

緩和ケア提供体制（がん診療連携拠点病院） について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

本検討会で検討すべき論点について

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 5 (2 8 . 5 . 3 0)

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

(1) 下記ア～ウに関する具体的な対策

ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方

イ. すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策

ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

(2) 緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

緩和ケアの歴史①

第19回緩和ケア推進検討会
資料5一部改変(28. 3. 16)

- 1967年 St. Christopher's Hospice 設立(イギリス)
- 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】
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】
2014年3月	拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書
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

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)

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。

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。

がん対策推進基本計画(抜粋)

(平成24年6月)

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(取り組むべき施策)

- 患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。
- 拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその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や支援を受けられる体制を強化する。
- 専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、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、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。
- 拠点病院をはじめとする入院医療機関が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切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。 等

(個別目標)

- 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。

3 基本的緩和ケアの提供体制

- 基本的緩和ケアの提供や、緩和ケアチームと連携するタイミングとその手法等に関して、院内で統一した体制が確保されておらず、個人の力量に基づき提供されているため格差が大きい。

4 緩和ケアチームへの診療依頼のあり方

- 緩和ケアチームへ診療を依頼する基準が明確化されていない。
- 緩和ケアチームの専門的緩和ケア提供能力が低いいため診療を依頼されない。

5 専門的緩和ケアの提供体制

- 現状において、全ての拠点病院で専門性の高い緩和ケアチームの医師を確保することは困難と推測される。
- 緩和ケアチームの活動において専従看護師を中心とした、苦痛のスクリーニング管理機能、院内院外の連携調整機能、相談支援機能等が緩和ケアの提供に関して必要不可欠な要素となっており、この活動を如何に発展させていくかが課題ともいえる。
- 看護師や相談員等の人材の適正配置がなされていない。
- 緩和ケアチームの診療後の対応に関する主治医側との役割分担不足による患者の症状緩和の遅れ。
- 緩和ケア外来の院内掲示が不明確であり、緩和ケア外来にて診療が実施されていることについて患者とその家族へ周知がなされていない。

がん対策推進基本計画中間評価概要 (平成27年6月)

(緩和ケア部分抜粋)

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

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(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。

がん対策加速化プラン:緩和ケア

基本計画における目標

- 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習得すること。
- がん診療連携拠点病院においては、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。
- がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアの提供体制の整備 等

現状と課題

- 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を実施し、平成28年3月末時点で4,125回開催。73,211人が受講。
- がん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアチーム、緩和ケア外来等を整備。

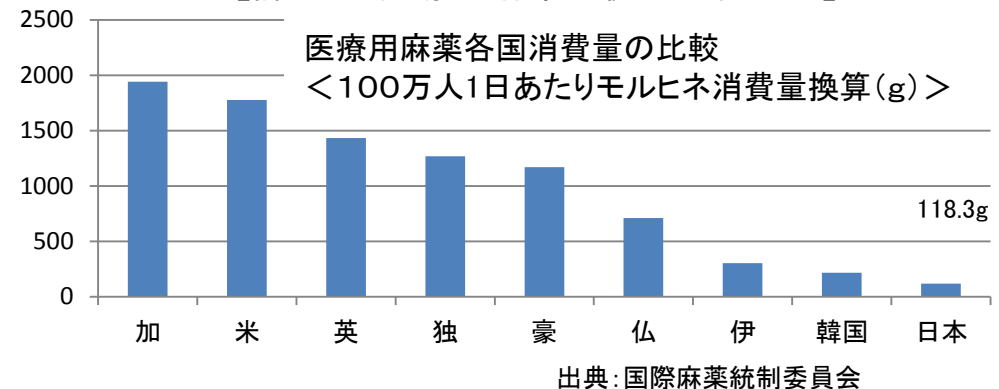
【課題1 患者の痛みが十分にとれていない】

からだの痛みがある 28.1%

気持ちのつらさがある 38.5%

出典:国立がん研究センター平成27年患者体験調査
(がん診療連携拠点病院の患者5234人を調査)

【課題2 医療用麻薬の使用が少ない】



がん対策加速化プランにおける主な具体策

- ◆ 緩和ケアチームの实地研修の実施
- ◆ 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
- ◆ 緩和ケア研修会の受講促進、遺族調査による分析
- ◆ 地域連携のための訪問看護師の育成 等

拠点病院における緩和ケア提供体制について

拠点病院指定要件の内容(緩和ケア)

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)

【目標】

患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることをめざす。

【拠点病院指定要件】

緩和ケアチームの 人員配置

- 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

求められる主な取組

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

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

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

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

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

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

ねらい

患者の苦痛の拾い上げの強化。
患者が苦痛を表現できる。

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。

全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。

患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。

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。

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。

施設全体における緩和ケア提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件(抜粋)

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。

緩和ケアチームによる緩和ケア提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件(抜粋)

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。

施設全体における緩和ケア提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件(抜粋)

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。

緩和ケアセンターの整備（診療内容）

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）

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

(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。

緩和ケアセンターの整備（人的要件）

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）

- 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。

拠点病院における緩和ケアの提供状況

施設全体としての取り組み

地域がん診療連携拠点病院の指定要件(抜粋)

⑤緩和ケアの提供体制

- 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。

<苦痛のスクリーニングに関する全国実態調査>

【対象】 全がん診療連携拠点病院 422施設

【方法】 対象施設の緩和ケアチーム責任者に質問紙を郵送し回答 【調査期間】 2015年8～9月

【結果】 回答率 89.8%(379/422) 「総合的にはスクリーニングは有用」 68%

実施率: 88%(外来・入院両方 67%、外来のみ 8%、入院のみ 13%)

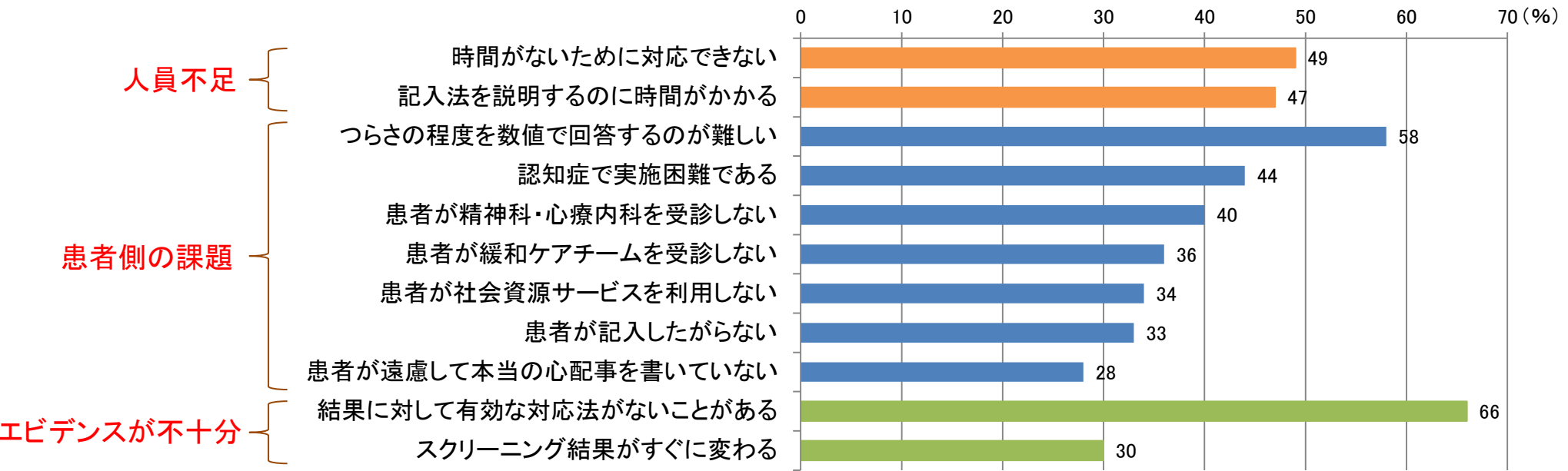
導入範囲: 限られた部署(25%以下): 外来 43%・入院 30%、全ての部署(100%): 外来 10%・入院 26%

○スクリーニングの結果、対応が必要な患者への対応について

- ・ 対応できる部署に紹介できるルールとなっている 77%
- ・ スクリーニングの結果や結果に基づく対応について、カルテなどに記載を残すルールとなっている 75%
- ・ まず主治医・担当看護師が問題を評価し、その上で対応できる部署に紹介するルールとなっている 74%
- ・ **その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている 40%**
- ・ コンピューター上でスクリーニング結果を管理し、統計学的に把握できる(集計できる)ようになっている 25%

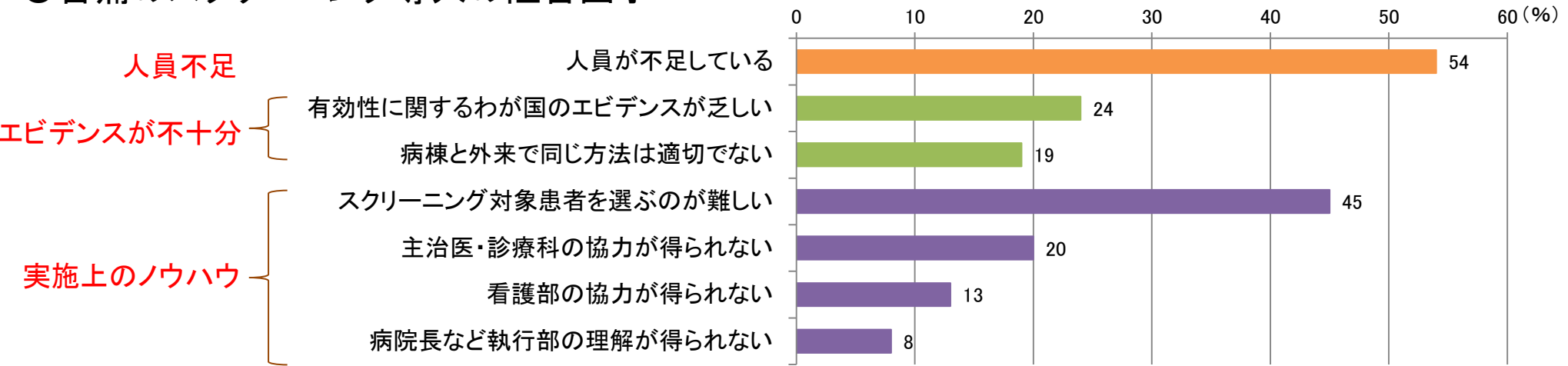
○苦痛のスクリーニング実施中に経験する困難

* リカートスケール(1:まったくない、2:たまにある、3:時々ある、4:よくある、5:とてもよくある)のうち、3以上と回答した対象者の割合



○苦痛のスクリーニング導入の阻害因子

* リカートスケール(1:そう思わない、2:少しそう思う、3:そう思う)のうち、3と回答した割合



- 苦痛のスクリーニングが導入されている拠点病院は約9割にのぼっているが、限られた少数の部署での実施に止まっている。
- スクリーニングの結果、対応が必要となった患者へのフォローアップ体制が整っていない拠点病院は約6割にのぼっている。
- スクリーニングやフォローアップのための人員が不足している、患者がつらさの程度を数値で回答するのが難しい、有効な対応方法がないことがある、総合病院等ではがん患者の選定が難しい等の課題がある。



- スクリーニングを実施するための人員確保、実施方法の改良、対応方法等に関する研究、実施マニュアルの作成によるノウハウの共有等に取り組むべきではないか。

緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)

人員構成

1. 緩和ケアセンター長 (管理的立場の常勤医師)
2. 専任の身体症状担当医師 (緩和ケアチーム医師)
(原則、常勤。専従であることが望ましい)
3. 精神症状担当医師 (緩和ケアチーム医師)
(常勤、専任であることが望ましい)
4. 緊急緩和ケア病床担当医師
(原則、常勤。2、3と兼任可)
5. ジェネラルマネージャー
(組織管理経験を有する専従の常勤看護師)
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師が望ましい)
6. 専従の常勤看護師 2名以上
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師)
(緩和ケアチームの専従の常勤看護師と兼任可)
7. 薬剤師 (緩和薬物療法認定薬剤師が望ましい)
8. 専任の相談支援に携わる者
(相談支援センターと兼任可、実際の勤務は相談支援センター内で可)
9. 歯科医師
10. 医療心理に携わる者 (臨床心理士が望ましい)
11. 理学療法士 1～8までは緩和ケアセンターに配属
12. 管理栄養士 される人材として確保が求められる。
13. 歯科衛生士 9～13は連携することが望ましい。

緩和ケアセンターにおける主な活動内容

- 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
- 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備

○緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行う。

1. がん看護カウンセリング(がん看護外来)
2. 外来や病棟看護師等との看護カンファレンス
3. 緊急緩和ケア病床における症状緩和
4. 地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
5. 連携協力している医療機関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の整備
6. 患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の相談支援
7. 診療従事者に対する院内研修会等の運営
8. 緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンスの定期開催

緩和ケアセンターの 専門職協働の図

緩和ケアセンター

病棟主治医

外来主治医

ジェネラルマネージャー

緩和ケア外来

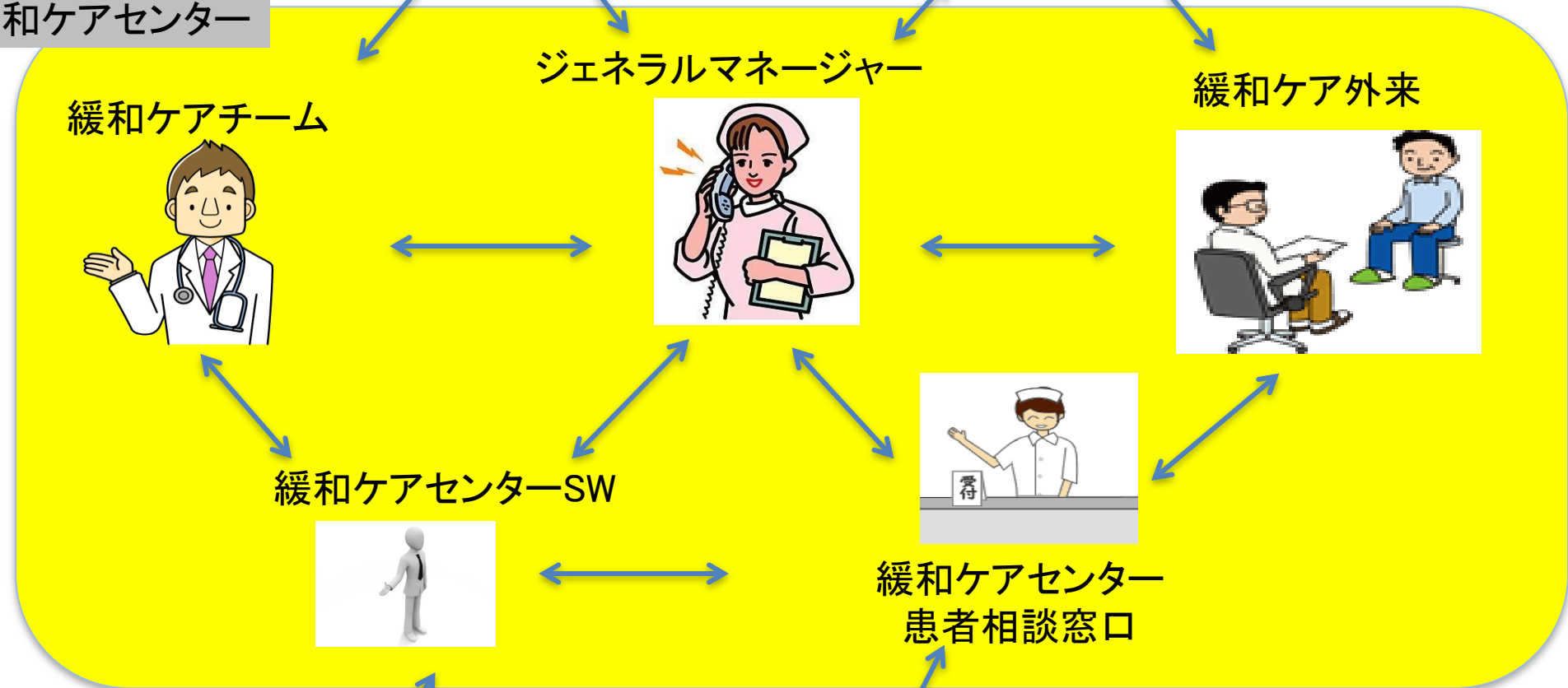
緩和ケアチーム

緩和ケアセンターSW

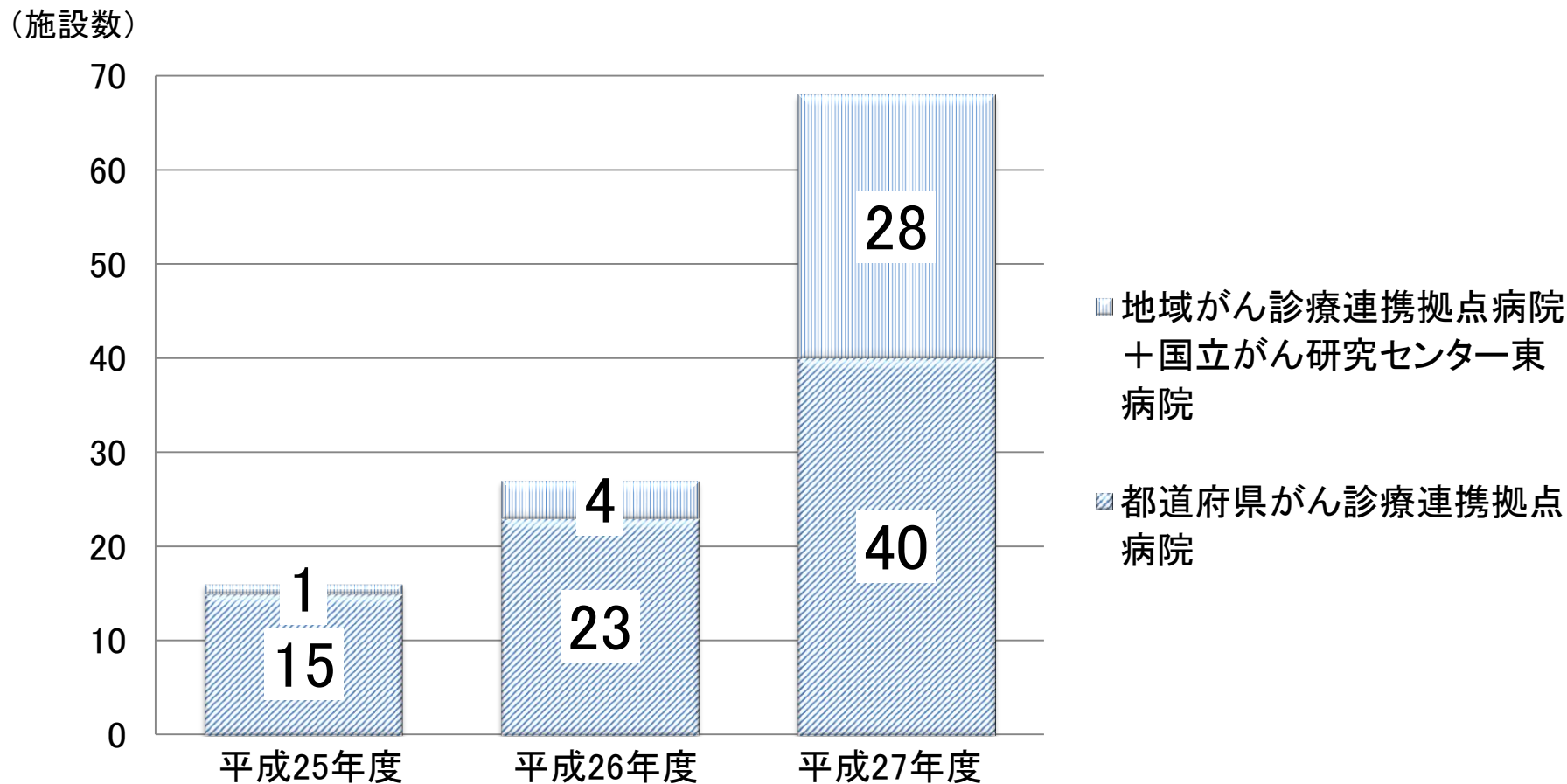
緩和ケアセンター
患者相談窓口

在宅医療連携拠点

外来の患者さんと家族
院外の患者さんと家族



緩和ケアセンター設置の推移(各年度9月時点)



(現況報告書より作成)

※都道府県がん診療連携拠点病院は全てで整備済(平成27年度末時点)

緩和ケアセンターに関するアンケート(2016年6月)

N=49			<アンケート対象> 都道府県がん診療連携拠点病院 49施設
緩和ケアセンター整備からの期間	施設数	割合(%)	
～3カ月	10	20.4	
4カ月～1年	5	10.2	
1年～2年	22	44.9	
2年～	12	24.5	

緩和ケアセンターの意義	施設数	割合(%)
意義を感じていると回答した施設数(%)		
○苦痛のスクリーニングによって、緩和ケアの早期介入が促進できる	35	71.4
○外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	33	67.4
○がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	33	67.4
○院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	28	57.1
○緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	28	57.1
○多職種によるチーム医療が充実する	25	51.0

緩和ケアセンターに関するアンケート(2016年6月)

緩和ケアセンターの機能向上に対する課題

- マンパワーの充実
- 役割の明確化と院内周知
- 緊急緩和ケア病床の円滑な運用
- 緩和ケア外来の拡充
- がん看護外来のアクティビティの向上
- 外来・病棟・チームの有機的な統合
- 地域の現状把握や連携体制の構築
- 相談支援センターとの連携の充実
- 院内の緩和ケアの質の評価

緩和ケアセンターの整備に関する意見

- 人員配置数が不足している。(特に、専従医師・看護師・事務作業を担当する者)
- 人員配置や組織上の位置づけは整備されたが、実際に提供している緩和ケアの質の評価が担保されてないため、患者のQOL向上に寄与しているのか不明である。
- 求められる機能を十分に維持させるためのインセンティブがあるとよい。
- 緩和ケアセンターの整備要件が、病院全体でとらえるとバランスを欠いている状況が懸念される。

緩和ケアセンターに関するアンケート(2016年6月)

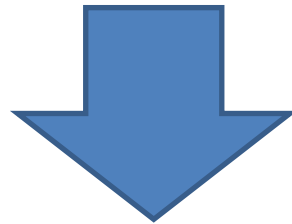
ジェネラルマネージャーの意義

- 緩和ケアに関する窓口が一本化したことで、院内の課題が把握しやすい。
- 緩和ケアの活動全体を管理できるようになり、院内各部署での緩和ケアの推進や部署間の連携が促進される。
- 組織への交渉や他部門との調整などをセンター長と連携して担うことで、院内の緩和ケアシステムが構築しやすくなる。
- がん看護専門看護師として、専門的なケアを提供できる体制を整備しやすくなる。
- 医師以上の権限を持つことで、管理業務を十分に担うことができる。
- 地域連携や在宅支援部門を集約することで、地域の緩和ケア提供体制を把握しやすくなる。

ジェネラルマネージャーの活動に関する課題

- 役割の明確化と院内周知
- 緩和ケアセンターの活動の可視化と関連部署へのアピール
- がん看護外来の充実や外来看護業務の支援・強化
- 外来・病棟等、関連部署との連携強化のシステム構築
- 院内外の緩和ケア提供体制の現状把握と目標設定
- 地域の医療機関とのネットワーク作りや連携強化
- 後継者等の人材育成、人材確保
- 交渉力・調整力・推進力・情報収集や処理能力の向上
- 管理業務と実務の両立
- GM間の情報共有や意見交換

- 緩和ケアセンターは、全ての都道府県がん診療連携拠点病院に設置されるとともに、地域がん診療連携拠点病院にも、自主的に設置が進められている状況である。
- しかし、緩和ケアセンターは、人員不足、役割の認識が院内で共有されていない等の理由のため、十分機能していない。

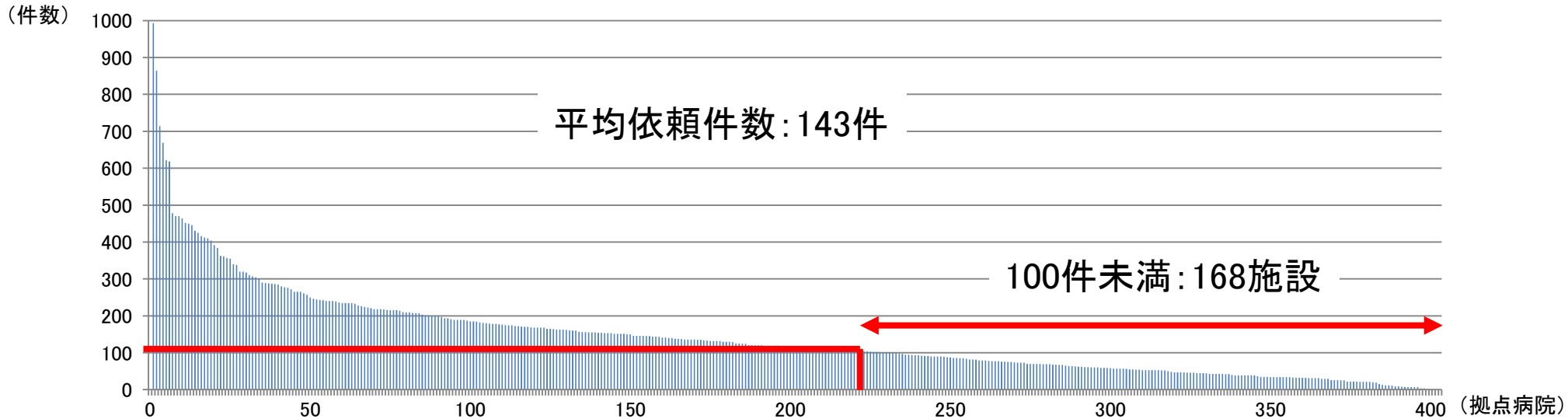


- 緩和ケアセンターについて、人員確保、ジェネラルマネジャーの活動の評価、緩和ケアセンターやジェネラルマネジャーの役割の明確化と院内周知、好事例の紹介、ピアレビュー等に取り組むべきではないか。

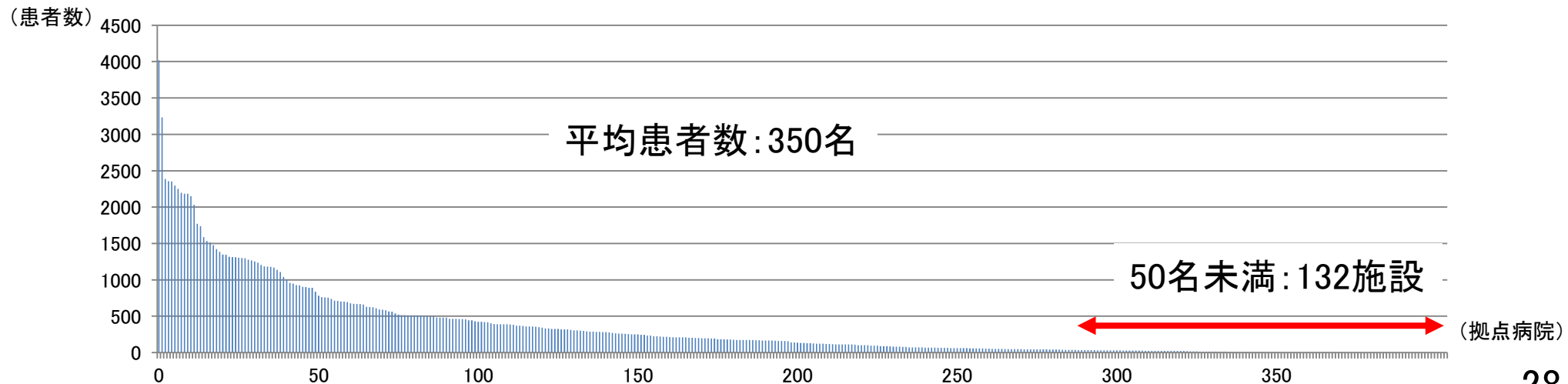
専門的緩和ケア(緩和ケアチーム、緩和ケア外来)部門の実績

○緩和ケアチームへの新規依頼件数(延べ)

(現況報告:平成26年1月1日~12月31日)



○緩和ケア外来受診患者数(延べ)



緩和ケア診療加算

- 400点（1日につき）（一般病棟入院基本料等への加算）

- 算定要件

一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に算定する。

- 施設基準

専従の緩和ケアチーム

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

（悪性腫瘍又はAIDSの患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者）

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者）

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

（5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者）

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

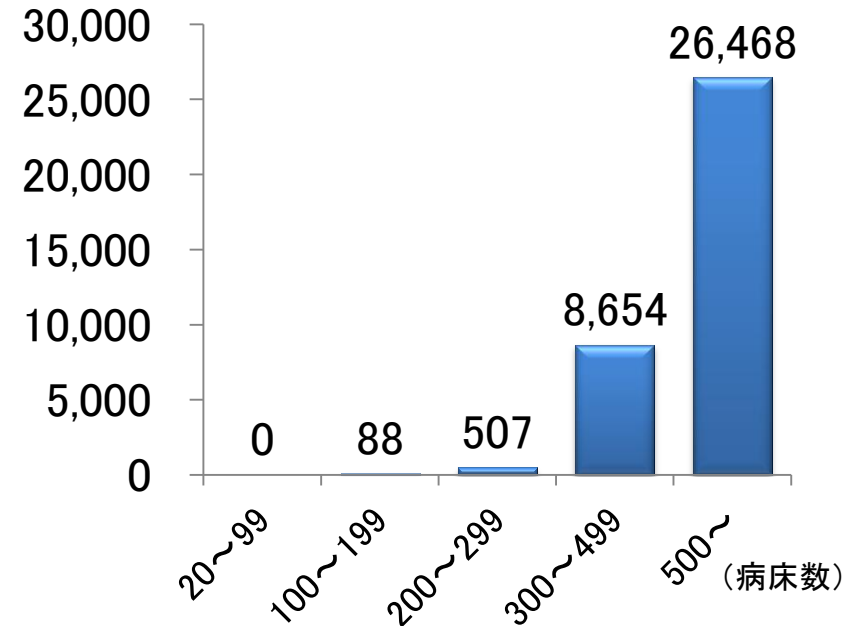
（麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者）

※緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たる。

※ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、専任であって差し支えない。

（算定回数）

平成27年度：35,717回



「社会医療診療行為別統計」より（平成27年6月審査分）

○がん診療連携拠点病院の算定施設数

（現況報告：平成26年1月1日～12月31日）

都道府県・地域がん診療連携拠点病院：

167/401施設(41.6%)

特定領域がん診療連携拠点病院：1/1

地域がん診療病院：0/20

外来緩和ケア管理料

- 300点（月1回）

- 算定要件

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に算定する。

- 施設基準

専従の緩和ケアチーム

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

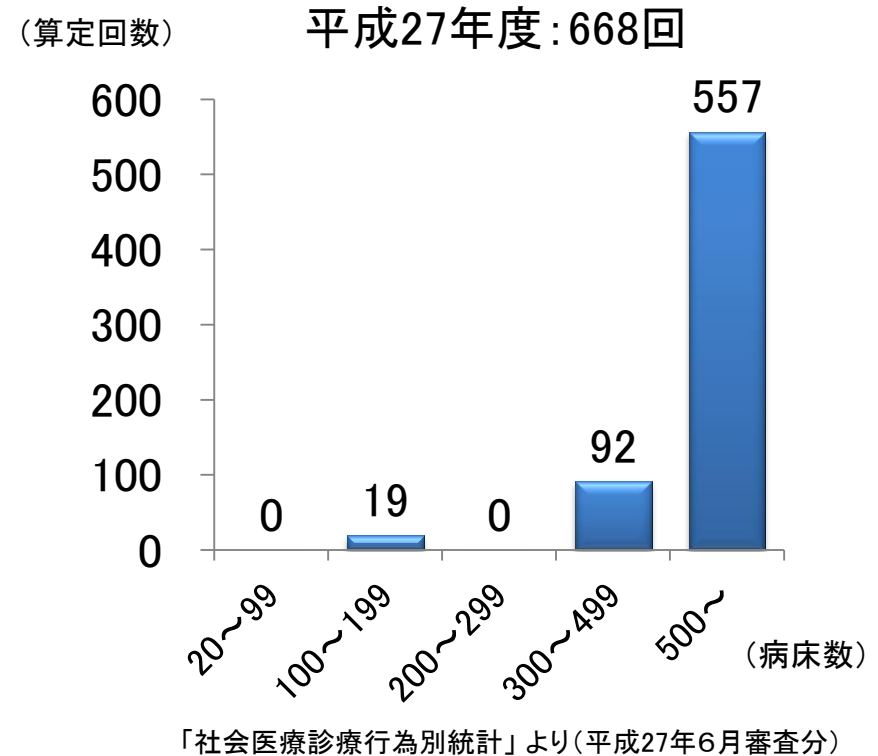
ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

（緩和ケア診療加算と同様の基準）

※緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たる。

※当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。



○がん診療連携拠点病院の算定施設数
（現況報告：平成26年1月1日～12月31日）

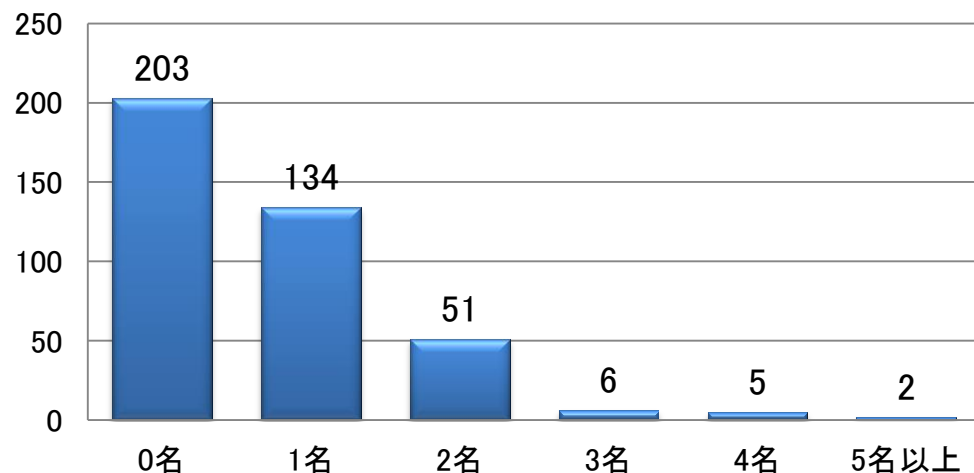
都道府県・地域がん診療連携拠点病院：
108/401施設（26.9%）

特定領域がん診療連携拠点病院：1/1
地域がん診療病院：0/20

拠点病院における緩和ケア関連の診療従事者の配置状況

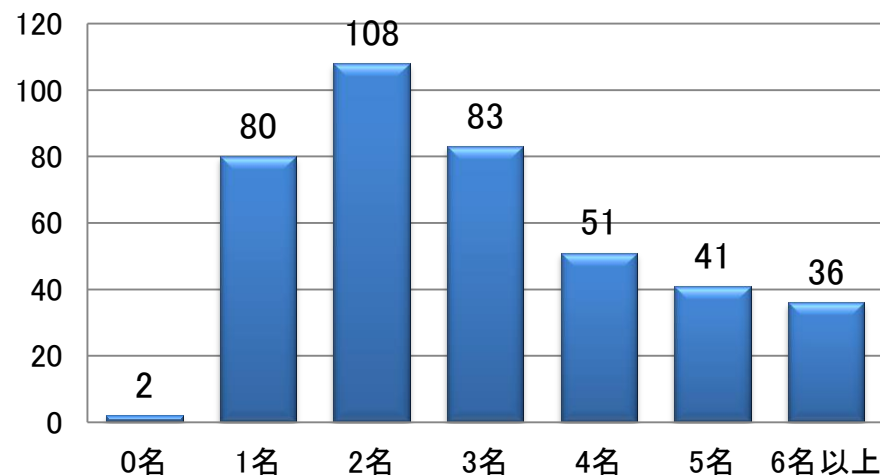
○がん診療連携拠点病院(401施設)

(施設数) 緩和医療専門医・暫定指導医

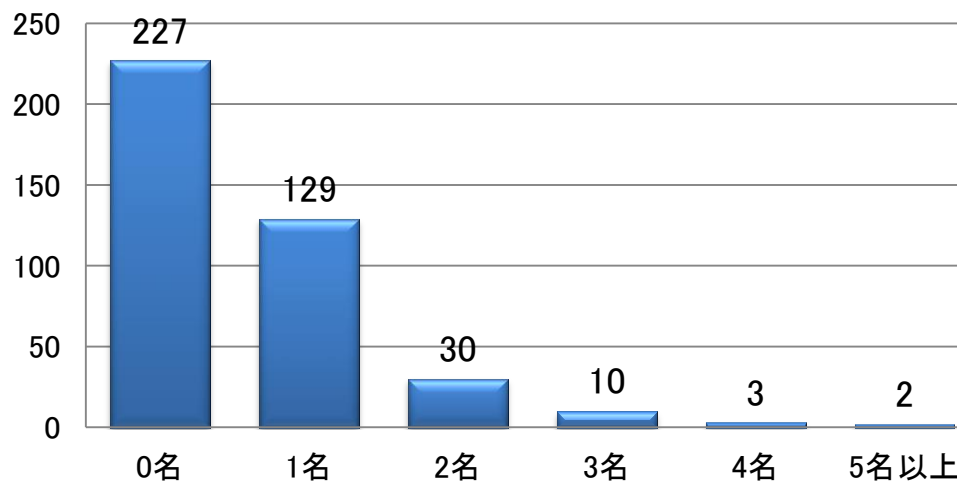


がん看護専門看護師・がん性疼痛看護
認定看護師・緩和ケア認定看護師

(施設数)

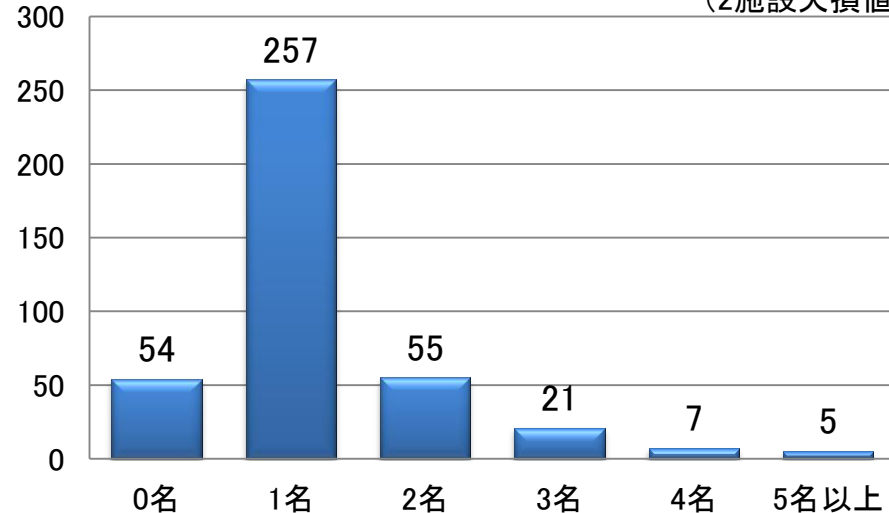


(施設数) 緩和薬物療法認定薬剤師



がん相談に専従している相談支援センターの相談員
(2施設欠損値)

(施設数)



(平成27年度現況報告書より作成)

緩和ケアチーム実地研修(がん対策加速化プラン)

(平成28年度 がん医療従事者研修事業)

● 目的

診療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチーム(以下、PCT)の医療従事者を受け入れて、実地研修を提供することにより、PCTの質を向上させることを目的とする。

● 研修対象者

研修対象者は、PCTによる診療症例数が少ないなど、緩和ケアの質を向上させる必要があると考えられる拠点病院のPCTのメンバーとする。原則として、医師及び看護師のチームメンバーが合同して参加する。

● 研修形式

研修形式については、下記の例を参考に、研修受入施設が設定する。

- ・OJT形式
- ・PCTの現状、課題及びその解決策等についての検討
- ・各職種の専門性を高めるための意見交換

● 研修プログラム

研修プログラムについては、下記の例を参考に、研修受入施設が適宜設定する。

(1)全職種対象のプログラム

- ・定期カンファレンスへの同席
- ・PCT回診への同行(主治医等へのフィードバックの見学) 等

(2)職種別のプログラム

- ・個別回診への同行
- ・緩和ケア外来への同席 等

● 研修期間

研修期間は、概ね1～2日程度とし、研修受入施設が適宜設定する。

● 研修の効果

研修受講者は、受講後の依頼件数の変化など、研修の効果を検証するよう努めること。

<研修受入施設>

	都道府県名	医療機関名
1	北海道	旭川医科大学病院
2	北海道	KKR札幌医療センター
3	山形県	山形県立中央病院
4	埼玉県	埼玉県立がんセンター
5	千葉県	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
6	東京都	公益財団法人がん研究会 有明病院
7	東京都	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院
8	東京都	東京都立駒込病院
9	東京都	慶應義塾大学病院
10	静岡県	静岡県立静岡がんセンター
11	愛知県	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
12	京都府	国立大学法人 京都大学医学部附属病院
13	大阪府	大阪市立総合医療センター
14	兵庫県	国立大学法人 神戸大学医学部附属病院
15	広島県	国立大学法人 広島大学病院
16	島根県	松江市立病院
17	愛媛県	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
18	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
19	鹿児島県	国立大学法人 鹿児島大学病院

全国の30施設が研修予定
(平成28年7月1日時点)

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業

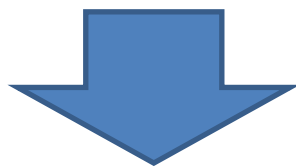
(国立がん研究センター委託費)

都道府県内の緩和ケアの医療水準の向上を目指した 施設訪問によるピアレビュー

【目的】

- 都道府県全体で、医療水準を向上させていくためのPDCAサイクル確保の標準的方法は未整備である。
- 特に、緩和ケアに関しては、画一的な書面のみで評価することは困難である。
- 本事業では、拠点病院の緩和ケアの向上を目指し、同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問を行う。そして、現場で困っていることを中心とした課題の解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善を目指す。
- 国立がん研究センターは、緩和ケアの質の向上を目指したPDCAサイクル確保に向けた一つの方法として、全国の都道府県が参考にできるよう、H27年度の取り組みを整理しモデルとして提示していく。

- 全ての拠点病院で、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの提供体制が整備された。
- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来の診療件数は施設間格差が大きく、また、基準を満たせないため、診療報酬を算定できる施設は限定されている。
- 緩和ケアの質については、画一的な書面のみで評価することが困難であるなど、その基準が必ずしも確立されていない。



- 緩和ケアの質の評価方法を確立すべきではないか。
- 診療の内容を評価するため、実地調査等を行うべきではないか。