

平成28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28年8月30日（火）午後6時30分から午後9時00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、栗原委員、眞鍋委員、野口委員、権平委員、
坂下委員、瀧口委員、小川委員、篠原委員、木村委員、宮坂委員

4 議題

(1) 在宅緩和ケアの推進に向けた取組について

- ①地域緩和ケア支援事業について
- ②緩和ケアセンターについて

5 報告

- (1) 平成28年度緩和ケアの提供体制に関する調査について
- (2) (仮称) 介護職に対する終末期緩和ケアマニュアルの作成について

6 議事内容

議題(1) 在宅緩和ケアの推進に向けた取組について

【事務局より資料1、参考資料1～9に基づき説明】

○大岩部会長

本日の議題は、在宅緩和ケアの推進に向けた取組の1つだけとし、他の課題については、報告というかたちになっているが、これは緩和ケアの提供体制に関する調査が現在調査中であるためである。昨年から議論しているがん診療連携拠点病院による苦痛のスクリーニングの問題については、この調査結果を踏まえ、次回の部会で議論していく。

また、介護職に関する終末期緩和ケアマニュアルの作成についても、まだ作成中であるため報告に留めている。

在宅緩和ケアの推進に向けた取組については、十分な議論ができていないため、本日はこの議題を中心に活発な意見をいただければと思う。

次期計画の方向性に関しては一応結論が出ているが、そこに向けた具体的な策定の問題については、厚生労働省の計画ができた段階で県の方で検討することになると思う。

では、事務局の説明に関して何か意見がある方はいるか。

資料1の2ページにある事業の変遷をみると、在宅に関する事業が多く実施されて

いるのがわかるが、実際に整備が進んできていると感じる委員は少ないのではないかと思います。

本日は永田先生にお越しいただき、話を伺う予定だったが、事情があり欠席となってしまった。永田先生には、昨年度から言っているように、県がんセンターとしての人材育成に関する方向性と県がんセンターの新病院計画で緩和ケア病床数が40～50床へ大幅に増床されることについて伺いたかった。詳しいデータを今持っていないが、日本で50床を超える施設はほとんどなく、数年前の調査で東札幌病院が59床と聞いたが、殆どの緩和ケア病棟が20～25床程度である。そのため、緩和ケア病棟を大幅に増床する目的について伺いたかった。

増床は、在宅緩和ケアともかかわってくるため、その点との関連性も含めた考えをお聞きし、また、県がんセンターの緩和ケアのあり方は千葉県緩和ケアのモデルになると思うので、目指す姿を教えてください。在宅緩和ケアとの関連性がはっきりしない増床なのであれば、在宅緩和ケアの存在が薄まるのではないかと危惧している。そのため、今回、永田先生にはお越しいただけなかったのですが、文書で回答をいただきたいと考えているのだが、特に他の委員から異論が無ければ、そのような対応で事務局にお願いしたい。

○坂下委員

増床の経緯については病院局で決定されたことであるため、正確に理由をお伝えすることはできないが、個人的な意見としては、緩和ケア病床の増床と在宅緩和ケアは別物と考えている。参考資料4にもあるように、千葉県がん対策推進計画でも緩和ケア病床の増床が目標となっているので、増床が悪いことだとは思わない。

○大岩部会長

増床を意図した根拠、議論の過程を決定者である永田院長の考えを聞かなければ先に進めない。その理由を認識していないという坂下委員と仮定の話で議論しても建設的ではないので、病院長からの意見がほしい。文書で永田先生には回答いただきたいので、異論が無ければ、そのようにしたいと思う。

私の意見としては、増床が悪いということではなく、県がんセンターのグランドデザインの中で、緩和ケア病床の増床がどういう位置づけになっているのかが求められるのではないかと思います。そのため、千葉県の目標に緩和ケアの増床が入っているというだけでは十分な対応とはいえない。

○宮坂委員

病床数を増やすことに関して、参考資料1でがん診療連携拠点病院では「緊急緩和ケア病床を確保し」と書かれているが、地域の医師が抱えている患者さんを緊急で受け入れられる病床を確保するために増床すると考えていただくとありがたい。

先ほど、在宅とは関係ないとの意見があったが、関係はあるので、病床を確保してほしい。

○坂下委員

現在、県がんセンターの緩和ケア病棟は在宅からの緊急入院への対応は大事な役割としている。患者さんの中には病院での長期入院を希望される方も多いのだが、在宅からの緊急入院を受け入れるため、他の病院に転院してもら場合もある。そのため、今後もうひとつ緩和ケア病棟ができれば、そういった希望にも対応できるようになると思う。

○大岩部会長

緩和ケアや病床についてどう考えているかは、永田先生の考えを聞かないと進まない。

また、今の話は在宅緩和ケアの在り方をどう捉えるかという認識の共有がないと、坂下委員の意見は議論として展開しないと思う。千葉県で様々な事業を実施しているが、成果としては全く上がっていない。それを踏まえ、在宅緩和ケアをどのように捉えていくのかを抜きにして、増床の問題だけが展開するのはいかななものかということである。

1点、気になる点がある。宮坂委員の意見とも関わるが、在宅緩和ケアを続けている患者さんが入院をするということをどのような状況と考えているのだろうか。私は現場にいる者として、在宅緩和ケアを受けている患者さんが入院を考えるのは家に居られないことがあるから、家に居られないことが起こったから、家に居るのが辛いから、ということなどの理由によると思う。こうした問題を在宅緩和ケアのチームが解決できなかったということである。もちろん、病院の方がいいという患者さんもいるが、在宅緩和ケアを受けている患者さんが何らかの理由で家に居られないという問題が起こったときにそれをどう解決するのが、本来の在宅緩和ケアの役割である。

議論の焦点はそこにあてるべきであり、長期入院の話は緩和ケア・在宅緩和ケアのあり方と明らかに逆行している。長期入院を全て否定するわけではないが、それを全面に出すというのはいささか疑問である。

今までの緩和ケアの議論は枠組みの構築・評価に終始している。その枠組みについては、がん診療連携拠点病院を中心に整備されてきたが、在宅緩和ケアについては枠組みすらできていない。結果としては現在までに拠点病院の枠組みはかなり整備されてきたと思うが、質的な問題も含めないと、枠組みも生かされない。

藤里先生には緩和ケアセンター長として、本日もお越しいただいているが、地域緩和ケアへ貢献することを柱としたときに、緩和ケアセンターとして今の在宅緩和ケアや人材育成について、具体的にどのように展開をしていくのかお聞きしたい。本件については、昨年度、木下委員から要望があったものであるなので、明確にお答えいただきたい。

○藤里参考人

人材育成に関する質問ということでよいか。

○大岩部会長

人材育成だけでなく、地域緩和ケアの連携拠点機能の強化に関して、意見を伺いたい。地域緩和ケアは在宅緩和ケアだけに限らないが、在宅緩和ケアが柱となることには変わらないので、千葉県の緩和ケアセンターとして連携強化のため、計画がどのように進められているのか知りたい。

○藤里参考人

今回、そのような質問に対する回答の準備をしてきていないため、具体的なお話はできないかもしれないが、がんセンターとしては従来からある緩和ケアチームや緩和ケア外来などの統合が図られている。拠点病院等の話を聞いていると、設置はしたが機能していなかったり、統合的に動いていなかったりする場合もあるようなので、今回の緩和ケアセンターの構想では、そのような点をきちんと有効に働かせることができるようになるものとして捉えている。ここ1年はまずその形を作っていくことが優先されている状況である。

その中で特に地域との関連については、緩和ケアのパスなど地域・在宅に患者さんをかえし、がんセンターがサポートしていくという体制を整備してきたが、実際には内部に正式なメンバーがいなくてやりくりしてきたので、緩和ケアセンターの中に在宅支援部を設置し、人員の配置も行う等、さらなる体制の整備が進められている。

緩和ケアセンターができたからできるようになったというものでもないが、地域にかえった患者さんや開業医のサポートをするという意味では、十分に機能していると言えると思う。また、カンファレンスについては、従来から実施しているが、勉強会など、様々なかたちで交流を深められれば良いと考えている。

在宅支援に関する人材育成については、県とも相談をしながら行っている状況であり、地域緩和ケア支援事業を活用していこうと考えている。今年度については、社会資源調査と在宅緩和ケアに関するセミナー形式の研修会を行う計画となっている。なお、研修会については、大岩部会長と現在相談させていただいているところである。

○大岩部会長

藤里参考人に伺いたいのだが、1つは在宅支援について十分に機能しているというお話だったが、どのように機能していると考えているのか。今の千葉県における在宅緩和ケアの在り方で県がんセンターは十分に満足しているのか。

2点目は在宅緩和ケアについて、県がんセンターが患者さんに移行する場合があるという話であったが、現状の課題、問題点をどのようにとらえているのか。

3点目は人材育成について、例えば国立がん研究センターでは研修生を集めるために様々な努力をしているが、県がんセンターではそういった努力がみえず、成果も昨年度プロジェクトの1人くらいしかいない。それらを踏まえ、どのように進めていくのかということだったと思うが、このような理解でよろしいだろうか。

前回の議事録の中で、人材育成のプログラムは今までなく、進めていくためには医療者が集まってくる必要があるので、そのための戦略があるのかということについて、木下委員から問題提起があったと思う。そこで、藤里参考人から人材交流などを計画しているとの話があったが、その後の展開について話を伺いたい。

○藤里参考人

具体的に話は進んでいない。千葉大学病院とも相談し、千葉大学病院からも受け入れができないかと話をいただいております、具体的な話に進む一歩手前まではきているが、実際には適した人材がいないため、止まってしまっている。

加えて、専門医制度の混乱もあり、緩和ケアの専門医がとれるシステムを考えていたが、そちらも頓挫している状況である。

○大岩部会長

決して藤里参考人を詰問したいわけではなく、事実を聞きたいので、質問させてもらっている。在宅緩和ケアが機能しているという点や問題点についてはいかがか。

○藤里参考人

大岩部会長からも枠組みが先行しているというお話があったが、本件に関してもそのように感じる。在宅にかえすという仕組みを作るときに、病院と診療所、開業医のネットワークを作ることが重要であり、県がんセンターとしても苦心して協力してくれる開業医を集め、患者さんをかえしていく仕組みが機能し、人的な補充もされたため、1つの形として成立している。

しかし、先ほどの話にもあったように、患者さんがかえってくることに對し、県がんセンターとして何ができるか考えているが、その答えはなかなか見つからない。そこに対してどのようにしていこうという具体的な方策はまだない。

少しでも積み上げていくためにも、今回の地域緩和ケア支援事業を活用させていただこうと考えている。

○大岩部会長

状況について皆様も大体ご理解いただけたかと思うので、意見をいただきたい。

○坂下委員

人材育成について補足させていただきたい。県がんセンターでは初期研修医を対象に1カ月程度のローテーションを行っており、毎年、10人以内の人数がまわっている。

レジデントの採用に関しては、専門医制度のこともあり、採用が難しくなっている。シニアレジデントの募集もかけているが、応募が無い状況である。なお、応募があった場合には、様々なところをローテーションできるようなプランも考えており、病院局からは3か月以内であれば可能と了解を得ている。

また先ほど、増床に関する話があったが、これに伴い緩和医療科のスタッフを増

やすことができると期待しており、研修もできるようになるのではないかと考えている。

○大岩部会長

他に意見はあるか。

○小川委員

これらの問題は、県だけではなく国レベルの問題であると思う。人材育成については緩和ケアを提供する専門医を育成することと合わせて、がんの治療医、レジデント、ローテートする先生に基本的な技術を教えるというスタイルは基本的な緩和ケアの提供体制を整備する上で非常に重要な役割を果たされていると思う。これらの人材が千葉県全体としてどのくらいいるのかという数値を追っていくと、まだストラクチャーな段階ではあるが、積み重ねの進み具合の目安になっていくと思う。

在宅について、県レベルで取り組むのが推進するために重要になると思うが、国の検討委員会の方でも十分に議論ができていないが、重要になってくるのは緩和ケアセンターになると思う。都道府県がん診療連携拠点病院レベルなのか、地域がん診療連携拠点病院レベルなのかはわからないが、2次医療圏で提供される緩和ケアのリソースを把握する。具体的にいえば、在宅緩和ケア診療所、かかりつけ医、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、一般病院、地域包括ケア病棟など、患者さんがどのように移行しているのかなどである。特に今問題となっているのは一般病院的緩和ケアの技術であり、オピオイドも含め、十分浸透していないため、患者さんがたまってしまうというのがある。プラスの在宅緩和ケアとなると、がん診療連携拠点病院はがん治療の外来に移行してきているため、外来で治療中にどのように連携をとるかというのがもう一つの課題になると思うので、そのあたりを考えていくのが次の切り口になるという議論が行われていた。

他県の取り組みとして、死亡個票の目的外利用で、それぞれの地域におけるがん患者さんや、もしくは循環器で亡くなった患者さんの分布を出していたと木下委員から聞いたことがある。

このようなことを、がん診療連携拠点病院を中心に検討してみると、各地域、在宅、一般病棟における緩和ケアの質について考えるきっかけにはなると思う。地域におけるがん患者の死亡分布については考えているところはあるが、例えば一般病院でも小病院や100床以上の病院などで分けて考えてみると質や地域の課題がみえ、検討する資料としてはかなり有力なものになるのではないかなと思う。

○大岩部会長

他に意見はあるか。

○篠原委員

在宅緩和ケアネットワーク運営事業に関して、県に確認したいのだが、よろしいか。

○大岩部会長

今は藤里参考人に関する事項、人材育成や地域緩和ケアに関するもの限定していただけないか。この話に区切りがいたら、全体の話に移行する。

○篠原委員

承知した。

○大岩部会長

県がんセンターで行う緩和ケアのあり方は千葉県緩和ケアのモデルとなるため、緩和ケアや在宅緩和ケアの全体について考えてほしいという点と、増床するのであれば、その点を検討した上で踏み切った決断をしているのだろうと思っている。そうでなければ、増床の意味はないと考えているので、永田先生にお聞きしたかったが、お越しいただけなかったので、緩和ケアセンターに絞って藤里参考人にお聞きしている。

○篠原委員

では、その視点から意見を言わせていただく。

国全体として緩和ケア病床が足りないという状況であるため、増やすという方向で動いていると思うが、今回の増床はどの地域の患者さんを対象としたものなのか。

国立がん研究センターでも、リージョナルな決まった地域の患者さんが対象となっている場合が多い中、県がんセンターはかなり広域にカバーしており、山武などの郡部地域も対象としている。そのため、増床の目的は郡部地域を対象としているのか、もしくは対象は同じで緊急入院に対応するためのバックベッドとしてなのかわからなかった。

私は山武地域で在宅も含めた緩和ケアを行っているが、対象は県がんセンターと同じである。緩和ケア病棟を開設して3年目になるが、ジレンマに感じていることは、1年目も2年目も同じくらいの新患を外来で診ているにもかかわらず、緩和ケア病床に入る患者さんが減ってきている。経営する立場としては、稼働率を上げる必要があるため、長期入院の方も受け入れてくことになる。長期の患者さんを受け入れるとなると、がん患者さんは緩和ケア病棟にいることができるが、がんでなければ別の施設に移されるというのは不公平となる。

実は、緩和ケア病床が埋まらなくなった原因は、容態が悪くなるぎりぎりまで在宅緩和ケアを受け、入院してくる場合やレスパイトで帰られる場合が増えてきたためである。緩和ケア病棟を運営する立場から考えると、在宅の補完や緊急避難所として運営するべきではなく、むしろ最期まで過ごす際の最良の環境となるようベストを尽くすべきだと思う。在宅の側では、可能な限り在宅で過ごし、お加減が悪くなくても家で過ごせる最善の努力をすべきだと思う。両方の立場で、両方の患者さんを対象とすることで、両方のクオリティを少し下げってしまったのかなという反省点がある。

そのため、今後の地域の緩和ケアの支援をしていくために増床するのかなど、どのような考えで運営していこうとしているのか非常に興味がある。

○藤里参考人

まだそこまで検討がなされていないのが現状である。緩和ケア病棟を運営する上で長期入院を入れた方がというのは、そのとおりであると思う。県がんセンターでもなかなか稼働率が上がらない現状があるため、運営の点では病院から指摘を受けたりしている。我々としては、バックベットとして開業医等を支援していくという点はこれまでと変わらずやっていかなければならないことだと思し、病院にいたいという方たちや様々な事情で帰れない患者さんたちをどう支えていくか。また、緩和ケア病棟に入りたいという患者さんもいるがこなしかれていない状況である。

そのため、復帰をメインに考えると、院内でがん治療が終わり緩和ケアとなった場合、在宅に向かう場所としては、病棟や外来で行われているが、在宅に戻れない患者さんが緩和ケア病棟に移るのを待たずに亡くなってしまうケースも多くあるため、病床が必要だと考える。ただ、ここまで検討されているかはわからないため、これは私個人の意見となるが、そのような方も緩和ケア病棟で支えていければいいと思う。

○権平委員

現場で働いていて、バックベットが無く、在宅も難しいという場合に、がんセンターに通院していなくとも相談して入れてもらえたケースが何件かあり、大変助かったことがある。そのため、増床によってそのような枠を増やしていただけるととても助かる。

外来の治療も増えているが、外来の場合、バックベットの登録が行えないという現状もあるため、緊急の際など、困ったときにとてもいい役割をされていたので、今後も続けていただき、病床も増やして欲しい。

○木村委員

私が以前勤務していた病院で退院調整ナースをしていた際、バックベットの登録についてコーディネートをしたことがある。これまでがんセンターでは、がん診療連携拠点病院の患者であれば、そのがん診療連携拠点病院でバックベットを担うという方針で動いていたが、病床を増やした場合、これからはがん診療連携拠点病院も含め、どの病院で治療した患者さんであっても、病院を退院するときに県がんセンターの緩和ケア病棟に登録して退院し、在宅を受けていたとしても何かあれば診ていただける病床として増床するということよろしいか。

○藤里参考人

先ほどもお話ししたとおり、そこまで検討されているかは分からないが、私個人の意見としては、そのような場合にも対応できるようにしていきたい。だが、がん診療連携拠点病院の患者さんについては、がん診療連携拠点病院でやっていただか

なければいけないものだと思うので、その点の兼ね合いは難しいと考えている。

○大岩部会長

藤里参考人への質問はこのあたりで終わりにしたいが、藤里参考人の話にみられるような表面的な現象だけをみた対応からは何の進歩も生まれないと思う。藤里参考人や権平委員からバックベッドとしての活用に関する意見も出たが、私はこの意見を否定はしないし、現実にはある種の役割を果たしていることは確かである。

しかし、病院にかえるパイプが太くなればなるほど、在宅で患者さんの希望を叶えようというエネルギーは薄くなる。患者の視点で考えたとき、病院にかえるための緩和ケア病床を広げるといって一方通行な私たちで、がんセンターのあり方はいいかという疑問が強くある。

また経営の問題も出てきたが、議論としては逆さまである。やはり、患者の視点で考え、患者の希望をかなえるためにどのようにしていくのかというのが大切である。緩和ケア増床の意義を明示して対応していくという姿勢がなければ、千葉県緩和ケアの進歩は期待できない。がんセンターの中核的な立場の先生方は、千葉県民にとって望ましいがんの緩和ケアの在り方という視点を忘れないでほしい。

○坂下委員

追加で、木村委員からバックベッドの対象範囲について質問があったが、個人的な意見としては、地域の中でのバックベッドの役割を果たせばいいと考えている。具体的には、千葉県民の方で都内の病院で治療を受け、終末期に千葉県で療養したいという患者さんはとても多く、県内の診療所に紹介されるケースがあるが、そのような患者さんが入院したいときにどこに入院するのかは、非常に大きな問題となっている。がんセンターではそのような場合にもできるだけ受け入れるようにしているが、件数が増えてくると受けきれず、都内の病院に戻さざるをえないときもある。

今後は、このようなケースがさらに増えてくると予想されるので、そのような患者さんも受け入れていければいいと考えている。また、同じ医療圏内にある他の病院でも治療を受けて終末期を迎えるという患者さんは大勢いると思うので、このような患者さんも受け入れていきたい。

○大岩部会長

在宅緩和ケアを受けていて困ったら入院が当然という考え方がある限り、在宅緩和ケアの問題は何も解決しないので、その点も改めていただきたい。県がんセンターがその考えから出ない限り、がん在宅緩和ケアの希望は、縮小していただけたと思う。

かかりつけ医に在宅緩和ケアをお願いするのは本来、無理があるが、かかりつけ医が診ている患者さんの希望を叶えるためにどうするかをかかりつけ医に責任を負わせるのではなく、千葉県のシステムとして担保する必要があると思う。

「病院がいい」という患者さんがいるということだが、実際にそうだろうか。家

に居て症状が緩和され、家に居ることで起こる問題が解決され、落ち着いている人が病院に入院したいと思うだろうか。アンケートの取り方にもよるが、在宅がいいという患者さんは半数以上おり、そう考える患者さんも増えている。それを県がんセンターとしてどう受け止めていくのか。在宅緩和ケアという選択肢が先生方になんかということ、在宅緩和ケアの評価が低いということの現実的な表現なのだろう。

在宅緩和ケアの質について、個々のかかりつけ医の先生に責任を負わせるのではなく、緩和ケアを担っている我々がどうコミットしていくかという議論がないといけない。病院の経営やバックベッド等が優先した議論だと、がんの患者さんが終末期になったときに療養の選択権がなくなってしまう。これについては以前からお話していたが、議論が一向に進んでいないので、もう一度考えていただきたいと思う。

藤里参考人、ありがとうございます。

先ほど、篠原委員の意見を後に回してしまったので、お聞きしたい。

○篠原委員

緩和ケアに関する事業一覧をみると、終了している事業が多くあるが、その中で目に付いたのは在宅緩和ケアネットワーク運営事業である。本事業はさんむ医療センターが最後に実施しており、平成 27 年度に終了している。

確か、本事業は別の事業で補完するという話を聞いたことがあるのだが、本事業がどのようなかたちで完結したのか知りたい。

本事業は、医師会の協力を得るのは難しかったが、薬剤師、歯科医師などにも協力していただき、ネットワークのマップを作って終えたのだが、どのように総括がなされて終了したのか教えていただきたい。

○事務局

その件に関する資料が手元にないため、回答は難しいが、本事業は平成 21 年度までは事業を実施する各保健所に予算がついていたが、21 年度以降は事業だけが残ってしまった状況である。しかし、関係機関のご協力のもと、保健所と共同で続けてきたところかと思う。

保健所によっては、在宅緩和ケアだけでなく、もう少し大きな医療連携等に組み込まれて実施をするようになったケースもあるかと思うが、資料がないため、申し訳ないが、詳しい回答ができない。

○篠原委員

在宅緩和ケアを郡部で推進しようとする、特化したネットワークを大切に継続する必要があるため、他の在宅医療と一緒に支援事業を展開しても簡単にはいかない。そのため、本事業が終了してしまったことは非常に残念だと思う。

○大岩部会長

事業の復活等を含め、本部会で強く打ち出すことは可能だと思うが、事務局として篠原委員の意見をどう捉えているのかを、後で結構だが、まとめていただきたい。

○事務局

個別に事業の総括については、今持ち合わせてはいないが、次期計画を作成していくにあたり、過去の変遷なども共有し、必要であれば取組状況をこちらの部会ではかりながら、進めていきたいと考えている。

○大岩部会長

願います。

篠原委員の意見もそうだが、事務局が作成した資料にもあるように、区切りがつかないという現状があるので、このあたりも改めて認識する必要がある。

ここからは、在宅緩和ケアの課題を皆様がどのように捉えているか教えていただきたいと思う。

○土橋委員

今まで話を伺って、在宅緩和ケアは重要な部門であり、在宅医療を行う医師にとってもスペシャリティの高い医療だと思うが、ここでの議論は緩和ケアという包括的な医療の中で在宅緩和ケアをどうするかという位置づけをしっかりとできないと混乱してしまう。

資料1も在宅緩和ケアの推進に向けた取組の中に地域緩和ケア支援事業が記載されているが、そうではなく包括的な緩和ケア推進事業の中に緩和ケアの事業があり、在宅緩和ケアが別にあると思う。

それが混乱してしまうと、大岩部会長が言うように、本来の在宅医療の目的や方向性に誤解が生まれてしまう気がする。在宅医療の後方支援としてがん診療連携拠点病院が受け入れてくれるのはありがたいが、自宅での看取りを目指しているのであれば、どう支えていくかが重要になってくると思う。

そのため、包括的な緩和ケア推進事業と整理して考えていかないと、混乱してしまう気がした。

○大岩部会長

その通りだと思う。そのため、先ほどから緩和ケア全体をどう捉え、その中でどう在宅緩和ケアを位置付けているのかという意味合いでいろいろと議論をしてきたつもりであるが、改めて土橋委員からご意見があった。

在宅緩和ケアはそれだけで独立するものではないし、病院の緩和ケアも独立するものではないというのは皆様も十分に理解していると思うが、議論のときにはどうしても分離してしまう傾向がある。その点も押さえて議論が必要かもしれない。

【大岩部会長より部会長提出資料1、2に基づき説明】

○大岩部会長

がん対策推進基本法が成立して10年経ち、また数年間、緩和ケアの問題について議論してきた。日常的にも緩和ケアという言葉が使われるようになってきたが、患者さんがそれに応じた状況にあるのかということに関して強く危機感を持っているため、このようなかたちでお伝えさせていただいた。

緩和ケアの在り方について、委員の皆様がお考えになっていることがあればお聞きしたい。

○小川委員

診断時からの緩和ケアについて、補足させていただきたい。両方とも緩和ケアという言葉でくくられるため、同じものを指している意味合いに取られることから、ここ5年くらい混乱していた事実がある。背景に早期からの緩和ケアがあるため混乱したのかと思うが、「診断時からの緩和ケア」は、緩和ケアという言葉が重なっているが、基本的に考えることは罹患したときの初期の支援、アメリカで言えば、ホーピングイズキャンサーと言われたりするが、疾病教育を中心としたサポートというものを「診断時からの緩和ケア」という言葉で言っている。

国の方からも何らかの補足説明が入ると思うが、「診断時からの緩和ケア」とは痛みをとるものではなく、まず罹患したときの衝撃に対する不安の緩和へのサポートや疾患に関する情報提供、いわゆる疾病教育を行い、がんとはどのような病気かどのような支援が使える、どこで相談できるのかということをあらかじめ伝えておくことである。一部の方については、孤立してしまう可能性があるため、社会からの孤立を防ぐという意味で、患者会やサポートグループ、がん患者サロンが活用できるということを伝える。

また、就労支援という言葉が使われるが、これは仕事を辞めてまた戻るという意味ではなく、本来の支援は辞めないことをあらかじめ伝えることである。これは告知の時点で言わなければ、治療の時点では治療に専念するため辞めてしまう場合がある。辞めないうちに伝える方法を考えなければならない。他、社会的な問題や家族の問題もあると思うので、問題の整理を行い、優先順位をつけて解決する。複雑な場合には、緩和ケアチームやソーシャルワーカー、緩和ケアセンターなどの専門的なところへ確実につなぐというのが初期の支援に含まれると言われている。

緩和ケアという中で漠然と議論をするというよりは、具体的な支援が何かということを考える方が、施策に落としこむ上では非常に効果的なのではないかと思った。

またもう一つ、初期の支援とは別に、終末期の緩和ケアに関するグランドデザインについては、地域全体でがん患者さんをどう支えるかということになるので、一般病院での緩和ケアの在り方もあるし、緩和ケア病棟に関しても在り方というのはあるので、同じ土俵で考えていかなければならないと思う。よく言われるのが、一般病院にいて、その後の状態がわからない。緩和ケア病棟が少しずつ増え

てきているのは、一般病棟に流れている患者さんが、緩和ケア病棟に目に見えるかたちであらわれてきているため、より地域との連携が問題として明確になってきていることから、考えるのであれば今この時期は大事な時期であると思う。

緩和ケア病棟の在り方にも様々な議論があり、イギリスでも緩和ケア病棟のホスピス運動が始まってから5年ほどで在宅の緩和ケアに切り替わっている。施設というのは、施設化で囲い込んでしまう場合が多い。

あらかじめ地域の中でどのように位置づけをするのか、特に日本の場合は国が強制力を持っているわけではないことから、早い段階で土俵につくことが円滑に進める上で非常に重要になってくると思うので、行政側に音頭を取ってもらうことが大切になる。

○大岩部会長

診断がついてからの早期の緩和ケアに対しては、現実には苦痛のスクリーニングが大きなテーマになっているが、そこでの整合性についても問題なところがあるので、滝口委員にも御意見を伺いたい。

その前に一つだけ言わせていただくと、木下先生の資料について説明をしなかったが、本資料は日本緩和医療学会のニュースレターで木下先生が書いたものだが、この中で先生は重要な指摘をされており、一つはがんと診断された緩和ケアに関することである。本来的にはがん治療医が中心になって関わり、緩和ケアチームが補足するという意味合いであると思う。もう一つはチーム医療の問題で、様々な多職種が関わればよいということである。

このように制度設計をするにあたって考えることは、緩和ケアの中身の問題だけではない。

では、滝口委員、御意見があればお伺いしたい。

○瀧口委員

私には議論の内容が難しいと思う点もあるが、先ほど小川委員から診断時からの緩和ケアに関して、非常にわかりやすく基本的な点についてお話しいただいたところである。しかし、基本的なことは専門家でないと語れないところがあり、テメル論文が出た際、最初の混乱は化学療法を行うときからであった。そのときに緩和ケアは何をやるのかは論文に何も書かれておらず、テメルに聞いてもこれから分析しないとわからないと言われた。テメル論文が出たときに小川委員のような発言をされる方が日本にどれだけいたのか。少なくともテメルは学会でそれを話すことができなかった。

今のような話は非常に分かりやすいが、現場でそれができていないから、大岩部会長がお話しされたように、病院における納得のいく在り方、終末期の緩和ケアに影響すると思う。

少なくとも今の緩和ケア基礎研修では、小川委員の意見にあったようなコーピングは十分にカバーできていない。

緩和ケアの専門の先生やオンコロジストが集まるようながん治療学会等の講演ではテメル論文やモルヒネの使い方の指導などしかないところがあるので、小川委員の話がこのような場でされるといいと思う。全国的にはそのような形でいいが、千葉県でどのように緩和ケア基礎研修を補完していくかを考えていかなければいけない。その中でないと、化学療法・放射線治療が終わり、緩和ケア、ベスト・サポーターズ・ケアを在宅でどの施設が使えるかという議論になっていかなければいけないと思う。

○大岩部会長

記憶が定かではないが、テメル論文で外来の緩和ケアのガイドラインを Supplemental Table としてあげている。そのガイドラインの最初の項目はがん治療の教育であったと思う。がんと診断がついてからの緩和ケアは、がん治療の問題と切り離せない。現実には、私の診療所で訪問前の患者さんあるいは家族との話の中で大きなウェイトを占めるのは、がん治療の内容および終了時期に対する不足感である。受けてきたがん治療に納得することで初めて在宅緩和ケアが始まると言える。間違ったがん治療を受ける患者さんはほとんどいないが、結果がよくないため、がん治療に納得できていない患者さんが非常に多い。これの一つはがん治療医の責任で、もう一つは緩和ケアの関わり方の問題であると思う。別の言い方をすると、これが病院の中できちんとクリアされていれば、それだけで在宅緩和ケアのクオリティは相当上がるという印象を持っている。ぜひこの点を考えていただきたい。藤里参考人には先ほど、連携協議会の代表としてではなくと言ったが、診療連携協議会の方でも議論を深めていただきたい。

今日は私が一人で話すような形になってしまって申し訳ないが、私が話したことについて、「違うよ」と思う点があれば、ぜひご意見をいただきたいし、逆に「そう思う」のであれば、そのことをベースにして、次回の部会で、緩和ケア推進部会としてどういうことを強く提示していくか議論していきたい。

今まではどちらかというと議論のしっぱなしで、厚生労働省からの通達によってがん診療連携拠点病院等の縛りが強くなったことに関する議論に終始してきたが、千葉県として地域のことを考えたときに、篠原委員のように郡部で頑張る先生もいるし、柏プロジェクトのようにがんではないが先端的なプロジェクトを行っているところもあるので、緩和ケア推進部会としては、千葉県の緩和ケアのあるべき姿を明確にできればと思っているので、議論をお願いします。

○瀧口委員

大岩部会長のお話で千葉県の特性を考えてとあったが、大岩部会長はその点をどのように考えているのか。

○大岩部会長

緩和ケアを考えたとき、都市部と郡部という地域的な問題が大きくあると思う。特に地域緩和ケアという視点で考えたとき、都市部と地域は同じように考えられ

ない。郡部で頑張っているのは篠原委員、都市部で頑張っているのは柏というイメージで話した。

もう一つは、千葉県には国立がん研究センターと千葉県がんセンターがあるし、千葉県の中核的な存在としてがんセンターがある。中核的な病院の在りようを踏まえて議論ができればと考えている。

○瀧口委員

一つ付け加えたいのだが、以前の部会でも発言したと思うが、千葉県は圧倒的に住民あたりの医師数が少ない。千葉県は緩和ケア専門医は少なくないが、周りに聞くと、千葉県の状況を理解できてもらえない。あるところでは、様々なクリニックからパンフレットが送られ、「この地域は診ることができるため、(患者さんを)送ってください」といったものがたくさん来るため、在宅医療を選ぶのに困ったことはないということだった。

千葉県が日本のどのくらいの位置にあるのかはわからないが、少なくとも人口当たりの医師数は日本のワースト3であることから、それに比例して在宅の医療提供も少なくなることが思われる。そのため、これに則して考えなければ、希望者がいないのに専門家を育成することにもなりかねない。

○大岩部会長

その通りだと思う。先ほどお示ししたグラフでは、都市部で軒並み 2014 年から居宅死亡率が下がっている。これが一時的なものだとしても、全体の流れからするとショッキングな出来事である。

その中で、柏市と船橋市は上昇しており、船橋市は、推進プロジェクトの影響があるのか分からないが、がん患者さんを診る診療所ができてきている。私は人材育成のことを考えるときに、新たな人材を育成するというのも大切だが、がんの在宅や緩和ケアに関心がある方たちが千葉県に来たときに、十分な力を発揮できるような環境が整備されている必要があると考えている。またそれにより、“千葉県の緩和ケアは良い”と思って参入してもらえるような整備を考えていくことが大切で、瀧口委員の言うとおりでであると思う。

○木村委員

参考資料4「千葉県がん対策推進計画の目標達成状況」の「がん患者の看取りをする在宅医療支援診療所および一般診療所の割合」が唯一達成されていない。計画改訂時点よりも現状値の方が100か所から153か所へ増えているにもかかわらず、割合が減っているため、「×」になっているのだと思う。

そもそもこの目標達成は何のために割合として出しているのかわからなかった。一般診療所が増えたのか、それとも在宅支援診療所が増えているのかという内訳も不明である。単に割合が増加していないからといって「×」になっており、中身があまりわからないため、教えていただきたい。

小川委員の意見書にもあるが、緩和ケアの質に関する評価はどこも難しい。何を持って質を評価するのかというのが、組織または事業所等でバラバラになっているのだと思う。どこの病院もやれていないとは言えないし、どこのがん診療連携拠点病院もやれていると言われるが、何を持ってやれているのかという議論が全くない。

私は病院から在宅に移ったが、病院で行っていた緩和ケアは全くベクトルが逆である。病院ではケアの方針を患者さんに伝えるというベクトルであるが、緩和ケアは本来患者さんの思いをケア側が受け止めるというように反対向きのベクトルである。今は患者さんの思いを受け止めるという方向でケアするように努力しており、以前勤務していた病院でやってきたベクトルを正反対の向きに変えることに苦勞している。最近ようやく患者さんの声が聞こえるようになってきた。緩和医療の世界の中に、質にこだわる方がどれだけいるのだろうかと思う。組織を整備すること、がん診療連携拠点病院の要件を満たすこと等に一生懸命になってしまい、患者さんがどういう体験をしているのかという点を真剣に考えている方が、あまりにも少なく感じる。

意見書の中にも計画の達成状況の評価の必要性とあるが、構造、過程、結果の中の「どのような診療が患者さんに提供され～」となる過程を大切にしながら、見直し、計画を立てていく必要があると思う。

もう一つは、医師の目標ばかりとなってしまうが、在宅緩和ケアには訪問看護師は欠かせない。私たちは最後の息を引き取る瞬間まで、また亡くなった後も看護を続けている。そのため、医師だけではなく、訪問看護師の教育やコミュニケーションスキルをどのように提供し、質を上げていくのかという点について議論をしていただきたい。

○大岩部会長

厳しい意見でもあるが、当然のことだと思し、的確な指摘をいただいた。特に訪問看護師について触れることがなかったのは、部会長としても謝罪しなければいけない。

しかし、正直なところ、そこに行きつくためには医師・看護師というよりも、緩和ケアおよび在宅緩和ケアがどうあるべきかという考え方についてのコンセンサスが必要となる。それがないために辿りつけないという大変深刻な問題がある。

目標について、事務局から何か話はあるか。

○事務局

千葉県がん対策推進計画の冊子、17 ページをみていただきたい。自宅死数のため違う数値ではあるが、自宅死数の「現状」が空欄になっている。私の持っている冊子には手書きで100か所/173か所と記載されているので、計画を推進していく上で設定した数値なのだと思うが、確認はできていない。

○大岩部会長

では、目標については、確認をお願いします。

基本的に在宅支援診療所というのは、がんやがん以外にかかわらず、患者さんを24時間最後までみるという主旨でセットされているものである。だが、実態はそううまくはいかないため、在宅支援診療所の割合というものを一つの目標の目安にしようとした。現状の問題としては、木村委員から意見があった質の問題にまでたどりつけないため、まずは数値目標として出していく。

また、割合については、昨年、数値目標をきちんと決めようという話になったが、部会で意見の一致をみるのが難しかったため、従来どおり前年を上回るということになった。この目標そのものが、今の緩和ケアの在り方、在宅緩和ケアに対する考え方がある意味では象徴的に示していると思う。

緩和ケアの質については、在宅緩和ケアの問題もきちんと取り組まなければいけないが、緩和ケア・在宅緩和ケアの現状を考えると質のことを前面に取り上げるということはなかなか難しい。がん診療連携拠点病院の苦痛のスクリーニングを通して、緩和ケアの質を表現してもらうように議論を進めてきたので、拠点病院の方で、緩和ケアの質の表現の目安がどう展開できるかを示していただきたいと思う。

在宅緩和ケアについては、今までも議論してきたところだが、具体的な方向性や施策を本部会できちんと議論で確認できていなかった。しかし、状況としてそのようなことは言っていないので、次回の部会では本日の議論を踏まえ、千葉県緩和ケアの方向性について、何らかのメッセージを発信できるような議論がしたい。

報告（1）平成28年度緩和ケアの提供体制に関する調査について
【事務局より資料2に基づき説明】

○大岩部会長

補足すると、アンケート調査に関する議論を本部会で行ってきたが、がん診療連携拠点病院にとって、スクリーニングは大きな負担となっているという現状がある。そのため、何らかのかたちでその成果を出すにあたって実態を認知する必要があることからアンケートを始めた。不十分なアンケートかもしれないが、経年的に調査することで1つの方向性が出ると思う。御理解と御協力をいただきたい。

本来、がん診療連携拠点病院のスクリーニングの問題は、拠点病院の問題であるという位置づけであると部会でも議論してきた。来年度からはがん診療連携協議会の緩和医療専門部会の方で、引き継いで担っていただくことになっている。

ただ、本部会が無関係ということではなく、そこにも十分な関心を持って協議会と議論を重ねていく必要があるので、次年度以降もよろしく願います。

今回の部会では、その点についても議論し、協議会へ強いメッセージを出していきたい。

報告（２）（仮称）介護職に対する終末期緩和ケアマニュアルの作成について
【事務局より資料３に基づき説明】

○大岩部会長

本マニュアルについては、皆様にも御理解をいただきたい。第一義的な目的は、超高齢社会の中でがん患者さんが亡くなっていくという状況を少しでも和らげ、がん患者さんが最後までいられるようにすることである。

もう一つは、がん患者さんが最期に混乱などの様々な問題を起こし、厳しい状況に置かれ、心肺機能の低下が急激に起こったとき等に対する対応が、病院、診療所ともにケア側に十分なく、その状況が患者さんを不安にさせている。終末期の緩和ケアについては、特に臨死期における患者さんへの具体的な対応に関する成書がないため、そのことを議論の中で共通認識として持たなければ、マニュアルは作れない。この点については、委員の皆様には御理解いただきたい。

時間がだいぶ過ぎたが、最後に何か意見がある方はいるか。

○小川委員

介護職への教育は非常に重要な課題だと思っている。介護職への教育は家族向けの教育と同じレベルで設定することで、広くがんの教育にも通じるものとなる。そのような目線で、汎用性の高い教育資材にしてもらえればと思う。

また目次に関して、できれば「遺族の話」について触れていただきたい。具体的にはビリーブメント（Bereavement）と言われるものになるが、患者さんを看取って終わるわけではなく、地域で支えるときは、遺された家族を孤立させないことも緩和ケアという目線でも大切となる。自殺に至る場合もあるため、地域のメンタルヘルスや自殺対策など、鬱のスクリーニングまで行う必要はないが、家族を孤立させないことや相談先を確保するという意味合いで、つながりを大切にできるような内容で検討いただきたい。

○大岩部会長

いただいた意見については、議論していきたいと思う。

また、小川委員が言われたように、本マニュアルは一義的には施設のケアスタッフを対象にしているが、家族や在宅のスタッフ、病院のスタッフにも十分に認識をしてもらう必要がある内容に必然的になると思っているため、そのように進めていくつもりである。

目次については、まとめていくにあたって暫定的に作ったものであるため、最終的には議論の中で決めていくことになる。

○篠原委員

本日の話で、在宅緩和ケアが不足、さらにアップデートしていく必要があるということは理解できたが、緩和ケアセンターの役割と地域の緩和ケア病棟との関係性について伺いたい。緩和ケアセンターが緊急避難的なバックベッドとして対応する機能を縮小し、在宅で完結できるよう推進していくのであれば、将来的に緩和ケア病棟はなくなるのが理想なのかということになってしまう。地域住民の施設依存度を減らしていくのは非常に大きな命題だと思う。私はプライマリ・ケアにも関わっているのだが、プライマリ・ケア学会でオーストラリアのルーラル GP (Rural General Practitioner) と都市部 GP の対談を聞いたのだが、施設が充実し、先進的な医療ができているところほど平均寿命が高いと考えている人が多いが、実際はそうではなく、施設も充実していない郡部でも総合診療病院が多岐にわたって活躍しているところなどは、ヘルスプロモーションも進んでおり、がんの発見も手遅れになるようなケースはあまりなく、平均寿命が高い。オーストラリアでは 300 km 離れた大きな市立病院にしか CT、MRI がないところもあり、これらの検査を受ける機会は日本の地域住民よりはるかに低い。本日は医療者側のクオリティを強調していたが、私の考えとしては、地域住民の医療依存度を減らすような活動を地道にやっていかなければ、在宅診療も進まないと思う。ただそうはいっても、効率性や経済的な要素も多いため、郡部ではそれらが非常に劣る。施設もそうだが、在宅診療ではさらにそうである。

私の後輩も外科医を辞め、在宅を始める人がいるが、柏などの都市部で半径 3～5 キロ以内などの手の届く範囲でやっている。私が在宅緩和ケアネットワーク事業を山武で行った際に、地域の先生方が乗ってこなかったのは、効率が悪く苦労ばかりが多くて簡単にできないという困難性を抱えていたというのがあると思う。このような課題がある中、どのように郡部で同じように在宅緩和ケアを推進するかは、知恵を絞っていかなければならないと思う。現状では、地域で緩和ケア病棟を運営する意義はあると思う。例えば、地域に自分の子供や家族が住んでいるような方の親が都市部から来て、緩和ケア病棟で最期を看取る。このような場合は選択肢が無いため、緩和ケア病棟で完結する。

千葉大学医学部附属病院や県がんセンターで治療した方を地域で引き受けて家にかえた場合、緩和ケアのレベルが上がるにつれて、緩和ケア病棟の利用頻度が減り、亡くなる直前に戻ってくるケースなどもある。そのような状況もあり、経営的に非常に効率が悪くなるというジレンマにはまってしまう。そのため、根本的には地域住民のクオリティを高める必要があるが、大岩先生から都市部には在宅の専門医が必要だという意見があったが、郡部では幅広い分野に対応できる診療医が必要であるため、人材育成もそのような視点を含めて考えてほしい。

○大岩部会長

篠原委員の意見のとおりだと思う。都市部でもプライマリ・ケア医がどう関わるかは非常に大きな問題である。その部分と在宅緩和ケアの専門性の高さをどう担保

していくかは重要である。篠原委員の意見にあった在宅緩和ケアの問題については今後も議論していきたい。

他に意見が無ければ、これで終了としたいが、今回の議論で様々な問題が浮き彫りになったと思う。これらの問題を整理し、次の部会ではより具体的な方向性が出るような議論ができればと思う。

【議事終了】