

新潟県がん診療連携協議会  
平成 30 年度第 1 回緩和ケア部会

次第

日 時 平成 30 年 9 月 20 日 (木) 15:00～  
場 所 新潟市民病院 4 階 講堂

1 開会の挨拶

○部会長挨拶

2 議題

- (1) 緩和ケア研修会（新指針）視察報告（本間先生）
- (2) 緩和ケア研修会（新指針）e-learning 事前受講の注意喚起案内（本間先生）
- (3) 緩和ケアチーム活動実態調査（昨年度に続いて）  
アンケート結果報告，それを受けて討議
- (4) 緩和ケアチーム理念についての調査  
アンケート結果報告，それを受けて討議
- (5) その他・情報交換

3 その他

4 閉会の挨拶

日時 平成30年9月20日(木) 午後3時～4時20分

場所 新潟市民病院 4階 講堂

出席 14病院 33名 ※1出欠詳細は文末

### 議事1：緩和ケア研修会(新指針)視察報告について

○新指針に基づいた順天堂大学緩和ケア研修会見学報告(がんセンター本間医師)

資料1

- ・新指針での研修会は都内では約半分位の施設
- ・厚労省の通達だと厳密に言えば都道府県によって統一してほしい。
- ・都内は非常に病院数が多いが来年度からは新指針で行う。
- ・新潟県の施設と比べるとかなり規模が大きく研修会数も多い。
- ・順天堂大学医学部付属の順天堂医院は、臨床研修医が毎年50名超なので4回に分けて実施。
- ・院外受講者からはe-learningの修了証のコピーの提出を義務付け。
- ・院内受講者については全部揃ってからWeb登録を実施した。
- ・研修内容としては短時間でグループワークに入るのでアイスブレイキングが重要と感じた。
- ・グループワークとロールプレイは盛り上げる。
- ・非常に短い時間でぎゅうぎゅうに詰め込まれていた印象。
- ・旧指針での2日間型で良かった点は、経験のある先生から話が聞けた。

○各病院の主な意見等

- ・ポストアンケートはスマホやPCで帰る前にその場でやってもらうのか。  
→少なくとも今回に関しては帰る前に入力するよう繰り返し繰り返し言っていた。  
実際その場で皆さん入力していた。  
全員がポストアンケートを終わらないと修了報告が出せない。  
その場で終わらせるのが無難。  
順天堂の時はスマホでなかなかつながらない人もいた。

### 議事2：緩和ケア研修会(新指針)e-learning事前受講の注意喚起案内について

(新潟県医務薬事課)

- 新潟県でも来年度から新指針で緩和ケア研修を実施する。
- e-learningの受講については、病院の方には周知されていない。
- 10月～来年の2月の間に全病院と医師会など関係機関を通じて周知の案内文を発出する。
- HPも新指針に基づく形に修正する。

### 議事3：緩和ケアチーム活動実態調査アンケート結果報告及び討議

○アンケート結果の説明(各病院より) 資料2

- ・主な議論や意見  
→専従医師が多い場合直接処方できるのが特色

#### 議事4：緩和ケアチーム理念についての調査アンケート結果報告及び討議

今回、初の試みで、

- 緩和ケアについて同じ考えでやっているのか。
- 各病院で言語化してもらうこと。
- 各病院で考えてもらうことが大事であることから実施。
  - ・アンケート結果の説明（各病院より） 資料3

#### 議事5：その他

○主な議論や意見

(新発田) 緩和ケア診療加算を取っている施設の方はどういう基準で取っているのか。

(市民) スタッフに今病欠がおり、届出したスタッフが1名いないので今は取っていません。一時期ものすごくとりました。メンバーの中の誰かが行って診察した時に全部加算を取っていました。ただそれで良いのか、県や厚労省に問い合わせてみると、必須要件とされるメンバーが全員揃った時に緩和ケアの診療計画書を提出して、尚且つ回診も全員揃っていかないと加算が取れないとのことでした。NST加算も週1回全員で回診する時にしか加算が取れないようになっています。それが厚労省のいうチーム医療だと。それ以降は精神科の医師が参加できるときに、週に1回だけ加算を取るようにはしていました。

(大学) メンバーの一人が行って記載をすれば取っていたが、市民病院の事例などを検討させてもらって6月頃から体制を変えました。週1回のカンファレンスの後、回診をして精神科の医師も来てもらうようにして1/5くらいの数になっています。外来加算もオピオイドを処方しないといけないというしぼりがある私のところに来るのはもうそういうレベルの問題ではないことが多いので、そういう加算の方法を早くやめてほしい。実際の診療料に比べて加算は少ないです。

(赤十字) 取り始めたばかりですが、緩和ケアチームの誰かが欠けても、カンファレンスをしていればチームとしてそろっているので加算をとっても問題ないという事務方の解釈です。まだほんの数例しか取れてはいないがそういう形でやっています。

(上越) 事務方がしっかりしてみんなで加算に必要な要件を学習するところからはいりました。緩和ケア診療計画書のひな形まで事務方が提示してきました。患者さんに苦痛があってスクリーニングで拾い上げられた患者さんに、初めに緩和ケアチームの診療を受ける希望あるかどうか確認する際に、診療加算で多少お金がかかりますよと説明して、それでも希望される方がいたら診療計画書を持って行ってサインをもらって加算を取り始めます。毎週水曜日に診療し記録した内容を医事課が確認して加算をとっています。多くの患者さんは化学療法していたり、手術をしている方で高額医療の対象となっているため、金銭的な負担は増えませんよということを説明しています。

(市民) 緩和ケア診療加算の算定要件について、学会と厚労省でしっかり取り決めをしてもらいたいと思います。

(がん) 今回のアンケートを見せていただいて昨年来の課題にさせていただいていますが、県内の緩和ケアチームの研修会について、数年後を目途に活動を始めたいと思っています。いくつか各病院の実情、問題点、研修を行うに当たって緩和ケアを行う目

的、緩和ケアチームの目的、将来像をたたき台として各病院でのスキルアップ、なぜ緩和ケアをチームとして行わなければならないのか、なんのために緩和ケアチームで活動を行わなければならないのか、こちらへんのことについて拠点、準拠点については垣根を越えた形で研修会を行いたい。将来的には県全体の緩和ケアの水準、人口密度の少ないという地域の実情も併せて、県内での緩和ケア活動での目標であったりスキルであったり情報共有できるようなところを研修会の形でやっていきたいと思います。

(市民) 県で主催して何年後くらいからやりますか。

(がん) 今回様式も一気に変わってしまったので、わずかでもお金も絡んできますし、講師をお呼びすることだとか、どういった形式で行うのか詰めていきたいと思いますが、可能であれば2~3年後を目途に実際に始めたいと考えています。

(新大) 県内を見渡して緩和ケアの専門医師というか、看護師は教育が進んで専門認定看護師も増えていますが、医師に関して専門でやっていきたいという医師を育てていかなければいけないと思っています。なかなか手を挙げてくれる若手の医師がいなくて新潟県でもそういう動きをしていかなければいけないと考えています。具体的に今年何かをやるわけではありませんが、近年中に差し迫った問題でありますので是非ご協力いただきたいと思っています。

(市民) 具体的に医師が研修医の前で話をするということですか。

(新大) サマーセミナーみたいところで症例を持ち寄って症例検討とか少し専門的なところを発信したいと考えています。アイデアが合ったらお願いします。

(市民) 切実な問題でどこの病院でも人が変わると体制が変わってしまう。それは大事なところだと思います。

以上 午後4時20分終了

(文責：新潟市民病院経営企画課 田中)

※1 各病院出欠状況について

■出席病院：新潟市民病院、がんセンター新潟病院、新潟大学医歯学総合病院、長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、県立中央病院、県立新発田病院、新潟労災病院、済生会第二病院、西新潟中央病院、柏崎総合医療センター、上越総合病院、立川総合病院、佐渡総合病院、(特別参加：新潟県医務薬事課)

平成 30 年 9 月 16 日

## 新指針に基づいた順天堂大学緩和ケア研修会 見学報告

新潟県立がんセンター新潟病院  
緩和ケア科  
本間 英之

## 1. 研修会概要

## 添付資料参照

昨年度までは、受講率上昇を目的に院内受講者のみ。現在は受講率 90%を確保しており、今年度より院外受講者を受け入れることにした。例年、臨床研修医が 50 名超であり、一回の開催では追いつかない。

名札にグループ分けとロールのグループを予め印刷している。遅刻者多数。参加者は比較的男性が多い。定刻で開始した。

講義/グループワーク・ロールを 2 フロアに分けて実施。講義は、階段教室を使用し机・椅子を用意、グループワークは大会議室を使用し椅子のみで実施している(面積の広い部屋は、立地の問題があり使うのが困難との理由)。

## 2. 研修会の事務作業について

年間 4 回、毎回募集 50 名で緩和ケア研修会を実施。都内でも、単一施設の受講者数としてはトップクラス。

今回は新年度初めに、各診療科に受講必修者(新入研修医+非常勤医師の未修了者)を募集し、応募のあった人数をまず予約した。定員に満たす残り人数を、院外受講者数として割り当てた。

院外受講者は申込段階で e-learning 修了証の提出を必須とし、申込のみの場合は仮予約とした。キャンセル待ちの院外者にも、修了証の提出を必須とした。

院内受講者がむしろ作業上は問題。研修医の e-learning 受講率が低く、リマインドメールを開催 1ヶ月 1週間前、1ヶ月前に全員に送信。最終は開催 2週間前に電話で連絡した。今回は、e-learning 未受講による欠席はなく、最終的に申込全員で受講となった。実務は、e-learning 修了証を全員提出が終わった段階で Web 登録を実施したので、全員の終了を確認する作業のみ。途中で、進行状況の確認は行わなかった。

Excel 作業ファイルからの Web 登録流し込みだったので、入力自体は大きな負担ではなかったが、e-learning 未修了者への連絡が結局一番大変だった。なお、途中のセッションで e-learning に必要だった時間を参加者全体に質問した。「2 時間程度」から挙手があり、「3-4 時間」が最多数だった。ついで「5-6 時間」以上も多かった。双方向性のテキストを実際に入力した受講者は、残念ながら半数程度だった。

### 3. 見学報告

#### ① 開催にあたって

受講予定者 48 名。当日欠席者 2 名あり。参加者のうち看護職が 1 名で、他は全員が医師。

#### ② E-learning の復習・質問

旧指針の緩和ケア概論+全人的苦痛の評価と類似。朝一番の座学。

記憶を全て振り返るのには時間が足りません…グループワークを行う上で必要な内容を優先します、と説明。緩和ケア概論スライドから開始。「がん疼痛治療」以後のスライドは、中途を省略して質問時間を確保した (呼吸器・消化器はなし)。各オピオイドの特徴は全て省略。換算比についての解説に移った。開始量などのスライドは全て省略。次は副作用について説明。悪心/便秘/眠気については解説を行った。質問は最後に受けることとなった。10 分間の質問時間を確保。

Q.「コデインの天井効果は、具体的にどれくらいの投与量以上なのか? 個体差があるのか?」

A.「個体差があり、一概に用量は言えないものの力価はモルヒネ換算で 1/6 になる。内服の物理的な制限もある。」以上、1 問のみ。

#### ③ コミュニケーション(3 名 1 グループ。全てのグループにファシリテーターがついた) 最終セッション。

歩き回って目が合ったら握手(5 人以上)、目が合った二人でジャンプ(4 人以上)、目が合った五人でジャンプ(2 人以上)のアイスブレイクを行う。

**Bad news を伝える技術と共に、がんを伝えられる患者の体験を重視していることを明示した。**看護職も全て医師シナリオで実施。最初に講義を自作の補助スライドを併用して実施。おおよそアイスブレイクとオリエンテーションで 30 分を使用。

シナリオは、学会作成の「例」をそのまま流用。主に時間の制約のためとのこと。医師役 3 シナリオ、患者役 2 シナリオから選択して実施してもらう。役作り 1.5 分(殆ど専門科の選択程度)—ロール 5 分—フィードバック 1.5 分×3(医師・患者・観察者)で設定。参加者の感想は、全グループの年長者のみ。それぞれ 1 分で回答。

患者役をやってみて、の感想が多かった。循環器内科医師より、がんを告知することの困難性・迷いを感じたとの発言があった。看護職からは医師の大変さが理解できたとのこと。

#### ④ アイスブレーキング

座学終了後に、フロアを移動し「全人的苦痛に対する緩和ケア」のグループに分かれたあと、「最近食べた美味しいもの」のテーマで実施。20 分間行い、全体でのシェアは行わなかった。

- ⑤ 全人的苦痛に対する緩和ケア(6-9名で1グループで実施。合計6グループ)  
グループワークでは、最初に「評価の例(正解例)」を詳細に解説した。今回参加者の構成から、研修医・若手・非がん専門医が多く、議論が活発にならない不安があったため「この様に考えて欲しい」という手本でお話したとのこと。担当講師は毎回、参加者構成を考慮し変更しているとのことであり、当然正解例を先に解説しないことも多いとのこと。  
グループワークは活発な議論になったが、圧倒的に医師が多くかつ経験年数が少ない参加者が多く、正解例に引きずられる内容になりやすかった。(例: 酸化マグネシウム+リリカなど)。ただし、e-learningの内容を忘れていた参加者も多く、直前の振り返りと質問のセッションは重要と思われた。  
薬物以外の方法の検討は、議論時間が比較的短かったが、療養場所の選択と地域連携のセッションに引き継ぐことを前提にしたので、薬物療法に大きく時間をかけた印象。
- ⑥ 療養場所の選択と地域連携(6-9名で1グループで実施。合計6グループ)  
午後のグループワーク1つめ。  
地域における「顔の見える関係」をどうするか、が重要。東京都の中でも江東区の実情をもとに具体的な講義を行った。また、東京都の行政と医師会の取り組み、産業医講習の内容についても触れる。  
グループワークは諸般の事情により10分間のみで実施。短時間で医師のみの検討だが、活発な議論になった。ファシリテーターの支援・介入の力が大きい。ただし、包括的評価の症例と完全に同じ症例なので、各グループ共に即議論が始まった印象だった。
- ⑦ がん患者等への支援  
午後一番の座学のセッション。「がん診療における運動器ケア」のテーマで実施。骨転移に関して、講師の自験例を中心に詳細な解説を頂く。どうしても参加者は眠気が出現している…。照射後フレア現象や、脊椎転移の特徴的症狀について解説。症状からのピットフォールも十分な注意を促す(脊椎転移でも鎮痛剤で一旦症状がよくなることを強調されていた)。腫瘍整形外科医の現場の見識であり、詳細な知識の提供になった。
- ⑧ 心不全・呼吸不全・腎不全の緩和ケア  
午後二番目の座学セッション。座学なのでどうしても眠い様子。e-learningの自由選択で、非がんの緩和ケアを選択した参加者は少数(2-3名)。  
Lynnのtrajectory imageはあまり参加者にはイメージが湧かなかった様子。  
この(キ)(ク)二つのセッションで約50分となった。

⑨ まとめと振り返り

質問に回答する形で放射線科より、膀胱直腸障害の場合でも照射適応があることを伝える。

コスト算定についての解説は、水嶋先生が行った。院内受講者向けに電カル上のコストのテンプレート記入法についても詳細にお話をされる。また最後に、全員がポストアンケート登録を行わないと修了証が発行されないことを全員に伝え、早期登録を促した。

予め携帯やPCなどのネットアクセス手段を持参頂き、講義室にも主催側で2台のネットアクセス可能なPCを準備。ポストアンケートを、なるべく帰宅前に登録と繰り返し御願ひしていた。

4. 考察と感想

- ① 全体的に、教材やセッションがブラッシュアップされており、旧指針より濃密な印象がある。一方で、e-learningの内容理解度はグループワークの議論の際に個人差がはっきりすることになり、議論に加わりにくい参加者も散見された  
がん患者等の支援、のセッションは各施設で工夫を要する。時間配分も柔軟な変更が必要な様子。
- ② グループワーク・ロールプレイはほぼ従前通りの印象。懸念していたより議論が活発だった。見学先の研修は医師が圧倒的に多かった影響はあると思うが、薬剤・放射線治療・手術などの話題は詳細かつ活発な議論であり、非薬物療法については参加者もファシリテーターも多様な勤務先(臨床研修医・大学病院・一般診療所・訪問診療所・緩和ケア病棟など)だったためそれぞれの立場でのディスカッションで盛り上がっていた。
- ③ ファシリテーター参加した大中俊宏先生(賛育会病院 緩和ケア科・心療内科)からの意見を附記する。  
「1日研修の良いところ」
  - ・ファシリテーター、おそらく受講者の物理的な負担、主催者の経済的な負担は減っている「自分がデメリットと感じるところ」
  - ・大学病院などで研修医が多いとか医師だけなど、バックグラウンドが同じであれば比較的成立しやすい。しかし、医師以外のメディカルスタッフが増えたり所属機関が異なったりすると、非常にディスカッションやロールプレーのレギュレーションが難しい。対策としてはアイスブレイキングをうまくやることだと思う。
  - ・2日間研修の、時間は長くともスキルのある先生の話の聞ける機会は貴重だった。
  - ・1日制となり、自分のような(北海道や東北への)遠距離からのファシリテーターのニーズは減るので、人的交流は減る。
  - ・個別的にはコミュニケーションのシナリオは職種別にするとまとめようがなくなり混乱する。



5. 謝辞

全く突然の見学依頼を快諾頂いた、順天堂大学医学部附属順天堂医院緩和ケアセンター長・緩和医療学教授 水嶋 章郎先生と緩和ケアセンターの皆様にも、深く感謝する。

## 緩和ケア研修会までの流れ

### <院内関係者>

- 年度初めに各診療科へ参加募集
- 登録情報の入力
- 期日までに e-learning 修了証書の提出を促す (9/16 開催分は 8/17 締切)
- 提出期日 1 週間前に未提出者宛に受講状況の確認 (メールにて連絡)
- 申込者全員に開催案内通知 (8/23 要返信メール通知、8/30 締切)
- 返信がない申込者へ電話連絡

### <院外の方>

- ・電話での申込の場合
  - 仮予約
  - F A X 又はメールにて参加申込書と e-learning 修了証書が届いた時点で正式な予約完了
  - 申込書に記載されているアドレスに申込完了の連絡
  - 開催案内通知
  - 返信がない申込者へ電話連絡
- ・メール、F A X での申込の場合
  - 参加申込書と e-learning 修了証書が添付されている場合は、予約完了の返信
  - 開催案内通知
  - 返信がない申込者へ電話連絡

### ・e ラーニング管理について

今回は初めての為、全員分の e-learning 修了証書が届いた時点で、まとめて登録しました。登録後、モジュール修了状況確認画面で、全員の名前があるか印刷し、照合。

「モジュール修了画面」→「検索結果の C S V 作成」

\*途中でシステムの変更があり、e-learning 修了証書の提出が必須ではなくなりましたが、当院では、入力間違いを防ぐためにも申込者に提出を求めています。

# 緩和ケア研修会参加申込書

順天堂大学医学部附属順天堂医院（西暦 年 月 日（日）参加希望）

\*上記に参加希望日をご記入ください

研修会のグループ分け、厚生労働省報告に必要な項目です  
必ずご記入ください

ふりがな

氏名

（修了証書に記載されますので、楷書ではっきりとお書きください）

年齢

歳

性別

職種

所属医療機関名

所属部科

役職

所属医療機関住所

医籍登録番号・医籍登録年月日(医師のみ) 第 号・西暦 年 月 日

臨床経験

年

緩和医療経験

年

当日緊急連絡先電話番号

E-mail

@

研修修了後厚生労働省 HP での氏名公開（医師のみ）（可・不可）（選択してください）

お問い合わせ・申込書送付先：順天堂大学医学部附属順天堂医院

がん治療センター事務局

直通・FAX兼用 03-5802-8196

E-mail cancer@juntendo.ac.jp

※受講可否の連絡は、申込後 10 日以内にメールにてご連絡させていただきます

申込は、先着順です。定員に達した際には、参加でき兼ねますことをご了承願います

## 集合研修進行表

集合研修の名称：がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

2018年9月16日(日) 9時00分～17時30分

開始時間	終了時間	所要時間	会場	内容	対応する開催指針の項目番号	担当者	グループワーク 協力者(順不問)
8:45	9:00	15	D棟8階	受付			
9:00	9:15	15	D棟8階	開会・開催にあたって	緩和ケア研修会の目的	水嶋 章郎	
9:15	10:00	45	D棟8階	e-learningの復習・質問	【①】e-learningで学習した内容の復習及び質問等	吉川 征一郎	
10:00	10:10	10		移動・休憩			
10:10	10:30	20	D棟7階	アイスブレイキング	参加者の緊張を和らげる	永吉 ひとみ 岩川 悟	
10:30	12:00	90	D棟7階	グループ演習 全人的苦痛に対する緩和ケア	【②ア】グループ演習 全人的苦痛に対する緩和ケア (チームアプローチによる観点を含む)	半澤 浩一 片町 守男	・水嶋章郎・村上真基 ・吉川征一郎・大中俊宏 ・水嶋しのぶ・高木辰哉 ・三浦邦久・河合愛子 ・大島理規・渡邊大祐 ・西尾温文・田嶋英幸 ・永吉ひとみ・岩川悟 ・中野真理子・森英由紀 ・野島寛子
12:00	12:50	50	D棟8階	昼食・休憩			
12:50	13:05	15	D棟8階	がん患者等への支援 (がん診療における運動器ケア)	【④】がん体験者やケア提供者等からの講演、又は集合研修の実施主体や実施主体と連携する施設において取り組まれているがん患者等への支援	高木 辰哉	
13:05	13:20	15	D棟8階	心不全、呼吸不全、腎不全の苦痛緩和	【④】がん体験者やケア提供者等からの講演、又は集合研修の実施主体や実施主体と連携する施設において取り組まれているがん患者等への支援	村上 真基	
13:20	13:30	10		移動・休憩			
13:30	15:00	90	D棟7階	グループ演習 療養場所の選択と地域連携	【②イ】グループ演習 がん患者等の療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケアの実 際	三浦 邦久	・水嶋章郎・村上真基 ・大中俊宏・半澤浩一 ・水嶋しのぶ・高木辰哉 ・吉川征一郎・河合愛子 ・大島理規・渡邊大祐 ・片町守男・田嶋英幸 ・永吉ひとみ・岩川悟 ・中野真理子・森英由紀 ・野島寛子・西尾温文
15:00	15:10	10		休憩			
15:10	17:00	110	D棟7階	ロールプレイング	【③ア】ロールプレイングによる演習 がん等の緩和ケアにおけるコミュニケーション(患者へ悪い知らせの伝え方、がん 等と診断された時から行われる当該患者の治療全体の見直しについての説明や 患者の意思決定支援を含む)	西尾 温文 大中 俊宏	・水嶋章郎・村上真基 ・吉川征一郎・半澤浩一 ・高木辰哉・片町守男 ・三浦邦久・河合愛子 ・大島理規・渡邊大祐 ・水嶋しのぶ・田嶋英幸 ・永吉ひとみ・岩川悟 ・中野真理子・森英由紀 ・野島寛子
17:00	17:30	30	D棟7階	振り返り、修了事務手続き		水嶋 章郎	

# 平成30年度第1回緩和ケア部会 アンケート集計結果

2018.9.20 (木)

病院名	がんセンター	新潟大学	新潟市民	長岡赤十字	長岡中央総合	県立中央	新発田	新潟労災	西新潟中央	済生会第二	立川総合	柏崎総合	上越総合	佐渡総合
<b>1. 病院について</b>														
病床数	400	827	676	607	531	530	478		400	427	481	400	318	354
年間総退院患者数	10,494	15,581	16,571	14,200	12,856	12,807	11,116		3,472	9,047	9,240	6,930	7,167	5,728
年間がん患者退院数	8,888	4,068	4,391	3,700	4,168	2,959	2,352		337	2,024	1,237	1,271	1,288	1,733
<b>2. 緩和ケアチームメンバーについて (専従=業務の8割以上/専任=5割以上/兼任=5割未満)</b>														
身体症状担当医師	2	6	3	2	1	3	1	0	4	2	1	5	3	2
専従	2	1	1				1							
専任		1		1									2	1
兼任		4	2	1	1	3			4	2	1	5	1	1
精神症状担当医師	1	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	1	1
専従														
専任		1	1				2						1	
兼任	1			1	1				1					1
看護師	3	3	6	4	1	2	4	0	1	2	1	13	9	1
専従	3	2	2	1	1		1							1
専任							1							
兼任		1	4	3		2	2		1	2	1	13	8	
薬剤師	2	1	3	3	1	2	2	0	1	2	1	2	1	1
専従														
専任		1	1	1										1
兼任	2		2	2	1	2	2		1	2	1	2		1
その他	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	●	0
専従							1							
専任														
兼任														
<b>3. 緩和ケアチームの年間依頼件数</b>														
単位 件 (前年度)	455	150	207	87	24	26	80		0	50~60		数件	237	46
単位 件 (A)	582	143	185	80	29	31	48		0	30~50	0	412	191	40
年間がん患者退院数 (再掲) B	8,888	4,068	4,391	3,700	4,168	2,959	2,352	0	337	2,024	1,237	1,271	1,288	1,733
A/B*100	6.55	3.52	4.21	2.16	0.70	1.05	2.04		0.00	1.98		32.42	14.83	2.31
<b>4. 直接処方まで行うケースの割合 (概ね)</b>														
単位 割	9	3	9	1	10	5	7~8		0	4	0	数%	◎	0
<b>5. コンサルティングの場合における奨励した内容が受入れられるケースの割合 (概ね)</b>														
単位 割	10	9.5	9	8	10	7	9		6	9		5~6	8	4
<b>6. 診療の頻度 (週1/週2/週3~5/毎日)</b>														
	毎日	週3~5	毎日	週3~5	週1	週1	毎日		★月1	毎日	活動なし	週1+α	週1	週1
<b>7. チームカンファレンスの頻度 (週1/週2/それ以上/不定期)</b>														
	それ以上	週1	週2	週1	週1	不定期	週1		★月1	週1	活動なし	週1	週1	週1

備考 ●上越…理学療法士1名、言語聴覚士1名、MSW1名、放射線技師1名、栄養士1名、医事課事務員1名  
◎上越…「直接処方ケース」…緩和ケアチームとして処方せず、主治医に検討内容を伝え必要時に処方する。  
★西新潟…緩和ケアチーム加算を取っておらず、緩和ケアチームをスタートしていない。緩和ケアが必要な症例がある場合、数人のメンバーで話し合い対応

平成30年度第1回緩和ケア部会 アンケート集計結果

資料3

2018.9.20 (木)

病院名	緩和ケアチームの理念についての調査		
	1 緩和ケアを行う目的 何のために緩和ケアを行うのか。	2 緩和ケアチームの目的 緩和ケアチームは何のために存在しているのか。	3 緩和ケアチームの将来像 将来的に緩和ケアチームはどうありたいのか。
がんセンター	疾患に焦点を当てた治療だけでは、疾患や治療を通して生じる全人的な苦痛に対応はできないと思うから。 患者さんやご家族ができるだけ生活や体調を維持しながら、患者さんが本来持っている力や可能性を引き出し、治療やケアを受けられるようにするため。 全ての医療の基本であり、「緩和ケアを行わない」という選択肢がない。	全人的苦痛の評価と対応には多職種での関わりが必要であるため。	基本的な緩和ケアをスタッフ全員が行い、全職員の連携が確立され、チームは困難事例のコンサルテーション等の専門性の高い実践に専念できると良い。その活動が院内に留まらず、地域緩和ケアチームに拡大すると良い。他県の地域緩和ケアチームがカンファレンス等で連携できると良い。 各診療科や職員一人ひとりが多職種と連携して患者さんの苦痛に対応し、緩和ケア/緩和ケアチームが特別なものではなくないと良い。
新潟大学	原疾患の治療、各々が望む生活が継続できるように指示し援助する。	患者・家族・医療者の関係性に注目し、プライマリーチームがスムーズに働けるように協力する。	院内にとどまらず県内の各病院・施設からのコンサルテーションを受けて、専門的緩和ケアを提供できる体制を作る。
新潟市民	患者及びその家族が有する全人的苦痛を緩和して、その人らしい生き方が出来るように支えること。	異なる職種のメンバーが多様な方法で柔軟に関与して、従来行われている緩和ケアの質をより高めること。 合同カンファレンス、講演活動や実践(臨床)を通じて、院内外医療関係者、患者家族及び一般市民に緩和ケアの普及を行うこと。	緩和ケアが一般的な医療に組み込まれることを目指し、院内外での普及活動により力を入れていく。その過程で、特に身体的苦痛を有する患者に対しては直接的な関与の割合を減らしアドバイザー的な関与を増やしていく。精神的・スピリチュアルな苦痛を有する対応が困難な患者さんへはチーム全体で積極的に関与していく。
長岡赤十字	患者の苦痛が少しでも軽減でき、より良い治療やより豊かな人生設計を行えるように、また、家族の不安や医療者の負担をできるだけ減らせるようにしたいため。	第一の患者である患者本人・第二の患者である家族・第三の患者である医療者の痛み・つらさ・焦燥感・精神的プレッシャーについて、多職種で考え話し合うことで当事者には見えづらい問題点や改善点などを客観的に発見し提案できる。意思疎通がとりづらい患者と医療者、患者と家族、家族と医療者、医療者と医療者などの間にニュートラルな立場で介入できることでそれぞれの潤滑油になれる可能性がある。	患者・家族・医療者にとって、的確に痛みや辛さを軽減でき、三者それぞれの自尊心や自己達成感・存在感を確認してもらうことができ、どんなに些細なことでも相談しやすい、そこにただ存在するだけで周りの心が安らぐようなチームを目指しています。
長岡中央総合	・患者・家族のために専門的な緩和ケアの提供をするため ・地域における緩和ケアの体制を整えるため (緩和ケアチーム・委員会 2013年4月作成)	院内において主治医とともに、緩和ケアが対象となる患者に対して全人的な苦痛を和らげるために存在している (緩和ケアチーム規定より；2011年改正)	現在、緩和ケア外来として主治医からのコンサルテーション依頼のみの活動である。依頼件数は毎年横ばいであるが、緩和ケアチームへと橋渡しされていく体制、チーム医療によりそれぞれの専門スキルを発揮できる体制を充実させて、サポートできる患者数を増やしていきたい。 患者を中心としてAPCチームカンファレンスの開催や在宅緩和医療の取り組みなども整備し、最終的には緩和ケア病棟開設を視野に入れた活動を行っていきたい。
県立中央	・スムーズで質の高い緩和ケアを患者に提供するため。 ・患者のQOL向上。	・スムーズに対象をピックアップするため →すばやく介入するため。 ・院内の緩和ケアに対する意識向上のため ・院内の緩和ケアの質の向上のため	・院内だけでなくとどまらず、地域交流を行う(地域の訪問看護師、薬剤師との交流など)
新発田	検討に参加した緩和ケアチームメンバーの総意により「以下の理由で回答できかねます」という結論に至りました。 【理由1】：「目的」が分かりませんでした。 ・「拠点病院の緩和ケアチーム」に関する今回の問いかけ「ひとくくりにはできませんが、本当にそうなのでしょうか」と、「ひとくくりにはできないのではないかと」という疑問に基づいたものと考えられますが、「『ひとくくりにはできない』という確認したいのか」が私たちのチームでは分かりませんでした。 【理由2】：「羅列することは避けて、ある程度まとまった内容を」という矛盾を克服することができませんでした。 ・「いろいろな意見がでる」と想定されていた通りで、緩和ケアチームのメンバー一人一人の考えが異なり、「『新発田病院の緩和ケアチーム』とひとくくりにする」ということができませんでした。		
新潟労災			
西新潟中央	個々人の医療者では考え付かないことを複数人のチームで考えることで多様なアイデアが創出され、それによって多様な緩和ケアを患者さんに提供できる可能性が広がるため。		チームメンバーがお互いに遠慮なく自分の意見を述べることで、そこで皆で討論することで有用なアイデアが生まれ、それが緩和ケアを受ける患者さんにとってプラスになるようなチームが理想。 また、一人一人の症例を蓄積していきデータベースを作成することで、おおまかな部分がパターン化できれば、時間短縮や効率化につながるものが将来的に可能になるかもしれない。

平成30年度第1回緩和ケア部会 アンケート集計結果

資料3

2018.9.20 (木)

病院名	緩和ケアチームの理念についての調査		
	1 緩和ケアを行う目的 何のために緩和ケアを行うのか。	2 緩和ケアチームの目的 緩和ケアチームは何のために存在しているのか。	3 緩和ケアチームの将来像 将来的に緩和ケアチームはどうありたいのか。
済生会第二	患者さんの残された人生を有意義に過ごしてもらうために、ささやかなお手伝いを行うため。	・難渋する苦痛への対応について、現場スタッフとともに考えていく存在 ・現場スタッフの相談窓口 ・緩和ケアチームのコアメンバーを育成する (効果的なカンファレンスの実践、苦痛を評価する専門的視点など)	①チームカンファレンスを通して現場スタッフへの教育(基本的は緩和ケア) ②難渋する苦痛症状への直接介入 ③患者・家族の意向に沿った医療・ケアを目指し、他職種との連携をつないでいく
立川総合	患者、家族の“LIFE”を支え、QOLを向上させるために緩和ケアを行う。	現在はチームとしての活動はしておりませんが、申し訳ないのですが、ガイドラインなどに沿った正しい(という言葉がよいかわかりませんが)緩和ケアを提供、助言できることを目標としたい。そのために存在していると考えます。	他科と連携して患者さんの心身のケアに努められればと思います。
柏崎総合	患者さんの心身の苦痛を最小限に抑えるため	・病院機能として大切だから。 ・緩和ケアに慣れていない診療科を支援するため。 ・多職種共働を推進するため。	・加算のハードルを下げて、特定の病院以外でも取得可能にする。 ・チームがなくても機能するようになること。
上越総合	・苦痛は辛い為、取り除く必要がある。 ・患者さんが少しでも人間らしく生活を維持できるようにするため。	身体症状及び精神症状を有する患者に対して、チーム医療によって、より迅速かつ高度な症状緩和を提供することを目的としている。また院内の緩和ケアの教育・研修を実施し、緩和ケアの知識の普及に努めている。	現在当院の緩和ケアチームは、病院組織内で緩和ケアチームとして編成されてはいたが、実質的な加算は算定できておらず、平成30年9月から緩和ケア加算を取るためにマニュアルや記録など、緩和ケア診療の体制整備をしている。現時点では、まず一般病棟に入院している悪性腫瘍の患者に苦痛のスクリーニングを行い、身体的・精神的苦痛があり、かつ緩和ケアチームの介入を希望する患者や家族を対象に、がん看護専門看護師が面接し、その苦痛によって医師や薬剤師、栄養士、MSW、医事課など緩和ケアチームに所属している他職種が協働して計画書を作成後介入し、定期的なカンファレンスでチーム内の共有を図る予定である。今後は苦痛を抱えながら外来通院している悪性腫瘍の患者すべてに、適切な苦痛のスクリーニングを実施し、高度な緩和ケアを必要としている患者に迅速で適切な緩和ケアが実施されるよう活動していきたいと考えている。
佐渡総合	がん性疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者を身体的・精神的苦痛から解放し、がんと診断された時から人生の最終段階を迎えるまで、その人らしく過ごせるよう支援すること。 ・安心、安全、安楽に過ごせるよう配慮いたします。 ・尊敬をもって最後の時まで過ごしていただけるように。	「左記目的を達成するために適切な方法・手段を提供するためにある」と思っています。	・緩和ケアも、ごく一般的な、標準的な医療として認知されるように望んでいます。