

2016年10月19日

緩和ケアに関する意見書

構成員 山田佐登美

緩和ケア提供体制の問題と考えられる方策

1. 地域格差（提供側の人材の質的量的違い）

方策：専門チーム（緩和ケアチーム）や優れた人材（専門医・認定専門看護師・専門薬剤師・臨床心理士）を地域で共有する。中でもがん看護関連の専門看護師や認定看護師の活用が促進されるべき。訪問看護や介護関連のケアマネジャーとの連携・協働（看・看連携）がとりやすい。専門・認定看護師の多くは、医療機関に属しているのでそれらの人的資源を地域に積極的に出す取り組みが必要。現在診療報酬上、限定的ではあるが「退院後訪問指導料」及び「訪問看護同行加算」、「在宅患者訪問看護・指導料」の算定が可能になっている。まずは、看護師のアウトリーチがあつて、そこから自施設の緩和ケア等の専門チームにつなげていくと良いと考える。

期待される効果：すでにいくつかの医療機関や地域で実践されているのでその経験から以下の効果が期待される。

- ① 地域における緩和ケアスキルの標準化→在宅緩和ケアがより進む。
 - ② 入院-外来-在宅の重層的つながりの保証
 - ③ 患者さんの情報の一元管理
 - ④ 在宅での看取りの促進（特に看取る家族の覚悟を形成していく、家族の看取り負担を軽減する）
- 事例：80歳代の前立腺癌で肺転移のある患者さん。同じく80歳代の妻との二人暮らし。本人の在宅療養の希望を尊重し、急性期病院から在宅（自宅）療養に移行。在宅主治医と訪問看護・ケアマネ、そして急性期病院の緩和ケア認定看護師及び緩和ケアチームが連携協働し、症状コントロール、生活支援（妻も含めて）、別居の家族への連絡やフォローアップ、患者さんと妻の不安軽減等行い、退院3週間後、家族に見守られ、「感謝・感謝」という言葉を残して旅立っていかれた。

2. 拠点病院と他の医療機関等との連携が十分とは言えない。

方策：医療者間（医師に限らず）或は介護領域の専門家からの相談支援体制の整備強化と急変時の対応について、拠点病院に「（緩和ケアに関する）相談窓口」と相談支援体制が必要ではないか？

期待される効果

- ① 患者にとってどこでも適切な緩和ケアを受けることができる。（均てん化）
- ② 学習の場となる。

3. 「患者さんの尊厳が見いだされ、権利が擁護されている緩和ケア」について不十分（患者さんの主体性・自律性が必ずしも尊重されていない。現状でも拠点病院等には「がん相談窓口」が整備されているが十分活用されていない。等）

方策：相談窓口に来訪してからではなく、「がんと診断された」とき、できるだけ迅速に医療者特に看護師或はMSWからの積極的アプローチが必要ではないか？まず、フェイス-フェイスの関係があれば相談する敷居は低くなる。初期は身体的苦痛より精神的・社会的・スピリチュアル的苦痛が優先することも多々あるので初期面接は重要である。

また、「セカンドオピニオン外来」の対象にも医学的治療だけでなく、今以上に「緩和ケアに関すること」を入れていく。

更に、退院後の医療者から患者への電話訪問が効果的であった事例がある。入院中は、「治療や治療の副作用で入院が長引くようなら自分にとって意味がない。しかし、家族を思うともう少し生きなければと思うし、家族に心配をかけたくないで本音は言えない」などと看護師に語っていた20代のがん患者。受け持ちの看護師が退院後に電話訪問することで継続的に患者さんの身体や心理面に変化が現れた。家族に自分の考えや辛さを表出でき、家族も自分を受け入れてくれたという実感から、希望が見いだされたと患者さんは語っている。また、看護師は、患者の苦痛を「想定内」「平均的」等と捉えていたが患者さんの語りの中から、特に「全身倦怠感」が患者さんにとって生きる希望を失わせるほどのものであったことが理解でき、主治医にadvocateとして繋ぐことができ、患者さんの意向を尊重しながら結果として、在宅療養に移行した。

期待される効果

- ① 患者さんからの緩和ケアニーズが高まり、可視化される。
 - ② 患者ファーストである以上、患者さんからのアプローチが医療者等の行動や意識を変える。
4. 家族支援に関すること→家族支援の体制化（がん患者さんの支援は専門家だけでなく、場合によっては専門家以上に家族も重要な役割機能を担う。看取りについても家族の不安やストレスは大きい。レスパイト入院や緊急入院は可能ではあるが標記1のような医療機関や施設を超えた支援を含めて家族支援やタイムリーに相談に応需できる体制が必要）
★患者及び家族支援のとしての相談窓口は、何らかの要件を満たした病院・クリニックに拡大すると良いのではないかな。
 5. 方策の実施には人的資源確保が大きな課題となる。職種間だけでなく、非専門職との役割分担・業務委譲しながら効率的な活用が求められる。

その他

医療者や患者さんだけでなく、社会一般の人々の「緩和ケア」についての正しい理解と認識が十分ではない。（就労や就学の障害にもつながる。長寿社会にあつてだれもが疾病になり、がんに限らず苦痛を緩和しながら病や老いと共に生活する時代であること）

次期がん対策推進基本計画の策定（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
公益社団法人日本薬剤師会 有澤 賢二

1. 緩和ケアの現状

- ①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、がんと診断されたときから緩和ケアが提供されるように、診断・治療・在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要があるとされているが、現状としては終末期（ターミナル）における在宅医療での緩和ケア医療の提供が不足している現状にある。
- ②患者、患者家族にあってもできる限り在宅療養の希望がある反面、地域における医療・介護の施設や人的資源等が充足していないところもあり、拠点病院が緩和ケアの提供体制の中心となっているのが現状である。
- ③特に拠点病院の緩和ケア提供体制については施設間の提供体制に差があり、治療を受ける患者、患者家族にとって十分に満足するものではない。

2. 地域包括ケアを見据えた緩和ケアのあり方

- ①病棟の再編が進み、病院完結型の診療体制から地域完結型の診療体制とする地域包括ケアシステムを構築するにあたり、地域包括単位での医療介護提供体制を推進する必要がある、地域包括資源不足或いは偏在する隣接する地域包括ケアシステムの地域間、すなわち広域での連携構築が必要である。
- ②このような中、がん診療における薬物治療分野にあっては外来化学療法や疼痛緩和療養は様々な製剤化、多様化した投与経路があり、薬物治療の個別最適化の選択肢が増えたのではないかと考える。

3. 在宅緩和ケアの質を高めるために（提案）

- ①昨年、厚生労働省から「患者のための薬局ビジョン」が示された。また、薬機法施行規則の一部改正により「健康サポート薬局」の届出が始まっている。これらの薬局は 1）服薬情報の一元的、継続的管理 2）24 時間在宅対応 3）かかりつけ医をはじめとした多職種連携－を基本的機能としている。地域包括ケアシステムの実現に向け、ぜひこれら薬局・薬剤師を活用していただきたい。地域に展開するチーム医療においては、職種を越えた連携研修が必要と考える。さらに同一職種間、拠点病院薬剤師と薬局薬剤師間での専門的研修（知識、手技も含む）、将来へ向けた薬学生の臨床研修においても充実を求めたい。単なる専門的知識、手技ばかりでなく他職種を含め倫理、各々の職種としての責務を相互に理解する必要性もあると思われる。

- ②薬局は地域に必要とされる医薬品を過不足無く供給する責務を負っている。特に在宅緩和ケアの提供体制を支えるにあたり、流通の問題が切り離せない。麻薬に関しては様々な流通上の規制、制約がある。以前より法律改正が計られて緩和されたがより一層の検討を求めたい。医療機関における採用、非採用薬にとらわれず医師がその患者療養にとって必要な医薬品を処方して提供するためには麻薬卸売業者、麻薬小売業者、麻薬小売業者間の業務に係る規制のあり方を検討いただきたい。

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 福井次矢 様

2016 年 10 月 26 日

次期がん対策推進計画への提言

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

理事長 志真泰夫



特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会は、がん対策におけるホスピス緩和ケアを推進する立場から次期がん対策推進基本計画への提言について検討し、別添の通り意見をまとめました。

次期がん対策推進基本計画の策定に当たり、当協会の意見を活かしていただければ幸いに存じます。

よろしくご査収をお願い申し上げます。

日本ホスピス緩和ケア協会 事務局

〒259-0151 神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1
ピースハウスホスピス教育研究所内
TEL: 0465-80-1381 FAX: 0465-80-1382
メールアドレス info@hpcj.org

次期がん対策推進基本計画への提言

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

理事長 志真泰夫

A. 地域における緩和ケア提供体制

【現状の問題点】

- がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）は都市部に集中しており、拠点病院のない2次医療圏も存在する。
- 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おり、がん患者の看取りの役割を拠点病院に期待することは困難である。
- 拠点病院で診療していない高齢がん患者や在宅療養しているがん患者への緩和ケア提供体制が不十分である。
- 拠点病院の相談支援センターが地域連携の役割を持たない場合も多く、地域における緩和ケアと拠点病院との連携が円滑に行われていない。
- 40 歳未満で在宅療養している若年がん患者に対する緩和ケアや生活支援が不十分である。

【具体的な提言】

- 地域医療支援病院をはじめ中小病院も含めた一般病院に緩和ケアチーム設置を推進して、そのための診療報酬上の措置を講ずる。
- 地域における緩和ケア推進事業は地域医療介護総合確保法に基づいた地域包括ケア諸事業との整合性に配慮する。
- 在宅療養支援診療所・病院（特に在宅緩和ケア充実加算算定）と訪問看護ステーション（特に機能強化型）は、地域における緩和ケアの拠点として都道府県および郡市医師会と協働して、在宅緩和ケアの提供とともに相談支援・情報提供を行う。
- 地域包括ケアシステムにおいては、緩和ケアの基本教育を受けた居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）が在宅緩和ケアのコーディネートをを行う。
- 拠点病院の相談支援センターは、若年がん患者に対する専門的な緩和ケアの提供、生活支援に関する地域との調整を推進する。

B. 緩和ケア研修会の見直しと改善

【現状の問題点】

- 緩和ケア研修会の参加者は拠点病院に在籍する医師中心となっており、地域の一般病院や診療所医師の参加が不十分である。
- 緩和ケア研修会の標準プログラムは、在宅緩和ケアおよび地域包括ケアの視点が希薄である。

- 緩和ケア研修会の現在の研修内容では、認知症を有する高齢がん患者や慢性心不全、慢性呼吸不全等の非がん疾患を有するがん患者で緩和ケアを必要とするケースへの対応が難しい。

【具体的な提言】

- 現在の標準プログラムとは別に在宅緩和ケアおよび地域包括ケアの視点を明確にした基本教育プログラムを緩和ケア関連諸団体および日本医師会が協力して作成する。
- 緩和ケア研修会指導者と在宅療養支援診療所・病院（特に在宅緩和ケア充実加算算定）の医師、都道府県または郡市医師会と協働して、「かかりつけ医研修会」あるいは「在宅緩和ケア研修会」として地域の一般病院や診療所医師を対象とした緩和ケアに関する基本教育の研修会を推進する。
- 拠点病院や地域の一般病院が都道府県または郡市医師会と協働して訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャー等を対象として多職種の「在宅緩和ケア事例検討会」を推進する。

C. 緩和ケアに対する診療報酬の適正化

【現状の問題点】

- わが国の緩和ケアは、がんを主な対象疾患として発展したため、非がん疾患を合併したがん患者や苦痛の強い非がん疾患患者への緩和ケアが立ち遅れている。
- 緩和ケアチームは、全国で 500 チーム以上登録されているにもかかわらず、「緩和ケア診療加算」を届け出ている緩和ケアチームは 200 チーム程度に留まっている。
- 緩和ケアの外来診療の診療報酬は「緩和ケア診療加算」を届け出ている緩和ケアチームのみに限られている。

【具体的な提言】

- 全国の緩和ケアチームが対象としている疾患の実態調査を行ったうえで、緩和ケアチームの対象疾患を見直す。
- 拠点病院以外の病院の緩和ケアチームが診療報酬を得られるように「緩和ケア診療加算」の要件を見直す。
- 緩和ケア病棟を有する一般病院および在宅療養支援診療所・病院（特に在宅緩和ケア充実加算算定）の外来における「外来緩和ケア管理料」を緩和ケア診療計画書等の作成を条件に診療報酬上の点数設定を行う。

D. 専門的な緩和ケアの質の向上

【現状の問題点】

- 専門的な緩和ケアの提供にあたっては、ケアの質の評価と質向上の取り組みが不可欠

であり、当協会は「緩和ケア病棟入院料」届出の緩和ケア病棟を対象に 2016 年度から「質向上の取り組み認証制度」を開始した（参考資料）。

- 専門的な緩和ケアを提供する「緩和ケア診療加算」届出の緩和ケアチーム、「在宅緩和ケア充実加算」届出の在宅療養支援診療所・病院における「ケアの質向上の取り組み」が必要になっている。

【具体的な提言】

- 緩和ケア病棟のみならず、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所・病院におけるケアの質向上に取り組むために、日本緩和医療学会、全国在宅療養支援診療所連絡会等の関連団体の協力を得て、ケアの質に関する実態調査を行い質向上の取り組みを推進する。
- ケアの質の評価の一環として、緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・病院に対する遺族調査、緩和ケアチームに対する患者調査の取り組みを推進する。

E. 次期がん対策推進基本計画と医療計画との整合性

- 次期がん対策推進基本計画策定は、地方自治体の医療計画との整合性に配慮する必要がある。

2016.9.30

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 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

WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部 田村里子

公益社団法人日本医療社会福祉協会 会長 早坂由美子

1. 相談支援の充実を図る

現状

- ① 拠点病院の多くは急性期の総合病院であり、がん相談支援センターが設置されたが、実際には院内の退院支援を担うところは少なくない。平成 28 年度の診療報酬改定において「退院支援加算 1」が新設され、2 病棟上限に 1 名の退院支援員（社会福祉士または退院支援看護師）が配置されるようになった。そこでは入院当初からのスクリーニングを行うことになっているため、そのためがん患者にとっても相談できる機会はこれまでより得られるようになると考えられる。一方でがん相談センターの職員も退院支援業務に忙殺され、広く地域からの相談に十分関わっていない。また兼務ゆえに、地域の相談対応に時間を割くと、急を要する院内の相談対応が遅延するなど板挟みの現実がある。（電話ヒヤリング）
- ② 拠点病院においても「がんと診断された時からの緩和ケアの提供のため、スクリーニングをおこなう」とされているが、心理社会的苦痛に関して充分把握されているとはいえない。ことに若年層は、「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、困りごとの上位に「社会・家庭生活」があり「医療・ケア」はそれより下位という調査結果もある。（久村 2010）
- ③ 40 歳からがん末期の診断で 65 歳にならなくとも、介護保険の活用できることを知らず活用しなかった若年層の患者が多いことが、若年患者の遺族の調査でも明らかになっている。（桜井）
- ④ 就労支援についても社労士との連携が進められているが対応に限られており、実際には制度活用支援を契機に社会福祉士が就労に関する相談支援をしている。医療ソーシャルワーカー業務指針に「社会復帰援助」とある。

- ⑤ がん相談員が、介護保険分野、在宅関連の地域資源に精通していないこともあるため、在宅療養希望であったとしても、十分な調整が出来ていない場合がある。ことに緩和ケアの在宅調整は、介護保険はじめ活用可能な制度、既存の地域福祉資源を駆使した細やかな連携が必要であるが、がん相談支援員だけでは多職種連携・多職種協働についての意識も技術も充分とはいえない。
- ⑥ 現在、多くの対応が外来に移行している。療養場の検討をはじめ多くの意思決定がされている。ACP についてはことに拠点病院から拠点以外の病院に地域に、どう最期を過ごしたいのかの意思をつないでいくことが求められる。連携先にしっかり意向をつないでいく必要があるが、この重要な要件であっても確実な連携には至っていない。

【提案】

1. がん相談支援センターに専従の社会福祉士、看護師を配置し、退院支援に関しては後方支援の役割をとる。そこでがん特有の治療、ケア、社会生活について、最新情報を集約し、蓄積された知識をもってアドバイスをする。退院後も継続して、がん特有の問題への対応が必要な場合に引き継いで支援をする。
2. 心理社会的問題、特に就労については、平成 28 年 2 月 23 日に厚労省から出された「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」にもあるように就労支援においては医療機関側の連携意識が重要であるため、社会福祉士が医療機関側の窓口となり事業所側との連携を担う。
3. 緩和ケアチームの人員配置に、「協力する生活相談に携わるもの（社会福祉士等）」をいれ、生活相談を充実させる。
4. 化学療法が外来医療に移行している現在、緩和ケアチームに社会福祉士を専従配置し、外来での対応も含み、柔軟に相談員が動ける体制作りをする。スクリーニングに関与して、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る。活用出来る既存の制度、資源を十分活用可能にするよう整備する。

2. 地域緩和ケアネットワーク構築の実際について

意見

地域緩和ケア連携調整員（仮称）について、緩和ケアセンターを中心にすすめることが、提案されたが、現実的な再考が必要と考える。調整員は、役割として単なる連携にとどま

らず、実際の地域資源に精通していることや、地域の資源の掘り起こし機能の発揮が必要になる。要として相談支援調整機能を併せ持つことが重要と考える。

また、実際の対象者は高齢者が多く見込まれ、多様なニーズを介護保険はじめ種々の制度、地域包括ケアとの連動の視点が、求められる。

【提案】

拠点病院を中心に進めるには限界がある。

地域の事情に応じた地域緩和ケア体制がつくられることが望まれる。地域包括ケアにおいては、中学校区が基本であるため、日常的な存在となるのはがん拠点病院のような大きな病院ではない。緩和ケア病棟を持つ中小規模の病院、地域包括ケア病棟を持つ病院や、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど、現在実際にその地域の中核となって実践している所を核とし、国が支援する形が現実的である。既存のものを活用する視点でのネットワーク形成が現実的に重要と考える。社会福祉士は地域連携を日常業務として得意としている所であり、「地域緩和ケア連携調整員」は社会福祉士が担うことが望ましい。

また各々地域で緩和ケアを実践してきた緩和ケア病棟は、各地での実際長い緩和ケア実践の蓄積を持つものが多い。こうした資源の有効活用の効果は大きいと考える。

3. 看取りのケアの充実について

緩和ケアの重要なケアとして、看取りがある。

現在は、多くのがん患者の看取りは、拠点病院以外の医療機関で看取られている。

拠点病院、拠点以外の病院では上記の実情からなおのこと、看取り時のケアに課題は大きく、遺族の心傷として語られることが多い。（遺族会）

看取りのケアについて、対象者への向き合い、具体的なケア・適切な関わりについて十分配慮出来るよう、教育研修にもりこみ、充実させていく必要がある。

循環器疾患、及び非がん疾患全般における緩和ケア推進に関する意見書

- 1 緩和ケアは、がん、非がんなどの疾患を問わず、場所を問わずに提供されるべき基本的ケアであることは、世界の緩和ケアの歴史（参考資料1）からも自明のことである。

今回、「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、「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方」が検討課題に挙げたことは、すべての人に緩和ケアが提供されることを望む患者、家族、医療者にとって大きな意味をもつと考える。

- 2 我が国においては、近年各専門領域の学会において、各非がん疾患の終末期の緩和ケアのあり方についての議論が活発に行われており（参考資料2）、その知見をもちよることをしなくては、有効な議論、実効的な施策を作ることはできないと考える。

当面、本検討会の下に、循環器疾患の緩和ケアを検討するワーキンググループを設置して、集中的な議論を行った上で、本委員会に意見書を提出し、検討してはどうか？

- 3 循環器のみならず、呼吸器疾患、腎疾患、神経難病、認知症などにも緩和ケアが必要であり、有効であることは明らかである。今回は、非がん疾患の緩和ケアの第一歩として循環器疾患を検討するが、今後、非がん疾患全体の緩和ケアに関しての議論をどのようにすすめていくかというアクションプランを提案できないか？

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 平原佐斗司

参考資料1 海外の緩和ケアの歴史 1

1879年	アイルランドで世界初の末期患者のためのホスピス(入所型) 聖マリア・ホスピス(メアリーエイケンヘッド)・・・貧困者、結核
1906年	William Oslerが死に行く患者の状態を最初に報告。18%が1つ以上の痛みや苦痛を感じていたが、逆に多くの人には苦痛がなかったと報告。
1963年	John Hintonが非がん疾患の緩和ケアのニーズを示した最初の論文を発表。非がん疾患患者もしばしば強い身体的苦痛を感じている。
1967年	イギリスでセントクリストファー・ホスピス設立(入所型)
1974年	アメリカでコネチカット・ホスピスが設立
1975年	カナダのロイヤルビクトリア病院の緩和ケア病棟(PCU)を開設
1977年	St. Thomas's Hospitalにおいて院内サポートチームが発足
1982年	アメリカのMedicareにホスピスカが承認される
1986年	WHOが「Cancer pain Relief and Palliative care」を発行
1987年	イギリスでPalliative Medicineが世界で初めて専門科として承認
1989年	WHOがPalliative careの初期の定義を発表
1990年代	RSCDやSUPPORT研究等により非がんの緩和ケアのニーズが明らかに

参考資料2 近年の我が国の非がん疾患緩和ケアの動向

2001年	高齢者の終末期の医療及びケアに関する日本老年医学会の立場表明2001
2004年	日本在宅医学会等在宅系の学会で報告増加
2007年	がん対策基本法施行 ⇒ PEACE(2007)、OPTIM(2008)
2010年	循環器疾患における末期医療に関する提言(日本循環器学会)
2011年	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として(日本老年医学会)
2011年	医療・介護関連肺炎(NHCAP)ガイドライン(日本呼吸器学会)
2012年	高齢者の終末期の医療及びケアに関する日本老年医学会の立場表明2012
2012年	慢性血液透析の非導入と継続中止に関する提言(日本透析医学会)
2013年	筋委縮性側索硬化症診療ガイドライン2013(日本神経学会)
2013年	COPD診断と治療のためのガイドライン第4版:終末期の緩和ケアについて初めて詳細に記載(日本呼吸器学会)
2014年	3学会合同終末期医療ガイドライン(日本救急医学会,集中治療医学会,循環器学会)
2016年	高齢心不全患者の治療に関するステートメント(日本心不全学会ガイドライン委員会)
2017年	肺炎ガイドラインの改定(予定)(日本呼吸器学会)

参考資料1 海外の緩和ケアの歴史 2

1997年	「緩和ケアをがん以外の疾患へ」(NCHSPCS報告書)Addington-Hallら
2001年	英国でDr.Keri ThomasによってGold Standards Framework(GSF)が確立。非がん疾患を含むあらゆる終末期ケアの質の向上が必要と強調。
2002年	緩和ケアの定義を改訂(WHO)。緩和ケアは「生命を脅かすあらゆる疾患による問題に直面している患者とその家族に対して」届けられるべき。
2004年	英国下院「緩和ケアは社会保障の重要な柱」と宣言。
2004年	WHOヨーロッパが「Better Palliative Care for Older People」を発表。各国が高齢者の緩和ケアに取り組む必要性を強調。
2004年	米国ホスピス、非がん疾患が利用者の過半数に。
2004年	オーストラリア、介護施設での緩和ケアの特有の問題に対応するため、高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドラインが作成
2006年	英国 End of Life Care Programme策定。非がん疾患の緩和ケアは重要。
2012年	「人権としての緩和ケア」を宣言(EAPC)。政府は全ての人々が緩和ケアにアクセスできるようにする義務がある。心疾患,COPD,ALS,神経難病,認知症,AIDS等非がん疾患にも緩和ケアは有効。
2014年	Global Atlas of Palliative care at the End of Life(WHO/WPCA)。緩和ケアは1/10人しか届かず。緩和ケアを必要とする1/3はがん、2/3は非がん

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

宛

平成 28 年 10 月 21 日

日本緩和医療学会からの次期がん対策推進基本計画への意見書

日本緩和医療学会 理事長 細川豊史（提出責任者）

日本緩和医療学会 各種委員会委員長

医療の各領域における質の評価は、何はともあれ、まず構造（structure）の評価に始まるとされている。しかるに、緩和ケア領域においては、この構造（structure）において、すでに大きな問題が提起されている。

つまり緩和ケアの啓蒙・普及に関するインフラの整備の不備である。

例えば、明治以降の本邦の識字率、一般国民の教育程度が世界に冠たるものであったのは、一重に義務教育制度が完備していたことにある。学校が整備されたことである。江戸時代においても、同じく識字率は当時の諸外国に比し、驚くほど高かった。それは、制度はなくとも、“構造”＝インフラの一つである巷の町村に数多ある“寺小屋”の存在があったからである。

しかるに緩和ケアにおいては如何か。その教育の要となるべき緩和医療学講座は、国立・公立・私立大学の 79 の医学部に大小合わせて、僅か 21 あるのみである。

次期がん対策推進基本計画緩和ケア領域の作成においては、まず、この根本的な構造的欠陥の改善から進めなければ、緩和ケア推進の構造の評価の後に来る、その過程や結果の評価に至る事すら出来ないことを理解すべきである。

本意見書は、日本緩和医療学会に設置された 19 の各種委員会の意見を委員長がまとめ、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」の委員である細川が集約・編纂したものである。記載内容の最終的責任は提出責任者である細川が負うものであることを明記しておく。

（1）緩和医療学講座（教室）の設置

序文では、“構造＝インフラ”整備の必要性を“識字率”に例えたが、本項では、眼科に例えてみよう。視力（見えること）を維持し、目の病気を治し、国民の目の健康を守るにはまず何をなすべきか。内科や外科医に目、視力の重要性を理解させることはもちろん重要である。しかし、点眼や眼帯の巻き方を彼らに教えるより前に、根本的には、専門家たる眼科医師養成の役を担う眼科学講座（教室）をすべての大学医学部に設置することから始めるのが、まず当然の順序ではなからうか。

ならば国家の施策として、緩和ケアを推進するのであれば、すべての大学医学部に緩和医療学講座をまず設置すべきである。然るに緩和ケアの国民への普及、医療者への啓蒙、専門育成にあたっては、内閣は基より、厚生労働省、文部省、数多の学会や患者会、マスコミ、各党の政治家に熱心に参画して頂いているにもかかわらず、この構造的欠陥、つまりすべての大学医学部に緩和医療学講座を設置するという基本的なインフラ整備がなされてこなかったのである。

周知のように、各医学系大学では医学教育の国際標準化が急ピッチで進められている。そしてこの「臨床医学」分野には、内科や外科等の科目と並列されて緩和医療学が含まれている（日本医学教育学会 HP：医学教育分野別評価基準日本版 ver 2.1 P:17 参照）。具体的には「緩和医療学：緩和ケア」を卒前教育に組み込み、その内容を標準化する必要性が謳われている。にもかかわらず、当然それを請け負うべき緩和医療学講座がほとんどの医学部に設置されていないのである。

当然、講座がないため、学位（博士号）の取得が極めて困難となる。よって緩和医療に従事している医師は学位の取得が難しく、取得していないものが多い。このため、医学部の教員候補者となれないため、長期・安定的に緩和ケアの教育、実践に従事できない状況が現実となっている。

がん診療病院にとって、緩和ケアに従事するケアチーム医、緩和ケア病棟医が必須の人材としているにもかかわらず、大学に講座もない制度の中では、ライフワークとする意欲も失せ、がん診療病院から緩和ケアに従事する医師を求めても、その獲得は殆ど不可能な現状である。

現第二期がん対策推進基本計画には、「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」と明記されている。

しかし、この第二期がん対策推進基本計画策定後、まもなく 5 年が経過するが、先述の如く、本邦の国立、公立、私立大学にある 79 の医学部の僅か 20 大学にしか緩和医療学講座が設置されていない。

これらの講座の一部は、文部科学省管轄のがんプロフェッショナル養成講座であり正規講座でない。早急に文部科学省との密な協議を行い、国家の施策として、すべての大学医学部に緩和医療学講座を早急に設置する国家的アクションを起こすことが喫緊の課題である。

次期がん対策推進基本計画の緩和ケア領域では、第一にこの「緩和医療学講座をすべての大学医学部に設置する」を“啓示”として掲げて頂きたい。

＜参考資料：全国の緩和医療学講座＞

1）緩和医療学講座設置数：がん治療等に特化した講座等調査

（文部科学省医学教育課 平成 25 年 5 月）

- ・国立大学医学部（４２）： ７講座
 - ・公立大学医学部（ ８）： ２講座
 - ・私立大学医学部（２９）： ４講座
- 計 （７９）：１３講座

２）緩和医療学講座を設置している大学：京都府立医科大学疼痛・緩和医療学教室調査
（平成２８年７月現在）

- ・国立大学医学部（４２）：１０講座
 - ・公立大学医学部（ ８）： ２講座
 - ・私立大学医学部（２９）： ８講座
- 計 （７９）：２０講座

<その内訳>

- ・国立大学医学部（１０講座）
- ＊東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野（正規講座）
- ＊筑波大学 生命システム医学専攻・疾患制御医学 専攻 緩和医療・精神腫瘍学 臨床緩和医療学・精神腫瘍学（正規講座）
- ＊東京大学 外科学専攻 緩和医療学講座 緩和医療科（がんプロ講座）
- ＊東京医科歯科大学 医歯学系専攻全人の医療開発学講座
心療・緩和医療学分野（正規講座）
- ＊新潟大学 緩和内科学講座 緩和医療学（がんプロ講座）
- ＊福井大学 腫瘍病態治療学講座
- ＊京都大学医学部 臨床腫瘍薬理学・緩和医療学講座（寄付講座）
- ＊神戸大学大学院医学研究科内科系先端緩和医療学分野（がんプロ講座）
- ＊島根大学医学部 緩和ケア講座（がんプロ講座）
- ＊信州大学 医学部附属病院がんセンター緩和ケア部門（寄付講座）
- ・公立大学医学部（２講座）
- ＊札幌医科大学医学部 アイン・ニトリ緩和医療学推進講座（寄付講座）
- ＊京都府立医科大学 統合医科学専攻 包括的緩和医療学 疼痛・緩和医療学教室（正規講座）
- ・私立大学医学部（８講座）
- ＊岩手医科大学 緩和医療学科（がんプロ講座）
- ＊埼玉医科大学 臨床腫瘍学 緩和医療科（正規講座）
- ＊順天堂大学 緩和医療学研究室（がんプロ講座）

- ＊帝京大学医学部 緩和医療学講座（がんプロ講座）
- ＊昭和大学医学部内科学講座 緩和医療科学部門（正規講座）
- ＊聖マリアンナ医科大学 緩和医療学（愛和病院）（寄付講座）
- ＊藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座（正規講座）
- ＊近畿大学 緩和医療学講座（がんプロ講座）

（２） 緩和ケア教育

- ① 毎年約 8,000 人が新研修医となっている。この研修医の内、少し臨床経験を積んだ 2 年次の医師に、基本的緩和ケア習得のため緩和ケア研修会（PEACE）受講を必須とする（医政局との調整を必要とする）。これにより、4 年後には、下記②が必要でなくなる。
- ② 引き続き卒後 2～5 年目における“がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（PEACE）”受講を必須とする。
- ③ がん診療拠点病院に奉職するがん診療に携わる医師には PEACE 受講修了書の提示を必須とする。
- ④ がん診療に携わる医師には、各疾患や各症状単位のさらに専門的な内容の研修を受けられる PEACE の上級プログラムを受講できる 2 段階体制を整備する（現フォローアップ研修会のモジュール化）。
- ⑤ がん診療各科の専門医および「がん治療認定医」の取得時の必須要件とする。
- ⑥ 規模の小さいがん診療拠点病院の多くではがん診療に携わる医師のほぼすべてが、PEACE をすでに受講している。このため、全てのがん診療拠点病院、単独での毎年の開催を義務とするのではなく、複数のがん診療拠点病院と共同開催することや都道府県がん診療拠点病院などと共催することも可として都道府県単位で検討する。
- ⑦ 新専門医機構による 19 の基本学会（一階）が指定された。案では、通称二階以降と言われる他の専門医取得には、指定された基本学会の専門医取得が必要と風評されている。このため、初期臨床研修の修了を控えた多くの若い医師が、この 19 の基本学会のどこかの研修プログラムに入らなければ将来がないとまで考えている。このため、横断的な分野として他の学会とオーバーラップする救急医学会が 19 の基本学会の一つに組み込まれている。全く同じ理由で、国民に対して要務を果たすなら、他のがん関連の基本学会とオーバーラップする緩和医療学会も横断的な分野として専門医機構の基本学会の一つに指定するべきである。
- ⑧ 緩和ケアを卒前教育に組み込み、その内容を標準化する。このためにも、すべての医学部に緩和医療学講座を設置することは必須である。

（３） 看護師の教育

- ① 緩和ケアはチーム医療といわれて久しいが、施策となると常にその中心は医師であり、看護師をはじめとするメディカルスタッフへの教育などはかなり遅れている。
- ② 看護基礎教育において卒前教育の中で緩和ケアや EOL (end of life) ケアを独立科目として設定している看護大学は極僅かである。また、緩和ケアはがん看護の中で教授されることが多く、非がんに対する教育は十分なされていない。
- ③ また、EOL 教育の基盤となる Self-awareness、コミュニケーション、倫理といった内容は看護大学における看護基礎教育の中で、ほぼ実施されていない。これらの教育の充実を早急にはかる必要がある。
- ④ 卒後教育において、がん・がん以外の疾患に関わらず、緩和ケアや EOL (end of life) ケアに関して全体的に知識修得の研修に偏っている。意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングが必要という知識はあっても、死に関する話題や、今後のことを話し合うコミュニケーションスキルに自信がない看護師は多い。座学でよい部分は e-learning などを使い、スキルと態度修得を重視した演習型の研修の組み立てが必要である。
- ⑤ 看護師の緩和ケアや EOL ケアの初期研修については、日本緩和医療学会が中心となって普及を進めてきた ELNEC-J をコアとする。
- ⑥ “がん”以外の疾患に対する緩和ケアについても、ELNEC-J をコアとし、ここから、さらに ELNEC の老年、救急、小児の EOL と緩和ケア教育を進める。

(4) “がん”以外の疾患に対する緩和ケア

- 1) “がん”以外の疾患に対する緩和ケアの現状と問題点
 - ① 「緩和ケア＝がん」のイメージがあり、疾患を問わず、苦痛緩和は、どの患者さんにでも共通して必要なことであるという認識がなく、治療が優先されている。
 - ② 循環器疾患患者、呼吸器疾患患者、透析患者、認知症患者などそれぞれの領域で症状緩和、倫理的な問題、家族ケアなど問題となる点がある。それらに対して、個々に専門性の高い緩和ケアを推進していく必要がある。
 - ③ 現場看護師から見て、“がん”以外の疾患に対する緩和ケア、特に循環器疾患・呼吸器疾患の患者の症状の緩和が不十分である。
 - ④ わが国において非がん疾患に対する緩和ケアのニーズがどれくらいあるのか、臨床家がどれほど困っているのかなど実態調査を行うべきである。
 - ⑤ 実際に、がん患者への緩和ケアがしっかり実施されている施設では、“がん”以外の疾患に対する緩和ケアもすでに依頼されており、症例数はまだすくないものの、対応が始まっている。
 - ⑥ 基本的には症状緩和を行いながら看取りという形での対応が多い。

- ⑦ 循環器系の主治医からは、心不全末期の呼吸困難に対しては、今まで緩和ケアチームに依頼したことは少なかったが、対応してもらえば、有難く、我々から見たニーズはかなり高い、という意見が出ている。
- ⑧ “がん”以外の疾患に対する緩和ケアが緩和ケアチームとして対応できるということを認識している主治医は少ない。
- ⑨ しかし全体として“がん”以外の疾患に対する緩和ケアを多くの緩和ケアチームが経験しているとはまだ言い難い状況である。
- ⑩ オピオイドの使用に関して、腎機能障害がある呼吸困難患者に対してモルヒネの持続静注ができず、“がん”以外の疾患なのでオキファストが使用できないとか、呼吸困難患者でも経口ができる患者に対して MS コンチンが使用できないなど、“がん”以外の疾患だからとして必要な医療用麻薬が使用できない。
- ⑪ 循環器領域には、末期の心不全に対応するガイドライン（循環器疾患における末期医療に関する提言）がある。この中の延命治療の中止などを見ても、循環器の専門家だけでなく、緩和ケアの専門医、倫理の専門家、スピリチュアルケアワーカーなどがチームとして専門的に対応すべき項目がたくさん網羅されている。よって“がん”以外の疾患に対する緩和ケアも“がん”の緩和ケアと同様にチームとして対応すべきである。
- ⑫ がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）など“がん”の緩和ケア・医療に特化した名称がついている。“がん”以外の疾患に対する緩和ケアの拡充には、こうした名称や職務の内容などの見直しも必要となる。
- ⑬ “がん”以外の疾患の苦痛緩和の特徴として、疾患そのものの治療が症状緩和に繋がっていることが多く、がんの緩和ケアのように治療と緩和ケアの区別が歴然とはしていない。
- ⑭ “がん”以外の疾患に対する緩和ケアには病院と在宅を担う診療所や施設との連携が“がん”の緩和ケア以上に重要と考えられます。施設で暮らす非がん末期の方々が住み慣れた場所で最期まで過ごすためには看取りを中心に介護施設への緩和ケアの啓発が重要である。

2) “がん”以外の疾患に対する緩和ケアの教育について

- ① 心不全は呼吸困難、腎不全は倦怠感があり後に呼吸困難など、“がん”以外の疾患では苦痛症状の出現がさまざまである。
- ② 患者に対する姿勢（苦痛・つらさへの対処は人の基本的権利）、コミュニケーション、ACP、EOL スキル、地域連携、看取りなどについての教育は、“がん”緩和ケアも“がん”以外の疾患に対する緩和ケアも総論的には共通している。このため、第 1 段階として、「総論」+「症状マネジメント」など共通する概念

や知識に関する講義を行い、第 2 段階として、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」などに焦点を当てた研修プログラムを、緩和医療・緩和ケアの関連学会、団体と協働して作成した教材、研修体制を作る必要がある。

- ③ 具体的には、第 1 段階の緩和ケア総論のみを PEACE で扱い、第 2 段階は、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」などに分けた研修を行う。
- ④ これらに必要なテキストや研修内容については、「がん緩和」「循環器」「呼吸器」「神経難病」「AIDS」に関連する学会での協働が必要である。

3) 看護師への“がん”以外の疾患に対する緩和ケア教育

“がん”および“がん”以外の疾患に対する緩和ケアの提供には、看護師も医療チームの一員として重要な役割を果たしている。しかし、現状では、そのための教育が十分とはいえない。“がん”以外の疾患に対する緩和ケア」普及・実践のためには看護師への教育システムの構築が不可欠である。

(5) 健康保険改正について

- ① できるだけ多くの緩和ケアチームや在宅緩和ケアスタッフが、できるだけ多くの“がん”以外の疾患に対する緩和ケアに携われる機会を構築できるような診療報酬制度の変更が必要である。
- ② そのための具体案
 - ・ 「緩和ケア診療加算」・「緩和ケア病棟入院料」を算定できる疾患をがん・エイズ以外の“がん”以外の疾患でも算定できるようにする。
 - ・ できるだけ多くの緩和ケアチームが専従チームとして関われるように「緩和ケア診療加算」を診療体制に応じて 2 段階で算定できるようにする。
 - ・ 精神科医の常勤がいなくても「緩和ケア診療加算」が算定できるようにする。
 - ・ 「外来緩和ケア管理料」を“がん疼痛に対するオピオイド使用患者”に制限せず、オピオイド使用患者に適応拡充する。
 - ・ “がん”以外の疾患でも「緩和ケア診療加算」が算定できるようにする。
 - ・ がん疼痛以外の“がん”以外の疾患を含めた症状緩和における医療用麻薬使用が適切に行われるように「がん性疼痛緩和指導管理料」を「医療用麻薬適正使用管理料」に変更する。
 - ・ 「がん患者指導管理料」を“がん”以外の緩和ケアを必要とする疾患の患者指導管理料」とし、“がん”以外の疾患にも適応を広げる。
 - ・ 「がん患者指導管理料」加算が看護師に対して認められているが、医師に対しても同様の加算を認める。
 - ・ 「緩和ケアチーム加算」に精神科常勤医が必要とあることが、多くの緩和ケアチームで「緩和ケアチーム加算」が取れない最大の理由である。緩和医療専門

医や緩和医療認定医がいる場合には、精神科常勤医がいなくても「緩和ケアチーム加算」を認めるなど、質が担保できていれば身体医のみでも加算を認める。

- ・ 緩和ケアチームに医師の専従がいれば、精神科常勤医がいなくても通常の 50% 程度の「緩和ケアチーム加算」が算定できるようにする。これはがん拠点病院以外にも緩和ケアチームを普及していくために重要である。

(6) 緩和ケア提供体制

- ・ 本邦のどこ、どの施設に何時行けば、どのようなスタッフがいて、どのような緩和ケアが受けられるか、またはそれらについて相談できるかのすべての情報について、把握している PCIC (Palliative Care Information Center) の設立が喫緊に必要である。
- ・ 緩和ケアは拠点病院以外でもかなりの部分で提供されているが、拠点病院以外の緩和ケア病棟や、在宅緩和ケア提供施設等に対する緩和ケアの提供体制の充実・支援も図っていかねければ、切れ目のない緩和ケアの提供は難しい。
- ・ 現在、積極的治療を終了した患者は、多くのがん診療拠点病院で最期を迎えられず、近隣の緩和ケア病棟もしくは在宅もしくは、慢性期の病院や施設などで迎えている。拠点病院と緩和ケア病棟や在宅施設の間に挟まる慢性期の病院では、どの程度緩和ケアが提供されているのか誰も明らかにしていない。こういった病院には医療者の数も少なく十分な緩和ケアを提供されているかどうか判明していない。これらのがん診療拠点病院以外のがん診療施設おいての緩和ケアの提供体制の把握も緩和ケアの均てん化には必要である。
- ・ がん治療の中心は、入院から外来に移ってきており、がん緩和ケアにおいても外来緩和ケアの充実が喫緊の課題である。このためには、がん治療を受ける患者に対して、基本的な緩和ケアをがん治療医が提供するのと並行して、緩和ケア医師、緩和ケアを専門とする看護師、MSW などが連携して、外来緩和ケアで重視される、1) 治療目標の共有、2) がんを持って生きることへの支援、3) 体と心のつらさへの対応、4) 意思決定支援、5) アドバンス・ケア・プランニングを、継続して行える緩和ケア提供体制の構築が必要である。
- ・ 詳記のような体制を以下の体制を、緩和ケア外来を整備し、平日は 9 時～17 時までなら、いつでもコンサルテーションを受けられるような体制づくりを行う。
- ・ 緩和ケアチームの評価手段を確立する。
- ・ 拠点病院以外の中小病院や地域のかかりつけ医からのコンサルテーションにあたるため、緩和ケアチームの活動を地域に開く。また必要に応じて、専門緩和ケアチームを地域全体で雇用するや、複数の病院を掛け持ちできる体制を構築する。
- ・ 全国を対象とした緩和ケアコンサルテーション（バーチャルホスピスなど）の仕組みを作ることを考える。

(7) 緩和ケアセンター

1) 「緩和ケアセンター」の現状

- ・ 上意下達で色々な提案（要求）が簡単になされているが、都道府県の規模、医療施設の広がり、地域や病院ごとの差異などを考慮すれば、その実効性はどうかという当たり前の疑問をほぼすべての緩和ケアセンターが抱いている。努力に努力を重ね、現場は疲弊し、果たしてこれで患者、家族の幸せにつながっていることをなかなか実感できないでいるのが現状である。
- ・ がん診療連携拠点病院といえども、地域性や施設毎の格差がある。少なくとも、その地域や施設の実情に即した緩和ケアセンターの設置が望まれる。
- ・ 一律に緩和ケアセンター、スクリーニング、緩和ケア外来などと義務を次々に課せられたとしても、人員配置の工夫もされずでは対応できるものではない。地域性を全く考慮せずに均てん化を図ろうとすること自体、すでに失策と考えている医療者が多いことを理解していただきたい。
- ・ 緩和ケアセンターが十分機能しているところは少ない。設置基準で決めるより内容で決めたほうが現実的であり、もっと言えば制度を廃止する方が現実的である。
- ・ 緩和ケアセンターに関しては、GM が管理職経験のある認定看護師という必要性を現場の誰もが理解できない。

2) 緩和ケアセンターの見直し

- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院のみに緩和ケアセンターを作ることが実行された経緯・理由が不明である。負担は増えても、まだがん診療拠点病院すべてに作るというなら多少はその意図が理解できたかもしれない。
- ・ 緩和ケアセンターが機能しないのは人員配置の最適化とくにその機能の根幹を守る事務職員の必須化を同時に行わなかったからである。
- ・ これ以上、少数で現場を担っている緩和ケア診療に携わる医療者の負担を増やし続けることは得策ではない。緩和ケアセンターを都道府県がん診療連携拠点病院にのみ設置を義務付けたのがテストケースであったとするのなら、即刻、廃止を前提に再考すべきである。
- ・ 緩和ケアセンターを継続するなら、すべてのがん診療拠点病院に設置しなければ意味がない。

(8) スクリーニング

- ・ 苦痛のスクリーニングに関しても検証が必要である。
- ・ エビデンスやアウトカムが重要とされるなら、その両方がないスクリーニングを本当に実施する意義があるのか設定や評価時期も含めて、再検討していただきたい。

い。

- ・ 負担が増えるだけで、形骸化するだけであると多くの現場の医療者が憂慮している。
- ・ スクリーニングをもし拠点病院全体の責務であると考えれば、緩和ケアのみではない。次期基本計画には病院全体が取り組むべきことを記すべきである。そして、緩和ケアチームはそのうちの専門的緩和ケアの提供のために力を注ぐべきである。

(9) 小児緩和ケア

- ・ 日本緩和医療学会では、小児がんの緩和ケアに関して、将来構想委員会の中に「小児緩和ケアに関するWPG」を立ち上げた。現在、関連学会、団体との協働を働きかけながら小児緩和ケア研修を含め、具体的な進め方を検討している。厚生労働省の積極的なサポートを期待している。
- ・ 小児がん拠点病院の多くは積極的治療に重きを置くため、一部を除き小児緩和ケアについての知識や技術がまだまだ不足している。
- ・ 成人“がん”患者を対象としてきた緩和ケア従事経験者が小児緩和ケアに協力できる体制を作ることが必要である。

(10) 医療用麻薬

がん対策基本法も法律であり、麻薬取締法も法律である。ならば、医療用麻薬の取り扱い方も、麻薬取締法の中でもきちんとして規定されるような働きかけをするべきである。麻薬に対する国民の抵抗感、誤解は根強いものである。

医療用麻薬の使用は、麻薬の持つオピオイドまたはオピオイド鎮痛薬としての作用を目的としている。ならば医療用麻薬は、法律上「オピオイド」もしくは「オピオイド鎮痛薬」と呼称することとし、麻薬取締法の中でもきちんと規定して、それ以外の目的で使用される麻薬と明確に区別をするべきである。

(11) The WHO three-step analgesic ladder は、「WHO 三段階“除痛”ラダー」と「WHO 三段階“鎮痛”ラダー」もしくは「WHO 三段階“鎮痛薬”ラダー」のどれが正しい、もしくは適切な日本語か？

がん疼痛ケアの基本ともいうべき、有名なWHO(世界保健機構)の「The WHO three-step analgesic ladder」は、1986年に、WHOが、がん疼痛治療の成績向上を目指して作成した「WHO方式がん疼痛治療法」を普及するために、上梓した「がんの痛みからの解放」に記載されている。本邦に紹介された当初に、この「The WHO three-step analgesic ladder」は「WHO 三段階“除痛”ラダー」と翻訳された。この「除痛」という用語は、通常「痛みがあるかないか」を連想し、本来のがん疼痛も含めたさまざまな“痛みの

治療」や「痛みのケア」に用いられる「鎮痛」と一線を画していると考えられている。「除痛を目指す」は「痛みをひたすら“ゼロ”にする」ことを連想させ、一般臨床においては「ゼロ」よりも QOL の維持を目的とする「鎮痛」の考え方に逆行し、僅かな痛みを“ゼロ”にするために、不適切にオピオイド鎮痛薬を初めとした多くの薬剤が投与され、逆に眠気や意識障害、呼吸抑制など、がん患者の QOL を下げる原因にもなっている。

さて、「除痛」という用語であるが、局所麻酔下の手術や歯科手術では、痛みが少しでもあれば患者は恐れおののくため、痛みはすべて除かれるべきものである。よってこの領域では“除痛”は“鎮痛”と必ず区別して用いられていた。

しかし、WHO の原文にある英単語の“analgesic”については、英和辞典の邦訳の殆どは「鎮痛薬」、「鎮痛の」、「鎮痛性の」であり「除痛」の記載は全くない。調べた範囲では、唯一「カシオ」の「ジーニアス大英和英インデックス」にのみ記載があるが、その基になるジーニアス大英和辞典には、やはり“analgesic”は「鎮痛薬」、「鎮痛の」と訳されている。また本邦で上梓されている広辞苑、国語辞典、医学辞書などのいずれにも「除痛」という熟語の記載はステッドマン医学大辞典の除痛バスタ以外には見当たらない。1986 年当時の日本では、がん疼痛患者の痛みのケアは現在に比し、残酷と言えるほど不充分であった。この“がん”患者さんの痛みを何とか取り“除”きたいという熱い思い、つまり局所麻酔での手術では痛みを取り“除”いてあげたいというのと麻酔科医の思いと同じように、日本語訳に関わった方が「除痛」と訳されたのではないかと推測する。しかし、臨床現場ですでにマイナス面を醸し出している誤訳の用語をこれ以上、公的に使用する意味も意義もない。適切な邦訳、「WHO 三段階“鎮痛”ラダー」もしくは「WHO 三段階“鎮痛薬”ラダー」に改めることを提案する。蛇足ではあるが、医学領域を担当する同時通訳の方々も学会などで話される“analgesic”を「除痛」と訳したことは一度もないと言い、常に「鎮痛薬」か「鎮痛の」であり「除痛」という日本語があることも知らなかったとのことである。

(12) 地域医療

- 一部を除き、がん相談支援センターではコミュニティで生活するがんサバイバーへの支援は充分に行なわれていない状況にある。患者が自らの力を身につけていくと視点からもコミュニティにおけるがんサバイバーの支援に対しての取り組みが必要である。
- 地域へのコンサルテーションの提供のあり方については、悪性腫瘍の患者に対して専門性の高い看護師との同行訪問する「在宅患者訪問看護・指導料 3」が診療報酬として設定されているが、残念ながら、殆ど利用されていない実態がある。時間的な制約や患者負担が多いことなどがその理由である。地域医療における緩和ケアを“がん”以外の疾患の患者にも対象を拡大するなら、広域な地域なども想定し、ICT

(Information & Communication Technology) の利用や電話コンサルテーションを使った現実的なアウトリーチ方法を検討する必要がある。

- 地域連携パスは導入後 10 年経ってもうまく機能しているものはほとんどない。その必要性和効果についての検証を行う必要がある。

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・厚労省健康局長

緩和ケアの効果的推進に関する提言書

（次期がん対策推進基本計画の策定に向けた論議の報告）

本年7月27日の「がん等における緩和ケア推進検討会」に中川恵一・池永昌之・小川朝生・服部政治・前川育の5人の構成員で「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」を提出した。その際、「緩和ケアは、がんだけではなく、との厚労省の姿勢は間違いではないが、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”に関する基本計画用の緩和ケア部分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り、具体的方策を中心に提案するので、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」とした。

本「提言書」は、「意見書」提出の構成員を中心に、医師5人を含む8人のご参加を得た13人の有識者による勉強会を7回（21時間）開催し、「意見書」の趣旨を軸に、緩和ケアを今後、どう推進していくかを徹底論議してまとめたものである。

平成28年11月7日

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 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）

目次

はじめに

〔１〕緩和ケアの現状について

〔２〕基本計画の「取り組むべき施策」について

- １）苦痛の確認（スクリーニング）とその後の対応について
- ２）患者・ご家族への配慮・支援について
- ３）症状緩和の専門家へのつなげ方と相談・支援について
- ４）緩和ケアチームや緩和ケア外来、看護外来などを含めた施設全体の緩和ケアの診療機能の強化について
- ５）在宅医療の提供体制について
- ６）急変した患者の受け入れ態勢について
- ７）がん疼痛患者への薬剤の迅速な使用について
- ８）医療従事者の緩和ケア研修について
- ９）大学等の教育機関での緩和ケア教育について
- １０）緩和ケアの意義や必要性の周知・浸透について
- １１）拠点病院以外の病院の緩和ケア推進について
- １２）小児緩和ケアについて

〔３〕基本計画の「個別目標」について

- １）全医療従事者への緩和ケア研修について
- ２）臨床研修医の緩和ケア研修について
- ３）緩和ケアセンターについて
- ４）一般病院の緩和ケア提供の充実について
- ５）緩和ケア病棟について

〔４〕基本計画を実質的に推進するための方策の提言

- ① 今後、優先的に取り組むべきこと
- ② 今後の協議の中で早急に方向性を確認すべきこと
- ③ 新たな視点で、緩和ケアの浸透、底上げを考えるべきこと

机上配付資料１　がん拠点病院の実地調査（６か所）のポイント

机上配付資料２　拠点病院以外の病院等における緩和ケアの実態

はじめに

現基本計画における緩和ケアは、緩和ケア専門委員会において 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である。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・旧緩和ケア推進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。また、過日の総務省の大掛かりな行政評価調査でも、緩和ケア提供体制が不十分と指摘されたことなどを踏まえ、第 3 期基本計画は目新しいものだけに目を転じるのではなく、緩和ケアの施策は、これまでに打たれながら推進が不十分だったので、もう一度、足元をしっかりと見据え、なすべきことを、しっかりとなすという視点で取り組むべきというのが、勉強会での意見の一致したものだだった。

そこで、現基本計画の原則継承と深化、追加すべきもの、ということの基本姿勢として、以下に提言をまとめた。

また、緩和ケアの定義について、海外との比較から日本の緩和ケアの「がんと診断された時から」というのが国際標準と違うのではとの指摘もあったが、論議の結果、「診断時からの緩和ケア（注）」は、「がん対策基本法」を元としたわが国独自のもので、この概念を推進すべきであるということで一致した。

本提言書の構成は、

- 〔１〕緩和ケアの現状について
- 〔２〕基本計画の「取り組むべき施策」について
- 〔３〕基本計画の「個別目標」について
- 〔４〕基本計画を実質的に推進するための方策の提言

＊机上配付資料 2 種

となっている。

（注）がん対策基本法改正案でいう「診断時からの緩和ケア」は、海外では不安への対応や疾病教育、社会的な関係性の維持などを含むがんや治療に臨む際に行われる心理社会的支援を示していると考えられる。

【1】緩和ケアの現状について

緩和ケアは「病気に伴う心と体の痛みを和らげる」という国民に分かりやすい語り口が一般化すると同時に、「緩和ケアは、がんと診断されてから行われるもの」というがん対策基本法とがん対策推進基本計画の趣旨が浸透しつつある。がん対策基本法改正案が成立すれば、日本的な「診断時からの緩和ケア」は、まさに医療の基本という位置づけとなろう。

第2期基本計画では、1期に引き続き基本計画の「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、がん診療連携拠点病院の医師に重点的に緩和ケア研修の受講を進め、がん診療に携わる医師については受講修了率を90%台にもっていく道筋をつけられるまでになった（大学病院等には特殊事情への配慮が必要）。さらに、院内における緩和ケアの司令塔ともいうべき緩和ケアセンターが都道府県拠点病院に設置され、緩和ケアの新たな展開・充実が期待されている。平成26年1月には、拠点病院に対する緩和ケアの重厚な指定要件が追記され、現場への緩和ケア提供の浸透が求められている。基本計画の中間評価報告書でも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。

平成29年度からは児童生徒への「がん教育」も全国展開されるが、その中で「緩和ケア」の意義も語られる。これらは、緩和ケアの意識を一層醸成させると思われる。

しかしながら、一方で、身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が4割近く存在するという調査結果もある。旧緩和ケア検討会のワーキンググループの实地調査では、地域別の事情があるとはいえ、患者・家族に必要な緩和ケアが提供されているとは、とてもいえない現状が浮かびあがった。特に、緩和ケアの中心を担うとされる緩和ケアチームや緩和ケア医の質は「なんちゃって緩和ケアチーム」「なんちゃって緩和ケア医」と揶揄されるほどで、真摯に緩和ケアに取り組んでいる医療従事者への評価さえ下げてしまいかねない現状があった。これを裏打ちするように、総務省行政評価局の調査では、拠点病院に対する「原則必須」要件等が一部充足されていないという施設が7割近くに達するなど、緩和ケアの充実はいまだ道半ばという現実も明確になってきた。

続々と誕生する拠点病院以外の緩和ケア病棟も、都道府県の認可だけで、その後のケアの提供体制は施設任せになっており、患者の側からは不満の声も少

なくない。緩和ケア病棟の質の担保という課題解決は急務となっている。医療用麻薬も、必要とする患者への適切な使用がなされていない現状と、患者・家族、国民の側の誤解も払拭されていない。そもそも「基本中の基本」である、「痛みの確認（スクリーニング）」と「迅速な対応」が十分に徹底されていないのは、大きな問題と言わざるを得ない。患者・家族が治療法の選択などを自らできることを目指したセカンドオピニオン（別の医療従事者に相談する）も制度上はできてはいるものの、実際には主治医の意思が色濃く反映される事態が続いている。

さらに、第1期、第2期基本計画でも、いわば手付かずだった拠点病院以外の病院等については、実態もほとんど把握されていない現状にあり、この点は国として厳しく受け止めるべきである。

がん患者の約4割が診療を受け、がん死亡の約6割が拠点病院以外の病院であるといわれながら、緩和ケアチームの存在しない病院が約87%を占めるなど、緩和ケアの提供体制は極めて不十分と推測される。民間の調査では、緩和ケアチームのあるところでも医師は実働的な状況ではなく、看護師や薬剤師も多くの場合、緩和ケアチームとしての業務ができていない、と指摘されている。緩和ケアチームの存在しない病院では、緩和ケアの提供は、主治医個人の能力・実践に任されている。

拠点病院以外の病院での緩和ケアの提供体制が不十分の背景には、

1. 主治医や看護師、薬剤師が緩和ケアに関して知らない
 2. 緩和ケアチームを作れるほどの人的な余裕がない
 3. オピオイド鎮痛薬の採用が乏しい
- の3つが絡んでいる。

拠点病院以外の病院で緩和ケア提供を推進するためには、医師だけでなく、ケアの主体にもなる看護師と薬物治療（医療用麻薬など）の主体である薬剤師も含めた緩和ケア研修が不可欠である。

がんの緩和ケアの充実を第3期基本計画で大きく進め、がん以外の疾患における緩和ケアの推進も視野に入れるべき時が来ていると思慮するところである。

〔2〕基本計画の「取り組むべき施策」について

1) 苦痛の確認（スクリーニング）とその後の対応について

がん診療に携わる医療機関は、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する適切なケアを診断時から提供するために、がん疼痛をはじめとする様々な苦痛の確認（いわゆるスクリーニング）を診断時から行う等によって表面化しにくい苦痛を適切に汲み上げ、迅速に対処するなど、がん診療体制を整備・強化すべきである。ここでのスクリーニングとは、がんの診断時や治療方針の変更の時を中心に、身体・精神心理的苦痛や社会経済的問題など、患者・家族にとり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も、主治医を中心に医療従事者が診療の場面で取り上げ、確認をし、話し合う機会を確保することと考える。

「がんと診断された時の緩和ケア」とは、主治医によるがんに罹患した時の病状説明、治療方針を話し合う等の際、適切にその他の医療従事者と協働することにより提供される、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）の実施と必要な場合には専門家への紹介、抱える問題を把握し、優先順位をつけ、緊急性の高い問題は解決を図る、患者・家族が孤立しないよう社会的な関係を断ち切らないように支援し、防止、患者同士のつながりを持つことなどである。がん診療に携わる医療機関は、これらが全てのがん患者・家族に提供できるよう体制を整備すべきである。

患者とその家族は主治医に痛みやつらさを訴えることが出来ないという心理状況であることから、拠点病院を始めとした医療機関では、苦痛のスクリーニングなどを通して、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話し合い、解決を図る機会を確保できるよう徹底し、的確に対処すべきである。

2) 患者・ご家族への配慮・支援について

がん診療に携わる医療従事者は、患者とその家族の様々な心情に配慮しつつ、患者と家族のニーズをきちんととらえた上で、診断結果や病状、支援体制を適切に伝えるべきである。また、がん診療に携わる医療機関は患者が適切に意思決定できるよう、看護師や医療心理に携わる医療従事者等の同席を基本とする支援体制を強化すべきである。また、面談後の補足説明や、患者自らが自由に相談に訪れられるような体制を整備すべきである。また、国は主治医以外の医

療従事者等の同席が確実に徹底されているか、各拠点病院から報告を求めるべきである。

また、初期の支援の一環として、セカンドオピニオンを受けられることの周知や治療にあたり離職しないように伝えるなどの社会的な問題にも対応するため、がん患者への相談支援（カウンセリング）の実施体制を整備すべきである。さらに、その質の向上のため支援方法の標準化を検討すべきである。特に、希少がん等については、その疾患や治療に関する情報が不十分になりがちであるため他の専門施設と連携し、情報提供を円滑に行える体制を整備すべきである。

3) 症状緩和の専門家へのつなげ方と相談・支援について

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図り、患者に必要な症状緩和の専門家へつなげる手法を明確にするなど、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、患者同士による自主的なセルフヘルプグループ、サポートグループ（患者教室）やさまざまな専門家による相談支援など、患者とその家族や遺族がいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を整備・強化すべきである。

4) 緩和ケアチームや緩和ケア外来、看護外来などを含めた施設全体の緩和ケアの診療機能の強化について

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、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、公認心理師等の適正配置を検討するべきである。また、がん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」という）を中心に、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来などを含めた施設全体の緩和ケアの診療機能を常に活性化し、有機的な連携を強化すべきである。そのために、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、強化するべきと考える。また、現在、緩和ケアセンターを有しない拠点病院では、「緩和ケア統括室」（仮称）を設置し、上記の機能を担う体制を整備すべきである。

外来化学療法室など緩和ケアの潜在的対象患者の多い部署においては、がん看護関連の看護師を適正配置し、それらの看護師が主体的にかつ相互に連携できる体制を整備すべきである。積極的に患者の苦痛を汲み上げ、外来化学療法室と緩和ケアチーム、がん相談支援センターとの連携を強化し、患者支援や専門家へつなぐなどの迅速な対応を行う体制を強化すべきである。

拠点病院を中心に、施設全体における診断時からの緩和ケアの提供体制を評価するため、緩和ケアセンターもしくは病院幹部を中心とした病院長直属の「緩和ケア統括室」を設置し、ケアの質の評価と改善を進める体制を整備する。さらに、第三者を加えた外部評価機能を有する監査体制を整備すべきである。

5) 在宅医療の提供体制について

拠点病院をはじめとする入院医療機関は、在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた安心できる切れ目のない在宅医療の提供体制を整備・強化すべきである。また、退院後も病棟での医療が継続的に提供できる体制を整備すべきであり、退院から在宅への移行の際には病棟看護から訪問看護に切れ目なくつなげる仕組みも考えるべきである。

拠点病院などの主治医は、早期から地域医療を担う医療従事者と連携を図ることにより、切れ目のない在宅医療の提供と質の向上に貢献するべきである。具体的には、都市部と地方というような地域の実情に応じて、早期から地域医療を担う医療従事者が関与する体制（がん患者二人主治医制（注））も含めた連携のあり方を検討すべきである。

在宅緩和ケアの質の格差が患者・家族を不安にさせていることから、在宅緩和ケア医の質の維持・向上に向けた病病連携・病診連携・診診連携をどのように構築するかについて検討すべきである。また、在宅緩和ケアの担い手として、在宅医だけでなく、訪問看護師、保険薬局も重要であることから、病院看護師と訪問看護師の連携、病院薬剤師と保険薬局薬剤師の連携を推進する具体的な施策も検討が必要である。

（注）ここで言う「がん患者二人主治医制」とは、化学療法を担当する病院主治医（主）に加えて、患者の自宅からよりアクセスのよいかかりつけ医（従たる医師）を構える体制のことである。病院主治医は、これまでどおりがん治療の主治医として、方針決定や重要な病状変化への対応、病状説明等の役割を果たすことは言うまでもない。

一方、かかりつけ医（従）は、軽微な急性疾患への対応や、（糖尿病や慢性腎臓病など）がん以外の併存疾患の管理を担当し、必要に応じて病院主治医からの依頼に基づき、その外来診療の一部（フォローアップ採血や短期間の輸液、軽微な処置等）を分担する。かかりつけ医を持っていない患者には、拠点病院の主治医が地域のかかりつけ医を紹介する体制を整えるべきである。なお、かかりつけ医（従）は、在宅医療を提供できる体制を整えていることが望ましい。

6) 急変した患者の受け入れ態勢について

がん診療に携わる医療機関は、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け入れ体制を整備すべきである。

拠点病院は、当該二次医療圏における緩和ケアの提供状況について把握し、その医療圏で適切な医療提供体制を整備すべきであるが、そのためには「顔の見える信頼関係」を強化するため、関係医療機関などとの「地域緩和ケア連携協議会」を設置し、定期的に緊急時の相談や受け入れ体制、地域での困難事例の対応などについて意見交換すべきである。緩和ケアの提供状況の把握にあたっては、施設数と病床数の把握だけでなく、実際に訪問する、転院後のフォローをすること等を通じ、実情についても把握するよう努める。

また、都道府県は、緊急時の受け入れ体制について、緩和ケア病棟や緩和ケア病床を有効利用できるよう検討するとともに、実際に機能しているか報告させるべきである。

7) がん疼痛患者への薬剤の迅速な使用について

がん疼痛で苦しむ患者をなくすには、多様化する医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用の確立を目指した研究を早急に行うべきである。また、そ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実施すべきである。さらに、地域の医療従事者も含めた研修も実施を推進すべきである。

8) 医療従事者の緩和ケア研修について

緩和ケア研修会の質の向上を図るため、患者の視点をさらに取り入れつつ、研修内容の充実をはかるべきであるが、特にがん治療医に関しては、自らが臨床現場で十分な緩和ケアが実践できるようなプログラムの導入を検討すべきである。また、拠点病院以外の病院や診療所も含めて、都道府県内で緩和ケアに関する課題を明らかにし、医師をはじめとする医療従事者に対する研修を企画し、研修で獲得した知識を実践できるよう体制を整備していくべきである。研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修も実施すべきと考える。

拠点病院は、都道府県などと連携し、当該二次医療圏の拠点病院以外の病院などの医療機関を対象として、緩和ケア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。

9) 大学等の教育機関での緩和ケア教育について

大学等の教育機関では、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べきと考える。また、全臨床研修医に対して、緩和ケア研修を受講することを義務付けるべきである。

10) 緩和ケアの意義や必要性の周知・浸透について

がんと診断された時からの緩和ケアは、その意義や必要性が十分に患者を含む国民に周知されておらず、終末期のケアとの認識や医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）への誤解もある。中学・高校生への「がん教育」も含め、緩和ケアは医療・介護・福祉の基本であり、国や自治体、全ての医療従事者が緩和ケアを熟知し、患者とその家族等が痛みやつらさがなく過ごすことは、基本的な権利となる社会をめざすべきである。また、医療用麻薬という用語も、誤解を除去するために、他の用語（オピオイド鎮痛薬など）への変更を含めて検討すべきである。

11) 拠点病院以外の病院の緩和ケア推進について

全てのがん医療に携わる医師等（特にがん治療の専門医）について緩和ケア研修を義務付けるべきである。そうならば、都道府県も拠点病院以外の病院のがん医療担当医等に研修受講を強く勧奨でき、受講が大きく進む。並行して看護師、薬剤師等の医療従事者への研修を促進すれば、緩和ケアの提供体制が進捗すると考える。

国は、拠点病院から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の支援体制（アウトリーチや共同診療など）について検討すべきである。

拠点病院以外の病院、診療所の医療従事者にも緩和ケアの知識を身に着的けもらうために、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るべきと考える。診療報酬と絡むので中医協で意見を聞く必要があるが、大胆かつ効果的な発想が必要であり、緩和ケアにおける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。

12) 小児緩和ケアについて

小児がん患者に対する緩和ケアは、がん疼痛をはじめとする様々な苦痛に対し、年齢に応じた苦痛の評価法や医療用麻薬をはじめとする薬剤等の使用方法が成人とは異なる等、解決すべき課題は多い。さらに、長期間にわたる治療に伴う教育の継続や進学、就職に関する問題など社会的な困難、孤立を抱えることも少なくない。親やきょうだいなどの家族も、長期にわたる（しばしば遠方の）医療機関での子どもの病気の看病、難しい意思決定、将来への不安などによる身体的・精神的なストレス、家族機能の分断、経済的な困難など特殊な状況に置かれており対策が求められている。

終末期における自宅での療養は、地域の医療従事者が小児に対する緩和ケアの知識や経験が必ずしも豊富ではないうえに、緩和的な化学療法の継続や頻回の輸血など成人以上に医療依存度が高いことも多く、在宅ケアの提供体制は十分とはいえない。また、がんそのものが治癒を得たとしても、発育・発達障害や内分泌障害、高次脳機能障害、二次がんなど長期にわたる問題・苦痛に向き合わなければならないこともまれではない。

平成 25 年より小児がん拠点病院制度が導入され、その多くは大学病院や小児病院が担っているが、小児緩和ケアを提供するための専門スタッフの配置、養成のための制度・システムが整っておらず、集約化に伴う多施設間の緩和ケア連携も十分に機能しているとは言えない現状があり、結果として緩和ケア提供体制が小児がん患者とその家族に十分に届いていない。

以上のことより、拠点病院はもとより、拠点病院以外の医療機関であっても、緩和ケアに従事する全ての医療従事者は、小児緩和ケアに関する研修会、実習などの教育機会の確保のみならず、小児がん緩和ケアカンファレンスの実施や小児領域への緩和ケア回診・アウトリーチの拡充などを通し、小児がん領域に携わる医療従事者と課題や診療方針を共有すると共に、緩和ケア外来やがん看護外来を活用する等、入院時だけでな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。

注）基本計画の「分野別施策と個別目標」に「小児がん」の項目が第 3 期でも引き続き取り上げられると思われるので、その部分との記述の整合性などを図るべきと考えている。

〔3〕基本計画の「個別目標」について

1) 全医療従事者への緩和ケア研修について

がん拠点病院の医師の緩和ケア研修に関する受講率の目標達成にめどがついた段階で、国及びがん診療に携わる医療機関は関係学会と協力して、医師だけでなく、がん診療に携わる全ての医療従事者が精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう人材育成と基本的な緩和ケア研修を実施する体制を強化し、**5年以内に達成**することを目標とすべきである。

2) 臨床研修医の緩和ケア研修について

全臨床研修医に緩和ケア研修を義務付け、**次期臨床研修医制度の見直しから適用**すべきである。臨床研修医段階で研修を受講させれば、拠点病院のみならず、拠点病院以外の病院等での研修修了者も年々増えてくる。なお、がん拠点病院の臨床研修医については、直ちに研修受講を義務付けるべきと考える。

3) 緩和ケアセンターについて

都道府県がん拠点病院に設置が義務付けられている緩和ケアセンターについては、その位置づけを「緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来など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、院内における緩和ケアの司令塔・連携基盤（統括本部）」として周知徹底する。同時に、職種の役割と人員体制を明文化して効率化を図るべきである。また、緩和ケアセンターが効果的に運用されているか、課題と改善策は何かを毎年度報告させるべきである。さらに、緩和ケアセンターの機能を現実的に一層充実させるために、地域拠点病院における緩和ケアセンターのあり方（設置を義務付けるかどうかなど）について**2年以内に検討**し、発展的な方向性を打ち出すべきである。

4) 拠点病院以外の病院等の緩和ケア提供の充実について

がん拠点病院が中心となって、当該二次医療圏の医療機関が参加する「地域緩和ケア連携協議会」を**3年以内に設置**し、地域におけるがん医療の状況を把握するとともに、地域の実情に応じた緩和ケア（がん医療全般）の提供体制に

ついて協議する。「協議会」には、在宅医や調剤薬局、保険薬局、訪問看護ステーションをはじめ、医師会や薬剤師会などにも参加してもらう。「協議会」の実効性を担保するため、都道府県と地域緩和ケア連携調整員が、その調整役を担うべきと考える。

5) 緩和ケア病棟について

緩和ケア病棟の認可権限を有する都道府県は、地域における緩和ケア病棟の機能を明文化し、現況調査を毎年行うべきである。

また、国は患者・家族がアクセスしやすいように、現況報告の結果などをもとに入院待機期間や平均在棟日数、病床稼働率などをホームページに公開し、分かりやすい最新情報を患者と家族に提供すべきである。あわせて、国は緊急緩和ケア機能や療養機能など、機能別の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有り方、適正配置や目標病床数などについて**3年以内に検討**し、**5年以内に整備**すべきである。

〔4〕基本計画を実質的に推進するための方策の提言

基本計画を着実に実行するため、基本計画に対する提言とは別に、以下の点も論議の上、一定の合意を得たので提言する。

① 今後、優先的に取り組むべきこと

1、がん診療連携拠点病院サミット（病院長参加）の開催を

拠点病院での緩和ケアの深化・浸透には、トップである病院長の理解が欠かせない。そのために今年（平成 28 年）7 月に開催した「全国拠点病院長意見交換会」を発展的に「がん拠点病院サミット」（仮称）として年 1 回、東西に分けて開催すべきである。その際、緩和ケアの成功事例を個々の病院と地域と、都道府県とに分けて報告する機会を設けると効果的である。病院長意見交換会は国会質疑でも提案されており、4 時間ほどの時間を割いて、がん患者のみならず、病院全体の緩和ケア体制、緩和ケア提供の質の向上に資するような機会とすべきである。

2、拠点病院の指定要件・現況報告のチェック体制を整備・強化

基本計画を具体化するものの主たるものが、拠点病院では「指定要件」とその実施状況を報告させる「現況報告」であることから、現況報告の「はい／いいえ」の回答だけでなく、「はい」の場合でも必要事項については、その内容までも説明させるべきである。

また、各拠点病院における緩和ケアの提供に関する課題を挙げ、今後の取り組みも現況報告に記載できるようにすべきである。そして、各拠点病院の取り組みにおいてアピールしたい点も挙げてもらい、病院全体のモチベーションを上げるような現況報告にすべきである。

そうなると、現況報告は、さらに報告内容が増えることになるが、そのチェックをしっかりやらないと、「報告で終わり」となり、報告内容が改善に生かされない。チェック体制を構築することを厚労省は早急に検討し、予算措置が必要な場合は、手当をすべきである。総務省の勧告を、厚労省として、どう生かしていくかにも関わってくる。

3、実地調査の継続（拠点病院・緩和ケア病棟）と新たな実施（拠点病院以外の病院）を

総務省が 1 年かけて拠点病院の調査（51 施設）をしたが、もともと旧緩和ケア検討会ではワーキンググループが設置され、拠点病院を実地調査（1 施設 6 時間、医師 2 人、看護師、がん経験者等）してきており、その中で、緩和ケア提供の実態も浮き彫りになった。また、実地調査をする、ということが全拠点病院に周知されることで、一定の緊張感を生み、それが自施設の緩和ケア提供の改善につながった例もある。

ワーキンググループの後半は緩和ケア病棟も実地調査したが、今後は拠点病院・緩和ケア病棟に加え、拠点病院以外の病院の実地調査も断行すべきである。実地調査は厚労省が実施するものと、都道府県が監査的に実施するものとあってよいと考える。都道府県の場合、県拠点病院と組んで、監査的な調査だけでなく、人的な面も含め苦勞している部分を支援する調査もあった方がよいと考える。

4、緩和ケアの定義を学会、医療従事者、患者を含む国民で共有を

緩和ケアに関しては、いまだに、「治癒の見込みのない患者に対して行うもの」や「終末期医療が緩和ケア」との認識が払拭されていない。緩和ケアは診断時から看取り時までを指すというのが、がん対策基本法の立法趣旨であり、基本計画が重点目標の 1 つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を掲げているのも、基本法の緩和ケアの趣旨を反映したからである。この「診断時から」という認識の薄いのががんの治療医と言われ、また、「終末期」という意識が強いのが緩和ケアチームや緩和ケア医と呼ばれる医師である。

がんと診断された患者が診断後 1 年以内に自殺する危険性は、がん患者以外の約 20 倍という調査結果（国立がん研究センター、平成 26 年 4 月）もあり、徹底して「緩和ケアは診断時から」という認識を浸透させていく必要がある。

5、基本計画の緩和ケア部分は、解説か Q&A を付記し周知を

基本計画の「取り組むべき施策」「個別目標」が、どのような背景、意図で打ち出されているかが十分に理解されないと、医療現場では「絵に描いた餅」になりかねない。そこで、基本計画の緩和ケア部分（他の部分もあっていいが）の各事項のうち、必要なものについては、解説か Q&A を付記して都道府県や拠

点病院に周知するのがいいと考える。指定要件では、過去にそのようなことを厚労省としてやっているが、大本の基本計画でも言葉足らずの部分もあり、補足説明が必要と思われるところもある。

拠点病院以外の病院等に対しては、都道府県が十分吟味選択して周知を徹底すべきと考える。

なお、拠点病院への「指定要件」は、全て必須とすべきである。ただし、地域の実情で「必須」が無理な地域もあるので、その部分こそ「望ましい」として、指定要件から外して、「解説」等で明記すべきである。なぜなら、拠点病院は均一化を求めてきたが、地域性への配慮が必要な状況になってきているためである。これらの混乱が、総務省勧告で「充足不十分」と指摘されたものと考ええる。

6、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

がんとがん以外（循環器疾患など）の緩和ケアは概念が若干異なることを考えると、基本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、分けてでないと考えにくいのではないかな。無理に一緒にすることで、中途半端にしてはならない。また、こうしたがんに対する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おり、がん以外の緩和ケア研修会に対する指導者研修会との整合性が取れているのか懸念する。緩和ケアの概念上、がんも非がんも同じとする考え方よりも、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。

② 今後の協議の中で早急に方向性を確認すべきこと

1、緩和ケアチームの質の向上は喫緊の課題

緩和ケアチームは「専門的緩和ケアを提供する（できる）」という前提が基本計画の位置づけであり、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きていることから、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。だが、全国約 400 の拠点病院に「緩和ケア専門医・指導医」が存在すると明確に推測できるのは半数でしかない。「なんちゃって緩和ケアチーム」や「なんちゃって緩和ケア医」と揶揄されるのは、このような実態が背景にあるからである。

ただし、拠点病院の入院期間が短期化する中で専門的緩和ケアが必要な患者が減少するという実態もある。一応の目安として、緩和ケアチームの活動が不活発（新規依頼件数が少ない）な緩和ケアチーム（特に身体症状の緩和に携わる医師）には、自施設以外の緩和ケアチームにおいて1～2週間程度の実地研修を行い、研修実績（各々のチームの課題とその改善策を含む）を報告させる。がん対策加速化プランの実地研修は1～2日と、あまりにも短時間で、かつ、実績検証も自己査定“となっていて効果が期待できないと言わざるを得ない。国と都道府県は、半ば強制的に実地研修を受けさせるべきと考える。

その他、身体担当医師が緩和ケアに携わる業務割合を報告させるか、緩和ケアチームと病院管理者が定期的に会議を開催し、そのチームの課題と改善策を報告することも次善の方策として考えられる。

2、治療医含めた緩和ケア意識の深化に「研修会修了バッジ」着用の義務付けを

緩和ケア研修会修了バッジは、拠点病院指定要件の「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浸透していないため、ほとんどの医師は未着用といわれる。「研修修了が分かるように」という指定要件は、事実上、無視されているのではないだろうか。拠点病院がこのようなことでは、拠点病院以外の病院等に着用を強く推奨できない。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、方向性を示すべきであると考ええる。

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、現在、何ら役立ってない。着用の義務付けを徹底しないのならバッジの配付は廃止して、厚労省として別の「修了明確化」策を立案し実施すべきである。

3、基本計画評価での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むことは、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べきと考える。医療従事者調査も引き続き、タイミングを見て実施すれば、患者体験調査と併せ、効果的と思われる。

4、医療用麻薬と、痛みの関係の調査研究を

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、いまだ十分に国民を納得させられるものではない。一方で、「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も事実である。また、近年、数多くの新規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、危惧している。

特に拠点病院以外の医療機関では、オピオイド鎮痛薬の使用経験が少なく、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など）現状がみられる。患者の鎮痛には全力を上げるべきで、それは、使用量が世界における一般的水準に近づくことにもなると推測される。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ことは当然である。

5、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評価すべきではないかと考える。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える。

また、薬剤師は専門や認定資格の取得が拡大してきており、薬剤に関しては、がん治療医よりも詳しい場合もあるので、患者の痛み状況から適切な薬剤（量の調節含め）をアドバイスできると考える。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のではないかと思慮する。

6、「治療医」と「薬剤師」の役割強化・必要性を明確に

緩和ケア医および看護師に関する事案課題が多いが、緩和ケアの更なる推進において連携が重要なのは、「治療医」と「薬剤師」ではないだろうか。特に、在宅緩和ケアを実施する上では、在宅医を含む地域緩和ケアのリソースが圧倒的に不足していると考えられる。疼痛治療に欠かせない医療用麻薬やPCA（自己調節鎮痛法）等に関しては、保険薬局薬剤師の在庫把握と知識の向上が不可欠であり、保険薬局の薬剤師の知識向上には拠点等病院の薬剤師との「薬・薬連携」が重要であると考ええる。

7、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付け問題とも絡むが、緩和ケア研修会の修了率「90%台」達成後の拠点病院の緩和ケア研修を、どう発展させていくのか明確にすべきである。

緩和ケア研修の今後の方向性として、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入職医師に対する研修、3つ目は、臨床研修医への研修、4つ目は地域の拠点病院以外の医療機関等の医療従事者への研修—が考えられる。

8、相談支援センターの整備・充実を急ぐべき

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、技術研修が不可欠である。また、数年前、がん対策推進協議会の患者委員が相談支援センターの実態調査を行い写真など添付して報告書を提出したことがあるが、がんサロンの取り組みを重視する病院がある一方で、やっつけ仕事の対応の病院もある。患者目線で考えれば、相談支援センターの整備・充実が今後ますますこれらの取り組みのカギとなってくるので、患者サロンとも連携しつつ、活動を充実すべきと考える。個人情報保護という点も入れた実態の掌握も含め、作業チーム等でしっかりした論議と方向性・方策を提示するべきと考える。

また、緩和ケアセンターとの機能・役割分担が明確でない点も検討すべきである。

9、基本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評価」である。これまでの緩和ケアの取り組みの効果を総合的かつ客観的に評価することが重要であるが、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(ストラクチャー)」→「過程(プロセス)」→「結果(アウトカム)」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・体制で、過程とは、どのような診療が患者に対して実際に提供され、結果とは、どのような結果が得られたか、である。

現在の基本計画(緩和ケア)では、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)については評価されていない。こうしたケアの質改善の達成状況の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、指定要件を本質的に実践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価することが有用だと思われる。

総務省行政評価局の調査のようなシステムが欲しいが、まずは、評価のシステム構築を急ぐべき。第2期基本計画中間評価での質問紙調査(「医療従事者の調査」)だけでは不十分であると考える。

10、都道府県内での病院の相互評価の導入

拠点病院が提供する緩和ケアの質の向上を目指し、都道府県内で、病院間で相互に緩和ケアの提供状況の評価する体制を整備すべきである。具体的には、定期的には書面での相互評価を行い、可能な範囲で実地訪問による相互評価を行う。相互評価を行うときには、外部レビュアーを必須とする。

まずは、拠点病院を中心に相互評価していく体制を構築していき、順次、拠点病院以外の病院等も参画するようにしていく。

11、拠点病院での医療従事者の勉強会等の強化を

拠点病院における医療従事者の勉強会をより強化し、二次医療圏における連携情報ツール(地域連携パスのブラッシュアップ)の作成とその活用を義務化することも効果的と思われる。現在でも拠点病院では、講習会等の開催と地域連

携パスの作成が求められているが、医師であれば治療パス、薬剤師であれば服薬指導、看護師であれば患者の困りごとや家族構成等々の情報共有であるように区々としており、相互の情報共有が少ないと考えられる。

パスが作成されても使用方法が不明であったり、効果が実感できなければ活用されない。服薬指導も具体的な医療用麻薬の指導方法がわからないので、マニュアル通りに実施してしまいがちという実態もある。患者背景に関しても、信頼関係を築いたスタッフは把握できるが、信頼関係が出来ていないスタッフは、その情報収集までに時間がかかる。

これらの解決手段として、せめて、患者への正しい情報提供のあり方、情報共有の仕方という点で、拠点病院を中心とした研修会(ロールプレイ方式などの体験実習を含む)が実施されていくことが必要と考える。

③ 新たな視点で、緩和ケアの浸透、底上げを考えるべきこと

1、都道府県単位での行政の取り組みの強化(全国レベルに限界も)

新たな視点として考えるべきは、地域ごとに医療資源が異なる状況等も考慮し、少しずつ都道府県単位での取り組みを増やしていき、その都道府県の行政の取り組みを評価していくようにしていく方向性が重要である。全国レベルでは、やはり各都道府県の状況に応じたきめ細やかな対応は困難であり、全国の底上げには、都道府県レベルでの取り組みを充実させていくことが不可欠と考える。

例えば、緩和ケアの教育については、これまで行われてきている医師に対する研修に加えて、専門家の育成、看護師や薬剤師を含む多職種に対する研修が重要だが、各地域のニーズに応じた多職種へのきめ細やかな研修を全国レベルで実施していくことは困難だと思われるので、各都道府県内で緩和ケアに関する課題を明らかにし、医師をはじめとする医療従事者に対する研修を企画し、実施していくことができる体制を整備していくことが必要と考える。

2、ワーキンググループ報告書の「課題解決提案」の論議・活用を

旧緩和ケア検討会のワーキンググループが平成26年3月に「報告書」を提出しているが、ここでは実地調査を踏まえて「課題整理」と「課題解決に向けた提案」がなされている。「総括」と「各論」に分かれたその内容は、現在のとこ

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 意見書 ～患者・家族が寄り添い合える緩和ケア医療の実現に向けて～

一般社団法人 CSR プロジェクト 桜井なおみ

ろ、報告して終了となっており、「課題解決に向けた提案」が活用されていない。
各論では、①告知・病状説明における患者とその家族への配慮 ②専門的緩和
ケアの提供体制 ③相談支援の提供体制 ④二次医療圏内の医療機関との連携
など、患者側の視点に立った提案がなされている。実地調査に基づく報告・提
案は、このワーキンググループ報告が唯一のものである。総務省の勧告は拠点
病院の指定要件の評価方法を主に指摘したものであり、ワーキンググループか
らの報告とは視点が異なる。

再度、ワーキンググループ報告を検証して、現状において活かされるべきは
活かすべきと考える。そうでなければ、ワーキンググループでの実地調査は、
単なる“税金の無駄遣い”に終わってしまうのではないだろうか。

医療は地域完結型医療へと移行しつつあるが、家での暮らしに必要な環境すら整わないがん
終末期の現状は、患者・家族の身体的、精神的、社会的な苦痛など多くの課題を生み出してい
る。

核家族社会を迎える我が国において、どのまちに暮らしていても、患者、家族が、尊厳を持
ちながら安心して生きることができるよう、以下の事項を要望します。

1. チームビルディング目的型研修（がん患者版の地域包括支援会議）の実施による地域との関係 強化

地域完結型医療の未来を考え、緩和ケア医療従事者と在宅医、訪問看護師など各病院が行ってい
る地域の登録医師との連携を強化するために、緩和ケアセンターが中心となった「地域包括がんサ
ポート会議（もしくはがんサボード）」の開催を行うこと。これにより地域とのチームビルデ
ィング目的型研修を普及、顔の見える関係づくりを行うこと（相談支援センター相談員も参加）。

2. 地域の医師会と連携した在宅医連携登録システムとバックベットの確保

患者が安心して地域に戻って療養生活ができるよう、医師会と連携をし、病院ごとに二次医療圏
の在宅医療医師、薬剤師、訪問看護師などの登録を推進すること。

登録医師に対しては、拠点病院内に緊急時の「バックベット」を1～2床確保し、緊急時の対応
を病院側が後方支援する関係づくりを強化すること。

3. 介護認定制度へのアクセス性強化（末期がんの名称改訂と教育）

介護保険の利用率の低さについて、認知度の低さがあることに加え、末期がんという名称からく
る使いづらさも影響していることから、①末期がんの名称を「迅速な対応が必要ながん患者」へ変
更する、②主治医の意見書が認知症対応型であることから、がん患者に対応できる様式を新設する、
③「介護」保険サービス利用イメージを啓発する、④ケアマネジャーの研修内容に「がん」など
ADL が急速に悪化する疾病の研修を加える、⑤企業への介護休暇制度利用促進を奨励し、配偶者
の介護離職を防止する、などの取り組みを行い、患者、家族が大切な時間を寄り添える療養環境づ
くりを進めること。

4. 小児、AYA期がん患者の療養環境の創出

小児がん、AYA期がん患者は介護保険適用範囲外になっている。自治体によっては、条例を設
け、40歳未満がん患者の療養環境を支援している自治体がある。この条例策定を国が後押しをし、
小児がん、AYA期がん患者、家族の療養環境を維持すること。

また、あわせて小児がん、AYA期がんの緩和ケア研修の実施（既存研修プログラムの中に情
報・事例を追記、改編）、緩和ケアチーム、施設環境の対応についても検討すること。

5. 緩和ケア病棟での治療環境の確保

緩和ケア病棟の利用に際し、「積極的な治療を受けない旨」の同意書を末だに患者から取得して
いるケースがあり、患者は緩和ケアを「治療をあきらめた場」と考えているのが現状である。

医学の進歩に伴い、分子標的薬や放射線治療など、疼痛コントロールや症状改善のために必要な
治療はあり、こうした治療を緩和ケアと併用できるシステムを構築すること。

あわせて、栄養管理や皮膚管理など、「痛み・オピオイド」以外にも大切な緩和ケア「治療」があることを広く普及すること。

6. ACP研修の追加、意思決定支援

がん患者、家族との間の乖離をふせぐためには、的確なICが欠かせないことから、PEACEプログラムの研修実施、並びに、心の専門家による再発・転移時のメンタルヘルス支援を行うこと。

また、緩和ケア研修の内容に、＜ACP＞も含め、患者の個々の環境、状況に応じた情報提供、並びに、意思決定支援を進めること。特に、非がん、慢性期の患者さんには、ACPは重要であり、がん、あるいは非がんでの、それぞれの知見の相互活用に期待したい。

7. 主治医と緩和ケア医との連携強化

外来看護師の配置基準（1:30）は昭和23年から変わっておらず、外来中心になった現代のがん医療において、患者は日常外来でほとんど看護師と接する機会がない。再発や転移の告知も日常外来の中で受けているのが現状。

緩和ケアの重要性や期待、今後のがん医療の未来や人口動態を考えると、緩和ケアチーム内のジェネラルマネージャーとは別途、治療医は元より、地域、経済など、院内外の各専門家へ適切、的確な橋渡しを行う橋渡し役を果たす看護師の配置が必要な時期になっており、「治療⇔緩和」の行き来を見極める「コーディネーター」の配置を強化すること。

8. 遺族調査の継続実施・アウトカム検証

緩和ケアの実情は、遺族を対象とした調査ではないと把握しきれないことを鑑み、遺族調査の継続実施（定点観測）と、調査結果に基づく緩和ケアのあり方検討を開催する。

以上

2016年11月7日

厚生労働省健康局長 福島靖正 殿

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 福井次矢 殿

緩和ケア推進コンソーシアム

「がんと診断された時からの緩和ケア」特にがん疼痛治療推進のための要望書

平成26年1月厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」の発出、平成27年12月「がん対策加速化プラン」の発表に続き、本年6月に閣議決定したニッポン一億総活躍プランにおいて「がん患者の治療状況、疾病の特性を踏まえた就労支援」が掲げられていること、また現在、がん対策基本法の改正と基本計画の見直しの検討が前向きに進められていることなどから、今後、がん疼痛治療をはじめとした「がんと診断された時からの緩和ケア」が一層推進され、がん患者の周辺環境が改善していくものと期待しております。

その一方、平成27年度厚生労働省科学研究費補助がん対策推進総合研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班の報告では、がん患者の苦痛のスクリーニングについては有効な方法で実施できていない施設が多くあることや、その取り組みにも大きなばらつきがあることから、現状での緩和ケアスクリーニングは、未だスタートラインに立ったばかりであるとされています。

さて「緩和ケア推進コンソーシアム」は発足以来、早期からの緩和ケア推進を目的として活動を続けてまいりました。その中でもがん疼痛は、適切に治療されず耐えがたい痛みとなれば、人間としての尊厳を損なわせるほどのつらい苦痛であるため、特に改善すべき症状として、そのスクリーニングやアセスメント、医療用麻薬の適正使用に関する普及啓発活動などに注力してきました。

しかしながら、がん疼痛治療を取り巻く医療現場においては、上記の通り様々な問題が存在することが推察されます。このような現状の問題点を把握するため、本コンソーシアムにおいて、がん疼痛治療推進の現状を公表データなどより調査し、課題を抽出いたしました。今回、その課題についてさらに検討と分析を加え、「がん対策加速化プラン」の実効性をより高めるために、特に政府にご検討いただきたい事項を要望書としてまとめましたので提出させていただきます。何卒ご検討の程、よろしくお願い申し上げます。

がん疼痛治療をはじめとする緩和ケア推進のための課題と要望

1. 医療用麻薬の名称変更などの誤理解消に向けた要望

国民の中には、鎮痛に使用する医療用麻薬であっても「不正麻薬」を思い浮かべ、「ダメ。ゼッタイ。」のイメージを強く持つ、すなわち誤解をしている国民が相当数おられます。「麻薬」という表現が残っているとこのような誤解が解消せず、正しい理解につながりにくい状況にあります。このような誤解を払しょくするために、下記 2 点を要望いたします。

- ① 現在の医療用麻薬という名称・呼称をその作用機序などから鎮痛薬に於いては『強オピオイド鎮痛薬』に改称することを強くお願いしたい。
- ② 関連部署への通知など改称に伴う必要な措置をお願いしたい。

2. 入院患者の医療用麻薬自己管理を推進する法律解釈の統一化に関する要望

外来患者に交付された医療用麻薬は患者に管理責任が生じ、自己管理することとされています。一方、入院患者の場合には、医療用麻薬を自己管理することの法律解釈にバラツキがあるため、自己管理に支障が生じていると報告されています。入院患者が医療用麻薬、特にレスキュー薬として服用する医療用麻薬を自己管理することは、迅速に痛みを取ることを可能とし、より早期の在宅移行にもつながります。そのため入院患者における医療用麻薬の自己管理を推進するためには法律解釈の統一化が課題だと考え、下記 3 点を要望いたします。

- ① 入院患者の手元に一旦交付された医療用麻薬については、医療者側に管理上の責任が発生しないと正確に解釈されるよう、各都道府県薬務課などの関連部署にも再度周知徹底をお願いしたい。
- ② 入院患者が適切な医療用麻薬の自己管理ができるよう、患者指導体制の構築をお願いしたい。
- ③ まずは拠点病院すべてで実施されるよう、入院患者の医療用麻薬の自己管理状況を経時的に把握できる全国的な実態調査の実施及び結果の公表あるいは現況報告への追記などををお願いしたい。

3. 外来におけるがん疼痛に関する苦痛のスクリーニング実施推進に向けた要望

病棟における緩和ケアチームの活躍はめざましいが、がん疼痛に関する苦痛のスクリーニングが十分に普及しておらず、特に外来ではほとんど実施されていないと報告されています。入院患者だけではなく、外来患者も含めたすべてのがん患者にスクリーニングが実施され、迅速かつ適切に痛みが緩和される体制を整備するために、下記 3 点を要望いたします。

- ① スクリーニングやフォローアップを含めて、入院だけでなく外来においてもより手厚い緩和ケアが確実に実施されるよう、都道府県がん診療連携拠点病院だけでなく、すべての拠点病院に緩和ケアセンターの設置をお願いしたい。
- ② スクリーニングにおいては看護師が重要な役割を担うといわれているが、マンパワー不足が実施の障害になっていると報告されている。このため必要に応じて「医療法に基づく人員配置標準（昭和 23 年策定）」における外来看護師の人員配置標準などの見直しをお願いしたい。

- ③ 施設単位で統一されたスクリーニングを実施した場合、『外来スクリーニング実施加算（仮）』などの診療報酬上の加算などができるよう、スクリーニング推進に向けたより積極的な対応をお願いしたい。

4. がん疼痛治療の評価指標の統一化に向けた要望

がん患者の身体的苦痛を緩和するためには、その疼痛強度を正確に把握し、その疼痛強度に応じて多様化する医療用麻薬を迅速かつ適切に使用することが、がん疼痛で苦しむ患者をなくすことにつながると考えます。従って、疼痛強度と疼痛強度に応じた適切な治療が実施されたことを評価するために、下記 2 点を要望いたします。

- ① 0 は完全に痛みがない状態、3 はほんの少しでも痛みがある状態というように、NRS の数値に意味を持たせて疼痛強度を評価するなど、患者は痛みをより表現しやすく、医療者は患者の主観的な痛みをより正確に理解し、医療用麻薬の増減が行いやすくなるような疼痛強度評価指標の作成あるいは統一をお願いしたい。
- ② WHO が各国の医療用麻薬の適正使用量を算出しており、先進国の中でも日本の医療用麻薬使用量が低いとの指摘がなされています。国全体の評価ではなく、施設単位で適切な疼痛治療が実施されていることが評価できるよう、医療用麻薬使用患者数、疼痛強度評価指標により疼痛を評価した患者数、医療用麻薬使用量などの調査可能な数値の公表をお願いしたい。

5. 緩和ケア研修会の内容の充実と新たな研修実施に向けた要望

緩和ケア研修会がスタートした 2008 年から現在まで、新有効成分の医療用麻薬が 2 製品、新投与経路や新剤形などの医療用麻薬が 5 製品上市されており、医療用麻薬が多様化しています。すべてのがん治療医がこのように多様化する医療用麻薬を適切に処方し、早期から適切ながん疼痛治療を提供すると同時に、すべての緩和ケア医が医療用麻薬に精通し、自らの専門性を高められるよう、下記 2 点を要望いたします。

- ① 多様化する医療用麻薬の現状を受け、がん治療医が医療用麻薬を適切に処方できるよう、「がん疼痛の評価と治療」に関する研修時間の大幅な拡大をお願いしたい。
- ② 緩和ケア医が自らの専門性を高め、スキルアップにつながるよう、多様化する医療用麻薬に精通するための新たな研修プログラムを指導者研修の中に追加いただきたい。さらに医療用麻薬以上に多様化しているがん薬物療法をより深く理解できる機会となるよう、ご配慮をお願いしたい。