

調査結果から見えた課題の解決策等について（各委員から事前にいただいたご意見）

1 課題の解決策

■ 病院スタッフへの緩和ケア教育

- 非精神科医へのサイコオンコロジーに関する教育、研修を行う。
- 管理者を中心として病院全体での取り組みが必要。スピリチュアルケアは医療の原点であることを見直し、傾聴、共感、手当てを研修してもらう。各病院での緩和ケアの広報。緩和ケアチームの役割に院内研修を強化するよう勧告、補助を検討。
- 緩和医療についてパンフレットを作成して院内研修を行う。
- 医師の研修を充実させ、がん診療を行う医師については必修化とする。

■ 在宅医への緩和ケア教育

- 開業医が受講しやすいように「医師緩和ケア研修」に単位性を導入。
- 技術水準の均一化のための研修会。
- 研修会や緩和ケア病棟での実習を企画する。定期的な事例検討会の開催なども有用。
- 在宅療養支援診療所の医師に対し、在宅緩和ケア支援センターにおいて、緩和ケア講習会を開催する。参加できない医師は e-ラーニングなどで勉強できる制度をつくる。
- 緩和ケアのスキルを会得し、安心して暮らせる援助をする。

■ 訪問看護師への緩和ケア教育

- ステーション職員に緩和医療の研修を実施。多職種グループ診療での役割を教育。
- 研修の機会を設ける。事例検討会などを開催する。訪問看護振興財団の e-ラーニングなどを活用する。
- 看護師について、緩和医療研修を修了した者を評価して、価値を高める（報酬に加算をつけるなど）。医師緩和ケア研修会への参加も修了書を出して認めていく。
- 高齢者の訪問看護とがん患者の訪問看護では必要とされる知識・技術が違うので、講習会への参加が必要である。
- 地域で緩和ケアを行っている在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの訪問看護同行を行う。講習会に参加できるよう勤務を調整する。在宅緩和ケアセンターにて研修の機会を設け、かつ、研修援助制度をつくる。

■ 薬剤師への緩和ケア教育

- 薬剤師研修の充実。多職種グループ診療での役割を教育。医療用麻薬をはじめとする患者家族への説明スキルの習得。
- 調剤薬局の緩和ケアに関するスキルアップのために医師の緩和ケア研修会への参加、修了書の発行を行う。

■ 訪問看護師の確保

- 国レベルの話であるが、訪問看護師の診療報酬上の評価を改善する。休職中の看護師の発掘もひとつの方策であり、復職支援事業を実施する。
- 訪問看護ステーション同士の連携が認められているが行われていないのが現状。一人開業も認めることも一つの方策。小さなステーションへの報酬上の配慮が必要。
- 緩和ケア担当看護師は夜間、緊急時の対応の回数が多い。手当て、代休など手厚くできるように、緩和ケアの訪問看護の保険点数を高くしたり、一定の基準を満たしている訪問看護ステーションには補助金を出すようにする。基準を満たしている場合は、緩和ケア訪問看護ステーションとして認定する。
- 小規模では対応に困難をきたすため、大規模多機能ステーションが望ましい。人材不足の対策が急務。介護保険サービスを紹介する。
- 人材の確保と定着、教育→補助金などの人件費の補助
- 民間企業・介護ヘルパーとの連動を考える必要があり、ここにも薬局との連携が必要である。

■ 地域連携の推進

- 地域での緩和ケアの連携を実際に円滑に運営するには、拠点病院・ホスピス・在宅診療など地域での各担当者（福祉関係者やケアマネジャーも含む）が定期的連絡会を開催し、お互いの役割や活動を認識することが必要で、このような事業を支援。
- シームレスな療養には、早期がんの手術例よりも、地域のがん患者の緩和ケアに関するクリティカルパスが必要（これにはやはり地域連携会議が必須。施設の基準審査と資格付与でなく、地域グループからの申請を手順とする）。
- 緩和ケアのパスの必要性を検討し、必要であれば作成し導入していく。
- 各医師会などの最前線に理解してもらえる努力が必要。医師会の理解が得られるようにしなければ、都内各地域での連携体制は難しい。

（以下、特に薬局の連携への参加について）

- 多職種からなる連絡協議会を組織し、顔の見える連携を促進する。事例検討会などを行う。組織母体（事務局）としては、区、医師会、拠点・認定病院、あるいは既に各地域で活動している緩和ケア研究会などが考えられる。（患者情報の共有については）在宅医から情報提供を行う。普段からの顔の見える連携が必要である。
- 地域の薬剤師が病院主治医との連携が難しければ、病院薬剤師と連携できるようにすることも有効。病院薬剤師は、緩和ケアチームへの参加が必要となっている。病院薬剤師は服薬指導をしているはずである。主治医に病院薬剤師から聞いてもらう方がしやすい。薬剤師同士の連携にもなる。
- 退院時カンファレンスに積極的に参加できるようにし、情報を得るようにする。退院先の病院に薬局が処方内容の問い合わせをしても教えてもらえないことがあるの

で、薬剤部同士の連携が必要である。退院時に病院の薬剤部からの情報も提供できるようなシステムがあるとよい。

- （薬局も）連携パスに参加する。
- 在宅医・ナース・介護ヘルパー・薬局の仕事を見直し重なった部分を多くする必要がある。

■ 病院スタッフの在宅緩和ケアへの理解

- 在宅という療養場所を考慮した症状緩和の方法をとるべきで、病院スタッフが在宅緩和ケアに関する基礎的知識をもつことが望ましい。
- 病院主治医と在宅医の顔の見える連携の場の提供、病院主治医が在宅研修できるように医師会などへの要請、補助。
- 病院の医師、看護師、連携室の担当者に往診に同行して、在宅緩和医療の実際をみてもらう。

■ 早期の在宅移行への工夫

- 早期に患者・家族の在宅療養の希望を確認し、早い時期から在宅側と連絡を取りあうことが必要。
- 病診連携担当のスタッフを増やし、在宅移行の可能性が出てきた時点で準備を進める（往診医、訪問看護師の確保、介護保険の申請など）。
- 患者と主治医との結びつきが強いほど病病連携、病診連携が難しいため、ペインコントロールが出来次第、地域の医師へ紹介。その際は合同でカンファレンスを行う。

■ 円滑な在宅移行のための退院時の工夫

- 在宅移行事前に説明や症状緩和が十分かチェックする体制が必要。退院前カンファレンスも有効。
- 説明不十分というより、医師同士の連携ができていないため、説明内容の確認ができていないことが多い。連携の場の提供、カンファレンス開催の推進が必要。
- 在宅医療の手引きを作成、退院時に患者・家族に渡して、事前に理解してもらう。
- 治療病院は、患者が希望を失わないようバッドニュースを上手に伝える。
- 病院、在宅医、家族との打合せ会や説明が少なく、連携がとれていない。

■ 在宅医のグループ診療体制

- 医師会も含め在宅グループ診療を申告登録。実績に応じて補助。
- グループ診療体制の成功例（長崎、熊本など）を参考にしながら構築していく
- 24時間対応を、診療所グループで行う。
- 24時間対応できる診療所の連携のシステム構築が必要。
- 高齢者の在宅とがん患者の在宅では対応スキルが違うので、単に診療所同士の連携

では不足で、在宅緩和ケア拠点診療所（地域で緩和ケアの核となる診療所（在宅ホスピス））との連携が必要。

■ 介護との連携、介護保険

- 介護職向けの研修会を開催する。顔の見える連携を推進するための連絡協議会を設置する。また、地域に根ざしたきめの細かな緩和ケアのネットワーク作りのために地域包括支援センターの機能を強化し、活用することも考慮したい。
- 介護職への医療の理解を高めさせるためのスキルアップの研修会が必要。在宅では、医療－看護－介護が三位一体でなくてはならないが、医療－看護は医療保険、介護は介護保険であり溝がしやすい。
- 退院支援での介護職の訪問が評価されていることが知られていない。
- 介護の問題点として、自治体による格差があることがある。がん末期では、前倒しでのケアプランの対応、要介護1以上は必ずつくようにするなど（改善が必要）。
- 薬剤についても、限度額が使えるような制度にしてもらいたい。（オピオイドが高額になるので）
- 介護保険申請時は自立でも、がんターミナル患者は急速にADL低下するため、認定が遅れてしまう。がんターミナル患者の申請時には、自動的に要介護2以上で、ベッドレンタルできるように考えてもらいたい。
- がん患者が在宅で過ごすには、医療、看護、介護の連携が必要になってくる。ケアマネが在宅緩和ケアについて理解していないと、スムーズな在宅療養生活とならないことがある。緩和ケア患者のプランをたてるケアマネには、研修が必要であると考え。ヘルパーも在宅で看取るためには、緩和ケア認定ヘルパーとして研修をうけてもらいたい。
- 40歳未満のがん患者も介護保険が使えるようにしてもらいたい。
- 介護サービス、ケアマネジャーも連携パスに参加する。
- 地域包括支援センターの普及促進と活用

■ 拠点病院等による地域医療機関への支援体制

- 拠点病院は専門緩和医療、一般医療者向けの研修会継続
- 拠点病院は近隣の医療機関からの相談、持ち込み症例のカンファレンス、見学研修を受入れることなどを推奨する。
- 精神科医がいない病院から、拠点病院などがコンサルテーションに応じる支援体制の整備
- 拠点病院の相談支援センターや在宅緩和ケア支援センターの相談窓口を利用してもらおう。緩和ケアチームスタッフによるアウトリーチも一つの方法であるがマンパワーの点で制約がある。実際にはメーリングリスト上で解決されることも多い。
- 高齢者の在宅とがん患者の在宅では対応スキルが違うので緩和ケアを学んだ医師でなければ、在宅療養診療所であっても、がん患者を在宅で穏やかに看取することは困

難である。がん診療連携拠点病院と同様に、一定基準を満たした在宅緩和ケア拠点診療所（在宅ホスピス）を認可制とし、地域で緩和ケアの核となる診療所をつくる。

- 一般病床における緩和ケア的医療の実施に対する支援。

■ 在宅療養の後方支援体制の整備

- 中規模病院医療スタッフへの緩和ケア教育。
- 在宅診療の後方病床を設置する病院に、要件を設定して補助。
- 基本的には、かかりつけ病院が対応すべきだが、対応が困難な場合、後方病院を確保しておくことが必要。受け皿としては、地域の中核病院で緩和ケアに対応している病院が望ましい。区によっては行政が緊急入院用のベッドを確保している。
- 退院時から緊急対応の病院を選定していく必要がある。
- 在宅療養困難症例については、退院する際に、緊急時ベッドを確約してもらいたい。無理であれば、提携している病院を退院時に紹介してもらいたい。
- 緊急病床を確保することも重要。
- 後方支援病院の確保。

■ 地域連携に必要な医療資源の情報収集・情報提供

- 緩和ケア・看取りができる在宅医の登録・公開。
- 静岡のがんマップのような、薬局、支援センター、ケア用品の取扱い点も含めた分かりやすいマップを作成し、公表する。
- 退院時カンファレンス時に、調剤薬局の希望が患者側で決まっていないケースが多く、また薬剤によってその調剤薬局で対応できるか分からない場合が多いので、調剤薬局の情報を集約し、一元化する（麻薬の扱い、配達地域など）。
- 麻薬は早急に必要とする場合があるので、扱っている薬局と置いてある麻薬を診療所には明らかにする。
- 在宅指導に取り組んでいる薬局、これからやりたい薬局、絶対に実施しない薬局の把握を行い、地域における受入マップを作成（どんな在宅医療に取り組むことができるのかを明確に示す）カンファレンスや会議に呼ばれるような薬局のパンフレットを作成する。在宅参入への手上げ、実践、フィードバックといった流れを創り出すことが必要。

■ 麻薬の供給体制

- オピオイドの場合、在庫の問題があり、制度上の改善が望まれる。
- 麻薬調剤の確保のためにも、調剤薬局同士の連携の強化が必要。
- 看護師同様に、現状デリバリーシステムなどの対応が十分にできるところが限られ、大型薬局参入が目立ってきているので、地域の薬剤師会が連携のリーダーシップをとれるようにバックアップが必要（医師会、基幹病院との連携を充実させる）。

- オピオイドを取り扱うためには、麻薬小売業免許の取得が必要なため、まずは在宅を行う、もしくは、希望する薬局全てにおいて、免許を取得する。

■ 患者・家族の意識啓発

- 病院に来る患者・家族への緩和ケアの啓発活動支援。患者手帳などを積極的に病院で紹介し、活用法を教育する。院外がん相談支援センターの設置事業の研究と補助。
- 患者会・ピアカウンセリングを都レベルでサポートする（会に関する情報提供、質の保証、必要に応じて、専門家による勉強会などのサポート）。
- 都主催で市民公開講座を開催する。
- がん患者家族のこころの相談。
- 麻薬のみならず、緩和ケア病棟に入院したら最後というのも誤解である。啓発のための講演会を開催する。
- 一般の方々に「緩和ケア」は、終末期医療ではないことを理解してもらう。医療用麻薬は世界で一番の鎮痛剤であることを理解してもらう。
- 公開講座を地域で開き、在宅で過ごすということの意味を考えてもらう。在宅医療は高額療養費制度が使える、訪問診療は保険が使えることを知らない人がいるので、かかる費用についてもお知らせするようにする。
- リビングウィルをできる限り明確にしてもらう。
- 各関係者との連携を深めるための説明会や勉強会、そして家族の心のケアが必要であり、カウンセリングを受ける機会を設ける。

■ その他

- 緩和ケアチームの評価と緩和医療外来の有用性に関する研究事業補助。
- 急性期病院だけでは足りないので、終末期・看取り専門のセンターをつくる。医師の研修もそこでカバー。
- 地域事情に即した緩和ケア病棟の整備。
- 患者・家族同士の交流やグループでの療法、専門家や臨床心理士のカウンセリングが不十分。患者・家族の心のケアも必要。
- 医師、看護師、ヘルパーなど関係者の絶対数が少なく、体制が不十分と思われる。
- （訪問看護ステーションについて）インフラとしての情報システム整備補助。
- 今後、高齢化の進行、独居世帯の増加などに伴う介護力の低下から、地域ボランティアの育成や地域社会（コミュニティ）の再構築など、社会全体で考えていく必要がある。具体的方策の一つは看取りのできる施設を増やすことである。また、支援制度（補助）の導入による訪問診療・訪問看護、訪問介護、地域ボランティアの隙間を埋めるような体制づくりも有効である。
- 多くの患者で抗がん剤などのがん治療時に、高額療養制度を利用している場合が多い。また、コストに関して、医療者がもっと踏み込んで知るべきである。

- 身寄りのない患者の居宅緩和療養を可能とする仕組みを支援する事業。

2 重点的に取り組むべき事項

- 都の在宅緩和ケア支援センターの充実・強化（専門スタッフをさらに投入し、重点的にストラテジーを具体化できる体制にする。厚生年金病院に集中、または、西部地域にも新たに作ってもよいかもしれないが、とにかく中心的リーダー的機能を担っていただけるようサポートする。具体的には、市民の利用をもっと宣伝する、利用・検索しやすいHPを強化するなどし、情報がここに集まるようにできるとよい）。
- 1) 医療連携とスキルアップ：①中小病院への緊急対応などへの参加→在宅療養支援病院への手あげ推進、②顔の見える連携の構築の推進、③緩和医療研修の開業医向けの開催を東京都、各区レベルで推進
2) 在宅療養支援診療所：各医師会の在宅への取り組み強化（関心を高める必要あり）
3) 訪問看護：ステーション間の連携構築の推進、スキルアップの推進
4) 薬局：調剤薬局の情報収集と利用
5) 患者家族：一般への緩和ケアの理解普及
6) 介護との連携強化：介護職への研修会が必要。在宅緩和ケア推進には、介護との連携を取り上げる必要がある。
- 葛飾区、足立区、江戸川区には地域がん診療連携拠点病院、東京都認定がん診療病院、緩和ケア病棟がないため、在宅にて、後方支援がない中で診療している。区ごとの提供する医療に偏りをなくすようにしてもらいたい。
- 地域ごとに緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア診療所（認定在宅ホスピス）、緩和ケア訪問看護ステーション（認定訪問看護ステーション）の連携を密にして、都民に緩和ケアの認識を高める。
- 緩和医療を行うことによって、在宅でも穏やかに療養できることを、HPや講演会などで都民に伝える。
- 共通のパスを用いる。
- 線から面の連携。複数主治医制、複数担当看護師制、他職種（薬剤師、MSW、介護スタッフ、リハビリなど）担当制にする。
- 緩和ケア認定看護師などによる、がん又は緩和ケア連携コーディネーターの育成。
- 診療報酬だけでは厳しいため、予算を付けて重点事項として問い組んではどうか。（①医師の研修費、②在宅医の登録医への加算、③訪問看護師の人件費補助）
- 実際に取り組んでいる薬局のマップ作成。
- 包括支援センターとの連携システムの構築。
- 社会全体での意識改革が必要であり、具体的には「タウンミーティング」などの小規模な広報活動やきめ細かい説明会、勉強会の開催が望まれる。
- 二次医療圏毎に地域医療推進協議会（仮称）を設置し、がん・緩和ケアのみならず、4疾病を主とした二次医療圏で完結を図るべき診療の知識・技術向上、診療情報の共有、連携上の問題解決についての協議の場を設けることが望まれる。要点は、次の通り。

- 1) 二次医療圏単位であること
 - 2) 参加者の負担を少なくするために、二次医療圏で完結を図るべき診療を包括し、同様の会議を整理・統合すること
 - 3) 医師のみならず関係する職種も対象とすること
 - 4) 医師会や関係団体の共催とし、出来る限り医師会のリードで進めること
 - 5) 運営には安定した事務局機能が必要であるから、保健所等の公共機関が事務を担当すること
 - 6) 既存の地域保健医療協議会との統合についても検討すること
- 緩和ケア病棟整備等に対する補助の継続・拡充。

3 その他ご意見

- 相談支援センターの認知度が低い。
- 情報提供用のホームページの充実（参考：ひまわり）。
- かかりつけ医（医師会）にも関心を持ってもらう。
- がん患者の介護認定の遅れも問題になっており、改善が求められる。
- 人材と人件費の手当が必要。
- 口腔ケア、嚥下機能の維持や回復などの点から歯科医師会の役割も重要である。
- 今後取り組むべき事項として、
- 1) がん患者と家族に対し、口腔ケアが重要なケアであることの啓発
 - 2) 歯科医師、歯科衛生士を対象としたがん治療、緩和ケアについての研修
 - 3) 国立がん研究センターとの連携を踏まえ、都の拠点病院、認定病院と歯科診療所との医療連携の推進
 - 4) 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局などと在宅療養支援歯科診療所との連携協働の推進。歯科大学病院などの高次歯科医療機関との連携強化。歯科を含む緩和ケアチームの整備
 - 5) 東京都がん対策推進計画、地域連携パス等に口腔ケアや歯科治療に関わる項目の位置づけ
 - 6) 口腔がんの早期発見に寄与できる地域の歯科診療所の役割を考慮し、研修と実施方法についての検討
- がん等医病に対する社会の理解を深めるための活動が必要であり、患者・家族、行政、医療、企業、メディア、そして一般の市民が協力することが重要である。重要なのは、未来に向けて医療、社会保障など「命」の授業が義務教育過程でも必要ではないか。