

在宅医療の推進に向けた意見（補足）

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

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（補足）

6) 役割分担および連携体制に関する意見

(1) 地域におけるホスピス・緩和ケア病棟の役割

再発・進行がん患者が抗がん治療（がん化学療法等）を終了して在宅療養を継続している場合、多くの患者は抗がん治療を受けた医療機関に通院していることが多い。その時期に苦痛の増強や家族負担の増大などが理由で在宅療養が困難になった場合、現実には通院医療を担う医療機関に入院することが多い。しかし、最近では入院すること自体が難しいことや長期入院が難しいこともあり、その段階ではじめてホスピス・緩和ケア病棟への相談がなされる。そのために、「ホスピス・緩和ケア病棟への遅すぎる照会」という問題がすでに指摘されている^{参考資料 3)}。そこで、ホスピス・緩和ケア病棟が地域における患者の支援病床の役割を果たし、円滑な入院ができるような運用を行う必要がある。そのためには以下の4点の取り組みが望まれる。

- ①地域によってはホスピス・緩和ケア病棟の病床が全くないところやホスピス・緩和ケア病棟への入院待機期間が長期となり、支援病床として症状緩和やレスパイトケア（家族の休養等を目的にした1週間程度の期間限定入院）の機能を果たせないところも多い。したがって、それぞれの地域の状況に応じて、「ホスピス・緩和ケア病棟の病床」と「ホスピス緩和ケアが提供される一般病床（具体的には緩和ケアチームが診療を支援する病床）」の二つの形態で必要な病床数を算定し確保する必要がある。
- ②患者が希望する場所で安心して療養できるようにするために、療養場所が変わっても切れ目のないホスピス緩和ケアが提供できるような地域のネットワークを構築する必要がある。そのためには、地域のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟、とくに、在宅療養に移行する際には24時間対応可能な在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、居宅介護事業所などを繋ぐ地域のコーディネーター役を配置することが必要である。地域ネットワークのコーディネーター役としては、それぞれの地域の状況に応じて、入院または通院医療を担う医療機関または在宅医療を担う医療機関にホスピス緩和ケアに関する相談員としてソーシャルワーカーや看護師を配置することが望まれる。このようなセンター機能をもつ医療機関には、患者、家族からのホスピス緩和ケアに関する相談を受ける機能や症状緩和などに関する医療関係者からの相談などを受ける機能、一般市民にホスピス緩和ケアに関する情報を発信していく機能も求められる。
- ③病院等の入院または通院医療を担う医療機関と24時間対応可能な在宅医療を担う医療機

関、居宅介護事業所などの資源が適切に利用されるために、地域ごとに医療資源や介護資源の情報を集約することと、その提供方法として地域連携パスを作成することが望まれる。

- ④地域連携パスでは、ホスピス・緩和ケア病棟、ホスピス緩和ケアを提供する一般病床の役割は、在宅医療を担う医療機関では症状緩和が困難な事例の症状緩和やレスパイトケアおよび在宅が継続困難な事例の看取りを目的にした入院を受け持つことになる。がん患者のレスパイトケアとしての入院を促進するために、入院を担う医療機関への診療報酬の加算などを検討する。

7) 地域ネットワークに関する考え方

WHOは地域にホスピス緩和ケアのネットワークを構築するために、地域における専門的な緩和ケア支援チーム（地域PCT）を軸にした一次、二次、そして三次という3つのレベルから成る地域ホスピス緩和ケアネットワークを提唱している^{参考資料4)}。この地域ネットワークの考え方は、地域社会における既存の医療資源を効率的に利用して作ることを目的としており、わが国の地域ネットワークを作る際の考え方として参考となる。そこで、わが国の現状を踏まえて一次、二次、そして三次という3つのレベルから成る地域ネットワークについて提言する。

(1) 地域社会レベル

患者の家族やホームヘルパーが訪問する医師や看護師などの在宅医療チームの支援を受けて行う現状の在宅ケアが基本となる。訪問医師や訪問看護師、ホームヘルパー等はホスピス緩和ケアに関する基本的なトレーニングなしに提供する従来からの在宅医療や在宅ケアを提供する。それを基盤として、地域にホスピス緩和ケアのネットワークを形成する。

(2) 一次緩和ケアレベル

その地域の在宅医療に携わるすべての看護師がホスピス緩和ケアの基本的な研修を受けた上で、患者の家族やホームヘルパー等を支援してホスピス緩和ケアを提供する。一次レベルでは、地域のすべての看護師が疼痛をはじめ症状マネジメントや心理社会的支援に関する基本的な研修を受ける必要がある。そして、一次緩和ケアレベルの看護師で対処困難な患者に対応する場合は、二次、三次レベルの地域PCTに照会する。

(3) 二次緩和ケアレベル

地域の在宅医療に携わるすべての医師も看護師と同様にホスピス緩和ケアの基本的な研修を受けた上で、患者の家族やホームヘルパー等を支援してホスピス緩和ケアを提供する。二次レベルでは、地域のすべての医師、看護師が疼痛をはじめ症状マネジメントや心理社会的支援に関する基本的な研修を受ける。二次レベルの地域PCTは専門的知識や技術をもって、地域（具体的には、都道府県内のひとつの地域に対応）の照会や相談に対応し、医師をはじめ様々な専門職種への教育研修の支援も行う。二次レベルで対処困難な患者に対応する場合は、三次レベルの地域PCTに紹介する。

(4) 三次緩和ケアレベル

二次レベルの地域PCTで対処が困難な患者の場合は、緩和医療専門医、専門看護師、専

門薬剤師等から構成される三次レベルの地域PCTに紹介をする。この地域PCTは専門的知識や技術をもって、必要に応じて広い地域（具体的には、ひとつの都道府県全体や都道府県を越えて対応）の照会や相談に対応し、医師をはじめ多職種への教育や実地研修などの支援も行う。そして、一次から三次緩和ケアはどのレベルであっても入院施設（ホスピス・緩和ケア病棟等）と密接に連携している必要がある。

(5) 地域における専門的な緩和ケア支援チーム（地域PCT）とは

地域PCTという考え方は、わが国では一般的なものとなっていない。平成19年度に策定された「がん対策推進基本計画」において、病院、特にがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの設置と普及の方向が示されて、病院内の病棟の医師や看護師で対処困難な患者に対応する緩和ケアチームは徐々に理解が進んできている。しかし、地域の医師や看護師で対処困難な患者に対応する緩和ケア支援チームは、具体的な仕組みやチームの形態が決まっておらず、理解が得られていない。そこで、わが国の二次あるいは三次レベルの地域PCTという考え方の枠組みを示す。

- ① 地域PCTはそれぞれの地域の状況に応じて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のいずれに所属してもよい。
- ② 地域PCTはその所属する医療機関を受診していない患者も対象とし、相談に対応する機能をもつ
- ③ 地域PCTは必要に応じて地域の医療機関や在宅の患者を直接訪問して相談に対応する機能をもつ
- ④ 地域PCTは地域の医師、看護師など様々な医療、福祉、介護の専門職への教育や研修などの支援も行う機能をもつ
- ⑤ 地域PCTの構成員はこれからの検討課題であるが、ホスピス緩和ケアを専門とする医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等が想定される。

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
- 3) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, Nakaho T, Nakashima N, Shima Y, Matsubara T, Uchitomi Y: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. J Clin Oncol. 2005 Apr 20;23(12):2637-44.
- 4) WHO: Palliative Care (Cancer Control ;Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes;Module 5) p29-31.2007. Geneva, Switzerland