

平成26年度第1回千葉県がん対策審議会
緩和ケア推進部会議事録概要

1 日時 平成26年7月30日（水）午後6時30分から午後9時00分

2 場所 千葉県教育会館本館2階203会議室

3 出席委員

大岩部会長、野口委員、土橋委員、栗原委員、眞鍋委員、渡邊委員、
滝口委員、篠原委員、権平委員、山口委員、宮坂委員

4 議題

- (1) 緩和ケアに関する各病院の提供体制整備について
- (2) 介護職に対するマニュアルについて
- (3) その他

5 議事内容

○司会

定刻になりましたので、ただ今から、平成26年度第1回千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会を開催いたします。私は、本日の司会を務めます、千葉県健康づくり支援課の井本と申します。どうぞ、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。

○次第、委員名簿、座席表を綴じた資料

○資料1、参考資料1から資料4

○千葉県がん対策推進計画(冊子)

不足等がございましたらお申しつけください。よろしいでしょうか。

はじめに、会議の開催にあたりまして、千葉県健康福祉部健康づくり支援課長 松尾 より挨拶申し上げます。

○健康づくり支援課長 あいさつ

千葉県健康福祉部 健康づくり支援課 課長の松尾です。

本日はお忙しい中、千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会にご出席いただきありがとうございます。開催にあたりまして一言ご挨拶申し上げます。

昨年より「千葉県がん対策推進計画」の二期目が開始し、緩和ケアの推進は重点施策の一つとなっております。「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」と「終末期の緩和ケアの推進」の2つの視点から、緩和ケアの施策を推進することとし、がん対策審

議会の下に「緩和ケア推進部会」を設置しました。

がん患者はがんと診断された時からさまざまな苦痛を抱えており、診断時から終末期まで、病院や在宅とさまざまな場面で切れ目なく提供される必要があります。

また、本計画策定の際に行ったがん患者へのアンケート調査では、7割の方が在宅での療養を望んでおり、これに応えることはもとより、本県の医療事情からみても緩和ケアの充実は必要ですが、緩和ケアに携わる人材の育成や地域連携の在り方には多くの課題を抱えています。

本日の部会では、昨年度審議会です承された今後の審議スケジュールに基づき、県内の緩和ケア医療提供体制についてや介護職に対するマニュアルに関して、委員の皆さまの御意見をいただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上、簡単ですが、御挨拶とさせていただきます。

○司会

本日御出席いただいている委員の皆様の御紹介は、お手元の出席者名簿をもって代えさせていただきます。

なお、国立がん研究センター東病院 緩和医療科長の木下委員については本日所用のため御欠席となっております。

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おります。

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いたします。

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。

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、よろしく願いいたします。

○部会長

それでは議事に入ります。まず議題1「がん診療連携拠点病院の取組について」、事務局から説明をお願いします。

○事務局

資料1-1、1-2に基づき説明。

○大岩部会長

内容を効率的に議論していきたい。現在、それぞれ要件を満たすべく、努力をしていると思う。内容に関する議論はそれぞれの医療機関でして頂き、この拠点病院の指定要件を、緩和ケア推進部会としてはどう捉えるか、どう対応していくか、ちょっと漠然としているが、議論していきたいと思う。

○滝口委員

統一したスクリーニングをすることが課題の一つだと思う。エビデンスをみると、スクリーニングしても、アウトカムが変わらないということで、なぜやらなきゃいけないか院内で混乱がある。そのあたり確認していければと思う。

○大岩部会長

スクリーニングに限らず、緩和ケアの縛りとしてはかなり厳しいものがある。拠点病院の方でも整理しきれない部分がたくさんあると思う。スクリーニングの院内統一について、方向性、目標で考えていることがあるか。

渡邊委員どうか。

○渡邊委員

定義が漠然としている。STAS-Jとか、評価ツールは統一しなさいということで、現在各部署で違うことを統一しなさいとされたと考えている。

統一しようというところまでは、緩和ケアセンター運営会議で決まっている。

○大岩部会長

STAS-Jが有力な候補か。アウトカムについては何か決まっているか。

○渡邊委員

アウトカムについては特にはない。

○大岩部会長

他に拠点の委員がいないので、協力病院であるさんむ医療センターはどうか。縛りはこれほどないと思うが、これに準じた考え方をしていると思う。

○篠原委員

現在地域がん診療病院の要件を満たそうとしているところ。形としてこういったツールを使うかは、まだ考えていない。

○滝口委員

渡邊委員の言った評価ツールは問題を抱えている人の評価方法であり、がんであれば、全ての人が抱えている問題であるといえる。もうひとつは、従来のスクリーニングは役に立たないと論文が出ているのに、それをするのはいくら何でもという意見が出ている。簡単な方法でいいからしていかなくてはと考えている。他の病院でどんなことをしているか、わかると参考になる。

○大岩部会長

緩和ケアの評価は現実にはきちんとされていない。スクリーニングも同じで、やる以上は評価もしなければいけないと思う。一つには、各施設スクリーニングや評価方法がばらばらであることが問題。県内の拠点病院や協力病院で統一していくことは可能か。部会で強く提言していくこともひとつの方法かと思う。共有していける部分は共有していくことで、評価もできると思う。

○滝口委員

アンケートばかりしていると嫌われるかもしれないが、どういうことをしているか調査することは、参考になると思う。

○大岩部会長

拠点病院の連絡協議会では話は出ているか。

○渡邊委員

協議会ではまだ出していないが、これから出てくると思う。スクリーニングの言葉に統一した理解はまだないと思う。問診票の中に痛みなど項目はあるが、各科違うし、その後のシステムがまだ統一されていない。緩和ケアセンターの条件に看護外来があり、初診時看護師が関わるのが少しずつ進んでいる。

○大岩部会長

拠点病院以外の委員の方、ご自身が患者になってかかるとしたら、とイメージして、今の議論に御意見はどうか。

○権平委員

在宅だと外来化学療法をしている。入院していると目が届くが、外来は煩雑で、抜け落ちそうなので、ざっくり拾えるものがあつたらいいと思う。こちらから探すのではなく、患者から言ってくると良い。話す寄り所のようなものがあるとよいと思う。

○篠原委員

協力病院として、今胃がん・大腸がんしか関わっていないが、地域がん診療病院となつたら、5大がんについても初診時から指導していかなければならない。拠点病院のように診断時からの緩和ケアというマインドがないので、スクリーニングツールを作っても活用が図れるか不安。キャンサーボードもしかり。正直なところ、フレームは作っても動くか不安なところはある。

○大岩部会長

おっしゃることはわかる。拠点病院も緩和ケアは要件が厳しくされているが、実際どうやっているか、結果としてどう評価するか、点検する作業が必要だと思う。案件1つ1つすることが、ある意味壮大な実験と感じる。大きな視点での緩和ケアを根拠持って対応する一つのタイミングになりうる。スクリーニングについては複数あるが、スクリーニングに耐えうるものか、視野に入れて取り組む必要があると思う。

○滝口委員

今はスクリーニングのシステムを作ればよいが、記録して分析するシステムまで考えると大変。入院の人には緩和ケアチームがあるのでスクリーニングに関しては問題ない。外来で重症でない、一見順調そうな人がいる可能性がある。それを外来で、しかも初診だけではなく再診の人をどうするかを考えないといけないと思っている。

○大岩部会長

大変でも拠点での議論をしっかりしてほしい。その科学的根拠も含め展開できるように取り組んでほしいし、議論してほしい。

かかりつけ医の立場としては、どうか。

○土橋委員

かかりつけ医の立場としては、患者さんががんと診断された時から、あるいはそれ以前から関わることも多い。スクリーニングとして、包括的アセスメントをしていただけるとありがたいし、フィードバックしていただけるとありがたい。身体的な疼痛だけでなく、心の痛みも評価していただいて、拠点病院で対応するのか、かかりつけ医か、あるいは医療ではない社会資源に結び付けることが有用なのか。そこまでスクリーニングできると有用だと思う。ただ、今の段階でそこまでのスクリーニングがあるのか教えていただければと思う。がん専門病院にかかりながら、かかりつけ医にかかることがしばしばある。そこで不安を訴えられたりすることもあり、在宅になった時点で、専門病院との連携が重要になってくると思っている。

○宮坂委員

素人なので、基本的な質問をしたい。スクリーニングに意味がないと学会や各論文で言われているそうだが、一つでよいから、それはどういう根拠なのか教えてもらいたい。

○滝口委員

JCO (Journal Clinical oncology) に載った論文で、全患者をスクリーニングをした場合としなかった場合の比較で、鬱状態、QOL、医療経済などの指標を用いて比較したところ、スクリーニングを行うことによる改善は認めなかった。一つの論文ではあるが、力を入れ

て実施されている論文なので、一拠点病院がスクリーニングしても効果があると反論できるか、難しいと思う。こういうやり方ならよいという論文や方法が出ていない中でやることになっている。出口がちょっと見えていない。

○宮坂委員

それなのに、厚労省はやれということか。

○滝口委員

施策と科学的エビデンスの問題だと思う。厚労省の要求には答えるが、患者さんにはアンケートをする負担をかけるだけになってしまう可能性があるので、工夫が必要だと思う。

○宮坂委員

緩和ケアにはいろいろな痛みがあるが、それをスクリーニングしていくということではないのか。たとえば顔の絵があって痛みの程度をみるというのがあるがそれをするということではないのか。

○滝口委員

スクリーニングをして緩和ケアをすることが意味のないということではなく、スクリーニングをしてもしなくても緩和ケアの効果は変わらなかったということ。例えば、痛みがあるかどうかは、スクリーニングをしなくても痛みがあるということを患者さんは言うわけだから、スクリーニングをしなくてもわかる「ということかもしれない」。精神的な苦痛で言えば、患者さんが言わずに、そのことを主治医がわからなかったとして、「ではスクリーニングをしたらこれまで」主治医に言わないようなことをスクリーニングで表現「する」だろうか「という疑問もある」。苦痛を拾い出すことを意味がないと言っているわけではなく、スクリーニングしてもスクリーニングしない時より、多くの患者を拾い出すことはできなかったということ。

○大岩部会長

論文と全体で実施することを考えることは別だと思う。もうひとつは、この問題を語る時は中身に踏み込まないと正しい理解はできない。また、どう評価するか、評価の方法をどうするか、スクリーニングの是非ではなく、内容の方が大事になる。

○篠原委員

お話を伺っていると、スクリーニングは大変のようだ。例えば、大腸がん検診の時は便潜血検査で陽性か陽性でないかで、次のステップに行くが、緩和ケアの場合はリトマ

ス試験紙みたいに、この患者さんはこの緩和ケアが必要ですといきわたらせることができるか、難しい。だとすると、それぞれの病院にまかせて、一定の成果が出るかとても難しいと思った。

(論文を滝口委員から大岩部会長に PDF で送ることになる)

○大岩部会長

個人的な考えだが、患者が痛いと言わないことをスクリーニングで「痛い」と言わせなくてよいと思っている。痛いと言わないのに、痛みの治療は必要ない。ただし、その前提は患者さんが自由に自分の思いを表現できる雰囲気とか、コミュニケーションを持っていることが大切だと思う。

○山口委員

自分の症状を担当医師に伝えられるかどうかは大きいと思う。見つけ出すスクリーニングというより、問診のように何らかの表現の機会と感じている。

○権平委員

在宅の方を見ていると、医師を前にしては言わない。ましてや病院関係者の中では、見捨てられたら困るので言わない。帰ってきてから、言いたいことがいっぱい出てくる。それを病院に返してあげることが、評価になる。結果を見てここにショックを受けているとみて、そこにケアを入れた方が効果あるかと思う。

○渡邊委員

患者がどこかで言える窓口があればと思う。ピアや在宅医師を交えた相談先があればいい。患者がどこかで何かを言える体制があればいいと思う。それが院内で一貫したスクリーニングというのは、矛盾しているように思う。

○大岩部会長

問題の理解を共通とするために、拾い上げの点で調剤薬局ではどうか。

○眞鍋委員

患者は自分に起きていることが問題とすることなのか、理解できてないことがあるのではないかと思う。痛みがあっても取れる痛みかどうか理解していないことがある。痛みが取れるとわかれば医師に言う。社会的な痛みは、とれるかどうかわからなければ誰にも言わない。病院の中でこんなこと聞いていいかわからないから聞かない。聞かなければ、拾い上げられない。誰かが聞きだす、それがスクリーニングのことなのかはわからないが、聞きだす機会を作ることは大事だと思う。

○大岩部会長

歯科診療をして感じられることは何かあるか。

○栗原委員

病院での話と開業医での話は違うかと思う。今まで聞いていて、事務的な話のように感じる。もっと、人間対人間、関係をどう作っていくかを病院で考えていくと、もう少し違うのかと思う。

○大岩部会長

確かに診る側の視点での事務的な話になりがちで、人間対人間という視点があれば、どういう方法を取っても意味が出てくると思う。在宅では病院の問題が噴き出てくるということになるのだろうと思う。

施設の中で痛みだけに限らず、つらさをもっていることを聞きだすのに、こういう方法がいいとか、何かあるか。

○野口委員

施設では、がんに罹っている方で定期的に病院に行く人は多い。手術をする方もいるが、手術も何もしない、痛みだけは取ってほしいという人もいる。自分で判断する人が多いので、本人の意思を大切にサポートしている。

○大岩部会長

スクリーニング方法と評価について、一般的には数値のような評価で実績が出るようになるのかもしれないが、それだけでは困ると心配している。数だけでなく、患者の視点で評価していく必要がある。

推進部会として、拠点病院へ要望なり提示をしていけたらいいと思うが、いかがか。

○土橋委員

スクリーニングの結果にどう対応しているか、きちんと対応しているか。それができていないとかがなものかと思う。スクリーニングして、評価分析できれば、かかりつけ医という立場だが、適切なスクリーニング方法があれば試してみたい。

○大岩部会長

各病院の提供整備について、どういう形で作られるのか、作られた結果どう評価されていくか、推進部会で押さえておく必要があると思う。次回の部会では、整備状況についていくつかの病院から報告してもらうことも必要かと思う。そういう動きは意味がないということがなければ、メーリングリストで意見を聞き、次回部会までに詰めて行き

たい。事務局よろしく申し上げます。

次に議題2「介護職に対するマニュアルについて」、事務局説明をお願いします。

○事務局説明

参考資料1および2を元に説明

○大岩部会長

がんの終末期の緩和ケアはおそらくみなさんが考えているよりも重要で、患者さんが亡くなる1週間前くらいから状況が急速に厳しくなってくる。この時期患者さんは痛みが強くなったり、精神的に少し不安定になり、いわゆる、せん妄の状態になることがあるが、実はその原因の一つが介護の在り方にあると私は思っている。

このマニュアルは施設での看取りをイメージした、施設での看取りのためのマニュアルと理解している。介護することで患者さんがいかに心地よくできるか。そうすることで施設での最期を過ごせる可能性が拡がると思う。

施設の介護職の方は介護の専門家ではあるが、がんの専門家ではない。そういうことも含めて実践的なマニュアルが求められていると思う。その意味でわたしどものところで使っているものを参考に考えていただけるといいと思う。OPTIMは、医療者が家族に向けて説明できるように作られたものなので、少し違う。それ以外にも参考にする必要があればご提示いただきたい。このことについてどう考えて行くか方向性を検討していきたい。考え方は必ずしも在宅に限らず、病院でも通用する考え方だと思う。

○野口委員

現状では新規入所者でいらっしゃる方は、要介護4から5、80代後半の方ががんなどの病気をお持ちでいらっしゃる。どこで看取りを受けたいか入所時に聞くと、施設の中で、とお答えになる方多い。

かかりつけ医とともに看取り計画を立てていくことになる。がんの看取りだけではなく、連絡やマニュアルをもらい計画を立て、記録している。

がんについての具体的な看取りのマニュアルはない。終末期ケアのマニュアルはある。介護職としては、がん患者が増えているので、勉強していきたい。

○大岩部会長

非がんの患者さんは入所時、要介護4くらいで身体状況は変わらない人が多い。

○野口委員

がん患者は増えていて、対応を変えないといけない患者さん増えている。

○権平委員

在宅は老老介護になっている。介護力がないので、ヘルパーさんに力を借りないといけない。家族と一緒に診ているうちに看取りができるようになる。施設の方は、家族から預かっている手前、責任があるので、少しの変化でも反応が敏感になり、少しの変化で医師を呼ぶ。

また、看取りに慣れていないヘルパーさんも多く、悲嘆感情にとらわれ、そのフォローすることたくさんある。

○大岩部会長

そういうことを踏まえて、介護職へのマニュアルはどういうところに気をつけて作成したらいいと思うか。

○権平委員

介護職だから、家族だからという違いはどこにあるのかと思う。それぞれ自分の中で死生観がしっかりできているほうが看取れる。基本を押さえて細かいところを盛り込んでいくことがいいと思う。

○大岩部会長

看取りの問題と QOL の問題があると思う。がんの場合、看取りの問題だけが膨らむ傾向があるが、実際には患者さんへの直接的なケアのあり方が大きな意味をもつと思う。山口委員どうか。

○山口委員

看護職の教育プログラムに ELNEC-J があるが、昨年都内の訪問看護師が介護職に対して、ELNEC-J をしてみたいというので、一緒に介護職だけの研修を行なった。

「知りたい」という介護職の気持ちがよくわかった。それぞれの職種により、気にかかること、知りたいことが違い、満足度の高い研修になったと思う。

○大岩部会長

介護職にとって重要なマニュアルになりうる、と。

○山口委員

生活を支えることやコミュニケーションのことなど、対利用者の方に接する中で、困っていること、疑問に思っていることが多いのに、学ぶチャンスがないと思った。

○渡邊委員

個人的な意見で申し訳ないが、OPTIM のマニュアルには疑問に思うことがいくつかある。5P の「モルヒネの寿命を…」の部分や 7P の「オピオイドなどがせん妄に…」

のところなど部分的には賛同できないところがあるので、採用する、もしくは引用する場合には検討が必要と思う。

○大岩部会長

マニュアルをどう、まとめていくかだが、それぞれのところで行っていることをみながら、方向性をつけていきたい。マニュアルを作るのは来年度で、予算がつくつかないかは別として、マニュアルを作ることは患者さんにとっては大きな問題だと思う。野口委員のご意見を聞きながら、たたき台を作る方向性でいいかと思っているが、部会長の私を中心になって進めていいという了解をいただければ、メールでのやり取りを考えている。

○篠原委員

このマニュアルの対象は？

○大岩部会長

イメージとしては、ヘルパー、介護福祉士、ケアマネ、施設の社会福祉士と思っている。

○篠原委員

訪問看護師は考えないのか。

○大岩部会長

これができれば、他の職種にも役に立つと思う。リハビリテーションの手法としての介護は、患者・入所者・家族およびスタッフなどの皆がいかに楽になるかだと思うので。

○篠原委員

がん患者さんは一般的には日常生活のレベルが高く、ある時一気に落ちる。その、滝の手前のようなところのちょっと手前から役に立つ。全ての方が共通して持っていけるマニュアルになるといいと思う。

○大岩部会長

亡くなる場所に寄り添っていかないと、実感して看取りの経験が持てないと思うので、納得したものができたら、医師にも看護師にも、多くの方に是非持ってほしい。当面は（仮）の介護マニュアルとしていいですか。

○眞鍋委員

ここに集まっている人だと医療の目から見た介護マニュアルになってしまうと思う。

介護職も入ったの作成が必要だと思う。

○大岩部会長

現実的に難しいと思うが、そのあたりは野口委員に代表してもらいたいと考えているがどうでしょう。

○野口委員

介護福祉士会を含めて意見をいただきながら、取り込んでいきたい。

○大岩部会長

野口委員が対応していただくことで、眞鍋委員の意見に対応できると考えていいか。

○野口委員

そうですね。

○眞鍋委員

医療色の濃い、一方的なマニュアルになることは避けなければならないと思う。

○大岩部会長

同感です。メーリングリストで連絡して作業を進めて行きたいと思う。

議題3「その他」事務局から何かありますか。

○事務局

参考資料3、4をもとに国の動きについて報告。

○大岩部会長

今の報告について、何かご意見があるか。

特になければ、この国の指定要件について、推進部会として把握していく必要があると思う。この点について、何かご意見はあるか。

○渡邊委員

緩和ケア推進部会が拠点病院構想と切っても切れない関係になるのであれば、協議会に大岩部会長が参加することはどうか。

○大岩部会長

協議会と推進部会が独立して動くことについて、前から申し上げていたことで、そこは中々話が進まなかった。部会と協議会の風通しを良くすることはした方がよいと思う。事務局はどうか。

○事務局

持ち帰って検討させていただきたい。

○大岩部会長

協議会へ申し入れをしていくことを部会の総意としてよいか。(反対の声なし)
協議会と風通しをよくすることは今後進めて行きたい。事務局へお願いする。

在宅緩和ケアのことについて、議論をしたい。

厚労省(の施策)は在宅緩和ケアがすっぱり抜け落ちており、在宅は病院の補完機能と考えることが明確になっている。そこに、危機感を持っている。どういう形になるにせよ、在宅緩和ケアがこのままでよいと思っている人はいないと思う。人材育成が問題になっているが、人材育成は5年10年とかかる。全く進捗していない。

滝口委員から、在宅はハードルが高いという意見があったが、在宅の受け入れ側のスキルの問題が大きく、こういう患者は受けられるが、こういう患者は受けられないとされてしまう。そして、受けられない患者が多い。受けてもすぐ病院に戻ってしまう。かかりつけ医などそれぞれの立場の考えがあると思うが、大きくこれからどうするか、あるいは何もしなくてよいという意見もあると思う。このままでよいのか。ご意見をいただきたい。

渡邊委員どうですか。

○渡邊委員

千葉県がんセンターは(緩和医療学会の専門医取得に関する)認定施設になっている。応募があれば受け入れられる。しかし、どういう身分で入ってくるかが問題で、千葉県の職員になるのは無理で、給料等どうするか解決できていない。

○大岩部会長

中軸になるのは人材育成だと思っている。2025年問題のときには、今中心になっている医師はいなくなっている可能性があり、そこに向けて人材育成をしていかなければいけない。

滝口委員からは、キャリアパスの問題があるのではという意見が出ていた。

○滝口委員

千葉大ももちろん研修を受け入れている。大学での研修は博士号をつけて帰れますが、応募してくる人は年間1人か2人しかいない。緩和ケアだけでなく、どこでも医師は足りない。

消化器内科だったら、5年後10年後はどうなるというイメージがつくが、緩和ケアは、将来がどうなるかわからないという点がある。緩和ケア科は全国でいくつしかないし、開業できるか見えない。このようにキャリアパスが見えない分野を専門にしようというのは、よっぽど自信がないと難しいのかもしれない。

○大岩部会長

クオリティの問題以前にやる人がいない。在宅医療を考える以前に緩和ケアは人材がない。緩和ケアは医師だけではなく、看護師の存在も大きいと思うが、現場は大規模訪問看護ステーションじゃないと経営が大変とかいろいろあるかと思うが、そのあたりどうか。

○権平委員

看護協会では、緩和ケアの研修会を日にちをかけて実施している。在宅も研修を3日間4日間と研修をしており、募集すると結構来る。他に千葉県がんセンターの坂下先生が実施している症状マネジメント研修に参加している。忙しい中、興味を持って参加していると思う。看取りは伸びているかといわれると、看護師不足から24時間を取っていないとできないが、看護師が不足しているので取っているところ少ない。不安を抱えながら、質を上げるにはもう少し研修制度を入れた方がいいかもしれない。

○大岩部会長

研修等、現状を充実させていけば、どうにかなるということか。

○権平委員

がんの末期だけみてるステーションはある。場数も踏んでるだけあって、質も上がっているが、やはり数が少ない。多くのステーションは認知症や小児も見ながら、その中の何割かががんの看取りだというステーションがほとんどで、研修も単純に回数等増やせばいいかという、忙しい中、必ずしも受講者が増えるかはわからない。現状は変わらないかもしれない。多くのステーションは断らずに受けてはいると思うが、家庭（家族）の都合で在宅は無理ということもある。それは施設での看取りにつながるのではないか。在宅でのメインは看護師だと思っている。医師の方ですという人もいるが、数は少ない。

○大岩部会長

今の在宅緩和ケアはバックベッドのシステムが機能していることで、クオリティは別

にして、バックベッドが機能していれば、大丈夫と思う。おおざっぱに言うと半分が病院に戻っている。けれど、これから10年後に入院できる病院があるのか。

千葉市の現状では千葉大の高林先生が出された報告だと、このままでは破たんする。患者は病院に戻れないのではないか。在宅で担う担わない以前に、患者さんが病院に戻るのかと考えてしまう。あまりそういう問題は考えないか。

市川の方ではどうか。

○山口委員

今は患者が自由にできている。家に居たければ家、病院にいたければ病院に戻ることができている。千葉は病床数を増やすといっているのですが、確保できるのかなと思う。患者が自由に選べるのは、医療者の力に左右されていると思う。

○権平委員

バックベッドの確保は一安心だが、一般病棟への入院は3日で音を上げた。看護師が対応できない。バックベッドの環境整備が重要で、一般病棟の病床は難しく、できたら緩和ケアチームがある病院、できたら、拠点病院にレスパイト的な病床が確保されているといいと思う。

○大岩部会長

医療介護推進法ができたが、医療の概念を変えかねない法律で、国としては、在宅に対して相当な危機感を考えているからだと思う。将来どうなるかわからない時代で、人材育成は10年かかるので、それぞれの施設の問題をベースに在宅介護考えていかなければならない。今の段階で考えても遅いくらい。終末期の緩和ケア施策がすっぽり抜け落ちていることに危機感を感じている。

篠原委員、どうですか。

○篠原委員

このまま放置すれば、間違いなく破たんして、悲惨な亡くなりかたをする方が増える。看護師の話をしてしたが、看護師の絶対数は欧米に比べると少ない。医師もそうだが、偏在しているのが問題で、施設で働く人が多く、在宅で働く看護師少ない。在宅へ誘導する施策が必要だが、在宅は新人には難しい。経験があり向いている人を働いてもらっている。有能な看護師を在宅へ誘導するような施策誘導があればと思う。

正直私がしている仕事で、看護師がしてもいいかなと思う時もある。「地域看護師」として、看取りや死亡診断は一部看護師へという方向はやはり必要ではないか。郡部はまだゆっくりと考えてられるが、都市部は団塊の世代が束になって亡くなる時代になるので大変だと思う。

今の緩和ケアは、がんのスペシャリストが緩和ケアに入っている人が多いが、これか

らの人材育成は家庭医療の医師は、サブスペシャリティとして、知識を蓄え緩和ケアを担うといいと思う。プライマリーケア学会などは「総合診療医専門制度」を作ろうとしているし、そういうキャリアパスを目指す人も多くはないがいる。

○大岩部会長

同感です。緩和ケアはプライマリーケアに通じるものがある。ただ、力を発揮するには、在宅緩和の司令塔が必要で、そうすることでプライマリーケア医の力が発揮される。患者さんも家にいられる。かかりつけ医がもう1つ2つステップアップしていただくと、いいと思う。

在宅医については、どうか。

○土橋委員

がんの緩和ケアは、スキルが必要だが、在宅療養支援診療所がスキルをもって連携しながら実施するシステムがいると思う。一方で、緩和ケアには通常の診療医も外来をしながら、関わっている。県医師会で調査をした結果では、外来をしながら訪問診療をしている医師が53%。ただ、支援診療所は1件あたりの件数が多いので、一般診療医とのすみ分けが必要ではないか。

先程の訪問看護師に看取りも含めてお願いする話に関しては、そういう方向に動かざるを得ないのではないかと、そういう方向にあると思う。高齢化社会の中で、病気は無いがいわゆる虚弱高齢者、そういう人への医療を考えていく必要があるのではないかと。むしろ介護とか、医療から切り離すというわけではないが、介護を中心にみて行くことになるのではないかと。がんを積極的に治療しない高齢者も出てきていることも受け入れながら、在宅で看取っていくことが必要なのだと思う。

○大岩部会長

医療介護推進法には、がんの記載はなく、高齢者が対象であると書いてある。元気な高齢者ががんの終末期になった時、きちんと対応できないと大きな苦悩をもたらすという問題が起こる。篠原委員がおっしゃったように、看護師がいろいろするには、前提として、看護師が在宅の現場に魅力を感じ充足されないとむしろ責任が多くなって、大変になってますます在宅が充足されない。全てのがん患者をターゲットにしなくてよい。高齢者の在宅ケアの枠の中で、がんの終末期にきちんと対応すればいい。

宮坂委員は市民の立場から、将来をどう思うか。

○宮坂委員

在宅でがんを看取ることがいいというわけではなく、選択肢が充実している医療がいいと思っている。医師・看護師が増えていただきたいし、在宅に戻る時の病診連携のシステムがもう少しできないと、病院から在宅になると患者と病院の医師との関係が切れて

しまう。

先日諏訪中央病院の話聞いた。ここは人口10万の都市だが、研修医10人は在宅をする。病院の医師が往診もする。患者は在宅がよいか、病院がよいか選べる。18人の医師は病院に働きながら、絶えず在宅に行っている。バックベッドについては入院したい人はどんな人でも受ける。在宅で死のうと思えば充実して死ぬるなど思った。千葉では無理かな、日本では期待できないシステムなのかなと思った。例えば、アイルランドの病院も午前中は病院で、午後は往診という病院多い。

○大岩部会長

あきらめないで、声を大きくしてほしい。重要なのは在宅を望む患者・市民の選択肢が保証されることなので、声を大にして、発言していただきたい。

これまでの医師教育と違い、今の若い医師は今の状況の教育を受けている。関心が高い。さくさベセミナーを引き合いに出して恐縮だが、20代30代の医師が、小さなセミナーに5人くらいの若い医師が参加する。じゃあ、開業医に就職するかというとならない。在宅緩和ケアに興味があっても診療所で勤務することはしない。千葉にも諏訪中央病院のようなところがあれば、量的にも質的にももっと取り組むことができると思う。現実的にどうするか、一致したアイディアは出ないが、今のがん対策をみても、病院がもっと踏み込んで在宅の司令塔になるといいと思う。

栗原委員、歯科の立場でいかがか。

○栗原委員

職業柄生きている限り、最後の最後まで関わっていくべきと考えている。

○眞鍋委員

薬剤師として関わっていく中、訪問していて感じることは、その患者が何のために自宅に帰ったのか、その望みを実現していきたいと考えているが、中々難しい。看護師の質、経験によって患者さんの苦痛が、ずいぶん違うことを体験している。医療材料が医師の持ち出しがあるのではないか。そういうものを充実させないと在宅に係る医師が少なくなるのではないか。

○大岩部会長

がんは医療者側の負担が、物質的にも精神的にも一般高齢者より大きいと思う。

○土橋委員

在庫が多かったり、持ち出しが多いと確かに意欲が減ることもある。市川市医師会は医師会で医療材料の管理をしている。なかなか広がらないが、今、他の薬局で進んでいると聞いている。

○大岩部会長

大学での教育でこういうことが必要ではないかということがあればお聞きしたい。

○滝口委員

大きい病院の緩和ケアは在宅への橋渡しとしての「緩和ケア」の概念を持つべきでもあると考えたい。症状コントロールができていない状態で在宅へ行くより、緩和ケア病棟である程度コントロールし安定したあと、在宅移行とすれば、負担も軽くなるのではないか。千葉大でも「緩和ケアセンター」を考えているが、在宅へ移行する中心と考えたい。バックベッドも在宅で満足していれば、病院に帰りたいたと思わない。

○権平委員

ご本人というより、家族が疲弊していく。

○滝口委員

在宅がうまくいった経験を知らないと、患者さんも「いざとなったら、病院へ帰れるんですね」という保証がないと在宅へ行けないという気がする。人材確保して、やる人を増やさないと経験は積めない。

○大岩部会長

在宅の橋渡しを受けて在宅が良かったという声を積まないといけない。ニーズを考える時、患者の選択肢をベースに考える必要がある。総論的な話になってしまったが、次回は具体的な話をしていきたい。

以上で部会を終了し、事務局へお返ししたい。

○事務局

ご多忙の中、ご出席いただきありがとうございました。また多くのご意見をありがとうございました。これで平成26年度第1回がん対策審議会緩和ケア推進部会を終了いたします。

－閉会－