

平成 25 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

○日時 平成 26 年 2 月 12 日（水）午後 6 時 30 分～午後 9 時 00 分

○場所 千葉県教育会館本館 203 会議室

- 議題 （1）緩和ケア分野の目標設定について
（2）今後の検討事項およびスケジュールについて
（3）その他

○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、権平委員、滝口委員、木下委員、篠原委員、山口委員、宮坂委員

<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。よろしくお願いたします。

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
- ・資料 1 から資料 3、参考資料 1 から 3
- ・千葉県がん対策推進計画（冊子）

はじめに、会議の開催にあたり健康づくり支援課長の鈴木より挨拶申し上げます。

○鈴木課長 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。開催に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。この緩和ケア推進部会につきましても、緩和ケアの現状や課題を踏まえ、今後の緩和ケア対策について検討するため設置し、昨年 11 月 13 日に第 1 回部会を開催したところです。前回の第 1 回部会では、「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」に関して委員の皆さまの共通理解を深めるとともに、これらについてたくさんの御意見をいただきました。本日の部会では、県内の在宅療養支援診療所および一般診療所等における看取り数調査の結果を報告し、緩和ケア分野の目標設定につい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、よろしくお願いたします。以上、簡単ですが、御挨拶とさせていただきます

○司会 次に、本日御出席いただいている委員の皆さまの御紹介はお手元の名簿をもってかえさせていただきますが、前回ご欠席で、今回ご出席いただいた委員を紹介させていただきます。千葉大学医学部附属病院臨床腫瘍部長滝口委員でございます。

○滝口委員 前は日程が合わず大変失礼いたしました。よろしくお願いいたします。

○司会 なお、千葉県がんセンター緩和医療科部長渡辺委員については所用のためご欠席とのことです。

眞鍋委員、権平委員については、間もなくご到着されると思います。

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。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 では緩和ケア推進部会議事を始めたいと思います。なるべく早めに終わるよう議事進行したいと思います。

緩和ケア分野の目標設定が今日の議題の一つとなっています。事務局ご説明ください。

○事務局 資料1から2に基づき説明

○部会長 事務局からの報告、在宅療養支援診療所及び在宅医療24時間対応の診療所432か所を対象に調査したところ、57.8%だったということで、現計画の目標設定を「がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所および一般診療所の割合」が57.8%を上回る、と設定したいという説明でした。

これについて、委員の皆さんの意見はいかがか。

次の3ページをみると住まいの場での死亡割合について経年ごとに上回るとなっている。この2つを目標とすることになる。

○土橋委員 調査対象は在宅療養支援診療所と一般の診療所と理解してよいか。また、一般の診療所はどのような診療所か。

○事務局 一般の診療所については、（ちば医療なびにおいて）24時間対応をしていると回答している診療所のことである。それが165か所あったということである。

○土橋委員 県医師会においても25年4月に県内の医療機関3800か所を対象に調査を実施、57%程度の回答率を得た。その中で在宅医療を行っている医療機関の数は、在宅療養支援診療所の届出をしていない一般診療所の割合が57%程度、一般診療所では60%であった。在宅療養支援診療所や強化型診療所に比べ、看取りの数は少ないが、一般診療所の占める

役割も大きいと考える。そこにも注目していただけるとありがたい。

○部会長 土橋委員、在宅療養支援診療所や 24 時間対応の診療所でない診療所でも看取りをしていて、そこに注目してほしいということだが、お考えがあれば聞かせてほしい。

○土橋委員 医療なびの調査の際に 24 時間対応にチェックを入れるというのは勇気のいること。かかりつけ医として、自分が診ていた患者が、がんになって在宅療養している場合には、個別に 24 時間対応しているようなところが多いと思う。医療なびに載せる情報となると一般公開される情報なので、不本意な依頼が来てしまうこともあり、このあたりは工夫が必要だと思われる。

○部会長 今回の県の調査と医師会の調査を付け合わせることもできるかと考えられるが、医師会の調査は一般に公開されるか？議論の材料として使えるか？教えてほしい。

○土橋委員 医師会調査は結果がまとまり冊子になっている。今後の参考にしていただきたい。

○部会長 他に御意見ありますか？

○木下委員 千葉県には地域格差があることがありひとまとめに考えていいのかということがひとつ。もうひとつは目標達成には戦略が必要だが県にどのような考えがあるのか聞きたい。

○事務局 地域での施策をどのように進めていくのかというご質問かと思うが、（県がん対策推進）計画に書かれているとおり、必ずこれを実施すれば解決するというものではないし、また（計画策定時に）その問題に対する解決策は見いだせなかった。今、ここで「この施策を進めればこの目標が達成できる」と申し上げられないが、今年、地域での緩和ケアの推進については、千葉県が指定するがん診療連携協力病院において、地域のリソースを使って緩和ケア推進にむけた取り組みを進めてくださいということで、研修事業をさんむ医療センターと日本医科大学千葉北総病院の 2 ヶ所に委託し実施している。今年度開始した事業なので、実績についてはまだご説明できないが、こうした取り組みが在宅療養支援診療所や一般診療所での看取りを増やすことにつながると考えている。

○木下委員 今、様々な法案が動いている。「医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」が成立しようとしていて、これができる県が医療のリソース確保に役割を果たすのと医療計画を立てていくことになるが、このあたりを踏まえて進められるといいと思うが、そういう議論はあるか？

○事務局 本法案については、私どもも注視しているところであるが、現在のところ厚生労働省のホームページ等で流れてくる情報だけで具体的な内容が見えてこない状況。県としても検討段階で、国からの情報に注視して検討したい。

○部会長 目標設定に関して、今のお話は重要だと思われる。

○滝口委員 すでに議論しているのかもしれないが、今回アンケート調査をして、173 か所からの回答を得てこの数字が出ているわけだが、今後の評価の際にはどうされるのか。毎回アンケート調査をするのか、調査の際は全施設から回答をいただくのか、そうでなければ目標項目の評価に違うファクターが入ってしまうことになると思うが。

○事務局 同様の調査を予定している。ただ、評価の際には同じ医療機関に調査ご回答いただきたいのだが、今回同様の回答率が得られるかは調査をしてみないと分からないが同様の調査をしたいと思っています。

○篠原委員 目標設定のところ、私どものところのような病院が出て行って看取りをしているところは県内では少ないのか。在宅看取りに関わる医療者を増やすという視点で考えれば、在宅療養支援診療所に中核診療所、病院で看取りをしているところもある。当院も20~30人弱の看取りをしているので、その数が入っていないのはなぜか？

診療報酬改定で、強化型訪問看護ステーション等も病院を中心に作られたりしている。私は山武保健所と一緒に地域の開業医たちとネットワークづくりをしているが郡部の医師は高齢化かつ偏在化していてとても看取りをする余裕がない。新しいシステムを作っていかなければならない。地域包括ケアの枠組みで介護と一緒にあって、郡部では病院がある程度引っ張っていかないといけない側面がある。在宅の看取りは訪問看護ステーションがカギ。元気で看取りのできる訪問看護ステーションがないと推進できない。そのあたりを考えると分母に加えてもいいのではないか。

○事務局 この項目が空白になった経緯について説明すると、計画策定時にいろいろなお意見があってこのようになっている。統計的に正しく提供できる数値は、資料2の3ページ目の市町村毎の自宅、在宅の死亡数や死亡率である。これをみれば、患者さんがどの地域で亡くなっているのか分かる。そのため、これまでこの数値を緩和ケアの評価指標として使ってきた。ただ、(計画策定時に)もっと具体的な指標はないか。補助指標ではないが、設定できないかというご意見があり、空白となっていた。いただいたご意見は次の評価の際に検討もしくは次期計画等の参考にさせていただきたい。

○篠原委員 千葉県は医療圏毎に実情が違うので、誰が(どういった医療者が)実際に在宅医療に関わっているのか、医療圏毎に設定できたら、次の段階かもしれないが、都市部と山武長生夷隅のような郡部と一緒に考えても上手くいかないのではないか。

○部会長 そのとおりだと思う。訪問看護ステーションが重要だという意見にも同感です。これは看護師が死亡診断できないということにも関連しますが、訪問看護ステーションの強化抜きには考えられない。こうした背景を踏まえ在宅での看取り、施設での看取りを考えなければならない。看護師がここにもっと踏み込めるかという議論については、また別の機会で議論したい。篠原委員、事務局が提示した現計画の目標については、了解でよろしいか。なにかご意見あるか。郡部と都市部を分けて考えていくことについては今後考えていくということよろしいですか。

○篠原委員 はい結構です。

○部会長 事務局として、さらに補足することはありますか。例えば、市原市については、おそらく実態を表していない。A医院での看取り数が入っていないと思われる。細かく見ると反映していない部分がある。

○事務局 確かに（A医院については）ご回答いただけなかった。ただ看取りの総数だけみると（資料2の3ページを参照）、24年の各市町村の自宅、在宅死亡数の6割近い数がアンケート回答数で得られている。今回、調査で回答してくださった医療機関は看取りの実績があり、意欲的に取り組んでいる医療機関と思われる。

○部会長 回答率40%だが、実情を反映しているということで、目標設定については事務局案で異論がないということとする。また後ほど、在宅死数や率のこともそうだが、具体的にどうやって目標を達成していくのかについてはあまり考えられていない部分であるので後で議論したい。

議論したいことはたくさんあるが、事務局から提示された議題について、先に説明をもらいたいと思う。次の議題について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 議題2について、資料3および参考資料3に基づき説明

○部会長 スケジュール表（3）のマニュアル作成については、今まで在宅緩和ケアプログラムをはじめとして、かなりのボリュームのある冊子が作られている。おそらくこのマニュアルはほとんど使われていないだろう。使われていないというのは私見だが、使っているのであれば、そのご意見もいただきたい。実際にみんなが使えるものという視点も必要だろう。そしてただ使いやすいというものではなく緩和ケアの理念がきちんとあって共有されていて、具体的な表現をしているマニュアル、そういう点の議論をお願いしたい。本部会の審議事項は大きく分けて3つ（3つ目は小かっこだが）。これに縛られない自由な議論をしていただきたい。前回の部会では皆さんの意見を伺い考え方を整理できた。考えていたことに大きな相違はなかった。あらためてがんと診断された時からの緩和ケアについてご意見を伺いたい。

ひとつ伺いたいのは、参考資料2 拠点病院の指定要件について。分かりやすく言うと、

縛りが非常に厳しくなった。これらの要件がきちんとクリアできれば緩和ケアは飛躍的に良くなると思う。ひとつずつ取り上げる時間はないが、これも見ながらご意見をいただきたい。

○木下委員　すでに設定済みの緩和ケア分野の目標項目設定についていろいろと事情が変わった部分もあり、変更してはどうかと思っていた。資料1の3ページのがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修の項目だが、新たに示されたがん診療連携拠点病院の研修実施体制の指定要件で、「施設に所属する初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年目までの全ての医師が当該研修を修了すること。」となった。これに合わせて、県計画も文言を変えた方がいいのではないかと思ったので。

○部会長　木下委員は具体的にどのようにしたらよいと。

○木下委員　「初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年目までの全ての医師が緩和ケア研修を修了すること」の部分で、県計画のがん診療に携わる医師の研修終了者数の増加、の部分に注意書きを入れたらどうか。この要件によって、拠点病院では2年～3年目の初期臨床研修医全てが研修を修了することになるわけですから。その説明はどこかに必要かと思う。

○滝口委員　ただ、拠点病院の指定要件については来年度までに整備、再来年度からは実数報告が各拠点病院の義務になるので、注意書きでよいのかどうか。木下委員の言われたように27年度から数字を出さざるを得ないと思われる。

（参考資料11 ページ、3（1）参照）特に初期研修医の数が多い拠点病院は対応に苦慮されると思われる。

○部会長　この「施設に所属する初期臨床研修2年目～」というのは具体的には拠点病院で初期臨床研修をする医師ということですか？

○滝口委員　そうです。初期臨床研修3年以内の人は全員受けていないといけないのでかなり厳しくなっている。初期臨床研修2年までは病院内をローテートしているのでいいが、卒後3～5年目に入ると、すでに病理部門や放射線科の診断部にいる方もいる。そういう人も受けなければいけないことになる。

○部会長　医師が臨床研修する病院全てががん拠点病院と言うわけではない。となると研修医によっては緩和ケア研修を受けなくてもよい人が出てくるということ。

○滝口委員　ただ、病院をたすき掛けして研修する人もいる。例えば千葉大の初期臨床研修医で1年目は千葉大で、2年目は千葉市立青葉病院で研修するというような人。そうする

と、青葉病院は拠点病院ではないが、千葉大研修医なので、その人は受けなければならない。もしくは、都内に研修に行っている人もいる。

○部会長 この県の現計画が承認されたのはいつか？

○事務局 平成 25 年 3 月から 5 カ年で策定。

○部会長 変更はできるのか。

○事務局 特に規定はないが、3 年目は中間評価を予定している。

○部会長 3 年目は修正が可能？来年度新しく項目を加える等修正できるか？

○滝口委員 今回新しくなったのは研修医の話。現計画の記載はがん診療医のことが記載されている。

○部会長 手続き可能かということと、現計画の変更が必要か伺いたい。

○滝口委員 私は必要ないと思う。初期臨床研修医の研修修了に関する項目を新しく追加するかどうかについては 26 年度中に決めればよい。実際に報告することになるのは（現況報告で）27 年度になると思われるので。

○部会長 中間評価の時期と重なりあうところですから、改めてそこで議論すればいいということか。

○木下委員 厚生労働省内で、がん対策は健康局、研修医は医政局が所管しておりそこを超えてこの記載に至ったというのはかなり力が入っている。真剣に考えないといけない。早めに注意喚起したほうがいい。実際、拠点病院は次年度からこれを実施しないといけない。

○滝口委員 26 年度はゼロです。という訳にはいかない。

○部会長 この場で結論出さなくてもいいということによろしいか。この件は滝口委員、木下委員以外は、切実感がないかもしれない。事務局も目標の追加等もあるとご承知置きを願いたい。他に御意見は。

○滝口委員 参考資料の指定要件のところ、診断時からの緩和ケアの提供体制について、参考資料 2 の 4 ページ⑤のイで、スクリーニングを行うこととなっている。ここで注意しないといけないのは、「院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること」となってい

る。ほとんどの病院でこうしたことはしてこなかったと思われる。がんセンターや大学病院など大規模の病院では多数の診療科に多数の医師がいて、緩和のスクリーニングとアセスメントに一貫した手法を使うというのは、かなり難しいこと。ただ、文書に書かれてあるだけならいいが、評価を迫られた時には形にして出さないといけないものであり懸念している。

- 部会長 スクリーニングには非常に大きな意味があるし、また一貫したスクリーニングというものが本当に必要なのかどうか議論していかなくてはならない。

参考資料 2 の 5 ページの vi に「緩和ケアに係る…苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行うこととある。」ここも今滝口委員が言われたことに関わってくると思われる。どういうスクリーニングをして、どういう結果になったのか。要件の一つ一つに対しどのように対応しているのか評価しなさいと書かれている。このところに関してはここでは議論しきれないが、「がんの診断時からの緩和ケア」に関してはそれを中心的に担うのが県がんセンターに設置された緩和ケアセンターだと思う。厚労省の課長が書かれた記事を読んだのだが、緩和ケアセンターが各拠点病院に整備された先には、「診断時からの緩和ケア」をしっかりとやるという位置づけになっているようだ。緩和ケアセンターの設置はかなり大きなこと。緩和ケアセンターの設置について話を移したい。この部会の審議事項にも「緩和ケア提供体制整備について」、緩和ケアセンター設置の実際と課題を検討し具体策の検討、と書かれていて、県がんセンターに緩和ケアセンターが設置されることになっていて、準備を進めており、設置はすでにされたのか。

- 事務局 26 年 2 月に病院局の組織のひとつとして位置付けられたと聞いている。組織としては出来上がったとのこと。まだ稼働して実績を出すところまでは行っていない。

- 部会長 緩和ケアセンターが出来たということはこの部会が緩和ケアセンターとどうコミットしていくか。一つは大きなモデルになって、各地域の拠点となって緩和ケアを波及していく位置づけにあると思う。現計画に「緩和ケアの提供者の第一はがん治療医」で中心になるべきで、少なくとも関わるべきであると書かれている。前回の部会で県がんセンターの渡辺委員からは必ずしも治療医が関わるわけではないというお話で、国立がんセンター東病院の木下委員のところでは治療医が関わるようにしているというお話だった。このことについて木下委員、その後の取り組みで進んだ点などはあるか。

- 木下委員 基本的に治療医が中心。ただし治療医と議論をしないといけない。「早期からの緩和ケア」については、治療医がすでにやっていることを今さらなぜ専門医が介入しなければならないのか整理しなければならない。先日も他施設のカンファレンスに参加してこういったことを提示したが、特に問題となるのはコミュニケーションのことで、治療医はコミュニケーションしているというが、それをモニタリングする必要がある。それは治療医ではなく、看護師や緩和ケアの専門家など他者がモニタリングしたほうがより正確に患

者の認識を把握することができるという議論を当院ではしている。実際、呼吸器内科では全数、抗がん剤治療を始める患者には看護師が必ず関わるということをしている。次年度は他の診療科にも広げていくつもりだが全数は難しいので、「こういった人」という条件を検討中。

○部会長 その関わる看護師は緩和チームの看護師か？

○木下委員 緩和ケアチームの看護師はパンクしているのでフリーに動ける看護師が実施。退院調整を兼ねている部分もあり、外来で自由に動ける看護師が実施している。実際、都道府県の緩和ケアセンターのスタッフをみても、看護師はジェネラルマネージャーの他に認定または専門看護師が2名以上必要となっている。それ以外にもITを使って患者をモニタリングするということもやっている。

○部会長 県がんセンターの緩和ケアセンターについて、この部会の立ち位置はどうあるべきと考えるか？

○木下委員 サポートケアは自分がトップではない。私は専門的に支援する立場。おそらく治療医がトップに立つ。おそらく当院では副院長がトップになっている。そこに緩和ケアの専門医が関わるのが大事で、プログラムをいろいろ考えたりするのは私たちだが、トップダウンでないと動かないので治療医中心の組織を作る、そういう体制が大事。

○部会長 看護師の役割非常に大きい。県がんセンター含めてご意見はあるか。

○山口委員 拠点病院の新要件をみて大変なことだなと思う。スクリーニングについても、「緩和ケア」という言葉を使うことすらためらいがあるような現実で、緩和ケアは特別ではないという説明をしている状態。ずれがある。当院で検討しているのは、一般の医療者が手に取りやすいアセスメントツールの整備を進めている。緩和ケア研修を受ける研修医のニーズを把握して、この数年間反映していくか検討しています。

○部会長 事務局に確認したい。県がんセンターが出来、モデルになると理解している。事務局としては何を期待して県がんセンターに緩和ケアセンターを設置する予算を確保したのか。

○事務局 今年度、国の補助金で緩和ケアセンターの設置を認められたのは都道府県がん診療連携拠点病院である県がんセンターのみ。来年度はその範囲をがん診療連携拠点病院全てに補助金を認める見込み。一方で今回の新指定要件として設置を必須要件にしているのは都道府県がん拠点連携拠点病院のみである。そもそも緩和ケアセンターに求められる機能については、緩和ケアチーム、外来だけでなく、地域の連携支援として退院調整や地域

の在宅医との連携や、バックベッドの確保等があるが、県がんセンターではすでに緩和ケア病棟のスタッフが中心となってこうした取り組みを進めており、改めて構築しなければならない機能というのはそれほど多くない。大きく違うのは、木下委員が言われたように、治療医がどの程度関わるのかという部分である。今後の県がんの緩和ケアセンターの取り組みについて、注視していきたい。厚労省の検討会等で検討していた緩和ケアセンターに必要な機能は、治療医が関わることを前提とした診断時からの緩和ケアの充実だと理解している。

○部会長 県がんセンターの緩和ケアセンターは指定要件の縛りがあるが、他の拠点病院に設置される場合、それはその拠点病院がどうするか決めることであるということか。

○事務局 拠点病院機能強化事業費という補助金の中で設置するということ。

○部会長 県がんセンターの緩和ケアセンターが一つのモデルになると理解していたが必ずしもそうではないようだ。あらためて診断時からの緩和ケアについて、滝口委員、前回ご出席されなかったのですが何かあればご意見願いたい。

○滝口委員 千葉大附属病院では先日緩和ケアセンター設置が承認された。内容を詰めていくことになる。以前から各病棟と外来にリンクナースがいて、各診療科にもリンクドクターがいる。リンクナースは機能しているが、診療科によっては、リンクドクターは機能していない。このあたりを充実させて各病棟と診療科において基本的な緩和ケアを提供し、対応できないところを緩和ケア病棟や緩和ケア外来の専門的スタッフから指導してもらおうという形になるかと思う。責任者もまだ決まっていないが、病院長あるいは副病院長で話は進んでいる。どこまでやれるのか分からないが他施設からの紹介を受ける、相談を受けるポンチ絵にはなっている。

○部会長 リンクナース、リンクドクターは緩和ケアセンターの所属か？

○滝口委員 専任ではないが、センターがあって各部署、各診療科、各病棟とを結ぶ役割。

○部会長 コーディネーターとは違うのか？

○滝口委員 スクリーニング方法が確立したとするなら、病棟内でのスクリーニングはリンクナースがして、診療科でのスクリーニングはリンクドクターがして、必要に応じて、緩和ケアセンターの関与を依頼するという形になると思う。

○木下委員 私が思っていることは国や皆さんが思っていることと少し違うことだと思う。なにかあって困ったら専門家に頼る、ということだと思うが、私が思っているのは、もう

ちょっとおせっかいを焼くというか。患者は何が問題になっているのか気が付いていないことが多い。例えば CGA（高齢者総合的機能評価）のような、包括的に評価してこういう人は今後こういう問題が生じてくるから前持って関わりこういう支援をする、いわゆるコンサルテーションモデルとは違う。なかなか理解されないが、緩和ケアチームへの依頼が少ないというのが国でも議論されていて、緩和ケアセンターでピックアップして、専門家につなげようというような話し合いをしているが、私が考えているのは高齢者のケアマネージャーのようなもの。

○山口委員 教えていただきたいが、緩和ケアセンター構想では看護師がジェネラルマネージャーとしての権限を与えられるような文言があるが、コンサルテーションと違って、こちらから積極的に大丈夫か確認しに行き必要などところを探していく、相手（主治医）が希望する、しないに関わらず、「ここはこうしましょう」と対策を立てていくようなイメージなのでしょうか。ジェネラルマネージャーに期待される役割をお聞きしたい。

○木下委員 先ほどリンクナースの話があったが、例えばリンクナースが患者を拾い上げ、緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに連絡し、ジェネラルマネージャーを通じて、緩和ケアチームが動くような。緩和ケアチームへの依頼もこれまでとは書き方が違っていて看護師からも依頼できるようにしなさいと書かれている。こういう部分を担うのではないか。リンクナースが拾い上げた患者の情報が、ジェネラルマネージャーを通じて緩和ケアチームが届くという。そんなイメージ。

○山口委員 それだと今やっていることと変わらないような気もするが、実際はナースの依頼だけでなく、主治医の了解を得てチームに依頼が来るが…こうした対応を外来にも広げるといふことか？

○木下委員 きっとそうだと思う。看護師が緩和ケアチームの介入を必要だと思っても主治医がそう思わないケースも多い。緩和ケアチームのアクセスが悪いという話でできた構想なので、すでにやっているという病院にとっては新しくイメージはないかもしれない。それから専門看護師、認定看護師が病棟で働いていて専門的な仕事に関われない、働いていないと言う人もいて、きちんと位置づけをするためにこういう部門を作るのでは。勝手な私の理解だが、そう考えている。

○篠原委員 日々、緩和医療を提供していて、今一番困っていることと、緩和ケアセンターのようなものが拠点病院にできて期待することを述べたい。私は消化器外科医でもあるが、治療医として経験してきたことは、自分が消化器外科医として医療を提供してきた人にはかなり詳しく、疾患について予後予測を話すことができる一方で、拠点病院のない山武長生夷隅地域では県がんセンターや千葉大附属病院から患者さんが紹介されてくる。院内であればリンクナースやリンクドクターがいて、ちょっと心配なら出かけて行って様子を見

ることもできるが、一旦、紹介状を持って、（専門外の）後頸頭部がんの患者さんが緩和ケア外来にやってくると、疾患の特性にはばらつきが激しい。前立腺がんでも90歳まで元気な方もいれば、肝臓がんで予後が非常に厳しい短い時間しかない方もいる。我々が緩和ケアセンターに求めることは、正直言って、難しい神経疼痛へのアドバイスではなく（そのあたりは自分で勉強もできる。）元々の基礎疾患からくる治療後の予後予測、どういった急変が起こりうるのかの見通しと、治療医から私たち緩和ケア医に紹介される時、患者や家族にほとんど説明されておらず私たちが予測して対応している。治療医がぎりぎりまで治療してきた専門の治療医だからこそ分かる、治療を終えた後亡くなるまでの間に起こりうることを、緩和ケアセンターの中で専門的知識をもって困った時にアドバイスもらえれば、そういう緩和ケアセンターであれば有意義だと思う。

○部会長　ここで議論を整理したいと思う。今、篠原委員が言われたことは、がん治療医が終末期緩和ケアに関わらないといけないということ。そうしないと終末期の緩和ケアを始められないということだと思う。「がんと診断された時からの緩和ケア」の不足部分をきちんとやるという、つまりはがん治療をきちんとやるということにつながる。「がんと診断された時からの緩和ケア」の概念を共有して、サポर्टィブケアと終末期緩和ケアの議論が混在して話が展開しない傾向にある。そこをこの部会の中で「がんと診断された時からの緩和ケア」についての概念を明確にして共有したい。このあたりについて意見があればお願いしたい。終末期緩和ケアを提供する際にこうしていたからこういう緩和ケアが提供できたとか、建設的な意見があればお願いしたい。なければこの問題はまた整理していきたい。

○木下委員　なければ私からよろしいか。今後どうなるのか、オーバービューが見えるか。国が言っているのは症状ありき。症状ありきコンサルテーション。治療医が担うのは大変。全体を評価してかかりつけ医との共同を目指すべきだと思う。今篠原委員がおっしゃったことを千葉県がしてくれるといいですよ。

○部会長　厚労省は、がん疼痛に対して、モルヒネ使用量が少ないとの言葉が続く。今回の指定要件には全人的ケアという文言があって、少しニュアンスが変わっているが。

私の診療所に初めて来る患者と会った時、今までのがん治療に納得していない、何をされたか、わからない患者さんが多い。がん治療医が話していないわけではなく、患者さんにはきちんと話しているが、それを患者さんは冷静に聞く心理状態にない。そこへの配慮がない。今までのがん治療を整理してからでないと次へ進めない。そこが診断がついてからの緩和ケアの軸なのだと思う。

補足はありますか？

ないようでしたら、改めてこの問題を整理する必要があると思う。

次の拠点病院を中心とする緩和ケア体制の推進について

人材育成については、初期研修のことが言われて、「研修会の充実」と掲げるということは別の言い方をすると充実していない部分があるとの理解でいいか？

- 滝口委員 絶対的に開催回数が少ない。開催にあたって、講師の資格とか厳しく、年に1回しか開けない。そのため、受講者が増えた時にどれだけ対応できるか。講師の資格者の要件をもう少し、ハードルを下げていただけないか。人材育成は専門的な緩和ケアを育成することを考えると、現状では難しい。全国で40数人の指導できる人を400人規模にしないと、若い人への研修もままならないという気がする。年1回なので日程が合わないことがあります。
- 部会長 今回の研修会の定員は満たしているか。
- 事務局 割れている。拠点病院の指定要件になっているので、14の拠点病院は開催する必要がある。年間を通じて毎月、県内のいずれかの拠点病院において研修会が開催されるよう調整している。
- 木下委員 現状は定員割れしているが、千葉県は受けやすい方だと思う。講師の問題は質を担保するために資格は必要。講師が足りなくて困っているという話はあるのか。むしろ、受けないといけない人がかなりいるが、受けていないのが現状だと思う。
- 部会長 平たく言うと受けない人が多いということか。
- 事務局 回数を増やせば、受ける人は増えるかもしれない。そうすると、講師が足りなくなるかもしれないが、年に1回の開催状況なら、調整が難しいとはきいていない。
- 滝口委員 回数増えれば、定員割れは増えると思う。しかし、絶対数は増えると思う。効率は悪くなるが、受講者の数は増える。どこまで贅沢にするか。
- 部会長 緩和ケアを専任でしたいという医師は増えているか。
- 滝口委員 他施設は分からないが、千葉大では2人いて、そのあとは途切れている。
- 部会長 緩和ケアに関心があって、そこにかかりたいという患者さんは増えている印象はあるが、なかなかそこに就きたいという、一歩踏み出す医師がいない。
- 木下委員 なかなか辿り着けない。若い人と話していて、なりたいと言う人はいるけれど、コース（先）が見えない。人材育成は難しく、声をかけない限り来ない。誰かがリーダーシップを発揮しないと、増えていかない。また、研修も一つの施設だけで研修を完了する

のは難しい。

○部会長 これだけ緩和ケアのウェイトが増えている感触はあるけれど、人材不足はかなり深刻だと思う。私はとくに看護師が大変かな、と思っている。病院の機能が高度化するに従って、在野の看護師を病院にということもある。そのあたりも、もっと分析する必要があると思う。

○権平委員 緩和ケアの認定看護師認定のための研修場所が少しずつ増えているが、まだまだ少ない。研修募集も1回に20人くらいで、ほとんどが病院関係の看護師。研修終了後緩和ケア認定看護師が働くのも病院が多くて、訪問看護ステーションでも少しずつ働いている人は増えているが、千葉はこれもまた少ない。

○部会長 なぜ増えないのか？

○権平委員 なぜでしょうか。

○土橋委員 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、それぞれに人材育成が必要と書かれているが、がんと診断された時からの緩和ケアと終末期と、育成の対象とか、内容違うと思うが、このあたりどう考えたらいいか。かかりつけ医として、診断後関わることが多くて、痛みのコントロールというより様々な相談にのることが多くなってくる。そういったところに重点を置いた人材育成も重要になってくるかと思う。終末期の緩和ケアの研修プログラムというと、痛みのコントロールが中心ということになるが、そのあたりはどうか教えていただきたい。

○部会長 終末期の緩和ケアを在宅でやっている立場からすると、土橋先生がおっしゃったような相談役というのは、診断された時からの緩和ケアにおける我々の一つの役割なのだろうと思う。訪問看護師は訪問するだけでなく、ご家族の相談にのるというのも役割だと思う。病院がどんなにまじめに説明したとしても心理的に不穏な状態の時というのは、耳に入っていない。そういうものを補うというのは地域、現場の一つの役割だと思う。

○土橋委員 かかりつけ医の役割が明確になるとありがたい。

○木下委員 もうひとつお願いしたいのは、高齢者で見た目元気で治療にのらない。そういう人たちがだれが診ていくかという地域先生にお願いしたい。病院と共同での実施で、地域のお医者さんには週に1度、病院は1か月か2か月診る。そんなシステムを、千葉県で考えないと高齢者を一人の医師で外来フォローしている人が増えている。がんはがんセンターといわず、放射線治療などによる痛みのコントロール治療は医師会と組めればと思う。

○土橋委員 慢性疾患を10年20年、ずっと見ていくと必ずどこかでがんになる。専門の医師に相談しながら、かかりつけ医が診ていければいいと思う。

○部会長 この問題も非常に重要だと思う。資料2、P2を診てもらいたい。施設が増えている。この問題も重要で、終末期に限らず、高齢者ががんというだけで高齢者が行く場所がない。そういう人たちを一貫して見ていく、その過程で在宅や施設で穏やかに最期を迎える。高齢者はがんというだけで、厳しいつらさや悩みで無念に過ごす人たちが少なくない。神経過敏な扱いを受け「がん患者」になってしまう。このあたりも議論をしていきたいし、医師会の役割も大きいと思う。

少し、終末期の話に差し掛かりながら、がんを診断された時の議論ができたと思う。

それでは、終末期の話に行きたい。

先ほどの実態調査への御意見があれば、資料1です。いくつか問題はある。表をみていただくと明らかに都市部と郡部は違う。深刻になるのは都市部の問題で、都市部と郡部を同じ土俵で議論していいのか。先ほど数値目標が設定されたが、それに対して、方向性についてご意見を頂ければと思う。

○権平委員 ずれているかもしれないが、亡くなる時、往診医がいないことがある。旅行していたり、出かけていたりする。いざ亡くなる時に、がんセンターや緩和ケアセンターなど、大きい病院の先生が在宅での死亡診断だけでもしてくれれば現場ではいいなと思うし、在宅での看取りが増えていくのではないかな。そういう支援があるといいと思う。

○部会長 先ほどの篠原先生の話と重なりますよね。さんむではそういうことを実際にやられている。

○篠原委員 私自身は病院で働きながら、在宅緩和ケアをしている立場で、先ほど、都市と郡部の話が出たが、実は都市部も郡部も高齢化したがん患者がいて、抱えている問題は経済的な問題と様々な慢性疾患を抱えていること、あとは認知症を抱えていることで、同じだと思う。けれど、何が違うかという、言いたくはないが都市部と郡部の違いは効率性の違いだと思う。これは行政のサービスも同じで、都市部はコンパクトで経済的効率がいい。郡部で効率性をある程度担保しながら緩和ケアを勧めていくのは、どうしたらいいのか、地域特性から考えなければいけない。具体的には貧困高齢層に対して御自宅ではなく、病院の近くの中間的な施設を郡部では充実させていかざるを得ないと思う。都市部では診療所や訪問看護ステーションを機能的に働かせていく方法ですることになると思う。東になって住んでいるか、広域的に住んでいるかでコストがものすごく違う。それをある程度バリエーションを持って対応していかないと経済的には、難しいと思う。

○宮坂委員 先ほどの死亡診断について。私も医療者ではないのでよくわからないが、柏市

の場合は主治医・副主治医制度をとって、5人の主治医に1人の副主治医で組んでいる。副の先生はすべての患者のところへいくわけではないが、お互いiPadなどで連絡を取れるようになっていて、主治医の先生がダメな場合は副の先生が行くというモデルをしていると聞いたが、木下委員、どうでしょうか。

○木下委員 都市部と郡部では違いがあって、都市部は診療所が多いので強化型でやっていたら、基本的に先ほどの問題は、解決できるのではないかと思う。郡部は病院と地域がより一体になってやっていないと難しいのではないか。

○部会長 診断書の問題は、診療所の中で対応するのか、病院がそこに入るのか、その両方か、が考えられると思う。議論の余地はあるが、柏ではすでに取り組みが始まっている。国がん東は考えなければならない。他の拠点病院も始めてくれるのを願って、一方、診療所を主体に考えたときに、医師会はどうか。

○土橋委員 基本的には在宅療養支援診療所が中心になって、そこに一般のかかりつけ医が連携するのがいいのではないか。今以上に在宅療養支援診療所のハードルを高くして、機能を充実させてかかりつけ医をフォローする形をとれたらいい。匝瑳市医師会では地域で当番医制を取っており、当直で1週間ごとに待機し在宅での看取りがスムーズにしている。

○部会長 主治医、副主治医制は長崎方式と言われているが、今土橋委員が言われたように比較的小さな地域では現実的だが、知っている医師同士であればうまくいくが、そうでない場合、長崎をみても一般化するにはうまくいかないというような話を聞く。実際のところは分からないが。それと、在宅療養支援診療所について考えていくことも重要だと思う。

○土橋委員 長崎の場合は、主治医、副主治医ともに全てが在宅療養支援診療所の届けを出しているところが連携している。匝瑳市の場合も同じで当直医は全て在宅療養支援診療所が当番医になっている。都市部になると様々な医師が混在している。まとまらない部分もあるが、特に強化型の在宅療養支援診療所については、ハードルが高くなるかも知れないが、かかりつけ医と連携して、その患者は必ず診るという体制ができれば診療報酬も十分生きてくると思う。

○木下委員 法律的なことをいうと、もし在宅で土橋委員の患者を私が看取ったとして、私が継続的にその患者を診察していなければ死亡診断書ではなく、死体検案書になってしまう。

○部会長 その問題はある。24時間以内にその患者を診察していれば、実際にその場に行かなくても死亡診断書を書けることになっている。そうでない場合は診に行かなければなら

ないし、それは普段から診察している人に限定されている。もう一つの問題は、診に行ったとして、患者の診察をどのくらい前までしていれば書けるのか、1年前の患者だったら普段診ていると言えるのか、明確ではない。それぞれの医師の良識に任されている。一度も診ていないとなると、同じ組織（病院内など）であれば許容できるがそうでない場合、制度的に整えて社会的に認知されないと堂々とは言えない。ただ、現場の状況は深刻だし、ずっと自宅で療養していたのに、最期に警察が入るとなるとこれまでの積み重ねが全て台無しになってしまう。家族のグリーフケアを考えると深刻な問題。この議論も続けて行きたい。

この問題含めて、地域でのネットワークや、在宅緩和ケアを担う人材育成などのご意見を伺いたい。

○篠原委員 在宅医療はがんだけに特化して人材育成するのは厳しいのではないかと。高齢者含めて地域包括ケアの側面からも深く探って人材育成していくほうが効率的なのではないか。

○部会長 先ほど篠原委員が都市部と郡部という言い方をされたがその通りだと思う。地縁があるところには最初から（医師と患者に）信頼感、安心感がある。都市部は全くそういうのがなく、しかも病院に入院させてもらえないからやむを得ず自宅療養しているという人もいる。こうした中で患者を診ているのがんと非がんでは違う。この都市部と郡部の違いと、がんと非がんの違いというのは大きな問題。そこをどう統合した方向性を示していくかが重要。この部分は土橋委員が言われた、かかりつけ医、在宅療養支援診療所がキーワードでここを発展させた議論が必要。

○篠原委員 先ほど連携のところで触れたが、がん診療連携協力病院はまさに、パスを使って早期からかかりつけ医と連携して動いている。比較的予後が長くて、高齢者のがん。例えば前立腺がんは経過がゆっくりで骨転移などの患者さんはかかりつけ医で診てもらおうとよい。定期的に専門的な検査のためにがん診療連携拠点病院を受診して、その結果をかかりつけ医にフィードバックすればいいのでは。

○部会長 機能的にはそのとおりだと思う。がんの終末期の問題は今篠原委員が言われた前立腺がんの患者は経過が長いため、自身の病状を受け止める時間があって問題点は少ない。それでも最期の2週間は患者自身の想像を超えた変化があってそのことが耐えられない。これが在宅死率の上がる理由だと思う。千葉県では順調に在宅死率を増やしてきた。それでも全体でも10%~10数%。逆に言えば8~9割の人が自宅という選択が出来ない。ここをどうするか現実的な問題だが、今までしっかりと議論できていないと思う。

もう一つ、パスについては、がん診療連携協議会の中で議論されているが、インディペンデントな組織で外とのつながりが少ない。この辺り、議論を広げてご意見を伺いたい。

- 木下委員 提案がある。千葉県、郡部と都市部という話題がでたが、2次医療圏内に複数のがん診療連携拠点病院を持つ地域がある。拠点病院がその地域の在宅のリソースを把握することが義務付けられたわけですが、同じ地域のリソースをそれぞれの拠点病院が重複して把握していくことになる。そこで協議会のようなものが2次医療圏内に必要なのではないか。その協議会には必ず在宅側と拠点病院側が話し合う場を持つことにするというのはいかがでしょうか。例えば、私（国立がん研究センター東病院）のところで言うと、2次医療圏内に松戸市立病院と東京慈恵会柏病院があるが、3者それぞれが地域の医師会と話し合いをするのではなく、一緒に話し合う場を設けるのは県として可能なのか。私の地域ではこれから緩和ケア病棟が増えるので、その部分だけでも協議会を作らないといけないと思っている。県が2次医療圏に協議会を作ってもいいと言っただけだとありがたい。市と市を調整するのはとても大変。県が2次医療圏ごとに作ると言ってもらえないかと。
- 土橋委員 木下委員のおっしゃることはよく分かるのですが、2次医療圏ごとになにかをやるというのは何をやってもとても難しい。やはり市町村レベルか地区医師会ごとの連携、23地区医師会があるが、そういう単位が動きやすい。予防接種にしろ、がん検診にしろ、市町村にはそうした実績がある。2次医療圏に比べ数は多くなるがこうした中で話をするしかないというのが現実。
- 木下委員 拠点病院の指定要件に各地域のリソース把握というのが条件に上がっているが、拠点病院ごとにやるというのは各拠点病院ごとにリソースが重複するので大変。もしくは、拠点病院がある程度まとまって動けないか。
- 部会長 木下委員の言われたことを考えると、例えば、各地区医師会と拠点病院が別々に協力しあうのではなく、拠点病院がある程度まとまって、各地区医師会と協力連携したいと言う要望を（医師会に）出すことは可能ですか。
- 土橋委員 それは可能だと思う。医療圏にある地区医師会が全て集まって一つの拠点病院に協力するというのは難しいと思うので。
- 部会長 こうした出来ること出来ないことを明確にして、先ほど木下委員の言われた2次医療圏は協力しないとダメだという方向性が大事。
- 滝口委員 これは全県対応ではだめなのか。国立がんセンター東も県がんセンターも、千葉大も同じだと思うが、千葉市の患者だけを診ているわけではない。船橋市や安房地域や野田や茨城からも来ている。2次医療圏でまとまっても結局同じことなので、全県対応でやらないとこの辺は把握できない。
- 木下委員 私は顔の見える関係でないと連携は取れないと思う。例えば私たち（国立がん

センター東)が柏市内の在宅リソースを把握している濃度と、千葉大が把握している柏市内の在宅リソースの濃度を比較すると私たち(国立がんセンター東)の方が濃いですね。それを県に集約してもらいたい。

○部会長 全県的に拠点病院と地域の病院、医療機関の連携をこうしていくのがいいと言う議論をして集約していくというのが一つの方法だと思う。拠点病院の要件を踏まえてこの議論をしていくのが大事だと思う。

○滝口委員 そう思う。以前に、県にお願いしたことがあったような気がしているのだが、県内で在宅をやる施設を、県もしくは県医師会が把握してリストを作っていただくとか、そうしていただくと助かる。

○木下委員 それに関しては、千葉大から柏市内の在宅リソースを把握したい時は県に聞くよりも、うちの病院(国立がんセンター東)に聞いてもらうほうがより適切な情報を提供できる。提供できるしくみがあるといい。

○部会長 それは国立がんセンター東病院にあるという理解でいいですか？

○木下委員 柏市内だったら当然うちがよく知っているのですが、例えば柏市内で緩和の専門医を探すのであれば、千葉大の緩和の先生から私に相談いただければより適切な情報を提供できる。

○滝口委員 それは素晴らしいことだと思うが、実際は地域医療連携室などがこうした部分を担っている。そこにはこうしたコミュニケーションがあるのか。

○木下委員 そこがあるところとないところがある。照会されていざというときはうちの緩和ケア病棟を紹介されているが、その紹介先診療所ではこの状態の患者は診れないのではないかと思われるところが紹介されていたりする。

○滝口委員 今(木下委員が)当たり前のことをおっしゃったような気がするのだが、これが目からウロコで、例えば、船橋市の患者さんが(紹介先の診療所に)行って、診療所がたまたま良かったため(今後も紹介したいので)「パンフレット5部送ってください」なんてことをやっているが、船橋市の拠点病院である船橋市立医療センターの地域医療連携室に電話すればよい。そういうことがシステムチックにできたらいい。

○部会長 非常に具体的な方向性が出されたと思う。これからこういう問題をさらに煮詰めていって緩和ケアの提供体制整備につなげたい。

○木下委員 この部会ではそこまでの話は出来ないと思うので、がん診療連携協議会との連携を図ることが重要。

○部会長 緩和ケアに関わる分野においてがん診療連携協議会との連携は非常に重要。私は肺がんのパス部会の委員だが、そのパスはほとんど機能していない。ただ、そこ（拠点病院と地域の診療所等）が協力できると、診断時からの緩和ケアに繋がってくる話で、今日ここで議論されたことについて違った景色が見えてくる可能性がある。こうした意味においても緩和ケアに関わる部分についてがん診療連携協議会との連携を密にして、情報共有し、さらには全体のがん医療の中での緩和ケアについて連携協議会の中で関わっていくことが重要で、ぜひこの議論はさらに深めていきたい。

ここで、今までの議論をじっとお聞きになっていた委員の方々にもご意見をいただきたい。栗原委員いかがか。

○栗原委員 難しい議論を聞かせていただきました。確認したい点がある。がんと診断された時からの緩和ケア、終末期からの緩和ケアのところで、いわゆる緩和ケアを担う人材育成について書かれているが、緩和ケアを担う人材というのはどういう職種を考えておられるのか確認したい。今、聞いていたところではずっと治療する医師やかかりつけ医の話に終始していた。また、少し踏み込んで看護師について話されていたがその他の職種については全く話されていなかったように思う。

○部会長 緩和ケア担う人材育成については医師、看護師に限らずあらゆる医療従事者、職種が関わって当然だろうが、中心になって動くのが医師、看護師にはなってくるだろう。少し厳しい言い方をすれば、この（中心になる）部分の姿がしっかり見えないと多職種連携そのものが成り立たないだろうと思う。医師、看護師がどう関わり、どう人材育成していくのかという議論の中で他職種連携をどうしていくのか考えていくのが大事で、そういう意味ではどうしても議論の軸は医師、看護師になるが、ぜひ遠慮しないで（栗原）委員ご自身の歯科医師会の立場を展開していただきたい。それが実際に多職種連携を考える上で大きな材料となる。歯科医師の関わりは難しいところだが、重要であることは間違いない。そしてその重要さが見えていないというのも事実。ぜひ、遠慮せず発言いただきたい。

○野口委員 先ほど死亡診断書の話が出ましたが、私は松戸市内の特別養護老人ホームで長いこと仕事をしており施設での看取りをしてきた。施設での看取りには、松戸市内の診療所であるあおぞら診療所と東葛病院の医師、訪問看護ステーションに入ってもらった。この流れの中で出来たことだと感じている。

大規模な法人の施設はいくつも施設を持っているところ、50床の小さな施設、また設立年数が1~3年という施設もあれば10~20年以上という施設もあって、それぞれの施設の背景を踏まえ看取りをしたいと思っただけでも実際には看取りができなくて病院に入院し

てください、ということになることが多い。ただ、入居者は病院に入院中は病院での看取りを勧められるが要介護 3～5 の人の多くは 80、90 歳代が占め、がんや慢性疾患を患っている。こうした背景から施設での看取りは必ず必要になると考えている。この終末期の緩和ケアマニュアルを作成する際には、県高齢者施設協会やグループホームなどさまざまな団体の力を借りて、マニュアルを作成して欲しい。

○部会長 マニュアル作成について、何か具体的な意見はあるか。

○野口委員 施設に関係なく入居者の希望に沿った看取りが出来るよう、各施設年 1 回はご本人・ご家族の意向について調査し、記録というか、書類を作成しているようなので、看取りを含めがんに限らず、ケアマネとしてやっていくのがまず大事と考えている。

○部会長 患者は生活そのものが変化していくなか、心理的動揺があり、生活支援そのものが非常に重要。そこには介護が非常に重要。今、野口委員が言われた、施設における看取りの状況が変わってきているようだが、これに関する実態調査等はあるか。

○事務局 介護施設における看取りの実態ということか。

○部会長 実際の看取り数含めた実績やこれからやっていく施設があるか等。あるいは、看取りをやっている中で問題となっていること等。

○事務局 がんに関しては不明、少なくともがん対策班で把握しているものはない。また、そのような看取りに関する調査を実施しているかについても不明。介護施設等の設置許可等を担当する課が保険指導課になる。この課でどの程度把握しているか、確認したい。

○部会長 これからは、こうした介護施設の実態を明確にしていくことが必要。眞鍋委員はいかがか。

○眞鍋委員 まず、がん診療連携拠点病院と地域の診療所等の情報や実態をこれから把握していかなければならないというお話だったが、まずその情報が活かされていないということにショックを受けた。地域のがん診療連携拠点病院が在宅医療機関につなげて退院に結び付けている現状を考えると、誰かがコーディネートして、がん診療連携拠点病院に聞けば、地域の療養機関についても教えてもらえるという仕組みを早く作る必要があると思った。

それから先ほど、栗原委員も意見していたが、緩和ケアを担う人材について、市の薬剤師会から 3 名が緩和ケア研修に参加したと聞いている。研修会は非常に充実しており参加して自分達の緩和ケアが少し変わってきたと聞いている。医師、看護師はもちろんのこと、それ以外の他職種の参加をもっとお願いしたい。在宅療養は生活の場で、生活を守ることとなると介護職の役割が大切。早いがんの病状の変化に介護職がどこまでついていけるか、

というのはあると思うが、その中でも予測しうる変化に応じて介護方法を早くマニュアル化してお知らせするのが良いと思う。

○部会長 宮坂委員、追加などあるか。

○宮坂委員 緩和ケアセンターは5年前に充実していくと言われていて、5年経ってやっと設置がされ、すごく遅いと思う。県がんセンターに一つモデル的に設置されたが、各がん診療連携拠点病院に緩和ケアセンターが設置されるのには、さらに5年ぐらいかかるのか、ずいぶん先のことになるという印象。素晴らしい緩和ケアセンターができるのだが、千葉県全体で同じように緩和ケアが受けられるようもう少し早く進めて欲しい。

○部会長 いろいろと枠組み先行のところがありこれからそのしくみに魂を入れていくような作業が必要。5～10年後の本格的な高齢化社会に終末期医療は対応できない。そういう意味でこの部会は必要だと思う。今までのペースで議論していくと、また5年後に先ほどの宮坂委員が言われたことと同じことを言われてしまうだろう。私の提案だが、この次の部会がいつになるか分からないが、5月か6月ごろになるのか。任期もあると思うのでそこを目安になると思うが、その前に現実的な詰めが必要。これから事務局とも相談するが、できればこうした形で集まりたいと思う。無理であれば別の形で各委員に連絡し少しでも今日の話を活かすような、こういう話が日常的に出来るようにしたいと思う。3月に審議会が開催され、そこで各部会の方向性を報告することになる。4月以降できるだけ頻回に月1回程度声をかけさせていただきたい。よろしくお願ひしたい。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す。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25年度第2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—