

# 第 19 回緩和ケア推進検討会議事次第

日 時：平成 28 年 3 月 16 日（水）14：00～16：00

場 所：全国都市会館 第 2 会議室

## 議 事 次 第

### 1 開 会

### 2 議 題

- (1) がん対策加速化プランについて（報告）
- (2) 緩和ケア推進検討会報告書（案）について
- (3) 今後の緩和ケアのあり方について（案）
- (4) その他

### 【資 料】

資料 1 緩和ケア推進検討会開催要綱

資料 2 緩和ケア推進検討会構成員名簿

資料 3 - 1 がん対策加速化プラン（概要）

資料 3 - 2 がん対策加速化プラン（本文）

資料 4 緩和ケア推進検討会報告書（案）

資料 5 今後の緩和ケアのあり方について（案）

参考資料 1 がん対策推進基本計画（緩和ケア関連部分の抜粋）

参考資料 2 緩和ケア推進検討会中間とりまとめ

参考資料 3 緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ

参考資料 4 がん診療連携拠点病院等の整備について

参考資料 5 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

参考資料 6 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（平成 27 年）

参考資料 7 地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28

**緩和ケア推進検討会  
報告書  
(案)**

**平成 28 年●月**

# 目次

1		
2	<b>1. 検討の経緯</b> .....	2
3	<b>2. 検討内容及び実施すべき取組</b> .....	3
4	(1) 新指針に基づく拠点病院における緩和ケアの提供について .....	3
5	(2) 緩和ケア研修会について .....	6
6	(3) 普及啓発・教育について .....	8
7	(4) がん疼痛評価の指標について .....	10
8	(5) 地域における緩和ケア提供体制について.....	11
9	<b>3. 今後検討すべき課題</b> .....	12
10	<b>4. おわりに</b> .....	12
11		
12		

## 1. 検討の経緯

平成24（2012）年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）の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」が掲げられたことを受け、「緩和ケア推進検討会」（以下「本検討会」という。）では、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）における緩和ケア提供体制を中心に検討した。検討内容は、平成24（2012）年9月に中間とりまとめ、平成25（2013）年8月に第二次中間とりまとめとして検討会でとりまとめた。とりまとめの内容は、「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。以下「新指針」という。）にも反映され、緩和ケア提供体制の質の向上を図ってきた。

また、拠点病院における緩和ケア提供体制の現状把握と課題を整理するため、本検討会のもと、「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」（以下「ワーキンググループ」という。）を設置し、計6か所の実地調査の結果を踏まえて議論し、平成26（2014）年3月に「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」をとりまとめた。

さらに、平成26（2014）年6月に、本検討会の構成員を改選してからは、

- ・実地調査で抽出された課題の解決に向けた検討
- ・新指針に基づき整備を進めている拠点病院の緩和ケアの現状把握と課題の整理
- ・地域において緩和ケアを提供するための施策

について議論し、平成27（2015）年8月に「地域緩和ケアの提供体制について」（議論の整理）をとりまとめた。また、ワーキンググループは「緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループ」として、新しいワーキンググループ構成員のもと、平成26（2014）年8月から平成27（2015）年6月にかけて、計8か所の拠点病院と1か所の緩和ケア病棟の実地調査を実施した。

本報告書では、本検討会での検討内容や実地調査の結果を踏まえ、拠点病院の緩和ケア、都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）に設置される緩和ケアセンター、緩和ケアの人材育成、普及啓発、地域連携のあり方等について現状把握と課題の整理を行い、実施すべき取組についてとりまとめた。

## 2. 検討内容及び実施すべき取組

### (1) 新指針に基づく拠点病院における緩和ケアの提供について (実地調査の結果を踏まえて)

#### ア. 緩和ケア提供体制の整備について

##### ① 新指針の概要

新指針では主に以下のような緩和ケア提供体制が求められている。

##### ○ 緩和ケアチームの整備

- ・ 緩和ケアチームを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。
- ・ 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。
- ・ 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。

##### ○ 外来での緩和ケア

- ・ 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。

##### ○ 緩和ケアセンター<sup>1</sup>の整備（都道府県拠点病院のみ）

- ・ 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。
- ・ 緊急緩和ケア病床を確保し、緊急入院体制を整備すること。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

##### ○ PDCA サイクルの確保（緩和ケアに限定しない）

<sup>1</sup> 新指針では都道府県拠点病院に対して、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、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけることとしている。

- ・ 拠点病院は、自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。
- ・ これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内の拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

## ② 実地調査で抽出された課題及び実施すべき取組

緩和ケアチームに関しては、緩和ケアチームが積極的に活動している例として、チームへの依頼手順の周知徹底、病棟ラウンドやカンファレンスの定期開催、主治医に代わっての薬剤処方をしている病院があった。また、緩和ケア外来に関しては、病状、診療方針、日常生活での注意点等の説明や意思決定支援等の際に、がん領域の専門・認定看護師が同席している病院があった。しかしながら、緩和ケアチームや緩和ケア外来については施設間の実績格差が大きく、他の施設との交流や緩和ケア病棟、拠点病院等における実習を伴う実地研修等を実施していくことが必要である。

緩和ケアセンターに関しては、実地調査を行った4か所の都道府県拠点病院では、すでに病院組織として明確に位置づけ、活動を開始しており、がん看護カウンセリング、緊急緩和ケア病床の運営等を実施していた。一方、地域の病院、診療所、緩和ケア病棟等との連携に関しては、緩和ケアセンターが院内の地域連携部門と連携しながら、主体的な活動を行うまでには至っておらず、今後、地域連携を積極的に推進する必要がある。また、ジェネラルマネージャーに業務が集中するという課題の指摘があり、いかに緩和ケアセンターに配置される他の看護師や相談員との役割分担を図るか検討が必要である。

PDCA サイクルに関しては、自施設の緩和ケアチームへの新規依頼件数、緩和ケア外来の初診患者数等の診療実績や緩和ケア研修会受講率等の把握は行われていたものの、苦痛のスクリーニングの結果やがん患者の療養生活の質に関する評価までは行われていなかった。緩和ケアにおいては、質を評価する指標が少ないことから、例えば、実地調査等のピアレビュー（拠点病院間における相互評価）を積極的に行い、総合的に質を評価する方法が必要である。ピアレビューを行う際には、外部評価者の参加が不可欠と考えられる。また、PDCA サイクルの構築には、都道府県や国立研究開発法人国立がん研究センター等の関連団体と連携して、推進する必要がある。

## イ. 苦痛のスクリーニングについて

### ① 新指針の概要

1  
2 新指針では以下のような苦痛のスクリーニングの実施が求められている。  
3

- 4 ・ 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  
5 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  
6 グ手法を活用すること。
- 7 ・ 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  
8 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。

9  
10 ② 実地調査で抽出された課題及び実施すべき取組

11  
12 実地調査を行った病院では、苦痛のスクリーニングに、「生活のしやすさに関  
13 する質問票<sup>2</sup>」や「STAS 日本語版<sup>3</sup>」等を用いている病院が多かった。スクリーニ  
14 ングの対象は外来初診時の患者や外来化学療法中の患者のみとしているところ  
15 が多く、人員不足等の理由により、診断時から外来及び入院患者に対してスク  
16 リーニングを行っている病院はなかった。外来や化学療法室に十分な看護師が  
17 配置されている病院では、スクリーニングが積極的に行われており、今後、ス  
18 クリーニングの実施やスクリーニング後の対応を徹底するには、がん看護領域  
19 の専門・認定看護師やスクリーニング体制を補助する事務職の人員の確保が必要  
20 である。

21  
22 また、スクリーニングの結果を主治医や専門医療スタッフ等に伝達する方法  
23 は、電子カルテに看護師が記入したり、直接主治医や専門医療スタッフ等に電  
24 話をする等、その病院の人員体制等によって工夫されていた。しかし、試行錯  
25 誤でスクリーニングを進めている病院が多いことから、スクリーニングの好事  
26 例を全国の拠点病院に情報提供すべきである。  
27

---

<sup>2</sup> 平成 18（2006）年度厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」[http://qankanwa.umi.n.jp/pdf/optim\\_report2012\\_4.pdf](http://qankanwa.umi.n.jp/pdf/optim_report2012_4.pdf)

<sup>3</sup> STAS（Support Team Assessment Schedule）日本語版：緩和ケアにおける医療専門職による他者評価尺度の 1 つ。主要項目として「痛みのコントロール」、「症状が患者に及ぼす影響」、「患者の不安」、「家族の不安」、「患者の病状認識」、「家族の病状認識」、「患者と家族のコミュニケーション」、「職種間のコミュニケーション」、「患者・家族に対する医療スタッフとのコミュニケーション」の 9 項目。「0」から「4」で評価する。

1 (2) 緩和ケア研修会について

2  
3 ア. 緩和ケア研修会とは

4  
5 平成 20（2008）年度より拠点病院が中心となり、「がん診療に携わる医師に対す  
6 る緩和ケア研修会」を開催し、医療用麻薬の適正な使用法を含めて、がん診療に携  
7 わる医師・歯科医師に対する基本的な緩和ケアに関する知識及び技術の普及を行っ  
8 ている。

9 基本計画では、「関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修  
10 体制を見直し、5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ  
11 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に拠点病院では、自施設のがん診療に  
12 携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了すること」を目標としている。緩和ケアの  
13 研修体制の見直しでは、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実を図る  
14 ことを取り組むべき施策に掲げている。

15  
16 イ. 新指針の要件の概要

17  
18 新指針では緩和ケア研修に関して、以下のような事項が求められている。

- 19  
20 ・（拠点病院のある）当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とし  
21 た緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること。また、施設に所属する  
22 初期臨床研修2年目から初期臨床研修修了後3年目までの全ての医師が当該研  
23 修を修了する体制を整備すること。なお、研修修了者について、患者とその家  
24 族に対してわかりやすく情報提供すること。

25  
26 ウ. 受講率向上に向けた課題及び実施すべき取組

27  
28 基本計画を踏まえ、緩和ケア研修を推進してきたものの、平成 26（2014）年 9 月  
29 1 日時点では、拠点病院におけるがん患者の主治医や担当医となる者のうち、緩和  
30 ケア研修会を修了している者の割合は約 33%<sup>4</sup>に留まっていた。これを受け、受講率  
31 向上のための取組として、各拠点病院は平成 29（2017）年 6 月までに、がん患者の  
32 主治医や担当医となる者の 9 割以上が受講を完了させるという本検討会での議論を  
33 踏まえた目標達成に向けた研修修了計画書を厚生労働省に提出したところである。

34 ※なお、拠点病院以外も含めたがん診療に携わる医師・歯科医師の全修了者数は、平成 27（2015）  
35 年 9 月 30 日時点で 63,528 名である。

36  
37 また、「がん患者の痛みの緩和」に関する講義時間の増加に加えて、新たに患者  
38 の視点を取り入れた全人的な緩和ケアや苦痛のスクリーニングに関する内容を研修

---

<sup>4</sup> 平成 26 年度がん診療連携拠点病院等現況報告に基づくデータ（平成 27（2015）年度の暫定数値；約 48%）



1 プログラムに組み込むため、平成 27（2015）年 2 月に「がん診療に携わる医師に対  
2 する緩和ケア研修会の開催指針」の一部改正<sup>5</sup>が行われた。同年 4 月 1 日から新しい  
3 開催指針に基づき、研修会が実施されているところである。

4  
5 今後は、受講率の向上のために、医師・歯科医師が受講しやすい環境づくりが必  
6 要である。具体的には、都道府県に対して単位型研修<sup>6</sup>の推奨や学会等の関連団体の  
7 認定医制度との連携を図ること等の協力を求めるとともに、現況報告を踏まえ、受  
8 講率の低い拠点病院には 9 割以上の受講率の達成に向けて協力を求めること等を進  
9 めるべきである。

10

---

<sup>5</sup> 「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の一部改正について」（平成 27 年 2 月 10 日付け健発 0210 第 8 号厚生労働省健康局長通知）

<sup>6</sup> 「単位型研修会」とは、同一あるいは異なる主催者により、異なる参加者に対して単位制で必要な単位を取得する研修会。なお、「一般型研修会」とは、同一の主催者により、同一の参加者に対して 2 日間以上で行われる研修会をいう。都道府県がどちらかの開催形式を決定する。

1 (3) 普及啓発・教育について

2  
3 ア. 緩和ケアの一言表現・普及啓発

4  
5 平成 26 (2014) 年 11 月に内閣府が実施した世論調査において、緩和ケアのこと  
6 を「よく知っている」と回答した者は 40.5%、緩和ケアを開始すべき時期について  
7 は、「がんと診断された時から」と回答した者の割合は 57.9%に留まっていた。そ  
8 のひとつの要因としては、「緩和ケア」という言葉に対する認識が国民のみならず、  
9 医療従事者にも統一されていないという意見があった。そのため、本検討会では、  
10 緩和ケアのさらなる普及を図るため、緩和ケアを一言で表す言葉として、「緩和ケア  
11 とは、病気に伴う心と体の痛みを和らげること」を作成した。今後、国はホームペ  
12 ージ等を通じた緩和ケアの説明の際には、積極的にこの表現を用い、緩和ケアの普  
13 及啓発を進める必要がある。

14  
15 また、患者・家族には「苦痛やつらさを（医療従事者に）伝えてほしい」こと、  
16 医療従事者には「（患者・家族の）苦痛やつらさを受け止めてほしい」ことを伝える  
17 だけでなく、それらについて積極的に普及啓発することを拠点病院の重要な役割と  
18 して周知徹底するため、普及啓発用ポスター（別添 1）が作成され、各拠点病院に  
19 配布された。今後は、関連団体と協力し、拠点病院だけではなく、より多くの病院  
20 で、患者・家族、全ての医療従事者に対する普及啓発に用いられるように積極的に  
21 配布する必要がある。さらに、活用状況の把握については、都道府県に協力を求め  
22 る等の取組を検討すべきである。

23  
24 イ. 緩和ケア研修修了者へのバッジの配布

25  
26 主治医や担当医が緩和ケア研修会の修了医師であるかどうか患者・家族にもわか  
27 りやすくするために、修了医師に対してバッジを配布してはどうかとの意見に基づ  
28 き、国は、拠点病院の緩和ケア研修会の修了者にバッジ（別添 2）を配布し、着用  
29 を求めている。今後は、研修会修了時点で、全ての医師・歯科医師にバッジを配布  
30 し、緩和ケアの普及啓発を進める必要がある。

31  
32 ウ. 医学生及び臨床研修医等への教育の充実

33  
34 基本計画では、「医療従事者に対するがんと診断された時からの緩和ケア教育のみ  
35 ならず、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  
36 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  
37 に緩和医療学講座を設置するよう努める」ことを取り組むべき施策に掲げている。  
38 がん診療に携わる医師・歯科医師に対する緩和ケアの基本的な研修が実施されてい  
39 るものの、広く一般の医師を対象とする研修を実施するべきであるという意見や、  
40 緩和医療に関する大学講座が少なく、卒前教育は不十分な状況であるという意見が

- 1 あった。今後はこれらの意見を踏まえ、さらに、医学生、臨床研修医等への緩和ケ
- 2 アに関する教育・研修を推進する必要がある。
- 3

1 (4) がん疼痛評価の指標について

2  
3 がんによる痛み等の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  
4 ん患者が3～4割いるという調査結果<sup>7</sup>が出ている。このような状況の中、緩和ケアの均  
5 てん化に資するため、全国の拠点病院において共通で使用できる疼痛評価指標の開発が  
6 「がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和に対する取り組みの評価と改善に関す  
7 る研究」班で検討された。定期的実施可能な指標として、①痛みの強さ（NRS<sup>8</sup> 11 段  
8 階）、②痛みの及ぼす生活への指標（NRS 11 段階）、③痛みに対する医療者の対応（POS<sup>9</sup>  
9 5 段階）、④看護師からみた痛みの度合い（POS 5 段階）の4指標が提案された。

10  
11 さらに拠点病院における医療用麻薬の使用量の推移に関する検討も研究班で行われ、  
12 拠点病院においても施設間格差が大きいことが指摘された。施設間格差がもたらされた  
13 要因としては、施設によってがん患者の進行度等の背景が違うことに加え、緩和ケアチ  
14ームの活動状況、緩和ケア病棟の設置の有無、主治医が使用しやすい疼痛評価指標の整  
15 備状況等が挙げられた。今後、全国の拠点病院において、共通の疼痛評価指標が活用さ  
16 れることにより、施設間格差の少ない継続的ながん疼痛緩和が実施されることが望まれ  
17 る。

<sup>7</sup> 平成 26（2014）年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」

<sup>8</sup> NRS: Numeric Rating Scale（0から10までの11段階の評価。「0」を症状が全くない、「10」を想像できる最大の症状として、患者自身が評価する方法）

<sup>9</sup> POS: Palliative Outcome Scale（0から4までの5段階の評価。「0」を全く支障がない、「4」を耐えられないくらいの症状として、医療従事者が評価する方法）

1 (5) 地域における緩和ケア提供体制について

2  
3 緩和ケアは、がんと診断された時から、入院・外来・在宅等の診療の場を問わず、ま  
4 た、がん治療の有無に関わらず「いつでもどこでも切れ目のない質の高い緩和ケア」と  
5 して提供されるべきである。そのためには、拠点病院の緩和ケアチームや緩和ケア外来  
6 等の専門的緩和ケアと、地域の医療従事者が提供する基本的緩和ケア<sup>10</sup>の連携を図ること  
7 が重要である。

8  
9 しかしながら、現状、地域の医療機関で症状緩和がうまくいかない時などの専門的緩  
10 和ケア<sup>11</sup>が必要な時に、施設間の連携が図られていないケースもみられる。また、地域  
11 の医療従事者や患者・家族からの相談を受ける体制が整備されていない等の問題も指摘  
12 された。

13  
14 こうした問題に対応するためには、地域において、拠点病院等を中心とした関係者間  
15 を調整し、地域連携を促進する役割を担うコーディネーターの育成や在宅において緩和  
16 ケアを提供する訪問看護師の育成が必要である。また、緩和ケアセンターを中心として、  
17 緩和ケアに関する相談体制の整備や、情報の集約・発信、在宅がん患者の症状が悪化し  
18 た場合の緩和ケア外来等における対応や緊急入院できる緊急緩和ケア病床の確保も重  
19 要である。

20  
21 さらに、外来通院しながら、疼痛緩和や抗がん剤治療を受けるがん患者が増加してい  
22 ることから、患者が安心して自宅等で療養できるように、在宅医との早期の連携や、緊  
23 急時の症状緩和目的の入院を受け入れる緩和ケア病棟等のあり方についても検討する  
24 必要がある。

25  

---

<sup>10</sup> 「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん性疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかることである。（緩和ケア専門委員会報告書より抜粋）

<sup>11</sup> 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識に加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応できることである。（緩和ケア専門委員会報告書より抜粋）

### 3. 今後検討すべき課題

「2. 検討内容及び実施すべき取組」を踏まえて、次の3点について今後さらに検討を進める必要がある。

- 拠点病院における緩和ケア提供体制のあり方（例；緩和ケアセンターの運営や苦痛のスクリーニングの実施体制）
- 拠点病院以外の医療機関における緩和ケア提供体制のあり方
- 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

### 4. おわりに

本検討会では、基本計画に掲げられた「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について、ワーキンググループでの実地調査の結果も踏まえて、議論を行った。今後は、平成27（2015）年12月に策定された「がん対策加速化プラン<sup>12</sup>」を着実に実行するとともに、本報告書に記載した実施すべき取組の内容を踏まえて、第3期基本計画の策定に向け、緩和ケアにおいて対策の遅れている課題の整理や緩和ケアの今後のあり方についての検討を行い、患者及びその家族に対する緩和ケアをより一層推進していくことが期待される。

---

<sup>12</sup> 平成27（2015）年12月「がん対策加速化プラン」において、緩和ケアの実施すべき具体策がとりまとめられている。詳細は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000107743.html> を参照。

# 「緩和ケア推進検討会」開催要綱

## 1. 趣旨

平成24年6月からの「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」が掲げられており、厚生労働省健康局長の下に第1期の「緩和ケア推進検討会」（以下、検討会）が設置され、これまで2年間にわたって計13回の議論を重ね、平成24年9月に検討会中間とりまとめが、平成25年8月に検討会第二次中間とりまとめが報告された。これらの報告に基づき、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の変更（平成26年1月）等を行い、緩和ケア提供体制の質の向上を図ってきた。

また、検討会での意見に基づいた具体的施策が医療現場でどのように進められているかを把握し、課題を抽出することを目的として、平成25年9月に検討会のもと「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」（以下、ワーキンググループ）が設置され、同年12月まで実地調査を含めて計10回の議論を重ね、ワーキンググループ報告書が作成された。実地調査の結果、がん患者とその家族への適切な緩和ケアが現場で必ずしも十分に提供されていないこと等が指摘された。

本検討会においては、こうした課題や緩和ケアの現状を踏まえ、今後の緩和ケア提供体制について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討し、今後の対策に反映していくこととする。

## 2. 検討事項

### （1）下記事項に関する具体的な対策

- ア. がん診療連携拠点病院における緩和ケアの推進
- イ. 今後の緩和ケア提供体制のあり方
- ウ. 在宅緩和ケアの質の向上や医療連携の推進

### （2）その他、緩和ケアの充実にに向けた具体的な対策について 等

## 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、検討会を統括する。
- （3）本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- （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対策・健康増進課が行う。
- （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。

「緩和ケア推進検討会」 構成員名簿

- 1  
2  
3 安部 好弘（～第14回） 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事  
4  
5 有澤 賢二（第15回～） 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事  
6  
7 池永 昌之 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 副院長  
8  
9 小笠原 文雄 医療法人聖徳会 小笠原内科 院長  
10  
11 小川 節郎 日本大学総合科学研究所 教授  
12  
13 加賀谷 肇 明治薬科大学臨床薬剤学教室 教授  
14  
15 川本 利恵子 公益社団法人日本看護協会 常任理事  
16  
17 小松 浩子 慶応大学看護医療学部大学院健康マネジメント研究科 教授  
18  
19 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  
20  
21 中川 恵一 国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科 准教授  
22  
23 波多江 伸子 福岡がん患者団体ネットワークがん・バツテン・元気隊 代表  
24  
25 ○ 花岡 一雄 JR 東京総合病院 名誉院長  
26  
27 林 和彦 東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科 教授  
28  
29 細川 豊史 京都府立医科大学疼痛・緩和医療学講座 教授  
30  
31 前川 育 特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表  
32  
33 松島 英介 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野 教授  
34  
35 道永 麻里 公益社団法人日本医師会 常任理事  
36  
37 武藤 真祐 医療法人社団鉄祐会祐ホームクリニック 理事長

○・・・座長  
(五十音順・敬称略)



1 「緩和ケア推進検討会」開催実績

2 (構成員改選後の開催実績)

3  
4 第14回 (平成26年6月4日)

- 5 ・ 緩和ケア推進検討会の今後の進め方について  
6 ・ その他  
7 ヒアリング  
8 加藤 雅志 参考人  
9 山本 亮 参考人

10  
11 第15回 (平成26年10月29日)

- 12 ・ 在宅緩和ケアの質の向上や医療連携の推進について  
13 ・ 緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループ報告  
14 ・ その他  
15 ヒアリング  
16 医政局地域医療計画課在宅医療推進室  
17 小笠原 文雄 構成員  
18 森田 達也 参考人  
19 加藤 雅志 参考人

20  
21 第16回 (平成27年2月26日)

- 22 ・ 緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループ報告  
23 ・ 在宅緩和ケアの質の向上や医療連携の推進について  
24 ・ その他  
25 ヒアリング  
26 森田 達也 参考人

27  
28 第17回 (平成27年5月13日)

- 29 ・ 緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループの報告  
30 ・ 在宅緩和ケアの質の向上や医療連携の推進について  
31 ・ その他  
32 ヒアリング  
33 武藤 真祐 構成員  
34 小川 朝生 参考人  
35 加藤 雅志 参考人

36  
37 第18回 (平成27年7月15日)

- 38 ・ 緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループの報告  
39 ・ 地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理)  
40 ・ その他

1 「緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループ」  
2 開催要綱  
3

4 1. 趣旨

5 平成24年6月からの「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  
6 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」が掲げられており、厚生労働  
7 省健康局長の下に「緩和ケア推進検討会」（以下、検討会）が設置され、これまで2年間  
8 にわたって計13回の議論が重ねられてきた。また、検討会での意見に基づいた具体的施  
9 策が医療現場でどのように進められているかを把握し、残された課題を抽出することを目  
10 的として、平成25年9月に検討会のもと「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調  
11 査に関するワーキンググループ」が設置され、同年12月まで実地調査を含めて計10回  
12 の議論がなされ、報告書が作成された。その中でがん患者とその家族への適切な緩和ケア  
13 が現場で必ずしも十分に提供されていないことが指摘されており、今後も実地調査を行っ  
14 て現場の課題を抽出し、解決していく体制が必要である。

15 これを受けて、平成26年6月より設置された新たな検討会のもと、新たな「緩和ケア  
16 提供体制の実地調査に関するワーキンググループ」を設置することが決定された。本ワー  
17 キンググループでは、がん診療連携拠点病院をはじめとして在宅医療の現場等においても  
18 緩和ケア提供体制の現状を把握し、緩和ケア推進に関する課題を整理することとする。

19  
20 2. 検討事項

- 21 (1) 緩和ケア提供体制に関する現状把握  
22 (2) 緩和ケア提供体制の評価方法について  
23 (3) その他、緩和ケア推進に関する課題の整理  
24

25 3. その他

- 26 (1) 本ワーキンググループは健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。  
27 (2) 本ワーキンググループには、構成員の互選により座長をおき、ワーキンググループ  
28 を統括する。  
29 (3) 本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼  
30 することができるものとする。  
31 (4) 本ワーキンググループは、非公開とする。  
32 (5) 本ワーキンググループの庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。  
33 (6) この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長  
34 が健康局長と協議の上、定める。  
35 (7) ワーキンググループで得られた成果は、「緩和ケア推進検討会」に報告する。  
36  
37

1 「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」 構成員名簿

2  
3 安部 好弘（～第12回） 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

4  
5 ○ 池永 昌之 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 副院長

6  
7 太田 桂子 国立大学法人島根大学医学部附属病院  
8 地域医療連携センター 技術専門職員

9  
10 小川 朝生 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 科長

11  
12 金井 良晃 国立大学法人東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 副部長

13  
14 木澤 義之 国立大学法人神戸大学大学院医学研究科内科系講座  
15 先端緩和医療学分野 特命教授

16  
17 橋爪 隆弘 はしづめクリニック 院長

18  
19 波多江 伸子 福岡がん患者団体ネットワークがん・バツェン・元気隊 代表

20  
21 服部 政治 公益財団法人がん研究会有明病院  
22 緩和ケアセンター/緩和・がん疼痛治療部がん疼痛治療科 部長

23  
24 林 和彦 東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科 診療部長・教授

25  
26 前川 育 特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表

27  
28 宮野 廣美（第13回～） 公益社団法人日本薬剤師会 理事

29  
30 山本 亮 JA 長野厚生連佐久総合病院緩和ケア内科 部長

31  
32 横川 史穂子 長野市民病院緩和ケア・がん相談支援センター 看護主任

33  
34 渡邊 真理 神奈川県立がんセンター 副院長

35  
36 ○…座長  
37 (五十音順・敬称略)

1 「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」開催実績  
2 (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とりまとめ後の開催実績)

3  
4 第11回 (平成26年6月26日)

5 議題：緩和ケア研修会開催指針について、緩和ケア提供体制の評価について、その他

6  
7 第12回 (平成26年7月30日)

8 議題：緩和ケア研修会開催指針について、拠点病院の実地調査について、新指定要件の徹底  
9 方策について、その他

10  
11 第13回 (平成26年9月11日)

12 議題：実地調査の報告、緩和ケア研修会開催指針について、緩和ケアのPDCAサイクルにつ  
13 いて、その他

14  
15 第14回 (平成26年11月19日)

16 議題：実地調査の報告、がん疼痛について、緩和ケアのPDCAサイクルについて、その他

17  
18 第15回 (平成27年1月21日)

19 議題：実地調査の報告、緩和ケア研修会について、その他

20  
21 第16回 (平成27年3月18日)

22 議題：実地調査の報告、がん疼痛について、その他

23  
24 第17回 (平成27年4月30日)

25 議題：実地調査の報告、地域緩和ケアについて、その他

26  
27 第18回 (平成27年6月11日)

28 議題：実地調査の報告、地域緩和ケアについて、緩和ケアチームについて、その他

29  
30 第19回 (平成27年8月20日)

31 議題：実地調査の報告、緩和ケア病棟について、その他

32  
33 第20回 (平成28年2月15日)

34 議題：報告書について、今後の方向性について、その他

35  
36 実地調査

- 37 ・ 平成26年8月22日 中国地方・地域がん診療連携拠点病院  
38 ・ 平成26年9月11日 関東地方・都道府県がん診療連携拠点病院  
39 ・ 平成26年10月30日 関東地方・地域がん診療連携拠点病院  
40 ・ 平成26年12月18日 近畿地方・都道府県がん診療連携拠点病院  
41 ・ 平成26年12月19日 近畿地方・地域がん診療連携拠点病院  
42 ・ 平成27年1月21日 関東地方・都道府県がん診療連携拠点病院  
43 ・ 平成27年3月2日 関東地方・都道府県及び地域がん診療連携拠点病院  
44 ・ 平成27年6月11日 関東地方・緩和ケア病棟

1 (別添1) 普及啓発用ポスター

2



医療従事者用



患者・家族用

3

4

5

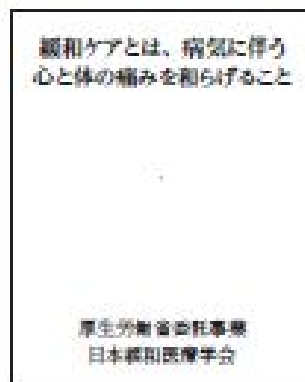
6

7

8 (別添2)



研修会修了者バッジ



台紙

9

10

11

# 今後の緩和ケアのあり方について(案)

## 緩和ケアの歴史①

- 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  
診療報酬「緩和ケア病棟入院料」改定

## 緩和ケアの歴史②

- 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】
- 2012年4月- 緩和ケア推進検討会
- 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)【専門的緩和ケアの整備】
- 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【専門的緩和ケアの整備】
- 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
- 2014年- がん医療に携わる看護研修事業【看護師に対する研修】
- 2014年10月 緩和ケアの一言表現「緩和ケアとは、病気に伴う心と体の痛みを和らげること」を作成
- 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7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】



# 緩和ケアセンターの整備

都道府県がん診療連携拠点病院  
49病院中39病院で整備済（2月末時点）

※都道府県がん診療連携拠点病院は平成28年3月までに整備することが求められている。

## 人員構成

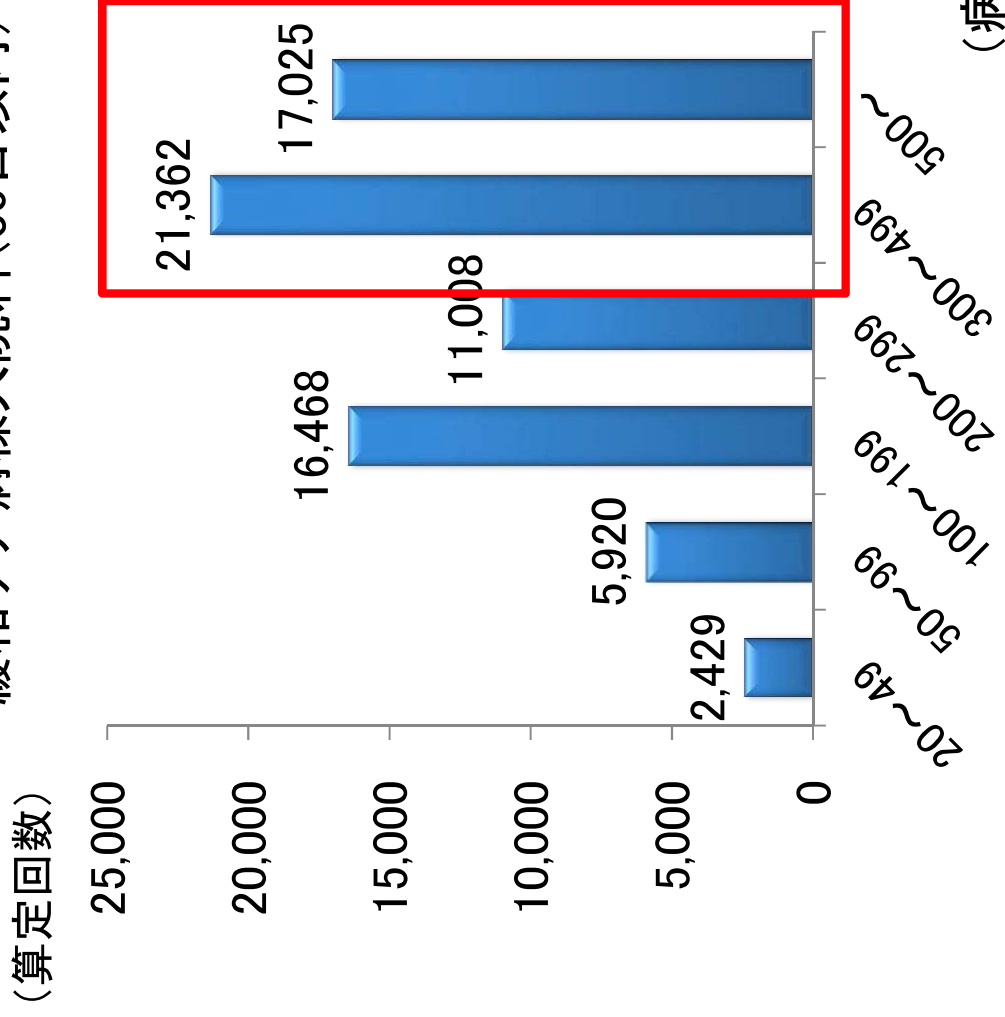
1. 緩和ケアセンター長  
(管理的立場の常勤医師)
2. 専任の身体症状担当医師  
(緩和ケアチーム医師)  
(原則、常勤。専従であることが望ましい)
3. 精神症状担当医師  
(緩和ケアチーム医師)  
(常勤、専任であることが望ましい)
4. 緊急緩和ケア病床担当医師  
(原則、常勤。2、3と兼任可)
5. ジェネラルマネージャー  
(組織管理経験を有する専従の常勤看護師)  
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師が望ましい)
6. 専従の常勤看護師 2名以上  
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師)  
(緩和ケアチームの専従の常勤看護師と兼任可)
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

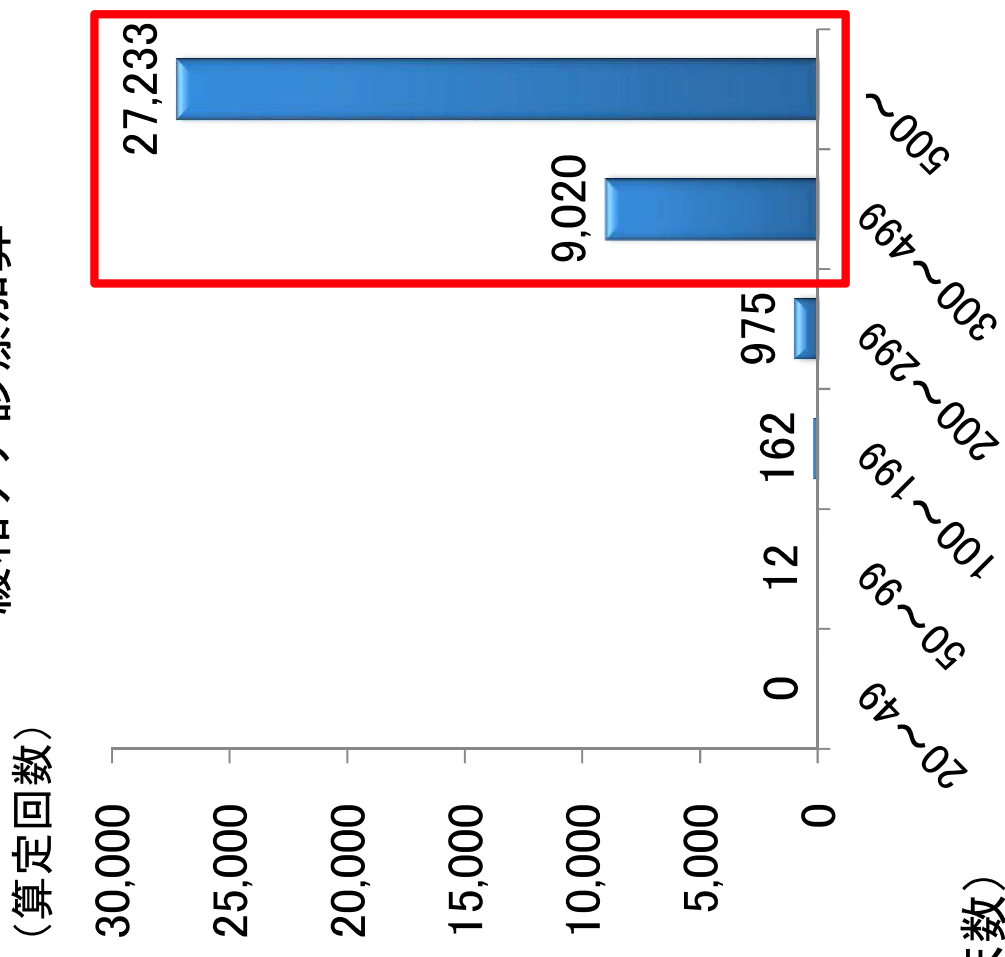
- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
  - 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備
- 緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行う。
1. がん看護カウンセリング(がん看護外来)
  2. 外来や病棟看護師等との看護カンファレンス
  3. 緊急緩和ケア病床における症状緩和
  4. 地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
  5. 連携協力している医療機関等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制の整備
  6. 患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の相談支援
  7. 診療従事者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

# 緩和ケア関連診療報酬算定回数①

緩和ケア病棟入院料(30日以内)

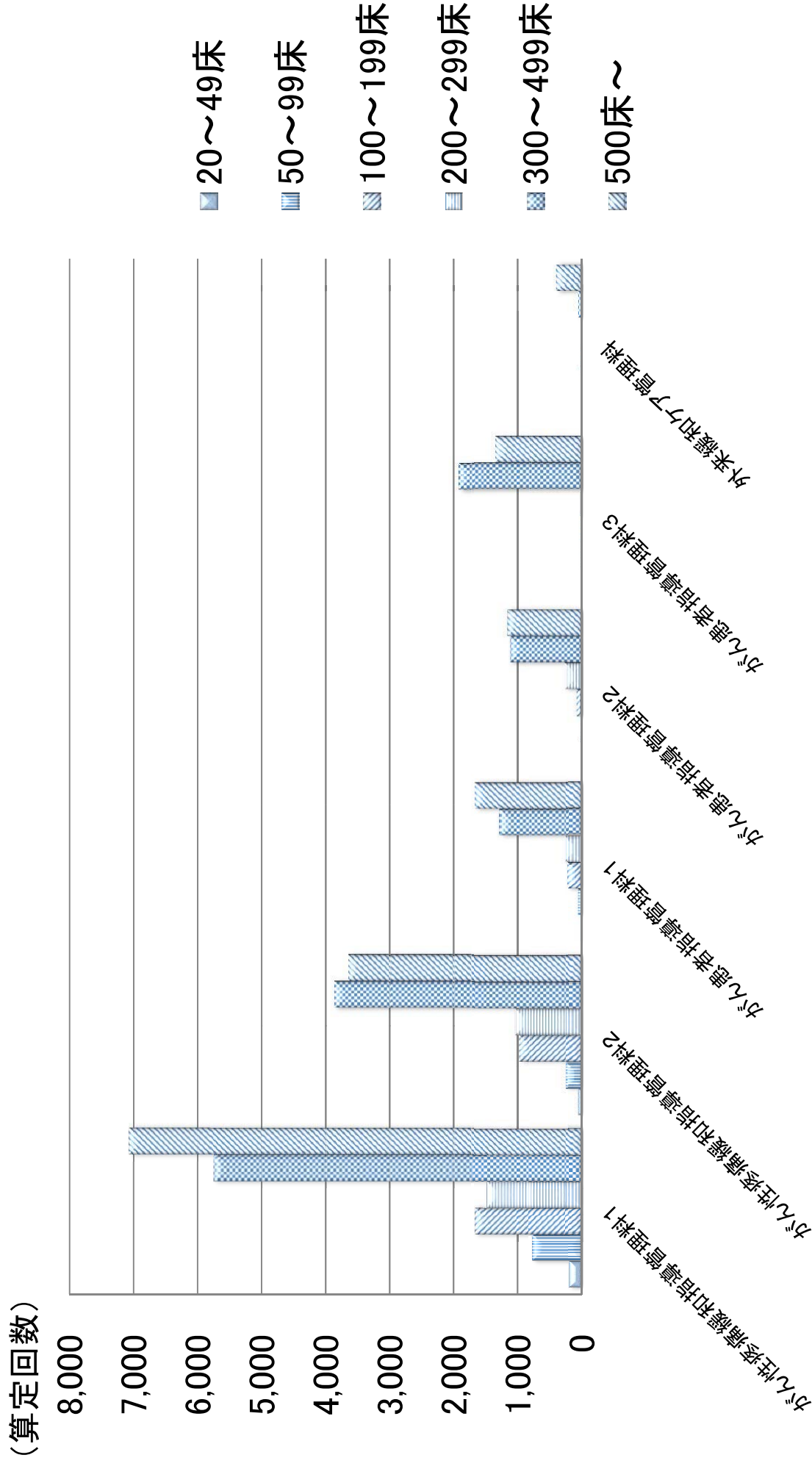


緩和ケア診療加算



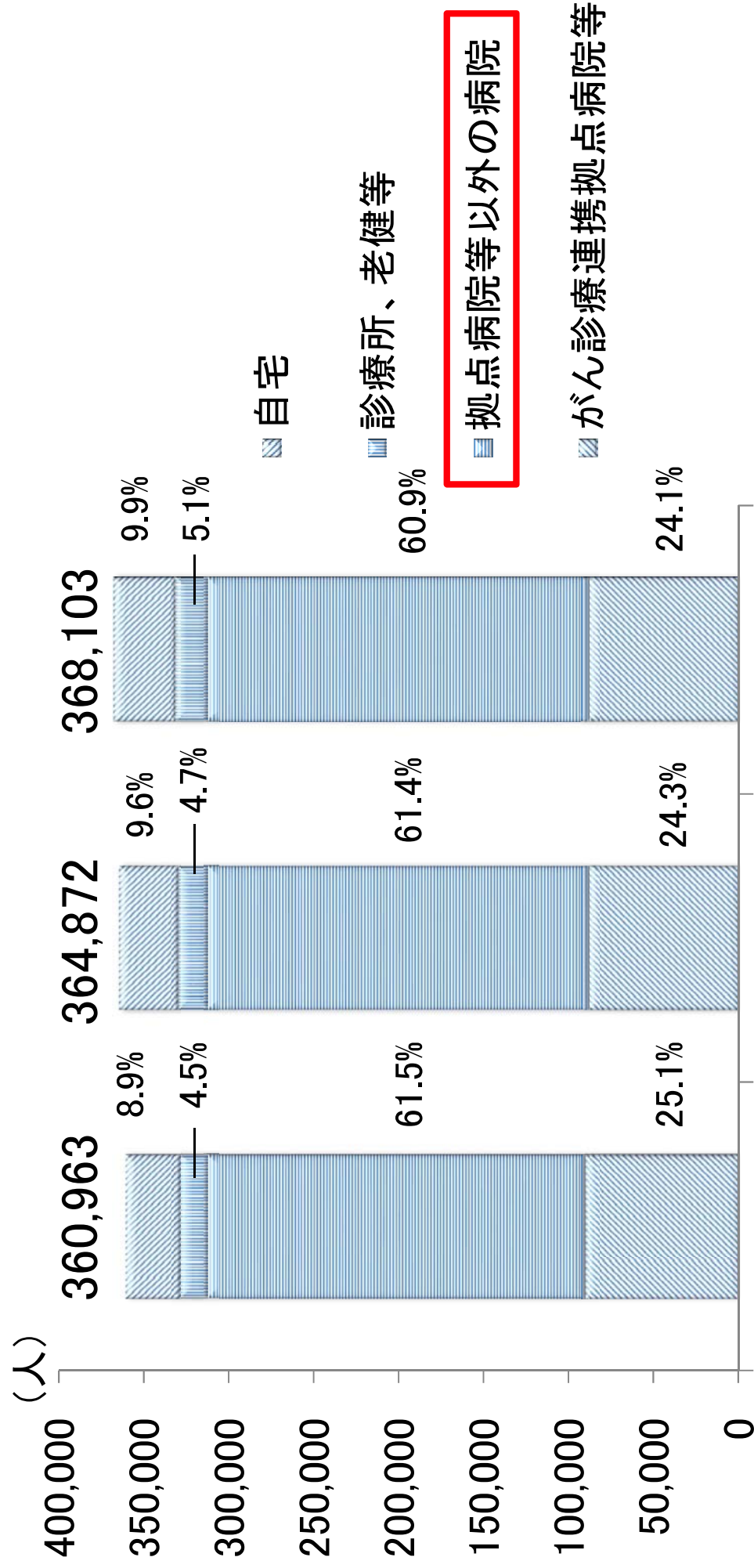
病床数の多い病院で算定回数が多い傾向がみられる。

# 緩和ケア関連診療報酬算定回数②



病床数の多い病院で算定回数が多い傾向がみられる。

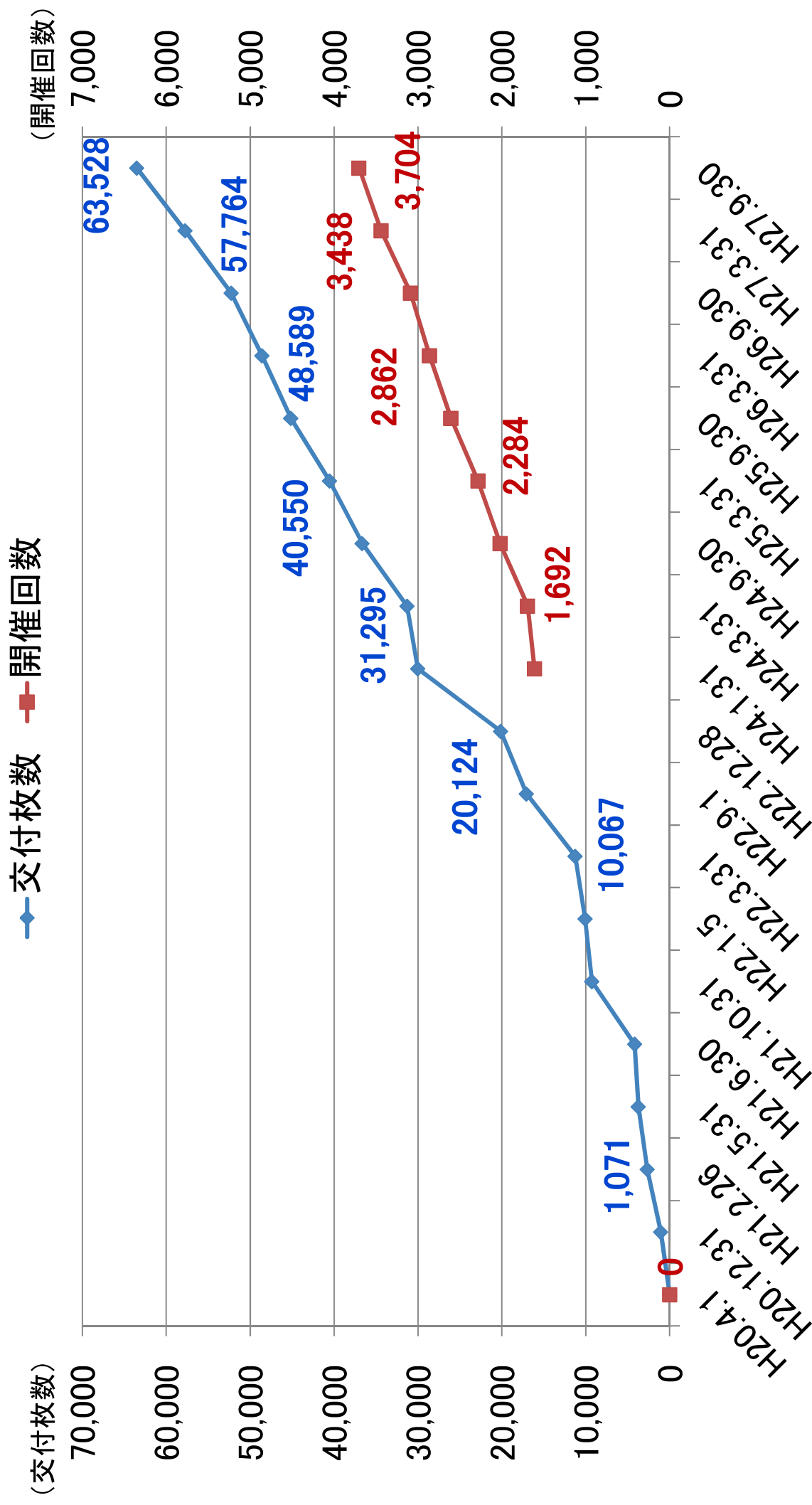
# がん死亡者における死亡場所別割合



平成24年度 平成25年度 平成26年度

約4分の3のがん患者は拠点病院等以外の場所で看取られている。

# 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」 開催回数と修了証書の交付枚数の推移



# 臨床研修の到達目標

臨床研修プログラムには、平成16年度から緩和ケアが導入されている。

## II 経験目標

### C 特定の医療現場の経験

#### (6) 緩和ケア、終末期医療

緩和ケアや終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
  - 2) 治療の初期段階から基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。
  - 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
  - 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。
- 必修項目 臨終の立ち会いを経験すること

研修プログラムにおける「緩和ケア、終末期医療」の記載

# がん医療に携わる看護研修事業

## (背景)

- ・がん治療の多様化 (放射線治療・化学療法・手術療法・緩和ケアなど様々) と看護業務の多様化 (外来化学療法の導入やがんの告知や病状説明などが外来業務へと移行してきていることなど) を背景に、がん看護へのニーズは高まっているが、実施される教育(教材なども含めて)が均一化されておらず、教育の質が担保されていない。
- ・さらに「がんと診断された時からの緩和ケア」を実現するためには、医師だけでなく看護師の充実が求められている。

## (目的)

- ・本事業では関連団体と協力し、がん看護を専門とする看護師を育成するため、テキスト等を作成の上、指導者研修会を実施する。なお、指導者研修会受講看護師が連携拠点病院において院内看護師などを教育することによりがん看護の質を向上させる。

委託先：日本看護協会

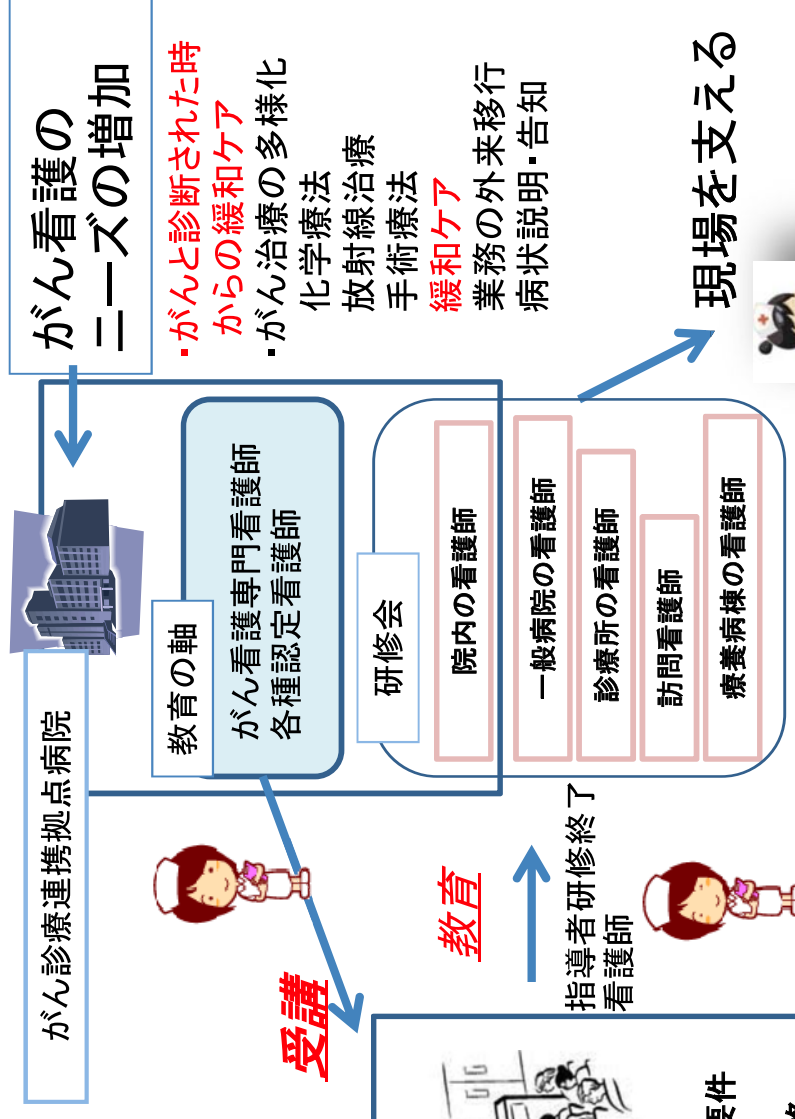
- ・教材の作成
- ・教育技法の検討・普及  
→ 指導者研修会の実施

**開催** ↓

## 看護師指導者研修会

- ・緩和ケアについて
- ・がん性疼痛看護について
- ・がん化学療法看護について
- ・がん放射線療法看護について
- ・乳がん看護について 等

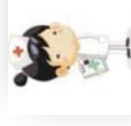
- ※研修指導者の要件
- ・専門看護師
  - ・認定看護師資格を有すること



## がん看護のニーズの増加

- ・がんと診断された時からの緩和ケア
- ・がん治療の多様化  
化学療法  
放射線治療  
手術療法  
緩和ケア
- ・業務の外来移行  
病状説明・告知

現場を支える



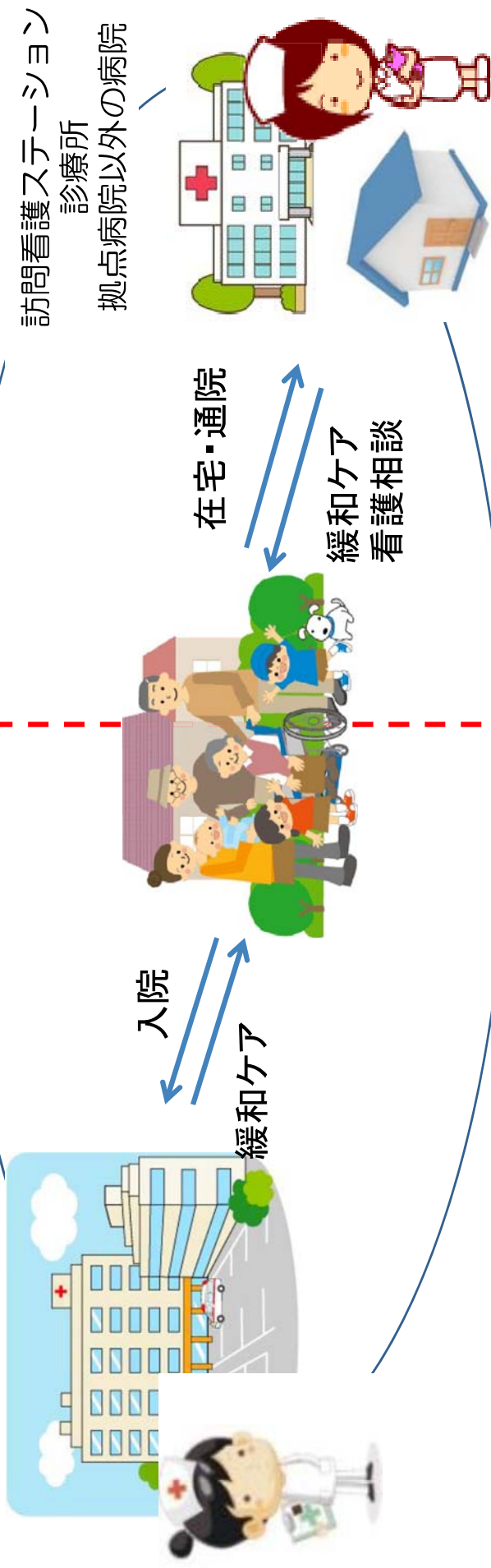
# がん医療に携わる看護師に対する 地域緩和ケア等研修事業

28年度予算案  
21百万円

- 緩和ケアの提供体制について、がん診療連携拠点病院以外の病院や診療所等において専門家による支援が得づらいことが指摘されている。
- **訪問看護ステーション等に勤務するがん医療に携わる看護師を対象に、緩和ケアの地域連携や地域に根差した看護相談等の研修を実施する。**

専門家による支援が得づらい部分

がん診療連携拠点病院



地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理)(緩和ケア推進検討会・平成27年8月)【抜粋】

- 地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて  
拠点病院、緩和ケア棟診療所、保険薬局、訪問看護ステーション等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
- 5. 地域の～看護師～を対象とした緩和ケアやがんの相談業務に関する地域緩和ケア研修会や実地研修を実施し、地域緩和ケアの質の向上を図る。

研修



## (参考) 第67回WHO総会における緩和ケアの強化に関する決議 (緩和ケアの教育部分を抜粋)

### ➤ basic training and continuing education (基本的な修練や継続教育);

すべての医学部、看護学部教育の必須科目として、また、プライマリーケアの提供者(医療従事者や社会福祉士など)に対する実践的な訓練として統合されるべきである。

basic training and continuing education on palliative care should be integrated as a routine element of all undergraduate medical and nursing professional education, and as part of in-service training of caregivers at the primary care level, including health care workers, caregivers addressing patients' spiritual needs and social workers;

### ➤ intermediate training (中間的な修練);

生命を脅かす疾患の患者に日常的に関わるすべての(腫瘍科、感染症科、小児科、老年科、内科で勤務している)医療従事者に対して提供されるべきである。

intermediate training should be offered to all health care workers who routinely work with patients with life-threatening illnesses, including those working in oncology, infectious diseases, paediatrics, geriatrics and internal medicine;

### ➤ specialist palliative care training (専門職に対する緩和ケア教育);

通常以上の症状緩和を要する患者に対する統合されたケアを実践する専門職を養成するため  
に利用できるべきである。

specialist palliative care training should be available to prepare health care professionals who will manage integrated care for patients with more than routine symptom management needs;

# 緩和ケアの定義

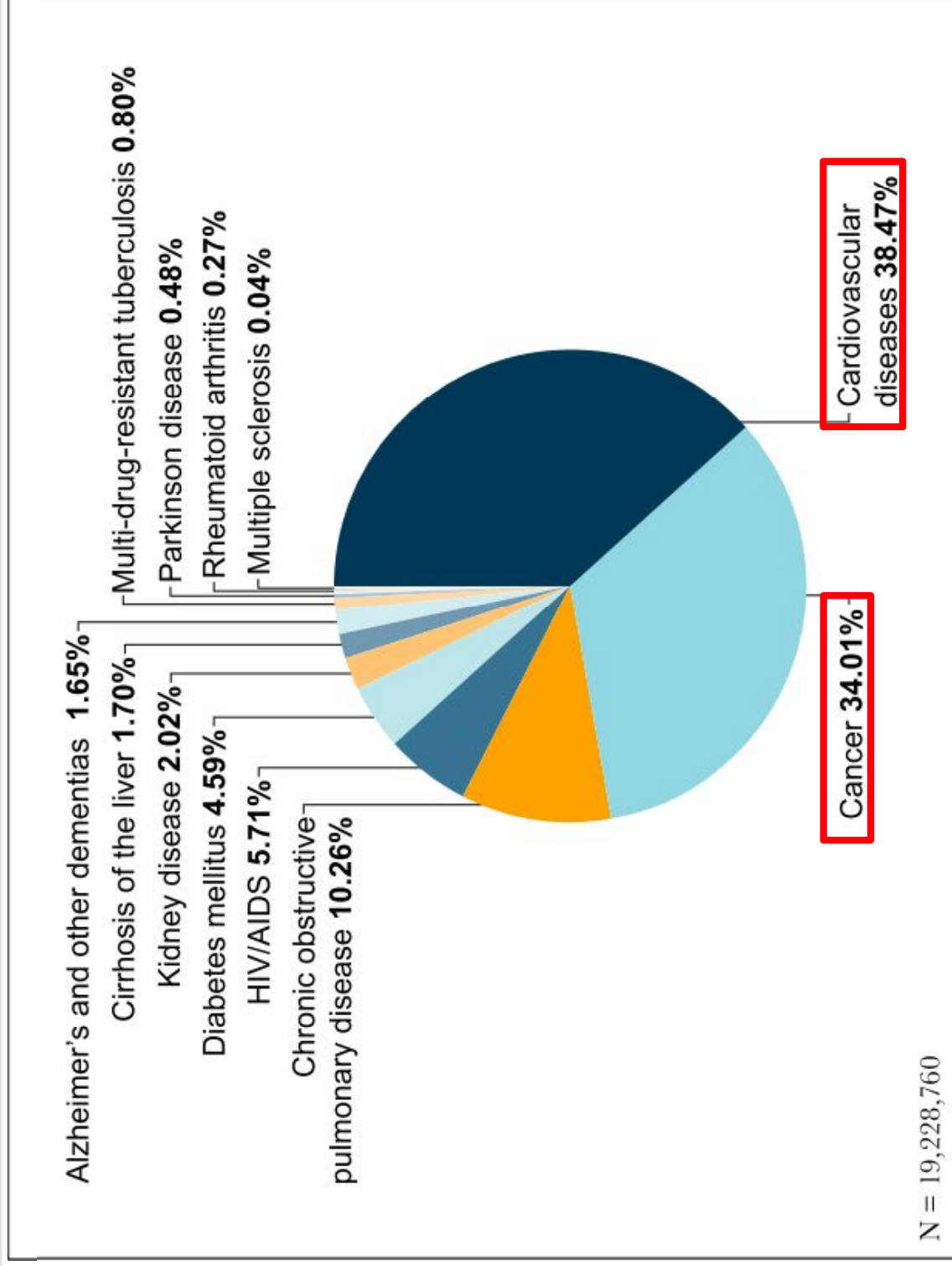
(2002年世界保健機関)

- Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

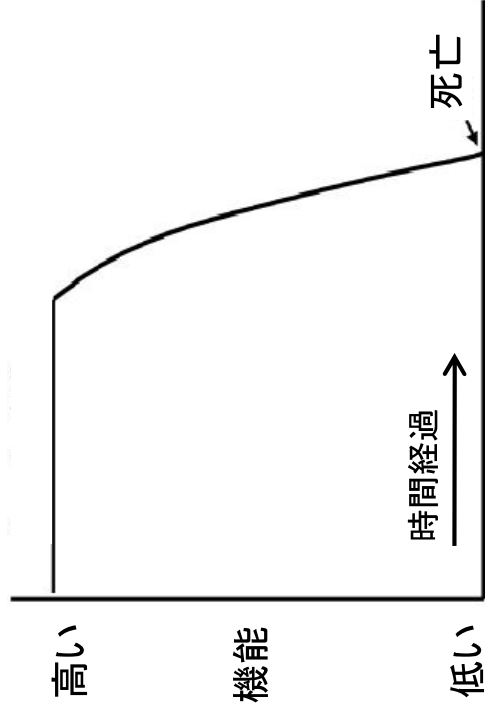
- 生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである。

# 終末期に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合(成人)



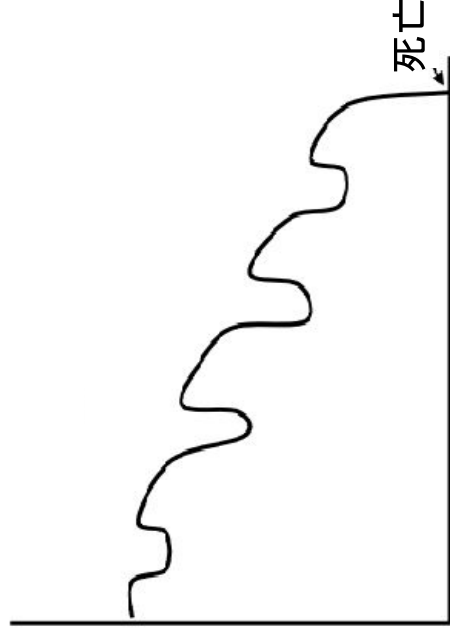
## 1位 心血管疾患、2位 がん

# 疾患群別の予後経過



## がん等

比較的長い間機能は保たれる。最後の2か月くらいで急速に機能が低下する。



## 心・肺疾患末期

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する。最後は比較的急に低下する。

# 今後の議論の進め方について(案)

## 【現状と課題】

- 緩和ケアについては、これまで「がん対策推進基本計画」に基づき、医療者向けの研修、がん診療連携拠点病院を中心とした体制整備(緩和ケアチーム、外来緩和ケア、緩和ケアセンター等)、診療報酬による評価を図ってきた。
- しかしながら、拠点病院以外を受診するがん患者が多くいることや約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、拠点病院の緩和ケアもこれまで以上に推進しつつ、拠点病院以外の医療機関についても緩和ケアを充実させていくことが重要ではないか。また、緩和ケアの基本的な知識はすべての医療者が身につけるべきこととして、医療者に認識してもらうことが重要ではないか。
- また、中小病院や診療所のように地域に近い医療機関の場合、がん以外の患者の割合も多いと推測される。WHOの定義では緩和ケアの対象患者は特定の疾病に限定したものではなく、がんに並び心血管疾患の患者も緩和ケアを必要としていることが報告されている。これらを踏まえ、がん患者への緩和ケアに加え、今後どのように対応していくか検討が必要ではないか。

## 【今後の進め方案】

- 以上を踏まえ、検討会の運営を見直すこととしてはどうか。