

第6回 緩和ケア推進検討会 座席表

日時：平成24年11月19日(月)10:00~12:30

場所：厚生労働省22階 第14会議室(東京都千代田区霞ヶ関1-2-2)

速記

花岡座長

中川 構成員

細川 構成員

前川 構成員

松月 構成員

松本 構成員

道永 構成員

森田 参考人

池永 構成員

岩瀬 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6回緩和ケア推進検討会議事次第

日 時：平成24年11月19日（月）

10:00～12:30

場 所：厚生労働省22階第14会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- (1) 専門的緩和ケアに求められる機能と各職種の適正配置について
- (2) 専門的緩和ケアへのアクセスの改善について
- (3) 切れ目のない連携体制について
- (4) その他

【資 料】

資料1 緩和ケア推進検討会構成員名簿

資料2 第5回緩和ケア推進検討会での意見のまとめ

資料3 専門的緩和ケアに求められる機能に関する構成員の意見のとりまとめ

資料4 専門的緩和ケアへのアプローチに関する論点(案)

資料5 専門的緩和ケアへのアクセスの改善について（木澤構成員提出資料）

資料6 切れ目のない連携体制について（森田参考人提出資料）

資料7 今後の「検討会」の進め方とテーマについての提案

（中川構成員、池永構成員、岩瀬構成員提出資料）

参考資料1 緩和ケア推進検討会「中間とりまとめ」

参考資料2 緩和ケア専門委員会報告書

参考資料3 専門的緩和ケアへのアプローチにおける問題点

参考資料4 がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制の現状

参考資料5 専門的緩和ケアへのアプローチに関する

構成員の意見のとりまとめ

参考資料6 がん診療連携拠点病院の整備について

参考資料7 意見調査表（専門的緩和ケアに求める機能について）

参考資料8 意見調査表集計結果

「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科学研究所附属病院緩和医療科
特任講師
- 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 明治薬科大学臨床薬剤学教室 教授
- 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
- 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
- 細川 豊史 京都府立医科大学附属病院疼痛緩和医療部 部長
- 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)

第 5 回緩和ケア推進検討会での意見のまとめ

【緩和ケアに関する正しい知識の普及について】

- WHOの「緩和ケアの定義」に対して説明文を付加することを検討する。
またこれに加えて「正しい知識をどのように普及させるか」についての具体案を議論するべき。
- 「緩和ケアに関する正しい知識の普及」に関しては、後に検討会で議論を行うべき。

【緩和ケアチームの人材配置について】

- 緩和ケアチームにおける、MSWの役割が重要ではないか。
- 少なくとも平日、日中は常に緩和ケアチームにアクセスできる環境を確保することが重要ではないか。
- がん診療連携拠点病院における、緩和ケアチームの人材の適正配置を議論するにあたり、人材ありきではなく、拠点病院に求める専門的緩和ケアの機能をまず明確にし、その機能を果たす為に必要な人材を検討するのが良いのではないか。
- 人材配置に関しては施設毎に確保できる人材が変わってくることから、緩和ケアチームに求められる機能を明確にすることを優先し、どの職種がその機能を担うかについては、施設毎に個別に議論・検討できる余地を残すことが現実的ではないか。

専門的緩和ケアに求められる機能に関する構成員の意見のとりまとめ

	専門的緩和ケアの提供にあたり、求められる機能(案) ※1	機能を担う組織 ※2 (意見の多かったもの)	中心となる職種 ※3 (意見の多かったもの)
1	外来患者の緩和困難な症状 (身体的・精神心理的・社会的苦痛)への対処	緩和ケア外来	医師
2	入院患者の緩和困難な症状 (身体的・精神心理的・社会的苦痛)への対処	緩和ケアチーム	医師
3	入院患者やその家族等に対する 情報提供機能	緩和ケアチーム 相談支援センター	看護師
4	院内にて緩和ケアチーム以外の多職種と連携し チーム医療を行うためのリーダーシップ	緩和ケアチーム 統括する組織	看護師
5	夜間休日の対応を明確化すること	統括する組織	医師
6	多職種の医療者に対する院内教育	緩和ケアチーム	医師
7	他の医療機関等との連携調整機能 (転院調整や在宅医の選定、介護保険手続き等)	相談支援センター	社会福祉士
8	外来患者やその家族等に対する 情報提供機能	相談支援センター	看護師 研修を受けた相談員

※1 3年以内に全てのがん診療連携拠点病院で整備すべき機能について検討会構成員から意見調査を行い、意見の多かった機能から順に記載。

※2 各機能を担うべき組織を「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「相談支援センター」、「さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織」等から選択いただいた。

※3 それぞれの機能を果たす為に中心となる人材(職種)について「医師」、「看護師」、「薬剤師」、「社会福祉士」、「研修を受けた相談員」等から選択いただいた。

専門的緩和ケアに求められる機能に関する構成員の意見のとりまとめ

	専門的緩和ケアの提供にあたり、求められる機能(案) ※1	機能を担う組織 ※2 (意見の多かったもの)	中心となる職種 ※3 (意見の多かったもの)
9	地域の病院やその他の医療機関などからの コンサルテーションへの対応	統括する組織	医師
10	地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに 緊急入院などで応じる機能	統括する組織	医師
11	緩和ケア関連研修会の管理運営機能	統括する組織	医師 その他
12	緩和ケア診療情報の集約・分析機能 (スクリーニングした苦痛の評価分析も含む)	統括する組織	看護師
13	地域住民などへ対する緩和ケアの普及啓発	相談支援センター	医師 看護師
14	がん生存者への対処(相談支援など)	相談支援センター	研修を受けた相談員
15	多職種の医療者に対する院外教育	統括する組織	医師
16	院内や地域の緩和ケア診療マニュアルの整備	統括する組織	医師

※1 3年以内に全てのがん診療連携拠点病院で整備すべき機能について検討会構成員から意見調査を行い、意見の多かった機能から順に記載。

※2 各機能を担うべき組織を「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「相談支援センター」、「さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織」等から選択いただいた。

※3 それぞれの機能を果たす為に中心となる人材(職種)について「医師」、「看護師」、「薬剤師」、「社会福祉士」、「研修を受けた相談員」等から選択いただいた。

専門的緩和ケアに求められる機能に関する構成員の意見のとりまとめ

		その他、意見の出た機能	中心となる職種	機能を担う組織
1	診療体制の整備	入院患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)へのスクリーニング体制の構築と実施	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
2		外来患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)へのスクリーニング体制の構築と実施	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
3		外来患者における主科外来と緩和ケア外来の役割(機能)分担の整備	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
4		入院患者に対する鎮痛剤が処方されたときの薬剤師による説明(情報提供)と疼痛管理料加算の管理	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	薬剤師
5		外来患者に対する鎮痛剤が処方されたときの薬剤師による説明(情報提供)と疼痛管理料加算の管理	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	薬剤師
6		外来患者の「がん患者カウンセリング料」加算と継続カウンセリングの整備、緩和ケア外来との連携	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
7		入院患者の「がん患者カウンセリング料」加算と継続カウンセリングの整備、緩和ケア外来との連携	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
8		緩和ケアチームの実働(現状、地域によっては幻のチームが実在する)		
9	意志決定支援	方針選択や方向決定に関する支援(患者と家族の意思決定支援)	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
10		治療および療養生活に関する意思決定支援	緩和ケアチーム(入院病棟)	看護師
11	傾聴・支持	怒り、悲嘆、霊的苦痛への対処(寄り添うこと・傾聴し支持すること等)	緩和ケアチーム(入院病棟)	臨床心理士
12	家族・遺族支援	入院中・外来通院中の家族支援	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
13		家族のレスパイト	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
14		家族の悲嘆ケア	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	社会福祉士
15		家族のケア(受容の援助・家族内問題の解決等)	緩和ケアチーム(入院病棟)	臨床心理士
16		遺族への対応		
17	情報収集	適切な予後評価や患者家族のニーズを方針へ反映させる機能	緩和ケアチーム(入院病棟)	医師
18		緩和ケアに係る倫理的課題の把握と検討(例:セデーションの適用、アドバンス・ディレクティブなど)	緩和ケアチーム(入院病棟)	医師
19	地域への支援	訪問看護等への専門的緩和ケア(看護)の提供(人材派遣など)	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
20		地域の緩和ケアリソースに関する医療機関、市民への情報提供	相談支援センター	社会福祉士

専門的緩和ケアへのアプローチに関する論点(案)

○第5回緩和ケア推進検討会にて、「緩和ケアチームにおける各職種の適正配置」を議論するにあたり、拠点病院に求められる専門的緩和ケアの機能の観点から、その機能を果たす為に必要な組織・人材を検討するため、「専門的緩和ケアの提供にあたり、求められる機能」及び「その機能を担う組織と職種」に関し、各構成員に対する意見調査を行った。



○意見調査の結果から、「専門的緩和ケアに求められる機能」としては、「院内の緩和困難な症状や相談支援等、患者・家族等への対応」の他、「院内でのチーム連携」、「地域における連携」等に関する機能が多く挙げられた。

○また、これらの機能を果たすため、「院内の緩和ケアを統括する組織」を設置する必要性や、看護師を基軸とした「多職種連携によるチーム医療」や「スクリーニングした苦痛の評価分析体制」等の必要性に関する指摘があった。



(「院内におけるアクセスの問題」や「地域での連携の問題」も踏まえ)

○がん診療連携拠点病院の指定要件(参考資料6)に以下の観点を追加することを検討してはどうか。

- ・平日日中は緩和ケアチームに常にアクセスできる環境を整える
(専従看護師が専門的緩和ケアに従事する時間の拡大)
- ・院内の緩和ケアを統括する組織の位置づけを明確にする
(緩和ケア委員会等の設置)
- ・院内の緩和ケア提供体制の実態把握と評価・改善の仕組みを確保する
(業務・成果の可視化)
- ・地域の診療所等の関係者との定期的な協議の場を設置する
(顔の見える地域連携)

緩和ケアチームへのアクセス(問題点)

- 緩和ケアチームに適切な人材が配置されておらず、信用できない
 - 緩和ケアを専門とする医師の人材不足
 - 「チームに頼んでも自分でするのと変わらない」
- 緩和ケアチームに依頼して診療してもらったが、苦痛が取れない
 - ガイドラインは整備されつつあるが推奨の根拠が不十分であり、根拠となる研究の推進が必要
- 医師以外のメディカルスタッフが相談できない／患者さんが直接アクセスできない
 - 患者さんはつらい状態で、看護師は悩んでいるが医師は困っていない

チームへのアクセス(改善のための方策)

- 緩和ケアチームに信頼できる医師を招請する
 - 例:『大学病院や緩和ケア病棟から週1回専門医を招請し、外来診療と病棟回診をしてもらえるようにする』
- 緩和ケアチームの看護師を腫瘍医の外来、化学療法室等に配置する(役に立つことを実感してもらう)
- 各病棟・診療科にリンクナースやリンクドクターをおき、学習会等を行って困難ケースを依頼しやすくする
- 看護師等からのコンサルテーションに対し緩和ケアチームが診療を行える仕組みをつくる
- 緩和ケア領域の研究を推進し、ガイドラインの推奨の質を上げる

切れ目のない連携体制について（厚生労働省ヒアリング資料 聖隷三方原病院 森田達也）

論点：緩和ケアに対するアクセスをいかに高めるか？

I OPTIM 研究の知見

1 全体の知見

- ・OPTIMIZE strategy により、患者・家族の緩和ケアの質評価・quality of life が改善、医療福祉従事者の困難感が改善、患者の希望に沿って家族の介護負担も増加しない自宅死亡が増加することが確認された（図1上）。
- ・OPTIMIZE strategy とは、新しいリソースを設定しうのではなく既存のリソースをネットワーキングにより最大化する方法である（図1下）。
- ・ネットワーキングが地域緩和ケアプログラムのもっとも重要なコンポーネントであることは諸外国の研究結果とも一致している（図2上）
- ・ネットワーキングを中心としたOPTIMIZE strategy は全国で（他の負担を減らして）実施する価値があるだろう（手引きのひな形はすでに作成されている：OPTIM レポート 2012 総括草稿「地域緩和ケアプロジェクトに関わる人たちへ」）
- ・OPTIMIZE strategy は現場のネットワーキングのみならず、全国レベルでの制度設計にもリアルタイムな解決手段を与えうる（図2下）
- ・「エビデンス」にもとづいて制度・政策的課題と整理と方策の推奨を行った：「がん緩和ケアの課題の系統的整理」、policy implication (OPTIM レポート 2012、「policy implication」)

2 地域からの緩和ケアに対するアクセスに関する知見

- ・地域緩和ケアチームへの依頼は一定数あり、地域で生じた緩和ケアに関する困難な問題が潜在的にあることがうかがえる。しかし、地域緩和ケアチームへの依頼は、「ついでを介した相談」が多い（図3上）
- ・地域全体のネットワーキングを増やすことで、（緩和ケアの専門家に関わらず、「そのことに詳しいだれか」が対応することで）患者の抱えている問題の迅速な・多い選択肢からの・チームでの対応が可能となる（図3下）
- ・地域緩和ケアチームが機能するためにはネットワーキングが前提である

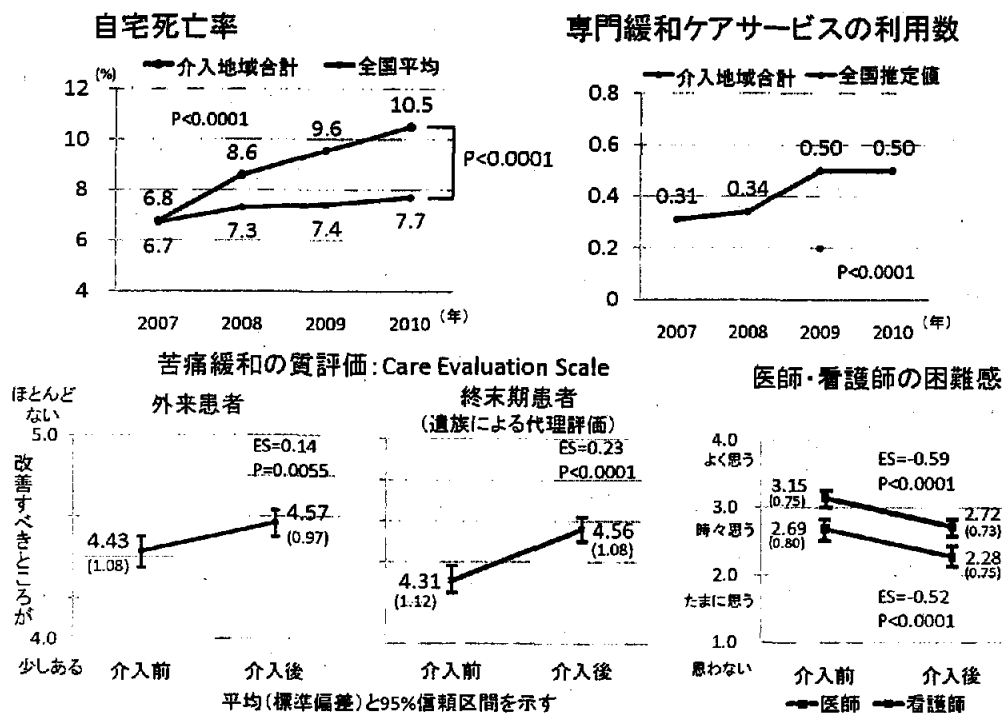
II 施策上の要点

表 「苦痛が十分に緩和されない患者が必要な時に専門緩和ケアサービスを受けられるためにはどうしたらいいか」に対する推奨

【必要な機能】地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化するとともに、専門緩和ケアサービスを必要とする患者が必ず地域のどこかで診療を受けられる機能 (OPTIMIZE strategy の P)		
必ず行うべきこと	できれば行えばいいこと	行うべきではないこと
1 ネットワークを改善することで地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化する 2 「さいごのとりで」としての地域緩和ケアチーム（群）を地域で指定する	1 苦痛のスクリーニングとともに「どういうときにどこに紹介するのか」を具体的に記載した用紙の有用性を検証する	1 ネットワーキングを行わずに「形式だけの」地域緩和ケアチームを設置する 2 地域緩和ケアチーム（群）に症状緩和目的ではない入院機能を持たせる 3 がん診療連携拠点病院にのみ専門緩和ケアを提供する機能があることを前提とする

図1 地域緩和ケアプログラムの効果とエッセンスとなる介入

主要評価項目



OPTIMIZE strategy

①組織を作る (Organization)

- ・地域の課題をリアルタイムで多職種・多レベルで共有し、解決する枠組みを設定できる機能

②専門家へのアクセスを構築する (Palliative care specialists)

- ・地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化し、専門サービスを必要とする患者が診療を受けられる機能

③緩和ケアに関する基礎的な知識と技術を伝えあう (Teaching the essence of palliative care)

- ・基本的な緩和ケアの知識や技術を伝え合う機能

④患者・患者に近い医療者への情報提供 (Information to patients and medical professionals close to patients)

- ・情報を必要としている対象と医療福祉従事者に不足している情報提供を行う機能

⑤連携の課題を解決する枠組みの構築 (Modifying resources in the community)

- ・多職種・多レベルでのグループワークで課題を抽出した後に、重点的に解決する必要のある課題ごとにワーキングチームを構築する機能

特に、

- ・効率的・効果的な退院支援・調整プログラムを整備する
- ・地域のリソースについて、データベースをつくり更新する

図2 ネットワーキングの重要性に関する各国の研究要約とネットワーキングを生かした制度設計の枠組み

表1 各国での地域緩和ケアプログラムの評価

UK	オーストラリア	オランダ	カナダ
プログラムがきっかけとなり、医療者間のコミュニケーションがよくなった	チームカンファレンスは、個々の患者の意思決定よりも、「お互いを知ること(linkage)」になった	気軽に話せるようになった、地域ごどのようなリソースがあるのかわかった、組織間の問題の解決が早くなった	プログラムをきっかけに、「誰もが気になっていたこと」を共有するチームができた
枠組みなので現場に合うように変更できる	新しいツールや情報を長期間維持するのは難しい	何をするかはネットワークにゆだねられている	そこにあるリソースを使用する
緩和ケアやチーム医療についての認識の改善、専門家との意思疎通の改善			

図2 制度のリアルタイムな検証・最適化のための枠組み

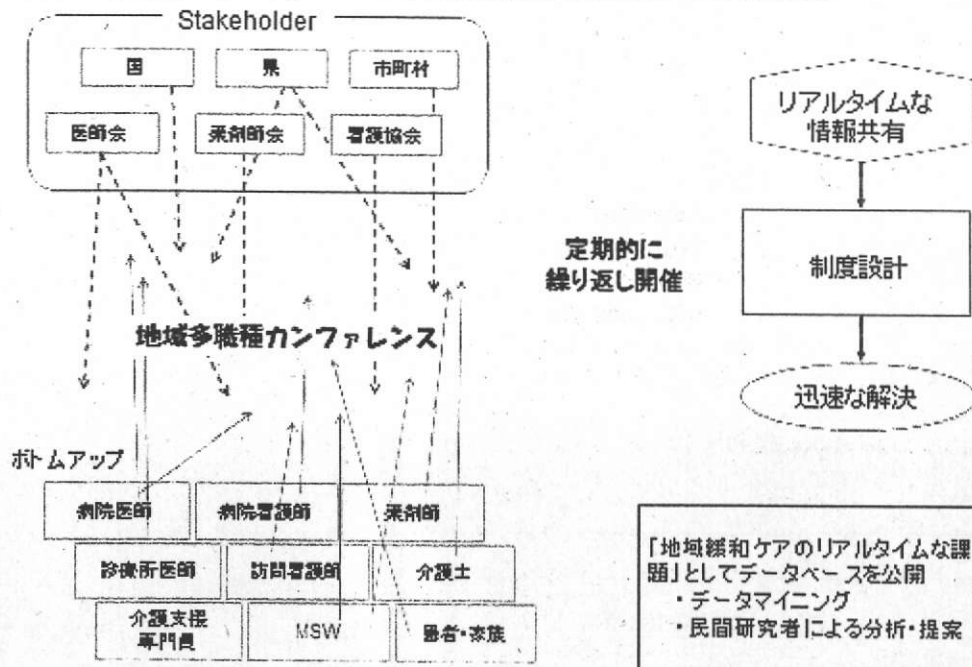


図3 地域緩和ケアチームの評価

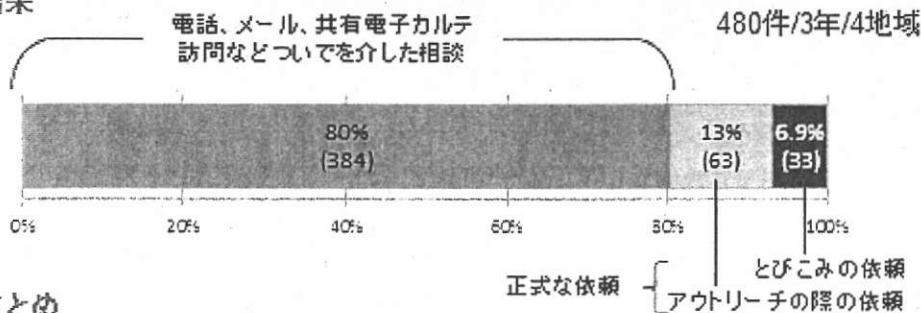
地域緩和ケアチーム

目的 地域緩和ケアチームの運用上の問題についての洞察を得る

方法

- 1) 地域緩和ケアチームに紹介された経路をデータベースから集計
- 2) 地域緩和ケアチーム担当者のフォーカスグループ

結果



まとめ

- ・地域緩和ケアチームの「ニーズ」はあるが、「フル装備」は必要ない
- ・「接触を増やす機会」が必要であり、定着には時間がかかる

Teunissen SCC. Support Care Cancer 2007; 15: 577-582

【つながりができネットワークが広がった】のプロセス

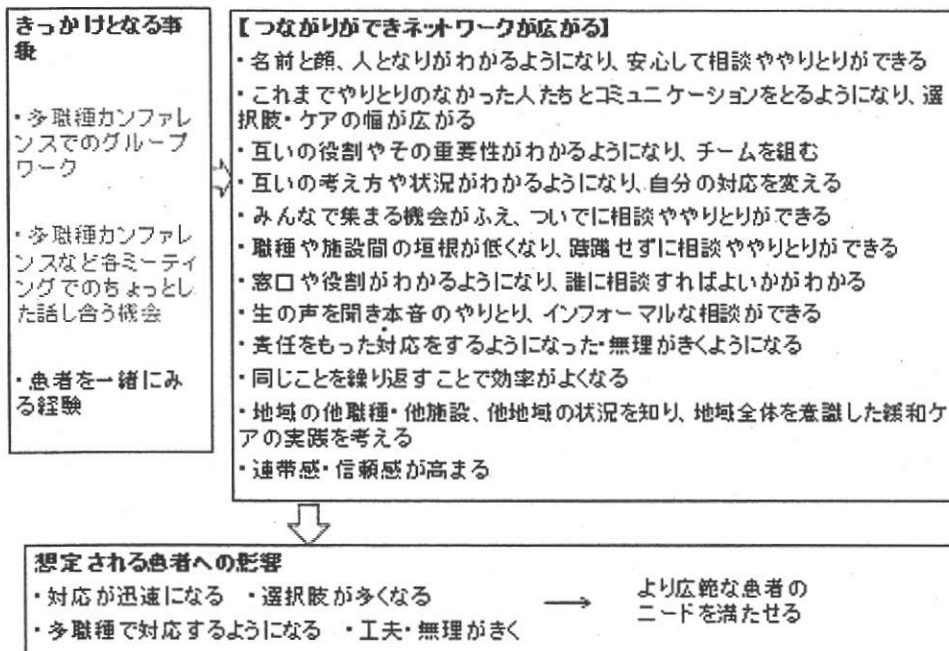
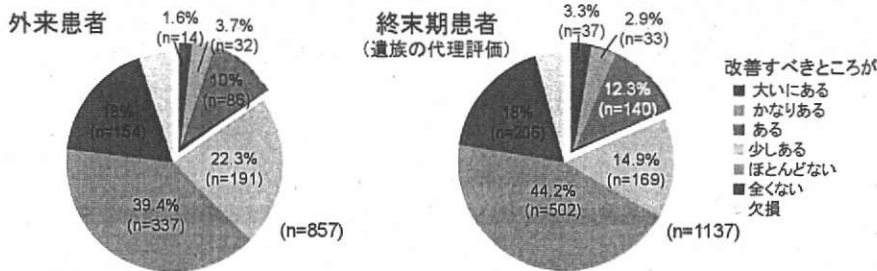


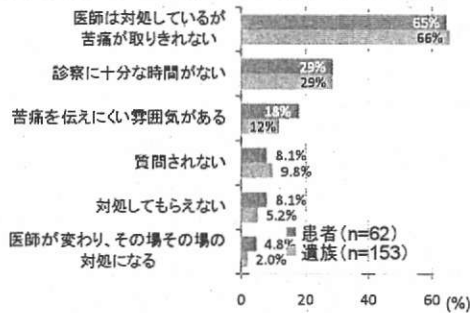
図4 臨床研究が必要な理由：「医師が対応していないから」ではない

緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

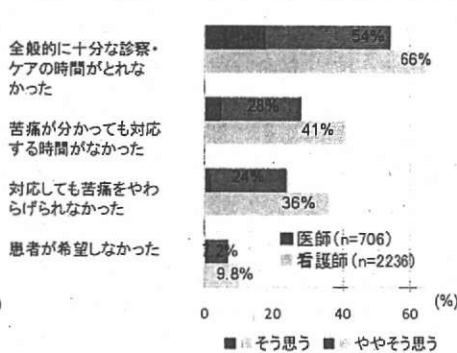
「医師はからだの苦痛をやわらげるのに努めている」



患者・遺族からみた緩和ケアに改善が必要な理由

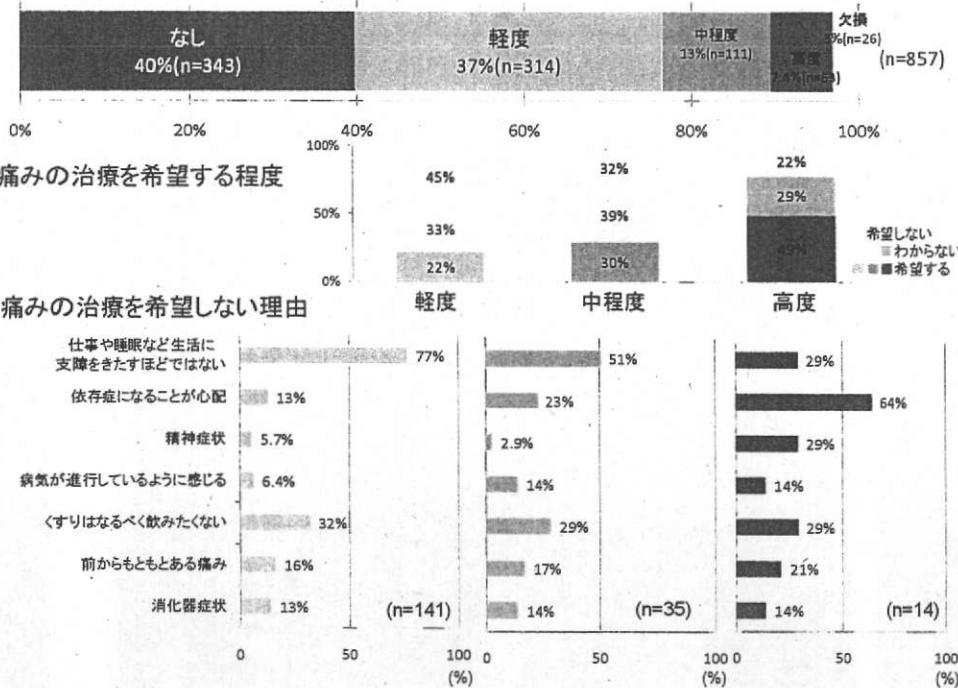


医師・看護師からみた不十分な緩和ケアの要因



(理由を挙げた患者・遺族を母数とした)

外来がん患者の痛みの治療



2012年11月19日

今後の「検討会」の進め方とテーマについての提案緩和ケア推進検討会構成員
中川恵一 池永昌之 岩瀬 哲**提案の趣旨**

前回の検討会で中川は「中間取りまとめ」に関して、事務局に3点を確認した。

- ①「中間取りまとめ」の「求められる方策」の上に記述された「以下の方策を実施する。」は「行政が実施する」ということ。
- ②身体的苦痛緩和の具体策の「体制を整備する」は、「いつまで」の時期を明示する。
- ③今後は、1議題を3回議論して「具体的施策を報告」する。

このうち、「1議題を3回議論して『具体的施策を報告』する」は、もともと事務局の提案の確認であったが、論議を進める中で、1つの議題をしっかりと論議するためには、1議題を1回で集中して終わらせるという方が、論議も深まり効果的ではないかと考えるに至った。池永、岩瀬も同様に考える。そこで、今後の「検討会」の進め方と、それに伴うテーマの設定(案)を連名で提案する。

議論の進め方

- 1つの議題について、原則、1回の集中審議で議論を完了とする
- 具体的には
- ・まず、事務局側で次回検討会のテーマと課題について示してもらう。
 - ・それについての意見を構成員からメールで提出してもらう。
 - ・そのまとめを事前に構成員が共有したうえで検討会に臨む。
 - ・検討会の議論をもとに事務局が施策についての具体案を作成。
 - ・次回の会議で、事務局から具体案を提示、もう一度短時間話し合い、了する。

議論のテーマ案

- 順不同

1、緩和ケアセンターの機能について

*「緩和ケアセンター」は、がんの診断時から治療中(急性期)、外来通院中、転移再発治療中、終末期(在院、在宅を問わず)の、どの過程においても緩和ケアが切れ目なく、どこでも受けられるために必要な司令塔と位置付けられる

が、具体的イメージが希薄と推測され、一部には誤解もある。今後、都道府県拠点病院に実施の手法を説明する事も考えると、ここで徹底した議論をしておくべき。その際、複数の拠点病院の病院長にも出席を要請し、論議するのも有益と思われる。

*センター論議に関連し、「診断時からの緩和ケア」の全体像を描き、それらの仕組みが相乗しながら効果的に進むかについても確認しておくことが必要。

2、身体的苦痛を緩和する具体策な取り組みについて

*「中間取りまとめ」に盛り込まれてはいるが、約400の拠点病院に具体的にどのように実行させていくのか、という議論が未だ不十分。特に「施設ごとに評価された苦痛への対応の手順を明確にし、主治医や緩和ケアチーム等の役割を定め、適切な対応が行われているかを評価し公表する体制を整備する」は、「評価方法と公表方法」まで、どのようにするのかを明確にしておくべき。

3、精神的苦痛を緩和する具体策な取り組みについて

*「診断時からの緩和ケア」を象徴するものであるが、どのような形で看護師が関与するのか、それを、どのように拠点病院にやらせていくのか、というロードマップの論議が未成熟のままである。これも実行の「評価方法と公表方法」まで、どのようにするのかを明確にしておくべき。

4、緩和ケア病棟の在り方について

*緩和ケア病棟は、がん診療連携拠点病院に3割、残りは一般病院にある。この緩和ケア病棟の質にも格差があり得る。緩和ケア病棟に、緩和ケアを専門とする医師が常勤しているのか、疼痛緩和がしっかりされているのか、などを論議しておく必要がある。「緩和ケア病棟」という言葉に抵抗感のある患者もいるので、そうした点も議論を。

5、緩和ケアで指定要件に盛り込むべき事項について

*「拠点病院の指定要件」は、「心身の疼痛緩和」のほか、「緩和ケアセンター」も含め、極めて重要である。事務局が「指定要件の案」を提示し、その「実効性と評価方法」の論議をした上で、「拠点病院の在り方検討会」（仮称＝今後立ち上げ予定）に、緩和ケア検討会としての考えを提示すべきである。緩和ケアに関しては「拠点病院検討会」主導ではなく、「緩和ケア検討会の提言を最大限尊重」との事務局からの確約があるが、それを実行させる必要がある。

6、終末期医療について

*がん対策基本法の「早期からの緩和ケア」は、診断時から終末期までを包含したものであるが、ホスピスの重みを軽くさせたとも言われる。諸外国では「エンドオブライフケア＝看取りのケア」などのように、終末期の医療についても概念をしっかりと発展させている。がん対策基本法後の緩和ケアの新しい動向と調和を図りつつ、「終末期特有の問題は何か」を知り、「それに対応するためにどうすべきか」をしっかりと認識すべき。「死生観」とも関係するが、拠点病院で亡くなる人と、拠点病院から在宅やホスピスに移って亡くなる人とは何が違うのかを論議するのも拠点病院の緩和の質向上に役立つのではないか。

7、在宅緩和ケアのあり方について

*「施設から在宅へ」という流れがある一方で、拠点病院と在宅医療との連携や、緊急時（病態急変）の際の対処という点で、患者・家族に不安があるのも事実。さらには、在宅緩和ケア医の質、量の不足への懸念もある。在宅における緩和ケアの質の保証に関しては、双方向の連携調整を行える看護師の役割が必須である。

8、一般病院での緩和ケアの取り組みについて

*がん患者の4～5割は一般病院で死亡すると言われる。緩和ケアを行える病院、疼痛緩和が必要な場合は拠点病院につなぐ手段をとる病院、そうした連携もなく、かつ、緩和ケア医もいない、という病院もあると聞く。一般病院の「がん医療・緩和ケア」の底上げを図るための議論も必要。がん診療連携拠点病院以外の一般病院で亡くなるがん患者の現状をしっかりと把握する事も必要ではないか。

9、緩和ケアに関する専門相談について

*セカンドオピニオンは、すでに制度化されているが、がん治療についてのものがほとんどで、緩和ケアに関するセカンドオピニオン、その他の相談についての受け付け体制の整備が必要。「緩和ケアセンター」が設置されれば、緩和ケアセンターに相談し、患者・家族の意見も聴きながら地域の拠点病院の緩和ケア外来につなぐ、という流れに。そのためには、緩和ケアセンターは、県内全域の緩和ケアに関する情報を把握し公表する必要があり、緩和ケアセンターの「質の高さ」が必須である。

10、緩和ケア教育について

緩和ケアの享受は国民の基本的な人権であり、また、緩和ケアの提供は医療の基盤でもある。よって、ここは、3～4回に分けた議論になるかと思われる。

- * 医師の研修のあり方と研修の推進（具体的目標が必要）。
- * 看護師の研修のあり方と研修計画（小松・松月構成員から聴く？）。
- * 薬剤師などの研修も加賀谷構成員などに聴き、検討する。
- * 臨床研修に緩和ケア研修を組み込むことの検討。
これは、すでに緩和ケア検討会で細川構成員から提案があり、事務局も前向き姿勢。実施に当たっては、研修を積極的にやっている数県でパイロット的に緩和ケア研修を行い、2～3年かけて全国展開するのが現実的とも。
- * 医学部教育の在り方についても検討するべき。
これは、緩和ケア論議の行きつくところは医学部教育のあり方になるので、一度、論議してみた方がいい。

1 1、緩和ケアの普及啓発について

- * いずれ、論議することに検討会として決まっているので説明は省略。

関係事項

- テーマは、あくまでも中川・池永・岩瀬3構成員の提案であり、他の構成員の方々から、テーマ案の意見出しをしてもらうのも一案かと思う。
- 実際に、これだけのテーマを論議するとなると、月1回の検討会開催でも、テーマを消化しきれない可能性が大きい。肝心の論議が「時間切れ」で終わりとならないよう、事務局側の配慮も望んでおきたい。
- テーマは、順不同であり、来年3月の拠点病院への「指定要件」、26年度の予算編成なども考慮して、テーマの順序を事務局で検討していただきたい。
- 「拠点病院の実態（緩和ケア）」が分からないので、がん対策課と構成員が手分けして数か所を「視察」することが必要かと思われる。この場合、必ず、現場をみること、医療現場で話しを聞くこととする。

緩和ケア推進検討会

～中間とりまとめ～

平成24年9月26日

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下、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、がん対策が進められてきたところであるが、平成24年6月8日に閣議決定された新たな基本計画において、重点的に取り組むべき4つの課題のひとつとして、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられた。

これを受け、緩和ケア推進のため、緩和ケアの現状等を踏まえ、俯瞰的かつ戦略的な方策を検討するため、緩和ケア推進検討会（以下「検討会」という。）が設置された。

検討会では、平成24年4月25日の第1回を皮切りに、がん診療に携わる全ての医療従事者に求められる基本的緩和ケアという観点から、第2回及び第3回においては「身体的苦痛の緩和」について、第4回及び第5回においては「精神的苦痛を含むその他の苦痛緩和」について中心的に検討を行ってきた。

今般、平成25年度概算要求に位置付けるなど緩和ケアの推進に向けた方策を早急に実現するため、これまでに一定の検討を行った項目のうち必要な方策に関し、中間的なとりまとめを行った。

1. 緩和ケア全般に係る基本的認識

- 苦痛は主観的なものであり、苦痛の緩和には、患者やその家族等の辛さや苦悩に耳を傾け、苦痛の緩和に当事者が主体的にかかわることができるよう支援することが必要。
- 緩和ケアは、がんと診断された時からがんの治療と並行して、患者とその家族等が切れ目なく受けられることが必要。
- 専門的緩和ケアの充実だけでなく、がん医療に携わる全ての医療従事者による基本的緩和ケアを、全てのがん患者やその家族等が受けられることが必要。
- 緩和ケアは身体的苦痛だけではなく、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、患者とその家族等が抱える様々な苦痛を緩和するものであることを患者やその家族、医療従事者等が共に認識することが必要。
- 医療従事者だけでなく、がん患者やその家族、さらには国民に対し、がんによる痛みはコントロール可能であることをはじめとする、緩和ケアの考え方を普及させることが必要。
- 緩和ケアにおける対策について目標を定め、それぞれの進捗を評価するための体制を整備することが必要。

※基本的緩和ケアと専門的緩和ケアについて

(緩和ケア専門委員会報告書より抜粋)

・「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。

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

2. 重点項目

(1) 緩和ケア提供体制

【基本認識】

- がん診療連携拠点病院に設置されている「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「相談支援センター」は、各々の機能をさらに強化し、相互の連携を強化することが必要。
- 地域において必要な時に、確実に、緊急時にも対応可能な、緩和ケアを受けられることのできる体制を構築することが必要。

【求められる方策】

- 全てのがん患者やその家族等に対して、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するために、都道府県がん診療連携拠点病院等において、これまでの緩和ケア体制をさらに強化した「緩和ケアセンター」を整備する。
- 「緩和ケアセンター」は、これまでの「緩和ケアチーム」や「緩和ケア外来」の運営機能に加えて、
 - ・地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに確実に対応する機能
 - ・地域の他の医療機関等との連携調整機能
 - ・がん患者やその家族に対する相談支援機能
 - ・緩和ケア関連研修会の管理運営機能
 - ・緩和ケア診療情報の集約・分析機能等を有するものとし、各機能が相互に連携体制を構築するものとする。
- 緩和ケアセンターの運用が開始された後には、各センターにて得られた情報の共有や、実績報告、評価などを行い、今後の方策に活用するための枠組みを検討する。

- がん診療連携拠点病院については、相談支援センターの人員強化を図るとともに、都道府県がん診療連携拠点病院等における「緩和ケアセンター」の進捗を踏まえつつ、「緩和ケアセンター」の効果的な普及方策を検討する。

(2) がん疼痛などの身体的苦痛の緩和

【基本認識】

- 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、がん疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ充分に行われていないと推測される。
- がん患者が、自身に起こり得る様々な苦痛とその対応策について事前に十分な説明を受けることで、苦痛やその変化を訴えやすい環境を整えるとともに、苦痛を残した状態でがん治療を行うことがいかに人間の身体にとって悪影響を及ぼすかということや、この悪影響が鎮痛薬を使うことの副作用等と比較して遙かに大きいということなど、苦痛を緩和することの意味について、がん患者やその家族等への説明が十分になされることが必要。
- がんによる身体的苦痛を取り除く為には、診断時から身体症状のスクリーニングを徹底して行うことが必要。さらに、診断時からの身体的苦痛の緩和に関する実績や体制の評価を通じて、身体的苦痛管理の質の向上を図ることが重要。
- がん疼痛などの身体的苦痛を可能な限り取り除くため、以下の方策を実施する。

【求められる方策】

- がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。
- ・外来診察で使用する問診票に身体症状（疼痛等）の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、看護師等による面談を活用するなど、がんと診断した時から苦痛の評価を継続して行う体制を整備すること。
 - ・緩和を要する苦痛に関する情報が確実に診療へつながり、患者へ還元されるよう、評価された苦痛への対応の手順を明確にし、主治医や緩和ケアチームなどの役割を定め、適切な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し公表する体制を整備すること。
 - ・医師より医療用麻薬等の鎮痛薬が処方された場合には、必要に応じて薬剤師による面談（薬効や服用法に関する説明等）を行う体制を整備すること。
 - ・難治性疼痛等を抱えたがん患者に対して、適切な診療を提供するために、緩和ケアチーム等の専門家へ紹介する手順を施設ごとに明確にすること。

(3) 精神心理的・社会的苦痛等の緩和

【基本認識】

- 精神心理的・社会的苦痛等については、その評価手法に関する研究を推進し、個々の患者の苦痛の程度を可視化し、苦痛緩和に関する取り組みを進めることが重要。
- がんの診断時に、全ての患者に対し、今後行われる予定のがん治療の内容のほか、精神心理的・社会的苦痛を含めた起こりうる苦痛とそれらに対する相談支援等のサポート体制についてわかりやすい情報提供がなされることが必要。医師による説明には、看護師等の他職種も同席し、必要に応じて相談・支援を行い、補助的な説明や理解度に対する確認、精神心理面などへのケアを行うことが重要。
- 精神心理的・社会的苦痛のスクリーニングやフォローアップにおいて、看護師や薬剤師、社会福祉士などの役割が重要であり、がん診療に携わる医療従事者内で患者の精神心理的・社会的苦痛についての情報を共有し、患者の苦痛の軽減を図ることが必要。
- がん診療に携わる医療従事者が、日常診療の中で患者の精神心理的・社会的苦痛の存在に十分注意するとともに、常に患者やその家族等が相談しやすい環境を確保することが必要。
- 精神心理的・社会的苦痛を可能な限り取り除くため、以下の方策を実施する。

【求められる方策】

- 精神心理的・社会的苦痛等に対する緩和ケアの提供を充実させるために、がん診療に携わる看護師に対する研修を行う。また、薬剤師や社会福祉士など、他の医療従事者に対する研修のあり方についても検討する。
- 精神心理的・社会的苦痛等に対する緩和ケアを充実させるために、診療報酬の改定等に関する検討も含め、看護師等による継続した相談・支援を行う体制を整備する。
- がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。
 - ・診断結果や病状を伝える際には、医師の他に看護師等の他の職種が同席する体制や、説明後に看護師等と患者やその家族等との間で追加説明や相談を行う事のできる体制を整備するなど、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した体制を整備すること。また、適切な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し公表する体制を整備すること。
 - ・がん診療において、精神心理的・社会的苦痛を持つ患者とその家族等に対して、専門的な診療を適切な時期に提供できるように、看護師や精神腫瘍医などの専門家へ紹介する手順を施設ごとに明確にすること。

- ・がん患者とその家族等が抱える苦痛の受け皿を整備するとともに、がんに関する不安などの悩みに耳を傾け、相談や情報提供を行うため、相談支援センターにおいて、専門的な知識を有した看護師や社会福祉士などの人員増員を図る。

おわりに

このとりまとめに沿って、「求められる方策」を実現させることにより、がんと診断された時から切れ目の無い緩和ケアの提供体制を構築することが重要である。また、検討会では、緩和ケアの推進に向け残された課題について引き続き検討を行い、本検討会終了時には総合的なとりまとめを行い、具体的方策に反映させることとする。

中間とりまとめ ～求められる方策～



来院

外来

診察

処方

次回外来

・がん患者とその家族等が抱える苦痛の受け皿を整備するとともに、がんに関する不安などの悩みに耳を傾け、相談や情報提供を行うため、相談支援センターにおいて、専門的な知識を有した看護師や社会福祉士などの人員増員を図る。(拠点病院での取り組み)

・外来診察で使用する問診票に身体症状(疼痛等)の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、看護師等による面談を活用するなど、がんと診断した時から苦痛の評価を継続して行う体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

・緩和を要する苦痛に関する情報が確実に診療へつながり、患者へ還元されるよう、評価された苦痛への対応の手順を明確にし、主治医や緩和ケアチームなどの役割を定め、適切な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し公表する体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

・難治性疼痛等を抱えたがん患者に対して、適切な診療を提供するために、緩和ケアチーム等の専門家へ紹介する手順を施設ごとに明確にすること。(拠点病院での取り組み)

・精神的・社会的苦痛等に対する緩和ケアを充実させるために、診療報酬の改定等に関する検討も含め、看護師等による継続した相談・支援を行う体制を整備する。

・診断結果や病状を伝える際には、医師の他に看護師等の他の職種が同席する体制や、説明後に看護師等と患者やその家族等との間で追加説明や相談を行う事のできる体制を整備するなど、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した体制を整備すること。また、適切な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し公表する体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

・がん診療において、精神的・社会的苦痛を持つ患者とその家族等に対して、専門的な診療を適切な時期に提供できるように、看護師や精神腫瘍医などの専門家へ紹介する手順を施設ごとに明確にすること。(拠点病院での取り組み)

・医師より医療用麻薬等の鎮痛薬が処方された場合には、必要に応じて薬剤師による面談(薬効や服用法に関する説明等)を行う体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

がん



入院中も含む

研修

緩和ケアセンター

・精神的・社会的苦痛等に対する緩和ケアの提供を充実させるために、がん診療に携わる看護師に対する研修を行う。また、薬剤師や社会福祉士など、他の医療従事者に対する研修のあり方についても検討する。

・全てのがん患者やその家族に対して、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するために、都道府県がん診療連携拠点病院等において、これまでの緩和ケア体制をさらに強化した「緩和ケアセンター」を整備する。

・「緩和ケアセンター」は、これまでの「緩和ケアチーム」や「緩和ケア外来」の運営機能に加えて、

- ・地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに確実に対応する機能
 - ・緩和ケア関連研修会の管理運営機能
 - ・地域の他の医療機関等との連携調整機能
 - ・緩和ケア診療情報の集約・分析機能
 - ・がん患者やその家族に対する相談支援機能
- 等を有するものとし、各機能が相互に連携体制を構築するものとする。

・緩和ケアセンターの運用が開始された後には、各センターにて得られた情報の共有や、実績報告、評価などを行い、今後の方策に活用するための枠組みを検討する。

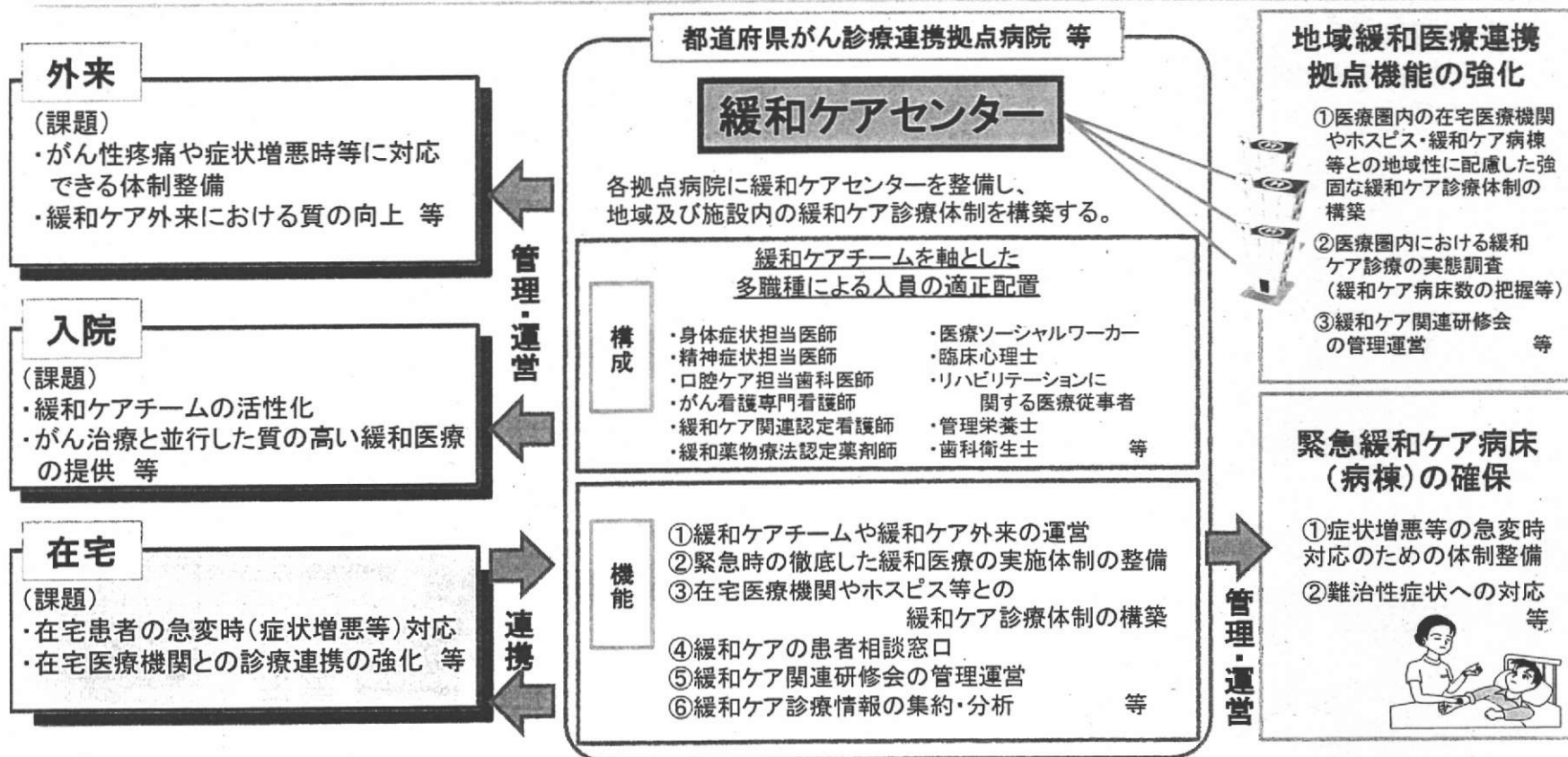
・がん診療連携拠点病院については、相談支援センターの人員強化を図るとともに、都道府県がん診療連携拠点病院等における「緩和ケアセンター」の進捗を踏まえつつ、「緩和ケアセンター」の効果的な普及方策を検討する。

緩和ケアセンターの概要

【背景】

がん対策推進基本計画において、緩和ケアについては「診断時からの緩和ケアの推進」が重点課題に掲げられている。現在、がん診療連携拠点病院(全国397カ所)を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来が一定数整備された一方、専門的緩和ケアにたどり着けない、施設間の質の格差等の指摘があり、拠点病院で提供される緩和ケアの体制強化と質の向上が求められている。今なおがん性疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対してより迅速かつ適切な緩和ケアを提供するため、各都道府県拠点病院等において、「緩和ケアセンター」を整備する。

緩和ケアセンターにおいては、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営をはじめ、重度のがん性疼痛が発症した場合に緊急入院による徹底した緩和治療が実施できる体制整備の他、都道府県内の拠点病院をはじめ、在宅医療機関やホスピス・緩和ケア病棟等と地域性に配慮した強固な緩和ケア診療体制を構築する。



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 がんを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 がんを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の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、地域内などに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退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。

専門的緩和ケアへのアプローチにおける問題点

- 課題
- ・専門的な緩和ケアの質の向上
 - ・専門的な緩和ケアへのアクセス
 - ・地域の診療所等と入院医療機関との連携

入院医療機関

緩和ケアチーム
緩和ケア外来
等

人材の適正配置の問題

- ・緩和ケアチームや相談支援センターに必要とされる職種について
- ・専任、専従等の規程について

アクセスの問題

- ・アクセスを改善させるために必要な施策について

現行の人材配置

【緩和ケアチーム】

- ・身体症状担当医師(専任)
- ・精神症状担当医師(専任が望ましい)
- ・看護師(専従)
- ・協力する薬剤師(望ましい)
- ・協力する医療心理に携わる者(望ましい)

【相談支援センター】

- ・研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上

病院のがん治療医など

連携の問題

- ・切れ目のない連携体制を構築するために必要な施策について

地域の医療機関(診療所等)

がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制の現状

※平成23年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(対象389施設、福島県を除く)

身体症状担当の専従又は専任医師数	平均 1.41人
上記について専従医師を確保している施設	163 施設
上記について常勤の専従医師を確保している施設	151 施設
精神症状担当の専従又は専任医師数	平均 0.62人
上記について専従/専任医師を確保している施設	76/213 施設
上記について常勤の専従/専任医師を確保している施設	46 /171施設
常勤の専従看護師数	平均 1.08人
協力する薬剤師数	平均 1.84人
協力する薬剤師を確保している施設	387 施設
協力する医療心理に携わる者の数	平均 0.88人
協力する医療心理に携わる者を確保している施設	260 施設
緩和ケア診療加算を算定している施設(専従のチーム)	133 施設
緩和ケア病棟入院料を算定している施設	65 施設
がん性疼痛緩和 management 指導料を算定している施設	362 施設
がん患者カウンセリング料を算定している施設	264 施設
常勤の緩和ケア認定看護師が確保されている施設	300施設
常勤のがん性疼痛看護認定看護師が確保されている施設	189施設

専門的緩和ケアへのアプローチに関する

構成員の意見のとりまとめ

「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

○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

- ・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る。など。

○緩和ケア外来へのアクセスを改善するための施策

- ・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。

○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。

など。

「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

○緩和ケアチームでの適正配置

- ・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。

○緩和ケア外来での適正配置

- ・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。

○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。

「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

○入院医療機関と診療所での連携のあり方

- ・ 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。
- ・ 在宅医療の保険点数の改善。
- ・ IT を活用し診療情報の一体化を図る。
- ・ 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。

○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。
- ・ 治療施設と在宅での療養期間をオーバーラップさせる。
- ・ 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。

など。

○具体的な連携方法は？

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ オープン病棟を導入する。
- ・ 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。
- ・ ホームドクターの確立。
- ・ 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。

など。

○その他

- ・ 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。
- ・ 緩和医療地域連携マップの作成。
- ・ 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。
- ・ どこでどのように療養したいかを尋ねる習慣をつける。
- ・ 地域連携室の人員強化。

など。

健 発 第 0 3 0 1 0 0 1 号
平成 2 0 年 3 月 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長

がん診療連携拠点病院の整備について

我が国のがん対策については、がん対策基本法（平成18年法律第98号）及び同法の規定に基づく「がん対策推進基本計画」（平成19年6月15日閣議決定。以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところである。

がん診療連携拠点病院については、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」等に基づき、その整備を進めてきたところであるが、基本計画において、更なる機能強化に向けた検討を進めていく等とされていることから、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」を開催し、指定要件の見直し等について検討を進めてきたところである。

今般、この検討会からの提言を踏まえ、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり定めたので通知する。

については、各都道府県におかれては、指針の内容を十分了知の上、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院の推薦につき特段の配慮をお願いする。

また、指針に規定する「新規指定推薦書」等については、別途通知するので留意されたい。

おって、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成18年2月1日付け健発第0201004号厚生労働省健康局長通知）は、平成20年3月31日限り廃止する。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

(健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知)

(平成22年3月31日一部改正)

(平成23年3月29日一部改正)

I がん診療連携拠点病院の指定について

- 1 がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）は、都道府県知事が2を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。
- 2 都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院にあっては、都道府県に1カ所、地域がん診療連携拠点病院にあっては、2次医療圏（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている2次医療圏を除く。）に1カ所整備するものとする。ただし、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、この限りでないものとする。なお、この場合には、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意すること。
- 3 独立行政法人国立がん研究センターは、（以下「国立がん研究センター」という。）我が国のがん対策の中核的機関として、他のがん診療連携拠点病院への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成や情報発信等の役割を担うとともに、我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。
- 4 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院については、院内の見やすい場所にごがん診療連携拠点病院である旨の掲示をする等、がん患者に対し必要な情報提供を行うこととする。
- 5 厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、その指定を取り消すことができるものとする。

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

① 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）及びその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ 我が国に多いがんについて、クリティカルパス（検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。）を整備すること。

ウ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード（手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。以下同じ。）を設置し、定期的に開催すること。

② 化学療法の提供体制

ア 急変時等の緊急時に（3）の②のイに規定する外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。

イ 化学療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。

③ 緩和ケアの提供体制

ア （2）の①のウに規定する医師及び（2）の②のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。

ウ アに規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。

エ 院内の見やすい場所にアに規定する緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと。

オ かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

カ 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

④ 病病連携・病診連携の協力体制

- ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。
- イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線療法又は化学療法に関する相談など、地域の医療機関の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。
- ウ 我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。
- エ ウに規定する地域連携クリティカルパスを活用するなど、地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院時に当該がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うこと。

⑤ セカンドオピニオンの提示体制

- 我が国に多いがんについて、手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。

(2) 診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

- ア 専任（当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。以下同じ。）の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従（当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることをいう。以下同じ。）であることが望ましい。
- イ 専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。
- ウ (1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。
 - (1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わ

る専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

エ 専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

② 専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフの配置

ア 専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。

専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。

イ 専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。

(3)の②のイに規定する外来化学療法室に、専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師については、専従であることが望ましい。

ウ (1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。

(1)の③のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。

エ 細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することが望ましい。

③ その他

ア がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科を包含する居室等を設置することが望ましい。

イ 地域がん診療連携拠点病院の長は、当該拠点病院においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術・放射線療法・化学療法の治療件数（放射線療法・化学療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

(3) 医療施設

① 年間入院がん患者数

年間入院がん患者数（1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。）が1200人以上であることが望ましい。

② 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア 放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニ

アックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ 外来化学療法室を設置すること。

ウ 集中治療室を設置することが望ましい。

エ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。

③ 敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2 研修の実施体制

(1) 原則として、別途定める「プログラム」に準拠した当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること。

(2) (1)のほか、原則として、当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、副作用対応を含めた放射線療法・化学療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。

(3) 診療連携を行っている地域の医療機関等の医療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的開催すること。

3 情報の収集提供体制

(1) 相談支援センター

①及び②に掲げる相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、相談支援センター以外の名称を用いても差し支えないが、その場合には、がん医療に関する相談支援を行うことが分かる名称を用いることが望ましい。）を設置し、当該部門において、アからキまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に広報すること。

① 国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。

② 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

<相談支援センターの業務>

ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供

イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・

- ウ 経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- エ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- オ がん患者の療養上の相談
- カ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- キ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- ク HTLV-1 関連疾患である ATL に関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

(2) 院内がん登録

- ① 健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施すること。
- ② 国立がん研究センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。
- ③ 毎年、院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターのがん対策情報センターに情報提供すること。
- ④ 院内がん登録を活用することにより、当該都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること。

(3) その他

- ① 我が国に多いがん以外のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有し、及び標準的治療等を提供している場合は、そのがんの種類等を広報すること。
- ② 臨床研究等を行っている場合は、次に掲げる事項を実施すること。
 - ア 進行中の臨床研究（治験を除く。以下同じ。）の概要及び過去の臨床研究の成果を広報すること。
 - イ 参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

Ⅲ 特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

医療法第4条の2（昭和23年法律第205号）に基づく特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

- 1 組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線療法を行う機能を有する部門（以下「放射線療法部門」という。）及び組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し化学療法を行う機能を有する部門（以下「化学療法部門」という。）をそれぞれ設置し、当該部門の長として、専任の放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を

それぞれ配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

- 2 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院等の医師等に対し、高度のがん医療に関する研修を実施することが望ましい。
- 3 他のがん診療連携拠点病院へ診療支援を行う医師の派遣に積極的に取り組むこと。

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県がん診療連携拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担い、Ⅱの地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定する場合には、Ⅲの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件

(1を除く。)を満たすこと。

- 1 放射線療法部門及び化学療法部門をそれぞれ設置し、当該部門の長として、専任の放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師をそれぞれ配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。
- 2 当該都道府県においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。
- 3 地域がん診療連携拠点病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。
- 4 都道府県がん診療連携協議会を設置し、当該協議会は、次に掲げる事項を行うこと。
 - (1) 当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制及び相談支援の提供体制その他のがん医療に関する情報交換を行うこと。
 - (2) 当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行うこと。
 - (3) がんの種類ごとに、当該都道府県においてセカンドオピニオンを提示する体制を有するがん診療連携拠点病院を含む医療機関の一覧を作成・共有し、広報すること。
 - (4) 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院への診療支援を行う医師の派遣に係る調整を行うこと。
 - (5) 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。また、我が国に多いがん以外のがんについて、地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい。
 - (6) Ⅱの2の(1)に基づき当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その

他各種研修に関する計画を作成すること。

V 国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、Ⅲの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件を満たすこと。

VI 指定・指定の更新の推薦手続き等、指針の見直し及び施行期日について

1 指定の推薦手続等について

- (1) 都道府県は、Ⅰの1に基づく指定の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、毎年10月末までに、別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。また、地域がん診療連携拠点病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合又は都道府県がん診療連携拠点病院を地域がん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合も、同様とすること。
- (2) がん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院及び東病院を除く。）は、都道府県を経由し、毎年10月末までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (3) 国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、毎年10月末までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

2 指定の更新の推薦手続等について

- (1) Ⅰの1及び4の指定は、4年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。
- (2) (1)の更新の推薦があった場合において、(1)の期間（以下「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその推薦に対する指定の更新がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその指定の更新がされるまでの間は、なおその効力を有する（Ⅰの1に規定する第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、指定の更新がされないときを除く。）。
- (3) (2)の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。
- (4) 都道府県は、(1)の更新の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、指定の有効期間の満了する日の前年の10月末までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (5) Ⅰの1から3及びⅡからⅤまでの規定は、(1)の指定の更新について準用する。

3 指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第9条第8項において準用する同条第3項の規

定によりがん対策推進基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

4 施行期日

この指針は、平成20年4月1日から施行する。ただし、Ⅱの3の(1)の①及びⅡの3の(2)の②については、平成22年4月1日から施行する。また、Ⅱの1の(1)の④のウについては、平成24年4月1日から施行する。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (定義の抜粋)

1 我が国に多いがん

肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

2 クリティカルパス

検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。(クリニカルパスと同じ。)

3 キャンサーボード

手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。

4 レジメン

治療内容をいう。

5 地域連携クリティカルパス

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。(地域連携クリニカルパスと同じ。)

6 セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

7 専任

当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。

8 専従

当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることをいう。

9 年間入院がん患者数

1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。

10 放射線療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線療法を行う機能を有する部門をいう。

11 化学療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し化学療法を行う機能を有する部門をいう。

緩和ケア推進検討会 意見調査表

氏名()

①専門的緩和ケアの提供にあたり、求められる機能について、下記の案に追加すべき項目があれば17番以降の欄に記載ください。	②職種	③優先度	④拠点病院で3年以内に整備すべき機能	⑤機能を担う組織
機能一覧(案)	※1	※2	※3	※4
1 入院患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)への対処				
2 外来患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)への対処				
3 院内にて緩和ケアチーム以外の多職種と連携しチーム医療を行うためのリーダーシップ				
4 多職種の医療者に対する院内教育				
5 多職種の医療者に対する院外教育				
6 他の医療機関等との連携調整機能(転院調整や在宅医の選定、介護保険手続き等含む)				
7 地域の病院やその他の医療機関等からのコンサルテーションへの対応				
8 地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに緊急入院などで応じる機能				
9 入院患者やその家族等に対する情報提供機能				
10 外来患者やその家族等に対する情報提供機能				
11 がん生存者への対処(相談支援など)				
12 地域住民などへ対する緩和ケアの普及啓発				
13 緩和ケア関連研修会の管理運営機能				
14 緩和ケア診療情報の集約・分析機能(スクリーニングした苦痛の評価分析も含む)				
15 院内や地域の緩和ケア診療マニュアルの整備				
16 夜間休日の対応の明確化				
17 (追加すべき項目があればこの段以降へ記入ください。追加個数は問いません。)				
18				
19				
20				

※1 ①の機能を果たす為に中心となる人材(職種)について、ドロップダウンより選択してください。

※2 ①の機能をその優先度別に5段階に分け、ドロップダウンより選択してください。
 どの機能も重要だとは思いますが、相対的な必要度を検討するためにこの項目を設けております。1～5のそれぞれを少なくとも3回以上は選択いただくようお願いいたします。

1:優先度は低い。
 2:優先度がやや低い。
 3:優先度が高い。
 4:優先度が非常に高い。
 5:最優先の機能。

※3 基本計画には「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。」と記載していますが、3年以内に全てのがん診療連携拠点病院で整備すべき機能については○を、さらに長期的に検討すべきものについては×を、ドロップダウンより選択してください。

※4 現在、がん診療連携拠点病院の要件では、「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「相談支援センター」等の組織が位置づけられていますが、①の機能を中心となって担うべき組織について、ドロップダウンより選択してください。

緩和ケア推進検討会 意見調査表「とりまとめ」

	優先度の 獲得点	機能を担う組織の得意数	中心となる職種の種類数	全ての拠点病院で3年以内に整備すべき機能(得意数) (得意は1点)
				※4
1 外来患者の緩和困難な症状(身体的・精神的・社会的苦痛)への対応	71	※2 統括する組織 1 緩和ケア外来 15	※3 医師 12 看護師 3 その他 1	16
2 入院患者の緩和困難な症状(身体的・精神的・社会的苦痛)への対応	70	統括する組織 1 緩和ケアチーム 14 緩和ケア外来 1	医師 12 看護師 3 その他 1	16
3 入院患者やその家族等に対する情報提供機能	52	統括する組織 1 緩和ケアチーム 7 相談支援センター 7 その他 1	医師 2 看護師 8 社会福祉士 1 相談員 4 その他 1	15
4 院内にて緩和ケアチーム以外の多職種と連携しチーム医療を行うためのリーダーシップ	64	統括する組織 8 緩和ケアチーム 7 緩和ケア外来 1	医師 7 看護師 9	14
5 夜間休日の対応の明確化	48	統括する組織 11 緩和ケアチーム 1 緩和ケア外来 3 相談支援センター 1	医師 8 社会福祉士 2 その他 6	14
6 多職種の医療者に対する院内教育	48	統括する組織 6 緩和ケアチーム 9 緩和ケア外来 1	医師 12 看護師 3 その他 1	14
7 他の医療機関等との連携調整機能(転院調整や在宅医の選定、介護保険手続き等含む)	59	統括する組織 3 緩和ケアチーム 4 相談支援センター 8 その他 1	看護師 4 社会福祉士 10 その他 2	13
8 外来患者やその家族等に対する情報提供機能	43	緩和ケア外来 8 相談支援センター 10	医師 3 看護師 5 薬剤師 1 相談員 6 その他 1	13
9 地域の病院やその他の医療機関等からのコンサルテーションへの対応	44	統括する組織 6 緩和ケアチーム 3 相談支援センター 4 緩和ケア外来 2 その他 1	医師 7 看護師 8 社会福祉士 1 相談員 1 その他 1	11
10 地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに緊急入院などで応じる機能	50	統括する組織 7 緩和ケアチーム 3 相談支援センター 3 緩和ケア外来 2 その他 1	医師 7 看護師 5 相談員 2 その他 2	11
11 緩和ケア関連研修会の管理運営機能	34	統括する組織 10 緩和ケアチーム 3 緩和ケア外来 1 相談支援センター 2	医師 5 看護師 1 薬剤師 1 社会福祉士 3 相談員 1 その他 5	9
12 緩和ケア診療情報の集約・分析機能(スクリーニングした苦痛の評価分析も含む)	45	統括する組織 9 緩和ケアチーム 1 緩和ケア外来 1 相談支援センター 2 その他 3	医師 4 看護師 7 臨床心理士 1 相談員 1 その他 3	8
13 地域住民などへ対する緩和ケアの普及啓発	39	統括する組織 5 相談支援センター 10 その他 1	医師 5 看護師 6 社会福祉士 1 相談員 4 その他 1	8
14 がん生存者への対応(相談支援など)	38	統括する組織 1 緩和ケア外来 2 相談支援センター 12 その他 1	看護師 6 社会福祉士 4 相談員 6 その他 1	8
15 多職種の医療者に対する院外教育	34	統括する組織 10 緩和ケア外来 2 緩和ケアチーム 4	医師 13 看護師 1 その他 2	8
16 院内や地域の緩和ケア診療マニュアルの整備	39	統括する組織 11 緩和ケアチーム 2 緩和ケア外来 1 相談支援センター 2	医師 10 看護師 4 社会福祉士 1 その他 1	7

※1 1～16の機能等を重要度より提示し、それぞれ1～5の5段階で専門的緩和ケアにおける各組織の優先度を点数化(優先度が高いほど高値)

※2 それぞれの機能を担うべき組織を「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「相談支援センター」、「さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織」等から選択

※3 それぞれの機能を果たすために中心となる人材(職種)について「医師」、「看護師」、「薬剤師」、「社会福祉士」、「研修を受けた相談員」等から選択

※4 3年以内に全てのがん診療連携拠点病院で整備すべき機能について投票

緩和ケア推進検討会 意見調査表 (追加でご意見の出た項目)

専門的緩和ケアの提供にあたり、求められる機能		機能を担う組織	職種
追加でご意見をいただいた機能一覧(案)			
1	入院患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)へのスクリーニング体制の構築と実施	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
2	外来患者の緩和困難な症状(身体的・精神心理的・社会的苦痛)へのスクリーニング体制の構築と実施	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
3	外来患者における主科外来と緩和ケア外来の役割(機能)分担の整備	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
4	入院患者に対する鎮痛剤が処方されたときの薬剤師による説明(情報提供)と疼痛管理料加算の管理	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	薬剤師
5	外来患者に対する鎮痛剤が処方されたときの薬剤師による説明(情報提供)と疼痛管理料加算の管理	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	薬剤師
6	外来患者の「がん患者カウンセリング料」加算と継続カウンセリングの整備, 緩和ケア外来との連携	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
7	入院患者の「がん患者カウンセリング料」加算と継続カウンセリングの整備, 緩和ケア外来との連携	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
8	方針選択や方向決定に関する支援 (患者と家族の意思決定支援)	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
9	入院中・外来通院中の家族支援	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
10	家族のレスパイト	緩和ケアチーム(入院病棟)	社会福祉士
11	家族の悲嘆ケア	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	社会福祉士
12	怒り、悲嘆、霊的苦痛への対処(寄り添うこと・傾聴し支持すること等)	緩和ケアチーム(入院病棟)	臨床心理士
13	家族のケア(受容の援助・家族内問題の解決等)	緩和ケアチーム(入院病棟)	臨床心理士
14	適切な予後評価や患者家族のニーズを方針へ反映させる機能	緩和ケアチーム(入院病棟)	医師
15	緩和ケアに係る倫理的課題の把握と検討(例:セデーションの適用、アドバンス・ディレクティブなど)	緩和ケアチーム(入院病棟)	医師
16	治療および療養生活に関する意思決定支援	緩和ケアチーム(入院病棟)	看護師
17	訪問看護等への専門的緩和ケア(看護)の提供(人材派遣など)	さらに上位で院内の緩和ケアを統括する組織	看護師
18	遺族への対応		
19	地域の緩和ケアリソースに関する医療機関、市民への情報提供	相談支援センター	社会福祉士
20	緩和ケアチームの実働(現状、地域によっては幻の緩和ケアチームの存在がある)		