

東京都における緩和ケアのあり方について

(報 告 書)

平成24年3月

東京都がん対策推進協議会・緩和ケアのあり方検討部会

はじめに

東京都において、がんは昭和 52 年から都民の死亡原因の第一位を占め、年間 3 万人もの方々ががんで亡くられるなど、がんは都民の生命及び健康を脅かす重大な疾患となっています。

こうした状況の中、平成 19 年 4 月にがん対策基本法が施行され、都では、がん対策基本法第 11 条に基づき、「東京都がん対策推進計画」（以下「計画」という。）を平成 20 年 3 月に策定しました。

計画では、「がんの年齢調整死亡率 20%減少」とともに、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標とし、この全体目標実現のため、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が施策の方向として掲げられました。そのため、都ではこれまで、がん診療に携わる医師に対し、基本的な緩和ケアの知識などを習得させるための研修の実施や、すべてのがん診療連携拠点病院及び東京都認定がん診療病院における緩和ケアチームの設置等の取組を行ってきました。

計画は、都におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、また、都のがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも 5 年ごとに再検討し、必要があるときはこの計画を見直すこととしております。

そのため、平成 25 年度からの次期計画の策定に向け、都における緩和ケアの更なる推進を図るため、「東京都がん対策推進協議会」に「緩和ケアのあり方検討部会」（以下「検討部会」という。）を設置し、都における今後の緩和ケアのあり方の検討を行いました。

本報告書は、3 回にわたり行われた検討部会において、平成 22 年 10 月に実施した「東京都におけるがんの緩和ケア提供体制等の実態調査」の結果を踏まえ、特に病院と在宅医療との連携、在宅緩和ケアを中心に、今後の緩和ケアのあり方を検討した結果をまとめました。

今後、検討部会での検討結果を「東京都がん対策推進協議会」に報告し、次期「東京都がん対策推進計画」（平成 25 年から平成 29 年）に反映させ、緩和ケアの更なる推進を図っていきます。

平成 24 年 3 月

東京都がん対策推進協議会・緩和ケアのあり方検討部会

目 次

本報告書における用語の解説・定義等について	1
第1章 東京都がん対策推進協議会・「緩和ケアのあり方検討部会」の設置経緯と検討経過	2
第2章 分野別の現状と課題・基本的考え方・対応策	
1 緩和ケアの地域連携・多職種連携	4
(1) 病院から在宅療養への移行	4
(2) 在宅療養を担う機関の連携・緩和ケアを専門に行う機関等による支援	9
(3) がんの在宅療養患者の後方支援	15
2 緩和ケアに携わる人材の確保・育成	19
(1) 病院の医療従事者に対する緩和ケアに関する教育・意識啓発	19
(2) 在宅医・訪問看護師・薬局薬剤師・介護職に対する緩和ケアに関する教育	23
3 がん患者・家族や都民への緩和ケアや在宅療養に関する意識啓発	26
第3章 当面の取組	
緩和ケア推進事業	28
第4章 今後の検討課題	
在宅緩和ケア支援センターの見直し	32
<参考資料>	
在宅療養支援診療所 がん患者の退院時カンファレンス参加状況	34
病院における在宅療養患者への支援体制 急変時の緊急入院	
在宅療養患者緊急入院受入実績（H21年）	35
がん患者緊急入院受入実績（H21年）	36
緊急入院受入実績（H21年）	37
病院における在宅療養患者への支援体制 レスパイト対応のための一時入院	
在宅療養患者一時入院受入実績（H21年）	39
がん患者一時入院受入実績（H21年）	40
レスパイト対応のための一時受入実績（H21年）	41
がん確定診断及び治療を行っている病院（一般病床1床以上の病院(244病院)）における緩和ケアの対応状況	
全体	43
病床数別	44
在宅療養支援診療所 緩和ケアの実施状況	45
在宅療養支援診療所 緩和ケア実施施設（337施設）	
WHO方式がん性疼痛治療法実施状況	47
訪問看護ステーション 緩和ケアの実施状況	49
訪問看護ステーション 緩和ケア実施施設（265施設）	
WHO方式がん性疼痛治療法実施状況	51
東京都がん対策推進協議会・緩和ケアのあり方検討部会委員名簿	53

本報告書における用語の解説・定義等について

用 語	解 説 ・ 定 義 等
東京都がんの緩和ケア提供体制等の実態調査報告書	東京都がん対策推進協議会・緩和ケアのあり方部会の開催に先立ち、検討の基礎資料とするために、平成22年10月に実施した「東京都がんの緩和ケア提供体制等の実態調査」の調査結果をまとめた報告書。本文中は「実態調査報告書」と表示する。
がん診療連携拠点病院	国が定めた「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（健発第0301001号平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知）に基づき、都道府県が推薦し、国が指定する病院。本文中は、「拠点病院」と表示する。 なお、本文中に特に注記がない限り、国立がん研究センター中央病院を除く。
東京都認定がん診療病院	都民に高度ながん医療を提供するため、国が指定するがん診療連携拠点病院と同等の高度な診療機能を有する病院で、東京都が独自に認定する病院。本文中は「認定病院」と表示する。
がんの在宅療養患者	本報告書では、「がんの進行により、医療機関に通院困難な患者で、自宅や入所中の施設など、病院外の「生活の場」において、訪問診療や看護、介護等のサービスを必要とする患者」をいう。
在宅医	本報告書では、「患者の求めに応じて行う「往診」だけでなく、計画的な医学管理の下、定期的に患者宅や入所中の施設を訪問して診療を行う「訪問診療」を行う医師」をいう。
在宅医療・介護従事者	本報告書では、「在宅療養を担う保険医療機関の医師、訪問看護師等医療従事者及び介護支援専門員」をいう。
基本的緩和ケア	本報告書では、「がん患者が苦痛を感じる症状の包括的な評価、がん性疼痛をはじめとする諸症状に対する緩和（特に頻度が高く苦痛度の高いがん性疼痛に対する緩和ケア（WHO方式がん性疼痛治療法の実施、オピオイドの副作用対策、レスキューの適切な使用等））、他職種や緩和ケアを専門とする者に紹介できる判断力、がん患者とその家族を支えるコミュニケーション技術」とする。 なお、訪問看護師については、「病状によって起きる生活障害のケア・家族ケア」も含める。
国の指針に基づく医師緩和ケア研修会	「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」（平成20年4月1日付健発第0401016号。厚生労働省健康局長通知。）に基づく研修会
がんの在宅療養患者の後方支援	本報告書では、「在宅医療機関では対応困難な、疼痛の急性増悪、その他症状の急変や増悪が起こった場合等に一時的に入院の受け入れを行うこと」をいう。

第1章 東京都がん対策推進協議会・「緩和ケアのあり方検討部会」の設置経緯と検討経過

がんは、昭和52年から都民の死亡原因のトップを占め、生涯のうちにがんに罹る可能性は男性の2人に1人、女性の3人に1人とされる時代である。

診断や治療技術の進歩により、以前とは異なり、がんは不治の病ではなくなったが、それでもなお、東京都におけるがんによる死亡者数は年々増加しており、平成22年には年間約3万2千人、全死亡者の約3人に1人ががんによって亡くなっている。また、今後、高齢者人口の増加が予想されることから、がんの死亡者数はさらに増加していくことが推測される。

がんになったとしても、治療の過程で極力日常生活に支障が少ないこと、また、治療の術がなくなったとしても、可能な限り苦痛が少なく、満足度の高い最期を迎えられることが理想である。

このため、がん対策として、がんの予防や早期発見、高度ながん医療の提供と合わせて、がん患者及びその家族の苦痛や不安を軽減し、療養生活の質の向上を図ることも重要である。

都ではこれまで、計画において、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標とし、この全体目標実現のため、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を施策の方向として掲げ、がん診療に携わる医師に対する基本的な知識などを習得させるための研修の実施や、全ての拠点病院・認定病院における緩和ケアチーム及び緩和ケア外来の設置等の取組を行ってきた。

また、緩和ケア病棟については、緩和ケア病棟の整備の促進を図るため、平成5年度より、施設整備・設備整備費の補助を行ってきた。都内の緩和ケア病棟入院料届出数は平成23年4月1日現在で19施設362床と、その数は、他道府県と比較が多いが、しかし、がんの罹患者数や死亡者数の増加ほど、病床数が増加しないという現状がある。

他方、末期がんなどで長期の療養が必要になった場合、理想として自宅で療養を続けたいと思う都民は多いが、その一方で、多くの都民は、実現は難しいと思っている。

例えば、東京都が平成23年10月に実施した「スポーツ・運動と保健医療に関する世論調査」によれば、都民に脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期の療養が必要になった場合、理想として自宅で療養を続けたいかについて聞いたところ、「そう思う」と回答した割合が42.1%であったが、「そう思う」と回答した者に、在宅療養の実現可能性について聞いたところ、「実現は難しいと思う」と回答した者が59.7%であった。その理由としては、「家族に負担をかけるから」が最も多く、次いで、「急に病状が変わったと

きの対応が不安だから」、「在宅医療や在宅介護でどのようなケアを受けられるかわからないから」が多いとの結果となった。

また、平成 22 年 10 月に実施した「東京都がんの緩和ケア提供体制等の実態調査」では、後述のように、病院側の在宅緩和ケアに関する認識が不十分であることや、在宅緩和ケアや看取りを行う在宅医や訪問看護師の確保が難しいことなど、病院と在宅医療との連携や、在宅緩和ケアの提供体制が不十分な現実が見えてきた。

そのため、がん患者が希望する場所で緩和ケアを受けながら療養できるよう、とりわけ在宅緩和ケアの実現に向けた環境整備が大きな課題となっている。

これらのことを踏まえ、平成 25 年度からの次期計画の策定に向け、都における緩和ケアの一層の推進を図るため、東京都がん対策推進協議会に「緩和ケアのあり方検討部会」を設置した。同部会においては、緩和ケアの「地域連携・多職種連携」、「人材の確保・育成」、「がん患者・家族や都民への意識啓発」の 3 分野を中心に検討を行うこととし、特に前述の理由から、「在宅緩和ケア」や「病院と在宅医療との連携」の充実という視点を重視し、今後のあるべき姿について検討を行った。

具体的な検討経過は次表のとおりである。

【検討スケジュール及び内容】

第 1 回 (5月20日開催)	■実態調査結果から見えてきた課題の抽出
第 2 回 (8月5日開催)	■緩和ケアの地域連携・多職種連携 ・早期・円滑な在宅移行や地域における連携 ・拠点病院等による地域医療機関への支援体制 ・がんの在宅療養患者の後方支援体制
第 3 回 (10月13日開催)	■緩和ケアに携わる人材の確保・育成 ・病院の医療従事者に対する緩和ケアに関する教育・意識啓発 ・在宅医・訪問看護師・薬局薬剤師・介護職に対する緩和ケアに関する教育 ■緩和ケアに関するがん患者・家族や都民への意識啓発 ■緩和ケア支援体制の取組及び在宅緩和ケア支援センターの見直し

第2章 分野別の現状と課題・基本的考え方・対応策

1 緩和ケアの地域連携・多職種連携

(1) 病院から在宅療養への移行

現状と課題

① 病院での在宅療養の視点を持った退院準備が不十分

〔実態調査〕

在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに対し、「在宅緩和ケア実施にあたって障害と感じていること」及び「在宅緩和ケアの推進に必要なと思うこと」について聞いたところ、「患者を退院させる時期が遅い」、「退院時に病院から病状や予後についての説明が不十分で、患者・家族が理解していない」など、病院から在宅への移行に関する意見がみられた。（実態調査報告書 118 頁、119 頁、138 頁、140 頁）

〔課題の分析等〕

- * 在宅移行が遅くなる要因としては、病院で全身状態や予後を考慮せずに積極的治療を限界まで継続する場合があることや、がん患者や家族が在宅に移行することに不安があり躊躇すること、病院側が在宅療養のイメージをもてないために在宅移行自体を躊躇すること、病院の医療従事者が在宅でも症状緩和が可能であることについての理解が不足していることなどが考えられる。
- * 在宅移行を早めることで得られる効果としては、在宅へ戻って間もなく亡くなる状況を減らし、家族に囲まれながら有意義な時間や、残された時間をどのように過ごすかを考える時間の余裕ができる。また、在宅医療・介護従事者とがん患者及び家族との信頼関係を構築する時間ができることなどが考えられる。

② がん患者の退院時カンファレンスが不十分

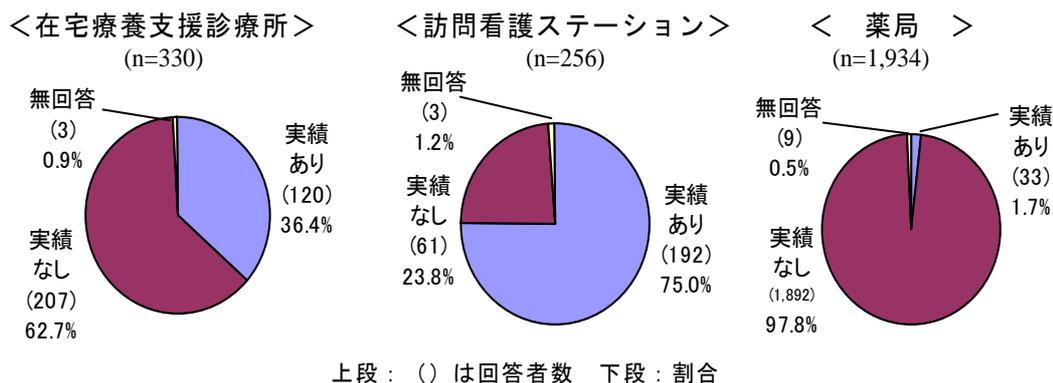
〔実態調査〕

がん患者の退院時カンファレンスの参加実績（平成 21 年の 1 年間）について、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション及び薬局に聞いたところ、訪問看護ステーションが 75.0%の施設で参加実績があるのに対し、在宅療養支援診療所は 36.4%、薬局は 1.7%との結果となった（図 1）。

また、薬局が他の医療機関との連携で困っていることの第 1 位は「カンファレンス

に関する問題（退院時カンファレンスに参加したいが難しい等）」との結果になった。
 （実態調査報告書 93 頁）

図1 がん患者の退院時カンファレンスの参加状況



※在宅療養支援診療所(n=330): 訪問がん患者数及び看取りがん患者数が0人と無回答の診療所は除く
 ※訪問看護ステーション(n=256): 利用がん患者数及び看取りがん患者数が0人と無回答のステーションは除く
 ※薬局(n=1934): オピオイド製剤の取扱いをしていない薬局とオピオイド製剤の取扱いについて無回答の薬局は除く

【課題分析等】

- * 参加実績が低い要因としては、人手不足であること（参加する時間がないこと）や、カンファレンスの必要性について理解が得られていないことなどが考えられる。
- * 薬局の参加実績が低い要因については、薬局側の退院時共同指導の体制が整っていないことや、病院側が在宅医療を行っている薬局を把握していないことなどが考えられる。
- * がん患者の退院時カンファレンスを開催する（参加する）ことで得られる効果としては、在宅移行における問題点を解決することや、入院中から病院と在宅医療・介護従事者の連携をがん患者や家族に示すことで、がん患者や家族の不安軽減に繋がる。また、病院と在宅医療・介護従事者、がん患者及び家族と在宅医療・介護従事者の相互の信頼関係が培われることなどが考えられる。

- ③ 病院での治療経過などについて、在宅療養を担う機関（薬局、訪問看護ステーション、歯科診療所等）では情報を共有することができない

〔課題分析等〕

病院での治療や病状経過の情報を共有することの必要性や効果としては、病院での治療や病状の経過はもちろんのこと、インフォームド・コンセントの内容と本人や家族の理解度、受容度等を理解した上で、がん患者や家族のケア、指導を行うことで、QOLの向上と適切な医療の提供に繋がられることが考えられる。

基本的考え方（あるべき姿）

課題の分析等を踏まえた基本的考え方（あるべき姿）は以下のとおりである。

早期・円滑な在宅移行のための退院準備

在宅療養を希望するがん患者が、在宅でできる限り有意義な時間を過ごすためには、病院において、在宅療養を視野に入れた準備を行う必要がある。そのためには、計画的にカンファレンス等を開催し、準備を進めていくことが重要である。

* 病院の医療従事者間でのカンファレンス

退院に対して共通した認識をもつためには、まずは、病院の医療従事者間で治療に関する大まかな経過についての見通しを確認し、その見通しの中のどの時点で退院が可能であるかについての検討を行う。

* がん患者・家族の在宅療養に関する意思確認

退院についてがん患者や家族、病院医療従事者間で共通認識を持つために、なるべく早期にがん患者や家族の在宅療養に関する意思を確認し、在宅療養について、具体的な情報提供を行う。

また、主治医に対して質問ができない、主治医の説明が理解できないというがん患者や家族もいるため、看護師や退院調整担当者等が同席し、相手の理解度に応じて追加説明を行うなど、より患者及び家族に近い存在として時間をかけて支援することが望まれる。

* 在宅療養に関する意思確認後のカンファレンス

退院後に予測される症状の変化とそれに伴う医療の必要性について検討し、退院後必要な医療・介護サービスの提供方法について選択肢を準備する。また、在宅移行を意識し、退院後にも必要となる医療の継続については、患者のQOLを重視し、検討していく。

* 退院時カンファレンス

円滑な在宅移行を行うためには、退院調整部門が中心となり、病院関係者、在宅医療・介護従事者、がん患者及び家族による退院時カンファレンスを開催し、入院中に在宅に向けて調整しておくべきことや、退院後に予測される症状の変化と対応、がん患者及び家族の希望などについて共通認識を持ち、在宅移行における問題解決をすることが必要である。がん患者や家族を取り巻く関係者が顔を合わせ話し合うことにより、相互の信頼関係が培われ、がん患者や家族の不安の軽減にも繋がる。

対 応 策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① がん治療を行う病院に退院調整担当者の配置・教育

在宅療養への早期・円滑な移行を実現するため、がん治療を行う病院は、以下の役割を担う退院調整担当者を配置するとともに、後述の「緩和ケア推進事業」（第3章「当面の取組」）などにより、退院調整担当者の教育・研修等を行うことが必要である。

* 退院にあたり、がん患者や家族のニーズにあった在宅療養生活の実現のために、医療ニーズ及び社会生活のニーズを総合的にアセスメントし、必要かつ適切な医療・看護・介護・福祉等の社会資源が提供されるよう、院内関係者や在宅医療・介護従事者等と調整・協働し、在宅療養生活の準備を行う。

* がん患者及び家族が安心して在宅に移行できるよう、意向を汲み、患者や家族の視点に立ったわかりやすい説明をするなど、よりがん患者や家族に近い存在として支援を行う。

② 地域の医療資源の把握

病院医療従事者、在宅医療・介護従事者等が退院時カンファレンスを行う際には、在宅緩和ケアに対応可能な診療所、訪問看護ステーション、薬局等について、地域の何処にどのような機能を有する医療資源があるのかなどの情報が必要になる。そのため、地域の医療資源に関する情報を収集し、医療資源リストや医療資源マップを作成する。

③ 病院医療従事者に対する在宅緩和ケアの理解促進

病院医療従事者が在宅療養をイメージしながら、入院患者の円滑な在宅移行を実現できるようにするため、「緩和ケア推進事業」などを通して、病院医療従事者が在宅緩和ケアの現場を経験する同行研修や、病院医療従事者と在宅・介護従事者の実務者レベルでの連携上の問題や共通認識を共有する意見交換会などを行い、病院医療従事者と在宅医療・介護従事者との連携を強化していく。

④ 緩和ケア外来の充実

入院中のがん患者の中には、自宅に戻りたいと強く希望しているものの、がん性疼痛の症状緩和のための麻薬投薬が在宅でも行えるのか不安なことから、退院に踏み切れないう例もある。そのため、外来での専門チームによる患者ニーズに応じた緩和ケアの提供など、在宅療養を支援する体制の推進を図っていく。

⑤ かかりつけ医の併診

積極的治療から緩和ケア中心の医療に転換していく過程で、がん患者及び家族の在宅移行に関する不安を軽減し、円滑な在宅移行に繋げていくため、がん治療病院への外来通院中から、主として、副作用対策や精神的なサポートなどを行う地域のかかりつけ医の併診を促進していく。

⑥ 医療連携手帳等の活用

がん患者の病院から在宅への円滑な移行を実現するためには、患者の入院中の病状や治療、緩和ケアの経過等の情報を病院と地域の医療従事者間で共有することが有益であり、医療連携手帳や診療情報提供書等を活用し、情報の共有化を図っていく。

(2) 在宅療養を担う機関の連携・緩和ケアを専門に行う機関等による支援

現状と課題

① 在宅緩和ケアや看取りまで行う在宅医及び訪問看護師の人員不足・確保が困難／24時間対応等の負担が大きい

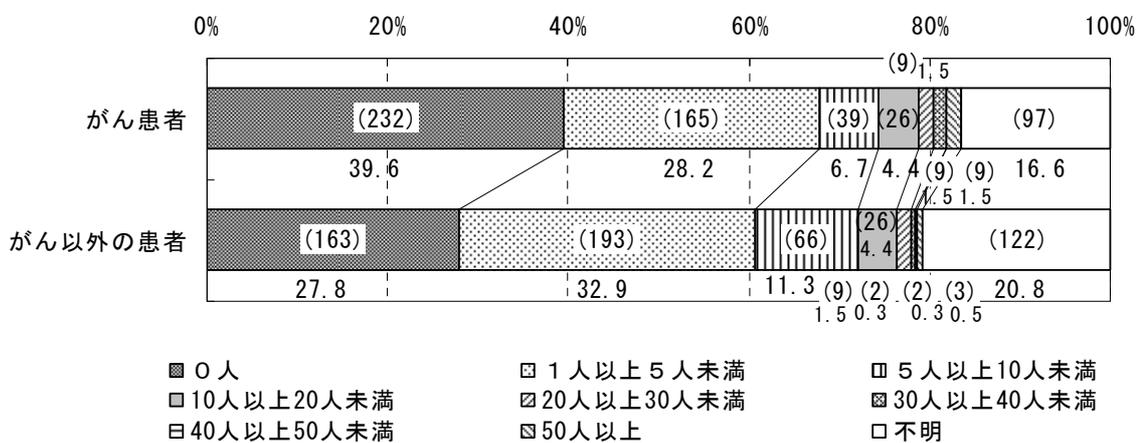
〔実態調査〕

＊ 実態調査によると、在宅療養支援診療所の常勤医師は、平均 1.32 人であり、常勤医師が 1 人の在宅療養支援診療所は 75.4% であった。(実態報告書 59 頁)

また、「在宅緩和ケアの実施にあたって障害と感じていること」について聞いたところ、在宅で看取ったがん患者数が比較的少ない層では、「人手不足」との意見も見られた。(実態報告書 67 頁)

＊ 在宅療養支援診療所の 1 年間（平成 21 年度）の在宅でのがん患者看取り数について聞いたところ、最も多いのは 0 人（39.6%）、次いで多いのは 1 人以上 5 人未満（28.2%）であった（図 2）。(実態報告書 60 頁)

図 2 在宅療養支援診療所の在宅看取り患者数（平成 21 年度）



＊ 訪問看護ステーションに対し、「在宅緩和ケアの実施にあたって障害と感じていること」について聞いたところ、最も多い意見は、「24時間対応するための常勤看護師の確保が難しい」ことや、「急な人員が必要となる末期の場合、看護師の確保が難しい」など、「看護師の確保」に関することであった。(実態報告書 78 頁)

〔課題分析等〕

がんの在宅医療の特性として、がんの終末期の患者は急変が多いため、365日24時間の対応と、家族を含めた精神的ケアが必要とされる。また、医療処置が多いことや、がん性疼痛などの身体的痛みに対し、オピオイドや鎮痛補助薬の使用が求められるなど、他の疾患と比較して医療従事者が介入することが多い。

② オピオイド製剤調剤実績のある薬局・訪問服薬指導を行っている薬局が少ない

〔実態調査〕

薬局に対し、オピオイド製剤の取扱状況について聞いたところ、オピオイド製剤を取り扱っている薬局は、71.6%であり、そのうち、オピオイド製剤の1か月平均調剤件数が0件の薬局は23.8%、0件から2件未満の薬局は54.0%であった（図3）。（実態調査報告書84頁～85頁）

また、薬局に対し、訪問服薬指導の実施状況について聞いたところ、訪問服薬指導を実施している薬局は31.7%であり、そのうち、平成21年度のオピオイド製剤の年間服薬指導件数が0回の薬局は46.8%、0回から5回未満の薬局は59.3%であった（図4）。（実態報告書89頁～90頁）

図3 薬局のオピオイド製剤の取扱状況及びオピオイド製剤調剤件数

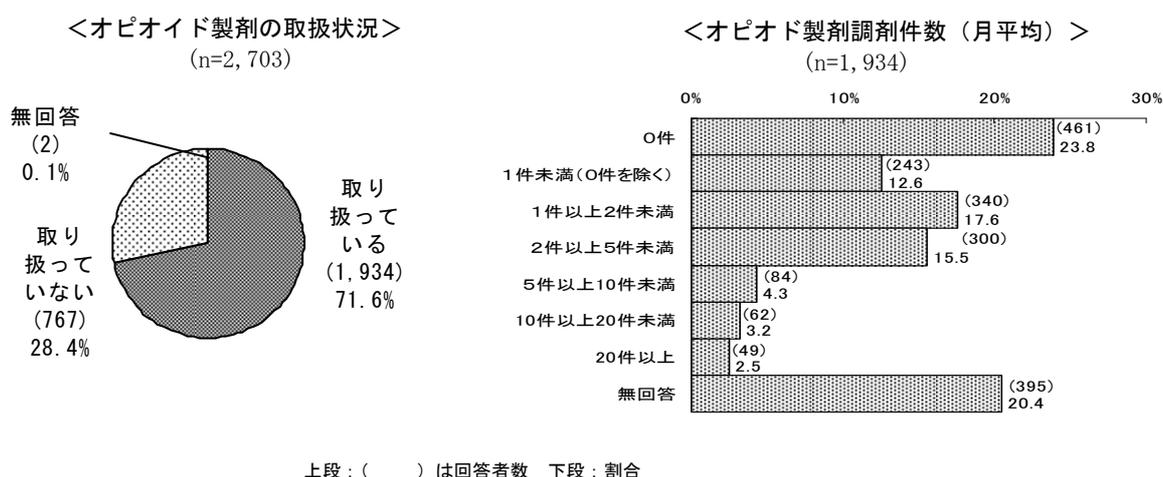
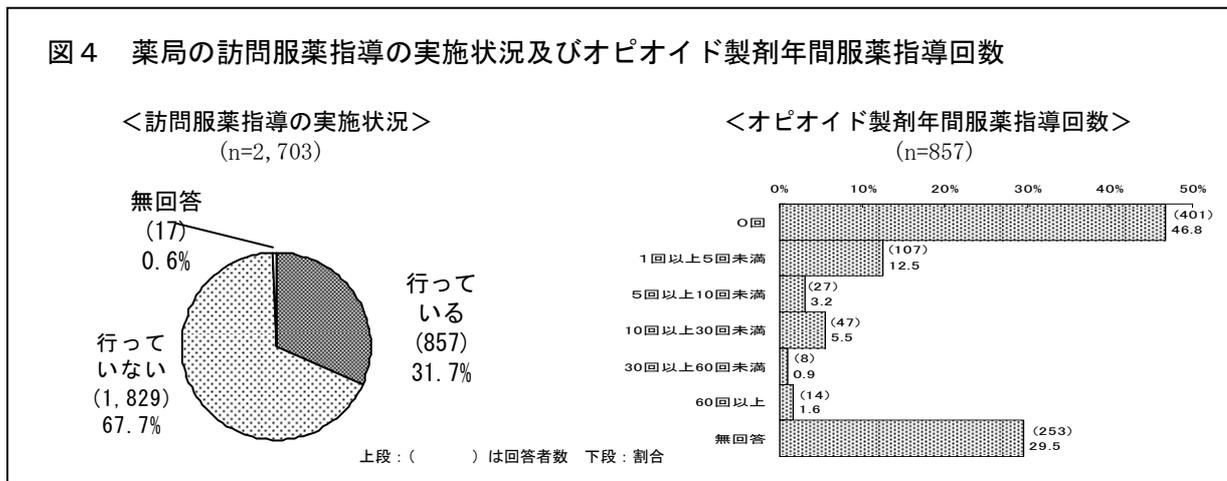


図4 薬局の訪問服薬指導の実施状況及びオピオイド製剤年間服薬指導回数



〔課題分析等〕

- * オピオイドを取扱っている薬局の充足状況については、利用者が居住している地域によっても異なるため、地域での取扱い薬局の実数を把握し、営業時間、定休日・時間外の対応を含めた実態を把握する必要がある。
- * オピオイド製剤の訪問服薬指導を行う効果や必要性としては、オピオイドの鎮痛効果が十分得られたという評価も必要であるが、薬剤師が関わることによって、副作用の早期発見と早期対応が可能となることが考えられる。
また、オピオイドを内服している患者は、ADLが低下していることが多く、直接本人が薬局に取りに来れないことが多い上、家族が働いている方が多いため、営業時間内に麻薬を取扱っている薬局に行けないことなどもある。

③ 緩和ケアや在宅医療に参入したいが機会が少ない
(薬局、歯科診療所、がん患者)

〔課題分析等〕

薬局、歯科診療所、がん患者等の在宅緩和ケアにおける役割は以下のことが考えられる。

【薬局】

服薬方法の指導や副作用の説明、定期的な残薬の確認や麻薬の廃棄方法指導などを含め、在宅で必要な薬剤を管理する役割を担う。

【歯科診療所】

がん患者は、口腔粘膜炎や口腔乾燥等、多様な口腔合併症が発症する。口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーション等、適切な口腔管理を行うことにより、患者のQOLの向上を図っていく。

【専門性の高い診療所】

褥瘡対策や疼痛、出血を伴う皮膚転移が問題となることが多く、皮膚科の専門的介入が必要。また、泌尿器科はバルーンなど排尿機能、耳鼻科や眼科は、せん妄を増悪させないために感覚神経の維持など、状況に応じて専門分野から支援する。

【がん経験者】

がん経験者が同様の苦痛や不安を経験したという共感をもって、がん患者やその家族の悩みや不安を受けとめることにより、心の支えとなる。

④ 緩和ケアに関する不安

〔実態調査〕

在宅療養支援診療所に「在宅緩和ケアの実施にあたって障害と感ずること」について聞いたところ、在宅で看取ったがん患者数が比較的少ない在宅療養支援診療所(※)では、「疼痛管理等の手技への不安を感じている」ことや、「現場の診療について、緩和ケア専門家に指導・アドバイスをもらう場がない」などの意見がみられた。

(実態調査報告書 116 頁～118 頁)

(※) 在宅で看取ったがん患者が比較的少ない在宅療養支援診療所

年間がん患者看取り数が 0 人から 5 人未満の診療所

〔課題分析等〕

都内には、拠点病院や認定病院を始め、在宅緩和ケア支援センター等に相談窓口が設置されているが、医療従事者に活用されることが少ない。その要因としては、顔の見える関係ではないため相談することに躊躇することや、医療従事者が相談できることが知られていないこと、相談窓口があること自体知られていないこと、相談窓口の相談員が在宅療養について詳しくないことなどが考えられる。

基本的考え方（あるべき姿）

課題の分析等を踏まえた基本的考え方（あるべき姿）は以下のとおりである。

① 365 日 24 時間対応の体制構築

終末期のがん患者は、病状の変化が速く、急変が多いため、「365 日 24 時間」の対応が必要である。医療資源を有効活用し、身体的・精神的負担を軽減するためには、同職種等で相互補完のできるシステムを構築し、365 日 24 時間対応の体制を維持することが望まれる。

② 在宅医・訪問看護師・薬局薬剤師・介護従事者等多職種連携の推進

がん患者の診療に当たっては、医療及びケアを一貫して提供することと、家族も含めて支えるという視点が不可欠である。

そのため、在宅医や訪問看護師の他、薬局薬剤師、歯科医師、皮膚科・耳鼻科・眼科等専門性の高い診療所医師、介護従事者等多職種やがん経験者、ボランティアが必要に応じて連携し、切れ目のない適切な医療及びケアを提供することが必要である。

③ 医療従事者に対する緩和ケア相談支援体制の充実

緩和ケアを推進するためには、医療従事者が緩和ケアに関して困ったことが生じた場合に、それに対応できる支援体制が構築されていることが重要である。

そのため、病院における緩和ケアから在宅緩和ケアまで、緩和ケアに関する様々な相談に対応できるよう、拠点病院等の緩和ケアチーム、緩和ケアを行っている地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科診療所等がチームとなり、相談内容に応じて、連携・協力して対応できる体制が望まれる。

対応策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① 地域の医療資源の把握及び情報共有

医療資源を有効活用し、ネットワーク構築に向けた検討を行うにあたっては、在宅緩和ケアに対応可能な診療所、訪問看護ステーション、薬局等について、地域の何処にどのような機能を有する医療資源があるのか、どのような医療資源が不足しているのかなどを把握する必要がある。そのため、「緩和ケア推進事業」により、地域の医療機関等が協力し、情報を収集するとともに、医療資源リストや医療資源マップを作成するなどして、地域の医療機関間等で情報を共有していく。

② 顔の見える関係の構築

安心して連携をするためには、誰が何をできるのかなど、各職種や各機関の役割や機能を理解する必要がある。そのため、「緩和ケア推進事業」により、多職種による具体的・実践的な症例検討会や連携上の問題や共通認識を共有する意見交換会などを開催し、顔の見える関係を構築していく。

③ 在宅医等支援体制の構築

診療報酬では、平成 24 年 4 月の改定により、がん患者については、緩和ケア専門の医師と在宅医療を担う医療機関の医師、または、緩和ケア専門の看護師と訪問看護ス

テーションの訪問看護師が、共同して同一日に診療・訪問を行った場合に評価されることとなった。

また、複数の医療機関が連携して体制をとった場合も含めて、365日24時間対応の機能を強化した在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対する手厚い評価がなされることとなった。

今後、都においては、在宅医で相互補完し合いながら、又は、訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして24時間の訪問診療を行う取組を支援することで、在宅医の確保を図っていく。

④ 在宅療養支援窓口の活用

在宅療養において、患者の病状や希望にあった医療やケアを提供するためには、医療・介護、自治体のサービス等を熟知し、病院と在宅医療、在宅医療・介護従事者間等の調整を行い、繋げていくコーディネート機能を備えた窓口が必要である。

そのため、区市町村が設置する「在宅療養支援窓口」を活用するとともに、「緩和ケア推進事業」により把握した情報を「在宅療養支援窓口」に提供するなど連携を図り、コーディネート窓口の充実を図っていく。

⑤ 緩和ケアを専門に行う機関による支援

「緩和ケア推進事業」により、相談内容に応じ、拠点病院等の相談窓口から、在宅緩和ケアや看取り実績の多い診療所、訪問看護ステーションの他、薬局、歯科診療所等に適切に繋ぐシステムを検討する。

(3) がんの在宅療養患者の後方支援

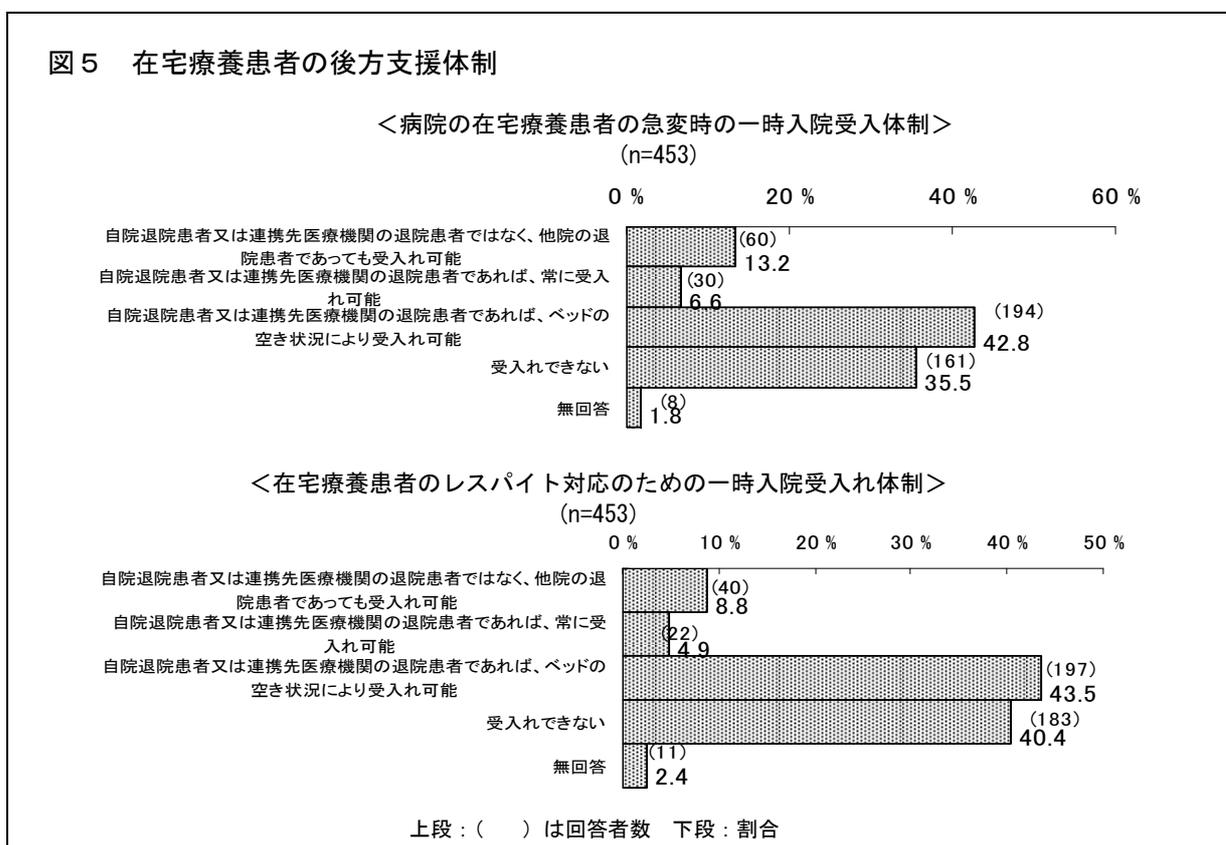
現状と課題

がんの在宅療養患者の後方支援を行う病院の不足

〔実態調査〕

* 病院に対し、在宅療養患者に病状の急変、症状の増悪が起こった場合の緊急受入れ体制や、レスパイト対応のための一時入院受入体制について聞いたところ、「自院又は連携先医療機関の退院患者であれば、ベッドの空き状況により受入れ可能」が最も多く、次いで、「受入れできない」が多いという結果になった（図5）。

（実態調査報告書 29 頁、33 頁）



* 在宅療養患者に病状の急変、症状の増悪が起こった場合、緊急入院の受入れが可能（※）と回答のあった病院は約6割であるが、そのうち、平成21年の1年間で受入れ実績がある病院は45%（がん患者については37%）である。（参考資料 38 頁）

また、在宅療養患者のレスパイト対応のための一時入院受入れが可能（※）と回答のあった病院は約6割であるが、そのうち、平成21年の1年間で受入れ実績がある病院は34%（がん患者については15%）との結果になった。（参考資料 42 頁）

- * 「在宅緩和ケアの実施にあたって障害と感じていること」について在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに聞いたところ、「緊急一時入院を受入れる病院が少ない」、「緊急時の受入先がなかなか見つからない」、「症状コントロールのための入院ができない」等、「緊急時一時入院等病院のバックアップ体制」に関する意見が多くみられた。(実態調査報告書 67 頁、78 頁)

(※) 受入れ可能と回答のあった病院

以下の①から③と回答した病院の合計をいう。

- ①自院又は連携先医療機関の退院患者だけでなく、他院の退院患者であっても受入れ可能
- ②自院又は連絡先医療機関の退院患者であれば、常に受入れ可能
- ③自院又は連絡先医療機関の退院患者であれば、ベッドの空き状況により受入れ可能

〔課題分析等〕

- * 実態調査によると、急変時一時入院受入及びレスパイト対応のための一時入院受入について、「受入ができない」と回答した施設は、いずれの場合も約4割もあった。

また、受け入れ可能と回答している施設であっても、平成21年1年間で緊急入院受入の実績のある施設は45% (がん患者については37%)、レスパイト対応のための一時入院受入の実績がある施設は34% (がん患者については15%) との結果になった。(参考資料 38 頁、42 頁)

このことより、がんの在宅療養患者の急変時一時入院受入等をできない要因や障害になっていることなどを把握することが必要と考える。

- * がんの在宅療養患者の後方支援を担う病院としては、本来役割として担うべき在宅療養支援病院や在宅医療を積極的に行っている病院が考えられる。
- * がんの在宅療養患者の後方支援を担う病院に必要な体制については、オピオイドの投与ルートの変更や副作用対策、疼痛やその他の症状の急性増悪等に対応ができる医師及び看護師が配置されていることが最低限必要である。

なお、緩和ケアに関する知識を担保するため、医師については、国の指針に基づく医師緩和ケア研修会 (指導者研修会も含む) を修了していることが必要である。

基本的考え方（あるべき姿）

課題の分析等を踏まえた基本的考え方（あるべき姿）は以下のとおりである。

地域におけるがんの在宅療養患者の後方支援体制・協力体制の構築

がん患者や家族が安心して在宅療養を選択し、継続していくためには、また、在宅療養を担う医師や訪問看護師等が安心してがん患者を受けられるようにするためには、在宅療養中の病状の急変時等に一時入院受入を行う体制が必要である。そのためには、診療所と連携してがん患者を受け入れる病院の支援体制と、病院間の協力体制が必要である。

対応策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① がんの在宅療養患者の後方支援体制の確保に向けた検討

以下の取組を「緩和ケア推進事業」で実施する。

- * がんの在宅療養患者の後方支援体制の構築に向けた検討をするに当たっては、緩和ケアを受けているがんの在宅療養患者の急変事例や病院における一時入院受入の可否及びその問題点等に関する情報を収集するとともに、がんの在宅療養患者の急変時一時入院受入等ができない要因や障害になっていることや、円滑な受け入れ方法について分析をするなど、問題点の集約と効果的な受入手法の検証を行う。
- * がんの在宅療養患者の急変時に緊急一時入院受入等が可能な施設や、その受入条件、当該施設の緩和ケア提供体制等に関する情報を収集するとともに、医療資源リストや医療資源マップなどを作成し、地域の医療機関間で情報を共有する。
- * リストを活用し、地域の医療機関間で協力する体制の構築が可能かについて検討し、試行的に実施する。

② 後方支援病院における緩和ケアを行う人材の育成

都は、平成 22 年度から、がん患者の疼痛管理等をテーマに、療養病床を有する医療機関の医師、看護師等を対象とする療養病床機能強化研修を実施し、緩和ケアの人材育成を進めることで、緩和ケアに対応可能な病院の増加を図っている。今後もこうした取組により、がんの在宅療養患者の後方支援が可能な病院の増加を図っていく。

また、在宅療養患者の後方支援を担う病院である在宅療養支援病院や、在宅医療を積極的に行っている後方支援病床のある病院に対しても、こうした研修により緩和ケアの知識を習得させる取組が必要であるため、国の指針に基づく医師緩和ケア研修会等への

参加を働きかけ、人材を確保していく。

2 緩和ケアに携わる人材の確保・育成

(1) 病院の医療従事者に対する緩和ケアに関する教育・意識啓発

現状と課題

① 病院での緩和ケアに差がある

〔実態調査〕

実態調査によると、がんの確定診断及び治療を行っている病院（244病院（※1））の緩和ケアの対応状況は、身体的痛みへの対応及び痛み以外の身体症状への対応については、約1割から2割の病院が対応できないのに対し、精神症状及びスピリチュアルペインへの対応については、約4割から5割の病院が対応できないとの結果になった。

また、一般病床数別の緩和ケアの対応状況は、以下の結果となった。（参考資料 43頁～44頁）

《身体的痛みへの対応及び痛み以外の身体症状への対応》

- * 一般病床数 200 床未満の病院（156 病院（約 6 割））
約 2 割から 3 割の病院が対応できない
- * 一般病床数 200 床以上 400 床未満の病院（37 病院（約 2 割））
約 1 割から 2 割の病院が対応できない
- * 一般病床数 400 床以上の病院（51 病院（約 2 割））
約 10 割の病院が対応可能（※2）

《精神症状及びスピリチュアルペインへの対応》

- * 一般病床数 200 床未満の病院（156 病院（約 6 割））
約 5 割から 6 割の病院が対応できない
- * 一般病床数 200 床以上 400 床未満の病院（37 病院（約 2 割））
約 4 割の病院が対応できない
- * 一般病床数 400 床以上の病院（51 病院（約 2 割））
約 1 割から 2 割の病院が対応できない

（※1）がんの確定診断及び治療を行っている病院

本報告書では、がんの確定診断及び治療を行っていると回答のあった病院（254 病院）のうち、一般病床のある病院（244 病院）をいう。

(※2)「対応可能」な病院

以下の①及び②と回答した病院の合計をいう。

- ①「対応可能であり、自院で重点的に実施している」
- ②「対応可能だが、患者の症状や状況により他院を紹介する」

② 病院医療従事者の緩和ケアに関する理解不足

〔実態調査〕

在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに対し、「在宅緩和ケアの実施にあたって障害と感ずること」を聞いたところ、「病院医師の緩和ケアに関する理解が不足している」、「入院中の症状コントロールが不十分」との意見がみられた。

(実態調査報告書 118 頁、119 頁、138 頁)

③ 病院医療従事者の在宅緩和ケアや在宅療養に関する理解不足

〔実態調査〕

在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションに対し、「在宅緩和ケア実施にあたって障害と感ずていること」について聞いたところ、「患者を退院させる時期が遅い」、「在宅の視点を持った退院準備がされていない」、「退院時に病院から病状や予後についての説明が不十分で、患者・家族が理解していない」などの意見がみられた。

(実態調査報告書 118 頁、119 頁、138 頁)

〔課題分析等〕

在宅緩和ケアや在宅療養に関して病院の医療従事者が理解すべきこと（知っておくべきこと）とは、以下のようなことが考えられる。

- ・ 在宅でも在宅医のスキルなどの条件が整えば病院とほぼ同様の症状緩和を含む治療が実施できること
- ・ 退院後にも必要となる医療の継続については、がん患者のQOLを重視した方法や、在宅でも無理なく行え、家族の負担の少ない簡素な方法を入院中に検討し、構築していく必要があること
- ・ 在宅移行に際しては、早期の介護保険申請などの準備が必要であること
- ・ がん患者及び家族に対し、今後起こり得る病状の変化と対応に関することなどについて、十分な説明を行う必要があること
- ・ 病院が治療の場であるのに対し、在宅は生活の場であること
- ・ 退院時カンファレンスの必要性

基本的考え方（あるべき姿）

① がん診療を行うすべての病院での基本的な緩和ケアの提供

緩和ケアは、必要とするがん患者に対して、いつでも、どこでも提供されるべきであり、少なくとも、基本的緩和ケア（1頁参照）については、がん診療を行う全ての病院で提供できるようにすべきである。

② 病院医療従事者の在宅緩和ケアや在宅療養に関する理解

がん患者が住み慣れた環境で、できるだけ有意義な時間を過ごすためにも、「患者・家族がどうしたいのか」「何を優先したいのか」など、がん患者及び家族の希望を軸に、患者の退院後の生活をイメージしながら早期・円滑な在宅移行に向けた準備を行えるよう、病院医療従事者が在宅緩和ケアや在宅療養について理解すべきである。

対応策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① 国の指針に基づく医師緩和ケア研修会の継続実施

- * がん診療に携わる医師が、緩和ケアに関する基本的な知識を習得し、治療の初期段階から緩和ケアが提供できるよう、拠点病院及び認定病院を中心に、国の指針に基づく医師緩和ケア研修会を継続して実施し、研修修了者の一層の増加を図る。特に、後方支援病院として役割を担う病院の医師に対して研修会への参加を働きかけていく。
- * また、研修会修了者に対し、研修で習得した基本的な知識の再確認と定着化、更なる緩和ケアの知識の習得を目的としたフォローアップ研修について検討を行う。

② 国の指針に基づく医師緩和ケア研修会への受講促進を図るための取組

- * 研修会の実施に当たっては、参加者が参加しやすいよう、開催日時に配慮する（日曜日の開催、単位型、医師会との共催実施等）。
- * 医療機関別に医師緩和ケア研修会修了者数を都のHPなどで公表する。
- * 拠点病院・認定病院については、院内のがん診療に携わる医師数と年度ごとの研修会修了者の目標人数及び修了者数について、都への報告を求める。

③ 看護師に対する緩和ケア研修

看護師に対する緩和ケア教育プログラム（ELNEC）を活用するなどし、看護師に対する研修を行えるよう、検討を行う。

④ 在宅医療従事者による在宅緩和ケアに関する研修

病院医療従事者が、円滑な在宅移行への準備ができるよう、「緩和ケア推進事業」などを通して、病院医療従事者が在宅緩和ケアの現場を体験する同行研修や、在宅医や訪問看護師等から学ぶ機会をつくる。

(2) 在宅医・訪問看護師・薬局薬剤師・介護職に対する緩和ケアに関する教育

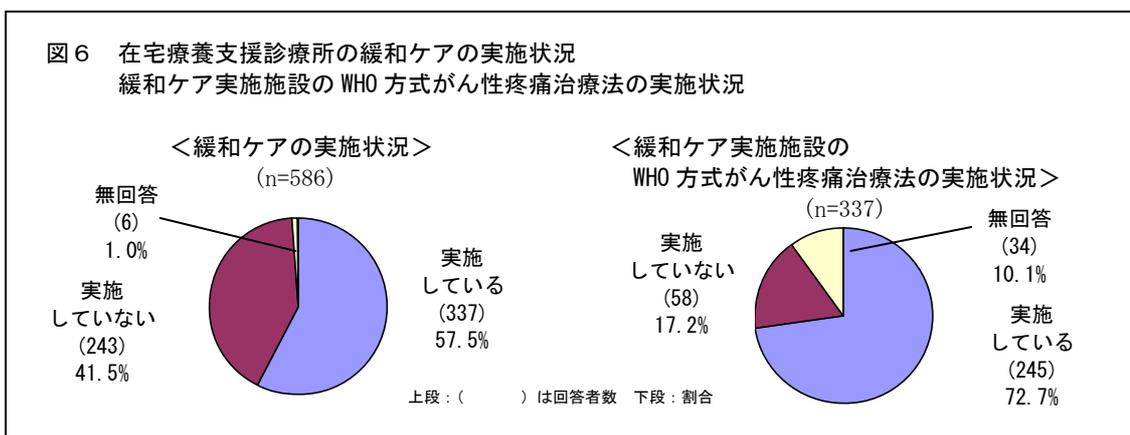
現状と課題

① 緩和ケアに関する理解や技術に差がある

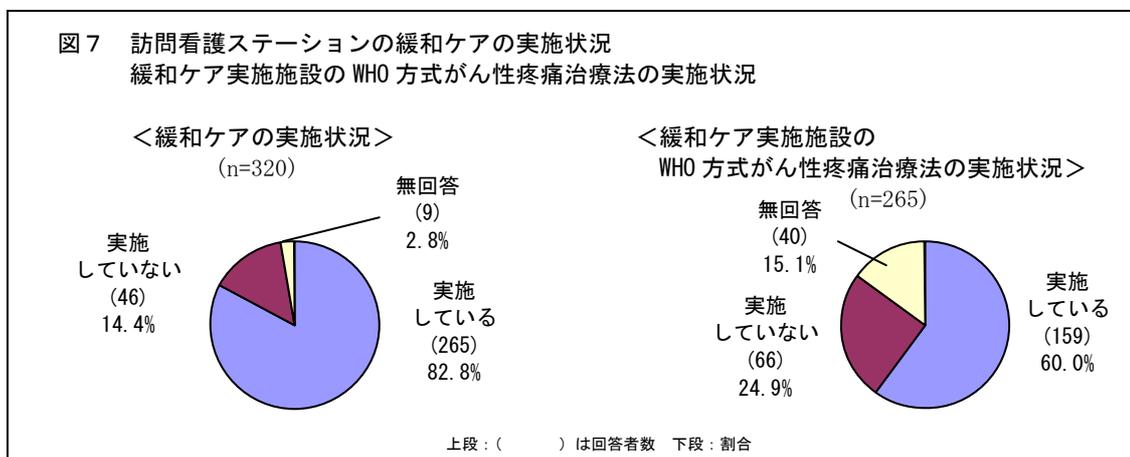
〔実態調査〕

* 在宅療養支援診療所に対し、緩和ケアの実施状況について聞いたところ、緩和ケアを実施している診療所は 57.5%であり、そのうち、WHO方式がん性疼痛治療法を実施している診療所は 72.7%との結果になった（図6）。

また、がん患者の診療患者数、訪問診療患者数及び看取り数が少ないほど、緩和ケア及びWHO方式がん性疼痛治療法を実施していない診療所が多いとの結果になった。（参考資料 45 頁～48 頁）



* 訪問看護ステーションに対し、緩和ケアの実施状況について聞いたところ、緩和ケアを実施しているステーションは 82.8%であり、そのうち、WHO方式がん性疼痛治療法を実施しているステーションは 60.0%との結果になった（図7）。（実態調査報告書 74 頁、参考資料 49 頁～52 頁）



② 訪問看護師・薬局薬剤師等への研修等の機会の確保

〔実態調査〕

「在宅緩和ケアの推進に必要だと思うこと」について聞いたところ、訪問看護ステーション及び薬局では、「学習会の開催等によるスキルアップ」との意見が最も多くみられた。（実態調査報告書 78 頁、93 頁）

〔課題分析等〕

都内では、国の指針に基づく医師緩和ケア研修会を始め、緩和ケアに関する研修会が開催されている。研修会は、地域の医療従事者に公開されることが少ない、又は、十分な周知がされていないことがあるため、知られていないことが多い。既に実施されている研修会をより効果的に実施するためには、地域の医療機関を把握し、徹底した周知を行うことや、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の協力を得て周知することが考えられる。また、人員の少ない診療所や訪問看護ステーションでは、研修会を受講するに当たって、スケジュール調整等が必要になるため年間計画を作成するなど、研修スケジュールを早期に示すことも必要である。

基本的考え方（あるべき姿）

基本的緩和ケアの知識や技術の習得

がん患者や家族が住み慣れた地域で安心しながら生活できるようにするためのサポートの要は、症状緩和、特に痛みに対する症状緩和が十分になされていることである。

そのためには、がん患者及び家族を取り巻くケアの提供者が、少なくとも、基本的緩和ケアの知識や技術を備えているべきである。

対応策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① 国の指針に基づく医師緩和ケア研修会の継続実施

- * 拠点病院・認定病院が国の指針に基づく医師緩和ケア研修会を継続して実施するとともに、東京都医師会や地区医師会の協力を得ながら、研修会の周知及び参加の働きかけを行う。
- * 研修会の実施に当たっては、参加者が参加しやすいよう、開催日時に配慮する（日曜日の開催、単位型、医師会との共催実施等）。

② 拠点病院を中心に関係団体等の協力を得て職種別研修会等の機会の確保

「緩和ケア推進事業」により、関係団体等（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、緩和ケアを行っている診療所・訪問看護ステーション等）の協力を得て、緩和ケアに関する職種別研修会の機会を確保する。

なお、研修の実施に当たっては、参加者が参加しやすいよう、開催日時や開催場所、開催回数に配慮する。

【訪問看護師】

病状によって起きる生活障害のケア、家族への療養支援、在宅療養（在宅での看取り）を可能とするための患者及び家族への自己決定支援、グリーフケア、最新のがん治療と緩和ケア導入のプロセスなどに関する研修会等を行う。

【薬局薬剤師】

がん性疼痛のメカニズム、疼痛マネジメントを中心とした緩和ケアにおける薬物療法、症状アセスメントと処方介入、在宅緩和ケアに関わる薬剤師の役割・多職種連携、在宅における麻薬の取扱い方法、がん患者とのコミュニケーションなどに関する研修会等を行う。

【歯科診療所歯科医師】

* がん治療中（外科的治療、化学療法、放射線治療中）の口腔トラブルに関する知識と口腔ケア、がん患者とのコミュニケーション、食への支援等に関する研修会等を行う。

* 在宅における口腔ケア、摂食・嚥下機能の評価・指導などに関する研修会等を行う。

【介護職】

在宅緩和ケア・看取りまでのプロセス、がん患者の病状の変化、死を向かえるがん患者と家族の心理の理解、在宅緩和ケアにおけるチームケア（メンバー、各職種の専門性と役割、医療職との連携（緊急時の対応）等）に関する研修会等を行う。

③ 多職種で行う実例を用いた「具体的・実践的」な症例検討会の実施

多職種と連携・協力体制を構築するためには、誰が何をできるのかなど、各職種の役割等を理解することが必要である。そのため、「緩和ケア推進事業」により、在宅での実例を用いて、多職種で具体的に検討していく症例検討会を行う機会をつくる。

3 がん患者・家族や都民への緩和ケアや在宅療養に関する意識啓発

現状と課題

① がん患者・家族や都民の緩和ケアや在宅療養に関する理解不足

〔実態調査〕

在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに対し、「在宅緩和ケア実施にあたって障害と感じていること」及び「在宅緩和ケアの推進に必要だと思うこと」について聞いたところ、「緩和ケアや在宅医療に関する理解不足」、「医療用麻薬に関する理解不足（不安感、拒否感がある）」、「患者・家族の入院志向（不安感から入院を選択する）」など、「患者・家族の緩和ケアや在宅療養に関する考え方（理解不足）」についての意見がみられた。

〔課題分析等〕

- * 医療用麻薬については、精神的な依存や中毒になること、鎮痛効果がなくなり苦しむこと、死期が短くなることなどの誤解がある。がんなどの痛みがある人に対して適正に使用すれば、そのようなことはなく、むしろ、患者のQOLが改善され、それが治療効果、延命効果にも影響を及ぼすことになる。
- * 緩和ケアについては、未だに、終末期医療との意識が強い。緩和ケアについては以下のようなことについて、意識啓発をしていく必要があると考える。
 - ・ 早期からの緩和ケアの導入により、がん患者のQOLが改善され、場合によっては、抗がん剤治療の負担も軽減できること。
 - ・ 緩和ケアは身体的痛みに対する対応だけでなく、精神的苦痛や心理・社会的痛みなどに対する全人的ケアであり、また、がん患者のみならず、その家族も対象であること。
 - ・ 緩和ケアは、緩和ケア病棟だけではなく、病院の入院・外来、在宅でも受けることができること。
- * 在宅療養については、がん患者・家族の不安感があるため、以下のようなことについて、意識啓発をしていく必要があると考える。
 - ・ 在宅でも病院とほぼ同等の医療を受けることが可能であること（訪問診療や往診、訪問看護、訪問介護、薬の配達、訪問服薬指導、口腔ケアなど）
 - ・ 各種サービスを利用することで、介護者の負担が軽減できること
 - ・ 在宅では患者というより、家族の一員として生活を維持しながら療養できること

基本的考え方（あるべき姿）

課題の分析等を踏まえた基本的考え方（あるべき姿）は以下のとおりである。

緩和ケアや療養場所に関する理解

がん患者やその家族ががんによる苦痛や不安を抱え込むことがないように、がんと診断された早い時期から、切れ目なく緩和ケアを提供するためには、緩和ケアの提供体制の整備に加えて、がん患者やその家族が、緩和ケアについて、正しく理解をしていることが不可欠である。

また、がん患者が最期の限られた時間をどこでどのように過ごすかを適切に選択できるようにするためには、がん患者自身が「どのように生きたいのか」という希望を明確にするとともに、がん患者が過ごす「療養の場」（病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアなど）の特徴などについてがん患者・家族が理解する必要がある。

対応策

基本的考え方（あるべき姿）実現のための対応策は以下のとおりである。

① 医療従事者や相談支援センターによる正しい情報の提供

- * がんと診断された早い時期からがん患者やその家族が緩和ケアを受けることができるよう、主治医をはじめ、がん患者及び家族を取り巻く医療従事者やがん相談支援センター、がん患者団体・ピアサポーター等が連携し、積極的に緩和ケアに関する正しい情報の提供を行う。
- * 在宅療養に関する負のイメージや誤解がないよう、また、最期の限られた時間をどこでどのように過ごすかについて、がん患者自身が選択できるよう、主治医をはじめ、退院支援担当者やがん相談支援センター等が、がん患者及び家族の考えを確認するとともに、在宅療養、各種サービスに関する正しい情報の提供を行う。
- * 緩和ケアに関するがん患者・家族向けのパンフレットを病院の外来やがん相談支援センター、受付窓口に配置するなどし、がん患者及び家族が容易に入手できるように工夫する。

② がん患者・家族や都民向け講演会を通じた意識啓発

緩和ケアや在宅療養、在宅での看取りなど、具体的な事例やがん患者や家族（遺族）の体験談を含めた講演会を通じ、在宅療養も選択肢の一つであること、緩和ケアにより苦痛や不安が軽減され、QOLの改善が見込まれることなど、緩和ケアや在宅療養に関する正しい理解を深める機会を設ける。

第3章 当面の取組

がん患者や家族が安心して在宅療養を選択し、住み慣れた地域で療養生活を継続するためには、病院から在宅まで切れ目のない緩和ケアを提供できる体制を構築する必要がある。そのためには、第2章で示した対応策を具体的に実施していく必要があるが、その中でも、重点的に取り組むべき事項について、以下の取組を行っていく。

緩和ケア推進事業

今後、高齢化の急速な進展や都民のニーズ、医療制度等の変化に対応するためには、医療資源や介護保険サービス等を有効に活用しながら、地域において都民が安心して在宅療養を行える仕組みの構築が必要である。

そのため、東京都では、在宅療養の推進に向けた取組として、住民に身近な行政機関である区市町村の主体的な取組を基盤として、地域における医療と介護の連携強化を推進しており、在宅緩和ケアについてもその一貫として取り組む必要がある。

しかしながら、がんの終末期の患者の場合、病状の変化が速く、急変が多いことや、医療処置が多いこと、がん性疼痛などの身体的痛みを伴うため、オピオイドや鎮痛補助薬の使用が求められることなど、医療の介入が多いため、より医療従事者間の連携が求められる。そのため、地域における緩和ケアの水準向上など、緩和ケア特有の事項について、重点的に取り組んでいく。

1 目的

地域拠点病院が中心となり、地域の医療機関や関係団体等の協力を得て、緩和ケア連携推進会議（仮）を設置し、当該二次保健医療圏内における研修会の企画・実施や医療従事者に対する相談支援、地域連携の推進に向けた取組等を行うことにより、地域における緩和ケアの水準向上及び切れ目のない緩和ケアを提供できる体制整備を図る。

2 実施機関

地域拠点病院

各地域での緩和ケアの支援体制の構築を円滑に進めるためには、先行実施を行う地域を指定し、関係者間の協力関係づくりの進め方や諸課題等の抽出・検討を踏まえ、それらの成果を他地域での体制整備の参考とすることが効率的と考えられることから、2か所（二次保健医療圏）で先行実施を行い、それらを踏まえて都内全域に広げていく。

3 緩和ケア連携推進会議（仮）の設置

【委員構成（例）】

- ・ 拠点病院（緩和ケアチーム、医療連携室、退院支援看護師、社会福祉士等）
- ・ 認定病院（緩和ケアチーム、医療連携室、退院支援看護師、社会福祉士等）
- ・ 在宅緩和ケアを実施している診療所・訪問看護ステーション
- ・ 地域の病院（緩和ケアを実施しており、がんの在宅療養患者の後方支援を行える病院）
- ・ 緩和ケア病棟を保有している病院
- ・ 地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会
- ・ 介護従事者（介護支援専門員、地域包括支援センター等）
- ・ がん経験者や遺族

4 取組内容

① 地域における緩和ケアの水準向上

がん患者が病院から在宅まで切れ目なく緩和ケアを受けるためには、地域全体の緩和ケアの水準向上に取り組むことが必要である。

そこで、緩和ケアに関する知識や技術の向上を図るため、地域の関係団体等の協力を得ながら、職種別の検討会を設置し、研修会や症例検討会を企画するとともに、年間計画表を作成するなど、計画的に実施することで、地域全体の緩和ケアの水準向上を図る。

② 緩和ケアに関する医療資源の情報収集と共有化

地域にどのような機能をもった医療資源が存在し、どのような役割分担や連携を行うことが可能であるかという情報を具体的に把握するため、地域の関係者が協力し、地域連携に必要な情報の項目出しを行い、具体的情報を収集する。また、医療資源リストや医療資源マップを作成するなどし、地域の関係施設間で緩和ケアに関する医療資源についての情報の共有化を図る。

③ 医療従事者に対する緩和ケアの相談支援

病院における緩和ケアから在宅緩和ケアまで、緩和ケアに関する様々な相談に対応できるよう、拠点病院等を窓口にも、メーリングリストなどを活用し、相談内容に応じて上記委員と連携・協力して対応できる体制を検討する。

④ 地域連携の推進に向けた取組

* がん患者が住み慣れた地域で安心して療養を実現するためには、病院において、在宅療養の視点を持った早期の在宅移行に向けた準備と、病院から在宅への円滑な移行ができることが必要である。特に末期がん患者の場合は、限られた時間の中で患者の希望に沿った療養場所の確保と退院後必要な医療・介護サービスの準備を円滑に行うことが重要となる。

そのため、在宅療養従事者が病院の退院調整担当者に対し、在宅緩和ケアに関する理解を深める研修会や、在宅緩和ケアの現場を経験する機会を企画し、実施する。ま

た、病院医療従事者が在宅療養への理解を深め、円滑な退院調整が行われるよう、病院医療従事者と在宅医療・介護従事者の実務者レベルでの連携上の問題や考え方の共通認識を図る意見交換会等を企画し、実施する。

- * がん患者の診療にあたっては、医療及びケアを一貫して提供することと、家族も含めて支えるという視点が不可欠であり、在宅医や訪問看護師の他、薬局薬剤師、歯科医師、皮膚科・耳鼻科・眼科等専門性の高い診療所医師、介護従事者等多職種やがん経験者、ボランティアが必要に応じて連携し、切れ目のない適切な医療及びケアを提供することが必要である。

そのため、多職種で実例を用いて具体的に検討していく症例検討会や、連携上の問題や考え方の共通認識を図る機会を企画・実施し、顔の見える連携を構築を図っていく。

⑤ がんの在宅療養患者の後方支援体制の確保に向けた検討

がん患者や家族が安心して在宅療養を選択し、継続していくためには、また、在宅療養を担う医師や訪問看護師等が安心してがん患者を受けられるようにするためには、在宅療養中の病状の急変時等に入院受入を行う支援体制が必要である。

そこで、都におけるがんの在宅療養患者の後方支援体制の確保に向けた、今後の検討の参考とするため、以下の取組を先行地域で実施する。

- ・ がんの在宅療養患者の後方支援体制の構築に向けた検討をするに当たっては、緩和ケアを受けているがんの在宅療養患者の急変事例や病院における一時入院受入の可否及びその問題点等に関する情報を収集するとともに、がんの在宅療養患者の急変時一時入院受入等ができない要因や障害になっていることや、円滑な受け入れ方法について分析をするなど、問題点の集約と効果的な受入手法の検証を行う。
- ・ がんの在宅療養患者の急変時に緊急一時入院受入等が可能な施設や、その受入条件、当該施設の緩和ケア提供体制等に関する情報を収集するとともに、医療資源リストや医療資源マップなどを作成し、地域の医療機関間で情報を共有する。
- ・ リストを活用し、地域の医療機関間で協力する体制の構築が可能かについて検討し、試行的に実施する。

地域拠点病院が中心となり、地域の医療機関や関係団体等の協力を得て、緩和ケア連携推進会議（仮）を設置し、当該二次保険医療圏内における研修会の企画・実施や医療従事者に対する相談支援、地域連携の推進に向けた取組等を行うことにより、地域における緩和ケアの水準向上及び切れ目のない緩和ケアを提供できる体制整備を図る。

委員（例）

- ・拠点病院（緩和ケアチーム、医療連携室、退院支援看護師、MSW等）
- ・認定病院（緩和ケアチーム、医療連携室、退院支援看護師、MSW等）
- ・地域の病院（緩和ケアを実施しており、がんの在宅療養患者の後方支援を行える病院）

- ・緩和ケア病棟
- ・地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会

- ・在宅緩和ケアを実施している診療所
- ・在宅緩和ケアを実施している訪問看護ステーション

- ・介護従事者（ケアネット、地域包括支援センター等）
- ・がん経験者・遺族

取組内容

① 地域における緩和ケアの水準向上

- * がん患者が病院から在宅まで切れ目なく緩和ケアを受けられるためには、地域全体の緩和ケアの水準向上に取り組むことが必要である。
- そこで、緩和ケアに関する知識や技術の向上を図るため、地域の関係団体等の協力を得ながら、職種別検討会を設置し、研修会や症例検討会を企画するとともに、年間計画表を作成するなど、計画的に実施することで、地域全体の緩和ケアの水準向上を図る。

取組例

- ・職種別に研修会を設置し、関係団体等の協力を得ながら、職種別の研修会・症例検討会を企画・実施
- ・研修会年間計画表の作成

② 緩和ケアに関する医療資源の情報収集と共有化

- * 地域にどのようなような機能をもった医療資源が存在し、どのような役割分担や連携を行うことが可能であるかという情報を具体的に把握するために、地域の関係者が協力し、地域連携に必要な情報の項目出しを行い、具体的情報を収集する。また、医療資源リストや医療資源マップを作成するなどし、地域の関係施設間で緩和ケアに関する医療資源についての情報の共有化を図る。

取組例

- ・地域の医療資源情報を収集するとともに、医療マップやリストを作成するなどし、地域で情報を共有する。
- 【把握する医療資源（例）】
- ・緩和ケア提供医療機関（病院（緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ST等）
- ・ホスピス提供医療機関（緩和ケア外来、緩和ケア外来、緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ST等）
- ・在宅緩和ケア等が対応可能ながん診療科
- ・在宅緩和ケア等が対応可能な緩和ケア診療科
- ・在宅緩和ケア等が対応可能な緩和ケア診療所
- ・緊急時の入院受入が可能な病院及び緩和ケアの実施状況
- ・患者会・ボランティア等

③ 医療従事者に対する緩和ケアの相談支援

- * 病院における緩和ケアから在宅緩和ケアまで、緩和ケアに関する様々な相談に対応できるよう、拠点病院等を窓口、相談内容に応じて上記委員と連携・協力して対応できる体制を構築する。

取組例

- ・メール・リストを活用するなどし、相談内容に応じて上記委員と連携・協力し、緩和ケアに関する相談に対応できる体制の検討を行う。

④ 地域連携の推進に向けた取組

- * がん患者が住み慣れた地域で安心してがん治療を実現するためには、病院においては、病棟において、在宅療養の視点を持った早期の在宅移行に向けた準備と、病院から在宅への円滑な移行が行えることが必要である。特に末期がん患者の場合は、限られた時間の中で患者の希望に沿った療養場所の確保と退院後必要な医療・介護サービスの準備を円滑に行えることが重要となる。
- そのため、在宅療養担当者を中心となり、病院の退院調整担当者に対し、在宅緩和ケアに関する理解を深める研修会や在宅緩和ケアの現場を体験する研修会を企画し、実施する。
- * がん患者の診療にあたっては、医療及びケアを一貫して提供することは、家族も含めて支えたいという視点が不可欠であり、在宅医や訪問看護師の他、薬局薬剤師、歯科医師、皮膚科、薬剤師、眼科等専門性の高い診療所医師、介護従事者等多職種やがん経験者、ボランティアが必要に応じて連携し、切れ目のない適切な医療及びケアを提供することが必要である。
- そのため、多職種で実例を用いて具体的に検討していく症例検討会や、連携上の問題や考え方の共通認識を図る機会を企画・実施し、顔の見える連携を構築する。

取組例

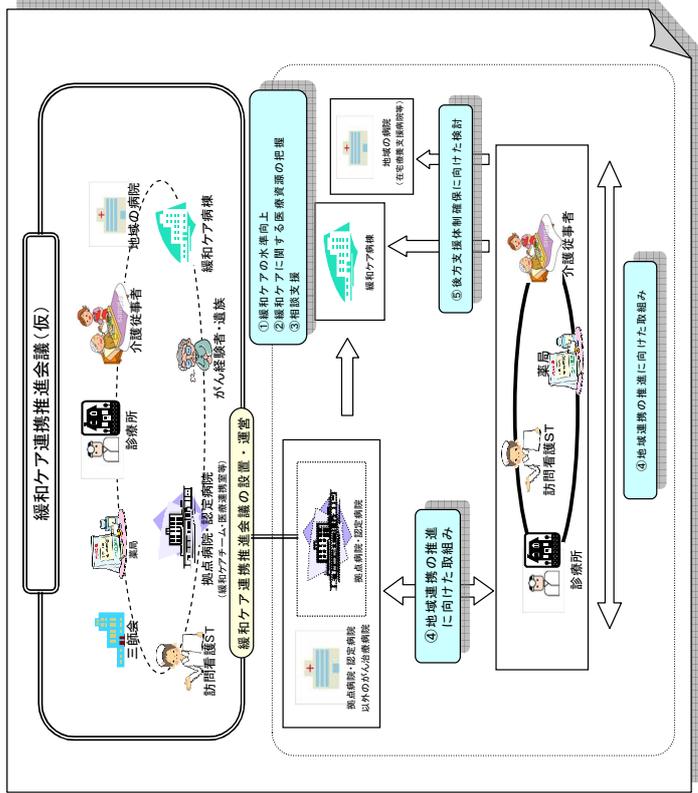
- ・上記委員を中心に、病院医療従事者と在宅医療・介護従事者の実務者レベルでの連携上の問題や考え方の共通認識を図る機会を企画・実施
- ・上記委員を中心に、多職種による症例検討会を企画・実施
- ・在宅医療従事者が中心となり、病院と診療所・訪問看護ステーション・薬局等の相互研修会の企画・実施（病院医療従事者の在宅療養・在宅医療に関する理解を深める）

⑤ がんの在宅療養患者の後方支援体制の確保に向けた検討

- * がん患者や家族が安心して在宅療養を受けられ、継続していくためには、また、在宅療養を担う医師や訪問看護師等が安心してがん患者を支援できるようにするには、在宅療養中の病状の急変時等に入院受入を行う支援体制が必要である。
- そこで、以下の取組を実施し、都におけるがんの在宅療養患者の後方支援体制の確保に向けた、今後の検討の参考とする。

取組例

- ・がんの在宅療養患者の急変時一時入院受入等ができない要因や障壁になっていることなど、地域のがんの在宅療養患者に関する後方支援体制についての課題等の把握
- ・ルールづくりを行う（受入依頼方法、搬送方法、入院日数、情報共有ツール、病床時の対応等）
- ・がんの在宅療養患者の緊急入院等が可能な施設や、当該施設の緩和ケアの提供体制等について把握するとともに、リスト化し、地域の医療機関間で情報を共有
- ・リストをもとに、地域の医療機関間で協力する体制の構築が可能なかについて検討し、試行的に実施する。



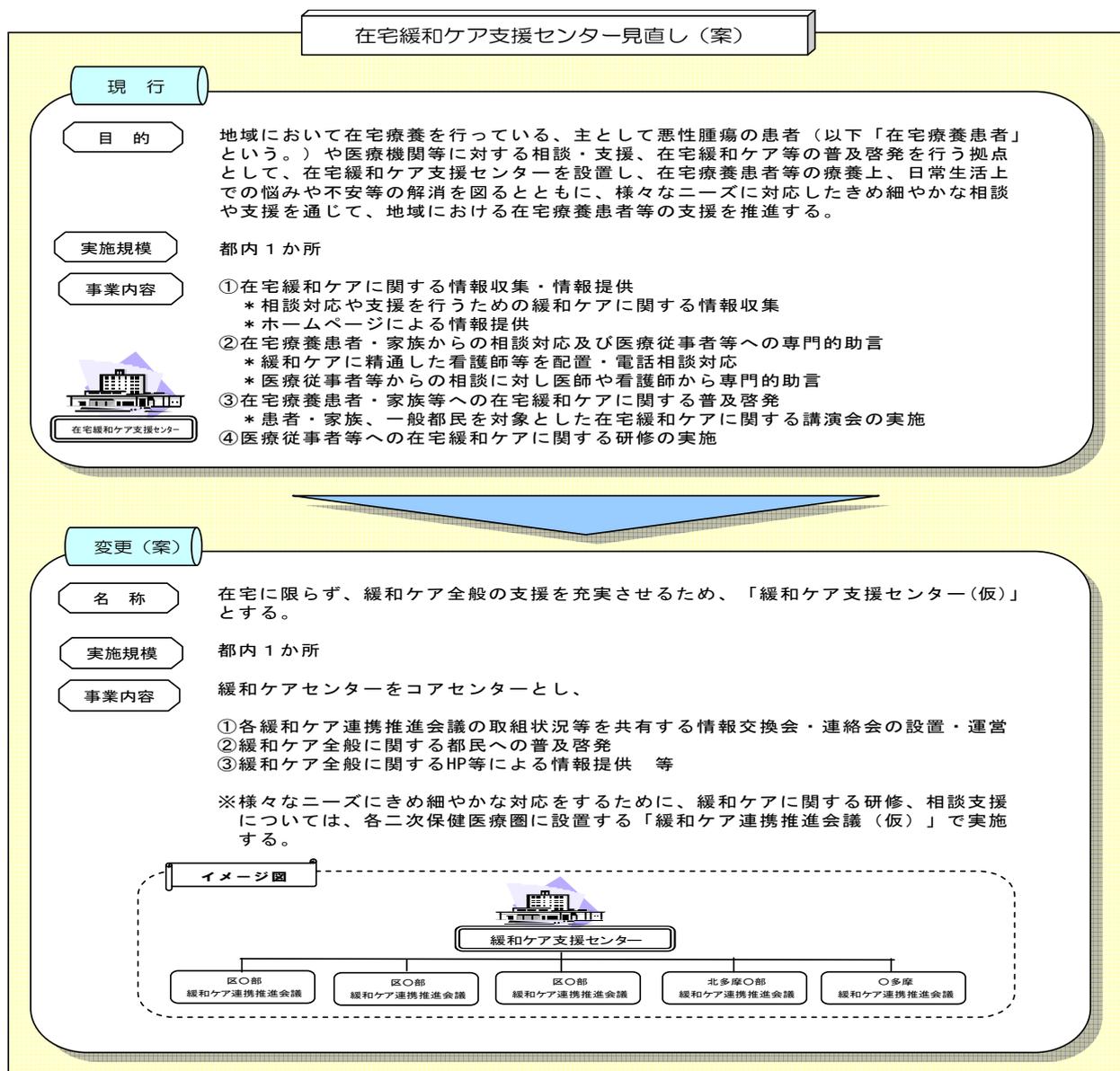
第4章 今後の検討課題

在宅緩和ケア支援センターの見直し

様々なニーズにきめ細やかな対応をするには、医療機関数や患者数が多い都では、緩和ケアにおける支援センターが都内1か所だけでは不十分である。

また、医療資源や関係機関の協力体制等は、地域によって異なるため、地域の実情に応じた対応が必要となる。

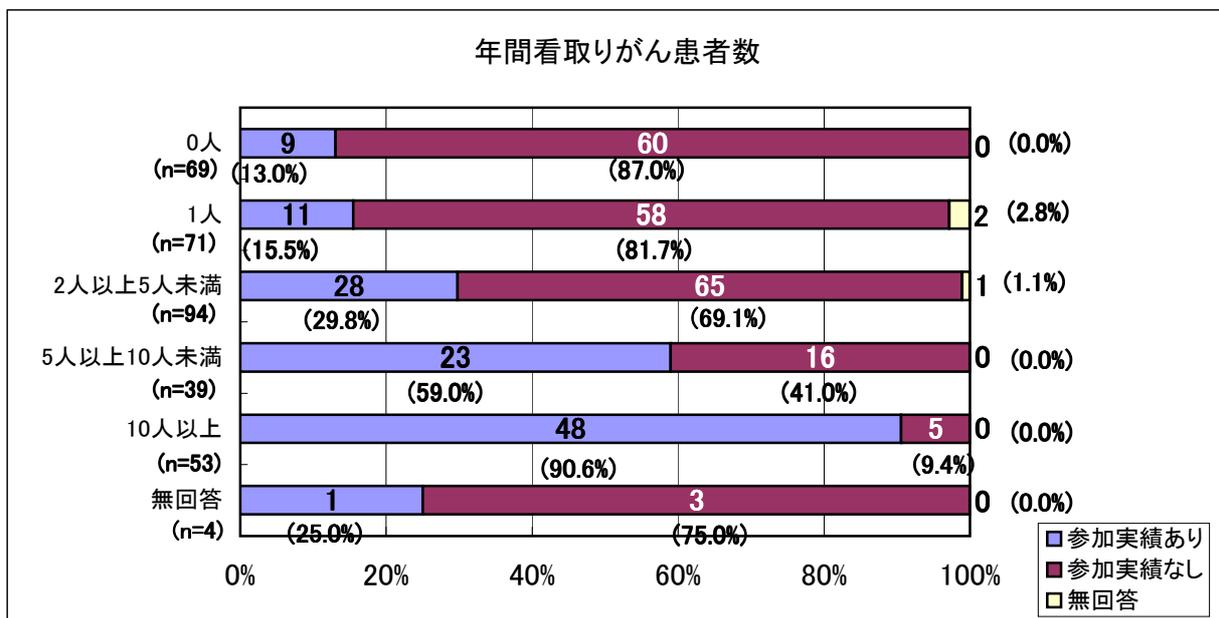
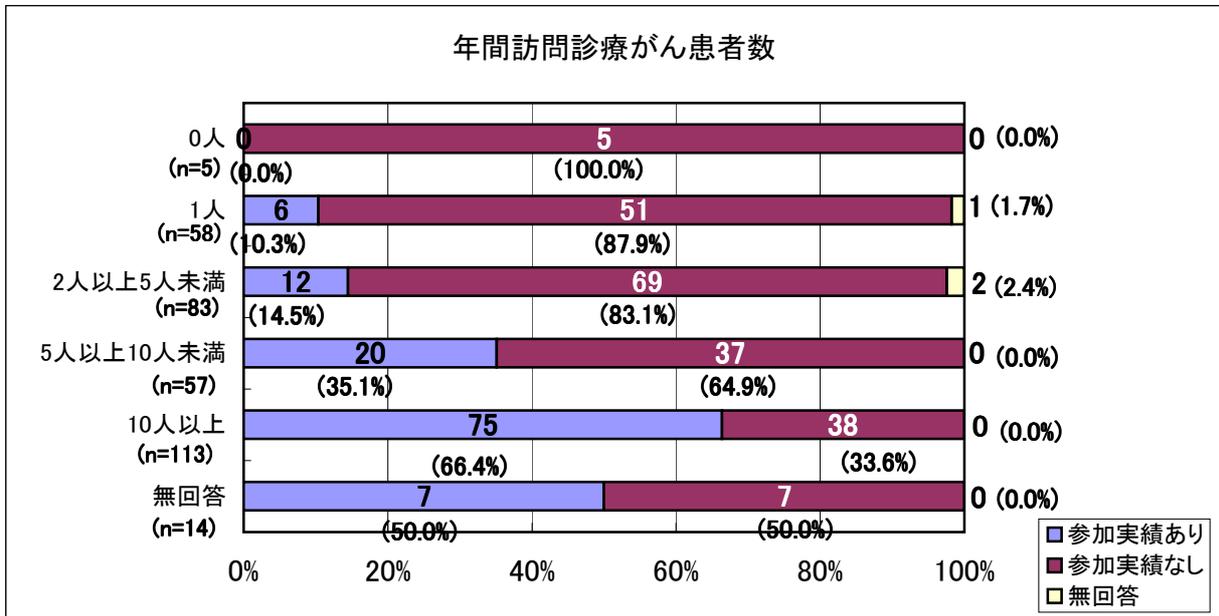
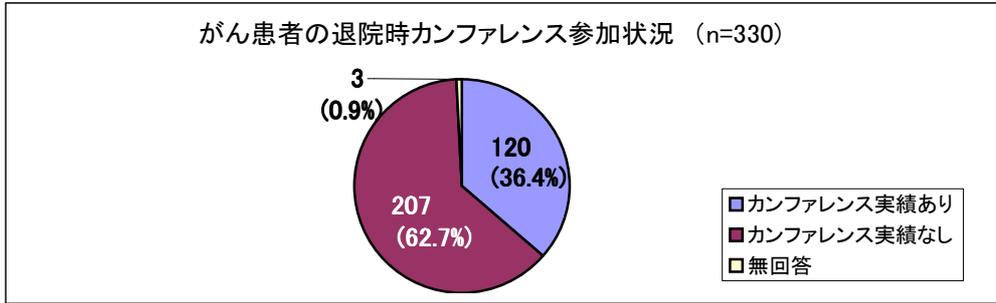
そのため、各二次保健医療圏に「緩和ケア連携推進会議（仮）」を設置し、地域の実情に応じた緩和ケアの支援体制を整備するとともに、各地域の取組を踏まえ、「在宅緩和ケア支援センター」の機能や役割を見直す検討を行っていく。



参 考 资 料

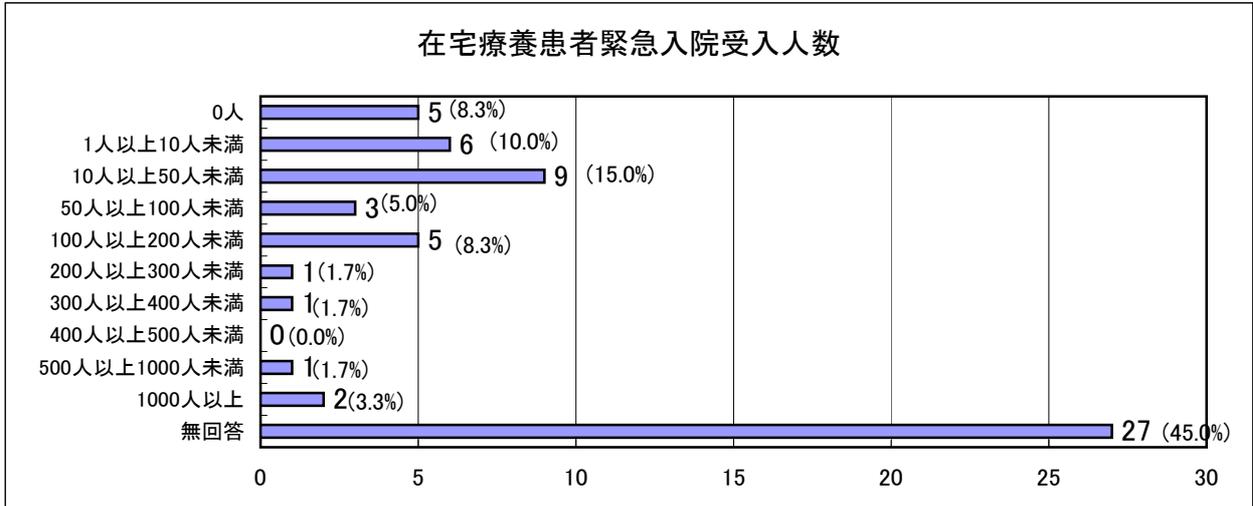
在宅療養支援診療所 がん患者の退院時カンファレンス参加状況

(訪問がん患者数及び看取りがん患者数が0人と無回答の診療所を除く330施設の状況)

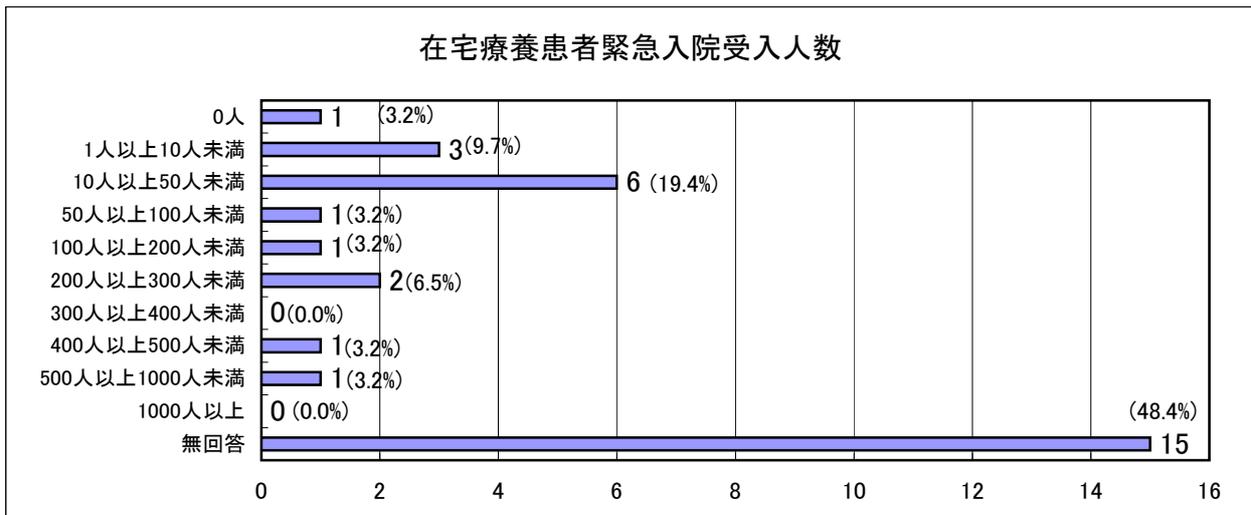


病院における在宅療養患者への支援体制 急変時の緊急入院
 (在宅療養患者緊急入院受入実績 (H21年))

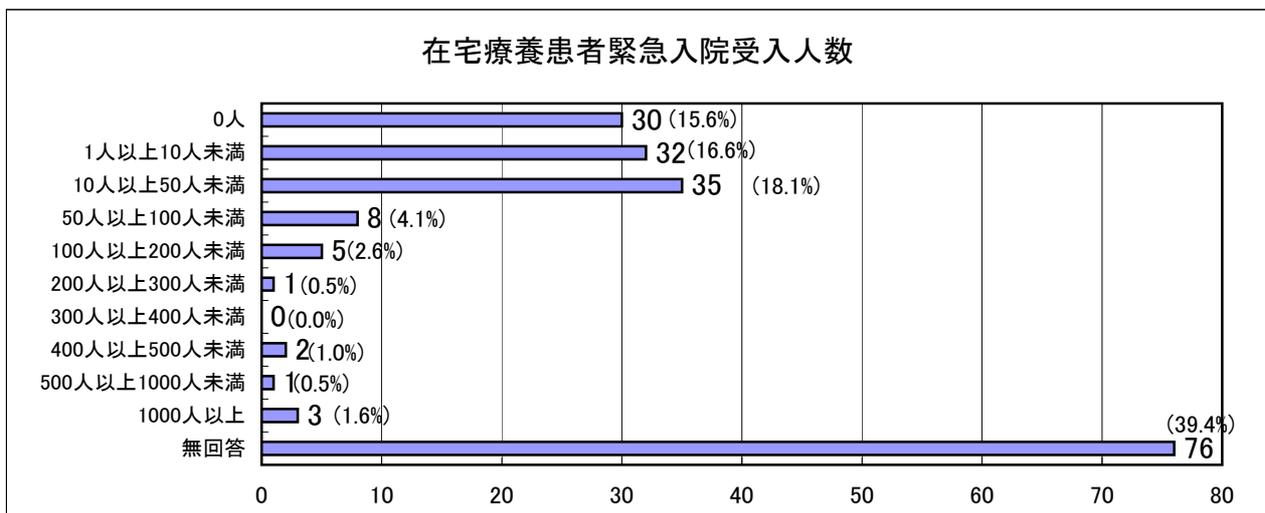
① 他院患者であっても受入可能(60施設)



② 自院又は連携先退院患者であれば受入可能(31施設)

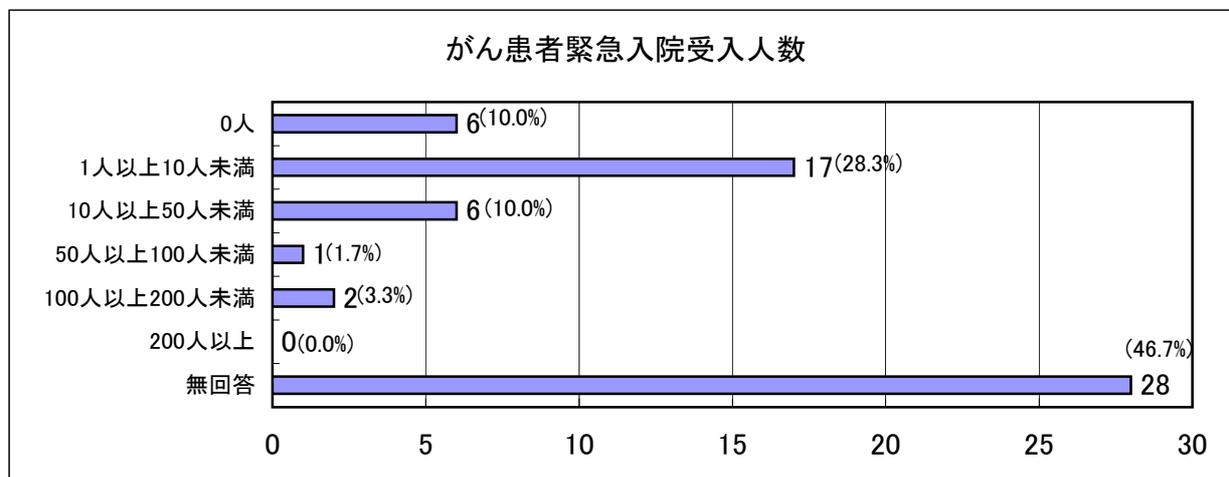


③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能(193施設)

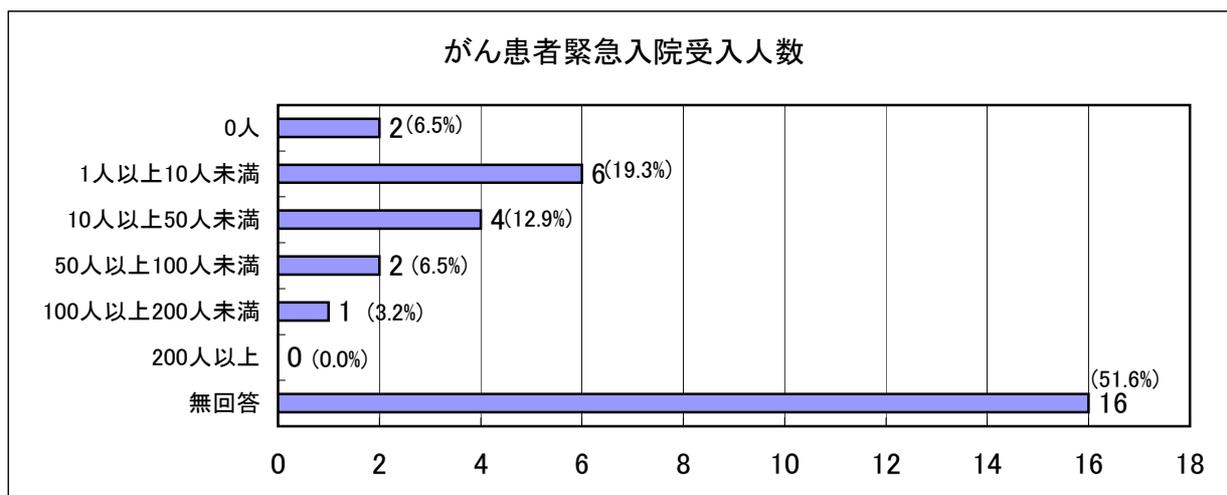


病院における在宅療養患者への支援体制 急変時の緊急入院
(がん患者緊急入院受入実績 (H21年))

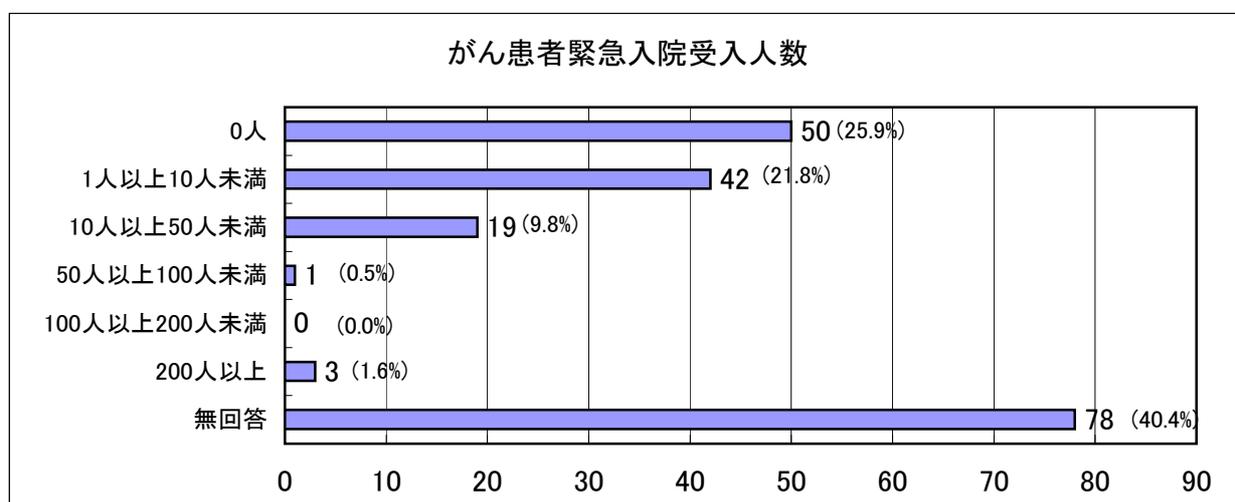
① 他院患者であっても受入可能(60施設)



② 自院又は連携先退院患者であれば受入可能(31施設)

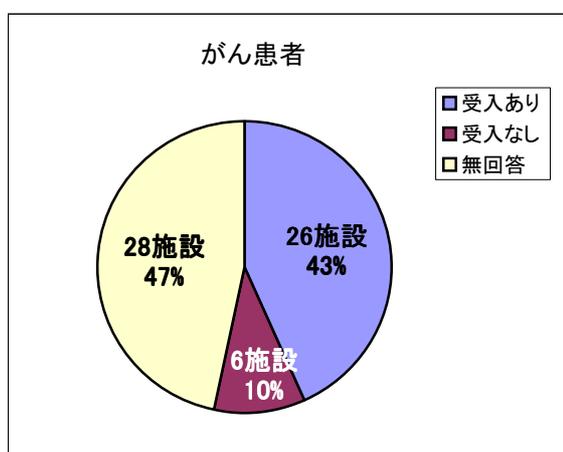
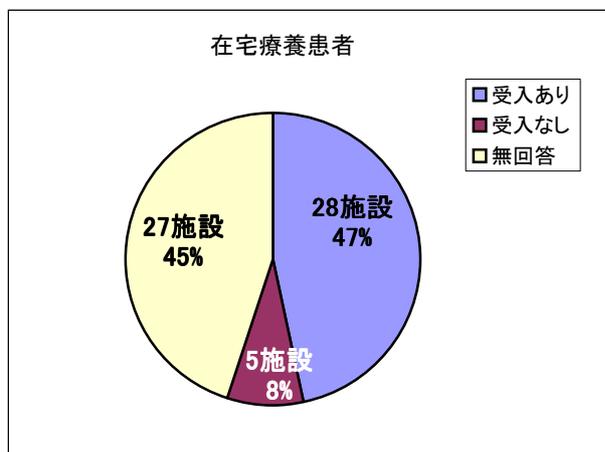


③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能(193施設)

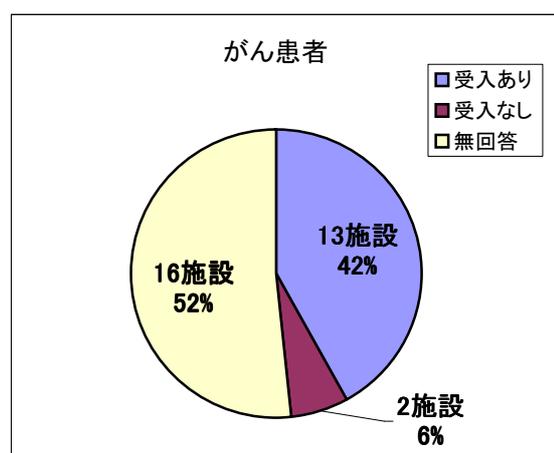
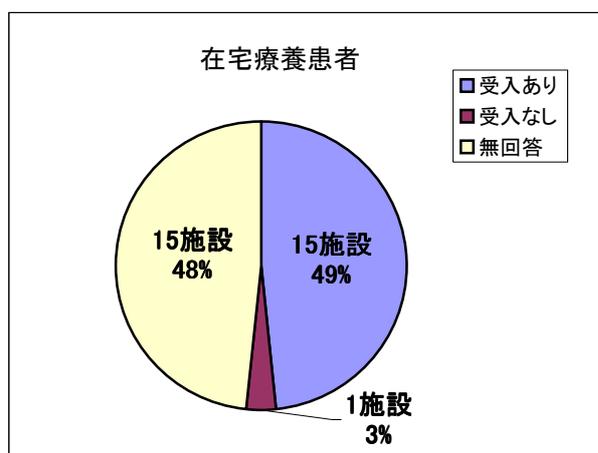


病院における在宅療養患者への支援体制 急変時の緊急入院
(緊急入院受入実績 (H21年))

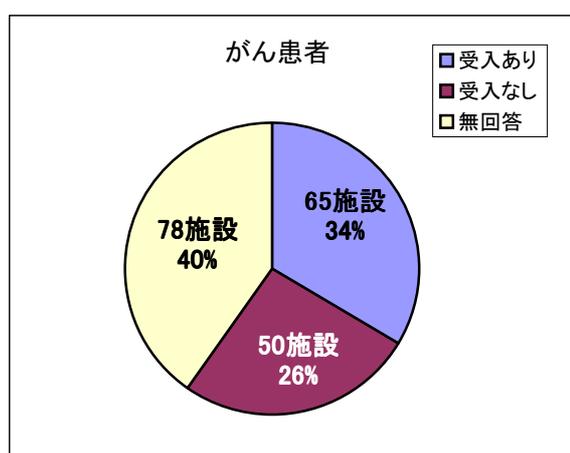
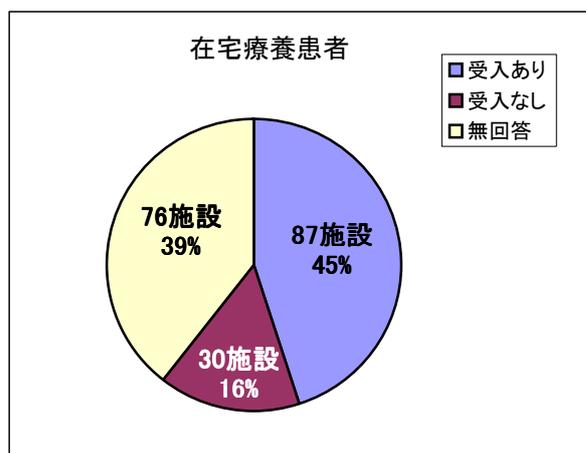
① 他院患者であっても受入可能な施設の受入実績(60施設)



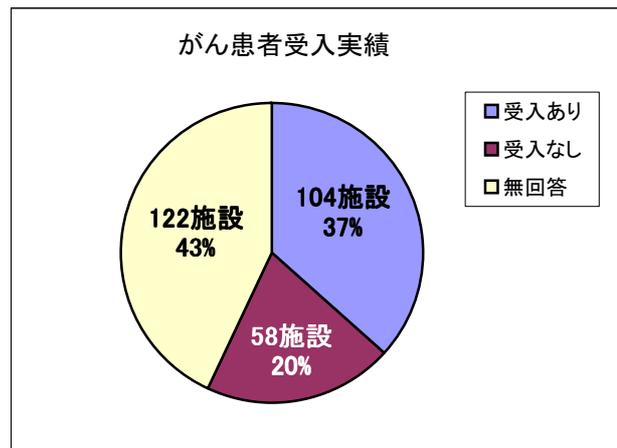
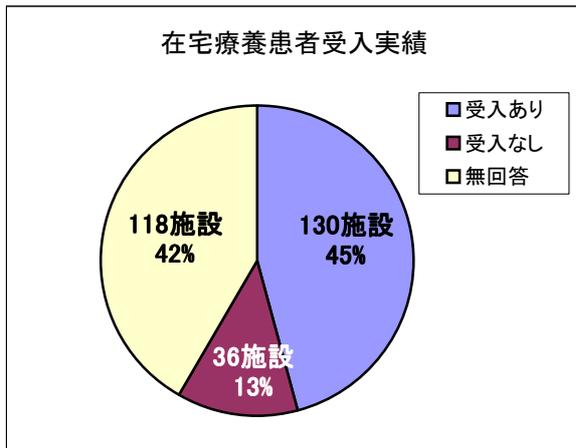
② 自院又は連携先退院患者であれば常に受入可能な施設の受入実績(31施設)



③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能な施設の受入実績(193施設)



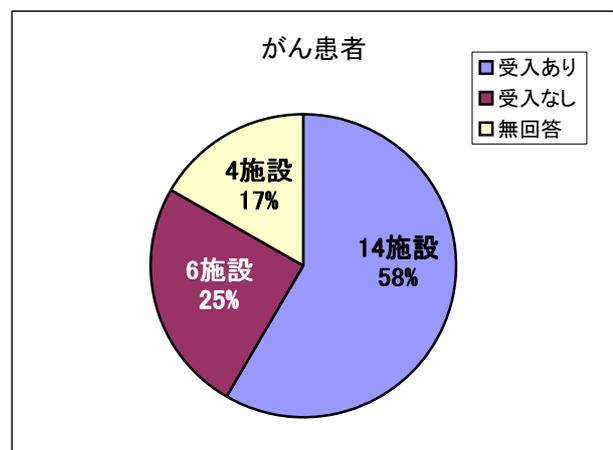
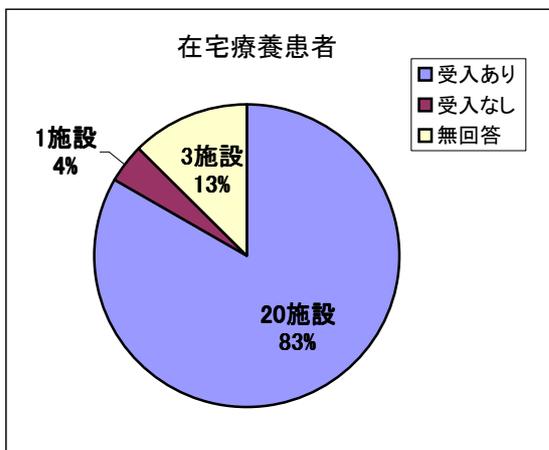
④ 受入可と回答した施設(※)の受入実績(284施設)



※受入可と回答した施設

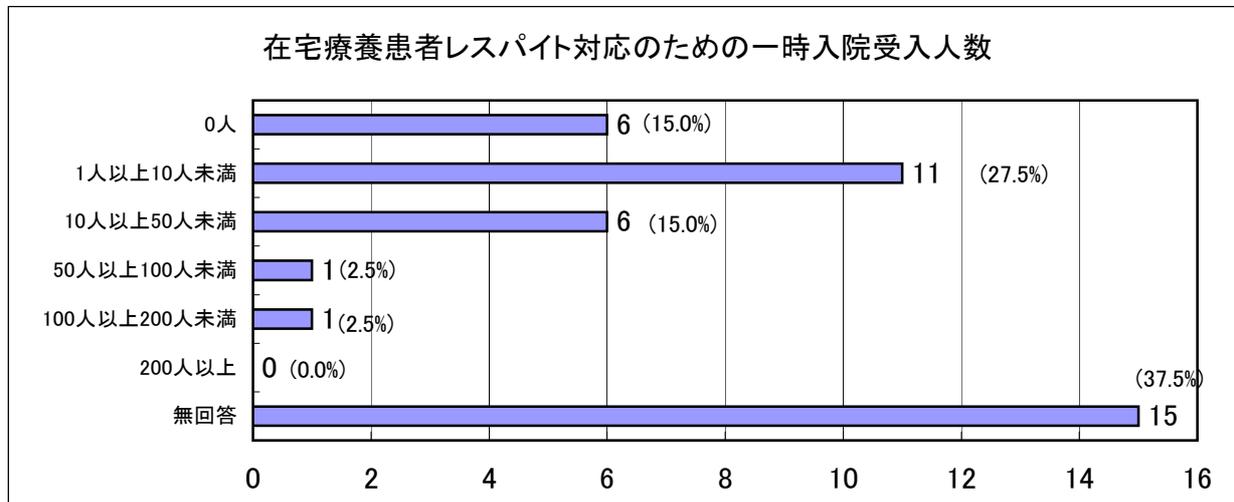
- ①他院退院患者であっても受入可能
- ②自院又は連携先退院患者であれば常に受入可能
- ③自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能

⑤ 緊急入院のための確保病床のある施設の受入実績(24施設)

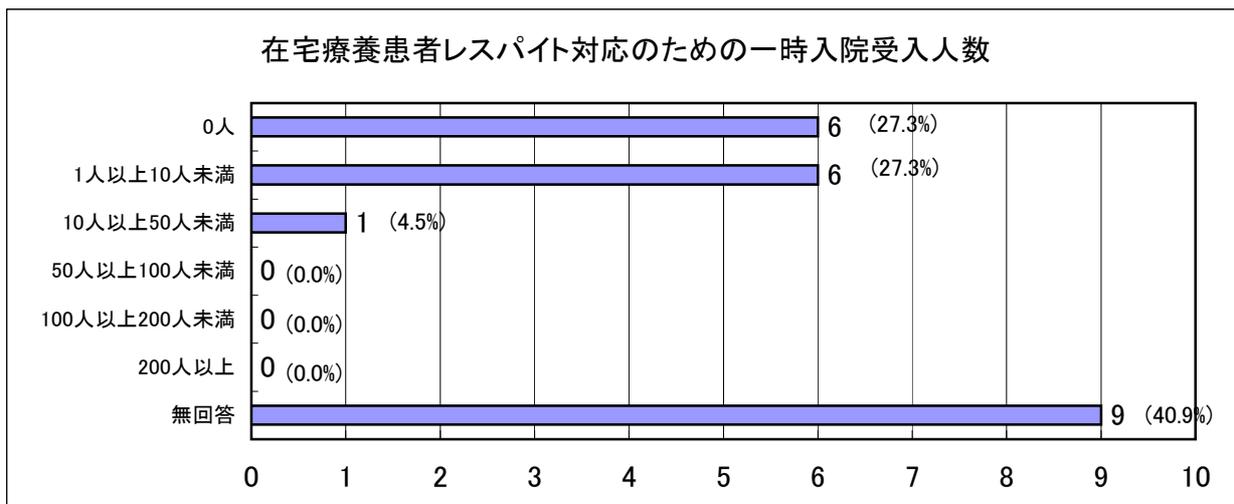


病院における在宅療養患者への支援体制 レスパイト対応のための一時入院
 (在宅療養患者一時入院受入実績 (H21年))

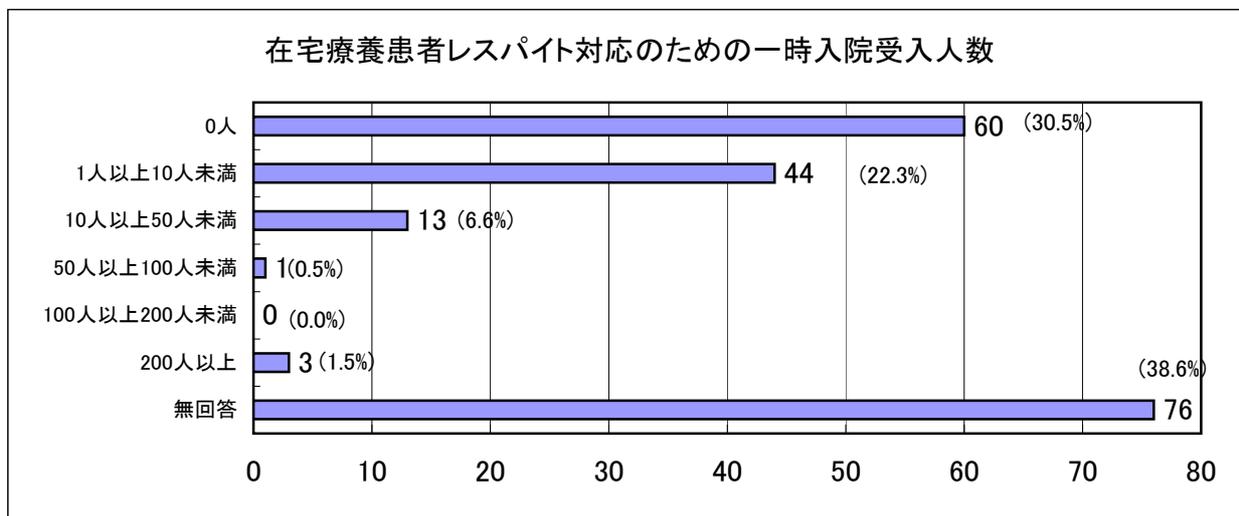
① 他院患者であっても受入可能(40施設)



② 自院又は連携先退院患者であれば受入可能(22施設)

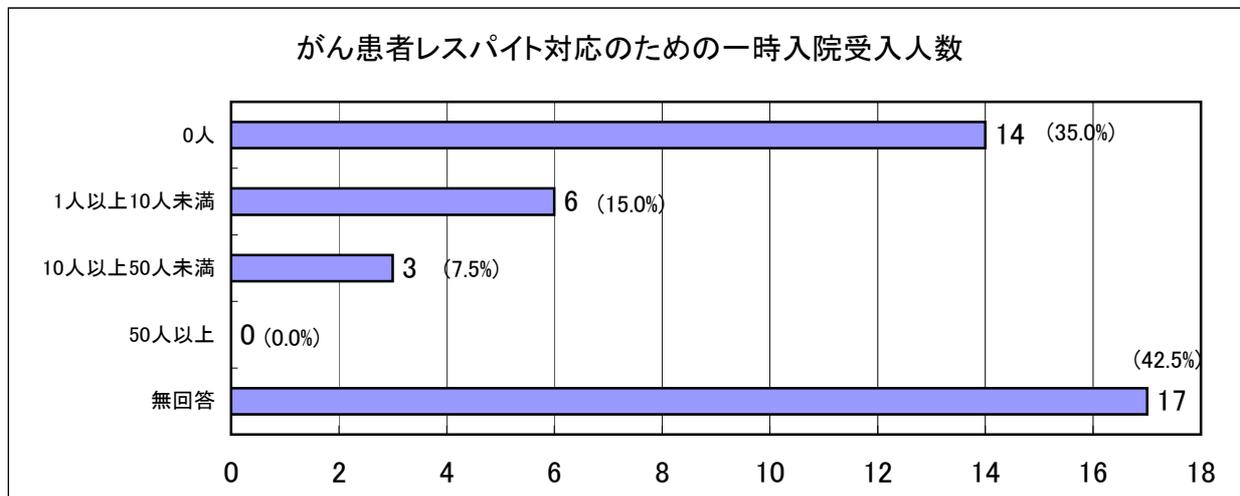


③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能(197施設)

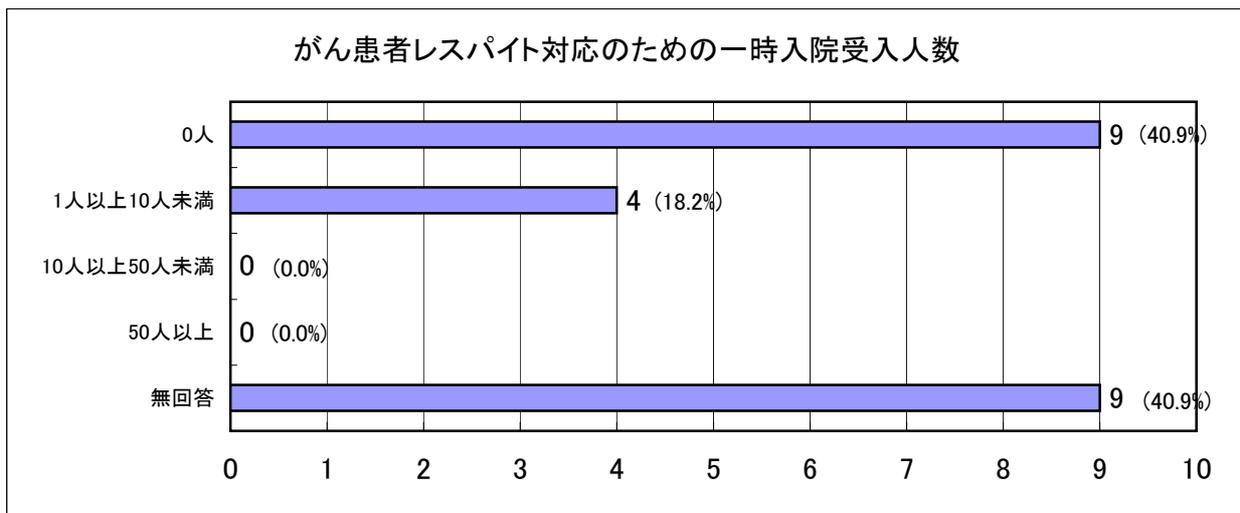


病院における在宅療養患者への支援体制 レスパイト対応のための一時入院
(がん患者一時入院受入実績 (H21年))

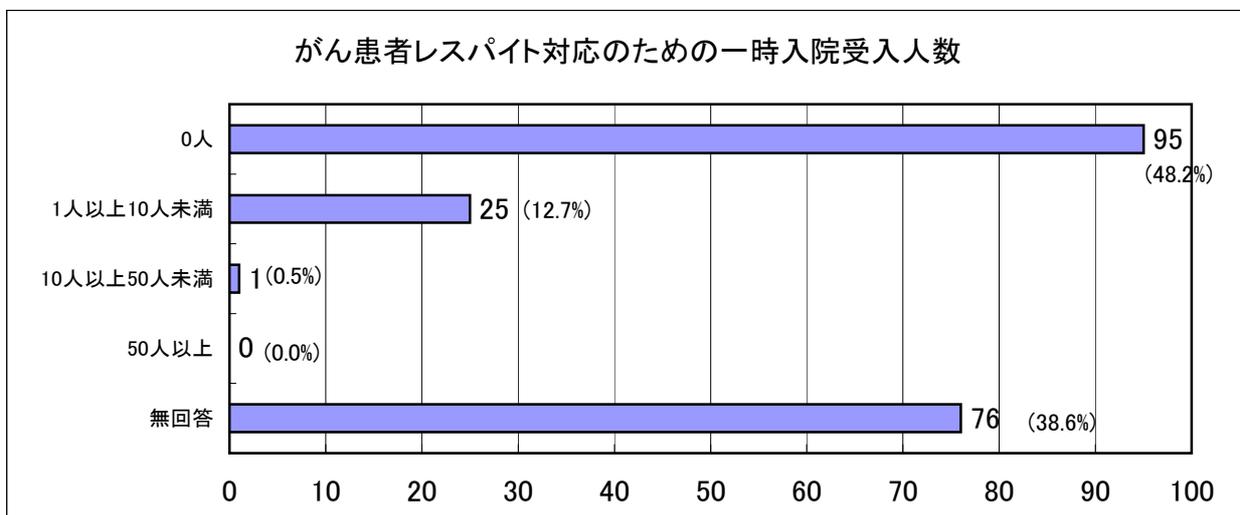
① 他院患者であっても受入可能(40施設)



② 自院又は連携先退院患者であれば受入可能(22施設)

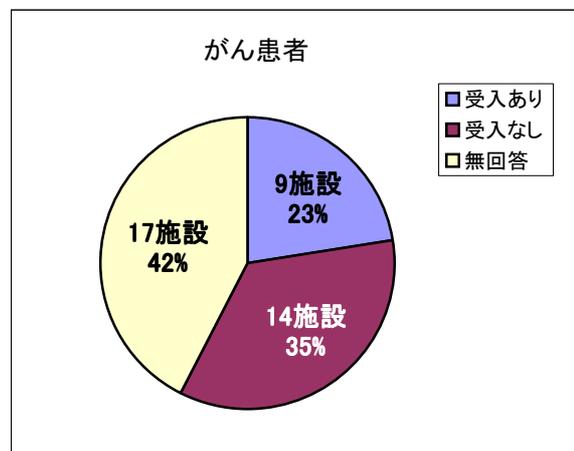
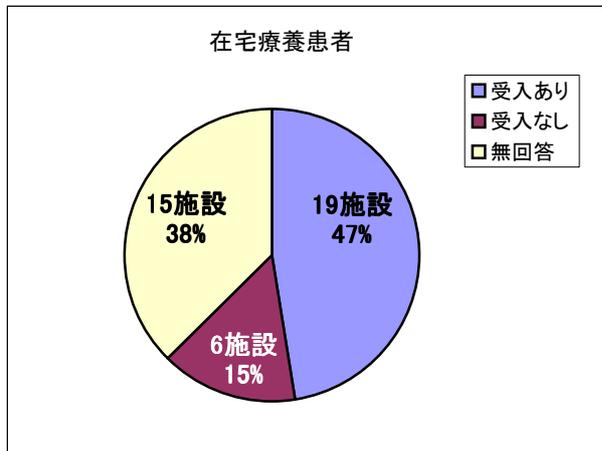


③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能(197施設)

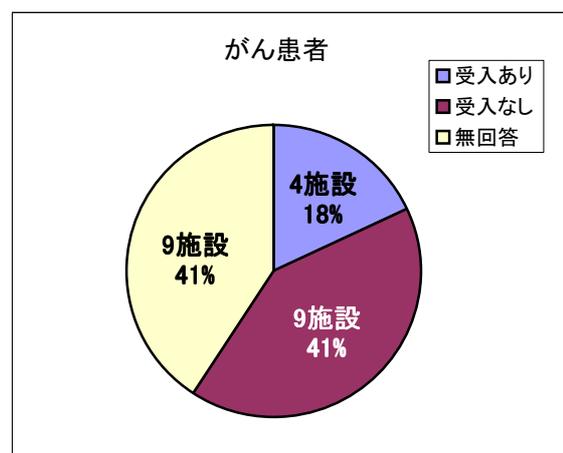
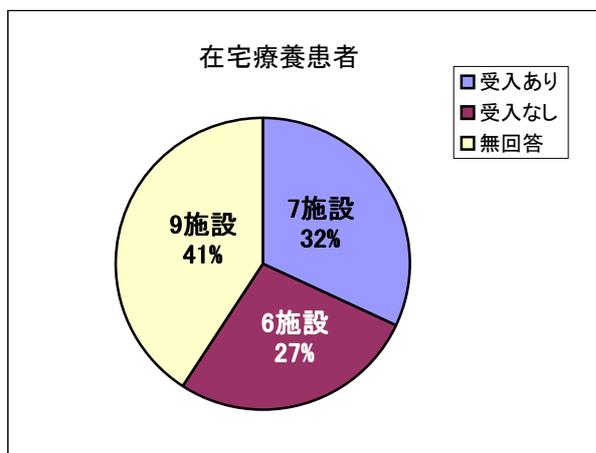


病院における在宅療養患者への支援体制 レスパイト対応のための一時入院
 (レスパイト対応のための一時受入実績 (H21年))

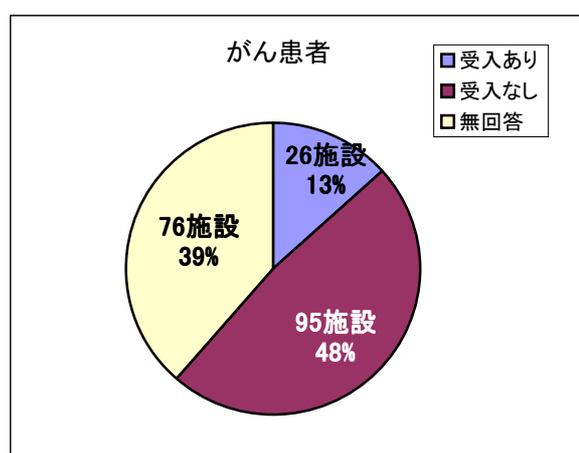
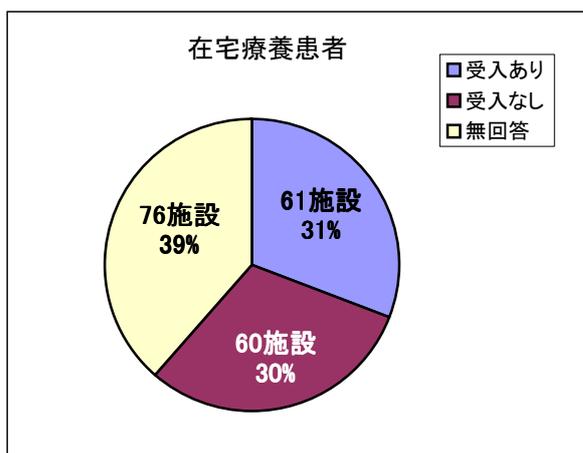
① 他院患者であっても受入可能な施設の受入実績(40施設)



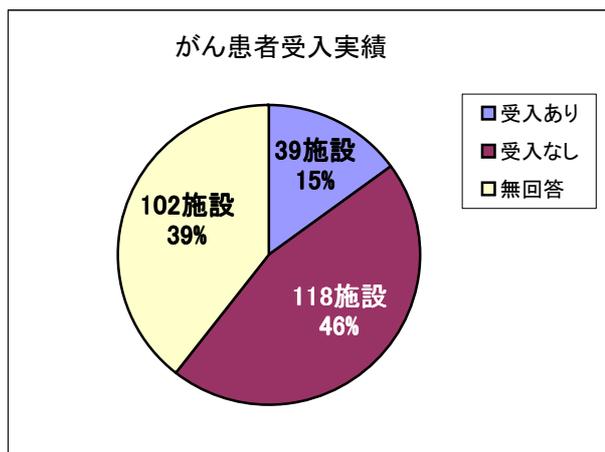
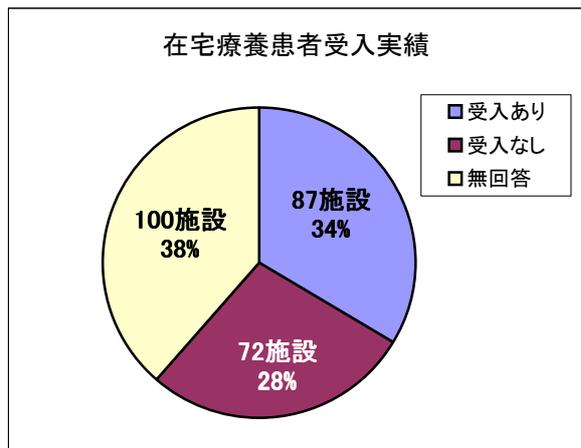
② 自院又は連携先退院患者であれば常に受入可能な施設の受入実績(22施設)



③ 自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能な施設の受入実績(197施設)



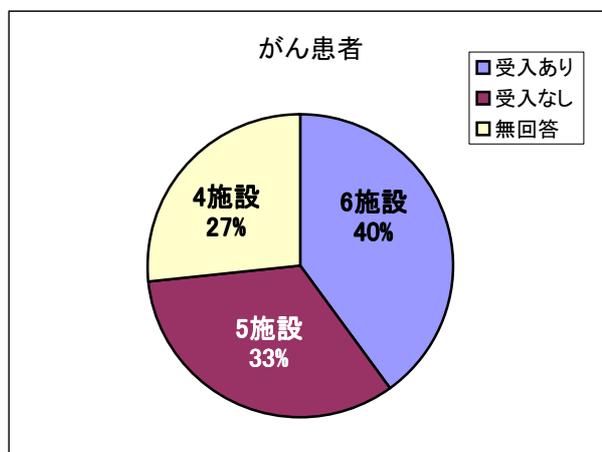
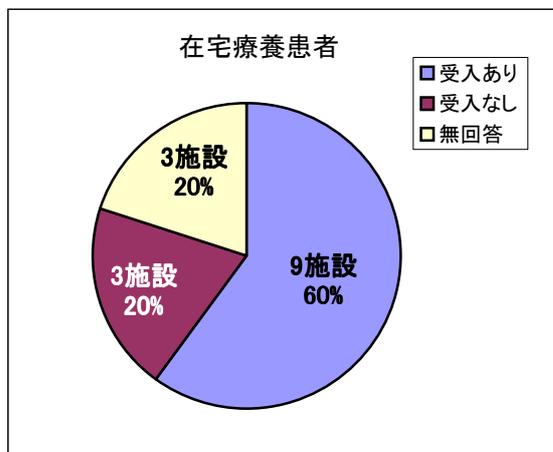
④ 受入可と回答した施設(※)の受入実績(259施設)



※受入可と回答した施設

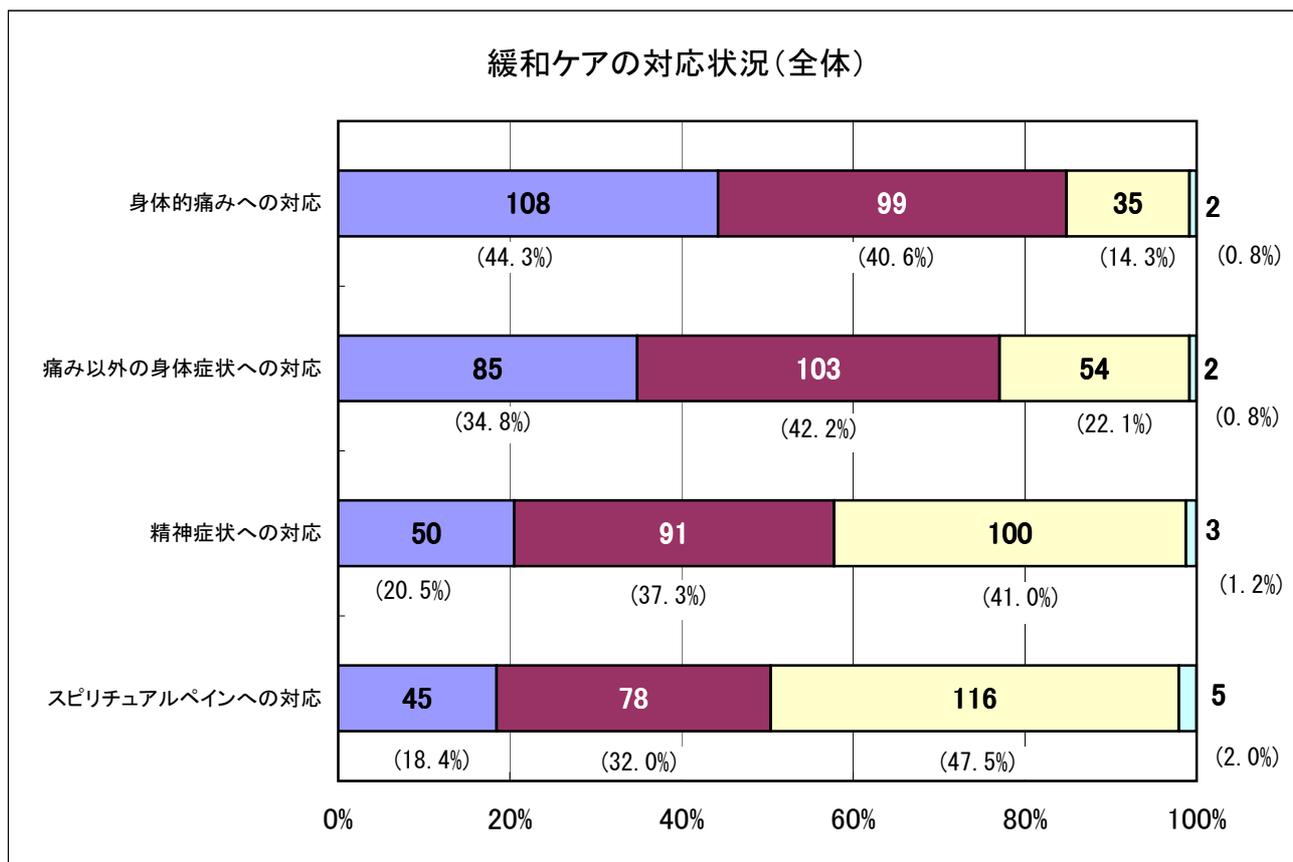
- ①他院退院患者であっても受入可能
- ②自院又は連携先退院患者であれば常に受入可能
- ③自院又は連携先退院患者であればベッドの空き状況により受入可能

⑤ レスパイト対応のための確保病床のある施設の受入実績(15施設)



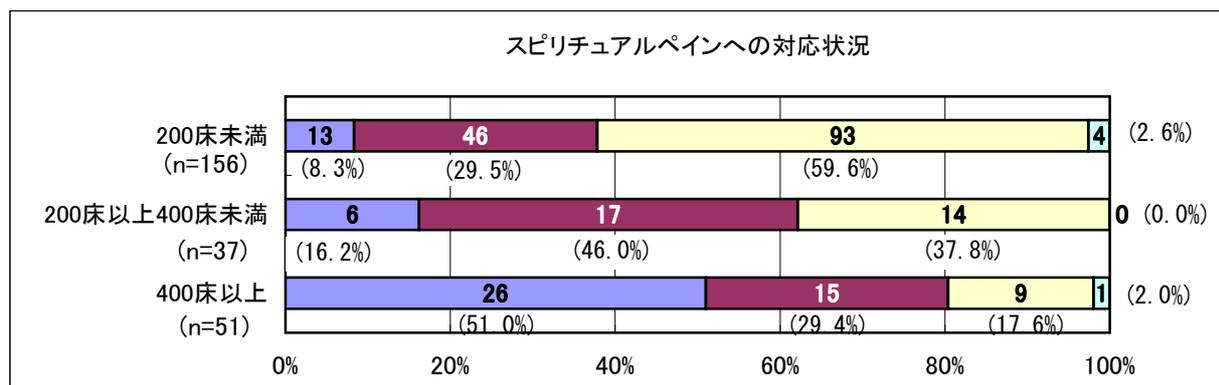
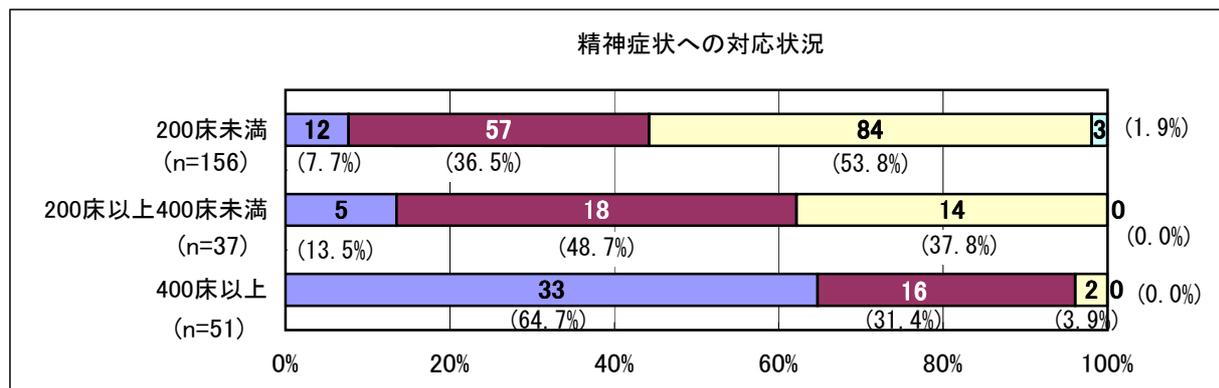
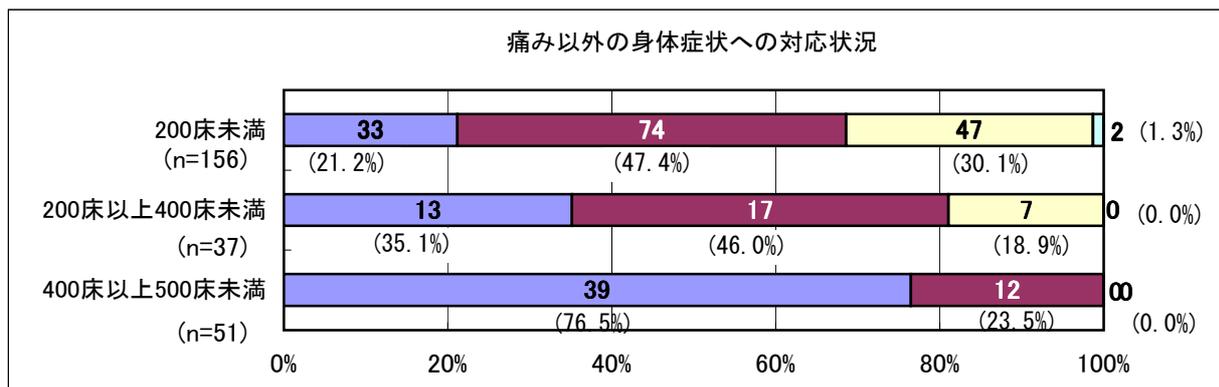
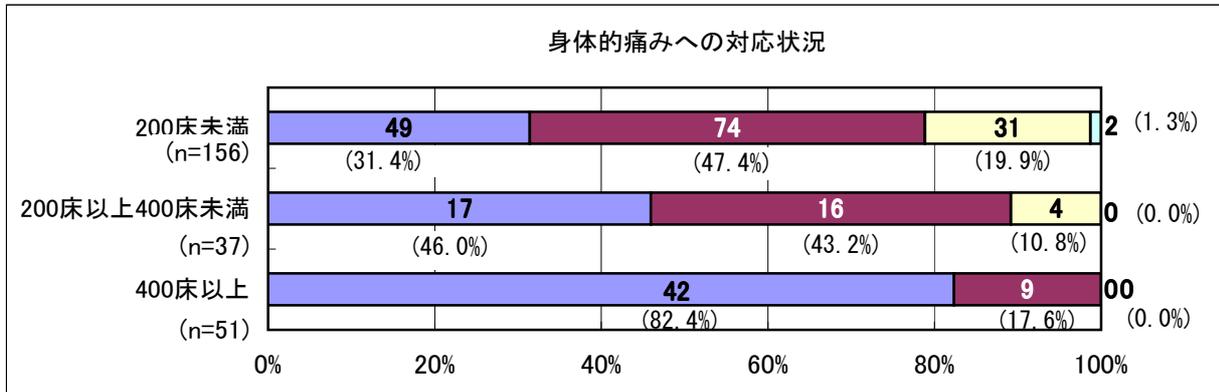
がん確定診断及び治療を行っている病院(一般病床1床以上の病院(244病院))
における緩和ケアの対応状況(全体)

- ①：対応可能であり、自院で重点的に実施している。
- ②：対応可能だが、患者の症状や状況により他院を紹介する
- ③：対応できない
- ④：無回答



がん確定診断及び治療を行っている病院(一般病床1床以上の病院(244病院))
における緩和ケアの対応状況(病床数別)

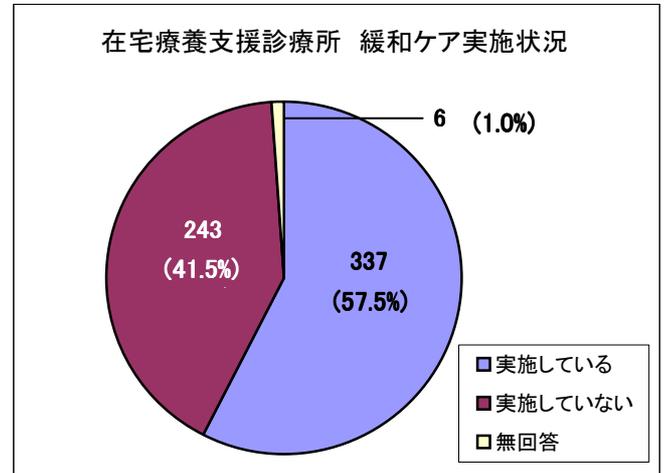
- ① : 対応可能であり、自院で重点的に実施している。
- ② : 対応可能だが、患者の症状や状況により他院を紹介する
- ③ : 対応できない
- ④ : 無回答



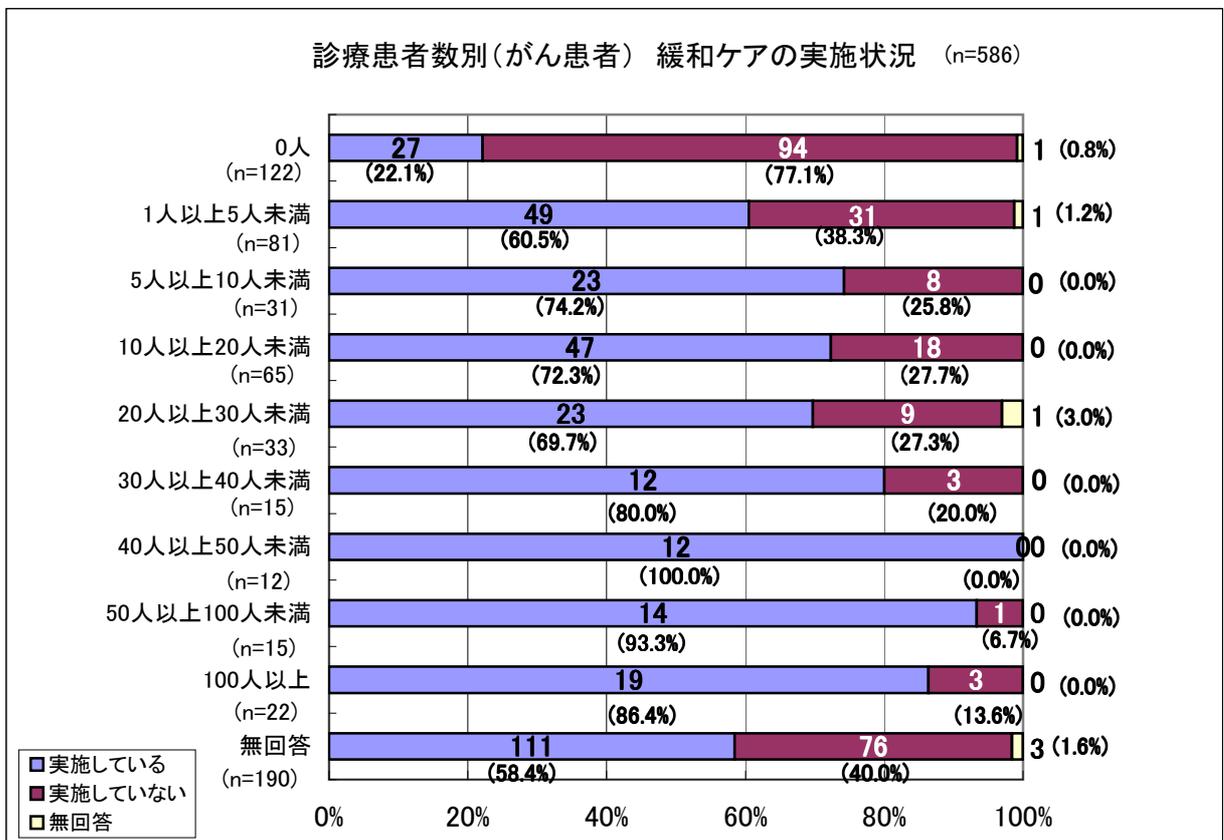
在宅療養支援診療所 緩和ケアの実施状況

■全体

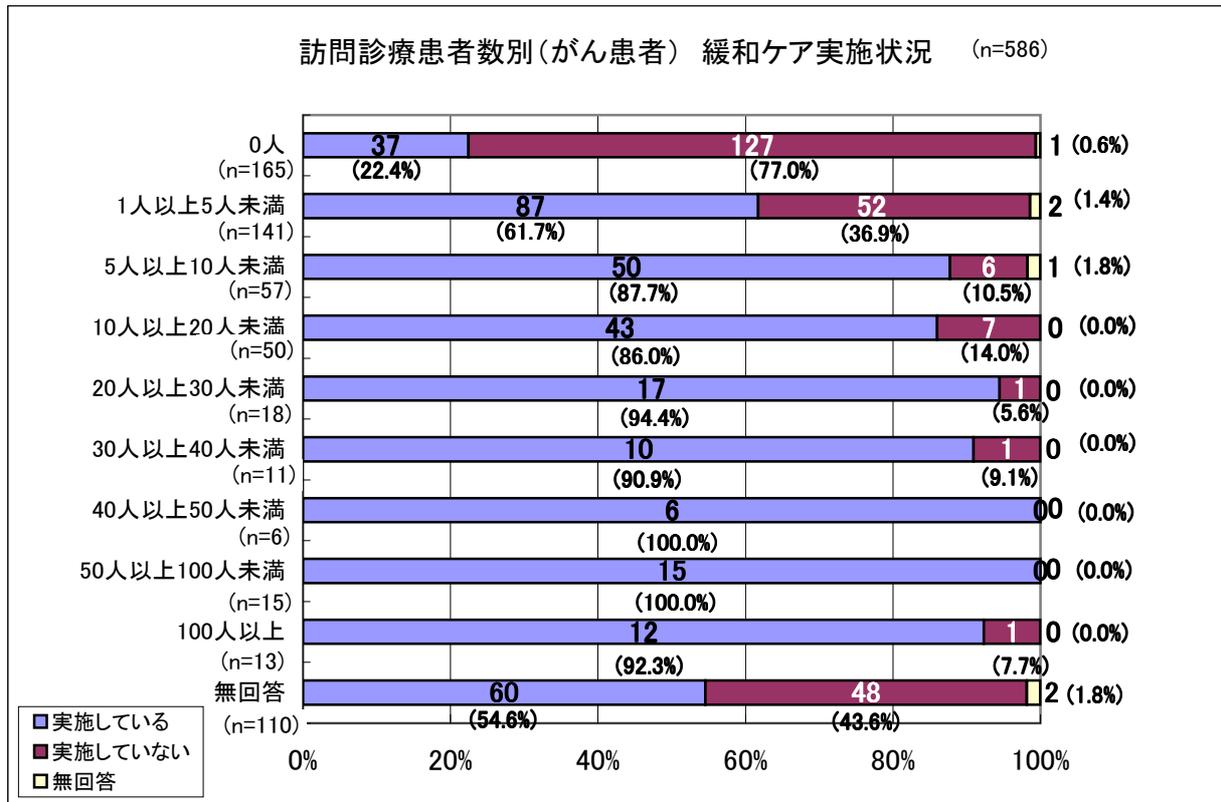
	件数	割合
実施している	337	57.5%
実施していない	243	41.5%
無回答	6	1.0%
計	586	100.0%



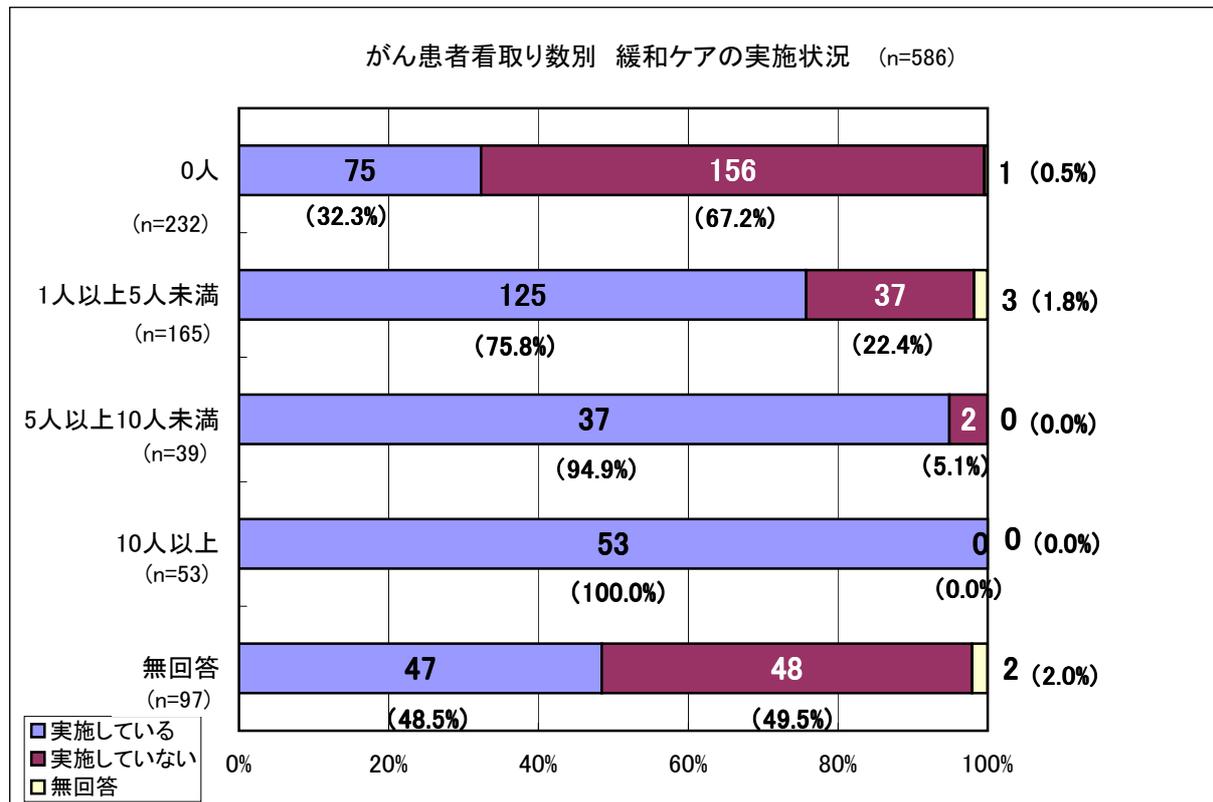
■診療患者数別（がん患者）（期間：平成21年4月～平成22年3月）



■訪問診療患者数別（がん患者）（期間：平成21年4月～平成22年3月）



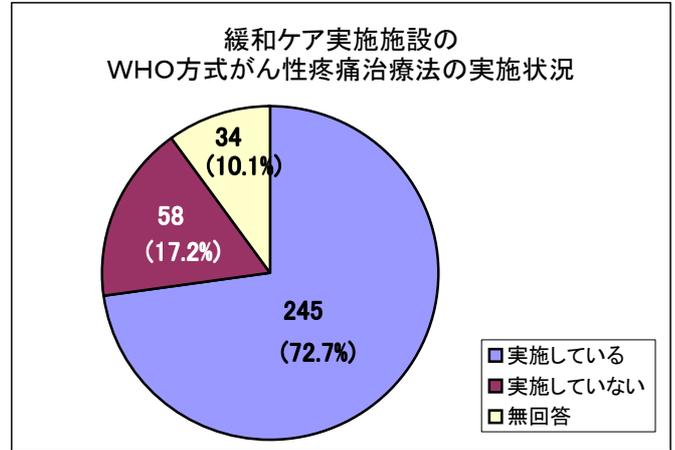
■がん患者看取り数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



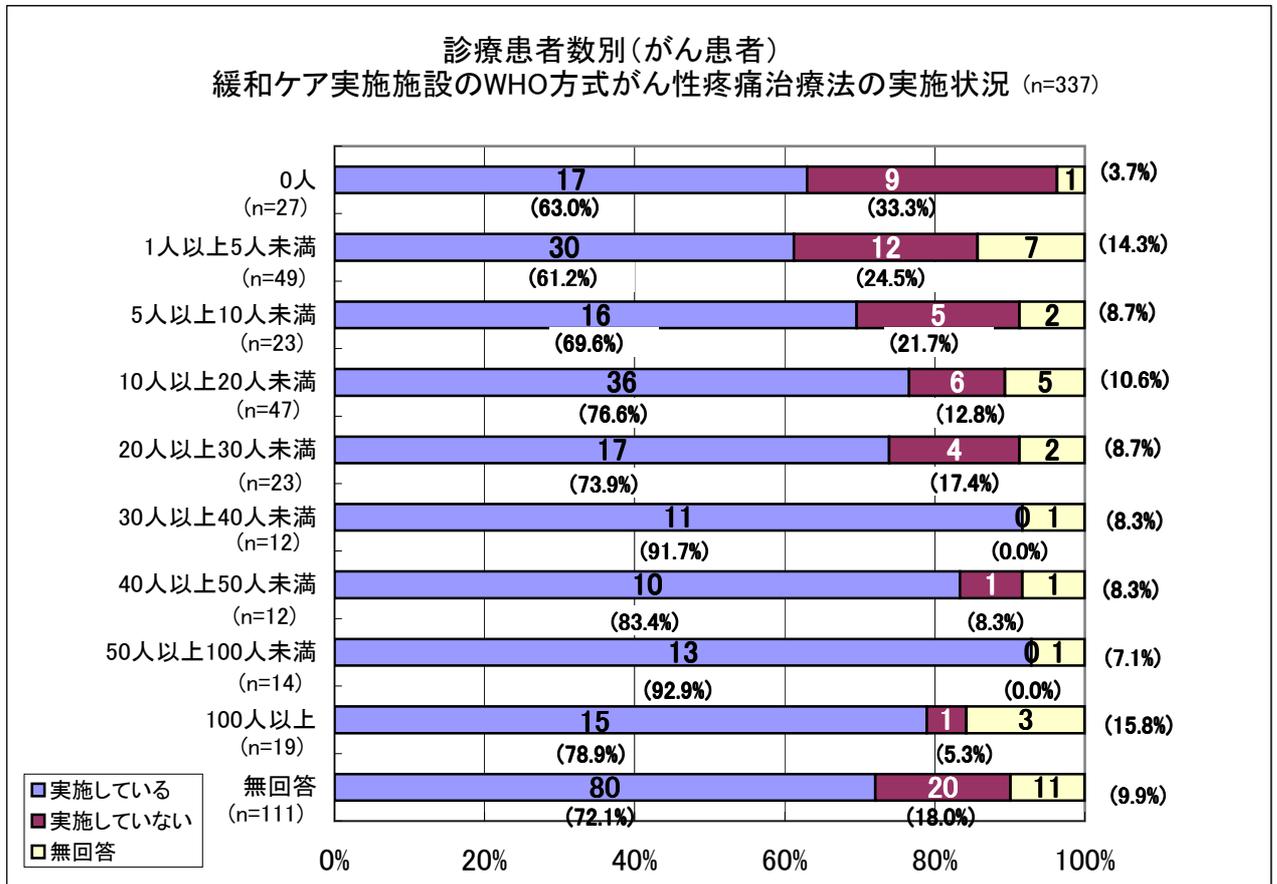
在宅療養支援診療所 緩和ケア実施施設（337施設）
WHO方式がん性疼痛治療法実施状況

■全体

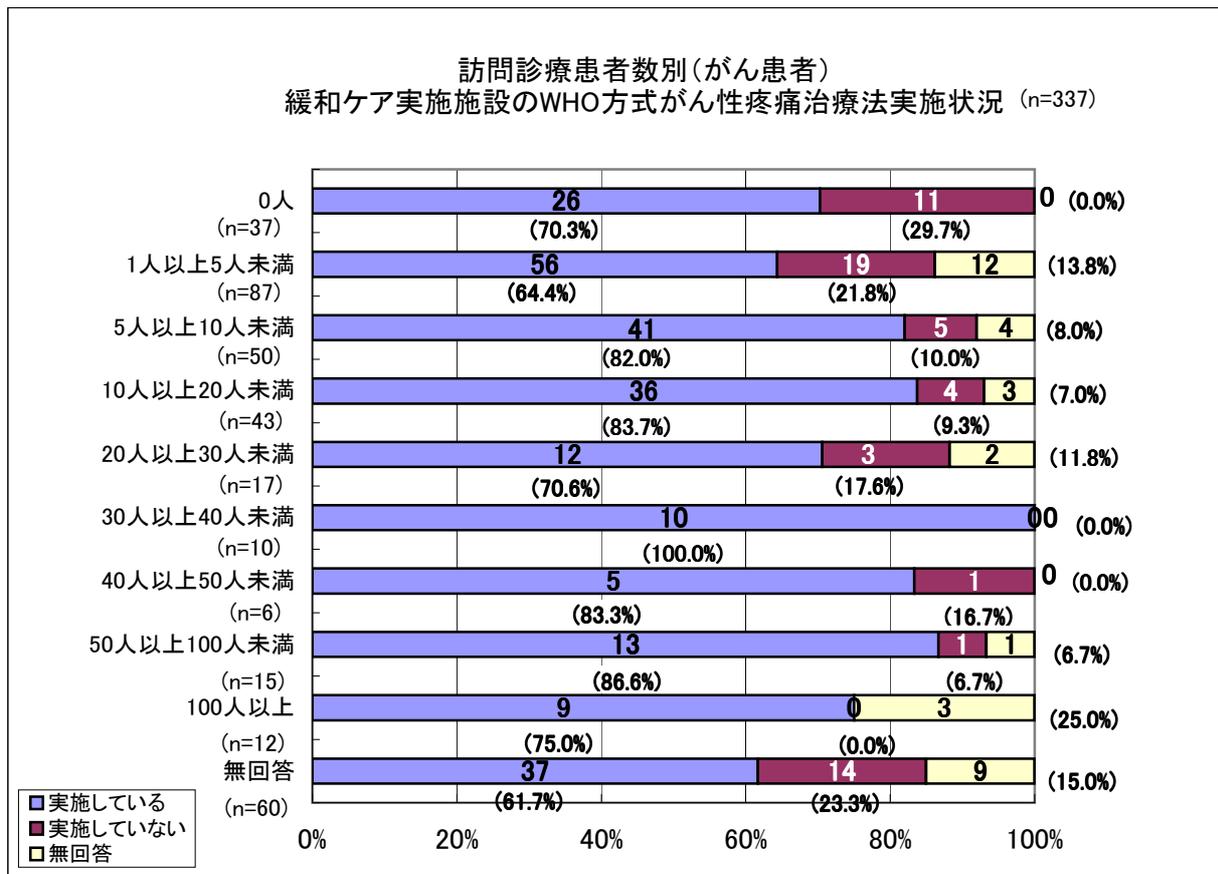
	件数	割合
実施している	245	72.7%
実施していない	58	17.2%
無回答	34	10.1%
計	337	100.0%



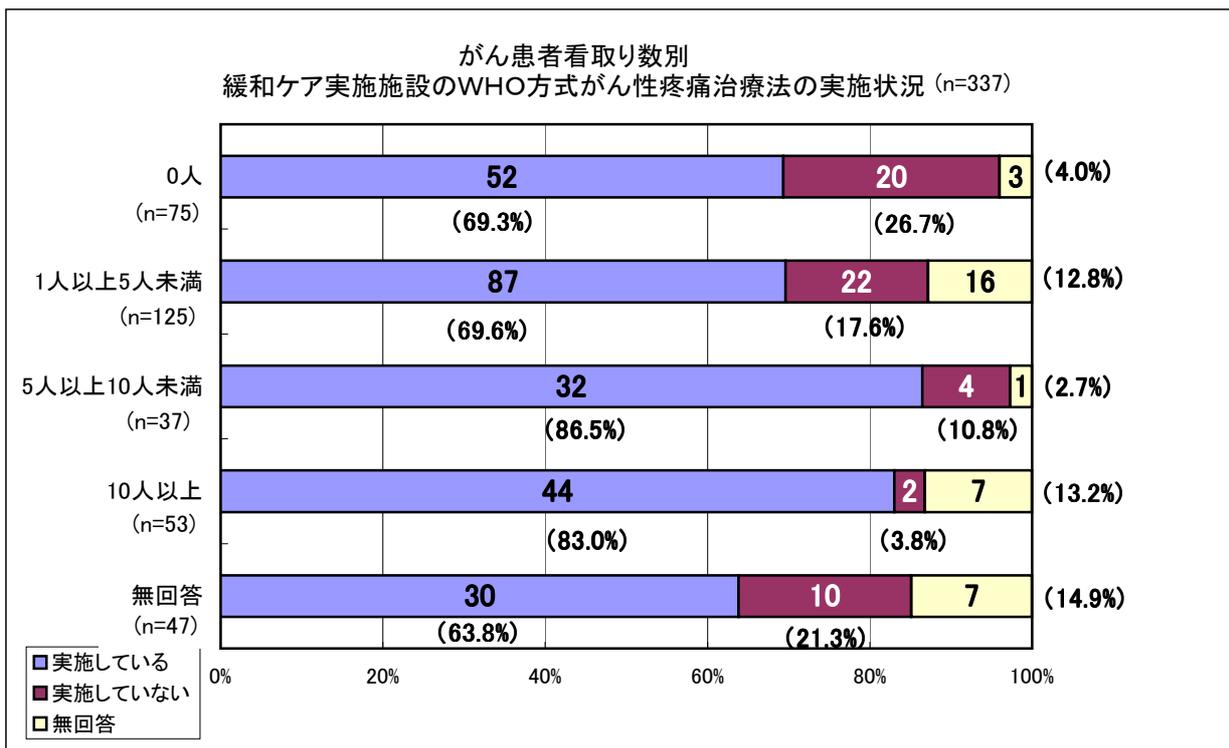
■診療患者数別（がん患者）（期間：平成21年4月～平成22年3月）



■ 訪問診療患者数別（がん患者）（期間：平成21年4月～平成22年3月）



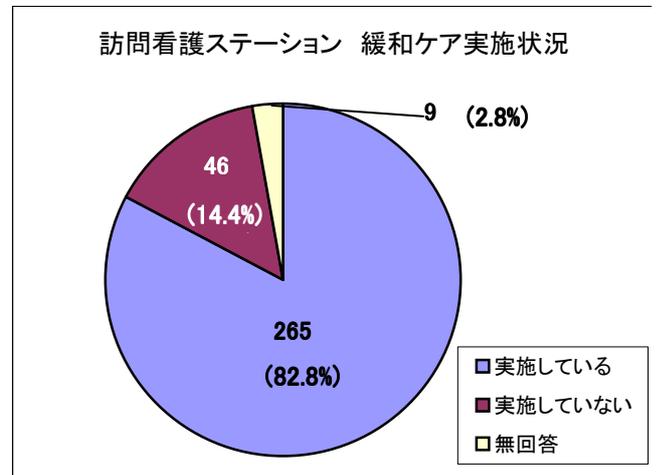
■ がん患者看取り数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



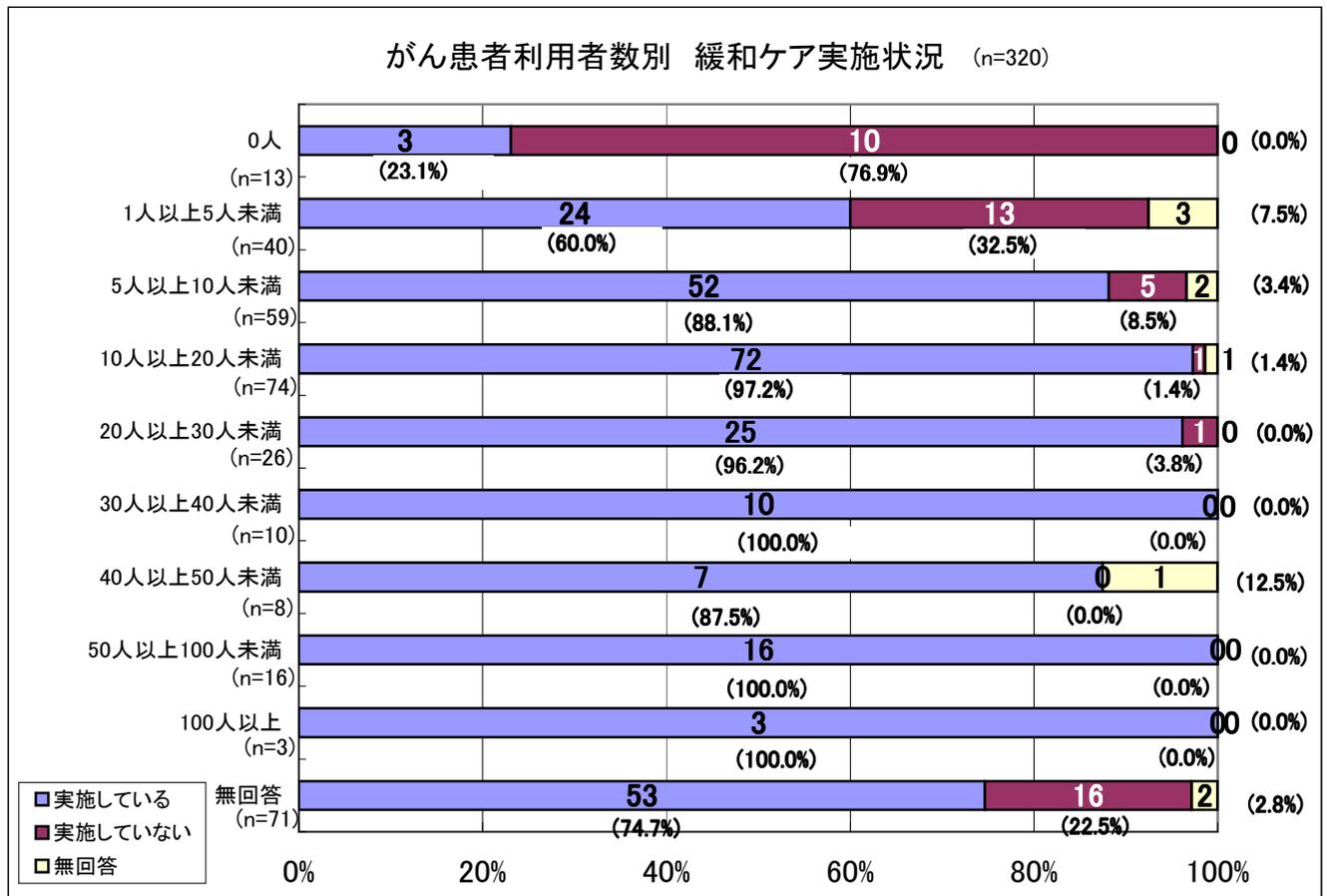
訪問看護ステーション 緩和ケアの実施状況

■全体

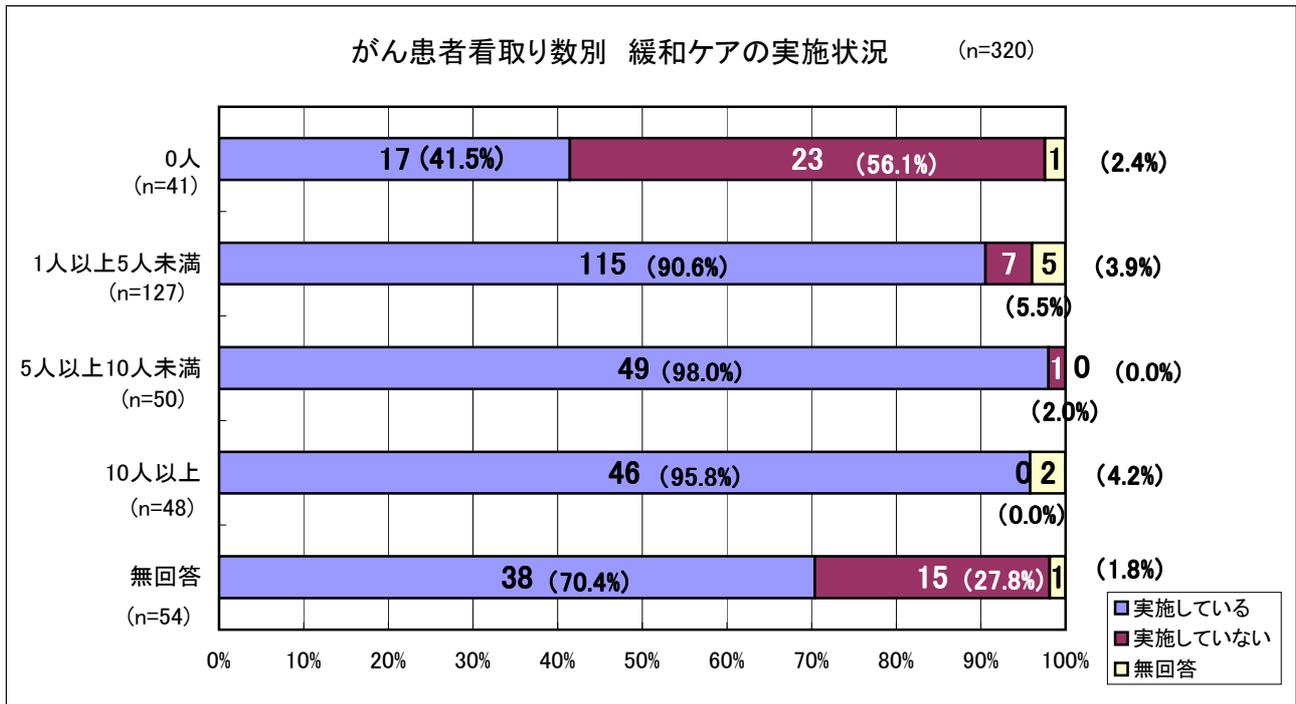
	件数	割合
実施している	265	82.8%
実施していない	46	14.4%
無回答	9	2.8%
計	320	100.0%



■がん患者利用者数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



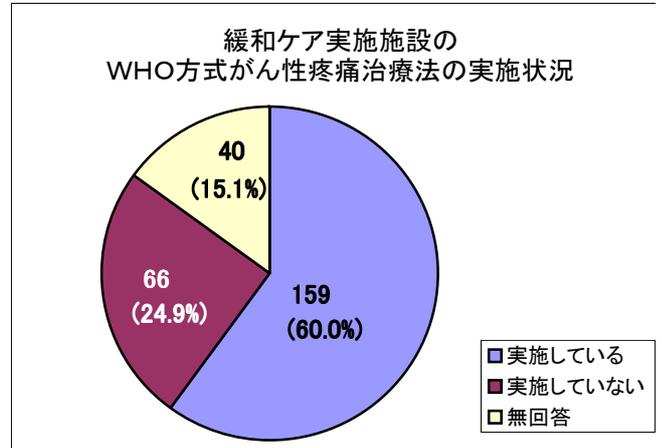
■がん患者看取り数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



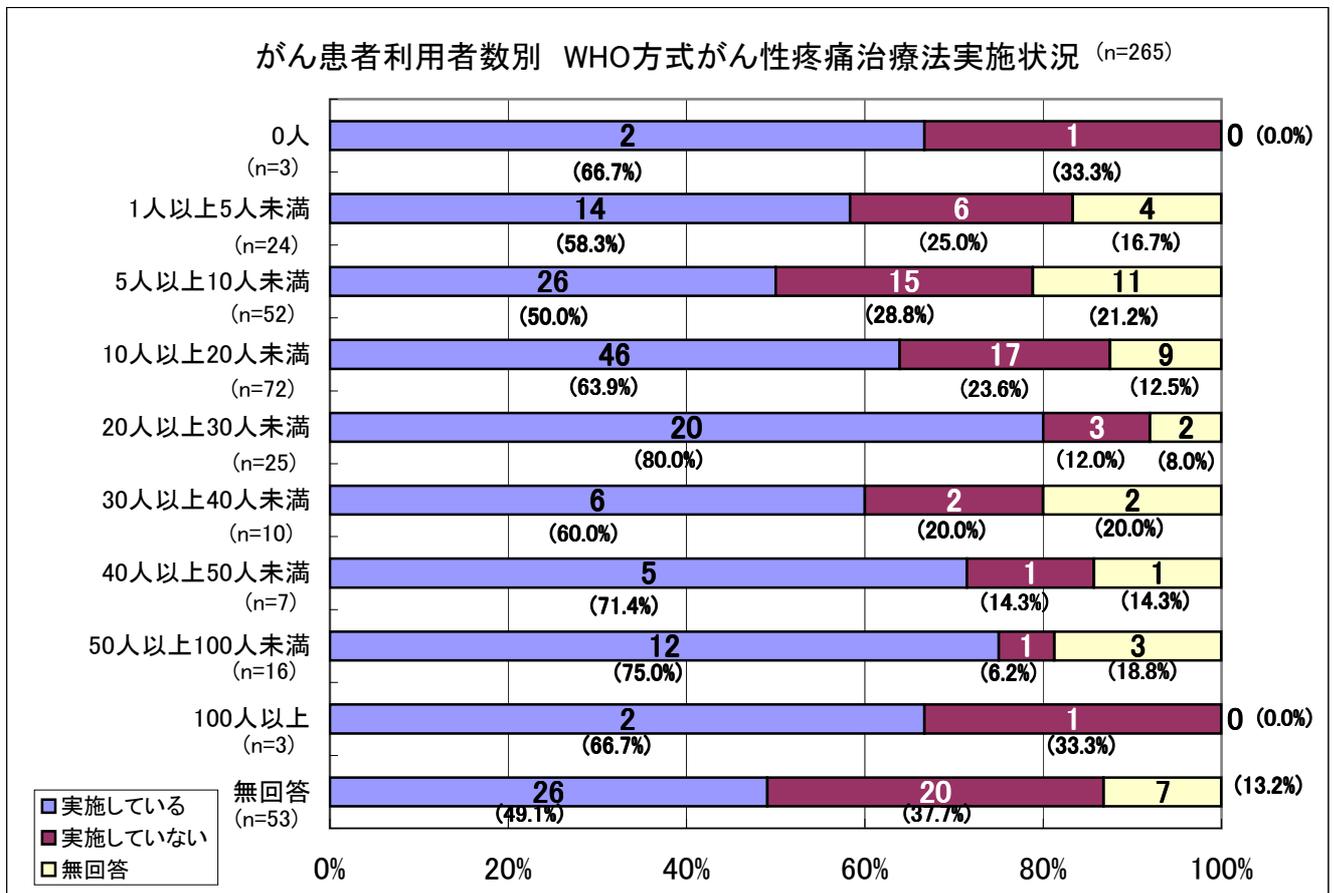
訪問看護ステーション 緩和ケア実施施設（265施設）
WHO方式がん性疼痛治療法実施状況

■全体

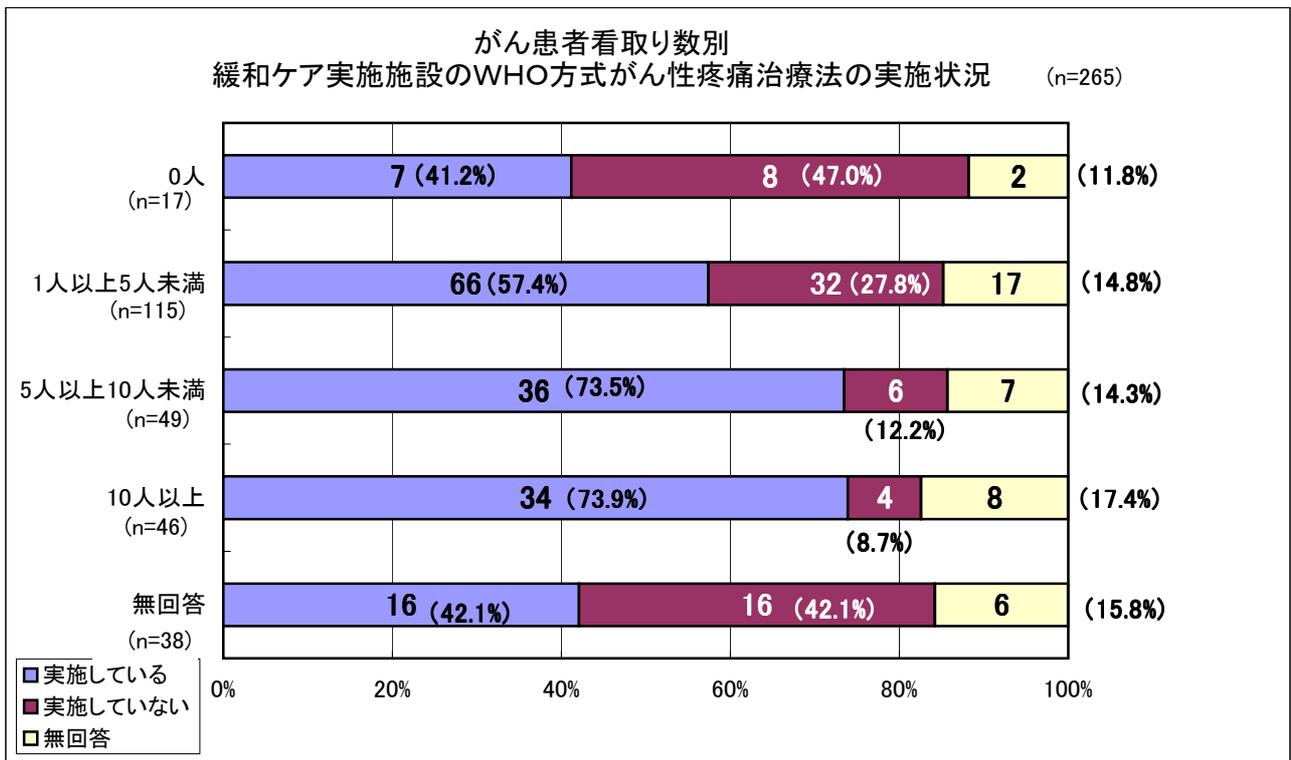
	件数	割合
実施している	159	60.0%
実施していない	66	24.9%
無回答	40	15.1%
計	265	100.0%



■がん患者利用者数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



■がん患者看取り数別（期間：平成21年4月～平成22年3月）



東京都がん対策推進協議会・緩和ケアのあり方検討部会委員名簿

◎: 部会長

	氏 名	所 属 等
学識経験者 ・ 医療機関	◎ 江 口 研 二	帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科・教授
	田 中 桂 子	都立駒込病院緩和ケア科医長
	川 畑 正 博	東京厚生年金病院緩和ケア内科部長
	野 村 幸 史	医療法人財団慈生会 野村病院長
	吉 澤 明 孝	要町病院副院長・要町ホームケアクリニック院長
	渡 邊 淳 子	わたクリニック院長
	秋 山 正 子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長
関係団体	林 滋	社団法人東京都医師会理事
	桑 名 斉	一般社団法人東京都病院協会常任理事
	細 野 純	社団法人東京都歯科医師会 地域保健医療常任委員会委員長
	本 田 み き 子	社団法人東京都看護協会副会長
	伊 集 院 一 成	社団法人東京都薬剤師会理事
患者代表	横 山 光 恒	特定非営利活動法人がん患者団体支援機構 副理事長兼事務局長
都	中 川 原 米 俊	福祉保健局医療政策部長
	前 田 秀 雄	福祉保健局保健政策部長

事務局: 福祉保健局医療政策部医療政策課