

平成27年度第3回千葉県がん対策審議会議事録

1 日 時 平成28年3月14日（月）午後6時30分から午後8時

2 場 所 千葉県教育会館2階203会議室

3 出席委員

田畑会長、永田委員、石野委員、磯部委員、内田委員、大岩委員、金井委員、齋藤委員、白石委員、伊達委員、西田委員、藤澤委員、星野委員 山本委員

4 議題

- (1) がん診療連携拠点病院等の指定について
- (2) 千葉県がん対策推進計画の中間評価について

5 議事内容

議題（1）がん診療連携拠点病院等の指定について

【事務局より資料1-1、1-2、参考資料に基づき説明】

○田畑会長

続いて、千葉県がんセンターから乳がん患者の検体取り違い事故について説明願いたい。

○千葉県がんセンター病院長（永田委員）

来年度の都道府県拠点病院の指定を目指し、本審議会でも推薦の承認をいただき、十分準備してきたが、年末に乳腺の針生検の検体の取り違い事故が判明し、それを受け、ガバナンスがまだ十分でないということで推薦を取り下げた。

乳腺の検体取り違いについては、2人の患者さんが同日に来院し、ひとは明らかな浸潤性の乳がん、もうひとは検診からあがってきた乳がんが疑われる患者さんで、同日に針生検を行い、それぞれの伝票と検体をいっしょに外来から病理への運搬から病理標本作成作業の中のどこかで入れかわりがあり、検診からあがってきた乳がんが疑われる患者さんともう一方の明らかに浸潤性乳がんとして診断された患者さんの生検結果を取り違えた。画像的には乳がんが疑われるということだったが、乳腺外科医も疑うことなく結果的に乳房全摘した。このことについて、12月25日に記者会見し、直ちに院内事故調査委員会を設置することとし、年明けから3回の会議を開催し、2月17日に報告した。検体取り違いの予防策をきちんと検証し実施していく。

都道府県拠点病院の指定はされなかったが、次の指定に向けて努力していきたい。

都道府県拠点病院が不在となり、今年度も都道府県拠点病院の業務である協議会の会長では、西田先生に御迷惑をおかけしているが、来年度も引き続きお願いし、県がんセンターは事務局として、千葉県のがん医療が遅れることのないようやっていきたい

い。本当に申し訳ない。

○田畑会長

事務局及び千葉県がんセンターから説明のあった「がん診療連携拠点病院等の指定について」、質問や意見を伺う。

○内田委員

議会としても期待していた。がん条例を議員発議で制定し、がん医療を何とか進めようという中で大変残念である。注文として意見するが、県がんセンターは建て替えも進んでくる中で、こういうことは二度と起こらないようにしてほしい。

もうひとつは、手続き的な面で、この審議会で真摯に検討した上で推薦をしているので、取り下げの時にはもう少し丁寧な説明をしていただきたい。皆さん忙しい先生方なので、審議会を開催できないのはわかるが、審議会として推薦しているので、審議会として推薦を取り下げるといふ形にさせていただきたかった。急なことだったと思うが、もう少し丁寧な細かい説明をお願いしたい。

東邦大学医療センター佐倉病院についても、前回の審議会では、推薦しても大丈夫だという判断の中で推薦したわけで、それが国の中でこういった状況になることは不本意な部分もあり、国の情報をきちんと取り、審議会にも提供していただきたい。

○事務局

審議会に対する説明については、大変申し訳なく思っている。推薦に際しては、審議会に御審議いただき決定したものを、取り下げる決定に至る手続きについては、審議会の御意見をお聴きすべきところ、国の指定に関する検討を目前に控え、新たな医療事故の発生は、質の高いがん医療提供体制について十分な説明ができず、取り下げざるを得ない状況となり、委員の皆様にご個別に説明し承諾をいただくという手続きとなり大変申し訳なく思っている。

東邦大学医療センター佐倉病院に関しても、昨年度と状況が変わり、今回、大変厳しい状況が示された。今後も国の情報をしっかり収集し対応してまいりたい。

議題（２）千葉県がん対策推進計画の中間評価について

【事務局より資料２－１、２－２に基づき説明】

○田畑会長

事務局から説明のあった「千葉県がん対策推進計画の中間評価について」、質問や意見を伺う。

○大岩委員

緩和ケア推進部会での議論は先程報告があったとおり。

部会の意見も集約されてきたところだが、緩和ケアは幅広いため、委員の皆様には

非、緩和ケアに関する御理解をいただきたいと思ひ資料を用意した。

今、緩和ケアは縦軸と横軸に非常に大きな広がりを持っている。縦軸が「がんと診断された時からの緩和ケア」それから「終末期の緩和ケア」という流れがあり、横軸は、病院、在宅における緩和ケア、あらゆる領域に緩和ケアが関わってきている。

このような中で、特に昨年は、拠点病院の緩和ケアに関する要件が非常に厳しくなり、緩和ケア推進部会の議論はほとんどそれに尽きるというくらいであった。その中でも緩和ケアの評価の問題が非常に大きいので、私の資料で説明をさせていただく。

【大岩委員提出資料説明】

最初の表は少し古いが、厚生労働省のがん対策の評価分析事業報告である。この中で、緩和ケアを受けた満足度は13%でほとんどの患者が満足をしていない。アンケートの取り方にもよるが、千葉県のアンケートでは満足度は高くなっているようだ。

次の市町村毎の居宅死亡率の変遷について、皆様に御理解をいただきたい。在宅緩和ケアの施策が進むにつれて、居宅の死亡率が上昇してきたが、2014年は柏、船橋以外の千葉市等の都市部で死亡率が下降している。これは、在宅緩和ケアのピンチなのではと危機意識を持っている。これが単年度だけであればいいが、家で最期を迎えたいという県民の希望から遠ざかっている感があり、緩和ケア推進部会でも、今までの経過の中で、千葉県がんセンターが在宅緩和ケアを行うのは難しいが、在宅緩和ケアに関わるあらゆる面にリーダーシップを発揮して欲しいと、期待する声がある。こここのところを是非お考えいただきながら、がんセンターのあり方に一步踏み込んでいただきたい。

また、千葉県がん診療連携協議会の緩和医療専門部会、在宅緩和ケア地域連携パス部会と千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会と緩和ケアの議論をする場がいくつにもわかれているので、緩和ケア推進部会の中では、連携して風通しの良い関係を作るために、一緒に議論をしているところ。緩和ケアを議論する場あるいはあり方を検討して欲しいとしてこの審議会に提案するのではないが、がん対策推進部会の議論の総意としてはこのような問題がある。

それから、緩和ケアの課題は、がん対策基本法が制定されてから、緩和ケアはものすごい勢いで量的拡大を遂げているが、質的な問題が少なおざりにされていることがはっきりしている。そろそろ質の問題に目を向けなければいけないと思う。その際に、システム構築が拠点病院中心となりすぎているため、在宅の方が少しおろそかになっていると感じる。

在宅の緩和ケアは医療が基本だが、介護の領域ともかなり関わりがあるために、在宅緩和ケアの現場では介護の占める比重がかなり大きくなっている現状がある。病院の緩和ケアは医療だが、在宅の緩和ケアは介護であるというところがあって、患者さんにとって、必ずしも良い状況ではないと思う。この場でどのような形が良いのかを示すのは難しいところもあるが、今までの在宅緩和ケアの制度設計は、グランドデザインがあって進んできてこなかった現状を考えると、いろいろなことを背負うのは大変だが、県がんセンターも在宅緩和ケアがどうあるべきか、ということに対してもう一步踏み込んで対応していく必要があると思う。

先程も出たが、県がんセンターの緩和ケア病床が増えるということもあるので、こ

これは緩和ケア推進部会だけでなく、いろいろなところで議論をすると思うので、皆様方にも是非その認識を持って、議論をする場でその話題が出たら、頭の片隅にでもおいていただきたいと思います。

在宅緩和ケア、緩和ケアは、今のがん医療の中で、実態がみえにくいところなのであえて発言をさせていただきました。

皆様のお手元に拙著をお配りしたが、緩和ケアの現場の技術的な話で委員の皆様にはあまりなじみがないものかと思うが緩和ケアの評価をどうするかを一つ提示することを意図している。

お近くに、緩和ケアに関心のある方にまわしていただければと思う。

○田畑会長

緩和ケアの評価方法は進んでいるのか。

○大岩委員

緩和ケアの一番大きな問題は、共有された診療モデルがないということである。肺がんなら肺がんの症状やレントゲンの異常があれば、検査を行い、それに基づいてがんの治癒を目指して治療を行うという過程・手法はどここの病院でも同じであるが、緩和ケアに関しては、症状があったらそれを和らげるというだけで、QOLの改善という目標を達成するという過程・手法は様々で具体的な診療モデルがない。

したがって、緩和ケアの質の評価も難しく、評価が共有されたものがないのが現状である。

そのため、緩和ケアチームがそれぞれの自分たちのやり方でやっている現状のため、一つの方向性を出したいと思い、先程の本を出版した。

先ほどから私が県がんセンターのことを言っているが、緩和ケア・在宅緩和ケアの軸を千葉県としてどこかに作るという意味で、National Centerも大きいのですが、千葉県で軸を作るとなると県がんセンターがもっともふさわしいと思うため、先ほどの発言となった。

○永田委員

がんセンターという名前が出て、大岩先生より期待を込めて叱咤激励をいただいていると思っている。もちろん緩和ケアは診断時からの緩和ケアも含め、非常に重点を置いている。しかし、在宅は居宅死亡率も減少しており、まだまだということで、先生から私もお教えを受けているところである。

我々は、緩和ケアのレジデントを受けているところでもあるので、先生のところと協力しながら、在宅も診られる緩和医療の医師を育てる、あるいは看護師等の人材育成も今後協力してやっていければと考えている。

○田畑会長

在宅の中でのがん治療と緩和ケアがあると思うが、先生は在宅での緩和ケアの質を上げてほしいということか。

○大岩委員

そのためのグランドデザインの議論を進めるためには、緩和ケアの領域だけでなく、もっと広い部分の領域の議論が必要と思い、この場で提案させていただいた。

○田畑会長

実際、日本では質を上げるための施策はスタートしているのか、これからつくられるのか。

○大岩委員

拠点病院については、拠点病院の要件として緩和ケアの整備が厳しくなってきている。その中でも、がんのスクリーニングをきちんとすることがメインとされてきている。

今緩和ケア推進部会では、スクリーニングについて議論をして、何とか拠点病院の質の評価に結び付けたいと議論を行っている。拠点病院については、緩和ケア推進部会で議論をしていきたいと思っている。在宅に関しては、包括的にみると「どれだけ自宅で患者さんを看取れたか」という割合自身が質を評価すると考えることができる。経年的に居宅の死亡率を上げていくというのは目標になっているが、一步踏み込んで在宅の包括的な質の評価と考えることが適切である。

○田畑会長

拠点病院の質を上げることは比較的できると思うが、個人でやる在宅の質を上げるのは非常に難しいと思う。客観的にその指標はあるか。

○大岩委員

在宅で質全体を上げていくのは、難しいと思う。私は、在宅緩和ケアは開業医の領域だと思うが、在宅緩和ケアの質を担保することを個々の開業医に負わせるのは荷が重い。例えば、がんの治療病院については、都道府県拠点病院があり、地域拠点病院があり、ある種のピラミッド構造がある。そのような役割分担をする構造がないと、頑張る開業医がいても継続性を担保できない。そういう意味では、在宅緩和ケア全体のデザインの中で、在宅緩和ケアにおける指導・中核機能を明確にするある種のピラミッド構造の検討が必要であり緩和ケア推進部会の中でも議論をしている。

○田畑会長

緩和ケアは「痛み」ととらえるが、現在の医療で痛みの指標はあるか。

○大岩委員

一般的には、数値で表現をする。今までの経験で一番痛いものを10とし、痛くないものを0とするものがある。

その本の中で記載している STAS でも一つの痛みの評価ができる。この方法は、緩和医療学会も推奨し、グローバルなもの。STAS が使いこなせていないのが現状だが、

痛みに限らず症状の指標というのは、十分可能であろうと思う。それを共有化していくのは、相当時間がかかると思う。

○田畑会長

痛みは、主体的な判断。化学的な物質で客観的な評価はあるか。

○大岩委員

そういう意味では「ない」となる。そこが緩和ケアの一番悩ましいところであり、あくまで主観的な実態のないものをどう評価をしていくのかということになる。あえて言えば、論理的に組み立てていくことを追求することとなる。

○磯部委員

中間評価からは少しそれてしまうかも知れない。今回のがん対策推進計画は平成29年度までで、次期計画が平成30年度からになる。平成30年は、保健医療計画、介護保険事業支援計画と同じタイミングでがん対策推進計画も新たに考えていくことになる。今、地域医療構想で、全体の病床に対して、がんだけでなく、全体の医療に対して2025年を目指した形でいろいろ新たなことが始まってくると思う。千葉と東葛以外は、過剰病床となって、病床の7割が在宅復帰するということを考えると、がんに限って言っても、かなり影響が出てくるのではないかと考えている。提供できる医療体制というのは限界がある部分で、どのように県民に対して最適な医療を提供するかは大変難しいと思っている。そういう意味で大岩委員の在宅の部分でどうするかは難しいと思う。

今回の中間評価の中で取り組んでいるもの、次期計画に向かって新たに考えていくところを整理して議論を進めてほしい。

○内田委員

評価の中で、14ページの「がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所の割合」は×になっている。量は100か所から153か所に増えていても、%が優先されて評価が×なのか。

がんナビは、見づらく、ホームページの中でどこにあるかわからない。もっと見やすい位置に持ってきてもらいたい。がんナビがいろいろ取り上げられているが、がんナビ自体を見つけられない県民の方が多いのではないと思う。

広島県は、がんのメインキャラクターにデーモン小暮さんを使い、ポスターを作るなどインパクトのあるものをやっている。千葉県は、知事の活用ばかりでなく、インパクトのある啓発活動をしていただきたい。

○事務局

14ページの「がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所の割合」は、数量の増加はよいことではあるが、目標が割合の増加としているため、評価は×となる。

○内田委員

割合が増えても何の張り合いもない。その辺も少し考えていただきたい。

○田畑会長

その他、何かあるか。

【事務局より資料3に基づき説明】

【議事終了】