

平成28年度第2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29年2月27日（月）午後6時30分から午後9時05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、瀧口委員、木村委員、宮坂委員
欠席委員 小川委員、篠原委員

4 議題

(1) 在宅緩和ケアの推進に向けた取組について

- ①介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル(仮称)及び今後の活用方法について
- ②在宅緩和ケアに関する社会資源調査結果について
- ③地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて

(2) 平成28年度緩和ケアの提供体制に関する調査結果について

5 その他

6 議事内容

議題(1) 在宅緩和ケアの推進に向けた取組について

- ①介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル(仮称)及び今後の活用方法について

【事務局より資料1に基づき説明】

○大岩部会長

事務局から説明のあった「介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル（仮称）及び今後の活用について」御意見や御質問はあるか。

○坂下委員

説明用CDの内容はどのようなイメージか。

○事務局

1つは、マニュアルのPDFを入れ、マニュアルをコピーする際にお使いいただく。

もう1つは、マニュアルを元に説明用スライドを作成し、施設の看護職等が緩和ケアの勉強会等の講師になれるよう講義資料としての作成を考えている。

○大岩部会長

説明用の意味は、他の人に説明しやすいよう講義資料としてのスライドを作るということでよいか。

○事務局

そのとおり

○坂下委員

解説している動画を入れることは考えているか。

○事務局

そこまで検討していないが、委員の方からの御意見も踏まえ、可能な範囲で考えていきたい。

○宮坂委員

資料1 3 マニュアル及び説明用CD配付先で、健康福祉センター、県庁内関係課等にはカラーコピーを配付とあるが、冊子全てをカラーコピーするのか。

○事務局

マニュアルの冊数が不足しているため、県の関係部署には冊子ではなく、全頁のカラーコピー版を配布予定である。

○宮坂委員

ホームページに掲載したマニュアルは、個人でコピー（印刷）できるか。

○事務局

はい。

○大岩部会長

ホームページへはフリーアクセスの予定である。

○権平委員

配付数は、一施設につき一冊か。

○事務局

その予定。

○瀧口委員

冊子・CDの部数が問題になっているが、ウェブでダウンロード可能であれば、部数よりも、冊子の宣伝、如何に皆さんに知っていただくかが大事である。スライドも

ダウンロードできるようにしていただければと思う。どうやってこれらの施設に知っていただくかを考えていただけるとよい。

○事務局

研修会や関係部署の説明会・会議時などに、マニュアルを紹介したり、白黒版のマニュアルを全関係施設へ配付することで周知を図りたいと考えている。

○眞鍋委員

説明用スライドの作成はどこが行うのか。

○事務局

事務局で案を示し、委員の皆様にご助言いただきながら作成したい。

○大岩部会長

スケジュールとしてはマニュアル完成して印刷ができるようになってから、スライド作成に入るといった理解でよいか。

○事務局

原稿ができてから、スライドの作成が開始できる。

○大岩部会長

基本的には同時的でも、終わってから進めるでもよいが、マニュアルが大筋固まらないとスライドの話が進まないと思う。どういうスケジュールとか、いつの時点でという話にはなっていないように感じる。

○事務局

資料では、4～6月にスライドの作成を行う予定。

○大岩部会長

スライドの完成はマニュアルの完成と同時となる予定なのか。

○事務局

マニュアルとCDの完成（印刷）は同時期になる予定。

○瀧口委員

マニュアルの案については、リストにある施設の人に意見を求めているのか。貴重な意見が聞ける可能性がある。

○大岩部会長

野口委員に依頼し、主だったスタッフに意見を求めて既にマニュアルの中に組み込

んである。

○権平委員

配付数は、看取りが可能なところということで数を出してあるが、施設数の割に配付数が少ないように感じる。マニュアルを知ってもらうことで、興味を持ってもらえたり、取り組んでみたいという動機付けにもなる。施設への配付数をもう少し増やした方がよいのではないか。

○大岩部会長

権平委員の意見はそのとおりだと思う。リストを見て、配付したい施設があれば、具体的に意見を出していただければと思う。

○事務局

(案1)は、1,000部のマニュアルをどのように配分するかという視点で施設ごとの配付数を示した。できるだけ広くという考えで、白黒版で全ての施設に配布することも考えている。マニュアルの存在や掲載しているホームページのアドレスを周知し、各自ダウンロードしていただくことで、マニュアルの配付と同様の効果を得られる。

○土橋委員

マニュアルやCDを基に講演会等を開催することは考えているのか。

○事務局

既存事業での活用として、例えば、地域緩和ケア支援事業の中で、マニュアルを用いた研修会を実施することを考えている。また、他の関係機関で行う講演会・研修会の場で、マニュアルを紹介する時間をいただくことを考えている。

○土橋委員

日本医師会でも在宅医療推進のために人材育成の研修会を先日、開催したところ、全国から500人位の参加者が集まった。パワーポイントで作成したスライドに沿った講演を行い、講演資料はホームページにアップして誰でも見られるようにし、マニュアルは配付物として提供した。このように全国に発信する形で行うと、多くの方に関心を持ってもらえるのではないかと思った。

○大岩部会長

活用が広がるように、是非、医師会の方でも御協力をお願いしたい。

○栗原委員

研修会・講習会となると、スライド(パワーポイント)が中心になり、資料として配付物になる。そういう意味で、スライドも充実したものにする必要がある。

○事務局

スケジュールの目安を示したが、説明用CDをより良いものにするために、検討時間を長く取ることも考えていきたい。

○野口委員

マニュアルの配色などはお任せになってしまうのか。マニュアルを手に取りたい、読みたいと思うようなもの、実際に見やすいものがよい。

○大岩部会長

印刷用の予算があるようなので、その範囲でできるのではないか。是非、御意見・アドバイスをいただきたい。

○事務局

サンプルができた段階で、検討委員会の皆様、特にお使いいただく介護職の方に確認させていただきたい。予算の関係もあるが、カラー印刷で予算確保してあるので可能な範囲で対応したい。

○木村委員

9月に「ちばがんナビ」に公開するとなっている。当然、家族等も見ることになると思うが、何か質問や相談があった時、相談窓口、問合先はどこになるのか。

○事務局

当課（健康づくり支援課）になる。

○木村委員

マニュアル内容の改訂をする場合、どこがやるのか。

○事務局

当課（健康づくり支援課）が窓口となり、必要に応じて改訂等も重ねていきたいと思う。

○大岩部会長

皆様に関心をもって議論していただき、とても嬉しく思う。緩和ケアマニュアルは、ただ介護の視点だけでとらえると、施設の職員、ヘルパー、御家族のものということになるが、現実には単なる介護の問題ではないと考えている。がんの経過の中で介護が必要になるというのは、最後の段階で、患者さんにとって非常につらい状況である。厳しい言い方をすると、病院ではこのような事態になった時に基本的な対策がなく、患者さんは辛い思いをする、在宅では、狭い意味での介護の問題に集約されてしまい、やはり患者さんが辛い思いをする。ケアマニュアルができて、厳しい状態の患者さんに、医療、看護、介護が統合されたものとして反映できるよう目指していけたらよい

と思う。

○権平委員

マニュアル目次、「食べられる量が減ってきます」の表現だけが、他と違う。他の表現は「・・・になったら」となっているので、気になる。

○大岩部会長

今後、修正が必要であり、これは最終原稿ではないことの御理解をいただき、是非皆様に御意見をいただきたい。

○栗原委員

タイトルの仮称はいつとれるのか。どこの時点でタイトルが決まるのか。

○事務局

今回の部会でも、タイトルについての御意見があれば教えていただきたい。検討会でも、タイトルの意見を募集したが、御意見が上がっておらず、現在は仮称という形で出させていただいた。

○大岩部会長

現時点では、タイトルはあくまでも仮称である。タイトルは、最終的にどこかで決めるが、内容も含め皆様にアナウンスし、御意見を求めることになると思う。思いついた時でもよいので県へ意見を入れてほしい。いくつか案があがったら、絞って皆様に諮ればよいし、絞れなければその旨をお伝えし、御意見を伺えばよいのではないかと思う。

○事務局

表紙には、「がん」に関するものだというのが表示されていない。「がん」という言葉を入れた方がよいのか、入れない方がよいのか。

○大岩部会長

以前だと「がん」を入れなくても「緩和ケア」という言葉で「がん」に関することだとわかったが、現在は、「緩和ケア」という言葉が広く使われており、はっきりさせた方がよいかもしれない。がんと非がんでは介護が必要になる状況が違うということが、このマニュアルを作る動機でもあるため、どこかに入れた方がよいかもしれない。副題に「がん」入れるという方法もあるので、その点も含めて御意見を出していただきたい。

○事務局

委員の皆様には改めてメールで資料を送付させていただく。

議題（１）在宅緩和ケアの推進に向けた取組について

- ② 在宅緩和ケアに関する社会資源調査結果について
- ③ 地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて

【事務局より資料２～３、参考資料１に基づき説明】

○大岩部会長

膨大な数値（資料）だが、ぜひ御意見をいただきたい。

○大岩部会長

大きなタイトルとしては、在宅緩和ケアの推進に向けた取組についてということになり、病院死亡の割合が高く、在宅死亡の割合が非常に低くなっている。その変化を見て、何か御意見をいただければと思う。数値データから離れていただいてもかまわない。在宅緩和ケアに関するお考え、今の取組でうまくいっている御意見、問題があるという御意見等、どのようなものでもよいのでいかがか。

部会長資料のスライド9を見ていただきたい。これは在宅に対する希望として、末期（ここでは必ずしもがんではない）にどこで最後を迎えたいかという調査であり、内閣府の調査では54.6%、千葉県のインターネット調査では35.7%となっている。この種のアンケートで以前よく引用されていたものは厚労省のアンケートで、「痛みなどがあつた時にどこで療養したいですか？」という時に、「自宅で」という方は結構いるが、「最期まで自宅で」というと割合が10%程度になっていた。痛みがあつたら自宅には居たくないだろう、もう少し設問を考えないといけないのではないかと問題に思っていた。千葉県の質問も同様である。最近のアンケートは説明が丁寧になり、「痛みがなくて・・・だったら」のような設問になっている。この5～10年で医療状況や市民の意識も変わり、自宅で最後を迎えたい方の割合が以前より高くなっているのではと感じる。しかし自宅・居宅での死亡の割合は低く、以前より乖離が大きくなっている気がする。

例えば、資料2 1ページ目（参考）各機関の調査数等の経年比較で、在宅療養支援診療所数や看取り割合がほとんど変わっていない。また、居宅での看取り数は、都市部で必ずしも右肩上がりではなく、むしろ下がっている市町村が増えている。資料3 1ページ目「千葉県における在宅がん死亡率の推移」を見ても、千葉県のがん在宅死亡率が下がっており、在宅緩和ケアの流れが必ずしもうまくいっていないような数字が出ている。

○権平委員

在宅療養支援診療所と24時間対応診療所の区別はどうなっているか。在宅療養支援診療所は24時間対応が条件ではなかったか。

○事務局

24 時間対応診療所の中には、在宅療養支援診療所をとっていないところもあるので、在宅療養支援診療所と重複している機関を削除した上で、24 時間診療所として掲載した。

○大岩部会長

ここで 24 時間対応診療所としてあげているところは、24 時間対応診療所の中で在宅療養支援診療所ではないところという理解でよいか。

○事務局

そのとおり。

○権平委員

資料 2 3 ページ目 医療機関におけるがん患者の看取り対応状況の資料では、一般診療所と表記されているが、区別は同じか。

○事務局

一般診療所とは、24 時間対応診療所のことであり、同じものである。

○大岩部会長

資料 2 資料 3 について、24 時間対応診療所の表記を統一するのがよい。

○権平委員

了解

○大岩部会長

ここ何年かは、厚生労働省の拠点病院の緩和ケア体制の必須要件が厳しくなったこともあり、この部会で拠点病院の議論を中心に行っていた。しかし、拠点病院の方向性や議論の焦点は絞られてきたため、拠点病院の議論は一旦おいて、前回の部会あたりから、在宅緩和ケアの推進に向けた取組についての議論を深めるという流れとなっている。そういう観点からも、御意見をいただきたい。

○眞鍋委員

資料 3 医療圏別の看取り場所（平成 27 年）と社会資源の状況では、総死亡の方は、病院での死亡割合が 74%±数%程度だが、がん死亡となると、病院での死亡割合がかなり高くなっており、高くなっている割合もかなり違う。しかし、安房地域は、病院での死亡割合について、総死亡とがん死亡が 68%程度と同じくらい、自宅での死亡割合に関しても総死亡とがん死亡が 15%程度で同じくらいになっている。安房地域が他の地域と違うのはなぜか。何か調査をしているか。

○事務局

29年度に実施する在宅緩和ケア充実診療所の調査等も踏まえて考えていきたい。

資料3 2 ページ目 2 医療圏別の社会資源等の表で示すように、安房地域の在宅緩和ケア充実診療所数は3か所で、人口割にしても数字が大きいと感じる。調査の中で、どのようなことをしているのか、どのようなネットワークがあるのか、しくみがわかってくると、モデルのようなものが見えてくるのではないかと考えている。

○土橋委員

資料3のデータは、昨年7月に全国在宅医療会議（厚生労働省）で示された在宅死亡率の結果と少し違っているように感じる。そちらの数字を拾ったものではないのか。

○事務局

千葉県の衛生統計年報として県ホームページに公表されていたものから拾っているが、これは総務省の人口動態調査結果が元になっている。

○大岩部会長

印象でよいので、どのように違うのか。

○土橋委員

郡部では、従来から一般の診療所医師が往診している。郡部では自宅死亡率が高くなる。また、人口規模により全然違ってくるため、評価する際、人口20万人以上の都市について比較するという考えがあるようだ。医療状況が全く違うので一概に比較できないが、全国で1番自宅死亡率が高かったのは、伊豆諸島の神津島であり、54.8%であった。

○大岩部会長

県の方でも、今後検討していただくこととする。

在宅の問題は、皆さんいろいろなお考えがあると思うが、郡部のモデル、都市部のモデルとして、対応や考え方を別に考える必要があるという議論がこの部会でもされていた。特に、千葉県は都市部の問題、郡部の問題というのがとても大きく、その辺の理解ができればと思う。

安房地域のことはよくわからないが、以前から在宅死亡率が高い。理由として、1つは人口が少ないこと、もう1つは、亀田病院の在り方が大きいと思う。亀田病院では、家庭医療についてプロジェクトを組み、人材を育成している。そこで育成された人が、地域の診療所に出ていき非常に熱心にやっている。キャッチャーボートのような形で診療所があり、亀田病院の緩和ケア部門と密接な連絡をとりながらやっている。その成果もあるのではないかと、関心を示したいところである。

資料3、2 ページ目、「在宅緩和ケア充実診療所」は、ようやくがんの在宅緩和ケアを行う診療所として診療報酬上認知され、市民権を得たところである。今回、行政的な裏付けがある診療所が認知されたので、ここが大きなポジションを占めることが必要なのではないかと思う。県でも実態調査を実施するとのことである。都市部でたくさんのがん患者を自宅で看取る診療所ができてきて、それが資料のグラフにも表れているように思う。実際、在宅緩和ケア充実診療所が、医師会の中でどういう役割を果たしているか、地域の中でそういう役割を果たしているのか、どういう医療をやっているのか、どういう位置付けであるか等、実態を明確にしてデータが作れたらよいと思う。

資料に、緩和ケアの提供体制、看取りの状況、関連機関との連携体制等、調査の大きな項目をあげてあるが、こういうことを念頭において、実態調査を行いたいとのことなので、御意見をいただきたい。

○権平委員

調査結果について、資料2、「訪問看護事業所におけるがん患者の受け入れ状況」では、24時間対応可能な事業所数を電話と訪問に分けているが、あまり意味がない。訪問していれば、必ず電話対応する。加算の算定は、24時間連絡体制加算、24時間対応体制加算のどちらか片方しかとれないので、加算の算定実績の数字をみた方が正しいと思う。ターミナル加算は、何人訪問するとか、24時間対応しているとか、いろいろな条件が必要である。

在宅療養支援診療所の届出をしても実際訪問していないところもたくさんあるということなのか。数字を見ても、実際に看取り対応しているところは少ないのではないか。在宅療養支援診療所が何割くらい機能しているか、分析をしているのか。

訪問看護の方は、24時間対応してくれるところは増えている。在宅療養支援診療所の方は、がんの看取りをたくさんしている診療所があることにより、数的には看取りの件数は多くなっているようだが、地域差もある。もう少し在宅療養支援診療所が機能してくれると嬉しいと思う。

○大岩部会長

在宅療養支援診療所数330に対し、在宅看取り対応施設が134になっている。単純にその差は看取りをしていないということになる。看取りをしていない診療所が随分多い。

○土橋委員

高齢者の看取りとがん患者に特化した看取りでは様子が違ってくるのではないか。一般診療所での在宅看取りは結構多い。しかし、がん患者となると減ってしまう。評価がなかなか難しい。

○大岩部会長

もう少しわかりやすい表ができるとよい。

資料2 訪問看護事業所におけるがん患者の受入れ状況の表中、24時間対応可能な事業所の電話対応の数字と、算定実績の24時間連絡体制加算の数字が違うのは、24時間電話対応していても加算をとっていないためという理解でよいか。

○権平委員

そうだと思う。

○木村委員

がん患者の看取り対応状況の診療所の方だが、看取り施設が、全くない市町村がある。看取りの患者数を見ると1桁の看取り数が計上されている。おそらく、近隣市町から訪問診療の医師が足を延ばして看取ってくれているのではないかと思う。看取り対応ゼロの市町村でどんなことが起こっているのか実態調査をしてもよいと思う。私は、退院調整の仕事をしていたことがあるが、診てくれる医師がいない、かかりつけ医に電話をしても看取りはしていないと言われることもあった。

特に、山武、長生、夷隅の辺り。長南町、長柄町は茂原市の先生が足を延ばしてくれているのかと思う。成田、富里、八街など。現場では困っている声が出ていると思う。こういう数字を見て、患者さんがどこに流れているのか、実際に連携するところがあるのか等も含めて調査ができるとういと思う。

○大岩部会長

なかなか大変そうである。実際には分かった方がよいが、問題はわかってどうするかである。拠点病院や病院であれば、行政の枠をきちっと締めて調整ができるかもしれないが、在宅療養支援診療所・一般診療所にしても、訪問看護ステーションにしても私的なものなので難しい。全体のグランドデザインの中で考えていく必要がある。医師会としてはどうか。

○土橋委員

いろいろな要素がある。どこまでを自宅としてとらえているのかということもある。

○大岩部会長

可能であればそういうデータがあるとよい。例えば、訪問看護ステーションがたくさんあっても診てくれる医師がいないから自宅では看取れないという問題や、逆に熱心な先生はいるが訪問看護がいないから看取れない等の問題もある。本当はもっときめ細かいところまで検討する必要があるのだが、在宅についての基本的な考え方が共有されていないところが一番問題である。そういうところが、今回の数字にも表現されていて、ある時期までは、在宅で亡くなる割合が増えてくるが、これが、本当に将来の問題、2025年問題に向けてのスタートラインまたは道筋になっているのかという答えがここ1～2年で出てきているように思う。御意見をいただければと思う。

在宅の問題は、病院の考え方が大きいのと、医師会のがんの考え方が大きいですが、病院の対応に問題があることは間違いないし、医師会にももう少しお考えいただきたいところがある。方向として在宅の問題をどうとらえて、どうしていくのかが煮詰まっていかなければならないと思う。

部会長資料のたたき台は、厚労省の「がん対策推進協議会」に意見を出された「緩和ケアの効果的推進に関する提言書」からピックアップしてコメントを入れた形をとっている。その中でも在宅医療の提供体制についてきちんと考えようということが挙げられている。議論する材料が乏しいことも事実なので、在宅緩和ケア充実診療所の実態調査の実施を踏まえて、或いはその実態調査につながるような議論を次の部会でしていきたいが、このことについては、異論なしということによいか。

(委員了承)

○大岩部会長

県の方で進めていただき、内容についてはこの場で議論をしたいと思う。

議題（２）平成２８年度緩和ケアの提供体制に関する調査結果について
【事務局より資料４、参考資料２・３に基づき説明】

○大岩部会長

御意見はあるか。

この調査は緩和ケア推進部会（以下、推進部会）としては今回で終了し、次年度からは拠点病院のがん診療連携協議会緩和医療専門部会（以下、専門部会）で実施することになっている。ただし、全くインディペンデント（independent）という訳ではないと理解している。移行という経過の中で、調査項目についても、専門部会と推進部会で、ある程度調整を行っている。専門部会の方で議論がかなりあったため、専門部会、推進部会それぞれから意見をいただき、改めて調査結果の解釈をしたり、次年度の調査に活かしていただくという経緯になっている。

○瀧口委員

資料４ Ⅱ（４）③「苦痛のスクリーニング陽性者の緩和ケア病棟入院後の状況」の質問は、参考資料２ 問１２ということになるか。

○事務局

はい。

○瀧口委員

大岩部会長に伺いたいが、医療者が見ても緩和ケアが必要かどうかかわからないような方で、スクリーニングをしたら問題を抱えていたというような患者さんが、緩和ケア病棟に入院するというのは自然なことなのか。自分のイメージとしては、スクリー

ニングをしなければわからない方は、あまり入院をしない方ではないか、化学療法等
をやっていて一見元気そうな方であり、そういう方にスクリーニングの結果、陽性だ
った場合、必要があれば、緩和ケアチームの外来にかかるのではないかと。

○大岩部会長

そうだと思う。

対象については、明確な線引きはないが、原則として、全てのがん患者にスクリー
ニングを行うこととなっている。苦痛のスクリーニングの体制づくりに、各病院が四
苦八苦している状況にあって、その中でのアンケートであるので、本来こうあるべき
というより、まずはアンケートに答えてもらうということを前提にしている経緯があ
る。そのため、期間も1か月、対象も入院患者としている。本来的には、緩和ケア病
棟に入院する人は、緩和ケアを行うのでスクリーニングがいらないだろうというの
はそのとおりだと思う。こういう経緯をみながら、今の瀧口委員の意見も取り上げて、
どういう形で苦痛のスクリーニングをしたらよいか、1つの材料として今の段階はお
考えいただければと思う。

○坂下委員

資料4 II(2)⑤、⑥ 緩和ケアチーム介入後の状況に関してのことを質問で答
えている。身体症状・精神症状の改善のあり、なしという介入のアウトカムを問う設
問に関して、介入からいつ頃、どの程度の改善があれば、改善とするというように、
もう少し判断基準を明確にしないとアウトカムの評価は難しいと感じた。回答側とし
ては曖昧な答え方をせざるを得ない。チーム介入の効果を評価するような設問を作る
としたら、定義や判断基準を明確にしないと難しいと思う。

○大岩部会長

坂下委員のような御意見が出るからこそ、アンケートをする意味があると考えてい
る。苦痛のスクリーニングに関するアンケートで、きちんとした評価をするのは難し
いだろうが、アンケートにより、現状はどこまでいっているのか、改めてそれぞれの
スクリーニングのあり方について考えていただくことが、今の段階では大きな目標で
ある。答えやすいように、設問もある意味、曖昧にしている部分がある。本来ならば
拠点病院なので、1年のデータを出す方向に進むことが必要である。坂下委員の意見
は専門部会の中での意見にもあり、私も全くそのとおりだと思う。推進部会の中でも
議論をしていくが、是非、専門部会の中で意見を詰めていただきたい。緩和ケアにつ
いては、今まで枠組みを作ることが質の評価になっているが、今後は実質的な緩和ケ
アの内容について基準をきっちりしないといけないという意見が強くなっている。そ
ういう意味で今回の調査は曖昧な部分もあるのだが、中身に踏み込んだアンケートと
いうのは、物事を考える貴重なデータになると考えるので、専門部会の方で議論をし
ていただけるようお願いをしたい。

○坂下委員

そういう意見があることはご理解いただけたということによいか。

○大岩部会長

もちろんそうである。きちんとした基準で、きちんとやる方向で考えることが必要だと思う。学問的な調査ではないので、現実的な対応が必要だと思うがやる方向で議論をしていただけることを信じている。

ただし、あまり厳格に考えると、スタートが切れない。それを踏まえて少しずつ進化をしていけばと思う。1つ気になっていたのが、症状の評価について、どういうツールを使うかという議論があり、それはそれぞれの所に任せるべきという意見があった。こういうことをきっかけに、拠点病院の中で全て同じことをやる必要はないが、ある程度の議論を進めていってほしいと思う。具体的には、評価のツールに STAS を挙げているが、私はスクリーニングのツールとして STAS は馴染まないと感じている。どういう形でそれを応用しているのかという議論になれば、内容の評価が深まると思うので、専門部会の方にはお願いをしていきたいと思う。

そういうことによいか。ご意見はあるか。

次年度は、ある程度の内容は専門部会の方での議論となるが、推進部会の方にも情報がくるという理解でいるので、また議論をお願いしたい。

医療機関別のスクリーニング等の状況は、現在は医療機関名を伏せて記号で表しているが、専門部会の方でこれは医療機関名を入れていくべきという方向性が示されたため、今後は近隣の病院の情報を知りながらお互いに協力していく下地を作っていくことになる。

また、専門部会の中で、いろいろな所からのアンケートがあり、内容がダブったりしているという意見があった。同様のアンケートがあるので、専門部会でのアンケートはやらないということであれば、専門部会の考えを尊重すべきだが、その代わりに、今回の調査に匹敵する、それ以上のものを拠点病院の中に返し拠点病院の状況がわかるようにするということが必要であるし、今回の調査の全てをカバーしている訳ではないので、専門部会の中で議論をしていただき、ダブらない範囲で、調査を続けてくれることを期待する。

今、現実に拠点病院に対してちゃんとやってくれないと困るということがある。部会長資料により説明する。スライド1、これは拠点病院の状況であるが、身体的苦痛・精神的苦痛が軽減されていない患者が4割位存在するという問題がある。中身については、スライド2で示すが、「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」の中でそういう数値が出ている。

スライド3、「緩和ケアの効果的推進に関する提言書」の抜粋であるが、緩和ケアに対する質の評価というものをもう少ししっかりやった方がよいということで、患者体験調査をフィードバックに用いるべきだと言っている。詳細はわからないが、患者さ

んがご自身でどう考えているかを入れようということで、ケアの内容に踏み込んだ調査も必要だということだと思う。

スライド1に戻ると、厚労省の協議会に対する提言書というきちんとした文書の中でも、緩和ケアの中心を担うとされる緩和ケアチームや緩和ケア医の質が「なんちゃって緩和ケアチーム」「なんちゃって緩和ケア医」と揶揄されるほどで、こういう文章が出てくること自体、わかりやすさを狙ったとはいえ、いろいろな問題が多いぞという表現だと思うので、是非、委員の皆様におかれましては、いろいろと考えていただきたい、これからの議論を活発にしていいただきたいと思う。

苦痛のスクリーニングの内容というのは、がんと診断された時からの緩和ケアの項目に入っている。前回の時も議論に出たが、この問題は一度整理しないとイケない。言葉のとり方が皆違うので、少なくとも県として、この中ではこういう理解をしようというものがある程度必要ではないか。

スライド5、苦痛の確認（スクリーニング）とその後の対応について、「がんと診断された時からの緩和ケア」とは、「主治医によるがんに罹患した時の病状説明、治療方針を話し合う等の際、適切に・・・」とあるように、重要なことは、がんに罹患した時の患者さんのいろいろな不安とか、病気に関する理解に対してきちんとしましょうということである。

改正がん対策基本法でいう「診断時からの緩和ケア」は、海外では不安への対応や疾病教育、社会的な関係性の維持などを含むがんや治療に臨む際に行われる心理社会的支援も示していると考えられる。これはスクリーニングとはちょっと離れているところがある。概念の共有の作業が必要かと思う。

言葉の混乱を整理すると、緩和ケアは、「終末期緩和ケア」とテメルという「早期からの緩和ケア」(early Palliative Care、対象は進行がん)、日本での「がんと診断がついてからの緩和ケア」(早期がんも含む)がある。国の基本計画で、「がんと診断された時から」と使っているの、行政ではこの言葉が使われることが多いが、一般的には「がんと診断されてからの緩和ケア」と「早期からの緩和ケア」がかなり混乱しているように感じる。「がんと診断がついてからの緩和ケア」は、がんの診断と治療がかぶさっていて、そういう人たちには苦痛があるので、全人的ケアの提供は必要で、全人的ケアを提供するのは本来の緩和ケアのあり方なので、終末期緩和ケアとダブるところがある。

「早期からの緩和ケア」は進行がんが主に対象で、論文などでは、基本的には治らないがん患者を対象として使われている印象がある。ただし、がん治療を一生懸命やることもあるので、がん治療と終末期緩和ケア(全人的な緩和ケア)は実際には同時的に行わなければいけないことも多く、がん治療に対するかかわり方の問題を意識しなければいけない。

スライド7は、テメルがどういう緩和ケアをやったか、或いは、欧米の緩和ケアは主にどういうことを示した。欧米ではスライドに示してあるこれらの項目が緩和ケアのガイドラインとなっている。1点目は、病気を理解する教育、2点目は症状緩和、

3 点目が decision making (意思決定)、或いは、shared decision making (意思決定の共有) が最近では強調されている。4 点目が生命を脅かす病気への対処、5 点目が紹介と処方になっており、「終末期の緩和ケア」とウエイトの置き方が少し違うところであり、これが苦痛のスクリーニングを考えていく時に必要になってくると思う。

がん対策基本法ができて 10 年、次は第 3 期の基本推進計画が出てくる。是非、皆様の意見を期待したいと思う。何か御意見はあるか。

○瀧口委員

部会長資料スライド 2、にからだの苦痛や気持ちのつらさが軽減されていない方が 4 割存在するとされた患者体験調査の結果が載せてあるが、調査の仕方について、わかっていたら教えてほしい。慢性疾患の患者をコントロールとして行ったか。それともがん患者だけを調べたのか。

○大岩部会長

記憶が定かではないが、拠点病院を中心とした全国のがん患者数千人のデータだと思う。

○瀧口委員

類似するような研究のプロトコルを拝見したことがあり、そこには慢性疾患の N があつたが、がんと慢性疾患があり両方とも数千だった。しかし、慢性疾患の方は、N だけ入っていて結果が入っていなかった。

慢性疾患の患者さんが同じように身体的・精神的苦痛があるから、がん患者も同じくらいでいいというわけではないが、がんの緩和ケアで何が足りないのかを分析するためには、治る疾患と治らない疾患で比べることも大事かと思った。

○大岩部会長

この部会でどこまで議論するのかということもあるが、今の緩和ケアの問題は、解決されない問題がとて多く、ある種、曲がり角にきている。あり方そのものを見直す時期にきている。その 1 つが、小川先生達が勉強会をされた結果で、提言書になっている。その提言書に全面的に賛同はしないが、問題設定は全くそのとおりで感じている。議論をどこでしていくかはわからないが、緩和ケアに関わる者の責務だと思っている。

部会長資料スライド 1 2 はさくさべ坂通り診療所におけるがんの痛みのコントロールの状況を示している。私どもの診療所のこの 7 年間の痛みのコントロールの状況をみると、ほぼ全員に痛みの緩和ができていて、がんの痛みが大きな問題になることはないことが分かる。もともと痛みのない人も含め、対象となった在宅死の患者 387 人 (在宅死率は 97%) のうち 95% 以上の方に痛みは在宅療養を続ける上で全く問題にならなかった。棒グラフの水色はもともと痛みがない人、緑色は薬を使って痛みがとれて問題がない人。ここで言えるのは、死 (最期) が近づいてくるに従

い、痛みが強くなるというよりも、むしろ痛みがない人が増えているということ。スライド13では、亡くなる前1週間の患者さんごとの麻薬の使用量を示している。折れ線グラフの1本が一人の患者の麻薬使用量の変化を示している。このグラフからは、亡くなる前1週間の麻薬使用量は、殆どの患者で増えていない。つまり、死に向かって痛みは強くならないということが、麻薬使用量からも分かる。

また、ソンドースは覚醒した状態で痛みはとれるし、そうでなければ意味がないと言っている。次のスライド14は、コミュニケーションがいつまでどれだけ維持できていたか、つまりどの位の人にいつまで意識があったを示している。緑とグレーと黄色は明らかにコミュニケーションがとれており、90%以上の人が亡くなる前の日まで明らかにコミュニケーションがとれていて、意識があることが分かる。

シシリーソンドースが50年前にがんの痛みは医療的な対応をきちんとすれば意識のある状態で痛みはとれるし、問題は解決したとっている。さくさべ坂通り診療所の痛みの緩和の状況は、ソンドースのいう意識のある状態で痛みがとれるということが実証できたということである。

そういう意味ではスライド2で示したように4割のがん患者で、からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていない今のあり方は何か問題なのだと思う。緩和ケアのあり方について議論をする機会が、是非必要だと思っている。一つには、緩和ケアの研修の内容やあり方も問題がある。研修内容の基本は決められているとはいえ、その中で本来の緩和ケアのあり方を伝えるための工夫は十分に可能である。

是非、そういう議論もしていただきたい。

瀧口委員の感じとして、がん治療が終わって緩和ケアに移行したり、またはがん治療の途中で緩和ケアに移行することがあると思うが、そのあり様はどうか、患者は十分満足しているか。

○瀧口委員

満足はしていないと思う。40%という数字が何を意味しているかを考えたい。先生のクリニックは、薬の使用なしで痛みがなく、疼痛のコントロールが良好であることは非常に明確である。

患者はオピオイドを使っているから自分は痛みがあると思っている人もいる。何回も同じ患者に「痛みはどうですか」「痛いですか」と聞くと「痛い」と答える。「いつ痛いんですか」と聞くと「薬を飲んでいけば大丈夫なんだけれども、薬がなかったら痛いんだ」と答える。大岩先生の統計はそれを理解されてデータをとられているが、患者が答え方を十分理解して答えているのか気になった。

痛みは完全になくならなくてもいい訳で、痛みはあるけれども、十分生活はできるし、痛み止めを増やさなくてよいというようなことが十分反映されているかどうか。質問によっては、解釈が難しいのではないかと思う。

○大岩部会長

緩和ケアの本質的な問題にもなる。評価の基準が共有されておらず、ツールについても問題がある。先生の疑問は当然のことだと思う。平成 10 年に厚生省が行った調査で、「がん専門病院の患者に緩和ケアに満足しているか」という質問に、10%しか満足していなかった。その延長上で考えると 4 割というのは大げさではないのかなと思う。また、この 4 割という数字はいろいろなところに引っ張られている。瀧口委員がおっしゃられる問題点は確かにある。私も調べてみるが、わかっただら是非教えてほしい。

○木村委員

会議中、緩和ケアの質について、委員の方から議論が必要であると何度も発言があるが、議論というのはこの部会の中で議論をするということなのか。例えばワーキングや、コアメンバーが集まって集まって行うのか。具体的に誰がどのように議論をしていくことが、患者さんの体験に基づいた千葉県の緩和ケアの質につながるのだろうか。

○大岩部会長

私としては、中身に入るような議論をこの部会でするのは必ずしも適切でないと思っているが、こういう問題があるという議論は多少中身に入らなければいけないので、木村委員のいう議論は、この場でも十分できると思っているし、県の方にも考えてもらわなければならないと思っているが、いかがか。

○事務局

委員の皆様は、それぞれ組織の代表として御出席いただいていることもあるので、ここでの議論をそれぞれの組織に持ち帰り、機会あるごとに情報提供し議論していただき、またその結果をこの部会にフィードバックしていただければと思っている。

○大岩部会長

それぞれ関わりのあるところで是非議論をし、その結果をここにあげてくれば、その結果は尊重し十分考えると受け止めた。国のがん対策推進協議会でもそうだが、第 3 期の基本計画に反映するために、中身に入った議論はいくつも行われている。

ここの場も、医療的な中身に深く入る議論ということではなく、それをベースにしてどういう考え方でやるのか、どういうことが必要なのかを、当然議論していくべきであるし、県の方にはそれを受け止めてもらわなければならないと思う。

○大岩部会長

まとめであるが、苦痛のスクリーニングなどの調査については、本日の議論を事務局の方でまとめたものを専門部会に引き継ぐことのご了解をいただいている。また、専門部会での議論についても、方向性等を推進部会に返していただき、引き続き議論していくことになる。

その他

【事務局より説明】

○大岩部会長

その他事務局説明内容について御質問や御意見はあるか。

(意見なし)

【議事終了】