

第1回 緩和ケア推進検討会 座席表

日時：平成24年4月25日(水)9:00～11:00

場所：全国都市会館 3階 第2会議室(東京都千代田区平河町2-4-2)

速記

藤田厚生労働大臣
政務官

恒藤 構成員

花岡 構成員

前川 構成員

松月 構成員

松本 構成員

道永 構成員

武藤 構成員

池永 構成員

岩瀬 構成員

大西 構成員

小川 構成員

加賀谷 構成員

木澤 構成員

小松 構成員

田村 構成員

事務局

がん対策・
健康増進課長

健康局長

がん対策推進官

事務局

事務局

(傍聴席)

出入口

第1回緩和ケア推進検討会議事次第

日 時：平成24年4月25日（水）

9：00～11：00

場 所：全国都市会館3階第2会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- ・緩和ケアの推進について
- ・その他

【資 料】

資料1 緩和ケア推進検討会開催要綱

資料2 がん対策推進基本計画（変更案）の緩和ケアに関して取り組むべき施策

資料3 構成員からの意見調査のまとめ

資料4 今後検討すべき論点について（素案）

資料5 今後の議事の進め方（素案）

参考資料1 がん対策推進基本計画変更案の概要

参考資料2 がん対策推進基本計画（変更案）

参考資料3 緩和ケア専門委員会報告書

岩瀬構成員提出資料

小松構成員提出資料

「緩和ケア推進検討会」開催要綱

1. 趣旨

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアをがんと診断された時から提供するとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施することが重要である。

しかしながら、日本では未だがん性疼痛の緩和等に用いられる医療麻薬の消費量が少ないことや、がん医療に携わる医師が緩和ケアの重要性を十分に認識していないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと等の課題が指摘されている。

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、今後の緩和ケア対策について、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

- ・がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制の構築
- ・がん性疼痛の克服
- ・緩和ケアチームや緩和ケア外来等の診療機能の向上
- ・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

池永 昌之	淀川キリスト教病院ホスピス科 部長
岩瀬 哲	国立大学法人東京大学医学部付属病院緩和ケア診療部 副部長
大西 秀樹	埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍学 教授
小川 節郎	日本大学医学部麻酔科学系麻酔科学分野 教授
加賀谷 肇	済生会横浜市南部病院薬剤部 部長
木澤 義之	国立大学法人筑波大学医学医療系臨床医学域 講師
小松 浩子	慶応大学看護医療学部慢性臨床看護学 教授
田村 里子	東札幌病院診療部 副部長
恒藤 暁	国立大学法人大阪大学医学部緩和医療学 教授
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
花岡 一雄	JR 東京総合病院 名誉院長
前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表
松月 みどり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会 理事長
道永 麻里	社団法人日本医師会 常任理事
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会 理事長

(五十音順・敬称略)

がん対策推進基本計画（変更案）の緩和ケアに関して取り組むべき施策

1) 緩和ケアに関するこれまでの議論

がん対策推進基本計画（平成19年6月）の見直しにあたり、緩和ケアについては専門的な議論が必要であることから、平成23年1月に、がん対策推進協議会の下に「緩和ケア専門委員会」が設置され、計7回の議論を経て、平成23年8月に「緩和ケア専門委員会報告書 ～今後の緩和ケアのあり方について～」が策定され、6つの提言がなされた（下記参照）。

その後、この報告書とがん対策推進協議会の意見を踏まえ、「がん対策推進基本計画（変更案）」が策定され、平成24年3月1日にがん対策推進協議会より答申を受けたところである。基本計画（変更案）については、平成24年5～6月を目途に閣議決定される予定である。

※参考

「緩和ケア専門委員会報告書～今後の緩和ケアのあり方について～」の提言

提言1 がん診療に携わる全ての医師および医療従事者に基本的な緩和ケア研修を実施する体制を整備すること

提言2 がんと診断された時からの緩和ケアの普及・実施させるために緩和ケアの提供体制を整備すること

提言3 地域におけるがん緩和ケアを提供するための連携体制（ネットワーク）を速やかに構築できる環境を整備すること

提言4 患者・家族が必要なときに専門的緩和ケアを適切に受けられるように、地域における専門的緩和ケアの提供体制を整備すること

提言5 緩和ケアの提供体制を適切に整備するために、緩和ケアに関する質の評価を継続的に実施し、還元できる体制を強化すること

提言6 医療に携わることを目指す学生には、緩和ケアに関する卒前教育を履修させること

2) がん対策推進基本計画（変更案）における緩和ケアの取り組むべき施策と個別目標

（現状）

緩和ケアとは、「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って、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」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を

含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

(取り組むべき施策)

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族など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強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、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、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が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切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、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速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

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るよう努める。

緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

(個別目標)

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アを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に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する。

また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケ

アの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

第1回緩和ケア推進検討会に向けた構成員からの意見の取りまとめ

がん対策推進基本計画変更案の記載事項
及び検討すべき事項

検討すべき事項への提言

緩和ケアの診療体制

1 「がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」ことについて

①

がん性疼痛に対するスクリーニングは
どの段階から、どこで、どのように行
うべきか？

- ・がんと診断された時から。
- ・初診の際、看護師や薬剤師が相談室で問診する。
- ・バイタルサインとしてカルテに組み込む。
- ・自記式で回収する。
- ・外来化学療法室において集中的にスクリーニングする。
- ・臨床研究にて検証する必要あり。
- ・オピオイド導入時に薬剤部を介して緩和ケア担当に紹介する方法が現実的。
- ・がん性疼痛がどういう症状なのか、患者にはわからない場合もあるため不安を与えない配慮をしたうえで、起こり得る症状について情報提供を行う。
- など。

②

その他の苦痛に対するスクリーニング
はどの段階から、どこで、どのように行
うべきか？

- ・外来受診時や入院時。
- ・診断されたときから、MSWや看護師、臨床心理士などが面談室で行う。
- ・特に外来化学療法室で看護師と薬剤師が中心となって。
- ・EORTC-QLQ-C30を用いる。
- ・初回治療時に疼痛や疼痛以外の身体症状を問わず緩和ケアチームへの紹介がなされるべき。
- ・何が苦痛なのかを的確に引き出すため、具体的な質問内容を準備する。
- ・苦痛がある場合の対応策を必ず提示する。
- など。

③

その他のご意見。

- ・評価シート(生活のしずらさ評価シート、QOL評価シート)の普及を図る必要がある。
- ・専門緩和ケアチームへ紹介する基準を策定する。
- ・精神症状が早期から発症していることをもっとアナウンスし、理解を深めるべきである。
- ・緩和医療は専門チームが行うものという認識が広がりすぎていることが問題である。
- ・スクリーニング後の対応体制を検討することが重要である。
- ・麻薬処方をしている症例が算定条件となっている緩和ケア外来の診療加算の問題を解決する必要あり。
- など。

2	「身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用を実践する」ことについて	
①	変更案を達成するための施策に関するご意見。	・緩和ケア研修会を継続して開催する。 ・研修会修了者に対する継続研修会を開催する。 ・適正使用に関する講習会や研修会。 ・がん性疼痛緩和と管理料を全ての患者に加算できる体制を作る。 ・在宅医療の担い手の一員として、地域の保険薬局薬剤師を活用する。 ・鎮痛目標を個々の患者別に決める。 ・WHO方式で痛みが完全に消失するというような誤った情報を訂正する。 ・VASやNRSなどの主観的評価のみならず、客観性のある評価も必要。 ・疼痛コントロールが不良の場合、患者が直接緩和ケアチームにアクセスできるようにする。 ・オピオイドや鎮痛補助薬の処方を薬剤部で把握し、不適切使用があった場合には緩和ケアチームへ連絡を入れる体制を作る。 ・疼痛緩和、支持療法に使用する薬剤について、ドラッグ・ラグの解消が必要である。 ・オピオイドを使用しやすくすると共に、有害事象であるせん妄に対する理解と適切な対応、患者家族への説明が不可欠であり、せん妄に対する啓発並びに管理体制への支援が必要。 など。
3	「患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方」について	
①	どのような手段や方式をとるべきか？	・緩和ケア研修会の開催し、研修の普及が必要である。 ・がん患者カウンセリング料が加算できる診療体制を整える。 ・患者側も医療者側も複数で十分に時間を取って面談する。 ・医師の説明に看護師も同席し、面談終了後必ず看護師から理解できたか、不安な点はないか、と確認する。 ・治療とケアの現実的な目標は何かを話し合う。 ・医師と異なったアプローチでがん専門看護師や臨床心理士などの職種が関わる。 ・医師以外の職種へのコミュニケーション技術の研修機会を用意するなどして、看護師などによる告知後のサポート方法を検討する。 ・その後の支援について、どこで、いつ、どういうふうに受けられるかを可能な限り具体的に伝える。 など。

②	その他、変更案を達成するための施策に関するご意見。	・研修会修了者に対する継続研修会を開催する必要がある。 ・悪い知らせを伝えるコミュニケーションスキルに特化した研修会の実施(日本緩和医療学会や日本サイコロジ学会へ委託)が必要。 ・バッドニュースの伝え方やその後の対応などを研修プログラムに織り込む(各職種研修や医学生の教育にも組み込む)。 ・看護師へのがん看護教育の普及が必要。 ・がん看護専門看護師、認定看護師の増員。 ・がんカウンセリング料のもとに行える支援の導入を積極的に行う。 ・患者や家族が診断結果や病状の伝えられ方について、評価する仕組みがある方が良い。 など。
4	「専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善する」ことについて	
①	緩和ケアチームへのコンサルテーションのアクセスを改善するための施策は？	・緩和ケアチームによる啓発活動の義務化(院内・院外向け、医療従事者向け)。 ・緩和ケア診療加算算定の条件を緩和し、緩和ケアチーム担当者が専従できるようにし、アクセスすることによって得られるメリットを伸ばす。 ・アクセスのきっかけとなる、簡易な相談表を作成する。 ・ガイドラインの策定と周知(ホームページやパンフレットなど)する。 ・担当医が対処困難な時に専門的な緩和ケアへのアクセスの具体的な基準を決めておく。 ・がんと診断した時点で緩和ケアチームの存在を必ず患者に知らせ、自分からもアプローチできる体制を作る。 ・拠点病院の緩和ケアチームは、院内のみならず地域緩和ケアチームを目指す。 ・緩和ケアチームのナースがリンクナースとして、病棟や外来からの依頼窓口や調整、仲介機能を持つ仕組みにする。 ・緩和ケアチームの活動に人員が実質配置され、その中でコンサルテーション技術の向上を図ることで、施設内で認知され、信頼を勝ち得ないとアクセスは良くならない。 など。
②	緩和ケア外来へのアクセスを改善するための施策は？	・外来緩和ケア管理料が算定できる診療体制を作る(専門、認定看護師外来や臨床心理士によるカウンセリング外来を含む)。 ・拠点病院の緩和ケア外来は通常の外来診療ではなく、コンサルテーション(相談、助言、支援)を中心とする。 ・拠点病院の緩和ケア外来設置を義務化する。 ・緩和ケア科の独立が必要。 ・インターネットを用いた相談窓口の開設。 ・治療開始から早い時期に、緩和ケア外来受診の機会を設ける。 ・告知後速やかに緩和ケアチームへ紹介された後、必要と判断した場合にはそのまま外来予約をとるシステムをつくる。 など。

③	その他のご意見。	・がん相談支援センター専従、専門・認定看護師配置を義務化し評価も行う。 ・緩和ケアチームに鎮痛薬や鎮痛補助薬などの処方決定権を与える。 ・広報活動が重要。 ・拠点病院の緩和ケア外来設置を義務化する。 など。
5	「患者とその家族や遺族など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」について	
①	個人カウンセリングのあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・求める人全てにがん看護経験のある看護師が行う。 ・ポスターやホームページでアナウンスする。 ・カウンセラーの養成(がん患者遺族のボランティアなど)が必要。 ・がん相談支援センター専従、専門・認定看護師配置を義務化し評価も行う。 ・在宅医療施設や訪問看護ステーションにもその役を担ってもらい、アクセスを用意にする。 ・がん相談支援センターのみではなく、院内がん患者サロンを設置し、相談支援センターと連携したがん体験者が実施する。 など。
②	集団カウンセリングのあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・拠点病院と緩和ケア病棟における遺族会(集団カウンセリング)を実施する。 ・同時期に外来を受診した患者や入院した患者に対して、緩和ケアチームが行う。 ・ニーズが高いとは考えにくく、時期尚早である。 など。
③	緩和ケアに関する相談のあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・緩和ケアチームが介入していない場合にはがん相談支援センターでの支援も重要である。 ・相談支援センターを窓口として、緩和ケア外来、精神腫瘍医、臨床心理士、社会福祉士、ピアサポートなど多様な支援に確実に繋げるようシステムを整備する。 など。
④	その他のご意見。	・外来ナースが使用する精神症状評価ツールの普及が必要。 ・精神科外来受診基準の策定が必要。 ・緩和ケア相談に関する加算の新設が必要。 ・何を行うにも財政的な支援が不可欠。 ・オレンジバレーンプロジェクトのような、がん患者への普及啓発活動を、国から行う。 ・地域連携室と相談支援センターが併設している病院はその機能を分ける。 ・がん相談支援センターの関与がまだ少なすぎるのではないか。 ・患者相談窓口の担当者を対象に緩和ケア研修を行い、緩和ケアを必要としている患者や家族をピックアップする能力と正しく説明できる能力を養う。 ・就業や経済負担など社会的苦痛への対応として、社会保険労務士など専門職との連携の構築。 など。

6	「緩和ケアチームや緩和ケア外来における各職種の適正配置」について	
①	緩和ケアチームでの適正配置(具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など)	・専任MSW、専任臨床心理士、精神症状担当専任医師、専任薬剤師、専任リハビリテーション医、専従PT、専任がん専門看護師、専任緩和認定看護師、専任栄養士が必要。 ・拠点病院では医師、看護師、薬剤師、事務員には必ず緩和チームに参加する期間を設ける。 ・各職種、常勤を基本とする。 ・特に臨床心理士に加算を付ける。 - など。
②	緩和ケア外来での適正配置(具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など)	・緩和ケアチームがそのまま外来業務に携わる。 ・心理士、MSW、リハビリテーション医、PTを兼任として配置。 ・緩和薬物療法認定薬剤師が必要。 ・拠点病院では医師、看護師、薬剤師、事務員には必ず緩和チームに参加する期間を設ける。 ・各職種、常勤を基本とする。 - など。
③	その他のご意見。	・外来での緩和ケアを標榜できるようにする。 ・緩和ケアチーム専任の臨床心理士とMSWを必須化する。 ・緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料における配置に関する算定条件を改定する。 ・緩和ケアチームが形だけのところも多く、査察が必要。質的担保が困難な場合には拠点病院の指定から外されるべき。 ・大学や専門学校などで緩和ケアに重点を置いた教育体制をつくり、人材不足を解消する。 - など。
7	「患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制」について	
①	入院医療機関と診療所での連携のあり方。	・ITなどを活用し診療情報の一体化を図る。 ・入院医療機関が入院時から退院後を想定したマネジメントを行う。 ・診療所が入院医療機関と連携して症状に対応した支援体制を用意するとともに緊急時の対応方法などをあらかじめ決めておく連携を行う。 ・地域連携室もしくはがん相談支援室における地域緩和ケアマップの作成義務化。 ・DPC導入急性期施設から非導入の地元施設へ転院し、在宅医療への移行を調節する方法が具体的ではないか。 ・在宅医療の保険点数を改善させることが必要。 ・事例検討会などで専門緩和ケアサービス同士の交流が重要。 - など。

②	切れ目のない連携とは何か？	・疾患情報のみならず患者の意向を盛り込んだ情報の共有がなされるべき。 ・治療施設と在宅での療養期間をオーバーラップさせる必要がある。 ・オープン病棟を導入する。 ・病院診療所、地域、患者宅まで一貫した医療供給体制が整備されること。 ・患者が希望する療養場所をいつでも提供できるような連携。 ・患者が心理的・身体的に困った時に受診できる医療機関を持ち、さらに入院施設とそれ以外の診療所などで情報を共有した状態。 ・病状や治療機関の変化にかかわらず、患者・家族からの相談を一貫して受け関係機関につなげられるシステム。 など。
③	具体的な連携方法は？	・治療中から患者が地元連携施設を利用できるような体制を整える。 ・医師同士、看護師同士、薬剤師同士など職種ごとに個別対応できるチームの形成（顔の見えるつながり）。 ・ホームドクターの確立。 ・緩和ケアチームが診療所や施設にサービス介入を継続できるようにする。 ・がん患者を診ることのできる診療所を把握し、地域連携室が診療所と情報共有する。 ・退院時カンファレンスを必須とし、地域資源や介護保険などの基礎知識を実践的に習得する機会とする。 など。
④	その他のご意見。	・どこでどのように療養したいかを尋ねる習慣をつける。 ・入院前カンファにて医療費の評価を行う。 ・がん治療中に地元連携施設や在宅環境整備が整った場合には連携緩和ケア管理料を設定する。 ・病院と診療所のチームが定期的に集まり、連携の在り方と問題点を話し合う。 ・地域連携室の人員強化。 ・連携の必要性やメリット、デメリットなどについて、患者・家族への十分な情報提供と丁寧な説明が必須。 ・地域での緩和ケアに関わる医療資源について情報の一元管理と公開。 ・お互いの実際を体験するために、交換研修体制を実現させてはどうか。 ・入院医療機関は、在宅療養に連携した患者についてのモニタリング体制があると関心をもつ機会となるのではないか。 ・在宅緩和ケアと施設緩和ケアを比較検討できるデータがなく、両者の比較検討や高齢多死時代の終末期の療養場所の試算ができない。 など。

緩和ケアの教育体制(研修体制)		
8	「3年以内にこれまでの緩和ケア研修の体制を見直す」という個別目標について	
①	研修の質の維持向上のための実施体制について。	・修了者に対するフォローアップ研修会を実施し、評価する。 ・PEACEプロジェクト実施施設へ人的資金的支援の強化、NPOへ人的支援を委託する。 ・単位制を推奨、集中講座には参加が難しい場合が多い。 ・更新性を導入する。 ・E-learningを導入して、一日のワークショップとする。 ・研修医の緩和ケアチームでの研修を必須化する(最低半月)。 ・薬剤師独自のスキルアッププログラム(PEOPLE, 24年4月より開始)。 など。
②	研修の質の維持向上のための研修内容について。	・修了者に対するフォローアップアンケートを実施する。 ・全国規模のピースプロジェクト研修会の効果に関する研究を行う。 ・経験豊富なファシリテータの意見をもっと反映する体制作りが必要。 ・講義→病棟での実践、の繰り返しが必要。 ・多職種でグループをつくり研修を行う(職種ごとに固まっていた意味がない)。 ・患者・家族の視点を取り入れたカリキュラムについて検討(患者とその家族がロールプレイに参加できるようにする)。 ・問題点を抽出し、関係学会で検討する場を持つことが必要。 など。
③	研修指導者の質を維持向上のための指導者教育について。	・研修会指導者のスキルアップ研修会実施の義務化。 ・専門分野別の単位制を導入する。 ・学会や国立がん研究センターを核としてワーキンググループを組織し、指導者教育体制を強化する。 ・緩和ケア指導者の資格を更新性にする。 ・問題点を抽出し、関係学会で検討する場を持つことが必要。 ・インストラクターとしての薬剤師を集め教育体制を構築する。 など。
④	その他のご意見。	・緩和ケア研修推進検討委員会の設立。 ・ファシリテータ指導医制度の構築。 ・ロールプレイをより効果的に行えるように工夫する。 ・基本的緩和ケアと専門的緩和ケアを分けて教育・研修を充実させる。 ・緩和ケア研修を受けた医師が一人いれば緩和ケア診療加算がつく現行の制度を再検討する。 ・緩和ケア研修受講済みの医師は患者が確認できるよう名札の色を変える。 ・研修について、患者・家族を含む国民への周知を図るため、取り組みや成果などを紹介する方策を検討。 など。

9	「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アを理解し、知識と技術を習得する」という個別目標について	
①	全ての医療従事者とはなにか？(優先すべき職種等)	・緩和ケアチームと病棟スタッフ全員。 ・医師、看護師、薬剤師、心理士、理学療法士、MSW、事務職、歯科医。 ・医師看護師が最優先、次に連携に必要なケアマネージャーやMSW。 など。
②	職種別の研修を検討すべきか？	・すべきだが、共通部分の研修は必須。 ・総合研修と職種別研修の両方が必要。 ・職種別研修を少なくとも看護師向けだけでも開始しては。 ・緩和医療学会や緩和医療薬学会などで研修を行う。 ・各専門職が緩和ケアで各々の専門性をいかに発揮していくかについて研修を実施すべき。 など。
③	その他のご意見。	・緩和ケア教育専門家の認定制度が必要。 ・指導者の負担が大きいのが問題であるので、日常診療内で緩和ケア業務を単位として認め、単位の集積で講習の受講とするなどの対策。 ・医療系大学、大学院における緩和医療学教育標準プログラムの作成とそれに準拠した教育を実践できる人材の育成。 ・病院ごとに具体的な5年計画を立てさせる。 など。
10	「拠点病院では、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する」という目標について	
①	拠点病院における研修修了者数等の情報について(どこまで公開？指標となりうるか？)。	・全ての公開義務化。 ・拠点病院における、受講状況、診療科別の受講状況、修了者数、がん診療に携わる医師数を公開する。 ・研修修了者数の割合を要件へ導入。 ・情報の公開は責務と考えるが、それがそのまま指標となるかについては、懐疑的。 など。
②	その他のご意見。	・新任医師の1年以内の研修修了を義務化。 ・研修修了者数の割合を要件へ導入。 ・指導者の負担が大きいのが問題であるので、日常診療内で緩和ケア業務を単位として認め、単位の集積で講習の受講とするなどの対策。 ・興味をもてるよう、参加者に応じて受講内容が選べるような工夫をする。 ・医療用麻薬を処方する場合に研修会に参加した証明がないと処方できないようにする。 など。

11	「精神心理的・社会的苦痛に対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進める」ことについて		
①	がん診療に携わる医療従事者とは？	・看護師、薬剤師、MSW、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、訪問看護師、訪問介護士、放射線技師、事務職、ボランティア、など。	
②	どのような人材育成を考えるのか？	・傾聴できることが最重要。 ・その施設の緩和ケアシステムへの精通が求められる。 ・トータルペインの概念で職種を超えて全人的ケアを心がけられる人材の育成が必要。 ・緩和ケアチーム専任の臨床心理士とMSWの必須化。 ・専門の看護師、薬剤師、理学療法士、心理士、MSWの人材育成。 ・ラウンドテーブル型のチームが組めていないことが問題、チームアプローチ、チームビルディングについて実践的に学ぶ必要あり。 ・役所、金融機関、保険会社などにも死期に迫る患者のための社会的作業部門などを確立する。 ・日本サイコオンコロジー学会が各職種の教育を支援し連携を促進する。 など。	
③	その他のご意見。	・医師以外にも緩和ケア研修会修了証を発行し、がん相談支援室への修了スタッフの配置を義務化する。 ・がん専門の薬剤師、理学療法士、心理士、MSWの認定制度を作る。 ・卒後教育に緩和ケアを重点項目に入れる。 ・精神腫瘍学認定看護師などの資格を設ける。 など。	
12	「精神心理的苦痛に対するケアを推進するための精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成」について		
①	変更案を達成するための施策に関するご意見。	・精神腫瘍医育成のための卒前教育が必要。 ・精神科医や臨床心理士に対する緩和ケア研修会、コミュニケーション研修会の実施と評価。 ・がんプロや国立がん研究センターのレジデントコースなど、研修コースを整備する。 ・サイコオンコロジストや臨床心理士の養成講座をもっと開催する。 ・臨床心理士の受験資格の拡大、国家資格として認定。 ・精神腫瘍医の認定制度と受験資格の拡大(心療内科医や他の診療科まで)。 ・心のケアを行う医療従事者同士の人材交流の場を持つてみては。 ・育成のための予算の確立やその後の診療に対するインセンティブを考慮する。 ・特に地方では精神腫瘍医はまったく不足している。がん患者・家族の心理に詳しい心理士も不足。育成と適正配置が急がれる。 ・心のケアを行う医療従事者を、患者や家族が直接接する機会の多い看護師やMSWへ拡大して一次ケアの担い手とすべき。 など。	

13	その他、全体を通してのご意見。
・リハビリテーション医や理学療法士が緩和ケアチームのメンバーとして活動している施設が少なすぎる。 ・切れ目のない連携には、行政介入によるコーディネートが必要。・薬学部における緩和ケアの授業への取り入れ。 ・緩和ケアのイメージを変革するために、マスコミの好意的な協力が必要。 ・拠点病院の指定要件目的の形だけのPCTやケア外来ではなく、実績を伴ったもののみを評価する。 ・大学医学部に緩和医療学講座を積極的に開設するために、国から援助を行い、人材育成を進める。 ・地域緩和ケアのネットワークを強化するために、地域緩和ケアセンターを開設する、地域緩和ケアチームを設置する、拠点病院の緩和ケアチームと近隣の緩和ケア病棟との連携を強化する。 ・病院経営としては、緩和ケア部門は採算性が悪く、要員の確保が困難、なんらかのインセンティブを示すべき。また、在宅ケアの体制確立も重要であり、開業医に対しての緩和ケアの基本的研修会などが必要。 ・主治医对患者が1対1の関係ではなく、患者1人に対して多職種が集まりチームで治療を行うことが患者にとっては望ましい。 ・長期的展望からは、医学生と研修医の緩和ケア教育が必須条件である。 など。	

今後検討すべき論点について（素案）

○緩和ケアの診療体制に関すること

1. 緩和ケアへのアクセスの改善
 - 緩和ケアチームや緩和ケア外来へのアクセスの改善
2. 緩和ケアに関する情報提供や支援
 - 緩和ケアに関する正しい知識の普及
 - 緩和ケアに関する相談のあり方
 - 個人カウンセリングや集団カウンセリングのあり方
3. 各職種の適正配置
 - 緩和ケアチーム
 - 緩和ケア外来
 - 緩和ケア病棟
4. 患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制
 - 入院医療機関における各職種・チームの連携体制
 - 入院医療機関と診療所等との連携体制

○緩和ケアの診療の質に関すること

1. 患者と家族の心情に配慮した診断結果や病状の伝え方
2. がん診療への緩和ケアの組み入れ方
 - がん性疼痛のスクリーニングの時期や方法
 - その他の苦痛のスクリーニングの時期や方法
3. 身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用
4. 精神的苦痛を含むその他の苦痛緩和のために必要なこと

○緩和ケアに関する教育体制

1. 緩和ケア教育が必要な職種
2. それぞれの職種に対する研修の内容
3. 特に心のケアを専門的に行う医療従事者の育成
4. 指導者の質を維持向上させるための施策
5. 大学等の教育機関における教育プログラム
6. 実施主体別の研修の役割（国、都道府県、日本医師会、日本看護協会、関連学会等）
7. 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に関する研修を修了するための施策

今後の議事の進め方(素案)

第1回 論点整理(重点的に議論すべき議題の抽出)

第2回以降

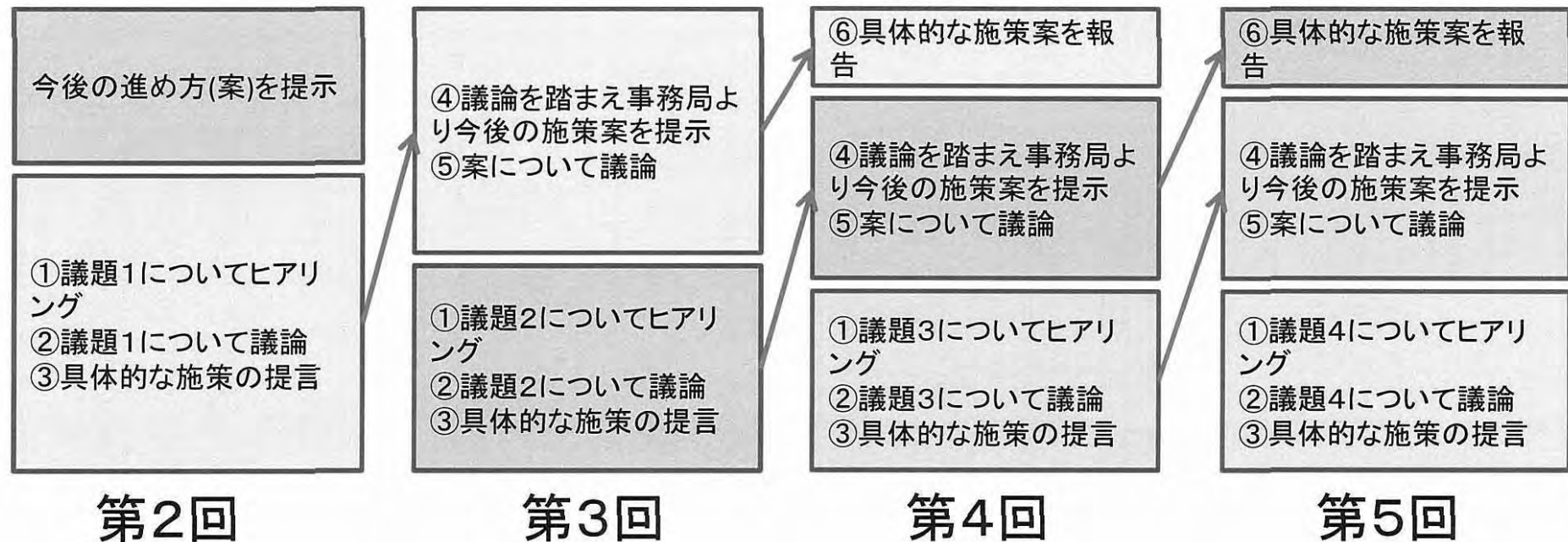
①今後の進め方(案)を提示

②各議題について、

1回目 ヒアリング、議論、具体的施策の提言

2回目 事務局より今後の施策案を提示し議論

3回目 具体的な施策案を報告 という流れで、1議題3回で完結することにしてはどうか。



次期がん対策推進基本計画案の概要

趣旨

がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という）は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき政府が策定するものであり、平成19年6月に策定され、基本計画に基づきがん対策が進められてきた。今回、前基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、見直しを行い、新たに平成24年度から平成28年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするものである。これにより「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を目指す。

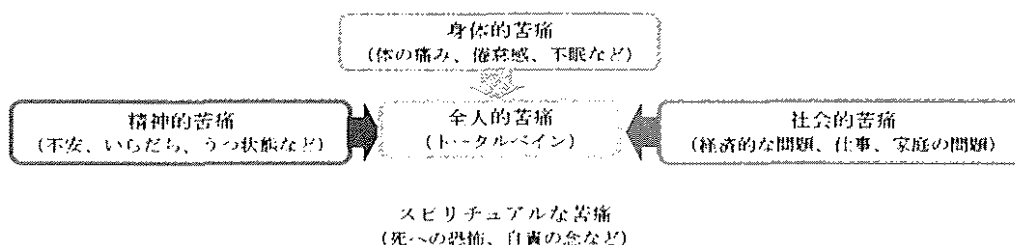
第1 基本方針

- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
- 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施
- 目標とその達成時期の考え方

第2 重点的に取り組むべき課題

1. 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
がん医療を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、チーム医療を推進し、放射線療法、化学療法、手術療法やこれらを組み合わせた集学的治療の質の向上を図る。
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進
がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させる。
3. がん登録の推進
がん登録はがんの種類毎の患者の数、治療内容、生存期間などのデータを収集、分析し、がん対策の基礎となるデータを得る仕組みであるが、未だ、諸外国と比べてもその整備が遅れており、法的位置付けの検討も含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図る。
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実
我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する。

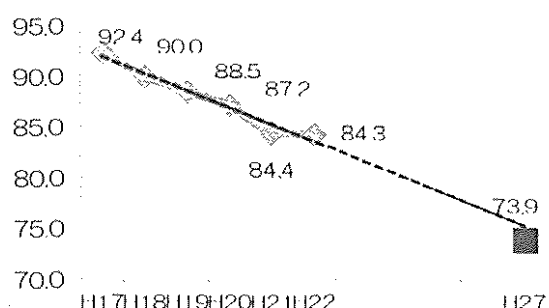
がん患者の抱える様々な痛み



第3 全体目標（平成19年度からの10年目標）

1. がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
2. すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築
(裏面に続く)

年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口10万対）



第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進

3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

がん医療を担う専門の医療従事者を育成し、がん医療の質の向上を目指す。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

5年以内に、がん診療に携わるすべ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。3年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図る。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内にその機能をさらに充実させる。また、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目指す。

(5) ⑩医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

有効で安全な医薬品を迅速に国民に提供するための取り組みを着実に実施する。

(6) その他（病理、リハビリテーション、希少がん）

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

※健康増進法に基づくがん検診の対象年齢は、上限の年齢制限を設けず、ある一定年齢以上の者としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も勘案し、40～69歳（子宮頸がんは20～69歳）を対象とする。

※がん検診の項目や方法は別途検討する。※目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

7. ⑩小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. ⑩がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. ⑩がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 都道府県による都道府県計画の策定
3. 関係者等の意見の把握
4. がん患者を含めた国民等の努力
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定
7. 基本計画の見直し

がん対策推進基本計画 (変更案)

平成24年3月

目次

はじめに	1
第1 基本方針	2
1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施	2
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施	2
3. 目標とその達成時期の考え方	2
第2 重点的に取り組むべき課題	3
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成	3
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進	4
3. がん登録の推進	4
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実	5
第3 全体目標	5
1. がんによる死亡者の減少	5
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	6
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築	6
第4 分野別施策と個別目標	6
1. がん医療	6
（1）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進	6
（2）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	10
（3）がんと診断された時からの緩和ケアの推進	11
（4）地域の医療・介護サービス提供体制の構築	14
（5）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	16
（6）その他	18
2. がんに関する相談支援と情報提供	19
3. がん登録	20
4. がんの予防	22
5. がんの早期発見	24
6. がん研究	26
7. 小児がん	29

- 8. がんの教育・普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
- 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題・・・・・・・・・・ 31

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項・・・・・・・・ 33

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化・・・・・・・・・・ 33
- 2. 都道府県による都道府県計画の策定・・・・・・・・・・ 33
- 3. 関係者等の意見の把握・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 4. がん患者を含めた国民等の努力・・・・・・・・・・ 33
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化・・・・ 34
- 6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定・・・・ 35
- 7. 基本計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35

はじめに

がんは、日本で昭和56（1981）年より死因の第1位であり、平成22（2010）年には年間約35万人が亡くなり、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和59（1984）年に策定された「対がん10カ年総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき取り組んできた。

さらに、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が平成18（2006）年6月に成立し、平成19（2007）年4月に施行され、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成19（2007）年6月に策定された。

前基本計画の策定から5年が経過した。この間、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られた。

しかしながら、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患^{りかん}者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

この基本計画は、このような認識の下、基本法第9条第7項の規定に基づき前基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかに

するものであり、国が各分野に即した取り組むべき施策を実行できる期間として、平成24（2012）年度から平成28（2016）年度までの5年程度の期間を一つの目安として定める。

また、この基本計画の策定に当たっては、基本法に基づき、がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の意見を聴くことになっている。また、専門的な知見を要する分野である小児がん、緩和ケア、がん研究については協議会の下に専門委員会が設置され、報告書が協議会へ提出された。

今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体とマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんに向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を目指す。

第1 基本方針

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法の基本理念に基づき、国、地方公共団体と関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。

また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

3 目標とその達成時期の考え方

基本計画では、これまでの政府のがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標を設定する。

また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定する。

第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法（この基本計画では薬物療法等を含むものとする。）などがあり、単独又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われている。

日本では、胃がんなど、主として手術療法に適したがんが多かったこともあり、外科医が化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術療法と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積されてきたことから、様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、化学療法、さらにこれらを組み合わせた集学的治療がそれぞれを専門的に行う医師の連携の下実施されていくことが求められている。

一方で、今も手術療法ががん医療の中心であることに変わりはないが、外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっている。

このため、これまで手術療法に比べて相対的に遅れていた放射線療法や化学療法の推進を図ってきたが、今後は、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要がある。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがんの罹患やがん患者の転帰、その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの現状を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために不可欠なものである。

地域がん登録は平成24（2012）年度中に全ての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難であることなどいくつかの問題がある。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、こうした問題を解決し、患者を含めた国民ががん登録情報をより有効に活用できるよう、法的位置付けの検討も

含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図ることが必要である。

4 働く世代や小児へのがん対策の充実

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している。また、がんは40代より死因の第1位となり、がんは高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題である。

働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。

このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がん罹患したことに起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である。

また、小児についても、がんは病死原因の第1位であり、大きな問題である。医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要である。

第3 全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

1 がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させるこ

とを目標とする。

2 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進 (現状)

がん医療の進歩は目覚ましく、平成12(2000)年から平成14(2002)年までに診断された全がんの5年相対生存率は57%と3年前に比べて約3%上昇しており、年齢調整死亡率も1990年代後半から減少傾向にあるが、一方で原発巣による予後の差は大きく、膵臓がん、肝臓がん、肺がんなど

の5年相対生存率はそれぞれ6%、27%、29%と依然として低い現状にある。

このため、特に日本に多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳）を中心に、手術療法、放射線療法、化学療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供とともにがん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心に院内のクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）を策定し、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンスをいう。）などを整備してきた。また、放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとする医療従事者の配置やリニアックなどの放射線治療機器の整備など、特に放射線療法と化学療法の推進を図ってきた。

しかし、これまで医療体制の量的な整備が進められてきた一方、患者が自分の病状や検査・治療内容、それに伴う副作用・合併症などについて適切な説明を受け、十分に理解した上で自身の判断で治療方針などに対して拒否や合意を選択するインフォームド・コンセントが十分に行われていない、あるいは、患者やその家族が治療法を選択する上で第三者である医師に専門的見解を求めることができるセカンドオピニオンが十分に活用されていないなど、患者やその家族の視点に立った医療体制の質的な整備が依然として十分でないと指摘されている。

また、近年、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、放射線療法や化学療法の専門医の不足とともに外科医の不足が指摘されている。こうした医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、また、治療による身体的、精神心理的負担を抱える患者とその家族に対して質の高い医療を提供しきめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになっている。

この他、拠点病院を含む医療機関では、放射線治療機器や手術機器の多様化などに伴う医療技術の施設間格差や実績の格差が生じていることから、地域での効率的な医療連携や役割分担などによる地域完結型の医療体制を整備する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

○チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

より正確で質の高い画像診断や病理診断とともに治療方針を検討できるよう、放射線診断医や病理診断医等が参加するキャンサーボードを開催するなど、がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制を整備する。

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきた

ところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

○放射線療法の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

医療安全を担保した上で、情報技術を活用し、地域の医療機関との間で放射線療法に関する連携と役割分担を図る。

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発を推進するとともに、その進捗状況を加味し、医療従事者等が協力して、国内での計画的かつ適正な配置を検討する。

○化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された化学療法チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制

を通院治療を含めて整備する。

○手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などとともに、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制を検討する。

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。

（個別目標）

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

（２）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

（現状）

がんの専門医の育成に関しては、厚生労働省では、平成19（2007）年からeラーニングを整備し、学会認定専門医の育成支援を行っている。また、文部科学省では、平成19（2007）年度から平成23（2011）年度までに「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学では、放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、薬剤師、看護師、放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行っている。その他、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、独立行政法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）などで、医療従事者を対象と

して様々な研修が行われ、がん診療に携わる専門的な薬剤師、看護師等の認定や育成を行っている。

しかし一方で、放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に専門的に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成が依然として不十分である他、多様化かつ細分化した学会認定専門医制度になっており、専門医の質の担保や各医療機関の専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていないなどの指摘がある。

（取り組むべき施策）

質の高いがん医療が提供できるよう、より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。

大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める。

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

（個別目標）

5年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

（3） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（現状）

緩和ケアとは、「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って、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」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケア

チームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族など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強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、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、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が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切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、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速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

医療従事者に対するがん診断された時からの緩和ケア教育のみならず、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るよう努める。

緩和ケアの意義やがん診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

(個別目標)

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アを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に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する。

また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(現状)

医療提供体制については、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的根拠に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。平成24(2012)年1月現在、388の拠点病院が整備され、2次医療圏に対する拠点病院の整備率は67%となっている。

しかし、近年、拠点病院間に診療実績の格差があることに加え、診療実績や支援の内容が分かりやすく国民に示されていないとの指摘がある。また、拠点病院は、2次医療圏に原則1つとされているため、既に同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、原則指定することができない。さらに、国指定の拠点病院に加え、都府県が独自の要件に従ってがん医療を専門とする病院を指定しているため、患者にとって分かりにくいとの指摘もあり、新たな課題が浮かび上がっている。

地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、平成20(2008)年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。

しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。

また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去5年間大きな変化が見られていない。

こうした状況の中、施設中心の医療から生活の場で必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。

そのため、入院医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、患者とその家族に十分に説明した上で、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療や介護を担う医療福祉従事者の育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細かな知識と技術を習得させることが必要である。さらに、市町村等でも、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が求められている。

（取り組むべき施策）

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

（個別目標）

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

(現状)

がん医療の進歩は目覚ましいが、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっている。

こうした問題に取り組むため、政府では「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」(平成19(2007)年)、「新たな治験活性化5か年計画」(平成19(2007)年)、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20(2008)年)に基づき医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきている。

また、欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応(未承認薬・適応外薬)に係る要望の公募を実施し、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性を判断し、企業への開発要請や開発企業の募集を行う取組が平成21(2009)年より進められている。

具体的には、学会や患者団体等から平成21(2009)年当時、未承認薬のみならず、適応外薬についても多くの要望が提出され、そのうち医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、承認に向けた取組が進められている。

しかしながら、国際水準の質の高い臨床研究を行うための基盤整備が十分でないほか、がんの集学的治療開発を推進するための研究者主導臨床試験を実施する基盤も不十分である。特に希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されており、一層の取組が求められている。

(取り組むべき施策)

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院(仮称)を整備していくほか、引き続き研究者やCRC(臨床研究コーディネーター)等の人材育成に努める。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

なお、がんを含め、致死的な疾患等で他の治療法がない場合に、未承認薬や適応外薬を医療現場でより使いやすくするための方策については、現行制度の基本的な考え方や患者の安全性の確保といった様々な観点や課題を踏まえつつ、従前からの議論を継続する。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

（個別目標）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有

効で安全な医薬品を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

(6) その他

(現状)

病理診断医については、これまで拠点病院では、病理・細胞診断の提供体制の整備を行ってきたが、依然として病理診断医の不足が深刻な状況にある。

リハビリテーションについては、治療の影響から患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害が生じることがあり、また、がん患者の病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化することがしばしば見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、肉腫、口腔がんや成人T細胞白血病（以下「ATL」という。）など、数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

(取り組むべき施策)

病理診断については、若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

リハビリテーションについては、がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

希少がんについては、患者が安心して適切な医療を受けられるよう、希少がんに関する標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等を参考にしながら検討する。

(個別目標)

3年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。また、拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。希少がんに対しては、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

2. がんに関する相談支援と情報提供

(現状)

医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者やその家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっていることから、これまで拠点病院を中心に相談支援センターが設置され、患者とその家族のがんに対する不安や疑問に対応してきた。

また、国立がん研究センターでは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や各種がんに関する小冊子の作成配布等、相談支援と情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。さらに、学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロンや患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりがつつある。

しかしながら、患者とその家族のニーズが多様化している中、相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念されている。また、相談に対応可能な人員が限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

(取り組むべき施策)

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するように努める。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するように努める。

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

（個別目標）

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

3. がん登録

（現状）

がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。

地域がん登録は健康増進法（平成14年法律第103号）第16条に基づき平成24（2012）年1月現在、45道府県で実施され、平成24（2012）年度中に全都道府県が実施する予定となっている。また、地域がん登録への積極的な協力と院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23（2011）年5月、国立がん研究センターが拠点病院の院内がん登録情報を初めて公

開した。

地域がん登録の取組は徐々に拡大し、登録数も平成19（2007）年35万件から平成22（2010）年59万件へと順調に増加しているが、医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分であること、現在の制度の中で、患者の予後情報を得ることは困難又はその作業が過剰な負担となっていること、地域がん登録は各都道府県の事業であるため、データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護の取扱いなどの点でばらつきがみられることなどが課題としてあげられる。さらに、国の役割についても不明確であり、こうした理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる。また、地域がん登録を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。

国、地方公共団体、医療機関等は、地域がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、将来的には検診に関するデータや学会による臓器がん登録等と組み合わせることによって更に詳細にがんに関する現状を分析していくことを検討する。

国立がん研究センターは、拠点病院等への研修、データの解析・発信、地域・院内がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関は院内がん登録に必要な人材を確保するよう努める。

（個別目標）

5年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標とする。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目標とする。

4. がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがある。特に、喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されている。

たばこ対策については、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、日本でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出等対策を行ってきた。また、平成22（2010）年10月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、1本あたり3.5円のたばこ税率の引上げを行った。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から19.5%（平成22（2010）年）と減少したところであるが、男性の喫煙率は、32.2%（平成22（2010）年）と諸外国と比較すると依然高い水準である。

また、成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、28.9%（平成19（2007）年）から37.6%（平成22（2010）年）と増加している。

受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は16.9%（平成20（2008）年）、医療機関は13.3%（平成20（2008）年）となっている。一方、職場の受動喫煙の状況については、「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合が64%、職場で受動喫煙を受けている労働者が44%（平成23（2011）年）とされ、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。また、家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は10.7%（平成22（2010）年）、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は50.1%（平成22（2010）年）となっている。

また、ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。例えば、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がん

と関連する肝炎ウイルス、A T Lと関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「H T L V－1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリなどがある。この対策として、子宮頸がん予防（H P V）ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査体制の整備、H T L V－1の感染予防対策等を実施している。

がんに関連する生活習慣等については、「21世紀における国民健康づくり運動」等で普及・啓発等を行ってきたが、多量に飲酒する人の割合や野菜の摂取量に変化が見られず、果物類を摂取している人の割合が低下しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。

（取り組むべき施策）

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成22（2010）年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

感染に起因するがんへの対策のうち、H P Vについては、子宮頸がん予防（H P V）ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。また、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図る。肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎ウイルスワクチンの接種の方法等のあり方について検討を行う。H T L V－1については、感染予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。

（個別目標）

喫煙率については、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とする。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34（2022）年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34（2022）年度までに家庭は3%、飲食店は1.5%とすることを目標とする。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

5. がんの早期発見

（現状）

がん検診は健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業として行われている。

国は、平成23（2011）年度までにがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては40%を超えているが、依然として諸外国に比べて低く、20%から30%程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針

以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているが、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

(取り組むべき施策)

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。

がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

(個別目標)

5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

6. がん研究

(現状)

日本のがん研究は、平成16（2004）年度に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」を基軸として、戦略的に推進されるとともに、これまでの基本計画で掲げられた、難治性がんの克服や患者のQOL向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究や、がん医療の均てん化など政策的に必要性の高い研究に重点的に取り組んできている。

また、国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の関係省庁により実施され、内閣府の総合科学技術会議と内閣官房医療イノベーション推進室によって各省庁によるがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価が行われ、省庁間の一定の連携が図られるとともに、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらしている。

しかし、依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、近年は、国際的に進められているがんワクチン開発等の免疫療法をはじめ、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。

また、基礎研究、臨床研究、公衆衛生研究等、全ての研究分野でその特性に適した研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門

の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。

さらに、各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定と省庁間連携、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握と更なる戦略的・一体的な推進が求められている。

この他、全てのがん研究に関して、その明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

また、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、がん免疫療法のがんワクチンや抗体薬の有用性を踏まえた創薬研究をはじめ、国際水準に準拠した上で、first-in-human 試験（医薬品や医療機器を初めてヒトに使用する試験をいう。）、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。

より効率的な適応拡大試験などの推進のため、平成24（2012）年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。

固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向け、先端的生命科学をはじめとする優良な医療シーズ（研究開発に関する新たな発想や技術などをいう。）を生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のが

んゲノム解析を推進する。

国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。また、実際に一定数のがん患者に対して高度標準化治療を実施している施設に医療機器開発プラットフォームを構築し、それを活用した効率的な臨床試験の推進に対して継続的に支援する。

がんの予防方法の確立に向けて、大規模な公衆衛生研究や予防研究が効率的に実施される体制を整備し、放射線・化学物質等への健康影響、予防介入効果、検診有効性等の評価のための大規模疫学研究を戦略的に推進するとともに、公衆衛生研究の更なる推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、がんに関する情報や行政資料を利用するための枠組みを整備する。

社会でのがん研究推進全般に関する課題を解決するため、研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持するとともに、がん研究全般の実施状況とその成果を国民に積極的に公開することにより、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する。

がん登録の更なる充実を通じて、がん政策科学へのエビデンスの提供を推進するとともに、予防・検診・診断ガイドラインの作成や、がん予防の実践、がん検診の精度管理、がん医療の質評価、患者の経済的負担や就労等に関する政策研究に対して効果的な研究費分配を行う。

若手研究者（リサーチ・レジデント等）や研究専門職の人材をはじめとするがん研究に関する人材の戦略的育成や、被験者保護に配慮しつつ倫理指針の改定を行うとともに、研究と倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

（個別目標）

国は、「第3次対がん10か年総合戦略」が平成25（2013）年に終了することから、2年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とする。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立つ

て実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とする。

7. 小児がん

(現状)

「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。

一方、小児がんの年間患者の数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

また、強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。

さらに、現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療を受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留

まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築、コールセンター等による相談支援、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う中核的な機関のあり方について検討し整備を開始する。

（個別目標）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

8. がんの教育・普及啓発

（現状）

健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

また、患者を含めた国民に対するがんの普及啓発は、例えば「がん検診50%集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターや拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診の普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。しかし、いまだがん検診の受診率は20%から30%程度であるなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。

さらに、職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治験に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(取り組むべき施策)

健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

国民への普及啓発について、国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。

患者とその家族に対しても、国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

(個別目標)

子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

(現状)

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの5年相対生存率

は57%であり、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

一方、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。

また、拠点病院の相談支援センターでも、就労、経済面、家族のサポートに関することなど、医療のみならず社会的な問題に関する相談も多い。しかしながら、必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。

(取り組むべき施策)

がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

(個別目標)

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要である。

2. 都道府県による都道府県計画の策定

都道府県では、基本計画を基本として、平成25(2013)年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画」の見直しを行うことが望ましい。

3. 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくため、国と地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要である。

4. がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

なお、がん患者を含めた国民には、基本法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じがん検診を受け

るよう努めることの他、少なくとも以下の努力が望まれる。

- がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も医療従事者との信頼関係を構築することができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、がん対策を議論する場に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。
- 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る。

6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行い、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

7. 基本計画の見直し

基本法第9条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められているが、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更する。

緩和ケア専門委員会報告書

～今後の緩和ケアのあり方について～

平成23年8月23日
がん対策推進協議会
緩和ケア専門委員会

はじめに

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法のもとにがん対策推進基本計画（以下、「基本計画」という）が閣議決定され、「がんによる死亡者の減少」とともに「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が全体目標として掲げられた。この全体目標の実現のため、基本計画において「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき3つの課題のひとつとして掲げられた。そのため、これまで全てのがん診療に携わる医師に対して基本的な緩和ケアの知識などを修得させるための研修の実施やがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの設置等、様々な取り組みが推進されてきた。

今回、平成24年度に変更される基本計画の策定に向け、がん領域における緩和ケアの更なる推進を目指し、これまでの緩和ケアに関する取り組みを総括し、今後必要とされる施策などを専門的な見地から検討するために、がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会（以下、「本専門委員会」という）が設置された。

これまで、本専門委員会では、平成22年6月に公表された厚生労働省がん対策推進基本計画中間報告書の分野別施策、個別目標に対する進捗状況に基づき、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上を目指し、がんと診断がついたときからの緩和ケアを実現するため、必要な今後の方向性について計7回の会議（H23年1月-8月）の中で検討したので、5つの項目に対して6つの提言とその実現のための具体的施策をまとめ、報告する。

なお、各テーマに関して「本専門委員会の認識」、「重点項目」、「提言」、そして「具体的施策」の順に記載した。

I がんと診断された時からの緩和ケアの実施

本専門委員会の認識

- 1 がんと診断された早い時期から患者やその家族に対して、身体的、心理・精神的、社会的な苦痛等を緩和するケアを、がんの療養と併行して切れ目なく提供することが必要とされている。
- 2 緩和ケアを実践するためには、がん患者・家族に接する全ての医療従事者が「基本的緩和ケア」を修得し、実践する必要がある。
- 3 「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。

- 4 がん医療に携わる医師や看護師は、基本的緩和ケアとして、患者が苦痛と感じる症状の包括的な評価、苦痛となる諸症状の基本的な対処方法、緩和ケアを専門とする医師や看護師へ適切な時期に紹介できる判断力、チーム医療の認識等を修得し、実践する必要がある。
- 5 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識などに加え、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。

重点項目

- 1 医師をはじめ、がん医療に携わる全ての医療従事者に対する基本的緩和ケア研修を実施する。
- 2 患者の苦痛症状に関する包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 3 がん患者や家族にとって容易に相談できる体制を整備し、診断時からの緩和ケアの普及啓発を推進するとともに、継続的に療養の支援ができる体制を構築する。

提言1

「がん診療に携わる全ての医師および医療従事者に基本的な緩和ケア研修を実施する体制を整備すること」

具体的施策

- 1 Basic Life Support 講習（BLS/ACLS）等を参考に、臨床研修医制度における研修履修項目として基本的な緩和ケア研修を必修とする。対象医師数は年間約 8000 名と考えられる。
- 2 緩和ケア研修の修了履歴を、がん治療に関連する学会等の認定医・専門医の受験資格および更新時の要件（単位）とする。対象医師数は年間約 2000

名と考えられる。

- 3 がん診療連携拠点病院のがん診療に携わる常勤医師が基本的な緩和ケア研修を受講する取り組みを強化する。
- 4 現行の緩和ケア研修について「開催指針」と「標準プログラム」を見直し、単位制やeラーニングの導入など、受講しやすい研修体制を整備するとともに、実地実習の導入など研修会の質の向上（診療に即した内容の追加等）を行う。
- 5 研修の受講促進策として、受講者へのメリット付与、医療機関における緩和ケア研修修了者数の公表、「がん性疼痛緩和指導管理料」等の診療報酬面での更なる対応を行う。
- 6 実習形式の研修の導入にあたっては、実施主体に対して教育スタッフ配置等に財政的な措置を行う。
- 7 がん医療に携わる看護師や薬剤師などの医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修も併行して拡充させる。

提言2

「がんと診断された時からの緩和ケアの普及・実施させるために緩和ケアの提供体制を整備すること」

具体的施策

- 1 診療現場で簡便につかえる苦痛の包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 2 医師や看護師は、早い時期から患者・家族が緩和ケアチームや緩和ケア外来が利用できるように、適切な情報提供を行い、いつでもどこでも受診ができる診療体制を整備する。
- 3 全てのがん診療連携拠点病院に、専門看護師や認定看護師等の専門資格を有する看護師による専門的ながん看護を必要とする患者のための看護外来の設置等、がん看護体制を強化する。
- 4 がん相談支援センターには緩和ケアを担当する社会福祉士等の専門職員を増員配置し、多職種による円滑な連携体制をとれるように整備する。
- 5 一般市民や学校教育を通して、学童を含めた国民に対する「がん緩和ケ

ア」に関する啓発を推進する。

II 地域における緩和ケアの提供体制

本専門委員会の認識

- 1 地域における緩和ケアの提供体制は、地域により多様であり、画一的な提供体制は十分に機能しない可能性がある。
- 2 多様な地域性を考慮し、「その地域にとって必要な緩和ケアの機能と役割」を明確にして、「その機能を最大限に活用するための各医療機関等の役割」を明確化する必要がある。
- 3 地域における緩和ケアの提供体制の中だけでは解決の難しい問題に対して、行政機関と地域ネットワークの関係者とが協議できる場を設定する必要がある。

重点項目

- 1 各地域で地域連携として必要な緩和ケアの機能と役割のリストを作成する。
- 2 現状の医療機関等の機能を生かせる部分と、あらたに構築する必要がある機能と役割とを明確化する。
- 3 24 時間、365 日対応し得る医療機能と役割の分担を明確にする。
- 4 地域からのコンサルテーションに対応する専門的な緩和ケアの機能と役割を明確にする。
- 5 急変時や介護困難時の後方病床整備や在宅緩和ケアチームなどの後方支援機能と役割分担を明確にする。

提言 3

「地域におけるがん緩和ケアを提供するための連携体制（ネットワーク）を速やかに構築できる環境を整備すること」

具体的施策

- 1 各職種・医療機関等の役割分担と連携強化のための定期協議の場を設置する。
- 2 地域における医療機関（がん診療連携拠点病院、拠点病院以外の病院、

在宅緩和ケアを提供する専門の診療所、在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟）毎の役割分担を進める。

- 3 地域における医師間メーリングリスト等の方法を活用した情報共有や情報の基盤整備を進める。
- 4 2次医療圏ごとに、拠点病院内、医師会内、地域内などのがん相談支援センターを設置し、地域における緩和ケアに関わる役割を強化する。
- 5 がん相談支援センターなどによる、がん患者の「ピアサポート」機能の支援を推進する。
- 6 がん患者や家族の療養を支える上で必要となる介護施設、訪問看護ステーション、調剤薬局等の連携体制の整備、さらに、行政の公的なサービスや社会福祉協議会などの地域内互助の取組みと連携し、各々の役割を明らかにした地域連携の推進のため、その仕組みを改善し、弾力的に運用できる体制を整備する。
- 7 退院支援・調整、退院前カンファレンスなどを促進するために、拠点病院等の退院支援・調整部門の強化をはかる。

III 専門的緩和ケアの提供体制の拡充

本専門委員会の認識

- 1 がん診療連携拠点病院等における専門的緩和ケアを担当する緩和ケアチームは、その質に関して多くの課題が解決されていない。
- 2 緩和ケアチームの専従医師が不足しており、チームとして診療活動が十分実施されていない。
- 3 治療法の進歩やインターネットの普及などによる影響で、患者・家族の意識やニーズが多様化しており、それらに対応して、ホスピス・緩和ケア病棟の機能および役割の見直し、在宅専門緩和ケア機能の充実等が必要である。
- 4 在宅医療における困難な事例の増加と共に、専門的な在宅緩和ケアを提供できる体制の整備が必要である。

重点項目

- 1 質的に担保された専門的緩和ケアを提供する医療機関に対し、支援する。
- 2 緩和ケア病棟は、地域における役割として緩和が困難な症状への専門的

対処、在宅で介護困難な場合の対処、介護する家族の負担軽減、病状の急変時の対応などの後方病床としての機能を拡充する。

- 3 在宅緩和ケアを提供する専門的な診療所を体制として拡充し、質の維持向上をはかる。

提言 4

「患者・家族が必要な時に専門的緩和ケアを適切に受けられるように、地域における専門的緩和ケアの提供体制を整備すること」

具体的施策

- 1 専門的な緩和ケアチームに専従医師を配置する医療機関を支援する。
- 2 2次医療圏毎に、実質的に機能する専門的な緩和ケア外来を配置する。
- 3 都道府県がん診療連携拠点病院に精神腫瘍医を常勤として配置する。
- 4 ホスピス・緩和ケア病棟の機能と役割について、患者・家族のニーズに基づき、見直しを図る。
- 5 在宅緩和ケアを提供する専門の診療所の施設基準を明確にし、質の維持向上をはかり、地域性に配慮するなど、適正に整備する。

IV 緩和ケアに関する質の評価

本専門委員会の認識

- 1 多様な価値観があり、心身ともに脆弱な状態の患者に対する緩和ケアの評価方法には技術的な課題がある。
- 2 がん医療では、医療機関の多岐にわたる診療科で外来治療や入院を繰り返す患者が多く、療養場所が病院、在宅、介護施設など多様なので、地域の中において網羅的に代表性のある症例の調査を実施する事には課題が多い。
- 3 地域における緩和ケアの質を向上させるために、網羅的で代表性のあるデータに基づく質の高い調査研究は不可欠である。現状では、行政が保有する死亡統計等を研究目的で使用しにくいことは隘路となっている。
- 4 最近数年間に、進行がんで通院治療中の患者を対象とした調査研究や、終末期がん患者に関する遺族調査研究などが報告されてきた。
- 5 がん医療に関する質の評価の一環として、がん緩和ケアの質や提供体制

を評価する上で、患者、家族の視点は不可欠である。

重点項目

緩和ケアの質の評価に関して、定期的な調査を行う。

提言 5

「緩和ケアの提供体制を適切に整備するために、緩和ケアに関する質の評価を継続的に実施し、還元できる体制を強化すること」

具体的方策

- 1 がん患者の療養生活の質を評価するために、受療行動調査を継続的にを行い、効果的ながん対策に反映させる。
- 2 終末期がん患者に対する緩和ケアの質の評価のため、死亡小票から検索し、無作為抽出した大規模な死亡患者の遺族調査などを定期的の実施する。
- 3 専門的緩和ケアの定期的前方視調査のための専門的緩和ケアを提供する医療機関を全国登録する。
- 4 がん緩和ケアの専門部会等を各都道府県のがん対策推進協議会等に設置し、地域医療機関の緩和ケアに関する状況等を把握する。

V 緩和ケアに関する卒前教育

本専門委員会の認識

- 1 緩和ケアに関連する多職種の医療従事者にとって、卒前教育（医学部・看護学部・看護学校・薬学部など）は、卒後教育研修と同様に非常に重要な意義を持つ。
- 2 緩和ケアは、がん医療だけでなく、医療全般において医療従事者として身につけておくべき内容といえる。
- 3 在宅療養も含めた緩和ケアについて体験することが重要である。
- 4 医師の卒前教育のための教育指導者の育成には、医学部に緩和医療学講座の設置が必須である。

重点項目

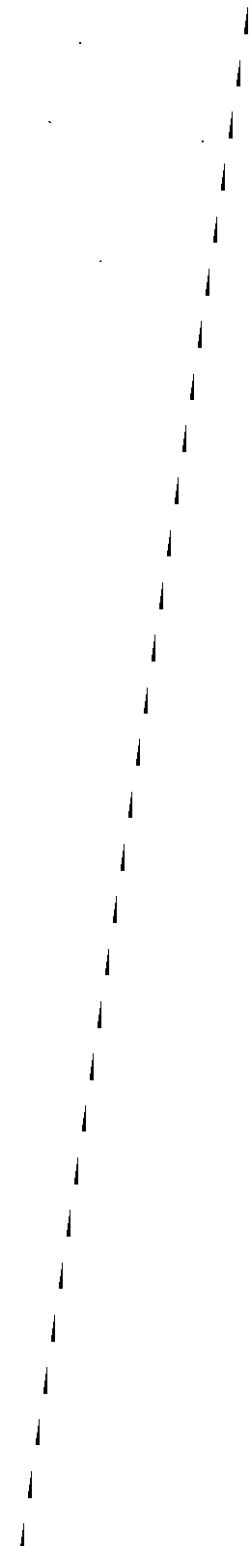
- 1 多職種の医療従事者が、卒前教育として緩和ケアに関する教育を受ける必要がある。
- 2 卒後に医療従事者として基本的緩和ケアの修得のために、卒前教育による緩和ケアの認識は重要であり、がんと診断された時からの緩和ケアの認識を普及させることにつながる。

提言 6

「医療に携わることを目指す学生には、緩和ケアに関する卒前教育を履修させること」

具体的施策

- 1 医学部・看護学部・看護学校・薬学部など卒前教育の中に、統一的なカリキュラムに準じて、実習も含めた教育プログラムを策定する。
- 2 医師のモデルコアカリキュラムを再検討し、緩和ケアに関する内容を充実させる。
- 3 医師や看護師国家試験など、国家試験の出題に関して、緩和ケア関連の項目を充実させる。



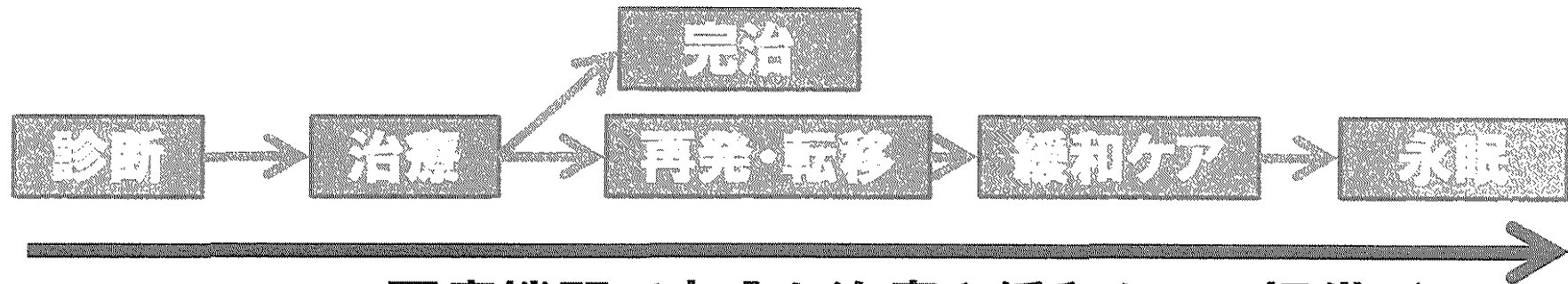
緩和ケア推進検討会 参考資料

東京大学医学部附属病院

緩和ケア診療部

副部長 岩瀬 哲

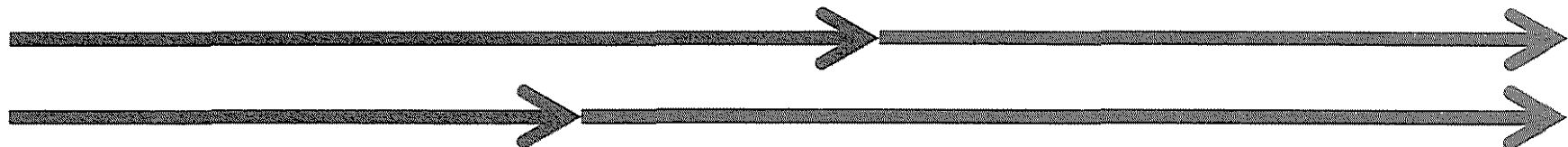
医療連携



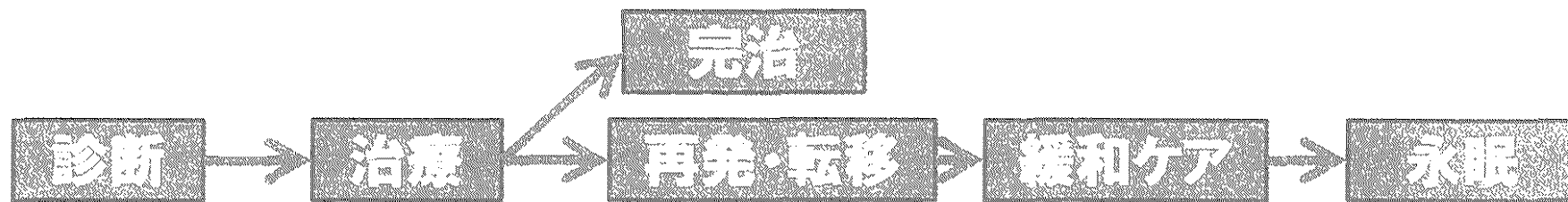
一つの医療機関で十分な治療や緩和ケアの提供ができることが理想

現実的には患者・医療機関の需要供給から困難

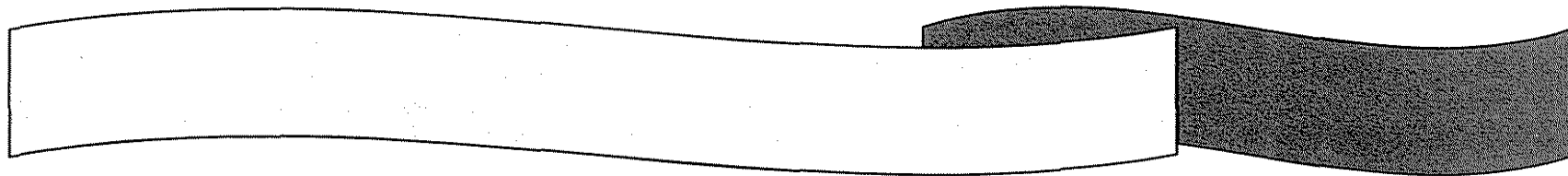
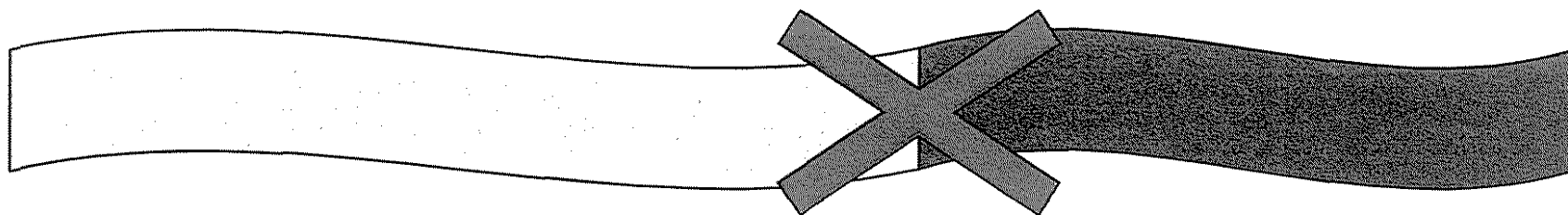
役割を分担できる切れ目ない医療連携が必要となる



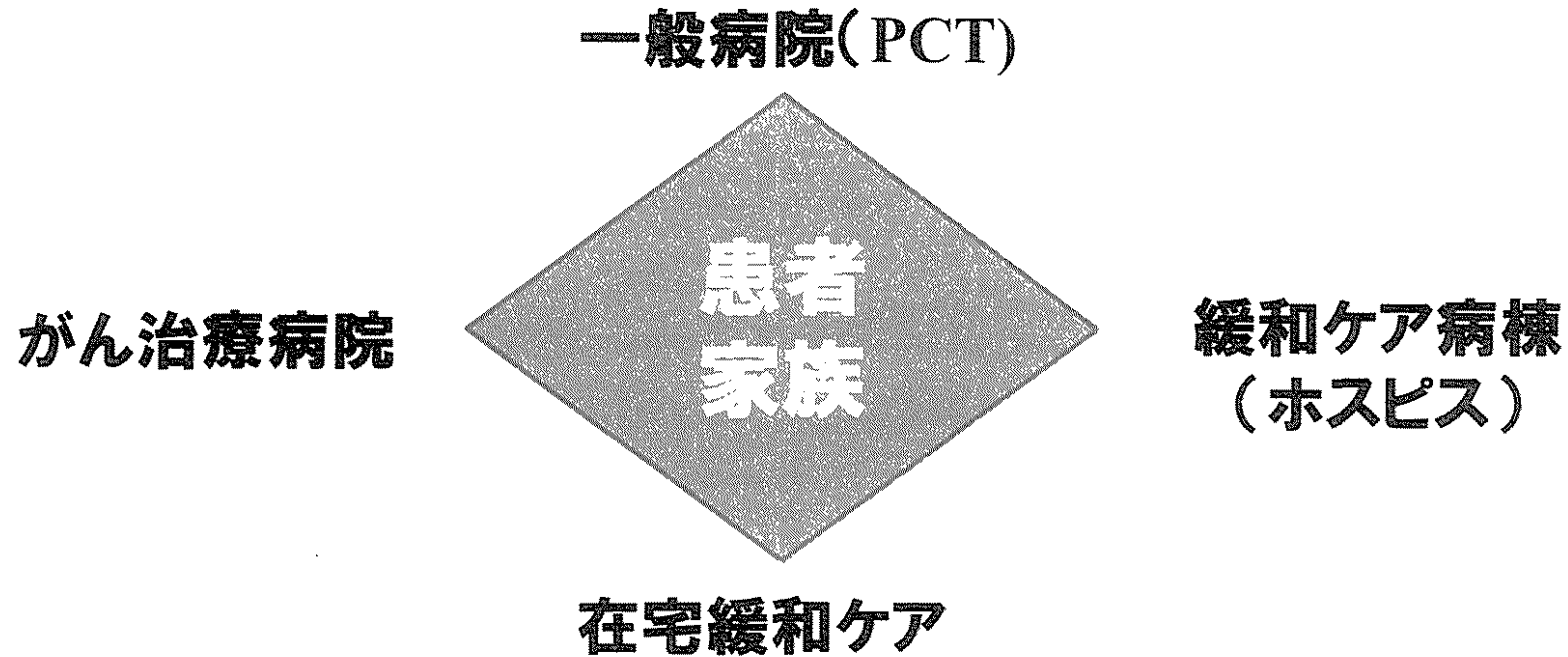
医療連携



役割を分担できる切れ目ない医療連携



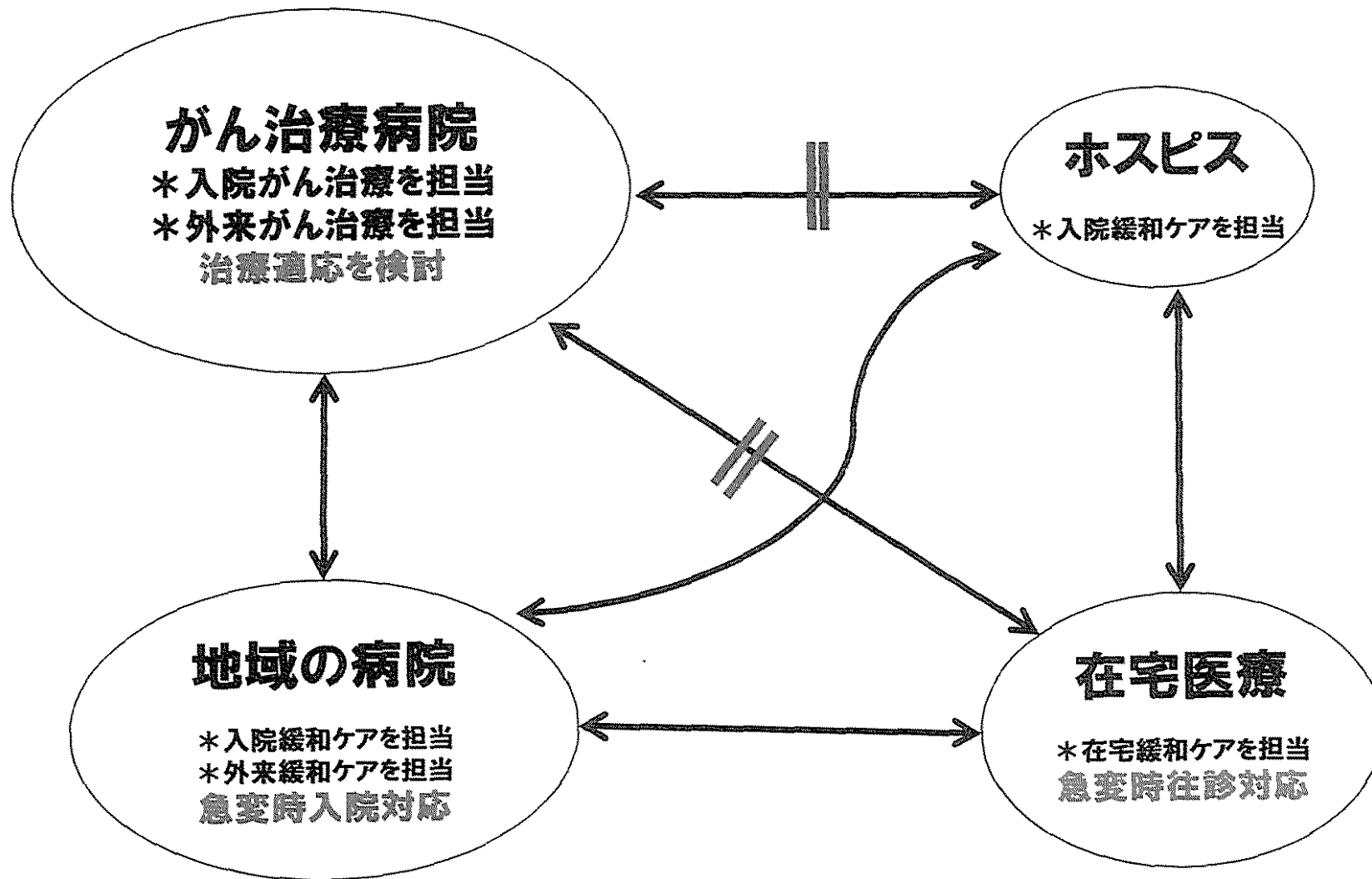
緩和ケアにおける医療連携



三者択一ではなく、よりよい療養の場をflexibilityに選択する

誰もがどこでも十分な緩和ケアが受けられる

質の高い「がん医療」の概念図(iwase, 2007)



1. 「がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」ことについて

① がん性疼痛に対するスクリーニングはどの段階から、どこで、どのように行うべきか？

●外来でがんと診断を受けたときから、看護師が関われるような体制を整備する。

外来に疼痛をスクリーニングするための専従の看護師などを配置。外来通院していた患者が入院した際にも、病棟との情報連携をとり継続的にかかわる体制を構築していく。がんと診断された時点から、初期診断を行った施設で、看護師・医師・薬剤師で構成されたチームで疼痛アセスメントを積極的に行うべきである。

●“がん診断時に 20～50%の患者が痛みを有するといわれ、入院時毎に加え、初診時から外来でがん性疼痛スクリーニングを行い、定期外来でもスクリーニングを行う。外来待ち時間に患者に自己記入式の質問票（「生活のしやすさに関する質問票」など）を記載してもらい、外来看護師が質問票を確認して診療科医師と連絡・調整を行い、緩和ケア外来受診の必要性を医師と調整する。

●自宅等の療養場所でどのように行うべきか：患者、家族が自らスクリーニングできるようなスクリーニング用紙等の尺度を用いて行う

●“診断時から、治療の評価や病状経過の変化などの節目を目安に再評価を行って、がん性疼痛と対処（鎮痛薬の副作用に関することも含めて）に関する知識の提供、セルフモニタリング、セルフケア、専門的ケアなどについて、早期からの対応や予防の意味も含めた関わりを行うとよい。

●がんと診断されたときから、従来のV Sに疼痛を含めて測定する。例えば、入院中であれば看護師がV S測定時に尋ねて、患者に疼痛についてのモニタリングが必要であることを説明と体験により理解できるようにする。退院時にセルフチェックできるように

●当院では、毎日がん性疼痛認定看護師が看護外来を実施している。とくに患者のがん性疼痛による生活上の問題や医師には話にくい事柄をスクリーニング可能である。疼痛出現時から、モルヒネ製剤導入時、さらに痛みが緩和しない時等、タイムリーに関わる必要がある。

●緩和ケアを受けることへの心理的抵抗、麻薬に対する誤解、医師への遠慮などで痛みがひどくなってから対応する事例が多い。したがって、スクリーニングは診断時から定期的に行い、緩和ケアが必要な時期は早期に発見して対応すべきである。

●がん診断時に外来で実施。その際、全国共通のスケールを用いて、病院による差異が生じないように行う。トータルペインの概念を理解し、心身両面から判断できるがん看護専門看護師およびがん性疼痛に精通している認定看護師が行う。または厚生労働省委託事業の質高の研修を受けているベテラン看護師が行う。

●外来ではがん疑いを含めた全ての診察時、入院では毎日行う。外来では主治医、入院では看護師が施設内で定められた統一の評価方法にて行う。

●すべてのがん患者の入院時に看護師が入院時情報をインタビューする際に、疼痛の有無をチェックし、がん性疼痛の可能性が高い患者をスクリーニングする。カルテ上でチ

チェック項目を作り、がん性疼痛の可能性が高い患者をリストアップする。②外来患者の場合は、外来の看護師が同様にスクリーニングする。外来ミーティングで情報を看護師間で共有し、リストアップされた（がん性疼痛が疑われる）患者に対しては、アセスメントシートを作成し、がん性疼痛を疑う根拠や部位、強さなどの状況を記載し、さらに主治医と共有する。③在宅療養中のがん患者の場合は、訪問看護ステーションの看護師が、初回訪問時と定期的（月に1回）は同様に疼痛の有無をチェックし、スクリーニングする。

②その他の苦痛に対するスクリーニングはどの段階から、どこで、どのように行うべきか？

●がんの部位によって症状が異なるので、疾患ごとに主たる苦痛をピックアップし観察する。同時に、何を苦痛と感じるかも人それぞれなので、その都度、何か苦痛なことはないかを聞いて、継続的に確認していく。

外来受診時から予想される症状に対して看護師がスクリーニングを行える配置、環境にしておく。

疼痛と同様に初期診断を行った施設で看護師が中心となってアセスメントを行い、他職種と情報共有したうえで、スクリーニングを行うべきである。”

●“気持ちの苦痛に関して： 診断時、特に病名告知時。多くの方は、乗り越えて闘病されるが、適応障害→鬱へと移行されたり、医師に対する不審へと転化させ、ドクターショッピングに勤しんだりする方もいらっしゃるため。入院期間の短縮により外来で告知をせざるを得ないこともあり、告知場面での看護師の支援や、その後に辛くなった時の窓口の紹介など（がん相談支援センターなど）が確実に行えるようにすべきと考えます。

●その他の身体症状に関して： 抗ガン治療中も症状を見守り、その対策をともに考えたり指導したりすることが必要と考えます。外来化学療法室では、専任看護師や薬剤師がおり、実際に行っています。内服の抗がん剤投与の患者さんには、指導や症状観察の目が入りづらく、医師には話せない患者が多いため外来看護の充実が必要と考えます。”

●治療後のフォローの段階でも看護外来で必須のアセスメント項目とする。

●各臓器がん診療ガイドラインに、再発のフォローだけではなく、治療後の心身のフォローに関する内容も含む。”

●医師には話しにくい、あるいは時間が必要とされる内容を緩和ケア認定看護師等がいつでも相談担当できるような看護外来が必要（リンパ浮腫等）。

●がんの診断期から外来受診されたときに、看護師の立場から患者や家族のもつ苦痛に関してスクリーニングを行う。疼痛と同様に、がんの部位により、発生が予測される症状のチェック欄を作る。

●がんの診断時から開始し、治療中と治療後にかけて、完治してがんや治療後の影響に伴う痛みがないことが確認されるまで、治癒しない場合は亡くなるまでの期間にくりか

えし行う。通院あるいは入院先の病院、老健などの施設、在宅等のあらゆる療養の場において、専門及び認定看護師、あるいは研修を受けた看護師が定期的に実施する。

●身体症状については、患者自身が表出したり、医療者も比較的早期に症状をキャッチしていると思われるが、「せん妄」や「適応障害」、「うつ」等の心理的苦痛のスクリーニングについては、専門的な心理・精神医学的知識とスキルが必要である。英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられている。がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、特にがん治療が行われ、がん告知や再発等の Bad News が伝えられることが多い外来診療に、がん看護専門看護師が携わることができる体制整備が急務と考える。

「緩和ケア外来」への配属や、「がん看護専門外来」等の立ち上げと専門看護師の適正配置を望む。

② の他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がんと診断された時点から、緩和ケアをおこなうためにがん診療拠点病院以外の施設においても、患者が苦痛や苦悩を相談できるシステムを構築すべきである。診断されたその日から介入を行えるシステムの構築と整備が必要。”現在、がん相談支援センターの看護師やがんカウンセリング料算定看護師などが一部を担っていますが、がん相談支援センターの配置1.5人では、がん患者の数が多く、ケースをフォローしていく体制はなかなか作れない状況があります。看護外来などで作られている病院もありますが、個別の支援が役立つのではないかと考えます。

●近年、患者・家族への病状及び治療法の説明、がん治療自体の多くが外来で行われており、外来看護師には専門的看護の提供が求められる。がん患者が診察を受ける外来は専従看護師を配置し（診療報酬上の加算）、緩和ケアの研修（国立がん研究センターや日本緩和医療学会等が主催）を受講した看護師または専門看護師・認定看護師をその要件する

●“外来看護師の人数の充実のために、現在の「30対1」からの変更。

診療前の問診・面談の場に、がん看護について十分な教育を受けた看護師を配置することによる加算措置など。”

●診断時期や治療方針が決定する診断早期には、担当する医療者や施設が変わることが多いと予測されるため、その時期の医療者間の情報共有を促進したり、患者・家族が次の施設や担当者にこれまでの状況を伝えやすくするツールが活用されるとよい（自分の理解に自信がないときに専門家に説明するのは負担）。

●がんサバイバーのケアとして、常に再発を予測したケアを標準化する

●看護師の CRC を増やし、様々な症状を持つ患者も幅広い視点で QOL を考慮された状況下で治験の意思決定や治療を受けられるような体制を考える（看護師の CRC 教育を見直

し充実させる)。

●「診断の時から緩和ケアを導入する」ためには診断時に看護師が面接を行い、今後の治療に関する心配事などを聞くと同時に緩和ケアのリーフレット(厚労省普及啓発事業で作成され無料で提供されている)を渡すことをルーティンにすべきである。

●全国の拠点病院等で統一して使える1枚程度の疼痛・苦痛の評価用紙を開発する。必ずしもすべてがこれを使う必要はないが、自施設で開発できない場合にこれを用いることを推奨する。

●7対1の看護が施行され、入院患者をケアする看護師数を確保できるようになってきた。しかし、現在がん治療や緩和ケアは外来に移行しており、今まで入院中に行われていた治療前・中・後のケアやセルフケア支援は外来でおこなわれる必要がある。短時間での対応が求められる外来だからこそ、人員確保が不可欠である。しかし、外来看護師数の基準は1948年以降変化していない。外来看護師数を診療報酬上で改善して確保してほしい

●がん患者が通院する、もしくは入院する可能性が高い拠点病院すべての看護師にがん性疼痛を疑うまでのフローチャートを用いて学習の機会を作る。がん性疼痛の可能性が高い患者としてリストアップされた患者に対しては、担当看護師がアセスメントし、同病棟内にいる緩和ケアチーム(仮称)のリンクナースに確認してもらい、医師と共有する。そのために、全ての看護師に対して、フローチャートを用いたアセスメントに関する研修を行うと共に、リンクナースに対してはがん性疼痛のアセスメントに関する研修を実施し、質を担保する。病院内のがん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師が、研修会を実施する。院内に前記の認定看護師、専門看護師がいない場合は、日本がん看護学会が研修を行う。研修の到達目標の設定と内容は、日本がん看護学会が精査し、提示する。すべてのがん患者に対して、上記のスクリーニングを実施している病院には診療報酬が算定されるシステムを構築する。診断期・治療期の外来でのスクリーニングの強化とツールの活用(OPTIM生活のしやすさ質問票など)

●がん性疼痛の定義を、がん及び治療、治療後の後遺症を含む身体的な苦痛と、心理社会的な苦痛とを含む包括的なものであるという啓発が必要。

2. 「身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用を実践する」ことについて

①変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●正確な疼痛のアセスメントや必要なケアを行うために、がん性疼痛看護認定看護師およびがん看護専門看護師を配置する。

●薬剤の適正使用についての広報活動、医療用麻薬使用について、一般市民に知ってもらう機会を積極的に作る。

●“身体的苦痛が生じたときに、患者・家族が臆せず苦痛を訴えられる体制作りが必要です。医師に遠慮しているようでは、薬の調整は困難です。

看護師が患者の擁護者として、苦痛症状のマネジメント指導を患者や家族に行い、医師に自ら伝えたり、看護師が医師に伝えるような共通ツールを作成することが有効ではな

いかと考えます。OPTIMを試みましたが、症状が進んでからは患者や家族が覚えられないことが多いです。病院と在宅で共通して同じものを使うことが混乱を招かないと考えます。”

●緩和ケアの研修による人材育成は、実践や多職種チームでの取り組みを含めた内容がよい。

●“症状増悪時の対応についてあらかじめ指示を出しておく

対応についてのステップやある程度の判断基準を決めておく”

●“身体的痛がある患者の問診などを専門看護師などが行い、薬剤などの変更や処方など必要性について医師に意見を述べ、専門看護師と医師と合意をして処方などを実施、その後の効果などは専門看護師などが行いフォローをする。

●オピオイドの使用量が多いことだけで、緩和ケアの質や普及を図ることには限界がある。

●医療者への教育は当然のこと、医療用麻薬をはじめとする薬剤の適正使用には患者・家族の薬剤に関する知識や理解なども大きく関与しているため、患者・家族への教育が必要不可欠と考える。そのため、患者・家族を対象とするがん患者教室を実施しているが、それを普及するための実施内容の充実・統一化と広報を強化する必要がある。

●一般の人がモルヒネの使用を懸念する等の緩和ケアに対する知識が乏しい。義務教育からがんや緩和ケアに関する教育を入れる。

●薬剤が適切迅速に使用されるには、医師が緩和ケアの認識があって、必要な薬剤の知識と処方技術を持っていることが必要である。また専門的緩和ケアを必要とする患者を緩和医療の専門家に照会することが重要であるが、個々の医師の認識はまちまちである。緩和に関しては看護師からの照会も可能とするよう制度化も検討。

●医療機関または医師によっては疼痛緩和や症状緩和に関する薬剤の処方が不適切な場合があり、専門看護師が、適切な薬剤を提案する場合があるが、個人的な人間関係により受け入れてもらったり、受け入れてもらえなかったりする場面が多い。制度として専門看護師または疼痛緩和認定看護師にも薬剤師のように薬剤に対する疑義照会ができるように公的に定めるような制度が必要であると思われる。

●リストアップされた患者の疼痛アセスメントを医師と共有したあと、特定の研修を受けた看護師が薬剤の使用計画、評価計画を立案し、担当医師に提案する。医師の承認が得られたら、医師の包括指示のもと、病棟、外来、在宅で看護師が患者・家族と話し合い、迅速に対応する。この場合も、看護師に対する特定の研修を院内レベルではなく、学会レベルにて実施することが望ましい。

●緩和ケア外来やチームの加算は、麻薬を使用している患者を主とするが、NSAIDsだけでコントロールしている対象も含むよう、加算の適用対象を拡大するべき。

●服薬管理の患者や家族への教育支援、苦痛の査定は、主に看護師が担っている。緩和ケアの専門家・専門部門に限らず、拠点病院を中心に行われる規定の研修を受けた全ての看護師が、在宅や外来・入院で行う薬剤管理に対して加算がつくようにされると、適正使用に貢献できる看護師が育成され、実践しやすい環境が整うと思う。

●2006年度の「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」を受けて、多くのがん拠

点病院では、がん性疼痛を抱える患者の医療用麻薬レスキューの自己管理の整備を進めてきたが、いまだ、レスキューさえ医療者管理としている機関もあり、定期の医療用麻薬については、医療者管理としている機関が多い現状にある。しかし、自宅退院後は、レスキューや定期薬問わず、多くの患者は自分で服薬管理を行うことから、適切かつ安全な医療用麻薬の管理体制のもと、入院中に患者が医療者に相談しながら医療用麻薬を管理し、疼痛マネジメント力を高めていくためにも、医療用麻薬の適切かつ迅速な使用の実践を、「がん対策基本法」において提言していただきたい。

●がん関連の専門看護師、認定看護師、薬剤師などによる相談外来をもうけて、患者の話をしっかりと聞き、薬剤についても説明を行い、アセスメントに基づく薬剤を医師に提案できるシステムを作る。そのための人員配置を行う。

3. 「患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方」について

①どのような手段や方式をとるべきか？

●担当医師と、同じ専門領域の医師、看護師が同席し I.C を行う。医師間で意見や見解の相違を埋めながら方向性を導くことができる。また、スタッフ間でフィードバックし合うことで、患者・家族に配慮した言葉かけについて考える機会が増えることがメリットである。精神的介入の必要性を査定することもできる。

●医師を対象に行っている「PEACE 緩和ケア研修」プログラムを看護師や臨床心理士にも対象を拡大し、Bad News の伝え方のスキル向上をはかるべきである。

●医師が診断結果や病状を患者・家族に伝える際は、緩和ケアの研修（国立がん研究センターや日本緩和医療学会等が主催）を受講した看護師または専門看護師・認定看護師専門看護師が同席し、患者・家族の心情に配慮した環境設定や説明後のフォローを行う（「がん看護カウンセリング料の拡大」）

●説明の場に看護師など、その後のフォローアップも可能な職種が同席できるとよい。伝える医師が「伝え方」を身につけることも必要であるが、伝えられた患者・家族の心情を支え、引き続いて具体的に支援できる（他の専門職への連携調整も含めて）看護師などが関わること。

●「がん患者カウンセリング料」の算定にともない、多くのがん看護専門看護師やがん関連の認定看護師が、がん診断やがんの進行が伝えられる場面に立ち会うことが可能になってきており、早期からの患者との関係構築のきっかけにもなっているため、この場面での看護ケアの標準化がはかれることや算定基準の見直しにより、継続的に関わる体制が整う。

●医師は厳しい事実を伝えるだけでも大変です。医師が伝えた後にはかならず看護師（一定の教育を受けた看護師が望ましい）がフォローすることを保険診療点数などで縛るようにはどうか。看護師はフォローの仕方について対応のスタンダードを持っていることを保険で課してはどうか。

●現行の研修を受けた医師が説明し、看護師がフォローアップする体制に患者 1 人あたり 1 回のみの診療報酬が加算される制度に加えて、継続して看護師が相談事業を行えるように継続した場合にも診療報酬を加算する。そのために、一定件数以上の相談事業

を行っている看護師が外来で独立して従事できるように、がん看護相談外来に診療報酬を策定する。現行で拠点病院に設置されている相談支援センターと連携しながら、がん看護専門看護師が看護外来として機能するための診療報酬が加算されることが望ましい。看護師は必ず同席するシステムを創ることが望ましい。

●診断・告知が、既に他院でなされていると、診断後の受容ができていない時期の病状説明には、時間を割いても加算もなく、医師だけが担うには人員・時間が足りない。診断時、再発時、治療困難や末期の病状説明時、退院・在宅移行時と、転機ごとに病状を説明した際のサポート体制を提供する必要がある。人員は、最低、医師と看護師、可能であれば心理的問題を扱う専門職も含める。支援体制の整備が整っているほど、より多く加算あるいは減算がなされるよう考慮されるとよいと思う。

●提供できるケアは、話を聞き、気持ちの整理を助けることである。ケアの過程で、誤解や情報不足がある場合は教育を提供し、情緒的な問題には当事者が折り合っているよう、看護師や心理的問題を扱う専門職らが病気の時期や、期間の制約なく、繰り返し話を聞ける、窓口を確保できるような政策的働きかけが重要と考える。

●情報提供に関する研修会は、医師対象のことが多い。告知場面に看護師を同席させるのであれば、看護師と医師あるいは、同席可能な他のスタッフを含めた、多職種の研修会が必要である。

●“英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられている。がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、特にがん治療が行われ、がん告知や再発等の Bad News が伝えられることが多い外来診療に、がん看護専門看護師が携わることができる体制整備が急務と考える。「緩和ケア外来」への配属や、「がん看護専門外来」等の立ち上げと専門看護師の適正配置を望む。

また、Bad News 等を伝える際には、がん看護専門看護師や臨床心理士、精神看護専門看護師等の専門家を活用し、告知後のストレスを継続かつ専門的にフォローアップできる体制で、告知を行う体制整備を推奨していただきたい。

②その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●医師への緩和ケア研修の義務付けのみでなく、がん患者や家族をサポートする看護師をはじめとする医療者に対する研修制度の充実をはかる。

●現在、緩和ケアチーム加算を算定している看護師は専従となっているため、カウンセリング料の算定要件からは外れるが、実際には重要な役割を担っていると考えられ、算定が取れないからという理由で医師から面談時に呼ばれないことがある。緩和ケアチー

ムの看護師は患者支援のためには算定可能とした方が良いのではないかと考える。

●診断結果の説明を行うには病理結果やその他の検査結果が必要であり、こうした検査指示が行われて、がんとの診断された際に、「がん患者カウンセリング」を担当する看護師にこれらの情報が伝えられるシステムをつくるなど、医師が単独で説明することがないように診療体制を整備する。

●外来看護師の専門外来や医療法配置を診療報酬上で認める。外来医療・看護の充実を図ることが必要と思います。

●現行の「がん患者カウンセリング料」算定の要件に基づく体制が全ての患者に提供できるようにする。そのためには、人員の確保が必要であり、看護師の配置を専任配置から専従配置に変更する必要があると考える。それにより、病状説明に同席する看護師へのコンサルテーション活動や教育も充実し、細やかな精神・心理的支援が行えると考えられる。

●診断結果や病状について、一般的な医学知識を義務教育、社会教育、高齢者教育のいずれにも導入する。

●医療者の教育に、倫理的側面やコミュニケーションスキルトレーニングを含む。

●病態や治療法、副作用、患者の生活を踏まえた指導を看護師が主体となって行う。

●施設基準に、患者面談室を入れる。

●診断結果や病状の伝え方が適切であったか、患者または家族による評価を受療行動調査等を利用して定期的に行う。

●医師への研修は1度だけではなく、更新を義務づけることとし、数年に一度の研修の機会を設ける。看護師にも、一定の研修を受けるように義務付け、質を担保する。研修内容、到達目標は各学会が精査し、開催する。診断結果や病状の適切な伝え方に関する看護師の教育の強化、特に外来看護師は説明前・中・後の一般的な支援を行い、専門家や専門チームの介入の必要性などスクリーニングを行い、伝えた後の支援も行えるようにする。

●例えば、がんカウンセリング料は、がん初診時1回、1施設に限られている。転院時、再発や、末期の診断時の病状説明時にも加算がつくと、告知に伴う心理的危機の時期に、サポートする人員が確保されやすくなると思う。現実には、人員不足や、事務手続き上の難しさにより、多くの病院で、がんカウンセリング料がとれておらず、現実的に加算されやすい条件の見直しが必要である。加算とれているとしても、患者や家族に効果的な説明と支援の質が担保されていないことも課題である。

●現状では、担当医師がどこまで、どのように伝えるかを決めているが、それでは医師一人の技量・価値観に左右されてしまう。少なくとも2職種の話し合いを経て、どのように伝えるか決められるべき。また、そうすることで看護師の意思決定支援の能力も向上するのではないかと（現状では医師・家族まかせの看護師も少なくない）

●一人の医師が診察できる1日の外来診察患者数の上限を決め、上限を超える場合には改善を勧告する。

4. 「専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善する」 ことについて

①緩和ケアチームへのコンサルテーションのアクセスを改善するための施策は？

- 緩和ケア医、精神腫瘍医の絶対数が少ないことに対する対策が必要。
 - 各施設での緩和ケアチームの活動について目に見える形でアピールを強化する、コンサルテーションを受けるのみでなく、緩和ケアのニーズを臨床現場でひろい上げることのできるような活動をする（リソースナースの活用など）
 - 緩和ケアチームの存在を、院内外にポスターや広報などで掲示する。緩和ケアが終末期に限られたものではないことを広報する。
 - チームへのコンサルテーションを阻害する因子は診療科の主治医である場合が多い。主治医とチームの橋渡しを円滑にするためには、患者や家族の状況を把握している看護師が調整役となる必要がある。臨床での経験から、看護師の調整能力が高ければ、アクセスが改善される。
 - 緩和ケアチームがあっても主治医が依頼しないケースがある。がん診療連携拠点病院にがん患者数に対する緩和ケアチームへの依頼割合を指定要件に加える（コンサルテーション割合が一定以下の医療機関は指定から外す）
 - 「緩和ケア診療加算」の上限（1日30名程度）をなくす
 - “PCT へのコンサルテーションにおける報酬の高額化
- コンサルテーションの弊害：①担当医の緩和ケアに対する自意識の過剰、②担当医チームと PCT 医師間の人間関係、③PCT 組織力（不十分なチームビルディング、活動時間の確保、不十分なコンサルテーションシステム等）等⇒①②若い医師への緩和ケアへの教育はなされており、理解している医師も増えてきているが上に立つ医師（組織の上へ立つ）の方向性に従わざるを得ない状況、古い考えを持つ医師（上に立つ医師等）への教育は難しいため”
- 主治医以外、看護師からでもアクセスが可能な体制。
 - 主科担当医師の判断のみが採用されるのではなく、患者に関わる様々な職種や患者・家族本人からも相談依頼ができる体制が評価されるとよい。一方で、緩和ケアチームのオーバーワークが予測されるので、緩和ケアチーム側のトライアージ能力を高める研修などがあるとよい
 - 担当医の緩和ケアに対する理解がさまざまであり、看護師や薬剤師が必要であると判断しても担当医の同意がなければコンサルテーションできない仕組みであることが多い。チーム医療が基盤であるならば、患者・家族を含めてその患者の医療に関わるものが緩和ケアが必要と判断すればコンサルテーションできる仕組みを作る。緩和ケアチームの専従看護師の活動時間の多くが担当医の同意を得るために費やされている現状を変える必要がある。
 - 緩和ケア外来受診に何ヶ月も持つことを削減するために電話での相談窓口を設ける。専門看護師が窓口になり、受診相談を受け、外来日などを医師と調整する。
 - 緩和ケアチーム活動の適正のための、外部評価の仕組みを確立する”
 - 医療従事者（特に主治医）への緩和ケアに関する教育及び連携体制の整備 医療従事

者への緩和ケア・緩和ケアチームの役割やチーム協働の必要性に関する研修会の開催、各病棟での緩和ケアリンクドクターやリンクナースの配置、オンライン上でのチームへの依頼と互いの診療内容が確認できるシステムと合同カンファレンスの実施

●患者・家族への広報：

がんの診断時やがん教室において、緩和ケアチームの役割やケア内容を広報する。

そして、入院時に心身に何らかの苦痛があると評価される患者全てに、緩和ケアチームの介入を医療者から勧め、希望を確認する。

●相談支援センターの活用。各外来との情報共有をスムーズに行えるよう、情報共有システムの拡充を行う。また、病棟においては、緩和ケアチームの介入が必要である患者・家族をピックアップする機能の強化や、病棟スタッフの知識・技術の底上げを図る。チームが介入した成果を可視化して伝える。コンサルテーションや調整機能が重要であり看護師の役割が大きい。

●がんと診断された患者・家族には、緩和ケアチームに関する情報提供を義務づける。患者や家族から緩和ケアチームへ直接コンサルテーションができるようにする。

●担当医師の了解を得ることも必要と考えるが、患者・家族が自ら、求めることができるように、病棟および外来看護師から緩和ケアチームや上述の3の①で提案した看護外来に紹介、アクセスできるようにする。現行でも、患者・家族がスタッフにご相談くださいという形にはなっているが、結局は担当医師に遠慮していたり、担当医師の考え方によって、他の専門家にアクセスが困難になっているケースが少なくないと感じる。医師（特にがん拠点病院以外や救急病院など）の教育。患者や家族への教育。

●チームを活用する医療者自身が、緩和ケアチームの役割を、疼痛緩和のためのチームとして認識している状況も少なくなく、チームを活用するタイミングの判断に迷っている状況がしばしば見受けられる。一案として、医師や看護師の学部教育や、研修医の教育に、緩和ケアチームの実際の活動参加を取り入れ、チームの役割や患者・家族のニーズを学ぶプログラムを導入していただきたい。（*実際に、自施設では、麻酔科・精神科をローテーションする全ての研修医の研修の機会として、緩和ケアチームを取り入れることで、チーム研修修了医からのアクセスが増え、お互いの役割を理解した上で、チームアプローチが展開できるようになりました）

●外来診察室に、がん医療について専門的な知識（治療や患者への接し方、チーム医療など）を習得している医療クラークを配置し、コンサルテーションに必要な手続き（依頼文の作成、検査データや画像フィルムの準備など）を行うようにして、医師の事務処理の煩雑さを軽減する

②緩和ケア外来へのアクセスを改善するための施策は？

●H24年度の診療報酬改定で緩和ケア外来に対する算定が提示されたため、今後、これまでよりも若干アクセスが改善されることが期待される。アクセスの改善には直接的に影響することではないが、緩和ケアチームはコンサルテーションチームであるため、せっかく外来で具体的な症状緩和に関する薬剤などを処方しても担当医の診察時に中止されていることもある。また、入院治療が必要な際に主科となることが難しいこともあり、外来へのアクセスが改善されてもその後の診療体制が整備されていないため、結

果的に、患者のメリットが少ないことも多い。

●「緩和ケア外来」の開設日や診療枠は、各医療機関様々であるが、診断期～終末期の外来患者に対する緩和ケアを提供するには、緩和ケア外来日の他、緊急対応ができる体制を整えておくことが必要である。経験上、緩和ケア外来では、救急外来と類似したニーズが発生しており、がん性疼痛の増強や副作用の出現、呼吸困難等、受診予定日以外にも外来に電話連絡が入ることが日常であり、予定外受診での対応や、緊急入院調整が求められる。従って、緩和ケア外来には、少ない診療枠でも構わないため、麻酔科医やがん治療医等、複数の医師が異なる曜日に緩和ケア外来を開設し、緊急対応に応じることができる体制づくりが必要であり、また、患者の症状から緊急のトリアージを行い、がん診療の専門知識を有し、実践や調整役割を担うことができる、がん看護専門看護師やがん看護分野の認定看護師の配置が必須であると考ええる。

●拠点病院では緩和ケア外来を毎日開くことを必須とする。現状ではがんの診療と別日に開かれていることがあり、同日に診察できないことがバリアとなっている。

●外部からの受診希望・セカンドオピニオンを積極的に受ける（がん支援相談室の活用など）、院内の診療科同士の障壁を低くできるような工夫（特に大学病院）

●外来診察室と緩和ケア外来を併設し、診察後に緩和ケア外来に相談できる窓口を作る。

●外来受診した患者や家族の問題点やニーズを看護師が把握し、患者家族からの情報収集・医師との情報共有・患者家族への情報提供を的確に行うことであると考ええる。

●現在、抗ガン治療は多様化しており、治療薬とオピオイドの一種との併用が望ましくないというケースも出てきていることから、治療を行う主治医と緩和ケア医が密に連携し、使用する薬剤や方針などの情報交換ができる状態でないと、治療の妨げになる可能性が出てきている。院内の主治医であってもカルテ記載前の情報もあり、外来での連携は困難な部分が多い。他院の患者で患者や家族が主治医が出している薬も把握していない患者さんを受け入れるのはリスクが大きすぎる。医師同士の連携がスムーズになることは重要と考えます。

●がん患者のうち緩和ケア外来を受診する患者の割合が一定以下の医療機関はがん診療連携拠点病院の指定から外す

●緩和ケアを専門分野とする看護師による「看護外来」や「患者教室」などを有効活用して、患者・家族のトリアージ兼初期対応を行い、医師の負担軽減を図りつつ、より多くの患者・家族を受け入れられるようにする。

●患者自身が緩和ケア外来への受診を直接希望できるような体制づくり

●電話での相談に診療報酬上の算定ができる。

●紹介元への診療報酬の何らかの加算

●2次医療圏等、地域の医療圏において地域緩和ケア計画を立案する

●他院の緩和ケアが必要な患者の相談も受けられるような仕組み（診療報酬等）

●主治医が照会しないと行けないような仕組みになっている施設は、直接でも受信出来るように改善すべきである。緩和ケアが何を意味するのかよくわからない患者の多いので、厚労省普及啓発事業で作成され無料で提供されているリーフレットを活用すること、看板をわかりやすくすること。

●各外来との情報共有（相談支援センター含む）、このためには外来の看護機能を強化

する。看護相談外来、よろず相談など、看護外来の強化が必要である。理学療法士や検査部門などあらゆる職種が緩和ケアに関する研修を受ける。そのことで認識を高める。不安の強い患者・家族など受付時からフォローできるよう1対1のサポートや有償ボランティア（体験者の活用など）を行う

●緩和ケア外来は、緩和ケアチームに紹介された患者が通院していることが多い。入院や外来患者だけではなく、在宅療養中、専門病院ではない病院にかかっているがん患者も受診できることが望ましい。そのために、看護師の専門性を明示し、具体的にはリンパ浮腫ケアや疼痛ケア、遺族ケアなど、院外の患者にとって、また院外の医療職種が緩和ケア外来で何をしているのか、わかるように告示する。地域ごとに患者がどこに何を相談できるのかわかるシステムを作る。専門的緩和ケアが必要と診断でき、リソースを活用できる医療職の育成やシステム構築：外来看護師、薬剤師、相談員など。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●外来開設日を拡大するための人員確保、専門的な緩和ケアを行う役割を担う医療機関とそうでない医療機関の連携の強化。完全予約制であることが多く、タイムリーに対応しない施設が多いというのが実際であることから、専門的な緩和ケアを任された施設での医療体制を見直し、門戸を広く開放するべきである。

●緩和ケア外来・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟それぞれの特徴を活かした専門的ケアをそれぞれが連携しながら提供するためには人材が必要となる。緩和ケアチームは、末期で症状コントロールの難しい患者のコンサルテーションで、多忙であり、チームの人員を増やすことが可能であれば望ましい。

●“製薬会社なども含め、薬の併用禁忌などに関する情報の共有ができるよう情報を集める必要がある。「お薬手帳」や「私のカルテ」などの患者情報を患者自身が把握でき、受診する医療機関で共有しやすいシステムを作ることが望ましいのではないかと考えます。”緩和ケアに関する情報を各診療科での外来診療時より患者、家族に提供していくことが望ましい。パンフレット等を活用し、情報提供していくことを必須としていくのがよいのではないか。

●医療系大学における「チーム医療」学習の充実

●緩和ケアの正しい知識が十分一般市民に行き渡っていないので、特に拠点病院では厚生労働省普及啓発事業で作成され無料で提供されているリーフレットやDVDを活用して、少なくとも緩和ケア予備軍である患者へ知識普及に努めることを拠点病院の義務としてはどうか。

●地域のネットワークの中で、病院ごとの緩和ケア外来の特色や成果の情報を共有する場を作る。定期的の実施している施設に診療報酬を算定する。がん看護外来の設置。

●医療クランクを配置し、コンサルテーションに関わる作業をした時の診療報酬上の加算を付ける。

5. 「患者とその家族や遺族など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」について

① 人材カウンセリングのあり方について(対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)

●対象者はがんと診断された患者・家族とし、地域の基幹病院機能を持つ医療機関において、専門的な知識を持った医師や看護師が行うのが望ましい。依頼方法については、受診時の受付のように門戸を叩いたとき直ちに受けられる体制が必要である。

現在はがん相談支援センターで、患者・家族からの相談を受けている。「がん相談支援センターでは、緩和ケアを誰でもただで受けられる」といって来室される方が複数いらっしゃる。考えがまとまっていないことも多いため1時間～90分程度の面談を行うことが多々ある。方向性をつけて面談を終了し、必要時別途機会を設けている。他の拠点病院の患者も多く、がん相談支援センターで扱う相談内容は幅広いが、相談支援センターが周知されるとともに、個別のカウンセリングに至る場合は別途行う方が良いのではないかと考える。

●“不安の表出等の場面でカウンセリング内容が含まれていることが多いため、患者、家族の窓口は看護師である場合が多い。あらためて精神腫瘍科や心理士等に個人カウンセリングを促すと遠慮、辞退するケースも多い。その場で対応できるよう外来、各病棟等にカウンセリングスキルを持つ看護師を確保することが望ましい。

●遺族に関しては現在特別な窓口がなく、院内で亡くなられた場合は、その時を共有した病棟看護師、調整を担当したがん相談支援センター看護師などが傾聴し、ともに振り返る対応をしている。恐らく、病院に来ず落ち込んでいる遺族もおられると考えられ、現状では対応は十分ではないだろうが全てを抱えていくのは困難である。複雑性悲嘆のリスクが高い遺族に対して、相談支援センターで把握していた場合は精神科などの受診につなげているが、ごくわずかにしすぎず、精神科もキャパシティを超えており病院で担える範囲は狭い面がある。

●「緩和ケアに関する相談」というより、「発病、再発に伴う気持ちの支援」等名称を変え、患者、家族、遺族が容易に看護職による看護支援外来の受診できるよう外来機能を再編するのがアクセスしやすいと考える。

●がん患者やその家族の緩和ケア提供だけでなく、ご遺族が一般病院での遺族ケアを受けることができるようにするために、外来でリソースナース(CNS・CN)活用したり、臨床心理士の配置・増員などを行う。

●緩和ケア外来や病棟での看護師の配置を増やし、時間・環境の確保。都道府県や地域のがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに、専門的な知識を持った看護師を配置する。希望者、医師・看護師が必要と判断した患者に対し、教育を受けた看護師がプライバシーに配慮した環境で行う。

●施設毎に、相談支援センターのトリアージ機能により、専門看護師や認定看護師による個別相談を受けるルートを明確化する。専門看護師や認定看護師の所属がない施設に対して、同じ都道府県内などで施設間の派遣体制をとり入れる

●サイコオンコロジーなど専門的なカウンセリングを受けることには抵抗感のある患者・家族が少なくないため、がん看護や精神看護のCNSがカウンセリングを行うこと

を病院内などに告知することが必要。利用者が直接アクセスできる、もしくは医療者からのコンサルテーションを受けるなど仕組みを作る。

●看護師がカウンセリングの必要性を判断しトリアージできる能力をつけるための研修を行う。よく鬱等の病的な心理状態の場合は、一般の精神診療を受ける。それまでは、むしろ病気のプロセス、治療法を踏まえて看護師がアセスメントした方がよい。

●3次医療圏等の身近な公共の場（小学校など）で常に相談者がいる。

●現在は、がん診療連携拠点病院に相談支援センターがあり、そこでがん患者に必要な相談をがん情報センターで開催している相談員研修を受けたソーシャルワーカーや看護師が担当している。がん看護専門看護師やがん分野の認定看護師が対応することが適切と考えている。

●地域のネットワークの中で、病院ごとの緩和ケア外来の特色や成果の情報を共有する場を作る。定期的に実施している施設に診療報酬を算定する。がん看護外来の設置。

●基本的に患者・家族を対象にカウンセリングするが、電話相談を未受診の方も応じる。

●がん患者カウンセリング料は医師と同一日でないと算定できませんが、診療と違う日程でも算定可能となれば、後日フォローを行ったり、がん相談外来でゆっくりとカウンセリングができると思います

●患者・家族・遺族へのケアの場は、在宅療養や地域の場に広がっており、病院と地域との緩和ケア連携支援に加算があるとよい。

●がん拠点病院では、がん診断を受けた患者家族は、専門・認定看護師の個人面談を受けることで診療報酬が加算されるような体制。

② 集団カウンセリングのあり方について(対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)

●がん患者やその家族の緩和ケア提供だけでなく、ご遺族が一般病院での遺族ケアを受けることができるようにするために、外来でリソースナース（CNS・CN）活用したり、臨床心理士の配置・増員などを行う。

●集団カウンセリングについては、がん患者サロンのような場を活用して、専門的な知識を持った看護師が調整を行うのが良い。開催している日時を広報などで周知して希望者が集まれるようにする配慮が必要である。

●“患者や家族がざくばらんに語り合う場の運営により、患者同士のピアカウンセリングが成立することがある、しかし、40代、50代、60代の患者は多忙で運営には参加できにくい。サプリメントや免疫療法など偏った話をする患者もいるため、集団への対応のむずかしさを感じている。

●緩和ケアの相談窓口は相談支援センターであることも多い。相談支援センターに関する指定要件は「国立がん研究センターによる研修を修了した専従および専任の相談支援に携われる者をそれぞれ1名以上」である。がんの身体的・精神的苦痛や日常生活等に緩和ケアに関する相談への対応は一定以上の専門知識を有する看護師であることが望ましい。がん診療連携拠点病院の指定要件に、専従の1名は専門看護師・認定看護師であることを追加する

●集団カウンセリングが意味するところがつかみづらいのですが・・・、例えば、患者教室やピアサポート体制を想定すると、そのような取り組みのためのワークショップ開催や教材の共有化などで、先行実施施設の方法を未実施施設が実施しやすくする。

●サポートプログラムの充実を図ることが必要である。がん相談支援センターなどが主催して行われていることが多いが、病院内で、平日の開催というのは見直す必要がある。まる

●現在、集団カウンセリングとして、看護師を主体として実施しているサポートグループに対して、一定の質を担保するための、内容に基準を設け、また研修会等も実施し、診療報酬を加算する。また、診療報酬を加算されている病院は、年に1回程度、集い、情報交換を行い、より良いものとなるようにする。現在、ほとんどが看護師らのボランティアにて実施しており、院内だけで完結しているように感じる。ネットワークを構築し、共有することが望ましい。地域においてもその成果を発表する。

●がん患者に対する情報提供や相談の場として、医師、看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカー、心理的問題の専門家などが、集団相談あるいは集団教室などの機会を行った場合、診療報酬がつくと体制が作られやすいと考える。

●集団カウンセリングの実施は、個人よりも普及しておらず、運営のための研修や、多職種連携による研修などを実施して、実践できるスタッフを育成することが急務である。

●がん拠点病院では、がん診断を受けた患者家族は、専門・認定看護師の集団面談を受けることで診療報酬が加算されるような体制。がん診療連携拠点病院で、がんサロンの開設と運営が取り組まれているが、内容や開催頻度は様々で、どのような効果が生まれているかという実態も十分に明らかにされていない。各機関が行っているがんサロンの目的や実践内容と効果等を提示するようにし、集団カウンセリングが提供できる一つの機会として機能することを期待する。ファシリテーター研修修了後の医療者等が、ファシリテーターとして参与することが望まれる。

③緩和ケアに関する相談のあり方について(対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)

●専門的な知識・スキルをもったリソースナースが対応するのがのぞましい。看護外来などで看護職が相談にのる場をもつことがよいのでは。ただ、外来勤務であればよいが、病棟との兼務の場合、リソースナースの勤務調整等が問題となってくる可能性もあり。

●”・緩和ケア専従の看護師による電話相談(対象：患者、家族)

・緩和ケアを受けている患者・家族に対する24時間の電話によるフォローアップ体制

・外来に緩和ケア専従の看護師を配置し、診察前後に相談できるようにする。

・都道府県や地域のがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに、専門的な知識を持った看護師を配置する。

・がん診療連携拠点病院以外の患者・家族からの相談が受けられるようなシステムを整備する。

●自施設を受診していない患者・家族の相談対応においては、情報源が患者家族の発信することに限定され、情報を残したり共有したりすることや、相談対応したことへの対価を求めることが難しくなるので、それらが解消されるような施策があるとよい。

●がん相談支援センターでの相談は行われているが、相談員の緩和ケアに関する知識が十分でないことも多いため、担当する看護師、MSWなどの緩和ケアに関する知識の習得が必要である。病院内で、平日の日中のみの対応については見直しが必要。

●一般外来や緩和ケア外来が曜日などによっては、家族や遺族の相談や支援の場となるような設定。外来診療という形式で行えることが望ましい。ただ、診療報酬など何らかの収益がないと、病院としては体制を整えにくいと考える。担当は緩和ケアチーム医師、CNS など。

●がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟など、地域における緩和ケアネットを築き、各機関が提供可能な緩和ケアに関する情報を共有し、連携体制を強化し、各機関のがん相談窓口や地域連携室、緩和ケア専門機関の医療者が患者・家族からの相談に応じることが必要と考える。看護師やMSWによる相談対応は定着してきたが、医師の判断が必要とされる相談内容も少なくないことから、緩和ケア医に直接相談ができる体制も必要。

●病院で、がん看護 CNS、CN、臨床心理士が相談窓口には必ず1名以上いる体制をつくる。また、電話でそれに対応できる体制を作る。また、これらの職種が、在宅の患者のもとに行って相談に応じる、訪問緩和ケア相談を行える体制にする。

④その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がん診療連携拠点病院だけでは、増加するがん患者への対応は追いついていないことを実感しているため、がん診療を行う病院には、相談システムを構築することが望ましいと考える。

●親を亡くす子などに対する支援も必要であり、学校などスクールカウンセラーとの連携も必要。

●がん診療連携拠点病院において実施者はカウンセリングスキル習得のための研修修了者を配置していることを要件とする。または配置に対する報酬化。

●患者・家族を対象としたサポートプログラムの企画・運営に関する診療報酬上の整備が必要。患者・家族にとりアクセスがよい場所や時間で対応できるように施策として推進する

●診療報酬で評価されない、患者会やサポートグループ活動や遺族ケアの実施について、病院組織だけでなく、地域の保健センター、大学など公共サービスとの協働の検討が行われる

●看護師が緩和について義務教育の場に出向いて教育することを学校教育で義務化する（専門看護師や認定看護師）

●各施設が相談件数、相談内容などの統計資料を公表する。または厚生労働省が実態を定期的に調査し公表する。

●がん経験者によるピアサポーターの育成事業を実施する。ピアサポーターに対する経済的支援を行う。

●現状では相談支援への紹介が施設内で十分浸透されていないため、入院・外来において医師や看護師が積極的にがん相談に患者を紹介するシステムを開発する。”

●がん看護専門看護師の養成カリキュラム内に、もしくはキャリアアップ研修として、

集団へのカウンセリングや専門性の高い相談が受けられるよう、また他職種の中でコーディネータとしての役割を担えるできるよう教育システムを構築する。各病院別、大学院別の差がある内容にならないよう、日本がん看護学会がコアカリキュラムを作成する。一度の研修だけでなく、継続した研修を受ける、院外における情報交換の場を作る、実践の評価を発表することも重要と考える。がん看護外来の設置：がん看護を専門とする看護師が外来を開設し、専門的ケアの窓口となり、上記①～⑤も含めたケアの実践、スクリーニングと専門チームとの連携・調整・継続支援を行うことができる。

●すべて、遺族にも窓口を設けるようにすべきだと思う SIG5。

●リエゾン精神専門看護師の配置も増やせるよう診療報酬での加算を付ける。

6.「緩和ケアチームや緩和ケア外来における各職種の適正配置」について

①緩和ケアチームでの適正配置(具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など)

●常勤の精神科医が緩和ケアチームに専任であることが緩和ケア診療加算のバリアになっている。精神科医の専任を必要としない加算の枠を新しく作る。緩和ケア診療加算算定施設でも拠点病院でも実際に精神科医が診療の 50%を緩和ケアチームに従事しているケースは少ない。地域の事情で精神科医を常勤として雇用できないケースも多い。これらは著しく制度と実態が乖離しており問題である。

●医師（精神腫瘍医）は非常勤（専従）でも能力があれば複数施設の担当でも可。教育を受けた看護師 1 名は専従、一定程度の教育を受けた薬剤師、栄養、理学、作業、言語療法士、心理士、ソーシャルワーカーなどは（母数を考慮し）兼任

●緩和ケアチームのコアメンバー（身体医、精神科医、薬剤師、看護師）は常勤がのぞましい。様々な問題が生じた場合、早期に対応ができるため。ただ、人員的に余裕がないと専従、専任は厳しいと思われるため、看護師と医師のどちらかは専従がよいと思われる。また、臨床心理士は兼任でもいいが、チームメンバーとして入っていると多職種でのアプローチにより深みがあるとと思われる。

●各病棟に緩和ケアリンクナースや医師を配置。

●がん患者に関連する各病棟や外来に緩和ケアチームに在籍するスタッフを 1 名以上配置し、早期に緩和ケアの導入が必要な患者を見落とさないように情報共有していく。

・緩和ケア認定医師、がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん専門薬剤師、OP、PT、栄養士、精神科医、麻酔科医

・緩和ケアチームを一般の病院に根付かせるためには、現在設けている加算条件から医師の基準を見直すべきである。（身体症状担当・精神症状担当を必ず置く）看護師は専任を 1 名配置して調整役を図る。薬剤師・理学療法士・MSW・栄養士は兼任で良い。

チーム内の人間関係を円滑にするためには、常勤職員が良い。

●対象患者数に応じた配置数などの目安が示されるとよい

●病棟を持たずにコンサルテーションのみでの専門緩和ケアの提供をめざすのであれば医師、看護師は常勤で専従であることが必要。薬剤師やMSW、リハビリのセラピスト、心理療法士などがメンバーとして必要であり常勤で専任であるとよい。

●緩和ケアチームのサポートと緩和ケア外来はリンクしており、同じスタッフが入院中

も外来でもサポートできることの意義は大きいですが、仕事量の調整が困難で、在宅コンサルテーションについての診療報酬の算定も始まり、ますます緩和ケアチームの専従看護師の役割遂行についての混乱が増してきている。

●緩和ケアチーム専従看護師の役割範囲や活動内容について整備する。

身体を診る医師：常勤、専従理学療法士：常勤又は非常勤、専任

精神を診る医師：常勤、専任社会福祉士：常勤又は非常勤、専任

看護師：常勤、専従臨床心理士：常勤又は非常勤、専任

薬剤師：常勤又は非常勤、専従チャプレン・音楽療法士など：兼任”

●腫瘍精神医が少ないことから緩和ケアチームの構成員を非常勤の精神科医も認めて欲しい

緩和ケア専門医師（常勤）、看護師（常勤+兼任）、薬剤師（常勤）、神経科医師（常勤）、検査技師（兼任）、放射線技師（兼任）、リハ技師（兼任）、栄養課（兼任）。

●医師、看護師は常勤で必須ですが、他の職種は非常勤でも可能ではないか。職種が増え保険点数の加算が大きくなるのは患者にとって負担となる。必要なときに来てくれるよう院内の資源としては他の職種もいたほうがよいがチームに貼り付ける必要はない。医療費の削減についても考慮が必要。

”専従：医師、看護師、薬剤師

兼任または専任：栄養士、臨床心理士 MSW、看護師の基準を拡大する。例えば緩和では有害事象あるいは各種症状マネジメントが必要であり、がん化学療法認定看護師なども必要度が高い。

●緩和ケアチームは、専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族の QOL 向上に資する職種（医事課）を含むことが望ましい。

●緩和ケアチームの加算に関わるコアメンバーとして、ソーシャルワーカーの役割は大きい。緩和ケアの経験を有した身体・精神専門医、看護師（がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、薬剤師）の他、ソーシャルワーカーのチーム所属の強化が必要と考える。

●日々の患者ラウンドと調整を行う看護師は、専従を複数配置。

②緩和ケア外来での適正配置（具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など）

●看護師、医師を複数名ずつ配置し、病棟と外来を兼任。すべて常勤で。外来～病棟間での情報の共有、ケアの質を一定にすることができる。

- ・緩和ケア外来の診療は平日は毎日行われる。
- ・医師、がん看護専門看護師
- ・専任で配置する。診療報酬が加算されることが望ましい。

●”緩和ケア外来の精神科医の配置を、精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士の非常勤に

変更してほしい。

当院は精神科医や臨床心理士が不在であるが、「精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士」という職種なら施設として配置しやすいと思います。

●緩和ケア外来は、病院の方針にもよるが、診療日を限定する場合には、兼任の医師と看護師を配置する。人員配置の基準をきびしく設けると地域の基幹病院などでは緩和ケア外来の開設が難しくなる。医師・看護師は常勤が望ましい。(診療科の医師との調整がはかりやすいため)

●“精神症状の緩和を担当する常勤医師が壁となり、都道府県がん診療連携拠点病院でも「緩和ケア診療加算」が算定できていない。精神症状の緩和を担当する医師が非常勤の場合、常勤の臨床心理士または精神看護専門看護師の配置で算定可能とする緩和ケアチーム専任の社会福祉士を「緩和ケア診療加算」の要件に加える”

●対象患者数に応じた配置数などの目安が示されるとよい

●病棟を持たずにコンサルテーションのみでの専門緩和ケアの提供をめざすのであれば医師、看護師は常勤で専従であることが必要。薬剤師やMSW、リハビリのセラピスト、心理療法士などがメンバーとして必要であり常勤で専任であるとよい。

●“身体を診る医師：常勤、専従理学療法士：常勤又は非常勤、兼任

精神を診る医師：常勤、専任社会福祉士：常勤又は非常勤、兼任

看護師：常勤、専従臨床心理士：常勤又は非常勤、兼任

薬剤師：常勤又は非常勤、専任チャプレン・音楽療法士など：兼任”医師、看護師、

●専門看護師、認定看護師の専任常勤を配置

●看護師は常勤で必須と思われます。医師でなくても、修士課程を修了したがん専門看護師が外来を持つことも経済性の点で有効な手段である。医師とがん看護専門看護師で2つの外来を開けることができる。薬剤については医師のスーパーバイズを受ける体制にすれば法的にも問題はない。

●外来緩和ケア管理料は緩和ケアチームでないと算定できないため、一定の要件を満たした医師による診察で算定できるようにする。

●“緩和ケア外来の精神科医の配置を、精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士の非常勤に変更してほしい。当院は精神科医や臨床心理士が不在であるが、「精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士」という職種なら施設として配置しやすいと思います。

●緩和ケア外来には、専従のがん看護専門看護師が配置されることが望ましい。そこから、必要に応じて他の専門職に連携していくことによって、継続的に患者と関わる事が可能な職種が必ずいることが重要と考える。情報共有のためのカンファレンスなども重要であるが、多種の専門職が関わることを想定して、看護師がコーディネーターになることが望ましい。

●看護師が行う緩和ケア外来において、在宅支援部門の職種、薬剤師、管理栄養士と連携しているが、この連携時に加算があると、質の高い豊かな緩和ケアを患者や家族に提供しやすくなる。

●通院がん患者のがんサポートにおいては、治療と在宅生活の継続をサポートする専門職が必要であり、症状緩和を専門とする麻酔科医等の他に、抗がん治療に携わる医師や、がん化学療法、放射線療法等の分野に特化せず、がん医療・看護を総合的に関わること

ができるがん看護専門看護師の配置が必要と考える。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●緩和ケア外来の果たす役割は大きく、緩和ケアチームで入院患者を担当する常勤看護師以外で、緩和ケア外来を担当する専任看護師（認定看護師・専門看護師）の配置を「外来緩和ケア加算」の要件とする

●“緩和ケア外来へのがん看護の専門・認定看護師の配置に伴う診療報酬の加算があると望ましい。

●“緩和ケア診療加算を算定している施設が実際には要件を満たしていない施設がある。拠点病院でも実際には要件を満たしていない施設がある。緩和ケアチームの活動実態について行政が監査を行うべきである。

●がん看護専門看護師の養成カリキュラム内に、もしくはキャリアアップ研修として、集団へのカウンセリングや専門性の高い相談が受けられるよう、また他職種の中でコーディネータとしての役割を担えるよう教育システムを構築する。各病院別、大学院別の差がある内容にならないよう、日本がん看護学会がコアカリキュラムを作成する。一度の研修だけでなく、継続した研修を受ける、院外における情報交換の場を作る、実践の評価を発表することも重要と考える。がん看護外来の設置：がん看護を専門とする看護師が外来を開設し、専門的ケアの窓口となり、上記①～⑤も含めたケアの実践、スクリーニングと専門チームとの連携・調整・継続支援を行うことができる。

●緩和ケアチームは組織の中で、外来や入院などの部門の壁なく、さらに地域と行き来して活動できるような、職種や位置づけをもたせるよう政策的な工夫がほしい。職種が集まりにくい組織の位置づけ、地域との壁などがまだ現実には多くある。

●経済的問題に関して、MSW や医事課などの職種を条件にしていくことも、高額化していくがん医療に対して、社会的な側面での支援として重要と思われる。

7. 「患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制」について

①入院医療機関と診療所での連携のあり方。“二次医療圏内の連携の度合いを強化し、都道府県の支援も明記する。

●“入院医療機関の設定が、おそらく拠点病院となっていると思われますが、拠点病院・大学病院からのがん難民が、やっとの思いで一般病院にたどり着き、がん治療や緩和ケアを受けている現状があります。

連携パスに関してもそうですが、入院医療機関とは拠点病院だけでなく、がん治療・緩和ケアを行っている一般病院にも枠を広げてほしい。

がん患者がますます増え、拠点病院だけではすべての患者を診察できるのではないことから、拠点病院、一般病院、診療所の三者での連携を考える時期に来ていると思います。また、緩和ケア病棟は待機期間が長く、入棟できる患者が少ない現状にあります。また、生活保護世帯の増加や経済的に困窮している世帯も多く、緩和ケア病棟への入棟が困難なため、一般病院での入院になっています。

●地方の特性にもよると思うが、病院間の競争原理で生き残る現状の医療システムにお

いて「連携」にも組織の利害も根底にあるのか、「対等に連携」でない場合もある。行政のリーダーシップが弱いと、この構図が強くなると感じる。

●東京都には中規模病院が少なく、患者・家族の中には一つの総合病院や大学病院ですべて見てほしいという要望があり、なかなか地域の診療所に移行できない現状がある。元々かかりつけを持っていない患者が多く、夜間過ごす自宅と日中の生活圏（職場に近い病院で治療をする）も違うことが多い。治療が出来なくなってから在宅医との関係を始めるため、患者は苦痛をうまく伝えられなかったり、入院医療機関から見捨てられたと感じがちである。しかし、早い時期には在宅医療や診療所を利用するのは費用負担が大きく、拒否感もあるため特に医療処置が必要ない若い世代は連携しづらい現状がある。

「私のカルテ」など患者情報を共有できるシステムは重要ではないか。

●ケースや対応する医療機関、介護サービスの多様性のため、クリニカルパスでの運用には限界が大きい。

●入院医療機関と地域医療を担う診療所などの連携は不可欠であると考える。在宅移行の場面だけでなく、講演会・研修会などの教育の場を通じて、日頃から連携強化をはかり顔の見える関係を作っておくことがのぞましいと思われる。

●在宅からの再入院はベッドの数の問題もあり、スムーズではないように思う。

- ・前回入院していた病院にスムーズに再入院できるシステム構築が必要。
- ・書面上での部分的な情報の共有では、患者の経過を踏まえたケアが困難。情報のデータベースの一元化が必要。
- ・退院支援に積極的に取り組んでいる病院に診療報酬が加算される。
- ・病院看護師と訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャーなどによる合同カンファレンスの実施

・診療情報の提供だけでなく、看護師間でも情報を共有し、常に質の高い看護を提供できるような支援体制を構築する必要がある。

●院医療機関のある地域ごとに、在宅診療を行う診療所を数箇所指定して連携を行う。24時間在宅支援診療所に対する手厚い待遇が必要である。

●がんの診断時からがん治療を担当する医療機関と、在宅緩和ケアを担う診療所が並行して診療を行うこと。在宅緩和ケアを担う専門の診療所と緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟が連携し、在宅緩和ケアを担う診療所の相談に速やかに応じ、至急入院できる体制があること

●互いに診療情報提供書と報告書をきちんと取り交わす緊急時の連絡先と対応、方針を明確にし、記録に残しておく

●がん治療と並行して診療所での併診ができれば良いと思う。

●必要時に、相互に診察やケアの相談を受けることができること。患者の入院希望時の迅速な対応ができること。入院時より退院調整に取り組むこと。

●診断期から終末期まで、治療選択や療養の場の選択をナビゲートできる看護師ができると医療機関の多様性を看護サービスでカバーできる

●がんの初期治療時または終了後から、入院医療機関と診療所が併診できる体制をつくる。診療所の力量によっても診療可能範囲が異なることが課題であるが、連携パスの推進に基づき、内服の抗がん剤や副作用管理は診療所で行うなど

- ホームドクター、専門的医療コーディネーター（看護師）が機能すると望ましい。
- ・入院医療機関が中心なのか、診療所が中心なのかをどこか決めないと、患者は多様な病院を探し、そのつどケアが切れてしまっているのです、どこかで常に継続した相談ができる窓口を1つ持つ。
- 専門看護師、認定看護師は患者の病状を把握した上で、必要な心理的ケアを提供しながら連携調整業務ができることから、連携部門に専門看護師、認定看護師を配置する必要がある。特に専門的な緩和ケアが必要な患者。
- 入退院センターの活用。早期に連携の必要性や具体的連携方法について検討や情報収集を行う。
- 普段からがん診療連携拠点病院や地域の総合病院の医療者（看護師）は地域の診療所や訪問看護ステーションと、研修会や事例検討会等を行って協働しながら地域連携システムを構築していく必要があると考える。がん患者や家族のニーズに応じて、緩和ケアの提供や療養場所の選択などの意思決定支援などスムーズに行えるようにタイムリーな情報の提供や支援が必要である。
- 退院調整看護師を置くことに対して加算がついていることは、患者と家族の意向に応じたニーズをくみ取り、病診連携につなげることに役立っていると感じる。もっとがんに特化して強化してはどうかと思う。すべての患者に看護情報提供書を作成する。
- がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟など、地域における緩和ケアネットを築き、各機関が提供可能な緩和ケアに関する情報を共有し、連携体制を強化することが重要。緩和ケア連携パス等を取り入れている県をモデルとして、各地域単位で緩和ケアネットワーク等の立ち上げと連携強化が必要ではないかと考える。

③ 切れ目のない連携とは何か？

- 患者・家族が希望した医療の形を継続しながら、安心して生活できる連携であると考ええる。
- 療養環境に変化が生じた際に、これまでのケアや患者の思いが新たなケア提供者によって継続されること。
- 看護の視点を生かし、病気のフォローだけでなく、社会へ戻る患者の生活も含めて支援すること。
- 患者が入院した時点から、在宅移行が可能であるか否かのアセスメントを訪問看護師を交えてアセスメントを行うなど、早期から準備ができる体制を作り、入院中に行っている症状緩和の技術を伝え、在宅に移行してもそれらのケアが提供されることが切れ目のない緩和ケアのための第一条件であると考ええる。
- “患者の身体やこころなどの苦痛、療養生活の整備状況などについて、入院施設、在宅医療分野のそれぞれの情報が途絶えずにつながっていること。
情報を共有することで、患者や家族が初めての闘病体験で戸惑っていても必要なものを提案出来たり、あるものを上手く使えたりする事につながる。”療養の場が病院から自宅へ移行する、または逆の場合に、患者、家族の意向に合わせて療養の場の移行ができ

る限り迅速にスムーズにできる連携をとれることが望ましい。

●がんの診断時からがん治療を担当する医療機関と、在宅緩和ケアを担う診療所が並行して診療を行うこと。在宅緩和ケアを担う専門の診療所と緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟が連携し、在宅緩和ケアを担う診療所の相談に速やかに応じ、至急入院できる体制があること

●対応する施設や医療者が変わるときに「切れ目」や「つなぎ目」ができるのは当然と考える。どこにそのつなぎ目があるのかを認識するために、また、患者と家族の意向に応じるという共通の目標を確認するために、よく話し合ったり、連絡を取り合ったりできることが必要と考える。

●患者・家族の意向に応じて、必要時、相互に診察やケアについての相談ができ、かつ診察や訪問看護などに同行することにより、診断時からの継続的な状態についてお互いが知っておくこと。

●がん看護や緩和ケアについての基本となる教育を、さまざまな場で活動する看護師が共有する。

●患者・家族が、医療施設を退院し、地域で生活する中で、その人らしく生活することが可能であるために必要な、継続的な支援である。

●医療者から見るのではなく、個々の患者の人生を主体に考え、個々の状況に必要な専門家、資源が加わっていくということ。必要な人が必要な時に、適切な方法で患者に関わり、加わっていく。医療者の観点から継ぎ目のないと捉えるのではなく、患者の立場から捉える。

●がん患者や家族の心身の状況を予測し、タイムリーな情報提供や意思決定支援、ケアの提供が行えるような連携。

④ 具体的な連携方法は？

●IT 機能を強化してテレパリアティブケアの提供機能を地域全体で運用することへの工夫を強化するのも一案。物理的に離れている距離を如何に連携していくかは、地方では重要なポイント。

●医療内容や療養先の選択における具体的な情報提供、医療者同士の顔の見える関係（多職種や同職種同士のネットワーク）、退院前の合同カンファレンスの開催など。

- ・データベースの一元化

- ・病院と診療所のネットワークを構築する。

- ・看護サマリーの形式が統一される。

- ・地域医療を担う医療スタッフが顔を合わせる機会をもつ（定期的な事例検討会、勉強会の開催など）

●電子カルテシステムなどを効果的に活用し、データベースの共有を図り、連携する病診間で、今後介入が必要となる人の情報を適時的に入手できるようにする。

●5大がん及び前立腺がんの地域連携クリティカルパスに加え、緩和ケアの地域連携クリティカルパスの運用

●診療所等地域医療者の入院病院への出入り、診療録閲覧等の自由化？（登録制度等で）、

地域における統一電子カルテ等の導入、通信による同一電子カルテ閲覧

- 治療病院・緩和ケア専門病院・訪問診療所の役割分担・受け入れ態勢が明確になっていること

- 患者・家族の意向を明確にしておくことが大前提。電子カルテなど診療・看護に関する情報の共有。退院調整看護師の明確化。窓口の一本化。地域緩和ケアパスの運用。担当医のように担当看護師も明確化する。

- 治療初期からのかかりつけ医の設定。病院の役割分担についてきちんと説明できる医師の教育。

- 退院調整を行う施設の部署が、再入院が必要になった際には、入院調整も行うようにする等、入院施設と在宅をつなぐ箇所に双方向の機能を持たせる。(飯野、千崎、水野)

- 多職種によるカンファレンスや情報ツール(マイカルテ等)が必要である。現在は、診療情報提供書の内容に医師により差があるため、一定の書式が必要と考えている。

- ネットワークシステムを活用したタイムレスな情報共有、定期的なカンファレンスの実施

- 入院医療機関と診療所だけでなく、在宅医療を支える訪問看護師を中継し活用する。診断期・治療期の外来でのスクリーニングの強化とツールの活用(OPTIM 生活のしやすさ質問票など)。

- いのもてる情報や知識、資源に関する情報共有を開示して、患者や家族のがんの病状や治療後の後遺症などに適した、継続的な支援を、緩和ケアチームやその他の組織内・地域資源が協働してコーディネートする

- ん治療に関して診断から病気の経過を記録で残す「My カルテ」を作成する。患者自身が管理するがん治療の経過を活用する。

- 者・家族の意向は、病期や治療状況等によっても変化していくものであり、医療という視点だけでなく、患者家族の生活という視点からも、意向の内容と変化を支持し、つなぐ調整役を担う医療者が必要である。この役割には、がん診療全体に関わりながら、患者・家族の意思を擁護したり、提供できる最善の医療とケアの資源の分配を考え調整できる、がん看護専門看護師をがん拠点病院に1名以上配置することを望む。

地域における電子カルテの共有。

- 例えば、域ごとに緩和ケア連絡協議会のようなものを作り、その体制に加わっている診療所に何らかの診療報酬上の加算をつける。

④その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

- 末期がん、最後の看取りに対応できる医師、訪問看護が少ないことは、在宅を希望するがん患者と家族に対する継続支援の大きな課題である。

- 病院、施設、地域、在宅がお互いに、リソースの情報を知ることができない。開示されていないので、自分たちで手探りのリソースマップを作っている。地域や在宅のリソース情報が、自治体ごとに把握できるような政策を工夫してほしい。

- 地域や在宅では、がん医療や看護に関する最新情報が欲しいと言われるが、お互いに

調整がつかず情報共有が十分にできていない実態にある。地域により取り組み格差が大きいことを実感しており、勉強会などを開催する支援があるとよい。

●現行の診療連携推進基本計画では、がん患者の地域医療連携パスの推進を目標に上げていたが、作成するだけで、実際の連携に役立っていない施設が多い。地域連携パスを（つなぐ）連携部門の人員体制を確保する必要がある。

●療養の場が病院から自宅へ移行する際に退院前カンファレンス等で、今後診療して下さる医療者（医師、看護師）ができる限り顔の見える関係性のもと、連携していくのが望ましい。

●「退院調整加算」は退院困難患者対象という印象があるが、がん患者では緩和ケアの連携がほとんどを占める。診断時からの緩和ケアの連携も明文化して追加し、40 歳以上という年齢制限をなくす

●診療連携拠点病院の指定要件に、一定割合以上の在宅緩和ケアを担う専門診療所との連携を加える医療連携クリティカルパスの計画策定病院と連携医療機関の届出を廃止し、地域連携クリティカルパスの発行で「がん治療連携計画策定料」を算定可能にする
「在宅患者緊急入院診療加算」の算定要件を緩和する（患者・家族への文書による連携病院の説明や 24 時間以内の送り側の診療情報提供書の発行などを廃止）”

診療所医師の入院病院への出入りの自由化、地域における統一電子カルテの導入における報酬化

●同カンファレンスを行った際、診療報酬を算定できるようにする

●がん医療の登録の推進と、連携パスの導入

医師同士・看護師同士など関係者間の交流の場、機会。

●療所や病院施設における医師・看護師の知識や技術の底上げ

●治療の合間やがん治療終了後、サバイバー期は、質の高い生活を自宅で送れるよう、診療所の医師が受け持つよう連携することが重要と思います。診療所の医師の中には、緩和ケアへの理解が少ない医師もおられ、マネジメント困難になるとすぐに一般病院へ入院を勧めてしまいます。緩和ケアを専門とした往診医に紹介すればよいと思われるケースもあり、診療所間の連携も必要と思います。また、調剤薬局との連携もますます増えていくと思います。

緩和ケアの教育体制(研修体制)

8. 「3 年以内にこれまでの緩和ケア研修の体制を見直す」という個別目標について

①研修の質の維持向上のための実施体制について。

●現状実施の研修も実務者確保に難渋しているが、拠点病院の要件等に含めることが必須。

●PEACE や ELNEC-J などの研修会をバックアップするための体制（組織の理解、経済的なバックアップも含む）経済面でのバックアップは、公的な資金からの援助があることが望ましい。

- 緩和ケア病棟や緩和ケア外来での研修に外科系の医師も含める。
- これまでは、がん診療拠点病院が参加者を応募してその病院で研修を行うというのが、慣例であったが、拠点病院から離れた地域に出向いて行うことが必要。(奈良県では過去に一度、過疎地に出向いて研修を行って、周辺の医師の参加が多かった) ”
- 東京都では、参加者が増えないために単位制での研修の企画なども検討されていると聞く。在宅医など、土曜日半日は勤務していることがあり、土日連日などの研修は参加が困難であるかもしれない。しかし、病院では特に熟練の医師から多忙な中、手術より優先するほどの価値はない、それほどメリットがないという言葉が聞かれており、運営方法を変えても参加する可能性が低いように見受ける。
- がん診療連携拠点病院による研修の実施(拠点病院の整備が進んでいるため継続すると e-learning の整備(受講生にとって研修に出向く時間、経費の削減につながる)これまでの実施体制で、受講者が満足しているのか、受講したくてもできなかった人はどのような理由があったのか、受講した人の地域性に偏りはなかったか、などについて確認して、対策を検討する必要があると思う。知識習得については e-learning を活用し、事例検討やグループ討議などは集合するなどの効率化も必要。
- 各病院に緩和ケア専門の医師が 1～2 名しかいない場合、緩和ケア研修会をほとんどその医師が行うか、名前だけ出ている医師(実質緩和ケアを行っていない医師)が緩和ケア研修会を行う事になる。地域で協力しあい、いくつかの病院の緩和ケア専門医が 1 つの緩和ケア研修会を行う事ができるようになると良い。
- 現在は医師に対する研修のみ。緩和ケアが多職種で行われるという名のもとに、多くの看護師がかなりの時間を割いている。協力するのはよいと思うが、協力するのであれば多職種チームでの学習にふさわしい内容の検討が必要。他職種研修の義務化。
- 国立がんセンターから統一された研修内容を拠点病院に発信し、同様の研修が各拠点病院で実施されている現行の体制は、質の均てん化の観点からは良いと思う。課題は、より多くの医療従事者が研修を受けられるよう、研修開催回数の増加をどのように行うかであり、支援病院の増加や協力が必要である。
- 医学部も看護学部も基礎教育でも実施するが、専門的な教育はライセンス取得後の教育である。
- 緩和ケア研修のフォローアップ研修。

③ 研修の質の維持向上のための研修内容について。

- 質向上のためには、受講後のフォローアップ研修が必要。
- パブリックコメントを反映した研修内容にする。
- 研修内容は、殆んど毎年変化することが無いが、医療制度や医療の内容は毎年変化するので、マニュアル化されている内容はマイナーチェンジが必要である。”
- 現在日本緩和医療学会のもと、看護師に対する緩和ケア教育は ELNEC-J、医師に対する緩和ケア教育は PEACE として実施されているものがあるが、これらの質の維持向上を図っていく必要があるだろう。
- OFF-JT、OJTを踏まえた研修内容とフォローアップ研修(研修後の課題整理

と対策立案等)の充実

●緩和ケアとして目標とする状態を設定して、そのために必要な内容であったかを評価したうえで、内容の再検討が必要と考える。また、受講者が研修修了後にどのような内容を有効活用できているか、という点での評価も必要と考える。

●“現行の緩和ケアの概念やスキル、及び、作成された事例を検討する研修に加え、参加者が実際に困った事例や問題を提示してもらい、他の参加者の医療従事者や緩和ケアチームと協働で解決策を見出すという研修内容を盛り込むことで、より身近な知見を得たり、緩和ケアチームとの連携のメリットを感じられる機会となり、質向上に繋がると考える。

●座学の講義よりも、コミュニケーション研修のようなロールプレイが有効。教材の見直し。がん治療に関する知識も必要。

院内でできる内容と緩和ケア研修でしかできない内容を分けて、院内でできるものは緩和ケア専門医師とがん看護専門看護師とがん領域の認定看護師で協力して実施する。

症状緩和、コミュニケーション、倫理的問題。

●カウンセリングといった心理的サポートに関する内容、疼痛マネジメントといった症状マネジメントに関する内容を事例検討方式で深める。また、中央で行わなくても教育の中核拠点を整備し、機能を移譲する。交通費だけでもばかにならない。

連携方法や社会・福祉的資源の活用に関する内容、最新情報に関する内容など

●緩和ケア研修に、在宅・地域での緩和ケアについて具体的な内容を盛り込んでほしい。在院日数の短縮化や、急性期、療養などの病院機能の分類により、在宅・地域での緩和ケアは、がん患者の病気の時期を問わず重要になってきているので盛り込んでほしい。

●緩和ケア研修によって、がん性疼痛をはじめとする身体症状緩和スキルは向上したことを実感していますが、せん妄以外の心理的苦痛や精神症状の評価と緩和については、依然と苦慮している医療者が多い。心理・精神症状に関する教育内容の充実や、教育技法の修正等も検討する必要があると考える。

④ 修指導者の質を維持向上のための指導者教育について。

●指導者の育成に力を入れるべき（指導者講習会を受講した後のフォローアップが重要）、教育技法などしっかりとフォローしてほしいと思う。

●研修指導者教育は、都道府県単位で定期的に行い、指導者になったあとも継続した学習を積むことを課すのが望ましい。

●研修指導者は、定期的にフォローアップ研修を受けているようではあるが、ある程度関係性が出来ており、医師のプライドへの配慮もあり、批判はできないよう改善には至らないようである。①で挙げた研修の内容の洗練を行っていく必要があるだろう。

『緩和ケア』の知識等の向上のみならず、ティーチングやコーチング、プレゼンテーションスキル等を踏まえた研修内容とフォローアップ研修の充実指導者同士の意見交換や教育指導場面の事例検討などの機会も必要と考える

●能力啓発、人材育成、効果的な教授方法、ポジティブフィードバック、チーム構築など、指導する側の認識が重要だと思う

看護師については、すでに、認定看護師や専門看護師の教育が多々行われていることの認識が必要かと思います。

- ・研修や認定を受けている看護師が、成果を上げられていないことが、患者家族に質の高いがん看護を認識してもらえていない現実につながっているように思われる。
- ・すでに 1000 名以上の専門看護師や認定看護師が成果を上げられるよう、看護管理者を巻き込み、がん看護・緩和ケアにおける組織課題を明確できる仕組みを検討する。

●「医師への指導者研修だけでなく、医師を含む緩和ケアチームメンバーへの指導者教育の実施が必要ではないか。

●②をすべて終了しており、実務経験を重ねている者。それらに関する教育・研究に携わっている者。文科省と厚生労働省委託事業に整合性をもたせ有効活用を考える。知識レベルでは研修をたくさん受けている人がいるので、ラダー方式でクリアできる。むしろ事例や討論を用いて深めることが大切である。

●指導者は医師が主であるが、指導者を担える職種を拡張し、学会や自治体などで、緩和ケア研修指導者教育のプログラム機会を増やしてほしい。絶対的に指導者数が不足していると実感している

⑤ その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●PEACE 緩和ケア研修は「医師のための研修」とされているが、専門・認定看護師はファシリテーターとして協力している。しかし、医師がもらう日当の 1/4 しか支給されていない県もある。一方で医師・看護師ともに同じ日当の県もある。それらの不平等を無くさなければ、看護師は自分の休日を返上してまで協力をし続ける気持ちにならない。

●医師のみならず各医療職者が参加する研修において自己研鑽で終わることがないよう、研修に対する付加価値（報酬化、認定制等）を付ける。

●第 2 次がんプロで指導者養成教育に文科省の予算がつき、大学院での指導者養成が進むことが期待されるが、大学院教育と卒後研修をリンクした企画が組まれるとがんプロの利用学生が増えるかもしれない。

9. 「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アを理解し、知識と技術を習得する」という個別目標について

①全ての医療従事者とはなにか？（優先すべき職種等）

●医師、看護師、その他の医療者すべてでしょう。がん疾患に関係ないとする循環器領域の医師との接点、働きかけも重要（一般病院ではがん患者を診察する頻度が少ない医師は関心も低い）看護師、医師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、栄養士、理学療法士、作業療法士、放射線技師、検査技師、臨床工学士、保健師、ケアマネージャー など

●医師、看護師、薬剤師、MSW、相談員、患者・家族の意思決定や直接ケアに関わる職種は優先されるべき。間接的な関わりとなる職種についても、知識は必要と考える。緩和ケアを提供する同じ施設の職員（医療者）として、どんな形ででも患者・家族につながる役割を果たしていることを自覚してもらうことは必要と考える。

●がん患者がこれだけ多い日本の現状を踏まえると、日本の看護職は全てが、がんについて、患者家族に理解いただきたいと思うことと同じレベルでも理解できるようになる必要がある。『すべての看護師』『がん治療を提供している部署の看護師』『がんを専門としている看護師（認定・専門）』の段階に分けた看護師数の試算と、教育体制整備が行われる

●専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族のQOL向上に資する職種（医事課）を含む。

●入院医療機関の医師・看護師・薬剤師・栄養士・診療放射線技師・会計窓口担当者。がん治療の薬剤の処方を行う薬局の薬剤師や会計窓口担当者。都道府県・市町村のほか、産業の場で活躍する保健師、学校の養護教諭にも正しい知識の普及が不可欠である。

② 職種別の研修を検討すべきか？

●職種別研修と全ての医療者合同の研修が必要である。

●緩和ケアといえば、終末期のがん患者が受ける医療、生産性の低い医療という認識が、小規模診療所で勤務する医療従事者の中には根付いている場合が多い。診療所やクリニックに勤務する職員に対しても研修を受ける場を設けることが必要である。（切れ目ない緩和ケア提供のためにも）

●「基本的な緩和ケア」は苦痛の包括的アセスメント、コミュニケーション、疼痛などの基本的な対処方法、多職種との連携等であれば、職種別の研修である必要はないチームでのシミュレーションのような研修があるべき。

●各職種研修修了者がチームとなって、チーム等の研修を実施”
内容によって考慮するとよいのではないのでしょうか。

●職種別の研修も必要であるが、職種独自の考えや仕事内容などをきちんと知るためにも、全体の研修は必要である。

●職種ごとに内容は異なるので、全職種網羅するのは現実的ではない。医師と看護師以外でもPTなど直接身体に介入する職種は研修が必要である。あとは自分の専門の領域でそれぞれ勉強して頂くのが現実的である。

●看護師に対しては新たに全ての看護師に対する研修は必要ないと考える。拠点病院などでは既に継続教育として基本的な緩和ケアの研修は実施されていることが多い。多大な労力をかけて薄く広い基礎的な研修を今からする必要性はあまり高くない。それより、以前に厚労省による「がん看護に強い看護師養成プログラム」として実施されていたよ

うに、それぞれの病院において緩和ケアの軸となる看護師を養成するほうが現実的であり、益も多いと思われる。

●職種別の高度な実践を目的にした研修も必要であるが、活動が職種によって細分化されないよう留意する必要があると考える。がん患者にあまりに多くの職種やチームが関わり、患者自身も誰が何をしようとしているのか分からない状態のことがある。例えば、生活障害を残す治療に関わる職種が集まるなど、共通部分がある分野では共同の研修も必要と考える。リハビリテーションといった大きな枠組みのみでなく、がん腫や治療法によって分けた形で、多職種が学び合う機会があると良い。

●5年以内に全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解するには、職種別ではなく、多職種合同で、基本的な緩和ケアの知識を焦点化して実施する方が現実的に達成可能と思われる。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●チーム医療を円滑に行うための知識・技術的習得が望まれる。

●教育的立場（大学・専門学校）でもチーム医療や緩和ケアの必修単位を設け、知識技術習得を目指すのが理想。

●eラーニングなど、いつでもどこでも受講可能な体制の整備が望ましい。各職種の研修受講の要件かまたは報酬化、加えチーム等の要件として各職種が集まって参加する研修を修了する。

●緩和医療学会の看護師への教育ではELNEC-Jの研修を行っており、すでに指導者が470名余り、受講修了者が1000名を超えている。診断時からの緩和ケアとは、すなわちがん看護として蓄積してきた知識・技術があるため、がん看護学会でのカリキュラムをにそってアウトラインを作成し、ELNEC-Jと合わせて教育できるような施策づくりが必要。

●看護師に比べて医師の緩和ケアの理解は遅れている。医師が医学生に緩和ケアの教育をするよりも、医学生、看護学生、薬学、検査の学生に合同で緩和ケアのケースワークをさせ、学生同士で学び合わせる方が効果を望める。医師養成の教育基準にもこのような教育の場がもてる枠組みが欲しい。

●特に在宅療養での緩和ケア体制は不十分であり、在宅支援診療所、訪問看護ステーションの質の向上が急務である。

●がん診療に関わる医療者が拠点病院でなくても習得できるよう例えば、300床以上の病院としてはどうか。

●がん看護専門看護師が県や各診療連携拠点病院の企画・運営に参加し、その病院の実情にあった方略を考える。組織横断的な活動に精通しており、調整もできる。

●都道府県拠点病院ががん看護専門看護師、認定看護師が最新の知識や技術を習得するためのフォローアップ研修を開催する。

●専門学会が共同で研修システムを構築する。

●WEBなどでの受講手段を工夫して研修を実施することで、過去5年間医師対象でも全てに緩和ケア研修ができなかった部分を、改善できるかと考える。

●医療機関については、研修スタッフが医療機関に出向いて研修会を開催できるようにする。また、e-learning やスカイプの活用も検討する。特にベテランの医師が、ロールプレイを嫌がって研修参加を躊躇すると聞くので、所属施設へ模擬患者が訪問して対模擬患者への診療の様子をビデオで撮り、後で専門家のコメントを聞けるような体制を整える。

10「拠点病院では、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する」という目標について

①拠点病院における研修修了者数等の情報について(どこまで公開？指標となりうるか?)。

●研修修了者を公開することで、患者が医師を選択する幅が広がると考える。しかし、研修を終了したということのみでは本当に患者が望む緩和ケアが受けられるという指標にはならず、肩書や名目上だけの研修になってしまうことも懸念される。情報開示する際には、医師の専門や治療・ケアの方針なども合わせて記載すべきである。

●研修を義務化している施設があるため、研修を受けた医師の割合は必ずしも指標とはならない。実際には、がん患者と殆んど接する機会が無い診療科の医師もいる。

●研修に参加しても2日間のみであり、実益は伴わないため緩和ケアの能力向上の指標にはなりえない。研修医など若い世代の参加はあるが、上級医師はなかなか参加しない現状があるため、数だけでは評価が困難。研修を受けても研修医は2年後には離院するため、拠点病院が努力して指導した内容と数は相関しない。公開については、強制力が働き、参加者数が増加する可能性がある。

●国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん情報サービス」がん診療連携拠点病院の個別ページに、研修修了者数は公表可能である（

●研修の重みづけがなされていること、認知されていることで、研修修了者の数が指標となるのではないかと考える。そのため研修の重み付け（付加価値）と広報がか？

医師や施設が緩和ケアに対して取り組む意欲を示す目安にはなるかもしれないが、経験値などはわからないので、実質的な緩和ケアの質を示す指標にはなり得ないと思う。公開することになれば、緩和ケア研修の受講率は上がることが期待できるかもしれない。

●“病院全体及び診療科や部署別の研修修了者の数・パーセントを公開することはよい。これが全てではないが、緩和ケアに取り組む意識や理解の1つの指標となりうると思う。

●何名中何名が研修を受けているという情報は表に出すようにしないと、全員受けられないのではないかと。受講人数は指標になると思います。

●公開内容：研修修了者の実数、割合指標について：状況により、指標になる場合とない場合が想定される研修を修了して、どのように貢献したかといったことのアウトカムは必要と考えられる

●公開するべきである。少なくともその病院の緩和ケアに対する取り組みの姿勢の指標にはなる。

●緩和ケア研修を修了した医師は増えてきているが、研修を行ったアウトカムが個人のスキルアップや加算取得のための必要要件程度にしか反映されていない現状がある。患者・家族が相談できるための情報提供のためにも必要だが、自施設内においても研修修了生の情報が明らかになっているとは言い難い状況にあり、チーム医療を活性化するための医療者側の情報として、研修修了医の氏名までを公開してもよいのではないだろうか。指標となりうるかどうかは不明だが、がん診療に力を注いでいる機関という指標の一つにはなりうると思う。)

●拠点病院であっても、病院全体ががんや緩和医療に目が向いているとは限らない。経営状態や人員不足により研修は「緩和ケアチーム任せ」もある。組織を挙げて積極的に研修に参加するように呼びかけることが難しい施設もあるため、修了者数の公開は組織を動かすきっかけであり、利用する患者や家族は病院を選ぶ指標になると考える

② その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がん患者の診療や治療に携わる可能性がある医師は、診療拠点病院以外にも、多く存在する。しかし、医局制度の変化によって、医師不足となった施設の医師は週末2日間、他施設に出向くことは難しい状況であるため、がん診療拠点病院以外の場でも研修を開催し、がん患者の診療に携わる医師が研修を受けやすい環境を整備することが急務である。eラーニングや単位制など、研修を実施する指導者の負担にならない、受講者が受講しやすい方法の検討が必要

●公開することについての規則づくりが必要。)

●臨床研究に「研究倫理の研修」が必須になったように、がん医療に携わる医師への必須研修とする

●医師の研修は、WEB や教材の視聴など各自が自由な時間に受けられるようにし、WEB による所定の試験に合格したものという基準を設けると、緩和ケア研修修了医として認定、公開する意義はあると思う。

●医師は、的確に標準治療を提供するだけでも、多忙である。医師のチームとしての調整力も緩和ケア研修に含めて、医師だけでなく、看護師らを多職種を活用できる力をつけて欲しいと考える。

11. 「精神心理的・社会的苦痛に対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進める」ことについて

① がん診療に携わる医療従事者とは？

●医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、放射線技師、検査技師、臨床工学士、保健師、ケアマネージャー、看護助手、病院管理者など。

●看護の視点は不可欠であり、看護師は、患者の最も身近な存在として、患者の精神心理的・社会的苦痛を患者の生活に照らし合わせて理解することが可能である。

●がん診療連携拠点病院であれば、そこで働く医療者が施設としてがん医療に取り組んでいることを理解して、それぞれの持ち場で患者・家族に関わることは、細かなところで精神心理的・社会的苦痛に対応することにもつながると考える。

●看護師はもともと心理社会的な苦痛に対応するよう教育を受けているが、日常的に行っているために評価されていない。看護師こそ心理社会的苦痛に対処する専門家としての人材であり、育成も強化すべきである。

●看護師（全ての看護師であるべきだが、特に（リエゾン）精神看護専門看護師、がん看護専門看護師・認定看護師）、心理職、

●専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族のQOL向上に資する職種（医事課）を含む。

②どのような人材育成を考えるのか？

●癌疾患、治療に対する基本的な理解、各職種は何ができるかなど、異職種同時に育成するプログラムも必要。どの職種もある一定のレベルでディスカッションが可能となるように、緩和ケアの基礎を学ぶこと。

●がんを患った患者と家族の立場になって物事を考えられる人材。・変化しやすいがん患者の精神・心理的苦痛を理解する機会が多いのは、医師のみでなく、患者の日常生活をサポートする看護師や理学療法士など毎日決まって患者の側に行ってケアを行う職種であることから、これらの人材が患者の精神・心理的苦痛に対応できるように育成するプログラムが必要である。

●基本的なコミュニケーション方法の獲得と、それぞれの病院の相談窓口の周知徹底を行い、患者家族に紹介できる状態まで。多くの医療従事者は時間外にも研修に参加するなど努力しており、疲弊している。高くを望むのではなく、院内や地域のリソースに繋ぐ状態に病院職員全てに周知。

●「精神心理的・社会的苦痛に対応できる」→まずはコミュニケーションスキルの向上患者・家族の体験を素直に理解できるような人材育成の機会があるとよい。理論的なことや心理過程などの特徴について理解して、共感や傾聴のスキルが身につくとよい。

●看護師やMSWは基礎教育も含めて対応方法について学習しているが、その他の職種は学習する機会がほとんどないと思われる。基本的な知識の取得とそれぞれの職種が臨床場面でよく遭遇する精神心理的・社会的苦痛場面での具体的な対応方法やアセスメント、他のチームメンバーへのフィードバックの方法などについて学習し実践できる人材を育成する。

●“患者・家族の問題をトータルに評価し、各職種のスキルを発揮できると同時に、多職種と協働できる人材

●病気や治療の経過、療法方法について理解し患者・家族の全人的苦悩に対応できる人

●直接的に解決することができなくとも、得た情報からどのリソースに相談・依頼すべ

きか等の判断ができる人材。ジェネラリストでも解決できる部分は大きい。質高研修を終了した人々の活用。心身相関があるので精神心理的のみだけでなくトータル的にペインをとらえられる看護師の活用が望ましい。

●緩和ケアチームで処方以外において精神科医の代替となるような看護師、心理職

●苦痛に耐える、対処することだけでなく、よりよく生きることを目標に薬剤のみに頼らず、エビデンスに基づいた代替療法（アロマ等）やリハビリテーションの概念に基づいた療法を、入院患者、外来患者、在宅療養患者に提供できる人材の育成。患者・家族のみならず他職種スタッフへの教育、サポートができるがん看護専門看護師の育成。

●緩和ケアを理解し、意義を認識し、チーム医療が実践できる人材を育成する必要がある。各職種の基礎教育（資格取得の学校や大学）から、学会や現場での継続教育において、緩和ケアをがん医療に関わる専門職の責務として盛り込んでもらい、教育を徹底してはどうか。

●患者の苦痛を全人的に理解することができ、関わり続けることができる人材を育成するには、座学ではなく臨床現場でエキスパートと共に患者をケアすることで、自らの人間観・医療観をリフレクションするような育成法が有効と考える。

●がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、がん看護専門看護師のさらなる育成促進が望まれる。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がん診療拠点病院だけでなく、一般の病院においても医療従事者全般を対象にした精神心理的苦痛のアセスメントとケアについて学習する機会を設けることを推進する。

●がんに関連した専門看護師・認定看護師の配置規定を明確にする。

●施策により教育や学習の機会が保障される。

●臨床研究に「研究倫理の研修」が必須になったように、がん医療に携わる医療者への必須研修とする

●がん看護専門看護師は精神心理的・社会的苦痛に対応できると考える。がん看護専門看護師のサブスペシャリティとして、より高度な精神心理的・社会的苦痛に対応できる知識・技術、また遺族へのケアを実施できるように、特定の基準を満たした大学院にコースを設置し、修了者に新たなタイトルを付与する。

●医療施設内に、臨床の医師への教育に専門的な知識や技術や態度を習得している医師や、看護師への教育に専門的な知識と技術と態度を有している看護師を配置し、教育に専従できる体制を作る。

12「精神心理的苦痛に対するケアを推進するための精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成」

① 変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●関連学会理事の意見を積極的に聞いて絶対数を如何に増やしていくのか、具体的な戦略を期待する。併せて人材質保証も重要で、臨床に於いてどうしようもない認定者の扱いに難渋している場合もある。がん医療を専門とする精神腫瘍医や臨床心理士、リエゾン CNS 等の存在はまだまた不足していると思われるため、心のケアを専門的に行う医療従事者の育成は早急に取りかかるべき課題であると考ええる。

●看護師が、患者と一番身近に関わっており、患者の精神面の介入やアセスメント能力は長けている。複雑な精神症状により多剤併用の薬剤コントロールが必要な場合以外は、看護師が十分にケアできると考える。精神腫瘍医や臨床心理士の育成以前に、看護師のメンタルサポート体制を構築したり、人員配置を増やすなどして、看護師が患者の精神的苦痛を十分にサポートできる環境整備を行ってほしい。

●がん患者が増加する中、精神腫瘍医や臨床心理士等がすべての患者のケアにあたることは困難である。また心のケアは看護師の担う役割でもあり、看護の視点を取り入れることは不可欠である。困難事例やより専門的なケアが必要な場合に精神腫瘍医や臨床心理士等と連携してケアにあたるべきである。

●患者や家族の精神心理的苦痛を経時的に観察できるのは、看護師である。専門家にコンサルテーションする必要があるか否かをアセスメントするのは看護師の役割であると考えるので、関連学会の協力を得て、看護師が患者や家族の精神心理的苦痛をアセスメントするための高いスキルを身につける機会を作ることが必要である。

●がん診療連携拠点病院の多くは、がん専門病院でなく、大学病院などの総合病院であり、精神科医や心理士などは必ずしもがん患者を専門的にみていくことに関心があるとは言えないことを前提に、専門看護師や認定看護師などの専門性の高い看護師との協働も視野に入れた心のケアについて教育されるとよい。

●がんをスペシャリティとする臨床心理士が非常に少ないので育成が必要。

●緩和ケアが提唱する全人的な苦痛の緩和を目標とする場合、医療者ばかりが努力していても、緩和ケアというか、市民も自身の QOL についての責任の認識を少しは喚起するべきではないか。患者会活動や病院ボランティアなどの市民活動への参加を促す

●緩和ケアに携わる医療従事者は、心のケアを行うためのカウンセリング法の習得や、自身及び他の医療者のメンタルヘルスをサポートできる必要があるため、精神腫瘍医や臨床心理士だけでなく、緩和ケアチームメンバー全員への心のケアに関する研修・教育の機会が必要と考える。

●多職種間カンファレンスを必須にして、患者の問題を早期に探る。退院カンファレンスをルチーン化する

●心理士のケアを必要とする患者の割合は実際にはそれほど多くない。患者には自分の病気に向き合う潜在的な力があり、多くの患者は自力で対処可能である。人材の養成は多くはいらないが、時に困難事例もあるので、数のバランスをよく考えて養成すべきである。専門職者が増えることでケアが分断される懸念もある。むしろごく普通の思いやりのある態度を周囲が持つことが重要。

●精神腫瘍医は現在のペースで育成しても全国的な均てん化は不可能と思われる。診

断・処方に関しては緩和ケア医、その他のケアについては看護師や心理職で代替できるような体制を取るほうが現実的と思われる。

●臨床心理士でなければならない理由がわからない。患者の身体面が抜きにして、心のケアのみを独立して実施することは不可能である。精神科医であれば、病的な場合の診断や治療が必要な場合に対応を求めることになるが、体と心を分けて、各々の専門でという考え方には賛成できない。

●精神腫瘍医は、がん診療について詳しいと思われるが、臨床心理士はがんが専門とは限らない。がんの心理的問題を扱う職種として、サイコオンコロジー学会などを中心に、心のケアを専門に行う医療従事者の育成研修会の指針を作成してもらい、各学校やがんプロなどで研修プログラムを実施して、人数を増やしていく必要があると思う。また管理者はこうした人材を活用する知識を身につける研修があるとよいと考える。

●英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられていることから、精神腫瘍医、臨床心理士とともに、がん看護専門看護師や精神看護専門看護師の育成についても触れていただきたい。

13. 全体を通してその他ご意見がございましたらお書きください。

●外来の場では未だ看護師の役割・機能が十分生かされていない状況がある。緩和ケアを推進していくことにおいて、多忙な医師の外来診療の傍らで、看護師が果たす役割は大きいのではないかと考える。看護師では、がん看護専門看護師、緩和ケアまたはがん性疼痛認定看護師が中心となる役割を果たすだろう。よって、各診療科の医師と看護師、緩和ケア医師、薬剤師等が協働して早期からの緩和ケアの普及ができる体制づくりが重要と考える。

●CNS や CN、看護外来や相談センター、緩和ケアチームや他職種など、必要な患者を適切な専門家/部門につなぐために、外来看護師の増員とともにトリアージ力と向上のための研修が必要ではないか

●例えば、拠点病院の指定は都道府県なのですが、地域医療と介護の拠点は2012年から県から市町村に移行されます。この5年間でも「県」を窓口でして、十分に地域医療・介護サービスの提供体制の構築や連携ができていないですから、現状を十分に検証しないまま、この春から変更となった行政に移管しても現実的には実効性のない改正案ではないでしょうか。また、地域医療の体制整備や人材育成についてもこれまでのやり方では十分に達成することはできないと考えます。地域医療の再構築の中でがん医療の果たす役割について、(1)～(3)のようにもう少し具体的に明示される必要があります。

●「緩和ケアの診療体制」についてどの項目にも、在宅の視点が少ないように思う。例えば、「7. 患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制」について①入院医療機関と診療所での連携のあり方、との項目はありますが、診療所だけが緩和ケアを実践

しているわけではありません。特に、このたびの診療報酬の改定では、一人在宅支援診療所の医師の中でも積極的に緩和ケアを実践していた診療所は打撃を受ける可能性があります。（例えば、レセプトの電算化に伴い在宅で利用できる薬剤の制限、特別指示書の扱いなど、看護師や薬剤師との連携を十分に求められるケースもでてきます。）その中で、病院と診療所の医師だけでなく、その間を繋ぐ看護師や薬剤師の役割が重要となると予測されます。

●地域から見ると、「緩和ケアの推進」と共に、地域と病院の相互の緩和ケアの質の評価をする第三者機関が必要なのではと思います。

●全般的に、がん看護専門看護師に期待する役割が大きいと考える。エビデンスを示すことができる、実践の評価を示すことができること、コーディネーター、コンサルテーション、研究を学んでいること、チェンジエージェントとなりうることなどを鑑み、大学院教育を修了した看護師に求められることは大きい。大学院を卒業し、がん看護専門看護師となることに、もっと付加価値がつくべきである。さらに、がん看護専門看護師となった後も継続してステップアップを目指し、自己研鑽した者にも、より高い付加価値がつくべきと考える。

●CNS や CN、看護外来や相談センター、緩和ケアチームや他職種など、必要な患者を適切な専門家/部門につなぐために、外来看護師の増員とともにトリアージ力と向上のための研修が必要ではないか。

●がんと診断された時からの緩和ケアを確実に行っていくには、診療体制の整備と共に、専門性の高い看護師が自律的に活動できるような場を診療報酬を含めて検討していただきたい。カナダやオーストラリアにあるようにがん緩和ケアに必要な人が適切に受けることができるように看護師が調整の役割を担い、必要時には病院、在宅（療養施設を含む）に出かけていけるがん緩和ケア看護の所を作り、そこではサポートプログラムも提供しているなど、患者や家族が自由にアクセスできる場所を作っていただきたい。今回の推進基本計画案では、基礎的な緩和ケアと専門的な緩和ケアの言葉が使われているが、それぞれに何を意味しているのかについてのコンセンサスが必要であると感じている。誰がどのようにケアすることが専門的な緩和ケアかを明確にすることが教育内容の検討や各職種の専門性とチーム医療を進めるうえで大切なことだと思っている。

●精神科の単科病院に長期入院の患者ががんがわかったが治療ができず看取りになる。緩和ケアの知識が無い医師やスタッフの中で適切な緩和ケアが受けられない現状がある。また、脳外科病院で脳転移治療を受けて退院できない患者がそのまま疼痛緩和を受けられず過ごすこともあり、非がん単科病院からのアクセス、もしくは教育を検討いただきたい

・早期からの緩和ケアの導入や、切れ目のない緩和ケアの導入においては治療の経過や身体的変化の予測を専門的に判断するスクリーニングと、定期的な評価が重要である。がん診断時期から、療養プラン（アドバンスドケアプランニングを含めた）の継続的なアセスメント（看護師や薬剤師の外来など）が必要であると考え

・緩和ケアや麻薬を受けて良かった、ということはなかなかメディアにでない。サバイバーの声はこれから治療や緩和ケアを受ける大きな支えとなる。緩和ケアを受けて良い治療ができた、仕事ができたといった情報を集め（状態が悪くなる前のタイミングが重要だが）患者家族、広く市民に届ける方法が必要だと思う。