

第8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

議事次第

日 時:平成 30 年5月 25 日(金)13:30-15:30

場 所:全国都市会館 3階 第2会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- (1)循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について(報告)
- (2)緩和ケアチームの育成のあり方について
- (3)その他

【資 料】

資料1 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について

資料2 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について(2018(平成 30)年 4 月循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ)

資料3 緩和ケアチームの育成のあり方について

資料4 緩和ケアチームの育成に関する取り組み紹介(加藤参考人提出資料)

資料5 厚生労働省委託事業 がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」概要(加藤参考人提出資料)

資料6 緩和ケアチームの看護師教育(田村参考人提出資料)

参考資料1 「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」開催要綱

参考資料2 緩和ケアチーム(PCT)の育成:精神科医、心理士育成への取り組み(JPOS)ー現状と課題を踏まえた今後の展望-(小川構成員提出資料)

参考資料3 緩和ケアチームの薬剤師の育成(加賀谷構成員提出資料)

参考資料4 緩和ケアチームの社会福祉士等(ソーシャルワーカー)育成(田村構成員提出資料)

参考資料5 第3期がん対策推進基本計画(平成 30 年 3 月 9 日閣議決定)(概要)

参考資料6 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針

参考資料7 がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しに関する報告書(平成 30 年4月 11 日がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ)

循環器疾患の患者に対する 緩和ケア提供体制のあり方について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

本検討会においては、がん等における緩和ケアの提供体制について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討する。

(1) 下記ア～ウに関する具体的な対策

- ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方
- イ. 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
- ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

(2) 緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理(抜粋) (平成28年12月)

(4)循環器疾患等の緩和ケアについて

(現状と課題)

- 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、循環器疾患等の患者も緩和ケアを必要としている。
- 我が国の緩和ケアは、がんを主な対象疾患として発展したため、がん以外の疾患を併発したがん患者やがん以外の疾患の患者への緩和ケアが立ち遅れている。
- 我が国において、がん以外の疾患に対する緩和ケアの臨床現場における実態が十分把握されていない。
- 主治医の多くは、がん以外の疾患に緩和ケアチームが対応できることを認識していない。
- 現行の研修会の内容では、慢性心不全等のがん以外の疾患を有するがん患者への対応が難しい。

(今後の方向性)

- がん以外の疾患に対する緩和ケアの実態把握など普及啓発に向けた取組を行うべきである。
- がん以外の疾患の経過ががんと異なることを考慮して、関連学会等の協働を促し、今後の対策についてワーキンググループ等を設置して検討すべきである。

「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」今後の予定(案)

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料2より一部改変(29.11.14)

- 平成29年11月16日 第1回ワーキンググループ(WG)
- 循環器疾患における緩和ケアについて
 - 緩和ケアにおける循環器疾患とがんとの共通点・相違点について
 - 循環器疾患における緩和ケアの提供体制について
- 平成30年1月24日 第2回WG
- 循環器疾患患者の全人的な苦痛について
 - 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について
 - WGとりまとめの骨子案について
- 平成30年4月6日 第3回WG
- WGとりまとめ案について
- 平成30年5月25日 第8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
- WGとりまとめ報告

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関する WG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

第5 おわりに

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関する WG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

第5 おわりに

緩和ケアの定義

(2002年世界保健機関)

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア
提供体制のあり方に関するワーキンググ
ループ資料4(29.11.14)

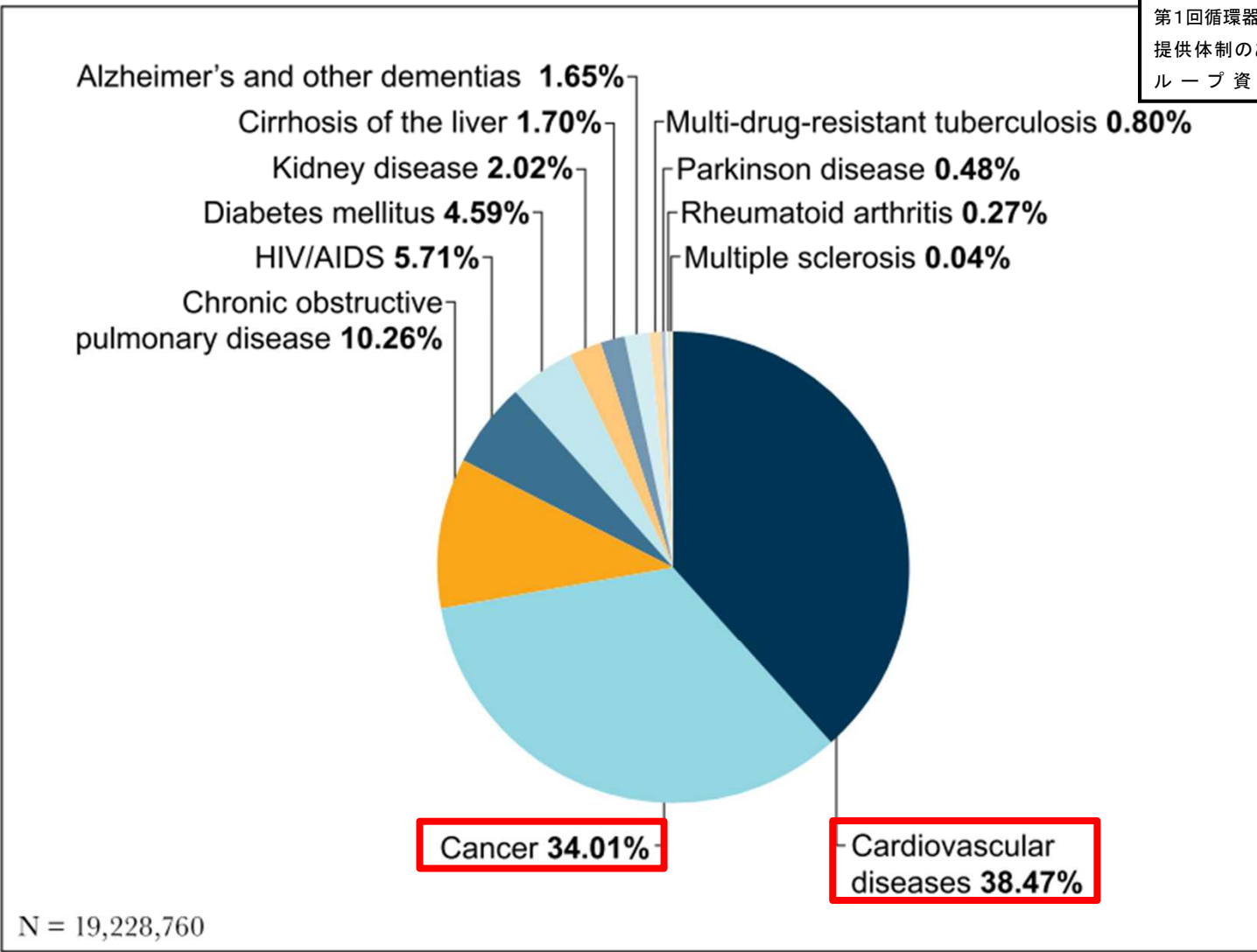
- Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- 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。

- 緩和ケアの対象患者はがんに限定されるものではない。

人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合(成人)

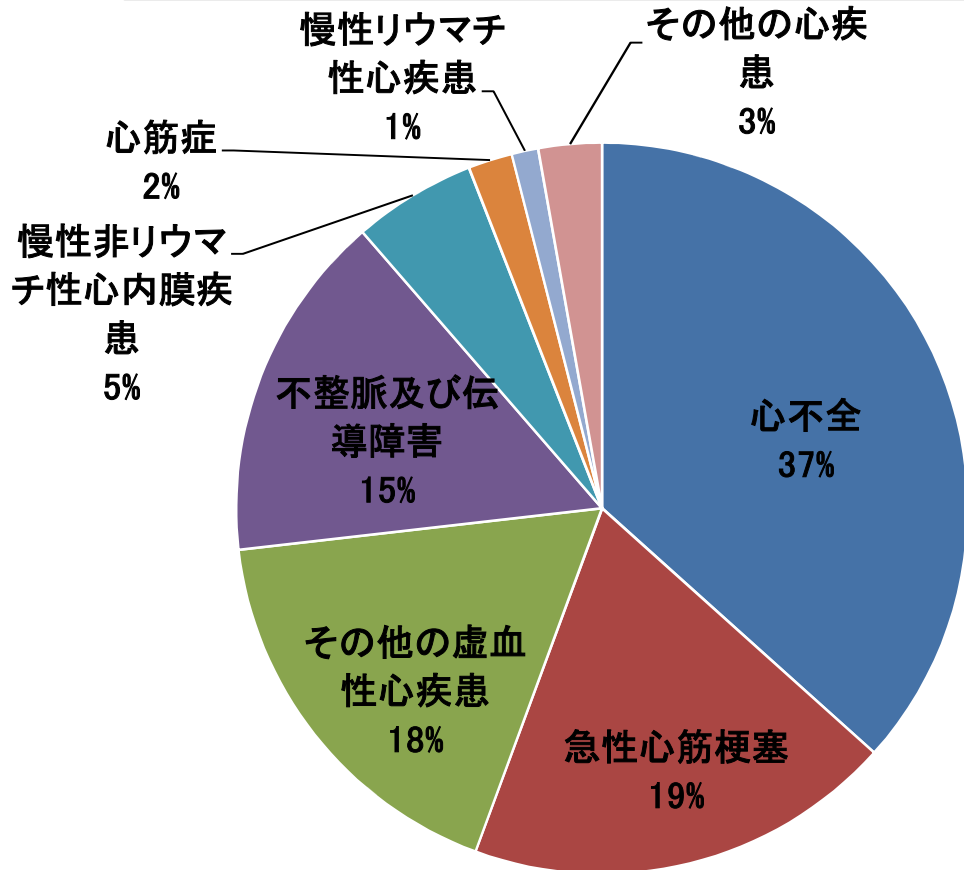


1位 心血管疾患、2位 がん

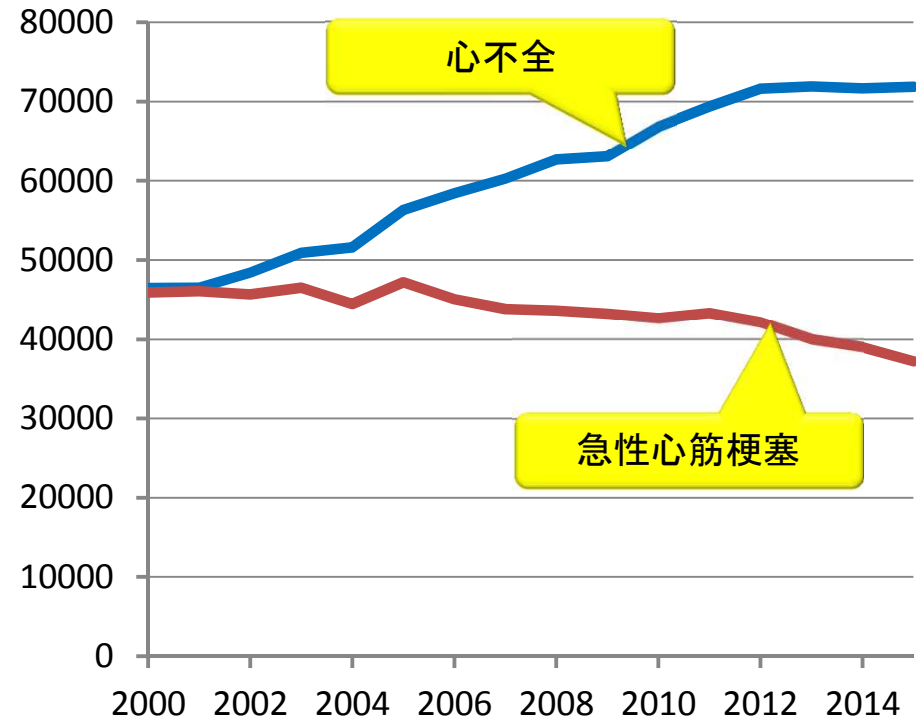
心疾患の病類別にみた死亡者数

- 心不全と急性心筋梗塞が心疾患死亡の半数以上を占め、心不全による死亡者数は増加傾向にある。

心疾患の病類別に見た死亡者数の割合 (2015年)



心不全および急性心筋梗塞による死亡者数の推移



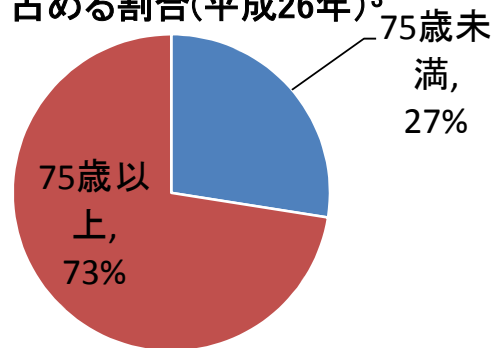
出典:平成27年人口動態統計

本邦における心不全患者の現状①

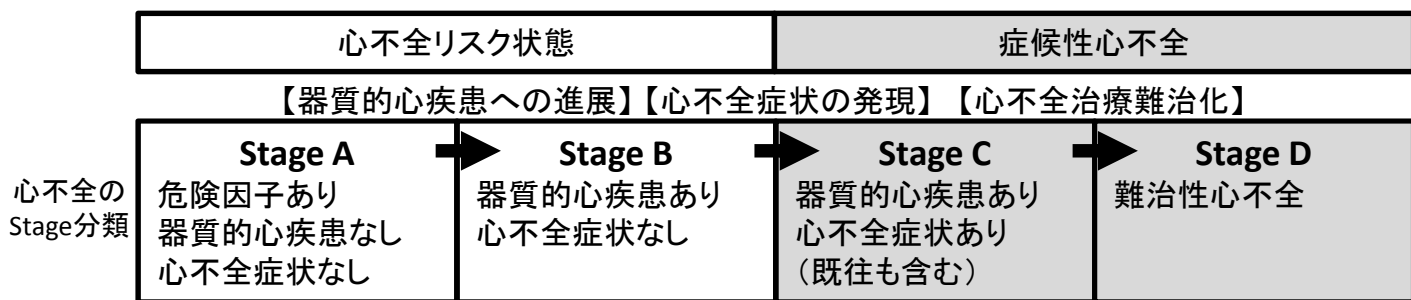
第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料4(29. 11. 14)

- 心不全患者の約70%が75歳以上の高齢者であり、今後患者数が増加することが予測されている。
- 心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、患者の約20～40%は1年以内に再入院する^{1,2}。

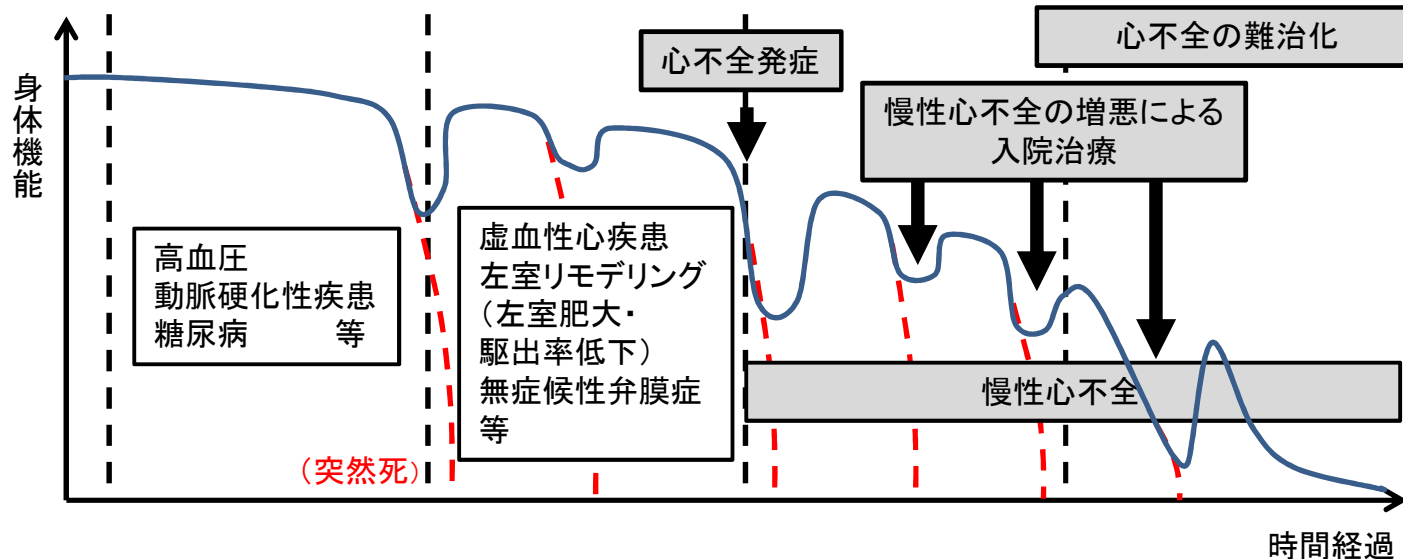
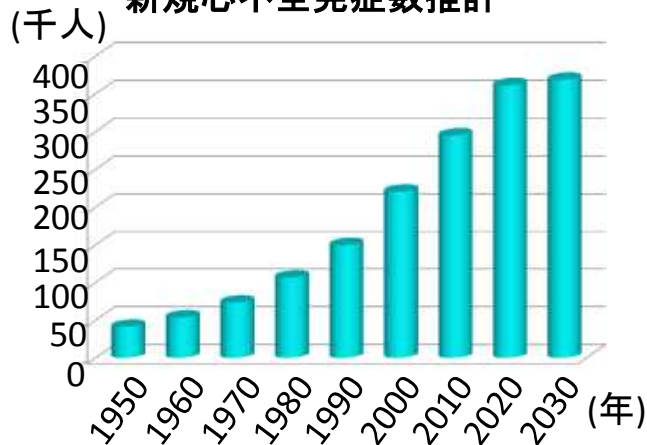
心不全において75歳以上の患者が占める割合(平成26年)³



心血管疾患から心不全への臨床経過のイメージ⁵



日本における高齢者(65歳以上)の新規心不全発症数推計⁴



1: Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623 2: Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407 3: 平成26年患者調査

4: Eur J Heart Fail 2015 sep;17 (9) 884-92より引用改変 5: 「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

高齢心不全患者(75歳以上)の治療に関するステートメント (日本心不全学会)における高齢心不全患者の特徴¹

- ✓ Common Diseaseであり、その絶対数が増加してゆく。
- ✓ 根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患である。
- ✓ その大半が心疾患以外の併存症を有する。
(感染症、脳血管障害、認知症、腎機能障害、運動機能障害等)
- ✓ 高齢者の心不全管理については、エビデンスと言えるデータは限られている。
- ✓ 服薬管理等の自己管理能力に限界がある事が多い。
- ✓ 個体差が大きい。



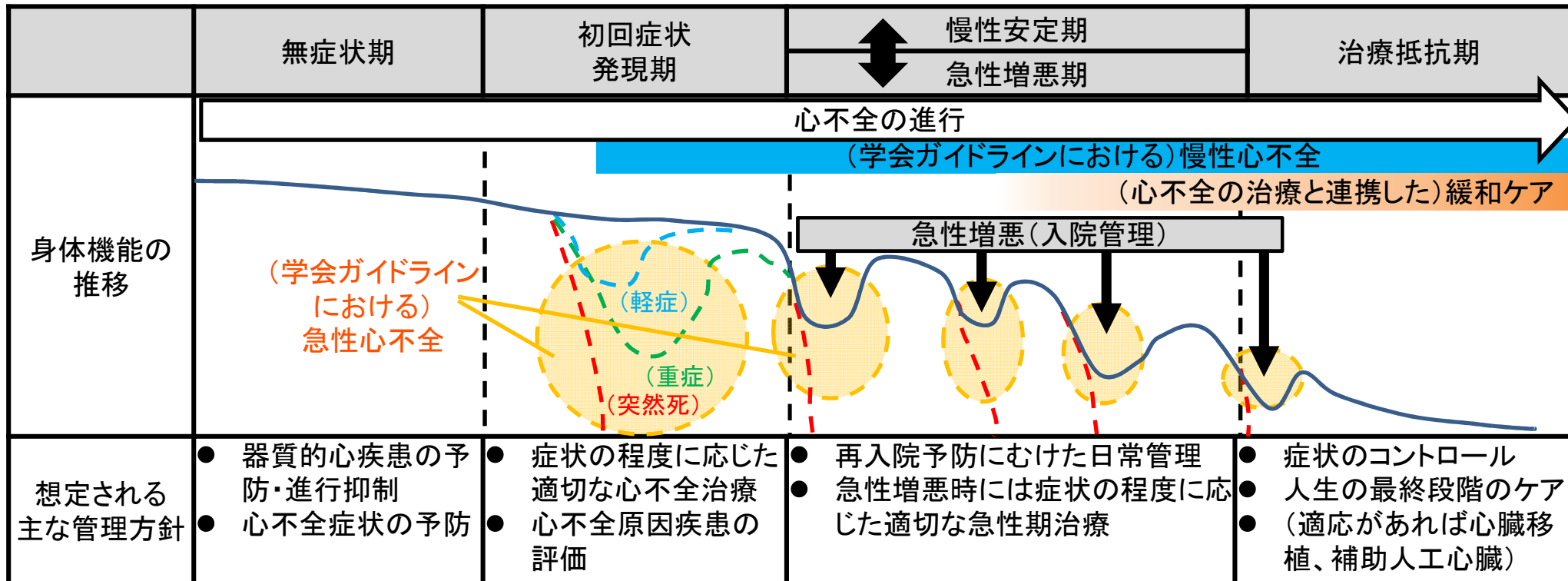
- 心不全患者の多くを占める75歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、個々の症例の重症度、併存症の状態、社会的背景等の全体像を踏まえた上で検討することが推奨されている。
- かかりつけ実地医家等が地域で形成する診療体制を中心に、循環器専門医が所属する基幹病院が急性増悪時の入院治療、心血管疾患リハビリテーション等で連携・支援する体制を提言している。

心不全対策の考え方について

(「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」報告書より抜粋)

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度等により適切に設定される必要があり、状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされる。
- 慢性心不全患者の管理体制としては、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、多職種チームによる疾病管理等で連携・支援する体制の検討が必要である。
- 慢性心不全対策を推進するに当たっては、幅広い心不全の概念を、患者やその家族、心血管疾患を専門としない医療従事者や行政等の関係者間で共有することが重要である。

心不全患者の臨床経過のイメージ¹



1: 「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

緩和ケアの対象となる循環器疾患について

(今後の取組に向けた考え方)

- 循環器疾患の中でも、心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、今後の患者増加が予想されるものであることから緩和ケアの対象となる主な循環器疾患として心不全を想定し、今後の取組を考える必要がある。

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関する WG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

第5 おわりに

慢性心不全患者の苦痛

身体的苦痛、及び精神心理的苦痛が、
がんと共通して頻度が高い

- 呼吸困難 (いつも首を絞められているような)
- 全身倦怠感 (身の置き所がない)

終末期における症状出現頻度

- 疼痛
- 不安
- 抑うつ
- 吐気、食欲低下
- 便秘
- 睡眠障害
- 身体機能の低下

%	心疾患	腎疾患	COPD	がん
呼吸困難	60-88	11-62	90-95	10-70
全身倦怠感	69-82	73-87	68-80	32-90
疼痛	41-77	47-50	34-77	35-96
不安	49	39-70	51-75	13-79
抑うつ	09-36	05-60	37-71	03-77

(セルフケア能力の低下)

- スピリチュアルペイン (Distress)

(人生の意味や罪悪感、死への恐れ、経済的困窮等) 等

出典: Solano JP et al, *J Pain Symptom Manage* 2006

- 呼吸困難
 - 酸素投与、オピオイド、非侵襲的陽圧換気
- 全身倦怠感
 - 原因への介入、有酸素運動、エネルギー温存療法
- 疼痛
 - アセトアミノフェン、オピオイド
- 共通して行う事: 適切な心不全治療(強心薬を含む)、精神科的介入、カウンセリング、リハビリ、栄養療法、社会環境調整、家族ケアなど
- 終末期には鎮静が必要になる場合もある

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(今後の取組に向けた考え方)

- 心不全患者における苦痛は、多面的・複合的であり、このような苦痛を緩和するためには、患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点をもつ、全人的な苦痛として捉え、患者やその家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点も踏まえた、多職種による対応(全人的なケア)が必要である。また、全人的なケアを達成するには、多職種連携、による対応や地域の連携、医療・介護・福祉の連携等が重要である。

(1) 身体的苦痛について

- 心不全患者の身体的苦痛を緩和するためには、患者に応じた適切なケアの提供が必要であるが、心不全そのものが身体的苦痛の原因ともなり得るため、心不全に対する治療を継続しつつ、緩和ケアを提供する必要がある。
- 患者に応じた適切な身体的苦痛を緩和するためのケアの提供に当たっては、心不全の重症度、併存症の状態、患者の価値観、提供するケアに必要とされる医療資源、利用可能な制度等を踏まえる必要がある。
- がん患者の身体的苦痛に対する緩和ケアにおいて使用される薬物療法を、心不全患者に対して使用する際には、適切な投与量の違い、心不全患者には有効でない薬物療法も存在する等の相違点に留意するとともに、このような相違点に対する科学的な知見を集積する必要がある。(医療用麻薬の投与量、非ステロイド性消炎鎮痛薬やステロイドに伴う副作用の心不全への悪影響等)

心不全の経過における精神心理的危機

第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料3より一部改変(30.01.24)

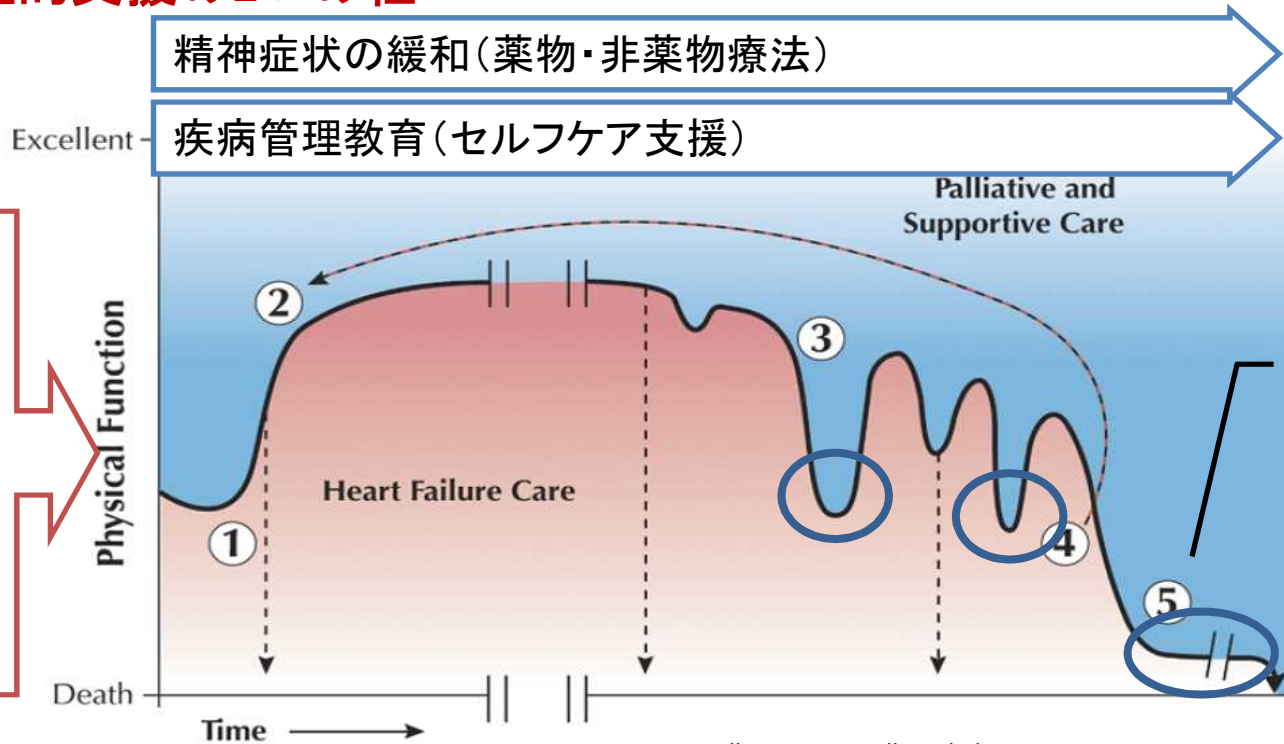
<精神心理的支援の2つの柱>

精神症状の緩和(薬物・非薬物療法)

疾病管理教育(セルフケア支援)

症状緩和
増悪予防
QOL向上

- 虚血性心疾患
- 心筋症
- 弁膜症
- 先天性心疾患
- 不整脈
- 心膜疾患
- 肺動脈性肺高血圧症
- ・
- ・



Goodlin SJ. J Am Coll Cardiol 2009;54:386-96

----- Sudden Death Event
 ———— Transplant or Ventricular Assist Device

ステージD:
 高齢者精神障害3Dが混在
 ・認知症 dementia
 ・せん妄 delirium
 ・うつ depression

せん妄

認知障害
 (軽度認知障害～認知症)

うつ・不安

<精神症状>

がんとの違い

- ・ギアチェンジのタイミングが計りにくい
- ・疾病管理教育(積極的治療)と緩和ケアを並行して実施することが難しい

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(今後の取組に向けた考え方)

(2) 精神心理的苦痛について

- 精神心理的苦痛への対応については、十分な説明や共感的な態度で接するといった、支持的なコミュニケーションを基本としながら良好な医師・患者関係を構築するなど、疾患の初期の段階から取り組むべきである。また、日常診療の中で、精神心理的苦痛の評価や対応が可能となるよう、知識や技術を確立し、学会等を通じて、教育や普及啓発を行う必要がある。
- 身体管理と連携した精神心理的なケアを外来及び入院にて提供するために、緩和ケアチーム、心不全多職種チーム、循環器疾患・緩和ケア・老人看護等にかかわる認定・専門看護師等が、精神心理面に関する知識を得た上で、連携して取り組むことが重要である。また、精神科医や精神・心理にかかわる認定・専門看護師、心理職、精神科リエゾンチーム が心不全にかかわる医療従事者等を教育・支援する体制も同時に構築する必要がある。

循環器疾患患者の主な社会的苦痛

第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料4より一部改変(30.01.24)

1. 介護負担と家族関係の問題

【問題】

1. 家族自身も高齢で支援が必要となることが少なくない
2. 先の見えない介護に精神的負担が大きい
3. 日常生活そのものが疾病管理であり、日々の小さな負担が積み重なり大きな負担へと繋がっていく
4. 本人の家族へ対する申し訳なさがある

【問題解決にむけて】

- ✓ 訪問看護の活用
- ✓ 介護従事者と共同した疾病管理
- ✓ 家族のレスパイトを目的とした施設と地域の連携強化
- ✓ 在宅医療機関への相談員等配置

11

3. 経済的な問題

【問題】

1. 繰り返す入院で医療費負担が大きい
2. 病状上、就労が困難となることがあり、所得補償が得られにくい
3. 認知症等により金銭管理が難しいこともある

【問題解決にむけて】

- ✓ 在宅療養を継続するための社会資源整備とシームレスなサポート体制の構築
- ✓ 長期的な療養生活を支える就労支援
- ✓ 地域権利擁護事業の啓発活動

13

2. 療養場所の選定の問題

【問題】

1. 老いや疾病に伴う家族役割の構造変化への戸惑い
2. 認知症等によって意思決定が難しい
3. 自宅・病院・施設のどこを選択しても課題がある
4. 患者と家族、家族間などで意見が異なる

【問題解決にむけて】

- ✓ 地域権利擁護事業や成年後見等を活用し、最後まで人としての尊厳を大切にする
- ✓ 患者家族の歴史や現在の思いを大切にしたり、病院と地域、および多職種チームによる意思決定支援が重要
- ✓ 長期的な療養施設の体制整備

12

4. 地域コミュニティの問題

【問題】

1. 専門職へ相談できる窓口が少ない
2. 情報量が少ない、または患者家族が高齢で情報を得る手段が少ない
3. 患者会、家族会などコミュニティの場が少ない

【問題解決にむけて】

- ✓ 疾病の啓発
- ✓ 医療介護従事者向けの教育
- ✓ がん相談支援センターのように相談対応できるような心理社会的問題にも対応できる相談員の配置
- ✓ 患者の人生や生活の質を高めるため、地域全体で支えるコミュニティの構築

14

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(今後の取組に向けた考え方)

(3) 社会的苦痛について

- 心不全患者は高齢者が多く、社会生活上の不安について相談するために遠くまで行くのは難しいと考えられることから、患者やその家族がアクセスしやすい相談の場を提供することが必要である。このため、がん相談支援センター等のような医療機関等の相談窓口だけでなく、地域包括支援センターや訪問看護等の在宅医療で支援にかかわる専門職を活用して、身近な場所で相談できる体制を確保することも重要である。また、同じような立場の人から話を聞くことは、情報を得るだけではなく、不安の軽減にもつながるため、そうした患者やその家族等の当事者同士のコミュニケーションの場として、がん診療連携拠点病院における患者サロンの取組は参考になる。
- 心不全患者が、療養生活を長期に継続するためには、患者やその家族が、医療や介護をはじめとした様々な資源につながるができるよう、地域全体で支えることが求められる。そのため、地域での支援体制の整備や、医療・介護・福祉で支える地域のネットワークづくりが必要である。その際、既存の制度の有効活用を図るとともに、制度の隙間に落ちてしまうことがないように、連携した取組を進めていくべきである。
- 認知症等で意思決定ができなくなった場合や、療養する場所や施設が変わった場合においても、患者やその家族の意向を尊重した医療やケアを提供するためには、病気に関する情報の共有だけではなく、患者やその家族の療養に関する考え方といった情報も共有することが必要である。

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するWG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

第5 おわりに

心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と 概念の共有に関する検討の方向性(案)

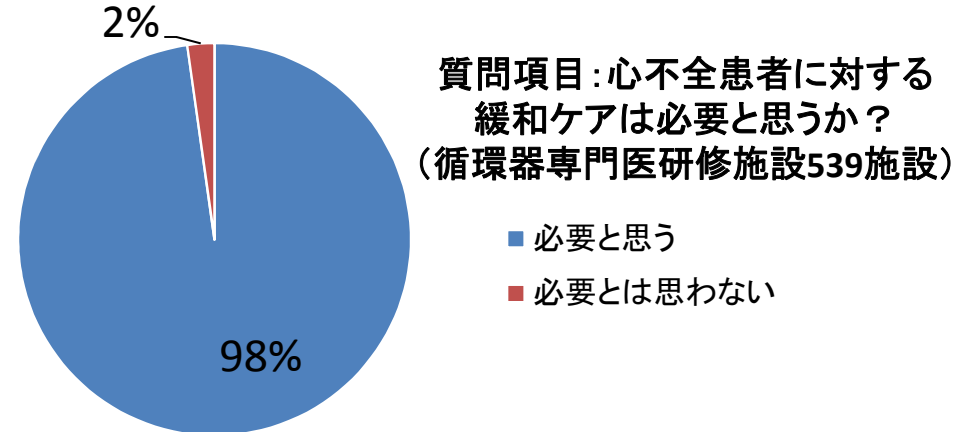
第1回循環器疾患の患者に対する緩和
ケア提供体制のあり方に関するワーキ
ンググループ資料4(29. 11. 14)

- 末期心不全患者の多くは、呼吸困難・倦怠感・疼痛などの身体的苦痛に加えて、精神心理的苦痛や社会的苦痛といった問題も抱えている^{1,2}。
- このような背景から、循環器専門医研修施設を対象に行ったアンケート調査において、循環器専門医研修施設の98%が心不全患者に対する緩和ケアの必要性を認識している³。
- しかしながら、末期心不全患者に対する緩和ケアの提供内容については確立されたものがなく、具体的な提供内容は、施設や担当する医療従事者に委ねられている⁴。

心疾患患者の終末期における苦痛の頻度²

呼吸困難	60-88%
倦怠感	69-82%
疼痛	41-77%
不安	49%
うつ	9-36%
混乱	18-32%

心不全患者に対する緩和ケアの必要性に関する調査結果³



- 末期心不全患者における全人的苦痛を踏まえ、心不全患者に対する緩和ケアの提供内容について検討する。
- ニーズや提供内容等の心不全患者における緩和ケアの概念を、関係する医療従事者等の間で共有する方法について検討する。

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(今後の取組に向けた考え方)

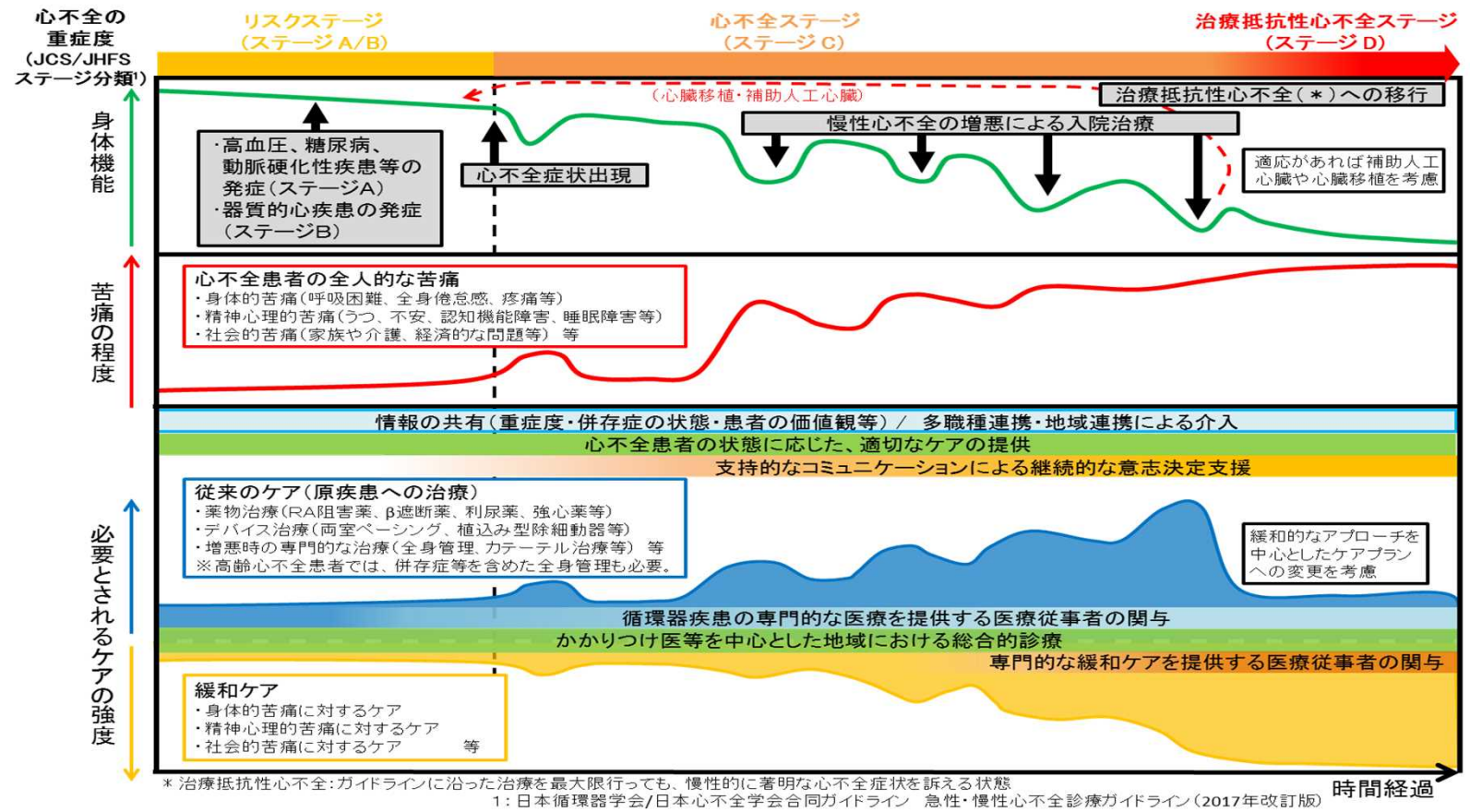
(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

- 緩和ケアのニーズの認識と正確な概念の共有に当たっては、がん以外も緩和ケアの対象疾患となりうること、疾患の初期の段階から疾患の治療と並行して提供されるものであり、疾患の治療法が無くなった段階で切り替わって提供されるものではないこと、全人的な苦痛が緩和ケアの対象であること、専門的な緩和ケアを提供する医療従事者のみが関与するものではないこと、といった点が重要である。
- 心不全の正確な理解に当たっては、増悪と寛解を繰り返しながら徐々に悪化していく心不全の臨床経過の特徴、心不全において必要とされる緩和ケアの内容やその提供方法、といった観点からの理解が重要である。
- 医療従事者等が、緩和ケア及び心不全を正確に理解し共通の認識を持つためには、緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用や心不全の臨床経過と適切な管理体制等、緩和ケアや循環器疾患に関する研修や教育の機会の場の提供や、専門的な相談が可能な連携体制の構築が必要である。
- 心不全患者やその家族が、緩和ケア及び心不全を正確に理解するためには、医療従事者等からの正確な情報提供に加えて、がん診療連携拠点病院における患者サロンの取組のような、同じような立場の人との情報共有やコミュニケーションの場についての検討も必要である。また、このような情報提供及び情報共有の機会は、退院後も含めて継続的に、患者やその家族に対して提供される必要がある。

心不全患者の臨床経過に伴う課題に関する検討の方向性(案)

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料
4より一部改変(29.11.14)

- 心不全は慢性の進行性疾患であるが、心不全患者は心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化していくことが多く、難治性心不全となる時期の予測が困難である。
- 心不全においては、原疾患に対する治療が症状緩和につながるため、最終段階においても、侵襲的な治療を含む原疾患の治療が、治療の選択肢に上がりうる。



- 難治性心不全となる時期の予測が困難であり、最終段階においても原疾患の治療が選択肢に上がりうるといった心不全患者の特徴を踏まえ、原疾患の治療と、緩和ケアをどう並行して提供していくべきかについて検討する。

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(今後の取組に向けた考え方)

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

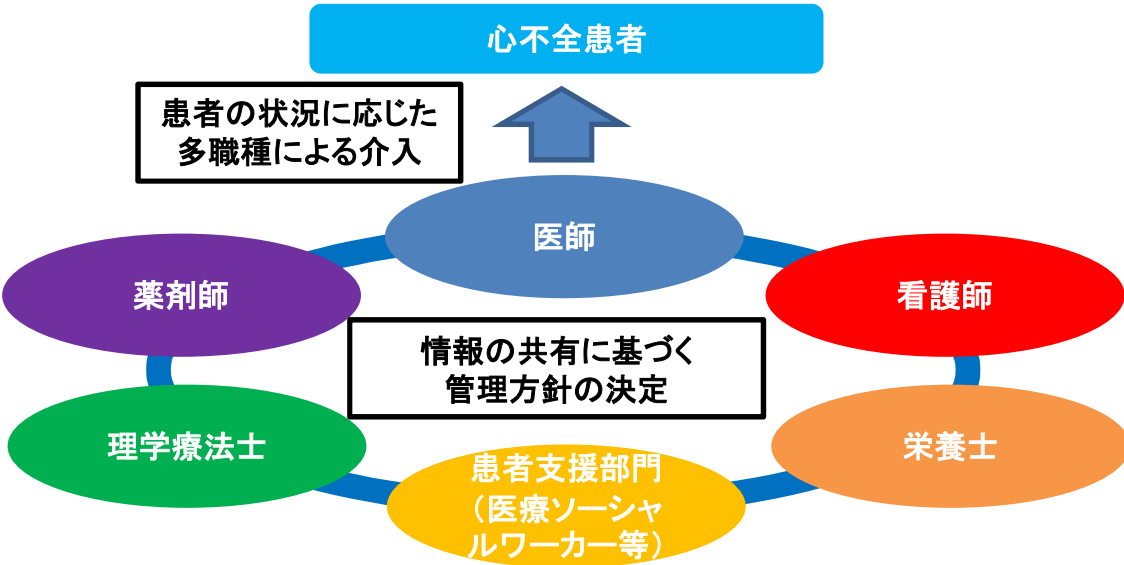
- 心不全の疾患特性を踏まえると、心不全の管理全体の流れの中で、緩和ケアがどうあるべきかを検討する必要がある。
- 併存症を有する心不全患者に対する緩和ケアを検討するに当たっては、心不全の管理、緩和ケア、併存症を含めた全身管理をバランスよく行っていくことを検討する必要がある。
- 高齢心不全患者等については個別性が高いことから、患者の意向を反映した対応を行うためには、医療従事者、患者とその家族が、疾患の特性や状態、患者の意向や価値観等を十分に共有し理解することが重要である。また、高齢心不全患者等に対する、状態に応じた適切な治療の範囲について、専門家の意見をまとめた提言等の作成も検討する必要がある。
- 心不全の再増悪や重症化の予防に当たっては、患者やその家族、医療従事者等の関係者が心不全を正確に理解し共通の認識を持った上で、家族や医療従事者等が患者の自己管理をサポートすることが必要であり、また、このようなサポートが患者の苦痛の除去にもつながりうる。

多職種連携および地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアに関する検討の方向性(案)

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料4より一部改変(29. 11. 14)

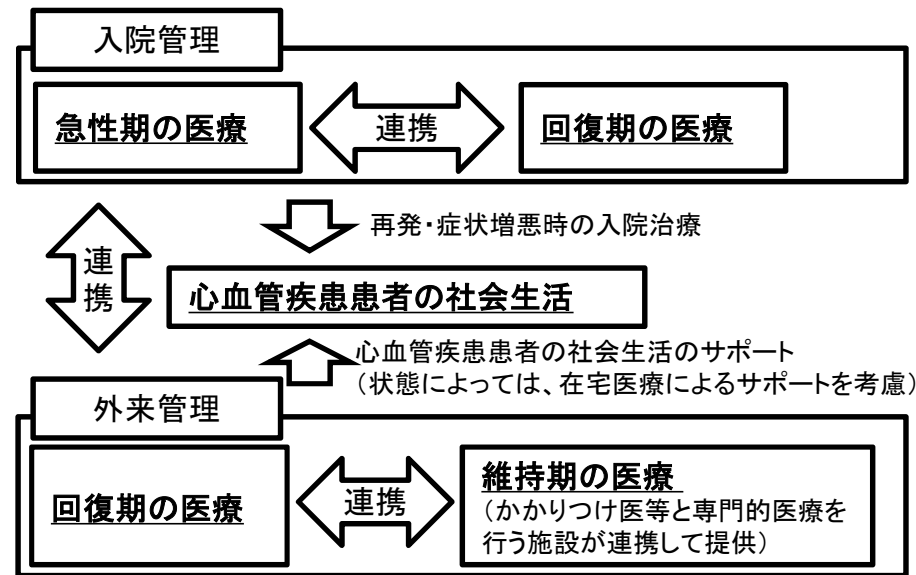
- 慢性心不全患者の管理体制としては、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・医療ソーシャルワーカー・保健師等の多職種連携による疾病管理等で連携・支援する体制が必要であるとされている^{1,2}。
- また、心不全患者の多くを占める75歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、個々の症例の重症度、併存症の状態、社会的背景等の全体像を踏まえた上で検討することが推奨されている^{1,2}。

心不全患者に対する多職種連携のイメージ



心血管疾患患者の診療提供体制のイメージ²

患者情報の共有に基づく地域に応じた疾病管理



- 多職種連携および地域の現状に応じた地域連携体制による心不全患者管理の中で、緩和ケアに関連する職種がどのように連携していくべきかについて、これまでの取組事例を踏まえながら検討する。

1: 日本心不全学会 高齢心不全患者の治療に関するステートメント(2016年10月)

2: 「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(今後の取組に向けた考え方)

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

- 多職種連携においては、包括的かつ継続的な管理・指導のため、地域のかかりつけ医、看護師等が中心的な役割を担う必要がある。また、多職種連携にかかわる医療従事者の人材育成について、学会等の関連団体が連携して取り組む必要がある。
- 循環器疾患では、中小病院や診療所等の地域の医療機関が主体となって診療を行っていることから、緩和ケアの提供においても地域が中心的な役割を担う可能性がある。また、地域の基幹病院においては、寛解後の心不全患者に対して緩和ケアが適切に提供されるよう、地域の実情を踏まえた上で、かかりつけ医等と連携することが重要である。
- 高齢者が多く、様々な併存症を有することも多い心不全患者の特徴を踏まえると、外来診療や訪問診療を核とした、地域におけるケアの提供が重要である。そのため、ケアに関連する職種への心不全や緩和ケアに関する教育、在宅医療における特定行為研修修了者の活用、各疾病に対する専門的な判断が必要な際に相談できるコンサルト体制の構築、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築など、地域におけるケアを充実させるための施策について、制度設計を担う厚生労働省や医療行政を担う都道府県、介護行政を担う市町村といった、各段階での行政機関と関連団体等が連携して検討していく必要がある。

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するWG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

第5 おわりに

がんや循環器疾患における多職種連携体制について

- 緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進する必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備する必要がある¹。
- がんにおける緩和ケアチームでは、患者の全人的な苦痛を包括的に評価し、必要に応じて身体症状や精神症状の緩和に関する専門家と協力する体制が必要とされている²。
- 循環器疾患の再発予防・再入院予防に向けた疾病管理は、生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理等、多岐にわたっている。そのため循環器疾患の疾病管理においては、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種の連携が必要である³。

がん診療連携拠点病院等の緩和ケアチーム²

- 専任の身体症状担当医師
- 精神症状担当医師
- 専従の看護師※
- 薬剤師
- 臨床心理に携わるもの

※がん専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれか。

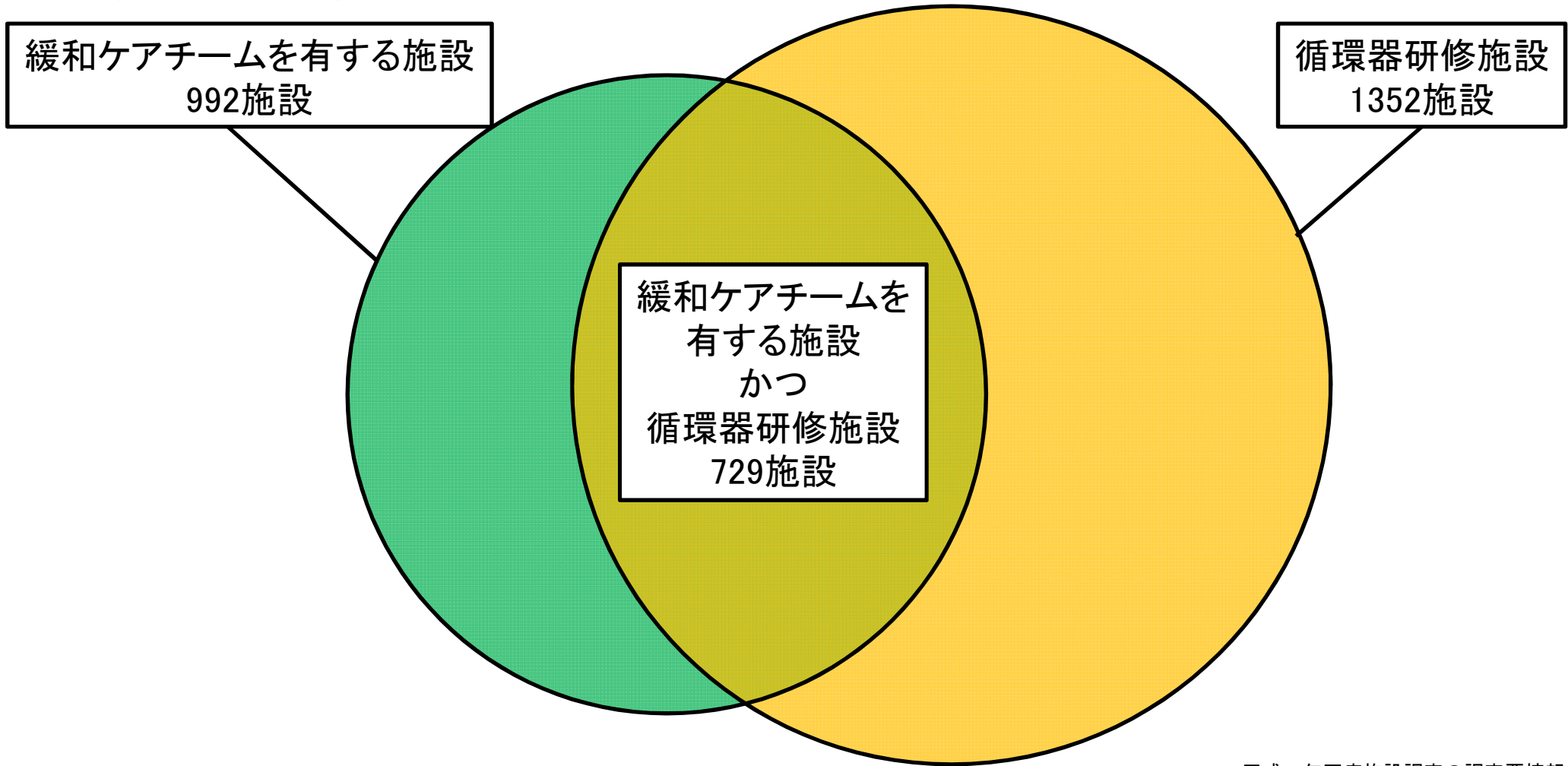
循環器疾患の疾病管理に関わる職種³

- 医師
 - 看護師
 - 薬剤師
 - 理学療法士
 - 栄養士
 - 医療ソーシャルワーカー
 - 保健師
- 等

1: 第3期がん対策推進基本計画(平成29年10月)
2: 「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成26年1月10日厚生労働省健康局長通知別添)
3: 「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

緩和ケアチームを有する施設と循環器研修施設

- 緩和ケアチームを有する施設992施設中、循環器研修施設である施設は729施設(73.5%)である。



緩和ケアチームを有する施設と循環器関連施設

第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料6(30.01.24)

がん診療連携拠点病院等以外の医療機関を含む

- 緩和ケアチームは、大病院に多く設置され、中小病院において少ない傾向がある。

	病院(≥300床)	病院(<300床)
緩和ケアチームを有する施設数	714施設	278施設
緩和ケアチームを有する施設の内、循環器内科または心臓・血管外科を標榜している施設数	682/714 (95.5%)	208/278 (74.8%)
緩和ケアチームを有する施設の内、循環器研修施設数	626/714 (87.7%)	103/278 (37.1%)

参考: 傷病分類別にみた施設の種別別推計患者数(単位千人)

外来	病院(≥300床)	病院(<300床)	一般診療所
総数	826.2	815.8	4233.0
悪性新生物	115.0	31.3	24.8
心疾患(高血圧性のものを除く)	40.8	27.4	65.7

循環器研修施設: 日本循環器学会循環器専門医研修施設及び循環器専門医研修関連施設(平成29年10月時点)

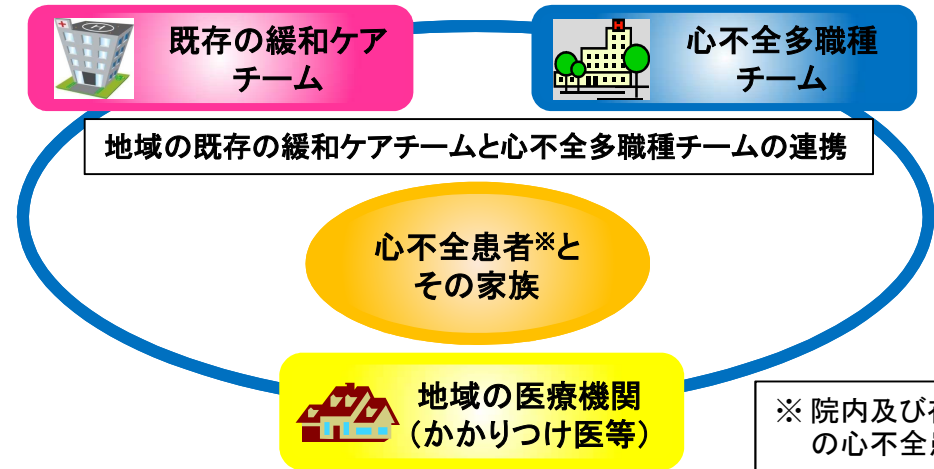
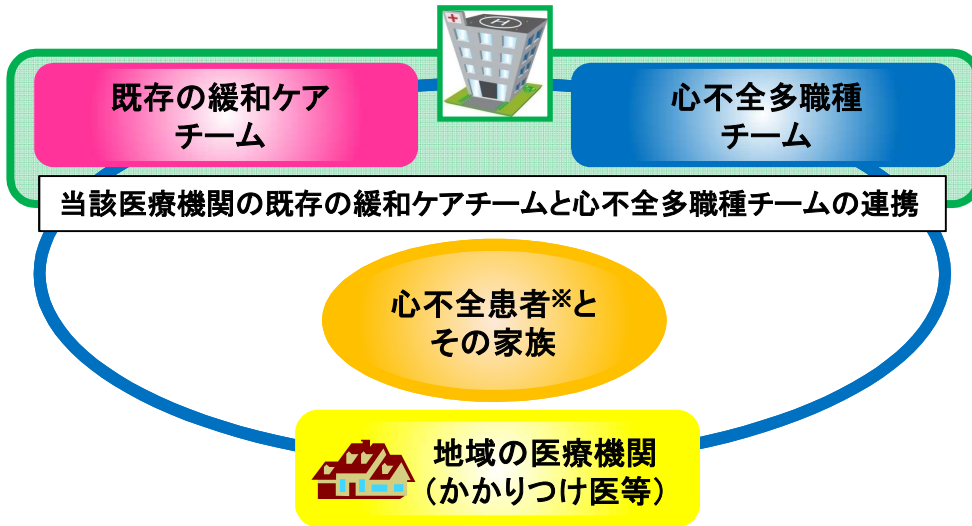
循環器疾患における緩和ケアのチーム体制に関する検討の方向性(案)

第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料6(30.01.24)

- 緩和ケアを行う場合は、医師・看護師・薬剤師などを中心とした心不全多職種緩和ケアチームとして行い、多職種カンファレンスを持って問題点を討議し解決を図ることが必要である¹。
- 緩和ケアチームを有する施設の中には、循環器疾患に対する診療を行っている病院も多く含まれている。
- 地域で心不全患者を診ていくためには、多施設、多職種での連携が必要となるため、情報共有・コミュニケーションが重要となる。また、患者の症状緩和を行うだけでなく、家族のケアも念頭に置いた診療が必要となる^{1,2}。

同一医療機関内に緩和ケアチームがあるケースのイメージ

同一医療機関内に緩和ケアチームがないケースのイメージ



※ 院内及び在宅の心不全患者

- ✓ 心不全に対して、適切な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアチーム、心不全多職種チーム、かかりつけ医等の地域の医療機関が有機的に連携することが求められる。
- ✓ そのような連携を踏まえ、情報の共有に基づいて管理方針を決定し、患者や家族の状況に応じた多職種介入が求められる。

- 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について、既存の緩和ケア及び循環器疾患に関する多職種チーム間の連携による体制を中心に、これまでの取組事例を参考にしながら検討する。

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

(今後の取組に向けた考え方)

1 基本的な方向性について

- 心不全患者への緩和ケアの提供においては、まずは、既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが連携し、心不全多職種緩和ケアチームとして協働することが考えられる。
- 医師・看護師・薬剤師等を中心とした心不全多職種緩和ケアチームとして緩和ケアを行い、多職種カンファレンス等を持って問題点を討議し解決を図ることが必要である。
- 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携体制については、同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがある場合とない場合に大別される。また、心不全多職種チームの体制等の医療資源の実情は地域により異なり、疾患の状態や希望する療養場所等は患者により異なると想定されることから、心不全多職種緩和ケアチームについては、地域の実情や患者の意向等に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- 日常管理を行っているかかりつけ医等の医療機関においても、患者の苦痛を適切に軽減できるよう、心不全多職種緩和ケアチームがかかりつけ医等の医療機関をサポートできる体制の整備も必要である。

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するWG報告書の内容

第1 はじめに

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(1) 身体的苦痛について

(2) 精神心理的苦痛について

(3) 社会的苦痛について

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

(3) 地域における具体的取組例

第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

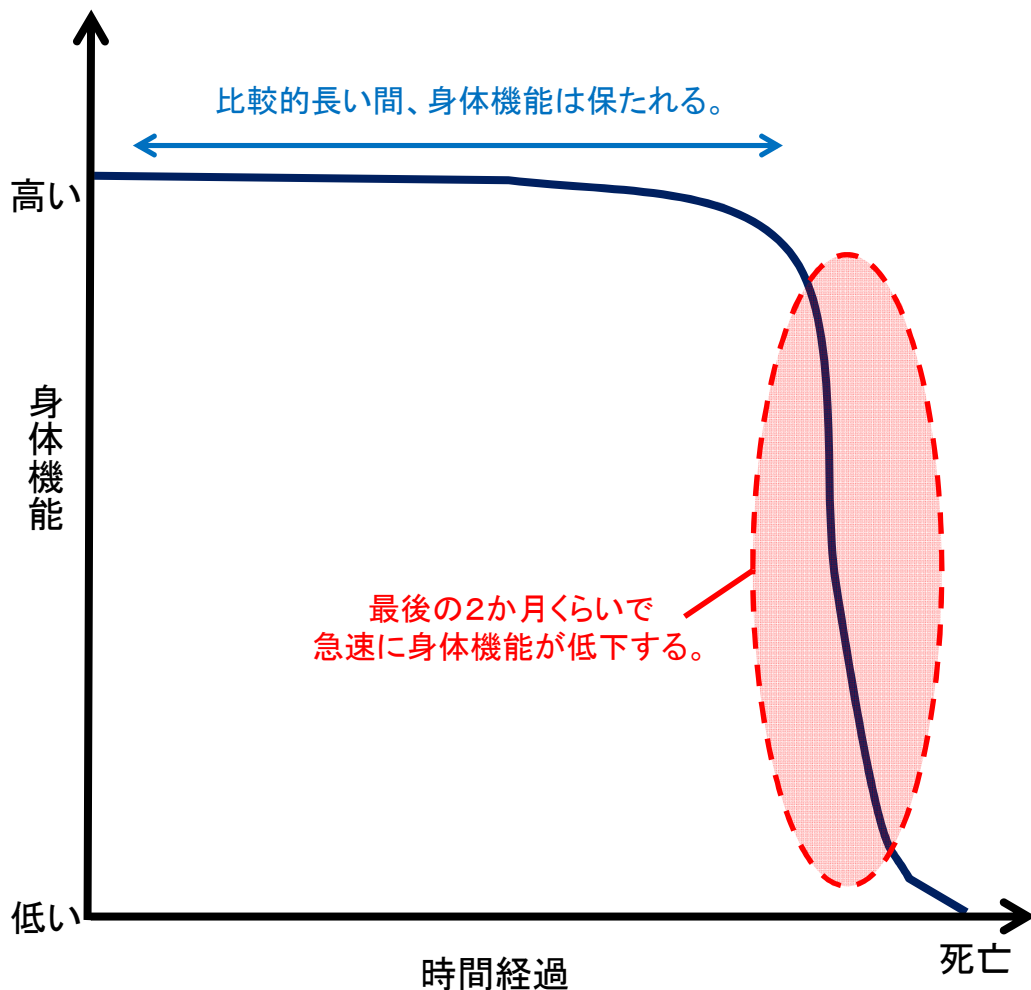
第5 おわりに

	疾患特性	緩和ケア
共通点	<ul style="list-style-type: none"> ● 生命を脅かす疾患 ● 病状の進行とともに、全人的な苦痛が増悪 ● 国民における疾患の理解が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ● 疾患の初期段階から疾患そのものの治療と並行して提供 ● 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解や抵抗感 ● 支持的なコミュニケーションによる意思決定支援が必要 ● 患者やその家族の価値観等も踏まえた、全人的なケア ● 多職種介入、地域連携、医療・介護・福祉連携等が必要
相違点	<ul style="list-style-type: none"> ● 疾病経過や予後予測の困難さ ● 患者の年齢層や主に受療する医療機関 ● 食事や運動等の生活習慣や自己管理が疾病に与える影響 	<ul style="list-style-type: none"> ● 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響 ● 緩和ケアにおいて適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法等

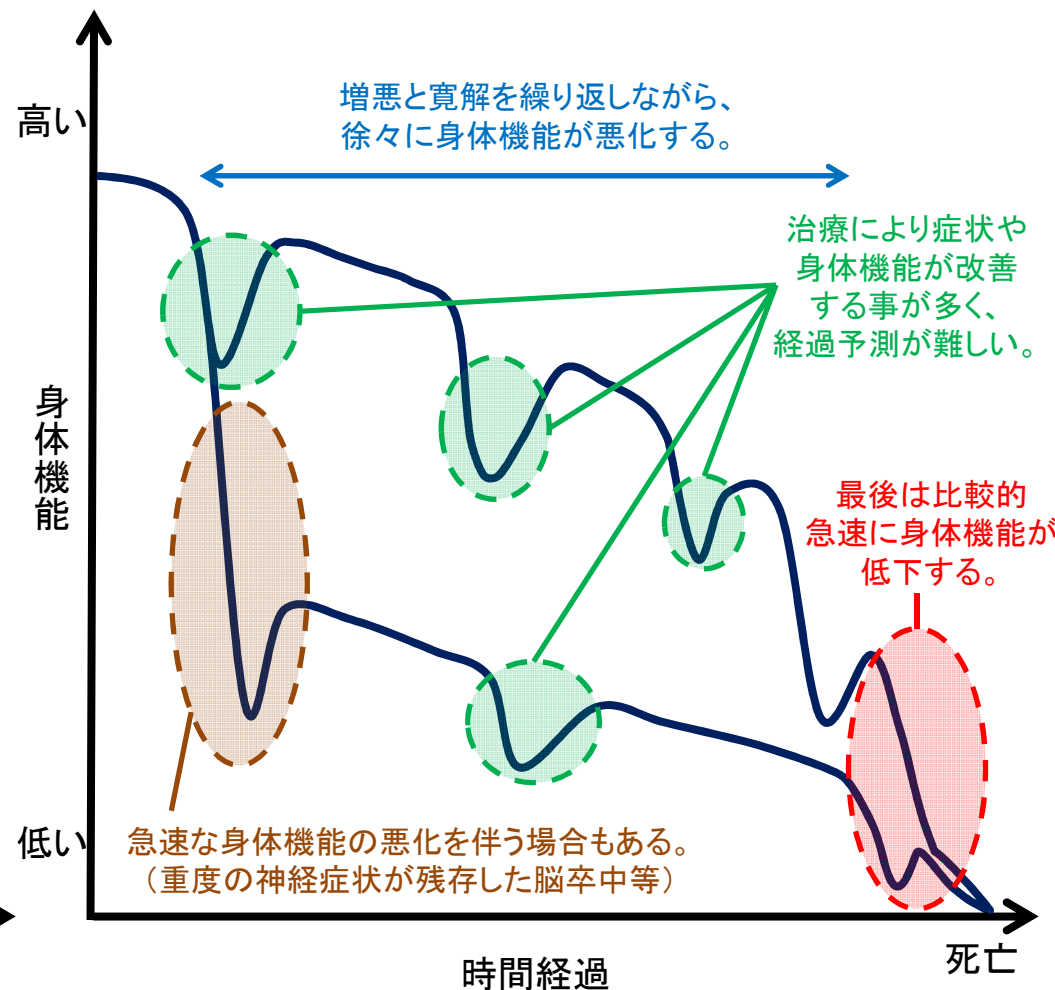
がんと臓器不全の疾病経過のイメージ

循環器疾患の患者に対する緩和
ケア提供体制のあり方について
図9より(平成30年4月)

がん



循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)等の
臓器不全



- 循環器疾患を含めた、生命を脅かす疾患に向けた報告書の活用等について

緩和ケアチームの育成のあり方 について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

本検討会で検討すべき論点について

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
会資料3(28.6.27)

本検討会においては、がん等における緩和ケアの提供体制について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討する。

(1) 下記ア～ウに関する具体的な対策

- ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方
- イ. 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
- ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

(2) 緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

緩和ケアの更なる推進について①

- がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理(平成28年12月)等から提案を受け、がん対策推進基本計画に記載された施策等については、下記の方法にて推進

		取り組むべき施策	具体的な推進方法
がんと診断された 時からの緩和ケ アの推進	①緩和ケアの提供 について	がん診療に緩和ケアを組み入れた体制の整備充実 苦痛のスクリーニングを行い、迅速に対処 患者等の訴えを引き出す研究・教育・研修	がん診療提供体制のあり方検討会 厚生労働科学研究(松本班・内富班) AMED(藤森班)等
		緩和ケアセンターの強化 拠点病院のない緩和ケアの体制整備 第三者を加えた評価体制の導入 専門的な緩和ケアの質を向上させる専門医等の適正配置	がん診療提供体制のあり方検討会等
		緩和ケアチームの育成のあり方	本日の検討会
		緩和ケアの質を評価する指標や基準の確立	厚生労働科学研究(加藤班・武藤班)等
		緩和ケアの質の向上策の立案 拠点病院以外の緩和ケアの実態 緩和ケア病棟の実態把握	がん患者の療養生活の最終段階における 実態把握事業(国立がん研究センター委託) 実地調査等
	②緩和ケア研修会 について	拠点病院以外の研修会の受講勧奨 看護師、薬剤師等が受講可能 地域の実状に応じた研修会の内容や実施方法の充実 E-learningの導入、グリーンケアの内容追加 卒後2年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会の受講	緩和ケア研修会の開催指針 がん診療提供体制のあり方検討会等
③普及啓発につい て	(緩和ケアに関する)正しい知識の普及啓発 国民にむけた医療用麻薬に関する適切な啓発	がん等における新たな緩和ケア研修事業・ がん情報サービス等、がん教育等	

緩和ケアの更なる推進について②

- がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理(平成28年12月)等から提案を受け、がん対策推進基本計画に記載された施策等については、下記の方法にて推進

		取り組むべき施策	具体的な推進方法
社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	①拠点病院と地域との連携在宅緩和ケア	多職種連携の促進 地域の実情に応じた連携体制やフォローアップのあり方 施設間の調整役を担う者のあり方 地域連携クリティカルパスのあり方 緩和ケアについて定期的に検討する場	がん診療提供体制のあり方検討会 地域緩和ケアネットワーク構築事業等
	②在宅緩和ケア	緩和ケア研修の充実・拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所等への研修会受講勧奨	緩和ケア研修会の開催指針 がん診療提供体制のあり方検討会等
		要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策	厚労省内協議等
がん患者等の就労を含めた社会的な問題	②就労以外の社会的な問題について	がん患者の自殺への対策	革新的自殺研究推進プログラム(内富班)、厚生労働科学研究(松岡班)
ライフステージに応じたがん対策	①小児・AYA世代について	緩和ケアに従事する医療従事者とがん医療に携わる診療従事者の連携	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会等
チーム医療の推進		カンサーボードへの多職種参加 専門チーム(緩和ケアチーム等)への依頼等による、必要な連携体制がとられる環境整備	がん診療提供体制のあり方検討会等
支持療法の推進		支持療法に関する実態把握、研究の推進、適切な診療実施	AMED(全田班)等
人材育成		緩和医療に関する講座の設置を含めた指導者育成	各大学への要請等
その他		その他疾病を含めた緩和ケアのあり方	本日の検討会

基本計画における緩和ケアチームの育成について

【現状と課題】

患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。(中略)「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」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

【取り組むべき施策】

国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、(中略)、緩和ケアチームの育成のあり方について検討する。

第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月9日閣議決定)

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進より

緩和ケアに係る拠点病院指定要件

第1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資料3一部改変(28.5.30)

【拠点病院指定要件】

緩和ケアチームの人員配置

- 専任の身体症状担当医師
(原則として常勤。専従が望ましい)
- 精神症状担当医師
(常勤、専任が望ましい)
- 専従の看護師

がん看護専門看護師、
緩和ケア認定看護師、
がん性疼痛看護認定看護師
のいずれかの配置を義務化
- 協力する薬剤師
- 協力する臨床心理に携わる者

求められる主な取組

苦痛のスクリーニングの徹底

診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施を義務化

緩和ケアチームの看護師による 外来看護業務の支援・強化

がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化

苦痛への対応の明確化と診療方針の提示

緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示

迅速な苦痛の緩和(医療用麻薬の処方等)

全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化

地域連携時の症状緩和

症状緩和に係る院内パスに準じた地域連携パス、マニュアル等の整備

緩和ケア研修の受講促進

若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備

ねらい

患者の苦痛の拾い上げの強化。
患者が苦痛を表現できる。

がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。

全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。

患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。

入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。

自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する。

人員構成

1. 緩和ケアセンター長 (管理的立場の常勤医師)
2. 専任の身体症状担当医師 (緩和ケアチーム医師)
(原則、常勤。専従であることが望ましい)
3. 精神症状担当医師 (緩和ケアチーム医師)
(常勤、専任であることが望ましい)
4. 緊急緩和ケア病床担当医師
(原則、常勤。2、3と兼任可)
5. ジェネラルマネージャー
(組織管理経験を有する専従の常勤看護師)
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師が望ましい)
6. 専従の常勤看護師 2名以上
(がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師)
(緩和ケアチームの専従の常勤看護師と兼任可)
7. 薬剤師 (緩和薬物療法認定薬剤師が望ましい)
8. 専任の相談支援に携わる者
(相談支援センターと兼任可、実際の勤務は相談支援センター内で可)
9. 歯科医師
10. 医療心理に携わる者 (臨床心理士が望ましい)
11. 理学療法士 1～8までは緩和ケアセンターに配属
12. 管理栄養士 される人材として確保が求められる。
13. 歯科衛生士 9～13は連携することが望ましい。

緩和ケアセンターにおける主な活動内容

- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
- 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備

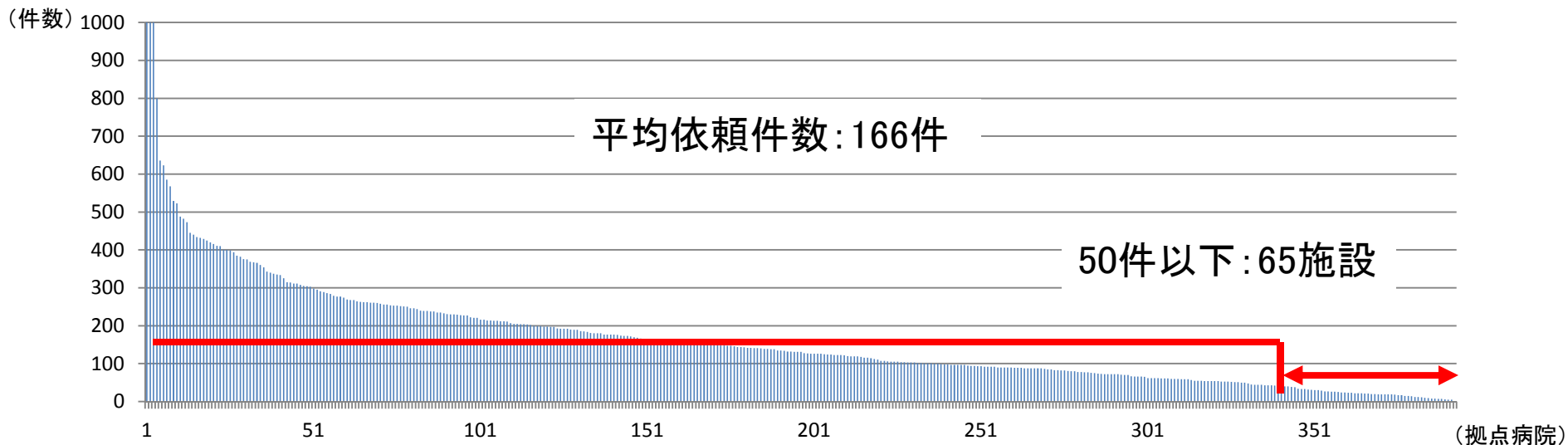
○緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行う。

1. がん看護カウンセリング(がん看護外来)
2. 外来や病棟看護師等との看護カンファレンス
3. 緊急緩和ケア病床における症状緩和
4. 地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
5. 連携協力している医療機関等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制の整備
6. 患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の相談支援
7. 診療従事者に対する院内研修会等の運営
8. 緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンスの定期開催

拠点病院における緩和ケアチームの実績

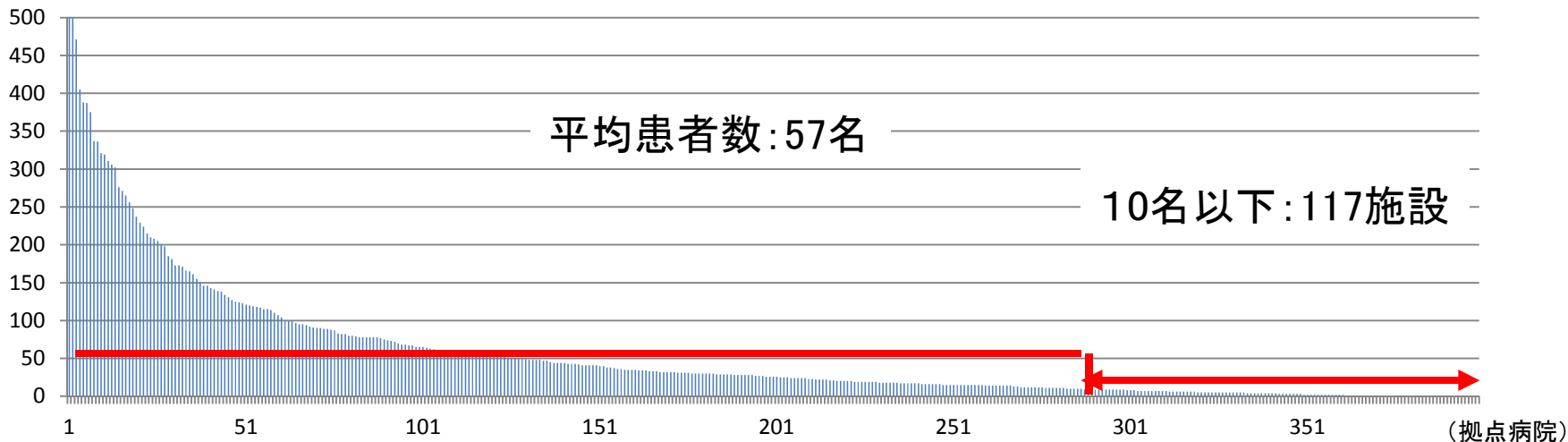
○緩和ケアチームへの新規依頼件数(延べ)

(現況報告:平成27年1月1日~12月31日)



○参考:緩和ケア外来受診年間新規診療症例数

(患者数)



緩和ケアチームの課題について

【チームの取組における格差】

緩和ケアチームの取組については、下記の項目等について、施設間格差があり、研修等を実施していくことが必要とされている

- チームへの依頼手順の周知徹底、病棟ラウンド、カンファレンスの定期開催等
- 地域の病院、診療所、緩和ケア病棟との連携等
- 緩和ケアチームの新規依頼件数等

緩和ケア推進検討会報告書(平成28年4月)より

【チームに所属する職種の格差】

拠点病院(N=434施設)における緩和ケアチームの職種における施設間の格差については、下記の項目等について、検討されている

- 身体症状を担当する医師
 - ・ 専門性が高いと認められた資格を有する医師の配置は、205施設
- 精神症状を担当する医師
 - ・ 精神科医・心療内科の医師の配置は、347施設
- その他の医療従事者
 - ・ 薬剤師の配置は363施設、臨床心理士の配置は203施設、社会福祉士等の配置は139施設

がん診療連携拠点病院等現況報告書(平成28年度)より

緩和ケアチーム実地研修

(平成30年度 がん医療従事者研修事業)

● 目的

診療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチーム(以下、PCT)の医療従事者を受け入れて、実地研修を提供することにより、PCTの質を向上させることを目的とする。

● 研修対象者

研修対象者は、PCTによる診療症例数が少ないなど、緩和ケアの質を向上させる必要があると考えられる拠点病院等のPCTのメンバーとする。原則として、医師を含めたチームメンバーが合同して参加する。

● 研修形式

研修形式については、下記の例を参考に、研修受入施設が設定する。

- ・OJT形式
- ・PCTの現状、課題及びその解決策等についての検討
- ・各職種の専門性を高めるための意見交換

● 研修プログラム

研修プログラムについては、下記の例を参考に、研修受入施設が適宜設定する。

(1) 全職種対象のプログラム

- ・定期カンファレンスへの同席、PCT回診への同行
- ・新規症例数の増加を目指した相談、緩和ケアチームの体制作りに関する相談 等

(2) 職種別のプログラム

- ・個別回診への同行
- ・緩和ケア外来への同席 等

● 研修期間

研修期間は、概ね1～2日程度とし、研修受入施設が適宜設定する。

● 研修の効果

応募施設は、受講後の依頼件数の変化など、研修の効果を検証するよう努めること。

< 研修受入施設 >

	都道府県名	医療機関名
1	北海道	旭川医科大学病院
2	北海道	KKR札幌医療センター
3	山形県	山形県立中央病院
4	埼玉県	埼玉県立がんセンター
5	千葉県	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
6	茨城県	公益財団法人筑波メディカルセンター病院
7	茨城県	筑波大学附属病院
8	東京都	公益財団法人がん研究会 有明病院
9	東京都	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院
10	東京都	東京都立駒込病院
11	東京都	聖路加国際病院
12	東京都	帝京大学医学部附属病院
13	東京都	慶應義塾大学病院
14	静岡県	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院
15	愛知県	愛知県がんセンター中央病院
16	京都府	国立大学法人 京都大学医学部附属病院
17	大阪府	大阪市立総合医療センター
18	兵庫県	国立大学法人 神戸大学医学部附属病院
19	広島県	国立大学法人 広島大学病院
20	島根県	松江市立病院
21	愛媛県	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
22	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター

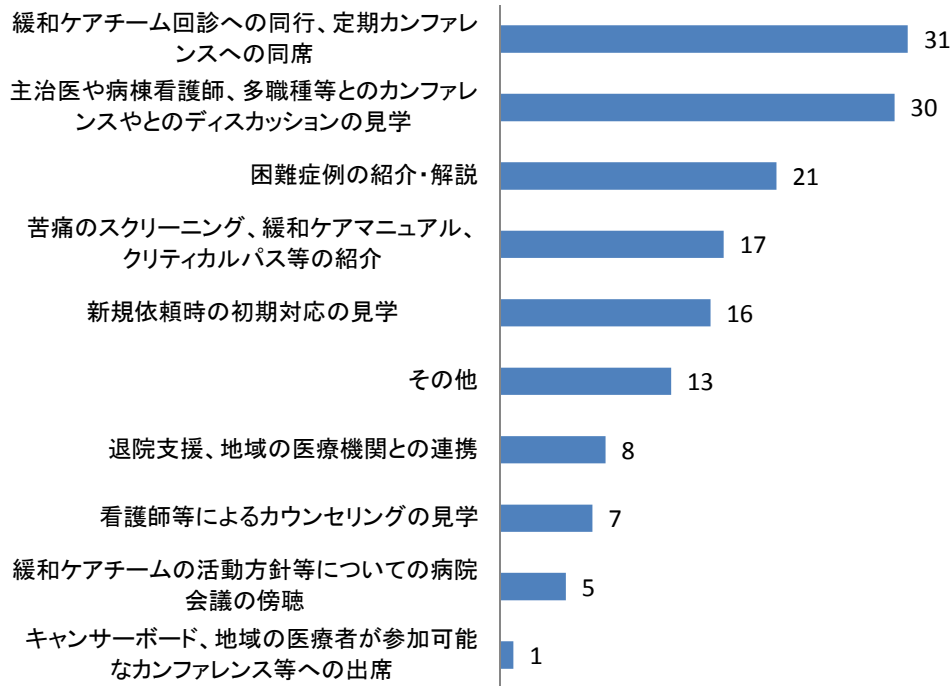
(平成30年4月18日時点)

緩和ケアチーム実地研修の効果

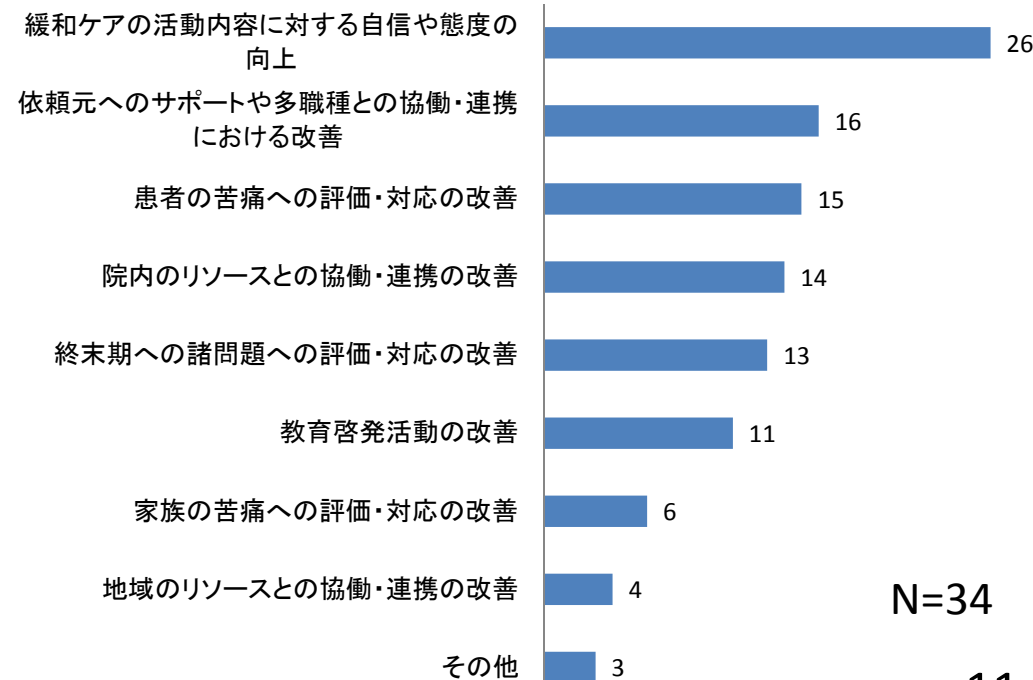
○平成28年度 29件、平成29年度 35件の拠点病院の緩和ケアチームが実地研修を実施

○平成29年度の緩和ケアチーム実地研修から半年後のアンケート調査では、依頼元のサポートの改善や患者の苦痛への評価・対応の改善が見られるなど、一定の効果を報告

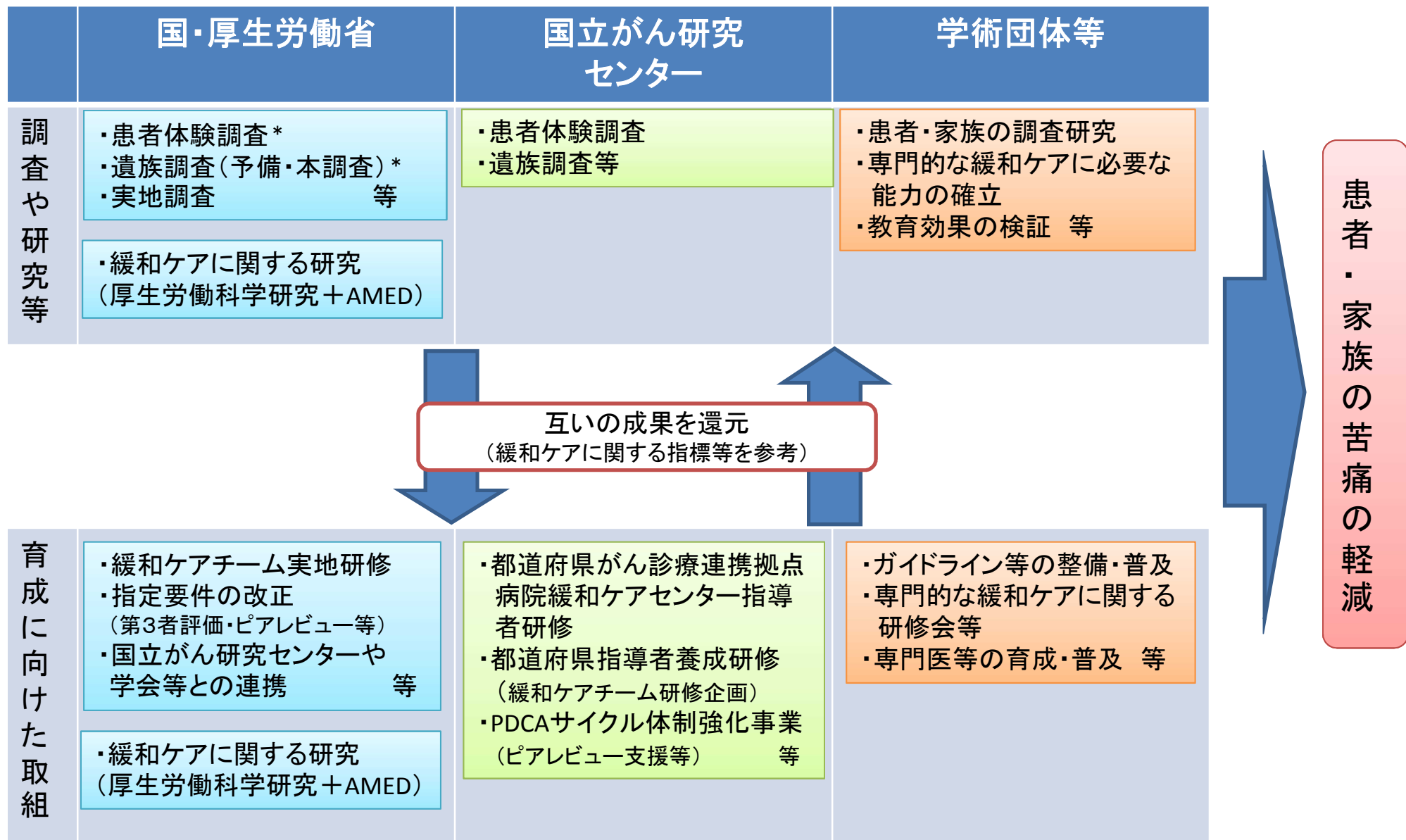
実地研修の内容



実地研修の臨床への効果



緩和ケアチームの質の向上に向けた戦略(案)



* : 国立がん研究センターに委託