

令和 7 年度 新潟県がん診療連携協議会 緩和ケア部会 総会 議事録

日時： 令和 7 年 10 月 31 日 15 時～

1. 開会挨拶

2. 活動状況報告（資料 1）

各施設から、昨年度からの変更点や注力している内容について 1～2 分を目安に報告が求められた。
なお、柏崎総合医療センターおよび西新潟中央病院は本日欠席であるため、議事録での報告となること
が確認された。

施設名	報告概要	課題・工夫
県立がん センター 新潟病院	緩和ケア医が 4 名体制から 3 名に減員。 精神科医師不在のため緩和ケア診療加算が 算定不可で、栄養士の定期的カンファレン ス参加が困難。	地域連携カンファレンスは、労力に見合う 明確なニーズの把握に至らず今期見送り。 緩和ケア病棟への地域からの受け入れ体制 が未確立。今後はメーリングリストや認定 看護師ミーティングを活用し関係作りを検 討。
新潟大学 医歯学総 合病院	身体症状担当医師、緩和室長、専従看護師 2 名体制すべてが交代し、メンバーが一新。	身体症状担当医師が 1 名のみだったため、 外来は週 3 回だが、入院病棟への介入は週 5 回に増加。 コロナ禍で中止していたがんサロンを再 開。中越、上越、佐渡といったエリアの情報 が不足している。
新潟市民 病院	メンバー、活動内容に大きな変更なし。放射 線治療医がカンファレンスに毎回参加し、 連携がより密になった。	佐渡総合病院の放射線治療終了に伴い、佐 渡からの患者受け入れを開始。緩和ケア内 科が入院を受け入れ、放射線治療科が治療 を担当する試みを始めた。
長岡赤十 字病院	専従看護師が 1 名減り、2 名体制となり運 営がギリギリ。	長岡中央総合病院と共同で実施している地 域緩和ケア連携協議会が軌道に乗り、事例 検討会も実施可能に。 オンラインカンファレンスを活用し、遠隔 地（津南病院など）との活動も開始。
長岡中央 総合病院	チームメンバー（身体症状担当医師 1 名、 認定看護師 1 名、薬剤師 2 名など）は変更 なし。 精神科常勤医不在が課題。	依頼件数は前年より微減したが、ほぼ全例 で直接処方を実施。 在宅医療関係者との定期的なカンファレン ス（地域連携協議会・実務者会議）を継続。 往診不足は解消傾向だが、「身寄りなし問 題」が目立ち始めた。
県立中央	チームメンバーは変更なし（兼任医師 5	患者サポートセンターを経由した相談が多

病院	名、兼任看護師 1 名、薬剤師 2 名、心理士 1 名)。 年間依頼件数は増加傾向。	く、関連部門と連携。 在宅医療関係者や後方支援病院との定期的なカンファレンスは現在実施できていない。
県立新発田病院	身体症状担当医師が 1 名減員。昨年度まで取得していなかった緩和ケアチーム加算を今年から取得するように変更。	在宅医療関係者とのカンファレンスは未実施。
魚沼基幹病院	体制に変更なしだが、公認心理師が年度途中で退職し、現在心理士不在。	魚沼地域がん診療連携協議会を立ち上げ連携を開始。協議会内に緩和ケア部会や看護部会などの部会を設置し、具体的な連携を始める方向で話が進んでいる。
済生会新潟病院	状況に変わりなく、坪野医師は定年後も継続勤務。	緩和ケア病棟、透析、ICU を週 1 回回診。倫理的問題や専門的対処に関する相談が多く、疼痛のコンサルトは少ない。 地域連携は ACP 関連の講演が主。
立川総合病院	チームへの依頼数は少ない。 消化器内科、泌尿器科の常勤医減少により、がん患者の依頼がさらに減少。	病院全体としては、心不全チームや認知症ケアチームなど他の多職種チームが緩和ケアに対応できている。
佐渡総合病院	チームメンバーに変更なし。 8 月末で院内での放射線治療が終了。	看護師不足により病床が減少。地域施設に「オピオイド使用患者は受け入れない」というローカルルールがある。 併設の佐渡訪問看護ステーションが事業を拡大し、在宅看取りが増加傾向。

【活動状況報告 討議より】

- **魚沼地域の連携：** 魚沼基幹病院は、今春、南魚沼市民病院に長年緩和ケアに従事した医師が赴任したことを機に、地域協議会内に緩和ケア部会を設置し、連携強化を進めている。
 - 広大な地域特性（南・中・北魚沼地域）を考慮し、地域一律の対応は難しいため、各病院のできること・できないことを明確化し、連携を詰める方針である。
- **長岡地域の連携：** 長岡赤十字病院より地域緩和ケア連携協議会は、在宅看取りに至った患者の事例検討を行っている。特に、注射用医療用麻薬を使用する患者の在宅サポートについて、調剤薬局も参加して検討している。
 - 会議には立川総合病院や長岡西病院など近隣の病院、長岡市医師会、薬剤師会も参加している。

3. 討議（資料 2）

1) 緩和医療に関する地域格差について

① 医療過疎地域と都市部を結ぶ緩和ケアの提供体制について

広大な医療圏を抱える魚沼基幹病院、新発田病院、県立中央病院が発言した。

施設名	現状と課題	解決策/今後の展望
魚沼基幹病院	緩和ケア外来は整えているが紹介実績が少なく、緩和ケアとして需要の高い放射線治療は紹介で対応。 疼痛対応はペインクリニックのある南魚沼市民病院や、緩和的 IVR に詳しい医師のいる小出病院とも連携。	フルスペックの治療が完結できないため、各病院の得意分野に合わせて連携。 在宅療養を希望した場合、居住地による対応可能な処置の濃淡が課題。
県立新発田病院	新発田市街地は訪問看護なども充実しているが、市外を離れると難しい状況。 転院先病院で医療用麻薬（ナルラピド、ナルベイン等）の取り扱いが限られ、薬剤スイッチを余儀なくされるケースがある。	医療資源が少ない地域では、かかりつけ医に個別にお願いし対応。 転院時は転院先の採用を確認し、薬剤を選択。今後は近隣病院と麻薬の知識を共有し、対応可能な範囲を広げたい。
県立中央病院	上越地域は広いが、各医療施設の緩和ケア対応状況が不明で、情報共有の機会が不足。	地域診療拠点として、主導して情報発信し、他の病院が当院に期待することや、中小病院だからこそできることを共有し、お互いの質を高めたい。

② 緩和照射等の専門治療に関する連携・在宅療養患者の後方支援について

佐渡総合病院、新潟大学医歯学総合病院、県立がんセンター新潟病院、新潟市民病院が発言した。

施設名	専門治療連携の現状	後方支援の状況
佐渡総合病院	放射線治療終了（8月）に伴い、大学の放射線治療医が月 2 回相談に来て、患者の新潟渡航頻度を下げるよう調整。 待てない場合は主治医から島外の診療科へ紹介。	島外で照射が必要な患者に対し、佐渡市が交通費・宿泊費の補助を行う。 しかし、島を出られない緩和患者への照射対応はできなくなった。
新潟大学医歯学総合病院	緩和照射やペインブロック注射に対応。 ただし、緩和ケアチームや放射線治療科が直接入院を受け入れるのではなく、各臓器別の診療科が入院を担当している。	佐渡からの紹介件数は増加。 病床稼働率が高く（90%台）、迅速な対応は難しいが、必要な患者は受け入れている。
県立がんセンター新潟病院	佐渡総合病院と月 1 回オンラインカンファレンスを実施。	常時ウェルカムの状態を受け入れ。 緩和ケア内科がすぐに介入できる体制を整備。 ペインクリニックもあり、入院・外来対応可能。
新潟市民	佐渡総合病院の金本放射線科医師と連携。	9 月に佐渡からの入院患者 1 名を受け入

病院	ウォークイン可能な患者を対象とし、複数回照射（10 回まで）の場合は緩和ケア内科で入院を受け入れて治療。	れ、放射線治療を実施。ペインクリニックもあり、県内全域から緩和的照射やペインクリニックの紹介を受け入れている。
他施設の状況	済生会新潟病院：放射線治療あり（定位照射は不可）、ペインクリニックなし。 新発田病院：ペインクリニックあり（紹介受け入れ状況不明）、緩和照射含む放射線治療受け入れあり。 長岡中央総合病院：ペインクリニックあり（対応医師が限られる）、放射線科の出張がない際に主要内科が主治医となり照射入院を受け入れたケースあり。 長岡赤十字病院：ペインクリニックなし、放射線治療は主科入院で対応。 立川総合病院：外来ペインクリニックなし（麻酔科が個別相談）、院内患者の照射対応。	

2) 非がん緩和ケアの普及・啓発活動・教育について（資料 3）

新潟市民病院、長岡中央総合病院、立川総合病院が発言した。

- 新潟市民病院：**救命センターからの勉強会依頼を通じて、「非がんも緩和ケアチームに相談可能」と院内周知ができた。その結果、ICU（重症患者）や神経難病、心腎不全の患者を抱える病棟から、月 1 回程度の相談が寄せられている。看護師がジレンマを抱えやすい部分であり、看護師を巻き込む形で活動を推進している。
 - 事例紹介：**神経難病の 80 代男性で、自身の信念から気管内挿管されたくなかったが、家族の判断で挿管され、後に抜管を希望するも苦痛で再挿管したケース。
 - 緩和ケアチームの介入により、気管切開が「喋れない、動けない」というマイナスイメージで固定されていたことが判明。時間をかけた対話により、術後のプラスの情報（できること）を共有し、患者は気管切開を選択し、家族も納得して転院した。
- 長岡中央総合病院：**毎年 1 回、内科医局会で医師・研修医全員向けに緩和ケア講義を実施。
 - 2 年に 1 回のがんセミナーでも緩和ケア（非がんも対象）について講義。
 - 研修医が緩和ケアを選択科目に選ぶという成果があった。市民への講演は現在行っていない。
- 立川総合病院：**緩和ケアが「がん対策基本法」によって癌や終末期のイメージが強くなっている現状を指摘。一般市民だけでなく医療・介護関係者にも「非がん緩和ケア」の意識が低いと認識。がん拠点病院の医師に対し、「非がんも対象とする本来の緩和ケア」の普及に力を入れるよう提言した。
 - 院内活動：**市民セミナーで非がん緩和ケアについて講演。サポーターズケアチーム勉強会で非がん緩和ケアの話を組み込んでいる。数年前から稼働する心不全チームが、心不

全の緩和ケアに対応していた。

- **ICD 停止に関する倫理的検討：** 心不全チームとサポーターケアチームで、埋め込み型除細動器（ICD）の終末期停止に関する倫理的な話し合いを開始。病院全体で対応する（責任が特定の誰か一人にいかない）仕組みをアシストしている。
- **新潟大学医歯学総合病院：** 非がんの依頼も受け入れているが、がん患者対応で手一杯な状況であり、自ら積極的に非がん患者の紹介を促すマンパワーはない。
- **済生会新潟病院：** 透析室や ICU で週 1 回回診し、透析開始・中止や人工呼吸器継続の是非など、意思決定支援のカンファレンスに入っている。カンファレンスメンバーは緩和ケアチーム、ICU 看護師、ソーシャルワーカーがメインである。

4. 令和 6 年度緩和ケアチーム研修会の実績、今年度の予定について（資料 4）

研修委員会委員長である県立がんセンター新潟病院の**中島 真人**氏より報告がなされた。

- **令和 6 年度実績：** 2025 年 1 月 25 日午前に開催。テーマは「医療者の燃えつき（バーンアウト）」。
 - 事前アンケートにより、複雑な心理的・体力的疲労やコミュニケーションのストレスなどが詳細に把握された。
 - 大阪大学の平井啓先生による「ストレスマネジメント」に関する講演を実施。ニューロダイバーシティといった基礎から具体的な対応策までが示された。
- **今年度（令和 7 年度）予定：** 今年は現研修委員での最後の研修会となる。
 - テーマは、事前アンケートで多く挙げたテーマから、**オピオイド抵抗性疼痛患者の疼痛コントロール**に焦点が当てられた。
 - 薬物療法に留まらず、多職種が連携して多様なアイデアを共有できるグループワーク形式を検討している。

5. 部会長人事及び事務局体制について（資料 5）

来年度以降の部会長人事と事務局体制について討議がなされた。事務局体制については、設置要綱に基づき、部会長の所属施設が部会の庶務を処理することとなっている。

- **部会長人事：** 本間が当面の間 **部会長代行として留任**することが、異議なく承認された。
- **PEACE 研修会の日程調整：** 今年度は研修会が県内 4 施設で一斉開催（10 月 4 日）となり、受講者の選択肢が狭まるなどの問題が提起された。
 - 長岡中央総合病院からは、講師のダブルブッキングや研修医の受け入れのため、日程を分散させるべきとの意見があり、事務局による開催時期の事前アンケート実施に賛意が示された。
 - 各施設からは開催希望時期や日程決定時期について意見が寄せられた（例：がんセンター・市民病院は春先、多くは 9 月/10 月、大学病院はチーム流動性が高いため 4 月以降確定など）。
 - 事務局がアンケートを実施し、日程調整を図ることが確認された。

6. 閉会

- **未討議事項について：** 非拠点病院緩和ケア病棟等のオブザーバー参加については、時間の都合

もありメーリングリストにて継続審議となった。

- 議論の内容は議事録としてまとめ、新潟県がん診療連携協議会や新潟県庁などの行政機関とも共有し、連携を図っていくことが伝えられた。

令和 7 年度緩和ケア部会 次第

令和 7 年 10 月 31 日 15 時～16 時 30 分

ZOOM

1. 開会挨拶

新潟県がん診療連携協議会緩和ケア部会 部会長代理
県立がんセンター新潟病院緩和ケア内科 本間 英之

2. 活動状況報告(資料 1)

3. 討議(資料 2)

1) 緩和医療に関する地域格差について

- ① 医療過疎地域と都市部を結ぶ緩和ケアの提供体制について
(魚沼基幹病院・新発田病院・県立中央病院)
- ② 緩和照射等の専門治療に関する連携・在宅療養患者の後方支援について
(佐渡総合病院・新潟大学医歯学総合病院・県立がんセンター新潟病院)

2) 非がん緩和ケアの普及・啓発活動・教育について(資料 3)

(新潟市民病院・長岡中央総合病院・立川総合病院)

4. 令和 6 年度緩和ケアチーム研修会の実績、今年度の予定について(資料 4)

新潟県緩和ケアチーム研修会 委員長
県立がんセンター新潟病院緩和ケア内科 中島 真人先生

5. 部会長人事及び事務局体制について (資料 5)

【緩和ケアチーム活動実績】

資料1-1

	施 設 名	新潟県立がんセンター 新潟病院	新潟大学 医歯学 総合病院	新潟市民病院	長岡 赤十字病院	長岡中央 総合病院	新潟県立 中央病院	新潟県立 新発田病院	魚沼 基幹病院	済生会 新潟病院	独立行政法人 国立病院機構 西新潟中央病院	立川 メディカルセンター 立川総合病院	柏崎総合 医療センター	厚生連 上越総合病院	佐渡総合病院
1 病院について	病床数（床）	367床	827床	676床	588床	500床	530床	530床	454床	410床	400床	431床	293床	313床	354床
	年間総退院患者数 （名）	10,195名	17,874名	16,288名	14,565名	11,474名	11,467名	11,610名	8,849名	9,711名	3,401名	8,818名	5,629名	7,565名	5,290名
	年間がん患者 退院数（名）	8,782名	6,371名	3,922名	4,103名	3,816名	3,320名	2,565名	1,307名	2,369名	279名	782名	822名	1,169名	699名
2 緩和ケア チームメンバー	身体症状 担当医師 （名）	専従	1名		3名							1名			
		専任	1名	1名	1名	1名			1名					2名	1名
		兼任		2名		1名		5名	4名	3名	1名	2名	3名		1名
	精神症状 担当医師 （名）	専従													
		専任	1名	1名	1名	1名									
		兼任						1名	1名		1名		1名		1名
	看護師 （名）	専従	1名	1名	1名	2名		1名	1名						1名
		専任	3名	1名	1名		1名				1名			1名	
		兼任		1名	8名	1名	1名	6名		2名	2名	8名	1名		9名
	薬剤師 （名）	専従													
		専任	1名	1名										1名	
		兼任	3名		6名	1名	2名	1名	2名	1名	1名	2名	1名		2名
	その他 （名）	理学療法士2名 言語聴覚士1名 臨床心理師1名 社会福祉士1名 管理栄養士4名	小児科医 理学療法士 管理栄養士 MSW、CLS	心理2名 リハ1名 栄養2名 MSW2名	心理士1名 リハビリ1名 管理栄養士1名	公認心理師1名 理学療法士1名 管理栄養士2名			管理栄養士 公認心理士 看護師（相談員）	公認心理師 （非常勤）1名		臨床心理士2名 MSW1名 作業療法士1名 管理栄養士2名		栄養士 理学療法士 MSWが各専任1名	管理栄養士1名 理学療法士2名 診療放射線技師1名 社会福祉士1名 がん専門相談員1名
3 緩和ケアチーム の年間依頼件数	今年度（件）	114件（4月～7月）	128件	78件	113件 （180件）	68件	22件 （2025.4.1～7.18時点）	7件	51件	9件		5件（令和7年度： 2025/04/01～2025/07/31）	9件	74件 （4月～7月）	8件
	前年度（件）	407件	189件	243件	312件 （402件）	86件	64件 （2024.4.1～2025.3.31）	17件	98件	27件		26件（令和6年度： 2024/04/01～2025/03/31）	5件	215件	21件
4 直接処方まで行うケースの割合		8割	1割以下	10割	9割	9割	1割	1割	2割			0割（令和7年度）	1～2例/年	なし	1割
5 コンサルティングの場合、 推奨した内容が受け入れられるケー スの割合		10割	8割	10割	9割	9割	9割	8割	8～9割		5割	10割（令和7年度）	6～7割	8割程度	8割
6 診療頻度		5回/週	入院：週5日 外来：週3日	週7回	5日/週	2回/週 （月・木） +適宜	週1～2回	週1回	1回/週	毎日	症例があれば 月1回	5日/週（月～金）	依頼のあった患者に 対して、週1回の回診	週1回 （カンファレンス形式で 診療なし）	週1回
7 チームカンファレンスの頻度		多職種 カンファレンス 1回/週 コアチームカンファレンス 1回/日	週1回	週1回	1回/週	2回/週 （月・木） +適宜	週1～2回 全体カンファ レンス月2回	週1回	1回/週	週1回	月1回	1回/週（火）	依頼があれば、 週1回	週1回（活動時）	週1回
備 考												医療関係者も含め、「緩和ケ ア＝最期」とイメージされる 方が多いため、当院では、で きるだけ「緩和ケア」という 言葉を使わなくて済むよう に、診療科やチームの名称を 「緩和ケア科」「緩和ケア チーム」ではなく「緩和治療 内科」「サポーティブケア チーム」としている。			

施 設 名	新潟県立がんセンター新潟病院	新潟大学医歯学総合病院	新潟市民病院	長岡赤十字病院	長岡中央総合病院	新潟県立中央病院	新潟県立新発田病院
1 在宅医療関係者との定期的カンファレンス	有 緩和ケアリンク 主催1回/年、共催2回/年	無	有 年3回	有 地域緩和ケア連携協議会、実務者会議（カンファレンスに該当するかは何とも言えない。）	有 地域緩和ケア連携協議会（1回/年） 実務者会議（2回/年程度）	無	無
2 後方支援病院、緩和ケア病棟などの定期的なカンファレンスの実施状況	有 緩和ケア病棟交流会1回/年	無	無	有 緩和ケア病棟交流会	無	無	無
3 緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所から定期的に連絡・相談を受ける体制の有無	有 患者サポートセンターを通じて随時対応。	無	有 患者のニーズに応じて、バックベッド体制をとっている。	無 連携症例に対しオンラインでのカンファレンスを必要時に実施している。	無 定期的ではないが、依頼している患者に対しては必要時、適宜相談を受けている。	有 患者サポートセンター・がん相談支援センターに地域や他医療機関より相談・問い合わせをいただくケースが多い。主治医、関連部門と共有し、対応している。	無
4 現在の地域医療における問題点と解決策 （自由記載）	問題点 ・緩和ケア病棟の地域からの受け入れ態勢が確立していない。	問題点 新潟市内に緩和ケア病棟、ホスピスが非常に少なく紹介先に難渋する。 当院には緩和ケア病棟なく、終末期の患者さんの最期の場の提供が難しい。 また、当院の場合、比較的全県から患者さんが来ており新潟市外の地域の実情がわからないことも多い。	問題点 身寄りなし問題 老々介護 独居など。	問題点 入院せず在宅療養環境調整をする症例もあり、支援者が同じ目標で支援できる体制整備	問題点 往診医不足	問題点 「在宅医療関係者との定期的カンファレンス」「後方支援病院、緩和ケア病棟などの定期的カンファレンス」は実施できていない。	問題点 地域により在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーションなどの医療資源に偏りがある。 転院先の病院で医療用麻薬の取り扱いが限られているため、転院にあたりオピオイドスイッチが必要になるケースがある。
	解決策 ・緩和ケアチーム検討会や、緩和ケアCNミーティングなど緩和ケアに携わるスタッフの関係作りや相談体制作り。	解決策 解決策は難しい…。	解決策 個々に対応しているが難渋する場合が多い。	解決策 関連職種が一同に介し、オンラインカンファレンスを必要に応じて実施している。	解決策	解決策 「在宅医療関係者との定期的カンファレンス」「後方支援病院、緩和ケア病棟などの定期的カンファレンス」実施に向け、体制検討中。	解決策 医療資源が少ない地域で看取りを含む在宅療養を希望された際は、かかりつけ医に個別に相談し対応の可否を確認している。 転院の方針となった場合は、転院先の採用薬剤を選択またはスイッチし、症状コントロールができるよう対応している。

施 設 名	魚沼基幹病院	済生会新潟病院	西新潟中央病院	立川綜合病院	柏崎総合医療センター	上越綜合病院	佐渡綜合病院
1 在宅医療関係者との定期的カンファレンス	有	無	無	無	無	無	無
2 後方支援病院、緩和ケア病棟などの定期的なカンファレンスの実施状況	有	無	無	無	無	無	無
3 緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所から定期的に連絡・相談を受ける体制の有無	無	無	無	無	無	無	無
4 現在の地域医療における問題点と解決策 （自由記載）	問題点	・近隣の医療機関の病床の空きがなかったり、在宅医療を担う医療資源が少なく、患者が望むタイミングで希望する療養先につなぐことが難しい。 ・地域の医療機関等との情報交換等の機会が年に1回の魚沼地域がん診療連携協議会のみで、関係性づくりが不十分。	ホスピスのベッド数が少ない。 高額な薬剤を使用していることが、療養型病院などに転院時に問題となることがある。 多くのホスピス、療養型病院、施設において、身寄りのない患者は身元引受人が2名必要である。しかし、実際は2名は困難なことが殆どである。	問題点	問題点	問題点	・佐渡島内では医療機関の閉院や有床診療所化など、機能縮小が相次ぎ、協力医師の不足が深刻化している。 ・独居での生活が困難な患者や、医療用麻薬を使用している患者を受け入れられる施設がなく、当院に患者が集中している。 ・訪問看護ステーションが島内に2事業所しかなく、広域圏での対応が困難。
	解決策		解決策	解決策	解決策	解決策	・サテライト（遠隔診療・オンライン診療）の導入による医療アクセス改善の可能性。 ・さど訪問看護ステーションの事業拡大により、僻地やアクセス困難地域への訪問体制を強化。 ・遠隔死亡診断の活用による在宅看取り支援の拡充と、医師負担の軽減。

- ・ フェンタニルに対する患者、社会へのアナウンスをどのように行うか
- ・ 医療過疎と中央を結ぶ緩和ケアの提供体制について
- ・ 緩和ケアチームと主治医との関係
- ・ 緩和ケア診療加算算定で苦痛が強く計画書の患者サインをもらうことにためらう人にどのように対応しているか
- ・ 共有とゆうわけではありませんが、当院で緩和照射ができなくなるにあたり、質問があります。新潟大学は放射線治療は入院ではできず、外来通院になると聞いたことがあります。
放射線治療が可能な県内の病院と、佐渡からの通院が困難な場合に、入院での放射線治療を受け入れていただけるのか質問したいです。
- ・ ホスピスや緩和ケア病棟を持つ病院との連携はどうしているか
- ・ 緩和ケアチーム活動の質の向上に向けた各病院の取り組み
- ・ 「『非がん』も対象である『本来の緩和ケア』の普及・啓発活動」について
- ・ 「『多職種協働チーム』同士の協働」について
- ・ 「『患者さんを支える人（ご家族等）』への関わり方」について
- ・ 「『チームの機能』や『メンバーのモチベーション』の維持」について

「討議 2) 非がんの緩和ケアの普及・啓発活動・教育について」に関する「事前配布」資料 (全4ページ)

医療法人 立川メディカルセンター 立川綜合病院
緩和治療内科 主任医長 齋藤義之

◇『『非がん』の緩和ケア』について、「職種や部署を問わない雑談」をしていただいた上で(全てのご施設で)
「どんな声が聞かれたか」をお教えてください(当日は『指定発言者のみ』となりますが『雑談』だけでも是非!)。

・例えば…

「自施設における必要性」	「感じる」	「感じない」	他
「自施設に関心をもっている医療関係者」	「多いと思う」	「少ないと思う」	他
「自施設で実際に医療関係者が携わる場面」	「多いと思う」	「少ないと思う」	他
「『緩和ケア病棟がない施設』における現状」	「知っている」	「知らない (関心がない)」	他
「『がん診療連携拠点病院ではない施設』における現状」	「知っている」	「知らない (関心がない)」	他

【本資料作成者(齋藤、以下 私)が『お教えてください』に至った背景】

「いわゆる専門家」は「『がん緩和ケア＝緩和ケア』ではない」ということを理解していると思うのですが、当院(立川綜合病院)の部会メンバー(4名)間で、「①『法律：がん対策基本法(2006 公布/2016 改正)』に基づいた『がん対策の一部』としての『緩和ケアの普及』に伴い、『がん緩和ケア』を『緩和ケア』と思っている国民が増え(一般市民だけでなく、医療・介護・福祉関係者も含めて)、元々少なかった『<非がん>の患者さんが<緩和ケア>の恩恵を受ける機会』が、『増えない』どころか、『以前より減りつつある』ようにすら感じられる」「②『非がんの緩和ケア』を必要とする患者さんのために『今できること』を考える必要がある」「③『立場の異なる様々な見方』があると『実臨床の現場に即した対応』が見えてくる可能性が高くなると思われる」という認識を共有いたしました。お力添えいただけましたら幸いです。

※当院では数年前から「心不全チーム」が活動しており、「心不全」の患者さんに関しましては(状態や状況に応じて)、「多職種チーム(『循環器内科医師』『慢性心不全看護認定看護師』『緩和治療内科医師(2022 から参加)』を含む)」で必要な対応(『いわゆる緩和ケア』を含む)について話し合う体制ができております。

【関連事項①:『私の個人的な考え』】 ※「全く分からない」から「よく分かる」まで感想は様々かと思います。

1. 「『託された意志』を繋ぎたい」:

「第27回 日本緩和医療学会 学術大会(2022年7月)」の「講演 23: 緩和ケアの普及・啓発、そして研究故・加藤雅志先生の功績と私たちが引き継がなければならないこと」におきまして、中澤葉宇子研究員(国立がん研究センター がん対策研究所)が、「『がん診療連携拠点病院制度』の整備」「『がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修会』の普及」「『がん疼痛緩和指導管理料』の新設」などに携われ、その後も「日本の『がん対策』関連事業」において中心的な役割を担って活動されていた最中、40代の若さで急逝された加藤雅志先生を偲びつつ功績を振り返るご講演をされました。そのご講演の座長挨拶で、木澤義之教授

（日本緩和医療学会 理事長/筑波大学附属病院 医学医療系 緩和支援診療科）が、「加藤先生から『＜緩和ケア＞という言葉が＜日本の法律＞に入りそうです』と電話があった」という（ように私は記憶しております）内容の「『がん対策基本法』の成立前夜」当時のお話をされました。その座長挨拶を聴き、私は「この国で『何かを普及させる』ために有効な手段の一つに『法律に言葉として明記する』があるが、そのような機会が訪れる確率は極めて低いので、『＜緩和ケア＞は＜非がん＞も対象とするもの』だけれども、『＜緩和ケア＞の普及』を優先して『＜がん＞関連の法律』でもなんでも『とにかく＜法律＞に＜緩和ケア＞という言葉を入れる』という選択をされた当時の関係者の方々の『戦略』は現実的で賞賛されるべきものだ！」と感動しました（『実際に動かされた方が＜政治家＞＜官僚＞＜医療関係者＞＜その他＞のどなたなのか』や『実際に＜そういう戦略＞があったのか』は知る由もありませんが）。私と加藤先生との関わりは、私が日本緩和医療学会の代議員だった時に会議やワークショップなどで何度かお話をさせていただいた程度の浅いものですが、「加藤先生の功績をどのように引き継いでいくことができるか」は、「ちょっとだけ知っている人の話だから」ではなく、「昔（『がん対策基本法』の成立当時）を知る『緩和ケア』に携わる者」が「今『緩和ケア』に携わっている方々」に問いかけ続けていくべき「問い」であると考え、本文を作成しております。

「加藤雅志先生のご略歴」

1999 慶應義塾大学医学部 卒業

ピースハウス病院、東海大学附属病院、埼玉県立精神医療センター、埼玉県立がんセンター などに勤務

2006 厚生労働省 健康局 総務課 がん対策推進室（当時） 勤務

2009 国立がんセンター（当時）がん対策情報センター 異動

2021 6月 逝去

「役職」国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長、国立がん研究センター中央病院相談支援センター長、日本緩和医療学会理事、日本サイコオンコロジー学会理事 など

2. 「『何かが自動的に普及することはない』を共有したい」:

以前（2008年度～2010年度）、「OPTIM プロジェクト」というものがあり（Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』）、公募で選ばれた4地域（鶴岡三川：山形県、柏：千葉県、浜松：静岡県、長崎：長崎県）を研究フィールドとして、「がん緩和医療・緩和ケア」に関する質の向上とその普及に関する研究活動が行われました（『市民、医療スタッフなどを対象にがん緩和ケアに関する認識度や要望を調査』→『それを基に統一した介入方法＜人材、冊子、DVD、研修会企画など＞を決め、地域の関連する多職種・多機関の研究グループを組織』→『介入前後の地域緩和ケアに関する質の向上・維持が実質的にできたか否かを数値で評価』）。その結果が「各地におけるがん緩和医療・緩和ケア提供のモデル」として利用可能となることを期待して実施された研究でしたが、山形県の緩和ケアフォローアップ研修会にファシリテーターとして参加させていただいた際に（2013年2月）、ある地元の医療関係者から「緩和ケアの質が向上したのは、地域でプログラムの中心となった施設だけだ」という言葉を聞き、「何かの普及を図る際に『まず特定のグループに伝える』は一般的な方法だけれども、伝えられたものが『すぐ周りに広がることはない』ようだし、その特定のグループが意識しないと『周りに広がらない』ということもありそう」と思った記憶があります。

【関連事項②：『歴史』の確認】 ※ご存知のことばかりであろうとは思いますが、念のため。

「Palliative Care」も、「緩和ケア」も、「歴史的事実」として「終末期医療」「がん医療」を中心に発展してきた

訳ですが、「『終末期だけ』『がん（に関連する問題）だけ』を対象とするもの」とは「定義」されていません。

◆「定義」に明記されている「『対象』に関する文言」

1990	「Palliative Care (WHO)」	:	「progressive, far advanced disease」
2002	「Palliative Care (WHO)」	:	「life-threatening illness」
2016	「緩和ケア（がん対策基本法）」	:	「がんその他の特定の疾病」
2023	「Palliative Care (WHO)」	:	「serious health-related suffering」

◆「終末期医療」「がん医療」の観点から見た「緩和ケアの歴史」

昔（関係書籍をご参照ください）

1967 「セント・クリストファー・ホスピス」設立（ロンドン）

1969 「死ぬ瞬間（著：キューブラー・ロス）」出版

1973 「死に逝く人たちのための組織されたケア（淀川キリスト教病院）」チーム活動開始

1977 「ひととはなぜ、人の死を看とるのか（著：鈴木荘一）」出版

※シシリー・ソンドース先生に会いに行かれた鈴木先生が日本にホスピスとその医療について紹介

1981 「ホスピス病棟（聖隷三方原病院）」開設

1987 「末期医療に関するケアのあり方の検討会（厚生省）」活動開始

1989 「末期医療に関するケアのあり方の検討会」報告書公開

1990 「Palliative Careの定義（WHO）」公開

1990 「緩和ケア病棟入院料」新設

1991 「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」設立

1993 「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」活動開始

1996 「がん看護専門看護師」認定開始（6月）

同年 「日本緩和医療学会」設立（7月『第1回 日本緩和医療学会』開催）

※創設趣意：＜（略）がん患者の全経過を対象としたQOL尊重の医学，医療である palliative medicine
の専門的発展のため（略）＞

1997 「末期医療に関する意識調査等検討会」活動開始

1999 「ホスピスケア認定看護師」認定開始

2001 「厚生省」改称（1月） → 「厚生労働省」

同年 「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」策定（8月）：＜緩和医療を提供する体制の整備＞

2002 「緩和ケア診療加算」新設（2月）：＜緩和ケアチームによる診療を評価＞

同年 「終末期医療に関する意識調査等検討会」活動開始（10月）

2004 「終末期医療に関する調査等検討会」報告書公開：「－今後の終末期医療の在り方について－」

＜癌性疼痛治療をはじめとする緩和ケアは、単に緩和ケア病棟に勤務する医師、看護師だけが提供する
ものではなく、がん医療のあらゆる領域で必要とされている＞

2006 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」策定（2月）：＜チームによる緩和医療の提供＞

同年 「がん対策基本法」成立（6月）

＜政府は（略）「がん対策推進基本計画」（略）を策定しなければならない＞

＜国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に

行われるようにすること＞

同年「日本緩和医療学会」法人格取得（12月）

※設立趣旨書：＜（略）がんやその他の治療困難な病気の全過程において、人々のQOLの向上を目指し（略）＞

同年「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」活動開始（12月）

2007「がん対策推進基本計画」策定（6月）

＜治療の初期段階からの緩和ケアの実施＞

☆「法」に基づく「国の計画」に＜緩和ケア＞の文言が記載された

同年「ホスピスケア認定看護師」名称変更（7月） → 「緩和ケア認定看護師」

2008「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」策定（3月）

＜緩和ケアチームを組織上位置付けること＞

＜外来で専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること＞

同年「終末期医療のあり方に関する懇談会」活動開始（10月）

2010「終末期医療のあり方に関する懇談会」報告書公開

＜緩和ケアは医療・介護・福祉すべてを含み、その対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族＞

＜緩和ケアを進める際の課題の一つは、多くの患者が「緩和ケア＝死を迎えること」と考えていること＞

＜緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい緩和ケアの知識の普及が重要＞

2012「終末期医療に関する意識調査等検討会」活動開始

2014「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（第2期）」策定

2016「がん対策基本法」改正

＜国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにする＞

☆「法」に「緩和ケア」の文言が記載された

2018「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（第3期）」策定

2022「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（第4期）」策定

◆「循環器病」の観点から見た「緩和ケアの歴史」

2019「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」施行

2020「循環器病対策推進基本計画」策定

・「個別施策」の「循環器病の緩和ケア」の項目に＜緩和ケアの提供体制を充実させる＞の記載

2023「循環器病対策推進基本計画（第二期）」策定

・「個別施策」の「循環器病の緩和ケア」の項目に＜緩和ケアの提供体制を充実させる＞の記載

◆「法令」の「強さ」ランキング ※「一般的な実務上の解釈」です。

「法律」＞「政令」＞「省令」＞「告示」＝「訓令」又は「通達」 ※「指針」≡「ガイドライン」（定義なし）

- ・がん患者の心理的苦痛と自殺予防対策
- ・難治性悪心/嘔吐への対処方法
- ・がん患者のAYA世代への支援
- ・医療用麻薬の取り扱いについて改めて基礎から現在の問題点まで（講演）
→（米国での乱用状況と本邦の比較など）
- ・対応困難な患者家族へのPCTとしての対応（事例検討）
- ・在宅療養を目指すにあたってのチーム医療の在り方
- ・オピオイド難治性患者の疼痛コントロール
- ・ACP
- ・今後について考えるプロセスをすすめていく人への対応
- ・遺族ケアにむけて 家族とのかかわりかた
- ・精神症状合併時（もともとのパーソナリティー症がある場合、せん妄、希死念慮など）のコミュニケーションのとり方のコツ 精神科の先生から講義いただきたい。
- ・非がん性疼痛の対応
- ・療養先について意思決定支援をするタイミング
- ・非悪性腫瘍患者の緩和ケアについて（心不全終末期以外の疾患の対応など）
- ・多職種連携におけるチーム機能やモチベーションの維持について

令和7年度 新潟県がん診療連携協議会緩和ケア部会員一覧・部会名簿

緩和ケア部会長（代行）	
施設名	新潟県立がんセンター新潟病院
部 署	緩和ケア内科
職 名	緩和ケア内科 臨床部長
氏 名	本間 英之

施設名	部署・職名	職 種	氏 名
新潟県立 がんセンター新潟病院	緩和ケア内科 臨床部長	医師	本間 英之
	緩和ケアセンターゼネラルマネージャー	看護師	大竹 美幸
	緩和ケアセンター事務	事務部門	井波 雅江◎
新潟大学 医歯学総合病院	腫瘍センター緩和ケア室・室長	医師	久代 航平
	腫瘍センター 看護師長	看護師	下鳥 由紀
	腫瘍センター 副看護師長	看護師	園部 里美
	医事課 専門職員	事務部門	深谷 賢志◎
新潟市民病院	緩和ケア内科 緩和ケア内科部長	医師	田中 萌生
	緩和ケア内科 専従看護師	看護師	常盤 かおり
	経営企画課経理	事務部門	和澄 利美◎
長岡赤十字病院	緩和ケア科 緩和ケア科部長	医師	佐藤 直子
	緩和ケアセンター 看護師長	看護師	白井 直美◎
	医療社会事業部 地域連携・福祉支援課 課長	医療ソーシャル ワーカー	鎌田 瑞樹
長岡中央総合病院	腫瘍内科部長・緩和ケアチーム	医師	外池 祐子
	看護部 看護師	看護師	今井 多恵子◎
新潟県立中央病院	診療部 内科医長	医師	眞水 飛翔
	患者サポートセンター・がん相談支援センター 副看護師長	看護師	樋口 伸子◎
	経営課 経営係長	事務部門	塚本 可奈子
新潟県立新発田病院	消化器内科 内科部長	医師	佐々木 俊哉
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	渡辺 なつみ
	患者サポートセンター 主任看護師	看護師	山田 史子◎
新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院	腫瘍センター 緩和ケア室長 （呼吸器・感染症内科 部長）	医師	大橋 和政
	腫瘍センター緩和ケア室（看護部外来）主任看護師	看護師	石田 可奈子
	腫瘍センター事務局（臨床研究推進部）	事務部門	深野 光一郎◎
済生会新潟病院	外科顧問	医師	坪野 俊広
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	小竹 泰子◎
	看護部 病棟副師長	看護師	平澤 和美
	看護部 外来主任	看護師	此村 奈都美
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	青山 響
独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院	呼吸器外科 特命副院長	医師	渡辺 健寛◎
立川メディカルセンター 立川総合病院	緩和治療内科 主任医長	医師	齋藤 義之◎
	4D病棟 看護師長	看護師	吉岡 美鈴
	地域医療介護連携センター 入退院支援部門 看護主任	看護師	白倉 透規
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	荒井 秀和
柏崎総合 医療センター	内科 内科部長	医師	藤村 健夫◎
上越総合病院	放射線治療科部長	医師	末山 博男
	内科 内科部長	医師	鈴木 庸弘
	病棟看護師長	看護師	渡邊 征枝
	患者サポートセンター	医療ソーシャル ワーカー	今井 一徳◎
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	村上 幸恵
佐渡総合病院	産婦人科 医長	医師	小池 公美
	外来 看護師長	看護師	中川 信子
	外科外来 看護師	看護師	金子 美紀
	薬剤部 薬剤師	薬剤師	引野 真由美
	医事課	事務部門	佐久間 祥◎
	医事主任	事務部門	山口 剛義

代表担当者

◎事務連絡担当者