

平成25年度 第3回 堺市がん対策推進委員会 会議録

開催日時：平成25年11月13日（水）午後2時から午後4時10分

場 所：堺市役所 本館6階会議室

出席委員：高杉会長、吉原副会長、井口委員、池田委員、大石委員、岡村委員、小田委員、金丸委員、北野委員、絹川委員、阪田委員、富尾委員、西川委員、藤原委員、松村委員、森委員、梁委員

出席関係者：アール訪問看護ステーション 住中氏

医療法人錦秀会阪和泉北病院在宅介護支援センター ^{かみの}上野氏

傍聴者数：なし

- 案 件：1 諮問事項1「がん予防・早期発見・情報提供の推進について」の答申案について
2 諮問事項2「がん医療の充実と緩和ケアの推進について」及び諮問事項3「がん患者等への支援の推進について」の審議について
3 その他

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

定刻となりましたので、只今から、平成25年度第3回堺市がん対策推進委員会を開会いたします。

本日ご欠席の委員は、小沼委員、山崎委員の2名の委員さんでございます。久保委員についてはまだご連絡をいただいている状況でございます。

したがって、本日の現時点での、出席委員数は17名となりまして、委員定数の20名の過半数の委員が出席されておりますので、堺市がん対策推進委員会規則第3条第2項の規定により、本委員会は成立していることを、ご報告させていただきます。

また、会議は同規則第5条第1項の規定に基づき公開となっております。また、同規則第6条に基づいて、本日の会議内容につきましては、発言者のお名前も記載した会議録を作成し、市政情報コーナーへの配架及び堺市ホームページへの掲載をいたしますのであらかじめご了承願います。

また、本日は、案件でございます「諮問事項2」にてご審議いただく内容について、堺市がん対策推進委員会規則第4条の規定に基づき関係者の出席をお願いしております。関係者の方につきましては後ほど案件に入る前にご紹介させていただきますのでよろしくお願いいたします。

それでは、会議に入ります前に、お手元にお配りしております本日の委員会の資料をご確認させていただきます。本日の資料としましては、本委員会の【次第】と【「がん予防・早期発見・情報提供の推進について」の答申案趣旨】と【第3回堺市がん対策推進委員会資料】と【在宅緩和ケアの現状の資料】と【訪問看護ステーション、特別養護老人施設、老人保健施設の一覧】それから12月21日開催予定の「もっと知ろうがんのこと」のチラシ、最後にピンクリボン大阪さんのほうから提供いただきました大阪府地域のがん検診情報の小冊子となっております。資料の不足などございましたらお申し付けください。

それでは今後の進行については高杉委員長の方をお願いしたいと思います。

議長（高杉会長）

では、本日は大きく2点ございます。1点目は諮問事項のがん予防・早期発見・情報提供についての答申案とありますが、こういう趣旨で答申を作りたいとの案が事務局から出ております。これについて

説明を求めてご意見をいただければと思います。2点目と続けてまいりたいと思います。それでは1点目について事務局から説明をお願いいたします。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

それでは、事務局より第2回の堺市がん対策推進委員会においていただいたご意見の内容と答申案の趣旨をご説明いたします。説明は健診係稲葉係長よりいたします。

—— 答申案趣旨説明 ——

議長（高杉会長）

はい、実に簡単にまとめていただきました。これから具体的な部分が実際の答申案に出ることとなりますが、大きくはこの2点について記述していくこととなりますが、ご意見はございますか。

西川委員

堺市医師会の西川でございます。答申案の趣旨の括弧の中の上の文章ですが、先進的な知見の集約に努めつつ、そのために検診をどのように変化させていくかという具体的な文章が書かれていない。できればそのような文章を中に入れていただくこと。それから、検診の周知徹底については2つのことに分かれます。検診の中身を変えていくことと、検診をどのように市民に周知徹底をして検診率を上げていくかということ。この2つのことが1つの文章に入っているのでもわかりにくいので考えてほしい。

それから下部分で具体的な数値目標を示しと書いてあるが、何に対しての数値目標か。たとえば検診率を上げるのかということ、それともたとえば今現在活動をされているいろいろなNPO法人の方々に対してどのような予算措置をとるとか、堺市の役人さんにも活動に加わっていただくなど、具体的な数値目標であれば一体何かわからない。ですからそのところをもう少し具体的に書き込んでいただく方が、非常に市議会の先生や市民の方にもよくわかるのではと思いますが、いかがでしょうか。

議長（高杉会長）

何か意見ありますか。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

事務局からお答えいたします。今回お示ししたのは、あくまでも趣旨であると思っておりますので、今後、具体的な今ご意見をいただいたようなところを記載しつつ文章として記載させていただくこととなると思いますので、また文書表現にする際には、各委員さんのご意見を頂戴いたしたいと思っておりますので、その時にまたこちらの方で具体の数値目標が書けるといふところがありましたら、含めてご提示をさせていただきたいと考えております。よろしくお願いたします。ありがとうございました。

議長（高杉会長）

今のご意見を含めて、具体的な部分が出てこないことには、ちょっと議論がしにくいだろうと思いますが、今、西川委員がおっしゃられたように具体的な部分の中で、検診率を上げるとともにたとえば精検率をどうするのかというような具体的な部分も出てくると思いますので、これはそれを見ながら、全体を見て、そして一番最初のタイトルのところに趣旨がどういう風にかかれるのかという議論をさせていただきたいと思っております。

他に何かご意見ありますか。ではこういう形で、一応まとめていただいて案として次回に出していた

だくということで進めさせていただきたいと思います。

それでは、次に進みます。今日の中心は第2点目の諮問事項2のがん医療の充実と緩和ケアの推進についてということでございます。また、3番目のがん患者への支援への推進という部分が出ております。今日は、特別ゲストというべきか、実際のがん患者に携わりながら、在宅でのケアを進めておられるお二方を参考者、参考意見を述べてもらうという格好で、後ほどプレゼンをしていただくようお願いをしておりますので、その分も含めて後で議論をいただくという事にしたいと思います。

それでは、まず最初に市のほうから出された第3回の推進委員会の資料について説明をしてください。

——「第3回堺市がん対策推進委員会資料」説明——

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

事務局からお詫びを申し上げます。5ページ6ページについては、印刷の加減で白く字を抜いているところが、つぶれてしまったり資料が読み取れない状況がありますので、これについてはすぐ差し替えをいたします。申し訳ございませんでした。

議長（高杉会長）

ありがとうございます。今、事務局から資料の説明があったわけですが、府がやろうとしている、これから取り組まねばならない、要するにがん緩和ケアに関していうならば、25年度、今年度からやっとな腰を上げて5年間でなんとか形を作ろうかと、こういう動きにあるような感じが全体としてはいたします。これは、府及び国からの一つの流れとして見ているわけですが、実際には堺市にそういった必要とする患者さんがいっぱい現実にいらっしゃるわけですから、我々として委員会として現実にこれを少しずつでも一歩でも前に進めるような、取り組みができる部分から現実にはやっていくという、全体に網をかけてこれをガーッと行ってしまえというような計画はなかなかできないと思うが、順次府の方の考えも含めて入れ込みながら考えていくという風に、我々としては地道に一つ一つクリアしていく必要があると思いますが、この資料を通じて少しご意見があれば、ご意見というより資料についてまず質問をいただいて、それから実際に先ほど私が初めに言いましたように、二人のプレゼンテーションを……。

事務局

まだ7ページの説明が残っております。

——「第3回堺市がん対策推進委員会資料」説明——続けて7ページの説明

議長（高杉会長）

では、資料についてのご質問がありましたら、お受けしたいと思います。

西川委員

このあと関係者名簿というところで、大阪府訪問看護ステーション協議会堺ブロック長、社団法人大阪介護支援専門協会堺ブロック長のお二人から緩和ケアの話があると思うのですが、その際に、堺市でもうすでに行っております在宅緩和ケアの地域連携クリニカルパス、もうすで動いております。このパスの話も、おそらくそれがメインでない、さらっと触れられると思うのですが、それについて医師会主導で作らせていただきましたので、この件について補足をさせていただきます。3ページですね。3ページで緩和ケア疼痛管理の推進というところで④のがん疼痛緩和地域連携クリニカルパスというこ

とで、クリティカルという言い方は、英語に堪能な方であればご存じと思いますが、致命的なという意味がありますので、国はクリニカルパスという言い方でもよろしいということですので、堺市医師会ではクリニカルパスと言っています。すこし前にも触れたと思うのですが、日本クリニカルパス学会というのがありますけど、それもクリニカルです。クリティカルパスというアメリカの言い方は商標登録をされているということもありまして、クリニカルパスというふうにしております。これがまず1点目。それから成人病センターでお作りになられたこの緩和ケアのパスについては、オピオイドによる疼痛緩和のパスでございまして、在宅での看取りのパスではない。堺市医師会では独自に在宅の看取りの際に関するパスをすでに作っておりまして、前年度は30例動いております。本年度もこの10月の中頃までに10例動いております。たったそれだけかと思われるかもしれませんが、がんの末期の患者さんすべてにパスが適用されるわけではないんです。というのはいろんな状況の方がおられますので、中にはパスに乗りながらこのパスから逸脱するという方もございます。すでにこの中に書かれておりましたけれども、退院時のカンファレンスというのがございましたね。それは堺の緩和ケアのパスは退院時カンファレンスをできるだけやるというか、ほぼ義務付けております。ですので、患者さんが病院から在宅に移られる場合には、在宅で診るかかりつけ医と同時に訪問看護ステーションのナース、それからケアマネの方、その他関係の方々もすべて加わってミーティングをする、カンファレンスをするということです。ですので、がんの患者さんが一番困っているのは病院から在宅に移られる時に、もうあなたは治らないよという感じで病院から見捨てられた、医療から見捨てられたという、いわゆる見捨てられ感、ということが無いように我々は進めておるわけでございますが、その一環として緩和ケアのパスを行うことで、看取りを前提とした在宅の緩和ケアのパスを行うことで、その一人の患者さんに二人の主治医がつくこととなります。かかりつけ医と病院のそれまでの主治医、この二人の主治医が一人の患者さんを診る。そして、訪問看護ステーションやケアマネの方々も含めて患者さん及びご家族の在宅でのいろいろなご質問ご相談に対して我々がチームを組んで対応するということです。ですので、今堺市内には成人病センターが作られた、オピオイド鎮痛対策のためのパスと、堺市医師会が独自に作りました在宅での看取りを前提としたパスと、この二つのパスが同時に動いていると思っていただければ結構です。ということでおわかりいただけたと思います。少し時間をいただきありがとうございます。

議長（高杉会長）

はい、ありがとうございます。今の西川先生の話で、だいぶほっとした部分があるような気がいたします。ちなみに先生、開業医の先生でこれに参加されている先生はどのぐらい堺市ではいらっしゃるのでしょうか。

西川委員

私も含めて、医師会の中ではだいたい120～130ぐらいあります。ただその中でも僕もそうなんですけど、手を挙げてるんですけども実際にターミナルの方を3人診るようになりますといっぱいいっぱいです。そういう時はこの委員会も出て来れません。ですからそういう時はお断りするということもあって、実は、吉原副委員長、労災病院さんが中心になって今、緩和ケアを受け入れるドクターのマップを作ろうとしているところです。詳しくは吉原先生にお話しいただいたほうがいいかと思います。

吉原委員

私ども国指定の拠点病院として、9月26日に堺医療圏のネットワーク協議会を開催いたしました。その会議で決まりました点は、今府が言っておりますもっとも重要なテーマは、緩和ケアマップの作成なんです。これができなければ、実際に先程来から話に出ている、どこに患者さんをどうご紹介して、

誰がケアしていくかが決まらないということになります。一部の話ではたとえば、いわゆる鎮痛に関係する薬剤がどこの薬局でもらえるのかということもわからないというような、ひどい状態の場合もあります。この緩和ケアマップの作成というのは非常に重要なのですが、驚くべきことに大阪府下で緩和ケアマップを作ったのは一か所のみであります。現時点では吹田でこの緩和ケアマップができておりますが、これはなにもこの吹田の二次医療圏での拠点病院が作ったわけでもなければ医師会が作ったわけでもなくて、患者さんの団体が自ら、一部のお医者さんも呼んで、関係のケアマネジャーや看護師さん、薬剤師さんも呼んで、自分で作っているという状況であります。それで私ども堺医療圏では、全部で4つの拠点病院が協力して、もうすでに各病院いつも連携している施設があるので、開業医の先生方のリストがありますので、それを持ち寄って、それから西川先生を中心として堺市医師会ではこの方策にご賛同いただける開業医の先生方のお名前のリストをすでにいただいております。

今度さらに実務者会議を12月に開催する予定で、できれば医療施設、薬局、介護関係、看護関係の情報を全て集めて、大阪府で初めて二次医療圏での拠点病院が中心となって作ったマップを完成にもっていこうと考えております。以上でございます。

議長（高杉会長）

ありがとうございます。それでは、ほかに何か。

小田委員

薬剤師会の小田でございます。先ほど西川先生、吉原先生の話を受けまして、薬局の話が出ましたので、西川先生のほうからもご提案いただきまして、薬局のマップですが在宅応需薬局それから麻薬処方箋の応需薬局、マップが出来上がっております。それともう一つは抗がん剤の話がありましたが、抗がん剤の処方箋がきて拒否するというのは、保険薬局としては、処方箋を拒否するという形になりますので、確かな薬局を紹介するというのならわかりますけども、それはもう処方箋を拒否する形になりますので、すべての薬局は抗がん剤の処方箋がきたら受け入れる。ただし、それがなければ確かにある薬局をご紹介するという形が本来の姿であると思っています。

それからもう一つは在宅に関しまして無菌製剤室が、薬局間で共同利用できるようになりましたので、実をいうと堺市薬剤師会の薬事総合センターのほうの2階に無菌製剤室がありますので、それを本格稼働すべき検討に入っておりますので、無菌製剤室につきましてもご迷惑の無いようにいたしたいと思っております。それから注射薬ですけれども、かなりの注射薬が院外処方箋で発行できるようになっておりますので、できるだけ早く検討に入りたいと思っております。よろしく願いいたします。

議長（高杉会長）

薬剤師会でも、だいたいネットワークが出来つつあるというお話が出てきておりますが、ほかに何か。

井口委員

医療関係の支援ということについては、高杉先生がおっしゃったように、また西川先生、薬剤師会のほうでご紹介あったようになりかなり実態が進んでいるということでもありますので、できるだけそういった連携を含めて一步一步やっていただければありがたいかなというふうに思います。

私はすこし福祉の分野でお話したいのですが、支援の現状で、がんに関する相談窓口ということで書いておりますけれども、これはこれで窓口は必要だというのはよくわかるのですが、我々福祉に携わっている者は、がんに関する相談窓口があるからと言って、必ずがん患者さんがそこへ行くということではないわけで、いろんな、ご承知のように役所には窓口があります。ですからこういう特化した窓口も

必要でしょうけれども、もっともっといろんな窓口にこういうがん患者さんの状況というようなものを周知して、前回私の方でご紹介しました、これは社協の問題でもありますけれども、福祉資金の貸し付けとか、そういったものを、窓口を特化するんじゃなくてどこの窓口に行ってもそういう話ができるような支援をお願いしたいというふうに思います。

それから真ん中に就労困難者のための就労相談と書いておりましたが、実は生活保護のセクションで、主にひきこもりとか精神障害を持った患者さんに就労の中間就労から就労の斡旋をパソナと一緒にやっていただいているというのは私も理解していますし、これは堺の特色だと思うのですが、がん患者さんの対策でこれを挙げるのはどうなのでしょう。

私こういうところががん患者さんが、就労促進につながっているという話はあまり聞いたことがないんですけれども。これはやはり、なるのかなあという気がいたします。それともう一つこれはお願いしたいことなんですけれども、対象は市民、市民ということに書いておられますけれども、一番リスクの高い方というのは、初回高杉先生のほうからもご紹介あったように65歳以上を過ぎるとがん患者が急増するという、そういったところで、世帯主として頑張っておられる方、いわゆるお商売されているような方ですね、そういった方がやはりもちろん予防の面も含めて、それから罹患された場合の医療費の問題も含めて、一番お困りなのはそのあたりではないかと思っています。

我々、私も公務員で今社協にいますし、ここにおられる皆様方は、それぞれ制度の中で予防できるような、例えば健康診断を受けられるようなそういう制度もありますし、そういったものを活用されるというのがありますし、長く勤めていればいろんな厚生年金だとかそういう老後の収入もあるわけですから、広く市民を対象にするというのは前提にあるかと思えますけれども、もっとハイリスク者といえますか、一番困る方、そういう方にターゲットを絞って何か対策を考えていくというのにも必要ではないのかなとそういう気がいたしましたので、意見として申し上げたいと思います。以上です。

議長（高杉会長）

ちょっと議論は、後回しにさせてもらって、かなりいい意見を出していただいたのですが、先に現場のご意見として、二人ゲストをお願いしているので、その人にまずプレゼンテーションしてもらってその人に対しての、理解しにくいところがあればご質問をしながら理解を深めて、そして我々として全体の議論をしたいというふうに思いますので、申し訳ないですが、ちょっと議論の途中なんですけど、具体的に今日ゲストを二名お越しいただいておりますので、紹介をかねてよろしくお願いします。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

それでは、ご出席いただいておりますお二方のご紹介をさせていただきます。

まず、アール訪問看護ステーションの住中このみ様でございます。

関係者（アール訪問看護ステーション 住中氏）

堺市訪問看護協議会堺ブロック長の住中と申します。訪問看護ステーションの会社をいたしております。本日は訪問看護ステーションの現状というお題をいただいております。限られた時間で駆け足になりますが、訪問看護ステーションが現状させていただいている内容についてご報告させていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

それでは続きまして、医療法人錦秀会 阪和泉北病院居宅介護支援センターの上野秀香様でございます。

関係者（医療法人錦秀会 阪和泉北病院居宅介護支援センター 上野氏）

いつもお世話になっております。大阪介護支援専門員協会堺ブロック長をしております上野秀香と申します。堺の方でケアマネジャーの協会が400名ぐらいケアマネジャーが登録しておりますのですが、その団体のブロック長をさせていただいております。ケアマネジャーとして私も実際現場で管理者として30ケースぐらいを担当しております。その中で緩和ケアに関わらせてもらってどうなのかということ、現場の話を皆様させていただいて、議論というかお話を伺っていただければ幸いです。ありがとうございますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

お二方には緩和ケアの現状等につきまして、それぞれの立場からご説明をいただければと思います。

議長（高杉会長）

それでは最初に住中さんからお願いできますか。

関係者（アール訪問看護ステーション 住中氏）

よろしくお願いいたします。着席のままで失礼いたします。

訪問看護ステーションの現状ということで、訪問看護ステーションですが堺市内で80ステーションあまりございます。従事者数ですが、全国平均で常勤換算5.2名という大変小規模な事業形態になっております。訪問看護サービスの利用者は、一ステーションあたりおよそ平均で49.2名ということで、利用者さんの一人当たりの訪問は月平均5.4回となっております。医療保険の中ということで、いわゆる末期がんにあたりますが、末期がん、悪性新生物の方というのは神経系の疾患、精神疾患の次に3番目に多い訪問の内容となっております。

当ステーションを通して実際の報告したいと思います。当ステーションの看護師数がだいたい11.6名ですので、全国平均のだいたい倍ぐらいだなどご想像ください。利用者数は145名なんです。うちがんの患者さんは10名なんです。6月現在で、末期がんの方はそのうち3名になってます。この受入数というのは今後増えていくことはないと思います。現状看護師が増えない限りは、このぐらいのペースになると思います。

今、門戸を閉ざしているわけでも、当ステーションは主にごん患者さんをどんどんということではない、一般的なステーションであると思うんですけども、なぜこれ以上増えないかということやはり、終末期になりますと訪問看護が頻回になります。となると日祝の訪問となってきて、訪問看護ステーションの人員というのは慢性的に人員不足となっております。さらに日祝に出勤してくださる看護師の確保となるとさらに困難となってきます。ということでどんどん末期がんの患者さんを受け入れていくと、ステーションのスタッフのほうに疲弊していきますので、このぐらいが最大数かなというふうに思っております。

やはり一ステーションが支えられる利用者さんの数というのは、限られております。そこで、今後広く、多数のステーションが末期がんの患者さんを在宅で受け入れられるような、支えられるようなシステムが必要なかなというふうに思っております。

あとは、やっぱり認定看護師の数も訪問看護ステーションにいる認定看護師がかなり少なくなっております。その辺で配置ですね、病院の緩和ケア病棟などに専門の看護師が行ってしまいますので、そのようなスタッフが評価される仕組みというものも必要なかなと思っております。

ケアの内容としては、点滴やIVH、麻薬を用いた疼痛管理が広く終末期ケアというものが主なものになってまいります。訪問看護としての在宅ケアの実際なんですけども、がんの患者さんというのは、

非がんの患者さんに比較しまして、訪問看護の開始から死亡までの期間が、およそ普通の方の期間の3分の1になります。最後の退院から死亡までの期間も短い傾向で、だいたい訪問看護開始から3か月が平均になっておりますので、かなり圧縮されて濃密な訪問看護のほうになる形ですね。がん患者さんというのは、非がん患者さんと比較しまして死亡前14日間の訪問回数が非常に多くなっております。訪問時間も長い傾向に見られます。がん患者さんの身体症状の出現からの生存期間ですけれども痛み以外の様々な症状、たとえば全身倦怠感、食欲不振、便秘、不眠、呼吸困難、悪心、嘔吐、混乱、亡くなる前の喘鳴であったり、腹水、不穏、腸閉塞などが出現するのは、だいたい亡くなる数週間前という形になっております。それまでは結構ご自分で動いて歩いてという方が多いんですね。その間はあまり訪問回数の必要はないのですが、やはり寝たきりになって動けなくなつてからの日常生活ケアを含めたものというのは、かなり多くなってまいります。最後の場の選択になりますと、在宅で患者さんを受け入れるにあたっては、最後の場をどこにするかというのはとても大事なものとなってまいります。こちらの方は私どもでは、介護状況であったり、家族関係であったり、家族の希望、家族の性格ですね、とご本人の希望を勘案しまして、本人と家族の双方が在宅での看取りを希望されている場合はもちろん在宅でという形で対応していきます。ご本人は在宅で希望されているのですが、家族はちょっと怖いなというようなことを思っただけの場合は、可能な限り家でやってみませんかというような声かけをしまして、後方ベッドの有無によっては、ない場合は家族様にホスピスの申し込みのほうを勧めております。家族様が積極的でご本人はちょっと怖い、という場合も同じく、可能な限り家でちょっと頑張ってみて、しんどくなったらまた病院に行きましょうかというようなお声かけをさせていただきながら、後方ベッドの有無によってはホスピスの申し込みを勧めているような感じですが。後方ベッドの確保というのは非常に大きな問題でして、本人と家族の安心材料になりますし、結果的に後方ベッドがあるほうが長い期間在宅療養の継続ができたりとか、結果的には、在宅でのお看取りにつながることも多くなっております。やはりどこか行く場所がある、もし家にいられなくなつてもどこかにいられるということになると、安心して長期間お家で過ごせるのかなと思っております。あと、お看取りの場の選択というのはいつでも変えることができますよということをお伝えして、そのためにも選択肢は狭めないように準備しています。

訪問看護のほうで末期がん患者の利用者様に行っていることですが、在宅お看取りを行っている在宅医さんとの連携、家族支援、利用者様への身体的精神的な支援、病状治療の説明の補足ですね。家族様やご本人様は、先生がすごく具体的に説明してくださっていても、混乱していて理解できないままお返事だけ「はいはい」とされている事が多いですので、そちらの補足などをさせていただいています。基幹病院と在宅医療をつなぐ役割のほうもさせていただいております。一般的な退院からの流れですが退院前カンファレンス、面談がございます。先ほど西川先生がおっしゃっていらつしたように退院前カンファレンスに訪問看護師も病院の方にお伺いします。面談をさせていただいて退院を決定されるという形になります。状況により退院日にも訪問させていただいております。そのあとは定期的に訪問看護を行いながら訪問診療医や基幹病院の主治医の状況報告や、各受診によって指示変更や内服変更が出た場合には双方への情報提供などを行わせていただいたり、必要時にはケアマネジャーさんに報告させていただいたりして、ケアカンファレンスの招集などを行っていただいたり、状況によっては臨時緊急訪問をしながら訪問回数を見直しをしていくというような形になっております。在宅ターミナルケアにおいて私たちは何よりも優先させるのは、在宅医療は本人家族一人ひとりの多様性を容認した医療ですので、ご本人と家族がどれだけ納得と満足をしていただけるかを目標としております。中でも残された家族が少しでも後悔や心残りが少なくなるように言葉かけやねぎらうことを心がけております。できることはしたという満足が少しでも得られて、本人が家で過ごせてよかったなと思えたら在宅ターミナルケアとしては小さな成功なのかなと思っております。

臨死期における在宅ターミナルケアで考えられる問題点や注意点ですけれども、薬剤師会の先生もいらっしゃるんですが、だんだん薬剤の経口投与が難しくなってきますので、そのあたり先生や薬剤師の先生にご相談しながら携帯や必要最小限の内服にという形にしていっていただくという風にシフトされていくのをその都度ご報告させていただいています。大きな問題として輸液ですね。何もできない、治療法がないとなるとやはり、家族は何かしてあげたいと思いますので「先生点滴をしてください。」とおっしゃると思うんです。ただ点滴はよし悪しもございますし、身体状況によっても過多になってきたりします。過多の輸液が招く死後のご遺体の状況への弊害とかもございますので、いろんなことを相談しながら先生と細かな相談をしながら輸液に対してもご家族様ご利用者様双方が納得されていくような方法をとっていくのが必要なのかなという風に思っております。

最終的に在宅でお看取りされる場合、家族への教育というのが必要になってまいります。家族様はわからないから不安になることが多いんですね。知らないことに対する不安は二倍にも三倍にも増幅されるんですけれども、知っている範囲の中で症状が動けば結構冷静に対処をされます。当ステーションでは、「最終的には下顎呼吸になったら緊急携帯に連絡くださいね」というように具体的にご報告して、こんな風になりますよ、この後こんな風になりますよという風にご説明することでかなり落ち着いて行動をとられているような気がします。

死を迎えた後ですが、やはり家族との時間をしばらく持っていただいた上で、ご家族様の状況によってはご遺体を一緒に清拭したり、お孫さんなどとはお化粧させていただいたりしております。ご遺体に向けてもご家族に対するねぎらいといたわりの言葉をかけさせていただくようにしております。グリーフケアに関しましては、なかなか専門的な知識というのは、研修などは参加させていただくんですけども、広くいろんな疾患の患者様に対応させていただいているので、突き詰めてそこだけをしっかり勉強できているかというとなかなか難しいところなんですけれども、できる限り、お知らせいただいた場合はお通夜に参列させていただいたりとか、しばらくして落ち着いた後に、ご自宅に伺ってご家族の思い出話などをお伺いしたりとか、できるだけご家族の額により添うような気持ちを持って接するようにしております。

今、ご報告させていただいたのが、一連の訪問看護の実際なんですけれども、もう一つ問題というか、訪問看護を行う上で、ちょっとここは大変だなと思うことがあるのでこの場で、ご報告させていただきます。それは利用者様の費用についてなんですが、介護保険でいけるのは普通のがんだけなんです。で末期とつきましたら医療保険に転嫁されるんです。医療保険ここが難しいところで、一割から三割の方がいらっしゃいますよね。70歳以上の方は、ある程度高額療養費の方も上位でも4万4400円という形で、一般で1万2千円までで訪問をさせていただきます。低所得の方は、8千円で月に何回でも決められた範囲内ですがさせていただきます。ただ70歳未満の方でしたら週1回訪問しただけで3割負担で1万4625円、これは特別管理加算や緊急加算を加えたものなんですけれども、必要になってまいります。低所得の高額療養費が使える方は、低所得の方でも3万5400円が上限なんです。3万5400円ということは週3回訪問して3割負担で3万3560円ぐらいですので、それでもまだ高額療養費を使えないんです。ここがすごく問題なところで、だんだん末期になってきて、訪問看護の回数も必要になってくるのに使えば使うほどお金がどんどんかかっていくというところが実際現場に伺っている私たちも非常にジレンマであるんですよ。もうちょっと行ってあげてプラスアルファ何かしてあげたい、言葉かけをしてあげたいと思ってもなかなかそこまで割く時間が無くなってくるんです。ですので、ここの部分を何か助成していただくようなシステムがあればと、日々訪問看護をしながら感じております。ぜひぜひご検討いただければと思っておりますので、この場をお借りしてお願い申し上げます。以上でご報告のほうを終了いたします。

議長（高杉会長）

はい。ありがとうございます。ご質問はもうひと方、上野さんをお願いしてから、皆さんのご理解を深めるようにしたいと思いますので、引き続き上野さんよろしくお願ひいたします。

関係者（医療法人錦秀会 阪和泉北病院居宅介護支援センター 上野氏）

では、私の方からは在宅緩和ケアの現状ということで、在宅の現場のケアマネジャーの立場からというところでお話をさせていただけたらと思っております。本日私がいただいたお題は三つ。一つ目は在宅緩和ケアにおける緩和ケアの現状ということ、二つ目は在宅ケアの推進に考えること、三つ目はがん患者等の支援の推進というところで進めさせていただきます。

まず一件目ですが在宅緩和ケアの推進という部分です。わたくしケアマネジャーですので、主に介護保険制度を使いながら進めさせていただいております。在宅ケアにおける緩和ケアの現状、がん末期患者様の対応について3つほど考えるところがあります。まず1点目です。要介護度認定という認定を受けなければなりません。がん末期病名がつけば2号被保険者65歳未満の方も、介護保険の認定を受けていただくことができます。この期間ですがやはり約1か月程度を今も有しているような状況です。

厚労省より数年前、介護保険の認定は1か月を超えないようにすべきであると通知文を頂いておりますが、がん末期の方は1か月を待つことなく亡くなる方も多い現状がございます。理由としては申請の時期の問題。入院直後に申請していただければ何かしら出るかと思うんですが、退院直前に申請するなどの現状があってやはり遅れがくると考えます。また訪問調査を受ける場所でも、病院か在宅かで時期がずれてくるというような現状もあり、認定調査も、堺の調査員の方は特に頑張らせていただいておりますが、マンパワーの部分もあり、遠方の病院の場合だと、すぐには調査に行けないような状況です。

また主治医意見書についても、病院の勤務医の先生方もお忙しく、書いていただく期間が少し遅いような場合があります。調査は終えてるけれども意見書がまだであるという状況となり、認定が遅れてしまうことも多いと考えます。ゆえに、死亡後に結果が届くことも多く、我々ケアマネジャーは、二つ目にあわせております、暫定プランで動き出さなければならないという現状もなきにしもあらずというところで、計画を立てさせていただいているという形となっております。

ここで問題になってくるのは、稀になんですが、お亡くなりになって訪問調査を終えてないという場合がございます。そうなりますと未認定となってしまいますので、介護保険の制度がまったく受けられません。全額自己負担という形で全額10割が患者様、ご家族様の負担となってしまいます。ケアマネジャーも早期に病院の退院前カンファレンスから関係機関の皆様方に関わっていますが、計画が立っていないければ報酬は無しとなっております。仕事をしても、変な話でとても申し訳ない話で失礼で下世話な話をしてはいますが、全く費用はいただかず何人もお見送りしているというような現状も出てきているというのが実際でございます。

三点目は、福祉用具です。末期の方は急激に、先生方もご存じと思いますが、ADLが日単位、週単位で落ちてくることのあるのです。その際に介護用の電動ベッドを早期に導入しなければならないというような状況があります。要支援1・2と要介護1の可能性のある方は、介護保険制度では軽度者の福祉用具の貸与の理由書というものも書かなければなりません。日単位、週単位の流れの中で、認定調査まで間に合わないかもしれないという可能性のあるがん末期の方もたくさん支援をさせていただいており、そういった方々には介護用のベッドは自費ベッドとして月々1500円から2000円程度で借りていただいておりますという状況で動き出さなければならない状況もあります。お亡くなりになればこれもケアマネジャー報酬なしという形でお仕事をさせていただいているというような状況があります。

この項目の最終のところにかかせていただいている、経済的な問題についてです。住中さんや井口委員からもお話あったかと思いますが、65歳未満の2号の被保険者の方は、かなり大きな経済的な問題

があり、就労ができなくなり、ご家族である奥様がパートで働いておられたり、お子様も小さければ、かなり経済的に苦しいという現状があります。何か手だてがないのかということ、いつも拠点病院で我々と一緒に動いているケースワーカーの方々と、考えるのですが、なかなかうまくつながっていかないという現状です。サービスを差し控えなければ仕方がないというような、事実としてそういった現状も起きておりますので、どうかその部分をなんとか堺市では一つお考えになっていただければともありがたいと思っております。

では、次に在宅緩和ケアの推進というところの部分で、お話させていただけたらと思っております。これに関しましては堺市の条例でふれられていたとおり、緩和ケアにおける専門医療機関と在宅関係者や関連団体との連携協力体制が急務というところです。堺市においては、のがん拠点病院の部分と、できれば、私は介護保険関係で動いておりますので、堺市には堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議というものが、平成20年から、通称「いいともネットさかい」といい活動させていただいておりますが、そういった機関とぜひつながっていただきたい。特に、在宅緩和ケアにおいてはこことつながっていただいて、情報を共有していただいて連携体制を構築していただければと考えております。また関連する我々大阪介護支援専門員協会堺ブロック職能団体とも、在宅ですので、現場の意見を少し取り入れていただければと思っております。我々とつながっていただいて顔の見える関係の中で連携体制をお考えになっていただければ。堺市の、堺市独自の地域に合ったというところが大事であり、地域包括ケアにおける視点でもあるかと思えます。堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議「いいともネットさかい」と申しますが、こちらのほうの趣旨は、高齢者の生活をというところの部分で、三師会の先生方、主に堺市医師会の先生方中心になっていただきまして三師会の先生方に加えて、職能団体では我々ケアマネジャーであったり、地域包括支援センターの統括課の本部の方々にも事務局になっていただいて、しっかりと在宅での医療と介護関係はこの5年間で連携が取れるような状況にこの頃はなってきたと思っておりますので、ぜひこちらとつながっていただきたい。

次にまいりたいと思えます。がん患者等への支援の推進というところで、こちら体制を整備していかなければならないというところ、皆様方と同じように私も思っているところでございます。それには今何が必要なかなと現場で仕事をしている上で考えた際に、やはりがん拠点病院の相談窓口、私たちと、退院前カンファレンスなどを含め、つながっていただいているのですが、やはり①人員不足②経済的な部分③お問い合わせして調べていただいてというような時間がどうしてもいるようで、タイムリーに情報を提供できていないような気がしています。私たちケアマネジャーも含めて、そちらの充実もしていかなければなりません。地域包括支援センター業務は、現在堺市では、堺市社会福祉協議会に委託となっております。認知症の方への支援やケアマネジャー後方支援等に、しっかりと動いていただいております。しかし、在宅緩和ケアについての支援もお願いすると、人員的にも大変になるのではないかと危惧しております。こちらの体制作りや人員確保等の充実を堺市にお願いしたいと考えます。

先ほどの資料7番目にあったかと思うのですが堺市のがん相談窓口、保健センターや保健所を含めてこのあたりのところ、我々が困ったときに、経済的なことは、例えば、こういうような貸し付けがとかこういう助成が、といったところをお話していただける人材がやはり堺市にいるのではないかと現場では常々思っています。末期の方の支援は、短い時間で動かなければならないので、あちこち行っている間にもうことは終わっていたということにならないように、できればその部分はしっかりと、支えさせていただくためにも、切れ目のない窓口の充実を一緒に考えていただければと考えます。

私は最後までその人がその人らしく生きることを支えるのが在宅緩和ケアだと思っております。その場所はどこであってもいい。住中さんがおっしゃられていたとおり病院でも在宅でも、その時その時で考え私たちチームで先生方中心に、在宅では手をつないで皆さん支えております。もちろん病院の方も含めて、ご本人ご家族の周りで私たちが手をつないでいるわけなので、地域包括ケアはそこにあると私は

常々思っています。できれば最後まで、このつないだ手をしっかりつなぎ合わせてお見送りさせていただくのが我々の役目ではないのかと思っております。

最後にケアマネジャーの役割ですが、在宅生活を支援する調整役です。しっかりチームのまとめ役として、私たち自身の質も上げて、皆様方とともに、ご本人ご家族の支援をさせていただきたいと思っております。このような会に呼んでいただき現場の声も聞いていただき、とってもありがたかったと思っております。ぜひこれに懲りず、今後もこのような機会を与えていただければと考えております。本日はありがとうございました。

議長（高杉会長）

はい。ありがとうございました。それでは、少し委員の皆さんで、もうちょっとお聞きしたいなというようなところがありましたら。

梁委員

非常に有意義なお話をお二方にいただきまして、どうもありがとうございました。先ほど医師会の西川先生からのほうからお話ありましたように、西川先生自身、実際がんの往診できる患者さんは限られているというお話がございましたが、住中さんに少しお話をお伺いしたいのですが、実際住中さんのステーションで11.6人のマンパワーで実際10名のがん患者様の訪問看護できるという体制であったとして、堺市全体のステーションの看護師さんの数で計算しますと、だいたいどれぐらいの患者様を堺市内の訪問ステーションで看れるかというところを、概算で結構ですので教えていただければと思います。

関係者（アール訪問看護ステーション 住中氏）

1ステーション、1ステーションが何名所属しているのかというところが存じ上げないのですが、おおよそ先ほどいわせていただいたように、1ステーションの平均は5.4名という非常に少ない数なんです。当ステーションは11名ほど看護師がいて、3名の末期がん患者さんがようやくなんです。ということは単純に考えまして、1ステーション、末期がんの方1名ほどいらっしゃったらもういっぱいなんじゃないかなというふうに思います。ただ、末期ではない穏やかに進行されているがんの方もたくさんいらっしゃいますので、その患者様に対してはほんとに訪問看護の回数というのは週に1回だったり、2回だったり、訪問看護の時間に関しても、1回に対して30分以内だったりなんです。訪問看護で大変になってくるのが、末期がんの患者さんという形になってくると思います。

梁委員

ということは、堺市内のステーション全部合わせても、それほど多くの患者様を見ることはまだマンパワー的にも難しいということでしょうか。

関係者（アール訪問看護ステーション 住中氏）

はい、非常に難しいと思います。80ステーションちょっとあると思いますが、主に精神の訪問看護をされているところもあると思いますし、なかなかうちはがん患者さんをメインに行ってますよというところは非常に少ないと思いますので、かなり数が限られてくると思います。

梁委員

そういうところでは、まだホスピスとか一般病院の入院とかが受け皿になる、バックベッドももち

ろんそうなんです、そういうことを意味していると考えてよろしいですか。

関係者（アール訪問看護ステーション 住中氏）

末期がんの患者さんを受ける場合は、お看取りという形で含めて考えていきますので、バックベッドは必要なものです。バックベッドというのは西川先生のほうからもご指摘いただいたんですけども、後方ベッドですね、ご存じない方もおられると思います。在宅に帰られた場合、西川先生もおっしゃられたように、放り出され感というのでしょうか、病院との断ち切れ感がございまして、本当に家でやっていけるのかな、利用者様が動けなくなったときに私たち看れるんだらうかという心配が出てきます。そんな場合に基幹病院だったり、ホスピスだったりなんです、なにかあったとき入院できますよという入院施設があるとまったく違ってくるということで、入院機能を備えた施設のことを後方ベッドといわせていただいております。現状、退院支援ナースさんにお伺いしているわけではないので、どのくらいの方が訪問看護に依頼してございまして、お断りされてどこも行くあてがなくなってしまうのはわからないんですが、あまり聞かないので、状況によって在宅に帰れる患者様というのがどれだけいるのか、受け皿がなくて、受け皿というのはマンパワー的な受け皿ではなくて、家族様ですね。家族様の環境も含めて在宅を選ばずに直接病院のほうに行かれています方も非常に多いと思うので、現状どこまでこぼれ落ちている利用者様がいらっしゃるか、在宅の希望はあるのにこぼれ落ちてしまっている利用者様がいらっしゃるのかということは、把握しきれしていません。

梁委員

ありがとうございました。それと、上野さんにお聞きしたいのですが、さきほど地域包括センターの活用というお言葉を出されたと思うんですが、西川先生とこのあたりお話をさせていただいたので、だいたい現在では認知症の患者様がほぼ対象になるというふうには思うんですけども、翻ってがんの患者様も地域包括センターの活用という意味では非常にこれからは重要になってくるのではないかなというふうに思うんです。現時点で厚生労働省のほうはあまり大きな確固たるシステムというかモデルを作成しておりませんので、今後そういうモデルを作っていくかといかないかというふうには思うんですけども、そこらへんどのようにお考えでしょうか。

関係者（医療法人錦秀会 阪和泉北病院居宅介護支援センター 上野氏）

地域包括支援システム上では、地域包括支援センターが我々ケアマネジャーとともに在宅ケアを担っていただかなければなりませんので、そういった意味では在宅緩和ケアにおいては、地域包括支援センターの充実というところの部分が非常に大事になると思います。現在の包括支援センターの業務は多岐にわたり、認知症政策については認知症疾患支援センターとしっかりいろいろ対応していただいております。緩和ケアの部分をもう少しということになると、やはり人材的に厳しい部分もあると思われます。保健師さんもおられますが、認知症の対策のほうに回っていただいておりますし、そういった部分では包括支援センターのハード・ソフト両面で、本当に充実を図っていただかなければならないと考えます。

梁委員

ありがとうございました。以上です。

井口委員

包括の基幹型を持っています社協として少し今のお話をさせていただきます。

いいともネットといいますのは、市が作ったものでもなく、社協が作ったものでもなく、現場のケア

マネジャーさんなり、当時公社にいた職員なりが本当に医療との連携が必要だという認識のもと、現場サイドで在宅ケアに熱心な先生方を取り込んで、といいますと言いは悪いですが、やったような組織です。それが今、いろんな形で連携をされています。で、たしかに私もその当時とりまとめをしております、がんの末期患者さんという視点は、包括でたしかに抜けていたような気がします、これは今上野さんのほうからもあったように、とりまとめの社協として重大な事項だと思いますので、しっかりと内部で検討させていただいて、できるところからでも拠点病院さんとの連携も含めてやっていきたいなと思っておりますので、よろしく申し上げます。

西川委員

この委員会の前に、梁先生とお話したのは、地域包括ケアに関して、がんのターミナルケアの方々が入るのか入らないのかというお話でございました。ただ、国のほうは明確に指針を出しておりませんので、今は主に認知症を中心に動いていると私は思っているのですが、将来必ず、厚労省はいつてくると思うので、あらかじめ我々としても、すぐに動ける体制を作っておかなければならないかなと思っております。それが1点です。それから、住中さん、少し訂正させてください。バックベッドなんですけれども、これはホスピスも入るんですけれども、ホスピスだけではないです。たとえば、肝がんの患者さんを僕が吉原先生からご紹介いただくと、で、吉原先生と僕とで、その患者さんが退院する前に退院時カンファレンスをして、関係の方がずらっと前に並ぶわけです。患者さんにご家族には非常に喜んでいただきます。自分たちのためにこれだけの人間が動くのかと。そして実際に在宅で、予期せぬことが起こるときがあります。たとえば肝がんの患者さんは肝硬変がひどうございます。いきなり腹水がたまってくるとか、肛門周囲の静脈瘤が起こってきて、吐血、下血が起こってくると。これをそのまま放置しておきますと、多臓器不全が一気に起こってくるということがございますので、そういうときにこちらは脂汗をかきながら、あちこちの病院を探す。そのまま在宅で見るわけには絶対いきませんからどこかの病院にいかなくちゃいけない。その際にたとえば吉原先生とお話しますと労災病院さんが必ず受けていただくと。このシステムが実は今現在脆弱なんです。というのはそれぞれの病院が地域医療支援病院にもなっているという関係がございまして、空きベッドがあんまりない。これは嘘でもなんでもなくて事実でございます。患者さんを入院させたいけれどもベッドが空いていなければ、これは違法行為になるわけで病院としてはできない、ということがあります。こういうものを全部バックベッド、後送病院というわけです。ですから、そういう場合には、吉原先生や梁先生それから松村先生等で医師会として作るようとしているのが、後送病院の後送病院、二次救急医療病院を、たとえば労災病院さんとかベルランド病院さんとか、近畿中央胸部疾患センターさんの周りにも作っていただいて、僕が受けた患者さんが、ちょっとこれはまずいよという時に、たとえば労災病院さんにお話しすると、ちょっと待ってくださいということで、こちらは待機しているだけで、僕が探すのではなくて、労災病院さんがその関連の後送病院の後送病院を紹介していただいて、そっちへ救急搬送すると、というようなことを今考えております。そうしてあげないとなかなか、患者さんは在宅ということにうんといわないと思います。それから先ほど梁先生がお聞きになりましたことは非常に大事で、実は厚生労働省は在宅医療をするドクターの数ばかり気にしていますが、ドクターがいても在宅緩和ケアはできません。一番大切なのは、ケアマネジャーさんと訪問看護ステーションさんです。この2つのシステムがちゃんとなければ我々は無力です。ですからことあるごとに私も国に影響力のある中央の先生方にお話をしています。これは将来、国の制度として変わってくるかもしれませんが、今現時点ではなかなかマンパワーがいりますので難しいです。さきほど住中さんがいいよんだのは、おそらく僕は最大200人から300人までだと思っております。最大です。なぜかといいますと、訪問看護師さん、簡単に辞められます。うちでも、堺市医師会は4つの訪問看護ステーションを持っています。これは堺市から委託を受けてやっているわけで

す。で、黒字になるように一所懸命していますけれども、慢性的に人手不足なのでいつも募集をかけています。ところが来られて、古い看護師さんと一緒に患者さんのところに回ります。初めはOKなんです。でも次から一人で回ってねといったときに、私もう辞めます、病院のほうが楽です、ということです。ですので、国の施策も少し間違っているというところも僕はあると思うんですけども、現実には堺市内でどうするかという問題、これ大きいです。もうひとつはさっきのお金の問題、これは切実です。在宅緩和ケアになりますと、とたんに、訪問看護ステーション特別指示書に変わります。訪問看護ステーションがお金をもらうのは2本立なんです。同じ患者さんを看ても、介護保険の場合と医療保険の場合と2つあるんです。普段は介護保険です。しかしよいよ医療のことがメインになってくると医療保険に切り替わるんです。この期間はたった2週間です。僕の患者さんの場合は2週間ごとに指示書を書かないといけないんです。書くたびにお金が発生する。無料でいいじゃないかというものもある。僕は無料でいいと思うんですけども、これをとらないと療養担当規則違反といって近畿厚生局に睨まれます。お金をいただくしかない。そうすると、介護保険は1割負担です。ところが医療保険になったとたんに3割負担です。すると、もう看護師さん来てくれなくていい、ということになってしまうんですね。それから、輸液に関しては、これは病院の先生方もよくお聞きいただきたいんですけど、とりあえずなにもすることないから輸液しようかというのはやめてほしいですね。足がパンパンに腫れてくるんです。ようするに入院したとたんに患者の状況が悪くなる。在宅のほうがよかったねと。それを患者さんの家族の方は見られていますので、あとでかなり患者さんは、あの病院に戻って悪かったとか、いっぱい聞きます。亡くなられてから我々がご遺族を慰めにいくというのかな、お話を聞きに行く、これはグリーンケアといいまして、ぜんぜんお金とりません。国はなにも点数で認めていませんが、我々は行きます。それが医療関係者の使命だと思って。だからさきほど上野さんの話にもありましたけれども、無料でやっていることが多いです。ということなので、ぜひよろしく願いいたします。堺市の方々に実態を把握していただいて、たとえば介護保険課との連携をどうするかとか、これをやっていかないと絶対に駄目だと思っています。それから予算措置をある程度、せっかく条例ができたんですから、なにも1千万や1億出せという話ではないので、それぞれのところにちょっとずつでも予算措置をとっていただくと堺市の本気がわかるということでございます。ということで、ちょっと補足です。

それからもう1つは、デスエデュケーションという言葉覚えていただきたい。死の教育です。患者さんとご家族に、これからあなたはきっと苦しむでしょうと、こんなこと、こんなこと、こんなことが起こりますよ、と。でも起こっても心配はないですよ、苦痛は我々がとりますからと、こういうことなんです。これがデスエデュケーションです。それをしっかり受け止めるご家族とそうでないご家族がありますし、ご家族の気は変わります。本人は最後まで家で死にたいといってきたながら、周りが「怖いですが、こんな私よう看ません」ということもありました。夜の11時からその病院と一生懸命交渉して、夜の1時に救急搬送していただきました。2時間かかったんですけど、そういう場合もあります。ですので、システムとしてどうやっていくか、そして個々の例はできるだけそういう困った例を潰していくということでシステム化していくことにすれば、市民の方々とそれにタッチする者の幸せにつながると考えていますので、よろしく願いします。

議長（高杉会長）

お二方お忙しい方なので、我々内部で議論する前にご質問があれば続けていきたいと思いますが、どうですか。

あと少し残って聞いていただけるので、またアドバイスもいただけたらと思うのですが。

では、この件は一応これでストップさせていただいて、引き続き我々の議論を見守っていただくということにさせていただきます。

富尾委員

さきほど、社協の先生のほうから就労支援の問題でご発言いただいたかと思います。堺市のほうも就労支援のほうで取り組んでいくということでいただいております、サバイバーとしてお聞きいただきたいんですけども、私たちのように元気のある患者とそうでない患者さんもいらっしゃいます。過去、がんの手術をしたということを経験の方にお伝えしてもらいたくないと思っている心の問題の方もいらっしゃいますので、たとえば大阪府の就労支援の場合は、それが露出しないう形で、ということでルートを作ってくださいというわけなんです。そのところが、障害をお持ちの方の就労のほうと少し異なるのではないかなと懸念をさせていただいた次第でございます。今回就労のほうに関わっていく場合はそちらのほうも加味していただきたいなと思っております。以上です。

議長（高杉会長）

たしかにがん患者の、たとえよくなったと仮定しても、再度就労とか職場復帰に向けての会社の理解も含めて、いろんな問題点があるというふうに思います。このあたりは行政としてちゃんと行司のできるところはやっていかねばならぬ点だろうと思います。

他に何かご意見ありますか。

大石さん、患者さんからこういった部分に関して何かございますか。今議論になっている患者さんの在宅等について、あるいは不安等についての相談体制、そういった部分で、現状が大変だし、なんとかならないかというふうな内容があれば、患者の立場としてご意見をいただければありがたいというふうに思います。

大石委員

私自身は、緩和ケアというのはまだ考えてないんですけども、自分が経験した友人のことなんですけど、さきほどいわれていたように、病院によっては何度も入退院を繰り返して、これが最後の入院かなみたいな感じで伝えてくれればいいんですけども、私は身内ながら自分自身は最後の入院かなと、友人で身内なんですけども、だれも医師のほうからはそれを伝えられず、その家族も伝えられず、自分自身がこれが最後の入院になるかなと感じて、本人の希望で最後おうちに帰りたいというから病院のほうに届を出したときに、40歳以上なので介護認定を受けられます、では明日退院ですぐ手続きしてくださいといわれて、結局1週間だけおうちにいて、7日目に病院に戻ってその日に亡くなったんですけども、結局さっきいわれていたように手続きしたけれどもなにも受けられなかったというのを現実に見たので、なんでこんなことがあるんだろうと思ったが、今お話をお聞きして、そういう現状があるのかなと思って。初めにそういうのが必要ですよということもいっていただけていたら、もうちょっと変わっていたかな、退院も早くさせてもらえたかなと。今思い出して、申請にも行き全部行ったんですけども結局間に合わずで、どういうことになってるのかなというのが、いまお話を聞かせてもらって、そうだったのかなという感じです。私たちも、自分の家族もそうならないとは限らないので、そういう体制をしっかりと示していただきたいなと思います。

議長（高杉会長）

拠点病院ではそんなことはあまりないだろうという気もしますが、ただ一般病院でそういうふうな、少し理解をしていただかざるをえないことがあるかもしれませんね。そういう部分では全医療機関に対して行政としてどういう周知とかお願いをするかという部分は、考えていかないといけない話だと思います。

他に何か。北野さん、何かありますか。

北野委員

私は、緩和に関してはよくわからないんですけども、抗がん剤治療をしている時は、病院に週に1回とか3週間に1回通っているんで、その間は看護師さんや先生と気になることや心配なことを聞いてもらうこともできたので、不安はほとんどない状態で治療は進められました。でも、いったん抗がん剤治療が終わり、ホルモン療法になったとたん、病院に行く回数がどんと減るんですね。薬をもらいにいく期間が3か月に1回としても、実際に先生や看護師さんとお話できるのは定期検診の時くらいしかない。ホルモン療法をしている間も、自分ではわからないような症状がいろいろと出てくるのですが、そのときになかなか話を聞いていただけないので、どうするかというと、結局同じ病気の人たちや同じ薬を飲んでいる人たちに、「こういう症状出た?」「こういう時どうだった?」と質問し、「その時はこうだったよ」と患者同士で情報交換という話になっていくわけなんです。なので、通院での治療（化学療法）が終わったあとの治療（ホルモン療法）の時も、相談にのってもらえたり、話を聞いてもらえたりして、不安を取り除いていただけるような、相談しやすい場所があれば良いというのが、今現在私が思っていることであります。

議長（高杉会長）

ありがとうございます。行政であれ、相談窓口を作ったにせよ、経験者というのは非常に強い説得力というかいろんなことがあると思います。そういう意味では、いろんな患者会とのネットワークというのも、行政として把握しながら、相談を受けたときにピアカウンセリングではないけれども、当事者間の苦しかったこといろんなことの体験を教えていただけるというか、ともにそれで頑張ろうという部分、行政としてそういった部分のネットワークを把握して、そういうところに紹介をしたり云々というふうなネットワークをお作りになる必要があるかもしれませんね。

西川委員

さきほどの大石委員の話にも、今の北野委員の話にもつながるんですけども、通院で抗がん剤を使うというのが今のトレンドでございます。国もそうしなさいとっております。そうすると緩和ケアの専門の先生方が各病院におられるんですけども、いつ介入するかなんです。本来はその患者さんががんと診断されて、頭が真っ白になっているときから介入するんです。けれども一般に誤解があって、緩和ケアが入ったら、私は終わりだと思う人が多いんですね。ですから緩和ケアのドクターが入ってくることを忌み嫌う、そういった患者さんも多い。だがそうではないですね。ここの誤解をとくようにというのが高杉先生のさきほどのお話だったと思いますが、相談する窓口がないというのはあります。それはドクターに相談する窓口でありまして、それはかかりつけ医です。そのために、国が整備をしなさいということで、各がん診療連携拠点病院のデューティとして課しているのが、いわゆる5大がん、乳がんも入りますが、乳がんの地域連携パスを作りなさい、と。どういうことかということ、たとえば大石委員が僕の患者さんであって、僕が拠点病院にご紹介をすると。ある程度の治療が終わったら、それでパスに乗る状態であれば、僕のところに帰ってこられる。でどうするかということ、パスというのは2人の主治医を持つことなんです。近隣のかかりつけ医、つまり開業医と、病院の専門医の先生。この2人は医者同士連携をとっています。ですので、何かあったらいちいち病院の先生にいて、病院の先生はお忙しいですから、お手を煩わすわけではなくて開業医の先生と話をし、開業医の先生がそれで対応できなければ、そこで開業医の先生があなたのもう一人の主治医である病院の専門医の方と、開業医の先生が話をし、あなたにもう一度お話をし、とこういう形になるんです。ですから、北野委員もそう

ですけど、自分の治療が終わったからどこに行ったらいいのか、違うんです。ホルモン療法も含めて開業医でやる場合もあります、いろんなパスがありますから。けれど、それ以外のいろんな相談ができる、たとえば風邪を引いただけでもいい、そういうあなたの体のことを専門医と一緒に知っている開業医があなたを診る、そしてあなたの相談にのるというのが、厚生労働省が考えている地域連携パスです。5大がんというのは、乳がん、胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、というのがあるんですね。これはすでに堺市医師会としてパスとして動いております。これは病院の先生方にもお願いしないといけないんですが、若い先生は割とそんな仕事を増えるのはかなわんなあと思っている先生が多うございまして、しかしそれは病院の先生方がちゃんとお願いしていただく動く。市立堺病院さんはがんに関してすごいパスの運用件数がございまして、厚生労働省のやり方に則っていくと厚生労働省はそういうのを考えてくれているということでもあります。補足でした。

小田委員

西川先生は院外処方箋を出していらっしゃると思うんですけども、第1回のときにも説明させていただきましたけれども、がん拠点病院の中にもがん専門指導薬剤師がおります。その方たちと我々保険薬局の開局薬剤師とのレベル差、格差というのが非常にあります。それをなんとかして解消したいということで、この間から4回ほどそれぞれのがん拠点病院のがん専門薬剤師の方に集まっていたきまして、薬剤師会の開局薬剤師と、がんに関する病薬連携に向けた検討会をいたしております。4回いたしまして、なんとか病院から退院された患者さまが薬局にこられたときに切れ目のない、格差のない薬剤支援ができないかということで、勉強会を立ち上げようということで、来年1月に勉強会を予定をいたしております。また、医師会の先生方にも、各拠点病院の先生方にもご無理を申しあげると思いますが、ぜひ講師としてお願いしたいと思っておりますので今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

松村委員

さきほど西川先生がおっしゃったようにパスというのは非常に重要であると思ひます。さきほど大石委員がおっしゃったように、ご友人が1週間くらいでどうこうという話、結局患者さんの一番の不安というのは先が見えないということなんですね。自分がこれからどうなっていくのか、それから自分の治療がどうなっていくかということ。パスというのは、ひとつは先ほど西川先生がおっしゃったように2人の主治医がいるということ、それから自分の治療はこういうふうに進んでいくんだなあということですね。ですから、先が見えるということと、治療が均てん化されるということがあると思ひます。で、先ほどの、今回の入院が私は最後かなとおっしゃったけれどもはっきりそういう話を聞かなかったというのは、サポートする医師とか看護師が十分入って来れなかったことがひとつの原因かなということ、最近、緩和というのは、がんと診断がついたときから緩和は始まります、と。で、緩和というのは、先ほど西川先生がおっしゃったように、緩和と入ると末期かなあとかいう話があるんですけども、そうではなくて、これからずっとあなたの困ることにはこういう看護師さんが参加しますよということで、がんと診断がついたときから緩和は始まる、というような考え方です。それから、国も方針を立てていますが、すべてのがん拠点病院では、すべてのがん診療に携わる医師はすべて緩和ケアの研修を受けるという方針であるということですので、最初から緩和ということの説明をしながら患者さんがどういふふうな治療をこれから受けていくのかと、方針をあきらかにすることによって患者さんは安心して治療が受けられるし、なおかつ地域へ帰っても連携する開業医さんと一緒に診ていけるということで、安心して、それが治療中であっても、治療が終わって後の緩和だけになるという方でも、安心して治療が続けられるかなというふうに考えております。ですから、パスというのは非常に大事なんですけれども、なかなか十分いけないところもあって、堺市医師会にお叱りを受けているところなんですけれども、頑

張ってやっていきたいと思います。

阪田委員

前回のときに、がん患者歯科医療連携講習会、歯科医師会も頑張っておられますので、これは労災病院との関係でまたやっていくとは思いますが、歯科医師会のほうでもマップのほうの作成も考えていきたいと思っております。がん患者さんの緩和ケアということで、口腔内がどうしても悪くなって、普通では起こらない口腔カンジダ症とかが副作用で起こる場合もありますので、口腔ケアについても歯科医師会としてできるだけ協力いたしますので、よろしく願いいたします。

富尾委員

各先生方がおっしゃっていただいているように、緩和ケアのことです。緩和ケア学会のほうでは10年ほど前から、がん患者さんになった時点から緩和をということで、お話をずっと進められてきておりましたけれども、ようやくこの時点になってそれが一般の皆さんの耳にも入ってきているかなというのが現状問題だと思います。クリニカルパスについても、がん対策推進委員1期のほうからクリニカルパスのことが上がってきて、特に乳がん患者さんのクリニカルパスが早くスタートされたかなと思っております。第1期のときに初めてクリニカルパスのお話に行ったときは、私はこの専門病院から追い出されるのかなという気持ちが、患者さんからも多く耳にしているんですけど、これがだんだん浸透してきて、そうじゃなくって重複の先生によって自分を見守ってくださっているんだという安心感が今ほぼ浸透してきているのかなと思いますので、これをまだまだやはり患者さん知りません。これを安心してできる制度なんだよということ、他にも40歳以上は介護保険制度などいろいろ制度があるんだよということを相談支援センター通じてでも結構でございます、より多くの患者さんにも浸透させていただける方向で何かいい施策などあったらありがたいなと思っておりますので、そちらのほうも合わせてご検討いただきたいと思います。

議長（高杉会長）

ありがとうございます。最後に吉原先生、拠点病院としてのいろんな活動も含めて今後こういうことを、ということもございましたらご発言いただいたらありがたい。

吉原委員

先程来からがんパスの問題、それから在宅緩和ケアマップの話とか、在宅医療の話が大分できておりました。がんパスの件ですけれども、単刀直入に申し上げますと、現在がんの患者さん、拠点病院等で診ている患者さんのうちがんパスに回る患者さんというのはごく一部であって利用率が極めて悪いということなんです。ですから、厚生労働省、あるいは大阪府がいろいろいっておりますけれども、声高々にいっている割には現実にはごく一部の患者さんにしか適用されていなくて、それが重大な問題と今なっているわけです。先ほど申し上げた9月26日に、なぜがんパスは利用されないのかということで、問題点を討議させていただいたんです。そうしますと、さきほどお話に出ましたように、患者さん自身の問題もあります。患者さんは外にあまり行きたくない、この信頼できる大きな病院で診てほしいという希望も、誤った信頼感といいますか誤解があるようですし、それから、拠点病院側、あるいは専門医療機関の中でも、ドクターによって、非常に手間がかかる、診ていただける開業医の先生方を見つけるのもなかなか大変というようなこととか、あるいは事務作業を手伝ってくれる人たちもあまりいない、そんな予算もないというようなことで意見が出ておりました。それから、医師会側からは西川先生のほうから発言がございましたけれども、医師会の中でも、みんながみんな、がんパスを扱おうというような

体制にはなっていないと、一部に限られていると、というようなことで、まだまだこの問題、解決しなければならぬたくさん問題があるんですが、私、拠点病院側からいいますと、拠点病院の先生方が旗をふってまずは情報発信して、がんパスを使う患者さんを少しずつ浸透させていって、これが当たり前というような空気を作っていこうじゃないかということでこの前会議を終えているわけです。病院間でもかなり温度差があって、市立堺病院のように非常にたくさん使っているところと、使おうと思っても疾患の特殊性でなかなか使えないというような病院もありますし、非常に複雑な問題を抱えております。できましたら、こういうがんに関わるいろんな職種の人たちが、このがんパスを誤解なく理解していただいて、一般に向けて少しずつ情報を発信していただいて、浸透していただければなというふうに思っております。私どもの努力不足もあって、開業医の先生方の中にも誤解があって、がんパスをやるというのは大変なことで、がんと聞いただけでそれは結構ですと断られたケースも、私どもの病院でございました。その啓蒙もこれから努力して西川先生と力を合わせてやっていきたいなと思っております。

それから緩和ケアマップのほうは現実のものとなってきておまして、おそらく本年度内には完成の方向に持っていきたいというタイムスケジュールで今動いております。これができると、おそらく大阪府下でトップの完成ということになります。ただ、マップというお膳立てができて、使うのは人間でありますので、医療関係者がいかにうまく使っていくかということが今後求められるのではないかなと思っております。

議長（高杉会長）

ありがとうございます。最後に一言いいたいとおっしゃる人がおられましたら。

小田委員

質問してよろしいでしょうか。アクションプランがございますね、これは大阪府が作られたものですよ。堺市は二次医療圏で一つなんですから、これのアクションプラン、ロードマップをお作りになる予定がありますか。

事務局（稲葉健診係長）

このアクションプランといいますのは大阪府の、二次医療圏、労災病院さんを中心に取り組まれているがん拠点病院さんを含んでの協議会でのアクションプランという流れになっております。ですので、ここの中には堺市が絡んでくるというところはあるんですけども、堺市独自で医療体制の充実について何か大きな形で作成できるかといわれると、なかなか厳しい状態ではあるかなと考えております。体制としてとれないといいますか、いろんな連携を踏まえた中で市として取り組むべき方向というのは定めていかないとけないと思うんですけども、具体的なプランというのが現状見えていない中で、皆様方の情報をいろいろ集めて、そこから課題を認識させていただいて取り組んでいくというまだ時点ですので、今すぐにプランという形で何かがお示しできるようなものというのは作成することはできないと考えております。

議長（高杉会長）

ということは、我々が今議論していく中で、実際の計画として作るにあたっては、やはりできるところから、府も国も今年度から、やっとなら25年度から始めようということで暗中模索でやり始めているので、必ずしも全体がきちとした形のロードマップができるとは我々も思っていないけれども、今委員がかなり具体的なことをおっしゃった中で汲み取れる部分、行政として非常に難しい、たとえば医療費とかという部分は、ダイレクトには堺市が全部持つとかいうふうなことに関しては非常に難しい、国

あるいは府が率先していろんな形でそれに向かってなんらかのアクションを作っていないと、堺市独自の、あるいは各市そのものが独自でそれやれという財源があるわけではないので、そういう部分は理解しながらですが、具体的な部分で市独自として特に今おっしゃったように各パートパートが非常に積極的に苦しみながら走っているんですね、そういう情報を含めてどういうふうな形で発信を市としてやってあげるのかとか、やれることはたくさんあると思うんですね。ぜひ、ロードマップまでは作らなくても、こういう対策で、こういう部分で少しでも、みんなの意見を聞きながら困っているがん患者のためになんらかの形がプラスひとつでもふたつでも前に向けることができれば、委員会としてもよかったということになりますから、そこは留意してほしい。府がいうようにこのロードマップがはたしてどこまで実になった形でほんとに患者さんのためになるのか、これは本当によくわからない。絵に描いただけの話ですからね。そうではなくて地道に、根についた形での部分がひとつでもふたつでも出てくればという気がしているので、そこらあたりは留意してほしいなあというふうに思います。

池田委員

今日のテーマの2番目の、がん患者さんへの支援とかということと関連して、実は市立堺病院の市民公開講座を開きます。これ宣伝です。12月4日に2時半から兵庫医科大学におられます大松重宏先生にきていただいて、ピアサポートのことについて話をさせていただきます。「患者同士で助け合おう、患者会活動とピアサポート」ということで、企画をしておりますのでどうぞよろしくをお願いします。

議長（高杉会長）

今日のまとめを僕がいちいちしなくてもいいと思いますが、一つは患者さんにとってはがんと診断された途端からの導入口が非常に問題があるという部分が一つと、安定状態においてはそんなに大きな問題ではないんだけど、ターミナルになったときの在宅を含めての問題点をどうしていくのかという、大きくは二つの部分が出たというふうに思います。ですから、これを一つの、どういう形の意見に対して、あるいは意見以外にも、患者さんのために一つでも、あるいは一生懸命やっておられる人たちのサポートをしてあげるような、こういう部分で相談をかけたらスッと対応できるとか、できればワンストップで、井口委員はいろんなところでというのはわかるんですが、いろんなところにスタッフを置くわけにはいかないので、拠点的に相談窓口は作ったにしても、別のところで話を聞いたら、これはここへいったらすぐわかりますよという案内ができるような形とか、いろんな部分があると思うので、そのあたりはご留意なされながら、最後の部分まとめて案として出していただければというふうに思います。

事務局（森副理事兼健康医療推進課長）

長時間ご議論ありがとうございました。今回で3回目を迎えましたけれども、まだまだ結論までには至っておりませんので、次回の開催ですが、また後日日程調整させていただきますが、議会との関係もありまして年内は難しいかなと思いますので、1月の開催予定ということで、また改めまして日程の調整をさせていただきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。事務局としてそのへんまでに資料のほうをまとめていきたいというふうに思います。よろしくお願いいたします。

それと、チラシを入れさせていただいております。12月21日、「もっと知ろうがんのこと」ということで講演会を開催させていただきますので、よろしければのぞいていただければありがたいと思います。

議長（高杉会長）

それでは今日はこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。

(以上)