

International University of Health and Welfare Graduate School

国際医療福祉大学大学院

医療福祉学研究科・薬学研究科



文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業
高度がん医療開発を先導する専門家の養成

平成 28 年度

活動報告書



医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。

国際医療福祉大学

国際医療福祉大学大学院

「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」

コーディネーター **森川 康英**



平成 24 年度から、慶應義塾大学を主幹校とし、関東圏の 10 大学が連携して取り組む「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」が文部科学省事業「がんプロフェSSIONAL養成基盤推進プラン」の一つとして採択され、本学はその一員として「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」を設置し、様々な専門分野で多職種連携を進めるがんプロフェSSIONAL医療人、すなわち薬剤師、看護師及び診療放射線技師の方々をがんプロフェSSIONALとして育成するプログラムに取り組んでいます。

本学大学院では、平成 24 年度は各大学と種々情報交換を行いながらコース開設の準備を進め、平成 25 年度より学生の受け入れを開始いたしました。平成 25 年度は 10 名、平成 26～28 年度はそれぞれの年度に於いて 5 名の博士課程大学院生を受け入れ養成し、平成 28 年度までに合計 18 名のコース修了者を輩出しました。現在も 5 名が学修に励んでおり、医療現場あるいは教育者として活躍するがんプロフェSSIONALな医療人を養成しています。

平成 28 年度に於ける取り組みとしては、構築したプログラムのますますの充実をめざし、現場に生きる有効かつ独創的なカリキュラムについて協議・検討を重ねながら、開発したビジュアルオリエンテッド教材やアンサーパッド等の学習ツールを生かしたがん先端医療・多職種連携の講義および本コースの目玉として履修 2 年目の学生に対して行うがん先端医療多職種連携実習を実施し、実践的な教育を行いました。また、がんと地域包括ケアに関する学生参加型のワークショップおよび公開シンポジウム、一般市民公開講座などを開催し、最先端医療のみならず、緩和ケア、在宅患者支援などがん医療に必要とされるトータルな教育プログラムを実践してまいりました。

本プログラムは、平成 28 年度をもって、文部科学省研究拠点形成費等補助金による財政支援期間が最終年度をむかえますが、今後もさらに充実したプログラムをめざし、多職種連携を進めるがんプロフェSSIONALな医療人の養成に取り組んでまいります。

本紙には、この一年間の活動記録をひとつの成果物としてまとめました。是非ともご一読のうえ、忌憚のないご意見を頂戴したく、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

目 次

I. 教育コースの概要	5
1.教育コースの概要・補助金調書	7
2.コース概略図	9
II. 平成 28 年度	
がん先端医療に対する多職種連携重点コース	11
1.開講科目一覧	13
2.シラバス	14
3.教材開発と教育手法の充実	
ICT を活用した教育の実践	18
ビジュアルオリエンテッド教材	19
4.履修・修了者一覧	21
III. 平成 28 年度 がん先端医療多職種連携実習	23
1. 実習要項	25
2. 実習発表会	38
IV. 平成 28 年度 主な活動	51
1.群馬大学重粒子線医学研究センター 視察	57
2.公開シンポジウム	61

3.一般市民公開講座・講演会	109
4.がん先端医療に関する講演会	117
5.多職種大学院間の合同ワークショップ	133
V. 平成 28 年度 キャンサーボード	189
VI. 平成 28 年度 成果報告会(外部評価委員会)	193
VII. コース修了後活動状況アンケート結果	197
VIII. 広報・学生募集	205
IX. 検討委員会開催記録	213
X. 検討委員会委員・運営委員・分野別委員	217

I .教育コースの概要

1. 教育コースの概要・補助金調書
2. コース概略図

平成 24 年度 文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業

主 幹 校 慶應義塾大学

連携大学 慶應義塾大学、北里大学、首都大学東京、信州大学、聖マリアンナ医科大学、聖路加国際大学、東海大学、東京歯科大学、山梨大学、国際医療福祉大学（計 10 大学）

プログラム名 高度がん医療開発を先導する専門家の養成

国際医療福祉大学「教育コースの概要」

大学名等	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 博士課程 保健医療学専攻 薬学研究科 博士課程 医療・生命薬学専攻						
コースの名称	がん先端医療に対する多職種連携重点コース						
コースの重点区分	①教育改革	養成する専門分野	薬剤師、看護師、診療放射線技師				
コースの開始時期	平成25年4月	修業年限(期間)	2年				
コースの履修対象者	国際医療福祉大学大学院博士課程学生						
養成する人材像	医師と機能的なチームを作りがん先端治療にあたることができる専門知識を有する専門医療職						
当該人材養成により期待される成果や効果(アウトカム)	患者を中心に医師や看護師、薬剤師をはじめとする医療スタッフがそれぞれの専門分野を活かしながら、患者にとって最善と思われる治療を提供することがチーム医療に求められている。特に、がん先端治療という極めて専門的な知識が必要とされる領域において、その専門性を活かし、機能的にチーム医療ができる人材を育成することは、患者にとって多大な利益となる						
教育内容の特色等	本コースでは従来の専門性にもとづいた縦割りの教育を廃し、異なる専門領域の学生がクロスオーバーして共にがん先端医療の実際を学び、それぞれの専門分野での治療計画の策定を協同して行うことができる専門医療職の養成を目指す。標準治療とともに、臨床試験や細胞治療、低侵襲治療、TDMにもとづく個別がん治療などの先端がん医療の実際を、東京都がん認定診療施設である国際医療福祉大学三田病院や先端医療を多数実施している関連機関において学ぶ						
修了要件・履修方法	10単位以上を履修した上で、履修内容審査に合格すること						
履修科目等	〈必修科目〉 がん先端治療の基礎知識(2単位)、医療プロフェッショナルリズム概論(2単位)、医学臨床実習(2単位)						
	〈選択科目〉 がん治療薬学(2単位)、がん治療放射線医学(2単位)、医療統計(2単位)、診療情報管理(2単位)						
養成人数	年度	H24	H25	H26	H27	H28	計
	募集人員	0	5 医3、薬2	5 医3、薬2	5 医3、薬2	5 医3、薬2	20 医12、薬8
	受入目標人数	0	4	5	5	5	19

※ 上記の修業年限、修了要件は、がんプロコースのコース修了認定を受けるための要件。

※ 博士課程を修了するためには、所属する専攻・分野の修業年限、修了要件を適用。

本年度の補助事業実施計画

研究科単独の取組み【国際医療福祉大学大学院】

4 月～3 月

- ・「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」の 4 年目を開講
- ・関連病院と大学院を結ぶ遠隔カンサーボードの実施
- ・教材の開発と教育手法の充実
- ・他の先端医療実施施設でのがん先端医療の多職種連携の取り組みについての調査
- ・がん先端医療に対する多職種連携の医療施設での集中実習の施行
- ・本学学会学術大会にてがんに関する一般市民公開講座・講演会および実習成果発表会の開催
- ・大学間連携の「多職種連携・チーム医療」公開シンポジウムの開催(10 大学連携事業(分野別「チーム医療」)
- ・多職種大学院間の合同ワークショップの開催
- ・がん先端医療に関する講演会の開催（10 大学連携事業（分野別「放射線治療」）
- ・第三期修了者の評価と検証、本事業の総括的まとめと最終報告書の作成

具体的な事業内容

研究科単独の取組み【国際医療福祉大学大学院】

拠点全体及び本学事業目的の達成に向け、「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」の 4 年目を開講する。本年度のコース授業では、開発した映像教材とコース授業との連動を強化し、教育を行う。緩和医療の講義やディスカッション、演習等を授業に組み込み臨床実習前のがん先端医療、多職種連携のチーム力に関する理解を深めさせる。コース履修 2 年目を迎える学生には、東京都がん診療連携拠点病院である国際医療福祉大学三田病院に於いて、手術および化学療法等を行うがん患者の協力と医師の参加を得た職種を超えたチーム医療の臨床実習、がんターミナルを模した SP（模擬患者）の協力による OSCE 形式の実践教育、国際医療福祉大学病院に於いて、低侵襲がん先端医療機器実習等により、がん先端医療に対する多職種連携の集中実習を実施する。その成果を三田病院カンサーボード及び学会で発表し討論・省察させることで実践力を高める。また、全体運営会議等を通して種々の情報交換を行い連携しながら、公開シンポジウム、一般市民公開講座、学生参加型のワークショップ、がん放射線治療に特化した講演会を開催し、本取組の情報発信・普及活動を行うとともに、これらに学生も積極的に参加させることで、がん先端医療、多職種連携のチーム力に関する理解を更に深めさせる。各種アンケート結果を分析しながら、学内検討委員会に於いて協議し、カリキュラム、教育手法の充実に図り、効果的な専門職の養成を行う。

参考資料

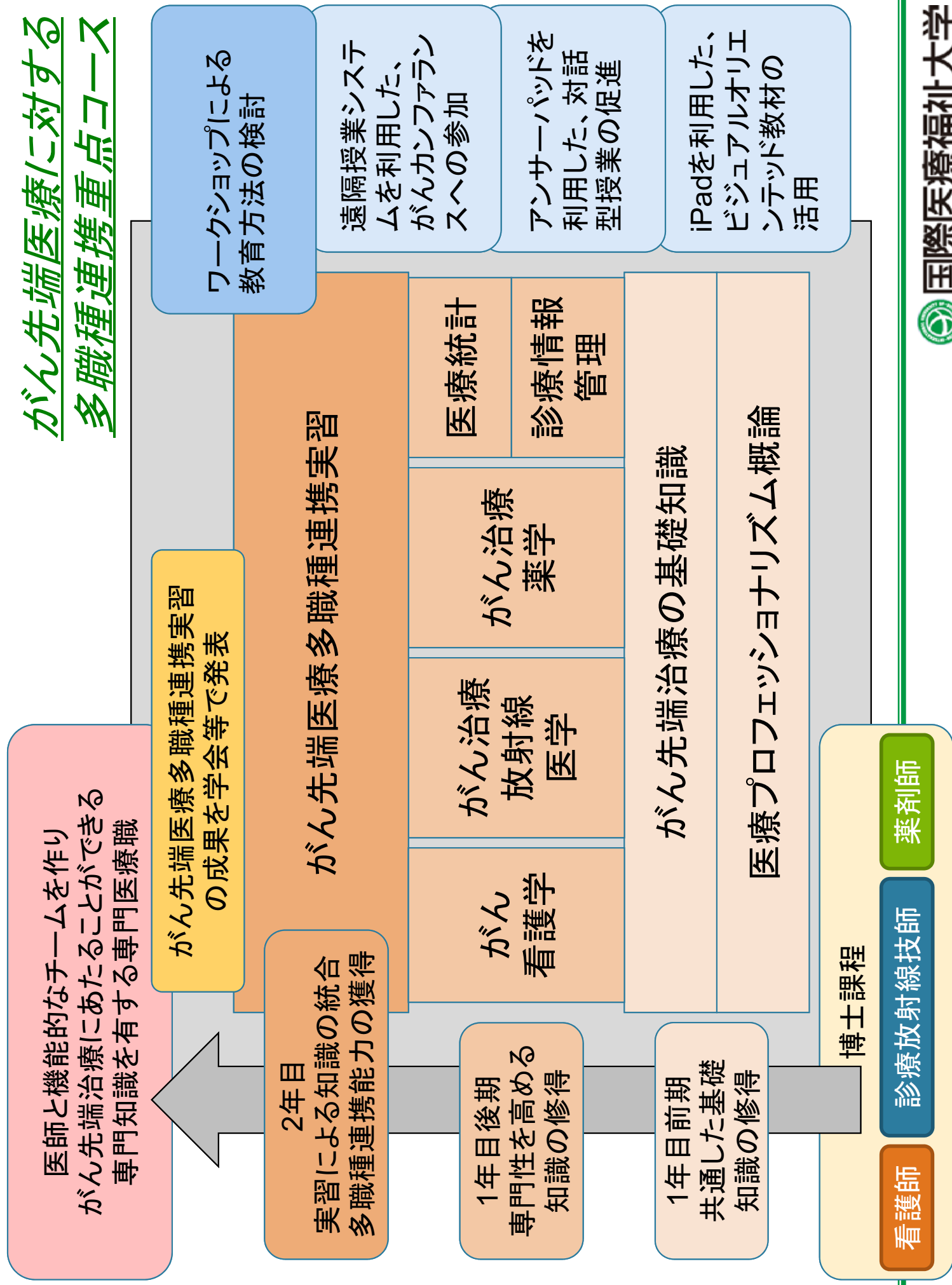
【平成 29 年度】（財政支援期間終了後）

研究科単独の取組み【国際医療福祉大学大学院】

4 月～3 月

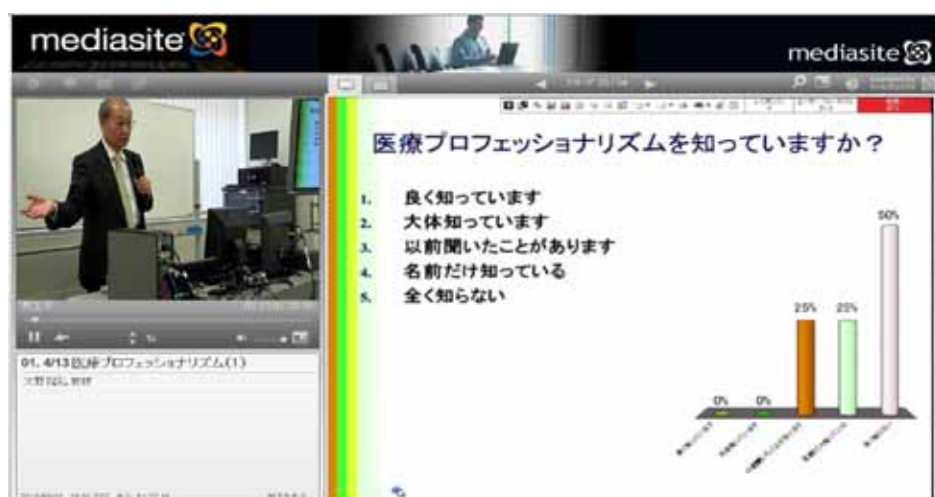
医学部の開設、公衆衛生大学院の開設、これらを視野に入れたトータルな「がん教育」を行うがん専門医の育成コースに再編し教育を行う。

がん先端医療に対する 多職種連携重点コース



Ⅱ.平成 28 年度 がん先端医療に対する 多職種連携重点コース

1. 開講科目一覧
2. シラバス
3. 教材開発と教育手法の充実
4. 履修・修了者一覧



文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」
国際医療福祉大学大学院 がん先端医療に対する多職種連携重点コース
平成28年度 開講科目一覧

種別	学年	期	曜日・時限	科目名	担当教員・コーディネーター
必修	1年目	前期	土・1限 9:00-10:30 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス)	がん先端治療の基礎知識(2単位)	大東 貴志
必修	1年目	前期	土・2限 10:40-12:10 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス)	医療プロフェッショナルリズム概論(2単位)	天野 隆弘、糸井 裕子、他
選択	1年目	後期	水・6限 18:00-19:30 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス)	診療情報管理(2単位)	山本 康弘、坂本 千枝子、伊藤 由美、 桜澤 邦男
選択	1年目	後期	木・6限 18:00-19:30 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス、ほか)	医療統計(2単位)	縣 俊彦
選択	1年目	後期	土・1限 9:00-10:30 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス、ほか)	がん看護学(2単位)	糸井 裕子、他
選択	1年目	後期	土・2限 10:40-12:10 遠隔システム利用 (東京・大田原キャンパス)	がん治療放射線医学(2単位)	橋本 光康
選択	1年目	後期	VOD授業	がん治療薬学(2単位)	白石 昌彦、鈴木 裕
必修	2年目	集中	8月集中、ほか (国際医療福祉大学三田病院、 国際医療福祉大学病院にて実施)	がん先端医療多職種連携実習(2単位)	大東 貴志、森川 康英、池田 佳史 糸井 裕子、橋本 光康、清水 貴壽

- ※ コース修了認定要件: コース登録後2年以上在学し、上記科目より10単位以上を修得する必要があります。
- ※ 原則として教室での授業に出席する必要があります。
- ※ 実習を除き、各科目eラーニングシステムによる学習も可能ですが、科目によって学習方法が異なる場合があります。
- 必ず、シラバスを確認のうえ、学習に臨んでください。
- ※ 最新のシラバスは、UNIVERSAL PASSPORT (<https://upec.iuhw.ac.jp/>) より確認してください。

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)					キャンパス	大学院
科目名	がん先端治療の基礎知識				授業開始年度 2016	
科目担当責任者	大東 貴志	科目担当者	糸井 裕子			
分野	がん先端医療に対する多職種連携重点コース	学年	博士課程1年	期	前期	
曜日・時間	土曜1限	必修/選択	必修	単位数	2	30時間
授業の形態	講義					

授業の概要 (主題)	現在のがん治療における先端治療について学び、多職種連携のために何が重要かを学習する
授業の到達目標	1. がん診断のための最先端の画像・内視鏡・病理学的検査について理解できる。 2. がん治療の先端放射線治療について理解できる。 3. がん治療のための先端治療薬の開発や効果・副作用について理解できる。 4. 各領域のがんの先端外科治療および薬物治療について理解できる。

授業計画		担当
回数	内容	
第1回	4/16(2限) 上部消化管治療の最前線	池田 佳史
第2回	4/23 体腔鏡・ロボット手術の最前線	森川 康英
第3回	5/7 婦人科がん治療の最前線	片瀬 功芳
第4回	下部消化管治療の最前線 ※eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	似鳥 修弘
第5回	5/21 先端がん薬物治療	中村 裕義
第6回	5/28 最新がん化学療法レジメン	酒井 鉄平
第7回	6/4 乳がん治療の最前線	柳 裕代
第8回	6/11 肝臓がん治療の最前線	首村 智久
第9回	6/18 CT、MRI	細野 繁
第10回	6/25 内視鏡診断・治療の最前線	片岡 幹統
第11回	7/2 IHC・FISH遠隔診断	長村 義之
第12回	7/9 肺がん治療の最前線 ※教室での授業に参加すること(eラーニング配信なし)	林 和
第13回	7/23 泌尿器科がん治療の最前線	大東 貴志
第14回	放射線治療最前線 ※eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	戸矢 和仁
第15回	PET、核医学 ※eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	棚田 修二

成績評価の方法	レポート
評価の基準	レポート100%
準備学習 学習へのアドバイス	がんの知識を知ることにより多職種連携への問題点を能動的に考える。
履修条件	
教科書	なし
参考書	必要に応じて紹介
オフィスアワー その他	メールにて随時受け付ける

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)					キャンパス	大学院
科目名	医療プロフェッショナルリズム概論				授業開始年度 2016	
科目担当責任者	天野 隆弘	科目担当者	糸井 裕子			
分野	がん先端医療に対する多職種連携重点コース	学年	博士課程1年	期	前期	
曜日・時間	土曜2限	必修/選択	必修	単位数	2	30時間
授業の形態	講義					

授業の概要 (主題)	本科目は、がん医療におけるプロフェッショナルとして必要な理論と方法を学習する。
授業の到達目標	1. がん医療におけるプロフェッショナルについて理解できる。(講義1～6) 2. がん患者の支援システムについて理解できる。(講義7～9) 3. がん患者の心理とケアについて理解できる。(講義8・10・11) 4. がん患者を中心にしたチーム医療について理解できる。(講義12～15)

授業計画		担当
回数	内容	
第1回	4/16(9:00～10:30) がんプロコース オリエンテーション 及び「医療プロフェッショナルリズム①」※eラーニング受講(教室での授業は実施しない) ※2限は「がん先端治療の基礎知識」(池田佳史)を開講	天野 隆弘
第2回	4/23 医療プロフェッショナルリズム②(アンサーカード使用) ※1「医療プロフェッショナルリズム①」学習が前提 ※教室での授業に参加すること	天野 隆弘
第3回	5/7 インフォームド・コンセント	池田 俊也
第4回	生命倫理 ※eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	金澤 一郎
第5回	5/21 終末期における社会から期待される医療プロフェッショナルの在り方及びディスカッション ※教室での授業に参加すること	戸松 義晴
第6回	5/28 治療におけるリスクマネジメント及びディスカッション ※教室での授業に参加すること	天野 隆弘
第7回	6/4 がんと医療制度・医療経済	池田 俊也
第8回	6/11 がん患者における生と死(ターミナルケア) ※教室での授業に参加すること(eラーニング配信なし)	林 和
第9回	がん地域包括ケアシステムとリハビリパス ※eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	武藤 正樹
第10回	6/18 医療倫理	赤居 正美
第11回	6/25 グリープケア	白井 明美
第12回	7/2 がん医療における多職種連携とは	藤咲 麻美
第13回	7/9 がん患者のアセスメントとQOLモデル	坂本 千枝子
第14回	7/16(1限)「がん先端医療多職種連携実習」に向けた演習・グループワーク①	糸井 裕子
第15回	7/16(2限)「がん先端医療多職種連携実習」に向けた演習・グループワーク② ※教室での授業に参加すること。 ※前回7/9の配布資料を各自持つてくること。	

成績評価の方法	レポート
評価の基準	レポート100%
準備学習 学習へのアドバイス	事前・事後、関連する先行研究を当たる等、学習を主体的に進めることとする。
履修条件	
教科書	なし
参考書	適宜紹介
オフィスアワー その他	講義の前夜にて受け付ける

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)							キャンパス	大学院
診療情報管理								
科目名	診療情報管理							
科目担当責任者	山本 康弘	科目担当者	坂本 千枝子、伊藤 由美、松澤 邦男					
分野	診療情報管理・分析学分野	学年		期	後期			
曜日・時間	水曜6限	必修/選択	選択	単位数	2	時間数	30時間	
授業の形態	講義							
授業の概要 (主題)								
本科目は、医療機関における診療情報管理部門の組織的位置付けを理解したうえで、診療記録の管理や活用、がん登録に関する仕組みなど多職種間連携に重要となる診療情報管理業務について学習する。								
授業の到達目標								
1. 診療情報管理業務の概要について理解できる。(講義1・2)								
2. 診療記録が多職種間連携に有用であることを理解できる。(講義3・4・5)								
3. 病院組織における診療情報管理のあり方について理解できる。(講義6・7)								
4. DPC制度における診療情報管理の重要性を理解できる。(講義8・9)								
5. 病院運営における診療情報の活用について理解できる。(講義10・11)								
6. がん登録の仕組みと実務について理解できる。(講義12・13・14)								
授業計画								
回数	内容	担当						
第1回	9月28日 医療環境の変化と診療情報管理者の役割	山本康弘						
第2回	10月 5日 チーム医療における診療情報管理 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	山本康弘						
第3回	10月12日 チーム医療に役立つ診療記録の記載方法 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	伊藤由美						
第4回	10月19日 診療情報管理における疾病・手術分類	伊藤由美						
第5回	10月26日 多職種で行う診療記録の監査	伊藤由美						
第6回	11月 2日 診療部門・看護部門と診療情報 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	山本康弘						
第7回	11月 9日 管理部門と診療情報 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	山本康弘						
第8回	11月16日 DPC制度の概要と診療情報管理のあり方 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	松澤邦男						
第9回	11月23日 診療情報管理体制の構築に求められる診療情報管理のあり方 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	山本康弘						
第10回	11月30日 病院運営における診療情報の活用① *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	松澤邦男						
第11回	12月 7日 病院運営における診療情報の活用② *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	松澤邦男						
第12回	12月14日 日本と世界のがん対策	坂本千枝子						
第13回	12月21日 がん対策としてのがん登録	坂本千枝子						
第14回	1月 4日 チーム医療としてのがん登録 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	坂本千枝子						
第15回	1月11日 まとめ *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)	山本康弘						
成績評価の方法		レポート						
評価の基準		レポートによる理解度						
準備学習 学習へのアドバイス		病院現場における診療情報管理業務の概要を理解することが重要です。						
履修条件								
教科書		なし						
参考書		必要に応じて指示する。						
オフィスアワー		問い合わせはメールで受け付ける。						
その他								

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)					キャンパス	大学院
科目名	医療統計					
科目担当責任者	縣 俊彦	科目担当者				授業開始年度 2016
分野	共通	学年	1. 2年	期	後期	
曜日・時間	木曜6限	必修/選択	選択	単位数	2	時間数 30時間
授業の形態	講義					
授業の概要 (主題)	医療・看護・公衆衛生 (public health) 分野の量的研究の基礎方法論である生物統計学 (biostatistics) について、入門および多変量解析の講義を行なう。単なる数式の運用・プラグブックの応用ではなく、ヒトを扱う以上不可欠なバリエーションの中で、いかに効率的にデータを収集し解析し解釈するか、基礎的考え方を重視する。					
授業の到達目標	1. バイアスと誤差的パラツキについて理解する 2. 医学研究における主なバイアス (選択バイアス・情報バイアス・交絡バイアス) について説明できる 3. バイアスのコントロール手法である無作為抽出とランダム化について混同なく理解する 4. 評価の信頼性と妥当性について理解し、それらの確認手法について基礎を理解する 5. 検査の感度と特異度について理解し、検査結果を正しく解釈できる 6. データの記述について、要約統計量 (生存曲線を含む) を正しく理解する 7. 検定手法について考え方 (α 過誤、 β 過誤、サンプルサイズの設定) を理解し、代表的手法について活用できる (t 検定、 χ^2 検定、Fisher 直接確率検定、ロジテック検定) 8. 代表的な多変量解析についてその基礎と応用上の注意点について理解する					
授業計画						
回数	内容					担当
第1回	生物統計学入門 SPSSの基本					縣 俊彦
第2回	データ要約1					縣 俊彦
第3回	データ要約2					縣 俊彦
第4回	統計的推論					縣 俊彦
第5回	分散分析					縣 俊彦
第6回	回帰分析					縣 俊彦
第7回	測定の信頼性 妥当性					縣 俊彦
第8回	主成分分析					縣 俊彦
第9回	因子分析					縣 俊彦
第10回	クラスター分析					縣 俊彦
第11回	判別					縣 俊彦
第12回	ロジスティック回帰					縣 俊彦
第13回	対数線形モデル					縣 俊彦
第14回	生存時間解析					縣 俊彦
第15回	総括					縣 俊彦
成績評価の方法	定期試験 レポート					
評価の基準	定期試験(総括)、レポート、小テスト 100%					
準備学習 学習へのアドバイス	Σの使い方、微分の基礎について復習しておくこと					
履修条件						
教科書	柳井晴夫他. SPSSによる統計データ解析入門 現代統計社 2006					
参考書	縣俊彦 やさしい保健統計学 第5版 南江堂 2012					
	縣俊彦 やさしい栄養生活統計学 第5版 南江堂 1999					
	縣俊彦編著 EBM(Evidence-Based Medicine): 臨床医学研究の方法論 中外医学					
	縣俊彦編著 BMDのための新GCPと臨床研究 中外医学社					
	縣俊彦編著 EBM(Evidence-Based Medicine): 医学研究 中外医学社					
	縣俊彦編著 EBMのためのPubMed, Impact Factor 中外医学社					
	縣俊彦編著 EBMのためのクリティカルパス 中外医学社					
	縣俊彦編著 EBM, FAQで学ぶ理論と実践 中外医学社					
	縣俊彦編著 上手な情報検索のためのPubMed活用マニュアル 第2版、南江堂					
	縣俊彦編著 基本医学統計学5版-EBM-医学研究・SASへの応用(中外医学社)					
オフイスアワー	縣俊彦 やさしい保健統計学: 改訂5版 南江堂					
	縣俊彦(分担) 町田、岩井編 21世紀の予防医学・公衆衛生 杏林書院 2008					
	縣俊彦(分担) 松村 伊達編 公衆衛生学、難病 建帛社、2003					
その他	縣俊彦編 EBMのための臨床疫学 増補版 中外医学社					

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)							キャンパス	大学院
科目名	がん看護学			科目担当者		授業開始年度		2016
科目担当責任者	糸井 裕子							
分野	がん先端医療に対する多職種連携重点コース			学年	博士課程1～2年	後期		
曜日時限	土曜1限	必修/選択	選択	単位数	2	時間数	30時間	
授業の形態	講義 この科目は、教室での授業を収録し、VOD授業としても公開いたします。 原則として教室での授業に出席して下さい。 VOD授業を学習する場合はeラーニングシステムで学習して下さい。							
授業の概要 (主題)	最先端治療を受けるがん患者の看護を行う上で基礎となる理論と方法論について学修する。							
授業の到達目標	1. がん看護の特徴的なケアについて理解できる。(講義1. 5.)							
	2. がん患者の痛みに対する看護について理解できる。(講義2. 3. 4.)							
	3. がん患者の特有な症状および治療に伴う看護について理解できる。(講義6. 7)							
	4. がん患者の経過や場の特徴的な看護について理解できる。(講義8. ～15)							
授業計画								担当
回数	内容							
第1回	9月24日 がん看護概論(がん動向、看護の役割など)							新藤悦子
第2回	10月1日 緩和ケア：がん患者がもつ痛み(身体的・精神的・社会的・霊的)とケア							茶園美香
第3回	10月8日 がんに特徴的な症状マネジメント—現場からの発信—①							藤咲麻美
第4回	10月15日 がんに特徴的な症状マネジメント—現場からの発信—②							藤咲麻美
第5回	10月22日 がん患者とのコミュニケーション							新藤悦子
第6回	10月29日 がん化学療法における看護師の役割—現場からの発信—							村上みゆき
第7回	11月5日 がん放射線療法における看護師の役割—現場からの発信—							高島法子
第8回	11月12日 在宅におけるがん患者支援							角田直枝
第9回	11月19日 がん患者の社会復帰に向けての支援							糸井裕子
第10回	11月26日 がんサバイバーシップ支援							糸井裕子
第11回	12月3日 子育て中のがん患者の子どもに対する支援							茶園美香
第12回	12月10日 終末期にあるがん患者の家族の理解とケア							窪田光枝
第13回	12月17日 終末期にあるがん患者の家族の理解とケア							窪田光枝
第14回	12月24日 在宅におけるホスピスケアの現状と課題 *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)							
第15回	1月7日 チーム医療と緩和ケア～がん告知からグリーフケアまで *eラーニング受講(教室での授業は実施しない)							
成績評価の方法								レポート
評価の基準								レポート100%
準備学習 学習へのアドバイス								事前・事後、関連する先行研究をあたる等、学修を主体的にすすめることとする。
履修条件								
教科書								なし
参考書								適時紹介する。
オフィスアワー								講義の前夜で受け付ける。
その他								

国際医療福祉大学 授業計画 (シラバス)							キャンパス	大学院
科目名	がん治療放射線医学			授業開始年度		2016		
科目担当責任者	橋本 光康	科目担当者						
分野	がん先端医療に対する多職種連携重点コース			学年	博士課程1年	期	後期	
曜日時限	土曜2限	必修／選択	選択	単位数	2	時間数	30時間	
授業の形態	講義 教室での授業を取扱いしてVOD授業として配信し、そのVOD授業の学習でも出席として認める科目です。また、一部の授業が、教室では実施されず、予め収録した授業映像によるVOD授業になります。VOD授業については、必ずeラーニングシステムで学習し、確認問題に回答してください。							
授業の概要 (主題)	現在のがん治療における先端放射線治療全般について深く学び、自己職種の役割や多職種連携のために何が重要かを学習する							
授業の到達目標	がん治療の先端放射線治療全般について理解できる。 放射線治療の多職種連携を考え、自己職種の役割を理解することができる。							
授業計画	回数	内容	担当					
	第1回	放射線腫瘍学概論/放射線機器工学概論	橋本光康					
	第2回	放射線腫瘍学/放射線生物学 * 教室での授業に参加すること(e-learning配信なし)	橋本光康					
	第3回	放射線治療計画に関わる基礎知識	橋本光康					
	第4回	放射線治療名論 I・II 変則開講 10:40～13:00	戸矢和仁 橋本光康					
	第5回	放射線治療計画 臨床症例のまとめ	橋本光康					
	第6回	放射線治療の看護ケア I	菊野直子					
	第7回	放射線治療の看護ケア II	菊野直子					
	第8回	放射線治療看護ケアについてのまとめ	橋本光康 菊野直子					
	第9回	放射線治療技術総論 I	橋本光康					
	第10回	放射線治療技術総論 II	橋本光康					
	第11回	先端放射線治療 * 教室での授業に参加すること(e-learning配信なし)	橋本光康					
	第12回	医学物理学/治療技術学 QA * e-learning受講(教室での授業は実施しない)	宮浦和徳 橋本光康					
	第13回	医学物理学/治療技術学 QA * e-learning受講(教室での授業は実施しない)	小島徹 橋本光康					
	第14回	放射線防護・影響学 * e-learning受講(教室での授業は実施しない)	橋本光康					
	第15回	総括	橋本光康					
成績評価の方法	■レポート □定期試験 □実技試験 □実習評価 □小テスト □その他							
評価の基準	レポート100%							
準備学習 学習へのアドバイス	医師・医学物理士(診療放射線技師)・看護師の視点からの知識を得ることにより多職種連携への問題点を能動的に考える。事前学習は必須、講義時に次回事前学習内容を指示する。							
履修条件	特に指定しない							
教科書	必要に応じて紹介する							
参考書	随時 電子メールにて受け付ける							
オフィスアワー								

国際医療福祉大学 授業計画(シラバス)					キャンパス	大学院
科目名	がん治療薬学			授業開始年度		2016
科目担当責任者	白石 昌彦	科目担当者	鈴木 裕			
分野	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	学年	1・2・3・4年次	期	後期
曜日・時間	集中講義	必修・選択	選択	単位数	2	時間数 30
授業の形態	講義 この科目の授業は、一部がVOD授業です。 VOD授業は必ずラーニングシステムで学習してください。					

この科目の授業は、一部がVOD授業です。
VOD授業は必ずeラーニングシステムで学習してください。

基礎腫瘍学、臨床腫瘍学およびクリティカルバス、インフォームドコンセンストなどがん医療を取り巻く状況の各論を学ぶ。クリティカルバス、インフォームドコンセンストなどを補完し、さらに薬物療法が重要な各臨床腫瘍学をレビューし、現在の最新の知見である、がんにおける分子生物学を配置し、刻々と日進月歩するがんのScienceを学ぶ。

1. 主要な各種がんについて臨床と治療を理解する
2. 治療ガイドラインや治療レジメンを学ぶ
3. がん治療における最新の治療法を学ぶ

授業計画		
回数	内容	担当
第1回	抗悪性腫瘍薬の適正使用、レジメン管理および服薬指導(旭 満里子)	
第2回	クリティカルバスのがん医療における利用状況(旭 満里子)	
第3回	肺癌・中皮腫の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(佐藤 哲夫)	
第4回	肝癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(野呂 拓史)	
第5回	食道癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(鈴木 裕)	
第6回	胃癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(大平 寛典)	
第7回	大腸癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(似鳥 修弘)	
第8回	胆道癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(首村 智久)	
第9回	肺癌の臨床と集学的治療および治療ガイドライン(首村 智久)	
第10回	がん医療におけるインフォームドコンセンスト(旭 満里子)	
第11回	がん薬物療法における薬剤師の役割(旭 満里子)	
第12回	がん医療における遺伝子解析の果たす役割や治療開発における重要性(白石 昌彦)	
第13回	分子標的薬の開発:がんの分子生物学的アプローチ(白石 昌彦)	
第14回	がん専門薬剤師・がん指導薬剤師制度(旭 満里子)	
第15回	総括(旭 満里子)	

成績評価の方法	レポートに基づいて評価する。
評価の基準	レポートに基づいて評価する。レポートの成績は、(80点以上)・良(70～70点)・可(60～60点)・不可(50点以下)とし、優・良・可を合格とする。
準備学習 学習へのアドバイス	各講義では、レポート課題を課して、予習・復習を促す。
履修条件	薬学研究科 医療・生命薬学専攻 がんプロ
教科書	講義テーマに沿った最新論文を中心に講義資料として配布する。
参考書	がん化学療法ワークシート(大石了三、じほう2008)、がん治療と化学療法(有森和彦、じほう2008)、実践・癌化学療法個別作用対策(古江尚、メディカルレビュー2000)、がん必須ポイント(山口晃弘、じほう2007)

オフィスアワー	メールにて随時
その他	

国際医療福祉大学 授業計画（シラバス）				キャンパス	大学院
科目名	がん先端医療多職種連携実習			授業開始年度	2016
科目担当責任者	大東 貴志	科目担当者	池田 佳史、森川 康英、糸井 裕子、橋本 光康、清水 貴壽		
分野	がん先端医療に対する多職種連携重点コース	学年	博士課程2年 （コース履修2年目）	期	—
曜日・時間	短期集中	必修・選択	必修	単位数	2
授業の形態	実習				
授業の概要 （主題）	極めて専門的な知識が必要とされるがん先端治療において、看護師、放射線技師、薬剤師等の大学院生が同一の臨床現場で、チーム医療・チームケアを学ぶ。 具体的に「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」履修者がチームを形成し、実習施設の指導者等の協力のもと最大限の学習効果を得ることを目指す。				
授業の到達目標	1)がん先端医療を受ける患者・家族のニーズを身体・精神・社会的側面から理解できる。 2)各職種の立場から評価を行い、チーム全体でサービス計画を立案できる。 3)がん先端医療を受ける患者・家族に対するチーム医療・チームケアを見学・実践できる。 4)キャンサーボードおよび学会等で発表し課題を明確にできる。				

授業計画		
回数	内容	担当
第1回 8/6(土)	オリエンテーション、ケーススタディ①(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井、橋本、清水
第2回 7/2(土)	ケーススタディ②、発表・講評、模擬患者(SP)のQOL実践教育(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井、橋本
第3回 8/22(月)	臨地オリエンテーション(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井、橋本、清水
第4回 8/23(火)	臨地実習(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井
第5回 8/24(水)	臨地実習(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井
第6回 8/25(木)	臨地実習(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井
第7回 8/26(金)	臨地実習、キャンサーボード(国際医療福祉大学三田病院)	大東、池田、糸井、橋本、清水
第8回 8/27(土)	実習成果発表会(国際医療福祉大学大田原キャンパス) 臨地実習(ロボット手術ほか・国際医療福祉大学病院)	大東、森川、糸井、橋本、清水
第9回 10/23(日)	シンポジウム参加と省察(国際医療福祉大学大学院東京青山キャンパス)	
第10回 12/11(日)	ワークショップ参加と省察(国際医療福祉大学大学院東京青山キャンパス)	

成績評価の方法	レポート、ディスカッション
評価の基準	レポート内容およびディスカッション時の発表
準備学習 学習へのアドバイス	積極的に実習、ディスカッションに参加する
履修条件	本科目は、コース登録した2年目に、それ以外の必要なコース科目は、原則として1年目に修得する。
教科書	がん先端医療多職種連携実習要項(履修者に配布する)
参考書	Cancer Nursing: Principles and Practice (Cancer Nursing (Jones & Bartlett)) Jones & Bartlett pub Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 4e Saunders
オフィスアワー	実習の前後等で適宜受け付ける
その他	

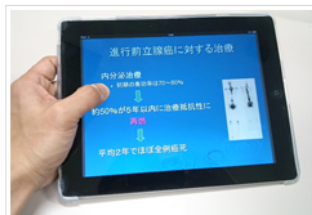
■ がんプロにおける ICT を活用した教育の実践

がんプロにおけるICTを活用した教育の実践

コース2年目の医学臨床実習に向け、がん先端医療のための多職種連携能力の定着を目指し、ICTを活用した教育を実践しています。

予習 タブレット端末による予習教材の学習

予習用に、タブレット端末で学習する教材を開発し、学生に貸与しています。このタブレット端末により、社会人学生であっても、空き時間を利用し、いつ、どこでも予習することができます。



授業 遠隔授業システムによる授業

学生にとって身近なキャンパスで受講できるよう、授業は遠隔授業システムで実施しています。この遠隔授業システムにより、学生は関連病院を結んだ遠隔がんサージボードにも参加できます。



アンサーパッドを活用した双方向授業

アンサーパッドを活用し、学生の積極的な授業参加を促す双方向授業を実施しています。アンサーパッドは遠隔授業に対応しており、どのキャンパスで出席しても積極的な参加が可能です。

[アンサーパッドを活用した授業の様子を視聴する](#)



復習 eラーニングシステムによる復習

教室での授業はすべて映像として収録され、eラーニングシステムより復習することができます。eラーニングシステムには授業資料や確認問題なども掲載され、知識の定着を支えています。



知識の定着・応用

■ 学生用学習教材【iPad映像教材】

分類	タイトル	担当教員名
医療プロフェッショナリズム概論	Medical Professionalismとは何か～成り立ちとその定義	天野 隆弘先生
	医学・医療における倫理	金澤 一郎先生
	がん先端医療多職種連携実習発表会(平成27年度がん先端医療に対する多職種連携)	—
がん看護学	ケアタウン小平	糸井 裕子先生
	在宅におけるホスピスケアの現状と課題～訪問看護師の立場から～	蛭田 みどり先生
	チーム医療と緩和ケア～がんの告知からグリーフケアまで～	保坂 隆先生
映像教材	前立腺がんのスクリーニング	大東 貴志先生
	限局性前立腺がんの最新治療	大東 貴志先生
	前立腺がんの薬物治療最前線	大東 貴志先生
	大腸がん肝転移の手術方針 ～大腸がん肝転移の治療において肝切除は中心的な役割を果たす～	別宮 好文先生
	成人の心肺蘇生法	勝田 孝信先生
	上部消化管疾患とその対応(外科系)	吉田 昌先生
	婦人科がん～子宮体がん～	山澤 功二先生
	リスクマネジメントとヒューマンエラー	武田 英孝先生
	がんの先端的内視鏡診断と治療	鈴木 伸治先生
	子宮頸がん	福地 剛先生
	卵巣がん	大和田 倫孝先生
	胃がん治療の最前線	吉田 昌先生
シンポジウム 「チームで取り組む最新がん化学療法」	乳がんの最新化学療法	徳田 裕先生
	がん治療における薬剤師の存在意義	高山 慎司先生
	がん患者を対象とした訪問看護活動	落合 佳子先生
	がん患者の心のケア	竹内 麻理先生
	化学療法の際の口腔ケアの現状	佐藤 一道先生
	ディスカッション	—
シンポジウム 「チームで取り組むがん治療～放射線治療・チーム医療を中心に～」	最新の放射線治療／放射線治療の精度向上を目指す専門職連携	茂松 直之先生 相川 亜子先生
	化学放射線療法における薬剤師の役割／チーム医療に関する看護師の役割	久保 晶子先生 菊野 直子先生
	がん医療における多職種チーム医療の実際／総合討論	青木 和恵先生 —
シンポジウム 「最先端手術と多職種連携・チーム医療」	最先端手術と多職種連携・チーム医療	新本 弘先生 武田 美穂先生 吉岡 邦彦先生 大平 寛典先生

■ 学生用学習教材【iPad映像教材】

分類	タイトル	担当教員名
施設見学	放射線医学総合研究所	—
	静岡県立静岡がんセンター	—
	九州国際重粒子線がん治療センター視察	—
	聖路加国際病院 施設見学	—
	ケアタウン小平	糸井 裕子先生
ワークショップ	がん医療における多職種連携とその大学院教育を考える	—
	チーム医療と緩和ケア～がんの告知からグリーフケアまで～	保坂 隆先生
	がん医療における大学院教育を考える(1)「社会学から見た『チーム医療』」	細田 満和子先生
	がん医療における大学院教育を考える(2)「チーム医療の現状・課題」	藤井 博文先生
	がん医療における大学院教育を考える(前半)	谷川原 祐介先生
	がん医療における大学院教育を考える(後半)	谷川原 祐介先生
	がん患者のターミナルケアの現状から大学院教育を考える	戸松 義晴先生 蛭田 みどり先生
一般市民公開講座・講演会	5days discharge program — 患者、家族、病院、地域の連携医療は欧州のERASを凌ぐ —	鈴木 裕先生
	「からだ」に「やさしい」がん治療	内田 克紀先生
	胃がんと子宮がんにならないために	吉田 昌先生 大和田 倫孝先生
実習発表会	医学臨床実習発表会(平成26年度がん先端医療に対する多職種連携)	—
	がん先端医療多職種連携実習発表会(平成27年度がん先端医療に対する多職種連携)	—

平成28年度 博士課程 がんプロセス履修・修了者一覧

<登録年度：平成28(2016)年度>

No	研究科	専攻	分野名称	履修資格	コース修了年度
1	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	(履修中)
2	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	(履修中)
3	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	(履修中)
4	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	放射線・情報科学分野	診療放射線技師	(履修中)
5	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	(履修中)
6	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—

<登録年度：平成27(2015)年度>

No	研究科	専攻	分野名称	履修資格	コース修了年度
1	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	平成28(2016)年度
2	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	平成28(2016)年度
3	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	先進的ケア・ネットワーク 開発研究分野	看護師	平成28(2016)年度
4	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	放射線・情報科学分野	診療放射線技師	平成28(2016)年度
5	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成28(2016)年度
6	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—

<登録年度：平成26(2014)年度>

No	研究科	専攻	分野名称	履修資格	コース修了年度
1	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	医療福祉ジャーナリズム分野	看護師	平成27(2015)年度
2	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	放射線・情報科学分野	診療放射線技師	平成27(2015)年度
3	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成27(2015)年度
4	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成27(2015)年度
5	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成28(2016)年度
6	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—
7	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—

※

※本登録年度の内1名は、平成28(2016)年度にコース修了。

<登録年度：平成25(2013)年度> ※コース開設

No	研究科	専攻	分野名称	履修資格	コース修了年度
1	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	看護学分野	看護師	平成26(2014)年度
2	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	先進的ケア・ネットワーク 開発研究分野	看護師	平成26(2014)年度
3	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	先進的ケア・ネットワーク 開発研究分野	看護師	平成26(2014)年度
4	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	先進的ケア・ネットワーク 開発研究分野	看護師	平成26(2014)年度
5	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	放射線・情報科学分野	診療放射線技師	平成26(2014)年度
6	医療福祉学研究科	保健医療学専攻	放射線・情報科学分野	診療放射線技師	(途中辞退)
7	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成26(2014)年度
8	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成26(2014)年度
9	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	平成26(2014)年度
10	薬学研究科	医療・生命薬学専攻	(分野なし)	薬剤師	(途中辞退)
11	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—
12	慶應義塾大学大学院 薬学研究科	薬学専攻	薬学がん専修コース	単位互換協定 本学科目等履修生	—

Ⅲ.平成 28 年度 がん先端医療 多職種連携実習

1. 実習要項
2. 実習発表会



平成 28 年度 がん先端医療多職種連携実習要項

必修科目 2 単位 (60 時間)

1. 目的

「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」履修者である大学院生が臨地において、先端医療を受けるがん患者を通してチーム医療・チームケアを学ぶ。

2. 概要

極めて専門的な知識が必要とされるがん先端治療において、看護師、診療放射線技師、薬剤師等の大学院生が同一の臨床現場で、チーム医療・チームケアを学ぶ。

具体的には「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」履修者がチームを形成し、実習施設の指導者等の協力のもと最先端治療を受ける患者・家族についてアセスメントおよびサービス計画を立案する。

3. 目標

- 1) 各職種の専門的立場から患者・家族の評価を行い多職種が理解できるような症例提示ができる。
- 2) チーム全体でがん先端医療を受ける患者・家族のニーズを身体的・精神的・社会的側面から理解できる。
- 3) チーム全体でサービス計画を立案できる。
- 4) がん先端医療を受ける患者・家族に対するチーム医療・チームケアを体験できる。
- 5) キャンサーボードおよび学会等で発表し課題を明確にできる。

4. 方法

1) 実習生

大学院博士課程「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」履修者

2) 実習時期

平成 27 年 6 月 4 日 (土)、7 月 2 日 (土)、8 月 22 日 (月)～8 月 28 日 (日)

(そのほかにシンポジウム(10 月 23 日)、ワークショップ(12 月 11 日)の参加を含む)

3) 実習時間

原則 8 時 30 分～17 時 30 分 (実習内容により変更することがある)

4) 実習施設

国際医療福祉大学三田病院、国際医療福祉大学病院

5) 実習担当教員

大東 (単位認定者)、糸井 (副)、池田、森川、橋本、清水

6) 実習チーム編成について

1 チーム 4-5 名で、原則多職種 (看護師、診療放射線技師、薬剤師等) の院生で構成する。

7) 患者の同意

受け持ち患者・家族から実習に対する協力について同意書を用いて同意を得る。

8) 活動計画

スケジュールに準じて実習を行う。スケジュールは弾力的に運用する。

5. 内容

1) 事前演習

- ① 最先端治療を受ける模擬事例のサービス計画を問題解決プロセスに沿って立案する。
- ② 模擬患者（SP）を用いて実際の多職種連携について学ぶ。

2) 臨地実習

- ① 先端医療の実際を見学する。
- ② 先端治療を受ける患者・家族を受け持ちサービス計画の立案、実施、評価を行う。
- ③ 受け持ち患者・家族に関するディスカッションによって問題解決策を見出す。
- ④ キャンサーボードに参加しサービス計画を発表し意見交換を行う。

3) 報告会

- ① 学会で報告し、大学院生・教職員間で成果を共有する。
- ② 実習レポートをチームで作成し学習成果を学内外に発信する。

4) 1) ～ 3) を通して学修する内容等

- ① 先端医療の概念について
- ② 先端医療におけるチーム医療・チームケアの特徴について
- ③ 先端医療における多職種の活動について
- ④ 生命倫理について
- ⑤ 患者の意思決定促進に向けたインフォームド・コンセントについて
- ⑥ 費用や保険適応など経済的側面について
- ⑦ 治療の安全性と有効性について
- ⑧ 患者の治療に伴う症状マネジメントについて
- ⑨ 患者が地域で生活する場合の連携について

5) 実習スケジュール

月／日	時間	学習内容		場所
		AM	PM	
6/4(土)	9:00～17:30	・アイスブレーキング ・ケーススタディ①	・オリエンテーション ・他職種および自職種の活動の実際の見学	三田病院
7/2(土)	9:00～17:30	ケーススタディ②	・発表および評価 ・模擬患者 SP の QOL 研修	三田病院
8/22(月)	8:30～17:00	・臨地オリエンテーション ・先端医療の実際の見学 ・受け持ち患者・家族の決定と承諾（同意書取得） （同意書保管 自筆：大学院、写し：患者・三田病院） ・受け持ち患者・家族に関わる職種とのカンファレンス （主は患者理解）		三田病院
8/23(火)	8:30～17:00	・受け持ち患者・家族のアセスメント、計画、実践（見学）、評価 ・受け持ち患者・家族に関わる職種とのカンファレンス ・先端医療の実際の見学		三田病院
8/24(水)	8:30～17:00	・受け持ち患者・家族のアセスメント、計画、実践（見学）、評価 ・受け持ち患者・家族に関わる職種とのカンファレンス ・先端医療の実際の見学		三田病院
8/25(木)	8:30～17:00	・受け持ち患者・家族のアセスメント、計画、実践（見学）、評価 ・受け持ち患者・家族に関わる職種とのカンファレンス ・先端医療の実際の見学		三田病院
8/26(金)	9:30～18:00	サービス計画作成	・キャンサーボード参加 ・実習まとめの発表	三田病院
8/27(土)	8:30～18:00	実習発表会	先端医療の実際の見学： ロボット手術、放射線機器	AM 大田原 キャンパス PM 国福病院、
10/23(日)	10:00～12:00	公開シンポジウム		三田病院
12/11(日)	11:00～16:30	学生参加型ワークショップ		青山キャンパス

6. 記録

- 1) 実習記録Ⅰ－行動計画
- 2) 実習記録Ⅱ－患者プロフィール
- 3) 実習記録Ⅲ－アセスメントシート
- 4) 実習記録Ⅳ－プランニングシート
- 5) 実習記録Ⅴ－経過記録
- 6) 実習記録Ⅵ－出席表

7. 評価

- 1) 出席状況
 - *原則、8月22日（月）～8月28日（日）の間は欠席2日までとする。
 - *6月4日（土）～12月11日（日）の間の出席は、2/3以上の出席が必要である。
 - 2) 実習記録の内容
 - 3) 実習施設の指導者からの評価
 - 4) 実習レポート各自(1,600字程度)
 - 5) 報告会
 - 6) シンポジウム・ワークショップへの参加と省察
- 上記の内容で総合的に評価する。

8. 提出物等

「6. 実習記録」に示した記録物、実習レポート、報告会の発表資料は、ファイルに一括して綴じ、表紙に実習名、分野、学籍番号、氏名などを記載する。

なお、シンポジウム、ワークショップへの参加と省察については、適時指定された期日に提出する。

9. 実習中の心得

- 1) 本大学の「臨床実習における倫理綱領」を遵守する。
- 2) 個人情報保護に関する法律、実習施設の方針、本学の指針を理解し遵守する。
- 3) 対象者の個人情報の保護に努め、情報の収集、保管、利用については厳重に注意する。
(特に実習資料のコピー原本の取り忘れ・紛失・置き忘れ等に注意する。)
- 4) 臨床現場の業務を妨げない。
 - ① 電話は原則としてとらない。もし状況により受けざるを得ない場合は、学生であることを相手に伝え、メモをとり内容を復唱してからスタッフに取り次ぐ。学生の判断で用件を処理してはいけない。
 - ② 実習指導者の指示を守り、報告はすみやかに正確に行う。
- 5) 服装・マナー
 - ① 身だしなみを整え、常に清潔感を相手に与えるように心がける。
 - ② 挨拶・言葉遣い：敬語を適切に用い、挨拶を欠かさないようにする。
 - ③ 所持品管理：実習施設には必要最低限の所持品の持ち込みとし、貴重品は常に携帯する。

6) 実習施設における院生の責任

- ① 時間の自己管理：実習開始 10 分前には実習場所で待機する。
- ② 何らかの理由で実習場所を離れる場合は、教員と指導者の許可を得る。
- ③ やむをえず欠席をする場合は、教員と指導者に連絡をとる。
- ④ 自己の健康管理に努める。

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

6月4日（土）

時 間	内 容	担 当	備 考
8：50	三田病院玄関前集合		
9：00～9：30	・担当教員、事務スタッフ紹介 ・院生自己紹介 ・オリエンテーション 実習要項について、鍵の管理、カンファレンス室、更衣室、コピー機、パソコン、プリンター、発表用機器、駐車場、食事 ・セキュリティーカード配布 ・ウイルス抗体価報告、診療申込書提出、保険証提示 等	糸井教授 橋本教授 清水准教授 事務部： 川井様	11 階三田ホール
9：30～10：30	ICFモデルを使用した事例の アセスメント・計画について	糸井教授	講義
10：40～10：50	IPEアンケート①	橋本教授	アンサーパッド使用
10：50～12：15	ケーススタディ（個人ワーク）	池田教授、	事例説明
13：15～13：30	・病院の概要と理念や特徴 ・病院スタッフ紹介 看護部：小松崎部長、溝口副部長 放射線部門：小金澤副主任 薬剤部門：酒井主任	大東教授	講義 病院スタッフ紹介 看護部・放射線部門・ 薬剤部門から参加い ただく。
13：30～13：50	ウイルス抗体価検査		泌尿器科 検査結果は後日郵送 予防接種希望調査同封
13：50～14：50	最先端医療の概要について	池田教授	講義
14：50～16：00	ケーススタディ（個人ワーク）	糸井教授	
16：00～17：30	発表 10 分×履修者、質疑応答、 講評	大東教授 池田教授 糸井教授 橋本教授 清水准教授	

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

【実習時の服装について】

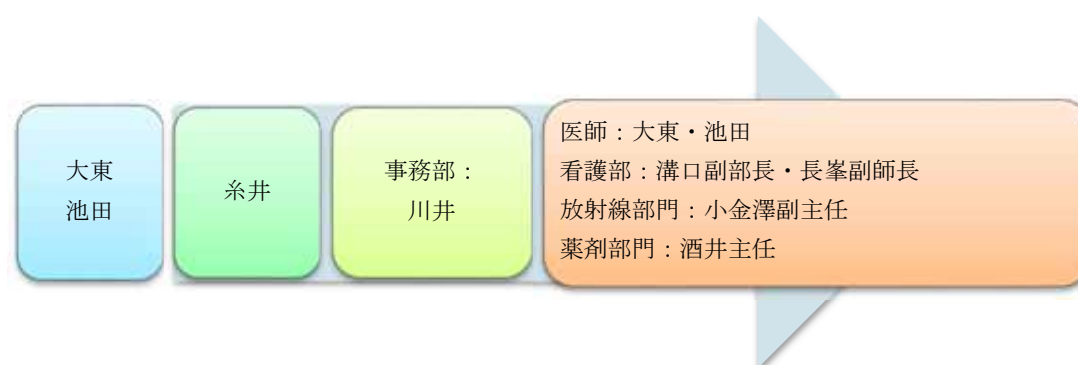
＊6月4日（土）・7月2日（土）は、授業にふさわしい服装・名札着用で出席する。

（6月4日に、ネクストラップホルダーを貸与するので、学生証を入れ、名札として着用する。）

＊8月22日（月）～8月26日（金）は、白衣またはケーシー、名札着用：髪の毛は束ねる。装飾品は身に着けない。清潔感のある身だしなみで出席する。（白衣・ケーシーは各自持参する。）

＊8月27日（土）はスーツを着用する。（終了時、ネクストラップホルダーは返却する。）

連絡体制



7月2日（土）

時 間	内 容	担 当	備 考
9：00～12：00	ケーススタディ（グループワーク） パワーポイントの内容準備	糸井教授	事前希望調査による予防接種の実施（池田教授）
13：00～13：30	グループ発表および評価 ・発表 15 分×1 グループ、質疑応答、講評	池田教授 糸井教授 司会： 池田教授	看護部（病棟師長含む）・放射線部門・薬剤部門から参加していただき質疑および講評をいただく
13：40～15：10	患者・家族・医療人の QOL 研修（模擬患者 S）による OSCE 形式の実践研修 ・各職種 1 名×20 分面談、質疑応答、講評		
15：20～17：30	・自己の振り返りと記録の整理提出 ・8月22日からの実習についての連絡	糸井教授	

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

8月15日（月）～8月19日（金）

時 間	内 容	担 当	備 考
	・最先端治療を受けている患者の選出（1～2名） ・受け持ち患者決定後患者様に実習について説明を行い事前に患者の意思確認を行う。	大東教授 池田教授	実習病棟 決定後、大東教授または池田教授より、受け持ち患者を看護部へ連絡。

8月22日（月）

時 間	内 容	担 当	備 考
8：30～9：00	・オリエンテーション ・ロッカーキー配布、白衣・ケーシーへ着替え ・情報収集必要時の多職種との連絡の取り方 ・患者とのかかわりに対する諸注意 ・記録の提出方法について ・ケアに関する備品などの使用方法について	糸井教授 事務部： 川井様	11階三田ホール集合 10階カンファレンス室にある学部学生用のものを使用する。
9：00～11：00	病院の各部門の見学 ・<u>看護部門</u>：最先端治療における看護の役割（症状マネジメント、インフォームドコンセントなど） ・<u>薬剤部門</u>：最先端治療薬に関する管理や安全性、患者様へのケアなど ・<u>放射線部門</u>：最先端治療に関する治療と患者様へのケア、治療の安全性含む	大東教授 糸井教授 事務部： 川井様	各担当者を決定 *各部門 20分程度（移動含む）

国際医療福祉大学大学院博士がんプロセス
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

	・医療面談・相談室：最先端治療を受ける患者が抱える問題と対応、費用・助成について ・病理：病理診断について ・リハビリ部門		緩和ケアチーム部門 (緩和ケアチームの活動について)、栄養部門 (最先端治療患者の栄養管理について) は、 8/23～8/25 までの期間に部門見学を行う。
11:00～11:30	電子カルテ I D配布 電子カルテの使用方法	医事課： システム担当	
	受け持ち患者様に同意書取得 取得後学生より患者様に挨拶	大東教授 池田教授	原本：大学院 コピー：患者・病院
11:30～	医師より受け持ち患者についての説明 ・患者の病態 ・画像 ・治療方針 ・インフォームドコンセント等 ・各職種の学生から質問させていただく。	大東教授 池田教授 担当医師	病棟
13:00 ～	病棟オリエンテーション ・スタッフ紹介 ・病棟の構造 病棟カンファレンス参加	病棟担当者：	病棟
14:00 ～17:00	受け持ち患者のアセスメント	大東教授 池田教授 糸井教授	病棟または三田ホール

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

8月23日（火）～8月25日（木）

時 間	内 容	担 当	備 考
8：30～17：00	・受け持ち患者・家族のアセスメント、計画、実践（見学）、評価 ・受け持ち患者・家族に関わる職種とのカンファレンス ・先端医療の実際の見学	大東教授 池田教授 糸井教授	*大東教授： 火・金外来診療 カンファレンス参加は、学生が積極的に計画し、担当教員に希望を申し出ること。

【受け持ち患者へのケア等に関する注意事項】

- ①患者への直接的ケア等は、原則見学である。
常に指導者の指示に従う。
- ②受け持ち患者と直接コミュニケーションをとりアセスメントのための情報を得る場合は、必ず指導者に目的、方法、内容を伝え許可をえる。
バイタルサイン、コミュニケーションに関しては、指導者の判断で、単独実施か指導者付きかを指示してもらう。
- ③実習開始前に、チームで計画を確認しあい、患者へのコミュニケーション内容やケア内容が重複しないよう調整する。重複すると患者に負担が及ぶ。
- ④電子カルテは閲覧のみとする。

国際医療福祉大学大学院博士がんプロセス
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

8月26日（金）

時 間	内 容	担 当	備 考
8：30～12：00	アセスメント・計画・評価の まとめ	糸井教授 事務部： 川井様	三田ホール
13：30～	がんセンターボード用の資料印 刷準備		
16：30～17：00	会場準備・予行		
17：30～18：00	がんセンターボード ・15分×1チーム ・パワーポイント発表 ・質疑・応答、講評 ・チーム代表者より：実習の まとめあいさつ がん先端医療多職種連携実習 のまとめ	大東教授 池田教授 糸井教授 橋本教授 清水准教授 司会： 大東教授	臨床からの出席者 医師 病棟看護師 薬剤部門 放射線部門 医療面談・相談室 リハビリ部門 ソーシャルワーカー 医療経営等
18：00～	会場修復 カードキー・ロッカーキー返 却	事務部： 川井様	

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

8月27日（土）

時 間	内 容	担 当	備 考
8 : 30	国際医療福祉大学 大田原キャンパスL棟1階 ロビー集合 配布資料のデータ提出 ネックストラップフォルダー(学 生証入れ)の配布 発表準備・最終打合せ	事務局 糸井裕子教授	(新幹線) 6 : 40 東京駅発 → 7 : 50 那須塩原駅着 (送迎) 那須塩原駅 → 大学 送迎を希望する者は、 那須塩原駅(東口) 8 : 00 出発の大学スク ールバス乗車
9 : 00	大田原キャンパスN棟1階101教 室に移動し、発表データの持込み、 動作確認を行う。 <u>9 : 15 までに終えること。</u>		配布資料・アンケート は、休憩時間に配布
9 : 30～11 : 55	がん先端医療多職種連携実習発表 会（於：関連職種連携実習報告会） 15分発表、質疑5分	がんプロ教員	
	休憩 国際医療福祉大学病院へ移動		(送迎) 大学 → 国福病院 送迎を希望する者は、 12 : 45 までに L 棟 1階ロビーに集合

国際医療福祉大学大学院博士がんプロコース
がん先端医療多職種連携実習日程・内容

8月27日（土）

時 間	内 容	担 当	備 考
13 : 15	国際医療福祉大学病院 集合		
13 : 30～	先端医療機器（da Vinci）の運用と多職種連携の実際と da Vinci を使用した手術手技シミュレーション	森川康英教授、 内田克紀教授、 鈴木裕教授	国際医療福祉大学病院
15 : 00～	保険医療における先端医療機器の活用（da Vinci による前立腺全摘手術の実際と多職種連携）		
16 : 00～	先端医療、自由診療におけるロボット手術の実際		
16 : 45～	放射線医療における先端医療の実際と多職種連携	橋本光康教授 他	
18 : 00	ネクストラップフォルダー返却、アンケート提出、解散		（送迎） 国福病院→那須塩原駅 送迎を希望する者は、18 : 15 までに国福病院 1 階に集合（新幹線） 19 : 02 那須塩原駅発 → 20 : 16 東京駅着

国際医療福祉大学 平成28年度関連職種連携実習報告会 プログラム

日時：平成28年8月27日(土) 口頭発表 9:30～11:55

(ポスター掲示 8/27(土)～28(日) 会場:カフェテリア2F)

会場：O-101、O-102、N-101、N-102、N-103、F101(遠隔:小田原キャンパス、福岡キャンパス、大川キャンパス)

時間帯	LAP	内容	会場1：教室O-101(442)	会場2：教室O-102(408)	会場3：教室N-101(234)	会場4：教室N-102(234)	会場5：教室N-103(234)	会場6：教室F-101(600)	内容	
			座長：下井、杉山	座長：座間、高村	座長：加藤、糸井	座長：室井、白砂	座長：奥村、二本	座長：瀬戸口、伊藤	・開会宣言 ・配布物確認 ・プログラム紹介	
9:30～9:35	5	挨拶	開会挨拶：新井田臨床教育委員長							・開会挨拶 ・実習の経緯説明 ①事前演習 ②本実習
9:35～09:55	20	発表	施設名：小田原1 病院(小田原) ※ストリーミング	施設名：小田原1 病院(小田原) ※ストリーミング	施設名：小田原1 病院(小田原) ※ストリーミング	施設名：九州1 病院 ※ストリーミング	施設名：九州1 病院 ※ストリーミング	施設名：九州1 病院	口頭発表 発表10分、質疑応答5分 ※がんフロ口頭発表 発表15分、質疑応答5分	
09:55～10:15	20	発表	施設名：A1 病院	施設名：B1 福祉施設	施設名：C1 福祉施設	施設名：D1 福祉施設	施設名：E1 福祉施設	施設名：F1 病院		
10:15～10:35	20	発表	施設名：A2 病院	施設名：B2 病院	施設名：C2 病院	施設名：D2 福祉施設	施設名：E2 病院	施設名：九州2 病院		
10:35～10:45	10		休 憩							
10:45～11:05	20	発表	施設名：九州3 病院(九州) ※ストリーミング	施設名：九州3 病院(九州) ※ストリーミング	施設名：九州3 病院(九州) ※ストリーミング	施設名：小田原2 病院(小田原) ※ストリーミング	施設名：小田原2 病院(小田原) ※ストリーミング	施設名：小田原2 病院(小田原)		
11:05～11:25	20	発表	施設名：A3 福祉施設	施設名：B3 病院(大田原)	施設名：C3 病院	施設名：D3 病院	施設名：E3 病院	施設名：F2 福祉施設	前原	
11:25～11:45	20	発表	施設名：A4 病院(大田原)	施設名：B4 病院	※がんフロ がん先端医療多職種連 携実習発表会(院生発 表)		施設名：D4 病院	施設名：F3 病院	伊東	
11:45～11:55	10	挨拶	講師・開会挨拶： 黒澤学部長	講師・開会挨拶： 新井田委員長	講師・開会挨拶： 桃井副学長	講師・開会挨拶： 丸山副学長	講師・開会挨拶： 坪倉副委員長	講師・開会挨拶： 齊藤学部長	講師・閉会挨拶	

※がんフロ:
文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プランの省略
大学院生のがんプロ実習成果発表を行う。

がん先端医療多職種連携実習発表会

食道がん術後再発事例への 多職種によるアプローチ検討

国際医療福祉大学大学院博士課程がんプロセス

原田 桂子 (保健師) 鈴木 明美 (看護師) 荒添 美紀 (看護師)
柳田 智 (診療放射線技師) 大野 凜太郎 (薬剤師) 篠 加奈子 (薬剤師)

指導教員： 大東 貴志教授 池田 佳史教授 糸井 裕子教授

患者プロフィール①

年齢：70歳代 性別：男性 PS (パフォーマンス)：3
診断名 (病名)：食道がん術後再発 肺・肝転移 stage IVb
既往歴：
入院6年前 近医より紹介
入院6年前 心房細動指摘 → 入院6年前6月からアピキサン内服中
入院6年前5～6月 中咽頭がん CRT施行(Radi:60Gy+CDDP130mg 2kr)
入院9ヶ月前 CTよりCOPDを指摘
入院4ヶ月前 食道癌全摘 前胸壁胃管再建術 T3N2M0stage III
入院3週間前 食事摂食時に胸がつかえる→翌日、吻合部狭窄のため食道バールンブジー (内視鏡通過不可)
CTにて後縦隔気管支分岐部に食道がん再発を指摘
入院1週間前 PET-CT 1) 縦隔 (2か所) および
前胸壁皮下での多発再発
2) 多発肺転移 (両側下葉)
3) 多発肝転移 (少なくとも4か所)
4) 骨転移 (L1椎体) 疑い

患者プロフィール②

入院後の経過：
1病日 発熱 食事取れず (CRP14.07 WBC 12300 SpO₂78～80%)
胸部単純撮影 所見 両側下肺野を中心とする著しい肺炎像を認めた
→肺炎により入院→抗菌薬の点滴加療により肺炎は改善

6病日 CTの所見より肺炎像は軽快
肺転移/リンパ管症は増悪、胸水増加

内服薬：
アピキサン錠5mg2T2x、ジゴキシン錠0.125mg 1T1x
シタフロキサシン錠50mg 2T1x、便秘時：酸化マグネシウム錠500 mg

注射薬：
ネオパレン2号(7～17病日)→ネオパレン1号 1000mL(18病日～)

患者プロフィール③

家族構成：妻 (70歳代)、長男 (40歳代 独身同居)
長女 (40歳代 既婚、電車で30分程度のところに住んでいる)

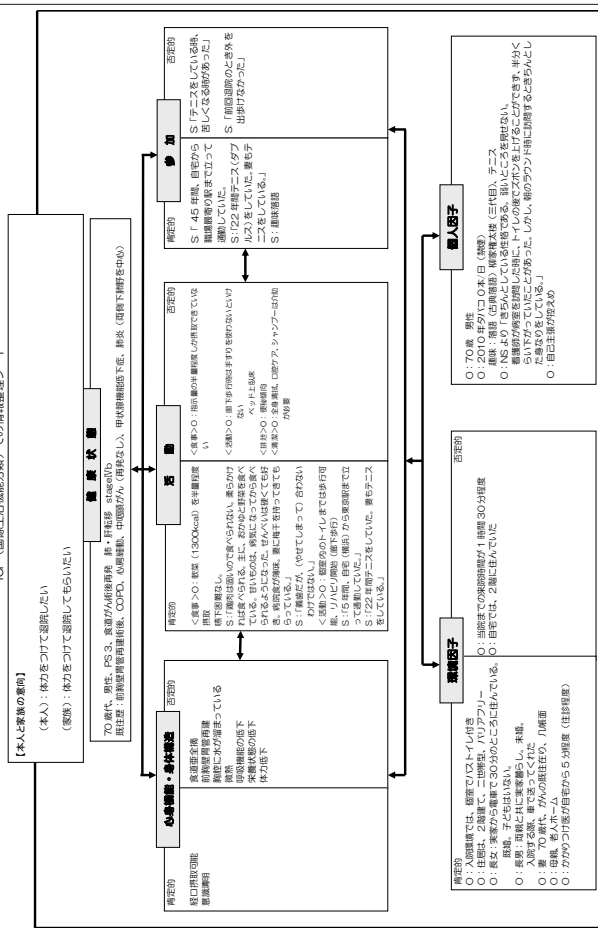
職業：会社員 (サラリーマン)

性格：几帳面、周囲に気を遣う、自己主張が控えめ

趣味：落語を聞くこと

スポーツ：テニス
(22年間、食道がん術後も入院する前までは妻と一緒に楽しむ)

特記すること：職場の最寄り駅まで (一時間半前後) 立って通勤
自宅近くに、在宅医療行っているホームドクターがいる
自宅は、バリアフリーの2世帯住宅



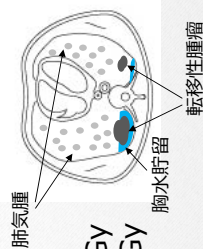
再発→治療としては化学療法 or 放射線治療
それともBSC（ベストサポートケア）

化学療法

FP療法 (5FU:800 mg/m² day1-5,
CDDP:80 mg/m² day1) 奏効率 36%
ネダプラチン+5-FU療法 (5FU: 800 mg/m² day1-5, CDGP:
90 mg/m² day1) 奏効率 40%
DOC療法 (70 mg/m², 3週毎) 奏効率 21%
PTX療法 (100 mg/m², 毎週x6, 2週間休薬) 奏効率 44%

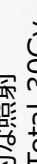
臨床試験で有効性が示されているレジメンはあるもの、PS3以上に
おけるエビデンスはほとんどない

全身性の副作用（消化器症状や骨髄抑制など）を考慮すると予後を短縮させてしまう可能性もあり、化学療法は薦められない



放射線治療

両側下肺野の転移集に対する限局的な照射
 $2\text{Gy/day} \times 15\text{回} = \text{Total } 30\text{Gy}$
 or $3\text{Gy/day} \times 10\text{回} = \text{Total } 30\text{Gy}$



胸水貯留

COPDがあるため広範囲の照射はできない
 下肺野で呼吸性移動があるため限局的に照射が困難
 長時間の仰臥位の保持が困難（治療計画、照射時間）

上記理由により、現時点での放射線治療は薦められない

ただし、骨転移（L1）に対する痛みが出現した場合、緩和目的の照射であれば放射線治療は適応

代替療法

笑い療法（落語）、マッサージ、アロマセラピー、音楽療法
免疫療法

メリット

副作用や合併症が化学療法や放射線療法を比較して少ない
既存治療との併用が可能
苦痛がないことが多い
家族もとに取り組むことで、グリーフケアにもつながる

デメリット

エビデンスが確立されていないものが多い
コストがかかるものもある（免疫療法）

1. 栄養状態の低下

現在の状態

H 170 cm Wt 36.9 kg (1病日) BMI 12.6

摂取カロリー：ネオパレン1号 (560 kcal) + 軟菜

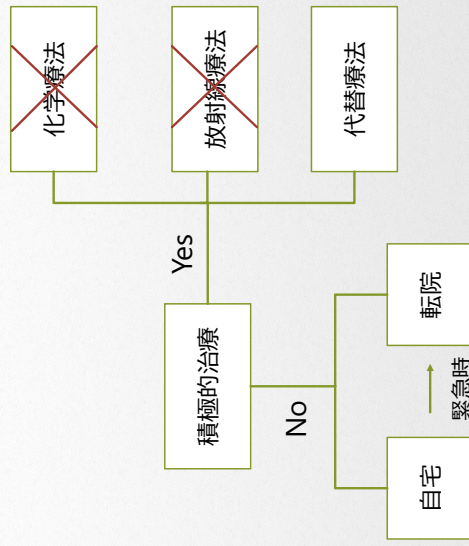
(1300kcal) を半量程度摂取 = 1200kcal程度

現在の問題

食事摂取量が少ない

体重減少著明

低Alb血症 (Alb 2.4、22病日)



BSC（バストサポードイブケア）～退院するためには～

1. 栄養状態の低下

2. 呼吸困難（胸水、COPD）

3. 精神的不安

4. 感染

今後の計画

1. 経口栄養

理想カロリー1800 kcal*→食事のみでの充足は難しく、補助食品（液体、ゼリー、スープ）およびたんぱくUPヘルパーの追加が必要

→エンジヨイポチ（200 kcal）追加（22病日～）

食事形態の工夫（例：鶏肉をきざむ）

持ち込み食（本人の食べれるもの）

*全エネルギー消費量＝基礎エネルギー消費量×活動係数(1.2)×傷害因子(1.1)

2. CV

現在ネオパレン2号1000ml施行していたが、肝機能障害で1号1000mlへ変更。22病日に肝酵素が改善(AST 56 ALT 122)したため、肝機能障害はアミノ酸量が多いことに起因する可能性がある。

→ネオパレン1号1000ml+20%イントラリポス100ml

→50%ブドウ糖500ml+20%イントラリポス100ml

+ピタジエクト（ビタミン）+メドレニック（微量元素）へ変更

退院後

1. 経口栄養の継続

2. ①CV or ②経腸栄養

①CVポート造設

デメリット

必要な栄養が確実に補給できる
CVと比べて感染リスクは少ない

デメリット

訪問看護師の介助が必要
食事摂取量の減少
活動量の低下
時間的な制約

②腸瘻造設

デメリット

必要な栄養が確実に補給できる
点滴をやめることができる

CVと比べて感染リスクは少なく、管理も簡便
腸の消化機能を維持でき、免疫力がある

デメリット

合併症：下痢
造設から使用まで時間が必要
食事摂取量の減少
活動量の低下
時間的な制約
家族の介助が必要

2. 呼吸困難（胸水、COPD）

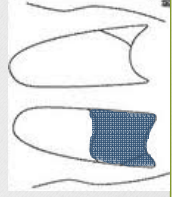
現在の状態

カヌラ 3LでSpO₂ 98 % (安静時)、93 % (廊下歩行40m)

88 % (スクワット)

理学療法士より口すぼめ呼吸、ADLの維持のリハビリ継続中
現在の問題

胸部単純撮影で、胸水が増加傾向 → 喀痰の増加、喀出困難
胸水、COPD → 継続的な酸素吸入が必要
体動時に呼吸苦が出現



今後の計画

喀痰→吸入去痰剤へ変更

胸水増悪→利尿剤（フロセミドなど）追加、胸水穿刺

呼吸器リハビリテーション（口すぼめ呼吸など）の継続

退院後

MSWと連携（在宅酸素導入、介護ベッドの準備など）

3. 精神的不安

現在の状態

主治医から食道がん再発の告知済み

今後の治療方針について主治医からの説明を受ける予定

現在の問題

再発に対する不安

全身状態（体力低下、体重減少、筋力低下、呼吸苦）が改善するか不安

予後に対する不安

今後の計画

治療方針に関する主治医からの説明

十分な傾聴

療養環境の整備（落語、アロマセラピー、マッサージ、音楽療法）

4. 感染

現在の状態

MRSAが喀痰より検出（2病日）

BT 37℃台、WBC 9130、CRP 9.98↑（21病日）

シタフロキサシン錠 100 mg/dayを内服中で肺炎は改善傾向

今後の計画

今後も肺炎を引き起こす可能性があるため、免疫力をあげるため、

栄養状態の改善が必要

家族に対して喀痰の管理（手袋、手洗いなど）を指導

BSC（ベストサポーターケア）～退院するためには～

1. 栄養状態の低下

（入院中）経口栄養+CV→（退院後）経口栄養+CVポート or 腸瘻

2. 呼吸困難（胸水、COPD）

（入院中）利尿剤追加、胸水穿刺、呼吸器リハ、体位工夫

（退院後）ネブライザー、呼吸器リハ、在宅酸素療法、体位工夫

3. 精神的不安

（入院中/退院後）十分な傾聴、療養環境の整備（落語、マッサージなど）

家族への精神的サポート

4. 感染

（入院中/退院後）栄養状態の改善、家族に対して喀痰の管理を指導

入院後22-23病日目の状態

22病日 夜 38.6℃の発熱→23病日 朝 36.7℃
CV抜去、シタフロキサシン錠からレボフロキサシン点滴へ変更
カヌラ3Lからマスク5Lへ増加(SpO₂ 80%台前半→95%)

主治医より病状説明(22病日 夜)

- ① 再発の治療は困難
- ② 予後は長くて数か月 (急変で数日ということもある)

発熱と呼吸状態が落ちれば

本人・家族の希望を確認し、退院の意向であれば、MSWと連携し在宅療養に向けて調整を行っていく

 年齢：70歳代 性別：男性 PS（パフォーマンスステータス）：3 診断名（病名）：食道がん術後再発 肺・肝転移 stage IVb 既往歴： 入院6年前 近医より紹介、心房細動指摘 → X-2年6月からアピキサバン内服中 入院6年前 5-6月 中咽頭がんCRT 施行(Radi:60Gy+CDDP130mg 2kr) 入院9カ月前 CTよりCOPDを指摘 入院4カ月前 食道亜全摘 前胸壁胃管再建術 T3N2M0stageIII 入院3週間前 食事摂食時に胸がつかえる→翌日、吻合部狭窄に対して食道バルーンブジーCTにて後縦隔気管支分岐部に食道がん再発を指摘 入院1週間前 PET-CT 1) 縦隔（2か所）および前胸壁皮下での多発再発 2) 多発肺転移（両側下葉） 3) 多発肝転移（少なくとも4か所） 4) 骨転移（L1椎体）疑い 入院後の経過： 1病日目 発熱し食事も取れず、胸部単純撮影 所見 両側下肺野を中心とする著しい肺炎像を認め、肺炎の診断にて入院(CRP14.07、WBC12300、SpO278～80%)。抗菌薬の点滴加療により肺炎は改善。 6病日目 CTの所見より肺炎像は軽快。肺転移/リンパ管症は増悪、胸水増加。 内服薬：アピキサバン錠5mg2T2x、ジゴキシン錠0.125mg 1T1x、シタフロキサシン錠50mg 2T1x 便秘時：酸化マグネシウム錠500mg 注射薬：ネオバレン2号(7～17病日)→ネオバレン1号1000ml(18病日～)	<u>化学療法</u> FP療法 (5FU:800 mg/m² day1-5, CDDP:80 mg/m² day1) 奏効率 36% ネダプラチン+5-FU療法 (5FU: 800 mg/m² day1-5, CDGP: 90 mg/m² day1) 奏効率 40% DOC療法 (70 mg/m², 3週毎) 奏効率 21% PTX療法 (100 mg/m², 毎週 x6, 2週間休業) 奏効率 44% 臨床試験で有効性が示されているレジメンはあるものの、PS 3以上におけるエビデンスはほとんどない 全身性の副作用（消化器症状や骨髄抑制など）を考慮すると予後を短縮せしめよう可能性もあり、<u>化学療法</u>は薦められない <u>放射線治療</u> 両側下肺野の転移巣に対する限局的な照射 (2Gy/day×15回=Total 30Gy or 3Gy/day×10回=Total 30Gy) COPDがあるため広範囲の照射はできない 下肺野で呼吸性移動があるため限局的に照射が困難 長時間の仰臥位の保持が困難（治療計画、照射時間） 上記理由により、現時点での放射線治療は薦められない ただし、骨転移（L1）に対する痛みが出現した場合、緩和目的の照射であれば放射線治療は適応
--	---

ICF（国際生活機能分類）での情報整理シート

【本人と家族の意向】

(本人)：体力をつけて退院したい

(家族)：体力をつけて退院してもらいたい

健康状態

70歳代、男性、食道がん術後再発 肺・肝転移 stageⅣb

既往歴：前胸壁胃管再建術後、COPD、心房細動、中咽頭がん（再発なし）、甲状腺機能低下症、肺炎（両側下肺野を中心）

心身機能・身体構造

肯定的

食道亜全摘
前胸壁胃管再建
胸腔に水が溜まっている
微熱
呼吸機能の低下
栄養状態の低下
体力低下

否定的

活動

肯定的

<食事>O：軟菜（1300kcal）を半量程度摂取
嚥下困難なし。
S：「鶏肉は固いので食べられない。柔らかければ食べられる。主に、おかゆと野菜を食べている。甘いものは、病気になるから食べられないようになった。せんべいは硬くても好き。病院食が嫌い。妻に梅干を持ってきてもらっている。」
S：「糞固だが、（やせてしまって）合わないわけではない。」
<活動>O：個室内のトイレまでは歩行可能、リハビリ開始（廊下歩行）
S：「5年間、自宅（横浜）から東京駅まで立って通勤していた。」
S：「22年間テニスをしていた。妻もテニスをしている。」

否定的

<食事>O：指示量の半量程度しか摂取できていない
<活動>O：廊下歩行時は手すりを使わないといけ
ない
ベッド上臥床
便秘傾向
<排泄>O：全身清拭、口腔ケア、シャンプーは介
助が必要

参加

肯定的

S：「45年間、自宅から職場最寄り駅まで立って通勤していた。」
S：「22年間テニス（ダブルス）をしていた。妻もテニスをしている。」
S：趣味落語

否定的

S：「テニスをしている時、苦しくなる時があった。」
S：「前回退院のとき外出しなかった。」

環境因子

肯定的

O：入院環境では、個室でバスタイレ付き
O：住居は、2階建て、二世帯型、バリアフリー
O：長女：実家から車で30分のところに住んでいる。
既婚。子どもはいない。
O：長男：両親と共に実家暮らし。未婚。
入院する際、車で送ってくれた
O：妻 70歳代、がんの既往在り、几帳面
O：母親、老人ホーム
O：かかりつけ医が自宅から5分程度（往診程度）

否定的

O：当院までの来院時間が1時間30分程度
O：自宅では、2階に住んでいる

個人因子

O：70歳代 男性
O：入院6年前タバコ本/日（禁煙）
趣味：落語（古典落語）柳家権太楼（三代目）、テニス
O：NSより「きちんとしている性格である。弱いところを見せない。
看護師が病室を訪問した時に、トイレの後でスポンを上げることができず、半分か
くらいたがっていたことがあった。しかし、朝のラウンド時に訪問するときち
んとした身なりをしている。」
O：自己主張が控えめ

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院 がん先端医療多職種連携実習発表会 アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当する番号に ○ をつけ、お帰りの際、スタッフにお渡しください。

① 区分： 1. 実習指導者、 2. 教職員、 3. 院生・学部生

② 性別： 1. 男、 2. 女

③ 職業（複数可）： 1. 院生（博士課程）、 2. 院生（修士課程）、 3. 医師、 4. 看護師、 5. 薬剤師、
6. 診療放射線技師、 7. 教員、 8. 学部生、 9. その他（具体的に ）

④ 所属（例：〇〇学部〇〇学科、大学院〇〇分野、〇〇病院〇〇科など）：

⑤ 発表内容（構成・充実）については、如何でしたか。

1. とても良い 2. 良い 3. ふつう 4. 悪い（理由： ）

⑥ 発表内容（分かり易さ）については、如何でしたか。

1. とても良い 2. 良い 3. ふつう 4. 悪い（理由： ）

⑦ 発表方法（スライド・工夫）については、如何でしたか。

1. とても良い 2. 良い 3. ふつう 4. 悪い（理由： ）

⑧ 実習発表会のご感想をお聞かせください。

1. とても満足 2. 満足 3. ふつう 4. 不満（理由： ）

⑨ 実習発表会に関するご意見、ご感想を自由にお書きください。

⑩ 今後、がんプロの授業を受けてみたいと思いますか。

1. とても思う 2. 思う 3. どちらでもよい 4. 思わない（理由： ）

ご協力、ありがとうございました。

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院 がん先端医療多職種連携実習発表会 アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当する番号に○をつけ、お帰りの祭、スタッフにお渡しください。

参加者	全体数(関係者含む)	アンケート提出	提出率
	106名 *昨年78名	88名	83%

① 区分:	1.実習指導者	2.教職員	3.院生・学部生	計
	6	8	74	88
	6.8%	9.1%	84.1%	100.0%

② 性別:	1.男	2.女	計
	29	59	88
	33.0%	67.0%	100.0%

③ 職業 (複数可):	1.院生(博士)	2.院生(修士)	3.医師	4.看護師	5.薬剤師
	0	0	0	4	1
	0%	0%	0%	4.5%	1.1%
	6.診療放射技師	7.教員	8.学部生	9.その他	計
	1	7	72	3	88
	1.1%	8.0%	81.8%	3.4%	100.0%

※9.その他: 3名(理学療法士、介護福祉士、職員)

④ 所属 (例:○○学部○○学科、大学院○○分野、○○病院○○科など):	計
保健医療学部 看護学科	3
保健医療学部 理学療法学科	10
保健医療学部 作業療法学科	21
保健医療学部 言語聴覚学科	19
保健医療学部 視機能療法学科	3
保健医療学部 放射線・情報科学科	7
医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科	5
薬学部 薬学科	7
小田原保健医療学部 理学療法学科	1
大学院 診療情報管理・分析学分野	1
大学院 医療福祉ジャーナリズム分野	1
国際医療福祉大学病院 呼吸器センター ウロ科	1
国際医療福祉大学病院 リハビリテーション室	1
国際医療福祉リハビリテーションセンター なす療育園	2
	69

⑤ 発表内容(構成・充実)について

1. とても良い	2. 良い	3. ..ふつう	4. 悪い	計
35	37	15	1	88
39.8%	42.0%	17.0%	1.1%	100.0%

※1.とても良い: スライド別に完成しているため内容が分かりやすく頭に入りました。

※2.良い: 資料も発表も詳細まで示されていたため良かった。

※2.良い: 時間がオーバーしていたのでもっとまとめて発表してほしい。

※4.悪い: まとまりがなく長い

⑥ 発表内容(分かり易さ)については、如何でしたか。

1. とても良い	2. 良い	3. ふつう	4. 悪い	計
23	43	22	0	88
26.1%	48.9%	25.0%	0%	100.0%

※2.良い: 先端医療に携わる専門職の高度かつ具体的な支援内容が素晴らしかった。

※2.良い: 詳しく書かれており分かり易かった。

※2.良い: 後半早口であったため。

※3.ふつう: メリットデメリットは分かりやすかったが、もう少し焦点を絞ってあってもよかつと感じた。

※3.ふつう: 少し難しかった。

⑦ 発表方法(スライド・工夫)については、如何でしたか。

1. とても良い	2. 良い	3. ふつう	4. 悪い	計
27	27	31	2	87
31.0%	31.0%	35.6%	2.3%	100.0%

※1.とても良い: 病巣などが分かりやすく記載されていたこと。

※3.ふつう: 放射線治療のスライドで図があったのが分かりやすいと感じた。

※3.ふつう: 早口で分かりにくい。発表時間内でおさめてほしい。

※3.ふつう: 長い

※4.悪い: 時間管理

⑧ 実習発表会のご感想をお聞かせ下さい。

1. とても満足	2. 満足	3. ふつう	4. 悪い	計
28	44	14	1	87
32.2%	50.6%	16.1%	1.1%	100.0%

※1.とても満足: 連携の利点、難しさを学びました。

※2.満足: 様々な視点でとらえており、私たちにないキャパの大きさを感じた。

※3.ふつう: 分かり易くはあったが長かった。

※4.悪い: 長い

⑨ 実習発表会に関するご意見、ご感想を自由にお書きください。

【学部生】

- ・がんは多い病気であるため今後さらにがんプロを学べる機会が増えれば良いと思いました。
- ・がん患者に対する多職種の治療ケアプランが聞けて良かったと思います。
- ・学部の講義では学べない内容でした。とても為になり、勉強になりました。
- ・学生では気付けなかったことなど学びを深めることができました。ありがとうございました。
- ・治療方法の選択がどのようなプロセスで選択したかがとても分かりやすかったです。
- ・将来、がん看護について学び認定NSやNPを目指したいと考えているのでとても勉強になりました。
- ・問題点や治療、訓練法をしっかりと見極めることができていて、とてもすばらしいと感じました。
- ・実際の現場の様子がよく分かる、分かりやすい発表でした。
- ・とても分かりやすく、きけて良かったです。
- ・すごく、とてもかっこいいと思いました。
- ・呼吸器についてよくまとまっていました。
- ・色々な視点からのアプローチを知ることができた。
- ・細かく1つ1つ説明してくださったので分かりやすかったです。
- ・現在3年で、まだまだ勉強不足ということもあり、用語が分からず少し難しく感じてしまいました。
今後患者様と関わる上でももっと勉強して知識を増やさなければならないと感じました。
- ・内容がとても難しく、略語や初めて聞く単語があり全てを理解することが困難だったが1つ1つの問題点について全力でアプローチをされていたため見習いたいと考えた。
- ・栄養状態の退院後について理由を聞いたかった。
- ・スライドを手元資料で全部見えるようにしてほしい。
- ・スライドの資料の配布がなくて少し分かりづらかった。
- ・発表時間を大きくオーバーしていた。専門職でなくても分かるような工夫がなされていた。
- ・発表に時間制限があるので、その時間内に終わるように原稿を考えるべきだと思います。
- ・時間指定があるのならば、しっかり守った方が良いと思います。

【教職員・実習指導者】

- ・リハビリも実施されているので、発表者3名でなくもっと人がいると良いと思いました。
- 初めて聴講しましたが発表はききやすく、資料もみやすかったです。おつかれさまでした。
- この方ですが、口腔ケアを行ったり(家族指導も含め)PTでは、ロすぼめ呼吸とあわせて胸水を出すために体位ドレナージなども行って良いと思いました。
- 栄養に対して着目されていて良いと思いました。栄養がないと運動ができないので、どうしたら食べられるのか、どんなアプローチをしたらこの方が、この方らしく生きることが出来るのか、そのお手伝いができればと思います。がんばって下さい。ありがとうございました。長文ですみません。
- ・院生の皆様、指導された先生方、お疲れさまでした。また事務局スタッフの方々に御礼申し上げます。
- ・BSCの選択は妥当と思います。精神的不安のケアを本人だけでなく家族に対しても必要と思いました。
- ・実例に基づいているので興味深い。
- ・とても良かったです。今後も続けて下さい。
- ・発表時間が短かった。(大学院レベルなので30分ぐらい必要)
- ・少しむずかしかった。

⑩ 今後、がんプロの事業を受けてみたいと思いますか。

1. とても思う	2. 思う	3. どちらでも良い	4. 思わない	計
11	47	23	1	82
13.4%	57.3%	28.0%	1.2%	100.0%

ご協力、ありがとうございました。

IV.平成 28 年度 主な活動

1. 群馬大学重粒子線医学研究センター 視察
2. 公開シンポジウム
3. 一般市民公開講座・講演会
4. がん先端医療に関する講演会
5. 多職種大学院間の合同ワークショップ

文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」 平成 28 年度の主な活動



視察

群馬大学 重粒子線医学研究センター

平成 28 年 11 月 11 日(金)

文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」 チーム医療分野別連携事業
国際医療福祉大学大学院 公開シンポジウム

がんと在宅医療
～地域包括ケアにおけるチーム連携～

日 時 平成28年 **10月23日** (日) 10:00～12:00
会 場 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 A教室
〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階
対 象 一般市民、医療関係者、学校関係者、学生・大学院生

【プログラム】 座 中村 智徳 国際医療福祉大学医学部 教授 医療法学・社会連携センター長・がんプロ医学分野コーディネーター
長 永井 裕子 国際医療福祉大学大学院看護学分野 教授・がんプロ専攻委員・OOL委員・看護委員・緩和委員

●開会挨拶 (10:00～10:05) 森川 康英 国際医療福祉大学病院小児外科 教授・がんプロコーディネーター

●講 演 (10:05～11:25)
10:05～10:25 舟尾 和雄 医療法人社団在和会 立川在宅ケアクリニック理事長 医師
「地域における在宅ホスピスケア専門チームの活動」
10:25～10:45 堀下 誠 NPO法人結核専攻 専任医師 薬剤師
「在宅患者訪問薬剤管理の実践と課題」
10:45～11:05 森岡 江典 国際医療福祉大学立川病院 医療相談室・緩和ケアセンター
がん相談支援センター 連携ソーシャルワーカー
「在宅療養に向けてのMSWによる支援の実践」
11:05～11:25 秋山 正子 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション横浜理事長/暮らしの保健室室長
「がんの在宅医療を支えるサポーターシップケア～地域包括ケアを目指して～」

●総合討論 (11:35～12:00)

【お申込み・お問合せ先】 ●参加費無料
●申込締切: **10月20日(木)必着**
●申込方法: Email または FAX
①氏名(フリガナ)、②連絡先(Tel/Email)、③同僚者氏名(同僚者がいる場合)をご記入のうえ、下記Email または FAXでお申し込みください。
国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局
Tel: 03-6406-0621 Fax: 03-6406-0622
Email: ganpro@jimukyoku.uilshw.ac.jp

同日13:30～・同会場で一般市民公開講座を開催します。「**がんとの戦い**」をテーマに、山王病院副院長・呼吸器センター長 廣神 智徳 先生に講演いただきます。こちらにも、ぜひお気軽にご参加ください。

公開シンポジウム

平成 28 年 10 月 23 日(日)

10:00～12:00

テーマ:

がんと在宅医療

～地域包括ケアにおけるチーム連携～

会 場:

国際医療福祉大学大学院

東京青山キャンパス 5 階 A教室

《10大学連携事業(分野別「チーム医療」)》


 文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
 「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」
 国際医療福祉大学大学院主催
 一般市民公開講座・講演会

参加無料 事前申込制

肺がんと喫煙の決算報告書
 ～肺がん診断治療の最前線と喫煙のトリビア～

講師：奥仲 哲弥 先生
 国際医療福祉大学教授
 山王病院副院長・呼吸器センター長

日時：平成28年10月23日(日)
 13:30～14:45 (13:00開場)

会場：国際医療福祉大学大学院
 東京青山キャンパス5階 A教室
 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階



【お申込み・お問合せ先】
 ●申込開始 10月20日(木)6時
 ●申込方法: Email または FAX
 ①氏名(アフリカ)、②連絡先(Tel/Email)、③同僚者氏名(同僚者がいる場合)をご記入のうえ、下記宛 Email または FAXでお申込みください。
 国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局
 Tel: 03-6406-8621 Fax: 03-6406-8622
 Email: garpro-jimakyoku@iuhm.ac.jp
 同日10:00より、公開シンポジウムを開催します。
 「がんと在宅医療～地域包括ケアにおけるチーム連携～」をテーマに、第一線で活躍する医師等に講演いただき、聴衆の方々とのか合討論を行います。
 こちらにも、ぜひお気軽にご参加ください。

主催：文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業 ☆ 全人的ながん医療の実践者養成

一般市民公開講座・講演会

平成 28 年 10 月 23 日(日)

13:30～14:45

テーマ：

肺がんと喫煙の決算報告書

～肺がん診断治療の最前線と喫煙のトリビア～

会場：

国際医療福祉大学大学院

東京青山キャンパス 5 階 A教室


 文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
 「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」
 国際医療福祉大学大学院主催 放射線治療分野別連携事業

放射線治療部門の情報化：治療RIS
 現状整理と未来に向けて

講師：鈴木 一洋 先生
 公益財団法人がん研究会有明病院 データベース&バイオバンクセンター

日時：平成28年12月3日(土) 13:30～15:00(開場13:00)

会場：国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 ホール
 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階

遠隔接続・配信先：国際医療福祉大学大学院
 ・大田原キャンパス大学院棟3階 A教室
 ・成田キャンパス9階 A教室
 ・小田原キャンパス1階 A教室
 ・熱海キャンパス地下2階 A教室
 ・福岡キャンパス1階 B教室
 ・大川キャンパス1号館2階 A教室

対象：診療放射線技師、医学物理士、放射線腫瘍医、医療関係者、大学院生

【お申込み・お問合せ】
 ①氏名(院生は学籍番号も記入)、②所属、③連絡先(Tel/Email)、④医療上の保有資格。
 ⑤参加キャンパスを明記の上、**平成28年11月30日(木)までに**、下記宛にメールでお申込みください。
 参加費は無料です。
 国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局
 Tel: 03-6406-8621 Email: garpro-jimakyoku@iuhm.ac.jp

主催：文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業 ☆ 全人的ながん医療の実践者養成

がん先端医療に関する講演会

平成 28 年 12 月 3 日(土)

13:30～15:00

テーマ：

放射線治療部門の情報化：治療RIS

現状整理と未来に向けて

会場：

国際医療福祉大学大学院

東京青山キャンパス 5 階 ホール

遠隔接続・配信先：

各キャンパス大学院遠隔教室

≪10大学連携事業(分野別「放射線治療」)≫



文部科学省事業「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」

国際医療福祉大学大学院 多職種大学院間の合同ワークショップ

がんと地域包括ケア ～政策と現場におけるギャップ・課題～

日時 平成 28 年 **12 月 11 日(日)** 11:00～16:30

会場 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 B教室
〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4-5階

基調講演 「地域包括ケアシステムについて」

講師 中村 秀一 国際医療福祉大学大学院 副大学院長

「在宅緩和ケアを担う診療所-緩和ケア充実診療所の制度的意義-」

講師 川越 厚 医療法人社団バリアン 理事長
クリニック川越 院長

【スケジュール】	総合司会: 大東 貴志 国際医療福祉大学三田病院泌尿器科部長 教授/がんプログラム推進-教育委員
11:00～11:05	開会挨拶: 森川 康英 国際医療福祉大学病院小児外科 教授/がんプログラムディレクター
11:05～11:55	講演1: 川越 厚 医療法人社団バリアン 理事長 クリニック川越 院長
11:55～12:05	質疑応答
13:00～13:50	講演2: 中村 秀一 国際医療福祉大学大学院 副大学院長
13:50～14:00	質疑応答
14:10～14:20	アンサー・バックを待って: 大東 貴志
14:20～15:40	ワークショップ(1グループ 6～8名 / 2グループ 場所:5階 C・D教室) *電子黒板使用 進行、記録、発表はグループ内選出
15:40～16:10	各グループの発表(各発表15分)
16:10～16:25	総合討論
16:25～16:30	総 括: 天野 雅弘 国際医療福祉大学大学院長

【お申込み・お問合せ先】

①氏名(学生は学籍番号も記入)、②所属、③連絡先(Tel/Email)、④医療上の保有資格、⑤教員経歴を
明記のうえ、**12月8日(木)までに**、下記宛てにメールでお申込みください。参加費は無料です。

国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局 03-6408-8621 ganpro-jimukyoku@iuhw.ac.jp

共催: 文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業 全人的ながん医療の実践者養成

多職種大学院間の

合同ワークショップ

平成 28 年 12 月 11 日(日)

11:00～16:30

テーマ:

がんと地域包括ケア

～政策と現場におけるギャップ・課題～

会 場:

国際医療福祉大学大学院

東京青山キャンパス 5 階 B教室

1. 群馬大学重粒子線 医学研究センター 視察

平成 28 年 11 月 11 日



平成 28 年 11 月 2 日

群馬大学 重粒子線医学研究センター見学

1. 見学目的

重粒子線センターの運用体制と、人材育成のための教育プログラムを学ぶ

※教育プログラムは、重粒子線に関する医療スタッフと大学院生に対するもので、
職種は、医師、診療放射線技師、看護師、薬剤師を中心に学ぶ。

2. 見学日 11 月 11 日（金） 14：30～

3. スケジュール

(1) 見学：1 時間程度

(2) 講義：1 名×20 分程度

・センター長

テーマ：運用体制および重粒子線に関する業務内容と人材育成、多職種連携

・診療放射線技師、看護師、薬剤師

テーマ：各職種の視点から前記テーマの説明

(3) 意見交換、ディスカッション：10～20 分程度

4. 映像教材の作成

教材作成として、これらの一連の模様および加速装置の概略、業務内容等を収録し、
映像教材化する。患者様の情報については収録しない。

5. 訪問者 計 5 名

国際医療福祉大学大学院長 天野 隆弘（医師・がんプロ講座主任）

国際医療福祉大学大学院放射線・情報科学分野長/教授 勝俣 健一郎

（理工系教員・がんプロ委員）

国際医療福祉大学大学院放射線・情報科学分野/教授 橋本 光康

（理工系教員・医学物理士・がんプロ教員）

国際医療福祉大学事務局 鈴木 享（がんプロ事務局）

株式会社医療福祉総合研究所（本学グループ） カメラマン 富田 恵介

以上

2. 公開シンポジウム

10 大学連携事業(分野別「チーム医療」)

平成 28 年 10 月 23 日





文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」 チーム医療分野別連携事業

国際医療福祉大学大学院 公開シンポジウム

がん と 在宅医療

～地域包括ケアにおけるチーム連携～

参加費
無料

日時 平成28年 **10月23日** (日) 10:00～12:00

会場 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 A教室
〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階

対象 一般市民、医療関係者、学校関係者、学生・大学院生

【プログラム】 座 中村 智徳 慶應義塾大学薬学部 教授 医療薬学・社会連携センター長/がんプロ薬学分野コーディネーター
長 糸井 裕子 国際医療福祉大学大学院看護学分野 教授/がんプロ評価委員・QOL委員・看護委員・緩和委員

●開会挨拶 (10:00～10:05) 森川 康英 国際医療福祉大学病院小児外科 教授/がんプロコーディネーター

●講演 (10:05～11:25)

10:05～10:25 井尾 和雄 医療法人社団在和会 立川在宅ケアクリニック理事長 医師
「地域における在宅ホスピスケア専門チームの活動」

10:25～10:45 岩下 誠 NPO法人緑理事長 豊里薬局 薬剤師
「在宅患者訪問薬剤管理の実際と課題」

10:45～11:05 森岡 江美 国際医療福祉大学三田病院 医療相談室・緩和ケアセンター
がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー
「在宅療養に向けてのMSWによる支援の実際」

11:05～11:25 秋山 正子 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長/暮らしの保健室室長
NPO法人 maggie's tokyo 共同代表 看護師
「がんの在宅医療を支えるサポーターシップケア～地域包括ケアを目指して～」

●総合討論 (11:35～12:00)



東京メトロ・都営大江戸線「青山一丁目」駅3番出口より徒歩2分

文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業
全人的ながん医療の実践者養成 共催

【お申込み・お問合せ先】 * 参加費無料

●申込締切: **10月20日(木)必着**

●申込方法: Email または FAX

①氏名(フリガナ)、②連絡先(Tel/Email)、③同伴者氏名(同伴者がいる場合)をご記入のうえ、下記宛Email または FAXでお申し込みください。

国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局

Tel: 03-6406-8621 Fax: 03-6406-8622

Email: ganpro-jimukyoku@iuhw.ac.jp

同日13:30～・同会場で一般市民公開講座を開催します。「肺がんと喫煙の決算報告書」をテーマに、山王病院副院長・呼吸器センター長 奥仲 哲弥 先生に講演いただきます。こちらにも、ぜひお気軽にご参加ください。

地域における 在宅ホスピス専門チームの活動

立川在宅ケアクリニック 井尾和雄
2016年10月23日



延命治療を希望しない 在宅の癌の患者さんたち映像



在宅緩和ケアを始めた動機・経緯

- 1984年 帝京大学病院麻酔科 標榜医取得4468号
- 1987年 国立王子病院麻酔科
- 1988年 帝京大学病院麻酔科 指導医取得2330号
- 1991年 井上テイスクリニック麻酔科
- 1995年 父の癌死(肝癌、開業医、3か月、病院死)
緩和ケア後進国?
- 1996年 友人の癌死(肺癌、黄疽、3か月、診療所死)
死に場所もない国?
- 1997-8年 ホスピスを建てるため日本・アメリカ見学
- 1999年 ホスピス断念(地主「やっぱり人の死ぬ場所には…」)
- 1999年 厚労省のアンケート(癌末期の割合は自宅希望)に遭遇
施設も金も奪らない…やってみるか
- 2000年 井尾クリニック開業
- 2008年 移転・改名立川在宅ケアクリニック
- 2016年4月 院長交代



2000年2月開業

富士見町・井尾クリニック



Tachikawa Home Care Clinic

16年間最も苦勞した「在宅ホスピス専門チーム」の編成

2000年2月開業（医師一人、車一台、電話番号一人でスタート）

2000年4月介護保険スタート（知識習得のため試験を受ける）

在宅ホスピスのパートナーはがん末期を看る訪問看護師と確信

顔の見える連携構築のため

- ①「多摩在宅ケアネットワーク」多職種連携
- ②「多摩緩和ケアネットワーク」緩和ケア医療者連携
- ③「多摩緩和ケア実践塾」多摩で緩和医療に携わる医療者の1年間の講座開催してきた。

今では各地域で信頼ののける訪問看護師・薬剤師・ケアマネとチームが組める体制が出来上がった。

Tachikawa Home Care Clinic

2008年3月に移転

幸町・立川在宅ケアクリニック



Tachikawa Home Care Clinic

在宅ホスピスの認知のために

- ★ 病院訪問（院長・退院調整室）…病院の理解を求めて
- ★ ニュースレター
- ★ 出版
- ★ 病院での講演…病院医師・看護師の意識改革のために
- ★ 薬剤師・訪問看護・ケアマネへの講演
- ★ 市民講演会
- ★ 新聞・雑誌・TV取材

Tachikawa Home Care Clinic

読売新聞2006年11月16日～11月18日
生じる第2部在宅ホスピス 井尾クニツク連載記事



Tachikawa 田中 辰雄
03-5481-9972
Tachikawa Co., Ltd.



2016年6月6日 夕刊読売新聞記事



1000 8th Avenue, Suite 1000, New York, NY 10018-3209



週刊現代2010年12月11日号特別レポート



Tachikawa 立川市立川市
立川市立川市立川市



★多摩在宅ケアネットワーク
地域の仲間作いのために

(平成19年10月18日第1回～平成28年10月13日第67回)



科目		金額		単位		備考	
科目	説明	金額	単位	金額	単位	金額	単位
01	人件費	1,000,000	人	1,000,000	人	1,000,000	人
02	材料費	500,000	円	500,000	円	500,000	円
03	委託費	200,000	円	200,000	円	200,000	円
04	雑費	100,000	円	100,000	円	100,000	円
05	その他	200,000	円	200,000	円	200,000	円
06	繰越金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
07	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
08	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
09	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
10	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
11	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
12	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
13	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
14	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
15	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
16	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
17	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
18	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
19	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
20	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
21	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
22	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
23	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
24	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
25	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
26	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
27	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
28	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
29	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
30	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
31	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
32	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
33	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
34	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
35	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
36	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
37	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
38	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
39	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
40	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
41	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
42	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
43	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
44	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
45	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
46	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
47	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
48	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
49	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
50	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
51	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
52	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
53	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
54	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
55	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
56	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
57	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
58	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
59	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
60	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
61	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
62	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
63	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
64	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
65	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
66	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
67	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
68	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
69	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
70	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
71	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
72	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
73	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
74	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
75	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
76	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
77	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
78	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
79	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
80	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
81	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
82	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
83	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
84	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
85	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
86	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
87	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
88	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
89	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
90	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
91	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
92	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
93	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
94	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
95	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
96	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
97	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
98	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
99	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
100	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
101	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
102	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
103	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
104	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
105	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
106	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
107	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
108	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
109	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
110	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
111	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
112	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
113	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
114	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
115	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
116	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
117	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
118	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
119	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
120	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
121	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
122	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
123	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
124	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
125	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
126	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
127	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
128	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
129	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
130	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
131	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
132	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
133	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
134	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
135	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
136	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
137	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
138	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
139	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
140	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
141	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
142	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
143	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
144	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
145	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
146	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
147	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
148	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
149	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
150	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
151	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
152	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
153	繰上金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
154	繰下金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
155	繰入金	1,000,000	円	1,000,000	円	1,000,000	円
156	繰出金	1,000,000	円	1,000,000	円</		

Tachikawa
a B&B Engineering
Home Care Clinic



在宅ホスピス専門チームのコアメンバー

- ★在宅緩和医 (24時間対応、機動力、患者・家族への充分な説明力、病院からの信頼...)
- ★訪問看護師 (24時間対応、機動力、がんの看取り経験豊富、患者・家族の信頼が高い...)
- ★訪問薬剤師 (医療用麻薬、IVH、持続皮下注...) 処方可能な医療用麻薬・注射剤
- ★ケアマネ (医療が解る、動きが早い、患者・家族の信頼が高い...)



Tachikawa Home Care Clinic

在宅ホスピスの流れ

- ①自宅以最期まで過ごしたい
- ②相談の予約
- ③全例面談 本人・家族の意思・病識・覚悟の確認
- ④当日から訪問開始
- ⑤看取りorホスピス転院で終了



Tachikawa Home Care Clinic

立川在宅ケアクリニックの 在宅ホスピス



Tachikawa Home Care Clinic

在宅看取りには3つの覚悟

- ①家で死にたい**本人の覚悟**
- ②家で看取りたいという**家族の覚悟**
- ③家で最期まで支えるという**医師の覚悟**



Tachikawa Home Care Clinic

面談で必ず伝える2つのこと



Tachikawa Home Care Clinic



②119はしない

- 救急隊員は全力でCPR
- 到着時死亡の場合は警察へ連絡
- どの病院搬送されるか不明
- 病院到着時死亡の場合は検視となる
- 蘇生しても管につながれた最期になる

Tachikawa Home Care Clinic



①点滴は天敵

癌だけではなく末期状態には全て

点滴はしない、中心静脈栄養は減らす
体が衰弱してきた状態では
浮腫、胸水、胸水、痰の増加を起こす。
病院Drいわく

「溺れ死にみたい・・・」
「まるで土左衛門だもんね・・・」
自然な苦しまない呼吸状態のためには
余分な水分はいらない、最期まで口から。

(看取りの極意)

Tachikawa Home Care Clinic



看取るのは家族

最期の呼吸変化「旅立ち」を
家族に渡す。

リズムが不規則、無呼吸、死
前喘鳴（ゴロゴロ音）本人は
苦しくはない。長い間隔の呼
吸が一、二度あり最後の呼吸
がみられる。看取るのは家族、
看取った後に連絡、死亡の確
認、死後の処置に医師、看護
師が同う。

家族はチームの一員

Gone From My Sight: The Dying Experience
Barbara Kromer

旅立ち
死を看取る



■ パーペタル・カウンス
野 田 陽一

(原) 日本赤十字社・看護学研究所編訳

Tachikawa Home Care Clinic



TZC-Clinic

死に場所がない日本
看取り難民が増え続ける

Tachikawa
タチカワ心療内科
Tachikawa Heart & Mind Clinic

死亡場所構成割合将来予測

在宅医療の普及が必要

The chart displays the projected percentage distribution of death locations from 2014 to 2040. The Y-axis represents the number of people in thousands (万人), ranging from 0 to 180. The X-axis represents the years. The bars are stacked by category: Home (green), Hospital (orange), Facility (yellow), and Others (blue). A red dotted line indicates the total population trend, which is projected to decline from approximately 175.6 thousand in 2014 to about 144 thousand in 2040.

Year	Total Population (万人)	Home (万人)	Hospital (万人)	Facility (万人)	Others (万人)
2014	175.6	16	98	10	10
2020 (Estimated)	170.4	33	98	10	10
2030	約161万人	50	98	10	10
2040	約144万人	56	98	10	10

Legend:

- 自宅 (Green)
- 病院 (Orange)
- 施設 (Yellow)
- その他 (Blue)

Note: The red dotted line represents the total population trend (総人口推移傾向).

**国は在宅や施設でのすべての看取りを
増やす方向へ舵を切った**

- 2007年4月** 「在宅療養支援診療所」
24時間365日体制で在宅で患者を見守る
在宅で看取ったとき看取り加算10万円
- 2008年4月** 「がん対策基本法」施行
早期からの緩和ケア、在宅での支援を強調
- 2012年4月** 介護保険・医療保険の改正
在宅看取りを強化・施設での看取りの推進
- 2013年6月** 社会保障制度改革国民会議報告
在宅看取りを強化・施設での看取りの推進
- 2014年4月** 地域包括ケアシステム
税と社会保障の一体化・消費税8%
- 2014年6月** 医療介護総合推進法成立
- 2016年4月** 在宅緩和ケア充実診療所

[illegible]

社会保険制度改革国民会議 報告書 (2013年8月6日)
医療・介護分野の改革のポイント

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければならない。川上の高度急性期から川下の在宅ケアまでを同時に行う。超高齢化社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること——すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野にいたした「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」——も入ってこよう。



地域包括ケアの真の目的は

団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に、
 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で
 自分らしい暮らしを最後まで続けることができ
 るように、住まい・医療・介護・予防・生活支
 援が一体的に提供される地域包括ケアシステム
 の構築を実現していきます。

団塊世代の看取り



地域包括ケアシステム

○団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が懸念されることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるために、地域でのケアシステムづくりが重要である。

○ 人口が増えている55歳以上人口が急増する大都市圏、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する大都市圏、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

○ 地域で包括ケアシステムは、医療者である市町村や診療所が、地域の自主性や主体性に委ね、地域の特長に即して作り上げることが必要です。



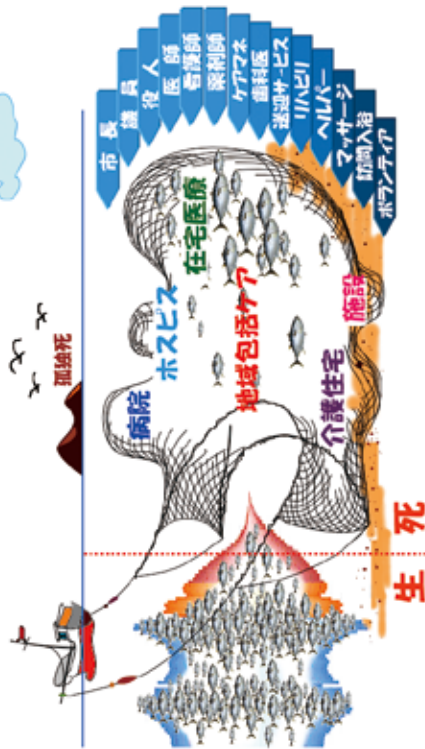
「地域包括ケア以外にない」唐澤剛厚生労働省保険局長
平成27年2月15日全国在宅療養支援診療所連絡会第2回全国大会

シンポジウム「在宅医療～未来をデザインする～」

- 地域包括ケアシステムは「作るのが望ましい」ではなく「必ず作らなければならぬ」
- 日本の年間死亡者数が2025年には40万人増え160万人となり病院看取りは困難である。
- 医科の年間外来数2000年の18.7億人から2013年には16.8億人と1割減少している。「日本全体では外来患者数は減っている現実を認識すべき」「在宅医療が必要なら、外来を受診しにくい人も増えている、これらの人にどのように対応するかが重要であり、黙って座っていたら患者が来る時代は終わった」
- 急性期から、回復期、療養期、在宅に至る流れを一貫して行うためにも地域包括ケアシステムの構築が必要である。
- 推進には①多職種が関わりチーム医療・介護を総合的に展開することが必要②機能するためにマネジメントの視点や「顔の見える関係」が必要③医師が「極の深いリリ・データウェア」を発揮することが必要。



地域包括ケアシステムのイメージ



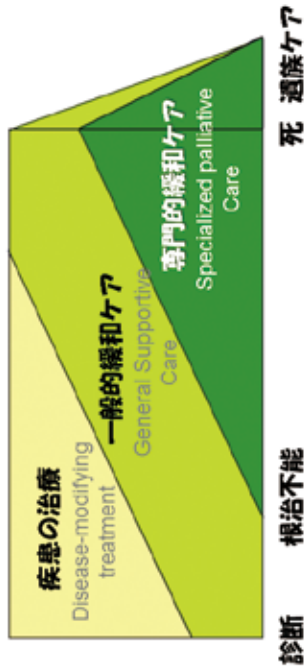
Tachikawa Home Care Clinic

緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアの比較

	緩和ケア病棟	緩和ケアチーム	在宅緩和ケア
症状緩和	●	●	●
看取り	●	×	●
患者・家族のフォロー	▲	▲	●
介護保険利用	×	×	●
ボランティア	●	×	●
24時間対応	●	×	●
遺族フォロー	●	×	●
非がんの緩和ケア	×	×	●

Tachikawa Home Care Clinic

緩和ケア—より新しいモデル



Oxford handbook of Palliative Care, 2005

資料: 2012年度「造血器腫瘍の在宅医療」・Gancer survival長期フォローアップ研修コース」
国立がん研究センター東病院 緩和ケアセンター・緩和ケア学術部 藤澤大介

Tachikawa Home Care Clinic

在宅緩和ケア充実診療所

第1 基本的な考え方

在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対する評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち、緩和ケアに関する十分な経験を有し、十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関に対する評価を新設する。

Tachikawa Home Care Clinic

施設基準

- ① 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績を**15件以上**かつ在宅での看取りの実績を**20件以上**有すること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が**10件以上**の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去1年間に2件以上有するなど、オピオイド系鎮痛薬を用いた適切な鎮痛療法の実績があること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。



Tachikawa 〇 3346-8777/12-9
Home Care Clinic



御清聴ありがとうございました！



熊本地震へのご支援よろしく願いします。

がまだすばい熊本！



Tachikawa 〇 3346-8777/12-9
Home Care Clinic



**第20回 日本在宅ホスピス協会
全国大会 in 多摩**



Tachikawa 〇 3346-8777/12-9
Home Care Clinic



“看る・診る・看取る”
家で「困るのはいい、苦しみのない幸せな最期」を
24時間・365日えます。

2017年
9/22 (金)
ZACの-Cafe

13:30-
ツバキがバーナー

2017年
9/23 (土)
ZACの-Cafe

13:30-
ツバキがバーナー

2017年
9/24 (日)
ZACの-Cafe

13:30-
ツバキがバーナー



Tachikawa 〇 3346-8777/12-9
Home Care Clinic

平成28年10月23日

国際医療福祉大学大学院 公開シンポジウム

がんと在宅医療

～地域包括ケアにおけるチーム連携～

「在宅患者訪問薬剤管理の実践と課題」



特定非営利活動法人 縁
豊里薬局 岩下 誠



特定非営利活動法人 (NPO) 縁

目的及び事業

この法人は、中山間地域など過疎化が進む地域の人々に対して、医薬品を安定・継続して供給する体制を構築するとともに、環境保全・災害対策及び地域活性化に関する事業を行うことにより、地域の医療・福祉・介護・司法の連携を増進し、活力ある社会の実現に寄与することを目的とする。

この法人は、その目的を達成するため、次に掲げる種類の特定非営利活動を行う。

- (1) 医療、医療または福祉の増進を図る活動
- (2) まちづくりの推進を図る活動
- (3) 環境保全を図る活動
- (4) 災害救援活動
- (5) 前各号に掲げる活動を行う団体の運営又は活動に関する連絡、助言又は援助の活動

この法人は、その目的を達成するため、次の特定非営利活動に係る事業を行う。

- (1) 保健推進の運営事業
- (2) 薬剤師の育成支援事業
- (3) 関連専門職種の育成支援事業
- (4) 地域活性化支援事業
- (5) 環境保全に関する調査、分析及び資料の作成事業
- (6) 医薬品・非常食等の備蓄及び被災地への供給事業
- (7) その他この法人の目的を達成するために必要な事業

特定非営利活動法人に至った経緯



薬局の在り方 個人薬局とチェーン薬局

・**医療分業**

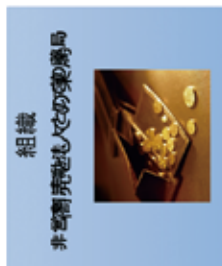
・薬剤師と在宅医療
・薬学生と薬局現場



特定非営利活動法人 (NPO) 縁 として今後の課題・目標



医療人としての薬剤師



組織
非営利売場としての薬局

「薬剤師の必要性」に関して
国民目線のエビデンスの確立

「法人」としての地域貢献活動



長野県南佐久郡5力町村

面積 579.8 Km²

人口密度 33.3/Km²



	人口	高齢化率
長野県	212万人	28.3
小田原市	4937	36.5
北相模村	837	37.9
南相模村	1065	38.3
南牧村	3477	26.9
川上村	4756	24.6

(平成25年10月)

長野県南佐久郡5力町村



病院・診療所

小海分院
小海診療所
国保診療所 5か所
開業医 2か所

内訪問診療者数 140名
内訪問診療者数 4名
内訪問診療者数 140名

国保診療所 5か所
開業医 2か所
小海診療所

平成25年4月～平成26年1月までの65歳以上死亡者数 194名
自宅死亡 31%

長野県南佐久郡5力町村



長野県南佐久郡5力町村

薬剤師視点の問題点

5薬局あるが全薬局が個人経営であり、後継者問題がある。
薬局自体の高齢化が進んでいる。

在宅医療先進地区で薬局薬剤師が
地域医療にかかっていない

Mさん（75歳）男性

医師の訪問指示書より抜粋

主たる傷病 悪性胸膜中皮腫（右肺は中皮腫で機能不全・左肺は多発肺転移）
予後は数週間との予想

家族背景 妻と未婚の娘と同居。娘は日中働きに出ている。

訪問開始時の薬剤

オキシコドン20mg 朝・夕食後 1回2錠
マグミット330mg 朝・昼・夕 食後
センバド錠 寝る前 1回2錠
オキノーム散10mg 疼痛時

特記すべき留意事項

奥様は一貫なんともないようだが
認知症がかなり進んでいるようなので薬の管理はしてもらえない。

課題 誤解から生まれる軋轢

奥様が認知症の疑いがあるので下記の方に注意しながら訪問を

「薬の管理ができていない」

⇨ 他科受診していたので薬剤数は多いが状況に合わせて服薬できている

「薬剤への理解不足」

⇨ ネットなども活用し薬剤の理解を深め服用させている。

課題 誤解から生まれる軋轢

医療介護関係者

奥様

治らない

終末期

患者や利用

否定的

訴訟問題まで発展する可能性

認識の違いから生まれる誤解

奥さんは認知症

医療を信頼しない

治る

回復期

一派人間

民間治療

奥様を交えて今後について話し合った。

民間療法も混ぜて対応

患者扱いしない 人間として接する

在宅での積極的治療を行うが

病状の移り変わりは理解してもらう

患者ご家族を含めてチームとして
共通認識を持つ大切さを学んだ

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（前半）

腹部から背部までの強い痛み

張った腹部が起こす便秘で常時唸ったような状態になってしまふ。

当地域では無菌調剤室がない中で

それでも使える薬剤や方法の中でさまざまなパターンを検討

シリンジポンプを使った持続皮下注を開始
・サンドスタテン
・モルヒネ
状態の変化による薬剤量の変更や
感染防止の観点から1日分の払い出しで対応

薬局薬剤師と訪問看護が連携し土日进行問わず、薬剤を提供し
医師に情報をフィードバックし、患者ご家族の意向に沿って対応した。

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（前半）

地域格差による医療の質における課題

・地域によって医療資源やソーシャルキャピタルは全く異なる。

・最良
地域の特性に沿った対応をすることが重要
地域包括ケアに沿った対応ともいえる。

・制限がある中でも、十分に最良になりえる。

また最良ではなくとも患者、ご家族が満足、納得できるものであればいいのではなか。

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（後半）

腫水による炎症や痛みは軽減し、一時は食事を少しとれるまでに回復した。

しかし、長くはもたずに最後の時は近くなる。

奥様の強い希望で、Mさんの痛みを最後はできる限り取ってほしいとの要望

セデーションをシリンジポンプを用いた皮下注射で開始

- ・ドルミカム（調剤薬局では保険適用外）
- ・セレネース（調剤薬局では保険適用外）

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（後半）

保険適用外医薬品による課題

- ・調剤薬局において保険適用になる薬品が院内とは違いかなり限られている現状。
- ・年々、使用出来る医薬品の数は増えてきてはいるがまだ万全ではない
- ・調剤薬局の現場では一番この部分で混乱してしまう。
- ・また、保険適用の関係で物資が提供できず致し方なく院内対応になり薬局が最後まで患者様に訪問することができないこともある。

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（後半）

第11 章
在宅で使う注射薬・特材リスト

201

現場で実際に必要な医薬品を医師や薬剤師が
声を上げて伝えることで増えていく。

目次

1. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
2. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
3. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
4. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
5. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
6. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
7. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
8. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
9. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
10. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
11. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
12. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
13. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
14. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
15. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
16. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
17. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
18. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
19. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
20. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
21. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
22. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
23. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
24. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
25. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
26. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
27. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
28. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
29. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
30. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
31. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
32. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
33. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
34. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
35. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
36. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
37. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
38. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
39. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
40. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
41. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
42. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
43. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
44. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
45. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
46. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
47. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
48. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
49. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
50. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
51. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
52. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
53. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
54. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
55. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
56. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
57. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
58. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
59. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
60. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
61. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
62. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
63. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
64. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
65. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
66. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
67. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
68. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
69. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
70. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
71. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
72. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
73. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
74. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
75. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
76. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
77. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
78. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
79. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
80. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
81. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
82. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
83. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
84. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
85. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
86. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
87. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
88. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
89. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
90. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
91. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
92. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
93. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
94. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
95. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
96. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
97. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
98. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
99. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201
100. 在宅で使う注射薬・特材リスト	201

社会保険研究所
「在宅で使う注射薬・特材リスト」より抜粋

課題 薬剤等の制限がある中での取り組み（後半）

セデーションを開始して2日後に亡くなったが
奥様から最後の二日間は家族でさまざまな話ができで本当によかったと言っていた。

1 事例からでも多くのことを学ぶことができる。

- ・コミュニケーションの重要性
- ・チーム連携
- ・地域包括ケアの中でどう対応するか
- ・保険適用問題

結語

地域医療は患者さんやご家族を下から横から支えて共に進んでいきます。

薬剤師もどこの地域でも患者さんを支えられ必要とされるように精進します。

地域と共に歩む医療者となれるように。

ご清聴ありがとうございました

Thank you for your attention



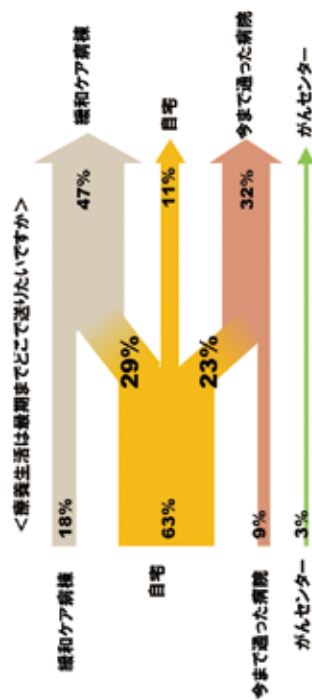
日本薬剤師会 地域・保険医療委員会 委員長
長野県薬剤師会 介護保険委員会 委員長
佐久薬剤師会 在宅医療推進委員会 委員長
NPO法人 縁 理事 岩下 誠



がんと在宅医療
～地域包括ケアにおけるチーム連携～

「在宅療養に向けてのMSWによる支援の実際」

国際医療福祉大学三田病院
医療相談室・緩和ケアセンター
がん相談支援センター
森岡 江美



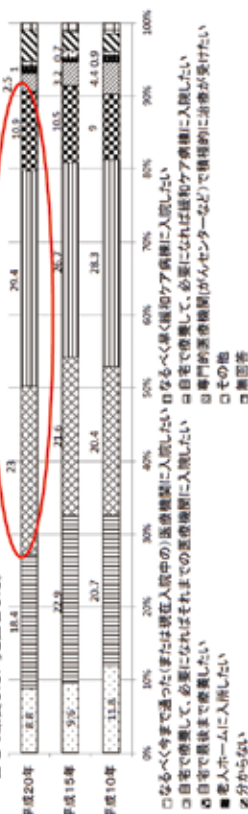
死期が迫っている(余命が半年以下)と告げられた場合— 附属団2,527人(2008年)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e/>

Japanese Society for palliative Medicine(2015)

2006年 11月 13日 星期四 晴 晴

終末期の療養場所に関する希望

自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

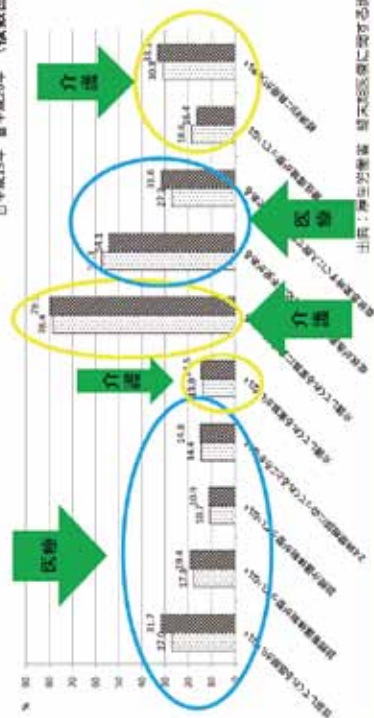


論者又謂、此天竺法親に於する涅槃（80巻）

中国大学之发展 第三卷 第三号 第三页

自宅で最後まで療養することが困難な理由

☐ 甲戌15年 由甲戌20年 (複數回答)



出版：藤田史郎著 読天の区画に對する提議（名譽）

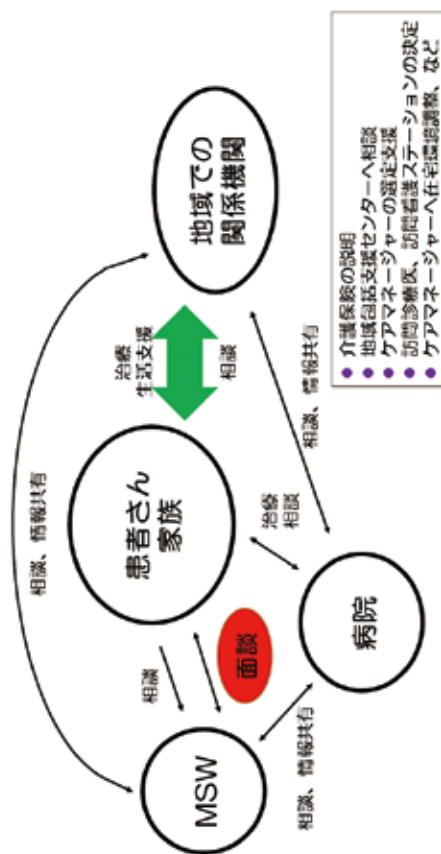
金一、金二、金三、金四、金五、金六、金七、金八、金九、金十、金十一、金十二、金十三、金十四、金十五、金十六、金十七、金十八、金十九、金二十、金二十一、金二十二、金二十三、金二十四、金二十五、金二十六、金二十七、金二十八、金二十九、金三十、金三十一、金三十二、金三十三、金三十四、金三十五、金三十六、金三十七、金三十八、金三十九、金四十、金四十一、金四十二、金四十三、金四十四、金四十五、金四十六、金四十七、金四十八、金四十九、金五十、金五十一、金五十二、金五十三、金五十四、金五十五、金五十六、金五十七、金五十八、金五十九、金六十、金六十一、金六十二、金六十三、金六十四、金六十五、金六十六、金六十七、金六十八、金六十九、金七十、金七十一、金七十二、金七十三、金七十四、金七十五、金七十六、金七十七、金七十八、金七十九、金八十、金八十一、金八十二、金八十三、金八十四、金八十五、金八十六、金八十七、金八十八、金八十九、金九十、金九十一、金九十二、金九十三、金九十四、金九十五、金九十六、金九十七、金九十八、金九十九、金一百。

「自分らしい生活」を地域で送るために 病院のMSW（医療ソーシャルワーカー）は何をするのか？

- ・MSWとは？
人間の行動と社会システムに就する知識を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入しながら、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の根本を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく専門職
（日本社会福祉士会『ソーシャルワーカー論』）
- ・すべての人びとが、自分たちがもつ可能性を十分に発揮させ、その生活を豊かにし、機能不全を克服することができるようになるよう支援する専門職
（日本医療社会福祉協会『医療ソーシャルワーク倫理綱領』）
- ・エンパワメント（主体性や自己決定の尊重）
＊社会福祉士（社会福祉士及び介護福祉士法）、精神保健福祉士（精神保健福祉士法）
認定医療社会福祉士（日本医療社会福祉協会） など

入院医療と在宅医療の違いとは？

	入院医療	在宅医療
治療の判断目的	病状が中心 病気を治す ・治療 ・延命	病気、生活、家族 生活を支える ・QOL（生活の質）



「病院は生活するところではない」と 在宅療養を希望されたAさん

【名前】 Aさん 59歳 女性単身
【病气】 直腸がん、多発肝転移
【家族】 他県に、姉、姉夫、姪、甥

【病気の状態】 X-3年11月に下血あり前医受診。精査目的で当院受診し入院となり手術を受ける。
ストマ、CVポート造設し、化学療法を続ける。
X年4月、食思不振、腹部膨満感あり入院。
主治医よりこれ以上の化学療法は困難である説明を受ける。

2004.12.13 訪問看護士がする時 上から読む

9

- X年4月13日
 - ・ 訪問看護師より本人が不安に思っている様子との連絡あり。
 - ・ 本人と面談。
 - 「家に帰りたいくない」と話される。
- 「点滴を付けたままの状態が普通の生活ですか？」
- X年4月14日
 - ・ 本人と面談。介護保険について再確認あり。不安感強い様子。
 - ・ 主治医に確認し、本人のペースで通院できるよう調整して欲しいとの依頼を受ける。
 - ・ 本人、姉、ケアマネと面談。
 - 本人の希望と家族ができるサービスについて再確認。
 - ・ 訪問診療医に点滴の対応について確認。訪問看護と検討することとなる。
 - ・ 電撃ベッドの購入日程が決定。

2004.12.13 訪問看護士がする時 上から読む

11

- X年4月9日
 - ・ 主治医より通院調整依頼あり。
- X年4月11日
 - ・ 本人と面談。自宅への早期通院の希望あり。

「本当に具合が悪くなったから病院に來たい。
でも病院は生活する場所じゃないでしょ？」

介護保険の説明実施。
・ 上記の件を、主治医、疼痛看護士へ伝え、必要と予測される医療行為について確認。
・ 地域包括支援センターへ連絡。癌療調整制度について相談。
・ 在宅療養支援診療所に訪問診療について相談。
・ 本人、姉、義兄と面談。本人の気持ちと家族と共に確認。

・ 24時間点滴
・ 看護所によるストマ管理

- X年4月12日
 - ・ 地域包括支援センター副所長来訪し、介護保険申請。
 - 本人とともに自宅へ帰ってから必要と予測される医療行為やサービスについて確認。

2004.12.13 訪問看護士がする時 上から読む

10

- X年4月15日
 - ・ 訪問看護師より、通院に向けての不安感が強い様子であるとの連絡あり。
 - ・ 姉と電話。「不安な気持ちが大変いようだが、通院に向けて調整を継続して欲しい」との希望あり。
 - ・ 本人と面談。
 - 「不安は大変いが調整を保留にすることは申し訳ない」と話される。
 - 決断をすずにゆっくり考えるよう伝える。
- 調整を一度中止する。
- X年4月16日
 - ・ 姉より電話。本人は通院を希望しているようだが、訪問診療を受けるほどの状態であると思っていないかったようだと言われる。通院を保留にすることを提案していることを説明する。
 - ・ 本人と面談。長期入院は嫌だが、今は通院できる状態ではない。ただし、家に帰るための準備は行っていると言われる。→訪問診療の調子は機能がかかることを説明。
- 「告知を受けてから化学療法の副作用よりも今が一番辛い。」
- ・ 訪問看護師へ、本人の気持ちの平さ伝える。
- ・ 訪問診療医、訪問看護、ケアマネへ、本人の気持ちを伝え、通院が決定してから再度連絡することを伝える。

2004.12.13 訪問看護士がする時 上から読む

12

- X年4月17日
 - ・主治医へ本人の気持ちを伝える。点滴の時間を検討していただくよう伝える。
- X年4月30日
 - ・本人と面談。退院がいつできるのか質問あり。
 - ・入院が長くなり心配になってきた、と話される。
 - ・病棟看護師へ、退院に向けて具体的に調整開始することを伝える。
- X年5月2日
 - ・訪問診療医、訪問看護、ケアマネへ、退院に向けてのカンファレンスを打診。
- X年5月6日
 - ・本人、姉へ退院前カンファレンスの日程を伝える。
- X年5月7日
 - ・本人と面談。不安を吐露される。
 - 「退院したいんだけど本当に家に帰れるのだろうか？」と話される。

2004.02.13 訪問看護開始するまで 上巻／おつひ

13

- X年5月17日
 - ・訪問看護より電話。家族より、本人が相談で心配なため病院に入院させて欲しいとの希望あり。
 - ・入院する。
 - ・本人、
「家に帰れてよかった。ご飯も少し食べれたんですよ。
早くまた帰りたい。」
 - ・姉、
「心配していましたが、
本人が家に戻りたいと話すのであれば家に連れて帰りたい。」
- X年5月19日
 - ・姉と面談。「覚悟はできました。」
- X年5月20日
 - ・退院する。
 - ・本人、「本当にいろいろありがとうございました。まだお会いしましょう。」と笑顔で家に帰られる。
- X年6月10日
 - ・ご自宅で、家族に見守られながら穏やかに息を引き取る。

2004.02.13 訪問看護開始するまで 上巻／おつひ

13

- X年5月8日
 - ・退院前カンファレンス実施
本人、姉
訪問診療医、訪問看護、ヘルパー事務所、ケアマネ
当院主治医、病棟看護師、WOC看護師
- X年5月12日
 - ・本人と面談。退院日を決められる。
 - ・在宅での医療者に訪問の調整を依頼。
- X年5月13日
 - ・姉に退院日決定したことを伝える。
 - ・不安を吐露される。
- X年5月16日
 - ・下血あり。
 - ・本人より「これを通して家に帰れなくなる」と退院希望あり。
 - ・退院する。

- ◆ 本人の家に帰りたい気持ちをみんなでも共有する。
- ◆ 本人、家族の不安感を共有する。
- ◆ 本人の望む生活の仕方を共有する。
- ◆ 家族の希望を共有する。

2004.02.13 訪問看護開始するまで 上巻／おつひ

14

- 本人、家族で常日頃または定期的に話しをする。
- 主治医に気持ちを伝えておく。
- 話しにくかったら、気のおける友人や医療従事者に間に入ってもらおう。

2004.02.13 訪問看護開始するまで 上巻／おつひ

15

正しい、正しくないの選択をしている
わけではない。

決められず、
迷い、気持ち揺らぐのがあたりまえ。

がんの在宅療養を支える サポーターケア ～地域包括ケアを目指して

(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
NPO maggie's tokyo 秋山正子

がん患者の家族としての出発

- ・ 1966年7月 末期癌・認知症の父を在宅で看取る(16歳)
- ・ 1990年4月 姉の在宅ホスピスケアに関わる(41歳肝癌)
- ・ 1991年9月 淀川キリスト教病院訪問看護室で研修
ならびに非常勤保健師として訪問看護活動に参加
- ・ 1992年9月～ 東京・市ヶ谷にて訪問看護開始
- ・ 2008年11月 国際がん看護セミナーにてアンドリュースの発表でマギーセンターのことを知る
- ・ 2009年3月 訪英しエジンバラ・ファイフ・ロンドンにて見学
- ・ 2010年2月 CEOローラさん・サラさん招聘
- ・ 2011年7月 暮らしの保健室 開設
- ・ 2015年9月 坂町ミモザの家 開設
- ・ 2016年10月 マギーズ東京を豊洲に開設 センター長に

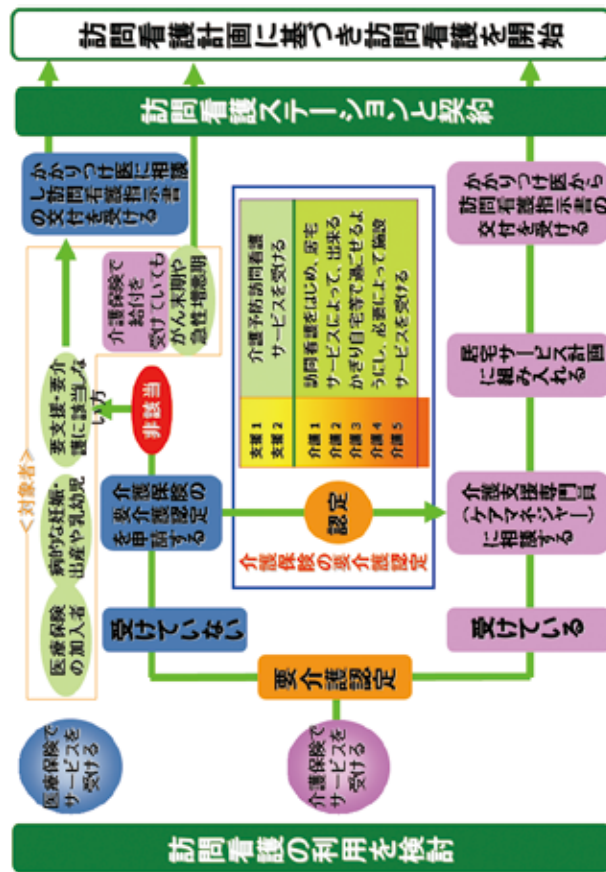


地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム**の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が早まることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が増ばい75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上の人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、**地域の特長に**応じて作り上げていくことが必要。



訪問看護サービスを受けるまでの流れ



癌患者の長い旅路に何が必要か？

- ・ 癌は早期発見・早期治療すれば治る病気となり、入院ではなく外来での治療が主流となってきた。
- ・ この間、慢性的な経過をたどる事もあり、治療途中から十分な緩和医療が行われる事が望ましいといわれながら、まだ十分とはいえない。
- ・ ターミナルステージに陥っているのに認識できず、十分な相談に応じられていない現状がある。
- ・ 外来通院中から、場合によっては、早めに在宅チームへの繋ぎも必要になってきた。
- ・ 地域でのホスピス・ストライアングルの形成が必要。
- ・ グリーフケアも十分に行なえる体制が望ましい。

見放された思いを抱く患者

- ・治療が効果的ではない、「緩和に切り替えましょう」「なので、在宅へ」=退院
- ・「お迎えが近いのよね」
- ・「病院から見放される」
- ↓
- ・「在宅でいったい何をしてくれるの？」
- ・情報が十分に届いていない為に、在宅での療養や、ターミナルステージのイメージがつかない

認識のずれの顕在化の例

- ・患者は緩和ケアを望み始めているのに、家族が新しい治療法や健康食品を勧めたり、別の病院や医師を探してきて、患者に提案し、医療者との間に入って、患者が悩む。
- ・逆に、家族は、緩和ケアを希望始めているのに、患者が、家族のためにがんばらねばと、あらゆる治療の方法を模索し、体力の低下をきたす状態となっている。

お母さんをやれなくなってどっと落ち
込んだ45歳2児の母の思い

- ・ 約1年前に脳転移の症状で乳がんの診断を受け、抗癌剤、放射線治療を受けてきた
- ・ 患部の自壊が進み、ガーゼ交換にも不安があり、夫がインターネットで調べ、訪問看護に繋がった→医療連携をとおり、指示書の交付
- ・ 元旦に出血ひどく救急外来受診
- ・ 翌日のガーゼ交換が不安で臨時の訪問看護
- ・ 「牛乳は飲めますか？」初めての質問！！

生活を見る視点の大切さ
自分でできることがある事の幸せ

- ・ 脱ぎ着がしづらい衣服・トイレに行ったときに困らないか？
- ・ 食事が摂れにくくなった時の対処方法
- ・ 創傷処置に費やす、本人、家族のストレス
- ・ **自分で工夫が出来ると知った時の目の輝き**
- ・ getting started
～with cancer treatment～
- ・ where now? by **maggie's**

ギリギリまで働いていたい

- ・ 59歳 膵癌末期 独居 女性
- ・ 仕事を続けながら外来治療を続けてきた
- ・ すでに緩和医療も並行して始まっている
- ・ 病状の進行・治療中のステロイド使用に伴い、血糖上昇、インスリン使用。

大学病院では、消化器内科、緩和（麻酔科）、
内分泌科と3科の外来に受診中

介護保険2号被保険者に対して

外来化学療法を続けてきた、自立して
生きようとするキャリアウーマン
一人暮らしを支えるには？

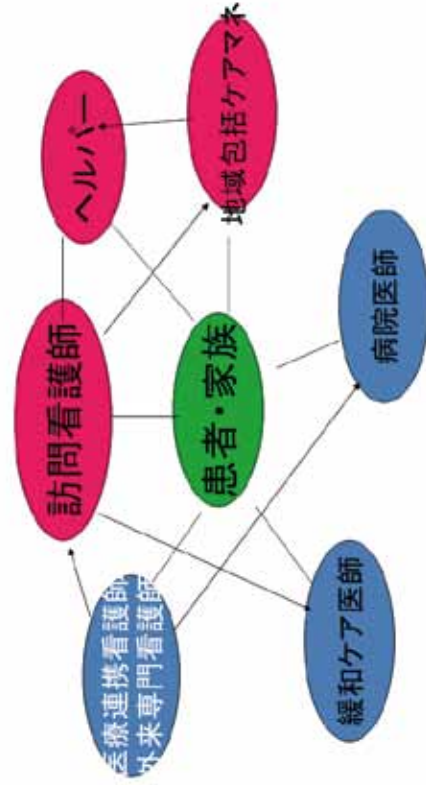
介護保険の申請の相談

- 「わたし、後3ヶ月～6ヶ月らしいの。出来るだけ仕事を続けたいし、症状緩和してもらいたい。家族には頼れない。治療が終わった翌翌日から3日ほどは家の中を這って歩くくらい、誰か手助けはえられるかしら？」
- 介護保険の申請⇒2号被保険者
- 地域包括支援センターとの繋ぎ・・・要支援2

ケアマネジャーとヘルパー

- 看護への相談から介護保険の申請
- 地域包括のケアマネジャーの関わり
- 介護予防としてのヘルパーの関わりとの現実のズレ(自立支援 VS しんどい時に頼んでいるのに・・・)
- 福祉用具のミスマッチ＝ベッド導入しづらい
- 症状緩和に関して、3科にかかることの大変さ⇒病院の医療連携との調整

導入時に連携した機関・職種



最後の2週間

- 生活を支えるヘルパーの働き
- 症状緩和をはかりながら、調整役にもなる看護師
- ケアマネジャーの戸惑いに対応
- 病院医療者との調整・在宅医の導入
- 緩和ケア病棟との連携
- 家族・友人との関係の中で

ヘルパーのメッセージ

(家を出るときの様子)

- ・ マフラーと帽子を身に付けよろよろ立ち上がって周りを
見回し靴を履いて玄関口へ。
- ・ 私が鍵をかけようか？というところ「私がかけるわ」と。瘦
身の力を振り絞って戸締りをなさいました。ジャケットから
伝わってくるKさんのお背中のお骨の感触が思い出されま
す。

(タクシーの中での会話)

- ・ 「病院から帰ってからの2週間は神様の贈り物だったわ！
明日は分らないもの…」
- ・ ご自分の病気に真っ向から立ち向かい立派な人生の幕引
きをなさった方でした。

在宅緩和ケアのための 地域連携

介護保険のヘルパーからの報告から、訪問看護師が医師と連携

認知症高齢者になんが分かる

認知症のために通院していた診療所医師をサポートする体制を
どう組み立てるか？

地域の中でホスピス・ライオンズが動いた

1例＝緩和ケア病棟との連携例

牛込地区24時間連携体制

主治医を支える24時間体制の事例①

- 週1回A病棟に通院
- 診が終った後、看護部がA医師に相談。
- A医師が在宅医療へ参画し、在宅医療の体制を整える。
- 在宅医療の体制を整える。
- 在宅医療の体制を整える。



23

牛込地区24時間連携体制

主治医を支える24時間体制の事例①

- 本人は通院希望、ADLは低下
- シリニアックとの連携によりA医師が引き継ぎ
- 主治医が在宅医療へ参画し、在宅医療の体制を整える。
- シリニアックの医師はA医師
- 在宅医療の体制を整える。



24

新宿区と牛込地区の概況



新宿区と牛込地区、戸山ハイツの概況

新宿区	人口 330,740人	(65歳以上) (65,874人)	高齢化率 19.9%	H27.5.1
牛込地区	人口 100,293人	(65歳以上) (21,047人)	高齢化率 20.1%	H27.5.1
草苜地区	37,066人	(6,545人)	17.7%	H27.5.1
若松地区	32,629人	(7,986人)	24.5%	H27.5.1
横町地区	30,598人	(6,516人)	21.3%	H27.5.1

都営戸山ハイツ(若松地区内)

平成27年5月1日現在 3,474世帯
人口5,986人(65歳以上 3,091人)
高齢化率 51.9% H27.9.1
50.1% H26.1.1
46.3% H23.7.1



暮らしの保健室内部



時には子どもたちも...

■ 落らしの保険屋は、地獄にお住まいの方々の暮らしや健康、経済、介護のご相談をお受けします。

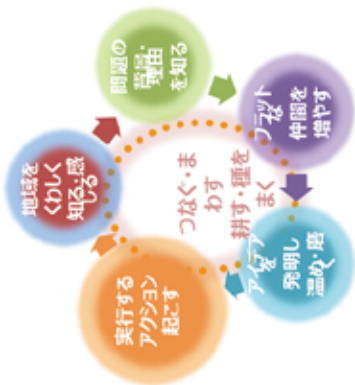


暮らしの保健室はどうして生まれたのか？

□ 実行する・アクションを起こす

自分たちでできることは何か、構想を描いていたところ、戸山ハイツ(新宿区の中で最も突出して高齢化率の高い地域)の商店街の空き店舗を、安価な賃料で提供してくれる支援者の出現

高齢化の進む団地の一角に、気軽に立ち寄れる相談支援の場を創設、在宅ケアを経営した看護職のいる「暮らしの保健室」として、地域のひととともに育ちそこで日々積み重ねられるさまざまな体験が、新たな価値を生み、次のアクションへとつながっていく



ケース制事業の中心参加者ー多彩な立場の医療・介護関連多職種



多職種連携のための5つの連携会議を開催

※各連携が地域のハブとなつてすすめている

④ 多職種連携のためのケース勉強会

月1回「暮らしの保健室」に寄せられた相談から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例をとり上げ意見交換。

毎回30～40名が参加。



- 7月「相談事例から見える連携の課題」
- 8月「相談事例に見る地域ネットワークの姿」
- 9月「繰り返し、相談の事例から見える問題」
- 10月「相談事例に見る地域ネットワークの姿2」
- 11月「急性期から在宅へのつなぎの重要性」
- 12月「在宅移行支援におけるネットワークの作り方」
- 1月「身寄りのない、独居高齢者の在宅を支えるには」
- 2月「障害をもちながらのがん闘病者への支援」
- 3月「回復期リハビリテーションへの効果的な連携」

⑤ 個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に感じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者○新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、午込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カフンセラ―等

困難を抱えた人を地縁の中で看取る ～血縁を超えた新たな地縁の結び方



良かっただけで終わらせない振り返りの場を公開する

第43回 暮らしの保健室 勉強会

“終わればすべて良し”だけでよいのか？
～短い在宅期間での看取り、
良かっただけで終わらないために～

日時：平成27年7月28日（火）18時30分～20時

対象：医療介護に関わる方、在宅医療連携を勉強したい方

場所：暮らしの保健室
新潟県芦山 271 戸山ハイパス3号棟11125
(1階東側 商店街内です。TEL:09-3205-3114)

内容：本県がんの医療機関と在宅医療の連携のために、3ヵ月が過ぎ、医療連携を強く希求されています。その際、9月、本県にも十分に医療連携を、更に人生の最後を共に過ごしたいという希望、医療と在宅医療の連携、また、医療機関の連携強化を、地域でがん医療の連携を促進するための取り組みをすすめていく必要があります。

参加費：100円（資料代）**ご交通費は必ず事前にご振込ください。**
（申込書に添付してください。メールにて振込確認をお願いします。 info@nshinohara.jp）

お申込み：参加ご希望の方は必ず事前にご連絡ください。
（申込書に添付してください。メールにて振込確認をお願いします。 info@nshinohara.jp）

ネットな関係の中で対話形式の討論を重ねる

平成27年 7月28日（火） 第43回 暮らしの保健室勉強会資料（終了後回収して下さい）

短い在宅期間での看取り、良かっただけで終わらないために

本資料は勉強会終了後回収いたします

前回の振り返り

可能性を閉ざしてしまう思い込み

第44回暮らしの保健室勉強会資料

1) 本人の意思はどうか？
息子たち（特に長男）はお母さんにご迷惑をかけているのでと、先で生きていてほしいと、もう一度入院させたいという思いが強い。しかし、本人（Sさん）はそうでもない。かといって、（やがて海外で出で）エリノアさんも訪問したが、身体的な苦痛を十分に緩和できていない。したがって、しかしその状況は主治医には言えず。

2) ケーバーンズは本当にその人か？
ケーバーンズは、実は長男の妻だった。病室では、次男の妻が来ていたこと、長男の妻と本人（Sさん）がけいけん店に見え、娘がけいけん店にいたこと、次男の妻の方からケーバーンズだと、聞かれたこと、次男の妻が、次男の妻は在宅になってからは、一度も姿を見なかった。

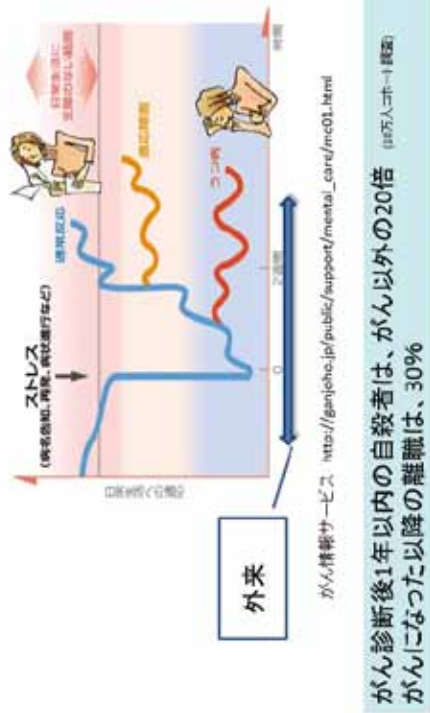
3) 家族の状況はどうなっているのか？
向原の孫（次男）が、高コレステロールの薬の交換など、ケアフーとして活躍していた。次男の息子（次男）が、次男が病室にいたため、Sさんと同居していた。次男の妻は、次男の妻は、次男の妻は「前妻の子」で自分とは関係ない。

4) 目の前にいる患者さんは「あはれ」の患者ではないのか？
他の病院から救急搬送された患者は、うちの患者ではない。という感覚がある。それを感じ、と感じていても言えなかった。

多くのボランティアが協力

- ・「暮らしの保健室」を始めるにあたって、地域のボランティアを募った
- ・多くは、これまでに在宅医療・訪問看護を利用し、ご家族を看取った経験のある方々。
- ・ボランティアが、迎え入れる暖かい雰囲気の中で、病院とは違った空間、地域の中にある場所として、相談支援体制を整えていく方針
- ・地域の中の『地域力』の活用にもつながる
- ・専門職が働きやすい環境づくりにも繋がる

ストレスへの心の反応は？



家庭的で居心地のいい空間



支える、支えられるが循環する場



東京都江東区豊洲に2016年10月10日オープン

建設用地 豊洲 周辺に5つのがん拠点病院等
2020年までの使用
提供：東京ガス用地開発
協力：三井不動産レジデンシャル

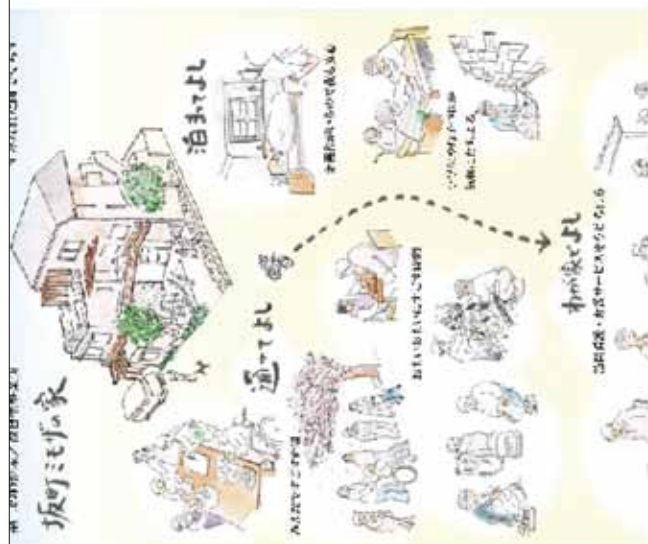
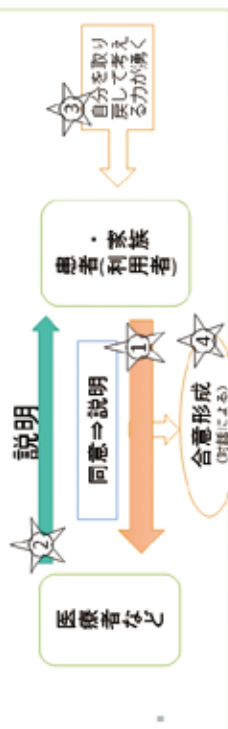


地域包括ケアの基本理念は・・・ マギーズのヒューマンサポートに繋がる

・地域包括ケアの基本理念は

「尊厳の保持」と「自立生活の支援」

その最も基本とするところは、本人の選択と、
本人・家族の選択と心構え(自己決定支援の重要性)



10年以上の歳月をか
けて、訪問看護と、訪
問介護が関わらせて頂
いたご家庭。仕事を辞
めずに、お母さん、お
ばさんを最期までみた
られたご家族を支えた
その家を、看護小規模
多機能型の施設へと
改築(実態は新築)した
経過を振り返ってみる。

現行制度の狭間に落
ちる様々な規制などを
どうしたら良いのか？



四谷坂町に完成し、2015.9.1開業 看護小規模多機能型居宅介護
坂町 ミモザの家 (三木さんとトトさんの姉妹が住んだ家)





つながる・ささえる・つくりだす

在宅現場の 地域包括ケア

秋山正子

地域の人々のニーズを発見し支援と結びつけ、居場所でもある「暮らしの保健室」、重度でも「住まい」で暮らし続けるための拠点としての「坂町ミモザの家」、そして治療から解放され、その人らしい生活を取り戻す場としての「マギーズ東京」、

これらが、有機的に連携した「地域包括ケア」構築への提案だ。

まさに、進化し、深化する訪問看護である。

本書の行論から、だれでもが実践に役に立てられるヒントも得ることができる。ケアに関わる全ての人たちが繙くべき良書。

●高橋紘士 (高齢者住宅財団理事長・地域包括ケア研究会構成員)

医学書院

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院 公開シンポジウム アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当する番号に ○ をつけ、お帰りの際、スタッフにお渡しください。

- ① 区分： 1. 一般参加、 2. 教職員・院生・学部生（国際医療福祉大学グループ）
- ② 性別： 1. 男、 2. 女
- ③ 年齢： 1. 10代、 2. 20代、 3. 30代、 4. 40代、 5. 50代、 6. 60代、 7. 70代、 8. 80代以上
- ④ 職業（複数可）： 1. 院生（博士課程）、 2. 院生（修士課程）、 3. 医師、 4. 看護師、 5. 薬剤師、
6. 診療放射線技師、 7. 教員、 8. 学部生、 9. なし、 10. その他（具体的に ）
- ⑤ 所属（本学グループの方のみ *例：○○学部○○学科、大学院○○分野、○○病院○○科など）：

-
- ⑥ 本日のシンポジウムに参加したきっかけは何ですか。（複数可）
1. 本学大学院のホームページを見て、 2. 本学関連病院で案内を見て、 3. 学内でポスターを見て、
4. 港区公共施設（図書館、区役所等）で案内を見て、 5. 最寄の訪問看護ステーションで案内を見て、
6. 乃木坂スクール事務局からの案内を見て、 7. 同窓会（マロニエ会）からの案内を見て、
8. 第3回 PDN 那須セミナーで案内を見て、 9. 個人宛の郵便・メールを見て（一般参加の方）、
10. 家族や知人などから聞いて、 11. 講師がよかったから、 12. 自分自身にとって必要と思ったら、
13. その他（具体的に ）
- ⑦ 本日のシンポジウムについて、ご満足いただけましたか。
1. とても満足 2. 満足 3. ふつう 4. 不満（理由： ）
- ⑧ 本日のシンポジウムの内容について、ご理解いただけましたか。
1. 良く理解できた 2. 理解できた 3. どちらともいえない
4. 理解できなかった（理由： ）
- ⑨ 本日のシンポジウムに対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

-
- ⑩ ご来場いただいたご本人およびご家族、ご友人についてお伺いいたします。（複数可）

がん治療について

1. 闘病中の方がいる → 1. ご自身、 2. ご家族、 3. ご友人
2. 闘病経験のある方がいる → 1. ご自身、 2. ご家族、 3. ご友人
3. がんで亡くなられた方がいる → 1. ご家族、 2. ご友人
4. 特に該当しない

- ⑪ 本学がんプロの講演・シンポジウム等の開催情報を今後も希望される方は、ご案内の送付先をご記入ください。
（一般参加の方のみ。ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、ご案内の送付以外には使用致しません。）

氏名： _____ Email（又は住所・郵便番号）： _____

ご協力、ありがとうございました。

大学間連携の「多職種連携・チーム医療」公開シンポジウム
チーム医療分野別委員会 連携活動

日 時: 平成28年10月23日 10:00～12:00

テーマ: がんと在宅医療～地域包括ケアにおけるチーム連携～

場 所: 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス 5階 A教室

■参加 全体:82名 うち一般参加:61名

(2015年度 全体:43名 うち一般参加:17名) (2014年度 全体:63名 うち一般参加:27名)

(2013年度 全体:56名 うち一般参加:16名)

■アンケート回答状況 提出:66名 提出率:80.5%

(一般参加者アンケート提出率は46名/61名(75.4%))

(2015年度 提出:27名 提出率:42.8%) (2014年度 提出:46名 提出率:73%)

(2013年度 提出:37名 提出率:66.1%)

■アンケート結果集計

①区分	1 一般参加	46	69.7%
	2 国際医療福祉大学グループ 教職員・院生・学部生	20	30.3%
	合計	66	100.0%
②性別	1 男	17	25.8%
	2 女	49	74.2%
	合計	66	100.0%
③年齢	1 10代	1	1.5%
	2 20代	6	9.1%
	3 30代	14	21.2%
	4 40代	11	16.7%
	5 50代	21	31.8%
	6 60代	10	15.2%
	7 70代	2	3.0%
	8 80代以上	1	1.5%
	合計	66	100.0%
④職業 (複数可)	1 院生(博士課程)	5	7.2%
	2 院生(修士課程)	2	2.9%
	3 医師	0	0.0%
	4 看護師	23	33.3%
	5 薬剤師	1	1.4%
	6 診療放射線技師	0	0.0%
	7 教員	10	14.5%
	8 学部生	1	1.4%
	9 なし	4	5.8%

10 その他		
ケアマネジャー	2	2.9%
作業療法士	2	2.9%
理学療法士	1	1.4%
臨床心理士	2	2.9%
社会福祉士	1	1.4%
医療法人経営	1	1.4%
医療コミュニケーション講師	1	1.4%
社会福祉法人職員	1	1.4%
診療所事務	1	1.4%
福祉器具貸与業者	1	1.4%
保険会社勤務	1	1.4%
社会保険労務士	1	1.4%
コンサルタント	1	1.4%
一般企業	1	1.4%
事務	1	1.4%
記載なし	5	7.2%
合計	69	100.0%

⑤所属(本学グループの方のみ)

国際医療福祉大学病院 看護師
 化学療法研究所附属病院 看護師
 大学院 教員
 大学院 医療福祉学研究科診療情報アナリスト養成分野
 大学院 医療福祉学研究科看護学分野
 大学院 医療福祉学研究科放射線・情報科分野教員
 大学院 医療福祉学研究科放射線・情報科分野院生
 大学院 薬学研究科教員
 大学院 博士課程 がんプロコース
 大学 看護学科学部生
 大学事務局

⑥本日のシンジウムに参加したきっかけは何ですか。(複数可)

1 本学大学院のホームページを見て	6	5.7%
2 本学関連病院で案内を見て	9	8.6%
3 学内でポスターを見て	8	7.6%
4 港区公共施設(図書館、区役所等)で案内を見て	1	1.0%
5 最寄の訪問看護ステーションで案内を見て	3	2.9%
6 乃木坂スクール事務局からの案内を見て	5	4.8%
7 同窓会(マロニエ会)からの案内を見て	5	4.8%
8 第3回PDN那須セミナーで案内を見て	0	0.0%
9 個人宛の郵便・メールを見て(一般参加の方)	15	14.3%
10 家族や知人などから聞いて	13	12.4%
11 講師がよかったから	14	13.3%
12 自分自身にとって必要と思ったから	17	16.2%

13 その他(具体的に)		
がんプロ実習の一環	3	2.9%
先生から誘いがあったため	1	1.0%
会社に届いたFAXを見て	1	1.0%
PAN-CANセミナーでのチラシ	1	1.0%
医療法人理事長からの声かけ	1	1.0%
記入なし	2	1.9%
合計	105	100.0%

⑦本日のシンジウムについて、ご満足いただけましたか。

1 とても満足	42	63.6%
2 満足	22	33.3%
3 ふつう	2	3.0%
4 不満	0	0.0%
合計	66	100.0%

⑧本日のシンポジウムの内容について、ご理解いただけましたか。

1 よく理解できた	42	63.6%
2 理解できた	23	34.8%
3 どちらともいえない	0	0.0%
4 理解できなかった	0	0.0%
5 無回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

⑨本日のシンポジウムに対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

◆一般参加

- 井尾先生、秋山先生の話は、とても簡潔で分かりやすかったです。このお二人の話はもっと長く聞きたかったです(時間的にこのお二人でもよかったかなと思います)。薬剤師さん、MSWさんの話も貴重でしたが、包括支援をする上での現状と課題が見えにくかったです。
- 秋山先生のご講演を聴きたくて伺いました。がんに限らず、認知症・難病にも共通する気づきがあり、さらに前日の三田病院のセミナーの内容と併せて理解が深まり、大変貴重な学びの場となりました。聴講を望みながら上京できない娘に記録を手渡そうと考えています。
- 特に秋山正子先生のお話が实际的でわかりやすかったです。好感が持てました。ただプレゼン資料が詳しくないので、読むのに相当パワーが必要です。大変です。
- 日本の医療現状に期待するのは無理だと思っていたが、前向きに取り組んでいらっしゃる方々のお話を聞き、少し救われる感じがした。
- 日頃行っているケアを、明確な言葉で表現され、わかりやすかった。
- 現場からの実際の声(本質的な話)を聞けて、大変良い内容・構成でありました。
- 保険制度を変えるうえで、様々な改善をできるように思います。
- 地域包括ケアの充実が必要なことを実感しました。
- 多くの方たちに、このような事を広めてほしいです。患者の不安を取り除く説明をしてほしいです。
- 在宅看護について、もっとアピールがあったらよいと思う。
- 在宅末期医療を支える、チーム作りの重要性が心にしみました。
- それぞれ専門の立場から現状を教えていただき、大変参考になりました。

-
- ・ 関連職種の方だけでなく、一般の人もこのような情報を持っていることが大切だと思います。
-
- ・ 来てよかったです。地域の抱える諸問題に照らし合わせて在宅医のいない町で、今後何をどのようにしていかななくてはならないのか、何が最も必要なのか、見えてきた思いでした。
-
- ・ 在宅ターミナルケアにおいて、自身の専門性をどう生かしていけるのか、考えていきたいと思いました。
-
- ・ 相談できる場としてCPが出てこない現状がとても残念だと思った。頑張らねば。在宅ケアに、医療知識・技術を持たないCPが協働できるのだろうか。
-
- ・ 在宅での看取りをするにあたり、本人・家族だけでなく、医療従事者・サービス側も、しっかり理解をしていかの重要性を改めて感じました。
-
- ・ 有料老人ホームでケアマネをしているのですが、病院から紹介される事例が看取りに近い型が増えてきている中、参考になることがたくさんありました。
-
- ・ 他職種の方がどんな仕事をしているのか、またどのような理念や志を持っていらっしゃるのか、知ることができました。自分が仕事で連携をとるときに、念頭に入れて連絡を取り合いたいと思います。ありがとうございました。
-
- ・ できればもっと広い会場であればよかったとも思います。討論の時間を30分延ばし12時30分終了になり結果的にとてもよかった。
-
- ・ 2時間では短いように思われました。3～4時間の設定が望ましかったように感じました。
-
- ・ 時間が足りなかったように思います。
-
- ・ 時間配分はいかがなものでしょうか。
-
- ・ 同趣旨の公開シンポジウムを、継続的に開催していただければ幸甚に存じます。
-
- ・ 大変勉強になりました。ありがとうございました。
-
- ・ 大変勉強になりました。
-

◆国際医療福祉大学グループ

-
- ・ 私は今年の4月に看護学科に入学したばかり。私が働くころは、ちょうど2025年問題に重なるころです。もっと勉強していきたいと思った講演会でした。ありがとうございました。
-
- ・ 医師、看護師、MSWのお立場からの話を聞くことができ、具体的な活動や課題がわかり、大変勉強になりました。看護者としての役割達成のために学んだことを生かしていきたいです。
-
- ・ それぞれの立場の先生方のお話をお聞きすることができ、とても良かったです。これからの時代、病院を超えた、病院外での多職種連携の重要性、とくに患者さんとの人対人の接し方の重要性が、非常によくわかりました。
-
- ・ 病棟看護師として、家族の話をよく聞き、それをドクターへ伝えていくことが、私にできることだと思いました。貴重なお話をありがとうございました。
-
- ・ もう少し広い場所で、机がある、そんな会場が良かったです。
-
- ・ 秋山先生の講演は大変勉強になりました。
-
- ・ 秋山正子先生の講演をもっと聞きたかった。シンポジストとの時間が欲しかった。
-
- ・ 緩和ケアは、がんと分かったその時から、本人も含めてチームでかかわっていくことの大切さを改めて感じた。講師が熱心なのはよくわかるが、時間は守っていただきたい。
-
- ・ 発表時間の長い人が多かった(20分は短いかな)。参加者が多かったのは、在宅に関して多くの人が関心を持っているのかと思う。
-
- ・ 各講師の先生方の素晴らしい実践のお話でしたが、時間が足りない印象を受けました。
-
- ・ 発表者の講演時間、要調整か。
-
- ・ 知識不足の自分のよい学習になった。
-
- ・ 在宅医がいない地域での包括ケアは、どのように行うのでしょうか。
-

⑩ご来場いただいたご本人およびご家族、ご友人についてお伺いいたします。(複数可)
がん治療について

1 闘病中の方がいる	
1 ご自身	3
2 ご家族	6
3 ご友人	2
4 勤務施設の利用者	1
合計	12
2 闘病経験のある方がいる	
1 ご自身	5
2 ご家族	11
3 ご友人	7
4 親族	1
合計	24
3 がんで亡くなられた方がいる	
1 ご家族	28
2 ご友人	8
3 勤務施設の利用者	1
4 親族	1
5 記入なし	1
合計	39
4 特に該当しない	19

⑪本学がんプロの講演・シンポジウム等の開催情報を今後も希望される方は、ご案内の送付先をご記入ください。(一般参加のみ)

1 次回以降の参加希望	19
2 参加希望未記入	27
合計	46

以上

3. 一般市民公開講座・講演会

平成 28 年 10 月 23 日





文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」

国際医療福祉大学大学院主催
一般市民公開講座・講演会

参加
無料

事前
申込制

肺がんと喫煙の決算報告書

～肺がん診断治療の最前線と喫煙のトリビア～

講師：奥仲 哲弥 先生

国際医療福祉大学教授
山王病院副院長・呼吸器センター長



奥仲 哲弥 先生

日時：平成28年**10月23日(日)**
13:30～14:45 (13:00開場)

会場：国際医療福祉大学大学院
東京青山キャンパス5階 A教室

〒107-0062東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階



東京メトロ・都営大江戸線「青山一丁目」駅3番出口より徒歩2分

【お申込み・お問合せ先】

●申込締切：10月20日(木)必着

●申込方法：Email または FAX

①氏名(フリガナ)、②連絡先(Tel/Email)、③同伴者氏名(同伴者がいる場合)をご記入のうえ、下記宛 Email または FAXでお申込みください。

国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局

Tel: 03-6406-8621 Fax: 03-6406-8622

Email: ganpro-jimukyoku@iuhw.ac.jp

同日10:00より、公開シンポジウムを開催します。
「がんと在宅医療～地域包括ケアにおけるチーム連携～」をテーマに、第一線で活躍する医師等に講演いただき、聴衆の方々との総合討論を行います。
こちらにも、ぜひお気軽にご参加ください。

共催：文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業 ❀ 全人的ながん医療の実践者養成

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

国際医療福祉大学大学院 一般市民公開講座・講演会 アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当する番号に ○ をつけ、お帰りの際、スタッフにお渡しください。

- ① 区分： 1. 一般参加、 2. 教職員・院生・学部生（国際医療福祉大学グループ）
- ② 性別： 1. 男、 2. 女
- ③ 年齢： 1. 10代、 2. 20代、 3. 30代、 4. 40代、 5. 50代、 6. 60代、 7. 70代、 8. 80代以上
- ④ 職業（複数可）： 1. 院生（博士課程）、 2. 院生（修士課程）、 3. 医師、 4. 看護師、 5. 薬剤師、
6. 診療放射線技師、 7. 教員、 8. 学部生、 9. なし、 10. その他（具体的に ）
- ⑤ 所属（本学グループの方のみ *例：○○学部○○学科、大学院○○分野、○○病院○○科など）：

-
- ⑥ 本日のがんプロ講演に参加したきっかけは何ですか。（複数可）
1. 本学大学院のホームページを見て、 2. 本学関連病院で案内を見て、 3. 学内でポスターを見て、
4. 港区公共施設（図書館、区役所等）で案内を見て、 5. 最寄の訪問看護ステーションで案内を見て、
6. 乃木坂スクール事務局からの案内を見て、 7. 同窓会（マロニエ会）からの案内を見て、
8. 第3回 PDN 那須セミナーで案内を見て、 9. 個人宛の郵便・メールを見て（一般参加の方）、
10. 家族や知人などから聞いて、 11. 講師がよかったから、 12. 自分自身にとって必要と思ったら、
13. その他（具体的に ）
- ⑦ 本日のがんプロ講演について、ご満足いただけましたか。
1. とても満足 2. 満足 3. ふつう 4. 不満（理由： ）
- ⑧ 本日のがんプロ講演の内容について、ご理解いただけましたか。
1. 良く理解できた 2. 理解できた 3. どちらともいえない
4. 理解できなかった（理由： ）
- ⑨ 本日のがんプロ講演に対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

-
- ⑩ ご来場いただいたご本人およびご家族、ご友人についてお伺いいたします。（複数可）

がん治療について

1. 闘病中の方がいる → 1. ご自身、 2. ご家族、 3. ご友人
2. 闘病経験のある方がいる → 1. ご自身、 2. ご家族、 3. ご友人
3. がんで亡くなられた方がいる → 1. ご家族、 2. ご友人
4. 特に該当しない

- ⑪ 本学がんプロの講演・シンポジウム等の開催情報を今後も希望される方は、ご案内の送付先をご記入ください。
（一般参加の方のみ。ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、ご案内の送付以外には使用致しません。）

氏名： _____ Email（又は住所・郵便番号）： _____

ご協力、ありがとうございました。

一般市民公開講座・講演会

日 時：平成28年10月23日 13:30～14:45

テーマ：肺がんと喫煙の決算報告書～肺がん診断治療の最前線と喫煙のトリビア～

場 所：国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス 5階 A教室

■参加：50名

■アンケート回答状況 提出：37名 提出率：74.0%

■アンケート結果集計

①区分	1 一般参加	23	62.2%
	2 国際医療福祉大学グループ 教職員・院生・学部生	14	37.8%
	合計	37	100.0%
②性別	1 男	17	45.9%
	2 女	20	54.1%
	合計	37	100.0%
③年齢	1 10代	0	0.0%
	2 20代	2	5.4%
	3 30代	3	8.1%
	4 40代	7	18.9%
	5 50代	10	27.0%
	6 60代	7	18.9%
	7 70代	5	13.5%
	8 80代以上	2	5.4%
	未記入	1	2.7%
	合計	37	100.0%
④職業 (複数可)	1 院生(博士課程)	4	9.8%
	2 院生(修士課程)	0	0.0%
	3 医師	4	9.8%
	4 看護師	3	7.3%
	5 薬剤師	0	0.0%
	6 診療放射線技師	1	2.4%
	7 教員	7	17.1%
	8 学部生	0	0.0%
	9 なし	5	12.2%

10 その他		
一般企業勤務	1	2.4%
健康食品販売	1	2.4%
鍼灸師	1	2.4%
保険	1	2.4%
年金生活者	1	2.4%
福祉用具貸与事業者	1	2.4%
社会福祉士	1	2.4%
病院勤務	1	2.4%
診療情報管理士(がん登録)	1	2.4%
臨床検査技師	1	2.4%
乃木坂スクール卒業生	1	2.4%
院生OB	1	2.4%
事務	1	2.4%
記載なし	4	9.8%
合計	41	100.0%

⑤所属(本学グループの方のみ)

国際医療福祉大学病院 看護師
山王病院 医師
大学院 教員
大学院 医療福祉学研究科診療情報アナリスト養成分野
大学院 医療福祉学研究科看護学部教員
大学院 医療福祉学研究科放射線・情報科分野教員
大学院 医療福祉学研究科放射線・情報科分野院生
大学院 医療福祉学研究科保健医療学専攻 理学療法学
大学院 薬学研究科教員
大学院 博士課程 がんプロコース

⑥本日のがんプロ講演に参加したきっかけは何ですか。(複数可)

1 本学大学院のホームページを見て	4	9.8%
2 本学関連病院で案内を見て	10	24.4%
3 学内でポスターを見て	2	4.9%
4 港区公共施設(図書館、区役所等)で案内を見て	0	0.0%
5 最寄の訪問看護ステーションで案内を見て	0	0.0%
6 乃木坂スクール事務局からの案内を見て	7	17.1%
7 同窓会(マロニエ会)からの案内を見て	2	4.9%
8 第3回PDN那須セミナーで案内を見て	0	0.0%
9 個人宛の郵便・メールを見て(一般参加の方)	6	14.6%
10 家族や知人などから聞いて	0	0.0%
11 講師がよかったから	2	4.9%
12 自分自身にとって必要と思ったから	1	2.4%

13 その他(具体的に)		
三田病院セミナーで	1	2.4%
がんプロコース院生	1	2.4%
がんプロ関連教員	1	2.4%
記入なし	4	9.8%
合計	41	100.0%

⑦本日のがんプロ講演について、ご満足いただけましたか。

1 とても満足	29	78.4%
2 満足	5	13.5%
3 ふつう	2	5.4%
4 不満	0	0.0%
記入なし	1	2.7%
合計	37	100.0%

⑧本日のがんプロ講演の内容について、ご理解いただけましたか。

1 よく理解できた	29	78.4%
2 理解できた	7	18.9%
3 どちらともいえない	0	0.0%
4 理解できなかった	0	0.0%
記入なし	1	2.7%
合計	37	100.0%

⑨本日のがんプロ講演に対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

◆一般参加

興味深い内容を楽しく、レジュメがないことで緊張感とともに聴講させていただきました。先日の三田病院でのセミナーの内容とも関連が深く、このような啓蒙の機会は大切にしたいとあらためて思いました。

貴重なお話をありがとうございました。昨年、父が突然亡くなりましたが、肺がんで肺動脈破裂との診断でした。亡くなって、初めて、肺がんということを知り(父も知らなかった状態)、まさにX-Pでは確認できなかったケースでした。その影響で、肺がんの講座を何回か受講いたしましたが、難しく理解できずにいました(肺がんについて知りたかったのです)が、本日はとても理解できました。ありがとうございました。

タバコの影響が大きいのがわかりました。私はアレセンサを服用中、ステージ4ですが薬の効果に感謝しています。

素晴らしい講義でした。

広範囲な内容でしたが、大変わかりやすいお話でした。

非常にわかりやすく説明してくださったので、よくわかりました。

市民向けであり、非常に易しい内容でした。

難しいお話を分かりやすく話していただき、参加して良かったです。ありがとうございました。

わかりやすかったです。

ためになった。

大変勉強になりました。貴重なご講演、ありがとうございました。

オブジーポに期待したい。

もっとゆっくり聴きたかったです。

◆国際医療福祉大学グループ

- ・ 現在、呼吸器に努めているので、とても参考になりました。ありがとうございました。
- ・ 勉強になりました。ありがとうございました。
- ・ 難しい内容をわかりやすくお話してくださって、有意義。

⑩ご来場いただいたご本人およびご家族、ご友人についてお伺いいたします。(複数可)

がん治療について

1 闘病中の方がいる

1 ご自身	0
2 ご家族	7
3 ご友人	5
	12

2 闘病経験のある方がいる

1 ご自身	2
2 ご家族	10
3 ご友人	4
	16

3 がんで亡くなられた方がいる

1 ご家族	14
2 ご友人	6

4 特に該当しない

5 記入なし	3
--------	---

36

⑪本学がんプロの講演・シンポジウム等の開催情報を今後も希望される方は、ご案内の送付先をご記入ください。(一般参加のみ)

1 次回以降の参加希望	10
2 参加希望未記入	27
合計	37

以上

4. がん先端医療に関する講演会

10 大学連携事業(分野別「放射線治療」)

平成 28 年 12 月 3 日





文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」

国際医療福祉大学大学院主催 放射線治療分野別連携事業

放射線治療部門の情報化：治療RIS 現状整理と未来に向けて

講師： **鈴木 一洋** 先生

公益財団法人がん研究会有明病院 データベース&バイオバンクセンター

日時： 平成28年 **12月3日(土)** 13:30～15:00(開場13:00)

会場： 国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 ホール
〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階

遠隔接続・配信先： 国際医療福祉大学大学院

- ・ 大田原キャンパス大学院棟3階 A教室
- ・ 成田キャンパス9階 A教室
- ・ 小田原キャンパス1階 A教室
- ・ 熱海キャンパス地下2階 A教室
- ・ 福岡キャンパス1階 B教室
- ・ 大川キャンパス1号館2階 A教室

対象： 診療放射線技師、医学物理士、放射線腫瘍医、医療関係者、
大学院生

【お申込み・お問合せ】

- ①氏名(院生は学籍番号も記入)、②所属、③連絡先(Tel/Email)、④医療上の保有資格、
⑤参加キャンパスを明記の上、**平成28年11月30日(水)までに**、下記宛にメールでお申込みください。
参加費は**無料**です。

国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局

Tel : 03-6406-8621 Email : ganpro-jimukyoku@iuhw.ac.jp

共催：文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」採択事業

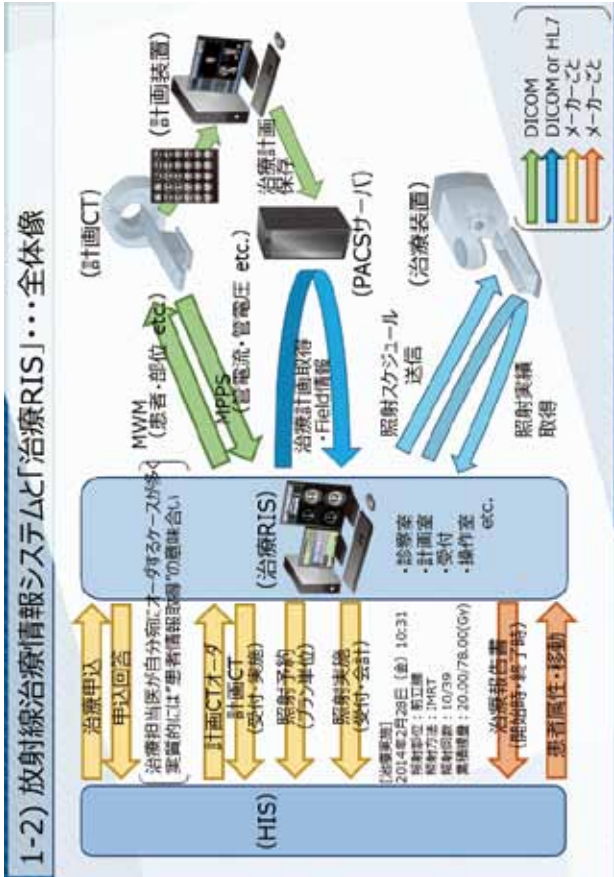
❖ 全人的ながん医療の実践者養成

Agenda

- ## 1. 治療RISとは？
- > 放射線治療情報システムにおける位置づけ
 - ・HISとの連携
 - ・専用機器（計画装置/R&V etc.）との連携

 Gustave Institute Hospital
 Department of Oncology & Radiation Center
 Copyright (c) 2016, Gustave Institute Hospital
 2016.11.04

1-2) 放射線治療情報システムと「治療RIS」…全体像



Cancer Institute Hospital
 Department of Subacute & Biologic Center
 Copyright© 2016 Cancer Institute Hospital
 2016.11.01

「放射線治療部門の情報化」

～治療RIS -
～現状整理と未来に向けて～

がん研究会有明病院
データベース&バイオバンクセンター
鈴木 一洋

1-1) 放射線治療情報システムと「治療RIS」…システムごと




 Cancer Institute Hospital
 Department of Medicine - Richard Center
 Copyright © 2016, Cancer Institute Hospital
 2016.12.08

Agenda

1. 治療RISとは？

- > 放射線治療情報システムにおける位置づけ
- ・HISとの連携
- ・専用機器（計画装置/R&V etc.）との連携

2. 治療RISを実際に導入するにあたって

- > 治療RISの歴史
- > 治療RISの導入のStepと課題
- > 放射線治療部門の情報化

3. データの活用

- > JROD
- > がん治療統合データベースに向けて

2-2) 治療RISの歴史 (1)



2-1) 治療RIS導入のStepと課題

1st Step: “Stand-alone型”治療RIS

- ・治療部門内における情報共有（フィルムレス/ペーパーレスへの足掛かり）

2nd Step: “部門内”治療RIS

- ・治療装置とのonline接続によるデータ連携（個別システムでの手入力削減+データ蓄積）

3rd Step: “部門システム”治療RIS

- ・HIS連携による院内との情報共有
 - > “DICOMの世界”はどうなのか？
 - > 各種記録はどのように扱うのか？

多くの課題あり

例) B001-2-8 外来放射線照射診療料 280点

外来放射線照射診療料を算定した場合には、第2回目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、**照射毎に記録し、医師に報告**すること。

例) M001 体外照射 画像誘導放射線治療加算 患者1人1日につき300点加算

「注4」の画像誘導放射線治療（IGRT）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が5ミリメートル以内であること、照射室内で**画像的に確認・記録して**照射することである。

4th Step: “データを2次利用”する治療RIS

- ・治療データベースの構築と蓄積されたデータの2次活用
- ・業務の変化とシステムの進化/深化

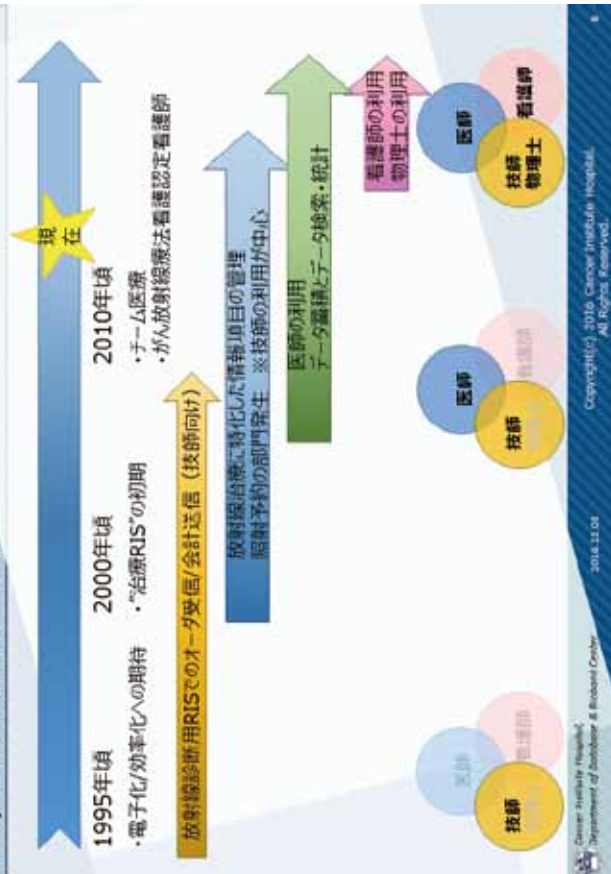
2-2) 治療RISの歴史 (2)



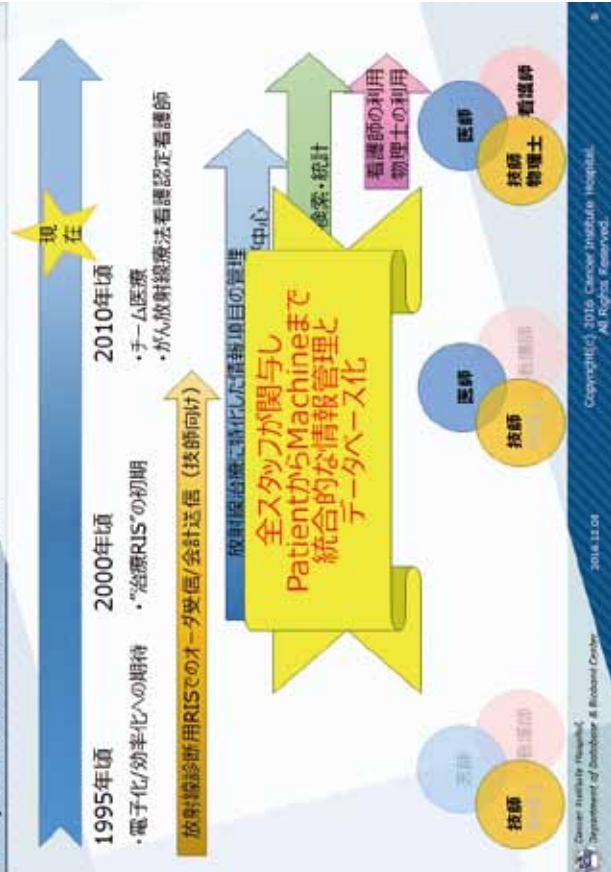
放射線治療に特化した情報項目の管理
照射予約の部門発生 ※技師の利用が中心



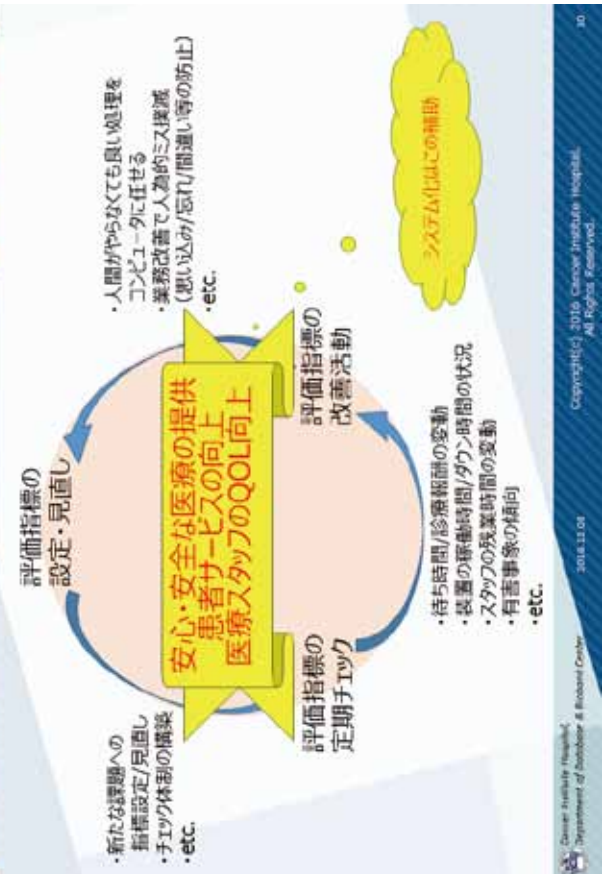
2-2) 治療RISの歴史 (3)



2-2) 治療RISの歴史 (全体)



2-3) 放射線治療部門の情報化・システム化



Agenda

1. 治療RISとは？

- > 放射線治療情報システムにおける位置づけ
- ・HISとの連携
- ・専用機器 (計画装置/R&V etc.) との連携

2. 治療RISを実際に導入するにあたって

- > 治療RISの歴史
- > 治療RISの導入のStepと課題
- > 放射線治療部門の情報化

3. データの活用

- > JROD
- > がん治療統合データベースに向けて

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

JROD 最新追加症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)
放射線治療症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)

<http://jrod.jastro.or.jp>

JRODについて データ登録・公開 総まとめページ 最新のお知らせ お問い合わせ

臨床現場で利用しやすいオープンソースデータベース JROD

お知らせ

- 2014年06月27日 画面全体のレイアウトを変更 (第4版)
- 2014年03月29日 電子追加登録システムの登録 (登録者登録)
- 2014年03月29日 検索機能の追加 (登録者登録)
- 2014年02月01日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。
- 2013年12月11日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。

JRODデータベース JRODデータベース JRODデータベース

症例登録はこちら JRODデータベース JRODデータベース

検索機能はこちら JRODデータベース JRODデータベース

お問い合わせ JRODデータベース JRODデータベース

Copyright (c) 2016 Cancer Institute Hospital. All Rights Reserved.

NCD (National Clinical Database)

NCD 最新追加症例登録システム登録 (National Clinical Database)

<http://www.ncd.or.jp>

NCDについて データ登録・公開 総まとめページ 最新のお知らせ お問い合わせ

臨床現場で利用しやすいオープンソースデータベース NCD

お知らせ

- 2014年06月27日 画面全体のレイアウトを変更 (第4版)
- 2014年03月29日 電子追加登録システムの登録 (登録者登録)
- 2014年03月29日 検索機能の追加 (登録者登録)
- 2014年02月01日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。
- 2013年12月11日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。

NCDデータベース NCDデータベース NCDデータベース

症例登録はこちら NCDデータベース NCDデータベース

検索機能はこちら NCDデータベース NCDデータベース

お問い合わせ NCDデータベース NCDデータベース

Copyright (c) 2016 Cancer Institute Hospital. All Rights Reserved.

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

JROD 最新追加症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)
放射線治療症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)

<http://jrod.jastro.or.jp>

JRODについて データ登録・公開 総まとめページ 最新のお知らせ お問い合わせ

臨床現場で利用しやすいオープンソースデータベース JROD

お知らせ

- 2014年06月27日 画面全体のレイアウトを変更 (第4版)
- 2014年03月29日 電子追加登録システムの登録 (登録者登録)
- 2014年03月29日 検索機能の追加 (登録者登録)
- 2014年02月01日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。
- 2013年12月11日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。

JRODデータベース JRODデータベース JRODデータベース

症例登録はこちら JRODデータベース JRODデータベース

検索機能はこちら JRODデータベース JRODデータベース

お問い合わせ JRODデータベース JRODデータベース

Copyright (c) 2016 Cancer Institute Hospital. All Rights Reserved.

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

JROD 最新追加症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)
放射線治療症例登録システム登録 (Japanese Radiation Oncology Database)

<http://jrod.jastro.or.jp>

JRODについて データ登録・公開 総まとめページ 最新のお知らせ お問い合わせ

臨床現場で利用しやすいオープンソースデータベース JROD

お知らせ

- 2014年06月27日 画面全体のレイアウトを変更 (第4版)
- 2014年03月29日 電子追加登録システムの登録 (登録者登録)
- 2014年03月29日 検索機能の追加 (登録者登録)
- 2014年02月01日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。
- 2013年12月11日 登録システム操作マニュアルを改訂しました。

JRODデータベース JRODデータベース JRODデータベース

症例登録はこちら JRODデータベース JRODデータベース

検索機能はこちら JRODデータベース JRODデータベース

お問い合わせ JRODデータベース JRODデータベース

Copyright (c) 2016 Cancer Institute Hospital. All Rights Reserved.

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

項目名	旧 ROGAD 項目名	項目重要度	データ提出
照射部位	照射部位	標準	必須

- 照射部位をフリーテキストで入力する。
- 照射部位は ICD-O 第 3 版、腫瘍の部位 topography に準じる。
- 空白不可とする。
- 注：登録未済の場合は登録済 "Unknown primary site" として、発見部位を入力はしない。
- （JROD データベース）：癌転移転入カシスシステムから、ICD-O 第 3 版、topography の番号表記が入力される。疾患名で "原発不明がん" が選択された場合、データベース上では "Unknown primary site" が自動入力される。

項目名	旧 ROGAD 項目名	項目重要度	データ提出
照射部位の特性		標準	標準

- 照射部位の特性がある部位の疾患において、照射部位の特性を以下の選択肢から入力する。
- 中脳、肝臓、左葉、右葉など部位別に入力したい場合など、各照射部位の特性により、特性の入力を可能とする。
- 特性の決定は、腫瘍がんの判定の際にも重要となる。
- 例：乳癌 同時期に他の臓器に転移する場合は 2 疾患として登録する。
- 照射部位は、b1, b2, b3, b4, b5, b6, b7, b8, b9, b10, b11, b12, b13, b14, b15, b16, b17, b18, b19, b20, b21, b22, b23, b24, b25, b26, b27, b28, b29, b30, b31, b32, b33, b34, b35, b36, b37, b38, b39, b40, b41, b42, b43, b44, b45, b46, b47, b48, b49, b50, b51, b52, b53, b54, b55, b56, b57, b58, b59, b60, b61, b62, b63, b64, b65, b66, b67, b68, b69, b70, b71, b72, b73, b74, b75, b76, b77, b78, b79, b80, b81, b82, b83, b84, b85, b86, b87, b88, b89, b90, b91, b92, b93, b94, b95, b96, b97, b98, b99, b100, b101, b102, b103, b104, b105, b106, b107, b108, b109, b110, b111, b112, b113, b114, b115, b116, b117, b118, b119, b120, b121, b122, b123, b124, b125, b126, b127, b128, b129, b130, b131, b132, b133, b134, b135, b136, b137, b138, b139, b140, b141, b142, b143, b144, b145, b146, b147, b148, b149, b150, b151, b152, b153, b154, b155, b156, b157, b158, b159, b160, b161, b162, b163, b164, b165, b166, b167, b168, b169, b170, b171, b172, b173, b174, b175, b176, b177, b178, b179, b180, b181, b182, b183, b184, b185, b186, b187, b188, b189, b190, b191, b192, b193, b194, b195, b196, b197, b198, b199, b200, b201, b202, b203, b204, b205, b206, b207, b208, b209, b210, b211, b212, b213, b214, b215, b216, b217, b218, b219, b220, b221, b222, b223, b224, b225, b226, b227, b228, b229, b230, b231, b232, b233, b234, b235, b236, b237, b238, b239, b240, b241, b242, b243, b244, b245, b246, b247, b248, b249, b250, b251, b252, b253, b254, b255, b256, b257, b258, b259, b260, b261, b262, b263, b264, b265, b266, b267, b268, b269, b270, b271, b272, b273, b274, b275, b276, b277, b278, b279, b280, b281, b282, b283, b284, b285, b286, b287, b288, b289, b290, b291, b292, b293, b294, b295, b296, b297, b298, b299, b300, b301, b302, b303, b304, b305, b306, b307, b308, b309, b310, b311, b312, b313, b314, b315, b316, b317, b318, b319, b320, b321, b322, b323, b324, b325, b326, b327, b328, b329, b330, b331, b332, b333, b334, b335, b336, b337, b338, b339, b340, b341, b342, b343, b344, b345, b346, b347, b348, b349, b350, b351, b352, b353, b354, b355, b356, b357, b358, b359, b360, b361, b362, b363, b364, b365, b366, b367, b368, b369, b370, b371, b372, b373, b374, b375, b376, b377, b378, b379, b380, b381, b382, b383, b384, b385, b386, b387, b388, b389, b390, b391, b392, b393, b394, b395, b396, b397, b398, b399, b400, b401, b402, b403, b404, b405, b406, b407, b408, b409, b410, b411, b412, b413, b414, b415, b416, b417, b418, b419, b420, b421, b422, b423, b424, b425, b426, b427, b428, b429, b430, b431, b432, b433, b434, b435, b436, b437, b438, b439, b440, b441, b442, b443, b444, b445, b446, b447, b448, b449, b450, b451, b452, b453, b454, b455, b456, b457, b458, b459, b460, b461, b462, b463, b464, b465, b466, b467, b468, b469, b470, b471, b472, b473, b474, b475, b476, b477, b478, b479, b480, b481, b482, b483, b484, b485, b486, b487, b488, b489, b490, b491, b492, b493, b494, b495, b496, b497, b498, b499, b500, b501, b502, b503, b504, b505, b506, b507, b508, b509, b510, b511, b512, b513, b514, b515, b516, b517, b518, b519, b520, b521, b522, b523, b524, b525, b526, b527, b528, b529, b530, b531, b532, b533, b534, b535, b536, b537, b538, b539, b540, b541, b542, b543, b544, b545, b546, b547, b548, b549, b550, b551, b552, b553, b554, b555, b556, b557, b558, b559, b560, b561, b562, b563, b564, b565, b566, b567, b568, b569, b570, b571, b572, b573, b574, b575, b576, b577, b578, b579, b580, b581, b582, b583, b584, b585, b586, b587, b588, b589, b590, b591, b592, b593, b594, b595, b596, b597, b598, b599, b600, b601, b602, b603, b604, b605, b606, b607, b608, b609, b610, b611, b612, b613, b614, b615, b616, b617, b618, b619, b620, b621, b622, b623, b624, b625, b626, b627, b628, b629, b630, b631, b632, b633, b634, b635, b636, b637, b638, b639, b640, b641, b642, b643, b644, b645, b646, b647, b648, b649, b650, b651, b652, b653, b654, b655, b656, b657, b658, b659, b660, b661, b662, b663, b664, b665, b666, b667, b668, b669, b670, b671, b672, b673, b674, b675, b676, b677, b678, b679, b680, b681, b682, b683, b684, b685, b686, b687, b688, b689, b690, b691, b692, b693, b694, b695, b696, b697, b698, b699, b700, b701, b702, b703, b704, b705, b706, b707, b708, b709, b710, b711, b712, b713, b714, b715, b716, b717, b718, b719, b720, b721, b722, b723, b724, b725, b726, b727, b728, b729, b730, b731, b732, b733, b734, b735, b736, b737, b738, b739, b740, b741, b742, b743, b744, b745, b746, b747, b748, b749, b750, b751, b752, b753, b754, b755, b756, b757, b758, b759, b760, b761, b762, b763, b764, b765, b766, b767, b768, b769, b770, b771, b772, b773, b774, b775, b776, b777, b778, b779, b780, b781, b782, b783, b784, b785, b786, b787, b788, b789, b790, b791, b792, b793, b794, b795, b796, b797, b798, b799, b800, b801, b802, b803, b804, b805, b806, b807, b808, b809, b810, b811, b812, b813, b814, b815, b816, b817, b818, b819, b820, b821, b822, b823, b824, b825, b826, b827, b828, b829, b830, b831, b832, b833, b834, b835, b836, b837, b838, b839, b840, b841, b842, b843, b844, b845, b846, b847, b848, b849, b850, b851, b852, b853, b854, b855, b856, b857, b858, b859, b860, b861, b862, b863, b864, b865, b866, b867, b868, b869, b870, b871, b872, b873, b874, b875, b876, b877, b878, b879, b880, b881, b882, b883, b884, b885, b886, b887, b888, b889, b890, b891, b892, b893, b894, b895, b896, b897, b898, b899, b900, b901, b902, b903, b904, b905, b906, b907, b908, b909, b910, b911, b912, b913, b914, b915, b916, b917, b918, b919, b920, b921, b922, b923, b924, b925, b926, b927, b928, b929, b930, b931, b932, b933, b934, b935, b936, b937, b938, b939, b940, b941, b942, b943, b944, b945, b946, b947, b948, b949, b950, b951, b952, b953, b954, b955, b956, b957, b958, b959, b960, b961, b962, b963, b964, b965, b966, b967, b968, b969, b970, b971, b972, b973, b974, b975, b976, b977, b978, b979, b980, b981, b982, b983, b984, b985, b986, b987, b988, b989, b990, b991, b992, b993, b994, b995, b996, b997, b998, b999, b1000, b1001, b1002, b1003, b1004, b1005, b1006, b1007, b1008, b1009, b1010, b1011, b1012, b1013, b1014, b1015, b1016, b1017, b1018, b1019, b1020, b1021, b1022, b1023, b1024, b1025, b1026, b1027, b1028, b1029, b1030, b1031, b1032, b1033, b1034, b1035, b1036, b1037, b1038, b1039, b1040, b1041, b1042, b1043, b1044, b1045, b1046, b1047, b1048, b1049, b1050, b1051, b1052, b1053, b1054, b1055, b1056, b1057, b1058, b1059, b1060, b1061, b1062, b1063, b1064, b1065, b1066, b1067, b1068, b1069, b1070, b1071, b1072, b1073, b1074, b1075, b1076, b1077, b1078, b1079, b1080, b1081, b1082, b1083, b1084, b1085, b1086, b1087, b1088, b1089, b1090, b1091, b1092, b1093, b1094, b1095, b1096, b1097, b1098, b1099, b1100, b1101, b1102, b1103, b1104, b1105, b1106, b1107, b1108, b1109, b1110, b1111, b1112, b1113, b1114, b1115, b1116, b1117, b1118, b1119, b1120, b1121, b1122, b1123, b1124, b1125, b1126, b1127, b1128, b1129, b1130, b1131, b1132, b1133, b1134, b1135, b1136, b1137, b1138, b1139, b1140, b1141, b1142, b1143, b1144, b1145, b1146, b1147, b1148, b1149, b1150, b1151, b1152, b1153, b1154, b1155, b1156, b1157, b1158, b1159, b1160, b1161, b1162, b1163, b1164, b1165, b1166, b1167, b1168, b1169, b1170, b1171, b1172, b1173, b1174, b1175, b1176, b1177, b1178, b1179, b1180, b1181, b1182, b1183, b1184, b1185, b1186, b1187, b1188, b1189, b1190, b1191, b1192, b1193, b1194, b1195, b1196, b1197, b1198, b1199, b1200, b1201, b1202, b1203, b1204, b1205, b1206, b1207, b1208, b1209, b1210, b1211, b1212, b1213, b1214, b1215, b1216, b1217, b1218, b1219, b1220, b1221, b1222, b1223, b1224, b1225, b1226, b1227, b1228, b1229, b1230, b1231, b1232, b1233, b1234, b1235, b1236, b1237, b1238, b1239, b1240, b1241, b1242, b1243, b1244, b1245, b1246, b1247, b1248, b1249, b1250, b1251, b1252, b1253, b1254, b1255, b1256, b1257, b1258, b1259, b1260, b1261, b1262, b1263, b1264, b1265, b1266, b1267, b1268, b1269, b1270, b1271, b1272, b1273, b1274, b1275, b1276, b1277, b1278, b1279, b1280, b1281, b1282, b1283, b1284, b1285, b1286, b1287, b1288, b1289, b1290, b1291, b1292, b1293, b1294, b1295, b1296, b1297, b1298, b1299, b1300, b1301, b1302, b1303, b1304, b1305, b1306, b1307, b1308, b1309, b1310, b1311, b1312, b1313, b1314, b1315, b1316, b1317, b1318, b1319, b1320, b1321, b1322, b1323, b1324, b1325, b1326, b1327, b1328, b1329, b1330, b1331, b1332, b1333, b1334, b1335, b1336, b1337, b1338, b1339, b1340, b1341, b1342, b1343, b1344, b1345, b1346, b1347, b1348, b1349, b1350, b1351, b1352, b1353, b1354, b1355, b1356, b1357, b1358, b1359, b1360, b1361, b1362, b1363, b1364, b1365, b1366, b1367, b1368, b1369, b1370, b1371, b1372, b1373, b1374, b1375, b1376, b1377, b1378, b1379, b1380, b1381, b1382, b1383, b1384, b1385, b1386, b1387, b1388, b1389, b1390, b1391, b1392, b1393, b1394, b1395, b1396, b1397, b1398, b1399, b1400, b1401, b1402, b1403, b1404, b1405, b1406, b1407, b1408, b1409, b1410, b1411, b1412, b1413, b1414, b1415, b1416, b1417, b1418, b1419, b1420, b1421, b1422, b1423, b1424, b1425, b1426, b1427, b1428, b1429, b1430, b1431, b1432, b1433, b1434, b1435, b1436, b1437, b1438, b1439, b1440, b1441, b1442, b1443, b1444, b1445, b1446, b1447, b1448, b1449, b1450, b1451, b1452, b1453, b1454, b1455, b1456, b1457, b1458, b1459, b1460, b1461, b1462, b1463, b1464, b1465, b1466, b1467, b1468, b1469, b1470, b1471, b1472, b1473, b1474, b1475, b1476, b1477, b1478, b1479, b1480, b1481, b1482, b1483, b1484, b1485, b1486, b1487, b1488, b1489, b1490, b1491, b1492, b1493, b1494, b1495, b1496, b1497, b1498, b1499, b1500, b1501, b1502, b1503, b1504, b1505, b1506, b1507, b1508, b1509, b1510, b1511, b1512, b1513, b1514, b1515, b1516, b1517, b1518, b1519, b1520, b1521, b1522, b1523, b1524, b1525, b1526, b1527, b1528, b1529, b1530, b1531, b1532, b1533, b1534, b1535, b1536, b1537, b1538, b1539, b1540, b1541, b1542, b1543, b1544, b1545, b1546, b1547, b1548, b1549, b1550, b1551, b1552, b1553, b1554, b1555, b1556, b1557, b1558, b1559, b1560, b1561, b1562, b1563, b1564, b1565, b1566, b1567, b1568, b1569, b1570, b1571, b1572, b1573, b1574, b1575, b1576, b1577, b1578, b1579, b1580, b1581, b1582, b1583, b1584, b1585, b1586, b1587, b1588, b1589, b1590, b1591, b1592, b1593, b1594, b1595, b1596, b1597, b1598, b1599, b1600, b1601, b1602, b1603, b1604, b1605, b1606, b1607, b1608, b1609, b1610, b1611, b1612, b1613, b1614, b1615, b1616, b1617, b1618, b1619, b1620, b1621, b1622, b1623, b1624, b1625, b1626, b1627, b1628, b1629, b1630, b1631, b1632, b1633, b1634, b1635, b1636, b1637, b1638, b1639, b1640, b1641, b1642, b1643, b1644, b1645, b1646, b1647, b1648, b1649, b1650, b1651, b1652, b1653, b1654, b1655, b1656, b1657, b1658, b1659, b1660, b1661, b1662, b1663, b1664, b1665, b1666, b1667, b1668, b1669, b1670, b1671, b1672, b1673, b1674, b1675, b1676, b1677, b1678, b1679, b1680, b1681, b1682, b1683, b1684, b1685, b1686, b1687, b1688, b1689, b1690, b1691, b1692, b1693, b1694, b1695, b1696, b1697, b1698, b1699, b1700, b1701, b1702, b1703, b1704, b1705, b1706, b1707, b1708, b1709, b1710, b1711, b1712, b1713, b1714, b1715, b1716, b1717, b1718, b1719, b1720, b1721, b1722, b1723, b1724, b1725, b1726, b1727, b1728, b1729, b1730, b1731, b1732, b1733, b1734, b1735, b1736, b1737, b1738, b1739, b1740, b1741, b1742, b1743, b1744, b1745, b1746, b1747, b1748, b1749, b1750, b1751, b1752, b1753, b1754, b1755, b1756, b1757, b1758, b1759, b1760, b1761, b1762, b1763, b1764, b1765, b1766, b1767, b1768, b1769, b1770, b1771, b1772, b1773, b1774, b1775, b1776, b1777, b1778, b1779, b1780, b1781, b1782, b1783, b1784, b1785, b1786, b1787, b1788, b1789, b1790, b1791, b1792, b1793, b1794, b1795, b1796, b1797, b1798, b1799, b1800, b1801, b1802, b1803, b1804, b1805, b1806, b1807, b1808, b1809, b1810, b1811, b1812, b1813, b1814, b1815, b1816, b1817, b1818, b1819, b1820, b1821, b1822, b1823, b1824, b1825, b1826, b1827, b1828, b1829, b1830, b1831, b1832, b1833, b1834, b1835, b1836, b1837, b1838, b1839, b1840, b1841, b1842, b1843, b1844, b1845, b1846, b1847, b1848, b1849, b1850, b1851, b1852, b1853, b1854, b1855, b1856, b1857, b1858, b1859, b1860, b1861, b1862, b1863, b1864, b1865, b1866, b1867, b1868, b1869, b1870, b1871, b1872, b1873, b1874, b1875, b1876, b1877, b1878, b1879, b1880, b1881, b1882, b1883, b1884, b1885, b1886, b1887, b1888, b1889, b1890, b1891, b1892, b1893, b1894, b1895, b1896, b1897, b1898, b1899, b1900, b1901, b1902, b1903, b1904, b1905, b1906, b1907, b1908, b1909, b1910, b1911, b1912, b1913, b1914, b1915, b1916, b1917, b1918, b1919, b1920, b1921, b1922, b1923, b1924, b1925, b1926, b1927, b1928, b1929, b1930, b1931, b1932, b1933, b1934, b1935, b1936, b1937, b1938, b1939, b1940, b1941, b1942, b1943, b1944, b1945, b1946, b1947, b1948, b1949, b1950, b1951, b1952, b1953, b1954, b1955, b1956, b1957, b1958, b1959, b1960, b1961, b1962, b1963, b1964, b1965, b1966, b1967, b1968, b1969, b1970, b1971, b1972, b1973, b1974, b1975, b1976, b1977, b1978, b1979, b1980, b1981, b1982, b1983, b1984, b1985, b1986, b1987, b1988, b1989, b1990, b1991, b1992, b1993, b1994, b1995, b1996, b1997, b1998, b1999, b2000, b2001, b2002, b2003, b2004, b2005, b2006, b2007, b2008, b2009, b2010, b2011, b2012, b2013, b2014, b2015, b2016, b2017, b2018, b2019, b2020, b2021, b2022, b2023, b2024, b2025, b2026, b2027, b2028, b2029, b2030, b2031, b2032, b2033, b2034, b2035, b2036, b2037, b2038, b2039, b2040, b2041, b2042, b2043, b2044, b2045, b2046, b2047, b2048, b2049, b2050, b2051, b2052, b2053, b2054, b2055, b2056, b2057, b2058, b2059, b2060, b2061, b2062, b2063, b2064, b2065, b2066, b2067, b2068, b2069, b2070, b2071, b2072, b2073, b2074, b2075, b2076, b2077, b2078, b2079, b2080, b2081, b2082, b2083, b2084, b2085, b2086, b2087, b2088, b2089, b2090, b2091, b2092, b2093, b2094, b2095, b2096, b2097, b2098, b2099, b2100, b2101, b2102, b2103, b2104, b2105, b2106, b2107, b2108, b2109, b2110, b2111, b2112, b2113, b2114, b2115, b2116, b2117, b2118, b2119, b2120, b2121, b2122, b2123, b2124, b2125, b2126, b2127, b2128, b2129, b2130, b2131, b2132, b2133, b2134, b2135, b2136, b2137, b2138, b2139, b2140, b2141, b2142, b2143, b2144, b2145, b2146, b214

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

- 一連の治療で外部照射, および小線源治療が併用される場合は, 1レコード内に入力する.
- 小線源治療は一連の治療を1レコードに入力し, 開始日と最終施行日, および回数を
入力する.
- 非密封線源での治療の場合, 外部照射, 小線源治療と併記せず, 個別の1レコードとして入
力する.
- 複数回治療する場合, 治療毎別のレコードとして登録する.
- 記録に注釈が必要と考えられる場合には, 外部照射メモ, 密封小線源メモ, 非密封線源メモ
の項目にその内容を入力する.

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

外部照射メモ	非密封線源	有吉事象の有無
密封小線源部位	非密封線源投与量	有吉事象確認日 1
密封小線源部位 ICD-Oコード	非密封線源投与回数	有吉事象発生部位 1
密封線源	非密封線源投与日	有吉事象グレード 1
密封小線源線量率	非密封線源投与当量	有吉事象確認日 2
密封小線源照射方法	非密封線源メモ	有吉事象発生部位 2
密封小線源一回線量	放射線治療回数	有吉事象グレード 2
密封小線源分割回数	一次効果	有吉事象確認日 3
密封小線源総線量	生死の状況	有吉事象発生部位 3
密封小線源治療開始日	最終確認日	有吉事象グレード 3
密封小線源治療終了日	再発の有無	有吉事象メモ
密封小線源治療日数	再発確認日	結実がんの有無
密封小線源投与当量	再発部位	結実がん確認日
密封小線源指導医	再発部位詳細	結実がん部位
三次元治療計画	再発治療の有無	結実がんメモ
密封小線源メモ	再発治療計画詳細	施設名

【計 111項目】

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

データ出力仕様@CSV

院内管理コード	病期分類名 1	CPR3	外部照射日数
性別	CPR1	T3	外部照射分割回数
照射開始年齢	T1	N3	一日あたり照射回数
照射開始時 Karnofsky PS	N1	M3	外部照射カテゴリー
照射開始時 ECOG PS	M1	Stage3	治療対象遠隔転移部位
重複がん	Stage1	Grade3	外部照射部位
重複がんの時期	Grade1	JASTRO 構造調音用疾患分類	外部照射部位 ICD-Oコード
重複がんメモ	病期分類名 2	今回の治療	線種 1
照射歴	CPR2	新患・再患	エネルギー 1
疾患名	T2	治療方針	線種 2
原発部位	N2	併用療法	エネルギー 2
原発部位側性	M2	外来・入院	外部照射担当医
原発部位 ICD-Oコード	Stage2	外部照射開始日	外部照射指導医
病理組織	Grade2	外部照射終了日	特殊照射
病理組織 ICD-Oコード	病期分類名 3	外部照射総線量	治療加算 1
			放射線治療管理科一回目
			放射線治療管理科二回目

3-1) JROD (Japan Radiation Oncology Database)

- これらのデータがあれば, 様々な研究・解析が可能。DVHがあればさらにbetter.
- しかし, 他システムからの転記や多重登録しているデータが意外に多い。

重複がん	生死の状況
重複がんの時期	最終確認日
照射歴 ※他院の場合	再発の有無、確認日、部位
疾患名	再発治療の有無、内容詳細
原発部位、原発部位側性	続発がんの有無、確認日、部位
病理組織	等
病期分類、cpr、T、N、M、Stage、Grade	

・他科 (外科) のデータ登録にも放射線治療の情報が必要
例) NCD (National Clinical Database)

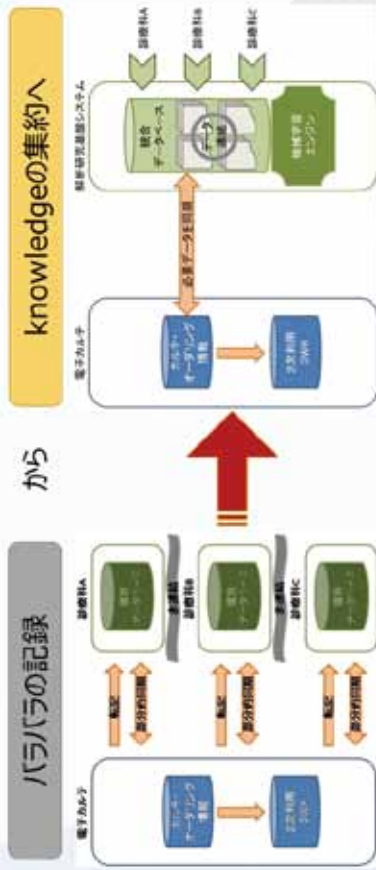
呼吸器外科: 術前導入療法	放射線治療の有無、化学療法との組み合わせ
乳癌外科:	術後放射線治療の有無
	部位 (全乳房、腫瘍床、腋窩、... 胸壁)
	総線量・分割回数

こちらでも
転記・多重登録

3-2) がん治療統合データベースに向けて

【構造化された統合データベースの構築】

外科・内科（治療）・放射線の治療内容・毒性評価・治療効果を一元管理



3-2) がん治療統合データベースに向けて

A I やロボット医療に診療報酬…成長戦略後押し

行経一政 2016年11月10日 (水) 読売新聞

政府は、人工知能（A I）やロボットを使った医療行為を2020年度から診療報酬の対象とする方向で検討に入

った。
次世代の成長戦略の柱となるA Iの普及を後押しする狙いがある。政府は介護での活用も目論みしており、医療の質の向上や介護現場の人手不足解消が期待されている。安倍首相が近く政府の「未来投資会議」で厚生労働省に検討を指示する見通しだ。

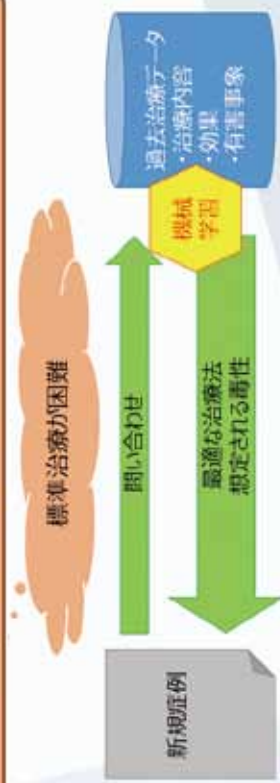
A Iには、人間では不可能な量の膨大なデータを分析できる強みがある。様々な疾病に関する世界中の研究論文や、国内の医療機関に蓄積された診療事例などをA Iに学習させ、医師に適切な治療法を提案させることなどが想定されている。

特に国民健康保険制度が誇る日本の医療機関のデータ量は世界有数とされており、「医療分野のA I活用で世界を主導できる可能性がある」（内閣官房幹部）という。

3-2) がん治療統合データベースに向けて

なぜ 機械学習？

がん罹患の高齢化（2011年の罹患患者の約69%が65歳以上）
- 複数の併存症（肺気腫、高血圧、脳血管障害、腎機能障害 等）
- 臓器機能の低下
- 治療による合併症、副作用の遅延



1) http://ganjoho.jp/med_pro/med_info/medical_info/life_expectancy.html

3-2) がん治療統合データベースに向けて

【Precision Medicine】 Precise = 精密な・誤差が少ない
個人の遺伝子情報などを含む詳細な情報をもとに「より精密な対応を行う医療」



【プレスリリース】 がんプレジジョン医療研究センター設立

2016年10月05日

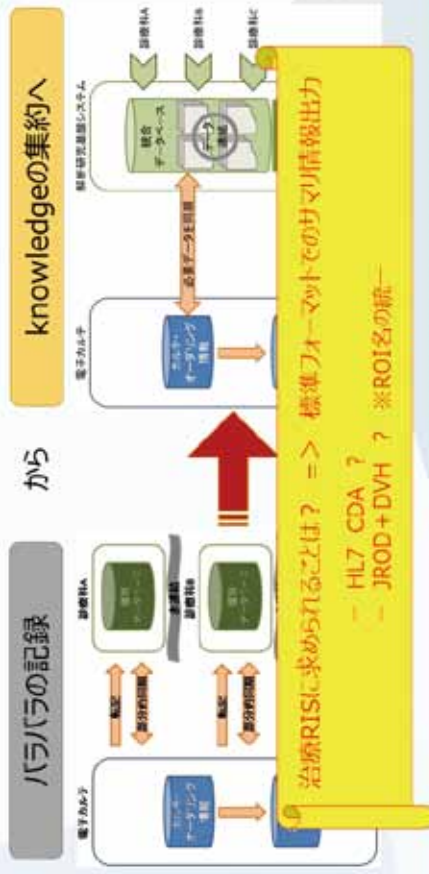
がん研究会では、2016年10月1日をもって「がんプレジジョン医療研究センター」を設立いたしました。
先端診断技術を開発することによって得られる、がんゲノム情報を始めとするがん患者さんの各種情報を統合・解析すること
で、全てのがん患者さんに對して最適な治療法の提供を可能とするのが「がんプレジジョン医療」です。

このたび、がん研究会では、シカゴ大学医学部中村花輪教授の参画を得て、長年、がんゲノム解析で実績を有する
ゲノムセンターを全面的に改組し、がんプレジジョン医療開発のための研究センターを設立し、全てのがん患者さ
んに最適な医療を提供することを目指します。

3-2) がん治療統合データベースに向けて

【構造化された統合データベースの構築】

外科・内科（化療）・放射線の治療内容・毒性評価・治療効果を一元管理



まとめ

1. 治療RISとは？

- > 放射線治療情報システムにおける位置づけ
- ・HISとの連携
- ・専用機器（計画装置/R&V etc.）との連携

・積極的な情報公開
・"Text"と"DICOM"の融合

2. 治療RISを実際に導入するにあたって

- > 治療RISの歴史
- > 治療RISの導入のStepと課題
- > 放射線治療部門の情報化

・全スタッフによる情報共有
・継続的業務改善

3. データの利活用

- > JROD
- > がん治療統合データベースに向けて

・外科/内科とのデータ統合
・RTのPrecision Medicine

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院主催 放射線治療分野別連携事業・講演会 アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当する番号に ○ をつけ、お帰りの際、スタッフにお渡しください。

- ① 区分： 1. 一般参加 2. 教職員・院生（国際医療福祉大学グループ）
- ② 性別： 1. 男 2. 女
- ③ 年齢： 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代 7. 80代以上
- ④ 職業（複数可）： 1. 診療放射線技師 2. 医学物理士 3. 放射線腫瘍医 4. その他医師 5. 薬剤師
6. 看護師 7. 院生（博士課程） 8. 院生（修士課程） 9. 教員 10. その他（具体的に ）
- ⑤ 所属（例 ○○病院○○科、○○株式会社○○部、○○大学大学院○○分野など）：

-
- ⑥ 本日の講演会に参加したきっかけは何ですか。（複数可）
1. 本学大学院のホームページを見て 2. 本学関連病院で案内を見て 3. 学内でポスターを見て
4. 乃木坂スクール事務局からの案内を見て 5. 同窓会（マロニエ会）のホームページを見て
6. JSMP 会員案内を見て 7. 上司・指導教員から聞いて 8. 家族や知人などから聞いて
9. 講師がよかったから 10. 自分自身に必要なと思ったから、
11. その他（具体的に ）
- ⑦ 本日の講演会について、ご満足いただけましたか。
1. とても満足 2. 満足 3. ふつう 4. 不満（理由： ）
- ⑧ 本日の講演会の内容について、ご理解いただけましたか。
1. 良く理解できた 2. 理解できた 3. どちらともいえない
4. 理解できなかった（理由： ）
- ⑨ 本日の講演会に対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

ご協力、ありがとうございました。

国際医療福祉大学大学院主催
放射線治療分野別連携事業・講演会

日 時：平成28年12月3日 13:30～15:00

テーマ：放射線治療部門の情報化：治療RIS～現状整理と未来に向けて～

場 所：国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 ホール

遠隔接続・配信先 大田原キャンパス大学院棟3階 A教室
成田キャンパス9階 A教室
小田原キャンパス1階 A教室
熱海キャンパス地下2階 A教室
福岡キャンパス1階 B教室
大川キャンパス1号館2階 A教室

■参加：50名

■アンケート回答状況 提出：37名 提出率：74.0%

■アンケート結果集計

①区分	1 一般参加	23	62.2%
	2 教職員・院生(国際医療福祉大学グループ)	14	37.8%
	合計	37	100.0%
②性別	1 男	31	83.8%
	2 女	6	16.2%
	合計	37	100.0%
③年齢	1 20代	10	27.0%
	2 30代	15	40.5%
	3 40代	5	13.5%
	4 50代	4	10.8%
	5 60代	2	5.4%
	6 70代	1	2.7%
	7 80代以上	0	0.0%
	合計	37	100.0%
④職業 (複数可)	1 診療放射線技師	25	46.3%
	2 医学物理士	8	14.8%
	3 放射線腫瘍医	0	0.0%
	4 その他医師	0	0.0%
	5 薬剤師	0	0.0%
	6 看護師	0	0.0%
	7 院生(博士課程)	1	1.9%
	8 院生(修士課程)	7	13.0%
	9 教員	3	5.6%
	10 その他	10	18.5%
	合計	54	100.0%

⑤所属

- ・がん研有明病院
- ・国府台病院放射線科 国際医療福祉大学大学院放射線情報科学分野
- ・国立がん研究センター中央病院
- ・国立がん研究センター中央病院放射線技術部放射線治療技術室
- ・国立がん研究センター東病院放射線治療科
- ・関東労災病院
- ・病院医学物理室
- ・横河医療ソリューションズ株式会社営業部
- ・横河医療ソリューションズ株式会社
- ・東芝メディカルシステムズ株式会社
- ・VarianMedicalSystemsアプリケーション部
- ・国立病院機構災害医療センター中央放射線部
- ・千葉大学医学部附属病院放射線部
- ・さいたま市民病院中央放射線科 帝京大学大学院医療技術学研究科
- ・このはな児童学研究所
- ・湘南鎌倉総合病院
- ・九州国際重粒子線がん治療センター
- ・国際医療福祉大学三田病院放射線治療室
- ・国際医療福祉大学大学院放射線・情報科学分野
- ・さいたま赤十字病院放射線科 国際医療福祉大学大学院放射線・情報科学分野
- ・中央医療技術専門学校 国際医療福祉大学大学院
- ・自治医科大学附属さいたま医療センター中央放射線部 国際医療福祉大学大学院放射線・情報科学分野
- ・高邦会高木病院放射線治療品質管理室
- ・高邦会高木病院放射線技術部
- ・福岡山王病院放射線室
- ・福岡山王病院

⑥本日の講演会に参加したきっかけは何ですか。(複数可)

1 本学大学院のホームページを見て	0	0.0%
2 本学関連病院で案内を見て	4	9.3%
3 学内でポスターを見て	0	0.0%
4 乃木坂スクール事務局からの案内を見て	2	4.7%
5 同窓会(マロニエ会)のホームページを見て	0	0.0%
6 JSMP会員案内を見て	13	30.2%
7 上司・指導教員から聞いて	13	30.2%
8 家族や知人などから聞いて	2	4.7%
9 講師がよかったから	6	14.0%
10 自分自身に必要なと思ったから	1	2.3%
11 その他	2	4.7%
合計	43	100.0%

⑦本日の講演会について、ご満足いただけましたか。

1 とても満足	15	40.5%
2 満足	14	37.8%
3 ふつう	8	21.6%
4 不満	0	0.0%
合計	37	100.0%

⑧本日の講演会の内容について、ご理解いただけましたか。

1 よく理解できた	16	43.2%
2 理解できた	18	48.6%
3 どちらともいえない	2	5.4%
4 理解できなかった	1	2.7%
合計	37	100.0%

⑨本日の講演会に対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

◆一般参加

- ・ データをよりシステム化して情報として高めるための、他の資料と融合させていく手続きについて、ユーザー側の思考を育てる上で大変興味深く学ばせていただきました。
- ・ 病院や企業や国の施策など様々な観点からお話が聞けて勉強になりました。
- ・ がん総合データベース、JRODに関するお話が詳しく聞けて非常に勉強になりました。
- ・ 詳細な情報で非常にためになりました。
- ・ 治療RISの展望が聞けて、参考になりました。
- ・ がん研では総合データベースを構築する際、各診療科のデータは学会のアウトプットデータを利用していくのでしょうか？ ありがとうございました。
- ・ 駐車場の案内を事前にしてほしいです。

◆国際医療福祉大学グループ

- ・ AI化されると、情報が地方に活用されて、Plauが中央で作成されて、地方で治療となる時代が来るのでしょうか？(ダビンチ手術のように)
- ・ 治療RISの今後の展開、そして求められる新たな人材、フィールドの話がとても興味深かった。
- ・ これからの放射線治療においての現場で、とても利便性がよく、情報の整理が簡易的に出来ることがとても明確になったと思います。

以上

5. 多職種大学院間の 合同ワークショップ (学生参加型ワークショップ)

平成 28 年 12 月 11 日





文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」

国際医療福祉大学大学院 多職種大学院間の合同ワークショップ

がんと地域包括ケア ～政策と現場におけるギャップ・課題～

日時

平成 28年 **12月11** 日(日) 11:00～16:30

会場

国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 B教室
〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー4・5階

基調講演

「地域包括ケアシステムについて」

講師 **中村 秀一** 国際医療福祉大学大学院 副大学院長

「在宅緩和ケアを担う診療所-緩和ケア充実診療所の制度的意義-」

講師 **川越 厚** 医療法人社団パリアン 理事長
クリニック川越 院長

【スケジュール】

総合司会: **大東 貴志**
国際医療福祉大学三田病院泌尿器科部長 教授/がんプロチーム医療・教育委員

11:00～11:05 開会挨拶: **森川 康英** 国際医療福祉大学病院小児外科 教授/がんプロコーディネーター

11:05～11:55 講演1: **川越 厚** 医療法人社団パリアン 理事長 クリニック川越 院長

11:55～12:05 質疑応答

13:00～13:50 講演2: **中村 秀一** 国際医療福祉大学大学院 副大学院長

13:50～14:00 質疑応答

14:10～14:20 アンサーパッドを使って: **大東 貴志**

14:20～15:40 ワークショップ(1グループ 6～8名 / 2グループ 場所:5階 C・D教室)
* 電子黒板使用. 進行、記録、発表係りはグループ内選出.

15:40～16:10 各グループの発表(各発表15分)

16:10～16:25 総合討論

16:25～16:30 総括: **天野 隆弘** 国際医療福祉大学大学院長

【お申込み・お問合せ先】

①氏名(学生は学籍番号も記入)、②所属、③連絡先(Tel/Email)、④医療上の保有資格、⑤教員経験を明記のうえ、**12月8日(木)までに**、下記宛てにメールでお申込みください。参加費は**無料**です。

国際医療福祉大学大学院 がんプロ事務局 03-6406-8621 ganpro-jimukyoku@iuhw.ac.jp

在宅緩和ケアを 担う診療所 —緩和ケア充実診療所の 歴史的意義—

医療法人社団パリアン
クリニック川越
川越 厚

1

在宅緩和ケアを議論する時
押さえておくべきこと

対象患者は

在宅ケアの期間が非常に短い！
比較的若い

緩和すべき苦しみを抱えている
ADLは一般に最後まで保たれる
家族の介護力を必ずしも期待できない

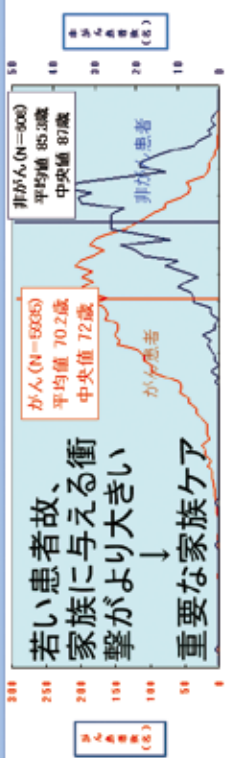
3

自己紹介

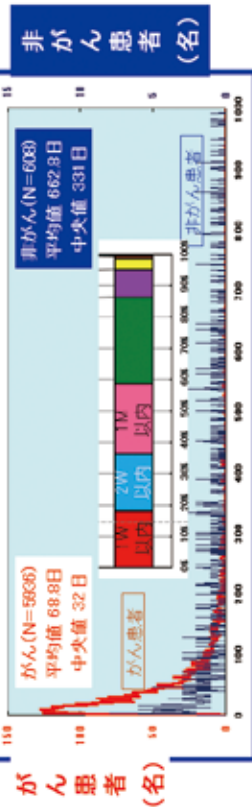


2

がん患者の特色 年齢が若い！

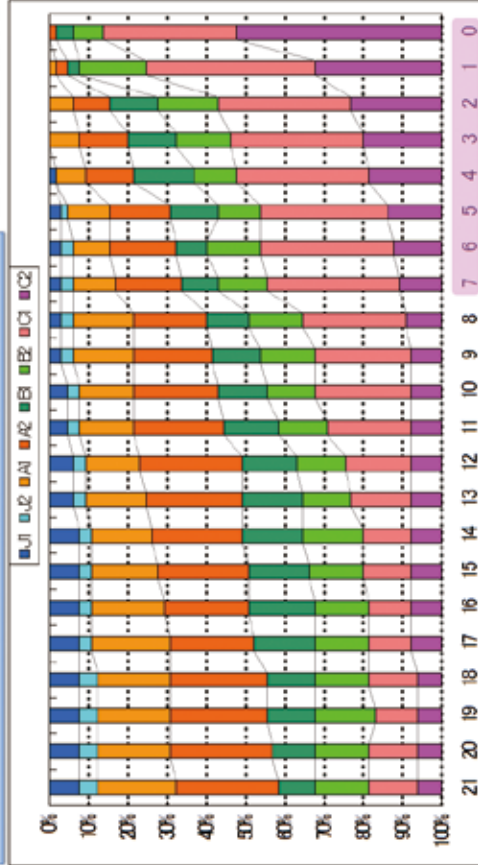


末期がん患者に残された時間は大変短い



4

ADLの変化 悪化は死亡1週間前より (21~180日生存の方のみ)



がんでは、ほとんどの人が「自分で自分のことができる」。人の力が必要なのは、最後の1週間

政策上の重要な問題 “PCU数の異常な増加”

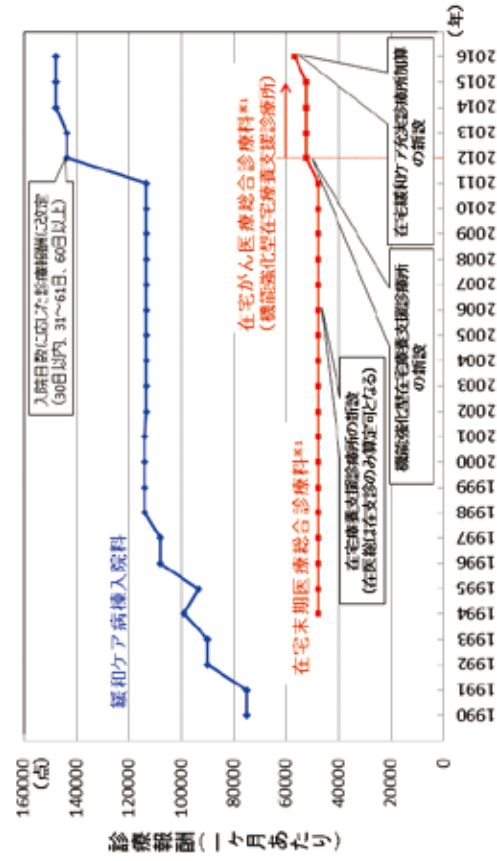
PCUへの過剰なIncentiveは
在宅緩和ケアを
委縮させる恐れあり
また、PCUなどの施設ケアは
コスト的に高くつく

家族の介護力を期待できない患者の代表 “独居患者”

家族の状況		人数(%)
タイプ1	(A)必要時に介護参加	115 (81.6)
家族・ 親族あり	(B)死後の手続きのみ行う	20 (14.2)
	(C)一切かかわらない	1 (0.7)
タイプ2	家族が全くいない	5 (3.5)
合計		141
独居患者141例/全患者1551例=9.1% (00/7~13/5、在宅死例)		

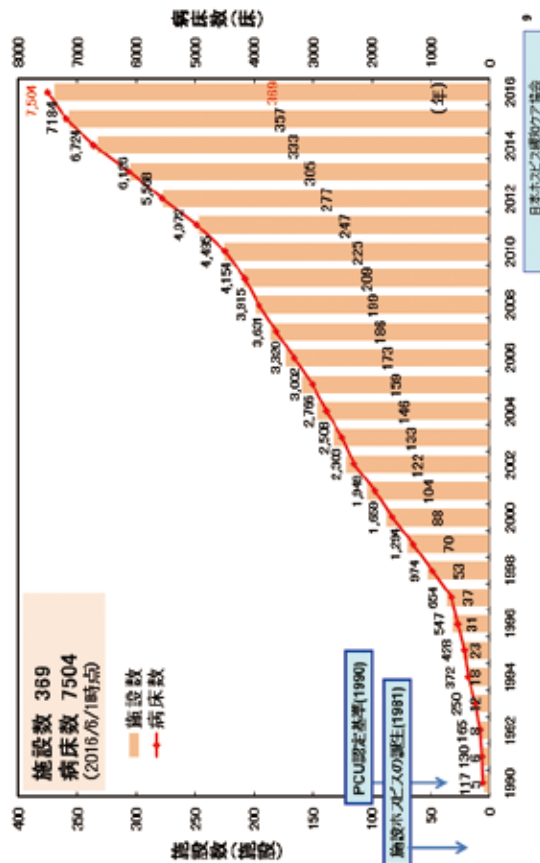
“家族/親族の介護力を期待できない”
“独居がん患者”

PCU入院料/PCC診療料 点数の推移



※1:処方箋あり/なしの診療報酬を15日ずつ算定で30日分とした

緩和ケア病棟数・病床数の年次推移



	PCU	在宅緩和ケア費用 (PCUと同日数分で比較)
基本費用 (34日分 ^{※1})	PCU入院料 ^{※2} 165,428点	在宅がん医療総合診療料 56,100点(34日×1650点/日 ^{※3})
+α費用 (薬剤・介護の 費用)	なし 薬代は入院料に含まれている 介護保険サービスは対象外	薬代、介護保険サービス利用料など 基本費用の半分 → 28,050点 基本費用と同程度 → 56,100点
Cost Performance 費用削減効果	PCU入院料－[在宅がん医療総合診療料] ＝ 53,228点/ケース	

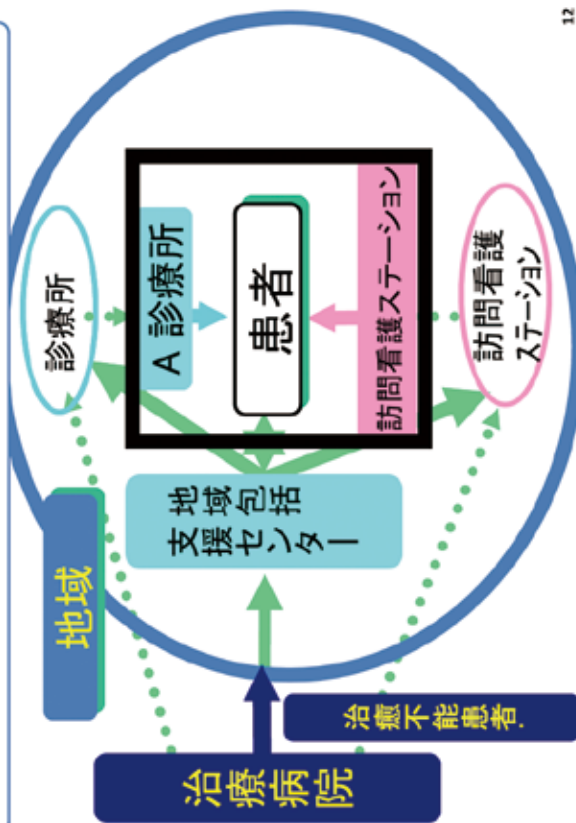
表3 PCUと在宅緩和ケアの費用比較

※1 2014年度 緩和ケア病棟 平均在院日数 33.6日より（日本ホスピス緩和ケア協会 調査結果）

※2 平成28年4月改定の診療報酬（右表）より算出

※3 院外処方あり、機能強化型在宅療養支援診療所（無床）の場合

在宅緩和ケア提供体制－現状－



在宅緩和ケアの 提供体制 1

現状と問題点

現状の在宅緩和ケア提供体制の問題点

1. 病院と診療所の間に“福祉職”が介在する
2. チーム体制ができるまでに“時間がかかる”
3. “即席チーム”がケアにあたる
4. “質の低いケア”提供(24時間体制なし、症状緩和が不慣れなど)になりやすい
5. 患者の流れが“一方向”(治療病院→診療所→病院)になる
6. “患者視点”の体制になっていない

13

在宅緩和ケアの提供体制 2

在宅緩和ケア充実診療所の 特色・役割 これからの課題

14

在宅緩和ケア充実診療所 “高くなったハードル”

在宅療養支援診療所 (2006)	1) 24時間 on call体制* 2) 24時間体制の往診(医師)* 3) 24時間体制の訪問看護(看護士)* *を患者に文書で約束 4) 緊急時の訪問ベッド 5) 連携医療機関への診療情報提供 6) 年間在宅死数の報告
機能強化型在宅療養支援診療所 (2012)	1) 3人以上の常勤医師 2) 前年度5回以上の緊急往診実績 3) 2人以上の在宅死 連携医療機関との合計でもよい
基準の強化 (2014)	1) 3人以上の常勤医師(不変) 2) 前年度10回以上の緊急往診実績(5→10) 3) 4人以上の在宅死(2→4) 連携医療機関との合計でもよいが、各医療機関が4回以上の緊急往診、2人以上の在宅死が必要
在宅緩和ケア充実診療所 (2016)	1) 15回以上の緊急往診(4→15)、20人以上の在宅死(4→20) 2) PCUまたは在宅ケア診療所経験の常勤医師 3) 1年間に2回以上のCSI実績 4) 緩和ケア養成研修を受けた医師 5) 在宅死数と在宅緩和ケアを施行した症例数の提示

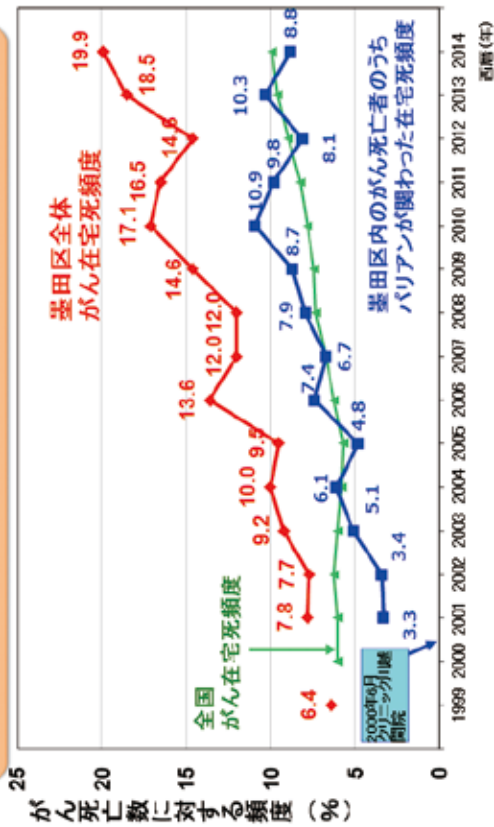
15

年	制度等	意義
1982	老健法制定	訪問看護料の新設
1992	医療法の一部改正 (法律第八九号)	患者の居宅等で、医療を効率的に提供されなければならない
1994	指定老人訪問看護制度 在宅末期医療総合診療料	訪問看護ステーション制度の新設 末期がん患者対象の医療が定額払い 訪問服薬指導の新設
2000	介護保険法施行	末期がん患者は医療保健と併用可能
2006	在宅療養支援診療所	在宅療養専門の診療所の制度新設
2012	機能強化型在宅療養支援診療所	診療・介護報酬の見直し 小規模多機能複合型サービス
2016	在宅緩和ケア充実診療所 保助看法の改正(37:2)	診療報酬の見直し “特定行為”の看護師裁量権拡大

表1 がん末期患者の在宅ケアに関連した制度

15

墨田区のがん在宅死率の年次変化 “一つの在宅診療実が地域を変える”

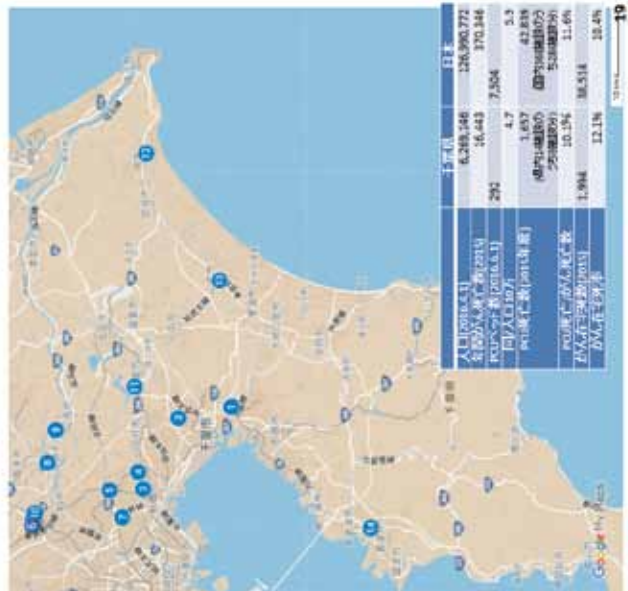


人口動態統計(厚生労働省) 墨田区統計:墨田区福祉保健部保健計画課

17

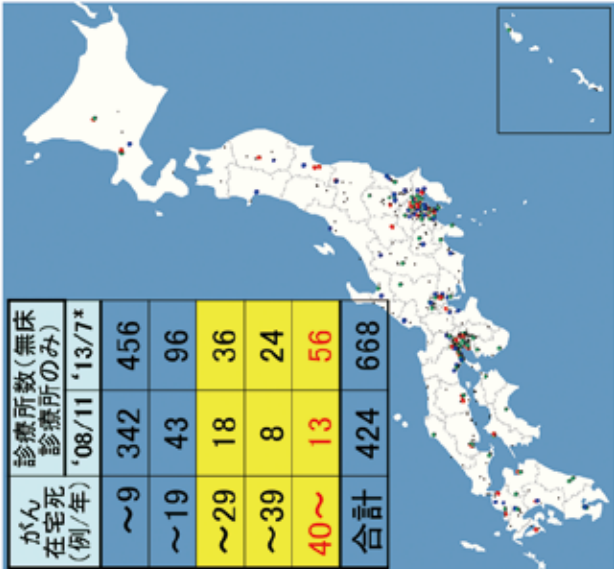
千葉県内 PCU分布

- 1 千葉市中央市民センター
- 2 山王病院
- 3 山王病院
- 4 山王病院
- 5 山王病院
- 6 山王病院
- 7 山王病院
- 8 山王病院
- 9 山王病院
- 10 山王病院
- 11 山王病院
- 12 山王病院
- 13 山王病院
- 14 山王病院
- 15 山王病院
- 16 山王病院
- 17 山王病院
- 18 山王病院
- 19 山王病院
- 20 山王病院



19

がん 在宅死 (例/年)	診療所数(無床 診療所のみ)	
	'08/11	'13/7*
～9	342	456
～19	43	96
～29	18	36
～39	8	24
40～	13	56
合計	424	668

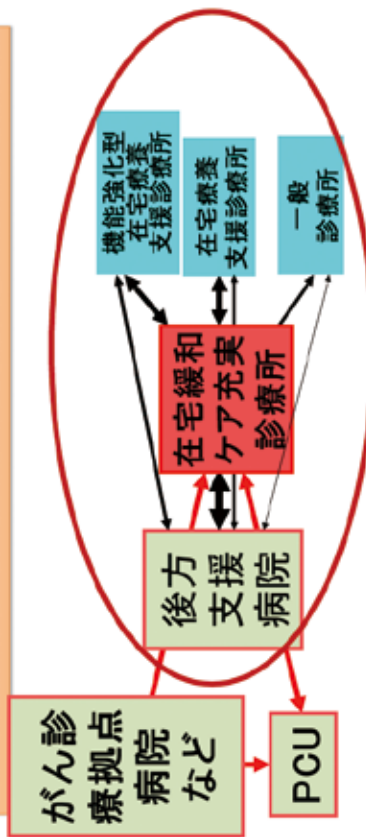


在宅がん患者看取り数
● 年間40例以上(56ヶ所)
● 年間20～39例(60ヶ所)
● 年間10～19例(96ヶ所)
● 上記以外(477ヶ所)

日本在宅ホスピス協会
「末期がんの方の
在宅ケアデータベース」
<https://www.homehospice.jp>

18

在宅緩和ケア充実診療所と 地域の医療機関との連携NW



P①在宅診療を中心とした、双方向のNWが基本
②将来は、一定の地域に基幹型の在宅緩和ケア
充実診療所を配置すること

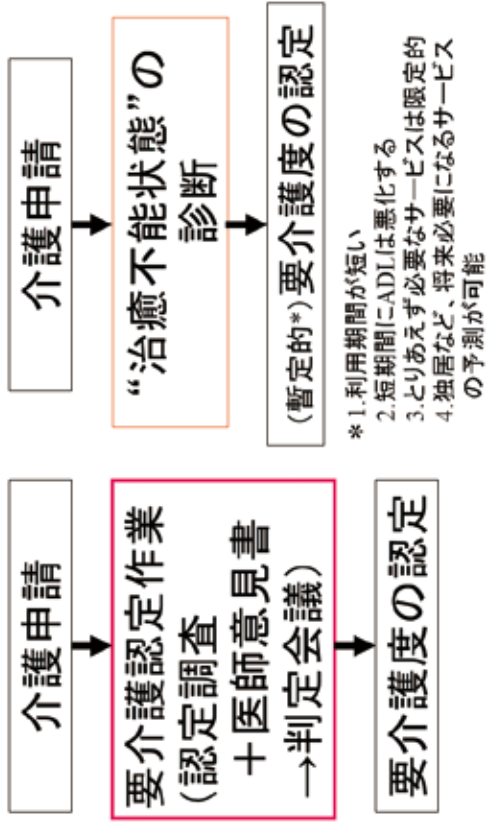
20

在宅緩和ケアにおける 介護保険制度の問題

制度上の無駄がある
(簡略化すべき介護認定作業)
医療から医療への連携が難しい
(介護職の介在)
無意味な住宅改造などの実施
(医療職の見方が反映されない)

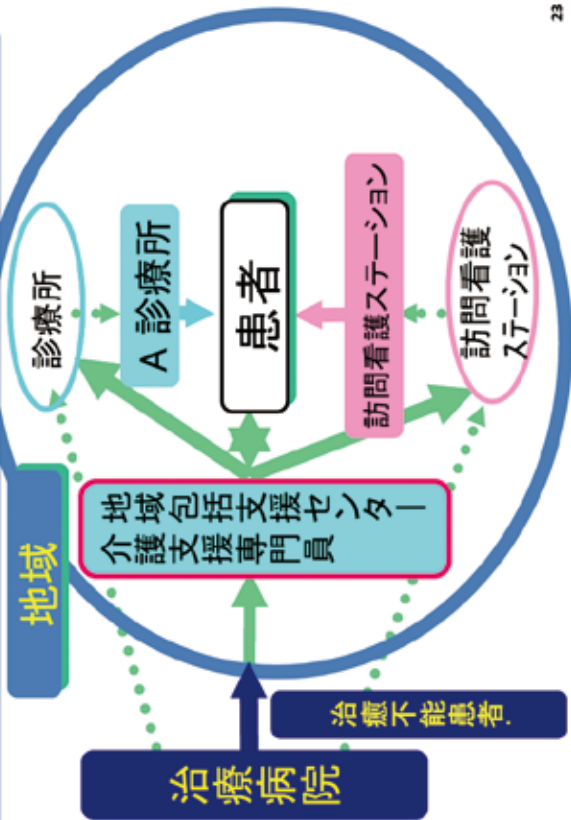
21

在宅緩和ケアにおける 要介護認定の簡略化のイメージ



22

福祉が介在する“現状の連携体制”の問題



23

パリアンを構成する部門 “コアは医師と看護師の密接な連携”



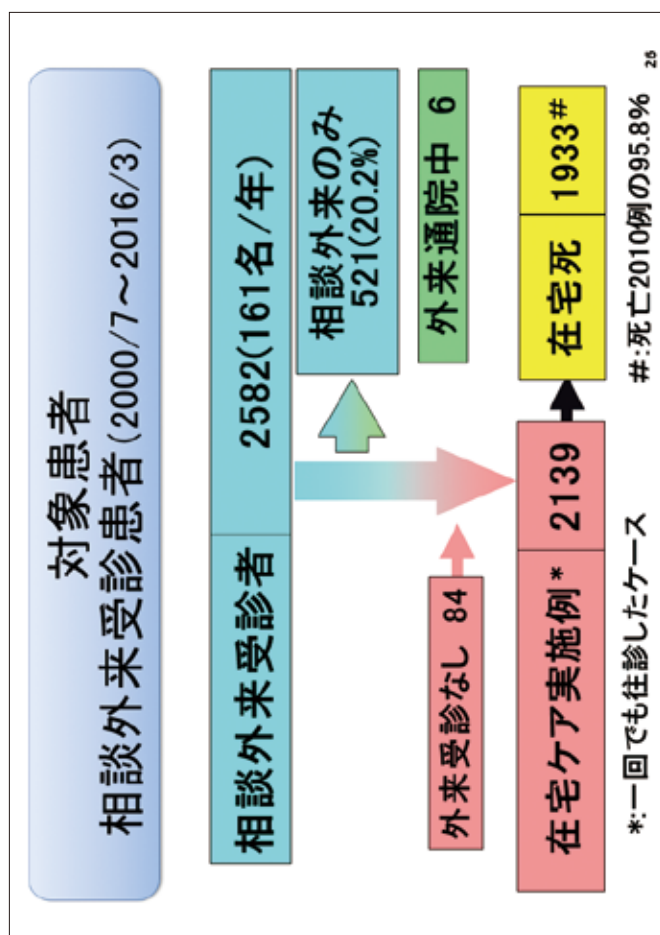
24



31名の患者情報 (Excel資料)

- 独居 8(25.8%)
- 老々世帯 11(35.5%)
- 若年患者 1(3.2%)
- 頭頸部癌 3(9.7%)
- 肺癌 5(16.1%)
- この週に亡くなった患者 4(13.0%)

(2016/9/25時点)²⁷

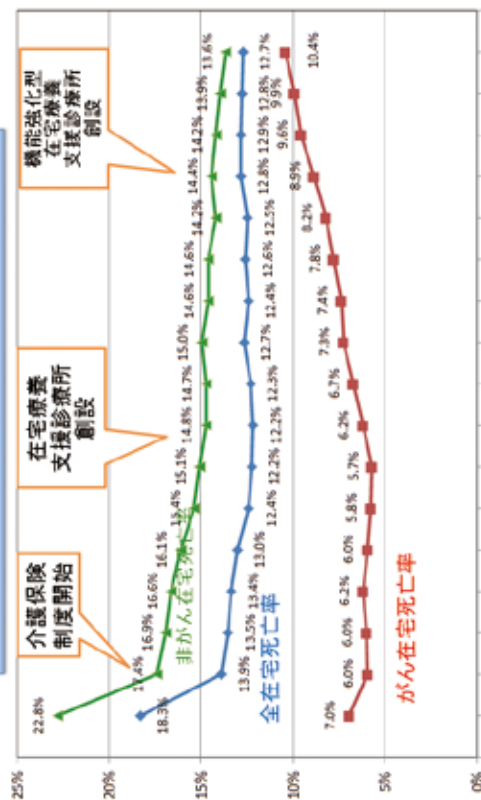


おわりに
政策上の課題

在宅緩和ケア充実診療所の活用
介護保険の無駄を省く

問題は、
非がん患者の在宅ケア普及
医療、福祉への力の配分を
検討すべき

政策実績評価指標としての在宅死亡率
在宅死亡率の推移(1995～2015年)



人口動態統計(厚生労働省) 29

在宅緩和ケアの現状と課題

川越 厚 (カゴエ コウ)

医療法人社団パリアン・理事長、クリニック川越・院長

目次

はじめに

ホスピスケア、緩和ケア

施設中心に発展したわが国のホスピスケア

わが国の在宅緩和ケアの制度の歴史

在宅緩和ケア充実診療所制度化の意味

なぜ「在宅緩和ケア充実診療所」なのか

在宅緩和ケアを支える医療サービスの発展と充実

訪問看護師の裁量権拡大の問題

末期がん患者の生活を支える、介護保険制度の問題

- 1) 地域包括ケアの”包括“の問題
- 2) 医療介入が必要な患者に対し、その導入が遅れる問題
- 3) 介護支援専門員への権限強化？の問題
- 4) ヘルパーなどの介護職が医療行為を行う問題

我国の在宅緩和ケアの現状とこれからの課題

- 1) 「在宅ケアの推進」という戦略目標達成の課題
- 2) 緩和ケアの問題 —PCUをどこまで増やそうとしているのか？
- 3) 在宅緩和ケア充実診療所の存在意義、役割
 - (1) 在宅緩和ケア提供のハブ（Hub）機能
 - (2) 在宅困難ケースを担う役割
 - (3) 在宅緩和ケアの教育、研修機能

おわりに

参考文献

※文中「PP」はパワーポイント資料のスライド番号を表す

はじめに

末期がん患者の在宅ケア（特に在宅でのホスピス・緩和ケア）は世界の大きな潮流であるが、わが国における在宅ホスピスケア（Home Hospice Care）の歴史は未だ浅く、系統だった実践がなされるようになってから、たかだか 30 年弱しか経過していない。

在宅ホスピスケアは患者の居宅においてホスピスケアを提供することなので、この問題をレビューするためには、わが国におけるホスピスケアの歴史と在宅ケアの歴史を同時に見ておく必要がある。また、ホスピスケア、緩和ケア（Palliative Care）に関しては言葉の混乱があるので、最初にそれを整理して稿を進めたいと思う。

ホスピスケア、緩和ケア

緩和ケアの源流は医そのものであり、19 世紀後半の科学的、かつ合理的な医療が登場するまで医の主流であった。ところが科学的な医療が広まるに伴い、緩和ケアは医療の片隅に追いやられることになった。そのような歴史的状況の中で、緩和ケアの重要性をホスピスケアという形で再認識するきっかけとなったのは、1967 年の St. Christopher's Hospice の誕生だった。

“ホスピス”という言葉は本来、「死に逝く場所、死を看取る施設」を意味する古いラテン語であり、それ故この言葉は歴史的に人々から忌み嫌われてきた。その“ホスピス”という言葉をやや変えて、「ホスピスケア」という新しい言葉を誕生させたのが、高名な C. Saunders である。彼女は、“死を直前に控えた患者に対して行われる緩和ケア”のことを“ホスピスケア”と表現したわけである。ただし注意すべきは、その当時、現代の意味での「緩和ケア」と言う言葉は存在しなかったことである。

「緩和ケア」という用語がはじめて歴史上に登場するのは、1975 年のこと。これはカナダのモントリオールの Royal Victoria 病院内に、緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit, PCU) が開設された年にあたる。緩和ケア病棟で行われるケアの内容は Saunders が提唱したホスピスケアそのものであったが、“ホスピス”という言葉が持つ暗いイメージゆえ、その新しいタイプの病棟に“ホスピスケア病棟”という名称を使用することができなかった。そこで“ホスピスケア”という言葉の代わりに用いられたのが“緩和ケア”という新語であり、緩和ケア（＝ホスピスケア）を行うのが緩和ケア病棟だったのである。つまりこの時点では、ホスピスケアと緩和ケアは同義であった。

その後、「ホスピスケアを医の中でもっと一般化しなければならない」と言う、今では当たり前のことが議論され、現在は緩和ケアという言葉にもっと広い意味を持たせ、世界的に広く用いられる。緩和ケアの定義は WHO によってなされている（2002 年）が、その定義に従えばホスピスケアは緩和ケアの一部であり、“死を目前に控えた患者を対象とした緩和ケア”と言うことができる。2005 年には End of Life Care という新たな概念が提唱されているが、これは“高齢者を対象とした緩和ケア”と考えることができる。

施設中心に発展したわが国のホスピスケア

わが国では長年、ホスピスケアとは「緩和ケア病棟で提供されるケア」と考えられてきたが、一方では「在宅でこそ理想とするホスピスケアが実現する」という考えも少数ながら存在していた。現在では両者を対立概念としてではなく、相補関係として捉えることが重要だ、と考えられている。

ホスピスケア病棟(正式名称は緩和ケア病棟、PCU)の第一号は静岡の聖隷浜松病院(1982年)に誕生しており、緩和ケア病棟入院料が新設された1990年には、淀川キリスト教病院と共に最初の施設として認定された。現在では、一定の施設基準を満たせばPCUは都道府県から認可され、入院料は保険診療から定額払いがなされる。2016年6月1日現在、369施設7504床のベッドが存在し、2015年度は34,663人(全がん死の9.5%)がPCUで死亡している。

PCUは近年、施設数、ベッド数とも大幅に増加している。この背景にはPCUが多くの地域で病床数削減の対象外となっていることと、診療報酬の大幅なアップが関係している、と考えられる(PP9)。

わが国の在宅緩和ケアの制度の歴史

一定の基準に基づいた在宅緩和ケアは1980年代後半から90年代にかけて、仙台、千葉、東京などで実践されてきたが、それが一般化してきたのは比較的最近のことである。その間、がん末期患者の在宅ケアに関連した制度が整備されるとともに、様々なサービスが充実してきた(表1)。

ここで注意しなければならないのは、医療法の改正、介護保険法の制定と施行(2000年)などに代表される医療と福祉の整備は、急激に増加する“高齢者を対象とした施策”であったことである。在宅緩和ケアは、その制度に乗る形で発展してきたことになる。米国も同様の歴史を持っているが、米国の場合はまず高齢者を対象とした在宅ケア体制が構築され、その約100年後にホスピスケアがその体制にのる形で整備された。在宅ケアと緩和ケアとがほぼ同時進行したわが国との、大きな違いである。

わが国の在宅ケアはこのよう歴史を背負っているので、在宅で緩和ケアを行う場合、様々な不備や不便を抱えながら実際の診療を行わざるを得なかった。

在宅緩和ケア充実診療所制度化の意味

末期がん患者に対する在宅医療は、どのような医療機関が担うべきか。また、そのためにはどのような環境を整備すればよいのか？在宅緩和ケアを普及させるためには、我々はこの問題に対する解答を準備しなければならない。

地域医療の主な担い手は、地域の診療所である。したがって在宅ケアの普及は、全国にほぼ万遍なく存在する、地域ごとの開業医を動員すればよい。在宅緩和ケアも同様である。この考えを強力にバックアップしたのは、2006年に成立したがん対策基本法の柱の一つである「がん医療の均てん化促進」という基本戦略であった。

地域の診療所を中心とした在宅緩和ケアを普及するためには、医師会の協力は必須である。また、地域の開業医に緩和ケアの知識と技術を教え、24 時間のケア体制（在宅緩和ケアを行う上で最も重要な条件）を整えなければならない。そして、最終的には戦略的な研究を行って、実行に移せばよい。

これが在宅緩和ケア普及のため、国が描いた青写真であった。そして具体的に登場したのが PEACE プロジェクト (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) であり、「主治医、副主治医」体制であり、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 (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、通称 OPTIM)」であった。

筆者はこれらの施策そのものに異議を唱えるわけではないが、「これらを整えれば在宅緩和ケア普及の問題は解決する。あるいは普及の基盤ができあがる」と言う考えに、一貫して反対の立場をとってきた。特に OPTIM に関しては、戦略研究であるにもかかわらず、在宅緩和ケア普及のためのビジョンを示さなかったこと、(問題提起の形ででもよい) に対して強く失望した。

がん患者を対象とした在宅医療では、厳密な 24 時間体制が必須である。在宅緩和ケアを専門としない一般の診療所が形だけを整えてこの 24 時間体制を行おうとすると、どうしても過大な負担がかかることになり、結果的に様々な問題が生ずることになる。「主治医、副主治医制」のアイディアはこの問題を解決するために考え出されたものであるが、筆者はこれが制度化されるとむしろ在宅緩和ケアの質を下げると危惧していた。この方法では何かあればすぐ「入院」と言うことになり、在宅の患者と家族に安心と納得を保証することができないからである。

そのような不十分な体制で在宅緩和ケアを実施すれば、「バックアップベッドを充実せよ」という声が起きるのは当然のことである。幸か不幸か、実際期待した成果をあげた地域は筆者の知る限り存在しない。

この問題は、がんなどの医療依存度の高い患者を対象とした在宅医療の専門診療所が 2006 年、在宅療養支援診療所という形で制度化され、解決の糸口が見えてきた。在宅医療を専門とする診療所は、施設基準をより厳しくした機能強化型在宅療養支援診療所 (2012 年) を経て、2016 年には在宅緩和ケア充実診療所の制度が新設された (PP15, PP16)。

なぜ「在宅緩和ケア充実診療所」なのか

在宅緩和ケアが対象とするがん患者は、非がんの高齢者を対象とした在宅ケアと異なり、年齢が若く (死亡時平均年齢、がん 70 歳 vs 非がん 85 歳)、ケア期間が短く (中央値で、がん 32 日 vs 非がん 331 日)、常時緩和しなければならない厳しい症状を抱えている (PP4)。在宅緩和ケア充実診療所の施設基準は医療機関にとって大変厳しいが、患者視点に立てば当然のことである。とはいえ現時点では、在宅緩和ケア充実診療所だけですべての在宅がん患者に対応するのは不可能である。地域の一般診療所や一般の機能強化型診療所などと連携しながら緩和ケアサービスを提供することになる。

診療所と在宅緩和ケア充実診療所の連携がうまくいけば、一般診療所で継続して診ることが難しくなった場合、在宅緩和ケア充実診療所へ引き継げばよく、患者はわざわざ病院へ入院する必要はない。まさに、患者視点に立った問題解決が実現することになる。また在宅ケアが難しい患者（たとえば呼吸苦の強い肺がん患者、頭頸部がん患者や血液がんの患者。独居など家族の介護力の弱い患者など）でも、在宅緩和ケア充実診療所が最初から関わることによって、在宅生活を最期まで続けることが可能となる。費用的に高くつく入院の形をとる必要がないので、医療経済的にみても優れた解決法である。

在宅緩和ケア充実診療所を有効に活用することにより、地域の在宅緩和ケアは制度的にも実質的にも、ほぼ問題解決するはずだと筆者は考えている。残る問題はそのような診療所が本当に存在するのか、ということだが、その答えは間もなく明らかになるはずである。

在宅緩和ケアを支える医療サービスの発展と充実

筆者は医療法改正（1992年）以前から在宅緩和ケアに取り組んできたが、この間の在宅サービスの発展と充実には目を見張るものがある。たとえば、在宅でIVHを行うときの薬液の準備、酸素の調達、在宅で使用できる薬剤が増えたことなど多岐にわたるが、ここでは在宅緩和ケアに必須のオピオイドに関するわが国の歴史を簡単に振り返ってみたい。

オピオイドの代表格の医療用麻薬は古くから使用されてきたが、在宅での疼痛緩和が可能になったのは、経口モルヒネ徐放剤（商品名：MS コンチン）の登場（1989年）が契機となっている。MS コンチンは当初10mgの錠剤しかなかったが、その後30mg、60mgの製剤が相次いで発売され、またモルヒネ坐剤や24時間持続モルヒネ徐放剤が使用できるようになり、さらに高濃度（4%）のモルヒネ注射薬、フェンタニルパッチ、オキシコドン製剤が開発され在宅でも使用できるようになった。オピオイド製剤の充実と共に、麻薬の使用制限緩和、訪問服薬指導の制度化なども進み、在宅における症状緩和は格段に進歩した。

今では専門家が関われば、疼痛緩和のために入院する必要はほとんどなくなり、痛みなどのため患者が苦しみながら死を迎えることはほぼ無くなった。

訪問看護師の裁量権拡大の問題

1992年の医療法改正は、在宅医療の推進のために「看護師の裁量権を拡大しなければならない」という大きな課題を背負っていた。この課題を解決するために坂口大臣の時、「新たな看護のあり方に関する検討会」が組織された。その報告書（平成15年度）には、「医師・看護師の信頼関係の確立を前提に、在宅医療において看護師の裁量権拡大に向けての方向付け」が明記されている。この報告書を受け、「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究（川越班）」が始まり、平成20（2008）年3月にその報告書が厚労省に提出された。

その内容は、現行（当時の）の医師法や保助看法に手を加えないで、いわば運用の問題としてどこまで看護師の裁量権を拡大することができるか、を検討したものである。研究班では「医行為とは何か」という問題も議論したが、看護師の裁量権を拡大しなければなら

らない問題、例えば疼痛緩和や死亡診断の問題などを取り上げ、その解決を探った。ここで取り上げた問題は、“在宅”という場における医療を対象にしたので、病院などを含めた看護師の診療補助、というような広い枠組みは考えていなかった。

その後、2009年8月より「チーム医療の推進に関する検討会」、2010年5月より「チーム医療推進会議」、2014年9月より「医道審議会看護師特定行為・研修部会」、2015年10月から「特定行為に係る看護師の研修制度」がスタートした。

最終的には保助看法の改定を行ったのであるが、その内容は、在宅医療の充実と叫びつつ、実際には病院医療における看護師の診療補助業務の拡大と言う **Weight** が大きい。かつ看護師の業務拡大だけではなく医療に関わる多職種の業務の明確化、必要な業務拡大が行われてきた。それはそれで、大変大きな意義があったが、これらの経過の中で在宅固有の問題が薄められたことは否めない。

国が「在宅医療の推進」と言う大きな錦の旗を掲げる限り、この問題の原点に立ち返り特定行為の見直しなど、再検討を加えるべきだと筆者は考えている。

末期がん患者の生活を支える、介護保険制度の問題

2000年4月に始まった介護保険制度は、Long Term Care Insurance の英訳が示す通り、本来、病弱な高齢者などを対象とした“長期に及ぶ生活支援”を目的としている。しかし、在宅末期がん患者（余命の中央値が約30日）にもこの制度をほぼそのままの形で適用しているので、現段階では様々なひずみが現場で発生している。たとえば、介護認定の問題がある。

介護保険による給付サービスを受けるためには、介護認定と言う一定の手続きを踏まなければならない。問題は、一般の高齢者と横並びに末期がん患者の介護申請を受け付けると、介護度の認定が出た段階で実際の要介護度が上がっているだけではなく、患者がすでに亡くなっている、と言うような事態が発生することである。

幸い厚労省からの通達によってこの問題はかなり改善されたが、具体的なやり方は自治体によって温度差があるので、完全な問題解決には至っていない。がん患者の介護認定に関しては、たとえば“申請のあった時点で要介護2と認定する”など、別の形を検討すべきだと筆者は考えている。

そのほか現場から見て、介護保険に関する問題には以下のようなことがある。

1) 地域包括ケアの”包括“の問題

現在わが国では、地域包括ケアという概念で在宅ケアが整備されつつある。これは在宅ケアが患家などを舞台にした地域ケア（Community-based care）の形で、包括的に（Integrated care）ケアが提供されることを意味する。このシステムは優れているが、現状ではどこの誰がケアの Integration を行うか、と言う問題を抱えている。

医療行為は法律上、医師を頂点とするトップダウン（いわゆる Multidisciplinary Team Approach）の形をとって行われるので、組織の統合性は保証されている。つまり医療行為を行う上での責任体制は明確であり、専門職間のトラブルも生じにくい。これに対して介

護保険法では、生活支援を行う上での役割分担は比較的是っきりしているが、組織決定や責任体制が曖昧である。

このことと関係するが、地域包括ケアにおける医療と介護の連携はどうあるべきか、という大きな問題がある。対象となる利用者の疾患（がんか非がんか）により、医療と介護の連携は問題の深刻度が違う。

非がん患者では介護の比重が高く、行われる医療には時間的な余裕があり、しかも急を要する事態は少ないので、医療と介護の連携には時間的なゆとりがある。地域包括ケアの現行の形（福祉が調整、連絡を取る）で充分対応可能だと考えて良い。

これに対して在宅緩和ケアのマネジメントでは、短い経過で死を迎える患者を対象としているので、速やかなサービス提供が重要となる。ケアの **Integration** は、当然医療職が担うべきである。

在宅緩和ケア充実診療所はその性格上、地域における在宅緩和ケアのハブ的役割を果たす可能性が高い。それ故、“がん患者の地域包括ケア”では PCU やがん診療拠点病院などと協働した形で、在宅緩和ケア充実診療所が中核となるべきだと筆者は考えている。“医師、あるいは看護師主導”の **Integrated Care** が実現することになる。

2) 医療介入が必要な患者に対し、その導入が遅れる問題

介護保険制度では“利用者の希望”を重視し、必要な場合には主治医に意見を求めることが明記されている（運営基準第十三条十八号関係）。この原則に従うと、利用者が医療サービスを希望しない場合、介護支援専門員はそのことをもって（あるいは自己評価を加えて）、在宅医師につなげないという事態が発生する。事実このような事態は現場で頻発しており、結果的に医療の入るタイミングが遅れることになる。

問題となるのはがん患者の場合で、その主な理由は患者の年齢が若く、しかも最期まで ADL が自立していることにある。そもそも患者心理の問題として、末期がん患者の多くは病院の医師から告げられたこと（不治であることなど）を認めようとはせず、病院から離れても「まだ自分には医療は必要ない」と言って、訪問診療や訪問看護を拒否するケースが多い。

しかし現実には治癒不能がん患者に残された時間は大変短く、5 人に 1 人は 1 週間以内に、3 人に 1 人は 2 週間以内に、半数以上は一か月以内に死亡する。この重い **Evidence** を福祉職が理解するのは難しい。医師の介入が遅れたため、患者は痛みや呼吸苦などで苦しむだけでなく、検死！になることも現実には起きている。

治癒・延命不能のがん患者に対しては、病院と診療所の医師間の連携を必ず担保する必要がある、連携にあたっての最優先事項と考えなければならない。

3) 介護支援専門員への権限強化？の問題

居宅介護支援の基本方針には、「介護保険の給付が“医療との連携”に配慮すべき」、と明記されている（法第 2 条関係）。しかし、地域包括ケアで“医療との連携”の鍵を握っているの

は地域包括支援センターであり、介護支援専門員である。問題はその任に当たる多くの者が医療者ではないこと、そこへ様々な権限が集中していることである。そのため、理解に苦しむような出来事が現場でしばしば発生している。たとえば、家族と介護支援専門員だけで、在宅を継続するかどうかという重要な話し合いがなされ、決定されることもある。介護支援専門員の本来の任務はサービスの「連絡調整役」である（法第7条第5項関係）が、実際には医療支援の必要までをアセスメントし、結果的に“サービス導入決定者”となったり、“在宅ケア中止の決定者”となっている。

在宅医療の導入や入院の判断などは医師でも迷う場合があるので、介護支援専門員が主導する現行の形がよいのかどうか、広く意見を求めて検討する必要がある。

4) ヘルパーなどの介護職が医療行為を行う問題

残念なことであるが在宅ケアの現場では、ヘルパーが与薬などの医療行為を行なう問題が起きている。これは明らかに医師法、保助看法などの法律に抵触するが、気がかりなのはそのような認識を介護職だけではなく、訪問看護師などの医療職も持っていないことである。

訪問看護師からの伝聞であるが、ヘルパーが薬袋からレスキュー用のオピオイドを取り出して患者に渡したり、モルヒネ坐剤を挿入したりすることもあるとのこと。訪問した看護師が気付いて注意すると、「患者が苦しんでいるから、患者の依頼でやったこと。何が悪い」と逆に食って掛かれたとのことだった。

違法行為だからと言うだけではなく、時に患者の生命を危険に晒す場合もあるので、「親切心でやった」と言うのは、自らの行為を正当化することにならない。この種の問題に対しては、一定の指針を示す必要がある。

我国の在宅緩和ケアの現状とこれからの課題

在宅緩和ケアの問題を論じることによって見えてくることは、広く在宅ケア、緩和ケアを論じることであり、日本の医療のありかたについても議論を進めることにつながる。そのような視点に立って、現状と今後について考えたいと思う。

1) 「在宅ケアの推進」という戦略目標達成の課題

1992年の医療法改正以来、国は様々な施策を講じて在宅ケアの普及を図ってきたが、在宅死率を指標としてその年次変化を見ると、それが十分な効果をあげているとは言い難い。つまり全体の在宅死率はあまり変化がなく、特に非がん患者の在宅死率はむしろ低下傾向を示しているのである。これに対してがん患者は、施策の効果が明らかに表れている。このことから判断すると、在宅ケアの普及が難しいのは、非がん患者であることがわかる。この違いの背景には、短期間の経過ゆえ医療の対応が主となる“がん患者の在宅ケア”と、経過が長引くがゆえに生活支援が主となる“非がん患者の在宅ケア”との差違があると考えられる。

在宅緩和ケアの今後は、若干の手直しをくわえることにより、現在の制度で問題解決を

ほぼ図ることが可能だと考えている。一方非がん患者の在宅ケアに関しては、制度の在り方、国の力点の置き方などを根本的に検討しなければならない。いずれにしろ、わが国における在宅ケア推進の最大の問題は、非がん患者の在宅ケアをどうすすめるか、ということであり、現在のまま進むと、非がん患者を対象とした在宅ケアは間違いなく壁にぶつかると考えられる。

2) 緩和ケアの問題 —PCU をどこまで増やそうとしているのか？—

国が PCU 普及に対して大きな Incentive をつけ、その方向に力を入れていることは、緩和ケア病床入院料の時代変遷を見れば明らかである (PP8)。2013 年時点で PCU の数は 305 (2016 年は 369) であり、病床利用率は 76.3%、在院日数は 34.7 日がその平均である (日本ホスピス緩和ケア協会調査)。

病床の見直しが厳密に行われている中、76.3%の病床利用率で経営が成り立つのは驚きである。しかもまだ病床数が少ないという指摘もあるようだが、もし病床利用率を 90%にアップし、在院日数を 21 日に短縮すれば、それだけで PCU 死率を 9.5% (実数) から 25.7% にアップすることが 2013 年時点で実現できる。

在宅緩和ケアを受けた患者と家族の満足度は非常に高く、日本のデータでも PCU と遺族満足度は変わらないことが示されている。また PCU はどうしても、コスト的に割高になる (PP10)。このようなことを考えれば、“PCU の数を増やせば緩和ケアの問題は解決する”という安易な考えは改めなければならない。どこまでその数を増やそうとしているのか、という到達目標を定めるべきである。現在は、そのような見直しをする時期にさしかかっている。

それと同時に考えておかなければならないことは、PCU の増加が結果的に在宅緩和ケア充実診療所の必要性を減ずる恐れがあることである。ここでも、在宅ケアの推進と言う国の根本的な戦略が問われることになる。

3) 在宅緩和ケア充実診療所の存在意義、役割

在宅緩和ケア充実診療所の施設基準はかなりハードルが高く、診療所サイドに課せられる責任は重い。逆にこの要件を満たす診療所であれば質、量とも充実した在宅緩和ケアを提供することができる。地域におけるこの診療所の活用はこれからの課題であるが、主な機能として筆者は次のようなことを考えている。

(1) 在宅緩和ケア提供のハブ (Hub) 機能

この役割は、地域における在宅緩和ケア充実診療所以外の診療所や病院のバックアップを意味する。地域包括支援センターと同様、在宅緩和ケアにおける“治療病院と地域の中継を果たす”という意味である。

通常の機能強化型診療所や一般診療所で在宅ケアが困難となった場合、現在は、そのバックアップ機能をすべて病院に頼っている。しかしこのような形での問題解決は、在宅生活の中断を意味し、患者視点と言うよりも、むしろそれに目をつぶった医療者の視点と言

わざるを得ない。もし一般の在宅医療機関から在宅緩和ケア充実診療所へ繋がるルートが構築されれば、患者は在宅での生活をそのまま継続でき、まさに患者視点に立ったサービスを実現することができる。このようはルートが地域に誕生すれば、病院の負担を減らすことができ、病院機能の役割の見直しにも通じるが可能がある。

(2) 在宅困難ケースを担う役割

在宅困難ケースとは、家族の介護力を期待できないケース（独居、老々など）、症状緩和が難しいケース（頭頸部がん、血液がん、肺がんなど）、経過が長引くケースなどが該当する。このような困難事例は、在宅緩和ケア充実診療所が中心となってサービスを提供すればよい。

(3) 在宅緩和ケアの教育、研修機能

教育、研修は担当機関にかなりの負担を強いるが、実践教育では現場での学びが重要であり、その任も在宅緩和ケア充実診療所が中心となって担うべきである。この使命を全うするためには、制度的な後押しが必要である。

おわりに

在宅緩和ケア充実診療所が制度新設され、わが国の在宅緩和ケアと緩和ケアはその在り方が問われることになり、新しい局面を迎えることになった。今後、在宅緩和ケア充実診療所を中心に在宅緩和ケアは発展、充実していくと考えられるが、これからは在宅緩和ケアをいかに効率的よく提供するかが課題となる。この目標達成のカギは、地域のハブとして在宅緩和ケア充実診療所を位置づけ活用することにある。

そのようなシステムが地域にできあがれば、患者視点に立った緩和ケアを地域包括ケアの一環として提供することが可能となる。さらに、在宅緩和ケア充実診療所の全国展開が進めば、PCU 数の到達目標を定めることができ、稼働率の改善など、PCU の在り方に関してもメスを入れることが可能となる。

最後に、在宅ケアの今後は、非がん患者の在宅ケアをどうするか、が最も問われる課題であることを付記しておく。

参考文献

川越厚著、「がん患者の在宅ホスピスケア」 医学書院、2013 年

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」
国際医療福祉大学大学院
多職種大学院間の合同ワークセッション

2016年12月11日
国際医療福祉大学大学院
東京青山キャンパス

地域包括ケアシステムについて

国際医療福祉大学大学院 副大学院長
中村秀一

現在

- 国際医療福祉大学大学院教授 副大学院長
- 一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム
理事長

自己紹介

1973年(昭和48年) 厚生省入省:老人福祉課
環境庁、在スウェーデン日本国大使館、北海道庁の勤務
1990～92年 老人福祉課長
年金課長、保険局企画課長、大臣官房政策課長、審議官などを経て

2002～05年 老健局長
2005～08年 社会・援護局長

2008～10年 社会保険診療報酬支払基金理事長
2010～14年 内閣官房社会保障改革担当室長

地域包括ケアシステムについて

- I 地域包括ケアシステムとは
- II 地域包括ケアの背景
- III 地域包括ケアシステムの構築
- IV 進行中の社会保障改革と医療・介護

I 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの規定

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律
(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、**医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。**

医療介護総合確保推進法

○2014年の通常国会で成立(2014年6月18日)

・医療・介護関係19法律の改正

○効率的で質の高い医療

⇒医療法などの改正

○地域包括ケアシステムの構築

⇒介護保険法などの改正

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が予想されることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が減少する大都市圏、75歳以上人口が急増する大都市圏、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、**地域の特徴に**応じて作り上げていくことが必要。



2015年の高齢者介護

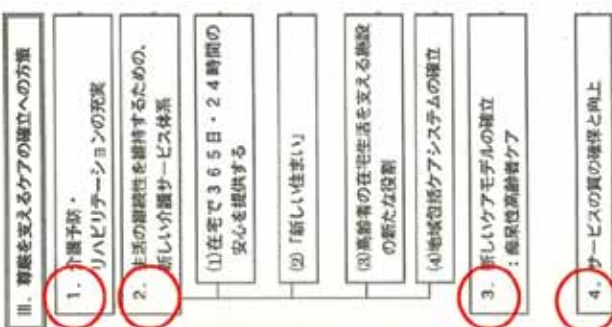
～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

2005年の介護保険法改正
に向けての準備のための
老健局長の私的研究会

2003年3月～6月に
開催

2003年6月26日

高齢者介護研究会



2015年の高齢者介護

～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

課題

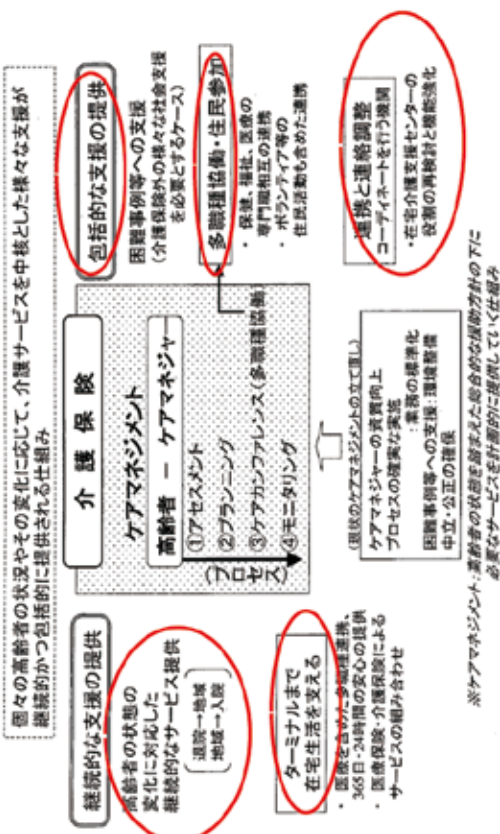
- 介護保険施行後見えてきた課題
 - 〔要介護認定者の増、在宅サービスの脆弱性、
 - 〔能楽性高齢者の増加、新たなサービスの動き等
- 制度の持続可能性の確保（課題解決の前提）

目標

高齢者の尊厳を支えるケアの確立



地域包括ケアシステム



サービス基盤の整備

(2003年報告書『2015年の高齢者介護』)

- ① **在宅サービスの複合化・多機能化**
⇒ **小規模多機能居宅介護**
- ② **新たな「住まい」の形を用意する**
⇒ **サービス付き高齢者住宅**
- ③ **施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること**
⇒ **地域密着サービス、サテライト**
- ④ **施設において個別ケアを実現していくこと**
⇒ **個室ユニットケア**

2005年の介護保険法の改正

- 目的規定の整備：尊厳の保持
- 施設入所の食費、居住費の自己負担化
- 要支援に対する介護予防給付の創設
- **地域密着型サービス、小規模多機能居宅介護** 看護サービスの創設
- **地域支援事業の制度化**
- **地域包括支援センター**の設置
- 「**認知症**」への名称変更

(2003年報告書『2015年の高齢者介護』)

- ① **ケアマネジメントの適切な実施と質の向上**
- ② **様々なサービスのコーディネート**
 - ・ 介護以外の問題にも対処
 - ・ 介護保険のサービスを中核としつつ
 - ・ 保健・福祉・医療の専門職相互の連携
 - ・ ボランティアなどの住民活動を含めた連携
- ③ **地域包括ケアのコーディネートを担うために在宅介護支援センターの役割の再検討と機能強化**
⇒ **地域包括支援センターの制度化(05年改正)**

「地域包括ケアシステム」の その後の展開

○地域包括ケア研究会（2008年～）

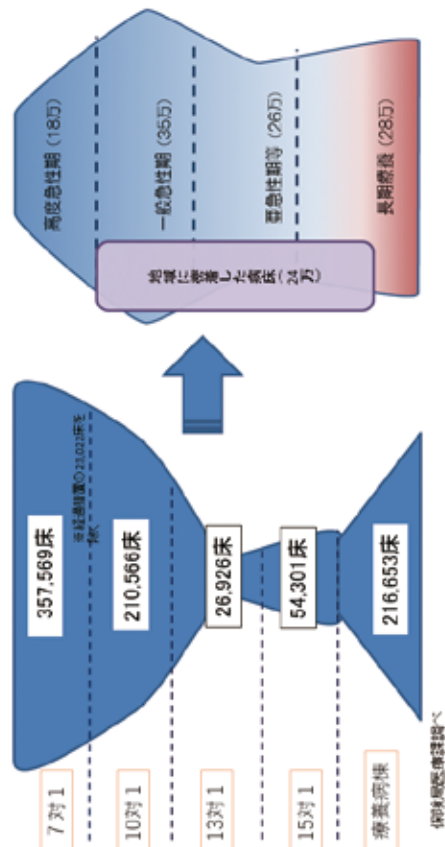
○在宅医療連携拠点事業（2011年～）

17

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

<2025(H37)年のイメージ>

＜2012(H24)年の病床数＞



届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

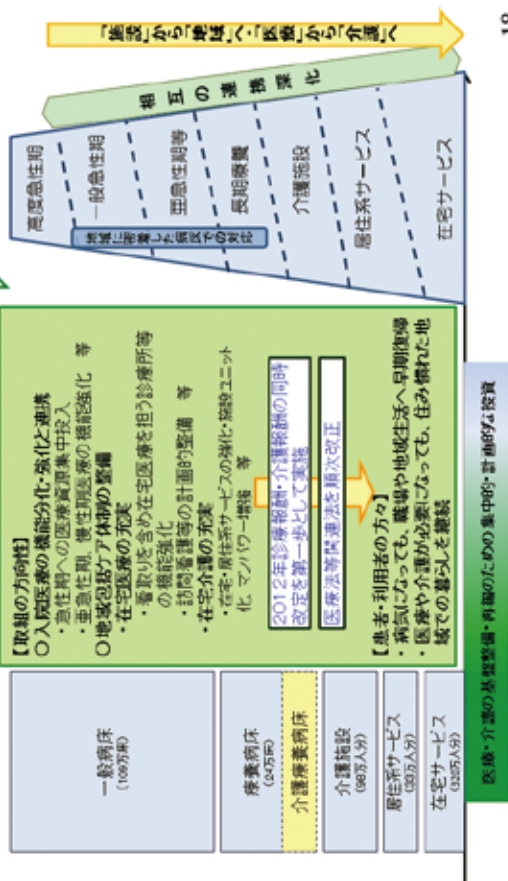
97

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を
通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)年】

【2025(H37)年】



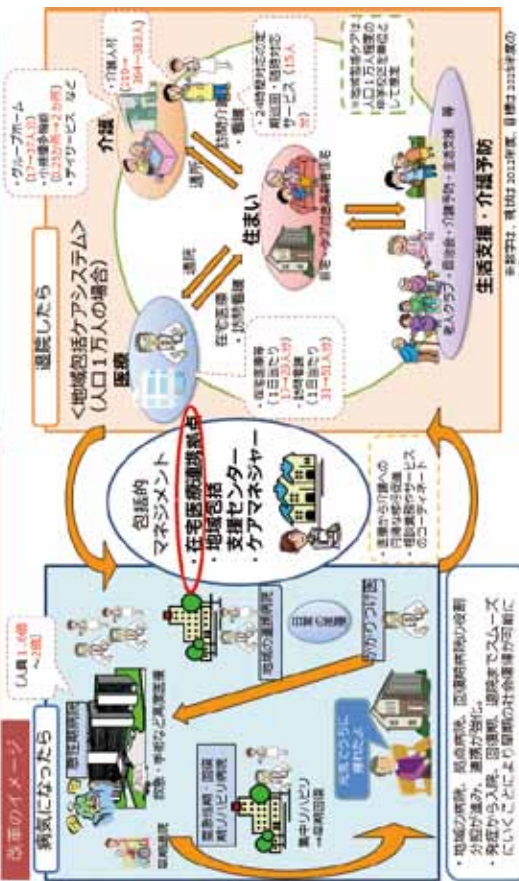
18

医療・介護サービス保障の強化

■ 病床増設に依じた医療資源の投入による入院医療強化

●存在空間の拡大 ●実業家の活動領域の拡大 ●事業の多角化 ●事業の海外展開 ●事業の国際化 ●事業のグローバル化

サーとスが要けられる社会



※赤字は、現物は2012年度、目標は2013年度の

地域包括ケア研究会

- 地域包括ケア研究会の設置(2008年)
- おおむね30分以内に駆けつけられる圏域
- 地域包括ケアシステムを構築していく観点から、サービス・人材・介護報酬・介護保険制度等について、必要な見直し

21

- 介護保険法:2011年改正
- ・介護保険法第5条第3項で地域包括ケアシステムの趣旨を規定
- ・定期巡回・随時対応訪問介護看護を創設

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための
改革の推進に関する法律(プログラム法)
- 2013年12月成立
(医療制度)
第4条 政府は、…**地域包括ケアシステム**(地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防…、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。…)を構築することを通じ、…

- 「一体改革」での位置づけ
- 地域包括ケアシステムの構築が、医療・介護提供体制改革の目標になる
(2012年2月、「一体改革大綱」閣議決定)
- 「医療・介護を一体的に」
(2013年社会保障制度改革国民会議)
- 「プログラム法」で条文化(2013年12月)

24

病床機能報告制度

○2014年度(平成26年度)～

○医療機関が、その有する病床において担っている**医療機能の現状と今後の方向を選択し**、**病床単位で、都道府県に報告する制度を設け**、医療機関の自主的な取り組みを進める。

25

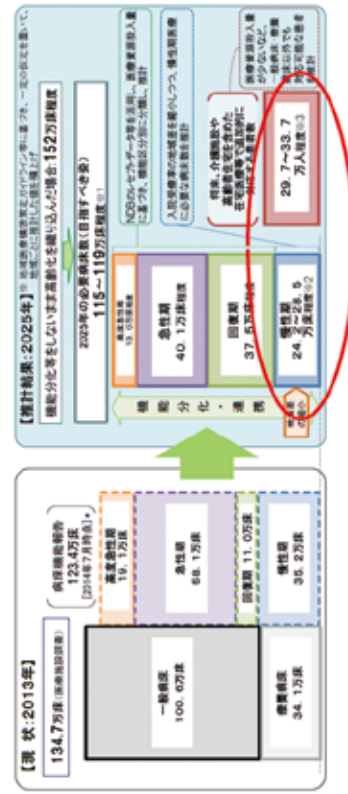
地域医療ビジョンの策定

○2015年度(平成27年度)～

○都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた**医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョン**を策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進。

26

2015年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積み上げ)



27

地域医療構想

- 病院改革だけの問題ではない。
- 療養病床をどうしていくか？
⇒在宅等に対応できる患者・利用者
- 地域包括ケアシステムの構築と裏腹の関係

28

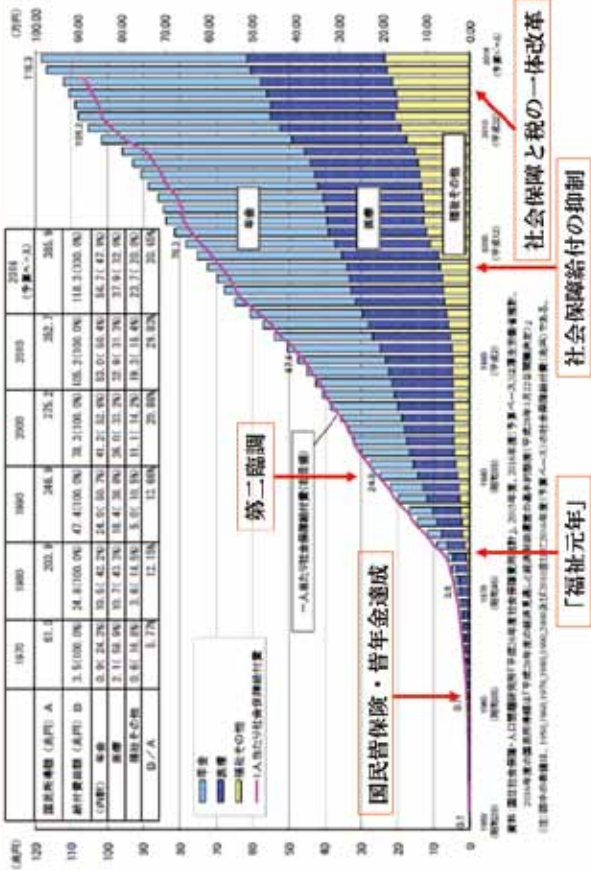
II 地域包括ケアの背景

医療と福祉の給付費
(1990年が転換点)

	1980年	1990年	増加額
医療	10.7兆円	→ 18.4兆円	(+7.7兆円)
福祉	3.6兆円	→ 5.0兆円	(+1.4兆円)

	1990年	2016年	増加額
医療	18.4兆円	→ 37.9兆円	(+19.5兆円)
福祉	5.0兆円	→ 23.7兆円	(+18.7兆円)

社会保障給付費の推移



在宅施策の整備

- シヨートステイ:1978年から国庫補助対象
- デイサービス:1979年から国庫補助対象
- ホームヘルパー:1982年から所得税課税世帯にも有料(費用徴収)で派遣。
 - ・1987年 ホームヘルパー研修制度創設
 - ・1989年 事業委託先に特養ヘルパー、民間事業者を追加

介護サービスの状況

○介護保険のスタート時は、施設が中心

2000年4月の保険給付額

総額 2,190億円

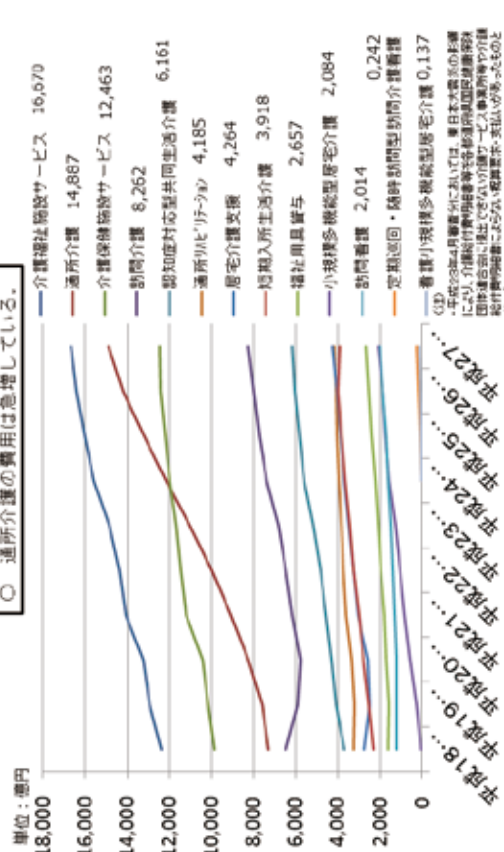
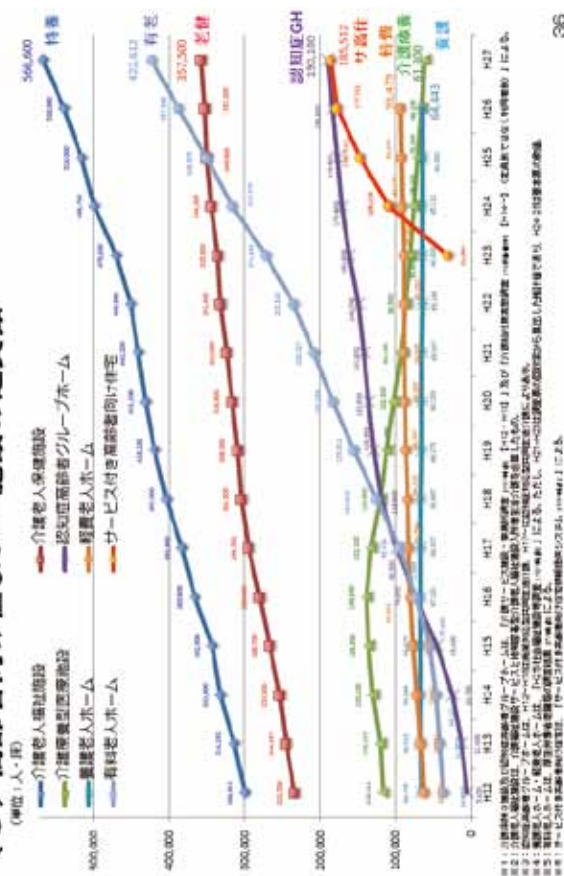
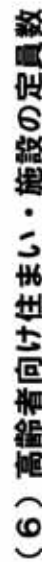
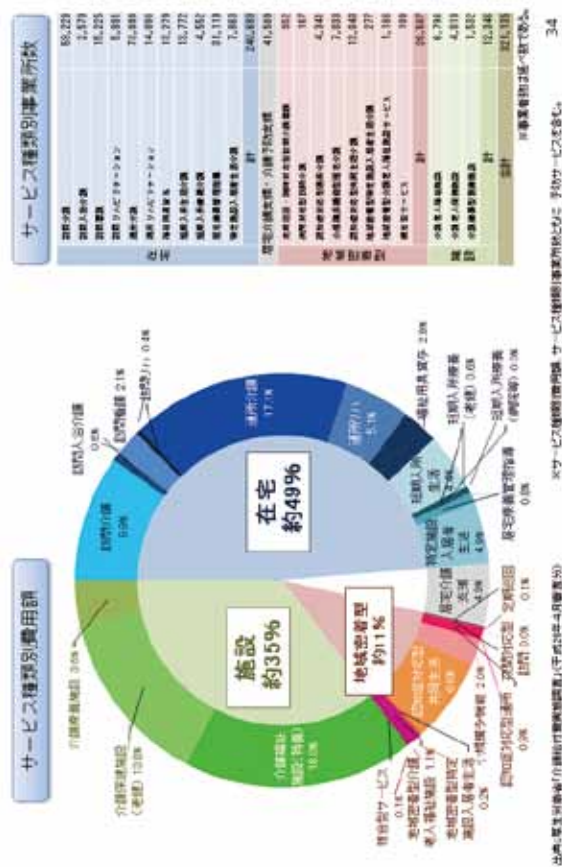
施設 1,571億円(72%)

在住宅 618億円(28%)

○在宅サービスの充実が課題であった。



○ 通所介護の費用は急増している。

[illegible]

Ⅲ 地域包括ケアシステムの構築 ①医療と介護の連携

37

介護保険法の改正

在宅医療・介護の連携推進

○医療の分野で「在宅医療連携拠点事業」が開始される。

(モデル事業：2011年～)

○2014年の介護保険法改正

- ・市町村事業（地域支援事業）として位置付け、全国的に取り組む。
- ・都道府県から市町村への権限の移行。

38

○専門職の連携

○多職種協働⇒「顔が見える関係」

○地域ケア会議⇒個別ケース・地域レベル

○「お世話」から「自立支援」へ

39

Ⅲ 地域包括ケアシステムの構築 ②生活支援サービス

40

介護保険法の改正 地域支援事業の拡大

○要支援者1・2に対する訪問介護・通所介護の見直し

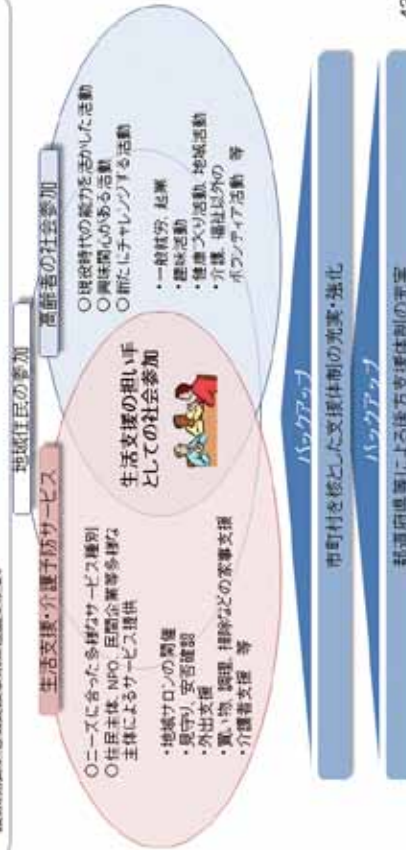
・個別給付から地域支援事業に移行（3年間で）

○全国一律の給付から地域の社会資源を活用
○NPOや民間事業者、住民ボランティア等多様な主体の参画

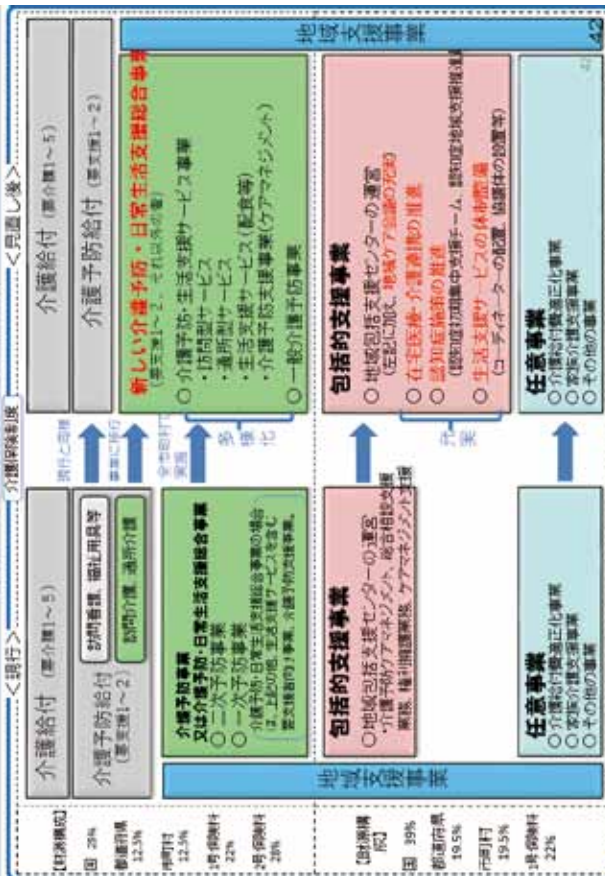
○市町村による「多様な単価」の設定

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする程度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協賛団体等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割維持などが生かされ、介護予防につなげる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することによって、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・育成、関係者の地域資源の調査とそのネットワーク化を行う（生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置など）について、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



新しい地域支援事業の全体像



多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

- 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援
- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協働体の設置などに対する支援

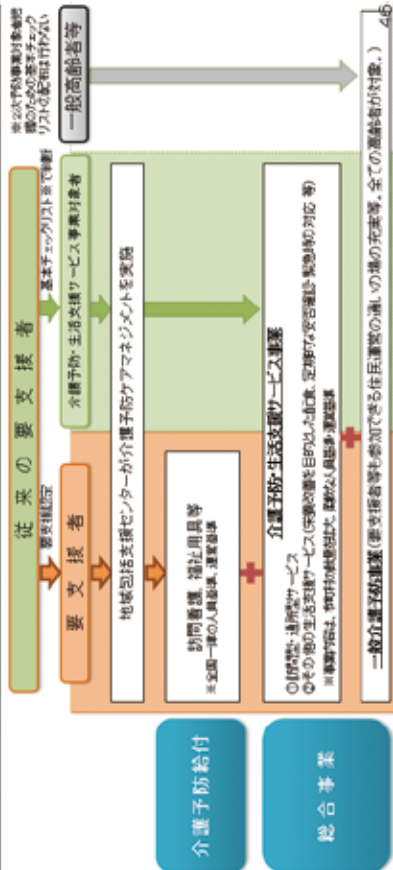


- 平坊給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に即した取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで、財源構成は給付と同1/4、都道府県、市町村1/4、保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して、高齢者を支援、高齢者は支え手同になることと。

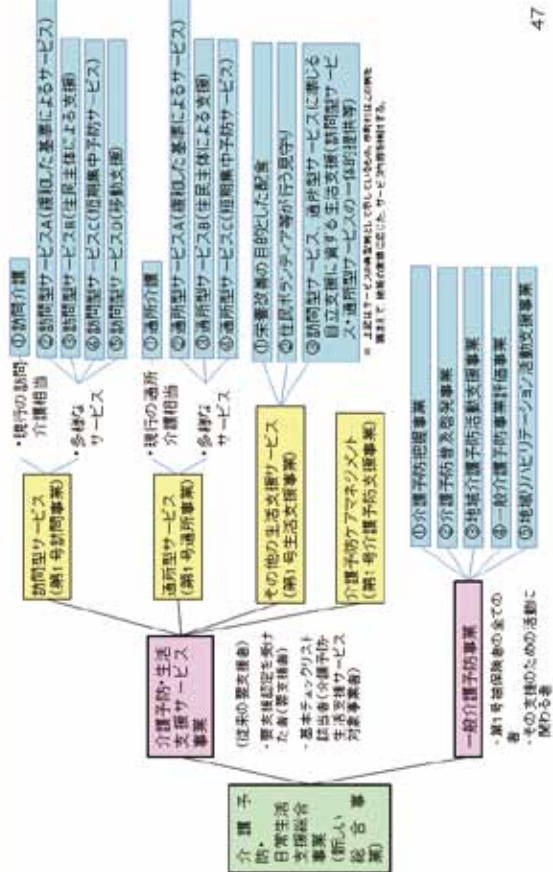


要の概業事合総

- [illegible]



介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



新しい総合事業・包括的支援事業の実施予定時期

実施予定 時期	総合事業 推進推進 事業	在宅医療・介 護連携推進 事業	生活支援体制 整備事業	認知症総合支援事業	
				認知症初期 集中支援推 進事業	認知症地域 支援・ケア向 上事業
平成27年 度中	283	897	744	302	740
平成28年 度中	311	216	346	323	252
平成29年 度以降	953	378	411	779	485
実施時期 未定	32	88	78	175	102

2016年2月17日
介護保険部会資料

※平成28年1月4日時点(厚生労働省調査)
※保険者数(全国1,579)

地域における医療及び介護の
総合的な確保の促進に関する法律

(基金)

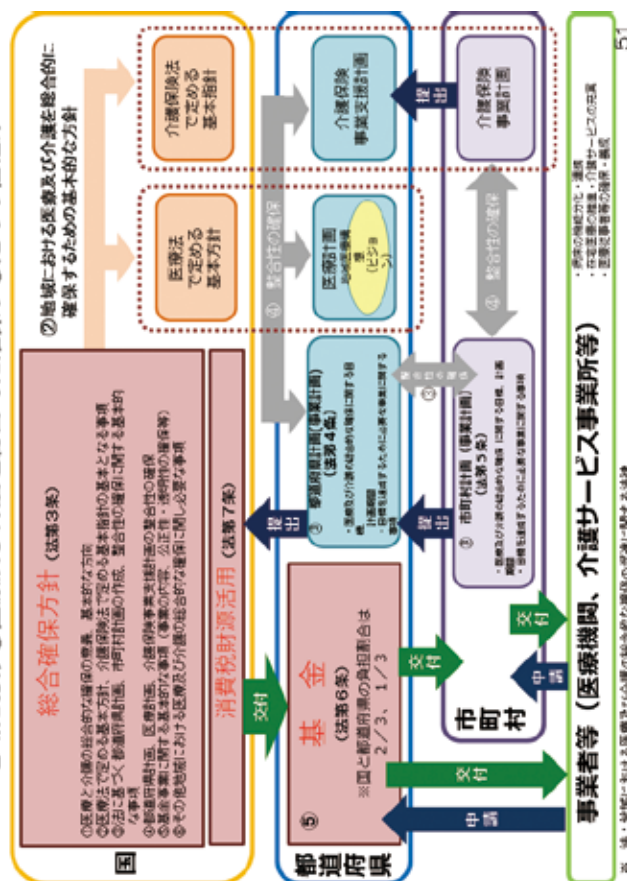
第六條 都道府県が、都道府県計画に掲載された第四條第二項第二号に掲げる事業（第九條において「都道府県事業」という。）に要する経費の全部又は一部を支弁するため、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百四十一條の基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てゐるために必要な資金の三分の二を負担するものとする。

(財源の確保)

第七條 前條の基金の財源に充てゐるために、同條の規定により國が負担する費用については、社會保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成二十四年法律第六十八号）の施行により増加する消費税の収入をもつて充てゐるものとする。

Ⅲ 地域包括ケアシステムの構築

地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み

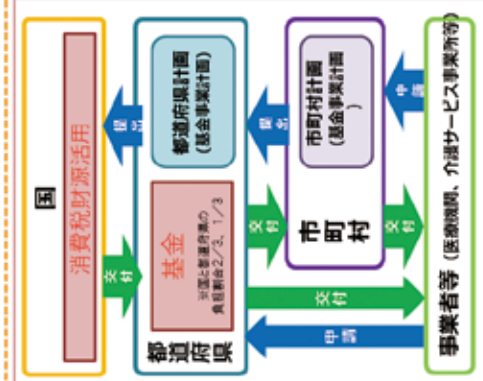


※ 注：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

地域医療介護総合確保基金

平成28年度予算 1,628億円
(国庫分 904億円、全額分 724億円)

○ 四時代の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、将来の機能分化・連携、在りて法律・介護の促進、医療・介護に事象の健康・福祉政策の改訂等、「効率的かつ質の高い、迅速提供は創りの機能」と「地域生活のシステム」の機能及び「急務の課題」。



都道府県界、国境及び面識を有する基本的事項

○ 基金に関する基本的事項

（公正かつ透明なプロセスの確保）関係者の意見を反映させる仕組みの整備

の発展と、この間に「新日本主義」を唱え、新教育を主張する。この頃、日本は「大正」の時代であり、大正維新の精神が、この頃、日本に盛んである。この頃、日本は、大正維新の精神が、この頃、日本に盛んである。この頃、日本は、大正維新の精神が、この頃、日本に盛んである。

○ 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめ、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 病院医局棟造りの達成に向けた医療機関の協賛又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

地域医療介護総合確保基金を活用した介護施設等の整備

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護利用計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に合わせた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

対象事業

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対して支援を行う。
(対象施設) 地域包括型特別養老ホーム、小規模な老人特別施設、高齢者入居型ケアハウス、都市型介護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定住型介護施設等

※ 定住型30人以上の広域型施設の整備については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。

- 地域密着型特別養老ホームの整備の際、他の施設等との合築・併設を行う場合に補助単価の加算を行う。

- 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。

2. 介護施設の開設準備経費への支援

- 特別養老ホーム等の開設準備（取得施設の確保を含む）に要する経費について支援を行う。
※ 定住型30人以上の広域型施設を除く。
○ 在宅での必要生活に伴う定住型サービスの導入に際して、訪問看護ステーションの大幅削減やサテライト事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
○ 土地の取得が困難な都市部等での施設整備を支援するため、定期借地権の取得のための一時金について支援を行う。

- 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備に対して支援を行う。

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

- 特別養老ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。
○ 特別養老ホーム等のユニット化に係る改修費用について支援を行う。

- 介護事業型医療施設等の老人福祉施設等への転設整備について支援を行う。

(参考) ● 特別養老ホームと小規模な地域包括型サービスの併設の促進：支援の拡充（平成27年度補正予算）

・ 2024年度以降までに、介護サービスが利用可能な、高齢者が安心して暮らせる地域に、特別養老ホームと、特別養老ホームと併設する地域に、約1万人分の定住型施設サービスの整備を支援する。（地域医療介護総合確保基金の活用）

● 地域包括型・地域密着型特別養老ホームの整備：（平成27年度補正予算）

・ 介護サービス、生活支援サービス等の提供を促進するため、特別養老ホームの整備や介護施設等の整備を支援する。（地域医療介護総合確保基金の活用）

● 介護施設、生活支援サービス等の提供を促進するため、特別養老ホームの整備や介護施設等の整備を支援する。（地域医療介護総合確保基金の活用）

Ⅲ 地域包括ケアシステムの構築 ④地域支援事業

2015年度補正予算

○地域医療介護総合確保基金の積み増し (介護分)

- ・都市部を中心とした在宅・施設サービスの整備の加速化 921億円
- ・介護人材対策の加速化 119億円

地域支援事業の充実 390億円 (2016年度予算)

- 在宅医療・介護の連携の推進 68億円
在宅介護・医療連携支援センター（仮称）等
- 地域ケア会議の推進 47億円
地域のネットワークの構築等
- 生活支援の充実強化 162億円
生活支援コーディネータ、協議体の設置等
- 認知症施策の推進 113億円
認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員

Ⅲ 地域包括ケアシステムの構築

⑤診療報酬

- 08年、10年改定
 - ・緊急課題対応
 - 救急・産科・小児科・外科
 - 勤務医の負担軽減
- 12年、14年、16年
 - ・「一体改革」に沿った改革
 - ・介護との同時改定(12年)
 - ・地域包括ケア(16年)

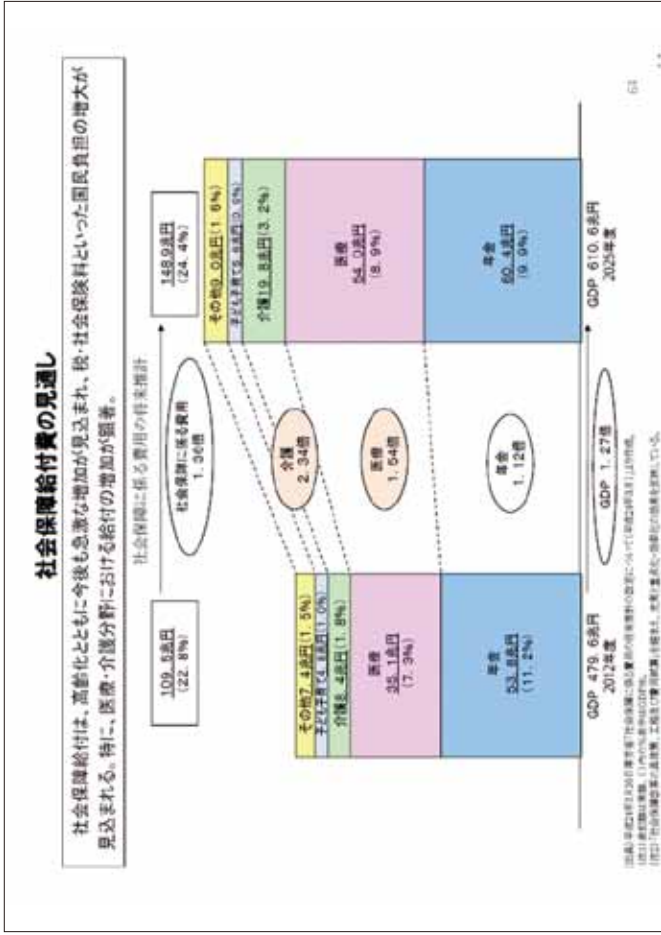
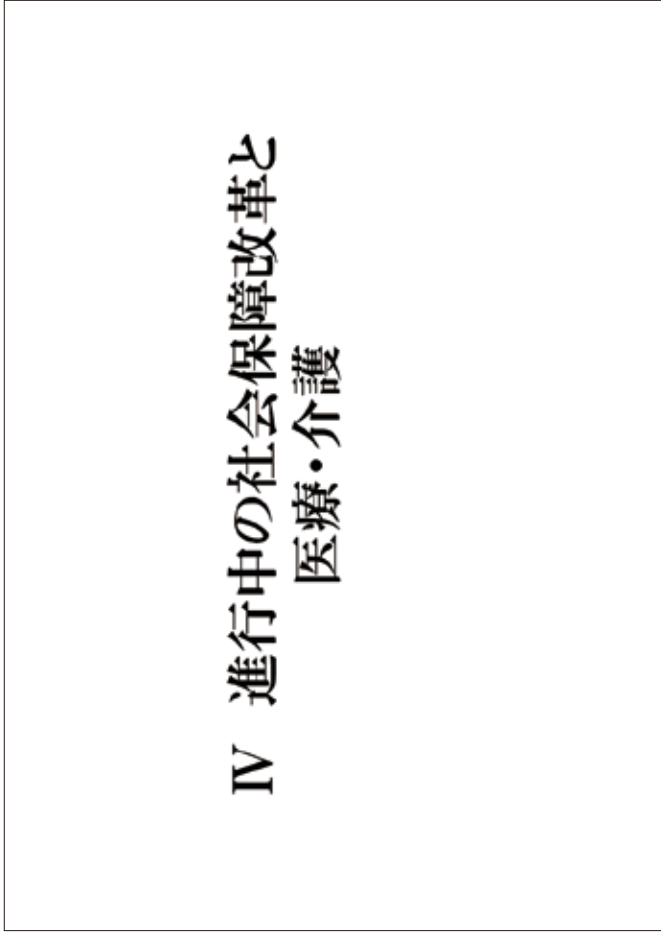
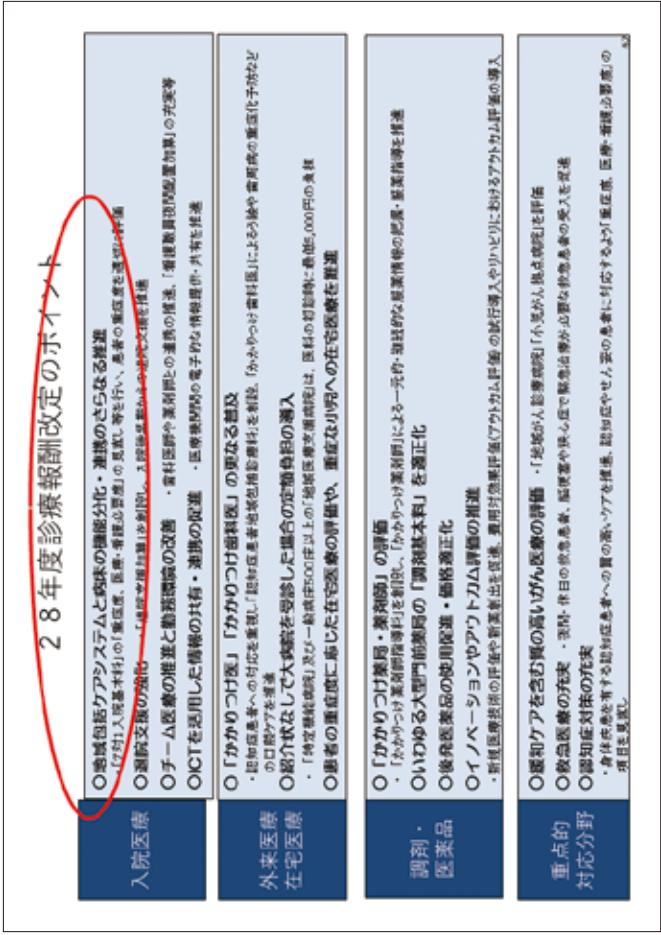
2016年の診療報酬改定

- 「改定の基本方針」策定方式になって6回目の改定
- 2006年改定の基本方針
 - ①患者から見て分かりやすく、QOLを高める医療
 - ②医療機能の分化・連携
 - ③重点的に対応すべき領域の評価
 - ④効率化の余地のある分野

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来診療・在宅診療」については、「かかりつけ医療」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点	「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医療」等の充実を図りつつ、「イノベーション」や「アウトカム」等を重視。 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。
視点1 「地域包括ケアシステム」の推進と、 「分化・強化・連携を一層進めること」	○「病床の機能分化・連携」の促進 ○多職種活用による「チーム医療」の推進 ○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保等
視点2 「かかりつけ医療」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価等
視点3 重点的な対応が求められる医療分野を充実すること	○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ○認知症患者への適切な医療の評価 ○イノベーションや医療技術の評価等
視点4 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること	○後発医薬品の価格算定シールの見直し ○大型専門病院の評価の適正化 ○費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入等



社会保障と税の一体改革

- 社会保障の充実を図る。
- そのためには財源が必要。
- 社会保障の財源として消費税率を引き上げ
- 社会保障の赤字体質が改善されれば、国の財政再建にも寄与（「同時達成」）

具体的には

- 消費税の社会保障財源化⇒社会保障4経費（年金・医療・介護・少子化対策）
- 「充実」1%、「安定化」4%
- 1%＝2.8兆円
（少子化：7,000億円、医療・介護：1.5兆円、年金：6,000億円）
- 「充実」と「重点化・効率化」の同時実施：特に、医療・介護

社会保障改革の構造

- 社会保障制度改革推進法（2012年8月）
 - ・基本的な考え方
 - ・基本方針（少子化・医療・介護・年金）
- 社会保障制度改革国民会議・報告書（2013年8月）
- 「プログラム法」（2013年12月）
 - ・持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

「プログラム法」（2013年12月）に基づく改革の推進

- ⇒2014年
 - ・「社会保障の充実」予算
 - ・診療報酬の改定
 - ・「医療介護総合確保推進法」による改正
- 2015年
 - ・介護報酬の改定
 - ・国民健康保険法等の改正
- 2016年
 - ・診療報酬の改定

同時並行で進む政策

○社会保障と税の一体改革（2010年10月～）

※2014年4月 消費税8%に引上げ

○地方創生（2014年9月～）

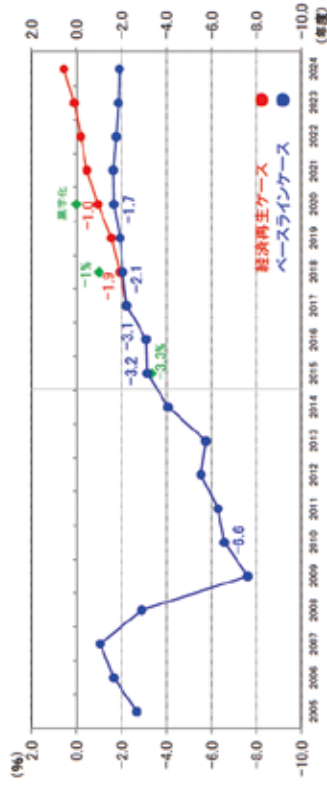
○一億総活躍（2015年9月～）

○「骨太方針2015」（2015年6月閣議決定）

- ・2018年度まで集中改革期間
- ・社会保障関係費の伸び：年間5,000億円程度の止める（目安）

69

国・地方の基礎的財政収支 (対GDP比)



中長期の経済財政に関する試算
内閣府：2016年7月26日

70

2016年度予算のフレーム

○「骨太方針2015」（2015年6月閣議決定）

- ・社会保障関係費の伸び：

5,000億円程度の止める（目安）

○厚生労働省の概算要求（15年8月）

6,700億円増

⇒ 1,700億円規模の絞り込みが必要

・国・地方の基礎的財政収支（対GDP比）は2015年度に▲3.2%程度となり、2010年度の水準からの対GDP赤字半減目標（対GDP比▲3.3%）を達成することが見込まれる。

・経済再生ケースでは、集中改革期間（2016～2018年度）における改革努力のメルクマールである基礎的財政収支赤字対GDP比▲1%程度の目安が置かれている。2018年度においては▲10.5兆円程度（対GDP比▲1.9%程度）の赤字、国・地方の基礎的財政収支黒字化目標年度である2020年度において▲5.5兆円程度（対GDP比▲1.0%程度）の赤字が残る姿であり、引き続き、経済・財政一体改革を着実に推進していくことが重要。

中長期の経済財政に関する試算
内閣府：2016年7月26日

○16年度予算(案)

一般歳出:57兆8,286億円

4,731億円(0.8%)増

○社会保障関係費の伸び:4,412億円増

(一般歳出の伸びの93%)

*社会保障関係費:実質は4,997億円の増

(15年度予算の一時적歳出の影響のため)

⇒1,700億円規模の絞り込みが行われた。

○診療報酬改定:国費1,495億円の削減

⇒1,700億円の絞り込みのうちの大部分(88%)
を診療報酬改定が担う。

2017年度予算編成

○社会保障の「自然増」

2016年度 6,700億円

2017年度 6,400億円

○骨太2015

社会保障関係費の伸び 5,000億円以内

○骨太2016

・社会保障分野は「**経済・財政再生計画**」
に掲げられた**44の改革項目**について、
改革工程表に沿って着実に改革を進め
ていく。

- ⑨金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の仕組み
- ⑩軽度者に対する生活援助サービス等の給付のあり方
- ⑪軽度者に対する生活援助、福祉用具等の負担のあり方
- ⑫スイッチOTC化された医療用医薬品の保険償還率

81

消費税の引上げ

- 消費税率8%への引上げ実施 2014年4月
- 消費税率10%への引上げ予定 2015年10月
- *2014年11月に延期を決定 2017年4月
- *2016年7月に再延期を決定 2019年10月

2018年の同時改定

- 2018年4月 診療報酬・介護報酬の同時改定
医療計画・介護保険事業計画の策定
骨太2015「集中改革期間」終了
- 2019年10月 消費税率の引上げ(10%)
当初15年10月⇒延期17年4月
⇒再延期
- 2020年度 プライマリ・バランス黒字化・目標年度
- 2025年度 医療・介護提供体制改革・目標年度

83



2016年11月11日発行
発行 年友企画
発売 社会保険出版社

(目次)

政策形成の現場から
社会保障と税の一体改革
日本の高齢者介護
医療と介護の連携
今後の展望
これから求められる社会保障の姿

ご清聴ありがとうございました。

多職種大学院間の合同ワークショップ

がんと地域包括ケア
～政策と現場におけるギャップ・課題～

- ・アンサーパッドを使って
- ・ワークショップの進め方

国際医療福祉大学三田病院
大東 貴志

1

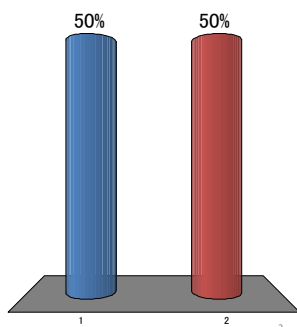
アンサーパッド を使って



2

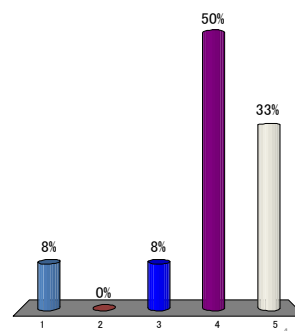
皆さんは？

1. 男性
2. 女性



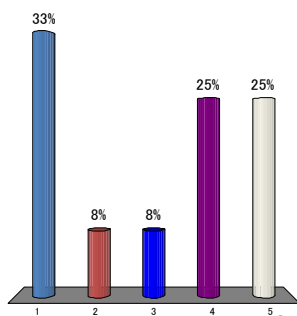
年齢分布

1. 29歳以下
2. 30歳代
3. 40歳代
4. 50歳代
5. 60歳代



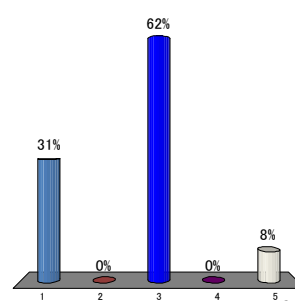
皆さんの職種は？

1. 看護師
2. 薬剤師
3. 診療放射線技師
4. 医師
5. その他



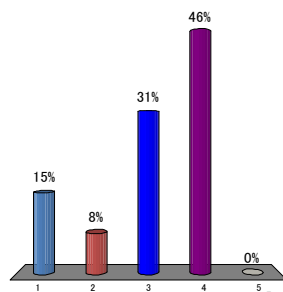
皆さんの職場は？

1. 大学病院
2. その他の医療機関
3. 大学、大学院
4. 学生
5. その他



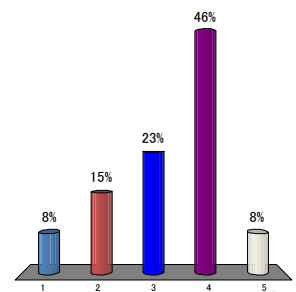
がんに関与した家族をどこで看取りたいと考えていますか？

1. 一般病院
2. ホスピス
3. 緩和病棟
4. 在宅
5. その他



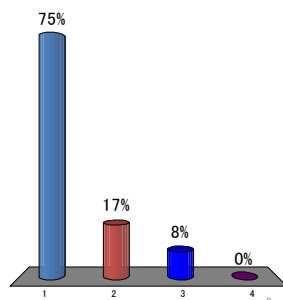
自分ががんに関与した場合、終末期をどこで過ごしたいと考えていますか？

1. 一般病院
2. ホスピス
3. 緩和病棟
4. 在宅
5. その他



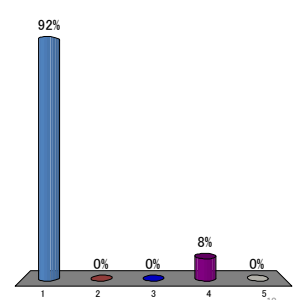
終末期ケアで最も望むことは？

1. 苦痛の緩和
2. 精神的サポート
3. 介護
4. 質の高い医療



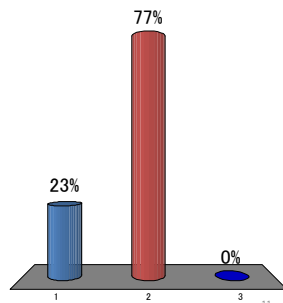
がん在宅治療を受ける際の最も不安な要素は何ですか？

1. 家族の負担
2. 公的サポート
3. 医療の質
4. その他
5. 不安はない



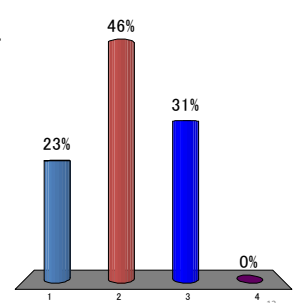
本日の講演を聞くまで地域包括ケアシステムについて知っていましたか？

1. 良く知っていた
2. 名前のみ知っていた
3. 全く知らなかった



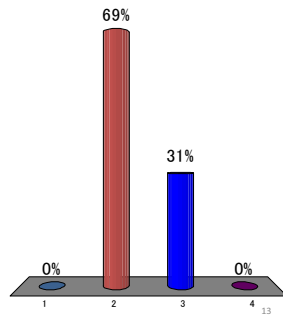
地域包括ケアシステムが整備されれば、終末期がん患者の在宅治療が増加すると思いますか？

1. 非常にそう思う
2. どちらかと言えばそう思う
3. あまり思わない
4. 全然思わない



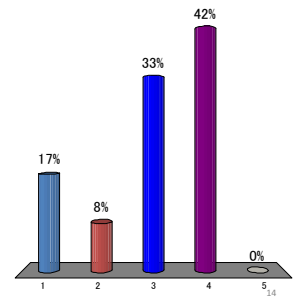
がん患者の地域包括ケアシステムの整備についてどう考えますか？

1. すぐにでも実現可能
2. 課題は多いが実現可能
3. 実現は難しい
4. わからない



がん患者の地域包括ケアシステムの課題で最も重要なことは何だと考えますか？

1. 制度に関するもの
2. 訪問診療所など施設に関するもの
3. 人材に関するもの
4. 多職種や医療施設などとの連携に関するもの
5. わからない



ワークショップの進め方

問題点の抽出 KJ法

- KJ法とは 川喜田二郎氏の考案による「小集団で思考をまとめる方法」である。

KJ法のやり方

1. 各自が文殊カードを1枚ずつ持ち、設定されたテーマについて思いついたことをカードに簡潔に、わかりやすく書く
2. 他人のカードを見て、参考にしてもよいし無視してもよい
3. 適当な数のカードができたなら、それらを分類する。この際できるだけ既成の概念にとらわれないようにするため、司会が1枚ずつカードを読み上げ、そのカードの内容に似ていると感じるカード（これを「志」を同じくするものという）を前にまとめる。これをKJ法では「島」をつくるという
4. まとまったカードに、メンバーで相談しながら、その「島」を最も適切に表現できるタイトル（これを「表札」という）をつける。どの「島」にも入れられなかった「孤独な」カードも重要である
5. 「表札」のついた「島」を模造紙の上にそれぞれの相互関係を考慮しながら空間配置し、貼り付ける。「孤独」なカードも忘れずに
6. 速くからでもわかるように、フェルトペンを使って、説明やイラストをつけて関連図に仕上げる（樹木型や魚型にするのもアイデアである）

本日のワークショップのタイトル

「がんと地域包括ケアの政策と現場のギャップを埋めるために取り組むべき課題は何か」

重要度と緊急度の2つのベクトルを作り議論してください

各グループで決めてもらう

- 司会
- 記録者
- 発表者
- 他のグループ発表への評価者
- 事務局へのレポート提出者（800字、スケジュール表も）

グループ発表資料

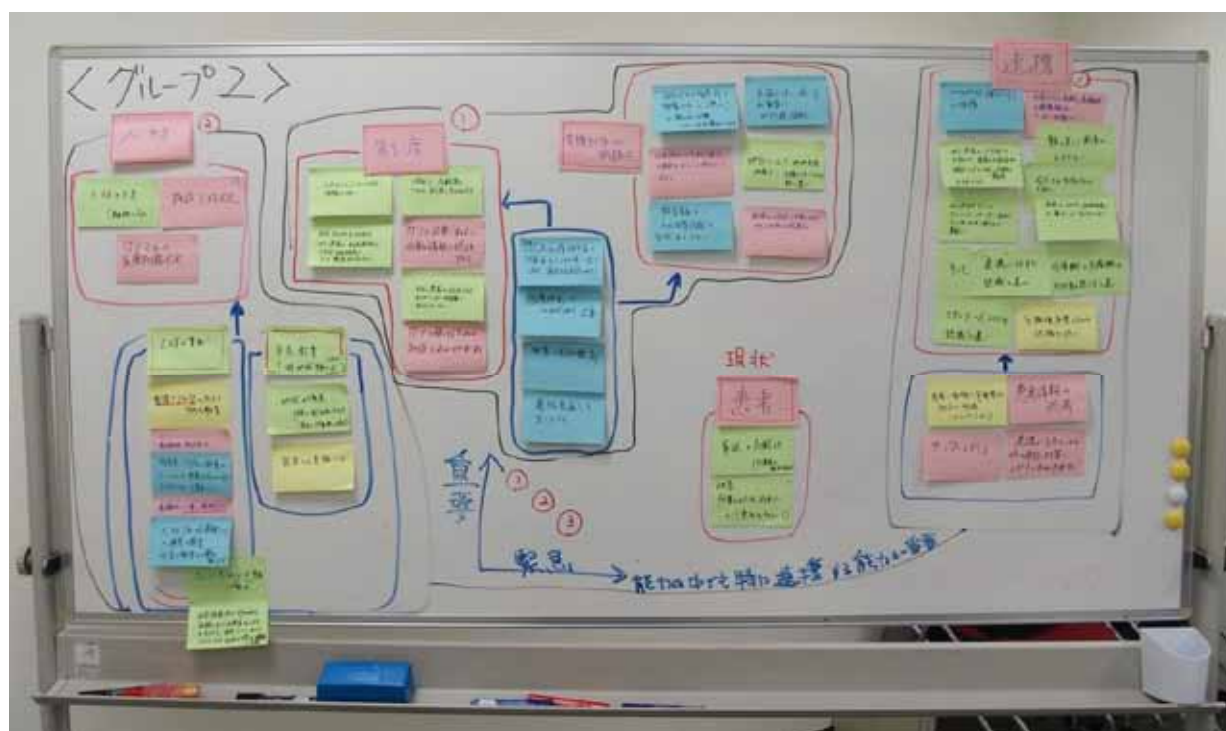
テーマ：

「がんと地域包括ケアの政策と現場の
ギャップを埋めるために取り組むべき
課題は何か。」

グループ 1:



グループ 2:



(グループ1)
がんと地域包括ケアの政策と現場の
ギャップを埋めるために取り組むべき
課題は何か

問題点1：スタッフの問題（質と量）

がん患者さんの状況をケアマネさんが知らない
（ケアマネの質）

在宅医療スタッフの不足

医療系と福祉系での知識・用語等の認識不足

病院側の医師の認知度の不足

在宅医の確保（新人Dr.）

教育体制が不足している

問題点2：急変時の問題

DNRと救急搬送

在宅医が本当に24時間対応してくれるか？

在宅ターミナル患者の急変時対応

問題点3：連携の問題

病院側に地域在宅ケアへの認識が薄い

病院と地域包括支援システムへの連携ルートが
まだできていない

病院スタッフと在宅スタッフかでの情報交換
不足

医療者も含め、がん患者の地域包括ケアの周知
が行われていない

問題点4：家族の問題

独居、老々家族（全員高齢）が増えて在宅が難しいこと
が多い

宗教観がどのように影響するかも考慮する必要がある

がんのような若い世代も多く（進行も早く）、在宅ケア
に家族も賛成しないのでは

家族の在宅医療での看取りが不安

家族の負担が増えるのではないかな？

患者と家族の思いに差はないだろうか？

介護離職者ゼロは可能なのか？

問題点4：制度・行政の問題

1団体（地域包括支援センター）がどのくらい
のケースを抱えているのか？現実的に可能か？

介護認定までに時間がかかる。

がん専門医の訪問診療所が少ない。

専門職の業務拡大（人材）

問題点 5：財源の問題

財源が不足している

「政策が医療費を減らしたい」からはじまっているので、現状の変更に時間がかかる。

地域包括ケアシステムが地方都市では決めやすいが、大都会では療養先と居住先が入り乱れているので単位が作りづらい。

開催：平成28年12月11日

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

国際医療福祉大学大学院 多職種大学院間の合同ワークショップ アンケート用紙

この度はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考とさせていただきますので、アンケートにご協力ください。以下の各設問の該当するものに ○ をつけ、お帰りの際、スタッフにお渡しください。

- ① 区分： 1. 一般参加、 2. 教職員・院生・学部生（国際医療福祉大学グループ）
- ② 性別： 1. 男、 2. 女
- ③ 年齢： 1. 10代、 2. 20代、 3. 30代、 4. 40代、 5. 50代、 6. 60代、 7. 70代、 8. 80代以上
- ④ 職業(複数可)：
1. 院生（博士課程）、 2. 院生（修士課程）、 3. 医師、 4. 看護師、 5. 診療放射線技師、
6. 薬剤師、 7. 教員、 8. 学部生、 9. なし、 10. その他（具体的に ）
- ⑤ 本日のワークショップについて、ご満足いただけましたか。：
1. とても満足 2. 満足 3. ふつう 4. 不満（理由： ）
- ⑥ 本日のワークショップの内容について、ご理解いただけましたか。：
1. 良く理解できた 2. 理解できた 3. どちらともいえない
4. 理解できなかった（理由： ）
- ⑦ 本日のワークショップに対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。：

ご協力、ありがとうございました。

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院 多職種大学院間の合同ワークショップ アンケート結果集計

【回答13名 / 参加17名（回答率76.5%）】

日 時：平成28年12月11日 11:00～16:30

テーマ： がんと地域包括ケア～政策と現場におけるギャップ・課題～

場 所：国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス5階 B教室 および C・D教室

①区分

1 一般参加	0	0.0%
2 国際医療福祉大学グループ		
教職員	8	61.5%
院生	5	38.5%
学部生	0	0.0%
合計	13	100.0%

②性別

1 男	7	53.8%
2 女	6	46.2%
合計	13	100.0%

③年齢

1 10代	0	0.0%
2 20代	1	7.7%
3 30代	0	0.0%
4 40代	1	7.7%
5 50代	7	53.8%
6 60代	2	15.4%
7 70代	2	15.4%
8 80代以上	0	0.0%
合計	13	100.0%

④職業

（複数回答可）

1 院生（博士課程）	5	29.4%
2 院生（修士課程）	0	0.0%
3 医師	3	17.6%
4 看護師	2	11.8%
5 診療放射線技師	1	5.9%
6 薬剤師	1	5.9%
7 教員	5	29.4%
8 学部生	0	0.0%
9 その他	0	0.0%
合計	17	100.0%

⑤本日のワークショップについて、ご満足いただけましたか。

1 とても満足	7	53.8%
2 満足	6	46.2%
3 ふつう	0	0.0%
4 不満	0	0.0%
合計	13	100.0%

⑥本日のワークショップの内容について、ご理解いただけましたか。

1 良く理解できた	7	53.8%
2 理解できた	5	38.5%
3 どちらともいえない	0	0.0%
4 理解できなかった	0	0.0%
5 無回答(講演会のみ参加)	1	7.7%
合計	13	100.0%

⑦本日のワークショップに対するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

(院生) ・とっても興味深いお話が聴けて良かったです。

授業に続いてディスカッションを行えたのも良かったです。ありがとうございました。

・院生だけでなく教員の方々とともにグループワークができ、多方面からテーマに則って話し合いをすることができました。このようなメンバーで話し合いをする機会がなかったため、楽しかったです。ありがとうございました。

・多職種の方と、「地域包括ケアシステム」や「システムを運営する上での問題点」を議論できたことは良かったです。

・グループでのワークショップの時間について、もう少し時間があってもよかったように思いました。でも、お忙しい先生方のお時間の中、貴重なご意見をいただきました。大変ありがとうございました。

・楽しかったです。大変有意義なワークショップでした。

(教員) ・がんプロを離れ、一般の人・院生が主として入って、もう一度行くとよい企画と思った。

・特に本日のテーマでは、一般の参加が多いとよい企画と思った。

・ありがとうございました。

以上

V.平成 28 年度 キャンサーボード



平成 28 年度 キャンサーボード

国際医療福祉大学大学院がんプロフェッショナル養成基盤推進プランでは、平成 20 年 4 月、「東京都がん診療連携拠点病院」に認定された国際医療福祉大学三田病院で実施するキャンサーボードに参加し、各診療科横断的な症例カンファレンスに参加することで、多職種連携を目指したがんプロフェッショナルの養成に取り組んでいる。

- | | | |
|--------|----------------------|-----------------------------------|
| 第 1 回 | 平成 28 年 4 月 7 日(木) | 頭頸部腫瘍センター症例 (出席 35 名) |
| 第 2 回 | 平成 28 年 5 月 12 日(木) | 血液内科症例 (出席 37 名) |
| 第 3 回 | 平成 28 年 6 月 2 日(木) | 消化器センター症例 (出席 25 名) |
| 第 4 回 | 平成 28 年 7 月 7 日(木) | 移植外科症例 (出席 52 名) |
| 第 5 回 | 平成 28 年 8 月 26 日(金) | 消化器センター症例 (出席 30 名)
※がんプロ実習生発表 |
| 第 6 回 | 平成 28 年 9 月 1 日(木) | 消化器センター症例 (出席 43 名) |
| 第 7 回 | 平成 28 年 10 月 6 日(木) | 放射線診断センター症例 (出席 30 名) |
| 第 8 回 | 平成 28 年 11 月 10 日(木) | 泌尿器科症例 (出席 20 名) |
| 第 9 回 | 平成 28 年 12 月 1 日(木) | 消化器センター症例 (出席 22 名) |
| 第 10 回 | 平成 29 年 1 月 12 日(木) | 消化器センター症例 (出席 21 名) |
| 第 11 回 | 平成 29 年 2 月 2 日(木) | 乳腺センター症例 (出席 35 名) |
| 第 12 回 | 平成 29 年 3 月 2 日(木) | 呼吸器センター症例 (出席 48 名) |

※ 開 催 毎月第一木曜日 17:30～

※ 場 所 国際医療福祉大学三田病院

国際医療福祉大学大学院(東京青山、大田原、福岡キャンパス)

国際医療福祉大学病院

VI.平成 28 年度
成果報告会
(外部評価委員会)

平成 29 年 1 月 22 日

成果報告会

日 時：2017年1月22日（日）13：00～17：00 （予定）
場 所：慶應義塾大学 信濃町キャンパス 2号館 11階大会議室
対 象 者：がんプロ教員・大学院生、外部評価委員
司会進行：大家 基嗣（慶應義塾大学医学部泌尿器科学 教授、がんプロ教育委員）

プログラム

13:00-13:10 **1. はじめに**

事業推進責任者：河上 裕（慶應義塾大学医学研究科委員長）

13:00-14:10 **2. 各研究科成果報告**

医学分野（13:10-13:30）

信州大学 コーディネーター 小泉 知展

（※該当大学：信州、慶應・医、北里・医、東海、聖マリ、山梨、国際医療）

看護学分野（13:30-13:40）

聖路加国際大学 コーディネーター 林 直子

（※該当大学：聖路加、慶應・健、北里看、国際医療）

薬学分野（13:40-13:50）

慶應義塾大学薬学研究科 コーディネーター 中村 智徳

（※該当大学：慶應・薬、北里・薬、国際薬）

歯学分野（13:50-14:00）

東京歯科大学 コーディネーター 野村 武史

（※該当大学：東歯）

医学物理学分野（14:00-14:10）

首都大学東京 コーディネーター 齋藤 秀敏

（※該当大学：首都、北里・医、東海）

14:10-15:10 **3. 連携事業成果報告**

QOL分野別（14:10-14:25）

慶應義塾大学健マネジメント研究科 コーディネーター 小松 浩子

支持療法(サポートケア)分野別（14:25-14:40）

慶應義塾大学医学研究科 支持療法分野別委員 辻 哲也

TR／化学療法分野別（14:40-14:55）

慶應義塾大学医学研究科 TR／化学療法分野別委員 副島 研造

放射線治療分野別（14:55-15:10）

東海大学 放射線治療分野別委員 国枝 悦夫

15:10-15:30 (休憩 20 分)

15:30-16:15 **4. がんプロ大学院生による成果報告**

「がんプロで学んだことと、今後のがん医療への取り組み方についての展望」

慶應義塾大学 薬学研究科 (15:30-15:35)

野々宮 悠真 (薬学がん専修コース)

北里大学 医療系研究科 (15:35-15:40)

辰野 佑哉 (医学物理士コース)

首都大学東京 人間健康科学研究科放射線科学域 (15:40-15:45)

針生 将嗣 (医学物理士コース (博士後期課程))

信州大学 医学系研究科 (15:45-15:50)

丸山 康弘 (リサーチマインドを有するがん医療人育成コース)

聖路加国際大学 (15:50-15:55)

高橋 雅子 ((博士前期) がん看護 上級臨床実践コース)

東海大学 医学研究科 (15:55-16:00)

飯島 康太郎 (医学物理士養成コース／がん CRC 養成コース)

東京歯科大学 歯学研究科 (16:00-16:05)

河地 誉 (口腔がん専門医養成コース)

山梨大学 (16:05-16:10)

筒井 隆光 (地域がん特進コース)

慶應義塾大学 医学研究科 (16:10-16:15)

公田 龍一 (がん TR 臨床研究コース)

16:15-16:45 **5. パネルディスカッション**

「がんプロの今後について」

座長

北里大学医療系研究科 評価委員 田邊 聡

パネリスト

慶應義塾大学医学研究科 がんプロ教員／分野別委員 高石 官均

慶應義塾大学薬学研究科 コーディネーター 中村 智徳

聖路加国際大学 コーディネーター 林 直子

東海大学 がんプロ教員／分野別委員 国枝 悦夫

東京歯科大学 コーディネーター 野村 武史

山梨大学 コーディネーター 桐戸 敬太

16:45-17:00 **6. まとめ**

評価委員長：相磯 貞和 (慶應義塾大学医学部解剖学 教授)

VII.コース修了後 活動状況アンケート結果

文部科学省事業 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
国際医療福祉大学大学院 がん先端医療に対する多職種連携重点コース
コース修了後の活動状況アンケート

2017年2月28日

■実施対象：回答者 17名 / コース修了認定者 18名（回答率 94.4%）

年度別内訳 2014年度 回答者 7名 / コース修了認定者 8名（回答率 88%）
 2015年度 回答者 4名 / コース修了認定者 4名（回答率 100%）
 2016年度 回答者 6名 / コース修了認定予定者 6名（回答率 100%）

■実施時期：2017年1月

■アンケート結果集計

(1) 年齢

① 20代	1	6%
② 30代	4	24%
③ 40代	3	18%
④ 50代	6	35%
⑤ 60代以上	3	18%
合計	17	100%

(2) 就業先・種別

① 医療機関(病院・薬局)	5	29%
② 教育機関(大学・大学院)	8	47%
③ 行政	1	6%
④ 医療関連企業	2	12%
⑤ 医療ライター・翻訳	1	6%
	17	100%

1. 貴方がコースで学修したことに関する満足度等の度合い(%)について適するものを選んでください。

(1) がん先端医療に関する知識は、現在役に立っていますか。

① 0～24%	2	12%
② 25～49%	3	18%
③ 50～74%	4	24%
④ 75～100%	8	47%
合計	17	100%

→ どのように役に立っていますか。具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・ がん放射線治療時に多職種との連携をする際に、相手の状況を理解しやすくなった。
- ・ 座学での知識は、最近の医療の動向を知る材料となった。
- ・ 学生の実習や卒業研究指導に役だっている。
- ・ 学生指導に少し役立ってるかもしれない。
- ・ 学生に授業や実習指導で先端の知識を提供できる。
- ・ がんの領域の仕事に役立っている(薬事コンサル)。

2015年度コース修了認定者

- ・ 今まで知らなかった最先端の知識も習得することができ、とても役に立っています。
- ・ とある大学病院の泌尿器科のインタビュー記事を書く機会がありましたが、とくに外科治療について、がんプロの座学やオベサ見学のおかげで、先生方の話している内容がきちんと理解できました。
- ・ 患者と直接関わる機会がないため役に立っているとは言えないが、学生を指導する上で役立っている部分がある。
- ・ 臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、あまり役には立っていないが、機会があれば、学生に対する指導に役立てたいとは考えている。

2016年度コース修了認定予定者

- ・ 多職種とのコミュニケーションを積極的にとるようになった。

- ・放射線レポートや画像を参考にするなど多職種についての理解が深まった。
- ・新しい技術や他の分野の知識を得ることができて視野が広がった。普段の臨床でも知識を得ることで、役立っている。
- ・がん患者支援についての考え方が、具体的になった。
- ・学生の指導や教育の場であって、臨床の状況に即した教授活動が行えていると考える。

(2) ターミナル設定のSP(模擬患者)によるOSCE形式の実践教育は、現在役に立っていますか。

① 0～24%	6	35%
② 25～49%	2	12%
③ 50～74%	6	35%
④ 75～100%	3	18%
合計	17	100%

→ どのように役に立っていますか。具体的にご記入ください。

2015年度コース修了認定者

- ・実際の患者様の声を聞き、闘病中の不安などの気持ちに触れられた気がいたします。
- ・患者と直接関わる機会がないため役に立っているとは言えないが、学生を指導する上で役立っている部分がある。
- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、あまり役には立っていないが、機会があれば、学生に対する指導に役立てたいと考えている。

2016年度コース修了認定予定者

- ・普段臨床に関わっていない場合、実際の患者様と面談する前にこのような授業を行なうのは必要であると思います。
- ・学生への講義において、リアリティのある展開につながっている。
- ・自分の職種では、アナムネを取ることがないので良い経験になった。

(3) 本学コースでは、各医療職の専門性を活かし、機能的にチーム医療ができる人材を育成することを目的に養成を行っていますが、現在貴方はチーム医療を実践していますか。

① 0～24%	10	59%
② 25～49%	1	6%
③ 50～74%	1	6%
④ 75～100%	3	18%
未記入	2	12%
合計	17	100%

→ どのようなチーム医療を実践していますか。具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・がん放射線治療は多職種でもありますが、多診療科でもありその点でチーム医療と考えます。
- ・病院勤務ではないが、多職種の教員と連携をとるように心がけている。
- ・教育職なので看護実践はしていない。
- ・臨床で働いていないため実践はしていない。
- ・基礎教育現場なので臨床との連携はない。

2015年度コース修了認定者

- ・医療機関で働いていないので、実践していない。
- ・独立店舗のため、実践できておりません。
- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、ほぼ実践できないが、大学病院との共同研究等の機会がある際に実践したいと考える。

2016年度コース修了認定予定者

- ・病棟薬剤師業務において医師や看護師、栄養士その他様々な多職種と連携して患者様の問題を解決できるよう取り組んでいます。
- ・看護師や医師と連携した検査。
- ・連携を行い、より良い医療を患者さんに提供している。

- (4) 本学コースでは、シンポジウムやワークショップ、キャンサーボードに参加し、現状と課題等議論を行うことで、チーム医療に於ける自職種と他職種の役割を学修しましたが、現在役に立っていますか。

① 0～24%	4	24%
② 25～49%	1	6%
③ 50～74%	5	29%
④ 75～100%	7	41%
合計	17	100%

→ どのように役に立っていますか。具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・がん放射線治療時に多職種との連携をする際に、相手の状況を理解しやすくなった。
- ・多職種理解に役立っているかもしれない。
- ・チーム医療に於ける自職種と他職種の役割について、学べたことは教育に生かしている。
- ・薬剤師の業務のあり方を考える上で多職種の仕事や考え方を学べたので視野が広がった。
- ・医療機関で働いておりませんので該当しません
- ・記憶していない。
- ・具体的に役立っているとは言えない。

2015年度コース修了認定者

- ・多職種と連携し、課題を行うことで、職種特有の考え方など理解できた気がいたします。
- ・産業保健関連の記事を定期的には書いていますが、多職種連携の話はたびたび出てきます。さまざまな職種の方と議論をしたことで視野が広がりました。
- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、あまり役には立っていないが、機会があれば、学生に対する指導に役立てたいとは考えている。
- ・患者と直接関わる機会がないため役に立っているとは言えないが、学生を指導する上で役立っている部分がある。

2016年度コース修了認定予定者

- ・学生への教育において、自分の体験もふまえて教授活動が行える。
- ・看護師や薬剤師の考えなどが良く分かった。
- ・在宅医療についてのワークショップでは、現代における在宅医療の現状と問題点について理解を深めることができました。
- ・どの職種がどこまでできるのかを知れたのは良かった。
- ・1人の患者を支援するときに、視野が拡大でき、サポートできる自信がついた。
- ・多職種の役割を学修したとこで、多職種との連携などの学生の実習指導に役立てている。

- (5) 本学コースでは、一般市民公開講座を年1回開催し、患者・家族、一般市民との意見交換を行い、対象者の観点を考慮した医療チームの一員としての対応について学修を推進してきましたが、貴方は実践していますか。

① 0～24%	8	47%
② 25～49%	4	24%
③ 50～74%	1	6%
④ 75～100%	2	12%
未記入	2	12%
合計	17	100%

→ どのように実践していますか。具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・学生が受け持っている患者さんのチームの一員として学生の補助をしている。
- ・一般市民への啓蒙活動になかなか参加できない。
- ・医療機関で働いておりませんので該当しません。
- ・教育職なので看護実践はしていない。
- ・実践できていない。

2015年度コース修了認定者

- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、ほぼ実践できないが、大学病院との共同研究等の機会がある際に実践したいと考える。

- ・私自身は、医療チームの一員という立場ではありませんが、医療を提供する側と受ける側の立場を意識して、記事を書くようになりました。
- ・現在、実践できておりません。

2016年度コース修了認定予定者

- ・一般の人たちがどのような疑問を持っているのかが知れて良かった。
- ・放射線部の検査自体が、患者や患者家族と継続的でないので、あまり実践してない。

- (6) 一週間の集中実習において、がん先端医療を受ける患者・家族をチームで受け持ち、アセスメント、実践およびカンファレンス、カンサーボード、報告会を実践しましたが、この経験が現在役に立っていますか。

① 0～24%	3	18%
② 25～49%	3	18%
③ 50～74%	4	24%
④ 75～100%	7	41%
合計	17	100%

→ どのように役に立っていますか。具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・教育に役立っている。
- ・患者の立場に立った医薬品開発の考え方で、コンサルタントができています。
- ・学生への教育の中で、臨床の在り方、課題など提供できる。
- ・形としては見えないが、患者・ご家族の方にも面談するという貴重な機会を得て自分自身の思考に間接的に影響を与えていると思う。
- ・がん放射線治療時に多職種との連携をする際に、相手の状況を理解しやすくなった。
- ・学生指導に少し役立っているかもしれない。

2015年度コース修了認定者

- ・カンファレンス、カンサーボードなど様々な意見を聞き、勉強になりました。
- ・私自身は、医療チームの一員という立場ではありませんが、医療を提供する側と受ける側の立場を意識して、記事を書くようになりました。
- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、あまり役には立っていないが、機会があれば、学生に対する指導に役立たいとは考えている。
- ・患者と直接関わる機会がないため役に立っているとは言えないが、学生を指導する上で役立っている部分がある。

2016年度コース修了認定予定者

- ・自分の専門分野はもちろん、多職種についてもどのように患者へアプローチしているのか、どんなことができるのかについて学ぶことができました。必要摂取カロリー数を計算し、医師・看護師・栄養士と相談しながら点滴または食事で補えるよう積極的に提案するようになりました。
- ・チームの中で自分の職種の役割を考えることができ、学生の立場に置き換えての実習指導に役立っている。
- ・多職種とチームで話し合いをする機会が少ないので、多職種がどのような考え方をしているかが、よく分かった。
- ・ディスカッションの進め方や報告会の重要性を活かしている。

- (7) 本学コースを選択して、貴方は現在満足していますか。

① 0～24%	0	0%
② 25～49%	3	18%
③ 50～74%	1	6%
④ 75～100%	13	76%
合計	17	100%

→ その理由を具体的にご記入ください。

2014年度コース修了認定者

- ・1期生として勉強できたことは励みとなっているが、それを生かした活動が行えていないことに対して満足していない。
- ・一週間の集中実習で多職種の状況や患者さんの心理を学ぶことができた。
- ・最先端の医療等について学べてよかった。

- ・教育の現場だけでは、医療現場で行われている最新の知識などわからないことが多くなる。よい勉強のきっかけとなった。
- ・よい勉強のきっかけとなった。
- ・がん治療の専門職として認められる。教育の指導にもなる。
- ・普段すれ違うことが多い診療放射線技師の人と交流を持つことができた。
- ・メディカルスタッフの共同での患者のサポートについて学べ、医療機関の在り方を考える良い機会であった。

2015年度コース修了認定者

- ・現在行っている仕事に非常にプラスになったと思います。
- ・仕事の関係で、循環器系の情報は自力でアップデートできますが、がん関係は、学ぶ機会がなかなかなかったので、選択してよかったと思います。
- ・自分の視野が広がり非常に勉強になりました。様々な場面で役立つと思いました。
- ・臨床の現場にはおらず、実務家教員でもないため、学修したことを生かせる機会があまりないが、普段経験する機会が少ないので、良い経験にはなった。

2016年度コース修了認定予定者

- ・授業で多職種について学ぶことに加え、実際にチームを組んでじっくりと一つの問題について解決していくという貴重な経験ができたから。
- ・1週間の病院実習を経て、それ以降も積極的に情報交換ができる方々と知り合えたのは良かった。
- ・違う職種の方々と一緒に学び、それぞれの職種からの対象の捉え方、考え方も理解でき、視野も広がる事ができた。
- ・将来的にがん患者のサポートを考えると、学んだ内容、外部講師からの講義は大変役にたった。
- ・今まで知らなかった多職種の分野のことを学ぶことができたり、多職種と同じ目的をもって一つのことを行うことなどが経験出来て満足している。
- ・医療の各専門職種間で深い意見交換を行う機会をもつことができたから。

2.「がんプロ」について、貴方はどのように感じていますか。ご意見・ご感想等をお聞かせ下さい。

2014年度コース修了認定者

- ・高齢化社会でのがん罹患率は高く、その家族の介護の負担が大きいものです。その中でのQOLを改善する医療の提供は本人と家族に大きなメリットがあります。それを実現するためには医療スタッフの質の高い医療サービスの提供が重要と思っており、このような教育研修は意味のあるものだと思います。残念ながら私は医療機関に勤めておりませんが、違う視点からこのプログラムの考え方を織り込んで仕事に反映しております。
- ・現在は、二人に一人はがん疾患を抱えている。このような社会で、健康に関わる仕事をしている者として、がんプロコースで学べたことは、がん患者さんへの支援や学生への教育で役に立つため、このような場を頂いたことは感謝している。
- ・最先端の医療等について学べてよかった。
- ・勉強する良いきっかけとなったが、
- ・これまでは、自職種の知識や技術の習得の場とらえていましたが、本学のがんプロに参加してそれ以外に、他職種の理解とコミュニケーションの場でもあったと思いました。
- ・「医師と機能的なチームを作りがん先端治療にあたることができる専門知識を有する専門医療職」の育成が目的であるが、医療現場に携わっていない状況での受講は、知識や関心度は確実に高まったが、本来の目的を実践することは難しい。受講したことが、活かせていないことに対して残念に思っている。
- ・少しがん医療のことを勉強していれば理解可能な内容が多いため、講義含めて実習も1週間程調整して参加した割には満足度が低かった。履修しても資格の面ではメリットが感じられない。

2015年度コース修了認定者

- ・がんの診断・治療に関する領域は、とくに発展が目覚ましく、単に医療職の資格を持っているだけでプロフェッショナルとは言い難いと思います。またチーム医療、多職種連携が叫ばれている今日、同じことを学んだうえで、患者さんをチームで受け持ち、アセスメント、実践、カンファレンス、報告会を行うことは、とても有意義だと思います。
- ・多職種との連携が、日を追うごとに良くなっていくのがわかり、チーム医療にとって、コミュニケーションスキルも非常に大事であることを実感いたしました。
- ・がんプロの立ち位置が不明確であるため、がんプロを受講するメリットがあまり見いだせなかった。例えば、がんプロを受講すればがん専門薬剤師になるためのメリットがある等、何かしらあれば受講を希望する人が増えるのではないかと考えるので、がんプロと専門薬剤師等が繋がることを期待します。

2016年度コース修了認定予定者

- ・現在、自分の職業が教育職のため、直接、がん患者に対しての援助や多職種連携等を実施していないため、役に立つとまでは言えなかったが、今後、講義や実習の中で、この知識を生かしていきたいと考えている。また、今回、多職種が同じ立ち位置で、共に学び、実習でも、一人の対象の方に対してじっくりと話し合ったり、まとめていったりと、通常では出来ないことを体験でき、多職種の役割や対象の見方の違いなども知ることができ、視野も広がった。

- ・多職種他の領域の人たちと、いろいろ検討できたことが良かったです。なかなか、普段の臨床でも長い時間多職種の人たちと連携して仕事をする機会がないので、よい経験になりました。
- ・臨床においては、今後の活動を考える大きなチャンスと思われる。しかし、臨床から離れている者にとっては、ダイレクトにがん医療にどのように関わっていくのか履修後の行動が大きな課題となると感じた。
- ・がん患者の抱える問題を多職種連携によってどのように解決できるのかを学ぶ授業。
- ・ダヴィンチを操作するという貴重な経験ができる。
- ・臨床現場で働く上で役立つ事を学べるが、がん専門を取る上で必要な条件が満たせるなどのカリキュラムは組まれていないのが残念。

3. 今後、貴方が「がんプロ」に求めていくものは何でしょうか。

2014年度コース修了認定者

- ・がん診療についての新しい知識習得と多職種とのコミュニケーション向上。
- ・定期的な学習会、研修への誘い。学習するきっかけを与えて欲しい。
- ・病院実習は、沢山の学びができたので是非、病院側との調整をしていただき、実習生を受け入れて欲しい。がん患者の症状(リンパ浮腫、脱毛、代替療法などの)のケアができるような演習をカリキュラムに組み込んで欲しい。
- ・実践的なプログラムなので、対象を医療機関に勤める人に絞ると、成果の“見える化”が出来るかと思います。
- ・質問が漠然として回答しづらいが、今回のリマインドで何らかの形で活かせるよう考えたいと考えている。
- ・代替療法の視点
- ・がん治療後の後遺症(放射線治療後、手術後のリンパ浮腫など)について興味関心があるので、多職種と知識を共有したい。
- ・現実的にキャンサーボードで患者のことを話し合う機会はハードルが高いので、日常の業務中にミニカンファレンスができるような方法を検討したい。
- ・がん闘病中は心のケアも大事であるので、心療内科や心理学系からの具体的な援助方法を教えてほしい。うつ病の鑑別方法含めて。
- ・現代は入院期間短縮の方向で動いている。この問題に対して多職種とどのように連携したら良いのかを検討したい。

2015年度コース修了認定者

- ・専門知識を有するだけでなく、これからのチーム医療の中核となれる人材が求められていくものだと考えます。
- ・がんプロの立ち位置が不明確であるため、がんプロを受講するメリットがあまり見いだせなかった。例えば、がんプロを受講すればがん専門薬剤師になるためのメリットがある等、何かしらあれば受講を希望する人が増えるのではないかと考えるので、がんプロと専門薬剤師等が繋がることを期待します。
- ・がんサバイバーの方への就労支援が、大きな社会的課題となっています。このことについて、がんプロのコースではほとんど触れられていなかったように思います。

2016年度コース修了認定予定者

- ・授業・演習の中や臨床での連携に留まらず、その後も研修会や研究会、研究等、引き続き連携していけるといいのではと感じています。
- ・多職種連携の重要性が良く分かりました。がんの治療の日進月歩は凄まじい勢いで進んでいるので、卒後教育としてもがんプロは重要な位置づけとなると思います。
- ・履修後の活動や変容についてのフォローアップ研修など。
- ・がん患者の在宅支援について、福岡では、にのさかクリニックのにのさか先生と連携ができればと考えています。
- ・授業を受けた際に、大学院の単位だけでなく資格を取るうえで必要な単位も取得できるようにしてほしい。
- ・履修後に各職種がそれぞれのがん専門の資格がとれるようなカリキュラムを組んでいただきたい。

以上

VIII. 広報・学生募集

パンフレット、学生募集要項



『がん先端医療に対する多職種連携重点コース』

がんプロ Web サイト



国際医療福祉大学大学院 がんプロ Web サイト

<http://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/cancer24/index.html>

関連ホームページ



10 大学共通 がんプロ Web サイト

<http://top10.oncology.keio.ac.jp/>

全国がんプロ協議会 Web サイト

<http://www.ganpro-z.jp/>

国際医療福祉大学大学院 がんプロ パンフレット



文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業
「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」

国際医療福祉大学大学院

「がん先端医療に対する 多職種連携重点コース」

**博士課程
大学院生募集**

0120-36-5931

E-mail: nyushi@iuhw.ac.jp

HP: <http://www.iuhw.ac.jp/>

国際医療福祉大学

文部科学省 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業

国際医療福祉大学は、平成24年度からはじまった文部科学省の「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」事業に、慶應義塾大学等とともに参画しています。

文部科学省が平成24年度から実施している「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」に、慶應義塾大学を中心に本学を含めた10大学が参画する「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」が採択されました。

がんは我が国の死因第一位の疾患であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっています。そのため、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」は複数の大学がそれぞれの個性や特色、得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人養成のための教育拠点を構築することを目的としております。有識者、専門家等で構成される選定委員会において公正な審査の結果、15校が選定されました。

「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」全体の概要

がん治療の均てん化は達成されつつありますが、未だに約半数の患者の治療は難しく、標準治療を越えた医療の開発と患者のQOLを高める医療を推進しなければなりません。このようにがん医療を高度化するためには、最先端の基礎研究を生み出し、臨床現場に橋渡しし、科学的根拠と高い倫理観に基づいて実行に移すことのできる医療人の養成が必要となります。医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、理学療法士、医学物理士、基礎研究者、治験担当者など全ての職種が「先端研究」を合言葉にしたチームを形成することが不可欠です。

今回のプログラムでは、各大学の専門性や特徴を生かし、相補的かつ相乗的に協力することで、質と効率の高い教育ネットワークを構築し、次世代のがん研究治療を担う人材の育成を目指します。

参画大学
国際医療福祉大学、慶應義塾大学、北里大学、首都大学東京、信州大学、徳川リサーチ医科大学、聖路加国際大学、東海大学、東京医科大学、山梨大学の10校

本学「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」について

■養成する人物像

患者を中心に医師や看護師、薬剤師をはじめとする医療スタッフがそれぞれの専門分野を活かしながら、患者にとって最善とされる治療を提供することがチーム医療に求められています。特に、がん先端医療という極めて専門的な知識が必要とされる領域において、その専門性を活かし、機能的にチーム医療ができる人材を育成することは、患者にとって多大な利益となります。

医師と機能的なチームを作りがん先端医療にあたることのできる専門知識を有する専門医療人を養成します。

■教育内容の特色

本コースでは従来の専門性にもとづいた縦割りの教育を脱し、異なる専門領域の学生がクロスオーバーして共にがん先端医療の実践を学び、それぞれの専門分野での治療計画の策定を協同で行うことができる専門医療人の養成を目指します。

標準治療とともに、臨床試験や創薬治療、細胞製剤治療、TDMにもとづく個別がん治療などの先端がん医療の実践を、東京部がん認定診療施設である国際医療福祉大学三田病院や先端医療を多数実施している関連機関において学びます。

■コースの概要

- コーディネーター：矢野隆弘（国際医療福祉大学大学院員）
- 募集定員：5名
- 開講地（拠点）：東京青山キャンパス（東京都港区南青山1-5-3 青山一丁目タワー4・5階）
大田原キャンパス（栃木県大田原市北金丸2600-1）
- 設置する専攻、分野
- 終了要件、修了方法等につきましては、下記を参考に、分野の事前相談担当教員にお問い合わせください。

■養成する専門職：薬 師 科

医療関係学研究所博士課程 在籍医療専攻専攻
事前相談担当教員：奥井裕子 教授 E-mail: 3054ku@iuhw.ac.jp TEL: 0397-34-3000

■養成する専門職：診療放射線技師

医療関係学研究所博士課程 在籍医療専攻専攻
事前相談担当教員：橋本光雄 教授 E-mail: kasinoto@iuhw.ac.jp TEL: 0397-34-3000

■養成する専門職：薬 師 科

薬学研究所博士課程 医療・生命薬学専攻
事前相談担当教員：橋本良壽 准教授 E-mail: chikimura@iuhw.ac.jp TEL: 0397-34-3000

○主な履修科目

科 目 名	試 行	単 位	教 員 教 員
がん先端医療の基礎知識	必修	2	大塚隆正教授
医療関係学研究所博士課程 在籍医療専攻専攻	必修	2	大塚隆正教授、奥井裕子教授
がん先端医療多職種連携重点コース	必修	2	大塚隆正教授
がん治療学	選択	2	谷口昌雄教授、鈴木尚孝教授
がん治療放射線物理学	選択	2	橋本光雄教授
医療統計学	選択	2	橋本光雄教授
診療現場実習	選択	2	橋本光雄教授
がん看護学	選択	2	奥井裕子教授

お問い合わせ：国際医療福祉大学 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン事務局
東京青山キャンパス TEL: 03-4494-0601
大田原キャンパス TEL: 0397-34-3000
E-mail: gaipro@iuhw.ac.jp HP: <http://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/>



2017年度 大学院学生募集要項

〔医療福祉学研究科〕

◆修士課程 保健医療学専攻
医療福祉経営専攻
臨床心理学専攻

◆博士課程 保健医療学専攻

〔薬科学研究科〕

◆修士課程 生命薬科学専攻

〔薬学研究科〕

◆博士課程 医療・生命薬学専攻

 国際医療福祉大学大学院

— 抜粋 —

（平成24年度文部科学省採択事業）「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」

～国際医療福祉大学は、平成24年度からはじまった文部科学省の

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」事業に慶應義塾大学等とともに参画します。～

文部科学省が平成24年度から実施する「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」に、慶應義塾大学を中心に本学を含めた10大学が参画する「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」が採択されました。

本学では、博士課程にがん先端医療に対する多職種連携重点コースを開設して、以下の専門医療職を養成しております。

（※本コースの内容は平成29年度以降、変更となる場合があります）

- 医療福祉学研究科 博士課程 保健医療学専攻
 - 薬学研究科 博士課程 医療・生命薬学専攻
- （養成する専門医療職） 看護師、診療放射線技師、薬剤師

ご関心のある方は、本大学院ホームページ（以下のURL）をご覧ください。

<http://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/cancer24/index.html>



国際医療福祉大学大学院
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE GRADUATE SCHOOL

[English](#)

[アクセスマップ](#)
[サイトマップ](#)
[お問い合わせ](#)
[資料請求](#)

ホーム	大学院について	研究科・分野のご案内	入学案内
---------------------	-------------------------	----------------------------	----------------------

[ホーム](#) > 文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業

文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業

国際医療福祉大学は、平成24年度からはじまった文部科学省の「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」事業に慶應義塾大学等とともに参画します。

文部科学省が平成24年度から実施する「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」に、慶應義塾大学を中心に本学を含めた10大学が参画する「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」が採択されました。

がんは我が国の死因第一位の疾患であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっています。そのため、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」は複数の大学がそれぞれの個性や特色、得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人養成のための教育拠点を構築することを目的としております。有識者、専門家等で構成される選定委員会において公正な審査の結果、15件が選定されました。



- 「がん先端医療に対する多職種連携重点コース」パンフレット 
- [平成24年度活動報告書](#) 
- [平成25年度活動報告書](#) 
- [平成26年度活動報告書](#) 
- [平成27年度活動報告書](#) 
- [がんプロにおけるICTを活用した教育の実践](#)
- [がんプロ連携10大学共同ホームページ](#) 

「高度がん医療開発を先導する専門家の養成プログラム」全体の概要

がん治療の均てん化は達成されつつありますが、未だに約半数の患者の治療は難しく、標準治療を越えた医療の開発と患者のQOLを高める医療を推進しなければなりません。このようにがん医療を高度化するためには、最先端の基礎研究を生み出し、臨床現場に橋渡しし、科学的根拠と高い倫理観に基づいて実行に移すことのできる医療人の養成が必要となります。医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、理学療法士、医学物理士、基礎研究者、治療担当者など全ての職種が「先端研究」を合言葉にしたチームを形成することが不可欠です。

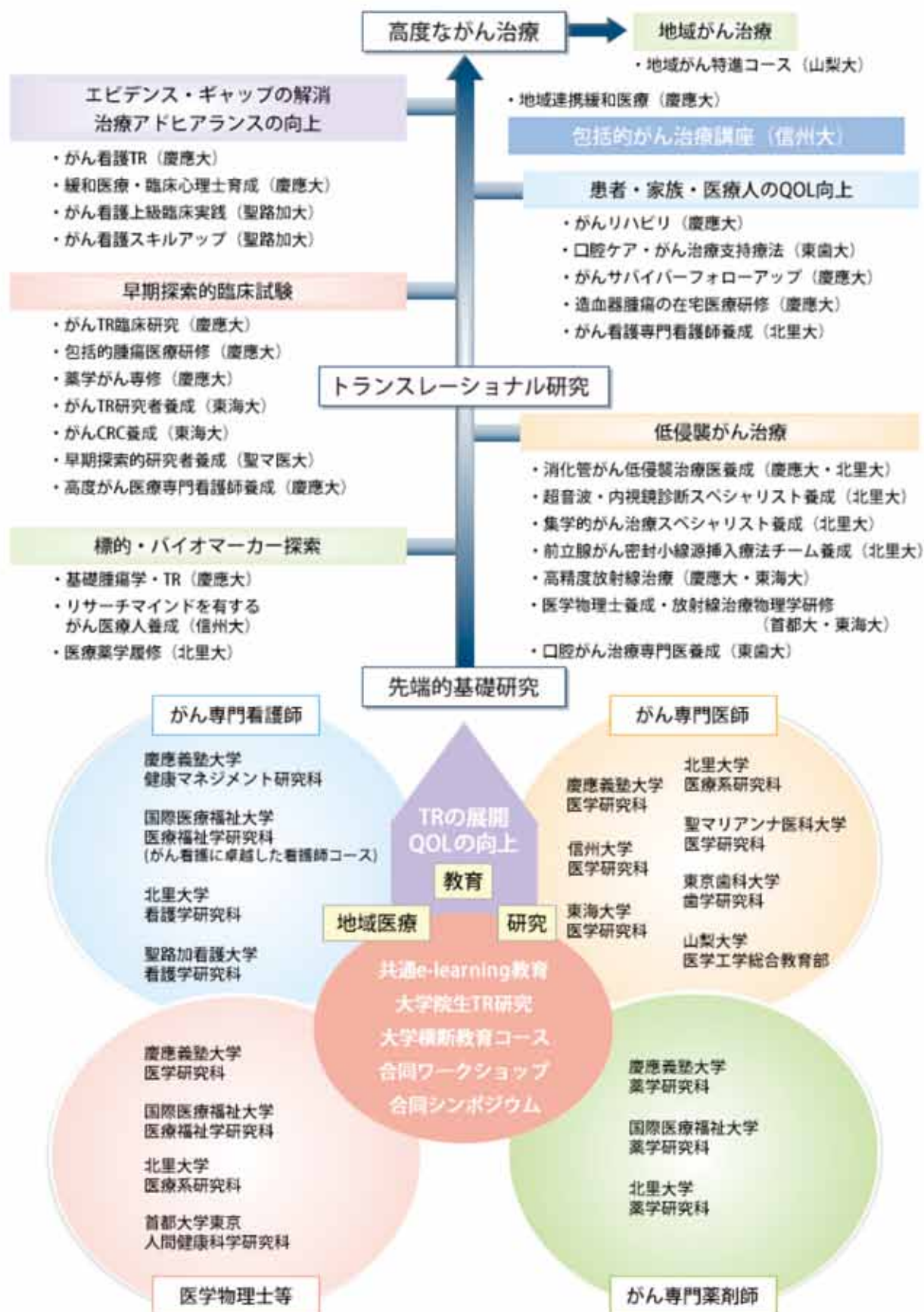
今回のプログラムでは、各大学の専門性や特徴を生かし、相補的かつ相乗的に協力することで、質と効率の高い教育ネットワークを構築し、次世代のがん研究治療を担う人材の育成を目指します。

● 参画大学

慶應義塾大学、国際医療福祉大学、北里大学、首都大学東京、信州大学、聖マリアンナ医科大学、聖路加看護大学、東海大学、東京歯科大学、山梨大学の10校

概要図

高度がん医療開発を先導する専門家の養成



10 大学共通 がんプロ Web サイト

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

—高度がん医療開発を先導する専門家の養成—

[概要](#)
[管理連携体制](#)
[コース案内](#)
[イベント情報](#)
[活動報告](#)
[実績報告書](#)
[リンク](#)
[お問い合わせ](#)

高度がん医療開発を先導する 専門家の養成

連携大学：慶應義塾大学、北里大学、国際医療福祉大学、首都大学東京、信州大学、聖マリアンナ医科大学、聖路加国際大学、東海大学、東京歯科大学、山梨大学

概要

[▶ more](#)

平成24年4月からは第2期ががんプロ（正式名：がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン）が、慶應義塾大学が中心となり「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」としてスタートします。

イベント情報

[▶ more](#)

各大学や本プロジェクトで開催されるイベントの情報を掲載しています。

活動報告

[▶ more](#)

各大学や本プロジェクトで開催されたイベントや各コースでの成果など、プロジェクト全体の活動報告を掲載していく予定です。

実績報告書

[▶ more](#)

「外部評価委員会」「中間報告書」「最終報告書」をご覧いただけます。

News & Topics

【本学公開情報】

2016/9/12

EVENT

国际医联社大学

10/23(日)「公開シンポジウム」及び「一般市民公開講座・講演会」開催のご案内

2016/11/19

EVENT

国际医病福祉大学

12/3(土)国際医療福祉大学大学院主催「放射線治療分野別連携事業・講演会」開催のご案内

2016/11/25

EVENT

国际医病福祉大学

12/11(日)「多職種大学院間の合同ワークショップ」開催のご案内

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

Promotion Plan for the Platform of Human Resource Development for Cancer

全国がんプロ協議会

トップページ

拠点一覧及び取組概要

e-learning

がんプロ関係者の方へ

リンク



【全国がんプロ協議会】とは

全国がんプロ協議会は、がん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的として、文部科学省が実施している「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の発展を目指し、参加している15拠点すべての大学による意見交換の場として設置されました。

【がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン】とは

がんは、わが国の死因第一位の疾患であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状から、「がん対策基本法」が制定されました。この基本法の中で、手術・放射線療法・化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識・技能を有する医師その他の医療従事者の育成が求められていることから、文部科学省では複数の大学がそれぞれの、個性や特色・得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、がん専門医療人養成のための教育拠点を構築することを目的として、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」を平成24年度から実施しており、全国で15拠点が選定されています。

イベント情報

① 全国がんプロ協議会	
② 札幌医科大学	連携4大学
③ 東北大学	連携4大学
④ 筑波大学	連携8大学
⑤ 東京大学	連携4大学
⑥ 東京医科歯科大学	連携6大学
⑦ 慶応義塾大学	連携10大学
⑧ 順天堂大学	連携7大学
⑨ 東京女子医科大学	連携4大学
⑩ 金沢大学	連携5大学
⑪ 名古屋大学	連携7大学
⑫ 京都大学	連携5大学
⑬ 大阪大学	連携7大学
⑭ 近畿大学	連携7大学
⑮ 岡山大学	連携10大学
⑯ 九州大学	連携12大学

Information

告知	イベント	九州大学	最新外科評価シンポジウム（九州大学）H29.3.2
告知	イベント	全国がんプロ協議会	全国がんプロ教育合同フォーラム H29.1.24
告知	イベント	大阪大学	府民公開講座（京都府立医科大学・京都大学）H29.1.7
告知	イベント	九州大学	平成28年度がんプロ講演会（九州大学）H28.12.16
告知	イベント	大阪大学	近畿3拠点合同フォーラム（大阪大学・京都大学・近畿大学）H28.11.29
告知	イベント	大阪大学	第9回大阪大学細胞診教育セミナー（大阪大学）H29.1.22
告知	イベント	東北大学	平成28年度第5回がんプロセミナー（新潟大学）H28.12.1

イベント情報について

右側の「イベント情報」から各大学(グループ)別のイベント実績をご覧いただけます。

▲ pastop ▲

Ⅸ.検討委員会開催記録

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン検討委員会」

期 間： 平成28年4月 ～ 平成29年2月
計7回開催

平成28年度 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン検討委員会 開催記録

- 第1回 平成28年5月31日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパスD教室、大田原キャンパスD教室 (出席 15 名)
- 第2回 平成28年6月28日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパスD教室、大田原キャンパスD教室 (出席 17 名)
- 第3回 平成28年7月26日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパスD教室、大田原キャンパスD教室 (出席 16 名)
- 第4回 平成28年10月25日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパス B 教室、大田原キャンパスE教室 (出席 16 名)
- 第5回 平成28年12月27日(火) 18:00～19:45
東京青山キャンパスB教室、大田原キャンパスE教室
大川キャンパス C 教室 (出席 16 名)
- 第6回 平成29年1月17日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパスB教室、大田原キャンパスB教室
大川キャンパス C 教室 (出席 18 名)
- 第7回 平成29年2月28日(火) 18:00～19:30
東京青山キャンパス B 教室、大田原キャンパスB教室
大川キャンパス C 教室 (出席 19 名)

X.検討委員会委員 運営委員 分野別委員

平成28年度 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン検討委員会委員名簿

委員 <順不同>

No.	氏名	所属等	10大学連携事業各種委員会委員
1	天野 隆弘	◎がんプロ講座主任、大学院長	
2	森川 康英	○がんプロコーディネーター、国際医療福祉大学病院小児外科、教授	運営委員会(運営委員、研究委員)/分野別委員会(低侵襲、小児委員)
3	池田 佳史	国際医療福祉大学三田病院副院長 消化器センター長、教授	
4	糸井 裕子	医療福祉学研究所(看護学分野)、教授	運営委員会(評価委員)/分野別委員会(QOL、看護、緩和委員)
5	岩坂 剛	高木病院 名譽病院長、教授	
6	大東 貴志	国際医療福祉大学三田病院泌尿器科部長、教授	運営委員会(教育委員)/分野別委員会(チーム医療委員)
7	片瀬 功芳	山王病院女性腫瘍センター・婦人科 センター長、教授	
8	勝俣 健一郎	医療福祉学研究所(放射線・情報科学分野責任者)、教授	
9	篠原 信夫	大学院准教授(教育システム担当)、情報システム部 部長	
10	島田 直樹	基礎医学研究センター、教授	
11	清水 貴壽	薬学研究所、准教授	分野別委員会(薬学委員)
12	武田 弘志	薬学研究科長、教授	分野別委員会(TR委員)
13	橋本 光康	医療福祉学研究所(放射線・情報科学分野)、教授	運営委員会(広報委員、分野別委員)/分野別委員会(放射線治療委員)
14	山本 康弘	医療福祉学研究所(診療情報管理・分析学分野責任者)、教授	

事務局

No.	氏名	所属等
1	角田 考哉	大学院運営室 事務部長(東京青山キャンパス)
2	住谷 亘	大学院運営室 主任(東京青山キャンパス)
3	近納 一重	大学院運営室 副主任(東京青山キャンパス)
4	関根 ちほ	大学院教育システム担当(東京青山キャンパス)
5	山下 恵里子	事務補佐員(東京青山キャンパス・戸田ビル)
6	小林 季幸	教務課 係長(大田原キャンパス)
7	鈴木 享	教務課 副主任(大田原キャンパス)
8	平岡 正寿	経理課 副主任(大田原キャンパス)
9	賀川 夫二郎	事務補佐員(大田原キャンパス)

文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」採択事業
高度がん医療開発を先導する専門家の養成
平成 28 年度 活動報告書

発 行 国際医療福祉大学

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 事務局

・ 大学院東京青山キャンパス

〒107-8501 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4・5 階

Tel.03-6406-8621 FAX.03-6406-8622

・ 大学院大田原キャンパス

〒324-8501 栃木県大田原市北金丸 2600-1

Tel.0287-24-3000 FAX.0287-24-3100

発行日 平成 29 年（2017 年）3 月



慶應義塾大学

北里大学

首都大学東京

信州大学

聖マリアンナ医科大学

聖路加国際大学

東海大学

東京歯科大学

山梨大学

国際医療福祉大学