

令和元年度第4回
東京都がん対策推進協議会
緩和ケアワーキンググループ
会議録

令和元年12月12日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 まだいらっしゃっていない方がいらっしゃいますが、定刻となりましたので、ただいまから第4回緩和ケアワーキンググループを始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

失礼して、座って説明させていただきます。

まず、議事に入りますまで、私のほうで進行を務めさせていただきますが、最初に資料の確認をさせていただきます。資料は既に皆様のお手元に配付をさせていただいております。

一番上に東京都がん対策推進協議会第4回緩和ケアワーキンググループの次第でございます。

次第の下の方に、資料と書いたところで一覧を書かせていただいております。

次第をおめくりいただきまして、資料1-1、東京都がん対策推進協議会委員名簿が1枚。

資料1-2、東京都がん対策推進協議会緩和ケアワーキンググループ委員名簿、こちらも1枚。

資料2が横型の資料でございます、第3回緩和ケアワーキンググループ主な意見一覧でございます、8ページまでございます。

次が資料3、東京都がん医療等に係る実態調査（東京都における緩和ケアに関する実態調査）考察（たたき台）でございます。左肩にホチキスでとめてございまして、最終ページが21ページになっております。

次が資料4、また横型の資料でございます、東京都がん対策推進計画における重点的な取組（仮称）（案）というものでございまして、こちらが、5ページが最終ページでございます。

次に資料5、これも横型の資料でございます、「緩和ケア地域移行モデル事業」の実施について、1枚でございます。

ここまでの資料でございます、以降、参考資料でございますが、参考資料1は、こちらの東京都がん対策推進計画の冊子でございます。

参考資料2、東京都がん医療等に係る実態調査結果、調査結果の分厚いものでございます。こちら、最終ページは170ページでございます。

参考資料3、また横型の資料でございます、東京都がん対策推進計画における「緩和ケア」の推進についてでございます。これは1枚のものです。

参考資料4、東京都保健医療計画の抜粋でございます。カラー刷りのもので、3枚のものになっております。

最後に、資料番号は付していませんけれども、参考資料2の調査結果、調査をしたときの調査票を配らせていただいております。こちら最終ページが56ページになっていると思います。

資料に不足や落丁等がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

なお、本日の委員の出欠状況でございますが、まだ角田先生がいらっしゃらないですが、角田先生はいらっしゃると思いますので、本日のご欠席が、秋山委員、それから、鈴木委員からご欠席のご連絡をいただいております。なお、廣橋委員につきましては少々おくれていらっしゃるということをご連絡をいただいております。

事務局からは以上でございます。では、以降の進行につきましては、ワーキンググループ長をお願いしたいと思います。

田中先生、よろしくをお願いいたします。

- 田中ワーキンググループ長 田中でございます。皆さんお集まりいただきまして、ありがとうございます。

ボリュームな資料を読んでもいただき、いろいろコメント、アドバイス、ご意見をいただきまして、本当にありがとうございました。

きょうの課題は二つありまして、この実態調査の結果を分析したものをフィックスにさせるというのが目標であります。生データのままでただの数字の羅列ではありますが、これを整理して意味づけをすることで、きちんとした情報になり、発信、次のことを考える土台になるというふうに考えておりますので、この分析のところがすごく大事ですので、もう一回皆さんで目を通してフィックスにするということが一つ目。

二つ目が、これをもとに次はどうやっていくかということのご提案に関して、皆さんのご意見を伺うということになっています。

お時間が短いので、早速進めさせていただこうと思います。

最初の議事、一つ目、「東京都がん医療等に係る実態調査」の結果分析についてということで、また事務局のほうからご説明のほうをお願いいたします。

- 千葉計画推進担当課長 それでは、私のほうから説明させていただきます。

資料2と資料3を使って、ご議論いただければと思っております。

まず、資料2をごらんください。横型の資料の「第3回緩和ケアワーキンググループ主な意見一覧」でございます。

こちらは、前回8月に開催させていただきましたワーキンググループで出たご意見、また、その後、メール等々で先生方に意見照会させていただいた際にご提出いただきましたご意見をまとめた一覧でございます。

左側にナンバーを振ってございますが、No. 1からNo. 37までが資料3に係るご意見でございます。

また、次の議題に関する部分でございますが、38から最後43までが資料4に係るご意見でございます。

資料の真ん中の欄のところいただきましたご意見でございますが、資料3、資料4の該当する部分を、ご意見の中のところでお示しをしております。

例えばNo. 2ですと、ご意見の左側のところに資料3の1ページ目、2ページ目というふうな該当欄を書かせていただいております。

なお、前回のワーキンググループでは、考察をサマリーの資料としてご提示させていただいておりますけれども、今回の資料からは外させていただいております。また、それらのご意見にプラスして、事務局として対応した状況を一番右の欄に全て一つずつ書かせていただいております。

それでは、順番にご説明をさせていただきますが、一つずつやっていると、時間の関係上難しいので、主だったところを私のほうでチョイスしてご説明させていただきます。この後のご議論では、当然全部が対象ということで、よろしく願いいたします。

それでは、1ページ目のところはちょっと飛ばさせていただきます、2ページ目をごらんください。No. 7からNo. 9の部分ですけれども、資料3でいいますと、対応のページは3ページでございます、1枚めくっていただいたところでございます。

考察のところになりますけれども、いただきましたご意見は、「つらさのスクリーニングに関して、入院・外来問わず定期的実施することが有効」とあるけれども、「フェーズに合わせてきちんとつらさを確認することが推奨される」というのを入れたほうがいいのではないかとすとか、有効とは、「効果」があること。ここでは効果があるかどうかは不明けれども、経過によってつらさは異なるので、定期的に戻ることが「重要」としたほうがよいとすとか、定期的「繰り返して」実施することを強調したいというふうなご意見をいただいておりますので、対応といたしましては、右のほうにございますけれども、「つらさのスクリーニングに関して、診断時からの段階に応じて、入院・外来問わず定期的に戻して実施することが重要」ということを記載させていただきました。

考察の資料3のところだと、ポツの三つ目のところのアンダーラインが引いてあるところ。「診断時からの段階に応じて」からのところ、部分でございます。

次に、資料2のほうで、1枚めくっていただきまして、No. 14をごらんください。

こちらでは地域移行の話をする際、必ず「単身者問題」とあるということで、「推進の方向」に文言を入れてほしい、入れるべきだというご意見をいただいております。

資料3でいきますと、6ページの部分でございます。

事務局の対応ですけれども、調査結果から「単身者」というのを特出しする結果というのは得られておりませんので、そこを強調するのは難しいかなと考えておりますが、当然、「単身者」の方々も含めて適切に在宅緩和ケアを受けられるようにするというのは当然必要でございますので、そういったの方々も含めて書き込みをどういうふうにするかというのをちょっと考えまして、最後のところで「がん患者の状況や環境に応じて必要な在宅緩和ケアを受けられる仕組みづくりが必要である」として、包含したような表現にさせていただきたいと考えております。

次に、資料2をもう一枚おめくりいただきまして、4ページをごらんください。No.

19からNo. 22までのところでございます。資料3でいいますと10ページになります。

いただきましたご意見は、「開業医、地域の病院、バックアップの病院をループで連携させる」というふうな記載があったほうがよいのではないかとということですか、「地域のかかりつけ医の紹介で治療病院に入った場合には、そこへ戻す、地域に戻していくこと」をやっぱり強調すべきであるというようなご意見。

また、「開業医の先生と、受け入れ側のバックアップの病院とのパイプをどれぐらい強められるか」というふうなことを表現したほうがいいのではないかといったご意見。

それから、二人主治医制についても言及が必要ではないかというふうなご意見をいただきました。

我々の対応といたしましては、一番上のところでございますが、もともとのかかりつけ医に戻すということは今回の調査の中で触れていないので、直接表現するのは難しいだろうというところがありますが、当然かかりつけ医等との地域の関係医療機関と拠点病院等の連携のさらなる強化等々は当然必要なこととございますので、ちょっと包含したような形で文章を考えまして、資料3の10ページの、パラで言うと三つ目の3行目ですかね。拠点病院等においては、「入院時からのカンファレンスの実施等により」、ちょっとこれは句読点が入ったほうがいいですかね。「かかりつけ医等の地域の関係医療機関と拠点病院等との連携のさらなる強化を図るなど、拠点病院等での治療後、がん患者が在宅緩和ケアを適切に受けられる仕組みづくりが必要である」ということにさせていただきました。ちょっと、全てを包含したような表現を一応考えたつもりでございます。

同じく資料2の4ページの一番下のNo. 25のところでございます。

ご意見といたしましては、薬局の部分ですが、緩和ケア対象の患者が少ないので、来局していない場合の対応ができていないと回答しているのではないかとということ。

もともとの文面が「2極化」というような表現になっていましたけども、それではちょっと不適切ではないかというふうなご意見でございましたので、資料3でいいますと11ページのところですが、11ページの調査結果のまとめの一つ目のポツのパラのところですけども、こちらでは、基本的には調査結果そのものを例えば表現する形に改めさせていただいております。

「全ての患者について対応できている」が10.9%、「大半の患者について」が28.1%、「半数程度の患者について対応できている」が10.2%、49.2%の薬局が半数以上の患者に対応できていると回答した一方で、「大半の患者について対応できていない」が29.3%等々、調査結果を表現しているということと、プラス、最後に、そもそも緩和ケアの対象となる患者が来訪していない可能性があるというふうなことも文章として入れさせていただいております。

資料2、1枚おめくりいただきまして、5ページをごらんください。

No. 26のところでございます。こちら資料3でいいますと11ページの調査結

果のまとめのところでございますが、二つ目のパラのところになります。こちらではNo. 25と同じように半数以上の薬局を限定しないのがいいのではないかとこのところでご提案いただいております。

資料3のほうの11ページの2パラ目のところですが、薬局が患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じることは主に4点というところで、最も高いところから調査結果を記載させていただいております。

資料2の5ページ、No. 27でございます。こちらは資料3でいいますと、やはり11ページの調査結果のまとめの三つ目のパラのところでございます。

緩和ケアを提供している患者の薬剤に関するトラブルについてというところで、36.7%は「24時間対応していなかった」というふうな結果が出ているけれども、連絡を受けた薬剤師の半数、51.4%は対応しているので、対応していないという表現がちょっと言い過ぎなんじゃないかというご指摘をいただきました。

また、時間外の対応が必要な場合の対応については、43%が「半数以上の患者に対応している」と回答している一方で、10.3%が「全ての患者について時間外に対応できていない」と回答していたというふうな形がいいのではないかとこのところでご指摘をいただいております。

ですので、資料3の11ページのほうでは、「対応していなかった」という表現は削除いたしまして、調査結果についてきちんと書くという形にさせていただきました。

詳細は、読んでいただければわかるようになっていると思います。

続きまして、資料2、1枚おめくりいただきまして、6ページをごらんください。No. 30のところでございます。

ご意見は、人員の問題により、退院時カンファレンスに出席できない、対象患者が病院の近隣に住んでいるわけではないなどといった既存の連携方法の活用が物理的に困難な場合があるので、新たな情報共有の仕組みを考える必要があるというふうなことを入れたほうがよいのではないかとこのところをご指摘いただいております。

ただ、ここでは、人員の部分に問題あるかどうかですとか、患者が近隣に住んでいるわけではないというのを調査から直接得られているわけではないので、表現としては改めさせていただきまして、重点的な取組にもある拠点となる薬局の設置などというところに対応していきたいというように考えております。

資料3に係るご意見でいただきました部分の主なところは以上でございます。

冒頭にも申し上げましたが、ご説明は、かいつまんでご説明させていただいておりますので、皆様のご議論は全てについてご議論いただければと思っております。

事務局からは以上です。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。かいつまんで、要点だけお話しいただきました。

ここではやっぱり、数字をどう読むかというところのご議論かなと思います。皆さん

がそれぞれ現場で知っているからあるべき姿、解釈が入ってしまいがちですが、ここでは、ここから読み取れることというのを淡々と述べて、解釈をしていきたいと思います。たくさん意見を述べていただきましたけれども、いかがでしょうか。コメントを入れた方で、修正がこんなふうになっているとうことで、ご納得いただけていますでしょうか。

○赤穂委員 すみません。非常に細かい点ですみません。

資料2では3ページのNo. 14のところですね。直していただいて、資料3のほうでは6ページのところですが、「がん患者の状況や環境に応じて必要な」というところを、「がん患者の社会的状況や環境に応じて」のほうが、より意図が入りやすいかなと思いますが、いかがでしょうか。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

「状況や」、どうでしょうかね。「状況や」のほうが、もっと広い病状とかも含めてのことだけでも、ここでは社会的な環境のことというところをいったほうがよいでしょうか。

○赤穂委員 そうですね。地域、単身者問題のこととかという意味では、何か、状況というのと、もう病状とか全部、そちらのほうにイメージがっちゃうかなと思いました。

○田中ワーキンググループ長 ご指摘を最初にいただいた伊藤委員としては。

○伊藤委員 ぜひそうしていただきたいかなというふうに思います。これだけ見ると病状にしか読み取れなくて、本質的なところで言いたいのは、ここは何なのかというところが、もうちょっと浮き出る感じにそのほうがなるかなとは思っています。ありがとうございます。

○田中ワーキンググループ長 はい。ご異論がなければ、「社会的な状況」というところにちょっとフォーカスを絞って、ここに注目しているという意図を明確にしたいということでもよろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○田中ワーキンググループ長 じゃあ、そうさせていただきます。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。下線がついているところが修正された部分というふうにお読みいただければいいかなと思いますが。

松本先生のほうからも、たくさんご意見をいただきました。修正の具合はいかがでしょうか。

○松本委員 ありがとうございます。

やはり分母が大きかったので、どうしても多分、対応している薬局というのが少ないというのは我々も実感していますので、そこのところもうまく表現できている、数字を並べていただいて、客観的になっているのかなというふうになっていますので、東京都のつくっていただいた方と、多分、オピオイドの入手が困難であるとか人材の育成が不十分であるとか、そういうところの認識は一致していますので、ありがとうございます。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。まとめというところは、もうデータを羅列するような形、でも実際がちゃんとわかるような数字が出ている。それで、それを考察しているという形でよろしいですかね。

あと、いかがでしょうか。ほかにご意見をいただいていた方たち、品田委員も幾つかコメントをいただきましたけれど、納得できる形になっておりますでしょうか。

○品田委員 はい。

○田中ワーキンググループ長 過剰に判断してもいけないし、でも、貴重なデータなので、少し意味づけをしてアピールできるような形に、次の重点的な取組のところにつながるような形で、このデータをアピールする形に持っていきたいというふうに考えていますが、全体的にいかがでしょうか。

角田先生からもいろいろ伺ってございましたけれど、大丈夫ですかね。

ほかはいかがでしょうか。

このワーキンググループはかなりのデータ量があり、分析はなかなか難しいボリュームな中でなんですけれども、お時間のこともあるので、じゃあ、一応これでよろしいですかね。

もし、振り返って言いたいということであれば、またご意見を伺えるかなと思いますので、ひとまず、この実態調査に関する考察というところは、この形で進めさせていただくということよろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○田中ワーキンググループ長 はい、ありがとうございます。

では、続いて、議事の2に進めさせていただいてよろしいですか。

じゃあ、事務局のほうから、ご説明のほうをお願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、引き続き、私のほうからご説明させていただきます。

次は資料4と資料2で、一旦ご説明させていただきたいと思います。

資料4に関するご意見も資料2のほうにまとめさせていただいておりますので、こちらも先ほどと同様、かいつまんでご説明させていただきたいと思います。

ナンバーで言うと、38以降が資料4に係るご意見の部分ですが、ちょっと戻っていただきまして、6ページのNo. 34のところ、多職種というだけでなく、「医療と介護の連携」を入れたほうがよいというようなご意見をいただいておりますので、こちらは資料4のほうの対応でございますので、ご説明させていただきます。

資料4ですと3ページの欄になります。一番下のところで、課題のところ、医療と介護の連携が不十分というところを掲げさせていただいております。

そして、取組として、ICT等を活用した多職種間での情報共有を推進すると、そのような形で表現をさせていただいております。

それでは、最後、資料2ですと、8ページをごらんください。No. 41から43まででございます。

資料4でいいますと3ページのところでございますが、まずNo. 41のところですが、課題といたしまして「薬局は、関係機関との情報共有のシステムが不足し、緩和ケアの対応が十分でない」ですとか、「オピオイド製剤や在庫管理が難しい」。それから、取組として、「病院及び地域の医療・介護従事者との情報共有の場を設ける。情報の共有によって患者の服薬管理のみならず、オピオイド在庫問題を解決して在宅緩和ケアを推進」といった表現というふうなご提案をいただきました。

我々のほうといたしましては、課題のところは、資料4でいいますと3ページの真ん中の段の課題のところですが、「情報共有の不足」というところを追記させていただいております。

取組のところでは、こちらのほうでは、地域の拠点となる薬局を中心として、その中で情報共有の場の設置も行っていく位置づけを我々は考えており、オピオイド製剤等の課題もネットワークの中で解決していくというふうなことを考えておりますので、一応この取組の中に含まれているということで、取組の表現のところは変えないで、このままでいかせていただきたいというふうに考えております。

次に、資料2の8ページのNo. 42でございます。資料4でいいますと4ページの部分でございます。

ご意見といたしましては、医療機関では記載のない職種に通知がいかない場合があるので、やっぱり考えられるところは、取組覧のところはきちんと職種も網羅して、きちんと記述をしてほしいというふうなご意見でございましたので、資料4の4ページの取組の欄のところでございます。考えられる職種につきまして、全て書かせていただいたというところでございます。

ちょっとご確認いただきまして、またご指摘があれば追加等々を考えていきたいというふうに思います。

また、資料2、8ページのNo. 43でございます。資料4でいいますと5ページの一番下の段のところでございます。がんに関する正しい知識の啓発のところでございますが、いただきましたご意見は、東京都がんポータルサイトを活用し、がん患者をはじめとした都民が見やすいつくりをしたり、情報の充実を図ったりしたほうがよいのではないかというふうなご意見をいただきましたので、資料4の取組のところの「東京都がんポータルサイトの活用等」というふうな表記をつけ加えさせていただいております。

私からの説明は以上でございます。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

資料2を踏まえて、また下線が引いてあるところが今回の修正の部分だと思います。

資料4を中心に、少しお時間がありますので、丁寧に見ていければいいかなと思っております。

資料4を一つずつ見ていきますが、緩和ケアの推進のところ、1ページ目、あるべき姿、課題、取組、いかがでしょうか。1ページ目について、拠点病院等が行うべき、

あるべき姿、そして取組について書かれております。

○千葉計画推進担当課長 田中先生、すみません。今のは修正点のご説明だけでしたので、資料4は分量もそれほどないので、1個1個全部ご説明しようかと思いますが、よろしいですか。

○田中ワーキンググループ長 わかりました。じゃあ、そうしてください。

○千葉計画推進担当課長 すみません。失礼いたしました。

先ほど申しあげましたのは、前回からの修正点でございます。それで、資料4のご説明を、これから一つずつさせていただきたいと思っております。

こちらは、前回のワーキンググループでも申しあげましたが、昨年の調査をいたしまして、その調査結果に基づいた分析というのを資料3のほうで、このワーキンググループでご議論いただきました。

我々、その分析結果を受けて、今後、東京都は何をしていくのかというのを書き出したものが資料4でございます。ただ、こちらはまだ、本当に具体的に、何を、どう、いつやるとかということではなくて、こういうことが必要なんじゃないかというような方向性を書かせていただいております、それぐらいのレベルの書きぶりになっているということをご承知おきください。

それではご説明させていただきます。

資料4のつくりは、左から目指すべき姿、それから課題、それに対する取組ということを書かせていただいております。

まず1ページは、拠点病院等での目指すべき姿等や課題について記載をしてございます。

拠点病院等における基本的な緩和ケアから専門的な緩和ケアに速やかにつなぐ体制の整備が目指すべき姿であると考えておまして、それに係る課題といたしましては、二つ挙げさせていただいております。

転移・再発がん患者については、患者が受けたかった時期よりも、実際に緩和ケアを受けた時期が遅い傾向というのが調査結果から出ている。

患者のつらさの内容により、緩和ケアを提供されている時期が異なっているというところで、これに対しましては、現在も行われております緩和ケア研修を引き続き実施して質の向上を図っていきたいというふうなことを考えております。

2点目は、つらさのスクリーニングの定期的な実施、先ほどの修正点にもございましたが、その実施や速やかな専門的緩和ケアへの引き継ぎについて、病院によって対応状況にばらつきがあるということで、取組といたしましては、拠点病院等におけるリンクナースの配置に対する支援を都として行い、緩和ケアチームと各部署の連携を推進していくのがよいのではないかとこのふうなことを書かせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、2ページをごらんください。

次は、緩和ケア病棟における部分でございます。

目指すべき姿といたしましては、拠点病院等と地域の医療機関の連携体制の構築、病床の機能分化ですとか在宅緩和ケアの提供が有機的に連携していくのがよいのではないかとこのところでございます。

課題といたしましては、患者・家族が希望しても、緩和ケア病棟へは、待ちが長くてすぐに入院できない状況にあるということ。緩和ケア病棟のみで全てのがん患者を受け入れることは当然困難であるということでございます。

それに対しまして、取組は2点挙げさせていただいております。

回復期相当の病院に地域移行を担う人材を配置し、がん患者の状況や環境に応じて必要な在宅緩和ケアを受けるための仕組みづくりが必要ではないかということです。病床機能や設備、人材等の必要なものを検証していきたいというふうに考えております。

検証後に、新たな類型の緩和ケア病床を指定し、病床の機能分化を推進していくのがよいのではないかと考えております。

2点目、緩和ケア病床・一般病床の使用状況を検証し、緩和ケア病床・一般病床での緩和ケアのあり方を検討していこうというふうなことを考えております。

1枚おめくりいただきまして、3ページをごらんください。

こちらでは、地域連携についてまとめさせていただいております。

まず1点目。拠点病院等と地域の医療機関の連携体制の構築でございます。

課題といたしましては、在宅医療への移行を阻む要因として、地域の医療従事者等は、地域のスタッフとのカンファレンスの機会が十分でない…この表現でいいんですっけ？

○渡辺統括課長代理 これは地域の病院の医療従事者と地域、在宅とかを指してます。

○千葉計画推進担当課長 すみません。失礼しました。この課題が、地域の病院ですね。地域に密着した病院の医療従事者等が、地域の医療・介護等々のスタッフとのカンファレンスの機会が十分でないと回答しており、そこに課題があるということでございます。

取組といたしましては、回復期相当の病院、地域に密着した病院という意味ですけれども、そこに地域移行を担う人材を配置すること。先ほども申し上げましたものと同じようなことでございますが、その人材を中心といたしまして、ICT等も活用しながら、多職種間での情報連携を推進していく仕組みづくりを目指していきたいと思っております。

それから、緩和ケア外来の実態も検証していきたいというふうに考えております。

2点目のところでございますが、地域の関係機関等の連携体制の構築でございます。

こちらでは課題を二つ切っております。まず、薬局は、体制面や情報共有の不足等により、緩和ケアへの対応が不十分であるということ。

オピオイド製剤や在庫管理が難しいというところがございます。

取組といたしましては、地域の拠点となる薬局を設置しまして、在庫状況の把握、調

剤器具のレンタルの実施、病院及び地域の医療・介護従事者との情報共有の場を設けることなどによって在宅緩和ケアを推進していこうというふうなことを考えております。

全ての薬局で100%緩和ケアをやってくださいというのは無理だと思いますので、やはり一つ拠点となるようなものを置いて、そこを核にやっていくのがよいのではないかとこのふうなところでございます。

もう1点目、医療と介護の連携が不十分であるというところでございますが、その取組といたしましては、先ほどと同じでございますが、回復期相当の地域に密着した病院に地域移行を担う人材を配置していこうというところ。その人材を中心といたしまして、ICTの活用等も含めて多職種間での情報連携を推進していこうというようなことを考えております。

1枚おめくりいただきまして、4ページをごらんください。

こちらでは、人材育成のところについて述べさせていただいております。

多職種によるチーム医療の推進というのが、もう当たり前ですけど、必要であるというところでございますが、その課題でございますが、介護士、医師、ここでは精神症状の緩和を担当する医師でございますが、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーをはじめとして、緩和ケアの知識や技術を得る機会が不足しているというふうな結果が出ております。

そこで、取組といたしましては、医師、歯科医師以外の医療従事者、薬剤師、リハビリ職ですね、PT、OT、ST、それから相談職、MSWから心理士さん、それから栄養士さん向けの緩和ケア研修プログラムの開発と研修の実施を、こちらについては既に今年度から実際には始めさせていただいておりますが、こういうことをやっていこうというところでございます。

1枚おめくりいただきまして、5ページをごらんください。

その他に関するところ、今まで申し上げました拠点病院や病棟、地域連携、人材育成以外の部分というところでまとめさせていただいております。4点挙げさせていただいております。

1点目、小児がん患者への緩和ケアの提供でございます。

課題といたしましては、小児がんはがん専門病院と地域施設との役割分担が不十分であること。施設や人材がやはり不足していて、情報共有体制が不足しているというふうなところでございます。

取組といたしましては、小児がん拠点病院等が、小児がん診療にかかわる医師・看護師等に向けて、小児がん患者に対する基本的な緩和ケアの知識を学ぶ研修を実施していこうというところ。

それから、小児がん患者への緩和ケアの提供のあり方について、引き続き、課題としてやっていきたいと思っております。

対象者はちょっと少ないですけれども我々としても、体制、仕組みがまだまだ不十分

な点があるのかなと思っておりますので、引き続き取組の検討を続けていきたいというふうに思っております。

2点目、高齢者のがん患者への支援体制の充実でございます。

課題といたしましては、高齢のがん患者は、認知症等の影響により意思決定支援が必要になってくるというところでございます。

それから、医療・介護の連携により地域での療養生活を支援する仕組みづくりが必要だということでありまして、取組といたしましては、高齢のがん患者に対する意思決定支援や療養生活支援のあり方というのを全体的に考えていかななくてはならないと考えております。

3点目、患者・家族への支援体制の充実でございます。

課題といたしましては、患者の家族や介護者の負担に対する医師等や医療スタッフの働きかけが不足しているのではないかとこのところ。

それから、がん相談支援センターの利用実績や、実際に患者さんやご家族への認知度がまだまだ足りていないのではないかとこのところでございます。

これは調査結果でも出ておりますが、病院のほうは、つなげているとか周知しているというところですが、患者さん、ご家族のほうは知らなかったというのが多い。やっぱりここは、ギャップがあるというのはずと言われている、今も残っているという部分でございます。

取組といたしましては、患者さんやご家族の困りごとを把握するために、東京都緩和ケア連携手帳を積極的に活用できるよう、診療連携協議会の場で周知をさせていただきたいというふうな取組を進めていこうと思っております。

個々の相談支援センターをどうやってアピールしていくかというのは、非常に行政としては難しい部分がありまして、なかなか、例えば場所がわかりにくいとかというのは、我々がどうしようもない部分もありますし、ただ、がん拠点病院や、がんをやっている病院には、そういうのは必ずありますよというのは、我々のほうから言っていかなきゃいけないことだと思いますので、それは引き続きやっていきたいと思っておりますし、また、がんになる前からそういうことが知られるように、アピールしていくというのが行政の役割なのかなと考えております。

最後4点目、がんに関する正しい知識の啓発でございます。

課題といたしましては、緩和ケアについて、診断早期から受けるケアと認識している割合が低いということで、まだまだ終末期というのは緩和ケア、緩和ケアというのは終末期みたいなイメージがあるというところでございます。

取組といたしましては、まず医療関係者に関して緩和ケアに関する正しい知識を引き続き啓発していかなきゃいけないところが1点。

2点目が、都民、ここはあえて「都民」と書かせていただいております。患者になる前の方々も含めてという意味で、ここでは患者とかご家族とは書かずに都民と書かせてい

ただいております。

都民に対して、がんになる前から、がんの予防ですとか罹患後に必要な知識を啓発していかなくてはいけないというところがございます。

資料4の説明は以上でございます。どうぞよろしく願いいたします。

○田中ワーキンググループ長 ご丁寧にご説明をありがとうございました。

じゃあ、一つずつ、少し丁寧に見ていければいいかなと思っております。

1 ページ目に戻ります。拠点病院のあり方、目指すべき姿、課題、取組というふうに書かれておりますが、これに対してご意見、何かありますでしょうか。

お願いします。

○三宅委員 最初の研修会ですが、恐らく実際に実臨床に携わっている医師は大体受けていると思います。今受けているのは主に研修医で、実感としては、1回受けてもあんまりスキルは向上しないので、どちらかというところ、これを引き続き実施するというよりは、そのフォローアップみたいな体制が組めるといいのかなというふうには思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

恐らくそうですね。拠点病院の要件として、恐らく9割以上の方が一応もう受けている状況なので、引き続きというだけでは弱いのではないかと。フォローアップ研修のことであったり、さらなる何か、人、取組に関する提示が必要なのではないかと。具体的には何かありますでしょうか。フォローアップ研修、緩和医療学会が呼びかけているフォローアップ研修ほか。

○三宅委員 実際に、やっているところもそんなに多くないと思いますが、そういう緩和医療学会関連のフォローアップ研修でもいいし、本当に東京都の拠点病院の枠組みの中で何か考えられてもいいかもしれません。

○田中ワーキンググループ長 対象は、今、先生がイメージされているのはどこが対象、受講の対象は医師をと先生は思われていますでしょうか。

○三宅委員 そうですね。これは緩和ケア研修会の延長という位置づけだと主に医師ということになると思いますが。

○田中ワーキンググループ長 後ろのほうで出てきます教育に関するところでは、多職種の緩和ケアに関する教育がすごく不足しているから、そこを重点的という取り組みは、すでに少し始まっているようですが、医師の研修充実も一つ課題に入れておく、取組に入れておくというところですかね。

○三宅委員 大学病院で見ていると、医師が一番不十分なのかなという気がします。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

○角田委員 追加でよろしいですか。

○田中ワーキンググループ長 お願いします。

○角田委員 今の三宅先生のご指摘で、大学病院というか拠点病院もそうですけど、在宅になっている開業医というか、かかりつけ医の緩和の研修もしっかりとやらないといけ

ない。在宅はやっているけど、ちょっと緩和は知識がないということで、ヘジタイトしているので、ぜひその辺も含めた文言にしたらいと思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。拠点病院等という項目にはなっていますが、恐らく要件の中に入っているんで、拠点病院などの大きな病院では医師は受けていますが、なかなか地域の先生方の受講が少ないというところが問題になってます。時間の問題、eラーニングも含めて1日研修になっておりますが、時間の問題、インセンティブの問題ですかね。というところで、拠点病院は、より受けやすい形で開催をし、開業の先生方がもっと取り組めるような形、受講しやすい形を考えていくということですね。

○赤穂委員 今回、私たちがやった、このワーキンググループでやった調査として直接的に出てきたのは、緩和を受けたいと思う、患者さんが受けたいと思っている時期から遅いということや、社会的なつらさに関して受けられていないという、ちょうどいい時期に受けられていないというようなことで、これを改善するのが、現状の緩和ケア研修会だけで本当に改善できるのかなというのもあるんで、ぜひ今回こういうことがありましたというのを、内容を、緩和ケア研修会の内容をつくっているのは緩和医療学会だと思うので、緩和医療学会にしっかり伝えていくというようなことは一つ必要かなと思うのと、また、患者さん側も、がんを治療するときに、こういうこともちゃんと病院や医療機関に相談できるというようなことを患者さん側にも広報するというか、緩和ケアの概念を正しく理解して、どんどん活用してくださいみたいな広報をしていくみたいなこともかたやなのかなというふうに思いました。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

東京都としても、これを一つの課題として緩和医療学会に訴える、また広報していくという形で取り組みたいということですね。

赤穂先生がおっしゃったように、早期の段階で、例えば、体のつらさは初期の治療だったり、回復のときだつたりに受けたかった。でも、心のつらさ、社会的な問題、経済的な問題に関しては、疑いがあると言われたとき、診断、治療方針が決まるまでに受けたかったというコメントが出ているというところは大事かなと思いますので、そのところは恐らく、緩和ケア研修会ではなくて、二つ目のところですかね。リンクナースだったり、心理の方たち、看護師さんたちの適正な配属やニーズの拾い上げというところにもしかしたらつながるのかなと思っておりますが、高橋委員とか、いかがでしょうか。

○高橋委員 確かに、つらさに対して対応してほしかったというのが、緩和ケアとしての広い意味に患者さんの中で含まれているとすれば、専門的な緩和ケアに行く前に、やはりナースが積極的に対応するとか、あとはリエゾンの領域の方が対応するとか、そういったことも積極的にしていかなければいけないかなというふうに思います。

ちょっと質問ですが、このリンクナースの配置に対する支援というのは、具体的にどのようなことをしていただけるんでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 単純に言うと、人件費保証ということです。

○高橋委員 じゃあ、リンクナースを一人分増員するみたいなイメージ。

○千葉計画推進担当課長 そういうイメージですね。

○高橋委員 そうなんですね。すばらしいですね。

拠点病院等というのは、拠点病院以外でも対応していただける。

○千葉計画推進担当課長 拠点病院等というのは、東京都の場合、国が指定する、がん診療連携拠点病院のほかに、東京都が指定しているがん診療連携拠点病院があります。それプラス、東京都がん診療連携協力病院という制度をつくっていますので、それらを全部含めて「拠点病院等」と我々は呼んでいます。

○高橋委員 そのリンクナースを配置するのに、例えば病院内で数名リンクナースというより、各部署に一人ずつリンクナースが欲しいみたいなどころはあります。横断的に活動できればいいですけども、今現在でも、例えば専門看護師や認定看護師が病院内に複数おりますが、なかなか病院全体をカバーできるほどいかなかったり、施設によっては非常に人員が少ないというところもあると思いますので、かなり複数名のリンクナースの配置が必要なのかなと思っております。

あとは教育、ナースの教育というのはもちろん大事だと思いますが、一人二人ぐらいとかという感じだと、なかなか難しいところもあるかなというふうに思っています。

○田中ワーキンググループ長 ご意見として伺いながら。

その有用性がいろいろ示されていけば、モデル事業とかで集中的にやって、「これがいいぞ」となったら、それがどんなにいいかということアピールしながら、また広げていくというのも一つかもしれません。はい。

○品田委員 東京医大、品田でございます。

今のお話に絡むのもありますが、できれば、このつらさのスクリーニングの部分の取り組みについては、リンクナースに言及すると今みたいなことになると思っておりまして、そうであれば逆に、何が問題かということ、患者さんがつながりたいときにつながらないということ、それから定期的にそのスクリーニングというふうなものがなかなかできていないというふうなことがあるので、むしろ患者さんの、がん患者さんのつらさの確認であるとか、あるいは、ここは緩和ケアチームだけに今言及していますけれども、がん相談支援センターとか、緩和ケアチームとか、ほかにもいろいろ患者さんの困りごとに応じた体制が整っているんで、できましたら拠点病院等において患者さんのつらさを定期的に把握し、適切な部署につなげられる仕組みをつくっているというふうなことに対してのインセンティブを東京都がつくってくださると、リンクナースというふうに残り言及しないほうがよろしいのではないかと思います。

○田中ワーキンググループ長 お願いします。

○伊藤委員 それをさらに横断的にしちゃっていいものかどうか、私もお話を聞いていて、まだ迷っているところですけども、結局、患者のつらさが出てくる時間的なギャップ

の問題は、どこまで行っても、現実的に「こういうものだ」という前提で考えなくちゃいけないのかなと思っていて、絶対的に本当にしんどいときというのは、もう目の前の治療のほうに目が行ってしまって、実際のしんどい社会的な部分であったりとかを自覚するのはどうしても時差が出てきてしまうという現実から見ていったときに、そのときに適切な情報につなげられる、品田先生がおっしゃっていたシステムがあるかどうか、それにつなげられる、いわゆる情報のリテラシーを誘導してくれる人がいるかどうかということだと思います。

そういう意味では、患者調査の中で、さまざまな情報を得ているところの欲しい情報と充足度の部分のギャップであったりとか、（参考資料2）163ページになると、有効だと思われる情報の中で院内相談窓口が半分になっていて、その次に多かったのがネットで19.7%とありますけれども、これの背景には、回答者の年代がほぼほぼ半数以上が70代、80代であるという背景があつてのこの状態なので、本当であれば、実はもっと多くの方がネットのほうを見ていて、そのネット情報の仕分けができなかったり、適切な情報源につながれていないということもあるのかな。だから、このあたりが、がんポータルサイトをどう利用していくかとか、拠点病院での相談窓口プラス情報提供をするというところで、どこかで船頭さんがいるようなシステムと言ったらいいんですかね、そういうものをつくるという観点が一つ入ると有効になるのかなと思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

ここではつらさのスクリーニング、国が奨励したことでつらさを拾い上げることはやり始めている、ただそれがつながっていないというところが問題。

調査からも、体の痛みだけではなくて、就労のこと、経済的なこと、心理的なことが困っていたということが読み取れる。だからリンクナースを育てたい。リンクナースだけじゃなくて、もしかしたらソーシャルワーカーなどを含めてという、相談ができる方たちを育てたい、推進したいというところでよろしいでしょうか。

文言をまとめるのは、事務局に少しお願いしたいと思っております。時間的なこともあるので、ちょっとこんな形で進めさせていただいてよろしいですか。

じゃあ、拠点病院で、つらさに対してつなげていくというところを中心にしていくというところで、研修会の充実、さらなるいろいろな勉強会、インセンティブの問題を充実させるリンクナースなど、心理職も含めた人員を育てていく人件費が欲しいというような形になるかとは思いますが、ご意見は、また後で受けられればと思います。

ちょっとお時間がありますので、2ページ目、緩和ケア病棟の問題になります。

がん患者さん、入りたい人全部は受け入れられないというところで、取組を幾つか挙げていただきました。これに関してはいかがでしょうか。

緩和ケア病棟にかわる役割を持つ新たな類型、緩和ケア病床、名前はどうなるのかわからないけどというようなところを、機能分化させていきたいという取り組みというふうに承っておりますが、これに対してはいかがでしょう。

○伊藤委員　さまざまな緩和ケアの病棟、類似というか近接病棟を分類していくのはいいですけども、そういうところの情報をどこかで一元化するようなシステムというのがつかれないのかなというのが、ずっと思っていたことです。

○田中ワーキンググループ長　患者さん、家族がアクセスしやすい、自分にどこが合っているのかがわかる。

○伊藤委員　いろんなところに問い合わせるのではなくて、こういうところに聞くと、おおよその全体の情報が得られるというような情報一元化の何かシステムのようなものをつくるという観点はできないのかなというところですよ。

○田中ワーキンググループ長　ありがとうございました。

じゃあ、品田さん。

○品田委員　調査結果の109ページの診療所調査で、診療所の先生方が緩和医療の提供において困っていること、対応が必要なことというところを見ながら、課題と取組をちょっと読ませていただいていると、多分、実際に読んでみると、実は病院から地域移行にというのではなくて、地域の先生から病院のほうにレスパイトが難しいとか、戻ることができないというふうに書いていらっしゃる先生が結構比較的多くおられて、東京都が言っている回復期相当の病院に地域移行を担うというふうに書いてくださっているんですが、実は地域移行だけではなくて、地域開業医の先生たち、あるいは訪問診療の先生方、緩和ケアの病院、そしてその拠点病院ですね。そこをつなぐもう一つの第三のセクターというか、第四のセクターの医療機関が必要というふうな意味で考えると、地域移行というニュアンスよりももう少しちょっと双方向性があるような文言のほうが、この先生方の困りごとについての取り組みとしては有効になるのではないかと思います。

○田中ワーキンググループ長　ありがとうございました。

お願いします。

○角田委員　ご指摘のとおりだと思います。

他の疾患でも在宅に移行した、在宅のかかりつけ医の先生は、急変とか変化したときに受け入れてもらう、やはり後方支援のベッドが必要だと。これは緩和ケアだけではなくて必要なんですね。

そうしたときに、今回、緩和ケアの回復期相当の病棟にそれをやっていただく。回復期相当の病院は結構受け取ってくれるといますか、地域包括ケア病棟を持っていたりとかするので、ですから専門病院には返せないけど、回復期相当の、つまり地域で根差している病院には返せると、そういうことを含めた感じではないかというふうに思っております。

○田中ワーキンググループ長　名称をどうしたらいいのかなというところではありますが、回復期相当の病院、病棟、地域でのなど。

○品田委員　回復期相当の病院は、この間、前回、千葉課長さんに教えていただいたよう

に、回復期相当という枠組みがあるというふうなことでいいと思いますが、僕はどちらかというところ、地域移行という表現のほうを、もう少し双方向性があるような、何という文言かは東京都の頭によさでちょっと考えていただいて、もう少し双方向性のあるような表現のほうの意味合いとしてはいいのではないのでしょうか。というか、そういう取り組みを想定していらっしゃるという認識でいいのでしょうか。すみません、もう一度、確認させていただきます。

○角田委員 地域移行って、連携も含めてという意味ですよ。双方向性。

○千葉計画推進担当課長 この部分につきましては、次のところで、資料5のところでご説明をさせていただきたいと思ひまして、双方向ということで考えております。

○品田委員 すみません。じゃあ、期待して。

○田中ワーキンググループ長 じゃあ、お楽しみにというところにしてしましましょうか。

言葉がちょっと、イメージがなかなかつきにくいところではあるかもしれませんが、少し後で整理したいと思います。

そのほか、いかがでしょうか。廣橋先生など、いろいろコメントが多くあるかと思いますが、これについていかがでしょうか。

○廣橋委員 ありがとうございます。永寿総合病院の廣橋でございます。

ちょっといつもなかなか終わらなくて、遅くて申しわけございません。

私はいつも市中病院の緩和ケア病棟、いわゆる緩和ケア病床型の運用も含めて、緊急の患者さんの受け入れを幅広くやっている立場でございます。

伊藤さんのおっしゃられたとおり、緩和ケア病棟っていろいろありますが、多分それぞれ特徴があって、例えば入院料でいう1をとっているところと2をとっているところはまず外から見えませんし、要するに急性期型を運用しているところ、慢性期型を運用しているという施設が、専門家は知っていますけど、多分、患者さんから見たら当然ちんぷんかんぷんですし、また、例えば、急に困ったときに緊急で受け入れてくれるのかとか、外来に機能があるのかとか、どういったことをしているって、多分それぞれの、緩和ケア病棟って一つの名前ですが、みんな病院の特徴が違うというのが大きな問題で、ただ品田さんみたいなソーシャルワーカーさんはその辺を詳しく把握されていますが、そこは患者さんになかなか伝わらないというのが大きな問題。

実際に患者さんのニーズがどこにあるかということ考えたときに、多分、回復期というのは、緩和ケア云々という名前をつけなくても、多分そういった役割をしてくれる病院というのはきっといっぱいあるんですよ。要するに、ちょっと少し体調が悪いから一時的に診てくれて、またおうちにつなげてくれるような役割というのは、専門的緩和ケアじゃなくてもきっと役割がいっぱいありますが、恐らく本当に具合が悪くなったときにおうちで過ごしていて、これは家で見られないと、例えば痛みがすごく強くなって、もしかしたら看取りも近いかもしれないけど、これは家で見られないというときに、受け入れる病院がなくてみんな困っているんですよ。緩和ケア病棟がそれをせめて完

壁にできればいいですが、多分ニーズを満たし切れていない、数が足りない。

なので、恐らく東京としてはそのニーズに応えるために、そういった役割をできる病院を、多分これはきっと拠点病院ではなく、地域にある中規模の病院なんだと。恐らく、何となく自分のイメージは100から400床ぐらいの間の病院なのではないかと恐らくと思いますが、そういったところが、そういった役割をきちっとしてくれる病院がふえてくれると助かると。

だから、やっぱりその役割というのは、ある程度、やっぱり看取り、苦痛緩和も含めた専門的緩和ケアが必要な場合もありますので、要するに、回復期、往診を開始するというだけではなくて、やっぱり看取り、苦痛緩和という部分もしっかりできる、ある程度できる役割が恐らく必要なのではないかという機能を、東京都で何かつくっていいよというのは、とても私も大賛成ですし、また一方で、緩和ケア病棟の有効活用という部分も、もしかしたらうまくできていないかもしれないので、意外とあいているところも知っています、実際。うまくニーズがあって、あいているのに何かマッチできていない、そういったところの情報をうまく一元化して有効活用するような取り組みというのも、きっと東京でできることなのではないかと、この2点を申し上げたいと思います。

○田中ワーキンググループ長 はい、ありがとうございます。

多分、恐らく今後どんどん機能分けで、自分たちの強みをアピールするような形になって、淘汰されていくのかなというふうに思っています。実際にそういう形になっていくと思います。

なので、仕組みが今後変わっていく、機能分けができる、名前はどうかと困っている人たちが、その困ったニーズに満たされるようなところに自然に入れるような仕組みを仕掛けていくことが一つ。

それから、その情報ができるだけ一元化されて、患者さんが選べる、アクセスできる、医療スタッフもそれがトリアージできるような形になるといいなという、将来的な希望を掲げながら、今できることとしては、そういうちょっと新しい試み、名前は何かかわからないけど、そういう機能の病院がうまくいくかどうかを検証するというところでよろしいですかね。

じゃあ、文言については、また少し事務局のほうでまとめていただきますが、2ページは、じゃあ、それでよろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○田中ワーキンググループ長 3ページ目に移ります。地域連携のことになります。

また同じようなこと、回復期相当の病棟のこと。この3ページについて、薬局のこと、連携のこと含めてになっておりますが、いかがでしょうか。

○三宅委員 これはちょっとさっきのことにも関係しますが、余り把握していないんですが、イメージとして、割と拠点病院、大学病院とか、拠点病院からの行く先は、まず訪問診療じゃないかなという、中規模の病院に転院するのはあんまり自分たちは経験がな

いんですよね。むしろ、おうちに帰ったりとか。もちろん、かかりつけの、もともとのドクターがいればそこへ帰りますが、余り、かかりつけのドクターがいない患者さんも多くて、最初からもう、拠点病院へ来ている。

そうすると、帰す先が、中規模の病院というよりは、まず地元の訪問診療。そこで当然うちもバックベッドになりますけれども、そこで近くのバックベッドを持っている地域の病院、だから、どっちかというところ、そっちの連携がすごく大事だという印象があるんですけども、いかがでしょうか。

○田中ワーキンググループ長 いろんなルートがありますかね。私たちもそうですね、1回おうちに帰る、ただ地域の病院、緊急のときは地域の病院に帰れるといいのかなというところを含めた地域の回復病院かなというふうに考えております。

○三宅委員 あと、今後また、そういうがんの治療態様がかなり変わってきて、がんゲノムとか、免疫チェックポイント阻害薬とか、要するに、治療時期がどんどん、どんどん後に延びてくるので、そこからいきなり中規模の病院に行くことが、ますます難しくなってくるような印象があるんですよね。だから、その辺もちょっと。実際に私、茨城とか栃木で働いていたときは、東京ほど訪問診療が充実していなかったもので、そういう意味では、より病病連携ができていたと思いますが、東京の場合、非常に訪問診療が充実していると思いますので、どっちかというところ、かなり特殊な状況じゃないかなというふうには思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

ちょっと、がん医療が少し先進化しているところで、ぎりぎりまで治療が入りながら、緊急も元治療病院に入られることが多くなりつつあるのかもしれませんが、それも踏まえた中でのほかの選択肢も広げていきたいということですね。

では、廣橋先生。

○廣橋委員 ありがとうございます。

このアンダーラインが引いてある緩和ケア外来の検証というところ、結構、私はいつも大切なポイントとして、いつも訴えている部分でございますが、なかなか緩和ケアを必要としている患者さんがかかれる外来がないというのは、よく患者さんからもお聞きする声で、拠点病院で治療を受けている方は、その病院の中の外来に行くからチャンスはまだあるのかもしれないです。実際はかかられている率は少ないのではないかとということに危惧しておりますが。

ただ一方で、拠点病院にかかわっていない患者さん、例えば、治療を終えられた後、ちょっとなかなか申し上げにくいのですが、東京だと拠点病院、治療を終えると出ていかざるを得ない患者さんも少なからずいらっしゃいますので、そういった方がかかれる緩和ケアの外来がなかったりするという問題も、かなり大きいかなと思っています。

もちろん、三宅先生がおっしゃられたとおり、訪問診療を必要としている方はスムーズにかかれる体制が東京はあるのだと恐らく思います。ただ、がんの患者さんのいわゆ

るその病気の軌跡を考えたときに、先生方ご存じのとおり、がんの患者さんは比較的ぎりぎりまで、まあまあお元気、だけど最後にガクッと落ちるとというのがもう皆さん常識のとおりだと。まだ全然元気で通えるけど、往診を受けるということをややよしとするかという問題があって、来てくれてありがとうという人もいますが、まだ通えるから往診はちょっと抵抗が強いという方も当然少なからずいらっしゃって、そういう方に外来が必要なんですよね。

また一方で、今回、緩和ケアのワーキングとはまた別で、高齢者の件は別のところで話されていると思いますが、高齢者でもともとが治療をしないという方って、かなりいらっしゃいます。私の地域は高齢者が多いので、拠点病院で診断はされたけど、もう治療しないことになったので後はよろしくというような方が外来にすごくいっぱい通っていらっしゃいます。

もちろん、かかりつけの先生がいらっしゃって、そういった先生との連携ではありますが、時々、定期的な検診で会ったり、専門的な見地で一緒に見る意味での緩和ケアの外来の役割って、とても大事なかなと思っています。

そういった意味で、当然、市中の中小の病院に出すという意味合いも、多分、入院だけではなくて、外来ができる病院をふやさなければ、何も始まらないんじゃないかということをお願いしたいと思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

具体的には、この緩和ケア外来の検証というのは、どんな感じで取り組む形でしょうか。

○千葉計画推進担当課長 ここで書かせていただきましたのは、まさに廣橋先生がおっしゃられたとおりで、我々は事務職なので、どうあるべきかとか、医療とは何ぞやというのはちょっと語れない部分なので、こういったワーキングで先生方からご意見をいただきながら考えなくちゃいけないですけども、全ての方が拠点病院に入院し続けたりとか通い続けるというのは、それは違うんじゃないかと思うんですね。

当然ですけども、じゃあ、別にももちろんそういう方、非常に強く希望される方は、そういう方もいらっしゃるかもしれないですけど、大体の方は地域の方へ帰っていたりですとか、ご自宅に帰ることをご希望をする方がほとんどだと思います。

本来であれば、そこで例えば訪問診療を受けながらとか、かかりつけ医等々との診療を受けながら、ご自宅で最後までという方があると思いますけども、ただ、じゃあ、かかりつけ医の先生が全てががんのことの専門家で、特に緩和ケアとかができるのかということ、それもそれで、また全員のかかりつけ医の人がやるということも、それも難しいことだと思います。

例えば、我々が今考えているのは、ふだんはかかりつけ医の先生が診ていただいている、例えば、三月に1回とか半年に1回はそういうような緩和ケア外来に通って、1.5人主治医みたいな感じのことでうまくやっていくのがいいのかなというイメージはあ

って、そういうふうなことでよいのかどうかというのも、いろいろご意見をいただきながら検討して、それに対して都で何ができるのかとか、何をすべきなのかというのをやっていきたいというのを、一言で言うと緩和ケア外来の検証と書かせいただいたところ
です。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

じゃあ、患者側として外来で何が困っているか、医療提供者としてどうあるべきかというところを今後詰めていく。

○伊藤委員 今、ちょっとピンとこなくて、どこかというところ、先生がおっしゃっていたように、私の場合は周りに乳がん患者が多いので、どうしてもしょうがないですけども、ほぼほぼ再発、転移している仲間たちの動きを見ていると、本当にぎりぎりまで、もとの主治医のところに行って、抗がん剤でも何でもやりながら、何年も何年も何年もそこでやっていて、本当の最後の最後で困るというパターンなので、大体が。

そうすると、じゃあ、この緩和ケア外来がどういうもので、どういう時期にバトンタッチすべきなのかとか、そこで誰が何をすべきなのかということが見えないがために、じゃあ、患者はどうしたらいいのというふうに見えちゃうんですね、ここって。

○田中ワーキンググループ長 そうですね。患者もどうしたらいいの、私たちもどうしたらいいのという。

○伊藤委員 何かその、本当に役割だったりとか、誰が何をやるの、どうなるのというのが、もうちょっと見えるほうが、施策としてもつくりやすいのかなという気もしますけれども。すみません、何か具体的な案ではないですけども。

○廣橋委員 緩和ケア外来でやることって、とても難しく、私も一番難易度の高い診療をしております。

治療をしながら、一緒に緩和ケア外来も当然やっております。多分、乳がんの方なんかは、特に長い経過をたどられて、ただやっぱり転移、再発している方ですと、やっぱり将来のことも少し考えなきゃいけないということで、例えば、拠点病院で治療をされながら、ただ、ちょっと拠点病院で最後まで診るのは難しいので、ちょっと先の相談もしておきなさいということで、私の外来に3カ月に1回通われて、いわゆる、自分に、いろんなところで言っている二人主治医制というのを実践している場合もございますし、また、まさに乳がんとかと違って、余り治療の対象にならないような、例えば、もう進行膵臓がんで、お年で、もう何も治療しないという選択をされる方もいらっしゃいますし、80代、90代で最初から治療を希望されない方もそうですし、また、例えば大腸がんなどで、ある程度標準治療を終えられて、まだまだお元気だけど拠点病院を出ないといけないような方など、逆に、治療しながら一緒に診るという方は、正直難易度は高いんですが、それよりも、やはり、治療を終えられたけどまあまあ元気な方、もしくは、最初から治療を選ばなかった方に対する専門的緩和ケアをどこで提供するかということに特化したほうが、もしかしたらわかりやすいのではないかと思います。

治療しながらの緩和ケア外来はちょっと難易度が高いので、この施策に具体的にするのは多分、緩和ケア病棟の医者役割で、今回の施策に関して言うと、やっぱり治療をしなかった方、最初から治療を選ばなかったご高齢の方であったり、まあまあ元気だけど治療を終えられた方を診る緩和ケア外来が、実は患者さんにすごいニーズがあって、もう路頭に迷われて、遠くからも私の外来に通っている方が本当に数百名いらっしゃいます。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

ここのところはどう收拾をつけましょうか。

緩和ケア外来という名前になっちゃうからちょっとややこしくなるのかなと思って、地域のお医者さんが普通に緩和のこともわかりながら、気軽に地域で診てもらえるようになるのいいのかな、1.5人主治医という形になるのかなというふうに考えておりますが。ちょっとここところは保留のまま進めさせていただきませんか。

○伊藤委員 何か、かえって、このままだと混乱しそうな気がするのですが。

○田中ワーキンググループ長 どうでしょうか。今後の取り組みとして今都が考えていらっしゃるの、緩和ケア外来についてちゃんと考えていかなきゃいけないね、検証していかなきゃいけないねというところを課題として挙げている。ただ、今すぐ何をというところには落とし込んでいないということですか。どう考えましょうか。

○千葉計画推進担当課長 すみません。順番があれですけども、資料5について、ご説明を先にさせていただこうかと思えます。

現在、資料5は取扱注意ということで、まだ広く、この会が終わった後に、こういうことをやるらしいよと言わないでほしいんですけど、現在、予算要求をして、来年度から我々はやりたいと思っているものでございます。

緩和ケア地域移行モデル事業、まあ、これは仮称ですけども、やりたいと思っております。

概要といたしましては、ここに書いてあるとおりですけど、緩和ケアに関する課題として、「緩和ケア病棟と一般病棟の役割の明確化」、それから、「拠点病院等と地域の病院の連携の促進」、それから、「医療機関における在宅緩和ケアの推進」などが挙げられております。

拠点病院や地域の医療機関が連携して、円滑に地域に移行できる仕組みが必要なんじゃないかというふうに我々は考えております。

これは何かと言いますと、こちらの参考資料4、保健医療計画の抜粋をつけさせていただいておりますが、この保健医療計画をつくる時にも患者調査をやっておりまして、患者調査の中で結果として出ている、最期をどこで迎えたいのかというのを、よく行政が聞くあれですけども、皆さんご想像どおり、最期は自宅というご希望が非常に多い。実際には皆さん、最初はそう考えていらっしゃる。でも実際に難しい場合もあると思いますし、いろいろ途中で変わってくることもあるかもしれませんけども、大体いつどん

な調査をやっても、最期は自宅だと皆さん回答される。

それで、かつ、この参考資料4の1枚めくっていただきますと、東京の地図のところに矢印がいろいろ書いてあるのがあると思うのですが、これはイメージ図ですけど、この右下で23ページと書いてあるところは、東京二次保健医療圏が島しょ部を入れて13ありますが、ここではちょっと島しょ部を抜いて12の医療圏がプロットされていて、どこに住んでいる患者さんがどこの地域のところで入院しているかというのをあらわしたものです。

矢印の出発点に住んでいたところで、矢印の先が入院した病院があると、圏域というところで、見ていただくとわかるとおり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期で、高度急性期のときには都心部に向かって患者さんが流入・流出している。これは区中央部ですので、文京区ですとか千代田区がある地域ですね、港区も含めてですけれども。それから、その次に多いのが、区西部と言われる新宿区がある圏域。それから、その隣の北多摩南部と言われる、多摩地域では一番大きな病院があるところですね。武蔵野日赤ですとか、多摩総合医療センターですとか、杏林大学がある北多摩南部、この3地域にやっぱり、みんな患者が向かってきていると。

そこは我々行政としても、高度急性期や急性期のところというのはそういうものだと思いますし、大学病院の役割というのはそういうところだと思います。それはそれでいいと思うんです。

ただ、絵で言うと、右下の回復期のところを見ていただきますと、まだそれでも、回復期になっても、中央部ですとか西部とか北多摩南部のほうに患者さんが向かっている。これは、回復期になってわざわざ患者さんが流入するということは多分ないので、急性期や高度急性期で入ってきた患者さんが戻っていない現象が出ているんだと我々は考えております。

これがやっぱり東京の一番の問題点じゃないかと思っておりまして、回復期になったら、やっぱり地域に帰っていただく、もしくは、言い方は悪いですけど、拠点病院や大病院、大学病院や特定機能病院からは違うところに移っていただくというのが、やっぱり役割分担として必要なわけですので、ここに問題があるのではないかと考えております。

右下の慢性期になると、もう多摩地域ですとか、ほかのところにみんなが行っていると。これはこれでまた、慢性期が都内に少ないというところがあるし、これはこれで一つの課題ですけども置いておいて、回復期のところはちょっと課題があるというふうに考えております。

じゃあ、病気別に見るとどうなのかというのが次のページになっておりまして、上と下がありますが、上のほうが、機能ごとの、もう、がんだけ、がんの患者さんだとどうなのかというと、余りさっきの23ページの表の動きと変わっていない。多くが区の中央部とかに流入していて、それが回復期になっても戻っていないというのが、がんの患

者さんだとわかる。

その下は、それ以外の大きなというか、多い疾患、急性心筋梗塞ですとか脳卒中、成人の肺炎ですとか、大腿骨骨折なんかになると、矢印が全然さっきと違ってきているということです。

我々の分析では、救急車を使うような疾患は、ほぼ地域で解決している。けれども、がんの患者さんはやっぱり、少し時間もありますし、病院を選ぶ方が多いということで、大きな病院やブランドのある病院のところに集中していて、それが回復期になっても戻っていない。ここがちょっとやっぱり問題だろうということです。ということは、つまり、保健医療計画で5疾病5事業の対策とかいろいろ書いてありますが、東京はがんの患者さんの流れを解決すれば、東京の医療課題はほぼ解決するのではないかというふうに考えております。ちょっと、かなり強引ですけども。

だから、がんの患者さんの回復期をきちんと地域に戻すような仕組みづくりを、やっぱり一つずつやっていきたいと思いますというふうな考え方で、一応、今はその一発目として考えているのが、この資料5のところでございます。

この1の概要のところの、点線で囲った四角のところですけども、回復期相当の病院、地域に密着した病院ということで、先ほど廣橋先生が、イメージとして100床から400床とおっしゃいましたけど、我々のイメージとしては100床から200床ぐらいの病院というふうなイメージを考えております。そのぐらいの病院で、MSWさんのような連携の核となる方を配置していただいて、拠点病院等からの患者さんの受け入れと、地域に在宅移行を図るための、地域の医療機関や医療従事者等との連携を図る事業というのをやっていきたいというふうに思っております。それで、病床の機能分化と連携に必要な機能を、このモデル事業を通じて課題を抽出して、例えば、どういう人材が必要とか、どういう設備が必要だとかいう課題を抽出して、その機能分化と連携にはどういう仕組みづくりが必要かというのを、このモデル事業を通じて検証していきたいというふうに考えております。

左下のイメージ図のところですが、言い方は悪いですけど、上のほうに拠点病院等というところがあって、ここで基本的には治療をする。それを終えられた患者さんが、移行に当たって、三宅先生は大学病院から在宅に行く方が多いと言われていたんですけども、我々は、やっぱり大学病院とか拠点病院というのは診療圏が非常に広い。二次医療圏ではほぼ済んでいない。隣の医療圏、もっと言えば、大学病院さんとかだと、他県とかの方とかも非常に多くいらっしゃるのを在宅に戻すというのはなかなか難しい。やっぱり病院の、その在宅につなげる、例えば、MSWさんですとか、看護師さんとか、いわゆる、連携室とか言われるような方々がいらっしゃると思うんです。自分の医療圏のことで非常に詳しく知っていらっしゃるんですけど、隣の医療圏ですとか他県のことになると、それはなかなか大変なこととして、それを完璧にやろうと思うと、多分、大学病院とかで、連携室で、500人とか600人とか人を配置しないと多分できない

のではないかと。500人、600人は言い過ぎですね。ちょっと200人とか、それぐらいいないとできないのではないかとぐらいに思っているのですが、だったら、一旦は地域に密着した病院のほうに移っていただいて、そこから、さらに地域の在宅ですとか、そういうところにつなげていくという、そういうふうな段階が必要なんじゃないかというふうな仮定のもと、この事業を立てております。

何をやるかというところ、この黒く、イメージ図のところ、四角く囲ったところですけども、回復期相当の病院に地域移行に向けての緩和ケアを実施とありますけど、要はこの、移行の連結器の役割を果たしていただきたいと。それを、今回はMSWさん等の人件費を補助することでまずは進めて、そこからいろんな課題を抽出して行って、やっていくというところがございます。

いずれは、行く行くは、例えば東京都型緩和ケア病棟ですとか、そういう仕組みづくりみたいなものまで考えていきたいというふうに考えております。

その中で、ここには今は書いていないですけども、やっぱりこういうところには緩和ケア外来が必要だとか、そういうことも含めて、このモデル事業で検証して、いずれは仕組みづくり、東京都全体の仕組みにしていきたいというふうに考えております。

このイメージ図で何となくわかりますかね。

それで、先ほど品田さんが言われましたように、地域移行という言葉だと流れが一方通行みたいに見えるというふうなことをおっしゃられましたけども、一応、このイメージ図を見ていただきますと、その真ん中にある回復期相当の病院の下の相互連携のところ、両方に矢印を向けておりますので、一応、双方向という形で我々は考えております。

一応、ざっくりとは以上です。また何かあれば、ご説明いたします。

○田中ワーキンググループ長 ご説明、ありがとうございます。

このおもしろい地図を見ながら、分析をされた結果のモデル事業というところで、このモデル事業のディスカッションは、ちょっとまた後に残しておきながら、こういう構想の中の緩和ケア外来の位置づけというふうに伺いました。

いかがでしょうか。緩和ケア外来については、じゃあ、お願いします。

○松本委員 すみません、ちょっと下になっちゃうんですけど、よろしいでしょうか。

拠点となる薬局というのは、そのイメージがちょっとわからない。麻薬は規制があって、譲渡するにも初回限りとか、10個ぐらいしか連携がとれないとか、いろんな規制の中で、拠点薬局というのは、確かにそういうものをつくらなきゃいけないというのは理解します。ただ、どういうイメージがあるかなというのは、ちょっと共有しておきたいなと思います。

○千葉計画推進担当課長 ちょっとまだはっきりしたものは、我々も議論が途中なのですが、ここではやっぱり、在宅で、言い方は悪いですけど、最期を迎えられる方ですとか、緩和ケアを引き続きやられる方々というのは、基本的には訪問診療さんですとか、かかりつけの先生とかが担っていただいて、かつ、薬というのはやっぱり薬局さんで出して

いただくというところですけど、いろいろな課題でオピオイド製剤は難しいというのはありますけれども、それをうまくできる薬局さんというのを考えていて、PCAポンプを貸していただくとか、ちゃんと防御ができるようなところとかをイメージしているんですけど、例えばですけど、薬剤師会さんがやっている薬局とかを、我々が例えば指定というか、そういうのをさせていただいて、何かやっていくとかというのを考えているんですけど、先生がおっしゃるように、いろんな規制とか法律の問題がありますので、まだまだちょっとスキームづくりは難しいかなという段階ですね。

○三宅委員 教えていただきたいんですけども、薬局で一定の範囲内に、なかば公的というか、そういう中心になるような薬局が配備されているみたいな話も聞いたことがあります、そういうところはないんですか。

○松本委員 先生、それは麻薬に限ってとかではなくてですか。

○三宅委員 いやいや、一般的な。

○松本委員 それは多分、今のところはないです。

○三宅委員 ただ、一つの保健医療圏とか、そういうところに一つ。

○松本委員 それは、ちょっと、ないはずですよ。先生がもしおっしゃっていることだとしたら、薬剤師会がやっている会営薬局みたいなイメージなのかもしれません。ただ、それが中心となるかという、そういうわけでもない。

ただ、流通とか、麻薬以外の流通とかを補助するというのにはありますが、麻薬はちょっと今、なかなか厳しい状態ではあります。

○三宅委員 ありがとうございます。

○廣橋委員 すみません、私、訪問診療もやっている立場のほうで今度はお話をさせていただきますが、おうちで診ていて、ふだんはできるだけ、かかりつけの薬局さんがいる場合、そちらをご利用するように心がけていて、実際、地域でとてもお世話になっているんですが、どうしても、例えばちょっと難しいお薬を、特にオピオイドを含めた、ありふれたお薬であれば、どの薬局さんでもお使いいただける場合もありますが、たまにしか出ないようなオピオイドを処方するとか、もしくは、注射のオピオイドが必要になった場合に、その薬局でなかなか手に負えないというふうになったときに、我々の地域の中では、核となる、やや得意としている薬局もあって、その薬局のほうにちょっとお薬をお互いに取り引きしてもらって、貸し借りしてもらおうようなことですか、もしくは管理をそちらのほうへ移させていただくみたいなやりとりをするようにしています。

恐らく、この文言のイメージとしては、地域の中でそういったキーになれる、ほかの薬局にサポートできるような立場の薬局をつくろうという意味合いなのではないかと思いました。

なので、その薬局はある程度のオピオイドを管理できて、かつ、ちょっと指導的な役割を担える、注射も管理できるという薬局が、各二次医療圏でもいいのですが、一つ、二つあるといいのではないかという、これは大賛成でございます。

○松本委員 今、在宅を専門としている先生たちとタッグを組んでいる薬局も幾つかあると思うので、そういうところが、今、先生がおっしゃったイメージなのかなというのがわかります。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

問題点はもう抽出されている、これをどのように解決していくか、キー薬局があるといいな、ただ、公のところだと都が援助をしやすいということになりますかね。

ということで、理想的なあり方に関しては、そんな形でキー薬局というのがあると融通が利くといいかもしれないという、目指したいというところでも取り組みたいと思います。

三つ目、いかがでしょうか。ICT活用などを含めてというところですが。

○三宅委員 ちょっと、さっきの千葉さんの話にも出てきましたが、そもそも、がんにおける回復期という定義がね。だから、多分これはいわゆるBSC、ベストサポーターケアという位置づけなのかなというふうには感じるんですが、これが、前もちょっと議論しましたけれども、しかも、回復期はかなり揺れ動いているので、その対象を絞るのがかなり難しいような気がします。ちょっと、その回復期という言葉だけ。

○田中ワーキンググループ長 そうなんです。がん医療がどんどん進んでいく中で、この回復期というところはかなりひっかかり、イメージがかなり難しいのかなと思います。

○三宅委員 ここで想定しているのは、決して、回復していかれるということだけじゃなくて、どちらかというと、具合が悪くなっていく方を想定しているわけですね。

○田中ワーキンググループ長 はい。あとは、ぎりぎりまで治療するという意味で、その回復期という時期がいつのことを指しているのかなという議論は限りなく進むと思いますが。

○角田委員 よろしいですか。ちょっと、そもそも論になっちゃうかもしれません。

今、私、がんの連携パスをやっていたので、がんの連携パスだと拠点病院で治療をして、ある程度、そこで完治ないしは再発が疑われるかもしれないけど、ADLはしっかりしているから、ぽんと地域と主治医へ帰すというのが一つの流れができていますね。

そういったときに、やっぱり緩和ケアというのは、1回の治療でもう完治は望めないとか、再発が入ると知ったときに、今の普通のがん治療は、拠点病院から地域かかりつけ医にぽんと来ちゃうんですよ。どちらかというと、連携パスを持ってくるというスタイルを考えているわけで、そうしたときに、再発の可能性があって緩和に入る場合は、ワンクッション置いてくるということでしょうか。

それと、この回復期にはなっているけど、多分これは緩和だけじゃなくて、治療のときに地域で、多分、化学療法なんかもできる病院も含めた、その地域に密着している病院というようなイメージではないかと思います。

そうしたときに、再発の可能性がかなり高い患者さん、全然ADLはいいわけで、本

人もどんどん通えるという状態のときに、一発手前で、その地域の病院を經由してからかかりつけに戻すのかという、その辺の流れがどうなのかなと思って、今のままでは多分かかりつけ医に最初に会って、この人は再発が疑われるからちょっと早目に地域に、バックベッドの意味も含めて、地域の病院にちゃんと情報を知っててもらいましょうねと、その地域の病院を勧めるというのは結構あるんですよ。

ただ、そのときに、これを見て、どういうふうなイメージであればいいのかなというのがちょっとわからなかったのも、実はそういう流れもあるということですから、再発とか緩和がかなり必要になって、しかも、そういう知識、特別な専門的知識があるときは、まず、地域の病院に1回帰すというイメージですか。つまり、回復期相当の病院。ちょっとそこはどのような流れに、すみません。

- 千葉計画推進担当課長 ちょっとそこは曖昧で申しわけないんですけども、この対象患者というのをあえてここで書いていないんですよ。いろんなパターンがあると思いましたが、こういう方という定義はちょっとできないんじゃないかと思ひまして、あえて、我々、こういうふうなスキームづくりをするときは、大体、対象は誰なのかというのを書くのが普通ですけど、書けないというのが実態でして、ただ、それが書けないと、先生がおっしゃる、どういうイメージかわからないというのは、必ず言われることだなとは思ったんですけど。
- 角田委員 逆に、拠点病院の担当の先生が、この患者さんがそういった、要は、拠点病院の先生が、担当の先生が、この患者さんはかなり緩和が今後必要になってくるから、まず地域の病院にも一回かませて、それから主治医へというふうな形になりますかね。
- 千葉計画推進担当課長 そうですね。はい。非常に、いわゆる手術ですとか大きな化学療法とかが終わった患者さんで、かつ入院がまだ適用されている方みたいなイメージを考えているんですけども。
- 伊藤委員 この図で想像するのは、拠点病院でも扱ってもらえなくなった患者、端的に言っちゃうと、何かそんな感じのイメージに見えるのと、もし、あえてここに重ねて言うのであれば、トータルして慢性期に入っている患者、さっきの人の流入の理屈から言うと、回復期というよりは慢性期というか、なので、イメージとすると、どっちかというと、今のケアマネジャーのような方が、この相互連携の核にいてくれるイメージだと少し楽なのかな。

それで、結局、患者側としたら、病状だったり症状の変化に結構一喜一憂して右往左往するわけなので、そのときに、こういう状態であればこういうところでこういうケアが必要だというような、やっぱり、案内じゃないな、コンシェルジュ的な人がいてくれるといいなと。この地域で、今は、この人には、薬局さんと、あと訪問の方と、これが必要でというような、いわゆるケアマネのようなプランを立ててくれるような人がいないと、何か都度都度うろうろしてしまうというか、難民化してしまうという今の状況があるのかなという気がしていて、だとしたら、ここで言う、相互連携の核にいるMSW

等の配置という中に、そういう役割を持っていただくような施策であれば、よりこのモデル事業が機能していくのかなという気はするんですけども。

○品田委員 今の伊藤委員のお話でいうとあれですけど、僕、ちょっとこのイメージ図は恐らく、そういうハブ的な機能をこの病院に持ってほしいという事業だと思うので、その下の地域に落とすと、ちょっとまた意味合いが変わってきちゃうかなと思っています。

この事業が、緩和ケア地域移行モデル事業ということですけど、課長さんのご説明とかを聞いていると、むしろ、地域緩和ケア推進モデル事業みたいなほうが、何かこの事業の総括した言い方なのかなというふうにも思えてきて、でも、この3ページ目の、地域移行とかの意味合いには双方向性があるというふうなご説明も、あと医療と介護の連携が不十分というところも含めて、この資料5と重ねていけば、3ページ目はこのままでいいんじゃないかなと思って聞いていました。

○田中ワーキンググループ長 ご意見ありがとうございます。

移行という言い方よりも、地域をもっと活性化させる、推進させるというポジティブな言葉遣いのほうがいいだろうと。

○品田委員 推進するみたいなほうを東京都さんは考えてらっしゃるのかなと思いました。

○田中ワーキンググループ長 あと、その中心になるべきハブ的なソーシャルワーカーコンシェルジュみたいな方たちをしっかりと養成して、しっかりと地域でハブになっていただくということを望むということ。

○品田委員 そうですね。なぜそれを言ったかという、実は拠点病院に勤務している医療ソーシャルワーカーは、私もですけども、がん専門相談員の資格を持って、さらに上部資格の認定がん専門相談員を持っているソーシャルワーカーがいるんですね。

それで、拠点病院以外の医療ソーシャルワーカーがほとんど大部分でして、彼らは国立がん研究センターのものは自費で行かなければいけないんです。拠点病院になっている病院は国立がん研究センターは無料で研修を受けさせるんですけども、それ以外のいわゆる地域病院の医療ソーシャルワーカーたちは、がん相談のノウハウを得るために、がん専門相談員になるためには自費でお金を払っていく。病院側が、それが必要だといってとらせてくれれば別ですけども、そうじゃなければほとんど自費で行っているという現状があって、実は地域の社会福祉士たちに、地域の病院に勤めている社会福祉士に、がん相談とか、がんの患者さんたちの支援についての授業をすることが多いんですけども、そうするとやはり、圧倒的に、自分たちが今までやってきた支援にもっとたくさん知識が要ることを自覚してくれているソーシャルワーカーたちが多くて、そうすると、勉強をする場が、国の、国立がん研究センターに行こうと思えば今みたいな状況もありますので、私はこのモデル事業の中で、そういう研修に対しての支援を東京都がしてくださると、この拠点病院以外の大多数の地域の医療を担ってくださっている病院のソーシャルワーカーたちが、がん患者さんたちの支援や緩和ケアに対する知識をしっかりと持った役割をきつと果たしてくれるんじゃないかなと思って、そのような発言

をいたしました。

○田中ワーキンググループ長 ご意見ありがとうございます。

時間も押してきましたので、3ページに関しては、じゃあ、これで、また文言を少し工夫していただきまして、というところよろしいでしょうか。

4ページ目に移ります。人材育成に関して、もう実際に動いている、委託事業で動き始めているというところですが、いかがでしょうか、これについて。

○赤穂委員 また細かいところすみません。臨床心理士という資格のことで、やっぱり国家資格になったのは公認心理師なので、これから公認心理師を使うほうがいいのかというふうに思いました。

○田中ワーキンググループ長 資格の名前で言いますかね。職種で言うか。

○赤穂委員 職種としては、心理技術者とか心理職というふうになるんですね。臨床心理士というのは臨床心理士会認定の資格なので、それを言うんだったら国家資格のほうを優先かなと思ったんです。

○千葉計画推進担当課長 古い人間なもので、すみません。

○赤穂委員 いえいえ、始まったばかりです、公認心理師。

○千葉計画推進担当課長 改めさせていただきます。

○田中ワーキンググループ長 公認心理師で、師は看護師の師という字を書くというところで。

○赤穂委員 はい。

○品田委員 すみません、もし国家資格名で書かなければいけない、先生がおっしゃったように、であれば、私たち医療ソーシャルワーカーも社会福祉士とか精神保健福祉士と書かなければいけないので、ここで心理師と書くのであれば、心理技術者でいいと思います。

○田中ワーキンググループ長 心理技術者のほうがいいですかね。それだったら。

○品田委員 そうしたら、公認心理師も全部包括した言い方になるので。

○田中ワーキンググループ長 そうですね。公認心理師をとってない方も含められますね。

○品田委員 はい。いらっしゃるので。

○千葉計画推進担当課長 いや、ここはですね、我々、別に役所の文書ですけど、正しいとか正しくないとかではなくて、わからないといけないと思いますので、どうですかね。私のイメージだと、心理技術者だと「え、何のこと」とか思うんですけど、どうですかね。一般的な言葉で書きたいと思っていますけど、かといって、何かそれに含まれない人が出ちゃうのも困っちゃうんですけど、わからない言葉はちょっと使いたくないんですね。

私、ちょっと、その何とか技術者って、あんまりイメージが湧かないんですよ。

○赤穂委員 精神科リエゾンチーム加算ですね、国の診療加算の要件のところ、この職種をというところは心理技術者というふうに載っていますが、やっぱり一般の方には、

心理士さんとか、心理士というのがいいんでしょうかね。

○田中ワーキンググループ長 これは、ホームページに載るレベルのあれでしたっけ。

○千葉計画推進担当課長 いや、これは、すみません、まだまだ、これはホームページに載せる段階ではない。これは会議資料です。

○田中ワーキンググループ長 はい。というところですね。なので、配付資料としてお任せします。

○伊藤委員 すみません、患者兼臨床心理士兼公認心理師です。

一般の方、だから、各場所に当てての目的で書き分けいただければいいのかなという気はするんですけど、一般的には、やっぱり心理の人というのは悩みを相談できるというイメージなので、そのレベルでいいのかなという気はします。

○田中ワーキンググループ長 じゃあ、お役所の書類にお任せします。

心理士さんは相談職でいいんですか。相談職、括弧の中に入っているんですけど。

○伊藤委員 心理士のほうが、一般的にはイメージが湧くのかなと。

○田中ワーキンググループ長 そのあたり、文言にこだわる人がいるみたいなので、正式な。

○伊藤委員 湧きますね。一般向けということになったら、やっぱり心理士のほうがいいのかなという気はします。

○田中ワーキンググループ長 そうですね。相談職の括弧の中でソーシャルワーカー、心理士というのでいいのかなというのがちょっとひっかかりましたが。正式な文書の際に、またもんでいただければと思います。ごめんなさい。

○角田委員 今、この目指すべき姿がチーム医療の推進になっているけど、課題のときは最初に介護士等が出ていますよね。さっきから、医療と介護の連携だから、これは一番最初のところ、目指すべき姿を多職種によるチーム医療・介護の推進とかにしていた方がいいんじゃないかなと思うんですが。

○田中ワーキンググループ長 医療と介護。

はい、どうぞ。

○高橋委員 今のお話ですが、この取り組みの中に介護士さんが入っていないのは、医療ではないという、医療職じゃないからということですか。

○千葉計画推進担当課長 対象にしていないから。

○田中ワーキンググループ長 研修の対象にとは、今は考えていないということですか。

○千葉計画推進担当課長 今はいない。そうです。

○高橋委員 いずれは、ぜひ介護職の方を入れていただきたくて、やっぱり日々患者さんとかかわる中で、結構、オピオイドに対する誤解とかも介護士さんが持っていて、患者さんにちょっとそんなことを言っちゃったりすると、患者さんもすごい誤解を招いてしまったりすることもあるって、ぜひ入れていただきたいなと思います。

○田中ワーキンググループ長 目指すべき姿には医療・介護が入っているけど、取り組み

のところそこは外れているのは、意図的に今回はというところですかね。

○千葉計画推進担当課長 そうですね。

○角田委員 これ、取り組みというのはかなり具体的な事案を載せるので、医療職と介護職が混在しているというよりは、どちらかに絞って事業を進めるというようなことが多分あるんでしょうね。

○田中ワーキンググループ長 ということですよ。現場のニーズとしては、医療職・介護職に研修が必要だという意見があったということは、議事録には書いておいていただく。

ページをめくっていただいて、5ページ目、このあたりは、少しざっくりと、大まかな形になっておりますが、ここでいかがでしょうか。小児がん、高齢者がん、それから家族の支援、知識の啓発。

特に、知識の啓発、情報のところがいろいろ、これまでも幾つかポイントが出ていたと思います。ポータルサイトのうまい使い方、情報の一本化、中立な公正な正しい情報の提供のあり方というようなことが、これまでも少し出ておりましたが、これにつけ加えることは何かありますでしょうか。

はい、お願いします。

○品田委員 すみません、がん相談支援センターの周知に関連して、ここで特に文言を変えてくださいということではないんですが、がん相談支援センターの調査結果だと、知っているのは半数ぐらいにはなってきたけども、使ったことがないというふうなことだったと思うんですね。

そういった意味で、以前の調査よりは少しずつ周知が進んできたなというのが、がん相談支援センターに身を置く人間としては、少しありがたくなっているんですが、もう少し、この相談の支援体制のところと、あと一番最初の1ページ目とも関連するんですけども、がん相談支援センター、ポータルサイトには、がん相談支援センターの一覧というのはない。ありましたっけ。病院の一覧だけでしたっけ。

○渡辺統括課長代理 いえ、相談支援センター、あります。

○品田委員 ありますか。あと、今、伊藤委員がおっしゃっていただいた、全部、この区西部にはこれがありますと書いてあるんですけど、マッピングはされてないですよ、たしか。

たしか10年ぐらい前に、モデル事業でマッピング、在宅看護のマッピングを東京都がやってくださっていた事業がたしかあったと思っていまして、JCHOの東京新宿が、昔の厚生年金がやっていたときには、マッピングされたマップがあったんですね。マップがあると、恐らく一般市民の方も、自分の地域のどのエリアに在宅のクリニックがあって、薬局がどこにあって、訪問看護ステーションがどこにあってみたいなのがあるといいので、拠点病院に当然ながら相談支援センターがありますから、マップにしていたかどうかというのも一つ、いいんじゃないかなと思いました。

○田中ワーキンググループ長 はい。伊藤さん、どうぞ。

○伊藤委員 私、さっき先走って言っちゃったんですけども、ここの部分でそれこそ、ネットの活用と年代別の利用率の問題ってどうしても出てくると、これ、ずっと繰り返し言っているんですけども、患者が困っているのは情報がなくて困っているんじゃないで、いろいろある情報の中で迷子になっちゃうのが困っているわけで、せっかくこれだけの情報を集めているのにもかかわらず、これがうまく活用されていない問題が多分すごく大きいんだと思うので、そこの、どの情報を扱っていったらいいかというところのサポートが、どうにかできないものかなというのはずっと考えていまして、患者会でも結果的に何をやっているかという、どこへ行ったらこういう情報を見つけられるよとか、そういうことだったら、こういうところを探すと、こういう情報があるよというので、解決する問題は結構多いんですね。

なので、リテラシーとともに、その情報を整理するサポートというのが、どこかできくれないかな、その役割を東京都のポータルサイトが担っていただけるといいのかなというのは、ちょっと、ずっと考えていることで、人を置くのか、そういう仕組みにするのかの問題はあるんですけども、そこが相談支援センターさんの相談員さんとうまくつながると、より今まで蓄積された情報が活用できるのかなというふうには思っています。

○田中ワーキンググループ長 正しい情報というところがかなり幅広いんですが、がんの標準的治療についてというようなところは、国立がんセンターのHPなどが中心になっているのかもしれない、ここで言っている正しい知識、伊藤さんが言っている情報というのは、どこで私は何が受けられるのという。

○伊藤委員 とか、だから、本当に今あなたに必要な情報はどういう情報なんだということが、多分、わからないんです。まず、患者とすると。

情報って、ばーんと出されちゃうとわからないので、今、私にはどんな情報が必要なのかとか、じゃあ、その情報はどこに行ったら得られるのかというところまでが、実はすごく困っているところなのかなという気はするんですね。

○千葉計画推進担当課長 これは役所の言葉で、正しい知識の啓発とよく使っているんですけども、行政としてやることって、やっぱりどうしても限界があって、何か、パンフをつくって配って終わりとか、そういうことだったんですね、これまでは。それで、ホームページに情報を上げますと、それを更新しますで終わりだったんですけど、それだとやっぱり、品田先生は、ちょっとは上がってきていると言われましたが、こんなじゃ、上がっていると我々はとても評価できないような感じのレベルですので、やっぱり。

○品田委員 それは言わないでいただきましたかったんですが。

○千葉計画推進担当課長 もう一步、やっぱり、違うやり方というのは、やっぱり考えていかなくちゃいけないなとは思っております。

ただ、ネットの情報を規制するというのは当然できませんし、サポートするということで、これが正しいとか、これが間違っているというのを一つ一つ皆さんに教えるというの、それも物理的に無理ですので、例えばですけど、これは、また今後もいろいろなご意見をいただきながらやりたいと思うんですけど、例えば、企業向けの研修みたいなものを都があっせんしたほうがいいんじゃないかとか、例えば、世代別のがんに関するパンフみたいなものをつくるかですとか、そういうふうな、違う仕組みづくりというのは、やっぱり今後考えていかなくちゃいけないなどは思っておりますが、ちょっとまだ具体的にはないので、ちょっとざっくりした書き方に、今ここにしているということでございます。

- 田中ワーキンググループ長　ここで、皆さんの言葉はしっかりと議事録に載せていただき、次回につなげるという形にしていきたいと思えます。

時間がちょっと押してきましたので、資料4に関しては、これでよろしいでしょうか。まだ言い足りないことがもしありましたら、また追加でご意見をご提出ください。

そして、資料5の続きのお話がありますか。じゃあ、続けてご説明をお願いいたします。

- 千葉計画推進担当課長　それでは、資料5について、事業の概要とか、我々が今考えていること等は先ほど申し上げたとおりでございます。

今後のスケジュールと右下のほうを見ていただきたいんですけども、ワーキンググループ、今回までで、昨年度行いました調査結果の検証や、それに基づいて何をやっていくかという方向性は、この資料2、3、4で、今回で一応プロットさせていただくということで、じゃあ今後このワーキングで何をやっていきたいかということがここに書いてございまして、次回以降のこのワーキンググループで、このモデル事業の実施要件、こういうふうなスキームづくり、スキームがいいというふうなことを、ぜひ皆様からご意見いただいて、今日もたくさん実はいただいているところですけど、本当は、これは次回話してほしいなと思っていたんですけど、いただきましたが、それはもう我々お聞きしましたので、ちょっともう少し改良したものを次回には出せるかなとは思っていますので、そういう要件ですとか、例えば、病院を選定するときにはこういう条件をつけたほうがいいのか、先生方の、こういう病院がいいんじゃないかとか、イメージもあると思いますので、そういうところも決めていきたいなと思っております。そのスキームづくりを、ぜひ次はやらせていただきたいなと思えます。

今後なんですけれども、来年度、令和2年、令和3年度、2年間モデル事業をさせていただきまして、実際に課題の抽出ですとかを行い、検証しまして、病床機能分化と連携のあり方について検討していきたい。

それで、4年度以降はそのモデル事業の検証結果をもとに、じゃあ、実際にはこういう仕組みがいい、こういうのがあったらいいというのを全都的に展開できるような施策をつくり上げていきたいと、そのように考えております。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

数年がかりの楽しい計画に私たちが参加できるというところが、とてもやりがいのあることかなと思っております。だからこそ、皆さんのお知恵を拝借したいと思っております。

資料5に関して、何かご質問はよろしいですか。

○角田委員 すみません、今後のことですが、この調査の結果は、これである程度終わって、ワーキングとしては、今年度は終わりですよね。今度、親会に出して。

このワーキングは、来年度以降もこういうような形で、モデル事業についての意見をまとめるという話はあったんですけど。

○千葉計画推進担当課長 実はですね、モデル事業、先ほども言いましたけど、来年度からスタートさせたいと思っていますので、今年度中にもう一回か二回、ワーキングをさせていただきたいなと思っていますんですけど。

○田中ワーキンググループ長 はい、ということだそうです。

○廣橋委員 たしか三、四年前に、たしかこちらで東京都がん地域医療連携モデル病院という事業をやられたと思いますが、それと何となく似ているんですけど、違いに関して、実は、私の病院はそれに参加した病院ですが、多分その当時は、治療期から含めて地域で引き受ける病院というようなイメージで推進したのですが、結果として、治療はやはり拠点病院でやっていて、そちらには余り回らなく、緩和ケアのニーズだけいっぱい来たという結論に至ったというのが、自分のざっくりのイメージでございますが、今回に関しては、もう治療というよりは、もうやや緩和ケア中心の時期の移行というイメージの事業でよろしいでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 そうです。まさにおっしゃるとおりです。そういうふうにご考えております。

かつ、先生おっしゃられた過去の類似のモデル事業の結果も、今回のワーキングには、こういう感じで、これを受けてやっていますというの、きちんとご説明をさせていただきたいと思っておりますので。

○廣橋委員 わかりました。いろいろと出したいと思えます。

○田中ワーキンググループ長 よろしいでしょうか。

じゃあ、時間が迫ってきましたので、本日は、いろいろ活発なご意見をいただきまして、ありがとうございます。

最初の議題の実態調査の結果分析に関しては、一応、意見集約、収束に向かったかなというふうに思っております。文言をちょっと調整はいたしますが、これで収束ということでご納得いただけますでしょうか。最終的な資料をもう一回事務局につくっていただいて、回覧はするつもりですが、一応、出尽くしたというところで。ただ、もし言い損ねたということであれば、一両日中という感じでご意見をいただければありがたいです。

そして、今後の、これをもとに発展していくというところで、取り組みの具体的な方向性が少し見えてきたところですので、また皆さんのお知恵をかりながら続けさせていただければと思っております。

以上になります。ご質問はよろしいでしょうか。

はい、じゃあ、私のほうで閉めていいんですか。

○千葉計画推進担当課長 本日は、活発なご議論をいただきまして、また次回の予習もさせていただきます。大変ありがとうございました。

今、田中先生がおっしゃられた、ちょっと繰り返しになりますけれども、調査の分析については今回で終了させていただきます。

本日いただいたご意見で、文言の修正等は、事務局と田中先生で調整の上、行わせていただきたいと思えます。

その結果は、再修正版を皆様に後ほどお送りさせていただきます。そのように考えてございます。

なお、先ほども申し上げましたが、今後のワーキンググループなんですけれども、ちょっと今年はまだ無理ですので、年明け以降ですね、申しわけございませんが、次の、この資料5に当たる事業のスキームづくりについて、皆様のお知恵をおかりしたいと思いますので、また別途、日程調整をさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

事務連絡を、最後に2点、申し上げます。

本日の資料でございますが、全てお持ち帰りいただいて結構です。毎回毎回言っていて申しわけございません。この冊子は置いておいてください。すみません。よろしくお願いいたします。

また、資料5は、まだちょっと内部資料でございますので、取り扱いには十分ご注意ください。よろしくお願いいたします。

本日、お車でお越しいただいた方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、後ほど事務局までお声をおかけください。

事務局からは以上でございます。

○田中ワーキンググループ長 それでは、これにて第4回緩和ケアワーキンググループを閉会させていただきます。皆さん、ご協力ありがとうございました。お疲れさまでございました。

(午後 7時57分 閉会)