

令和5年度 第1回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日 時：令和5年5月19日(金) 16:05 ~17:00

場 所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

※前回、2023年3月22日(水)開催時に当院のインターネット接続の不具合により中断したため、協議事項を中心に再度開催

出席者 10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)、朝川恵利(宮古病院) 名嘉眞久美(がん患者会連合会)、増田昌人(琉大病院)

欠席者 3名：三浦耕子(県立中部病院)、酒井達也(八重山病院)、小波津真紀子(沖縄県健康長寿課)

陪席者 2名：安座間由美子(中部病院)、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

笹良委員より、資料1に基づき、次年度の医療部会長・副部会長・委員の選任について、交代が数年ないため、方向性やご意見、ご推薦を頂いて決めていきたいと議題提起があった。

足立委員より、部会長はがん診療連携協議会で報告等を行うため、質問があったときに回答ができる、緩和ケアや在宅医療に精通している方がよいのはとあった。

中島委員より、がん診療に絡む方が部会長をやってもらい、緩和ケア・在宅医療部会で行ったことをがん診療連携協議会でやり取りをしていくが自然の流れだと思う。緩和ケア・在宅医療部会はがん診療連携協議会との位置関係によって、二つのやり方があるのでないかと思っている。

- ① がん診療連携協議会へ参加して、やり取りするとなると足立委員が言われた方を選任する。
- ② 増田委員が協議会のマネジメントをしているので、そこに持ち上げてもらう、というようにするのであれば、若い世代にどんどん回していくのもよいと思う。若い世代の人が部会長で、部会長だった経験のある方がサポート役で副部会長をやって次世代を育てていく。

この二つのうち、どちらかの方向性を定めたいうえで人選を行った方が進めていきやすいのではないかとあった。

2. 令和5年度 緩和ケア・在宅医療部会、部会長・副部会長の選任について

協議事項1の理由に基づき、今年度までは現在の部会長(笹良委員)・副部会長(野里委員、屋良委員)が継続し、次年度に向けてメンバーの入れ替え等を検討していくこととなった。

3. 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に基づき報告があった。現在、第4期の国の計画が4月1日より動いており、それを受けて47都道府県では今年度中に各県のがん計画を作成し、来年度から走らせることとなっている。協議会としては、11年前、6年前と同様に第4次お沖縄がん計画の

ように先んじて協議会の案を提示して県の方にいろいろ取り入れてほしいという提案をしようという事が昨年、決議され今年に至った。本来ならば10月～11月くらいから議論を始めるとのことでしたが、4月に部長のところへ面談をし、話し合いを行った結果、県では今年はいつよりも5～6か月前倒しで進めることが決まった。本来であれば、ゆっくりと議論したうえで協議会案をまとめたが、今年(5月)中には原案を作成し、少し修正のうえ6月末までには沖縄県へ提出をしないと、私たちの意見は取り入れられない事となると説明があった。

4. ロジックモデルを用いての今年度の事業計画について

増田委員より、当日資料に基づき、説明があった。時間がないため、具体的なことや経過は省きます。今回初めて国の方がロジックモデルを作成し提示しており4月28日に改訂版を出している。それに準じて作成したが、もう少し具体化した個別政策がいいのかな、と他の部会からも出ている。個別政策の緩和・在宅の部分を県の政策として組み込んでもらえるような提案を、緩和ケア・医療部会の皆さんからご意見を頂戴してまとめたいと思うと依頼があった。

中島委員より、①すべての医療とはどの範囲なのか、②育成については何年の予定なのかと質問があった。

増田委員より、①がんをメインに診ている施設、②6年計画のなで、今からなら6年半後となる、と回答があった。

中島委員より、あくまで第4期の基本計画の中で達成ということですね。現実的に沖縄の状況をみているとサイコオンコロジーの認定医(専門医)ってなかなか人が出てこないだろうなど。薬剤師についても緩和の認定薬剤師を取るのもこれから現実的に相当厳しい上に、今度新たに緩和ケアの専門薬剤師ができますよね。薬学会の方に聞いたが、これもかなりハードルが高いので、すべての医療機関に付けるというのは難しい。達成が厳しいのを書くのはどうかと思うが、書かない訳にもいかないかな、というところでジレンマがある、とあった。

増田委員より、必要とは思いますが、どこまで書き込むか。例えばやり方として、拠点病院等となると診療病院が入り、診療病院は結構キツイと思うので、拠点病院3施設にする。あとは、県全体として専門医を10人要請するなど、そのようなやり方もよいと思う。(医者の場合)

中島委員より、二つの言ったことの距離がどうしても極端という中で、どういったふうにやろうかなとなった時、そういった病院の過半数にこういった人材を用意し、そうでない施設は、そういう施設と連携できるようにする、といったような形が実際の運用ですよね。長い文書を書くのもどうかと思うが、非常に到達可能性の少ないものを書くのも違和感がある。看護は看護協会が頑張っている2年くらいでかなり認定看護師を増やしているので、充足に関しては結構いい感じだと思う。医者も緩和医療学会の認定医というくくりで行えばそんなに難しくはないかなと。でも、薬剤師については、その辺の配慮が必要になるのではないかと感じた、とあった。

増田委員より、ベンチマーク部会は総合的にみているため、個別のことは全然分からないので、これくらいだといけそうだという具体的なことを書いてもらえるとありがたいとあった。

中島委員より、痛みのモニタリングが本当に毎日必要なのかと質問があった。

増田委員より、この内容も6年前の話なので、ここで新たに作成してもらいたいと回答があった。

笹良委員より、定期的に痛みのスクリーニングと痛みのモニタリングを行うことも必要だと思う。その医療機関の事情にも合わせてできるようになりながらスクリーニング・モニタリ

ングが入るよという事はあってもいいかと思った。看護師によるよという表現ではなく、専門医療従事者によつてなど、みなさんが取り入れられるよにする。あまりに具体的にやりすぎると拒否反応を示す人も出てきて取り下げられる可能性もあるので、理想と現実の間で、これは必須の言葉として入れたいよのを書くとよいう方向でいきたいよとあつた。

中島委員より、スクリーニングのチェックの頻度と職種の問題とあつたが、沖縄県でやってい頂きたい共通のツールといのがしたい(全国でもそういった展開をしている)。後ほど在宅のお話しも出てくると思いますが、患者さんがどこにいても、あたりまえに緩和ケアが受けられますよ、というキャッチフレーズが昔から言われていますが、病院や PCU あるいは在宅など環境によらず同じものさしで評価できるようにしていく事を大事にしたい。そうすることによつて医療機関同士で共通のツールを使って土壌を育てるとよいうのであれば、すぐく良い目標になるとよいうとあつた。

笹良委員より、施設の中で共通のとするのか、県全体で共通のとするのかについて、例えば IOPS や STAS 等によつるとか、あるいは NRS で等、具体的なものなど。例として精神的なスクリーニングの方法もいくつかありますが、ある程度絞つたよなものでも提示してあげるとよいか、現在行われているものに上乘せ、強化する、あるいは新しい共通のツールとして標準的に使われるよとしていものを入れるよよいうような事もあるかもしれません。精神的な部分については、このメンバーに精神科の先生が入っていないよのが苦しいところ。精神的なケアについて積極的に対応するとあるが、誰が積極的に対応するよかというところで、専門家を配置して対応するなど、専門的な相談ができる部署を作つて対応するよよいうような組織を構成しないと、対応と言われても困るとよいう。もちろん、がん拠点病院には配置するよのが決まつてはいるが、他のがん診療している病院にはそこまで求められてはいない。だが、県としては求めますよというよ、よよいうような事をやるよのがいいよかなとよいうとあつた。

増田委員より、県へ申し入れをしてよく言われることは「それできますか。」や「皆さんの何割の方が賛成していますか。」よいうこと。そのため、皆さんの過半数以上のコンセンサスが得られるよであれば具体的に書いた方がよいとあつた。

笹良委員より、ここを出したことが、最終的にブーメランとなつて私たちのところに戻つてきて、これを 6 年以内に実行しないとよいけないよいう業務になるよので、もともとできない理想を高く掲げて、自分たちのところに帰つてきた際に首を絞めてしまふよ事がないよように、でも、これが追い風となつて、これを元にして人材育成や、活動するよのに役立つよよいう意見で、「これは自分たちで取り入れたい。沖縄県の我々がやれる」とよいう事であれば具体的に書き込んだ方がよいとよいうとあつた。

野里委員より、がん診療病院としては拠点要件に入つていよよいうことについては実行するよよようにしていますが、やはり離島などもありますし、病院だと書かれていよ人材を末端の病院にまで配置していくよよいうのは、あまり現実的ではないよとよいう。琉大病院や友愛医療センターなどと、離島やへき地の病院が連携をすぐ取り合える、よよいうような事を入れてもらえるとよいいよかなとよいう。中心の病院とへき地の病院が同じレベルに、同じ人材そろえることではなく、十分に連携が取れ、すぐ対応できるよよいう体制が取れるよよいう感じで書いてもらえるとよいいよかなとよいうとあつた。

笹良委員より、連携よいう言葉を入ることでも幅を広げて現実対応がよよりしやすい。「ないからできない」ではなく、「連携してやって下さいね」とよいうのが入つていよ事は良いことだ

と思う。これは、全体的なことにも言えるとあった。

増田委員より、この部会が終了後に当日資料を送付するので、それをたたき台として皆さんの意見を記入して欲しいと改めて依頼があった。

5. 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次回となった。

6. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について

増田委員より、資料4に基づき、がんじゅうネットへ掲載されていると報告があった。修正や追加がある際は事務局へご連絡下さいと、依頼があった。

7. 次回令和5年度第2回緩和ケア・医療部会の日程について

令和5年6月頃、15:00～17:00の間で1時間予定

8. その他

特になし

報告事項

1. 令和3年度 第5回緩和ケア在宅医療部会 在宅ワーキング 議事要旨の訂正について

2. 令和4年度 第4回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

3. 日本緩和医療学会 第4回九州支部学術大会について

4. 「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

5. 第5回日本 GRACE 研究会年次大会 IN 沖縄 について

https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=1124

6. 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

7. 在宅緩和コンフォートセット沖縄版 ディスカッションについて

8. 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

9. その他

報告事項1～8は時間がないため各自、資料へ目を通してもらうことになった。

令和5年度第1回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング 議事要旨

日 時：令和5年5月24日(水)16:00~17:00

場 所：ZOOMによるWeb会議

出席者13名：安座間由美子（県立中部病院）、中村清哉（琉大病院）、川満博昭（県立宮古病院）、野里栄治（北部地区医師会病院）、久志一朗（沖縄病院）、新里誠一郎（浦添総合病院）、笹良剛史（豊見城中央病院）、西原実（ハートライフ病院）、林正樹（中頭病院）、友利健彦（沖縄赤十字病院）、新屋洋平（西崎病院）、神山佳之（南部医療センター・こども医療センター）、小波津真紀子（沖縄県健康長寿課）

欠席者3名：足立源樹（那覇市立病院）酒井達也（県立八重山病院）、増田昌人（琉大病院）

陪席者1名：玉城由奈（琉大病院）

※本日、琉大病院の増田委員と那覇市立病院の足立委員が急遽お休みのため、中村委員が司会を担当することとなった。

協議事項

1. WGの委員について

安座間先生が今年度初めてのため足立委員が1~2回司会を行った後、第3回より司会を安座間委員へお願いしたいという依頼に、安座間委員は承諾した。

研修ワーキングのメンバーは10年くらい同じ先生で行っているのですが、そろそろ新しく若い方を入れた方が良いのではと提案があった。

2. 令和5年度 緩和ケア研修会の開催について

中村委員より、現在緩和ケア研修会の開催予定について報告があった。

安座間委員より、内部では下記日程で開催予定と報告があった。

① 沖縄県立中部病院・沖縄県立八重山病院【共催】10月14日（土）

② 沖縄県立中風病院・沖縄県立宮古病院【共催】12月9日（土）

3. 令和5年度 緩和ケア研修会の統一カリキュラムについて

資料3に基づき、報告があった。

4. e-learning修了生（医師）の緩和ケア研修会未受講に関する取り扱いについて

資料4に基づき、e-learning修了生（医師）の報告があった。期日はe-learning修了発行日より2年以内なので、それまでに受講してもらうように各病院の委員へ依頼した。

5. 緩和ケア研修会の修了割合について

(1)琉球大学病院

中村委員より、資料5に基づき報告があった。1年目の研修医や4月から新任の先生が入っているため、現在の数字になっている。研修医の先生が受講してくれると%はあがる。新任の先生方へは個別に受講の依頼をしていきたいと説明があった。

(2)那覇市立病院

足立委員が欠席のため、中島委員より、資料6に基づき報告があった。

(3) 沖縄県立中部病院

安座間委員より、資料7に基づき報告があった。当院では麻酔科は手術のみでペインクリニック等を行っていないため対象科には含めていないと説明があった。

(4) 北部地区医師会病院

野里委員より、資料8に基づき報告があった。日常的にがん診療している科を対象に資料を作成。内科医1名がe-learning終了で未受講。今年入られた研修医の先生1名がこれから受講すると説明があった。

(5) 沖縄県立宮古病院

川満委員より、資料9に基づき、報告があった。現在、常勤55名中30名が受講済み。だいたい54%くらいになる。その他、受講しているが受講修了証が紛失した方が数名いるため不十分なデータになると説明があった。

中島委員より、受講修了証は県へ確認したら分かるのかと質問があった。

小波津委員より、県から修了証の再発行はしてないが、ご本人より申請書の提出をして頂いて、修了していれば修了証明書の発行は行っているの、県の方へご連絡下さいとあった。

(6) 沖縄県立八重山病院

酒井委員不在のため報告なし。

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)開催について

笹良委員より、資料10に基づき報告があった。事業委託先の筑波大学の木澤先生より、厚労省では意思決定支援の政策が国民あるいは、医療介護連携事業のなかで浸透するまで当面続けていくと報告があったとのこと。コロナになる前はリアルの研修会では半日の2日間であったが、オンラインになってからは、朝9時から5時までとほぼ休憩がなく、びっしり1日のオンライン研修会となっている。今年度はオンラインの形で筑波大学が主幹になって行うことになっている。本人の相談に適切に対応できる医療者、福祉従事者を育成するために継続して行っていく。厚労省としては、将来的にはこの研修会に参加した方から指導者研修会に参加してもらい、指導者研修会へ参加した方が一定の人数が各都道府県でそろったら、県の事業に移行していく考えとのこと。しばらくは人材育成のため、基本研修会への参加者を増やすことと、その中から指導者になって頂くための指導者研修会の予定と、以前に指導者研修会へ参加したが最近参加していないため、忘れてしまった方を対象に行う指導者フォローアップ研修会が予定されている。現在まだ募集は出ていませんが、筑波大学にてファシリテーターの確認を行っているところで、2~3週間後には厚労省へ確認をした後に日程が確定し、受講者の募集を1週間くらい行う予定とのこと。基本研修会は在宅と病院とで分けて行うのか、一緒に行うのかはまだ確認できていない。各機関病院で医療介護連携に関わるところで、チームで参加することが基本となっているので、その構成を準備しておいて参加をしてほしい。指導者研修会は、基本研修会へ参加された先生方へ、筑波大学からメールが送られてくることになっていますので、その時にはぜひ参加して指導者になって頂いて、プールされた人材の中から県内で開催する準備をしていただけたら、と依頼があった。

中村委員より、将来的には緩和ケア研修会と同じように、県が主催するような研修会を沖縄県でも行っていく事になるのかと質問があった。

笹良委員より、筑波大学の木澤先生は厚労省からそのように伝えられているが、まだ県にはその意向が届いてはいないのだと思う。現在はまだ、前段階の動きである。ただ、これは国が10年間かけて決めた「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」をしっかりと普及させて下さいとなっている。実は包括ケア加算の条件になっている。実際に今は、それで査定はされてはいませんが、保険診療の中には、包括ケア加算算定するにはこの意思決定支援が病院ぐるみで行っているということが条件になっているので、それを行っていない医療機関は今後大変だと思う。現在は人材育成中のため締め付けはないが、今後普及してくるとその条件が適応となる予定になると思う、とあった。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

7. 「次回令和5年度第2回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキングの日程について
2023年8月頃の予定で、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

拠点病院指定要件の各種講演会のアンケートについて
足立委員が不在のため次回となった。

報告事項

1. 令和4年度 第4回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨

資料11に基づき、令和4年度第4回 緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

2. 令和4年度 第1～4回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

資料12に基づき、令和4年度第1～4回 緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

3. 令和5年度 緩和ケア・在宅医療部会委員名簿一覧

資料1に基づき、令和5年度 緩和ケア・在宅医療部会長は笹良委員となった、と報告があった。

4. 令和4年度 沖縄県緩和ケア研修会の報告書について

(1) ハートライフ病院 【第9回 2023年2月18日(土)】

西原委員より、資料13に基づき報告があった。受講者で開催4日前から風邪症状のある方が1名おりましたが、PCR検査を別日で2回行った結果、陰性のため受講可能とした。受講者に欠席もなく概ね良好な進行で、テストもほぼ満足のできる結果であった。感染対策も行いながら開催しました。コロナになってからはマスクとフェイスフィールドを全員分用意しているが、声が聞こえづらいと、不評ではあります。だが感染対策は必要なことなので毎年そのように行っていると報告があった。

中村委員より、医師の受講割合は研修医が多いのかと質問があった。

西原委員より、関わりのある科の方はほとんど受講済みのため、その年に入ってきたスタッフおよび2年目の研修医であると回答があった。

5. 2023年度国立がん研究センターが実施するがん診療に携わる医療従事者等に対する研修について

増田委員が不在のため次回となった。

6. その他

笹良委員より、前回の緩和ケア在宅医療部会でも委員の選定のお話がありましたが、研修ワーキングのメンバーもずっと同じメンバーで、定年にも近づいてきている方もいると思う、とあった。PEACE の研修会がそのままの形で続くのかどうか分からないが、今のところ続くとして、現在の感じだと、がん拠点病院やがんの診療施設の多くの専門医の先生方は受講が済んでいて、残るは研修医の先生たちとなるため、研修医教育の中に入る形になると思うが、いずれにしてもこの研修会自体は続くと思う。このワーキングもそのまま続くのか、その流れによって変わると思います、少なくとも研修会の指導者が各病院にいるのか。大学は指導者が次世代までいると聞いているが、有志でやってもらっている拠点病院以外の病院では指導者研修まで受講している方がいるのか。そろそろ若い方を加えながら世代交代するのを念頭に置いて、委員の選定を行いたい、とあった。

中村委員より、次世代でやってくれそうな先生をオブザーバーで参加してもらって、どういう風にやっているか、どういう議題があるか見てもらって、それから引き継いでいくという事を考えていかないといけない為、次回その辺りを具体的に話し合いたい、とあった。

以上

第4回沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア在宅医療部会 在宅ワーキング議事要旨

日 時：令和5年5月31日（水）16：30 ～ 17：55

場 所：ZOOM（WEB会議）

出席者：13名 高江洲あやこ（那覇市医師会）、東恩納貴子（那覇市立病院）、朝川恵利（宮古病院）、金城隆展（琉大病院）、崎原友美子（八重山病院）、代理出席：嶺井朝美（北部地区医師会病院）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、笹良剛史（豊見城中央病院）、新屋洋平（西崎病院）、宮城愛子（訪問看護ステーションアレグリア）、崎辰子（那覇市役所）、仲門文子（沖縄県介護支援専門員協会）、増田昌人（琉大病院）

欠席者：2名 喜納美津男（きなクリニック）、長野宏昭（いきがい在宅クリニック）

陪席者：2名 有賀拓郎（琉大病院）、玉城由奈（琉大病院）

協議事項

1. WG委員について

今年度のワーキング長は高江洲委員、副ワーキング長は喜納委員・東恩納委員となった。今年度、新しく加わった委員、朝川恵利（県立宮古病院）、崎原友美子（県立八重山病院）、大城梨沙（北部地区医師会病院）3名の紹介があった。

2. 拠点病院の指定要件の改定について

増田委員より、資料2に基づき、報告があった。今回の改定では、県の拠点は県全体のがん医療に責任を持つ、地域拠点病院・診療病院は所属する二次医療圏のがん医療に責任を持ち、都道府県協議会も自県全体の協議をきちんと行うこととなった。その中でも在宅医療機関のアクセスについて医療機関等で共有して広報することが決まった。地域拠点病院では、緩和のところを充実するのは今まで通りですが、とくに地域の医療機関と連携するということは大きく強調されることになった。

3. 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3（当日資料）に基づき、説明があった。今年度は第8次医療計画が本年度中に策定されることとなり、そのひとつの「がん計画」が協議会全体で県の計画を作成することとなった。県の計画に基づき、いろんな医療が行われていくので、ここに入ることが第一歩となり、そこできちんと評価をしていくことがとても重要である。緩和ケア・在宅医療について、最終的にあるべき姿を考えて、それに対して一番近いアプローチを考えていくことを委員の皆さんのご意見や議論を行いたい為、たたき台を作成した。「在宅医療がうまくいっている」と見るにはどういう指標が良いかという事を今日の目標にして話し合いたい。指標には客観評価と主観評価があるが、客観評価は難しいので、主観評価（主にアンケート）を組み入れていく事になります。現在国は、

遺族調査と患者体験調査、小児の保護者に対する体験調査を行っている。今年度は患者体験調査が行われ、数年に一回行われていく。在宅医療は、その中で主に遺族調査で全体の評価を行うことになるが、医療従事者調査は、沖縄県では独自に来年行う予定となっている。

笹良委員より、現在の内容で全然ダメなものはないと思うが、たくさんあって大変そうな印象がある。また、アンケートの対象者について質問があった。

増田委員より、遺族調査や患者体験調査は国が主導して行っているのだから、患者体験調査だけで言うと、すべての拠点病院で行うため沖縄県では6病院になる。院内がん登録しているところは手上げをしてもらえれば行える。こちらから依頼をして沖縄県で他にやっている十幾つか病院全部にお願いすることになるかと思えます。そうするとカバー率は90%を超えるので、患者体験調査ないし遺族調査も患者体験調査と同じ手法で行うので手上げをしてもらえれば、前例ではないが各病院から150とか300とか抽出して行うので結構なデータにはなると思う、あった。

笹良委員より、これは在宅に限ったものではなく、がん登録されている方にランダムに送るものになり、その中に在宅の項目や療養場所の選択項目も入っているという事になるのですね、と確認があり、増田委員より、そうです、と回答があった。

有賀先生より、この中に機関病院から在宅に移行する評価判定や指標判定には、指導料しかない。外来在宅共同指導料1・2というのがあり、外来で受診している患者が在宅医療に移行したら、外来在宅共同指導料1は機関病院で、外来在宅共同指導料2は在宅医療で取れるもので、拠点病院と在宅側のスタッフでオーバーラップして取るような指導料を大元に入れても良いのかなと思う。行った先でのストラクチャーやプロセス評価などはほとんど洗い出されているが、移る時のプロセス評価がないとあった。

高江洲委員より、介護支援連携指導料と退院時共同指導料は、がん患者に限定してデータを取るということは可能なかと質問があった。

増田委員より、資料3の黒文字の部分は国が想定している指標で、そこでがん患者に限定ということであれば、なにか国の方ではないかと思ひ、入れてある。青文字の部分は沖縄県独自といたしますか、私の方で具体的に入れたもので、その場合はがん患者に限定はしてはしません。もちろん、在宅がん医療総合診療科はがん患者になりますし、麻薬管理指導加算や在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算もかなりがん患者にもかなり特化しているのかなとは思いますが、まったく100%イコールではないと思う。それを相対的に見ていくことによって、増えているのか減っているのかは分かると思う。どうしてもピッタリではない。在宅ターミナルケア加算や看取り加算に至ってはがん患者とは分からないので、沖縄県の在宅で最後まで看取った件数は出てくると思う。これらの算定は自医療施設側の申請になる。それも含めて議論していくのも良い。また、本質的に評価するのが一番いい。その場合は何をもってすれば本質的に在宅がうまくいっているのかを評価できる指標があれば一番よい。それを皆さんからお伺いしたい

と依頼があった。

笹良委員より、救急にがん患者さんが運ばれてきて入院するというのは在宅医療がうまくいってない指標になるのかどうか。がん患者さんが救急で運ばれても救急管理加算は取れない。その理由として、がんの患者さんが悪くなるのは救急ではなく予想された変化に当たるため。在宅医療がうまくいっていると救急車で運ばれてくることが少なくなっていくのかなと思う。退院したのにすぐに救急車で運ばれてきてしまうのは退院の計画が甘いか、在宅にちゃんと繋いでないか。病院の退院調整の為に、まだ退院させてはいけない患者さんを早めに退院させているか、患者さんの調子が悪いけど「帰りたい」と言っているのも、あまり在宅調整をせずに帰っちゃうという場合が多分あると思う。そういったのが、うまくいってない指標になりうるのかと思った。その調査が各病院に緊急入院した患者さんで救急管理加算が取れないがん患者の数というのが出せないわけではなさそうですが、ある程度マクロの地域の在特との連携能力の指標になるのではと思っている。

有賀先生より、それにぴったりの在宅患者緊急入院診療加算というのがあり、連携している病院とそうでない病院とで点数が違って、連携している病院の点数が高い。2500点、2000点、1000点の3段階で、連携している在宅から連携している病院に送ってあげるのはい方いいプロセス評価かもしれない。在宅で本来、急性期医療が必要になった方に関してちゃんと連携している病院に送れたからよかったよねという意味合いになるのか、先ほど笹良先生がおっしゃったように、本来在宅で最後を迎えるべきなのに急性期的なことが起こり、そこで尻拭いする病院が大変なのは分かっているから点数つけてあげようという、どっちがいいとは分からないが、点数としてあるのでそこを取ることでベンチマークはできると思うとあった。

笹良委員より、それにがんの病名がくっついているのかという事になりますね。また、在宅の高齢者の患者さんで意思決定がまだ十分に話し合っていない人の対応してくれるといのはすごく重要なことではあると思いますし、慢性疾患の患者さんを受け入れてくれるというのは地域の連携機能が高いということになるのですが、それが逆の場合は調整がうまくいってないことが相関しそうな気もする。

有賀先生より、ベンチマークの方がすごくおもしろいと思う。連携病院の高い点数が取られている場合は病院間のコミュニケーションがうまく取れており、在宅側での意思決定などは、もしかしたら、うまくいってないのかもねという話になると思う。非連携の低い点数が多く取られている場合は、そもそも連携もしていないし、意思決定や医療行為そのものもきちんと調整されていない指標になるのかもしれないので、結果はどっちにふれるか分からないですが取ってみるのはおもしろそうだなと感じた。

新屋委員より、診療報酬とかの加算については、どれかひとつで評価するのは難しいと思うので、多くを追いながらどれがどういう事を意味しているのかを全体として評価するのかなと思います。特に沖縄県内では加算自体が取れてない加算も多そうなの

で。提案としては今、診療報酬ではないが、がん拠点病院やがんを診ている病院で、おそらくほとんど終末期で数か月から数週間以内で亡くなるであろう人たちが実際、年間を通してどこで亡くなられたかというデータがとることが出来ないかなと思っている。病院に再入院して亡くなられたのか、在宅や高齢者施設に入って亡くなられたのか、緩和ケア病棟に行かれたのか、それを経年で追う事で一般のがん以外の患者の死亡場所と割合が違うかとか、それぞれ増加している減少しているという事が分かるのかなと思っている。特に高齢化に伴ってがん患者さんのソースは増えていくと思うので、単純な数だけ追っていくのではなく母数と比較しないと難しいのかなと思っている。県内のがん患者さんが最後にどこで迎えたのか死亡場所で在宅を選べるようになったかというのが分かるという提案ですとあった。

増田委員より、レセプトの部分はそれで。あとは専門家の数や施設の数で在宅医療がうまく行われていると分かる指標になるか、皆さんに伺いたいとあった。

新屋委員より、自分が知っている範囲だと沖縄県は、病院は全国平均より多いと思っており、在宅療養支援診療所は少なめで実際、訪問診療や往診している先生はものすごく少ないため業所の数だけでは把握は難しいのではないかなと思っている。それよりは実際の訪問診療件数や往診件数、訪問看護であれば、訪問看護提供件数、とくに医療保険でがん患者の加算があったか分からないが、そういう提供した件数のほうがいいかなと思うとあった。

東恩納委員より、以前からこのロジックモデルの話がでていて、実際に繋ぐ立場としての拠点病院から在宅に繋いでいくというところで実際、那覇市立病院がどの程度看取りの時期の患者さんや在宅なのか、それとも緩和ケア病棟なのか、それとも当院で看取っているのかというところが、私自身まだ把握できてないなと思い、一度3月に現状どうなのかと思い退院調整部門と実際調整を行うソーシャルワーカーさんの協力を得て、まず1ヶ月つないだ状況を教えてほしいということで調べたことがある。まだ全部の統計は出してはないが実際にどこに調整をしたのか、どこに行ったのか、患者さんはどこを希望していたのか、ご家族はどこを希望していたのか、それが一致しているのか、それともどちらに行ったのかというところで教えてほしいという事で協力を依頼しました。そうすると、希望していたところに調整できた方と、本人の希望はご自宅だが、ご家族の事情で違う場所になったり、また逆にご家族はそこを希望しているが、ご本人は頑なにそこを希望していなくて調整に時間が掛かったというところが見えてきたりしたので、これが指標になるのかはまだ把握は出来てないが、それがデータ等の形で出せると見えてくるのがあるのかなと思ったとあった。

増田委員より、東恩納委員がおっしゃったことが真の指標に近いのだと思う。もともと最後にどこで迎えたいかを最低でも3回以上は確認し、それが患者さんの希望通りに最後を迎えることができたかという事が100%ないし、それに近い状況を生み出せれば、それが第一段階とし、そのうえで、さらに満足度や質についてとなってくると思う。

残念なことに通常の医療データのなかでは、患者さんがどこで最後を迎えたいのかというデータを取っておらず、カルテにもきちんと記載されていないことも多い。そもそも確認もしていないこともある。本来なら入院時や退院時に確認し、また患者さんの考えも変わるので数回に渡り確認してくのが理想。それも改まって確認するのではなく、会話の流れで確認するのも良いと思う。それがカルテに記載されてデータとして明らかになり、申し送りを行うというシステムができるとよい。それが出来ていないためデータが取れず、レセプトデータやその他のオートマチックに取れるデータで、だいたい指標を取ってきている。それが全部できてデータ化できれば、たとえば琉大病院では、家で最後を迎えたい患者さんは全部で42%いたけど、13%は病院で最後を迎えたということが言えるようになると思う。東恩納委員がおっしゃったデータを取るには、12ヶ月だと厳しいのであれば、1ヶ月などの期間を月限定の行う事で少し傾向はみえてきますよね。それはできそうですか、と問いかけがあった。

恩納委員より、自信を持って出来るとは言えない。今回実施したのは3月で、ワーキング等で情報提供ができればと思い、1ヶ月だけ協力してもらった。後追いは私が行うという事で、途中段階ではあるが、入院患者だけではなく外来の実際に調整に入った患者さんも教えてもらい、実際に集まってきたのが約35名くらいだった。その経過の中でもご自宅を選ばれたり、病棟を選ばれたりで両方の調整を行ったりであったり、いったん在宅に繋いで入院になったり、外来でやり取りをしている中で入院になったりという事があり、もう少し見ていきたいなと思った。那覇市立病院ではどの程度の負担が発生するのかを考えながら協力を依頼し、今回は協力して頂いたので方法を考えるという事と可能なかなと思っている、とあった。

有賀先生より、これが真の指標なのだと思うが、ただありがちなのが真の指標を出すことが目的化してしまい、本当に達成したい目標を見失ってしまう事。本当に達成したい目標は患者さんが最後を迎えたい場所で最後を迎えることそのものなので、それに気付くためのツールでしかないのに、そのツールを使うことに執心してしまって、気持ちに寄り添うプロセスと結果が抜ける事にも成りかねないなと思っている。アウトカムの指標として書くことには、アンケートが目的とならないように慎重になるべきだと思う。本来我々が辿り着かないといけない所は、患者さんが最後そうしたい場所に辿り着かせてあげることのお手伝いをする事を出来るようにしないと行けない、とあった。

東恩納委員より、私とそのデータを取ってみようと思ったきっかけは、アウトカムの中に「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合」とあり、実際に患者さんがどこを望んで、どこに繋いだのかという所を知りたいという事から始まり、そこから見えてきたことを検証していくという作業が必要ではないかと思った、とあった。

増田委員より、指標を考える事ではあるけど本質はなんなのかなと、ディスカッションできると思う。指標が独り歩きしてしまい、有賀先生が言ったように指標取ることが

主目的になって本質を見失ってしまわないようにすることが大事だと思う。なかなかうまい指標は出て来ない。本当は病院に対して一例一例丹念に見ていく事は必要、とあった。

新屋委員より、最後を迎える場所はどこがいいかではなく、最後を迎えるまでどこで過ごしたいかを聞くのが良いのではないか。また、最後を迎える場所を病院と答えた患者さんは全員病院で最後を迎えることは可能なのか話し合うことは必要だと思う。私は難しいと思うので在宅に取り組んでいると認識している、とあった。

増田委員より、病院で最後を迎えることは意外と可能ではある。地域連携医療計画や医療計画に携わっているが、もともと病院で最後を迎えることは出来ないだろうと前提条件があり、それで国が在宅に大きな舵をきったのも事実ですが、今のところ意外と吸収できている。2025年問題で段階の世代がすべて75才以上になり、いわゆる本格的な多死の時代。沖縄県以外の46都道府県でベビーブームがあり、計算上では無理だろうという話だったが、結構吸収しているということがあり予想外の事実として出ていると聞いている。そのため、そのラインから攻めづらいと感じ、また別の問題になるのかなと思う。今2023年であと2年後だが、今の状況を見ていると病院で最後を迎えることは可能だとみていて、話が変わってきているというのは状況ではある、とあった。

宮城委員より、訪問看護ステーションの数は200カ所を超えており、数年前の1.5倍以上、やがて2倍近くに近づいてきている。訪問看護師もそれなりに増えてきてはいますが、数が増えたからがん末期の患者さんを見ているかという点、必ずしもそうではないと思うので指標としてはとても難しいと感じる。がん末期の患者さんは基本的に医療保険で関わることになるので、医療保険で関わったがん末期の患者さんの訪問看護ステーションが関わった数やターミナルケア加算を算定した方の数とかは指標として出せるのか。ただステーションの質の評価というと、それがどの程度、反映されるか分からない。また、訪問看護支援事業というのが沖縄県看護協会の中にあり、そこが毎年ステーションの自己評価というのを取っている。この自己評価の項目で「在宅で看取りを支えるケアの提供」というのが5項目ほどあり、それぞれのステーションが3段階評価でだいたい2.0点など、いろんな数字が出ている。これは訪問看護支援事業に確認すると分かる事ではある、とあった。

増田委員より、自己評価をする事も大事なので、これも指標の一つとして使えるのかなと思う。ちなみに今回の協議会で、昔でいうところのキャンサーボードで必ず月一倫理的問題、社会的問題の症例を入れて議論をすることが、がん拠点病院で決まったと報告があった。

4. 来年度の年間活動計画について

高江洲委員より、当日資料に基づいて報告があった。

5. ケアカフェについて

高江洲委員より、当日資料および資料 4 に基づき説明があった。在宅ワーキングの委員の皆さんにはマスター（ファシリテーター）を担ってもらい、会場や予算、事務的（開催案内等）な事は、がんセンターにお願いしたいとあった。

仲門委員より、私たちは在宅の先生方とお話をするにはあるが、がん拠点病院の先生方と直接お会いすることほとんどないため、そういうお話が出来る場があればとても有意義に過ごせるのではないかと、とても楽しみにしているとあった。

荷川取委員より、時間の調整をして出来るだけケアカフェに参加して貢献したいなと思っているとあった。

笹良委員より、下記 2 点の質問があった。

- ① がん拠点病院は地域連携に関わるような話し合いを持つことが義務の中にあり地域連携カンファレンスを行っているが、ケアカフェも地域連携の一環として行うのか、それとも別として行うのか。がん拠点病院としては地域連携の一環としての方が進めやすいのかなと感じたが、その辺の想定はどうなっているのか。
- ② がん拠点病院を中心に行った後、他のがん診療を行っている大きな病院等でも将来的には行えるといいなと思う。がん拠点病院で行うに関して現時点ではどのような形で行うなどの話し合いは病院の担当者とされているのですか。

高江洲委員より、下記の通り回答があった。

- ① がん拠点病院の地域連携カンファレンスの実績として上げられるのか、また予算や役割分担等に関してもご相談をさせて頂けたらと思っている。感染上問題がなければ飲み物のバリエーションは多い方が楽しいと思う。
- ② 7 月の開催は南部地区で予定しており、那覇市立病院での開催が行えるか検討している。

東恩納委員より、当院の宮里へ相談をし、場所を提供するだけで良いのか、共催という形で行うのかと確認があったが、共催という形でないと場所の提供も難しくなるのかなというコメントがあった、とのこと。開催するにあたり内容的には特に問題はないが、7 月というのは院内の研修なども入っており那覇市立病院としては難しいことと、個人的な事情になりますが、7・8 月は厳しい。また、当院の方針として飲食はまだ禁止のため飲み物を持ち込んでというのは許可が得られず、再度検討してほしいと病院側からあった。また参加者の人数に関して、当院では最大で 50 名までの対応しかできないため 50～80 名を想定というところが物理的に難しいとあった。実際に開催を行う際は病院側へ正式に依頼文書の提出の依頼があった。

東恩納委員より、開催先の病院の事情も考慮して、もう一度練り直しをしていきたいとあった。

6. 在宅緩和コンフォートセット沖縄版について

笹良委員より、資料 5 に基づき報告があった。在宅医療に関わっている先生方がスタンダードな治療が行える目安として、沖縄版のコンフォートセット作成について話

し合っているところ。教育的な活動と一緒にいき、応援の医師やバイトの医師、これから在宅に入っていこうという先生方が使えるようなものを作成したい。今後、医師だけでは訪問看護師や薬剤師等を含めて話し合いを行う予定であった。

7. 次回の在宅ワーキングの開催日程について(ZOOMによるWEB会議)
次回予定の第2回開催日 2023年8月30日(水)が旧盆(ウークイ)のため、2023年8月23日(水) 16:30～開催で決定した。
8. その他
特になし。

報告事項

1. 令和4年度 第4回緩和ケア・在宅医療部会 在宅ワーキング議事要旨
 2. 令和4年度 第4回、第4回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨
令和4年度 緩和ケア在宅医療部会/在宅WG/研修WG/ 委員名簿一覧
2023年度 緩和ケア研修会開催一覧について
 3. 令和5年度 患者の意向を新調した意思決定のための研修会(E-FIELD)のついて
<https://square.umin.ac.jp/endoflife/2023/general.html>
 4. 日本緩和医療学会 第5回九州支部学術大会について
https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=1124
- ※報告事項1～4は時間がないため割愛。各自で確認することとなった。
5. その他
特になし。

以上