

平成 23 年 3 月 28 日

がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会

## がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会中間報告

## 1. 第 1 回がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会

日 時：平成 23 年 1 月 11 日（水）10:00～12:00

場 所：厚生労働省専用第 17 会議室

議 題：緩和ケア専門委員会の検討内容について

出席委員：江口委員長、前川委員、大西委員、志真委員、東口委員、丸口委員、  
余宮委員

参考人：川越参考人、中川参考人、福井参考人

議事録：別紙 1

協議の結果、検討項目を以下とした。

- 1) 緩和ケアに関する研修について
  - 2) 在宅も含めた緩和ケアの在り方、地域連携について
  - 3) 緩和ケアのアウトカム評価
- の 3 項目について検討し、本協議会に提言する。

## 2. 第 2 回がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会

日 時：平成 23 年 2 月 25 日（水）14:00～17:00

場 所：厚生労働省専用第 17 会議室

議 題：緩和ケアに関する研修について

出席委員：江口委員長、前川委員、志真委員、東口委員、丸口委員、余宮委員

参考人：川越参考人、木澤参考人

緩和ケアに関する研修についてのまとめ：別紙 2

## 3. 第 3 回がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会

日 時：平成 23 年 3 月 18 日（金）10:00～13:00

場 所：ホテルフロラシオン青山 3 階 孔雀（東）

議 題：在宅も含めた緩和ケアの地域連携について

諸事情により延期

## 第1回がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会 概要

日時 平成23年1月11日(水) 10:00~12:00  
於 厚生労働省第17会議室  
出席者 江口委員、前川委員、大西委員、志真委員、東口委員、丸口委員、  
余宮委員、川越参考人、中川参考人、福井参考人  
(※ 秋山委員は、所用によりご欠席)

### 【協議事項1：専門委員会設置について】

- ・がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会運営規定について了承
- ・協議会に対しては、専門委員会で意見をまとめ報告書を提出する

### 【協議事項2：緩和ケアの今後の検討課題について】

- ・前川委員：がんと告知された時の心の痛みが、なかなか思いやれていない。  
まずは心の痛みを取ってあげることが重要。  
初期の診断医には緩和ケアについて理解不足の医師がいる上に、十分な時間をかけられない。  
相談支援等のスタッフもいろいろ悩みや迷いがあると聞いている。  
緩和ケア研修会の内容のレベルアップ、医師の参加促進が必要。  
(志真委員) 各地域の緩和ケア研修会の内容が十分でないことは指摘のとおりである。指導者研修会修了者の数もまだ少なく、研修を一層充実させてゆく必要がある。  
(余宮委員) 各科の連携については問題があると同感する。共感能力、コミュニケーション能力が高くないとうまくいかない。拠点病院の施設長もぜひ研修会を受講してほしい。
- ・秋山委員：(代読) 除痛が不十分のケース、緩和ケア研修会の参加者が少ない、チーム医療を推進すべき、在宅緩和ケアの体制作り、緩和ケアの情報提供の場が少ない等の問題について
- ・大西委員：精神腫瘍の緩和ケア研修会受講者数の約半数が、サイコオンコロジー学会員。  
受講者数の増加や若手精神腫瘍医の育成が必要。  
メンタルケアはベーシックケア、スペシャルケアの2段階。  
重症うつ病に関するケアも必要な場面があり、専門医の配置が必要である。  
拠点病院には常勤で精神科医の配置を求める必要があるのでは。
- ・志真委員：緩和ケアに関する患者と遺族によるアウトカム評価を行う必要がある。  
(江口委員) 調査は研究ではなく制度として毎年繰り返し行う必要があるの

ではないか。

(志真委員) 医療資源の乏しい地域も含めた全国調査が必要である。

拠点病院だけ調査すると、比較的恵まれた地域のみの評価となってしまう恐れがある。

(川越参考人) 評価の目的を明確にすべき。在宅緩和はケースが多岐に渡り、評価困難。遺族評価も在宅と病院でプロセスが違うので一元的に評価するのは難しいのではないか。

緩和ケア研修会については、研修プログラムの変更（Eラーニングの導入による研修会日数の短縮化など）が必要であり、さらに、臨床研修医の受講必須化などを提案する。また、小児科医への緩和ケアの基本教育（CLIC）、看護師への基本教育（ELENC-J）に加えて、来年度は薬剤師への基本教育も充実を図る必要がある。

- ・東口委員：緩和ケア研修会への参加医師を増やすためには、参加をDutyとしなければ厳しいと感じている。研修医、関連学会の認定医・専門医への義務付けが必要ではないか。

緩和ケアチームに対するインセンティブも充実させる必要がある。緩和ケア病棟、ホスピス病棟、急性期病院からの転院とでは、患者、家族の死生観もそれぞれ異なる。地域連携がしっかりできていないと機能しない。これにもインセンティブが必要である。

(余宮委員) 患者が自分の好きな場所で緩和ケアを受けるには、緩和ケア病棟数が足りず3ヶ月待ちもザラである。経営的には、緩和ケア部門は不採算部門と言われてしまう。

- ・丸口委員：緩和ケアの専門知識を持った人材の確保が必要。専門看護師、認定看護師に対してインセンティブがほとんどないので、病院経営側からも長期研修に出せない現状がある。
- ・余宮委員：緩和ケア専門医育成が課題であり、認定研修施設の地域格差の是正や、Eラーニング等を導入した専門医育成セミナーを開発する必要がある。

#### 【次回の専門委員会に向けて】

- ・次回は2月中に開催予定
- ・次回議論すべきテーマは、「緩和ケアに関する研修について」。医師以外への緩和ケアの基本教育を含めて議論する。
- ・次回以降については、  
「在宅も含めた緩和ケアの在り方」、「緩和ケアのアウトカム評価」なども検討していく。

平成23年3月28日

## がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会 中間報告書

平成22年6月に答申したがん対策推進協議会の「中間報告書」を踏まえ、緩和ケア専門委員会（以下、本委員会）では、「中間報告書」で示された課題に関する「目標」と「実現のための方策」を検討している。

まず、日本におけるがん緩和ケアの推進の方策のひとつとして、がん医療に携わる医療従事者に対する緩和ケアの教育研修体制について議論した。

がん医療に携わる医療従事者に対する緩和ケアの教育研修体制

### 1. 本委員会の現状認識

1) 専門的な緩和ケアに関する教育研修は、医師・看護師・薬剤師の職種ごとに日本緩和医療学会（緩和医療専門医24名、暫定指導医621名）、日本看護協会（がん・緩和ケア領域の専門看護師250名、認定看護師2160名）、日本病院薬剤師会、日本緩和医療薬学会（がん・緩和ケア領域の専門薬剤師835名、認定薬剤師71名）が主体となって専門の資格制度（名称として認定制度も含む）が整備されつつある。

2) 基本的な緩和ケアに関する教育研修は、医師に対する緩和ケアの基本教育が日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会、国立がん研究センターの協力の下で進み、医師の「緩和ケア研修会修了者」（2010年12月現在）は20,124名となり、進捗が見られる。また、上記の三団体により基本教育のための指導者養成（緩和ケア指導者1034名、精神腫瘍指導者482名）も進んでいる。一方、看護師に対する緩和ケアの基本教育は、従来、日本看護協会が主に担ってきたが、昨年からは日本緩和医療学会が「看護師に対するエンドオブライフ・ケアの教育プログラム」（ELNEC-J=End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan）を作成し、指導者養成（345名）を開始している。なお、がん医療の分野別の研修のひとつとして「小児科医のための緩和ケア教育プログラム」（CLIC=Care for Life-threatening Illnesses in Childhood）が厚労省研究班によって作成され、昨年からは研修会が試行されている。

## 2. 医師に対する今後の方策

### 1) 緩和ケア研修会の対象者の拡大と必修化

緩和ケア研修会は、これまで「がん診療に携わる医師」を対象にがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）が中心となって実施してきた。大学病院等ではそれに加えて臨床研修医に対しても緩和ケア研修会が実施されて、その教育プログラムは臨床研修医にとっても十分に理解、修得が可能な教育内容であることが実証されている。したがって、本委員会は臨床研修医の臨床能力のひとつとして基本的な緩和ケアの修得を必修の項目とすることが望ましい、という認識で一致した。さらに、がん治療認定医をはじめとした「専門的な資格」を有するがん治療の専門医、在宅医療に携わる医師にとっても必須の臨床能力であり、緩和ケア研修会への参加を必修とすべき、という指摘がされた。

### 2) 拠点病院の幹部職員に対する緩和ケア研修の必修化

病院長はじめ拠点病院の幹部職員は、がん医療の柱となる緩和ケアの重要性について十分に認識する必要がある。そのためには緩和ケア研修会の開催だけでなく、幹部職員が率先して研修会に参加して病院として緩和ケアの提供体制充実に努力する必要がある。そのうえで、がん緩和ケアの地域連携や研修派遣などに積極的に取り組むことが望まれる。

### 3) 緩和ケア研修会受講の促進策について

これまで診療報酬の面から緩和ケア研修会への受講を促進する方策を講じて、一定の効果が見られている。そのほかにかん治療認定医をはじめとしたがん診療に携わる「専門的な医師」の資格認定の要件として必須化するなど、受講促進のための工夫が必要であるという意見の一致をみた。

### 4) 緩和ケア研修における実習プログラムの必要性

基本的、専門的のレベルを問わず緩和ケア研修は、研修会を受講しただけでは身に付かず、実地研修が必要であるという合意に至った。特に、基本的な緩和ケア研修会修了者、指導者研修会修了者を対象とした「緩和ケアの実習プログラム」を作成し、実施する方向が提案された。

なお、医学教育における卒前・卒後教育の一貫性も緩和ケアの実践にとって重要との認識で一致した。

## 3. 検討された具体的な改善方策

### 1) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

①臨床研修医に対する必修化によって年間 8000 名、10 年継続で、8 万人の若手医師が緩和ケアの基本教育を受ける。

②日本がん治療認定機構のがん治療認定医は、7937 名（2010 年 4 月現在）であり、毎年約 2000 名余の中堅医師が受験している。受験資格および更新の必須要件とすることにより、がん治療に携わる広い年代層の診療科医師をカバーすることができる。

③緩和ケア研修会の開催指針を柔軟で受講しやすい要件に改定する。2 日間研修拘束する受講方式だけでは、受講を必修とすにくいので、e-learning の活用等も検討する。ただし、e-learning 方式の教育を、研修会カリキュラムに加えることは異論もあり、緩和ケア研修の代替手段として不十分であると指摘された。E-learning は、勤務制約の多い研修修了者について、研修内容再確認や最新知識更新などの手段として活用することも提案された。

④緩和ケア研修会の教育内容の更新、充実させる。受講者の要望が強くなっており、教育モジュールの追加など教育内容を高度化する必要がある。

## 2) 緩和ケアの実習プログラム

実地研修施設として緩和ケア病棟、緩和ケアチームは、最低 2 次医療圏に 1 カ所必要であり、在宅緩和ケアの実地研修施設（診療所）は当面、各都道府県 1 カ所の配置をめざす。受講者の勤務上制約などを考慮して実習内容、実習期間などについて工夫が必要である。

## 3) 専門的な緩和ケアを担う人材の育成

緩和医療専門医の育成は、現在、拠点病院を中心に暫定指導医の存在する認定研修施設は 407 施設で行われている。今後の目標として認定研修施設を 500 施設とし、緩和医療専門医が最低でも全国の拠点病院に 1 人以上配置できる 1000 人を目指す。

## 4. 看護師に対する今後の方策

拠点病院等でがん看護に携わる看護師は、「看護師に対するエンドオブライフ・ケアの教育プログラム」(ELNEC-J) による研修会で基本的な緩和ケアを学ぶことが望ましい。日本緩和医療学会と日本看護協会等の看護団体との協議を通じて、各団体が協力して ELNEC-J の指導者養成に取り組み、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」と同様に研修会修了者に対しては修了認定証が発行されるなど、体制の整備が必要である。

なお、薬剤師については、緩和医療薬学会による薬物療法に関する e-learning などによる研修体制が整備されつつある。また、ケアマネジャー、福祉行政担当者、調剤薬局等の関係者に関する基本的な緩和ケアに関する研修は、チーム医療の観点から今後整備をすすめる必要がある。