

緩和ケアについて ～議論の背景～

事務局説明資料

緩和ケアの歴史①

1967年	St. Christopher's Hospice 設立(イギリス)	第19回緩和ケア推進検討会 資料5一部改変(28. 3. 16)
1975年	Royal Victoria Hospital に緩和ケア病棟開設(カナダ)	
1981年	聖隷三方原病院(静岡県)に院内独立型ホスピス誕生	
1984年	淀川キリスト教病院(大阪府)に院内病棟型ホスピス誕生	
1990年	診療報酬「緩和ケア病棟入院料」新設	
1994年	診療報酬「在宅時医学管理料」新設	
2002年	診療報酬「緩和ケア診療加算」新設	
2006年	がん対策基本法成立	
2007年	がん対策推進基本計画(第1期)策定 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」	
2008年-	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業【基本的緩和ケア研修、普及啓発】	
2012年	がん対策推進基本計画(第2期)策定 「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」	
	診療報酬「外来緩和ケア管理料」新設	
2012年-	在宅緩和ケア地域連携事業【在宅療養支援診療所の医師に対する研修等】	

緩和ケアの歴史②

第19回緩和ケア推進検討会
資料5一部改変(28. 3. 16)

- 2012年4月 緩和ケア推進検討会(-2016年3月)
- 2012年9月 緩和ケア推進検討会 中間とりまとめ
- 2013年- 緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)【緩和ケアセンターの整備】
- 2013年8月 緩和ケア推進検討会 第二次中間とりまとめ
- 2014年1月 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」改正【拠点病院の整備】
- 2015年1月 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」改正
- 2015年6月 がん対策推進基本計画 中間評価報告書
- 2015年8月 地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理)【緩和ケア地域連携体制の構築】
- 2015年12月 「がん対策加速化プラン」策定
- 2016年4月 緩和ケア推進検討会 報告書
診療報酬「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」新設
診療報酬「外来がん患者在宅連携指導料」新設
診療報酬「緩和ケア病棟入院料 緊急入院初期加算」新設

第2期がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に
行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの
緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

(4) 働く世代や小児への
がん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組(※)
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

7. 小児がん(※)

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発(※)

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題(※)

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

第1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
資料3一部改変(28.5.30)

(取り組むべき施策)

- ・ がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制の整備(苦痛のスクリーニング等)
- ・ 専門的な緩和ケアへの患者・家族のアクセスの改善。患者・家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談・支援を受けられる体制の強化
- ・ 拠点病院を中心に、精神腫瘍医、がん看護の専門・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。
- ・ 患者・家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制の整備。急変した患者や要介護者の受け入れ体制の整備
- ・ 医療用麻薬をはじめとした薬剤の迅速かつ適正な使用と普及。基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築
- ・ 心のケアを専門的に行う医療従事者の育成
- ・ 緩和ケア研修会の質の維持向上
- ・ 緩和ケア教育、卒前教育を担う教育指導者の育成、緩和医療学講座の設置
- ・ 国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じた普及啓発

【個別目標】

- ・ 3年以内に緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、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を目標とする。特に拠点病院では、自施設の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する。
- ・ 3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

5

緩和ケアに係る拠点病院指定要件

第1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
資料3一部改変(28.5.30)

【拠点病院指定要件】

緩和ケアチームの 人員配置	求められる主な取組	ねらい
<ul style="list-style-type: none"> ●専任の身体症状担当医師 (原則として常勤。専従が望ましい) ●精神症状担当医師 (常勤、専任が望ましい) ●専従の看護師 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 のいずれかの配置を義務化 ●協力する薬剤師 ●協力する臨床心理に 携わる者 	苦痛のスクリーニングの徹底 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の実施を義務化	患者の苦痛の拾い上げの強化。 患者が苦痛を表現できる。
	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 がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化	がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。
	苦痛への対応の明確化と診療方針の提示 緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示	全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。
	迅速な苦痛の緩和(医療用麻薬の処方等) 全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化	患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。
	地域連携時の症状緩和 症状緩和に係る院内パスに準じた地域連携パス、マニュアル等の整備	入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。
	緩和ケア研修の受講促進 若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備	自施設の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。

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)①

第3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
資料3(28.7.27)

①～④ 略

⑤ 緩和ケアの提供体制

ア 緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- i. がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
- ii. 緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。
- iii. 医師から診断結果や病状を説明する際には、以下の体制を整備すること。
 - a. 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。
 - b. 初期治療内容のみならず長期的視野に立ち、治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めること。
 - c. 必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。
- iv. 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や容量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬等の使用を自己管理できるよう指導すること。

7

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)②

第3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
資料3(28.7.27)

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- i. 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。
- ii. がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。
- iii. 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
- iv. (チーム専従看護師は、)苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。
- v. (チーム専従医師は、)がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案すること。
- vi. 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行うこと。

8

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)③

第3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
資料3(28.7.27)

エ イ及びウの連携を以下により確保することとする。

- i. 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保すること。
- ii. 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。
- iii. がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置することが望ましい。

オ アからエにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

カ かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

キ 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

9

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアセンターの整備(診療内容)①

第3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
資料3(28.7.27)

3 都道府県がん診療連携拠点病院の診療機能強化に向けた要件

(1)(2)略

(3) 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。

- ① 公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師をはじめとするがん看護関連の認定看護師等による定期的ながん看護カウンセリング(がん看護外来)を行うこと。
- ② 看護カンファレンスを週1回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。
- ③ 緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整備すること。
- ④ 地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること。
- ⑤ 連携協力している在宅療養支援診療所等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制を整備すること。
- ⑥ 相談支援センターとの連携を図り、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。
- ⑦ がん診療に携わる診療従事者に対して定期的な緩和ケアに関する院内研修会等を開催し、修了者を把握する等、研修の運営体制を構築すること。
- ⑧ 緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週1回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

10

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアセンターの整備(人的要件)②

第3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
資料3(28.7.27)

- ⑨ 緩和ケアセンターには、緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。
- ア 緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として1人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。
 - イ 緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。
- ⑩ 緩和ケアセンターには、緩和ケアチームの構成員に加えて以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。
- ア 緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤の組織管理経験を有する看護師であること。
 - イ ジェネラルマネージャーとは別に、専従かつ常勤の看護師を2人以上配置すること。
 - ウ 緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。
 - エ 緩和ケアセンターにおける相談支援業務に専任の相談支援に携わる者を1人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。
 - オ ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携することが望ましい。

11

基本計画中間評価 概要 (緩和ケア関連抜粋)

(平成27年6月)

患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができることから からだの苦痛・痛み・気持ちのつらさ・自分らしい生活	57.4%・72.0%・61.5%・77.7% (2015年)
専門的緩和ケアサービスの利用状況	緩和ケアチーム 新規診療症例数 56,655(2013年) 緩和ケア外来 新規診療症例数 21,109(2013年)
地域多職種カンファレンスの開催状況	1,799(2014年)
専門・認定看護師の専門分野への配置 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	56.0%・62.4%・50.3%(2014年)
死亡場所(自宅)	9.6%(2013年)
死亡場所(施設)	2.2%(2013年)
主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量	4,915kg(2013年)
緩和ケア研修修了者数	57,764(2014年末時点)
一般市民の緩和ケアの認識 緩和ケアをよく知っている・がんと診断されたときから実施されるべきものと認識している	40.5%・57.9%
一般市民の医療用麻薬に対する認識(正しく使用すれば安全だと思うと回答した割合)	52.8%

12

基本計画中間評価報告書

(緩和ケア部分抜粋)

(平成27年6月)

第3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
資料3一部改変(28.7.27)

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

- 拠点病院で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に向けて、より一層の緩和ケア研修会の受講勧奨を実施する必要がある。
- 拠点病院においては、苦痛のスクリーニング体制や緩和ケアチームの整備、都道府県がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアセンターの整備が進む等、緩和ケア提供体制の構築について、一定の進捗が得られているものの、拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアの提供体制の構築についてそのあり方をさらに検討するとともに、在宅医等も積極的に緩和ケア研修会を受講できる体制を構築していく必要がある。
- 緩和ケアの開始時期について若年層では理解が進んでいるものの、「がんが治る見込みがなくなったときから」などいまだ誤った認識が見受けられることや医療用麻薬について誤った認識を持っている者も3人に1人程度いることを踏まえ、引き続き緩和ケアの普及啓発を推進する必要がある。
- 医療用麻薬については、種類が増加していることや用途が多様化していること等を踏まえ、医療従事者に適正な使用法を周知するとともに、患者に対しても適切な指導が行われるよう、緩和ケアセンターの活用等を含めた体制の整備を図る必要がある。
- 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も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備をすすめる必要がある。

13

「がん対策加速化プラン」における「緩和ケア」に関する記載(抜粋)

<現状と課題>

- ・ 基本計画の全体目標である「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を達成するためには、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備を進める必要がある。 等

<実施すべき具体策>

入院患者のみならず、外来患者に対する緩和ケアも充実するため、以下の施策を実施する。

- ・ 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が多い等、診療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチームの医療従事者を受け入れて、実地研修を提供する。
- ・ 苦痛のスクリーニングの事例集等を作成し、医療現場に普及する。
- ・ 人材育成に関しては、関係学会や都道府県と協力して、引き続きがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講を進める。
- ・ 関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める。
- ・ 終末期の療養生活の質を向上させるため、関係団体等と協力し、遺族調査を通じて終末期の医療・介護サービスの実態を分析する。
- ・ がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、関係団体と協力し、緩和ケアに携わる者や施設間の調整を担う人材の研修や、訪問看護ステーション等の看護師を対象とした研修を実施する。
- ・ 近年、外来で治療を受けるがん患者が増えていることに鑑み、病院の外来から在宅医療への移行や、がん患者が安心して自宅等で療養できるよう緊急の症状緩和目的の入院を受け入れる緩和ケア病棟の評価を検討する。

14

がん対策推進協議会委員より提出された意見 （「がん対策加速化プランへの提言」より）

第1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
資料3一部改変（28.5.30）

＜緩和ケア＞

- 患者背景に応じた治療説明や服薬指導、外見の変化に対する支援、性に関する問題の相談、遺伝相談、家族・遺族支援など、相談支援センターにおける中長期的な支援機能の付加
- 患者体験調査の継続的な実施と公開
- 地域の診療所の医師が緩和ケア研修会を受講しやすい体制の構築
- がん患者へのより質の高いケア、対応のため今後必要となる専門職の国家資格化推進
- 拠点病院における苦痛のスクリーニングの実施状況の調査と公表
- 緊急事態が起こらないよう、事前のアセスメントを重視した在宅医療の推進

＜その他＞

- 主治医の意見書に「末期がん」と記載があった時点で「要介護2以上」を承認すること
- 介護保険（第2号被保険者について）の申請に当たり、「末期がん」に限定することなく、「迅速な対応が必要ながん患者」など、患者が受け入れやすい名称への変更
- がん終末期医療のあり方に関する検討
- 患者（高齢者、認知症、看取り期等）の意思決定支援、グリーフケア等の充実