

## 平成 25 年度第 1 回千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会

- 日時 平成 25 年 11 月 13 日（水）午後 6 時 30 分～午後 9 時 00 分
- 場所 千葉県庁本庁舎 5 階大会議室
- 議題 （１）千葉県がん対策推進計画の緩和ケア推進の取り組みについて  
（２）数値目標設定にむけた在宅・自宅死亡数実態調査について  
（３）今後のスケジュールについて

○出席委員：別紙名簿のとおり

### <議事>

○司会 それでは千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会を始めさせていただきます。私は本日の司会を務めさせていただきます千葉県健康づくり支援課の小川と申します。よろしく願いいたします。

ここで、お手元の資料の確認をさせていただきます。不足等がございましたらお申しつけください。

- ・次第、委員名簿、座席表、千葉県がん対策審議会運営要綱を綴じた資料
- ・資料 1 から資料 7
- ・千葉県がん対策推進計画（冊子）
- ・千葉県がん対策推進条例（リーフレット）

はじめに、会議の開催にあたり千葉県健康福祉部保健医療担当部長鈴木より挨拶申し上げます。

○鈴木担当部長 皆様お忙しいところ、緩和ケア推進部会にお越しいただき誠にありがとうございます。がんについては御存じのとおり国では平成 18 年にがん対策基本法、19 年にがん対策基本計画ができて推進しているところです。千葉県におきましても 19 年に千葉県がん対策推進計画を策定、昨年度 5 年経過した時点で、第 2 期として千葉県がん対策推進計画を策定し、この 4 月から計画に沿って実施していくこととしている。

緩和ケア分野については、前計画では「治療の初期段階からの緩和ケアの推進」ということで国と同様の考え方で行ってきたが、あらためて本計画においても「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」とし、これまで重点的に取り組んできた「在宅緩和ケア」「終末期の緩和ケア」を含めて全体的に緩和ケアを考えるべく審議会の下に緩和ケア推進部会を設置したところです。

本県の計画策定に先立ち行った患者アンケート調査においては、7割の方が在宅療養を望んでおり、それに応えるとともに本県の医療事情からみても緩和ケアの充実は必要であると考えているところです。まだまだ緩和ケアに携わる人材の育成、地域連携の在り方には多くの課題を抱えていると認識しており、緩和ケア推進部会においては、こうした実情や課題を踏まえ今後の緩和ケアの対策について検討し、今後の行政の対策に反映、推進したいと考えておるところです。本日の部会においては、現計画の施策の方向性について御意見をいただき、今後の審議スケジュールをご検討いただくとともに、様々な部分での御意見を申し上げます。

○司会 次に、本日御出席いただいている委員の皆さまを御紹介させていただきます。

出席者紹介：名簿参照（千葉大学医学部附属病院臨床腫瘍部長滝口委員については所用のため御欠席）事務局職員紹介。

続きまして、この会議の成立についてご報告申し上げます。千葉県行政組織条例第32条第2項の規定により、委員の半数以上の出席をもって開催することができることとなっている。本日の部会には、12名中11名の委員の御出席をいただいておりますので会議が成立しておりますことを御報告します。なお、議事に入る前に確認させていただきますが、本部会の議事内容につきましては、千葉県情報公開条例にのっとり公開いたしますので、御了承いただきたいと思います。

本日の部会長についてですが、部会長は千葉県がん対策審議会運営要綱第4条第4項に基づき、部会に属する審議会委員の互選により定めると規定されています。この部会では審議会委員が大岩委員と野口委員お二人となっておりますので、大岩委員と野口委員で御協議していただきたいと思います。

○野口審議会委員 大岩委員にお任せいたします。

○司会 ただ今、野口委員より大岩委員を御推薦する旨発言がありました。大岩委員お引き受けいただけますでしょうか。

○大岩委員 大役ですが務めさせていただきます。皆さまのご協力をお願いします。

○司会 ここからは、大岩部会長に、議事の進行をお願いしたいと思います。大岩部会長、お願いいたします。

○部会長 ぜひ皆さんの協力をお願いしたい。今回の部会は新しい推進計画になって初めての開催。大きな目的は次の推進計画に向けてということになる。ただ、現在進行中のプロジェクトもありますのでそれについても議論していきたい。

事務局が資料を用意してくれているが、資料7 審議スケジュールを御覧ください。私は必ずしもこれに縛られることなく多くの問題について議論していきたい。ただ、部長からもお話ありましたように「がんと診断された時からの緩和ケア」が大きな課題となっていることは間違いないと思う。千葉県の推進計画では今までの議論の中で緩和ケアをがんと診断された時の緩和ケアと終末期の緩和ケアに分けて議論しようという経緯があった。ただ、「がんと診断された時からの緩和ケア」の概念が共有されていないように思われる。資料4は事前に委員から意見をいただくということで事務局からお尋ねをして何人からの委員からお返事をいただいたもので、ここから議論を進めたい。基本的にどういうお考えか整理して認識を共有したい。

(資料4の設問順に御意見ををお願いしたい。)

○渡辺委員 資料4に自分の意見を書いたが、正直に言うと、がんと診断された時からの緩和ケアにはまだ抵抗があって、患者さんをサポートする姿勢、サポート型ケアが適切な表現だと思っている。ただ、厚労省がそう言っているのでいまさら言わないことにするが、サポートする姿勢だと思っている。

○木下委員 3つくらいに分けないと誤解を招くと思う。アーリーパリアティブケア (Early palliative care) という論文が誤解の元だったのではないかな。正しい意味で表現するとアーリースペシャライズドパリアティブケア (Early specialized palliative care) = 専門家による早期からの緩和ケアという意味。

①治療医が行う早期からの緩和ケア②専門家が行う緩和ケア③主治医だけでは足りない部分を補う、例えば海外では看護師が中心になって高齢者、精神障害者のケースマネジメントしている。日本には高齢者にはケアマネがいますが、がん医療は医療であり病院が中心になる。初期の部分を地域でコーディネートできる人間がいるかということが必要だと思うが難しいと思う。病院内で主治医の+αとして患者の支援援助や情報の整理をする、そういう支援をするイメージ。

○部会長 がんの病期にこだわらず、患者さんの治療の中でサポート、パリアティブケア、という理解でよいか？

○木下委員 話題になったアメリカの論文（Early palliative care）の対象は進行性肺がんの人に診断後、早期に緩和ケアを提供するもので、病期（期）の早期の人に提供するものではなかった。この点がごっちゃになっているので整理は必要。

○部会長 がんが診断された時からの意味がいろいろある。がんが診断された時が患者さんにとって、早期の人もいれば、進行した状態の人もある。進行がんでも治療の対象となる人もいれば、そうでない人もいる。診断された時からというところの人々全てに提供するということになる。なかなか収まりがつかない。

○篠原委員 がんが診断された時からの緩和ケア、緩和ケア研修会もそこに重きを置いている。私が理解しているのは、トータルペインの中で、がんが診断された患者さんが抱える苦痛というのは、身体症状もあるだろうが社会的苦痛、精神的苦痛がメインで、終末期と一番区別されるのはスピリチュアルペインの部分だろう。多職種協働が緩和ケアの売り言葉だが、診断早期で大きなところを握るのが治療医＝主治医。がんが診断された時の緩和ケアというのは主治医が主導で行うイメージ。主治医ががん治療医としての専門性を発揮しつつも今までのやり方だけではうまくいかないということで、治療医を集めて緩和ケア研修会をやっている。その「+α」がなにかというと、診療環境とか心療内科的アプローチを治療医たちに植え付け患者さんを診断時からケアすること。（診断時からの緩和ケアは）主治医主導で提供されるものだと思う。病気が進行すれば、多職種連携して支えていく。私の印象では（終末期）緩和ケアといえば看護師さんが主導だと思っている。一方診断時の緩和ケアというと主治医主導だろうと思う。こう考えるとここ（診断時からの緩和ケア）に「緩和ケア」という言葉が適当なのかという疑問もあるが、ここについては議論しないということですのでこれぐらいにしたいと思う。

○部会長 緩和ケアの提供者の第一はがん治療医であると、千葉県がん対策推進計画に明記されている。この部会の審議事項にも「がんが診断された時からの緩和ケア」「終末期からの緩和ケア」という区分けができていたので、ある程度「がんが診断された時からの緩和ケア」に対するイメージが絞られてくるのではないかと。

○山口委員 がんが診断された時の病期がどこかでその後が変わってくるが、（「診断時からの緩和ケア」というと）病期を問わない、治療をしながら

もその人らしい生活が継続できる視点でのケア体制だと思う。病院内で緩和ケアというはまだ「早い」という認識があるのが現実だが、「その人がその人らしく過ごす」と置き換えれば、看護師にとってはわかりやすい当たり前の視点だと考える。

○部会長 必ずしも病期にこだわらなくても提供できるものであるという理解でよろしいか。

○権平委員 診断され抗がん剤治療を受ける頃のショック、「がん」ということだけでかなりのショックを受ける。これから先どう生活しようか悩むし、抗がん剤治療を受けている時は肉体的、精神的に苦痛を伴うことがある。イギリスのマギーズ（キャンサーケアリング）センターのような癒しとなるような場所も含めて提供されるのが「診断された時からの緩和ケア」なのではないか。

○部会長 この（診断時からの緩和ケアの）部分は方向性を絞る上で大事、ぜひ全員の委員の方に御意見をお願いしたい。

○土橋委員 かかりつけ医の立場で話すと、かかりつけ医は、がんの確定診断をしないまでも診断のきっかけに立ち会うため、診断後に戻ってきて様々な不安を訴えることが多い。病状の変化、手術、今後の治療への不安について相談を受けることがある。こうした不安に対応できるのもかかりつけ医の必要な資質の一つ。また、若年男性の相談では就労の相談が多い。退職後の復職など、私は産業医として事業所をいくつか担当し、復職面談も行っている。これはごく限られた一部ではあるが、患者をサポートする体制が大事だと思う。

○眞鍋委員 薬局と患者さんと会っている。診断されたばかりの患者さんは不安と戸惑いが一番強い。ここをどうフォローするか、不安と戸惑いの中には経済的不安もあって、自分はこのまま治療を続けられるのか、選択があるのか迷い始めている。ここを救うことが「初期の緩和ケア」なのかなど。

○部会長 治療前の問題が大きくてそこをきちっとしないといけないと。

○眞鍋委員 そこを解決しないと精神的に安定した状態で治療が受けられない状況にあると思う。

○栗原委員 身近に50歳前でがんと診断された同僚がいる。まずこれからどう

なるのか、期間は？治療にいくらかかるのか、セカンドオピニオンをどうするか、これからのがんの戦いに対しての不安。社会的なバックアップをどうしていくのかということが最初に考えることではないか。症状がなく検診受診で発見されるとなさら、社会的バックアップが最初に求められると思う。

○宮坂委員 医療を受ける側からすると、診断された時の病期が早期で手術して完治してしまえば他の疾患とそう変わらないのかなと素人考えでは思ってしまう。問題は、その「がん」が今後どう進行していくか。それが一番不安。診断時から終末期に至るまでの状況を少しずつ主治医や専門職の方からフォローしていただきそのフォローに社会的、精神的なものが加わる。がんと診断されてもそのがんがどういう状況なのかということが重要だと思う。長期的フォローをお願いしたい。

○部会長 今後の見通し、その後のことがわからず問題ということか。そこを方向づけしてもらえるとずいぶん違うということによろしいか。

○野口委員 知り合いの人はがんという告知で心が折れてしまった。心のケアが大事。通院する中で、具合が悪い・痛みがあるとなって、入院したくても入院できない。今、在宅療養中だが、スムーズにいかず QOL が下がってしまっている。このあたりがスムーズに行くというのが大事かなと感じる。

○部会長 一通り伺いましたが、「診断時からの緩和ケア」についてはイメージするものが人それぞれ違い、議論が難しいのではないかと考えていたが、共通部分がかなりある。病期、がんの状態と関係なくトータルペインの問題が非常に大きい。つまりそれは今の医療にトータルペインへの対応が不足しているということだろうと思う。次へ進む前に、追加の御意見あればお願いしたい。

○渡辺委員 基本的にみんなで支えるという視点でいいと思う。昔もそういう姿勢だったと思う。直腸がんだと術後にストーマになるが、WOC ナースと位置を決め、体験者に話を聴くなどのサポートをしてきた。主治医がもちろん大事だが最初からチームで関わるということが大事だと思う。

○大岩委員 チームというあたりをもう少し詳しくお願いしたい。

○渡辺委員 多職種、主治医だけでなく専門家が関わる体制が必要だと思う。

○木下委員 治るがんでも機能障害が残るがんが問題。特に高齢者は術後に自分がどういう状態になるのか想像できない。そこをサポートする必要がある。そこを支援するには多職種で関わる必要が出てくる。経験者でもよい。術後にこんなはずじゃなかったという方がいる。

○部会長 チームで関わる重要性が意見として出ましたがこのあたりはいかがか？

○部会長 多職種で関わることは重要だが、実際に（多職種が）機能するというのはとても難しい。実際患者さんの話を聞くと、様々な人が入れ替わり立ち替わり出てきてどうしていいか分からないということも聞く。いい面、悪い面あると。出来ればいい面が出るようにしていきたい。

診断時からの緩和ケアをある意味、システムティックに推進していこうというのが緩和ケアセンター構想だと思う。県内ではがんセンター内に緩和ケアセンター開設に向けて準備が進んでいると伺っている。このあたり渡辺先生いかがか。差支えない範囲でお願いしたい。

○渡辺委員 緩和ケアセンターについては、準備委員会を立ち上げ準備を進めており、がんセンターにおいては現存する機能を拡大させていく形で進めているので、あまり（既存の仕組みと）変わらないかもしれないが進んでいる。

○部会長 どのあたりまで話は進んでいるか？いくつか緩和ケアに関する部署があると思うが連携はどうなる予定か？

○渡辺委員 準備委員会のメンバーでないので正確でないかもしれないが、診断時からの緩和ケアについては看護外来を充実させて認定ナースが緩和的ニーズの拾い上げを行い強化、他に緩和ケアセンター内に看護系のコーディネーターを置きディスカッションに参加してもらおう。在宅連携については在宅支援部の活動をセンター内で拡大していく。

○部会長 全ての機能がここ（緩和ケアセンター）に入るという理解でよろしいか？

○渡辺委員 そうなる。相談の部分も入る。

○篠原先生 不勉強で今日初めて知った。緩和ケアセンターの対象となる方は

診断時からの緩和ケアの対象ということだとだが、先ほどお話のあった、早期がんの患者さんでほとんど症状なく過ごされている方も対象となるのか、それともかなり深刻な病状で治療はするけれど厳しいような方、ほとんど抗がん剤治療ができないような方を対象とするのか。

○渡辺委員 患者・家族のニーズがあれば全てですよね。

○部会長 「がんと診断時の緩和ケアの提供の第一は治療医である」という計画の一文は、昨年度の策定時の議論で皆の認識が一致した部分であると理解している。県がんセンターの話ばかりを議論するわけではないが、緩和ケアセンターのあり方ががんと診断時からの緩和ケアの充実につながっていると理解している。緩和ケアセンターは終末期だけを対象とするわけではないとすれば、がん治療医との関わりをどうするのか。そこを篠原委員も聞きたいのではないか？

○篠原委員 そうです。

○渡辺委員 現時点で治療医との関係をどうするかははっきりとは決まっていない。かつて良いお医者さんをパートナーリズム（医師は自己の専門的判断を行なうべきで、患者はすべて医師に委ねればよい）と表現されて、良いお医者さんはなんでも自分で仕切ってやってくれていたという時代があった。今はチームで関わろうという時代が変わってきた。結局は最初（診断）のところは主治医なのだろうが、主治医が良いお医者さんという時代から、良い医療の提供にはチームで提供する時代が変わっている。患者家族・主治医から緩和的ニーズがあればそれを受け入れるというそういう姿勢だと思う。

○部会長 治療医に対する働きかけもそのチームの役割と含めて関わっていくということか。

○渡辺委員 治療医からの相談があれば応えることになる。

○部会長 つまり治療医と緩和ケアセンターは別組織というか、外科医から内科医に相談するような形になるのか？

○渡辺委員 それは少し極端すぎると思います。



○木下委員 ニードがある人は助けを求めているので言い出せるので心配いら  
ないとまでは言わないがどうにかなる。問題は言い出せない人や今後困ること  
になることに気が付いていない人、言い出せない人については主治医が聞きだ  
す能力を持っているかということも問題になる。さらに、医療側から見れば、  
治療医が緩和ケアセンターに紹介しようと思うかどうかという問題もあるの  
で、ただ「ニードがあれば」と言っていてはいけない。ニードを探しにいか  
なければいけないと思う。私が提出した資料を御覧ください。（資料4添付・木  
下委員提出資料参照）国がんセンター東病院で描いている図で、当院では緩和  
ケアセンターと言わずにあえてサポーターケアセンターとしている。患者家  
族・主治医をサポートできるチームでないといけないと考えている。今、呼吸  
器内科において、初診の患者に全員に看護師が関わる活動をしている。待つ  
ては難しい。患者はニードが「言えない」、「気が付いてない」と言うこと  
があるのでニードを拾いにいくことが必要。今の緩和ケアチームの問題点は、  
チームが関わっていない患者さんが結構いて、看護師は緩和ケアが必要だと  
思っても主治医が同意しないという話も聞く。患者さんにとってもまだまだ  
緩和ケアは終末期というイメージも強いのでそういうところにはかかりたく  
ないという人もいるだろうし、このあたりを整理する必要があると思う。

○部会長 ニーズを掘り起こすことを含めて主治医グループがそこまでを勘  
案した対応が迫られているように理解している。みなさん、イメージが明確  
になってきたかと思うが、この問題は、がんセンターの緩和ケアセンターが  
どういう理念で動き出すのか、どう実績を積み重ねていくのか、いろい  
ろな意味で千葉県の緩和ケアのあり方を規定していくのではないかと思  
ったので伺った。他に「がんと診断された時からの緩和ケア」、「緩和  
ケアセンター」に関して御意見ありましたらどうぞ。

○宮坂委員 緩和ケアセンターががんセンター内に作られるとのことですが、  
一般の、近所のお医者さんに受診している患者さんは緩和ケアチームと  
関わるチャンスがない。渡辺委員のお話を聞いていると緩和ケアセン  
ターの活動は院内で完結している印象。一般の診療所や病院で治療  
を受けている患者さんはがんセンターまで行かなければその恩恵に  
与れない。もっと千葉県がんセンターは千葉県全体をリードして  
いくモデルになって欲しい。地域の診療所や病院の医師との関わり  
について、何も書かれていないので県がんセンターに受診でき  
ない地域の人はどうしたらいいのかなと思った。

○部会長 大きな問題。相談機能にも関わる部分かと思うし、土橋先生が言わ

れた、「かかりつけ医」がこの問題にあらためてどういう役割を果たせるのかにも関わる。土橋先生いかがか。

○土橋委員 医療者側からみると医学モデルとしてとらえてしまいがち。患者さんの痛みは、患者さんの訴えを傾聴していくことが大切。誰が患者さんのアセスメントをして、課題、問題点、痛みを理解して適切な専門職につなげ対応していくことが必要。アセスメントツールはこういう場面で使われることはないのか？

○木下委員 ないわけではないが、難しいのはアセスメントツールといっても何をアセスメントするのか。包括的なアセスメントができるのか、病院側がするのは身体症状であったり、かなり偏ったアセスメントになったり。誰がどこでするのか。

○土橋委員 おっしゃる通りで誰がどこでするのか重要だと思う。これをかかりつけ医がやるという訳にいかないし、では病院で専門医が行うというのも難しい。このあたりがこれからの課題かと思う。

○部会長 拠点病院のようなところで整備が進んでいると同時に、みなさんが言われたように、物理的にも拠点病院に受診できないがん患者さんもいるわけで、この問題を同時的に対応していく考え方も必要なのではないか。これに限らず、なにか御意見があれば。

○木下委員 私どもの病院で考えているのがこの資料にある（資料4の添付資料参照）化学療法準備外来、資料4の意見に入れましたが、（1）①どのような手段や方式を取るべきか？のところ、「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を行い必ず受講してもらおう」これが難しいのは、患者さんは拠点病院だけで治療を受けている訳ではないので、地域でこういう教育をできるセンターのようなところがあればいいと思う。がんって拠点病院のことばかり言われるけれど実は拠点病院以外で治療している方がかなりいる。しかし病院規模が小さくなると患者教育まで手が回らないので、2次医療圏地域に1ヶ所、患者さんに直接（教育）するのがいいのか議論はあると思うが、ご家族にだけでもそういう教室のような場所があると良い。ただ、教育しても病院で「それはできない」と言われてしまっただけでは意味がないので、土橋委員がおっしゃったように、医療治療はもちろんのこと、生活のこと、介護保険のこと、オリエンテーションができる教室のようなものできないか。今、考えて

いる。

○部会長 拠点病院だけでなく、地域の問題も重要だということかと思う。具体的にどういうことを考えるか、イメージするかはこれから進めていければと思う。時間も限られるので、一つのことを議論し続けることはできないが、「がんと診断された時からの緩和ケア」のイメージがかなりクリアになって各委員、ある程度共有できることが今日の会議で重要なことだと思っている。ぜひ意見をお願いしたい。

○篠原委員 木下先生の御意見に質問ですが、オリエンテーションするのは誰がするのか。どのような職種がするのか。

○木下委員 いろいろな職種が必要だと思います。少なくとも看護師、ソーシャルワーカー、栄養士もいいと思う。具体的には、わかりやすい治療の全体像の情報提供、受けることができる支援の紹介。がん患者さんがどんなことで困ったか紹介する、というイメージ。

○篠原委員 木下委員のこの提出資料が分かりやすく理解が容易。ここに化学療法準備外来とあるが、がん治療はおおむね抗がん剤か放射線治療と手術のいずれかになることから、「がんと診断された時」にキャンサーボードのような、「治療関連医師団」のような働きをもつところをどこに置くか考えればいいのかなと想像できるが、県がんセンターの緩和ケアセンターには「がんと診断された時から」という言葉しかないので「治療関連医師団」とどうやって関わって治療を進めていくかが問題になるので、このままでは話が進められないのではないかと感じた。

○部会長 「がんと診断された時からの緩和ケア」を考えた時には、がん治療との関わりを具体的に考えてプログラムしていく必要があるということではないか？

○渡辺委員 治療が行われるには主治医が重要ですのでなんらかの形で関わってくると思う。

○部会長 この後、終末期の話に進めたいと思うが、「終末期の緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」と区分けするのであれば、極端に言えば「終末期」と「終末期でない」と分けることもできると思う。また別の分け方をすれば、

診断時からの緩和ケアは「がんの治療ができる」「がんが治る方向である」で、終末期の緩和ケアは「がんが治らない」という区分けも可能だと思う。ここを分けて議論するのも必要だと思うがいかがか？

○木下委員 この図（資料 4 添付木下委員提出資料）をつくるために、院内の治療医に意見を何回か聞いた。また患者会、国の担当者にも聞いたが、まずは治療医に意見を聞かなければ上手く調整していくことはできないと思う。

○権平委員 実際に提供している（ステーション等）事業所に聞くと、患者さんの本音は、主治医や病院の職員でない第 3 者のほうに出ていると聞く。そこに通って医師の治療方針に従ってはいるが、患者が本音で話しているとは限らない。従ってここには第 3 者的立場の人が入ったほうがいいと思う。

○山口委員 診断時からの緩和ケアを多職種で提供すると言った時、私の病院ですと化学療法部門に緩和ケアチームのメンバーが一緒にいるため化学療法を受ける患者さんに対しては緩和ケアがある程度提供出来ていると思うが、手術や放射線治療を受ける人に対してとなると、院内の看護職同士であってもネットワークを構築するのが難しい。また外来部門とのネットワークで（緩和）ケアの必要な患者さんを看ていく目や継続性を保つ時にどうリーダーシップを取ればよいのか、これが課題と感じている。

○部会長 同じ職種でもネットワークが難しいということですね。

○篠原委員 多職種ネットワークが早期から大事だという渡辺先生の御意見はその通りだと思う。いろんな多職種チームがあって、手術期の患者さんならがんリハのチームがあり、経口の食事摂取が難しくなれば NST（栄養サポートチーム：Nutrition Support Team）がある。もちろんこれらのチームが重なり合って活動しているが、私の持っている「緩和ケアチーム」のイメージは、病期中盤以降で、（終末期の定義も難しいが）がんの患者さんも日常の ADL が確保されて（亡くなる）直前 2 か月ぐらいでがたがたと具合が悪くなる、その 2 か月を終末期とするのなら、もちろん在宅医はここで大活躍されているが、打つ手がない治療方法はありませんよと言われた後もしばらくは元気である。むしろ抗がん剤治療しないと副作用がなくて調子のよい日がしばらく続く。でもこのころから、もしくはこの前から本当は少しずつ緩和ケアが必要になってきているのではないかということで、（その提供時期が）だんだん前倒しになって「診断時からの緩和ケア」が必要だ、となったのではないか。

○部会長 篠原委員が言われたようにあるところで切っても非常に幅が広い。「終末期の緩和ケア」と「治療中の患者の緩和ケア」違いがない部分もあるが、さらに病期が進めば全く違った視点が必要になる。こうした切り分けをしているのは、「診断時からの緩和ケア」はがん治療を続ける人への緩和ケアで、「終末期からの緩和ケア」は最期の非常につらい時期も乗り越えられることも含めた緩和ケアだからだと思う。これまでこのあたりが非常にあいまいな議論なので混乱があるように感じていた。皆さまの意見が出て問題点も明確になったと思います。

これまで「がんと診断された時からの緩和ケア」のイメージについてお話してきた。これ以外に（事前の）各委員の意見に「相談」や「専門的緩和ケア」「地域連携体制」「緩和ケアの充実」といった問題、含めて簡単に議論をして次に行きたいと思う。緩和ケアを包括的に考えてみなさんが考えている問題点について、こう考えるべきといった御意見があればお願いしたい。専門的、非専門的緩和ケアといったあたり認識は共有できているか？「専門的緩和ケア」の定義がはっきりしていない。

○篠原委員 私が考える専門的緩和ケアは2通りあって、例えば、麻酔科の医師が薬物に詳しいし、精神腫瘍科の医師が抗うつ薬に詳しい等「一般のお医者さんが太刀打ちできない専門性」これは理解しやすいと思う。もうひとつはスピリチュアルペインに対する専門性だと。そこは医療者以外の職種も含めた様々なサポートや協力が必要なのでこの人たちの専門性も必要だと思う。

○部会長 医療的（薬剤の使用など）やスピリチュアルサポートに対するケアは専門的緩和ケアで、それ以外については一般的緩和ケアということか。

○篠原委員 それだと区切りがよくわからないのですが。

○木下委員 専門的という言葉が適当か難しく、治療医が提供する基本的な緩和ケアと専門家と言われる人がいて、学術的に言って、緩和ケアは1次、2次、3次という分け方もあるのですが、最近話題になっているテメル論文を読むと、治療医がやっていることと緩和ケアの専門家がやっていることの何が違うのかいくつ分かる部分がある。専門的な人たちがやっていることの一つとして、病気との付き合い方、コーピングに対する対応、デジジョンメイキング（意思決定）において、治療のメリットデメリットをよく話したか。これは治療医もやっていることではと思うが、より意思決定に関与していた。このあたり

が（治療医が提供する緩和ケアと専門家の提供する緩和ケアの）違いとして上がっていた。それから生活のことを考えられるということも大事だと思う。

○部会長 先生のお話だと緩和ケアというより一般的治療という印象ですが。

○木下委員 もちろん症状緩和に対する基本的スキルはあったうえで、ただしそれだけでは不十分だということだと思う。

○部会長 トータルケアというか、全人的ケアにつながるということか。緩和ケアとは医療の基本だという考え方に立てば、あらゆる医療について緩和ケアをベースに医療を提供しなければならない。こうした場面での緩和ケアは「非専門的緩和ケア」と捉え、（非専門的という言葉は引っかけますが）緩和ケアの専門医が提供する緩和ケアが「専門的緩和ケア」と捉えてよろしいか。

○権平委員 患者さんそれぞれのレベル（病状）が違うので基本的な緩和ケアと言われてもピンとこない。症状マネジメントで難しいケースの場合は専門的な医師が必要だし、スピリチュアル、メンタル的なところもトレーニングされ人、それを専門的と呼ぶのか分からないが、そういう人が関わればとてもうまくいくだろう。基本と専門の線引きがどこにあるのか分からない。

○眞鍋委員 よくわからないのが何の専門かつかめない。治療の専門、技術的専門というのは、専門であるのが当たり前だと思うのだが、どちらかということと精神面、身体的な痛みでなくて、いわゆるトータルペイン、スピリチュアルペインといった、苦痛を取る、それが専門なのではないかと思っていたが違うのか？

○渡辺委員 厚労省などで、専門的緩和ケアの定義はあるのか。

○部会長 ないです。厚労省の人が専門的緩和ケアについていくつか論文も書いているが明確な定義はない。

○渡辺委員 病院の中にいない人には「非専門的緩和ケア」がイメージができないかもしれないが、私がイメージしたのは、緩和ケアチームに相談しないで解決出来るものを「非専門的緩和ケア」と考えた。

○部会長 わかりました。区切りをつけたいと思う。日常的に使っている言葉

でも一歩踏み込むとそれぞれに違いが出てくるのだと思う。他にも QOL、スピリチュアルペインもそうだが、言葉の中身（意味）が共有されていない。このあたりも整理しながら議論を進めたい。「がんと診断された時からの緩和ケア」については区切りをつけて次に進みたいと思いますが、診断時からの緩和ケアの具体形である緩和ケアセンターの問題も明らかになったと思うし、拠点病院外の病院における緩和ケアも大きな問題で、これについても考えていこうという意見が出たと思う。また議論を継続したいと思う。次に「終末期の緩和ケア」について議論をしたい。

○権平委員 終末期の病期はどれくらいをイメージすればよいか。WHO の図（千葉県がん対策推進計画 P45 掲載図参照）で考えるなら、終末期のほとんどはつらさや症状の緩和ということになるかと思う。ですが、いまひとつ分からなくなってしまった。

○部会長 根拠はないが一般的に余命 6 カ月と言われている。各委員に「終末期の問題点はなにか」と伺ったところ、「看とり」という答えがあった。このあたりがキーワードのひとつになるのかなと思う。

○木下委員 終末期の定義はよく半年と言われますが、おそらく米国を根拠にされていて、アメリカのメディケア（医療保険）では、医師 2 人が余命半年と診断すると終末期ケアを受けることができる。介護保険上でも同様だが、ここで言う「終末期緩和ケア」というと看とりの話ではないか。がん患者の終末期とその他の疾患の終末期は違う。がんの平均在宅日数、このあたりは大岩先生がよくまとめてらっしゃると思う、ADL が低下してくる時期の研究等を調べると 1~2 か月ぐらいを最期の看取りの時期を終末期としているのではないか。ここに至る少し前の過程で患者ときちんと議論する時間が必要だと思うが、このあたりも終末期だろうか。それとも抗がん剤治療を続けることが難しくなってきた少し手前で議論する時間を持つという意味でこのあたりを終末期と位置付けるのか。その場合、がんの種類によってその時期は違いが出てくる。さらに、近頃は亡くなる 1 カ月前まで抗がん剤治療をしている患者さんもいるのでどう考えるのか。

○部会長 看取りに関わる時期、それから治療が終わった治療の手立てがなくなった時期、どちらかで考えたらどうかというご意見で、おそらくこのどちらかでイメージされるほうが整理しやすいと思うがいかがか。

○渡辺委員 近頃では近藤誠さんや長尾さんの著書の影響でがん治療はいらないという患者が特に高齢者で増えている。そうするとがん治療の有無で区切るの難しいのではないかな。

○部会長 本の影響はありますか。あるかないかも含めて終末期のどう考えて議論進めていくのがいいのかな。

○渡辺委員 ありますね。高齢者は。

○山口委員 終末期に限定したことでないが、緩和ケアを外来においてチームで提供し始めてから、治療が難しくなった状態の患者さんに対して、緩和ケアチームで面談をして欲しいという要望が増えている。面談内容は先ほど木下委員もおっしゃったが、これからどう生活していくのか、教育的なことから、心配されている事の相談など包括的に対応してほしいという要望。

実際、通院している患者さんが入院しないで済む選択肢を探るため、というような内容で、早い時期から、月 1 回程度通院のタイミングで面談している。これが終末期かと言われるとそうでないと思う部分もあるが、終末期や看取りに向かって考え始めようとする時期には違いないと。そういう時期に緩和ケアチームが関わっていると感じている。

○眞鍋委員 私たち薬剤師が訪問していて感じるものが一つある。がんの患者さんは入院をぎりぎりまでし過ぎているため、意識もなく体も動かすことも出来ず、何のために自宅にいるのかわからない状態で帰ってくる方が多い。そのため、もう少し体が動くときに家に帰してあげることで、在宅らしい生活を送ったうえで死を迎えられるようにできないかと考えているが、難しい。それには終末期を、余命残り 1、2 カ月の ADL が一気に落ち始めた時期を指していることが原因かと。したがって、もう少し早い段階から、終末期というものを考えてもいいのかもしれない。

○部会長 今のお話から看取りという視点だけでなく、もう少し早い時期から生活、在宅についても考えた方が良いという意見が出た。

○篠原委員 やはり 1 と 2 を分けてしまうのがいけないのかなと思う。木下先生の言うとおりの、終末期は身体能力が衰え死に至る期間でいいと思うが、私が外来で初診からお世話をしている患者さんは、がんセンターから紹介され、治療が終わった方や不可能な方が大半を占めている。したがって、今後起こりう



る身体の変化について相談に乗る機会が多く、前もってそのときのための打ち合わせや準備が出来るので、良いケアをすることができる。先ほどがんの治療を選択しなかった高齢者の方もいるというお話があったが、そのような方とも半年ほどお付き合いする時間があるため良い時間が作れる。抗がん治療を中止してから身体能力が衰える時期の緩和ケアも必要かなと思う。

○部会長 要するに 2 段構えが大切だということか？

○篠原委員 がんを診断された時から緩和ケアと私が病院で実践している緩和ケアは少し異なるということ。

○部会長 在宅の視点もそこに含まれてくるのか？

○篠原委員 そうです。入院しないとだめだと思っている患者さんが多く、家での治療という選択肢もあるという話をすると驚かれるので、良い時期にご紹介いただくことが大切だと思う。

○部会長 土橋委員はどう考えているか？

○土橋委員 がん患者の方でも家で最後まで過ごしたいと考える方が多いと思う。元気なうちに自宅に入られる方もいるが、私の概念では終末期とは栄養状態の推移を見て数カ月と考えている。しかし急に亡くられる方もいるので、なかなか当てはまらないこともあるが、患者さんの理解も得ながら自宅で静かに亡くなることが多いのではないかと思う。

○部会長 終末期の緩和ケアについて考えた場合、在宅の問題が大きいと思うが、先ほどの眞鍋委員による意識もなく体も動かない状態での在宅に意味があるのかというお話は、皆さんも実感する場面があるかと思う。その点についてどう思うか？

○木下委員 先ほどの話と関連するのだが、がんにも慢性期というものがある。それには 2 種類あり、高齢の方で治療せずとも大丈夫な状態が割合長く続いている慢性期と、慢性期だが急性のがん治療をずっと続けている人がいるので、その点について考える必要がある。問題点として、がんになった人は通院や入院が必要となり、慢性期で落ち着いている人は在宅医療ではなく、診療所や病院に通うことが出来るという、そこの視点が今まで議論されてこなかったこと

で、広げてしまって申し訳ないが考えていかないといけないかもしれない。私も治療をしないと考えている高齢のがん患者の方を多く診ているが、本当は地域で診てもらいながら、ときどき私の外来に来てもらえるといいのだが。ただ、放射線治療も症状緩和に有効なことがあるので、このあたりも課題かと思う。

○部会長 言い方は悪いかもしれないが、元気な末期がん患者に対する対応、どんな気持ちでいて、どんなケアが必要か議論すること必要だと思う。もう一つ、高齢者のがんについては、がんであっても見た目では分からない状態であるにも関わらず、がんと診断されることで周りが手を引いてしまうなどの問題があるので、それぞれの問題に対しての対応が必要になってくると思う。また終末期の緩和ケアを考える上で地域がとても重要になってくるが、地域のネットワークづくりや提供体制整備、数値目標の設定にも関わってくるので、地域や在宅の問題になるが、このことも含め、終末期の緩和ケアについての意見をお願いしたい。

(意見なし)

意見が無いので、先ほどの看取りについて話すが、看取りだけが単独で存在するのではなく、がん治療を中止してからの関わりが大きいと思うので先ほどの議論は重要だと思う。そのことを念頭に置きながら話を具体的に絞りたいと思う。

終末期の緩和ケア提供体制整備として実態調査をするとなっているが、今現在行っている実態調査の結果については次の部会でわかるのか？今の状況だけでもいいので教えてください。

○事務局（資料 5 に基づき説明）千葉県には県がんセンター内に在宅緩和ケア支援センターが設置されている。そちらで「社会資源調査」という在宅緩和ケアに関する調査を年に 1 回実施しており、今年は 7 月から 11 月末締め切りで調査を行っている。調査票の質問項目 14 番について「平成 24 年 1 月 1 日～12 月 31 日の期間で在宅医療を実施していた患者のうち、先生自身が『死亡診断書』を書かれた枚数。」について聞いている。現在のところ 40 パーセントの回収率で 173 ヶ所から回答をもらっている。したがって、次回 2 月に開催予定の緩和ケア推進部会にて調査結果をご報告したいと思っている。

○部会長 率直に言って物足りないところもあるが、実態をどのような形であれ明らかにしていくことは重要だと思うし、その結果をベースにして議論や数値目標を設定することを目的に実施していると思う。資料 6 にもあるように、がん対策基本法ができたことによる成果の一つが在宅死率の増加である。これまで県の目標である前年を上回ってきたが、伸び率が鈍化していることが問題としてある。これを踏まえ、改めて数値目標を設定する意義、もしくは設定の必要はないといった意見もあると思う。近年、施策の方向性は病院を中心に緩和ケアをやっていくという傾向が強くなり、議論の経過からすれば当然だが県の推進計画の中からも「在宅」という文字が消えている。そのような中で、終末期の緩和ケアをどのように展開するのが良いのか。在宅を中心にしていくのか、在宅にこだわらず、病院の機能を充実するなかで模索しているのがいいのか、ご意見をお願いします。

○木下委員 この点に関しては、患者・家族の意向に沿った医療の提供ができているかという問題と、千葉県では今後の高齢者の増加に伴ったベッド数の増加はあまりないという問題がある中で、千葉県では今後の 10 年、15 年後を医療計画の中でどう考えているのか。県ではどのくらい家で看取らないとベッドが足りなくなるかという数字を予測しているのか？

○事務局 病床数などについては厚生労働省が示している算定式に基づいて実施しているため、今後将来的にどのくらい増やし、どのくらいの患者を自宅で診る必要があるのかという推測まではしていない。病床の数についても国の方で医療計画の見直しが行われており、回復期病床の数を増やすという話が出ているので、それを踏まえ、千葉県ではどうするかということになると思う。また、需要調査については今後必要になってくると思うが、現在病床の数について議論がされている最中ということもあるので、その方向性をみて医療計画などから判断をしていく。次回の部会までに、どこまでできるかはわからないが、少なくとも病床の見直しを踏まえてどうするかといったことは考えなければならない。また将来の医療の受給状況については、千葉大学にお願いし調査しているところなので、この点も今後の課題であるという認識を持っている。

○木下委員 私の病院がある東葛北部には、緩和ケア病棟銀座といってもいいくらいの数が出てしまったが、そのことから県では計画をしていないと理解しているが、千葉県はどのように考えているのか？緩和ケア病棟は一棟で何人を対象にしているのか？

○事務局 日本緩和ケア病棟学会によれば人口 10 万人当たり…

○木下委員 そうしたデータは出ていない。ヨーロッパでは EAPC が人口 100 万人に対し 50 床?となつていますが、明らかにそれを超えた 130 万人に対し 100 床という状況になっている。県はどう考えているのか? 現在、緩和ケア病棟の建設?の規制ができないのだと思うのだが、本来であれば緩和ケア病棟についても医療計画をきちんと立てるべきだと思う。

○部会長 基本的に緩和ケア病棟というのは先進国の中だと、在宅緩和ケアの後方支援という位置づけとなっており、日本では県がんセンター、国立がんセンターがその役割を持っていると思う。

○事務局 病床についての規制はできないが、緩和ケア病棟については人口 10 万人当たり、2.78 棟で全国の 47 都道府県で第 38 位となっている。話にあった東葛飾地域の北部については、人口 10 万人当たり 3.32 棟となり、県内では高い数字となっている。ただ、千葉県は緩和ケア病棟が少ないため、まずは増やすというのが千葉県の方針であり、県内のバランスについては考えられていないというのが現状である。

○部会長 とても重要な問題だと思うが、何か質問はありますか?

○篠原委員 東葛飾北部は緩和ケア病棟銀座ということですが、私のいる山武地域は初めて当院が 1 月に緩和ケア病棟をオープンします。県民のアンケート調査の結果をみると 70% 近くの方が在宅で過ごしたいと答えるが、最後まで家にいたいと答える方は 8% しかいない。そのため、選択の幅を広げることが大切だと思う。在宅医療の後方支援のために緩和ケア病棟が 24 時間きちんと対応をするということが重要となるでしょう。

社会資源調査の部分で大岩先生も物足りないとおっしゃったが、私も調査項目に「急性増悪の時の対応の可否」「急変時の対応」などの項目があるといいと思った。

緩和ケア病棟については 1 カ月未満で看取る患者さんを重要視しているが、在宅の患者さんの後方支援としても緩和ケア病棟を活用していきたいと考えている。

○土橋委員 私たち千葉県医師会でも今年、在宅医療の調査を実施した。県内の医療機関 3000 件ほどを対象に調査し、1700 件から回答を得て、約 57% の回

収率であった。在宅医療、つまり訪問診療を行っている医療機関の約 50%が在宅療養支援診療所ではなく、一般の診療所。また往診を行っている医療機関の約 60%が一般の診療所だった（在宅療養支援診療所でなく）。このことから、訪問診療、往診ともにかかりつけ医が行っている場合が多いということがわかる。数としては支援診療所や強化型の診療所の方が多いが、区分としてはこういう結果。現実としてこうした診療所の実態をご理解いただきたい。また民間病院や有床診療所などが、一般病床の中で在宅の後方支援にあたっていることも多い。郡部では往診もままならない地域があり、終末期になると民間あるいは有床診療所に入院せざるを得ないことも多々あるので、支援が重要になってくると思う。

○部会長 医師会の方でこのような調査をかかりつけ医や在宅療養支援診療所に行くことはできるか？

○土橋委員 今年の 4 月に実施したので、今月中に報告書をいただこうと思っている。そろった場合には紹介しようと思う。

○部会長 他に意見はありますか？

○渡辺委員 緩和ケア研修会によく使われるスライドに、最後にどこで過ごしたいかという質問に対し、緩和ケア病棟を希望する人が 5 割近くいるという調査結果が載っている。ところが、実際に緩和ケア病棟で亡くなるのは 2012 年で 8.4%である。よってアンケート結果をベースに考えるなら緩和ケア病棟はあと 5 倍分足りないといえる。しかし、すぐに 5 倍に増やすということは無理なため、まずは無意味な入院（救急車に乗せて病院来てすぐに亡くなる）減らすこと、そのためには患者、家族への啓発が重要だと思う。病院でも家でも大きな違いはないということを知ってもらいたい。

○部会長 簡単にいえば、現時点では緩和ケア病棟が多すぎるので、もう少し少なくしてもいいのではという意見でしょうか？

○渡辺委員 緩和ケア病棟を必ずしも当てにしなくてもいいという意見です。

○部会長 先ほどの篠原委員の意見に出た最後まで家にいたいと答えた方が 8%というのは、前回に比べ非常に下がっている。これについては皆さんが想定していなかったことだと思う。私はなぜ下がっているのかという原因がとても

重要だと考える。もう一つ、後方支援の解釈だが、最期は病院で構わないというのは在宅ではないと思う。家にいられるときにいるのではなく、何か問題が起こっても家にいられることが在宅ケアであると考え。この点をきちんと整理しないと、アンケート結果で話を進めても患者さんの本当の希望と乖離したものになってしまうのではないかと心配している。この点について皆さんはどう考えるか？

私のところに来る患者さんとは最初に相談をしている。初めに家族の方と話し、次に患者さんと話す。「最後まで家にいるのは無理ですね」と言う方が8割くらいいる。しかし、対策などについて話をしていくうちに、家にいられるということを知ってもらうことができる場合が多い。つまり、私が言いたいことはほとんどの人が家にいられるなら、いたいのではないかということ。そのため8%や50%という差については少し考えなければならないと思う。

○篠原委員 野本先生（我孫子聖仁会病院緩和ケア医）が発表していた緩和ケア病棟についての話で、男性は家に帰りたがる方が多いが、女性は夫に面倒を見られるのを嫌がったり、家に帰ると家事のことを考えてしまったりするため、病院にいたいと考える方が多いというのを聞いた。患者は心の中に一つ一つ解決しなければならない在宅への障壁がある。スキルの高い在宅医はこうした問題をひとつひとつ紐解いて解決して家で診ているのだろうと思うのですが、私たちの患者さんはかなりの期間を在宅で過ごしても最期は病院で亡くなる方が多い。現状ではそのあたりでやむなしということをやっている。

○部会長 今回の委員会の議論は、次回の推進計画がターゲットとなっているが、私としてはがん社会、超高齢化社会の5年後、10年後のスタートラインとして考えている。20年後、30年後も同様の問題が続いていくので、その点も視野に入れた議論が大切になってくると思う。皆さんはどう思うか？

○宮坂委員 在宅医療の希望者が50%にもかかわらず、実際には最後まで家にいた方は8%というお話でしたよね？本当に最期の段階になったとき、患者や家族の方は不安になるので、その点をサポートする教育が必要だと思う。そのため、彼らが不安や問題を抱えたときに彼ら自身で対処できるような教育ができるシステムを緩和ケアセンターの中に作っていただきたい。

○部会長 最後の段階に対しての啓蒙が足りないということですね。病院が中心となる在宅ではこの部分が欠落してしまうという問題があると思う。このこ

とについて意見はあるか。

○土橋委員 千葉県の場合、地域性について考える必要があると思う。都市部においては在宅療養支援診療所や訪問看護などが整備されているが、郡部になると（在宅療養）支援診療所が一軒もないという地域もある。そのようなところでは、病気後も在宅で生活していたとしても、最期は病院で看取らざるを得ない状況が多くある。地域差も考慮したうえで、全体を考えていく必要があると思う。

○部会長 土橋委員に賛成で、都市モデル、郡部モデルといったものが必要だと思う。しかし、がん対策基本法の目指すがん医療の均てん化が一つのネックになっているのではないだろうか。地域ごとに対応が異なるため、柔軟なディスカッションが必要だということでもいいでしょうか。

○土橋委員 最期に家にいたか、病院にいたかということではなく、自宅で自分らしく生きられる時間が長かったととらえていただければいいと思う。千葉県医師会では23の地区医師会の在宅医療担当の先生とともに合同の勉強会を開いている。各地域の在宅医療についての取り組みを話してもらうのだが、やはり都市部と郡部では現状が大きく異なる。こうしたところを尊重しながら組み立てていかなければ、都市部のやり方を郡部に押し付けないことが大切だと思う。

○権平委員 最期まで家にいる人が8%という結果に関して、家族背景、核家族の増加により、老老介護が増えていることが挙げられる。介護力が少ない、あるいは独居の方も目立つようになった。そのような方も在宅で安心できるようなサポートがないと、最期は病院で迎えることになってしまう。

○部会長 そのような問題も同時に解決していかないと改善していかない。

○篠原委員 場所も大切だと思うが、場所にこだわる人もいればこだわらない人もいる。終末期になり日常生活レベルが下がる中で選択肢は多いほうがいい。家族に囲まれていればどこでも構わない、緩和ケア病棟でもいいという患者さんもいる。病院で勤務をしている立場からは言いにくいですが、在宅至上主義にいつも疑問を感じている。バタバタ準備して自宅へ帰り翌朝亡くなったのを奥さんが見つけた方の看取りに立ち会うこともあるが、本人が望む形であればそれで良かったと思う場合もある。いろいろなケースがあつていいのではないかと

というのが私の意見。

○部会長 その通りだと思うが、在宅至上主義というのがひっかかる。在宅至上主義の方向への議論ではなく在宅で療養する患者さんの質が全く保証されていないことを問題にしている。8割の患者さんが在宅で亡くなってなんでも在宅で診るといふ話であれば在宅至上主義と言ってもいいが、今は在宅で最期まで過ごされる方が希望しても非常に少なく、在宅の環境が全般的に非常に拙劣である中でクオリティを上げる方策がないという点が問題であると思う。

○篠原委員 私は在宅死率を数値化して目標値にするということが、どこまで本当の意味を持つのかわからない。私は在宅で看取ったことが成功で、途中で入院したことが失敗であるというような考え方には立っていないため、在宅での療養をいかに支えたかというクオリティの評価が必要だと思う。

○木下委員 なぜ在宅の死亡率がアウトカム指標に上がっているかという在宅死の人の方がQOLが高いという研究を根拠にしている。ただし、なるべく家で過ごしたいという人が多くいる一方、最期の場所となるといろいろな選択肢があるので、指標として数値化するといふと思っているのは、「死亡前30日間どこにいたか」というような質問。「終末期3カ月いられたか」などの指標の方がいいし、医療計画も立てやすいのだがその情報を得る手段が無い。死亡小票とレセプトが連結出来ない。こうした指標のほうがいいと世界的にも言われている。実際は、家にいる期間が長い人は家で亡くなる場合が多いということも事実である。在宅至上主義ではなく、在宅の質について日本はまだ分かっていない部分がありどのように測るかという問題もある。私も在宅死亡率よりもっといい指標があればいいとは思っている。

○宮坂委員 在宅がいいという訳ではなく、様々な選択肢があることがよいという話だったが、市民の立場からすると在宅死を希望したくてもなかなか在宅死ができない問題が多くあり、在宅死を選べないという問題がある。在宅、病院もどちらか選べるなら良いのだが、やはり在宅には不利な現状が多くあるため、家族の手当などを整え、そのうえで、在宅より緩和ケア病棟がいいというなら選択肢としてこれ以上ないと思うが、しかし実際には（在宅死は）不利な条件が多いから8%なのだと思う。この8%を10%、15%に増やしていく手だてを議論することが望ましいと市民・患者の立場からは思う。

○部会長 非常に根本的な重要な議論になるので、さらに話を続けたいが、この



問題についてはもっと時間をかけて検討していく必要があると思う。次の部会だけでは足りないので、継続して議論を積み重ねていくことが大切である。そうしないと数値目標の設定が意味を持たなくなってしまうような議論だと思う。みなさんにはよく整理をしていただきたい。もうすぐ予定されている時間だが、重要な問題として、人材育成、マニュアル作成というようなことが挙げられる。この問題について、長く議論する時間はないが、考えがあったら願います。

○渡辺委員 人材育成に関して、緩和ケアの領域にだけ突出して人材を求めているのかと思う。全県的に全ての医療について足りないという認識を持っている。そのことについてどう考えているか？

○部会長 緩和ケアだけとは言えないくらい、様々な地域で不足しているということか。

○事務局 緩和ケア医と言うより医師数という意味であれば、千葉県は全国でも45番目であり非常に少ない。医師数とがんに携わる方たちに緩和ケアを習得していただく、この2つを分けて考えなければいけないと思う。医師の中でどれだけ緩和ケアに造詣の深い医師を増すのかという観点で、今後の人材育成だと認識している。

○土橋委員 千葉県の場合、医療圏ごとにみると必ずしも郡部が少ないという訳ではない。山武地域が少ないということもあるが、むしろ人口割でみると都市部で少ないというのがある。医療提供体制も課題なのではないか。

○部会長 渡辺委員は緩和ケアの人材は医療全体のバランスを考えれば、十分だとそういう趣旨でしょうか。

○渡辺委員 十分とは言っていない。緩和、緩和と言っているのかと。

○部会長 一生懸命やらなくてもいいと。

○渡辺委員 そうではなくて、他の通常の医療のスタッフが足りないのはまずいと思う。今の話は医師だけだが、看護師は足りているのか。

○木下委員 看護師も少ない。国がん東病院に養成コースを作った時調査した

のですが緩和ケア認定看護師も全国で一番少ない。そして新しい人材を育てるのか、今ある人材を最大限に利用するのか、これは非常に医療者が疲弊すると思うがその中で最大限に上手くやる方法と、2本柱で考えないといけない。そこに仕組みが何かないか。新しい人材は欲しいがすぐには見つからない。

○部会長 全体の医師数の問題はこの部会で検討する必要があるのかどうかという問題がある。緩和ケア分野でどのように人材育成を考えていくのかという議論が必要だと思う。人材不足ならばどのように担っていく人を養成するのか。木下委員が言われたように若い人だけ育てていくのか、既存の人に関わってもらえるのか、様々な切り口があると思う。いずれにしても緩和ケアの切り口でどう人材育成していくのか、議論して欲しい。

○篠原委員 先ほど、都市部と郡部では問題が違うというご意見をいただいたが、私のいる山武地域でもその通りで、在宅緩和ケアネットワーク協議会など立ち上げ一生懸命やっているが、残念ながら、仕事も忙しいのだろうが開業している医師はそんなところに引きずり込まれたら大変と思って来ない。薬剤師も訪問看護師もケアマネさんも、皆さん参加してくれるのに開業医は来ない。一部の医師が一生懸命やっている状態が続いている。そこで私は病院で全て「オールインワン」でやってしまえばいいのかなということでも在宅にも手を出し、緩和ケア病棟まで作って、なんでもやっちゃっているが、本当は地域で診てくれるような在宅医が健全に育ってくる環境が欲しい。

たまたま、外科を3月に辞めて緩和と在宅を勉強したいという後輩が来た。地元は都市部だが将来は在宅をやりたいと言う人。こういう後輩にどう教えたらいいか。自分は適当にあちこち出て行って勉強したが、ここでこう勉強したらいいよといったプログラムのようなものや、認定、専門医制度はいろいろあるが在宅で緩和をやる医師をどう育成したらいいのか。私も良く分からないので教えて欲しい。

○部会長 在宅緩和ケア研修プログラムの策定という項目が一つのテーマになっている。職種を限定するものでなく、先ほどからも多職種連携という意見も出ている。これについては委員の（事前）意見では、職種ごとに分ける必要はないというものもあった。プログラムの策定について、ぜひ作るべきだという意見か、作るにあたってはこういうことを検討したい等、あれば御意見を聞かせて欲しい。

○山口委員 看護師の教育について発言させていただきたい。3年前に緩和ケア

研修会が県がんセンターにて開催されたことをきっかけに、千葉県内で緩和ケアに携わる看護師の横のつながりができた。そのことでエンドオブライフケアという看護師の教育として全国的に行われている研修会が今年度は県内 5 ヶ所で開催され、それぞれがばらばらに広報・開催するのではなく、連絡連携し多くの人に参加できるよう開催日を設定し開催することができたのはとてもよかったと感じている。

○木下委員 今までの緩和ケア研修会や ELNEC-J 研修会はどちらかと言えば病院サイドに立っている。在宅についての研修会がない。私が参加する研究班で、在宅で看護する看護師さんたちに研修プログラムを作成してもらおうというものや、がん患者に在宅に必要な精神科に関するケアプログラムを作ったりはしている。私はもし研修するのであれば、病院と診療所がタッグを組めるようなプログラム。病院側に今足りないのは、看護師、もちろん医師も同じだが、退院支援、患者の意思をきちんと確認することが足りてない気がする。こうした教育は行われていない。

○部会長 在宅に関する教育がないので、そこを補強することが必要ということだと思います。野口委員はいかがですか。在宅については介護の占める割合も大きいと思いますが。

○野口委員 在宅では家族に対することも大事。介護職が研修を受けていかないと。施設の中でも終末期ケアが入ってきているが医師が常駐している施設が少ない。終末期ケアプログラムが組めていない。介護職や医療職、ソーシャルワーカーや栄養士等に研修プログラムが出来るようであれば、ケアの統一につながり終末期ケアが充実し、施設での看取りにつながると思う。

○部会長 終末期の介護職に対するプログラムはぜひ必要だということですね。

○栗原委員 歯科の立場で申しますと終末期まで栄養を摂るということでは関わってくる。医療のどの場面でも関わらなければならないが一番携わりにくい場面が終末期であるという印象。興味を持って携わっていかなければならない場面。チームの一員として関わっていかなければならないと思っている。日本歯科医師会長は QOL ではなく QOD に歯科医師は関わっていかなければならないと言っている。我々も、在宅がんだけでなく、在宅（医療）に関わっていかうということをやっている。今日の議論を聞かせていただき、我々は情報が共

有できていないところがありもっと努力が必要。また、言葉の定義ということについて、我々（医療者）が使う言葉と、それを受ける患者・県民の言葉のイメージとがかなり乖離しており周知が必要だと感じた。

○眞鍋委員 薬剤師会では在宅に行ける薬剤師を増やす活動をしている。ただ、薬剤師だけで動いても仕方ない、それは医師も看護師も、ヘルパーも同じだろうと思う。それぞれの専門性を高める教育も必要だが最終的にはそれを取りまとめる、横断できるような人、もしくはそういう人を教育しなければならないと思っています。

○部会長 例えばチームで言うとコーディネートできる人という意味でよろしいですか。

○眞鍋委員 そうです。

○木下委員 教育については、迷っていて、医師・看護師を中心に教育してきた。介護職や歯科、薬剤師の方への在宅での教育が難しいのは、ここで話しているのは「がん」についてで、一方、高齢者についての研修があちこちで行われていてかなり大変ではないか。厚労省の科学研究費の公募が行われているがこれをみると、在宅における介護職に対するがん領域の研修の公募がされている。様々なところで研修ばかりが増えて疲弊するのではないか。他の職種も同じだが工夫しないとイケない。がんに関する終末期の研修といっても、高齢者の問題とは異なる部分もあり、また、役所内でもがんと高齢者は担当する部署が分かっていたりして、いろいろと迷うところですよ。介護職の方は他方面から研修ばかり声がかかってしまうというのはいかがなものでしょうか。

○野田委員 職員は研修と会議で悲鳴を上げている。しかし、80代の高齢になりますとがん患者が多く、ほとんどの方が治療は希望せず、病院よりもこれまでの生活で、施設で亡くなりたいと希望する。看取りの部分でがんの研修を受けたいという希望が多い。

○部会長 時間も限られていますので区切りをつけたいと思うが、何かあればお願いします。

○渡辺委員 時間がなくて言いたくないこともあるので、今後のスケジュールにも関係するが、メーリングリストなどで次回に向けてディスカッションでき

ればいい。

○部会長 私は賛成ですが、皆さんいかがでしょうか。異論なければその方向で検討したい。今日は司会の不手際で時間内にまとまりませんが、もともと課題山積の分野ですので、皆が一致するというのは難しい。ただ、「診断時からの緩和ケア」と「終末期からの緩和ケア」について多くの人々が共通に考える部分と根本的に見直しが必要な部分が明確になった。実りのある議論が出来たと考えている。今年度の推進部会は来年もう1回予定されている。次回までに渡辺委員が言われたようなこと（メーリングリスト）を取り入れ、問題を集約させ具体的に次年度どうしていくか踏み込めればと思う。この部会の議論は、将来、緩和ケアはどうあるべきか、行政として施策をどうしていくか、煮詰めるための議論だと思っている。そうした視点で議論が積み重ねられればと思う。これで部会を終了します。事務局へお返しします。

○事務局 次回は2月となります。3月には審議会にて報告ということになる。委員の皆さまお忙しい中御出席いただき、また多くの御意見をいただきありがとうございました。これにて第1回がん対策審議会緩和ケア推進部会を終了します。