

(Q) 池垣です。人材を育てるといのは非常に時間がかかる話です。明日からできる話ということになると、お金の話です。在宅になるといくらかかるのかとか、入院の時もそうですが、入院だけで済むと思っても、入院はいいが外来だと高くかかることになります。そのような経済的なことについて全然知らされていません。病院の事務に関しても知らないと言われます。値段のついてないものを売っているとういことがあり、やはり在宅は高いとなると、それは大きな妨げの原因になっています。誰か計算してホームページに掲載してくれたら、もう少し皆さん理解してうまくいくのではないかと思います。

(A) 医療機関の方が多いのだと思います。そうではない一般の市民の方もいらっしゃるのですが、やはり受ける側からすると、いくらかかるのか、どのようなことしてくれるのか、もう少し情報が必要だということを感じています。大体病院側が紹介してくれない現実を変えていくというものもあるのですが、自分で探してくださいと病院側に言われる人もまだまだ沢山います。しかし、探しようもない地域は沢山あり、その中で普及、普及と言われてもなかなか一般市民がついていけないことがあります。もう一つ絶対言いたいのは、患者さんは在宅か病院かではないということです。患者はずっと生活をやっているのです、在宅の基盤をここできちんとしようという会議でしたので、在宅のことを議論されるのはもちろんなのですが、分断して考えるようにされてしまうと、患者はここでずっと生きているので、必要な時に病院も使いますし、必要な時に在宅、基本的には治療もしたい、家にも帰りたいというのが患者の思いです。それができるシステムへ、例えば在宅のことも先程在宅療養支援診療所の連携先には訪問看護だけではなく、拠点病院や、地域の拠点ではないですが、がん診療をやっている病院に連携があり、在宅側がリードしてやっていく部分、病院側がリードしている部分もあるでしょうし、患者さんの生活を見ても連携を考えてほしいと、議論を開いていて強く感じました。

(司会) 第五次改正法は、その方向できちんと進んでおります。治療モデルではなくて、生活モデルの中でこれから医療体制を作っていくことで今回のこの連携です。意識変革、医療者、介護、福祉、あるいは住民のこれから大きな医療変革、意識変革が必要だというふうには様々な課題があります。そして地域住民に対する在宅に関する特にホスピスケアに関するパンフレットを作り始めてはいると思いますが、こういったものを作り普及させていくことも大事かと思えます。

【おわりに・IRB】

冒頭にお話したように今日で総括の話が出るようなテーマでもありませんが、今日色々な討議で、我々の班員や班に関係する人たちの間で、どういうところにまだまだ課題があるのかということについて、かなり整理できました。日本緩和医療学会では、今年中に第1回専門医認定試験を行うことになっております。我々の基本的なプランでは、例えば拠点病院に複数の専門医を置き、その地域のコンサルテーションを色々受けるということであれば、ざっと計算しても350いくつかの拠点病院があつて、それに対して複数の医師が必要だということになれば、少なくとも1000以上は必要だろうと思います。カナダのエドモントンでは聞くところによりますと、人口10万人あたりに1人の専門医がいるそうですが、医療事情なども違います。長期的には専門医で4000人—6000人ぐらいは養成しないとイケないだろうと思います。各地域の専門医師が病院や在宅診療所などのネットワークの中で円滑に活動できると患者にとってもっとよい療養環境ができるものと思います。このネットワークでは、地域の相談支援センターにいかにか地域の事情に明るい看護師さんやSWさんを養成して配置できるかということも非常に重要です。今後とも、有効な地域モデルを構築できるように努力していきたいと思います。

在宅緩和ケアの ための 地域連携ガイド



厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班

序文

今年は食の安全を脅かすニュースが頻発していましたが、週末や祭日などには家族連れやカップル、老若男女でにぎわうグルメが街にあふれています。また、平日のオフィス街の食堂や夜の街にも日本の味の多彩さは目を見張るものがあります。そうした個人の嗜好がいつそう磨かれる現代にあって、がんの療養生活の選択にあたっては、まったくといってよいほど選択の余地が与えられていないのが現状です。

医療現場の認識の問題、人的リソース、技量、知識、行動、情報整備などさまざまな問題が絡み合って、療養の質の向上が遅れていると判断されます。がん緩和医療＝終末期医療でなく、がんという診断がついた早期の時点から、患者・家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野です。多職種、多方面の専門家の意見を集約してチーム医療を実行し、患者の日常生活動作（activity of daily living：ADL）を低下させる症状を予防・軽減せしめ、患者の希望する質の高い生活（quality of life：QOL）を維持させる医療です。

2006年に成立したがん対策推進法をもとに、2007年に国のがん対策推進計画が策定されました。この中の大きな柱のひとつに、がん患者・家族の療養の苦痛を軽減させることが挙げられます（がん対策基本法第16条）。この実現には、がん緩和医療専門家を育成すること、一般医療スタッフの緩和医療に関する知識を充実させること、がん診療連携拠点病院を核として地域がん診療連携体制を充実させることが盛り込まれています。

2008年には、都道府県がん対策推進計画が策定されましたが、緩和医療整備の厚労省予算は2008年度7億円で、理念の実現を目指すにはとても十分とはいえない状況です。都道府県がん診療拠点病院および地域がん診療連携拠点病院には、地域がん緩和医療の質の向上を目指し、地元の医療機関・介護機関スタッフを対象とした各種の研修セミナーなどを開催することが義務化されています。しかし、知識詰め込み型座学セミナーでは、緩和医療の実践力養成に限界があります。なんらかの形式で地域連携成功事例のノウハウを体験学習することが必要となっています。

また、乳がん、肺がんのみならず多くの難治がんに対して、抗体薬や経口分子標的薬などの治療法が次々に出現し、通院化学療法の普及が進み、従来の「苦しい、効かない、長期入院」といった抗がん剤治療のあり方は急速に変貌しています。がんの治療はせずに終末期の安らかな看取りを目指すというコンセプトで誕生した緩和ケア病棟は、患者・家族からがん治療継続と緩和ケアの両立を要望されることも多くなりました。緩和ケア外来の運営、在宅療養緊急時の後方病床としての役割、介護家族レスパイトのための一時入院などの役割など、緩和ケア病棟に期待される役割が変化しているこれには診療報酬なども含め抜本的な共通認識の変革が必要です。

地域連携成功の秘訣として、がん緩和医療に精通し、かつ多職種スタッフのコンダクターとしての資質を備えた、グループの核となる医師と、緩和医療に経験豊富で地域医療事情に精通する相談支援センター看護師との存在が鍵であり、また医療・介護機関などの定期的な連絡会議などで「お互いの顔の見える関係」を構築していることです。24時間の在宅緩和医療を実現するには、複数医師のグループと診療内容に関する協力医（支援グループ）の存在が必要です。

病院間あるいは医療者間の摩擦から生じる地域診連携の困難さ、介護・看護の役割分担の不明確さ、介護者高齢化による老老介護破綻、医療スタッフの燃え尽きなど課題は多く存在します。一律の地域がん緩和医療体制モデルでなく、各地域の特性に合わせた柔軟な工夫が必要と考えます。「顔の見える連携」により効果的な地域ネットワークを構築する必要があります。

誰でもどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指して、患者が自ら希望する療養場所の選択肢を増やすことを実現させたいと思います。本書は、厚生労働省研究班のメンバーを中心に、がん診療の中核の病院、地域医師会、在宅緩和医療専門医師などの地域医療を積極的に実践しているスタッフが、そのノウハウをわかりやすくまとめたものです。ぜひ、現在これらの課題に取り組んでいる専門家のアドバイスを利用して、これから自分たちの地域で療養に関する連携の輪を少しでも広げていただければ幸いです。

また、現実に地域連携をすでに実践している方々には本書の内容にご意見も多いことと思います。ぜひ小生宛にメールをいただければ幸いです。また、行政面の変化も早くなっています。今後、もっと使いやすいガイドを目指していく予定です。

2008年11月

帝京大学医学部内科学講座／帝京がんセンター・腫瘍内科 江口 研二

(E-mail: keguchi@med.teikyo-u.ac.jp)

編集にあたって

「進行がん患者の訪問診療を依頼されたが、1人で診療していくにはどうしたらいいのだろうか?」「24時間の訪問看護を行っているけれど、がん患者はあまり依頼されたことがないので連携をどのようにとったらいいかわからない」というように、連携を模索する医療者の方々に役に立てていただくのが、このガイドです。

しかし、「がん」の進行に伴い、症状コントロールの難しさや介護力不足に直面し、療養場所の選択に悩む状況になると連携の普遍的なノウハウを容易に得ることは困難となります。そのような中で、ITを利用した迅速な情報共有や、症状コントロールの進歩、顔に見える関係性を重視した退院支援・退院調整で、在宅緩和ケアへつなげることが可能になってきました。そして、それぞれの地域で特色ある連携が構築され、最前線の地域医療において地域ごとのニーズに合った成果を得ています。

この「在宅緩和ケアのための地域連携ガイド」の目的は、3つに集約されます。まず、がん診療に関係する医療者（病院側・在宅側双方）に在宅医療への理解を深めていただくこと。次に「在宅での」症状コントロールのコツをつかんでいただき、在宅緩和ケアへの抵抗感を減らしていただくこと。そして、何よりも大切と考えているのが、在宅側の医療関係者に病院へ足を運んでいただき、病院側も時間や場所の調整をしていただき、医療者間の顔に見える関係性を構築するために1人ひとりの患者の退院支援・退院調整に取り組んでいただくことです。

忙しい皆さんにとって、退院前カンファレンス、サービス担当者会議などに出席される大変さは、十分に知ってのうえでのお願いです。その結果、多職種によるチームアプローチを通して、真の意味でのチーム医療構築に関心をもっていただけると信じています。そのような願いで、このガイドブックは作成されています。

「家で看取ること」は、それぞれのものが目的ではありません。患者や家族に、療養の場所に関して自由な選択肢を提供し、早期からの緩和ケア導入の一助になるようにしたいと思っています。「がん患者」の笑顔のために一歩一歩進んでいくガイドブックとしてご利用いただければ幸いです。

なお、この地域連携ガイドは2008年4月の診療報酬などの改定を踏まえて作成しました。また、「ステップ緩和ケアガイド」(研究班のホームページ <http://www.gankanwa.jp/>)、日本医師会監修の2008年版「がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会のホームページ <http://www.med.or.jp/>)を手元にお持ちの方々、またはホームページをご覧になれる方々を対象として執筆されています。随時、参照してください。

2008年11月

在宅地域連携ガイド委員会 松本 武敏

目次

序文	3
編集にあたって	5
第1章 在宅緩和ケアと地域連携	9
[A] 在宅療養の目的を共有する—退院前カンファレンスへの参加	9
[B] 24時間の緊急訪問を保証し、在宅にふさわしい医療を提供する	11
[C] 医師だけでなく、多職種チームで関わる	12
[D] 相談や入院がいつでもできる病院と連携する	13
[E] 継続して患者・家族を支える	14
第2章 在宅緩和ケアにおける診療所の役割	15
[A] 在宅医療と在宅療養支援診療所	15
[B] 在宅訪問診療の実際	20
[C] 在宅緩和ケアを支える診療所の分類	21
第3章 在宅緩和ケアの実際—在宅療養支援診療所のモデルケース	26
[A] 先発—完投型の在宅ホスピスケア —さくらクリニック（兵庫県尼崎市）	26
[B] Dr. ネットの活用と緊急時の対応体制の確立 —白髭内科医院（長崎県長崎市）	28
[C] 「在宅ホスピス」から「コミュニティケア」へ —のさかクリニック（福岡県福岡市）	29
[D] 地域で最期まで過ごせる“街角のホスピス”実践のために —あおぞら診療所（千葉県松戸市）	32
[E] 在宅への移行のための地域連携システムの構築 —大阪北ホームケアクリニック（大阪府大阪市）	34
【コラム】在宅看取りの経験がない診療所医師が在宅緩和ケアに取り組むコツ	40
第4章 在宅におけるがんの症状コントロールのポイント	41
[A] 症状コントロールの基本	41
[B] 内服できなくなった場合の症状コントロール	42
[C] 症状が変化した際の症状コントロールのための備え	43
[D] 在宅における持続皮下輸液の実際	44

第5章 退院支援・退院調整の考え方と実際	45
[A] 病院からの退院支援	45
[B] 退院支援プログラムとその活用	49
第6章 病診および診診連携と多職種連携	62
[A] 地域連携の現状とあり方	62
[B] 病院と診療所との連携	66
[C] 診療所同士の連携	68
[D] 訪問看護ステーションとの連携	75
【コラム】訪問診療・訪問看護中の駐車違反の緩和を	81
[E] ケアマネジャーと医療機関との連携	82
[F] 保険薬局と医療機関との連携	87
第7章 知っておきたい法律と制度	95
[A] 麻薬の取り扱い（麻薬及び向精神薬取締法）	95
[B] 医行為をめぐる法的な解釈	98
[C] 看取りと医師法	102
[D] 在宅時医学総合管理料	104
[E] 居住系施設への在宅医療	106
[F] 退院調整に対する診療報酬	108
[G] 衛生材料や保険医療材料の供与	109
[H] 居宅療養管理指導	110
[I] 意見書記載のポイント	112
[J] 在宅療養支援診療所の届出	114
第8章 情報システムの利用	119
[A] がん在宅チームケアでネットワーク化された情報共有を行う意義	119
[B] 在宅がん緩和医療におけるインターネット情報の探し方	125
用語集	128
索引	132

第1章

在宅緩和ケアと地域連携

「つらさをやわらげる」のが、緩和ケアである。それが病院にいるときであろうと、在宅にいるときであろうと、すべての時期で「がん患者」にとって重要であることに変わりはない。患者や家族にとって「がん」という病が、患者のすべてではなく身体の一部であると認識できれば、それまでの人生や周囲の人たちとの関係性のなかで生活していく選択肢が自由にあることで、安心を得られるであろう。

命の大切さを考えるとき、簡単には解決できない状況を乗り越えるための多くの知恵を借りる地域連携が、医療者側の努力として求められている。地域連携を構築していくことで、患者や家族にとっての困難な山登りに一緒になって前向きに取り組んでいけるであろう。より登りやすい登山ルートを探ったり、重いリュックを背負ってあげたり、そして杖になってあげたりすることも時には必要であろう。

病院と在宅との狭間にいる患者を診ていくための助けになる5か条について、述べてみたい。

在宅で患者を診るための5か条

1. 在宅療養の目的を共有する（退院前カンファレンスへの参加）
2. 24時間の緊急訪問を保証し在宅にふさわしい医療を提供する
3. 医師だけでなく多職種チームで関わる
4. 相談や入院がいつでもできる病院と連携する
5. 継続して患者・家族を支援する



在宅療養の目的を共有する

—退院前カンファレンスへの参加



入院中の進行がんの患者が在宅療養に移行する場面について考えてみる。その端緒となるのは、病院主治医からの提案、もしくは患者・家族が退院を希望する場合である。在宅側は、病院や患者・家族から診療依頼があり、相談を開始することになる。

1 病院から事前に患者情報を入手する

これまでの診断・治療などについての臨床経過
現在行われている医療の内容や予後の見通し
本人・家族への病状説明の内容

これらの情報は、在宅療養を支援するにあたって必須の情報といえる。在宅医療の依頼があった場合には、あらかじめ病院から入手しておきたい。

2 診療開始に先立つ家族との面談

次に、患者・家族が現状をどう理解し、今後どのような希望をもっているかを確認することが重要である。進行がんの患者やその家族が退院を考慮するにあたって大きな不安を抱えていることは想像に難くない。特に、在宅での介護者の重責を担うことになる家族と事前に面談の機会を設けることは、在宅療養成功の秘訣といえる。

家族が現状をどう理解しているのか、どのような希望をもっているのか
患者本人が現状をどう理解しているか、どのような希望をもっているのか
在宅での療養環境についての確認
在宅療養の目的や治療・ケアの方針についての共通認識

上記について、家族自身の言葉で語ってもらうといい。実際に、病院から得た病状説明の情報と家族の認識のズレについては少なからず経験する。それを踏まえ、療養の目的や実現可能な方針について共通認識をもつことが重要である。がんの進行に伴い要介護状態に陥ることもままあることから、たとえば「2階に寝室がある場合などには、階段を使わなくてもすむように見直す」「移乗に困難を有する状態にあるため、電動ベッドやポータブルトイレ、車椅子などあらかじめ準備すべきものを確認する」「入浴方法の実際」など、在宅の療養環境についても必ず確認する。

3 退院前カンファレンス（退院時共同指導）

退院前に病院を訪問し、退院時共同指導を実施することが望ましい。その主たる目的は以下の通りである。

がんに対する治療方針を確認する
 患者本人の病状理解や療養についての希望を確認する
 緩和医療の方針について合意する（患者・病院主治医・在宅医）
 医療やケアの内容を吟味し、必要に応じて在宅で継続可能な形にアレンジする

患者にとっては、退院後に日々の診療を担当し、さまざまな相談に乗ってくれる在宅医と顔を合わせるだけでも安心につながるだろう。さらに、病診連携を深めることにも重要な意義がある。

B 24時間の緊急訪問を保証し、在宅にふさわしい医療を提供する

1 24時間の緊急訪問を保証する

在宅療養を開始するにあたって、患者の一番の不安は急な病状変化に際しての対応にある。病状の変化があれば24時間いつでも相談に乗ること、必要があれば緊急で訪問する用意があることを明確に伝える。後述のように、どのような連携スタイルであれ、複数の医師と看護師がチームを組み、24時間の緊急訪問を保証することが在宅医療導入の要となる。

患者に24時間の安心を実感してもらうことができれば、不安に陥いる事態を回避できる。そこまで多職種連携による24時間支援体制が組めれば、実際に夜間休日に緊急で訪問しなければならぬ病態はさほど多くない。患者や家族からの相談は、医学的にみれば緊急性が高くない場面も多い。その場合、心配する症状ではないこと、明日の診療時間内に対応すれば大丈夫であることを電話で明確に伝える。もちろん、診療が必要な事態と判断した場合は、患者宅に速やかに駆けつけることが何よりの安心につながる。

2 病院で可能な治療が在宅でも可能になってきた

末梢静脈路からの輸液や尿道カテーテル留置、酸素吸入などが在宅でも実施できるようになってきた。中心静脈栄養管理のように病棟では看護師が常時管理している治療の場合、在宅においてはその見守りに代えて持続注入ポンプを設置することによって安全に管理することができる。このように、病院で可能な治療は在宅でも可能だということができる。

ただし、在宅においては介護する家族が混乱をきたさないように、できるだけシンプルな方法を心がけることが大切だということを忘れてはならない。たとえば、維持輸液を実施するにあたって静脈路の確保が困難な場合に、にわかに中心静脈路を確保するという発想は避けた

い。第4章で紹介する持続皮下輸液の手法を用いれば、患者の身体的負担が少ない形で在宅でも実施することが可能となる。

このように、可能だからといってどんな治療行為でも実施すればいいと短絡することはできない。在宅療養の目的は本来、苦痛緩和に徹し、QOLの維持向上を目標とすることにある。たとえばデータ上、脱水所見があるからといって、輸液療法が最善の治療とは限らない。経口摂取量が落ちていても、がん性悪液質がその原因である場合、中心静脈栄養の絶対適応とはいえない。あくまでも患者の苦痛やQOLに着目して、その局面にふさわしい医療的介入が何かをしっかりと吟味し、“在宅療養を最後まで支えることも可能にする医療”を提供する必要がある。



医師だけでなく、 多職種チームで関わる



1 医師・看護師のチームで患者を支える

24時間365日揃うべき対応を保證することは、医療を提供する側にとっても容易なことではない。在宅医は自身が属する医療機関にとどまらず、地域の訪問看護ステーションや他の診療所医師との連携も含め、複数の医師、複数の訪問看護師が協働するチームを構築することが望ましい。

多職種連携のための工夫

1. 外来診療時間内に生じた病状変化に際しては自診療所の看護師に一足先に訪問してもらう
2. 訪問看護ステーションの訪問看護師が他の患者のケアでにわかには駆けつけられない午後の時間帯は、医師が臨時往診する
3. 休日に遠隔地で行われる学会に参加する場合には、近隣の診療所医師とあらかじめ打ち合わせ、臨時対応をお願いしておく

2 生活を踏まえた医療やケアを提供する訪問看護師

進行がん患者の在宅療養を支えるには、医療処置のみならずケアを弾力的に提供することが必須となる。そうでなければ、家族負担の大きい形での在宅療養は破綻しかねない。訪問看護師は生活を踏まえた医療の一翼を医師とともに担い、医療とケアの双方がうまくかみ合うような繊細なマネジメントを主体的に行う。訪問看護師は医師に比べて訪問頻度も多く、患者宅で

の滞在時間も長い。患者家族の言葉や気配とでもいうべきものを察知して、それを適切な医療情報に“翻訳する”活躍をも期待できる。つまり、在宅ケアの根幹を支えるスタッフだということができる。

3 在宅で必要な薬剤をトータルに管理する薬剤師

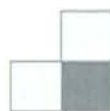
進行がん患者は麻薬を必要とする場面が多く、多種類の麻薬調剤に柔軟に対応するべく在庫を取りそろえておく必要がある。訪問薬剤管理指導のため患者宅に赴き、服薬方法の指導や副作用の説明はもちろんのこと、定期的な残薬の確認や麻薬製剤の廃棄方法に関する指導などを含め、薬剤に関してトータルに管理する重要な役割を担う。365日対応する在宅医療の重要な支え手として切れ目のない対応が求められる。症状変化を認めた際には、急ぎ新規の薬剤を必要とする場面も生じうるため、夕方や休日も含め緊急訪問を実施できる体制の整備が必要となる。

4 介護面から患者や家族をサポートするケアマネジャーと介護福祉士・ヘルパー

進行がんの患者は、めまぐるしく病態が変化し、要介護状態に陥ることも少なくない。40歳以上の末期の悪性腫瘍の患者なら介護保険の対象となるため、介護給付を受けることができる。必要なケアニーズを具体的に把握し、ケアプラン立案、状況に応じた変更や調整について総合的に担当するのがケアマネジャーである。介護福祉士やヘルパーには生活援助や身体介護を担当してもらい、彼らの援助は、24時間にわたる介護を担う家族にとって重要なサポートとなる。



相談や入院がいつでもできる 病院と連携する



1 入院が必要になった場合の病院との連携

急激な病態変化や合併症の併発により、入院治療が必要と在宅医が判断した場合、具体的にどこの病院に入院を依頼するかという点について、在宅療養開始前に退院前カンファレンスなどの場で相談しておくべきである。紹介元の病院や近隣の緩和ケア病棟との連携が最も望ましいが、それぞれの地域ごとで事情は大きく異なるだろうことから、一般病院を含めて現実的な受け入れ先をあらかじめ想定しておく必要がある。入院した場合、再び退院して在宅療養に復帰することを念頭に、前述の退院時共同指導のため病院に足を運ぶことはきわめて意義が大きい。

2 症状コントロールが難しい局面でのコンサルテーション

たとえば、在宅療養中のがん患者が麻薬を用いた通常の治療では取り除くことのできない難治性疼痛を呈した場合、専門家へのコンサルテーションが必要となる。疼痛に限らず、そのような困難な事態は一定頻度で生じうるがゆえに、最寄りの緩和ケア病棟または病院内の緩和ケアチームと常日頃から連携をもち、弾力的に相談できる関係を構築しておくことが望ましい。



継続して患者・家族を支える



1 症状変化にまつわる準備や対応

進行がんの患者を担当する以上、初診から看取りまでの経過中にさまざまな事態が起こりうる。以下のようなポイントを念頭に、在宅療養を一貫して支援したい。

導入初期の症状コントロールはとりわけ丁寧に行う
起こりうる病態や予後を予測し、必要な手立てへの準備や心構えをしておく
初めてのコールには些細な内容であっても一度足を運ぶ
症状変化に際して速やかに臨時訪問する

2 患者家族とのパートナーシップ

24時間の介護を担う家族の負担は容易ならざるものがある。在宅療養支援にあたっては、患者の症状コントロールと並んで患者家族とのパートナーシップ構築、そして家族の負担軽減への配慮が重要である。経過中には、介護負担のあまり家族が過労で倒れるなどの危機が訪れることも想定しておかなければならない。そのような事態に際しては、連携する病院への短期レスパイト入院や介護施設への緊急ショートステイの可能性などを模索しておく。

死亡直前の時期は、残念ながら治療的に可能な介入は限られる時期であるともいえる。しかし、そのような時期であっても、患者家族に寄り添うことによって少しでも安心を提供し、滞りなく最期の時を迎えることを目指す。さらに、患者家族の全体をケアするという立場から、死別後のグリーフケアという視点をも包含した対応を心がけたい。

〔松本武敏・川越正平〕

第2章

在宅緩和ケアにおける
診療所の役割

A

在宅医療と在宅療養支援診療所

1 在宅医療の役割と歴史的経緯

在宅医療とは、病院での入院、診療所の外来に次ぐ第3の医療である。医療を生活の場（家庭・地域）で提供するという特殊性がある。患者の希望する生活を継続・実現するための後方支援医療ということもできよう。医療を提供するうえで、高度先進医療を含む専門性の高い医療分野、24時間看護体制、画像診断など、病院での入院や外来通院に任せなければならない領域があるのは論を待たない。

しかしひとたび、医療的に診療所での守備範囲と考えられ、在宅移行が可能であると判断される状況となれば、できる限り速やかに在宅への移行を促して、本来の生活の場で療養を続けてもらいたいものである。なぜなら、本来の生活の場に戻ることで、入院中に減退していた食欲が戻り、普段の生活を再開することなどで生活の質（QOL）を維持した時間がもてる場合をしばしば経験するからである（図2-1、2）。患者の家族も、入院生活のバックアップのための病院通いと自宅での生活維持で、普段の生活が分断されるものだが、自宅療養をすることで、家事をしながら、患者の様子をみるのが可能となる（図2-3）。

図2-1 「がん=入院」のイメージ

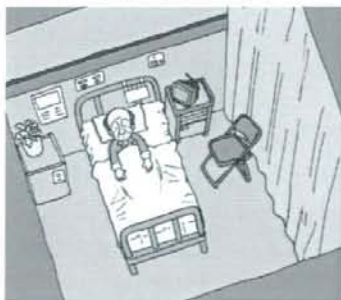


図2-2 生活の質を高め、その人らしい暮らしが可能

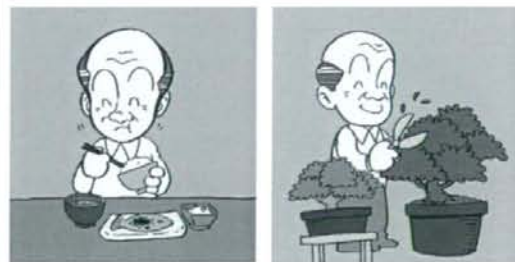


図2-3 在宅は癒しの場



図2-4 在宅における多職種連携



図2-5 末期がん患者の地域医療連携

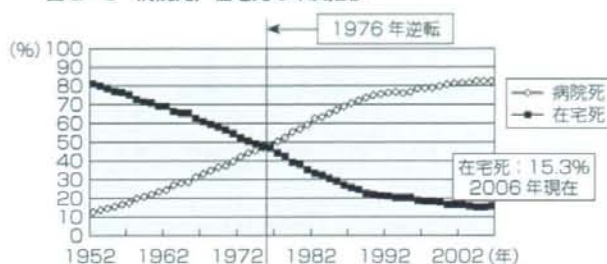


この際、医療提供側も、元来生活している場で提供する医療であるから、病院での入院・施設での療養よりも繊細な対応が必要である。洗面、衣類の脱ぎ着、排泄、入浴、食事など日常生活の全体を考えれば、どのような重症患者であっても1日のなかで医療の比率はそれほど高くない。患者を支えるうえでは、医療職よりも、むしろヘルパー、ケアマネジャーが重要な役割を担う。医療職のなかでは、訪問看護師が重要な役目を担う。したがって、在宅医療では、関連職種との連携（多職種連携）はきわめて大切となる（図2-4）。

一方、がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアのホスピス三角形に示されるように、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者が望む最適な場所でケアを受けサービス間の移行がスムーズに行えることである（図2-5）。厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について」（2004年7月）によると、自分が痛みを伴う末期状態（死期が6カ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、6割の人は、なんらかの形で自宅療養したいと考えていることがわかった。

しかし、実際には、わが国においてがん患者が在宅で死を迎えたケースは、2006年の統計では、わずか7.0%にしかすぎない。すなわち、実際の死亡場所が患者・家族の希望に沿って

図 2-6 病院死、在宅死の年次推移



※ 病院死=病院、診療所、助産所
在宅死=自宅、介護老人保健施設、老人ホーム
(平成18年度人口動態調査、1C 上巻 死亡 第5.5表_死亡の場
別にみた年次別死亡数より)

いない可能性がある。患者・家族の意思により在宅移行の希望があれば、病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅のなかから柔軟に最適な療養場所を選択することが肝要である。そして、在宅療養を選択した場合は、多職種で患者を支えるようにすべきである。

以上のような特質を備えた在宅医療の変遷を述べる。わが国では、人口動態統計上、1952年以降、在宅死（自宅、介護老人保健施設、老人ホームでの死亡）が減少傾向となり、1976年に病院死の割合が在宅死を超えるようになった。病院死の増加傾向は高度経済成長と時を同じくし、1976年に在宅死を抜いたのはロッキード事件の折である。2006年では、在宅死は全死亡の15.3%にしかすぎない（図2-6）。

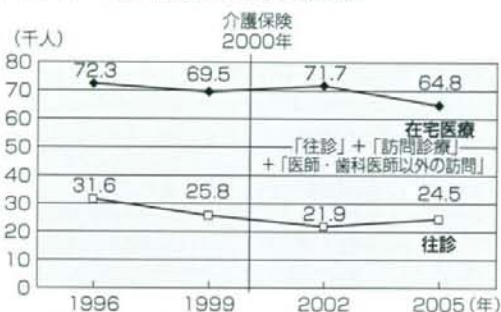
1992年の医療法第2次改正で、法律上初めて明瞭に「在宅」が医療提供の場として認定された。診療報酬上では寝たきり老人訪問診療料（1986年）、寝たきり老人在宅総合診療料（1992年）、在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、24時間連携体制加算（いずれも1994年）など、在宅医療の普及のためにさまざまな制度が打ち出されてきた。さらに、介護保険の導入（2000年）も行われた。しかし、厚生労働省の「患者調査」で「在宅医療」（診療所・病院から往診、訪問診療または医師・歯科医師以外の訪問を受けること）についてみると、往診と同様、減少傾向をたどっている（図2-7）。

2006年の診療報酬改定では、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設し、在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた。2008年の診療報酬改定でも、その流れを引き継ぐ内容になっている。在宅療養支援診療所（病院）とは、居宅で療養する患者からの連絡を24時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所や病院のことである。患者の療養場所として重要である在宅医療を支えるためには、在宅療養支援診療所（病院）は重要な位置を占めると思われる。次項では、在宅療養支援診療所（病院）の届出の意義、2008年診療報酬改定での位置づけなどを解説する。

2 在宅療養支援診療所（病院）の届出の意義

2005年11月、社会保険審議会は、今後の基本的な医療政策の方向性として3点を提示し

図2-7 在宅医療と往診総数の年次推移



過去10年間に於いて、往診も、在宅医療も減少傾向

(「厚生労働省：「平成8、11、14、17年患者調査の概況」より)

た。そのうちの1つに、「生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと」と示されている。この方針が示すように、在宅医療は今後の医療政策において重要な位置を占める分野であり、2006年の診療報酬改定では特にその推進を図ることとされた。具体的には、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設し、在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた。

在宅療養支援診療所は、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら最期を送れるよう、また身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるような診療報酬上の制度として設けられた。在宅医療における中心的な役割を担い、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションなどの連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護などを提供できる体制を構築することとなっている。

在宅療養支援診療所では、そうでない医療機関と比較して、診療報酬上の有利な評価が行われるようになっている。医師同士の連携、看護師との連携、病院との連携を制度化し、点数化した在宅療養支援診療所は、2006年診療報酬改定の大きな変革点であった。2008年の診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料に加え、特定施設入居時等医学総合管理料が新設されて、在宅療養支援診療所の重要性が増している。さらに在宅療養支援病院も新設され、今後、これらが在宅医療の中核を担うものと期待される。

以上より、在宅医療を担うためには、在宅療養支援診療所(病院)の届出が望まれる。

届出の利点などは、以下のように要約できる。

- ・届け出ることによって、在宅時医学総合管理料1や、特定施設入居時等医学総合管理料1を算定できる。
- ・届けるためには、24時間の往診、訪問看護、緊急入院などの体制をとることが必要で

ある。この手続きをする際に、近隣の医師、訪問看護ステーション、病院とやりとりをすることになるので、それだけでも顔の見える関係構築ができる端緒となる。

- ・ 届け出ても、必ずしも在宅時（または、特定施設入居時等）医学総合管理料を算定する必要はない。月2回訪問しないと算定できないし、24時間訪問看護や緊急時入院の保証がとれていない場合も算定できない。患者の状況などによっては、往診料のみの算定も選択可能である。
- ・ 診療所医師のなかには、「24時間拘束されるので、届け出をしない」という意見もある。しかし、訪問看護ステーションとの連携を構築すれば、医師と看護師で役割分担でき、安心して在宅医療の提供ができる。さらに、医師同士の連携があれば、24時間拘束されることはない。在宅医療を受け持つ患者がいるのなら、むしろ届け出るほうが気楽であり、安心も得られる。
- ・ そのほか、「制度がまだ変わる可能性があり、様子をみている」という意見で届け出ない診療所もある。制度上は、2008年改定ではほぼ定着したものと思われる。また、多職種連携により、質の高い在宅医療を提供することで、ある程度の費用負担に対する理解は得られるものと考えられる。

2008年の改定で、従来の「居宅」から、「在宅」の定義を居住系施設と居住系施設以外に分類し明確化したことは、今後の在宅医療の点数改定の布石になるものと考えられる。独居や、介護力のない高齢者世帯などでの「居宅」（自宅）での在宅医療の展開には自ずと限界があり、今回定義された、広義の「在宅」での在宅医療の展開は、今後の重要課題だからである。

医療用麻薬の30日処方が可能になり、携帯型ディスプレイ注入ポンプセットを保険薬局で交付できるようになったこと、在宅に用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」が拡大されたことなど、諸処に在宅緩和ケアの推進の意図が感じられる。医療用麻薬について、介護老人保健施設と療養病床で、医療用麻薬が薬剤費の包括範囲対象外となったことは重要である。さらに、緩和ケア病棟について、地域の在宅医療を担う医療機関と連携すること、24時間連絡のとれる体制を整備することが要件に追加された点も緩和ケア推進の観点から重要である。

また、在宅療養支援病院が新設された。すなわち、その病院を中心として半径4km以内に診療所がない場合、その病院が在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たす場合、在宅療養支援病院として届け出ることができることとなった。

これらの在宅医療、緩和ケアに関する2008年診療報酬改定が、退院時の指導に関する加算と相まって、在宅医療推進のインセンティブになるものと期待したい。

参考文献

- 1) 佐原康之：在宅療養支援診療所の役割と診療報酬改定のねらい、緩和ケア 16 (6) : 529-535, 2006

(白髭 豊・(イラスト) 詫摩和彦)



在宅訪問診療の実際



1 在宅療養開始に至るまで

在宅療養支援診療所の施設基準に関わる届出については、第7章「[], 在宅療養支援診療所の届出」を参照いただきたい。

まず、がん患者が入院したら、早期より退院支援・調整に関するアプローチが始まる。これは、地域連携室が中心となって行われるが、在宅の視点をもつていただき、有効な退院支援とするためには、早期から在宅スタッフの働きかけが望まれる。必要に応じ、緩和ケアカンファレンスなどで症例が取り上げられることもある。

退院が決まったら、診療所を含む在宅スタッフが、退院時カンファレンスに参加する。必要な介護、医療サービスの調整・導入をケアマネジャーに行ってもらい、在宅療養開始となる(図2-8)。

2 在宅療養開始後

実際に在宅時医学総合管理料を算定するためには、まず24時間の連絡体制を示した書面を患者宅に持参し、緊急体制をとることを説明する。1カ月に1回の訪問になった場合は点数が減ること、点滴など医療手技が加わった場合、その分が出来高加算されることなどの具体的な説明も必要である。病状に合わせ、訪問診療の頻度を定める(安定している病状であれば1~2週に1回、重症期であれば数日に1回など、状況に応じて対応する)。また、急な状況変化があれば、いつでも電話などで連絡が可能なことを示す。自院に訪問看護師がいない場合、訪問看護ステーションに依頼し、定期的訪問看護を依頼する(訪問看護指示書が必要)。

24時間対応の実現には診療所同士の連携も不可欠で、万が一の補佐的なバックアップをお願いすべきである。病院からの診療情報提供書などは、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどと在宅療養開始直後に共有する。また、訪問看護ステーション以外にも、自院看護師の臨機応変な対応も必要である。すなわち、急変時など、定時訪問を抱える訪問看護師が急な対応が困難な際には、自院看護師を患者宅へ派遣し、医療処置が滞りなくいくような、日頃からの修練が望ましい。訪問看護師と診療所看護師の二重体制で磐石な体制を築きたい。

在宅で最期まで看取るためには、介護力の問題、経済的問題など多岐にわたる要素が絡み、簡単に実現できないことも多い。介護疲れが目立つときは、レスパイト入院、ショートステイなどで対応する。最も大切なのは、患者・家族に在宅に戻りたい希望があれば、それを実現することである。結果的に在宅死にいたらず、再入院になることもある。それは、諸々の事情の結果であるので、医療側が在宅死にこだわることなく、再入院、病院死になるのはなんら問題