

令和3年度第1回埼玉県在宅緩和ケア推進検討委員会(6/1 開催) における主な意見

議事1 在宅緩和ケアに係る人材育成・地域連携について

○人材育成について

- ・県医師会では、「在宅医療塾」を行っており、緩和ケアについても取り扱う。講師は余宮委員と小野委員をお願いをしている。
- ・緩和ケアについては、ケアマネジャーがなかなか力を発揮できていないと思う。医療に関係する知識があれば、より適切な介護のマネジメントにつなげられる部分もあると思うので、そういった機会があるのは良いと思う。
- ・人事交流が報酬の対象となれば、人材育成を長い目で見た対応ができるのかなと感じる。
- ・地域枠で医学部に入学した人を対象に、がん拠点病院の緩和ケア科の経験をしてもらったりすることはできないか。その間、緩和ケア科の医師が地域の訪問診療に出ていければ、人間的に問題ないかもしれない。最終的にその医師が緩和ケア科に行かなかったとしても、若いうちにそういう経験をしていることは、将来につながっていくと思う。
- ・がん拠点病院を経験するのはいいかもしれないが、病院は「治療」を第一に考えているところでもある。在宅緩和ケアにあたり、重要なACPの話なども含めてしっかりした病院に送らないと、思っている効果は出ないのではないかと

○地域連携について

- ・がん診療連携拠点病院は色々取組を行っているが、あまり周知できていないというのが分かり、拠点病院側も地域に出ていかないといけなと感じた。
- ・良い取組みを行っている事例を県内で広げていければ、と思うが、大きな病院側で外来対応を行いながら訪問診療に行くのはなかなか難しいのが現状だと感じる。
- ・緩和ケア先進国であるカナダでは、州で統一されたアセスメントツールやzoomでのオンライン診療等、効率的に痛みのアセスメントを行っている。
- ・埼玉県で統一したアセスメントツールがあれば、地域で緩和ケアを行う医師に対して、病院側もアドバイスをしやすくなる。
- ・疼痛の体系化はいい取り組みだと思う。
- ・緩和ケア病棟の回診同行や一日研修については、相談があれば、がんセンターで受けている。需要があるということであれば、オープンにすることも可能である。
- ・在宅医側からすると、がんの患者は難しいと感じてしまうのは自然なこと。がん

に難しさを感じている医師が勉強できる様々な選択肢があるのはありがたい。がん拠点病院として、地域の開拓をしてもらえると非常に助かる。

○ACPIについて

- ・在宅医療を受けている患者について、まれに患者と家族の思いがすれ違い、人間関係が厳しくなるケースがある。がん拠点病院でACPを行い、その流れを汲んで、在宅医療を受けていれば、そういったことも減らすこともできると思う。
- ・がん拠点病院ですら、ACPとDNARの区別ができていない人もいる。わかっている人が進めていかないとACPは中々難しい。
- ・がん拠点病院がACPを正しく理解するために、連携よりも先に進んだ形(がん拠点病院医師を地域の医療機関への派遣などの人事交流)にできれば、進むかもしれない。

○その他

- ・緩和ケアの施策の方向性は、厚生労働省の事業で、オプティムスタディという研究があった。これに沿って進めれば、どの地域でも在宅緩和ケアが進むというものであるため、それを参考に進めると良いかもしれない。
- ・医師を増やすための取組という観点から、医師の負担軽減ということであれば、薬局との連携も大事。私自身 24 時間管理可能なポンプを薬局が導入してくれたことで、負担軽減につながった。
- ・緩和ケア認定看護師は埼玉県内にも増えているが、十分に活用できていないということはあると思う。緩和ケア認定看護師などの人材リストなど作れたら良い。また、緩和ケア処方マニュアルの整備、痛みのアセスメントツールは非常に良いと思った。
- ・地域によって人口格差がある中で、在宅医師をどれぐらい増やしたらよいか目安があると良いと思う。
- ・訪問看護が患者の身体の状態を理解し、患者・家族にしっかり説明できるだけの力をつければ、患者・家族の意思決定を助けられ、医師のサポートにもつながると思う。