

令和5年度

東京都がん対策推進協議会

第9回緩和ケアワーキンググループ

会議録

令和5年7月20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 定刻になりましたので、ただいまより、東京都がん対策推進協議会「第9回緩和ケアワーキンググループ」を開会いたします。

委員の皆様におかれましてはご多用の中、本ワーキンググループに参加いただきまして誠にありがとうございます。

私はがん対策を所管いたします医療政策部地域医療担当課長の道傳でございます。この4月より担当しております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日のWEB会議の開催にあたりまして、委員の皆様に2点お願いがございます。

1点目ですが、議事録作成のため、必ず御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点目ですが、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、後日資料及び議事録を公開させていただく予定でございます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、本日ご出席の委員のご紹介をさせていただきたいと思っております。お名前をお呼びした方は一言ご挨拶をいただければと思います。

それでは、資料1-2をご覧ください。

公益財団法人がん研究会有明病院緩和ケアセンター長緩和治療科部長の松本ワーキンググループ長でございます。

○松本ワーキンググループ長 松本です。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、株式会社ケアーズ代表取締役、白十字訪問看護ステーション統括所長の秋山委員でございます。

○秋山委員 秋山です。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院緩和医療科長、里見委員でございます。

○里見委員 里見でございます。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、鈴木内科医院院長、鈴木委員でございます。

○鈴木委員 鈴木でございます。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、聖路加国際病院オンコロジーセンターがん看護専門看護師上級臨床倫理認定士の高橋委員でございます。

○高橋委員 聖路加国際病院の高橋美賀子です。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属永寿総合病院緩和ケア科部長がん診療支援・緩和ケアセンター長の廣橋委員でございます。

○廣橋委員 廣橋です。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、声を聴き合う患者たちとネットワーク「VOL-Net」代表の伊藤委員でございます。

伊藤委員におかれましては、今回ご移動中からのご参加のため、カメラはオフ、ご発言はチャットから頂戴する形でご参加いただきますので、よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、公益社団法人東京都医師会理事の鳥居委員でございますが、少し遅れてのご参加と伺っておりますので、後ほどお越しになりましたらご紹介させていただきます。

続きまして、公益社団法人東京都薬剤師会常務理事の松本委員でございます。

○松本委員 松本です。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

本日、赤穂委員、品田委員からはご欠席とのご連絡をいただいております。少人数でのご議論となりますので、ぜひ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申し上げます。

なお、本日ですが、医療政策担当部長の岩井につきましては、大変恐縮ですが、公務のため欠席とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の会議の資料でございますが、次第に記載のとおり、資料1から資料4までと、参考資料1から5までとなっております。

それでは、これから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。

○松本ワーキンググループ長 よろしく申し上げます。

私がここから司会を務めさせていただきます。

まず初めに、議事(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、何度か区切りを入れて、ご質問やご意見を伺いたいと考えております。

まず、事務局から説明を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、事務局よりご説明いたします。資料3をご覧ください。

スライドの2ページ目に、東京都がん対策推進計画の改定に向けた工程をお示しております。

昨年度は、計画改定に向けて現状把握を行うため、都民や患者・家族、医療機関や企業等に対して調査を実施してまいりました。

令和5年度に入ってから動きとしましては、先月、6月30日に東京都がん対策推進協議会を開催いたしました。

協議会では、この計画期間における取組の振り返りを行いまして、今後に向けて残った課題等についてご意見をいただいたほか、次期計画の全体構成についてもご了解をいただいております。これらの内容につきましては、後ほどご報告をいたします。

そして、この7月と8月で、次期計画の具体的な内容につきまして、部会やワーキンググループで議論をいただきながら、内容を詰めてまいります。

ワーキンググループの1回目、本日ですが、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いたしますので、課題認識として抜け漏れがないかですとか、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きたく考えております。

そのご意見を踏まえた上で、2回目のワーキンググループでは、より文章に近い形としたものをお示しし、改めてご意見等をいただければと考えております。

2回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「がん計画推進部会」でご報告いただきまして、その後は事務局で計画を文章として整え、12月中旬の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3をご覧ください。

こちらが、先日の東京都がん対策推進協議会で委員の皆様からご了解をいただいた、次期計画の構成でございます。

第3章の「全体目標と基本方針」の行になりますが、次期計画におきましては、国の第4期基本計画と同様、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の3つの目標を設定いたします。

そして、第3章ですが、具体的な施策につきましても「予防」「医療」「共生」と、それらを支える「基盤づくり」の4つの分野に整理しまして、記述をしております。

スライド4にお進みください。こちらが、次期計画の第4章の「分野別施策」の項目建てのイメージでございます。

緩和ケアについては、赤枠で囲っている部分となりますが、国基本計画を踏まえまして、「医療」に位置づけております。

スライド5にお進みください。

こちらからスライド9にかけてが、先日の協議会においてお示ししました、「緩和ケアの提供」に関する振返り資料でございます。左側に主な取組事項、真ん中のところに課題が残った点を記載してございますが、この課題が残った点につきましては、後ほど資料4でもご説明をいたしますので、ここでは主に左側の取組についてご説明をいたします。

まず初めに、都内の緩和ケアの提供体制の充実についてでございます。拠点病院等における取組といたしましては、緩和ケア研修会の実施の支援や多職種を対象とした研修の実施、相互評価の実施や、緩和ケア病棟の施設整備に係る補助等を行い体制の充実を図ってまいりました。

スライド6にお進みください。

こちらが拠点病院と地域の医療機関との連携体制の確保といたしまして、在宅療養を支援する診療所のリストの作成や、緩和ケア地域移行モデル事業の実施、地域の病院の

医療提供体制の一覧の公開などに加えまして、今年度からは専門看護師等の資格取得支援に取り組んでいるところでございます。

続きまして、スライド7をお願いいたします。

在宅緩和ケアの推進といたしましては、多職種向け緩和ケア研修会を実施するとともに、拠点病院等におきまして地域向けの研修やカンファレンスの実施をしております。

また、指標といたしましては、緩和ケアの充実につきましては「日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができていると回答した患者の割合」を用いております。こちらについては当初から横ばいの結果となっております。

続いて、スライド8にお進みください。

こちらが緩和ケア研修会の充実強化でございます。拠点病院における緩和ケア研修会の開催を支援しております。

指標としましては、先ほどの指標に加えまして、主治医や担当医になるものの「緩和ケア研修会の受講率が90%を超えている国拠点病院及び都拠点病院の数」を設定しております。策定当初の4から12に増加をしているという結果となっております。

最後に、スライド9をご覧ください。緩和ケアに関する普及啓発の推進についてでございます。主な取組事項としましては、東京都のがんポータルサイトでの情報発信や都民向けの普及啓発動画の公開、拠点病院等による情報収集や情報提供等の支援を行ってきました。

指標といたしましては、緩和ケアのイメージを用いておりましたが、誤った認識を持つ都民や患者の割合は増加しております。この点は課題と考えております。

以上の内容が、現計画期間における取組の概要でございます。

長くなってしまいましたが、次期計画骨子の具体的な内容のご説明の前に、ここまで内容につきまして、ご質問やご意見等がございましたらお伺いできればと思います。

よろしくをお願いいたします。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。事務局から、計画改定のスケジュール、次期計画の全体構成、そして現計画期間における取組について説明がありました。今後の課題はこれからということなので、ここまでの内容についてご意見・ご質問がありましたら teams の挙手で、もしくはチャットでも大丈夫ですので、伊藤委員は、チャットへだと思っておりますので、ここまでのところでご発言でございますでしょうか。鈴木委員、お願いします。

- 鈴木委員 在宅で診療をやっている鈴木と申します。

私どもの地域の中でも在宅医療を行う診療所が大分増えてきてまして、主に若手の先生たちで回されておるんですね。

ただ、そのところで、どういうレベルの医療が提供されているのか、なかなかそのところの顔が見えていないという状態があって、研修会なんかをさせていただいても、

なかなか忙しくて出席ができないというような現状も続いていて、

多分これからは拠点病院の緩和ケア研修会からその地域にもう少し軸足を移して地域の中でそのレベルアップのための研修というのをやっていく時期に来ているのかなとは思っているのですが、そのところが今後の課題と言えば課題かなと、最近は考えています。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。現状に対するご意見と今後の展望もお話いただきありがとうございました。この辺また次の回でも触れられればと思います。

ほかにはいかがでしょうか。廣橋委員、お願いいたします。

- 廣橋委員 廣橋です。自分も病院と在宅両方やっている医師ですが、在宅の特に人の研修とか知識や技術がまだまだ不足しているというような調査の結果もありましたが、そのアンケートの結果漠然として、多分どこが足りないのかというところをもう少し深く追求していくとか考えていくことで、どのように、どんな研修が必要だとか対策が必要かって部分が大事なのかなと思っています。

もちろん症状緩和の技術だとか細かいことで言うと、例えば終末期の人生ですとかそういういったところも細かくいろいろと恐らく困っている部分もあるのかなと思いますが、その辺の何が不足しているのか何が学びたいのかというあたりのところの調査の部分も必要なのかなと思って調査の結果を拝見いたしました。

実際にその研修の内容はチェックしていくべきというのは、鈴木先生のおっしゃるとおりだと思います。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。問題に対してより細かく原因を突き止めていくというところ、問題を突き詰めていくところの対応かな。

ほかにはいかがでしょうか。里見委員、お願いいたします。

- 里見委員 中央病院里見です。緩和ケアの提供のところの達成状況が増えているという、緩和ケアのイメージの増えているというのは結構ショックなデータだなと思って見ておりまして、これを見ると市民向けの啓発の内容とかも少し検討したほうがいいんだろうなと思いました。

もう 1 つ、この中には含まれてないんですが、これまでの東京都ってどうしても主には都市部が多いとは思いますが、離島とか東京都の僻地に関するところというのは余り触れられてないように思って、そう言ったところの、例えばそこにちゃんと行き届いているのかどうかというのも、都としては把握したり、何か対策が必要なのか考える必要があるなと思いました。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。市民の啓発と、離島のところというのは、今回答でできるところ、事務局はございますか。

- 道傳地域医療担当課長 事務局です。ご意見ありがとうございます。

確かに仰るとおり、離島につきましても、当然、医療機関、病院、診療所、あと在宅の

関係で診断させていただいたりできる方々いらっしゃる場所とはなっているんですが、確かにがんの関係で、いろいろ取りまとめている中で、余り見ている部分の確かに少し弱いという説明をしてきていない部分ではないかなと思います。

いただいたご意見を踏まえまして、こちらでも状況の確認等を進めさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○松本ワーキンググループ長 コメントをありがとうございました。

次に大きな話題がありますので、ここはこれくらいにいたしまして次に進みたいと思います。

事務局より説明の続きをお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局より資料3のスライドの10をご覧ください。

先ほどの資料の続きとなりますが、こちらが次期計画における、緩和ケアパートの構成案となっております。

大きく3つに分けてございまして、1つ目が都内の緩和ケアの提供体制の充実、その中で4つに分けてございまして、1つ目が都内の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つ目が人材育成の充実・強化、3つ目が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・背景・今後の取り組むべき方向性等を、資料4にまとめておりますので、資料4をご覧くださいと思います。

こちらは大変細かい資料となっておりますが大変恐縮ですが、該当する部分をアップしてご説明していきたいと思います。

まず1つ目、「1 都内の緩和ケア提供体制の充実」の「(1) 拠点病院等における取組」からご説明をさせていただきます。

はじめに、「①診断時からの経時的な苦痛等の把握と適切な対応」についてでございます。

昨年度、東京都が実施をいたしました拠点病院等への調査では、診断時からの一貫した緩和ケアの提供につきまして、どちらともいえない、どちらかといえばできていないとの回答が一定数ございました。

患者調査では、問診票への痛みやつらさの記入等を依頼されたことはないですとか、医療従事者へ伝えても対応がなかった、改善しなかったといった声も一定数ございました。また、国立がん研究センターの調査では、療養生活の最終段階において、半数程度が痛みや辛さを抱えているということが示されております。

背景としましては、緩和ケア外来の人手不足などの理由もあり、緩和ケア外来やがん相談支援センターに患者がつかっていないことが考えられます。

また、疼痛緩和の専門家へのコンサルテーションが不足してございまして、神経ブロックの実施件数については、拠点病院間に実施状況に差がある中で、その状況が伝わって

いないことも考えられます。

この点につきましては、患者の苦痛について、全医療従事者が入院、外来を問わず、把握するとともに、基本的な緩和ケアの実施や、必要に応じて緩和ケアチーム等の専門的緩和ケアへのつながりが必要であると考えております。

そこで、取組の方向性としましては、引き続きコミュニケーションの強化に向けて研修会等を実施するとともに、国の「がんの緩和ケアに係る部会」が作成した資材の活用も含めまして、医療従事者の理解促進に向け、診療連携協議会において検討してまいりたいと考えております。

また、各拠点病院等におきまして評価された苦痛に対する対応や緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化、院内連携の強化、緩和ケア外来へのつながりの強化やがん相談支援センターにおける相談の継続を図ってまいりたいと考えております。

さらに、緩和的放射線治療や神経ブロック等の提供、また相談受付が可能な施設の情報集約や周知につきまして、診療連携協議会と協力して実施に取り組んでいきたいと考えております。

その右側に指標がございます。今回、国より各都道府県におけるがん対策推進計画の改定にあたりまして、ロジックモデルの考え方に基づいて、施策と目標のつながりを明らかにしながら検討するよう方針が示されていることから、それぞれにつきまして目標の記載をしております。本項目では、患者調査を用いて、痛みや辛さの状態の把握と医療従事者の対応等を指標としたいと考えています。

続きまして、「②診断時の緩和ケアの推進」についてでございます。

診断時の緩和ケアの実施状況は拠点病院等において、必ずしも提供されているとは言いがたい結果でございました。

患者調査におきましても、治療内容に対する疑問や不安が解消されなかったと思った理由を確認したところ、説明の時間が短かった、背景分析にも書いてあります、質問がしづらくて内容がよく分からないままだったというご回答がございます。

また、医療施設調査では、国の資材が拠点病院内に浸透していないことや、緩和ケアの概念の浸透が進んでいないことが示唆されております。

このため、課題としましては、医療従事者が、診断時に患者家族へ必要な情報提供を行い、支援につなげる必要があるとしております。

取組の方向性としましては、国の資材の活用も含めまして医療従事者の診断時の緩和ケアの理解促進や患者家族への適切な説明の実施について、診療連携協議会において検討していくこととしております。

指標につきましては、「患者調査の治療内容に対する疑問や不安の解消」とするとともに、「がんと診断されてから治療を始める前の間に、病気のことや療養生活に関して誰かに相談することができたか」としまして、治療内容やその後の生活への不安等に対する説明の有無あるいは相談につながっているかについて評価できればと考えております。



次に、「③早期からの意思決定支援」についてでございます。

国立がん研究センターの遺族調査によると、「望んだ場所で過ごせた」と回答した割合は約半数にとどまっています。

背景としましては、訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所より、在宅へのつながりが遅いとの指摘がございます。

また、拠点病院への調査では在宅移行を阻む要因としまして、本人の在宅療養に対する不安等が挙げられる中、患者調査でも、相談できなかったという声が一定数ございました。

このように、早期の意思決定支援の実施や円滑な退院支援、在宅療養で受けられる支援体制の患者家族への周知が課題となっております。

取組の方向性としてしましては、医療従事者と患者家族とのコミュニケーションの強化や治療早期からの院内関係者間の情報共有について診療連携協議会で検討いただくとともに、都においても在宅療養で受けられる支援の普及啓発を検討してまいります。

指標としましては、遺族調査の「望んだ場所で過ごせた」を考えております。

続きまして、「④圏域を中心とした地域連携の推進」でございます。

現状としましては、拠点病院等と日頃から地域連携していると回答した診療所や訪問看護ステーションは半数程度でございました。また、急変時の対応が不明確であるとの声や、拠点病院等による専門的緩和ケアのアドバイスにつきまして、どこに頼めばよいかわからず受けられていないといった声がございました。

このため、課題としましては、退院後の生活に向けた早期からの支援や頼みやすい関係性の構築や、地域からの相談体制を充実・周知、緊急受入体制の確保・周知が必要であるとしております。また、圏域外も含めた退院支援体制の構築が必要であるとしております。

取組の方向性としては、拠点病院等による圏域内の連携として、緊急時の対応を含む退院に向けたカンファレンスの実施や、圏域ごとの研修、意見交換会、相互受け入れ等の実施、困った際のコンサルテーション窓口としての緩和ケアチームの周知を図っていきたくと考えております。

拠点病院の取組の後押しとしましては、地域連携の好事例の共有や連携体制構築のための取組を支援していくこととしております。圏域を越えた退院支援体制としましては、診療連携協議会と協力をし、がんポータルサイトで地域の医療資源の公開を充実してまいります。

指標としては、拠点病院等との地域連携の状況を記載しております。

ここまでの拠点病院等における取組でございます。

長くなりましたが、ここで区切らせていただきたいと思います。

事務局からは以上でございます。

○松本ワーキンググループ長 どうもありがとうございました。

次期計画期間において取り組むべき課題や取組の方向性について、項目1の都内の緩和ケアの提供体制の充実の拠点病院等における取組について、事務局より説明がありました。

これらの内容について、ご意見を伺っていきたいと思います。

ご意見のある方は teams の挙手ボタンで手を上げていただいたり、チャットを使っていただいたり、よろしくお願いいたします。

鈴木委員、お願いします。

- 鈴木委員 いつも拠点病院の先生方から患者さんをご紹介いただいて在宅に持っていきますが、実は私たちがいただくケースというのは、治療を繰り返して抗がん剤治療が効果がないところから受け取ることが多いわけですね。

そのところで、在宅側もそういったところはよく分かっているわけですが、その拠点病院通院して治療している方、こういった方々をご支援するためにどういうことが必要なのか。

私個人としては、医療的なケアといいますか、治療の手数とかどんな治療ができるのかということは十分説明されていると思いますが、生活の部分がどうなのかという説明というのはまだ不十分なように思います。

例えば、経済的なことに対する相談であったり、在宅に来ては医者や看護師が来てそれ以外に介護が入ったりいろんなものを借りなきゃいけないってなると、お金がかかるから、それはというか経済的に行き詰まる方も決して少なくないですね。

だから、そういったところの部分での相談とか支援の受け方とかいったことを、最初の段階できちんと説明してあげて、いろいろな支援が動くんだよということを説明されるということはすごく大事なことなのかなとは個人的に思っています。

だから、その治療を受けながらでもいろいろ支援が受けられるということ、それから、私どものところだと、治療中なんかに血圧の薬など取りに来られてそのときにいろいろ状況説明されて、かかりつけ医として機能することもできますので、そういった機能も使っていただければいいんじゃないかなと思ったりしました。

- 松本ワーキンググループ長 ご意見ありがとうございました。病院の方では生活のことそこら辺も踏まえて話し合っていくと早期の連携がつながるという形でありますでしょうか。ありがとうございました。

廣橋委員、よろしくお願いいたします。

- 廣橋委員 診断時からの緩和ケアの提供についてなんですが、拠点病院における。数字では結構チームへつないでいますとか、相談入ってますとか、専門の看護師さんへつないでいる、80%とか出ていますが、多分実際患者さんが診断されたときに、そういったものがありますよと話されている数字では多分これはないんじゃないかと思っています。

多分ほとんど。今回の改定で大事なことは緩和ケアを受けられますよと、我々医療者側が患者さんにプッシュするということがきっと恐らく求められていて、本当はそうじ

やないと患者さんが、そういったことを受けられるということを知れないので。

そういう診断時からの緩和ケアをするためにもっと何をやるということをはっきりと医療者が患者に何をすると、何をという部分をしっかり決めるということが特に大事なのかなと思っていて。

例えば、緩和ケア、こういった「うちの病院ではこういったことを受けられますよ。希望される方はどうぞ」と、何か資料を主治医が渡すとか、そういう何をやるということがないと、患者さんはその診断されたときですよ、別に専門的緩和ケアにつながるということ、決して目的にしているわけではなく、何か困ったときに相談できれば上がるということを知ってもらおうという、何かを医療者が、多分主治医が一番いいんでしょうが、患者さんに診断されたばかりの患者さんに伝えるというアクションをするということとはとても大事なのかなと。

こういったことは結構緩和ケアの普及啓発の議論で患者会の方から多くお聞きすることが多いので、ぜひそういったことできたらなと思ってお話をさせていただきました。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。医療者側からプッシュがということですね。

秋山委員、お願いします。

- 秋山委員 秋山です。在宅を希望してつながってくる相談の中には、在宅のサービス自体がどういうものがあるのかというのがある程度見えた状態の人でないと、なかなかつながらないという現状があって、そうするとかなり症状緩和も具体的に必要なのに、そこまでかなり無理して、というか我慢した状態でつながってくるという人が結構います。

それについて、それこそ診断の時点で他の部位へ転移があるというか、まあ3A以上、ステージで言うと、そういう方、最初の診断のときから病院の中にある相談支援センターに行って、それこそスクリーニングを受けるというか本当に不安の状態、それから症状自体を感じている、そこにつなげないと、もうみんな漏れて行ってしまっていて、それがもう過ぎ去った後にギリギリで訪問看護というか在宅につながってくる。もう少し早くからつながってくれたらなという、そういう例があります。

なので、拠点病院で最初の、いろいろ検査をして最終の診断結果を伝えるときに、ただパンフレットがありますよ、ポータルサイトがありますよというんじゃなくて、院内の相談支援の窓口にはまずは一度は立ち寄るよというようにぐらいい言っていたかかないと、相談支援の窓口にはつながらないと思います。強めにその辺はやらないといけないんじゃないかなと感じています。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。新しい拠点病院の要件でも場所とか紹介するというのにはありますがそこに行って話をするまでになっていないので、ここでもう一歩踏み込むかなというところだと感じました。

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。自分の勤務先が青梅市立総合病院というところ

ですが、がん拠点病院で働いておるんですが、この前緩和の先生に、薬薬連携というところで、地域の薬局の先生に講演会していただいたときに、地域の薬局の方から痛みですごい困っている人がいて、病院にどうやってつなげればいいのかと、お恥ずかしいながらも、自分のところの患者さんを薬局の院内でつなげることができていなくて、薬局の先生からそういうご指摘を受けたことがあったんですね。

そういった意味で薬局、廣橋先生とか秋山先生が言っていたように、つなげるというのが患者だけでなく地域の医療連携機関みたいなどころからも相談できるような仕組みというのが、そのときあったらいいなと思った次第です。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。院内の中の連携もということですし、病院施設間のつなぐという2つの意味合いでございますでしょうか。

○松本委員 そうですね。院内の連携もできていないというのが、そのとき緩和の先生とお話したのと、あとは拾ってくださるその他の医療職種という方がいらっしゃると思いますので、その方からのご相談窓口というののもあってもいいのかなと思いました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。

高橋委員、お願いします。

○高橋委員 今いろいろ皆さんご意見伺っていて、これアンケートの質問にもなるかもしれないですが、診断時のというのは、再発が分かったときというよりか最初の本当の初診の診断時の方を想定して聞いているというものになりますでしょうか。

○松本ワーキンググループ長 これは私が解説していいかわかりませんが、国は多分その診断時、がんと診断を受けた方全てに対する緩和ケアということで、多分診断時の告知の不安とか、経済的社会的なそこへのサポートという意味だと思います。

○高橋委員 ありがとうございます。診断時といいますと、確かにうちの病院の患者さんとかを拝見していると、もう本当に全くその症状もない乳がんの方なんかですと、非常に初期の頃とかは本当に症状も何もなくてという方も非常にたくさんいる中で、もし初診、診断1日にがんと診断される方の数もかなり多いと思います。

ですので、その方たちを全員、連携室の方にのご案内というふうな形だとか、全員にアプローチとなるとなかなか病院のキャパシティとしてはなかなか難しいものがあるんだなとは感じておりました。

今も全員をご案内していないにもかかわらず、医療連携室のがん相談の窓口というのはかなりキャパオーバーをしているような状況で、もちろんそういった相談員の数を増やしていかなければいけないというそもそもの問題点はあると思うんですが。

あとは本当に全く症状のない方、診断時のがん患者さんにご案内してもピンと来ない方たちもかなりたくさんいらっしゃるかなというところではありまして、具体的に診断のときに、例えば症状がある方とか何かそういうふうな緩和、もちろん将来的に緩和ケアというのを利用していただくためには、早い段階で知っておいていただくというのはとても大事なことだと思いますし、ご案内することがベストだと思うんです。

理想的には非常にベストだと思うんですが、現実問題として実際にご案内できる、すべき方というのを優先順位を少しつけた方がいい、したほうが現実としてはいいのかなとは思いました。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。全ては言いつつも、優先度をつけるようなものがあるといいのかなということですか。ありがとうございます。

では、私から3点ほど。ミクロの話ですが、1つ目が、診断時からの経時的な苦痛等の把握と適切な対応のアウトカム評価ですが、恐らく患者さんのアウトカムに関わるのが一番いいんですが、もう少し硬いデータがあってもいいのかなと個人的に思っていて、

例えば、いいのかどうか分からないですが、オピオイド量、東京都だとオピオイド流通量なども把握できるので、いいのかどうかは別として、そういうのも定期的にもっていくのが1つと、地域が分かれば、

神経ブロックとか放射線治療の件数が増えているのかとか。それは患者さんの数にもよると思うんですが、硬いデータがあってもいいんじゃないかなというのが1点目です。

2点目が、早期からの意志決定支援というのがあるんですが、意思決定支援という言葉、便利でいいんですが、例えば、治療自体、抗がん剤治療をするかしないのか、ホルモン治療をするかしないのか、そこも大切な意思決定支援なので、早期からの意思決定支援という、ごちゃっとしているんですね。

緩和ケアの診断時からの緩和ケアというのは、そういう診断、ファーストに何をしようとか、そういうのも悩むところにも関わっていくことだと思うので、その内容と在宅を早く選択したりとか、最後どう療養過ごしたいか という意思決定をごっちゃにする と分かりにくくなる気がして、

表現の区分けとさえいいのかわかりませんが、早期診断時からの緩和ケアというのと早期からの意志決定支援というあたりが、あと最後の療養の場所がごっちゃにならないような工夫が一つあるかなと思ったのが2点目。

もう1つが最後のところで、圏域を中心とした地域連携の推進というところで、東京都で収集するその医療資源のデータとかと、診療連携協議会とか収集するデータとかがこうなんか調査がいっぱいあってみたいなのを聞いたりするので、まとまって一緒に合同で調査するとかのほうが、連名でやって調査するとかのほうが実効性が高まるなと思った次第でございます。

私からは言いたいことを言いましたが、ほかにご意見はある先生、お教えいただければと思います。

秋山委員、お願いします。

- 秋山委員 秋山です。私が強い口調で、はじめの診断のときに相談支援センターを紹介してほしいということを行いましたのは、本当にこういう場所があるんですよということが具体的に分かっているかどうかでかなり不安が軽減するということだと思います。

それと、症状が全くなくてそれでも診断をした人は猛烈に次の治療が始まるまでのそ

の期間というのが不安にかられて、マギーズ東京にそういう相談がたくさん入っています。

まさにこれは心理的な面での緩和が最初からいるなど実感しているところです。そういうところも、状態が結構シビアなのにそれなりに受けとめている人と、全くこれは心配ない、治療にうまく乗れば大丈夫という人でも、本当に不安の強い人は不安を訴えられるので、そこら辺のスクリーニングとかそこら辺の区分けをどうするか。

でも、そういう症状がなくても不安のある人は相談の窓口につながれるというか、相談の窓口があるよというのを知らせていく必要はすごくあると思うので、その工夫ができればなと思いました。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。院内の相談支援センターの相談しやすさというのが、もしかするとあるのかなと思ったんですが、すごい重要なお発言だと思いました。ありがとうございます。

廣橋委員、よろしくお願いします。

- 廣橋委員 廣橋です。ここで、秋山先生のお話と同じになってしまいますが、ここで言う緩和ケアの何をするかというが、多分症状を和らげることを優先すべきなのかどうかというところは、多分みんなで共通認識を持つ必要があるのかなと思っております。

私事になっちゃいますが、先日がんの治療を終えたばかりですが、自分も知識があったんで、そこまで不安というか、それなりに受け入れてありましたが。知らない人だと、すごく別に単純な治療であったとしても、すごく不安に思ったり、これからどうなんだろうって誰かに聞きたくなるだろうなど、すごく実感したんですよ。

別に症状はなかったとしても。いわゆるプッシュするという話をさっきしましたが、できれば主治医、もしくは外来にいる看護師あたりから診断されたときに、こういったのがあるんですよという何か資料を渡されるとかだけでも、全然きっと違って、外来にパンフレット置いておくだけでは多分ダメなんですよ。

きっとあるって押されることで、でも全員行きなさいではキャパ的に無理なのは当然のことですので、全員行ってもらうタイミングは、また、例えば転移再発して何か複雑になったときには一回そうしてもらったほうがいいという、また別の議論が必要かもしれませんが。ただ診断されたときにも誰一人取り残さないという今回の改定で一番大事なポイントを考えたときに、我々がもしかしたら大丈夫だろうと思っていても、患者さんはそうでないことも当然あるわけですから、そういった人を取り残さないために診断されたときに、多分何かあったらきっと主治医がこういったものもあるが、何かあったら行ってみなよと1枚ポツと渡すだけでも、きっと違うんですよ。

その資料はきっと国が用意すべきものなのかもしれませんし、自分も緩和医療学会でそういったものを用意する仕事をしているので、提供できればと思いますが、そういう部分を診断されたときに何かするというのを、東京都みんなと同じ方向を向いてやれたらいいんじゃないかなと思っております。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。本当に診断時からの緩和ケアとか、緩和ケアの言葉は広く難しいところがありますので、貴重なご発言だと思いました。

失念したのですが、発表前に名前と所属を言わなければいけなかったことを、僕もしなかったのでよろしくお願いします。

では、高橋委員、よろしくお願いいたします。

○高橋委員 高橋です。秋山さんがおっしゃっていることも本当によく分かりますし、非常に痛いぐらいに患者さんの思いもいろいろ伝わってくる場所あるんですが、今おっしゃってたように、確かに現実的な問題とかを考えたり、あと患者さんにとっても情報というのが必要だと思います。

あと、先ほどの鈴木先生がおっしゃっていたように、在宅のことも、なかなか皆さんピンとこないというか、そういうどういう仕組みなのかも全くご存じなくて、本当にいよいよギリギリになってからそういう情報を提供して、そんなのがあるんだみたいな感じになることも多々ありまして、実際お金の問題でやっぱりやめますみたいな方もいらっしゃる中で、情報というのは早い段階であったほうが良いとは思っています。

例えば、パンフレットみたいなのに、再発、在宅ケアというのはかなり後半になってくるかとは思いますが、いろんなリソースといいますか、こんなサポートがあるんだよというようなナビゲーションじゃないですが、そういったようながん患者さんが利用できるサポートとか、あと障害年金とかそういったことも含めて、いろんな利用できるものを、社会資源というのを一覧表とか、パンフレットにして、余りたくさん盛りだくさんにすると皆さんご覧にならないと思うんですが、コンパクトな形で情報提供できるというのかなと思います。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。紙1枚でも必ず初診時とか診断時に渡すというところで、東京都の統一したものがあってもいいのかもしれないですね。ありがとうございます。

伊藤委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤委員 伊藤です。2点ございます。先ほどの廣橋先生のお話に付け加えてということなんですが、以前も、東京都のかなり前の委員会ですが、お話しさせていただいたんですが、患者の心情としては、相談すること自体に関してのハードルって結構高くて、意外にその主治医に気を使っていて、その相談先生以外に相談してもいいものだろうかというような、変な遠慮が実はあったりするんですね。

特に治療に関することであったりとかというのは、本当は聞きたいんだけど、先生以外の人に聞いちゃって、先生気を悪くしないだろうかとか、変な気を使って。分からないからこそ気を使ってしまうことってあって。

本当に一言、さっきも言ったんですが、主治医からそういうペーパー1枚渡していただく、一言かけていただくことで、ほかのところに相談していいんだという、そこでハードルが多分一つ下がるという可能性は高いと思います。

ただ、以前委員会でお話ししていたときに、様々なことをやらなくてはいけない流れの、告知に伴うとか診断の説明に伴ういろんなことやらなくちゃいけない中で、それを主治医にやってもらえるのかとか、誰にそれをやってもらうのがいいのかという問題で、非常に現場レベルでは難しいんですという話を、何年か前には、実は委員会のやり取りの中で起きていて、その辺りがもう少し整理できるとお互いにもう少しだけ負担の少ない形でつなぐことができるんじゃないかなというのは思っております。

もう1点、緩和を考えるとときに、これは東京都の傾向なのかどうなのか、在宅を最後、最終段階をどこで迎えたいか。自宅が53でそれ以外が半数ぐらいあるということで、東京どうしてもその単身者が多かったりとか、それから、例えば、在宅した場合それを介護とまでは言わなくてもある程度見守るご家族の方が就業され、働かれている場合、介護と同様に働きながらその人の面倒を見なくてはいけないんじゃないかとか。

家族の緩和ケアのために、その仕事をどのぐらい制限しなくちゃいけないのかということまで考える必要のある方が、恐らく他県に比べて多いのかなと思っております、その辺りの家族の負担であったりとか単身者ということのが、どのぐらい想定されているのかなというのも含めての検討も必要なのかなとは思っています。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。患者の療養の向上と医療従事者の負担感というのは非常にバランスの取れた意思疎通が必要だなと思ったことと、東京都独特の人口構成とか家族構成に応じた東京都なりの対策に改めて重要だなと改めて思いました。ありがとうございます。

事務局側が早くプレゼンしてくれたので、時間はあるんですが、こんな感じで行くと、次もどんどん出てきそうなので、ここら辺で一旦この話を終わりにして、次進めて、最後また意見があればということにしましょうか。どうしてもこれを話したいという方であれば手挙げを、大丈夫ですか。

事務局、どうぞ。

- 道傳地域医療担当課長 すみません。事務局です。様々な御意見ありがとうございます。

この段階でご意見をいただいているがん相談支援センターへのつなぎといった点は、今回の計画改定の中でも私どもは非常に大きな課題と考えております。

ここもワーキングと別のところでご議論いただく予定ではあるんですが、今回調査を行った中で、がん相談支援センターを知っているが利用したことがないという割合が、約6割となっていて、なかなか、まず知っているかどうかといったところもあるし、その知っていてもなかなか利用につながない。

もちろん利用の中に、実際に利用しなくてもなんとなくかなっている方もいらっしゃるかもしれませんが、もしかしたら何らかの形で、先ほど伊藤委員からも話があったように、心理的なハードルもあってなかなか声をかけにくいといったものもあるのかもしれない。

そういったところで、ぜひ最初のハードルじゃないんですが、つながるような形にしていくことが非常に重要ななと思っております。



このあたりは、引き続き様々ご意見いただきながら進めさせていきたいと考えております。事務局から一言申し上げました。

○松本ワーキンググループ長 そうですね。

里見委員、お願いします。

○里見委員 中央病院の里見です。相談支援センターの件、本当に課題で難しくて、拠点病院の指定要件の中に、既に診断時から初回治療までに必ず患者さんは一度がん相談支援センターを訪問することが望ましいという文言が書かれています

ですので、恐らく、今 拠点病院のそれぞれで、その仕組みをどのぐらいの負担になるかは置いておいて、恐ろしいと思いながら、仕組みをつくっているところだと思うんです。

これを何らかの形で、見える化、指標にして見ていくような仕組みを東京都でつくることができるかというのかなと思いました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。それを評価するということが非常に重要だということですね。ありがとうございます。

では、次に行きたいと思います。

続きまして、事務局より、「(2) 拠点病院等以外の病院における緩和ケアの推進」以降について、説明をお願いします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、(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」というところからご説明させていただきます。

地域の緩和ケアの提供状況を把握するために実施しました、がん性疼痛緩和指導管理料算定病院への調査では、初診時からの一貫した緩和ケアの提供につきまして、できていないという回答が一定数ございました。

また、これらの病院では、緩和ケアの専門外来がないですとか、緩和ケアチームがないといった体制面や、専門家の不在との回答が一定数あるとともに、コンサルテーション先が分からないといった声もございました。

課題としましては、患者の苦痛につきまして、全医療従事者が入院、外来を問わず、把握し、基本的な緩和ケアを実施するとともに、必要に応じて緩和ケアチーム等の専門的緩和ケアにつなげる必要があるとしております。

取組の方向性としてしましては、全医療従事者の緩和ケアに関する研修会等の受講促進や全医療従事者への啓発、拠点病院等のコンサルテーション先を周知していくことを考えております。

指標といたしましては、医療施設調査による「初診時からの一貫した緩和ケアの提供」に加えまして、国や都が指定する拠点病院以外の緩和ケア研修会の受講者数を考えています。

続きまして、「②診断時の緩和ケア」です。がん性疼痛緩和指導管理料算定病院において、がんの確定診断を行っているとの回答が約7割を超えていましたが、診断時の緩和ケアの各実施状況は約半数にとどまっております。

地域の医療機関においても、医療従事者は、診断時に必要な情報提供を行い、支援につなげる必要があることから、取組の方向性といたしましては、医療従事者へ診断時の緩和ケアについての啓発、またがん相談支援センターや緩和ケア外来といった拠点病院等における支援についての普及啓発を行うこととしております。

指標としましては、医療施設調査の指標を想定しております。

続きまして、(3) 緩和ケア病棟における緩和ケアの推進についてでございます。

都民意識調査によると、人生の最終段階を緩和ケア病棟で過ごしたいと考えている都民が約4割となっております。

一方、診療報酬の誘導によりまして、入院での緩和ケアに加えまして、外来や在宅への移行支援、在宅医療との連携が推進されております。

こうしたことから、都としても引き続き、緩和ケア病棟における専門的な緩和ケアの提供を支援していきたいと考えております。

続きまして、(4) 在宅緩和ケアの推進についてでございます。

都民の半数が人生の最終段階を自宅で過ごしたいと回答されておりますが、全てのがん患者の緩和ケアに対応できていると回答した在宅の医療機関は一定割合にとどまっております。

背景として、地域内での施設を越えた連携の不足、緩和ケアで必要なスキルの不足、急変時の連携不足が示唆されております。

こうしたことから、治療中からの地域の多職種連携の推進や在宅緩和ケアを提供する医療従事者等の育成、拠点病院等による緊急受入れや、相談対応が必要と考えております。

そこで、取組の方向性としましては、治療中の適切な時期からの、地域の多職種が参加するカンファレンスの実施や拠点病院等による研修、意見交換会等の実施、拠点病院等のコンサルテーション先の案内をしていきたいと考えております。

指標としましては、在宅の医療機関における緩和ケアの提供の状況を考えております。

以上、長くなりましたが「都内の緩和ケアの提供体制の充実」の(2)から(4)についてご説明をさせていただきました。

事務局からは以上でございます。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。

項目1の「都内の緩和ケアの提供体制の充実」の「(2) 拠点病院等以外における緩和ケアの推進」から「(4) 在宅緩和ケアの推進」までについて、事務局より説明がありました。

これらの項目に関しての、ご意見をいただければと思います。

また挙手でお願いできればと思います。20分ほど見込んでいます。

鈴木委員、お願いいたします。

- 鈴木委員 在宅緩和ケアが提供できる診療所が、在宅医療機関が4分の1しかないというのにかなり衝撃を受けておまして、そんなもんかと思ったんですが、僕個人の考えで言うともうちょっとできるようになっているんじゃないかなと思ったんですが、そうでもないんですね。まだまだ勉強していただかなきゃいけないのかな。

確かにある施設なんかを回っているような在宅医療機関ですと、認知症の方ばかりだとかそういうようなところもあるんだろうと思いますが、非がん患者さんの苦痛というのも、かなりありますので、それをオピオイドを使って取るというケースもかなりありますので、そのところはもっともっと研修が必要なのかなと、個人的に思いました。

特に一番大事なのは、僕はケースカンファレンスだと僕は思っていて、こんなすごいケースに当たったらどうするという、そういうかなり難しいケースをみんなで考えていくというようなやり方が必要んじゃないかなと思います。

また、よく僕が聞く話で言うと、若手の先生たちなんかから患者さんがこっちに流れてくるときに、いきなり最初に会ったときに、あなたどこで死にますかとかひどいことを言われたんですと言って来られる方も結構いらっしゃるんですね。

その先生は、真面目で一生懸命ACPを取ろうとしてはいらっしゃるんですが、コミュニケーションがきちんとできてなくて、患者さんとの関係性もまだまだ十分構築されないところで、お話になられるものですから、結構そのところで患者さんがダメージを負ってしまうというケースもありますので、そのコミュニケーションのやり方なんかもまだまだ課題があるのかなと、個人的に思っています。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。ケースカンファレンスというのは地域の緩和ケアの質を上げる意味では重要だということで、なるほどと思いました。ご意見はいかがでしょうか。

私からよろしいでしょうか。都民の希望で緩和ケアで最後を過ごしたい方が4割、自宅で過ごしたい方が半数5割ということですが、実際は多分そうなのではないというところは、実際になっていないというところ、どこでなくなっていて、どうしてそうなのかな要因分析みたいなのは検討してもいいのかなと思いました。

その背景としては、緩和ケア病棟、都内の各所が空床があったりして、意外と聞いたりするので、患者さんはどこに行っているんだろう、なぜたどり着けないんだろうと疑問もあつたりするところもあつて、なぜその希望が叶えられないのかなというのは重要かと思いました。

もう1個追加としては、自宅で過ごしたい方が半分ですが、多分在宅死亡のときに施設も入ってくると思うんですね。居宅ということが入るんですが、それが自宅なのか居宅も含めてするのかというのは、分けて考えないと話が難しいかなと思ったので、コメントしました。

ほかにコメントいかがでしょうか。

廣橋委員、お願いします。

- 廣橋委員 廣橋です。在宅の、そのがんの25%しか診られないというところの話で、その全ての在宅医療機関が、がん患者をちゃんと診られるようにするというにすることということが大事なのか、それでもある程度特化していくべきなのかというのは、多分本当は議論が必要な部分で、

その辺は逆に医師会ですとか、在宅医療もそうですが、関わっている人たちがどう考えるかということなのか。みんなで診ていくのか、得意な人を集めてくるのかなという議論が必要なんだろうなということが急に思ったのが1個と、

今松本先生がおっしゃられた施設の話ですが、多分東京都は家族で看る人が少ないという伊藤さんの話のあったとおり、実際施設の看取りは増えていくと思うんですが、施設に関する人は記載は東京都の資料にもないので、その辺どのように施設の看取りを増やしていくということも検討が必要なのかなというのが1点と

松本先生がおっしゃられたアンケートの最終段階の希望する都民の希望の割合の数値ですが、これは多分最終段階、最期に近い時間を過ごされる場所であって決して最後亡くなる場所を在宅が5割で緩和病棟が4割というふうな数字とは、また意味合いが違うんだらうかと、自分はずっと思っていたんですが、そこはそういった理解でよろしいのかという質問というか議論です。

以上3点挙げさせていただきました。

- 松本ワーキンググループ長 貴重なコメントをありがとうございました。最後の点に関して事務局、何かお答えを持っていますか。よく質問でもできるだけ自宅にいたい、最後は緩和ケア病棟とか、そういうのはよくあったりする。見方によって違いはあるかと思うのですが。

- 道傳地域医療担当課長 事務局ですが、ありがとうございます。こちらの調査としましては、こちらに記載をしているような質問をしているということになっております。

なので、人生の最終段階を過ごしたい場所はどこかという聞き方で、自宅か緩和ケアかということなんです。今先生おっしゃるとおり、最終の時期なのか本当の最後に看取りとかも含めて、どこで亡くなることを希望するかといったところは、ご回答の仕方が変わってきている可能性はあるかと思えます。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。その辺、もう少し聞いてみるのも一つかもしれないですね。

では、伊藤委員、お願いします。

- 伊藤委員 今のお話すごく、実は言おうかどうか悩んでたところだったので。

患者からすると、本当に痛みだったりいろんなことが辛くなった時点での最終段階というのと、いわゆる看取りも含めた最後の数週間というのは、違うレベルであるということを知っている患者は、そんなに多くないかなと思います。

私も、患者会の活動をやっているから知っているだけで、恐らく告知、あと治療している間に、その緩和ケアのことを聞いたにしても、そういう段階、しんどいだけけれども自力で生活できる段階と、さすがに医療だったりとかという最終段階の治療というかケアというかが必要な段階の、その流れが、具体的にイメージできている患者は恐らくなんですが、ほぼいないと思って、計画を立てていただいた方がいいのかなと思います。

そこまで考えていろんな準備をできる患者は多分いないと思います。だからどうしろという話ではないんですが。そのことだけをまずは。

- 松本ワーキンググループ長 質問紙というのは聞き方で大分変わってくるというのは本当にあるなと思って。そういう意味では、寝たきりに近い状態になったとしても、お家で過ごしたいとか聞くとか、そういうP S、身体の具合でみるのも一つですし、亡くなる1か月前にはどうしたいとか、そういうような時期で聞くのも見たことあるんですが、何か工夫だけでも答えの回答が変わったりとか、聞きますので、伊藤委員が言われたようにそこら辺分かっていない市民が、でも分からないかもしれないけれども、前提でより分かりやすく聞くというのも調査の段階では大事だし、さらにそれを啓発するときにはどうやって言葉を選べばいいのかを、悩ましいけれども考えないといけないなと思いました。

そんな解釈でよろしかったでしょうか。ありがとうございます。

ほかコメントはいかがでしょうか。福重さん、お願いします。

- 事務局 事務局でございます。先ほど鈴木委員から、がん患者の緩和ケアが全ての患者に対し対応できているところの話が一部あったかと思うんですが、実際の調査結果を今一度共有させていただきます。

今回指標として取り上げたのが、一番左の全ての患者について対応できているというところを切り取ってしまったんですが、実際それぞれの施設ごとに、7から9割ですとか4から6割ですとかいろいろなスケールがございます。

その中で便宜上といいますか、ひとまずこちらの全てというところで拾ってしまったんですが、こちらを踏まえた上でどの程度目指すといいますか、実際各施設の提供状況はこういったことになっていますと情報提供として発言させていただきました。

- 松本ワーキンググループ長 その画面を出しておいていただけますか。ありがとうございます。この画面を見て何かコメントございますか。1分ほど見ていただいて。では、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。資料の提供をありがとうございました。

地域連携薬局とか専門医療機関連携薬局というのは、そういうものに特化した薬局と今理解していますので、この青のところまで含めて全て5割以上は目指したいなどはまづは考えております。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。特化したところでも、それほど高くないというデータだったということですね。

○松本委員 そうですね。追加で、こちら辺は、そういう患者さんに対応できる薬局と持っていきたいと思っておりますので、こちら辺は緩和ケアを中心に、緩和ケアに対しても頑張っている行っていきたいと思っております。

なので、この数字を追っていただければありがたいなと思います。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。この表を見て、コメントはございますか。鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 7割から9割の患者について対応できる4割から6割の患者について対応できている。これは多分ドクターの割合なんですかね。対応が可能なドクターの。

例えばうちみたいに1人でやっているところだと、もう答えるとしたら一応全ての患者さんに対応しているから対応しているということをお答えざるを得ないと思うんですが。対応できないドクターもたくさんいるドクターの中で、このぐらいいるということなのかなと思っていながら見ていたんですが。この質問の意図が僕自身はよく見えなかったなと思いました。発言させていただきました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。この設問の問い方というのはどのようになっているのでしょうか。

○事務局 少々確認させていただきますので、一旦別のご議論を進めていただければと思います。

○松本ワーキンググループ長 お願いします。

○事務局 事務局です。今担当に確認をさせますが、恐らく、患者のという言い方になっているので、いわゆる先生が何割対応できているかというよりは、普段診られている患者さんの中の何割ぐらいについて、対応できているかという形の聞き方かなと思います。

質問からの状況になりますが、考えられるのはそういう形かと思います。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。うまく関われる患者もいれば、同じ人が診ても関われなかった方もいるという感じですかね。

ほかのコメントでも大丈夫ですが。鳥居委員、ありがとうございます。

○鳥居委員 遅れまして、申し訳ありません。

○松本ワーキンググループ長 どうもありがとうございます。現在都内の緩和ケアの提供体制の充実の中で、(2)拠点病院等以外の病院における緩和ケアの推進から、在宅緩和ケア推進のところまでの議論をしております。

○鳥居委員 どうもありがとうございます。

○松本ワーキンググループ長 私から1点。緩和ケア病棟の緩和ケアの推進に関しては、特に今課題は余りないと考えてよいでしょうか。

緩和ケア病棟というのは、緩和ケアを専門で適応しているそのものではあると思うんですが、ここで何をさらに進めるのか。今のままでいいのか、もっとアクションを起こすべきなのかというところで、自分緩和ケア病棟に勤めているんですが、ほかの先生の

ご意見も伺ってもいいかなと。現状維持でいいのか、もっとこうしろよというのがあるのかと思ったりしました。

廣橋委員、お願いします。

- 廣橋委員 緩和ケア病棟の部分、もちろんもっと例えば情報が患者さんに分かりやすくなるようにということは、ずっと言われていることだと思うんですが、その中でも外来の受診というのが拠点病院の外来を含めてですが、特に治療の終盤戦が近づいてきたときに、誰がフォローするかとなったときに、勿論在宅医療を利用されるフェーズであればいいんですが、緩和ケア外来でフォローされる患者さんも多くて、それが拠点病院の外来なのか、地域の外来なのか緩和ケア病棟の外来なのかという部分は、療養の移行で一番難しい時期ですね。

緩和ケア外来で、どういったフォローができるかというのは緩和ケア病棟によっても違うんですね。本当に入棟面談だけの病院もあれば私どもの病院もそうですが、患者さんは基本的に主治医として外来でフォローできる病院もあつたりということで、その辺の情報が患者さんに見えなくて、緩和ケア病棟の情報の患者さんに広めていく中でのポイントの1つで、緩和ケア外来の情報を患者さんに届けるようにするというのがとても大事なポイントではないかなと。

これは毎回言っておりますが、お願いしたいことだと思います。よろしくお願いします。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。緩和ケア外来というところ、多分緩和ケア病棟のあるなしにかかわらずあると思うんですが、緩和ケア病棟のある病院等の緩和ケア外来の在り方みたいなのところ、機能みたいなのところを明らかにしていくみたいなかね。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。拠点病院以外の病院等と在宅と緩和ケア病棟。

秋山委員、お願いします。

- 秋山委員 秋山です。がん拠点病院にすごく遠い所まで通っている人がたくさんいらっしゃいますよね。

でも通えなくなっているんだけど、どうしてもその病院へ通いたいという強い思いの中で、がん拠点病院としてはもう治療がもうギリギリ、治療ではない状態だから地域の病院につなげたいと思ってつなげようとするけれども繋がらない。そこがスムーズにつないでもらえたらいいかなと思うんですが、なかなかそれが進んでいないんじゃないかなと思うんです。

その連携がもうちょっとスムーズに行くか、二頭立てというか主治医が2人体制というか、それがちゃんとすれば安心してスライドして地域の中で続いて診てもらえるのかなと思ったりもするんですが、なかなかそのつながりが上手くいっていない。特にがん研有明さん。遠くから通って来られる方がすごく多くて、そこから地域に戻るのがとても難しい状態がすごく多いかなと思ってます。その辺をどう考えるか。2人主治医制と

いうか、それがちゃんとできれば、理想だなと思っているところです。

まずはそのことがうまく運んでない例が多いので、その辺についてはどう思われるのかまた聞かせていただければなと思いました。

- 松本ワーキンググループ長 コメントをありがとうございます。これは多分うちと国がん。里見先生もおられるので。がん研病院に来て1年ですが、以後2人主治医というのはものすごく早く訪問診療が入って抗がん剤治療中から入って、実は多いなというのが正直なところなんです。

一方で、主治医が早めにつながる、遅い方もいれば、患者さんがぜひともまだがん研に通いたいという人がいるのも事実だと。あと2つ行くのは大変だというのがあったりとか、まだ動けるのに、お金もかかるんだからそのもう1個払うというのもいいみたいなどころで患者さんの理解というのも結構あって、どれが問題なのかというのとどれも問題だったりするんですが、それをいっぺんに解決していかないと2人主治医制化が進まないかなと思っています。

費用の問題はそれほどかからないという話もあれば、訪問診療が入ったりするとそれなりにかかってもするというようなところが、情報提供でいくらぐらいかかるのかというのを含めて、患者に提供したり何かそこら辺、東京都のサポートは難しいかもしれないけれども、何かあったらいいなと思ったり、いろんな要素があってつながっていないというのが事実かと思います。

鈴木委員の前に、里見委員、コメントを入れていただければ。

- 里見委員 ありがとうございます。中央病院里見です。もうご指摘のとおりで、私も病院の中で診ていると、だいたいラストラインよりも、あと2レジメンとかになった段階で、ほとんどの腫瘍内科の先生たちは、もうかかりつけ地域の先生方とつながるというアクションを起こしていますが、今の松本先生のコメントと同じにはなってしまうんですが、アクションを起こしてもつながらない理由には、今 おっしゃったようないくつかの要因があると思います。

この中に患者さんご自身に、この広い地域を含めたチーム医療という概念を少しご理解いただくような、がんの主治医は1人じゃないというような、そういった教育的な啓発活動みたいなことも、もしかしたら都とか主導でやったりするといいいのかもしれない。

患者さんの思いも分かるんです。ずっと治療をしていた先生につながっておきたいというのも分かるのでどちらかで、えいやで、できない難しさは感じます。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。廣橋委員からのコメントで、先ほどの緩和ケア外来の話も2人主治医制の推進ということにつながるかと思ひまして、コメントをいただいております。

鈴木委員、お願いします。

- 鈴木委員 私のところにうまくつながってきてくれた方は、非常に私はうまくいって



と思うんですね。

例えば、この前国がんの方から紹介いただいたケースは4週に1度僕のところへ来て、4週に1度国がんに通って、お互い緩和治療薬はそれぞれの診療所で出す2週間分とそれから国がんを出す2週間分で、急に痛くなってきたときは僕らが往診に行って、それ以外のときは外来に通ってという、そういうことができていました。うまくいく人はすぐくまくいくんですね。

あと、もう一つは僕個人で言うと、地域の中で外来で緩和ケアが必要な方を診ている医療機関が非常に少ない。訪問で診ているというけれども、結構訪問になる前に外来の時点からちゃんと顔つなぎをしていて、いざ訪問が必要になったときその先生が来てくれる。そういう医療機関が多くなっていかないと、多分2人主治医制はなかなか進んでいかないのではないかなと個人的には思っています。

- 松本ワーキンググループ長 貴重なコメントをありがとうございます。確かに外来で通えるなら行きたいけれども、家に来るのみたいなのを聞いたりするので、そういったハードルがあるのかもしれない。

ほかにコメントはいかがでしょう。高橋委員、お願いします。

- 高橋委員 今のお話伺っていて、本当にそのとおりで、外来のまだ歩ける段階で遠くの拠点病院にも通える状況なので、家に来られるのはという抵抗感を持たれる方も多くて。ですが、クリニックを持ってらっしゃるところだと、それだったら通えるうちはそのクリニックにも行きながら動けなくなったら来てもらいたいという、非常にニーズはあるかなというように思います。なので、外来を併設されている診療所の方が非常に導入はしやすいなと感じております。

あとは、うまく導入はできたけれども、在宅の先生方の中には、ドクターが何人もいらして、体制としてはいつでも来ていただけるという体制にはなっていると思うんですが、バイトの先生とか、そういう先生が緊急時には来てしまって、結局よく分からないから聖路加に行きなさいみたいな感じで言われてしまって、結局はうまく機能しなくてというようなこともあったりもするので、

本当に鈴木先生のところのように個人で非常に頑張っていらっしゃる先生の場合は、非常に患者さんもいつでも同じ先生が来てくださると安心感があると思うんですが、手広くやってらっしゃる在宅の医療機関とかですと、そういったようなアルバイトの先生とかで全く状況が分からない先生が来て、「僕ちょっと分からないんだけど」って言われたという方もいらっしゃって、医療者への教育というのが必要なのかなとも思います。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。在宅側の医療資源の問題があったりしますし、確かに訪問診療専門でやっているクリニックだときつかったりするので、本当に難しい問題もあるなという気がしました。

廣橋委員、お願いします。

- 廣橋委員 廣橋です。2人主治医制って簡単に言いますが、結構難しく、やる側の地

域のほうが特に難しく、よく最近2人主治医制のシンポジウムがあつて、自分も、2人主治医制を頼まれてされる在宅の先生が、でも治療している先生が主治医でいるのに僕は何をやったらいいんだろうかと、「よく分かんないけれども、とりあえずいつも血圧だけ測りに行っています」みたいな感想とかよく聞くことが多くて、

実際に頼まれる先生も、ある程度、何をしたらいいのかと、分からずにやっている方とか、多分すごくいろいろと、鈴木先生みたいにすごくうまくいくんでしょうし、全然何もわからず、なんとなく診ているだけの場合、病状が悪くなったときは、その先生のところに連絡が行かず、拠点病院に行っちゃうということは、きっと起こり得るんだと思うんですね。

2人主治医制で受ける側の先生や看護師さんたちが何をすべきかということをも明確化して、研修とかをするのはすごく大切なのかなとずっと思っております。

多分コミュニケーション、ある程度がん治療に関する知識も恐らく必要ですし、主治医との連絡の仕方とかうまいコミュニケーションの仕方とか、結構すごく難易度高い部分で、恐らく早期からの緩和ケアの外来のスキルに近い部分があるかと思うんですが、そこをできる人たちを育てていくというのは、すごく意義あることなのかなと考えております。

そういった部分の研修というのは余りこれまできつとないので、なかなか全体でやるのは難しいかもしれませんが、その重要性の部分の提起をさせていただきました。

○松本ワーキンググループ長 2人主治医制の地域医療の難しさというのがあつて、研修とか、好事例みたいな、そういうものもいいですかね。

○廣橋委員 そうですね。もちろんこれは在宅のクリニックだけではなくて病院も、秋山先生がおっしゃられたように、地域の病院の役割でもあると思うので、もちろん緩和ケア病棟のある病院の外来も大切ですが、そういった病院というのは少ないので、地域によって受け皿は恐らく違いますので、在宅しかない地域もきっとあるでしょうし、その地域によって必要な受け皿がそういった研修を受けられるということは、とても大事なんじゃないかと思えます。

○松本ワーキンググループ長 貴重なご意見をありがとうございます。

大分議論も出てきましたが、事務局からこちら辺で一回確認しておきたいこととか、この意見もっと深めたい、知りたいということは、事務局側はございますでしょうか。

○事務局 事務局の山口と申します。よろしいでしょうか。

○松本ワーキンググループ長 お願いいたします。

○事務局 先ほどご質問がございました調査の設問に関してですが、お時間がかかってしまったんですが、今画面の方を共有させていただければと思います。

Google フォームを出力している関係で見づらくなってしまっていて恐縮ですが、がん患者の緩和ケアに対応できる割合に関する設問です。

質問としては貴院では、がん患者の緩和ケアに対応できていますか ということは何割

の患者について対応できているというような聞き方をしていますので、ここで基本的に回答において想定されているのは、何割の先生が対応できているかということではなくて、何割の患者に対して対応できているかという形で、先生方にもお答えいただいているものかと思われます。

遅くなってしまいました以上でございます。

○松本ワーキンググループ長 このまま置いていただいてよろしいでしょうか。

鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木委員 了解しました、ありがとうございます。でも7割9割の患者についても含めると何とか5割近く行くのかなというところですね。もうちょっとそれが増えるようにしてきていきたいなと思います。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。

秋山委員、お願いします。

○秋山委員 秋山ですが、先ほどの棒グラフになったものを見せていただき、訪問看護ステーションのところを見ると、7から9割のところの01、02を合わせると7割ぐらいで棒が伸びてまして、それなりにみんなその気はあって頑張っているなど、仲間たちの奮闘をよかったなと思ったんですが、1つだけ頑張ってもしょうがなくって、生活を支える介護事業所がすごい低い値だったと思います。

先ほど伊藤委員も言われたように、一人暮らしとか老老とか様々に東京都の状況があると、生活を支える人、それから薬剤師さん、そういう方々が一緒にやっていただかないと、それこそ多職種で支えていかないと、在宅緩和ケアは実現しないので、その辺も合わせて多職種へ向けての、もちろんお医者さんもそうなんですが、多職種向けの研修は続けて工夫しながらやっていかないといけないなと思いました。

自分のとこだけ見て、伸びているからよかったなというただ自己満足に終わらず、一緒にやっていけるようにしたいなと思いました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。各領域における専門性を高めるというところですね。訪問看護師さんは本当にできているなと思いました。

私は設問見て思ったのは、患者さんを診て、1、2割の患者さんが難しく、うまくできなかったということを指しているのか、タイミング的に間に合わなくて緩和ケア提供しないうちにどっかに行っちゃったみたいのを含めているのか。スキルの問題なのかタイミングとかなのかが分かりにくいなと思って、それをそこまで深めて設問を書くのか、このまま行くのかというのは、検討課題かと思いました。

伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤委員 VOL-Net 伊藤です。先ほどの、無理やりつなげるわけではないんですが、その難しい、対応できないというのも、先ほど話した本当の終末期のことを指しているのか、その1つ前のフェーズ、2つ前のフェーズ、まだ何とか自力で、在宅で生活できているレベルの緩和ケアのことを言っているのか、本当のその直前のギリギリの緩和ケ

ア、終末期の緩和ケアのことを答えているのか、もしかするとここの答えというのは、混在している可能性がありますよね。

だから、患者も分からないですが、医療側でも緩和ケアの中でも、どこの部分をそれぞれの施設が受け持っているんだろう、どのタイミングの患者さんが来ているんだろうかということによって、かなりここはものすごい、いろんなものが多分混じった答えがここなのかなという感じがしています。

- 松本ワーキンググループ長 貴重なコメントをありがとうございます。緩和ケアがすごい広いものなので、難しさがあるというところでしょうか。これ設問をまた考えていてもいいのかもしれないと思いました。

では、時間も限られていますので、また最後に総合討論がありますので、次に行きたいと思います。

では、続きまして事務局より2番、緩和ケアに関わる人材育成の充実強化についての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、続きまして資料の御説明をさせていただきます。

資料4のスライド2の下から2行目です。緩和ケアに係る人材育成の充実強化でございます。現状としては、地域の各医療機関等において、緩和ケアに関する知識・技術を得る機会が不足しているとの声が多くございました。

緩和ケア研修会の受講への障壁としては、研修開催が少ない、研修の存在を知らなかったという声が一定数ございました。このように、緩和ケア研修会の認知度の向上や受講機会の増加を図り、がん診療に携わる全ての医師の受講促進に引き続き取り組む必要があると考えています。また、医師以外の医療従事者につきましても、基本的知識の習得を促進する必要があると考えています。

そこで、取組の方向性としては、緩和ケア研修会について、拠点病院等に受入人数や開催回数の拡大など受講機会の更なる確保を図るとともに、緩和ケア研修会の開催を広く周知していきたいと考えております。また、都としましても引き続き多職種を対象とした研修を実施しまして、専門人材の育成を推進してまいりたいと思います。

指標としましては、医療施設調査の研修会の修了状況としています。

最後に、「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」でございます。

都民意識調査によりますと、都民や患者家族におきまして、緩和ケアの正しい理解が不足している状況が示唆されております。また、がん相談支援センターを知らないという回答も一定数ございました。

こうしたことから、課題としまして、都民やがん患者、その家族が緩和ケアに関する正しい知識を持つ必要があると考えております。

取組の方向性としてしましては、協議会のご検討を踏まえまして全医療従事者へ緩和ケアについての啓発による患者家族への適切な情報提供を進めるとともに、都民や患者向け

動画配信等により正しい知識の普及啓発を図ることや、がん相談支援センターで緩和ケアとしての相談を行っていることの周知、既存の資料の効果的な周知を進めていきたいと考えております。

指標としましては、緩和ケアに対する理解の状況を把握する指標を設定したいと考えております。

事務局からは以上でございます。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。「緩和ケアに係る人材育成の充実・強化」、「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」について説明をいただきました。

この2点のところに関しまして、ご意見を伺っていきたくと思います。挙手ボタンでご発言いただければと思います。

廣橋委員、お願いいたします。

- 廣橋委員 廣橋です。研修について1つと普及について1つお話ししますが、研修については意見というか質問に近いんですが、資料の中で、訪問看護師が緩和ケア研修会をほとんど受けてないというような結果が出ておりますが、そもそも看護師はこの医師に対する緩和ケア研修会を受けてもらうという方向性で、今の話はコンセンサスになっているのかという部分の質問であって、

逆にエルネック等もあるので、特に訪問の看護師が何を研修すべきかというところがちゃんと決まってるのかというのが1点質問というか、特に看護師の先生方のお考え、ご意見や東京都の認識をお聞きしたいというのが1点。

特に在宅医療に関わる医療者が何を研修すべきかというところがまだあやふやな気がするので、そこに関しての議論をお願いしたいというのが1点と、

あともう1個、普及啓発に関しては、最初里見先生がおっしゃられていましたが、私緩和医療学会で国の緩和ケアの普及啓発の責任者をしておりまして、このアンケート結果は、非常に残念というかショックな結果ではあるんですが、その普及啓発をする中でとても大事な対象の話ですが、所謂、患者家族に対する普及啓発と患者家族ではない一般市民への普及啓発は全然意味合いが違って、

この調査は結果見ると、患者及び都民や患者及び家族となっていて、対象がすごくあやふやな文言になっていて、この調査は患者を対象にしているものなのか、それとも患者ではない一般市民を対象にしているものなのかどっちなのかというところをはっきりしていただけたらと思っております。

患者で緩和ケアを知らないのは大問題だと思いますし、患者ではない一般市民が知らないのも、もちろん本当は知ってほしいんですが、そこは意味合いが全然違うので、ここの共通認識をお願いしたいと思います。

- 松本ワーキンググループ長 貴重な提案、話題提供ありがとうございます。1つ目の訪問看護師がどのような教育を受けるべきかというところに関して、まず看護師の方で。

秋山委員、お願いします。

- 秋山委員 秋山です。訪問看護師が受けなければならないというそういう規定はないんですが、がん拠点病院でよく行われるがん専門看護師や認定看護師さんが、企画をしたエルネックに地域側からの募集を入れていただいて、そこに参加をするということはこの頃ちょこちょこ見られるようになってきました。

ただ、どうしても自院というか、同じ施設内を対象にした研修になることが多くて、外の人を受け入れてするというのがなかなか難しく、訪問看護師がエルネックの指導者の資格を持って企画をして運営するかというと、それもまたなかなかできにくい。特にコロナの時期は本当にできにくくて、足踏みしている状態です。

受けて修了した人たちはそこそこ出てきてはいるというところですが、全体からしたら少ないという結果だと思います。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。エルネックのほうも結構受ける人もいたり、その施設だけで外をなかなか入れてくれないということもあると話聞きました。

言い方が悪くてすみませんが、秋山委員は、エルネックだけでいいか、つまり、がん等の医師等の研修会も受けたほうがいいのかと思うか、どんなお考えになりますでしょうか。個人的な見解で大丈夫です。

- 秋山委員 受けさせていただけるのであれば、医師が受ける研修も受けさせてもらった方が、希望すれば受けさせてもらえる機会が与えられるというのが理想かなと思います。マストというのは難しいかもしれません。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。希望があれば受けられるのが理想だということですね。

高橋委員もコメントいただいてよろしいでしょうか。

- 高橋委員 私も秋山さんと同じような考えになりますので、特に追加はないです。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。

事務局側、何かどうなのがいいかありますか。

- 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。

当初、医師を対象としたというところが、途中からは医師等を対象ということで「等」が入りまして、広く看護師の方やその他の医療職種の方に広がっているという意味では、研修の対象としては医師に限らないという形になっておりまして、東京都でもそのような形でご案内はしております。

ただ、中心としては、こちらについては以前この緩和ケア研修の多職種の研修の検討の際にも、整理させていただいているんですが、現在の研修は医師を中心としているのか、対象としたような研修内容となっているところもあるということで、そういった状況を踏まえまして今回都でも多職種向けの研修というところで、現在、今年度から再編して整理をしていくという方向性で示しております。

ただ、こちらは門戸を医師に限ったものではないのかなと思ってはおりますので、その点は、研修機会の拡大、先ほど取組の方向性には書かせていただいているんですが、そういった形でのそういった機会、特にこのコロナ禍の中でなかなか研修の回数等、参加の仕方等が制限されているところもあったように伺っておりますので、そのあたりは今後引き続き複数お声がけさせていただきたいと考えております。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。研修の機会は、どれか必須ではないが研修ができるということも広く周知するというので、はじめの方にあったようなプッシュ型みたいな、訪問看護ステーションなどでプッシュ型で案内するみたいなものかなと思ったりもします。

では、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。今医療機関で、当院も研修会していますが、研修医の先生たちが中心になって、薬剤師、まあ院内の薬剤師は入れてもらってるんですが、なかなかこう広く薬局にまでは保険薬局とかには行き渡らない状態です。

ああいう研修のいいところというのは、ディスカッションができるとかいうところなので、そういう経験値を開局の薬局の先生方にもやっていただけたらと思うのと、そうすれば、先ほどあった地域連携薬局とか専門医療機関連携薬局とか、先ほど秋山先生からも言われましたが、そういうところの数字が上がってきて、共同で薬物治療の管理ができて行けるのかなと考えています。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。ディスカッションとか仲間というか、同じ薬剤師が施設をまたいでディスカッションとか。ケースカンファレンス、鈴木委員も言われていますが、そういうところが重要になってくるんですかね。ありがとうございます。

里見委員、お願いいたします。

- 里見委員 今の議論はすごく重要で、本来ならば地域の広く多職種で募集して研修すべきだと私も思っているんですが、10年ほど前に拠点病院の指定要件の中で、拠点病院でがん診療に関わる医師は9、100%に近い受講率が求められるようになってから、特に大学病院は初期研修医に加えて、一般の医師も研修対象になることから、未だに年間3回とか研修会をやっていて、かなりエフォートが大きいとは聞いているんですね。

そうすると、実際ここでさらに地域にというのを広げるのが、現実的にはもしかしたらこの緩和ケア研修会の枠では難しいのかもしれないなと思いました。

そうしますと、こういうところで、都だったりとか別の形で多職種研修ということが必要かなと感じました。

- 松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。この緩和ケア研修会を進めていくのか、違う形で研修するのか非常に重要なところかと思いました。

鈴木委員、お願いします。

- 鈴木委員 私の地域の活動をご紹介しますと、うちの地域で2か月に一度医師会で主催し

て地域包括ケアの会ということで、認知症や介護拒否事例なんかも取り上げるんですが、その中に緩和ケアの症例で難しかったケースなんか取り上げて、医師それから看護師、ケアマネージャー、薬剤師、薬局がすごく最近いっぱい参加してくれるんですが、そういう人たちが参加してるような会をやっています。

これで緩和ケアを取り上げられる回数は年に1、2回というところですが、こういう取り組みというのを多分地域の中でやって進めていけば、もう少しいいかなという気がするんですが、医師の参加が少ないんですね、こういう会をやると。そこが課題です。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。地域の中でそういう研修会をやるような体制ができると本当にすばらしいなと思いました。

一方で先ほど里見委員も言われたように、研修会をやる側のご負担というものもあるので、熱意があるところはしっかりやるけれども、エフォートを考えて、前に出るのを怖がるのもあるので、そういうのはサポートとか、その辺をどうするのかという問題もあるかと考えました。ありがとうございます。

コメントはいかがでしょうか。廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 廣橋です。今話を聞いて、確かに拠点病院でこれ以上するのは本当現実的じゃなくて、地域の人もすごいいっぱいいるので、もう現実的じゃないと思うんです。

自分地域でもエルネックの開催をやっているんですが、地域発信だと地域の方は本当にいっぱい参加してくれるんですね。困りごと、ケアのポイントも地域目線で。病院でやるエルネックと地域でやる得るネック全然別の研修になっちゃうぐらいすごくおもしろくて。

恐らくこういう研修というのは病院で何でもやらせようとするの大変で、これは夢物語かもしれませんが、逆に地域で、例えば在宅療養支援診療所の緩和ケアに頑張ってる先生が、拠点、いわゆる開催のメインとなってやられるというふうな枠組みがあると、すごく広がっていくんだろうなと何となく思っています。これは訪問看護ステーションがメインでもいいのかもしれないです。

そういうのをやっている人たちがそれを年2回開催している診療所やステーション達は、その緩和ケアにとっても真剣に取り込まれているところですよということで、東京都がリストアップしていくようなこととかあると、ウィンウィンになるかもしれません。

すごく現実的じゃないかもしれませんが、多分 地域発信じゃないときっとこれは進まないだろうなという感想をもとに、現実的じゃないかもしれませんがお話しさせていただきました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。地域でということですかね。

では、鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居です。今医師会でのいろいろな取組という話が出ました。なかなか地区では参加が少ないとか問題があるんですが、ぜひ東京都全体も含めて、地区医師会にもそういう担当理事がいますので、そこからいろいろそういう企画をつくっ



てやっていたらと思います。

私は疾病対策が担当ですが、地域医療は別の枠になってしまうんです。ぜひこの緩和医療の問題は、お年寄りだけというよりは今後は緩和も一緒にやっていたらいけないということがありますので、その辺は企画と一緒にやれるようなことを考えていただければと思います。よろしく願いいたします。

○松本ワーキンググループ長 よろしく願いいたします。前向きなコメントをありがとうございます。

去年、私の病院は、地域からの参加も含めて3回の緩和ケア研修をやったんですが、定員に満たないんですね。30人募集で18~20人行くか行かないか。地域からの先生も3~5人くらい参加して下さるんですが、研修機会がないという割には集まってこないというのもあったなというところもあったので、周知の問題かもしれませんしというところかもしれません。ありがとうございます。

もう1個、廣橋先生が提案されていた、都民の意識調査の緩和ケア、対象ですね。都民、健康な人に対するアンケートなのか、まさに病気に直面している方へのアンケートなのか、大分内容が変わってきて、健康な方へ言っても響かないというか結構あると思うんですね。

そこら辺の対象というのは事務局としてはどう考えるかというあたり、まずコメントをいただけるとありがたいです。

○事務局 事務局の福重でございます。まず、患者さん向けの調査の結果と都民向けの、一般の都民向けの調査の結果は、それぞれございますので、そちらの数値をまず共有させていただきたいと思います。

こちらが、まず患者調査というところございまして、実際に患者さんに聞いたがんの緩和ケアのイメージというところで、上が緩和ケアの開始時期についてのイメージで治療ができなくなった時期から始めるものというものが一番多かったというところです。

内容につきましても、痛みというところもちろん多いんですが、社会的苦痛などに対してのイメージは低かったりとか、麻薬についても中毒の恐れがあるというのも一定数いらっしゃったというところが1つございます。

今のが患者調査でございまして、都民に対する調査結果はこちらでございまして、前回はグレーのバーで、今回が赤のバーで、若干聞き方も違いがあるんですが、今回というところで診断された時から受けられるというところが2割程度、また治療ができなくなってからというところが35%、また全く特にイメージがないという方も一定数いらっしゃったというのが、都民調査の結果でございました。

ひとまず以上でございます。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。一般市民の方と患者と両方調査しているということでありました。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 質問と言っていいのかわかりませんが、似たような場合で、介護の可能性が出てきたときは、まず、どこに問い合わせるかなといったら、やっとな最近、地域包括センター、何か介護の可能性が出てきたらとりあえず地域の包括センターに、という流れがだいぶできてきたとは思いますが。

がんの治療に関しては、地域の情報を得たいときどこへという、そういうのは東京なり他の地域なりで、そういう何か、この可能性が出てきたらワンストップじゃないですが、「地域の情報はここに」みたいな、「トータルで相談に乗れる、相談できる場所はここよ」みたいな、そういう周知の仕方というのは難しいものなのではないでしょうか。

結局、地方とか遠いところから来ている問題だとかあると思うんですが、拠点病院の相談でも、結局地域につなげようと思ったときには、相談員の方が、住んでいらっしゃる方の地域の特性とかまた調べなくちゃいけなかったりとか、いろんな情報の集め方の大変さがあると思うんですが、その地域の情報の統括、包括みたいなそういう動きがどこかでないのかなという疑問なんです。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。これに関して回答ができる事務局ができるかということですが、僕の理解でいくと、多分国としては、拠点病院にそれをつくって、その拠点病院の患者じゃなくても、そこに相談できるというのをつくらうとしたけれども全くうまくいってないという、とっていいのかわからないですが、かかってない病院の相談センターの門戸をたたくというのは難しいんですが、国としてはそれをやりたかったはずなんですよね。

ただ、その中でそれが難しいということで 院内型の支援センターみたいなを行政側でつくっている市町村もあつたりはしますが、そこら辺がその取組にかかっているのかなというのが僕の理解なんです、ほかの意見もあるかもしれません。

補足説明とかある方はいらっしゃいますか。

引き続きコメントいただいています。高橋委員、お願いします。

○高橋委員 今の伊藤さんのご質問にそのままそっくり答えられるかどうか分からないですが、千葉県だと、千葉のがんサポートブックというのをつくっていて、千葉県は結構緩和ケアに関する情報が探しやすくなっていて、このがんサポートブックというところを開くと、最初に「がん相談支援センターをご利用ください」からスタートしていて、緩和ケアの外来がどこの病院にあるのかとかいったようなことも。あと何曜日にやっているとか、予約制だとかかなり細かく情報が得られるようになっているんですね。

あと、緩和ケア病棟がどこにあるかというのもありますし、がんと診断されたらセカンドオピニオン受けてもいいですよとか、そういったようなこともかなりコンパクトにページ数としては60ページぐらいあるんですが、非常に見やすいパンフレットになっていて、患者さんがそれぞれいろいろ必要な情報を見つけやすいようなパンフレットになっているなというのを感じます。

なので、こういったような見やすく 情報を探しやすいような形でパンフレットがあっ

て、それを、例えば診断されたときに医療者が、主治医なりが渡すというのは、非常に現実的にできることなのかなと思っています。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。千葉県の取組を御紹介いただきましてありがとうございました。

では、鳥居委員、お願いします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居ですが、今いくつかの問題点が出てきました。

国としては病院にこういうセンターをつくるということですが、なかなか地区が参加しないと難しいという問題が出ております。

例えば世田谷区の例だと、「あんしんすこやかセンター」という地域包括センターみたいなものですが、ここにいろいろ情報が集まっております。

最終的にはケアマネージャーがいろいろそれを手配するわけですが、緩和ケアと介護と認知症の問題というのは、これは高齢になれば必ず出てくる問題ですので、その辺を統括していろいろ情報が提供できるような体制を整えられればと思っております。

今後ともご意見を聞きながら、そういう立案をしていければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。医師会の先生方の働きが大きいと思いますのでよろしくお願いします。

あとは、廣橋委員、お願いいたします。

○廣橋委員 時間があとわずかと出たんですが、大丈夫か心配になりつつお話をさせていただきます。廣橋です。

高橋さんがおっしゃられたとおり、千葉の情報はとても分かりやすく、ポータルサイトとかもすごく見やすいです。

東京もちろんポータルサイトのでっかいのがあるんですが、もうちょっと使い勝手がよく、なおかつアップデート、地域でもいろいろ調整できるようになると、本当にいいんだろうなと思っていますが、東京都がポータルサイトをすごくよく運用していくようにしていくという作戦が、多分一つなのかと思います。

ただ、東京はでか過ぎるので、今鳥居先生おっしゃられたとおり、地区ごとにそういったポータルサイトとしての機能を委託してやっていくのがいいのか、23区以外のいわゆる青梅とかいったところも含めて、それぞれの行政区でやっていくのがいいのかというのは、行政で話し合っていていただいて、どちらかの道を選ぶのが大事なんだろうなと思っています。

多分後者なのかなと思いますが。この件に関しては以上です。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。ポータルサイトの運用の仕方ですね。

では、秋山委員、お願いいたします。

○秋山委員 秋山です。東京都ポータルサイトにもかなりの情報を盛り込んでいただいて

て、ただそのポータルサイトに到達するというか、そこまで探し当てる人が少ないというのが残念なところですね。結構情報は盛り込まれているというところですね。

あとは、私は区西部、第4医療圏ですね。新宿、中野、杉並のその緩和ケア推進の会議にずっと出ているんですが、そこでは冊子をつくってまして、3区の情報が盛り込まれていて、それは非常に良く活用されています。

ほかの地域でも紙媒体じゃなくて、オンライン上で見られるようなものにするか、その辺は工夫があると思いますが、少しまとまった地域ごとにそういうものができていいんじゃないかなと思いました。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございます。地域単位でそういうのがあるというということですね。

事務局、どうぞ。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。事務局です。

まさに千葉県をサポートブックにあるような、そういう様々な情報を東京都もがんポータルサイト、秋山委員からもご紹介がありましたが、に集めて、幅広く周知をしていきたいと考えております。

ただ、こちらの認知度の向上というのが非常に大きな課題であるということ、また一方で、デザイン的なところも含めて、情報に到達しにくいところもあるのかなという課題を私どもも持っています。

そのあたりをぜひ改善していきたいと考えておりますので、引き続き皆様からのご意見等をいただければと考えております。ありがとうございます。

○松本ワーキンググループ長 前向きなコメントをありがとうございます。SNSの発信とか、各病院にリンクを貼っていただだけでも大分変わってくるかもしれないなと思いました。

私からも1点。先ほどアンケート調査で緩和ケアのイメージを聞いているところで、実はミスリードになるかもしれないと思ったのが、緩和ケアというのは、身体、精神、社会、心理、いろいろ含むというのが前提ですが、痛みのことをするケアである。それしかないのかというみたいな見える質問しかなくて、全てを相談してもいいみたいな質問がないんですね。

そうすると、どっちなんだろう緩和ケアってという正解を出すときに、逆に質問紙に誤った意識を、痛みをみるところなんだ、精神はみないんだみたいなことになりかねないので、あの設問は考えたほうがいいのかないかなと思いました。

終末期のケアだけであるというのはいいと思うんですが、緩和ケアは身体の痛みをとる何とかというのは、聞き方がうまくないかなと思ったりしました。

廣橋委員、お願いします。

○廣橋委員 廣橋です。今の松本先生がおっしゃられた認識の部分で、自分は最初に問題提起したので、事務局からアンケートのまた細かいところもお見せいただいたので、ま

たそれに対するコメントになりますが、もちろん、なかなか正しい知識をみんなに持ってもらうのは難しいです。

実際、東京都として、誰にといたら患者なのか、それとも一般市民にどっちなのか。誰にどういう部分を正しく知ってもらうことをゴールとするかというのは、みんなで共通認識を持つことは大事なのかなと思っています。

いろんな普及啓発を、厚労省の仕事で自分もしてきましたが、一般市民にといたらすごく相手が広過ぎて、なかなか実際難しい部分もあり、患者さんに対するメリットをできるだけ最大化することを考えたときには、現実の患者さんに緩和ケアは末期のものではなく、どんな辛さにも困ったときに相談できるものなんだよということを知ってもらうということが、恐らく大事なゴールなんだろうなと個人的に思っております。

そういった部分の共通認識をこの課題に関しては持つことが、まず何より大事なのかなと思って、お話をさせていただきました。

○松本ワーキンググループ長 大事なコメントをありがとうございます。

時間が大分来ていますので、活発なご議論をありがとうございました。まだまだ出尽くしてはいないところではあると思いますが、どうしても一言言いたいという方は挙手を思います。

大丈夫でしょうか。

不手際で時間が過ぎてしまったので、もしまだご意見あれば、後ほどということでもよろしくお願いします。

それでは、事務局にお返しします。

○道傳地域医療担当課長 本日は活発なご意見を頂戴いたしまして誠にありがとうございます。

本日の議題につきまして、さらにご意見等がございましたら、7月27日木曜日までにメールにて事務局までご連絡いただければと思います。

冒頭にご説明しましたとおり、本日いただいたご意見につきまして反映させた上で、次回8月16日のワーキンググループで、さらにより文章に近い形のものをご用意いたしますので、そちらを元に改めてご意見等を頂戴できればと考えております。

皆様におかれましては短期間に多くの会議にご出席お願いすることとなりまして誠に恐縮ですが、ぜひご協力を賜りますよう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。

○松本ワーキンググループ長 ありがとうございました。

議事録は後ほど回覧いただけるということでもよろしかったでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 はい。

○松本ワーキンググループ長 それでは、本当にありがとうございました。これにて第9回緩和ケアワーキンググループを終了したいと思います。お疲れさまでした。ありがとうございました。

(20時05分 閉会)