

## 第 15 回緩和ケア推進検討会の議事概要（在宅緩和ケア抜粋）

## ●在宅緩和ケアの質の向上や医療連携の推進について

- ・（全般）医療機関の病床機能分化とがん診療連携拠点病院への集約化との整合性を図る必要がある。
- ・（全般）地域包括ケアシステムは、今後増加していく認知症高齢者の生活を支えることを中心に想定されたシステムであり、終末期のがん患者を地域の中で支えていくための体制は、地域の状況に応じて別途検討する必要がある。
- ・（全般）地域包括ケアシステムに、対象疾患として「がん」を入れるのかどうかの検討が必要である。
- ・（体制）がん患者に関する医療・介護の連携を進めるには、広範囲から患者が集まるがん診療連携拠点病院（2次医療圏レベル）と、患者の生活の場である地域の在宅医療と介護サービス（中学校区域レベル）との連携を促進していく必要がある。
- ・（体制）専門的ながん治療を受けるために、一部の地域（がん診療連携拠点病院等）に集まったがん患者が、それぞれの地域（生活の場）に戻っていく際に、必ずしも十分な連携ができていない。地域にある既存のネットワークでは対応できないこともあり、がん診療と地域の間で連携の断絶が生じることがある。
- ・（体制）がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、緩和ケア連携の拠点となる診療所等が協力して、地域でのサポート体制を構築することにより、地域完結型の在宅緩和ケアシステムを完成させる必要がある。
- ・（体制）地域緩和ケアの拠点となる病院として、がん診療連携拠点病院及び緩和ケア病棟を、診療所として、あらたに緩和ケア連携の拠点となる診療所（機能強化型在宅療養支援診療所）を中心に整備する必要がある。
- ・（体制）現在の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準は、看取り実績（4件以上）等で終末期がん患者を対象とした在宅緩和ケアには必ずしも適さないのではないか。
- ・（体制）地域社会でがん患者を支える体制を構築するためには、それぞれの地域の特性に応じた体制作りを行う必要がある。
- ・（体制）往診への同行等での教育も担う緩和ケア連携の拠点となる診療所の設置が必

要（在宅看取り率、在宅看取り数、独居の看取り等の施設基準を設定）

- ・（連携方法）がん診療連携拠点病院は緩和ケア病棟に直接、患者を送るのではなく在宅へ、そして緩和ケア病棟は緩和ケア病棟での看取りに主眼を置かず、落ち着いたら積極的に在宅へ退院させ、在宅のバックアップ機能を担うべきではないか。
- ・（連携方法）がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームや緩和ケア病棟のスタッフは、退院した患者を継続サポートし、在宅医の支援や教育を実施する必要がある。
- ・（連携方法）地方では、遠隔診療や遠隔診療の指導ができるシステムの構築（PC等によるネットワーク）が必要である。
- ・（教育）終末期がん患者に適切に対応するためには、在宅関連の医療・福祉従事者にも一定のがん診療に関する知識や経験が必要とされる。
- ・（教育）医療、看護、介護、福祉、保健に関するトータルケアが可能な訪問看護師（トータルヘルスプランナー）等の養成が必要である。
- ・（教育）教育的在宅緩和ケアの1つの手法として、多職種参加型の困難事例のカンファレンス等が有効ではないか。

●緩和ケアプログラムによる地域介入研究班（OPTIM）報告より

- ・ 教育・ネットワーク・専門サービス・啓発を含む複合的介入（OPTIMIZE）を実施する。
- ・ ネットワークにより地域のリソースが最大利用される。
- ・ 地域拠点（事務局・コーディネーター機能）が必要である。「地域緩和ケアコーディネーター」のような関係者間・施設間を調整する者の配置及び地域緩和ケアに関する事務局機能の設置等の組織を作ることが必要（O）
- ・ 地域で生じる緩和ケアに関する問題について、専門家に気軽に相談できるネットワーク構築と可視化が必要（P）
- ・ 緩和ケアに関する知識と技術を相互に伝える体制（セミナーや共通ツール等）が必要（T）
- ・ 患者・家族や医療・福祉従事者に絞った情報提供、教育が必要（I）
- ・ 多職種地域カンファレンスや管理者レベルでの運営委員会等を通じた「顔の見える関係」の構築が必要（M）
- ・ 退院前カンファレンス等の退院支援・調整プログラムの導入が必要（M）
- ・ 地域の中でのネットワーク構築（同職種間、多職種間）が必要（M）
- ・ 地域の中でのリソースの最大利用のために、リソースに関するデータベースの公開が必要（M）

## 以下、過去の地域連携関連の議論抜粋

### ●緩和ケア専門委員会報告書（平成23年8月23日）抜粋

#### II 地域における緩和ケアの提供体制

##### 本専門委員会の認識

1. 地域における緩和ケアの提供体制は、地域により多様であり、画一的な提供体制は十分に機能しない可能性がある。
2. 多様な地域性を考慮し、「その地域にとって必要な緩和ケアの機能と役割」を明確にして、「その機能を最大限に活用するための各医療機関等の役割」を明確化する必要がある。
3. 地域における緩和ケアの提供体制の中だけでは解決の難しい問題に対して、行政機関と地域ネットワークの関係者とが協議できる場を設定する必要がある。

##### 重点項目

1. 各地域で地域連携として必要な緩和ケアの機能と役割のリストを作成する。
2. 現状の医療機関等の機能を生かせる部分と、あらたに構築する必要のある機能と役割とを明確化する。
3. 24時間、365日対応し得る医療機能と役割の分担を明確にする。
4. 地域からのコンサルテーションに対応する専門的な緩和ケアの機能と役割を明確にする。
5. 急変時や介護困難時の後方病床整備や在宅緩和ケアチームなどの後方支援機能と役割分担を明確にする。

##### 提言3

「地域におけるがん緩和ケアを提供するための連携体制（ネットワーク）を速やかに構築できる環境を整備すること」

##### 具体的施策

1. 各職種・医療機関等の役割分担と連携強化のための定期協議の場を設置する。
2. 地域における医療機関（がん診療連携拠点病院、拠点病院以外の病院、在宅緩和ケアを提供する専門の診療所、在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟）毎の役割分担を進める。
3. 地域における医師間メーリングリスト等の方法を活用した情報共有や情報の基盤整備を進める。
4. 2次医療圏ごとに、拠点病院内、医師会内、地域内などにがん相談支援センターを設置し、地域における緩和ケアに関わる役割を強化する。
5. がん相談支援センターなどによる、がん患者の「ピアサポート」機能の支援を推進す

る。

6. がん患者や家族の療養を支える上で必要となる介護施設、訪問看護ステーション、調剤薬局等の連携体制の整備、さらに行政の公的なサービスや社会福祉協議会などの地域内互助の取組みと連携し、各々の役割を明らかにした地域連携の推進のため、その仕組みを改善し、弾力的に運用できる体制を整備する。
7. 退院支援・調整、退院前カンファレンスなどを促進するために、拠点病院等の退院支援・調整部門の強化をはかる。

#### ●第6回緩和ケア推進検討会（平成24年11月19日）での意見

##### ○地域連携について

- 切れ目のない地域連携を実現するには、入院医療機関と在宅診療所、ホスピス緩和ケア病棟などにおけるネットワークの構築が重要だが、がん診療連携拠点病院がその構築の主体となることは現実的ではなく、地域の医師会などを中心に既存のネットワークを活用すべき。
- 拠点病院や、特に都道府県拠点病院等に設置する「緩和ケアセンター」では、各地域における緩和ケア提供体制の実態把握を行い、改善策を検討するとともに、地域で不足している機能を補完する必要がある。

#### ●第11回緩和ケア推進検討会（平成25年6月26日）での意見

##### ○緩和ケアに関する地域連携について

- 緩和ケアに関する地域連携については、拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を整備することが求められている。
- 切れ目のない地域連携体制の構築については、拠点病院に求められる緩和ケアの提供体制の中で検討を行い、以下の項目についてとりまとめたところ。

##### (7) 切れ目のない地域連携体制の構築

- 2次医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所や活用できる介護サービス等の社会資源に関するマップやリストを作成する等、患者やその家族に常に情報提供できる体制を整備する。

- 症状が十分に緩和された状態での退院に努め、院内での緩和ケアに関する治療を在宅診療等でも継続して実施するために、がん疼痛や呼吸困難等のがん患者の症状緩和に係る地域連携クリティカルパスを整備するなど、地域全体で共通した緩和ケアに関する治療のマニュアルを整備することが望ましい。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、医療用麻薬を処方されているなど緩和ケアを必要とする患者の退院支援や外来での在宅支援などにあたっては、主治医、緩和ケアチーム、相談支援センターが連携し、早期からの療養場所に関する意思決定支援や退院支援を行う。
- 地域のホスピス緩和ケア病棟や在宅療養支援診療所等の医師や訪問看護師等と、がん患者の地域連携に関する協議会を定期的に開催し、地域全体での緩和ケアの提供に関する一定のルールを定めることなどにより強固な連携体制を構築する。その上で、緩和ケアを必要とする患者の退院時には病病連携、病診連携のための緩和ケアカンファレンスを実施することなどにより、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない緩和ケアの提供体制を整備する。

#### 【拠点病院と在宅医療機関との連携についてのあり方】

- 拠点病院での治療から在宅療養へ移行した後も、患者とその家族の希望に従って緊急時には入院できる体制を確保する必要がある。
- これまでの拠点病院と在宅医療機関との連携は、主治医と在宅医の間で図られることが多かったが、主治医だけではなく、拠点病院の緩和ケアチームと在宅医とをつなぐ機能が拠点病院にあることが望ましい。
- また、今後の方向性としては、拠点病院をはじめとする入院医療機関の緩和ケアチームや在宅医からなる「地域緩和ケアチーム」を構成し、地域における専門的な緩和ケアの提供を行うことが求められる。

