

平成26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概要

1 日時 平成27年1月27日（火）午後6時30分から午後8時50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、野口委員、土橋委員、栗原委員、眞鍋委員、渡邊委員、
滝口委員、木下委員、篠原委員、権平委員、山口委員、宮坂委員

4 議題

- (1) 緩和ケアに関する提供体制の調査について
- (2) 介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル作成について
- (3) 「在宅がん緩和ケアを担う医師及び看護師の人材育成事業」について
- (4) 今後のスケジュールについて
- (5) その他

5 議事進行

- 配布資料確認
- 古元健康福祉部保健医療担当部長 あいさつ
- 新委員紹介
- 会議の成立 12名中12名の委員出席

5 議事内容

「議題1 緩和ケアに関する提供体制の調査について」

○事務局より資料1及び資料2をもとに説明。

○大岩部会長

説明の中で、設問のあり方が非常に重要だと思う。今の説明だとスクリーニングの方法の評価とスクリーニングの結果の評価で問い合わせがあったようだが、他にはなかったか。

○事務局

Iの2の緩和ケアセンターの活動に関して、設置しない場合は答えなくてよいかとの

質問を受けた。「設置するとしたら、自施設で不足していると思う項目」としてお答え
いただきたいと説明した。

○大岩部会長

設置するすればということ。他にはあったか。

○事務局

他の質問は、特になかった。

5のスクリーニング方法とその評価については、現在実施している方法が妥当かどうかを
みる設問、6のスクリーニング結果とその評価については、患者さん自身が応えて
くれた結果を（提供している緩和ケアが）妥当か、次はどうやるのかを聞く設問と思っ
て聞いた。次にどのようにするかを判断するためには、そもそも結果を評価する時期や
それを評価するのは誰なのか聞けば、わかるのではないかと思って設問にした。

実際にはスクリーニングをする側と受ける側で評価が出るようにしているところも
あり、結果を見るといろいろである。

○大岩部会長

評価対象者というのは、患者さんという意味合いと、誰が評価するのかという意味
か？

○事務局

そう考えている。

○大岩部会長

スクリーニングについては、前回滝口委員からエビデンスがはっきりしないという話
があった。実証されていないものをあえてしなければならなくなっている。今回、拠点
病院の要件についての実施状況について、把握しながら検討していこうということだっ
たと思う。

スクリーニングの結果の評価については、意味があったか、なかったという意味だど
思っていたが、事務局が言ったように混在した内容になっている。この意味については、
委員の中でコンセンサスが得られればよいと思っている。次のアンケートの時に病院の
回答がばらばらにならないようにしていきたいと思う。

調査内容については、委員にメールでやり取りしながら決定したもので、評価の
時期は、入院時だとか外来初診時だとかそういう意味で書いたと言える。

個々の症状（痛み、息苦しさ、気持ちのつらさなど）について、何を評価するかとい
った意味でよろしいか。その点について御意見をいただければ。

○木下委員

これはきっとかなり難しい。自分は研究のレビューをしている。方法というのは、ツール何を使ったか、誰がするのか、どんなタイミングでするのか。評価方法（結果方法）はスクリーニングとトリアージはセットで、陽性となった時も、誰がどう割り振るか。今の医療提供体からはスクリーニングはしたものの、その症状は誰も対応できない。

スクリーニング自体に効果があったかは、症状が下がったか、医療者から見て役に立ったかどうかで見ることになると思う。

前回の滝口先生の話は、イギリスでの研究では、効果がないという結果になっている。カナダの一部の人たちは効果があると言っていて、アメリカで広げようとしている。けれど、一部の人たちはアメリカでも効果がないと言っている。

スクリーニング自体の効果は、患者アウトカムとして点数出したとして、下がっていない。医療者にとって役に立ったか否かも調査をしないとイケない。

○滝口委員

大規模にやっとうまくいっていないので、千葉大のコンセプトとしては、緩和ケアでどんなサービスが受けられるか、よく知らない方にどう（緩和ケアを）届けられるかに、調査に重点を置いた。緊急度が高ければ、しかるべき機関に紹介するといったコンセプトで実施してみたところ。

高い要求には答えられないが、どのくらいの問題がある人は看護師が対応するのか、主治医が対応するのか、チームに紹介するのか、看護師の判断になる。初めてするので、やりながらどうやるのがよいかといった対応を考えている。どれだけ効果があるのかは今後検討したい。

○大岩部会長

基本的にはお二人とも同じことを言いたいのだと思う、現実の問題の中でどうするか。おそらく厚労省がこういう形で出してきたのは、緩和ケアの質を上げたいということだと思う。けれど緩和ケアそのものに踏み込んでではない。多くの人たちが緩和ケアを知りません。関わる人が少ない。患者満足度が低い。それを受けての対応なのだろうと思う。

スクリーニングが目指すものは、実質的な緩和ケアの質の向上。

緩和ケアチームにしても、認定看護師にしても、動き始めて日が浅くて、院内の整備もできていないというのが実情ではないか。

○木下委員

滝口委員と意見は基本的に同じ。患者アウトカムは難しい。主治医チームに対応できないものをチームに紹介できたか。そこが厚労省の求めていることだと思う。

主治医が対応できなかった問題を専門家に紹介できたかを指標にしてよいのではな

いか。

○大岩部会長

専門的緩和ケアということか。緩和ケアに関わる人たちはいろいろいるが、プライマリー的な対応をする人たちと専門的な対応する人たちということによいか。

○木下委員

そうだと思う。プライマリーな部分は患者のニーズを聞き出せたか、そこにスクリーニングをいれ、プライマリーの対応で難しいものは紹介できたかを求めていると思う。

○大岩部会長

お二人の発言は、トリアージの問題を明確にしなければいけない。その上で地ならしとしてどういったものを求めていくのか。それをアンケートの中でどう明らかにしていくかということだと思う。

○坂下委員

どこの施設も独自に悩みながらやっている。各施設がどのような考えで、どのような方法でしているのか、調べるぐらいかなと思っている。

○篠原委員

このアンケートをいただきまして、返信はした。拠点病院ではないので、載ってはいないが、見たところ同じような結果で安心した。

当院は、当院で診断されて、治療を開始する予定の人に、次の外来時に、看護師がバックヤードに関する質問を取って、相談の希望を地域連携室に提出して、チェックがある場合には動き出す。主治医に言って許可を得て動き出す。

滝口先生が言ったことでよいのかなと。スクリーニングをどう役に立たせるかだと思う。そんなにずれていなかったのもホッとしている。

○大岩部会長

5番6番を分けて議論をしなくてはと思ったが、一緒に議論をしていきたい。学術的な研究ではないので、がちがちにすると動けなくなる。

スタートと言う意味で理解して、受け取る人が共通の理解ができるようにアンケートの文言を変えていくことでよろしいか。文言ができれば、皆さんの意見をメールで聞いて調査を続けていきたい。

他の項目について問題あるか。

○木下委員

研修会の受講率に関してだが、研修修了者にバッジが配布されるという話がある。受

講率 90%で、バッジ配布という通達が出るという話がある。その時病理担当者とかをどうするか微妙なところ。バッジは学会が3万人分作るとのこと。

○滝口委員

達成率なのだが、がん診療に携わる者の受講 100%を目指す。その他にがん診療に携わる者にかかわらず、研修2年目から3年目までという別枠の義務がある。研修医を100%にすればいずれ日本中 100%の医師が緩和ケア研修を受講したことになる。今は過渡期と考え、がん診療に携わらない医師としてしまえば母数に入らない。研修医の義務は厳しい。今後、研修受講への取り組み方が重要になってくる。

○大岩部会長

細かいところに入ってくると別の議論になってしまう。1つは部会としてどういう提言ができるか。もう1つは研修の内容の問題も大きいと思う。今、緩和ケアと言った時に概念があいまい。緩和ケアというと、がんと診断された時からで、終末期が抜け落ちてしまっている。概念の整理がされていないと思う。そういうことを含めて推進部会としては何らかの議論や意見が出すことをできればいい。

研修を受けてもらえるためにどういうことが必要か、内容はどのような事を習得してほしいか。

○木下委員

そもそもア(がん患者の主治医や担当医となる者)の(受講率)の%が低いと感じた。

○大岩部会長

非常に低いと思う。実情がわかるとよいと思う。がん診療をしている人たちにとって、緩和ケアというと、終末期の緩和ケアのことで、自分たちには関係ないという意識がある。それで、受講率が低いのもかもしれない。その問題も解決の方向性ができれば。

○木下委員

うちは7割くらい。私がかかなり繰り返し言っているので。院長にも受講していない人は、呼び出してくれと言っている。

○坂下委員

データ本当なのか、確認させてほしい。こんなに低くはないと思う。

○大岩部会長

これはいつのデータか？

○事務局

9月1日が基準日。拠点の推薦のためのデータから取ったもの。

○滝口委員

研修会のキャパシティに占める割合は、どうなのか。100パーセントにするためには年に2回3回とする必要があり、それは無理だと現場に言われた。

○事務局

現在の研修会開催数だと年間約600人が受講できる。医師総数2,000人超えるので、3倍のキャパシティが必要である。

○木下委員

県の計画がまずい。私共は数値の目標を立ててやっている。緩和医療専門部会にこれだけやりなさいと診療連携協議会が言わないからこうなる。

○事務局

今回国が出してきた対象医師は、千葉県の計画を作成するとき一度各病院に同じような調査をしたことがある。そうしたところ、数値が少なめにでてきた。ある病院ではアの部分が1桁であった。そのため計画の段階では目標数値化しなかった。これから先は国の示した定義から母数を決定し、考えていきたい。

○大岩部会長

木下委員が言われた方向で考えたいと思うが、推進部会として、どこまで踏み込んでよいのか考える。しかし、踏み込むところは踏み込んでいかないと。

拠点病院の協議会と緩和ケア推進部会の風通しをよくしようとしている。状況によっては私がオブザーバーとして参加する。必要があれば、協議会に伝えて、来年の9月の結果を見て、改めて議論したい。

【議題2 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をもとに説明、木下委員より資料4をもとに説明。

○大岩部会長

マニュアルの作成検討がまだまだ進んでいない。介護というより、介助のマニュアルを作っていきたい。以前のマニュアルが活用されているかいないかは不明だが、評価されていない。これから取り組むので御意見をいただきたい。

○宮坂委員

木下委員が2回程研修会をされた講演やDVDがどのようなものであったのか。それは役に立つものではないかと思う。介護のマニュアル作りの時に、その内容は役に立つのではないかと思うので、そのあたりを検討しながら作っていただければよいのではないかと思った。

○木下委員

マニュアルの作成目的とは、自分が考えていたことと大岩先生と少し違うのかなと。介護職の人は看取りの経験が少ないのでそこを重視した内容。大岩先生は介助とおっしゃっていたので、そこは違う内容かと思う。

○大岩部会長

違うということではない。介助と言ったのは、終末期の患者さんが穏やかに過ごすか、苦しい気持ちで過ごすかは、介助の技術がしっかりしているかで違う。介助の技術に加え、がんの患者さんにはどういったことが必要かも重要。そうすることで、看取りにつながると思っている。私自身の意図としてはそういうところにある。必要時、DVD等お借りしたい。

○野口委員

それぞれの施設が使えるもの。わかりやすい、初任者研修レベルの、繰り返し使えるマニュアルやテキストがほしい。

○大岩部会長

介護に携わる職種の人達は職種としての法的な縛りがあるので、病状の変化に応じた対応を自分の判断だけではできない。しかし少し工夫すれば最後までみる事が可能だと思ふ。

○権平委員

施設で看取りをした方、介護福祉士のお手伝いをした。見ているのが怖い、なにかあったら、病院という発想。なにかあったら大変だ、病院へという発想は、看取りに慣れていないし、死生観といった教育も並行してやらないとだめなんだなと思った。

○山口委員

施設ごと、地域性があるのか、千葉県の実情は自分がよくわかっていないので、権平委員が言った場合もあるのだろうと感じ、施設からのホットラインを聞くと確かにそうだなと思う。

病気のことがわからないと難しい。介護職と医療職がケアを組み立てていく中でどのよ

うに関われるのか、ネットワークと言う考えが私の中で出た。

○篠原委員

坂下先生が持ってきてくれた冊子は、どちらかというと病院、緩和ケア病棟で終末のものかと思う。この冊子の問題点については前回話し合った。

在宅をやっている、訪問看護師が家族に介助の方法を適切に指導している。家族に対するマニュアルと別次元のものなのか。

○大岩部会長

そういうことも検討会で話したい。基本的には介助の技術はどの場面でも同じ。技術を身につけることが重要。在宅の家族にも応用できる。看護師は元々身に付けているはずだがそういう人ばかりではない。

医師がなぜ介護・介助をやるのかというと、がんの終末期の患者の介護は医療に係わってくる。下手な介助をやると、痛みへの恐怖が増す。介助にしても医療にしても、どこかで患者に苦しみが起こると、患者の精神的な緊張は一挙に高まり大変なことになるのは日常経験すること。介助に対する理解は、緩和ケアに関するあらゆる職種で必要だと考えている。日常的に介助をしている介護職は、これから施設での看取りの問題も大きくなっていく。介助、介護を見直していくことが重要であると理解している。

○坂下委員

参考にお持ちしたのは、あくまでも患者の家族の不安に対して説明するための補助的なもの。介護職に対するマニュアルとは違う。基本的には病院でのセッティングの話も多いが、訪問看護ステーションで活用されているようで、色々なところから分けてほしいと言われる。イラストが多くて、イメージがしやすい。そういうところがあって結構使われているのかなと思う。内容に関しては問題点もあると思う。イラスト等を活用してわかりやすいものを作っていただけるとよい。

○大岩部会長

家族向けということで分けて考えなくてよい。持ってきていただいてイメージがわいたと思う。介護職ということを前提としても、家族が抱えているのと同じような問題があり、参考になる。

○土橋委員

介護職の方は身近にいて関わる頻度が高い。患者さんの変化にいち早く気付くのは、介護職。どういったことが起こるのかといったことを介護職にわかりやすく示すのは重要だと思う。ちょっとしたことを介護職が気づくことがある。気づいて主治医や看護師に繋がれば、患者にとっていいと思う。気づきのヒントがあれば、マニュアルとして素

晴らしいものになるのではないか。

○大岩部会長

皆さんの視点、とても参考になる。

○真鍋委員

色々なデバイス使っている。どうしてそういうデバイスを使っているか、周りの人たちが理解していないと困る。

薬剤師としては、麻薬の問題がある。ある患者さんが疼痛緩和で麻薬使おうと言ったら、このまま死んでしまうのではないかと不安を抱かれた。介護の方も同じような不安を抱くのではないか。疼痛緩和に関する、薬品やデバイスの意味を教えるマニュアルを作れたらよいのかなと思う。

○栗原委員

P12のところに「うがいや口の中をきれにすると～」。1行なのかと残念。こういうところを専門職として、御家族にも御本人にもゆったりとした時間を過ごしていただけるような方法を提示していきたい。

○篠原委員

感じたことだが、うちの優秀な訪問看護師が、介護職系の講演でひっぱりだこで適切な指示ができる。そういう視点からすると、裏打ちするように訪問看護師がスーパーバイズするようなマニュアルもあるとよい。臨機応変に対応するために、御家族が安心するようなもの。医療安全でSBAR (situation 状況把握 background 背景理解 assessment 評価 recommendation 提案) というものがあるが、緩和ケア病棟でもアセスメントぐらいいして対応できると良いと思う。アセスメントくらいは、Q&Aで応えられるようなマニュアルがあると良いと感じた。

○木下委員

介護職のマニュアルを作るのが、医療職だけなのはいかなものかと思う。介護職の方をもう少し委員にいられた方がコンセンサスを得られるのではないか。そうしないと上から目線になる。

○大岩部会長

(委員として) 広く求めるのか？

○木下委員

介護職の方が利用するので、介護職の方の意見を反映することが必要ではないかと思

う。

○大岩部会長

そのあたりは、野口委員が集束することになっている。

○木下委員

それで大丈夫ならよい。

○大岩部会長

そこを含めて検討する。

【議題3 「在宅がん緩和ケアを担う医師及び看護師の人材育成事業」について】

○資料5をもとに事務局および坂下委員より説明。

○大岩部会長

がんの在宅緩和ケアを担う整備は、医師会にはあるが、高齢者在宅ケアの中での対応なので十分とはいえない。在宅緩和ケアの司令塔となる中核的な施設がない。この事業を進めていき、在宅緩和ケアのシステムを整備する中核的な事業としたい。

○木下委員

総論賛成。質問2点。1つは、300万の予算で、今まで検討会1回。どうなっているのか。2つ目は、今から4月に入れる人はいるのか。まだ公表されていない様子だが、見通しは？（注：2月1日から県がんセンターホームページにて公表された。）

○大岩部会長

4月からの人材については、医師と看護師は確保している。人事に係わることなので、公表はできないが、他に希望者がいれば受け入れてやっていく。切羽詰まっているが、4月からスタートできる下地はできている。

○坂下委員

1つ目の質問の、25年度に進捗がなかったのは問題とは思っている。3年間と言うことで、平成27年度のモデル診療で予算は使われる形になる。

○篠原委員

対象者は、10年目以上の臨床経験のある医師。この条件の理由は？

○坂下委員

中核を担える人を育てるということで、経験のある者を対象。候補者が医師、看護師1名ずつ。公募してあまり多く来ても難しいので、今回はしぼった。今後は若い人をターゲットにしてみてもよいと思う。

○篠原委員

実際にモデル診療する内容は、週1回等、限定的になるのか？

○大岩部会長

医師はすでに診療所で活動している。看護師は指導診療所に所属する予定。その医師と看護師はチームを組んで訪問する。(指導診療所は)診療に係わらないで、スーパーバイズという形で係わっていく。患者に対するケアがうまくいかなければ、がんセンターに入院を依頼することも可能。できればずっと自宅で過ごすことを目指していく。色々な問題については、指導診療所がスーパーバイズしながら、継続が可能なようにやっていく。

医師は実際診療しているので、負担が少ない形で、モデル診療運用のノウハウを考える。そのノウハウの蓄積でプログラムが自然にできるだろうと考えている。

○宮坂委員

看護師は大岩先生のところへ所属。研修を受ける医師は別のところで働いている。その2人がチームで働き、6か月働いたあとは別々？

○大岩部会長

別々でも構わない。

○宮坂委員

中核なのに？

○大岩会長

6か月で修了者が中核的になるのは実は難しい。うまく軌道に乗れば、中核になるかもしれない。ばらばらになってもそこで得られたものは、次の人材育成に反映されるだろう。

○宮坂委員

研修修了済み等の看板もしないか。将来、できたらそんな表示があると助かる。

○大岩部会長

やりながら検討していきたい。基本的には、宮坂委員が言われた方向も含まれる。もっと中核的な司令塔的な人やチームが必要だろう。その方向も検討の余地はあるが、今後は必ずしもそういう看板を示す方向ではない。

○篠原委員

(議事録に入れないでほしいけれど) 当院は指定が受けられれば、地域がん診療病院としてがんばっていく。この事業が、がんセンターとの人材交流に使えないか。キャリアアップを図りたい若者は多い。専門医制度に組み入れて、将来を担う人材を育成していく。がんセンターと組みながら、若い先生が就職してくれるとよいと思っている。

○坂下委員

緩和医療科から大岩先生のところ研修に行ったりして、実施していきたい。

○木下委員

うちでは可能。在宅に出している。短期レジデント制度で3か月や半年で実施中。現在も制度的には可能である。

○大岩部会長

この事業は、ターゲットを在宅に置いている。病院診療の緩和ケアの中での在宅の部分ではない。

○木下委員

若い先生は、とにかく専門医が欲しいので、このシステムでは難しいのではないかと。

○篠原委員

次の段階で期待したい。

うちは、がんセンターに依存している場合が多い。うちの地域は開業医の高齢化が多いので、施設(病院)の医師が在宅や看取りをしていくことになるのではと思っている。今後も開業の先生がビジネスチャンスで参入するのは難しい。勤務医として働いてくれながら、在宅もしてくれる人材を確保できればと、期待を膨らませている。

○大岩部会長

将来の膨らみという意味で補足すると、在宅緩和ケアは専門性が高いと同時にプライマリケアとしてかかりつけ医がかかわることが必要。医師会や行政の在宅施策のほとんどが高齢者とがんの振り分けができていない。そういうことでがんの患者さんが辛い思いをしている。中核的な司令塔があることでかかりつけ医が、がんの患者さんに関わ

れるチャンスが広がる。

○土橋委員

医療圏毎に中核になる人材がいれば、心強い。総合診療専門医のカリキュラムが今年度中にできあがる。その中で、緩和ケアの実践ができる環境を作っていくことも含めてやっていくと、面として広がっていくのではないか。

○大岩部会長

色々なところで在宅緩和ケアが広がっていく。今までは、それぞれの立場で方向性がずれていたところもあるが、集束されてきている。

○木下委員

27年度に終わる事業だが、これでは事業費が安すぎてやっていけない。がんセンターの職員として雇用されればいい。県のほうにがんばっていただいて、28年度から予算がつくとよい。

○大岩部会長

人材育成の予算は、0が1つか2つ多くつけばと思っていたが、こういう状況になった。たまたまモデル診療を担っていく医師と看護師がうまく見つかった。医師と看護師の立場を踏まえて、目指す方向性がぶれないモデル事業。次のステップは、きちっとした形でできるような予算化を要請していきたい。県に強くお願いしたいのは、新基金を使って、進展させてもらいたい。つなげていきたい。

○山口委員

患者の生活を支える、介護の技術は大切と思う。この事業の中に介護を含めたケアを実践するためとあるが、具体的な中身は？

○大岩部会長

在宅緩和ケアは医療の支援と生活の支援が柱。医療の支援が手当てできると、医療は黒子になって、生活支援が大きくなる。がんの在宅緩和ケアの生活支援の視点は難病や高齢者の生活の支援とは全く質が異なる。病状を踏まえて、きちっと支えていくことが必要。継続した支援できれば、医療の問題（痛みが強くなったりするなどの）は復活しないということが実感としてある。そのノウハウを新たなモデルでやることで、違う視点が生まれるので、積み上げていこうと思う。

○権平委員

私のイメージと合っているところと合っていないところがあるので、介護のことに関し

ては、作業部会で意見を出していきたい。

○大岩部会長

このモデルは医師と看護師が中核ではあるが、多職種の方がどうかかわるかも大事な
ので、薬剤、歯科も御協力いただければと思っている。

【議題4 今後のスケジュールについて】

○資料6および7をもとに事務局より説明。

○大岩部会長

この目標値が長期の中で、耐え得るものか、議論していくべき。例えば、在宅の関係
者が少ない部会の中で在宅の問題を話し合っていくという問題もある。

数値目標も今後話し合っていく必要がある。

○木下委員

中間評価、いつ固定するのか。国の方は見直すことがあるとなっているが、県の方は
どうするのでしょうか。

○事務局

来年予定している。

○大岩部会長

中間評価を平成27年度末までにする。評価によっては、28年度以降に具体化するも
のが出てくるという考えでよいか。

○事務局

そう考えています。

○滝口委員

資料7の目標値や項目は、この中（部会の前身である在宅緩和ケア推進委員会）で決
めて、その場にいたのを覚えている。項目や目標を見ると、医療従事者側の目線という
気がする。患者・家族がよい看取りを受けたと考えるかどうか。極端な話をすると、こ
れから高齢者が増えてくると、病院で死にたくても死ねなくなる状況増えていく。か
といって、患者・家族がどう思うかアンケートを取るのも大変難しい。

○大岩部会長

大変でも必要であれば調査は必要。

○木下委員

そう簡単にはできない調査で、予算もかかるし、制度上でも難しい。自分たちでつくるときながら、まずいなと思った。

○大岩部会長

患者視点でというのは重要。緩和ケアでは患者視点が十分とはいえないことが大きな問題である。そのことの議論も深めていきたい。中間評価、どのようなことをするのか、事務局と相談して、なるべく早く委員の皆様にお伝えしたい。

○木下委員

今後の提案。県によっては、PDCA として、緩和ケアの相互レビューをしている。例えば、私達が千葉県がんセンターに行って、カルテをめくってレビューする。宮城県でやっている。緩和の領域に限らず。今後の課題として、考えていく時期だと思う。

○大岩部会長

どこまで踏み込んでいくか。この中で一致できれば、提言していくことは可能だし、していく必要があるだろうと思う。次に展開できるように木下委員、滝口委員よろしくをお願いします。

○栗原委員

①の地域の特性に応じた緩和ケアのネットワーク作り、どうなっているのか。

○事務局

県では、これまで様々なモデル事業を行ってきた。平成25、26年度のモデル事業は、この部会に報告してもらい、事業の評価をしていくとよいと思っている。モデル事業はいろいろしているが、今までどこにも評価してもらっていないのが実情。それらを含めて評価をしていって、総論的にまとまるかは予測がつかないが、記載させてもらった。

○篠原委員

モデル事業の1か所として、具体的にお話したい。広域なので、まずは多職種に参加してもらおうと、研修を実施。最初はスピリチュアルケア、2番目は怒りに対してどのような対応。3月にはアドバンスケアプランニングということで来ていただく。かなり好評で、申し込み殺到している。意識付けはうまくいった。

山武健康福祉センター（保健所）でやってきたが、在支診も数件しかないし、声掛けて
いるが、参加してもらえない。今回のモデル事業に関しては、歯科の先生や調剤薬局、
多職種来ている。

○木下委員

今年度は今回で終わりか。進捗を考えると会議の回数少ない。いろいろな議論が必要
になってきており、実情に合わない。県はどう考えているのか。

○大岩部会長

年2回では議論が煮詰まっていけない。資料もたくさんあり、事務局も大変だと思う。
今までと違った意味で具体的に多岐にわたって議論されているので、開催の頻度を考え
ていきたい。スケジュール増やしてもらおうことを事務局に検討してもらいたい。事務局
と打ち合わせをしたい。

【議題5 その他】

○大岩部会長

今日は踏み込んだ話も出た。在宅緩和ケアの中核をがんセンターにすることは、部会
になじむか微妙だが、議論していきたい。

がんセンターの増床の問題があって、緩和ケアの病床が大きく変わるということだが、
内容についてどこまで公開できるかという問題がある。具体的に提示して、議論してい
きたい。1つの病院であると同時に中核的な県のモデルであるので、議論してよいかと
思う。

以上