

7. 在宅緩和ケアのこの10年

—在宅緩和ケア充実診療所と在宅緩和ケアの基準

前野 宏
(札幌南徳洲会病院)

はじめに

わが国の緩和ケアは病院内の緩和ケア（緩和ケア病棟および緩和ケアチーム）を中心に発展してきた。しかし2006年に「がん対策基本法」が施行され、その中に「(第16条)国および地方公共団体は、(中略)、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も講ずるものとする」と明記されたこともあり、この10年間で在宅緩和ケアの環境は大きく変化してきたと思われる。

本稿においては、がん対策基本法成立後の在宅緩和ケアの変遷について述べたのち、現在、わが国における在宅緩和ケアの制度としての中核をなす「在宅緩和ケア充実診療所加算を届け出ている診療所（以後、在緩和診）」について述べる。そして、

最後に日本ホスピス緩和ケア協会が改定した「在宅緩和ケアの基準」を紹介し、わが国の在宅緩和ケアの現状と課題を考えてみたい。

在宅緩和ケアのこの10年の変遷

わが国におけるがん末期患者の在宅ケアに関連した制度の変遷を示す(表1)。2006年に診療報酬において在宅療養支援診療所（以後、在支診）が設定され、わが国における在宅医療を担う診療所が初めて位置づけられた。しかしながら、在支診では在宅死などの実績は求められず、結果として全く在宅医療を行っていない在支診も多数存在したのである(表2)。その後、2012年に機能強化型在支診が設定され、2014年の改訂を経て、在宅看取り数などの実績が評価されるようになり、少しずつ制度的にも充実した。しかし、病院における緩和ケアが制度的に緩和ケア病棟と緩和ケアチームという形で診療報酬が設定され、経営

表1 「がん末期患者の在宅ケアに関連した制度」

年	制度など	意義
1982	老健法制度	訪問看護の新設
1992	医療法の一部改正 指定老人訪問看護制度	患者の居宅等で、医療を効率的に提供されなければならない。 訪問看護ステーション制度の新設
1994	在宅末期医療総合診療料	末期がん患者対象の医療が定額払い 訪問服薬指導の新設
2000	介護保険制度施行	末期がん患者は医療保険と併用可能
2006	在宅療養支援診療所	在宅医療の担い手としての位置づけ
2012	機能強化型在宅療養支援診療所	診療・介護報酬の見直し 小規模多機能複合サービス
2016	在宅緩和ケア充実診療所	診療報酬の見直し

(川越 厚：在宅緩和ケアの現状と課題. Progr Med 36 (10), 2016)

表 2 「在宅緩和ケアを支える専門診療所」

在宅療養支援診療所 (2006 年)	1) 24 時間対応可能な体制 2) 24 時間体制の往診(医師) 3) 24 時間体制の訪問看護(看護師) 4) 緊急時の入院ベッドの確保 5) 連携協力医療機関への診療情報提供 6) 年間在宅指数などの報告
機能強化型在宅療養 支援診療所(2012 年)	1) 3 人以上の常勤医師 2) 前年度 5 回以上の緊急往診実績 3) 2 人以上の在宅死(連携医療機関との連携可)
基準の強化(2014 年)	1) 3 人以上の常勤医師 2) 前年度 10 回以上の緊急往診実績 (5 → 10) 3) 4 人以上の在宅死(2 → 4) ※連携医療機関との合計でもよい が、各医療機関が 4 回以上の緊急 往診、2 人以上の在宅死が必要
在宅緩和ケア充実診 療所(2016 年)	1) 15 回以上の緊急往診(4 → 15)、 20 人以上の在宅死(4 → 20) 2) PCU または在宅ケア診療所経験 の常勤医 3) 1 年間に 2 回以上の CSI 実績 4) 緩和ケア研修会を受けた医師 5) 在宅死数と在宅緩和ケアを施行 した症例数揭示

(在宅緩和ケアの現状と課題：川越厚より)

表 3 在宅緩和ケア充実診療所の施設基準
(2016 年 4 月改訂)

- ① 機能強化型の在宅支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去 1 年間の緊急往診の実績が 15 件以上、かつ、看
取りの実績が 20 件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での 1 年間の看取り実績が 10 件
以上の医療機関において、3 カ月以上の勤務歴がある
常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与
では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射に
よりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施
した実績を、過去 1 年間に 2 件以上有していること、又
は過去に 5 件以上実施した経験のある常勤の医師配置
されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬
を投与した実績を過去 1 年間に 10 件以上有しているこ
と。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開
催指針に準拠した研修」または「緩和ケアの基本教育
のための都道府県指導者研修会等」を修了している常
勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去 1 年間の看取り実績及び十分な
緩和ケアが受けられる旨の揭示をするなど、患者に対
して必要な情報提供がなされていること。

表 4 日本ホスピス緩和ケア協会アンケート調査

「在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題」	
・調査期間	2017 年 6 月 10 日～2017 年 6 月 30 日
・調査対象	日本ホスピス緩和ケア協会に所属する診療 所など
・発送件数	N=58
・回答数	N=31(診療所 30, その他 1)
※今回はこのうち在宅緩和ケア充実診療所加算を取得 している 26 件の結果を示す。	
・現在の在宅がん患者数(人)	6～181(中央値 27)
・現在の在宅非がん患者数(人)	3～363(77.5)
・がん患者在宅死数(人)	23～304(63 平均値 79)
・がん患者在宅死亡率(%)	46～94.3(71)
・職種別の職員数(人)	
医師(専従)	1～8(2)
看護師(専従 + 兼務)	0～26(4.8)
ソーシャルワーカー (専従 + 兼務 + 非常勤)	0～3(0)

※以下自由記載をまとめたもの

Q. 在緩和の役割と課題

- ・病院と同じレベルの症状緩和
- ・緊急往診・看取り
- ・困難ケースを扱う
- ・かかりつけ医のサポート
- ・地域の緩和ケアの中核
- ・事例検討会、カンファレンスの実施
- ・医療・介護者への教育・研修・コンサルテーション
- ・市民への啓発・相談
- ・在宅緩和ケア専門医養成のための研修、教育プログ
ラム開発

的にも専門性においても確立されつつあったのに
較べ、在宅緩和ケアに関しては未整備な状況が続
いていた。

在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題 (日本ホスピス緩和ケア協会アンケート調査より)

2016 年の診療報酬改定において「在宅緩和ケ
ア充実診療所加算」が設定され、診療報酬の中に
初めて「在宅緩和ケア」が明記されたことは重要
である。

表 3 に在緩和の施設基準を示す。なかでも、看
取りの実績が年間 20 件以上という項目が入った
ことは画期的であった。看取りの件数が在宅緩和
ケアの質を反映することはすでに知られているこ
とだからである。

2017 年 6 月に日本ホスピス緩和ケア協会にお
いて「在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題」を
テーマとして同協会の在宅緩和ケアを行っている

表5 在宅緩和ケアの基準（日本ホスピス緩和ケア協会）

1. 在宅緩和ケアの理念
 - 1) 在宅緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族が在宅（介護施設を含む自宅あるいはそれに準じる場所）で過ごすために、QOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、WHO の緩和ケアの定義に基づき、さまざまな専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。
2. 在宅緩和ケアチームの構成
 - 1) チームメンバーは、患者・家族の必要に応じて、在宅緩和ケアの理念に基づき、柔軟に構成される。
 - 2) 基本となるチームメンバー・・・医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、歯科医師、栄養士、ボランティア等
3. 在宅緩和ケアチームの要件
 - 1) 在宅における 24 時間対応のケアを提供する。
 - 2) チーム内での連絡が 24 時間可能であり、連絡を密に取ることができる体制がある。
 - 3) ケアマネジャー、ソーシャルワーカーをはじめ、相談支援及び地域の様々な資源との連携を図る機能を持つスタッフをチームに配置する。
4. 在宅緩和ケアで提供されるケアと治療
 - 1) 痛みやその他の苦痛となる症状を適切かつ迅速に緩和する。
 - 2) 患者・家族に対する心理・社会的問題、スピリチュアルな問題での相談支援がなされる。
 - 3) 患者と家族の希望に応じて、病状や病期の説明を行い、在宅において安心して生活することができるように支援する。
 - 4) ケアや治療の方針決定に関しては、患者・家族と医療者が正確な情報を共有することに基づき、話し合いを重ねつつ、本人の意思決定を支援する。
 - 5) 最期まで在宅で過ごしたいと希望する患者に対しては、穏やかな最期を迎えられる様に症状緩和を計りつつ、家族に対しては適切なタイミングで看取りに関する情報提供を行う。
 - 6) 患者と家族のコミュニケーションが最期まで維持されるように支援する。
 - 7) 患者との死別前から死別後まで家族のケア（遺族会などのグリーフケア）を行う。
5. 在宅緩和ケアチームの運営
 - 1) チームで共通の在宅緩和ケアを実践するための手順書（マニュアル）を備え、チーム内で共有する。
 - 2) チーム内で定期的にかつ必要時、カンファレンスを実施する。
 - 3) チーム内で在宅緩和ケアに関する定期的な教育研修を行う。
 - 4) 在宅緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う。
 - 5) チームで倫理的指針を作成し、共有する。また、現場で定期的に、あるいは必要に応じて倫理的検討を行う。
 - 6) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。
6. 在宅緩和ケアチームのコミュニティにおける役割
 - 1) 地域で在宅ケアを行う診療所、事業所等の医療・介護従事者、臨床研修医、学生、ボランティア等に教育研修の場を提供する。
 - 2) 市民への啓発活動を積極的に行う。
 - 3) 地域で緩和ケアネットワーク作りを実践する。
 - 4) 地域の各種社会資源を調査、発掘し、連携を図る。

（2017 年 9 月作成）

施設を対象にアンケート調査を行った。そのうち、在緩和に関する結果をみるとわが国の在緩和の果たすべき役割と課題がある程度分かると思われる（表 4）。

アンケートにご協力いただいた在緩和が診療しているがん患者は、中央値で年間 27 人、在宅死は 63 人、在宅死亡率は 71%であった。おそらくこの数字は、全国の平均的な在緩和よりも高いものと推測される。在緩和の役割と課題としては、困難な事例を受け持ったり、かかりつけ医のサポートなどを行うことにより地域の緩和ケアの中核的な役割を担うことや、地域における教育・研修・コンサルテーション市民啓発などが挙げられ

た。今後、質の高い在宅緩和ケアが広がるためには在緩和が質量ともに増え、地域における在宅緩和ケアの中心的役割を担ってゆくことが期待される。

在宅緩和ケアの基準（日本ホスピス緩和ケア協会）

今後、在宅緩和ケアが地域において普及してゆくと考えられるが、それに伴い、在宅緩和ケアの質を担保する必要がある。そもそも在宅医療はその密着性により、入院医療に比べて提供される医療の質を評価することが困難である。したがって、

まずは標準的な在宅緩和ケアとは何かを示す基準が必要になると思われる。

日本ホスピス緩和ケア協会では、2008 年に「在宅ホスピス緩和ケアの基準」を作成したが、それから 10 年が経過し、在緩和が診療報酬の中に設定されたこともあり、このたび全面改訂を行った。それが「在宅緩和ケアの基準」(表 5)である。今後、この基準に基づいてケアが実践され、標準的な在宅緩和ケアが普及することが望まれる。そのためには、日本ホスピス緩和ケア協会が実施している緩和ケア病棟に対する医療とケアの自己評価、遺族調査などを在宅緩和ケア充実診療所においても実施してゆくことが診療所のケアの質の維持向上につながると思われる。

そして今後はその地域にある在緩和などが中心

となり、カンファレンス、症例検討会、勉強会などを地域で地道に繰り返し、地域における在宅緩和ケアの質を高め、標準化してゆく努力が必要であろう。

おわりに

在宅緩和ケアのこの 10 年を振り返った。特に在緩和の現状と課題を示し、日本ホスピス緩和ケア協会が作成した在宅緩和ケアの基準を示した。今後は、地域にあるがん治療病院や緩和ケア病棟をも巻き込んだ地域全体の緩和ケアを考える「地域緩和ケア」という概念が必要になると考えられる。