



⑥ がん患者の在宅医療 —在宅緩和ケアについて— (1)

札幌南徳洲会病院 総長 前野 宏

1. 在宅緩和ケアの制度と歴史

我が国のホスピス緩和ケアは、病院を中心に発展してきた。緩和ケア病棟は1981年に静岡県浜松市に聖隷ホスピスが開設されたのが最初であるが、1990年に診療報酬において「緩和ケア病棟入院料」が設定されてから急速に普及し、2018年6月10日現在、全国の緩和ケア病棟は403施設（8,196床）となっている。その結果、がん死亡者に占める緩和ケア病棟での死亡の割合は2006年の5.8%から2016年に約13%と倍増した（ホスピス緩和ケア白書2018）。また、2002年に「緩和ケア診療加算」が設定され、がん治療病院には「緩和ケアチーム」が設置されることが必要となり、少なくとも病院に入院しているがん患者に対しては専門性を持った緩和ケアが提供される機会が増えてい

る。しかしながら、現状では入院中に専門的な緩和ケアを受けていた患者が、在宅でも同じ質の緩和ケアを受けることは必ずしも容易ではない。

在宅医療に関しては、1982年に訪問看護が制度化され、1992年には訪問看護ステーションが制度化された。そして2000年に介護保険制度が施行され、2006年に「在宅療養支援診療所」が診療報酬で認められたが、在宅で過ごしているがん患者に対する緩和ケアの提供は後回しにされてきた感がある。その後、診療所に関しては制度の変遷を経てきたが、2016年に「在宅緩和ケア充実診療所（病院）加算」が診療報酬で認められ、診療報酬の中で初めて「在宅緩和ケア」が位置づけられ、在宅における緩和ケアの専門性が銘記されることとなった（表1）。

表1 「在宅緩和ケアを支える専門診療所」(在宅緩和ケアの現状と課題：川越厚より)

在宅療養支援診療所 (2006)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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（連携医療機関との合計可）
基準の強化 (2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 3人以上の常勤医師（不変） 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） <p>※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</p>
在宅緩和ケア充実診療所 (2016)	<ol style="list-style-type: none"> 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

表2 在宅緩和ケアの基準（日本ホスピス緩和ケア協会）

2017年11月

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、様々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。

2. 在宅緩和ケアの基準

緩和ケアは、入院医療では一般病棟で提供されるような緩和ケア（一般緩和ケア）と緩和ケアチームや緩和ケア病棟で提供される緩和ケア（専門緩和ケア）に分けられる。今まで在宅医療においては緩和ケアの専門性は担保されていなかったが、今後は同程度の質の緩和ケアを在宅でも提供出来るようになる必要がある。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（表2）

を提示する。この基準は専門緩和ケアを提供する施設を対象としたものであるが、目指すべき在宅緩和ケアの基準を示している。今後は日本中どの地域においても同基準を満たした緩和ケアを提供出来る施設あるいはチームが整備されることが望まれる。

（次回は、3. 在宅緩和ケアの実際、4. 在宅緩和ケアの課題と展望の掲載を予定しています）