

# X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク

## 1. 東京都における在宅緩和ケアの連携

吉澤 明孝 行田 泰明 石黒 俊彦

(要町病院, 要町ホームケアクリニック)

### はじめに

在宅緩和ケアにおける医療連携は、大きく3パターンが考えられる。①在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携、②病-病, 病-診連携、③緩和ケア病棟 (PCU) との連携、である。

在宅緩和ケアの現場では、医療-看護-介護の三位一体の連携が必須である。訪問看護ステーションとの連携には特に、訪問看護の特質を理解しチームワークをもって情報の共有化に努め、入院との違いを理解し、看護師の精神衛生管理に配慮が必要である。

また病-病, 病-診連携は、大病院からの一方通行の連携になりやすい。その中間に、在宅移行準備、緊急対応を含めた対応のできる在宅療養支援病院としての機能を持つ病院の存在も必要であると考えている。緩和ケア病棟と連携では、緩和ケア病棟の利点・欠点を家族に十分理解させ、希望されれば早期から紹介対応していく必要がある。

在宅での医療連携は病院内の緩和ケアチームと同じであり、緩和ケアはチーム医療であるといわれるところからも、在宅緩和ケアとは医療連携 (=チーム) なくしては不可能な医療であることが理解できると考える。

### 在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携

緩和ケアにおいて大病院 (がん診療連携拠点病院, 大学など) は在宅医との連携が推進され、病診連携が重要視される。在宅医療の現場では、そ

れ以上に院内でいう緩和ケアチームとして、在宅医療の医療-看護-介護の三位一体の連携が必須であり、訪問看護との連携の問題点から工夫について考える。

訪問看護との連携の問題点として、

- 1) 医療-看護-介護の三位一体の連携が不可欠である
- 2) 医療・看護は医療保険で、介護は介護保険でと分かれるために、舵取りがしにくい
- 3) 入院ケアと在宅ケアの違い
- 4) 訪問看護の限界?
- 5) 在宅医師の甘え (自己反省) が挙げられる。

1, 2) がん緩和ケアにおいて在宅では介護保険と医療保険が混在し、そのため医療保険は医師、看護師、介護保険はケアマネジャーをはじめとする介護と船頭が2つになりやすく、現場ではその調整に難渋することがある。図1のように社会的連携の中で三位一体の連携が不可欠であり、その船頭は医師が介護保険も熟知したうえで舵取り

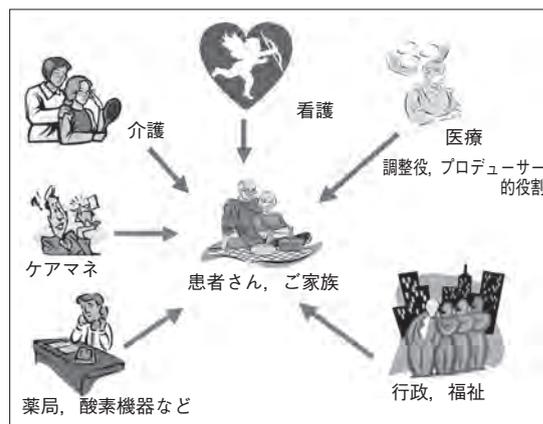


図1 在宅緩和ケアにおける医療連携

表1 入院・在宅ケアの違い

入院	在宅
①治療（キュア）が中心	①ケアが中心
②患者治療が中心	②患者，家族ごとケア
③家族が来院	③医療者が家族の中に
④医療保険のみ	④医療，介護保険
⑤医師が中心	⑤医師，看護師，ヘルパーの連携
⑥薬剤に縛りなし	⑥在宅での薬剤は限定

（調整）をしなければいけない。

2008年度の診療報酬改定で退院前カンファレンス、（緊急）共同カンファレンスなどの必要性から診療報酬に反映された。最近では、医療処置などケアの難しい患者には、在宅移行前に在宅かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、調剤薬局などを集めて、退院前カンファレンスを準備されるケースも増えてきている。

また（緊急）共同カンファレンスも訪問看護師、ケアマネジャーからの要請で開催される回数も増してきており、在宅での緩和ケアチームとして機能してきているように思う。そして、2010年度の診療報酬改定で、まだまだ十分とはいえないが訪問看護料の見直し、医療処置、ケアの煩雑性からステーションのストレスを緩和すべく複数の関わりが可能となるようには改正されたが、あまり利用されていないようである。また、退院時支援としてケアマネジャーの病院への退院前訪問が進められるようになったことは、在宅での医療-看護-介護の院外緩和ケアチーム（連携）が理解されてきていることとして受け止めたい。

3) 入院ケアと在宅ケアの違いには、表1に挙げるようなものがある。入院では家族が「お客さん」として病院を訪問するが、在宅では逆に家族の中に、医療者である自分たちが「お客さん」として入っていくため、病院以上に家族ケア（家族情報の収集）が重要になる。そこが病院の医療従事者に理解されにくいところかもしれない。最近、基幹病院には、在宅をある程度理解されている看護師が配置された在宅支援室が増えてきていることは、在宅移行しやすくなってくると期待するところである。

4, 5) 訪問看護は、われわれ医師の指示があっ

て動けるものであり、タイムリーな情報の共有化、緩和ケアで必要な処置をはじめとする医療技術の共有化が難しい。緊急時（急変時など）の対応も十分にカンファレンスなどをしておかなければ、看護師を悩ましてしまうことがある。それが訪問看護師の燃え尽き症候群につながり、強い患者、家族、われわれ医師も困ることになる。

国は、先述のように訪問看護ステーションの疲弊を少しでも減らすため、2010年度診療報酬改定で複数の訪問看護ステーションが関わるように、また必要に応じて複数人の看護師が同時に関わる場合に、複数人の請求も可能にしてくれたが、まだうまく機能していないようにもみられる。また、われわれ医師が自分たちの責任を看護師に任せるのではなく、夜間も含め第1番に対応していくように心がけていかなければ、継続性のある患者・家族にとって良い在宅医療を提供することはできないと考えている。

訪問看護との連携の問題点より連携の工夫として、①看護、介護との連携の調整、②緊急対応の予測を厳しく、③看護師とのカンファレンス、情報の共有化に努力する、④看護師との合同研修の開催、⑤訪問看護師の精神衛生管理に配慮、⑥そして「あ・うん」の呼吸ができるようになれば、患者・家族にとってより良い在宅緩和ケアを提供できるようになると考える。

## 病-病，病-診連携

がん対策基本法が施行され、がん診療連携拠点病院は緩和ケアにおいて地域の在宅緩和ケア医との連携が要件（表2）とされており、医療連携の重要性が取りざたされているが、実際の病-診、

表2 「がん対策基本法」における緩和ケアに関する記載

第3章 第2節「がん患者の療養生活の質の維持向上」  
 第16条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

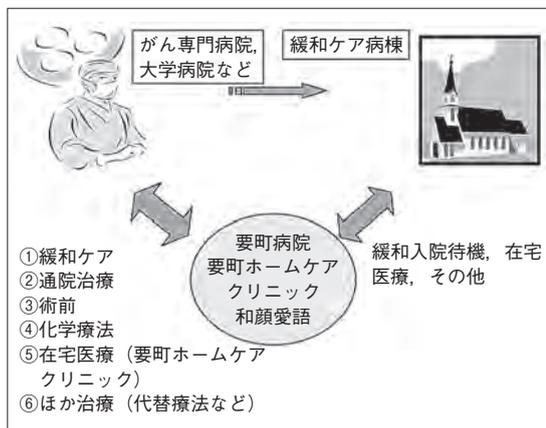


図2 当院（クリニック）の役割

病-病連携の問題点について考える。

当院は、図2のようにがん専門病院、大学病院、緩和ケア病棟などから、治療病院と緩和ケア病棟との中間的立場として在宅を含め病院、ホームケアクリニックに紹介されてくる。実際の在宅移行は紹介された時点から、図3のように介護保険導入、訪問看護導入、在宅での医療処置準備、苦痛のコントロールを行い、当病院から当クリニックなどの地域の在宅医師に移行する。つまり、当院が「在宅療養支援病院」としての機能を担うことになる。

在宅療養支援病院の機能として、

①在宅移行への準備：介護保険、かかりつけ医選定、訪問看護、在宅必要処置（中心静脈輸液〈CV〉、内視鏡的胃瘻造設術〈PEG〉、在宅酸素療法〈HOT〉など）

②在宅からの緊急対応入院、検査など24時間対応、かかりつけ医の代行（休日など）

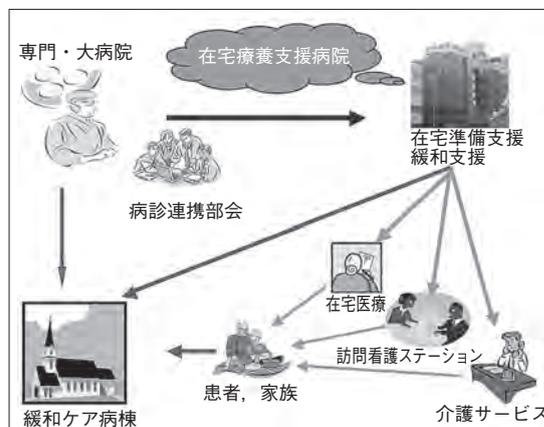


図3 在宅移行システム

表3 緩和ケアにおける病診連携の問題点

病院側の問題点	診療所側の問題点
①顔が見えない連携	①顔が見えない連携
②介護保険を熟知していない	②緩和ケア知識不足
③在宅の現場を知らない	③緊急対応や連携が不十分
④緊急入院が難しい	④24時間対応困難
⑤併診が困難	⑤併診対応を好まない
⑥家族ケアが不十分	⑥在宅処置（CVポート、PEG、腎カテーテルなど）対応が困難

③特別養護老人ホームなどの夜間看取り往診

④かかりつけ医からの緩和ケアの相談などが挙げられる。このような病院がないと在宅医からの緊急入院を紹介元病院が受ける例はまれであり、在宅医、患者家族の緊急時の不安は尽きない。

紹介元病院（治療病院）と診療所の連携では、表3のような問題点がある。病院主治医が在宅医療の経験が少ない場合が多く、介護保険、訪問看護システム、在宅医療の可能範囲などの認識が少ないケースが多い。また、同様に診療所側にも問題点があり、緩和ケアの知識不足、緊急対応不十分などがあり、共通の問題点として、「顔の見えない連携」「併診困難」などが挙げられる。これらの問題点を明確にし、お互いに話し合い埋めていくことが早急に必要であると考えている。そのためにも、当院のような小回りの効く病院が間に入って「在宅療養支援病院」として機能を果たす

必要があるのである。

2010年度診療報酬改定で、国はやっと「在宅療養支援病院」を200床未満の病院に認めたが、その機能は前述したものでなく、在宅療養支援診療所の病院版であり、もっと病院の役割を基幹病院から在宅医への仲介する立場としてもよかったのかもしれない。しかし、まだまだ在宅療養支援病院として届け出る病院が少なく、病院の在宅への関心が薄いのか残念な限りである。

---

## 緩和ケア病棟との連携

緩和ケア病棟は年々増えているようには聞かぬが、実際、緩和ケア病棟の良い点は、なんといても施設基準であることは間違いないところである。看護師など医療スタッフの手厚い体制、家族に対するケアの充実（家族付き添い、ファミリーキッチン）、機械入浴の整備などが挙げられる。

しかし、希望者が多く、入棟審査会などがあり、なかなかすぐに緊急では入れないのが欠点である。また、施設によっては本人、家族が希望するワクチン、サプリメントなどの代替療法が使用できないというところもあるのが現実である。そして、一番問題なのが、本人、家族の緩和ケア病棟への理解が不十分であり、「見放された」「何もしないで死に行くところ」というイメージが強いのが現実である。

当院を紹介した前医から緩和ケアを勧められる場合、緩和ケア病棟について詳細な説明が少ないようであり、紹介初診時に確認するようにしている、つまり「緩和ケア病棟は、死にゆくための病

棟ではなく、症状をコントロールして、希望によっては在宅移行も含め退院もできる」等々、施設基準、本人、家族ケアの充実などの良い点を強調し、在宅ケアとの連携も可能であることを話している。また、希望があればその時点で紹介状、受診予約などの準備を併行して行っていくようにしている。

緩和ケア病棟も医師、看護師などのスタッフの努力により、症状緩和を施行し退院（在宅療養）とし、再燃時緊急入院が可能という施設が増えてきており、緩和ケア外来の設置、在宅医との連携が進んできている。

---

## おわりに

在宅緩和ケアにおける医療連携は、①在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携、②病-病、病-診連携、③緩和ケア病棟との連携、がある。それぞれの連携の特徴（良い点）、問題点を理解し、患者さん、ご家族にとって楽しく、笑いのある生きるための在宅ケアを地域に根づかせるための地域緩和ネットワークづくりが必要不可欠であり、それもできるかぎりすみやかに行われるようにならないといけない。

東京都、各自治体でも在宅ケアのあり方、緩和ケアのあり方が検討されつつあり在宅ケアの未来は明るくなってきているような気がする。医師を中心とした医療従事者に関して、緩和ケアの知識の普及が国、東京都認定拠点病院を中心として行われている「緩和医療研修」により少しずつではあるが広がってきているのは確かである。