

がん診療連携拠点病院指定要件の見直し提案について 事務局素案に対するご意見聴取 Webアンケート結果(2021.11.25-12.03)

回答ID 提案1

1 当院にも訪問看護ステーション・介護福祉施設・連携病院より緩和ケアに関する相談が寄せられています。緩和ケアチームが地域の医療機関や他の様々な施設、訪問医療看護と連携し、患者・家族のフォローアップする体制は必要であると考えます。拠点病院の緩和ケアに関する専門医師や看護師は地域で活用されるべきだと考えます。また地域と連携したグリーンケアもその中には含まれるとも思いますし大切なことだと思います。

2 昨日メールいたしました追加になります。がん患者・家族のEnd of Lifeを支える体制を整備し活動するためには、診療報酬の算定が必要かと思えます。インセンティブがないと、病院としては体制を整備し、活動ができないと考えます。現在、在宅への専門・認定看護師が訪問看護師と同行訪問すると診療報酬が算定できる仕組みがありますが、他病院や施設などに出向いても同様の診療報酬の算定ができるというのではないのでしょうか。また、転院後のフォローアップや相談に対してもインセンティブが必要かと思えます。

3 拠点病院の緩和ケアチームがある一定範囲の地域のEOLに関わることは賛成です。ただしフォローアップをするということが具体的にどのような医療介入を指すのか明示いただきたいです。この医療行為が緩和ケアチームの相応の業務量を伴うのであれば、保険収載をぜひお願いします。施設患者ではどうしても一定数臨死期に病院搬送があります。多くの場合、急速な体調悪化に接して家族が病院受診を希望する形です。こういった部分は連携だけでは解決しません。患者家族側の啓蒙が必要なので、この点は緩和ケアチームとは別のスキームで推し進めてもらいたいです。

4 連携の方法について、具体的な手段・方法に言及できるといいなと思いました。現在の連携は、訪問・電話・書面によることになると思います。しかし、人材の配置が十分ではないことが課題の中で、これらの手段で相談となると、少ない人材により負担をかけることに繋がる印象です。具体的にはSNS的なICTツールの活用が望まれると思いますが、医療情報管理上の問題点があります。当施設および関連施設では3省庁4ガイドラインに準拠する形のICTツール(帝人のバイタルリンクR)の利用を臨床試験ベースで開始しています。このようなICTツールの利用を促すような文言が入れば、病院側へこのようなツールの採用の後押しになるかと思ひ、提案させていただきます。

5 後方病院に情報提供を行う段階で、何か困りごとなどあれば相談してくださいということで提供しています。実際に、不明なところや薬剤調整について相談があったりもしています。後方病院への支援を明文化して敷居を低くする、ということでしょうか。

6 退院後、自施設に通院する場合は、緩和ケア外来でフォローしていますが、転院後に他医療機関に介入するのは難しいと思います。医療機関同士の連携強化を行っていますが、ニーズは極めて少ないです。

1.退院後のフォローについては、当院では、退院後の様子をうかがうための電話を行っていたが、(緩和ケア19巻2号143-146, 2009)個人情報保護の観点から容易に教えてもらえなくなった。
2. 退院後の相談については、連絡窓口が地域連携室であると、敷居が高く問合せの障壁となっている。緩和ケアに関する相談は気軽に直接電話できるような関係性の構築が前提である。
7 当院では緩和ケアホットラインを設けているが、電話してもらえるような関係作りのために、勉強会など多くの労力を費やしてきた。最近では緩和ケア病棟、診療所との定期的なWebカンファレンスも行なっている。
3. 地域へ患者を送り出す場合においても施設要件のうち⑥地域連携の推進の“キ”において、「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」とあるが、「十分な症状コントロールを行なった上で連携すること」との文言を明記すべき。

8 緩和ケアチームでは、患者の退院・転院後にも外来主治医からの要望や転院先からの問い合わせがあれば応じて対応を行っていると思ひます。一方で、提案1の文章からは、介入したすべての患者の退院・転院後のフォローアップが必須であるような文面として捉えられます。現実的には、介入したすべての患者さんのフォローまで行うことは困難であると思ひますので、「必要時におけるフォローアップ」というような文書にするなどの対応が適当であると思ひます。おそらく、この要件は必須になると思ひますので、少し幅を持たせても良いと考えました。必須要件としないのであれば、提案1の文章でも差し支えないと考えます。

9 より具体的な内容が盛り込まれ、方向性がわかり、よいと思ひます。

回答ID 提案1

「地域の関係医療機関との連携協力体制を強化し、がん患者・家族のEnd of Lifeを支える体制を整備する。」

- 10 →「地域の関係医療機関及び担当行政機関との連携協力体制を強化し、がん患者・家族のEnd of Lifeを支える体制を整備する。」
行政の責任を併用・明示できないでしょうか？ 実際協力的な行政担当者でも、根拠法令/通達がない状況で協力は難しいと思われます。
- 11 退院・転院後のフォローアップの具体的なイメージが付きにくいので、実施内容の質にかなり差が出るのではないかと思います。一方で具体的に示しすぎると施設の特性によっては要件を満たすことが難しくなってしまうので、どのような内容をイメージされているかを例としてお示しいただけると分かりやすいと思いました。
- 12 良い変更だと思います。実際に行われているかを検証する方法はどのようにお考えですか。
- 13 拠点病院ですら緩和ケアに関わる人材は全く足りていないので、現体制をさらに強化させるのであれば、相応の支援がないと「絵にかいた餅」に終わると思います
- 14 提案1に賛成します。
- 15 多くの拠点病院の緩和ケアチームの人員は限られており、「緩和ケアチームは、緩和ケアを提供していた患者の退院・転院後のフォローアップ」することは現実的でない(部分的には必要に応じて既に行っている)。
緩和ケアを提供していた患者の退院・退院後のフォローアップは大変なことです。ただ、緩和ケアチームに紹介される患者さんは一部であり、また緩和ケアチームのマンパワーを考えるとフォローアップには限界があると思います。苦痛のスクリーニングと同様に、病院全体で取り組むべきことであり緩和ケアチームという言葉はいらな
16 いと思います。
- 17 拠点病院の緩和ケアチームでさえも、現実的には専門的人材の人的資源が充足しているとは言い難い。「緩和ケアを提供していた患者の退院・転院後のフォローアップ」の表現が、緩和ケアチームで直接介入した症例に限定するのか、院内の緩和ケアを必要とするすべてのがん患者を指しているのかが不明確で、それによって要件
18 変更に伴う緩和ケアチームの負担が大きく異なってくる。
今回の提案に対して、当方は否定的な受け止め方ではない。また、今回の提案された内容に対して多くの施設でできる限りの努力はすでに行われていると思われる。変更に伴い、情報収集のための事務員配置や医師・看護師の配置の見直しが必要になることが予測される。
- 18 緩和ケアチームに限定されると、マンパワー不足になる。人員配置の見直しが必要。
- 19 拠点病院の緩和ケアチームが地域の後方連携病院と退院・転院後にフォローアップを行うことは現実的に厳しいと思います。今までと同様な対応を行うことが現実的ではないでしょうか。当県の現状として、緩和ケアフォローアップ研修会の参加者が少なく、今後は後方連携病院に参加を募り、底上げを図りたいと思います。
- 20 地域の後方連携病院等からの緩和ケアに関する相談については、すでに拠点病院においては取り組んでいる内容である。定期的なやり取りをしている以上に拠点病院が紹介元の患者のフォローアップまで行うのは過剰な労力という印象を受ける。
- 21 がん患者の看取りについて、地方の後方連携病院等に依頼することが多いですが、連携は書面や連携室とのやりとりだけとなり、実際に患者ケアをしている医療従事者間での連携はできていないので、必要かと感じています。ただ、End of Lifeを支える体制とはどのような体制が対策で示していただけると、施設によって異なるこということかなるべく防げるのかと思います。
- 22 フォローアップの解釈にもよりますが、拠点病院各施設の緩和ケアチームが患者の退院・転院後のフォローアップを行うための人材確保や体制が取れるのか懸念されます。

回答ID 提案2

1 提案2については見直し案の内容でよいと思います。

2 パスやマニュアルの整備では看取りの質が向上するとは思えないので、こういった部分が外れたことは支持します。

効果的・効率的な緩和ケアの具体案の提示が望ましい印象です。

現要件1と重なるのですが、人材の配置が十分ではない現状では、ICTツールなどの利用が相応しい印象です。

3 「効果的・効率的な緩和ケアを提供する体制を整備する。」だけだと病院は現場でなんとか頑張れ、という指示しか出されないかと思われます。

「地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備」の文言が消えてしまったのは、これだけではうまくいかなかったからかと拝察します。

病院側に何らかの配慮を促すためにも「ICTツールなどの利用」など、病院側が現場に何らかの手助けをしようと思わせる動機につながるような文言の追加を希望します。

4 連携の強化を謳っていますが、具体策としてどのようにするかという現要件に比べて、(地域の実情に合わせたということもあるかもしれませんが、)具体性に乏しいと感じます。

5 地域で効果的・効率的な緩和ケアを提供する体制を整備について、何をもちて効果的というか、効率的というのかについては共通認識できる定義があるとよいと思います。

6 多様な状態にある看取り患者にマニュアルやパスを作成するのは、現実的に難しいので、「マニュアル」「パス」の文言を削除して頂けるのは良いと思います。

7 地域で効果的・効率的な緩和ケアを提供する体制、という表現では指し示す内容がわかりにくいと思います。

「当該医療圏内での看取りの状況を把握する」について

当該医療圏での看取りについては、県市町村が把握している事項であり、拠点病院に対する働きかけだけでは実態を把握しにくい。実現にあたっては県の仕事であると明示する必要あり。

当院では、これまでに、県疾病対策課へ依頼してデータを得ていたが、公表義務があるわけではなく、好意により当院と情報共有していたが、コロナ禍で多忙となって以来、集計していない状況である。

8 「緩和ケア提供体制」について

在宅療養支援診療所は月に1回会議を行なうことが義務づけられている。そのルールに、がん診療連携拠点病院が参加する事を義務化すべき。診療報酬において診療所側への働きかけを同時に行なって欲しい。診療報酬要件が変われば、容易に状況は変わる。

今後の少子化を見据え、Web等を活用したカンファレンスを開催するとしたほうが良いと考える。

「ペインクリニック」について

当院は地域から神経ブロック患者をうけいれている。事前に適応の紹介 ブロックの概要 入院日数などを地域にお伝えしている。紹介にあたっては症例の的確な症状、画像情報などがあると効率的である。

看取りの状況把握に関して、実際に看取りを行っている緩和ケア病棟や在宅診療所に関連する情報提供については可能と考えます。

9 一方で、地域全体の病院、緩和ケア病棟、自宅それぞれでの看取りの割合を把握することは、地域に複数の医療機関が存在し、個人情報の問題も含まれますので、正確なデータとして把握することは非常に困難であると思います。ある程度、解釈に幅を持たせていただけるとありがたいです。

提案2は1とは逆に、具体的な方向性がやや抽象化されたように感じました。「効果的・効率的な緩和ケアの提供」とは何かがいまいなので、国としての方向性(望む

10 場所での療養・看取りを可能にするためのスムーズな入退院の促進、そのための情報共有化の促進、地域スタッフの教育・レベルアップなど)を少し意図的に文章化してもよいかと感じました。

回答ID 提案2

「緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内での看取りの状況を把握するとともに、当該医療圏内の緩和ケアチームや緩和ケア病棟、在宅緩和ケアを提供する診療所、がん疼痛緩和を行うペインクリニック等とともに地域で効果的・効率的な緩和ケアを提供する体制を整備する。」

- 11 →「緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内での看取りの状況を把握するとともに、当該医療圏内の緩和ケアチームや緩和ケア病棟、在宅緩和ケアを提供する診療所、がん疼痛緩和を行うペインクリニック等とともに地域で効果的・効率的な緩和ケアを提供する体制を整備し、当該医療圏内でその内容を一般市民に広く周知する。」

Outputまで義務化することは重要と思われました。

- 12 看取りの状況を把握するという文言が入ると、看取りの時期に特化した緩和ケア提供体制の整備を行えば良いような印象になってしまう気がしました(亡くなる場所を在宅に移行することが目的のような印象を持ちました)。

- 13 良い変更だと思います。一度クリティカルパスを作ろうと考えましたが、個人個人の状況があまりにも異なることから結局断念しました。退院前カンファレンスの実施回数や、在宅からの入院受け入れ件数などが指標となり得ると思います。

- 14 提案2に賛成します。「見取りの状況を把握する」とは、「どこでがん患者が何名が死亡したかという数字を把握する」意味ですか?「効果的・効率的な緩和ケア」とは、どのような意味でしょうか?

- 15 「当該医療圏内での看取りの状況を把握」は具体的に何を指しているか不明瞭であり、かつその調査を行うことは拠点病院として負担が大きいと考えられる。

本提案の内容に関して、基本的に賛同の立場である。

昨年度の緩和ケア部会の会議の中で、地域連携クリティカルパスがあまり活用されていないような印象があった。今回の提案の中にがん疼痛緩和を行うペインクリニック等などの記載もあることから、パスの活用も効果的とは考えるが、地域連携の根源的な要素は「情報の共有」である。今回の提案の中に「クリティカルパスやマニュアル」の記載が外れている真意には、「情報の共有」の難しさがあるのではないかと考える。都道府県の行政の協力の地域差があり、地域連携クリティカルパスの活用を推進する上で都道府県の行政が率先して取り組むよう明示していただきたい。

- 16 情報共有の前段階である患者の症状・苦痛を連続性をもって確認できるデバイス(母子手帳のような地域である程度統一した形式の緩和ケア手帳(冊子版、アプリ等のウェブ版)など)の導入を推進してはどうか。すでに各施設毎に痛みの日記等は活用されているが、特に60歳代以下の世代のスマホ普及率を考慮すると、電子デバイスの活用は今後精力的に取り入れる必要性を感じている。実臨床においても、特にAYA世代以下はスマホのメモ機能などをうまく活用している。電子デバイスは音声入力も簡便であり、治療の長期化による末梢神経障害が出現している患者でも活用しやすいと思われる。電子工学の活用を、緩和ケア領域においても説教的に検討していくべきだろう。そうすることで、地域連携における情報共有も容易になると推察される。

- 17 特になし。

- 18 拠点病院が当該医療圏の看取りの状況を把握することは現実的には難しいと思われまます。それよりは、地域連携カンファレンスを適宜行い(必要時の開催で、月一回の縛りは外していただきたく、不定期開催)等で、緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備する方が現実的だと思います。

- 19 県のがん対策を課、県医師会、草の根のホスピス・緩和ケアネットワークなどの持っている情報を集約する必要は痛感している。大都市と違い、小規模な県においては、県庁の旗振り役を規定して、制度設計する方法が効果的と考える。

- 20 緩和ケアの提供に関して、当該医療圏内、もしくは看取りまでのケアを依頼した医療機関、診療所とともに緩和ケアの提供体制は、提案1の意見同様、実際に緩和ケアを提供している者(緩和ケア医やチームメンバー)ではなく、連携室や担当医との書面でのやり取りでの連携となっています。マンパワー不足や経費等の問題もありますが、看取りの状況も含め、直接的ケアを行っている医療者同士が協働しやすい体制づくりができるとよいと思います。難しいかも知れませんが、体制も病院ごとで異なるものではない方がよいと思います。

- 21 ・当該医療圏内での看取りの状況の把握には、在宅療養に関する既存のネットワークの活用も含め、症状緩和が図れたかの評価・検討を行う場が必要だと思います。
・「効果的・効率的な緩和ケアの提供」とはどのようなことなのか、もう少し具体的な文言が良いと思います。

回答ID その他

- 1 県内の拠点病院では、精神科医が不在のため緩和ケアチームで緩和ケア診療加算が算定できないという意見を聞いています。精神科医がいなくても、精神看護専門看護師や臨床心理士がチームに専従している場合には、緩和ケア診療加算が算定できるようになると、緩和ケアチーム活動がさらに活発になると思います。
- 2 11/25に本アンケート依頼メールが届きました。県内すべてのがん診療拠点病院への共有と意見の集約を行うには回答期限までの時間が短すぎます。1月ほど前に周知していただければ幸いです。
- 3 あまり高いハードルとなるような指定要件とならないような配慮を希望します。

- 4 専任薬剤師の配置が非常に困難である。

症状緩和に係る院内クリティカルパスは、他のパスの如く時系列で作成することは困難である。

- 5 LCPのように、症状があるときプライマリチームが対応し、その後うまくいかなければ、再度プライマリチームが対応する、または緩和ケアチームへ相談するという構造をパスと考えるべき。
したがって、そのような記述に変更したほうがよいと考える。

- 6 指定要件に関しては、厚労省を始めとした担当行政機関には許認可権のみではなく、緩和ケア普及に関する責務を何らかの形で担保した通達内容にして頂けると、地方行政担当部署との連携がしやすいので、御配慮を御願い申し上げます。

- コロナ禍において、首都圏とは全く異なり地方ではますます医療従事者のマンパワーが少なく、かつ偏在している現状を感じています。整備指針P9.(2)診療従事者①オにおいて、「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。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。」、という要件と、「精神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。なお、当該医師については、専任であることが望ましい」、という要件があります。この人的指定要件の検討・見直しを希望します。つまり、一人の医師が専従したり専任することも大切ですが、緩和ケア研修会を修了した複数の医師が兼任することでも緩和ケアを提供できます。緩和ケアセンターが整備された結果、緩和ケアに専従・専任することはできなくても兼任したいという各診療科の医師が増えてきています。また、そのような医師のモチベーションを維持しつつ、少ない人材で地方の緩和ケアや2025年問題に対応するには、柔軟な組織体制(医師のワークシェアリング等)が必要と考えます。専従・専任も大切ですが、兼任する医師が複数いることで人的指定要件を満たせるようご検討ください。その方が医師の専門領域が偏らずに、より広い専門性を特徴とした緩和ケアチームが生まれます。もともと少ないマンパワーで地方の医療を支えてきたところに、コロナ禍で臨床業務体制が大きく影響を受けていることをご理解ください。今後ともご指導・ご鞭撻のほど宜しく御願い申し上げます。

- 8 緩和ケアの対象はがんその他の特定の疾病に罹患したものと明文化されており、がんに限定したものではありませんが、上記指定要件をみますとエンドオブライフを支える体制づくりを含めてがんに限定しているように思います。今後の地域包括ケアシステムを考えてもがんに限定した内容にしていくか、今一度考える時期かと思いました。

- 9 指定要件を増やすのであれば、人員配置を再検討して欲しい。
専従の事務員を配置して欲しい。