

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

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

地域緩和ケアネットワーク検討会 メンバー（順不同）

	氏名	所属	肩書き	協会役職
1	柴田 岳三	日鋼記念病院	緩和ケア科科長	理事
2	小笠原鉄郎	宮城県立がんセンター	緩和ケア部長	
3	斎藤 龍生	西群馬病院	院長	理事
4	志真 泰夫	筑波メディカルセンター	緩和医療科診療部長	副理事長
5	渡辺 敏	千葉県がんセンター	緩和医療科部長	
6	山崎 章郎	ケアタウン小平クリニック	院長	理事長
7	高宮 有介	昭和大学医学部	医学教育推進室専任講師	理事
8	山田 祐司	愛和病院	院長	理事
9	谷 一彦	福井県済生会病院	緩和ケア病棟所長	理事
10	井上 聡	聖隷三方原病院	ホスピス所長	理事
11	福地 智巴	静岡県立静岡がんセンター	医療ソーシャルワーカー主任	理事
12	田村 恵子	淀川キリスト教病院	ホスピス主任看護課長	副理事長
13	本家 好文	広島県緩和ケア支援センター	センター長	
14	福重 哲志	久留米大学病院緩和ケアセンター	准教授	理事

目次

はじめに	2
1. 背景	
2. 作成過程	
I. 地域緩和ケアネットワークの基本的考え方	4
1. 日本ホスピス緩和ケア協会からの提言	
2. 「わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画」の要約	
II. 地域緩和ケアネットワークの現状	6
1. 「在宅末期医療総合診療料」に関するアンケート結果	
2. 地域緩和ケアネットワーク作りへの取り組み	
III. 地域緩和ケアネットワークの構築	10
1. 在宅緩和ケアと地域における緩和ケア病棟の果たす役割	
2. 地域緩和ケアネットワークに関する WHO の考え方	
IV. 今後の課題	12

資料1. 「緩和ケア病棟入院料」「緩和ケア診療加算」新旧比較表

資料2. 在宅末期医療総合診療料に関するアンケート調査結果

資料3. 地域緩和ケアネットワーク現状報告 報告者一覧表

はじめに

1. 背景

2007年4月より「がん対策基本法」が施行され、厚生労働省が「がん診療連携拠点病院」を中心とした「がん医療の均てん化」を推進している。2008年2月には新たに30都県の70病院が追加され、4月時点では全国に353施設（国立がんセンター中央病院、東病院を含む）が拠点病院として指定を受けている。2007年6月15日には「がん対策推進基本計画」が策定・公表され、2011年までの5年間にがん対策の計画的な推進を図ることが決定された。この基本計画では、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るための基本的方向が定められている。この基本計画に基づいて、都道府県ごとの「がん対策推進計画」が策定され公表されている。

「がん対策推進基本計画」では、がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるように、「治療の初期段階から緩和ケアの実施を推進すること」が明記され、緩和ケア*が手術療法、放射線療法、化学療法とともにがん医療において重要な役割を果たすことが明記され、緩和ケアの普及を目指した取り組みを実施することになった。

2008年4月の診療報酬改定において、重点評価項目のひとつに「がん医療の推進」が掲げられた。そのなかで緩和ケアについては、がん患者が入院・外来通院でも在宅でも質の高い療養生活を送れるように、緩和ケアの提供体制の整備を目指した改定となっている。緩和ケアに関する新たな診療報酬として、入院、外来、在宅を問わず、医療用麻薬を適切に使用していることに対する評価として「癌性疼痛緩和 management 指導料」が新設された。また、緩和ケアの質向上を図るために、緩和ケアチームに関する「緩和ケア診療加算」の算定基準の要件に「専任薬剤師の配置」が追加され、診療点数も増額された。これまでは入院患者の診療に限定されていた緩和ケアチームの活動が、外来診療においても認められることになった。さらに、介護老人保健施設や療養病床において医療用麻薬を処方した場合でも算定できるようになり、どこにいても適切に医療用麻薬が使用でき、緩和ケアの提供を受けられる体制づくりを目指したものとなっている。

「緩和ケア病棟入院料」の算定基準に関しても、対象患者が「主として末期の」悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者という表現から、「主として苦痛の緩和を必要とする」と改められ、緩和ケア病棟が終末期のケアに加えて、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えたものとすることや、地域の在宅ケアを担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等の整備という要件が追加され、これまで以上に地域との連携をはかることを求められることになった。「がん対策基本法」施行以降のこうした動きをみると、がん患者を対象とした緩和ケアはホスピス・緩和ケア病棟に代表される施設ケアから「一般病院での緩和ケアの提供」さら

に「地域医療での緩和ケアの提供」へと普及するための取り組みが緊急に求められている（資料1）。

したがって、ホスピス緩和ケア協会（以下、協会）は、その使命として緩和ケアを推進するために、一般病院と地域医療における緩和ケアの普及に早急に取り組む必要があると考える。協会としては他の緩和ケア関連団体と協力して、緩和ケア普及のための行動計画を示すことが当面の重要な課題である。

2. 報告の作成過程

2006年9月に実施した「在宅末期医療総合診療料」に関するアンケートを実施した結果について、臨時のワーキンググループ（2006年11月、山崎会長・志真副会長・田村副会長・岡部理事・山田理事・事務局）を開催して、今後の対応について検討した。2006年12月2日の理事会において、ワーキンググループがまとめた協会としての方向性を確認し、同年12月20日に開催された厚生労働省「がん対策の推進に関する意見交換会」における関連団体からのヒヤリングにおいて、山崎会長が「これからのホスピス緩和ケアについて」の現状と課題を報告し、協会として地域緩和ケアネットワーク作りに取り組むことを提言した。

平成18年度厚生労働省科学研究費補助金による「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究（主任研究社：下山直人）」の研究テーマの一つとして「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究（分担研究者：森田達也）」が企画され、当協会に対しても本研究への協力団体の一つとして呼びかけがあった。2007年3月に「緩和ケアグランドデザインに関する打ち合わせ会」が開催され、山崎会長が参加した。本研究については、当協会からは志真副理事長・田村副理事長・木澤理事・梅田理事がワーキンググループメンバーとして参加している。

こうした経過を踏まえて、今後一般病院や地域医療における緩和ケアネットワークに関して、「協会としてどう取り組むか」について検討するために「**地域緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会**」（略称：地域緩和ケアネットワーク検討会）を発足することが決定された。地域緩和ケアネットワーク検討会は2007年年4月13日、6月1日、11月30日、2008年4月25日、4回開催され、各地域のネットワークに関する現状や課題に関する検討を行い、本報告書を作成した。

* 本報告書では、緩和ケアについてはWHOによる以下の定義に基づいて使用した。

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処することで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」（2002年WHOによる定義）
なお、入院施設としての「緩和ケア病棟」は「ホスピス・緩和ケア病棟」と記載した。

I. 地域緩和ケアネットワークの基本的考え方

1. 日本ホスピス緩和ケア協会からの提言について

協会が「がん対策の推進に関する意見交換会」（2006年12月20日：厚生労働省）において、「これからのホスピス緩和ケアについて」の提案と要望した内容は、以下の3点に要約される。

1) 終末期の療養場所が病院に偏っていることや、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームを持つ施設が地域的に偏っている現状から、今後はがん診療連携拠点病院を中心としてホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等が地域連携のためのネットワークを構築する必要がある。

2) 緩和ケアの量的な拡充とともに、提供されるケアの質を評価して患者と家族の希望に応えられるようにケアの改善に取り組む必要がある。

3) 緩和ケアは、これまでのホスピス・緩和ケア病棟中心から、緩和ケアチーム、さらに在宅療養支援診療所をはじめとする地域へと広がりを見せる。地域における緩和ケアの質を保証するために、地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作るとともに、利用者である国民に対して緩和ケアへの理解を深めるように働きかける必要がある。

2. 「わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画」の要約について

「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究」（分担研究者：森田達也）で示された行動計画は、以下の8点に要約される**。

1) 緩和ケアに関する正しい知識の普及

—患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けられることができるために—

要約 1：適切な時期に患者・家族が緩和ケアを受けるとのできない要因のひとつに、緩和ケアや医療用麻薬に関する誤解があると考えられる。一般国民・患者・家族に対する現実に即した知識の普及と経年的評価が必要である。

2) 基本的な緩和ケアの普及

—患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず Quality of Life (QOL) を向上させるための標準的な緩和ケアを受けられることができるために—

要約 2：患者によって望ましい QOL は多様である。患者がどの QOL の要素を重要と

しているかを把握する手段を確立することが必要である。

要約 3：現在、患者・家族から見た望ましい QOL が達成されているか、全国での実態が明らかにされていない。そのため、患者・家族・遺族などを対象とした実態調査が必要である。これには、鎮痛のみならず包括的な QOL の要素、療養場所に関する希望の充足、医療の断片化についての評価、家族の負担、標準的な緩和ケアでは効果が不十分な苦痛の同定などが含まれる必要がある。

要約 4：鎮痛を中心とした緩和ケアが十分に行われていないことが示唆される。その要因のひとつに一般医師・看護師が緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でないことがあげられる。診療ガイドラインを作成するだけでなく、実践にあたって臨床現場で生じる問題を継続して支援する体制を構築することが必要である。具体的には、がん治療にあたる医師・看護師が知っておくべき緩和ケアの要点をまとめた小冊子などの普及に加えて、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医療従事者を養成することにより、一般医師・看護師の支援を行うことが必要である。

3) 専門的な緩和ケアの整備

—患者・家族が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けることができるために—

要約 5：専門緩和ケアサービスの量的・質的不足が示唆される。わが国の医療提供体制を踏まえたうえで、専門緩和ケアサービスのあるべき形態を明確にする必要がある。

要約 6：専門緩和ケアサービスの質を維持するための方策、すなわち、1.緩和ケアに関する質評価のためのサーベイランスとフィードバックを行う継続的なシステム、2.専門緩和ケアサービスをになう専門職の質を維持するシステム、および、3.地域の専門緩和ケアサービスにおいて解決困難な問題が生じた場合、全国レベルで対応できるシステムが必要である。

4) 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備

—患者・家族が希望するどの場所で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができるために—

要約 7：患者の療養場所に対する希望は達成されていないことが示唆される。患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減されるシステムを地域ごとに構築する必要がある。そのために、1.地域ごとに患者の希望する療養場所を把握する、2.患者の療養場所に関する意向を把握する方法を確立する、3.地域のリソースを系統的に把握し、患者の意向と状態に見合った場所を選択する手段を確立する、4.地域において患者を早期から連携して診療する

手段を確立することが必要である。これは、がん診療連携拠点病院の相談支援センター育成を通じて達成する。

5) 緩和ケアの研究の推進

—現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになるために—

要約8：現在十分には緩和されていない患者の苦痛がある。十分に緩和されていない苦痛を同定し、緩和ケアの研究基盤を整備しつつ、有効な緩和治療を開発する研究をすすめる必要がある。

※平成18年度厚生労働省科学研究費補助金「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」報告書「わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画」p3-4.

II. 地域緩和ケアネットワークの現状

1. 「在宅末期医療総合診療料」に関するアンケート結果（資料1）

協会は2006年9月に『在宅末期医療総合診療料』に関するアンケート調査を協会加盟の「緩和ケア病棟入院料」届出施設163施設を対象に実施した。アンケート調査に対して143施設（回答率88%）からの回答があった。

1) ホスピス・緩和ケア病棟からの訪問診療

アンケート調査の結果から、ホスピス・緩和ケア病棟から直接訪問診療に出ている施設は40%程度であり、地域の診療所からの訪問診療と併せて実施している施設が大半を占めていた。訪問診療件数については、1ヶ月に5件未満と少ない施設が多く、2006年以降の3ヶ月間でも1ヶ月当り5件以下という施設が79%と大半を占めていた。月に10件以上の訪問診療を行っている施設は9施設（10%）に留まっていた。

2) 訪問診療の今後の方向性

地域の在宅療養支援診療所との連携を行うという施設が86施設（60%）と過半数を占め、ホスピス・緩和ケア病棟から直接訪問診療する施設は56施設（39%）であった。今後の在宅緩和ケアについては、在宅療養支援診療所と連携する方向へ移行する可能性が高いと考えられた。

3) 「在宅末期医療総合診療料」の適応の拡大

「在宅末期医療総合診療料」の適応を「緩和ケア病棟入院料届出施設」に拡大することを要望する施設は79%に達していた。これは「在宅療養支援診療所との連携」と「緩和ケア病棟からの直接訪問」の両方が必要と認識している施設が多いことを反映している。今後は、地域緩和ケアという視点で、在宅療養支援診療所等と連携していくこと、

すなわち「地域緩和ケアネットワーク作り」、ホスピス・緩和ケア病棟からの直接訪問すること、すなわち「地域緩和ケア提供体制の整備」を一体として実施していく必要があると考える。当面、厚生労働省は在宅療養支援診療所の普及と充実に力点を入れており、「在宅末期医療総合診療料」の緩和ケア入院料届出施設に適応を拡大することを申し入れる環境にはないと考えられ、むしろ「地域緩和ケアネットワーク作り」に力を注ぐことが重要だと考える。

2. 地域緩和ケアネットワーク作りへの取り組み

地域緩和ケアネットワーク検討会では、各地域で進められている「地域緩和ケアネットワーク作り」について、検討会委員の属する地域を中心に情報収集を行った(資料2)。その結果、いずれの地域においてもネットワーク作りの取り組みがはじまったばかりであり、それぞれの地域による温度差も大きいことがわかった。そして、ネットワーク作りを主導しているのは地方自治体、がん診療連携拠点病院、医師会、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど、さまざまな形態をとっている。そこで、「地域緩和ケアネットワーク作り」の現状をいくつかのタイプに整理してみた。

1) 都道府県などの行政主導による自治体レベルのネットワーク作り

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室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きた。広島大学病院(県連携拠点病院)をはじめ地域がん診療連携拠点病院(10)、緩和ケア病棟(9)、訪問看護ステーション(94)、在宅療養支援診療所(438)、地域包括支援センター(106)、居宅介護支援事業所(799)などを包括した地域緩和ケアネットワーク作りを進めている。【広島県緩和ケア支援センター資料請求先：本家好文(広島県緩和ケア支援センター)】

現在、県と緩和ケア支援センターが中心となって、がん診療連携拠点病院連絡協議会、緩和ケア病棟連絡協議会、広島県訪問看護ステーション連絡協議会、広島県地域保健対策協議会、広島県在宅緩和ケア推進連絡協議会などの組織を通じて、県内の各地域に緩和ケアネットワークの構築がはじめている。これまでは医療圏ごとに広島県地域保健対策協議会の支部が中心となって、地域医師会、訪問看護ステーション、福祉関係者による緩和ケアに関する部会を設置して、地域の緩和ケアに関する資源マップの作成や、事例検討会、研修会などを開催してきた。これからの課題としては、

- ・ がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームを充実する

- ・ 地域の緩和ケア病棟とがん診療連携拠点病院との連携をはかる
- ・ 地域の緩和ケア病棟と在宅療養支援診療所との連携をはかる
- ・ 各地域に緩和ケアサポートセンターを設置する
- ・ 各地域内で顔の見える地域連携の構築をはかる

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ようとしている。

2) 地域が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ネットワーク作り

総合病院山口赤十字病院は、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きた。【山口市在宅緩和ケア支援センター資料請求先：末永和之（山口赤十字病院）】

「在宅緩和ケア支援センター」の職員は、緩和ケアの経験を持つ医師、薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー、栄養士等の専門職員が対応できる体制を取っており、以下の事業を実施している。

1. 患者・家族に対する相談支援：相談の際には看護師または医療ソーシャルワーカーが対応し、相談内容に応じて医師、薬剤師、栄養士等が対応する。相談方法は、電話や来所あるいはスタッフがご家族に訪問して直接相談に応じることもする。
2. 在宅緩和ケアに係る医療・福祉サービスの調整や福祉サービスの代行申請：在宅で過ごすために必要なサービスが受けられるよう、関係機関との調整や福祉サービスの代行申請などを行なう。
3. 医療機関及び訪問看護ステーション等従事者にする相談支援：患者・家族と同じように医療従事者への相談体制を取り、緩和ケア専門家が相談に応じる。
4. 医師・看護師・福祉関係者等への研修会の開催：在宅緩和ケアを推進する上で必要な情報、緩和ケアの知識・技術の習得を目的とした、講習会や臨床実習、訪問実習や定期的な事例検討会を実施している。
5. 緩和ケアに係わる情報提供：医療従事者を対象とした情報誌による緩和ケアの最新情報の提供を行う。
6. 一般市民への普及啓発：市民公開講座の開催等、市民への普及啓発を山口・吉南地区地域ケア連絡会議及び市と共催して行う。

長野市では長野赤十字病院・長野市民病院・愛和病院とが共同でホスピス緩和ケア地域連携パスを作成し、連携可能な在宅ケア担当医、訪問看護ステーション、麻薬処方可可能な調剤薬局のアンケートを行い、連携可能な在宅ケア担当医、訪問看護ステーション、にそれぞれ地域連携パスの説明会を開催した。

つくば市では筑波メディカルセンター病院緩和医療科、筑波大学付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、隔月で事例検討などを行う「つくば緩和ケアカンファレンス」を開催し、今後、①地域緩和ケアリソースマップ（情報提供）、②緩和ケアセミナー（教育支援）、③地域緩和ケア登録システム（情報共有）など、ネットワーク作りを進めてゆく。

そのほか、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が進められている。

3) 在宅療養支援診療所など診療所主導の地域ネットワーク作り

宮城県では、県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」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、多職種が集まりができつつある。今後、調剤薬局、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等の勉強会、事例検討会に発達させていく。緩和ケアの普及に取り組む医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士等の専門職を各保健所圏域単位で集め、多職域のチームを形成し、地域在宅緩和ケアの中核チームに育っていくよう支援する。

4) その他

浜松市、鶴岡市、柏市、長崎市では、厚生労働科学研究費補助金：第3次対がん総合戦略研究事業：がん対策のための戦略研究：課題「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」として、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が2008年4月から実施されている。このプロジェクトは、地域全体として緩和ケアが早期から適切に行われ、希望する場所で患者が療養できるプログラムを実施して、その結果を評価することを目標としている。このプロジェクトのうち浜松地区では浜松地域の総合病院 11 施設（そのうち拠点病院 4 施設）、診療所 27、訪問看護ステーション 11、居宅介護支援事業所 5、施設（特別養護老人ホームなど）2、保健薬局 33 などが参加する。

地域によっては、「在宅緩和ケア支援センター」などがすでに設置されているが、これらのネットワークが機能している地域はきわめて限定されている。多くの地域がその特性に合わせて、自分たちの地域に見合った方策を検討している段階である。しかも、地域ネットワークの多くは行政主導であっても熱心な診療所・病院の医師や訪問看護ステーションの看護師などの個人的な努力で支えられている。地域緩和ケアネットワークの現状は、限定された地域で個人的な努力で支えられているという問題点が情報収集の

過程で明らかになった。

地域によっては多職種による事例検討会などを行いながら、顔の見える関係づくりが進んでいる地域もある。「ホスピス緩和ケア地域連携パス」を用いた取り組みもあるが、いずれも恒常的なネットワークの構築までには至っていない。

ホスピス・緩和ケア病棟では、入院患者の症状緩和をはかった後に在宅療養に移行しようとしても、実際には在宅療養に向かうことが困難な場合が多く、ホスピス・緩和ケア病棟から退院して在宅療養に移行できる患者は少ないという問題点が指摘された。したがって、がん診療連携拠点病院や地域のがん診療を行っている病院でがん治療を実施している初期の段階から緩和ケアを視野に入れて、在宅療養の支援を行っていく必要がある。

Ⅲ. 地域緩和ケアネットワークの構築

1. 在宅緩和ケアと地域における緩和ケア病棟の果たす役割

『在宅末期医療総合診療料』に関するアンケート調査」では、ホスピス・緩和ケア病棟 104 施設から、「ホスピス緩和ケアにおける在宅医療への取り組みについて」「地域における緩和ケア病棟の果たす役割」の二つの質問について自由記載で回答が寄せられた。そこで、これらの回答について内容を分析して、地域緩和ケアネットワークに関する協会として各施設に共通する考え方をまとめて示す。

1) ホスピス・緩和ケア病棟の役割

1. 地域の緩和ケア支援病床：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に、ホスピス・緩和ケア病棟が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。地域によってはホスピス・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機能を果たすことが困難な状況である。それぞれの地域の状況に応じて、必要な病床数の確保を推進する必要がある。

2. 地域のコーディネーター：ホスピス・緩和ケア病棟は、地域緩和ケアネットワークのコーディネート役を果たす必要がある。利用者からの緩和ケアに関する相談や、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、市民に緩和ケアに関する地域の情報を発信していくことも求められる。

3. 教育支援：これまで緩和ケアを専門的に提供してきた立場から、地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームスタッフ、在宅療養支援診療所医師、訪問看護ステーション看護師などへの緩和ケアの教育支援について、中心的な役割を担う必要がある。こうし

た教育支援を行うことで、拠点病院及び地域の一般医師や看護師の緩和ケアへの理解を深めることにも結びつく。

4. 地域住民への普及啓発活動：地域住民・患者・家族に対して緩和ケアに関する啓発活動を行うことによって緩和ケアに対する誤解をなくし、早期から適切に緩和ケアサービスを受けることができるようにしていく必要がある。

2) 在宅緩和ケアと地域緩和ケアネットワーク

1. 地域ネットワーク作り：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、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、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを中心とした地域ネットワーク作りが重要である。

2. 地域連携パスと地域のコーディネーター：在宅療養に移行する際に、地域にある在宅療養支援診療所、24時間対応可能な訪問看護ステーション、居宅介護事業所などの資源が適切に利用されるために、地域ごとに正確な資源情報を提供する方法として地域連携パスを作成することや、「在宅緩和ケア支援センター」等を整備して地域のコーディネーター役を配置することを検討する必要がある。

3. 地域の医師・看護師との連携と支援：在宅療養を希望する患者のニーズに応え、継続して緩和ケアを提供するためには、ホスピス・緩和ケア病棟の医師が直接訪問診療に出向く方法ではマンパワー面での限界がある。したがって、ホスピス・緩和ケア病棟の医師と在宅療養支援診療所医師との協力体制を築いていくことが重要であり、在宅療養支援診療所医師や訪問看護ステーション看護師に対して緩和ケアへの理解を深め、苦痛緩和のために適切にオピオイドなどが使用できるように支援などを行っていく必要がある。また、在宅での生活を支えるためには、介護面の支援についても充実させていく必要がある。

2. 地域緩和ケアネットワークに関する WHO の考え方

WHOは地域社会に緩和ケアネットワークを構築するために、地域における専門緩和ケア・コンサルテーションチーム（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緩和ケアネットワークを提唱している***。WHOの提唱する地域緩和ケアネットワークは、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指している。

地域社会レベルでは、患者の家族や地域住民（ボランティアも含む）が訪問する医師や看護師などの在宅ケアチームの支援を受けて行う緩和ケアが基本となる。したがって、

地域社会では緩和ケアに関する特別なトレーニングなしに提供される従来からの在宅ケアが基盤となり、そのうえに緩和ケアのネットワークが形成される。

1) 一次緩和ケアレベルは、すべての看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けた上で、患者の家族や地域住民、ボランティアを支援して緩和ケアを提供する。一次レベルでは、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トレーニングを受ける必要がある。そして、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に紹介する。また、在宅ケアチームにおける緩和ケア関連の認定看護師は、患者の家族や地域住民への教育支援を行う。

2) 二次緩和ケアレベルは、がん患者を診療するすべての医師と看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けた上で、患者の家族や地域住民、ボランティアを支援して緩和ケアを提供する。そして、対処困難な患者に対応する場合は、緩和ケアの専門的トレーニングを受けた医師または看護師とソーシャルワーカー、薬剤師からなる地域PCTに紹介する。このPCTは地域レベルの紹介や相談に対応し、医師、看護師などへの教育支援を行う。

3) 三次緩和ケアレベルは、がん患者を診療するすべての医師と看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けていることが必要である。その上で対処が困難な患者の場合は、緩和医療専門医、専門あるいは認定看護師、ソーシャルワーカー（または臨床心理士）、薬剤師から構成される地域PCTに紹介する。このPCTは専門的知識や技術をもって、全国レベルの照会や相談に対応し、医師をはじめ多職種への教育支援を行う。

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）と密接に有機的に結びついている必要がある。なぜなら、患者は苦痛の緩和を集中的に必要とすることがあり、また、緊急に臨死期の対応を必要とすることもあるからである。

*** WHO: Palliative Care (Cancer Control ;Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes;Module 5) p29-31.2007. Geneva, Switzerland

IV. 今後の課題

1. 顔の見える地域連携作り

がん診療連携拠点病院を中心として、地域のがん診療を行っている一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所などの協力体制を構築することが望まれる。そのためには地域がん診療連携拠点病院の緩和

ケアチームとホスピス・緩和ケア病棟が協力しながら、地域の緩和ケアを推進する必要がある。地域ごとに研修会や事例検討会などを開催し、実践的な問題を話し合いながら顔の見える連携を築く必要がある。

2. 実践的な教育支援

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟などで緩和ケアサービスを専門的に提供できる人材不足が深刻である。また、在宅ケアを中心的に担う在宅療養支援診療所の医師や訪問看護師への教育支援も重要な課題である。協会の役割として、ホスピス・緩和ケア病棟がこれまで実践してきた経験や知識に基づいて、「症状緩和」「コミュニケーションスキル」「悪い知らせの伝え方」「チーム医療」「家族ケア」といった緩和ケアの基盤となるテーマについて、臨床現場を通じた実践的な教育支援を行う必要がある。その際、教育プログラムについて、協会は緩和医療学会をはじめ緩和ケア関連の諸団体と協力して作成していく。

3. 緩和ケア研修会への協力と参加

がん対策推進基本計画に基づいて、治療の初期段階からの緩和ケアの実施が重点的に取り組むべき課題として取り上げられ、2008年度からがん診療に携わるすべての医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修会、「緩和ケア研修会」がはじまる。都道府県単位で実施される本研修会において、協会会員が積極的に関わることにより、緩和ケアの広がりを支援していく。

4. 普及啓発事業への取り組み

一般国民に対して緩和ケアの概念を正しく理解してもらうために、2006年度からスタートした「ホスピス緩和ケア週間」等を通して普及啓発活動を推進する。また、厚生労働省から NPO 法人日本緩和医療学会に委託された普及啓発事業「Orange Balloon Project」に対して、本協会としても協力して推進していく。

5. 情報交換と情報提供

限られた緩和ケアのための病床を円滑に運用できるように、地域のホスピス・緩和ケア病棟間で運用状況について情報交換しながら運用することも検討する。緩和ケア病棟間においても、入院基準・入院期間・医療依存度などに違いがあると思われる。また、医師数・看護体制・在宅との連携体制といった運用体制にも違いがある。こういった地域ごとに実態を把握したうえで、協会としては、地域において患者の要望に応じた円滑な運用が可能となるように統一した対処ができるように努力をする。

(資料1) 平成20年度診療報酬改定に係る通知等について 施設基準比較表(2008年4月)

【省令・告示】基本診療料の施設基準等

	旧基準	改定後の基準(平成20年厚生労働省告示第62号)
緩和ケア病棟入院料の施設基準	(1)主として 末期 の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行うものであること。	(1)主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを 一般病棟 の病棟単位で行うものであること。
	(2)当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、前段の規定にかかわらず、二以上であることとする。	(2)当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、前段の規定にかかわらず、二以上であることとする。
	(3)当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(3)当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
	(4)当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。	(4)当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
	(5)当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。	(4)当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
	(6)健康保険法第六十三条第二項及び老人保健法第十七条第二項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。	(5)健康保険法第六十三条第二項 第四号 及び 高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号 に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。
	(7)財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。	(7)財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。

【課長通知】基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

	旧基準	改定後の基準(保医発第0305002号)
緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等	(1)主として 末期 の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。	(1)主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
	(2)夜間において、看護師が複数配置されていること。	(2)夜間において、看護師が複数配置されていること。
	(3)当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。	(3)当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。
	(4)当該病棟内に緩和ケアを担当する医師が常勤していること。	(4)当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が 1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。
	(5)当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。	(5)当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。
	(6)当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。	(6)当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
	(7)当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。	(7)当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。

(8) 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により、入退棟の判定が行われていること。	(8) 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により <u>当該病棟の患者</u> の入退棟の判定が行われていること。
(9) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。	(9) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

【課長通知】診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について

	旧基準	改定後の基準(保医発第 0305002 号)
緩和ケア病棟入院料	(1) 緩和ケア病棟は、主として <u>末期</u> の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する <u>末期</u> の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。	(1) 緩和ケア病棟は、主として <u>苦痛の緩和を必要とする</u> 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う <u>とともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する</u> 病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
	(2) 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。	(2) 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。
	(3) <u>末期</u> の悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。	(3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
	(4) 緩和ケア病棟における <u>末期</u> 悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」(厚生省・日本医師会編)を参考とする。	(4) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「 <u>Evidence-Based Medicine</u> 」に則った <u>がん疼痛治療ガイドライン</u> 」(日本緩和医療学会)、「 <u>がん緩和ケアに関するマニュアル</u> 」(厚生労働省・日本医師会監修)等の <u>緩和ケアに関するガイドライン</u> を参考とする。
		(5) <u>緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。</u>
		(6) <u>緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24 時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。</u>
		(7) <u>緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。</u>

【省令・告示】「基本診療料の施設基準等」

	旧基準	改定後の基準(平成20年厚生労働省告示第62号)
施設基準 緩和ケア 診療加算の	(1)緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1)緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
	(2)財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。	(2)財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。

【課長通知】基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

	旧基準	改定後の基準(保医発第 0305002 号)
緩和ケア診療加算に関する施設基準	(1)以下の3名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師	(1)当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。 ア身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ緩和ケアの経験を有する常勤看護師 <u>エ緩和ケアの経験を有する薬剤師</u>
	(2)(1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。	(2)(1)にかかわらず、(1)のア又はイのうち <u>いずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、当該専任の医師以外の医師にあっても、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行う場合については、緩和ケア診療加算を算定すべき診療に影響のない範囲においては専従とみなすことができる。なお、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診察することについては、差し支えないものとする。(ただし、所定労働時間の2分の1以下であること。)</u>
	(3)(1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。	(3)(1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
	(4)(1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。	(4)(1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
	(5)(1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。	(5)(1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。 <u>なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</u> <u>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)</u> <u>イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</u> <u>ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</u> <u>(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要</u> <u>(ロ) 悪性腫瘍</u> <u>(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程又は後天性免疫不全症候群の</u>

		<u>プロセスとその治療</u> <u>(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</u> <u>(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法</u> <u>(へ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ</u> <u>(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント</u> <u>(チ) コンサルテーション方法</u> <u>(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について</u> <u>エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践</u>
		<u>(6) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。</u>
(6) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。	(7) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。	
(7) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて主治医、看護師などが参加していること。	(8) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、 <u>当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師</u> などが参加していること。	
(8) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。	(9) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。	
(9) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。	(10) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。	

【課長通知】診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について

	旧基準	改定後の基準(保医発第 0305002 号)
緩和ケア診療加算	(1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。	(1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。
	(2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。	(2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。
	(3) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、主治医、看護師などと共同の上別紙様式2又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。	(3) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、 <u>当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師</u> などと共同の上別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
	(4) 当該加算算定患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。	(4) 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。
	(5) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね 30 名以内とする。	(5) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね 30 名以内とする。
		<u>(6) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。</u>
		<u>(7) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。</u>
		<u>(8) 院内の見えやすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。</u>

(資料2) 「在宅末期医療総合診療料」に関するアンケート結果

調査期間：2006年9月4日～9月13日
調査対象：日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケア病棟入院料届け出受理施設 163施設
回収率：87.7% (163施設中143施設が回答)

問1. 2006年4月の「在宅末期医療総合診療料」改訂前、貴緩和ケア病棟では、がん末期の患者さんへの訪問診療をどのように行っていましたか（複数回答可）

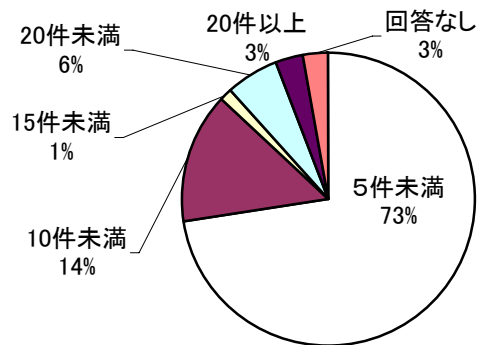
1. 緩和ケア病棟の医師が直接訪問	58
2. 院内在宅診療部門に依頼	23
3. 地域の診療所に依頼	76
4. 訪問診療について特別な対応はしていなかった	26
5. その他	10

〈5. その他 記述回答〉

- ・ 同一法人の在宅療養支援診療所に依頼
- ・ 併設の訪問看護ステーションと連携し緩和ケア病棟医師が訪問
- ・ 同一法人の診療所医師に依頼
- ・ 法人内のクリニック・訪問看護ステーション
- ・ 対象者が2006年4月以降ないが発生すれば1. 3. となる
- ・ 訪問診療は行っていない

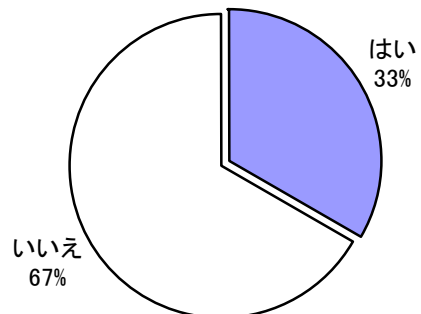
補問1. (問1で1または2を、あるいは1および2を選んだ69施設が回答対象)
2005年度の1または2を、あるいは1および2を合わせた診療件数(1ヶ月の実件数)

5件未満	50
10件未満	10
15件未満	1
20件未満	4
20件以上	2
回答なし	2
計	69



補問2. (問1で1または2を、あるいは1および2を選んだ69施設が回答対象)
2005年度において「在宅末期医療総合診療料」を算定していましたか?

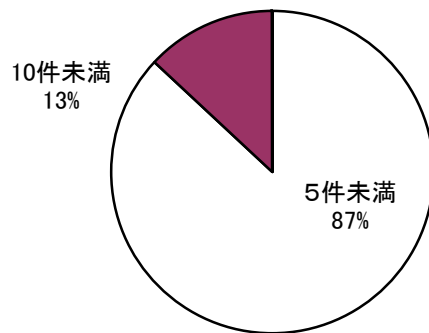
はい	23
いいえ	46
計	0



補問3. (補問2. で1を選んだ23施設が回答対象)

2005年度における「在宅末期医療総合診療料」の月間平均は何件でしたか？

5件未満	20
10件未満	3
15件未満	0
20件未満	0
20件以上	0
計	23



問2. 2006年4月以降、貴院ではがん末期の患者さんへの訪問診療をどのように行っていますか。

(複数回答可)

1. 緩和ケア病棟の医師が直接訪問	50
2. 院内在宅診療部門に依頼	23
3. 地域の診療所に依頼	79
4. 訪問診療について特別な対応はしていない	21
5. その他	9

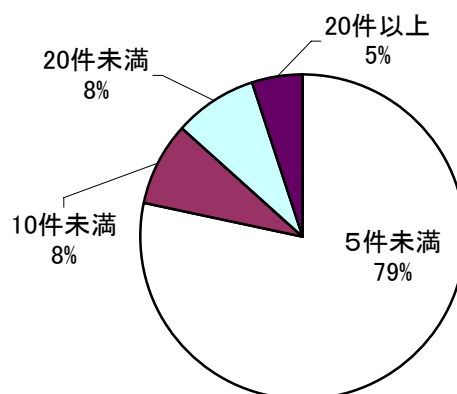
〈5. その他 記述回答〉

- ・ 同一法人のクリニックに依頼
- ・ 併設の訪問看護ステーションと連携し緩和ケア病棟医師が訪問
- ・ 同一法人の診療所医師に依頼
- ・ 法人内のクリニック・訪問看護ステーション
- ・ 在宅医療はおこなっていない

補問1. (問2で1または2を、あるいは1および2を選んだ60施設が回答対象)

2006年度4月～7月の1または2を、あるいは1および2を合わせた診療件数(1ヶ月の実件数)を教えてください。

5件未満	47
10件未満	5
15件未満	0
20件未満	5
20件以上	3
回答なし	0
計	60



問3. 今後の貴院における、がん末期の患者さんへの訪問診療に関する方針についてお伺いします。

(複数回答可)

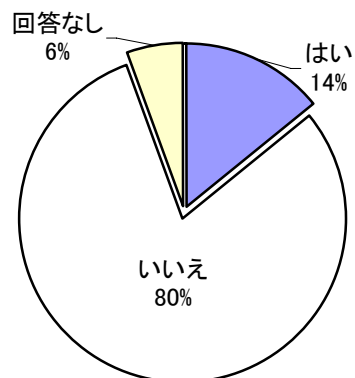
1. 緩和ケア病棟の医師が直接訪問診療を行う	56
2. 院内在宅診療部門に依頼する	18
3. 「在宅療養支援診療所」を開設して行う	10
4. 外部の「在宅療養支援診療所」と協力関係を持つ	86
5. 施設内ケアを中心とし、訪問診療について特別な方針を持っていない	26
6. その他	10

〈6. その他 記述回答〉

- ・ 地理的に遠くて訪問不可能な場合は、患者の居住地の在宅診療実施施設に依頼
- ・ 「在宅支援診療所」がほとんどないので、協力関係の持ちようがない。
従来から連携している診療所との協力を維持していく。
- ・ 現状通り同一法人の在宅療養支援診療所に依頼
- ・ 同一法人の在宅療養支援診療所医師に依頼
- ・ 法人内のクリニック・訪問看護ステーション
- ・ 計画なし

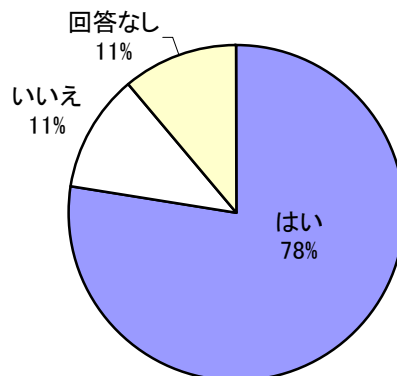
問4. 今後貴院では「在宅療養支援診療所」を開設する予定がありますか。

はい	20
いいえ	114
回答なし	8
計	142



問5. 現在「在宅末期医療総合診療料」は「在宅療養支援診療所」に限られていますが、貴院としては、今後「在宅末期医療総合診療料」の適用を「緩和ケア病棟を有する施設」に拡大することを希望しますか。

はい	111
いいえ	16
回答なし	16
計	143



(資料3) 地域緩和ケアネットワーク現状報告
報告者一覧表

	地 域	報告者氏名	所 属
北海道	西胆振二次医療圏	柴田 岳三	日鋼記念病院 カレス・マーク ホスピス施設長
	函館市	福德 雅章	函館おしま病院 院長
宮城県	仙南保健福祉事務所管内 2市7町	小笠原 鉄郎	宮城県立がんセンター 緩和ケア部長
	名取市、仙台市太白区、若林区		
	宮城県	岡部 健	爽秋会岡部医院 院長
群馬県	渋川保健医療圏	斎藤 龍生	国立病院機構西群馬病院 院長
茨城県	つくば保険医療圏	志真 泰夫	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 診療部長
千葉県	千葉県	渡辺 敏	千葉県がんセンター 緩和医療科部長
東京都	東京都	山崎 章郎	ケアタウン小平クリニック 院長
長野県	長野市	山田 祐司	愛和病院 院長
	長野県・山梨県		
福井県	福井坂井地域、奥越地域、 丹南地域、嶺南地域	谷 一彦	福井県済生会病院 ホスピス所長
静岡県	駿東田方医療圏	福地 智巴	静岡県立静岡がんセンター MSW 主任
	浜松市	井上 聡	聖隷三方原病院ホスピス
大阪府	大阪府	川田 美也子	大阪府立成人病センター 相談支援センター MSW
広島県	広島県	本家 好文	広島県緩和ケア支援センター センター長
山口県	山口市	末永 和之	山口赤十字病院 緩和ケア科部長
福岡県	筑後地区 (久留米・八女・大牟田市)	福重 哲志	久留米大学病院 緩和ケアセンター・センター長

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4月25日 原案作成
2008年6月15日 原案修正
2008年6月23日 原案再修正

発行日：2008年7月19日
発行：日本ホスピス緩和ケア協会
〒259-0151
神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1
ピースハウス病院内
Tel：0465-80-1381 / Fax：0465-80-1382

ホームページ <http://www.hpcj.org/>
メールアドレス info@hpcj.org
