

2012年11月19日

**今後の「検討会」の進め方とテーマについての提案**緩和ケア推進検討会構成員  
中川恵一 池永昌之 岩瀬 哲**提案の趣旨**

前回の検討会で中川は「中間取りまとめ」に関して、事務局に3点を確認した。

- ①「中間取りまとめ」の「求められる方策」の上に記述された「以下の方策を実施する。」は「行政が実施する」ということ。
- ②身体的苦痛緩和の具体策の「体制を整備する」は、「いつまで」の時期を明示する。
- ③今後は、1議題を3回議論して「具体的施策を報告」する。

このうち、「1議題を3回議論して『具体的施策を報告』する」は、もともと事務局の提案の確認であったが、論議を進める中で、1つの議題をしっかりと論議するためには、1議題を1回で集中して終わらせるという方が、論議も深まり効果的ではないかと考えるに至った。池永、岩瀬も同様に考える。そこで、今後の「検討会」の進め方と、それに伴うテーマの設定（案）を連名で提案する。

**議論の進め方**

- 1つの議題について、原則、1回の集中審議で議論を完了とする
- 具体的には
- ・まず、事務局側で次回検討会のテーマと課題について示してもらう。
  - ・それについての意見を構成員からメールで提出してもらう。
  - ・そのまとめを事前に構成員が共有したうえで検討会に臨む。
  - ・検討会の議論をもとに事務局が施策についての具体案を作成。
  - ・次回の会議で、事務局から具体案を提示、もう一度短時間話し合い、了する。

**議論のテーマ案**

## ● 順不同

## 1、緩和ケアセンターの機能について

\*「緩和ケアセンター」は、がんの診断時から治療中（急性期）、外来通院中、転移再発治療中、終末期（在院、在宅を問わず）の、どの過程においても緩和ケアが切れ目なく、どこでも受けられるために必要な司令塔と位置付けられる

\*がん対策基本法の「早期からの緩和ケア」は、診断時から終末期までを包含したものであるが、ホスピスの重みを軽くさせたとも言われる。諸外国では「エンドオブライフケア＝看取りのケア」などのように、終末期の医療についても概念をしっかりと発展させている。がん対策基本法後の緩和ケアの新しい動向と調和を図りつつ、「終末期特有の問題は何か」を知り、「それに対応するためにどうすべきか」をしっかりと認識すべき。「死生観」とも関係するが、拠点病院で亡くなる人と、拠点病院から在宅やホスピスに移って亡くなる人とは何が違うのかを論議するのも拠点病院の緩和の質向上に役立つのではないか。

#### 7、在宅緩和ケアのあり方について

\*「施設から在宅へ」という流れがある一方で、拠点病院と在宅医療との連携や、緊急時（病態急変）の際の対処という点で、患者・家族に不安があるのも事実。さらには、在宅緩和ケア医の質、量の不足への懸念もある。在宅における緩和ケアの質の保証に関しては、双方向の連携調整を行える看護師の役割が必須である。

#### 8、一般病院での緩和ケアの取り組みについて

\*がん患者の4～5割は一般病院で死亡すると言われる。緩和ケアを行える病院、疼痛緩和が必要な場合は拠点病院につなぐ手段をとる病院、そうした連携もなく、かつ、緩和ケア医もいない、という病院もあると聞く。一般病院の「がん医療・緩和ケア」の底上げを図るための議論も必要。がん診療連携拠点病院以外の一般病院で亡くなるがん患者の現状をしっかりと把握する事も必要ではないか。

#### 9、緩和ケアに関する専門相談について

\*セカンドオピニオンは、すでに制度化されているが、がん治療についてのものがほとんどで、緩和ケアに関するセカンドオピニオン、その他の相談についての受け付け体制の整備が必要。「緩和ケアセンター」が設置されれば、緩和ケアセンターに相談し、患者・家族の意見も聴きながら地域の拠点病院の緩和ケア外来につなぐ、という流れに。そのためには、緩和ケアセンターは、県内全域の緩和ケアに関する情報を把握し公表する必要があり、緩和ケアセンターの「質の高さ」が必須である。

#### 10、緩和ケア教育について

緩和ケアの享受は国民の基本的な人権であり、また、緩和ケアの提供は医療の基盤でもある。よって、ここは、3～4回に分けた議論になるかと思われる。