

第1回、第2回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 議論の概要**【緩和ケア提供体制】**

○ 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。
- 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。
- 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、多職種の連携が必要とされる。

○ 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。
- 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（常勤精神科医の不在等）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おいては、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。
- 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。
- 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。

【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%未満の府県もある。

○ 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を出していく必要があるのではないか。そのための調査等が必要ではないか。

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。

○ 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。

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

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と。
- 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と。
- 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と。
- 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と。
- 多職種の緩和ケア研修については、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継ぎ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ると、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と。
- 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と。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と。

4 推進すべき取り組みの方向性について

- 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、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。

【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。