

千葉県がん対策推進計画 施策の方向性記載事項 (P53 ~P55)	各委員からのご提言・ご意見
--------------------------------------	---------------

**■がんと診断された時からの緩和ケア**

<p><b>■がんと診断されたときからの緩和ケアとはどういうものか？</b></p>	<p>○がんと診断されたときから患者・家族をサポートする姿勢(渡邊委員)                  ○概念として確立されていない。現在、厚労省の班研究で検討中。内容のチェックポイントをまとめつつある。この作業が終わったら前向き試験を開始する予定。千葉大では進行非小細胞肺がんがんで化学療法の適応になる患者を対象として研究に参加中。(滝口委員)                  ○身体症状だけではなく、病気との取り組みへの対応(精神心理的支援など)、情報提供と問題整理などが重要である。患者を継続的支援する体制の構築が必要である。対応する職種としては看護師が適当と考えるが、人的資源、知識と技能についての教育が必要である。(木下委員)                  ○①千葉県のがん対策推進計画にあるように、緩和ケア提供の第一はがん治療医であること。がん治療医とは、がん治療医グループが主体ということを含んで良い。                  →がん治療医と緩和センターとの統合は如何に                  ②サポートする姿勢の第一は、がん治療そのもの、あるいは関連した情報を患者の求めに応じて提供するということ。                  ③初回がん治療あるいは治る可能性のあるがん治療と治る可能性のないがん治療あるいは緩和ケア分けた上で統合する                  ④がんが治らないがん治療については、がん治療グループと緩和ケアチームが、実際のがん治療、緩和治療で重層的に協働作業することが必要(大岩委員)</p>
--	--

**(1)患者・家族が相談や支援を受けられる体制の強化**

<p>①どのような手段や方式を取るべきか？</p>	<p>○相談：下記。支援：スクリーニングナースの登用。(渡邊委員)                  ○拠点病院に緩和ケア外来を作り、そこで取り組む(滝口委員)                  ○抗がん治療を始める際に、今後の療養に関するオリエンテーション(患者・家族教育)を行い、必ず受講してもらう。その際に、相談・支援を受けることが可能であることを伝える。(木下委員)                  ○インターネットを使用して、患者の病状に応じた情報の提供をしてほしい。(宮坂委員)                  ○かかりつけ医の中でがん治療の相談に対応できる医療機関との連携も、是非含めたい。                  →手上げ方式。研修、症例報告会などの場の設定。                  パスの活用：緩和ケア提供の視点をパスに反映。(大岩委員)</p>
---------------------------	---

<p>②緩和ケアに関する相談のあり方について (提供者、相談場所、相談申込方法等)</p>	<p>○相談窓口の周知。相談員の研修強化。(渡邊委員)                  ○人材の制限もあるので、外来ベースで行うしかないと思う(緩和ケア外来)(滝口委員)                  ○院内では相談しづらい内容もあるため、千葉県でワンストップな相談窓口を作る。ただし、この相談窓口での相談内容を、治療を受けている病院にフィードバックできるようにする。高齢者に関しては地域包括支援センターもその役割を担う。(木下委員)                  ○緩和ケア外来の在るところに、その医療機関に関係ない患者家族も相談できる「相談室」の設置を希望する。(宮坂委員)                  ○①病院によって整備状況が異なるが、がんと診断された時からの緩和ケアの相談のあるべき姿とは？                  ②基本的には病院機能の充実であるが、かかりつけ医の中で緩和ケアの相談に対応できる医療機関との連携も有効な手立てになり得る。→手上げ方式。研修、症例報告会などの場の設定。(大岩委員)</p>
---	--

<p>③その他のご意見</p>	<p>○高齢がん患者に関しては、地域包括支援センターの役割が期待されるが、がん医療、がん緩和ケアに関する知識が不足している。拠点病院の相談員に関しても、さらに技能向上が必要である。(木下委員)                  ○高齢がん患者の一定の部分は、かかりつけ医・非がんの在宅ケアチームに最期まで在宅で対応することが十分に期待できる。より現実的で大きな力になる可能性がある。(大岩委員)</p>
-----------------	---

千葉県がん対策推進計画 施策の方向性記載事項(P53～P55)	各委員からのご提言・ご意見
(2) 専門的緩和ケアの提供体制整備	
① 専門的緩和ケアとはどのようなものか？	<p>○非専門的緩和ケアでの対応が不十分な場合、より専門性の高い立場からの対応(渡邊委員)</p> <p>○専門医を含む緩和ケアチーム。Temelの論文では、専門医でない、一般のオンコロジストではダメであるという結論となっている。これが本当ならかなり大変なこと。(滝口委員)</p> <p>○専門的な症状緩和ケアもちろん、精神心理的支援、病気の進行等先を見越したケースマネジメントを行うことができることが重要(木下委員)</p> <p>○あえて専門的という言葉を使うのであれば、緩和ケアの原点である、“きちんとした全人的ケアを提供して、QOLの改善”ができるということ。</p> <p>この際問題になるのは、全人的ケアを提供するとはどのようなことか、QOLの改善とは何を言うのか(がんが治らないことがはっきりした段階では、あるいはがん終末期においては特に重要)ということが明確になる必要がある。</p> <p>専門的緩和ケアの質の評価の導入も必要。(大岩委員)</p>
② 其他のご意見	<p>○専門医が日本で数十人しかいないのが大きな問題。精神腫瘍医も極めて少ない。(滝口委員)</p> <p>○緩和ケアチームは症状緩和に偏りすぎている。退院支援、在宅移行支援を行えることは必須(木下委員)</p> <p>○専門緩和ケアという以上は、その実績を明確にして、事実をもとにした検証、議論が出来るようにしなければならない。専門的緩和ケアスタッフは、全人的ケアができることが必須であり、精神腫瘍医的な役割を含めて総合的なケアの提供ができることが必要。(診断時、終末期にかかわらず)(大岩委員)</p>
(3) 地域連携体制の環境整備	
① 地域との連携体制とは具体的にどのようなものが考えられるか？	<p>○療養場所の一つに自宅があり、その場合、地域との連携は重要。(渡邊委員)</p> <p>○拠点病院以外に、終末期緩和医療ができる施設を増やすことが必要(滝口委員)</p> <p>○各二次医療機関毎にがん診療協議会を設置して、その中で緩和ケアについても議論する必要があると考える。少なくとも拠点病院と協力病院間の連携について議論が必要(木下委員)</p> <p>○地域中核病院に月一回の関連職種集まり連携できるシステムを実現すること。(宮坂委員)</p> <p>○地域という言葉一つでも、地域のイメージをどう捉えるか、①病院中心で最終的には病院の対応能力を高めるシステムを目指すのか、②かかりつけ医・在宅療養支援診療所を中心とするのを強めるシステムを目指すかを明確にしなければならない。がん治療中の緩和ケアということに限定すれば、病院、かかりつけ医、在宅療養支援診療所の関わりを明確にすることが必要。そうすることで、かかりつけ医、在宅療養支援診療所の看護師の役割が大きくなりうる。また、終末期緩和ケアに比べると、薬剤師の役割が大きい可能性がある。(大岩委員)</p>
② 其他のご意見	
(4) 緩和ケア研修会の充実	
① 研修体制について	<p>○緩和医療・ケアの実際が進化しており、更新制度が必要かもしれない。(渡邊委員)</p> <p>○普及は極めて重要。しかし人材不足の現実の中で対象となる医師は極めて多忙であり、その割には参加することに対するインセンティブが小さすぎる。(滝口委員)</p> <p>○地域連携、退院支援について教育の充実を図る(木下委員)</p> <p>○高齢者の二人に一人ががんで亡くなる時代ゆえ、千葉県は率先して大学教育の中に緩和医療講座の授業を入れて行ってほしい。(宮坂委員)</p> <p>○研修も重要な役割があるが、それだけでは不十分である。がん対策基本法が施行されて二期目に入り、緩和ケアがこれだけ重要視され、新たな段階に入ったのであるから、実績評価ということが必須である。この場合拠点病院はすべての資料を公開する責任があるが、かかりつけ医などについては総体としての評価がされる必要がある。(大岩委員)</p>
② 拠点病院におけるがん診療に携わる医師とは具体的にどのような医師を指すのか？	<p>○がんの治療方針決定にかかわる医師、およびその過程においてそれ(診断、治療、経過観察)を実行する医師(滝口委員)</p> <p>○がん治療医(手術、抗がん剤治療、放射線治療に係る)(木下委員)</p> <p>○実際の抗がん治療(診断・手術・化学療法・放射線治療・ほか)に(継続的に)関わる医師(大岩委員)</p>

千葉県がん対策推進計画 施策の方向性記載事項(P53～P55)	各委員からのご提言・ご意見
③看護師・薬剤師等医療従事者に対する研修について	<ul style="list-style-type: none"> <li>○徐々に充実化しつつあると思われる。(渡邊委員)</li> <li>○医師と同じ研修を受けるのでいいと思います(木下委員)</li> <li>○緩和ケアについては、職種の違いは不要。その内容を多くの職種が共有することこそ大切。(大岩委員)</li> </ul>
④その他のご意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本来、学部教育、研修医教育の中で行われるべきものだと思うが、それができていないのが大きな問題。医師国家試験にも出題されない。そもそも医師国家試験には化学療法も極めて幼稚な問題しか出題されない。緩和ケアだけでなく、腫瘍学全体に及ぶ問題。(滝口委員)</li> <li>○拠点病院、協力病院で研修会を受けている医師名を公表する。 千葉県の医療計画に記載されているがん医療を提供している病院の医師に対しては研修会受講を推奨する。拠点病院以外での緩和ケアに関する底上げは必須である。調査も必要。(木下委員)</li> <li>○ケアの質の評価ツールを不十分であっても、活用する試みが必要。評価のないところに健全が進化はない。(大岩委員)</li> </ul>
<b>■終末期の緩和ケア</b>	
<b>■終末期の緩和ケアの問題点とはなにか？</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看取りを受容できない家族(渡邊委員)</li> <li>○日本人全体(医療者を含め)の死に対する意識が完全に変容してしまっている。患者の死に対する恐怖に、家族も医療者も正面から対峙できない。(滝口委員)</li> <li>○療養場所の選択をきちんと提示していないケースが目立つ。緩和ケアチームが関わって、症状緩和に重点が置かれると、症状緩和のための入院継続となってしまうケースがある。地域により緩和ケア病棟が偏在している。(木下委員)</li> <li>○終末期緩和ケアの医療的視点が、明確になり、共有されている状況にないことが一番の問題。 (全人的ケアを実践するとはどのようなことか、QOLの改善とはどのようなことか。)(大岩委員)</li> </ul>
<b>■在宅緩和ケアの現状と問題点とはなにか？</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○担い手の不足(渡邊委員)</li> <li>○サービスを受けられる患者は恵まれているが、家族の支援が十分で、在宅緩和ケア医の近所に住んでいる必要があるなど、ハードルが高すぎる。東京に比べ、千葉には在宅緩和を提供する医療機関が少ない。(滝口委員)</li> <li>○地域の訪問診療に係る医師にがん緩和ケアに関する理念・知識が不足している。訪問看護ステーションも同様である。在宅移行決定から訪問診療、訪問看護の導入までに時間がかかる。退院前カンファレンスの日程調整までに時間がかかる(木下委員)</li> <li>○在宅緩和ケアのグランドデザインがないために、具体的な施策の議論が集約されない。(大岩委員)</li> </ul>
(1)在宅緩和ケアを担う人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>○人材の育成を担う医療機関が少ない。がんの緩和ケアに特化した診療所と緩和ケア病棟を有する医療機関との協力が必須(木下委員)</li> <li>○開業の医師は必ず緩和ケアの研修を受けることが必要である。(宮坂委員)</li> <li>○在宅のグランドデザインが共有されなければ、有能な人材育成は無理。底上げしかできない。(大岩委員)</li> </ul>
①どのような人材育成が考えられるか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療連携拠点事業の中で、がん緩和ケアに関する教育が不十分(木下委員)</li> <li>○麻薬の管理が出来ること、さらには精神的・社的痛みへのケアが出来ること。(宮坂委員)</li> </ul>

千葉県がん対策推進計画 施策の方向性記載事項(P53～P55)	各委員からのご提言・ご意見
②その他のご意見	<p>○この領域だけではなくすべてに渡って人材が不足(渡邊委員)</p> <p>○そもそも広い土地にまばらにしかヒトが住んでいない場所の多い千葉県で、病院や在宅緩和施設を作っても採算が取れるはずがない。房総半島の南や九十九里、茨城県などから千葉市内に通ってくる患者も多く、在宅に移行しようがない。(滝口委員)</p> <p>○がんに特化した訪問診療所とその他の訪問診療所との連携が必要 病院の看護師に対する退院支援・調整の研修会を開催してはどうか。(木下委員)</p> <p>○「緩和ケア研修医」という資格の様なものがないか。それを診療所などの看板に出せるようにする。(宮坂委員)</p> <p>○在宅緩和ケアのシステムを、①在宅緩和ケアチームは病院の補完機能として位置づけ、最終的には病院の対応能力を高めるシステムを目指すのか、②かかりつけ医・在宅療養支援診療所を中心とする在宅の力を強めるシステムを目指すかを明確にしなければならない。 その上で、病院、かかりつけ医、在宅療養支援診療所を中心に多職種の関わりを明確にすることが必要。この際に都市部モデル、郡部モデルという要因を導入すべき。(大岩委員)</p>
(2) 多様な主体が参加できる地域の特性に応じたネットワークづくり	
①地域のネットワークとは具体的にどのようなものが考えられるか?	<p>○問題提起が漠然としすぎている気がします。「地域の特性に応じた」というなら、特定のモデル地域を設定して、研究的に試行することから始めたら良いのではないかと思います。(滝口委員)</p> <p>○地域の医療、福祉に係る施設の長のレベルの会議と現場レベルの連携を並行して行う必要がある。(木下委員)</p> <p>○地域の核となる「地域在宅緩和ケア支援センター」あるいはそれに匹敵する場を設置してほしい。(宮坂委員)</p> <p>○在宅緩和ケアのグランドデザインを明確にすることが先決。病院主導でかかりつけ医、在宅療養支援診療所は補完機能なのか、かかりつけ医、在宅療養支援診療所が主導なのかということがはっきりしなければネットワークを作れない。 在宅緩和ケアを重視するのであれば、地域在宅緩和ケア支援センターは各地域に必須。(大岩委員)</p>
②その他のご意見	<p>○このことに関しての問題点がイメージできない。(渡邊委員)</p> <p>○地域の特性に応じた、司令塔グループの確立が必要(都市モデル・郡部モデル・ほか)(大岩委員)</p>
(3) 在宅で終末期を過ごすことに関する情報提供及び意識の醸成	
①医療従事者等への情報提供及び意識の醸成とはどのようなものが考えられるか?	<p>○緩和ケア研修会参加の呼びかけ(渡邊委員)</p> <p>○質問の意味がよく理解できませんが、上記の「在宅緩和ケアを担う人材育成」と重複するのでしょうか?(滝口委員)</p> <p>○患者の希望に応じた療養場所の提供が一番であるが、千葉県の医療提供体制の現状からは今後さらに厳しい状況にあることを県民に伝える必要がある。県民に千葉県の医療を守るためにも在宅療養の充実が必須であることを啓発する必要がある。在宅療養のQOLの高さ(専門家が関われば)についての啓発が必要である。(木下委員)</p> <p>○実績をもとに、振り返りの評価が重要。ケアの内容の全般(医療・歯科・看護・介護・他)にわたる評価。(大岩委員)</p>
○記載事項をふまえて、今回および次回に議論すべきことはなにか	<p>○人材不足。非専門的緩和ケアの充実。(渡邊委員)</p> <p>○診断された時からの緩和ケアと終末期の緩和ケアに分けて議論をすすめるのがよい。 拠点病院以外で提供されている緩和ケアの実態の把握を、緩和ケアの推進について議論したい。(木下委員)</p> <p>○県民ががんになった時、診断から看取りまでの道が見えるようにするには何が必要かを検討すること。(宮坂委員)</p> <p>○①診断された時からの緩和ケアに概念混乱がみられる。診断された時からの緩和ケアと終末期の緩和ケアに分けて議論し、統合する手順が必要。 ②概念整理の後に、改めて現在の制度の問題点を整理し、次代につなげる。 ③①②を含めてあらゆる場面で、患者の視点での思考・制度設計をする。(大岩委員)</p>

# Cancer Trajectoryに沿った患者・家族目線の支援体制の整備

診断と治療方針の決定

治療

再発～終末期

患者・家族&主治医チーム(外来、病棟): 基本的緩和ケア

サポーターズケアセンター

(看護部主体、臨床・研究の協働が必要): 継続的な支援

化学療法準備外来

オリエンテーション・教育パッケージ

- ・わかりやすい治療の全体像に関する情報提供
- ・受けることができる支援の紹介
- ・困りごと紹介

身体・精神・社会的な包括的アセスメント

- ・先を見越した評価、問題点の抽出
- ・高齢者にはCGAを行いハイリスクの同定
- ・院内で情報共有

ケースマネジメント

外来患者の継続的モニタリング

(研究として実施可能性について検討中)

- ・主治医チームへのフィードバック
- ・必要に応じて直接支援を行う(精神・心理的支援を含む)
- ・モニタリングにICTを利用(患者・家族と双方向性の情報共有)
- ・必要に応じて専門的緩和ケア、在宅リソースにつなぐ

専門的緩和ケア

緩和医療科・精神腫瘍科外来

緩和ケアチーム

- 機能強化
- ・一般病棟における退院・転院支援
  - ・意思決定支援
  - ・地域病院の支援、連携

(急性期型)緩和ケア病棟

- ・退院・転院支援強化
- ・地域の後方支援

地域緩和ケアモデル

双方向性の協力体制

地域病院(緩和ケア) 在宅リソース

- ・連携した質の高い緩和ケア提供体制
- ・患者・家族総合支援センターの機能強化

H25.11.13千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会  
木下委員提出資料