

出典：全国がん対策関係主管課長級会議(H26.7.4)資料より

緩和ケアの推進について

資料 5

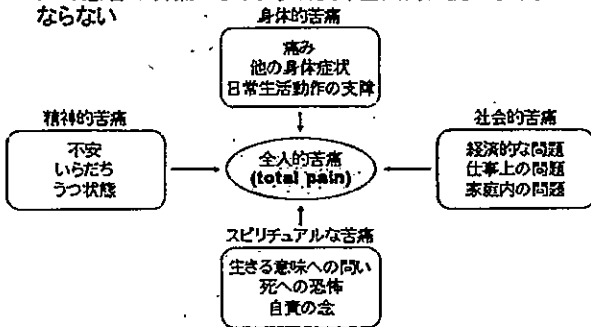
1

緩和ケアについて

■緩和ケアとは

全人的苦痛 (total pain)

- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければならぬ



■日本の外来がん患者の緩和ケアの多彩なニーズ

1 全国の外来通院中の進行・遠隔転移にある患者 1493名¹⁾

身体的苦痛	
中程度以上の痛み	20%
痛み以外の身体的苦痛	21%
精神的苦痛(気持のつらさ)	24%
生きている意味などスピリチュアルな苦痛	
迷惑をかけてつらい	54% など

2 外来化学療法に通院しているがん患者4000例²⁾

身体的苦痛			
倦怠感	23%	痛み	14%
不眠	19%	呼吸困難	13%
食欲不振	17%	しびれ	12%
便秘	16%		
精神的苦痛(気持ちのつらさ)		15%	
病状に関する説明・意思決定の支援		14%	

出典：厚生労働省委託事業
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」テキストより

1) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010
Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage (in press)
2) Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage 2009; 37: 823

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がんと診断された
ときから

全ての患者に

医療機関や診療科を
問わず

全ての
医療従事者が

入院・外来・在宅
など

診療の場を
問わず

3

緩和ケアへのこれまでの取り組み

○がん診療に関わる医師への2日間の研修

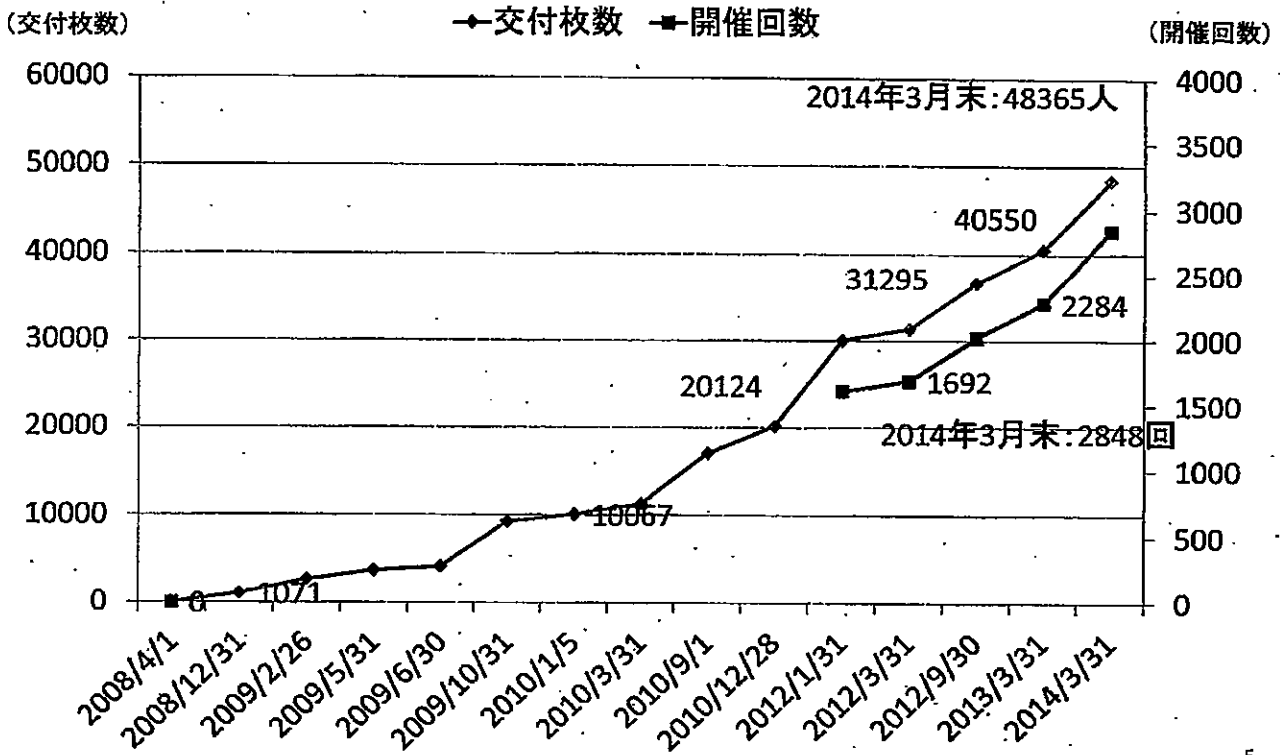
- ・すべてのがん診療に携わる医師が、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標。
- ・これまでに4万8千人の医師が受講
- ・こうした研修を受けていることについて、診療報酬上も評価。
- ・このほかに、指導者養成のための研修等を実施。

○がん診療連携拠点病院等への「緩和ケアチーム」の設置

- ・身体症状／精神症状の担当医師、看護師からなるチームを設置。
- ・主治医・看護師と緩和ケアチームが連携して、入院・外来患者の苦痛に対する症状の緩和を行う。

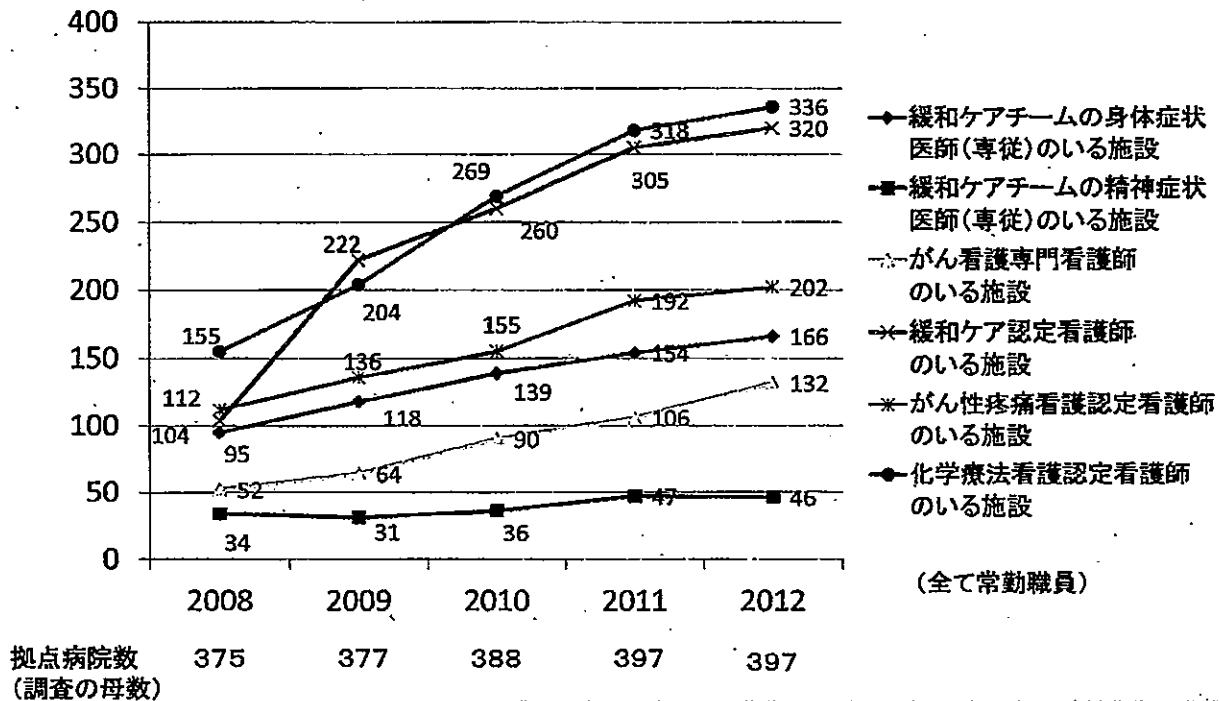
4

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



5

緩和ケアに関連する人材配置の推移



出典: 現況報告及び新規指定推薦によるデータをもとにがん対策・健康増進課にて作成

6

緩和ケア推進検討会 ～第二次中間とりまとめ～

平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」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、「がん診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられた。この趣旨に沿って、平成24年4月より、「緩和ケア推進検討会」において、緩和ケア推進のため、緩和ケアの現状等を踏まえた俯瞰的かつ戦略的な方策を検討しており、平成24年9月には、基本的緩和ケアに求められる方策や「緩和ケアセンター」の設置等を盛り込んだ「中間とりまとめ」を行った。

その後、本検討会では、「中間とりまとめ」を具体化するため、「拠点病院に求められる緩和ケア」、「緩和ケアセンターの具体的な推進方策」、「緩和ケアに関する地域連携」、「緩和ケアに関する研修体制」、「緩和ケアに関する普及啓発」等についても検討を行ってきた。また、緩和ケアの提供体制を支える基盤として、「緩和ケアに関する研修体制」、「緩和ケアに関する普及啓発」等についても検討を行った。

今後、平成26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、これまで検討を行った項目のうち、必要な方策に関し、第二次の中間的とりまとめを行った。

【緩和ケアセンターの設置】平成25年度は都道府県拠点を対象として取組を開始。将来的には全てのがん診療を行う施設への普及を図る。

- 緊急緩和ケア病床の確保
- 外来看護業務の支援・強化
- がん患者カウンセリング
- がん看護体制の強化
- 地域の医療機関に対する相談連絡窓口の設置
- 高次の専門相談支援
- 医療従事者に対する院内研修会等の運営
- 診療情報の集約・分析機能
- 地域の緩和ケアの提供体制の実状把握と適切な緩和ケアの提供体制の構築

今後、「地域における専門的緩和ケアの提供」等、必要に応じて先進的な取組を「緩和ケアセンター」にて推進し、普及を図る

【拠点病院に求められる緩和ケア】

- (1)患者とその家族等の心情に配慮した意思決定環境の整備
- (2)苦痛のスクリーニングの徹底
- (3)基本的緩和ケアの提供体制
- (4)専門的緩和ケアへのアクセスの改善
- (5)専門的緩和ケアの提供体制
- (6)相談支援の提供体制
- (7)切れ目のない地域連携体制の構築
- (8)緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保

拠点病院等の指定要件に反映

緩和ケアの推進を支える基盤

【研修体制】

【普及啓発】

- 1) 医師を対象とした緩和ケア研修
 - ・研修会受講者を増加させる施策
 - ・患者の視点を取り入れた研修
 - ・地域の実情にあった研修会の実施
 - 2) 看護師を対象とした緩和ケア研修
 - ・指導者の教育体制の構築
 - ・院内教育の標準化
- 個別の対象ごとの取組の推進
 ○拠点病院等による地域を対象とした普及啓発
 ○普及啓発の取組に関する定性・定量的な効果検証の実施

緩和ケアに関する今年度からの取り組み

○がん診療連携拠点病院の要件の見直し

- ・今後、拠点病院では、
 - ◆ 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の配置
 - ◆ がん患者に、苦痛があるかどうかを必ず確認すること
 - ◆ 苦痛がある場合には迅速に対応すること
- 等が求められる。

○診療報酬「がん患者カウンセリング料」の拡充

- ・名称を「がん患者指導管理料」と改め、医師／看護師が共同して行う場合に加え、看護師が単独で心理的不安を軽減するための面接等も対象とする。

がん患者での外来での専門緩和ケアの重要性

○ 早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで、苦痛緩和が得られ Quality of lifeが改善するのみならず、生命予後が改善する可能性がある

■緩和ケアチームが外来(早期)からかかわる効果

1 早期からの緩和ケア¹⁾

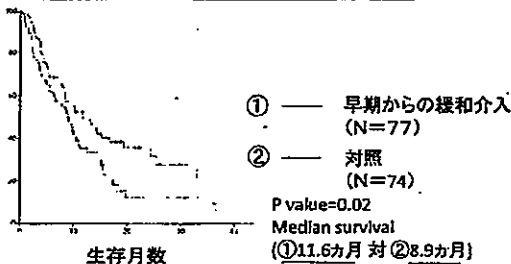
進行肺がん患者に診断時から専門緩和ケアが介入すると、12週後のQOLが有意に高くなる

Table 2. Efficacy Analysis of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks^a

Variable	Standard Care (N=47)	Early Palliative Care (N=60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value ^b	Effect Size ^c
FACT-L score	91.5±15.8	98.0±15.1	6.5 (0.5-12.4)	.003	0.42
LCS score	19.3±4.2	21.0±3.9	1.7 (0.1-3.2)	.004	0.41
TOI score	51.0±11.5	59.0±11.6	8.0 (1.5-10.4)	0.009	0.52

FACT-L score: 高いほどQOLが高い
LCS score : 高いほど症状が少ない
TOI score : LCSとFACT-Lの一部を合計

早期からの緩和介入により、生命予後が改善する

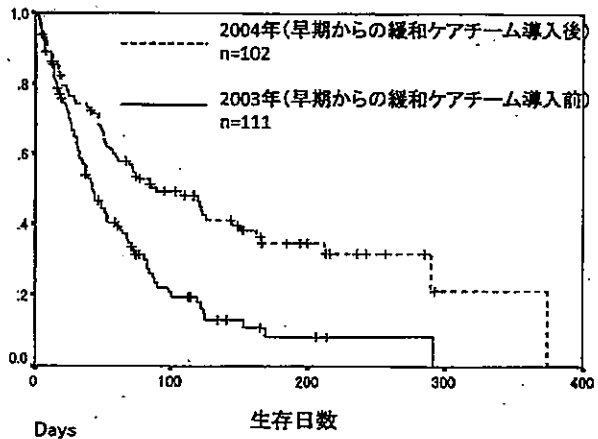


1) Temel JS. N Engl J Med 2010; 363: 733

2 日本の状況²⁾

・複数の施設で緩和ケアチームの早期からの導入が行われ、同様の効果を上げつつある

Figure 1 Patient survivals after referrals to palliative care team



2) Morita T. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 204

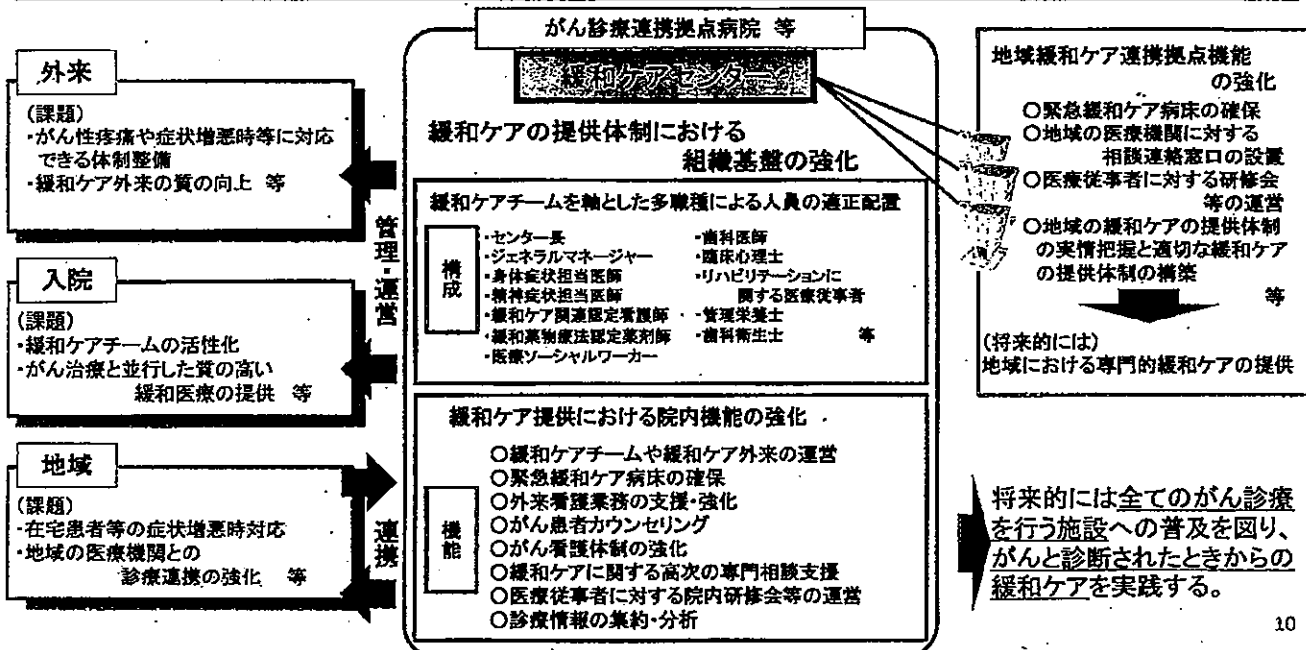
緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)

平成26年度:3.0億円
(平成25年度:1.0億円)

【背景】

がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)において、緩和ケアについては「がんと診断された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。

がん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、チーム医療や外来、地域連携を含めた診療の質の向上をめざし、緩和ケアの提供体制について組織基盤の強化と人材の適正配置を図るため、平成25年度には都道府県がん診療連携拠点病院を中心に整備を進めた「緩和ケアセンター」について、機能強化を図るとともに、地域がん診療連携拠点病院にも対象を拡大し、整備を進める。



緩和ケア推進検討会

【趣旨】

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

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

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

「緩和ケア推進検討会」構成員名簿(平成26年6月～)

安部 好弘 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
池永 昌之 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院副院長
小笠原 文雄 医療法人聖徳会小笠原内科 院長
小川 節郎 日本大学総合科学研究所 教授
加賀谷 肇 明治薬科大学臨床薬理学教室 教授
川本 利恵子 公益社団法人日本看護協会 常任理事
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 一般社団法人WITH医療福祉実践研究所
がん・緩和ケア部 部長

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
波多江 伸子 福岡がん患者団体ネットワークがん・バツテン・元気隊代表
○花岡 一雄 JR東京総合病院 名誉院長
林 和彦 東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科 教授
細川 豊史 京都府立医科大学付属病院疼痛緩和医療部 部長
前川 育 特定非営利活動法人南いのちを考える会 代表
松島 英介 国立大学法人東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科
心療・緩和医療学分野 教授
道永 麻里 公益社団法人日本医師会 常任理事
武蔵 真祐 医療法人社団鉄祐会

(五十音順・敬称略 ○は座長)

【設置】平成24年4月

【検討経緯】

- 平成24年4月に設置した「緩和ケア推進検討会」において、これまで2年間にわたって計13回の議論を重ね、平成24年9月に検討会中間とりまとめが、平成25年8月に検討会第二次中間とりまとめを報告した。これらの報告に基づき、緩和ケアセンターの整備や「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の変更等を行い、緩和ケア提供体制の質の向上を図ってきた。
- 今後、がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制の向上に関する議論に加えて、在宅診療医や地域の病院など地域連携体制と関連した緩和ケアについて議論を行っていく予定。