

令和5年度

東京都がん対策推進協議会

第10回緩和ケアワーキンググループ

会議録

令和5年8月16日

東京都保健医療局

(18時00分 開始)

○道傳地域医療担当課長 ただいまより、東京都がん対策推進協議会「第10回緩和ケアワーキンググループ」を開会いたします。

私は、がん対策を所管しています、医療政策部地域医療担当課長の道傳でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日のWEB会議にあたりまして、委員の皆様にご2点お願いがございます。

1点目は議事録作成のため、必ずご所属とお名前をおっしゃってからご発言いただきますようお願いいたします。

2点目はご発言いただくとき以外は、マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

なお、本日の会議は、後日資料及び会議録を公開させていただく予定でありますので、よろしくお願いいたします。

まず初めに、委員のご紹介をさせていただきます。資料1-2をご覧ください。

本来はご出席の皆様のご紹介をさせていただきたいところですが、時間も限られておりますので、資料1-2をもってご紹介に代えさせていただきます、前回ご欠席された委員の方のみご紹介をさせていただきます。

東京女子医科大学精神医学講座准教授、赤穂委員でございます。

続きまして、東京医科大学八王子医療センター総合相談・支援センター課長補佐の品田委員でございます。品田委員ですが、まだご参加いただけていないようですので、また後ほどご紹介させていただきます。

なお、本日、里見委員より遅れてご参加とのご連絡をいただいております。

それでは、本日は少人数での会議となりますので、皆様より忌憚のないご意見を賜りたく、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日の会議の資料ですが、次第に記載のとおり、資料1から資料5までと、参考資料1から7までとなっております。

それでは、これ以降の進行につきましては、松本ワーキンググループ長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○松本WG長 よろしくお願いいたします。ここから先は進行を務めさせていただきます。

まず、議題(1)、「東京都がん対策推進計画(第三次改定)」の骨子についてになります。本日の議題は1つですので、区切りを入れながら、ご質問やご意見をいただきたいと思います。

それでは、事務局様、どうぞよろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、資料につきまして事務局よりご説明させていただきます。

前回ご欠席の委員もいらっしゃいますので、まずは前回の会議の内容を簡単に振り返ら

させていただきます。前回会議でお示しした資料を参考資料6としてお送りしておりますので、ご覧ください。

こちらの2ページ目に、東京都がん対策推進計画の第三次改定に係るスケジュールをお示しております。

この7月と8月で、次期計画の具体的な内容について、部会やワーキンググループでご議論をいただきながら、内容を詰めているところとなります。

ワーキンググループの1回目は7月20日に開催をしておりますが、前は、次期計画期間における取組の方向性について事務局案をお示しており、課題認識として抜け漏れがないか、取組の方向性に問題がないか等、皆様よりご意見をいただいております。

本日は、前回いただいたご意見を踏まえた上で、より文章に近い形としたものをお示し、改めてご意見等をいただければと考えております。

本日のワーキンググループの開催後、その内容を松本ワーキンググループ長から9月に開催予定の「がん計画推進部会」にご報告いただき、その後は事務局で計画を文章として整え、12月中旬にはパブリックコメントの実施を目指しております。最終的には来年3月に新しい計画が完成、決定するという流れになっております。

続いて、スライド10までお進みいただければと思います。

こちらが、次期計画における緩和ケアパートの構成案を示したものとなっております。大きく3つに分けておまして、1つ目が都内の緩和ケアの提供体制の充実、その中で4つに分けており、拠点病院等における取組、拠点病院等以外の病院における緩和ケアの推進、緩和ケア病棟における緩和ケアの推進、そして在宅緩和ケアの推進としております。

2つ目が緩和ケアに係る人材育成の充実・強化、3つ目は都民や患者及び家族の正しい理解の促進としております。

これらにつきまして、現状や課題、取組の方向性等をまとめたものについて、前回の会議でご意見をいただいております。

次に、前回の会議でいただいたご意見を、資料3において項目別に整理いたしましたのでご説明をさせていただきます。

まず、No. 1の①です。ご提案いただいた指標につきましては、骨子に反映してございます。②につきましては、より具体的な記載を骨子に追加しております。③につきましては、今後、連携して実施をすることを検討していきたいと考えております。

続いてNo. 2ですが、診断時の緩和ケアとしてこちらについても骨子に要素を反映しております。

No. 3につきましては、在宅療養に関する情報提供の強化として、骨子に追加するとともに、診断時の相談支援センターに関する情報提供につきましても骨子に追加をしております。

続いてNo. 4につきましては、がん相談支援センターに初回治療までにつなぐ体制の構築状況、取組状況について、現況報告の活用もしながら、見える化を検討していきたい

と考えております。

No. 5からNo. 8 につきましては、がん相談支援センターの周知方法についてのご意見でございます。不安のある人が窓口につながるよう伝え方について検討するという内容を、骨子に追加していきたいと考えております。

No. 9につきましては、診断時の緩和ケアの情報提供として、こちらも骨子に反映しております。

No. 10につきましては、在宅で受けられる支援の普及啓発として骨子に追加をしております。

またNo. 11についてですが、緩和ケアチームについて、地域の医療機関へ周知として骨子に追加をさせていただきます。

続いてNo. 12から次のページのNo. 15につきましては、いわゆる2人主治医制についてのご意見をいただいております。こちらについても、患者への啓発について骨子に反映をしております。

続いてNo. 16が、緩和ケア病棟や緩和ケア外来で提供する医療の情報発信についてのご意見でして、こちらについても情報発信の内容を骨子に追記しております。

No. 17につきましては、緩和ケア病棟での死亡数の把握が困難ですが、人口動態統計によりますと、令和3年の都民のがんによる死亡場所の割合につきましては、病院が約6割、自宅が約3割、老人ホーム等が約1割弱となっております。

No. 18の①については、がん患者を診る場合には緩和ケアを提供できるというところを目指したいと考えております。また②につきましては、施設や介護関係者についての記載を骨子に追加をしております。

No. 18の③とNo. 19、No. 20につきましては、人生の最終段階に関する記載となっております。こちらについては、どの段階のことを指しているか分かるよう、掲載しているデータについて、調査の設問の表現を加筆する一方、今後の調査実施時の表現についても検討していきたいと考えております。

続いてNo. 21についてですが、単身者も含め在宅療養で受けられる支援の周知として、骨子に反映したいと考えております。

続いてNo. 22からNo. 24ですが、こちらは緩和ケアの対応状況についてのご意見でございます。半数程度を目指すという要素を骨子に反映させたほか、今後の調査実施時にも工夫をしていきたいと考えております。

続いてNo. 25、医療提供体制全般の内容となっておりますが、がん以外の疾病も含めて行った東京都医療機能実態調査の中で、対応しているがん診療の内容であったり、緩和ケアの必要な患者への対応などにつきまして、島しょも含め、がんの医療圏単位で調査しております。

次に、2の緩和ケアに係る人材育成の充実・強化についてのご意見をご説明いたします。

No. 26から次のページのNo. 29につきましては、国指針に基づく緩和ケア研修

会についてとなっております。医師以外の職種については、希望すれば受けられるよう受講機会を拡充すると骨子に記載してございます。

No. 30につきましては、都として多職種向けの研修会の継続実施として骨子に記載しております。

また、No. 31からNo. 35につきましては、圏域や地区ごとの研修についてとなっておりますが、拠点病院等や地域の医療機関が実施する各種研修についての周知として、骨子に反映しております。国拠点病院や都拠点病院が開催いたします研修については、機能強化事業補助金により引き続き支援していきたいと考えております。

次に、No. 36につきましては、在宅側の困りごとの把握について、今後の調査実施時に工夫できればと考えております。

No. 37からNo. 39につきましては、拠点病院等と地域が連携して診療する際の地域側の役割について検討、また必要に応じて研修等を実施として骨子に反映しております。

続いて、次のページNo. 40ですが、都として多職種向けの研修会を継続実施するとともに、内容について、今後の本ワーキングで引き続きご意見をいただきたいと考えております。

次に、3の都民や患者及び家族の緩和ケアに関する正しい理解の促進についてのご意見を説明いたします。

No. 41につきましては、患者家族や都民への啓発として、それぞれの調査結果を記載する形で骨子に反映しております。

また、No. 42、No. 43につきましては、今後の啓発時や調査実施時に工夫したいと考えております。

No. 44につきましては、緩和ケアについての正しい情報発信や、どのようなつらさについても相談できることについての啓発として、骨子に追記をしております。

次のNo. 45からNo. 51までは、緩和ケアの章とは別の「情報提供の充実」の章と関連が強い内容となっておりますので、そちらで反映できるか検討していきたいと考えております。

以上が、前回の会議でいただいたご意見と対応の方向性についてのご説明でございます。

これらのご意見を反映させた骨子検討シートが、資料4となっております。前回の会議から修正した箇所が、緑色のセルの下線部となっております。

主な変更箇所を中心にご紹介をさせていただきます。

まず、「1 都内の緩和ケアの提供体制の充実」の(1)拠点病院等における取組の①でございます。

取組の方向性としましては、緩和ケア外来へのつなぎについて、より具体的な内容とするため、周知の強化や情報共有について追記をしております。

また、指標につきましても、データの活用についてご意見をいただきましたので、オピ

オイド流通量や神経ブロック、緩和的放射線照射の実施数について追記しております。

次に、「②診断時の緩和ケアの推進」についてです。

課題につきまして、拠点病院側で最初の段階で情報提供が必要として挙げていただきました相談の受け方、経済面や支援の流れといった要素を追記しております。

目標については、皆様からの意見を踏まえまして、相談できることを患者や家族に知ってもらうという内容を追記しております。

取組の方向性としましては、患者への伝え方についてのご意見を踏まえ、より具体的な内容を追記しております。

なお、こちらに関連して委員の皆さまからご意見をいただきたいことがございます。参考資料7の2つ目のところで、「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」という、国の緩和ケアに係る部会が作成した資料がございます。

昨年度の調査では、こちらの紙を患者へ配布していると回答した拠点病院等が2病院のみだったこともあり、伝え方を考えるにあたりまして、既存のこちらの資料を活用するか、あるいは何か別のものが必要なのかといったことにつきまして、ご意見を頂戴できますとありがたく存じます。

それでは、資料4にお戻りいただければと思います。

次に、「(1) ③早期からの意思決定支援」についてでございます。

背景分析については、皆様からのいわゆる2人主治医制についてのご意見を踏まえまして、拠点病院等と地域の医療機関間での連携の重要性と、それについて患者や家族の理解が進んでいないことの記載を追記しております。

課題については、単身者が多いと思われることも踏まえた検討が必要とのご意見を踏まえ、追記しております。

目標については、早期からの意思決定支援について、各要素を混在させない工夫が必要とのご意見をいただきましたので、より詳細な記載をしております。

取組の方向性については、在宅のサービスが分からない場合、在宅を希望することにならない、ぎりぎりになって初めて知る患者が多いといったご意見を踏まえまして、在宅に関する情報提供を追記しております。また、患者向けの地域の医師等に早くからつながることの啓発についての記載を追記しました。

ここまでの(1)の拠点病院等についてであります。

次に、「(2) 拠点病院等以外の病院における緩和ケアの推進」の「①初診時からの経時的な痛み・つらさの把握と適切な対応」についてであります。

こちらの現状についてですが、外来でどのようなフォローが受けられるのか情報が見えていないというご意見を追記し、取組の方向性で、その情報発信について追記をしております。

次に、「(3) 緩和ケア病棟における緩和ケアの推進」です。

現状におきましては、緩和ケア病棟の情報が見えてこないというご意見を一番下のとこ

ろに追記し、取組の方向性についてもその情報発信について記載をしております。

次に、「(4) 在宅緩和ケアの推進」についてです。

現状及び指標については、地域連携薬局について半数程度を目指したいというご意見も踏まえまして、全てのがん患者ではなく、4～6割以上のがん患者へと修正をしております。

目標及び取組の方向性については、施設に関する記載がないといったご意見を踏まえまして、施設や介護関係者の記載を追記しております。

次に、「2 緩和ケアに係る人材育成の充実・強化」についてです。

目標については、皆様からのご意見を踏まえ、緩和ケア研修会については医師に加え、受講意欲のある多職種の医療従事者が受けられると修正をしております。

取組の方向性について、地域発信の研修についてのご意見を踏まえまして、周知するとして記載を追記しております。また、地域側が何をしたらよいか明確にする必要があるとのご意見を踏まえまして、役割の検討についても追記をしております。

次に、「3 都民や患者及び家族の緩和ケアに関する正しい理解の促進」についてであります。

取組の方向性についてですが、緩和ケアについての情報発信について追記をしております。また、主治医以外に相談してよいか遠慮があるといったご意見もありましたので、主治医や看護師、相談員に相談できることについて追記をいたしました。

以上が、前回の会議でいただいたご意見を踏まえた、骨子検討シートの修正状況でございます。まずは、ここまでの内容につきましてご意見やご質問等がございましたら、お問い合わせできればと思います。よろしくお願いいたします。

○松本WG長 ありがとうございます。前回会議での意見、ご紹介を踏まえた骨子検討のシートについて説明がありました。

これまでのご意見の紹介と修正等に関して、ご意見、ご質問がございましたら、Teamsの挙手ボタンで挙手をお願いできればと思います。

あわせて、先ほど事務局から診断時の緩和ケアでの患者への伝え方について、国のがんの緩和ケアに関わる部会が作成した説明文書についての意見も含めて、これを使うのかを含めてご意見をということもありましたので、これについてもご意見をいただければと思います。何か修正等に関してご意見はございますでしょうか。

私から、1点よろしいでしょうか。初めの拠点病院における取組、1の(1)のところで、オピオイド流通量とか、神経ブロック、緩和的放射線照射の実施数を加えていただいてもよかったなど、個人的には硬い指標でよいと思うんですが、痛みを偏ったなというところがございます。

ですので、何か痛み以外の部分、患者の調査を行うのでそこもあります。硬いデータとして痛み以外のことも気にしているということも示すのが大事かなというところもございまして、少し中間アウトカムがもう少しあってもいいかなと思いました。

ほかにご意見がある委員はおられますでしょうか。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 廣橋です。今の松本先生のお話の流れで、具体的にどういった項目がいいのかなと自分も思っていたんですが、現実的には、専門的緩和ケアの受診ニーズの受診の数とか、あとは相談支援センターの利用の数とか、そういったところが網羅的な部分のような気がします、その辺は統計で現実的に取れそうなものというのはいかがでしようかという質問を、都のどなたかいかがでしようか。

○事務局中村 東京都の中村です。いつもお世話になっております。

相談支援センターの相談件数ですが、全体の件数は今拾えると思いますが、細かな内訳までは今もらっていないかなというところがありますので、その辺は少し検討の余地があるかと考えています。

あと、専門的緩和ケアについても、内容によってと、拾うに当たっては検討しなければいけない部分があるかなということで、今すぐに数字がぱっと出てこないの、少し検討が必要かなと考えています。

○廣橋委員 実際的にカウントできそうなものがあれば、確かに、松本先生がおっしゃるとおり、痛みに偏っているきらいはあるので、緩和ケアは痛みだけじゃないと我々が言っている部分なので、そこにアンチなことをしてもしょうがありませんので、そこは大事な部分かなとっております。

○事務局中村 分かりました。その辺場合によっては何がよいかなというの、またご相談させていただいて。ご意見等もお伺いできればと思います。ありがとうございます。

○廣橋委員 ありがとうございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしようか。

私から今のことでコメントですが、緩和ケア外来に関しては、東京都から拠点病院に調査が来ると思うんですが、そこで診断数とかいうのを聞くというのは可能だったりするんでしょうか。

提供している医療とかを聞く調査があると思うんですが、そのときに昨年度の実績とかを出してもらうことで、少し数字が出せないかなと思ったんですが。

○事務局福重 事務局の福重でございます。現況報告書のところで、緩和ケア外来患者の年間受診患者のべ数、緩和ケア外来患者の年間新規診療症例数、地域の医療機関からの年間新規紹介患者数というのはいただいておりますので、そちらについては使う余地があるかと思えます。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにもコメントはいかがでしようか。秋山委員、お願いします。

○秋山委員 先ほどの早期からの緩和ケアの導入と充実というところで、その中間アウトカムにオピオイドの使用量だけというのは問題だという話が出ているんです。



その下に患者調査がもう入っているので、患者調査の中から現状のところでの心のつらさとか、社会的な問題とか、それに対して対応してもらえたかどうかというあたりは拾えるんでしょうか。患者調査の全容の中でこういう質問が含まれているかどうかというのを教えていただければなと思いました。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。こちらについては、左側の現状にあるような形で調査を行っておりますので、毎年行っている調査ではないので、実施時という形にはなりますが、それぞれ身体、心、社会的な問題といったところについて、数字を把握することはできると考えております。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにご意見はいかがでしょうか。

私からまた一つ。拠点病院等以外における病院の緩和ケアの推進のところ、①初診時からの経時的な痛み・つらさの把握と適切な対応というところと、②番の診断時の緩和ケアというのがあるんですが、②の診断時の緩和ケアというのは、国では診断時からの緩和ケアだと思うんですね。

つまりそこからまずずっと続くということだと思うんですが、診断時の緩和ケアというのは、診断に特化して告知とか、診断のときに社会的な背景とかを気にする仕事のこととか、仕事やめないでと言ったりとか、そういった診断時に特化したサポートという部分だけなのか、拠点病院以外は診断時だけ関わって、その後医療病院に送るからここはいいと考えるのか、というところで文言が難しいなと思います。

一番の初診時からのずっとそこの病院で診ていくパターンと、診断時の緩和ケアとなると、その1点になるので、この表現でいいのかというところを十分考えたほうがいいなと、ここに来てご意見でございます。

その点いかがでしょう。事務局がもしお答えできれば。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。ありがとうございます。

この件につきましては、①のところにありますように、基本的には「診断時からの」といったところが大前提となっているんですが、そのうち特に診断時の最初のところについて、そこからがそういった緩和ケアについての情報の提供であったりとか、取組というところが求められているといったところで、特に、取り出した形で対応しているところになっております。

どちらかだけというよりは診断時からということもありつつ、最初のところについて必要な取組だったり、課題だったりとかいったことを対応していくということで、こちらの(1)と、あと(2)のところもそうですし、(1)の①と②のところもそうですが、使い分けをして項を立ててご提案をさせていただいているところでございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

その点に関して言うと、「診断時からの」と「診断時の」というところで、かなり言葉が煩雑なので、例えば②番、ここにきて申し訳ないですが、「診断時に重点的に行うべき緩和

ケア」とか、文言を少し整理したほうがいいのかなどか思ったりもしましたので、ご検討いただければと思います。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。その辺り、趣旨としては、松本先生がおっしゃったように、重点的にというか、このところで取り組んでいくということでの認識として考えておりますので、その点はまた検討させていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 今の件に関して言うと、自分の意見だけ言いますと、「診断時からの」に統一がいいかなと思っています。

診断時のだと、診断された日だけなのかなかと思ってしまいますので、「診断時からの」というのは、診断時を起点としたエピソード全般を意味するイメージが、自分もつい最近治療しましたが、そのように感じます。

「診断時の」だと、細胞診をとって分かりましたと、受けた日のイメージだけを持ちますので、余り複雑なツッコミを結構受けそうな、都民から突っ込みを受けそうな記載のような気がとてもしますので、「診断時からの」に全て修正がいいかなというのが1点です。

この件に関しては、また別の先生からもご意見があればぜひお願いしたいんですが、今日、多分時間の中でいくつか大事な論点があると思うんですが、特に診断時を中心に拠点病院で渡される資料について、意見を我々ちゃんとまとめるというのが、今日大きなミッションだと思っています。

議論に際しての質問で、2つの病院しか使われてなかったということをお聞きしましたが、その2つの病院しか使われなかった理由が何なのかというところ、周知が足りなかったのか、病院側がこんなのを使わなくていいと思ったのか、余り資材が活けてなかったのか何なのかというところに関して、東京都はどう認識されているかというところをいただいた上で、議論したいなと思っているんですが、そこは何かありますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。その点、なぜこの2病院だけなのかといったところについては、こちら追加の情報もなく、原因が正直分かっていないところです。

周知が足りなかったのかもしれないんですが、使いにくいところがあるのか、その辺り何かお気づきの点とかあれば、逆にご指摘していただきますとありがたいと思っています。

○廣橋委員 ありがとうございます。

この件に関しては資料が使いやすい、使いにくい、周知の問題は当然あると思うんですが、これを使いなさいと結構強く言えば、拠点病院は使わざるを得ないんじゃないかと思うんですが、どちらかというところ、周知の問題だったのかなと個人的な感想を持ちますが、それは拠点病院のほかの先生方、何かご存じでしたらご共有いただけたらと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。この説明文書に関して何か。

高橋委員、お願いします。

○高橋委員 聖路加国際病院の高橋です。私は全然このリーフレットの存在を知りませんでした。

なので、こういうのがあってぜひ配ったほうがよいということであれば、私も内容をよく吟味できていないんですが、配ったほうがよいということであれば、恐らく配ること自体は可能であると思います。

あとは、同意書みたいに説明のサインが必要なものになっているんですね。どういうタイミングで、初診のときの診察で配るのか何か、ある程度配るタイミングとかがはっきり伝わって、「これをぜひ使ってください」ということで周知すれば、配れるものではないかなと思います。

診療科によっても温度差があるので、何とも言えないんですが、多分普及が足りなかった、周知が足りなかったのかなと感じております。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにこの件に関して、画面は共有いただいてもよいかもしれませんね。いかがでしょうか。

初めて見られる方もいると思うのですが、

よろしいですか。

また、私から話をしますと、これに関して、配るのが、がん治療の初期に対応する拠点病院であれば、初診を診たりとか、これから治療を行う医者になるので、その医者と看護師がサインをして渡すというところで、その先生方の理解と協力が必要になります。

そのときに、結構大きな病院だと、今高橋委員が言われたように、割といろいろな考えをお持ちなので、やってくれる先生とやってくれない先生が分かれてしまう可能性が考えられるかなと思いました。

だから、結構トップダウンで、「拠点病院の要件にもあるので、これはやるべきだ」みたいなくらい強い動きがあると、拠点病院もやりやすいと思うんですが、ただ、そこまで言えるかどうかというのが現実的なのかなかなと思いました。

品田委員、お願いします。

○品田委員 これは、外来場面でこの書式を使うときは、実は現場としてはかなり使いづらいと判断する病院が多いんじゃないかと思います。

外来の看護師さんたちが、一診に1人という形では今ないものですから、当院などでも、外来のところに看護師がずっとついていてくれるということがなかなかなくて、クラークとかが対応してたりすることもあるものですから、恐らくほかの病院さんも、外来の看護師さんたち、外来に割いてくださるような看護の要員がなかなかなくて、医師、看護師がそろってサインをするというふうなのが、現実にはそぐわないということもあったのではないかなと推察しております。

○松本WG長 ご意見ありがとうございます。

ほかにかがででしょうか。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 これは、サインしてもらったとしたら、初回治療の同意書をいただくタイミングしかないですね。

例えば、手術される方であれば、手術の同意書、深部静脈血栓症とかいろいろな感染症の同意書の束を渡されるときがあるんですが、そのときのセットにこれを入れてもらうというのが、現場としては現実的です。

化学療法とかに行かれる方に関しても、恐らく同じような同意書の束を渡されるタイミングがあるので、そのときのルーティーンに入れてもらうということ以外は、多分ありえないんじゃないかなと思います。

これが「都の仕組みとして当たり前なんだよ」と持っていけるかどうかというところを、我々が話し合うべきかなというところでいかがでしょうか。

○松本WG長 ありがとうございます。

確認ですが、これは医者と看護師が説明したと、医者と看護師がサインするので、患者、家族のサインは要らないんですね。回収しないんですね。

○道傳地域医療担当課長 そうですね。こちらはもともと国のつくった段階で、患者さんのサインの場所は記載されておりませんので、基本的に医療者側から「説明しました」というところでお渡しするという前提になっております。

○松本WG長 そうなると、これをいろいろな紙の中に混ぜてというルーティーンにする多分配れるんですが、読まないという問題があって、恐らく国の施策としては、医者や看護師さんに説明して理解してもらうという丁寧さを求められているから、これになったと思うんですが、現実それができるかというところで、単に配布だけにするのか、ちゃんと説明してサインまでして渡すのかというところは、そこを十分に詰めてから戦略を考えないといけないかなと思いました。

この辺り、ほかの委員の先生方、ご意見はございますか。松本委員、お願いします。

○松本委員 東京都薬剤師会の松本です。自分の勤務先もがん拠点病院ですが、普通に書式で渡して、「読んでおいて」と、先生方がおっしゃるパターンになると思うので、確かにこれは説明をしないと、何か余りやることと渡すことで一致しないというのが、文章的に感じてしまいますので、今松本先生がおっしゃったように、何か戦略を練らないとなかなか患者さんに意図が伝わらないのかなと思いました。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにご意見は、この説明文章に関していかがでしょうか。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。この2枚目の余白のところに、各病院の相談支援センターの窓口の電話とか、具体的な相談の流れみたいな絵を入れるとか、文章だけではとてもこれは分かりにくいし、いざ使おうというときに使いづらいので、これは国が示したものを今提示

をしていただいています。各病院でそういう工夫があるのではないのかなと、私は患者家族目線でそう思いましたが、いかがでしょうか。

○松本WG長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。この件に関しても。

○道傳地域医療担当課長 事務局からもよろしいでしょうか。まさにこの診断時というところで、特に相談支援センターにつなぐ話であったりとか、痛みについての情報提供だったりとかというところで、結構このタイミングで患者さんにお伝えをしていこうというのが、今回の計画の見直しの中でもいろいろなところに出てくると考えております。

そういったところでの相談支援センターのご案内とかも含めて、いろいろ工夫していく必要があるのかなというのは、秋山委員からのご意見も踏まえて感じるころがございませう。

そういったところはこれからも周知の仕方であったりとか、資材の関係とかでも工夫していかなければいけないところなのかなと受けとめました。ありがとうございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

そういった意味で、拠点病院の要件で、がん相談支援センターに関しては場所を伝えるとか、スタッフにそこにあるよと示すというのは言われているので、それと合わせて各病院がつくっているかどうかというのは、もっとこれよりよい資料があるかもしれないので、拠点病院の協議会とかいったところでも共有するのがいいのかなと思ったりもしました。

赤穂委員、お願いします。

○赤穂委員 今回の資料ですが、書いてある内容とてもいいんですが、字が詰まり過ぎてというようなこともありまして、色がついていたりとか、文章の中身はいいんですが、体裁を整えていただいたりしていただければと思います。

そして、さっき秋山先生に言っていただいたような、病院ごとのご案内は大事ですが、各々の病院任せにすると、そこまでできる余力がある病院とできないところがあると思います。

ですので、国がつくったこの資料の東京都バージョンみたいなものがあって、例えば「この病院の相談支援センターへの連絡アクセスはこうですよ」という番号を書き入れたり、アドレスを書き入れたりして、そこだけを各々の病院がやればいいみたいな形にして、東京都版をつくって配布していただいたりすると、より広まるのかなと思います。

あと、医者と看護師さんと両方がサインするというのは、なかなか臨床現場を想像すると難しく、どちらかがサインしたものでいいとか、そのくらいにしておいたほうが現実的かなということも考えました。

○松本WG長 ありがとうございます。

東京都版をつくって見やすく目を引くようなものというのは、一つの考えかなという気もしました。

大分議論が出ましたが、この件に関してよろしいでしょうか。

ほかの議論もありますので、また先に進めながらこのことも含めて検討できればと思います。

では、次に事務局様、説明をよろしく申し上げます。

○道傳地域医療担当課長 それでは、続きまして資料の5をご覧くださいと思います。

こちらは骨子の検討シートで書き出した内容を、文章により近い形でまとめたものとなっております。

まず、資料の上部、「次期計画の方向性」という欄でございます。

現行計画では画面投影で今お示ししておりますように、各パートの冒頭に次期計画期間における取組を通して目指す理念をフォーカスする一文を入れております。次期計画におきましてもこれと同様に総括的な文言を冒頭に入れたいと考えております。

それにつきまして資料5に上書きしてお示しをしております。

1つ目が、「がんと診断されたときから、すべての場所ですべての関係者により切れ目なく適切な緩和ケアが迅速に提供されることを通じて、QOL（生活の質）の維持・向上が図られることを目指す」としております。

また、2つ目は、「地域における医療・介護従事者等の連携や、医療従事者と患者やその家族等とのコミュニケーションにより、患者が希望する場所で安心して療養できることを目指す」としております。

また、この具体的課題の前に「前提」というパートを設けております。ここでは、緩和ケアにつきまして定義等の説明をしております。

ここから先は、先ほどご説明をした骨子検討シートをベースとしまして、項目ごとに現状、課題と取組の方向性をまとめております。

分量の都合上、骨子検討シートに記載をしたこれまでの取組、現状、背景分析、課題、目標、取組の方向性の全てを、計画本部に落とし込むことは難しいため、ポイントとなる要素をつなぎ合わせて文章化をしております。

また、例えば、緩和ケアチームの説明など、都民が読むにあたりまして、必要となる補足を適宜加えております。

それでは、以下、簡単に内容についてご説明をさせていただきます。

まず1の(1)の①、診断時からの経時的な苦痛等の把握と適切な対応についてです。

骨子検討シートからの追加事項としましては、現状課題に緩和ケアチームや緩和ケアセンター、緩和ケア外来の説明を追加しております。

取組の方向性については、医療従事者の緩和ケア技術の向上や緩和ケアの理解促進、専門的緩和ケアの提供に向けた院内連携の強化、緩和ケア外来やがん相談センター、痛みの軽減について記載をしております。

次に、②の「診断時の緩和ケアの推進」についてでございます。こちらは取組の方向性のところで、医療従事者の理解促進を図ることや、患者家族への適切な説明の実施に向けた答え方について記載をしております。

次に、スライドの③、早期からの意思決定支援についてでございます。こちらの取組の方向性としましては、早期からのコミュニケーションや在宅療養に関する情報提供、患者向けの啓発について記載をしております。

次に、スライドの5ページ、④の圏域を中心とした地域連携の推進についてでございます。

骨子検討シートからの追加事項としましては、現状課題について拠点病院による連携体制の整備や、地域の緩和ケア水準の向上、緩和ケアチームによる地域からの相談体制を追加しております。

取組の方向性としては、圏域内の連携に向けたカンファレンスや研修等の実施、窓口の周知などにつきまして、また圏域を超えた退院支援として医療資源の公開について記載をしております。

次に、(2)の「①初診時からの経時的な痛み・つらさの把握と適切な対応」についてです。取組の方向性としては、研修会の受講促進、医療従事者の啓発、緩和ケア外来の情報発信、コンサルテーション先の案内について記載をしております。

次に、②、診断時の緩和ケアについてです。現状課題に診断時の緩和ケアの重要性や必要な支援について(1)と同様の内容を再掲しております。取組の方向性には診断時に緩和ケアの必要性の医療従事者への啓発や、拠点病院における支援についての患者や家族向けの啓発について記載をしております。

続きまして、次のスライドの(3)「緩和ケア病棟における緩和ケアの推進」についてです。取組の方向性としては、専門的な緩和ケアの提供を支援することや、情報発信について記載をしております。

次に、下段の(4)「在宅緩和ケアの推進」についてです。骨子検討シートからの追加事項としましては、現状課題について医療従事者や介護従事者など、様々な職種が関わることを追加しております。また、取組の方向性としましては、カンファレンスの推進や研修等の実施、コンサルテーション先の案内など記載をしております。

次に、2の緩和ケアに関する人材育成の充実、強化についてです。

こちらの取組の方向性としましては、緩和ケア研修会についての受講機会の確保や各研修への周知、多職種研修や専門人材の育成について、拠点病院等と地域の医療機関間で連携して診療する際の地域側の役割の検討について記載をしております。

次に、下段の3「都民や患者及び家族の緩和ケア」に関する正しい理解の促進についてです。取組の方向性としては、緩和ケアに関する正しい情報発信や、どのようなつらさについても相談できることの啓発、医療従事者への啓発を通じた患者家族への情報提供の推進について記載をしております。

事務局からのご説明は以上です。

○松本WG長 どうもありがとうございました。

ここからはパートごとに分けてご意見を伺いたいと思うのですが、次期計画の方向性

については、最後にご意見をいただきますので、まず1ページ目の「前提」のところに限ってご意見をいただければと思いますが、何かご意見はございますでしょうか。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 廣橋です。この2つ目の地域における医療介護従事者等の、この「地域」という地域は、どういう定義なんでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。これについては明確に限定はしていませんが、いわゆる拠点病院等から地域と連携してということで、圏域を中心としたと後段に書いてあるところにつながる部分と考えております。

主には拠点病院以外の医療機関であったりとか、あるいは在宅を管理する医療機関には、医療介護従事者との連携ということで、幅広いイメージとしております。

○廣橋委員 病院と後ろの在宅介護医療機関も含めてというイメージだと思うんですが、この地域におけるというのと、その中でというイメージで、病院と地域はつながっていますよというイメージを、もっと分かりやすい文言のほうが、微妙なところですが、いいのかなという個人的な感想を持ちました。

○松本WG長 ありがとうございます。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。通常こういうときに使う「地域」といったときは、地域包括ケアで言われるところの中学校区というか、そういうイメージで私達は捉えますが、がん拠点病院自体がすごく離れたところに、それとは違うところに位置していたりしますので、その辺の解釈ががん対策に関しては少し注釈が要るのかなと思いました。

○松本WG長 ご意見をありがとうございます。

いかがでしょうか。

私からも、「地域における」というのは非常にいい言葉ですが、確かに曖昧だったりするというのがあって、これまたいい言葉じゃないとは思いますが、「施設を超えた」とかにすれば、どこでもOKにはなるんですがね。

それをここに載せるかには問題があるんですが、何かいい言葉があれば。

「地域」に注釈を付ける、もしくは僕の意見としては「施設を超えた」医療介護者の連携や医療関係者と家族のコミュニケーションみたいにしてしまうというのも、一つの選択かなと思いました。

ほかの委員の先生方のご意見はいかがでしょうか。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。病院の位置と住んでいる地域というのか、居住地域というのか、その人が住んでいる、暮らしている地域としては、医療介護連携もできる中学校区というか、地域包括ケアの図のイメージだと思うんですね。

だから、暮らしている地域と病院との連携という意味合いがスムーズに行われるということが大事なかなと思います。



その人が住んでいるところを中心とした、そこを支える地域自体は、ある程度限りがあると思うんですが、どうでしょうか。

○松本WG長 ありがとうございます。

この点に関して、この回答を持っている先生はいらっしゃいますか。

廣橋先生、お願いします。

○廣橋委員 秋山先生のおっしゃるとおりで、がんの場合、拠点病院と地域の距離が、距離感が、一般的な地域包括ケアとはイメージが違いますよね。

特に、やや遠方から拠点病院に通われている方も東京都だと多いので、より感じるところが多いですよ。

なので、文言としては、地域の中に拠点病院もあるという教科書的な見方も当然あるので、「拠点病院を含む地域における」とか、「拠点病院も含む地域とか」、拠点病院と地域という言葉は、両方並列した感じで記載いただくところが、現実的に落としどころなのかなというふうな気はします。

最終的な案はお任せいたしますが。その辺で自分や秋山先生が感じ取っているその辺の感覚を、ぜひ汲み取っていただけたら幸いです。よろしく願いいたします。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにご意見はいかがでしょうか。この「地域」という言葉の難しさですね。

事務局からどうぞ。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局からご回答と言いますか、お答えしたいと思います。

ちょうど私も在宅療養も担当してしまして、秋山委員にもそちらでもお世話になってるところですが、在宅療養の観点ですと、先ほども中学校区であったりとか、区市町村の圏域であったりしているところが多いのかなと思います。

一方で、このがんといったところが拠点病院を中心として、もう少し、先ほど廣橋委員からもお話がありましたように、広域的な部分もあるのかなと思います。

今この計画の中では、ちょうど（１）の④のところで、圏域を中心とした地域連携の推進といった項目も立てさせていただいておりまして、そういった圏域もベースとしつつ、在宅に近いような地域との連携といったところを見ていくというような視点を記載させていただいております。

特に、この次期計画の方向性という一番表のところの「地域」といったところで、どういった書き方に移行していくかにつきましては、委員の先生方からご意見も踏まえて、事務局としても検討させていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

方向性なので大きなところなので、余り紛らわしいことはいっぱい入れてもよくないしというところもあるかと思いますが、注釈を入れるみたいなものもあるのかなと思いました。

ここではこういうものを指すとかについて、最後に事務局にまたお願いできればと思います。

よろしいでしょうか。

時間に限りもありますので、ここは概ねよろしいでしょうか。

ありがとうございます。

では、続きまして、本体部分の1の(1)「拠点病院における取組」についてのご意見をいただければと思います。先ほどからのご意見もございますので、重複を含めてご意見があればお願いします。

私からまた一つ。先ほどもお話ししたんですが、診断時の緩和ケアというのが気になって考えていたんです。

1番の拠点病院の取組の(1)が、「診断時からの苦痛等の把握と適切な対応」、2番が「その診断時」、3番目が「早期からの意思決定支援」、4番目が「地域連携」というところで、実はこの一番の緩和ケアを分解して苦痛への対応、何んとか意思決定支援、連携となっているので、②番が緩和ケアが入るのは実はおかしいんじゃないかと思います。

緩和ケアの中に「こういうことをやっていますよ」と入れればいいので、1番が「つらさの緩和」、2番は例えば「診断時のサポートの推進」とか、緩和ケアは使わないのが多分いいんじゃないかと思います。

診断時に特に重点的に行うサポートの強化とかいうふうにして、意思決定支援、連携とすると、緩和ケアでやってほしい4つの要素というのが分かれて、そうするとすっきりしていくのかなと、個人的には感じました。いかがでしょうか。

事務局さん、ご意見があればお願いします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

松本先生から今お話のあった②の診断時のサポートの推進といったところについて、緩和ケアのもちろん全体ではあるんですが、ここ特有のサポートの記載に特化することで、より診断時のほかのところとの重複をなくして行って、ご説明したほうがいいのではないかというようなご指摘ということでしょうか。

○松本WG長 そうですね、緩和ケアの中に緩和がある、センターの中にセンターがあるという感じなので、緩和ケアの中の要素としてこの4つがあると言ったときに、その4つに緩和ケアという言葉を入れずに説明すると分かりやすいのかなと思いますので、診断時のサポートとかにすると多分すっきりするのかなと思っています。

ほかの委員の先生はいかがでしょう。何かご意見があれば、ほかのことでも大丈夫です。

品田委員、お願いします。

○品田委員 資料の中でこれはどこを言っているのかというのを確認したくて、事務局にもお伝えしたいと思っている部分があります。

先ほど提示していただいた(1)の「拠点病院等における取組、①診断時からの継続的

な苦痛の云々」の現状の課題のところの、緩和ケアチームの説明の「この相談支援に携わる専門的な知識と技能を有する者」というのは、誰を想定しているものでしょうか。教えてください。

○松本WG長 事務局、対応は可能でしょうか。

○道傳地域医療担当課長 正確にお答えするため、確認させていただいて、またご回答させていただければと思います。

○松本WG長 よろしくお願ひします。

○品田委員 ありがとうございます。

なぜかという、回りくどく見えてしまって、そこの部分がもう少し、例えば、看護師とか公認心理師とか、がん専門相談員を構成する資格としては、看護師とか公認心理師とか社会福祉士とかという形であって、もしこれがそういう何か医療ソーシャルワーカーを想定しているのであれば、もう少し明確に書いていただいたほうが、読み手は「これは一体誰のことなのかな」と混乱しないんじゃないかと思つての質問です。

ご確認いただいて回答お待ちしております。

○松本WG長 ありがとうございます。

この拠点病院におけるところでのご意見はいかがでしょうか。

また、私から1点あります。圏域を中心として地域連携の推進というところにおきまして、骨子の指標のところでご覧になってしまって、こつちの話をしていいのかというところですが、拠点病院と日頃から地域連携をしていると回答した医療機関がアウトカムですが、これはそういった医療機関が増えてくということを外カムとすると思うんですね。なので、すそ野が広がる。

一方で、その質ですよ。患者さんのやり取りはあるけれども、その質が今一つというのも多分きつとあって、それが向上してくる。相談しやすいよねとかいうのを、何か指標を取っておかないと何となくいけないなという印象があって、指標のことですが、割と目指している方向性と取っているアウトカムが寂しいというのを感じました。

意見のような感想のようなコメントで申し訳ありません。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

それについては確かに今おっしゃっていただいているとおり、連携している医療機関の数というところで、そういった連携を広げていくといったところもあると思うんですが、どういった形でそういった指数であるとか、密接な連携をしているとかいったところを、何かしらアウトカムのなところが拾えるかどうか、こちらでもまた調べてみたいと思います。

そういったところで連携の状況を指し示すようなこういった指標があるか、ご意見等がございましたら、また本日の場でいただければと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

鳥居委員、よろしくお願ひします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。今の問題は非常に大切な問題だと思っております。

拠点病院と地元のいわゆるかかりつけ医が連携するというのは非常に大切ですが、この緩和ケアに関して、特に理解を示しているかどうかというのは、また問題があると思いません。

ですので、特に緩和ケアに通じた地域医療連携ができればということを考えておりますので、その辺を含めたアウトカム指標ができればと思っております。

○松本WG長 ありがとうございます。

確かに、地域連携というと紹介するまでというところも含んでしまうこともあるので、緩和ケアに関して患者さんを受けるとかいったところも、違いを分けてもいいのかもしれないですね。

拠点病院に関する部分でのご意見、コメントはいかがでしょうか。

では、また最後に総合的に取り上げたりもしますので、次に行きます。

2番「拠点病院等以外の病院における緩和ケアの推進」から、3番、4番「在宅緩和ケアの推進について」のところ、ここのご意見はいかがでしょうか。

拠点病院等以外、緩和ケア病棟における緩和ケアの推進と在宅緩和ケアの推進。

では私から。拠点病院等以外の緩和ケアの推進と、在宅緩和ケアの推進というところは、恐らくこれがまだ十分じゃないから増やしていこう、つまり、やっている施設そのもののレベルを上げようというイメージがあります。

ただ、緩和ケア病棟の中における緩和ケアの推進というのは、緩和ケア病棟を有効に利用してもらおう、つまり緩和ケア病棟の中の質を上げるというよりは、緩和ケア病棟の利用を推進するということだと思います。

そこら辺が中身を読めば分かるんですが、何か違うのかなというところで、少しだけ気になったという感想のようなコメントですが、この点はいかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

確かに、今取組の方向性といったところで、医療の提供と情報発信ということで、緩和ケア病棟の状況がなかなか周知されていないという課題があって、そういったところをさらにご利用いただくための周知が必要なのではないかといったところも、こちらで記載させていただいておりますので、そういった視点とかが分かりやすいような形で示していけばいいのかなと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 松本先生からのお話のあったものを含めてですが、ここの項目の指標の内容が、先ほどよりややあやふやというか、余り何か形のないものになっている気がするんですが、この指標というのはこんな感じでも許されるんですかね。普通だったら数とか、割合とかが分かりやすいものであるべきなんだろうと思うんですが。

ただ、拠点病院以外なので、緩和ケアのリソースが少ないかもしれないところですので、その辺を視野にこの指標をそういった小さい病院でも、これを目標に頑張ろうと思ってもらえるような指標、多分そういう病院だと指標を目標にここに力を入れようと、きっと思われるでしょうから、緩和ケア病棟で言うと、例えば、先ほどの情報発信をしている病院を増やすとか割合とかとすればいいのかもしれませんが、在宅もそうですよね。

ただ、この辺の指標のところももう少し何とかならないのかという、これも感想でしかないのですが、

○松本WG長 ありがとうございます。

事務局でこれに対してコメントがございませうか。お願いします。

○道傳地域医療担当課長 ご意見をありがとうございます。

今この拠点病院等以外のところについて実際に取れる数字と取れない数字のところと、あとはどういったところを目指していけるのかといったところで、アウトカムや指標についても検討していかなければいけないのかなと思っております。

現状のところ記載しているような数字については、引き続き拾っていくことができるものと考えておりますし、それ以外もこれから取り組んでいくところの中で、その成果であったりとか、目指すところということで、目指す指標として設定できるものもあるのかなと思います。

その辺りはどこまでできるかというところがあるんですが、これから考えてさせていただきたいと思っております。

○廣橋委員 こういった緩和ケア外来とかは、拠点病院以外でもある病院も含めて考えていると思うので、うちもそうですが、先ほどの拠点病院の評価の部分でも出た緩和ケア外来の受診数ですとか、相談の部分も含めて、何かカウントできるとしたら、拠点病院以外でも緩和ケアを担う病院として、都が考えている病院にはそういったものの数を評価していけるように促していくことが望ましいのじゃないかと思っております。

○松本WG長 よろしいですか。

追加のコメントですが、なかなかデータとして取るのが難しいというのがあると思うんですが、緩和ケア病棟で言えば、ホスピス緩和ケア協会で集めているデータとか、緩和ケアチームとか緩和医療学会に提出するデータというのは、多くの9割とか大部分が入っているので、同じデータをくださいと言えは、多分簡単に手に入るんじゃないかなと思います。

新しいデータを出すのは大変なので、年度初めの調査時期に5月、6月ぐらいに結構それが来るので、そこで出した資料と同じものを東京都にくださいと言っていると、東京都なりの情報がつかめるのかななんて思ったりはしました。コメントです。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。その辺りも含めてまたいろいろとご相談させていただければと思っております。

○松本WG長 ほかがご意見はいかがでしょうか。(2)から(4)のところですが。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。実は、緩和ケア病棟に入りました。症状が落ち着いています。家に帰りたいけれども不安です。1か月经ちました。次へ行くのに療養病床等に一旦出してというか、それでまた戻ってくるというようなことで、そういう病棟を抱えているところと連携をしているがん拠点病院というのは、そこそこあるんじゃないのかなと思います。

ただ、実際そういう方を在宅側から面会に行ったりすると、ケアの質がかなり質が落ちているというか、そういう状況を見るんですよ。

その辺でオピオイドの使い方とか、そういうことだけではなくて、基本的なケア、尊厳を保てるケアがちゃんと行われているかどうかというのは、質の評価みたいなのをどこで測ったらいいのかなと思いつつながら、この①を見ていたんですが、どうでしょうか。

実態のあたりで病院側から一旦外へ出さなきゃいけないというあたり、相談支援センターを絡めて結構ご苦労されている方もいらっしゃるんじゃないかなと思うんですが、どうでしょうか。

○松本WG長 ご意見をありがとうございます。

鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。

今の問題は非常に大切だと思っております。ほかのワーキングでも出たんですが、拠点病院から最終的には在宅に行って、在宅からさらに高齢者施設に行くという一連の流れがあるんですが、そのときに、緩和ケアはなかなかスムーズに取り入れられない可能性が非常に高いと思います。

ですので、その辺をうまく一貫した緩和ケアという提供ですが、これを具体的にもう少し出したほうが、特に高齢になってからの問題というのが出てくると思っております。非常に大切な指摘だと今感じております。

○松本WG長 ありがとうございます。

高橋委員、続けてお願いします。

○高橋委員 私も秋山先生がおっしゃっていたことと全く同じことをずっと思っていて、以前、事務局の方にも個別に、受入れ病院というか、緩和ケア提供病院というのに、緩和ケア病棟で一定期間安定していて、一旦外に出ないといけない方をお願いするような病院に、こういった緩和ケア提供病院というのが当てはまるのかどうかというのをお問い合わせしたことがありました。

今回、そういう対象ではないというふうなお答えだったので、私もこの議論に入らないのかなと思っていたんですが、緩和ケア病棟で1か月以上とか安定していらっしゃる方の場合は、いったん長期療養できる病院にお移りいただいたりするんですが、非常にケアの質が下がってしまっていて、患者さん方もそこにおいては不満に思われる部分もあつたりされていると思います。

療養環境としてもケアの質としてもというところがあると思いますので、そういう緩和

ケアがある一定以上の質を担保をして提供できる病院というリストというのが、今回そういう対象の病院を少し選定してくるところもあると思いますが、そういった形で緩和ケア病棟から退院せざるを得ない方とか、在宅にどうしても帰れないような回復力のないご家庭だったりとかという方の、緩和ケアの質が低下しないようなフォローアップ体制というのもすごく大事だと思います。

その基準をある程度キープできる病院に、何かしらのインセンティブじゃないですが、「緩和ケアを重点的にやっています」みたいな標榜ができるような仕組みとかがあると、そういった病院もモチベーションが上がるのかなと思ったりしています。

○松本WG長 ありがとうございます。

廣橋委員、どうぞ。

○廣橋委員 今先生方がおっしゃったとおり大事な問題で、「一旦出てもらう」という優しい言い方をされましたが、恐らくそこで最後まで経過してもらうということもすごく多いのが現実じゃないかと、実際は思っております。

お家が難しい方や一人暮らしも含めて、在宅がいいというのは、もちろん大事なことです。在宅は無理な方がどうしてもいるのは現実です。

東京都の方にお聞きしたいのが、そういったいわゆる療養病床ですとか、地域包括ケア病床におけるがん患者さんの入院の割合とかというあたりに関しての指標があるかという部分です。

あるのであれば、そこにおけるケアとか困難さとかの調査、恐らく今回のこの計画でそういった「いい病院を探していきましょう」というところまではきっと難しいので、せめてそういう療養病床や包括ケア病床におけるがん患者の実態を調査して、「質を高めていくための施策を検討する」みたいな文言を、1行盛り込めると大分違うのかなと思って、その辺が落としどころかと思ってご提案させていただきました。

○松本WG長 ありがとうございます。

事務局はいかがでしょうか。今までのご3名の意見を踏まえて何かコメントがございませうか。

○道傳地域医療担当課長 先生方から様々な視点からご意見をいただきましてありがとうございます。

いわゆる緩和ケア病棟を出てからの療養だったりとか、間のところといった点については、そうだなと思っております。

この緩和ケアのワーキングの中でも、3月のワーキンググループのところ、地域で受けられる病院のリストの公開についてもご議論をいただいて、まだ公開できていないんですが、そのところについては情報の共有であったりとかしていくといったところも考えております。そういったところの医療機関等が一つ受け皿というか、そういった位置づけになるのかなと思います。

また、ワーキングからも話のあった地ケア病棟と療養病床のがん患者については、今す

ぐに手元でデータを取れるものなのかどうかというのは分かりませんので、持ち帰り確認をさせていただきたいと思いますが、そういったところのがん患者さんといったところも重要だというご指摘なのかなと思います。

その辺り、どういう整理ができるか、また勉強をさせていただきながら、そういった記載などができるかどうかを検討させていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

なかなか質の評価というのは本当に難しいなと、昔から言われてはいるんですが、その代理指標として専門家がいるとか、システムがあるとか、代理でやっているというのは事実なので、なかなか質の評価は難しいんですが、何かそれに近づくような指標があるのかなと思いました。

赤穂委員、お願いします。

○赤穂委員 療養病棟とか包括ケア病棟に移って最期を迎える方というのは、高齢の方が多くて、がんではあるけれども、がんの積極的な治療はもう余りしないし、最初から取り組んでいない場合も多いし、高齢でがんだけじゃないんですね。

大抵の方が心不全があり、腎臓も悪くみたいで、老衰といたら変かもしれないですが、全身の機能が落ちて心臓も弱っているみたいな中で、がんも抱えていてみたいな人たちが、療養病棟とか包括ケア病棟で最期を迎えられると思うんです。

ただ、だからと言って、がんの痛みもあるでしょうが、それを放っておかれたりとか、なかなか「オピオイドを使えません」みたいなところもありますからね。

そういうところががんもある高齢の在宅に入れられないような方たちが行っているという現状はあると思うので、がんだけというよりも、高齢者の最期をどういうふうにQOLよくというか、緩和の手が届いて、ここではがんのことで話をする場所なので、こんなことを言うのは変かもしれませんが、高齢の方が緩和の手の届く中で最期を迎えられるかというような視点も必要かなと思いました。

○松本WG長 貴重なコメントをありがとうございます。

ほかの高齢者のがん医療、他のワーキンググループなどとも連携してくるのでしょうか。事務局様のご意見をいただければと思います。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。高齢者に特有のがん医療の提供といった項目を設けているところではあるんですが、現時点では、ちょうど画面にも掲載をさせていただいているんですが、どちらかという、医療提供の連携であったりとか、意思決定の支援といったような記載が中心となっております。

今いただいた視点は新しいといえますか、これまで議論していただいたところと違う視点かなと思いますので、こういった形で組み込めるかも含めて、一度預らせていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

鳥居委員、お願いします。



○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。今の問題に関連して、ほかのワーキングでも、高齢者が本人の望むところで療養できる最期を迎えるということが、非常に問題になっています。

各世代におけるがん対策ということになったんですが、緩和ケアにおいてもこれは最終的には在宅、家で亡くなりたいたいという希望と、あとはそれがなかなか叶わない、家族が面倒を見れないということで、例えばオピオイドによる呼吸抑制とかいろいろ考えると、なかなかそれが難しいということもあります。

ですので、その辺は年代に応じて、特に高齢者問題というのを考えなければ、緩和ケアにおいては特にそれが必要になると思って聞かせていただきました。

○松本WG長 ありがとうございます。

この件もまた、全体像を見て事務局でご検討いただければと思います。

私の不手際で議論も白熱するのでどんどん遅れ気味ですが、続きまして、2番「緩和ケアに係る人材育成の充実・強化」についてのパートに移りたいと思います。

ここに関してのご意見はいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

この緩和ケアに係る人材育成の充実・強化というのは、拠点病院も拠点病院以外の病院、在宅、全てに点において網羅するということだと思んですが、そうすると、指標のアウトカムというところで、緩和ケア研修会の修了者なしの医療機関の割合というのは、どちらかというところ、拠点病院以外の病院とか在宅を想定したアウトカム指標というところでしょうか。

専門的な緩和ケアに関わる専門家の育成をするのか、広くプライマリーの医師、看護師、薬剤師等のプライマリーをやるのかということところを、少し分けて考えた上で、分けてアウトカムを出したほうが良いなと思って、というコメントであります。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。具体的なところは整理させていただきますが、基本的にはがん医療に携わっている方について、緩和ケアの研修をちゃんと受講しているかといったところになるかと思しますので、その対象とかについてももう少し整理をして書かせていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

廣橋委員、お願いいたします。

○廣橋委員 前回のところで前回の会のときに、地域の看護師さんとか、地域のいろいろな職種の方の研修の機会を広く提供するというところが結構議論が多く出たと思います。

実際に取組の方向性には記載いただいておりますが、指標でそこが余り話されてない気がして。単刀直入に、拠点病院でやる緩和ケア研修会で訪問の看護師さんとか、そういった方にどれだけ参加いただきたかみたいところというのを指標にするのが、一番手っ取り早いんじゃないかなと個人的に思っています。

もちろん地域で勉強会、いろいろな研修会を企画してやることはとても大事で本当にそ

っちがいいんですが、なかなかそこに関する評価は難しいと思います。

ですので、我々東京都で把握できるとしたら、拠点病院でやる緩和ケア研修会ですから、拠点病院でやる緩和ケア研修会に地域の方がどれだけ、特に地域の多職種の方がどれだけ入っていただいたかというあたりは、割合が多いのは決してゴールじゃないと思うんですが、実際にでもどれぐらいの方が入っていただいているかというところを参考にして、また次の施策にもつながると思います。

実際結構地域から加わって研修会に入っていらっしゃるところも結構見ますので、ここは実現可能なかなと思っております。

○松本WG長 ありがとうございます。

事務局からコメントはありますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。ご意見をありがとうございます。

医師等向けの緩和ケア研修会の参加者数につきましては、私どもを通して国へ報告していることもあり、状況としては把握をしてございます。

そういった中で、多職種の方の数なのか、そういった方を受け入れている病院の割合とするのか、どういったものがこの指標とするのにいいのかといった点については、検討が必要かと思うんですが、そういったところを見ていくというところで、何か出せないか検討させていただきたいと思います。

○廣橋委員 ありがとうございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかにかがででしょうか。松本委員、お願いします。

○松本委員 薬剤師会の松本です。廣橋先生、ありがとうございます。

開局の薬剤師がどれだけ参加しているかという指標はぜひいただきたいと思っていますので、そこら辺は、廣橋先生がおっしゃったように、次への対策という意味ではぜひお願いしたいところであります。

○松本WG長 ありがとうございます。

ほかはご意見はいかがででしょうか。

また、私から1点、同じことを言っているようで申し訳ありません。

取組の方向性の3番目の、「都は引き続き多職種を対象にした研修の実施や専門人材の育成について推進する」というところですが、ここでは、推進しようということは分かる一方で、プライマリーの幅広く、少しでも緩和ケアを上げてねというところの部分と、専門人材の育成というのは、大分中身は違ってくるので、一緒に書いたほうがいいのか、しっかり分けて書いて、そしてアウトカム指標も分けて取ったほうがいいのかと、考えたほうがいいのかと感じました。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。この前段のところのいわゆる導入編的なものと、より専門人材としての育成をどうするのかといった点の書き分けであったりとか、指標も含めた整理といったご指摘なのかなと思います。

記載の仕方も含めて、工夫できないか検討していきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

ご意見いかがでしょうか。

大体大丈夫でしょうかね

時間がずっと押してきているので、次に行きます。また最後意見があればください。

3番目「都民や患者及び家族の緩和ケアに関する正しい理解の促進について」ご意見いただければと思います。ご意見のある先生はよろしく申し上げます。

私から一言。先ほど、前回の意見でのコメントが反映される予定だと思うんですが、アウトカムで緩和ケアに関するイメージの聞き方はぜひ考え直して作り直したほうがいいなという改めてのコメントになります。

がんの痛みを和らげるケアというところとか、限定的になってしまうので、そのところは一緒にというか、次の質問書をつくる時には考えないといけないかなと思いますので、よろしく申し上げますというコメントでした。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。ここの質問の仕方、設定のところなのかなと思いますので、また次回の調査の際にご相談させていただきたいと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

という感想を話した後ですが、廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 この普及啓発に関しては、自分が厚労省の方の仕事を担当しているもので、やや恥ずかしい感じですが、結局指標という部分でどこをどれくらい上げるみたいなふうな記載じゃなく、この辺を全般的に上げていけるみたいな、大雑把な記載に今回はされるということなんだと思うんです。

方向性で具体的にこういうことをするみたいなのが本当は入ったほうが、「いつもと同じこと言ってるな」みたいに、患者会の方々からそういうふうなご指摘、感想を持たれるんじゃないかと自分も思うぐらいです。

なので、具体的に「こういうことを取り組んでこの指標を上げる」というふうな、もう少し一歩踏み込めるといいなというふうな、これだといつもどおりの曖昧な感じの記載になってしまっているなというのが感想で、具体的にどうするかというところがまた難しいんですが。

○松本WG長 ありがとうございます。

事務局様、お願いします。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。特に普及啓発の成果を把握するのはなかなか難しいと、私どもも思っております。

どういうふうなのを打っていくかということの部分はあると思うんですが、いわゆるアウトカムのどのようふうにつながっていくかということについては、こういった大きな指標もやりつつ、中間的なものが何かあるといいんだろうなど、今いただいたご意見も含めて思いますので、その辺りはこれからの取組の検討も含めて、検討させていただきた

いと思います。

○松本WG長 ありがとうございます。

鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。今のアウトカムですが、患者会からよく数値目標を示せということが言われると思います。

このケアに関する正しい理解の促進で数値目標は難しいかもしれないんですが、何らかの数値的なものを入れたほうが、よりその指標には適するのじゃないかと思って聞かせていただきました。

○松本WG長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

なかなか難しいと思いつつ、何か数値指標があるといいですかね。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 廣橋です。この前も確かいろんな、もちろん全部上げないというところの中でも、少なくとも「緩和ケアはいわゆる終末期の者だけじゃないんだよ」というところを皆に分かってもらいたいというのが、一番ベースにありますよというところを、皆さんうなずいていただいた記憶はあります。

せめて緩和ケアが終末期だけでなく全ての困っている、もちろんがんも含めてですが、困っている患者さんへの苦痛を和らげるケアなんだよというところの割合を増やすということは、大目標として提示したらいいんじゃないかなと、個人的には思います。

今が例えば何パーセントとかがあるとしたら、それがせめて過半数、3分の2ぐらいになるとか、本当に鳥居先生がおっしゃったとおり示せたら一番いいのかもしれない。

最後の手段と回答したら約36%、これが2割以下ぐらいになるといいんですが、36%というのはややでき過ぎな数字な気がしますが。

○松本WG長 ありがとうございます。

私からの追加コメントで、取組の方向性のところで、1行目に「診断時から緩和ケアが受けられることを知り」というところを、例えば「終末期に限らず」とか、「終末期だけではなくとか」入れてしまうと、またよりそこら辺のアウトカム指標というのは取りやすくなるものでしょうか。

緩和ケアというのは我々からすると、終末期ではないということをイメージするんですが、あえてそこに「終末期だけではない」と入れることで、そのイメージ改善を図っていくみたいな目標に立てやすいかと思ったんですが、そこら辺はやり過ぎでしょうか。廣橋委員、いかがでしょうか。

○廣橋委員 とてもいいと思います。終末期をあえて入れることで、終末期じゃないということを強く強調するように思います。

こういった公的な文書に「終末期」という言葉をどれだけ入れていいのかわかりませんが、「最終段階」のほうがいいのか。いかがでしょうか。

○松本WG長 事務局はいかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。「終末期」という言い方なのか、よく使う「人生の最終段階の」というところの流れなのか、言い方はあるんですが、確かにこの最初から受けられるということの裏返しが、終末期だけの問題じゃないよというのは、分かりにくいので、先ほどの「調査のときにも工夫が必要だ」というのにつながってくるのかなとも思いますので、そういった何かしらの記載ができるかどうか、そのあたりはまたこの文言を調整する中で検討させていただきたいと思います。

○松本WG長 いかがでしょうか。

また私から。この取組の方向性のところで、恐らく都民と患者家族というところの2つの方向性の周知というかがあると思うんですが、その取組のところに、1つ目の丸の1行目は納得です。

都民にも、患者家族にも緩和ケアという支援体制があるんだよというのを伝えておくというのはいいと思うんですが、2つ目の文章のところが、これを都民に言う必要なのか実は思っています。

都民というのは1行目まで知っておけばいいのではないかと、個人的にはそこがアウトカムで、もっとより具体的に、「こんな人がいっぱいいてね」というので、そこまで都民に伝えるべきなのか。

それも1行目に含むこととして、患者家族にはよりもっと細かいことが分かるような資料等を使ってみたいな感じにするのかというのは、切り分けたほうが、都民への幅広い普及なのか、患者家族へのより実践的な普及なのかというところを分けて書いたほうがいいのかなと思って、同じかもしれないんですが、分けられるものなら分けたほうがいいのかなというのがコメントです。

いかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。ここは書き分けの仕方としては、そういった書き分け方もできるかと思います。

先生方のご意見も伺いつつにはなるんですが、都民の方々にまず基本的な緩和ケアの正しい理解を普及啓発をしていくという視点、そして特に患者さんについては、それに加えて、さらにそういう苦痛について、例えば「初めから訴えていいんですよ」といったところの、もう少し詳しい内容であったりを周知していくということで、そういった切り分けの方がより伝わるということであれば、そういった記載をしていこうかなと思います。

あるいは逆に、都民の方にも同レベルでということであれば並列の仕方もあるのかなと思うんですが、その点はまた後日ご意見をいただければと思いますが。

○松本WG長 地域の問題と重なる部分があるなと思って、患者家族も都民ですよ。この都民というのががん患者じゃない、がんに関連していない一般の方の都民という部分を初めにこっちは言っていて、実際のがんに関係している患者家族というのを分けて書いているんですが、実は分かり難いなと思っていました。

がんになり患していない都民と患者家族に分けるんでしょうが、そこら辺で注釈つけるべきなのか、今は分からないですが、地域と同じ問題がここに実はあるかもしれないと思っていました。

品田委員、お願いします。

○品田委員 私も実はそこが気になっているところが1点と、もう1つ「既存の資材の活用を図りながら」という方向性が出されていたんですが、私たち病院は東京都がつくってくれた「緩和ケア連携手帳、私のカルテ」というのがあるんですが、これで開業医の先生と拠点病院を結ぶツールとして配布していたという時期があったかと思うんです。

何が言いたいかという、松本先生がおっしゃっていたように、都民一般に緩和ケアを知ってほしいということなのか、具体的に実際にこの緩和ケア連携手帳はがんと診断された患者さんと地域の開業医の先生と病院をつなぐツールですから、そのときに「緩和ケアというのはこうですよ」というのは、私のカルテには書いてないんですね。

でも、「私が大切にしたいこと」という整理を患者さんができたり、「痛みがあったときにはこうしましょう」とか、「苦しかったら腹式呼吸頑張ってみましょう」とか、そういうのがいろいろとても丁寧に書かれている資材なものですから、こういったことが患者さんたちが自分の身の上で起こっている具体的なことを書きながら、結果的に緩和ケアというのはこういうことなんだというのが分かるような資材なのかなという理解だったんです。

なので、この既存の資材というのは、例えばどういったものを想定していらっしゃるか、私が持っている連携手帳みたいなものも、東京都さんは想定しているのかどうかということも確認したくて発言しました。

○松本WG長 ありがとうございます。

事務局様、いかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。品田委員からもご指摘がありましたそういう緩和ケア連携手帳も含めて、特定の何かを想定してという形ではないんですが、すでに作成して使っているものであったりとか、あるいは先ほどの国のものであったりとか、様々な情報はあると思います。

また、そういったものも含めてどんどん活用を図っていくということを想定できたところについて、記載をさせていただいておりました。

○松本WG長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。

今いくつかの大切な問題が出たと思います。患者さんと患者家族は現実に迫っていることですが、それ以外の実際に立ち向かってない都民も、今後はACP（アドバンス・ケア・プランニング）が必要になってくると思います。

そのときに、緩和ケア、終末医療というものが、終末と言っていいかどうかまた問題で

すが、緩和ケアというものがあって、それをどういうふうにACPの中に入れ込むかということは大切な問題になってくると思うので、ぜひ患者さん、患者家族だけではなくて、都民全体にこの緩和ケアを啓蒙する必要があるのではないかと感じて聞かせていただきました。

○松本WG長 ありがとうございます。

この点、事務局でコメントがありますか。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。ありがとうございます。

皆様方からのご意見をいただいたことを踏まえますと、都民への周知のところと、あと患者さん、あるいは患者さんのご家族も含めた方々、もしどなたを相手に周知を図っていくのかということ意識した上で、記載をしたほうがより分かりやすいのかなと今思っております。

そういったいただいたご意見なども踏まえながら、そのあたりも検討したいと思いますし、先ほど、鳥居委員からもご指摘がありましたように、ACPといった意思決定のところが非常に重要になってきているところかと思しますので、そういったところにもつながるような形でできればと思います。ありがとうございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

次へというところで、私からもう1個だけお願いします。

取組の方針の2つですが、1つが「都が率先して発信する」というイメージで、2つ目が、「全医療従事者に緩和ケアの普及啓発をして、その結果として家族に適切な情報提供が推進される」というところで、上は分かりやすいんですが、下がかなり婉曲というか、回りくどいといえば回りくどいという感じがしております。

また東京都がん診療連携協議会での検討を踏まえたというところで、検討、何か協働してなのか、東京都としてどうアクションするのか、全医療従事者に働きかけるのか、東京都がん診療連携協議会の動きを待ってやるのかというあたりが曖昧だなというところで、もう少しここが具体的アクションに通じる方向性もあってもいいのかなと思いました。

よりよくなればと思っただけのコメントです。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。この辺りは意図するところを分かりやすく伝えるということで、記載は考えさせていただきたいと思います。

すみません、最初に品田委員からご意見がございました。専門の相談のところにつきまして確認できましたので、そちらについてご説明させていただいてもよろしいでしょうか。

○松本WG長 お願いします。

○事務局福重 事務局の福重でございます。先ほどの緩和ケアチームの専門的な知識技術を有する相談支援に携わる者というところでして、こちら整備指針の表現を活用させていただいたというところでございますので、実際にほかの表現ということも、先ほどご意見もいただきましたように、検討させていただければと考えてございます。

○松本WG長 ありがとうございます。

品田委員、お願いします。

○品田委員 福重さん、ありがとうございました。

同じく整備指針の中に、緩和ケアチームに社会福祉士が配置されていることが重要だというふうな文言も入っておりましたので、職種として書くのであれば、看護師とか公認心理師と並んで、資格名で書くのであれば、社会福祉士というふうに、あるいは社会福祉士等とか、医療ソーシャルワーカーとかというふうな形で、私達が整備指針を読むときに、この文言ではなくて、社会福祉士と医療ソーシャルワーカーを入れるようにというふうなことを、病院としては結構重く読んでおりましたので、読み手側からすると、そういう職種、資格名で書いていただいたほうが分かりやすいかなと思いました。

印象だけお伝えしておきます。

○松本WG長 貴重なご意見をありがとうございます。その点を踏まえてご検討いただければと思います。

すみません、大分遅れているんですが、一応この議論は終えまして、最後に初めの次期計画の方向性についてのご意見を伺う時間にはなっています。

初めにご意見を伺ってはおりますが、改めて1ページ目、冒頭の「次期計画の方向性について」ご意見のある方はおられますか。

ここはさっき議論で出てきましたので大丈夫そうですね。ありがとうございます。

では、全体を通していかがでしょうか。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山ですが、最後のところで都民というか、一般市民というか、そういう方のヘルスリテラシーというか、緩和ケアに関する一般的な常識的な理解を上げていくということ、かなり先ほどから言っているの、この今後の方向性の中にそれは入らなくてもよいのでしょうか、今更ですが。

○松本WG長 いかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 事務局です、ありがとうございます。

イメージとしてはそういった都民への普及啓発なども通じて、最終的な目指すところとして、こういった向上が図られるという、到達点的な形での記載で、こちらについては書かせていただいているんですが、その前段として、そういった正しい理解が促進されるという、都民に啓発されていることによってこういったことが実現するといった要素が入るといいのかなと受けとめたんですが、そういったことでよろしいですか。

○秋山委員 2人に1人はがんになる時代が来ているわけで、そのことを踏まえながら、緩和ケアというのは本当に診断されたときから活用というか、受けられるので、そのために安心して療養に専念できるという、そういうところにつながって、このがんと診断されたときからの切れ目のない緩和ケアの提供というのにつながっていくので、患者家族で終わるのじゃなくて、都民全体というか、その意識の底上げというのは、ベースとしては大事なところなのかなと思ったので、少し書き加えが必要ではないのかなと思いました。



○事務局山口 事務局の山口でございます。

今ご指摘いただいた点ですが、この緩和ケアのパートではなくて、今すぐ資料が出ないんですが、最後の基盤の整備のところのパートで、この前のがん計画推進部会ではまだ議論はできてなかったんですが、あらゆる世代への正しい理解の促進というようなパートを設ける予定でございます。

ここでは緩和ケアに限った形ではないんですが、がんヘルスリテラシー全般のことを取り上げる予定でございますので、緩和ケアの正しい理解というところもちろん必要ですし、ヘルスリテラシー全般という話であれば、基盤の整備の中で書いていくというところも、一つ考えられるかなと思ったところでございます。

この基盤の整備の部分での文言につきましては、次回の9月20日の部会でお示しできればと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○松本WG長 貴重なご意見をありがとうございました。

全体を通してそこが定義されていけばいいかなとかというところで、ありがとうございます。

様々のご意見をいただきましたので、後日、意見追加もいただけたらと思うんですが、あとのご意見いただきますとともに、このご意見を事務局側と整理して、私でも話し合っただけで、一緒に検討して対応していこうと思います。

また、ご意見募集みたいなのができると思うので、そのときに委員の意見を出せると思うので、引き続き見ていただければと思います。

骨子に関する具体的な検討は以上となりますが、このほか緩和ケアに関してほかのワーキンググループからも意見が出ているので、その点に関して事務局から説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局よりご説明させていただきます。

画面共有の形での説明になって申し訳ございませんが、現在、本ワーキンググループ以外において、がん計画推進部会を初め各会議において次期計画の検討が進められているところではあります。

このうち、緩和ケアに関しまして、AYA世代のがんワーキンググループで小児・AYA世代の緩和ケアについてご意見、ご議論をいただいているところではあります。

また、今後、先ほどの骨子案の中に、小児・AYA世代の緩和ケアについても落とし込んでいくといったことが考えられると思います。

これまでの議論と共通するところが多いかと思いますが、小児・AYA世代のがん患者の緩和ケアの特有の課題などにつきまして、ぜひご意見等を本日のワーキングの中でいただければと考えております。

参考としまして、これまでの取組について一部ご紹介させていただきますと、東京都の東京都小児・AYA世代診療連携協議会により、小児緩和ケア研修会が年に1回程度開催をされているほか、小児の緩和ケアに関するリーフレットが作成されております。

そのほか、計画の検討として出されているご意見としましては、AYA世代特有の質問事項をスクリーニングシートに加える必要性であったりとか、若い家族の場合に遺族のグリーフケアが重要であるといったご意見をいただいております。

こういったことも含めて、小児・AYA世代の緩和ケアにつきましてご意見をいただければと思います。よろしくお願いたします。

○松本WG長 よろしくお願いたします。小児とAYA世代の緩和ケアといったところでのいかがでしょう。小児とAYA世代を分けて考えたほうがいいのかも分かりませんが、ご意見をいただければと思います。

廣橋委員、お願いたします。

○廣橋委員 自分のPCUだとか、在宅医療支援を考えたときに、特にAYA世代いわゆる介護保険が使用できず、また介護者がなかなかお若くて仕事の問題とかなどで、AYA世代特有の特に在宅ケアの難しさというところは、以前から言われているところですので、そういったところに関しましては、何かしら今回の計画で盛り込むべきじゃないかと思っております。

○松本WG長 ご意見をありがとうございます。

高橋委員、お願いたします。

○高橋委員 当院でもかなり若いAYA世代の乳がんの患者さんなどたくさんいらっしゃいますが、解決策はまだ見つからないんですが、なかなかACPというのも若いだけあって、すごく治療に対する思い入れが強かったりですとか、最期のことがイメージなかなかできなかつたりとかということで、ACPというのがなかなか進めづらいというか、否認傾向もあつたり、最後のときは考えたくないという思いが強いなというのは、ご本人、ご家族共々にあるようで、非常にそこは大きな課題だなと思っております。

あとは緩和ケア病棟の利用に関しても同じように、先々のことまでなかなか考えづらくて、緩和ケア病棟というところまで気持ちがいかなかつたり、あるいは在宅ケアを導入するに関しても、比較的体力が若くてあるので、ギリギリまで元気で通院できていたりするので、私たちからすると、あともう少ししたら体調が悪くなって、在宅医療を入れないと難しいと思うというような状況であっても、なかなか患者さん方がそこに気持ちが向いていかないというか、当然ですが、その辺が非常に難しい課題だなと日々感じております。

解決策が余り思いつかななくて、私達も日々悩んでいるところですが、そんな状況が課題としてはあるかなと思っております。

○松本WG長 ありがとうございます。

鳥居委員、お願いたします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。がんの場合というのは、高齢者でがんが生じた場合は、ある意味では終末的な意向があるんですが、小児・AYA世代は基本的には生きる世代ですね。

なくなる世代ではないので、その辺がQOLを考えると、緩和ケアというのがぜひ必要

ですが、なかなかそれを受け入れられないということがあると思います。

その辺は苦しんでいるときは緩和ケアというものも、終末としてではなくて、そういうものによって苦しみが取れる方法もあるということ、ヘルスリテラシーとして一般の方も含めて、がんになる前からそれを意識の中に植え付けるというのは、非常に大切じゃないかと思っております。

○松本WG長 ありがとうございます。

赤穂委員、お願いします。

○赤穂委員 鳥居先生がおっしゃったこととかぶってしまうところもあるんですが、若い方ががんになる、しかも、その亡くなられたりする場合、これはもうとても不条理なことですよ。

不条理な目にあったという不条理なことを、どう解決していくかというか、どう受けとめていくかというのは、最後のところに、若い家族の場合、遺族のグリーフケアが重要と書いて、もう本当にそうで、この不条理をいろいろな形でその人ごとに抜けていかれるんだろうけれども、なかなか医療者側のお手伝いがないと抜けていけないご家族、ご遺族がいらっしゃると思うんですね。

ある程度、家族ケアだけでなく“遺族ケア”も含めた家族ケアみたいなものも広がっていかないといけないかなと思っています。

○松本WG長 ありがとうございます。

品田委員、お願いします。

○品田委員 小児・AYA世代で言うと、この家族とか遺族というのが、続き柄がだいぶ違うなと思っております。

例えば、小児であれば親御さんが対応するでしょうし、AYA世代であったとしても、若いご家族であれば、ご両親とかあるいはご兄弟とかいうふうな形で、先ほど赤穂先生がおっしゃっていましたがグリーフケアというふうな形で、一言で言っても恐らくその家族とかあるいは患者さんの治療経過を支えていく家族も、年代と続き柄が様々でございますので、ここを一度整理した形で何らかの検討をしないと、一緒くたになって雑ぱくとしたような感じが出てしまうのではないかなということを懸念いたしまして発言しました。

○松本WG長 ありがとうございます。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 また自分が最初に言った話に戻ってしまいましたが、AYA世代、子供の方を含めて在宅療養しようというときの支援が、東京都窓口もホームページ見たら少しあるんですが、実際、現実お金がないとか介護する人がいないとかという本当にリアルな問題のほうに若い方に多くて、そういった方を支援する施策が、区によってはあるんですよ。

世田谷だったか江戸川区だったか、助成金を出すみたいな施策が区によってはあって、区によって格差が生じているということを知ったことがあります。

その辺、東京都として全体的に取り組まれるというのは、とても患者さんにとって身近

な大事な取組なのかなと思って、ぜひ何らかのアクションを起こせたらと期待しております。

○松本WG長 ありがとうございます。

鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。今、地域差があるということが出たんですが、私は世田谷医師会から出ているものですから、世田谷には成育医療センターという大きい施設がございます。

この施設からは、退院した後に周りで何とか面倒をみななければいけないということですが、なかなかそれを受け入れることが難しいということが起きております。

そういう大きい病院で小児を扱う場合には、そこで何とか引き受けられるシステムをつくるということが、緩和ケアだけでなくそういうことが必要なんではないかと思っております。

○松本WG長 ありがとうございます。

私から一言。打合わせのときにも話したんですが、小児は、実は緩和ケア病棟はほとんど使われないというところで、小児科医が中心になって診ていて、小児科医とか小児を担当する整形外科医とか、そういう治療チームがすごくしっかり診ていて、緩和ケアチームがそこにうまく介入できているのかできていないのか。

あと、在宅というところのこの3つの要素がすごい大きいなと思っていて、そこら辺結構ネットリテラシーがあったりして調べる人は、すごく患者会とか情報を得てやりますし、でもそこら辺がない方は、大人も一緒でしょうが、結構困ったりしているので、そういった意味で、小児特有の情報提供の場とか、コミュニティができる場合もあるかもしれませんが、コミュニティに入れないと情報がなかったりする可能性もあるので、そこら辺で小児の場合における緩和ケアということで、情報提供は少し成人向けとは違うのかもなというところは考えてもいいのかもしれない。コメントです。

ほかにご意見いかがでしょうか。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山です。小児の場合に療養生活が長くなりますと、勉強というか学習の機会がかなり制限されて、その結果、非常に偏見を持たれたり、あるいはその後の進学や就職のときに不利な状況になっていく。

ですので、ある意味、身体的な緩和と同時に精神的にもつながる社会的な面での緩和というか施策というのはとても大事になってきますが、それは十分じゃないので、何かをやるというよりも、そういう問題があることに気がついて、それについて個別に対応ができるというか、そういうことが緩和に本当につながるかなと思うんですが、いかがでしょうか。

○松本WG長 ありがとうございます。

その点に関して私も今思ったのが、大阪とかで、小学校の授業にWebで参加するみた

いなのをすごくやられて、ソーシャルワーカーが来られて、はじめは教育委員会から反対されて、ダメダメというものを押し切ってやってすごくよかったみたいなことを、学会で発表されていて、そういった意味ではそういったチャンスをつくっていくというのは、本当に教育というのは重要だなと今改めて思いました。

そういった点、事務局さん、いかがでしょうか。教育を受ける機会と申しますか。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。教育につきましても、先ほどの基盤のところにも教育の話が実は出ておりまして、そういった意味では、学校におけるがん教育であったりとか、あるいはライフステージのところでも、行政のところでも病院内教育の充実強化といったところの視点もあると思います。

この小児・AYA世代のところで、発育であったりとか教育といったところの課題がある。まさにそのステージに特有の課題なのかなと思いますので、その点も記載できるようにしていきたいと思っております。

○松本WG長 病院内教育体制がここに載っているということですね。ありがとうございます。

品田委員、お願いします。

○品田委員 訪問学級を含みまして入院中の教育保証というのは、ある程度あると思うんですが、恐らく秋山委員が心配しているのは、在宅でまだ学校に戻っていけない子供たちの学習支援をどうするかという問題だと思っております。

確かに、取組は教育委員会などと一緒に、子供たちのオンライン授業も含めまして、やっている地域を私達ソーシャルワーカーもよく分かっているんですが、学習の機会、特に義務教育のお子さんたちの場合、むしろ入院していないときの学習支援を考えるべきと、私は追加でコメントさせていただきます。

○松本WG長 ありがとうございます。

この点もまた追加であれば、後ほど事務局に連絡いただいて、これもあったということでもっていただければいいかと思っておりますので、引き続きよろしく申し上げます。

遅れ遅れですみません。本日全体を通して、議題は終わったんですが、何かご意見とかご質問とか、これだけは言っとかなければいけないとかがございますでしょうか。

先ほどもお話したんですが、一度私と事務局でまた話し合っただけですが、その結果できたものが本当にいいかとかは分からないので、またパブコメもありますので引き続きご意見いただく機会もあるかと思っておりますので、大丈夫ですね。

では、事務局にお返しいたしますので、よろしく申し上げます。

○道傳地域医療担当課長 事務局でございます。

本日は長時間にわたりまして様々なご意見をいただきまして誠にありがとうございました。いただいたご意見につきましてはワーキンググループ長と協議の上、対応をさせていただきます。

また本日の議論の内容についてさらにご意見がございましたら、8月24日木曜日まで

に事務局宛にメールでご連絡をいただければと思いますのでよろしくお願いいたします。

今後、9月のがん計画推進部会におきまして、松本ワーキンググループ長より本ワーキンググループでの内容を部会にご報告をいただきます。

その中で新たに出されたご意見なども必要に応じて反映させつつ、計画本文の作成を進めまして、現在の内容から大きく変更となる部分があれば、また皆様にも意見照会等をさせていただければと思っております。

ご案内は以上となりますが、改めまして皆様には東京都がん対策推進計画の改定に多大なお力添えをいただきまして心よりお礼を申し上げます。今後とも引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

事務局からは以上でございます。

○松本WG長 事務局さん、いつも夜遅くまでお疲れ様です。ありがとうございます。本当にいい計画ができるようにと願っております。

では、これで第10回の緩和ケアワーキンググループを終了したいと思います。15分ほど遅れまして申し訳ございません。ご協力ありがとうございました。

(20時14分 閉会)