

2012年9月8日

がんプロ第1回インテンシブコース

「良好な地域連携の構築を目指して」

在宅がん医療について ～ 高知県の現状 ～

講義スライド

日本一

の健康長寿県構想

県民が健やかで心豊かに、支え合いながら生き生きと暮らすために

在宅がん医療について ～ 高知県の現状 ～

高知県健康政策部
健康対策課長
福永一郎

がんプロ第1回インテンシブコース「良好な地域連携の構築を目指して」
高知商工会館
2012年9月8日 13:30-16:30



がん患者のおかれている社会的状況 ～ 過去からの変遷を含め



がんをめぐる“変遷”

1. 生活習慣や生活環境と大きな関連

→ がんの発生部位、組織型などが変化

例) 冷蔵庫の発明→塩蔵製品の減少→胃がんが大幅に減少

2. 治療法の変化

外科療法不十分→拡大摘出が標準→低侵襲手術と集学的治療

3. Evidence に基づく予防、治療が普及

4. 「ともかく救命」から「QOL重視」へのパラダイム変化

5. 残存機能の活用が飛躍的進歩

6. 専門家主導から患者主体へのパラダイム変化

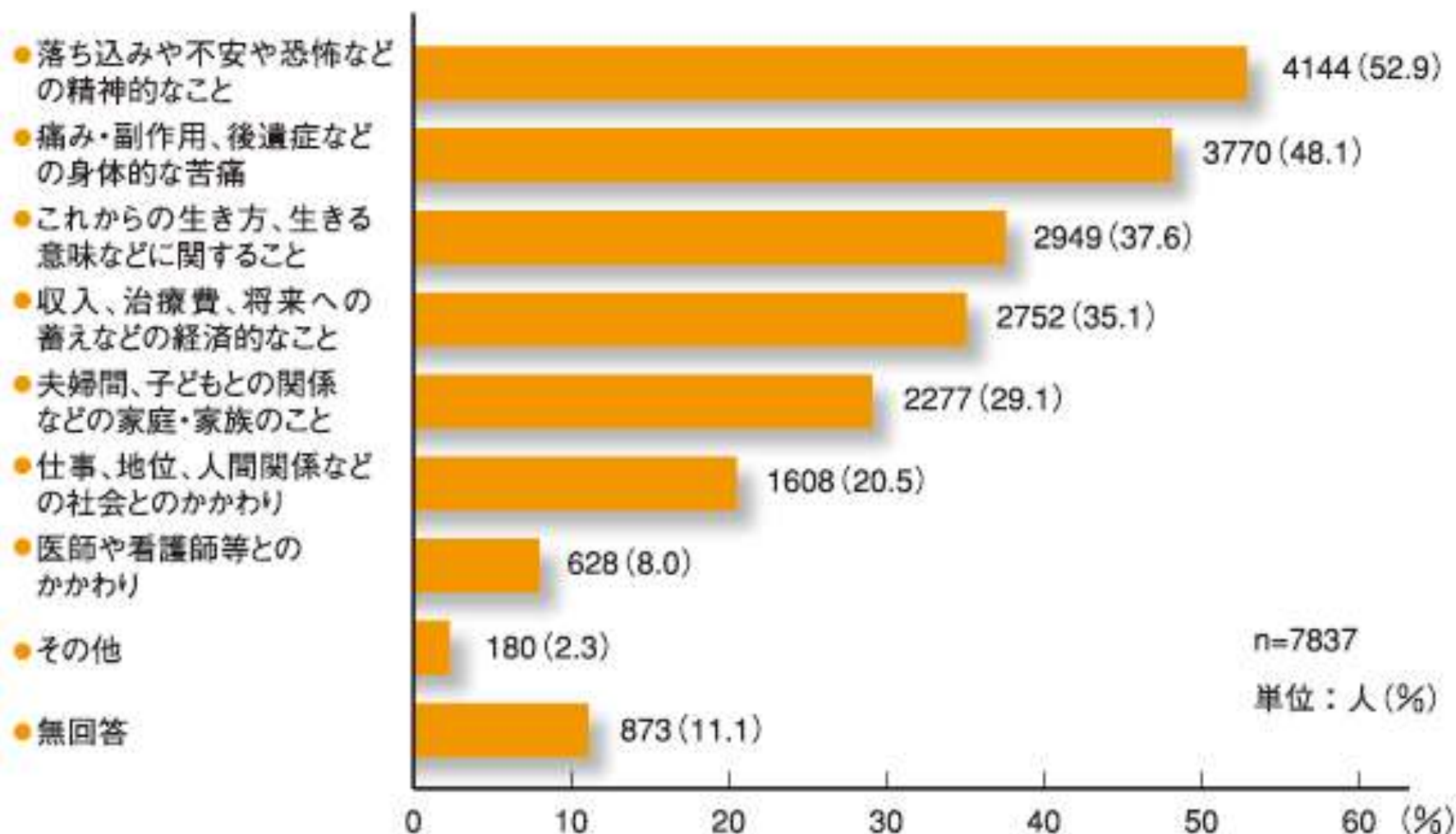
7. 緩和ケアの充実

8. 在宅療養のための諸技術の開発

がん患者をめぐる“変化”

1. がんの治療法を患者が選択する余地が大きくなった。それだけに、選択できるだけの「能力」を患者に付与することが社会に求められる。その力ギは教育と情報である。
2. 重複がん。何度もがんにかかることがめずらしくなくなった。平均寿命が伸び、また、がんの長期予後が良くなり、いったんがんが治ったのちまた別のがんにかかることが珍しくない。がんは一生に一度の病気ではなくなった。死なないがん、治療不要のがんも出現している。
3. がん患者（治療中、経過観察中など）が普通に生活をおくり、普通に仕事をすることができるための工夫（医学的な技術開発や環境の理解）が求められている。
4. 療養中に、がんによる苦痛をできるだけ軽減できる治療法や緩和ケアが充実してきた。
5. 精神的（Mental、Spiritual）なケア、家族のケアや環境調整が重要となってきた
6. カリスマドクターはいまだに健在であるが、標準的な治療法が実施され、診療の実施結果は統計的に評価されることが求められている
7. 診療科が高度複雑化してきており、患者ごとに診療のデザインが必要な状況となっている。自分の体と治療を知る機会が重要
8. 集学的治療が普及して、多くの専門医師が求められることとなり、相対的に医師不足となり、医師確保上の問題が出現している
9. 在宅診療を行う医師や医療関係者、対応できる介護資源がまだまだ少ない。

経済的問題



(「がんの社会学」に関する合同研究班:がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書, 2004)

健康問題への対応(世界的潮流)
(「新公衆衛生運動」)

過去		これから
疾病予防至上主義	→	<u>生活の質</u> (quality of life) を重視
健康であることが目的	→	健康であることは生活の質の <u>土台</u> の一つ
客観的な健康状態を保つ	→	<u>主観的な健康感</u> を重視する
専門家主導 (住民が従属的)	→	住民第一主義 (住民が主体、 <u>専門家が従属</u> 。 情報提供と選択の確保)

生活全体を自らの意思で改善していく「主体的努力」、そしてそれを支える「組織的な努力」「支持的環境」「公的責任」に再びスポットが当たりました

主観的健康、Spiritual Health

健康を実感しながら生きる(主観的健康)

生活に充実感、達成感がある

からだの健康(Physical)

例) 肥満
糖尿病

相互に作用する

こころの健康

相対的なこころ(Mental)

例) 人間関係
ストレス対処

絶対的なこころ(Spiritual)

例) いきる力
自分を見つめる力

・・・国際保健機関 (World Health Organization: WHO) は、1947 年、その健康憲章の中で、健康を「...not merely the absence of disease, but physical, psychological and social well-being」、すなわち、「...単に疾病がないということではなく、完全に身体的・心理的および社会的に満足のいく状態にあること」と定義した。さらに、1998 年には、「spirituality」を健康を定義する概念の中に加えることを提案した。Spirituality を日本語に翻訳するのはなかなか難しいが、宗教的、霊的、実存的などと訳されている。・・・日本人のQOLを考慮するとき、5つ目のreligious and/or spiritual status というのは、馴染みが薄いかもしれない。この場合のreligionとは信仰・崇拜・遵守・組織といった活動、spiritualityとは信条・実存・超越といった自分自身の中の一部、の意味で使われることが多い。もちろん、両者は重なり合う部分も大きい。宗教について言えば、海外では、心理カウンセラーやソーシャル・ワーカーと同様、患者が望めば、患者のQOLを高めるため牧師などの宗教関係者が治療に参画する場合がある・・・

Physicalの対句がspiritualであることは、宗教学の常識である。
(知己の僧のお話)

スピリチュアルケア

現在、「スピリチュアリティ」ということばは、様々な分野において幾つかの異なった意味で用いられており、決して一義的な意味付けがなされているわけではなく、ましてや「スピリチュアルケア」ということばについていえば、より一層複雑な意味概念を持つことになる。本会は設立大会において、一つの試みとして「いのちのみまもり」と題するシンポジウムを開催し、医療と宗教的側面から、現代社会におけるスピリチュアルケアの意義と将来的展望についての議論を行った。その結果、医療や宗教のみならず、その他の様々な分野において、スピリチュアルケアということばは固定的な定義を持ち得ず、それぞれの理論的かつ実践的場面で種々様々に変容するという結論に達した。

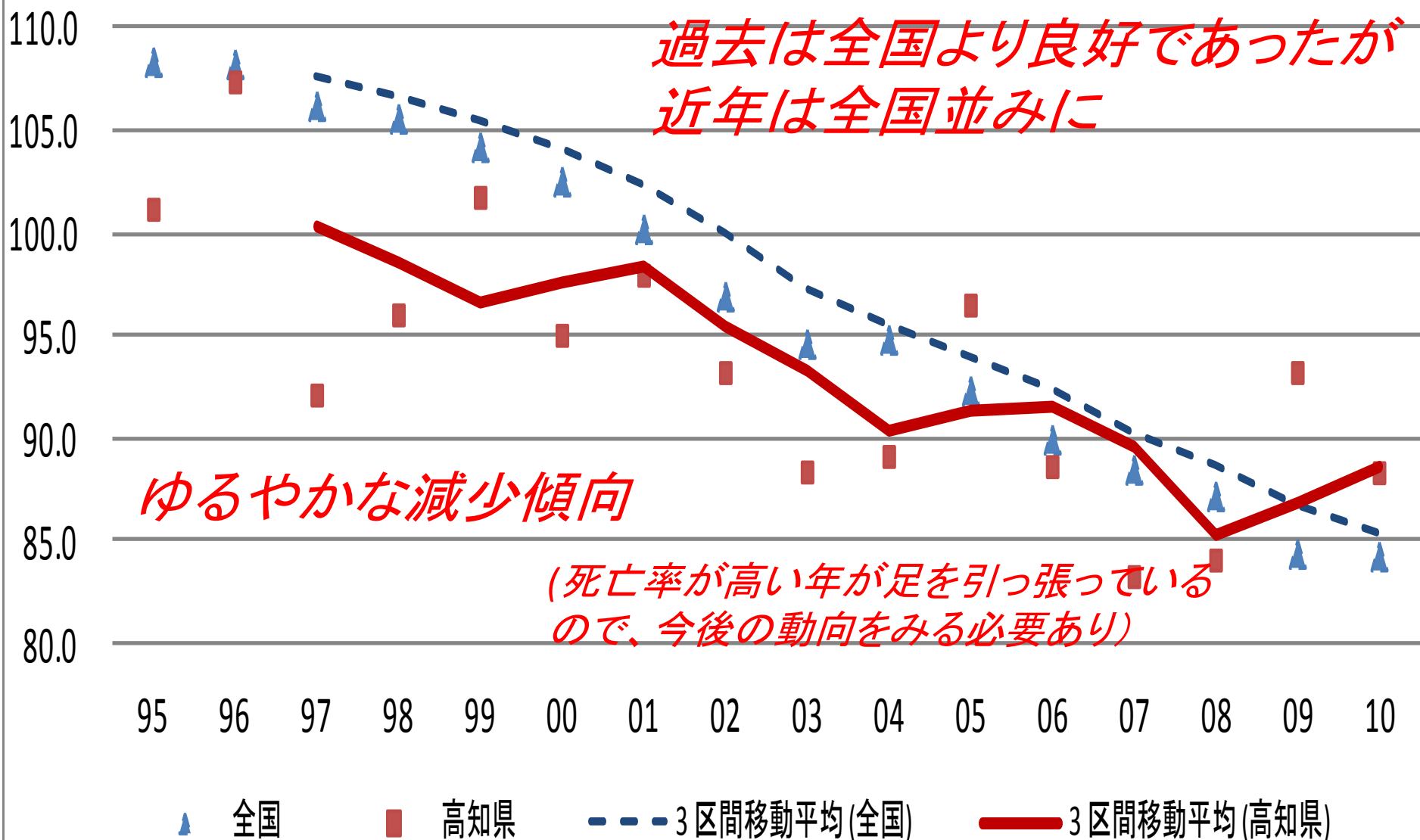
そこで、本会は、すべての人々がスピリチュアリティを有しているという認識に基づき、医療、宗教、福祉、教育、産業等のあらゆる領域において、それぞれの分野が持つ壁を超越するかたちでスピリチュアルケアを実践することこそが、スピリチュアリティの深層の意味を問う作業であるという理念をっかけ、スピリチュアリティの理論的かつ実践的課題を解明することによって、現代に渦巻く様々な問題の解決に努めて行こうとするものである。

(日本スピリチュアルケア学会設立趣旨より)

保健統計および疫学的事項



全部位 75歳未満年齢調整死亡率—3年移動平均



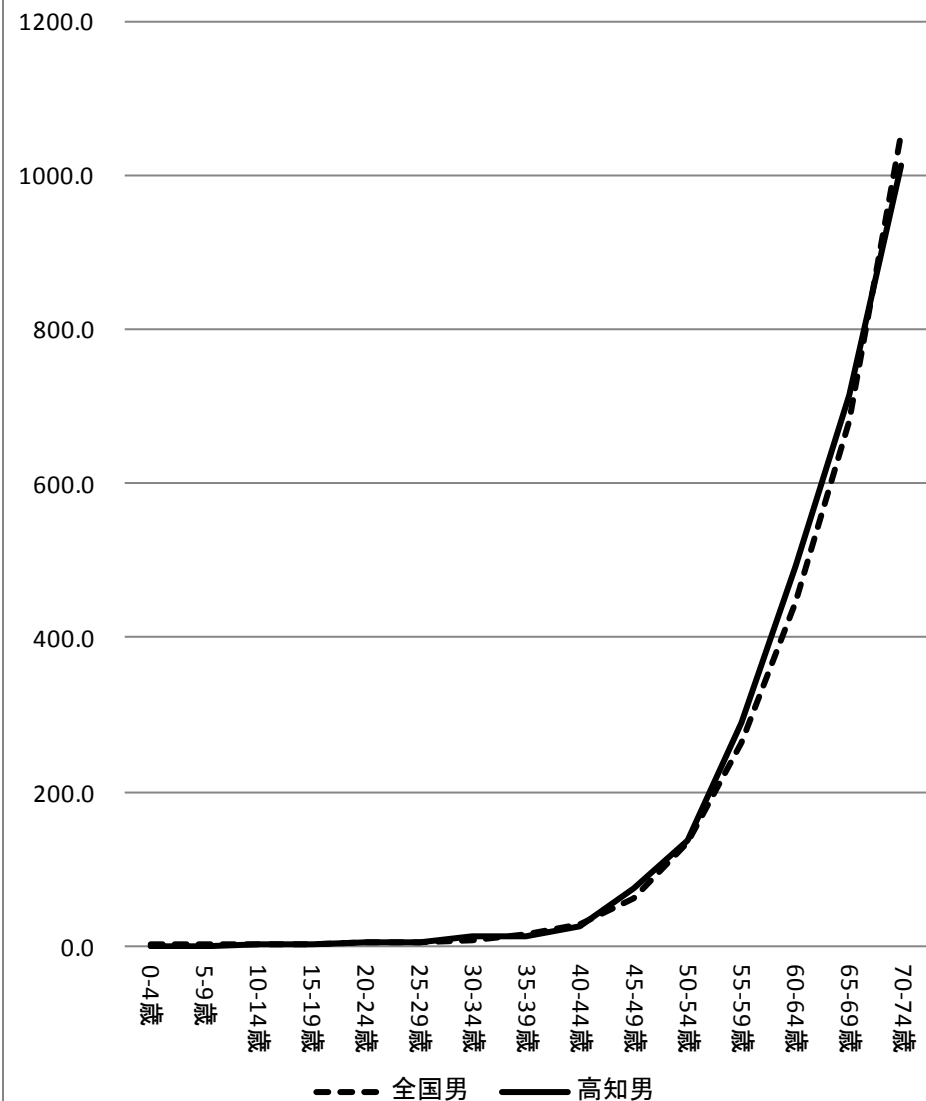
部位別がん死亡

75歳未満年齢調整死亡率 2006-2010年の平均

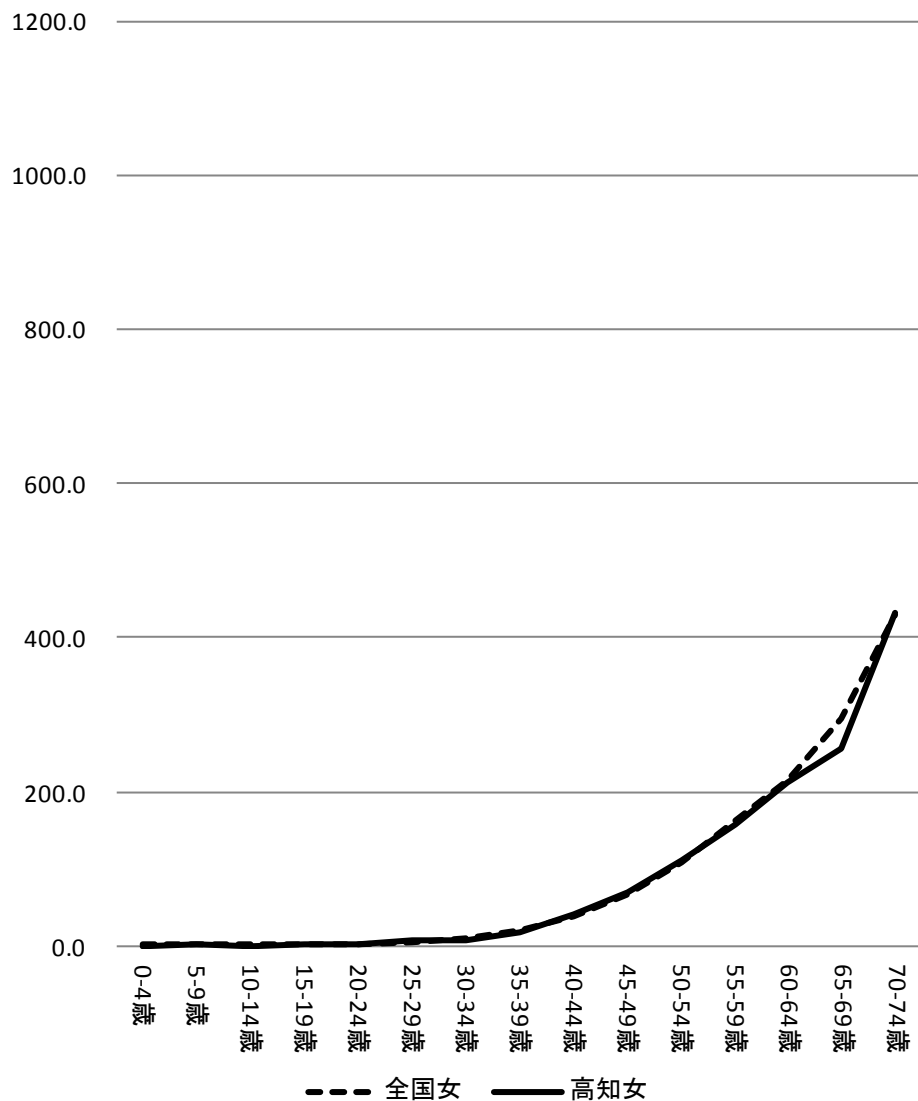
	全国		高知県	過剰死亡
気管、気管支及び肺	15.2	>	14.6	-0.6
胃	12.3	<	12.6	0.3
乳房	10.7	>	10.2	-0.5
肝及び肝内胆管	8.7	<<	10.2	1.5
大腸	10.6	>>	9.6	-1.0
膵	6.6	≒	6.7	0.0
食道	3.8	<	4.6	0.8
子宮	4.3	>	3.8	-0.5
前立腺	2.5	≒	2.5	0.0
その他	12.2	<	12.7	0.6
全部位	86.9	≒	87.5	0.6

肝がんと食道がんによる死亡が全国より高い

がん粗死亡率 男 年齢階層別
(2006-2010年の平均)

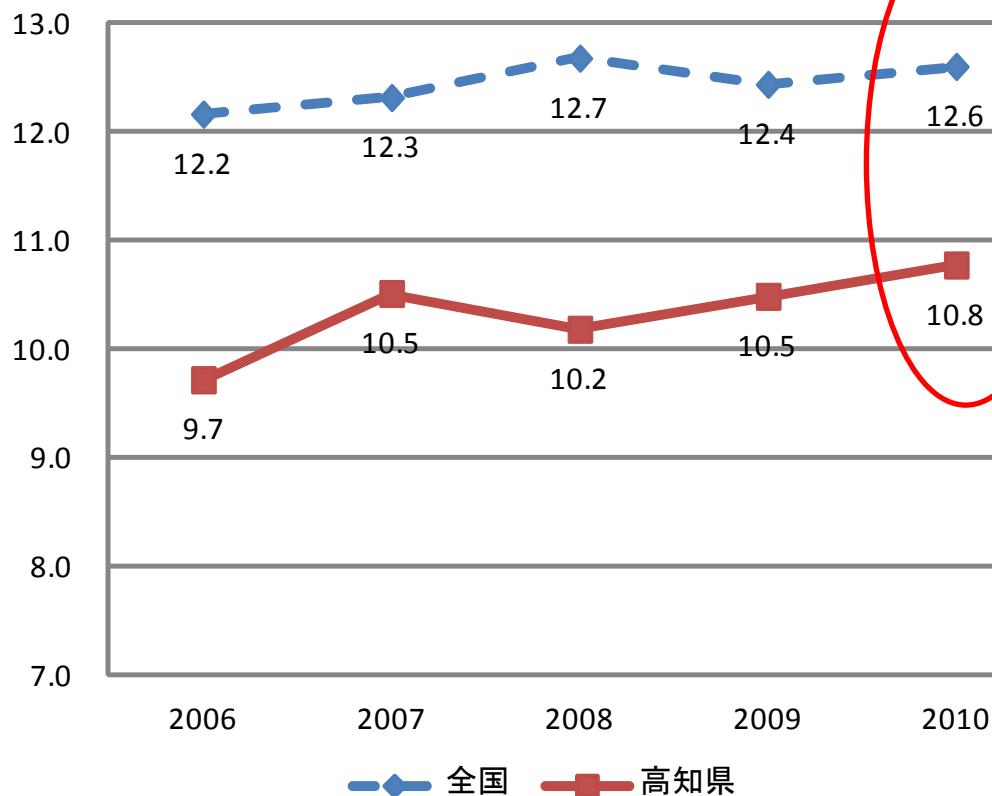


がん粗死亡率 女 年齢階層別
(2006-2010年の平均)



年齢別にみた粗死亡率は、男女とも全国と大きな差はない

自宅死亡率 (自宅死亡/全死亡 %)

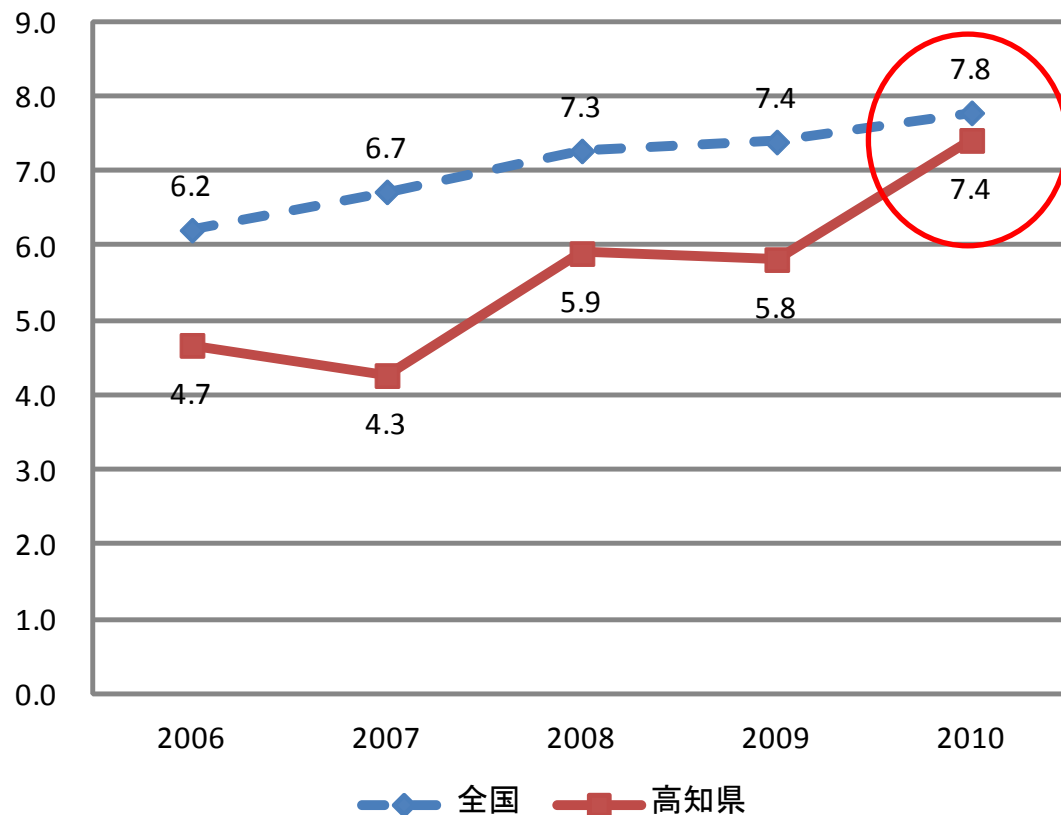


全死亡	2006	2007	2008	2009	2010
全国	12.2	12.3	12.7	12.4	12.6
高知県	9.7	10.5	10.2	10.5	10.8

高知市	10.2	10.5	10.9	12.2	12.7
安芸	9.0	8.5	9.1	8.4	10.4
中央東	10.8	11.8	10.9	11.4	11.1
中央西	7.8	10.7	8.3	8.4	7.8
須崎	9.9	10.6	9.6	8.2	8.2
幡多	9.3	10.0	10.4	10.0	10.1

**全死亡の中の自宅死亡率は 全国に及ばず
高知市では全国並み**

自宅死亡率 (がん自宅死亡/がん死亡 %)



がん死亡%	2006	2007	2008	2009	2010
全国	6.2	6.7	7.3	7.4	7.8
高知県	4.7	4.3	5.9	5.8	7.4

高知市	4.4	3.6	6.1	7.2	9.4
安芸	5.7	4.2	5.7	2.5	3.6
中央東	4.4	6.1	8.1	9.9	8.0
中央西	3.8	4.6	3.2	3.1	4.8
須崎	5.4	3.8	6.3	4.5	4.3
幡多	5.4	4.1	5.2	3.3	7.8

**がん死亡の中の自宅死亡率は 全国並みに
県内では偏在傾向があり、高知市および中央東、幡多福祉保健
所管内が高い**

県のがん対策と 在宅がん医療について



県のがん対策

- 高知県がん対策推進計画に沿って実施
- がん予防からがん医療、患者支援、緩和ケア、在宅医療にわたる広い範囲の施策を実施
- 高知県がん対策推進条例
- 高知県がん対策推進協議会を定期開催

高知県がん対策推進計画 ～日本一の健康長寿県を目指して～

(全体目標)

- ・10年後に年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少
- ・がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上

目的:がん患者を含めた県民の立場に立って、本県のがん対策を総合的かつ計画的に推進する。

計画期間:平成20年度から平成24年度(5カ年計画)

がん対策の課題

- がん検診受診率が低い。
- 集学的治療ができる医療機関は中央医療圏に集中している。
- 放射線治療、化学療法に当たる専門医等の確保・育成
- がん患者にとってわかりやすいインフォームドコンセントが実施できる体制確立
- 医療機関、訪問看護ステーション等の連携による在宅医療実施体制の整備
- 早い段階から緩和ケアが実施できる人材の育成と体制整備

総合的かつ計画的ながん対策の推進

「高知県がん対策推進計画」

- がん対策のための具体的な目標を設定
- がん診療連携拠点病院、医療機関等関係者の医療連携体制の充実
- がん患者、家族等が主体のがん治療、緩和ケア、相談体制の充実

がん予防と早期
発見の推進

集学的治療、緩和
ケア、心のサ
ポートの推進

在宅医療の推
進

積極的な情報公
開

(全体目標)

- 10年後に年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少

H17 96.5 → H27 77.2 人/10万人

- がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上(現状値はH20調査)

具体的な推進策

がん予防及び早期発見の推進

- ・全ての公共機関で受動喫煙防止対策を実施
- ・食生活の見直しや運動による肥満防止
- ・肝炎対策の推進
- ・がん検診受診率の向上、精度管理の実施

がん医療水準の向上

- ・専門的な知識、技術を有する専門医等の養成
- ・がんチーム医療の体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院の整備
- ・セカンドオピニオン実施体制の確立

がん患者等への支援

- ・がん患者や家族の立場に立った相談対応
- ・相談支援体制の充実
- ・患者や家族が集える場づくり
- ・がんに関する情報提供

緩和ケアの推進

- ・医師を対象とした緩和ケア研修の実施
- ・心のケアを含めた全人的緩和ケア提供体制を構築
- ・在宅療養患者支援連絡体制の構築
- ・全ての医療圏に緩和ケア病床を確保

在宅医療の推進

- ・地域特性に応じた在宅医療連携体制整備・充実
- ・訪問看護体制の整備・充実
- ・在宅医療用の医薬品、医療機器の供給体制確保

H24
目標

喫煙率

男 36.0% → ≤25%
女 8.6% → ≤5%
(H13当時の半減)

がん検診受診率
50%

拠点病院整備

種多医療圏に拠点病院
に向けて具体的な
整備構想を策定する

情報公開

定期的な医療機関が
ん診療調査の実施と
公開

緩和ケア

がん診療に携わる医
師全員の緩和ケア研
修の履修

在宅看取率

3.7% → ≥10.0%

県のがん対策主要施策

1. がん予防及び早期発見の推進
2. がん医療水準の向上
3. がん患者等への支援
4. 緩和ケアの推進
5. 在宅医療の推進
6. がん登録の推進

4. 緩和ケアの推進

5. 地域の医療・介護サービス 提供体制の構築





WHOの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。|

がん対策基本法での考え方

緩和ケアとは、患者さんと家族の苦痛を緩和する医療であり、病気の初期から、いつでもどこでも受けられる医療で、かかりつけ医やがん治療専門医からも提供される医療で、特別な医療ではありません。
遺族ケアを行うことも緩和ケアの重要な要素であります。

4. 緩和ケアの推進

・医療従事者の育成

すべてのがん診療にかかわる医師が緩和ケアの基本的知識を習得

平成20-23年 修了者261名
(約半数は拠点病院の医師)

・緩和ケア実施体制の充実

※ 高知県自宅緩和ケア推進連絡協議会
の場を活用して協議している

緩和ケア病棟のある医療機関(すべて病院)
中央圏域6 高幡圏域1(77床)

緩和ケア外来のある医療機関(すべて病院)
中央圏域9 幡多圏域1

緩和ケアの提供体制がある医療機関(すべて病院)

(緩和ケアチームがある)安芸圏域1 中央圏域7 幡多圏域1

(上記以外)安芸圏域3 中央圏域25 高幡圏域4 幡多圏域2 うち病院18 診療所16

拠点病院には緩和ケア外来が、拠点病院・推進病院には緩和ケアチームが設置されている

・訪問薬剤管理指導対応薬局 151
うち、麻薬調剤可能 146

・訪問看護ステーション 43
高知市中央ブロック8

同東部ブロック9 同西部ブロック7
東部・安芸ブロック8
高幡ブロック3 幡多ブロック8

5. 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

- 在宅医療・介護サービス提供体制の構築

高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会

NPO法人高知緩和ケア協会委託

地域医療連携コーディネーター養成研修

- 在宅医療の連携

高知県在宅緩和ケア従事者研修

- 在宅医療・介護サービス従事者の育成

在宅緩和ケアにかかわることのできる施設の確保

訪問看護ステーション

医療機関 緩和ケア、在宅療養支援診療、往診、相談窓口、手術療法、化学療法、放射線療法、セカンドオピニオン

訪問薬剤管理指導対応薬局

各介護資源、地域包括支援センター・・・

高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会

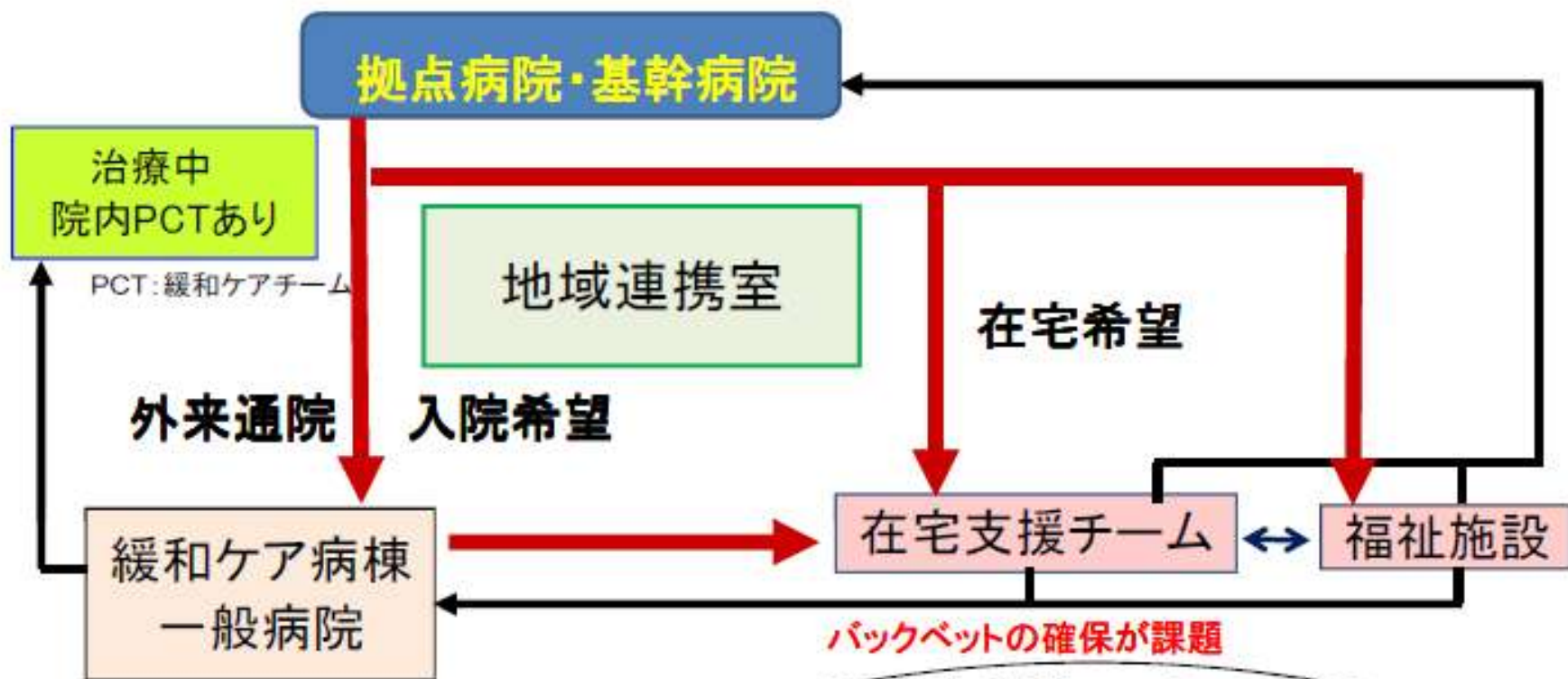
目的

高知県において、地域の特性を踏まえ、在宅医療が実施できる体制を計画的に整備し、在宅緩和ケアを推進するため、高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会を設置し、がん診療を行う病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携体制を構築することを目的とする。

協議事項

- 1) 在宅緩和ケア連携パスの作成に関すること。
- 2) 在宅緩和ケア連携パスを利用した地域における在宅緩和ケア・ホスピスケアの検討に関すること。
- 3) 在宅緩和ケア支援センターの設置に関すること。
- 4) 地域での緩和ケア連携体制構築とその有効な運用・調整に関すること。
- 5) その他、目的を達成するために必要な事項に関すること。

目標とする高知県の緩和ケア連携



バックベットの確保が課題

在宅支援チーム

医師(診療所・在宅療養支援診療所)
歯科医師、看護師(訪問看護ステーション・医院・病院、)保健師
薬剤師(病院・保険薬局)、歯科衛生士、栄養士
療法士(理学・作業・言語聴覚)
介護支援専門員・訪問介護員・ボランティアなど

「高知県版在宅緩和ケア連携パスについて聞いたことがある」57.8%
(がん治療を実施している147医療機関中)

高知県在宅緩和ケア連携パス 医療者用				紹介元病院医師名		紹介先医療機関		訪問看護担当施設		有・無	
				医師名 連絡先		医師名 連絡先		施設名 連絡先			
患者氏名		性別		男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳	当院照会ID 紹介先ID		
病名		組織診断名		転移部		脳・肺・肝・胸膜・腹膜・リンパ節()・その他()					
栄養		経口数口・経口少量・経口普通・IVH・経管栄養・胃瘻・他()		酸素投与		有・無	PS	0・1・2・3・4	予後	半年以上・月単位・週単位・日単位	
病名告知		患者本人	家族()	患者への告知が出来ない理由				サポート体制		家族以外のサポート体制	
予後告知		有・無	有・無	家族の反対・本人が知りたくない・本人の認知の問題・不明				キーパーソン		有・無	有・無
		有・無	有・無	家族の反対・本人が知りたくない・本人の認知の問題・不明				患者以外の同居人		名 補足:	
		開始日	年 月 日	評価日	年 月 日	評価日	年 月 日	評価日	年 月 日	評価日	年 月 日
		評価者名	職種	評価者名	職種	評価者名	職種	評価者名	職種	評価者名	職種
本人の在宅希望		積極的・消極的		積極的・消極的		積極的・消極的		積極的・消極的		積極的・消極的	
家族の在宅希望		積極的・消極的・希望しない		積極的・消極的・希望しない		積極的・消極的・希望しない		積極的・消極的・希望しない		積極的・消極的・希望しない	
患者の病状理解		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明	
家族の病状理解		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明	
在宅での看取りの環境		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明		十分・普通・無・不明	
処方薬		無・有⇒薬剤の処方経歴		無・有⇒お薬手帳参照		無・有⇒お薬手帳参照		無・有⇒お薬手帳参照		無・有⇒お薬手帳参照	
疼痛コントロール		良好・不十分・不満		良好・不十分・治療変更		良好・不十分・治療変更		良好・不十分・治療変更		良好・不十分・治療変更	
医療用麻薬の使用		無・有⇒()		無・有⇒()		無・有⇒()		無・有⇒()		無・有⇒()	
副作用 嘔吐・嘔気		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
副作用 便秘		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
副作用 眠気		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
副作用 せん妄		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
呼吸困難		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
消化器症状		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
倦怠感		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
気持ちのつらさ		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
せん妄		無・有⇒良好・不十分		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更		無・有⇒良好・不十分・治療変更	
治療の変更内容											
服薬コンプライアンス		良好・不良()		良好・不良()		良好・不良()		良好・不良()		良好・不良()	
その他の連絡事項		無・有()		無・有()		無・有()		無・有()		無・有()	

緩和ケアに関する主な統計

緩和ケア病棟のある医療機関	7病院
緩和ケア外来のある医療機関	10病院、2診療所
院内緩和ケアチームによる緩和ケアの提供体制がある	12病院、2診療所
退院後の院内緩和ケアチームによる継続した緩和ケアの提供体制がある	7病院、2診療所
地域のかかりつけ医を中心とした緩和ケアの提供体制が確保されている	18.8%
早い段階からの緩和ケアの導入	16.3%
緩和ケア研修に参加した医師がいる	40.1%

(平成23年度医療機関がん診療体制調査, 2011)

- 医療連携の窓口がある
41.5% (病院85.2% 診療所 10.5%)
- 医療相談の窓口がある
40.1% (病院83.6% 診療所 9.3%)
- がん相談の窓口がある
8.8% (病院18.0% 診療所 2.3%)
- 緩和ケア病棟がある 4.8% (病院11.5% 診療所—)
- 緩和ケア外来がある 8.2% (病院16.4% 診療所2.3%)
- 「緩和的放射線治療」の提供体制がある
3.4% (病院8.2% 診療所—)
- 専門的な「がんに伴う精神症状のケア」の提供体制がある
4.8% (病院8.2% 診療所2.3%)

- ・院内緩和ケアチームによる緩和ケアの提供体制がある
9.5% (病院19.7% 診療所2.3%)

チームを構成していないが提供 30.1%
(病院49.0% 診療所19.0%)

- ・退院後の院内緩和ケアチームによる継続した緩和ケアの提供体制がある
5.4% (病院11.5% 診療所1.2%)

チームを構成していないが提供 26.3%
(病院38.8% 診療所19.0%)

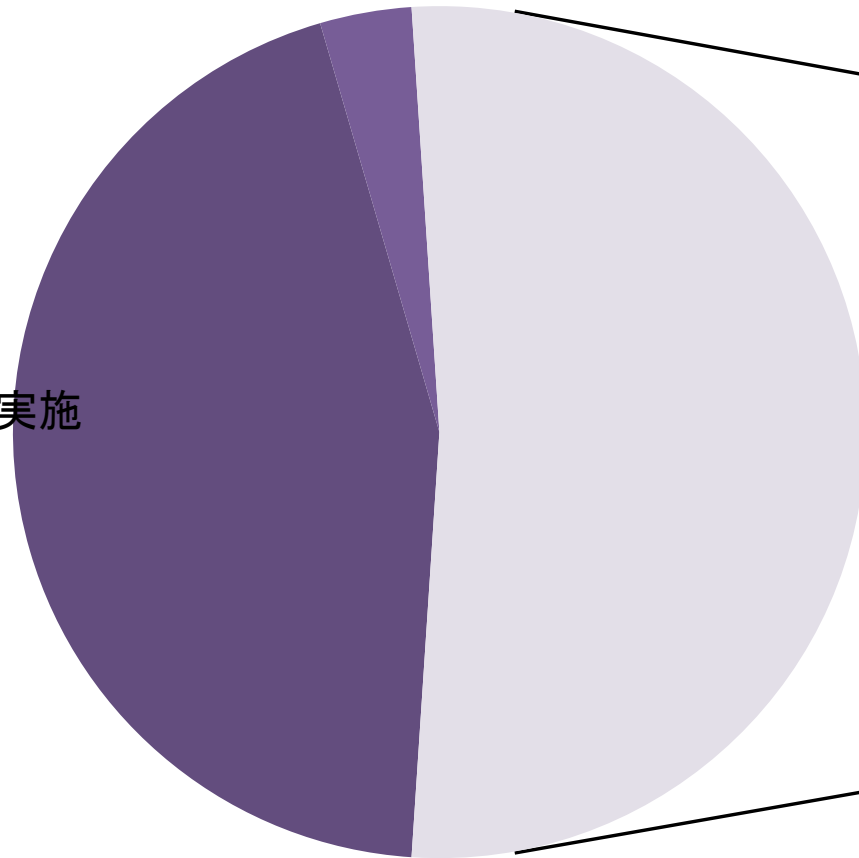
がん患者への訪問診療(2011年)

147医療機関中

病院61 診療所86

無回答
5
3%

訪問診療の実施
なし
64
44%



訪問診療を実施
75
51%

がん患者への訪問診療実績あり
57
40%

実績なし
18
13%

平成23年度医療機関がん診療体制調査

がん患者への往診(2011年)

147医療機関中

病院61 診療所86

無回答
6
4%

往診の実施なし
60
41%

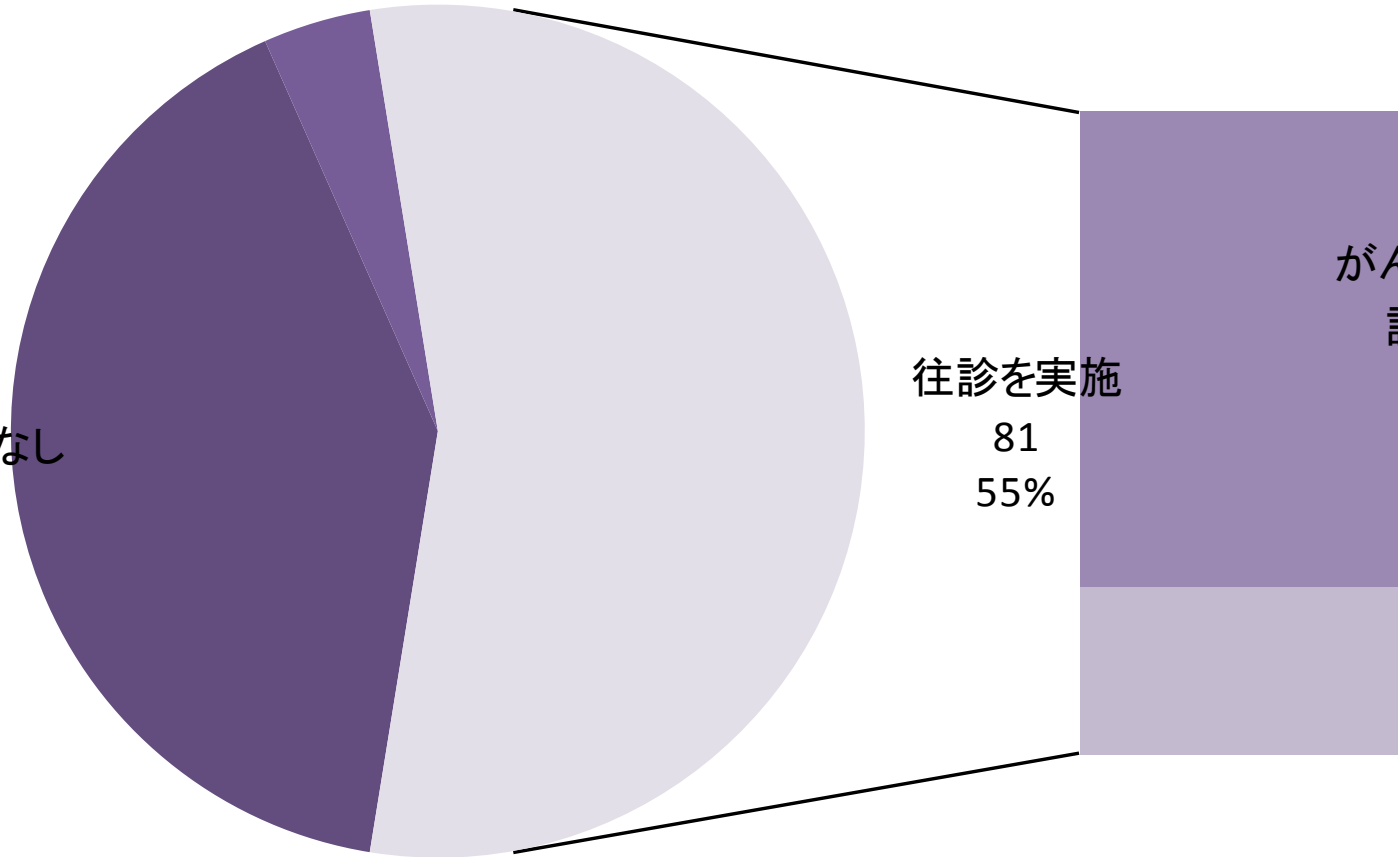
往診を実施
81
55%

がん患者への往
診実績あり

60
41%

実績なし
21
14%

平成23年度医療機関がん診療体制調査

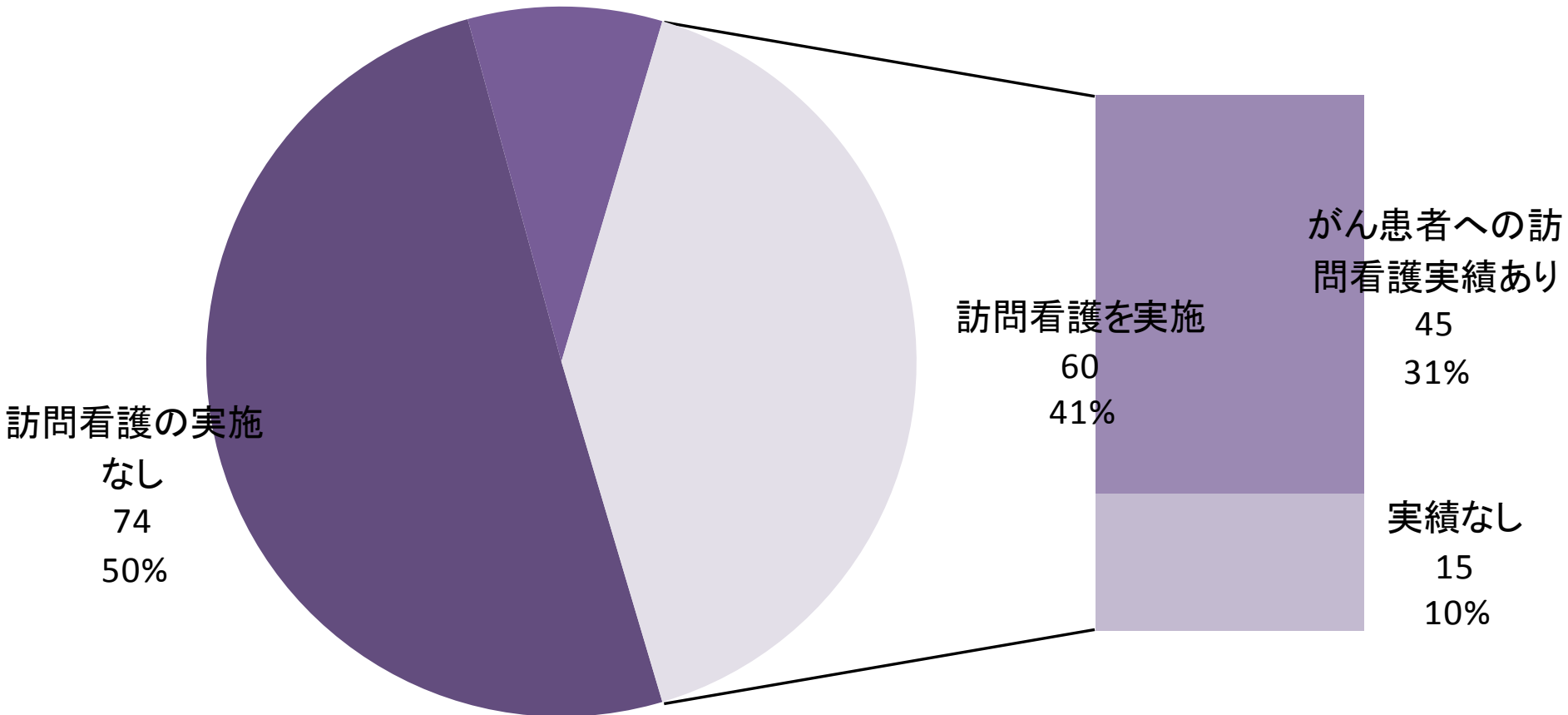


がん患者への訪問看護(2011年)

147医療機関中

病院61 診療所86
(以下同じ)

無回答
13
9%



平成23年度医療機関がん診療体制調査

訪問診療可能な時間帯の割合

	午前		午後		夜間	
	件数	%	件数	%	件数	%
月	13	17.1%	44	57.9%	10	13.2%
火	16	21.1%	44	57.9%	10	13.2%
水	16	21.1%	46	60.5%	8	10.5%
木	16	21.1%	47	61.8%	10	13.2%
金	15	19.7%	45	59.2%	10	13.2%
土	12	15.8%	19	25.0%	7	9.2%
日	7	9.2%	6	7.9%	6	7.9%

% は、訪問診療を行っていると回答した機関数に対する割合

往診可能な時間帯の割合

	午前		午後		夜間	
	件数	%	件数	%	件数	%
月	18	22.2%	52	64.2%	17	21.0%
火	21	25.9%	52	64.2%	19	23.5%
水	19	23.5%	50	61.7%	17	21.0%
木	19	23.5%	53	65.4%	17	21.0%
金	18	22.2%	51	63.0%	17	21.0%
土	19	23.5%	29	35.8%	14	17.3%
日	12	14.8%	13	16.0%	14	17.3%

% は、往診を行っていると回答した機関数に対する割合

過去1年間に在宅で行った 医療行為の経験

	施設数	%
在宅中心静脈栄養	32	21.8%
経腸管栄養	37	25.2%
在宅酸素の指導	66	44.9%
気管カニューレの管理	26	17.7%
人工呼吸器の管理	21	14.3%
痛みのコントロール	51	34.7%
輸血	11	7.5%
化学療法	20	13.6%
ホルモン療法	16	10.9%
補完代替療法	7	4.8%
腹膜・血液透析	4	2.7%
尿道カテーテルの管理	58	39.5%
褥瘡の治療	63	42.9%

% は、がん治療を実施していると回答した機関数に
対する割合

- 末期がん患者の訪問診療が可能 40.8%
往診可能 41.5% 受け入れ困難44.2%
- 連携を行う他の診療所等があれば
診療連携を行う 32.7%
- 訪問看護ステーションとの連携 あり 59.2%
- 居宅介護支援事業所との連携状況 あり63.9%
- 患者急変時のバックベッド
自施設内で確保33.3% 他施設で確保15.6%
自・他ともに確保4.8% 確保していない41.5%
- 他施設のバックベッドとなることは可能
25.9%(30病院、8診療所)

末期がん患者の受け入れが困難な理由

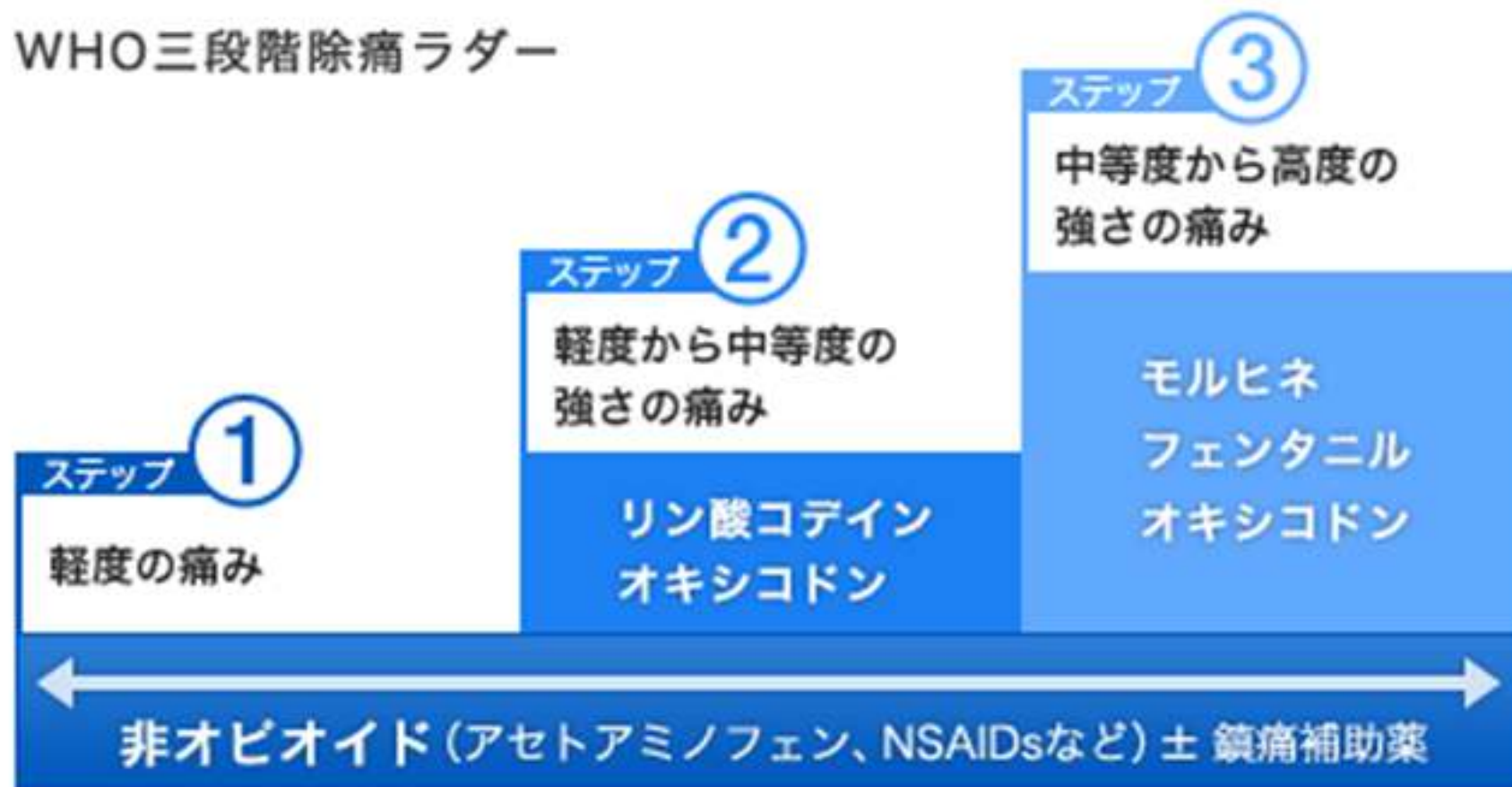
	施設数	%
症状コントロール	19	27.5%
急変時の対応	42	60.9%
経験が少ないことによる不安	11	15.9%
バックベッドの確保が困難	34	49.3%
患者・家族を支えるのが困難	22	31.9%
その他	13	18.8%
未記入	2	2.9%

末期がん患者の受け入れを困難と回答した機関数(65)に対する割合

- 高知県版がん地域連携クリニカルパスについて
聞いたことがある83.0% 使用したことがある9.5%
- 高知県版在宅緩和ケア連携パスについて
聞いたことがある57.8%
県のHPで公開されていることを知っている32.7%
使用したことがある3.4%
- 在宅医療連携ネットワークが「できている」と考える
いいえ72.1%
- 看取りや緩和ケアについての研修参加を希望する
はい47.6% 将来考慮30.6%
- 末期がん患者への今後の対応
行っていきたい42.2% 将来考慮38.1%

WHO三段階除痛ラダー

WHO三段階除痛ラダー



World Health Organization: Cancer Pain relief (2nd ed).

World Health Organization. Geneva. 1996. 改定



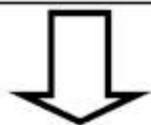
がん疼痛 5 つの治療法 — 基本的小よび補助的薬剂【主なもの】 —

非オピオイド 鎮痛薬	NSAIDs (アスピリン、アセトアミノフェンなど)、 副腎皮質ステロイド
弱オピオイド	リン酸コデイン、リン酸ジヒドロコレインなど
強オピオイド	硫酸モルヒネ、塩酸モルヒネ、塩酸オキシコドン、 クエン酸フェンタニル、フェンタニル
鎮痛補助薬	抗うつ薬、抗けいれん薬、抗てんかん薬、局所麻酔薬など
非薬物療法	神経ブロック、放射線治療、理学療法、心理療法など

80～90%の除痛が可能

1段階

弱い痛みに
用いられる鎮痛薬



2段階

弱い痛みから
中等度の痛みに
用いられる鎮痛薬



コデイン
ジヒドロコデイン

3段階

中等度から
高度の痛みに
用いられる鎮痛薬



モルヒネ
オキシコドン
フェンタニル
ブプレノルフィン

非オピオイド鎮痛薬 (NSAIDs or アセトアミノフェン)

必要に応じて鎮痛補助薬を併用・神経ブロック・放射線治療を
考慮 (抗痙攣薬, 抗うつ薬, 抗不整脈薬, **ケタミン** など)

鎮痛薬投与の五原則

鎮痛薬投与の五原則

- | | | |
|-----------------------------|---|----------------|
| 1. by the mouth | ↔ | 経口薬が基本 |
| 2. by the clock | ↔ | 投与時刻を決めて定期的に |
| 3. by the ladder | ↔ | 除痛ラダーにそって効力の順に |
| 4. for the individual | ↔ | それぞれに個別的な対応 |
| 5. with attention to detail | ↔ | その上で細かい配慮をもって |

World Health Organization: Cancer Pain relief (2nd ed).

World Health Organization: Geneva. 1996, より改変

- ・「医療用麻薬によるがん疼痛治療」の提供体制
ある70.1%
- ・院内での麻薬調剤を行っている
はい60.5%
- ・院外の調剤薬局に対しての麻薬処方を行っている
はい51.0%
- ・WHO3段階除痛ラダーと5原則の沿ったの処方か
はい46.9%
- ・在宅での「疼痛管理」の対応ができるか
はい46.9%

3. がん患者等への支援



がん相談体制の整備

相談支援センター ピア・サポート

がん患者のためのサロン

相談内容の共有（当事者 間、関係者間）

がん相談

拠点病院（4か所）及び推進病院（1か所）、
県の相談窓口として「がん相談センターこう
ち」を設置

がんサロン

（がん患者や家族が療養体験や気持ちを分
かち合い、勉強会などを行う）

患者等満足度調査

情報提供の充実

がんフォーラムの開催

今後の課題：就労や職場 での問題

がん相談

- がん相談センターこうち
- 拠点病院等の相談支援センター

情報提供

がん患者および家族が
情報を容易に入手できるように

地域の連携体制の状況
がん診療情報の提供

相談員の養成

質・量の維持向上
ピア・サポート
精神・心理的、Spiritualのサポート
医療関係者とのコミュニケーション・コー
ディネート機能

相談内容の共有

がん相談センターこうち のご案内

がんに関する相談を無料でお受けします。※秘密厳守

がんと診断されて不安・心配

がんやがん治療について知りたい

がん治療のできる医療機関を知りたい

がんの情報を知りたい

体験者の話が聞きたい

など

県民の方なら、
どなたでも
ご利用できます。
患者さん同士や
ご家族同士で
情報交換できる
「サロン」も
併設しています。
お気軽に
ご利用ください。

利用時間 9:00～17:00

※ただし、日曜日・国民の祝日・年末年始
(12月29日～1月3日)を除く。

場 所 こうち男女共同参画センター ソーレ 3階
(高知市旭町3丁目115番地)

※土佐電気鉄道「旭町三丁目」電停徒歩1分

相談方法 来所面談・電話・FAX

電話番号 088-854-8762

FAX 088-854-8763

E-mail gan-soudan@aroma.ocn.ne.jp



相談支援センターの業務

- ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

2. がん医療水準の向上



・がん診療連携拠点病院

(診療体制、研修体制、情報提供体制
の3項目について指定要件)

がん診療連携推進病院

(拠点病院に準じて県が指定)

がん診療連携拠点病院

高知大学医学部附属病院

高知医療センター

高知赤十字病院

幡多けんみん病院

がん診療連携推進病院

国立病院機構高知病院

・人材育成

ことに放射線療法、化学療法に携わる
専門の医療従事者

・「がんプロフェッショナル養成プラン」文科省

・地域連携クリニカルパスの 普及

「がん地域連携クリニカルパスについて聞いたことがある」83%
(がん治療を実施している147医療機関中)

・セカンドオピニオン体制

セカンドオピニオン: 主治医以外の第三者の医師による診断・医療方法などに対する意見 26医療機関が対応

・今後の課題: 小児がん診療体制、口腔ケア

がん診療体制調査

高知県がん対策推進計画 ～日本一の健康長寿県を目指して～

(全体目標)

- ・10年後に年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少
- ・がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上

目的:がん患者を含めた県民の立場に立って、本県のがん対策を総合的かつ計画的に推進する。

計画期間:平成20年度から平成24年度(5カ年計画)

がん対策の課題

- がん検診受診率が低い。
- 集学的治療ができる医療機関は中央医療圏に集中している。
- 放射線治療、化学療法に当たる専門医等の確保・育成
- がん患者にとってわかりやすいインフォームドコンセントが実施できる体制確立
- 医療機関、訪問看護ステーション等の連携による在宅医療実施体制の整備
- 早い段階から緩和ケアが実施できる人材の育成と体制整備

現在 新計画(平成25年度～)作成中

「高知県がん対策推進計画」

- がん対策のための具体的な目標を設定
- がん診療連携拠点病院、医療機関等関係者の医療連携体制の充実
- がん患者、家族等が主体のがん治療、緩和ケア、相談体制の充実

がん予防と早期発見の推進

集学的治療、緩和ケア、心のサポートの推進

在宅医療の推進

積極的な情報公開

(全体目標)

- 10年後に年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少

H17 96.5 → H27 77.2 人/10万人

- がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上(現状値はH20調査)

具体的な推進策

がん予防及び早期発見の推進

- ・全ての公共機関で受動喫煙防止対策を実施
- ・食生活の見直しや運動による肥満防止
- ・肝炎対策の推進
- ・がん検診受診率の向上、精度管理の実施

がん医療水準の向上

- ・専門的な知識、技術を有する専門医等の養成
- ・がんチーム医療の体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院の整備
- ・セカンドオピニオン実施体制の確立

緩和ケアの推進

- ・医師を対象とした緩和ケア研修の実施
- ・心のケアを含めた全人的緩和ケア提供体制を構築
- ・在宅療養患者支援連絡体制の構築
- ・全ての医療圏に緩和ケア病床を確保

在宅医療の推進

- ・地域特性に応じた在宅医療連携体制整備・充実
- ・訪問看護体制の整備・充実
- ・在宅医療用の医薬品、医療機器の供給体制確保

H24
目標

喫煙率

男 36.0% → ≤25%
女 8.6% → ≤5%
(H13当時の半減)

がん検診受診率
50%

拠点病院整備

種多医療圏に拠点病院に向けて具体的な整備構想を策定する

公開

医療機関が
並の実施と

公開

緩和ケア

がん診療に携わる医師全員の緩和ケア研修の履修

在宅看取率

3.7% → ≥10.0%



高知県防災キャラクター



© やなせたかし



ご静聴
ありがとうございます
ございました

