

第12回都道府県がん診療連携拠点連絡協議会 緩和ケア部会 事後アンケート結果

※本資料には、緩和ケア部会事後アンケートで、「緩和ケア部会のあり方」等についてご記載いただいた、委員のご回答を一部修正抜粋させていただいております。

第12回緩和ケア部会の感想

- 今年度は現状と対策について活発なディスカッションが行われており、興味深く聞かせていただきました。
- 活発な意見交換が行われ、有意義な会議であったと思います。
- 今回のようなディスカッションはとても参考になりました。
- 今回、初めて本部会に出席させていただきました。多くの先生方のご意見を拝聴し、同様の課題や問題に直面している現状を感じました。
- 自由討議の時間を取れたことは有用であったと思います。また、新潟県のご報告にも学ぶところが多かったです。
- 国の指針に関する説明はわかりやすく、非常に参考になります。
- 今回のように自由討論ができるのはとても良かったです。
- 先日のような率直な意見が協議される部会が良いと思います。
- 後半の議論にありましたが、確かに緩和ケア部会が形骸化しているように感じます。
- 緩和ケア以外に取り組むべき課題が増えすぎてしまい、各拠点病院において人的余裕がなく困っている現状がよくわかりました。
- 地方や都心部と情報交換の機会となり、自施設だけの問題ではないことを痛感しました。様々な視点からの改善策を聴くことができ、学びになりました。発言者が限られていたため、もう少し全体討論ができれば良いと感じました。
- 正直なところ、部会自体は盛り上がり欠ける印象を受けました。
- 多施設の状況がよくわかり、非常に勉強になりました。ありがとうございました。
- 全国の施設で情報交換ができる場であり、有意義だと思います。
- はじめての参加でしたが、大変勉強になりました。
- 自分自身が初年度のため、大変参考になる機会でした。
- 事前アンケートもまとめていただき、ありがとうございました。地域差が大きいと思うので、どの県でどのような悩みを抱えているのか分かった方が参考になる気がしました。（東京と地方都市では全く問題点が異なると思います。）

- 国の緩和ケアの動向を把握するには一番よくわかると思います。各都道府県の課題なども知ることができ、大変良い機会だと思います。
- 今回、基本的緩和ケア、専門的緩和ケアのこと、医師や看護師の不足や働き方など、タイムリーに問題や課題に感じていることの見聞交換ができて良かったです。
- 現状がわかり、とても有意義な時間でした。

緩和ケア部会のあり方について

1. 課題共有とディスカッション

- 課題を共有する機会になると考えます。多職種チームでディスカッションすることでヒントになることもあります。都道府県それぞれの抱える課題は違うのは当然であり、そこから脱却するために多職種での議論から共通のこと、取り組むべきことをやってみれば良いと思いました。
- 学会で提言される同じ内容でも、この部会で提案されることの方が、行政や都道府県がん診療連携拠点病院の役割として、強制力や協力をお願いしやすいです。
- 問題や課題を検討し、国へ現場の意見を伝えられる会であってほしいです。
- さまざまな視点で意見を出し合い、出し合っただけでなく、その結果が形になると緩和ケア部会開催の意味があると思います。

2. 緩和ケア部会の役割と方向性

- 緩和ケア部会からも国に対し、緩和ケアに関する政策や加算・保険診療に関する要望書が提出できるような組織体制を検討します。
- 「緩和ケア部会」は、国の政策や国立がん研究センターからの提言などの緩和ケアに関する今後の方向性に関する情報を得られる場と認識してきました。
- 国や厚生労働省へ対して本部会から各地域の現状や要望について集約する組織であっていただきたいです。また、施策として実施が必要なものや課題について本部会で共有できる場として継続していただけたら幸いです。
- 緩和医療学会の姿勢と異なり、がん医療のうち緩和ケアに関する政府機関への要望や政策立案・実現の評価を行うことを目的に明示していただきたいです。
- 個人的には在宅領域などの代表者とも意見交換ができると良いと思っています。緩和ケアががん領域のみではない認識が広まってきて、がん治療中に在宅医療と連携しながら支持・緩和医療を提供しているケースも増えてきています。多様な意見を取り入れていくという点でも、ご検討いただけたらと存じます。(学会レベルの話かもしれませんが…)
- 緩和ケアが在宅診療へ移行する機会が多く、地域との連携を図る上で、都道府県の行政の協力が重要だと考えます。部会にも各都道府県の担当者が参加し、各都道府県の取り組みを拠点病院任せではなく、協働できる関係性構築に繋がれば良いと考えます。

- 各都道府県での緩和ケア提供体制の整備と質の担保のために、「現場の担い手から現状と課題を聴き把握する⇒国がんや中央として課題に取り組むために必要な方策・立案を立てる⇒実施と振り返り⇒改善のための施策・活動」といった各都道府県の自発的なPDCAサイクルの場を提供するのが緩和ケア部会の役割だと思っています。
- 緩和ケア部会は、個人的な意見を言う場所ではなく、都道府県の代表として意見を言う会議と認識しています。各都道府県での緩和ケアの実情や問題点がかなり異なるため、全体としてまとめるのは難しく、他県のものが意見をするのも難しいと感じました。
- 部会は、がん対策、緩和ケアや在宅に関する要件や診療報酬の変更点、または国の方向性などを示していただく場所とも思います。各都道府県で何を重点的に推し進めるのか、を明確にしてもらう場所とも思います。緩和ケア人材減少や地域偏在を国はどう考えているのか。そこも教えてほしいです。

3. 施策・改善目標と国への提言

- 国へ提言する大事な機会になりますので、今回もされていた事前に課題・問題を集約し、それに対してある程度方針を示していただくことが、結果・変化につながると感じました。
- 緩和ケア部会では、国内の緩和ケアのあるべき姿を定め、現状把握と課題の明確化、改善目標を提示しつつ現場が活動できるように話し合いができると良いと思います。県によって緩和ケア医のばらつきも大きいため、専門医が少ない県への対応も必要です。そして、部会の声が国に届き、指針や基準の検討に反映することが望ましいと考えます。

4. 他の部会や学会との連携・情報共有

- 従来の(厚労省(緩和ケアに係る部会での議論を含む)、JSPMなどからの)情報を共有する場、好事例の共有に加え、今回のような苦しい事情の共有、(議論の際に意見が出たような)厚労省・各方面への提言の可否など、さまざまな部会の持ち方をしても良いと思います。今後数年をかけて探索していけば良いかと思いました。
- モデルとなるような他県の拠点病院の取り組みなどを共有し、具体的な方向性が共有できると良いと思います。

緩和ケア部会の開催方法

1. 意見交換の場やディスカッションの重要性

- 毎年ではなくても対面でスモールグループによる意見交換を復活させるべきだと思います。
- 複数回開催も、個人的には賛成です。年度の初め・中間・最終の年3回など、時間は1時間程度でも良いと思いますが、いくつかのタイムポイントで話し合えると良いのではないかと思います。
- 意見交換の場を増やすなら、年1回の開催は少ないと考えています。
- 双方向の意見交換の時間・要素が増えてくるとありがたく感じます。

- 議論にあった午前中のグループディスカッションは、ZOOMでもグループディスカッション機能を使用すれば可能だと思います。
- 以前は対面で行っていたことだったので、来年度以降は以前のような体制も必要なのではないかと思いました。
- 顔の見える関係構築のため、集合、ハイブリッド開催なども良いかもしれないと感じました。

2. 開催形式や開催頻度について

- 年1回の会議では難しいと感じました。論議したことが、どのようなことに活かされるのかや、政策につながるのかなど、その後の経過をしながら日本の緩和ケアのあり方を検討し改革していくには、年1回の会議では十分でないと思います。
- 当会の役割としては、これまで通り年一回の開催を希望します。ただ、ご参加の方からご発言があったように、以前のようなワークショップを併施し、部会員の皆様との直接的な交流機会を持つことには賛成です。
- 以前、対面で行われていた会議前の情報交換会を再開していただきたいです。
- 今後は全国で顔の見える関係を作っていくためにも、対面での開催も再開していただければと思います。
- コロナ禍前には、部会の前に集合でグループワークのようなものがあって、それが非常に良かったと前任者より伺っております。可能であれば集合での部会の開催も検討して良いのではないかと思います。
- 人数、施設数も多いので、2部構成（1部は全体、2部は地区ごと（九州地区・中四国地区など）で地区ごとで協議ができる時間もあると、情報交換や日々の連携にもつながるのではないかと思います。

3. 地域差や課題に基づいたディスカッション

- 地域により課題が異なっていたり、同じ課題であっても地域差があると思われるため、予め話し合いのテーマに応じたディスカッションを関係者間で行い、その結果を部会で共有し、方向性を考えていけると良いと思います。
- 部会内で話し合う内容については、それぞれの県の課題をあらかじめ出してもらい、同じ問題のある県が分科会として話し合うなども良いかと思います。
- 部会内で討論する場合には、あらかじめ討論内容を教えていただけると、各都道府県の意見を集約して発表することができると思いますので、早めに議題を教えていただくと良いと思います。
- とりわけ感染拡大以降の深刻な人材不足（おそらくどこの病院も、領域によらずなのはと推測されますが）の分析・解決法、がん診療全般に係る診療報酬（の最適化）、現実に見合った拠点の要件設定など、課題はさまざまですが、実現可能性別にある程度クラス分類のうえ議論していくのも一法かと感じました。
- 地域格差というか地域によって問題点は全く異なっているということがより鮮明になってきたように思うので、一堂に会して討論しても噛み合わない・参考にならない部分も増えてきていると思います。

- 緩和ケア部会の中で複数のワーキンググループを作り、それぞれのテーマで希望者がリモートで議論することを提案します。都市圏と地方では課題が異なるように思います。地方では医師が少なく、高齢化が進んでいます。
- 年1回の部会で議論するのは少し無理があると思いますので、年1回であれば報告事項が主になることはやむを得ないと考えます。議論が必要なら、年数回の開催か、あるいはワーキンググループを作るべきだと思います。
- 年に1回では検討が不十分と考えられますので、ワーキンググループなどを介して検討や意見を取りまとめる方法がよいのではないかと思います。
- ワーキング活動などを通じて院内の活動だけでなく、地域を超えて緩和ケア提供における課題解決に向けた取り組みは自信もつながら、若手の育成にも役立ちそうですが、どの病院も人材の余裕がなく、公務の取り扱いも厳しいため、難しいと感じました。

国、都道府県行政との関係について

1. 国に対する提言

- 国の緩和ケアの質向上は各施設に任せるのではなく、国として行うべきです。前線で患者と向き合っているスタッフに負担がかからない制度になるよう、部会の意見が厚労省などに通じていくと良いと思います。
- 国からの求めにそのまま答えるのではなく、現場レベルでやるべきこととやれないことを協議し、必要な時には国へ提案することが重要だと思います。持続可能な緩和ケアを実現するために必要なことです。
- 緩和ケア部会が国に提言することを検討する場になると良いと思います。
- 例年と比べて厚労省からの報告がかなり縮小されていたのですが、今回提示された資料（基本計画の概要など）はおそらく会議の参加者がほぼ皆さん確認した上で出席していると思います。それよりは、今後の方向性として厚労省がどのようなことを検討しているのか、その進捗などの情報提供をいただけると良かったのではないかと思います。
- 従来の厚労省（緩和ケアに関する部会での議論を含む）やJSPMなどからの情報を共有する場、好事例の共有に加え、今回のような苦しい事情の共有、（議論の際に意見が出たような）厚労省・各方面への提言の可否など、さまざまな部会の持ち方をしてもらいたいと思います。今後数年をかけて探索していけば良いかと思いました。

2. 都道府県行政の関与

- 各県の行政担当者には、この緩和ケア部会への参加を国から要請すべきだと思います。
- 県の担当者は配置換えも多いと思われるのですが、がん緩和ケアの提供体制に関する認識がゼロになったり揺らいだりすることがあります。自県での新規がん対策計画の立案時にそのことを実感しました。県の担当者と話し合った結果、「緩和ケアの提供＝緩和ケア基本研修会の継続開催・受講者確保」くらいの認識しかなく、がんの終末期の

療養場所に関しても緩和ケア病棟が医療圏にあるかどうかの評価で問題ないと考えていました。実臨床での専門的緩和ケアと基本的緩和ケアの違いや、がん以外の疾患に対する専門的緩和ケアの担い手の育成が必要であることを理解してもらうために、複数回にわたって話し合う必要がありました。

- 緩和ケアが在宅診療へ移行する機会が多く、地域との連携を図る上で、都道府県の行政の協力が重要だと考えます。部会にも各都道府県の担当者が参加し、各都道府県の取り組みを拠点病院任せではなく、協働できる関係性を構築できるようになれば良いと考えます。
- 粘り強く実現を担当行政官と交渉できる組織となってほしいと思います。

3. その他

- 正直なところ部会自体は盛り上がり欠ける印象を受け、その要因として「部会での議論が現場の改善には繋がらない」というあきらめのような感覚を多くの参加者が持っているように思います。例えば、緩和ケアの人材不足は毎回話題になっていますが、国が問題を現場に丸投げしている（ように末端の私には感じられます）現状では根本的な解決は不可能だと思います。人材育成に本気で取り組むなら、文科省と連携して大学等の育成機関に緩和ケアの講座を増やすことが必須案件だと思います。

他学会との関係について

- 日本緩和医療学会等の理事が、正式にメンバーとしてこの緩和ケア部会の議論に定期的に参加するべきです。
- 緩和医療学会の姿勢とは異なり、がん医療のうち緩和ケアに関する政府機関への要望や政策立案・実現の評価を行うことを目的として、明示していただきたいと考えます。
- 緩和ケア部会は専門職で組織されているため、学会とのつながりがあるのは良い点かもしれませんが、緩和ケアをけん引してくださっている先生方の前では意見が言いづらいつらと感じました。
- 各種学会や他の部会との協同も必要だと思います。

人材・リソースの問題

- 緩和ケアに携わる医師がさらに減少していくことは間違いありません。理想ではなく、今後、マンパワー不足でも持続的に実施していける診療内容・診療体制へ下方修正していく必要性があるのではないかと考えます。
- 当院では幸い緩和ケアの活動はかなり活発ですが、それは単純にスタッフが多いからであり、多くの人材を確保できる理由はスタッフ枠が5名保証されているからです。1-2名のスタッフ枠しかなければ大学病院であっても十分な臨床や教育・研究に時間が割けるはずがありません。さらに、多くの市中病院における緩和ケアの人材雇用は病院の上層部が決めるので、（たとえ質が悪くても）手術や抗がん剤治療を数多く実施した方が緩和ケアを厚くするよりも収益に繋がる現状では、緩和の人材雇用が進むはずが

ありません（医師だけでなく、看護師その他の雇用も同様です）。その辺の仕組みを見直さずに少ない緩和ケアスタッフに多くの要件を求めても「形だけ」になってしまうのは当然です。

- スタッフの配置についても名簿上の配置と実働は全く乖離していることが多いのではないのでしょうか？例えばチームの専従もしくは専任医師の「緩和ケア」従事時間を調査すると、他科（例えば麻酔科で手術室麻酔をかけている、腫瘍内科の外来をしている、外勤でそもそも病院内にいない（これが他院で緩和ケアをしていればまだしも））の仕事をしている時間がかかなり長い医師は多くいると思います。看護師も同様で病棟の業務や遺伝子や化学療法外来の業務をしている時間もあります。専従でも8割ですから認められた範囲と言えるかもしれませんが、そもそもマンパワーが足りない業界でこういう仕事の仕方をしては説得力がありません。
- 人材不足は部会としても認識しているが、専門的緩和ケア医、看護師の数が増えない限り、現在の緩和ケア体制は維持できないという状況に関して、これまで以上に進んでいく状況に変わることはないだろうとのことでした。実際、緩和ケアの診療の中でも「薬物の使用」「症状緩和」などは診療科の役割であるとの認識が多くの施設に存在しています。その中でも、緩和ケアに従事する専門的な職種が自分たちの専門性を発揮し、実際に緩和ケアに従事することで質の向上を目指していけることは重要だと認識しています。その上で、患者の「希望」を尊重し、適切な医療を提供していくことが重要です。
- 人材育成や人材確保などの課題について検討できれば良いと思いました。

基本的緩和ケアと専門的緩和ケアについて

- 基本的緩和ケアと専門的緩和ケアについての議論において、現在多忙を極めている緩和ケア医を支援するためには、早急に双方の役割を明確にすることが必要だのご意見をいただきました。緩和ケアに従事する者として、そのご懸念には深く共感しますが、実際に役割の境界を明確にすることは難しいのではないかと感じております。私自身は、専門的緩和ケアとは「複雑なつらさに対応するケア」とシンプルに捉えています。そして、この「複雑さ」の境界は、緩和ケアを担う者の専門性、専門的な看護師や薬剤師などのメディカルスタッフの数、さらに治療医や病棟の担当看護師のスキル等、それぞれの医療機関によって、あるいは地域特性も含め大きく異なると考えます。そのため、がん診療連携拠点病院だけに絞っても、それぞれの背景に違いが大いにあるため、画一的に一つの線を引いて解釈することは難しいと思います。どのような役割分担をお考えなのか、具体的なご提案をお伺いできればと思います。
- 人的問題もあり、専門的緩和ケアと基本的緩和ケアのラインを一律に引き、基本的緩和ケアは診療科が対応する。専門的緩和ケアを緩和ケア医もしくはチームが行う方向でというご意見と、病院・施設によっては、診療科も少ない人数での診療を行っているので難しいのご意見があったように思います。当院で緩和ケアチームとして、各診療科のコンサルテーションの状況を見ていると、診療科によっても基本的緩和ケアができる診療科と、難しい診療科があり院内でも足並みが揃っていないのが現状だと思います。一律で線を引くと、困られる患者さんが多くなるのではないのでしょうか？これから先どんどん、人的資源が厳しくなっていくと思われるので、もう少し時間をかけて準備が

必要だと思います。また、一律でラインを引くとした場合、困られる患者さんをどうすくいあげるのが各施設で検討することは必要だと思います。

- 緩和ケアの質の指標の一つとして緩和ケア研修会の修了者数が量的指標として用いられていますが、質の評価についてはどうかとの意見が出ていました。現状の緩和ケア研修会の受講者は初期研修医が多く、ほとんどの医師は受講済みとなっています。初期研修医を受け入れているがん拠点病院は院内の研修医が緩和ケア研修会を受講するから良いですが、研修医を受け入れていない拠点病院（県立がんセンターなど）では、コメディカルの参加を募るしかないとの意見がありました。コメディカルの参加も緩和ケア質の向上として重要と個人的には思いますが、緩和ケア研修会が始まった当初と状況が異なっているのが事実です。また、基本的緩和ケアとして一定レベルはがん治療に担ってもらうとの意見が出ましたが、現場の当事者としても同感です。がん治療医のほとんどは緩和ケア研修会を終了していますが、基本的緩和ケアの概念を持ち得ておらず、NSAIDsやアセトアミノフェンの頓用程度の鎮痛薬処方、オピオイドは導入しないまま疼痛コントロールを依頼してくるのが現状です。つまり、これまでの緩和ケア研修会の受講は実を結んでいないと言わざるを得ないと感じています。緩和ケア研修会の内容もあまり大きな変化はないように思います（現在、がん疼痛には除痛ラダーは使用しませんが、そのスライドも残っている状態です）。基本的緩和ケアとしてこれだけは対応する一定レベルを提示していただきたいと思いつつ、緩和ケア研修会の内容も見直していただくように働きかけていただきたいと思います（現場の意見を取り上げていただけるのが、部会と思っています）。何卒よろしくご意見申し上げます。

診療報酬および指定要件について

- がん診療連携拠点病院の整備指針ならびに診療報酬（緩和ケアチーム加算、外来緩和ケア管理料等）の施設基準は、現場の実情や世の中の動きに合わせて考えていく必要があると思います。
- 人材不足は部会だけでは対応しきれませんが、今あるリソースを利用するという意味でも、心理士のチーム加算を部会から提案できれば、社会にも還元できると思えました。
- 緩和ケア研修会の開催や緩和ケア診療加算に精神科医師の配置が要求されています。しかし、この10年間で緩和ケア研修会の受講者や緩和ケアの認定医・専門医が増えたいま、精神科医師の配置に関する様々な必須条件を再検討すべきかと考えます。緩和ケアに興味がある精神科医師もいれば、全く関心がない方もいるのではないのでしょうか。
- がん診療連携拠点病院の緩和ケアに関する次期指定要件では、心理士が必須化されそうですが、この背景や目的が全く理解できません。様々な点でマンパワーが先細りする地方において、人材の量的充実を次々と要求されるのは、是非とも再検討ねがいたいと思います。緩和ケアの教育をうけて臨床に携われる心理士は、限られているのではないのでしょうか。人材や組織的な指定要件ではなく、タスク的な指定要件をご検討いただけないのでしょうか。
- 緩和に関わる精神科が少ないのが分かっている状況で、緩和ケア診療加算に常勤か

つ専任で必須条件になっているのは、加算が取れないことで病院経営側が人材を絞る、という悪循環になっているように考えます現状に合わせた融通のある条件への改正を望みます(そもそも医師の赴任地、科の偏在は厚労省の施策の不都合によるもので、それを現場に背負わせるのは如何なものかと考えます)

- 緩和ケアチームに精神科医の配属を必須にするのではなく、心理職でも可として、精神科医を配属できれば加算をつけるとすると現実的でしょう。

その他

- どう解決していくかがなかなか見えないように思いました。
- 同じような部会が多く、負担になっている。また課題を解決できないまま、毎年が過ぎていく。現場の意見、困難について、前向きに検討し、改善を求めたいと考えています。今回話題に上がっていて、本当にありがたく感じました。
- 事務関係者のみならず、事前に各県の責任者(自分)にメールがほしいと思います。今回の事前アンケートは回答できなかったのが、誤解であればご容赦ください。
- (自施設で取り組んでいる取り組みに関して)スキルを自己学習していく必要もありますが、可能であれば教えていただきたいと思います。
- 緩和ケアをがんのみに関連付ける時代は終わっているのではないのでしょうか。心肺蘇生を行うのは麻酔科や循環器内科のみならず、心肺蘇生の講義は広く医療者におこなわれています。がん緩和ケアが提供したひな形を元に、すべての医療者が基本的な緩和ケアの講習を受けるようにする必要があると考えます。