

平成29年度第2回千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会
議事録（案）

1 日 時 平成30年1月15日（月）午後6時から午後7時30分

2 場 所 千葉県庁本庁舎5階大会議室

3 出席委員 山口部会長、土橋委員、小宮委員、野口委員、権平委員
坂下委員、篠原委員、小川委員、木村委員
欠席委員 眞鍋委員、滝口委員、宮坂委員

4 議題

- (1) 第3期千葉県がん対策推進計画について
- (2) その他

5 議事内容

議題（1）第3期千葉県がん対策推進計画について
【事務局より資料1、1-2に基づき説明】

○山口部会長

事務局から説明のあった資料の内容について、何か質問・意見等はあるか。

○坂下委員

緩和ケアの大きな柱に「地域緩和ケアの推進」という言葉を使っているが、「地域緩和ケア」という言葉は、「在宅緩和ケア」とのどういう違いを意識してこの言葉を選んだのか。

拠点病院等以外の病院で終末期を療養する患者は結構いるが、そういう患者は地域緩和ケアに入るのか。地域緩和ケアという言葉を使った意図を教えてください。

○事務局

国の計画では、「がんとの共生」の中に「社会連携に基づくがん対策・がん患者支援」が位置付けられ、その中に拠点病院と地域の連携、在宅緩和ケアが入っている。千葉県では、以前から「地域緩和ケア」という言葉を事業名でも使用しており、国に倣って「社会連携」という言葉より、「地域緩和ケア」の方が馴染みやすいと考えた。住み慣れた地域での地域連携、病院と関係機関との連携、在宅緩和ケアも含めて、従前から使っている「地域緩和ケア」という言葉を使用することにした。

○坂下委員

在宅緩和ケアだけではなく、連携ということも含めて、地域緩和ケアにしたという

ことか。地域緩和ケア支援事業の「地域」という言葉は、「緩和ケア」ではなく、「支援」にかかると思っていたので、悪くはないが新鮮である。

○事務局

終末期患者は、終末期を病院や有床診療所で過ごす場合がある。住み慣れた地域の有床診療所は地域緩和ケアに入ると思うが、病院は拠点病院に近いのではないか。ただし、病院の規模や機能によっても変わってくる。

○坂下委員

拠点病院等以外のことが抜け落ちてしまっていないか。

○事務局

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」における施策の方向性の中に、「県は緩和医療専門部会と連携し、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアを推進するため、調査を検討し、実態把握に取り組む」としている。拠点病院等以外の緩和ケアについては県の方でも実態を把握できていないというところから始まっているので、実態を把握してから、小項目①・②のどちらかというよりは、連携して進めていくという形になると思う。

○坂下委員

34年度までは、実態を把握して、拠点病院等以外の病院の推進は、あまり考えなくてもよいということか。

○事務局

そうではなく、平行して行うことになる。実態や課題を把握しながら、地域でカンファレンスを開いたり、研修会と一緒に取組んでいく。また、患者の転院を通して、地域の中で一般病院も含めて、どこでも緩和ケアが受けられる体制を作っていくことを進めていきたいと考えている。

○山口部会長

「地域緩和ケア」というのは、やはりフレッシュな言葉なのか。何か定義はあるのか。

○坂下委員

定義については、あまり聞いたことがない。地域緩和ケアネットワークとか、後に言葉が続くことが多い。

○山口部会長

後に言葉がつくことが多いと理解した。

○小川委員

「地域緩和ケア」という言葉は、悪くはないが、普通は「在宅」というのがセッティングとして使われる。「地域」が何を指しているのかももう少しイメージすることが大事かと思う。

坂下委員の指摘のように、地域の病院の話が書き方として薄いことが気になった。事務局は、拠点病院等以外の実態把握と同時並行で取組むとのことだが、終末期の看取りの話で「地域緩和ケア」という言葉を使うのであれば、亡くなっている方がどんな割合なのかを認識しておくことも大事である。

現状は、在宅14%、緩和ケア病棟10%くらい、拠点病院が看取りまで診ているのは2割程度、実は一番多い割合は、地域の一般病院である。拠点病院はがんの集中治療に特化していて、ある程度のがん治療を終えると、地域の療養型病棟とか一般病院に移る、そこで緩和ケアを受けつつ、地域の在宅医のところに移って在宅療養を送り、家で調子が悪くなれば一般病院に行きサポートを受けて戻る、そういう中に緩和ケア病棟も入っている。

緩和ケア病棟は地域連携を意識した診療報酬もついて、動きがあるが、一般病棟の方にはあまりない。一般病棟に移ったまま滞ってしまい、本来地域に戻れる人が戻れなかったり、かかりつけ医が困って緩和ケア病棟にお願いしたくても、緩和ケア病棟が十分ないため一般病院にお願いすることになり、そこで十分な緩和ケアが提供されず、困った事態になっているのではないかということが、地域の一番の問題として懸念されている。

もし、地域での終末期を意識した緩和ケアを充実させるとするのであれば、一般病院と地域とのことや、一般病院での緩和ケアの質の向上をもう少し強く打ち出していくことが求められるのではないかと思う。

併せて、地域緩和ケアに携わる医療・介護従事者の人材育成・連携強化のところは、国のがん対策推進基本計画を反映させて盛り込んできた言葉かと思うが、「拠点病院等は地域特性に配慮した研修会や地域カンファレンス等の開催を検討し、在宅緩和ケア充実診療所や在宅療養支援診療所、地域包括支援センター等を中心とした医療・介護の顔の見えるネットワークづくりを支援します。」と書かれており、今のイメージで地域のリソースを挙げたのだと思う。

国の基本計画にはあえて「病院」という言葉が一部入っている。例えば、国の基本計画 P54、現状・課題のところ、在宅療養支援診療所・病院・というように、「病院」を意識して入れており、クリニックだけではなく、病院を巻き込んだネットワークを作ることが必要だということが議論の中でも出ており、今後は病院を意識した形で検討いただくことが必要になる。

県の支援として、拠点病院等が一般病院を集めて地域で緩和ケアを話し合う場を作っていくことやそのお膳立てなど、拠点病院等だけでは声かけとかが弱く、集まりにくいので、行政の方から働きかけを組んでいただけると、具体的な施策になってくると思う。

○篠原委員

「地域緩和ケア」はフレッシュな気もするが、舌足らずな気がする。よく言われるのが、病院完結医療に対し、地域完結型医療という言葉がある。多分、地域完結型緩和ケアの意味合いで作られたと感じている。私達は郡部で医療をしているので、地域というと田舎という意味も想像するが、多分違うと感じた。「regional」という意味、つまり都市部も地域、田舎も地域であり、住み慣れた住まい、その周辺の地域で最後まで完結できるような仕組みを構築しようということで、その地域特性に合わせてということだと理解している。そうだとすると、もう少し地域完結型緩和ケアに根ざしたような数値目標を設定してほしい。このことは以前から発言しており、難しいとは思いますが、住まいでの死亡の割合とか、看取りをする在宅療養支援診療所数というのは、郡部では在宅療養支援診療所が増えるのは難しいし、在宅死も物理的に増加を期待するのは無理なところがある。どちらかということ、自宅で看取るのも大事だけれども、できるだけそれに近いところまで自宅で生活させたとか、その辺の評価が必要だと思う。やはり在宅死以外でがん患者がどこで亡くなっているかという調査に基づいて、ぎりぎりまでがんの治療施設のお世話にならずに過ごせたというのが、あったらよいと思う。例えば、在宅を一生懸命やっているのに、緩和ケア病棟の病床の利用率は増えてくる（亡くなる患者は増える）が、在院日数はどんどん狭まる。それだけ自宅にいる時間が長くなる。一人で頑張るって自宅での看取りを増やしてしまうような在宅の医師はいらっしゃらないが、総合力でそういう仕組みを作っていくということで、地域完結型緩和ケアを目指すのであれば、今後は数値目標を工夫してほしいと思う。

○山口部会長

たたき台を見せていただき、国の計画には載っていない「地域緩和ケア」という言葉を使ってきた時は、千葉県としての独自性を出したいのだと思った。

質問があったように、やはりイメージ、定義がわかりにくい。おそらく、篠原先生がおっしゃるような「regional」という意味で使われており、在宅も含め、拠点病院以外の一般病院も含めて使われているのだと思う。その辺のところを、きちっとした言葉に変えるか、このままで定義をするか、ご考慮いただきたい。

○事務局

いただいたご意見を参考に、検討させていただき、整理をしていきたい。

○土橋委員

緩和ケアといった時に、「がんと診断された時からの緩和ケア」と「終末期の緩和ケア」とは、言葉を整理して検討していくとよいと思う。特に、「がんと診断された時からの緩和ケア」に関しては、かかりつけの先生のところではがんが見つかる場合もあるし、治療が済んでからも、外来通院や、家族と共に通院されるなど、いろいろな形で通院されることがある。そういう中で、かかりつけ医がいろいろな相談にのるのは、普段からしばしばある。在宅医療を意識した終末期医療といったところに、「地域緩和ケア」が位置付けされている感じがする。言葉の整理をしながら検討してい

なければいけない。「がんと診断された時からの緩和ケア」と「終末期の緩和ケア」が一緒になってしまうと話がわかりづらくなる気がする。

○山口部会長

連続性のあるものでもあるので、ここからと分けるのは難しいとも思うが、土橋委員がおっしゃるように、担当する医療者も変わってくるため、ある程度の枠組みは必要だと思う。

○坂下委員

前計画では、終末期緩和ケアという言葉を使っていたが、今回はそれを地域緩和ケアという言葉に変えたらという意見だと思った。

○山口部会長

地域緩和ケアには、全部含むということか。それとも終末期のことだけか。

○土橋委員

終末期の緩和ケアの中に、在宅で亡くなることを意識したものと、病院やホスピスで亡くなるということもあろうかと思うので、そういったことに対し、「地域」という言葉が出てきたのではないかという気がしていた。

「地域緩和ケア」といった時には、住まいの場で人生の最終段階を迎える際、介護保険も含めて、かかりつけ医など様々な人たちがサポートしていかないと難しいという場面も多いので、そういうことを意識して書かれているのではないかと感じた。

一方、拠点病院やホスピスなどで、専門的な治療や緩和ケアを受けながら亡くなる場合もあるので、そのところを整理して、わかりやすくしていただければよいのかなと思う。

○山口部会長

「地域緩和ケア」というところの意見が多いようなので、もう一度整理していただくこととする。

○小川委員

基本計画の中で、いくつか緩和ケアの柱になるところがあり、地域の方の話もあるが、もう1つは緩和ケア研修会の体制が変わったことがある。緩和ケア研修会を改定する理由というのは、拠点病院以外の病院や、地域の医療従事者というところにも、同じように緩和ケアについて共通の知識と認識を進めて、緩和ケアがより提供できるようにということ意識して方向が変わってきていると思う。

一方、緩和ケア研修を10年やってきて、拠点病院の中で参加者を集めるということだったのでどうにかやってきたが、次に病院を超えて集めることになった時に、どうやって人を集めていくのかということが、プログラムの改定のところでも、検討会のところでもずっと議論されてきた。医療者は忙しいので、病院を超えては、なかなか

か来ないのではないかといわれており、参加者を集めるのに拠点病院は相当苦勞することになるだろうと思う。上手くやっているところに京都府があり、ここは、京都府が音頭を取って、研修や他の病院の従事者を集めることを組織的に動いてやっている。拠点病院が独自に必死に周りに声をかけるのではなく、系統立てて動くことの整理をしたり、手伝ってくれている。千葉県でも緩和ケア研修会の日程調整はあるが、今後は、地域の病院への声かけとか、地域の医師会との連携など、もう少し系統だって動かないと、拠点病院の負担がかなり大きくなるのかなと思った。

○山口部会長

拠点病院以外の病院で、研修会の実態等は、把握しているか。

○事務局

現在は受講時の所属を確認しており、受講者が拠点病院なのか、拠点病院以外なのかに分けて集計しているが、その後の所属の確認はしておらず、現時点での実態は把握できていない。

○山口部会長

実態把握から始めるということも必要なのかなと思う。

○篠原委員

緩和ケア研修会を5回実施したが、内3回は千葉県の緩和ケア研修会として千葉県の協力を得て山武の保健所や当院で実施し、最近の2回は地域がん診療病院として開催した。やはり、田舎の病院で研修医がいない中、必然的に集められる受講者は少なく、ファシリテーターの協力は得られたが、参加者を集めるのは相当大変だった。結果的に、参加者には、地域の調剤薬局の方から訪問看護ステーションの方まで、様々な職種の方が来てくださり、それはそれで少し変わった雰囲気良かったと思うが、今後は私達が苦勞したように、研修会を開催される企画者の方々が苦勞をしていくのかなと思う。

○山口部会長

そういうところも含めてまだ課題があるが、その辺を持ち帰って検討していただければと思う。

○木村委員

数値目標の、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数というところで、どうしても医師が中心になっていくのかとは思いますが、自分は在宅緩和ケアを訪問看護師としてやっており、やはり要となるのは、訪問看護師かなと思っている。希望としては、是非ここに、看取りをしている訪問看護ステーション或いは診療所と一緒にいる訪問看護事業所を把握していきたいと思うが、いかがか。

○事務局

社会資源調査の中で、訪問看護ステーションには全数調査をし、がん患者の対応について伺い、その結果を「千葉県がん情報 ちばがんナビ」に公表している。そういった中で、訪問看護ステーション等で看取りのできる事業所数を把握するということがよいか。

○木村委員

前計画（第1期計画）では24時間対応し、連携ができる訪問看護ステーションの事業所数の増加を目標に掲げていた。その結果数は増えている。訪問看護ステーションの質を評価するのは非常に難しいと思うが、やはり看取りをどの位しているのかは、在宅緩和ケアの1つの指標になると思っている。訪問看護師が提供する緩和ケアの質が良ければ、初回に医師が入り、死亡診断書を書いてもらうまで、医師が何度も緊急訪問をせず、看取れてしまう。そうすると、在宅療養支援診療所でなくても、一般の診療所の先生も、ここの訪問看護ステーション、ここの訪問看護師とだったら在宅緩和ケアをやっていけるのではないかと、長く診ていた患者ががんになっても、ここの訪問看護師とだったら24時間診てあげたいとか、そういう先生が増えるのではないかと。いわゆるかかりつけ医が看取りをしてみようかなと思うには、やはり訪問看護師が要かなと考える。そういった訪問看護ステーションを増やしていくのか、若しくはそこが大型になっていくのか、質を良くするのかというところが、人材育成にもつながっていくのではないかと思った。数値として目標にするのは難しいかもしれないが。

○事務局

数値目標ということでもなくとも、施策の方向性のところに書き込みができないのかということか。

数値目標にするには、いくつかハードルがありそうに感じている。数値目標についても検討しない訳ではないが、施策の方向性への書き込みができる、できないも含めて検討させていただくような形で考えさせていただくことでよろしいか。

○坂下委員

緩和ケア研修会について、現状と課題では、千葉県は医師以外の医療従事者に対しても受けることが前提としていきたいということだが、施策の方向性のところに、医師以外の受講についてはあまり書かれていない。数値目標のところをみると、医療従事者の研修終了者数が増加するとあり、医師以外の医療従事者に、この研修会を受けようことを推進するということが理解できるが、言葉として入っていないとよくわからないと思った。

○事務局

施策の方向性、緩和ケア研修の充実の2段落目のところに、「拠点病院等は、自施設のがん等の診療に携わる全ての医療従事者が緩和ケア研修の受講を修了すること

を目指すとともに、地域で連携している医療機関の医師・歯科医師をはじめとする医療従事者の受講状況の把握や、受講促進を通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組めます。」と記載し、医師以外の医療従事者について述べている。

○坂下委員

国の方針で、拠点病院は医師以外も受けるということになっているということの理解でよいか。

○事務局

そのとおり

○篠原委員

素晴らしい看護師がいると、在宅完結率が上がるというのは確かであるが、なぜ在宅完結率を高めているかという点、家族の支援、メンタルサポートがすごいと思う。緩和ケアの定義もそうだが、患者・家族とか、患者及び家族とか、患者と家族をひとくくりに支援をするような文言が多い。緩和ケア外来の初診で、患者と家族を目の前にして苦慮するのは、患者の思いと家族の思いの乖離である。患者は可能な限り家に居たいけれども家族に悪いから、ある程度のところになったら病院に行きたいという。家族も、患者のことは、何とかしてあげたいが、家で急に具合が悪くなったり、夜中も寝ないで騒がれたら疲れてしまうし、見る側も身体的な問題があったりして、そんなに頑張れないとか、様々な理由がある。

最近、プライマリーケアの方で、value based medicine というのが話題になっている。コンセンサスという言葉に対し、ディセンサスという言葉が使われている。これは、「合意できないことを同意する」ということである。患者と支える側の家族とは実は違う。患者が期待していることと、家族が提供できることとは食い違いがあり、思いにも差があって、患者の方は、家族にどこまでお願いできるのかということのある程度わからなければいけないし、家族の方も短期間だから患者のために頑張ろうとか歩み寄りをさせるような努力が必要。日本語でいうと、「折り合いをつける」ということ。優秀な訪問看護師は、その辺の折り合いをきちんとつけさせて面倒をみているのではないかと思う。「患者さんと御家族の間の合意できないことを同意させて一緒にやる」ということで、今までの文章は、だいたい患者・家族とひとくくりになっているが、実は患者と家族は違う。その辺のところを盛り込んでもらい、家族支援のところに重点を置いたりとか、そういう数値目標を作ると地域緩和ケアの方向性の1つになるのではないかと思う。

○山口部会長

非常に重要なことだが、どういうところに盛り込むか検討が必要か。

○事務局

計画や数値目標に関しては検討させていただきたい。患者と家族の思いの話とか、はっきりとは書きにくい部分もあるので、計画に盛り込むのが難しいこととか、この段階で数値目標とするのが難しいものは、例えば、中間評価の時に検討するとか、計画を踏まえて今後やっていく実際の施策を考えていく中で参考にしたいと考えている。

○山口部会長

歯科の方の項目についてはいかがか。

○小宮委員

地域緩和ケアに携わる医療・介護従事者の人材育成のところで、研修会のことが挙げられているが、本会では、がん患者の口腔ケアに関する研修会はだいぶ前から始めている。緩和ケアに関する会員への研修会もここ数年行っている。会員の受入れは紹介を待つばかりの状態であるが、一向に紹介がないのが現状である。計画の中では、研修会、人材育成がメインになっているが、もう少し連携のところを進めていただけるとありがたい。特に入院前、手術の入院前の口腔ケア、退院後の口腔ケア、そこから在宅に向かっていく時の歯科医師の関与について書いていただけるとありがたい。

○権平委員

地域というと、関係する専門職以外の住民も入ってくると思った。最近、日中独居の白血病の方を看ていたが、その地域は「見守り隊」を作り定期的に安否確認をしてくれたが、それが本人の意図とは方向性が違い、本人は静かに寝かせてほしいのに、声が聞こえるまで呼び続けるため、安静を妨害されるという、ずれが生じていた。今後、地域を生活の場としてみるのであれば、住民も巻き込んでいかなければならないが、ずれを調整する役割を訪問看護師が担っていかなければいけない事例があった。地域となると、専門職以外のことも視野に入れて考えてないといけないのかなと思った。

○野口委員

篠原委員がおっしゃった「患者（入居者）と家族の思いのずれ」というのは、施設にもある。思いのずれを調整できるかどうかは、生活相談員の力で決まる。生活相談員に力があると、思いのずれの調整ができ、折り合いが付けられる。介護職の研修も大事であるが、生活相談員の研修会もしていただけるとありがたい。

○事務局

千葉県の場合は、職種別の研修というより、地域緩和ケア支援事業の研修会に、多職種が参加することで、相互の役割理解、連携強化を促し、ネットワークづくりを推進している。どのようなところで紹介すれば、生活相談員も参加しやすくなるのかということを実施の中で考えていきたいと思っている。

○山口部会長

「地域」というのは いろいろな意味で重要な要素が入っているのがよくわかってきた。この辺の整理をするのは大変だが、次回までに、いただいた貴重な意見を参考にして、まとめられるところは、是非まとめていただければと思う。

地域には、独居の問題もある。2030 数年には、独居率が 40%になるという試算もあり、独居のがん患者に対する地域の住民の方々の支援がないとできないということもあるかもしれないので、その辺のところも考慮していただきたい。

○坂下委員

緩和ケア研修会の充実のところで、拠点病院等は、自施設のがん等の診療に携わる全ての医療従事者が緩和ケア研修の受講を修了することを目指すとなっているが、拠点病院の看護師等の医療スタッフ全員が、今開催している医師向けの緩和ケア研修の受講を目指すということによいか。

○事務局

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」の研修対象者のところで、がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師を対象とする、また、これらの医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の医療従事者も、参加することが望ましいとあり、院内の連携強化の上でも緩和ケアの普及が重要と考え、全ての医療従事者が受講を目指すとした。

○小川委員

国立がんセンター東病院を例にあげると、医師は 200 人位、看護師 500 人位、リハビリスタッフや栄養士など、全ての医療従事者の受講を目指すとなると、とても終わらない。一律に計画に書いてしまうと大変なニュアンスになってしまう。

○事務局

この部分のはがん診療連携協議会緩和医療専門部会とも連携し、再検討したいと思う。

○山口部会長

その辺を持ち帰っていただくことで、お願いしたい。

議題（2）その他

【事務局より資料 2、資料 3-1、資料 3-2、参考資料 2 に基づき説明】

○山口部会長

緩和ケアマニュアル、調査結果について何か意見や質問はあるか。

○小川委員

緩和ケアについてどうとらえているのかがよく出たのかなと思う。計画の中に、マ

マニュアル等を研修等で地域に広げていくということが出ているが、具体的に、どんな施設をターゲットにとか、どんなふうに進めるのかとか、現時点での案があれば教えてほしい。

○坂下委員

千葉県がんセンターは、地域緩和ケア支援事業の委託を受けている。3月にこのマニュアルに関する研修会を開催予定である。対象としては、アンケートでがん患者の看取りをしている、少しでも対応ができると回答している施設に案内をすることとしている。

○小川委員

ここでは、看取りが前面に出ているが、介護施設は、看取りではなくとも、がんの患者はこわいといって受け入れてくれないこともあり、その辺りの身構えてしまう姿勢がとれればよいと思っている。

○事務局

今回示した調査結果は、単純な集計であり、アンケートに書かれていた感想等は口頭で報告させていただいた。今後、調査結果を活かし、マニュアルの活用方法、在宅緩和ケアの普及に向けた取組等、施設の特長や課題を踏まえて検討していきたいと考えている。また、施設から具体的な相談ができる仕組み、がんへの抵抗感なども解消できるような方法等についても検討していきたいと思っている。

○小川委員

看取りだけでなく、可能な限り地域で居られるような形がなんとかできることは大事だと思うので、是非お願いしたい。

○山口部会長

そういう方向も大事かと思っている。実際はいかがか。

○土橋委員

がんと診断された時からの緩和ケアを同等に扱っていくことが重要だと思う。身体症状の緩和だけでなく、心理・社会的な問題、就労の問題等も含めて、がんの患者は社会的な問題が非常に多いと思う。そういう問題点をアセスメントして、それに対してどう応えていくかということが非常に重要かと思う。専門医の協力も必要であるし、かかりつけ医との連携も必要と思うし、産業医が関わる場合もある。そういったことを統括していったらよいと思う。

○山口部会長

全体を通して他に何かあるか。

○小川委員

緩和ケア研修会に関して、がん以外の話が入ってくると思う。その辺りは、県としてどのように進めていくのか。例えば、成人関係で心不全が具体的に出てくることになるが、心不全というのは、一般病院だとがんと比べてその次に入院されていて、死亡に至るといった例が多いといわれている。一般病院の医療従事者にとっては、がんと合わせてすることでニーズが高くなる、一つのキーになる場所かと思う。

一方でがん中心にやっていると心不全の話がどうしても難しい面がある。そこをファシリテーターの教育を含めて考えていかないといけない。おそらく、そういう課題を県・拠点病院が持つことになる。その辺りを次年度以降、検討していただくことが大事かと思う。

もう1つは、地域の定義のところ、地域とは何かというのが問題になっているが、心不全のことも含めると、おそらく、がんにおいても、「地域包括ケアにどういうふうにつなげるか」というのが現実的な話になってくると思う。いろいろな会合をたくさん作れないし、がんだけの組織を別に作るのも厳しいので、通常であれば地域包括ケアである程度動いている中に、がんの話に乗せていくというのが現実的な話になると思う。いわゆる在宅医療という話とがんの話とを並行して進めていけるようになれば、緩和ケアの話も地域連携の話もより現実的な姿になるのではないかと思う。県としてすり合わせとか、イメージをどのように考えているのか、教えていただきたい。

○事務局

地域連携や、心不全などのがん以外の疾病について、がん以外を担当する部署との連携など、まだ具体的に検討してはいないが、来年度以降考えていきたい。

○山口部会長

患者はがんだけではなく、全人的にという重要な指摘だったと思う。

○篠原委員

緩和ケア研修会は1日になると思うが、日程調整等はあるのか。

○藤里診療部長

日程調整については、どこかで調整をしないといけないと思っている。まだ旧指針でいくのか、新指針でいくのか、体制が決まっていない状況であるので、まずそこを決めてから考えていく。

○浜野副病院長

千葉県は、単位型をとっているため、各施設、個別の判断では移行できないというのが国の回答である。新指針に基づくものを4月からするのか、もう1年先に延ばして来年の4月からにするのか、その判断をこれからする形になる。今までは千葉県がん診療連携協議会緩和医療専門部会の中で、主にファシリテーターの確保の面から、日程調整を行ってきたが、最近はファシリテーターをされる人員も増えてきたので、

今年度からは日程調整は行っていない。

○山口部会長

他になれば、本日の議事は終了とする。

【議事終了】