

在宅医療の推進に向けた意見

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

はじめに

日本ホスピス緩和ケア協会（以下、当協会とする）は、健康保険における「緩和ケア病棟入院料」の新設を機に、1991年10月に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」として創立された。爾来、20年余りわが国におけるホスピス緩和ケアの普及と実践に力を尽くしてきた。とくに、ホスピス・緩和ケア病棟の普及とそこにおける治療とケアの質の向上に努めてきた。そして、2004年には「緩和ケア診療加算」の新設を受けて、一般病棟へのホスピス緩和ケアの普及を目指す緩和ケアチームや、在宅ケアへのホスピス緩和ケアの広がりを後押しすべく、「日本ホスピス緩和ケア協会」と名称を変更し、2007年10月には「特定非営利活動法人(NPO)」を取得し、法人格を持った団体として活動している。当協会は「**専門的なホスピス緩和ケアを提供する施設と個人からなる団体**」であり、「**専門的なホスピス緩和ケアの普及と質の向上**」に努めることが使命である。当協会としては、今回の医療計画の見直しに対して主にごん患者の在宅医療を中心に、これまでの調査や加盟施設からの意見聴取をもとに、現状の分析と問題点を抽出し、在宅医療を推進するための医療計画の在り方について提言する。

1. 入院または通院医療を担う医療機関と在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担および連携体制について

当協会は、2007年4月から2008年4月まで4回にわたって地域における病院や診療所のホスピス緩和ケアに関する連携の現状を調査し、検討するための「地域緩和ケアネットワーク検討会」を開催した。2008年7月にその結果をまとめて、報告書を作成した^{参考資料1)}。報告書では協会加盟施設からの報告をもとに、地域におけるホスピス緩和ケアの入院または通院医療を担う医療機関と、在宅医療を担う医療機関との役割分担および連携体制を3つのタイプに分けて示した。

1) 都道府県などの行政主導による自治体レベルの連携体制

これは広島県で行われている地域緩和ケアネットワーク作りが、その代表的なものである。広島県は、県立病院に広島県緩和ケア支援センターを付設して、緩和ケアを担う人材の育成、県内の各圏域に支援センタースタッフを派遣することによって、広島県内に緩和ケアネットワークを築くための基盤作りを行っている。広島県の他に、東京都、宮城県、福井県、群馬県では地方自治体が主導して地域緩和ケアネットワーク作りを進めている。

2) ごん診療連携拠点病院など病院主導の二次医療圏レベルの連携体制

この代表例としては総合病院山口赤十字病院が2003年から全国に先駆けて山口市在宅緩和ケア推進事業に取り組み、「在宅緩和ケア支援センター」を設置して相談窓口、研修事

業を行い、山口市内のがん患者の在宅での看取りの 1/3 を地域の開業医ができるように支援している。そのほか、長野市では長野赤十字病院・長野市民病院が中心となり、北信がん診療緩和ケアネットワークを作り、つくば市では筑波メディカルセンター病院緩和医療科、筑波大学附属病院緩和ケアセンター、つくばセントラル病院緩和ケア科が中心となって、「つくば地域緩和ケアカンファレンス」を開催し、ネットワーク作りを進めている。北海道の西胆振二次医療圏、函館市でも市町村あるいは地域がん診療連携拠点病院が主導するネットワーク作りを進めている。

3) 在宅療養支援診療所など診療所主導の地域連携体制

宮城県では、県のがん診療連携拠点病院を中心とした行政主導のネットワーク作りとは別に、「みやぎ在宅ホスピスケアネットワーク」の参加施設を中心に在宅療養支援診療所を中心としたテレビ会議によるネットワーク作りが進んでいる。宮城県内（仙南、名取、仙台、大崎、登米、気仙沼）、福島市の7つの在宅療養支援診療所にテレビ会議システムを置き、勉強会を月に一度開催し、それぞれの診療所に地域の医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、訪問看護師等、多職種の集まりができています。

4) 東京都在宅緩和ケア支援センターによるアンケート調査からみた問題点

東京都では聖ヨハネホスピスケア研究所に「在宅緩和ケア支援センター」を委託して、2007年に連携体制づくりのためのアンケート調査を行った。それによると、都内の在宅療養支援診療所（以下、支援診療所とする。調査対象 1,118 施設、回答 485 施設、回答率 43%）の現状は、年間在宅看取り数 0 人；52%、1 から 5 人；34%、と半数の支援診療所では在宅看取りの経験がなく、80%以上の支援診療所が年間 5 人以下の経験であることが明らかとなった。また、訪問看護ステーション（以下、訪看ステーションとする。調査対象 531 施設、回答 200 施設、回答率 38%）の現状は、年間看取り数 0 人；17%、1 から 5 人；45%、6 から 10 人；12%、回答なし；22%であった。在宅看取りの経験は支援診療所よりも多いが、60%以上の訪看ステーションが年間 5 人以下の経験であることが明らかとなった。この調査から東京都の支援診療所、訪看ステーションはともに在宅での看取り経験はきわめて乏しいことが明らかとなった。

5) 役割分担と連携の体制における問題点

当協会では、2008 年以降の各地における入院または通院医療を担う医療機関と在宅医療を担う医療機関との役割分担と連携の体制づくりに地道に取り組んだが、順調に進んでいるとは言えない。当協会の加盟施設で 2007 年度よりはじまった「在宅緩和ケア対策推進事業」における「在宅緩和ケア支援センター」事業に取り組んだ東京都、広島県、山口県での経験を通して、役割分担と連携の体制における問題点を示す。

(1) 入院または通院医療を担う医療機関の問題点

- ・病院の医師をはじめ医療者の在宅療養に対する認識が不足しているため、症状コントロール

- ールやサービス調整がなされないまま退院させることが多い
- ・在宅療養の患者に関する病院からの情報が少なく、地域の医療機関にきちんと伝わっていない
- ・在宅療養の患者に関する病院の窓口がはっきりせず、地域の医療機関から連携・連絡が取りにくい
- ・がん治療をしていない在宅療養のがん患者が入院を必要とする時の要望にできていない
- ・病院に併設されているホスピス・緩和ケア病棟への入院が困難なことが多い

(2) 在宅医療を担う医療機関の問題点

- ・医師一人の診療所が多く、24時間対応出来る診療所が少ない
- ・訪看ステーションは看護師不足のため、24時間対応出来る訪看ステーションが少ない
- ・在宅の医師をはじめとする医療者にWHO方式がん疼痛治療法等の基本的な緩和ケアの普及が不十分である
- ・医療ニーズの高い患者のケアプランに対応出来るケアマネジャーが少ない
- ・介護保険の認定が、がん患者の病状の変化の速さに対応できず、サービスが間に合わないことがある
- ・40歳未満の若いがん患者は医療保険のみの対応となり、経済的負担が大きい
- ・核家族化、女性就労率の上昇などのため家族の負担が大きい
- ・在宅医療では話し合いの場がなかなか持てず、チームワークがとりにくい

2. 重症患者であっても、最期まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が在宅医療を受けられる医療及び介護の体制について

当協会では、2008年6月に在宅ホスピス緩和ケア評価基準検討会を設置し、2008年7月「在宅ホスピス緩和ケアの基準」（以下、在宅基準とする）Ver. 1を作成した。その後、在宅ホスピス緩和ケアの現状を把握するため、当協会会員の診療所を対象とした調査を2009年2月に実施し、その結果を参考に在宅基準 Ver. 3をまとめた。さらに、2009年7月に広く会員からの意見を反映させた在宅基準 Ver. 4を作成した。そして、最終的に検討会では在宅基準の構造や内容、表現について細かな内容や表現の修正を加え、現時点で最低限必要な「在宅ホスピス緩和ケアの基準」Ver. 6を2010年1月に作成した^{参考資料2)}。
在宅基準 Ver. 6の主な要点を記載する。

1) 在宅ホスピス緩和ケアチームの要件と構成

(1) チームの要件

- ①患者・家族のニーズに応じて、複数の事業所等から提供される医療、介護サービスで必要とされる職種を備える
- ②ケアマネジャー、ソーシャルワーカーなど相談支援の役割をもつスタッフがチームに

参加する

③患者・家族の求めに応じてチームの組織・構成を明示する

(2) チーム構成

①チームは、患者・家族のニーズによって適切なケアを提供するため、医療保険、介護保険等の制度を最大限活用し、柔軟に医療、介護、その他のチームメンバーで構成する

②基本となるチームメンバー・・・医師、看護師、薬剤師、歯科医師、介護士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、栄養士など

③その他、患者・家族のQOLの改善を目指して様々な専門職やボランティアがチームを構成する

2) 在宅ホスピス緩和ケアチームの運営

(1) チームで共通の在宅ホスピス緩和ケアを実践するための手順書（マニュアル）を備える

①症状アセスメントツールを備え、チームで共有する

②在宅ホスピス緩和ケアの手順書は、チームを構成する全職域をカバーする

(2) 患者・家族に対する心理的・社会的問題、スピリチュアルな問題での相談支援がなされる

①心理的・社会的問題、スピリチュアルな問題の評価をする

②心理的・社会的問題、スピリチュアルな問題での相談支援の記録をする

(3) チーム内で患者や家族に関する情報共有の具体的手段を持つ

①定期的にかつ必要時、カンファレンスを実施する

②文書等確実な方法により情報を共有する

③緊急時連絡システム（24時間、365日対応）がある

(4) 患者、家族、地域住民の生活文化を尊重し、地域社会から学ぶ姿勢をもつ

(5) 在宅ホスピス緩和ケアチームのケアの質を改善する方法を持つ

①チームで必要時に患者のケアについて検討を行い、QOLの評価を行う

②チームで在宅ホスピス緩和ケアに関する定期的な教育研修を実施する

③在宅ホスピス緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う、または、研究活動に協力する

④チームで必要時に倫理的検討を行っている

(6) その他

①地域で在宅ケアを行う診療所、事業所等の医療・介護従事者、学生、看護学生および臨床研修医、ボランティア等に教育研修の場を提供する

②市民への啓発活動を積極的に行う

③地域でホスピス緩和ケアネットワーク作りを実践する

3) 今後の課題

(1) 在宅ホスピス緩和ケアを専門的に提供する診療所等

在宅基準作成の過程において、主に問題になったことは、在宅ホスピス緩和ケアを提供する診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などの運営や事業形態が様々で多様であり、在宅医療における専門性が明確でないことであった。たとえば、在宅療養支援診療所（以下、支援診療所）の届出制度が始まってから、訪問診療を提供する場合に支援診療所から提供する場合と一般診療所から提供する場合があるが、その違いは明確ではない。必ずしも支援診療所が在宅ホスピス緩和ケアを専門的に提供しているわけではなく、一般診療所でも在宅ホスピス緩和ケアを提供しているところもあり、在宅ホスピス緩和ケアの専門性は訪問診療の分野では必ずしも明確になっているとはいえない。これは、訪問看護やケアマネジメントでも同じことが言える。

したがって、重症患者であっても、最期まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が在宅医療を受けられる医療及び介護の体制を作るためには、当協会の在宅基準を参考として、主に在宅でがん患者を診療している支援診療所や訪看ステーションを専門的で高度な機能を持った在宅医療を提供する施設として、他の支援診療所、一般診療所や訪看ステーションと区別することを検討する必要がある。

同時に、急速な増加が予測されている在宅のがん患者に専門的で高度な機能を有する支援診療所や訪看ステーションだけで対応することにもまた限界がある。在宅ホスピス緩和ケアを専門としない診療所や訪看ステーションに対して在宅ホスピス緩和ケアに取り組むための基本的なホスピス緩和ケアに関する教育や研修の機会を提供する必要がある。

(2) 地域における緩和ケア支援センター

広島県緩和ケア支援センターは在宅医療の推進のために様々な取り組みを行ってきた。在宅医療を担う人材の育成、デイホスピス（通所ケア）、全県的な在宅医療に関する情報の収集と提供などである。しかし、広島県の経験ではなかなか在宅ホスピス緩和ケアは思うように広がっていない。その理由のひとつは「緩和ケア支援センター」が県立広島病院のなかに設置されているために、地域の「緩和ケア支援センター」として機能しにくいという問題がある。地域に緩和ケア支援センターを置くとすれば、都道府県レベルではなく実際に在宅医療が実践され、提供される市町村単位、郡市医師会単位で小規模の現場に見合った機能を有する「緩和ケア支援センター」が必要である。がん診療連携拠点病院と地域の医師会などの連携をとるためにも都道府県レベルより市町村レベルでの対応が望ましい。

3. 地域における在宅医療機能の底上げを図るための、在宅医療に関する研修の実施体制

1) 在宅療養支援診療所の医師に対する研修

訪問診療を提供する場合に支援診療所から提供する場合と一般診療所から提供する場合

があるが、その違いは明確ではない。多くの支援診療所は必ずしも在宅ホスピス緩和ケアを専門的に提供する必要はないが、在宅ホスピス緩和ケアに関する基本的な教育と研修を受けて訪問診療を提供することが求められる。したがって、在宅療養支援診療所の医師はがん診療連携拠点病院等で実施している「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」等の在宅医療に係る研修に参加することを届け出あるいは更新の要件として求める必要がある。そのためには、在宅医療に係る研修会は地域の医師会等が中心となって開催を推進することが望ましい。

2) 訪問看護師に対する教育研修

訪問看護師はがんに限らず様々な疾患を持つ患者にケアを提供している。したがって、多くの訪看ステーションは必ずしも在宅ホスピス緩和ケアを専門的に提供するわけではない。そこで、在宅ホスピス緩和ケアに関する訪問看護師のための基本的な教育プログラムを作成して、訪問看護師であればだれでも在宅ホスピス緩和ケアに関する基本的な知識と技術を身につけることができるようにすることが求められる。

3) ケアマネジャーに対する教育研修

すでに指摘したように現状は医療ニーズの高い患者のケアプランに対応出来るケアマネジャーが少ない。在宅医療およびホスピス緩和ケアに精通したケアマネジャーを育てるために在宅医療およびホスピス緩和ケアに関するケアマネジャーに対する基本的な研修を推進することが求められる。

参考資料

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会 地域緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会：「日本ホスピス緩和ケア協会と地域緩和ケアネットワークのあり方」報告書、2008年、日本ホスピス緩和ケア協会発行
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会 評価委員会・在宅ホスピス緩和ケア評価基準検討会：「在宅ホスピス緩和ケア基準」報告書、2010、日本ホスピス緩和ケア協会発行