

1

2

3

4

5

6

7 **がん等における緩和ケアの更なる推進に関する**  
8 **検討会における議論の整理（案）**

9

10

11

12

13

14

15

平成 28 年〇月

16

**がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会**

17

18

1	内容	
2	I. はじめに.....	3
3	II. 緩和ケア全般について.....	4
4	III. 各施策の意見と今後の方向性.....	6
5	1. 緩和ケアの提供体制について.....	6
6	(1) 総論.....	6
7	(2) 拠点病院について.....	7
8	(3) 拠点病院以外の病院について.....	10
9	(4) 在宅緩和ケア・地域連携について.....	11
10	(5) 緩和ケア病棟について.....	13
11	2. 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について.....	14
12	(1) 緩和ケア研修会について.....	14
13	(2) 卒前・卒後教育について.....	17
14	3. その他の事項.....	19
15	(1) 医療用麻薬について.....	19
16	(2) 介護について.....	19
17	(3) 小児等に対する緩和ケアについて.....	20
18	(4) 循環器疾患の緩和ケアについて.....	21
19	IV. おわりに.....	22
20		
21		

## 1 I. はじめに

我が国において、がんは昭和56年より死因の第1位であり、重大な課題となっている。そのため、がん対策をより一層推進することを目的に平成18年6月がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が制定され、基本法に基づき、がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が平成19年6月に閣議決定された。

この基本計画に基づいて、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）を中心として、緩和ケアチームの設置、がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修の実施等により、緩和ケア提供体制の整備が図られるとともに、研修修了者が増加する等、一定の成果が得られた。

平成24年6月に閣議決定された第2期目の基本計画において、重点的に取り組むべき課題の1つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられたことを受け、緩和ケア推進検討会を設置し、拠点病院における緩和ケア提供体制を中心に検討した。緩和ケア推進検討会での議論を踏まえ、平成24年9月に中間とりまとめ、平成25年8月に第二次中間とりまとめを行い、その内容は、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成26年1月10日付け健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に反映され、緩和ケアの提供体制の質の向上に貢献してきた。さらに、拠点病院に対する実地調査により浮き彫りとなった課題等も踏まえた緩和ケア推進検討会報告書を平成28年4月にとりまとめた。

現在、基本法に基づき設置されているがん対策推進協議会では、次期基本計画の策定に向けた議論を行っている。こうした中、平成28年5月に新たに設置したがん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会（以下「検討会」という。）において、5回にわたり、今後必要な緩和ケアについて議論を行い、次期基本計画に盛り込むべきと考えられる内容について整理したので、ここに提示する。

## 1 II. 緩和ケア全般について

### 2 3 (現状と課題)

- 4 ○ 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  
5 3～4割ほどいる。
- 6
- 7 ○ がんと診断された時から緩和ケア（※）を提供すべきであるが、十分とは  
8 いえない。
- 9
- 10 ※ がんに罹患した時の主治医による病状説明や治療方針の話し合い等の際に、  
11 その他の医療従事者と協働して提供される不安への対応、病気の丁寧な説明、  
12 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、必要に  
13 応じた専門家への紹介、抱える問題の把握と緊急性の高い問題の解決、患  
14 者・家族が孤立しないような支援等である。
- 15
- 16 ○ がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えるために、多職種による連  
17 携が必要であるが十分できていない。
- 18
- 19 ○ 患者とその家族は主治医に痛みやつらさを訴えにくいという心理状況で  
20 あることが指摘されている。
- 21
- 22 ○ 緩和ケアは終末期のケアとの誤解があるなど、その意義や必要性が十分に  
23 患者を含む国民に周知されていない。

### 24 25 26 (今後の方向性)

- 27 ○ がん患者の悩みや困っていることを医療従事者が確認し対応するという  
28 基本的な緩和ケアを実施するとともに、必要に応じて専門的な緩和ケアへ  
29 つなぐ体制を整備すべきである。
- 30
- 31 ○ 国、地方公共団体、医療従事者及び国民は、緩和ケアは医療・介護・福祉  
32 の基本であり、患者とその家族等が痛みやつらさがなく過ごすことが基本  
33 的人権となる社会を構築できるよう関係団体と連携し、効果的な普及啓発  
34 を行うべきである。

- 1 ○ 多職種による連携を促進するためには、互いの役割や専門性を理解し、共  
2 有するための体制を整備すべきである。  
3  
4 ○ 患者や家族が痛みやつらさを訴えやすくするために、患者の気持ちを理解  
5 し、医療従事者からつらさを引き出せるような教育や研修をすべきである。  
6  
7

### 1 III. 各施策の意見と今後の方向性

#### 2 3 1. 緩和ケアの提供体制について

##### 4 5 (1) 総論

##### 6 7 (現状と課題)

- 8 ○ がん診療に携わる医療従事者は、患者と家族の心情に配慮し、ニーズを把握した上で、診断結果や病状、支援等について適切に伝える必要があるが、  
9 体制が十分整備されていないとの指摘がある。  
10
- 11
- 12 ○ 拠点病院等には、緩和ケアチームやがん相談支援センターが整備されているが十分活用されていない。特に若年層のがん患者は、「自身と家族の生活設計」、「医療費生活費」、「役割の遂行」、「家族への負担」など多くの社会的問題を抱えているが、このような心理社会的苦痛に関して十分対応できていない。  
13  
14  
15  
16
- 17
- 18 ○ 緩和ケアの質については、書面のみで評価することが困難であり、その指標や質の良否を判断する基準も必ずしも確立されていない。  
19  
20

##### 21 22 (今後の方向性)

- 23 ○ 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、  
24 院内における全ての医療従事者の連携をがんと診断された時からできる  
25 だけ迅速に図り、患者に必要な症状緩和の専門家へつなぐ手法を明確にし、  
26 医療従事者（特に看護師あるいは社会福祉士）から患者、家族に相談窓口  
27 に来訪するよう積極的アプローチを行うなど、実効性のある体制を整備すべきである。  
28
- 29
- 30 ○ 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、医療従事者等の同席を基本とし、面談後にも自由に相談に訪れられるような体制、  
31 緩和ケアに関するセカンドオピニオンの周知や離職等の社会的な問題に対応するための体制、支援方法の標準化、患者同士による自主的なセルフヘルプグループ等やさまざまな専門家による相談支援等を強化すべきである。  
32  
33  
34  
35  
36

- 1 ○ 緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立すべきである。また、診  
2 療の内容を評価するためには、実地調査や患者体験調査、遺族調査等の定  
3 期的、継続的な実施等を行うべきである。また、評価の結果に基づいた質  
4 の向上策の立案に努めるべきである。

5  
6  
7 **(2) 拠点病院について**

8  
9 **① 専門的な緩和ケア(緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケアセンター等)**  
10 **について**

11  
12 **(現状と課題)**

- 13 ○ これまで緩和ケアの均てん化のため、拠点病院を中心に、専門的な緩和ケ  
14 アの整備を推進してきたものの、その質の維持向上等に課題がある。
- 15  
16 ○ 緩和ケア外来、緩和ケア病棟の患者の利用率が低いというアンケート調査  
17 があるように、患者が専門的な緩和ケアにつながらない理由として、患者  
18 から主治医に緩和ケアについての質問がしづらいことや主治医から緩和  
19 ケアチームに紹介されないこと等が挙げられる。
- 20  
21 ○ 緩和ケアチームや緩和ケア外来に所属する医療従事者数や診療件数等の  
22 提供体制については施設間格差が大きく、治療・ケアを受ける患者、家族  
23 にとって十分満足するものではない。
- 24  
25 ○ 緩和ケアセンターは、全ての都道府県拠点病院に設置されるとともに、地  
26 域拠点病院にも、自主的に設置が進められているが、人員不足、役割の認  
27 識が院内で共有されていないなどの理由のため、十分機能しておらず、ま  
28 た、患者も緩和ケアセンターにアクセスできていないことが指摘されてい  
29 る。また、地域性や拠点病院毎の人員配置等の実情に即した緩和ケアセン  
30 ターの設置がなされていない。
- 31  
32 ○ 拠点病院において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来等によ  
33 る施設全体の緩和ケアの診療機能を活性化するために必要な有機的な連  
34 携が図られていない状況である。
- 35  
36  
37

1 (今後の方向性)

2 ○ 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  
3をはじめ、がん看護の専門・認定看護師、社会福祉士、公認心理師等の適  
4正配置や共同診療等を通じた緩和ケアチームの育成のあり方を検討すべ  
5きである。

6  
7 ○ 専門的な緩和ケアに患者をつなぐために、主治医と緩和ケアチームをつな  
8ぐ役割を果たす人材やがん看護関連の看護師を適正配置するなど、積極的  
9に患者の苦痛を汲み上げ、緩和ケアチーム、がん相談支援センターへつな  
10ぐ体制を強化すべきである。

11  
12 ○ 緩和ケアチームの人員配置に、「協力する生活相談に携わるもの（社会福  
13祉士等）」をいれ、生活相談を充実させ、退院後の外来での対応も含め、  
14社会的視点から支援ニーズを早期に捉え、問題が深刻化する前に介入すべ  
15きである。

16  
17 ○ 緩和ケアセンターにおける人員確保、緩和ケアセンターやジェネラルマネ  
18ージャー（※）の役割の明確化と院内周知、ピアレビュー等に取り組むべ  
19きである。また、地域性も考慮した設置要件の再評価を実施すべきである。

20  
21 ※ 常勤の組織管理経験を有する看護師。緩和ケアセンターの機能を管理・調整  
22するため、専従のジェネラルマネージャーを配置することが都道府県拠点病  
23院では求められている。

24  
25 ○ 施設全体の緩和ケアの診療機能を活性化し、有機的な連携を強化するた  
26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  
27善機能を持った緩和ケアセンターの機能をより一層、強化すべきである。  
28一方、緩和ケアセンターを有しない拠点病院では、病院管理部門を活用し、  
29上記の機能を担う体制（※）を整備すべきである。

30  
31 ※ 例えば、病院幹部を中心とした病院長直属の「緩和ケア統括室（仮称）」を  
32設置し、緩和ケアの質の評価と改善を進める院内の体制や第三者を加えた外  
33部評価機能を有する外部監査体制を整備する。



## 1 ② 苦痛のスクリーニングについて

### 3 (現状と課題)

- 4 ○ 苦痛のスクリーニング（※、以下「スクリーニング」という。）の目的は、  
5 専門的緩和ケアにつなぐだけでなく、主治医が定期的に患者の苦痛を把握  
6 し、対応するというモニタリング的な役割が重要であるが、十分に周知さ  
7 れていない。

8  
9 ※ 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  
10 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  
11 げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で取り上げ、確認し、  
12 話し合う機会を確保することである。

- 13  
14 ○ 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、外  
15 来化学療法室等の限られた少数の部署での実施に止まっている。また、ス  
16 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  
17 整っている拠点病院は約4割に留まっている。

- 18  
19 ○ 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  
20 らさの程度を数値で回答するのが難しい、（つらさに対する）有効な対応  
21 方法がないことがある、総合病院等ではがん患者に限定することが難しい  
22 などの課題が指摘されている。

### 24 (今後の方向性)

- 25  
26 ○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、スクリーニングを診断時から行う  
27 ことによって表面化しにくい苦痛を確認し、迅速に対処するなど、がん診  
28 療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・強化すべきである。

- 29  
30 ○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、スクリーニングの目的を院内で周  
31 知し、実施することを通じて、患者や家族と主治医をはじめとする医療従  
32 事者が苦痛について話し合い、対応できるよう徹底すべきである。

- 33  
34 ○ 拠点病院をはじめとした医療機関では、施設全体の取組として、スクリー  
35 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  
36 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あ  
37 る。

1 (3) 拠点病院以外の病院について

2  
3 (現状と課題)

4 ○ 拠点病院以外の病院で入院治療を受けているがん患者は約4割いる。また、  
5 約4分の3のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られている。しかし、  
6 拠点病院以外の病院における緩和ケアの状況については十分把握できて  
7 いない。

8  
9 ○ 平成26年医療施設調査によると、一般病院（精神科病院以外の病院）の  
10 約87%に緩和ケアチームがない状況である。

11  
12 ※ 精神科病院：精神病床のみを有する病院をいう。

13  
14 ○ 医師が少ない一般病院では、緩和ケアチームを設置することは困難である。

15  
16 ○ がん患者を診ている一般病院（※）は規模や患者層が異なっており、それ  
17 ぞれの役割分担が明確になっていない。

18  
19 ※ 一般病院は概ね以下のような区分も考えられる。

20 ①都市部の市民病院等、拠点病院以外の大・中規模病院、②拠点病院以外  
21 の中・小規模の病院、③拠点病院の後方支援病院、療養型病棟等、④高齢患者  
22 が中心の病院

23  
24 ○ 緩和ケア病棟や在宅緩和ケア提供施設であっても、拠点病院以外では切れ  
25 目のない緩和ケアの提供は難しいとの指摘がある。

26  
27  
28 (今後の方向性)

29 ○ 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べ  
30 きである。

31  
32 ○ 医師が少ない一般病院では、緩和ケアチームを設置することが困難なため、  
33 一般病院の医師に対する緩和ケア研修等を通じて、一般病院における緩和  
34 ケアの提供体制の充実を図るべきである。

35  
36 ○ 一般病院の役割や特徴に応じた緩和ケアの提供体制について検討すべき  
37 である。

- 1  
2 ○ 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  
3 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  
4 ーチや共同診療など）について検討すべきである。  
5  
6 ○ 拠点病院が中心となって、当該2次医療圏の医療機関等が参加する「地域  
7 緩和ケア連携協議会（仮称）」を開催し、地域におけるがん医療の状況を  
8 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  
9 体制について協議する場等を検討すべきである。

#### 12 (4) 在宅緩和ケア・地域連携について

##### 14 (現状と課題)

- 15 ○ 拠点病院の緩和ケアセンターや緩和ケアチームが地域連携の役割を担え  
16 ていないとの指摘がある。  
17  
18 ○ 地域連携は、がん領域では拠点病院を中心に地域連携を行ってきたため、  
19 地域包括ケアシステムとの連携が十分行われていないとの指摘がある。  
20  
21 ○ 緩和ケアチームが拠点病院以外の病院やかかりつけ医からのコンサルテ  
22 ーションを受けてアウトリーチする際には、派遣する側の経営的な問題や  
23 個人情報の問題、責任の所在、活動のシステム化が十分でないなどの課題  
24 が指摘されている。  
25  
26 ○ がん診療に携わる医療機関は、診療所や訪問看護ステーション等と連携し、  
27 退院後も病棟での医療が在宅でも継続できるような切れ目のない医療の  
28 提供体制が構築できていないとの指摘がある。  
29  
30 ○ がん診療に携わる医療機関においては、緊急時の症状緩和目的の緩和ケア  
31 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  
32 受入れ体制の整備が不十分であるとの指摘がある。

##### 35 (今後の方向性)

- 36 ○ 拠点病院の緩和ケアセンターや緩和ケアチームが、地域連携の役割を担う  
37 ために、定期的な地域との会議やカンファレンスを行うなど、地域の医師

1 会と協力し、かかりつけ医との連携を強化すべきである。また、拠点病院  
2 の緩和ケアチームの活動を地域に拡げ、必要に応じて、専門的な地域緩和  
3 ケアチームや専門・認定看護師等を地域全体で雇用することや複数の病院  
4 を掛け持ちできるような体制を検討すべきである。

5  
6 ○ 在宅緩和ケアの担い手として、訪問看護師、保険薬局は重要であり、病院  
7 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のあり方  
8 を検討すべきである。

9  
10 ○ 切れ目のない緩和ケアの提供と質の向上に資するため、地域の実情に応じ  
11 て病院と在宅医療の連携のあり方を検討すべきである。具体的には、早期  
12 から地域医療を担う医療従事者が病院での医療に関与する体制（いわゆる  
13 「がん患者二人主治医制」※）も含め連携のあり方を検討すべきである。

14  
15 ※ 化学療法を担当する病院主治医に加えて、患者の自宅から受診しやすいかか  
16 りつけ医を構える体制のことである。

17  
18 ○ 在宅療養支援診療所・病院と訪問看護ステーションは、地域における緩和  
19 ケアの拠点として医師会と協働して、在宅緩和ケアの提供とともに相談支  
20 援・情報提供を行うべきである。

21  
22 ○ 拠点病院の医療従事者が、地域の施設で共同診療を行ったり、地域の調整  
23 役を担う医療・介護従事者が拠点病院の中で活動したりできる連携体制を  
24 検討すべきである。

25  
26 ○ 地域において在宅緩和ケアを担っている多職種が参加するカンファレン  
27 スや事例検討会、チームビルディング目的の研修等を定期的で開催すると  
28 ともに、こうした取組を展開すべきである。

29  
30 ○ 地域からのコンサルテーションのあり方については、広域な地域等も想定  
31 し、ICTを活用すべきである。

32  
33 ○ 拠点病院は、「地域緩和ケア連携協議会（仮称）」を開催し、関係医療機関  
34 との定期的に緊急時の相談や受入れ体制、地域での困難事例の対応等につ  
35 いて意見交換する機会を設けるべきである。

36  
37 ○ 都道府県は、緊急時の受入れ体制について、PDCA サイクル等を活用し、

1 緩和ケア病棟を有効利用できる体制を検討すべきである。

2  
3  
4 **(5) 緩和ケア病棟について**

5  
6 (現状と課題)

- 7 ○ 患者の緩和ケア病棟の利用率が低いというアンケート調査がある。
- 8
- 9 ○ 緩和ケア病棟には、身体的苦痛が増悪した場合のバックベッドとしての役割や、患者や家族の意向に沿った形で在宅への復帰を図る機能が求められている。
- 10
- 11
- 12
- 13 ○ 未だに緩和ケア病棟の利用に際し、「積極的な治療を受けない旨」の同意を得ているケースがあり、患者は緩和ケア病棟を「治療をあきらめた場」と認識しているとの指摘がある。
- 14
- 15
- 16
- 17

18 (今後の方向性)

- 19 ○ 患者・家族が緩和ケア病棟を利用しやすいように、必要とする最新情報をホームページ等に公開するなど分かりやすく提供すべきである。
- 20
- 21
- 22 ○ 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機能分化等の有り方について検討すべきである。
- 23
- 24
- 25 ○ 緩和ケア病棟において、症状改善のために必要な治療と緩和ケアが併用できるシステムを構築すべきである。あわせて、栄養管理や皮膚管理等も大切な緩和ケアであることを広く普及すべきである。
- 26
- 27
- 28
- 29

1 2. 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について

2  
3 (1) 緩和ケア研修会について

4  
5 ① 受講率向上について

6  
7 (現状と課題)

- 8 ○ 拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる者の9割以上の受講修了を目標としているが、平成27年9月時点で受講率は48.1%であり  
9 より一層の受講率向上が求められている。都道府県別の受講率は平成27  
10 年9月時点で40%未満の都府県もあり、各都道府県における緩和ケア研  
11 修会（以下「研修会」という。）の企画者や行政担当者の努力により受講  
12 率を改善できる可能性が指摘されている。  
13  
14  
15 ○ 受講率の高い地域においては、未受講者の確保が困難であり、研修会開催  
16 が拠点病院の実務負担となっている。  
17  
18

19 (今後の方向性)

- 20 ○ 受講率向上に向けて、研修形式を診療所の医師が受講しやすい単位型に変更したり、都道府県全体で研修計画を立てたりすることを検討すべきである。  
21  
22  
23  
24 ○ 拠点病院は、都道府県と連携し、当該2次医療圏の拠点病院以外の病院を対象として、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。  
25  
26  
27  
28 ○ 拠点病院の開催負担を軽減するため、複数の拠点病院で研修会を共同開催することや都道府県拠点病院と共催することなど、都道府県単位で工夫できるようにすべきである。  
29  
30  
31  
32 ○ 拠点病院の開催負担や受講者の負担を軽減するために、講義部分はe-learningを導入し、事例検討やロールプレイ等は1日の集合研修に変更すべきである。  
33  
34  
35  
36  
37

## 1      ② 研修内容について

### 3      (現状と課題)

- 4      ○ 研修会は、「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」ことが基本計画の目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師等に対して実施されている。内容は、初期臨床研修修了時（卒後3年目）の医師が達成すべき基本的な緩和ケアのレベルに設定されているため、様々なレベルの参加者に対応した目標設定ができていない。
- 10
- 11     ○ 研修会を受けただけでは、医師の行動変容を起こすことは難しく、現行とは違う形式、内容のものが必要と指摘されている。
- 13
- 14     ○ 研修会の標準プログラムは、在宅緩和ケア及び地域包括ケアの視点が希薄である。

### 18     (今後の方向性)

- 19     ○ 研修会の参加者の違いを踏まえた目標設定を検討し、臨床現場に即した研修会に見直すべきである。
- 21
- 22     ○ 研修会の内容に、主治医から専門的な緩和ケアや既存の医療資源につなぐことを追加すべきである。また、症状緩和だけでなく、特に緩和ケア概論、全人的な苦痛の評価、コミュニケーション、地域連携、アドバンスケアプランニング、チーム医療、看取りのケア等を盛り込み、がん以外の診療を行う医療従事者に対しても実施できる研修会に見直すべきである。
- 27
- 28     ○ 全ての診療科医師が共通して受けられる基本的な内容と専門的な内容を組み合わせることを検討する。また、基本的な内容として、生活の相談や療養場所の選択等、意思決定の支援について盛り込むべきである。
- 31
- 32     ○ 研修会の質の向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、拠点病院以外の医療機関へ対応できるよう、地域の実情に応じた実施方法や研修内容を充実させ、がん治療医が自ら緩和ケアを実践できるプログラムを検討すべきである。また、必要に応じて研修指導者の教育技法の向上を目指した研修を実施すべきである。
- 37

- 1 ○ 専門的な緩和ケアにおいては、より複雑な問題を扱うため、多面的な教  
2 育・研修を行うことを検討すべきである。また、研修会の指導者と在宅療  
3 養支援診療所・病院の医師や地域の医師会と協働して、一般病院や診療所  
4 の医師を対象とした研修会の開催を検討すべきである。

5  
6  
7 ③ 研修の対象者等について

8  
9 (現状と課題)

- 10 ○ 現行の研修会は、がん診療に携わる医師・歯科医師を対象に実施している  
11 が、その他の医療従事者の参加も可能なため、全受講者のうち約4割が医  
12 師以外の職種と推定される。
- 13  
14 ○ 現在、主に拠点病院が開催する基本的な緩和ケアに関する研修会と、国立  
15 がん研究センターが開催する緩和ケアチーム研修会をはじめとする専門  
16 的な緩和ケアに関する研修会が実施されている。
- 17  
18 ○ 緩和ケアは、チームで実施するものであり、医師だけで完結する研修会  
19 ではなく、多職種が受講できる体制や、ファシリテーターとして参加できる  
20 体制の必要性が指摘されている。
- 21  
22 ○ 緩和ケアチームの質の向上のため、チーム単位で研修を受ける必要性が指  
23 摘されている。

24  
25  
26 (今後の方向性)

- 27 ○ 院内の医師・薬剤師のみならず、地域の医師・薬剤師も今後さらに高度な  
28 知識を習得する必要がある、研修体制の整備に努めるべきである。
- 29  
30 ○ 地域で緩和ケアを担う医師が、拠点病院等の医師と共に研修会を受講でき  
31 る体制を更に充実させるべきである。
- 32  
33 ○ 研修会の対象者は、医師を基本とし、多職種が一定の割合でファシリテー  
34 ターとして参加してもらうことを検討すべきである。
- 35  
36 ○ 緩和ケアチームの構成員がチーム単位で参加し、チームビルディングを学  
37 ぶ研修や多職種を対象とした研修は、国立がん研究センターが開催する緩



1 和ケアチーム研修会や各関連団体が開催する各職種を対象とした研修会  
2 を引き続き実施すべきである。

- 3  
4 ○ 医師への研修と並行して、多職種による地域医療にも対応できるチーム活  
5 動を強化する研修のあり方を検討すべきである。

6  
7  
8 ④ 研修会の効果判定について

9  
10 (現状と課題)

- 11 ○ 研修会のアウトカムは、緩和ケア外来等を利用した割合や痛みの治療効果  
12 等の患者アウトカムで評価する必要があるが、そのための調査は実施され  
13 ていない。

14  
15  
16 (今後の方向性)

- 17 ○ 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、患者を専門  
18 的な緩和ケアにつないだ率等について、定期的、継続的な調査を行い、到  
19 達目標を明確化すべきである。

20  
21  
22 (2) 卒前・卒後教育について

23  
24 (現状と課題)

- 25 ○ 医学部のモデルコアカリキュラムや医師国家試験の出題基準等に緩和ケ  
26 アに関する項目はあるが、緩和ケアにおけるチーム連携の内容をしっかりと  
27 盛り込む必要があるとの指摘がある。

- 28  
29 ○ 初期臨床研修の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことは重要であり、  
30 また、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  
31 研修医が研修会を受講することが必要という意見がある。

32  
33  
34 (今後の方向性)

- 35 ○ 大学等の教育機関では、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プロ  
36 グラムを策定する他、医師の卒前教育を担う指導者を育成するため、医学  
37 部に緩和医療学講座を設置することを検討すべきである。

1  
2  
3  
4  
5

- 卒後2年目までの医師の基本的緩和ケアの習得について検討すべきである。

1 **3. その他の事項**

2  
3 **(1) 医療用麻薬について**

4  
5 (現状と課題)

- 6 ○ 医療用麻薬に対する国民の抵抗感、誤解、恐怖心は根深いものである。  
7  
8 ○ 多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅  
9 速かつ適正な使用の確立を目指した研究が不十分であるとの指摘がある。

10  
11  
12 (今後の方向性)

- 13 ○ 医療用麻薬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  
14 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  
15 研修も推進すべきである。  
16  
17 ○ 医療用麻薬をはじめとした身体的な苦痛を緩和する薬剤の使用法の確立  
18 を目指した研究を行うべきである。

19  
20  
21 **(2) 介護について**

22  
23 (現状と課題)

- 24 ○ 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  
25 定疾病として記載する必要があり、記入しづらく利用が進まないとの指摘  
26 がある。  
27  
28 ○ 介護する家族と患者が寄り添える療養環境の整備が不十分との指摘があ  
29 る。

30  
31  
32 (今後の方向性)

- 33 ○ 要介護認定における「末期がん」の名称を「迅速な対応が必要ながん患者」  
34 等への名称変更を含めた検討をすべきである。  
35  
36 ○ ケアマネージャー等の研修内容に、がん等のADLが急速に悪化する疾病を  
37 加えるなどの取組を行い、患者、家族が寄り添える療養環境を整備するこ

1           とを検討すべきである。

2  
3  
4   **(3) 小児等に対する緩和ケアについて**

5  
6   (現状と課題)

- 7   ○ 小児がん患者等は、長期間の治療に伴う教育の継続や進学、就職に関する  
8       問題等の社会的な困難、孤立を抱えることも少なくない。家族は、長期間  
9       の医療機関での看病、意思決定の困難さ、将来への不安、家族の分断、経  
10      済的な困窮等の特別な状況に置かれており、総合的な対策が求められてい  
11      る。
- 12
- 13   ○ 小児がん患者に対する緩和ケアは、様々な苦痛に対し、苦痛の評価法や薬  
14      剤等の使用方法が成人とは異なるため小児緩和ケアに携わる医療従事者  
15      は少ない。
- 16
- 17   ○ 小児緩和ケアの専門スタッフの配置や養成のためのシステムが整ってお  
18      らず、施設間の連携も十分に機能しておらず、緩和ケアが小児がん患者と  
19      その家族に十分に届いていない。
- 20
- 21   ○ 小児がん患者等への緩和ケアの提供体制が未整備であり、特に在宅療養患  
22      者への生活支援が不十分である。
- 23
- 24   ○ 小児がん患者の終末期では、緩和的な化学療法 of 継続や頻回の輸血等の医  
25      療依存度が高いため、小児緩和ケアの知識や経験が少ない地域の医療従事  
26      者では在宅ケアに対応できないとの指摘がある。

27  
28  
29   (今後の方向性)

- 30   ○ 緩和ケアに従事する全ての医療従事者は、小児がん領域に携わる医療従事  
31      者と課題や診療方針を共有すると共に、入院時だけでなく外来においても  
32      必要な緩和ケア連携・提供体制の整備を図るべきである。
- 33
- 34   ○ 成人を対象とする緩和ケアの医療従事者が、小児緩和ケアに協力できるよ  
35      う研修の充実を図るべきである。
- 36
- 37   ○ がん相談支援センターは、小児がん患者等に対して、専門的な緩和ケアの

1 提供や生活支援に関し、地域との調整を推進すべきである。  
2  
3

#### 4 (4) 循環器疾患の緩和ケアについて 5

##### 6 (現状と課題)

- 7 ○ 緩和ケアの対象患者は特定の疾病に限定されるものではなく、循環器疾患  
8 の患者も緩和ケアを必要としている。  
9
- 10 ○ 我が国の緩和ケアは、がんを主な対象疾患として発展したため、がん以外  
11 の疾患を併発したがん患者やがん以外の疾患の患者への緩和ケアが立ち  
12 遅れている。  
13
- 14 ○ 我が国において、がん以外の疾患に対する緩和ケアの臨床現場における実  
15 態がわかっていない。  
16
- 17 ○ 主治医は、がん以外の疾患に緩和ケアチームが対応できることを認識して  
18 いない。  
19
- 20 ○ 現行の研修会の内容では、慢性心不全等のがん以外の疾患を有するがん患  
21 者への対応が難しい。  
22  
23

##### 24 (今後の方向性)

- 25 ○ がん以外の疾患に対する緩和ケアの実態調査を行うべきである。  
26
- 27 ○ 循環器疾患の研修内容は、疾患の経過ががんと異なることを考慮して検討  
28 すべきである。  
29

## 1 IV. おわりに

2

3 第1回から第5回までのがん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討  
4 会において、緩和ケアの提供体制の現状と課題について検証するとともに、今  
5 後の方向性についても議論を行った。次期がん対策推進基本計画の策定の議論  
6 における参考となるよう、本検討会における議論の整理をがん対策推進協議会  
7 に提出する。

8

9

# 「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」開催要綱

## 1. 趣旨

平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき課題の一つとして「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられている。そのため、厚生労働省健康局長の下に「緩和ケア推進検討会」を設置するとともに、これまで4年間にわたって計19回の議論を重ね、その結果は、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケア提供体制の整備、緩和ケア研修、診療報酬による評価等に反映してきた。

一方で、多くのがん患者が拠点病院以外の医療機関を受診するとともに、約4分の3のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られていることを踏まえると、今後は、拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの充実が重要である。また、緩和ケアはがん患者だけではなく、循環器疾患等の患者にも必要である。医療従事者についても、緩和ケアの基本的な知識を身につけることが重要である。

これらを踏まえ、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。

## 2. 検討事項

### (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

## 3. その他

(1) 本検討会は、健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

(2) 本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括させる。

(3) 本検討会は、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者の参集を依頼することができる。

(4) 本検討会は、原則として公開とする。

(5) 本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん・疾病対策課が行う。

(6) この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」構成員名簿

- 1  
2  
3 有澤 賢二 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事  
4  
5 安斉 俊久 国立循環器病研究センター心臓血管内科 部長  
6  
7 池永 昌之 淀川キリスト教病院緩和医療内科 主任部長  
8  
9 小川 朝生 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 科長  
10  
11 加賀谷 肇 明治薬科大学臨床薬剤学研究室 教授  
12  
13 川本 利恵子 公益社団法人日本看護協会 常任理事  
14  
15 木原 康樹 広島大学大学院医歯薬保健学研究院応用生命科学部門  
16 循環器内科学 教授  
17  
18 桜井 なおみ 一般社団法人CSRプロジェクト 代表理事  
19  
20 田村 里子 一般社団法人WITH 医療福祉実践研究所がん・緩和ケア部 部長  
21  
22 中川 恵一 東京大学医学部附属病院放射線科 准教授  
23  
24 服部 政治 がん研有明病院がん疼痛治療科 部長  
25  
26 平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 副理事長／梶原診療所 在宅  
27 総合ケアセンター長／オレンジほっとクリニック 所長  
28  
29 ○福井 次矢 聖路加国際大学 学長／聖路加国際病院 院長  
30  
31 細川 豊史 京都府立医科大学疼痛・緩和医療学講座 教授  
32  
33 前川 育 特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表  
34  
35 道永 麻里 公益社団法人日本医師会 常任理事  
36  
37 三宅 智 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・臨床腫瘍学分野  
38 教授  
39  
40 山田 佐登美 川崎医科大学附属川崎病院 看護部長付参与  
41 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 特任教授  
42  
43  
44

○…座長  
(五十音順・敬称略)