

## 令和5年度 第2回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日 時：令和5年6月28日(水) 16:00 ~16:55

場 所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者9名：笹良剛史(豊見城中央病院)、屋良尚美(県立中部病院)、野里栄治(北部地区医師会病院)、中村清哉(琉大病院)、中島信久(琉大病院)、安次富直美(琉大病院)、足立源樹(那覇市立病院)、水嶋美菜子(沖縄県健康長寿課) 増田昌人(琉大病院)  
欠席者4名：三浦耕子(県立中部病院)、酒井達也(八重山病院)、川満博昭(県立宮古病院)、名嘉眞久美(がん患者会連合会)  
陪席者1名：玉城由奈(琉大病院)

### 協議事項

#### 1. 令和5年度 緩和ケア・在宅医療部会 委員の選任について

野里委員より、資料1に基づき、今年度はそのままのメンバーで継続し、来年度からは委員の若返りを図るために来期に向けて考えていくとあった。

#### 2. 第4次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)について

増田委員より、資料2に基づき、委員の皆さんへ、ご意見や修正がありましたらお願いしますと依頼があった。

笹良委員より、相談支援センターに必ずかかるというのは、この中に入っていくのですか？との質問に、増田委員より、情報提供相談支援の分野に入っていると回答があった。

笹良委員より、全人的なアプローチで困っているのは、複合した問題を持っている人たちで行き場がないことや、家族力が少なく運ばれた等の問題が、在宅にしても緩和ケアにしてもすごく多いなと感じている。今後コロナが落ち着いたら、もともとコロナ前の最大の日本の問題だった孤立(アイソレーション)が次の社会問題となり、そのような患者さんに対する対策をどうするのかという事になると思う。そういったがん患者さんは、通院できない、通院してこないことにより、十分な緩和ケアの提供が出来ず、後に重症となって運ばれてくることがよくあるので、どうしたらよいのだろうと考えていますとあった。

増田委員より、すごく本質的な話だと思います。そこに一番威力を発揮できるかもしれないのは、拠点病院のがん相談支援センターだと思うのですが、ただ残念なことに、そこでのカバー率は35%くらいで、残りの65%の人は拠点病院以外で診ているのをどうするのか。そこを各施設(拠点病院以外の大きな施設)で、がん相談支援センターと同等の部門はありますが、そこがどこまで引き受けるかというのは分からない。それは多分、複合的なところは、今回のがん計画には入っていないので、どこが引き受けてどこで何を政策として作るかっていうのはとても大事。書き出しを“拠点病院は”ではなく“施設は”とするとカバー率が90%くらいになります。話がずれましたが、笹良先生の問題提起の方々をどの分野で書き込んで、どのような政策でいいのか、皆さんからご意見が頂けたらと思います。よろしくお願ひしますとあった。

屋良委員より、がん相談支援センターで患者さんを救い上げることが必要なと思う。「県民の緩和ケアへの理解度を向上させる」にも引っ掛けられますかとあった。

増田委員より、あとは地域連携のところなのかな。医療提供体制って分野があるので、そ

こなのかなとは思っていますが、拠点病院だと相談支援センターしかないのだと思う。これは個別の主治医チームではできないでしょうからとあった。

屋良委員の通信状態が途切れ中断した。

笹良委員より、緩和ケアが、必要な人に必要な時期に必要な専門的な緩和ケア、初期の緩和ケアも含めて、すべてのがん患者さんに緩和ケアが提供できるように、というのが目標になるのだと思いますが、必要な時期に緩和ケアを受けられない人が出ないようにするためには、もちろん治療中で病院に来ている人の場合は、医者側の働きかける、スクリーニングをする、予防予測をする、緩和ケアチームの介入を促すなど、いろいろあると思う。ただ、緩和ケアチームが介入できないのは外来通院しているがん患者さんたち。現在、だいたいのがん患者さんは外来通院しているので、緩和ケアチームにあがるまえに、入退院を繰り返している間に来なくなってしまう。うまく在宅に繋がってくればいいのですが、在宅に繋がってなく、受診にも来てない方たちが、いよいよ末期になって相談がある、というようなこともある。患者自身が治療を拒否しているとかですね。お金がないから、家族で診る人がいないから、老老介護だからという人がいて、そういう方々も緩和ケアが必要な人たちなのですが、そこがどっかで引っ掛ける必要もあるのでは、と感じたので提案させていただきました。ちょっと幅が広い問題になってしまうのですが…。がん相談支援センターや地域包括などと、がんの主治医が連絡をとれる体制づくりを目指すような事があってもいいのかなと思った。実はこの間、在宅医療学会で発表したのが、早期がんの治療だったのですが、精神科にかかっている奥さんを抱えているために治療の通院ができない、と治療を嫌がりそのまま末期がんで亡くなってしまい、その後の顛末が凄く大変だったという人の例があった。いろいろな理由で生活困難者が治療できないという困難事例がある。うちのホスピスに来る人も結構そういう生活困難事例の人が割合高いです。身寄りがないので第三者の方にいろいろやってもらったり、後見人制度を使ったりという人が一定の割合で結構いらっしゃる。で、たぶん在宅にいけない、ようするに家族がいらっしゃらない方たちはそういうふうにしてホスピスに来るのだと思いますが、それでも嫌だという人たちもいます。その辺がもう少しドタバタしないでもいいように出来ないかとあった。

増田委員より、病院でカバーできる範囲とカバーできない範囲、あと、行政がカバーできる範囲とカバーできない範囲のところのすり合わせが必要。それぞれ最大限、網を広げないと漏れると思います。医療の相談部分とか、地域連携部分とかで網を広げることが必要で、あとは地元の行政の部分で網を広げる、療法で最大限の網を広げとかなないと漏れてしまう。がん計画のところ行政側からなにか積極的に書き込める部分というのはどんな感じになりますかと、質問があった。

水嶋委員より、今年の5月に入職したばかりで現在、勉強中のため、お話しについていくのに必死なところなので、一度持ち帰って検討したいと考えていますと回答があった。

増田委員より、持ち帰ったものは次回、どういう風にお話しをして、どういう風な結論になったかをお話をして頂けるとありがたいとあった。

増田委員より、笹良先生からの提案について、どこでなにを入れたらいいですか。私が事務局として取りまとめをしていますが、笹良先生がおっしゃったことは今回のがん計画には入ってないです。そういう人を取りこぼさない、取り残さない、見逃さないということは、かなり本質的なことだと思うので、どこでカバーをするのがいいでしょうかとあった。

笹良委員より、この会議の中の流れでいくと、相談支援部分を高めるということ。主治医と相談支援との情報をしっかり共有する体制をとる、というような文言が成り立つのか。あるいはケアプランで（とくに認知症があるような方が、がんになった時は主治医意見書というのを書く。）高齢者の方にはよくありますが、今後がんが長い病気になって、長期治療をしていく、あるいは、がんを抱えながら治療はできないけどそれなりに長生きする、というときに、そこもちゃんと緩和ケアへ繋がるようにするために、自分たちで診ず、早く在宅の先生に繋げる等、いろいろやり方があると思います。地域包括や支援相談室と主治医が定期的に連絡を取りながら診療するというのがあるのもいいのかなと思う、とあった。

笹良委員より、書籍「医師アウトリーチから学ぶ地域共生す赤い現実のための支援困難事例集」の紹介があった。

<https://m.media-amazon.com/images/I/41eydlhac2L. SX352 BO1,204,203,200 .jpg>

増田委員より、次に評価ですけど、今のところ客観評価がなく全体の VR アウトカムに関しては患者体験調査で国が 3 つあげているので、それをそのまま国のものをがん計画のほうに取り込んでいます。中間アウトカムのところも患者体験調査と遺族調査で同じ質問を題しています。これから PRO（患者報告アウトカム）をやるようで、これはまだ研究班のほうで具体的には出ていないですが、これが今後入って来るようです。資料 2 の青文字で記載されているところが沖縄県独自のもので、今のところ DPC-QI これは拠点病院が参加しているコーディネーターの評価システムですが、これを今度、県医師会と県庁とで調整します。院内がん登録をしていて DPC 病院であれば誰でも出来る。事務の方が 1 時間ぐらいでデータを取り出せるので DPC の EF ファイルデータと院内がん登録を出せば国立がん研究センターがオートマチックでデータを出してくれるという優れたものです。その中で緩和に関係するものは 3 つで具体的には「切除不能進行胃がんへの適切な体制による緩和ケア」と「肺がん死亡 1 ヶ月前の全身治療」これをしてきたか、していなかったかのネガティブなデータです。あと、これは本質ではないですが「外来麻薬開始時の緩下剤処方」は DFC-QI で自動的に算出できるので、ここは出してあります。沖縄県で 1 年半くらいズレていますが、医療従事者調査をやる予定なのでそこも指標に入れてあります。個別政策のところは①共通のツールを用いた苦痛の把握を、外来の全てのがん患者に対し、日常診療の定期的な確認項目に組み込んでいる「施設」の割合②それを入院の患者に対して行っている割合。これは以前、スクリーニングやモニタリングなどの言葉にしましたが、今後はこのような形で指定要件に書き込まれ、年一回、9 月にある拠点病院調査のところで皆さん書くことになると思います。具体的には外来の③「共通のツールを用いた苦痛の把握を、外来の全てのがん患者に対し、受診ごとに行っている「施設」の割合」④それを入院の患者に行っている割合。システミック行っているか、行っていないかが①と②。③と④は実際に外来で毎行っているか、行っていないか、入院患者さんに週に 4 回以上行っているか、行っていないかを具体的に聞くので、これは多分、来年の拠点病院に対する調査はこのような感じなると思います。あとは、リンクナース制度を運用している「施設」の割合。意外とリンクナース制度をやっていないところもあるみたい。ここからは(資料 3 の黒文字部分)国のものなので、緩和ケアチームの新規診療症例数、緩和ケア外来の新規診療症例数、緩和ケア外来の地域の医療機関からの紹介件数、これは国でとるみたいですね。あとは、地域連携のための他施設合同会議の開催数ですね。具体的に NDB-SCR とは何かというと、レセプトデータですね。NDB はレセプトデータのナ

ショナルデータベースになっており、その相対化したものが SCR になっていますが、国はこここのところ、診療加算の算定や、神経ブロックの算定件数、緩和的放射線照射の実施件数の中の M001-3 で直線加速器による放射線治療の 2 というのを取る予定です。これは沖縄オリジナルで、専門家の数ですね。緩和医療学会の認定専門医の数、登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医の数、緩和薬物療法認定薬剤師の数、緩和ケア認定看護師の数、公認心理師および臨床心理士の数で、またこれが実際に配備されている施設の割合。理解度の向上に関して国は、これから国民の緩和ケアに関する世論調査を行うとのこと。これをこの領域の指標として県の方には一度提出していますが、皆さんからこれが抜けているのでないか、これは必要ないのではないか等があれば、ご意見を頂戴できればと思いますと、依頼があった。

野里委員より、拠点病院以外のがんを診ている病院に対しては、今言った内容はどのように周知されているのかというのを教えてもらいますかと、質問があった。

増田委員より、これまで計画に県が“拠点病院は”と書き込んできたのは、いろいろと義務や、やらなくてはいけないことがあり指導しやすい。どこの県も拠点病院のことを書いて、他のことは何もやっていない所が多い。拠点病院のカバー率が沖縄県は最低で 35% で、多い県だと 9 割超えているところもある。なので、9 割超えているところだと拠点病院だけやっておけば、どうにかなると思うが、沖縄県の場合は拠点病院が 35% しかカバーしていないため、拠点病院以外はどうするか、ということをお皆さんで共通認識としてぜひ持っていただけるとありがたい。

今のご質問でいうと、県の計画に組み入れたあかつきには、今後こういうことを要求されています、という事を個別に私のところから、それ以外の 20 何施設に周知するという事になるかと思えます。さらに、こういうことを指標で調査することをなります、ということになる。幸い来年、第 8 次のがん計画ではなく、医療計画に基づいて病院の選定会議をする予定。今 12 のがん種について、これからまた新たに(6 年ぶりに)選定会議をしますが、その時のこれまでのがん種を超えて共通要件というのは、たとえば緩和ケアチームがある、院内がん登録をしている、レジメの登録をしている等、そういう共通 6 項目を入れた。今後は共通 6 項目にプラスして沖縄県のがん計画に協力することや、沖縄県のがん計画の指標の算定に協力することを組み込んでしまえば、それで周知に十分なるかと。どこの病院も多分、算定会議の中で算定はされたい、選定会議の中で例えば食道がんの専門病院として認定されたいと思うので、そこは多分、前もそれぐらいはやっていいのでは、と異論はあまり出なかった。異論が出たのは、乳がんと血液がんの二つだけです。それ以外は今お話したような共通項目に対して、これぐらいはやらなくてはね、と話があり、あまり議論にはならなかった。そこでタガをはめると沖縄県も調査がしやすくなったり、いうことを聞きやすくなったりするのかなと思っています。医療計画というのはがん計画の上位計画なので、医療計画があってその下に各、たとえば循環器の脳卒中の計画が入っているので、たぶん構図としてはそういう事になっていくのかなと思います、とあった。

野里委員より、なかなか拠点病院だけでいくと 35% だけということでしたので、なんかそこだけ頑張っても県全体のレベルアップにはならない。やはり他の病院の協力はどうしてもいるということですね、とあった。

増田委員より、第 7 次医療計画に 6 年前に条件を決めて、そのあと医療機能調査が入るのでその結果に基づいて、毎年選定してくれている。ほとんど一緒ですが、ときどき落ちたり、

ときどき入ったりする、微妙な病院もありますが、だいたいそういう形でやっている。それと、もうひとつここに入っている、DPC-QI は自動算定なので、国がんに言えば自動でデータがもらえます。もう一つの NDB とか NDB-SCR は国が公開しているデータです。なので、私のところに言ってもらえば、各項目 1・2 分で出ますし、県庁の事務の方が見ても上から下まで見て探すだけなので、5 分 10 分で出ると思います。内閣府のホームページで全部公開しています。今回は全般的に自動で出るものや国が公開しているデータから引っ張ってくるもので指標は作っている。患者体験調査は、少し遅れてはいますが秋にはやります。これは国がんで公開データになるので、たとえば県や、私のところが「データ下さいね」と言ったらもらえる。分析まで国がんにやってくれているものなので、そういった意味では自動的に出るかと思えます、とあった。

野里委員より、増田先生へ、ロジックモデルの提出期限はいつですか、と質問があった。

増田委員より、協議会レベルでいうと 7/3 が最終締め切りになっています。県の方にはすでに中間的なもの 2 回出していますが、最終案は 7/7(金)までに出したいと思っておりますので、皆さんの締め切りは 7/3 までをお願いします、とあった。

### 3. ロジックモデルを用いての今年度の事業計画について

協議事項 2 と併せて協議を行った。

### 4. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

有賀先生がご欠席のため、改めて次回報告して頂くこととなった。

### 6. 拠点病院の指定要件の改定について

増田委員より、2022 年 8 月 1 日付時点で変わった、拠点病院の指定要件についての緩和に関係する部分だけを抜粋しておりますので、それぞれ皆さん確認をしてください。今回、スクリーニングやがんセンターボードという言葉を外した。前回の指定要件の改定の時に、がんセンターボードやスクリーニングの定義は何だ、といろいろ波紋があったので、今回は特別なキーワードみたいなのは外しています。特に緩和のところが変わったのはそういったところかなと思います、と説明があった。残念なことに新旧対照表が出ていなく、各病院で確認してもらうということになっていきますので、一項目ずつ確認をしてもらうと有難いです、とあった。

### 7. 次回令和 5 年度第 3 回緩和ケア・医療部会の日程について

令和 5 年 9 月頃、15:00~17:00 の間で 1 時間予定し、がんセンターにてスケジュール調整することとなった。

### 8. その他

特になし

## 報告事項

### 1. 令和 5 年度 第 1 回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

### 2. 令和 5 年度 緩和ケア・在宅医療部会、在宅WG、研修WG 委員名簿

1~2 各自で確認することとなった。

### 3. 緩和ケア研修会開催日程一覧表

野里委員より、開催が決まった病院もいくつか追加されております。また、開催が決まった病院がありましたら、事務局の方へご連絡をお願いします、と依頼があった。

4. 令和4年度 緩和ケア・在宅医療部会 第3回、第4回在宅ワーキング 議事要旨
5. 令和4年度 緩和ケア・在宅医療部会 第3回、第4回研修ワーキング 議事要旨  
報告事項4・5は各自で確認することとなった。
6. 令和5年度 患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)について
7. 日本緩和医療学会 第5回九州支部学術大会について
8. 「沖縄県のがんに関する医療情報」のがんじゅうネット掲載について  
報告事項6～8は次回報告することとなった。
9. 2022年度緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会について  
[https://twmuishikai.jp/securewp/wp-content/uploads/2022/07/kanwakea\\_20230205.pdf](https://twmuishikai.jp/securewp/wp-content/uploads/2022/07/kanwakea_20230205.pdf)
10. その他  
特になし

以上