

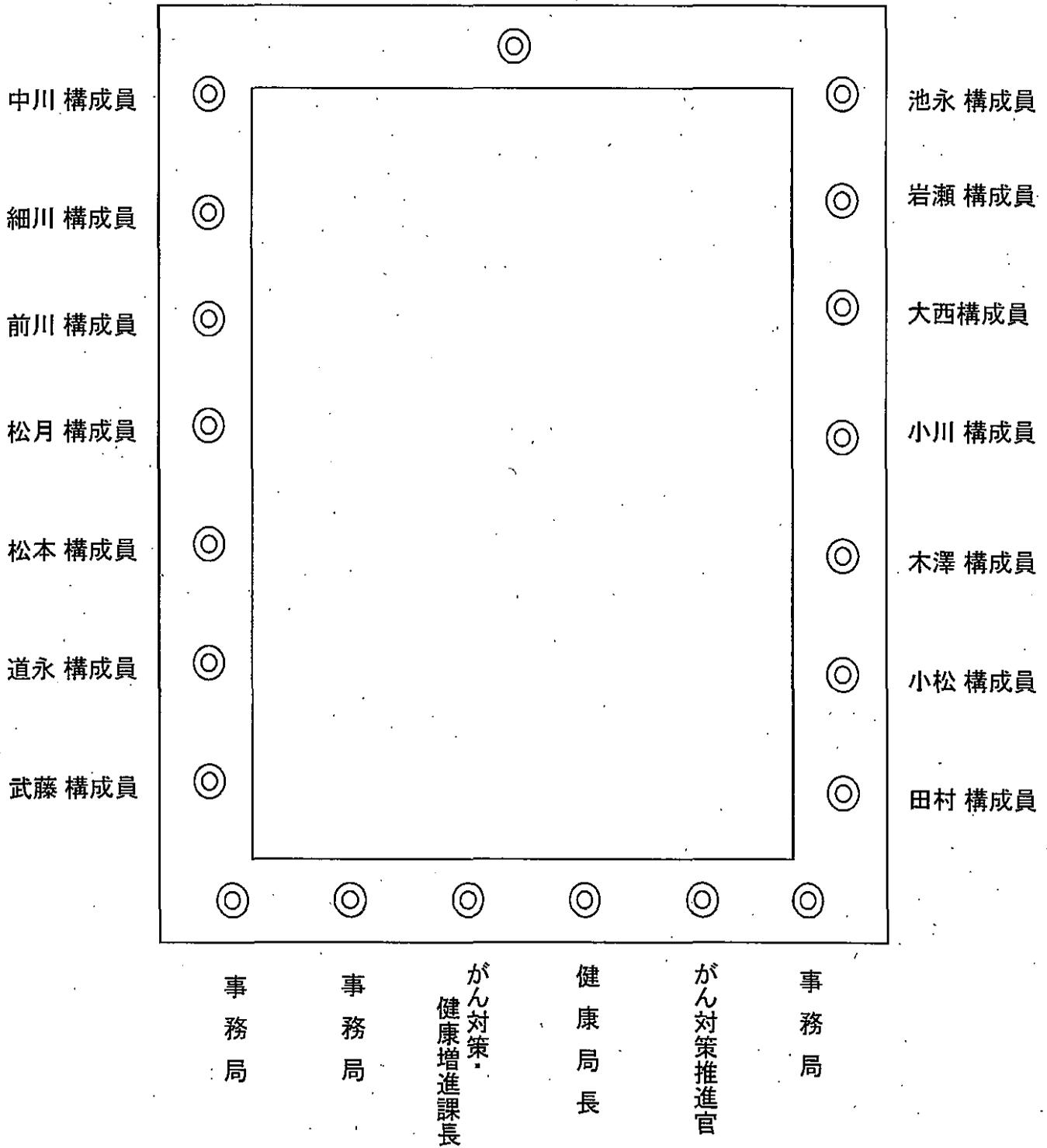
第5回 緩和ケア推進検討会 座席表

日時：平成24年9月26日(水)16:00~18:00

場所：厚生労働省18階 専用第22会議室(東京都千代田区霞ヶ関1-2-2)

速記

花岡座長



事務局

(傍聴席)

出入口

第5回緩和ケア推進検討会議事次第

日 時：平成24年9月26日（水）

16:00～18:00

場 所：厚生労働省18階第22会議室

議 事 次 第

- 1 開 会
- 2 議 題
 - (1) 中間とりまとめについて
 - (2) 緩和ケアに関する正しい知識の普及について
 - (3) 専門的なケアへのアプローチについて
 - (4) その他

【資 料】

- 資料1 緩和ケア推進検討会構成員名簿
- 資料2 「中間とりまとめ（案）」に関する主なご意見
- 資料3 「中間とりまとめ（案）修正版」
- 資料4 緩和ケアに関する正しい知識の普及についての主なご意見
- 資料5 専門的なケアへのアプローチにおける問題点
- 資料6 専門的なケアへのアプローチに関する構成員の意見のとりまとめ
- 資料7 今後の議事の進め方（案）

参考資料 田村構成員提出資料

「緩和ケア推進検討会」 構成員名簿

- 池永 昌之 淀川キリスト教病院ホスピス科 部長
- 岩瀬 哲 国立大学法人東京大学医学部付属病院緩和ケア診療部 副部長
- 大西 秀樹 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍学 教授
- 小川 節郎 日本大学医学部麻酔科学系麻酔科学分野 教授
- 加賀谷 肇 明治薬科大学臨床薬剤学教室 教授
- 木澤 義之 国立大学法人筑波大学医学医療系臨床医学域 講師
- 小松 浩子 慶応大学看護医療学部慢性臨床看護学 教授
- 田村 里子 東札幌病院診療部 副部長
- 中川 恵一 国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科 准教授
- 花岡 一雄 JR 東京総合病院 名誉院長
- 細川 豊史 京都府立医科大学附属病院疼痛緩和医療部 部長
- 前川 育 特定非営利活動法人周南いのちを考える会 代表
- 松月 みどり 公益社団法人日本看護協会 常任理事
- 松本 陽子 特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会 理事長
- 道永 麻里 社団法人日本医師会 常任理事
- 武藤 真祐 医療法人社団鉄祐会 理事長

(五十音順・敬称略)

「中間とりまとめ（案）」に関する主なご意見

緩和ケア全般に係る基本的認識

- 「痛みは主観的なものである。痛みの緩和には、患者や家族の辛さや苦悩に耳を傾け、痛みの緩和に当事者が主体的にかかわることができるよう支援することが重要。」を追加すべき。
- 「患者とその家族などががんと診断された時からあらゆる苦痛に対して適切に緩和ケアを受け、苦痛が緩和されることを目標とする。」を追加すべき。
- 「緩和ケアは身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛を含むその他の苦痛を緩和するものであることを患者・家族、医療者が共に認識することが必要。」下線部を追加すべき。

緩和ケア提供体制

【基本認識】

- 「がんと診断された時からの緩和ケア推進のために、がん診療の外来において、確実に心身の苦痛をスクリーニングし、必要時、相談支援の提供や緩和ケアの専門家へ連携する体制の構築が必要。」を追加すべき。

【求められる方策】

- 緩和ケアセンターの機能として、
「各緩和ケアセンターにおける活動内容を公開するとともに、各センターで蓄積されたノウハウや経験の共有、実績報告、評価を行い、今後の施策に活かす仕組み作りが必要」と考える。
- 緩和ケアセンターの機能として、
「利用する患者や国民に開かれた、いつでも・誰でも・どこにいても良質の支援が受けられる施設である」と言うコンセプトを第一に示すべき。
- 緩和ケアセンターの人員配置について明記するべき。また、がん看護専門看護師等を専従させるべき。
- 緩和ケアセンターの事業開始後、の評価の方法と時期について計画が必要。

がん疼痛など身体的苦痛の緩和

【基本認識】

- 身体的苦痛のスクリーニングをした後に、どのようにして対応するかについての記載が必

要。

- 「がんによる身体的苦痛について抵抗感なく安心して医療者に相談できるような相談支援体制を整えることが必要。」と追加すべき。
- 「医療従事者は、患者の訴えるがんの苦痛や疼痛に対し、真摯に受け止めることが絶対条件である。」と追加すべき。
- 医療用麻薬の使用量が欧米と比べて少ないことについて、
 - ・痛みのある患者を医療者が適切に把握し、薬剤を処方することができていない可能性
 - ・患者の医療用麻薬使用に対する抵抗感
 - ・必要な患者に対して医療用麻薬の使用を推奨し、納得してもらうプロセスが取られていない可能性等があり、これらに応じた対策を明記すべき。
- 「医療用麻薬の消費量は、国内においても地域によって差が大きく、居住地域によって痛みの緩和に違いが生じている恐れがある。(第3回検討会配付資料「日本における医療用麻薬の消費量」によれば、全国平均値を下回る府県は22。最多と最小では2.4倍の差)」を追加すべき。
- 「患者が自分の身体に起こり得るがん性疼痛とその対応策について事前に十分に説明を受け、変化や痛みを訴えやすい環境を整えることが必要。」

【求められる方策】

- 「疼痛に関する情報が確実に診療に還元されるように、看護師（研修を修了した看護師）が身体的苦痛のトリアージを実施し、必要に応じて面談（身体的苦痛の系統的なアセスメントと非薬理学的緩和ケアの指導など）を行う体制を整備すること。」を追加すべき。
- 「・外来診察で使用する問診票に疼痛の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、など、がんと診断した時から身体的疼痛の評価を継続して行い、疼痛に関する情報が確実に診療へ還元されるように、施設毎に評価された疼痛への対応の手順を明確にし、主治医、緩和ケアチームの役割を定め、適切な対応ができているかを確認する体制を確保すること。」下線部を追加すべき。
- 「認定・専門看護師を活用し、がんと診断したあとの患者との面談など、支援体制を強化する（主治医・緩和ケアチーム・精神腫瘍医・心理療法士などとの連携）」を追加すべき。

- 「・看護師による面談を行い患者の状況を正確に把握し、医療用麻薬の使用に関する正しい知識を啓発することができる体制を整備すること」を追加すべき。
- 「・疼痛管理に課題のある患者に対する、医師、看護師、薬剤師等の専門的な知識を持った医療者のチームによる支援を推奨すること」を追加すべき。
- 薬剤師による面談は、「医師により医療用麻薬等の鎮痛剤が処方された場合」のみならず、緩和ケアが必要な全てのがん患者に対して行われるべきである。
- 「・苦痛に関する情報が診療に確実に還元される体制を施設毎に明確にするとともに、この体制をより徹底し、医療従事者への患者の信頼感を高めるために、施設毎に体制を評価し、評価結果を患者・家族に公表する」を追加すべき。
- 「・医療用麻薬の使用量を病院毎に定期的に公表する。」を追加すべき。
- 「がん診療連携拠点病院以外の一般病院でも、同様の取り組みがなされるよう、都道府県と協議して、その普及策を検討する。」を追加すべき。

精神的苦痛等の緩和について

【求められる方策】

- 「がん患者が抱える苦痛の受け皿を整備するとともに、がんに関する情報提供を行うため、相談支援センターの人員増員を図る。」について、
どのような情報を提供することが求められているのか明示することが必要。また、人員の増員を図るのはどのような人材を増員するのか明確化するほうがよいのではないだろうか。緩和ケアを強化するならば最も望ましいのは専門的な技能を持った看護師であると思われる。
- 「診断結果や病状を伝えた後のフォローアップ体制として、看護師（研修を修了した看護師）が必要に応じてカウンセリングを実施し、精神腫瘍医などの専門家への紹介を行える連携調整を行う。」を追加すべき。
- 「がん患者が抱える苦痛の受け皿を整備するとともに、がんに関する不安などの悩みに耳を傾け、相談や情報提供を行うため、相談支援センターの人員増員を図る。」
下線部を追加すべき。
- 「がん診療の中で、精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供できるように、各施設は、精神腫瘍医などの専門家への紹介の手順を定め

ること。」を追加すべき。

- 「病状説明後、看護師（専門・認定）が患者・家族との間で、説明と相談のできる体制にする。」を追加すべき。また、セカンドオピニオンについても明記すべき。
- 医療者に対する研修について、
看護師の緩和ケアに関わる最新の知識の啓発、教育の体制の必要性について、明記すべき。
- 「がん診療連携拠点病院以外の一般病院でも、同様の取り組みがなされるよう、都道府県と協議して、その普及策を検討する。」を追加すべき。

緩和ケア推進検討会

～中間とりまとめ～

(案) 修正版

平成 24 年 9 月 26 日

緩和ケア推進検討会

はじめに

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法の下、がん対策推進基本計画（以下、「基本計画」という）が閣議決定され、がん対策が進められてきたところであるが、平成24年6月8日に閣議決定された新たな基本計画において、重点的に取り組むべき4つの課題のひとつとして、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられた。

これを受け、緩和ケア推進のため、緩和ケアの現状等をふまえ、俯瞰的かつ戦略的な具体的対策を検討するため、緩和ケア推進検討会（以下、「本検討会」という）が設置された。

本検討会では、平成24年4月25日の第1回を皮切りに、がん診療に携わる全ての医療従事者に求められる緩和ケアという観点から、第2回及び第3回においては「身体的苦痛の緩和」について、第4回及び第5回においては「精神的苦痛を含むその他の苦痛緩和」について中心的に検討を行ってきた。

今般、平成25年度概算要求等に位置づけるなど緩和ケアの推進に向けた施策を早急に実現するため、これまでに一定の検討を行った項目のうち必要な施策に関し、中間的なとりまとめを行った。

緩和ケア全般に係る基本的認識

- 苦痛は主観的なものであり、苦痛の緩和には、患者やその家族等の辛さや苦悩に耳を傾け、苦痛の緩和に当事者が主体的にかかわることができるよう支援することが重要。
- 専門的緩和ケアの充実だけでなく、がん医療に携わる全ての医療従事者による基本的緩和ケアを、全てのがん患者やその家族等が受けられることが必要。
- 緩和ケアは身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛を含むその他の苦痛を緩和するものであることを患者・家族、医療従事者がともに認識することが必要。
- 緩和ケアは、がんと診断された時からがんの治療と並行して、患者とその家族等が切れ目なく受けられることが必要。
- 医療従事者だけでなく、がん患者やその家族、さらには国民に対し、がんによる痛みはコントロール可能であることをはじめとする、緩和ケアの考え方を普及させることが重要。
- 緩和ケアにおける対策について目標を定め、それぞれの進捗を評価するための体制を整備する必要がある。

緩和ケア提供体制

【基本認識】

- がん診療連携拠点病院に設置されている「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、

「相談支援センター」は、各々の機能をさらに強化し、相互の連携を強化することが必要。

- 地域において必要な時に、確実に、緊急時にも対応可能な、緩和ケアを受けることのできる体制を構築することが必要。

【求められる方策】

- 全てのがん患者やその家族等に対して、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するために、都道府県がん診療連携拠点病院等において、これまでの緩和ケア体制をさらに強化した「緩和ケアセンター」を整備する。

- 「緩和ケアセンター」は、これまでの「緩和ケアチーム」や「緩和ケア外来」の運営機能に加えて、

- ・地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに確実に対応する機能
- ・地域の他の医療機関等との連携調整機能
- ・がん患者やその家族に対する相談支援機能
- ・緩和ケア関連研修会の管理運営機能
- ・緩和ケア診療情報の集約・分析機能

等を有するものとし、各機能が相互に連携体制を構築するものとする。

- 緩和ケアセンターの運用が開始された後には、各センターにて得られたデータの共有や、実績報告、評価等を行い、今後の施策に活用するための枠組みを検討する。

- がん診療連携拠点病院については、相談支援室の人員強化を図るとともに、都道府県拠点病院等における「緩和ケアセンター」の進捗を踏まえつつ、「緩和ケアセンター」の効果的な普及方策を検討する。

がん疼痛など身体的苦痛の緩和

【基本認識】

- 日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ充分に行われていないと推測される。

- がん患者が、自身に起こり得る様々な苦痛とその対応策について事前に十分な説明を受けることで、苦痛やその変化を訴えやすい環境を整えるとともに、苦痛を残した状態でがん治療を行うことがいかに人間の身体にとって悪影響を及ぼすかということや、この悪影響が鎮痛薬等を使うことの副作用等と比較して遙かに大きいということ等、苦痛を緩和することの意味について、がん患者やその家族等への十分な説明がなされることが必要。

- がんによる身体的苦痛を取り除く為には、診断時から身体症状のスクリーニ

ングを徹底して行うことが必要。さらに、診断時からの身体的苦痛に関するモニタリングを通じて、身体的苦痛の管理の質の向上を図ることが重要。

○がん疼痛などの身体的苦痛を可能な限り取り除くため、以下の方策を実施する。

【求められる方策】

○がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。

- ・外来診察で使用する問診票に身体症状（疼痛等）の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、看護師等による面談を活用する等、がんと診断した時から苦痛の評価を継続して行う体制を整備すること。
- ・緩和を要する苦痛に関する情報が確実に診療へつながり、患者へ還元されるよう、施設ごとに評価された苦痛への対応の手順を明確にし、主治医や緩和ケアチーム等の役割を定め、適切な対応が行われているかを評価し公表する体制を整備すること。
- ・医師より医療用麻薬等の鎮痛薬が処方された場合には、必要に応じて薬剤師による面談（薬効や服用法に関する説明等）を行う体制を整備すること。
- ・難治性疼痛等を抱えたがん患者に対して、適切な診療を提供するために、緩和ケアチーム等の専門家へ紹介する手順等を明確にすること。

精神心理的苦痛等の緩和について

【基本認識】

○精神心理的苦痛等については、その評価手法に関する研究を推進し、個々の患者の精神心理的苦痛等の程度を可視化し、苦痛緩和に関する取り組みを進めることが重要。

○がんの診断時に、全ての患者に対し、今後行われる予定のがん治療の内容のほか、精神心理的苦痛を含めた起こりうる苦痛とそれらに対する相談支援等のサポート等についてわかりやすい情報提供がなされることが必要。医師による説明には、看護師等の他職種も同席し、必要に応じて相談・支援等を行い、補助的な説明や理解度に対する確認、精神心理面へのケアを行うことが重要。

○精神心理的苦痛のスクリーニングやフォローアップにおいて、看護師や薬剤師、臨床心理士等の役割が重要であり、がん診療に携わる医療従事者内で患者の精神心理的苦痛についての情報を共有し、患者の精神心理的苦痛の軽減を図ることが必要。

○がん診療に携わる医療従事者が、日常診療の中で患者の精神心理的苦痛の存在に十分注意するとともに、常に患者やその家族等が相談しやすい環境を確

保することが必要。

○精神心理的苦痛を可能な限り取り除くため、以下の方策を実施する。

【求められる方策】

○精神心理的苦痛等に対する緩和ケアの提供等を充実させるために、がん診療に携わる看護師に対する研修を行う。

○精神心理的苦痛等に対する緩和ケアを充実させるために、診療報酬の改定等に関する検討も含め、看護師による継続した相談・支援を行う体制を整備する。

○がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。

- ・診断結果や病状を伝える際には、医師の他に看護師等の他の職種が同席する体制や、説明後に看護師等と患者・家族との間で追加説明や相談を行う事のできる体制を整備するなど、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した体制を整備すること。また、適切な対応が行われているかを評価し公表する体制を整備すること。
- ・がん診療において、精神心理的苦痛を持つ患者とその家族等に対して、専門的な診療を適切な時期に提供できるように、看護師や精神腫瘍医等の専門家へ紹介する手順等を明確にすること。
- ・がん患者とその家族等が抱える苦痛の受け皿を整備するとともに、がんに関する不安などの悩みに耳を傾け、相談や情報提供を行うため、相談支援センターにおいて、専門的な知識を有した看護師等の人員増員を図る。

おわりに

本とりまとめに沿って、「求められる方策」を実現させることにより、がんと診断された時から切れ目の無い緩和ケアの提供体制を構築することが重要である。また、本検討会では、緩和ケアの推進に向け残された課題について引き続き検討を行い、本検討会終了時には総合的なとりまとめを行い、具体的施策に反映させることとする。

中間とりまとめ(案) 修正版～緩和ケアの推進について求められる方策～



・がん患者とその家族等が抱える苦痛の受け皿を整備すると共に、がんに関する不安などの悩みに耳を傾け、相談や情報提供を行うため、相談支援センターにおいて、専門的な知識を有した看護師等の人員増員を図る。
(拠点病院での取り組み)



・外来診察で使用する問診票に、身体症状(疼痛等)の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、看護師等による面談を活用する等、がん診断した時から苦痛の評価を継続して行う体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

・緩和を要する苦痛に関する情報が確実に診療へつながり、患者へ還元されるよう、施設ごとに評価された苦痛への対応の手順を明確にし、主治医や緩和ケアチーム等の役割を定め、適切な対応が行われているかを評価公表する体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)

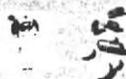
・難治性疼痛等を抱えたがん患者に対して、適切な診療を提供するために、緩和ケアチーム等の専門家へ紹介する手順等を明確にすること。(拠点病院での取り組み)

・精神心理的苦痛等に対する緩和ケアを充実させるために、診療報酬の改定等に関する検討も含め、看護師による継続した相談・支援を行う体制を整備する。

・診断結果や病状を伝える際には、医師の他に看護師等の他の職種が同席する体制や、説明後に看護師等と患者・家族との間で追加説明や相談を行う事のできる体制を整備するなど、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した体制を整備すること。また、適切な対応が行われているかを評価し公表する体制を整備すること。
(拠点病院での取り組み)

・がん診療において、精神心理的苦痛を持つ患者とその家族等に対して、専門的な診療を適切な時期に提供できるように、看護師や精神腫瘍医等の専門家へ紹介する手順等を明確にすること。(拠点病院での取り組み)

・医師により医療用麻薬等の鎮痛薬が処方された場合には、必要に応じて薬剤師による面談(薬効や服用法に関する説明等)を行う体制を整備すること。(拠点病院での取り組み)



入院中も含む

研修

緩和ケアセンター

・精神心理的苦痛等に対する緩和ケアの提供等を充実させるために、がん診療に携わる看護師に対する研修を行う。

・全てのがん患者やその家族に対して、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供するために、都道府県がん診療連携拠点病院等において、これまでの緩和ケア体制をさらに強化した「緩和ケアセンター」を整備する。

・「緩和ケアセンター」は、これまでの「緩和ケアチーム」や「緩和ケア外来」の運営機能に加えて、

- ・地域で緊急に生じた緩和ケアのニーズに確実に対応する機能
 - ・地域での他の医療機関等との連携調整機能
 - ・がん患者やその家族に対する相談支援機能
 - ・緩和ケア関連研修会の管理運営機能
 - ・緩和ケア診療情報の集約・分析機能
- 等を有するものとし、各機能が相互に連携体制を構築するものとする。

・緩和ケアセンターの運用が開始された後には、各センターにて得られたデータの共有や、実績報告、評価等を行い、今後の施策に活用するための枠組みを検討する。

・がん診療連携拠点病院については、相談支援室の人員強化を図るとともに、都道府県拠点病院等における「緩和ケアセンター」の進捗を踏まえつつ、「緩和ケアセンター」の効果的な普及方策を検討する。

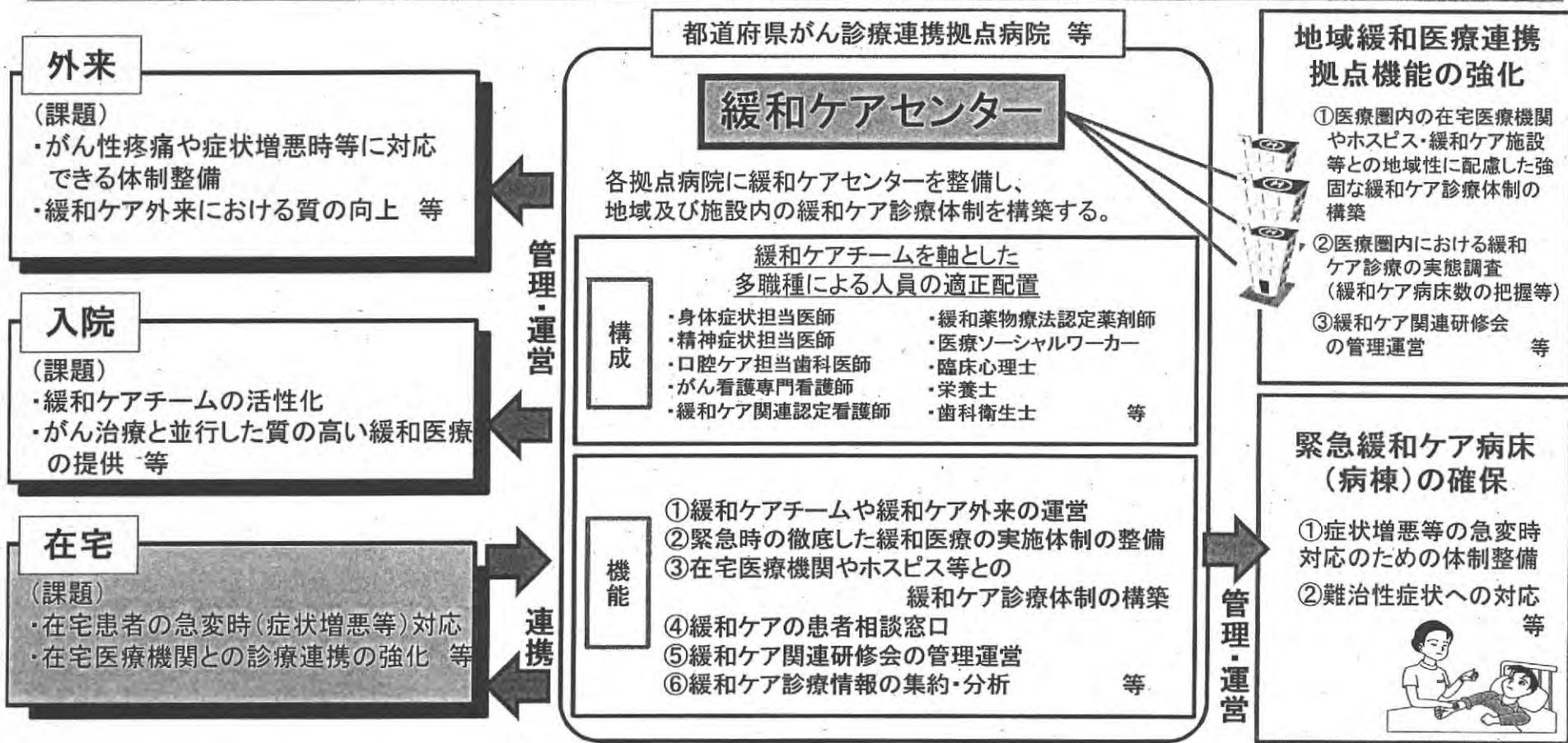
緩和ケアセンターの概要

【背景】

がん対策推進基本計画において、緩和ケアについては「診断時からの緩和ケアの推進」が重点課題に掲げられている。現在、がん診療連携拠点病院（全国397カ所）を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来が一定数整備された一方、専門的緩和ケアにたどり着けない、施設間の質の格差等の指摘があり、拠点病院で提供される緩和ケアの体制強化と質の向上が求められている。今なおがん性疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対してより迅速かつ適切な緩和ケアを提供するため、各都道府県拠点病院等において、「緩和ケアセンター」を整備する。

緩和ケアセンターにおいては、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営をはじめ、重度のがん性疼痛が発症した場合に緊急入院による徹底した緩和治療が実施できる体制整備の他、都道府県内の拠点病院をはじめ、在宅医療機関やホスピス・緩和ケア施設等と地域性に配慮した強固な緩和ケア診療体制を構築する。

-6-



緩和ケアに関する正しい知識の普及についての主なご意見

・緩和ケアに関する正しい知識の普及のために、WHOによる緩和ケアの定義における、定義の変更や説明文の付加についての議論を本検討会にて行うかどうかについて、事前にアンケートを行い、以下のご意見をいただいた。

- 定義はWHOのものをそのまま使用することとするが、国民に対してわかりやすく緩和ケアを説明し、理解していただくために以下のような文言をキャッチコピーのように使用し、あらゆる場面で使用することを提案する。

(緩和ケア)

「愛と思いやりを持ってつらさを和らげ、あなたがあなたらしく生活する事を支えます。」

- 患者・家族、医療者が共通した認識を持つために、説明文書等の作成は有効だと考える。患者・家族が理解し、心に届くためには平易な言葉であることが必要。説明文書の使い方と普及の方法を明確にすることも同時に必要。文言だけでなく、実効性のある使い方と普及の方法を検討することが必須であり重要。

(緩和ケア)

「あらゆるつらさを取ってもらうためのケア。がんと診断された時から始まって、治療を受けている間もそうでない時にも、体だけでなく気持ちや生活のことなどさまざまつらさを出来る限り軽くしていくためのケア。身近な主治医や看護師から、また必要に応じては薬剤師、ソーシャルワーカー、心理職、専門医などからもケアを受けることができる。患者はもちろん、家族も対象となる。」

- WHOの緩和ケアの定義について、説明文の追加等の議論は、本検討会では行うべきでない。WHOの定義は全世界共通のものなので、これに説明書が必要かどうかを検討すること自体が本検討会の目的から外れる。また、定義に関する説明文よりも、どのように正しい知識を啓蒙/アナウンスしていくかが重要である。

- 言葉の定義に関する議論は現時点では不要。

- 各構成員から意見をだすと、細かい言い回し等について検討が必要になり、まとまりがつかなくなる可能性が有り、本検討会事務局で、「説明のたたき台」を作成していただくのがよいと考える。

- 作業は行うべきである。ただし、まず検討会で協議し意見を統一してから行う。

など。

【ご意見のまとめ】

- 定義自体の変更は現実的ではない。
- 定義に対して説明文を付加することを検討してはとのご意見がある。またこれに加えて「正しい知識をどのように普及させるか」についての具体案を議論すべき。

【対応案】

- 「緩和ケアに関する正しい知識をどのように普及させるか」を重要課題であると認識し、後の検討会において議論の場を設け、具体的施策について検討してはどうか。

※【参考】WHOによる緩和ケアの定義

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである」とされている。

専門的なケアへのアプローチにおける問題点

- 課題
- ・専門的なケアの質の向上
 - ・専門的なケアへのアクセス
 - ・地域の診療所等と入院医療機関との連携

緩和ケアチーム
緩和ケア外来
等

人材の適正配置の問題

- ・緩和ケアチームに必要とされる職種について
- ・専任、専従等の規程について

アクセスの問題

- ・アクセスを改善させるために必要な施策について

病院のがん治療医など

入院医療機関

連携の問題

- ・切れ目のない連携体制を構築するために必要な施策について

地域の医療機関(診療所等)

専門的なケアへのアプローチ（各職種の適正配置）に関する 構成員の意見のとりまとめ（H24. 9. 26）

「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

○緩和ケアチームでの適正配置

- ・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。
- ・特に臨床心理士に診療報酬上の加算を付ける。

など。

○緩和ケア外来での適正配置

- ・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。

○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。

今後の議事の進め方（案）

第5～7回

○緩和ケアチーム（より専門的なケア）へのアプローチ
各職種の適正配置

- 緩和ケアチーム
- 緩和ケア外来
- 緩和ケア病棟
- 在宅療養

第6～8回

○緩和ケアチーム（より専門的なケア）へのアプローチ
緩和ケアへのアクセスの改善

- 緩和ケアチームや緩和ケア外来へのアクセスの改善
- 患者と家族の意向に応じた切れ目のない連携体制
- 入院医療機関における各職種・チームの連携体制
 - 入院医療機関と診療所や保険薬局等との連携体制

第7回～9回

○緩和ケアに関する教育体制

緩和ケア教育が必要な職種

それぞれの職種に対する研修の内容

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に関する研修を修了するための施策

特に心のケアを専門的に行う医療従事者の育成

指導者の質を維持向上させるための施策

大学等の教育機関における教育プログラム

第8回～10回

- これまでの議論に追加して検討すべき施策について
- 「緩和ケアに関する正しい知識の普及」について

緩和ケアチームにおけるMSWの 配置について

医療法人 東札幌病院

MSW課 医療ソーシャルワーカー
社会福祉士・認定医療社会福祉士
田村里子

* 医療ソーシャルワーカー(MSW)の業務指針 (抜粋)

厚生労働省保健局 平成14年

□ 趣旨

- ・ …病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーの果たす役割…、
- ・ 医療ソーシャルワーカーが社会福祉学を基にした専門性を十分発揮し業務を適正に行うことができるよう、関係者の理解の促進に資することを目的とするもの

□ 業務の範囲

- (1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
(受診や入院、在宅医療に伴う不安・社会資源の活用・家族)
- (2) 退院援助 (退院に伴う不安・在宅サービス・介護保険・地域連携)
- (3) 社会復帰援助 (就労支援・職場・学校など)
- (4) 受診・受療援助 (入院通院に伴う不安・医療資源との関係形成・情報提供)
- (5) 経済的問題の解決、調整援助(高額療養費・傷病手当金)
- (6) 地域活動 (ネットワーク・ボランティアコーディネート・当事者との協働)

* 緩和ケアチームにおけるMSWの活動

行動目標

ソーシャルワーカーは、緩和ケアチームにおいて緩和ケアの全人的苦痛に関し、心理社会的苦悩について相談支援を柱に緩和を図ることを目標とする。

支援の実際

・緩和ケアチーム介入の前の接点
(院内MSW、がん相談支援センター)

ギアチェンジ
経済的問題
家族の葛藤
本人の不安・気持ちの折り合い
就労問題
教育問題
身体症状の緩和ニーズ



主科と緩和ケアチームへ繋ぐ

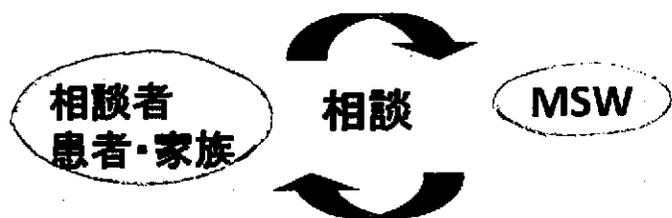


・緩和ケアチーム介入 (入院中 退院時、臨死期)

ギアチェンジ
経済的問題
家族の葛藤
本人の不安や気持ちの折り合い
就労問題
教育問題
外出・外泊
療養場の選択
関係機関との連携
介護の問題
単身者への関わり
未完の仕事(遺言・献体・臓器提供・財産分与
公証人役場ほか)
葬儀・お墓・お骨・

日本緩和医療学会「緩和ケアチーム活動の手引き」改訂ワーキンググループにMSW部会より提出したものより抜粋

* 相談支援のプロセスが、「支援」



的確な対象者理解

聴き ⇒ 相談者自身に繋ぎ
⇒ リアルニーズの共有

対象者理解のために、理解を深めるために

- * 基礎知識 (腫瘍学, 精神腫瘍学 etc)
- * スキル (コミュニケーション, カウンセリング etc)



資源のアセスメント & マッチング



情報提供

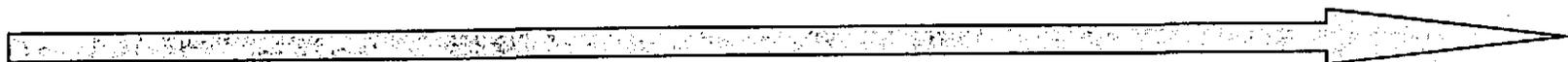
(+ 情緒的サポート)

内容, 量, 伝え方への配慮

専門家・機関に繋ぐ

(トリアージ機能)

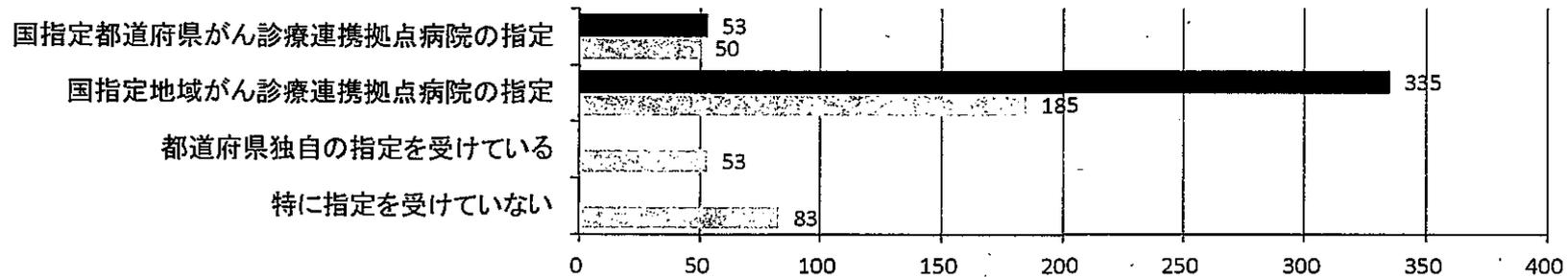
コンサルテーションの基準
繋ぎ方への配慮



相談(プロセス)そのものが『支援』

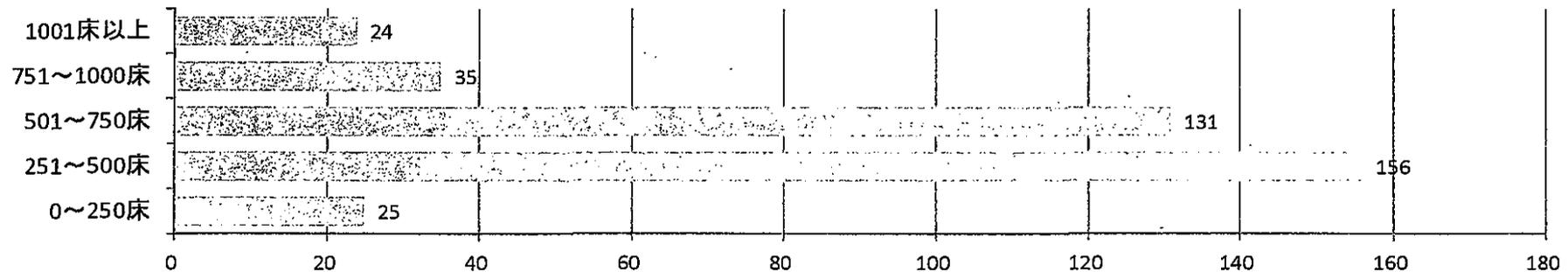
* 緩和ケアチーム登録施設 登録数371施設の内訳

■ 2011年4月1日現在の指定数 □ 登録数



2011年4月1日時点の「国指定都道府県がん診療連携拠点病院」の数は51施設(がん研究センター中央病院、国立がん研究センター東病院の2施設を含めると53施設)
 今回登録数(371)+今回登録のなかった国指定がん診療連携拠点病院数(153)=524またはそれ以上のチームが存在すると推測され、今回はその約7割のチームが登録

* 緩和ケアチームのある医療機関の病床数



チームのある施設の病床数は250～750床の範囲に77%が集まっていた。

* 医療機関の医療ソーシャルワーカー配置状況 (日本医療社会福祉協会現況調査H22)

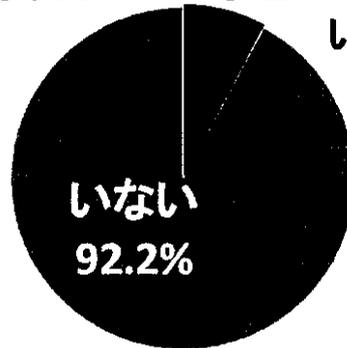
病床数あたりの、MSWの配置は、100床あたり1人程度。

もとより不十分な配置の状況の中、がん拠点となったことで緩和ケアチームの業務が更に兼務となったMSWが多い。87.8% (日本医療社会福祉協会現況調査H21)

* MSWの専従、専任、兼任のいずれかがいる施設(がん診療連携拠点病院の指定別)

全体(登録総数381施設)	都道府県がん診療連携拠点病院(50施設)	地域がん診療連携拠点病院(185施設)	都道府県独自の指定(53施設)	指定なし(83施設)
76.30%	68.00%	79.50%	84.90%	68.70%

* 専従または専任のMSWが いる施設・いない施設



いる7.8%

MSWは、緩和ケアチームの76.3%に名を連ねている
しかし、ほとんどが兼務で、専従・専任は7.8%に過ぎない



がん拠点となったことで緩和ケアチームに加わったが、チームの活動時間の確保が困難。せめて緩和チームカンファランスに参加出来れば、MSWの視点から発言し検討に加われるが、それも他の業務と重なり実現困難。MSWが専従配置されれば、早期から「緩和ケアチーム」の活動に心理社会的支援と福祉的観点からの具体的な支援を付加できる。

(地域中核病院のMSW)

* 入院がん患者緩和ケアチーム利用率

緩和ケアチーム年間依頼件数／年間がん患者退院数

(n = 215)

都道府県 がん診療 連携拠点 病院	地域がん 診療連携 拠点病院	都道府県 独自の指 定	指定なし	1001床以 上	501～ 1000床	0～500床	全体
3.6%	4.2%	4.9%	4.8%	2.7%	3.9%	5.3%	4.2%

年間がん患者退院数と年間依頼件数の記載のあった215施設において、緩和ケアサービス利用率(がん患者のうち緩和ケアチームが診療を行った割合)は4.17%であった。



提案

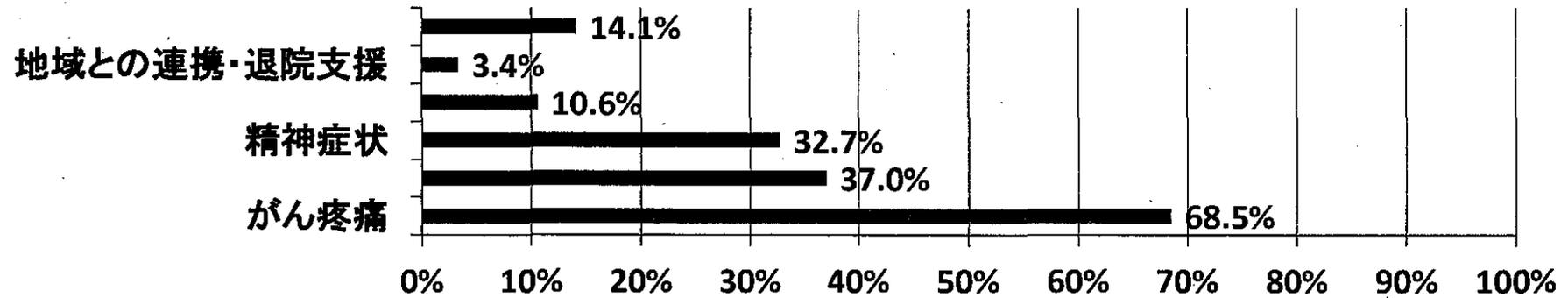
主科での対応が困難になってから緩和ケアチームに依頼が出るが、もっと早くチームが介入すればと介入のタイミングが遅くて悔やまれるケースも多い。

病棟の看護師、患者さんやご家族からチームへ依頼があるケースはまれで、主治医が緩和ケアチームを活用しようという考えをもっているか否かによって、緩和ケアチームへの依頼が決められているのが現状。

MSWが専従配置になると、「人と社会資源をつなぐ」というMSWの役割・機能から、「緩和ケアチーム」という重要な院内の社会資源を、院内外にもっと広めることに貢献できる。

(大学病院MSW)

* 緩和ケアチームへの初診時の依頼内容



がん疼痛の依頼が最も多く68.5% 精神症状32.7% 地域連携・退院支援は3.4%であった。



緩和ケアチームへの依頼は、身体的な症状や辛さ、精神的な症状や辛さに偏っている。不安も→「不安」は心理的反応→心理士へ介入依頼となり、改善できない場合、遅れてSWに依頼が事が多い。関わると、不安の理由はがんという病気のことにとまらず、がんになり患者さん自身と社会的関係(人、家族、仕事、お金、介護等)で行き詰まり感や今後の生活の不安がある。具体的な資源活用などのMSW介入による改善も多い。MSWが専従になり早期に社会的に介入することで、患者さん家族の療養生活の不安を軽減し、心のケアや安定した療養につながる。(地域拠点病院msw)

次の療養場探しや退院支援の、MSWへの依頼時期がいつも遅れる。予後が迫ってからでは、患者家族の見捨てられ感は更に強烈となる。MSWが専従になれば、チーム初診時から患者・家族と一緒に、療養場のことを考えられる。(がんセンターmsw)

* 緩和ケアの療養の経過に添ったMSWの相談支援

東札幌病院MSW課 2009

■Primary期(4ヶ月以上) 医療者との関係形成・療養環境整備に関するニーズ

医療者との関係形成ニーズが77%、経済的相談ニーズ(療養環境の基盤作り)

制度活用(高額療養費・身体障害者手帳)

在宅支援 (症状が落ち着いているこの時期に在宅療養の希望)

■Early期(2~3ヶ月) ギアチェンジへのサポートニーズ

転院相談ニーズ(他院からの緩和ケア目的での転院相談)は、この時期に集中
受診受療援助ニーズが、通院から入院のタイミングの検討、セカンドオピニオン)
者・家族—医療者間の関係形成がニーズギアチェンジへの情報のサポート他、
患者本人—家族間の橋渡しニーズ 今後の療養スタイルの明確化 に向けた話し合い

■Late期(1ヶ月) スピリチュアルニーズと関係形成ニーズ

スピリチュアルケアやライフレビューのニーズは、この時期が最多7割

本人・家族—医療者間の関係形成ニーズ

本人—家族間の橋渡し、家族間の橋渡し、感情表出のニーズ

■Imminently期(1~2週間) 予期悲嘆と看取り相談ニーズ

予期悲嘆へのサポート、看取りに関する相談が最多 (葬儀・お墓)

患者・家族—医療者間の関係形成ニーズ

患者本人と家族間の葛藤緩和・橋渡しニーズ、家族間の葛藤緩和・橋渡しニーズが
死直前のこの時期に集中

⇒⇒⇒ 緩和ケアの療養の経過にそった 継続的な支援が必要

分類はStein Kassa & Jor Havard Loge: Quality of Life in palliative care: Principles and practice. Palliative Medicine 2003;17:11-20 参照

* 緩和ケアチームへMSWが専従で配置されることの効果の予測

・緩和ケアチームは身体症状及び精神症状の緩和を提供するが、さらに、患者や家族が『がんとともに生きる』ことの支援には、「生活」に主軸をおいた介入も必要となる。

それを専門とするMSWが緩和ケアチームに専従配置されることの効果は、

- ・ 緩和ケアチームの活動への、心理社会的支援・社会福祉的視点と介入の充実
 - ・ 患者と家族の心理社会的ニーズの早期アセスメントと早期直接介入・支援
 - ・ 療養場の選択・地域連携において、早期からチームと密に組み、機会を逸することなく患者と家族の主体的で現実的な養場の選択・検討を支援
 - ・ がん相談支援センターと緩和ケアチームとの橋渡し、連携の円滑化
 - ・ 主科の担当医や病棟看護師と緩和ケアチームとのリエゾンの強化
 - ・ 「緩和ケアチーム」という地域資源の有効活用へ向けて、利用者である患者と家族の活用を促し、地域の医療福祉機関など、院内外への啓蒙促進
- ・ がんの療養の経過にそった治療方針への自己決定、経済的な問題、療養先の検討と調整などは患者・家族にとって不可欠な課題である。MSWが相談支援を柱に、チームの対象者理解に貢献し、患者・家族の個別性に即したチームケアの実現へ



緩和ケアチームのケア力の強化と、患者と家族の支援に貢献