

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)

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)

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、がんだけではない、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。

## 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、しっかりとやる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。

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える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現地調査では、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上がった。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、実態もほとんど掌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2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はなく、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2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、基本的人権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（特になん治療の専門医）について緩和ケア研修を義務付けるべきである。そうなれば、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けてもらうために、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おう。「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とやらないと、「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。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られる。

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、何ら役立っていない。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」策を提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）の整備だけではなく、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みことは、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挙げるべきで、それは、使用量が世界における一般的な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られる。

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られる。

## 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、現在のところ

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。