

平成24年度 大阪府がん対策推進委員会 第2回緩和ケア推進部会

日時：平成24年11月15日（木） 16：30～17：00

場所：大阪がん循環器病予防センター 6階 研修室

<出席者>

柏木部会長、荒尾委員、池永委員、川島委員、菅濱委員、辻委員、濱委員、御前委員、渡邊委員

<事務局>

大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課

課長 永井信彦、課長補佐 瀬戸山貴志、総括主査 野内修二、総括主査 嶋口真一
主事 宇津木俊之

<議事次第>

- 1 開会挨拶
- 2 議事
 - (1) 緩和ケアの推進について求められる方策
 - (2) 緩和ケア普及啓発の活動について
 - (3) 緩和ケアにおける薬剤師の役割について
 - (4) 第二期大阪府がん対策推進計画について
 - (5) その他
- 3 閉会

<内容>

(○：委員、●：事務局)

1 開会挨拶

- 事務局 それでは、定刻となりましたので、ただ今より「大阪府がん対策推進委員会 平成24年度第2回緩和ケア推進部会」を開催いたします。

皆さま方におかれましては、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。私、本日の司会を務めさせていただきます健康づくり課の宇津木でございます。よろしくお願いいたします。

まず、開会にあたりまして大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課長永井よりごあいさつ申し上げます。

- 事務局 本日は、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。日ごろ、委員の皆さま方には、がん対策のみならず、健康医療行政、あるいは、府政全般にわたりまして、ご支援、ご協力いただいておりますことを、この場をお借りしまして感

謝を申し上げたいと思います。

ところで、ご承知のとおり、本年6月に国は第2期のがん対策推進基本計画を閣議決定いたしました。都道府県においては、国が示した基本計画を基に、地域の実情を十分に踏まえたうえで、第2期のがん対策推進計画を策定しなければならないということで、策定作業を進めているところでございます。

がん対策推進計画は、今後5年間の大阪府のがん対策の方向性を示すものでございますので、非常に重要な指針となるものとなります。従いまして、策定には専門の方々のご意見を十分踏まえたうえでつくっていきたいと考えております。

緩和ケア部会におきましては、緩和ケア対策について、各委員のお立場からの知見、それから、豊富なご経験をもとに忌憚のないご意見を本日はいただきたいと考えております。どうか、本日はよろしく願いいたします。

●事務局 それでは、本日ご出席の皆さまを五十音順に紹介させていただきます。

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、看護実践開発科学講座教授の荒尾委員でございます。

本日、急きょご出席いただけることとなりましたので配席図の記載が間に合わず失礼いたしました。

淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院副院長の池永委員でございます。

関西福祉科学大学社会福祉学部、臨床心理学科教授緩和ケア推進部会長の柏木委員でございます。

岸和田市立岸和田市民病院、呼吸器外科部長の川島委員でございます。

大阪府薬剤師会常務理事の菅濱委員でございます。

がん患者サポートの会ぎんなんの辻委員でございます。

大阪府立成人病センター診療・緩和科副部長の濱委員でございます。

のぞみの会代表の渡邊委員でございます。以上、ご出席の皆さまでございます。

なお、中尾委員におかれましては、本日、所用のため、ご欠席とのご連絡をいただいております。御前委員におかれましては、所用のため、少し遅れられるとのご連絡を頂いております。

続きまして、配付資料の確認をさせていただきます。

第2回緩和ケア推進部会「次第」、「配席図」のほか、

資料1「緩和ケア推進検討会中間とりまとめ」。

資料2「緩和ケア普及啓発の活動について」。

資料3「在宅医療における薬剤師の役割と課題」。

資料4「第二期大阪府がん対策推進計画（素案）」。

資料4につきましては、追加資料といたしまして、A3判の委員意見等が付いておりますのでご確認ください。

なお、本日の追加資料といたしまして、濱委員からオレンジブルーンプロジェクトの

冊子も配付されておりますのでご確認ください。以上、資料となりますが、不足等はありませんでしょうか。

それでは、ここからの議事進行は柏木部会長にお願いしたいと存じます。よろしくお願いたします。

2 議事

(1) 緩和ケアの推進について求められる方策

○柏木部会長 では、きょうは限られた時間ですので、早速議題に入っていきたいと思えます。

では、1番目の議題の「緩和ケアの推進について求められる方策」ということで、これを池永委員からご説明をお願いします。

○池永委員 私は、今回、6月に閣議決定された新しいがん対策基本計画に基づく諮問機関として、国の緩和ケア推進検討会を4月より実施しております。こちらで構成員として参加させていただいております。今回、5回開催された緩和ケア推進検討会の中間とりまとめということで、ご報告をさせていただきたいと考えております。

資料1になりますが、こちらで説明させていただきます。今回、第5回まで行われたところで、厚生労働省から中間とりまとめという形でご報告をされております。こちらを見ていただきますと、はじめにという文言がございまして、そのあとに緩和ケア全般に関わる基本的な認識というものが示されております。ご存じのとおり、新しいがん対策基本計画におきましては、これまで早期からの緩和ケアという文言であった部分が、がんと診断されたときから、がんの治療と並行して緩和ケアを提供するという文言に変わりましたので、特にがんと診断されたときから緩和ケアをどう進めていくかということを中心に話し合いが持たれております。

これまで、大きなテーマとしてありましたのが以下に続いております「緩和ケアの提供体制」、そして、2番目に「がん疼痛などの身体的苦痛の緩和」、第3番目に「精神的、社会的苦痛の緩和」というテーマにおいて、それぞれ3回ずつ、毎月1回、厚生労働省で話し合いを持ちました。

ここで中間とりまとめに示されているとおり、この内容では、まず、基本認識というものを示したうえで求められる方策をまとめております。方策という言葉なのですが、方策とは行政が行うことということで示されております。今後、行政がこれらの点において、具体的に実践していくということをお示ししている内容であるということを確認をさせていただいております。

構成員の中からは、これには期限が必要ではないかということで、まだ中間とりまとめという段階ですので、求められる方策については、期限をあらかじめ決めて、具体的に実践していくのがよいのではないかとということも提案されており、また、中間とりま

とめも一部の話し合いを通して、また新たなとりまとめが出される予定にもなっております。

このような、がんと診断されたときの緩和ケアの普及ということで話し合いを進められているのですが、1番上に重点項目といたしましては、緩和ケアの提供体制という部分でございます。

これまで、がん診療連携拠点病院には、要件として、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、また相談支援センターというものの設置が義務付けられておりますが、このような機能をさらに強化して、相互の連携を図るということが話題としてあがっており、その中において、今後、求められる方策といたしまして、すべてのがん患者やその家族に対してより迅速で適切な緩和ケアを切れ目なく提供するために、都道府県がん診療連携拠点病院などにおいて、緩和ケア体制をさらに強化した緩和ケアセンターを整備するということが、大阪府としてあげられております。

緩和ケアチームと緩和ケアセンターがどう違うのかということがございますが、なかなか話し合いの中においては、拠点病院の中でも、緩和ケアというものの位置付けがまだまだ不十分ではないか。単なるチームであったり、外来であったり、相談支援センターだけでは相互の連携は難しいし、やはり拠点病院として緩和ケアの概念も非常に大事な働きであるということを確認するために、緩和ケアセンターを整備するということが方策としてあげられております。

緩和ケアセンターの具体的な運営機能としては、緩和ケアチームや緩和ケア外来を運営するだけにはとどまらず、地域で緊急に生じた緩和ケアニーズに確実に対応する機能、そして、2番目に地域の他の医療機関との連携調整機能、また、がん患者やその家族に対しての相談支援機能、緩和ケア関連の研修会の管理・運営機能、そして、最後に緩和ケア診療情報の集約・分析機能、このようなものを有するものとし、これを拠点病院の一つの大きな機能として緩和ケアセンターを位置付けるということが提案されております。

この点については、非常に検討会の中では積極的な意見も出ておまして、これまで診療連携拠点病院において、不十分であった緩和ケアをより充実させ、病院の一つの大きな機能として運営することが重要である。特に、緊急時の対応や、入院の機能。また、地域においての情報収集・分析、あと、それを啓発していく機能、そのようなことがこれまでになかった大きな目標にあげられているというところでございます。

そして、2番目の話し合いの項目であげられましたのが、がん疼痛などの身体的な苦痛の緩和という点でございます。基本認識といたしまして、いわゆる、苦痛を残した状態でがんを治療することがいかに人間の体にとって悪影響を起すか。また、この悪影響が鎮痛剤を使うことの副作用と比較してもはるかに大きい。一般の市民の方々や、患者さんは鎮痛薬を使うことに対して、使うのが怖いという形で内服されない場合もありますが、苦痛があること自身が体にとってよくないということをもっとしっかりと啓発

していく必要があるという認識を持っております。

それとともに、診断時から身体症状をしっかりと確認を行う。身体的苦痛のあった場合には、どう対応し、どう治療し、それをどう評価し、公表していくのかという手順というものを強調しております。

求められる方策といたしましては、いわゆるカルテの外来の際の項目に疼痛を設ける、また、初診時の問診にも疼痛の評価を設ける。

また、評価された苦痛に対しての対応の手順を明確にし、具体的な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し、公表する体制を整備するという事です。また、鎮痛薬が処方されたときの薬剤師による面談体制を整える等があげられております。

これまでは施設ごとに疼痛や身体的な苦痛に対して、どう対応していくかということは、本来のマニュアルとしては利用されていますが、それをしっかりと評価し、公表する体制というものが、非常にこれまでにない大きな課題としてあげられております。

3番目といたしまして、精神心理的、社会的な苦痛であります。やはり、検討会の中でも診断時からの緩和ケアというのが身体的な苦痛以前に、告知の不安であるとか。また、治療に関しての意志決定。それらに対応していくのが、やはり、診断時における緩和ケアにおいて、非常に大事な機能であると考えられております。

基本認識として、精神心理的、また、社会的な苦痛に対しての評価手法に対する研究を推進し、なかなか評価の難しい精神心理的、社会的な苦痛について可視化し、これに対して取り組んでいくということがあげられております。

特に、医師だけではなくて、看護師、薬剤師、またソーシャルワーカーの機能が非常に重要であり、この点において相談支援機能センターとの連携というものも非常に重要であると考えております。

求められる方策といたしましては、がん治療に携わる看護師に対する研修。これまでは医師に対する研修を開催してきましたが、精神心理的、社会的な苦痛に関しては、やはり、医師よりも看護師の役割が大きいということで、これらの苦痛に対する看護師の研修を行うと。また、薬剤師やソーシャルワーカーなどの研修のあり方も検討していくと。また、診療報酬においても、看護師が相談支援を行う体制についての診療報酬を改定していくという取り組み。

また、がん診療連携拠点病院におきましては、医師のほかに看護師が同席する体制。また、同席して、現在、がんカウンセリング料というものがございますが、そのような体制と。これを機に看護師だけで相談することに対しても診療報酬の改定等に取り組んでいってはという意見もあります。

また、必要な場合には、専門の看護師や、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）の医師などに紹介する手順を施設ごとに明確にする必要があると示しております。

このように現在のところ、三つの課題。また、現在は毎月1回、行われていまして、緩和ケアチームの研修。あと、機能についての話し合いがこれからスタートし、まだま

だ多くの課題が残されております。在宅であるとか、緩和ケア病棟であるとか、教育システムについて。このような課題がまだまだ残されておりますが、また逐一、緩和ケア推進検討会の内容については、大阪府のがん対策推進部会でもご報告をさせていただきたいと思っております。以上が現在の間とりまとめの内容でございます。

○柏木部会長 ありがとうございます。まず、今、池永委員からご説明のありました緩和ケア推進検討会のとりまとめについて、何かご質問、あるいは、ご意見というのはありませんでしょうか。

○辻委員 少しずれるかもしれませんが、緩和ケアに対する取り組みは、がんにかかったときからということで素晴らしいと思うのです。私は、一番大事なのは院内に患者さんの相談する場所がないと思うのです。患者さんのというか、あるいは患者会、あるいは別の名前でもいいと思うのですが、患者さんが気楽に立ち寄れる場所がないと、患者さんがやはり、先生方に対しても何となく自分は負い目のあるような、あるいは、何となく声がかけにくいような。看護師さんに対してもやはり忙しくされていると声がかけにくい。

あと、相談支援の方でも忙しいですから。あちこち飛んでいますので。ですから、ふらっと入って行って気楽によりどころとして、いられる場所がない。それがやはり非常にマイナス面だと思うのです。

院内に患者サロンなり、患者会の形で何か。何でもいいですから図書室でもいいと思うのですが、よりどころをつくることによって、そこにいろいろな方たちが参加する。先生方も、それから患者さんも、後援会の方も。そこで図書の閲覧を通してでもいいですし、皆さんが心を開いて話ができる場所、それが私はどこにもないと。非常に少ないと思うのです。

心を開くことによって、やはり言えなかったことが出てきます。それから、開くことによって、緊張していたものが解ければ、患者力も付いてくるのです。

ですから、まず、患者さんの心を解くことをしなければいけない。それが私は非常に大切なのではないのかなと。そうしますと、結局、患者力が付けば、いろいろな面で医療費の削減にもなると私は考えるのですけれども。

○柏木部会長 ありがとうございます。池永委員、これまでも相談支援センターであるとか、情報提供コーナーなど、そのような辻委員からご提案があった機能を持たせるといふ議論はありましたが、検討会ではいかがでしたでしょうか。

○池永委員 ご意見ありがとうございます。検討会においても、患者会の代表の方が2名参加されておられます。同じような意見がございました。どうしても医師には言いにくい。主治医には言いにくい。看護師にもなかなか忙しそうで言いにくいという意見があ

りまして、従来から拠点病院におきましては、相談支援センター、また、患者サロンというような設置の義務付け。条件がございますが、まだまだ不十分であるという認識でございます。その点についての問題点。また、どのように取り組んでいけばいいかということは今後、先、あげられると思います。ぜひ、そのご意見も検討会に持っていきたいと考えております。

○柏木部会長 今、辻委員からとにかく、声かけするのに主治医、あるいは、これは荒尾委員からするとあれかもしれません。看護師さんでさえ、声をかけづらいというお話でしたが、そういった声かけがしやすいという意味で何かご意見ございましたら。

○荒尾委員 来院のところ、外来で看護師に声をかけづらいというのは、本当に言うとおりのだろうなと思います。ですので、やはりある程度、スペースをつくって、ここに行けば誰か人がいるという形ですということころは、うまく体制づくりに取り組むのが必要だなと聞いていて感じました。

○柏木部会長 また、後ほど、推進計画のところでも伺おうかと思っていたのですが、事前に今日は渡邊委員から患者さんに対するアンケートをとっていただいて、まさに今の声をかけたい。相談しやすい職種というようなことで、資料をいただいています。渡邊委員からどうでしょう。

○渡邊委員 今日、ちょうど定例会で辻委員がおっしゃった意見がそのまま出てきたのです。やはり、宣告されてすぐに検査の予約が入るだけで。心の緩和ケアと言われていても、実際には全くそれがなくて、そのときの不安というのが皆さん、患者会の中でも、それが一番欲しいとおっしゃるのです。

緩和ケアに対しても、緩和ケアという言葉がまだまだ。毎月定例会でいろいろな先生のお話を聞いている会員さんですら、認識が全くない状態です。辻委員がおっしゃったように、きょうも、ピアサポートのように病院にはボランティアの方もいらっしゃいますが、がん患者さんのボランティアで、そのようなお部屋があつて、誰かが当番でそこに、誰かがいる。どうしても同じ病気とか、がん患者同士で気楽に話せたりする部屋があつたらいいねという話も今日、出ていました。

アンケートも、やはり看護師さん、お医者さんはとてもお忙しそうにされているので、やはり臨床心理士さんにお話を聞いていただけたら、まず最初は、苦痛は身体的苦痛より、精神的苦痛のほうが強いので、そのケアをしてほしいとかという意見も非常に出ていましたし、やはり、皆さん、先生や看護師さんには非常に遠慮があるのです。

ですから、まず、緩和ケアをもっと知らせてもらうことも大切ですし、やはり、初期のケアを、患者側からしたら、一番希望している状態です。

○柏木部会長 ありがとうございます。アンケートを見ますと、医師が一番少なく、看護師さんも臨床心理士さんに比べると10パーセント以上少ないということで。しかし、あれですね。中間とりまとめの例えば、精神心理的、社会的苦痛緩和の文言の中には、「看護師等」ということになっていて、臨床心理士さんは資格が国家資格ではないからこのような文言に入れにくいとか。何か、池永委員、議論の中で。こういった職種で臨床心理士というか、そのようなのが入ったことは。

○池永委員 詳しくはわからないのですが、なかなか難しいのは、社会福祉士という言葉もありますが、国家資格の言葉でないとなかなか行政の文書に載せにくいということがあるというのは聞いたことがございます。ですので、国家資格である役割の職種があげられているのか。もちろん、検討部会の中においては、臨床心理士、いわゆる医療ソーシャルワーカー等の資格は必要だと出ております。

あと、非常に検討会で大きな賛同が出ましたのは、がんの診断時からの緩和ケアにおいては、いわゆる、がんと診断されたときに、患者さんと少なくとも30分以上をかけて、今後、行われる治療と、あと、苦痛が起こったときにどこに相談すればいいのかという。がん治療に関するロードマップのような説明を、例えば、看護師がしっかりと時間を取って、話をして、今後の治療のあとの何か問題があったときに、どこに相談すればいいか。このようなものを時間を設けて、なおかつ診療報酬にも管理していくことも必要ではないかという意見が出て、構成員の中から非常に大きな賛同を得ておりました。

○柏木部会長 どうも、ありがとうございます。資格に関しては、国家資格でないこのような文言に入れにくいということでしたが、多分、看護師等という「等」の中に案に含まれるということでしょうか。

○濱委員 がん対策推進基本計画には臨床心理士もあがっていますので、国家資格という、なかなか難しい問題もあるのではないかなと思うのですが、現に第2期のほうでは、看護師さんや社会福祉士に並んで臨床心理士の適正配置とか、そのようなことも書いていますので。緩和ケアセンター構想の緩和ケアチームの適正配置のところにも既に臨床心理士、資料の7ページ目の一番裏になります。資料1の最後にも臨床心理士というのは構成員に入っていますので、既に国では臨床心理士を一つの職種と認めているのかなという理解をしていますので。次回、緩和ケア推進検討会等あると思うので、ぜひ、池永委員から臨床心理士というのも文言に入れるように推薦されたらどうかなと思います。

○柏木部会長 どうも、ありがとうございます。確かに、ほかの文書で見ますと書いてあるということですので、また、よろしく願いいたします。今回の中間とりまとめの

目玉といたしますか、それはやはり都道府県拠点病院における緩和ケアセンターの新設ということになるかと思うのですが、先ほどさらに詳しくご説明いただいたのですが、これに関して、何か追加のご質問とかありませんでしょうか。先ほど、濱委員にご意見いただいたのですが。これは設置するとなったら、大阪府では具体的には成人病センターですよね。何か、今、動きとか問題というか。

- 濱委員 緩和ケアセンターは都道府県がん診療連携拠点病院等となっているのですが、大阪府では当センター、成人病センターが都道府県がん診療連携拠点病院ですので。総長とも相談はこれからということですが、センターとしては前向きに緩和ケアセンターを設置するという方向で考えております。

現に緩和ケアチームも既にありますし、緩和ケア外来や緩和ケア研修会等の連携とか。そういったことは既に行われていますので、これに緊急時、緩和ケア病棟に関しては、積極的に外来患者さんの痛みを取るために臨床するというのも現時点では行うようにしていますので。現時点でセンターがやっていること自体は、緩和ケアセンターの役割を果たしているのではないかなと思います。

ただ、緩和ケアチームと、緩和ケア外来と、相談支援センターの連携を強化して、機能を強化するというところに関しては、今後の課題ですし、先ほども申し上げましたように、人員配置のところでは、まず、臨床心理士が非常勤であるというところがありますし、それは、やはりセンターになると、少なくとも常勤、あるいは、複数配置ということが必要ですし、あるいは口腔ケア担当歯科医師であったり、歯科衛生士さんというのは、まだセンターではおりませんので、そういった人も適切に配置する必要があると。そういった人員の問題もありますが、センターとしては積極的にやっていくと考えております。

- 柏木部会長 ありがとうございます。まずは成人病センターからのそのような見本といたしますか、緩和ケアセンターを充実していただけるということで話が進んでいるようです。

そうしましたら、2番目の議題ですが、緩和ケアの普及啓発に関して、濱委員が今、日本緩和医療学会の普及啓発の担当理事、オレンジバレーンプロジェクトの担当理事ですので、詳しくもう少しお話しいただけないでしょうか。

(2) 緩和ケア普及啓発の活動について

- 濱委員 よろしくお願ひします。成人病センターの濱です。今、部会長からも紹介いただいたのですが、私が8月から日本緩和医療学会で緩和ケア普及啓発事業、通称、オレンジバレーンプロジェクトというのですが、その責任者になりましたので、特に地元の大阪府を中心として、こういった緩和ケアの普及啓発事業ができればということで、

今回、ご報告させていただきます。

配付資料の2になります。まず、簡単にオレンジバルーンプロジェクトのご説明をさせていただきますと思うのですが、これは2007年4月に厚生労働省からの委託事業として、緩和医療学会に委託されております。

すなわち、一般市民に対して、緩和ケアは死を待つだけのあきらめの医療といった誤った考え方があるということで、それをあらためて、緩和ケアの正しい知識を持つことを目的とした普及啓発事業ということで立案されておまして、厚労省のがん対策室から日本緩和医療学会に委託されたということですので、それを通称、オレンジバルーンプロジェクトとして緩和医療学会では活動しております。

現在で6年目に入ったということになります。ですので、事業自体は、国の事業と思っていただければと思います。緩和ケア普及啓発事業推進協議会というのがありまして、日本緩和医療学会と関係の深い、例えば、ホスピス緩和ケア協会であったり、市の臨床研究会等の研究会や学会。それから、本年度から日本がん治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本放射線腫瘍学会、日本ペインクリニック学会という、がんの治療系の学会にも協議会のメンバーに入っていて、一緒に行動をしているというのがオレンジバルーンプロジェクトになります。

配付資料のカラーのものが今まで2007年から5年間の第1期といたしますか、事業報告をレポート化したものでわかっていただければと思います。その中で、実際5年間、活動してきた実績も、実際、一般市民の方のアンケート調査を見ますと、正しい緩和ケアの知識を持っているというパーセンテージ自体は活動前から見ると下がってしまっているというのが現状で、いろいろな問題があるのではないかなと。私は第2期のメンバーなのですが、それを分析しながら、今後活動していくことを考えております。

配付資料の2枚目に緩和ケアに対するバリアーというのがありまして、2011年の面談調査で、オレンジバルーンプロジェクトが行ったものについて、五つのバリアーが緩和ケアに対してあるのではないかとということです。

少し読ませていただきますが、緩和ケアは死期が差し迫っている患者のもので自分には関係がない。緩和ケアを治療と並行して受けることでどういうメリットがあるかわからない。「痛い」と医師、看護師、家族に伝えることに対して抵抗がある。薬の摂取量が増えることに対して抵抗がある。それから、緩和ケアで使われる医療用麻薬に対して抵抗があるという五つが主に緩和ケアに対するバリアーとしてあがっておりますので、やはり、われわれとしては、今後、こういったバリアーを少しでも下げることができることを考えております。

具体的な活動は、資料とレポートと重複しますが、いろいろなポスターであったり、グッズであったり、あるいは、きょう、着けているのですがバッジとか、そのようなものを着けて、あるいはホームページを開設して、緩和ケアの正しい知識を啓発することを今までやってきております。

今後なのですが、今までは一般市民に対して、啓発活動を全面に押し出してやってきておりますが、いろいろ分析しますと、やはり、まずは医療者、主治医等を含めた医療従事者自身が正しい緩和ケアの知識を持っていないと、やはり患者さんやご家族にそれが伝わらないということがわかってきております。

われわれのプロジェクトとしましては、まず、医療従事者に対して、正しい緩和ケアの知識、先ほどの議題でもありましたように、診断時からの心のケアも含めた緩和ケアというのを、まず、医療従事者に伝えられるように、普及啓発活動ではやっていこうとまだ立ち上げたばかりなのですが考えております。

大阪府は、かなり緩和ケア普及啓発に対して、ご協力をしてくださるということで、また後ほど説明があるかと思いますが、第2期の大阪府がん対策推進計画の緩和ケアのところでも、重点的にやるところに三つあがっているのですが。前期は3番目に緩和ケア普及啓発があったのですが、今回はまず、やはり正しい知識が必要ということで、第1の項目として普及啓発をあげてくれております。

ですので、これまで団体活動というよりも、これは国の活動ですので、国のオレンジバルーンプロジェクトと大阪府の緩和ケア普及啓発というものが一体化して、まず、大阪府からこういった普及啓発が進めばと考えているところです。以上です。

○柏木部会長 ありがとうございます。今、濱委員からご報告がありましたように、オレンジバルーンプロジェクトの第1期を終えて振り返ると、反省すべき点多々あったということで、第2期に関してはより効果的な普及啓発のために、医療従事者を經由した広報をさらに進めていくというお話を伺いました。むしろ、これはいかがでしょう。患者会、あるいは、一般市民を代表する形でもう少しこうしたほうがいいのではないかとこの場だけではなくて、濱委員が全国のそのような責任者になっておられますので、どんどんご意見をいただいて、フィードバックしていただければと思うのです。何か、特に辻委員、渡邊委員、何か、このような普及啓発をさらに進める意味でご意見がありましたら少し伺いたい。

○辻委員 オレンジバルーンはとてもなじみやすいというか、とてもかわいいし、いいと思います。ですから、まず緩和というよりも、オレンジバルーンをもっと大きく、皆さんに知らせることによって、緩和、緩和といいますと、幾ら皆さんがおっしゃってもなかなか緩和というものを何となく、緩和が死につながるというイメージが出来上がっていますので、よほど若い方だったら別なのですが、50代以降の方でしたら緩和と言われた段階で、もう既に昔のイメージを持ってしまいますので、何かもう少し明るいイメージのものをつくり出して、それは緩和につながるが、緩和という形は私たちの中でおさめておいて、オレンジバルーン計画なのだよというか、そのような形で持っていくほうがかえっていいのかなとか思うのです。

○渡邊委員 先ほど、お配りした資料も3月から、のぞみの会で大々的なアンケートをとって、緩和ケアのところだけを出したのですが、アンケートをとるときに、「緩和ケアとは」という説明を長く出したにも関わらず、このような答えが返ってくるのです。緩和ケアというものが皆さん、辻委員がおっしゃった高齢の方はインプットされて変えられないのです。

だから、本当に緩和ケアという言葉はあまり出ないで、オレンジバリュープロジェクトということを大きくしたほうがいいのかと思うぐらい、緩和ケアのことが本当に皆さん、どうしても終末期と思われるのです。幾ら説明しても1回頭に入ると駄目なのかなと思うぐらい。

○濱委員 ご意見ありがとうございます。確かに、私たちの先ほどのグループでも緩和ケアという言葉自身が非常に、やはりネガティブといたしますか。

実際、例えば、海外で緩和ケアチームというのではなくて、症状を緩和というか、症状緩和チームというふうにすると、患者さんが増えたとかというデータも出ていますので。緩和ケアという言葉が消すことはなかなか難しいのですが、何か別の言葉で置き換えられたらな。そういったキャッチフレーズとか、キャッチコピーとか。そのようなものをまず、われわれのグループで考えていくところで、ぜひ何か緩和ケアに変わるようなまいキャッチフレーズとかがあれば、大阪府でそれを使ってもらいながらやっていくというのでもいいのかなと思っています。

ただ、オレンジバリューというのは、非常にいいのですが、それを全体に出し過ぎますと、オレンジバリューという言葉は広がっても、肝心の緩和ケアとイコールにならないというのが。別のいろいろなキャンペーンとかもあります。実際、中身というのが伝わっていないのではないかという分析などもあったりして、一概にオレンジバリュープロジェクトというのを出し過ぎると、肝心の緩和ケアの正しい知識が伝わらなかったりとかというのもある。そこは少し慎重にやらせてもらっているところなのです。

○柏木部会長 ありがとうございます。先ほども申し上げましたが、今、ご発言いただいた濱委員はオレンジバリュープロジェクト、日本の緩和ケアの普及啓発の一番の総責任者ですので、委員はもちろんです。きょう、傍聴に来ていただいています市民団体、家族会からもダイレクトに、濱委員にご意見をいただくと、直接生かしていけるのではないかと思います。また、よろしくお祈りします。

では、時間の関係で少し押していますが、3番目の議題。緩和ケアの疼痛緩和に対して麻薬使用の中で非常に大きな役割を今後、果たしていただくことになる薬剤師さんの役割について、菅濱委員からお願いします。

(3) 緩和ケアにおける薬剤師の役割について

○菅濱委員 大阪府薬剤師会の菅濱です。「在宅医療における薬剤師の役割と課題」ということで現状を説明させていただきたいと思います。

めくっていただきまして、役割なのですが、まず、在宅におられる患者さんの状態に応じた薬の工夫などのところが、われわれの主な仕事になっています。

お届けするのと在宅とどう違うのですかということをよく聞かれるのですが、まず、在宅でお受けさせていただいたときは、急ぎのときに飛んでいけるように態勢を取っています。4月からは在宅医療の患者さんのおうちまで16km以内でないとは駄目だよというのが出たのです。

ですから、今まででは、16km以上のところも行っていたという状況があったのかなというところなのですが。実際、こういった府域におきましては、中学校区ぐらいが適切に対応できる範囲かなと思っております。

また、めくっていただきまして、われわれが在宅に来てください。来なさいと言われるところなのですが、下の表の中から管理状況ですとか、薬の飲み忘れ、薬剤の理解不足というところで。お渡しさせていただいた薬が残っている。残る理由というところをわれわれはご相談しながら、解決していくというところですよ。

1枚めくっていただきまして、では、程度的にどうすれば間違えずに薬剤師がこちらまで訪問できるかということは、最初から医師の指示があればすぐ訪問できるのですが、実際は支援のところになります。ケアマネージャーさんとか、訪問看護師さんが薬を持参されたりとかして、整理してくるところからスタートすることが多々あります。最終的にはやはり、医師の指示をいただきまして訪問させていただくという。

ページをまためくっていただきまして、行ける機関という認識についてですが、これは、理解力の不足が薬を残させていく。また、今は貼り薬が減っております。その辺のところを経済的にも相談しながら、飲める力に応じた薬の選択のようなどころを中心に情報提供させていただいたりしております。

また、経管栄養等で管が詰まらないように、事前に使える薬がうちの薬局ですとこのようなものがございますということ、事前にセンターに言うことで、緊急時に処方スムーズに処置されることが多く見られます。

ページをめくっていただきまして、では、薬剤師さんは患者さんを見てどうしているのというのは、食事、排せつ、睡眠、運動ということが出ていますが、これらの中がすべて薬が影響してうまく飲み込めない。抗がん剤を使ってから味が濃くなっていくとか、臭いが嫌だとか。あと、尿の回数。その辺のところ薬が与えているのか、多々ありますので、みんなで回っているもので、薬を飲み始めてから、このようなどころで変化があったら、ぜひ、教えてくださいというような情報提供をしております。

時間も押していますので、めくっていただきまして。薬を飲んだらこのようなことが起きるので、バイタルのこの辺りは、異常がありましたら教えてくださいということで、

ポスターのほうに情報を提供して、看護師さんとは訪問したときに、このような変化があったから、この変化が起こる薬があったらチェックしてとご意見をちょうだいしたりもしております。

ケアマネージャーさんのほうは、訪問して伝えたいサービス提供者との調整をしていただいたりしています。

めくっていただきまして、薬剤師同士の連携。また、めくっていただきまして、終末期における薬剤師の役割ということで、外来化学療法がかなり増えてきております。そういった外来処方箋を持ってこられて、薬剤部に届けると、化学療法の予定のようなことを教えていただいて、レジメンの提供とか、徐々に進んできております。レジメンにのっって服薬指導を促していただいたり、今後の状況というのをご相談したりしております。

めくっていただきまして、下に13として在宅医療における薬剤師業務の課題というところなのですが、このところで情報提供する先との連携がうまく取れていない、薬剤師がどのようなことができるのかご理解していただけていないということが主な課題と、また、人手の不足、ここは薬局が問題なのですが、人手不足というところです。最近、医薬分業が進んできましたので、うちの薬局でもあるのですが、地域連携室からあなたのところで薬をいただいているとか、在宅に帰っても引き続きそちらで見るようにとか、引き受けた訪問される先生から、あなたのところにかかっていた患者さんだよということで指示をいただいて、まわらせていただくということが大変多くなってきております。

それで、最後のところなのですが、薬剤師会といたしましては、本当に在宅訪問の届出を出して、どれだけまわる気持ちがあるのか、覚悟はあるのかというところを各薬局に事前にアンケートをとりまして、その内容をリストにして医療従事者とか、福祉関係の方に提供してもよろしいですかというところまでアンケートをとりまして、市区町村辺りの薬剤師会で名簿をつくっていただきました。徐々に、半分ぐらい出てきておりますので、また、薬剤師会でそのようなリストがあるのなら少し見せてということになりますと、実際届け出ているより少ない数になるのですが、絶対、責任を持ってまわらせていただくというリストが出来上がってきて。在宅アクションプランといいます、これが本年度できあがったら、活用できるのかなと思っています。

また、心のケアを受けたい職種にかすりもしていないというところで、少し寂しい思いもしますが、実際は、ずっと通っておられて、元気なところから存じ上げていますので、その方から、あなたから薬がほしいと希望されて訪問するところが、結構、いろいろお話ししていただけて、心のケアまではいかないかもしれませんが、皆さんのしんどい思いは聞かせていただくつもりですので、もし、在宅の場合は薬剤師にも気軽に相談していただきたいなと思っております。

○柏木部会長 ありがとうございます。心のケアで。アンケートでは出ていませんでしたが、先ほど、池永委員から報告していただいた中間とりまとめの中では、精神心理的なケアの中で薬剤師は入っていますし、やはり麻薬を使う、使わないというときに、薬剤師さんが適切な指導をいただくと、それで心がずいぶん緩和されるのではないかと思いますので。今後、非常に期待したいと思うのです。いかがでしょう。麻薬というと、いろいろな誤解があって、その管理、運用というのは、医療者でもいまだに誤解があって。医者でも麻薬はしっかり厳密に管理しないといけないのではないかと思っている人間が多いのですが、最近、特に在宅の緩和を推進する意味で大幅な規定緩和がされています。本当に薬剤師さんにいろいろとお願いしないといけないこと。また、お仕事が増えるということになるのですが、その分患者さんは気楽に、気楽にという語弊がありますが、麻薬が使える。その中で、かなり踏み込んで、各調剤薬局にどこまでやるのだというアンケートまでしていただいて、データベースが既に薬剤師会にあるということですから、これをフル活用してと思うのですが、いかがでしょう。

その辺りで、例えば、在宅から少し離れますが、中間とりまとめの関係で、このような薬剤師さんの動きというのは。

○池永委員 緩和ケア推進検討委員会の中でも、議論としてできていないのですが、2点、ご質問したいと思いますので。1点目は、今回は在宅療養を中心に、調剤薬局の薬剤師の中の現在の活動についてご報告いただきましたが、調剤薬局の薬剤師、また、病院の薬剤師等あると思いますが、緩和ケアに関しての教育についてのニーズと。あと、実際、取り組んでいる薬剤師さんといっても麻薬を取り扱う方は緩和ケアの患者さんを多く見ているという差があると思いますが。そのような教育のニーズであったり、実際、薬剤師会の取り組んでいることというのが何かあれば、教えていただけたらと思っています。

もう1点は、薬局の情報をとりまとめているということですが、情報について、いわゆる、公開はどのような手順でどのような形で考えておられるのか。やはり、医療者に対してもそうですし、一般市民の方に対して、ここの薬局であれば、麻薬のことや、緩和ケアのことが詳しいよということがわかるようなことについては、何か取り組む予定等ございましたら教えていただけたらと思います。

○菅濱委員 教育のニーズについて、実際に薬剤師会というのは、大阪府薬剤師会は以前、がん連携では、成人病センターの先生に2回ほどご講演いただきまして、がん連携パスを通じて、医療用麻薬の必要性を感じたところです。緩和ケアは地域ブロックや支部単位で行っていただかれるところが多くて、大阪府薬剤師会としては、それをサポートさせていただくことぐらいですが。

二日間、行われます緩和ケアの研修を受けたいという薬剤師は非常に多いのですが、土曜日、日曜日になっていまして、前回もお願いしたのですが、日曜日、翌日曜日とか、

日曜、祭日の連休とかになりますと、参加しやすいので、ぜひ、それが可能であれば、ニーズはかなり高いと思っています。

情報公開の手順なのですが、大阪府の薬局情報というのがあるのですが、そこで在宅を書いたり、医療用麻薬の取り扱いを書いているのに、実際は依頼をしたら、まわれないういところがあったので、今回、これまでは覚悟といいますと大げさですが、そのところまでは、アンケートで出していただいたのですが、緩和ケアの知識とか、対応という情報はできるかどうか、まだ、少しわからない。もし、二日間の研修が受けることができるようになれば、その知識を含め、提供できると考えております。

○柏木部会長 ありがとうございます。ほかにはありますか。

○濱委員 成人病センターの濱です。私の議題のところでは緩和ケアに対するバリアーというのを五つあげさせていただいたのですが。その中で、実際、4番目、5番目の薬の摂取量が増えることに対して抵抗がある。やはり、医療用麻薬に対して抵抗があるというのは、実は、これは具体的なお話で。非常にやはり、緩和ケアに対するバリアーというのに医療用麻薬というのはかなりあるというのが、やはり現状ではないかなと思います。

われわれも医師の研修を通じて、そういったバリアーを解くように努力しているのですが、やはり、薬剤師さんというところで、非常にそこはご協力いただけたらというのが、私からも医師としての要望でもあるかなと思います。

それと、さっき、研修とかのお話も出まして、もちろん、緩和ケア、今、PEACE という緩和ケア研修会をがん診療連携拠点病院でやっているのですが、基本的にはあれは医師対象ということになっています。

ですから、緩和ケア部会であったり、がん診療連携協議会の緩和ケア部会と協力しながら、都道府県のがん拠点であります成人病センターの役割として、医師は PEACE があるのですが、看護師さんであったり、薬剤師さんであったり、先ほども申しましたように、臨床心理士さんであったりという、他職種に対する、それぞれ別々でもいいと思うのですが、それぞれの対象の研修会とかも考えていく必要があるかなと思っています。

ですので、ぜひ、薬剤師さん。特に、お声かけしますと、大体、病院の薬剤師さんが結構、来られることが多くて、おそらく、日程的な問題だと思うのですが、ぜひ、調剤薬局の方にも参加してもらえたらかなと思いますので、一度調整したうえ、ご案内を薬剤師会ということで、ぜひ、そのようなのを積極的にやっていきたいと思っております。

○柏木部会長 ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。

○辻委員 薬剤師さんに、緩和の相談というか、薬の副作用について、抗がん剤をやっている方は、副作用に対してとても敏感なのです。当然、院内の薬局もありますので、相

談できなくはないのですが、なかなか簡単に相談できる状態ではない。よく調剤薬局さんなどでも、比較的ご自分で地域の病院に行っていたり、あるいは、お医者さんに行っていて、お薬をいただいている方などは、そこで少し聞いたり、相談したりできるのです。

ですから、私たちピアや、あるいは看護師さんよりもお薬の情報に詳しい方も多いと思います。そして、相談しやすい状況でもあると思います。

ですから、私はやはり抗がん剤の副作用とか、そのような面も少し勉強をいろいろな形でしていただいて、そして、例えば、在宅にしても、あるいは地域連携にしても、関わるところで緩和の手助けというか。お話し相手になっていただくのはとてもいいことなのではないかと思います。

○柏木部会長 ありがとうございます。少し時間が押していますので、次の議題にいきましょうと思うのですが。

○荒尾委員 お時間がないところにすみません。先ほど、辻委員のアンケート調査に足してということなのですが、薬剤師さんが本当に副作用のこととかを説明していただくと、患者さんは安心する面もありますし、どこかそのときに対応策といいますか。このようなことが起こる、起こることだけではなくて、それがどのように対処できるかというところも合わせてご説明していただくと非常にいいのかなと思いますので、よろしく願いいたします。

○柏木部会長 よろしく申し上げます。

では、4番目の議題にあがっています「第二期大阪府がん対策推進計画（素案）」について、まず、事務局から概要の説明をお願いします。

（４）第二期大阪府がん対策推進計画について

●事務局 それでは、「第二期大阪府がん対策推進計画（素案）」について、ご説明させていただきます。資料4でお願いいたします。本計画につきましては、去る9月19日に親会にあたります、「がん対策推進委員会」の場におきまして、事務局案を提示いたしました。そのあと、各委員の先生方からもご意見をいただきながら、内容を精査してまいりまして、今回の素案としてまとめたものでございます。

現在、緩和ケア推進部会を初め、拠点病院部会。いろいろな部会がございしますが、その中で、先生方にご審議いただき、ご意見いただき、計画を修正いたしまして、11月中旬に予定しております第2回、親会になります委員会に成案に近い形で、提出するための計画の案をご提示すべく、現在、作業を進めているところでございます。

時間の制限もございしますので、早速、計画の内容の説明に入らせていただきたいと思います

います。まず、計画全般にいえることですが、現時点でベストな方策が見つかっている部分については自信を持って書ける部分もあるのですが、現在、課題はわかっているが、いい方策については、まだこれからの課題であるという部分について、計画ではベストの方策がわかっている部分だけ書くべきか。それとも、課題出しだけでとどまっている部分はどうかというところで、今回、計画の素案につきましては、成人病センターのがん予防情報センターと共同で作成していく中で、これは課題の部分は課題出しとして、検討しますとかいう言い回しになるかもしれないが、それでも計画には記載していこうという形で書いております。

そのような部分では、これは記載、弱いのではないかなという部分があるかもしれませんが、そのようなこともございますので、あらかじめご了解いただけますと幸いです。

そうしましたら、1枚めくっていただけますでしょうか。目次でございます。目次の部分で、まずは総論部分。次に各論部分という形で目次が構成されております。

特に各論の部分で、黒字で最後が矢印のような形で白抜きの文字で「がん予防の推進」、「がんの早期発見」、「がん医療の充実」、「その他」という形で現在、素案となっておりますが、がん予防の推進、がんの早期発見、がん医療の充実。これが現計画も同様なのですが、重点的に取り組むべき課題として、三本柱で考えております。

この中で、特に2枚目のところのがん医療の充実のところにはさまざまな取り組みの内容を書いてございます。その中で、医療機関の連携、協力体制の整備、集学的治療の推進、この部分については、拠点病院部会。そして、緩和ケアの普及と、直接的ではないかもしれませんが、在宅医療体制の充実、この二つにつきましては、本日、ご審議いただいております緩和ケア推進部会でご審議いただけたらと考えております。

あと、がんに関する情報提供、相談にしても当然、緩和ケアで通ずるところでございますし、小児がん対策も当然、通ずるところもございますが、この部分は、それぞれがんに関する情報提供、相談支援については、患者支援検討部会、小児がん対策の充実につきましては、小児がん部会でご審議いただく予定でございます。

では、早速、資料の中身に入らせていただきますが、今回、総論部分につきましては、各部会、共通内容ということで、ご審議いただくところでございますが、特に、緩和ケア推進部会では、緩和ケアの普及と在宅医療体制ということで、中身も濃い内容もございますので、申し訳ございませんが、総論の部分は割愛させていただきますして、各論の緩和ケアの普及、ページ数でいいますと、ページ右下、61ページから説明に入らせていただきたいと思っております。

緩和ケアの普及につきましては、まず、前文の部分で、最初のパラグラフのところ、当然、いわゆるさまざまなペインといえますか。身体的な苦痛だけでなく、精神的な苦痛、社会的な苦痛、スピリチュアルな苦痛ということで、さまざまなつらさが存在するということ。

そして、次のパラグラフでは、治療療養の時期や場所を問わず、そして、苦痛のみで

はなく、さまざまな家庭環境、精神状態などを対象とした全人的なケアが必要になるということを考え方として最初に示しているところでございます。

次のパラグラフが先ほどから、先生方からもご意見をいただいておりますとおり、緩和ケア、これは、計画の中でも明記するべきというところで、終末期ケアやターミナルケアだけではなく、診断時や、がんと告知されたときから、いかなる闘病期においても、そして、場所も問わず、つらさを全人的に、これは、患者や家族のつらさを全人的に緩和することを緩和ケアとわれわれは定義といたしますか、あげさせていただいております。

そういった上で、取り組みの内容に入っていくわけですが、まずは取り組みの内容の中で、一番上にあげさせていただきましたのは、普及啓発というところで、先ほどから議論いただいております、「緩和ケアイコール終末」といった誤解、これは二つ目のパラグラフのところなのですが。それとあと、医療用麻薬に対する誤ったイメージの解消、まず、この部分をきっちりやる。まず、これをきっちり普及啓発を充実したうえで、次にめくっていただきまして、62ページですが、まず、拠点病院を中心とした緩和ケアの提供体制を推進していくということで、大阪府では、現在、国指定の14病院と大阪府指定の46病院。平成24年の4月現在で国指定は、すべて、そして、大阪府指定では、46病院中32病院において外来緩和ケアを提供する体制が整備されていると。

そういったことから、今後、緩和ケアを推進するうえでは、二次医療圏ごとに、これは三つ目のパラグラフでございますが、国指定拠点病院が中心となり、地域医療機関や薬局などとの情報共有を図って、課題を検討するための仕組みづくり。このようなことをやっていかなければならないと考えております。

そのうえで、今後、地域における連携体制の構築を促進するためには、本日、開催しております緩和ケア推進部会で検討すべき事項ということであげさせていただきました。

特に、診断時からの緩和ケアの提供方法、そして、痛みに関する評価についての情報共有、あと、急変時対応、あと、クリティカルパスの運用、専門的緩和ケアの提供体制の整備、患者、家族、遺族に対する「心のケア」のあり方。これは、臨床心理士など、心のケアの専門家を緩和ケアチーム員として位置付けるかなどというところで、この部分に対する現時点では、われわれも具体的方策という部分でないですが、検討していただきたい。ご審議していただきたい部分としてあげさせていただきました。

これらの部分を、効果的な取り組み事例については、拠点病院が集まるがん診療連携協議会というのがございます。ここを通じて各拠点病院を中心に地域普及、浸透を図っていくというように考えております。

三つ目の取り組みといたしまして、人材育成。これにつきましては、現在、拠点病院において、国のプログラムに準じて、医師対象の緩和ケア研修会を実施しております。

全国2番目の参加数を確保しているところでございますが、今後、研修会の質の維持、

向上を図るためには、先ほども申しました拠点病院が集まるがん診療連携協議会、事務局は成人病センターなのですが、この緩和ケア部会が、そこにも部会がございまして、そこが中心となりまして、いわゆる、再教育のあり方やスキルアップ、研修のあり方等について、そういった方策を検討していくと。

三つ目のパラグラフには医師以外の医療従事者に対する研修も実施しているところがございますが、緩和ケアチームの研修会について、より役立つ内容、方向については検討を行いまして、人材育成に取り組むということで考えております。

そして、最後、さらにということで、各職種別のニーズ等の把握、検証を行いまして、効果的な研修を考えてまいりたいということで考えております。

1枚めくっていただきまして、取り組み目標といたしまして三つ。先ほどの正しい知識の普及、浸透ということで。まずは、正しい知識がきちんと普及しなければということもございますので、府民全体の普及、浸透を図ると。医療従事者を含めた府民全体の普及、浸透を図ると。提供体制の推進ということで体制を整備すると。

人材育成につきましては、特に、二つ目のパラグラフです。拠点病院においては、率先して自分のところの施設のがん診療に携わるすべての医師が、緩和ケア研修を終了することを目指すという形で目標としてはあげさせていただきました。

引き続きまして、在宅医療体制の充実について説明させていただきます。このことにつきましては、在宅がん医療については二つの側面があるという形で、考え方を少し整理いたしました。

いわゆる、一つは、医療依存度が高く、毎日医療処置を受ける必要のある人などが入院をせずに、自宅で通常の生活をしながら、化学療法、症状緩和治療を受けるために通院するということ。

もう一つは、がんの進行に伴うターミナルケア。一般的に在宅医療といいましたら、在宅介護という形で通院も入院も第三の部分という形でよくいわれる考え方もあるのですが。緩和ケアにつきましては、二つ目からのパラグラフを見て、がん対策のできる在宅医療体制の充実については、退院直後から療養生活の質の向上に着眼するというところで、そのような意味においては、通院も含め、がん患者、家族の希望により、住み慣れた家庭や地域での療養を選択ができるよう、在宅にいても受けられる緩和ケアを含めた在宅医療、介護を提供していくための体制の充実を図る必要があるという形で全文をあげる考えです。

そのうえで、取り組みの内容といたしまして、クリティカルパス、この中では、実は、医療機関の連携のところにも書いてあるのですが、国指定拠点病院を中心に、がん疼痛緩和地域連携クリティカルパス、通称緩和ケアパス、これを地域の実情に応じた緩和ケアパスの運用、これの充実を図りまして、連携対策を構築できるような形で、切れ目のない医療を行う環境を整備してまいりたいと考えております。

あと、国指定拠点病院としては、大阪府と連携して、二次医療圏の在宅医療を支援す

る診療所との協力リストを作成するなど、在宅にいても受けられる緩和ケアと地域連携態勢の構築も図ってまいりたいと考えております。

(2) につきましては、在宅療養を担う医療、介護機関の連携態勢の推進といたしまして、ここにつきましては、在宅医療を推進していくためには、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、さまざまな関係機関の連携が不可欠であるということ。

そのうえで、特に、医療機関の中でも、日常診療を担当する機関、症状緩和を担当する機関、そして、バックアップ機能を役割を担う機関など、医療機関の中でも多数の医療機関が必要になるということをあげさせていただいたうえで、多様かつ多職種の機関による連携によって初めて、このような在宅医療の実現に結び付けることができることといたしまして、次のページですが、そのような効果的な取り組み状況等を把握して、また、緩和ケア推進部会において、地域の実情に応じた在宅医療提供対策の推進方策についても検討いただきたいと思いますと考えております。

そのうえで、三つ目のパラグラフですが、そこでの理解度ですが、われわれといたしましては、二次医療圏ごとに国指定拠点病院が中心となりまして、地域医療機関、薬局、訪問看護ステーションなどの情報共有を図って、課題を抽出して、地域連携の推進に向けた課題検討するための仕組みづくりに努めてまいりたいと考えております。

主な検討課題といたしましては、ここにあげてありますとおり、かかりつけ医等、在宅療養支援診療所等、連携の充実。そして、治療再開時や急変時の再入院の速やかな対応などが考えられる。

次の二つ目の人材育成でございますが、この部分が緩和ケアの人材育成は研修とかによりまして、ここも同じ研修会でも中身が違っておりまして、余計、あれなのですが。こちらのほうの人材育成につきましては、拠点病院が中心になりまして、特に、診療所、薬局、訪問看護ステーションの人材に対しまして、研修会等を通じて正しい知識について、地域の関係機関の皆さまに理解を高めていただくということに努めますとしております。

また、関係機関と連携、協力しながら、先例とか実例などを紹介することによって、正しい理解を促してまいりたいと考えております。

67ページに取り組み目標といたしまして、その2件のことについて構築します。医療連携事例の浸透を図りますという形であげております。時間の都合がございますので、申し訳ございませんが、簡単ではございますが、計画の緩和ケア普及、そして内容の充実につきましてはの説明は以上でございます。それでは、委員の先生方、ご審議をよろしくお願いいたします。

○柏木部会長 追加の資料をいただいておりますがそれはいかがですか。

●事務局 すみません。失礼いたしました。追加の資料につきましては、計画の後ろに9

月19日に親会を開催いたしました後に、委員の先生方からの個別の意見をいただいております。黒字で白抜きのは右上に全部会共通のものと書いている部分の白抜きの字の部分が、これが委員の先生方からの分をまとめたものでございます。

全部会共通の部分については、目標値の設定の仕方とか、PDCAサイクルのあり方とか、全体の部分の意見をいただいております。

次に、灰色の字で黒の字で全部会共通と書いている部分、これが最終評価の段階の資料ではございますが、それに対し患者家族連絡会の皆さまから意見をいただいている部分をあげております。

全部会共通のところについても、取り組み方策とか、スピーディーに計画を実行するためのご意見をいただいております。

めくっていただきますと、緩和ケア推進部会という、白地で書いている部分が委員の先生方の部分で、緩和ケアの部分でいただいている意見がございます。ケアサポートの推進であったり、連携拠点病院が中心となる体制づくりが、重要であるということや、考え方、大阪府も独自のモデルをつくっていくべきとか、いろいろな意見もございます。なかなか難しい部分もございますが、そのようにいただいております。

最後に、また同じく、緩和ケア推進部会でご検討いただきたい部分として、患者家族連絡会のご意見といたしまして、いろいろ意見をいただいております。

実際には、例えば、最後の部分でございますが、緩和ケア病床の増床を図るべきということで、実際には、がん計画ではなくて、保健医療計画の病床等々の話も絡む部分もあつたりとか。なかなか対応が難しいという部分もございます。

ただ、今後、これは、真ん中のほうに部会と書いているのですが、計画には具体的な部分で書けないが、この部分については部会で検討していただきたいということを書いております。

そのような意味では、クリティカルパスに対する患者、家族の参画を検討していただきたいとか、ピアサポートを充実していただきたいとか。いろいろ意見をいただいておりますので、これにつきましては、また、今後、部会でご検討いただきたいと思います。そのような形で後ろに資料を付けさせていただきました。

○柏木部会長 ありがとうございます。今、緩和ケアと在宅医療に関して、推進計画の概要を説明いただいて。さらに既に寄せられています意見を一覧にさせていただいて、ご報告いただきました。今日は時間の関係でいただいた意見一つ一つを検討することができないのですが、今後、さらに部会で検討を継続していきたいと思っております。

今の計画の中で、緩和ケアと在宅というところをご報告いただいたのですが、まず、緩和ケアの在宅医療の先進地であります岸和田から来られている川島委員、いかがでしょう。計画概要をご説明いただきましたが、何かご質問、あるいは、ご意見ありましたら。

○川島委員 ありがとうございます。在宅は非常に大切に、やはり地域性が関与してくることが一つと、在宅をしている先生方もやはり、各個人で開業されているわけですので、それを心ある方はご理解いただけるのですが、営業を考えていくと難しい点も少々出てくるので、そこがこのように大阪府として固まって伝達できていくかという部分ですね。

だから、そこにいろいろ手当が付くとか、お金の問題とか出てくるとは思います。その方を動かすというのは、病院の中の先生方を動かす以上にさらに大変な点があるとは思うのです。今でしたら、薬剤師の方でも、かなり菅濱委員に動いていただいて、医師の場合は、開業医の医師会のつながりとか、その辺の力関係とかがいろいろあって、置いていき方が果たしてどうなるか。絵に描いた餅になるのではないかなという気が、失礼な言い方であるので。常にそこは、医師会との関係と在宅を、一生懸命やっている先生方と意外と医師会とは別に動いている方が実際は多いので。そこをきちんと大阪府で押さえておいていただくと、このようなせっかくできたものが、いざやろうと思ったときに動かない可能性も出てくるのが多分、今までもあったと思うので。その辺もやはり同時に調査というか、どうしていくかということも検討していくと、より具体的に動けるものではないかなというのが少し気にはなりました。

○柏木部会長 ありがとうございます。引き続き、地域連携ということですので、藤井寺保健所の御前委員から何か緩和、あるいは在宅医療に関するご質問、ご意見ありましたら。

○御前委員 保健所でも、在宅医療が難病とか、母子とか関わりしていますが、今、先生がおっしゃったように往診していただける先生を確保するというか、探し出すというのは非常に難しい。ほかの場合はどうだかよくわかりませんが、難病とか、母子の辺りを見ていると難しいです。

それで、今度は在宅医療を担う人材を養成するというので、国で何か研修があつて、それで、地域のリーダーというか、医師会とか、歯科医師会とか、訪問看護の担当の方が集まっていたら、地域リーダーというのを養成して、さらに地域リーダーが中心となって地域で関わってくれるような人材を発掘していこうと、そのような流れになっています。

そのようなのをわざわざしないといけないというのは、なかなか往診に取り組んでいただく先生が少ないということで。がんの場合は知りませんが、われわれの経験ではなかなか大変だなといつも感じております。

○柏木部会長 ありがとうございます。地域連携に関するご意見をいただきましたが、広い意味で、ご報告いただきました推進計画の素案に対して、一番そこを議論するのが

今日の会ではないかと思うのですが。不手際であと4分ぐらいの予定になりましたが、お許しいただいて、ぜひ、ここからある意味で本番ですので、時間が許す限りご意見をいただければと思うのです。

○辻委員 在宅医療に関してなのですが、11月11日に東京医科歯科大学でがん患者大集会を開きまして、そのときに、広島県の例が出まして、広島県は医師会が非常に協力的に、医師会長が病院と連携を取って、在宅をリードしていくというお話しで。

大阪府の場合は、やはり医師会に入られない先生方がかなり在宅を担っていらっしゃるということは、私たちも伺っているのです。

そして、その中で、集会の中で話されたことは、広島県では緩和コーディネーターという方がいらっしゃる。緩和コーディネーターがいろいろな分野のものを把握していて、そして、やはり、リーダーがどなたかいらっしゃらないと、チーム医療もばらばらになってしまうと思うのです。どなたかが把握していることによって、ふる先を決められるとか、あるいは、お話し合いができる。

そして、もう一つ、コーディネーターのほかに問題というのは、病院が在宅にふるタイミング。これが非常に問題となっていたのです。タイミングに関しては、私はどうか分からないのですが、そのようなお話が出ておりました。

○柏木部会長 確かに、病院から在宅医療に、タイミング。移行のスムーズさというのは非常に大事だと思います。どうでしょう。何かご意見ございますでしょうか。

それを促す意味で、退院前カンファレンスといって、在宅医が病院の中に入り込んで、入院中の主治医、医療スタッフ、患者の家族まで含めた面談をした上で、安心して在宅移行するというを受けて通常されているのですが、それがなかなか生かされていないというのが現状かと思うのです。いかがでしょう。ほか、ご意見をいただければと思います。はい。どうぞ。

○辻委員 この間、先生とお話したのですが、在宅をずっとされていたのですが、外来患者が非常に増えてしまって、在宅を辞められたと。なぜ、辞められたのかなと思うのですが、多分、核家族で来ていただくのが苦であったり、あるいは、なかなか家に来ていただくのはしんどいという事情があって。結局、外来が増えたために、マンパワーが不足いたしまして、在宅を辞められたと。そのようなケースがもしたくさんあるとすれば、それはまたいろいろな問題を含んでいるのかなと思うのです。

○柏木部会長 1人の医者が、あるいは、せいぜい2人ぐらいの医者が在宅も外来もとなると非常に難しく。それを解決する意味で、外来をほとんどしなくて、在宅専門のクリニックで医者を3、4人とか。あるいは、医者は1人ずつですが、複数のクリニック

が地域連携して、診々連携という形で、特に岸和田などではそのようなことが進められているようです。そのような工夫も必要かと思うのですが、なかなか進んでいないです。ぜひ、そのような問題点。岸和田ではどうでしょうか。

○川島委員 ありがとうございます。診々連携が進んでおられるところもあるのですが、やはり、ある程度、顔なじみのグループがいますから、普通の診療所がゆるいつながり、どちらかの先生が、例えば、もし学会などで留守のときは代わりにどなたかが行ったださるというシステムをつくっていただいているものです。

ただ、そこに加入していない在宅の先生もいらして、全部、やはり一律というわけにはいかないのですが、ある程度の数はそれでまかなっていただけることでしょうか。

それと特別なのですが、先ほど、在宅をする上で、緩和だけではなくて、実は、独居の方が結構おられて、独居イコール在宅が無理のようなイメージがあり、そのためには、やはりかなりの行政のバックアップがないと受けられない点もあるので。緩和ケアを含むお年寄りも増えて来ているところで、たくさん在宅にホスピスでも関わっておられると思うのですが。そのような独居の方に対しても在宅ができるよう、大阪府としてそのような部分も取り組むことで、この部分の計画を立てていただく。オリジナリティーを立てて、医療すべてを見るということのも大事ではないかなと思います。

○池永委員 独居の件は幾つか緩和ケアの研究会等ではあげられています。ただ、多くの専門的な在宅ケアをしておられる診療所によっては、独居の在宅ターミナルは可能と考えている先生方も多くいらっしゃいます。

ただ、やはり市民に対しても、その点の普及は必要であります。独居であれば、最後は入院と決めておられる方もいらっしゃいます。ただ、確かに公的なサービスだけでは難しく、やはり費用的な部分についても明確にしていけない部分ではあります。

ですから、その点についての調査であったり、あと、市民、医療者に向けた啓発、例えば、お一人様でも最後を迎えることができるというモデルであったり、工夫であったり。そのようなものについても取り組んでいく必要性はあるかなと思っています。

あと、時間の関係もあるので、素案についてなのですが、なかなか取り組み方というのは、緩和ケアの領域においては非常に難しいですし、計画の中でも、では、どう取り組むのかというのは、まだまだ明確になっていないように思います。

例えば、普及、浸透を図るという目標であったり、構築するという目標であったり。そのようなものというのは、ある意味、評価できない目標でもございます。ぜひ、取り組み目標においては、いつまでにどのような形で評価するのかという計画、目標を立てていただくということは非常に重要だろうなと思います。

ただ、当然、どのように取り組むか、どう評価するかというのは、やはり専門的な知

識というのが当然必要なので、このような緩和ケアのいわゆる推進委員会を利用していただいて、おそらく、国の推進検討会も毎月やっております。どのように評価し、どのように公表しようかということが、やはり重要な計画になってまいりますので、もっとたくさん専門的に委員会を開いて、大切な目標というのは間違いないことではありますが、では、具体的にどう取り組んで、どのような形で評価し、市民の皆さまに公表するかというところまで話し合っていきたいなと思います。

○柏木部会長 ありがとうございます。計画に対する本格的なご意見をいただきました。国の緩和ケア推進検討会の委員もされていますので、大阪は本当に恵まれている。検討会の委員が1人おられて、普及啓発の国全体の担当者が濱委員としておられるということで、ここで言ったことが、国の計画、あるいは、普及啓発に直結しやすいということがありますので、各委員ももちろんですが、きょう、傍聴に来ていただいている方々からも、それぞれぜひ、意見を寄せていただきたいと思います。

既に時間は過ぎておりますが、せっかくですので、今、池永委員には推進計画に対する意見をいただきましたが、一言ずつでもご意見をいただければと。

○菅濱委員 薬局も例えば、薬を持っていったときに、初めてお宅にあげていただいたり、ご本人さんに接するまでにとっても労力があるのです。若い薬剤師が折れてしまうのです。ですから、何とか、研修のときに、どちらが先かどうかわかりませんが、そのようにお宅に行くときに、どのような心構えで行って、どのように一緒に治療を過ごしていくかという。スピリチュアルなところから入って、頑張りたいという薬剤師に技術的なところを教えていこうかなと思うのですが。

実際は、外来の調剤で忙しくて、休みの間にキャリアケースを積んで車で走って、駐車禁止を恐れながら、走り回っている状態があつて。それでも行くのだという心構えのようなところは教育研修かわからないのですが。ヒントを与えていただけたら、もっと走り回れるかなという。

○濱委員 先ほども少し議題のところであつたのですが、緩和ケアを普及するには、患者さんに届けるには、やはり、医療者としての正しい知識といいですか。信頼できる主治医の先生から緩和ケアの説明を受けると、やはり患者さんも納得というか、理解してもらえらると思いますので。まずは、私たちの立場としては、緩和ケアの正しい知識を本当に少しでも普及できればなと考えていますので。学会もそうですが、ぜひ、大阪府と協力しながらやっていきたいなと思っています。

○渡邊委員 やはり、患者の立場として、普及していけることを頑張つて、やはりやっていけたらいいかなと思います。

それと、やはり、在宅とは少し違うのですが、かかりつけ医でがんと診断されて、手術のために大きい病院に行かれて、手術の方法もどうしますか、という選択肢があったときに何もわからない素人が突然病院に行って宣告されて、どれにしますかと言われてもどうしていいかわからないときに、また、かかりつけ医の先生のところに行って、相談したり、麻薬のときに相談しに行ったら、励ましてくださってとても心の支えになったと。今日、たまたま定例会があったのですが、そのような意見が出ていました。やはり、そのようなことが広がっていくといいのではないかなと患者の立場からは思います。

- 荒尾委員 人材育成のところで、文部科学省の行っているがんプロフェッショナル要請基盤推進プランというところがあって、そこで大阪府の中でも多くのプロジェクトが動いておりますので、その辺りと連携する形で効率よくやっていけないのかなということ考えたことと。

あとは、人材育成ということで、医療職もですが、行政でこのようなシステムを開発していくようなところの専門職という人材育成も、もしかしたら必要なのかなと思いました。

- 御前委員 公的病院で、自分のところが往診もやっているということをおっしゃっている病院があって、公的病院として往診などをやっているのはほかにはないだろうということで、胸を張っておられたのですが。本当に政策医療として必要ならば、そのような公的病院、あるいは、指定の拠点病院ですか、そのようなところがモデル的にというか、そのような往診などに取り組むというのも一つの普及のための方法かなと考えます。

- 辻委員 緩和は、やはりがん患者その人のすべてのことです。一人の人の人生のすべてが、私は緩和にかかっていると思います。ですから、緩和は医療の中で、私は一番大切なものではないかと思うのです。この辺をきちんとしないことには、患者力も付きませんし、それから、医療費も削減できていかないと思うのです。やはり、心を開いて患者力を付けて初めて前へ進める必要があると思います。

- 川島委員 啓発のことで濱委員から話がありましたが、これは新たな展開で、何かの形でご協力できればと思うのです。それ以外にもやはり、患者さんご自身が聞いていただく場がないといけないと思うのですが、地元に戻ると、やはり緩和ケアの話を聞きたいと。どこで聞いたらいいのか。講演会が聞きたいという方が多いのですが、やはり大阪市内ではたくさんあるのですが、私の泉州に行くとき少ないので、どうするかということが一つあって。そのようなものを聞く機会を設けるために、ただ単に拠点病院にあげて行ってほしいとか、なかなかそれは難しいので。そのようなピースの研修会というツールがあるわけですね。教育ツールではないのですが、緩和ケアを患者さんにお話しする

共通の、簡単なお話でいいと思うのです。何か教育ツールのような、紙芝居ではないのですが、スライドのようなものが、もし作れたらそれで各拠点病院にそれぞれごとにお持ちになって、お話ししていただく場を大きくしていくような形で。それを大阪府でそのようなものが、共通のものでできれば、もう少し広げることができるのかなと思います。

患者会の皆さんはこのような場に出て、皆さん積極的におられるのですが、実際、そこにも入っておられなくて、悩んでおられる方がたくさんおられるので。その方はやはり地元の公民館やどこでも開けるような、そのようなものも私たちで共有してつくり、お話しできる場があるのも一つ大事なかと考えていますので。そのようなものを設ければと思っています。

- 柏木部会長 ありがとうございます。推進計画は今日で決定するわけではもちろんなくて、これからパブリックコメントに至るまでにも幾つかのステップがありますので、また、この部会以降、いろいろ、もう一度読み直されて気が付かれたこと。あるいは、新たに思いついたいいアイデアなどがありましたら、各委員にご提示をいただきたいと思っています。

今日は、予定の時間を15分ほど過ぎてしまいましたが、せっかくの機会ですし、できるだけご意見を伺いたいと思って、ご協力いただいて、ありがとうございます。また、これからも議論をさらに深めていきたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

- 事務局 本日はどうもありがとうございました。計画につきましては、なかなか、具体的な取り組みとか、詳細な内容というのはなかなか書けない部分もございまして、その部分につきましては、今後も引き続き、部会でまたご審議といたしますか、いいアイデアを出し合って、先生方にどんどん積極的な議論をしていただきますことを、この場をお借りいたしましてお願いしたいと思います。

計画のことにつきましては、大きな方向性しか描けない部分がございます。その部分は、一定、ご了承いただきながら、素案を今後、今日の意見も踏まえながら、対応、精査いたしまして、12月の本会の日にご提示したいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。 本日は、どうもありがとうございました。

(以上)