

各委員からの意見書

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

【問題点】

①がんと診断されたときについて

「治療の初期段階から緩和ケア」と基本計画にはあるが、現状を以下に述べる。

- ・がんと診断したときに、患者への対応や説明、治療方針が医師によって大きく違い、その後の治療・医療者と患者の関係性にも影響が出る。
- ・患者は、診断直後の説明を充分には理解していないケースもある。(現状では、患者は医師への遠慮と共に気持ちが動転していることが多い)
- ・医療者はインフォームドコンセントを充分したつもりでいても、現状では患者は理解しているとは限らない。
- ・例として、がんと分かった時は肺がんの末期。患者は自分の病状の厳しさを理解することもなく、輸血を2本するような状態でも「明日は外泊」と楽しみにし、結局、それも叶わず数日後に死去。
亡くなる前日の言葉は、「昨夜は、死んだ方がましと思うほど、苦しかった」
その苦しい思いは、医療者には届いていないと思われる。

【対応案】

①がんと診断されたときについての対応案

- ・初期段階で、主治医・担当看護師・がん看護専門ナース・緩和ケアチームで情報を共有し、今後の治療方針を患者家族と共に話し合う(共通理解)場を作るべきである。
- ・がんと診断された時に、患者に、一律の「初期からの緩和ケア」のパンフレットを作成しておき、それを渡す。
- ・治療開始後、手術や抗がん剤などで生じる心身の苦痛に対して、患者が即緩和ケアチームへたどり着ける道筋をつけ、拠点病院内の垣根のない信頼関係の構築を実施すべきである。
- ・がんに関わるすべての医師の「緩和ケアへの理解」が、必須条件であり、それを実施すべきである。
- ・患者と医師のコミュニケーションが大切なので、医師も患者もコミュニケーション技術を学ぶべきである。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>②緩和ケア研修会について</p> <p>「緩和ケア研修会」を各病院で実施しているが、現状では、本 当に必要と感じて開催しているのか、疑問である。</p> <p>現状では、拠点病院だからという制度的な理由で 義務的に開催しているケースもあるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院長・施設長の「がんになった時から緩和ケア」の 理解が低いケースもある。 ・ がん診療に関わる医師の多忙さも、受講数が増えない 一因。 ・ 「参加して、とても良かった」と思える医師が増えれば 参加促進につながる。 ・ 現状ではがん診療に関わっている医師がどのくらい 受講しているかは、修了者数だけでは不明。 ・ 研修会に参加したある開業医の1年後の言葉、「何を 習ったかを忘れてしまったよ」という、現状もある。 	<p>②緩和ケア研修会について、対応案</p> <p>左記の問題を解決するために、下記のことを提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次期基本計画においては、研修会プログラムを、 初心者用と緩和医療学で学ぶ高度なもの2種類に 分ける。 ・ 患者参加型のロールプレイにするか、患者がいなくて も、それに匹敵するロールプレイの内容にする。 ・ がん診療拠点病院の院長（施設長）の研修会受講を 義務付ける（緩和ケアへの理解と、トップの意識改革） ・ 研修会受講医師が1名いれば「がん疼痛緩和指導管理 料」が加算されるが、研修会修了者のみに限定する。 （実数把握にもなる）

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：(前川 育)

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>③緩和ケアチームの充実についての現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての拠点病院に緩和ケアチームはあるが、現状では、実際に稼働しているチームは少ない。 ・主治医や看護師が、緩和ケアチームに依頼しない。 ・患者は、院内に緩和ケアチームの存在を知らないこともある。 ・専任の医師や看護師、精神科医不足のため、緩和ケアチームの質の向上が困難。 	<p>③緩和ケアチームの充実についての対応策</p> <p>左記の問題を解決するためには下記のことを提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ある程度長期計画で、専任の緩和ケアチームを育てる。(研修及び、人員確保) ・緩和ケアチームが、院内のがん患者に接触可能な体制を作る。 ・精神科医がいなくても、緩和ケア診療加算を可能とする。 <p>*****</p> <p>この5年間で、計画通りに施策が進んでいないので以下のことを提案する。</p> <p>次期「がん対策推進基本計画」に盛り込むべき事項</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「がんになった時から緩和ケア」の実施のためには、医学部での緩和ケアの必修化と研修医の間に、緩和ケア科も必修にする。 ②「がん疼痛緩和指導管理料」の見直し。 ③厚労省内に、がん患者のための強力な「がん対策室」の設置。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山 美紀 p.1

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>①緩和医療提供状況の把握 がん治療のどのステージで緩和医療が提供されているのか、各病院の実施状況がそもそも把握できていない。がん診療連携拠点病院ですら、その実態を把握できていないのが問題である。</p> <p>②医療者（医師）の理解不足 がん治療に関わっている医師の間にも、緩和ケアは早期から受けられるという認識が必ずしも浸透していない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>①緩和ケア提供状況の見える化 まず拠点病院は、がん種・ステージ別の緩和ケアサービスの提供数（PCT への依頼数、緩和ケア外来受診件数等）を報告することを義務とする。そこからがん治療を行う病院に広げていく。</p> <p>②効果的な教育・研修の実施</p> <p>A：専門医レベル 各がん専門医取得のカリキュラムの中に、早期からの緩和ケアの意義を十分理解させる項目を入れる。</p> <p>B：研修医（卒後研修）レベル 初期臨床研修プログラムの中に緩和医療を必修化し、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>C：卒前教育レベル コアカリキュラムの中に、緩和医療を入れて、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山 美紀 p. 2

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>③患者の情報不足 治療中のがん患者に、緩和ケアは早期から受けられるものだという情報提供がされていない。緩和ケアは末期のものだという誤解もある。</p> <p>④早期のがん患者が抱える社会的苦痛への対応不足 緩和ケアの4つの要素のうち、特に治療の早期段階でニーズが高いのは、精神的、社会的な苦痛であるが、社会的苦痛についての対応が十分でない。ゆえに治療の早期段階におけるニーズがあっても、それが顕在化していない現状がある。</p>	<p>③患者への十分な情報提供 がん相談支援センターの役割の中に、緩和ケアは早期から受けられるという情報を提供することを明記する。また、地域住民へ十分その旨を啓発する役割も明記する。</p> <p>④社会的苦痛への対応を強化しトータルペインに対応する 特に早期のがん患者の多くが抱えている社会的苦痛への対応を強化するために、早期から院内のソーシャルワーカーががん患者に関われる体制作りを求める。拠点病院では、緩和ケアチームの一員にソーシャルワーカーを加え、トータルペインに対応する体制を整えることを推奨する。</p> <p>以上より、以下の点を提案する。 【次期がん計画に盛り込むべき事項】 ①緩和ケアサービス提供数報告の義務化 緩和ケア提供に関する病院のアウトプット評価の一環として、がん拠点病院は、がん種・ステージ別の緩和ケアサービスの提供数を報告することを義務とする。(PCT への依頼数、緩和ケア外来受診件数等)</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：秋山美紀 p. 3

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
	<p>②教育・研修のカリキュラム改訂</p> <p>A: 専門医レベル 各がん専門医取得のカリキュラムの中に、早期からの緩和ケアの意義を十分理解させる項目を入れる。</p> <p>B: 研修医（卒後研修）レベル 初期臨床研修プログラムの中に緩和医療を必修化し、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>C: 卒前教育レベル コアカリキュラムの中に、緩和医療を入れて、さらにその中に早期からの緩和ケアの意義を入れ込む。</p> <p>③がん相談支援センターの役割 がん相談支援センターの役割の中に、緩和ケアは早期から受けられるという情報を提供することを明記する。また、地域住民へ十分その旨を啓発する役割も明記する。</p> <p>④社会的苦痛とトータルペインに対応する体制づくり 特に早期のがん患者の多くが抱えている社会的苦痛への対</p>

応を強化するために、早期から院内のソーシャルワーカーががん患者に関われる体制作りを求める。拠点病院では、緩和ケアチームの一員にソーシャルワーカーを加え、トータルペインに対応する体制を整えることを推奨する。

(以上)

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：大西 秀樹

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 外来における精神心理的苦痛に対する支援体制が整っていない</p> <p>抗がん治療の中心は、入院から外来に移行している。抗がん治療中の患者家族は、4人に1人が抑うつ・不安症状を抱えながら治療を受けている。</p> <p>特に、外来治療では家族に介護の問題、経済的問題など複雑な身体的精神的負担を強いる。そのため、家族は「第2の患者」とも言われており、患者とは別の配慮が必要である。家族は患者に遠慮をして相談を避ける傾向があるため、家族を対象とした独自の支援が必要である。</p> <p>② 相談支援センターでの精神心理的支援体制が整備されていない。</p> <p>拠点病院では、外来において患者家族の精神心理的苦痛に対応する相談支援センター、緩和ケアチームの設置が義務づけられている。しかし相談支援センターは相談員の配置が不足していることと、相談員の研修に精神症状緩和に関する研修がほとんどないため、対応ができていない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>★拠点病院の整備</p> <p>① すべてのがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医またはコンサルテーション精神科医を配置する。</p> <p>うつ病の見落とし、がん患者の自殺を予防するために、全てのがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医・精神科医を配置し、精神心理的ケアの提供と教育体制を整えることが均てん化の要である。</p> <p>② 患者家族を対象とした患者家族の意向に沿ったサポートプログラムを開発し、各拠点病院相談支援センターで実施する</p> <p>相談支援センターが機能していない原因に、個別相談以外に提供すべき患者家族向けの教育プログラムなどのソフトの整備がなされていないことがある。早期からの緩和ケアとは、「患者が納得して治療を受ける」ことであり、疾患や治療、臨床試験、支持療法に関する理解を進める教育的介入と信頼できる情報提供が重要である。全国の拠点病院で実施できる標準的なサポートプログラムを整備し、各拠点病院で実施することを通して、質の高い支</p>

社会的問題を抱えた患者家族の 60%以上が精神心理的な問題も抱えているが、問題が見落とされたままている。

- ③ 緩和ケアチームによる外来での支援が進んでいない
 がん患者では 10-25%にうつ病・適応障害が合併する。抗がん治療とともにうつ病への治療が必要であるが、身体治療場面でのうつ病の見落としが非常に多く（たとえば、一般外来において内科医がうつ病を診断できたのは 1 割に留まっている）、うつ病の診断・治療がおこなえていない。うつ病が見落とされ、十分な治療が提供されないことは、療養生活の質の低下に直結するとともに患者の自殺、治療拒否を通しての治療成績の低下にも関連する（表 1、別紙）。
 抗がん治療中のうつ病の治療を改善するためには緩和ケアチームの活動、特に精神腫瘍医の診療が重要である。しかし、緩和ケアチームで外来での精神症状緩和はほとんど実施されていない。
- ④ 医療者のコミュニケーション技術の向上が必要
 がん医療においては告知等の際に患者家族に対する特段の配慮が必要である。心理的苦痛を緩和するためにも医療者のコミュニケーション技術の向上に努めることが必要である。医師のコミュニケーション技術訓練は徐々に実施

援が可能となる。

★教育

- ① 精神腫瘍医の育成
 拠点病院に勤務する精神科医を対象に、精神腫瘍に関する実践的な教育研修をおこなう育成コースを設ける。
- ② 緩和ケアチームに対する実践的な精神症状緩和に関する教育の実施
- ③ 相談支援センター相談員に対する精神心理的苦痛に対する基本教育の実施
 全国のがん診療連携拠点病院において相談員が、精神心理的問題を同定し、適切に対応できることを目的に、標準的なアセスメント方法や自殺念慮に対する危機介入の徹底など実践的な教育研修を実施する。（現在は 60 分の講義しかなく不十分である）
 相談支援センターが、患者・家族を対象にサポートプログラムを提供できるように教育研修を実施する。
- ④ がん医療に携わる医師への実践的な精神症状緩和に関する教育の実施
 現在 PEACE 研修会がおこなわれているが、うつ病やせん妄に関する教育は 2 時間弱の座学に留まる。特にせん妄は入院患者の 30%以上に出現する代表的な合併症である。せん妄への初期対応はプライマリ・チームの必須の

されているが、十分に行き渡っているとはいえない。また、看護師や薬剤師、検査技師など他の職種にも基本的なコミュニケーション技術は必要であるが、いまだ十分ではない。

技能であるが、実践には結びついていない。

⑤ がん医療に携わる看護師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

早期からの緩和ケアを実現するためには、抗がん治療中の患者・家族の問題となるうつ病や不安を対象とした臨床プログラムを実施する必要がある。がん診療連携拠点病院が、施設内の看護師や地域の病院看護師、訪問看護師を対象に年1回以上精神心理的苦痛に対する教育研修会を開催する。上記目標を達成するための教育プログラムを開発する。(ELNEGは終末期のエンドオブライフケアに焦点を当てている)

⑥ がん医療に携わる薬剤師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

患者家族を苦しめるせん妄の原因に、不適切な薬剤使用があげられる。誤った向精神薬・オピオイドの使用を防止するためには、薬剤師に向けた精神症状緩和の研修が必要である。

⑦ がん医療に携わる医師を対象としたコミュニケーション技術研修会を都道府県がん診療連携拠点病院で年1回以上開催する

現在日本サイコオンコロジー学会が厚生労働省の委託を受けて年4回研修会を開催している。今後はより広く普

及を図るために、都道府県がん診療連携拠点病院において各地域の医師を対象に、コミュニケーション技術研修会を開催し、コミュニケーション技術の向上を図る。

⑧ がん医療に携わる看護師・薬剤師・心理士を対象としたコミュニケーション技術研修会を開催する

告知等がん患者家族への配慮を実現するために、医師のみならず看護師・薬剤師・心理士などメディカルスタッフに対する基本的なコミュニケーション技術の啓発・普及を目指して研修会を開催する。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：志真 泰夫

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>治療の早期段階からの基本的な緩和ケアを実施するためのキーワードは次の三つと考える。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 早期段階での苦痛のスクリーニング 2. 緩和ケアの外来機能 3. 医療従事者からの情報提供 <p>【問題点】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療の早期段階での苦痛のスクリーニングについて がん診療連携拠点病院では、平成22年4月現在、377施設すべてで外来化学療法室が整備され、リニアック等の放射線治療設備も整備された（「中間報告書」）。しかし、抗がん剤等のがん治療に伴う患者の苦痛（食欲不振などの身体的苦痛、気持ちの辛さなど精神的苦痛、医療費の負担など社会的苦痛を包括する）の把握やそれに対する対策はほとんど取り組まれていない。国内でもこの苦痛の把握のために外来化学療法の段階で「苦痛のスクリーニング」に取り組んでいる施設はきわめて少数にとどまっている（参考文献：「つらさの寒暖計を用いた外来化学療法を受けている患者の経時的観察」 Yamaguchi T et al.; Longitudinal Follow Up of the Distress and Impact 	<p>【対応案】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外来化学療法および外来放射線治療における「苦痛のスクリーニング」の実施 左記の問題を解決するためには、外来段階での「苦痛のスクリーニング」を実施する必要がある。そのための測定方法は開発が進んでおり、Akizukiらが作成した「つらさの寒暖計」のほか、森田らが開発した「生活のしやすさの質問表」、また「STAS-J」「EORTC QLQ-PAL」など海外の評価法をわが国に導入したのも既にある。それらを研究的に用いた報告では1) 気持ちのつらさ、2) 意思決定の支援の不足、3) 不眠4) 食欲不振・倦怠感5) 口腔のトラブルの5つの苦痛の頻度が高いことが明らかになっている。（参考文献：「がん化学療法を受けている外来患者の症状の発言頻度と経過観察」 Yamagishi A et al.; Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. JPS M. 2009） <p>しかし、苦痛の評価やスクリーニング法が開発されていても、それを実施する診療体制がなければ、治療の早期段階における苦痛のスクリーニングは「絵に描いた餅」となってしまう。とくに、がん化学療法や放射線治療を担当する</p>

Thermometer in Outpatient Chemotherapy Setting.JPSM,2011)。

2. 緩和ケアの外来機能

がん診療連携拠点病院に限らず、多くの病院で外来の看護部門が縮小されているおり、外来では事務員のみという病院も少なくない。現状でがん患者だけを特別扱いにすることが可能かどうか、多くの問題がある。しかし、「治療の早期段階から緩和ケア」を行うためには、外来で治療を受けている患者に対して、外来での緩和ケアが実施されない限りは無理であろう。

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知)には、「③緩和ケアの提供体制」において、「イ. 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。」と定められているが、それを推進する具体的な施策は、緩和ケア診療加算の施設基準において「なお、1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診察することについては、差し支えのないものとする。(ただし、所定労働時間の2分の1以下であること。)」としているのみである。

医師や看護師が患者の苦痛に配慮することはもちろんであるが、それを支える外来診療の体制が必要となる。

2. 緩和ケアの外来機能の充実

治療の早期段階で患者の苦痛に対応するために、現在、想定されているような緩和ケアチームの専従医師が行う外来での薬物療法や治療の効果は限定的であり、むしろ看護師によるケア・コーディネーション(たとえば、患者や家族が必要としている生活上のアドバイスや情報提供など)やカウンセリング的対応、歯科衛生士等による介入が望まれる。

「緩和ケア外来」や「緩和ケアチームの外来診療」も施設によっては当然必要だが、多くの病院でもっとも効率的であるのは、「外来で看護師が単独で動けるような診療態勢」であろう。現在、病院の外来での看護に多くの看護師を充てられる状況ではないが、外来看護師と専門・認定看護師が分業し、効率的に患者をみることができる外来看護に人をあてるような設定が望ましい。

「緩和ケア普及のための地域介入研究」の患者調査の結果として、こころのケア、お金の負担の軽減、待ち時間や診療時間の軽減が解決してほしい優先度の高い事項として求められていた。お金の負担の軽減、待ち時間や診療時間の軽減が、緩和ケアの範囲に入るかどうか、という異見もあるが、治療の早期段階における患者の負担感、苦痛として理解すれば、がん患者に対する外来機能の充実のひとつとして、緩和ケアの外来機能

3. 医療従事者からの情報提供

緩和ケア普及啓発事業（オレンジバブルプロジェクト）で行われた「一般市民を対象とした緩和ケアに関する調査」（2008年・2010年実施）によれば、緩和ケアについて情報を得る方法として最も利用しやすいものは、「身近な医療従事者（医師、看護師）」が52%・52%、「インターネット」40%・40%「テレビ」41%・39%「新聞」33%・29%であった。一方、同事業の「がん治療医の緩和ケアの認識に関する聞き取り調査」では、緩和ケアに関するパンフレットについては「たくさんあることは知っているが、内容については詳しく知らない」という答えがあり、また、外来診療中に緩和ケアのパンフレットを用いて説明することなどは困難という答えが多かった。

を確立する必要がある。

3. 医療従事者からの情報提供

患者や家族は、医療従事者、特に医師や看護師から信頼できる情報が提供されることを望んでおり、一方、医師や看護師には外来や入院の診療の合間に的確な「情報提供」を行うことに困難を感じている。特に、緩和ケアについては「治療をしないこと」「末期であり、死が近いということ意識させること」といった従来からのイメージや一般市民の認識も根深くあり、情報の提供をためらったり、説明に困難を感じたりすることも多い。

外来診療においては、第1に医師に研修等を通じて短時間に情報を提供するやり方のノウハウを提供すること、第2に看護師を通じて情報提供できるような診療の体制や設備（看護師のためのブースなど）を整備すること、第3に相談支援センターに緩和ケアの専門の相談員を配置すること、が考えられる。

入院診療においては、第1に病棟看護師と専門・認定看護師が分担して情報提供できる態勢を作ること、第2に緩和ケアチームに相談機能をもたせるため、医療福祉相談員（ソーシャルワーカー）を配置すること、などが考えられる。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：東口高志

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>1. 臨床の現場から（患者さんの立場から）</p> <p>1) 現状：全く治療早期からの緩和ケアは実践されていない印象が強い。精神（こころ）にも身体（からだ）に優しいがん治療とはほど遠い感が否めない。患者さんや家族は治療や診断に関する十分な説明がないまま不安にかられ、心のケアどころか疼痛ケアも実施に関する知識不足や施行医本人の学習不足から間違った投与方法や投与に関する自信欠如による医療用麻薬の投与回避・遅延がまだまだ根強く残されている。</p> <p>2) がん診断に際して：外来初診に足を運ぶ患者心理を理解していない。診察の際の言葉づかいや態度に優しさや愛情が感じられない。</p> <p>3) 告知に際して：患者さんの状況や社会的立場、家族との関係など、医師として基本的に把握すべきことがなされておらず、単純に告知することが多い。それによる患者さんの心のダメージやそれに対する対応策などは無視されていることがほとんどである。</p> <p>4) 治療の選択に際して：①外科治療、化学療法、放射線治</p>	<p>【対応案】</p> <p>1. 臨床の現場から（患者さんの立場から）</p> <p>1) 最も重要な事 がん治療のエンドポイント（アウトカム）の設定を根本的に見直すべきである。すなわち、単純に“生命を維持”することから、“患者・家族のハピネス（幸せ）”を目指した医療に置き換える。</p> <p>2) 医師教育の徹底 ①医の倫理 ②全人的疼痛の理解と対策の立て方 ③疼痛ケアの原則と実際 ④臨床現場での実地訓練 ⑤グリーフケア</p> <p>3) コミュニケーションスキルの教育 ①診断時 ②治療に際して ③治療法の変更に際して ④症状の増悪とケアに際して ⑤死に際して</p>

療や緩和医療などの治療のメリットとデメリットを正確に説明されていないケースが多い。②特に外科治療と化学療法治療の場合には他の選択肢が無視されていることすらある。③患者さんやご家族、特に患者さん自身の話を十分に聞いてあげることが極めて少ない。④患者さんの希望を第一番として考慮していない。⑤ご家族へのバイアスが強く（故意に強めている）、患者さん自身による選択を回避している。

- 5) 外科領域治療中：相変わらず切除主体の選択肢を示しており、患者さんの希望や年齢、全身状態（特に栄養状態）などはほとんど考慮されていない。合併症などによってADLが損なわれた場合でも治療方針の変更や見直しが行なれないまま、漫然と治療されており、がん疾患特有の命の時間制限があることすら配慮されていない。
- 6) 化学療法治療中：レジメが決まったら淡々と化学療法の実施が進められていくのみである。治療中の副作用の予防対策や発症後の治療力が極めて乏しい。にもかかわらずなぜ化学療法を勧めるのか疑問である。また、実際に直接的な診察もほとんどなされておらず、食事摂取の減少も無視されているケースが少なくなく、患者さんや家族にも栄養管理など不要などと良く知りもしないことを患者さんに刷り込んでしまう。「がん化学療法は生きるために必要なことであり、たとえ副作用を発症しても、ま

4) 傾聴の徹底

5) インフォームド コンセントの見直し

6) がん治療に関する正しい知識と説明能力の増進

- ①治療効果(メリット)
 - ②治療リスク(デメリット)
 - ③効果判定
 - ④合併症・副作用の発現と治療
 - ⑤緩和ケアの必要性と有用性
- 7) がん治療（外科・化学療法・放射線治療など）の実施とともに緩和ケア併施
- ①がん治療の立案（化学療法のレジメを含む）に際する緩和ケアのルーチン化
 - ②がん治療パスへの緩和ケア導入
 - ③代謝栄養学的治療法の導入
- 8) 在宅医療の推進
- ①診療医の増加
 - ②急性期病院での初期治療時から在宅医療への方向性を提案
 - ③在宅医療からの緊急時・臨死時の受け入れ体制整備
 - ④地域ネットワークづくり（face to face）
 - ⑤患者家族会・地域ボランティア組織との連携

2. がん専門診療の立場から

たたとえ食事が食べられなくとも我慢して治療を完遂することが大切である」という考えや患者さんや家族への説明（これも刷り込み）が蔓延している。副作用を予防するあるいは副作用の対策を練る、また栄養補給を同時に行うなどの総合的な見地からのがん治療ができていないのか。化学療法を行って数日後にお亡くなりになる患者さんが結構おられることは、がん診療の社会的医療レベルの未熟性を示している。

7) 早期からの緩和ケア：現状ではがん治療早期からの緩和ケアを実践できている施設はほんのわずかと考えられる。また、このままではいつになっても実践できない。

2. がん診療の領域から

1) がん専門病院(がんセンターなど)：基本的に組織横断的取組が困難な状況のことが多い。診療科間の連携や情報の共有化が遅滞している。チーム医療の実践も行われている例が少ない。早期からの緩和ケアの実践は現状では困難。但し、専門的な診療を望む患者さんは多く、本当に緩和ケアの実践を望んでいるのか不明なところもある。臨床治験も多く実施されており、がん診療のリーダー的存在なのか、あるいは研究の最先端を狙うのか不明確である。

1) がん専門病院

最も重要な拠点であるならば、診療科縦割り構造を改変して組織横断的取組を全面的に押し出した全く新しい機構が必要である。すべての体制をもう一度見直して欲しい。先の述べたがん治療のエンドポイント(アウトカム)の設定を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス(幸せ)”へ変換する。

2) がん診療連携拠点病院

診療報酬の取得のみにとられず、真の地域連携の拠点として中核病院や診療所および医師会などと結びつきを強化して、地域がん治療連携のシステム化を進める。その中で患者・家族のニーズを集約する情報収集機構と患者・家族へのフィードバックシステムを開発すべきである。患者を診ない医療は徹底的に撲滅すべきである。がん患者でありながら社会生活を楽しめる精神と身体の維持を求め、それを有機的に全うするための社会環境の確立が必要である。

3) 地域中核病院

緩和ケア病棟や緩和ケアチームを設立している施設が多いこともあり、がん治療早期からの緩和ケアをまず実践し、先に述べたがん治療のエンドポイント(アウト

2) がん診療連携拠点病院(大学病院を含む)：急性期病院としての機能と地域連携の強化が叫ばれているが、実態はまだまだがん治療の地域拠点にはなり切れずにいる。診療報酬の取得がメインのような気がする。がん治療を患者さん側で考えると、術後十分な自立ができる前の退院や、患者さんを見ないレジメ重視の外来化学療法などは全く意味を持たない。合併症や副作用の徹底的な予防と退院後あるいは外来通院での生活力の維持、がん患者でありながら社会生活の楽しめる精神と身体を持つことをエンドポイントとおくことが抜けている。したがって早期からの緩和ケアの実践は根本的ながん治療の在り方を施設全体で考え直さないと無理。地域連携など不可能。

3) 地域中核病院(急性期病院)：お手本が先の1) 2) であるために、中小型のがん診療連携拠点病院化が進んでいる。地域連携としては医療圏が狭いことから東京などの大都市を除くとまだやり易い。緩和ケア病棟や緩和ケアチームを設立している施設が多いこともあり、先の1) 2) よりは緩和ケアに力を入れている施設が多い。緩和ケア自体の受け入れや浸透が診療科スタッフや患者さん・家族に十分ではなく、したがってがん治療早期からの緩和ケアの実践は診療科の主治医の方向性に握られている。主治医によって緩和ケアの導入の是非が異なる。

カム)の設定を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス(幸せ)”への変換を具体的に実施する。

4) 診療所(在宅医療を含む)

がん治療のエンドポイント(アウトカム)を根本的に見直し、“生命の維持”から“患者・家族のハピネス(幸せ)”へ変換し、自宅での社会人らしい生活、楽しみ、さらに在宅での医療、人生の満足感を診療連携の中で創設する。さらに評価に応じた対価を改変して将来的に診療報酬の在り方を変換する。

5) ホスピス・緩和ケア施設

看取り中心のいわゆるホスピスと、それに加えがん治療早期からの緩和ケアを実践する緩和ケア病棟の立ち位置を明確にする。たとえば看護師配備体制に応じた診療報酬評価を複数段階として、緩和ケア病棟において専門的に早期からの緩和ケアの実践を可能とする(診療報酬点数のアップ)。

6) 緩和ケアチーム

緩和ケアチーム本来の目的である早期からの緩和ケアを実践する。そのためには医療施設内の横断的組織と

良い医師に当たれば幸せである。

4) 診療所 (在宅医療を含む) : ほぼ 90% の診療所ではがん患者さんを診ていない。地域連携としてがん患者さんの化学療法や経過観察を積極的にあるいは体制的に行っている医師はさらに少なく、さらに緩和ケアの実践に意欲をもっておられる医師はもっと少ない。がん診療に従事する在宅医にメリットがなかったこともあり、在宅における看取りなどは診療報酬や厚労省の指導によるよりも医師個々の考え方やポリシーなどが主体となって普及しているに過ぎない。緩和ケア地域較差も大きく、地域内でも個人的な医師の存在とその能力に依存している。看取りおよび疼痛ケア、さらに一歩踏み込んでがん患者さんの生活や人生を生き活きとさせるような取り組みを行っている診療医は少ない。また、民間療法も時には医学的な根拠のないまま、本当のがん治療や緩和ケアの実践の障壁となっている。

5) ホスピス・緩和ケア施設 : 看取り中心のいわゆるホスピス・緩和ケア病棟は、がん終末期患者さんのケアとして、あるいは家族の援助として重要であるが、その数はまだまだ少ない。しかも早期からの緩和ケアを実践するためには現行の保険診療体制 (37,800 円/日 ; 急性期病

して真に確立されたものでなければならない。診療報酬や拠点病院の規定の上で、それを推進しやすいように国策を練ることが必要。

3. 教育施設として

1) 卒前教育の重視

医師のみならず医療従事者全体において緩和ケアの卒前教育を明確にカリキュラム化することが必要である。手前味噌ではあるが藤田保健衛生大学では本講座が設立された 2003 年以来、年々講義単位数が増加しており、当然がん治療早期からの緩和ケアの意義が浸透している。既に 5 学年 × 95 名 = 475 名の若手医師に、緩和ケアの啓発ができています。全国に医学部および医学系専門大学・専門学校での大規模かつ着実な教育体制が必要である。

2) 卒後研修・教育の必須化

研修 1 あるいは 2 年目に“緩和ケア研修会”修了の必須化、あるいは／加えて緩和ケア病棟あるいはチームでの研修を必須とする。

3) 大学講座の充実

緩和ケア医あるいは緩和ケアを基盤とするがん治療

床の平均が 50,000～60,000 円/日)では全く不可能であり、緩和ケア病床は減少する可能性すらある。加えて社会のニーズや医療政策で早期からの緩和ケアはますます求められるようになると、このままでは入院制限する施設が増え、あるいは閉鎖もやむなしの施設も増える。結果的に終末期のがん患者さんの緩和ケアすら実施困難となる。緩和ケアチームに期待が寄せられているが、緩和ケア病棟や病床を有しない環境では全く指名を全うすることは困難である。また、診療報酬を中心に医療を見た場合、たとえ DPC 体制であっても緩和ケア病棟よりも一般病床で緩和ケアを実施した方が収益性も高く、かつ高額薬剤の使用も可能であるため、緩和ケア病棟の意義が薄められている。しかし、一般病床での緩和ケアでは当然専門性も低く、特に患者・家族の満足度は著しく落ちることになる。

6) 緩和ケアチーム：本来、緩和ケアチームは早期からの緩和ケアを実践するために設立され、医療施設内の横断的組織として期待された。しかし、診療報酬上の規定により正規に活動できるチームを有する施設数は未だ少ない。一方、診療報酬上は規定に満たないが施設内で緩和ケアチームを組織し対応しているものは多い。いずれにしても疼痛のみを主体としたチームが多く、症状制御や

医を育成するには緩和医療学の大学講座数を着実に増加させ、しかも診療・教育・研究を確実に実施させる体制が必要である。

精神的緩和を同時に行えるものは少ない。ましてや緩和ケア病棟を有せずチームのみで活動する場合には、高度の疼痛や症状緩和、心のケアへの対応、家族ケアなどはどうしても片手落ちになることが多い。また、臨死の際の対応やグリーフケアはさらに困難である。チーム運営を行う側から見ると、各診療科での緩和ケアに対する認識がまだまだ低く、チームの提言を受け入れる医師もまだまだ少なく、患者さんや家族の希望はかなえられていない。

3. 大学講座として

1) 大学病院の現場から

全国で緩和ケア病棟を有する大学病院はわずかに6施設（内2施設は同一大学が有する）のみである。ほとんどが急性期病院であり、地域の拠点病院でもあることから、早期からの緩和ケアを率先して実施すべきであるが、緩和ケアチームの設立で精いっぱいであるが現状である。がん治療の上で患者さんや家族のニーズは極めて高く、期待も大きいですが、診療体系が相変わらず縦割りであり、早期からの緩和ケアを望む声が多いにもかかわらず実践されていない。不満が大きい。

2) 教育施設として

医師のみならず医療従事者の教育の場であり、卒前卒後教育の充実は極めて大切であるが、医学部での緩和医療学講座が少なく、文科省主体のがんプロフェッショナルプロジェクトが行われているが、緩和ケアを主にしている大学院コースやインテンシブコースの設定がほとんど行われていない。医学部教育は、早期からの緩和ケアを実践する素養づくりにはもっとも効率よく、確実であるが、この点が疎かになっている。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：丸口ミサエ

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>問題点</p> <p>1. がん治療病院の医師・看護師に緩和ケア病棟が後方病棟として認識されているようで、患者・家族へ適切な情報提供がなされていない。</p> <p>次のような現状がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回化学療法が最後になると思うから、今のうちからホスピスの予約を、 ・もしもの時のためにホスピスの申し込みをしておくように ・緊急入院はできないからって、何かあったとき入院させてもらいたい ・早くから紹介してくれたつもりでも、すでに病状が日単位で厳しい ・「もっと、早くからホスピスで見てくれてもいいのに」 ・「とにかく、入院申し込みをしておけば、在宅の先生も安心して見てくれるのに」 ・「時代は変わったのだから」（“治療の早期からの緩和ケア”ということ） <p>2. 治療病院でのがん治療からホスピス緩和ケア病棟への間をつなぐ仕組みがない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームは、主治医からの依頼された症状緩和の必要な（特に疼痛緩和）の患者のみが対象である。 	<p>対応案</p> <p>問題点 1. 2. 3 に対して</p> <p>1. 緩和ケアチーム、相談支援センター以外の、患者・家族の潜在的なニーズ（問題）に対応できる相談体制を作る必要がある。</p> <p>がんと診断された時から、看護師が患者・家族のニーズ・問題に相談支援できる体制を作り、支援していく必要がある。</p> <p>その為に、「がん患者カウンセリング料」の算定条件をもっと現実的に活用できる内容にして、コスト算定ができるようにする。</p> <p>2. 緩和ケア病棟を増やすことが必要</p> <p>絶対数が少ない。従って、緩和ケア病棟を希望しても外来に通うことにできない、入院もできない現状がある。</p> <p>地域の医療機関との連携をとって緩和ケア病棟の設置の検討も行う必要がある。</p>

- ・外来をもたない緩和ケア病棟も多く、がん治療中の患者が相談できにくい。
 - ・相談支援センターでも、依頼された患者、相談に来た患者が対象となっており、患者・家族の潜在的ニーズは見い出せない。
 - ・相談・援助が必要な患者への専門的な相談の体制がない。
3. がん患者カウンセリング料が算定できるようになったが、研修を受けた医師とがん看護専門看護師、がん看護領域の認定看護師（必要条件を満たすと想定されている看護師）が同席することは現実的には調整が困難な場合が多く算定できていない施設も多いと想定される。

【次期がん対策推進計画に盛り込むべき事項】

●患者・家族の潜在的なニーズ（問題）に対応できる相談支援体制を作る。

1. がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、外来・入院を問わず、がんに罹患したことから生じる患者・家族の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな問題、治療法の選択、療養についての相談を行なう体制をつくる。

●緩和ケアチームに専従の看護師と専任の看護師を配置し病棟・外来看護師からの緩和ケアチームへの依頼により、看護師が相談を受ける体制を作る。

2. 「がん患者カウンセリング料」の要件を拡大し、上記の看護師が患者・家族の相談を受けた場合には、入院・外来共に月1回500点を算定できるようにする。

要件の拡大

●担当の医師から紹介された場合、がん看護領域の認定看護師（必要条件を満たすと想定されている看護師）が面接し相談を受けることができる。（医師の同席はなくても良い）

3. 緩和ケア病棟の増床

施設基準の見直し、

地域の医療機関との連携のもとに運用できるような基準
を設ける。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名 余宮きのみ

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 早期からの患者の苦痛の把握と緩和ケア実施計画について</p> <p>●がん診療拠点病院において緩和ケアチームが整備され、早期から苦痛を緩和ケアしながら治療がすすめられるよう取り組んできている。しかし、現状では、すべてのがん診療拠点病院で早期から患者の苦痛が緩和されているとは思えない。</p> <p>その理由として、緩和ケアを行うには、医療者が患者の苦痛や希望について把握している必要があるが、それが十分なされていないことがあげられる。そのため、緩和ケアチームによる診療が必要な場合でも、緩和ケアチームへのコンサルテーションが行われていない実態につながっている。特に治療初期は、診断、手術、化学療法、放射線治療などを中心に医療が進められるので、患者の苦痛の評価が適切に行われにくく、早期からの緩和ケアを阻んでいる。</p> <p>●患者は、遠慮や緩和ケアや痛みの治療に対する知識不足から、医療者に苦痛を十分表現できていない。</p>	<p>【対応案】</p> <p>① ●左記の問題を解決するために、患者の苦痛を早期から捉える必要があるため、看護師などによる苦痛の評価を定期的におこなうべきである。入院時と入院中一定期間ごとに、看護師などが痛みなどの苦痛を評価し、がん治療医または緩和ケアチームと連携し、医師（がん治療医または緩和ケアチーム医師）が「緩和ケア実施計画」を立てる。（がん治療医、緩和ケアチームを含めたカンファレンスを実施することが望ましい）。</p> <p>これらのことを行うことで、緩和ケアチームへの依頼の時期もより適切になることが期待される。加えて、がん治療医と緩和ケア医の連携が促進されることや、患者自らが苦痛を医療者に表現しやすい環境になることが期待される。</p>

② がん、緩和ケアについての初等教育について

がん疼痛や緩和ケアについての患者向けのパンフレットが作成、配布されている。しかし、現場では、患者が「治療中なので痛みの治療はまだ早い」「緩和ケアはまだ早い」と思うことが依然多いため、効果的に使用されるに至っていない。

その要因として、患者のがんについての知識が不十分であることが挙げられる。

がんは今や国民病であるが、がんについての教育が義務教育でなされていない。また、社会的背景から核家族化や病院療養の多さも知識の不十分さにつながりやすい。このようなことから、「鎮痛薬や緩和ケアに世話になるようになったら、終わりだ」といった考えや、「痛みを医師に伝えることは、病状悪化を認めることになる、医師はがん治療を止めてしまうかもしれない」という恐れを抱きやすく、医療者に痛みを訴えないことにつながっている。

③ がん治療医への教育

早期からの緩和ケアを実現するためには、がん治療医や看護師などが早期から基本的な緩和ケアを実践し、さらに専門的な緩和ケアについては緩和ケアチームへコンサルテーションを行うことが大切である。そのためには、がん治療医や看護師などへの緩和ケアに対するより一層の理解が必要である。

② 左記の問題を解決するためには、小学校高学年ごろから、がん緩和ケアについての教育を導入すべきである。具体的には、冊子（教科書）、教材ビデオと教師用手引き書を作成し、活用する。学習内容は、がんについて、痛みの治療、緩和ケア、死のプロセスについてなど。

「がんになって痛みがでたら、早期から痛みの治療をしながら治療をすすめる」「苦痛がでてでも早期から緩和ケアを受けることで自分らしい生活を送ることができる」「がんで死ぬことがあるが、緩和ケアをうけることで苦痛が和らいで過ごせる」などのことを、がんになる前から、国民が常識として知るべきである。このことが、がんになった時の心の準備となり、自らが希望する医療を選択することへつながる。さらに、将来の来るべき医療者への教育にもなる。

③左記の問題を解決するために、「医師のための研修会」の受講をさらに促す必要性について、次期がん計画に盛り込む。個別には、以下を提案する。

●各拠点病院による「がんを診療する常勤医師」数に対する研修会修了者数の割合の報告を実施し、公開すべきである。

これに対して、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについて基本的な知識を習得することを目標とし、平成 20 年より取り組んできているが、現状では医師の研修会修了数は未だ不十分である。(埼玉県のがん診療連携拠点病院 11 施設の調査では 25% : 平成 23 年 1 月時点)

受講を妨げている要因のひとつに、現場では研修会の期間中にも患者への対応をしなければならない多忙な医師の勤務実態がある。

病院ごとに修了者割合の増加を目標とすることで、代診など、院内で受講者を支援する体制をとることを促進する効果も期待できる。

●がん診療拠点病院の施設長の研修会の必修化

(院内の医師の受講促進と、病院レベルでの緩和ケアの促進につながることを期待される)

●がん診療連携拠点病院のレジデントの研修会の必修化

以上より、以下の点を提案する。

【次期がん計画に盛り込むべき事項】

- ① 入院時、看護師による痛みなどの苦痛の評価と医師による「緩和ケア実施計画」の事業化
- ② がん緩和ケアの初等教育(国民に対するがん緩和ケア教育)の実施
- ③ 緩和ケア研修会修了者数の割合の報告と公開の実施
- ④ がん診療連携拠点病院の施設長およびレジデントの緩和ケア研修会の必修化

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：川越 厚

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>問題点</p> <p>① 「治療の早期段階からの緩和ケア」という言葉の意味について。 治療段階における緩和ケアは、治療を受ける患者の主に肉体的苦痛を緩和し、治療成績を向上する目的があると考えている。 このような視点に立った時、緩和ケアという言葉の定義、意味する内容、目的などが必ずしも明確でなく、ややもすれば“絵に描いた牡丹餅”となっている現状がある</p> <p>② 治療段階における全人的な苦悩（いわゆる Physical, Social, Psychological, Spiritual Suffering）に対する緩和・対応が十分なされていない問題について</p> <p>1) 治療段階においても「全人的ケア」の主なる担い手は看護師であるが、その力が十分発揮されていない現状がある</p> <p>2) 治療経過における、その時々^々の不安解消が十分行われていない現状がある</p> <p>3) がん治療は患者と家族に医療以外の大きなストレスを与えるが、そのケアが十分なされていない</p>	<p>対応案</p> <p>① 関連する学会（がん治療学会、臨床腫瘍学会、緩和医療学会など）間で、<u>治療段階における緩和ケアの在り方</u>を議論し、共通の Guide line を作成する。 班研究、委員会その他の形を組織し、Guide line 作成を支援する 特に治療側の医師の考えが反映するものとする</p> <p>② 治療段階においても、看護師の力が十分発揮できるような仕組みを作る</p> <p>6) リエゾンナース、オンコロジーナースなどの育成強化をはかり、その働きに対して診療報酬上のインセンティブをつける</p> <p>7) 患者の悩みにこたえる看護師の働きを評価する（上記1）と関連して</p> <p>8) その他、患者や家族が安心して治療を受けられるような環境（相談業務の強化、経済的支援の強化など）を作る</p>

③ 外来化学療法における治療病院と地域医療機関（一般病院や診療所）の連携（いわゆる病病連携、病診連携などの併診）に関して

- 1) これまで組織的に行われていない診療形態であるので、患者の視点に立った検討がなされていない
- 2) 一人の患者に二つの医療機関が同時に関わることは、実際問題として大変難しい（現場の偽らざる声である）。責任分担、問題が生じた時の対応、その他の指針がないため、混乱をきたす恐れがある
- 3) 外来化学療法の実態が示されていない（推測で記しているので、どなたか教えてほしい）
- 4) 診療所は併診を嫌い、避ける傾向にある？（ただしこれも伝聞である）
- 5) 病病連携の実態が見えてこない（うまくいっているのか？）

③ 外来化学療法における併診に関する指針（ガイドライン）を作成する

- 1) 病診（あるいは病病）連携の形で外来化学療法を受けた患者・家族から直接意見を聴取する必要がある
- 2) 医療機関の主従、守備範囲、問題が生じた時の対応など、具体的な内容を指針に盛り込む
- 3) 外来化学療法の実態、光と影（成功事例と問題事例、医療事故、副作用死亡例など）を調査し、あるべき形を作り上げる。
- 4) 実態を調査し、治療サイドからの問題点など、計画的にHearingを行い、対策を立てる。
- 5) 上記4)に準ずる。

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書

委員名：中川 恵一

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>【問題点】</p> <p>① 患者は痛みを含めた苦痛な症状を医療者に伝える機会および短時間で伝えるすべを持っておらず、医療者も患者の症状を認識できていない状況がある。</p> <p>② 緩和ケア研修会でがん診療に携わる医師に研修が実施されているが、症状緩和の全てを医師が実施することは不可能である。また、患者教育には多職種の間が重要である。最近では、外来で医療用麻薬などのがん疼痛治療薬が処方開始される</p>	<p>【対応案】</p> <p>① がん患者が簡単に記載できる痛みを含む症状チェックシートの運用を進め、患者の苦痛が医療者に伝わるシステムの構築を期間を定めて各医療機関に早期実施を促す。入院患者においても同様。</p> <p>入院患者については、「5 つ目のバイタルサイン」として、看護師が痛みについて評価することを励行すること。</p> <p>がん患者が入院したときに、緩和ケアの啓発パンフレットを患者本人と家族に手渡すこと。</p> <p>看護師や相談支援センターでがん患者と向き合うソーシャルワーカーを緩和ケア研修に参加させる。</p> <p>② ①によって認識された、特に痛み治療が必要ながん患者に対しては、WHO 方式に順じて医療用麻薬の導入に至る初期治療をクリニカルパス化すること。初期の服薬指導および痛みや鎮痛薬の副作用の評価に関しては、医師、薬剤師、看護師の役</p>

場合が少なくないが、処方内容（副作用対策、レスキュー・ドーズ）や患者への服薬指導が不十分であるため、十分痛みが取れないまま投与中止に陥っている場合が散見される。

<医学教育関係>

- ③ 大学医学部に放射線治療や緩和ケア講座が設置されていないところが多い。「大学の自治」と言われるが、国民のための医学教育という観点にたてば、がん医療は最優先課題である。
- ④ がんプロフェッショナル養成プランの役割は大きいですが、その継続・発展を目指すべき。
- ⑤ 臨床研修段階での「緩和ケア」の充実が必要。緩和ケアは、がん医療だけにとどまらないのに、十分な教育

割をパスの中で明確にし、チームで対応する。

緩和ケアチームの質的評価の尺度を作成し、プラス加算のシステムを作る。

【次期がん計画に盛り込むべき事項】

- ① 外来・入院を問わず、がん患者が抱えている痛みやその他の苦痛な症状をチェックシートなどで「見える化」するシステムを構築する。
- ② 「見える化」された症状、特にがんの痛みに対して WHO 方式に則ったクリニカルパスの運用を必須にし、早期の痛みに対して確実な治療を施行できる体制を早急に整える。
- ③ 大学の医学部に「放射線治療」「緩和ケア」両講座を設置する。
- ④ 「がんプロ」は、がん医療の各分野の人材輩出に大きく貢献するものである。そこで、「がんプロ」のこれまでを検証して、さらに充実・発展させた内容の「第2期がんプロ」をスタートさせる。
- ⑤ 臨床研修段階での「緩和ケア教育」が不十分であるので、この研修プログラムを検討し直し、緩和ケア教育

<p>がなされていない。</p> <p>⑥義務教育段階からの「がん教育」を。</p>	<p>が十分なされるようなプログラムに改める。全ての医療に「緩和ケアの心」が必要との意識を医療従事者に植え付ける。</p> <p>⑥ 国民が「がんを知らない」ところに、今日の「がん医療」の課題がある。そこで、義務教育段階から「がん教育」を行うよう、副読本やDVDなどを全ての児童（特定学年に絞る）に配布する。</p> <p>【次期計画に盛り込むべき課題】 上記の③④⑤⑥を、次期計画に盛り込む</p>
--	--

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（1）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>① がん告知を受けた時点からはじまる、早期段階からの緩和ケアの概念は患者・家族への認知率は低く、また専門家による情報提供支援も充分に行われていない</p> <p>がん患者に対するがん対策に関するアンケート調査（n=2273）によると（平成22年度 がん対策評価・分析事業（厚労省委託事業））、がん医療に関する相談支援及び情報提供については、誰に（どこに）相談すればよいのかわからなかったと回答したのは516人（22.7%）、治療以外の費用や療養生活のことを話しづらかったと回答したのは419人（18.4%）であった。がん相談支援センター設置により情報提供体制が整備され、組織横断的にがん患者を支援する緩和ケアチームを病院に配置する病院が増加したが、治療の初期段階から身体的、精神的な痛みを緩和するという考え方の普及は十分であるとは言えない実態が明らかとなった。</p> <p>「空白の時間」と呼ばれている手術・治療が終了した直後から再発するまでの時間は患者・家族にとっては病の学習を深め、家族との絆や関係性の再構築など重要な時間であるが、再発への不安のみに始終している人は多い。</p>	<p>【対応案】</p> <p>① 早期段階からの緩和ケアは、検診で疑いがあり、検査を始めるところからはじまる。そこでは、万一の場合のさまざまな選択肢や、病院情報検索などの情報提供は、パンフレットやweb上でを行い、告知の段階から、すべての患者が医師とともに看護職が立ち会って、介入を開始するような仕組みとするべき。</p> <p>② がん告知の時点から専門家が介入するシステムや専門教育システムなどを構築する為に、専門家（がん看護専門看護師、認定看護師など）の配置促進が必要である。専門家によるケアはQOLの向上につながる。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① 専門家（がん看護専門看護師、認定看護師）によるがん告知時からの介入システムを多くの人が受益できる。</p> <p>③ 緩和ケアの概念の普及</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（2）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>① がん治療に必要なサービスを受けられる場所が少ない 特定入院料「緩和ケア病棟入院料」を算定している病院における、緩和ケア病床数は、回答病院 128 病院で、合計値は 2,137 床のうち、緩和ケア病棟の入院待機患者数は 1,903 床だった。（2011 年日本看護協会調査研究報告） ホスピスやの緩和ケア病棟の待機者が多く、ターミナル期の緩和ケアを受けられない現状といえる。 地域でのがん患者が受けられるサービスが不足している。そのため病院は、家事援助が不足して在宅療養が継続できないケースや家族レスパイトなど医療サービス以外の受け皿を余議なくされる。</p>	<p>① 住み慣れた生活環境を維持できるように支援するため、がん治療中に受けられる生活支援、（病院以外の）医療サービス、家族のレスパイトのための施設（訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、小規模多機能型居宅介護事業所等）の事業者数を増やす措置を講じるべき。 ② 地域のサービスが高齢者やターミナル期以外にも利用でを国民に周知すべき ③ 緩和デイケア・訪問看護ステーション、小規模多機能事業所に、がん専門看護師や認定看護師の配置を促進し専門的なケアを受けられる体制を評価すべき。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① がん療養者対応の「小規模多機能型事業所」の推進 ② 24 時間 365 日対応可能となるよう訪問看護ステーション規模拡大の支援策 ③ 緩和デイケア</p>

「治療の早期段階からの緩和ケア」に関する意見書（3）

委員名：日本看護協会 松月みどり

問題点・課題等	課題等に対する対応案、次期がん計画に盛り込むべき事項等
<p>④ 在宅療養をささえるための相談窓口がない 長期にがん治療を行う利用者と家族は、身体的な苦痛以外に精神的、社会的な悩みを抱える。治療を継続していくためには、生活面の下支えが必要であるが、そのためには気軽に話ができ、解決する場所が必要である。がんの診断から病状の変化に応じて、長く広く気軽になんでも話せる場所が不足している。</p>	<p>① 地域の訪問看護ステーション、地域包括支援センターに相談窓口を置き、本人や家族の不安や問題を解消する機能を付加する。医療機関と密接な連携を図り、長期間にわたる医療と療養生活を支援する体制作りをめざす。</p> <p>【次期がん計画に盛り込むべき事項】</p> <p>① 訪問看護ステーション、地域包括支援センターのがん相談窓口設置推進事業</p>