

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？

●外来でがんを診断を受けたときから、看護師が関われるような体制を整備する。

外来に疼痛をスクリーニングするための専従の看護師などを配置。外来通院していた患者が入院した際にも、病棟との情報連携をとり継続的にかかわる体制を構築していく。がんを診断された時点から、初期診断を行った施設で、看護師・医師・薬剤師で構成されたチームで疼痛アセスメントを積極的に行うべきである。

●“がん診断時に20～50%の患者が痛みを有するといわれ、入院時毎に加え、初診時から外来でがん性疼痛スクリーニングを行い、定期外来でもスクリーニングを行う。外来待ち時間に患者に自己記入式の質問票（「生活のしやすさに関する質問票」など）を記載してもらい、外来看護師が質問票を確認して診療科医師と連絡・調整を行い、緩和ケア外来受診の必要性を医師と調整する。

●自宅等の療養場所でどのように行うべきか：患者、家族が自らスクリーニングできるようなスクリーニング用紙等の尺度を用いて行う

●“診断時から、治療の評価や病状経過の変化などの節目を目安に再評価を行って、がん性疼痛と対処（鎮痛薬の副作用に関することも含めて）に関する知識の提供、セルフモニタリング、セルフケア、専門的ケアなどについて、早期からの対応や予防の意味も含めた関わりを行うとよい。

●がんを診断されたときから、従来のV Sに疼痛を含めて測定する。例えば、入院中であれば看護師がV S測定時に尋ねて、患者に疼痛についてのモニタリングが必要であることを説明と体験により理解できるようにする。退院時にセルフチェックできるように

●当院では、毎日がん性疼痛認定看護師が看護外来を実施している。とくに患者のがん性疼痛による生活上の問題や医師には話にくい事柄をスクリーニング可能である。疼痛出現時から、モルヒネ製剤導入時、さらに痛みが緩和しない時等、タイムリーに関わる必要がある。

●緩和ケアを受けることへの心理的抵抗、麻薬に対する誤解、医師への遠慮などで痛みがひどくなってから対応する事例が多い。したがって、スクリーニングは診断時から定期的に行い、緩和ケアが必要な時期は早期に発見して対応すべきである。

●がん診断時に外来で実施。その際、全国共通のスケールを用いて、病院による差異が生じないように行う。トータルペインの概念を理解し、心身両面から判断できるがん看護専門看護師およびがん性疼痛に精通している認定看護師が行う。または厚生労働省委託事業の質高の研修を受けているベテラン看護師が行う。

●外来ではがん疑いを含めた全ての診察時、入院では毎日行う。外来では主治医、入院では看護師が施設内で定められた統一の評価方法にて行う。

●すべてのがん患者の入院時に看護師が入院時情報をインタビューする際に、疼痛の有無をチェックし、がん性疼痛の可能性が高い患者をスクリーニングする。カルテ上でチ

チェック項目を作り、がん性疼痛の可能性が高い患者をリストアップする。②外来患者の場合は、外来の看護師が同様にスクリーニングする。外来ミーティングで情報を看護師間で共有し、リストアップされた（がん性疼痛が疑われる）患者に対しては、アセスメントシートを作成し、がん性疼痛を疑う根拠や部位、強さなどの状況を記載し、さらに主治医と共有する。③在宅療養中のがん患者の場合は、訪問看護ステーションの看護師が、初回訪問時と定期的（月に1回）は同様に疼痛の有無をチェックし、スクリーニングする。

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？

●がんの部位によって症状が異なるので、疾患ごとに主たる苦痛をピックアップし観察する。同時に、何を苦痛と感じるかも人それぞれなので、その都度、何か苦痛なことはないかを聞いて、継続的に確認していく。

外来受診時から予想される症状に対して看護師がスクリーニングを行える配置、環境にしておく。

疼痛と同様に初期診断を行った施設で看護師が中心となってアセスメントを行い、他職種と情報共有したうえで、スクリーニングを行うべきである。”

●“気持ちの苦痛に関して： 診断時、特に病名告知時。多くの方は、乗り越えて闘病されるが、適応障害→鬱へと移行されたり、医師に対する不審へと転化させ、ドクターショッピングに勤しんだりする方もいらっしゃるため。入院期間の短縮により外来で告知をせざるを得ないこともあり、告知場面での看護師の支援や、その後に辛くなった時の窓口の紹介など（がん相談支援センターなど）が確実に行えるようにすべきと考えます。

●その他の身体症状に関して： 抗ガン治療中も症状を見守り、その対策をともに考えたり指導したりすることが必要と考えます。外来化学療法室では、専任看護師や薬剤師がおり、実際に行っています。内服の抗がん剤投与の患者さんには、指導や症状観察の目が入りづらく、医師には話せない患者が多いため外来看護の充実が必要と考えます。”

●治療後のフォローの段階でも看護外来で必須のアセスメント項目とする。

●各臓器がん診療ガイドラインに、再発のフォローだけではなく、治療後の心身のフォローに関する内容も含む。”

●医師には話しにくい、あるいは時間が必要とされる内容を緩和ケア認定看護師等がいつでも相談担当できるような看護外来が必要（リンパ浮腫等）。

●がんの診断期から外来受診されたときに、看護師の立場から患者や家族のもつ苦痛に関してスクリーニングを行う。疼痛と同様に、がんの部位により、発生が予測される症状のチェック欄を作る。

●がんの診断時から開始し、治療中と治療後にかけて、完治してがんや治療後の影響に伴う痛みがないことが確認されるまで、治癒しない場合は亡くなるまでの期間にくりか

えし行う。通院あるいは入院先の病院、老健などの施設、在宅等のあらゆる療養の場において、専門及び認定看護師、あるいは研修を受けた看護師が定期的実施する。

●身体症状については、患者自身が表出したり、医療者も比較的早期に症状をキャッチしていると思われるが、「せん妄」や「適応障害」、「うつ」等の心理的苦痛のスクリーニングについては、専門的な心理・精神医学的知識とスキルが必要である。英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられている。がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、特にがん治療が行われ、がん告知や再発等の Bad News が伝えられることが多い外来診療に、がん看護専門看護師が携わることができる体制整備が急務と考える。「緩和ケア外来」への配属や、「がん看護専門外来」等の立ち上げと専門看護師の適正配置を望む。

② その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がんと診断された時点から、緩和ケアをおこなうためにがん診療拠点病院以外の施設においても、患者が苦痛や苦悩を相談できるシステムを構築するべきである。診断されたその日から介入を行えるシステムの構築と整備が必要。“現在、がん相談支援センターの看護師やがんカウンセリング料算定看護師などが一部を担っていますが、がん相談支援センターの配置1.5人では、がん患者の数が多く、ケースをフォローしていく体制はなかなか作れない状況があります。看護外来などで作られている病院もありますが、個別の支援が役立つのではないかと考えます。

●近年、患者・家族への病状及び治療法の説明、がん治療自体の多くが外来で行われており、外来看護師には専門的看護の提供が求められる。がん患者が診察を受ける外来は専従看護師を配置し（診療報酬上の加算）、緩和ケアの研修（国立がん研究センターや日本緩和医療学会等が主催）を受講した看護師または専門看護師・認定看護師をその要件とする

●“外来看護師の人数の充実のために、現在の「30対1」からの変更。

診療前の問診・面談の場に、がん看護について十分な教育を受けた看護師を配置することによる加算措置など。”

●診断時期や治療方針が決定する診断早期には、担当する医療者や施設が変わることが多いと予測されるため、その時期の医療者間の情報共有を促進したり、患者・家族が次の施設や担当者にこれまでの状況を伝えやすくするツールが活用されるとよい（自分の理解に自信がないときに専門家に説明するのは負担）。

●がんサバイバーのケアとして、常に再発を予測したケアを標準化する

●看護師の CRC を増やし、様々な症状を持つ患者も幅広い視点で QOL を考慮された状況下で治療の意思決定や治療を受けられるような体制を考える（看護師の CRC 教育を見直

し充実させる)。

●「診断の時から緩和ケアを導入する」ためには診断時に看護師が面接を行い、今後の治療に関する心配事などを聞くと同時に緩和ケアのリーフレット(厚労省普及啓発事業で作成され無料で提供されている)を渡すことをルーティンにすべきである。

●全国の拠点病院等で統一して使える1枚程度の疼痛・苦痛の評価用紙を開発する。必ずしもすべてがこれを使う必要はないが、自施設で開発できない場合にこれを用いることを推奨する。

●7対1の看護が施行され、入院患者をケアする看護師数を確保できるようになってきた。しかし、現在がん治療や緩和ケアは外来に移行しており、今まで入院中に行われていた治療前・中・後のケアやセルフケア支援は外来でおこなわれる必要がある。短時間での対応が求められる外来だからこそ、人員確保が不可欠である。しかし、外来看護師数の基準は1948年以降変化していない。外来看護師数を診療報酬上で改善して確保してほしい

●がん患者が通院する、もしくは入院する可能性が高い拠点病院すべての看護師にがん性疼痛を疑うまでのフローチャートを用いて学習の機会を作る。がん性疼痛の可能性が高い患者としてリストアップされた患者に対しては、担当看護師がアセスメントし、同病棟内にいる緩和ケアチーム(仮称)のリンクナースに確認してもらい、医師と共有する。そのために、全ての看護師に対して、フローチャートを用いたアセスメントに関する研修を行うと共に、リンクナースに対してはがん性疼痛のアセスメントに関する研修を実施し、質を担保する。病院内のがん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師が、研修会を実施する。院内に前記の認定看護師、専門看護師がいない場合は、日本がん看護学会が研修を行う。研修の到達目標の設定と内容は、日本がん看護学会が精査し、提示する。すべてのがん患者に対して、上記のスクリーニングを実施している病院には診療報酬が算定されるシステムを構築する。診断期・治療期の外来でのスクリーニングの強化とツールの活用(OPTIM 生活のしやすさ質問票など)

●がん性疼痛の定義を、がん及び治療、治療後の後遺症を含む身体的な苦痛と、心理社会的な苦痛とを含む包括的なものであるという啓発が必要。

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としてご意見がございましたらお書きください。

●正確な疼痛のアセスメントや必要なケアを行うために、がん性疼痛看護認定看護師およびがん看護専門看護師を配置する。

●薬剤の適正使用についての広報活動、医療用麻薬使用について、一般市民に知ってもらう機会を積極的に作る。

●“身体的苦痛が生じたときに、患者・家族が臆せず苦痛を訴えられる体制作りが必要です。医師に遠慮しているようでは、薬の調整は困難です。

看護師が患者の擁護者として、苦痛症状のマネジメント指導を患者や家族に行い、医師に自ら伝えたり、看護師が医師に伝えるような共通ツールを作成することが有効ではな

いかと考えます。OPTIMを試みましたが、症状が進んでからは患者や家族が覚えられないことが多いです。病院と在宅で共通して同じものを使うことが混乱を招かないと考えます。”

●緩和ケアの研修による人材育成は、実践や多職種チームでの取り組みを含めた内容がよい。

●“症状増悪時の対応についてあらかじめ指示を出しておく

対応についてのステップやある程度の判断基準を決めておく”

●“身体的痛がある患者の問診などを専門看護師などが行い、薬剤などの変更や処方など必要性について医師に意見を述べ、専門看護師と医師と合意をして処方などを実施、その後の効果などは専門看護師などが行いフォローをする。

●オピオイドの使用量が多いことだけで、緩和ケアの質や普及を図ることには限界がある。

●医療者への教育は当然のこと、医療用麻薬をはじめとする薬剤の適正使用には患者・家族の薬剤に関する知識や理解なども大きく関与しているため、患者・家族への教育が必要不可欠と考える。そのため、患者・家族を対象とするがん患者教室を実施しているが、それを普及するための実施内容の充実・統一化と広報を強化する必要がある。

●一般の人がモルヒネの使用を懸念する等の緩和ケアに対する知識が乏しい。義務教育からがんや緩和ケアに関する教育を入れる。

●薬剤が適切迅速に使用されるには、医師が緩和ケアの認識があって、必要な薬剤の知識と処方技術を持っていることが必要である。また専門的緩和ケアを必要とする患者を緩和医療の専門家に照会することが重要であるが、個々の医師の認識はまちまちである。緩和に関しては看護師からの照会も可能とするよう制度化も検討。

●医療機関または医師によっては疼痛緩和や症状緩和に関する薬剤の処方が不適切な場合があり、専門看護師が、適切な薬剤を提案する場合があるが、個人的な人間関係により受け入れてもらったり、受け入れてもらえなかったりする場面が多い。制度として専門看護師または疼痛緩和認定看護師にも薬剤師のように薬剤に対する疑義照会ができるように公的に定めるような制度が必要であると思われる。

●リストアップされた患者の疼痛アセスメントを医師と共有したあと、特定の研修を受けた看護師が薬剤の使用計画、評価計画を立案し、担当医師に提案する。医師の承認が得られたら、医師の包括指示のもと、病棟、外来、在宅で看護師が患者・家族と話し合い、迅速に対応する。この場合も、看護師に対する特定の研修を院内レベルではなく、学会レベルにて実施することが望ましい。

●緩和ケア外来やチームの加算は、麻薬を使用している患者を主とするが、NSAIDsだけでコントロールしている対象も含むよう、加算の適用対象を拡大するべき。

●服薬管理の患者や家族への教育支援、苦痛の査定は、主に看護師が担っている。緩和ケアの専門家・専門部門に限らず、拠点病院を中心に行われる規定の研修を受けた全ての看護師が、在宅や外来・入院で行う薬剤管理に対して加算がつくようにされると、適正使用に貢献できる看護師が育成され、実践しやすい環境が整うと思う。

●2006年度の「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」を受けて、多くのがん拠

点病院では、がん性疼痛を抱える患者の医療用麻薬レスキューの自己管理の整備を進めてきたが、いまだ、レスキューさえ医療者管理としている機関もあり、定期の医療用麻薬については、医療者管理としている機関が多い現状にある。しかし、自宅退院後は、レスキューや定期薬問わず、多くの患者は自分で服薬管理を行うことから、適切かつ安全な医療用麻薬の管理体制のもと、入院中に患者が医療者に相談しながら医療用麻薬を管理し、疼痛マネジメント力を高めていくためにも、医療用麻薬の適切かつ迅速な使用の実践を、「がん対策基本法」において提言していただきたい。

●がん関連の専門看護師、認定看護師、薬剤師などによる相談外来をもうけて、患者の話をしっかりと聞き、薬剤についても説明を行い、アセスメントに基づく薬剤を医師に提案できるシステムを作る。そのための人員配置を行う。

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？

●担当医師と、同じ専門領域の医師、看護師が同席し I.C を行う。医師間で意見や見解の相違を埋めながら方向性を導くことができる。また、スタッフ間でフィードバックし合うことで、患者・家族に配慮した言葉かけについて考える機会が増えることがメリットである。精神的介入の必要性を査定することもできる。

●医師を対象に行っている「PEACE 緩和ケア研修」プログラムを看護師や臨床心理士にも対象を拡大し、Bad News の伝え方のスキル向上をはかるべきである。

●医師が診断結果や病状を患者・家族に伝える際は、緩和ケアの研修（国立がん研究センターや日本緩和医療学会等が主催）を受講した看護師または専門看護師・認定看護師・専門看護師が同席し、患者・家族の心情に配慮した環境設定や説明後のフォローを行う（「がん看護カウンセリング料の拡大」）

●説明の場に看護師など、その後のフォローアップも可能な職種が同席できるとよい。伝える医師が「伝え方」を身につけることも必要であるが、伝えられた患者・家族の心情を支え、引き続いて具体的に支援できる（他の専門職への連携調整も含めて）看護師などが関わること。

●「がん患者カウンセリング料」の算定にともない、多くのがん看護専門看護師やがん関連の認定看護師が、がん診断やがんの進行が伝えられる場面に立ち会うことが可能になってきており、早期からの患者との関係構築のきっかけにもなっているため、この場面での看護ケアの標準化がはかれることや算定基準の見直しにより、継続的に関わる体制が整う。

●医師は厳しい事実を伝えるだけでも大変です。医師が伝えた後には必ず看護師（一定の教育を受けた看護師が望ましい）がフォローすることを保険診療点数などで縛るようにはどうか。看護師はフォローの仕方について対応のスタンダードを持っていることを保険で課してはどうか。

●現行の研修を受けた医師が説明し、看護師がフォローアップする体制に患者 1 人にあたり 1 回のみの診療報酬が加算される制度に加えて、継続して看護師が相談事業を行えるように継続した場合にも診療報酬を加算する。そのために、一定件数以上の相談事業

を行っている看護師が外来で独立して従事できるように、がん看護相談外来に診療報酬を策定する。現行で拠点病院に設置されている相談支援センターと連携しながら、がん看護専門看護師が看護外来として機能するための診療報酬が加算されることが望ましい。看護師は必ず同席するシステムを創ることが望ましい。

●診断・告知が、既に他院でなされていると、診断後の受容ができていない時期の病状説明には、時間を割いても加算もなく、医師だけが担うには人員・時間が足りない。診断時、再発時、治療困難や末期の病状説明時、退院・在宅移行時と、転機ごとに病状を説明した際のサポート体制を提供する必要がある。人員は、最低、医師と看護師、可能であれば心理的問題を扱う専門職も含める。支援体制の整備が整っているほど、より多く加算あるいは減算がなされるよう考慮されるとよいと思う。

●提供できるケアは、話を聞き、気持ちの整理を助けることである。ケアの過程で、誤解や情報不足がある場合は教育を提供し、情緒的な問題には当事者が折り合っているよう、看護師や心理的問題を扱う専門職らが病気の時期や、期間の制約なく、繰り返し話を聞ける、窓口を確保できるような政策的働きかけが重要と考える。

●情報提供に関する研修会は、医師対象のものが多く、告知場面に看護師を同席させるのであれば、看護師と医師あるいは、同席可能な他のスタッフを含めた、多職種の研修会が必要である。

●“英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられている。がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、特にがん治療が行われ、がん告知や再発等の Bad News が伝えられることが多い外来診療に、がん看護専門看護師が携わることができる体制整備が急務と考える。「緩和ケア外来」への配属や、「がん看護専門外来」等の立ち上げと専門看護師の適正配置を望む。

また、Bad News 等を伝える際には、がん看護専門看護師や臨床心理士、精神看護専門看護師等の専門家を活用し、告知後のストレスを継続かつ専門的にフォローアップできる体制で、告知を行う体制整備を推奨していただきたい。

②その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●医師への緩和ケア研修の義務付けのみでなく、がん患者や家族をサポートする看護師をはじめとする医療者に対する研修制度の充実をはかる。

●現在、緩和ケアチーム加算を算定している看護師は専従となっているため、カウンセリング料の算定要件からは外れるが、実際には重要な役割を担っていると考えられ、算定が取れないからという理由で医師から面談時に呼ばれないことがある。緩和ケアチー

ムの看護師は患者支援のためには算定可能とした方が良いのではないかと考える。

●診断結果の説明を行うには病理結果やその他の検査結果が必要であり、こうした検査指示が行われて、がんとの診断された際に、「がん患者カウンセリング」を担当する看護師にこれらの情報が伝えられるシステムをつくるなど、医師が単独で説明することがないように診療体制を整備する。

●外来看護師の専門外来や医療法配置を診療報酬上で認める。外来医療・看護の充実を図ることが必要と思います。

●現行の「がん患者カウンセリング料」算定の要件に基づく体制が全ての患者に提供できるようにする。そのためには、人員の確保が必要であり、看護師の配置を専任配置から専従配置に変更する必要があると考える。それにより、病状説明に同席する看護師へのコンサルテーション活動や教育も充実し、細やかな精神・心理的支援が行えると考えられる。

●診断結果や病状について、一般的な医学知識を義務教育、社会教育、高齢者教育のいずれにも導入する。

●医療者の教育に、倫理的側面やコミュニケーションスキルトレーニングを含む。

●病態や治療法、副作用、患者の生活を踏まえた指導を看護師が主体となって行う。

●施設基準に、患者面談室を入れる。

●診断結果や病状の伝え方が適切であったか、患者または家族による評価を受療行動調査等を利用して定期的に行う。

●医師への研修は1度だけではなく、更新を義務づけることとし、数年に一度の研修の機会を設ける。看護師にも、一定の研修を受けるように義務付け、質を担保する。研修内容、到達目標は各学会が精査し、開催する。診断結果や病状の適切な伝え方に関する看護師の教育の強化、特に外来看護師は説明前・中・後の一般的な支援を行い、専門家や専門チームの介入の必要性などスクリーニングを行い、伝えた後の支援も行えるようにする。

●例えば、がんカウンセリング料は、がん初診時1回、1施設に限られている。転院時、再発や、末期の診断時の病状説明時にも加算がつくと、告知に伴う心理的危機の時期に、サポートする人員が確保されやすくなると思う。現実には、人員不足や、事務手続き上の難しさにより、多くの病院で、がんカウンセリング料がとれておらず、現実的に加算されやすい条件の見直しが必要である。加算とれているとしても、患者や家族に効果的な説明と支援の質が担保されていないことも課題である。

●現状では、担当医師がどこまで、どのように伝えるかを決めているが、それでは医師一人の技量・価値観に左右されてしまう。少なくとも2職種の話し合いを経て、どのように伝えるか決められるべき。また、そうすることで看護師の意思決定支援の能力も向上するのではないかと（現状では医師・家族まかせの看護師も少なくない）

●一人の医師が診察できる1日の外来診察患者数の上限を決め、上限を超える場合には改善を勧告する。

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？

- 緩和ケア医、精神腫瘍医の絶対数が少ないことに対する対策が必要。
 - 各施設での緩和ケアチームの活動について目に見える形でアピールを強化する、コンサルテーションを受けるのみでなく、緩和ケアのニーズを臨床現場でひろい上げることのできるような活動をする（リソースナースの活用など）
 - 緩和ケアチームの存在を、院内外にポスターや広報などで掲示する。緩和ケアが終末期に限られたものではないことを広報する。
 - チームへのコンサルテーションを阻害する因子は診療科の主治医である場合が多い。主治医とチームの橋渡しを円滑にするためには、患者や家族の状況を把握している看護師が調整役となる必要がある。臨床での経験から、看護師の調整能力が高ければ、アクセスが改善される。
 - 緩和ケアチームがあっても主治医が依頼しないケースがある。がん診療連携拠点病院にがん患者数に対する緩和ケアチームへの依頼割合を指定要件に加える（コンサルテーション割合が一定以下の医療機関は指定から外す）
 - 「緩和ケア診療加算」の上限（1日30名程度）をなくす
 - “PCT へのコンサルテーションにおける報酬の高額化
- コンサルテーションの弊害：①担当医の緩和ケアに対する自意識の過剰、②担当医チームと PCT 医師間の人間関係、③PCT 組織力（不十分なチームビルディング、活動時間の確保、不十分なコンサルテーションシステム等）等⇒①②若い医師への緩和ケアへの教育はなされており、理解している医師も増えてきているが上に立つ医師（組織の上へ立つ）の方向性に従わざる得ない状況、古い考えを持つ医師（上に立つ医師等）への教育は難しいため”
- 主治医以外、看護師からでもアクセスが可能な体制。
 - 主科担当医師の判断のみが採用されるのではなく、患者に関わる様々な職種や患者・家族本人からも相談依頼ができる体制が評価されるとよい。一方で、緩和ケアチームのオーバーワークが予測されるので、緩和ケアチーム側のトリアージ能力を高める研修などがあるとよい
 - 担当医の緩和ケアに対する理解がさまざまであり、看護師や薬剤師が必要であると判断しても担当医の同意がなければコンサルテーションできない仕組みであることが多い。チーム医療が基盤であるならば、患者・家族を含めてその患者の医療に関わるものが緩和ケアが必要と判断すればコンサルテーションできる仕組みを作る。緩和ケアチームの専従看護師の活動時間の多くが担当医の同意を得るために費やされている現状を変える必要がある。
 - 緩和ケア外来受診に何ヶ月も持つことを削減するために電話での相談窓口を設ける。専門看護師が窓口になり、受診相談を受け、外来日などを医師と調整する。
 - 緩和ケアチーム活動の適正のための、外部評価の仕組みを確立する”
 - 医療従事者（特に主治医）への緩和ケアに関する教育及び連携体制の整備 医療従事

者への緩和ケア・緩和ケアチームの役割やチーム協働の必要性に関する研修会の開催、各病棟での緩和ケアリンクドクターやリンクナースの配置、オンライン上でのチームへの依頼と互いの診療内容が確認できるシステムと合同カンファレンスの実施

●患者・家族への広報：

がんの診断時やがん教室において、緩和ケアチームの役割やケア内容を広報する。

そして、入院時に心身に何らかの苦痛があると評価される患者全てに、緩和ケアチームの介入を医療者から勧め、希望を確認する。

●相談支援センターの活用。各外来との情報共有をスムーズに行えるよう、情報共有システムの拡充を行う。また、病棟においては、緩和ケアチームの介入が必要である患者・家族をピックアップする機能の強化や、病棟スタッフの知識・技術の底上げを図る。チームが介入した成果を可視化して伝える。コンサルテーションや調整機能が重要であり看護師の役割が大きい。

●がんと診断された患者・家族には、緩和ケアチームに関する情報提供を義務づける。患者や家族から緩和ケアチームへ直接コンサルテーションができるようにする。

●担当医師の了解を得ることも必要と考えるが、患者・家族が自ら、求めることができるように、病棟および外来看護師から緩和ケアチームや上述の3の①で提案した看護外来に紹介、アクセスできるようにする。現行でも、患者・家族がスタッフにご相談くださいという形にはなっているが、結局は担当医師に遠慮していたり、担当医師の考え方によって、他の専門家にアクセスが困難になっているケースが少なくないと感じる。医師（特にがん拠点病院以外や救急病院など）の教育。患者や家族への教育。

●チームを活用する医療者自身が、緩和ケアチームの役割を、疼痛緩和のためのチームとして認識している状況も少なくなく、チームを活用するタイミングの判断に迷っている状況がしばしば見受けられる。一案として、医師や看護師の学部教育や、研修医の教育に、緩和ケアチームの実際の活動参加を取り入れ、チームの役割や患者・家族のニーズを学ぶプログラムを導入していただきたい。（*実際に、自施設では、麻酔科・精神科をローテーションする全ての研修医の研修の機会として、緩和ケアチームを取り入れることで、チーム研修修了医からのアクセスが増え、お互いの役割を理解した上で、チームアプローチが展開できるようになりました）

●外来診察室に、がん医療について専門的な知識（治療や患者への接し方、チーム医療など）を習得している医療クラークを配置し、コンサルテーションに必要な手続き（依頼文の作成、検査データや画像フィルムの準備など）を行うようにして、医師の事務処理の煩雑さを軽減する

②緩和ケア外来へのアクセスを改善するための施策は？

●H24年度の診療報酬改定で緩和ケア外来に対する算定が提示されたため、今後、これまでよりも若干アクセスが改善されることが期待される。アクセスの改善には直接的に影響することではないが、緩和ケアチームはコンサルテーションチームであるため、せつかく外来で具体的な症状緩和に関する薬剤などを処方しても担当医の診察時に中止されていることもある。また、入院治療が必要な際に主科となることが難しいこともあり、外来へのアクセスが改善されてもその後の診療体制が整備されていないため、結

果的に、患者のメリットが少ないことも多い。

●「緩和ケア外来」の開設日や診療枠は、各医療機関様々であるが、診断期～終末期の外来患者に対する緩和ケアを提供するには、緩和ケア外来日の他、緊急対応ができる体制を整えておくことが必要である。経験上、緩和ケア外来では、救急外来と類似したニーズが発生しており、がん性疼痛の増強や副作用の出現、呼吸困難等、受診予定日以外にも外来に電話連絡が入ることが日常であり、予定外受診での対応や、緊急入院調整が求められる。従って、緩和ケア外来には、少ない診療枠でも構わないため、麻酔科医やがん治療医等、複数の医師が異なる曜日に緩和ケア外来を開設し、緊急対応に応じることができる体制づくりが必要であり、また、患者の症状から緊急のトリアージを行い、がん診療の専門知識を有し、実践や調整役割を担うことができる、がん看護専門看護師やがん看護分野の認定看護師の配置が必須であると考ええる。

●拠点病院では緩和ケア外来を毎日開くことを必須とする。現状ではがんの診療と別日に開かれていることがあり、同日に診察できないことがバリアとなっている。

●外部からの受診希望・セカンドオピニオンを積極的に受ける（がん支援相談室の活用など）、院内の診療科同士の障壁を低くできるような工夫（特に大学病院）

●外来診察室と緩和ケア外来を併設し、診察後に緩和ケア外来に相談できる窓口を作る。

●外来受診した患者や家族の問題点やニーズを看護師が把握し、患者家族からの情報収集・医師との情報共有・患者家族への情報提供を的確に行うことであると考ええる。

●現在、抗ガン治療は多様化しており、治療薬とオピオイドの一種との併用が望ましくないというケースも出てきていることから、治療を行う主治医と緩和ケア医が密に連携し、使用する薬剤や方針などの情報交換ができる状態でないと、治療の妨げになる可能性が出てきている。院内の主治医であってもカルテ記載前の情報もあり、外来での連携は困難な部分が多い。他院の患者で患者や家族が主治医が出している薬も把握していない患者さんを受け入れるのはリスクが大きすぎる。医師同士の連携がスムーズになることは重要と考えます。

●がん患者のうち緩和ケア外来を受診する患者の割合が一定以下の医療機関はがん診療連携拠点病院の指定から外す

●緩和ケアを専門分野とする看護師による「看護外来」や「患者教室」などを有効活用して、患者・家族のトリアージ兼初期対応を行い、医師の負担軽減を図りつつ、より多くの患者・家族を受け入れられるようにする。

●患者自身が緩和ケア外来への受診を直接希望できるような体制づくり

●電話での相談に診療報酬上の算定ができる。

●紹介元への診療報酬の何らかの加算

●2次医療圏等、地域の医療圏において地域緩和ケア計画を立案する

●他院の緩和ケアが必要な患者の相談も受けられるような仕組み（診療報酬等）

●主治医が照会しないと行けないような仕組みになっている施設は、直接でも受信出来るように改善すべきである。緩和ケアが何を意味するのかよくわからない患者の多いので、厚労省普及啓発事業で作成され無料で提供されているリーフレットを活用すること、看板をわかりやすくすること。

●各外来との情報共有（相談支援センター含む）、このためには外来の看護機能を強化

する。看護相談外来、よろず相談など、看護外来の強化が必要である。理学療法士や検査部門などあらゆる職種が緩和ケアに関する研修を受ける。そのことで認識を高める。不安の強い患者・家族など受付時からフォローできるよう1対1のサポートや有償ボランティア（体験者の活用など）を行う

●緩和ケア外来は、緩和ケアチームに紹介された患者が通院していることが多い。入院や外来患者だけではなく、在宅療養中、専門病院ではない病院にかかっているがん患者も受診できることが望ましい。そのために、看護師の専門性を明示し、具体的にはリンパ浮腫ケアや疼痛ケア、遺族ケアなど、院外の患者にとって、また院外の医療職種が緩和ケア外来で何をしているのか、わかるように告示する。地域ごとに患者がどこに何を相談できるのかわかるシステムを作る。専門的緩和ケアが必要と診断でき、リソースを活用できる医療職の育成やシステム構築：外来看護師、薬剤師、相談員など。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●外来開設日を拡大するための人員確保、専門的な緩和ケアを行う役割を担う医療機関とそうでない医療機関の連携の強化。完全予約制であることが多く、タイムリーに対応しない施設が多いというのが実際であることから、専門的な緩和ケアを任された施設での医療体制を見直し、門戸を広く開放するべきである。

●緩和ケア外来・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟それぞれの特徴を活かした専門的ケアをそれぞれが連携しながら提供するためには人材が必要となる。緩和ケアチームは、末期で症状コントロールの難しい患者のコンサルテーションで、多忙であり、チームの人員を増やすことが可能であれば望ましい。

●“製薬会社なども含め、薬の併用禁忌などに関する情報の共有ができるよう情報を集める必要がある。「お薬手帳」や「私のカルテ」などの患者情報を患者自身が把握でき、受診する医療機関で共有しやすいシステムを作ることが望ましいのではないかと考えます。”緩和ケアに関する情報を各診療科での外来診療時より患者、家族に提供していくことが望ましい。パンフレット等を活用し、情報提供していくことを必須としていくのがよいのではないか。

●医療系大学における「チーム医療」学習の充実

●緩和ケアの正しい知識が十分一般市民に行き渡っていないので、特に拠点病院では厚労省普及啓発事業で作成され無料で提供されているリーフレットやDVDを活用して、少なくとも緩和ケア予備軍である患者へ知識普及に努めることを拠点病院の義務としてはどうか。

●地域のネットワークの中で、病院ごとの緩和ケア外来の特色や成果の情報を共有する場を作る。定期的実施している施設に診療報酬を算定する。がん看護外来の設置。

●医療クレークを配置し、コンサルテーションに関わる作業をした時の診療報酬上の加算を付ける。

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 人材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)

●対象者はがんと診断された患者・家族とし、地域の基幹病院機能を持つ医療機関において、専門的な知識を持った医師や看護師が行うのが望ましい。依頼方法については、受診時の受付のように門戸を叩いたとき直ちに受けられる体制が必要である。

現在はがん相談支援センターで、患者・家族からの相談を受けている。「がん相談支援センターでは、緩和ケアを誰でもただで受けられる」といって来室される方が複数いらっしゃる。考えがまとまっていないことも多いため1時間～90分程度の面談を行うことが多々ある。方向性をつけて面談を終了し、必要時別途機会を設けている。他の拠点病院の患者も多く、がん相談支援センターで扱う相談内容は幅広いが、相談支援センターが周知されるとともに、個別のカウンセリングに至る場合は別途行う方が良いのではないかと考える。

●“不安の表出等の場面でカウンセリング内容が含まれていることが多いため、患者、家族の窓口は看護師である場合が多い。あらためて精神腫瘍科や心理士等に個人カウンセリングを促すと遠慮、辞退するケースも多い。その場で対応できるよう外来、各病棟等にカウンセリングスキルを持つ看護師を確保することが望ましい。

●遺族に関しては現在特別な窓口がなく、院内で亡くなられた場合は、その時を共有した病棟看護師、調整を担当したがん相談支援センター看護師などが傾聴し、ともに振り返る対応をしている。恐らく、病院に来ず落ち込んでいる遺族もおられると考えられ、現状では対応は十分ではないだろうが全てを抱えていくのは困難である。複雑性悲嘆のリスクが高い遺族に対して、相談支援センターで把握していた場合は精神科などの受診につなげているが、ごくわずかにしすぎず、精神科もキャパシティを超えており病院で担える範囲は狭い面がある。

●「緩和ケアに関する相談」というより、「発病、再発に伴う気持ちの支援」等名称を変え、患者、家族、遺族が容易に看護職による看護支援外来の受診できるよう外来機能を再編するのがアクセスしやすいと考える。

●がん患者やその家族の緩和ケア提供だけでなく、ご遺族が一般病院での遺族ケアを受けることができるようにするために、外来でリソースナース(CNS・CN)活用したり、臨床心理士の配置・増員などを行う。

●緩和ケア外来や病棟での看護師の配置を増やし、時間・環境の確保。都道府県や地域のがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに、専門的な知識を持った看護師を配置する。希望者、医師・看護師が必要と判断した患者に対し、教育を受けた看護師がプライバシーに配慮した環境で行う。

●施設毎に、相談支援センターのトリアージ機能により、専門看護師や認定看護師による個別相談を受けるルートを明確化する。専門看護師や認定看護師の所属がない施設に対して、同じ都道府県内などで施設間の派遣体制をとり入れる

●サイコオンコロジーなど専門的なカウンセリングを受けることには抵抗感のある患者・家族が少なくないため、がん看護や精神看護のCNSがカウンセリングを行うこと

を病院内などに告知することが必要。利用者が直接アクセスできる、もしくは医療者からのコンサルテーションを受けるなど仕組みを作る。

●看護師がカウンセリングの必要性を判断しトリージできる能力をつけるための研修を行う。よく鬱等の病的な心理状態の場合は、一般の精神診療を受ける。それまでは、むしろ病気のプロセス、治療法を踏まえて看護師がアセスメントした方がよい。

●3次医療圏等の身近な公共の場（小学校など）で常に相談者がいる。

●現在は、がん診療連携拠点病院に相談支援センターがあり、そこでがん患者に必要な相談をがん情報センターで開催している相談員研修を受けたソーシャルワーカーや看護師が担当している。がん看護専門看護師やがん分野の認定看護師が対応することが適切と考えている。

●地域のネットワークの中で、病院ごとの緩和ケア外来の特色や成果の情報を共有する場を作る。定期的に実施している施設に診療報酬を算定する。がん看護外来の設置。

●基本的に患者・家族を対象にカウンセリングするが、電話相談を未受診の方も応じる。

●がん患者カウンセリング料は医師と同一日でないと算定できませんが、診療と違う日程でも算定可能となれば、後日フォローを行ったり、がん相談外来でゆっくりとカウンセリングができると思います

●患者・家族・遺族へのケアの場は、在宅療養や地域場に広がっており、病院と地域との緩和ケア連携支援に加算があるとよい。

●がん拠点病院では、がん診断を受けた患者家族は、専門・認定看護師の個人面談を受けることで診療報酬が加算されるような体制。

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)

●がん患者やその家族の緩和ケア提供だけでなく、ご遺族が一般病院での遺族ケアを受けることができるようにするために、外来でリソースナース（CNS・CN）活用したり、臨床心理士の配置・増員などを行う。

●集団カウンセリングについては、がん患者サロンのような場を活用して、専門的な知識を持った看護師が調整を行うのが良い。開催している日時を広報などで周知して希望者が集まれるようにする配慮が必要である。

●“患者や家族がざくばらんに語り合う場の運営により、患者同士のピアカウンセリングが成立することがある、しかし、40代、50代、60代の患者は多忙で運営には参加できにくい。サプリメントや免疫療法など偏った話をする患者もいるため、集団への対応のむずかしさを感じている。

●緩和ケアの相談窓口は相談支援センターであることも多い。相談支援センターに関する指定要件は「国立がん研究センターによる研修を修了した専従および専任の相談支援に携われる者をそれぞれ1名以上」である。がんの身体的・精神的苦痛や日常生活等に緩和ケアに関する相談への対応は一定以上の専門知識を有する看護師であることが望ましい。がん診療連携拠点病院の指定要件に、専従の1名は専門看護師・認定看護師であることを追加する

●集団カウンセリングが意味するところがつかみづらいのですが・・・、例えば、患者教室やピアサポート体制を想定すると、そのような取り組みのためのワークショップ開催や教材の共有化などで、先行実施施設の方法を未実施施設が実施しやすくする。

●サポートプログラムの充実を図ることが必要である。がん相談支援センターなどが主催して行われていることが多いが、病院内で、平日の開催というのは見直す必要がある。まる

●現在、集団カウンセリングとして、看護師を主体として実施しているサポートグループに対して、一定の質を担保するための、内容に基準を設け、また研修会等も実施し、診療報酬を加算する。また、診療報酬を加算されている病院は、年に1回程度、集い、情報交換を行い、より良いものとなるようにする。現在、ほとんどが看護師らのボランティアにて実施しており、院内だけで完結しているように感じる。ネットワークを構築し、共有することが望ましい。地域においてもその成果を発表する。

●がん患者に対する情報提供や相談の場として、医師、看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカー、心理的問題の専門家などが、集団相談あるいは集団教室などの機会を行った場合、診療報酬がつくと体制が作られやすいと考える。

●集団カウンセリングの実施は、個人よりも普及しておらず、運営のための研修や、多職種連携による研修などを実施して、実践できるスタッフを育成することが急務である。

●がん拠点病院では、がん診断を受けた患者家族は、専門・認定看護師の集団面談を受けることで診療報酬が加算されるような体制。がん診療連携拠点病院で、がんサロンの開設と運営が取り組まれているが、内容や開催頻度は様々で、どのような効果が生まれているかという実態も十分に明らかにされていない。各機関が行っているがんサロンの目的や実践内容と効果等を提示するようにし、集団カウンセリングが提供できる一つの機会として機能することを期待する。ファシリテーター研修修了後の医療者等が、ファシリテーターとして参与することが望まれる。

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)

●専門的な知識・スキルをもったリソースナースが対応するのがのぞましい。看護外来などで看護職が相談にのる場をもつことがよいのでは。ただ、外来勤務であればよいが、病棟との兼務の場合、リソースナースの勤務調整等が問題となってくる可能性もあり。

●〃・緩和ケア専従の看護師による電話相談(対象:患者、家族)

・緩和ケアを受けている患者・家族に対する24時間の電話によるフォローアップ体制

・外来に緩和ケア専従の看護師を配置し、診察前後に相談できるようにする。

・都道府県や地域のがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに、専門的な知識を持った看護師を配置する。

・がん診療連携拠点病院以外の患者・家族からの相談が受けられるようなシステムを整備する。

●自施設を受診していない患者・家族の相談対応においては、情報源が患者家族の発信することに限定され、情報を残したり共有したりすることや、相談対応したことへの対価を求めることが難しくなるので、それらが解消されるような施策があるとよい。

●がん相談支援センターでの相談は行われているが、相談員の緩和ケアに関する知識が十分でないことも多いため、担当する看護師、MSWなどの緩和ケアに関する知識の習得が必要である。病院内で、平日の日中のみの対応については見直しが必要。

●一般外来や緩和ケア外来が曜日などによっては、家族や遺族の相談や支援の場となるような設定。外来診療という形式で行えることが望ましい。ただ、診療報酬など何らかの収益がないと、病院としては体制を整えにくいと考える。担当は緩和ケアチーム医師、CNS など。

●がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟など、地域における緩和ケアネットを築き、各機関が提供可能な緩和ケアに関する情報を共有し、連携体制を強化し、各機関のがん相談窓口や地域連携室、緩和ケア専門機関の医療者が患者・家族からの相談に応じることが必要と考える。看護師やMSWによる相談対応は定着してきたが、医師の判断が必要とされる相談内容も少なくないことから、緩和ケア医に直接相談ができる体制も必要。

●病院で、がん看護 CNS、CN、臨床心理士が相談窓口には必ず1名以上いる体制をつくる。また、電話でそれに対応できる体制を作る。また、これらの職種が、在宅の患者のもとに行って相談に応じる、訪問緩和ケア相談を行える体制にする。

④その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がん診療連携拠点病院だけでは、増加するがん患者への対応は追いついていないことを実感しているため、がん診療を行う病院には、相談システムを構築することが望ましいと考える。

●親を亡くす子などに対しての支援も必要であり、学校などスクールカウンセラーとの連携も必要。

●がん診療連携拠点病院において実施者はカウンセリングスキル習得のための研修修了者を配置していることを要件とする。または配置に対する報酬化。

●患者・家族を対象としたサポートプログラムの企画・運営に関する診療報酬上の整備が必要。患者・家族にとりアクセスがよい場所や時間で対応できるように施策として推進する

●診療報酬で評価されない、患者会やサポートグループ活動や遺族ケアの実施について、病院組織だけでなく、地域の保健センター、大学など公共サービスとの協働の検討が行われる

●看護師が緩和について義務教育の場に出向いて教育することを学校教育で義務化する（専門看護師や認定看護師）

●各施設が相談件数、相談内容などの統計資料を公表する。または厚生労働省が実態を定期的に調査し公表する。

●がん経験者によるピアサポーターの育成事業を実施する。ピアサポーターに対する経済的支援を行う。

●現状では相談支援への紹介が施設内で十分浸透されていないため、入院・外来において医師や看護師が積極的にがん相談に患者を紹介するシステムを開発する。”

●がん看護専門看護師の養成カリキュラム内に、もしくはキャリアアップ研修として、

集団へのカウンセリングや専門性の高い相談が受けられるよう、また他職種の中でコーディネータとしての役割を担えるできるよう教育システムを構築する。各病院別、大学院別の差がある内容にならないよう、日本がん看護学会がコアカリキュラムを作成する。一度の研修だけでなく、継続した研修を受ける、院外における情報交換の場を作る、実践の評価を発表することも重要と考える。がん看護外来の設置：がん看護を専門とする看護師が外来を開設し、専門的ケアの窓口となり、上記①～⑤も含めたケアの実践、スクリーニングと専門チームとの連携・調整・継続支援を行うことができる。

●すべて、遺族にも窓口を設けるようにすべきだと思う SIG5。

●リエゾン精神専門看護師の配置も増やせるよう診療報酬での加算を付ける。

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)

●常勤の精神科医が緩和ケアチームに専任であることが緩和ケア診療加算のバリアになっている。精神科医の専任を必要としない加算の枠を新しく作る。緩和ケア診療加算算定施設でも拠点病院でも実際に精神科医が診療の 50%を緩和ケアチームに従事しているケースは少ない。地域の事情で精神科医を常勤として雇用できないケースも多い。これらは著しく制度と実態が乖離しており問題である。

●医師(精神腫瘍医)は非常勤(専従)でも能力があれば複数施設の担当でも可。教育を受けた看護師1名は専従、一定程度の教育を受けた薬剤師、栄養、理学、作業、言語療法士、心理士、ソーシャルワーカーなどは(母数を考慮し)兼任

●緩和ケアチームのコアメンバー(身体医、精神科医、薬剤師、看護師)は常勤がのぞましい。様々な問題が生じた場合、早期に対応ができるため。ただ、人員的に余裕がないと専従、専任は厳しいと思われるため、看護師と医師のどちらかは専従がよいと思われる。また、臨床心理士は兼任でもいいが、チームメンバーとして入っていると多職種でのアプローチにより深みができると思われる。

●各病棟に緩和ケアリンクナースや医師を配置。

●がん患者に関連する各病棟や外来に緩和ケアチームに在籍するスタッフを1名以上配置し、早期に緩和ケアの導入が必要な患者を見落とさないように情報共有していく。

・緩和ケア認定医師、がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん専門薬剤師、OP、PT、栄養士、精神科医、麻酔科医

・緩和ケアチームを一般の病院に根付かせるためには、現在設けている加算条件から医師の基準を見直すべきである。(身体症状担当・精神症状担当を必ず置く)看護師は専任を1名配置して調整役を図る。薬剤師・理学療法士・MSW・栄養士は兼任で良い。

チーム内の人間関係を円滑にするためには、常勤職員が良い。

●対象患者数に応じた配置数などの目安が示されるとよい

●病棟を持たずにコンサルテーションのみでの専門緩和ケアの提供をめざすのであれば医師、看護師は常勤で専従であることが必要。薬剤師やMSW、リハビリのセラピスト、心理療法士などがメンバーとして必要であり常勤で専任であるとよい。

●緩和ケアチームのサポートと緩和ケア外来はリンクしており、同じスタッフが入院中

も外来でもサポートできることの意義は大きいですが、仕事量の調整が困難で、在宅コンサルテーションについての診療報酬の算定も始まり、ますます緩和ケアチームの専従看護師の役割遂行についての混乱が増してきている。

●緩和ケアチーム専従看護師の役割範囲や活動内容について整備する。

身体を診る医師：常勤、専従理学療法士：常勤又は非常勤、専任

精神を診る医師：常勤、専任社会福祉士：常勤又は非常勤、専任

看護師：常勤、専従臨床心理士：常勤又は非常勤、専任

薬剤師：常勤又は非常勤、専従チャプレン・音楽療法士など：兼任”

●腫瘍精神医が少ないことから緩和ケアチームの構成員を非常勤の精神科医も認めて欲しい

緩和ケア専門医師（常勤）、看護師（常勤+兼任）、薬剤師（常勤）、神経科医師（常勤）、検査技師（兼任）、放射線技師（兼任）、リハ技師（兼任）、栄養課（兼任）。

●医師、看護師は常勤で必須ですが、他の職種は非常勤でも可能ではないか。職種が増え保険点数の加算が大きくなるのは患者にとって負担となる。必要なときに来てくれるよう院内の資源としては他の職種もいたほうがよいがチームに貼り付ける必要はない。医療費の削減についても考慮が必要。

”専従：医師、看護師、薬剤師

兼任または専任：栄養士、臨床心理士 MSW、看護師の基準を拡大する。例えば緩和では有害事象あるいは各種症状マネジメントが必要であり、がん化学療法認定看護師なども必要度が高い。

●緩和ケアチームは、専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族の QOL 向上に資する職種（医事課）を含むことが望ましい。

●緩和ケアチームの加算に関わるコアメンバーとして、ソーシャルワーカーの役割は大きい。緩和ケアの経験を有した身体・精神専門医、看護師（がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、薬剤師）の他、ソーシャルワーカーのチーム所属の強化が必要と考える。

●日々の患者ラウンドと調整を行う看護師は、専従を複数配置。

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）

●看護師、医師を複数名ずつ配置し、病棟と外来を兼任。すべて常勤で。外来～病棟間での情報の共有、ケアの質を一定にすることができる。

・緩和ケア外来の診療は平日は毎日行われる。

・医師、がん看護専門看護師

・専任で配置する。診療報酬が加算されることが望ましい。

●”緩和ケア外来の精神科医の配置を、精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士の非常勤に

変更してほしい。

当院は精神科医や臨床心理士が不在であるが、「精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士」という職種なら施設として配置しやすいと思います。

●緩和ケア外来は、病院の方針にもよるが、診療日を限定する場合には、兼任の医師と看護師を配置する。人員配置の基準をきびしく設けると地域の基幹病院などでは緩和ケア外来の開設が難しくなる。医師・看護師は常勤が望ましい。(診療科の医師との調整がはかりやすいため)

●“精神症状の緩和を担当する常勤医師が壁となり、都道府県がん診療連携拠点病院でも「緩和ケア診療加算」が算定できていない。精神症状の緩和を担当する医師が非常勤の場合、常勤の臨床心理士または精神看護専門看護師の配置で算定可能とする緩和ケアチーム専任の社会福祉士を「緩和ケア診療加算」の要件に加える”

●対象患者数に応じた配置数などの目安が示されるとよい

●病棟を持たずにコンサルテーションのみでの専門緩和ケアの提供をめざすのであれば医師、看護師は常勤で専従であることが必要。薬剤師やMSW、リハビリのセラピスト、心理療法士などがメンバーとして必要であり常勤で専任であるとよい。

●“身体を診る医師：常勤、専従理学療法士：常勤又は非常勤、兼任

精神を診る医師：常勤、専任社会福祉士：常勤又は非常勤、兼任

看護師：常勤、専従臨床心理士：常勤又は非常勤、兼任

薬剤師：常勤又は非常勤、専任チャプレン・音楽療法士など：兼任”医師、看護師、

●専門看護師、認定看護師の専任常勤を配置

●看護師は常勤で必須と思われます。医師でなくても、修士課程を修了したがん専門看護師が外来を持つことも経済性の点で有効な手段である。医師とがん看護専門看護師で2つの外来を開けることができる。薬剤については医師のスーパーバイズを受ける体制にすれば法的にも問題はない。

●外来緩和ケア管理料は緩和ケアチームでないと算定できないため、一定の要件を満たした医師による診察で算定できるようにする。

●“緩和ケア外来の精神科医の配置を、精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士の非常勤に変更してほしい。当院は精神科医や臨床心理士が不在であるが、「精神腫瘍科医師もしくは臨床心理士」という職種なら施設として配置しやすいと思います。

●緩和ケア外来には、専従のがん看護専門看護師が配置されることが望ましい。そこから、必要に応じて他の専門職に連携していくことによって、継続的に患者と関わるのが可能な職種が必ずいることが重要と考える。情報共有のためのカンファレンスなども重要であるが、多種の専門職が関わることを想定して、看護師がコーディネーターになることが望ましい。

●看護師が行う緩和ケア外来において、在宅支援部門の職種、薬剤師、管理栄養士と連携しているが、この連携時に加算があると、質の高い豊かな緩和ケアを患者や家族に提供しやすくなる。

●通院がん患者のがんサポートにおいては、治療と在宅生活の継続をサポートする専門職が必要であり、症状緩和を専門とする麻酔科医等の他に、抗がん治療に携わる医師や、がん化学療法、放射線療法等の分野に特化せず、がん医療・看護を総合的に関わること

ができるがん看護専門看護師の配置が必要と考える。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●緩和ケア外来の果たす役割は大きく、緩和ケアチームで入院患者を担当する常勤看護師以外で、緩和ケア外来を担当する専任看護師（認定看護師・専門看護師）の配置を「外来緩和ケア加算」の要件とする

●“緩和ケア外来へのがん看護の専門・認定看護師の配置に伴う診療報酬の加算があると望ましい。

●“緩和ケア診療加算を算定している施設が実際には要件を満たしていない施設がある。拠点病院でも実際には要件を満たしていない施設がある。緩和ケアチームの活動実態について行政が監査を行うべきである。

●がん看護専門看護師の養成カリキュラム内に、もしくはキャリアアップ研修として、集団へのカウンセリングや専門性の高い相談が受けられるよう、また他職種の中でコーディネータとしての役割を担えるよう教育システムを構築する。各病院別、大学院別の差がある内容にならないよう、日本がん看護学会がコアカリキュラムを作成する。一度の研修だけでなく、継続した研修を受ける、院外における情報交換の場を作る、実践の評価を発表することも重要と考える。がん看護外来の設置：がん看護を専門とする看護師が外来を開設し、専門的ケアの窓口となり、上記①～⑤も含めたケアの実践、スクリーニングと専門チームとの連携・調整・継続支援を行うことができる。

●緩和ケアチームは組織の中で、外来や入院などの部門の壁なく、さらに地域と行き来して活動できるような、職種や位置づけをもたせるよう政策的な工夫がほしい。職種が集まりにくい組織の位置づけ、地域との壁などがまだ現実には多くある。

●経済的問題に関して、MSW や医事課などの職種を条件にしていくことも、高額化していくがん医療に対して、社会的な側面での支援として重要と思われる。

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。“二次医療圏内の連携の度合いを強化し、都道府県の支援も明記する。

●“入院医療機関の設定が、おそらく拠点病院となっていると思われますが、拠点病院・大学病院からのがん難民が、やっとの思いで一般病院にたどり着き、がん治療や緩和ケアを受けている現状があります。

連携パスに関してもそうですが、入院医療機関とは拠点病院だけでなく、がん治療・緩和ケアを行っている一般病院にも枠を広げてほしい。

がん患者がますます増え、拠点病院だけではすべての患者を診察できるのではないことから、拠点病院、一般病院、診療所の三者での連携を考える時期に来ていると思います。また、緩和ケア病棟は待機期間が長く、入棟できる患者が少ない現状にあります。また、生活保護世帯の増加や経済的に困窮している世帯も多く、緩和ケア病棟への入棟が困難なため、一般病院での入院になっています。

●地方の特性にもよると思うが、病院間の競争原理で生き残る現状の医療システムにお

いて「連携」にも組織の利害も根底にあるのか、「対等に連携」でない場合もある。行政のリーダーシップが弱いと、この構図が強くなると感じる。

●東京都には中規模病院が少なく、患者・家族の中には一つの総合病院や大学病院ですべて見てほしいという要望があり、なかなか地域の診療所に移行できない現状がある。元々かかりつけを持っていない患者が多く、夜間過ごす自宅と日中の生活圏（職場に近い病院で治療をする）も違うことが多い。治療が出来なくなってから在宅医との関係始めるため、患者は苦痛をうまく伝えられなかったり、入院医療機関から見捨てられたと感じがちである。しかし、早い時期には在宅医療や診療所を利用するのは費用負担が大きく、拒否感もあるため特に医療処置が必要ない若い世代は連携しづらい現状がある。「私のカルテ」など患者情報を共有できるシステムは重要ではないか。

●ケースや対応する医療機関、介護サービスの多様性のため、クリニカルパスでの運用には限界が大きい。

●入院医療機関と地域医療を担う診療所などの連携は不可欠であると考え。在宅移行の場面だけでなく、講演会・研修会などの教育の場を通じて、日頃から連携強化をはかり顔の見える関係を作っておくことがのぞましいと思われる。

●在宅からの再入院はベッドの数の問題もあり、スムーズではないように思う。

- ・前回入院していた病院にスムーズに再入院できるシステム構築が必要。
- ・書面上での部分的な情報の共有では、患者の経過を踏まえたケアが困難。情報のデータベースの一元化が必要。

- ・退院支援に積極的に取り組んでいる病院に診療報酬が加算される。

- ・病院看護師と訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャーなどによる合同カンファレンスの実施

- ・診療情報の提供だけでなく、看護師間でも情報を共有し、常に質の高い看護を提供できるような支援体制を構築する必要がある。

●院医療機関のある地域ごとに、在宅診療を行う診療所を数箇所指定して連携を行う。24時間在宅支援診療所に対する手厚い待遇が必要である。

●がんの診断時からがん治療を担当する医療機関と、在宅緩和ケアを担う診療所が並行して診療を行うこと。在宅緩和ケアを担う専門の診療所と緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟が連携し、在宅緩和ケアを担う診療所の相談に速やかに応じ、至急入院できる体制があること

●“互いに診療情報提供書と報告書をきちんと取り交わす緊急時の連絡先と対応、方針を明確にし、記録に残しておく

●がん治療と並行して診療所での併診ができれば良いと思う。

●必要時に、相互に診察やケアの相談を受けることができること。患者の入院希望時の迅速な対応ができること。入院時より退院調整に取り組むこと。

●診断期から終末期まで、治療選択や療養の場の選択をナビゲートできる看護師ができると医療機関の多様性を看護サービスでカバーできる

●がんの初期治療時または終了後から、入院医療機関と診療所が併診できる体制をつくる。診療所の力量によっても診療可能範囲が異なることが課題であるが、連携パスの推進に基づき、内服の抗がん剤や副作用管理は診療所で行うなど

- ホームドクター、専門的医療コーディネーター（看護師）が機能すると望ましい。
- ・入院医療機関が中心なのか、診療所が中心なのかをどこか決めないと、患者は多様な病院を探し、そのつどケアが切れてしまっているの、どこかで常に継続した相談ができる窓口を1つ持つ。
- 専門看護師、認定看護師は患者の病状を把握した上で、必要な心理的ケアを提供しながら連携調整業務ができることから、連携部門に専門看護師、認定看護師を配置する必要がある。特に専門的な緩和ケアが必要な患者。
- 入退院センターの活用。早期に連携の必要性や具体的連携方法について検討や情報収集を行う。
- 普段からがん診療連携拠点病院や地域の総合病院の医療者（看護師）は地域の診療所や訪問看護ステーションと、研修会や事例検討会等を行って協働しながら地域連携システムを構築していく必要があると考える。がん患者や家族のニーズに応じて、緩和ケアの提供や療養場所の選択などの意思決定支援などスムーズに行えるようにタイムリーな情報の提供や支援が必要である。
- 退院調整看護師を置くことに対して加算がついていることは、患者と家族の意向に応じたニーズをくみ取り、病診連携につなげることに役立っていると感じる。もっとがんに特化して強化してはどうかと思う。すべての患者に看護情報提供書を作成する。
- がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟など、地域における緩和ケアネットを築き、各機関が提供可能な緩和ケアに関する情報を共有し、連携体制を強化することが重要。緩和ケア連携パス等を取り入れている県をモデルとして、各地域単位で緩和ケアネットワーク等の立ち上げと連携強化が必要ではないかと考える。

③ 切れ目のない連携とは何か？

- 患者・家族が希望した医療の形を継続しながら、安心して生活できる連携であると考え。
- 療養環境に変化が生じた際に、これまでのケアや患者の思いが新たなケア提供者によって継続されること。
- 看護の視点を生かし、病気のフォローだけでなく、社会へ戻る患者の生活も含めて支援すること。
- 患者が入院した時点から、在宅移行が可能であるか否かのアセスメントを訪問看護師を交えてアセスメントを行うなど、早期から準備ができる体制を作り、入院中に行っている症状緩和の技術を伝え、在宅に移行してもそれらのケアが提供されることが切れ目のない緩和ケアのための第一条件であると考え。
- “患者の身体やこころなどの苦痛、療養生活の整備状況などについて、入院施設、在宅医療分野のそれぞれの情報が途絶えずにつながっていること。
情報を共有することで、患者や家族が初めての闘病体験で戸惑っていても必要なものを提案出来たり、あるものを上手く使えたりする事につながる。”療養の場が病院から自宅へ移行する、または逆の場合に、患者、家族の意向に合わせて療養の場の移行ができ

る限り迅速にスムーズにできる連携をとれることが望ましい。

●がんの診断時からがん治療を担当する医療機関と、在宅緩和ケアを担う診療所が並行して診療を行うこと。在宅緩和ケアを担う専門の診療所と緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟が連携し、在宅緩和ケアを担う診療所の相談に速やかに応じ、至急入院できる体制があること

●対応する施設や医療者が変わるときに「切れ目」や「つなぎ目」ができるのは当然と考える。どこにそのつなぎ目があるのかを認識するために、また、患者と家族の意向に応じるという共通の目標を確認するために、よく話し合ったり、連絡を取り合ったりできることが必要と考える。

●患者・家族の意向に応じて、必要時、相互に診察やケアについての相談ができ、かつ診察や訪問看護などに同行することにより、診断時からの継続的な状態についてお互いが知っておくこと。

●がん看護や緩和ケアについての基本となる教育を、さまざまな場で活動する看護師が共有する。

●患者・家族が、医療施設を退院し、地域で生活する中で、その人らしく生活することが可能であるために必要な、継続的な支援である。

●医療者から見のではなく、個々の患者の人生を主体に考え、個々の状況に必要な専門家、資源が加わっていくということ。必要な人が必要な時に、適切な方法で患者に関わり、加わっていく。医療者の観点から継ぎ目のないと捉えるのではなく、患者の立場から捉える。

●がん患者や家族の心身の状況を予測し、タイムリーな情報提供や意思決定支援、ケアの提供が行えるような連携。

④ 具体的な連携方法は？

●IT 機能を強化してテレパリアティブケアの提供機能を地域全体で運用することへの工夫を強化するのも一案。物理的に離れている距離を如何に連携していくかは、地方では重要なポイント。

●医療内容や療養先の選択における具体的な情報提供、医療者同士の顔の見える関係（多職種や同職種同士のネットワーク）、退院前の合同カンファレンスの開催など。

- ・データベースの一元化

- ・病院と診療所のネットワークを構築する。

- ・看護サマリーの形式が統一される。

- ・地域医療を担う医療スタッフが顔を合わせる機会をもつ（定期的な事例検討会、勉強会の開催など）

●電子カルテシステムなどを効果的に活用し、データベースの共有を図り、連携する病診間で、今後介入が必要となる人の情報を適時的に入手できるようにする。

●5大がん及び前立腺がんの地域連携クリティカルパスに加え、緩和ケアの地域連携クリティカルパスの運用

●診療所等地域医療者の入院病院への出入り、診療録閲覧等の自由化？（登録制度等で）、

地域における統一電子カルテ等の導入、通信による同一電子カルテ閲覧

- 治療病院・緩和ケア専門病院・訪問診療所の役割分担・受け入れ態勢が明確になっていること

- 患者・家族の意向を明確にしておくことが大前提。電子カルテなど診療・看護に関する情報の共有。退院調整看護師の明確化。窓口の一本化。地域緩和ケアパスの運用。担当医のように担当看護師も明確化する。

- 治療初期からのかかりつけ医の設定。病院の役割分担についてきちんと説明できる医師の教育。

- 退院調整を行う施設の部署が、再入院が必要になった際には、入院調整も行うようにする等、入院施設と在宅をつなぐ箇所に双方向の機能を持たせる。(飯野、千崎、水野)

- 多職種によるカンファレンスや情報ツール(マイカルテ等)が必要である。現在は、診療情報提供書の内容に医師により差があるため、一定の書式が必要と考えている。

- ネットワークシステムを活用したタイムレスな情報共有、定期的なカンファレンスの実施

- 入院医療機関と診療所だけでなく、在宅医療を支える訪問看護師を中継し活用する。診断期・治療期の外来でのスクリーニングの強化とツールの活用(OPTIM 生活のしやすさ質問票など)。

- いのもてる情報や知識、資源に関する情報共有を開示して、患者や家族のがんの病状や治療後の後遺症などに適した、継続的な支援を、緩和ケアチームやその他の組織内・地域資源が協働してコーディネートする

- ん治療に関して診断から病気の経過を記録で残す「My カルテ」を作成する。患者自身が管理するがん治療の経過を活用する。

- 者・家族の意向は、病期や治療状況等によっても変化していくものであり、医療という視点だけでなく、患者家族の生活という視点からも、意向の内容と変化を支持し、つなぐ調整役を担う医療者が必要である。この役割には、がん診療全体に関わりながら、患者・家族の意思を擁護したり、提供できる最善の医療とケアの資源の分配を考え調整できる、がん看護専門看護師をがん拠点病院に1名以上配置することを望む。

地域における電子カルテの共有。

- 例えば、域ごとに緩和ケア連絡協議会のようなものを作り、その体制に加わっている診療所に何らかの診療報酬上の加算をつける。

④その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

- 末期がん、最後の看取りに対応できる医師、訪問看護が少ないことは、在宅を希望するがん患者と家族に対する継続支援の大きな課題である。

- 病院、施設、地域、在宅がお互いに、リソースの情報を知ることができない。開示されていないので、自分たちで手探りのリソースマップを作っている。地域や在宅のリソース情報が、自治体ごとに把握できるような政策を工夫してほしい。

- 地域や在宅では、がん医療や看護に関する最新情報が欲しいと言われるが、お互いに

調整がつかず情報共有が十分にできていない実態にある。地域により取り組み格差が大きいことを実感しており、勉強会などを開催する支援があるとよい。

●現行の診療連携推進基本計画では、がん患者の地域医療連携パスの推進を目標に上げていたが、作成するだけで、実際の連携に役立っていない施設が多い。地域連携パスを（つなぐ）連携部門の人員体制を確保する必要がある。

●療養の場が病院から自宅へ移行する際に退院前カンファレンス等で、今後診療して下さる医療者（医師、看護師）ができる限り顔の見える関係性のもと、連携していくのが望ましい。

●「退院調整加算」は退院困難患者対象という印象があるが、がん患者では緩和ケアの連携がほとんどを占める。診断時からの緩和ケアの連携も明文化して追加し、40 歳以上という年齢制限をなくす

●診療連携拠点病院の指定要件に、一定割合以上の在宅緩和ケアを担う専門診療所との連携を加える医療連携クリティカルパスの計画策定病院と連携医療機関の届出を廃止し、地域連携クリティカルパスの発行で「がん治療連携計画策定料」を算定可能にする
「在宅患者緊急入院診療加算」の算定要件を緩和する（患者・家族への文書による連携病院の説明や 24 時間以内の送り側の診療情報提供書の発行などを廃止）”

診療所医師の入院病院への出入りの自由化、地域における統一電子カルテの導入における報酬化

●同カンファレンスを行った際、診療報酬を算定できるようにする

●がん医療の登録の推進と、連携パスの導入

医師同士・看護師同士など関係者間の交流の場、機会。

●療所や病院施設における医師・看護師の知識や技術の底上げ

●治療の合間やがん治療終了後、サバイバー期は、質の高い生活を自宅で送れるよう、診療所の医師が受け持つよう連携することが重要と思います。診療所の医師の中には、緩和ケアへの理解が少ない医師もおられ、マネジメント困難になるとすぐに一般病院へ入院を勧めてしまいます。緩和ケアを専門とした往診医に紹介すればよいと思われるケースもあり、診療所間の連携も必要と思います。また、調剤薬局との連携もますます増えていくと思います。

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。

●現状実施の研修も実務者確保に難渋しているが、拠点病院の要件等を含めることが必須。

●PEACE や ELNEC-J などの研修会をバックアップするための体制（組織の理解、経済的なバックアップも含む）経済面でのバックアップは、公的な資金からの援助があることが望ましい。

- 緩和ケア病棟や緩和ケア外来での研修に外科系の医師も含める。
- これまでは、がん診療拠点病院が参加者を応募してその病院で研修を行うというのが、慣例であったが、拠点病院から離れた地域に出向いて行うことが必要。(奈良県では過去に一度、過疎地に出向いて研修を行って、周辺の医師の参加が多かった) ”
- 東京都では、参加者が増えないために単位制での研修の企画なども検討されていると聞く。在宅医など、土曜日半日は勤務していることがあり、土日連日などの研修は参加が困難であるかもしれない。しかし、病院では特に熟練の医師から多忙な中、手術より優先するほどの価値はない、それほどメリットがないという言葉が聞かれており、運営方法を変えても参加する可能性が低いように見受ける。
- がん診療連携拠点病院による研修の実施(拠点病院の整備が進んでいるため継続する)と e-learning の整備(受講生にとって研修に出向く時間、経費の削減につながる)これまでの実施体制で、受講者が満足しているのか、受講したくてもできなかった人はどのような理由があったのか、受講した人の地域性に偏りはなかったか、などについて確認して、対策を検討する必要があると思う。知識習得については e-learning を活用し、事例検討やグループ討議などは集合するなどの効率化も必要。
- 各病院に緩和ケア専門の医師が 1 ～ 2 名しかいない場合、緩和ケア研修会をほとんどその医師が行うか、名前だけ出ている医師(実質緩和ケアを行っていない医師)が緩和ケア研修会を行う事になる。地域で協力しあい、いくつかの病院の緩和ケア専門医が 1 つの緩和ケア研修会を行う事ができるようになると良い。
- 現在は医師に対する研修のみ。緩和ケアが多職種で行われるという名のもとに、多くの看護師がかなりの時間を割いている。協力するのはよいと思うが、協力するのであれば多職種チームでの学習にふさわしい内容の検討が必要。他職種研修の義務化。
- 国立がんセンターから統一された研修内容を拠点病院に発信し、同様の研修が各拠点病院で実施されている現行の体制は、質の均てん化の観点からは良いと思う。課題は、より多くの医療従事者が研修を受けられるよう、研修開催回数の増加をどのように行うかであり、支援病院の増加や協力が必要である。
- 医学部も看護学部も基礎教育でも実施するが、専門的な教育はライセンス取得後の教育である。
- 緩和ケア研修のフォローアップ研修。

③ 研修の質の維持向上のための研修内容について。

- 質向上のためには、受講後のフォローアップ研修が必要。
- パブリックコメントを反映した研修内容にする。
- 研修内容は、殆んど毎年変化することが無いが、医療制度や医療の内容は毎年変化するので、マニュアル化されている内容はマイナーチェンジが必要である。”
- 現在日本緩和医療学会のもと、看護師に対する緩和ケア教育は ELNEC-J、医師に対する緩和ケア教育は PEACE として実施されているものがあるが、これらの質の維持向上を図っていく必要があるだろう。
- OFF-JT、OJTを踏まえた研修内容とフォローアップ研修(研修後の課題整理

と対策立案等)の充実

●緩和ケアとして目標とする状態を設定して、そのために必要な内容であったかを評価したうえで、内容の再検討が必要と考える。また、受講者が研修修了後にどのような内容を有効活用できているか、という点での評価も必要と考える。

●“現行の緩和ケアの概念やスキル、及び、作成された事例を検討する研修に加え、参加者が実際に困った事例や問題を提示してもらい、他の参加者の医療従事者や緩和ケアチームと協働で解決策を見出すという研修内容を盛り込むことで、より身近な知見を得たり、緩和ケアチームとの連携のメリットを感じられる機会となり、質向上に繋がると考える。

●座学の講義よりも、コミュニケーション研修のようなロールプレイが有効。教材の見直し。がん治療に関する知識も必要。

院内でできる内容と緩和ケア研修でしかできない内容を分けて、院内でできるものは緩和ケア専門医師とがん看護専門看護師とがん領域の認定看護師で協力して実施する。

症状緩和、コミュニケーション、倫理的問題。

●カウンセリングといった心理的サポートに関する内容、疼痛マネジメントといった症状マネジメントに関する内容を事例検討方式で深める。また、中央で行わなくても教育の中核拠点を整備し、機能に移譲する。交通費だけでもばかにならない。

連携方法や社会・福祉的資源の活用に関する内容、最新情報に関する内容など

●緩和ケア研修に、在宅・地域での緩和ケアについて具体的な内容を盛り込んでほしい。在院日数の短縮化や、急性期、療養などの病院機能の分類により、在宅・地域での緩和ケアは、がん患者の病気の時期を問わず重要になってきているので盛り込んでほしい。

●緩和ケア研修によって、がん性疼痛をはじめとする身体症状緩和スキルは向上したことを実感していますが、せん妄以外の心理的苦痛や精神症状の評価と緩和については、依然と苦慮している医療者が多い。心理・精神症状に関する教育内容の充実や、教育技法の修正等も検討する必要があると考える。

④ 修指導者の質を維持向上のための指導者教育について。

●指導者の育成に力を入れるべき（指導者講習会を受講した後のフォローアップが重要）、教育技法などしっかりとフォローしてほしいと思う。

●研修指導者教育は、都道府県単位で定期的に行い、指導者になったあとも継続した学習を積むことを課すのが望ましい。

●研修指導者は、定期的にフォローアップ研修を受けているようではあるが、ある程度関係性が出来ており、医師のプライドへの配慮もあり、批判はできないよう改善には至らないようである。①で挙げた研修の内容の洗練を行っていく必要があるだろう。

『緩和ケア』の知識等の向上のみならず、ティーチングやコーチング、プレゼンテーションスキル等を踏まえた研修内容とフォローアップ研修の充実指導者同士の意見交換や教育指導場面の事例検討などの機会も必要と考える

●能力啓発、人材育成、効果的な教授方法、ポジティブフィードバック、チーム構築など、指導する側の認識が重要だと思う

看護師については、すでに、認定看護師や専門看護師の教育が多々行われていることの認識が必要かと思います。

- ・研修や認定を受けている看護師が、成果を上げられていないことが、患者家族に質の高いがん看護を認識してもらえていない現実につながっているように思われる。
- ・すでに 1000 名以上の専門看護師や認定看護師が成果を上げられるよう、看護管理者を巻き込み、がん看護・緩和ケアにおける組織課題を明確できる仕組みを検討する。

●”医師への指導者研修だけでなく、医師を含む緩和ケアチームメンバーへの指導者教育の実施が必要ではないか。

●②をすべて終了しており、実務経験を重ねている者。それらに関する教育・研究に携わっている者。文科省と厚生労働省委託事業に整合性をもたせ有効活用を考える。知識レベルでは研修をたくさん受けている人がいるので、ラダー方式でクリアできる。むしろ事例や討論を用いて深めることが大切である。

●指導者は医師が主であるが、指導者を担える職種を拡張し、学会や自治体などで、緩和ケア研修指導者教育のプログラム機会を増やしてほしい。絶対的に指導者数が不足していると実感している

⑤ その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●PEACE 緩和ケア研修は「医師のための研修」とされているが、専門・認定看護師はファシリテーターとして協力している。しかし、医師がもらう日当の 1/4 しか支給されていない県もある。一方で医師・看護師ともに同じ日当の県もある。それらの不平等を無くさなければ、看護師は自分の休日を返上してまで協力をし続ける気持ちにならない。

●医師のみならず各医療職者が参加する研修において自己研鑽で終わることがないように、研修に対する付加価値（報酬化、認定制等）を付ける。

●第 2 次がんプロで指導者養成教育に文科省の予算がつき、大学院での指導者養成が進むことが期待されるが、大学院教育と卒後研修をリンクした企画が組まれるとがんプロの利用学生が増えるかもしれない。

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）

●医師、看護師、その他の医療者すべてでしょう。がん疾患に関係ないとする循環器領域の医師との接点、働きかけも重要（一般病院ではがん患者を診察する頻度が少ない医師は関心も低い）看護師、医師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、栄養士、理学療法士、作業療法士、放射線技師、検査技師、臨床工学士、保健師、ケアマネージャー など

●医師、看護師、薬剤師、MSW、相談員、患者・家族の意思決定や直接ケアに関わる職種は優先されるべき。間接的な関わりとなる職種についても、知識は必要と考える。緩和ケアを提供する同じ施設の職員（医療者）として、どんな形ででも患者・家族につながる役割を果たしていることを自覚してもらうことは必要と考える。

●がん患者がこれだけ多い日本の現状を踏まえると、日本の看護職は全てが、がんについて、患者家族に理解いただきたいと思うことと同じレベルでも理解できるようになる必要がある。『すべての看護師』『がん治療を提供している部署の看護師』『がんを専門としている看護師（認定・専門）』の段階に分けた看護師数の試算と、教育体制整備が行われる

●専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族のQOL向上に資する職種（医事課）を含む。

●入院医療機関の医師・看護師・薬剤師・栄養士・診療放射線技師・会計窓口担当者。がん治療の薬剤の処方を経う薬局の薬剤師や会計窓口担当者。都道府県・市町村のほか、産業の場で活躍する保健師、学校の養護教諭にも正しい知識の普及が不可欠である。

② 職種別の研修を検討すべきか？

●職種別研修と全ての医療者合同の研修が必要である。

●緩和ケアといえど、終末期のがん患者が受ける医療、生産性の低い医療という認識が、小規模診療所で勤務する医療従事者の中には根付いている場合が多い。診療所やクリニックに勤務する職員に対しても研修を受ける場を設けることが必要である。（切れ目ない緩和ケア提供のためにも）

●「基本的な緩和ケア」は苦痛の包括的アセスメント、コミュニケーション、疼痛などの基本的な対処方法、多職種との連携等であれば、職種別の研修である必要はないチームでのシミュレーションのような研修があるべき。

●各職種研修修了者がチームとなって、チーム等の研修を実施”
内容によって考慮するとよいのではないのでしょうか。

●職種別の研修も必要であるが、職種独自の考えや仕事内容などをきちんと知るためにも、全体の研修は必要である。

●職種ごとに内容は異なるので、全職種網羅するのは現実的ではない。医師と看護師以外でもPTなど直接身体に介入する職種は研修が必要である。あとは自分の専門の領域でそれぞれ勉強して頂くのが現実的である。

●看護師に対しては新たに全ての看護師に対する研修は必要ないと考える。拠点病院などでは既に継続教育として基本的な緩和ケアの研修は実施されていることが多い。多大な労力をかけて薄く広い基礎的な研修を今からする必要性はあまり高くない。それより、以前に厚労省による「がん看護に強い看護師養成プログラム」として実施されていたよ

うに、それぞれの病院において緩和ケアの軸となる看護師を養成するほうが現実的であり、益も多いと思われる。

●職種別の高度な実践を目的にした研修も必要であるが、活動が職種によって細分化されないよう留意する必要があると考える。がん患者にあまりに多くの職種やチームが関わり、患者自身も誰が何をしようとしているのか分からない状態のことがある。例えば、生活障害を残す治療に関わる職種が集まるなど、共通部分がある分野では共同の研修も必要と考える。リハビリテーションといった大きな枠組みのみでなく、がん腫や治療法によって分けた形で、多職種が学び合う機会があると良い。

●5年以内に全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解するには、職種別ではなく、多職種合同で、基本的な緩和ケアの知識を焦点化して実施する方が現実的に達成可能と思われる。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●チーム医療を円滑に行うための知識・技術的習得が望まれる。

●教育的立場（大学・専門学校）でもチーム医療や緩和ケアの必修単位を設け、知識技術習得を目指すのが理想。

●eラーニングなど、いつでもどこでも受講可能な体制の整備が望ましい。各職種の研修受講の要件かまたは報酬化、加えチーム等の要件として各職種が集まって参加する研修を修了する。

●緩和医療学会の看護師への教育ではELNEC-Jの研修を行っており、すでに指導者が470名余り、受講修了者が1000名を超えている。診断時からの緩和ケアとは、すなわちがん看護として蓄積してきた知識・技術があるため、がん看護学会でのカリキュラムをにそってアウトラインを作成し、ELNEC-Jと合わせて教育できるような施策づくりが必要。

●看護師に比べて医師の緩和ケアの理解は遅れている。医師が医学生に緩和ケアの教育をするよりも、医学生、看護学生、薬学、検査の学生に合同で緩和ケアのケースワークをさせ、学生同士で学び合わせる方が効果を望める。医師養成の教育基準にもこのような教育の場がもてる枠組みが欲しい。

●特に在宅療養での緩和ケア体制は不十分であり、在宅支援診療所、訪問看護ステーションの質の向上が急務である。

●がん診療に関わる医療者が拠点病院でなくても習得できるよう例えば、300床以上の病院としてはどうか。

●がん看護専門看護師が県や各診療連携拠点病院の企画・運営に参加し、その病院の実情にあった方略を考える。組織横断的な活動に精通しており、調整もできる。

●都道府県拠点病院ががん看護専門看護師、認定看護師が最新の知識や技術を習得するためのフォローアップ研修を開催する。

●専門学会が共同で研修システムを構築する。

●WEBなどでの受講手段を工夫して研修を実施することで、過去5年間医師対象でも全てに緩和ケア研修ができなかった部分を、改善できるかと考える。

●医療機関については、研修スタッフが医療機関に出向いて研修会を開催できるようにする。また、e-learning やスカイプの活用も検討する。特にベテランの医師が、ロールプレイを嫌がって研修参加を躊躇すると聞くので、所属施設へ模擬患者が訪問して対模擬患者への診療の様子をビデオで撮り、後で専門家のコメントを聞けるような体制を整える。

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?)。

●研修修了者を公開することで、患者が医師を選択する幅が広がると考える。しかし、研修を終了したということのみでは本当に患者が望む緩和ケアが受けられるという指標にはならず、肩書や名目上だけの研修になってしまうことも懸念される。情報開示の際には、医師の専門や治療・ケアの方針なども合わせて記載すべきである。

●研修を義務化している施設があるため、研修を受けた医師の割合は必ずしも指標とはならない。実際には、がん患者と殆んど接する機会が無い診療科の医師もいる。

●研修に参加しても2日間のみであり、実益は伴わないため緩和ケアの能力向上の指標にはなりえない。研修医など若い世代の参加はあるが、上級医師はなかなか参加しない現状があるため、数だけでは評価が困難。研修を受けても研修医は2年後には離院するため、拠点病院が努力して指導した内容と数は相関しない。公開については、強制力が働き、参加者数が増加する可能性がある。

●国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん情報サービス」がん診療連携拠点病院の個別ページに、研修修了者数は公表可能である（

●研修の重みづけがなされていること、認知されていることで、研修修了者の数が指標となるのではないかと考える。そのため研修の重み付け（付加価値）と広報がか？

医師や施設が緩和ケアに対して取り組む意欲を示す目安にはなるかもしれないが、経験値などはわからないので、実質的な緩和ケアの質を示す指標にはなり得ないと思う。公開することになれば、緩和ケア研修の受講率は上がることが期待できるかもしれない。

●“病院全体及び診療科や部署別の研修修了者の数・パーセントを公開することはよい。これが全てではないが、緩和ケアに取り組む意識や理解の1つの指標となりうると思う。

●何名中何名が研修を受けているという情報は表に出すようにしないと、全員受け取れないのではないかと。受講人数は指標になると思います。

●公開内容：研修修了者の実数、割合指標について：状況により、指標になる場合とならない場合が想定される研修を修了して、どのように貢献したかといったことのアウトカムは必要と考えられる

●公開するべきである。少なくともその病院の緩和ケアに対する取り組みの姿勢の指標にはなる。

●緩和ケア研修を修了した医師は増えてきているが、研修を行ったアウトカムが個人のスキルアップや加算取得のための必要要件程度にしか反映されていない現状がある。患者・家族が相談できるための情報提供のためにも必要だが、自施設内においても研修修了生の情報が明らかになっているとは言い難い状況にあり、チーム医療を活性化するための医療者側の情報として、研修修了医の氏名までを公開してもよいのではないだろうか。指標となりうるかどうかは不明だが、がん診療に力を注いでいる機関という指標の一つにはなりうると思う。）

●拠点病院であっても、病院全体ががんや緩和医療に目が向いているとは限らない。経営状態や人員不足により研修は「緩和ケアチーム任せ」もある。組織を挙げて積極的に研修に参加するように呼びかけることが難しい施設もあるため、修了者数の公開は組織を動かすきっかけであり、利用する患者や家族は病院を選ぶ指標になると考える

② その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●がん患者の診療や治療に携わる可能性がある医師は、診療拠点病院以外にも、多く存在する。しかし、医局制度の変化によって、医師不足となった施設の医師は週末2日間、他施設に出向くことは難しい状況であるため、がん診療拠点病院以外の場でも研修を開催し、がん患者の診療に携わる医師が研修を受けやすい環境を整備することが急務である。eラーニングや単位制など、研修を実施する指導者の負担にならない、受講者が受講しやすい方法の検討が必要

●公開することについての規則づくりが必要。）

●臨床研究に「研究倫理の研修」が必須になったように、がん医療に携わる医師への必須研修とする

●医師の研修は、WEB や教材の視聴など各自が自由な時間に受けられるようにし、WEB による所定の試験に合格したものという基準を設けると、緩和ケア研修修了医として認定、公開する意義はあると思う。

●医師は、的確に標準治療を提供するだけでも、多忙である。医師のチームとしての調整力も緩和ケア研修に含めて、医師だけでなく、看護師らを多職種を活用できる力をつけて欲しいと考える。

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？

●医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、放射線技師、検査技師、臨床工学士、保健師、ケアマネージャー、看護助手、病院管理者など。

●看護の視点は不可欠であり、看護師は、患者の最も身近な存在として、患者の精神的・社会的苦痛を患者の生活に照らし合わせて理解することが可能である。

●がん診療連携拠点病院であれば、そこで働く医療者が施設としてがん医療に取り組んでいることを理解して、それぞれの持ち場で患者・家族に関わることは、細かなところで精神心理的・社会的苦痛に対応することにもつながると考える。

●看護師はもともと心理社会的な苦痛に対応するよう教育を受けているが、日常的に行っているために評価されていない。看護師こそ心理社会的苦痛に対処する専門家としての人材であり、育成も強化すべきである。

●看護師（全ての看護師であるべきだが、特に（リエゾン）精神看護専門看護師、がん看護専門看護師・認定看護師）、心理職、

●専従の常勤看護師（がんに関連する専門あるいは認定資格のある看護師）、身体・精神症状の緩和に習熟した医師、緩和ケアに習熟した薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）、管理栄養士を最低含み、心理士、その他の患者・家族の QOL 向上に資する職種（医事課）を含む。

②どのような人材育成を考えるのか？

●癌疾患、治療に対する基本的な理解、各職種は何ができるかなど、異職種同時に育成するプログラムも必要。どの職種もある一定のレベルでディスカッションが可能となるように、緩和ケアの基礎を学ぶこと。

●がんを患った患者と家族の立場になって物事を考えられる人材。・変化しやすいがん患者の精神・心理的苦痛を理解する機会が多いのは、医師のみでなく、患者の日常生活をサポートする看護師や理学療法士など毎日決まって患者の側に行きケアを行う職種であることから、これらの人材が患者の精神・心理的苦痛に対応できるように育成するプログラムが必要である。

●基本的なコミュニケーション方法の獲得と、それぞれの病院の相談窓口の周知徹底を行い、患者家族に紹介できる状態まで。多くの医療従事者は時間外にも研修に参加するなど努力しており、疲弊している。高くを望むのではなく、院内や地域のリソースに繋ぐ状態に病院職員全てに周知。

●「精神心理的・社会的苦痛に対応できる」→まずはコミュニケーションスキルの向上患者・家族の体験を素直に理解できるような人材育成の機会があるとよい。理論的なことや心理過程などの特徴について理解して、共感や傾聴のスキルが身につくとよい。

●看護師やMSWは基礎教育も含めて対応方法について学習しているが、その他の職種は学習する機会がほとんどないと思われる。基本的な知識の取得とそれぞれの職種が臨床場面でよく遭遇する精神心理的・社会的苦痛場面での具体的な対応方法やアセスメント、他のチームメンバーへのフィードバックの方法などについて学習し実践できる人材を育成する。

●“患者・家族の問題をトータルに評価し、各職種のスキルを発揮できると同時に、多職種と協働できる人材

●病気や治療の経過、療法方法について理解し患者・家族の全人的苦悩に対応できる人

●直接的に解決することができなくとも、得た情報からどのリソースに相談・依頼すべ

きか等の判断ができる人材。ジェネラリストでも解決できる部分は大きい。質高研修を終了した人々の活用。心身相関があるので精神心理的のみだけでなくトータルのペインをとらえられる看護師の活用が望ましい。

- 緩和ケアチームで処方以外において精神科医の代替となるような看護師、心理職

- 苦痛に耐える、対処することだけでなく、よりよく生きることを目標に薬剤のみに頼らず、エビデンスに基づいた代替療法（アロマ等）やリハビリテーションの概念に基づいた療法を、入院患者、外来患者、在宅療養患者に提供できる人材の育成。患者・家族のみならず他職種スタッフへの教育、サポートができるがん看護専門看護師の育成。

- 緩和ケアを理解し、意義を認識し、チーム医療が実践できる人材を育成する必要がある。各職種の基礎教育（資格取得の学校や大学）から、学会や現場での継続教育において、緩和ケアをがん医療に関わる専門職の責務として盛り込んでもらい、教育を徹底してはどうか。

- 患者の苦痛を全人的に理解することができ、関わり続けることができる人材を育成するには、座学ではなく臨床現場でエキスパートと共に患者をケアすることで、自らの人間観・医療観をリフレクションするような育成法が有効と考える。

- がん患者が抱えるストレスや精神症状には、身体症状やがん治療が起因していることが多く、がんの病状と治療、身体症状と併せて心理的苦痛のスクリーニングを行うことができる、がん看護専門看護師の役割は大きく、がん看護専門看護師のさらなる育成促進が望まれる。

③その他、変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

- がん診療拠点病院だけでなく、一般の病院においても医療従事者全般を対象にした精神心理的苦痛のアセスメントとケアについて学習する機会を設けることを推進する。

- がんに関連した専門看護師・認定看護師の配置規定を明確にする。

- 施策により教育や学習の機会が保障される。

- 臨床研究に「研究倫理の研修」が必須になったように、がん医療に携わる医療者への必須研修とする

- がん看護専門看護師は精神心理的・社会的苦痛に対応できると考える。がん看護専門看護師のサブスペシャリティとして、より高度な精神心理的・社会的苦痛に対応できる知識・技術、また遺族へのケアを実施できるように、特定の基準を満たした大学院にコースを設置し、修了者に新たなタイトルを付与する。

- 医療施設内に、臨床の医師への教育に専門的な知識や技術や態度を習得している医師や、看護師への教育に専門的な知識と技術と態度を有している看護師を配置し、教育に専従できる体制を作る。

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」

① 変更案を達成するための施策としてご意見がございましたらお書きください。

●関連学会理事の意見を積極的に聞いて絶対数を如何に増やしていくのか、具体的な戦略を期待する。併せて人材質保証も重要で、臨床に於いてどうしようもない認定者の扱いに難渋している場合もある。がん医療を専門とする精神腫瘍医や臨床心理士、リエゾン CNS 等の存在はまだまた不足していると思われるため、心のケアを専門的に行う医療従事者の育成は早急に取りかかるべき課題であるとする。

●看護師が、患者と一番身近に関わっており、患者の精神面の介入やアセスメント能力は長けている。複雑な精神症状により多剤併用の薬剤コントロールが必要な場合以外は、看護師が十分にケアできると考える。精神腫瘍医や臨床心理士の育成以前に、看護師のメンタルサポート体制を構築したり、人員配置を増やすなどして、看護師が患者の精神的苦痛を十分にサポートできる環境整備を行ってほしい。

●がん患者が増加する中、精神腫瘍医や臨床心理士等がすべての患者のケアにあたることは困難である。また心のケアは看護師の担う役割でもあり、看護の視点を取り入れることは不可欠である。困難事例やより専門的なケアが必要な場合に精神腫瘍医や臨床心理士等と連携してケアにあたるべきである。

●患者や家族の精神心理的苦痛を経時的に観察できるのは、看護師である。専門家にコンサルテーションする必要があるか否かをアセスメントするのは看護師の役割であるとするので、関連学会の協力を得て、看護師が患者や家族の精神心理的苦痛をアセスメントするための高いスキルを身につける機会を作ることが必要である。

●がん診療連携拠点病院の多くは、がん専門病院でなく、大学病院などの総合病院であり、精神科医や心理士などは必ずしもがん患者を専門的にみていくことに関心があるとは言えないことを前提に、専門看護師や認定看護師などの専門性の高い看護師との協働も視野に入れた心のケアについて教育されるとよい。

●がんをスペシャリティとする臨床心理士が非常に少ないので育成が必要。

●緩和ケアが提唱する全人的な苦痛の緩和を目標とする場合、医療者ばかりが努力していても、緩和ケアというか、市民も自身の QOL についての責任の認識を少しは喚起するべきではないか。患者会活動や病院ボランティアなどの市民活動への参加を促す

●緩和ケアに携わる医療従事者は、心のケアを行うためのカウンセリング法の習得や、自身及び他の医療者のメンタルヘルスをサポートできる必要があるため、精神腫瘍医や臨床心理士だけでなく、緩和ケアチームメンバー全員への心のケアに関する研修・教育の機会が必要と考える。

●多職種間カンファレンスを必須にして、患者の問題を早期に探る。退院カンファレンスをルチン化する

●心理士のケアを必要とする患者の割合は実際にはそれほど多くない。患者には自分の病気に向き合う潜在的な力があり、多くの患者は自力で対処可能である。人材の養成は多くはいらないが、時に困難事例もあるので、数のバランスをよく考えて養成すべきである。専門職者が増えることでケアが分断される懸念もある。むしろごく普通の思いやりのある態度を周囲が持つことが重要。

●精神腫瘍医は現在のペースで育成しても全国的な均てん化は不可能と思われる。診

断・処方に関しては緩和ケア医、その他のケアについては看護師や心理職で代替できるような体制を取るほうが現実的と思われる。

●臨床心理士でなければならない理由がわからない。患者の身体面が抜きにして、心のケアのみを独立して実施することは不可能である。精神科医であれば、病的な場合の診断や治療が必要な場合に対応を求めることになるが、体と心を分けて、各々の専門でという考え方には賛成できない。

●精神腫瘍医は、がん診療について詳しいと思われるが、臨床心理士はがんが専門とは限らない。がんの心理的問題を扱う職種として、サイコオンコロジー学会などを中心に、心のケアを専門に行う医療従事者の育成研修会の指針を作成してもらい、各学校やがんプロなどで研修プログラムを実施して、人数を増やしていく必要があると思う。また管理者はこうした人材を活用する知識を身につける研修があるとよいと考える。

●英国のがん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004 では、がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時には、心理的苦痛の第2段階のスクリーニングを実施し、危機介入や支持的療法、問題解決技法の心理療法介入を行い、必要時に精神科医に繋げる医療者として、がん看護 CNS が位置づけられていることから、精神腫瘍医、臨床心理士とともに、がん看護専門看護師や精神看護専門看護師の育成についても触れていただきたい。

13. 全体を通してその他ご意見がございましたらお書きください。

●外来の場では未だ看護師の役割・機能が十分生かされていない状況がある。緩和ケアを推進していくことにおいて、多忙な医師の外来診療の傍らで、看護師が果たす役割は大きいのではないかと考える。看護師では、がん看護専門看護師、緩和ケアまたはがん性疼痛認定看護師が中心となる役割を果たすだろう。よって、各診療科の医師と看護師、緩和ケア医師、薬剤師等が協働して早期からの緩和ケアの普及ができる体制づくりが重要と考える。

●CNS や CN、看護外来や相談センター、緩和ケアチームや他職種など、必要な患者を適切な専門家/部門につなぐために、外来看護師の増員とともにトリアージ力と向上のための研修が必要ではないか

●例えば、拠点病院の指定は都道府県なのですが、地域医療と介護の拠点は2012年から県から市町村に移行されます。この5年間でも「県」を窓口でして、十分に地域医療・介護サービスの提供体制の構築や連携ができていないですから、現状を十分に検証しないまま、この春から変更となった行政に移管しても現実的には実効性のない改正案ではないでしょうか。また、地域医療の体制整備や人材育成についてもこれまでのやり方では十分に達成することはできないと考えます。地域医療の再構築の中でがん医療の果たす役割について、(1)～(3)のようにもう少し具体的に明示される必要があります。

●「緩和ケアの診療体制」についてどの項目にも、在宅の視点が少ないように思う。例えば、「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、との項目はありますが、診療所だけが緩和ケアを実践

しているわけではありません。特に、このたびの診療報酬の改定では、一人在宅支援診療所の医師の中でも積極的に緩和ケアを実践していた診療所は打撃を受ける可能性があります。（例えば、レセプトの電算化に伴い在宅で利用できる薬剤の制限、特別指示書の扱いなど、看護師や薬剤師との連携を十分に求められるケースもでてきます。）その中で、病院と診療所の医師だけでなく、その間を繋ぐ看護師や薬剤師の役割が重要となると予測されます。

●地域から見ると、「緩和ケアの推進」と共に、地域と病院の相互の緩和ケアの質の評価をする第三者機関が必要なのではないかと思えます。

●全般的に、がん看護専門看護師に期待する役割が大きいと考える。エビデンスを示すことができる、実践の評価を示すことができること、コーディネーター、コンサルテーション、研究を学んでいること、チェンジェージェントとなりうることなどを鑑み、大学院教育を修了した看護師に求められることは大きい。大学院を卒業し、がん看護専門看護師となることに、もっと付加価値がつくべきである。さらに、がん看護専門看護師となった後も継続してステップアップを目指し、自己研鑽した者にも、より高い付加価値がつくべきと考える。

●CNS や CN、看護外来や相談センター、緩和ケアチームや他職種など、必要な患者を適切な専門家/部門につなぐために、外来看護師の増員とともにトリアージ力と向上のための研修が必要ではないか。

●がんと診断された時からの緩和ケアを確実にやっていくには、診療体制の整備と共に、専門性の高い看護師が自律的に活動できるような場を診療報酬を含めて検討していただきたい。カナダやオーストラリアにあるようにがん緩和ケアを必要な人が適切に受けることができるように看護師が調整の役割を担い、必要時には病院、在宅（療養施設を含む）に出かけていけるがん緩和ケア看護の所を作り、そこではサポートプログラムも提供しているなど、患者や家族が自由にアクセスできる場所を作っていただきたい。今回の推進基本計画案では、基礎的な緩和ケアと専門的な緩和ケアの言葉が使われているが、それぞれに何を意味しているのかについてのコンセンサスが必要であると感じている。誰がどのようにケアすることが専門的な緩和ケアかを明確にすることが教育内容の検討や各職種の専門性とチーム医療を進めるうえで大切なことだと思っている。

●精神科の単科病院に長期入院の患者ががんがわかったが治療ができず看取りになる。緩和ケアの知識が無い医師やスタッフの中で適切な緩和ケアが受けられない現状がある。また、脳外科病院で脳転移治療を受けて退院できない患者がそのまま疼痛緩和を受けられず過ごすこともあり、非がん単科病院からのアクセス、もしくは教育を検討いただきたい

・早期からの緩和ケアの導入や、切れ目のない緩和ケアの導入においては治療の経過や身体的変化の予測を専門的に判断するスクリーニングと、定期的な評価が重要である。がん診断時期から、療養プラン（アドバンスドケアプランニングを含めた）の継続的なアセスメント（看護師や薬剤師の外来など）が必要であると考え

・緩和ケアや麻薬を受けて良かった、ということはなかなかメディアにでない。サバイバーの声はこれから治療や緩和ケアを受ける大きな支えとなる。緩和ケアを受けて良い治療ができた、仕事ができたといった情報を集め（状態が悪くなる前のタイミングが重要だが）患者家族、広く市民に届ける方法が必要だと思う。