

在宅医療、チーム医療に関する委員からの意見のまとめ

1. 在宅医療

(1) 在宅医療の提供体制について

- ◇ かかりつけ医を持たず拠点病院などでがんの初期治療を受けた場合、その後、地域のかかりつけ医となる医師を見つけることが難しい。患者・家族が適切なかかりつけ医を探す手助けとなるような、地域の医療資源に関する情報の収集と公開が求められる。
- ◇ 在宅緩和ケアについては、専門的な知識と、家族へのケアも含め総合的な医療の提供が必要であることから、それらに精通した医療施設を核として整備を進めてはどうか。核となる医療施設は実践と共に、地域での人材育成やネットワーク作りにも取り組むこととする。（以上、松本委員）
- ◇ 化学療法等の治療中に地域のかかりつけ医にも通院する際、病院の担当医とかかりつけ医のどちらが主治医かということを確認しておくことが重要。（川越委員）
- ◇ がん患者のかかりつけ医が必ずしも緩和ケアに習熟してはいないため、底上げが必要である。（江口委員）
- ◇ 在宅緩和ケアについて、例えば「拠点在宅支援センター」といった施設を全国的に整備するといったことは、医療経済や患者のニーズを踏まえると困難である。財政的にも、医療資源（医師やコメディカルの数など）を考えても、一定の地域に一定の患者さんの需要がなければ、在宅緩和ケア専門診療所の運営は成立しない。大都市の人口密集地以外では運営は難しい。現実には、地域の医療機関（いわゆるかかりつけ医）が連携する取り組みをすすめる事が大切であると考え。（一部の専門診療所を理想としてすすめる事は、その他の医療機関の協力、参画意欲を減じる事に通じると考える。）（保坂委員）
- ◇ 人口5万人程度やそれ以下の人口規模の市町村が多い地方の市町村では、高齢化も進んでいるところが多く、独居や高齢者世帯の割合が多くなってきている。そのような地域での在宅医療は、熱意のある開業医と地域にある社会資源で支えられているのが実態。必ずしも緩和ケアに習熟している医師と

は言えないが、現実的には個人の医者の方量の範囲にならざるを得ない面がある。現状の在宅緩和ケアの質を少しでも向上させるために、在宅医療を行っている医者や関係職種が燃え尽きることがなく地域医療を継続できる支援ネットワークの構築、相談支援できる機関や必要な研修を受けることが出来る仕組みが必要。

- ◇ 在宅での緩和ケアを選択できる機会を増やすには、熱意のある医師だけに頼っている今の体制では、その医師がいなくなれば継続できない状態に陥る。今後5年間でも高齢化が進めばおのずとがん患者は増加する。そのような地域は特に家族介護力の低下が進んでいる状況下で、住み慣れた在宅を選択できる体制を作る必要がある。
- ◇ 患者家族調査の結果でも明確になっていたように、急変時の不安と介護負担が大きい。24時間往診してくれる医者と24時間看護や介護をサポート可能にすること、緊急時の入院受け入れやレスパイト入院（介護休暇目的入院）が可能になるように今ある制度や体制の見直しが必要。特に、病院診療所連携及び診療所間の連携などにより、24時間体制で在宅のがん患者を往診してくれる医療機関（片道30分程度の医療圏内）の確保や必要な支援体制を整備できるようなしくみが必要。（以上、北岡委員）
- ◇ 小児も在宅緩和ケアのニーズが存在するが、受けてもらえる施設が少ない。成人のみならず小児もみることのできる体制を整備して欲しい。（原委員）

（2）在宅医療の質の評価について

- ◇ 在宅緩和ケアを受けた患者の声を調査することは困難であるが、家族・遺族の声は聞くことは可能ではないか。受け手側のニーズ、満足度を反映しながら、在宅緩和ケアの質の向上を図る必要がある。（花井委員）
- ◇ 米国では在宅緩和ケアの専門チームが関わると、患者・家族の満足度が高くなるという大規模な調査結果がある。しかし、日本ではこのような調査結果はなく、緩和ケア専門チームの基準が存在しないため、検討が難しい。（川越委員）
- ◇ 遺族に対する調査については、米国では死亡に関するデータベースが整備されているため、調査も容易である。日本においては、現在、遺族調査の妥当性を検証しており、例えば戦略研究では代表的な4つの地域で、緩和ケア

のプログラムの介入試験を実施している。（江口委員）

（３）在宅医療に関する情報提供について

- ◇ 在宅緩和ケアについて何処に相談したらいいのかわからない。こうした情報は都道府県が詳細を把握するのが理想だが不可能に近い。小回りのきく市町村で情報提供を行うべきではないか。（前川委員）

（４）介護保険に関連して

- ◇ 昨年４月に老人保健課より発出された事務連絡「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年４月30日）が、地域に周知されておらず、対応に差があるのではないか。（天野委員）
- ◇ 介護認定の手続きは早くなってきたと感じるが、問題は、がん患者の場合、介護度の進行が早く、例えば、要支援１、２であった患者が要介護に移行する場合は、地域包括支援センターでマネジメントされていたサービスが、管轄が変わることで現場では問題が生じている。具体的には、患者が「要介護」の区分変更の申請をしてから新たな認定が下るまでは、暫定のケアプランを立てるため、地域包括支援センターと次に担当する予定の居宅介護支援事業所のケアマネジャーのそれぞれが患者に関わることになるが、医療者としては、介護保険サービスの依頼や報告先をどちらにすればよいのかなどの混乱が生じている。がん患者や家族の立場としても、残された時間が短い中で介護サービスを待たされることになる。（川越委員）
- ◇ 介護保険の対象外となっている４０歳未満の患者は、治療に伴い離職や減給などに直面している場合がある。さらに育児世代でもあることから、家庭内で在宅療養に十分な介護力を確保することが困難である。これらを考慮し、４０歳未満の患者の療養支援に対して、何らかの対応が必要である。（松本委員）

２．チーム医療

（１）チーム医療に対する患者、家族の理解の促進

- ◇ 治療の選択肢の提示が十分になされていないという指摘もある現状の中で、チーム医療がどのように行われているのか患者側には見えにくい。また、がん治療を行うすべての病院で、他職種が連携したチーム医療が導入されているわけではない。患者が公平にチーム医療のメリットを受けられる制度や体制の整備をさらに進めてほしい。

- ◇ チーム医療の普及と充実のためには、患者もチーム医療の一員としてチーム医療そのものを理解する必要がある。チームにはどんな職種がいて、どんな役割を担うのか、患者に知ってもらうことでチーム医療が促進されるのではないか。(以上、花井委員)
- ◇ チーム医療で多職種が関わることはメリットも多いと期待するが、患者・家族にとって、誰に頼ればいいのか「司令塔」がわからなくなり混乱することがないように取り組みが必要。(松本委員)

(2) チーム医療を担う医療従事者の整備の必要性

- ◇ チーム医療では、多職種で関わるということが重要であるが、例えば医学物理士や臨床心理士は国家資格ではなく診療報酬上の手当もないため、他職種によるチーム医療が進んでいない。(中川委員)
- ◇ チーム医療の患者へのメリットは言うまでもないが、医師にとっても負担が軽くなる点を強調すべき。また、チーム医療への専門看護師の配置は数が少なく困難な面があり、認定看護師を増やすといったことも考慮すべき。(原委員)
- ◇ 認定看護師を取得する際には、一時臨床を離れなければならない、病院にとっても負担が大きい。(天野委員)
- ◇ 認定看護師を増やすことも大切だが、大卒看護師が増えつつある現在、志しのある看護師が臨床で働きながら大学院で学ぶことが出来るよう、病院が協力をする。専門看護師が増えることによって、院内で看護師への教育的役割を果たすことが出来る。それが、チーム医療にもつながっていくのではないか。(前川委員)
- ◇ チーム医療を推進するにあたり、多職種間のチーム医療と、病院・地域(在宅)間のチーム医療のふたつのチームが有機的に機能する必要がある。それぞれの職種がそれぞれの役割を担ってチーム内で協働する中で、いずれのチームにおいても、専門性の高い看護師の活用は有用であると考える。
- ◇ がん拠点病院などのがん看護に関する複数領域の認定看護師(化学療法・疼痛緩和・緩和ケア・がん放射線療法・乳がん看護4, 500名)と、がん

専門看護師（250名）を地域と協働して派遣し、専門性の高い高度な看護ケア活動を提案する。患者にとって、慣れ親しんだ身近な医療機関や訪問看護ステーションなどを通じて、専門性の高い看護ケアを継続的に受けることができるシステムである。そのことにより、患者のいわゆる「がん難民化の防止」も可能となる。

- ◇ さらに、地域での活動は、拠点病院に集積されている「知」が具体的で実践的な形で地域に伝播する効果がある。がんプロなどのがん教育と融合すれば、現実的ながん医療の均てん化に資する。（以上、松月委員）

（3）その他

- ◇ New England Journal of Medicineに掲載された論文のとおり、早期からの緩和ケアチームの介入とその効果に期待している。（眞島委員）