

ンジをすることによって帰れる症例は多くいらっしゃるのではないかと考えております。長崎大学緩和ケアチームの在宅移行を実現した症例を経年的に見ておりますけれども、私どもが緩和ケアカンファに出席するようになった2007年には、それまで2%程度だった数字が7%に上がっています。そして、2008年、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」に参加するようになってから、なんと17%まで在宅移行症例が増えております。実数で見ても、2005年3例、2006年4例だったのが、2007年18例で、昨年2008年には45例で非常に劇的な変化をしていることが分かるかと思えます。さらに私どもは長崎大学の入院時のスクリーニングでハイリスクと判定された症例のうち、(長崎大学は87%ぐらいのスクリーニングをやっていますけれども、)在宅移行に関する問題のある症例を在宅スタッフと病院スタッフが合同で検討する場を設定していただきました。たとえば、筋委縮性側索硬化症で家族が痰の吸引に自信がない方に対して、病院側と在宅側が話し合いをして、まず試験外出(日帰りの帰宅)をして、それから近隣病院に転院して在宅へ移行するというような手順の話し合う、または、低酸素脳症の幼児をどうやって帰すかということで、医療資源に関する情報を大学はあまりご存知ないですから、どのような病院、診療所、訪問看護ステーションがあるというような情報を提供して、在宅移行を検討しております。参加者は大体10名で病院側スタッフと、在宅側からは訪問看護ステーションや診療所の医師も含めて検討しています。全疾患で見ますと、9月から始めたばかりですが、月平均で10例検討していて、このうちの在宅移行数は月平均4.5例になっています。がんに限って見ますと、月平均約7例検討していて、在宅移行数は月平均約3例です。年間を通して見ていくと、40例ぐらいに積み重なっており、早期の退院支援という意味で1つ大きな前進をしたと考えております。ドクターネットの月間在宅移行依頼件数を見ますと、平成19年の5月までは大体月間3例ぐらいだったのですが、平成19年の6月から昨年の5月までで大体6例以上となり、昨年の6月以降で7例を越している状況になっております。

【円滑な運営に関するポイント】

緩和ケアチーム・カンファレンス、ハイリスクカンファレンスへの参加で見えてきた、がん患者を取り巻く医療の現状をまとめてみました。まず、退院時期や退院時の状態について、病院医師のビジョンが明確に定まってないというふうに思います。そして、延命化学療法を終了時期が不透明で終末期まで継続することも多く、ギアチェンジの概念そのものが不透明になってきていると考えます。また、病棟看護師が患者、家族と共に退院後の生活をイメージする時間や機会が持てない、というのが現状ではないでしょうか。病棟看護師の意識の変容が必要だと思います。病院スタッフ側にとっては、在宅医療や在宅医療の現場、システム等が具体的に見えてないと思います。施設内の退院調整システムや、在宅医療側との連携のしくみや方法が整っていないというのが、多くの病院の現状ではないかと思えます。

そのために在宅へ向けた課題の特定が遅いということがあると思います。そして、これは本質的なことですけれども、介護力住環境、経済力などのために在宅療養の選択そのものが厳しい現状が増えています。病院側にとっては、在宅移行後の医療費の具体的な説明がかなり難しいのではないかと思います。要は患者さんの思い、今後どこでどう過ご

したいかということを開き取り、それに沿った援助をすることが大切です。この方は医療処置のために返せないという主治医の発言を、緩和ケアチームのカンファレンスに出席するとよく聞きますが、そうではなくて、患者さんの意志が大切であり、医療処置の在宅向けアレンジは可能であるということを常に病院側へ声を大にして申し上げております。ありがとうございました。

(Q) がんセンターの若尾です。緩和ケアカンファレンスに出席することになったきっかけは、在宅の先生方からアプローチしたのかということと、その時、病院側のためらいのようなものはどうだったかということと、先程メールで主治医と副担当医、各可能ですというメールが流れていましたけど、最終的に誰が主治医になって誰が副主治医になるかというのはどこで決めるのですか？

(A) 緩和ケア治療に出席のきっかけは2年前で、実は、その前からある在宅医が緩和ケア治療カンファレンスに出席して、自分が担当できる症例を見つけしていました。個人プレーではなく、やはりドクターネット全体で共有して、皆で症例を分担していくようにしなければならぬと思います。当番制をしいて緩和ケア治療カンファレンスに出席し、在宅移行の例を増やすことを考えたのがきっかけです。病院側に関しては、協力的です。ただ、平日の午後1時半という時間なので、在宅医にとって難しいので、時間を変更して夜のカンファレンスにしてもらいました。主治医・副主治医を決めるのはメールで流して、それに対して手挙げ方式で早いもの順でということでした。

(Q) この長崎ドクターネットは医師会が指導で作っていると考えてよろしいでしょうか？

(A) もともとは任意団体で、有志グループでスタートしています。2003年に手を挙げた医師が集まってドクターネットになります。医師会の部会というものですが、内科医会のような形で認めて欲しいのですが、部会として年間補助金を3万円ほどもらっています。

(Q) ケアの藤田です。東大中川医師の調査は、患者は徹底的に最後まで治療をやっていきたく希望する人が、医師や看護師に比べてすごく多かったということです。大学病院などの治療最前線のところから、患者の意思を汲み取って、ということなのですが、どういった患者の意思を汲み取って、在宅の方へ移行されているのでしょうか？

(A) 治療をするという意志がある場合は、もちろんそちらが優先だと思います。僕らが申し上げているのは、帰りたいという、自宅で療養したいというご希望がある場合には、それを阻害しているものが、意外に病院の中にはあるのではないかと思います。逆にそういう患者さんについて、実現が難しいと思われているところを乗り越えるようなお手伝いをしたいというニュアンスで申し上げています。

在宅で抗がん剤治療をしたいという方もいます。それらのニーズに応えるのがドクターネットであると思います。

(Q) 患者さんが最後まで治療を望むとかいうのは、その時点で何が必要な治療なのかということをしちんと話できてないという、各診療科の主治医の問題だと思います。なので、患者さんが状況を理解するという話ができるようになっていただかないと皆が非常に困るわけです。そこが問題なのです。病院側の医療スタッフもやはり考えないといけないと思います。それを在宅担当の医師ばかりに求めるのは、おそらく難しいと思います。

(A) 主治医の先生がどういう認識を持っておられるかということも合わせて、これから対応していかなくてはいけないということですね。

現状の分析

国立がんセンターがん対策情報センター 若尾 文彦
帝京大学医学部内科学講座 江口 研二

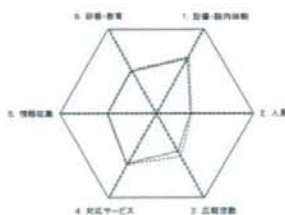
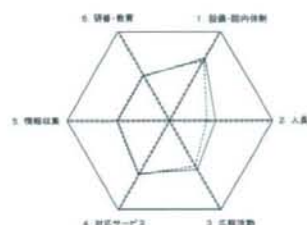
国立がんセンターの若尾です。本研究班の研究ではありませんが、本日の討論会の御参考になればと思います。この厚生労働委託事業は、がん医療水準均てん化を目的とした医療水準調査と、がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査事業です。相談支援センターの調査についてお話しします。がん臨床研究事業雨宮班の相談内容の分析等を踏まえた支援センターの在り方に関する研究班で受けさせていただいています。

【相談支援センター機能の整備状況】

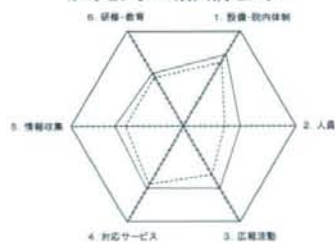
相談支援センターは拠点病院に整備されるべきもので、院内および地域の医療従者の協力を得て、院内外のがん患者さん、それから家族が地域の住民および医療関係者等からの相談に対応する体制を整備することが、拠点病院の要件となっています。今年の2月に全国の拠点病院351施設プラスみなし拠点病院の国立がんセンター中央病院、東病院を対象に実施しました。

都道府県がん診療連携拠点病院

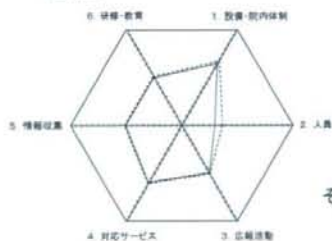
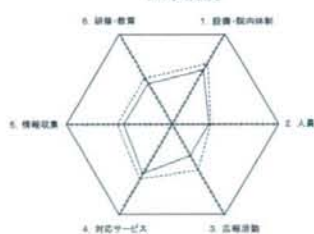
地域がん診療連携拠点病院



がんセンター/成人病センター



大学病院



相談支援センターのスタッフ数ですが、スタッフの1名が約半分くらい、相談支援センターというのも専任のスタッフは1名ぐらしかいません。都道府県拠点病院と地域連携拠点病院で比べると、都道府県拠点の方がスタッフ4人以上のところが多いのですが、逆に、地域拠点だと半分以上がスタッフ1人しかいません。今度、病院の体制で、全がん協です。がんセンター、あるいは成人病センターと大学病院とその他の一般病院で分けますと、やはりがんセンターは非常に多くのスタッフを配置していますけど、大学病院、更に一般病院になるとスタッフの数が少ないという状況でした。相談支援センターの全体評価点数ですが、それぞれ相談支援センターの状況について人員、あるいは広報活動、情報収集活動などの6つのカテゴリーに分けて点数をつけたもので、都道府県別の点数を出したものです。チャート図で評価します。項目が設備院内体制、人員、広報活動、対応サービス、情報収集、研修教育という6つのカテゴリーで出しています。

点線の部分が全国の平均で、実線が都道府県拠点平均および地域拠点平均です。若干都道府県拠点の方が上回っています。大学病院、一般病院という施設別ですが、がんセンターは平均より一回り大きくなっていて、大学病院は、人はいますがその機能は落ちており、その他の病院は大体機能は平均ですが、人が少ないという状況です。これは県単位です。県によって広報が弱い、人の体制が弱い、情報収集が弱いところなどが見えてきています。病院単位でいくと、さらに差が明らかになります。それぞれの施設で自分達の状況を見て、弱い所を改善してもらいたいということです。

【相談内容】

相談支援センターは、単なる病院の相談だけではなくて、地域連携における相談を受けることを想定しているのですが、実態は自施設の患者さんに対応していることが多いという状況です。内容的に在宅医療の相談が一番多く、二番目が医療費、生活費、三番目が転院についてのものが、そのトップスリーでした。入院中か否か、初回治療か再発否かなどによって、相談内容の頻度に相違が見られました。

地域連携の緩和医療体制構築のステップ

十和田市立中央病院 蘆野 吉和
にのさかクリニック 二ノ坂 保喜

【はじめに】

地域連携による緩和医療の体制構築のステップについてディスカッションを始めます。主に病院に関することは私蘆野が司会をして、診療所関係のことは二ノ坂先生が司会を担当します。いわゆる第5次改正医療法と、がん対策基本法およびがん対策推進計画に則った国策として今後構築するものであるという事をご理解していただきたいと思います。医療支援のみならず生活支援があり、医療だけの問題ではなくて地域社会全体の問題です。現実には、全国的なレベルではまだよく動いてないというのが現状です。地域にあったモデルの構築を考えるということです。参加された方々にとっては、いろいろな問題点を指摘していただけたらと思います。問題点に対応する解決方法について、可能な限りディスカッションを続けていきたいと思っています。読売新聞社の本田麻由美さんに、ご自身の体験、あるいは取材の中でこういった地域連携の、特に緩和ケアの地域連携についていろいろな問題点があるという事についてお話していただければと思います。

招待ディスカッサント

本田 麻由美（読売新聞社）
児玉 有子（東京大学医科学研究所）

読売新聞記者の本田です。私自身が実は乳がん患者で患者経験もあるのですが、特に緩和という意味ではやはり取材の中でいろいろな事を知り、患者さんの仲間からいろいろ

ろな話を聞きますが、今緩和医療に関して私は二つ課題があると思っており、二つの点で問題意識を持っています。一つは緩和医療とは何かという意識やイメージが、医療者もそれを受けている患者側もばらばらです。痛みのケア、死ぬ時のケアをする事が緩和医療だと思っている医療者、患者。一方で、早期から、今色々言われているような早期からきちんとその人の生活ができるように支えていくという事やっていく。その中間であったり、イメージがばらばらです。鹿児島や地方の患者会の方々の活動取材する際に泣いて駆け込んでくる患者さん、一般の患者さん、家族さんがいらっしゃって、そういう場面に出くわす事もたまにあります。その方は凄く印象的だったのですが、積極的治療を受けている病院側の医師に緩和医療をしましょうと言われたそうです。緩和医療も受けた方がいいので、その先生を紹介されたとういことです。しかしその患者さんはとても嫌だと思ったそうです。なぜなら、治療から突き放されて後は痛みなり何なりのケアを受けなさい、なのでもう治療は出来ませんという宣告だと思ったそうです。それならば私は痛いのは我慢してでもまだ治療を続けたいとおっしゃっていました。先生の説明がどうだったのかは分かりませんが、そういうふうになり込んでらっしゃったという事例もあります。ですから、痛いのを我慢してでも治療をしたい、なので緩和医療というのは死にゆく場なのだろうとその方はおっしゃっていました。今の考え方はという事を患者会の方々がその家族の方々にご説明されていて、もう一度主治医の先生とカンファの先生に聞いてみたらどうでしょうかという事を患者さんたちがアドバイスされていたという例があります。医療者によって全然イメージが違い、患者さんにとってもイメージが違うので、受け入れと言われても、その辺りを一体どういう事なのかというのをもっとはっきりさせていく必要があると思います。

もう一つ問題意識を持っているのは、がん拠点病院が、がん難民を産んでいるという例が最近出ていると指摘される医療者もいらっしゃいます。私自身はそういうことを感じることがあります。先程のイメージの違いにも通じるのですが、拠点病院に患者さんが集まりだしました。すると初期がんの対応で大変になり、再発した患者さんに対しても初めは治療するのですが、例えば、化学療法もファーストライン、セカンドラインまではしても、それが効かなくなってきたら、治療はありません、後は緩和ケアもしくは在宅医療、もしくはホスピスを紹介しますからと言い、そこから追い出される形で、連携という名の元に、回されます。しかし、例えば乳がんのセカンドラインで、特に若い患者さんにしてみればもう少し試したい、効かなければ、もう少しあるのではないかと、緩和も受けたい、きちんと自分の生活が出来るようなケアとか医療も受けたい、けれども積極的治療もやっていきたい。患者さんの希望に沿った体制が、本当の連携になっていない。拠点病院がそういうことが出来ていない。拠点病院ではない病院でそのようなことをやっていた病院は、そのようなことを言うと患者さんが沢山来るので、また潜る、言わないようにするというのも実際あります。昔からあったのですが、拠点病院の仕組みを作ることで、そういうことを失くしていこうという目的だったはずが、また助長しているのではないのでしょうか。それは病院側だけの問題でもありません。仕組みの問題、どのようにそれを仕組んでいくかということが、姿勢として足りていないのではと感じています。その際に、ギアチェンジという言葉をよく使われましたけれども、その積極的治療がもう効かなくなってきたので、緩和的なこと、積極的治療をやめるということ

をギアチェンジと言うのではないと私は思っています。そもそも固形がん、例えば乳がんで、全身転移再発、他臓器に転移再発した時点で、控えめながらも10年生存率とかは1割とか2割未満と現状ではなっています。そうした場合に、目的がその時点で、治癒ではなくて延命になることは、患者さん、特に乳がん患者さんのような若い方々は、大体分かっています。口にはしなくても、分かってない人もいるかも知れませんが、それは感じているけれども敢えて言う、言いたくないからという場合もたくさんあります。その時点でギアチェンジになっており、その後、いきなりもう治療法はありませんということを経験したというふうには、このようなことを議論するのではなくて、それからずっと必要なことが必要な時に出来るような仕組みにして頂きたいです。それが、先程言った、緩和医療のイメージアップと普及にもなるでしょうし、一般市民側の受け入れという意味での普及にもなるでしょうし、システムの問題があるけれども、がん拠点病院ががん難民を産むというような形にはならない1つの点にはなるのではないかと、とても感じています。少し大雑把な話で、恐縮なのですが、この2点を言いたかったもので、ありがとうございます。

東京大学医科学研究所の児玉です。私は3年前から在宅医療や在宅看護の研究を始めました。私は、看護師、保健師であること、そして看護の基礎教育の学生教育に携わってきたということから、在宅医療や在宅看護の中で、どのような研究が出来るのかということを経験したことをいろいろ考え、今研究をしています。3点お話ししたいことがあります。もちろん看護をしていく上で全て共通で、やはり目の前の患者さんが何を大切に、これから生活していきたいと思っていられるのかということをしつかり受け止めて、それが上手く調整出来るような看護師になりたいと思っていますし、そういう看護師が増えることをしていかなければならないと思っています。また、今いろいろな話がありましたが、その中で、病院に勤務する医療者が在宅のことを知らないことが多くて、なかなか上手くいっていないという事例も多くありました。私も研究を進めていく中で、そのようなことを非常に問題に感じましたので、病院に勤務していらっしゃる医療者の方に是非、在宅の実態を知って頂きたいと思い、「案ずるより任せるが吉 在宅医療」という雑誌を作りました。皆さんご好評頂いて、現在1万部出ているところです。

最後に、看護教育に携わる立場としては、看護教育が大学化になって、保健師と看護師の両方の勉強をして出ていく学生が増えています。平成8年からは在宅看護と呼ぶものも設置されて、在宅看護で実習をして出ていく学生も多くいます。彼女達が卒業した後、私のところに訪ねてきて、「こういう事例があって困っています。」と言うのですが、「それはこういうことをして、こういうことをして、こういうことをすれば上手くいくではなかった。そういうことを習わなかった。」と話すると、「ああ、そうでした。やってみます。」と言って帰っていきます。そういう話を聞く度に、彼女達が持っている、在宅医療の現場でたくさんいい実習をさせて頂いて、凄く感動して帰ってくる学生達の引き出しを是非現場で開けて頂きたいと思っています。

今年、2回フランスで在宅医療を、在宅看護をやっている方々にお話を聞くことが出来たので、その時のことを少しお話しします。まず先程、ギアチェンジの話も出ていましたが、フランスで今一番在宅ケアなどの緩和医療をやっている先生が言っていた

ことで、日本もこれから頑張っていかなければいけないと思ったことは、がん告知が大体100%までいかななくても、いろいろな人に出来るようになったこの10年でそれが出来るようになってきましたと、次の10年私達医療者がしなくてはいけないことは、その予後をきちんと言うこと、これからどういう医療者として予測できる展開をきちんと伝えて、その中で患者さんが何を選択して、私達は何を支援ができるのかということ、をきちんと共有しあうことが課題ではないでしょうかということ、フランスの緩和医療の先生は言っていました。パリの訪問看護師の話では、パリでは訪問看護師で開業する際に人数制限がありません。なので、1人開業をすることも可能です。日本では今2、5人以上だったと思いますが、規定がありますが、その規定が無いために1人開業をしている人もいます。ただ、やはり1人で365日24時間見ていくことは非常に大変なことで、それは皆さん想像できると思います。なので、パリで1人開業をしている人は自由診療、自由契約でやっている人で、公的保険を使って在宅看護している人はほとんどが複数人でやっています。1人開業の人は9時5時で、それ以降の電話を一切受けられない人が多いと言っていました。これはどちらを選択していくかはまた皆さんと議論をしていくべき内容ですし、患者さんとも議論していかないといけないことだと思います。パリの事例としてはそういう実態がありました。

もう1つ、学生教育の話です。パリで在宅看護師を採用する際にはその看護師が自立していて、柔軟な対応ができ、責任感が強いことの3つが絶対条件で、それ以外の経験年数などは条件ではないという事を言っていました。もちろんそれはいろいろな病棟で経験してから在宅に行くことがメリットもあるとは思いますが、そうやって今教育の現場で在宅看護のことを学んでいる人達が出ている中で、経験が無いから取りませんかとか3年経験してから来てくださいということではなくて、在宅の場でも新人から育てられるようなシステムができるといいのでは、また普及の広がりが出ていくのではないかと考えております。

(Q) 今、日本の在宅療養の支援診療業務は1人だけでは無理で、やはり連携の下でやっていく形をとっています。仮に1人開業の看護師も同じように連携の形でやらないというふうにして、日本の1人開業を進めている看護師さんもそのように介護施設を持っていると思いますが、いかがでしょうか？

(A) 私も色々な直接の詳しいことを知らないのですが、1人開業のことよく分かりませんが、必ずしも狭い地域で連携をとっているイメージを私は持っておりません。1人で開業をと運動をされている方。

(Q) 例えば、パリの場合は、患者さんたちあるいは家族の人がその介護士さんを見つけてくるわけですか？それとも病院によって、地域のネットワークなどがかなり発達していて、そういうところを利用して大病院からそういう人達を頼むことになります。そのリクルートの方法を知りたいです。

(A) パリは急性期病院の多くは公立病院で、その中に日本では地域連携室があり、

病院の職員が働いて、ポジションを得て働いています。パリではそこに病院の職員ではなく、在宅部門の人が席を持って働いています。なので、そのコーディネートのようなことも一緒に、そこに常駐している在宅看護のポジションの人がやっているというのが現状で、そこから在宅に移行する人がいるという情報が在宅の施設に渡り、そこからどの人がいいかということになっています。

[地域連携の中での在宅療養のあり方]

(司会) この中の一番の問題点は病院の対応ですが、先程本田さんの方からもありましたけども、拠点病院。そして児玉さんが言うように、やはり病院の医師が在宅を知らないというのは非常に大きいです。なので、問題点としては非常に大きくなっています。病院の問題点について色々挙げておりましたが、今現実には2つのパターンがあると思います。病院、いわゆるがんを扱っている病院から患者さんが実際に流れません。受け皿を今作っていますが、流れないという状況と、もう1つ、放り出されているという状況と2つあります。実際に紹介がないのは、担当医の問題と病院のシステムの問題と色々あります。やはり一番大きいのは治療をあくまでもやるという意識が強いということと、実際に症状が重くなってきて、緩和的な治療ができなくて、結局病院から在宅に移行できない状況が結構あります。先程言ったように在宅が何でもできる、どんなこともできるということを病院の医師が知らないという問題がまず一番大きいのではないかと思います。その他にも在宅の病院の、いわゆる連携システムが無いということと、それから個人の、病院のシステムの問題点でも担当医の問題でもあるのですが、緩和ケアや在宅の情報が治療の最初から全然流れていかないということが非常に大きいということと、紹介する時期が非常に遅いこと。そして、輸液やいろいろな過剰な処置が行われていて、いろいろな薬剤が使われていて、なかなか在宅に移行されると受ける方も非常に大変だといった問題点がありますし、病院の中での各診療科の連携が悪いということもあります。特に大きな病院ほど悪く、その間たらい回しにされるイメージを受けている人達があります。それから、在宅側から言えば、急性期の特に状態、痛みが強くなる、あるいは家族が非常に不安がって看取りができない時にそれを受け入れてくれない。その理由としては、受ける部門がないということがあると思います。こういった現状の問題点が挙げられると思いますが、これからの病院のあり方としては、やはり緩和ケアチームが十分に病院の中でできて、それが調整、短期間で症状を取って調整して地域に流していくという役割を果たせるようにしていかなくてはいけないのではないかなと思います。いろいろなこの地域の、特にがん拠点病院と言われる所の病院では、このような緩和ケアのちゃんとした体制を作っていくことが非常に大事だと思います。この点について皆さまからのご意見を仰ぎたいと思います。

(Q) 在宅療養診療所を開いている堀切と申しますが、先程、一人医師での24時間対応は難しいということですが、これは病院側の視点での考え方だと私は思っています。私も数年一人でやっており40人ぐらい今まで看取ってきていますが、日頃きちんと患者さんと向き合っていれば、一人でも体力的に全然問題ないです。なので、複数の医師でチームを組まなければ診られないという考え方を改めることが、まず在宅が復旧

するポイントになるのではないかと常々私は思っています。先程の訪問看護師の事でおっしゃっていましたが、一人でやる場合に日本の場合は公的には取れないです。介護保険も医療保険も、一人の場合は法人格がないので取れません。フランスの場合は自費でやっておられているわけですが、費用的にはどれ程度違うのですか？日本の場合、大概高齢者の額は1割負担です。特別収入の多い人は3割負担という方がおられますし、年齢の若い方でしたら、3割負担になると思いますが、フランスの場合にはそういった制度がないと思います。公的な特別な保険に入っていない限り。それを自費と公的な保険に入っている場合、どの程度費用が違うのですか？

(A) 費用が実際どれだけ違うかは分からないのですが、基本的にフランスの方はがんの患者さんであれば、自己負担はありません。全て公的負担で、日本と同じような簡易保険のイメージに凄く近いと思いますが、ありません。自由診療で払えるお金のある人は、そういう方と契約ができます。

(Q) がんの末期であると全額無料なのですか？
医療の場合は？医療が加わったらどうなるのですか？日本の場合はそれで医師も看護師も生活しています。それに見合う場合の収入は公的に出ているのですか？

(A) 訪問看護であれば、一日190ユーロだったと思いますが、包括で支払われて、自分で医療も包括で抗がん剤治療も在宅で行いますが、高い薬に関しては出来高払い、すべて保険機関から払われるので患者さんの自己負担分はありません。
医療者に対しても、そうですね、看護師の初任給は1500ユーロで、開業すると約3倍の収入が得られると言っておりました。

(Q) 一人看護師で日本に普及させようとやっておられる方がいます。彼女の場合は、日本の場合の公的な保険は1割負担の場合ですと看護師さんの場合、診療所から行く場合とナースステーションから行く場合と多少金額は違いますが開きはかなりあります。一人看護師の方は1300円から1600円でやっていて、これは非常に安いです。患者側の負担は大体1300円から1600円ぐらいです。1割負担の場合は800円です。少し疑問だったので質問しました。

(A) 先程、24時間365日一人でも、昔々の在宅はやっていただろうと思いますが、患者側のニーズもかなり違ってきている時代だと思いますので、全国的にある程度このような形で対応してくれているところには、出来れば連携でという勧めが本当はいいのではないかと思います。

(Q) 一人で診る事の意味が理解されていないかと思っています。実は在宅の場合は、先ほどから他の方の話にもありましたけど、患者さん自身のみを診ているわけではありません。介護する人も同時に診なければいけないのです。身体的な症状だけを緩和するのが緩和医療ではないです。それはよくご存知だと思います。それをトータルに緩和す

るのに、複数の医師が関って緩和できるかという事をよく考えていただきたいと思いません。

(A) 同時に例えば複数の医師が関わるというよりは、一人診療でもない時にきちんとサポート体制が取れないと困る部分があると思います。自分出張としてこの会に参加しています。ターミナルに今4人ぐらいいますが、なにかの時はよろしく頼むと言ってあります。

(Q) 私も40人ほど診ていますが、今日私が来られたのは皆さん安定しているというのが分かったからです。週一回診ていれば、患者さんがどういう状態であるかは分かります。うちはトータルで診ています。外科は外科しか診てないという事ではありません。全身を管理しています。この方はまだ今日は呼び出されないという時には、どこにも行けます。私のところは一人医師で、どなたに頼む必要もありません。夜間でも呼び出される事あります。先日も4時頃呼び出されて行って、そのまま亡くなった事もありましたが、それでも体力的には全然問題ないです。

(司会) 体力の問題というよりは、今日朝6時半に、診ている患者が亡くなり、電話をして、一応もう一人研修医がいるので、看取りに行つて欲しいという話で行き、やはりバックアップがないと、在宅診療は週に何人か亡くなり、やっていけない部分があるので、連携体制があった方がいいだろうと思います。特に我々が全体的に皆さんでこういうことをやって欲しいという時には、出来るだけ連携体制を取りながらやりましようといひます。お互いに負担を取りながらやりましようというスタンスでいる事で、やれる、やれないということではないという事です。

(司会) 司会です。先生のおっしゃる事はよく分かります。私自身も10年余りは全く一人でやってきていますし、多分おっしゃりたい事の一つは患者さんと家族をトータルで診ているので、そこに信頼関係があれば、例えば極端に言えば急に亡くなったとか、今日僕が出張している時に亡くなったとしても、それは大丈夫という意味合いも含めていふと思ひます。それはよく分かります。おそらくそういう人達がこれまでの日本の在宅での緩和ケアを引っ張ってきたのだと思ひます。ただ、やはり今のがん拠点病院がこれだけ数が増えてきて、良い悪いは別にして、病院から在宅に出なくては行けない状況になってきています。国民がもう1つ望んでいる状況があると思ひます。できれば在宅をとる状況です。それに対応できるだけの医療看護、介護のシステムを作っていくためには、1人の医者が一生懸命頑張らましようというだけではダメだと思ひます。ですから、そうでない、いろいろなやり方をもっと広げていこうということだと思ひます。例えばこの研究班のテーマも、在宅医の早期介入によって地域における緩和ケアがどう進められるのかということなので、今まで受ける側だけだったのが、もっと早期に介入して病院のやり方も変えていこうという、そして江口先生が最初にお話しされたように、いくつかのモデルがあり、その中でもサブタイプみたいながあると思ひますが、いろいろな形で受け皿を作っていこうという話だと思ひます。ですから、先生のやり方もも

もちろん当然のことで間違いではないと思います。

(Q) うちのやり方がいいということ进行宣传するために言ったわけではありません。在宅医療というのを普及させるためには、そのような視点も必要ではないかということをお願いしました。もう1つ重大なポイントがあります。患者さん及び患者の家族というのは、医療に関しては全く素人です。医療者は同じことを言っていますが、違う言い方をされた場合に違った解釈をしてしまいます。そうすると、信頼関係がその時点で崩れてしまいます。特に終末期になった場合、私はそれを何度も経験しています。連携をとりながら、医療者同士でしたら同じことを言っていますが、患者さん側は、言い方が変えられたために違うことを言っているのだと思ってしまいます。それで失敗した例があるので、うちは主治医を1人にしてあります。他の医者をお願いする場合は、繋ぎの医療だけやっただきます。先程、研修医の方、先生も研修医の方に頼んだので、繋ぎの医療に関しては、できると思います。実際に患者さん、もし患者の家族に説明するのは主治医が直接やるという形をとっています。それをやらないと失敗すると思います。

(司会) 病院の中の問題に振り替えますと、病院の中の医師の対応も個々によってかなり違うので、きちんとした情報が流れていきません。例えば、抗がん剤治療を行っている先生のところ、「もう大丈夫。色々やればなんとかなる。」と言われたのに、違う病院へ行くと、「これはもうダメだ。」と言われることがあります。そういったところを流していかないと、このような在宅の方も含めて、円滑に流れていかないとと思います。

(Q) 病院の医師として、今直接診療とは離れてしまっていますが、病院の中にいると、在宅のイメージがありません。どういうことが行なわれているのか、田城先生や白髭先生のお話を何回か聞くようになって、だんだんイメージができてきたと思います。それまでは全くイメージが湧きませんでした。どんどん患者さんを病院から出しているのかという心配事があり、先生方がおっしゃるように、どんどんどんどん回すということに躊躇しているところもあるのではないかと考えております。

(A) そのご懸念は最もだと思います。病院から在宅へ戻すという流れが非常に強くなっていますが、実際に在宅で受け止められる医者の数はどれだけ育っているのかという疑問があります。在宅緩和ケアを普及させるのであれば、実際に在宅という戦場で働ける兵隊さんの数が増えなかったら、絶対数は絶対増えません。在宅側で、緩和ケアの技術をきちんと持ち、先程おっしゃっていた先生のように、トータルケア全部ができるような医者はどれだけ育てられるのかということが1番重要で、最初にやるべきだと思います。連携の前には、まず現場で動ける人間を育てる人間を育てることが先行動だと思います。

(司会) その現場で動ける人間を育てるところが、拠点病院に課せられているのだらうと思います。しかし、拠点病院の中できちんとそのような調整ができる人間がいません。まだ少数例しか育たないと思いますが、なぜ病院の先生方は在宅のことが分からないのかがざっぱり分からないというのが、僕の意見です。ただ、それが現実にあ

って、余裕が無い状況の中で、非常に疲弊しながら動いているので、それをサポートするような体制を作ったり、相談支援の部門や在宅サポートの部門を少し充実させたり、コアの看護師をそこに出していけるようなサポートの人間を育てていき、病院の先生もそのような形をとると、今までより楽に患者さんのサポートができると思います。あるいは、在宅の先生も楽にサポートできるのではないかという仕組みを提案していかないと、今のまま分かれ、頑張れ、というのは、なかなか難しいというふうに感じていますし、僕はなぜ分からないのかが未だもって分かりません。

(A) 教育研修の件については非常に大きな問題です。緩和医療学会では、今年度厚生労働省の委託事業として、医師の研修が始まっています。今は指導医養成プログラムを重点的に行っています。指導医として、実際に緩和医療の色々なノウハウを教える立場、教え方まで含めて、教育研修するということなので、必然的に人数も限られていて、大体1回80名ぐらい。約400名の研修が修了します。そういう人たちが今度は全国の拠点病院に戻り、指導医資格を持った人たちが、実際に現場での医療スタッフ研修にあたるというプロジェクトです。医科大学教育ですが、文科省のがんプロフェッショナル養成講座というのが始まっていて、その中に放射線治療医と、化学療法医、それから緩和医療医養成という3本柱があるわけですが、実際に専門的な緩和ケアプログラムの教育が行われているのは、聞くところによると3カ所ぐらいしか行われていないようです。教えるスタッフ数が足りないとか、あるいは実習のできるような状況にはないということです。大学教育の面でシステムティックに生きた在宅緩和連携型の医療を教えるというシステムをもっと整備していかなければいけないし、緩和医療専門医育成のために医科大学の緩和医療学講座をもっと設置する必要があります。

(Q) その緩和医療学会や国立がんセンターでやっているそのプログラムの中では、在宅の緩和ケアに関するプログラムももちろん含まれているのですか？

(A) もちろんですが、実際にその在宅とか、それから早期の退院前のカンファレンスの場にその研修の人達が参加する必要があると思います。しかし、実際にはそういう機会はなかなかありません。例えばロールプレイや、あるいは座学の講習などを中心にやっているのが現状です。今後は実地研修の可能な施設で、指導スタッフも揃えば、実際に在宅とか連携、地域連携をしている場面にそういう受講者たちが体験できるようなことをカリキュラムに作り込む必要があります。

(Q) 京都の長田でございます。二点ほどご意見を伺いたいです。先程、地域での受け皿をどうやって作るのか、どれだけ人材を育てるのかということについて、その役割を担うのはがん診療拠点病院ではないかというお話がありました。ただ、私自身も都立病院系に勤務しておりましたので、勤務しているドクターと在宅に出ているドクターは、日常見ているものが違うだけにどうしても同じことを言っているつもりでもずれがあると思います。ですので、私としては、拠点病院を中心としながらも、現にその地域で在宅をやってらっしゃる先生の中には臨床研修医や、シニアレジデントも受け入れてい

る先生が少しずつ増えていますから、そういう先生方と連携をして、病院の中で緩和ケアの専門の部分を選びつつ、なおかつ地域で、在宅で生活の中で、それを実践していくためにはどのように行っていけばよいのか、双方の視点からの人材育成が今求められていると思います。その点について他の先生方のご意見を伺いたいというのが一点です。

それからもう一点、患者家族の立場としてです。実は私昨年から夫ががん専門病院へ患者としてお世話になっております。先程スライドの中で急性期の病院の中での緩和ケアの質の向上というお話がありました。さらに緩和ケアについては早期からの提供が必要であると。そういう場合には緩和ケアというよりも、精神的な緩和ケアというものが当然含まれると思います。ところが現実にはどういふことに我々が直面したかと言うと、確定診断に至るその際に、がん専門病院の場合にはきちんと告知をしてくださるので、その点については我々も疑心暗鬼することはなかったのですが、その反面、5年生存率15%という説明をされる際に、その意味が私たちはよく分からなかったので、再度その意味を尋ねると、「例えば今、100人のナガタさんがいたとすると、5年後にはそのナガタさんは15人になっているというぐらい厳しい現状です」というふうに来外の担当医の先生に言われました。それは事実として正しいのかもしれないのですが、それを言われた我々は、その日は眠れないぐらいになってしまいました。結局その精神的な緩和ケアは、地元でずっとお世話になっているかかりつけの先生であったり、仕事柄知り合いになった緩和ケアをやってらっしゃる先生であったりという側面的なケアで、我々は早期からの精神的な緩和ケアを受けることができましたが、急性期の緩和ケアの質の向上という中には、確定診断、要するに診断の告知等をする段階から、緩和ケアは始まっているというようなお考えで進めていただけると非常にありがたいです。

(A) 兵庫県立がんセンターの池垣と申します。後半のお話ですが、やはり拠点病院ですので、周りの病院から紹介されて、拠点病院の紹介状を持ってやってきます。早期は、がんが疑わしいという段階からすでに患者さんは不安であると思います。初診受付をして検査を待っている時間中不安だと思えます。不安な時に、あなたは1人ではありませんというメッセージを出すことが大事だと思います。がんになったのか、というのはすごく孤独の、全ての病気によって孤独だと思えます。今準備中なのは、開業の先生に紹介状を持ってくる段階に、相談支援センターがあるので、何か心配でしたら相談支援センターへ行って相談してくださいということを企画しています。入院されてからもずっとそこに誰かがいますというメッセージを、病院側、医療者側としては発していく必要があるのではないかと考えています。

(A) 国分寺の堀です。要するにコミュニケーションの技術の問題です。医者の方のコミュニケーションの技術が不足しているから、そういう誤解を招くのだと思います。告知をする場合は必ずそれをサポートするシステムがあるということが付け加えられないと、告知してはいけないと思います。それは相手を痛めつけるだけで何のメリットも無いと思います。なので、学問的には確かに15%に意味があるかも知れませんが、患者さんにとっては15%という数字は全然意味がないことです。それを、しょうがない、医学部の供与がそうになっていますから、教科書的にはそう書いてあるので、と言われた

のだと思います。コミュニケーションの技術は医学部ではあまり教えませんが、そこが重要なのではないかと思います。

そして、大きな病院でやることと在宅でやれる緩和医療は全く変わらないと思います。ただ、私が在宅医療をしていて、拠点病院、もしくはその市中の都立病院も含めてお願いしたいことは、鎮静をやりたいという場合です。初期の市立などは在宅でやるのはかなり難しいです。その部分を協力していただけるシステムを作っていただくと非常に助かります。食べ物が飲みにくくなったような方に胃瘻（いろう）を作ったり、呼吸が難しくなった方には気管支切開をしていただくなど。そういうことは在宅では難しいので、2、3日の入院でできます。それも考えていただくことはできないかと思い、ある病院でその話をしたのですが、そのようなことは検討もしていませんでしたという話だったので、あえてここで申し上げました。

（司会）急性期病院でそのような事の連携を十分できるようにするという事は、これからの目標だろうと思います。それから、今緩和ケアで特に重視しているのはコミュニケーションで、これも今回のいろいろな教育プログラムの中で、半分以上がコミュニケーションの仕方に関するプログラムです。これは欧米、日本でも全く同じで、非常に大事にしていると思います。ただ、ある程度情報は伝えていかなければなりません。ただし、その人に関して確からしい情報について、きちんと分かり易い情報提供の仕方があるのだと思います。それから、がん診療拠点病院がこれから、特に在宅の人材育成を、在宅側も含めて協力して、やっていかななくてはなりません。ただ、現在は、在宅の緩和ケアをやっている人たちが病院に行き、一緒になって教育しているので、そのようなシステムにしていければいいのではないかと思います。僕の病院では、僕は院長業と、他に在宅と、がんの総合と放射線の調整と、実際の病棟もってやっております。実際に来ている研修病院ですので、必ず在宅には連れていくシステムで、亡くなった方の死亡確認を行っておりますので、実際の教育ができればいいのですが、個人技の一つなので全体的に進めるのは少し難しい課題かなと思いました。

（Q）白十字訪問看護ステーションの秋山です。私は本田さんが緩和に切り替える時に、まるで放り出されたような感じを患者側が常に抱いてしまったところに、マイナーなイメージ、そこから抜け出せないという現状があるということを言われました。今一人、大学病院で肺がんの治療を自分はどうしなないと決めて在宅に戻ってくる時に、退院調整で入って、帰ってきて、その時に呼吸苦があるのですが、ご本人は痛みがないので、症状はありませんと言いました。呼吸苦も緩和すべき内容で、症状としてとってもらいたいので、その方は緩和ケア病棟に入るための面接を受ける時に、症状はありませんと言われるので、呼吸苦はあるとお伝えして体験入棟していただき、呼吸苦の調整をし、薬を飲む事でずいぶん生活が楽になった経験をされて、今自宅にいます。その様子を大学病院の先生にも見てもらいたいのですが、緩和ケア病棟で見ていた主治医の先生に、少しだけ時間をとって見ていただいたら、症状がとれたというだけではなく、表情が非常に豊かになって、生活をしている患者さんはこういうことなのだという感想を持っていただいております。私としては、患者さん側から、自分がそういう薬を使い症状を

コントロールすることで、がんと共に例えそれが治らなくても生きていける、生活の安楽さというものをもっと発信することも啓蒙としているし、それをお医者さんに是非伝えてもらいたいと思っています。医療関係の研修があちこちであります。患者さん側からの本当に素直な意見を、是非医療者が真摯に受け止める場をもっと作っていただきたいと思っています。医者だけが集まって研修するのではなく、工夫がいるのではないかと思います。

(A) 私もそう思います。特に緩和研修や技術部分の研修が、今はまだそういうステップなので、研修会もお医者さんばかりでやっていると理解しています。一般の人たちが、特に患者本人、家族が緩和医療と言われた時の反応は、東京のエリート患者という、色々勉強されていて、理解されている方が最近いらっしゃいますが、そうではない人の方が多のです。そういう方々がそれを理解していく際に、実際に体験してよかったという例がとても助けになっています。先程ご紹介した鹿児島県の例でも、巻きこんできた患者さん、家族さんに対して相談を受けたのは、緩和ケアを受けて在宅にしながら活動している患者さんでした。「痛みもなくなりご飯も食べられるようになり、そうしたらこんな活動もできている。だけどがんはずっと抱えているし、治らないとは言われているけれども、治らなくてもこうしてずっとこのままの状態をできるだけ長く、こうして活動できていることが1番の励みになっているし、あなたも痛みが取れて、ご飯が食べられるようになったら、こういう好きな活動ができるから受けた方がいいのではないか」というやり取りの中で、その方は納得して帰られました。そういう治療なのか、そういうケアなのかというのを、一般の人に分かるような仕組みが必要だと思います。その一方で、きちんとできるお医者さん達の技術アップや連携体制ができていくかというのはもちろん必要なのですが、一般の人たちの、そういう意識がついていかないと、結局放り出されたとなってしまうので、両人で是非研究班の方々にも考えていただきたいと私も思います。

(司会) 地域の住民への、いわゆる啓発、あるいは教育ということは非常に重要だろうと思いますが、その前にこちらの体制も作らなければならないと思います。在宅療養支援診療所の問題点と、訪問看護ステーションの問題点について、お願いします。

(司会) 在宅の側から、在宅療養支援診療所ということでやっていきたいと思っています。ご承知のように、10万件近くの診療所の中で約1万件が、在宅療養支援診療所の届け出を出しております。ですが、大部分は看取りや在宅の緩和ケアの経験のないところが多く、おそらく1割にも満たない数が、現実には頑張っているのではないかと思います。本当の意味の在宅療養支援診療所がまだまだ少ないのではないかと、というのが、先程から出ている一番大きな問題ではないかと思っています。その中でも一部を除いて、緩和ケアの知識や技術が足りないということが、在宅支援診療所だけではなく在宅の場合にはネットワークが絶対的に必要ですので、訪問看護ステーションやいろいろなサポート体制も問題になってくると思います。ステーションや生活支援の部分、介護保険を含めた問題が出てくるのではないかと思いますけれども、そのことに関して、今日は在宅のこと

がメインテーマだと思いますので、自分のところではこうやっている、あるいは、ここは違うんのではないかというご意見がありますか？

(Q) 池垣です。在宅療養支援診療所という言葉があまり病院の中では浸透していません。病院側から見た話で申し訳ないのですが、24時間体制で24時間診療してくれると病院の医者は思っています。そうしますと、1回受けときなさい、そうするといつでも24時間対応してくれますとか、救急病院以上に対応してくれるような説明をする医者がいます。ただ、このことは、もっと病院に知らせないと、あまりにも辛い事を押し付けているようでもあり、現実を離れたことをやっちゃっているのです、そのトラブルは我々のところにはよく起こります。その辺りいかがかでしょうか。

(A) 在宅医療支援診療所で24時間365日対応するのは、定期的に診療しているから出来るのであって、一見の患者さん是对応出来ないという理解がありませんでしたので、驚きました。先日ある地域の基幹病院で、在宅との連携の懇談会があり、話題になったその院長が在宅を非常に勧めたい意向を持っておられるので懇談会がもたれたのですが、病院と在宅とその医療基準の内容がかなり違っているという認識を持っておられる病院のお医者さんがいらっしゃいます。部長がそういう話をされました。在宅では気管切開気管切開出来ません。そういう出来ない部分を病院側でやってもらえないかというのが我々の本音です。長期間入院させるのなら、それは意味が無いので、2、3日の入院で術後の処理は在宅の方の医師が責任をもってやるというシステムをきちんとやっていただきたいと思います。もう1つその時に話題になったのですが、緩和ケアの会長さんだった人が開いたのですが、私は在宅バージョンというのは無いと思います。病院で入院している間に在宅バージョンにして返してくれというような発言をされましたがそれは間違いだと思います。在宅バージョンは在宅で作ることであって、病院側で作るのではないと思います。在宅には在宅のやり方がありますが、病院と在宅とほとんど同じことが出来ると私は思っています。点滴にしても、透析の場合は、腹膜還流にした方が安全ですから、そちらの方がふさわしいのですが、そのような特殊なことを除いては出来ます。

(A) 在宅医療支援診療所があること、それからどういう役割をするのかということも十分伝わってないとおっしゃいました。その通りだと思います。もう1つは、一般の方も知らないというのが大きな問題だと思います。一般の方に話をすると、在宅医療支援診療所というのは、全くと言っていいくらい、ご存知ないです。本来は厚生省が説明すべきだと思いますが、現実には私たちが説明しないとイケないという問題がありますし、まだ十分に説明し切れないうところがあり、2、3年目になりますけれども、この在宅医療支援診療所の制度が周知されていないという問題が大きいと思っています。

(Q) 今の地域住民に対するいわゆる教育に関しては、がん戦略プロジェクトはその地域に対する緩和ケアの教育がプログラムの中で入っているのですよね？

(A)戦略研究というのは、厚労省の研究プロジェクトのひとつで、教育と啓発です。具体的に緩和ケアの内容やどのようにアクセス出来るのかというこういう事柄について講演会やパンフレットを使ったり、相談支援の人材を配置したりして、それらの介入効果を評価する研究プロジェクトです。

(司会)それから、ご自身は病院での治療と在宅の治療の両方をやっているのですが、やはり基本的には在宅でやる方法を、病院の中できちんとやってもらうことが非常に重要なことと考えていると思います。病院の中でも十分できるということです。

在宅医療支援診療所の問題が出てきましたけども、他にどなたかご意見は？

(Q) 尼崎の長尾クリニックの長尾と申します。先ほどからコミュニケーションの問題だと思っています。イメージが湧かないというお話ですが、湧かなくて当然だと思います。我々開業医は、病院のことは大体分かります。ですが、いかにコミュニケーションをとるか、そのためには研修医あるいはポリクリ、そして、看護学生、そして看護師さん、ヘルパー、いろいろな実習施設として、私共たくさん来ますが、例えば研修医が来たらその研修医と一緒に教えたら1回でもかなり変わって、また早めに紹介してくれるということです。病院の中でこういう色々地域連携はどこでもあると思いますけど、そういう時に必ずお話をさせていただきます。私も3回程地域の基幹病院でお話させていただいてから変わりました。最初は長のつく偉い方ばかりだったのですが、研修医も看護師も皆来てくれと繰り返しているうちに、だいぶ意識が変わってくるように思います。1番来て欲しいのは在宅の現場、百聞は一見にしかずで、いくらスライドで説明してもなかなか分かりません。1日でいいから、来て欲しいです。部長クラスの人が来て欲しいです。できれば、院長先生に来て欲しいって言ったら本当に来てくれました。最近厚労省の方も官僚の方も来ていただきました。昨年国会議員、国会のところで在宅の話をしました。皆あまり信じないでし分かりませんでした。イメージが湧きません。なので、来ていただいて、一緒に回りました。そうしたら考えが全然変わります。実際にどんどんコミュニケーションをして、1回でも来ていただいたら、どのように行われているのが分かり、納得します。タイミングや、どういうことができるか、365日どうなのだ、ということも現状うまく伝えられない部分はそこでできるのではないかと思いますので、積極的に連携するチャンスを作ることだと思います。

(司会) その現場を見てもらうのはとても重要で、うちも時々研修とか、いろいろな方が見えますけど、やはり現場を見てもらうことが一番大事です。私自身は、在宅に帰った患者さんの写真を撮り、もとの病院に送り返すことをやっています。病院では見られなかった表情があり、それを見てまた返事をくださる先生もいます。在宅の側からの働きかけは、私たちにとっては非常に重要な問題だと思っています。在宅療養支援診療所の事でもう一つは、病院にも知っていただく、それから住民にも知っていただくということで判明すると思いますが、在宅療養支援診療所の全国組織が昨年発足しました。まだきちんとした組織にはなっておりませんが、おそらくこれから今年中に全国の在宅

療養支援診療所に参加のお呼びかけをします。事前のアンケートでは2000から3000ぐらい入るのではないかと見込まれています。各ブロックで、各地域で在宅療養支援診療所の組織を作っていく、地域に対しても、あるいは他の医療機関に対しても働きかけていこうという動きも是非注目していただきたいと思っています。在宅に関しては、その支援診療所だけではなく、訪問看護ステーションや介護事業所、調剤薬局などの役割も重要だと思いますが、その辺に関してご意見とか、工夫をしている点がありましたら教えていただきたいです。

(A) 白十字訪問看護ステーションの秋山です。訪問看護側からです。私が働いているのは新宿区ですが、新宿区の保健計画の中に、在宅医療推進のために訪問看護の人材が増えるように、または交流ができるようにと議論を重ねた上21年と、まだ議会を通っていないのですが、新宿区内の大きな病院の看護師さんをステーションで実習を受けて、その実習の費用を区がステーションに向けて予算をつけてくださるという計画を入れていただきました。今、年間30人というところからスタートしており、東京都もしてくださっていますが、自分の足元から、ぜひ急性期の看護師さんが訪問看護の現場を見ていただいて、退院できる患者さんが増えてほしいです。訪問看護自体にも興味を持っていただきたいです。それを今行政が予算つけてくれ始めています。そのような試みを、この春から行う予定です。

(Q) その費用を区が負担する。バックアップするということですね？

(A) オリエンテーションの後2日間と、少し間を空いてもう1日という計画で、全体で3日間の予定です。その3日間の実習費用をステーションに、区が予算をつけて出してくれると、プランに入れていただけることになりました。

(司会) そのようなやり方が広がると思います。ありがとうございました。他にステーション、調剤薬局等に関してはございませんか？

(Q) 逆に質問させていただきたいのですが、その場合区の予算がつくというのは、結局は一人余分に雇い、実習にあたることに使われることになるのでしょうか？

(A) いえ、そうではありません。一人実習生が来たら、1日当たりいくらかというのがステーションに払われるということです。それは診療報酬等から経営をしているステーションにとって、研修生をただボランティアで引き受けるのではなく、手当をしてもらい、きちんとした研修をして送り出すということです。

(A) 先程も少しお話しさせていただきましたが、10年目以上で病院でしか働いたことのない看護師さんは、おそらく在宅看護のイメージが全然ないと思います。結局そういう方が上にいらっしやると、若い人が来てその引き出しを開けてもらえない場合が沢山あるので、いいチャンスだと思います。

(司会) もう一つ大事なものは情報共有の問題です。IT の利用も含めて、やはり実際に顔が見える関係性をいかに作るかという事は、連携にとって重要だろうと思います。実際には病院に開業医の先生が行って、カンファレンスをしたり、あるいは在宅で行います。あるいは情報共有だけではなく、いろいろな知識の共有の場をいかに設けるかということで、これからいろいろな試みがなされていく必要があります。谷水先生、がん拠点病院の要件の中でそのようなものもありますよね？

(A) ありますが、紙で情報共有しても大丈夫ですし、電話で問い合わせたら、それをお伝えすることでも大丈夫なので、精神的な意味での情報共有というのは、実際はなかなか難しいのが現状だろうと思います。ただ、拠点病院の中で我々もよくケアカンファレンスや退院時カンファレンスをやっており、在宅の先生方がよく来られます。なので、経験上カンファレンスの中でいろいろなやりとりをすることは、そんなに珍しい風景ではないと思っております。

(A) お薬手帳だけではなく、わたしのカルテなどの形での情報共有を今から色々作っていき、もう少し情報の共有の仕方が分かりやすくなるような取り組みを我々も別の研究班でやろうとしています。かかりつけの先生方を、病院にかかる人も、一緒にずっと持ってもらうとことから始めないと、その初期の段階からの緩和ケアやコミュニケーションをうまくしていくことが、例えば在宅ケアが必要になった時に初めてやるのではないように進めていかなければいけないと思っています。

(司会) 病院に入院している時は病院の中で、このようなケアカンファを、いろいろな職種が集まってできるということですか？

(A) はい。僕らも外へ出てカンファレンスへ出席することあります。

(司会) キャリアパスの問題でどのようにしてこれから人材を育てていくか、資格の向上を図るか、教育研修が今開かれています、どのように人材を育てるか、先ほど色々提案がありましたが、この点に関して特に在宅側での人材教育と、それから病院側での人材教育と、それから全体を合わせた人材教育について、岡部先生、お願いします。

(A) 在宅の緩和ケア普及と言っている時に、全国に緩和ケアをきちんとやれる医師が何人いるかという努力目標を少しお立てになった方がいいのではないかと思います。アメリカで、全米の在宅ホスピスケアプログラム、人口3000人ですから、日本ではどう見ても1000人から1500人ぐらいの数でいいのではと思います。宮城県で実際、10人から20人育てられれば、宮城県全域カバーできるのではないかという意識でやっております。ただ漠然と人を育てるのではなく、何人いないとか、そういうことも重要だと思います。