

# 平成29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

- 1 日 時 平成29年7月31日（月）午後6時から午後8時45分
- 2 場 所 千葉県庁本庁舎5階大会議室
- 3 出席委員 大岩部会長、土橋委員、小宮委員、眞鍋委員、野口委員、権平委員  
坂下委員、滝口委員、篠原委員、小川委員、木村委員  
欠席委員 宮坂委員

## 4 議題

- (1) 千葉県がん対策推進計画について
- ① 現計画の進捗状況について
  - ② 計画変更に係る論点等について
  - ③ 計画変更に係るがん患者等の意識調査（案）について
- (2) 介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル（仮称）について
- (3) 在宅緩和ケア充実診療所の調査について

## 5 議事内容

### 議題（1）千葉県がん対策推進計画について

- ① 現計画の進捗状況について
- ② 計画変更に係る論点等について
- ③ 計画変更に係るがん患者等の意識調査（案）について

【事務局より資料1に基づき説明】

### ○大岩部会長

事務局から説明のあった資料1の目標達成状況について、何か御意見等はあるか。

### ○小川委員

資料1の「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」の項目で、拠点病院医師の修了者数が2456名、それ以外の医療機関の医師修了者が874名という数字が出ているが、それ以外の医療機関の医師修了者について、診療所医師であるとか、一般病院の医師であるという内訳が出るか。

### ○事務局

拠点病院以外の修了者については、それぞれの機関の医師数を合計したものになっており、内訳を示すことはできない。

○小川委員

次期がん対策推進計画の中で、緩和ケア研修の改訂予定があり、研修会のバージョンが、拠点病院のものと拠点病院以外のものに、大きく2つに分かれるといわれている。二次医療圏の一般病院の医師がどれくらい受講しているのかを国が求めてくる可能性があり、拠点病院以外の医師が、在宅の医師なのか、一般病院の医師なのか、今後に向けて数字の準備ができるとよいと思う。

○坂下委員

資料1の「がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所の割合」の項目であるが、実数は1.5倍になっているのに、分母が大きく増えたため、割合は増えていないということでしょうか。

分母が何なのかを教えてください。また、実数が増えているので、もう少し評価が良くてもよいのではないかと思います。

○事務局

平成25年度の調査件数は432件、そのうち回答数が173件、そのうち看取り実績のある診療所が100カ所であった。平成28年度の調査件数は491件、そのうち回答数が284件、そのうち看取り実績のある診療所数が155カ所であった。

○坂下委員

分母は回答のあった診療所数であり、あまり実態を反映していないということか。

○事務局

看取り実績のある施設は、ほぼ毎年回答いただいているように感じる。一方、調査様式を回答しやすいよう改善しているので、回答数が増え、割合が下がったことも考えられる。

○大岩部会長

坂下委員の言われることはよくわかる。私もこの数値そのものに大きな意味をあまり感じられない。上の欄の「住まいの場での死亡割合」の数字に反映されているのかどうか、リンクしているのかどうかを見ていくのはどうか。実は、「住まいの場での死亡割合」がほとんど上がっておらず、逆に下がっていることを考えると、整合性がとれているようにも思う。今後の検討の材料になればと思う。

○小川委員

住まいの場所の死亡割合だが、これは県全体のものと思われるが、市町村ごと、二次医療圏ごとのもので、開きは以前と比べて大きくなったか。

○事務局

前回の部会で、医療圏ごと、市町村ごとのものを提示した。上がっているところも

あれば、下がっているところもある。順位付けもしたが、傾向としては、郡部の一部が在宅死の割合が高く、都市部の一部の地域が下がっている傾向があるように感じている。

○大岩部会長

都市部も含めて全体に在宅死亡率が上がっているが、都市部に関しては右肩上がりでずっときたのが、フラットになり地域により一部下がっている。少なくとも整備がされて上がっていると理解するのは苦しい状況である。

将来（2025年）の問題に対する在宅看取り体制の基盤ができているということでの上昇率なのか、単に自然の上昇率なのか、問題が内在しているかもしれない。たとえ上がり方が少なくとも、将来の問題に対応できている下地ができた上での数字であればよいが、そうでなければ、数値だけ見て議論をすることが果たして適切なのか、ということになる。

○篠原委員

山武市の医師会の会議があり、そこでの話の中で、都市部の生活保護の高齢者が、コストの安い郡部（九十九里平野）の介護老人保健施設に多数入所しており、その患者さんも往診の対象になっていて、看取りも行っているとのことであった。住まいの場での死亡割合ということであるが、都市部の生活保護者が郡部に来て亡くなっていることも割合として入っていると思うと、数値だけでは語れないと感じる。

○大岩部会長

郡部の問題は2つあり、篠原委員がいわれたことが1つと、もう1つは、住民数が少ないので一生懸命やると数値が上がりやすいということがある。

○権平委員

在宅看取りの時に、家族のことは大事かと思う。アンケート調査の中に、家族に対するものがない。家族に、「相談するところがあるか」とか、「介護負担はどうか」などの質問項目があるとよいと感じた。

○大岩部会長

家族に対する調査も必要ということだが、どうか。

○事務局

P14に、県内のがん患者団体の会員向け調査というものがあり、こちらは、家族や遺族も答えられるようになっている。

○権平委員

答えられるのはわかったが、家族の立場で答える質問がないように思う。

○事務局

おっしゃるとおりで、家族専用のものは作っていない。家族というものに力点を置いた視点で確認し、部会長とも調整しながら考えていきたい。

○大岩部会長

事務局と一緒に相談するので御意見があればお願いしたい。

○小川委員

アンケートを行うことで、具体的に次の計画案に反映させることを考えていると思うが、意識しているところ、今時点でのコンセプト等があれば教えてほしい。

○事務局

次期計画の姿はこれから策定する段階のため、初期設定としてこういう姿勢でやっているというものはないが、部分的には、就労の部分を増やすとか、法律改正を反映させることは考えている。初期設定としてこういう計画を作るからこういうアンケートをとるとか、煮詰まった議論はしていない。

○小川委員

緩和ケアに関しては、国の基本計画の方向が少し変わってくる。一番大きなところは、「診断時からの緩和ケア」と「専門的緩和ケア」を分けて考えることがより明確になってくる点である。「診断時の緩和ケア」は、緩和ケア医が提供するのではなく、がんの治療医とか相談支援センターなどが施設として提供する目線を意識しており、そのため拠点病院のモニタリングとか、監査という言葉が入ってきている。

セカンドオピニオンとか医療提供体制のところ、情報提供の話とか、診断時からの緩和ケアを意識してデータをとるのであれば、その辺りを分けて、例えば「初期の支援を受けたのか」などを明確に載せた方が計画に活かせるデータがとれるのではないかと思う。

P9に「がんの緩和ケアを受けたことがありますか」とあり、これは他県もされる代表的な質問であるが、患者さんは自分が緩和ケアを受けたかどうかわからない。明確に緩和ケアが実施されているのかわかる質問にするならば、「痛みのケアを受けたか」とか、「オピオイドの処方を受けているか」とか、患者さんやご家族にわかる質問にすると解釈が明確になると思う。

「最後をどこで過ごしたいか」も大事な質問である。在宅看取りとの兼ね合いもあるが、最期まで在宅にいられるかはリソースの問題もあるので、どこまで反映させるのか、或いは、ぎりぎりまで家にいることを望むというところをはっきり取って、家で過ごせるラインを明確にするとか、過ごし方の1つで出てくる目線なのかと思う。

また、何年かの質問調査で見えてくればよいと思う点は、拠点病院から次のステップ、一般病院での状況である。拠点病院で治療を終えて、そのまま在宅医につながる場合と、拠点病院から後方連携病院に移って、そこで緩和ケアを受ける、そこで看取る、そこから在宅に移るというパターンがある。この後方連携病院での緩和ケアの提

供体制が現在問題になりつつある。具体的には、拠点病院でオピオイドが出されていても、病院を移ったら全部切られてしまったとか、そこで連携調整し在宅に戻すという方針で一般病院に移ったが、その話がなくなり入院したままになってしまったということが起こりうる。その辺がしっかり手当てされているのか、そこで地域全体で目線の中に一般病院も入って考えられているのか、そういうことが議論になってきていると思う。拠点病院、協力病院のデータが参考になるかと思う。一般病院で何か次のアクションを起こすようなものが、患者さんのデータなりで見えたら県としても動きやすくなると思う。

#### ○眞鍋委員

資料3 アンケートの内容について確認したい。P11 問 18「どんな悩みがありましたか」と質問しているが、この悩みがどうなったかは、どこにも聞かれていない。悩みをどこに相談したか、悩みについて満足の得る回答が得られたのか、そういうのも精神的な痛みのケアにつながってくると思うが、そこを聞いている質問が見当たらない。そういうものが不足しているのであれば、そして、十分に患者さんが納得していないのであれば、患者さんに納得してもらえようような援助の体制を作らなければならないと思う。

#### ○大岩部会長

小川委員の言われたことは、ある意味で緩和ケアの本質的な話が含まれている。

「がんと診断とされた時からの緩和ケア」をどう捉えるか、共有が必要だが、実際にはそういう議論がなされておらず、噛み合っていない。在宅緩和ケアについては、緩和ケアの中でどう位置付けるのかというグランドデザインが全くないまま、この10年が過ぎてしまった。国の政策としては、拠点病院を中心とした緩和ケアのみが対策になっており、在宅については何もなされないままインフラが問われ、リソースがなくなっているという現状がある。こういう現状を是認したまま、小川委員が言われたような問題を考えていくのがよいのか、それとも現状を捉え直して次期の計画の中で実践していくのがよいのか、小川委員は非常に大きな問題を提起された。これをこの場で議論するのは大変なことで、この次の推進部会でこのことを以って結論を出すのは難しいが、こういう問題の決着がつかないまま進んでいることを意識して、お考えをまとめていただければと思う。

眞鍋委員のおっしゃることはもっともだと思うが、アンケートにはいろいろな制約があるようなので、アンケート結果をそういう視点で評価して、次年度に活かしていただきたいと思う。

#### ○大岩部会長

進捗状況と評価について、御意見があればお願いしたい。

## ○小川委員

資料2 事務局で検討いただければと思う点をいくつか挙げさせていただく。

国の計画案は、緩和ケアに関しては、おそらくこの流れでいくのではないかと聞いている。ポイントとなるのは、「診断時からの緩和ケア」と「専門的緩和ケア」を国がはっきり分けて考えていくということ。「診断時からの緩和ケア」は、日本では緩和ケアという言葉で括られるが、ある意味、がんの治療における支援、特に治療の初期の段階で、痛みもそうであるが、今後の見通しの話やご本人のご意向をはっきりさせるという支援も含めるものになる。そこを意識した論点立てが大事になる。併せて、緩和ケアの研修会は、拠点病院とそれ以外で分かれる、また一般病院に向けたメッセージが強く出るので、拠点病院と連携しながら情報収集や方向性を見ていっていただくとよいのかと思う。

国の計画案の③「拠点病院と地域との連携」であるが、今までと同様に多職種連携のイメージがあると思うが、実は国の方で議論した時に、地域包括ケアと拠点病院がうまく連携できていないという点があった。拠点病院は普通の病院以上に距離が離れたところから関わっているので、拠点病院が地域包括ケアのネットワークにしっかりとつながるように意識して、協議会なり話し合いの場を持っていただきたい。拠点病院から地域の病院や施設・在宅に移る場合、患者さんのその後のケアがどうなっているのか、地域全体で追えるようなイメージを持ってほしいということを意図して出てきている。拠点病院と地域の病院（後方支援病院なのか、拠点病院とは別にごん治療をしているところなのかは地域によって違うと思うが）のがん患者さんのケアの流れが見えるというのは、行政の力が必要だと思うので、音頭をとっていただければありがたい。

在宅緩和ケアについては、部会長がおっしゃったように、どうしていくのかが初めて議論に挙がってきている。在宅緩和ケアのモデル、在宅緩和ケアの専門医の話と、在宅をしながらも何人かで診ていくというものがあるが、地域によって流れ・リソースが違うので、これと示せないということが共有されてきている。千葉県でいえば、郡部と千葉市とか、東葛地域ではそれぞれどうなっているのか、踏み込んだ話し合いが必要になってくると思う。是非それと併せて、それぞれの地域、在宅もそうだが、一般病院での流れ、緩和ケア病棟についても議論してほしい。

千葉県は、緩和ケア病棟は15病院ということで、かなり病床が増えてきているが、加算の影響も受けており、一般病床から転換させて緩和ケア病床にしているところも出てきている。その場合、専門医がいない場合もあり、質も分かれてきている。一方、緩和ケア病棟の認可や加算の状況は、県しか把握できていないため、県が実情も含めて見ていく必要があるのではないかと。緩和ケア病棟も数というより、役割、地域とのつながりについて一緒に検討できるような指針を持っていただけると、次の6年後は方向がはっきりしてくるのではないかと。思う。

## ○大岩部会長

小川委員の本質的な厳しい発言が続いている。実際には過去10年間の基本推進計画の成果があまり上がっていないというのは、小川委員の言われたような議論の深ま

りが無いということが1つの要因のように思える。今挙げていただいた問題はすぐに方向性を出せるものではない。まずは国のレベルで概念形成をお願いしたいところである。そここのところがたたき台として共有できると、各都道府県もそれに対してイエス、ノーとか、さらにか、議論が噛みやすくなる。今は概念形成が曖昧になっているので、議論が噛み合わないと思う。

#### ○木村委員

訪問看護師の立場でお話しさせていただきたい。アンケートも、施策も、どうしても、拠点病院がスタート、病気になってからがスタートととれてしまう。患者さんは普通に生活をしていて、地域の中で病気になり、治すために病院に行き、当たり前のように家に帰ってくるということを念頭におきながらアンケートを作ったり、施策を考えていく必要があるのではないかな。

アンケートの中でも、がん相談支援センターを利用したことがあるかではなく、例えば、地域でどこかに相談をしたか、ケアマネ・地域包括支援センターで相談を受けたか等、どこにファーストアクセスをしているか、また、かかりつけの医師が相談にのってくれたかなど、そういう視点で考えていくことが必要ではないか。それが、患者さんの視点を取り入れた緩和ケア研修会の内容になってくるのではないかな。

#### ○大岩部会長

厳しい意見が出たが、やはり全体のグランドデザインの中で位置付けられないと難しいと思う。今の話をベースにしてお考えいただきたい。

「診断された時からの緩和ケア」については、政策の方向として、資料1のP2に「緩和ケアの提供者の第一位はがん治療医である。」と明記しているが、実際の取り組みとが噛んでいない感じがする。1つの例として話したが、表の中だけでも整合性がとれるように、先ほどの厳しい意見を踏まえてもう一度全体を御検討いただきたい。

#### 議題（2）介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル（仮称）について

【事務局より資料4、資料4-2（非公開資料）に基づき説明】

#### ○大岩部会長

資料4について、ご質問等があればお願いしたい。

今まで何回も議題として検討しているので、方向性についてのコンセンサスは得られているかと思う。

非公開資料にあるマニュアル（案）は、ほぼ完成だが、まだ完成版ではない。挿絵が入っていないところがあったり、文言も若干の変更はあり得るが、相当程度完成版に近く、基本的な変化はないと思う。ご意見をいただければ参考にして最終版に向けて議論していきたい。

#### ○小川委員

大変な労力をかけて作成されたのだと感じた。非常にきれいによくまとまっている

と思う。介護職を、ある意味、家族の人と同じ目線で見たと時に、このあたりの話が入りやすいのではないかと、言葉の工夫もされている。

痛みの部分が資料編に入っているのは、直接読むというよりは、何かの資料と併せて使ってもらいたいということか。

#### ○大岩部会長

介護マニュアルなので、直接、介護をするということを中心にした。痛みの問題を含め、付随する問題を入れてしまうと、最後の段階の介護をどうするかということがぼやけてしまうので、そこに焦点を絞って、それ以外に必要なものは最小限に留めて後ろに資料としてまとめた。

最後の1~2週間というのは、緩和ケアを実践するフレーム、プログラムがない。乱暴な言い方をすれば、病院では放っておかれ寝たきりになり、在宅・施設では介護職に委ねてしまうという切り分けの中で行われ、最後のところは、患者さんが本来の緩和ケアが受けられていないと認識している。

これは介護マニュアルなのだが、実質的には終末期の「緩和リハビリテーション」であり、そういう概念を元に認識してほしいという思いがある。介護というと、病院のスタッフは、介護は自分たちの仕事ではないということになり、在宅・施設だと介護職の仕事だということになってしまう。終末期の緩和リハビリテーションという医療的なニュアンスを加味した位置付けを明確にすることで、あらゆる職種の方が、あらゆる状況の患者さんに、最期まで、呼吸が止まるまでのケアが可能であるということを示すことができる。

#### ○木村委員

マニュアルを配布し、使ってみてどうだったのかというフィードバック（何が変わったか、安心して看取れるようになったか、看取りが増えたなど）をどのように確認するか。

#### ○事務局

施設にマニュアルを配付し実際に活用してもらおうのだが、それを機にいろいろな機関と連携がとれたらよいと考えている。その中で、マニュアルを使ってみてどうだったかとか、施設が新たな患者さんを受け入れたとか、介護職が自信を持ってケアできるようになったなど、声をいただき、施策にもつなげていきながら、より改善していけたらと思う。

#### ○野口委員

マニュアルはとてもわかりやすく作られていると思う。実際に使う中で質問が出てくるのが考えられる。質問に対する対応を考えておいた方がよいのではないかと。

#### ○事務局

実際に使っていていただき、困ったことの相談の場や勉強会の場が必要なのではないかと。



と考えている。そういう場を通して、マニュアルをよりよいものにしていくとともに、施設の方の声を把握していきたいと考える。

○大岩部会長

そういう窓口、それは必ずしも県でなく、現場でもよいので、窓口を作ることを見直しを検討いただきたい。野口委員の方で、他に何かあれば教えていただきたい。

○野口委員

質問用紙が入れ込んであるとよい。

○大岩部会長

本などにハガキが入っているように、質問用紙をこの中に組み込むということか。質問用紙の件は、事務局の方で検討していただきたい。他にあるか。

○眞鍋委員

CD 作成のスケジュールは、どれくらいを目途に考えているか。

地域緩和ケア支援事業の研修会がベースで進んでいくとなると、資料の作成が急がれるのではないかと思う。

○事務局

今 CD の中に入れるものとして考えているのは、マニュアルの PDF 版と、視覚的な補助教材である。予算の制約もあるので動画までは難しいと思うが、写真等、視覚的なものを使って、マニュアルをよりわかりやすくできればと考えている。

地域緩和ケア支援事業での講義用スライドを入れるというより、マニュアルの内容を伝えるための補助的な視覚的教材を検討している。スケジュールとしては、年度内の作成を目指している。

○大岩部会長

マニュアルの配付と CD の配付はずれて、CD の作成期限は来年の 3 月と考えるということではどうか。

○眞鍋委員

前回の部会での説明では、マニュアル内容をパワーポイント化して講義に使えるものにしたいということだったと思う。構想が変わってきたということではどうか。

○事務局

マニュアルの本体部分が、ケアの実践的なものになってきているため、講義資料というより、ケアの実際場面を皆が同じように理解できるように、視覚的なものが必要と考えている。

まだ案の段階であるが、マニュアルに基づいて写真を入れケアのポイントを示しておくことや、チャート式にケアごとの視覚的な資料を作成することなども考えている。

○大岩部会長

来年の3月までということであっても、スライドを入れたり、絵を入れたりというのは、なかなか厳しいと思う。

CDが少し先伸ばしになるのであれば、内容的に固定化する必要はないので、野口委員がおっしゃったように、実際に使ってみての現場の意見を参考にしながら考えて、少しでも完成度を高めていただければと思う。

これは介護職ということになっているが、これからがんで亡くなる方が増えてきて、どこでも療養できるようにする必要があるということを考えなければならず、その1つとして施設は今まで以上に重要となる。その場合、関わるケアチームやスタッフ、またコンサルト、スーパーバイズするようなチームの人達が、在宅で最後まで療養のお手伝いできるスキルがないと施設ではかなり難しい状況であるということのを是非御理解いただきたい。

これは施設での介護職に対するマニュアルということになっているが、医師を含めて各職種が読み込んで、御意見をいただければと思う。

確認だが、印刷の予定は決まっているということでしょうか。

○事務局

9月中旬に県庁内の印刷室で白黒印刷をする予定である。

○大岩部会長

その頃に完成版ができるということのを承知の上で、御意見をいただければと思う。

議題（3）在宅緩和ケア充実診療所の調査について

【事務局より資料5に基づき説明】

○大岩部会長

診療所の調査については実施する予定であるが、今年度は具体的なアンケート調査を実施せず、既存のデータから次年度に向けた基礎調査をするという理解でよいのか。

○事務局

そのように考えている。

○坂下委員

具体的にはどのような調査をするか。

○事務局

緩和ケアの提供体制、どのような緩和ケアを行っているか、看取りの状況、関係機関との連携状況、スタッフの体制などを確認した上で、次年度の調査について考えていきたい。

○坂下委員

これを元にネットワークづくりにつなげていくということであれば、在宅緩和ケア充実診療所がどういうことで困っているかとか、どういうサポートが必要か、どのようなニーズがあるかも聞いた方がよいのではないかと思った。

○大岩部会長

在宅緩和ケア充実診療所は、在宅緩和ケアを中心的にやっている全国の診療所の中で、中核になるような診療所を是非認知してほしいと、ずっと厚労省に言い続けてきた結果としての1つの形である。そのため、意味が大きいけど、実態が伴っているかという問題がある。緩和ケア全体のシステムとしてのグランドデザイン、その中で在宅緩和ケアにどうかかわっていくのかが全くないところで議論したところで、建設的にならない。在宅緩和ケア充実診療所をどう位置付けていくのか、今年度の実態調査をまとめていただき、次回の推進部会で提案いただきたいと思う。

○大岩部会長

最後に何かあればお願いしたい。

○滝口委員

介護マニュアルを研修会の中で活用するということが、研修会はどれくらいの頻度で、いつ頃行うのかは具体的に決まっていたか。

○事務局

地域緩和ケア支援事業（千葉県がんセンターに委託）で、毎年研修会を開催している。その中に、介護職を対象とした研修会もあるため、その中での活用を考えている。講師の選定や方法等は相談しながら、検討し、マニュアルの周知も含めて、研修会の中でお伝えしていきたいと考えている。それ以外でも何かの講演会や会議等で、周知を図りたいと考えている。

○滝口委員

このマニュアルが、拠点病院と施設との橋渡しになるとよいと思った。拠点病院の方も、施設でこういうケアをしていてくれるとわかると、積極的に在宅の方へという努力も出てくると思う。拠点病院の方から在宅へという努力をもっとしなければならなかった。具体的ではないが、何かそういう工夫をしていただき、まずは、講師の先生を考えていただくと広がってくるのではないかと思う。

○事務局

拠点病院の方にも、この研修会等はできれば広げていきたいと思う。拠点病院にもマニュアルは配付予定で、患者支援や施設との連携に活用いただければと思う。

またこちらも、関係機関の連携が図れるような事業を検討していきたいと考えている。

○大岩部会長

まずは、マニュアルを読んでいただき、内容の正当性については是非御意見をいただきたい。もしこの内容がOKだとしても、これを実際に行うには、ハードルがとても高いと思っている。実際ががんの患者で立てなくなり、歩けなくなりという人を、最期まで穏やかな状態でケアをしたという経験を持っている人は多くない。

滝口委員が言われたことは、是非事務局にも考えていただき、幅広くやってもらわなければならない。その際に重要なことは、講師である。講師に堪えられる人材はほとんどいないといっても過言ではない。

滝口委員がおっしゃられた重要なことは、介護職が機能するためには、看護師がきちんとこういうことを理解できないといけないということである。私が言うことが間違っていたら訂正していただきたいのだが、介護職というのは、患者さんの状況を見て判断をして対応を変えられない。状況を見て変えられるのは看護師である。そのため、看護師が患者さんの状況を見て判断し指示をしないと介護職は動けない、そういう原則がある。これは介護スタッフに対するマニュアルであるが、施設には看護師、MSWなどもいるので、あらゆる職種の人に理解していただき、先生にご理解いただけるのであれば、病院の中で是非活用いただき、どうプログラムするかというのを事務局に要求してほしい。

野口委員、今の話で間違っているところがあるか。

○野口委員

大丈夫である。

○滝口委員

おっしゃるとおりで、病院と在宅で連続性がないと仕方がないと思う。

○大岩部会長

次回の推進部会には出来上がり、一部活用してくれるところがあると信じているので、そういう声を聴きながら議論していきたいと思う。

最後に申し上げたいことがある。

今までの議論は、緩和ケアを提供する側の視点で展開をしている傾向がある。是非、県民の視点で見た時にどうかというかという議論をしてほしい。

委員の皆様は各職域の代表、地域の代表であるが、それを超えて県全体でどうある

べきかという議論も同時に活発にお願いしたい。

厚労省・総務省のまとめでも、緩和ケアの満足度が非常に低いということがある。少なくとも、公式の文書で40%の人の症状が緩和されていないというのは、非常に大きなことである。現場に関わる各委員の皆様には、ここを、どうしたら展開できるかということを議論していただきたい。それには、枠組みの美しい言葉を並べるのではなく、実際にどういうふうにしていくことが大事なのかということベースにしたシステム、あるいはあり方をどう考えていくかということになる。特に拠点病院は地域とか県の範になる位置付けなので、拠点病院及び協力病院にそこを強くお願いしたい。一般医療と緩和医療の違いを認識したシステム構築が必要である。

推進部会での議論を是非大事にしてほしい。3年来推進部会で議論してきた緩和ケアの提供体制調査が、千葉県がん診療連携協議会緩和医療専門部会に引き継がれ、全く違う方向での調査アンケートになってしまった。

在宅緩和ケアについては、施策の中では行われていないが、国にしても、県にしても、在宅ということを非常に強調しており、それと実態が合わない。在宅緩和ケアは病院緩和ケアの補完機能でよいという位置付けで議論していくのか、それとも在宅緩和ケアは緩和ケアの大きな柱として議論していくのか、立場というのが重要である。

地域包括ケアと在宅緩和ケアの問題は複雑で、がんと非がんの違いをしっかりと認識しないと在宅緩和ケアの議論が整理されない。

今年は重要な年で、来年度から重要な施策が進んでいく。最終的な結論は出ていないので、次回の推進部会に向けて、今話したことを頭に入れて、活発に議論いただければと思う。

【議事終了】