

## 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。(松本委員)
- ◇ 拠点病院またはそれに準ずる病院が存在しない2次医療圏では、診療所ではなく一般病院でも「かかりつけ医」の機能を充実させることが必要である。(前原委員)
- ◇ 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。(松本委員)
- ◇ 一般病院や中規模病院のがん医療における、在宅緩和ケアの位置づけを明確にすることが必要。つまり、拠点病院とかかりつけ医を結びつける中間的機能(緊急時の受け入れなど)を地域システムとして明確化してはどうか。(前原委員)
- ◇ 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。
- ◇ 患者視点に立った在宅緩和ケアの普及の鍵は、在宅緩和ケアの専門診療所を普及することである。
- ◇ がん患者と非がん患者は平均年齢や在宅ケアの期間が異なるほか、医療依存度も異なる(例えば、患者一人あたり・一日あたりの往診の頻度はがん患者が0.03回に対して、非がん患者は0.003回である。)。したがって、がん患者の在宅ケアは、①現場の負担が重くなる、②在宅ケアの受け皿が見つからない、③片手間にケアを実施すると高品質なケアを提供できない、

④専門でない先生が関わると医療経済上無駄が出る、などの理由から、非がん患者とは区別して対応する必要がある。（以上、川越委員）

- ◇ 緩和ケアは誰にでもできるものではなく、専門診療所の整備を推進することが重要。（花井委員）
- ◇ 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る。（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力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）

◇ 緩和ケア研修の参加者からは、一般かかりつけ医の認識が充分ではないとの意見がある。これまでの緩和ケア研修だけでは、目的を達するまでには相当の時間を要する。たとえば、医師会主催での研修を行うことなどの取り組みが必要ではないか。（前原委員）

◇ 在宅緩和ケアも含めた地域連携を充実させるために、医療関係者だけでなく、介護、福祉、行政を含めた多職種の関係者が定期的に会合する地域内連携会議を設置するべき。この会議は、現実動いているネットワークやリソースを活用し、地域における現場責任者ないし現場指導者によって構成されるものとする。役職上の上級職のみで構成される会議では、しばしば現場のニーズや課題に通じておらず、形骸化して、現場の活動にブレーキがかかってしまう。

◇ がん患者を対象とした地域連携相談支援センターを設置すること。但し、疾病毎に地域内連携会議と地域連携相談支援センターを設置すると、組織が重複して関係者の負荷が増えたり、患者側も疾病毎の支援センターにアクセスしなければならないなど混乱する可能性がある。現在実施されている疾病別のネットワークと協働しながら、現在その地域で動いている人的リソースやネットワークを活用しつつ、不足しているリソースを充実させる必要がある。（以上、江口委員）

## （2）在宅医療の質の評価、向上について

◇ 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)

◇ 保健所は地域の医師会に関する情報を持っており、拠点病院よりも小回りがきく可能性がある。地域を巡回できる保健師の存在も大きい(拠点病院にはその機能をもったスタッフはいない)。拠点病院のネットワーク・保健所のネットワークを結合させて、情報発信する方法はあるのではないか。(前原委員)

### (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。認定迅速化のための具体的な方法を示す必要があるのではないか。(天野委員)

◇ 国は、調査結果を踏まえ、末期がん患者の介護認定の迅速化とがん患者の実状に合った要介護認定が行われるように制度の改正に向けて検討を行うなど必要な施策を講ずること、早急に都道府県ならびに市区町村の介護保険担当課、また関係機関に対し、適切な要介護認定及び介護サービスの提供を行うことの周知徹底を図り、改善のための協議を図ること。

◇ がん対策推進協議会は、がん患者と家族が質の高い在宅療養を送ることができるよう、関連する審議会や協議会、検討会などに対し、がん患者が介護サービスを迅速かつ適切に受けられるよう医療と介護の連携強化に向けた

意見を提出すること。

- ◇ 都道府県ならびに市区町村等地方公共団体は、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、地域の特性に応じた施策を策定し、実施を行うこと。
- ◇ 医師等関係者は、がん患者が迅速かつ適切な介護サービスを受けられるよう、問題の改善を図り、保険者や関係機関との連携を行うこと。（以上、天野委員、花井委員、前川委員、眞島委員、松本委員）
- ◇ 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）の受けとめ方が自治体によって異なる。重みのある通達にすべきではないか。
- ◇ 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。（以上、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）
- ◇ 介護認定に必要な事務職員の人数が限られており、市町村の現場の負担が大きい。高齢者の介護を社会全体で支えるために出来たサービスをがん患者にそのまま当てはめていくことに限界がある。特に終末期のがん患者のように全く異なる経過を辿る方に対しては、同じアセスメント項目や認定までのプロセスを踏んでいくことに限界がある。アセスメント項目や認定までのプロセスを簡易にするなど見直しが必要ではないか。（北岡委員）

(5) 地域連携クリティカルパスについて

- ◇ 現行の制度は、1病院対1医療機関で別々の届け出をしなければならず、都心の医療機関などはそれぞれの拠点病院との届出が必要となるなど、非常に煩雑な運用となっている。大切なことだと理解はしているが、現行制度を継続することは難しいのではないか。(保坂委員)
- ◇ 厚生局への施設届出は、極めて煩雑である。福岡県では県医師会・拠点病院が協力して県下統一連携リストを作ったが、その更新方法などに問題があり、現行制度での拡大は困難である。厚生局の作業も大変であり、ひいてはパスの拡大を妨げるのではないか。全国で言われていることであるが、退院時にしか算定できないのは明らかに不都合。これを改善しない限り、パスの普及は望めない。さらに、「拠点病院に準じる」という基準は曖昧である。拠点病院以外の専門施設でも、一定の基準を満たせば点数が取れるようにしてほしい。(前原委員)
- ◇ 地域連携クリティカルパスというツールだけが先行して、患者への説明が省略されるようでは本末転倒。コミュニケーションを中心とした血の通った地域連携をして頂きたい。(松本委員)
- ◇ 患者の一番の不安は次に自分の受ける治療が見えないことであり、医療機関同士のコミュニケーションが十分に取れている地域連携クリティカルパスの存在は、患者に安心感を与えるものである。こういった地域連携クリティカルパスは、医師会と急性期病院で作りあげるしかなく、協議会としては、両者の集まりの回数や関わりを増やすべきであることを提案したい。(嘉山委員)
- ◇ 拠点病院の医師とかかりつけ医の、一対一の関係に基づく説明によるボトムアップと、個別のがん検診の講習会などの中規模な説明会、医師会での講演会などの大規模な説明会など、あらゆる方策を講じないと、地域連携クリティカルパスの周知徹底は難しい。同時に、一般市民・県民への認識付けも行っていく必要がある、マスメディアへの働きかけを協議会として行っていないといけない。実情をよく認識した第一線の医療者による研究班を組織して、全国の情報を集めたり、現場に即した提案が出来るようにした方がいいのではないか。(前原委員)

- ◇ 地域連携クリティカルパスが成功している地域では、医師会が活躍しているケースが多く、医師会の役割や医師会の先生の熱意は重要である。(眞島委員)
- ◇ 地域連携クリティカルパスの拡充には、地域連携室の充実が重要。病院と診療所をつなぐ役割を担う地域連携室を充実させるための議論や補助金なども必要。(田村委員)
- ◇ 地域連携のコーディネーターの養成が必要である。できれば、地域全体で活動ができるシステムが望ましい。各施設に配置するためには、補助は必須であるし、教育研修も行わなければならない。(前原委員)
- ◇ 神奈川県では、医師会や拠点病院の先生を中心に、5大がんにおける地域連携クリティカルパスの標準的なフォーマットを作成し、開業医のリストアップや、在宅医療支援診療所や緩和ケアを実施している医療機関に対して連携をお願いしている。各地でもこのような取組が必要であり、神奈川県がモデルの一つとなるのではないかと。(中沢委員)

## 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と。(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、医師にとっても負荷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する。
- ◇ 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。(真島委員)