

平成27年度第1回千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会 議 事 録

1 日 時 平成27年7月28日(火)午後6時30分から午後9時40分

2 場 所 千葉県庁本庁舎5階大会議室

3 出席委員

大岩部会長、土橋委員、栗原委員、眞鍋委員、野口委員、権平委員、
坂下委員、滝口委員、木下委員、篠原委員、山口委員、宮坂委員

4 議題

(1) 千葉県がん対策推進計画の進捗状況について

①がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

・がん診療連携拠点病院等の緩和ケア提供体制に関する調査について

②終末期の緩和ケアの推進について

・在宅緩和ケア協力推進研修事業について

・在宅がん緩和ケアを担う医師及び看護師の人材育成事業について

③介護職に対する終末期緩和ケアマニュアルの作成について

(2) 千葉県がん対策推進計画の中間評価について

(3) 緩和ケアのPDCAサイクルの確保について

5 議事内容

議題(1) 千葉県がん対策推進計画の進捗状況について

①がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

・がん診療連携拠点病院等の緩和ケア提供体制に関する調査について

【事務局より資料1-1、1-2に基づき説明】

○大岩部会長

前回のスクリーニングに関する問題点について、大分整理された感じはする。まず、調査票の案について、表現、言葉の使い方等について意見をいただきたい。

○宮坂委員

資料1-1別添、問1の『1 緩和ケア病棟』について、「⇒②と回答した方は～」とあるのは、「⇒③と回答した方は～」の誤りか。資料1-2についても、同じか。

○事務局

そのとおり。

○大岩部会長

③に訂正。

○坂下委員

資料1-2について、【問1について】に緩和ケア病床とあるが、これは厚労省の施設基準をとらずに緩和ケアの目的で提供していることを緩和ケア病床ということがあるため、病棟としたほうがいい。

○事務局

緩和ケア病棟と修正する。

○権平委員

問1について、緩和ケア病棟、緩和ケアセンターはあるが、緩和ケアチームがないが聞かなくていいか。

○事務局

今現在、チームを持っていない拠点病院はないので、設問から除外した。

○権平委員

既にチームがないところがないので、調べる必要がないということか。

○事務局

この調査は、国に提出する現況報告と同時期に実施を予定している。緩和ケアチームに関する詳細情報は現況報告にあげられるため、今回の調査からは除外した。

○権平委員

了解。

○栗原委員

チームの内容について、職種等がわかるのか。

○事務局

現況報告で職種を記載するので、チームに歯科医師、歯科衛生士等の配置があれば記載されることから、職種の把握をすることは可能。

○栗原委員

了解。

○木下委員

まず、間違いがある。

問3のスクリーニング手法のところ、OPTMとあるが、OPTMというスクリーニング手法はない。生活のしやすさに関する質の評価。

スクリーニングの目的は聞かれて答えるものではない。スクリーニングの目的は、患者家族のQOLの向上であるため、愚問。

問8の期間を1年間としているが、現況報告の作成時期に、1年間分のデータを出すのは、病院にとっては難しいと感じる。期間をもう少し区切っても問題ないと思う。例えば3か月間等。問12も同様である。

問15に「使用する媒体」とあるが、媒体というと紙ベースや電子的なものと思われるため、表記について修正していただきたい。

スクリーニングの時期や回数等似た設問は、統一した質問に変更は可能か。

○事務局

問15の媒体の表現については、表記について修正を行う。

問4に関しては、時期やスクリーニング実施者等の項目や聞き方等御意見をいただき修正したい。

○木下委員

私どものチームで、8月末に拠点病院を対象に全国調査を実施することとなっている。重複することが多いが、県として問題はないか。

○大岩部会長

県は、県で実施することに問題はないと思うが、意見がある方はどうぞ。

○各委員

特になし。

○大岩部会長

問4については、病院のシステムとしていつ実施するのか、また、個々の患者さんに対し、いつ実施するのか。つまり、複数回継続的に実施するのか、スクリーニングの実施者が実際に面談をする者なのか、スクリーニングをやった後の判定者としての実施者なのかという解釈ができる。

時期については、基本的にはこのような時期で実施とは思いますが、もう少し検討の余地はある。

スクリーニングの実施者とは、どのようなイメージか。実際に対面でのスクリーニングを行う方か、それとも判定という意味での実施者か。

○事務局

初回のスクリーニングを実施する方をイメージして作成をした。しかし、御指摘のとおり、スクリーニング後の判定をするチームもあるため、問4については、もう少し切り分けて修正案を提示する。

○大岩部会長

スクリーニングを面接として実施する方法や紙に書いてもらって実施する方法がある。拠点病院の委員は実際、どのように考えているか。

○坂下委員

時期に見合った時に、紙媒体を用いて実施するところが多いと思う。電子媒体を用いて実施するところもあるかもしれない。

また、スクリーニングの手法のところで、STAS-JやOPTMの生活のしやすさの質問票や、自院で作成したもの等、紙媒体での質問票を意味していると思う。

また、実施者として関わる方はたくさんいる。紙を渡す人、回収する人、内容に目を通す人等、いろいろな役割の方がいる。

○大岩部会長

紙媒体であるとあまり実施者に意味がないのかもしれない。国立がん研究センターではどうか。紙媒体で渡しているか。

○木下委員

今後は、タッチパネル、タブレットを予定している。

○大岩部会長

タブレットにしても、患者さんへ渡して回答をしてもらっているということか。

○木下委員

患者さんへ渡して回答をいただいている。ただ、実施者については非常に難しい問題で、そこを聞かれると事務員と回答をする方もいる。

○大岩部会長

それは、看護師が面談をして実施するというよりも、むしろ機械的に実施するという意味の理解でいいか。

○木下委員

両方ある。全国的にもそうで、質問で切り分けて回答を得るのはとても難しいと思うので、質問自体がどうなのかと思う。実際にデータをとっても解釈ができないためあまり意味がない。

○大岩部会長

さんむ医療センターはどうか。

○篠原委員

生活のしやすさが近い。病棟・外来とも看護師が実施をしている。

○大岩部会長

スクリーニングの手法については、前回も同じで、細かく言うと木下委員の言うとおりであるし、紙ベースで実施するものでもないので、STAS-J はここになじまないものである。

STAS-J や OPTM の精神をもとに作成をしたものという暗黙の理解でやってきたと思うが、ここをもう少し正確なものとするか。問3のスクリーニングの手法についてどうか。

○木下委員

正確にするのは結構難しい。STAS-J は、スクリーニングではない。しかし、それを代用しているところは結構あると聞いている。

私の方で調べた結果では、STAS-J、Distress Thermometer、MDAS、ESAS、POS、Fifth Vital Sign 等あるがそこまで調べるのか。私の方の調査ではそこまでは、そこにどんなものを使っているかは、実際どのくらい千葉県の緩和ケアを進める上で意味があるのか。

部会長が前におっしゃったように、統一するなら実際どのような分布をしているかは、興味深いところである。部会の前のメールでも回答をしたが、今動いているものを統一はできないので、そう考えるとこの項目自体が必要ないのではと考える。

○大岩部会長

統一が難しいのは十分理解しているが、考える方向は少し明確な方がいいというのが、基本的な趣旨である。

木下委員の意見や実態を考えた時に、STAS-J の項目を流用しているという漠然とした方法でやっているという昨年度と同じようなとらえ方でいいのか、あいまいなのはやめた方がいいということか、きちんとした項目にした方がいいのか、3つ考えられるが、どの方向性で行くのか。

○木下委員

やるということであれば、何を使うかよりも、その質問の表の中に何が含まれているかを質問としてはどうか。

病院によっては、痛みのみしているというところもあるので、「痛み」「痛み以外の身体症状」「精神状態」「生活上な問題」「病状認識」「療養について」等どういう項目が含まれているか調査するやり方はあると思うがどうか。

○大岩部会長

実際の調査票を見るとシンプルなところと、多彩な項目を使っているところがあるが、木下委員の意見についていかがか。

○滝口委員

手法の方法は問わず、何を評価するかということでもいいか。

○木下委員

トータルペインの中の、何を評価しているのかを確認する。

○事務局

項目を修正し、案を提示する。

○大岩部会長

項目を整理した修正案の作成をお願いします。

問4のスクリーニングについては、どんな時期に実施し、誰が判定しているかは、スクリーニング後のケアチームにつなげるために必要。例えば、「スクリーニングをしました」「1か月後にケアチームにつなぎました」では意味がない。

判定者が誰か、ケアチームにつなげるのに、どの程度の時間がかかるのかを確認するためには必要であると思うが、問4のスクリーニング実施者について意見をいただきたい。

○眞鍋委員

今までの話を聞いていると、患者さん自身が判断して記入するものと、面接等により記入している方法がある。その2つに絞って確認をしてはどうか。

○大岩部会長

スクリーニングの項目はそれぞれの病院で決まっており、実際の方法については、紙、画面で実施をする、看護師が聞き取りをするという方法があるので、そこをはっきりとしたほうがいいという意見があるがいかがか。

○滝口委員

千葉大の場合は、スクリーニングして問題があるものは、看護師が選別を行い、看護師の判断で主治医や緩和ケアチームに渡す。時期は治療の要所要所、外来化学療法室に最初に来た時等としている。

また、待合室の患者案内掲示板で、「がんの緩和で悩みのある方はアンケート用紙があるので受付に申し出てください」とアナウンスをしており、必ずしも一斉にやっているわけではない。同様な方法を行っている施設も多いのではないか。

○大岩部会長

病院として行う時期が決まっているところと、経時的に実施するところや、陽性の方は緩和ケアチームでフォローするが、そうでない方は節目節目で実施する等あるということなので、時期を回答するのは悩ましいところがあるということか。

○滝口委員

はい。しかし、アンケートをする以上、時期やタイミングをこのように問うのはいいと思うが、みなさんの指摘もあるように、スクリーニング実施者が、インタビューをするだけであればそれも良いが、インタビューで完結するわけではなく、最終的に判定する人を決めている場合もあるので、そこを明らかにした方がいい。

○大岩部会長

議論が出ていることについて、各委員、事務局が意見を共有できていれば、また案を検討して返してもらおうということでもいいか。

○事務局

別添参考資料のスクリーニングの手順の中で、スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者等を記入することになっている。

これは、現況報告で提出されるため、いままでの御意見をこの中から抽出するのか、再度案を提出するのかは検討をして提示したい。

○大岩部会長

研究のためのアンケートではないので、あまり厳格にする必要はないが、実際の流れの中で、誰が責任を持ち実施するのか、どのような人がするのかは、明確になった方がいいと思うので、それを念頭に検討願いたい。

○滝口委員

問1の「2 緩和ケアセンター」の設置の有無について、現在義務として課せられているのは都道府県拠点病院のみだが、地域拠点病院でも準備をしているところはあると思う。

その場合に反映する回答場所がないので、記入する場所を設けた方がいいと思う。

例えば、指定要件の内容がほぼ整っていて活動もしているが、ジェネラルマネジャーの配置が師長でなく副師長のため「設置していない」ということとなるか等を考慮した方がいいと思う。

また、資料1-2の問2の説明に、今年度は実際に設置しているところのみ回答をすることとしたとあるが、そのようには読めないなので、回答する方は説明の趣旨とは関係なく回答されるのではないかと思う。

○大岩部会長

緩和ケアセンターは要件を満たしていないものは、緩和ケアセンターの設置としないのか、あるいは院内的に緩和ケアセンターとして標榜をしていれば緩和ケアセンターに位置付け、回答をしてもらうのかということか。

○滝口委員

はい。

○事務局

問1の準備段階の病院については、③の今後設置予定の中でとらえていたが、既に院内で活動しているものを回答をする場所がないので、検討をして対応したい。

○大岩部会長

アンケート前であるが、今年度設置をしている場所はどこか把握しているか。

○事務局

指定要件として基準を満たしているのは、県がんセンター。その他の設置は千葉大学が4月から設置していると把握している。

都道府県拠点以外は義務ではないので、その他で設置している所は、どのようなことが困難となっているのか確認するために、問2を設定した。

○大岩部会長

昨年度からの経緯で委員もそのような認識は持っていると思うので、滝口委員の意見をもう少し明確にする表現を事務局で検討をお願いしたい。

○事務局

了承。指定要件とそれ以外の設置として項目を分けて聞く形としたい。

○滝口委員

問13で「医師による全人的な緩和ケア」となっているが、主治医は常時全人的な緩和ケアを提供することを目指している。ここは専門医による全人的な緩和ケアととらえていいのか。

○大岩部会長

緩和ケア外来のことか。

○事務局

指定要件にある指定日を設定、痛みだけでなく、それ以外も全人的な緩和ケア外来を実施しているかを確認するための質問である。言葉が足りないので、質問の仕方を修正する。

○滝口委員

問15の②と③は同じと考えていいか。

○事務局

ツールとして使われているものを列記しただけなので、まとめることは可能である。

○木下委員

アンケート票の形式がよくない。自由記載が多いと空欄になる可能性がある。また、記入欄に選択をする形をとると、結構忘れることもある。構造上の問題であるが、選択肢を具体的に書いてもらい、そこから選択できる形としたほうがいい。

要する時間と書いてあっても、何時間と記入するのか等わかりづらいので、一日や即日等の選択肢とした方がいいと思う。

○事務局

了解。

○大岩部会長

時間を書くのではなく、問題はその日に行われているかが重要である。木下委員の意見のとおり、選択肢があった方がいいと思うので、検討を願いたい。

○事務局

了承。

○大岩部会長

中身の問題としての意見はどうか。

○木下委員

将来の設定のこととも関係するので、各拠点病院に年間どれだけががん死亡患者がいるかを盛り込めないか。

県全体の医療計画の中で、がんの終末期をどこで見えていくかが必要だと思うので、院内での年間のがん死亡患者を調査の中に盛り込めないか。

○滝口委員

がんに関しては、大学は少ないと思う。

○木下委員

病院によって死亡数はあると思うが、千葉県在住の患者さんをどれくらい看取っているのか。東葛は東京や埼玉、茨城に隣接しているので医療計画を考えるときに参考になる。

また、全国で見ても拠点病院で亡くなる方は5割いかない。3～4割程度。在宅

1割、緩和ケア病棟1割で、ほとんどの方が一般病院で亡くなっているのです、千葉県全体でつかんでいきたい。

○大岩部会長

アンケートの中心は、スクリーニングについてなのですが、死亡数についても重要なことなので後ほど議論したい。

○事務局

調査の期間について、現況報告と併せて、平成26年1月1日から12月31日の状況を対象にすることで回答する医療機関にとっては別作業をしなくていいと考えた。

アンケート前の今年の数に計上してもらった方がいいのか、今年分を計上するならどこの期間設定が可能か御意見をいただきたい。

○滝口先生

指定要件の変更があり、新たな要件でスタートしたのは昨年10月頃であると思うので、病院が取組に慣れ、円滑に稼働するようになった4月頃からはどうか。

○大岩部会長

滝口委員の意見の現状もあるため、今年度の1月から6月までの半年等もう少し検討をして決定してはどうか。

○事務局

了解。

○山口委員

看護師のカウンセリングに関して今回削除となっているが、問2の中には、看護カウンセリングが盛り込まれていること、実際には看護師によるがん患者指導管理料の算定については、指導管理料2が6回までという縛りが取れたり、チームの看護師が行ってもいいと制限の緩和があった。

緩和ケアの提供体制の実態としてどの程度あるのかは調べていただきたい。

○事務局

案の検討段階で御教示いただきながら進めていきたい。

○大岩部会長

看護カウンセリングは、診療報酬がついているので、多くの病院でやり方等は別として増えていくと思う。是非、きちんとした実態を調べていただきたい。

議題（１）千葉県がん対策推進計画の進捗状況について

②終末期の緩和ケアの推進について

- ・在宅緩和ケア協力推進研修事業について

【事務局より資料２に基づき説明】

○大岩部会長

この事業を実施することで、拠点病院等になったということか。

○事務局

この事業をしたからなったのではなく、日頃からの病院自身の活動があり、本事業はその一部を担っていると解釈している。

本事業後も構築されたネットワークを活用した取組ができているため、県では未整備圏域は無くなったと解釈をしている。

○篠原委員

地域のがん患者さんが、病院完結型のがん医療を受けられるのではない。

隣接の拠点病院等と相談業務や緩和ケアについて、継続的に顔の見える形にしていただけだと思います。

がん患者の死亡数等については、旭中央病院の緩和ケア病棟で亡くなる患者さんはほぼ100%旭中央病院で治療を受けてきた患者さんである。旭中央病院で500人位亡くなる方のうち160人ががんである。

当院でも緩和ケア病棟で160人位亡くなっているが、当院で治療をした患者さんは30%程度で、70%近くは、千葉県がんセンター等の隣接の拠点病院から連携の一環として緩和ケア外来を通じて紹介を受け、地域に戻り亡くなっている。

研修事業が終わったことで整備されたということだけでなく、隣接の拠点病院との関係性をさらに構築できるように支援をいただきたい。

○木下委員

このような事業の継続はできないか。

治療は集約化され終末期は地域で診るため、今までは病病連携のことはやってきているが、治療する病院と地域で診る病院の連携の事業はあまりないし聞いたことがない。千葉県の医療の特徴からいうと、そういったことに取り組むべきで、例えばさんむ医療センターと千葉県がんセンターの連携強化のための事業等のような連携をいくつかの地域で行うことを考えるのは必要だと思う。

○坂下委員

木下委員の提案は、県がんセンターとさんむ医療センターが連携をして、終末期をさんむ医療センターで受けられるようにするようなイメージか。

後方支援病院のような感じで、治療した患者さんを受け入れるようなシステムがあると思うが。

○大岩部会長

病院の系列化をすることには意味がないと思うので、地域の終末期の医療をどのように考えるかという形で展開をする必要がある。

一つの考え方としては、さんむ医療センターのように郡部の病院では、終末期は在宅よりも病院が中心となるという議論は前回もあったので、必要な方向だと思う。

○滝口委員

大学病院等は地域の病院にたくさん紹介をしているが、個人的なつながりや患者さんが明確にこの病院に行きたいと指定がある場合はできるが、患者さんがあまり病気をしたことがなく終末期を迎えることになり、医療機関を知らない場合はかなり苦労する。

在宅ケアをやってくれるクリニックや病院がリスト化され、千葉県の地図の中にプロットされ、千葉県庁のホームページから患者さんの住所を入れると医療機関のマッチングができるようなツールがあると非常にありがたい。

リソースはあるので、情報の集め方次第と思う。教育や研修も重要であるが、今患者さんを待っている施設が有効に使われていない可能性もあるため、篠原委員木下委員の意見に大賛成なので、是非具体的にしてもらいたい。

○篠原委員

業務提携やアライアンスグループを作ろうとは全く思っていない。地域の患者さんが県がんセンターや大学病院に流れていっているのだから、その人材交流はしっかりと行っていく上で、がん治療の途中からでも地域に戻れるような仕組みを作りたいと思っている。

現時は、緩和ケアの充実でいいと思うが、今後は湾岸エリアの拠点病院は地域出身の患者さんを診るのが精一杯となり、私たちの地域の患者さんを受け入れられなくなることが見えている。

そのような中で、一番必要なところは拠点病院にお願いをして、緩和ケアが充実してくれば、ある程度化学療法の段階でも中盤からは引継いで行えるように受け皿の基盤整備を少しずつでもしていかななくてはならない。

また、緩和ケアは介護系の要素が非常に重くなってくるので、やはり緩和ケア病床を持っていても、多くの患者さんは住み慣れた我が家ではなくて、患者さんにカスタマイズされる空間を希望しているため、そういったものを整備をしていかななくてはならないと病院の将来構想では思っている。

先に高齢化しているが、がん患者さんは郡部でも30年後位までは増加するためきちんとした対策をとっていかなくてはならないと思う。

○大岩部会長

いろいろな考え方があり、郡部と都市部の問題もある。終末期の医療の体制について一つの大きなくくりとして、終末期の緩和ケアをどのようにとらえていく必要があるかはきちんとしなくてはならない。

今日議論をし続けるのは、かなり難しい。ただ、本来部会ではこの議論が中心となるはず。今日、結論を出して、次年度の予算に結びつけるのでなければ、次回の大きなテーマにしていくこととしたいがよろしいか。

この事業については、本部会でどのような進捗状況でどういう方向を目指し、どのような成果があるのかということを知ったことがあるが、今までまったく明らかになっていなかった。

今回の事業について明らかにするのではなく、このような事業を実施するときは何を目指してどのような取組を行い、成果をどのようにつなげるのかの報告はほしい。

部会を中心とした冊子も作成されているが、あまり活用されていない。篠原委員、木下委員、滝口委員から意見もあったように、検討を続けていかななくてはならないことなので、引続き議論をしていきたい。

議題（１）千葉県がん対策推進計画の進捗状況について

②終末期の緩和ケアの推進について

- ・在宅がん緩和ケアを担う医師及び看護師の人材育成事業について

【事務局及び坂下委員より資料３に基づき説明】

○大岩部会長

平成２７年度の事業について、坂下委員から説明、その後、事務局から説明していただきたい。

○坂下委員

さくさべ坂通り診療所の協力を得て事業を進めている。もともと中核になる人材育成なので少数を育成対象としていた。公募で医師１名、看護師１名が決まりさくさべ坂通り診療所を中心に育成を行っている。

定期的なカンファレンスは、県がんセンターのスタッフも一緒に参加している。内容としては、濃く実りの多い展開をしている。

○大岩部会長

質問や意見があればどうぞ。

○木下委員

今後の展開については、何人養成すればいいかをどのように考えているのか。

今後の地域医療計画におけるガイドラインの中で、千葉県にはどのくらい医療者が足りないか等が示されているが、その中で具体的に在宅の緩和ケアを担う人材の試算をされたことがあるのかということと、そのような試算のもとに計画していかないと３年間で１人しか動いていない現状がある。

１０年後このペースでいくとどうなるのかというのをきちんと考えていかななくてはならないと思う。

予算についても、他の事業については書いてあるのに、この事業については記載が

されていないのはどうしてか等いろいろな疑問もある。

メールをしたが、本当であれば千葉県がんセンターの責任者に来てもらい説明をしてもらいたいというのが正直なところ。

○事務局

緩和ケアの現場の人員については、試算についてどうするのかを今後検討をしていくところ。

この事業については、中核となる人材の育成のため、医師2人、看護師2人は必要と思いますし、可能であれば各医療圏に1人ずつ配置できるように事業を提案していこうという段階であり、人数の確定等には至っていない。

予算については、3年間で300万円となっている。昨年度も費用対効果についてはご指摘をいただいているが、今年度は200万円程度計上されていると病院局からは聞いている。

○木下委員

養成のための予算については、安すぎると思う。医師1人、看護師1人を養成する額ではない。

各医療圏に1人という説明があったが、費用の補償をしないと難しいのではないのか。その辺はどのような考えでいるのか。

○事務局

これから予算要望していく予定。

今年度については、部会長のもとで、低額で実施をしていただいている。昨年度も同様の意見をいただいているため、今回事業提案をしていく中では、医師については後期研修医6年目程度を想定し、1,300万円の要望をしていく予定。看護師については、中堅を想定し、千葉県の給料表と照らし合わせ要望をしていく予定。

ただし、財政当局の壁は厚いため、今お伝えした金額が満額つくという約束はできないが、財政交渉に向け、努力する。

○大岩部会長

人材育成については、本来もっときちんとした形で予算要望をしなくてはいけない。

300万円の予算が3年前についているため、並列して予算計上を行うことはできず、最終年の3年目にこのような形で人材育成をスタートした。

今事務局から提案してもらっているのは、次年度以降の事業で人件費相当分を踏まえた予算要望をしてもらう。しかし、実際に認められるかは全くわかならい。

木下委員から提案いただいた試算に基づく人材の育成は、同時にやっていく必要があると思う。

実際に千葉県の終末期の緩和ケアを進める上で、これは議論をしていかななくてはいけないので、後ほど議論をしていきたい。

この事業については、事務局に頑張ってもらって、予算措置をしていただくという

ことで部会としてはよろしいか。

○各委員

特に意見なし。

議題（１）千葉県がん対策推進計画の進捗状況について

③介護職に対する終末期緩和ケアマニュアルの作成について

【事務局より資料４－１、４－２に基づき説明】

○大岩部会長

スケジュールが１年先送りになる。

基本的には、検討会で多くのことを決めていくことでスタートしているので、事務局と調整をしたい。

３月に検討会を開催、メンバーで討論し、様々な視点が出た。次の段階に行くためには、ある程度の方向性を明示して行いたい。

検討会もきちんとした形で行うために、予算計上をきちんと工夫をしてもらいたい。

メールだけでなくきちんと集まり、進捗状況等を確認していきたい。

異論がなければこのスケジュールで進めていきたいと思うが、特に検討会のメンバーの方はいかがか。

○各委員

特になし。

○大岩部会長

異論がなければこのスケジュールで進めていくこととする。

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５－１、５－２、５－３、５－４に基づき説明】

○大岩部会長

基本的には、数値目標をどのように扱うかということだが、その内容は、がんと診断された時からの緩和ケア２項目と終末期の緩和ケアの２項目という理解でいいか。

○事務局

はい。

○大岩部会長

基本的な目標の設定になっているが、もともと数値目標として設定されていないため事務局から提案のあった数値目標の設定について意見を伺う。

○坂下委員

資料5－3について、緩和ケア病床の数が、①がんと診断された時からの緩和ケアの中に入っているのはどうしてか。②終末期の緩和ケアに入っているべきと思うが。

○事務局

計画策定時に、全人的な緩和ケアの提供を行う場所として位置付けられたと理解している。

○大岩部会長

扱いは、実態と乖離がある。この区分けは厚労省の区分けに従っているのか、千葉県の区分けか。

○木下委員

はじめは、「①がんと診断された時からの緩和ケアの推進」しかなかった。終末期の緩和ケアは、千葉県独自に取組が必要であろうということで押していた経過がある。

国全体の流れは、①が中心で、千葉県もそれに沿って計画を策定していたので、①に緩和ケア病床が入っている。ただ、終末期のことをきちんと考えなくていけないので、終末期の項目が追加されたと理解している。

○大岩部会長

木下委員の説明のとおり、厚労省の計画から、終末期が薄れてきている中、千葉県では終末期をきちんとしなくてはいけないという議論は一貫して行っている。

先ほどの質問は、厚労省がどのように区分けをしているのか、改めて事務局がどのように区分けをしたのかということ。特に厚労省の区分けに沿って行っていないのであれば、この問題はまた別途議論を行い、10月に結論を出すようにしたい。

最初に、4項目の数値目標について、設定した方がいいかという意見なのか、従来どおりでいいという意見なのか議論したい。

○滝口委員

この目標は、増加や上回る等の表現で目標としたと思うが、数値目標にした方がいいのかも知れないということは、厚労省からそのような指摘があったのか。

○事務局

特に厚労省から指摘があったわけではない。第1回のがん対策審議会で、定性的な評価は、どの程度達成している不明確になってしまうので、もう少しその部分については、各部会で検討を行うように御意見をいただいたため。

○滝口委員

この目標を検討するとき、どの数値が適正なのかわからない。現状が少ないのは事実なので、このような表現になった経緯があったと思う。

数値目標にして適正値を定めてしまうと、平成29年度まで適正値の何%しなくてはいけないのかということになり、それはかなり難しいと思う。

計画策定時も同様の議論があったと思うがいかがか。

○大岩部会長

滝口委員の意見のとおり数値目標を設定するのであれば、10月までに詰めていく作業が必要になる。

○木下委員

滝口委員と同じ意見で、適正な数値が出せないのに、本来は医療計画の中で出していきたいところではあるが、数値を決めてもこれはどこから出てきた数字の根拠かということになる。今までもこのような議論はしてきた。いきなり上の会議で意見が出たから変更すると言われても、その時に言ってほしかったというのが正直な意見である。

よりいいものがあるなら変更をすることはいいと思うが、よりいいものを出すことができないのであれば、変更は難しいのではないかと思う。

それとも、地域医療計画の中で、本当に誰かが試算をして出してもらえるならいいが。理論的には、出せないわけではない。しかし、現状でそのような作業はしていないので作業量も多くかかり、そこまでの作業を行うことが県として可能か。

○事務局

適正値を決めてその何%を達成するのではなくて、もちろんその方がきちんとした評価につながるが、抽象的なただの増減ではなく、その部分を少しでもクリアにするために現状で用意できる数値で検討いただければと思い記入をした。

しかし、緩和ケア病床については、御指摘のとおりなので、事務局でもう少し検討する。

○大岩部会長

木下委員と滝口委員はこのままの方がいいという理解でいいか。

○滝口委員

研修に関しては、また別であるが、緩和ケア病床についてということか。

○大岩部会長

一つ一つ御意見を伺う。

全体の話として、できれば数値目標を全ての項目に関して当てはめていった方がいいという議論か、あるいはこのままでいくのかを議論をお願いしたが、各々違うため議論をした方がいいということか。

○滝口委員

そう思う。

○大岩部会長

他の委員の意見はどうか。例えば緩和ケア病床にしても、医療計画に係る大きな問題になるのは確かだが、ある地域には緩和ケア病床がたくさんできて、他の地域にできないという現状をそのままにしておいていいのかという感じも多少ある。現状は申請があれば補助を出してどんどん認める方向だと思うが、緩和ケア病床について意見をお願いする。

○滝口委員

何床という目標としても、どの病院が少ないからどの程度増やさないとか、どの地域に少ないので増やさないということ等の具体的なものがないと、増やして下さいと言うだけでは増えないため、この枠組みではできないと思う。

1床増設毎に補助をするとか、何床作らないと罰則があるとかあれば増えると思うが、予算的な措置もないと努力のしようがないと考える。

○大岩部会長

このような議論をしたことはないし、する場もない。そういう意味では、現状でこの枠組みでは議論のしようがない場合は、どのようにしたらいいのかまで踏まえて意見をいただきたい。

○滝口委員

ここは数値にこだわる必要はないと思う。

一般病床で緩和ケアがしっかりできれば、緩和ケア病床の数は少なくてもいいわけであるし、在宅緩和ケアが十分にできれば病院の緩和ケア病床は少なくてもいいのでただ増えればいいというわけでもない。総合的に考えると、緩和ができる医師、看護師が増えるのであれば、一般病床で緩和ケアができるようになるわけなので、この数字だけを立てるのは難しいと考える。

○大岩部会長

PCUに必ずしもこだわらないということでもいいか。

○篠原委員

さんむ地域で緩和ケア病棟を持ってやっているが、かなり拠点病院に併設している緩和ケア病棟とは様相が違うと思う。緩和ケア病棟といっても、キャラクターがいろいろある。

ホスピスのように一度入ったら最後までそこで暮らして亡くなる場所として緩和ケア病床をとらえることもできるが、私どもは療養の場所という意味よりも、在宅医療を補完する立場や、レスパイトやがんの症状が悪化した場合に緊急避難的に入院を

していただくということなので、積極的に自宅へ帰す方向でやっている。

国の方針もそうで、可能な時は在宅、時々病院で、これは緩和ケア病床だけでなくできるだけ病院施設に頼らず、高齢者の方を含め在宅で過ごしていただくことだと思う。

緩和ケア病床といわれても、急性期的に回しているところと、ゆったりとしているところと運営の違いもあると思う。そのため、簡単に数値目標といわれても、一つで何%にと設定するものではないのではと思った。

○大岩部会長

緩和ケア病床の運用の問題と、緩和ケア病棟を地域としてどのようにとらえていくのかという部分と、複雑に絡みあっているので、整理して考えていかななくてはいけないと思いますが、なかなか難しい問題だと思う。

○木下委員

これはかなり難しく、実際にそこまでやる気があるのかということもある。

私は、自分の地域を試算していて、どれくらい必要か即答できる。実際に在宅看取りが何割で、平均緩和ケア病床在院日数がどの程度なので、このくらいの病床が必要だといえる。

なぜ、難しいかという、医療計画には緩和ケア病床は入っていないので、本当は入れた方がいいと思うが、入っていないので、試算できないという状況。やはり2次医療圏ごとに必要だとは思う。「②終末期の緩和ケアの推進」の在宅死亡率にもかかわってくる場所である。そこまでやるのか。そこは県の腹積もりであると思う。

私ども130万人の2次医療圏で、緩和ケア病棟平均在院日数を40日で回し在宅死亡率が3割だとすると、2025年に100床必要になる。そこを県はどのように考えるかだと思う。

○大岩委員

一つは、県がどう考えるかということもあるが、県にどう考えてほしいかという議論の場でもあるため、その視点でも議論をしてほしい。

10月の目標値の設定についてと同時に、目標の見直しの中間評価の時期でもあるので、次の見直しに向けての議論としても非常に重要と思う。ここを詰めた議論がないので、どこの場で議論するかは別として、この議論は必ず必要となると考える。

○坂下委員

緩和ケア病棟の役割については、地域によってだいぶ変わってくると思うがやはり県の中でなるべく偏りがいい方だと思っている。

2次医療圏に1つずつあるようにするのを目標とするとか、緩和ケア病棟のない2次医療圏を減らすとか等を目指してはどうか。

○大岩部会長

少なくとも2次医療圏に1つは必要だという理解でいいか。

そうすると、人口に対しいくつということよりも、地域としてとらえていくことでいいか。

○坂下委員

はい。

○大岩部会長

これは、木下委員が言われた在宅死とも当然絡んできて、がんの終末期の療養の場を県としてどう考えるのかということに、非常に大きくかかわってくる。

滝口委員が緩和ケア病棟にこだわる必要はないとのことであるが、これからの高齢社会の中で、受け皿として、緩和ケア病棟をどのくらい、一般病院をどのくらいというのはある程度の予測は困難であっても、本来議論をする必要があると思う。

今日、この場でするのは当然無理なので、今の意見を伺いこの部分についてはPendingの方がいいと思うが、いかがか。

○木下委員

少し大胆な意見にはなるが、数ではなく千葉県の医療計画の中に、緩和ケア病棟の計画を書き入れる。それを目標としてはだめか。

○大岩部会長

医療計画を行う部署は違うところなので、そこに申し入れをするという理解でいいか。

○木下委員

申し入れをして、千葉県として医療計画の中に書き入れるということ。

○大岩部会長

もしそうだとすれば、医療計画の中に入れなさいということも直接的にあるがこの部会として緩和ケア病棟をどう位置付けてどう考えるかをきちんと議論していく必要がある。

○木下委員

緩和ケア病棟は、手上げ式で比較的簡単に認めてもらえる現状がある。

坂下委員の意見と少し違うところは、国は人口の少ない所は緩和ケア病棟でなく地域包括ケア病棟としている。

○大岩部会長

このような議論は、今までもなかったわけではないが必ずしも十分でないので

今この場で詰めるには、話が大きいので、継続的に議論を続けていくとして、次回の部会でもう少し詰めた話と、中間評価に反映できる形で詰めていきたいと思う。

次にがん診療に携わる医師の研修人数について、滝口委員の意見はどうか。

○滝口委員

健康局長通知でこの数字がでていっているので、今の増加では許されないということだめだと言われたという理解でいいか。

ただ、基本的に90%と100%で正しいが、この文言はこの表現が正しいのか。補足版のようなものがきて、対象となる診療科名が書かれていたと記憶している。

そうすると、がん患者の主治医、担当医以外の者も含まれているがこれでいいか。

○事務局

通知の中では、がん診療において主治医や担当医となる者とされ、診療科目については規定がある。診療科以外のその他の診療科については、各拠点病院が携わっていると判断した場合に、母数に入れることとなっている。

○滝口委員

主治医や担当医になる者の定義として、診療科名があり、例えば、内分泌科の医師は全て受けるようになっている。内分泌科の医師の一部はがんの患者を診るかもしれないが、他の人はほとんどが糖尿病や脂質異常症の治療を専門に行う。大変厳しく考えている。

○大岩部会長

厚労省局長通知の正確な文言は出るか。

○事務局

これがその正確な文言である。

○大岩部会長

では、今の診療科の話は。

○事務局

母数を決定するために診療科として提示されている。

滝口委員の御意見のとおり、内分泌等ふだん診療でがん患者に遭遇しない場合も母数に入れるのかという問い合わせを拠点病院から受け、国へ確認をしたところがん患者の診療に携わる可能性があるため、該当診療科は、全員母数に入れると回答を得ている。

○大岩部会長

具体的な診療科はどこになるか。

○事務局

すぐにお示しできないため、後日お知らせをする。

○滝口委員

該当しない診療科は、眼科くらいである。ほとんどの診療科が入っており放射線科であれば診断が専門の医師も入っている。がんセンター等は影響ないかもしれないが、大学病院や一般病院は、研修対象者が3倍程度に増えた印象である。

○大岩部会長

分母の増加で、ハードルが高くなったということだが、滝口委員の意見を含め数値目標として出すか出さないかの議論についてはいかがか。

○滝口委員

厚労省から数値目標がでているので、これは数値化する方向で。

○大岩部会長

では、通達のとおりとするのであれば、中身についてももう少し正確にする必要がある。では、これは事務局としてやりなさいということでもいいか。

○事務局

5年前より計画に掲載されているため、取組んでいただきたい。

○大岩部会長

今までも、この議論はあったがそのような強いものではなかったもので、詳細については各委員に後ほどきちんと周知をすること。

○木下委員

がん診療に携わる医療従事者に対する緩和ケア研修が消されている理由はどのようなものか。

○事務局

現状では、がん診療連携拠点病院の医師の育成を優先していく姿勢があるためその他の医療従事者の研修を妨げるものではないが、大きな目標として医師の受講率が国より発出されているため、そちらを入れていきたい。

育成をするかしないかと言われれば、育成をしないわけではない。計画の中から削除してもいいかという伺いである。

○大岩部会長

削除をしたということではなく、可能かということか。

実質的に県では、この部分については削除してしまうことで縛りがなくなってしまうため、研修がなくなってしまうということもあるのか。

○事務局

拠点病院の要件の中に、医師以外の医療従事者への研修が位置付けられているので緩和ケア研修への研修を妨げるものではなく、やり方や対象を変えるということも全く予定していない。

○大岩部会長

そうすると、研修は行うが目標として立てないということか。

○事務局

今回は、何らかの根拠があるものを定量化する指標と考えてしまったため、削除をしたが、定量的な評価と定性的な評価が混ざってもいいということであれば、絶対削除したいということではない。

○大岩部会長

これ以外は、数値をきちんと出す方向で議論するというので、これについては今回は数値として必ずしも設けないでもいいということでもいいか。

ただし、研修はやるため、やるということだけでなく、何らかの目標を定めるのかは、この場で委ねているということでもいいか。

○事務局

はい。もちろん地域では、その他の医療従事者の方に支えていただいているのは事実なので、この項目を絶対削除してくださいということではない。

○木下委員

単純に削除するべきではないと思う。

○眞鍋委員

今までやってきたものを削除するのは、非常に大きい問題である。削除すれば部会長の発言のとおり、この項目自体をやめてしまうのかと取られかねない内容。

これは、定量的にみることは難しいと思うので、定性的な目標のままで残すべきだと思う。

○滝口委員

これは、医師に対する研修の要求が強くなったために、他の余裕がないということではないか。

所定の講習会で、残りの60%近くの医師の研修会を行うためには、自分の病院の研修会だけでは間に合わず、他の病院の研修会に行く必要もでてくる。医師の研修を優先的にするため、看護師や薬剤師は研修が受けづらい状況にあると思われる。

○木下委員

ファシリテータで行った研修会場では、結構受講ができています。医者は確かにぎりぎりといわれているが、受講できている現状もある。

○滝口委員

診療科の羅列した文書が発出されて以降の研修会は、医師が優先となっていると思う。

○事務局

協議会の緩和医療部会の調整会議の中で、今年度、来年度の拠点病院の完了計画を出したところ、今年度中に研修完了は難しいため、来年度に向け拠点病院同士の研修の受入れを5月に検討した。その結果、さんむ医療センターには、拠点病院で余剰する医師の研修及びさんむ地域の医療従事者の研修を受けて入れていただくこととなった。

県としては、医師以外の医療従事者の研修場所の確保に努めているところだが滝口委員の御指摘のとおり、全ての圏域でそのような取組を行えていないので余裕のない圏域もある。

○滝口委員

もちろん受入れが0でないことは承知しているが、研修を受けた職員が他の施設に移ることもあり、意欲の高い職員は流動性も高いため、目標を増加とすると難しい場合もあるのでは。

また、新規雇用で修了者が入ってくればいいが、必ずしもそうではないので、増加とすると達成できない可能性があるのではないかと。

5年とか10年だと両方増加ということは可能であるが、厚労省が期限設定をしている29年3月までの間に増加というのは、難しいのではないかと。

○木下委員。

もうすでに増加はしている。

○事務局

計画策定時の人数と比較し増加したというとらえ方なので、現状では増加をしているとなって、目標は100%達成ということになる。

そこのあり方を考えるために、この項目は削除するのか、定性的な表現のままとするのか御意見をいただきましたかったところ。

○眞鍋委員

定量的なものは達成状況が100%かどうかというのはいいと思うが、定性的なもの達成状況が100%か0%かというのはおかしいのではないか。

この場合は、達成でいいのではと思う。

○篠原委員

緩和ケアの研修会は、PEACEの研修会だけか。PEACEの研修会は、がん診療に携わる全ての医師に対する研修会というコンセプトで作られているので、上の段はこれでいいが、看護師の方々には、ELNECもあるし、フォローアップ研修会もありそれが全て緩和ケアの研修会なので、基本的には削らない方がいい。

緩和ケアは、多職種協働でチーム医療で行うものなので、本来であれば別のモジュールできちんとチーム医療をがっちりと組むような緩和ケア研修会があるべきと思うので、PEACEのことばかりに執着しなくていいと思う。

○大岩部会長

私自身は病院の立場でないので、オリエンテーションが悪かったが、オリエンテーションが悪い立場で聞くと、「医師に対する研修会だけすればいい。他の職種の研修はしなくていい。」と聞こえる。もちろんそのような意図でないことはわかっているが、そういうふうにとられかねない。あらゆる職種の中で係るという意味ではどの職種も平等であるため、物理的にできる・できないで、一つの職種を立てるために他の職種をなしにするというのは、かなり問題があると思う。

現実の問題があるとしても、その中での努力目標として文言として残すことが必要であると考えている。そうでないと、他の職種はいいのかという死活問題にとられかねないのではないか。

○事務局

事務局としては、このままの表現で残すこととする。

○木下委員

カウントするものを何か考えていただければと思う。ELNEC等についても。

○事務局

県として現状で把握できるのは、緩和ケア研修会と県がんセンターに委託して実施している緩和ケアに係る研修会、拠点病院で実施しているPEACEの緩和ケア研修会以外の研修会が現況報告上の人数で確認できる可能性がある。

他の機関への研修会の確認となると、個人情報等の関係もあり難しいと思う。

○大岩部会長

従来算定している基準にのっとり行うことでいいか。

○事務局

はい。

○滝口委員

先ほどの診療科に属している医師でがん治療を実施していない医師に対して研修を行うことと、毎日がんの患者に接している看護師や薬剤師のどちらに研修を行うのかということは、明らかだと思う。

県の方から国へそのような意見を言っていただけないか。この通知に現場が非常に混乱していることを。

コミュニケーション能力等は、全ての医師に重要であることは理解できるが、この取り組みはがん治療を目的にしている以上、優先順位は重要だと思う。今さら変更するのは難しいと思うが、現場でそのような意見があるということを上げていただきたいと思う。

○事務局

御意見としてお預かりして、後日対応についてお知らせする。

○大岩部会長

今の滝口委員の意見に異論があるか。

○篠原委員

異論ではないが、私自身は眼科の先生が緩和ケア研修を受けていただいてもいいと思っている。

どちらが重要かはわからないが、多職種協働でチーム医療で行うのが緩和ケアだと思う。

○木下委員

看護師には、看護師のための研修会があるので、それを一緒にして議論をするのはよくないと思う。

国へ持っていくときに、これは医師に対する研修とはっきり言っているので、他の人の受講を妨げるわけではないが趣旨が違う。

○大岩部会長

ここで議論されているのは2つあって、1つは削除することの問題であって、医師の研修会に看護師が参加する・しないということではない。

○篠原委員

緩和ケア研修会イコール PEACE プロジェクトの研修会ととらえるから、コンフューズしてしまう。本当はそうではない。

医師のための研修会が今までは多職種が参入しやすい状況にあったということ

だけで、今後のあり方としては、フォローアップ研修等をつくっていく方がいいかも知れないし、PEACEの初期の研修には、若い医師の方や携わる医師の方に受講していただくことを目標にすることは、間違っていないと思う。

○大岩部会長

滝口委員が厚労省に意見できないかという内容を確認したい。

○滝口委員

100%、90%は問題ないが、平成29年3月までに達成しなさいということで、2年で、土日に連続して出席することは難しいと言われている現状がある。

○木下委員

それは、もっと前から言われていたこと。

○滝口委員

そのとおりであるが、千葉県全体で39.3%なので。

○木下委員

それを言うなら私どもの施設は、75%である。それは以前より言われていたことなので、それを今ここで議論をしても仕方がないと思う。

○滝口委員

がんセンターは最初から100%対象になっていたが、がんセンター以外の病院は対象が違っていた。対象者が新しい定義で数値が3倍程度となったので、そこは斟酌していただかないと。今年の2月にルールが変更されたので戸惑っている。

○大岩部会長

滝口委員から提案があった内容を厚労省に伝えるかは、事務局に判断してもらい、この問題は引続き状況を見ながら議論を続けたい。

医師以外の項目については、削除をしないということでご異論はないか。

○各委員

特になし。

○大岩部会長

住まいの場での死亡割合については、いかがか。

○篠原委員

在宅に携わった医療者が一生懸命努力した結果、上がる数字ならいいのではないかと思うが、実情そうでない。放置しても在宅死率は上がるため、意味がない。

これから終末期難民は増える。対象者は20～30年で40万人くらい増えるが、ベッドは増やさないので家で死ぬしか方法がなくなる。そういう意味では、20%になったからよかったということは全くいえないので、やめた方がいいと思う。

○木下委員

県の流れをみていると、調査をしているということでもいいですね。そうすればその目標に近づけることが理解しやすいところになると思う。

確かに、在宅死の中で問題のある在宅死もあると思うが、実情がわからない。県民の今の希望との乖離はあるので、そこに添えるような数値目標はありと思っている。35%くらいと思う。

○坂下委員

最期まで在宅で過ごしたいという希望は、10%程度であったと思うがどうか。

○事務局

平成26年度に県が実施した終末期に関するあり方の調査では、終末期のあり方についての調査なので、がんに特化しているわけではないが、自分が最期に迎えた場所を自宅と回答した方は、35.7%であり、介護施設等の広義の在宅の場所と併せると約5割の方が在宅で最期を迎えたいとしている。

○大岩部会長

計画に記載されている10%という話と、今の事務局の説明は、がんに特化していないが終末期に関する調査に関して50%。

また、10%に関する設問は設問自体が悪い。痛みがあっても最期までということや結局「最期をどうしますか」という設問となっているが、在宅のイメージがわからない人に「在宅をどうしますか」と聞いても、最期は病院と回答をする。そこに在宅の難しさがある。そういう数字だけが独り歩きをする。

在宅緩和ケアに関してのシステムはないし、議論も全くされていない。拠点病院は今回の通達のように、緩和ケアのクオリティを上げるための施策が矢継ぎ早で行われている現状がある。

基本的には、篠原委員の意見に大賛成である。在宅死の状況や施策から考えると在宅死率は上がっていくことが予測されるし、現状でもずっと上がっている。これが5年後10年後に備えられる上がり方なのかという問題で、今までのように経年的に上がるということは、何の目標にもならない。

具体的には、終末期のがんの療養の場をどう考えるかという中で、それぞれの療養の場所がどれくらい担うのか考えていかなければならない。

希望の場所が在宅と半分以上の人が思っているのであれば、そこで議論を重ねる中で、ここを目標にしようというところをつくるべきと思うし、そのような目標がなかったのも、在宅緩和ケアの整備が全くされていない状況であると思う。

○木下委員

篠原委員の意見はもっともである。

私は、3割を目指している。そうでないと医療提供体制が破綻をする。世界的な流れで言うとイギリスなどの緩和ケアの進んでいる国は、在宅死亡率が24%程度。そう考えると、私の地域は3割でないと破綻するということになる。そこと県民の希望の数値がそんなに遠くはない。

○篠原委員

私が緩和ケア病棟や在宅をやりながら感じていることは、医療系施設外で最期を希望している方が多い。

医療に縛られて最期を迎えたくない考える人が多い。住み慣れた我が家といわれているが、あながち出会ってきた患者さんはそのような方ばかりではないので、半年で移ってきた患者さんでも病院でない場所で最期を迎えたいと希望される方は多くいると感じている。

自分としては、医療系施設の中で最期を迎える仕組みを国がもう少し考えるべきと思う。

もう一つは、緩和ケア病棟は医療系施設なのか、そうでないのか。医療系施設でないところにもっていけるのか。私どもの施設は、現在は医療機関の中にある医療系の施設である。

○大岩部会長

このような議論や意見は今後もやっていかななくてはいけないと思う。部会で検討すべき内容か、医療の中で検討をしてくのかは、内容の整理が必要となる。

ただ、このような議論の中で、数値目標をいくつにするかは、これから詰めることとして、必要かどうか意見をいただきたい。

○木下委員

考え方で、自宅の数値はわかるが、介護施設系の数値はわからないし、拠点病院の数値もわからないので、数値がわからない中で検討することは、非常に難しい。むしろ、目標は把握してどのようにするか、PDCAを回すために、基礎資料がない中で検討を行うことは大変難しいと思う。そのため、現状把握と施策の検討とすることではどうか。

○大岩部会長

私は、むしろそのような意見をしっかり出して検討を行い、数値目標にしていくことが必要だと考える。そういう議論を展開してもらいたい。

○大岩部会長

施策から在宅緩和ケアを積み上げていかないので、このような現状がある。将来的に行政のレベルで必要かどうかは、10年後20年後に在宅緩和ケアがないと、がん

の終末期のマネジメントが行政の主導としてできるのか、できないのかということ
で考える問題と、医療の問題として在宅緩和ケアが必要なのか、病院の緩和ケアがあれ
ばいいと考えていくのか、というような本質的な議論の中で、数値目標は考えていく
のが本来のあり方である。

そこの議論はほとんどされていないので、是非この問題は継続した議論をしたい。

また、10月のがん対策審議会に方向性だけでも出さないと行政も困るのでこう
いう議論になっているので、私は Pending としたい。

中間評価の最終的なところは、次の部会で議論をして、最終的な方向を出したい。

○滝口委員

看取りができる診療所が増える中で、在宅死亡が増えるのは理屈に合うと思う。

○大岩部会長

理屈には合うが、現実には合わない。

○滝口委員

現実にはそうかも知れないが、診療所自体が増えていないのに、この二つは連携
するべきところと考える。

○大岩部会長

仮に在宅死亡率を設定した場合は、滝口委員の意見のとおり、次の支えるものに
エネルギーを注ぐという意見もあるが、ここも含めて pending にしたいと思う。

○土橋委員

がんの患者さんのことに関して、最期の場所が家でなくてもいいのではというのが
最近の考え方だと思う。

○大岩部会長

家というのはどこをさすのか。

○土橋委員

家というのは、自宅。患者さんにとっての最期の場所というのは、在宅医療を提供
している側のスキルの問題もあるかもしれないが、最期は病院や施設に入って亡くな
ることがあってもいいと思う。特に、都市部より郡部においてはその傾向があるの
ではないかと思う。

また、一般診療所の数は、在宅療養支援診療所の数よりかなり多い。看取りの数も
圧倒的に多いので、一般診療所の役割も非常に大きいと思う。

ただ、がんの緩和ケアのスキルという意味では、在宅療養支援診療所の方が高いと
思うので、そこをどのようにしてカバーしていくのかは重要であると思っている。

また、地域の拠点病院のようなところが、地域包括ケア病棟のようなところで緩和

ケアが難しい患者さんを最終的に受け止め看取っていくことがあっても、これからはおかしくないと感じている。それを行うことにより、看取りまで行かなくてもかなりの在宅医療を提供できるのではないかと考えている。

○大岩部会長

間違っていれば指摘願いたい。がんの終末期は、居宅でなくてもいいのではないかとということであれば、病院でいいのではないかとニアイコールとなる。

議論の出発点は、今後がん終末期難民が出るということであったと思うので、その問題を解決するために、この在宅が出てきていると思うので、そこのところを踏まえた議論をしていく必要があると思う。

土橋委員の意見は一つの政策の方向性としてあると思う。在宅よりもベッドをたくさん作る解決策もある。受け入れる環境を整えれば在宅は要らなくなると思う。

○土橋委員

そういう事ではなくて、在宅でも診ていくがぎりぎりの最期のところまで診ていかななくてもいいのではないかとということ。非常に短い期間である。

○大岩部会長

その時にベッドが保証されるかどうかということ。そこに至るまで、問題は2つある。一つは、在宅の時間を長くするために現状で対応ができているのか。もう一つは、短い期間がどのくらいかは別として、最後の1日、2日であればがベッドで対応できる、また対応させることが前提となる。それが無理だという前提で、在宅を進めていると思う。

結局、在宅、在宅と言っているのは、最期の所で、バックベッドが機能できないということだと思う。

○土橋委員

がんの拠点病院の院長と話をしたが、在宅医療を一般のかかりつけ医や在宅療養支援診療所で行っていて、なかなか最期までの対応で24時間担保できない場合がたくさんある。

あるいは、緩和ケアのスキルの問題で、対応できないという場合には、病院で吸収するとし、それまで、在宅でぎりぎりまで診てもらおう。そうすれば、在宅医療に参入できる医療機関もかなり増えてくるだろうと思っている。

最期まで、診なくてはいけないというと、可能な所は限られてしまう。

○大岩部会長

この問題は、クリアにしていかなければならない。在宅そのものが、もういいのではという話なので、本日は時間もないので、本日の議論は一旦ここまでとする。

議題（3）緩和ケアのPDCAサイクルの確保について

【木下委員より資料6〈木下委員提出資料〉に基づき説明】

○大岩部会長

木下委員からの問題提起を聞いていただき、今年度連絡協議会に意見を伝えることは難しいため、事務局よりこのような意見があったことを伝えると同時に、協議会には、私がオブザーバーで、坂下委員は委員なので、何らかの形で木下委員の提案については触れていきたい。

○坂下委員

イメージがしにくいところがあって、協議会として千葉県が申し込んだ場合は千葉県の中で、レビューアーのチームを構成して、拠点病院のレビューを希望したところに出向いていくということでもいいか。

○木下委員

その様なイメージでいい。それに対して、国立がん研究センターは、今までのレビューでどのような項目をチェックしたか、場合によっては集計の協力をすることである。

○坂下委員

他県では年間に何施設程度レビューしているのか。愛媛等はどのくらいしているのか。

○木下委員

愛媛はかなりしていたと思う。はっきりした数字はわからない。

いきなり、1年で全ての施設は無理なので、そのような取組をいくつか積み重ねていくということと理解している。

○坂下委員

PDCAとレビューをどのように結びつけていくのか。

○木下委員

レビューがCに当たる。

○坂下委員

了承。

○大岩部会長

協議会が木下委員の提案を受け止めて実施するのも一つと思うし、そういうことを受けて協議会としてどうするのか考えていく必要がある。

○木下委員

愛媛は独自に実施している。

○大岩部会長

協議会の中で、まだ議論が詰まっていない。経過をみながら必要があれば木下委員の提案で議論ができれば、大きな役割と思う。何としても推し進めるということではないか。

○木下委員

何としても推し進めるということではない。一つの方法でみていると数値といってもプロセスしかみていないので、本当の質がどうなのか。

沖縄県からは、遺族調査を実施したいので協力してほしいと相談があった。そういったことを含めてやっていく必要がある。

沖縄は、遺族調査、患者体験調査、医療者調査をしていくということだった。そういうことがどこでも検討されないで、本来検討される場所は協議会だと思う。協議会がそのようなことに機能していないので、問題提起である。

○大岩部会長

今までにない本質的な議論が出たので、改めてそこから積み上げていきたい。

いろいろ話を積み上げるためのベースになるデータがあまりにも乏しいため10月もしくは来年の3月までにきちんとしていくには、このような問題の議論を継続していくためにも実態調査の話は是非継続していきたい。改めて、次回の議論を実りあるものとしたいと思う。

議題（4）その他

今後のスケジュールについて

【事務局より資料7に基づき説明】

○事務局

在宅緩和ケア提供ネットワークづくりについては、改めてスケジュールを提示、マニュアル作成については、28年度完成、配布に変更ということで進める。

【議事終了】