されている。厚労省の“やる気度”が問われるケースでもある。

2) がん治療医向けの緩和ケア研修に関して

・緩和ケア研修受講率 90%台未達成の拠点病院への対策強化を

がん拠点病院の緩和ケア研修会受講率は昨年9月段階で平均48%。これで来年6月の現基本計画終了時まで「90%台」を達成できるのか。今年10月末締め切りの「現況報告」を最速で検分して、9割台達成見込みのない施設には、直ちに対処して達成を促すべきである（研修はすでに8年間行われてきた。また、政府の緩和ケア推進の重要な柱であったのだから）。次期基本計画は、拠点病院は「90%台達成」を前提に、次のステップに進まなければならない。これは医者論理でなく、患者・家族、国民の目線で考えるべき。

・緩和ケア研修の今後の方向性の明示を

臨床研修医への研修義務化問題とも絡むが、「90%台」達成後の拠点病院の緩和ケア研修を、どうやっていくのか明確に。役割として1つは、基本計画にある「がん医療に携わる全ての医療従事者の研修」推進、2つ目は拠点病院の新しい医師に対しての研修、3つ目は、臨床研修医への研修、4つ目は地域の一般病院等の医療者への研修—があるのではないか。

・全臨床研修医に緩和ケア研修を義務付けすべき

臨床研修医に関しては、5年前の緩和ケア専門委員会で「すべてに研修をうけさせるべき」との報告がでていた。その後も、検討会で意見が出て、とりあえず、健康局所管のがん診療連携拠点病院のみ、研修医が緩和ケア研修を受講できるような環境整備を、と指定要件に盛り込まれた（ただし、研修医への義務付けではない）。旧・新検討会等で再三、この論議が行われてきたが、どの段階で受講させるかによって、その後の対応も違ってくる。専門医制度

が“漂流”しつつある現在、そこをどうするか、義務付けなら基本計画にどう盛り込んでいくか、実現への手法も含めた論議が生煮え状態である。(医政局と交渉するか、基本計画に強引に盛り込むか) 早急な方向性を提示すべきではないか。

・緩和ケア研修修了バッジは、配布のみで着用されていないが義務付けを

研修会修了バッジは指定要件の「緩和ケア研修を修了した医師であることが患者・家族に分かるように」という趣旨から作成されたものであるが、バッジを配布するのみで着用の義務付けがないため、ほとんどの医師は未着用といわれる。「研修修了がわかるように」という指定要件は、事実上、無視されている。これでは、バッジ作成費用は税金の無駄遣いになる。今後、どのようにしていくのか、方向性を示すべき。バッジは緩和ケアの啓発と医師の自覚を促すものにもなるが、何ら役立ってないのではないか。

・がんの緩和ケア研修とがん以外の緩和ケア研修を分けるべきでは

がんとがん以外(心疾患)の緩和ケアは内容が異なることを考えると、基礎的部分では一緒でも、専門的部分や診断時からなどという点は、分けないとできないのではないかと、という意見も多い。無理に一緒にするだけで、中途半端にしてはならない。また、こうした一般向け緩和ケア研修会の開催にあたっては指導者研修会を関連学会に委託しているはずであり、がん以外の指導者研修会との整合性が取れているのか、緩和ケアの理念上、がんも非がんも同じとする考え方よりも、実質的な研修体制の実働性を加味し、現行体制が崩壊しないよう、慎重な検討が必要である。

4、今後の施策で検討を要する点

1) ケアの質のフィードバックの方法(管理、監査)

「苦痛の緩和ができていない」という問題が放置される背景には、緩和ケアの質について、その評価とフィードバック(結果を原因に反映させ調整)がかかるシステムがないことがあげられる。フィードバックの方法については、以下を提案したい。

・「緩和ケア管理室」のような監査体制の構築

患者が苦しんでいるのなら、それは病院長の責任であるということを明確にしていく取り組みをするべき。たとえば、病院長の直下、または緩和ケアセンター内に「緩和ケア管理室」の設置を義務付ける。

これは「医療安全管理室」と同様に、院内では診療科から独立して監査を行うような役割。重要なのは、必ず「緩和ケアを専門とする外部の者」を相談役として任命して配置しておかなければならなくすること。相談役はホームページで公開する(「緩和ケアを専門とする外部の者」に具体的な該当者については、今少し検討が必要だが、この種の存在があることで効果を発揮するようなものとする)。

「緩和ケア管理室」は、入院や通院している患者や家族が、痛みなど苦痛を抱えていて十分に改善されていない時に、来所で相談したり電話して相談できる窓口を設置する。相談を

受けた「緩和ケア管理室」は、相談内容と実際に提供されている医療の状況を整理し、必ず「外部の相談役」に報告し、苦痛緩和に向けてアドバイスを受けなければならない。

そして、「緩和ケア管理室」は、アドバイスの内容を「外部の相談役」の名前とともに患者に報告し、今後の方針について話し合う。相談のあった件数は定期的にホームページで公開し、それに対する病院長の評価と改善策を掲載することを義務付ける。このような取り組みであれば、外部の専門家による客観的な視点も入るし、「なんちゃって緩和ケア医」を含めた医療現場に対する教育効果も見込める。病院長も自分の名前で評価をすれば、責任を感じるのではないか。

・ 拠点病院の緩和ケアの要件に、質（プロセス＝診療過程）を反映させるような要件の導入

・ 基本計画評価で用いられる患者体験調査を利用した各拠点病院の患者評価

拠点病院の緩和ケアの質の向上を図るためには、体制（ストラクチャー）の整備だけではなく、支援体制が機能をしているか、実際に効果を発揮しているのかを評価をし、その結果をフィードバックする事が重要である。PDCA サイクルをまわすために、監査のようなフィードバック体制を整備するほかにも、緩和ケアのプロセスを評価する指標を要件に取り組みことは、質の向上に資すると考えられる。その中には、中間評価で試行した患者体験調査をフィードバックに用いる、緩和ケアチームの依頼件数等が候補になり得る。

・ 医療用麻薬と、痛みの関係の調査研究

医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）は、世界各国と比べて使用量が少ない。いろいろ、その理由が指摘されるが、エビデンスのあるものではない。ただ、「麻薬」という言葉が国民にもたらす様々な誤解がオピオイド鎮痛薬の使用を妨げる大きな要因になっていることは事実である。また、近年数多くのがん疼痛治療薬が開発される中、がん治療医だけでなく、一部の緩和ケア医においても、正しくオピオイド鎮痛薬を処方できない現状が散見され、危惧されている。

特に拠点病院以外の医療機関では、オピオイドの使用方法の経験が薄く、効果的な使用による鎮痛が行われていない（オピオイド等の過少使用）現状がみられる。患者の鎮痛には全力を挙げるべきで、それは、使用量が世界的水準に近づくことにもなるとも推測される。ただし、「オピオイド鎮痛薬の拡大」は「量の拡大」ではなく「適正使用の推進」でなければならない。

オピオイドは効果と副作用をアセスメント（評価）し、モニタリング（観察して記録）することが大事である。それがタイトレーション（薬剤の用量の調整）であり、スイッチング（切り替え）の根拠になるのだから。また、途中で終わっている痛みと医療用麻薬との関係の研究を掘り下げて（拠点以外の一般病院などの調査含め）、「適正な使用」が適宜実施される態勢とすべきである。

2) 基本計画に掲げた「全医療従事者の研修」の達成への提案

がん患者の4割が受診している一般病院等では、緩和ケアの専門家、緩和ケアチームが不在というところが多いのではないかと。国の方針としてがん拠点病院が急性期病院化の方向を目指し、その分、がん患者が後方病院といわれる一般病院等に送られる傾向が強まっている。だが、拠点病院と違い緩和ケア研修も徹底されておらず、痛みの緩和が不十分で患者が苦痛に苦しんでいるという実情が報告（拠点で使用していた薬剤を後方病院で知識が少なくて使えず、他の薬剤にしたため、患者の苦痛が増す）されているが、ここをどうするのか。今は“放置状態”。また、基本計画は、「がん医療に携わる全ての医療従事者への緩和ケア研修受講」をうたっているのが、具体策がない。このことから、以下2つ提案したい。

・感染防止地域連携加算の考え方を緩和ケアにも取り入れ、一般病院の研修を促進

厚労省に拠点病院ほどの強制力がない一般病院、診療所の医療従事者にも緩和ケアの知識を身に付けてもらうために、診療報酬における感染防止対策地域連携加算というのを緩和ケアにも取り入れたらどうか。国会質問でも提案され、厚労省は「提案については中医協で意見を聞く必要があるので、まずは、拠点病院の取り組みを強化し、都道府県、関係団体にも協力を求めて一般病院等への勧奨を行っていく」と答弁したが、それが容易でないことは厚労省自身が承知しているはず。このようなことは大胆かつ効果的な発想が必要である。感染症地域連携加算の援用は、地域連携を加速することにもつながる。

・地域連携のための「定期協議」の場を設置・活用して推進

地域連携が基本計画で謳われているが、「地域連携より、経営優先」という拠点病院長も少なくない。緩和ケア専門委員会の提案の1つに、「各職種・各医療機関の役割分担と連携のために定期協議の場を設ける」というのがある。この定期協議の場を効果的に活用し、拠点病院が中心になって地域連携体制（ネットワーク）を構築する中で、一般病院の医療者が緩和ケア研修を受けやすい方策を考えれば大きな推進力となる。地域緩和ケア連携調整員が、その調整役を果たせば効果的である。

3) 緩和ケア病棟が続々できているが、質の担保について方向性を

拠点病院が急性期化する中で、緩和ケア病棟が続々と誕生している。日本ホスピス緩和ケア協会が「質の向上」に独自で取り組んでいるが、国として一定の基準を設けるべきとの意見も強い。旧検討会ワーキンググループで実地調査したのは数少なく、実態に切り込めないままに終わっている。論議も十分なされていない。がん対策推進基本計画は拠点病院に向けた計画ではなく、全国の病院に向けた基本計画であるはずである。拠点病院への補助事業だけでなく、緩和ケア病棟を有する医療機関の認定制度など、新たな補助事業も視野に、地域連携の立場からも論議して基本計画に方向性を盛り込むべきではないか。これにより、乱立する緩和ケア病棟に一定の質的担保をあたえ、拡大する診療報酬の抑制にも繋がるのではないかと。

4) 在宅緩和ケアの質を、どう確保するか深掘りすべき

国が在宅に力をいれるのであれば、在宅緩和ケアの質の検討が急がれる。医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）の使用への認識の薄さから、過少投与、過剰投与などが起きているという一部の実態も浮き彫りになっており、この点を掘り下げてみるべき。過剰投与も問題だが、医師が怖がって麻薬を適切に患者に処方できないケースも多いといわれる。身体的苦痛の除去は何より優先すべき事柄であり、がん対策基本法の立法趣意でもある。在宅緩和ケアの質に関しては、少なくとも医政局が担当するのか、健康局が担当するのかをはっきりさせないと、問題が放置されかねないので、明確化を。

国が在宅に舵を切れば切るほど、点数見込みの「なんちゃって在宅医」が増えることに警笛を鳴らす医療者もいる。つまり、オピオイドの効果や副作用、投与経路やスイッチング（切り替え）の正しい理解ない医師が、不慣れな家族のアセスメント（評価）を得てオピオイドを投与する。そんな「在宅緩和ケア」が、そこかしこにあるともいわれる。良心的で技量の高い在宅医も少なくない中、浮き彫りになってきている在宅緩和ケアへの懸念を払拭するためにも、論議が急がれる。“在宅ケアの課題”を深掘りせず、在宅に傾斜するのは無責任との声もある。

5) 医学部に緩和医療学講座の設置を本気で取り組むべき

現基本計画には、「大学等の医療機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める」とあるが、4年経った今でも、そうした動きはない。これは、次期計画では、どうするのか。同じことを繰り返し盛り込む気か？（どこが、実現へ動いているのか、放置状態か）。今こそ、本気で文科省ともしっかりと協議し、前向きに取り組むべきではないか。

6) 拠点病院や一般病院の实地調査（拠点は継続）を行うべき

旧検討会ワーキングGが厚労省と一体となって拠点病院の实地調査を行い、多くの課題を抽出して「報告書」をまとめ、検討会に提出した。報告書の「課題解決に向けた提案」は一過性にしてはならない重要内容である。1病院で5～6時間かけた調査によって、数々の課題を浮き彫りにした（実態は、もっと根深いだろうが調査の限界<病院側のガードなど>もあった）。拠点病院を实地調査するということからくる拠点病院側の緊張感維持と、これまで手付かずだった一般病院等の实地調査も行う必要がある。

この1年間、实地調査は行われていないが、作業チーム等を活用して实地調査を再開すべきである。国会質問でも实地調査の継続要請があったはず。こうした調査を怠ると、緩和ケア提供は“口先だけ”に墮していく危険性がある。厚労省は「拠点病院等において緩和ケアを含めたがん診療全般に関する实地調査を行うことを念頭に具体策を検討したい」と国会答弁しているが、实地調査を担当した関係者からは「緩和ケアの实地調査は極めて専門的であり、片手間ではできない」との意見が強く、やはり特化して行うべき。

7) 薬剤師を、もっと活用すべき

緩和医療体制の提供を充実させるには、医師だけでなく、看護師、薬剤師、MSW、理学療法士、栄養士、介護士など多くの医療関係者の質が問われる。これまで、病院長の緩和ケア研修、医師の研修会受講率などが取り上げられているが、本当の意味で緩和ケアを考えるならば、他の職種の提供状態についても審議すべきではないか。とりわけ、緩和ケアチーム加算を算定するために必要なメンバーである、看護師、薬剤師についての教育、研修の現状についても医師のそれと並行して進めるべきであると考え。

また、薬剤師は、薬剤に関しては、がん治療医よりも詳しいので、患者の痛み状況から適切な薬剤（量の調節含め）を指摘できる。薬剤師の活用は、緩和ケアの“人材不足”解消への一助にもなる。

8) セカンドオピニオンを積極的に推進せよ

がんと診断された時のセカンドオピニオンは、制度化されてはいるが、主治医に、その認識が薄く形式的になっている。基本計画の狙いが生かされておらず、指定要件やそのチェックリストにおいても詰めが甘い。また、緩和ケアに関しても、主治医に緩和ケア外来への紹介の認識が薄く、医療者、患者・国民の双方からの意識改革が求められる。現行の基本計画にも示されている通り、病院が主体となって体制整備を行い、個々の医療者の意志に関わらず、患者・家族がセカンドオピニオンに対する認識を持ち、セカンドオピニオンを積極推進出来る体制整備を積極的に推進すべきである。

拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関する

ワーキンググループ報告書

平成26年3月

I. はじめに

これまで、平成24年4月に設置された「緩和ケア推進検討会」(以下、「検討会」という)にて「がん対策推進基本計画」に掲げられた「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について網羅的に議論を行い、がん診療連携拠点病院(以下、「拠点病院」という)を中心とした具体的施策に関する検討を行ってきた。この検討を受け、平成24年10月には検討会中間とりまとめが、平成25年8月には検討会第二次中間とりまとめが報告された。今後は、これらのとりまとめに沿った具体的施策の推進が必要である。

また、患者とその家族のニーズに応じた緩和ケアを推進していくためには、各施策の医療現場での推進状況を把握するとともにその実効性について評価し、残された課題を抽出することが求められている。

このため、検討会のもと、「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ」(以下、「本ワーキンググループ」という)を設置し、拠点病院の実地調査を行うことが決定された。本ワーキンググループでは、平成25年9月から12月に渡り、計6か所の拠点病院を対象に実地調査を行い、拠点病院の緩和ケア提供体制の実態について把握・評価し、以下のように今後検討すべき課題整理を行った。また、今回の実地調査対象施設と実態を同じくする施設が他に多く存在すると推測されることから、一般化し全体に還元するための改善案についても提案した。

なお、実地調査の対象施設は、拠点病院現況報告データを元に、緩和ケアチーム活動実績の低い施設、緩和ケア外来患者数の少ない施設、緩和ケア関連診療報酬算定数の低い施設等を中心に、地域性や施設規模、施設設立団体等を考慮し決定した。また、各実地調査は本ワーキンググループから4名程度の構成員が参画の上、実施した。調査方法については、調査対象施設メンバーとの集団面談に加え、緩和ケアチームメンバーや緩和ケアチーム外の診療従事者との個別面談を重視した。

以下、緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ、拠点病院において求められる緩和ケアの提供体制において取りまとめられた項目に基づき、「課題整理」と「課題解決に向けた提案」を記載した。

II. 実地調査から抽出・整理された課題

〈総括〉

【課題整理】

「がんと診断された時からの緩和ケア」ががん患者とその家族に十分に提供されるためには、拠点病院の指定要件や診療報酬等で規定されている事項と理念が現場

において浸透し実践されることが不可欠であるが、実地調査した限りにおいては、それらが浸透・実践されているとは考え難い状況であった。

また、医師の人員が不足するなか、緩和ケアチームの専従看護師を中心とした院内における苦痛のスクリーニング管理機能、院内院外の連携調整機能、相談支援機能等が緩和ケアの提供に関しては必要不可欠な要素となっていた。こういった活動を円滑に進めるために病院をあげて取り組むことが「がんと診断された時からの緩和ケア」の推進には必要不可欠であると考えられた。

【課題解決に向けた提案】

人員不足等、即座に解決することが困難な課題も山積するものの、国や都道府県、施設の方針とその理念が現場レベルにおいて共有される体制が整備されることが今後必要であり、そのためには、以下の取組や各論における取組が求められると考えられた。

○院内の緩和ケアの提供体制を管理し実効性を高めるため、施設管理者や医務・看護管理者を出席者とし、病院全体の運営体制の中で緩和ケアの提供について監視する緩和ケア委員会等の設置を義務づける。

○院内の緩和ケア提供体制の現状を把握し改善策を講じるといったPDCA サイクル[※]を確保するとともに、こういった機能を評価・支援する仕組みを構築する。

○院内のみならず地域における緩和ケアの提供を担うことが拠点病院としての重要な役割であることについて施設全体としての認識を促す。

※緩和ケア提供体制について、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)という観点から管理する体制

〈各論〉

1. 告知、病状説明における患者とその家族への配慮

【課題整理】

○告知、病状説明時の個室など適切な面談場所に関する環境の整備が不十分。

○告知、病状説明後のフォローアップ体制の整備(各職種の役割分担、人材配置、各科横断的な体制の整備等)が不十分。がん患者カウンセリングが十分に実施されていない。特に外来における看護師等の配置は手薄な施設が多い。

○患者とその家族それぞれの個別の状況に合わせた病状や治療方針に関する説明を行う体制が確保されていない。

【課題解決に向けた提案】

○プライバシーに配慮した面談場所の設置・確保を進める。

○医師からの告知や病状説明の際には看護師等の他職種が同席し、継続的なケア

を提供するとともに、医師に対して患者の理解度や追加説明の希望などの情報を還元する体制を整備する。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

○がん患者カウンセリングを系統的に行うための院内システムの整備と人材確保を進める。

○がん患者カウンセリング等、専門・認定看護師が医師の説明後も定期的ながん患者とその家族のつらさと思慮決定に対するサポートを行うことに対して、診療報酬等での評価についても検討を進める。

(平成26年度診療報酬改定に反映された事項)

2. 苦痛のスクリーニング

【課題整理】

○院内で一貫した定期的系統的な苦痛のスクリーニングが実施されていない。また、院内の患者・家族や診療従事者が抱えている困り事を拾い上げるシステムが確保されていない。

○外来や外来化学療法室での苦痛のスクリーニング体制(看護師をはじめとした人員配置や系統的な運営体制)が確保されていない。

○各スタッフやリンクナース[※]等、個々の力量不足。

※医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

【課題解決に向けた提案】

○苦痛の評価ツール、マニュアルの整備等、苦痛のスクリーニングの系統的な実施を必須化する(少なくとも入院では週1回、外来では受診時に何らかの記録を残す)。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

○緩和ケアチームとの連携を確保したリンクナースを育成し、各部署に配置することにより、リンクナースを中心として各部署での対応を強化する。

(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

○病棟などの各部署において、スクリーニングした苦痛とその対応策について情報共有や協議を行う体制の整備が必要ではないか。

(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

○外来化学療法室や放射線治療部での人材と環境を活用した苦痛のスクリーニング体制の強化を図る。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

○苦痛のスクリーニングをはじめとする緩和ケアに関する院内研修会の実施を推進する。

○患者とその家族の立場から、苦痛について院内の誰に、何処に、訴えればよいかを明確に広報するなど、患者とその家族が苦痛を訴えやすい環境を整備する。

3. 基本的緩和ケアの提供体制

【課題整理】

- 基本的緩和ケアの提供や、緩和ケアチームと連携するタイミングとその手法等に関して、院内で統一した体制が確保されておらず、個人の力量に基づき提供されているため格差が大きい。

【課題解決に向けた提案】

- 症状緩和に関するマニュアルの整備活用等、緩和ケア提供体制における院内でのルール作りとその普及を図る。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)
- 医師に対する緩和ケア研修やその他緩和ケアに関する院内研修の実施を更に推進する。
- 院内の医師の修了者、受講率の定期的な把握を行う体制を作るべきである。

4. 緩和ケアチームへの診療依頼のあり方

【課題整理】

- 緩和ケアチームへ診療を依頼する基準が明確化されていない。
- 緩和ケアチームの専門的緩和ケア提供能力が低いため診療を依頼されない。

【課題解決に向けた提案】

- 緩和ケアチームの役割や診療依頼の基準を明確化するとともに、院内で周知し、外来も含めた簡便な診療依頼方法やリンクナースを活用したアクセスをルール化する。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)
- がん患者カウンセリングを活用し、早い段階から緩和ケアチームの看護師が患者・家族と顔を合わせておくことが重要。

5. 専門的緩和ケアの提供体制

【課題整理】

- 現状において、全ての拠点病院で専門性の高い緩和ケアチームの医師を確保することは困難と推測される。
- 緩和ケアチームの活動において専従看護師を中心とした、苦痛のスクリーニング管理機能、院内院外の連携調整機能、相談支援機能等が緩和ケアの提供に関して必要不可欠な要素となっており、この活動を如何に発展させていくかが課題ともいえる。
- 看護師や相談員等の人材の適正配置がなされていない。
- 緩和ケアチームの診療後の対応に関する主治医側との役割分担不足による患者の症状緩和の遅れ。

- 緩和ケア外来の院内掲示が不明確であり、緩和ケア外来にて診療が実施されていることについて患者とその家族へ周知がなされていない。

【課題解決に向けた提案】

- 施設間連携による医師の確保など、地域で緩和ケアの専門家を確保する等の取組を進める。緩和ケアチームは、院内の人員では十分に対応できない苦痛に対する対応法を地域連携の中で確保する。
- 人員の少ない地域における緩和ケア活動を支援するため、従来の緩和ケア診療加算の算定基準を緩和した措置を設ける等、医師のみならず看護師をはじめとした他職種の活動を円滑に進めるための診療報酬や制度等、政策的支援を進める。
- 専門医や専門・認定看護師等、各施設において専門職者のキャリアアップ体制を明確化したうえで計画的な人材育成を行う。
- 施設管理者は緩和ケアチームの専従看護師に対し、キャリアアップ支援を行い、「緩和ケアセンター」のジェネラルマネージャー※のように、緩和ケアにおける院内資源の活用や関係者間の連携調整役を担う体制を構築する。
(緩和ケアセンターの普及)
- 医師をはじめとする診療従事者の能力向上のため、他施設や緩和ケア病棟での実地臨床や、講習会の開催等、人材交流を進める。
- 主治医と緩和ケアチームとの役割分担を施設毎に明確化する。
(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)
- 緩和ケア外来は、患者とその家族にとってわかりやすい場所に設置されることが望ましく、全ての患者とその家族に対して緩和ケア外来の存在が周知される体制を確保する。
※緩和ケアセンターの機能を管理・調整する看護師を指す。

6. 相談支援の提供体制

【課題整理】

- 相談支援に関して、がん患者とその家族に対する広報が不足している。
- 相談支援センターの設置場所が患者とその家族にとって分かりにくい。
- プライバシーを保つことのできる個室が確保されていない。
- 相談、情報提供後、相談員や院内の診療従事者による継続的な介入がなされていない。

【課題解決に向けた提案】

- 相談支援に関しては、利用者目線の掲示と活動の強化等、患者利用を第一に考え

た取組を推進する。

- 個人のプライバシーに配慮した面談環境の確保を必須条件とする。
- 患者の立場からどのようなことでも相談できる窓口を一つ設置し、その窓口相談すれば院内のあらゆる専門部署・専門家と連携することのできる体制を確保する。
- 相談支援センターにて対応した患者とその家族に関して、緩和ケアチームや外来化学療法室、地域連携室等の多部門のメンバーが定期的に情報共有する場を設けることにより、院内での有機的な連携を確保する。

7. 2次医療圏内の医療機関との連携

【課題整理】

- 緩和ケアチームと院内の地域連携部門との連携不足。
- 地域における拠点病院とその他の医療機関との役割分担が整理されていない。
- 拠点病院から地域に対する連携構築の働きかけが不足している。

【課題解決に向けた提案】

- 退院時には地域連携部門を介し、在宅医と退院調整会議にて顔を合わせる機会を設ける体制を確保する。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)
- 拠点病院と地域の医療機関とのコミュニケーションの場を確保し、それぞれの役割分担を明確化することや、地域における連携協力体制について登録制度を設けること等の取組を進める。(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)

8. 緩和ケアに関する院内PDCAサイクル

【課題整理】

- 苦痛のスクリーニングや緩和ケアチームの運営体制など、院内の緩和ケア提供体制に関する情報整理と評価体制の確立。

【課題解決に向けた提案】

- 院内の緩和ケア提供体制を管理する体制を確保する。
(拠点病院の新たな指定要件に反映された事項)
- 現況報告書において緩和ケアの提供体制を正確に評価することは不可能であり、外部からの評価を受けることを義務付けるなど、実効性のある評価の実施体制を検討する必要がある。

9. その他

【課題整理】

- 拠点病院として緩和ケアを提供するという考えが現場には十分に浸透していない。

- 「医療用麻薬」や「緩和ケア」という言葉を恐れる患者とその家族が多い。

【課題解決に向けた提案】

- 緩和ケア提供体制に関する院内での意識統一と現場の診療従事者や緩和ケアチームのメンバーから意見を汲み上げる体制を確保する。
- 人材交流や講演会、講習会での交流など、他の医療機関における医療提供の現状を知る機会を増加させる。
- 患者とその家族に対しては、苦痛について医療従事者に表現する必要があることを、診療従事者に対しては、患者とその家族の苦痛について確認する義務があること、苦痛に対して迅速に対応する義務があることについてポスターを活用するなどして周知徹底する必要がある。

Ⅲ. おわりに

今回の6施設の実地調査では、緩和ケアチーム活動実績の低い施設、緩和ケア外来患者数の少ない施設、緩和ケア関連診療報酬算定数の低い施設等を中心に調査対象を設定したこともあり、「がん患者とその家族への適切な緩和ケアの提供」の達成度はばらつきがあるものの、全体として極めて不十分と言っても過言ではないと考えられた。従来の現況報告書では拠点病院としての要件を満たしていると報告されているにもかかわらず、実態が伴わないのではないと思われるケースも散見された。今後は、「Ⅱ. 実地調査から抽出・整理された課題」に示した課題の解決を進めることにより、適切な緩和ケアの提供を速やかに普及させていく必要がある。

また、今回の実地調査においては現場の状況を把握し課題整理を行うことを当初の目的としていたが、個々の施設の立場からも緊張感を持って自施設の緩和ケア提供体制を見直し、組織管理者と現場の実務者が同じ場所で意見交換をすることにより、取組が改善されるといった好循環を生むケースがあった。緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、今回の実地調査のように、がん患者をはじめとする国民を含む外部の視点を組み込んだ評価体制を確立することが有効であり、毎年拠点病院現況報告による自己評価のみならず、国民や都道府県内外の専門家による外部評価を組み込んだPDCAサイクルを構築することが求められていると考えられた。

「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ」
開催要綱

1. 趣旨

平成24年6月に閣議決定された新たな「がん対策推進基本計画」において、「がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること」が目標として掲げられている。

がん患者・家族への緩和ケアの提供に関する現状・課題を踏まえ、今後の緩和ケア推進について、俯瞰的かつ戦略的・具体的な対策等を検討し、今後の施策等に反映していくため、平成24年4月、厚生労働省健康局長の下に「緩和ケア推進検討会」（以下、検討会）が設置され、計12回の議論を経て、平成24年9月には「緩和ケア推進検討会中間とりまとめ」が、平成25年8月には「緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ」が作成された。また、検討会におけるこれまでの議論やそれを受けた具体的な施策が医療現場でどのように進められているかを把握し、残された課題を抽出することを目的として、検討会のもと「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ」を設置することが決定された。

これを受け、本ワーキンググループでは、がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制の現状を把握し、緩和ケア推進に関する課題を整理することとする。

2. 検討事項

- (1) 拠点病院における緩和ケア提供体制に関する現状把握
- (2) 緩和ケア推進に関する課題の整理

3. その他

- (1) 本ワーキンググループは健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本ワーキンググループには、構成員の互選により座長をおき、ワーキンググループを統括する。
- (3) 本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本ワーキンググループは、非公開とする。
- (5) 本ワーキンググループの庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。
- (7) ワーキンググループで得られた成果は、「緩和ケア推進検討会」に報告する。

「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ」
構成員名簿

- | | |
|---------|--|
| ○ 池永 昌之 | 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 副院長 |
| 金井 良晃 | 国立大学法人東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 副部長 |
| 木澤 義之 | 国立大学法人神戸大学大学院医学研究科内科系講座 先端緩和医療学分野 特命教授 |
| 橋爪 隆弘 | はしづめクリニック 院長 |
| 波多江伸子 | 福岡がん患者団体ネットワークがん・バツテン・元気隊 代表 |
| 服部 政治 | 公益財団法人がん研究会有明病院麻酔科 (ペインクリニック) 副部長 |
| 林 和彦 | 東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科 診療部長・教授 |
| 前川 育 | 特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表 |
| 山本 亮 | JA 長野厚生連佐久総合病院緩和ケア科 部長 |
| 横川史穂子 | 長野市民病院緩和ケア・がん相談支援センター 看護主任 |
| 渡邊 真理 | 神奈川県立がんセンター 副院長兼看護局長 |

○…座長
(五十音順・敬称略)

「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ」
における検討経緯

第1回（平成25年9月2日）

議題：拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査について

第2回（平成25年10月7日）

実地調査（第1回）

第3回（平成25年10月9日）

実地調査（第2回）

第4回（平成25年10月21日）

議題：実地調査の報告、実地調査で抽出された課題の整理

第5回（平成25年11月25日）

実地調査（第3回）

第6回（平成25年12月2日）

実地調査（第4回）

第7回（平成25年12月3日）

実地調査（第5回）

第8回（平成25年12月16日）

実地調査（第6回）

第9回（平成26年1月10日）

議題：実地調査の報告、実地調査で抽出された課題の整理

第10回（平成26年1月30日）

議題：実地調査で抽出された課題の整理

緩和ケア専門委員会報告書

～今後の緩和ケアのあり方について～

平成23年8月23日
がん対策推進協議会
緩和ケア専門委員会

はじめに

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法のもとにがん対策推進基本計画（以下、「基本計画」という）が閣議決定され、「がんによる死亡者の減少」とともに「全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向上」が全体目標として掲げられた。この全体目標の実現のため、基本計画において「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき3つの課題のひとつとして掲げられた。そのため、これまで全てのがん診療に携わる医師に対して基本的な緩和ケアの知識などを修得させるための研修の実施やがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの設置等、様々な取り組みが推進されてきた。

今回、平成24年度に変更される基本計画の策定に向け、がん領域における緩和ケアの更なる推進を目指し、これまでの緩和ケアに関する取り組みを総括し、今後必要とされる施策などを専門的な見地から検討するために、がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会（以下、「本専門委員会」という）が設置された。

これまで、本専門委員会では、平成22年6月に公表された厚生労働省がん対策推進基本計画中間報告書の分野別施策、個別目標に対する進捗状況に基づき、全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向上を目指し、がんと診断がついたときからの緩和ケアを実現するため、必要な今後の方向性について計7回の会議（H23年1月-8月）の中で検討したので、5つの項目に対して6つの提言とその実現のための具体的施策をまとめ、報告する。

なお、各テーマに関して「本専門委員会の認識」、「重点項目」、「提言」、そして「具体的施策」の順に記載した。

I がんと診断された時からの緩和ケアの実施

本専門委員会の認識

- 1 がんと診断された早い時期から患者やその家族に対して、身体的、心理・精神的、社会的な苦痛等を緩和するケアを、がんの療養と併行して切れ目なく提供することが必要とされている。
- 2 緩和ケアを実践するためには、がん患者・家族に接する全ての医療従事者が「基本的緩和ケア」を修得し、実践する必要がある。
- 3 「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構

築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん性疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかることである。

- 4 がん医療に携わる医師や看護師は、基本的緩和ケアとして、患者が苦痛と感じる症状の包括的な評価、苦痛となる諸症状の基本的な対処方法、緩和ケアを専門とする医師や看護師へ適切な時期に紹介できる判断力、チーム医療の認識等を修得し、実践する必要がある。
- 5 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識などに加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応できることである。

重点項目

- 1 医師をはじめ、がん医療に携わる全ての医療従事者に対する基本的緩和ケア研修を実施する。
- 2 患者の苦痛症状に関する包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 3 がん患者や家族にとって容易に相談できる体制を整備し、診断時からの緩和ケアの普及啓発を推進するとともに、継続的に療養の支援ができる体制を構築する。

提言1

「がん診療に携わる全ての医師および医療従事者に基本的な緩和ケア研修を実施する体制を整備すること」

具体的施策

- 1 Basic Life Support 講習（BLS/ACLS）等を参考に、臨床研修医制度における研修履修項目として基本的な緩和ケア研修を必修とする。対象医師数は年間約 8000 名と考えられる。
- 2 緩和ケア研修の修了履歴を、がん治療に関連する学会等の認定医・専門医の受験資格および更新時の要件（単位）とする。対象医師数は年間約 2000

名と考えられる。

- 3 がん診療連携拠点病院のがん診療に携わる常勤医師が基本的な緩和ケア研修を受講する取り組みを強化する。
- 4 現行の緩和ケア研修について「開催指針」と「標準プログラム」を見直し、単体制やeラーニングの導入など、受講しやすい研修体制を整備するとともに、実地実習の導入など研修会の質の向上（診療に即した内容の追加等）を行う。
- 5 研修の受講促進策として、受講者へのメリット付与、医療機関における緩和ケア研修修了者数の公表、「がん性疼痛緩和指導管理料」等の診療報酬面での更なる対応を行う。
- 6 実習形式の研修の導入にあたっては、実施主体に対して教育スタッフ配置等に財政的な措置を行う。
- 7 がん医療に携わる看護師や薬剤師などの医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修も併行して拡充させる。

提言2

「がんと診断された時からの緩和ケアの普及・実施させるために緩和ケアの提供体制を整備すること」

具体的施策

- 1 診療現場で簡便につかえる苦痛の包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 2 医師や看護師は、早い時期から患者・家族が緩和ケアチームや緩和ケア外来が利用できるように、適切な情報提供を行い、いつでもどこでも受診ができる診療体制を整備する。
- 3 全てのがん診療連携拠点病院に、専門看護師や認定看護師等の専門資格を有する看護師による専門的ながん看護を必要とする患者のための看護外来の設置等、がん看護体制を強化する。
- 4 がん相談支援センターには緩和ケアを担当する社会福祉士等の専門職員を増員配置し、多職種による円滑な連携体制をとれるように整備する。
- 5 一般市民や学校教育を通して、学童を含めた国民に対する「がん緩和ケ

ア)に関する啓発を推進する。

II 地域における緩和ケアの提供体制

本専門委員会の認識

- 1 地域における緩和ケアの提供体制は、地域により多様であり、画一的な提供体制は十分に機能しない可能性がある。
- 2 多様な地域性を考慮し、「その地域にとって必要な緩和ケアの機能と役割」を明確にして、「その機能を最大限に活用するための各医療機関等の役割」を明確化する必要がある。
- 3 地域における緩和ケアの提供体制の中だけでは解決の難しい問題に対して、行政機関と地域ネットワークの関係者とが協議できる場を設定する必要がある。

重点項目

- 1 各地域で地域連携として必要な緩和ケアの機能と役割のリストを作成する。
- 2 現状の医療機関等の機能を生かせる部分と、あらたに構築する必要がある機能と役割とを明確化する。
- 3 24時間、365日対応し得る医療機能と役割の分担を明確にする。
- 4 地域からのコンサルテーションに対応する専門的な緩和ケアの機能と役割を明確にする。
- 5 急変時や介護困難時の後方病床整備や在宅緩和ケアチームなどの後方支援機能と役割分担を明確にする。

提言3

「地域におけるがん緩和ケアを提供するための連携体制（ネットワーク）を速やかに構築できる環境を整備すること」

具体的施策

- 1 各職種・医療機関等の役割分担と連携強化のための定期協議の場を設置する。
- 2 地域における医療機関（がん診療連携拠点病院、拠点病院以外の病院、

在宅緩和ケアを提供する専門の診療所、在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟）毎の役割分担を進める。

- 3 地域における医師間メーリングリスト等の方法を活用した情報共有や情報の基盤整備を進める。
- 4 2次医療圏ごとに、拠点病院内、医師会内、地域内などのがん相談支援センターを設置し、地域における緩和ケアに関わる役割を強化する。
- 5 がん相談支援センターなどによる、がん患者の「ピアサポート」機能の支援を推進する。
- 6 がん患者や家族の療養を支える上で必要となる介護施設、訪問看護ステーション、調剤薬局等の連携体制の整備、さらに、行政の公的なサービスや社会福祉協議会などの地域内互助の取組みと連携し、各々の役割を明らかにした地域連携の推進のため、その仕組みを改善し、弾力的に運用できる体制を整備する。
- 7 退院支援・調整、退院前カンファレンスなどを促進するために、拠点病院等の退院支援・調整部門の強化をはかる。

III 専門的緩和ケアの提供体制の拡充

本専門委員会の認識

- 1 がん診療連携拠点病院等における専門的緩和ケアを担当する緩和ケアチームは、その質に関して多くの課題が解決されていない。
- 2 緩和ケアチームの専従医師が不足しており、チームとして診療活動が十分実施されていない。
- 3 治療法の進歩やインターネットの普及などによる影響で、患者・家族の意識やニーズが多様化しており、それらに対応して、ホスピス・緩和ケア病棟の機能および役割の見直し、在宅専門緩和ケア機能の充実等が必要である。
- 4 在宅医療における困難な事例の増加と共に、専門的な在宅緩和ケアを提供できる体制の整備が必要である。

重点項目

- 1 質的に担保された専門的緩和ケアを提供する医療機関に対し、支援する。
- 2 緩和ケア病棟は、地域における役割として緩和が困難な症状への専門的

対処、在宅で介護困難な場合の対処、介護する家族の負担軽減、病状の急変時の対応などの後方病床としての機能を拡充する。

- 3 在宅緩和ケアを提供する専門的な診療所を体制として拡充し、質の維持向上をはかる。

提言 4

「患者・家族が必要な時に専門的緩和ケアを適切に受けられるように、地域における専門的緩和ケアの提供体制を整備すること」

具体的施策

- 1 専門的な緩和ケアチームに専従医師を配置する医療機関を支援する。
- 2 2次医療圏毎に、実質的に機能する専門的な緩和ケア外来を配置する。
- 3 都道府県がん診療連携拠点病院に精神腫瘍医を常勤として配置する。
- 4 ホスピス・緩和ケア病棟の機能と役割について、患者・家族のニーズに基づき、見直しを図る。
- 5 在宅緩和ケアを提供する専門的診療所の施設基準を明確にし、質の維持向上をはかり、地域性に配慮するなど、適正に整備する。

IV 緩和ケアに関する質の評価

本専門委員会の認識

- 1 多様な価値観があり、心身ともに脆弱な状態の患者に対する緩和ケアの評価方法には技術的な課題がある。
- 2 がん医療では、医療機関の多岐にわたる診療科で外来治療や入退院を繰り返す患者が多く、療養場所が病院、在宅、介護施設など多様なので、地域の中において網羅的に代表性のある症例の調査を実施する事には課題が多い。
- 3 地域における緩和ケアの質を向上させるために、網羅的で代表性のあるデータに基づく質の高い調査研究は不可欠である。現状では、行政が保有する死亡統計等を研究目的で使用しにくいことは隘路となっている。
- 4 最近数年間に、進行がんで通院治療中の患者を対象とした調査研究や、終末期がん患者に関する遺族調査研究などが報告されてきた。
- 5 がん医療に関する質の評価の一環として、がん緩和ケアの質や提供体制

を評価する上で、患者、家族の視点は不可欠である。

重点項目

緩和ケアの質の評価に関して、定期的な調査を行う。

提言 5

「緩和ケアの提供体制を適切に整備するために、緩和ケアに関する質の評価を継続的に実施し、還元できる体制を強化すること」

具体的方策

- 1 がん患者の療養生活の質を評価するために、受療行動調査を継続的にを行い、効果的ながん対策に反映させる。
- 2 終末期がん患者に対する緩和ケアの質の評価のため、死亡小票から検索し、無作為抽出した大規模な死亡患者の遺族調査などを定期的の実施する。
- 3 専門的緩和ケアの定期的前方視調査のための専門的緩和ケアを提供する医療機関を全国登録する。
- 4 がん緩和ケアの専門部会等を各都道府県のがん対策推進協議会等に設置し、地域医療機関の緩和ケアに関する状況等を把握する。

V 緩和ケアに関する卒前教育

本専門委員会の認識

- 1 緩和ケアに関連する多職種の医療従事者にとって、卒前教育（医学部・看護学部・看護学校・薬学部など）は、卒後教育研修と同様に非常に重要な意義を持つ。
- 2 緩和ケアは、がん医療だけでなく、医療全般において医療従事者として身につけておくべき内容といえる。
- 3 在宅療養も含めた緩和ケアについて体験することが重要である。
- 4 医師の卒前教育のための教育指導者の育成には、医学部に緩和医療学講座の設置が必須である。

重点項目

- 1 多職種の医療従事者が、卒前教育として緩和ケアに関する教育を受ける必要がある。
- 2 卒後に医療従事者として基本的緩和ケアの修得のために、卒前教育による緩和ケアの認識は重要であり、がんと診断された時からの緩和ケアの認識を普及させることにつながる。

提言6

「医療に携わることを目指す学生には、緩和ケアに関する卒前教育を履修させること」

具体的施策

- 1 医学部・看護学部・看護学校・薬学部など卒前教育の中に、統一的なカリキュラムに準じて、実習も含めた教育プログラムを策定する。
- 2 医師のモデルコアカリキュラムを再検討し、緩和ケアに関する内容を充実させる。
- 3 医師や看護師国家試験など、国家試験の出題に関して、緩和ケア関連の項目を充実させる。

がん診療連携拠点病院でがん診療に携わる、**医師をはじめとする、全ての医療従事者**がお読みください。

がんと診断された時からの

緩和ケア

緩和ケアは、治療を終えてから実施するものではありません。
緩和ケアを、がんと診断された時から実施するとともに、
診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目無く実施する必要があります。

平成26年1月、がん診療連携拠点病院の指定要件が改定されました。
がん診療連携拠点病院では、次のような緩和ケアの提供が求められます。

全ての
がん患者に

1. 苦痛のスクリーニングの徹底

- 診断時から患者の苦痛の拾い上げを全ての医療従事者が行います。
- 患者が苦痛を表現できるよう、診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングを実施します。

2. 苦痛への対応の明確化と診療方針の提示

- がん診療に携わる全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行うため、苦痛への初期対応の院内ルールを定めることや、緩和ケアチームへの診療依頼の方法を明確化します。
- 緩和ケアに関する診療方針を、患者とその家族に提示します。

必ず
対応

3. 緩和ケアチームの看護師による外来看護業務の支援・強化

- 患者が切れ目のないケアを受けられるよう、緩和ケアチームの看護師は、外来を含め、苦痛のスクリーニングの支援や、患者へのカウンセリングを行うことなどの役割を担います。
- 緩和ケアチームの看護師は、「がん看護専門看護師」、「緩和ケア認定看護師」、「がん性疼痛看護認定看護師」のいずれかである必要があります。

チームで
対応

4. 迅速な苦痛の緩和（医療用麻薬の処方等）

- 患者の立場に立って、苦痛をできるだけ早く苦痛を緩和するため、全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携を確保し、迅速に対応する必要があります。
- 主治医が外来診療等で対応できない時には、緩和ケアチームの医師が医療用麻薬を処方するなど、患者の立場に立った、柔軟な対応が必要です。

すぐに
対応

※医療用麻薬の自己管理が可能と考えられる場合には、患者が定期内服の1日分やレスキュー・ドーズの使用が予想される1日分などを自己管理することができます。

5. 地域連携時の症状緩和

入院だけでなく
退院後も

- 入院時に実施されていた緩和ケアが退院後の在宅療養中などにも継続して実施されるよう、症状緩和に係る院内マニュアルや院内パスに準じた、地域連携バスやマニュアル等の整備が必要です。

次ページへ続く→

※「緩和ケア研修会」を受講してください。

がん診療連携拠点病院では、初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年以内の全ての医師が、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を修了する体制を整備する必要があります。
対象の医師の皆様は、研修の受講をお願いします。

今回の指定要件の改定は、がん診療連携拠点病院が地域のがん診療提供体制の中心を担い、患者とその家族ががんと診断された時から身体的・精神的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標としています。
がん診療連携拠点病院に勤務する医療従事者の皆さまにおかれましても、こうしたことをご理解の上、緩和ケアを提供いただくようお願い申し上げます。

がん対策推進基本計画について

日本には、がん対策に関する法律があります。
※「がん対策基本法」(平成18年6月23日法律第98号)

さらに、「がん対策基本法」に基づき定められる、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月に2期目の計画を閣議決定)に沿って、がん対策が推進されています。

緩和ケアは、この計画の中で重点的に取り組むべきとされている4課題の1つです。

「がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目無く実施される必要がある。」ことが明記されています。

