

「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)