

緩和ケア提供体制の実地調査に関するワーキンググループでの議論の内容（2）

1. **がん疼痛への対応について**

細川班研究を中心に、がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和治療の評価法についての検討がなされ、さらに得られた具体的な4つの評価法の試行調査まで行われている。いずれにしても、今後、一定の評価法が全国の拠点病院において活用され、継続的な疼痛緩和が全国一定の基準によって維持されることが望まれる。

さらに、引き続き、がん患者の痛みと医療用麻薬の使用量を実測し比較検討する研究等が必要ではないか。また、特に、医療用麻薬の使用量が減少している施設においては、その背景となる患者層の変化などもより深く調査し、その施設における疼痛治療の質の評価につながる指標の開発が可能かどうか検討する必要があると考える。

2. **実地調査から見えてくるもの**

WGでは、拠点病院等の緩和ケア提供体制（治療医の緩和ケアへの理解、スクリーニング、緩和ケアチームや緩和ケアセンター等）のレベルアップを中心に引き続き論議を行う必要があると考える。

① 苦痛のスクリーニングについて

苦痛のスクリーニングの徹底に関しては、拠点病院において取り組みが行われているものの、まだ十分ではないと判断される。特に、病院を挙げて、全診療科で統一されたスクリーニング法によって、外来患者に対しては診察日ごと、入院患者に対しては1週間ごとに行われている施設はまだほとんどない状況である。また、スクリーニング以上に、スクリーニング結果に基づくトリアージが適切に行われ、適切なスタッフに繋いでいくことがより重要であり、単にスクリーニングをしたままで、苦痛が放置されないように注意しなければならない。そのためには、スクリーニング後の対応を徹底させるための専門・認定看護師やスクリーニング体制を補助する事務職の人的保証も重要であることが実地調査において明らかになった。各拠点病院における取り組みが期待される。その中でも先進的な施設の取り組みについては、モデルケースとして全国の拠点病院に情報提供する必要があると考える。

② 現況報告書について

実地調査では、現況報告書について国が求める基準で適切に記載されておらず、現状を十分に反映されていないことが多かった。「整備されている」との項目に「はい」と記載されていても、実際には行われていないことや、適切な人員配置が行われていない現状もあった。現況報告書の書面だけで評価するのではなく、実際に実地で確認する必要が求められる。また、実地調査を行うメンバーの緩和ケアに関する知識も十分であることが求められる。さらに、現況報告書が、事務部門のみで作成されている

こともあるため、国の方針が現場スタッフまで十分に浸透していないこともあると考える。

がん診療連携拠点病院においては、指定要件の強化に関して、ただ要件を満たすだけで良しとするような施設もあるようだが、指定要件強化の意とするところを十分認識して、緩和ケアも含めた診療機能の充実により、がん患者に対する診療の質の向上をもたらすことに努めるべきではないかと考える。

③ 緩和ケア研修会修了率について

緩和ケア研修会の修了率に関しては、まずは、「がん患者の主治医や担当医となる医師」を中心に評価するのが良いのではないかと、という意見がワーキンググループでは多数を占めた。少なくともそれらの対象医師に関しては、平成 28 年度内には 9 割以上の修了率を目指すことを目標とすべきであり、がん対策推進基本計画の達成目標から鑑みてそこまで至っていない拠点病院に関しては、修了計画書などを提出させることにより、計画的に修了医師を増やしていく必要がある。合わせて、初期研修医 2 年目から卒後 5 年目までの研修医師に関しても、修了率を評価する必要がある。研修医師に関しては、病院内での緊急対応など、時間外の呼び出しも少なくないため、受講しやすい配慮を病院長などに依頼することも重要であると考えられる。

現在のところ、修了率が比較的高い施設と低い施設が認められる。実地調査では、病院長の受講や各診療科の部長の受講など、施設内での意識が非常に影響していると考えられ、今後、病院長や教授などを対象とした緩和ケア研修会の開催も有効ではないかと考える。

* 上記の意見を踏まえ、現在、都道府県を通じて各拠点病院に「9 割以上の修了率」を目指す「計画書」を提出するよう求めている段階である。

3. PDCA サイクルについて

拠点病院における緩和ケアの PDCA サイクルの構築に関しては、緩和ケア領域において「質」を反映する指標が少ないことから、いくつかの指標に加えてピアレビュー等の総合的な質を担保する方法が検討されている。特にピアレビュー（拠点病院間における相互評価）を行っていくためには事務局機能が必要であり、そのためには都道府県や県外の外部評価者の関与が不可欠となる。この体制づくりのためのモデル作成は、国立がん研究センターへの委託として準備中である。

4. バッジ・ポスターの配布について

主治医や担当医が緩和ケア研修会修了医師であるかどうか患者・家族にもわかりやすいように、また一方で、医師の研修会受講のモチベーションを上げるために、修了医師に対するバッジを厚生労働省の委託事業として日本緩和医療学会が作成した。平成 26 年 3 月に、拠点病院に勤務している緩和ケア研修会修了医師に配布し、着用を依頼した。

また、患者・家族には「苦痛やつらさを伝えてほしい」こと、医療従事者には「苦痛

やつらさを受け止めてほしい」ことを伝えるだけでなく、それらについて積極的に普及啓発することを拠点病院の重要な役割として周知徹底するために、普及啓発用ポスターを作成し、各拠点病院に30枚ずつ配布した。

5. 地域緩和ケアについて

地域包括ケアシステムは、疾患に限定した体制づくりを目指しているものではなく、既存の地域リソースに基づいた医療・介護・福祉の提供体制の包括的な構築を目指したものであると考えられる。しかし、がんに関しては、病状の急速な悪化や症状マネジメントへの配慮が必要であり、現在の地域リソースでも十分でない場合もあると考えられる。また、がんに関して、国は拠点病院を中心とした地域連携システムの構築を検討してきた経緯も踏まえ、今後、地域包括ケアシステムと、拠点病院や緩和ケア病棟が連携を深めることが重要であると考えられる。具体的には、拠点病院の緩和ケアチームが、入院患者の退院支援を積極的に調整し、在宅医や訪問看護ステーションと連携をし、在宅に戻っても入院中と変わらぬ疼痛緩和や症状緩和を確保する、万が一疼痛が増悪した場合の対応方法を在宅医や訪問看護師と確認し、患者・家族に伝える、症状悪化時のバックベッドを確保する、など積極的な役割を担うことが期待される。加えて、近年がん治療は入院から外来に移行していることから、拠点病院での外来において、地域リソースと連携した在宅支援を調整することも、拠点病院の緩和ケアの提供体制として求められる。拠点病院や緩和ケア病棟にある専門的緩和ケア提供体制（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）を、地域包括ケアシステムの中でも有効活用できるようなアウトリーチ機能等を充実させ、より有機的に既存リソースを地域で活用していくことが期待される。今後は緩和ケア病棟のあり方についても論議を深める予定である。

※病院外でのがん相談支援について

今回、ワーキンググループでは、白十字訪問看護ステーション統括所長である秋山正子氏より、東京都新宿区のマンションの一室で2011年から取り組まれている「暮らしの保健室」の活動と、2015年秋オープンを目指して準備されている「マギーズ東京」のコンセプトについてお聞きした。秋山氏が強調した点は、相談支援を病院外で行うことによって、患者や家族が自由に心の内を開くことができるということであった。もう一つは、がん患者に関する相談においては医療に関するものが多く、特に「暮らしの保健室」においては訪問看護師の役割が重要であるとのことであった。また、がんにより特化した相互支援を行う場としての「マギーズ東京」では、ボランティアで協力するがん看護専門看護師や認定看護師の役割も重要とのことであった。いずれも行政や寄附などによる財政的支援が不可欠ではあるが、このような病院外の実践が、今後のがん患者や家族への相談支援にあり方に一定の示唆を与えてくれるのではないかと考える。

また、東京都で地域医療に取り組まれている行田泰明医師に地域在宅緩和ケアの課題に関する資料をご提出いただいた。課題として、地域在宅緩和ケア医に関する情報不足と情報提供体制の未整備、在宅緩和ケア医の「質」の担保、緩和ケアに精通した介護職

の育成、がんという疾患の特殊性を考慮した地域ケア、訪問看護ステーションの不足と「質」の担保、在宅医療を担う者の価値観・認識の違い、診療報酬での評価等が挙げられた。

以上