

第3回までの議論の概要（案）

【緩和ケア全般について】

○ 現状

- ・ 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が3～4割ほどいる。
- ・ 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ない。そのため、多職種連携が必要とされる。
- ・ 緩和ケアの質については、画一的な書面のみで評価することが困難であるなど、その基準が必ずしも確立されていない。

○ 主な意見

- ・ がん患者の悩みや困っていることを主治医も含めた医療従事者がしっかりと受け止め対応するという基本的な緩和ケアと、必要に応じて専門的な緩和ケアにつなぐためのアクセスの確保が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアセンター等、緩和ケアの効果を評価するためには、患者体験調査等の定期的、継続的な実施が必要ではないか。

【がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方】

1 がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制について

○ 現状

- ・ これまでは緩和ケアの均てん化のため、がん診療連携拠点病院(以下、「拠点病院」という。)を中心に、緩和ケアセンター等の整備を推進してきた。
- ・ 苦痛のスクリーニングが導入されている拠点病院は約9割にのぼっているが、限られた少数の部署での実施に止まっている。
- ・ スクリーニングの結果、対応が必要となった患者へのフォローアップ体制が整っていない拠点病院は約6割にのぼっている。
- ・ スクリーニングやフォローアップのための人員が不足している、患者がつらさの程度を数値で回答するのが難しい、(つらさに対する)有効な対応方法がないことがある、総合病院等ではがん患者の選定が難しい等の課題がある。
- ・ 緩和ケアセンターは、全ての都道府県拠点病院に設置されるとともに、地域拠点病院にも、自主的に設置が進められている状況である。しかし、緩和ケアセンターは、人員不足、役割の認識が院内で共有されていない等の理由のため、十分機能していない。
- ・ 全ての拠点病院で、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアの提供体制が整備された。
- ・ 緩和ケアチーム、緩和ケア外来の診療件数は施設間格差が大きく、また、基準を満たせないため、診療報酬を算定できる施設は限定されている。

○ 主な意見

- ・ 緩和ケア外来、緩和ケア病棟の利用率が低い(10-15%程度)というアンケート調査もある。こうした中、今後どのように専門的な緩和ケアにつなぐかの検討が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアチームの評価(自己評価も含む)やチームに依頼されない理由の検証が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアチームのアウトリーチに際しては、派遣する側の経営的、経済的な問題や個人情報の問題、責任の所在、地域におけるチーム活動の標準化、システム化が十分でないなどの課題があるのではないか。
- ・ 常勤精神科医の不在等の理由で、緩和ケア診療加算を算定できていない中小病院や地方病院の緩和ケアチームをどのように育成していくか、共同診療の促進等の検討が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアセンターの現状把握が重要で、運営における課題や効果等の分析が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアセンターの設置要件の再評価が必要ではないか。

- ・ 患者が専門的な緩和ケアにつながらない理由として、①主治医と患者の間で緩和ケアの話題が出ないこと、②主治医から緩和ケアチームに紹介されないこと等が挙げられる。こうした中、今後、主治医と患者の間で緩和ケアの話題が出せるような仕組み作り、また、緩和ケアチームが主治医から信頼を得るための技量をいかに持つかの検討が必要ではないか。
- ・ 拠点病院の緩和ケアの質を上げるためには、緩和ケアチームにいかにつなげるかが重要である。つながらない現状に対して、研修会だけでなく、具体的につながる仕組みを検討することが必要ではないか。
- ・ 拠点病院の緩和ケアについて、現行の緩和ケア研修会を通じて、主治医等に、緩和ケアの知識が広がった段階である。次の段階として、拠点病院の緩和ケアの質をどのように上げていくか、検討が必要ではないか。
- ・ 緩和ケアチームと地域のかかりつけ医との連携を進めることも重要である。そのためには、地域の医師会等の協力が不可欠である。
- ・ スクリーニングは、苦痛を汲み上げ、緩和ケアチーム等の専門家につなぐことに限定するものではなく、診察前に定期的実施し、その結果を主治医が把握し、対応していくというモニタリング的な役割が重要ではないか。
- ・ 緩和ケアセンターが地域連携の役割を担うために、定期的な地域との会議やカンファレンスなどを行うのはどうか。

2 拠点病院以外の一般病院における緩和ケアの提供体制について

○ 現状

- ・ 拠点病院以外で治療を受けているがん患者は約4割いる。
- ・ 病床数の多い病院で緩和ケア関連の診療報酬算定回数が多い傾向がみられる。
- ・ 約4分の3のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られている。
- ・ 平成26年医療施設調査によると、一般病院の約87%に緩和ケアチームがない状況である。
- ・ 一般病院における緩和ケアの内容については十分把握されていない。

○ 主な意見

- ・ 拠点病院以外の中小病院における緩和ケア提供の実態や患者のニーズを把握する必要があるのではないか。
- ・ 医師が少ない一般病院では、緩和ケアチームを設置することが不可能なため、一般病院の医師に緩和ケア研修会を受講してもらうことが必要ではないか。
- ・ がん患者を診ている一般病院は、概ね4種類に分類されるのではないか。①緩和ケアチームを設置し、がん患者を診ている市民病院クラス、②がん検診から引き続きがん治療を行っている小規模な病院、③拠点病院の後方連携病院、④高齢者中心の病院などである。一律では対応できないため、それぞれに即した緩和ケア提供体制を考える必要があるのではないか。
- ・ 地域連携においては、今までがん領域では拠点病院を中心に行ってきたものの、これからはがん以外も含めた地域包括ケアシステムとうまく連動しながら行う必要があるのではないか。
- ・ 地域で活躍している訪問看護師やケアマネジャーなどが拠点病院の中に入っているような連携の形もあるのではないか。
- ・ 地域連携の好事例などを横展開していく必要があるのではないか。

3 推進すべき取組の方向性について

- ・ 拠点病院において、苦痛のスクリーニングを実施するための人員確保、実施方法の改良、対応方法等に関する研究、実施マニュアルの作成によるノウハウの共有等に取り組むべきではないか。
- ・ 緩和ケアセンターについて、人員確保、ジェネラルマネージャーの活動の評価、緩和ケアセンターやジェネラルマネージャーの役割の明確化と院内周知、好事例の紹介、ピアレビュー等に取り組むべきではないか。
- ・ 緩和ケアの質の評価方法を確立すべきではないか。例えば、診療の内容を評価するため、実地調査等を行うべきではないか。
- ・ 拠点病院以外の一般病院における緩和ケアの状況について実態把握すべきではないか。
- ・ 研修等を通じて一般病院における緩和ケア提供体制の充実を図るべきではないか。

【すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策】

1 緩和ケア研修会受講率向上について

○ 現状

- ・ 拠点病院においては、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割以上の受講修了を実行上の目標としているが、平成27年9月時点で、受講率は48.1%である。
- ・ 大学病院等の医師数の多い病院や総合病院では、受講率が低い傾向がある。また、病院長の受講が済んでいる病院は、受講率が高い傾向がある。
- ・ 都道府県別の受講率は、明らかな地域による偏りはみられないが、70%以上の県もあるものの、40%未満の都府県もある。
- ・ 受講率の高い地域においては、未受講者が少なく、参加者の確保が困難となっており、研修会開催が拠点病院の実務負担となっている状況がある。

○ 主な意見

- ・ 現行の研修会の受講率が低い理由の検証が必要ではないか（臨床業務への負荷が大きい等）。
- ・ 受講率向上に向けての方策として、初期臨床研修の2年間で全ての研修医が受講修了するのがよいのではないか。
- ・ 初期臨床研修の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことが重要ではないか。また、卒前教育に盛り込んでいくことが今後必要ではないか。
- ・ 受講率について都道府県で差があるのは、各都道府県における緩和ケア研修会の企画者や行政担当者の熱意で変わってきているのではないか。今後、いかにして行政の協力を得るか検討が必要ではないか。
- ・ 診療所の医師が受講しやすいように、単位型の研修形式に変更することが必要ではないか。
- ・ 研修会のアウトカムは、受講修了者数や受講率だけでなく、患者が緩和ケア外来・緩和ケア病棟・在宅緩和ケア等を利用した割合や痛みの治療効果等の患者アウトカムを出していく必要があるのではないか。そのための定期的、継続的な調査等が必要ではないか。
- ・ 拠点病院の開催負担や受講者の負担を軽減するために、講義部分は e-learning を導入し、事例検討やロールプレイ、疾患別の部分などは1日間の集合研修に変更してはどうか。また、県全体で研修計画を立てるなどの体制をとってはどうか。
- ・ 事前に学習が必要となると、受講のハードルが上がる可能性があるため、枠組み自体は大きく変えないという考え方もあるのではないか。

2 研修内容について

○ 現状

- ・ 「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」ことが基本計画の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等に対する緩和ケア研修を実施してきた。
- ・ 現行の研修会の内容は、初期臨床研修修了時（卒後3年目）の医師が達成すべき基本的な緩和ケアのレベルに設定されている。

○ 主な意見

- ・ 研修会の目標設定（何を变えるために何をするのか）を改めて検討する必要があるのではないか。
- ・ 研修会を受けただけでは、（特に在宅医の）行動変容を起こすことは難しく、現行の研修会とは違う形のものが必要ではないか。臨床の場に即した形での研修がより効果的ではないか。
- ・ がん緩和ケアに特化しない研修会プログラムの作成も重要。症状緩和だけではなく、特に緩和ケア概論、全人的な苦痛の評価、コミュニケーション、地域連携、アドバンスケアプランニングという内容をがん以外の診療を行っている医療従事者に対しても実施できる効果的な研修を組み立てることが重要ではないか。
- ・ 研修形式として、基本的な緩和ケアの研修会を立ち上げ、全ての診療科医師が共通して受けられるようなものとがん、循環器のように専門的なものに分けていくのはどうか。
- ・ 研修会の内容として、まずは、がんや循環器疾患等に共通する緩和ケアの概論やチーム医療のようなものに絞りこんで実施し、次のステップで、各論として、チームや多職種が参加できるような研修会でフォローアップしていくのはどうか。
- ・ 研修会の内容として、治療医から緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアや既存の医療資源に「つなぐ」ことについて追加すべきではないか。
- ・ 研修会の内容として、苦痛、痛みだけでなく、生き方の相談や希望する療養場所につなぐことや意思決定支援について盛り込む必要があるのではないか。
- ・ 研修会の教育対象や診療の場面・状況の違いによる目標の設定を行うなど、研修内容の検討が必要ではないか。
- ・ 地域の医師も希望者だけが参加するのでは限界がある。地域で緩和ケアを担う医師は、拠点病院等の医師と一緒に研修会を受講することにより、地域連携、チーム作りにもつながるのではないか。
- ・ 専門的な緩和ケアにおいては、より複雑な体や心の苦痛や家族の問題などを扱うため、別途、多面的な教育・研修を行うことが必要ではないか。

3 研修対象について

○ 現状

- ・ がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会は、がん診療に携わる医師・歯科医師を対象に実施しているが、その他の医療従事者の参加は妨げていない。
- ・ 現行の研修会には、医師以外の職種も受講しており、全受講者のうち約4割が医師以外の職種と推測される。
- ・ 緩和ケア研修は、現行の研修会のような基本的な緩和ケアに関する研修会と国立がん研究センターの緩和ケアチーム研修会のような専門的な緩和ケアに関する研修会が実施されている。

○ 主な意見

- ・ 研修会の対象は、基本は医師とし、多職種はある一定の割合（例えば50%まで）に留めておき、また、多職種には、ファシリテーターとして入ってもらうことがよいのではないか。
- ・ 医師の行動変容をもたらすためには、医師だけで完結する研修会ではなく、多職種が共に受講できる体制にするか、あるいはファシリテーターや講師として参加してもらうことが必要ではないか。
- ・ 医師を対象とした基本的な緩和ケア研修と、チームで参加し、チームビルディングを学ぶような研修を並行して実施する必要があるのではないか。
- ・ 緩和ケアの質を上げるためには、緩和ケアチームの質の向上が必要である。そのため、チームで研修を受けることをさらに強化することが必要ではないか。
- ・ 多職種の緩和ケア研修については、国立研究開発法人国立がん研究センターが実施している緩和ケアチーム研修会や各関連団体が実施しているそれぞれの職種を対象とした研修会を引き続き受講してもらうのはどうか。
- ・ 地域の薬剤師も今後さらに高度な知識を習得する必要があり、研修を受けられるよう門戸を広げておくことが必要ではないか。
- ・ 緩和ケアの卒前教育が重要であり、そのためには、モデルコアカリキュラムや国家試験の出題基準、臨床研修到達目標等も見直しが必要ではないか。その際、チーム連携という内容も盛り込む必要があるのではないか。

4 推進すべき取組の方向性について

- ・ 緩和ケア研修会の評価指標については受講修了者数や受講率のみならず、いかに患者が専門的な緩和ケアにつながったか等、定期的、継続的な調査を行い、到達目標を明確化する。
- ・ 緩和ケア研修会の内容については、痛み等の症状緩和に加え、緩和ケア概論や専門的な緩和ケアへのつなぎ方、意思決定支援等を組み込み、対象を問わず効果的な研修となるよう見直しを行う。
- ・ 緩和ケア研修会の実施形式を拠点病院の指定要件として義務付ける等、全ての医師が受講できるよう見直しを行う。
- ・ 医師への研修と並行して、多職種（看護師、薬剤師、社会福祉士等）による**地域医療にも対応できる**チーム活動を強化するような研修・教育のあり方を検討する。

【循環器疾患に対する緩和ケア】

○ 現状

- ・ 中小病院や診療所のように地域に近い医療機関の場合、がん以外の患者の割合も多いと推計される。
- ・ 緩和ケアの対象患者は特定の疾病に限定されるものではなく、がんに並び循環器疾患の患者も緩和ケアを必要としている。

○ 主な意見

- ・ がんも慢性心不全も死ぬという共通点はあるが、がんと異なり、慢性心不全と診断されても患者は死を意識しない。患者や医療従事者の考え方が「がん」とは異なることを認識して検討する必要があるのではないか。
- ・ 医療費抑制の観点から、入院しないような介入を慢性期から行う必要があるのではないか。
- ・ 心不全末期の症状緩和、特に呼吸困難に対する医療用麻薬の保険適応拡大も必要ではないか。
- ・ 緩和ケアチームへの依頼は、身体症状の緩和やメンタルサポート、治療方針の意思決定支援等であり、がんと似ている。
- ・ がん以外という意味では、慢性心不全以外も対象になるのではないか。
- ・ 循環器疾患の研修内容は、がん緩和ケアの内容を参考に作成するのがよいのではないか。
- ・ 循環器内科医を対象とした研修会にするのか検討が必要ではないか。
- ・ 循環器疾患の研修内容は、疾患の経過ががんと異なることを考慮して、整理して検討することが必要ではないか。
- ・ 循環器領域の緩和ケアを考える上で、循環器疾患の患者は入退院を繰り返すため、地域と基幹病院等の連携やチーム医療が重要であり、研修会を通じて連携の枠組み作りが重要ではないか。
- ・ 循環器領域もがん領域と同様に、医療施設と地域・在宅がシームレスに連携していないとうまくいかない。

【その他】

○ 主な意見

- ・ 家族等の介護する者に対しても寄り添える環境づくりが必要ではないか。
- ・ 患者が自宅に帰れる環境づくりのために、介護認定等の制度についての議論が必要ではないか。介護認定に関する通知後の変化についての検証はどのようになっているのか。
- ・ 既にある制度をどのように利用していくか、ソーシャルサポートの観点から言うと、相談支援機能の活用が必要ではないか。
- ・ 普及啓発用ポスターや研修修了者用バッジの使用状況の把握が必要ではないか。
- ・ (介護保険と関連して) 小児がん患者や40歳未満のがん患者等、介護保険の非適用者の支援についても議論が必要ではないか。
- ・ 治療医から専門的な緩和ケアに「つなぐ」ために、既存の医療資源として、相談支援機能をうまく活用できないか。
- ・ 「患者のための薬局ビジョン」の中で、かかりつけ薬局として、健康サポート機能、さらに高度な薬学的管理・指導等の機能を備えることを目指しており、今後、緩和ケアにおいても有効に活用することが必要ではないか。
- ・ 緩和ケアの人材育成のために、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」を推進し、人材の均てん化を図る必要があるのではないか。