

日本ホスピス緩和ケア協会からの提言

これからのホスピス緩和ケアについて

提案と要望

わが国のホスピス緩和ケアは施設（ホスピス・緩和ケア病棟）から発展してきた。これからのホスピス緩和ケアは患者家族の希望を踏まえ、病院で完結するあり方から住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるように地域を基盤としたあり方に変える必要がある。そのために：

1. がん診療拠点病院を中心に、ホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等との地域連携のためのネットワークを作ること
2. ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証すること
3. ホスピス緩和ケアに対する国民の理解を深め、地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作ること

以上3点を日本ホスピス緩和ケア協会は提案する。

1. 現状と課題

1) 終末期の療養場所が病院に偏っている

わが国のがんによる死亡者数は平成17年に年間約33万人（全死亡者の30%）、このうちホスピス・緩和ケア病棟（協会加盟全国163施設）における死亡者数は約1万8千人（がん死の約5%）である。在宅死は約1万6千人（約5%）で、およそ90%は主として病院の急性期病棟で亡くなっている。

2) ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームを持つ施設は地域的に偏っている

ホスピス緩和ケア協会（以下、協会と略）の調査によれば、ホスピス・緩和ケア病棟のベット数が最も多いのは高知県（100万人対78.4）、ついで広島県（49.6）、滋賀県（42.2）であり、最も少ないのは埼玉県（5.2）、ついで福島県（8.5）、秋田県（11.2）である。がん診療連携拠点病院でホスピス・緩和ケア病棟を有している病院は37施設、地域医療支援病院では10施設に止まっている。緩和ケアチームとして「緩和ケア診療加算」の最も届出が多いのは東京都（5施設）と大阪府（5）であり、全く届出のない県が20県にのぼる。

3) ホスピス緩和ケアへの評価は高いが、課題も多い

厚生労働科学研究費によるホスピス・緩和ケア病棟で身近な人を亡くした遺族調査で、ホスピス緩和ケアを受けた前後の印象を尋ねた。その結果、「痛みを緩和してもらえた」「尊厳ある生活を送れた」という印象はケアを受ける前より高得点となり、「死を待つだけ」「高額な費用がかかる」という印象の得点が有意に低くなった。別の遺族調査では望ましい終末期のQOLとして、「穏やかな気持ちでいられる」「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせる」「家族との良い関係」「医療者との良い関係」「家族の負担にならない」などが重視する要因として明らかになっている。

2. 協会の取り組みとこれからの方針

1) がん診療拠点病院を中心にホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等との地域連携のためのネットワークを作る

最近の厚生労働省と厚生労働科学研究費による国民を対象としたがん終末期の療養場所の選択に関する調査では「痛みがある末期状態」ではホスピス・緩和ケア病棟50%、病院33%、自宅11%、「苦痛がない末期状態」ではホスピス・緩和ケア病棟30%、病院15%、自宅55%と

いう結果で、ホスピス・緩和ケア病棟や自宅での療養を望む人が多いという結果であった。今後、ホスピス緩和ケア提供の地域的な偏在を解消し、患者や家族が希望する終末期の療養場所を選択できるようにするためには、がん診療拠点病院を中心に、病院の緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟と地域医療との連携を強化する必要がある。具体的にはホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションとの地域を基盤としたネットワークが不可欠である。緩和ケアチームは入院患者、外来患者のコンサルテーションの受け皿として、ホスピス・緩和ケア病棟は病状の悪化や急変時の入院ベットとして、在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションは退院する患者の受け皿として、相互に補完しあいながら協働していくことが必要不可欠と考える。

2) ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証する

健康保険の診療報酬では、「緩和ケア診療加算」や「緩和ケア病棟入院料」を届け出ている病院には、「日本医療機能評価機構」等が行う機能評価の認定が義務づけられている。さらにホスピス・緩和ケア病棟には任意ではあるが、評価機構による「緩和ケア付加機能評価」が求められている（認定済み 12 施設）。協会としては、ホスピス緩和ケアには社会的に質の高い専門性が求められていると考えている。したがって、がん医療の均填化に合わせてがん診療連携拠点病院を中心としてホスピス・緩和ケアの地域的な偏在を解消し普及させていくと同時に、提供されるケアの質の保証に積極的に取り組む必要があると考える。

協会では平成 17 年に「ホスピス緩和ケアの基準」と「ホスピス緩和ケア評価指針」を作成し、平成 18 年それに基づいて各施設の自主評価を実施した（参加率 73%）。その結果から、各病棟での患者、家族へのケアの提供や在宅療養に対応する体制についていくつかの改善すべき点が明らかとなった。そこで、今後は全国的な規模でホスピス・緩和ケア病棟の遺族を対象にした「ケアの質の評価に関する調査」を予定している。緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟の量的な拡充と合わせて提供されるケアの質を評価し、患者と家族の希望に応えられるようにケアの改善に取り組んでゆく。

3) ホスピス緩和ケアに対する国民の理解を得て、地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作る

協会は平成 19 年度の NPO 法人化を目指して準備を進めているが、これを契機にこれまでのホスピス・緩和ケア病棟中心の組織から、緩和ケアチーム、さらに在宅療養支援診療所はじめホスピス緩和ケアの実践を担う事業体の参加を広く募る。平成 18 年 9 月、全国のホスピス緩和ケア病棟を対象に行った「今後の在宅療養への取り組みについて」の質問紙調査結果（回収率 83%）によれば、41%の施設は地域の在宅療養支援診療所との密接な連携に取り組むと回答した。そこで、地域でのホスピス緩和ケアの質を保証するために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護ステーションの看護師と病院の緩和ケアチームやホスピス緩和ケア病棟の医師や看護師が交流し、必要に応じて一定期間相互に研修できる制度を提案する。この教育研修制度を通じて、地域で症状マネジメント、コミュニケーション技術、チームケアの実際など、ホスピス緩和ケアの基本的知識や技術を共有することが重要である。その結果、国民は全国どこでも基本的で標準的なホスピス緩和ケアを受けられることになり、ケアの質が保証されることになる。

3. 提案

- 1) 地域連携のためのネットワークを作る：ホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション、訪問介護ステーション等
- 2) ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証する：「日本医療機能評価機構」等による第三者評価、自主的な評価、遺族による評価
- 3) 地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作ること：医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャ、介護福祉士等

NPO法人

マンモグラフィ検診精度管理中央委員会
(精中委)の活動

- 1) 精中委の設立経緯と老健65号での位置づけ
- 2) 精中委の活動状況
- 3) わが国の乳癌検診の課題

NPO法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会

森本忠興、福田 隆、岡崎正敏、遠藤登喜子、大内宣明、光山昌珠、佐野崇明、東野美利子、大村憲夫、土橋一慶、岩瀬拓士、横江慶夫、寺田 夫、梶田勝平、遠見典子、八木浩史、木村千明、高木祐亮、飯沼 武、飯元善博

1

日本の乳癌検診の歴史
老人保健事業の経緯

厚生省老人保健・高齢検診によるマンモグラフィ
1 平成2～3年度 研究調査事業
2 平成4～6年度 実証事業

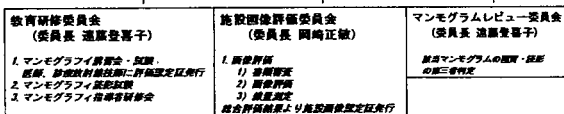
- 1987年(S62年) 第2次老人保健事業：30歳以上の視触診検診の導入
- 1992年(H4年) 第3次老人保健事業：30歳以上の視触診検診
- 1997年(H9年)11月：マンモグラフィ検診精度管理中央委員会(精中委)の設置
厚生省研究費で検討された精度管理システム、教育研修委員会と施設評価委員会を設置
- 1998年(H10年) 老健法検診費の国庫補助等の一般財源化
- 2000年(H12年) 第4次老人保健事業(老健第65号)：
50歳以上へのマンモグラフィ検診導入(2年に1回)
- 2004年(H16年) 第5次老人保健事業(老老発第0427001号)：
40歳代へのマンモグラフィ検診導入(2年に1回)
- 2006年(H18年) 第5次老人保健事業(老老発第0331003号)：
検診実施機関や検診事業の評価等

13年
17年
19年
2

精度管理システム

乳癌検診関連6学会
日本乳癌検診学会、日本乳癌学会
日本医学放射線学会、日本産婦人科学会
日本放射線技術学会、日本医学物理学会

NPO法人・マンモグラフィ検診精度管理中央委員会
(理事長 森本忠興)



ホームページURL : <http://mamography.jp/>

3

マンモグラフィ講習会受講者評価

読影・技術部門 (2006. 10. 31. 現在)

評価	A	B	C	D	合計
読影部門 (医師)	1,124	6,436	1,553	617	9,730
	7,560名 (77.7%)				
技術部門 (技師・医師)	2,433	4,101	2,218	1,182	9,934
	6,534 (65.8%)				

外科63%, 放射線科24%, 産婦人科8%, 他5%

読影医・撮影技師と読影・撮影数の推定
国勢調査人口(2002年)：40歳以上女性は3,550万人
受診率50%、2年に1回、二重検影を実施したと仮定：読影1名当たりの読影数 2,350人
受診率50%、2年に1回、検影したと仮定：技師1名当たりの読影数 1,350人

4

施設画像評価結果 (2006. 10. 31現在)

撮影装置台数

評価	アナログ	デジタル	計
A	149	78	227
B	385	209	594
C	48	16	64
D	8	0	8
計	590	303	893

わが国の乳房X線撮影装置台数
(新医療2006年1月号より)
適合乳癌X線撮影装置 1,300台
デジタルマンモグラフィ(48%)
・CR方式 134台
・フラットパネル方式 134台
Full Field Digital Mammography, FFDM

日本医学放射線学会の定例の出版基準を照らすと



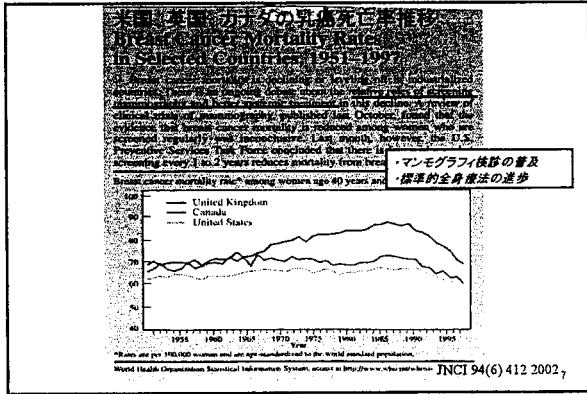
5

精中委の今後の課題

米国では、撮影装置に関する法的規制いわゆるMQSA(Mammography Quality Standards Act)により精度管理システムが存在する
本邦では、法的規制による検診精度管理システムがない
ただ、老健第65号関連により、精中委の位置付けがなされ
都道府県の成人病検診管理指導協議会「乳がん部会」の設置が示されているに過ぎない

- 1) 第三者評価団体として、NPO法人格取得後のシステム整備
- 2) 都道府県の「精度管理システム」乳がん部会との連携
- 3) 精中委の特定非営利活動に係る事業拡大
- 4) その他、乳癌検診啓発事業や患者団体との連携事業の推進
- 5) がん対策基本法に基づき、検診精度管理に関する法的整備を望む

6



マンモグラフィ検査の当面の課題

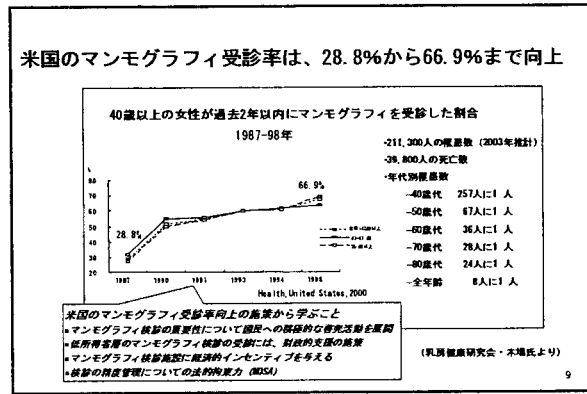
- 1) 検診体制と精度管理システムの構築 ← 精中委の関与
- 2) 検診受診率の向上

従来のマンモグラフィ検査受診率 60~80%
老齢法による乳癌検診 (全国平均) 12~13%

マンモグラフィ検査受診率 4.6% ⇒ 30% ⇒ 50%

40歳以上女性: 3,550万人
マンモグラフィ検査受診率: 110万人 (4.6%)
2004年度地域保健・老人保健事業報告より

受診率30%: 約1,065万人/年 ⇒ 約500万人/年
受診率50%: 約1,775万人/年 ⇒ 約900万人/年
2年1回

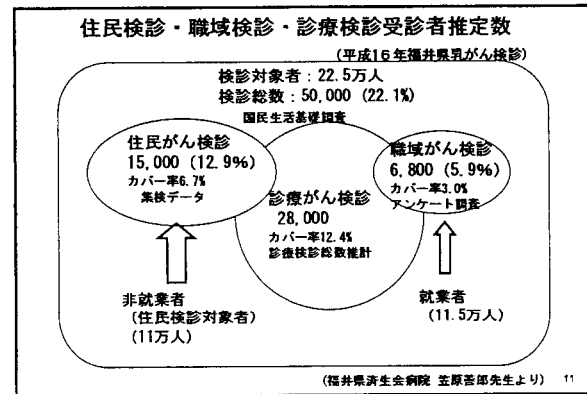


対策型検診(組織型検診)

(福井県済生会病院 笠原善郎先生より)

	住民検診	職域検診
実施者	市町村	保険事業者
対象者	非就業女性 (国保加入者、健保被扶養者)	就業女性 (労働者)
根拠法令 (検診全般)	老人保健法	労働安全衛生法
根拠法令 (がん予防)	がん予防重点教育及び がん検診実施のための指針 (老健第65号)	なし

就業者にがん検診を実施せよという法的規制はない



今後の課題

検診受診率の正確な把握、がん登録

職域がん検診の問題

- 厚生労働省: 縦割り行政の影響
- 働く女性への検診機会が少ないのは大きな問題
- 職域検診の精度管理と情報管理システムの構築
- 職域検診にかかわる法整備が急務 ← がん対策基本法

診療がん検診の問題

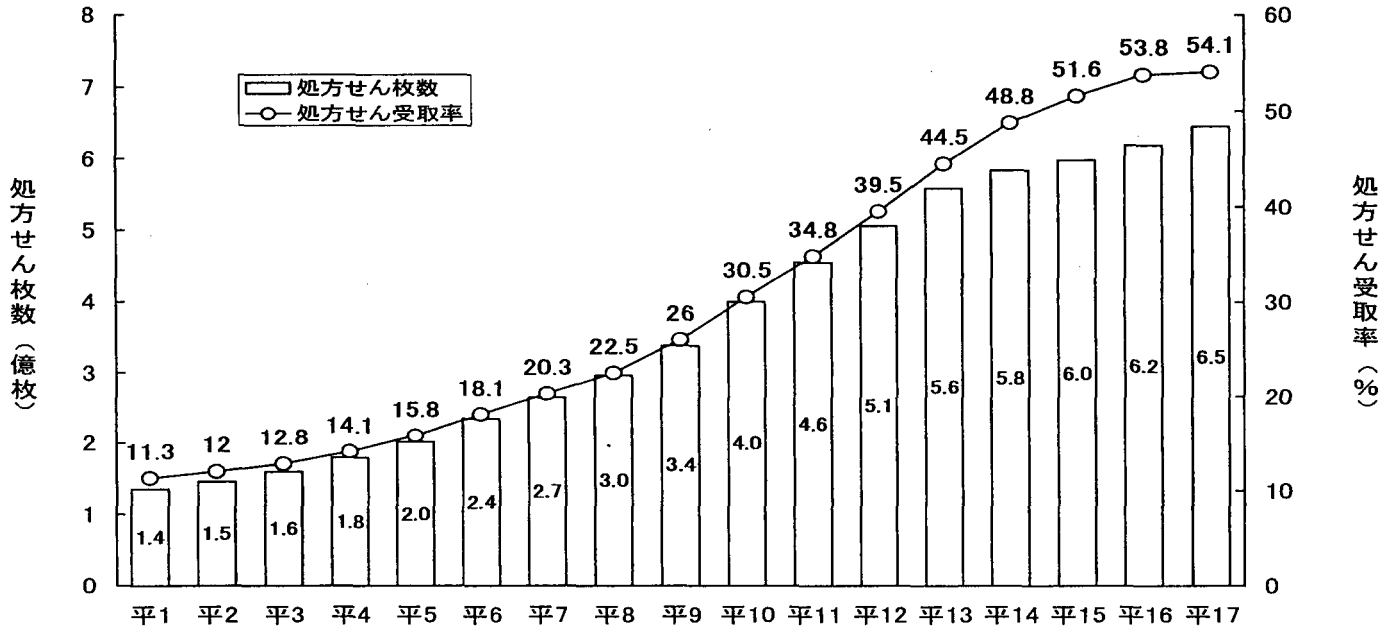
- 診療検診とみなされる例はかなりの数にのぼる (保険診療問題もあり、実態把握困難)
- 視触診のみの診療検診も多く含まれている可能性あり
- 乳がん検診=マンモグラフィ (US) 検診の認識が必要
- 住民検診、職域検診が整備されれば減少
- 住民検診における精度管理への取り組みが、各診療施設の診断精度を確実に向上

がん対策の推進に関する意見交換会について

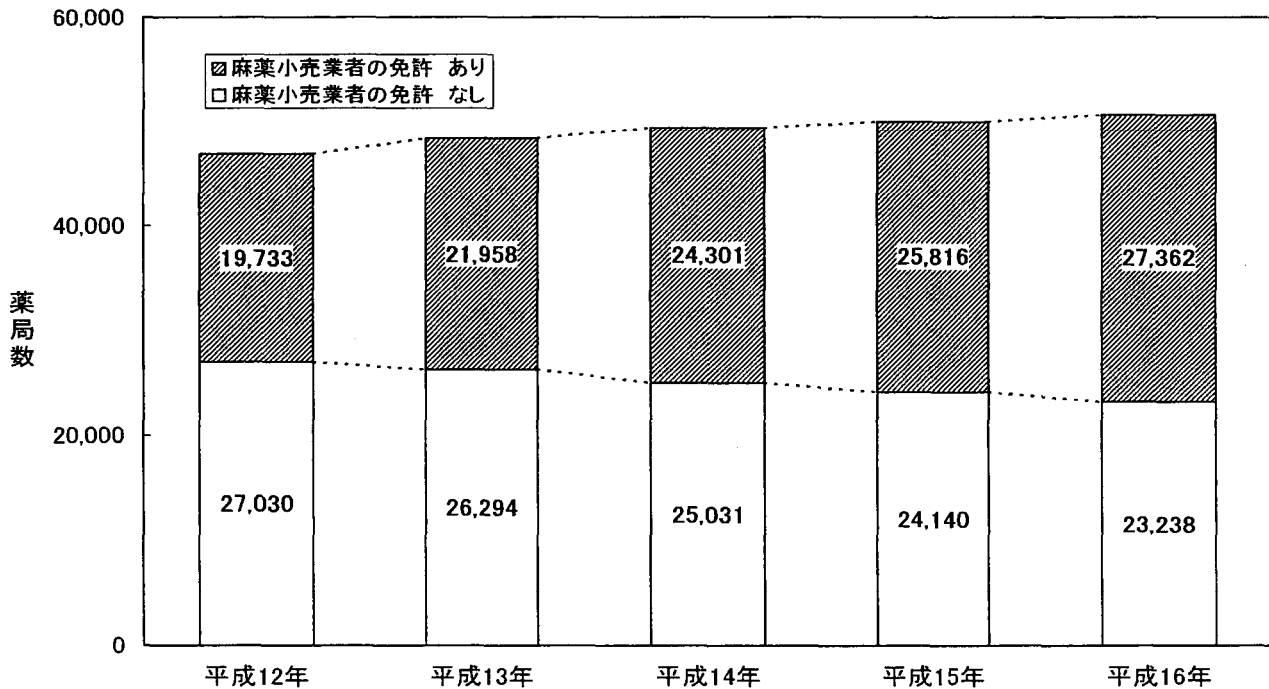
平成18年12月20日

日本薬剤師会理事 安部好弘

処方せん枚数と受取率の推移



麻薬小売業の免許の取得状況(最近の状況)



注) 薬局数は薬事関係業態数調、麻薬小売業者数は麻薬取扱者数による。

新・薬剤師行動計画（抜粋）

平成18年9月15日公表

日本薬剤師会

② 居宅等における医療（在宅医療）への参加

会員薬局・薬剤師：在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等との連携のもと、訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む。

支部薬剤師会：都道府県薬剤師会の協力を得ながら、地域医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。

都道府県薬剤師会：支部薬剤師会と連携しつつ、都道府県医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。

日本薬剤師会：会員薬局・薬剤師による取り組みを支援するため、①訪問薬剤管理指導に関する啓発資材（地域住民向け）の作成と提供、②在宅医療への参加のためのマニュアルの作成と提供、③「食事・排泄・睡眠・運動からみた体調チェックフローチャート（BOOK版）」の作成と提供を行う。また、駐車禁止除外指定車許可について、厚生労働省等の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

③ 終末期医療への貢献

会員薬局・薬剤師：麻薬小売業の許可を取得し、医療用麻薬の供給を行う。

支部薬剤師会：会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給しやすい環境整備を行う。

都道府県薬剤師会：会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給しやすい環境整備を行う。

日本薬剤師会：厚生労働省や医薬品関係企業の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

「がん対策の推進に関する意見交換会」意見

1. 緩和ケアチームによる緩和ケア外来の兼務の認容について

緩和ケア診療加算の施設基準については、医師、看護師が専従であることが必要とされている（注1）。専従に関しては入院における緩和ケアに限られていると解釈されている。緩和ケアチームは患者のがん治療を行っている主治医と協働して入院患者の緩和ケアを行うが、がんの治療が一段落して、退院となっても痛み等が続く場合には、外来でのがんの治療と並行して緩和ケアが必要である。それを行うため外来にも緩和ケアの診療部門が必要となるが、現状では別の医師を確保するのは困難である。また入院中の緩和ケアの継続性の点から、緩和ケアを行っていた患者に対して外来においても、入院中に係わった緩和ケアチームによる継続が望ましい。さらに、地域においては、いまだ開業医における緩和ケアの理解、能力は十分とは言えないので、在宅でのがん患者の増加に対応するために、特になんがん診療連携拠点病院や、地域医療支援病院は役割として緩和ケア外来の設置が求められる。この点においても入院患者の緩和ケアを阻害しない範囲で緩和ケアチームに緩和ケア外来の従事を容認していただきたい。

（注1） 緩和ケア診療加算に関する施設基準

（1） 以下の3名から校正される緩和ケアにかかる専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」というが設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

（2） （1）にかかわらず、（1）のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

（3） （1）のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

（4） （1）のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。

（5） （1）のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を終了している者であること。

(6) (1) のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出にかかる担当医師と兼任でないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に監視船人である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

(7) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて主治医、看護師などが参加していること。

(8) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(9) 院内の見やすい場所に緩和ケアチーム拠る診療が受けられる胸の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2. がん診療連携拠点病院の指定に関しては厚生労働省が責任を持ってがん診療の実績に見合った病院を指定すること

がん診療連携拠点病院の指定は県の推薦により、検討会の審議を経て厚労省が指定することとなっている。県の推薦は、地域によっては、県自身の直接の判断ではなく地元の保健医療対策協議会等に推薦する病院の決定を委ね、さらに保健医療対策協議会では専門委員からなる機能部会等に病院の推薦を委ねている。機能部会は従前より病床配分を決めるなどの権限を持っており、医療機関の代表として医師会委員が多く、実質的には医師会が決定権を持っていると言える。医師会は、いろいろな機関、施設等と利害関係を持っており、その調節のため政治的な判断が優先し、がん診療の実績等に拠った適切な決定ができない場合がある。結果として、がん診療連携拠点病院として必ずしも適当とは認められない病院が推薦される事態も生じている。がん診療連携拠点病院はがん対策において重要な役割を持つもので、ある程度の指針も発表されている。それにもかかわらず、がん診療連携拠点病院として厚労省の考える基準にそぐわない病院が推薦されることは、がん対策を早急に進めるという法律の趣旨に反するものであり、がん対策の停滞、遅延を招くと考えざるを得ない。また患者への情報の提供が広範にわたり求められる昨今の状況にもそぐわない。医師会の意見は十分に聴取するべきではあるが、国、厚労省は県に丸投げするのではなく、県と緊密な連絡を取って、地域の実情を十分に把握した上で、真にがん診療に実績のある病院を指定することが必要と考える。

(日本病院会常任理事 宮崎瑞穂)

平成 18 年 12 月 15 日

特定非営利活動法人 日本臨床細胞学会
理事長 加藤 治文

がん対策の推進に関する日本臨床細胞学会からの要望
— 細胞診業務の重要性について —

要望点

1. がん対策基本法の基本方針策定やその施行において、細胞診の意義や重要性について十分ご考慮いただくこと。
2. 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」において、細胞診に関する事項を明記していただくこと。

要望理由

1. がん対策事業における細胞診の重要性

昭和 37(1962)年に発足した日本臨床細胞学会（本学会）は、以来 40 数年に亘り、細胞診業務を通じ、「がん検診を中心とした予防医学」および「医療」の両面において、がん対策に貢献してきた。

- 1) がん検診における重要性：細胞診は、がん検診のなかでも最も歴史の深い子宮頸部がんを筆頭に、子宮体がん、肺がんの分野で重要な役割を担ってきた。「がんの予防及び早期発見の推進」における細胞診の果たす重要性は今後も益々高まっていくものと思われる。
- 2) がんの診断・治療における重要性

- ・細胞診は、病理検査とは一線を画する独自の診断学として発展してきた。実際、がんの確定診断上、組織学的検査が不可能な場合においても、内視鏡的技術および針穿刺技術による細胞診検査が極めて有用な場合が多くみられる。
- ・組織学的検査に比べて侵襲の少ない細胞診は、繰り返し検査が容易であり、がん治療効果の判定にも極めて有用なツールである。
- ・最近では、分子生物学との融合（例えば、子宮頸癌におけるヒトパピローマウイルス DNA 検査）や新手法（例えば、液状細胞診システム）の導入などの新たな展開をみせている。

2. がん診療連携拠点病院における細胞診の重要性

以上のことから、がん診療連携拠点病院の整備充実を考える際に、細胞診部門を充実させていくことは、地域住民のがん発見・診断・治療上、極めて重要なことと思われる。

しかしながら、現在、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に指定されている179病院において、本学会による細胞診施設認定を受けた病院は70%(126/179)ほどにすぎない。細胞診の重要性が、がん診療連携拠点病院指定の際、十分には考慮されていないのではないかと懸念される。

そこで、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」において、以下の項目の実現を要望したい。

- 1) 「診療体制＞診療機能＞各医療機関が専門とする分野」のなかに、病理診断と併記する形で細胞診断の項目を記載していただくこと。
- 2) 「診療体制＞診療機能＞地域の医療機関への診療支援や病病連携・病診連携の体制」のなかに、病理診断と併記する形で細胞診断の項目を記載していただくこと。
- 3) 「診療体制＞診療従事者＞専門的ながん医療に携わる医師の配置」において、「細胞診断医（細胞診専門医）が1人以上配置されているか、又は他の医療機関から協力を得られている体制が確保されていること」を、病理診断医と併記する形で記載していただくこと。
- 4) 「診療体制＞診療従事者＞専門的ながん医療に携わるコメディカルスタッフの配置」において、「細胞診専門医との共同作業で実施される細胞診断業務を専門とする臨床検査技師（細胞検査士）が1人以上配置されていることが望ましい。」を記載していただくこと。
- 5) 「診療体制＞医療施設」のなかに、専門的検査室の設置として、
ア 病理検査部門が設置されていることが望ましい。
イ 細胞検査部門が設置されていることが望ましい。
を記載していただくこと。
- 6) 「都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件＞地域がん診療連携拠点病院で専門的ながん医療を行う医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること」において、臨床検査技師を追加していただくこと。

以上