

I. 緩和ケアの普及と啓発

2. 地域における緩和ケアネットワーク

—「日本ホスピス緩和ケア協会と地域緩和ケアネットワークのあり方」報告書より—

本家 好文

(広島県緩和ケア支援センター，日本ホスピス緩和ケア協会担当理事)

はじめに

日本ホスピス緩和ケア協会では、2007年4月に「地域緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会」を発足させ(表1)、全国各地域の緩和ケアネットワークに関する現状や課題に関する検討を行い、報告書を作成した。

以下に、その要点を示す。

地域緩和ケアネットワークの基本的考え方

① 日本ホスピス緩和ケア協会からの提言について

日本ホスピス緩和ケア協会が「がん対策の推進に関する意見交換会」において、「これからのホスピス緩和ケアについて」の提案と要望した内容は、以下の3点である。

①終末期の療養場所が病院に偏っていることや、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームを持つ施設が地域的にも偏っている現状から、今後はがん診療連携拠点病院を中心としてホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所などが地域連携のためのネットワークを構築する必要がある。

②緩和ケアの量的な拡充とともに、提供されるケアの質を評価して患者と家族の希望に応えられるようにケアの改善に取り組む必要がある。

③緩和ケアは、これまでのホスピス・緩和ケア病棟中心から、緩和ケアチーム、さらに在宅療養支援診療所をはじめとする地域へと広がりを見せている。地域における緩和ケアの質を保証するために、地域の医療従事者などへの教育研修の支援体制をつくるとともに、利用者である国民に対して緩和ケアへの理解を深めるように働きかける必要がある。

表1 がん診療連携拠点病院と緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会 メンバー (順不同)

柴田 岳三 (日鋼記念病院 緩和ケア科科長)
小笠原鉄郎 (宮城県立がんセンター 緩和ケア部長)
斎藤 龍生 (独立行政法人国立病院機構西群馬病院 院長)
志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院 緩和医療科診療部長)
渡辺 敏 (千葉県がんセンター 緩和医療科部長)
高宮 有介 (昭和大学医学部 医学教育推進室 専任講師)
山田 祐司 (愛和病院 院長)
井上 聡 (聖隷三方原病院 ホスピス所長)
谷 一彦 (福井県済生会病院 緩和ケア病棟所長)
福地 智巴 (静岡県立静岡がんセンター 医療ソーシャルワーカー主任)
田村 恵子 (淀川キリスト教病院 ホスピス主任看護課長)
本家 好文 (広島県緩和ケア支援センター センター長)
福重 哲志 (久留米大学病院緩和ケアセンター 教授)

地域緩和ケアネットワークの現状

①「在宅末期医療総合診療料」に関するアンケート結果

2006年9月、協会加盟の「緩和ケア病棟入院料」届出施設163施設を対象に「『在宅末期医療総合診療料』に関するアンケート調査」を実施し、143施設（回答率88%）からの回答があった。

1. ホスピス・緩和ケア病棟からの訪問診療

アンケート調査の結果から、ホスピス・緩和ケア病棟から直接訪問診療に出ている施設は40%程度であり、地域の診療所からの訪問診療と併せて実施している施設が大半を占めていた。訪問診療件数については、1カ月に5件未満と少ない施設が多く、2006年以降の3カ月間でも1カ月当たり5件以下という施設が79%と大半を占めていた。月に10件以上の訪問診療を行っている施設は9施設（10%）にとどまっていた。

2. 訪問診療の今後の方向性

地域の在宅療養支援診療所との連携を行うという施設が86施設（60%）と過半数を占め、ホスピス・緩和ケア病棟から直接訪問診療する施設は56施設（39%）であった。今後の在宅緩和ケアについては、在宅療養支援診療所と連携する方向へ移行する可能性が高いと考えられた。

3. 「在宅末期医療総合診療料」の適応の拡大

「在宅末期医療総合診療料」の適応を「緩和ケア病棟入院料届出施設」に拡大することを要望する施設は79%に達していた。これは、「在宅療養支援診療所との連携」と「緩和ケア病棟からの直接訪問」の両方が必要と認識している施設が多いことを反映している。今後は、地域緩和ケアという視点で、在宅療養支援診療所などと連携しながら、「地域緩和ケアネットワークづくり」と「地域緩和ケア提供体制の整備」を一体として実施していく必要があると考えられる。

② 地域緩和ケアネットワークづくりへの取り組み

地域緩和ケアネットワーク検討会では、各地域で進められている「地域緩和ケアネットワークづ

くり」について、検討会委員の属する地域を中心に情報収集を行った。その結果、いずれの地域においてもネットワークづくりの取り組みは始まったばかりであり、それぞれの地域による温度差も大きいことが分かった。そして、ネットワークづくりを主導しているのは、地方自治体、がん診療連携拠点病院、医師会、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど、さまざまな形態をとっている。そこで、「地域緩和ケアネットワークづくり」の現状をいくつかのタイプに整理した。

1. 都道府県などの行政主導による自治体レベルのネットワークづくり

広島県で行われている地域緩和ケアネットワークづくりが、その代表的なものである。広島県は、県立病院に広島県緩和ケア支援センターを付設して、緩和ケアを担う人材の育成、県内の各圏域にスタッフを派遣することによって、広島県内に緩和ケアネットワークを築くための基盤づくりを行ってきた。広島大学病院（県連携拠点病院）をはじめ、地域がん診療連携拠点病院（10）、緩和ケア病棟（8）、訪問看護ステーション（94）、在宅療養支援診療所（438）、地域包括支援センター（106）、居宅介護支援事業所（799）などを包括した地域緩和ケアネットワークづくりを進めている。

現在、県と緩和ケア支援センターが中心となって、がん診療連携拠点病院連絡協議会、緩和ケア病棟連絡協議会、広島県訪問看護ステーション連絡協議会、広島県地域保健対策協議会、広島県在宅緩和ケア推進連絡協議会などの組織を通じて、県内の各地域に緩和ケアネットワークの構築が始められている。これまでは医療圏ごとに広島県地域保健対策協議会の支部が中心となって、地域医師会、訪問看護ステーション、福祉関係者による緩和ケアに関する部会を設置して、地域の緩和ケアに関する資源マップの作成や、事例検討会、研修会などを開催している。

広島県のほかにも、東京都、宮城県、福井県、群馬県では地方自治体が主導して地域緩和ケアネットワークづくりを進めようとしている。

2. 地域がん診療連携拠点病院など病院主導のネットワークづくり

山口赤十字病院では、2003年から全国に先駆けて山口市在宅緩和ケア推進事業に取り組み、「在宅緩和ケア支援センター」を設置して相談窓口、研修事業を行い、山口市内のがん患者の在宅での看取りの1/2を地域の開業医ができるように支援してきた。

「在宅緩和ケア支援センター」の職員は、緩和ケアの経験をもつ医師、薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー、栄養士などの専門職員が対応できる体制を取っており、以下の事業を実施している。

1) 患者・家族に対する相談支援：相談の際には看護師または医療ソーシャルワーカーが対応し、相談内容に応じて医師、薬剤師、栄養士などが対応する。相談方法は、電話や来所あるいはスタッフが家庭を訪問して直接相談に応じる。

2) 在宅緩和ケアに関わる医療・福祉サービスの調整や福祉サービスの代行申請：在宅で過ごすために必要なサービスが受けられるよう、関係機関との調整や福祉サービスの代行申請などを行う。

3) 医療機関および訪問看護ステーションなどの従事者に行う相談支援：患者・家族と同じように医療従事者への相談体制を取り、緩和ケア専門家が相談に応じる。

4) 医師・看護師・福祉関係者などへの研修会の開催：在宅緩和ケアを推進するうえで必要な情報、緩和ケアの知識・技術の習得を目的とした講習会や臨床実習、訪問実習や事例検討会などを実施する。

5) 緩和ケアに関わる情報提供：医療従事者を対象とした情報誌による緩和ケアの最新情報の提供を行う。

6) 一般市民への普及啓発：市民公開講座の開催など、市民への普及啓発を山口・吉南地区地域ケア連絡会議および市と共催して行う。

長野市では、長野赤十字病院・長野市民病院・愛和病院が共同でホスピス緩和ケア地域連携パスを作成し、連携可能な在宅ケア担当医、訪問看護ステーション、麻薬処方可能な調剤薬局のアンケートを行い、連携可能な在宅ケア担当医、訪問看護

ステーションにそれぞれ地域連携パスの説明会を開催した。

つくば市では、筑波メディカルセンター病院緩和医療科、筑波大学附属病院緩和ケアセンター、つくばセントラル病院緩和ケア科が中心となつて、隔月で事例検討などを行う「つくば緩和ケアカンファレンス」を開催している、今後、①地域緩和ケアリソースマップ（情報提供）、②緩和ケアセミナー（教育支援）、③地域緩和ケア登録システム（情報共有）など、ネットワークづくりを進めていく。

そのほか、北海道の西胆振二次医療圏、函館市でも市町村あるいは地域がん診療連携拠点病院が主導するネットワークづくりが進められている。

3. 在宅療養支援診療所など診療所主導の地域ネットワークづくり

宮城県では、県拠点病院を中心とした行政主導のネットワークづくりとは別に、「みやぎ在宅ホスピスケアネットワーク」参加施設を中心に、在宅療養支援診療所を中心としたテレビ会議によるネットワークづくりが進んでいる。宮城県内（仙南、名取、仙台、大崎、登米、気仙沼）、福島市の7つの在宅療養支援診療所にテレビ会議システムを置き、月に一度勉強会を開催し、それぞれの診療所に地域の医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師など、多職種の集まりができつつある。今後、調剤薬局、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの勉強会、事例検討会に発達させていく。緩和ケアの普及に取り組む医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士などの専門職を各保健所圏域単位で集めて、地域在宅緩和ケアの中核チームに育てていくよう支援する。

4. その他

浜松市では、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業 がん対策のための戦略研究 課題「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」として、2008年4月から「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が実施されている。このプロジェクトは、地域全体として緩和ケアが早期から適切に行われ、希望する場所で患者が療養できるプログラムを実施して、その結果を

評価することを目標としている。このプロジェクトには浜松地域の総合病院 11 施設（そのうち拠点病院 4 施設）、診療所 27、訪問看護ステーション 11、居宅介護支援事業所 5、施設（特別養護老人ホームなど）2、保険薬局 33 などが参加する。

地域によっては、「在宅緩和ケア支援センター」などがすでに設置されているが、これらのネットワークが機能している地域はきわめて限定されている。多くの地域がその特性に合わせて、自分たちの地域に見合った方策を検討している段階である。しかも、地域ネットワークの多くは行政主導であっても、熱心な診療所・病院の医師や訪問看護ステーションの看護師などの個人的な努力で支えられている。地域緩和ケアネットワークの現状は、限定された地域で個人的な努力で支えられているという問題点が情報収集の過程で明らかになった。

地域によっては多職種による事例検討会などを行いながら、顔の見える関係づくりが進んでいる地域もある。「ホスピス緩和ケア地域連携パス」を用いた取り組みもあるが、いずれも恒常的なネットワークの構築までには至っていない。

ホスピス・緩和ケア病棟では、入院患者の症状緩和を図った後に在宅療養に移行しようとしても、実際には在宅療養に向かうことが困難な場合が多く、ホスピス・緩和ケア病棟から退院して在宅療養に移行できる患者は少ないという問題点が指摘された。したがって、がん診療連携拠点病院や地域のがん診療を行っている病院でがん治療を実施している初期の段階から緩和ケアを視野に入れて、在宅療養の支援を行っていく必要がある。

地域緩和ケアネットワークの構築

① 在宅緩和ケアと地域における緩和ケア病棟の果たす役割

『在宅末期医療総合診療料』に関するアンケート調査¹⁾では、ホスピス・緩和ケア病棟 104 施設から、「ホスピス緩和ケアにおける在宅医療への取り組みについて」「地域における緩和ケア病棟の果たす役割」の2つの質問について自由記載で回答が寄せられた。これらの回答について内容を

分析して、地域緩和ケアネットワークに関する各施設に共通する考え方をまとめた。

1. ホスピス・緩和ケア病棟の役割

1) 地域の緩和ケア支援病床：苦痛の増強や家族負担の増大などが理由で在宅療養が困難になった場合に、ホスピス・緩和ケア病棟が支援病床の役割を果たし、円滑な入院ができるような運用を行う必要がある。地域によってはホスピス・緩和ケア病棟への入院待機期間が長期となり、支援病床として症状緩和やレスパイト機能を果たすことが困難な状況である。それぞれの地域の状況に応じて、必要な病床数の確保を推進する必要がある。

2) 地域のコーディネーター：ホスピス・緩和ケア病棟は、地域緩和ケアネットワークのコーディネーター役を果たす必要がある。利用者からの緩和ケアに関する相談や、症状緩和などに関する医療関係者からの相談などを受ける機能、市民に緩和ケアに関する地域の情報を発信していくことも求められる。

3) 教育支援：これまで緩和ケアを専門的に提供してきた立場から、地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームスタッフ、在宅療養支援診療所医師、訪問看護ステーション看護師などへの緩和ケアの教育支援について、中心的な役割を担う必要がある。こうした教育支援を行うことで、拠点病院および地域の一般医師や看護師の緩和ケアへの理解を深めることにも結びつく。

4) 地域住民への普及啓発活動：地域住民・患者・家族に対して緩和ケアに関する啓発活動を行うことによって緩和ケアに対する誤解をなくし、早期から適切に緩和ケアサービスを受けることができるようにしていく必要がある。

2. 在宅緩和ケアと地域緩和ケアネットワーク

1) 地域ネットワークづくり：患者が希望する場所で安心して療養できるようにするために、療養場所が変わっても切れ目のない緩和ケアが提供できるような地域のネットワークを構築する必要がある。そのためには、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを中心とした地域ネットワークづくりが重要である。

2) 地域連携パスと地域のコーディネーター：在

在宅療養に移行する際に、地域にある在宅療養支援診療所、24時間対応可能な訪問看護ステーション、居宅介護事業所などの資源が適切に利用されるために、地域ごとに正確な資源情報を提供する方法として地域連携パスを作成することや、「在宅緩和ケア支援センター」などを整備して地域のコーディネーター役を配置することを検討する必要がある。

3) 地域の医師・看護師との連携と支援：在宅療養を希望する患者のニーズに応え、継続して緩和ケアを提供するためには、ホスピス・緩和ケア病棟の医師が直接訪問診療に出向く方法ではマンパワー面での限界がある。したがって、ホスピス・緩和ケア病棟の医師と在宅療養支援診療所医師との協力体制を築いていくことが重要であり、在宅療養支援診療所医師や訪問看護ステーション看護師に対して緩和ケアへの理解を深め、苦痛緩和のために適切にオピオイドなどが使用できるように支援などを行っていく必要がある。また、在宅での生活を支えるためには、介護面の支援についても充実させていく必要がある。

② 地域緩和ケアネットワークに関するWHOの考え方

WHO（世界保健機関）は地域社会に緩和ケアネットワークを構築するために、地域における専門緩和ケア・コンサルテーションチーム（地域PCT）を軸にした一次、二次、そして三次という3つのレベルからなる地域緩和ケアネットワークを提唱している¹⁾。WHOの提唱する地域緩和ケアネットワークは、地域社会における既存の医療資源を効率的に利用してつくることを目指している。

地域社会レベルでは、患者の家族や地域住民（ボランティアも含む）が訪問する医師や看護師などの在宅ケアチームの支援を受けて行う緩和ケアが基本となる。したがって、地域社会では緩和ケアに関する特別なトレーニングなしに提供される従来からの在宅ケアが基盤となり、そのうえに緩和ケアのネットワークが形成される。

1) 一次緩和ケアレベル：すべての看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けたうえで、患者

の家族や地域住民、ボランティアを支援して緩和ケアを提供する。一次レベルでは、すべての看護師が疼痛をはじめ症状マネジメントや心理社会的支援に関するトレーニングを受ける必要がある。そして、対処困難な患者に対応する場合は、二次、三次レベルの地域PCTに紹介する。また、在宅ケアチームにおける緩和ケア関連の認定看護師は、患者の家族や地域住民への教育支援を行う。

2) 二次緩和ケアレベル：がん患者を診療するすべての医師と看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けたうえで、患者の家族や地域住民、ボランティアを支援して緩和ケアを提供する。そして、対処困難な患者に対応する場合は、緩和ケアの専門的トレーニングを受けた医師または看護師と医療ソーシャルワーカー、薬剤師からなる地域PCTに紹介する。このPCTは地域レベルの紹介や相談に対応し、医師、看護師などへの教育支援を行う。

3) 三次緩和ケアレベル：がん患者を診療するすべての医師と看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けていることが必要である。そのうえで対処が困難な患者の場合は、緩和医療専門医、専門あるいは認定看護師、医療ソーシャルワーカー（または臨床心理士）、薬剤師から構成される地域PCTに紹介する。このPCTは専門的知識や技術をもって、全国レベルの照会や相談に対応し、医師をはじめ多職種への教育支援を行う。

そして、一次から三次緩和ケアはどのレベルであっても入院施設（ホスピス・緩和ケア病棟）と密接に有機的に結びついている必要がある。なぜなら、患者は苦痛の緩和を集中的に必要とすることがあり、また、緊急に臨死期の対応を必要とすることもあるからである。

今後の課題

1. 顔の見える地域連携づくり

がん診療連携拠点病院を中心として、地域のがん診療を行っている一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所などの協力体制を構築する

ことが望まれる。そのためには地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームとホスピス・緩和ケア病棟が協力しながら、地域の緩和ケアを推進する必要がある。地域ごとに研修会や事例検討会などを開催し、実践的な問題を話し合いながら顔の見える連携を築く必要がある。

2. 実践的な教育支援

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟などで緩和ケアサービスを専門的に提供できる人材不足が深刻である。また、在宅ケアを中心的に担う在宅療養支援診療所の医師や訪問看護師への教育支援も重要な課題である。協会の役割として、ホスピス・緩和ケア病棟がこれまで実践してきた経験や知識に基づいて、「症状緩和」「コミュニケーションスキル」「悪い知らせの伝え方」「チーム医療」「家族ケア」といった緩和ケアの基盤となるテーマについて、臨床現場を通じた実践的な教育支援を行う必要がある。

2008年度から実施されている「がん診療に携わるすべての医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修会」が始まっている。本研修会において協会会員が積極的に関わることにより、緩和ケアの広がりを支援

する。

3. 普及啓発事業への取り組み

一般国民に対して緩和ケアの概念を正しく理解してもらうために、2006年度からスタートした「ホスピス緩和ケア週間」などを通して普及啓発活動を推進する。また、厚生労働省から日本緩和医療学会に委託された普及啓発事業「Orange Balloon Project」に対して協力していく。

4. 情報交換と情報提供

限られた緩和ケアのための病床を円滑に運用できるように、地域のホスピス・緩和ケア病棟間で運用状況について情報交換しながら運用することも検討する。緩和ケア病棟間においても、入院基準・入院期間・医療依存度などに違いがあると思われる。また、医師数・看護体制・在宅との連携体制といった運用体制にも違いがある。こういった地域ごとに実態を把握したうえで、地域において患者の要望に応じた円滑な運用が可能となるように努力する。

文 献

- 1) WHO : Palliative Care (Cancer Control ; Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes ; Module 5). p. 29-31, Geneva, Switzerland, 2007