

平成 27 年度 第 2 回神戸市がん対策推進懇話会 議事要旨

1. 日時 平成 27 年 11 月 12 日（木） 午後 1 時 56 分～午後 3 時 53 分

2. 場所 神戸市役所 1 号館 14 階 大会議室

3. 出席者

(1) 委員 (50 音順)

味木委員、足立委員、去来川委員、伊地智委員、岡田委員、杉村会長、高橋委員、
高山委員、都築委員、南部委員、百瀬委員

(2) 傍聴者 1 名

4. 議題

(1) がん治療の現状に関する懇話会委員からの報告

I. がん治療の現状 (杉村会長)

II. がんの診断と放射線治療 (足立委員)

III. 外科診療と化学療法 (高橋委員)

IV. 周術期口腔機能管理と医療連携 (百瀬委員)

V. 在宅医療・在宅緩和ケア (岡田委員)

VI. 在宅医療・在宅緩和ケア：神戸市内での先駆的な取り組み (高山委員)

(2) 次回懇話会 (第 3 回) の議題について

5. 議事

(開会)

- ・事務局挨拶
- ・資料確認

○会長

議題に入る前に、参考資料の「KOBE がんガイド」が10月に各戸配布されたが、その後反響あがれば伺いたい。

○事務局

「KOBE がんガイド」を10月1日発行の広報紙 KOBE に折り込みして、神戸市の全戸に約83万部配布した。発行後、がん相談支援センターから、市民の方が「KOBE がんガイド」で相談窓口を知って相談に来られたという話を伺っている。

○会長

挟み込みなので捨ててしまったという人もいたので、別にしたほうがよかった。広報紙の表紙のプログラムにも書いてなかった。せっかくなのでうまく配布してほしい。

議題(1) がん治療の現状に関する懇話会委員からの報告

I. がん治療の現状(神戸大学 杉村 和朗)

○会長

限局したがんの場合は、手術を中心に行われて、その後、放射線治療、化学治療がされる。少し進んでいるがんの場合は、放射線治療をした後に手術をしたりいろんな選択がある。遠隔転移がある場合は、基本的に化学治療、放射線治療が行われるのが基本的な流れ。手術治療も大変進んでおり、ダビンチは中央市民病院や神戸大学等に入っており、対象となる疾患は、現在は前立腺がんが多いが、これから広がってくる可能性がある。ロボット手術は、非常に深いところや、拡大ができる利点があり技術の進歩がある。

治療について、QALYs(生活の質で調整した生存年)が医療経済でもよく使われおり、経済的なことも含めて、それが妥当なのかという、クオリティー・オブ・ライフを考えた治療を進めていくべきである。日本のがん医療は、現在外科治療が7割、放射線治療が3割くらいで、化学治療は外科治療とも放射線治療とも併用される。米国では放射線治療を含んだ治療というのは、大体7割近く。日本の場合は2005年で25%くら

い、現在 30%弱。日本の場合は 7 : 3 で手術、欧米の場合は、7 : 3 で放射線治療。昔の放射線治療というと、周囲の臓器にも放射線が当たり、せいぜい有効に当てられるのは 6、7 割程度でしかなく、最初から治らないというのがわかりながら放射線治療をやっているという感じにならざるを得なかった。また、日本には放射線治療装置が結構あり、今は 1,200 台くらい。放射線治療医が 2013 年に 1,019 人、実際の数 は 900 人台で、人の数より機械の数のほうが多いという状況。高度の放射線治療は、大体 3 分の 1 くらいで、ほかは一時代前の放射線治療しかできないという機械が多く、それでは充分でない状況。

最近 は 診断の進歩が非常に大きく、PET 診療では例えば肺がんで、ここにがんがあるというのが非常によくわかり、画像診断が現在非常に進んでいる。

神戸では中央市民、神戸大学はじめいろんな施設で PET 診療が非常に進んでいる。放射線治療をピンポイントに当てていくという治療が進んできており、例えば肺は呼吸をしながら動いているが、腫瘍の動きをミリ単位でキャッチしながら、肺がんを追いかけることができ、動態追尾照射という。肺がんのところだけを捉えて、あっちこっちから当てていき、この部分だけに放射線を集中させるので、ほかのところにはほとんど当たらない治療が進んでいる。非常に少ない照射線量で済むということで、現在の放射線治療は治るようになった。そういう治療で、例えば、肺がんがあっても、がんが完全に治り、周囲の肺炎も全然起こっていないというようなことが言える。

FDG-PET（悪性リンパ腫の診断と治療効果の判定）が非常に進んできており、最初の診断にもこれを使う。がんが、どう広がって、どのリンパ節にあって、どのくらいのアクティビティなのかというのもわかる。悪性リンパ腫を含む幾つかのがんで最初の診断と、それから治療効果の判定と、そういったことに使われるようになってきている。MRI も非常に進んだ機械がどんどんと広がっており、拡散強調画像を 3 テスラで撮ると、小さいがんが微小なところまでわかる。こういった放射線治療、それに化学治療を加える、抗がん剤を加えた化学放射線療法というのは非常に進歩している。神戸では、中央市民病院の周辺に先端医療センターや低侵襲がんセンターといった専門病院、近隣病院を初め、いろんな病院、神戸大学が組んだ一大メディカルクラスターの中で、診断から治療まで全部そろっており、外科治療の最先端もこの中に含まれる。そういったことと、先端医療センターで PET の新しい研究が進んでおり、低酸素状態の腫瘍で治りにくいがんがわかるようになってきている。FMISO（低酸素状態の腫瘍に集ま

るPET薬剤)が集まっているということは、これは抗がん剤が効かないということが予測でき、病理でも抗がん剤が効かない、放射線治療も効かない。この薬が集まっていないということは、このがんは治りやすいのではないかとということがわかる。これからは、化学治療、放射線治療、手術だけじゃなくて、緩和ケアや内視鏡やリハビリテーション、いろんなものが組み合わさって、患者さんのQOLを中心に考えていく必要がある。神戸におけるがん医療は高精度の画像診断を基盤に、QOL、医療経済を考慮して、最善の治療を選択していく時代である。神戸には最先端の診断、治療技術が集積しており、がんになったことは不幸だが、神戸でよかったということが言えるのではないかと思う。高精度の放射線治療を初め、診断も全て、多くのがんに対応可能であって、健康保険が適応可能である。

Ⅱ. がんの診断と放射線治療（兵庫県立がんセンター 足立 秀治）

○委員

（胸部の画像診断について）

肺がんを中心として話をさせていただく。胸部の画像診断については、現在主に胸部X線写真とCT、PETなどが、肺がんの早期発見のために用いられている。

1) 胸部X線写真

以前はフィルムを用いて行われていたが、最近はデジタル画像が主体となる。胸部X線写真は1枚の平面の写真だが、胸郭を構成する筋肉、気管支、肺血管、などの構造物が重なって投影され、立体像を1枚の写真（平面）に投影したものであるという見方が重要である。胸部の病変が疑われた場合には、胸部X線写真は簡便性と経済性から、まず最初に行う検査法と考えられている。胸部X線写真ではデジタル画像の進歩により、比較読影、画像処理で引き算した画像（差分画像）で病変部を見つけることもよく行われており、コンピュータ支援診断システムの開発も行われている。ただ、CTで見たら大きな肺がんの場合でも、単純写真で見ると他の臓器との重なりのため見つけにくい場合がある。胸部X線写真の特徴は、非常に簡単で安く、全体がよくわかることで、問題点としては重なりのため診断困難な部分があり、正常の影を異常と考える場合があることである。

2) C T

コンピュータ技術の著しい発展とC T装置、ソフトなどの飛躍的進歩によって、C Tは、早く、広い範囲をきれいに撮影可能となった。造影C Tも非常にコントラストが良好で、時間要素も入れた4 D（空間的な3次元と時間の4次元）の画像が撮影可能となった。現在のC Tは横断画像だけではなく体積データを収集しておいて、そこから任意の断層像を得ることができる。広い範囲を撮るので、（読影する）放射線科医にとっては負担が大きいですが、C Tの被曝線量の低減技術も開発され急速な進歩がみられる。高分解能C Tという技術では、非常に薄く撮影して見やすく処理をすることで、病変の周囲の状態などが非常によくわかる。最近では、C T画像の解析により、ある程度病理像と予後まで類推できるようになってきた。C Tでは病変の有無がよくわかるため、見落としが少なく、周囲組織への拡がり診断が容易であるが確定診断はできないため、診断を確定するためには、（切除した組織を）病理の先生に診てもらう必要がある。

3) P E T - C T

F D Gを用いたP E Tはブドウ糖の代謝の亢進した部を画像化する検査で、最近ではC Tと一体となったP E T - C Tが普及している。がん細胞はブドウ糖の代謝が非常に増加する性質があるため、P E T - C TではP E Tでの糖代謝を加味した診断と、C Tでの形態診断を重ね合わせて正確な位置がわかり、1回の検査で全身の検査ができるメリットがある。検診やドックでがんの存在診断として使われる場合もあるが、保険診療としては、がんが確定した場合の拡がり診断（病期診断）や再発診断などに用いられる。欠点としては、P E Tのみでは画質が劣るため正確な位置の判断が難しく、C Tとの重ね合わせが必要となり被曝線量も若干増加する。今後の肺がんの画像診断は、基本的には胸部写真とC Tが基本になり、転移の検索に関してはP E TやM R Iなどの検査法が必要となる。いずれにしても、きれいに、早く、患者さんに優しい検査を行い、正確な診断を行った上で最適な治療に繋げる必要がある。また肺がんの個別化治療への展開へも行われている。

（放射線治療について）

放射線は、細胞分裂時に遺伝子に作用して細胞が増えない様にする作用や、細胞が新しい細胞に置き変わるときに脱落する仕組みを促すことでがん細胞を消滅させる作用があり、この作用を利用してがんを治療する。最近、高齢化でがん患者がふえていることや、欧米での治療の適用が日本にも普及していること、分子標的治療を含め、抗がん

剤の進歩により生存期間が延長し緩和照射（がんの完全治療をめざすのではなく、増大を抑える目的の放射線治療）を行う機会がふえていることが原因で、非常に放射線治療患者が増加している。CTの発達とともに、三次元での治療が行われるようになり、CTを用いた治療計画により腫瘍部位に対して正確な放射線照射が行われる。喉頭がんは非常に放射線が効く疾患で、早期のものでは、ほぼ100%治癒ができる。手術で摘出すると機能が失われて声が出なくなるが、放射線治療では声を失わずに完治ができる非常によい適応である。高度な放射線治療が進歩しており、定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）、IGRTと言われる画像誘導放射線治療などがある。いずれにしても、病巣部に放射線をしっかり照射し、正常部はできるだけ線量を低減する技術の進歩がみられる。定位放射線治療を行った早期肺がん症例では、いろんな方向から放射線を当てて、10グレイ/回の照射で、ピンポイントにがんを狙い撃ちして、5回の治療で腫瘍は消えており、ほぼ手術に匹敵するようなデータが得られつつある。IMRTは、腫瘍の形に合わせてビームの角度、強度を変更して照射を行い、病巣部以外の当てたくないところの線量を制限する放射線治療で、最近は非常に増加している。

粒子線治療は、①線量の集中性が高く、病巣部に線量を集中し、病巣以外の線量を減少することができることと、②生物学的特性が高く、放射線治療が効きにくかった腫瘍に対しても効果があるのが特徴である。小児悪性腫瘍、骨軟部腫瘍、悪性黒色腫、肝がんなどに用いられている。陽子線や重粒子線治療の特徴は、エネルギーによって人体の中へ入る深さが定まることで、ある程度入ったところでピークになる（ブラックピーク）という特徴があり、がんの病巣に一致させてこの部分でピークになるように線量分布をコントロールすることで、正常部の放射線を減らして病巣部に線量を集中させる。来年（平成29年）秋に、小児を中心とした粒子線治療施設が神戸市にもできる予定である。

（意見交換）

○委員

放射線治療が手術にも劣らない成績になっているということだったが、外科へ行ったら、手術を優先させるのか、放射線のほうへ行くのかというのはどうするのか。

○委員

当院（中央市民病院）では、毎週、呼吸器外科医と呼吸器内科医と放射線治療医でカンファレンスをして治療方針を決めている。定位照射は、僕は外科ではあるが、割りと

容認派で、手術を受けたくないという方がおられるのでそちらに行ってもらって、後から手術するのは難しくはないので、それから手術しましょうかというふうなことも言っており、外科の中では珍しいほうかもしれない。

○委員

がんセンターでも、呼吸器カンファレンス（肺がん症例検討会）を通じて、最適な治療を検討している。検討会には呼吸器外科、呼吸器内科、放射線診断・治療科と病理診断科の医師が参加して全ての症例の検討を行い、合議の上で最適な治療法を考えている。

○会長

大学（神戸大学）も同じように、トゥモール・ボード（腫瘍の検討会）で、最近は腫瘍内科医も入って、カンファレンスをやっており、そういうところがふえていってくれるといい。

○委員

レントゲン、胸部写真で、臓器が重なって見えにくい、診断がつきにくいことがある。今の検診方法はこれでいいのだろうか。メディカルクラスターが整備されて、診断や治療が受けられるというのは、本当にがん患者からすると一部になるのかなと思うが、こういうふうなところで診断、治療が受けられるような、手順的なものがあるのか。

○委員

肺がんについては、基本的には年に1回、経年的に胸部X線写真でのがん検診を行い、精度管理をして、前年度の対比読影をするということで、かなりの死亡率の低減効果があることが日本や海外のデータで確認されている。胸部X線写真でがんの検出が困難な場合があり、CT検診が試行的に用いられている段階だが、なかなか政策として一般の方を対象にCT検診を行うところまで追いついておらず、データもまだ出ていない。まずは肺がん検診として胸部X線写真を年に1回ちゃんと受けることを心がけてほしい。あとは、何か異常所見や症状があれば、かかりつけの先生へ、まず相談するということが基本で、そこから、がんセンターや各病院への連携、紹介いただけるようなシステムになっている。

○会長

集団検診とは、人間ドック、がんドックはお金のかけ方も全然違う。

○委員

兵庫県の場合、精度管理が十分できていないので、そこは力を入れていきたい。また、

専門的な医療機関での治療が済んだ後は、かかりつけ医に戻っていただいて、専門の先生とかかりつけ医が連携していくということを患者さんにもご理解いただいて、限られた医療資源で適切な医療が受けられるようにということをご記憶いただきたい。

○事務局

放射線治療や化学療法による副作用で、患者さんの脱毛とかスキンケアに対処するような啓発支援について、ご紹介いただけることがあれば、お教えいただきたい。

○委員

化学療法に関しては、化学療法の認定の看護師がおり、今はほとんど化学療法を外来です。外来部門で支援を積極的にされているところは、拠点病院はほとんど、そういう体制を整えており、がん相談支援センターでいろいろな情報や、どういう薬を使ったらいいかということも支援等はされている。

○委員

化学療法でみんなが髪の毛が抜けるとは限らないし、薬の組み合わせで違い、また抜けたとしてもウィッグなどを患者さんに紹介したりする。

Ⅲ. 外科診療と化学療法（神戸市立医療センター中央市民病院 高橋 豊）

○委員

肺がんの治療方法、外科治療を中心にお話しする。肺がんの診断は、症状が出たり、たまたまCTを撮ったり、検診で見つかったりして、これが取っかかりになり、（検査で写った）影の部分の組織・細胞を採って、診断が確定する。次に、PETを使ったりして病期の決定を行う（病期とは、がんの進行度を表したもので、がんの大きさ、リンパ節転移や遠隔転移の有無などを組み合わせて決まる）。

手術は根治性にすぐれているが、機能を落とすことになり、がんが限局していないと選択できない治療。一方、抗がん剤は、がんが全身に散らばっていてもできるが、根治性に欠け、髪の毛が抜けたり、吐いたり、手術ほどではないが、手軽さに欠ける。放射線治療は、非常に（負担の少ない）お手軽な治療で、機能を余り落とさないし、痛くもないが、根治性には欠ける。

一般的にとられるべき手術方法は、肺葉切除（肺の部屋ごと取る）である。切除方法について右の肺を例にして説明すると、右肺は上・中・下、3つの部屋に分かれてお

り、右の下葉にがんがある場合、下葉を全部取るので、(肺の)機能を落としてしまう。部分切除(がんのみを取る)は再発の多いことが証明されており、小さなもの、1センチとか2センチの肺がんに対して、実際に行うことがある。区域切除というのは、両者のいいところを持ち合わせた切除方法だが、手術的には難しい。今でも、片肺を全部取る手術もあり、原則的には、がん以外にリンパ節も取っていく。なぜ、肺葉切除を行うかというと、がんはリンパの流れに乗って進んでいき、がんの部分だけを取るとがん細胞を取り逃がしてしまうので大きめに取る。大きく取るといっても、最近では胸腔鏡という道具を使うので、傷は小さい。英語で言うと、Video-Assisted Thoracic Surgery、頭文字をとってVATSと言う。胸腔鏡は、金属製の棒で、少し先が斜めになっていて、胸の中が隅々見える。ぐるりとひっくり返すと、胸壁の裏側まで見える。開胸手術より、胸腔鏡のいい点は、傷が小さいが、視野はかえって広く、明るくて、拡大できる。欠点として、レンズ外のところは見えず、傷が小さいので手術器具の動きに制限があり、最大の欠点は、触覚、手で直接、病変を触れないことである。当院(中央市民病院)の手術室では、モニターが3台あって、これを見ながら手術を行っている。当院(中央市民病院)で用いているクリニカルパスでは、朝の手術であれば、手術しても、もう夜にはお水を飲んで、次の日からご飯も食べて、歩行を許可している。早い人なら、手術を受けてから四、五日で退院され、手術の前日に入院してもらうので、多くの方が1週間程度の入院ですむ。昨年(2014年)は364件の手術があり、肺がん手術は162例、このうち161例を胸腔鏡で行っている。

抗がん剤は大きく分けて2種類あり、以前からの抗がん剤は殺細胞性で、これは良悪に関わらず、増殖スピードの速い細胞を殺していくので、脱毛、貧血、下痢、嘔吐とかの副作用が出る。抗がん剤は1~2種類投与して、放射線とも併用しながら、治療にあたる。最近、イレッサを初めとして、分子標的薬というお薬があるが、がん細胞のみを殺し、副作用は少ないと言われている。しかし、イレッサが市場に出たとき、予期せぬ副作用が出たので、新しい薬は注意して使用しなければならない。がんの遺伝子は、がんによって異なり、遺伝子により分子標的薬が効く、効かないがわかっているので、生検(腫瘍細胞を採る検査)は必要となる。肺がんが進行していても、イレッサをたった2週間飲むだけで、ほとんど副作用なく、がんが消えた例がある。これは肺がん細胞が過剰に発現する上皮成長因子受容体だけを阻害するので、ほかの細胞は殺さず、がんだけ退治できるからである。抗がん剤は、毎日点滴するわけではなく、副作用がよくわか

っていて、副作用を抑える手だてができていますので、薬剤の投与日だけ、外来に来てもらえばよい。外来化学療法は、働きながら受けることも可能である。

がん治療の決定は、治療の目的（完全に治すのか、進行を抑えるのか、それとも症状を抑えるくらいなのか）や病気の進行具合で異なる。患者さんの体力も関係する。病期とは、がんの進行度を表したもので、がんの大きさ、リンパ節転移や遠隔転移の有無などを組み合わせて決まる。肺がんの場合は、Ⅰ期からⅣ期まで分かれています。手術の対象となるのは、Ⅲa期までで、これは肺がん全体の3割くらいで、Ⅰ期でも5年生存率が7、8割しかなく、非常に手ごわい病気である。手術だけではなく、化学療法とか放射線療法を組み合わせた、集学的治療というふうに、何種類もの治療方法を組み合わせて治療に当たっている。

IV. 周術期口腔機能管理と医療連携（神戸市歯科医師会 百瀬 深志）

○委員

周術期（手術の前後の時期）の口腔機能管理とは、がんの患者さんが手術を行うときに、治療に伴って発生するトラブルを予防するために口腔機能を管理する、がんの治療をサポートするような位置づけ。周術期の口腔機能管理に係る研究は、1990年代後半より、特に食道がんに関する報告がされるようになり、日本においても2000年代に入って種々の研究結果が報告され、口腔環境の整備は、周術期の合併症を減少させるというふうな報告が多くなされている状況。具体的には、手術における合併症の減少であるとか、患者さんのQOLの向上に寄与し、これは病院サービスの向上、入院期間の短縮にもつながっていて、医科におけるDPC（包括医療支払い制度）の普及の面からも、患者、病院側、双方にメリットがある。

周術期に、口腔にはどのようなトラブルが起こるのかというと、一番目はやはり肺炎に関する問題で、誤嚥性肺炎とVAP（人工呼吸管理下で起こる肺炎）である。誤嚥性肺炎は、食べ物を食べるときに、間違っってむせて、気道に侵入するというのではなくて、実際は、安静時の口腔咽頭に残ったものが自然に入ってしまうことで起こる肺炎を言う。周術期は、誤嚥性の肺炎を起こしやすい状況があり、長時間の挿管等、麻酔によって機能が低下していたり、術後の痛み等によっては、うまく咳をすることができないので、誤嚥を起こしやすい環境である。もう一つは、麻酔で人工呼吸をさせることに

関連する肺炎で、VAPの原因菌は、口腔由来の菌であったというふうな調査が最近多く報告されており、口の中のばい菌が、人工呼吸の挿管の中に入って肺炎を起こしており、対策的には、口の中のばい菌を減少させることが大事になる。VAPの管理は、口腔ケアとして看護師さんが一番苦勞されているところであろうかと思うが、口腔ケアに関しても、徐々に認識されつつあると伺っている。そのほかトラブルとしては、化学療法、放射線療法による口腔領域に口内炎ができる、唾液の分泌が低下する等により問題が起きることや、気管内挿管のときに歯が折れるというトラブルはよく聞く。これらを未然に防ごうというのが、広い意味での周術期の口腔機能管理ということである。

周術期口腔機能管理は実際に何をするのかというと、一番目は、まずは、噛めるようにするというので、手術が終わった後に経口摂取がすぐできる口腔状態を目指すため、前もって虫歯は治し、動いているような歯は、極端に言えば、抜歯してしまうか、もしくは固定する。2番目は、肺炎に関する事で、口腔内の総細菌量を減らす口腔ケアをする。3番目は、感染源の除去で、手術や放射線療法、化学療法で体力等も低下して、感染が再燃するようなこともあり、事前に対処しておく。4番目は、明らかに動揺している歯は、最初から何らかの処置をしておくこと。入院前、病院の主治医の先生が必要と判断して、地域で開業する歯科医で口腔機能管理をして、病院で手術をして、術後もフォローさせていただくのが口腔機能管理の一連の流れ。

大阪警察病院における周術期口腔ケアの効果に関する検討では、胃がん、食道がん、大腸がん、甲状腺がんの861例のうち、口腔ケアをしなかったのが453例、口腔ケアをしたのが408例で、胃がん、食道がん、大腸がんの3つで有意に入院日数が短縮し、合併症が有意に少なかったのは食道がんだけであるが、その他の部位に関しても、基本的にはある程度の効果があり、医療費は、胃がん、食道がん、大腸がんで有意に減少していた。同様に千葉大学医学部のデータでは、2004年1月から9年10カ月間の歯科領域、消化器外科、心臓外科の手術症例での検討で、(周術期の口腔機能管理は)比較的效果があり、口腔ケアを行った各種がん患者の在院日数は、おおむね全てのデータで統計学的に有意に減少した。放射線治療の在院日数は、治療期間が口腔ケアを行うことによって減少したことで、トータルの入院期間も少なくなったという考察がなされている。心臓血管外科術後のCRP値という炎症を示す値も口腔ケアを行ったほうが比較的早期に下がっているというデータも出た。明確なエビデンスはまだ確立されていないが、(周術期の口腔機能管理は、)効果があると認識している。2005年の中医協(中央社会保険

医療審議会)の、医療機関と周術期口腔機能管理を受けた方に対するアンケートでは、「お口の中の状況がよくなった」、「薬の量が減った」という方もあり、患者さんには満足していただいている。周術期口腔機能管理は、医科歯科併設の病院では行われているが、医科単独の医療機関では、なかなか口腔機能管理の実施には至っていない。実績を有する医療機関では、感染予防に効果があったと回答があった。在院日数、投薬量が減ったという回答が多ければ、なお効果があったと判定はできるが、現状はこういうところである。神戸市歯科医師会としては、兵庫県歯科医師会を通じて、まず周術期口腔機能管理の協力歯科医院のリストをつくることから始めて、個々の病院にもアプローチしており、(周術期口腔機能管理協力病院等との)連絡協議会の開催等も検討している。

(意見交換)

○委員

周術期の口腔内のケアで予後も改善されるのに、一般の方に余り知られていないこともあるので、うまくアピールしていただきたいと思う。

○委員

いろいろな先生方からお話を聞いて、がんになっても、よくなると思ったので、最初にどこへ行くか、それがどうつながっていくかということ、もうちょっとPRしていただけたらいい。

○事務局

広報については、A4判(KOBEがんガイド)をコンビニや公共施設にも置けるような形で、引き続き広報させていただきたいと思っている。

○委員

兵庫がん診療連携協議会でもセミナーやフォーラムを開催している。一般の方には、正しい情報をちゃんと知っていただいて、まずは検診から始めて、かかりつけ医の先生に普段は診ていただいて、かかりつけ医の先生からの医療連携の形をぜひ知っていただきたい。

○委員

がん検診の受診率が非常に低い。啓発活動はもっと別の角度からしなければならない。肺がんは、やはり、発見率が非常に低い。肺がん検診を見ても非常に低く、どうすれば、受診率やがん発見に寄与していくのか、非常に大事なことである。

○委員

兵庫がん診療連携協議会はどういう会なのか。また、神戸市内で実際に周術期に関して動き始めている病院が何か所くらいあるか教えていただきたい。

○委員

兵庫県がん診療連携協議会は、都道府県型の拠点病院（がんセンター）、国指定の拠点病院や、兵庫県の医師会、歯科医師会、薬剤師会、患者会も参加して構成し、県内のがん医療の均てん化をめざして活動し、がん対策の企画、立案等も行っている。協議会の役割として、情報連携部会では、フォーラムを通じて患者・家族や一般の方への啓蒙や、がん相談、就労支援も含めて行っており、教育研修部会では、医師、薬剤師、看護師などへのがんの教育、医療者の育成のためのセミナーを行っている。その他、がん登録部会と緩和ケア部会、がんの地域連携パス部会などがある。フォーラムなどにより一般の市民、県民に啓蒙しているが、これらの活動はなかなか伝わっていかない。興味のある方はフォーラムに参加いただくが、そこからの情報発信はなかなか広がっていかないのが現状である。これらの広報は県も市も一緒になってもっと行うべきである。

○委員

周術期口腔機能管理の動きは、西神戸医療センターは、もうほぼシステムが確立する段階で、多分来年早々には地域の歯科との具体的な連携が始まると聞いている。その他に関しては、現在、アプローチをさせていただいている。今後は、まず、（歯科診療所側の）受け入れ体制をしっかりと整えた上で、やはり一番の問題は歯科がない病院に対してのアプローチを次のステップは進めたいと考えている。

V. 在宅医療・在宅緩和ケア（神戸市医師会 岡田 泰長）

○委員

在宅医療は、患者の生活をそのまま支える医療ということで、疾病の治療を直接行うということはやはり難しい。患者さんの日常生活の向上を図ることが大きな目的となっており、さらに終末期医療が加わる。特に、がんの終末期医療としては、緩和ケアに対して、より習熟が求められる。

これは医療だけでは無理で、地域包括ケアといって、まず高齢者に住宅が提供されるのを基本とし、その上に生活上の安心・安全・健康を確保するため、医療・介護のみな

らず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できることが必要だということで、国としては人口1万人程度の中学校区を単位として、こういうシステムをつくるような方針を示している。具体的には、まず医療が大事で、24時間対応の在宅、あるいは訪問看護、リハビリ等の充実。介護サービスの充実。できるだけ要介護状態にならないような予防の仕組み。生活を支えるため、配食、買い物など、生活の支援サービスの確保。何よりも大事なのが、住み続けることができるという住まい。最近は独居の方が多くて、だんだん自分一人では生活がしにくくなってくると、ケア付高齢者住宅、老人施設が必要になってくる。そこへ、医療、訪問介護や在宅医療、介護の人たちがサービスを提供し、場合によっては、その施設のほうに来ていただいて、デイサービスをする。そして、介護予防は、老人クラブや自治会、そういうところが一体となってやっていくというような内容である。

中でも、特に、在宅医療・介護の連携の方向性は、疾病を抱えても、自宅などの住みなれた生活の場で療養して、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して行うことが必要であり、そのためには、関係医療機関が連携して、多職種連携によって、在宅医療と介護を一体的に提供するための構築が必要である。このためには、市町村が中心になって、地元の医師会等と緊密に連携しながら、体制をつくるということ。まず、医師会と市町村、介護関係の地域包括ケアセンター等が緊密な環境をつくるということで、これに関しては、神戸市では、さらなる強力なシステムづくりということで、現在、神戸市と医師会で新しい仕組みづくりを協議中である。

それ以外に、地域の中核病院が、訪問診療されることもあるが、診療所に患者さんを紹介して、その診療所の先生が患者さんを診る。365日、24時間対応するのが困難な場合には、他の病院が一時的な入院を受け入れる。最近は、そういう訪問診療に特化したような病院、診療所もある。例えば、事務所的なところだけを確保して、訪問診療に特化するということは、今まで法律でできなかったが、現在、国としては、そういう診療所も認めるというような方向性になってきた。

時系列で見ると、まず退院前のカンファレンスを行って、退院後の方向性を相談する。退院された後、日常的に、多職種で患者や家族の生活を支える医療の提供、場合によって、緩和ケア、家族への支援をする。家族の介護されている方も疲弊するので、レスパイト入院といって、一時的に入院、介護施設へショートステイで患者さんを1週間なり預かって、その間、家族の方に休養をとっていただく、そういう仕組みも大事。急変す

ることがあるので、いざとなったら病院で入院を受け入れる、バッグベッドという機能に関しては、現在、医師会と民間病院協会とで話し合いを進め、円滑に急変時に受けていただくような方向性を構築している。

最後、看取りだが、住みなれた自宅や介護施設等で患者さんが望む場所で看取りを実施していくことになる。これが非常に難しく、患者さん、市民の方々の看取りに関する理解も深めていかないといけないと思っている。緩和ケアについては、緩和医療の先にあるのは、やはり鎮静ということで、死亡直前に、患者さんの苦痛を緩和するために、患者さんの意識を意図的に低下させる。呼吸困難・全身倦怠・不穏・難治性疼痛・難治性の嘔気・身の置き所のないつらさを感じられる患者さんには、こういうことが必要だろうが、その場合には、患者さんと家族への説明で、もう回復が困難であって苦痛が著しい、苦痛を緩和するためにはこの鎮静以外の手段がない、意識が低下するため正常な会話が困難になる、覚醒しない場合もある、そして、それ以外に生じ得る重篤な合併症の可能性があるとということを説明した上で行うことである。

在宅のケアをするときには、本当は在宅ケアを専門とする医師が、麻薬を使ったり、そういうケアをすることができるのが本筋だが、このような医師がなかなか少ないので、一般の開業医でも研修を行って、なるべく在宅ケア、緩和ケアをできる医者を増やして診ようということである。

在宅ケアを専門にする医師は、決して多くなく、問題は、24時間、365日に対応するというのが非常に難しいこと。中には、数名で一つのグループをつくって、例えば、あるAという先生が学会とか行かれている場合に、万が一、何かあったときには、Bという方がかわりに診に行くようなグループをつくっておくところもあるが、これを医師会が主導して、例えば、この地域のこの方々が組んで、というのはなかなか難しい。例えば、診療報酬上の問題やそれまで診ていた患者さんが、亡くなる時になって、全然知らない医者が来るとか、そういうような抵抗がある。ただ、これから在宅医療を進めるためには、やっぱりそういうグループ化の組織づくりが大切かなと思う。

訪問診療として算定されている件数は80歳以上の方が圧倒的に多い。都道府県別でみると兵庫県は、全国で6番目に訪問診療の算定件数が多い。どんな患者さんを診ているかという、4割は医療行為で、病気として重篤じゃないこともあれば、中には人工呼吸器、気管切開、入院しなければいけないような状態の方でも、実際に在宅で診ている場合もある。実際にどこで亡くなりたいかという、皆さん、自宅だと言われるが、

実際には、病院で亡くなっている方が圧倒的に多い。国としては、自宅で亡くなるという希望に沿うような体制づくりが大事だということなどが現状である。

VI. 在宅医療・在宅緩和ケア：神戸市内での先駆的な取り組み（神戸市看護大学 高山 良子）

○委員

訪問看護師さんたちの先駆的な在宅緩和ケアの取り組みを紹介させていただきたいと思う。神戸市で訪問看護ステーションをされている方たちが、新たな在宅緩和ケアの選択肢として、ホームホスピス、デイホスピスという取り組みをされている。全国的に見ても非常によく取り組んでいらっしゃる。とても貴重な取り組みで、これこそ神戸市の在宅緩和ケアの強みになっていくのではないかなと思う。ホームホスピスは、第2の我が家ということで、在宅でも施設でもない、終末ケアの看取りの場ということで、第3のホスピスというふうにも言われている。住みなれた地域の中で安心して最後の時間を過ごす場所であり、コミュニティの再生であると言われている。施設ではなくて、在宅で最後を迎え、過ごしたいが、在宅での看取り、終末ケアが難しい方々に自宅のような雰囲気の中で、最後の時間を過ごしてもらおうというところで、ホームホスピスの活動がなされている。

「神戸なごみの家」というところで、「訪問看護ステーションあさんて」が中心にされており、長田区に2カ所、神戸市で3カ所されている。

デイホスピス（緩和デイケア）は、通所サービスを利用しながらの緩和ケアの提供で、がんを持ちながら、在宅療養をされている方が、同じ病気を持つ人との交流だとか、癒やしの時間を通して、自分らしさを取り戻し、新しい自分を見つけ出したりする場所ということで、須磨区の在宅緩和ケアセンターホスピスが取り組まれている。

ホームホスピスは、看取りを地域に取り戻すという理念でされており、第2の我が家で生活の音の中で、自分の暮らしを実現し、最後までその地域で生きる暮らしの支援をしている。「神戸なごみの家」は、住宅地の中にある一軒家を借りて、数人で共有して、介護、医療を受けながら、看取りまでを過ごす場所になっている。緩和ケア病棟の入院ができなかったり、高齢者の療養施設等で入居するには、病状が重くて難しいという方、独居で終末期を迎える方、在宅での療養の継続が難しくなってくる、そういう方たちの受け皿になってる。システムとしては、一軒家で暮らしながら、「あさんて」さん系列

の地域の社会資源、訪問診療とか訪問看護、介護、デイサービス等、こちらのスタッフの方たちが派遣されるという形で、ケアを提供している。

資金は、運営資金、家賃、光熱費、食事等で大体、月 12 万円くらいの自己負担、プラス、かかった介護保険料、医療保険料を入居者の人たちは支払うという形。実際、ほとんどもうけはなく、何とかマイナスのところを補っている。かなり個人のリーダーシップの中で成り立っている活動になっている。

家族のためのレスパイトという、家族の休憩などのために短期間ここで入居していただくこともされている。もう一つは、本人のためのレスパイト、家族に介護をされるのは、いい面もあるが、申しわけないという気持ちの中で、本人にとってもレスパイトが必要で、それにも対応しており、活用は利用者のニーズによって拡大しているということである。

デイホスピスは、運営は介護保険事業の中の介護療養通所サービスをメインで、在宅看護ケアセンターのステーションの中に、デイホスピスの場所を使って運営している。日中家でずっと一人でいたり、がんの終末期の方でも家族が仕事に行ってしまったら、おうちに一人になってしまうというところで、通所サービスのほうに来ていただいて、日中は過ごして、夕方帰っていく。このデイサービスは、欧米では、かなり地域の中でよくされているが、日本国内では 10 カ所あるか、ないかという取り組みである。

在宅緩和ケアを支える看護師の育成というのが非常に大事である。今紹介させていただいたホームホスピスの方とデイケアの方が、今度、神戸市看護大学の、地域での看取りということでシンポジウムに来ていただき、神戸市の保健福祉局長も参加されるということで、こういったところも通じて、皆さんに理解をしていただくということと、在宅の中で、がん看護と緩和ケアに特化したナースを育成していくということも非常に重要で、神戸市立看護大学が関わっている、がんプロジェクトという事業のほうで継続しているが、来年がんプロジェクトの事業が終わってしまうので、この後、人材をどう育成していくか非常に大きな課題である。

(意見交換)

○委員

老人施設等も実は在宅だと思う。無理して独居老人の方が住むところへ、医療や介護の人が行くよりは、集合住宅的なところで住まれるほうが、本人にとっても幸せではな

いかとも思う。考え方はいろいろあるが。そっちの施設のほうに、予算のウエイトを置いたらどうかなどは思う。

○事務局

施設は増やしてもマンパワーとして、看護師、介護士、介護人材が不足しており、そこをどうするかという問題が出てくる。

○委員

独居だけじゃなく、老老介護が多い。自分も泌尿器科の診療所をしており、カテーテル交換なんかに行くが、介護というのは、家族にとっても大変なことである。それと、このなごみの家もいい施設だと思うが、ほとんどボランティア的な方でされているので、行政の補助というのは難しいのか。

○事務局

日本財団や、県の補助なんか一部は受けて、運営されているようだが、今、行政で直接、具体的に何かというのは検討していない。

○委員

神戸市の医師会の場合は、この緩和ケアができる在宅療養支援診療所というのは、どこで分かるようになってきているのか。自分の住んでいる地域には、この先生がいらして、そこへつないでもらうなど情報をどこでとったらいいのか。

○委員

今、構築中なので、残念ながら現在は、市民の方が直接ネット上などで見ることは難しいが、区の医師会に伺っていただければ、主治医紹介システムがあるので、区の医師会に相談していただけたらいいと思う。今、神戸市と一緒に医師会が構築しているのは、まさに、そういう窓口をつくって、そこに伺っていただけたら、紹介させていただく仕組みづくりをしている。

○事務局

医師会と在宅ケア研究所のほうで、来年度から2か年かけて、各区に在宅医療と介護の連携支援センターという、あんしんすこやかセンターで対応が難しいような、医療的な相談などを受けられる看護職のコーディネーターを置いて、退院しているが往診していただける先生が見つからないとか、そういうところも紹介できるような仕組みをつくらうとしているところである。

○委員

ホスピスとか、緩和病棟は、いわゆるキリスト教とか仏教とか、そういうのをバックグラウンドにした病院とかがつくっていったが、やっぱり死生学というのをしっかりと勉強するのか。

○委員

緩和ケアに携わるということは、宗教もそうだが、自分の信念、価値観、この辺がとても大事になり、教育をされていて非常に難しいのが、このところをいかに育てていくかというところだと思う。

議題（２）次回懇話会（第３回）の議題について

○事務局

味木委員からの、がん拠点病院の取り組みについての報告を入れさせていただいている。前回の懇話会以降に開催した市議会での発言で、喫煙、受動喫煙対策、がん教育、がん患者支援についての質疑応答や要望等があったことも踏まえ、第３回目の議題は、がん教育とがん患者支援にしたい。がん患者支援は、がん患者等の相談体制の充実と患者会等の活動支援に努めるという市の役割の中で、行政がどのようにかかわっていくことが必要であるのか、議論していきたい。がん教育は、平成 28 年 2 月に、文科省のがん教育総合支援事業の中で、垂水区の歌敷山中学校をモデル校として、がん教育を実施するので、その結果等も報告させていただき、今後の方向や課題についても議論させていただきたい。なお、がん予防は来年度以降の議題にさせていただきたいと思っている。

その他

○事務局

事務局からの情報提供で、１点目は、がん患者の社会復帰支援について、神戸大学医学部附属病院が主催で、来年の 1 月 24 日に、就労支援に関する講演会と社会復帰支援にかかわる各職種の実践報告を開催する。神戸大学のほうでも広報等されているが、神戸市でも、職域保健のネットワークを通じて、企業等への広報を協力させていただいている。２点目は、神戸市としてがん患者支援の一環として、来年の 1 月 30 日に初めてになるが、がん患者会の交流会の開催を予定している。患者会やサロン等での活動中の

がん患者や家族などを対象に、どのような団体がどのような活動をしているのかなどの情報交換、経験を共有できるような交流会にしていきたいと考えている。市内のがん患者会、や病院のサロン等に来られている方へ案内をしたいと考えている。

○事務局

今回は、味木先生より、がん拠点病院の取り組みについて報告をいただく。就労支援等のがん患者支援のテーマについても、今後、行政がどのようにかかわっていくべきであるのか、また、どのような患者ニーズがあり、医療現場でどのような取り組みが行われているかなど、それぞれのお立場からの意見や情報をいただきたい。本日は以上で終了させていただきます。

(開会)