

質 疑

個別事項（その7）緩和ケアについて

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。94 ページの論点についてコメントします。

まず総論として、多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供、および切れ目のない緩和ケアの提供体制について、質の高い緩和ケアを推進していくことの意味は十分理解した上で、これら2つの課題について、がん政策全体の観点から、こういった取組は効果があるのか、示していただきたいと思います。

がんの医療提供体制全体において、特に人材育成、配置医の推進については検討していただくことを前提とし、診療報酬の議論を行うに当たっては、その効果のエビデンスも踏まえて議論していくといったことが考えられます。

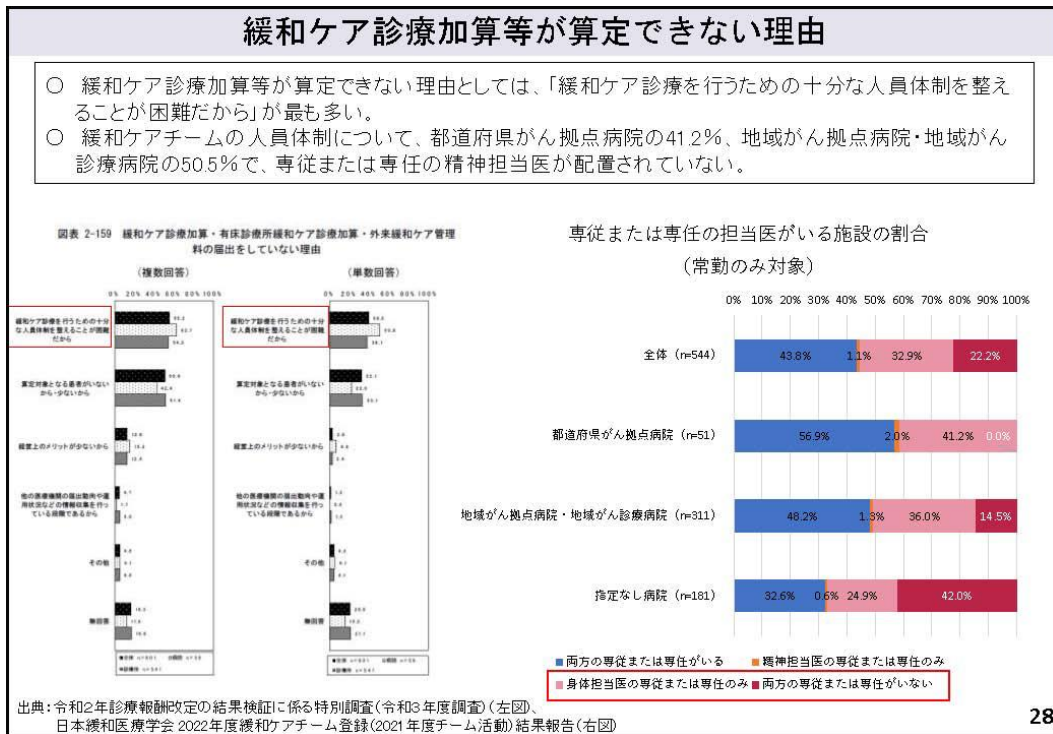
次に、個別の論点にコメントいたします。

（多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について）

- 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、がん診療連携拠点病院等における評価のあり方を、どのように考えるか。
- 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進することについて、どのように考えるか。

まず、多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供についてです。

身体症状だけでなく、精神症状にも対応した質の高い緩和医療を提供するためには、精神担当医の配置は重要かと思いますが、



28 ページによれば、がん拠点病院であっても、約半数で専従または専任の精神担当医が配置されていないという調査結果や精神科の医師数なども踏まえた上で、すぐに診療報酬で評価することは、やや拙速ではないかと思えます。

また、緩和的放射線治療や神経ブロックについては、非拠点病院や在支診においては、体制や専門性の観点から、なかなか実施できない現状を踏まえると、まずは、がん診療連携拠点病院の体制を強化する方法を検討することも考えられます。

(切れ目のない緩和ケアの提供体制について)

- 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方について、どのように考えるか。
- がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携について、どのように考えるか。

2つ目の「切れ目のない緩和ケアの提供」という意味では、外来腫瘍化学療法診療料を届けている医療機関において多くの化学療法が実施されていることを踏まえれば、がん性疼痛緩和指導管理料が提供された場合の評価や、拠点病院の緩和ケアチームとICTを活用して連携することの評価もあつてよいと思えます。

中医協 総-2
5.10.4

ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

| 記録者 | 記録内容(概要) | 補足 |
|--------------------|--|--|
| Day -58日 (在宅医師) | 肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている遺言の発言があります。 | 写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】 ○ 共有日 □ 投稿者 ○ ○ (医師) 題名: 呼吸苦時の対応 本文: 呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確認すると、呼吸が楽になります。 添付 |
| (看護師) | 奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思っています。」 | |
| -14日 (看護師) | トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。(起居動作を動画にて保存) | 家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。 |
| (看護師) | 頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。 | |
| -6日 (在宅医師) | 奥様からオピオイド頓服・リスベリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。(良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有 | ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。 患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。 |
| -4日 (ケアマネジャー) | 福祉業者の方と訪問し、ポータルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているのやっていると、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」 | |
| -2日 (在宅医師) | 画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟へ入院する方針として、病院に相談することになりました。 | 64 |
| (緩和ケア病棟スタッフ) | これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できて いるので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。 当該緩和ケア病棟へ入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。 | |

なお、64 ページの「ICTを用いた情報共有」の事例を見ますと、医師とケアマネジャーが、その他の多職種も含めて十分な情報連携が取れているということが見てとれますので、

サービス担当者会議だけが有用な連携の方法ではなく、最近はこのようなICTの活用も非常に有用になっているということをご理解いただければと思います。

(非がん等の緩和ケアについて)

- 緩和ケアを必要とする患者について、いかなる療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和のあり方についてどのように考えるか。
- 小児における緩和ケアは対象となる疾患、臨床経過及び必要なケアが成人の緩和ケアと異なることを踏まえ、小児の緩和ケアに対する評価のあり方についてどのように考えるか。

3つ目、非がん等の緩和ケアについては、いずれの論点についても現場での取組が評価される方法でご検討いただきたいと思います。私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員から意見を求めることについて、ご検討いただければ幸いです。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。緩和ケアについてですが、切れ目のない緩和医療という観点から考えると、がんの薬物治療の進展に伴って治療選択肢も広がっており、入院だけではなく外来や在宅で治療を受けてらっしゃる患者さんも増えている中で、地域での医薬品、特に医療用麻薬の提供や、フォローアップも含めた患者さんへの薬学管理が不可欠となります。

（切れ目のない緩和ケアの提供体制について）

- 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方について、どのように考えるか。
- がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携について、どのように考えるか。

その上で、質の高い緩和ケアを提供するためには、医療機関と薬局の連携は重要で、医療用麻薬等の薬物治療に関する詳細な情報、持続注射療法はもちろん、例えば内服麻薬であっても、レスキューや併用する吐き気止めの使い方などは患者さん個人個人で違いますので、そのようなことを含む適切な連携によって継続した緩和ケアを提供するという観点から病院薬剤師と薬局薬剤師の連携なども重要な視点です。

また、近年では在宅の重症心不全の患者さんも増えてきていることから、薬局においても在宅における非がん患者の緩和ケアの対応は増加してきておりますので、薬局の在宅対応に関する議論を行う際には、このポイントも含めて議論できるよう、事務局におかれましては資料の準備などをお願いできればと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかに、それでは松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。先ほど長島委員からもお話がございましたけれども、まず緩和ケアを推進するためには、診療報酬上の対応だけではなく、拠点病院や連携体制の整備、研修事業など総合的な取組が重要だと考えております。

それでは、94 ページにあります論点に沿ってコメントいたします。

（多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について）
 ○ 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、がん診療連携拠点病院等における評価のあり方を、どのように考えるか。
 ○ 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進することについて、どのように考えるか。

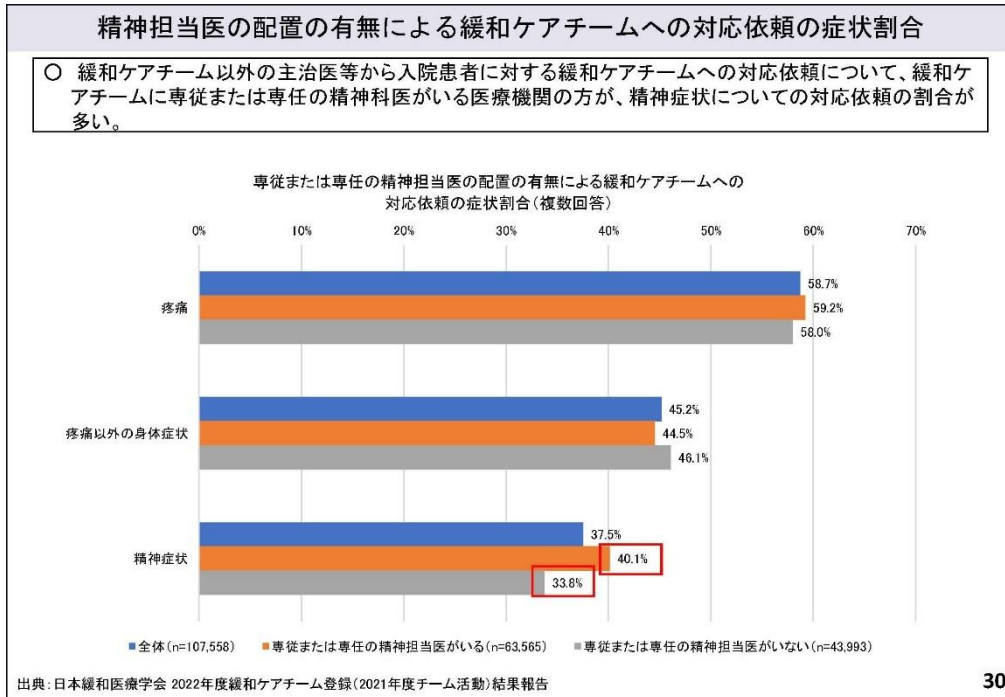
まず最初の「多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について」でございますが、資料 21 ページの緩和ケア拠点病院の指定要件では、精神担当医の配置が努力規定になっていますが、

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3一部改定(28.5.30)

緩和ケアに係る拠点病院指定要件

| 緩和ケアチームの 人員配置 | 求められる主な取組 | ねらい |
|--|--|--------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ●専任の身体症状担当医師 (原則として常勤。専従であること、緩和ケアに関する専門資格を有することが望ましい) <li style="border: 2px solid red; padding: 2px;">●精神症状担当医師 (常勤、専任が望ましい) ●常勤、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 ●薬剤師 (緩和薬物療法の専門資格を有することが望ましい) ●相談支援に携わる者 (社会福祉士等が望ましい) ●協力する公認心理師等の医療心理に携わる者 | 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 | 患者の苦痛の拾い上げの強化。 患者が苦痛を表現できる。 |
| | 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 | 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。 |
| | 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 | 全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。 |
| | 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 | 患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。 |
| | 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 | 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。 |
| | 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 | 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。 |

21



一方、30 ページを見ますと、緩和ケアチームに専従・専任の精神担当医が配置されている場合に、精神症状についての対応依頼が多いことから、そういった期待からも、拠点病院で精神担当医の配置を進めることは重要だと考えます。

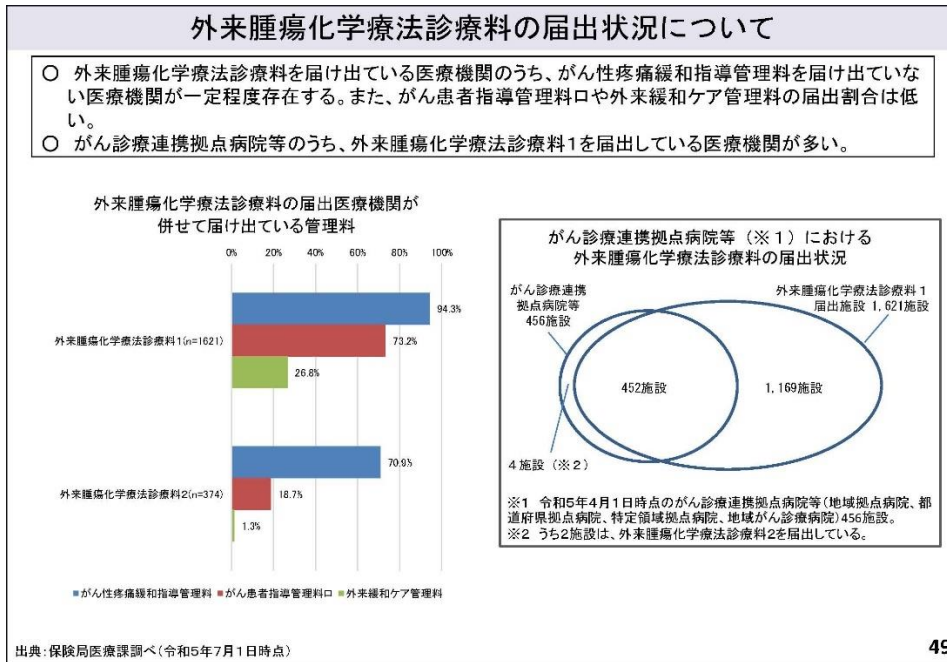
続いて、がん拠点病院加算については、麻薬等による薬物療法を提供するだけでなく、20 ページや 32 ページの指定要件等も踏まえ、精神心理的苦痛への対応、緩和的放射線治療、神経ブロックの実施を要件に位置づけ、高い点数にふさわしい機能の発揮を促すべきだというふうに考えます。

(切れ目のない緩和ケアの提供体制について)

○ 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方について、どのように考えるか。

○ がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携について、どのように考えるか。

続いて、「切れ目のない緩和ケアの提供体制について」でございますが、資料の 49 ページを見ますと、外来腫瘍化学療法診療料の届出状況については、がん性疼痛緩和指導管理料を届けていない医療機関が一定程度あることや、心理的不安の軽減や外来緩和ケアに関する管理料の届出が少ない状況となっております。

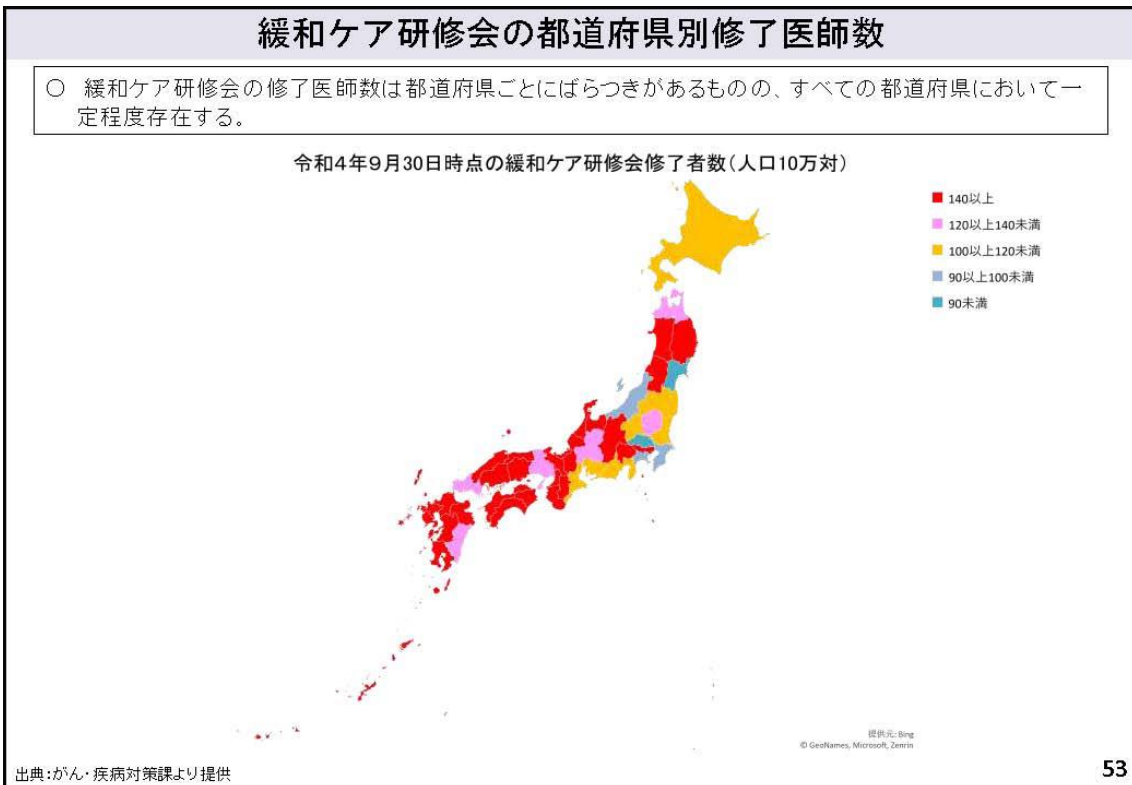
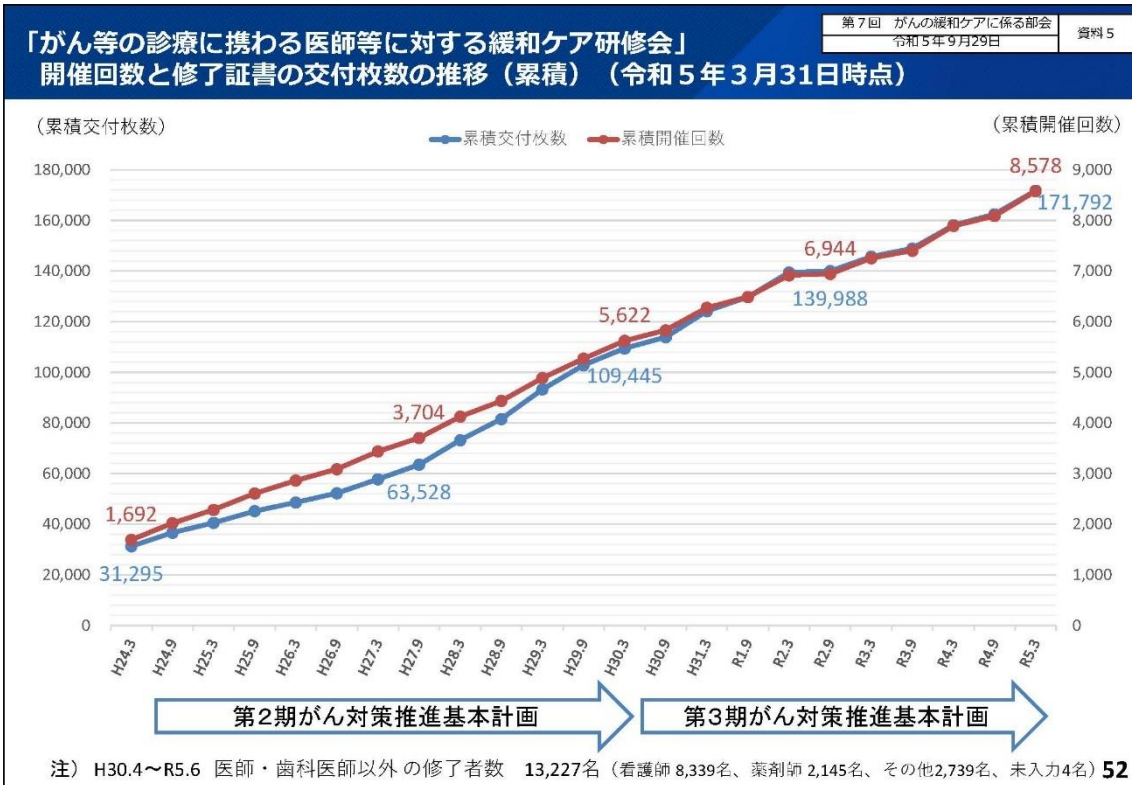


一方、資料の50ページから53ページを見てみますと、緩和ケアに関する研修を修了した医師は増加し、全都道府県に、ある程度の修了医師も存在していることがわかります。

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

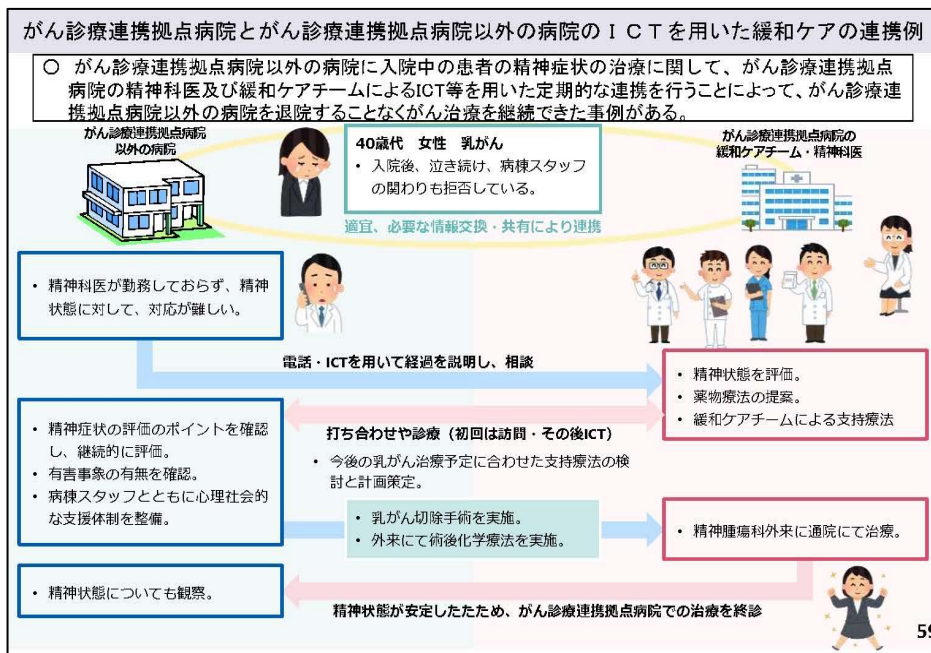
- 1 背景**
平成28年12月にがん対策基本法(平成18年法律第98号)が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。
- 2 目的**
基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。
- 3 研修対象者**
 - **がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師**
がん診療連携拠点病院等に働く者
がん診療連携拠点病院と連携する在宅医療支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院に働く者
 - 緩和ケアに従事するその他の医療従事者
- 4 研修会の構成**
 - 「e-learning」+「集合研修」
- 5 研修会の内容**
 - i) 必修科目**
患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア/苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方/がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法/呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア/コミュニケーション/療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア/アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア
 - ii) 選択科目**
がん以外に対する緩和ケア/疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア/不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア/緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和/社会的苦痛に対する緩和ケア

出典：がん・疾病対策課より提供 (下線付は平成30年4月から新しく追加されたもの) **50**



外来腫瘍化学療法診療料において、疼痛緩和や不安軽減のための取組を求めることについて検討する余地はあると考えております。

また、入院中のがん患者への緩和ケアについては、資料の 59 ページや 64 ページの事例を参考に、ICTを用いた拠点病院との連携を推進すべきです。



ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

中医協 総-2
5 1 0 4

| 記録者 | 記録内容(概要) | 補足 |
|------------------|---|--|
| 5-8日 (在宅医師) | 肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊髄転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている旨旨の発言があります。 | <p>写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。</p> <p>【共有内容のイメージ】</p> <p>① 投稿者 ○○ (医師)</p> <p>② 題名、呼吸苦時の対応</p> <p>③ 本文、呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確認すると、呼吸が楽になります。</p> <p>添付</p> |
| -14日 (看護師) | 奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思っています。」 | |
| -10日 (看護師) | トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なることを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときは介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。【起居動作を動画にて保存】 | |
| -6日 (在宅医師) | 頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。 | |
| -4日 (ケアマネジャー) | 奥様からオピオイド頓服・リズベリンを内服させても、落ち着かないとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、体側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。【良姿勢を動画にて保存】 | |
| -2日 (在宅医師) | 福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているくらいやっているので、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」 | 家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。 |
| -2日 (緩和ケア病棟スタッフ) | 画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘察しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することになりました。 | ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。 |
| 0日 | これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できていたため、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。 | 患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。 |
| | 当該緩和ケア病棟に入院入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。 | |

64

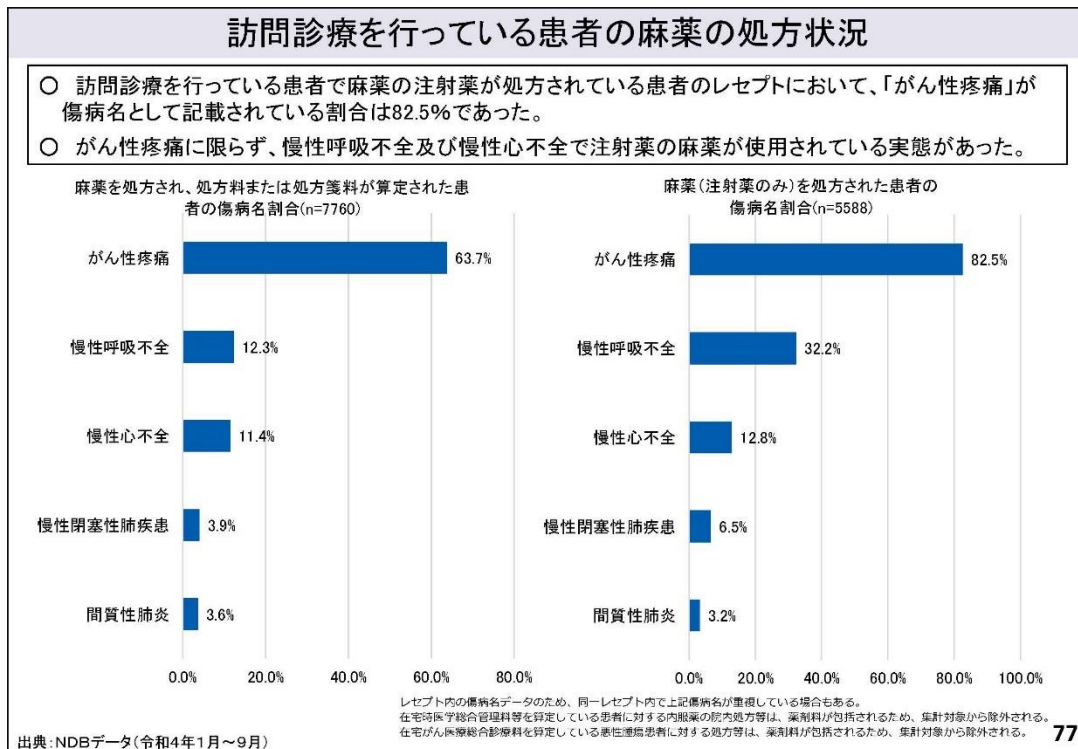
患者にとっては専門的な医療を受けるために転院する必要がなく、また、限られた医療資源を有効に活用する観点からも非常に期待の大きい取組だと感じております。

最後の「非がん等の緩和ケアについて」でございますが、在宅の非がん患者に対する麻薬の処方については重要な課題であり、

（非がん等の緩和ケアについて）

- 緩和ケアを必要とする患者について、いかなる療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和のあり方についてどのように考えるか。
- 小児における緩和ケアは対象となる疾患、臨床経過及び必要なケアが成人の緩和ケアと異なることを踏まえ、小児の緩和ケアに対する評価のあり方についてどのように考えるか。

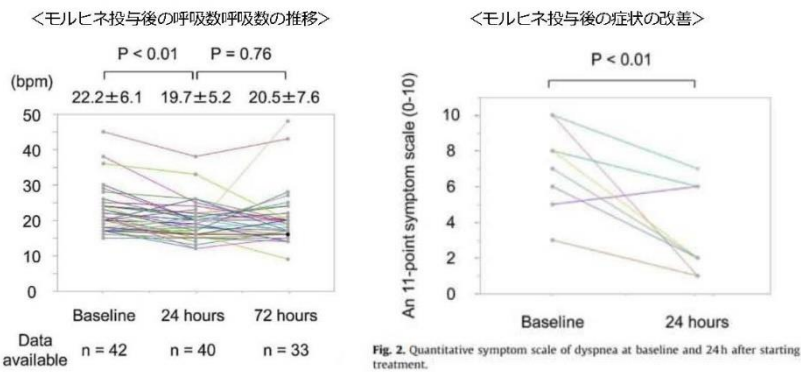
資料 77 ページを見てみますと、一定の実績があり、また 79 ページから 80 ページには効果が示されていますが、



重症心不全患者のオピオイド連続投与による呼吸苦軽減

○ モルヒネを開始し24時間後に呼吸数の安定と症状の改善を認めており、心不全患者に対するモルヒネ投与は心不全患者の呼吸苦を軽減することが示されている。

対象：2013年9月から2018年12月まで国立循環器病研究センターの緩和ケアチームに紹介がありモルヒネを連続使用した重症心不全入院患者43症例※
※うち35例に入院期間中に静脈投与有り。



出典: Experience of morphine therapy for refractory dyspnea as palliative care in advanced heart failure patients (*J Cardiol*, 2020, 75:682-688)

非がん性呼吸器疾患に対するオピオイド静脈注射の効果

○ 非がん性呼吸疾患緩和ケア指針2021において、経口内服不可能な患者に対しては、モルヒネ注射剤を静脈注射もしくは皮下注射で持続投与する、と記載されている。

非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021 日本呼吸器学会

第3章 症状緩和の手段

—薬物療法—

1. オピオイド

5. 非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難に対するオピオイドの使用法

1) 種類

b. オピオイド注射剤

経口内服不可能な患者に対しては、モルヒネ注射剤を静脈注射もしくは皮下注射で持続投与する

モルヒネの静脈注射の効果

- 間質性肺炎の急性増悪により呼吸困難を来し、モルヒネの持続静注が行われた間質性肺炎の患者22名に対する後ろ向き研究
- 21/22名が10L/分以上の酸素投与を要する状態であった。
- モルヒネ投与後、**77%にModerate~Good※の効果を得られた。**

※Good: 患者がチャートにて「呼吸困難なし」又は「緩和された」を示した又は医師又は看護師が「呼吸困難がないように見える」、「緩和されているように見える」と記録した

Moderate: 患者がチャートにて「呼吸困難は緩和されたがまだ感じる」、「前よりは良くなった」を示した又は医師又は看護師が「呼吸困難が前より緩和されているように見える」、「前より落ち着いているように見える」と記録した

出典: "Continuous Intravenous Morphine Infusion for Severe Dyspnea in Terminally Ill Interstitial Pneumonia Patients" (*Internal Medicine* 55: 725-729, 2016)

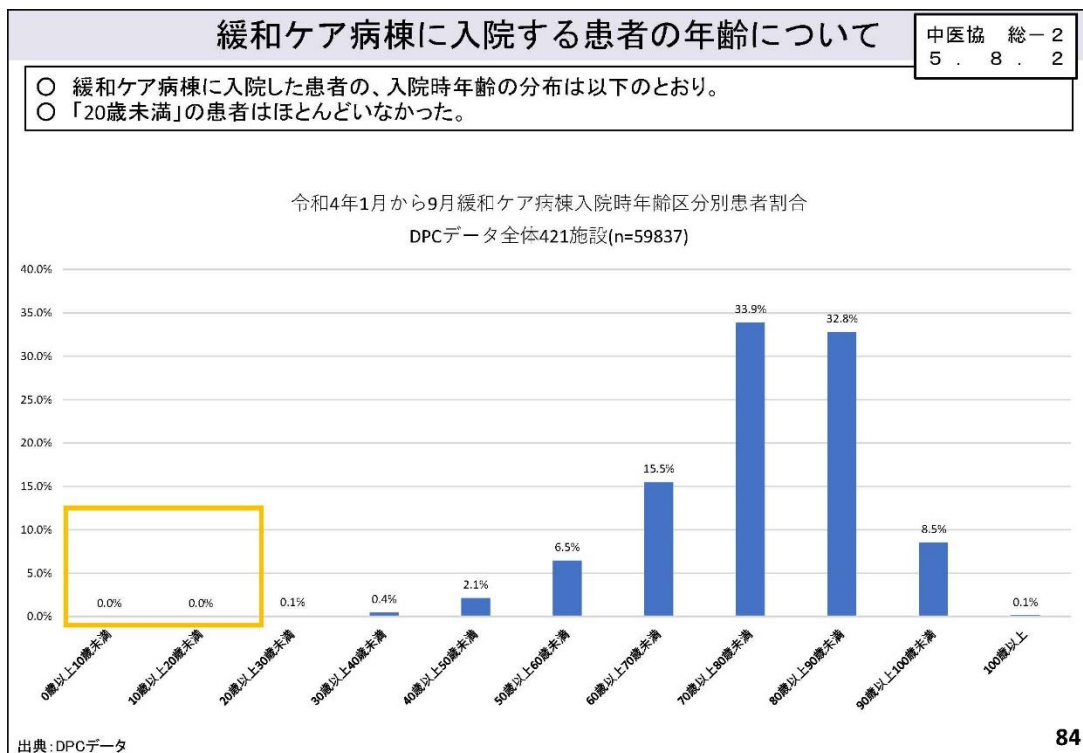
診療報酬としてどのように対応すべきかについては、もう少し詳細に実態を把握した上で丁寧に検討してはどうかというふうに思います。

最後に、小児の緩和ケアについて、これも資料の 84 ページを見てみますと、

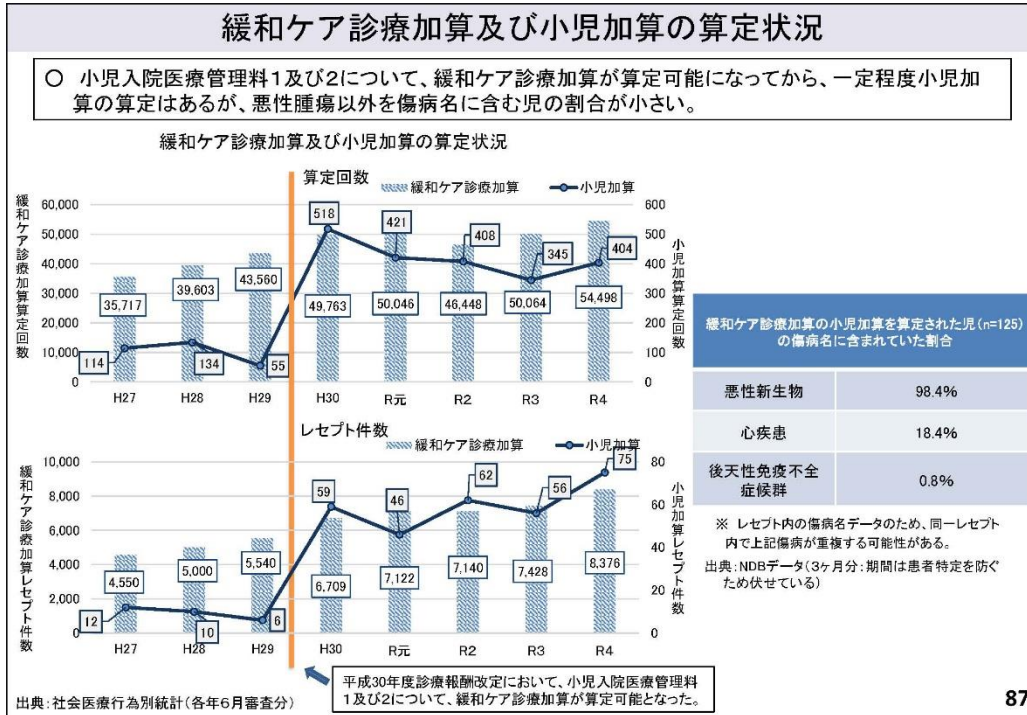
(非がん等の緩和ケアについて)

- 緩和ケアを必要とする患者について、いかなる療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和のあり方についてどのように考えるか。
- 小児における緩和ケアは対象となる疾患、臨床経過及び必要なケアが成人の緩和ケアと異なることを踏まえ、小児の緩和ケアに対する評価のあり方についてどのように考えるか。

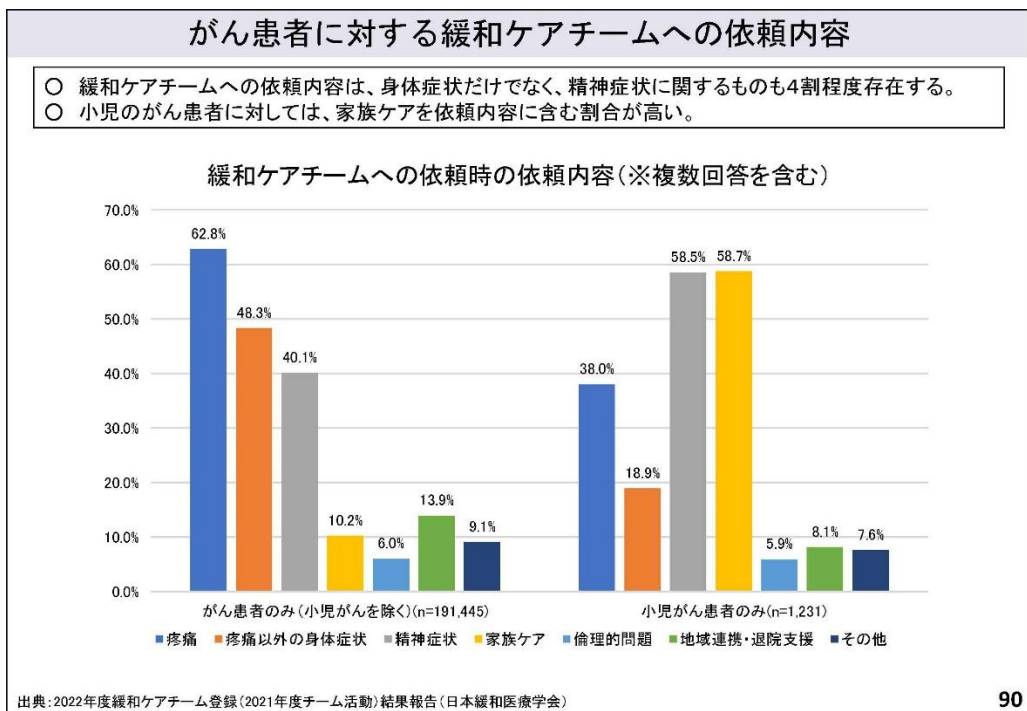
緩和ケア病棟に 20 歳未満の患者はほとんどいない状況ですが、

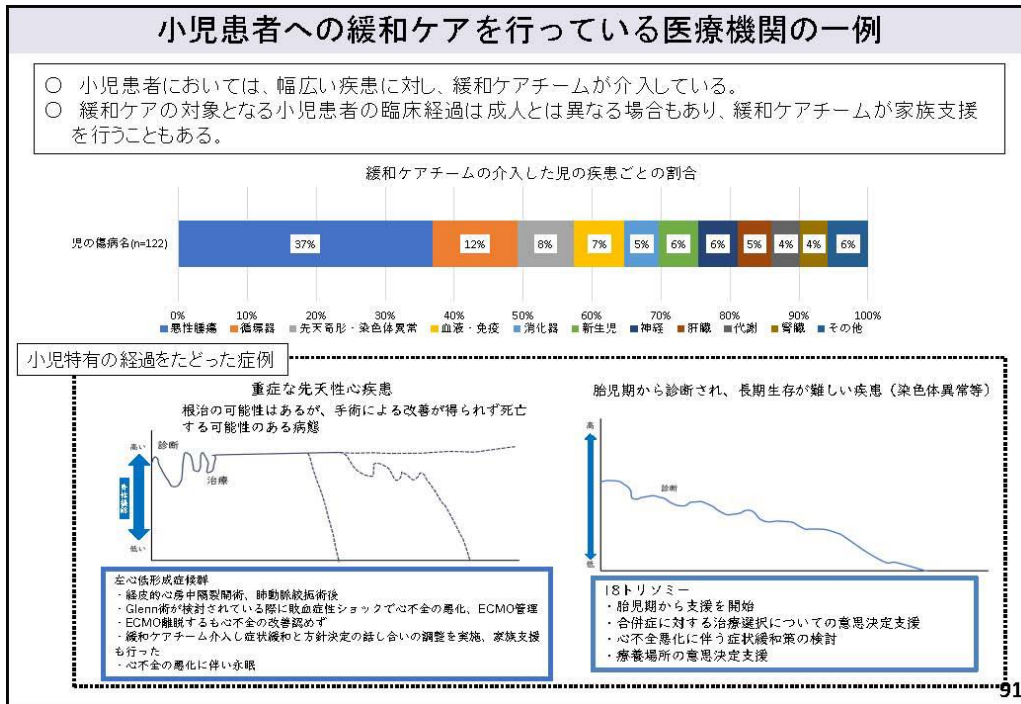


一方で、資料 87 ページを見てみますと、小児加算の算定も少しずつですが、増えていることから、ニーズが一定程度あることが見てとれます。



資料 90 ページから 91 ページを見てみますと、成人とは異なる対応が必要なことも理解ができますので、





小児の特性を踏まえた評価を検討する余地があるというふうに考えます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい。茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい、ありがとうございます。やはり最近、がん患者さんの在宅医療というのは非常に増えてきているという中で、がん患者さんからしますと、やはり、がんの専門に対しては拠点病院とか、その先生方のお話を聞くと。

その中で、ちょっとしたことで風邪をひいたり、ちょっとした体調が悪くなると、どこへ相談するかというと、かなり、かかりつけ医機能ということになるわけで、その中で、かかりつけ医がしっかりと、この機能を果たしているということをご理解いただければと思います。

本当に患者さんからとると、不安がかなり多いという中で、緩和ケアにおける苦痛や不安等の図が示されておりますけれども、

緩和ケアによる対応が求められる苦痛や不安等

第1回がんの緩和ケアに係る部会
資料3-1 (R3.7.2)

| | |
|---|--|
| <div style="background-color: #c00000; color: white; text-align: center; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">身体的苦痛</div> <ul style="list-style-type: none"> ○疾患の症状による苦痛 (痛み、呼吸困難、倦怠感等) ○検査に伴う苦痛 ○治療に伴う苦痛 等 | <div style="background-color: #70ad47; color: white; text-align: center; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">精神的苦痛</div> <ul style="list-style-type: none"> ○診断がつくまでの漠然とした不安 ○診断時・再発時等悪い知らせによる抑うつや不眠 ○体調が変化していくことにより感じる不安 ○罹患により出現した様々な症状や、容姿の変化について、他者がどう思うかという不安 等 |
| <div style="background-color: #6a3d9a; color: white; text-align: center; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">社会的苦痛</div> <ul style="list-style-type: none"> ○治療に伴う辞職、廃業、退職、配置転換などの仕事上の問題 ○治療費や生活費などによる経済的負担 ○家庭内の役割の変化 ○周囲の理解・偏見などによる人間関係 等 | <div style="background-color: #0099cc; color: white; text-align: center; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">スピリチュアルペイン</div> <ul style="list-style-type: none"> ○人生の意味への問い ○自責の念 ○死生観に対する悩み ○死への恐怖 等 |

10

身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペインという中で、これ、ほとんど、かかりつけ医機能として、これが対応できるということで、

患者さんは普段からよく話ができる先生方とお話しすることが非常に不安をとるということにつながっているということは普段の診療の中で感じておりますので、その辺のご理解はしっかりしていただければなと思います。よろしく願いいたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。じゃあ、最初に池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。94 ページの論点の 1 点だけ、質問と要望ですけども。

（多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について）

- 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、がん診療連携拠点病院等における評価のあり方を、どのように考えるか。
- 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進することについて、どのように考えるか。

丸 2 つ目の所のがん患者の難治性がん疼痛に対して放射線療法というのが有効なことがあるということを見聞きしていますし、経験もあるんですが、

在宅でみていって疼痛がなかなか厳しくて入院になって地域の療養とか地域包括ケア病棟入院してるときに、一定の疾患は、こういう放射線療法が、がん疼痛緩和、非常に有効だということで、拠点病院へお願いするんですけども、この包括的医療を提供している病院から他科依頼をすると、その部分っていうのは、診療報酬上、算定できないことになってるか、あるいは減算をしてっていうことになると思うんで、

放射線治療を定期的に通う場合には、私は、見聞きして、私自身も経験あるのは、もっと急性期に入院して、拠点病院に入院して放射線治療をやって、またある程度、収まったらまた戻ってきていただく。地域でみる、あるいは地域の病院で入院するってことが多いんですけども。

その拠点病院と、地域の入院医療、包括的な入院医療との、今、他科依頼でできるかできないか。その辺については、できないと私自身は把握しているんですけど、その辺について、ちょっと事務局にお伺いしたいんですけども。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。今、ご質問ございましたが、事務局いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、ご質問ありがとうございます。お尋ねの趣旨は、そういう、がん医療を専門にする病院から、例えば、その地域包括ケア病棟入院料や療養病棟の入院料、薬剤が一定程度、包括されている病院に転院された場合に、どのような診療報酬項目が算定可能か。あるいは、その関係はどうかというお尋ねだったと思います。

一定程度、例えば、その抗がん剤などが、そういった包括報酬の中からですね、出来高算定できるような仕組みになっていること自体は、今、定性的にご説明、申し上げられますが、

すいません、この疼痛管理や精神的なところのケアにつきましては、もう少し、ちょっと、お時間いただいて事務局で整理させていただければと思います。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。できれば、そこが何らかのあれで、できるようになると、あえて基幹病院に入院せずに、いろんな治療を受けて、外来で受けて、また、もとの病院で入院が継続できるっていうことが、できれば、それが効率的かなという気がしますので、可能であれば、ご検討いただければと思います。ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

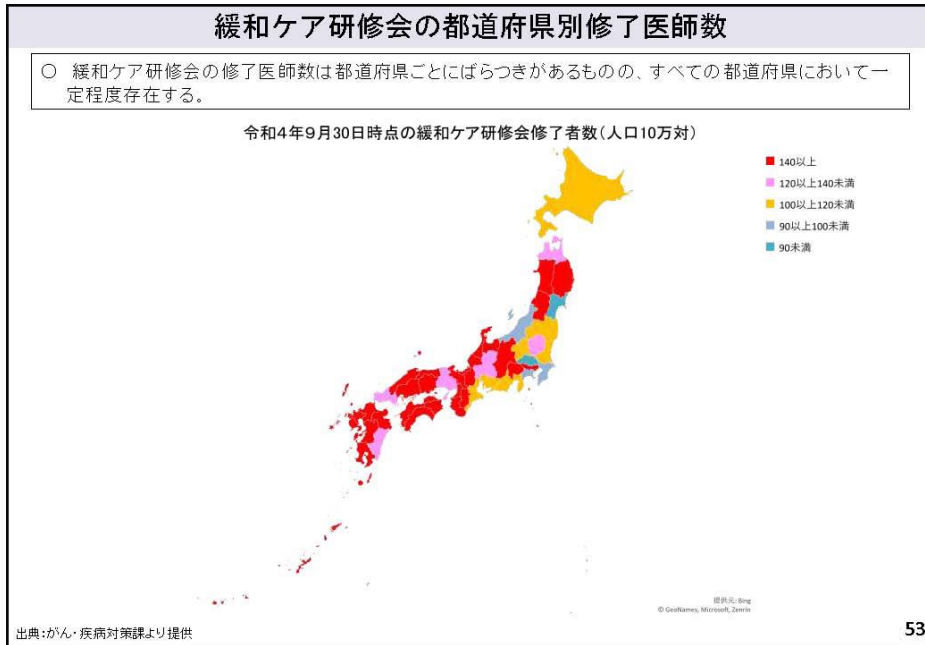
ありがとうございます。佐保委員、お待たせいたしました。オンラインから、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

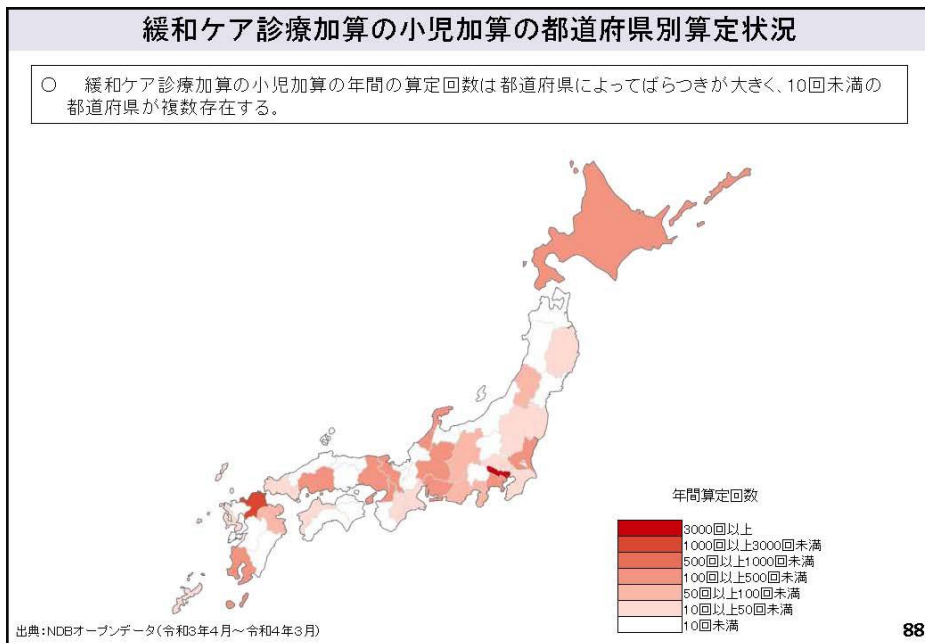
はい、ありがとうございます。94 ページの論点について、質の高い緩和ケア提供推進に資する方向に異論はありません。

患者に寄り添った対応として、身体だけでなく精神的なケア、緩和ケアの充実は重要と考えます。

小児患者においては、成人と違った配慮や、きょうだい児を含め、家族への支援も必要と考えます。



また、資料 53 ページ。緩和ケア研修会の修了医師数を見ますと、全ての都道府県において一定程度、存在するとはいえ、ばらつきがありますし、



資料 88 ページ。緩和ケア診療加算の小児加算の算定回数では、地域の患者数等、状況があると思いますが、10 回未満の都道府県があるなど、都道府県ごとのばらつきがある状況です。

全国いずれの地域であっても、安全で質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化や、専門医療機関との連携も推進いただきたいというふうに考えております。

なお、論点には書かれておりませんが、患者の尊厳と自己決定権の尊重の促進に向けて、ACPの取組推進も重要と考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。それでは、安川委員、お願いいたします。

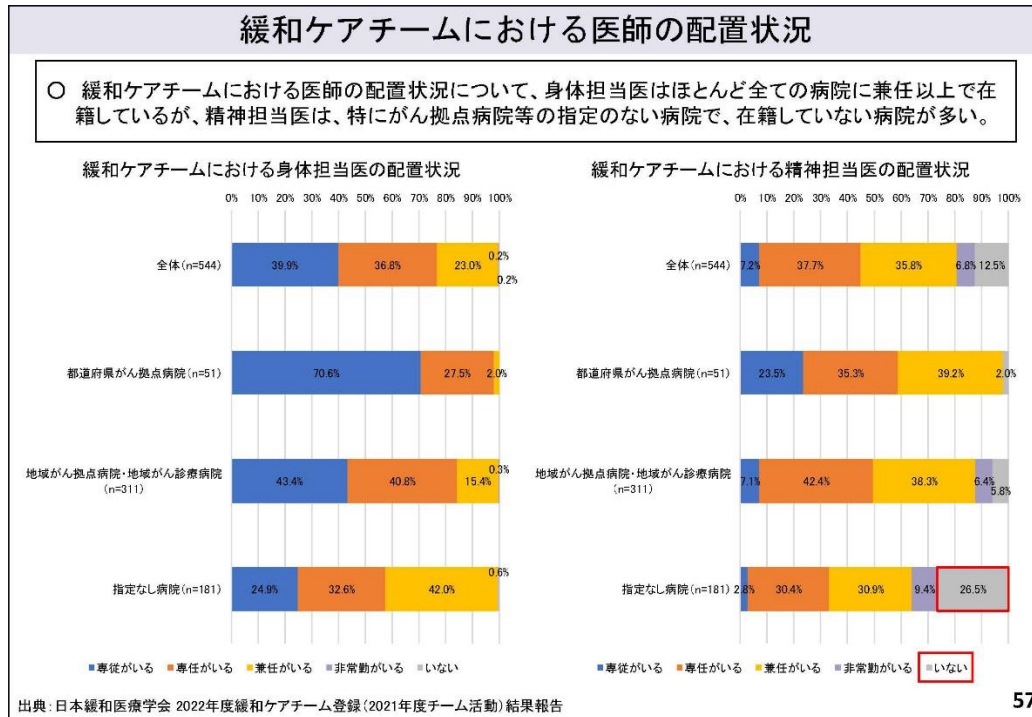
○安川文朗委員（京都女子大学データサイエンス学部教授）

はい、ありがとうございます。先ほど来、松本委員、それから長島委員からも緩和ケアの問題を政策的・総合的な取組の観点から捉えるべきだと。

また、人員、専門的な人員配置のあり方であったり、また、その効果のエビデンスについて、もう少しデータを蓄積していくべきだというご指摘があったかと思えます。基本的にそれについては同意、合意をいたします。

先ほど、お示しいただいた資料、事務局からお示しいただいた資料の中で、57 ページに緩和ケアの研修を受けた、あるいは緩和ケアに関して専門知識を持つ医師の配置というところで、がん拠点病院に指定されている所でも、若干名、配置のない所があるという実態をお示しいただいたんですが、

政策的な観点ということ言うと、施設での緩和ケアだけではなくて、やはり在宅での緩和ケアというものがこれから、やはり 1 つの大きな中心点になっていくんだらうなあと思っています。



そうすると、じゃあ、その在宅での緩和ケアを誰がやるのかっていうことに関して、この報告でも、いくつか、お話があったようには思いますが、

例えば欧米、特にヨーロッパのように看護の方たちが積極的に在宅の緩和ケアに関与するという姿が日本でも今後、見えてくるのかどうかってあたりが、私はとても気になっています。

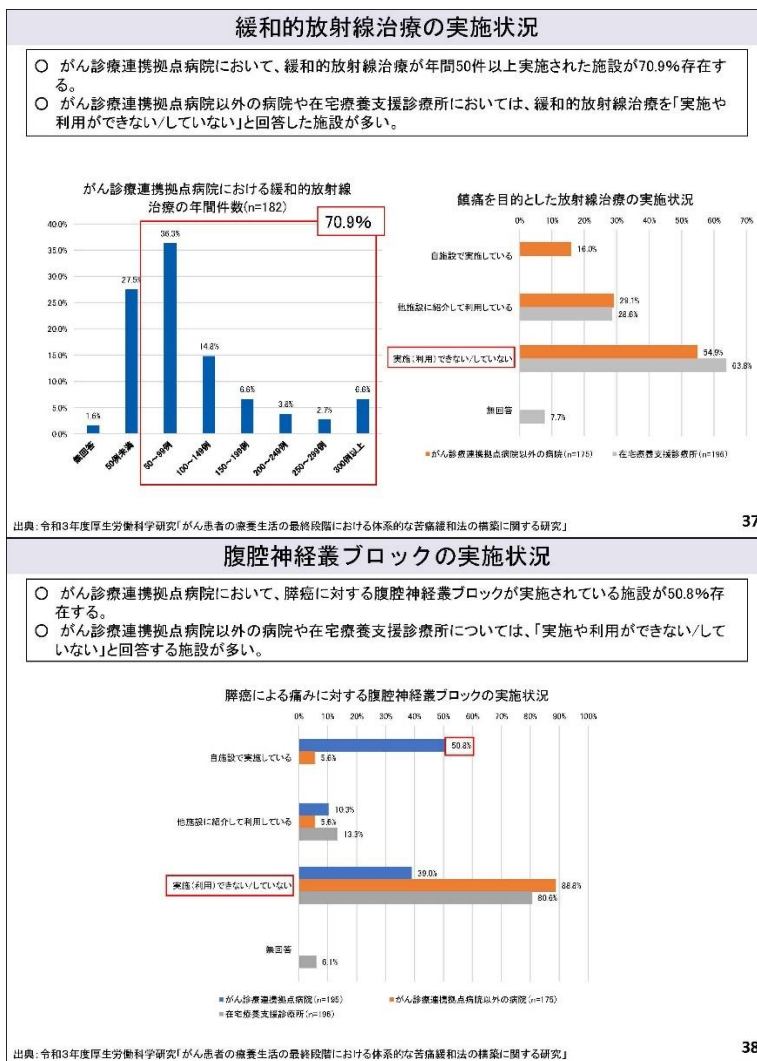
このあと、たぶん、看護の専門委員からもご発言があると思いますので、そのあたり、看護のほうからのビジョンみたいなものもお話を伺えればなあと考えておりますので、よろしくお願ひします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい。それでは、どうしましょう。太田委員から、はい、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

すいません、ありがとうございます。先ほどの池端委員からの質問なんですが、たぶんですね、療養だとか、地域包括ケアだとか、さまざまな包括入院料に入院している患者さんが、先ほど、緩和的な放射線治療ですとか神経ブロックに行く場合の同日の入院料の減算の関係だというふうに思っています。



37 ページ、38 ページの資料に出ておりますけども、なかなか、やはり、他院に入院していて、専門的な緩和ケアが必要な場合に紹介がスムーズに進んでいないというものの1つだと思います。

一緒に専門的な治療を受診する場合に、その減算項目が非常に緩くなっているとか、実際、減算しなくてもいいって規定、あったと思いますけれども、この辺がスムーズに進むようなかたちで、少し、ご検討いただければというふうに思います。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。それでは、続きまして林委員、お願いいたします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。在宅歯科のときにも申しましたが、この切れ目のない緩和ケアの提供につきましては、連携体制の整備というのが非常に重要であるということは各委員からもご発言ありましたが、その中で、歯科の視点からも、よろしくお願ひしたいと思っております。

がん患者さんの終末期等におきましては、繰り返しになりますけれども、薬剤の副作用とか全身状態の悪化などから口腔内や、口腔内の口内炎とか重度の口腔乾燥症が生じてまいります。

疼痛の不快感、それから疼痛や不快感、摂食嚥下機能の障害などをきたすことが多くありますので、人生の最終段階まで、しっかりと歯科に関わるということは重要と、とらまえておりますので、よろしくお願ひいたします。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。先ほど、小児の緩和ケア、在宅でという話がありました。私、薬局、自分で開業してから33年ですけど、1人だけ小児の末期の患者さんを3年前に受けた経験があります。

非常に難しい患者さんで、特定機能病院から紹介をされて、まず調剤上の注意というのがかなりあってですね、綿密な打ち合わせをして対応したこと。医療ケア児と同様に、やっぱり調剤は非常に大変でした。

それから、もう1つはですね、家族とですね、やっぱり医療チームの関わりの中で、最後、どう対応するかというのが大きな課題で、1カ月半ほどしか訪問はできなかったんですけども、

そういう点を踏まえて、今後、どうやって終末ケアの小児が現場に来ますので、受け入れていくかっていうのは、今後しっかりと対応しなきゃいけないというふうに思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほか、よろしいでしょうか。はい。それでは、先ほど長島委員から看護サイドからの専門的なご知見をいただきたいというふうなご要望がございました。

それから、安川委員からもですね、緩和ケアにおける看護師の役割について、もしできればご意見を伺いたいというようなご要望もございましたので、木澤専門委員、よろしく願いいたします。

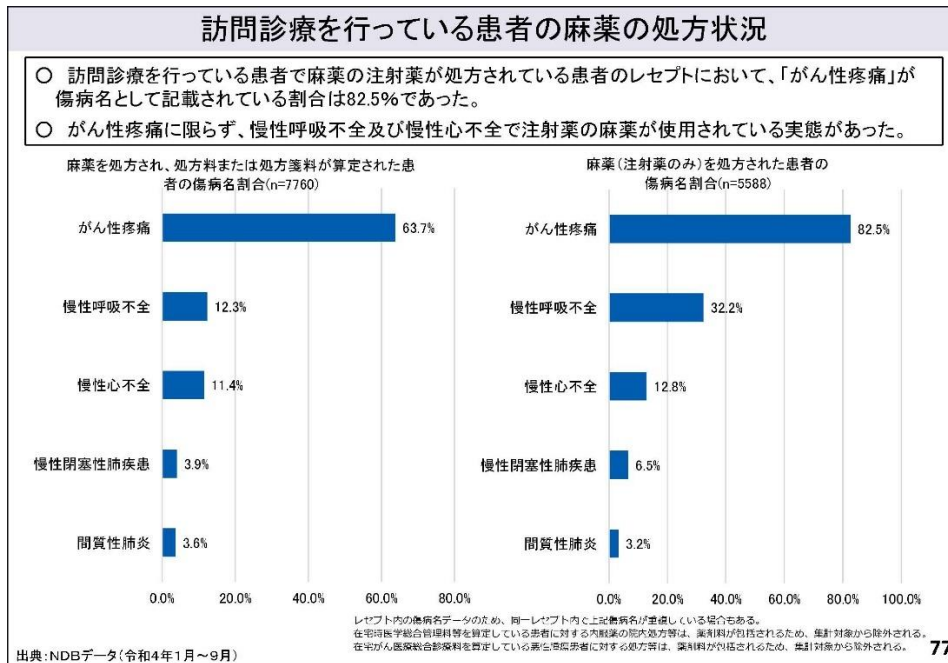
○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。まず、非がん等の緩和ケアに関する1つ目の論点ですけれども。

（多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について）

- 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、がん診療連携拠点病院等における評価のあり方を、どのように考えるか。
- 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進することについて、どのように考えるか。

緩和ケアを必要とする患者は、がん患者に限らず、資料の 77 ページで、訪問診療による麻酔処方の傷病名として挙げられている慢性呼吸不全や慢性心不全、慢性閉塞性肺疾患等は特にターミナル期におきまして、死を連想させる耐え難い苦痛、呼吸困難などの苦痛が生じます。



訪問看護事業所を対象とした調査結果におきましても、頻回かつ時間をかけた訪問看護を必要としている利用者のうち、非がん患者が4割を占めており、そのケア内容は呼吸苦等の緩和である実態が明らかになっております。

症状による苦痛を和らげることは、在宅療養を望む患者の意向に寄り添うものでありまして、在宅においても充実した緩和ケアを受けられる環境を整えていくことが重要と考えております。

次に、2つ目の論点であります小児の緩和ケアについてです。

(切れ目のない緩和ケアの提供体制について)

- 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方について、どのように考えるか。
- がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携について、どのように考えるか。

小児患者における緩和ケアは悪性腫瘍等に限らず、先天奇形など幅広い疾患に関して必要であり、生まれてからずっと病院で過ごしている児もおります。

臨床経過が成人の緩和ケアとは異なること。また、「小児がん看護ケアガイドライン」に示されておりますとおり、家族や児の兄弟も含めて、苦痛の緩和、意思決定支援等を丁寧に行っていく必要があります。

児や家族が望む環境下で穏やかな最期のときを迎えられるよう、対象疾患の拡大や、長きにわたり支えていくことに対する評価が必要と考えます。

それから、先ほど安川委員からありました、「ビジョン」という、大きなものではございませんけれども、

やはり在宅におきまして、やはりうちに帰りたいというのは患者さん、それから、ご家族の強い希望でもあります。それには、安心して症状の苦痛を和らげることが必要です。

身体的なこともそうですけれども、予後への不安ですとか、このままの治療でいいのかどうか、それから生活はどうしたらいいのかというようなことが、さまざま発生します。

そういった患者さんの苦痛というのは、やはり二次的には家族の苦痛でもありません。

そういったことも含めて、病院、それから診療所、それから、訪問看護事業所等が非常に連携するということが重要であると考えております。私からは以上となります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。はい。池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

何度も申し訳ありません。今の安川委員と木澤委員がおっしゃったことに付加して、欧米ではこうで、今後、どうかということで、

日本でも決して、そういうことがないわけではなくて、今、木澤委員もおっしゃったように、がん患者の在宅ってのはどんどんどんどん増えていますし、

小児の緩和ケアなど、私も実は小児のがん患者と、あとAYA世代を1人、2人、在宅で看取っていますが、そのときには本当に訪問看護ステーションの方々と、そして、あと薬剤師も、麻薬に非常にたけた薬剤師の方がそこに入っていて、医師も安心して、そのチームで加わって。

ただ、処方は一応、医師でないと出せないのも、医師がしっかり関わるのが重要ですけど、その医師も、実は、緩和ケアに対する研修等々は、実は、がん拠点病院の義務として、県内、それぞれの県内で、拠点病院から研修することは義務づけられていて、そこで、かなり毎年、増えてはいると思いますので、

その活躍の場はこれからどんどん増えてくるんじゃないかという、そういう下地はあるんだということ、ちょっとご理解いただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。あとはよろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかにご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

5. D P C対象病院の合併等 に係る手続きについて

説明**D P C対象病院の合併等に係る****手続きの取扱い（案）について****○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）**

続きまして、D P C対象病院の合併等に係る手続きについて（案）を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、D P C対象病院の合併等に係る手続きの取扱いについて、「総一5」を用いまして、ご説明をさせていただきます。

1. 概要でございますように、D P C対象病院の合併等の予定があり、変更後も当該制度への継続参加を希望している場合には、継続参加の可否について医療課におきまして確認を行い、分割または病床数変更の場合には中医協において審査および決定するとなっているところでございます。

この手続きに当たりましては、D P C対象病院の要件の確認、そして機能評価係数の再設定等のため、一定の審査期間を要しますことから、変更予定の6カ月前までに医療課へ申請書を提出していただくこととなっております。

一方で、この本年5月の本総会におきまして、当該、この申請手続きにつきまして遺漏が発生したことを踏まえまして、その取扱いにつきまして分科会で検討を求めることとしておりました。

| |
|----------------------------|
| 中医協 総 - 5 5 . 1 1 . 2 4 |
|----------------------------|

DPC対象病院の合併等に係る手続きの取扱いについて（案）

1. 概要

- DPC制度においては、DPC対象病院の合併、分割又は一定程度の病床数の変更の予定があり、変更後もDPC制度への継続参加を希望している場合は、DPC制度への継続参加の可否について厚生労働省保険局医療課（以下、「医療課」という。）において確認を行い、分割又は病床数の変更の場合には、中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとなっている。
- 手続きに当たっては、DPC対象病院の要件の確認や機能評価係数の再設定等のため一定の審査期間を要することから、変更予定の6か月前までに、医療課へ申請書を提出することとしている。
- 令和5年5月の中医協総会において、当該申請手続きについて遺漏が発生したことを踏まえ、その取扱いについて、入院・外来医療等の調査・評価分科会で検討を求めるとされた。

2. 入院・外来医療等の調査・評価分科会での検討について

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会においては、以下のような意見があった。
 - ・ DPC制度の趣旨を踏まえた手続きの必要性を含め、手続きに係るルールの周知が不足しているのではないか。
 - ・ 申請手続きに遺漏があった場合については、まず事務局として個別に指導する等の対応を行うべきではないか。また、コーディング等、DPC制度の運用において重要な点も含め、DPC対象病院を対象とした制度の周知、理解の場を設けるべきではないか。
 - ・ 申請手続きの遅延については、今後も地域医療構想の議論が進んでいく中で、病床再編の詳細が直前まではっきりしないケースもあると考えられることから、DPC制度への継続参加を認めない、医療機関別係数を下げるといった対応は現実的でないのではないか。

3. 対応（案）

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会における指摘事項も踏まえ、DPC対象病院を対象とした、合併等に係る手続きも含むDPC制度の周知の場を設けるとともに、手続遺漏が認められた医療機関については、個別に指導を実施してはどうか。
- また、手続遺漏を未然に防ぐために、申請手続のシステム化について検討してはどうか。

分科会での検討の結果につきましては、2ポツに記載してございます。

大きく3つの意見がございまして、1つ目のご意見といたしましては、手続きに係るルールの周知が不足しているのではないかと。

2つ目としては、事務局として個別に指導する等の対応やDPC制度のルールも含め、DPC対象病院を対象とした制度周知の場を設ける等の対応を行うべきではないかと。

3つ目といたしまして、この遅延につきましては、地域医療構想の議論の中で病床再編の詳細が直前まではっきりしないケースもありうることから、DPC制度への継続参加を認めない、あるいは医療機関別係数を下げるといった対応は現実的ではないのではないかと。

こういったご意見をいただいたところでございます。

これらの意見を踏まえまして、3. 対応（案）でございまして。

3. 対応（案）

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会における指摘事項も踏まえ、DPC対象病院を対象とした、合併等に係る手続きも含むDPC制度の周知の場を設けるとともに、手続き遺漏が認められた医療機関については、個別に指導を実施してはどうか。
- また、手続き遺漏を未然に防ぐために、申請手続きのシステム化について検討してはどうか。

DPC対象病院を対象といたしました合併等に係る手続きも含め、DPC制度の周知の場を設けるとともに、手続きに遺漏が認められた医療機関につきましては、個別に指導を実施してはどうか。

また、未然に手続きの遺漏を防ぐために、申請手続きのシステム化について検討してはどうか。という案でございまして。事務局からの説明は以上でございまして。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。特にご質問等ないようですので、本件につきましては中医協として承認するという事によろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、説明のあった件につきましては、中医協として承認したいと思います。

本日の議題は以上です。次回の日程につきましては、追って事務局よりご連絡いたします。

それでは、本日の総会はこれにて閉会といたします。どうもありがとうございました。

（散会）
