

第3期がん対策推進基本計画案（案）

（緩和ケア関連抜粋）

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、法第15条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第17条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的、精神心理的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである。

我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第1期基本計画から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この10年間で、全ての拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備すること、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と技術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブック」を改訂すること等、緩和ケアの充実を図ってきた。

国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

① 緩和ケアの提供について

(現状・課題)

これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスクリーニング¹が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評価においても、「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」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から緩和ケアチームへとつなぐ²体制が機能していないとの指摘がある。また、施設内での連携が十分にとられておらず、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体の緩和ケアの診療機能が十分に発揮されていない状況にある。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進する必要がある。そのため、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る必要がある。

緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書面のみで評価することには限界があることが指摘されており、また、評価のため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ない状況にある。

今後、拠点病院以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を、把握する必要があるとの指摘がある。

¹ 「苦痛のスクリーニング」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等、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。

² ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）へコンサルトし、その後も双方向性に協働すること。

(取り組むべき施策)

拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

国は、患者等とのコミュニケーションの充実等、患者とその家族が、痛みやつらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が、患者とその家族の訴えを引き出せるための研究、教育や研修を行う。

拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を進める。

拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター³」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和医療専門医⁴、精神腫瘍医⁵、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤師⁶、緩和薬物療法認定薬剤師⁷、がん病態栄養専門管理栄養士⁸、社会福祉士、臨床

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のこと。

⁴ 「緩和医療専門医」とは、特定非営利活動法人日本緩和医療学会の認定する資格。平成22(2010)年から、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師を「緩和医療専門医」として認定している。平成29(2017)年4月時点で178名。

⁵ 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医、心療内科医のこと。

⁶ 「がん専門薬剤師」とは、一般社団法人日本医療薬学会が認定する登録薬剤師。平成21(2009)年11月よりがん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場において活躍しうる「がん専門薬剤師」を養成する目的で、開始されている。平成29(2017)年1月時点で529名。

心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

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る。また、実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める。

国は、実地調査等を通じて、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を把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOLの向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。

国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

② 緩和ケア研修会について

（現状・課題）

第2期基本計画では、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、特に、拠点病院において、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。緩和ケア研修会の修了者数については、平成29（2017）年3月末時点で、研修会の修了証書の累積交付枚数が93,250枚（累積開催回数4,888回）と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる医師の研修会受講率として9割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、平成29（2017）年3月末時点で、82.1%にとどまっており、より一層の受講促進が求められる。

研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れ

⁷ 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、一般社団法人日本緩和医療薬学会の認定する資格。平成21（2009）年から、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師を「緩和薬物療法認定薬剤師」として認定している。平成29（2017）年4月時点で595名。

⁸ 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人日本栄養士会による認定資格。近年のがん患者の増加に対応するために、栄養に関する専門職としてのがんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士の育成とチーム医療への連携強化を目的としている。平成29（2017）年3月時点で344名。

ること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れること、地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁹についても、研修会を通じて充実を図ることが求められている。

初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと¹⁰は重要である。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の指摘がある。

(取り組むべき施策)

国及び拠点病院等は、拠点病院等以外の医療機関を対象として、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を検討する。

国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチームへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。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することができた割合等について調査を行った上で、達成すべき目標を明確にする。

国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分はe-learningを導入すること、1日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

国は、卒後2年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法につ

⁹ 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

¹⁰ 「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。

いて検討する。また、拠点病院等において、卒後２年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直す等、必要な施策を実施する。

③ 普及啓発について

（現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成２８（２０１６）年）」において、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときから（２０．５％）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進については、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見込みがなくなったときから（１６．２％）」となっていることを踏まえれば、より一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）については、「最後の手段だと思う（３１．５％）」、「だんだん効かなくなると思う（２９．１％）」という結果となっており、前回（平成２６（２０１４）年）と比べても、改善は見られていない。緩和ケアについては、未だに終末期のケアとの誤解があることや医療用麻薬に対する誤解があること等、その意義や必要性について、患者・医療従事者を含む国民に、十分周知されていない状況にある。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、患者とその家族が、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するため、関係団体と連携して、関係者等に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事者も含めた院内研修を定期的実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指した研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、検討する。

【個別目標】

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、ＱＯＬ

を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、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、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の可否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態、患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

~~~~~

### **(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援**

がん患者がいつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要である。

#### **① 拠点病院等と地域との連携について**

##### **(現状・課題)**

拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院<sup>11</sup>、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催する等、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

しかし、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和

---

<sup>11</sup> 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年 7 月 1 日時点）

ケア、セカンドオピニオン等については、地域間で取組に差があるとの指摘がある。

「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供するためのツールであるが、その運用は、それぞれの拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、地域統括相談支援センター、地域包括支援センター<sup>12</sup>等が設置されているが、これらの機関での連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況にある。

#### （取り組むべき施策）

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において、医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ<sup>13</sup>のあり方について検討する。

国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にした上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や、「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあ

---

<sup>12</sup> 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設のこと。（介護保険法第115条の46第1項）

<sup>13</sup> 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察のこと。



り方を検討する。

拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものとするため、施設間の調整役を担う者の養成等について、必要な支援を行う。

## ② 在宅緩和ケアについて

### (現状・課題)

在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このような状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療の質の向上を図っていく必要がある。

在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携について、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」を特定疾病として申請書に記載する必要があるが、実際には記入しづらいため、利用が進まないとの指摘がある。

### (取り組むべき施策)

国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研修等を引き続き実施する。

国は、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る。

### 【個別目標】

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受け

られるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設ける等、地域における他の医療機関と連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

~~~~~

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援¹⁴）

② 就労以外の社会的な問題について

(現状・課題)

また、我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告¹⁵があるが、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にある。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自殺の問題に取り組むことが求められる。

(取り組むべき施策)

国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的な介入のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であり、専門的、精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を行う。

~~~~~

#### (5) ライフステージに応じたがん対策

##### ① 小児・AYA世代について

---

<sup>14</sup> 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポート。

<sup>15</sup> 「Psychooncology 2014; 23: 1034-41.」より引用。

**(現状・課題)**

小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族の離職等、家族の負担が非常に大きい。また、小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限られており、緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

**(取り組むべき施策)**

国は、緩和ケアに従事する医療従事者が、小児・AYA世代のがん医療に携わる診療従事者と問題点や診療方針等を共有すること、入院中だけでなく外来や在宅においても連携できるようにすることのために、必要な方策を検討する。

~~~~~

4. これらを支える基盤の整備

(2) 人材育成

(現状・課題)

医学部のモデル・コア・カリキュラム¹⁶や医師国家試験の出題基準等においては、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、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。

(取り組むべき施策)

国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育機関において、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、緩和医療に関する講座の設置も含め、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る。また、看護教育、薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得を推進する。

~~~~~

---

<sup>16</sup> 「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版・文部科学省）」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。  
[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961\\_01\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961_01_1.pdf)

### (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

#### (現状・課題)

国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の中で推進してきた。しかし、民間団体が実施している普及啓発活動への支援が不十分であるとの指摘がある。また、拠点病院等のがん相談支援センターや、国立がん研究センターがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

#### (取り組むべき施策)

国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進する。また、民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動をより一層支援するとともに、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報を行う。