

東京都がん対策推進協議会
第三回 緩和ケアワーキンググループ

1. 日時及び場所

令和元年8月26日（月曜日） 午後6時から午後8時まで
都庁第一本庁舎25階116会議室

2. 委員

[出席]

田中ワーキンググループ長 赤穂委員 秋山委員 品田委員 鈴木委員
高橋委員 三宅委員 伊藤委員 松本委員 角田委員

[欠席]

廣橋委員

3. 会議次第

1 開 会

2 議 事

- (1) 「東京都がん医療等に係る実態調査」について（資料2）
- (2) 「東京都がん医療等に係る実態調査」の結果分析等について
（資料3、資料4、資料5）

3 閉 会

(午後 6時01分 開会)

- 千葉計画推進担当課長 お待たせいたしました。ただいまより、東京都がん対策推進協議会の、第3回緩和ケアワーキンググループを開会させていただきます。

本日はお忙しい中、またご多忙の中、委員の皆様方にはご出席いただきまして、まことにありがとうございます。議事が始まるまでの間、進行を務めます、福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。失礼して、座って進めさせていただきます。

まず最初に、事務局より2点申し上げます。今年度、事務局職員の異動がありましたので、新任の職員を紹介させていただきます。

医療政策担当部長、櫻井でございます。

- 櫻井医療政策担当部長 櫻井でございます。どうぞよろしくお申し上げます。
- 千葉計画推進担当課長 次に、本日の資料について確認させていただきます。

お手元の次第の下のほうに資料が記載してございます。資料1-1から参考資料3まで記載してございます。

まず資料1-1、東京都がん対策推進協議会委員名簿、A4の1枚のものでございます。次に資料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枚のものでございます。次に資料2、A4の横型でございます、「東京都がん医療等に係る実態調査」について、こちらも1枚のものです。次に資料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）というものの、左肩をホチキスでとめてありまして、両面の印刷になってございます。ちょっと量が多いですが、最終ページが22ページになっているかと思えます。続きまして、資料4、今度は横型の、やはり左肩をホチキスどめにしてあります。こちらは片面印刷のものでございます。「東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について」ということで、こちらは最終ページが8ページとなっております。次に、資料5、こちらはクリップで一旦とまっております、ホチキスどめのものが二つ入っているかと思えます。「東京都がん対策推進計画における重点的な取組（仮称）について」、それからもう一つのホチキスのほうが、「東京都がん対策推進計画における重点的な取組（案）」ということで、上のほうが2枚、下のほうが5枚になっているかと思えます。

次が、ここから先が参考資料でございます、参考資料1が冊子でございます、東京都がん対策推進計画（第二次改定）の冊子でございます。参考資料1-2が、A4の横型の、「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」というものが1枚。参考資料2、「東京都がん医療等に係る実態調査結果（東京都における緩和ケアに関する実態調査）」でございます。こちらも両面印刷になっておりまして、最終ページが170ページになっているかと思えます。最後が、参考資料3として、「緩和ケア推進事業（多職種）について」ということで、こちらは今年度取り組んでおります緩和

ケアの事業についてのご紹介のペーパーでございます。

それから、資料ナンバーを打っておりませんが、左肩にホチキスで1枚とまっている、右肩のほうに1Aがん診療責任者表と書いた、「東京都における緩和ケアに関する実態調査」というものについて、今お手元にお配りさせていただきます。

資料は以上でございます。不足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つけをお願いいたします。

本日の委員の出欠状況につきまして、資料1-2の委員名簿にございますが、事前に永寿総合病院の廣橋先生につきましては、ご欠席のご連絡をいただいております。

また、鈴木内科医院の鈴木委員につきましては、本日遅れて出席とのご連絡もいただいております。

秋山委員については、特にご連絡いただいておりますので、ぼちぼちといらっしゃるかと思っております。

また、昨年度委員を務めていただきました、公益社団法人東京都薬剤師会理事の阿部委員につきましては、役員改選により交代となりました。同じく公益社団法人東京都薬剤師会理事の松本委員にご就任いただいております。松本委員より一言ご挨拶いただければと思います。よろしく申し上げます。

- 松本委員 松本雄介です。よろしく申し上げます。東京都薬剤師会の関係団体で来ています。勤務先は青梅市立総合病院になります。どうぞよろしく申し上げます。
- 千葉計画推進担当課長 松本委員、ありがとうございました。

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、どうぞよろしく申し上げます。

- 田中ワーキンググループ長 これからの議事は、私、田中のほうで進めさせていただきます。

お暑い中、お集まりいただきましてありがとうございます。膨大な資料の中、限られた2時間ですので、効率よくお話を進めていきたいと思っております。

これから議事に入ります。最初、議事(1)「東京都がん医療等に係る実態調査」についてということで、事務局より資料の説明のほうをお願いいたします。

- 千葉計画推進担当課長 それでは説明させていただきます。

昨年度、都では、がん医療に関する実態調査を行わせていただきました。ワーキンググループの委員の先生方には、大変タイトなスケジュールで調査項目等を検討していただきました。おかげさまで予定どおり調査を実施することができました。改めて御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

その結果として、参考資料2、170ページになっているものが緩和ケアの部分ということで、このほかに、AYA世代がんと、それから就労支援についても、ほぼ同じような分量のものができております。

今年度は、この集計結果の内容を分析し、今後都が行うべき施策について、皆様からご意見を伺っていきたくと考えております。その進め方について、資料2をごらんください。「東京都がん医療等に係る実態調査について」という資料でございます。

1の概要のところですが、今申し上げましたとおり、今年度、各ワーキンググループをそれぞれ2回ずつ開催する予定となっております。その中で、実態調査の分析と新たな取組の検討をご議論していただく予定としております。

各ワーキンググループでは、資料3、後ほどご説明いたしますが、実態調査の考察のたたき台というものがございまして、そちらをもとにご議論いただき、考察を完成させていただくことを予定しております。

参考資料2は、単純な集計結果だけが書いてあります。その分析のたたき台というのが資料3ということでございまして、最終的には、この参考資料2と資料3を合体させた形で調査結果の最終的な形になると、そのように考えております。

各ワーキンググループで考察についてご議論いただいて完成させた後に、今年度末に開催を予定しております東京都がん対策推進協議会に報告いたしまして、最終的に公表を行っていきたくと考えてございます。

今申し上げましたのが、2のスケジュールのところに書いてございます。東京都がん対策推進協議会、がん計画推進部会、その次に緩和ケアワーキンググループということで書いてございますけれども、本日、8月26日にご議論いただきまして、本日ご議論いただいた後も、メール等により色々やりとりをさせていただきながら、最終的には12月に予定している第2回の緩和ケアワーキンググループにおいて、最終的な議論の取りまとめをしていただきたくと考えております。

それなりに時間もかかりますので、今申し上げましたとおり、議論し切れなかったことですか、ご意見、後になってやっぱり思いついたとか、読み返してみたらいろいろあったというときには、次回の12月までの間に、メール等を活用した調整などを行わせていただき、また必要に応じて我々事務局が皆様のところへ出向いて、意見交換等々をさせていただければと思っております。よろしく願いいたします。

資料2について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のご説明をしていただきました。実態調査の概要と、今後の日程について書かれておりますが、この点について何かご質問ありますでしょうか。ご意見等ありましたら承ります。

(「なし」の声あり)

- 田中ワーキンググループ長 じゃあこういうスケジュールで進めるというところで、議事の(2)に入ります。この実態調査の結果分析等についてということで、また事務局から資料の説明をよろしく願いいたします。
- 千葉計画推進担当課長 それでは続きまして、事務局より、またご説明させていただきます。

お手数ですが、まず参考資料 2 をごらんください。一番分厚いものでございますが、「東京都がん医療等に係る実態調査結果」でございます。こちらが昨年度実施いたしました、東京都がん医療等に係る実態調査の緩和ケア部分の集計結果でございます。

表紙をおめくりいただきまして、次が目次になっていると思います。

それもさらにめくっていただきますと、第 1 章「1. 調査概要」の「2) 対象」にございます方々を対象に調査をさせていただきました。対象①が、がん診療責任者、②が緩和ケアチーム、緩和ケア責任者と始まって、一番最後、調査⑩患者調査まで、10 通りの方々に調査を実施させていただいております。

お手数ですが、1 枚おめくりいただいて、裏面 2 ページ目をごらんください。

実施方法につきまして、調査はいずれも自記式の郵送調査とさせていただいております。

2 の回収結果でございます。①から⑩まで、それぞれ配付数と回収数、それから回収率というのを記載してございます。

例えば、調査②の緩和ケアチーム、緩和ケア責任者調査につきましては、配付数が 60 件に対し、回収数が 45 件でございましたので、回収率は 75% でございましたが、一方で、調査⑥緩和ケア診療に係る責任者への調査につきましては、配付数 225 件に対しまして回収数が 45 件、回収率が約 20%、そういうふうな形で、割とばらつきがございます。

特に、この患者さんの調査のところ、3,000 件配付いたしまして回収数が 827 件ということで、3 割弱ですが、この配付数というのは、下にも※印で記載しておりますが、患者さんに渡した数ではなく、施設にお願いした数になります。患者さんからの回収率について正確な数字ではないんですが、配付数に対する率だと、そのようにご理解いただければと思います。

調査の対象や数という意味ではこうなっていますので、これから先ご議論いただくときに、調査対象というのは 1 個 1 個申し上げますので、これは回収率がどれぐらいだったのかなというのを念頭に置きながらもご議論を進めていただきたいと思いますと思っております。

続きまして、資料 3、資料 4、資料 5 について、一括してご説明させていただきます。

まず最初に資料 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）」でございます。

こちらもちよっと厚い資料でございますが、こちらが先ほどの単純な集計結果から導き出された結果に対しての考察のたたき台ということで、議論の最初の出だしになるというふうに考えてございます。最終的にはこちらを先ほどの参考資料 2 と合体させて調査結果が完成ということを考えておりまして、それがこのワーキンググループの今年度の目的と考えてございます。

また、次が資料 4 になりますが、資料 3 だと非常に長い文章になっておりまして、分

量も多いので、限られた時間でご議論を効率よく進めていくために、事務局のほうで資料3からエッセンスを抜き出しまして、サマリーをつくったものになります。こちらで議論していただくと効率的なのではないかということで、事務局から用意させていただいた資料でございます。

資料4のつくりでございますが、一番左の項目というところは資料3の項目から引っ張ってきておりまして、左が結果の概要、右側が推進の方向の案としております。左側が実態調査の結果の概要を書き出しておりまして、右側の上段には、結果から読み取れること、それからその矢印の下が、それに対応するための推進の方向性を記載してございます。簡単に言うと、左側が、結果がどうだったのか、調査結果がどうだったのか。右側の上段が、その結果から何が言えるのか。右側の下段が、それに対してどうしていくのかというふうなつくりで、一つ一つ項目を構成していると、そのようになってございます。

資料3、資料4で、昨年度調査の分析を進めていただきたいと考えておりますけれども、資料5というのがございまして、緩和ケアにつきましては、今年度もこの調査結果とは並行して、いろんな事業を進めさせていただいております。そういったものも加えまして、同時並行で、「東京都がん対策推進計画における重点的な取組（仮称）について」というふうに書かせていただいておりますけれども、例えば緩和ケアにしてもいろんなことをやっていますし、ほかの就労支援でもいろんなところをやっています。AYA世代がんのところでもいろんなことをやっておりますけれども、それぞれを個別に施策を進めるのではなくて、一まとめにして、東京都がん対策推進計画を進める上で重点的にこういうことをやっていくんだということを、総合的な、具体的なものをつくっていきたいと考えております。

それが資料5の説明のところでございますが、柱立てですとかそういうのは1枚目に書いてございます。1枚めくっていただきますと、白紙というか、枠だけの資料5があるんですけども、このような枠組で、東京都の重点的な取組というのを具体的に出していきたいと思っております。Iのがん予防からIVの小児・AYA世代のがん患者対策まで、目指すべき姿や課題、それに対する取組、年次計画などを書き出して行って、行政として積極的に押し出していこうというふうに思っております。

次のホチキスの資料5のところを見ていただきますと、先ほど、我々事務局のほうでつくりました資料4から、調査結果がどうだったのか、そこから何が出たのか、そしてどういった方向性がいいのかということから、具体的にじゃあ何をやるのかというのを資料5のほうにつくり上げたものでございます。

資料が別々になっちゃって申しわけございませんが、資料4からの流れはそのようになっているということで、繰り返しになりますが、資料3が調査結果の考察のたたき台になっていて、そのサマリーが資料4でございます。資料4には、結果がどうだったのか、そこから何が言えるのか、どうしていくべきなのかというのを書いておりまして、

そこから資料5に行っては、じゃあ具体的に何をしていくのかというのは資料5に書いてあると、そのようなつくりになってございます。

事務局といたしましては、本日は、資料4と資料5を中心に皆様にご議論していただいて、こういう切り口じゃないよとか、これはちょっと言い過ぎじゃないとか、もっと具体的にはこういうことも考えられるんじゃないということをごんごん出していただきたいと考えております。今日合意をとるとかではなくて、全て満遍なくといたら失礼なんですけれども、全ての事項について最後まで皆様にご説明させていただいて、ご意見をいただいて、言っていたものを事務局のほうで取りまとめますので、さらにそれを練り上げていくということで進めさせていただきたいなと考えております。

もちろん必要に応じて、もとの結果であります資料3とかに戻っていただいてデータを確認していただくこととかは必要かと思っておりますけれども、基本的には資料4、資料5でご議論いただきたいなと思っております。

説明は以上でございます。

- 田中ワーキンググループ長 ご説明ありがとうございました。。生データ、分厚い資料をサマライズして考察してつくっていただいたのが資料3、そのサマリーが資料4の左側にあり、そこから何が考えられるか、どうしたらいいのかということが資料4の右側に書かれており、資料5の施策につながるという流れになっております。

きょうの私たちのミッションは、全体的に網羅し、見渡して、そしてできるだけ意見を出す。決める、ディスカッションするというよりも、意見を出してという方向になるかなと思います。では、よろしく願いいたします。一つずつ、項目ごとに、資料4を中心という形で、必要に応じて資料3だったり資料5だったりに行きながら進めていきたいと思っております。

では、最初の「拠点病院等」の項目について、また事務局からご説明いただければと思います。よろしく願いします。

- 千葉計画推進担当課長 それではご説明させていただきます。資料4をごらんください。

左側の調査概要のまず上の段のところなんですけれども、調査対象といたしましては患者さんが対象でございます、こちらは緩和ケアの時期についての質問でございます。患者さんが感じた、緩和ケアを受けたかった時期と、実際に緩和ケアを受けた時期がどうだったのかという調査をしたところ、ちょっと開きがあったということが結果として出ております。

それが右のほうに行きまして、右の上段の上の丸ですけれども、緩和ケアを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にあったという結果が出ております。

また左側に戻っていただきまして、丸の三つ目、緩和ケアを受けた内容でございますけれども、社会的なつらさについて、緩和ケアを受けた割合が低いというふうな結果が出ております。

右の上段に移っていただきまして、丸の二つ目でございます。患者のつらさの内容により緩和ケアを提供されている割合が異なっていると、そのようなことが言えるんじゃないかと考えております。

右の矢印の下のほうに行きまして、取組の方向性でございますが、医療従事者の人材育成を通じて、患者のつらさの程度や内容を適切に把握し、現状より早い段階から、経過に応じた緩和ケアを提供することが必要じゃないかと考えられると思います。

次の下の段のほうに行きまして、今度は、対象は拠点病院等のがん診療責任者の方々に聞いております。

スクリーニングについて聞いております。つらさのスクリーニングの実施時期でございますが、「入院時」が65%。「外来受診時」は58%でございました。

それから、丸の二つ目でございますが、つらさのリスクの高い人が、専門的緩和ケアに引き継がれることが多い時期といたしまして、「リスクが判明して数日以内」が4割を超えている、「リスクが判明した当日」というのが2割、「リスクが判明して1週間以内」というのも同じく2割というような結果になっております。

右のほうに行きまして、上段の丸の一つ目でございますが、つらさのスクリーニングの実施時期は、先ほど申し上げましたとおり、「入院」や「外来受診時」が多かったのですが、経過によって当然つらさが異なります。

丸の二つ目、スクリーニング実施後、速やかに専門的緩和ケアに引き継ぐことが期待されるものの、対応状況は病院によってばらつきがあるというふうな結果になっていると思います。

矢印の下に行きまして、丸の一つ目、つらさのスクリーニングに関して、入院・外来問わず定期的の実施することが有効であろうと思われまます。

丸の二つ目、緩和ケアチームと病棟スタッフの連携を強化するなどにより、各病院が組織的に対応していく必要があるんじゃないかと考えております。

ここまでが調査結果から導き出された方向性でございますが、次に、資料5に移っていただきまして、1ページ目の上段の真ん中の取組のところをごらんください。

先ほど、患者さんが緩和ケアを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すとか、患者のつらさの内容により、緩和ケアが提供されている時期が異なるということに対して、どういうふうな取組が必要かというところで、現在行っております緩和ケア研修会を引き続き実施し、スキルなどを上げていこうということを考えております。継続実施していくというのが具体的な取組でございます。

下の段でございます。スクリーニングの関係でございますけれども、具体的な取組といたしまして、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東京都が行い、緩和ケアチームと各部署の連携を推進していく、このような具体的な取組が考えられるんじゃないかということでございます。

1点目の拠点病院等につきましては以上でございます。

○田中ワーキンググループ長 ご説明ありがとうございました。一つ目の項目、拠点病院等における緩和ケアの提供状況ということでご説明いただきました。

一つずつ見ていこうと思います。まず、患者さんに向けての上の段のところですね。緩和ケアを受けたかった時期と、実際に受けた時期、そしてその内容について、何かご意見、この流れでご意見を。

○赤穂委員 東京女子医科大学の精神科の赤穂でございます。この患者さんが受けたかった時期が、がんと診断されて治療方針が決定するまでの時期というのが出ていますけれども、精神科の立場から見ても、がん患者さんの自殺率が最も高いのは、がんの告知から、研究対象により異なりますが、3カ月以内とか6カ月以内とか、診断告知からの最初の時期が一番自殺率が高いというふうに言われているんですね。

これについては、色々なことを考えておりますが、やはり一般の概念として、まだまだがんと言われたことで、がんは致死性の疾患というイメージが強いということ。もう一つは、医療従事者との関係がまだこの辺はでき上がっていないこと。初期治療が始まって、入院して、その病棟の看護師さんなり主治医となり、だんだん関係がついたりしてくるにつれて、いろんなことを聞いてもらえたり相談できるようになってきたり、適当な部署に相談を回してもらえたりするんだけれども、最初まだ、初期治療が始まる前の段階って、もう自分で何とか、家族とは相談できる人はいると思いますけれども、何とか初期治療のところまでたどり着くしかないみたいなところもあって、その辺が最もストレスフルな状況にあるんだろうなというのはわかりますし、ここにまさしくそれが出ているのかなというふうに思います。

なので、これの対策として、緩和ケア研修会を引き続きやってというふうに書いてあるんですけど、何かもう一段踏み込んで、この最初のところで援助、支援のシステムがあればいいのかなというふうに思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。もう少し早目というところの具体的策というところ、多分スクリーニングのところとも関係しているのかもしれない。ありがとうございます。

心理的に、この時期に関する分類に関しては、ちょっといろいろな、異論もあるかもしれないけれども疑われたときから診断が決まるまで、方針が決まるまでが社会的、心理的につらかった。治療が始まったら身体的につらかったというのが、この結果からわかるということかなと思っております。スクリーニングやソーシャルワーカー心理などがかわるような形につなげていきたいということで。

はい、伊藤委員。

○伊藤委員 乳がんの患者会「VOL-Net」の伊藤です。よろしくお願いたします。

もともとの調査対象の問題にもかかわるところで、今、各先生がおっしゃられたことでもあります。もともと対象が、再発転移がわかった患者さんを対象にしているので、すごくこの調査と方向性に結びつけるときに、注意が必要だなという、ここが一番実

は大事なところだなというふうに思っております。

いわゆる初発の患者さんに対しての、今、先生がおっしゃられた大変さの部分と、やっぱり再発転移がわかった時点での精神的な重圧のインパクトの大きさはかなり違います。初発のときは、わからないからこそそのつらさ。多くの場合、再発転移をした患者さんの場合は、ある程度わかっているからのつらさという部分の両面がありますし、これはもちろん部位によっても違いますけれども、大きく分けると、そのあたりを、どう、整理していくかというのは、すごく大事なことですし、そのつらさという中身も、患者にとってそのつらさが、何がつらいかもわからないというところで答えている初発組と、ある程度明確にわかって答えている再発転移組の回答の差を前提に分析を進めていただかないと、かなりのミスリードになる可能性があると思っています。このあたりを気をつけていただきたいところです。

○田中ワーキンググループ長 はい。このことに関しては、もう最初からわかっていることで、固形がんで点滴治療をしているという患者さんに対して聞いております。患者さんの選択に関しては、かなりのセレクションバイアスがかかっていることは重々承知の上の中で、私たち、ミスリードしないようにということはもちろん考えていきたいと思っております。限られた患者層の中で、これを、返事をしようと思える状況の人で対象になったというところは、必ず書いていきたいと思っております。

○角田委員 東京都医師会の角田です。

確かに、この患者対象は再発ですけれども、がんと最初に診断されたときがつらいというのを本人たちは言っているわけです。実際問題として、検診とかでがんが見つかって、まだ身体的には症状が全くない、だけどがんと診断されたという方が非常に不安を持ってられるというのは、本当に臨床でもよく見ることなので、確かに緩和ケアについての研修はいろいろ必要ですけれども、やっぱり根本的には都民、国民に対して、がんというのはこういう病気だということをしっかりと、これはいつのどの場でも言われていますが、これがまず第一、不安とかを取って、半分の方はがんになるんですよ、今はこのぐらい治るんですよみたいな、そういったことがまず根本ではないかと思うので、ぜひそうやっていただきたいと思っております。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。別の項目で、教育、人材育成というところにもつながってくるころだと思っております。具体的に、ここではこの結果をこういうふうにしていくかとなっております。

ほかにいかがでしょうか。一般的に恐らく言われているようなことが、ここでもきちんと数字であらわされたかなと思っておりますが。

三宅先生、どうぞ。

○三宅委員 医科歯科大学の三宅ですけれども、今治療を受けている患者さんが思い出してつらかった、それで緩和ケアを受けたかったということですが、実際にどういう緩和ケアを想定されているのかというのは、何か読み取れるのでしょうか。

- 田中ワーキンググループ長 定義に関しては、こちらでこれがこうだというふうには言わずに、あなたが考える緩和ケアを受けられたかというような質問の設定になっていたかなど。
- 三宅委員 資料3の裏側に書いてあるところ。
- 秋山委員 資料3の3ページ目の上で、ここはそうですね、緩和を受けた内容が入っているもので、つまりはこういうこと。
- 三宅委員 こういうことに対応してほしいということなんですよね。
- 秋山委員 して満足だった人と、そうでもない人というふうに読み取るのかと。
- 三宅委員 あと、印象として、私はもともと外科医だったので、最初の治療に関わっておりました。ただ、今は緩和ケア医としてかかると、大学病院という特殊性もあると思いますが、初発で、治療前に辛いといって緩和ケアチームで介入することがたまにあるんですけど、結局、手術が終わると、我々は用済みという感じがあたりするんです。ですが、思い返すと、今の状況だと緩和ケアは多分なじみが深い患者さんたちなので、思い返すと、そのときに緩和ケアを受けていたらよかったのかなという印象なのかという気がします。だから、最初に初発の人が、その時期にどういうニーズがあるかというのは、どうなんでしょうかね。
- 伊藤委員 分けたほうがわかりやすいのかなという気がします。この中で、改めて今読んでみて思ったんですけど、基本的緩和ケアというのと、専門的緩和ケアという言葉がちょっと使い分けられているなど、今日来て気がついたんですけども、そのあたりの考え方というか定義の違いによっても、それをどうとるかというのがかなり違ってくるのかなというふうには思います。
- 三宅委員 何となくイメージとしては、本当に治療に至るまでは、開業医の先生とか、あとは心理面のサポートがすごい重要だという気はしますし、いわゆる専門的緩和ケアというよりは、現状では、本当にそういう初期の対応が不十分なのかなという気もします。
- 秋山委員 秋山ですけれども、やっぱり診断がついた直後の方も相談に見えられるマギーズの現状では、本当に気持ちとして落ちつかなくて、このまま真っすぐ家に帰れないという、そういうもやもやした中で、何か自分なりの落ちつき先というか、気持ちの上での落ちつき先を求めてくる人はそれなりにいらっしゃるんですよ。
- ここに、資料3の2ページ目の上のところに、結局患者が緩和ケアを受けた内容で、心のつらさ50.9%となっていますが、この例えば診断時期の下の医師の回答とかなりのずれがあるというか、医師にはなかなか伝わっていない。そのずれをどうするのがこの施策の中に反映していかなくちゃいけないので、もう既に事業として行われていることが、医師、歯科医師以外の緩和ケアにかかわる人の人材育成になっているので、ずれたまま行くなと思ったかもしれません。ちょっと一気に資料5までつなげていってしまいましたけど。

医師に言われて、非常に混乱した状態で、とても気持ちとしてはつらい状態なんだけれども、そこを、言われた医師に対しては言えない状況で、家に帰って悶々とするので、その3カ月以内の実施率が高いというのは非常によくわかる。たまたまですが、その帰り道に寄ってくれて、ああ大変でしたよねと言いながら話を聞く人がいれば、大分軽減され、つまり手術が終わったら三宅先生のところに来ないのは、それは解決したわけだから、三宅先生は十分にその前の不安を取られた、緩和をなされたということだと思うんですけど。

○三宅委員　そういうわけでもないですが、1回行って、次行ったらもう手術が終わっていたという。大学病院なので、要するに翌日手術で、前日入院で、それで前日にたまたまスクリーニングとかでひっかかってきて、行ったら、手術があるということで不安だと。次行くときはもう術後なので、もう大丈夫ですみたいな、そんな感じですね。

○秋山委員　でもそのときに聞いてもらうということは、物すごく患者サイドからしたら大事で、やっぱりそこに言ってくれる人がいる病院なのか、そうじゃないところなのか、本当に天と地ほどの違いがあって、やっぱり手術に望む前にそうやって聞いてもらったことで、安心して手術を受けられて、もう大丈夫ですという言葉が聞こえるということだということ、いてもらえるところはすばらしいと思います。

○田中ワーキンググループ長　ありがとうございます。

じゃあ、品田さん。いろんな立場の方がいらっしゃるの、現実と理想論を言うのはとても大事だと思いますが、今回この場では、このデータからミスリードしていないか、適切に、漏れがないかということと、この結果からわかる、今私たちができることをまとめていきたいと思います。

では、品田さん、すみません、お願いします。

○品田委員　拠点病院のがん相談支援センターで、東京医科大学の品田と申します。

この調査結果を見せていただきながら、この1の病院等における緩和ケアの提供状況の患者調査のほうと、がん診療責任者のほうのものをちょっとあわせた形でお伝えします。先ほど伊藤委員もお話しされていたとおりに、この調査結果、参考資料2の152ページから、患者調査の具体的な取りまとめのデータが出ておりますけれども、確かに患者さんの時期はそれなりに違う。人材育成も非常に必要ということはいくわかっていて、多分医師はPEACEがあるのでやっているけど、PEACEを受けていないほかの職種にも広げたほうが良いという意味合いでおっしゃっていたのかなと僕はちょっと思っていたのが1点。

それから、2点目は、つらさのスクリーニングの時期なんですけれども、当院では、外来の段階で診断がついたときに、スクリーニングのアンケートを患者さんたちに配っているんですね。ただ実は中身を見ますと、これはちょっとこの調査とは違うんですけど、伊藤委員が言われたように、それを配ってもそんなに実は、患者さん自身もぴんときていないので、特になんかという感じになっちゃうんですよ。ただ僕たちは、そのつらさの

スクリーニング、実際は生活のしやすさというタイトルなんですけれども、患者さんたちがその拠点病院にどんなリソースがあるかを知ってくれればいいなと思っていました、痛みのことだったら緩和の先生もいらっしゃるし、いろいろな認定ナースやCNSもいますよと。それから、がん相談支援センターにソーシャルワーカーもいて、心理的社会的なことも相談できますよというようなことがわかって頂ければ、というのがあるので、それが実際にどうか分からない。このつらさのスクリーニングの特に2番のところですね、診療責任者の。入院時が6割というデータが来ていますので、できれば告知のときにつらさのスクリーニングをちゃんとするとか、そういうふうなものがあるとよい。それが基本的な緩和ケアであれ専門的な緩和ケアであれ、スクリーニングの時期がちょっと遅いんじゃないかなという印象がありました。

- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。二つ目のところに入りました、つらさのスクリーニングに関してです。恐らくこれの解説に関してもいろいろ議論があるかなと思っています。

ローデータ、生データで言うと、入院時65%、外来時58%、恐らく告知だったり治療方針を決めるような話のときに6割がというところだと思います。プラス、定期的にとっている人たちが25%、希望時いつでもというところで30%ですかね、というところなので、これは累計すると、それなりに外来時、入院時というところでされているのかなと思っていますが、いかがでしょうか。

スクリーニングに関してのタイミング、それがうまく拾えていないという可能性もある。行われていない、またはつらくてもスクリーニングにひっかからないのではないかなという現状があるという、現実的な問題かもしれませんが、ここでは、繰り返します、調査の結果からわかることでミスリードしていないか、もれていないかというところを中心に考えていただきたいと思います。いかがでしょうか。

恐らく拠点病院ではこれが義務になっており、定期的にも含めて、入院時、外来時、恐らく累積するとそれなりに配付はされている、行われてはいる。そして、数日以内、当日、1週間以内、これも累積すると、恐らくリスクがわかってから、累積すると1週間以内に8割の人が受けられているという形にはなっています。さらにこれを進めていかなければいけない。恐らくコメントとしては、実際にはこれで拾えていない人たちがいるのだろうということは、裏にありそうではあります。いかがでしょうか。スクリーニングのタイミング、拾い方、それからつなげ方。

- 伊藤委員 多分、相談内容という、その内容にもよるんですけれども、治療、いわゆる心の部分とか、社会的なケアの部分は、タイムラグが患者自身もあるので、基本的にそのあたりは、このスクリーニングでは拾えないと私は思っています。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。根底から覆されましたが、多くの病院でスクリーニング、心のつらさはありませんか、体のつらさはありませんかという質問でひっかけて、具体的にしていると思いますが、いかがでしょうか。

○高橋委員 聖路加病院の高橋です。よろしく申し上げます。

うちの病院でも、痛みのスクリーニングとつらさのスクリーニングと、両方問診票でやっているんですけども、やっぱりなかなかそこに、じゃあ幾つぐらいになったら紹介するのかということももちろん、あまり、絶対これ以上だったら紹介しようとか、そういうカットオフポイントみたいなものは特に決まっていなくて、実際は患者さんのお話を伺って、そこできちんと話を伺って、必要な患者さんに関しては精神科なりいろいろなところに紹介をする、カウンセリングを紹介するというふうな形にはしているんですけども、なかなか看護師が問診をとってお話を、つらさについてポイントを絞ってお話できればまだいいんですけども、なかなか医師の診療のときに問診票を持っていても、医師がそこをスルーしてしまうことも、やっぱり短い診療時間の中だと起きてきてしまうので、そこが何となく流されていってしまうというところも多々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 ありがとうございます。国の方針でこういうふうにするというふうに決まっております、そして、やり方なども一応定められており、カットオフポイントなども一応決められていることなので、これを覆すことは難しいと思いますので、これに一応のっとりながら、でも拾っていない、うまくいかないというところがあるということです。

○品田委員 今ちょっと、田中先生がおっしゃっていただいたように、病院側に聞けばやっていますよという形なんですけれども、もしかしたら、実は数としては一番少ない「定期的に」というところが一番丁寧で、初期、告知されたとき、それから化学療法だったら化学療法だったらケモが始まったとき、それから、再発転移があったときというふうな形で、フェーズに合わせてきちんとつらさを確認していくというのが推奨されるというふうなことも文言としては入れてもいいかもしれないです。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。つらさは内容も訴え方も拾い方もそれぞれ時期によって異なるので定期的に拾う、うまく拾えてちゃんとつながるよというところで、ドクター側は研修会をしっかりと受けながら、他職種も研修会を受けながら、そしてそれをつなげる役割のリンクナース、または専門看護師などの支援をしていただくというような形でまとめていければいいかなと思います。

少し議論が白熱しましたが、大丈夫ですかね。

じゃあ拠点病院等の緩和ケアの提供に関してはこんな形で。あと、詳しく、またミスリードがないか、ここがもれていないかということに関しては、またじっくり読んでいただいてコメントいただければと思います。

じゃあ次、2ページ目に移りたいと思います。また事務局からのご説明をお願いします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、緩和ケア病棟の状況についてというところの調査結果についてご説明させていただきます。

資料4は2ページ、資料5についても2ページをあわせてごらんください。

資料4の2ページでは、三つの結果概要が段落に分かれております。方向性としては一つに取りまとめております。上から順番に、一番上のところが、拠点病院等の医師に聞いたものと、それから、拠点病院ではないが、緩和ケア病棟のある病院の医師に聞いた、二つの結果を記載してございます。

緩和ケア病棟の退院患者数の内訳でございますけれども、退院患者数のほとんどが看取り、お亡くなり死亡退院であるということが拠点病院では出ているということ。緩和ケア病棟のある病院、拠点病院ではないが緩和ケア病棟のある病院においてもほとんどが看取り、死亡退院になっているという実情であるということです。

真ん中の段に行きまして、また再び拠点病院の医師に聞いたところですがけれども、緩和ケア病棟の平均病床利用率が75.6%であった。拠点病院ではないが緩和ケア病棟のある病院では、平均病床利用率が62.9%であったというところでございます。

最後、一番下の段でございますけれども、病院が感じている患者さんや家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点でございます。患者側ではなくて、病院がそれを感じている患者さんが感じていることという、ちょっと難しいんですけれども、緩和ケア病棟に関しては、「希望してもすぐに入院できない」というのが5割近く、46.5%あるところ。もう一方で、拠点病院ではない緩和ケア病棟のある病院では、やはり「希望してもすぐに入院できない」というのが6割を超えているというところでございます。

この結果を受けて右側のほうに行きまして、推進の方向性のところの上の段の丸の一つ目でございますけれども、患者さんやご家族が希望しても、緩和ケア病棟へすぐに入院できない状況である。これは、緩和ケア病棟は大部分が看取りの場として利用されていることが原因の一つとなっているのではないかと考えております。

丸の二つ目でございますが、緩和ケア病棟の病床数を踏まえると、緩和ケア病棟のみでがん患者を最終的に受け入れることは困難であるという状況であると思えます。

それに対して推進の方向性が、矢印の下でございますが、丸の一つ目、地域へ円滑に移行し、これは患者さんのことですがけれども、在宅緩和ケアを促進させる仕組みづくりが必要じゃないか。

丸の二つ目、緩和ケア病棟の役割を明確化し、病床の機能分化を推進していくべきではないかというような方向性を出させていただいております。

ほとんどの緩和ケア病棟が、死亡退院がほとんどであるということ。そのため、病床利用率は7割後半から6割ぐらいになっているということ。その一方で、患者さんは希望してもなかなか入れないと。入れたらラッキーみたいな感じになってしまっているというのが現状ではないかというところでございます。

資料5の2ページのほうに行ってくださいまして、緩和ケア病棟のところの取組でございますが、取組の上の段のところですが、回復期相当の病院に地域移行を担う人材を配置し、在宅緩和ケアを促進させるために必要な仕組み（病床機能、設備、人材等）を

検証していき、検証後、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というのがいいのではないかというようなことでございます。

何かといいますと、施設基準上の緩和ケア病棟をふやすのではなくて、何かしらこういう地域移行型の緩和ケアの病床みたいなものを、東京都が独自に何かしらの支援をして政策化していくと、地域移行を推進するきっかけになるんじゃないかというところで、事業を立てたほうがいいんじゃないかという取組でございます。

下の段が、これは従来の緩和ケア病床のことですけれども、緩和ケア病床の使用状況をさらに細かく検証し、緩和ケア病床、現在は看取りでほとんど使われているという状況でございますけれども、これも含めて、今後の緩和ケア病床のあり方というのを、やはりもう少し、診療報酬で大分、在日数が短いほうに政策誘導はされておりますけれども、もう一步進めていくべきではないかというふうな方向性で検討していくというのを考えております。

説明は以上です。

- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。緩和ケア病棟の使われ方ということで報告していただきました。

ちょっと確認したいと思います。資料4の結果概要のサマライズのところを見たいと思います。退院患者数、看取り患者数は、月ですよ、何々人／月というのを入れておいたほうがわかりやすいかなと思いました。

それと、恐らくですけれども、最初の段、拠点病院の緩和ケア病棟の退院患者数、37.9というのはちょっとあり得ないかなと思って、恐らく年のことを書かれているかなと思います。なので、ちょっと数字を確認していただければと思います。

あとは、この平均値をとるときに無回答だったりゼロだったり、最小値がゼロ、最大値が何とかというときの平均のとり方もちゃんとできているのかということを確認させてください。資料のところ、また後ほど修正があればというふうに思っております。

いかがでしょうか。資料4を見ながら、2ページ目、入院患者のうち看取りが多いということ、病床利用率が上がり切らない、低いということ、そしてその結果と言っているのかもしれないですけれども、入りたいときに入れないという現状が明らかになり、その改善方法をまとめていただきました。

これに関して、まず、ご質問やご意見がありましたらお願いいたします。

- 伊藤委員 質問なんです、私、ちょっとまだ読み取れていないのかもしれないんですが、患者・家族が入りたい、緩和ケア病棟に入りたいと希望するときはどんなときなのかという質問はあったかなという。

なぜかという、本当に現状このとおりで、大体は緩和ケア病棟を持っている病院に行くと、ぎりぎりになったら来てください、すごく誤解を恐れずに言うならば、もう死期が見えてきてから来てくださいだと思います、現状は。本当にもう、自宅でもう

ならなくなって初めて来てくださいね、それまで予約しておいてください、登録しておいてくださいというのがほぼ現状なので、でも、じゃあ、家族が希望するのはどの段階なんだろうというところが、このギャップがちょっと見えないと、このあたりが正しく提示できない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 ありがとうございます。この調査は、対象、答えた人が、拠点病院の緩和ケア病棟の人、または拠点病院ではないけど緩和ケア病棟の人であり、一般的に入りたい人をうまく入れられていないなという実感のもとに書いているということだと思います。緩和ケア病棟の予約に関しては、緩和ケア病棟によっていろいろ違うので、患者・家族が希望したとき、悪くなったとき、痛いとき等、病棟はいろいろあるかもしれません。そこのところの拾い出しは、恐らく多分、今回はしていないけれどというところでご理解いただければと思います。

○伊藤委員 どこかでつなぎ合わせて見ることができたらなというのものもあるんですけども。

○田中ワーキンググループ長 はい。どんなときに緩和ケア病棟への入院、または病院への入院を希望するかという調査も必要だということ、承りました。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

資料4の右側で、すぐに入院できないその理由として、大部分が看取りであるということが原因、要因というふうに書かれていますが、これは、この読み方でよろしいですかね。少し違和感があったんですけども、国の政策としては、緩和ケア病棟は症状が辛いときに入院し、在宅にすぐ戻りなさいということを進めている。でも実際は8割ぐらいが看取られている。だから入れないんだという理解、はい、お願いします。

○品田委員 たびたびすみません。東京医大の品田でございます。

私も実は違和感があって、看取りだから入れないんじゃないくて、基本的に緩和病床の絶対数が、都民が必要としているものに全く達していないというのが大部分なのかなというのは、臨床実感としてはあります。

資料5で千葉課長が説明してくださったところ、ちょっともう一度教えてほしいんですけども、回復期相当の病院にというのは、都が想定してるのは二次救急レベルの病院ということではないということではなかったでしょうか。ちょっともう一度教えてもらっていいですか。

○千葉計画推進担当課長 回復期というのは、病床区分というか、病床機能の考え方のものですので、地域医療構想上で言っている高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4区分ありますので、基本的には急性期の治療が終わった方が回復期相当というふうな形ですね。がんの患者さんで言いますと、維持的な化学療法をやっている方ですとか、そういうふうなものが想定されるのかなと思いますけれども。

○角田委員 さっき、この読み取り方で違和感があるとおっしゃったんですけども、逆

に今、品田さんがおっしゃったように、絶対数が足りないんですね。緩和ケア病棟として指定される絶対数が足りない。だから重症しか今は入れない、看取りのためしか入れないような状況かもしれないので、その手前から診られるように、一般的な、今言った回復期病棟、病床は非常に多いですから、その段階から類型としてカバーができる病床をふやそうという言い方で、私はこれでよろしいかというふうに思っています。

○田中ワーキンググループ長 重症の方、看取りの方が緩和ケア病棟に入っているという状況で、絶対数が、だから絶対に足りないということ。だからこそ、ここで挙げているみたいに、回復期相当の病院に一つワンクッション置けるような形にしようという構想ということで、違いますか。

○品田委員 重ねてすみません。施策としてはすごくいいと思っていて、現場としても、多分、都民の方もすごく助かると思います。急性期の治療病院と緩和ケア病棟の間には、深い川というか、溝があるというか、というのが実際に、それは心理的な障壁も含めてですけれども、東京都さんが今言ってくださったみたいに、いわゆる高度急性期の治療病院ではなく、地域の一般の病院の中で緩和ケアが必要な移行機能を患者さんたちが受け入れられるようにというふうなことについては、そこは違和感はないんです。ただ、ちょっとこの理由の書き方がちょっと少しと思っただけです。すみません。

○高橋委員 聖路加病院の高橋です。

すみません、質問なんです、この左側に緩和ケア病棟の平均病床利用率というのがあるんですけども、拠点病院は75.6%ということなんです、それ以外の緩和ケア病棟は62.9%ということは、何か病床が足りないのか、何かうまく使われていないのか、その辺は周知をしているんでしょうか。拠点病院。

○千葉計画推進担当課長 ここは、数字としてやっぱり75%、62%というのは、私は事務屋ですので、病院でも長く働いていましたけれども、これだったらもうちょっと先生病棟に入れてくださいというような数字ですよ。この病床利用率で緩和ケア病棟が都内じゃ全部足りないと言われても、いやそんなことはないでしょう、もっと使えるでしょうと言いたくなりますよね。

現在、都では、都内では、31施設で緩和ケア病棟がございます。病床数としては620ちょっとだと思います。それで75%といたら100床以上があいているというのが実態ですので、やっぱり使われていないのがあるんじゃないかと。そこが、これは事務方が勝手に推察したものですけれども、死亡退院がほとんどなので予定入院が決まってないんじゃないですかと、亡くなる予定というのは立ちませんので。だから病床率が、当然亡くなってから次の方を調整して入れるということなので、何日かがあいている。必ず何日かあいている日にちがあるんじゃないんですかというのが読み取ったことです。だから、そうじゃない使い方をもっとしたほうがいいんじゃないんですかと。

その上で、効率よく使って役割分担も進めた上で、足りないのかどうかというのは、その次に出てくるんじゃないんですかねというのが我々の考え方です。

- 田中ワーキンググループ長 解説ありがとうございました。はい、どうぞ。
- 三宅委員 私も今のところ、前の病院もそうだったんですが、こういう減少って、基本的には平均在院日数が短くなると起こりますよね。医科歯科もそうで、入ってすぐ亡くなる人が多いとこうなって、一月弱ぐらいの人が多くて、ある程度予定が組めると、稼働率が80%、90%になる。確かにその予定というのもあるんですが、ただ、予定して入る人だけでもないし、我々の今思っているのは、医科歯科は今、院内からしか病棟へとっていないんです。要するに院内の人が移行してくるんですが、院内の主科、治療科の先生が紹介してくれるタイミングがすごく遅いので、具合が悪くなって入ってきても、当日、1週間以内に亡くなってしまう人が多いときはこういう状況になるというのが実感ではあります。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。国の方針で在院日数をどんどん短くしなければいけない方向になっているので、この在院日数が短くなる、利用率は下がるという方向は、恐らく今後も維持されてしまうのかなというふうに懸念はしております。解説ありがとうございました。そのワンクッションがあるということですね。
- なので、重症、看取りが多い緩和ケア病棟と、少し役割分担をしたらいいのではないかという方向も提示がされているというところで、ほかにこれだけは言っておきたいこと、ありますでしょうか。
- 赤穂委員 お看取りをするのと、あと痛みとかをコントロールしてまた在宅に持っていくのと、どっちがスキルの難しいかという、結構痛みをコントロールして在宅に持っていけるようにするというのは、かなりすごいスキルがないとできないということだと思います。やはりさっき提案していただいた、回復期相当の病院に少し移行していくというのは、これは私も絶対必要になると思ひまして、なぜなら、この高齢化で、本当に80代で、最初がんとわかったときからもう積極的な治療はしないみたいな人も、あるいは認知症で、はっきり緩和ケア病棟の専門的な緩和ケアのよさがあまりご本人にとってぴんとこないような方たちもかなり紛れて、それはいいとか悪いとかいう問題じゃなくて、そういう方の割合がどんどんふえてくることで、本当に専門的な緩和のスキルが必要で、緩和ケア病棟がないと痛みを耐え切れないみたいな方がなかなか入れないというのは、ちょっと困ることだなと思う実感もあります。高齢の方で、こういう回復期相当の病院で、必要最低限のという言い方は変ですけども、緩和が受けられて、お看取りをしてもらえるというような病床をふやすということは、必要なことだなというふうに感じております。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。ほかにご意見、いかがでしょうか。
- 角田委員 一つよろしいでしょうか。資料5の、今も議論している2ページのところで、効果のところ、2ポチ目に、「がんをモデルケースとして、他疾患での応用」と。これ、実は全部の領域に言えることで、緩和だけじゃなくて。ですから、ぜひこれ

は、ほかの病気でも、高齢社会になったときの、終末期とか、あとはALSなどを含めて、非常に必要な考え方だと思います。これは根本理論として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。

○伊藤委員 何回もすみません。これ非常に、次のページにも多分かかわってくると思うんですけども、ずっと思っていたのは、東京ならではというか、東京だからこそ、単身者問題をここで組み入れていただけたらなというふうには思っています。

地域へ円滑に移行し、在宅緩和ケアを促進させるという文言が出てくるといつも思うんですけども、単身者はどうするのかという問題が、私自身も含めてですけども、周りで非常に大きな問題なので、先ほど皆さんおっしゃったように、回復期でいかにそういう医療施設を使えるか、地域の資源とどうつながるかというのは、単身者、高齢者のみならず、高齢者はもちろん、高齢者以外のがん以外の患者も含め、心臓疾患、脳血管疾患を含めての疾患の単身者の医療に関して言えることなのかなと思うので、そのあたり、実現は難しいかと思うんですけども、方向性として打ち出すことはちょっと提案させていただきたいと思っています。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。超高齢化、東京の問題。

○千葉計画推進担当課長 ちょっとすみません、補足させていただきますと、多分これはどこでも同じだと思うんですけども、行政として「在宅」という言葉を言った場合には、居宅系サービスも含めます。本当にご自宅というだけではなくて、例えば介護医療院ですとか、ああいう居宅系サービスも在宅扱いというふうな形になってございます。ちょっとそこは補足させていただきます。

○角田委員 まさに今ご質問があったのは、地域包括ケアの概念、高齢者、単身化、少子化、まさにその面ですね。ですから、全ての疾患に言えるので、それは大命題だと思いますけれどもね。

○伊藤委員 というか、それが言葉で出てこないと、患者がこういうのを見たときに一番不安になるのって、実はそういうところじゃないかなというふうに個人的には思っています。専門家はわかっているんでしょうけど、これを患者が見たときにどう思うのという視点を、すみません、入れていただきたい。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。言葉の誤解がないように、ホームページなどでも公になるべきものではありませんので、全ての方が満足して読めるようにということは気をつけていきたいと思っています。

世代部分に、「その他」のところでは小児、高齢者というのは、そういうくくりではしているんですけども、今おっしゃった年代だけではなくて、状況に応じて、状況によるくくりというのにも必要なかもしれません。ありがとうございます。

緩和ケア病棟について、いかがでしょうか。

○秋山委員 秋山ですが、あと、経済的なことがというのが、確実に調査結果が出ているんですけども、それについての対応というか、それは特に取り上げられていないよう

に思うんですけれども、どうにもならないことでしょうか。

つまり、非常に回転が速いといったらおかしいですけれども、次のリストの順番にかけていく、差額がないところがあいてなかったらパスされるという状況もあるんじゃないのかなとちょっと思ったりもしたんですけれども。

- 田中ワーキンググループ長 経済的なハンディキャップをお持ちの方に対する方向性、施策のところには何かありましたっけ。特に。いかんともしがたいところではあります。ただ私たちはそこにも問題があるということは何らかの形で。

事務局、何かありますか。いいですか。伊藤委員とかも大丈夫ですか。緩和ケア病棟のあり方について、よろしいですかね。

(「なし」の声あり)

- 田中ワーキンググループ長 じゃあ進めていこうと思います。

じゃあ次の3番目の項目に行きます。地域連携、在宅緩和ケアの推進というところで、資料の説明をまたお願いいたします。

- 千葉計画推進担当課長 それでは説明させていただきます。資料4は3ページ、資料5についても3ページをごらんください。地域連携、在宅緩和ケアの推進のところがございます。

資料4の左側、結果の概要のところがございますが、拠点病院の調査でございますが、入院患者さんの円滑な在宅医療、これは居宅サービスも含むというところがございますが、移行を阻む要因は何だと考えますかというところで、お答えがあったのが、患者側の要因が大きいということで、「本人の在宅療養に対する不安」が8割弱、「家族からの反対」というのが7割超というような結果になっております。

また次に、受入先の要因ということで、転院先等々の形だと思っておりますが、「患者の看取りができる医療機関が不足」しているというのが約5割。「緩和ケアで必要なスキルを持っている人材が不足」というのも46.7%ということでおおむね5割ぐらいあるというのが、拠点病院の医師が考えていることというところがございます。

次に、診療所系のところに聞いた答えでございます。入院患者さんの円滑な在宅医療への移行を阻む要因として考えられるのは、送り側の要因ということで、拠点病院側のほうにも要因があるというところがございます。また、「患者のかかりつけ医等地域のスタッフと」、ここ主語がないんですけど、拠点病院とが、「カンファレンスを十分に実施できていない」というのが4割、42.4%あるというところで、共通の項目といたしましては、「患者の急変時の対応が明確でない」、これはかかりつけ医と拠点病院等々の役割分担のことを含むと思っておりますが、そこが40%というふうな結果が出ております。

右側の推進の方向性のところに行きまして、上段の丸ですが、拠点病院等においては、在宅医療への移行を阻む要因として「患者の要因」「受入先の要因」を挙げる割合が大きいが、逆に診療所においては、「送り側の要因」を挙げる割合が大きくなっているという結果になっております。

それに対する取組の方向性が、矢印の下でございますが、丸の一つ目ですが、拠点病院等において、早い段階からの本人や家族の不安の解消、在宅医療に関する情報提供・理解促進が必要じゃないかと考えております。

丸の二つ目、拠点病院の入院時からのカンファレンスの実施等により地域との連携を強化するなど、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なんじゃないかというふうに考えてございます。

資料5のほうに移っていただきまして、こちらでは大きく2段になってございます。細かくは3段でございますが、まず拠点病院と地域の医療機関の連携体制の構築というところで考えたのが、一番上でございます。取組といたしましては、ちょっと先ほどと重なるところはありますが、回復期相当の病院に地域移行を担う人材を配置し、その人材を中心とし、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くことが必要じゃないかというふうに考えております。

以上でございます。

- 田中ワーキンググループ長 では地域連携、在宅緩和ケアというところになります。このところでいかがでしょうか。リアルなデータが出てきております。患者側の要因、家族の要因、送る側の要因、そして送られる側の要因ですかね、それで共通の問題があるということで、お願いします。
- 高橋委員 すみません。地域とか病院にもよるとは思うんですけども、当聖路加病院の場合は、比較的もともとのかかりつけ医がない方もかなり多くて、実際かかりつけ医がないので、初めての診療所とか、在宅の先生方をお願いするというので、非常に医療者側はすばらしい先生型をよく、いろいろ存じ上げているので、いろいろアピールしてご紹介するんですけども、やっぱり患者さん方やご家族の不安が非常に強くて、なかなか帰れないというふうな状況もありますので、送り側の要因と拠点病院側と、同じ患者さんについて言っているわけではないと思うので、その辺が、多少ずれがあるのかなというふうに思ったりしています。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。ほかにご意見、鈴木先生、お願いします。
- 鈴木委員 すみません、おくれてまいりました。在宅側から見た場合に、やっぱり今、在宅緩和ケアを受けられる方というのはすごくラッキーな方々になるのかなと。やっぱりずっとがんを拝見させていただいて、単がん患者さんの高血圧をかかりつけ医として拝見させていただいても、やっぱり終末期になってくると、ご家族の反対は、病院との連携がどうしてもうまくいかなかったりして、在宅で最後を迎えられない方も結構な数がいらっしゃいます。

やっぱりここら辺のところはすごく課題で、病院側のほうも在宅へと誘導はして下さるんですけども、例えばご家族との信頼関係が出ていない。私のところは外来診療もやっている普通の診療所ですけども、在宅の専門のクリニックじゃないと、とても

信頼できない、24時間すぐに駆けつけてくれないというような、そういう言い方をされて断られてしまうと。

この前ショックだったのは、うちの隣のおじいちゃんが肺がんなんですけれども、その方が入院して、帰ってきたらうちで、うちの向かいが居宅療養支援事業所で、もうすぐに誰でも行ける状態なんですけれども、それでも家族は嫌だということを言われてしまって、やっぱりなかなか難しいなということを思いました。

これはやっぱり病院と在宅の連携だけじゃなくて、地域も巻き込んで、市民も巻き込まないと、なかなかうまく解決しないのかなというふうに思います。

また、在宅緩和ということもよく言われるんですけれども、在宅緩和というと、どうしても終末期ということになって、みんなあまり考えたくない。例えばこれは今後の課題ですけれども、かかりつけ医がもうオピオイドも使えるよと、いつでも安心して、病院の先生が話しにくかったら、かかりつけ医も病院の先生と連携して、オピオイドで緩和もできるからという体制を、将来的に目指さなきゃいけないんじゃないかなというふうに思います。

もちろん鎮痛に難しいようなケースは、当然専門家である緩和ケア病棟を利用してということで、やっぱり先ほども出ましたけれども、緩和ケア病棟が看取りの場になっちゃっているというの、ちょっと本来のあり方とは違うのかなという気がいたします。

○田中ワーキンググループ長 在宅の立場からいただきました。いかがでしょうか。

○三宅委員 さっきの聖路加の話で、ふと思うんですが、うちも大学病院なので、遠くから来ている人とかいらっちゃって、もともとかかりつけ医じゃなくて、最初から聖路加に行っちゃうとか、医科歯科に来ちゃう人がやっぱり多いんですね、がんの患者さんで。

印象としては、がんのかかりつけのお医者さんがまずいて、そこがファーストコンタクトをとって、その先生がいろいろ手配して、手術が必要なときはここ、緩和ケア病棟が必要なときはここ、また最後はそこに戻ってくるなり訪問診療になるなりという、そのがんのかかりつけの先生というのがすごく大事なんじゃないかということを常々思っています。だから、それをどう推進していいかという。ただ、今後高齢化が進んでくると、がんの人が多くなってくるので、その一線の開業医の先生方もやっぱりそこに注力されるんじゃないかという希望的なことは考えてもいいのかなというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○角田委員 よろしいでしょうか。私、角田です。

私も消化器科でがんを診断して病院へ送るんですけど、もともとかかりつけの患者さんは、比較的話を聞いているので、ぜひ終わったらこっちに来てください、帰ってきてくださいと話します。さっき鈴木先生もおっしゃっていたように、それでも、家族が、遠くにいる家族がいきなり、「おばあちゃんはだめだ」みたいな、「こっちへ」なんていうこともあるんです。ですから、やっぱり今後は、高齢者っていろんな病気を持って

いるので、かかりつけ医からどこかを紹介して、また同じルートで戻ってくるというのが理想だと思うんですね。

逆に聖路加とか有名なところって、患者さんはネットで調べて、検診で診断がついたらすぐ行っちゃみたいで、そういう人は地域とのかかわりが非常に少ないので、ですからそれをいかに地域に落とすかというのは、一つ大きな課題だというふうに思います。

- 鈴木委員 よろしゅうございますか。ちょっと先ほど思いついたことがあったのであれですけども、たしか、がん研の連携システムなんかだと、患者の近くのかかりつけ、がんの診療経験があるような医師が自動的に電子カルテにリストアップされて、それでそのかかりつけ医がいなかったら、その患者さんにかかりつけ医ということで紹介するというようなシステムを、たしか専門医と地域の医者と二人で診ていきましょうという、二人主治医制を推進するようなシステムをたしか動かしていたと思うんですね。角田先生がそんなことを言っていたと思うんですけども、そんなのもちょっと参考になるかもしれませんね。
- 角田委員 それはあります。東京都では、全地区で、自分はその5大がん、ないしは前立腺を入れて6大がんのうち、どれを診られるかというのを手を挙げさせて、それを駒込病院に情報提供して、各拠点病院や連携病院にはそれが見られるようになっていきますので。ですから外来の先生が、この地域でこの先生がいるよということは、今十分できる状況にはあります。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。そしてまた、一応ここに戻ってというところで、このアンケート調査の結果、ミスリードしていないか、もれていないか、そしてそれが適切にサマライズされて方向性につながっているかという視点で、またお願いいたします。
- 品田委員 一つ一つありがとうございます。データに基づいてのお話をさせていただきます。

転退院先の決定方法のほとんどが、退院支援部門が転院先を探すというふうなデータが出ているということなので、その意味でソーシャルワーカーの立場からお話しさせていただくと、これ、地域移行、ちょっと定義が非常に、在宅医療への移行というふうなことになっているので、開業医の先生とか地域の先生のご議論は、今、鈴木先生や角田先生がおっしゃったところにあわさるんですが、実は、この在宅医療への移行を阻む要因のこの背景には、緊急時の、書いてありましたよね。急変時の対応が明確でないというところが、実はかなりライブの声としては大きくて、開業の先生のところには本当は戻りたいんだけど、具合が悪くなったときに、拠点病院側はもう受け入れませんよという話にもなり、開業医の先生に戻っても、入院するときにはまた先生たちが探したりご迷惑になっちゃうんじゃないかというふうな患者さん側の懸念も実はあって、そのところで言うと、逆に私たち拠点病院側は、開業医の先生たちにもご連絡をしながら、パッ

クアップのベッドのことも一緒にご相談させていただいてというふうな形で、そういった意味では、拠点病院側もそれ相応に努力はしているんですが、多分その調整にも時間がかかる間に患者さんたちが悪くなって行って、帰れるチャンスを逸しちゃっているというふうなこともあるのかなということが想定されるので、できればこの推進の方向のところで、開業医の先生と、受け入れ側の、このバックアップの病院とのパイプをどのぐらい強められるかというふうなことも項目に、推進の中に何か一つ入れていただくと、それも一つ、いわゆる地域と病院と、地域の病院と地域の開業医の先生とがん治療をやっている病院がループになるというふうなものがあると、今、どちらかという入り口側、出口側というところの双方向性しかちょっと提案がないので、ループでというふうなところがあるといいように思いました。

- 秋山委員 新宿区の緊急一次入院病床確保事業をうまく利用しながら緩和ケア病棟があるJCHO新宿さんは、サブPCUというような格好で、少し患者さんをとってくださるんですね。だから、この包括ケア病棟等のようなものと、PCUがあるところではあるんですけども、その地域の二次救急を引き受ける病院として、緊急一次に病床確保事業はがん以外の人も受けてくれるんですけども、そこをうまく利用しながらPCUへ移行できるようにという、それがあるので、かかりつけの先生も安心して見られるという。全てがうまくいっているわけじゃないんですけども、新宿の一部の新宿医師会とのつながりで、それはうまくいきつつあるので、そういう意味では地域とのスムーズな連携というあたりで、もう一つ、PCUの前のサブアキュートという、そういうところはうまく活用できたらいいんじゃないかと思えますけれども。
- 田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。PCU、サブアキュート、サブPCUだったりプレPCUだったりという言い方があるかもしれません。
- 鈴木委員 ちょっとだけ。私の地域では、在宅医療後方支援病院になっている病院があって、そのシステムがうまく動いて、ちょうどその病院が緩和ケアチームも持っているので、それで結構動かしていると思います。
- 田中ワーキンググループ長 事務局から何かありますか。
- 千葉計画推進担当課長 大丈夫です。
- 田中ワーキンググループ長 このところは割と議論が白熱するかなと思っていたんですけども。
- 秋山委員 もう一ついいですか。もう少し前、さっき、聖路加に直で行くって、がん研も直で行っている人が結構あって、戻せないというような話は結構聞いている状態なんですけれども、地域のかかりつけ医の先生からの紹介で治療病院に入った場合には、やっぱりそこへ戻していただくという、割とやっぱり原則論を、このカンファレンスの時期も含めて、地域との連携を、その地域へ戻すというか、それをやっぱり強調していただければなと思うんですけども。

それで、その早い段階からというあたりの早い段階が、実を言うと外来の時点からの

情報提供だと思っんですよね。そこら辺が、もう少し外来時点というのをきちんと書き込んでもいいんじゃないかと思うぐらいの今の現状なんだと思っんですけれども、どうなんでしょうか。

○鈴木委員 通院から。

○品田委員 そうですね。秋山委員が今おっしゃったような早い段階というのは、つまり、通っているということですよね。がん治療で通院していらっしゃる方に、いわゆる地域移行の話、そうですね。そういう意味合いは、実際現場でもやっていると思っしますので、いいんじゃないかと思っします。

二人主治医制については、今うちの病院もそうですねけれども、むしろ積極的に地連が中心になって、地域の先生と病院でデュアルで診ていこうというふうな動きはあるので、それをより加速させるような文言は、秋山委員がおっしゃったような形を含めて入れていただくといいかなと思っしました。

○伊藤委員 本当にそう思っっていて、できるなら告知時からと私は思っって、患者の立場からしても告知時からだと思っった。検査からでもいいんじゃないかというふうに思っっています。患者の心情としては、やっぱり、そうじゃないかと思っったときから、名医はどこだと、治してくれるお医者さんを探してそこへ行くといくので、そこにある意味すがりつくような心情で病院選びをしているので、その来たときに、最初から突き放すような話ではないんですけれども、そこでしっかり自分、患者が言うのもおかしいんですけれども、そうじゃないんだということとその時点で伝えないと、無駄な希望というか、無理な希望だけが膨らんでしまっって、何とか治してほしいからその先生のところに行ってきたいんだというところだけ、気持ちだけが、不安と、この気持ちがないまぜになっちゃっって、後になればなるほどそれっって修復が難しくなっってくるんじゃないかなと思っるので、できたらそういう、がんの治療っってそういうものなんだよというモデルのようなものが見えてくると、患者側も、いい意味で諦めてもらおうというか、そういう働きも必要なのではないかなというふうには思っっています。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。資料3の10ページのこの表が、とてもインフォーマティブというか、情報量が多いなと思っって、今、図表277で、太字で書かれているところが多いというところなんですけれども、左の列三つは送る側、右側三つが受け取る側の阻む要因を言っっています。送る側としては、患者・家族が不安だから、反対するから送れないであったり、在宅の地域の人たち、スキルや人が少ないよねと言っっていたり。受け取る側としては、十分な情報をもらっっていないぞ、カンファレンスしていない、上級編の対応ができていないぞというふうに言っしているところなので、今まさに伊藤委員がおっしゃったように、患者・家族の教育も含めてというところではあるかなと思っします。そして早期から、東京全体で、日本全体で考えていかなきゃいけないというところかもしれません。患者・家族が安心して地域に戻れるように、患者・家族を教育すること、地域の先生方の底上げをするということ、そしてその連携をきち

んとすること、何よりも役割分担をきちんとすることということが、ここから読み取れるというところで、施策に結びつくのは今、資料4や5にまとめていただいたところかなと思いますが、そんな形でまとめる、もしかしたら、少し文言は変更になるかもしれませんが、そんな形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　じゃあ主には地域連携というところでお話をしましたが、続いて薬局のこと、訪問看護ステーションのことが続くと思いますので、また資料の説明をお願いいたします。

○千葉計画推進担当課長　それではご説明させていただきます。ちょっとすみません、時間も押してまいりましたので、資料4ですと4ページのところに薬局と訪問看護ステーションのこと、それから5ページのところに人材育成のことが書いてございます。一括して、ちょっとご説明させていただきます。

資料4をごらんください。4ページ、上段が薬局でございます。

がん患者さんの緩和ケアへの対応状況について、薬局にお聞きした質問の項目でございます。「大半の患者について対応できている」が28%、3割弱。「大半の患者について対応できていない」というのが29%、約3割弱ということで、似たような結果になっているというところでございます。

丸の二つ目、時間外対応が必要な場合の対応状況というところでございますが、結果といたしましては、「大半の患者について時間外に対応できていない」「全ての患者について時間外に対応できていない」というところが合計で24.1%、4分の1ぐらいあると。

丸の三つ目、患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じる理由をお聞きしました。結果、「オピオイド製剤の迅速な入手が困難」というのが67%、7割弱、「オピオイド製剤の在庫管理が困難」というのが43%。

丸の四つ目、最後でございますが、平成30年4月における緩和ケアの利用者数というものをお聞きしています。平均薬局あたり1.3人ぐらいというのが現状であるというところでございました。

推進の方向性でございますが、右のほうに行きまして、丸の一つ目、薬局は、対応実績が少ないことに加え、体制面からも緩和ケアへの対応は限られており、時間外対応も十分とは言えない状況にある。

丸の二つ目、患者に緩和ケアを提供する上で、オピオイド製剤の入手や在庫管理が困難と考えられるケースが多いというふうな現状があると思います。

矢印の下に行きまして、方向性でございますが、地域レベルでの薬局を含めた在宅緩和ケアを支援するネットワーク、何らかの形でのネットワークを構築し、連携を図る等の対応が必要であると考えております。全ての薬局でオピオイド製剤を管理してやってくださいというのは現実的ではないと思いますので、ネットワークで対応するのが現実

的なんじゃないかというのが方向性の案でございます。

次に、訪問看護ステーションに行きます。

下の段でございます。訪問看護ステーションに聞いた質問項目の丸の一つ目、がん患者の緩和ケアの実施状況について、お聞きしました。「行っている」75.8%。

丸の二つ目、緩和ケアを「行っている」場合の、多い患者さんの状況、「いわゆる終末期」が69.1%。

丸の三つ目、緩和ケアの提供において困っていることについてお聞きしました。ケアマネジャーとの連携の不足というのが出ております。

右のほうの推進の方向性に行きまして、丸の一つ目、多くの訪問看護ステーションが、在宅での看取りを中心に緩和ケアに対応している状況にある。

丸の二つ目。一方で、在宅での緩和ケアに当たり、医療と介護の連携が今後も必要であるというふうに考えられると。

矢印の下に行きまして、方向性でございますが、地域移行に向けたカンファレンス等の機会を捉え、ケアマネジャーをはじめとして、関係者間での連携を推進する必要があると考えております。

資料5に行ってくださいまして、3ページですね。資料5の3ページでございます。

地域の関係機関との連携体制の構築というところで、まず薬局の部分が、取組の真ん中の段でございます。地域の拠点となる薬局を設置し、在庫状況の把握ですとか、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り、在宅緩和ケアを推進していく必要があるんじゃないかということで考えております。

次に、訪問看護ステーションにかかわるところなんですけれども、回復期相当の病院に地域移行を担う人材を配置。これは先ほどの一番上と同じことが書いてございます。その人材を中心とし、ICTの活用等により、多職種間での情報連携を推進する必要があるんじゃないかというふうに考えております。

失礼いたしました。次に、資料4にまたちょっと戻っていただきまして、5ページにお進みください。

人材育成のところでございます。拠点病院、それから緩和ケア病棟のある病院等々に聞いております。

丸の一つ目ですが、相互交流による研修の必要性、拠点病院と地域の病院との相互交流ですね、その必要制が感じられますか、どうですかという質問に対して、「必要である」というのが70%以上あったという結果になっております。

丸の二つ目。他の病院等との一定期間相互交流による研修を実施していますかというところは、「ある」というふうにお答えがあったのが30%未満であったと。必要性は感じているけれども実施はされていないというのが現状だろうと考えております。

次の質問でございますが、拠点病院や緩和ケア病棟のある病院の医師に聞いておりま

す。

丸の一つ目、緩和ケアに関する知識・技術を得る機会が「やや充足していない」「充足していない」というネガティブな回答だった割合が30%未満でした。多くの方が、知識・技術を得る機会があるというふうなことは言えると思います。

次に、緩和ケアに対応している病院、拠点病院や緩和ケア病棟がないが緩和ケアの対応をしている病院の医師に聞いたところ、緩和ケアに関する知識・技術を得る機会が「やや充足していない」「充足していない」というネガティブな回答をした割合が、職種によって違いがあるんですけども、下の矢印のところにありますが、介護職員のほうで62%、医師、これは精神症状緩和を担当する医師というところでございますが55%、臨床心理士48.9%、医療ソーシャルワーカーが48.8%という結果でございました。

そこで、右のほうの推進の方向性に行きまして、上の段の丸の一つ目、相互交流による研修の必要性があると答えた割合が大きい。

丸の二つ目、緩和ケアに対応している病院の介護士や医師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーは、研修機会が乏しいという結果が見えるんじゃないかと考えております。

そこで、今後の取組の方向性が、矢印の下でございますが、人材交流による研修の促進と、特に研修機会の乏しい地域の医療従事者の取組を推進するということが必要んじゃないかと考えております。

そこで、資料5のほうに移っていただきまして、資料5の4ページをごらんください。

ここでは多職種によるチーム医療の推進という項目を立てさせていただいております。取組の欄をごらんいただければと思います。

医師、歯科医師以外の医療従事者、薬剤師、リハビリテーション職、臨床心理士等々の方々ですけども、医師、歯科医師以外の方向けの緩和ケア研修プログラムの開発とその研修の実施が必要じゃないかというふうな取組を考えております。

説明は以上です。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。まず薬局の問題点に関して、いかがでしょうか。松本委員、お願いします。

○松本委員 薬剤師会の松本です。

先ほど、地域連携のところでも退院調整の部分があったんですが、薬局の問題は、まず在庫の問題とかが多分クローズアップされると思うんですが、退院調整のところでも、今、多職種カンファとかがありますが、なかなか病院薬剤師は、その場に出ることができずにいます。多分、開局の薬局の方も、なかなか抜けられないという現状があります。今の診療報酬の仕組みですと、病院薬剤師は、退院時のサマリーみたいなものをまとめて患者さんに渡すんですが、そうすると、患者さんがそれを持ってからの始まりになってしまうので、そのところで、人が行き来できない部分はありますが、何か情報をやれることがないかなというふうには、ちょっと今思いました。そういう診療報酬上

じゃないところのやりとりをして、在宅に戻ったときに、先生が処方を出すときに困らない仕組みというのは、ある程度病院薬剤師と薬局の薬剤師が連携してできることがあるんじゃないかというふうには考えました。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。薬局の立場から言うと情報が足りないというところですね。

○松本委員 そうですね、薬局は足りない。

○田中ワーキンググループ長 結果と方向性に関してはいかがでしょうか。こういう形で。

○松本委員 あともう一ついいですか。調剤器具のレンタルというのは、これは無菌調整の設備ですか。それともPCAポンプとかそういう話なんでしょうか。ちょっとそこがわからなかったので、すみません。

○千葉計画推進担当課長 資料5の取組の真ん中のところですね。

○松本委員 そうです、資料5です。

○千葉計画推進担当課長 ポンプについては、たしか診療報酬でもレンタルのやつは点がとれるように在宅系ではなっているんじゃないかと思うんですね。ですので、診療報酬であるものを何か都が上乘せして取り組むということはないと思います。

ここで言っている、これは勝手な想像ですけれども、例えばですけれども、クリーンベンチとかそういうのを整備するときの何らかの支援ですとか、そういうことを想定しております。

○松本委員 わかりました。ありがとうございます。

○角田委員 よろしいでしょうか。医師会の角田です。

この薬局へのというのは、地域で開業している薬局の方への質問で、大きく二つ、24時間は難しいとか、あとオピオイドなんかはすごい入手が困難であったり、もう一つは、在庫管理は経済的な面ですよ。この辺は各地域で薬剤センターを持っているところが多くて、そこに在庫管理をしてもらって、必要な分だけ出していただくというシステムがあるんですね。ですから、それを有効に使えばいいと思うので、まさにセンター化というのは一つの方法だと思います。

それと、24時間対応が今、いろいろ在宅のほうで求められていますけれども、実際に、本当に24時間必要なのかというのはありますよね。割と、ある程度予想しているというようなことがあるので。ですから、その辺のところはまさにセンター化か、ないしは集約してどこかの拠点でやるというのは重要な点だと思います。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。

続きまして、訪問看護ステーションに関して、結果、方向性、いかがでしょうか。

○秋山委員 ここでケアマネジャーとの連携がという結果が出ているんですけども、がんの結果としては、緩和は看取りへ向けての人が多いので、その六十何%は看取り向けという訪看の結果が出ていて、そうすると、医療保険での対応になっていくという、保険の種類が違うので、なかなかそこがうまくいかないという、介護保険のケアマネジ

チャーさんとの連携は、それなりに努力をしないと、先に医療保険で動いていたり、逆にケアマネさんは訪看を入れずとケアプランを作成したり、そういうことはめったにないように思うけれども、実はあったりもしまして、そこで連携がうまくいかないという結果が出ているので、そのこのところをもう少し、病院の退院のときに、緩和が本当に重点的に必要な人は看護をぜひ入れてほしいということだなと思っているんですけども。

○品田委員 ありがとうございます。本当に秋山委員がおっしゃったとおりで、私たちのほうも患者さんの病態像に合わせて、訪問看護の導入というのは、外来の化学療法に通っていらっしゃる時から、比較的積極的に導入しているというのが、多分いずれの病院でも多いんじゃないかと思います。そのときに問題になるのが、介護保険と医療保険の制約がそれぞれにありますので、その調整というのは確かにちょっと、かなり技術的などころではありますが、確かにあるなと思っていました。

○田中ワーキンググループ長 では、ちょっと時間も押していますので、生データを見ながらこの辺、ご意見だけ伺わせていただきました。

ごめんなさい、時間が押していますので、人材育成のところではいかがでしょうか。

○角田委員 よろしいでしょうか。さっき言ったように、訪問看護ステーションの話など出ていますけれども、大概ケアプランを作成するのはケアマネジャーなので、『多職種への研修』だけじゃなくて、『介護との連携』というのはやっぱり一言入れていただきたいと思うんですが。

○田中ワーキンググループ長 コメントありがとうございます。いかがでしょうか。

では、急いでおりますが、次、その他の項目に入りたいと思います。ページ数は6、7、8ページになります。資料4の6、7、8ページになりますが、また説明をお願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 その他につきましては、全部で四つの項目を挙げさせていただいております。資料4では6ページ、7、8ページにわたって、四つ枠を記載してございます。資料5につきましては、5ページのところで四つ一遍に書いております。

それでは資料4からご説明させていただきます。

小児がん患者への対応というところで、一つ目を挙げさせていただきます。調査の対象が、拠点病院、それから緩和ケア病棟のある病院ということで聞きました。

丸の一つ目、小児がん専門病院と地域施設との役割分担についてお聞きしました。結果、「どちらかといえばできていない」「できていない」がそれぞれ34.4%、50%でございました。

丸の二つ目、小児がん専門病院と地域施設との役割分担ができていない理由は何ですかと聞いたところ、「関係職種同士で情報共有するための連絡方法・内容等が確立していない」「関係職種による合同カンファレンス等の情報共有する機会がない」という結果が出ております。

丸の三つ目、拠点病院等の医師からの意見として、自由意見のところでございますが、

小児の緩和、小児の在宅に対応する施設や人材が少なく、支援体制の充実が必要であるというふうなご意見がございました。

右側に行きまして、上段丸の一つ目、小児がんでは、がん専門病院と地域施設との役割分担が不十分であるという。

丸の二つ目、その理由は情報共有に課題があり、施設や人材がそもそも不足している現状があるのではないかと考えられます。

取組の方向性ですが、矢印の下に行きまして、小児がん拠点病院を中心とした地域連携を進めていく必要があると考えております。

資料5に行きまして、一番上の、小児がん患者への緩和ケアの提供というところでございますが、取組といたしまして、小児がん拠点病院等が、小児がん診療に携わる医師・看護師等向けに、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するべきではないかと考えております。

また、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検討していく必要があるというふうな方向性があるんじゃないかと考えております。

続きまして、資料4の7ページをごらんください。

こちらでは高齢者、ここでは75歳以上というのを一つのメルクマールとしておりますが、それへの対応ということで書かせていただいています。

調査の対象が、拠点病院等の医師、緩和ケア病棟のある病院の医師ということで、丸の一つ目ですが、治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題についてお聞きしました。結果が、「認知機能の低下」「キーパーソンの不在、同席協力が困難」や、「本人と家族の思いの乖離」があるというふうな結果が出ております。

次に、緩和ケアに対応している病院や診療所にお聞きしました。がん専門病院と地域の医療機関・施設の医師の役割分担についてお聞きしました。「どちらかといえばできていない」「できていない」が20%程度あるというのが結果として出ております。

推進の方向性、右のほうに行きまして、上段丸の一つ目ですが、高齢のがん患者は、治療方針決定のための情報提供や意思決定に当たり配慮が必要である。

丸の二つ目、地域の医療機関・施設において、がん専門病院との役割分担ができていないという回答が一定数存在しているという結果になっております。

取組の方向性が、矢印の下でございますが、丸の一つ目、問題が顕在化する前からの支援開始が重要であると考えております。本人と家族の話し合いですとか、キーパーソン不在時の対応というのが、事前に支援をしていく必要があるんじゃないかと考えております。

丸の二つ目、拠点病院等から在宅へ移行するに当たり、地域の医療・介護従事者も含めて地域での療養生活について話し合う等、高齢者一人ひとりに対し連携して支援する必要があるんじゃないかと。だんだんがん患者だけのことじゃなくなってきたけれども、そういうことが言えるんじゃないかと思えます。

資料5のほうに移っていただきまして、2段目のところでございます。患者・家族への支援体制の充実というところで、取組のところをごらんください。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を検討していくということで、こちらもちよっと具体的ではないんですけれども、そういう検討が喫緊の課題ではないかというふうに思っております。

行ったり来たりして申しわけございません。資料4の8ページをごらんください。

こちらでは、上段が患者・家族への支援状況、下段が普及啓発の必要性というところを調査しております。

調査結果でございますが、対象は患者さんに聞いております。患者の家族や介護者の経済的負担や心理的負担、身体的負担に対する医療スタッフからの働きかけ、どうでしたかと聞いたところ、「十分にあった」というところが、経済的、心理的、身体的なところが、ごらんとおり、7.4%、7.7%、6.5%となっております。「全くなかった」、経済的、心理的、身体的というところが30%、22%、24%という結果になっております。

次に、同じく患者さんに聞いたところでございますが、丸の一つ目、がん相談支援センターの認知度についてお聞きしました。「知っている」49.2%ということで、5割を割っているというところでございます。

丸の二つ目、がん相談支援センターの利用経験の有無というところをお聞きしたところ、利用したことが「ある」という方は11.5%という結果が出ております。

右の推進の方向性をごらんいただきまして、丸の一つ目、患者の家族や介護者の経済的負担や心理的負担、身体的負担に対する医療スタッフからの働きかけが、結果から考えると十分とは言えないのではないかと。

丸の二つ目、がん相談支援センターの認知度や利用実績は十分とは言えないのではないかと。

取組の方向性が矢印の下でございます。丸の一つ目、地域の医療機関等も含め、患者の家族や介護者に対する支援を充実させるため、がん相談支援センターの周知及び必要に応じたつなぎ等を検討していく必要があると考えております。

丸の二つ目。医療従事者と患者・家族の間において、負担に対する働きかけの認識にギャップがある可能性があると考えております。それを埋める取組もあわせて必要になるんじゃないかと考えております。

資料5に行っていただきまして、上から3段目、患者・家族への支援体制の充実というところでございますが、取組の欄をごらんください。患者や家族の困りごとを把握するため、東京都緩和ケア連携手帳を積極的に活用するよう東京都がん診療連携協議会の場で周知することが必要じゃないかというふうなことを書いてございます。

すみません、もう一度、資料4に戻っていただきまして、最後の項目でございます。

普及啓発についてでございます。左側の結果のところでございますが、患者さんに聞

いております。

丸の一つ目、緩和ケアの認知度についてお聞きしました。「ほとんど知らない」「全く知らない」が28.3%でございました。

丸の二つ目、緩和ケアを受ける時期のイメージについてお聞きしたところ、「診断早期から受けるケア」とお答えになったのが14.0%でございました。

丸の三つ目、緩和ケア病棟への入院に対するイメージについてお聞きしたところ、「痛みやつらさに対応してくれる所」というお答えが56.2%、「最後の看取りの場所」とお答えした方が36.4%でございました。

右の推進の方向性のところをごらんいただきまして、上段丸の一つ目、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。

丸の二つ目、緩和ケア＝看取りの時期に受けるケアであり、緩和ケア病棟＝看取りの場所というイメージが一定程度あるという結果と認識しております。

それに対して取組の方向性が矢印の下でございしますが、緩和ケアをはじめ、就労支援、AYA世代がんも含めて、患者や家族にとって必要な情報を効果的に発信することが重要であると考えております。

そこで、資料5に移っていただきまして、一番下の4番目の段でございします。がんに関する正しい知識の啓発というところで、取組の欄をごらんください。医療関係者に対し、緩和ケアに関する正しい知識を啓発すること。また、都民に対し、がんになる前からがん予防、罹患後に必要な知識を啓発する必要があると、そのように考えております。

説明は以上でございします。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。小児、高齢者、患者・家族への支援体制について、そして一般市民も含めた患者・家族への啓発について、4項目挙げていただきました。いかがでしょうか。時間がちょっと押しておりますが。お願いします。

○品田委員 東京医大の品田でございします。たびたびすみません。

資料5の取組のところで、特に小児がんは、ちょっと私専門が違うのでわからないんですが、下の三つ、高齢者とか、患者さんとか、あるいは都民の方向けに、がんポータルサイトを東京都は開いてくださっているの、そのがんポータルサイトに、もう少し情報をたくさん入れていただいて、都民の方に、ここに行けばあらかたのことはわかるよというところをつくっていただくのがいいかな。それは例えば、早期からの緩和ケア、今も書いてはありますけれども、もう少しわかりやすいページ設定にしたり、患者支援団体みたいなものも一覧であったりしますので、そういうところにつながるものをバナーで載せるとか、ページをもう少し充実するというものも取組に入れられたらいいんじゃないかと思いました。

○田中ワーキンググループ長 ありがとうございます。教育・啓発のところに少し追加をいただいたということでした。

あとはいかがでしょうか。

(「なし」の声あり)

- 田中ワーキンググループ長 よろしいですかね。少し私が急がせてしまったようで、なかなかコメントが出にくくなっているのかもしれませんが、まだまだこれを読み込んだらたくさん問題が出てくると思いますので、きょうは一旦ここで閉じますが、読み込んでいただき、またメールなどでいただければと思っております。

じゃあ、一旦、事務局にお返しします。

- 千葉計画推進担当課長 田中先生、ありがとうございます。

本日は活発なご意見をたくさんいただきまして、ありがとうございます。先ほど田中先生からもご説明がありましたけれども、追加のご意見ですとか、後から思い返してみると言い忘れたとか、いっぱいあると思います。追加のご意見等につきましては、後日、我々事務局のほうから、皆様からいただけるような形で、ちょっとメーリングリストっぽい形でちょっとやらせていただきたいと思います。どなたからの意見も皆さんが見られるような形でやらせていただきたいと思います。皆様お忙しい中とは思いますが、ぜひご協力いただければと思います。よろしく願いいたします。

最後に、事務連絡を2点申し上げます。

1点目、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ございますが、ちょっと重いもの、参考資料1ですとか参考資料2などは重くなっておりますので、お持ち帰りにならない、ご不要の場合には置いていっていただいて結構ですし、もし郵送してほしいということであれば、ちょっと帰り際に誰か、その辺の人間に言っていただければ手配いたしますので、よろしく願いいたします。

2点目でございます。本日お車でお越しの方につきましては、駐車券を用意しておりますので、後ほど事務局へお声がけをお願いいたします。

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。私の進行の不手際で、後半のところはかなりスピードアップになりました。まだ言い足りないことはたくさんあると思いますが、以上で、第3回緩和ケアワーキンググループの閉会とさせていただきます。皆さん、ご協力ありがとうございます。お気をつけてお帰りください。ありがとうございます。

(午後 8時01分 閉会)