

第1回緩和ケア推進検討会に向けた構成員からの意見の取りまとめ

がん対策推進基本計画変更案の記載事項
及び検討すべき事項

検討すべき事項への提言

緩和ケアの診療体制

1 「がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」ことについて

①

がん性疼痛に対するスクリーニングはどの段階から、どこで、どのように行うべきか？

- ・がんと診断された時から。
- ・初診の際、看護師や薬剤師が相談室で問診する。
- ・バイタルサインとしてカルテに組み込む。
- ・自記式で回収する。
- ・外来化学療法室において集中的にスクリーニングする。
- ・臨床研究にて検証する必要あり。
- ・オピオイド導入時に薬剤部を介して緩和ケア担当に紹介する方法が現実的。
- ・がん性疼痛がどのような症状なのか、患者にはわからない場合もあるため不安を与えない配慮をしたうえで、起こり得る症状について情報提供を行う。
- など。

②

その他の苦痛に対するスクリーニングはどの段階から、どこで、どのように行うべきか？

- ・外来受診時や入院時。
- ・診断されたときから、MSWや看護師、臨床心理士などが面談室で行う。
- ・特に外来化学療法室で看護師と薬剤師が中心となって。
- ・EORTC-QLQ-C30を用いる。
- ・初回治療時に疼痛や疼痛以外の身体症状を問わず緩和ケアチームへの紹介がなされるべき。
- ・何が苦痛なのかを的確に引き出すため、具体的な質問内容を準備する。
- ・苦痛がある場合の対応策を必ず提示する。
- など。

③

その他のご意見。

- ・評価シート(生活のしづらさ評価シート、QOL評価シート)の普及を図る必要がある。
- ・専門緩和ケアチームへ紹介する基準を策定する。
- ・精神症状が早期から発症していることをもっとアナウンスし、理解を深めるべきである。
- ・緩和医療は専門チームが行うものという認識が広がりすぎていることが問題である。
- ・スクリーニング後の対応体制を検討することが重要である。
- ・麻薬処方をしている症例が算定条件となっている緩和ケア外来の診療加算の問題を解決する必要あり。
- など。

2	「身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用を実践する」ことについて		
①	変更案を達成するための施策に関するご意見。	・緩和ケア研修会を継続して開催する。 ・研修会修了者に対する継続研修会を開催する。 ・適正使用に関する講習会や研修会。 ・がん性疼痛緩和管理料を全ての患者に加算できる体制を作る。 ・在宅医療の担い手の一員として、地域の保険薬局薬剤師を活用する。 ・鎮痛目標を個々の患者別に決める。 ・WHO方式で痛みが完全に消失するというような誤った情報を訂正する。 ・VASやNRSなどの主観的評価のみならず、客観性のある評価も必要。 ・疼痛コントロールが不良の場合、患者が直接緩和ケアチームにアクセスできるようにする。 ・オピオイドや鎮痛補助薬の処方を薬剤部で把握し、不適切使用があった場合には緩和ケアチームへ連絡を入れる体制を作る。 ・疼痛緩和、支持療法に使用する薬剤について、ドラッグ・ラグの解消が必要である。 ・オピオイドを使用しやすくすると共に、有害事象であるせん妄に対する理解と適切な対応、患者家族への説明が不可欠であり、せん妄に対する啓発並びに管理体制への支援が必要。 など。	
3	「患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方」について		
①	どのような手段や方式をとるべきか？	・緩和ケア研修会の開催し、研修の普及が必要である。 ・がん患者カウンセリング料が加算できる診療体制を整える。 ・患者側も医療者側も複数で十分に時間を取って面談する。 ・医師の説明に看護師も同席し、面談終了後必ず看護師から理解できたか、不安な点はないか、と確認する。 ・治療とケアの現実的な目標は何かを話し合う。 ・医師と異なったアプローチでがん専門看護師や臨床心理士などの職種が関わる。 ・医師以外の職種へのコミュニケーション技術の研修機会を用意するなどして、看護師などによる告知後のサポート方法を検討する。 ・その後の支援について、どこで、いつ、どういうふうに受けられるかを可能な限り具体的に伝える。 など。	

②	その他、変更案を達成するための施策に関するご意見。	・研修会修了者に対する継続研修会を開催する必要がある。 ・悪い知らせを伝えるコミュニケーションスキルに特化した研修会の実施(日本緩和医療学会や日本サイコオンコロジー学会へ委託)が必要。 ・バッドニュースの伝え方やその後の対応などを研修プログラムに織り込む(各職種研修や医学生の教育にも組み込む)。 ・看護師へのがん看護教育の普及が必要。 ・がん看護専門看護師、認定看護師の増員。 ・がんカウンセリング料のもとに行える支援の導入を積極的に行う。 ・患者や家族が診断結果や病状の伝えられ方について、評価する仕組みがある方が良い。 など。
4	「専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善する」ことについて	
①	緩和ケアチームへのコンサルテーションのアクセスを改善するための施策は？	・緩和ケアチームによる啓発活動の義務化(院内・院外向け、医療従事者向け)。 ・緩和ケア診療加算算定の条件を緩和し、緩和ケアチーム担当者が専従できるようにし、アクセスすることによって得られるメリットを伸ばす。 ・アクセスのきっかけとなる、簡易な相談表を作成する。 ・ガイドラインの策定と周知(ホームページやパンフレットなど)する。 ・担当医が対処困難な時に専門的な緩和ケアへのアクセスの具体的な基準を決めておく。 ・がんと診断した時点で緩和ケアチームの存在を必ず患者に知らせ、自分からもアプローチできる体制を作る。 ・拠点病院の緩和ケアチームは、院内のみならず地域緩和ケアチームを目指す。 ・緩和ケアチームのナースがリンクナースとして、病棟や外来からの依頼窓口や調整、仲介機能を持つ仕組みにする。 ・緩和ケアチームの活動に人員が実質配置され、その中でコンサルテーション技術の向上を図ることで、施設内で認知され、信頼を勝ち得ないとアクセスは良くならない。 など。
②	緩和ケア外来へのアクセスを改善するための施策は？	・外来緩和ケア管理料が算定できる診療体制を作る(専門、認定看護師外来や臨床心理士によるカウンセリング外来を含む)。 ・拠点病院の緩和ケア外来は通常の外来診療ではなく、コンサルテーション(相談、助言、支援)を中心とする。 ・拠点病院の緩和ケア外来設置を義務化する。 ・緩和ケア科の独立が必要。 ・インターネットを用いた相談窓口の開設。 ・治療開始から早い時期に、緩和ケア外来受診の機会を設ける。 ・告知後速やかに緩和ケアチームへ紹介された後、必要と判断した場合にはそのまま外来予約をとるシステムをつくる。 など。

③	その他のご意見。	・がん相談支援センター専従、専門・認定看護師配置を義務化し評価も行う。 ・緩和ケアチームに鎮痛薬や鎮痛補助薬などの処方決定権を与える。 ・広報活動が重要。 ・拠点病院の緩和ケア外来設置を義務化する。 など。
5	「患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制」について	
①	個人カウンセリングのあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・求める人全てにがん看護経験のある看護師が行う。 ・ポスターやホームページでアナウンスする。 ・カウンセラーの養成(がん患者遺族のボランティアなど)が必要。 ・がん相談支援センター専従、専門・認定看護師配置を義務化し評価も行う。 ・在宅医療施設や訪問看護ステーションにもその役を担ってもらい、アクセスを用意にする。 ・がん相談支援センターのみではなく、院内がん患者サロンを設置し、相談支援センターと連携したがん体験者が実施する。 など。
②	集団カウンセリングのあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・拠点病院と緩和ケア病棟における遺族会(集団カウンセリング)を実施する。 ・同時期に外来を受診した患者や入院した患者に対して、緩和ケアチームが行う。 ・ニーズが高いとは考えにくく、時期尚早である。 など。
③	緩和ケアに関する相談のあり方について (対象者、実施者、実施場所、依頼方法等々)	・緩和ケアチームが介入していない場合にはがん相談支援センターでの支援も重要である。 ・相談支援センターを窓口として、緩和ケア外来、精神腫瘍医、臨床心理士、社会福祉士、ピアサポートなど多様な支援に確実に繋げるようシステムを整備する。 など。
④	その他のご意見。	・外来ナースが使用する精神症状評価ツールの普及が必要。 ・精神科外来受診基準の策定が必要。 ・緩和ケア相談に関する加算の新設が必要。 ・何を行うにも財政的な支援が不可欠。 ・オレンジバレーンプロジェクトのような、がん患者への普及啓発活動を、国から行う。 ・地域連携室と相談支援センターが併設している病院はその機能を分ける。 ・がん相談支援センターの関与がまだ少なすぎるのではないか。 ・患者相談窓口の担当者を対象に緩和ケア研修を行い、緩和ケアを必要としている患者や家族をピックアップする能力と正しく説明できる能力を養う。 ・就業や経済負担など社会的苦痛への対応として、社会保険労務士など専門職との連携の構築。 など。

6	「緩和ケアチームや緩和ケア外来における各職種の適正配置」について		
①	緩和ケアチームでの適正配置(具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など)	・専任MSW、専任臨床心理士、精神症状担当専任医師、専任薬剤師、専任リハビリテーション医、専従PT、専任がん専門看護師、専任緩和認定看護師、専任栄養士が必要。 ・拠点病院では医師、看護師、薬剤師、事務員には必ず緩和チームに参加する期間を設ける。 ・各職種、常勤を基本とする。 ・特に臨床心理士に加算を付ける。 など。	
②	緩和ケア外来での適正配置(具体的職種、常勤？非常勤？兼任？専任？専従？など)	・緩和ケアチームがそのまま外来業務に携わる。 ・心理士、MSW、リハビリテーション医、PTを兼任として配置。 ・緩和薬物療法認定薬剤師が必要。 ・拠点病院では医師、看護師、薬剤師、事務員には必ず緩和チームに参加する期間を設ける。 ・各職種、常勤を基本とする。 など。	
③	その他のご意見。	・外来での緩和ケアを標榜できるようにする。 ・緩和ケアチーム専任の臨床心理士とMSWを必須化する。 ・緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料における配置に関する算定条件を改定する。 ・緩和ケアチームが形だけのところも多く、査察が必要。質的担保が困難な場合には拠点病院の指定から外されるべき。 ・大学や専門学校などで緩和ケアに重点を置いた教育体制をつくり、人材不足を解消する。 など。	
7	「患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制」について		
①	入院医療機関と診療所での連携のあり方。	・ITなどを活用し診療情報の一体化を図る。 ・入院医療機関が入院時から退院後を想定したマネジメントを行う。 ・診療所が入院医療機関と連携して症状に対応した支援体制を用意するとともに緊急時の対応方法などをあらかじめ決めておく連携を行う。 ・地域連携室もしくはがん相談支援室における地域緩和ケアマップの作成義務化。 ・DPC導入急性期施設から非導入の地元施設へ転院し、在宅医療への移行を調節する方法が具体的ではないか。 ・在宅医療の保険点数を改善させることが必要。 ・事例検討会などで専門緩和ケアサービス同士の交流が重要。 など。	

②	切れ目のない連携とは何か？	・疾患情報のみならず患者の意向を盛り込んだ情報の共有がなされるべき。 ・治療施設と在宅での療養期間をオーバーラップさせる必要がある。 ・オープン病棟を導入する。 ・病院診療所、地域、患者宅まで一貫した医療供給体制が整備されること。 ・患者が希望する療養場所をいつでも提供できるような連携。 ・患者が心理的・身体的に困った時に受診できる医療機関を持ち、さらに入院施設とそれ以外の診療所などで情報を共有した状態。 ・病状や治療機関の変化にかかわらず、患者・家族からの相談を一貫して受け関係機関につなげられるシステム。 など。
③	具体的な連携方法は？	・治療中から患者が地元連携施設を利用できるような体制を整える。 ・医師同士、看護師同士、薬剤師同士など職種ごとに個別対応できるチームの形成（顔の見えるつながり）。 ・ホームドクターの確立。 ・緩和ケアチームが診療所や施設にサービス介入を継続できるようにする。 ・がん患者を診ることのできる診療所を把握し、地域連携室が診療所と情報共有する。 ・退院時カンファレンスを必須とし、地域資源や介護保険などの基礎知識を実践的に習得する機会とする。 など。
④	その他のご意見。	・どこでどのように療養したいかを尋ねる習慣をつける。 ・入院前カンファにて医療費の評価を行う。 ・がん治療中に地元連携施設や在宅環境整備が整った場合には連携緩和ケア管理料を設定する。 ・病院と診療所のチームが定期的に集まり、連携の在り方と問題点を話し合う。 ・地域連携室の人員強化。 ・連携の必要性やメリット、デメリットなどについて、患者・家族への十分な情報提供と丁寧な説明が必須。 ・地域での緩和ケアに関わる医療資源について情報の一元管理と公開。 ・お互いの実際を体験するために、交換研修体制を実現させてはどうか。 ・入院医療機関は、在宅療養に連携した患者についてのモニタリング体制があると関心をもつ機会となるのではないか。 ・在宅緩和ケアと施設緩和ケアを比較検討できるデータがなく、両者の比較検討や高齢多死時代の終末期の療養場所の試算ができない。 など。

緩和ケアの教育体制(研修体制)		
8	「3年以内にこれまでの緩和ケア研修の体制を見直す」という個別目標について	
①	研修の質の維持向上のための実施体制について。	・修了者に対するフォローアップ研修会を実施し、評価する。 ・PEACEプロジェクト実施施設へ人的・資金的支援の強化、NPOへ人的支援を委託する。 ・単位制を推奨、集中講座には参加が難しい場合が多い。 ・更新性を導入する。 ・E-learningを導入して、一日のワークショップとする。 ・研修医の緩和ケアチームでの研修を必須化する(最低半月)。 ・薬剤師独自のスキルアッププログラム(PEOPLE, 24年4月より開始)。 など。
②	研修の質の維持向上のための研修内容について。	・修了者に対するフォローアップアンケートを実施する。 ・全国規模のピースプロジェクト研修会の効果に関する研究を行う。 ・経験豊富なファシリテータの意見をもっと反映する体制作りが必要。 ・講義→病棟での実践、の繰り返しが必要。 ・多職種でグループをつくり研修を行う(職種ごとに固まっていたら意味がない)。 ・患者・家族の視点を取り入れたカリキュラムについて検討(患者とその家族がロールプレイに参加できるようにする)。 ・問題点を抽出し、関係学会で検討する場を持つことが必要。 など。
③	研修指導者の質を維持向上のための指導者教育について。	・研修会指導者のスキルアップ研修会実施の義務化。 ・専門分野別の単位制を導入する。 ・学会や国立がん研究センターを核としてワーキンググループを組織し、指導者教育体制を強化する。 ・緩和ケア指導者の資格を更新性にする。 ・問題点を抽出し、関係学会で検討する場を持つことが必要。 ・インストラクターとしての薬剤師を集め教育体制を構築する。 など。
④	その他のご意見。	・緩和ケア研修推進検討委員会の設立。 ・ファシリテータ指導医制度の構築。 ・ロールプレイをより効果的に行えるように工夫する。 ・基本的緩和ケアと専門的緩和ケアを分けて教育・研修を充実させる。 ・緩和ケア研修を受けた医師が一人いれば緩和ケア診療加算がつく現行の制度を再検討する。 ・緩和ケア研修受講済みの医師は患者が確認できるよう名札の色を変える。 ・研修について、患者・家族を含む国民への周知を図るため、取り組みや成果などを紹介する方策を検討。 など。

9	「5年以内に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」という個別目標について	
①	全ての医療従事者とはなにか？(優先すべき職種等)	・緩和ケアチームと病棟スタッフ全員。 ・医師、看護師、薬剤師、心理士、理学療法士、MSW、事務職、歯科医。 ・医師看護師が最優先、次に連携に必要なケアマネージャーやMSW。 など。
②	職種別の研修を検討すべきか？	・すべきだが、共通部分の研修は必須。 ・総合研修と職種別研修の両方が必要。 ・職種別研修を少なくとも看護師向けだけでも開始しては。 ・緩和医療学会や緩和医療薬学会などで研修を行う。 ・各専門職が緩和ケアで各々の専門性をいかに発揮していくかについて研修を実施すべき。 など。
③	その他のご意見。	・緩和ケア教育専門家の認定制度が必要。 ・指導者の負担が大きいのが問題であるので、日常診療内で緩和ケア業務を単位として認め、単位の集積で講習の受講とするなどの対策。 ・医療系大学、大学院における緩和医療学教育標準プログラムの作成とそれに準拠した教育を実践できる人材の育成。 ・病院ごとに具体的な5年計画を立てさせる。 など。
10	「拠点病院では、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する」という目標について	
①	拠点病院における研修修了者数等の情報について(どこまで公開？指標となりうるか？)。	・全ての公開義務化。 ・拠点病院における、受講状況、診療科別の受講状況、修了者数、がん診療に携わる医師数を公開する。 ・研修修了者数の割合を要件へ導入。 ・情報の公開は責務と考えるが、それがそのまま指標となるかについては、懐疑的。 など。
②	その他のご意見。	・新任医師の1年以内の研修修了を義務化。 ・研修修了者数の割合を要件へ導入。 ・指導者の負担が大きいのが問題であるので、日常診療内で緩和ケア業務を単位として認め、単位の集積で講習の受講とするなどの対策。 ・興味をもてるよう、参加者に応じて受講内容が選べるような工夫をする。 ・医療用麻薬を処方する場合に研修会に参加した証明がないと処方できないようにする。 など。

11	「精神心理的・社会的苦痛に対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進める」ことについて		
①	がん診療に携わる医療従事者とは？	・看護師、薬剤師、MSW、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、訪問看護師、訪問介護士、放射線技師、事務職、ボランティア、など。	
②	どのような人材育成を考えるのか？	・傾聴できることが最重要。 ・その施設の緩和ケアシステムへの精通が求められる。 ・トータルペインの概念で職種を超えて全人的ケアを心がけられる人材の育成が必要。 ・緩和ケアチーム専任の臨床心理士とMSWの必須化。 ・専門の看護師、薬剤師、理学療法士、心理士、MSWの人材育成。 ・ラウンドテーブル型のチームが組めていないことが問題、チームアプローチ、チームビルディングについて実践的に学ぶ必要あり。 ・役所、金融機関、保険会社などにも死期に迫る患者のための社会的作業部門などを確立する。 ・日本サイコオンコロジー学会が各職種の教育を支援し連携を促進する。 など。	
③	その他のご意見。	・医師以外にも緩和ケア研修会修了証を発行し、がん相談支援室への修了スタッフの配置を義務化する。 ・がん専門の薬剤師、理学療法士、心理士、MSWの認定制度を作る。 ・卒後教育に緩和ケアを重点項目に入れる。 ・精神腫瘍学認定看護師などの資格を設ける。 など。	
12	「精神心理的苦痛に対するケアを推進するための精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成」について		
①	変更案を達成するための施策に関するご意見。	・精神腫瘍医育成のための卒前教育が必要。 ・精神科医や臨床心理士に対する緩和ケア研修会、コミュニケーション研修会の実施と評価。 ・がんプロや国立がん研究センターのレジデントコースなど、研修コースを整備する。 ・サイコオンコロジストや臨床心理士の養成講座をもっと開催する。 ・臨床心理士の受験資格の拡大、国家資格として認定。 ・精神腫瘍医の認定制度と受験資格の拡大(心療内科医や他の診療科まで)。 ・心のケアを行う医療従事者同士の人材交流の場を持つてみては。 ・育成のための予算の確立やその後の診療に対するインセンティブを考慮する。 ・特に地方では精神腫瘍医はまったく不足している。がん患者・家族の心理に詳しい心理士も不足。育成と適正配置が急がれる。 ・心のケアを行う医療従事者を、患者や家族が直接接する機会の多い看護師やMSWへ拡大して一次ケアの担い手とすべき。 など。	

13	その他、全体を通してのご意見。
・リハビリテーション医や理学療法士が緩和ケアチームのメンバーとして活動している施設が少なすぎる。 ・切れ目のない連携には、行政介入によるコーディネートが必要。・薬学部における緩和ケアの授業への取り入れ。 ・緩和ケアのイメージを変革するために、マスコミの好意的な協力が必要。 ・拠点病院の指定要件目的の形だけのPCTやケア外来ではなく、実績を伴ったもののみを評価する。 ・大学医学部に緩和医療学講座を積極的に開設するために、国から援助を行い、人材育成を進める。 ・地域緩和ケアのネットワークを強化するために、地域緩和ケアセンターを開設する、地域緩和ケアチームを設置する、拠点病院の緩和ケアチームと近隣の緩和ケア病棟との連携を強化する。 ・病院経営としては、緩和ケア部門は採算性が悪く、要員の確保が困難、なんらかのインセンティブを示すべき。また、在宅ケアの体制確立も重要であり、開業医に対しての緩和ケアの基本的研修会などが必要。 ・主治医对患者が1対1の関係ではなく、患者1人に対して多職種が集まりチームで治療を行うことが患者にとっては望ましい。 ・長期的展望からは、医学生と研修医の緩和ケア教育が必須条件である。 など。	