

第8回 都道府県がん診療連携拠点病院 連絡協議会 緩和ケア部会

事前アンケート結果（V）

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 (1) 診療機能

見直し案

①集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供 エ-ii

初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること⇒十分なインフォームドコンセントの取得の後ろに『(医療者が十分な説明をしたうえで、患者自らが自己の人生観・価値観等に照らし合わせて意思決定し同意をすること)』という文言を付け、ICの主体はあくまで患者側であることを銘記すべき。

①集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供 カ

がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備すること⇒『これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、...』を削除(症状コントロールをパスでは対応できない)

①集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供 コ

思春期とAYA世代にあるがん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること

⇒AYAだけが取り上げられているが、逆に高齢がん患者(特に認知機能に問題のある高齢者や老老介護、独居者など)についても、治療、今後の生活等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療介護機関やがん相談支援センター、行政等と連携すること、と加えるべきかと考える

⇒『必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること』₂の箇所を『連携する体制を整備すること』に変更

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 (1) 診療機能

見直し案

新規 ⑤緩和ケアの提供体制	院内外の緩和ケア提供の効率化・均てん化を図るために、個人情報保護に充分配慮したIT化を積極的に進める。
⑤緩和ケアの提供体制 ア	(前略)...緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること⇒『緩和ケアチームおよび緩和ケア外来も明確に外来に位置付けるとともに、』に変更
⑤緩和ケアの提供体制 ウ- i	週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、適切な症状緩和について協議すること。(後略)⇒『症状緩和や意思決定支援や人生の最終段階における支援等について』に変更
⑤緩和ケアの提供体制 カ- iii	がん治療を行う病棟や外来部門には、(中略)緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置することが望ましい⇒『リンクナースを配置すること』に変更。
⑤緩和ケアの提供体制 キ	患者や家族に対し、必要に応じて、 <u>アドバンス・ケア・プランニング</u> を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備すること ⇒「体制」とはがん相談支援センターや看護外来以外の担当者を設けることを求めているのかどうか分かりにくい。 ⇒ACPは緩和ケアの提供体制ではなく、もっと上位の病院全体に関わる部分に載せた方がよいのではないか。 ⇒緩和ケア提供体制の中に「アドバンス・ケア・プランニング」が入っているのは、違和感がある。病院全体の機能である。

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 (1) 診療機能

見直し案

⑥地域連携の推進体制
力

地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること

⇒緩和ケアに関する連携クリティカルパスについては緩和ケアに関しては、連携する地域によってさまざまなため、削除が望ましいと考える

⇒『地域連携クリティカルパス』を削除 症状は多様でパスでは対応できない

⇒『在宅診療でも継続して実施できるよう、症状コントロールについての相談ができるなどの体制を整備すること』（相談体制を加える）

⑥地域連携の推進体制
キ

退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること⇒退院支援は訪問診療について十分に理解している医師または看護師が関わる。研修等の経験等のある医師、看護師がこれにあたることを望ましい。

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 (2) 診療従事者

見直し案

- | | |
|--------------------------------|--|
| ①専門的な知識及び技能を有する医師の配置 オ | <p>緩和ケアチームに、<u>専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を1人以上配置すること</u>。なお、当該医師については、<u>専従であることが望ましい</u>。また、<u>当該医師は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい</u></p> <p>⇒<u>常勤の緩和医療科医師の確保は地方では困難。緩和医療科医師以外(緩和ケアに関する専門資格を持たない)でもOKとする</u></p> <p>⇒『<u>専従の身体症状の緩和...医師を1人以上</u>』とする</p> |
| ①専門的な知識及び技能を有する医師の配置 イ | <p>専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。なお、当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい⇒<u>兼任で複数人配置でもよいことにしてほしい。</u></p> |
| ②専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置 ウ | <p>(前略)当該医療心理士に携わる者は公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい。⇒『<u>当該医療心理に携わるものは、「常勤」「専従の」公認心理師またはそれに準ずる専門資格を有するものであることが望ましい</u>』とする</p> |
| ③その他 エ | <p>(前略)なお、当該評価に当たっては、<u>手術・放射線治療・薬物療法の治療件(放射線治療・薬物療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。)</u>、<u>紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、…(後略)</u>⇒『<u>手術・放射線治療・薬物療法・緩和ケアチームの診療件数(放射線治療・薬物療法・緩和ケアについては、入院・外来ごとに評価することが望ましい。)</u>』とする</p> |

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療実績

見直し案

意見

地域拠点で診療実績を掲げてあり、都道府県拠点はそれを満たすことになっているが、**地域と都道府県拠点の実績目標値が同じなのが妥当かどうか**。都道府県拠点はもう少し実績を上げて良いのではないか。

3 研修の実施体制

新規提案

- ・ **オンラインでの開催の可能性**について言及してほしい
- ・ **緩和ケア研修会は各病院に1回以上を義務化するのをやめ、都道府県の計画に協力すれば良いこととする。**

4 情報の収集提供体制

(1)がん相談支援センター ⑧

地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。⇒『**相談支援の際には、随時緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来等と連携を図りつつ、患者の全人的支援にあたること。**』を追記する

新規項目の提案

新規提案

＜7.医療にかかわる安全管理＞と＜8.地域拠点病院(高度型)の指定要件について＞の間に**医療に係る臨床倫理の項目**を設け、倫理的な配慮を行いながら(医療安全と臨床倫理のバランスを取りながら)がん治療に当たるような促しを行うべき。

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

8 地域拠点病院(高度型)の指定要件について

見直し案

意見

地域拠点病院(高度型)の指定要件に関するメリットを明確にしていきたい。現状では、高度型の認定があっても実働職員の負担が増加するにも関わらず、診療報酬、補助金上でも通常の地域拠点病院の内容に変わらない。今後、差別化を図るための対価等を検討いただきたい。

※指定要件の見直し以外の意見

- 厚労省や自治体等に報告書を提出する際、締めの方が年末であったり、年度末であったり、任意の月末であったりすることを改善してほしい。集計・報告書を作成する担当者の事務作業が、報告書毎に個別の対応が必要となり、負担である。年度末締め等で統一してほしい。

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

1) 今後見直しが必要な項目と、その見直し案について

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件

見直し案

新規提案 (3)緩和ケアセンター	集計業務や書類作成を行う事務員の配置を義務付けてほしい。GMの負担が大きく、管理的業務もしながらでは、患者・家族への直接ケアが十分に行えない。
意見 (3)緩和ケアセンター	都道府県拠点において「緩和ケアセンター」の設置が必ずしも必要なのか見直していただきたい。特に大学病院などは「腫瘍センター」や「がんセンター」の名称で統括的にがん治療を行っている施設が多いが、その下部組織として緩和ケア部門があっても良いのではないか。
(3)緩和ケアセンター ①	(前略)定期的ながん患者 カウンセリングを行うこと⇒『がん患者及び家族に対するカウンセリング』に変更する
(3)緩和ケアセンター ④	地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること ⇒「月1回程度」を削除
(3)緩和ケアセンター ⑩-ア	緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラル(GM)を配置すること。GMは、常勤であり、かつ 院内において管理的立場の看護師であること。(後略)⇒ 専従のGMについて、専従でなくても構わない要件にしていきたい。要件緩和をする事で、より現実的な役割を担えらる。考える。
(3)緩和ケアセンター ⑩-イ	ジェネラルマネージャーとは別に、専従かつ常勤の看護師を2人以上配置すること。(後略)⇒『専従かつ常勤の看護師「3名」以上配置』とする

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

2) がん診療連携拠点病院制度の見直しに関する議論の際、現場からの提案として 特に重要な事項

人員に関すること

- 特に**医師、看護師以外(MSW,事務職)**が施設の規模に応じて充足されていることを指定要件にしてほしい。緩和ケアに関する病院上層部の理解はまだまだ足りない。これまで以上にがん診療連携拠点病院制度で緩和ケアに関する指定要件を緩めず、管理いただきたい。
- 特に医師については、緩和ケア専門資格保持者がいない施設が多く、県内でも数少ない。**専門資格保持医師の存在を拠点病院要件とするのは未だ時期尚早**と考えます。養成にはまだ時間が必要。
- 緩和ケアチームに**精神科医**が必要かどうか。**県内の精神科医が足りない**。
- 緩和ケアリソースは各職種とも非常に少ないメンバーで、かつ、活動拠点が脆弱なまま活動すべき内容だけが多くなっている。ぜひ、もっと活動拠点や**人員面・金銭面での強化がなされるよう強く求めたい**。(手術・放射線治療・薬物療法に比べ、あまりに行うべきことと実働メンバー数との乖離が大きい)
- 緩和ケアセンターの人員配置について緩和された場合、管理者に人員配置を要求することが難しくなる。**緩和ケアセンターの指定要件を満たすための項目が多岐にわたり、業務を圧迫している。人員配置の緩和が行なわれるのであれば、指定要件も緩和する方向での見直しをしていただきたい**。

非がん緩和ケア(+人員)に関すること

- 同じメンバーで非がん緩和ケアにも対応していかなければならないことを想定し、要件を議論してほしい。
- 緩和ケアチームの対象疾患は、「がん」のみではなくなってきている。「がん」診療連携拠点病院制度とはいえ、緩和ケアチームの規定を「がん」に特化するような要件は「非がん」の緩和ケア推進の障害となる**可能性が危惧され、見直しが必要な時期ではないか**。GMや緩和ケアチーム看護師は「がん」関係の認定資格が望ましいor必須とされているが、**今後は循環器等や他の認定も資格要件としてご検討してもらいたい**。

V. がん診療連携拠点病院等の指定要件の緩和ケア領域において 見直しが必要な内容等について

資料5

2) がん診療連携拠点病院制度の見直しに関する議論の際、現場からの提案として 特に重要な事項

その他

- コロナ禍で緩和ケア研修会のあり方の見直し
- より有益な研修会の検討をしてもらいたい。主な講義をe-learningにしてから集合研修後の参加者の評価が低下している(コロナ禍前の段階)
- 感染や栄養など取り巻く関連領域での総合的なサポートについての体制、他の医療チームとの連携
- 緩和ケアでは、患者におこる症状は個別性が高く、院内外に関わらず、クリティカルパスでの対応は困難。パスの概念を「症状コントロールについて、プライマリーチームが一定のマニュアル等に従い対応し、うまくいかないときに、再度検討し対応、または困難であれば専門家に相談する。」という構造のものと考えれば、望ましいものであり、実現可能である。