参考資料５

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理

平成 28 年 12 月

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会

内容

I.　はじめに 3

II.　緩和ケア全般について 4

III. 各施策の意見と今後の方向性 6

１．　緩和ケアの提供体制について 6

（１）　総論 6

（２）　拠点病院について 7

（３）　拠点病院以外の病院について 10

（４）　在宅緩和ケア・地域連携について 11

（５）　緩和ケア病棟について 13

２．　すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策について . 14

（１）　緩和ケア研修会について 14

（２）　卒前・卒後教育について 17

３．　その他の事項 19

（１）　医療用麻薬について 19

（２）　介護について 19

（３）　小児・AYA 世代に対する緩和ケアについて 20

（４）　循環器疾患等の緩和ケアについて 21

IV.　おわりに 22

「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」開催要綱 23

「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」構成員名簿 24

Ⅰ．はじめに

我が国において、がんは昭和56年より死因の第１位であり、重大な課題となっている。そのため、がん対策をより一層推進することを目的に平成18年６月がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が制定され、基本法に基づき、がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が平成19年６月に閣議決定された。

この基本計画に基づいて、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）を中心として、緩和ケアチームの設置、がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修の実施等により、緩和ケア提供体制の整備が図られるとともに、研修修了者が増加する等、一定の成果が得られた。

平成24年６月に閣議決定された第２期目の基本計画において、第１期から引き続き重点的に取り組むべき課題の１つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられたことを受け、緩和ケア推進検討会を設置し、拠点病院における緩和ケア提供体制を中心に検討した。緩和ケア推進検討会での議論を踏まえ、平成24年９月に中間とりまとめ、平成25年８月に第二次中間とりまとめを行い、その内容は、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成26年１月10日付け健発0110第７号厚生労働省健康局長通知）に反映され、緩和ケアの提供体制の質の向上に貢献してきた。更に、拠点病院に対するワーキンググループ実地調査により浮き彫りとなった課題等も踏まえた緩和ケア推進検討会報告書を平成28年４月にとりまとめた。

現在、基本法に基づき設置されているがん対策推進協議会では、次期基本計画の策定に向けた議論を行っている。こうした中、平成28年５月に新たに設置したがん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会（以下「検討会」という。）において、５回にわたり、今後必要な緩和ケアについて議論を行い、次期基本計画の策定の議論における参考となるようその内容について整理したので、ここに提示する。

II.　緩和ケア全般について

（現状と課題）

○ 第２期基本計画では、第１期基本計画に引き続き「重点的に取り組むべき課題」の４本柱の１つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を掲げ、拠点病院の医師に対し、重点的に緩和ケア研修を行ったり、緩和ケアセンターを都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）等に設置するなどして推進を図った。その結果、患者アンケート調査等で緩和ケアの浸透を感じさせる結果も見受けられるに至った。

○ 身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が３～４割ほどいる。

○ 緩和ケア（※）は、がんと診断された時から提供すべきであるにもかかわらず、医療従事者の理解不足から診断時からの緩和ケアの提供は不十分といわざるを得ない。

※ 緩和ケアとは、がんに罹患した時の主治医による病状説明や治療方針の話し合い等の際に、
- その他の医療従事者と協働して提供される不安への対応
- 病気の丁寧な説明
- 身体・精神症状及び社会的問題のアセスメント（事前評価）
- 必要に応じた専門家への紹介
- 抱える問題の把握と緊急性の高い問題の解決
- 患者とその家族が孤立しないような支援

等を行うことである。

○ 緩和ケアは、いまだに終末期のケアと誤解されるなど、その意義や必要性について、患者を含む国民に十分に周知されていない。

○ がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えるために、多職種による連携が必要であるが、現状では不十分である。

○ 患者とその家族は主治医に痛みやつらさを訴えにくいという心理状況であることが指摘されていながら、改善されていない。

（今後の方向性）

○ 医療従事者が、がん患者の痛み・つらさ・悩みや困っていること全てを確認し、対応するという基本的な緩和ケア[1]を徹底して実施するとともに、必要な場合に確実に専門的な緩和ケア[2]へつなぐ（※）体制を整備すべきである。

※ 「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア等へコンサルトし、その後も双方向性に協働することをいう。

○ 緩和ケアは、医療・介護・福祉の基本であり、国、地方公共団体、医療従事者は、患者とその家族等が基本的人権として痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築できるよう民間の団体等の関係団体と連携し、国民に対して効果的な普及啓発を行うべきである。

○ がんのみならず、循環器疾患等のがん以外の疾患を緩和ケアの対象に加えるべく体制を整備すべきである。

○ がんは集学的治療が必要な疾患であり、多職種による連携を促進するため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備すべきである。

○ 患者とその家族が痛みやつらさを訴えやすくするために、患者の気持ちを理解し、医療従事者が患者とその家族の痛みやつらさを引き出せるような教育や研修をすべきである。

---

1 「基本的な緩和ケア」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。（緩和ケア専門委員会報告書より抜粋）

2 「専門的な緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識に加え、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。（緩和ケア専門委員会報告書より抜粋）

III.　各施策の意見と今後の方向性

１．緩和ケアの提供体制について

（１）　総論

（現状と課題）

○　がん診療に携わる医療従事者は、患者とその家族の心情に配慮し、ニーズを把握した上で、診断結果や病状、支援等について適切に伝える必要があるが、そのための体制が十分整備されていないとの指摘がある。

○　拠点病院等には、緩和ケアチームやがん相談支援センターが整備されているが活用が不十分な状況である。特に若年層のがん患者は、「自身と家族の生活設計」、「医療費・生活費」、「役割の遂行」、「家族への負担」など多くの社会的問題を抱えているが、このような社会的苦痛に関して十分対応できていない。

○　緩和ケアの質については、書面のみで評価することが困難であり、その指標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されているわけではない。

（今後の方向性）

○　がん診療に携わる医療機関は、患者の療養生活の質を向上させるために、院内における全ての医療従事者の連携をがんと診断された時からできるだけ迅速に図り、患者に必要な症状緩和の専門家へつなぐ手法を明確にし、医療従事者（特に看護師あるいは社会福祉士等）から患者とその家族に相談窓口に来訪するよう積極的アプローチを行うなど、実効性のある体制を整備すべきである。

○　がん診療に携わる医療機関は、病状の説明の際、患者が適切に意思決定できるよう、看護師や社会福祉士等の医療従事者の同席を基本とし、面談後にも自由に相談できるような体制、治療法や緩和ケアに関するセカンドオピニオンの周知や離職等の社会的な問題に対応するための体制、支援方法の標準化、患者同士による自主的なセルフヘルプグループや様々な専門家による相談支援等を強化すべきである。

○ 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立すべきである。また、診療の内容を評価するため、実地調査や患者体験調査、遺族調査、医療従事者調査等を定期的かつ継続的に実施すべきである。さらに、評価の結果に基づいた質の向上策の立案に努めるべきである。

（２） 拠点病院について

① 専門的な緩和ケア（緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケアセンター等）について

（現状と課題）

○ これまで緩和ケアの均てん化のため、拠点病院を中心に、専門的な緩和ケアの整備を推進してきたものの、その質の維持向上等に課題がある。

○ 緩和ケア外来、緩和ケア病棟の患者の利用率が低いというアンケート調査がある。患者が専門的な緩和ケアにつながらない理由として、患者から主治医に緩和ケアについての質問がしづらいことや主治医から緩和ケアチームに紹介されないこと等が挙げられる。

○ 緩和ケアチームや緩和ケア外来に所属する医療従事者数や診療件数等については施設間格差が大きく、治療・ケアを受ける患者とその家族にとって満足できるものではない。

○ 緩和ケアセンター[3]は、全ての都道府県拠点病院に設置されるとともに、地域がん診療連携拠点病院（以下、「地域拠点病院」という。）にも、少ないながら自主的に設置が進められているが、人員不足、役割の認識が院内で共有されていないなどの理由のため、十分機能していないことや、患者が緩和ケアセンターにアクセスできていないことが指摘されている。また、地域性や拠点病院毎の人員配置等の実情に即した緩和ケアセンターの設置がなされていない。

○ 拠点病院において、緩和ケアセンターが十分機能しておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全

[3] 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織である。

体の緩和ケアの診療機能を活性化するために必要な有機的な連携が図られていない状況である。

（今後の方向性）

○ 専門的な緩和ケアの質の向上のため、国は関係学会と連携し、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門・認定看護師、がん専門薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師、がん病態栄養専門管理栄養士、社会福祉士、公認心理師等の適正配置や共同診療等を通じた緩和ケアチームの育成のあり方を検討すべきである。

○ 主治医と緩和ケアチーム等をつなぐ役割を果たす人材を配置するなど、積極的に患者の苦痛をくみ上げ、緩和ケアチーム、がん相談支援センターへつなぐ体制を強化すべきである。

○ 緩和ケアチームや緩和ケア病棟の人員配置に、社会福祉士等の「生活相談に携わる者」を加え、生活相談を充実させ、退院後の外来での対応も含め、社会的視点から支援ニーズを早期に捉え、問題が深刻化する前に介入すべきである。

○ 緩和ケアセンターにおける人員確保、緩和ケアセンターやジェネラルマネージャー[4]の役割の明確化と院内周知、拠点病院間のピアレビュー等に取り組むべきである。また、地域性も考慮した設置要件の再評価を実施すべきである。

○ 施設全体の緩和ケアの診療機能を活性化し、有機的な連携を強化するために、院内組織のコーディネート機能、研修管理機能、ケアの質の評価・改善機能を持った緩和ケアセンターの機能をより一層、強化すべきである。

○ 緩和ケアセンターのない地域拠点病院では、病院管理部門を活用し、上記の機能を担う体制、例えば、病院幹部を中心とした病院長直属の「緩和ケア統括室（仮称）」を設置し、緩和ケアの質の評価と改善を進める院内の体制や第三者を加えた外部評価機能を有する外部監査体制を検討すべきである。

---

4 「ジェネラルマネージャー」とは、常勤の組織管理経験を有する看護師。緩和ケアセンターの機能を管理・調整するため、専従のジェネラルマネージャーを配置することが都道府県拠点病院では求められている。

② 苦痛のスクリーニングについて

（現状と課題）

○ 苦痛のスクリーニング（※、以下「スクリーニング」という。）の目的は、専門的緩和ケアにつなぐだけでなく、主治医が診断時から定期的に患者の苦痛を把握し、対応するというモニタリング（※）的な役割が重要であるが、その周知が不徹底である。

※ スクリーニングとは、診断や治療方針の変更の時に、身体・精神心理的苦痛や社会経済的問題など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保することである。

※ モニタリングとは、定期的に患者の苦痛を把握し、対応することである。

○ スクリーニングが導入されている拠点病院は約９割にのぼっているが、外来化学療法室等の限られた少数の部署での実施に止まっている。また、スクリーニングの結果、対応が必要となった患者へのフォローアップ体制が整っている拠点病院は約４割に止まっている。

○ スクリーニングが普及しない原因として、スクリーニングやフォローアップのための人員が不足していること、患者がつらさの程度を数値で回答するのが難しいこと、（つらさに対する）有効な対応方法がないことや、総合病院等ではがん患者に限定することが難しいこと等が指摘されている。

（今後の方向性）

○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、スクリーニングを診断時から行うことによって表面化しにくい苦痛を定期的に確認し、迅速に対処するなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・強化すべきである。

○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、スクリーニングの目的を院内で周知し、実施することを通じて、患者、家族と主治医をはじめとする医療従事者が苦痛について定期的に話し合い、対応できるよう徹底すべきである。

○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、施設全体の取組として、スクリーニングを実施するための人員確保、実施方法の改良、対応方法等に関する

研究、実施マニュアルの作成によるノウハウの共有等に取り組むべきである。

（３） 拠点病院以外の病院について

（現状と課題）

○ 拠点病院以外の病院で入院治療を受けているがん患者は約４割いる。また、約４分の３のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られている。しかし、拠点病院以外の病院における緩和ケアの状況については十分把握できていない。

○ 平成 26 年医療施設調査によると、一般病院（精神科病院[5]以外の病院）の約 87%に緩和ケアチームがない状況である。

○ 拠点病院以外の病院では、専門的な医療従事者の不足等により十分な緩和ケアを提供することが困難である。

○ 拠点病院以外の病院は、所在地や規模、患者層が異なっており、それぞれの役割分担が明確になっておらず、効率的な緩和ケアが提供されていないとの指摘がある。

○ 切れ目のない緩和ケアの提供のためには、拠点病院以外の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアを提供している施設に対しても緩和ケアの充実を図る必要があるとの指摘がある。

（今後の方向性）

○ 拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズについて実地調査等を通じて把握すべきである。

○ 拠点病院以外の病院においても、医師に対する緩和ケア研修等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実を図るべきである。

○ 拠点病院以外の病院においても、その役割や特徴に応じた緩和ケアの効率的な提供体制について、具体的に検討すべきである。

---

[5] 精神病床のみを有する病院をいう。

○ 拠点病院から退院した患者や地域の医療機関に転院した患者に対して、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない緩和ケアを提供するため、訪問診療等の地域での活動や共同診療等の支援体制について検討すべきである。

○ 拠点病院が中心となって、２次医療圏の医療機関等が参加する「地域緩和ケア連携協議会（仮称）」を開催し、地域におけるがん医療の状況を把握するとともに、緩和ケア研修の推進も含め、地域の実情に応じた緩和ケアを含めたがん医療全般の提供体制について協議する場等を検討すべきである。こうした取組を実効性あるものにするため、調整役を置くなどその体制を検討すべきである。

（４） 在宅緩和ケア・地域連携について

（現状と課題）

○ 拠点病院の緩和ケアセンターや緩和ケアチームにおいて、地域との連携を進めるにあたり、入院体制の整備や患者情報の共有、専門的な相談支援等の取組が十分に進んでいないとの指摘がある。

○ 地域連携は、がん領域では拠点病院を中心に行ってきたため、地域包括支援センター等との連携が不十分との指摘がある。

○ 緩和ケアチームが拠点病院以外の病院や診療所のかかりつけ医からのコンサルテーションを受けて、かかりつけ医と共同して診療を行うなどする際には、派遣する側の経営的な問題や個人情報の問題、責任の所在、活動のシステム化が不十分などの課題が指摘されている。

○ 地域において、入院中に実施した疼痛緩和治療が退院後にも在宅で継続するなど、在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステーション等と連携した切れ目のない医療の提供体制が構築できていないとの指摘がある。

○ 拠点病院のみならず地域において中心的にがん診療に携わる医療機関においては、緊急時の症状緩和目的の緩和ケア病床を確保するなど、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の確実な受入れ体制の整備が不十分

であるとの指摘がある。

（今後の方向性）

○ 拠点病院は、緩和ケアセンターや緩和ケアチームが、地域連携の役割を担えるよう、定期的な地域との会議や勉強会を主催するなど、地域の医師会と協力し、かかりつけ医との連携を強化すべきである。

○ 在宅における緩和ケアの担い手として、看護師や薬剤師は重要である。医療機関と訪問看護ステーション双方の看護師の人材育成を実施しており、今後は、看護師同士の連携の更なる推進、医療機関と薬局間の薬剤師との連携のあり方を検討すべきである。

○ 切れ目のない緩和ケアの提供と質の向上に資するため、地域の実情に応じて病院と在宅医療の連携のあり方を検討すべきである。具体的には、早期から地域医療を担う医療従事者が病院での医療に関与する体制（いわゆる「がん患者二人主治医制」※）も含め連携のあり方を検討すべきである。

※ 「がん患者二人主治医制」とは、化学療法等を担当する病院主治医に加えて、患者の自宅から受診しやすいかかりつけ医を構える体制のことである。

○ 地域において、緩和ケアの拠点として医師会と協働して、緩和ケアの提供とともに相談支援・情報提供を行う在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーションを整備すべきである。

○ 拠点病院の医療従事者が、地域で在宅医療を担う医療機関において共同診療を行ったり、地域の調整役を担う医療・介護従事者が、拠点病院の緩和ケアチームで活動したりできる連携体制を検討すべきである。

○ 拠点病院は在宅において緩和ケアを担っている多職種が参加する会議や勉強会、チームビルディング目的の研修等を定期的に開催し、こうした取組の事例を相互に共有すべきである。

○ 拠点病院は、定期的に「地域緩和ケア連携協議会（仮称）」を開催し、関係医療機関との緊急時の相談や受入れ体制、地域での困難事例の対応等について協議し、地域における緩和ケアの質の向上を図るべきである。

○　都道府県は、緊急に症状緩和等が必要な患者等の受入れ体制について、緩和ケア病棟を有効利用できる体制を検討すべきである。

（５）　緩和ケア病棟について

（現状と課題）

○　緩和ケア病棟には、身体的苦痛が増悪した場合のバックベッドとしての役割や、患者とその家族の意向に沿った形で在宅への復帰を図る機能が求められている。

○　緩和ケア病棟の情報が十分に患者に提供されていないため、緩和ケア病棟を十分利用できていないとの指摘がある。

○　緩和ケア病棟における緩和ケアの実態については十分把握できていない。

○　緩和ケア病棟の利用に際し、患者から一律に積極的な治療を受けないことについての意思確認をする場合、患者は緩和ケア病棟を「治療をあきらめた場」として認識してしまうとの指摘がある。

（今後の方向性）

○　緩和ケア病棟の質の維持向上のため、２次医療圏における緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる病棟あるいは従来のホスピス等）のあり方について検討・整備すべきである。

○　患者とその家族が緩和ケア病棟を利用しやすいように、必要とする最新情報をホームページ等に公開するなど分かりやすく提供すべきである。

○　緩和ケア病棟における緩和ケアの実態や患者のニーズについて実地調査等を通じて把握すべきである。

○　緩和ケア病棟において、症状改善のために必要な治療と緩和ケアが併用できるシステムを構築すべきである。併せて、栄養管理や皮膚管理等も大切な緩和ケアであることを広く普及していくための方策を検討すべきである。

２．すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策について

（１） 緩和ケア研修会について

① 受講率向上について

（現状と課題）

○ 拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる者の９割以上の緩和ケア研修会（以下「研修会」という。）の受講修了を目標としているが、平成 27 年９月時点で受講率は 48.1%でありより一層の受講率向上が求められている。都道府県別の受講率は平成 27 年９月時点で 40%未満の都府県もあり、各都道府県における研修会の企画者や行政担当者の努力により受講率を改善できる可能性が指摘されている。

○ 受講率の高い地域においては、未受講者の確保が困難であり、研修会開催が拠点病院の実務負担となっている。

（今後の方向性）

○ 受講率向上に向けて、研修形式を診療所の医師が受講しやすい単位型研修会[6]に変更したり、都道府県全体で研修計画を立てたりすることを検討すべきである。

○ 拠点病院は、都道府県と連携し、２次医療圏の拠点病院以外の病院を対象として、研修会の受講状況の把握とともに積極的な受講勧奨を行い、基本的な緩和ケアを実践できる人材育成に取り組むべきである。

○ 拠点病院の開催負担を軽減するため、複数の拠点病院で研修会を共同開催することや都道府県拠点病院と共催することなど、都道府県単位で工夫できるようにすべきである。

○ 拠点病院の開催負担や受講者の負担を軽減するために、講義部分は e-learning を導入し、事例検討やロールプレイ等は１日の集合研修に変更すべきである。

---

6 「単位型研修会」とは、同一あるいは異なる主催者により、異なる参加者に対して単位制で必要な単位を取得する研修会。なお、「一般型研修会」とは、同一の主催者により、同一の参加者に対して２日間以上で行われる研修会をいう。都道府県がどちらかの開催形式を決定する。

② 研修内容について

（現状と課題）

○ 研修会は、「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する」ことが基本計画の目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師等に対して実施されている。内容は、初期臨床研修修了時（卒後３年目）の医師が達成すべき基本的な緩和ケアのレベルに設定されているため、様々なレベルの参加者に対応した目標設定ができていない。

○ 研修会を受講しただけでは、医師の行動変容を起こすことは難しいため、現行とは違う形式、内容のものが必要との指摘がある。

○ 研修会の標準プログラムは、在宅緩和ケア及び地域包括ケアの視点が希薄である。

（今後の方向性）

○ 研修会の参加者の違いを踏まえた目標設定を検討し、臨床現場に即した研修会に見直すべきである。

○ 研修会の内容に、患者を主治医から専門的な緩和ケアや既存の医療資源につなぐ方策について追加すべきである。また、症状緩和だけでなく、特に緩和ケア概論、全人的な苦痛の評価、コミュニケーション、地域連携、アドバンスケアプランニング、チーム医療、看取りのケア等を盛り込み、がん以外の診療を行う医療従事者に対しても実施できる研修会に見直すべきである。

○ 全ての診療科医師が共通して受けられる基本的な内容と専門的な内容を組み合わせて２段階にすることを検討する。また、基本的な内容として、生活の相談や療養場所の選択等、意思決定の支援について盛り込むべきである。

○ 研修会の質の向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、拠点病院以外の医療機関へ対応できるよう、地域の実情に応じた実施方法や研修内容を充実させ、がん治療医が自ら緩和ケアを実践できるプログラムを検討すべきである。また、必要に応じて研修指導者の教育技法の向上を目指した研

修を実施すべきである。

○ 専門的な緩和ケアにおいては、より複雑な問題を扱うため、多面的な教育・研修を行うことを検討すべきである。また、研修会の指導者と在宅療養支援診療所・病院の医師や地域の医師会と協働して、拠点病院以外の病院や診療所の医師を対象とした研修会の開催を検討すべきである。

③ 研修の対象者等について

（現状と課題）

○ 現行の研修会は、がん診療に携わる医師・歯科医師を対象に実施しているが、その他の医療従事者の参加も可能なため、全受講者のうち約４割が医師以外の職種と推定される。

○ 現在、主に拠点病院が開催する基本的な緩和ケアに関する研修会と、国立がん研究センターが開催する緩和ケアチーム研修会をはじめとする専門的な緩和ケアに関する研修会が実施されている。

○ 緩和ケアは、チームで実施するものであり、医師だけで完結する研修会ではなく、多職種が受講できる体制や、ファシリテーターとして参加できる体制の必要性が指摘されている。

○ 緩和ケアチームの質の向上のため、チーム単位で研修を受ける必要性が指摘されている。

（今後の方向性）

○ 院内の医師・薬剤師のみならず、地域の医師・薬剤師も今後更に高度な知識を習得する必要があり、研修体制の整備に努めるべきである。

○ 地域で緩和ケアを担う医師が、拠点病院等の医師と共に研修会を受講できる体制を更に充実させるべきである。

○ 研修会の対象者は、医師を基本とし、多職種が一定の割合でファシリテーターとして参加してもらうことを検討すべきである。

○ 緩和ケアチームの構成員がチーム単位で参加し、チームビルディングを学ぶ研修や多職種を対象とした研修は、国立がん研究センターが開催する緩和ケアチーム研修会や各関連団体が開催する各職種を対象とした研修会を引き続き実施すべきである。

○ 医師への研修と並行して、多職種による地域医療にも対応できるようなチーム活動を強化する研修のあり方を検討すべきである。

④ 研修会の効果判定について

（現状と課題）

○ 研修会のアウトカムは、緩和ケア外来等を利用した割合や痛みの治療効果等の患者アウトカムで評価する必要があるが、そのための調査は実施されていない。

（今後の方向性）

○ 研修会の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な緩和ケアを利用した割合等について、定期的、継続的な調査を行い、その結果に基づいた到達目標を明確化すべきである。

（２） 卒前・卒後教育について

（現状と課題）

○ 医学部のモデル・コア・カリキュラム[7]や医師国家試験の出題基準等に緩和ケアに関する項目はあるが、卒前教育において、緩和ケアにおけるチーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

○ 初期臨床研修[8]の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことは重要であり、また、基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の２年間で全ての研修医が研修会を受講することが必要という意見がある。

---

7 「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 22 年度改訂版・文部科学省）」において、「緩和医療・慢性疼痛」について盛り込まれている。

8 「臨床研修の到達目標（厚生労働省）」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医療」について盛り込まれている。

（今後の方向性）

○ 今後、緩和ケアをがん以外の疾患に拡げていくために、大学等の教育機関では、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実や、医師の卒前教育を担う指導者を育成するための積極的な取組を推進すべきである。

○ 卒後２年目までの医師の基本的緩和ケアの習得について検討すべきである。特に、拠点病院においては、全ての卒後２年目までの医師が緩和ケア研修会を受講すべきである。

○ 看護教育[9]、薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得について検討すべきである。

9 「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標（厚生労働省）」において、到達目標として「終末期にある人の治療と苦痛を理解し、緩和方法を理解する」と示している。

３．その他の事項

（１） 医療用麻薬について

（現状と課題）

○ 国民は、医療用麻薬に対する誤解から、その服用に強い抵抗感、恐怖心を持っている。

○ 多様化する医療用麻薬の迅速かつ適正な使用の確立を目指した研究が不十分であるとの指摘がある。

○ 特に在宅緩和ケアにおいては、拠点病院に比べて、利用できる医療用麻薬の選択肢が少なく、必要時に処方できないことがあるとの指摘がある。

（今後の方向性）

○ 国民に対する適切な啓発とともに、医療用麻薬の適正使用の普及を図るため、がん診療に携わる医療機関は院内研修を定期的に実施すべきである。更に、地域の医療従事者も含めた研修も推進すべきである。

○ 医療用麻薬の使用法の確立を目指した研究を行うべきである。

○ 在宅緩和ケア等における適切な医療用麻薬の利用について検討すべきである。

（２） 介護について

（現状と課題）

○ 65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として記載する必要があり、記入しづらく迅速な利用が進まないとの指摘がある。

○ 介護する家族と患者が寄り添える療養環境の整備が不十分との指摘がある。

（今後の方向性）

○ 要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討すべきである。

○ 患者とその家族が寄り添える療養環境を整備することを検討すべきである。

（３） 小児・AYA 世代[10]に対する緩和ケアについて

（現状と課題）

○ 小児・AYA 世代のがん患者は、長期間の治療によって、教育の継続や進学、就職に関する問題等が生じ、社会的に孤立することが少なくない。また、家族は、長期間の医療機関での看病、意思決定の困難さ、将来への不安、家族の分断、経済的な困窮等の特別な状況に置かれているため、総合的な対策が求められる。

○ 小児がん患者に対する緩和ケアにおいては、様々な苦痛に対する評価方法や薬剤等の使用方法が成人とは異なる。

○ 小児がん拠点病院であっても、小児緩和ケアを専門とする医療従事者の配置や養成のためのシステムが整っておらず、施設間の連携も十分に機能していないため、緩和ケアが小児がん患者とその家族に十分に届いていないとの指摘がある。

○ 小児・AYA 世代のがん患者への緩和ケアの提供体制は未整備であり、特に在宅療養中の患者への生活支援が不十分であるとの指摘がある。

○ 小児がん患者の終末期では、症状緩和目的の化学療法の継続や頻回の輸血等の医療依存度が高いため、小児緩和ケアの知識や経験が少ない地域の医療従事者では在宅ケアに対応できないとの指摘がある。

（今後の方向性）

○ 緩和ケアに従事する全ての医療従事者は、小児・AYA 世代のがん領域に携わる医療従事者と問題点や診療方針等を共有すると共に、入院時だけでな

[10] AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）

く外来においても必要な緩和ケア連携・提供体制の整備を図るべきである。

○ 成人を対象とする緩和ケアの医療従事者が、小児緩和ケアに協力できるよう研修の充実を図るべきである。

○ がん相談支援センターは、小児・AYA 世代のがん患者に対する専門的な緩和ケアの提供や生活支援に関し、地域との調整を推進すべきである。

（４） 循環器疾患等の緩和ケアについて

（現状と課題）

○ 緩和ケアの対象患者は特定の疾病に限定されるものではなく、循環器疾患等の患者も緩和ケアを必要としている。

○ 我が国の緩和ケアは、がんを主な対象疾患として発展したため、がん以外の疾患を併発したがん患者やがん以外の疾患の患者への緩和ケアが立ち遅れている。

○ 我が国において、がん以外の疾患に対する緩和ケアの臨床現場における実態が十分把握されていない。

○ 主治医の多くは、がん以外の疾患に緩和ケアチームが対応できることを認識していない。

○ 現行の研修会の内容では、慢性心不全等のがん以外の疾患を有するがん患者への対応が難しい。

（今後の方向性）

○ がん以外の疾患に対する緩和ケアの実態把握など普及啓発に向けた取組を行うべきである。

○ がん以外の疾患の経過ががんと異なることを考慮して、関連学会等の協働を促し、今後の対策についてワーキンググループ等を設置して検討すべきである。

Ⅳ.　おわりに

第１回から第５回までのがん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会において、緩和ケアの提供体制の現状と課題について検証するとともに、今後の方向性についても議論を行った。次期がん対策推進基本計画の策定の議論における参考となるよう、本検討会における議論の整理をがん対策推進協議会に提出する。

「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」開催要綱

１．趣旨

平成２４年６月に閣議決定された「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一つとして「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられている。そのため、厚生労働省健康局長の下に「緩和ケア推進検討会」を設置するとともに、これまで４年間にわたって計１９回の議論を重ね、その結果は、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケア提供体制の整備、緩和ケア研修、診療報酬による評価等に反映してきた。

一方で、多くのがん患者が拠点病院以外の医療機関を受診するとともに、約４分の３のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られていることを踏まえると、今後は、拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの充実が重要である。また、緩和ケアはがん患者だけではなく、循環器疾患等の患者にも必要である。医療従事者についても、緩和ケアの基本的な知識を身につけることが重要である。

これらを踏まえ、本検討会においては、がん等における緩和ケアの提供体制について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討する。

２．検討事項

（１）下記ア～ウに関する具体的な対策

ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方

イ. すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策

ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

（２）緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

３．その他

（１）本検討会は、健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２）本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括させる。

（３）本検討会は、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者の参集を依頼することができる。

（４）本検討会は、原則として公開とする。

（５）本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん・疾病対策課が行う。

（６）この要綱に定めるもののほか、本検討会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。

「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」構成員名簿

有澤　賢二　　公益社団法人日本薬剤師会　常務理事

安斉　俊久　　国立循環器病研究センター心臓血管内科　部長

池永　昌之　　淀川キリスト教病院緩和医療内科　主任部長

小川　朝生　　国立がん研究センター東病院精神腫瘍科　科長

加賀谷　肇　　明治薬科大学臨床薬剤学研究室　教授

川本　利恵子　公益社団法人日本看護協会　常任理事

木原　康樹　　広島大学大学院医歯薬保健学研究院応用生命科学部門
循環器内科学　教授

桜井　なおみ　一般社団法人ＣＳＲプロジェクト　代表理事

田村　里子　　一般社団法人 WITH 医療福祉実践研究所がん・緩和ケア部　部長

中川　恵一　　東京大学医学部附属病院放射線科　准教授

服部　政治　　がん研有明病院がん疼痛治療科　部長

平原　佐斗司　東京ふれあい医療生活協同組合　副理事長／梶原診療所　在宅
総合ケアセンター長／おれんじほっとクリニック　所長

〇福井　次矢　聖路加国際大学　学長／聖路加国際病院　院長

細川　豊史　　京都府立医科大学疼痛・緩和医療学講座　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

道永　麻里　　公益社団法人日本医師会　常任理事

三宅　智　　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・臨床腫瘍学分野
教授

山田　佐登美　川崎医科大学附属川崎病院　看護部長付参与
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科　特任教授

〇･･･座長
（五十音順・敬称略）