

平成30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31年3月7日（木）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、金江委員、眞鍋委員、小宮委員、野口委員、
権平委員、坂下委員、瀧口委員、篠原委員、小川委員、木村委員、
藤田委員

4 議題

- (1) 在宅緩和ケアの提供体制について
- ① 在宅緩和ケアに関する社会資源調査の結果について
 - ② がん診療連携拠点病院以外の医療機関における緩和ケア提供体制に関する調査の結果について
- (2) 来年度からの緩和ケア研修会について
- (3) 「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」活用支援事業について
- (4) 今後のスケジュールについて

5 議事内容

議題（1）在宅緩和ケアの提供体制について

- ① 在宅緩和ケアに関する社会資源調査の結果について
- ② がん診療連携拠点病院以外の医療機関における緩和ケア提供体制に関する調査の結果について

【事務局より資料1、資料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。

○小川委員

拠点病院以外の看取りの状況や、地域ごとの活動が見えてきた。併せてデータがあれば教えてほしいが、拠点病院で亡くなる、拠点病院以外で亡くなる、在宅で亡くなる、大きくその3つで亡くなると思うが、拠点病院で亡くなる件数と、拠点病院以外で亡くなる割合は、どれくらいであるか数値で分かるようであれば教えて頂きたい。

○事務局

今、手元にデータがない。

○小川委員

拠点病院はそのデータを持っているか。

○坂下委員

データはあるが、その割合は計算していない。

○山口部会長

その割合とは、地域ごとを言うか、どういう意味合いがあるのか。

○小川委員

5年位前の話だが、昔は拠点病院の中で終える方が多かったが、最近在院日数が短くなる中で、拠点病院は、ファーストライン、セカンドラインが終わるくらいで、早々に地域に紹介をしているとの話があり、割合から言うと拠点病院以外の施設に中心が移りつつあるという話がある。そうすると緩和ケアの研修を拠点病院の中でいくらやってもダメで、拠点病院以外のところで知識とか連携を図るとするのが大事なところ。そこが議論になる。

もう一つは、少しずつデータが出つつあるが、地域の拠点病院以外のところに行って、そのあと最終的に在宅のところで見取りとなっているのか、入院退院を繰り返して、在宅のところで見なくなっていくのか。そこがエンドステージでのケアの質を決めることになってくる。その動きを含めるとターゲットがはっきり絞られてくるのではないか。

○山口部会長

①の在宅緩和ケアのところに関係してくるということか。その広がりとは、地域でどう違うのか、その辺の重点の移し方というのが見えてくるということか。

○坂下委員

在宅緩和ケアに関する社会資源調査の項目に関する提案。

資料の1-2から調査票が提示されているが、ここに是非、緩和ケア研修会を受講した医師がいるかいないか、コメディカルがいるかを調査項目に加えていただきたい。

拠点病院以外の病院調査でも、緩和ケア研修会の受講者が何名いるかは重要な指標として考えられるが、在宅においても一つの指標として重要。

がん診療連携協議会緩和医療専門部会の緩和ケア地域連携部会の中でもこの話題が出ており、拠点病院の役割として、在宅の施設でもどれくらい緩和ケア研修会を受講しているのかを把握し受講を進めていく役割がある。どれくらいの在宅施設が、緩和ケア研修会を受講しているか把握できていないので、県として是非やっていただきたい。ここにその調査項目を加えていただきたい。

○山口部会長

この辺に関しては、事務局はいかがか。

○事務局

この調査は千葉県がんセンターに委託し一緒に取組んでいるところ。この調査の項目に加えることは可能と思うので、来年度に向けての検討項目に加えたい。

○山口部会長

他に、提供体制等への質問、意見等はあるか。

○小川委員

在宅での死亡割合、資料 1-7 資料 1-8 のことで教えていただきたい。

このあたりの数値というのは、在宅緩和ケアを考えていく上では大切な数値。この中で自宅での割合は、資料 1-7 の非がんの方が一般的に高い。ただ、この辺りで、循環器系の疾患等で自宅で急死された方が組み込まれている可能性があると思うが、いわゆる急死を除くとどうなるのか、その辺の検討はあるか。

○事務局

現在把握していなので確認をしていきたい。

○山口部会長

そのあたりが見えてくると、在宅でどれくらい緩和ケアが提供されているのか大体の数が見えてくる。この辺りを是非お願いしたい。

また、千葉県での住まいの場での看取りの割合 14.7%というのは、全国的に見ても高いし、おそらく海外でのがんの在宅死亡というのは 2 割強くらい。イギリス等では下がってきているとの話もあるので、16~20%というのは、海外と比較しても遜色のない数字といえる。

一方で千葉県東葛北部・東葛南部というのは、今後 5 年、10 年で、がんの患者さんの発生割合が 3~4 割増位になる。そういう地域になると看取りの数も増えてくる。それをどのようにカバーしていくのかというのも、先を見越した緩和ケアの議論になるかと思う。そのときに在宅でもう少し受け入れていけるキャパがありそうなのか、そこをどこがどんな風に受け入れているのか、そのあたりについて保健医療計画、その他の中で議論が出てきているか。

○事務局

保健医療計画についても確認をしていきたい。どんどん高齢者のみの世帯や単身の高齢者世帯が増えていて、政策的には高齢者施設が増えてきていることは把握している。

○小川委員

そのあたりの具体的なイメージができてくると、どういうふうに緩和ケアを推進するのがいいのか。おそらく数からいけば在宅の緩和ケアで訪問看護を含めても、より強化ということも出てくると思うが、拠点病院以外の施設でどれ位カバーできるのか

見えてくれば、介護施設との連携の仕方というのも見えてくる。

在宅との連携の仕方というのもそれぞれの地域で議論できるのではないか。

特に坂下委員がいった拠点病院の役割として、地域での緩和ケア提供体制の役割を話し合うような会議の場は設けられているので、そういうところで、この地域はこういうふうになっていかなければいけないといった話になっていければと思う。検討材料を行政の立場から示してもらえると地域での議論がやりやすく活発になると思うのでぜひお願いしたい。

○事務局

確認をしていきたい。

○藤田委員

死亡割合のところで、確認と質問をお願いしたい。

一般的に人口動態統計で在宅というのと、サ高住とかグループホームも自宅の中に含まれて計算されているということで、それを基にということによろしいか。

総数のところのその他はよくわかるが、悪性新生物（がん）のその他というのはどこで亡くなっているのか。その他というのは、よく山とか川とか道端で倒れたとかだと思うが、がんでその他が多いがどこで亡くなっているのか。

○事務局

把握していないので調べておきたい。

○篠原委員

小川委員が言ったように、これからは終末期難民が増加してくると思うが、プロフィールとして、がんの対象患者、高齢者のがんの患者さんが激増するということだが、看取りを在宅で頑張っている先生たちが増えることはないと思うので、これからは看取りの場は多様化してくると思われる。そういう意味で、藤田委員がその他とはどこかといったと思う。たぶん多様化された場所で看取られていると思う。介護医療院とかそういう状況もあるので、医療的な要素もありつつ、介護的要素が高い施設で亡くなる患者さんが今後は増えていくとの見通しがある。その辺の動向、将来を見据えつつどういった施設が必要か検討すべきだと思う。

私は郡部で医療をやっているが、90歳代のお年寄りが山奥で一人で住んでいるということも多い。いつまでもそういった状況で過ごすのは無理かと思うので、是非ご検討をいただきたい。

○山口部会長

拠点病院以外の調査というのは今回初めて。それを踏まえても有意義な意見をいただけたと思う。いろいろ分析をして今後の解析につなげていければ、小川委員がおっしゃるような次の段階をこの推進部会から提言していくということも重要だと思う。

議題（２）来年度からの緩和ケア研修会について

【事務局より資料３に基づき説明】

○山口部会長

来年度からの緩和ケア研修会の予定について意見はあるか。

○坂下委員

今事務局で言った在宅の施設に緩和ケア研修の受講を進めるための周知のためのチラシ配布の提案は、具体的にどういうことか。社会資源調査時に出すということか。

○事務局

社会資源調査を在宅療養支援診療所の先生方のように、がんの治療に関わっている先生方に、緩和ケア研修会を知る機会を作るという意味で提案した。

○坂下委員

具体的には、調査の時に一緒に案内を出すということか？

○事務局

そのとおり。

○坂下委員

拠点病院の役割としてもそういったことをしていかなければいけない。緩和医療専門部会の中でも今後こういった形でやっていくか議論をしている。もし、県がそのようなことを予定しているのであれば、今後参考にさせていただきたい。

○小川委員

緩和医療専門部会の方でどのような意見が出たのかを教えてください。

おそらく拠点病院以外の研修のターゲットとしては医師とメディカルスタッフとなっている。具体的に、PEACE とかの研修を見ると、おそらく看護師とかは、認定看護師、専門看護師をメインに最初考えていると思っていたが、その中で具体的な議論が出ているか。

○坂下委員

まだ具体的に議論されていない。

○小川委員

拠点病院以外の施設のデータを見た時に、特にがん関連の認定看護師が、全然いないというのにかなり驚いた。60 数名くらいの認定看護師しかなくて、その中でもがん関連の認定看護師が 5 名くらいしかいない。そうすると看護の人たちに伝えていくとなると、がん拠点病院等の認定看護師にスキルを伝えて、そこが教育的な発信をす

るという流れだったが、コアになるメンバーがいないということを見ると、医師に頑張ってもらわないと、拠点病院以外の病院の中にどうやって緩和ケアを伝えていったらいいのか、かなり練らなければいけないのかと危惧するがいかがか。

○坂下委員

緩和医療専門部会等で議論する必要がある。個人の感触としては、今まで拠点病院は受講率 9 割を保たなければいけないというところで、どうしても自施設の医師を優先的に受講させようと一生懸命やってきた。今後拠点病院以外の施設や在宅、しかも医師だけでなく、コメディカルを含めてとなると、やはり定員の問題があるなど、今後緩和医療専門部会で議論する必要があると思う。

○篠原委員

拠点病院の先生方に伺いたい。私の施設は地域がん診療病院というところで昨年まで緩和ケア研修会をやっていたが今年度は緩和ケア研修会受講者が少ないため休みとした。来年度は新しい方向なのでやらなければいけないと思っているが、拠点病院の先生たちには、研修医の先生方を 9 割以上受講させなければいけない縛りがあり厳しい環境の中でやっていた。

新しい研修会では、より医師・歯科医師以外の職種も広く、e-learning を受ければ集合研修を受講できる、修了証書も同じものが発行される等いろいろ言われているが、なかなかインセンティブがないとコメディカルの方にも広く受講してもらうのは難しい。e-learning だとハードルが上がってしまい、今までのように出かけて行って頑張っただけで参加すればいいといったものではなく、先に e-learning を修了しなければいけない。どうやって受けさせたらいいのかと思っている。

小川委員のところや坂下委員のところはターゲットをどの辺にしているのか。従前どおり研修医に受けさせるようにしているのか、それともコメディカルに e-learning を積極的に促すような策をとっているのか。

○小川委員

国立がん研究センター東病院の場合あまり攻略はない。外からどれくらいの人数が来るのかを見ながら院内への周知を考えようかという中で様子見をしているところ。

ちなみに他の県で、e-learning を随分前に受講されていて、何を受けたか忘れてしまっただけでワークショップ方式でやっても、議論が盛り上がらないという事例もあるというのは聞いている。いろいろ情報収集しているところ。

○坂下委員

がんセンターもまだ開催していないので、イメージしにくいところがある。いろんなところの情報によると、e-learning の効果はばらつきがあり、集合研修のやり方を工夫する必要があるといわれている。来年度からどうやったらいいかを考えている。

○瀧口委員

県がんセンターで受講した看護師・薬剤師の方の反応はどうだったか。受講した千葉大の看護師は勉強にはなるが、看護師業務そのものではない。医師はどうやって緩和ケアをやっているという勉強になるが、看護の内容とは少し違うと言っていた。

看護師用の緩和ケアのプログラムはいくつかあると思うが、大岩前部会長の時に看護師はそちらを推奨するという話があった。今回メディカルスタッフも研修会を受けるようになったので、議論の主旨はわかるが、看護師用の研修は国立がんセンター等で、看護師用の緩和ケア研修をやっているのだから、そちらで代替することを考えてはどうか。

○小川委員

そのあたりは、レベルの問題、内容の問題というのがある。緩和ケア研修会は、元々医師向けに作られていて、薬物療法や効果的なアセスメントについては共通するが、一般の看護師が受けると難しすぎる。普段のケアと乖離していると話が出てもおかしくないと思う。看護のケアだと ELNEC と厚生労働省で行っている意思決定支援の研修の二つが動いている。ELNEC についてはかなりベーシックなもので、初めて緩和ケアを学ぶ人向けのものもある。拠点病院以外の看護師に推奨するときに、いきなり緩和ケア研修会でやるのかどうかは、レベルも含めて柔軟に動く方が受け入れやすいと思う。

がんセンターの中だとがん専門施設という特殊性もあり、研修会では違和感なく緩和ケア研修会に参加できるのではないか。

○坂下委員

瀧口委員がおっしゃったように個人的にはどうなのかと思う。ただ国の方針として、医師以外のコメディカルにも勧めるとなっていて、県の計画でも今のところそのように動いている。そもそも PEACE の研修会は医師のための研修会で、どうしても症状マネジメント、薬物療法に偏った内容になっている。ただ、コミュニケーションに対するロールプレイとかに関しては医師以外のメディカルスタッフ用のものが準備され、そういった工夫も少し入ってきたりしているので、まったく有効でないとは言えない。今後議論すべきことだと思う。

○山口部会長

緩和医療専門部会でも議論されるのでは。

○坂下委員

緩和医療専門部会の方で、医師以外、看護師の教育をどうするか議論する。

○山口部会長

緩和医療専門部会の方で色々考えていただいて、この部会としては周知の仕方ということで紹介していただいたと考えている。

今まで社会資源調査のところは、がんセンターへの委託事業でもあるので、がんセンターと県で検討していきたい。

議題（３）「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」活用支援事業について
【事務局より資料４に基づき説明】

○山口部会長

久しぶりに緩和ケアマニュアルを見たが、読みやすく内容も良くできている。ただ認知度が今一つというところで苦労しているようだが、この冊子に関して野口委員、権平委員、木村委員いかがか。他の県にはないユニークな取り組みだと思う。

○権平委員

確かに認知度は低い。在宅のヘルパーや看護師等に研修会がある時にこのマニュアルをアピールしており、中には知っている方もいるが、まだまだ少ない。

○山口部会長

講師派遣で広めていこうという事だが、なかなか広まらない。一気に広まるような良い方法があればいいと思うが良い方法はないか。

○篠原委員

当院の緩和ケアの認定看護師が、地域の看護師に声かけをして、緩和ケアマニュアルをベースに研修会を開催し好評だった。ただ、皆さん忙しいので、平日の午後、２時間程度だったが、「継続的にやってほしい」「他のスタッフも参加させたい」といった意見があり、来年度も２回程度開催したいと思っている。

○山口部会長

各施設でこのマニュアルの認知度を高めるといえるのはいかがか。

○木村委員

銚子市と東庄町でマニュアルの講義を行った。このマニュアルはダウンロードができるので、研修前に一通り目を通し研修会に参加いただいたが、受講者からは、「講義の内容を聞いて、書かれている内容を全く理解していなかったことに気付いた」という感想が多く、一見当たり前のことが多くて、私たちは全部分かっているという認識で読んでいる方がいかに多いかをとても実感しながら講義をした。

このマニュアルの中で私たちが言いたいことは、お薬のことや薬物療法のことは最後の方に少し出てくるが、あまり入れてはいない。がんの患者さんが終末期になるとどんな体験をしているのかというところに着目をしている。それは、最後の２か月間でできていたことができなくなる。しかもできなくなったらもう２度とできるようにはならないという世界観の中で過ごしている患者さんの体験。

できなくなったことを簡単に手伝ってしまうと患者さんの自己効力感や悔しい思

いをないがしろにしてしまう。頑張りたいという患者さんをいかに支えていくかというところを重点的に話し、患者さんが大切にされていると感じるケアを提供することで、患者さんのトータルペインが下がっていくというところを、介護によって大事にできることを伝えている。

それを伝えると「私達にもできることがある」、「どうやってケアしたらいいかわからなかったが、患者さんの希望を聞いてケアをすればいいんだ」というところに理解を示し、ここに書かれていることが正解ではなく、10人いたら10人違うというところも理解していただいた。患者さんが普段どのように動いているかというところを施設の方は見ているので、それを引き出しに入れておいてケアに活かすという大事なところに気づいていただけた。マニュアルをいかに理解し伝えていくかというところに重要さがあり、マニュアルを読んだだけではいかに伝わりにくいかというところを、直接講義をする中で経験した。

○藤田委員

先ほどご紹介をいただいたように市町村では、在宅医療の推進、医療・介護連携事業をしなければいけない。船橋市では在宅医療ひまわりネットワークを作り、私はそちらで役員として参加している。先日、緩和ケア研修の一つとして、坂下委員に基調講演をしていただき、施設の看取りと在宅の看取り、在宅は訪問看護師にお話頂き、その後にワークショップを行った。施設の看取りとして特養の方から発表があったが、平成26年度から全職員の意識改革というところから独自のマニュアルを作り、一つ一つを積み上げていった。独自でやってきたことであっても、この緩和ケアマニュアルを使いながら、何ページを開いてくださいと示しながら説明を行い、聞いている方も分かりやすく納得する内容だった。

このマニュアルを作られた方に敬意を示したい。多職種からこの緩和マニュアルは素晴らしいと感想があがる位すばらしいという事をご報告したい。

啓発として市町村のところでこういった事業をしているので、そこで緩和ケア研修の一環として、施設の看取りを入れてマニュアルを使ってもらえないかとアプローチするのも一つだと思う。

○山口部会長

今、実際に使っていることが分かってきたが、そういう形の広め方というのも、地域ごと、部署ごとで広めていくというのもとても重要かと思うがいかがか。

○野口委員

この緩和ケアマニュアルは非常に分かりやすい内容でできていると思う。職能団体の方に、例えば老健協、高齢協、グループホーム、ユニットケア、そういうところ、それぞれのところに働きかけをして、仕事という形だと職員は出してもらえるので、この辺のところを回してみて、県にご協力をいただきながら、31年度の研修会に取り込んでいただく。ぜひこれを使って研修という形で、藤田委員の言われたようなことも非常に有効だと思う。それにはやはり職員を出していただけるような働きかけを

していきたいのでご協力をお願いしたい。

○事務局

皆さんのところで使っていただいていることも分かり非常にありがたい。モデル事業だけでなく、市町村、職能団体の協力を得るところで来年度の事業で広めていきたい。

○小宮委員

緩和ケア研修会の修了証の人数等が、医師・歯科医師と記載されていたが、おそらく歯科医師はほとんどいないのではないか。歯科医師会では、終末期の研修会等をするが、なかなか呼ばれることもなく、だんだんしりつぼみになっている。

今年度より、病院ともっと連携をしようと「退院時共同指導」というところを使って病院の中に入り、座学だけでなく、きちんと地域で動ける体制を作っていこうと取り組んでいる。対象は慢性期病院だが、できたら、がんの拠点病院とかそういったところとも連携を取り、ぜひ呼んでいただけると、広く歯科医師に周知できる。

また、緩和ケア研修は、実情がない中での **e-learning** はハードルが高い。がんに関しては、歯科医師はメンタルケアのところできていないと思うし、ご指導いただくところがたくさんあると思うので、ぜひ呼んでいただいてご指導いただきながらチーム医療の中に入れていただきたい。

○土橋委員

在宅療養支援診療所だけでなく、かかりつけ医の先生方が、在宅医療を沢山行っているというのが私たちの調査で分かっている。是非そういった視点でかかりつけの先生方がかかわっているところも重要かと思うのでよろしくをお願いしたい。

また、緩和ケアマニュアルは非常に分かりやすく、内容もまとまっている。今日は医師会副会長の金江委員もいらっしゃるが、医師会の1階に地域医療再生事業を活用し地域医療支援センターを作った。医療や介護用品が展示されてるので、時々ヘルパーや看護学生などが授業を行い、在宅医療を進めている。その介護用品を使い、緩和ケアマニュアルをテキストに広めていただくのはどうか。

○金江委員

現在、往診という形で何人かの患者さんを診ている。がんの患者さんも診ていたこともある。今日の話しを聞いて、ケアマネージャーは重要な役割を果たしているのも、そちらへの研修会を考えていただきたい。

○眞鍋委員

e-learning から始まる研修会の話があつたが、薬剤師はコメディカルにあたる。タイトル、あらすじを見ただけだが、我々薬剤師がどこまで理解できる部分があるのか、なかなか難しいとの感想を持った。それを修了し集合研修会に参加して、コメディカルの立場、薬剤師としてどれだけ発言できるのか、それによって知識がどこまで

ついていくのか心配になるところもある。

また、緩和ケアマニュアルは分かりやすくできている。私も作成にかかわらせていただいたが、いかに広げるかは大切なことで、施設ではなくて、ケアマネージャーが非常に重要なキーパーソンになる。高齢者のがんの方は、介護保険の適応を受けケアマネージャーが付きケアプランを立てるので、緩和ケアの知識を得ていただくことで緩和ケアマニュアルの活用が進んでいくと思うので、是非ケアマネージャーの方に研修会を開いていただけるように働きかけていただきたい。

○山口部会長

ありがとうございました。

【議事終了】