

# 緩和ケア専門委員会の今後の課題

(各委員からの提出意見)

第1回がん対策推進協議会

緩和ケア専門委員会

専門委員会意見提出用紙

委員名： 前川 育

課題	対応案
<p>①がん診療連携拠点病院における、相談支援センター・緩和ケアチームなどの整備は、形だけは整いつつある。</p> <p>②がん医療に携わる医師のすべてが緩和医療に精通しているとは考えにくい（患者は、それを知らず、信頼しているケースもある）</p> <p>③拠点病院の指定要件として、「緩和ケア研修会」を実施している病院の存在がある。（研修会実施病院内で、がんに関わる医師の参加が少ない）</p> <p>④がん相談支援センターの位置づけを明確に（患者も相談員も、各拠点病院で試行錯誤）</p> <p>⑤緩和ケアチームが、名前ばかりで稼働していないケースもある</p> <p>⑥がん看護専門看護師が少ない（例：山口県内は2名）</p>	<p>①現状は、形から中身の充実への過渡期と考えられるので、実現可能な形を作る。</p> <p>②③ 緩和ケア研修会が継続する場合は、内容のレベルアップと拠点病院の医師の全員参加を要件に追加する。</p> <p>④公費負担で研修（時間と費用）</p> <p>⑤拠点病院内での各科の連携が必要</p> <p>⑥緩和ケアの感性をもった看護師を、公費負担で育成し、将来的には最低、拠点病院に2人は確保 そうならば、院内の看護師への教育が出来るとともに、医師への負担が軽減される。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 秋山 美紀

中間報告に記載されたがん対策推進協議会の指摘は概ね的を射ていると思います。以下、今後5年間で対応する必要があると考える課題と対応案を示します。

課題	対応案
<p>1) 緩和ケア研修会を受けた医師であっても、患者や家族の苦痛に十分対応できていない場合が多い。緩和ケア担当医でありながら痛みが十分に取れないという声が、患者や家族のみならず医療者側からも多く聞かれている。</p> <p>2) 研修対象者が、「すべてのがん診療に携わる医師」であるにも関わらず、研修未受講で、緩和ケアに関する理解のない医師が存在する。また開業医で研修を受講している者が少ない。</p> <p>3) 医師以外の職種（看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、社会福祉士、ケアマネ等）が、緩和ケアに関する知識を身につけて、患者に寄り添いながらチーム医療を推進する必要がある。</p>	<p>1) がん診療に携わる医師が、緩和ケアに関する基本的な知識を身につけた後も、さらに知識を深め手技を磨くために、基本コース終了後は、座学より実施に重点を置いた研修を行う。一方で、患者側から緩和医療の質に対するモニタリングを行う観点も重要ではないかと考える。例えば、5年後には施設毎に「除痛率」を公表するような方策も一案ではないか。</p> <p>2) 「がん医療に従事する医師」の定義を明確化し、実数を把握し、外科、放射線科、内科でがん診療に関わる全ての医師、在宅医療を担う開業医が必ず研修を受けるような方策を検討する。医師臨床研修に緩和ケアを必須化するのも一案と考える。</p> <p>3) がん診療に関わる看護師、薬剤師はもちろんだが、理学療法士や作業療法士、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士といった職種も、緩和ケアに関する基本的な知識を習得できるよう、地域ブロック単位での学びの場を広げていく。たとえば看護師であれば師長クラスなど一定の役割</p>

4) がん患者が希望する場所で療養できるよう、在宅療養（居宅、介護施設）における緩和ケアを推進する体制づくりが必要である。その際に要となるはずのがん診療連携拠点に、「地域」の緩和ケアを支えるという視点が足りない。一方で、地域の他の病院や地区医師会等が非協力的である場合もある。特に在宅療養を推進する上では、訪問看護ステーションや介護施設等の連携も必要であるが、そもそも顔を合わせる機会が少ないことも多い。

5) がん診療連携拠点病院には、地域のがん患者のための相談支援窓口の設置が義務づけられたが、スタッフ不足等もあり、自院以外のがん患者や家族の相談に十分対応できていないのが現状である。がん患者や家族が、がん治療や緩和ケアに関する信頼できる情報を得られる場がない。緩和ケアに対応できる地域の医療施設や介護施設の情報等も不足している。

を持つ者から研修を受ける等、順次拡大していくのも一案である。

4) がん診療連携拠点病院が、地域の医療施設、医師会、訪問看護ステーション等と協力しながら、地域の医療者向けの緩和ケア研修会等を定期的に開催する。がん診療連携拠点病院には、地域緩和ケアチームを設置する等、アウトリーチできるような機能をもたせる。そうした中で、病院が在宅を支える医療施設等と連携してレスパイトベッドを確保するなどの方策を立て、患者や家族が安心して在宅を選択できる体制を整備する。

5) がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー等の相談スタッフを拡充するとともに、相談機能強化のための研修をさらに力を入れて実施する。拠点病院は、患者や家族、地域住民向けに、がん治療全般に関する情報、緩和ケアに関する情報、緩和ケアに対応できる地域の医療施設や介護施設の情報等を充実させ、提供できる体制を整える。患者図書室を設置しそこに機能を持たせることも一案である。

専門委員会意見提出用紙

委員名： 大西秀樹

課題	対応案
<p>精神腫瘍学研修会修了者数は適切か？</p> <p>二次医療圏に複数の緩和ケアチームができるか？</p> <p>医療用麻薬の使用量が多いとは言えない。</p> <p>在宅での死亡割合の増加率が少ないのではないか。</p>	<p>若手精神腫瘍医の育成</p> <p>医師だけでなく、看護師、薬剤師に対して講習会をおこなうことでレベルアップができないか</p> <p>使用量だけで検討するのは難しいが、諸外国と比較しても我が国の使用量は多いとは言えないので、今後さらに緩和ケア教育の推進を進める必要がある。</p> <p>在宅を進めるための社会的整備。在宅医療に従事する医師、看護師をはじめとした医療スタッフが無理をしないで医療ができる環境の整備。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名：志真 泰夫

101

課題	対応案
<p>● 緩和ケアの現状をどう評価するか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般に医療の評価は、ストラクチャ、プロセス、アウトカムをそれぞれ測定する方法か、これらを含めたQuality indicator(QI)を測定する方法がある。</li> <li>・QIが英語圏で開発・測定されているが、QOLなどの患者アウトカムとの相関が示されていない。</li> <li>・日本でもQIの開発と実測が行われたが、測定には時間・費用がかかった(厚労科研費祖父江班)。しかも、QIは少なくとも遺族から見て、「それが医療の質とは思えない」ものであることが示唆されている(Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan.Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y.J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1019-26. Epub 2009 Mar 24.)。したがって、QIをもってして緩和ケアの評価はできない</li> <li>・緩和ケアは、苦痛の緩和を通して、患者のQOLを向上させるアプローチであり、プロセスとしては苦痛緩和を、アウトカムとしてはQOLを測定することが適当である。</li> <li>・したがって、緩和ケアの評価は苦痛緩和の過程(プロセス)、結果(アウトカム)を患者自身の評価によって測定することが妥当と</li> </ul>	<p>●全国レベルでの緩和ケアの評価とする方法の提案:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期～進行期の指標として患者調査を、終末期の指標として遺族調査を行う</li> <li>・緩和ケアのみではなく、がん治療全体、医療全体に対する評価の一環として行う</li> <li>・その理由は、1)患者にとっては緩和ケアだけが重要ではない、2)CESの複数の項目は緩和ケアだけに限定されていない、3)「早期」の患者に「緩和ケア」のアンケートが来ると(少なくとも現状では)患者を不安にさせる、4)がん患者にがんとわかるアンケートが来ること自体が患者を不安にさせる</li> <li>・全国からの代表性のあるサンプリングを行う</li> <li>・2年以内に調査を1回行い、ベースライン調査とし、5年後に2回目の調査をおこない、緩和ケア、がん医療の評価とする</li> </ul> <p>●具体的な対象・方法</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者調査</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象 病床別に層別化して全国から無作為抽出した病院の*月*日のすべての通院患者(がんに限定しない)</li> <li>または、住民台帳から取得した地域住民を対象とした調査</li> </ul>

考える。

・緩和ケアのプロセスの指標としてCES(Care Evaluation Scale) (資料)が開発されており、がん患者に実施可能であることも確認されている。

・CESは緩和ケアのプロセスの評価として開発されたが、「医師の説明は十分である」や「支払った費用は妥当である」などの項目もあるため、がん医療や一般医療の全般的評価としても使用できる可能性がある。

・アウトカムとしては、quality of life, 死亡場所、疼痛に関してはいずれも測定手段は開発されており、実施可能であることが確認されている。

・これまでに緩和ケア病棟全施設、任意の一般病院・がん診療連携拠点病院・在宅施設、地域の代表する施設で、遺族を対象とした調査が行われた。

(OPTIMでは、8000人対象に調査をすると4000人から回収されその200名ががん患者であった。したがって、4万人程度に調査が行えれば、5%程度のがん患者を含む全国のがん患者の代表性のある集団のサンプルを得ることができる)

・調査項目

CES, GOL尺度(SF>EORTC, GDI), BPI+PMI(ニード)

\*いずれも、がんにかぎらず使用可能である

\*CESの苦痛緩和ドメインが緩和の指標、これ以外はがん診療、一般診療の指標。アウトカムは一般的なGOLで緩和の指標だけではなく、年次的推移を取得すればがん医療のアウトカムともなる。これらの調査項目の構成概念妥当性については厚労科研費宮下班にて検討中である。その検討にあと1年間を要するので、調査を実施するのであればこの間に準備を進めれば平成24年度に実施可能となる。

2. 遺族調査

・対象

死亡個票から死亡患者の遺族を全国から無作為抽出  
(施設、在宅、療養型など複数の場所で亡くなるので拠点病院など一部の病院だけ調査してもそこから患者が移動していく可能性があるため)

・調査項目

CES, GOL尺度(GDI)

	<p>3. 死亡場所</p> <p>総務省統計の目的外使用から取得 あるいは、患者調査と同じように一般調査から遺族を抽出することも可能でその場合は死別期間の設定、患者との続柄により20～40%の抽出</p>
--	---



## ホスピス緩和ケア病棟のケアに対する評価尺度

ホスピス・緩和ケア病棟に入院中に受けられた医療について、詳しくお伺い致します。以下に多くのご家族が患者さんとご家族の生活をよりよいものにするために必要とされると思われる項目を列挙しています。今ふりかえてみて、それぞれについて、患者さんとご家族の生活をより良いものにするために、まだ改善すべきところがあったかどうかについてお尋ねします。改善すべきところが、「全くない」から「大いにある」までのうち、最も近いものを一つだけ選んで番号に○をつけて下さい。もし、必要としていなかった項目があれば「該当しない・必要としなかった」をお選びください。

	(不十分だった) ← → (良かった)						※ 該当しない・ 必要としなかった
	改善すべきところが						
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない	
<b>[医師の対応について]</b>							
1) 医師は患者様のからだ苦痛をやわらげるように努めていた	1	2	3	4	5	6	※
2) 医師は患者さんつらい症状にすみやかに対処していた	1	2	3	4	5	6	※
3) 医師は必要な知識や技術に熟練していた	1	2	3	4	5	6	※
<b>[看護師の対応について]</b>							
4) 看護師は、患者さん希望（ナースコールなど）にすみやかに対応した	1	2	3	4	5	6	※
5) 看護婦は必要な知識や技術に熟練していた	1	2	3	4	5	6	※
6) 看護師は患者様が毎日の生活がなるべく快適になるように努めていた（気晴らし、音楽、趣味など）	1	2	3	4	5	6	※
<b>[患者様への精神的な配慮について]</b>							
7) 患者様の不安や心配をやわらげるように、スタッフは努めていた	1	2	3	4	5	6	※
8) 患者様の気分が落ち込んだときに、スタッフは適切に対応していた	1	2	3	4	5	6	※
9) 患者様の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた	1	2	3	4	5	6	※
<b>[医師から患者様への説明について]</b>							
10) 医師は、患者様に、現在病状や治療内容について十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
11) 医師は、患者様に、将来見通しについて十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
12) 治療の選択に患者様の希望が取り入れられるように配慮していた	1	2	3	4	5	6	※
<b>[医師からご家族への説明について]</b>							
13) 医師は、ご家族に、現在の病状や治療内容について十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
14) 医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
15) 治療の選択にご家族の希望がとり入れられるよう配慮していた	1	2	3	4	5	6	※
<b>[設備について]</b>							
16) 病室は使い勝手がよく、快適だった	1	2	3	4	5	6	※
17) 防音が十分になされていた	1	2	3	4	5	6	※
18) トイレや洗面台の設備が整っていた	1	2	3	4	5	6	※

	(不十分だった) ← → (良かった)						必要としない。 必要としないかつた
	改善すべきところが						
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない	
[ご家族への配慮について]							
19) ご家族が健康を維持できるような配慮があった	1	2	3	4	5	6	※
20) ご家族が自分の時間をもったり、仕事を続けられるような配慮があった	1	2	3	4	5	6	※
[費用について]							
21) 費用の請求内容はわかりやすかった	1	2	3	4	5	6	※
22) 支払った費用は妥当だった	1	2	3	4	5	6	※
[入院（利用）について]							
23) 必要なときに待たずに入院（利用）できた	1	2	3	4	5	6	※
24) 入院（利用）の手続きは簡単だった	1	2	3	4	5	6	※
25) 患者さんとご家族の意思にそった入院（利用）ができた	1	2	3	4	5	6	※
[連携や継続性について]							
26) 医師や看護師などスタッフどうしの連携はよかった	1	2	3	4	5	6	※
27) 診療にあたる医師や看護師は固定していた	1	2	3	4	5	6	※
28) 治療の方針や予定は、今までの病気の経過に十分配慮して立てられていた	1	2	3	4	5	6	※

専門委員会意見提出用紙

委員名： 志真 泰夫

課題	対応案
<p>●がん医療に携わる医療者への緩和ケアの基本教育をどうするか</p>	<p>●医師に対する基本教育のこの5年間の成果は？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成19年度は試行期間として平成20年度、21年度、22年度の3年間に本格的に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を行った。</li> <li>・がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）の緩和ケア研修会1回につき平均およそ20人程度の医師が受講した。したがって、20人×375拠点病院+αで年間およそ10,000人の研修修了者があり、平成22年度末で緩和ケア研修修了者はおよそ30,000人程度と見込まれる</li> <li>・都道府県における緩和ケア研修会の効果として千葉県、長野県、岩手県、久留米市、弘前市などで質的な変化について研究報告がある</li> <li>・指導者研修に関する質的量的な研究報告から緩和ケアおよび精神腫瘍の指導者研修会修了者1600人の効果は大きく、緩和ケア全体の底上げにつながっている</li> </ul> <p>●臨床研修医の受講の必修化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな「がん対策推進基本計画」で臨床研修医への緩和ケアの普及を重点として取り上げるように提言する</li> <li>・臨床研修医の緩和ケア研修の受講の必修化ありなら、医</li> </ul>

- ・ 師の修了者は年間 1,2000-15,000 人と推測される
- ・ 臨床研修医の緩和ケア研修受講の必修化なしなら、今後緩和ケア研修会には年間 5000-8000 人程度の受講にとどまる。
- ・ 臨床研修医（年間 7000~8000 名）が、毎年緩和ケア研修会を受講する場合、5 年間で合計 30,000-40,000 人の臨床研修医が受講することとなる
- ・ 臨床研修医以外の医師の受講者が、現在の年間 10,000 人が 5,000 人に減少としたとしても、5 年間で合計 60,000-65,000 人の医師が受講することになる
- ・ 30-40 年後にすべての臨床医が緩和ケア研修会を受講し基本教育を修了しているインパクトは非常に大きい
- e-learning の導入
  - ・ PEACE の一部を e-learning で受講できるように準備する
  - ・ 臨床研修医が緩和ケア研修を受けやすくするためには、e-learning の導入が必要である
  - ・ PEACE の教育プログラムに e-learning 組み込んだ構造が望ましい
- 地域医療への普及は？
  - ・ 緩和ケア研修会テキストの追加モジュールを加えた改訂版を作る際には日本医師会と日本緩和医療学会が協働する
  - ・ その上で、都道府県医師会、市区町村医師会に呼び掛け

て、地域の在宅療養診療所の要件として医師の緩和ケア研修の受講を必須とする

●小児科医への基本教育はどうか？

- ・小児科医、小児外科医を対象とした緩和ケアの基本教育プログラムとしてGLICを提供する

●がん医療に携わる看護師、薬剤師への基本教育の実施

- ・看護師に対する基本教育に関しては、日本緩和医療学会が作成しているELNEC-Jを提供する
- ・緩和医療学会が主催しているELNEC-Jの指導者研修会をがん看護学会、看護協会などと協力して行う
- ・ELNEC-J指導研修会修了者には実施主体である日本緩和医療学会、日本がん看護学会（可能であれば看護協会）から指導者研修修了書を発行する
- ・各地域の拠点病院には地域の病院・訪問看護ステーションの看護師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする
- ・薬剤師に対する基本教育に関しては緩和医療薬学会で23年度中には教育プログラムが完成する予定
- ・緩和医療薬学会が主催するが、緩和医療学会が協力して行うことにする
- ・対象は地域の病院・調剤薬局の薬剤師とし拠点病院が地域の薬剤師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• 基本教育を受講する看護師、薬剤師の数値目標を定める</li></ul> |
|--|---|

# 遺族によるホスピス・緩和ケアの 質の評価に関する研究

## *J-HOPE*

The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study

編集

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会

志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

恒藤 暁 (大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学)

森田 達也 (聖隷三方原病院 緩和支持治療科)

宮下 光令 (東北大学大学院 医学系研究科 緩和ケア看護学分野)



発行 **JHPF** (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
*Japan Hospice Palliative Care Foundation*

## 家族の視点から見た望ましい 緩和ケアシステム

三條 真紀子\*

### サマリー

今後の望ましい緩和ケアシステムの在り方について示唆を得ることを目的とし、実際に緩和ケアを受け、発病から死亡までの一連の経過を経験したがん患者の遺族を対象に、先行研究で提案されている緩和ケアシステムの改善案に対する評価を尋ねる調査を実施した。

対象者の5割以上が「自己負担が増えても希望する」と回答した内容は、ホスピス・緩和ケア病棟においては「抗がん剤治療や在宅療養中に待たずに短期入院できる」「医師や看護師の増員」「高カロリー輸液の実施」であり、がん医療にお

いては「医師とのコミュニケーションを中心とした早期からの緩和ケア介入」「在宅支援」であった。国全体としては、「地域医療システムの整備」「緩和医療の専門家へのアクセシビリティの向上」に分けられた。

本研究は、サービス利用者としての遺族の視点で、今後の改善案の優先度を評価した初めての調査であり、今後の改善の優先度に関する示唆が得られた。今後は対象を拡大し、さらなる改善への示唆を得ることが望まれる。

### 目 的

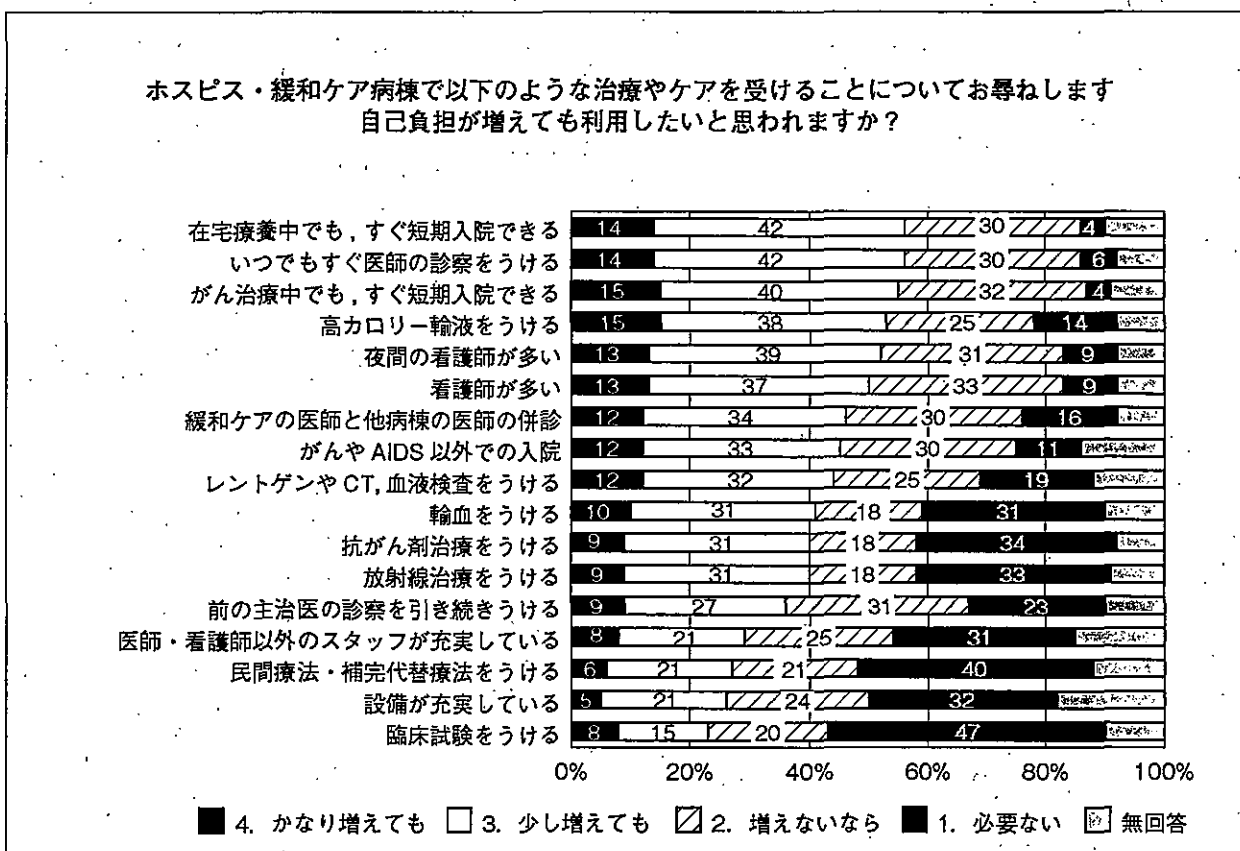
海外では、ホスピス・緩和ケアを提供するうえでの障害として「予後6カ月未満というホスピス利用基準が厳しい」「抗がん治療を拒否しないとホスピスに入れない」「継続的なケアをうけることが難しい」などが挙げられている<sup>1~3)</sup>。

国内では、緩和ケア従事者を対象とした郵送質問紙調査から、ホスピス・緩和ケアを提供する上の95個の障害、そして緩和ケア普及のために取り組むべき136の課題が明らかとなった<sup>4)</sup>。

しかし、現在のわが国の入院療養に関わる医療給付は、特定機能病院や一部の民間病院において診断群分類による包括評価(DPC)制度が導入され、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、PCU)においても包括評価制度でまかなわれているため、すべての課題に同時に取り組むことは難しい。したがって、提案されたホスピス・緩和ケアに関する改善案の優先度を示し、取り組むべき課題を明らかにする必要がある。がん患者の遺族は、がんの診断から死亡までの一連の経過を経験しており、わが国の緩和ケアシステムの改善に関する示

\*がん集学的治療研究財団，東京大学大学院 医学系研究科





図Ⅲ-1 ホスピス・緩和ケア病棟での治療やケアに対する有用性の評価

唆を得ることができると考えられる。

また、緩和医療を含むがん医療水準の均てん化促進<sup>5)</sup>のために、入院医療にとどまらない地域医療およびホスピス・緩和ケア提供体制全般に関して、患者家族の視点による評価を行った研究はわが国にはない。

以上のことから、本研究では、実際に緩和ケアを受け、発病から死亡までの一連の過程を経験した家族の視点から、①先行研究から得られているPCUや緩和ケア・がん治療システムの具体的な改善案<sup>3,4,6-17)</sup>に対して、費用負担とのバランスを考慮しながら優先して取り組むべきものを明らかにすること、②医療システムに対する選好を明らかにすることの2点を通じて、今後の望ましい緩和ケアシステムのあり方について示唆を得ることを目的とした。

## 結果

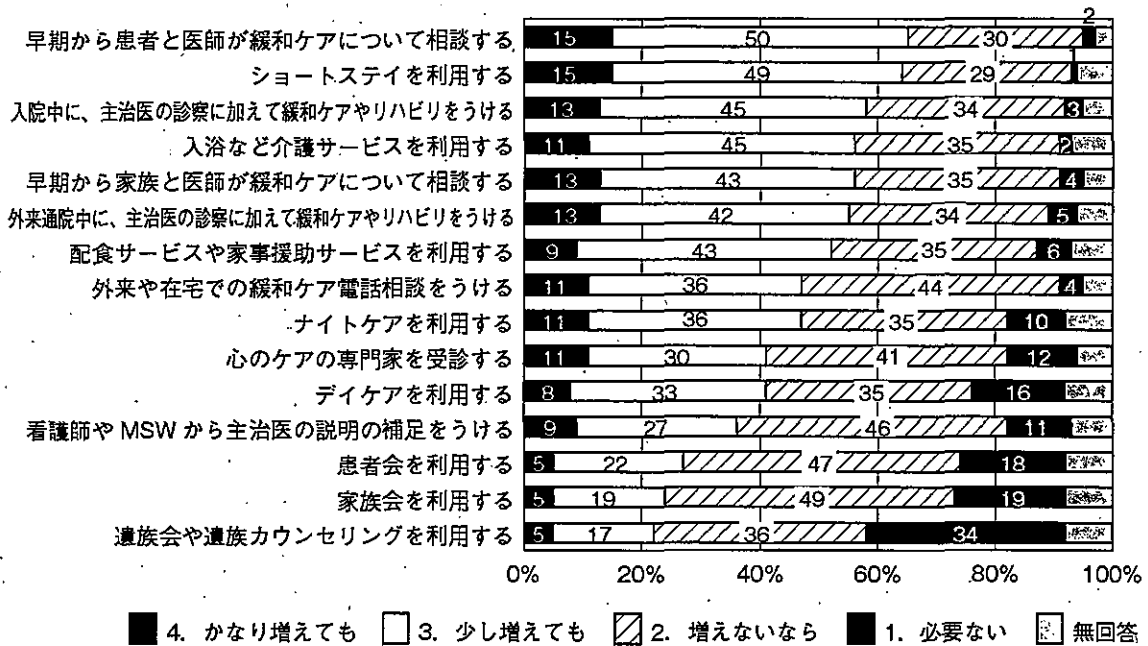
質問紙を送付した648名のうち、447名から回答を得た(有効回答率69%)。

先行研究から得られているPCUや緩和ケアシステムの具体的な改善案に関する各項目の有用性の評価を図Ⅲ-1~3に、医療システムに対する選好を図Ⅲ-4~7に示した。

### 1) 医療システムの改善案の評価

医療システムの改善案の選択肢は、「対象者がサービスに金額をはらう意志があるか」<sup>18)</sup>を基準として、「1. 必要ない、2. 自己負担が増えないなら利用したい、3. 自己負担が少し増えても利用したい、4. 自己負担がかなり増えても利用したい」もしくは「1. 整備する必要はない、2. 国の医療費が増えないなら整備したほうがよい、3. 国の医療費が少し増えても整備したほうがよい

がんになった場合に、以下のような医療システムを利用することについてお尋ねします  
自己負担が増えても利用したいと思われますか？



図Ⅲ-2 がんになった場合の緩和ケアシステムに対する有用性の評価

い、4. 国の医療費がかなり増えても整備したほうがよい」の4件法で尋ね、「3. 少し増えても」と「4. かなり増えても」の2選択肢を合わせた回答を「負担が増えても利用したい」と評価したものとし、その%が過半数を超えた項目を、優先度の高い改善案と定義した。

a. PCUで利用したいシステム (図Ⅲ-1)

「自己負担が増えても利用したい」と50%以上の対象者が回答した項目は「がんの治療中でも、すぐに短期入院できる」「高カロリー輸液をうける」「看護師が多い」などの6項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは4~14%であった。

抗がん剤や放射線、輸血などの治療的側面については40%の対象者が利用したいと回答したが、「必要ない」と回答したのも30%いた。

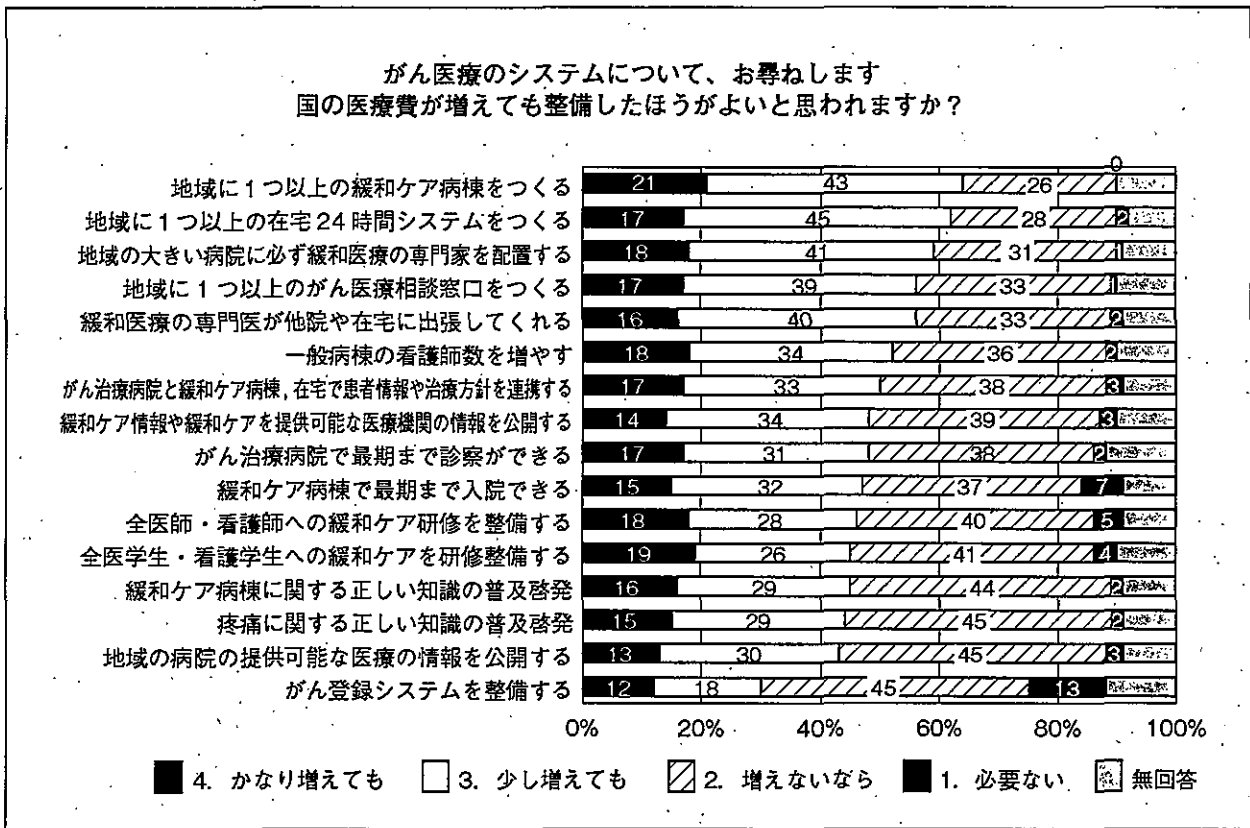
b. がん医療全体で利用したい緩和ケアシステム

(図Ⅲ-2)

「自己負担が増えても利用したい」と50%以上が回答した項目は「治療中の早い時期から、患者と医師が緩和ケアについて相談する」「ショートステイを利用する」「入院中に、主治医の診察に加えて緩和ケアやリハビリをうける」などの7項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは1~6%であった。

c. 国全体に整備してほしいシステム (図Ⅲ-3)

「国の医療費が増え、近い将来増税など自分の負担が増える可能性があっても利用したい」と50%以上の対象者が回答した項目は「地域に1つ以上のPCUをつくる」「地域に1つ以上の在宅24時間システムをつくる」などの7項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは5%以下であった。



図Ⅲ-3 がん医療システムの整備に関する有用性の評価

## 2) 医療システムに対する選考

### a. 医療機関の利用方法 (図Ⅲ-4, Ⅲ-5)

80%以上の対象者が、手術、抗がん剤、緩和ケアなど、専門的な病院を次々に異動していくのではなく、かかりつけ医をもち、適宜専門家を紹介していくシステムを選択した(図Ⅲ-4)。

かかりつけ医を定める場合には、地域の大きな病院の医師を選択したものは50%に留まり、地域の開業医を選択したものが40%存在した(図Ⅲ-2)。

### b. 希望する療養場所 (図Ⅲ-6, Ⅲ-7)

がんで治る見込みがなく、身体症状は緩和しているが身の回りのことができず、治療病院を退院しなければいけない場合の療養場所の希望を尋ねた。

余命を1~2カ月と設定したシナリオ(図Ⅲ-6)では、PCUを希望するものが70%と最も多く、次いで在宅19%であった。PCU以外の病院や介

護施設を希望するものは2%以下であった。

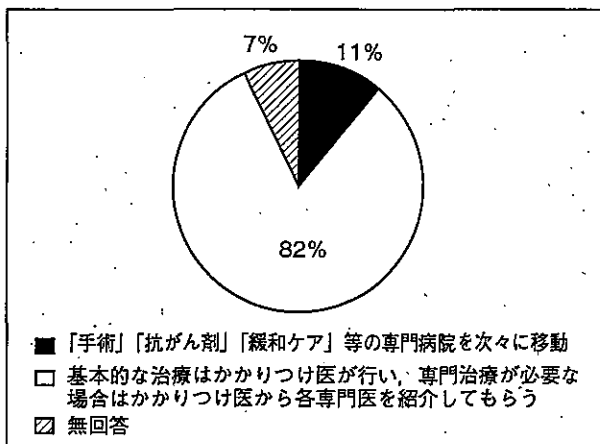
余命が長期療養の可能性のあるシナリオ(図Ⅲ-7)では、在宅32%、PCU 47%と在宅を希望するものが余命1~2カ月の場合と比べて多くなり、PCU以外の病院が6%、介護施設が8%と上昇していた。

## 考 察

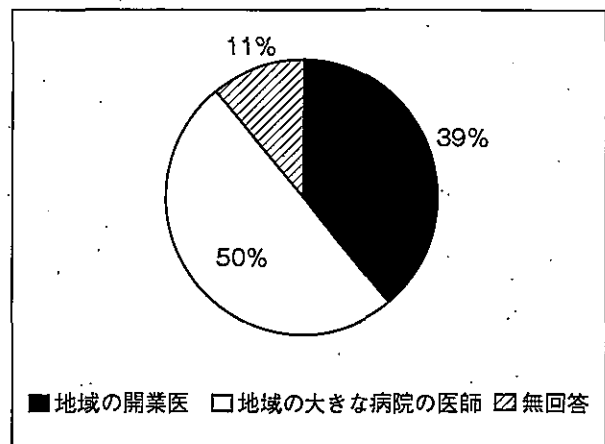
### 1) 医療システムの改善案の評価

#### a. PCUで利用したい緩和ケアシステム

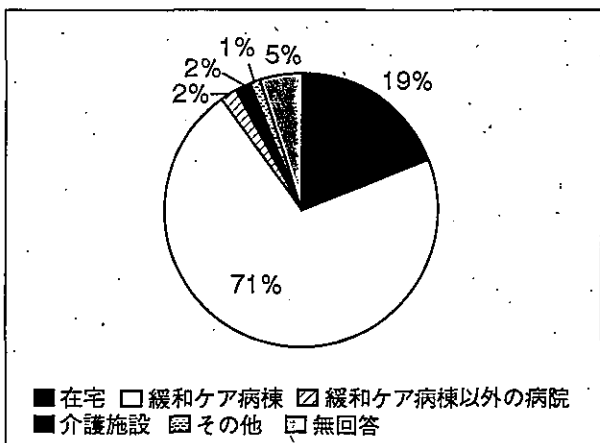
対象者の評価が高かった項目は、大きく「抗がん治療中や在宅療養中に、待たずに短期入院できる」「医師・看護師の増員」「高カロリー輸液の実施」の3つに分けられた。国内で実施された質的研究においても、時期にかなった入院と医療スタッフの増員は、改善点として強く望まれていることが明らかにされており<sup>13)</sup>、「今回の調査でも必要ない」と回答した対象者の数は少なかった。高カロ



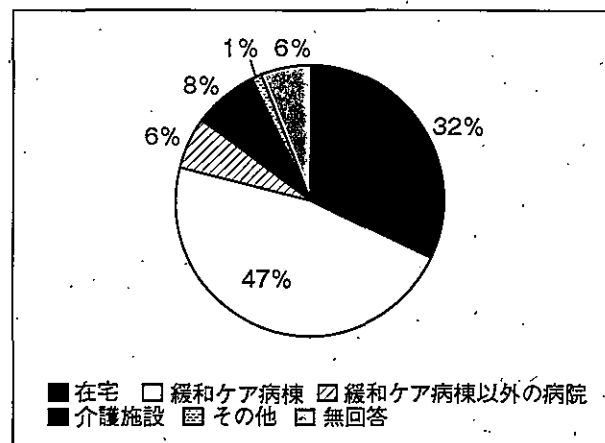
図Ⅲ-4 希望する病院の利用方法



図Ⅲ-5 希望するかかりつけ医



図Ⅲ-6 治療病院を退院する必要がある場合に希望する療養場所 (余命1~2カ月の場合)



図Ⅲ-7 治療病院を退院する必要がある場合に希望する療養場

リー輸液の実施に関しては、わが国のPCUを対象とした調査(2004年)で高カロリー輸液を「しばしば~時折」実施すると回答した施設割合は35%<sup>19)</sup>であることを考えると、対象者の利用希望がかなえられていない可能性が示唆された。

抗がん剤治療や放射線治療に関しては、「負担が増えても利用したい」が40%、「必要ない」が30%と評価が分かれ、前述のPCU対象調査で、抗がん剤治療と放射線治療を「しばしば~時折」実施すると回答した施設割合はそれぞれ30%、50%である<sup>19)</sup>ことを考えると、改善の優先度は必ずしも高くない可能性がある。すべての利用者が希望するシステムを整えることは難しいが、優先的に取り組む課題としては、入退院しやすいシ

ステム、医療スタッフの増員、高カロリー輸液実施に関する検討が望まれていることが示唆された。

#### b. がん医療全体で利用したい緩和ケアシステム

対象者の評価が高かった項目は、大きく「早期からの緩和ケア介入」と「在宅支援(ショートステイ、介護・家事援助)」に関する意見の2つに分けられた。医師の説明を、看護師や医療ソーシャルワーカー(MSW)に補うことに関しては、自己負担が増えても利用したいと回答したものは40%以下と少なく、まずは医師とのコミュニケーションを中心とした早期からの緩和ケア介入および在宅支援システムの充実が求められていると考えられる。

### c. 国全体に整備してほしいシステム (図Ⅲ-3)

対象者の評価が高かった項目は、大きく「地域で利用できる医療システムの整備 (在宅24時間システム・がん相談窓口・患者情報連携システムの整備)」「緩和医療の専門家へのアクセシビリティ向上 (地域に1つのPCU, 専門家の地域出張, 大病院への緩和専門医配置)」の2つに分けられた。

がん対策基本法および「がん対策推進基本計画」により、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、2次医療圏に1カ所以上の地域がん診療連携拠点病院の整備が進められている<sup>20,21)</sup>が、よりいっそうの充実が期待される。

## 2) 医療システムに対する選考

### a. 医療機関の利用方法

かかりつけ医として、地域の大きな病院の医師と地域の開業医のどちらを希望するかに関する意見は分かれたものの、本調査の対象者の多くがかかりつけ医を定め、かかりつけ医が必要に応じて専門家を紹介していく、NHS (National Health Service) 式の受診システム<sup>22)</sup>を希望した。本調査の結果は、現行のがん患者家族が利用しているシステムと異なるシステムの整備を望んでいる可能性があり、今後、一般集団や現在の医療受給者である対象への同様の調査が必要である。

### b. 希望する療養場所

がんで余命が限られている場合の療養場所の希望に関しては、すでに国内で先行の調査がある。余命1~2カ月の場合には、緩和ケアを利用した遺族の20%が在宅、6%が治療病院、70%がPCUでの療養を希望していた<sup>23)</sup>。

今回、現状に即して、治療病院の退院というシナリオを追加したところ、余命1~2カ月の療養場所の希望は先行調査とほとんど変化がなかったが、長期療養の可能性がある場合には在宅希望が30%とやや増加、PCU希望が50%と減少し、他の施設を希望する割合が増加していた。ニーズ調

査の結果と合わせると、今回の対象者に関しては、PCUでの長期療養に関するニーズの優先度はそれほど高くはないと考えられる。

## 3) 本研究の結果と限界

本研究の限界として、対象がPCUを利用した遺族のみを対象としたこと、患者家族を対象とした先行研究が少なく、調査項目の多くが本研究のために作成されたため、先行研究との比較が困難であることが挙げられる。

しかし、これまで医療者の視点から考案されてきた緩和ケアシステムの改善案に対して、発病から死亡までの一連の過程を経験した家族の視点から、評価を得られたことは重要である。今後は、一般病棟など異なる環境で死亡した患者の家族や、一般集団を対象とした調査を行い、さらなる改善への示唆を得ることが望まれる。

## 文 献

- 1) Friedman BT, Harwood MK, Shields M. Barriers and enablers to hospice referrals: an expert overview. *J Palliat Med* 2002; 5: 73-84.
- 2) Weggel JM. Barriers to the physician decision to offer hospice as an option for terminal care. *WMJ* 1999; 98: 49-53.
- 3) Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med* 2004; 18: 202-216.
- 4) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-399.
- 5) 厚生労働省: 今後のがん対策の推進について「がん対策推進アクションプラン2005」 Available from: URL [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/pdf/01.pdf, 2005].
- 6) Brazil K, Bedard M, Krueger P, et al. Service preferences among family caregivers of the terminally ill. *J Palliat Med* 2005; 8: 69-78.
- 7) Bromberg MH, Higginson I. Bereavement follow-up: what do palliative support teams actually do? *J Palliat Care* 1996; 12: 12-17.

- 
- 8) Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1992 ; 19 : 771-777.
  - 9) Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care : challenges for health professionals. *J Palliat Med* 2004 ; 7 : 19-25.
  - 10) Lohfeld LH, Tschopp AS, Trevor AW, et al. Assessing the need for and potential role of a day hospice: a qualitative study. *J Palliat Care* 2000 ; 16 : 5-12.
  - 11) Milberg A, Strang P. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med* 2000 ; 14 : 533-534.
  - 12) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team : a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004 ; 164 : 83-91.
  - 13) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 ; 19 : 319-327.
  - 14) Valdimarsdottir U, Helgason AR, Furst CJ, et al. Need for and access to bereavement support after loss of a husband to urologic cancer : a nationwide follow-up of Swedish widows. *Scand J Urol Nephrol* 2005 ; 39 : 271-276.
  - 15) von Gunten CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA* 2002 ; 287 : 875-881.
  - 16) 「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」 研究班 : がん医療における望ましい終末期医療のあり方に関するアンケート 調査結果報告書. 2005.
  - 17) 「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」 研究班 : 質の高い緩和ケアを日本全国に普及させるために取り組むべき課題のリスト. 2005
  - 18) Alter DA, Iron K, Austin PC, et al. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. *JAMA* 2004 ; 291 : 1100-1107.
  - 19) Matsuda Y, Takamiya Y, Morita T. What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 : 380-382.
  - 20) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院の整備について. 2006
  - 21) 厚生労働省. がん対策基本法案に対する附帯決議. 2006.
  - 22) Chapman JL, Zechel A, Carter YH, et al. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract* 2004 ; 54 : 374-381.
  - 23) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007 ; 18 : 1539-1547.

## 在宅療養への移行に関する意思決定と 在宅で死亡した遺族の希望する死亡場所

宮下 光令\* 平井 啓\*\* 崔 智恩\*\*\*

### サマリー

本調査では、①遺族が意思決定に対してどの程度納得できているかということの実態を把握すること、②在宅療養意思決定のプロセス、意思決定における信念や態度を明らかにすること、③在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望を明らかにすること、の3点を目的とした。在宅ケア施設によるケアを受けて在宅で患者を看取った遺族は、92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。

在宅療養に関する意思決定では、多くが患者の意向に沿って十分に相談したのちに主体的に在宅療養を選択していた。在宅移行時には在宅療養に肯定的なイメージを持っていた人が多かったが、ある程度の割合で何らかの心配を抱えての移行であった家族もいた。在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、予測される余命が1~2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望しており、最期を迎える場所では自宅が68%であった。

### 目 的

終末期を迎えたがん患者とその家族は、多くの場合、在宅療養への移行を検討する機会をもつ。療養場所の選択は患者および家族の希望だけでなく、人的・経済的・物理的負担の増加などさまざまな要因が関連するため、患者と家族にとっては困難を伴うことがある。これまでに療養場所の決定に影響を及ぼす要因として、看取りの経験や、在宅療養への意向についてのコミュニケーション

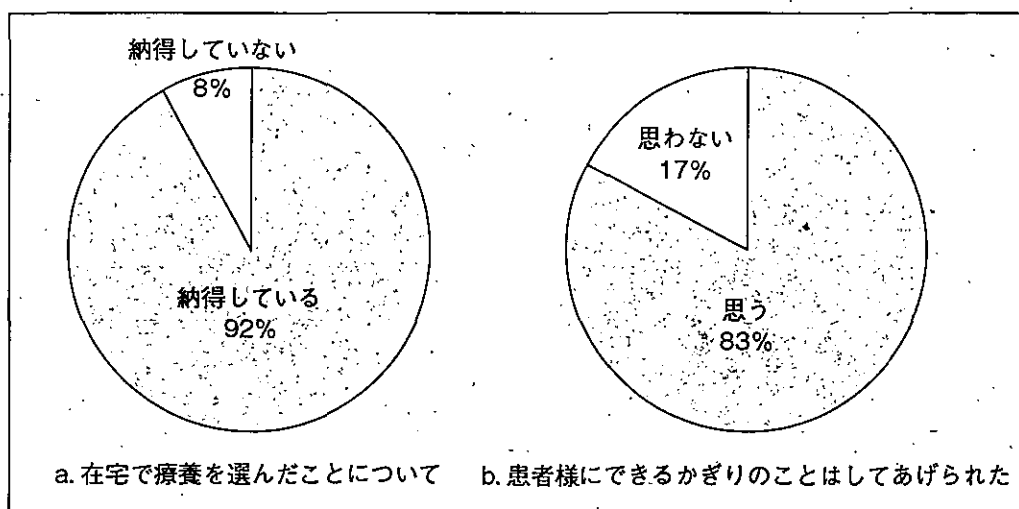
の有無<sup>1)</sup>、患者のQOLや家族のケア能力、医療者との関係<sup>2)</sup>、保険加入の有無<sup>3)</sup>などが指摘されてきた。

患者の多くが在宅療養を希望すること、また在宅療養によって終末期における患者のQOLが高まることについては知見の一致が得られている<sup>3,4)</sup>。しかし、在宅療養に対する家族の評価については満足感が高まるとする報告がある。その一方で<sup>4,5)</sup>、負担感や孤立感が増大する<sup>3)</sup>とする指摘もあり、一貫した見解が得られていない。こうした家族の

\*東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野

\*\*大阪大学コミュニケーションデザインセンター

\*\*\* National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, Korea



図Ⅲ-22 在宅療養の意思決定に対する納得

評価の相違に対して、選択に至る意思決定の過程が大きな影響を及ぼすことが予想されるが、意思決定と選択に対する家族の評価との関連を検討した研究はほとんどなされていなかった。在宅療養に対する家族の評価は死別後の家族の感情だけでなく、将来の在宅療養の受療に対する意向にも影響することが予想されるため、家族にとって納得できる意思決定を支援する意思決定の在り方について検討することは有用であると考えられる。

そこで本調査では、①意思決定に対して遺族がどの程度納得できているかということの実態を把握すること、②在宅療養意思決定のプロセス、意思決定における信念や態度を明らかにすること、③在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望を明らかにすること、の3点を目的とした。

## 結果

在宅療養の意思決定に対する納得について図Ⅲ-22に示す。92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。

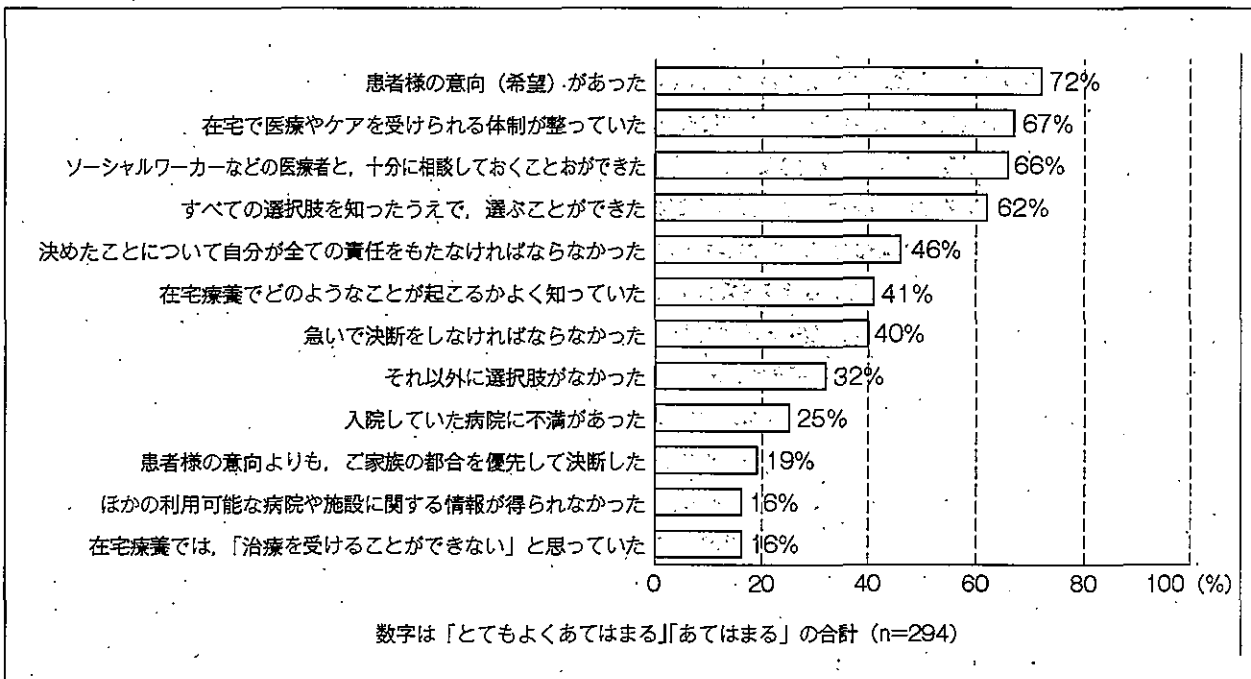
在宅療養に対する意思決定のプロセスについて図Ⅲ-23に示す。在宅療養に対しては72%が患者様の意向（希望）があったと回答しており、

在宅で医療やケアを受けられる体制が整っていた（67%）、ソーシャルワーカーなどの医療者と、十分に相談しておくことができた（66%）、すべての選択肢を知ったうえで、選ぶことができた（62%）という回答が比較的多かった。それに反して、それ以外の選択肢がなかった（32%）、入院していた病院に不満があった（25%）、患者様の意向よりも、家族の都合を優先して決断した（19%）などの回答は少なかった。

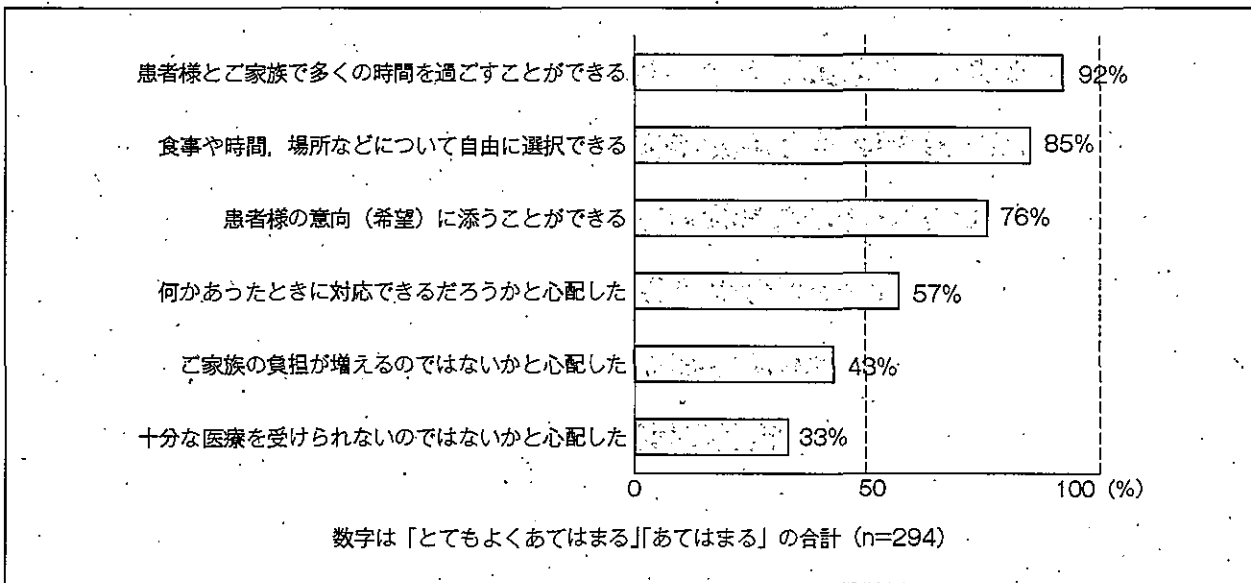
在宅療養の意思決定に対する信念や態度について図Ⅲ-24に示す。在宅療養に関しては、患者様とご家族で多くの時間を過ごすことができる（92%）、食事や時間、場所について自由に選択できる（85%）、患者様の意向（希望）に沿うことができる（76%）などの肯定的な考えを持って在宅に移行する場合が多かった。在宅療養に対する心配では、何かあったときに対応できるだろうかと心配した（57%）、ご家族の負担が増えるのではないかと心配した（43%）、十分な医療を受けれられないのではないかと心配した（33%）と少なからずなんらかの心配を抱えていた。

在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望について図Ⅲ-25に示す。予測される余命が1～2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望していたが、37%はホスピス・緩和ケア病棟





図Ⅲ-23 在宅療養に対する意思決定のプロセス

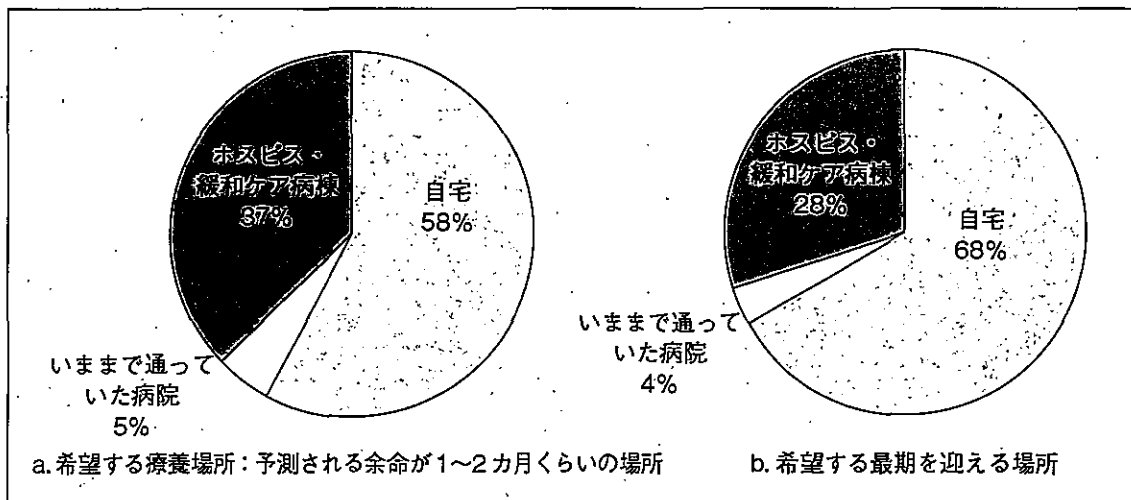


図Ⅲ-24 在宅療養の意思決定に対する信念や態度

を希望していた。最期を迎える場所では自宅が68%であったが、ホスピス・緩和ケア病棟を希望する方も28%いた。

### 考 察

ほとんどのご遺族は患者が在宅療養を選択したことに納得しており、8割以上が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。これは、



図Ⅲ-25 在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望

在宅で看取った遺族の満足度が非常に高いことから裏づけられると考えられる。

在宅療養に関する意思決定の特徴は、多くが患者の意向や希望に沿ったものであり、医療者と十分な相談をした後に、選択肢の中から主体的に決定したということであった。現状では、入院期間の短縮化や入院の制限などにより、やむをえず在宅療養を強いられている家族があるかと思われたが、それ以外に選択肢がなかった、入院していた病院に不満があったなどの回答は少なかった。これらは、今回の調査対象が在宅ホスピスといってもよいような緩和ケアに積極的な在宅ケア施設であったことも関連しているかもしれない。そのような在宅ケア施設では、事前に患者・家族と十分な話し合いがなされたのちに意思決定しており、その結果、高い満足度が得られているように思われる。

在宅療養の意思決定に対する信念や態度については、在宅療養に関して肯定的なイメージを持っていた家族がほとんどだった。しかし、ある程度の割合では不安も抱えていた。今回の対象は在宅療養できて、しかも在宅で看取りをできた方であるが、それでも不安を抱えていた方は少なかったという現状から、本来は在宅療養を希望しても、不安が大きく施設での療養を選択する方も少なくないのではないかと思われる。今後は、患

者やご家族が不安なく在宅療養に移行できるような説明や医療システムの整備が必要と考えられる。

在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、一般市民を対象とした先行研究とほぼ同じ結果で、若干、在宅という回答が多い結果だった<sup>6)</sup>。これは、緩和ケア病棟で家族を看取った患者の遺族は半数～3/4程度が自らも緩和ケア病棟での看取りを希望することとは対照的な結果であった<sup>6)</sup>。

今回の対象は、在宅で患者を看取ったことに納得しており、在宅ケアにも非常に満足度が高いものの、自らの問題となるとご家族への負担を考えて、必ずしも在宅を希望してはいないということが明らかになった。家族構成なども影響しているかもしれない。在宅における介護負担の問題の解決は容易ではないが、できるだけ家族の介護負担を軽減し、患者さんも家族に負担をかけているという気持ちにならなくてすむような体制をつくることが望まれる。

### まとめ

在宅ケア施設によるケアを受けて在宅で患者を看取った遺族は、92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのごことをしてあげられたと回答した。在宅療養に関する

意思決定では、多くが患者の意向に沿って十分に相談したのちに主体的に在宅療養を選択していた。在宅移行時には在宅療養に肯定的なイメージを持っていた人が多かったが、ある程度の割合でなんらかの心配を抱えての移行であった家族もいた。在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、予測される余命が1～2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望しており、最期を迎える場所では自宅が68%で、一般市民を対象とした調査結果と大きな違いはなかった。

#### 文 献

- 1) McCall K, Rice AM. What influences decisions around the place of care for terminally ill cancer patients? *Int J Palliat Nurs* 2005 ; 11 : 541-547.
- 2) Tang ST. When death is imminent : where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 2003. ; 26 : 245-251.
- 3) Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs* 2006 ; 53 : 524-533.
- 4) Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, et al. Prospective study on the quality of care and quality of life in advanced cancer patients treated at home or in hospital : intermediate analysis of the Trapado study. *Bull Cancer* 2006 ; 93 : 213-221.
- 5) Hudson P. Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs* 2004 ; 10 : 58-65.
- 6) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : A population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007 ; 18 : 1539-1547.

専門委員会意見提出用紙

委員名：東口高志

課題	対応案
<p>基本的には委託アンケート総括報告書の問題点と対策に掲げられているものをいかに実践するか、あるいは実現できるようにするのが議題と思われる。その中で特に臨床の現場で実際に生じていること、その対策について記します。</p> <p>1. 緩和ケア研修会について：①がん拠点病院ですら十分な普及がなされていない。②研修を受けた医師が増えてもその効果が明確でない。③実際に実施する方は思いのほか苦労している。</p> <p>2. 緩和ケアチームについて：活動数は増加しても診療報酬申請が可能な施設が少ない。</p> <p>3. 在宅緩和ケアについて：終末から臨死にいたる経緯で在宅ケアから急性期医療施設への搬入・受け取り体制の整備不十分にて在宅医の育成につながらない</p>	<p>1. 緩和ケア研修会：①がん拠点病院でがん診療医を登録制とし、緩和ケア研修会受講を必須とする。②研修医教育施設では緩和ケア研修会受講を必須とする。③緩和ケア研修会受講をがん関連学会認定医・専門医に義務付ける。④医学教育の中に組み込む。</p> <p>2. 緩和ケアチーム：現在の診療報酬を二段階制として、①常勤精神科医の場合（現行 400 点）、②非常勤精神科医の場合（300 点）とする。</p> <p>3. 在宅緩和ケア：現在の診療報酬では不十分にて加算新設が必要。在宅緩和ケア対象症例を医療施設が終末期に受け入れた場合には、1000 点/日を最高 7 日間まで加算する； “在宅緩和ケア終末期受入連携加算”の新設。 *：但し。診療報酬改正が困難な場合にはがん拠点病院の設置基準に組み入れるなどの処置が必要。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 丸口ミサエ

課題	対応案
<p>緩和ケアに関する専門的知識をもった人材の確保</p> <p>2010.12.1 現在、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師を合わせて、10名以下の県が全国で11カ所ある。数十名もいるのは、北海道、千葉、埼玉、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫、広島、福岡だけである。このように、認定看護師の恩恵を受けられるのは、大都市のみであり、それ以外のところでは、人材を確保することが困難である。</p> <p>また、がん看護の指導者研修等3ヶ月もの長期に渡って研修に出せる施設も限られている。</p> <p>このような状況であり、急速に人材を確保することは、困難である。ただでさえ、看護師の確保困難の時代である。</p> <p>専門看護師、認定看護師のフォローアップ、教育</p>	<p>1. 現在の人材を有効に活用することを検討する必要がある。</p> <p>都道府県の拠点病院を中心にして、行政期間のソーシャルワーカー等の福祉職、事務職などとのチーム作りを行い、対応することが望まれると思う。</p> <p>2. 都道府県の拠点病院と地域連携拠点病院、地域医療に携わっている人達とのネットワークによるケアの提供。</p> <p>まだまだ、がん対策基本法のお陰を受けているのは、都市だけであり、町、村になるとほとんど何も恩恵はない。その地域まで影響を及ぼすことができるのは、大病院である、拠点病院からの定期的な派遣等によるケアの提供だと考える。緩和ケアチーム全員を派遣できなくても看護師の派遣により、コンサルテーションを受けることも可能ではないか。</p> <p>国立がん研究センターが中心となり、都道府県拠点病院とネットワークを組み、教育していく体制を作る必要がある。</p>

課題	対応
<p>緩和ケア病棟でのケアと緩和医療（緩和ケアチーム）との違いを明確にする</p> <p>緩和ケア病棟は、あくまでも、がんの終末期の患者さんのケアの場であると考え。緩和ケアチームは、一般病院における苦痛緩和のためのチームであり、緩和医療の提供を行うチームだと考える。そのために、緩和ケア病棟に、症状緩和の人も受け入れるとか・・・混乱を来すことになっているのではないか。</p> <p>国民全体の死生観の持ち方</p>	<p>治療によりおこる苦痛、早期のがんによる苦痛であれば、一般病棟での医療の提供で良いと考える。緩和ケア病棟に行く緩和ケアは、病状の進行に伴っておこる苦痛に対する全人的なケアを提供する場所と明確にした方が良く考える。</p> <p>適切ながんの治療を行うことができるよう医師の教育をするとともに、国民全体(医療者も含む)に死生観の教育の場を持つてるようにすることも大事だと考える。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名：余宮 きのみ（専門的人材の養成について）

課題	対応案														
<p>●専門医*育成のための認定研修施設数の地域格差</p> <p>※日本緩和医療学会が認定を開始した緩和医療専門医事業が相当する。緩和医療専門医は、緩和医療の進歩に基づく治療とケアに精通し、国民の保健と福祉に貢献することが期待されており、学会は国民から信頼される緩和医療医を認定することを目的としている。専門医の要件として、(1)緩和医療の専門的知識・技術に基づく臨床実践ができること、(2)緩和医療の専門的知識・技術に基づくコンサルテーション活動ができること、(3)緩和医療の専門的知識・技術に基づく教育指導ができること、(4)緩和医療の専門的知識に基づく臨床研究ができることを掲げている。</p> <p>※現行の専門医の状況</p> <table border="0"> <tr> <td>第1回専門医申請者（平成21年）</td> <td>61名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">（申請受付終了後の申請者5名）</td> </tr> <tr> <td>専門医審査対象者</td> <td>56名</td> </tr> <tr> <td>専門医申請書審査の合格者</td> <td>25名（45%）</td> </tr> <tr> <td>専門医症例報告書審査の合格者</td> <td>19名（34%）</td> </tr> <tr> <td>専門医筆記試験の得点</td> <td>平均点 66点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（最高点 77点、最低点 57点）</td> </tr> </table>	第1回専門医申請者（平成21年）	61名	（申請受付終了後の申請者5名）		専門医審査対象者	56名	専門医申請書審査の合格者	25名（45%）	専門医症例報告書審査の合格者	19名（34%）	専門医筆記試験の得点	平均点 66点		（最高点 77点、最低点 57点）	<p>●現状：</p> <p>暫定指導医 626名、認定研修施設 407施設が認定され、専門医育成を担っている。専門医は、暫定指導医または専門医が在籍する認定研修施設での2年間の研修が必須要件となっており、今後、日本緩和医療学会では、がん診療連携拠点病院 375施設から考え、緩和医療専門医目標数を10年間で1000名としている。</p> <p>認定研修施設は最も多い都道府県は、東京 42施設で、以下、大阪 18施設、神奈川・愛知 16施設、北海道・千葉 13施設となっている。一方、少ない県は、和歌山 1施設、山梨・福井・奈良・島根・香川・大分 2施設、青森・秋田・山形・茨城・山口・高知・佐賀・宮崎・沖縄 3施設となっている。この施設数の地域格差は、すでに専門的な緩和医療を担っている緩和ケア病棟、緩和ケアチームの数との関連が高く、普及しているところほど、専門医研修を受けやすい環境となっていることが読み取れる。この地域格差を是正していくには、指導医や専門医と離れた施設であっても、研修プログラムにしたがった教育がある程度保証される必要がある。</p> <p>●対応案：</p> <p>—インターネットを活用した専門医育成事業—</p> <p>① 専門医育成研修プログラム</p>
第1回専門医申請者（平成21年）	61名														
（申請受付終了後の申請者5名）															
専門医審査対象者	56名														
専門医申請書審査の合格者	25名（45%）														
専門医症例報告書審査の合格者	19名（34%）														
専門医筆記試験の得点	平均点 66点														
	（最高点 77点、最低点 57点）														

専門医最終合格者	12名 (21%)
第2回専門医申請者 (平成22年)	38名
専門医審査対象者	38名
専門医申請書審査の合格者	26名 (68%)
専門医症例報告書審査の合格者	22名 (58%)
専門医筆記試験の得点	平均点 57点 (最高点 69点、最低点 43点)
専門医最終合格者	12名 (32%)

●臨床上の専門医の活用

現状では同一施設内で研修を行わなければ専門医の受験資格を得ることができないが、退職や異動することができないかぎり、研修は修了しない。これを、別施設に勤務している医師で、緩和医療専門医を目指したい場合、認定研修施設での非常勤勤務による実地指導とインターネットを活用した臨床指導を組み合わせることで、地域格差の是正を行う。

② 専門医育成セミナー

専門医としての知識・技能の習得を目的に、インターネットを利用したセミナーをe-learning等で受講できるように開発する。

- ・ 基本的緩和医療を担っているがん治療医や家庭医の医師が、患者の症状緩和に難渋する場合、専門医が施設を超えて相談にのれる体制を整備する。
- ・ 高い専門性をもった少ない人数の専門医が広く国民のQOLに寄与するために、基本的緩和医療を担う医師と専門医の臨床上の役割を明確にしていく必要がある。