

4 緩和ケアの推進

(1) 拠点病院における緩和ケアの徹底及び充実のための支援の拡充

勸 告	説明図表番号
<p>【制度の概要等】</p> <p>(緩和ケアの定義及び目標)</p> <p>緩和ケアとは、世界保健機関（WHO）の定義（平成14年）によれば、「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（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチ」とされている。</p> <p>我が国では、がん対策基本法第16条において、「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」などとされていることを踏まえ、第1期基本計画及び第2期基本計画において緩和ケアを「重点的に取り組むべき課題」とされている。また、第2期基本計画では、個別目標として「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」が掲げられ、併せてその実現のため、「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」とされている。</p> <p>これを受け、厚生労働省では、拠点病院における緩和ケアの提供体制及び提供内容について、整備指針において、専任の身体症状緩和医や専従の専門看護師の配置、緩和ケア外来の設置、苦痛のスクリーニングや定期的な病棟ラウンドの実施等の種々の指定要件を設けている。</p> <p>(PDC Aサイクルの活用の推進)</p> <p>また、厚生労働省では、平成25年9月に取りまとめられた「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の報告書において、拠点病院間の活動格差を縮小するためには「PDC Aサイクルを確保する仕組みが必要」とされたことを踏まえ、26年1月に整備指針を改定し、PDC Aサイクルの確保に係る指定要件を設け、拠点病院に対して緩和ケアの分野も含めた病院の機能全体について不断の改善を促している。</p> <p>具体的には、整備指針において、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講ずること、都道府県拠点病院を中心に、情報共有と相互評価を行うことなどとされ、自施設におけるPDC Aサイクルの確保及び都道府県拠点病院等の第三者との間での相互評価（以下「ピアレビュー」という。）の実施が求められている。また、PDC Aサイクルを活用する上では適切な目標を設定することがまずは重要であることから、現況報告書等において、拠点病院が「PDC Aを使って改善すること</p>	<p>図表 4-(1)-①</p> <p>図表 4-(1)-②</p> <p>図表 4-(1)-③</p> <p>図表 3-(1)-⑥ (再掲)</p> <p>図表 4-(1)-④</p> <p>図表 4-(1)-⑤</p>

を想定している課題」について、具体的かつ定量的な目標を記載することとされている。

【調査結果】

今回、調査対象 51 拠点病院における緩和ケアの提供体制及び提供内容を調査した結果、以下のとおり、i) 拠点病院として最低限提供すべきとされている緩和ケア（整備指針の「必須」要件）が提供されていない状況、ii) 拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況がみられた。

ア 緩和ケアの提供体制

(7) 緩和ケアチームの構成員である医師及び看護師の配置要件の充足状況

整備指針において、拠点病院は、身体症状緩和医、精神症状緩和医、専門看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備することとされている。

その際、配置要件として、身体症状緩和医については「専任」が必須で、「専従」が望ましく、また、「常勤」が原則必須とされ、精神症状緩和医については「専任」及び「常勤」が共に望ましいとされている。また、専門看護師については、「専従」かつ「常勤」が必須とされている。

今回、調査対象 51 拠点病院における身体症状緩和医、精神症状緩和医及び専門看護師の「必須」要件の充足状況をみると、項目 3(1)で述べたとおり、専門看護師の専従性が疑われる例が 1 事例みられたが、それ以外に「必須」要件が未充足と疑われる状況はみられなかった。

一方、身体症状緩和医及び精神症状緩和医に係る「原則必須」要件及び「望ましい」要件の充足状況（平成 27 年 9 月 1 日時点）をみると、未充足要件がなかった（全て充足している）拠点病院が 16 施設（31.4%）であるのに対し、未充足要件があった拠点病院が 35 施設（68.6%）みられた（注）。

（注） 調査対象 51 拠点病院を含む全国の 399 拠点病院における身体症状緩和医及び精神症状緩和医に係る「原則必須」要件及び「望ましい」要件の充足状況は、未充足要件がなかった（全て充足している）拠点病院が 146 施設（36.6%）、未充足要件があった拠点病院が 253 施設（63.4%）となっている。

中には、精神症状緩和医が非常勤であったことにより、速やかに専門的な緩和ケアが提供できなかつた例（1 施設）がみられた。

(4) 緩和ケアチームの構成員である医師の専門性（所属する診療科）

整備指針において、緩和ケアチームに配置することとされている身体症状緩和医及び精神症状緩和医については、「専門的な知識及び技能を有する医師」とされているが、その判断基準（所属する診療科等）は明らかにされていない。

今回、調査対象 51 拠点病院における身体症状緩和医及び精神症状緩和医の専門性（所属する診療科）（平成 27 年 9 月 1 日時点）をみると、身体症状緩和医については緩和ケア科系統（注 1）の医師を配置している拠点病院が

図表 4-(1)-③
(再掲)

図表 3-(1)-①
(再掲)

図表 4-(1)-⑥

図表 4-(1)-⑦

図表 4-(1)-⑧

図表 4-(1)-⑨・
⑩

<p>21 施設と最も多く、精神症状緩和医については精神科系統（注 2）の医師を配置している拠点病院が 40 施設と最も多い状況がみられた。</p> <p>（注 1） 緩和ケア科、緩和医療科など疼痛緩和等への対応を専門とする診療科をいう。 （注 2） 精神科、メンタルヘルス科など精神症状への対応を専門とする診療科をいう。</p> <p>一方、精神症状緩和医として、専門資格（注 1）を有さない耳鼻咽喉科系統の医師や神経内科系統（注 2）の医師を 1 人のみ配置している例（2 施設）がみられ、これら 2 施設においては、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に十分に対応できなかつた状況がみられた。</p> <p>（注 1） ここでは、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等をいう。 （注 2） 神経内科は、一般にパーキンソン病や脳梗塞、手足の麻痺や震えなど、脳や脊髄、神経、筋肉に由来する疾患を診る内科とされている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑪</p>
<p>(ウ) 緩和ケア外来の運営状況</p> <p>整備指針において、拠点病院は、緩和ケア外来を整備することとされているが、開設時間等の緩和ケア外来の運営に係る詳細な定めはない。</p> <p>今回、調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院（注）を除く 50 拠点病院における緩和ケア外来の運営状況をみると、1 週間の開設時間が 3.5 時間未満（9 施設）から 35 時間以上 42 時間未満（2 施設）まで区々となっている状況がみられた。</p> <p>（注） 1 拠点病院においては、緩和ケア外来を担当していた医師が平成 27 年 10 月に他院に転勤となったため、調査日時点においては同外来を開設していなかったが、28 年 3 月から副院長等が担当となって同外来を再開した。</p>	<p>図表 4-(1)-⑫</p>
<p>また、緩和ケア外来について、予約制としている拠点病院は 40 施設（80.0%）、原則予約を必要としていない拠点病院は 9 施設（18.0%）などとなっており、中には、週 1 回 2 人のみ（1 人 1 時間程度）予約制で開設している拠点病院がみられた一方、月曜日から金曜日まで非予約制で開設している（1 週間の開設時間：29 時間）拠点病院がみられた。</p> <p>さらに、緩和ケア外来の対象患者について、一定の制限（主治医との併診が必要、緩和ケアチームが依頼を受けたがん患者に限るなど）を設けている拠点病院は 15 施設（30.0%）、制限を設けていない拠点病院は 34 施設（68.0%）などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑬</p>
<p>イ 緩和ケアの提供内容</p> <p>(ア) 緩和ケアチームによる年間新規診療症例数及び緩和ケア外来の年間受診患者延べ数</p> <p>現況報告書等に基づき、調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数（平成 26 年）をみると、平均 166.6 症例であり、最も少ない拠点病院では 12 症例であるのに対し、最も多い拠点病院では 478 症例であった。</p> <p>また、緩和ケア外来の年間受診患者延べ数（平成 26 年）をみると、平均</p>	<p>図表 4-(1)-⑭</p> <p>図表 4-(1)-⑮</p>

<p>429.2人であり、最も少ない拠点病院では0人であるのに対し、最も多い拠点病院では2,355人であった。</p> <p>なお、緩和ケアチームによる年間新規診療症例数及び緩和ケア外来の年間受診患者延べ数について、各施設におけるがん患者数との間に強い相関はみられず、同規模の拠点病院間で較差がある状況となっているが、これは後述する苦痛のスクリーニングや病棟ラウンドの実施方法等の差異によるものと考えられる。</p>	
<p>(イ) 苦痛のスクリーニングの実施状況及びその結果の活用状況</p>	
<p>整備指針において、拠点病院は「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと」とされている（「必須」要件）。また、「スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること」ともされており、単に苦痛のスクリーニングを実施するだけでなく、緩和ケアを提供する必要があるか否かの判断を迅速かつ適切に行い、必要に応じ、緩和ケアチームへ介入を依頼するなどの対応をとることも求められている。</p>	<p>図表 4-(1)-③ (再掲)</p>
<p>苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度については整備指針に定めがないが、厚生労働省では、苦痛を有するがん患者を把握するというスクリーニングの趣旨からすれば、全てのがん患者を対象に、定期的を実施することが望ましいとしている。</p>	
<p>今回、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの実施状況を見ると、項目 3(1)で述べたとおり、調査日時時点で外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施していない拠点病院が 6 施設みられた。</p>	<p>図表 3-(1)-③ (再掲)</p>
<p>また、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度をみると、外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施していない拠点病院が 42 施設 (82.4%) みられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑯</p>
<p>さらに、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの結果の活用状況をみると、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても主治医や担当看護師の緩和ケアへの認識不足（終末期の患者だけが対象になるとの認識）から緩和ケアチームへの介入依頼がなされなかったため、同チームの介入が遅れたなど、苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していないと考えられる例がみられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑰</p>
<p>これに対し、緩和ケアを 1 次支援から 3 次支援まで階層化した上で、全ての看護師を基本的な緩和ケアである 1 次支援の担い手として位置付け、1 次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組みを構築するとともに、看護師に対する研修や支援を充実させることで苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していると考えられる例がみられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑱</p>
<p>(ウ) 病棟ラウンドの実施状況</p>	
<p>整備指針において、拠点病院は緩和ケアチームにより、週 1 回以上の頻度</p>	<p>図表 4-(1)-③</p>

<p>で、定期的に病棟ラウンドを行い、症状緩和に努めることとされている（「必須」要件）。</p>	<p>（再掲）</p>
<p>また、病棟ラウンドの対象患者については、整備指針に定めがないが、厚生労働省では、原則的には緩和ケアチームが介入した全ての患者としており、また、がん患者の立場からすれば、全てのがん患者が週1回以上の頻度で病棟ラウンドを受けることが望ましいとしている。</p>	
<p>今回、調査対象 51 拠点病院における病棟ラウンドの実施状況をみると、項目 3(1)で述べたとおり、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していない拠点病院が 1 施設みられた。</p>	<p>図表 3-(1)-④ （再掲）</p>
<p>また、当該 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における病棟ラウンドの対象患者をみると、全ての入院がん患者としている拠点病院が 10 施設（20.0%）、緩和ケアチームが介入した患者の全てとしている拠点病院が 30 施設（60.0%）、緩和ケアチームが介入した患者の一部としている拠点病院が 8 施設（16.0%）などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑱</p>
<p>さらに、各拠点病院が定める対象患者の全てに対し、病棟ラウンドを週1回以上の頻度で実施している拠点病院は 45 施設（90.0%）、週1回以上の頻度で実施していない拠点病院は 4 施設（8.0%）などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑳</p>
<p>このように、拠点病院として最低限提供すべきとされている緩和ケアが提供されていない状況並びに拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況は、がん患者及びその家族にとって好ましい状況とは言い難いと考えられる。</p>	
<p>前述のとおり、調査対象 51 拠点病院において、緩和ケアの提供に係る支障事例も一部みられたほか、平成 27 年に厚生労働省の研究班が拠点病院のがん患者を対象に実施した患者体験調査の結果によれば、からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていないと回答したがん患者が約 4 割存在し、中間評価報告書でも「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくない」とされている。</p>	<p>図表 4-(1)-㉑ 図表 4-(1)-㉒</p>
<p>また、調査対象 17 患者団体から、がん患者及びその家族が緩和ケアに不満を持つ意見が聴かれ、中には「激しい痛み到我慢できなくなり、病棟の看護師を通じて緩和ケアを依頼したが、主治医が手術中との理由で半日以上何の措置もとってくれなかったとの家族の声があった」とする意見も聴かれた。</p>	<p>図表 4-(1)-㉓</p>
<p>こうした状況が生じた原因としては、整備指針において、緩和ケアに係る規定の趣旨や実施方法等が明確化されていないことが考えられる。実際、調査対象 51 拠点病院及び 17 都道府県の中からは、整備指針における緩和ケアに係る各規定について、「定義や内容が不明確」、「モデルとなるものや実施方法の提示、そのためにどれだけの人員・労力、費用を要するののかの具体的な検討が行われていない」などとする意見が聴かれた。</p>	<p>図表 4-(1)-㉔</p>
<p>このため、拠点病院における緩和ケアを推進していくためには、項目 3 で述べ</p>	

た国及び都道府県による実地調査の活用等を通じて整備指針で求められている最低限の緩和ケアの提供を徹底させるとともに、整備指針の明確化等の支援を通じて緩和ケアの提供体制及び提供内容を充実させることが重要と考えられる。

他方、診療従事者の不足や偏在の問題が課題となっている中で、緩和ケアの提供体制及び提供内容を充実させるためには、現在提供されている緩和ケアについて、少しでもその質を向上させ、拠点病院間の活動格差を縮小させることも重要と考えられる。そのためには、厚生労働省も推進しているP D C Aサイクルの活用が重要と考えられる。平成 26 年 3 月に取りまとめられた「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書」でも、緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、外部評価を組み込んだP D C Aサイクルを構築することが求められているとされている。

図表 4-(1)-⑳

しかし、今回、調査対象 51 拠点病院における緩和ケアの分野でのP D C Aサイクルの活用状況（平成 26 年度及び 27 年度）を調査した結果、次のとおり、P D C Aサイクルの活用が必ずしも十分に進んでいない状況がみられた。

i) 目標設定が行われなまま情報の把握・分析を実施している又は情報の把握・分析を実施していない拠点病院が 31 施設（60.8%）みられた。

図表 4-(1)-㉑

ii) 評価の一手法であるピアレビューを実施した実績のない拠点病院が 46 施設（90.2%）みられた。

図表 4-(1)-㉒

また、目標設定を行った上で院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施した 19 施設のうち 15 施設では、分析・評価の結果を踏まえた具体的な改善措置が講じられていた。同様に、ピアレビューを実施した実績のある 4 施設のうち、ピアレビューを通じ、指摘を受けた 1 施設でも、指摘を踏まえた改善措置が講じられていた。

図表 4-(1)-㉓

図表 4-(1)-㉔

このように、P D C Aサイクルの活用が十分に進まない原因としても、整備指針においてP D C Aの活用に係る規定の趣旨や実施方法等が明確化されていないなど、厚生労働省による支援が不十分であることが考えられ、調査対象 51 拠点病院及び17都道府県の中からも、「どのような方法で行えばよいか分からない」などの意見が聴かれた。

図表 4-(1)-㉕

（再掲）

厚生労働省では、平成 26 年度以降、P D C Aサイクルの確保強化に関する事業を実施したり、苦痛のスクリーニングの事例集を作成したりして拠点病院を支援しているものの、現在でも整備指針の各規定の趣旨や具体的な実施方法について必ずしも十分に説明しているとはいえず、支援の拡充が重要と考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、緩和ケアを推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

① 拠点病院として最低限提供すべきとされる緩和ケアについて、国及び都道府

<p>県による実地調査を活用するなどして、全ての拠点病院において徹底させること。</p> <p>② 緩和ケアやP D C Aサイクルの活用に係る整備指針の各規定について、その趣旨や具体的な実施方法等を明確化するなど、緩和ケアの充実を図るための支援を拡充すること。</p>	
---	--

図表 4-(1)-① 世界保健機関（WHO）による緩和ケアの定義（平成 14 年）

（英語原文）

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

（日本語訳）

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（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。

- （注）1 英語原文は、WHOのホームページにおける記載を抜粋した。（<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>）
- 2 日本語訳は、国立がん研究センターがん対策情報センターが提供するホームページ「がん情報サービス」における記載を転載した。（http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html）

図表 4-(1)-② がん対策基本法及び基本計画における緩和ケアに係る記述

○ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第 16 条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国の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まだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

第 3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

② 緩和ケア

（取り組むべき課題）

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

（中略）

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識及び技能を有する医師や看護師が専任的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

（中略）

拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

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がんと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。

第 4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(取り組むべき課題)

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。

(個別目標)

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。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-③ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知)の別添) <緩和ケア提供関係部分抜粋>

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

⑤ 緩和ケアの提供体制

ア (2)の①のオ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 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。

ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i 週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。

iii 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。

※1 なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来であり、疼痛のみに対応する外来や診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。

※2 また、外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備すること。

エ イ及びウの連携を以下により確保することとする。

ii アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

(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

オ (1)の⑤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⑤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。

なお、この場合の専任の要件の適用にあたっては、実際に身体症状の緩和を実施していることの他に、他の診療を兼任しながら、身体症状の緩和を実施する必要が生じたときには直ちにこれに対応できる体制をとっていること等も含め、その就業時間の 5 割以上、身体症状の緩和に従事している必要がある。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ウ (1) の⑤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。なお、当該看護師は公益社団法人日本看護協会が認定を行う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のいずれかであること。

(1) の⑤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。当該薬剤師は一般社団法人日本緩和医療薬学会が認定する緩和薬物療法認定薬剤師であることが望ましい。また、当該医療心理に携わる者は財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士であることが望ましい。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-④ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成26年1月10日付け健発第0110第7号厚生労働省健康局長通知)の別添) <PDCAサイクルの確保関係部分抜粋>

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

⑤ 緩和ケアの提供体制

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

vi 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行うこと。

6 PDCAサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。

(2) これらの実施状況につき 都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

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連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、IIの地域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(3の(1)、(2)を除く。)を満たすこと。

1 都道府県における診療機能強化に向けた要件

(3) 地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対し、診療機能や診療実績等の情報提供を求め、必要に応じ、実地調査を行うこと等により、当該都道府県内のがん診療等の状況に関する情報を収集、分析、評価し、改善を図ること。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-⑤ 現況報告書等におけるPDCAサイクルの確保に関する報告内容

PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名:

平成27年9月1日現在

自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、必要に応じて図表などを活用し、具体的に記載すること。

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

	課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
例)	患者満足度の向上	退院患者の80%が入院治療環境に満足する	3か月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1			
2			
3			
4			
5			

上記の目標に向けた活動計画の予定(未定の場合には、未定と記入)

1	
2	
3	
4	
5	

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙52を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無

(あり/なし)

ファイル形式

(ワード/太郎/リッチテキスト/エクセル/パワーポイント/PDF/その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。

図表 4-(1)-⑥ 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況

表 1 4 要件の充足状況

(単位：施設、%)

区分	未充足要件あり				未充足要件なし (4 要件全て充足)	合計
	4 要件全て未充足	3 要件未充足	2 要件未充足	1 要件未充足		
施設数	35	0	7	13	15	51
構成比	68.6	0	13.7	25.5	29.4	100

表 2 要件別の充足状況

(単位：施設、%)

要件	等級の区分	充足		未充足		合計	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「常勤」であること	原則必須 (B 等級)	48	94.1	3	5.9	51	100
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「専従」であること	対応することが望ましい (C 等級)	24	47.1	27	52.9	51	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「専任」であること	対応することが望ましい (C 等級)	30	58.8	21	41.2	51	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「常勤」であること	対応することが望ましい (C 等級)	40	78.4	11	21.6	51	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(1)-⑦ 全国の 399 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況

表 1 4 要件の充足状況

(単位：施設、%)

区分		未充足要件あり				未充足要件なし (4 要件全て充足)	合計
		4 要件全て未充足	3 要件未充足	2 要件未充足	1 要件未充足		
施設数	253	1	51	84	117	146	399
構成比	63.4	0.3	12.8	21.1	29.3	36.6	100

表 2 要件別の充足状況

(単位：施設、%)

要件	等級の区分	充足		未充足		合計	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「常勤」であること	原則必須 (B 等級)	390	97.7	9	2.3	399	100
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「専従」であること	対応することが望ましい (C 等級)	217	54.4	182	45.6	399	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「専任」であること	対応することが望ましい (C 等級)	260	65.2	139	34.8	399	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「常勤」であること	対応することが望ましい (C 等級)	287	71.9	112	28.1	399	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

3 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

図表 4-(1)-⑧ 精神症状緩和医が非常勤であったことにより、速やかに専門的な緩和ケアが提供できなかった例

整備指針において、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医については、「常勤であることが望ましい」とされている。

A病院では、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、常勤の医師は配置しておらず、非常勤の医師を2人配置している。当該2人の精神症状緩和医の勤務日は、それぞれ毎週水曜日の午前及び毎週木曜日の午後であった。

また、A病院では、緩和ケア外来を水曜日、木曜日及び金曜日の週3日開設しており、当該2人の精神症状緩和医が、それぞれ水曜日及び木曜日の緩和ケア外来を、金曜日は緩和ケアチームの構成員でもある身体症状緩和医（常勤）が担当している。

このような中、平成25年、金曜日に緩和ケア外来を受診したがん患者について、対応した身体症状緩和医において、せん妄症状と判断し、抗不安薬、鎮痛補助薬等を処方し、その後の症状の経過及び薬の効果の診断は、翌週の水曜日の精神症状緩和医の診療日に行われることとなった。

しかし、当該がん患者は、週末に抑うつ症状が増悪し、日曜日の夜間に意識が混乱して救急車で搬送される事態となった。

なお、救急搬送時は抑うつ症状も全身倦怠感も強く、動けない状態であり、また、身体症状（呼吸苦、腹痛）も甚だしく、意識が混乱していたが、身体症状緩和医及び精神症状緩和医の診療を受け、症状は改善した。

A病院では、「がん患者の場合、身体機能の低下に伴う精神症状（不安、せん妄、抑うつ等）がいつ何時発症するか予測ができないことから、精神症状緩和医が常勤でないことで速やかに対応できない状況となっている。また、身体症状緩和医では、せん妄なのか抑うつなのかなどの精神症状の判断が難しく、それに伴う薬剤も多種多様であるため、調製も含め、専門知識がないと対応が難しい状況である」としている。

なお、A病院では、このような状況を解消するため、同病院のホームページにおいて、精神症状緩和医の募集を行っているものの、元来の医師不足もあって応募者がいない状況であるとしている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑨ 調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である身体症状緩和医 139 人の専門性（所属する診療科）

（単位：施設、人、％）

所属する診療科	施設数	医師数	
			構成比
緩和ケア科系統	21	36	25.9
麻酔科系統	16	21	15.1
外科系統	15	20	14.4
消化器内科系統	9	9	6.5
腫瘍内科系統	7	8	5.8
呼吸器内科系統	7	7	5.0
放射線科系統	6	6	4.3
総合診療科系統	5	5	3.6
内科系統	4	5	3.6
産婦人科系統	4	4	2.9
呼吸器外科系統	3	3	2.2
歯科口腔外科系統	3	3	2.2
小児科系統	2	2	1.4
消化器外科系統	2	2	1.4
泌尿器科系統	2	2	1.4
血液内科系統	1	1	0.7
皮膚科系統	1	1	0.7
乳腺外科系統	1	1	0.7
整形外科系統	1	1	0.7
婦人科系統	1	1	0.7
予防歯科系統	1	1	0.7
合計	—	139	100

（注）1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

3 本表における診療科の分類は、緩和ケア科系統、腫瘍内科系統、総合診療科系統及び予防歯科系統を除き、「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）における診療科の分類による。

4 身体症状緩和医を複数配置している施設の中には、異なる診療科の医師を配置している施設もあることから、「施設数」欄の合計は 51 とならない。

5 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑩ 調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である精神症状緩和医 73 人の専門性
(所属する診療科)

(単位：施設、人、%)

所属する診療科	施設数	医師数	
			構成比
精神科系統	40	56	76.7
精神腫瘍科系統	4	6	8.2
緩和ケア科系統	4	5	6.8
心療内科系統	2	2	2.7
神経内科系統	1	1	1.4
耳鼻咽喉科系統	1	1	1.4
その他（精神科及び心療内科の両科に所属）	1	2	2.7
合計	—	73	100

- (注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。
 2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。
 3 本表における診療科の分類は、精神腫瘍科系統、緩和ケア科系統及びその他を除き、「平成 26 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）における診療科の分類による。
 4 精神症状緩和医を複数配置している施設の中には、異なる診療科の医師を配置している施設もあることから、「施設数」欄の合計は 51 とならない。
 5 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑪ 緩和ケアチームの精神症状緩和医として、専門資格を有しない耳鼻咽喉科系統又は神経内科系統の医師 1 人のみを配置している施設において、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に十分に対応できなかった例

番号	概要
1	<p>A病院では、地域において精神科医が不足しているとして、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、耳鼻咽喉科系統の医師を 1 人配置（常勤・兼任）している（注）。</p> <p>（注） 当該医師は、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等は有していない。</p> <p>A病院では、精神症状緩和医が耳鼻咽喉科系統の医師であることにより、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に対応できない症例が年間数例あるとしており、当該状況が生じた場合には、地域の精神科医がいる病院に紹介する（入院患者の場合は、往診に来てもらう）ことで対応している。</p> <p>具体的には、次のような例がみられた。</p> <p><事例></p> <p>平成 28 年に、入院中であった 80 歳代の食道がん患者が、便秘、疼痛及び食欲不振の症状を訴えたため、当該症状の緩和を目的に緩和ケアチームへの介入依頼があった。当該チームの精神症状緩和医が対応したが、食欲不振の原因がつかめず、透視検査等でも通過障害が認められなかったため、精神症状の原因を疑い、市内の精神科医に往診に来てもらうこととし、翌日に対応することとなった。</p> <p>なお、市内の精神科医からは「現状及び病状への理解はあり、疎通や礼節も保たれている。抑うつ感や認知機能の低下は明らかでない」と診断され、その後、当該精神科医との連携の下で拠点病院以外の病院へ転院するに至った。</p>
2	<p>B病院では、精神科部長も兼ねており、精神症状の緩和を担当する医師としても適任であったとして、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、神経内科系統の医師を 1 人配置（常勤・兼任）している（注）。</p> <p>（注） 当該医師は、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等は有していない。</p> <p>B病院では、精神症状緩和医が神経内科系統の医師であることにより、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に対応できない症例があるとしており、具体的には、次のような例がみられた。</p> <p><事例></p> <p>平成 27 年に、50 歳代の歯肉がん患者が、焦燥感を訴えたため、緩和ケアチームの精神症状緩和医へ介入依頼があったが、神経内科外来の診察日であり、精神症状緩和医が対応困難であったこと及び精神科医師による精神医学的診断と専門的な治療が必要と判断されたため、翌日に非常勤の精神科医（緩和ケアチームの構成員ではない）の診察を受けてもらうこととなった。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑫ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における 1 週間の開設時間

(単位：施設、%)

区分	3.5 時間未満	3.5 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 14 時間未満	14 時間以上 21 時間未満	21 時間以上 28 時間未満	28 時間以上 35 時間未満	35 時間以上 42 時間未満	不明	合計
施設数	9	18	12	7	0	1	2	1	50
構成比	18.0	36.0	24.0	14.0	0	2.0	4.0	2.0	100

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 調査日時点の状況である。
 3 複数の医師が同時に緩和ケア外来を開設している時間がある場合、当該時間は、重複して 1 週間の開設時間に計上している。

図表 4-(1)-⑬ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における予約制採用の有無及び対象患者の制限の有無

(単位：施設、%)

区分	予約制採用の有無				対象患者の制限の有無				
	有	原則無	不明	合計	有	無	不明	合計	
施設数	40	9	1	50	15	34	1	50	
構成比	80.0	18.0	2.0	100	30.0	68.0	2.0	100	

対象患者の制限の具体例
 ・ 主治医との併診が必要
 ・ 緩和ケアチームが依頼を受けたがん患者に限る
 ・ 緩和ケア病棟退院後のフォローアップの診察に限る

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 調査日時点の状況である。

図表 4-(1)-⑭ 緩和ケアチームによる年間新規診療症例数（平成 26 年）

表 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数の平均値、中央値、最小値及び最大値

(単位：症例)

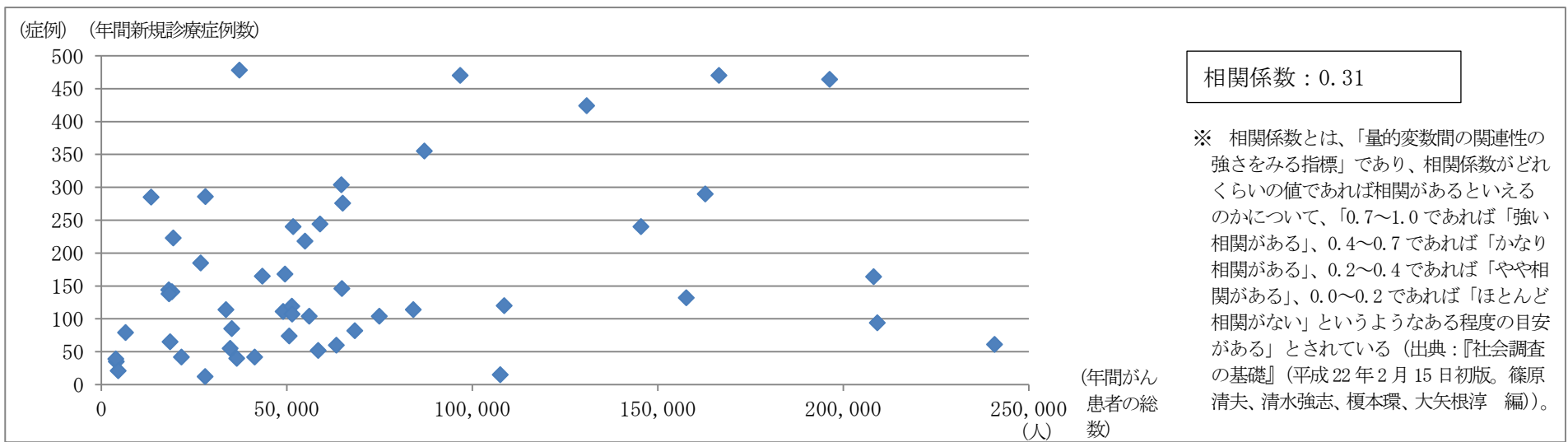
平均値	中央値	最小値	最大値
166.6	120	12	478

表 2 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数の分布

(単位：施設、%)

区分	50 症例未満	50 症例以上 100 症例未満	100 症例以上 150 症例未満	150 症例以上 200 症例未満	200 症例以上 250 症例未満	250 症例以上 300 症例未満	300 症例以上 350 症例未満	350 症例以上 400 症例未満	400 症例以上 450 症例未満	450 症例以上	合計
施設数	8	10	13	4	5	4	1	1	1	4	51
構成比	15.7	19.6	25.5	7.8	9.8	7.8	2.0	2.0	2.0	7.8	100

図 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数と年間がん患者の総数（年間新入院がん患者数及び年間外来がん患者延べ数の合計）との相関図



(注) 平成 28 年度の現況報告書等に基づき、当省が作成した。

図表 4-(1)-⑮ 緩和ケア外来の年間受診患者延べ数（平成 26 年）

表 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数の平均値、中央値、最小値及び最大値

(単位：人)

平均値	中央値	最小値	最大値
429.2	168	0	2,355

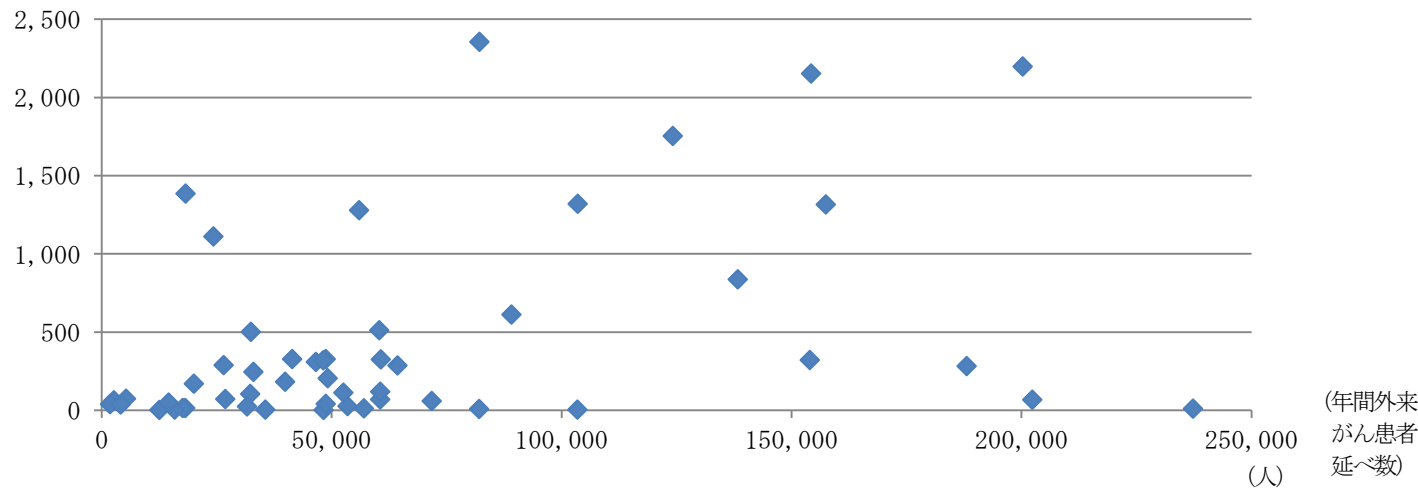
表 2 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数の分布

(単位：施設、%)

区分	0 人	1 人以上 50 人未満	50 人以上 100 人未満	100 人以上 150 人未満	150 人以上 200 人未満	200 人以上 300 人未満	300 人以上 500 人未満	500 人以上 1,000 人未満	1,000 人以上 1,500 人未満	1,500 人以上 2,000 人未満	2,000 人以上	合計
施設数	2	14	6	3	2	5	6	4	5	1	3	51
構成比	3.9	27.5	11.8	5.9	3.9	9.8	11.8	7.8	9.8	2.0	5.9	100

図 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数と年間外来がん患者延べ数との相関図

(人) (緩和ケア外来の年間受診患者延べ数)



相関係数：0.40

※ 相関係数とは、「量的変数間の関連性の強さをみる指標」であり、相関係数がどれくらいの値であれば相関があるといえるのかについて、「0.7～1.0であれば「強い相関がある」、0.4～0.7であれば「かなり相関がある」、0.2～0.4であれば「やや相関がある」、0.0～0.2であれば「ほとんど相関がない」というようなある程度の目安がある」とされている（出典：『社会調査の基礎』（平成 22 年 2 月 15 日初版。篠原清夫、清水強志、榎本環、大矢根淳 編））。

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。
2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑯ 調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1: 外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施している	8	15.7
2: 外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施していない	42	82.4
2-1: 外来及び病棟の原則全てのがん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施しているが、定期的に実施していない	10	19.6
2-2: 外来及び病棟で苦痛のスクリーニングを実施しているが、全てのがん患者に対して実施していない	26	51.0
2-3: 外来がん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施していない	6	11.8
3: 不明	1	2.0
合計	51	100

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 調査日時点の状況である。
 3 「定期的に苦痛のスクリーニングを実施している」とは、例えば、外来の場合、外来受診や化学療法を行うたびに実施する、病棟の場合、入院後毎日、1週間に1回実施するなど、定められた1回限りではなく、複数回苦痛のスクリーニングを実施している場合をいう。
 4 「全てのがん患者に対して実施していない」とは、例えば、外来の場合、化学療法室の外来患者に対してのみ実施する、病棟の場合、緩和ケア病棟に入院するがん患者に対してのみ実施するなど、一部の診療科、病棟等のがん患者に対してのみ実施している場合をいう。
 5 「構成比」の各欄は、小数点第2位を四捨五入しているため、「1」欄から「3」欄までの合計は100にならない。

図表 4-(1)-⑰ 苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していないと考えられる例

番号	概要
1	<p>A病院では、苦痛のスクリーニングについて、全ての入院がん患者を対象にしており、常時 60 人から 70 人程度の者に対して実施している。</p> <p>また、苦痛のスクリーニングの結果、緩和ケアが必要と考えられる場合には、主治医や担当看護師から、電子カルテ等を通して緩和ケアチームに介入を依頼することができる体制となっている。</p> <p>しかし、現実には、医療従事者において、緩和ケアは治療中の患者には必要がなく、終末期の患者だけが対象になるとの認識がまだ残っていることから、主治医や担当看護師からの緩和ケアチームへの介入依頼は年間 10 件から 15 件程度と、ほとんどない状況であり、A病院では、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても介入依頼がなされない例があるとしている。</p> <p>このため、A病院では、緩和ケアチームの介入が必要ながん患者を判別するため、同チームに所属する緩和ケア認定看護師が、苦痛のスクリーニングの結果を全てチェックすることとしている。</p> <p>A病院では、「現状、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者に対し、主治医や担当看護師がどう対応しているか、苦痛のスクリーニングを実施しただけの状態で放置していないかを緩和ケアチームが確認しなければならない状況となっている」としている。</p> <p>緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても、主治医や担当看護師から介入依頼がなされなかったため、緩和ケアチームの介入が遅れた例として、具体的には次のような例がみられた。</p>

	<p><事例></p> <p>5月20日に実施した苦痛のスクリーニングの結果において、がん患者から一定の身体的苦痛（腰痛）が訴えられていたが、主治医や担当看護師からは緩和ケアチームへの介入依頼がなされずにいた。その後、緩和ケアチームにおいて苦痛のスクリーニングの結果及び患者のカルテを確認したところ、薬剤の処方に疑義が生じたことなどから介入が必要と判断し、苦痛のスクリーニングの実施から4日後の5月24日に、緩和ケア認定看護師から主治医及び担当看護師に対し、アセスメント方法や薬剤の変更について助言し、疼痛を緩和した。</p>
2	<p>B病院では、i) がん以外の疾病の患者も多数通院又は入院していること、ii) 自分ががんであることを認識していないがん患者もいることから、がん患者だけに苦痛のスクリーニングを実施した場合、自分ががんであることを気付かせてしまうおそれがあるとして、全ての患者を対象とした苦痛のスクリーニングを実施している。</p> <p>しかし、B病院では、このように苦痛のスクリーニングの対象をがん以外の疾病の患者にまで拡大した結果、収集した情報が膨大となり（注1）、苦痛のスクリーニングの結果の処理が追いつかず、ほとんど活用できていない状況（注2）となっているとしている。</p> <p>（注）1 B病院では、入院患者に限っても年間約1万人（1月当たり約800人）の患者に対して苦痛のスクリーニングを実施しているとしている。</p> <p>2 例えば、B病院における緩和ケアチームへの新規依頼症例数は、平成27年6月においては2件、26年6月においては0件となっている。</p> <p>なお、B病院では、緩和ケアチームへ介入を依頼するなどの対応をとるべきか判断するための数値基準を策定していない。</p>
3	<p>C病院では、入院がん患者については一般病棟の入院患者の一部を対象に、外来がん患者については化学療法を実施している患者を対象に、苦痛のスクリーニングを実施している。</p> <p>また、C病院が定めた苦痛のスクリーニングの運用マニュアルによれば、苦痛のスクリーニングの結果、がん患者が「からだの症状のつらさ」について、「それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい」などの選択肢を選んだ場合などには、看護師が対応し、必要に応じて主治医に相談・報告することとされている。</p> <p>しかし、C病院では、苦痛のスクリーニングの結果、がん患者が一定の苦痛を訴えていた場合に、その事実や看護師や主治医がどのように対応したのかの情報について、緩和ケアチームまで系統的に報告される仕組みとはなっていない（注）。</p> <p>（注） C病院では、その理由について、報告させる必要性が不明であるためとしている。また、緩和ケアチームが各部署の電子カルテの情報をシステム上で確認することは可能であるとしている。</p> <p>なお、C病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数は60件程度であり、がん患者の総数（年間新入院がん患者数及び年間外来がん患者延べ数の合計）が24万人程度であることに鑑みると低い水準にあると考えられる。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑱ 苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していると考えられる例

A病院では、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医療従事者が限られている中で、効率的かつ効果的に緩和ケアを提供するため、緩和ケアを1次支援、2次支援及び3次支援と階層化し、1次支援は基本的緩和ケアとして全ての看護師及び医師が提供するもの、2次支援及び3次支援は専門的緩和ケアとして専門看護師や緩和ケアチームが提供するものと位置付けている。

A病院によれば、専門的緩和ケアを必要とする者は緩和ケアを必要とする者全体の2割程度であり、残りの8割は基本的緩和ケアを提供するだけで満足を得るとしている。

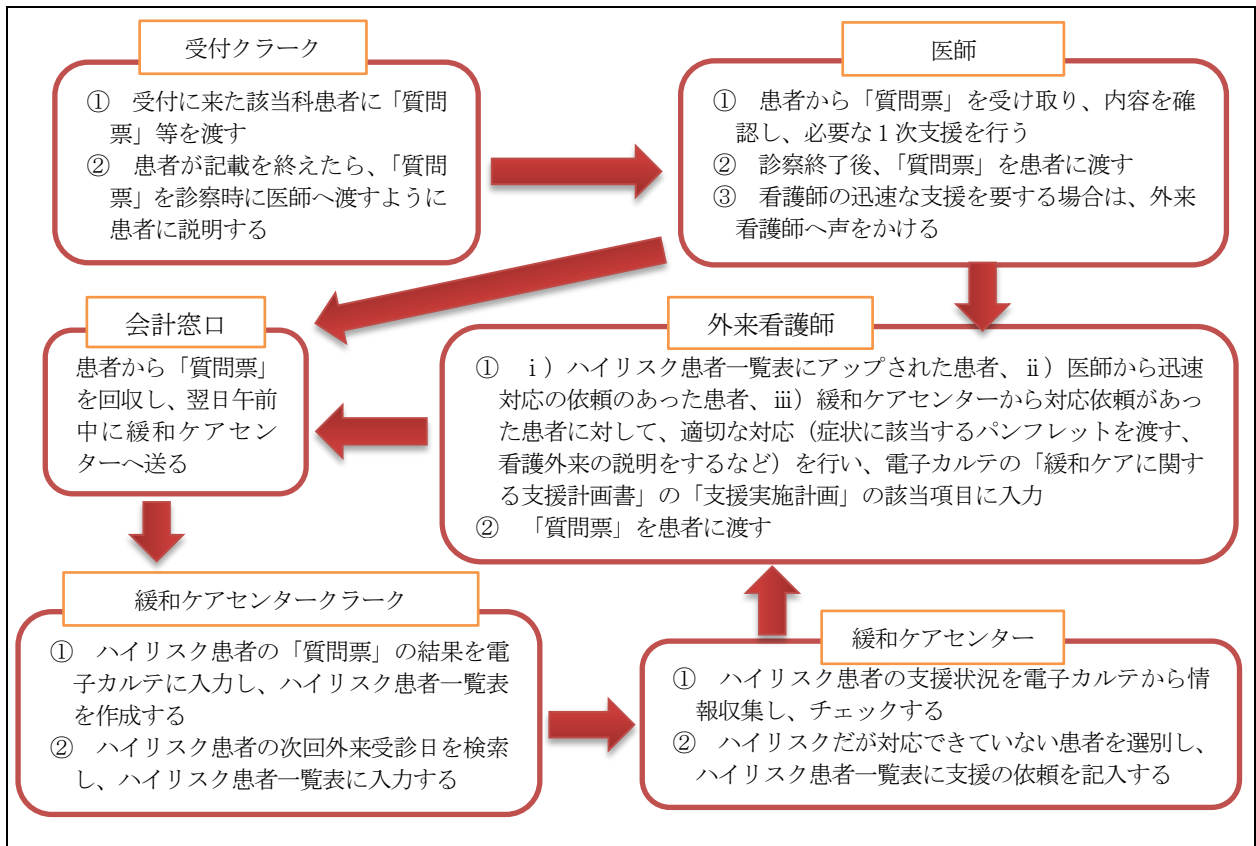
このため、A病院では、以下のとおり、i) 1次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組みを構築するとともに、ii) 院内の医療従事者全体の多くを占める看護師が、質の高い1次支援を実施することができれば院内全体の緩和ケアの質も一層向上するとの考えの下、看護師に対する研修や支援を充実させる取組を行っている。

1 1次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組み

A病院では、苦痛のスクリーニングについて、外来及び病棟の全てのがん患者に対して実施している。また、A病院では、苦痛のスクリーニングの結果、ハイリスクとされた患者（注）（以下「ハイリスク患者」という。）に対する1次支援を迅速かつ確実にを行うことを重視しており、「緩和ケアスクリーニング運用マニュアル」に基づき、表1及び表2のとおり、看護師、緩和ケアセンターの職員等が各々の役割を踏まえた対応を行うこととしている。

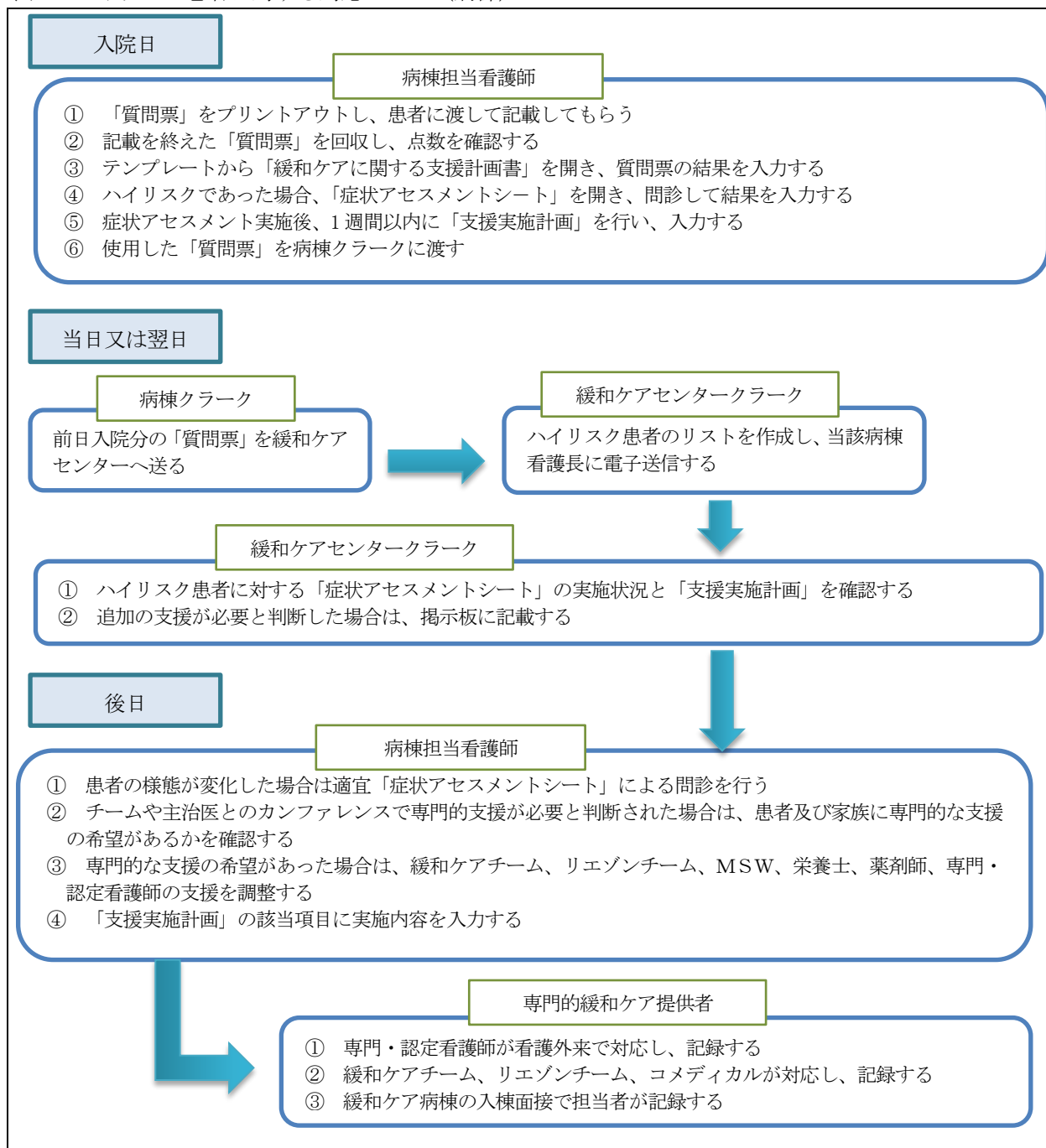
（注） 苦痛のスクリーニングにおいて、がん患者は、「からだの症状」については0から4までの5段階で、「気持ちのつらさ」については0から10までの11段階で苦痛の状況を申告できることとされており、このうち、「からだの症状」が2以上又は「気持ちのつらさ」が5以上のがん患者をいう。

表1 ハイリスク患者に対する対応フロー（外来）



（注） A病院の資料に基づき、当省が作成した。

表2 ハイリスク患者に対する対応フロー（病棟）



(注) A病院の資料に基づき、当省が作成した。

このように、A病院ではハイリスク患者の認定基準として一定の数値基準を設け、最低限これらの基準を満たすがん患者については看護師や主治医が対応することとしているとともに、緩和ケアセンターにおいてハイリスク患者の情報を集約管理し、支援が不十分とみられる場合には、看護師に対して更なる支援を要請することとしており、1次支援を迅速かつ確実に提供できる仕組みを構築している。

2 看護師に対する研修及び支援の状況

A病院では、緩和ケアを効果的に提供するためには、外来及び病棟で勤務する看護師の役割が重要であるとして、看護師を院内の緩和ケアの重要な担い手と位置付け、表3のとおり、看護師向けの独自の研修を実施している。

表3 A病院における看護師に対する研修の概要

研修名	緩和ケアジェネラリスト育成研修	緩和ケアリンクナース育成研修
研修目的	外来又は病棟で1次支援を提供する緩和ケアジェネラリストを育成	緩和ケアチームと病棟看護師等をつなぐ役割を持つ緩和ケアリンクナースを育成
研修実施頻度	年4回(6月、10月、11月、1月)	年1回(9月)
研修日数	1日	2日
研修講師	院内のがん看護専門看護師5人程度	院内のがん看護専門看護師5人程度
備考	公益社団法人日本看護協会発行「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」を使用	

(注) 当省の調査結果による。

A病院では、平成28年度までに最低でも緩和ケアジェネラリスト育成研修については院内の全ての看護師に受講させることとしており、28年2月時点で234人が修了している(受講率:約47%)。また、緩和ケアリンクナース育成研修についても、同時点で90人が修了している。

また、A病院では、1次支援の充実のため、同病院の緩和ケアチームが各病棟等を回り、看護師に対し、病状アセスメントの実施方法等について助言・指導することとしている。

なお、A病院では、苦痛のスクリーニングを導入する際、院内において「余計な仕事を増やすな」などの反発があったが、看護師に対しては普段の仕事の延長である旨を説明し、医師に対しては個別に各診療科を訪問し、苦痛のスクリーニングの趣旨を丁寧に説明し、説得したとしており、「国は、単に「苦痛のスクリーニングを実施すること」と示すだけでなく、具体的な実施方法、実施することでどのような効果があるのかということまで示さなければ病院全体として導入する際のハードルが高い」としている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑱ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における病棟ラウンドの対象患者

(単位：施設、%)

区分		施設数	構成比
1:全ての入院がん患者		10	20.0
2:一部の入院がん患者		39	78.0
対象患者 の内訳	緩和ケアチームが介入したがん患者の全て	30	60.0
	緩和ケアチームが介入したがん患者の一部	8	16.0
	その他（緩和ケアチームが介入していないがん患者のうち、苦痛のスクリーニングの結果、病棟ラウンドが必要と判断された者等）	7	14.0
3:不明		1	2.0
合計		50	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査日時点の状況である。

3 「対象患者の内訳」欄には、複数の欄に計上している施設が含まれている（病棟ラウンドの対象患者として、「緩和ケアチームが介入したがん患者の全て」又は「緩和ケアチームが介入したがん患者の一部」に加え、「その他」の患者も含めて実施している施設がある。）ことから、「対象患者の内訳」欄の施設数及び構成比の合計は、「一部の入院がん患者」欄の施設数及び構成比とは一致しない。

図表 4-(1)-⑳ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における対象患者の全てに対する病棟ラウンドの実施状況

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1:週 1 回以上の頻度で病棟ラウンドを実施している	45	90.0
2:週 1 回以上の頻度で病棟ラウンドを実施していない	4	8.0
3:不明	1	2.0
合計	50	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査日時点の状況である。

図表 4-(1)-㉑ からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていないと回答したがん患者が約4割存在するとされた患者体験調査の結果

表1 がん患者のからだのつらさ

「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合		57.4%	
内訳	選択肢	回答者数	構成比（補正值）
	1. そう思う	555	10.6%
	2. ややそう思う	1,218	23.9%
	3. どちらともいえない	421	8.1%
	4. あまりそう思わない	1,302	25.9%
	5. そう思わない	1,607	31.5%

表2 がん患者のきもちのつらさ

「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合		61.5%	
内訳	選択肢	回答者数	構成比（補正值）
	1. そう思う	477	8.7%
	2. ややそう思う	1,011	19.6%
	3. どちらともいえない	520	10.2%
	4. あまりそう思わない	1,044	22.2%
	5. そう思わない	1,953	39.3%

図1 がん患者のからだのつらさ

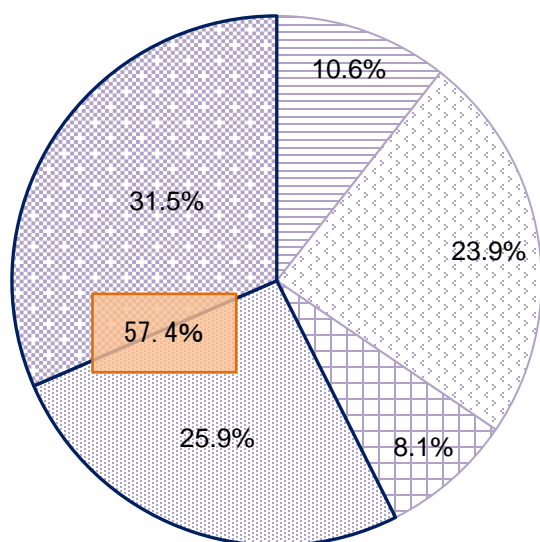
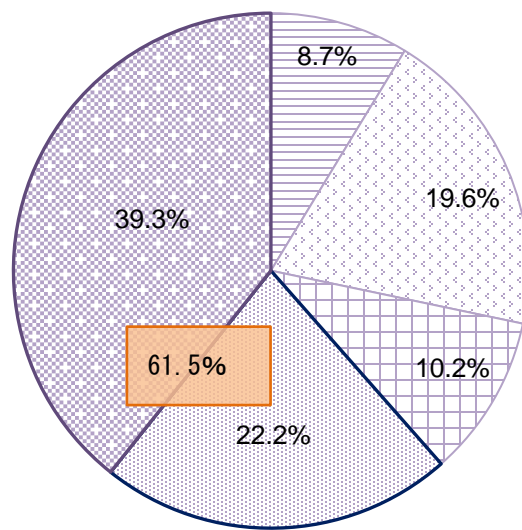


図2 がん患者のきもちのつらさ



- 1. そう思う
- 2. ややそう思う
- 3. どちらともいえない
- 4. あまりそう思わない
- 5. そう思わない

(注) 「指標に見るわが国のがん対策」(平成27年11月国立がん研究センターがん対策情報センター)に基づき、当省が作成した。

図表 4-(1)-⑳ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会) <抜粋>

第 3 章 中間評価
II 全体目標についての進捗状況
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 (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)
<u>身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくない</u> ため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き体制の検証と整備をすすめる必要がある。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-㉑ 調査対象 17 患者団体における緩和ケアに不満を持つ意見の例

<ul style="list-style-type: none">・ 告知時の医師の態度が事務的で冷淡だった。・ 医療従事者が、大勢の人間がいる場でがんであると話した。・ 余命告知を希望しなかったにもかかわらず告知された。抗議したところ、当該病院のがん認定看護師から「今の時代は、厚生労働省から告知をするように言われている」と言われた。・ 告知時に、看護師の同席がなかった。・ 緩和ケアチームの存在を知っていればケアを受けたかったが、告知時には紹介がなく、ケアを受けることなく退院した。・ 治療の目的、効果等の説明が充分でなく、インフォームド・コンセントが適切に実施されていないと感じた。・ 治療方法の選択に当たっての説明が不十分。・ 乳房の温存・再建という点で医療者との温度差を感じる。患者も、医師と同様に「生存」を優先することは同じであるものの、特に異性間で考え方が異なる部分もあり、治療中のカウンセリング等においてもっと寄り添うような対応を期待したい。・ 肺がんで、骨折が度々ある患者に対し、病院が骨折の予防をしなかった。患者は咳をするだけでも骨折してしまうような状態だったが、医師等に知識がなかった。患者は 1 週間痛みを訴え続け、ようやく診てもらったところ、肩胛骨等が折れていた。・ 積極的な治療を終了し、痛み緩和のため地域拠点病院に入院していた際に、廊下を歩くことができないほどの痛みで襲われ、激しい痛みで我慢できなくなり、病棟の看護師を通じて緩和ケアを依頼したが、主治医が手術中との理由で半日以上何の措置もとってくれなかったとの家族の声があった。
--

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑳ 調査対象 51 拠点病院及び 17 都道府県における整備指針の各規定に係る意見の例

区分	意見の例
調査対象 51 拠点病院 における 意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省は苦痛のスクリーニング等の実施の指示は行うが、実施体制の整備方法については助言がなく、人やお金の支援もなく、病院任せとなっているものが多いことから、現場は大変苦勞している。厚生労働省は、実施の指示をするだけでなく、具体的な整備方法も示してほしい。 ・ 地域連携クリティカルパス（注）や苦痛のスクリーニング、P D C Aに代表されるように、厚生労働省では、緩和ケアを含めた拠点病院に関する政策について、政策（指定要件）として義務化しておきながら、モデルとなるものや実施方法の提示、そのためにどれだけの人員・労力、費用を要するのかの具体的な検討が行われていない。義務化した後で各施設に対して実施状況を尋ねてくることも多い。政策として義務化する際には、具体的な実施方法、必要とする人員・労力と費用、得られる効果等の裏付けをもって実施するとともに、必要な予算について確保してもらいたいと日頃から強く感じている。 <ul style="list-style-type: none"> （注） 拠点病院等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。 ・ 緩和ケアについて新たな取組を行うことや指定要件を変更することは良いが、それらの検証作業が全く行われておらず、取組の効果がほとんどみられない。厚生労働省は、一部の有識者の声高な意見のみを採用し、現場の声を無視して、物事を進めてしまう。緩和ケアに係る全ての取組を全ての拠点病院に一律に行わせるのではなく、病院の実情等を踏まえた柔軟な対応が必要なものがあるということも念頭に入れつつ緩和ケア制度を推進してほしい。 ・ 指定要件として苦痛のスクリーニングの実施が求められているが、これは、厚生労働省が患者団体等の声を拾い上げ、指定要件として盛り込んだものであると認識している。しかし、苦痛のスクリーニングについては、現時点ではその有効性に関するエビデンス（科学的根拠）が確立されておらず、学会でも議論があるところである。患者が抱える、見逃されていた身体的・精神的な苦痛の掘り起こしなどに役立っていると認識しているが、エビデンスが確立していない状況でもあるため、国において、指定要件として苦痛のスクリーニングを導入したことによる効果を費用対効果の側面等から中間的に評価してほしい。 ・ 厚生労働省が想定している「緩和ケアセンター」の定義や役割が不明確なので示してほしい。 ・ ピアレビューについて、どのような方法で行えばよいか分からない。 ・ 整備指針IV1(3)の取組（都道府県拠点病院によるP D C Aサイクルの推進）として、都道府県拠点病院が何をどこまでできるのかを具体的に明示してほしい。 ・ P D C Aサイクルを用いて検証・評価を行う必要はあると認識しているものの、どのような把握方法があるか等を検討している段階であり、実現に至っていない。
調査対象 17 都道府 県におけ る意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定要件については、拠点病院から「分かりにくい」として解釈の問合せをよく受ける。指定要件を具体的に分かりやすい文章で記載すべきである。 ・ P D C Aサイクルの確保に必要な取組及び取組が目指している拠点病院の在り方を具体的に提示してほしい。拠点病院が取り組むべき具体的な内容が不明確であり、都道府県内の拠点病院では目標設定に苦慮している。 ・ 厚生労働省は、拠点病院の指定要件を年々厳しくする一方、補助金（がん診療連携拠点病院機能強化事業）の額を年々減らしている。このような状況で、拠点病院において機能強化に向けた新たな取組を実施しようとしても、診療報酬の加算対象とならない場

合、全て拠点病院の持ち出しとなり、経営上の負担となってくるため、実施は容易でない。

このため、本都道府県では、平成 26 年度から地域医療介護総合確保基金事業を活用した独自の補助事業を開始し、拠点病院におけるがん対策の充実・強化を支援しており、同事業の利用実績は多く、拠点病院におけるニーズが認められる。厚生労働省は、拠点病院の機能強化を進めるのであれば、拠点病院の負担軽減のため、要する費用を診療報酬の加算対象とする、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の補助事業を拡大するなどして支援する必要がある。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-㉔ 「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書」
(平成 26 年 3 月) <抜粋>

<p>Ⅲ. おわりに (前略)</p> <p>また、今回の実地調査においては現場の状況を把握し課題整理を行うことを当初の目的としたが、個々の施設の立場からも緊張感を持って自施設の緩和ケア提供体制を見直し、組織管理者と現場の実務者が同じ場所で意見交換をすることにより、取組が改善されるといった好循環を生むケースがあった。<u>緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、今回の実地調査のように、がん患者をはじめとする国民を含む外部の視点を組み込んだ評価体制を確立することが有効であり、毎年拠点病院現況報告による自己評価のみならず、国民や都道府県内外の専門家による外部評価を組み込んだPDC Aサイクルを構築することが求められていると考えられた。</u></p>

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-㉕ 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアに係る目標設定及び情報の把握・分析・評価の実施状況 (平成 26 年度及び 27 年度)

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1:目標設定を行った上で情報の把握・分析・評価を実施している	19	37.3
2:目標設定が行われぬまま情報の把握・分析・評価を実施している又は情報の把握・分析・評価を実施していない	31	60.8
3:不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-㉖ 調査対象 51 拠点病院における拠点病院間でのピアレビューの実施状況及びピアレビューを通じて受けた指摘の状況 (平成 26 年度及び 27 年度)

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1:ピアレビューを実施した実績がある	4	7.8
1-1:ピアレビューを通じ、緩和ケアの提供状況に関する何らかの指摘を受けた実績がある	1	2.0
1-2:ピアレビューを通じ、緩和ケアの提供状況に関する何らかの指摘を受けた実績がない	3	5.9
2:ピアレビューを実施した実績がない	46	90.2
3:不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、「1」欄と「1-1」欄及び「1-2」欄の計は一致しない。

図表 4-(1)-㉔ 目標設定を行った上で院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施し、その結果を踏まえて具体的な改善措置を講じている拠点病院の例

番号	概要
1	<p>A病院では、緩和ケアを1次支援、2次支援及び3次支援と階層化し、1次支援は基本的緩和ケアとして全ての医師及び看護師が提供するものと位置付けた上で、苦痛のスクリーニングの結果、ハイリスク患者と認定した者に対する1次支援を迅速かつ確実にを行うことを重視している。</p> <p>このため、A病院では、緩和ケアセンターにおいて、毎月、診療科ごとのハイリスク患者に対する当日1次支援（注）の実施状況（当該月のハイリスク患者全体に対してどの程度当日1次支援が行われたか）について、グラフ化して幹部会等で報告することとしている。</p> <p>（注） 苦痛のスクリーニングを行った当日に、ハイリスク患者に対して看護師等が支援を行うことをいう。</p> <p>A病院では、この取組により、迅速かつ確実な1次支援の提供についての各科長等の意識を向上させ、当日1次支援の実施状況の改善につなげている。</p>
2	<p>B病院では、病棟看護師において、平成27年10月から、入院時と退院時の苦痛のスクリーニングの回答状況を把握するなどして、院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施している。</p> <p>この中で、苦痛のスクリーニングの回答がスクリーニングシートの表面にのみ記載され、裏面には記載されていない状況が散見されるなどしたことから、B病院では、次のとおり、様式の改善を行った。</p> <p>i) 記入漏れ防止を図るため、A4用紙の表裏に表示していたものを、A3用紙の見開きの仕様に変更した。</p> <p>ii) 判読を容易にするため、構成及び配置を見直し、カラー版とした。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-㉑ ピアレビューを通じて受けた指摘を踏まえ、具体的な改善措置を講じた拠点病院の例

当該都道府県では、都道府県拠点病院であるA病院を中心として、平成26年度に都道府県内の全拠点病院においてピアレビューを実施している。

当該都道府県におけるピアレビューにおいては、A病院及び調査担当の拠点病院（注）の幹部（院長、看護部長、事務部長等）が調査対象となった拠点病院を訪問し、拠点病院それぞれの現状、課題及び今後の改善方法について意見交換することとされており、具体的には下表の内容を行うこととされている。

（注） A病院を除く都道府県内の拠点病院が持ち回りで務めるもの。

表 当該都道府県におけるピアレビューの内容

- ・ 拠点病院における指定要件の必須項目について、実状を確認
 - i) 緩和ケアチームの活動、カンサーボード及び各部門の運営状況について、現場担当者から説明を受け、実績（カルテ記録、診療報酬算定数等）を確認
 - ii) マニュアル（配布状況、改定の頻度）、スクリーニングシート、相談記録、議事録・参加者名簿等を確認し、網羅性、レジメン逸脱等について、確認
- ・ 拠点病院におけるPDCAサイクルの確保に係る取組について、意見交換
- ・ 拠点病院に設置する相談支援センター、外来化学療法室及びがん登録室を訪問

（注） A病院の資料に基づき、当省が作成した。

このような中、B病院を対象としたピアレビューは、平成26年12月にA病院及びC病院が調査担当病院となって実施されている。

その結果、B病院では、苦痛のスクリーニングについて、入院時は実施されているものの、入院後のフォローまではできていない旨の指摘がなされた。

このため、B病院では、当該指摘を受け、平成27年度から、緩和ケア認定看護師が入院後もスクリーニングシートの回答内容を確認し、回答に相談希望がない場合でも、当該シートにおける「からだの症状」等の回答内容を精査し、また、患者の様子を観察することにより、必要に応じて緩和ケアチームに介入を依頼するようにしており、実際に介入につながった例があったとしている。

（注） 当省の調査結果による。

(2) がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修の受講促進

勸 告	説明図表番号
<p>【制度の概要等】</p> <p>(緩和ケア研修の実施の経緯)</p> <p>緩和ケア研修は、がん対策基本法第 16 条（「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」）及び第 1 期基本計画に基づき、平成 20 年度から開始されたものであり、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」（平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知）の別添。以下「緩和ケア研修開催指針」という。）に基づき、拠点病院が中心となって実施することとされている。</p> <p>(緩和ケア研修の目標)</p> <p>第 2 期基本計画では、緩和ケア研修について、「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」、「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」等の目標が設定されている（注）。</p> <p>（注） 整備指針においても、拠点病院は「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」等の指定要件が定められている。</p> <p>厚生労働省では、中間評価報告書において、拠点病院に所属する主治医・担当医のうち、緩和ケア研修を修了した者の割合（以下「修了率」という。）が 45.8%（平成 26 年 9 月末時点）にとどまっていることが明らかになったことを受け、「がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修完了計画書策定等について」（平成 27 年 3 月 12 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡。以下「平成 27 年 3 月事務連絡」という。）により、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割以上が修了することなどの目標を達成するための計画書を拠点病院に作成させ、受講促進の動機付けとしている。</p> <p>他方、現時点において、拠点病院以外の病院及び診療所に所属する医師の緩和ケア研修の修了状況について調査し、取りまとめられたものはない。</p> <p>【調査結果】</p> <p>今回、調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況を調査した結果、以下のとおり、現状のままでは、一部の拠点病院において、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割以上が緩和ケア研修を修了することが困難と考えられる状況がみられた。</p> <p>ア 主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況</p> <p>調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医（5,212 人）の平成 27 年 9 月 1 日時点での緩和ケア研修の修了状況をみると、修了率は 55.1%であり、</p>	<p>図表 4-(2)-①</p> <p>図表 4-(2)-②</p> <p>図表 4-(2)-③</p> <p>図表 4-(2)-④</p> <p>図表 4-(2)-⑤</p>

<p>拠点病院別にみると、修了率が90%以上の拠点病院が3施設(5.9%)であるのに対し、修了率が30%未満の拠点病院が2施設(3.9%)みられた。</p>	
<p>イ 主治医・担当医の修了目標の達成可能性</p>	
<p>調査対象51拠点病院における平成26年度及び27年度の緩和ケア研修の定員又は受講者数を基に、28年度以降、現状における最大のペースで修了者が増加すると仮定した場合、29年6月までに、所属する主治医・担当医の9割が修了することが困難と考えられる拠点病院が6施設(11.8%)みられた。</p>	<p>図表4-(2)-⑥</p>
<p>中には、現状における最大のペースでも、主治医・担当医の9割が修了するまで4.7年かかる見通しの拠点病院もみられた。</p>	<p>図表4-(2)-⑦</p>
<p>また、拠点病院が作成した緩和ケアマップ(注1)に掲載されているなど、調査対象拠点病院と主に緩和ケアの分野で連携している地域の病院及び診療所を36施設抽出し、同施設に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況を調査した結果、修了状況が把握できた34施設に所属する主治医・担当医(182人)の修了率は55.5%(注2)となっている。第2期基本計画では5年以内になんがん診療に携わる全ての医療従事者が緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することとされており、現状においては、拠点病院と主に緩和ケアの分野で連携している地域の病院及び診療所に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況は必ずしも十分とは言い難いと考えられる。</p>	<p>図表4-(2)-⑧</p>
<p>(注1) 2次医療圏内にある緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等を一覧で示したものをいう。 (注2) 地域の病院及び診療所には、非常勤の医師を除いて主治医・担当医を計上している施設が含まれている。一方、拠点病院では非常勤の医師も含めて主治医・担当医を計上しているため、緩和ケア研修修了者の割合を両方で単純に比較することはできない。</p>	
<p>このように主治医・担当医における緩和ケア研修の受講が必ずしも進まない原因としては、次のことが考えられる。</p>	
<p>① 緩和ケアに関する誤解等から受講の必要性に関する意識が低いこと</p>	
<p>今回、調査対象拠点病院51施設並びに地域の病院及び診療所36施設計87施設のうち、40施設(拠点病院24施設並びに地域の病院及び診療所16施設)(注)について、受講が進まない理由を調査(複数回答あり)したところ、「担当している診療科によっては、がん診療に直接関係がないと考える医師がいる」、「緩和ケアは治療の後」、「縁起が悪い」など緩和ケアそのものに理解を示さないベテラン医師が多い」などの理由を挙げた施設が16施設みられた。 (注) 修了率が90%以上の拠点病院、修了率が100%の地域の病院及び診療所等を除いた数である。以下②において同じ。</p>	<p>図表4-(2)-⑨</p>
<p>しかし、i) 緩和ケアは、第2期基本計画において「がん診療に携わる全ての医療従事者」が理解すべきとされているものであること、ii) 緩和ケア研修を受講することで、医師の緩和ケアに関する知識の向上、緩和ケアの実践に関する積極性(認識)の向上が得られるなどの調査結果もあることから、まずは</p>	<p>図表4-(2)-⑩</p>

<p>受講に結び付けるための確かな受講勧奨が行われることが重要と考えられる。</p> <p>特に地域の病院及び診療所については、自発的に受講を進めるような意識の高い施設も一部で見られるものの、拠点病院で開催される研修には参加しにくいとする施設もみられることから、拠点病院からの積極的な受講勧奨も重要であり、少なくとも、拠点病院では緩和ケアマップに掲載するような施設に対し、当該施設における研修の修了状況を把握した上で勧奨を行うことが必要と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑪ 図表 4-(2)-⑨ (再掲)</p>
<p>こうした取組について、調査対象 51 拠点病院の中には、次のような例がみられた。</p>	
<p>i) 診療科別の修了状況（未修了者数等）が分かる資料を作成して幹部会で配布する、病院長から「指示」という形で未修了者に対する受講勧奨を行い、受講予定を個別に把握するなどの効果的な受講勧奨を行っている例</p>	<p>図表 4-(2)-⑫</p>
<p>ii) 緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の修了状況を把握した上で、未修了者のいる施設に対して開催案内を送付している例</p>	<p>図表 4-(2)-⑬</p>
<p>② 研修開催日等の受講環境が、研修受講者に十分に配慮されたものとなっていないこと</p>	
<p>緩和ケア研修開催指針では、緩和ケア研修の開催日及び研修時間について、1 回当たり「2 日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は 12 時間以上であること」とされており、調査対象拠点病院では、連続した土曜日の午前から日曜日の午後まで開催し、当該 2 日間の研修の全てを受講しなければ修了と認めないのが一般的であった。このため、i) 土曜日に開業している診療所等の医師にとっては受講が困難、ii) 土曜日及び日曜日が休日である医師にとっても休日を 2 日間返上して研修を受講することは負担と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑫ (再掲) 図表 4-(2)-⑭</p>
<p>実際、調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設計 87 施設のうち、40 施設における受講が進まない理由（複数回答あり）をみると、「医師は総じて忙しく、2 日間の研修でさえも参加しづらい」、「開催時間が土曜日の朝から日曜日の夕方までであり、開業医の参加が困難」などの理由を挙げた施設が 22 施設みられ、そのうち、地域の病院及び診療所に限ると、11 施設が改善の必要があるとしている。</p>	<p>図表 4-(2)-⑨ (再掲)</p>
<p>この点について、調査対象 17 都道府県及び 51 拠点病院の中には、i) 週を分けて日曜日に 2 回緩和ケア研修を開催した結果、当該都道府県内に所在する拠点病院の修了率が他の調査対象拠点病院の修了率と比べて 10 ポイント以上高くなっている都道府県の例、ii) 土曜日の研修開始時間を遅らせた結果、地域の病院及び診療所の医師の受講者数が倍増した拠点病院の例といった、研修受講者に配慮して受講環境を整備し、効果を上げているものがみられた。</p> <p>また、緩和ケア研修開催指針に定める「緩和ケア研修会標準プログラム」では講義形式の研修内容も一部含まれているが、このような部分については e ラーニング方式の研修もなじむと考えられるため、相談支援センターの相談員</p>	<p>図表 4-(2)-⑮</p>

<p>に対する研修と同様にeラーニング方式を一部導入することで研修の効率化を図ることが可能と考えられる。実際、調査対象拠点病院並びに地域の病院及び診療所の中からも、eラーニング方式を導入することで受講者及び開催者にとって負担軽減になるとの意見が聴かれた。さらに、医師が特定の医療用麻薬を処方する場合、eラーニング方式の研修の受講が必須となっており、専門的な知識の習得に関する研修においてeラーニング方式が導入されている例がみられた。</p>	<p>図表 4-(2)-⑯</p>
<p>厚生労働省では、平成 27 年 3 月事務連絡や 28 年 7 月に行った拠点病院の長との意見交換会等を通じて、所属する医師への受講指導を徹底するように助言しているものの、緩和ケア研修について、拠点病院の主治医・担当医、更には患者にとってより身近な地域の病院及び診療所の主治医・担当医の受講が不十分な現状では、がん患者が満足な緩和ケアを受けられていない可能性が考えられるため、拠点病院に所属する医師への受講指導は適時・継続的に行いつつ、今後は地域の病院及び診療所に所属する医師の受講を促進することが重要と考えられる。</p> <p>また、厚生労働省では、平成 27 年 3 月事務連絡や意見交換会等を通じて、拠点病院における効果的な受講勧奨方法及び受講環境の整備に関する有用な取組を情報提供しているが、引き続き、各拠点病院等における効果的な取組事例を適宜共有することも重要と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑰</p>
<p>【所見】</p> <p>したがって、厚生労働省は、がん診療に携わる全ての医師の緩和ケア研修の受講を促進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 拠点病院に対し、効果的な受講勧奨方法を適宜情報提供しつつ、所属する医師への受講指導を徹底するように今後も適時・継続的に助言すること。また、拠点病院に対し、少なくとも緩和ケアマップに掲載しているような地域の病院及び診療所については、当該施設に所属する医師の緩和ケア研修の修了状況を把握した上で受講勧奨を行うように促すこと。</p> <p>② 「緩和ケア研修会標準プログラム」のうち、eラーニング方式の研修がなじむ部分については、研修の実効性に配慮しつつeラーニング方式の導入を検討するとともに、拠点病院に対し、受講環境の整備に関する有用な取組を適宜情報提供するなどして、拠点病院並びに地域の病院及び診療所の医師が受講しやすい環境が整備されるように支援すること。</p>	

図表 4-(2)-① がん対策基本法及び第 1 期基本計画における緩和ケア研修の実施の必要性に係る記述

○ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第 16 条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国の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まだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

第 3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

② 緩和ケア

（取り組むべき課題）

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-② 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」(平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋>

1 趣旨

本指針は、がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月閣議決定）において、「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」ことが目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（以下「緩和ケア研修会」という。）に関する事項を定めることにより、緩和ケア研修会の質の確保を図り、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がんと診断された時から適切に緩和ケアが提供されるようにすることを目的とするものである。

2 緩和ケア研修会

緩和ケア研修会は、同一の研修会主催責任者により実施される同一の参加者を対象とした研修会（以下「一般型研修会」という。）又は異なる研修会主催責任者により実施される異なる参加者を対象とした単位制による研修会（以下「単位型研修会」という。）により実施されるものとする。

3 実施主体

(1) 定期的開催を行う実施主体

- ①がん診療連携拠点病院
- ②特定領域がん診療連携拠点病院

(2) 定期的開催が望ましい実施主体

- ①都道府県
- ②地域がん診療病院
- ③民間団体

4 研修対象者

がん診療に携わる全ての医師・歯科医師を対象とする。なお、その他の医療従事者の参加は妨げない。特に 3 の (1) の①及び②に該当する施設においては自施設のがん診療に携わる全ての医師・歯科医師が緩和ケア研修会を受講すること。また、当該施設の病院長等の幹部も緩和ケア研修会を受講等すること。

5 緩和ケア研修会の開催指針

(1) 緩和ケア研修会の実施担当者について

(略)

(2) 緩和ケア研修会のプログラムについて

緩和ケア研修会の内容については、「緩和ケア研修会標準プログラム」(別添 1) に準拠したものであること。

① 緩和ケア研修会の開催期間

原則として、緩和ケア研修会の開催期間は、2 日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は 12 時間以上であること。

② 緩和ケア研修会の形式

緩和ケア研修会は、講義形式の研修に加えて、ワークショップ形式の研修も実施し、次に掲げる要件を満たすこと。また、プレ・ポストテスト等参加者の知識を確認する内容を組み込み、プログラム評価の参考にすること。

ア 講義の終了後は、実地に活かせる知識の習得を目的として、症例等を用いた演習と討論(以

下「グループ演習」という。)を含むワークショップを行うこと。

イ 知識や技能を効果的に修得できるよう、緩和ケア研修会の内容に応じて、ワークショップの中でグループ演習としてロールプレイングによる演習を行うこと。

ウ ワークショップは、原則として6名から10名程度のグループに分かれ、討議及び発表が重視されるようにすること。

③ 緩和ケア研修会の内容

(略)

6・7 (略)

別添1

緩和ケア研修会標準プログラム

緩和ケア研修会の内容及び構成については、以下に定める。なお、一般型研修会及び単位型研修会の選択については、それぞれの利点があることから、都道府県と協議し、開催方法を選択すること。

(1) 一般型研修会を実施する場合について

緩和ケア研修会を実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこと。また、研修内容の順序については、特に制限するものではないが、研修が効果的に行われるように配慮すること。

① 苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について

② がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について：90分以上

(放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点及び多様化する医療用麻薬の使用上の注意点などにも配慮した内容であること)

③ がん疼痛についてのワークショップ：180分以上

ワークショップを実施する際には次に掲げるものを含むこと。

ア グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方

イ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習
(「医療用麻薬の誤解を解く」、「医療用麻薬の副作用と対策の説明を行う」等)

④ 呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて(治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛の緩和も含むこと)

⑤ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて

⑥ 患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)

⑦ がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)

⑧ がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ(ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習)(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)：90分以上

⑨ がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実際について

⑩ その他

研修会企画責任者は、次に掲げる項目から、参加者の特性や地域の状況を踏まえつつ学習項目を選択し、研修内容に取り入れること。

- ア 身体的苦痛の緩和（倦怠感、食欲不振等）
- イ 精神心理的苦痛の緩和（不眠等）
- ウ 社会的苦痛の緩和（就業や経済負担等）
- エ 家族のケア
- オ がん体験者やケア提供者等からの講演

(2) 単位型研修会を実施する場合について

単位型研修会の1単位については、1. 5時間以上とし、8単位以上の研修を修了することにより、緩和ケア研修を修了するものとする。

都道府県は、各単位の内容を定めるに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこと。研修が効果的に行われるように配慮した上で、各単位の内容を定めること。

- ①苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について：0. 5単位以上
- ②がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について（放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点及び多様化する医療用麻薬の使用上の注意点などにも配慮した内容であること）：1単位以上
- ③がん疼痛についてのワークショップ：2単位以上
ワークショップを実施する際には次に掲げるものを含むこと。
 - ア グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方
 - イ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習（「医療用麻薬の誤解を解く」、「医療用麻薬の副作用と対策の説明を行う」等）
- ④呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて（治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛の緩和も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑤不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて：0. 5単位以上
- ⑥患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑦がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑧がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ（ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習）（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：1単位以上
- ⑨がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実際について：0. 5単位以上
- ⑩その他

都道府県は、次に掲げる項目から地域の状況を踏まえつつ、学習項目を選択し、研修内容に取り入れること。

- ア 身体的苦痛の緩和（倦怠感、食欲不振等）
- イ 精神心理的苦痛の緩和（不眠等）
- ウ 社会的苦痛の緩和（就業や経済負担等）
- エ 家族のケア
- オ がん体験者やケア提供者等からの講演

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-③ 第 2 期基本計画等における緩和ケア研修の受講目標に係る記述

○ 「がん対策推進基本計画」(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定) <抜粋>

第 4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(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。

○ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋>

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 研修の実施体制

- (1) 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に実施すること。また、施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備すること。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

○ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会) <抜粋>

第 3 章 中間評価

IV 分野別施策の個別目標についての進捗状況

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

拠点病院の中で、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者のうち、緩和ケア研修会を修了している者の割合は 45.8% (平成 26 年 9 月末時点) であり、個別目標として掲げた、拠点病院で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に向けて、より一層の緩和ケア研修会の受講勧奨を実施する必要がある。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-④ 「がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修完了計画書策定等について」(平成 27 年 3 月 12 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡) <抜粋>

がん対策推進基本計画(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定)においては、重点的に取り組むべき課題である「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に向けて、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し、特にがん診療連携拠点病院では、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しております。また、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(厚生労働省健康局長通知健発 0110 第 7 号平成 26 年 1 月 10 日)においては、

- ・ 施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備すること、等

が求められています。こうした趣旨を踏まえ、第 16 回緩和ケア推進検討会(平成 27 年 2 月 26 日)で下記のことが承認されましたので、貴課におかれましても、特段の措置を取っていただきますようお願いいたします。(なお、好事例として、参考 1 を添付しています。)

記

平成 29 年 6 月までにはがん診療に携わる医師が緩和ケア研修を修了するよう、別途定める「完了計画書」を平成 27 年 5 月 11 日(月)までにとりまとめた上で、がん対策・健康増進課がん予防係まで提出いただくようお願いします。

(以下略)

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」研修完了に向けた計画書

施設名 ()

平成 29 年 6 月までに、がん診療連携拠点病院における


① 施設に所属する医師(非常勤務医師も 1 人としてカウント)のうち、「がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者」の 9 割以上の受講完了
② 施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師の受講完了
③ がん診療連携拠点病院の院長の受講完了(診療科は問わない)

に向けた計画書

記載項目

① 平成 27 年 3 月 31 日現在；

I. がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者 () 名 うち当該研修会修了者数 () 名 受講率 () %
II. 初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師 () 名 うち当該研修会修了者数 () 名 受講率 () %
III. 院長の受講； 有 ・ 無



② 平成 29 年 3 月 31 日時点の達成目標の設定；

IV. がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者 受講率 () %
V. 初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師 受講率 () %
VI. 院長の受講； 有 ・ 無

③ 目標達成に向けた取組；

VII. 研修会開催回数 () 回/年

VIII. 院内における受講完了に向けた取組(具体的に)

・

図表 4-(2)-⑤ 調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況

表 1 調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の修了率
(単位：人、%)

主治医・担当医の総数 (A)	Aのうち、緩和ケア研修 修了者の数 (B)	Aのうち、緩和ケア研修 未修了者の数	修了率 (B/A)
5,212	2,871	2,341	55.1

表 2 調査対象 51 拠点病院の修了率の分布
(単位：施設、%、人)

区分	30%未満	30%以上 50%未満	50%以上 70%未満	70%以上 90%未満	90%以上	合計
施設数	2	8	16	22	3	51
構成比	3.9	15.7	31.4	43.1	5.9	100
修了者数	86	604	1,001	1,023	157	2,871
未修了者数	316	1,011	741	259	14	2,341

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等に基づき、当省が作成した。
2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(2)-⑥ 調査対象 51 拠点病院における主治医・担当医の修了目標の達成可能性

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成 が可能と考えられる拠点病院	44	86.3
2:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成 が困難と考えられる拠点病院	6	11.8
3:不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。
2 本表では、次の計算式の結果に基づき、調査対象 51 拠点病院のうち、修了目標の達成可能性が不明であった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院を表中の 1 又は 2 のいずれかの欄に区分した。
 $(a \times 0.9 - b) / c \leq 2.0$ = 「1:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成が可能と考えられる拠点病院」欄に区分
 $(a \times 0.9 - b) / c > 2.0$ = 「2:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成が困難と考えられる拠点病院」欄に区分

(用語の説明)

- a : 平成 27 年 9 月 1 日時点の主治医・担当医の総数
 - b : 平成 27 年 9 月 1 日時点の修了者数
 - c : 各拠点病院が平成 26 年度及び 27 年度に開催した緩和ケア研修の定員又は受講者数（一年度中に複数回開催した場合はその合計）のうち、最も大きい値。なお、受講者には、i) 看護師等の医師以外の診療従事者、ii) 自施設以外の施設に所属する医師、iii) 受講はしたが修了していない者を含む。
- 3 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(2)-⑦ 調査対象 51 拠点病院のうち、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の修了目標の達成が困難と考えられる拠点病院の一覧

(単位：年、%)

拠点病院名	平成 27 年 9 月から主治医・担当医の 9 割が修了するまでの推計年数 (X)	(参考) 修了率
A	4.7	20.0
B	3.7	36.3
C	3.1	48.1
D	2.9	37.6
E	2.2	34.5
F	2.1	36.9

- (注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。
 2 表中の「平成 27 年 9 月から主治医・担当医の 9 割が修了するまでの推計年数 (X)」欄は、次の計算式の結果による。

$$X = (a \times 0.9 - b) / c$$
 (用語の説明)
 a : 平成 27 年 9 月 1 日時点の主治医・担当医の総数
 b : 平成 27 年 9 月 1 日時点の修了者数
 c : 各拠点病院が平成 26 年度及び 27 年度に開催した緩和ケア研修の定員又は受講者数 (一年度中に複数回開催した場合はその合計) のうち、最も大きい値。なお、受講者には、i) 看護師等の医師以外の診療従事者、ii) 自施設以外の施設に所属する医師、iii) 受講はしたが修了していない者も含む。
 3 修了率は、平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(2)-⑧ 調査対象拠点病院と主に緩和ケアの分野で連携している地域の病院及び診療所 34 施設に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況

表 1 地域の病院及び診療所 34 施設に所属する主治医・担当医の修了率

(単位：人、%)

主治医・担当医の総数 (A)	Aのうち、緩和ケア研修修了者の数 (B)	Aのうち、緩和ケア研修未修了者の数	修了率 (B/A)
182	101	81	55.5

表 2 地域の病院及び診療所 34 施設の修了率の分布

(単位：施設、%、人)

区分	0%	0%超 30%未満	30%以上 50%未満	50%以上 70%未満	70%以上 90%未満	90%以上 100%未満	100%	合計
施設数	4	3	6	5	1	0	15	34
構成比	11.8	8.8	17.6	14.7	2.9	0	44.1	100
修了者数	0	3	32	18	5	0	43	101
未修了者数	7	14	42	17	1	0	0	81

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。
 3 調査した拠点病院と主に緩和ケアの分野で連携している地域の病院及び診療所 36 施設のうち、2 施設については、修了状況が把握できなかったため、本表から除外した。
 4 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(2)-⑨ 主治医・担当医の緩和ケア研修の受講が進まない理由

(単位：施設)

分類	理由の例	拠点病院 (24)	地域の病院 及び診療所 (16)	合計 (40)
受講の必要性に関する意識が低い	<ul style="list-style-type: none"> 担当している診療科によっては、がん診療に直接関係がないと考える医師がいる。 未受講者の多くはベテラン医師であるが、緩和ケアについての関心が薄く、受講には消極的である。 「緩和ケアは治療の後」、「縁起が悪い」など緩和ケアそのものに理解を示さないベテラン医師が多い。 最終的には緩和ケア医に任せると意識の低い者がいる。 	13	3	16
受講環境が研修受講者に十分に配慮されたものとなっていない	<ul style="list-style-type: none"> 医師は総じて忙しく、2日間の研修でさえも参加しづらい。 開催時間が土曜日の朝から日曜日の夕方まであり、開業医の参加が困難である。 小規模な病院の場合、代替りの医師を確保できないため、2日間も病院を空けることは非常に難しい。連続2日の実施を2回に分けて実施してもらえれば助かる。 土曜日の午前に診察をしている医師は、相当やりくりしないと参加が難しい。 	11	11	22
受講するインセンティブが乏しい	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬上のメリットが感じられない。 医師にとって、受講するためのインセンティブがそれほどない。 	2	1	3
既に十分な知識や経験がある	<ul style="list-style-type: none"> 従前から緩和ケアを行っており、知識と経験が十分ある。 	0	4	4
その他	<ul style="list-style-type: none"> 医局人事により派遣された医師に対しては受講勧奨を行うことが難しい。 医師が少ない中山間地域の場合、かかりつけ医等である医師自体が高齢化しており、健康不安等から緩和ケア研修の受講は困難である。 受講者の多くは拠点病院に所属する医療従事者であり、地域の病院及び診療所に所属する医療従事者は拠点病院で行われる研修には心情的に参加しにくい。 	7	1	8

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設のうち、i) 修了率が 90%以上の拠点病院、ii) 修了率が 100%の地域の病院及び診療所、iii) 修了状況を把握できなかった地域の病院及び診療所、iv) 緩和ケア研修の受講が進まない理由を明確に把握できなかった拠点病院並びに地域の病院及び診療所を除いた 40 施設（拠点病院 24 施設並びに地域の病院及び診療所 16 施設）の状況である。

3 該当する理由を複数挙げた施設がある。

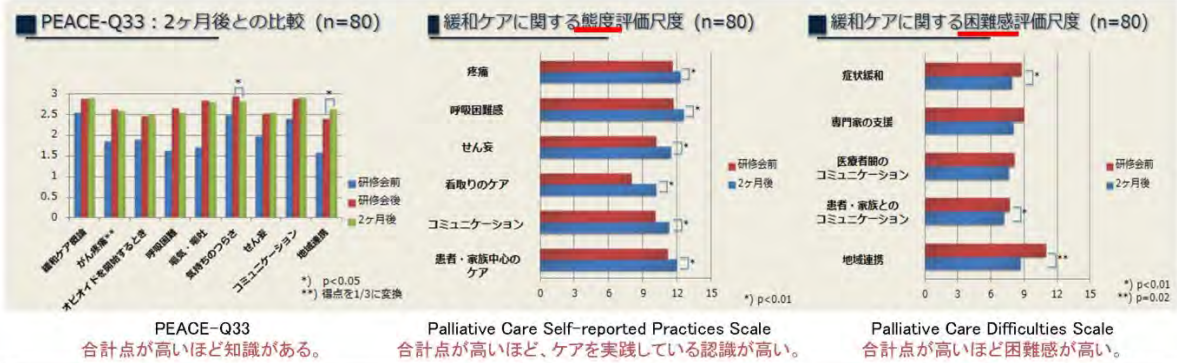
図表 4-(2)-⑩ 緩和ケア研修の受講による効果に関する調査結果

緩和ケアに関する研修の効果①

○ 緩和ケア研修会を受講することで、医師の緩和ケアに関する知識の向上、緩和ケアの実践に関する積極性(認識)の向上、症状緩和・コミュニケーション・地域連携に関する困難感の改善が得られる。

● 15の緩和ケア研修会受講医師304名のうち、298名(98%)から回答、このうち217名(73%)を解析対象とした。2ヶ月後の調査は217名を対象とし、80名(37%)から回答。

Yamamoto R et al. J Palliat Med 2015;18(1):45-49.



- ・緩和ケアに関する**知識**:研修会終了後に緩和ケアに関する知識が向上し、その効果は2ヶ月後もおおむね持続。
- ・緩和ケアに関する**積極性(認識)**:研修会終了後2ヶ月の時点で、**ケアを実践している認識が向上**。
- ・緩和ケアに関する**困難感**:研修会終了後2ヶ月の時点で、**症状緩和、患者・家族とのコミュニケーション、地域連携に関する困難感が改善**。

緩和ケアに関する研修の効果②

○ コミュニケーション技術研修(注)を受講したがん治療医による診療では、患者の抑うつ程度は低く、医師への信頼度は高かった。

(注)コミュニケーション技術研修会の内容は、「緩和ケア研修会」開催指針に基づく「がん緩和ケアにおけるコミュニケーション」の内容に盛り込まれている。

コミュニケーション技術研修会を受講したがん治療医(IG)群の患者292名と受講していない(CG)群の309名での患者のつらさ、満足度、信頼度に関するランダム化比較試験

Fujimori M et al. J Clin Oncol 2014;32:2166-72.

Factor	IG		CG		F	P
	Mean	SD	Mean	SD		
HADS						
Anxiety	4.83	3.75	5.17	3.42	0.94	.333
Depression	4.59	3.75	5.32	4.04	4.94	<u>.027*</u>
Total distress	9.36	6.93	10.50	6.90	3.85	.050
Satisfaction with oncologist communication	8.58	1.62	8.35	1.74	2.80	.095
Trust in oncologist	9.15	1.28	8.87	1.54	6.89	<u>.009*</u>

Abbreviations: CG, control group; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IG, intervention group; SD, standard deviation.
*P < .05.

8

(注) 第2回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会(平成28年6月27日)の資料による。

図表 4-(2)-⑪ 修了率が高い地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の受講に関する意見

<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケア外来及び緩和ケア病棟があり、がん患者及びその家族へのサポート業務に携わる緩和ケア内科の医師が緩和ケア研修を受講するのは当然である（修了率 100%）。 ・ 医師が緩和ケアに対する認識を深めて看護師に必要な指示をしない限り、十分な緩和ケアを行うことはできない（修了率 100%）。 ・ がん患者を担当する医師は緩和ケア研修を受講しておいた方が良いと考えていることから、今後、がん診療に関わる医師を配置する場合は、本研修を受講してもらう予定である。なお、看護師も、患者に接することが多いことから、緩和ケアに関する知識等を習得しておいた方が良いと考えているため、看護師向けの緩和ケア研修も受講させている（修了率 100%）。 ・ 看取りを含む在宅診療を専門にしていることもあり、緩和ケア研修を受けることは当然であり、未受講者には受講を勧めている。また、昨年末から看護師も勤務しているが、今後は、看護師にも研修の受講を勧めたいと考えている（修了率 83.3%）。
--

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑫ 拠点病院において効果的な受講勧奨を行っている例

番号	概要
1	<p>A病院では、事務局において、緩和ケア研修の診療科別の修了状況（未修了者数等）が分かるリストを作成し、院内の幹部会で配布するとともに、緩和ケアセンター長が修了状況を説明し、病院長からトップダウンで受講勧奨を行っている。</p> <p>また、事務局から各責任部医長に部内の未修了者リストを送付することにより部医長からの個別の受講勧奨を促すとともに、未修了者に対してメールや口頭で個別に受講勧奨を行っている。さらに、多忙のためスケジュール調整が困難な医師に対しては、他院開催の研修会も案内している。</p> <p>A病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 66.5%であったが、これらの取組を行うことにより、28 年 1 月 25 日時点の修了率は 77.4%に上昇している。</p>
2	<p>B病院では、受講勧奨に係る次の取組を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> i) 病院長から、所属する医師に対し、研修受講の必要性を文書配布の方法によりトップダウンで伝達 ii) 事務職員において、院内の未修了者リストを作成し、各種会合の場で配布 iii) 病院長から、文書配布の方法により、「指示」という形で未修了者に受講を促し、本人から受講時期を回答させ、院内で受講の有無について管理 <p>これらの取組を行った結果、B病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 80.3%に上っている。なお、平成 28 年 1 月 24 日時点の修了率は 89.2%となり、B病院では、28 年度中の修了率 100%を見込んでいる。</p>
3	<p>C病院では、緩和ケア研修を開催する際、事務局から、がん診療連携拠点病院運営委員会長と緩和ケア対策部会長の連名の依頼文書により、未修了の医師に対して個別に受講勧奨を行うとともに、未修了の医師が所属する部科の長にも勧奨を行っている。</p> <p>また、2 日間の緩和ケア研修のうち、1 日しか参加できない者に対しては、残り 1 日分の研修を受講してもらうため、他院で開催される緩和ケア研修を事務局から個別に案内している。</p> <p>これらの取組を行った結果、C病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 89.3%に上っている。</p>
4	<p>D病院では、平成 27 年 3 月及び 28 年 1 月に、副院長から未修了者に対してメールにより受講勧奨を行っており、緩和ケアセンター（センター長は副院長が兼任）において、未修了者の受講予定を個別に把握している。</p>

これらの取組を行った結果、D病院における平成27年9月1日時点の修了率は79.7%となり、28年1月20日時点では修了率が83.1%に上っている。
 なお、D病院では、平成28年度中には修了率が92.6%になると見込んでいる。

(注) 当省の調査結果による。

図表4-(2)-⑬ 緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の修了状況を把握した上で、未修了者のいる施設に対して開催案内を送付している例

A病院では、緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所に所属する医師等については緩和ケア研修を受講することが望ましいとの考え方にに基づき、修了者のいない施設であれば次回の研修開催時に優先受講枠を設けるなどの対応をとる目的で、同マップに掲載している地域の病院及び診療所に所属する医師等の緩和ケア研修の修了状況を把握しており、下表のとおり、同マップにおいて、医師や看護師等の緩和ケア研修の修了状況を記載している。

表 A病院の緩和ケアマップ

在宅緩和に関する連携リスト	
1	
医療機関名	.....
住所	.....
電話番号	.....
在宅緩和に関する情報	.....
緩和ケア研修	医師 看護師 歯科医師
その他	.....
2	
医療機関名	.....
住所	.....
電話番号	.....
在宅緩和に関する情報	.....
緩和ケア研修	医師 看護師 作業療法士 理学療法士
その他	.....

(注) A病院の資料に基づき、当省が作成した。

その上で、A病院では緩和ケア研修の未修了者がいる地域の病院及び診療所も含め、地域の197の医療機関に対し、自施設が開催している緩和ケア研修の開催案内を送付（平成27年度）している。

なお、A病院が開催した緩和ケア研修の受講者のうち、地域の病院及び診療所に所属する医師の受講者数は、平成24年度が5人、25年度が5人、26年度が9人及び27年度が16人であった。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑭ 緩和ケア研修の一般的な開催例

日時：平成○年○月 9 日（土）～10 日（日）
 補足：全てのプログラムを修了すると、厚生労働省健康局長より修了証が授与されます。
（途中退室・遅刻では授与されません）

研修スケジュール：
【第 1 日目：平成○年○月 9 日（土）】

開始時間	終了時間	所要時間	研修内容	形式	開催指針の項目（項目番号）
8:30	9:00	30	受付		
9:00	9:20	20	プレテスト	プレテスト	
9:20	9:30	10	研修会開催にあたって	講義	
9:30	10:15	45	緩和ケア概論	講義	患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて (⑥)
10:15	11:00	45	つらさの包括的評価と症状緩和	講義	苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について (①)
11:00	11:10	10	休憩		
11:10	12:40	90	がん性疼痛	講義	がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について (②)
12:40	13:20	40	昼食		
13:20	13:40	20	アイスブレイキング	アイスブレイキング	
13:40	15:10	90	オピオイドを開始する時	ロールプレイ / ワークショップ	ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習 (③イ)
15:10	15:20	10	休憩		
15:20	16:00	40	消化器症状	講義	呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて (④)
16:00	17:30	90	精神症状(気持ちのつらさ、せん妄)	講義	不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて (⑤)

【第 2 日目：平成○年○月 10 日（日）】

開始時間	終了時間	所要時間	研修内容	形式	開催指針の項目（項目番号）
8:30	9:00	30	受付		
9:00	11:00	120	コミュニケーションロールプレイ	ロールプレイ	がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ (⑧)
11:00	11:10	10	休憩		
11:10	12:10	60	コミュニケーション講義	講義	がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて (⑦)
12:10	12:50	40	昼食		
12:50	13:50	60	倦怠感	講義	身体的苦痛の緩和(倦怠感、食欲不振等) (⑩ア)
13:50	14:40	50	呼吸器症状	講義	呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて (④)
14:40	14:50	10	休憩		
14:50	16:20	90	疼痛事例検討	グループ演習 / ワークショップ	グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方 (③ア)
16:20	16:30	10	休憩		
16:30	17:40	70	地域連携と治療・療養の場	講義/グループワーク	がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実践について (⑨)
17:40	17:50	10	ふりかえりとポストテスト	プレテストの解説	
17:50	18:00	10	閉会挨拶		

(注) 調査対象拠点病院の資料に基づき、当省が作成した。

図表 4-(2)-⑮ 研修受講者に配慮して受講環境を整備し、効果を上げているもの


番号	概要																
1	<p>滋賀県では、県内で1年間に開催する緩和ケア研修の開催時期や回数等について、滋賀県がん連携推進協議会研修調整部会（注）において決定している。</p> <p>（注） 県内の全拠点病院等を構成員とした会議である。</p> <p>滋賀県がん連携推進協議会研修調整部会では、緩和ケア研修の日程については、全県的に「対象者の参加しやすさ」を重視することとしていることから、表1のとおり、土曜日に診療を行っている医師に配慮して、日曜日に2回開催する拠点病院がみられ、このような開催日程としている同県の拠点病院は、表2のとおり毎年一定数みられた。</p> <p>この結果、滋賀県の拠点病院における主治医・担当医の緩和ケア研修の修了率（平成27年9月1日時点）は67.6%となっており、調査対象51拠点病院の修了率55.1%を10ポイント以上上回っている。</p> <p>表1 週を分けて日曜日に2回開催している例（平成27年度）</p> <table border="1" data-bbox="245 819 1155 1086"> <thead> <tr> <th>拠点病院名</th> <th>開催日程</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A病院</td> <td>第1日目：平成27年6月21日（日） 第2日目：平成27年6月28日（日）</td> </tr> <tr> <td>B病院</td> <td>第1日目：平成27年8月2日（日） 第2日目：平成27年8月9日（日）</td> </tr> <tr> <td>C病院</td> <td>第1日目：平成28年3月6日（日） 第2日目：平成28年3月13日（日）</td> </tr> </tbody> </table> <p>（注） 当省の調査結果による。</p> <p>表2 週を分けて日曜日に2回開催している拠点病院の年度別施設数</p> <table border="1" data-bbox="245 1205 1155 1281"> <thead> <tr> <th>平成24年度</th> <th>25年度</th> <th>26年度</th> <th>27年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>（注） 当省の調査結果による。</p>	拠点病院名	開催日程	A病院	第1日目：平成27年6月21日（日） 第2日目：平成27年6月28日（日）	B病院	第1日目：平成27年8月2日（日） 第2日目：平成27年8月9日（日）	C病院	第1日目：平成28年3月6日（日） 第2日目：平成28年3月13日（日）	平成24年度	25年度	26年度	27年度	5	7	4	4
拠点病院名	開催日程																
A病院	第1日目：平成27年6月21日（日） 第2日目：平成27年6月28日（日）																
B病院	第1日目：平成27年8月2日（日） 第2日目：平成27年8月9日（日）																
C病院	第1日目：平成28年3月6日（日） 第2日目：平成28年3月13日（日）																
平成24年度	25年度	26年度	27年度														
5	7	4	4														
2	<p>A病院では、緩和ケア研修について、研修を開始した平成21年度及び22年度には、他の拠点病院と同様、土曜日の午前から日曜日の午後まで開催することとしていた。</p> <p>しかし、地域の病院及び診療所から、土曜日の午前中は診療を行っているため、研修への参加は難しいとの意見があり、表1のとおり、平成23年度から、土曜日の研修開始時間を遅らせるスケジュールに変更している。</p> <p>この結果、表2のとおり、A病院が開催した緩和ケア研修における地域の病院及び診療所の医師の受講者数は、スケジュール変更後に倍増している。</p> <p>表1 A病院における緩和ケア研修の開催スケジュール（平成22年度及び23年度の比較）</p> <table border="1" data-bbox="245 1697 1423 1816"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>平成22年度</th> <th>23年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1日目</td> <td>6月26日（土）9:00～17:30</td> <td>7月9日（土）14:10～20:20</td> </tr> <tr> <td>第2日目</td> <td>6月27日（日）9:10～16:30</td> <td>7月10日（日）9:10～17:30</td> </tr> </tbody> </table> <p>（注） 1 当省の調査結果による。 2 開催スケジュールは、開会挨拶から修了証書授与までのスケジュールである。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	区分	平成22年度	23年度	第1日目	6月26日（土）9:00～17:30	7月9日（土）14:10～20:20	第2日目	6月27日（日）9:10～16:30	7月10日（日）9:10～17:30							
区分	平成22年度	23年度															
第1日目	6月26日（土）9:00～17:30	7月9日（土）14:10～20:20															
第2日目	6月27日（日）9:10～16:30	7月10日（日）9:10～17:30															

表 2 A病院が開催した緩和ケア研修における地域の病院及び診療所の医師の受講者数の推移（平成21年度～27年度）

区分	平成 21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
地域の病院及び診療所の医師の受講者数	5	6	14	14	7	6	3
(参考) 全体の受講者数	28	17	23	24	10	11	16

(注) 当省の調査結果による。

なお、A病院では、平成 25 年度以降、地域の病院及び診療所の医師の受講者数が減少していることについて、緩和ケアにある程度関心がある医師はおおむね修了してしまったためではないかとしている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑯ 調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設における緩和ケア研修への e-ラーニング方式の導入に関する意見の例

区分	意見の例
受講者及び開催者にとって負担軽減になるとの意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 忙しい医師等からのニーズはある。 ・ 開催日が 1 日に短縮でき、研修受講者への負担は減るのではないか。 ・ 座学の部分であれば、e-ラーニングの活用は可能ではないか。また、新規に機材を購入する必要がなければ、費用面での問題もないのではないか。 ・ 受講者の拘束時間も短くなるため、今後、開業医等に受講を勧める上では有効である。 ・ 開催側としては、これまで、講師、ファシリテーターの依頼調整、会場確保、大量の資料の準備等で苦慮していたので、e-ラーニング方式の導入はありがたい。
研修の質の低下や不正受講等を懸念する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 講師とのやり取りや、受講者同士の意見交換による学びもあるため、e-ラーニング方式の導入によって十分な知識及び技能の習得が可能かは疑問である。 ・ 直接講師から講義を受けても十分に理解していないとみられる受講者もいることから、e-ラーニング等の自己学習では、更に理解が浅いものになるのではないか。 ・ 時間効率が圧倒的に良い一方で、不真面目に受講していたとしても表面化しないというデメリットがある。教育効果が対面式と比べて同等であるという根拠はなく、教育効果が著しく乏しくなる可能性がある。 ・ 双方向の学習ができず、形式的な受講となる上、実際に誰が受講したかを確かめるすべがないため、本来受講すべき者が受講せず、代わりに別の者が受講しても主催側は分からないのではないか。 ・ 研修では講師の話の直接聞きたいし、パソコンに不慣れであることから、e-ラーニング方式による研修の受講については余り賛同できない。
その他の意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ e-ラーニング方式を導入する場合には、従前どおりの講義形式のものも並行して実施する必要のないよう、完全に e-ラーニング方式に置き換える形としてほしい。 ・ 受講者の受講状況の確認方法を明確にし、講義部分の受講をし終えたことが分かりやすい（修了証を印刷できるなど）ものにするなど、事務職員の負担も増えないような形での導入が望ましい。 ・ 平成 27 年度の緩和ケア研修のうち、例えば「がん疼痛」や「呼吸困難、消化器症状」に係る講義部分については e-ラーニング方式の導入が可能と考える。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑰ 専門的な知識の習得に関する研修において e-ラーニング方式が導入されている例

○ 「フェンタニルクエン酸塩経皮吸収型製剤の使用に当たっての留意事項について」(平成 26 年 6 月 20 日付け薬食審査発 0620 第 1 号・薬食監麻発 0620 第 1 号厚生労働省医薬食品局審査管理課長、監視指導・麻薬対策課長通知) <抜粋>

1 本剤の適正使用について

(1) (略)

(2) 本剤の慢性疼痛に係る処方については、慢性疼痛の診断、治療に精通した医師によってのみ処方されるよう、薬事法(昭和 35 年法律第 145 号)第 79 条に基づき、製造販売業者に適正な流通管理の実施を義務付けたこと。

(参考:承認条件)

<慢性疼痛>

慢性疼痛の診断、治療に精通した医師によってのみ処方・使用されるとともに、本剤のリスク等についても十分に管理・説明できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ用いられ、それら薬局においては調剤前に当該医師・医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、製造販売にあって必要な措置を講じること。

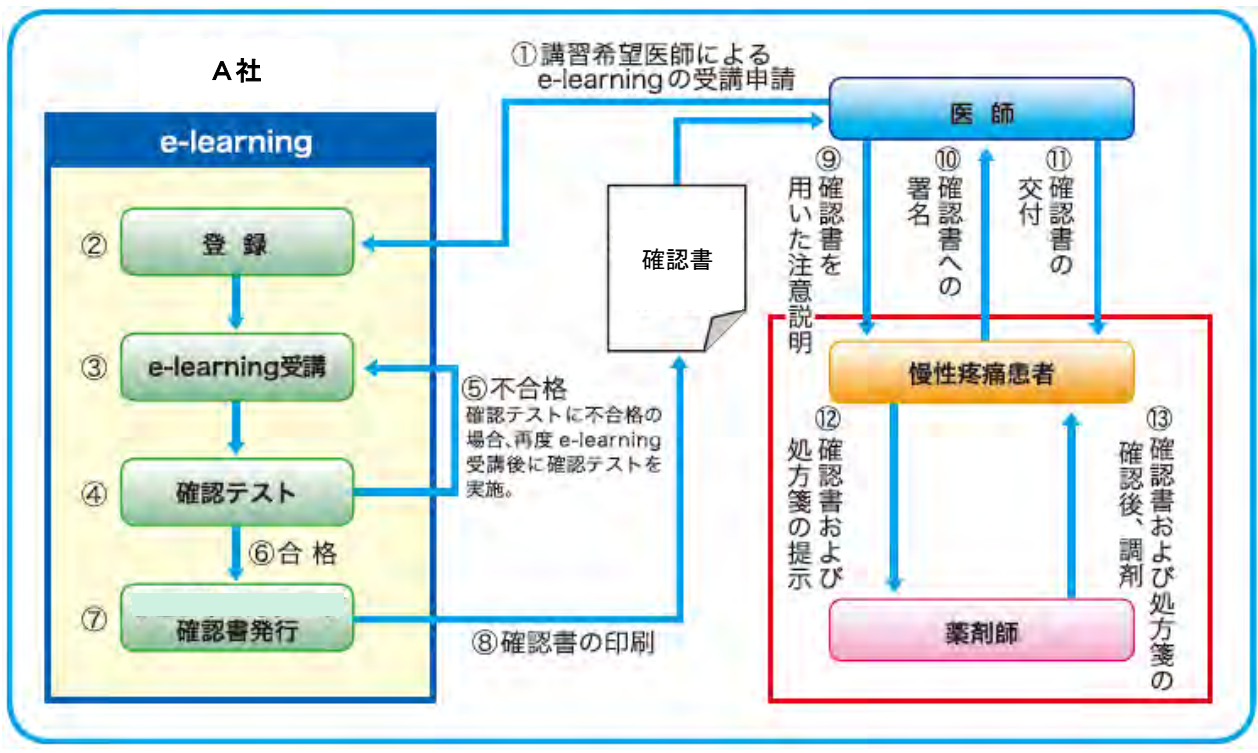
(3) (略)

(4) 本剤の流通管理の基本は別添のとおりであり、その概要は以下のとおりであること。

慢性疼痛患者への処方・使用に当たっては、

- ① 医師は製造販売業者の提供する講習を受講
- ② 製造販売業者は講習を修了した医師に対し当該医師専用の確認書を発行
- ③ 医師及び患者は処方時に確認書に署名
- ④ 確認書の一方を医療機関が保管し、もう一方を患者に交付
- ⑤ 薬剤師は患者から麻薬処方せんとともに確認書の提示を受け調剤、確認書が確認できない場合には、処方医が講習を修了した医師であることを確認した上で調剤

○ 適正使用管理体制の概要



適正使用管理体制のポイント

- 本剤を用いて慢性疼痛治療を行う医師は慢性疼痛治療および本剤の適正使用管理に関する e-learning を受講する（図中①～⑦）
- 医師は e-learning 受講修了後、「確認書」を入手する（図中⑧）
- 処方医師は医療用麻薬の取り扱いに関する注意事項を患者に説明し、確認書を患者に交付する（図中⑨～⑪）
- 患者は麻薬処方箋とともに確認書を薬局に持参し、薬剤師に提示する（図中⑫）
- 薬剤師は確認書の内容を確認し、不備がなければ調剤する（図中⑬）

(注) 1 厚生労働省及びA社の資料に基づき、当省が作成した。

2 下線は、当省が付した。