

2016. 9. 30

## がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 意見書

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会構成員

WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部 田村里子  
公益社団法人日本医療社会福祉協会 会長 早坂由美子

### 1. 相談支援の充実を図る

#### 現状

- ① 拠点病院の多くは急性期の総合病院であり、がん相談支援センターが設置されたが、実際には院内の退院支援を担うところは少なくない。平成 28 年度の診療報酬改定において「退院支援加算 1」が新設され、2 病棟上限に 1 名の退院支援員（社会福祉士または退院支援看護師）が配置されるようになった。そこでは入院当初からのスクリーニングを行うことになっているため、そのためがん患者にとっても相談できる機会はこれまでより得られるようになると考えられる。一方でがん相談センターの職員も退院支援業務に忙殺され、広く地域からの相談に十分関わっていない。また兼務ゆえに、地域の相談対応に時間を割くと、急を要する院内の相談対応が遅延するなど板挟みの現実がある。（電話ヒヤリング）
- ② 拠点病院においても「がんと診断された時からの緩和ケアの提供のため、スクリーニングをおこなう」とされているが、心理社会的苦痛に関して充分把握されているとはいえない。ことに若年層は、「自身と家族の生活設計」「医療費生活費」「役割の遂行」「家族への負担」など多くの社会的問題を抱え、困りごとの上位に「社会・家庭生活」があり「医療・ケア」はそれより下位という調査結果もある。（久村 2010）
- ③ 40 歳からがん末期の診断で 65 歳にならなくとも、介護保険の活用できることを知らず活用しなかった若年層の患者が多いことが、若年患者の遺族の調査でも明らかになっている。（桜井）
- ④ 就労支援についても社労士との連携が進められているが対応が限られており、実際には制度活用支援を契機に社会福祉士が就労に関する相談支援をしている。医療ソーシャルワーカー業務指針に「社会復帰援助」とある。

- ⑤ がん相談員が、介護保険分野、在宅関連の地域資源に精通していないこともあるため、在宅療養希望であったとしても、十分な調整が出来ていない場合がある。ことに緩和ケアの在宅調整は、介護保険はじめ活用可能な制度、既存の地域福祉資源を駆使した細やかな連携が必要であるが、がん相談支援員だけでは多職種連携・多職種協働についての意識も技術も充分とはいえない。
- ⑥ 現在、多くの対応が外来に移行している。療養場の検討をはじめ多くの意思決定がされている。ACPについてはことに拠点病院から拠点以外の病院に地域に、どう最期を過ごしたいのかの意思をつないでいくことが求められる。連携先にしっかり意向をつないでいく必要があるが、この重要な要件であっても確実な連携には至れていない。

#### 【提案】

1. がん相談支援センターに専従の社会福祉士、看護師を配置し、退院支援に関しては後方支援の役割をとる。そこでがん特有の治療、ケア、社会生活について、最新情報を集約し、蓄積された知識をもってアドバイスをする。退院後も継続して、がん特有の問題への対応が必要な場合に引き継いで支援をする。
2. 心理社会的問題、特に就労については、平成28年2月23日に厚労省から出された「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」にもあるように就労支援においては医療機関側の連携意識が重要であるため、社会福祉士が医療機関側の窓口となり事業所側との連携を担う。
3. 緩和ケアチームの人員配置に、「協力する生活相談に携わるもの（社会福祉士等）」をいれ、生活相談を充実させる。
4. 化学療法が外来医療に移行している現在、緩和ケアチームに社会福祉士を専従配置し、外来での対応も含み、柔軟に相談員が動ける体制作りをする。スクリーニングに関与して、社会的視点から支援ニーズを早期に捉え、問題が深刻化する前に介入する。活用出来る既存の制度、資源を十分活用可能にするよう整備する。

#### 2. 地域緩和ケアネットワーク構築の実際について

##### 意見

地域緩和ケア連携調整員（仮称）について、緩和ケアセンターを中心にすすめることが、提案されたが、現実的な再考が必要と考える。調整員は、役割として単なる連携にとどま

らず、実際の地域資源に精通していることや、地域の資源の掘り起こし機能の発揮が必要になる。要として相談支援調整機能を併せ持つことが重要と考える。

また、実際の対象者は高齢者が多く見込まれ、多様なニーズを介護保険はじめ種々の制度、地域包括ケアとの連動の視点が、求められる。

#### 【提案】

拠点病院を中心に進めるには限界がある。

地域の事情に応じた地域緩和ケア体制がつくられることが望まれる。地域包括ケアにおいては、中学校区が基本であるため、日常的な存在となるのはがん拠点病院のような大きな病院ではない。緩和ケア病棟を持つ中小規模の病院、地域包括ケア病棟を持つ病院や、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど、現在実際にその地域の中核となって実践している所を核とし、国が支援する形が現実的である。既存のものを活用する視点でのネットワーク形成が現実的に重要と考える。社会福祉士は地域連携を日常業務として得意としている所であり、「地域緩和ケア連携調整員」は社会福祉士が担うことが望ましい。

また各々地域で緩和ケアを実践してきた緩和ケア病棟は、各地での実際長い緩和ケア実践の蓄積を持つものが多い。こうした資源の有効活用の効果は大きいと考える。

### 3. 看取りのケアの充実について

緩和ケアの重要なケアとして、看取りがある。

現在は、多くのがん患者の看取りは、拠点病院以外の医療機関で看取られている。

拠点病院、拠点以外の病院では上記の実情からなおのこと、看取り時のケアに課題は大きく、遺族の心傷として語られることが多い。(遺族会)

看取りのケアについて、対象者への向き合い、具体的なケア・適切な関わりについて十分配慮出来るよう、教育研修にもりこみ、充実させていく必要がある。