

意思決定支援の重要性

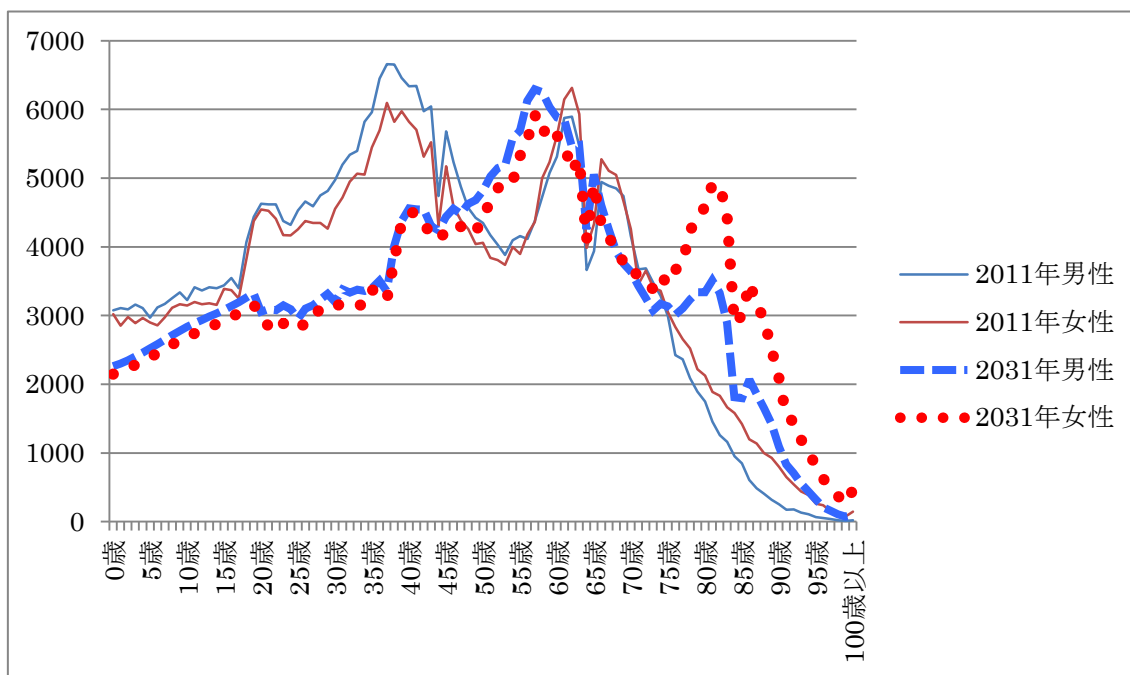
がん拠点病院が地域包括ケアの中で役割を果たすためには

北里大学病院 患者支援センター部

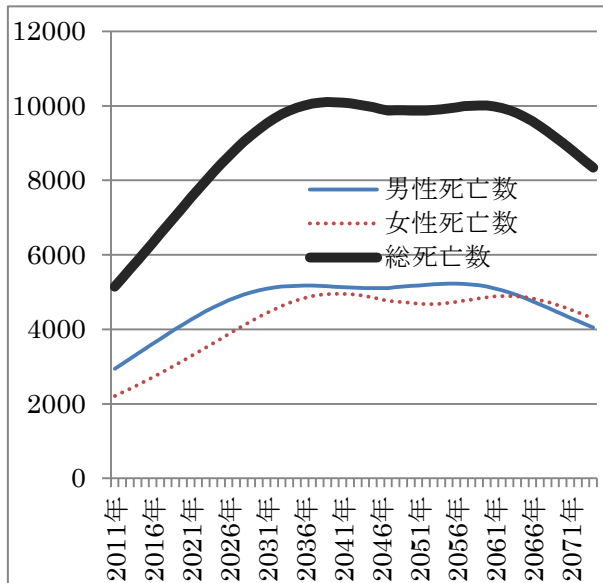
小野沢 滋

1. 相模原市の高齢化と死亡数の予測

北里大学病院のある神奈川県相模原市は都内への通勤圏にあり、高度成長期に開発されたベッドタウンである。相模原市のみならず、今後 20 年で首都圏のベッドタウンでは急速に死亡者数が増加する。図は相模原市の 2011 年と 20 年後、2031 年の予測人口分布である。



このように 75 歳以上、特に女性の単身高齢者が顕著に増加することが予測され、当然死亡数も

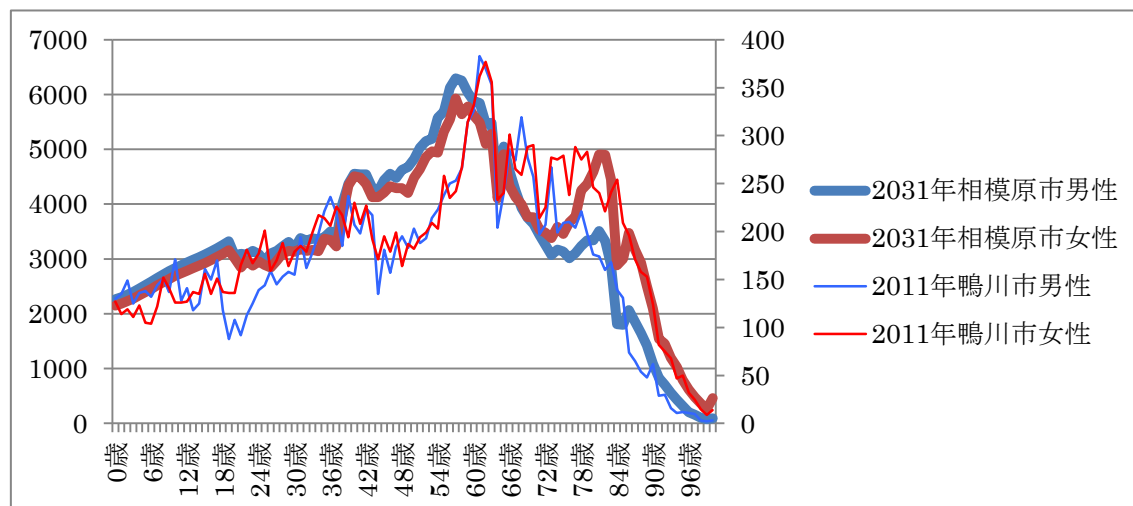


それともなって増加する。下図は相模原市の死亡数の予測である。(これらの予測は 2011 年国勢調査、2007 年簡易生命表、2010 年各歳別出生率による)

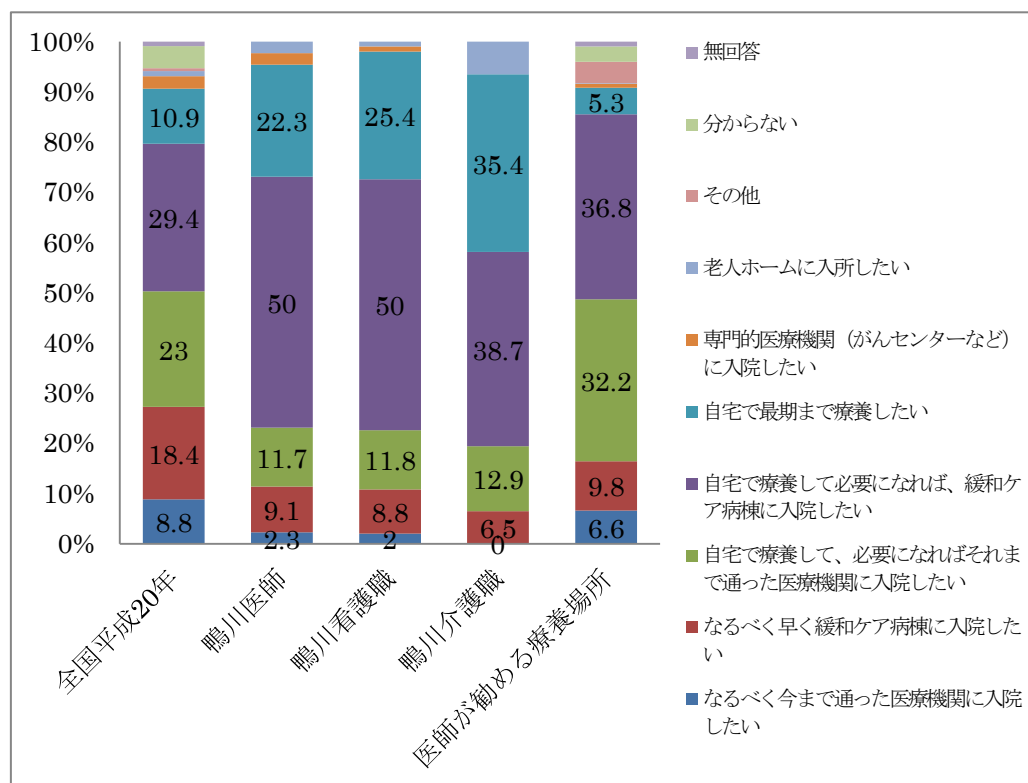
2030 年代前半までは死亡数は一直線に上昇し、相模原市での現在の年間死亡数 5200 名が 2030 年過ぎには約 1 万人とほぼ倍になると予想される。悪性腫瘍に限って言えば、現状の死亡原因の内訳がそのまま続くと仮定すると現在 1500 名の悪性腫瘍

死亡が約 3000 名程度になると予想できる。

また、2031 年の相模原市の予測人口分布に 2011 年の鴨川市の人口分布を重ねると、特に 75 歳以上の部分は綺麗にグラフが同一の曲線に乗る事がわかる（下図）。つまり、南房総といういわゆる田舎で現在起きている、必要十分な医療資源の確保が困難であるといった現象が規模を大きくして都市部で起きることが予想される。



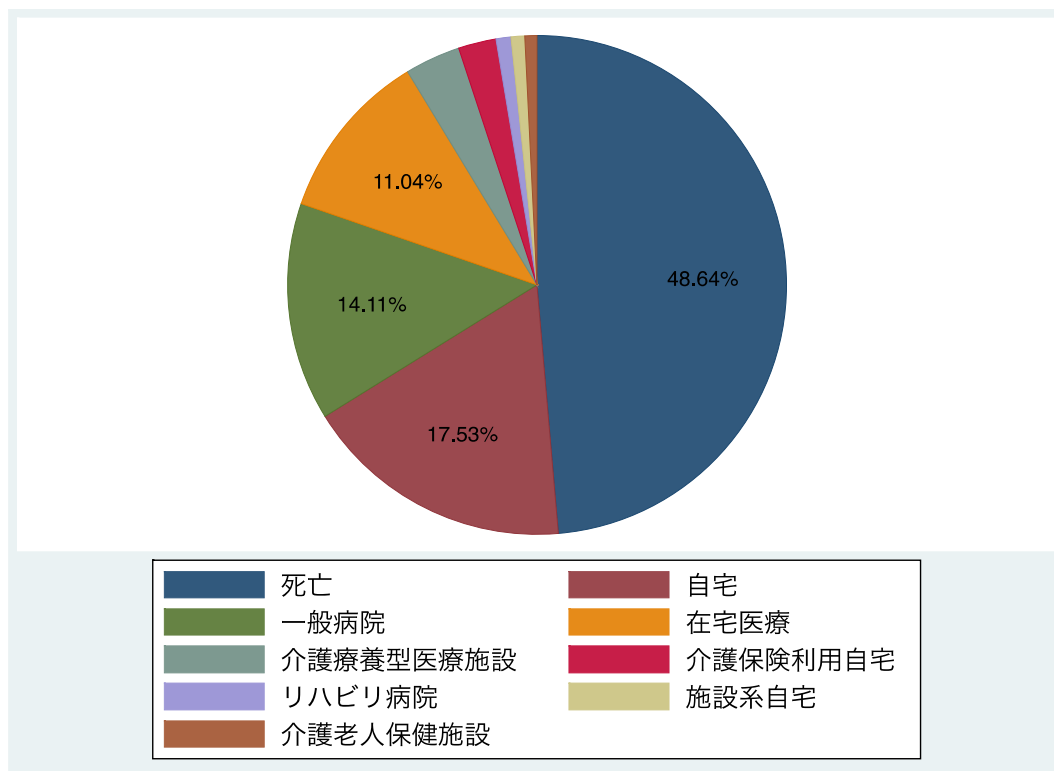
2. 療養場所の選択：意思決定支援の必要性



悪性腫瘍患者が亡くなる場所は未だ、急性期病院が最も多い。それも多くが元々治療を受けた病院に入院し亡くなる、という経過をとる。池上らが平成 20 年に報告している鴨川市の終末期療養場所の調査結果と、厚生労働省が行った平成 20 年の『終末期医療に関する調査』を前頁のグラフに示す。一般の方の 6 割前後が在宅での療養を希望しているが、実際に在宅死を希望するのは 1 割程度にとどまる。一方で、注目すべきは、池上らの調査にある鴨川市の結果で、医師、看護師の 2 割以上、介護職の 3 割以上が自宅で最期をと希望していることである。安房地域では中核病院の多くが在宅医療を古くから行っており、千葉県内での悪性腫瘍の在宅看取り率も安房地域が最も高い。このように自らの患者が自宅で療養する様子を見聞きする機会が多いことも影響していると考えられる。次ページのグラフに、亀田総合病院の総合相談室が関わった症例の最終入院後の転帰先をまとめている。最終入院後の転帰として最も多いのは死亡退院であり、約半数を占める。ついで軽快自宅、一般病院（含むホスピス）転院、看取りを視野に入れた在宅医療導入となっている。亀田総合病院での相談体制は MSW20 名、かつ、同法人内に在宅医療を専門とする部隊を持ち、緩和ケア科と連絡をとっているという恵まれた環境に在る。このような環境だからこそ、死亡退院、軽快退院以外の 1/3 が在宅医療を利用するという状況になっている。しかし、問題は死亡退院の多さである。

ホスピスの利用や在宅死が増加しない理由は、数多くあり、家族構成の問題をはじめ緩和医療病棟、ホスピスなどの不足、など様々な事が複合的に関与していると考ええる。私はそれらの要因の中であまり対策が取られておらず、全体として大きな影響を与えている原因の一つに、悪性腫瘍の治療を担う急性期病院での退院支援体制、療養相談体制にあると考えている。前頁グラフの医師がどのような療養場所を勧めるのかの全国調査では、在宅で最期までと勧めるのは 5%にとどまっており、看取りが近い状況の時に、医師が退院に対してブレーキを踏んでいる可能性が高いのではないかと推測するし、私自身、そういった場面を多く見聞きしている。

日本の医療制度が今や危機に貧しているとは言うものの世界の中でも優れたものの一つであることは疑いがない。フリーアクセス性が高く、個々の経済状況に大きく左右されず、ほぼ最高水準の医療が受けられる。つまり、日本においては経済的な要因が患者の受療行動を制限することは少なく、仮に治癒の見込みがなくても医師が勧める治療を受けやすい、という環境に在るとも言える。



グラフ 亀田総合病院の総合相談室が 2005-2011 年に関わった症例の最終入院後の転帰先

日本のような環境においては、治癒不可能であるとわかった場合にどのような人生を送ることが最善であるのか、ということについて患者と丁寧に向きあい、彼らの心の奥にある真の希望を引き出す必要がある。そのうえで、私達が生き方をサポートする体制をとる事が求められる。

このような丁寧なアプローチこそが、病院死を減らし在宅死を増加させるのみならず、逆説的だが、コストを削減し、限られた医療資源を有効に使う事を可能にすると信じている。

3. がん相談支援センターの現状

上記で述べたような丁寧なアプローチが現状の人員で可能か、と言えば不可能と言わざるをえない。多くのがん拠点病院の相談支援センターは専従とは名ばかりで、通常の退院業務と兼務となっていることが多い。また、主な支援も実際には入院中の患者や稀に相談に来る患者に限られており、戦略的に全員に関わっている、というような取り組みは県のがんセンターや一部の病院にとどまるというのが実情であろう。

実際、千葉県のがん相談支援センターの会議と、難病相談支援センターの会議を例に上げると、半数以上のスタッフが両方の会議に出席しており、多くは医療相談室や地域連携室で両方の業務を行っていた。北里大学病院でも専従者は 2 名いるものの実際にはがん相談支援のみを

行なっているのは1名のみで、もう1名のMSWは他疾患の退院支援も行っている。

多くの急性期病院においては、地域連携室にせよ、がん相談支援センターにせよきちんとした数字に基づいた人員の配置計画はなく、現状の人員で可能で、かつ、規定を満たすために人員配置を行なっているというのが現状であろう。これでは、戦力の逐次投入と同様、コストはかかるが効果は期待できない。

4. 意思決定支援の数的人員要件

では、意思決定支援をどこで、どのように行えばいいのでしょうか。悪性腫瘍の場合、患者のほとんどは外来に通っている。そして、悪性腫瘍で受診している外来患者の少なくない数がすでに有効な治療法がない状況にある。下の表は北里大学病院のいくつかの科の外来で調査した、医師が考える治療段階毎の患者割合である。

治療レベル	北里で治療	転医候補	未記入	総計	割合
初期治療中			22	22	5.4%
根治治療中	1		80	81	19.8%
寛解経過観察	4		183	187	45.7%
有効対症の治療中	37	7	3	47	11.5%
低有効治療中	24	13	1	38	9.3%
治療困難	10	7		17	4.2%
終末期	8	3	2	13	3.2%
未記入			4	4	1.0%
総計	84	30	295	409	

表1 外来における医師が認識している治療レベル毎の治療場所の予定

治療レベル	予約間隔中央値(日)	2週間以上の割合	10日未満の割合	推定実患者割合
初期治療中	6	11%	65%	1.7%
根治治療中	16	47%	33%	23.1%
寛解経過観察	23	60%	24%	65.5%
有効対症の治療中	14	27%	41%	2.7%
低有効治療中	13	24%	48%	4.6%
治療困難	14	29%	29%	1.5%
終末期	7	29%	63%	1%

表2 治療レベルごとの外来予約頻度とレベル毎推定実患者割合

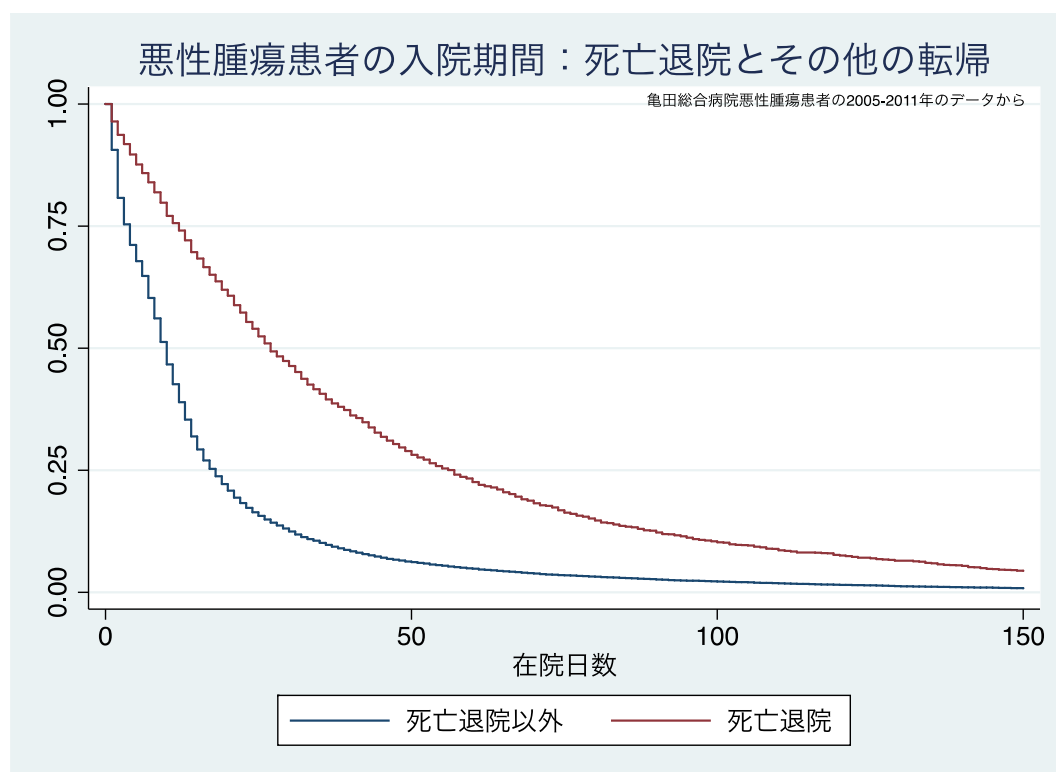
この結果から、外来に受診している患者のうち、低有効治療中以上の困難さを医師が感じている割合は 16.7%程度である。これらの病態の外来受診頻度を表 2 に示す。調査時直近 2 ヶ月間の予約間隔の中央値は治療困難例で 14 日、終末期で 2 週間程度であるが、終末期であっても 2 週間以上外来予約がない割合は 29%程度あった。

これらの受診頻度と医師への調査結果から推測した実患者予測数を表に示している。これによれば、約 7%程度が低有効治療よりも治療困難な患者であると推測された。3 ヶ月間に受診した悪性腫瘍患者の実数は約 10000 名であり、北里大学病院では約 700 名程度の治療困難患者が外来受診を続けていると推測される。この外来患者に如何に介入するかが鍵である。

人口 71 万人の相模原市では悪性腫瘍での死亡が現在約 1500 名/年であり、このことを考えると、相模原全体ですら、年間 1500 人日分の、じっくりと話しあう時間さえ確保出来れば、最期を自宅で過ごしたいのか、ホスピスを希望するのかをかなりの確率で決定できるのではないかと考える。これは、約 6 名分の年間労働時間に匹敵する。つまり、相模原市に 6 名の熟練した面接技術を持つ治療意思決定支援要員がいれば、良いことになる。

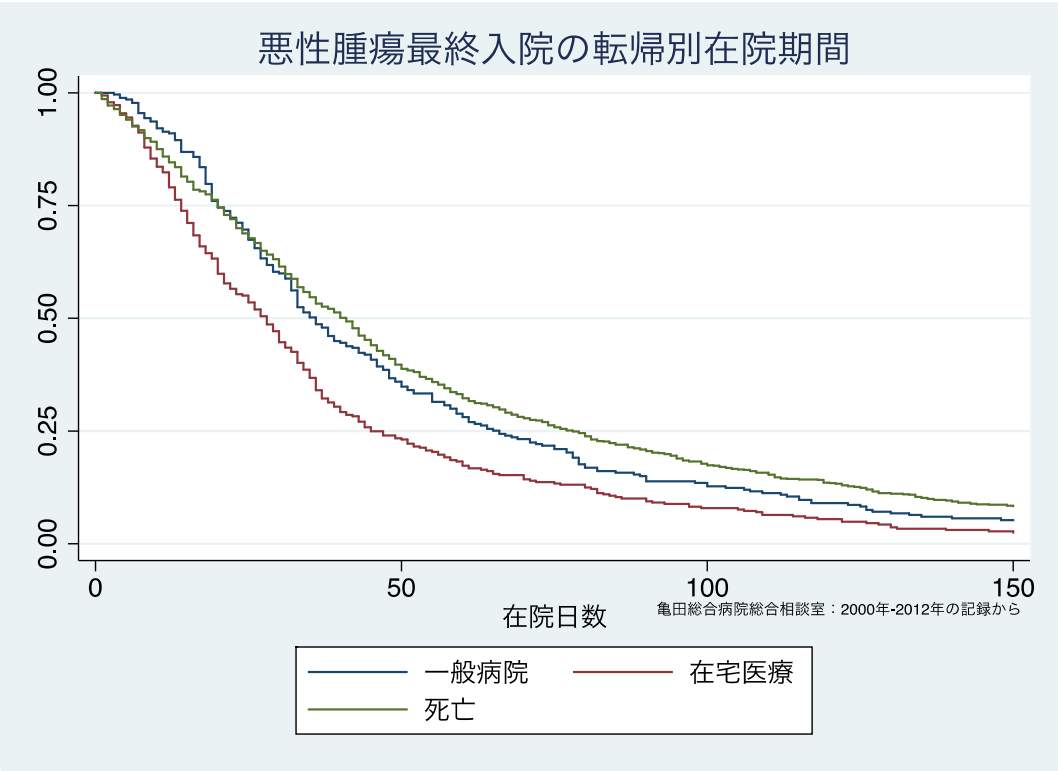
5. 意思決定支援の費用と効果

がん診療拠点病院での意思決定支援が十全に機能し、療養場所についての本人の希望がきちんと聞き出せ、患者さん一人ひとりに在宅療養について生きた情報を提供出来れば、本来市民



が持っている在宅で療養したい、できるだけ家に居たいという希望がより多く叶えられると考
えている。鴨川の医師、看護師への調査や、介護職への調査のように最期まで自宅で過ごした
いとする患者は最終的には 2・3 割程度に増加するのではないかと推測する。

前頁のグラフは死亡退院とその他の転帰との在院日数の差異である。死亡退院の場合には明
らかに在院日数が長いことが分かる。



転帰先	例数	平均在院日数	在院日数中央値
死亡	674	53.8	35
自宅	293	40.8	23
一般病院	198	48.3	37
在宅医療	149	31.2	22
介護療養型医療施設	55	81.5	60
介護保険利用自宅	38	39.9	26.5
リハビリ病院	14	77.1	54.5
施設系自宅	14	36.6	21
介護老人保健施設	10	31.8	27.5

表3 悪性腫瘍患者の最終入院における転帰先別在院日数(亀田総合病院相談室データ)

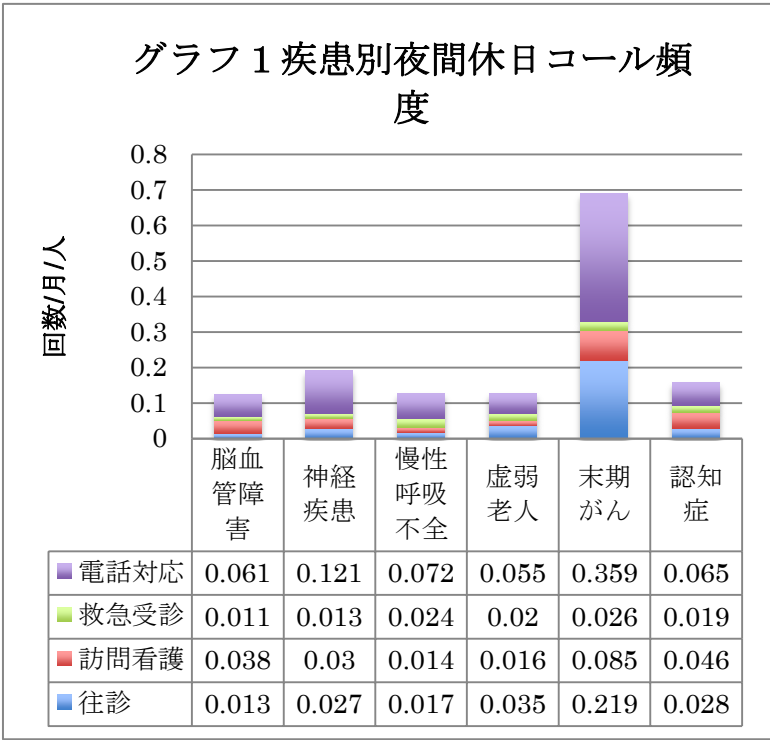
表 3 は最終入院の転帰別在院日数だが、一般病院に転院する場合と死亡の場合、在院日数中央値は 35 日と 37 日でほぼ同じ日数だが、在宅医療の場合には 22 日と 2 週間ほど短い(表 3 悪性腫瘍最終入院時の在院日数参照)。北里大学病院では、死亡退院が年間約 350 例程度あり、この内、意思決定支援により 100 例が在宅死を選んだとすると、年間 $100 \times 13 = 1300$ 床日分、病床を節約できる。

また、亀田総合病院での医療費の検討では、最期を入院で亡くなった場合と、在宅医療を使ってご自宅で亡くなった場合との医療保険点数の比較では、在宅死の場合約 80 万円請求金額が低い可能性が示唆されており、医療費削減効果も期待できると考える。

6. 在宅医療の資源はあるのか？

悪性腫瘍に対する在宅医療の資源がどの程度あるのかという判定は難しい。しかし、私は現状でも意思決定支援によって増加した在宅希望患者の吸収は、悪性腫瘍に限れば、ある程度対応可能なのではないかと考えている。

相模原市のがん死亡数は劇的に治療が進歩しなければ、最大で現在 1500 名、2030 年に 3000 名弱であろう。このうち 30%の方が在宅医療を選択し、ご自宅で亡



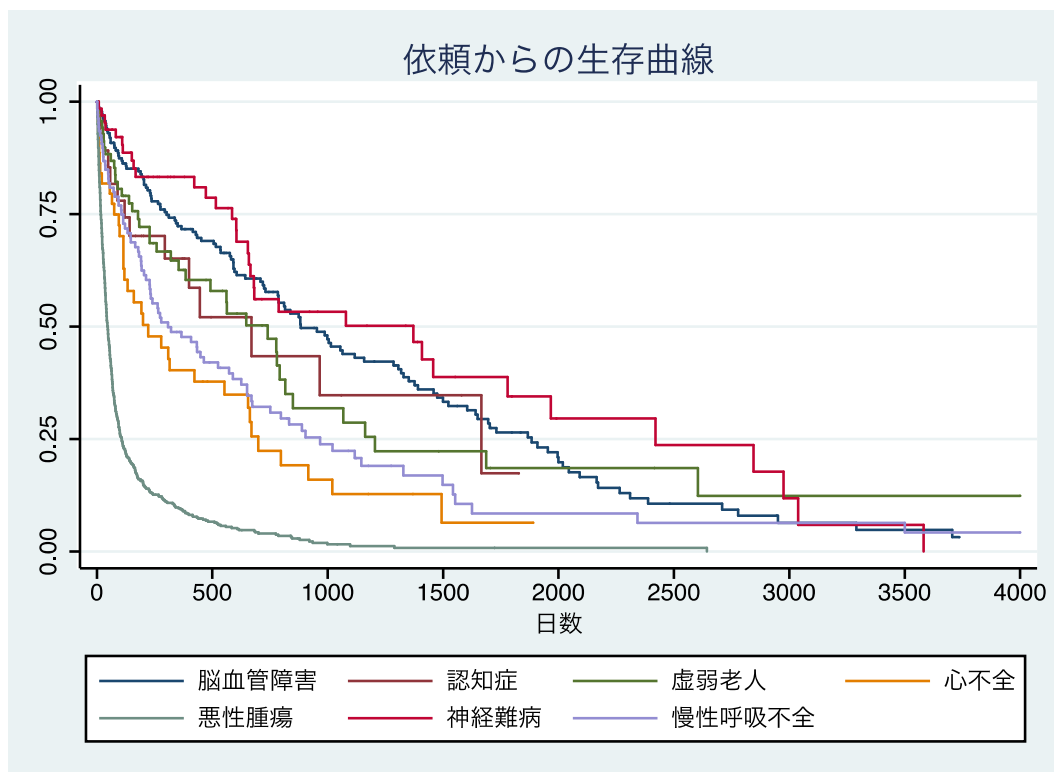
くなると仮定すれば当面は約 450 名、最大時で 900 名を相模原市全域で看取る計算になる。

この数の看取りを行うための夜間、休日の在宅医療資源量を推定してみる。グラフ 1 は亀田総合病院での 2006 年の夜間休日の疾患別コール頻度である。これを元に、年間 1500 名のうち、450 名が在宅医療を受けて死亡すると仮定して、夜間のコール回数を算出する。平均在宅期間は約 110 日であるので、悪性腫瘍患者の合計フォロー人日は $450 \times 110 = 49500$ 人日 $= 1650$ 人月、コール回数の推定値は、 $1650 \times 0.69 = 1140$ 回/年、夜間休日の臨時訪問回数は $1650 \times 0.21 = 346.5$ 回/年となる。

つまり、相模原市内で悪性腫瘍患者の 3 割が在宅死を希望し、その全員が在宅で亡くなったとして、夜間休日の臨時訪問は一日 1 回程度で済む。

相模原市内にも在宅医療を専門にしているクリニックは 5 ヶ所以上、また、在宅医療を行っている開業医も数多く居る。これらを組織化し、市内で 2 ヶ所の夜間休日在宅救急センターを作れば、おそらく全例の見取りが可能となる。

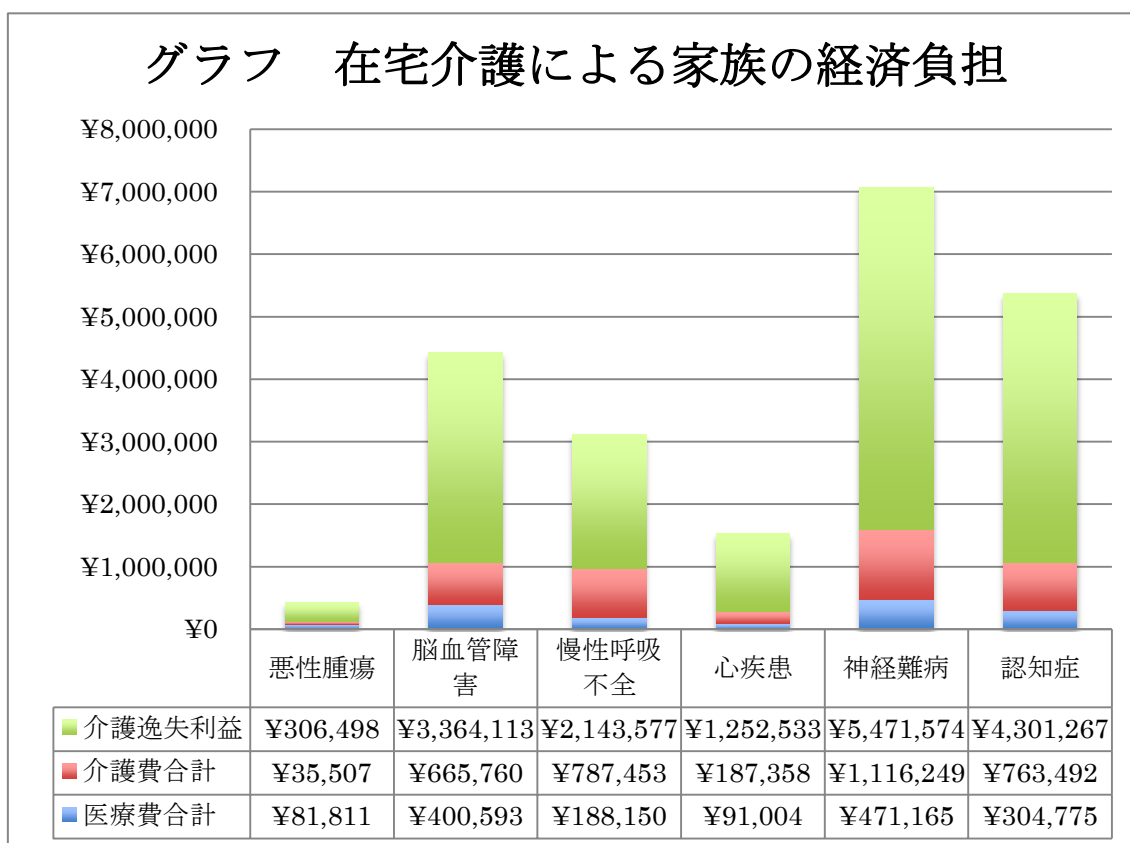
悪性腫瘍は他の疾患と異なり、療養期間が極端に短い。下のグラフは亀田総合病院在宅医療部での代表疾患の依頼から死亡までの予後を示したものである。



つまり、家族や社会全体にかかる負担は他の在宅療養と比較して非常に軽いといえる。次ページのグラフに、在宅医療に依頼があってから、自宅で看取るまでの家族の経済負担の推測値を提示する。介護者が少なくとも一人は労働できず、時給 700 円（推定時の千葉県鴨川市の最低賃金）、一日 8 時間、年 243 日勤務分の収入が途絶えたとして介護逸失利益額を算出した。

ここで示しているように悪性腫瘍の在宅での看取りは家族に対しての経済的な負担は小さい。また、在宅医療導入後の療養期間が他の疾患に比べ短いために経験上、介護者が仕事を辞める、もしくは変わる必要がない場合が多く、介護者の精神的なストレスも認知症や脳血管障害の長期に渡る在宅療養と比較して、一過性であることが多く、介護者の人生自体を狂わせてしまうような負荷が生じにくいといえる。

グラフ 在宅介護による家族の経済負担



私は、限られた病床を有効に活用するためにも、自宅に帰りたい、そこで最期を迎えたい、という患者の心の奥にある隠れたニーズをきちんと吸い上げ、在宅療養につなげることはがん拠点病院の基本的な機能の一つであると考えている。鶏が先か、卵が先かという批判もあるだろうが、私は自宅で最期を迎えたいという患者の希望がより確実に、より多く、きちんと医療従事者に伝わることで、在宅医と拠点病院との連携は現状よりも更に強化され、また、地域の医療介護資源も悪性腫瘍の患者を自宅で看取る、という方向でのサービス構築が加速されると考えている。

7. 意思決定支援をどこで誰が担うのか

意思決定支援はそれほど簡単なことではない。悪性腫瘍の治療は日進月歩であり、その正確な情報は患者の意思決定には欠かせない。したがって、悪性腫瘍治療についての最新知識、コミュニケーション技術、患者へのシンパシーなどを兼ね備える人材が当たる必要がある。750死亡程度に1チームのがん看護専門看護師、MSW、腫瘍を専門とする医師からなるチームを構成することが望ましいと考える。北里大学病院には多くのがん看護専門看護師がおり、中には非常にコミュニケーション能力に優れた人材が居る。現在、外来ベースのがん治療センターに、ソーシャルワーカー、がん看護専門看護師を配置し、治療初期から継続的に関わり、意思決定

の支援につなげようという試みが始まろうとしている。前に述べたようなチーム構成が良いと考えるが、適任者は職種というより能力で選ぶべきである。人口で言えば、死亡率 3%以上人口（男 74 歳以上、女 81 歳以上）1 万人当たり、1 名の人員が必要であろう。高齢化率 20%であれば、人口 30 万人に 3-4 名の人員となる。

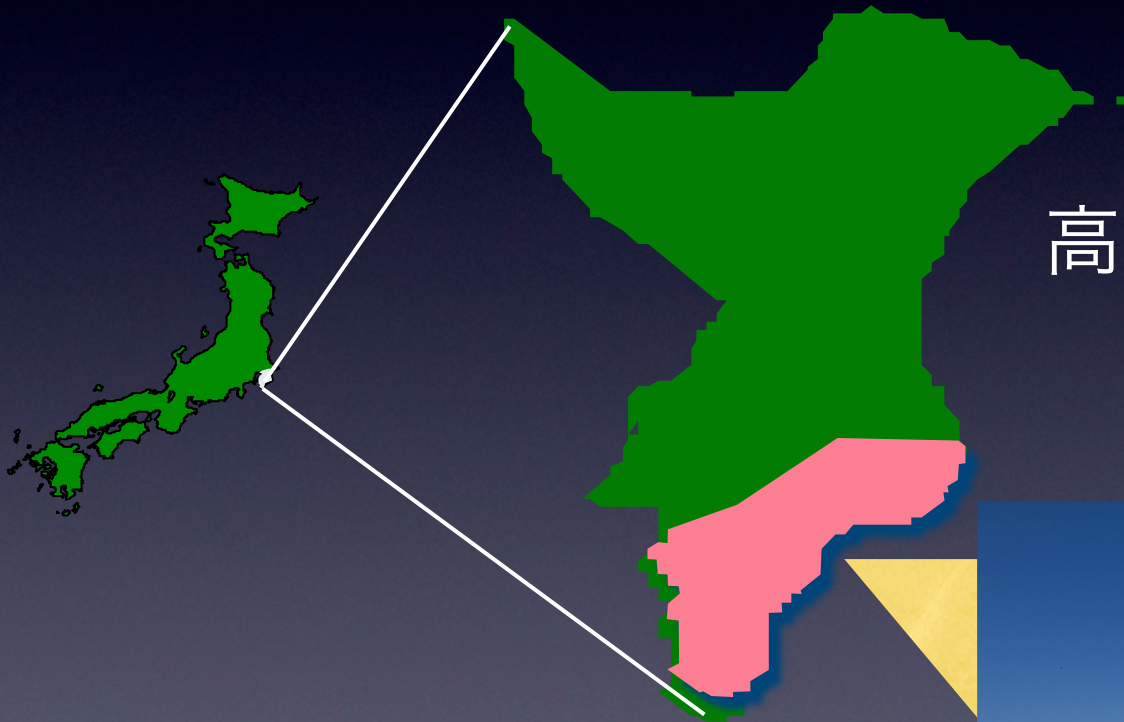
相模原市で言えば、2 つのがん診療拠点病院にそれぞれ 3-4 名ずつの専属チームを配置し市内全域で発生したがん患者に対応するよう区分けを行う。人員はがん拠点病院内だけでなく、広く募集し高額報酬を約束し、選抜制とする、などの工夫が必要であろう。

8. 終わりに

これまで、地域の受け皿としての在宅医療や訪問看護ステーション、更にはクリニカルパスなど様々な試みが行われてきた。しかし、十分に効果を上げているとはいえない現状がある。地域全体で患者の人生を支えるためには、医療・生活環境の整備のみならず患者自身の心のなかにも変化を起こす必要がある。

その担い手としての現状のがん相談支援体制は、たとえ拠点病院といえども全く十分ではなく、何を目的にがん相談支援を行うのかが不明確であると感じる。今後、爆発的に悪性腫瘍患者が増加する現状を考えると、病床不足を少しでも解消し、かつ、医療費を削減し、更に、最も重要なことだが、一人でも多くの人が、自らの最期の日々を自らの人生の充実した締めくくりとして過ごすためにも、療養場所や治療方針決定の支援を行う人員を十分に確保すべきである。

亀田総合病院



高齢化率31-40%



地域医療支援部

総合相談室

MSWとケアマネージャー、看護師からなる部署

退院の援助と退院後のフォロー

地域と病院とをつなぐ架け橋

在宅医療部・訪問看護センター

在宅医療の提供がその主な役割

亀田ホームケアサービス（別会社）

ホームヘルプ事業



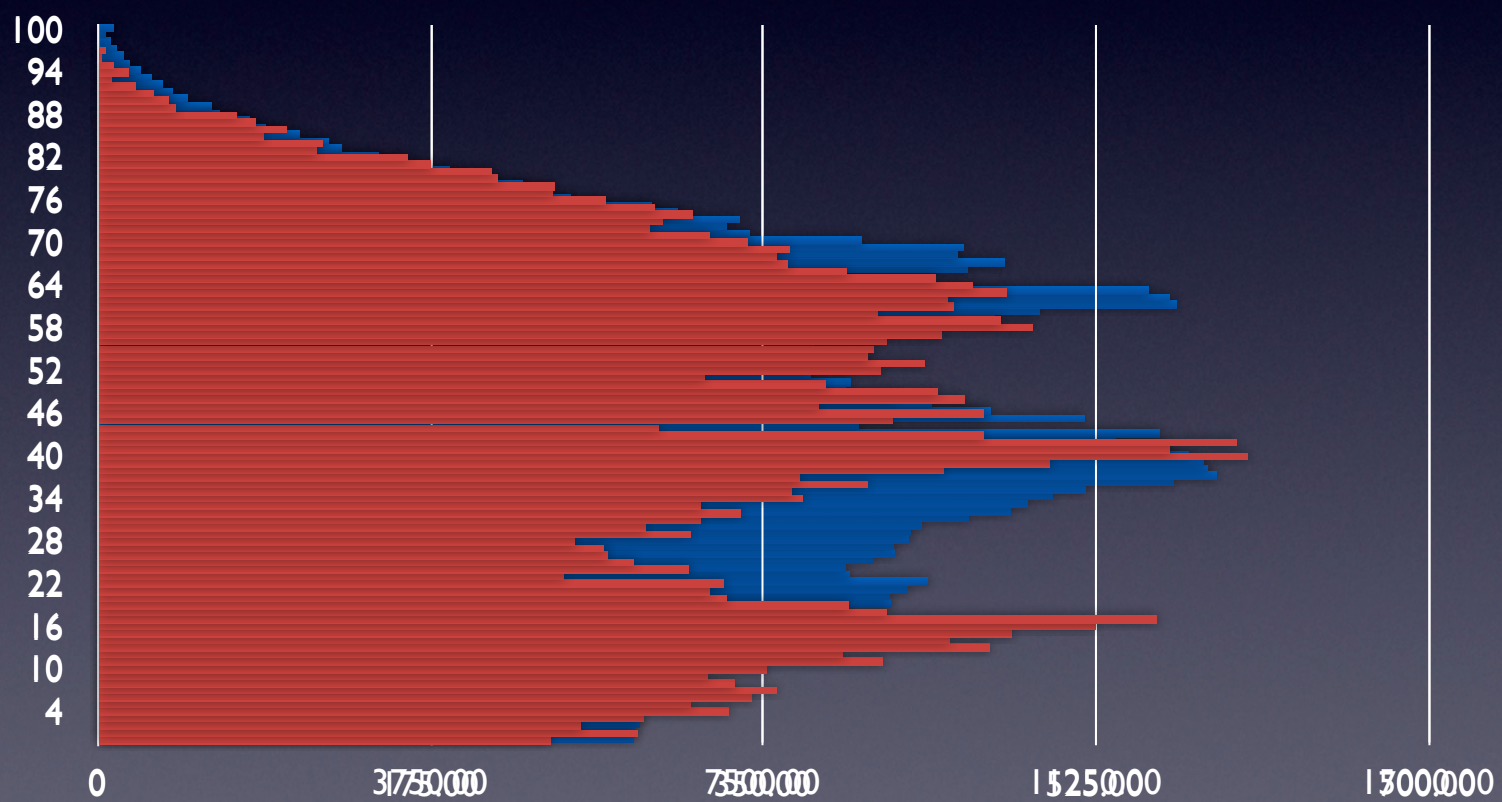
現在の人員

- MSW 21 名
- ケアマネージャー 16 名
- 退院支援ナース 3 名
- 医師 3 名
- 訪問看護師 10 名
- ホームヘルパー 常勤 15 名・登録 55 名

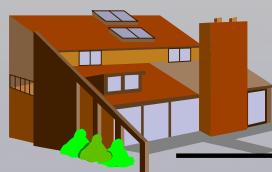
20年

先行した環境

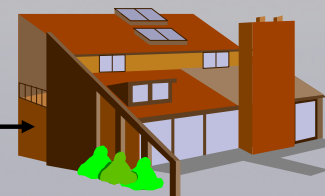
鴨川 1990 相模原2011



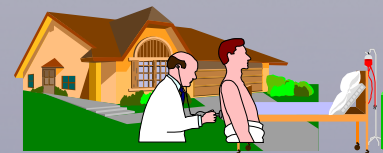
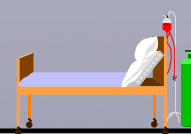
診療所



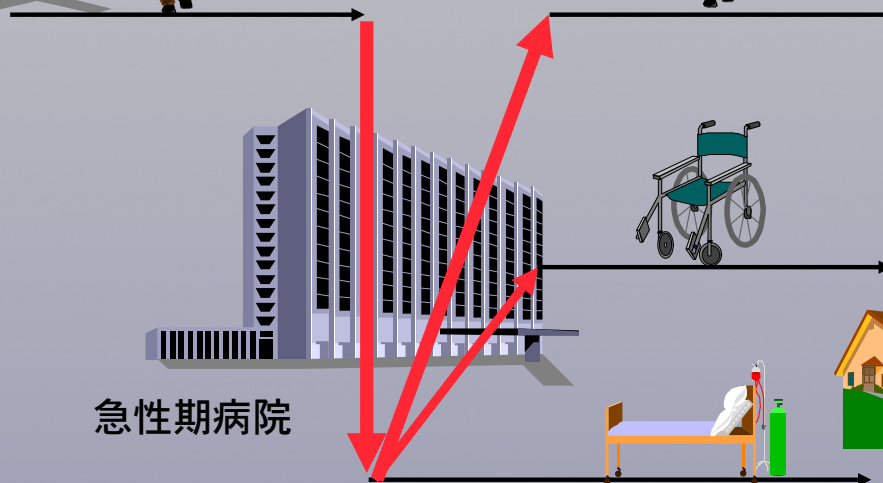
診療所

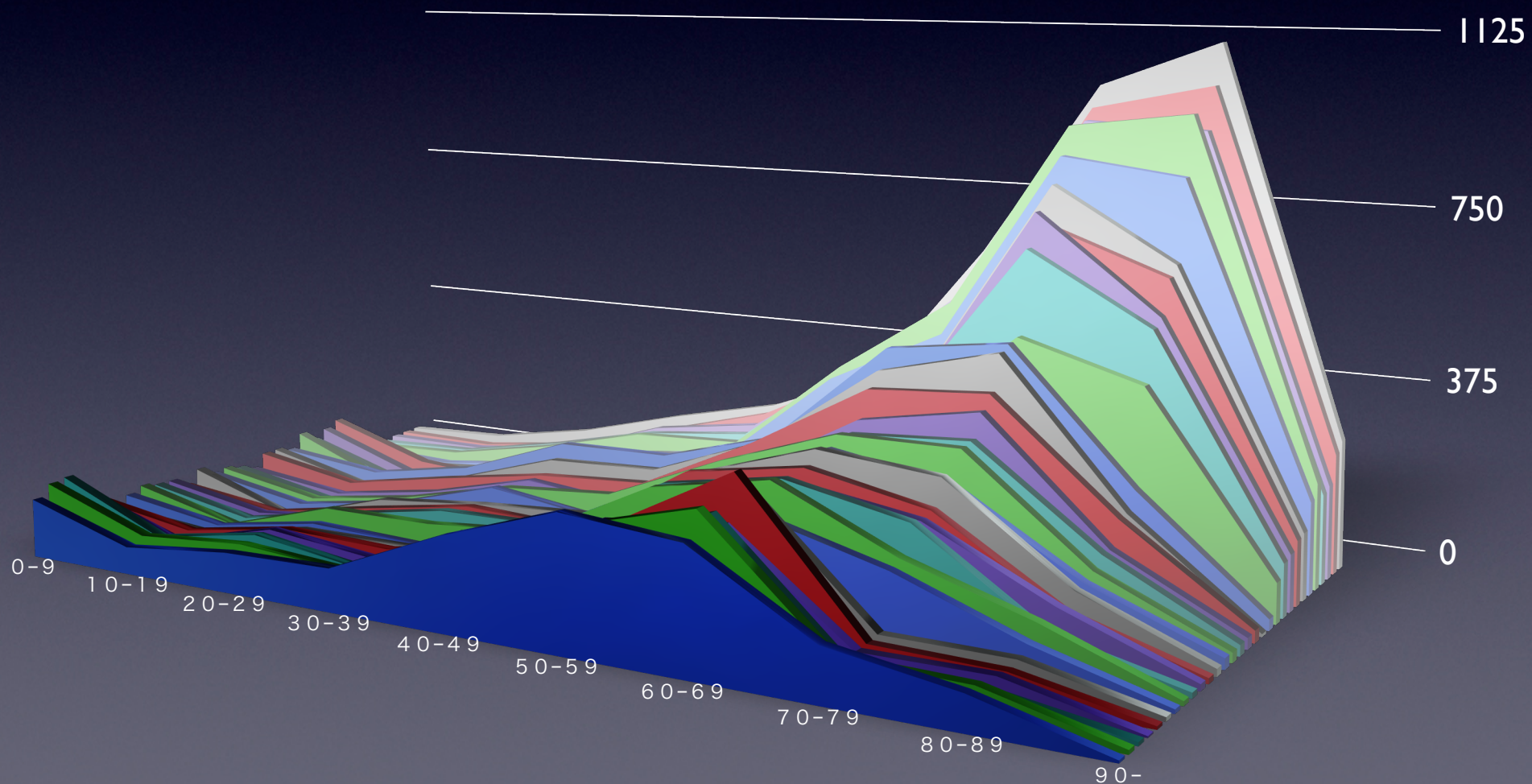
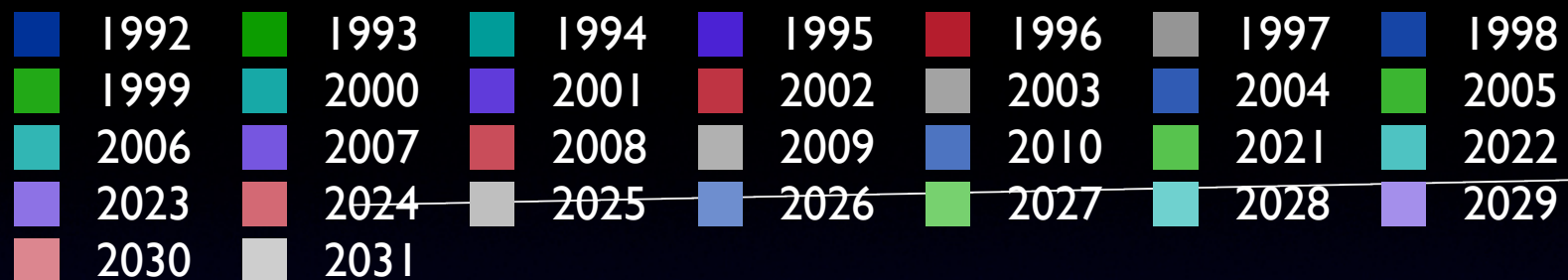


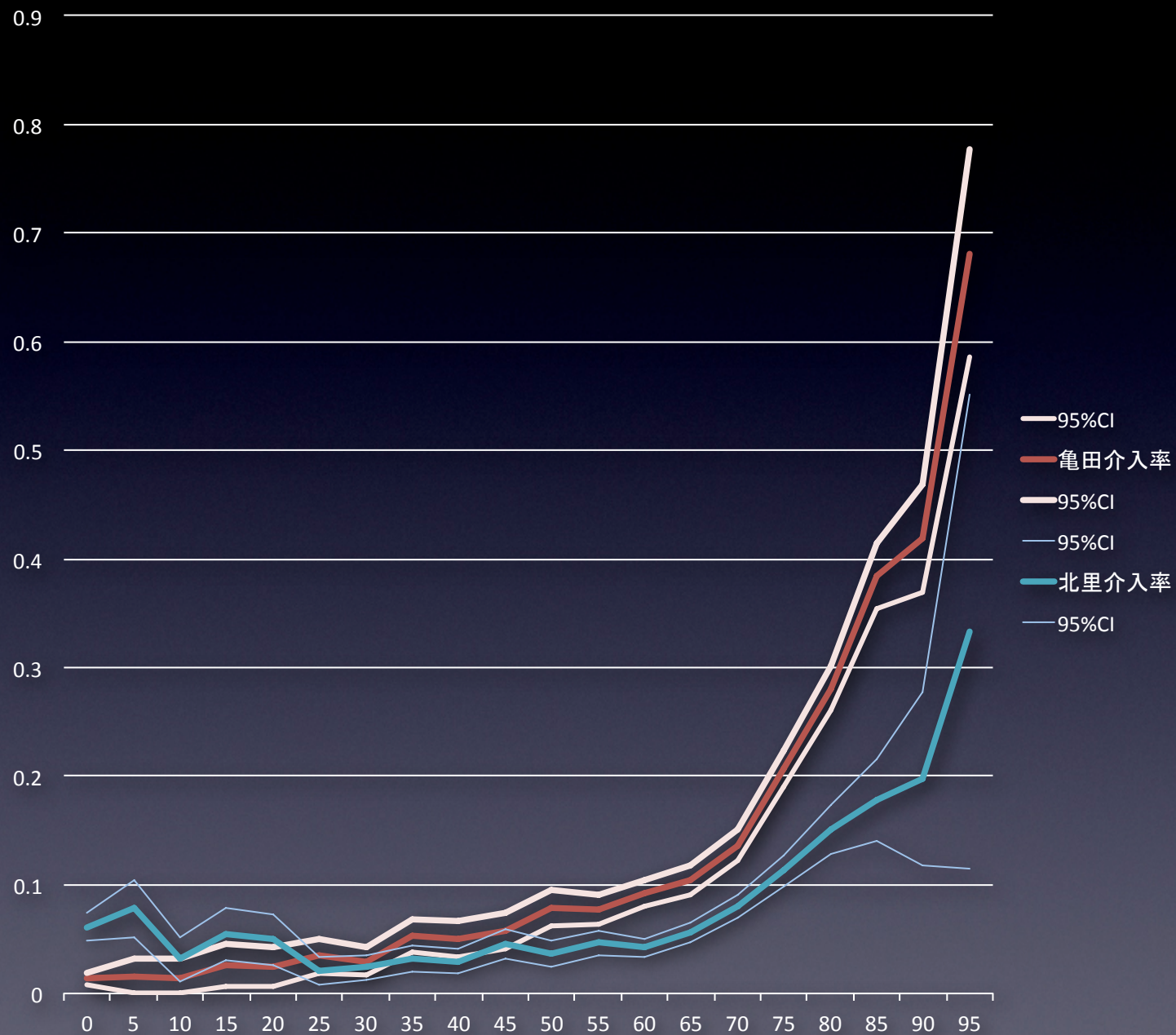
急性期病院



在宅医療

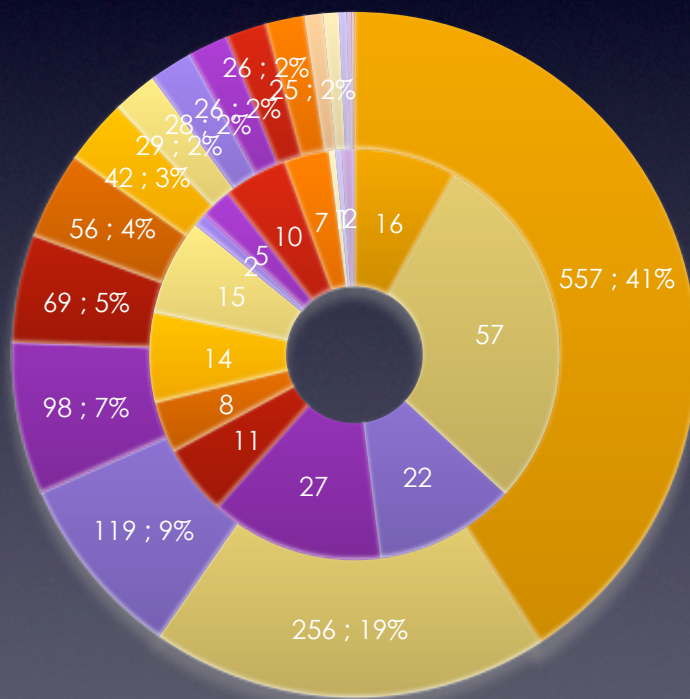






高齢化率の増加に伴
い、退院困難例が激増

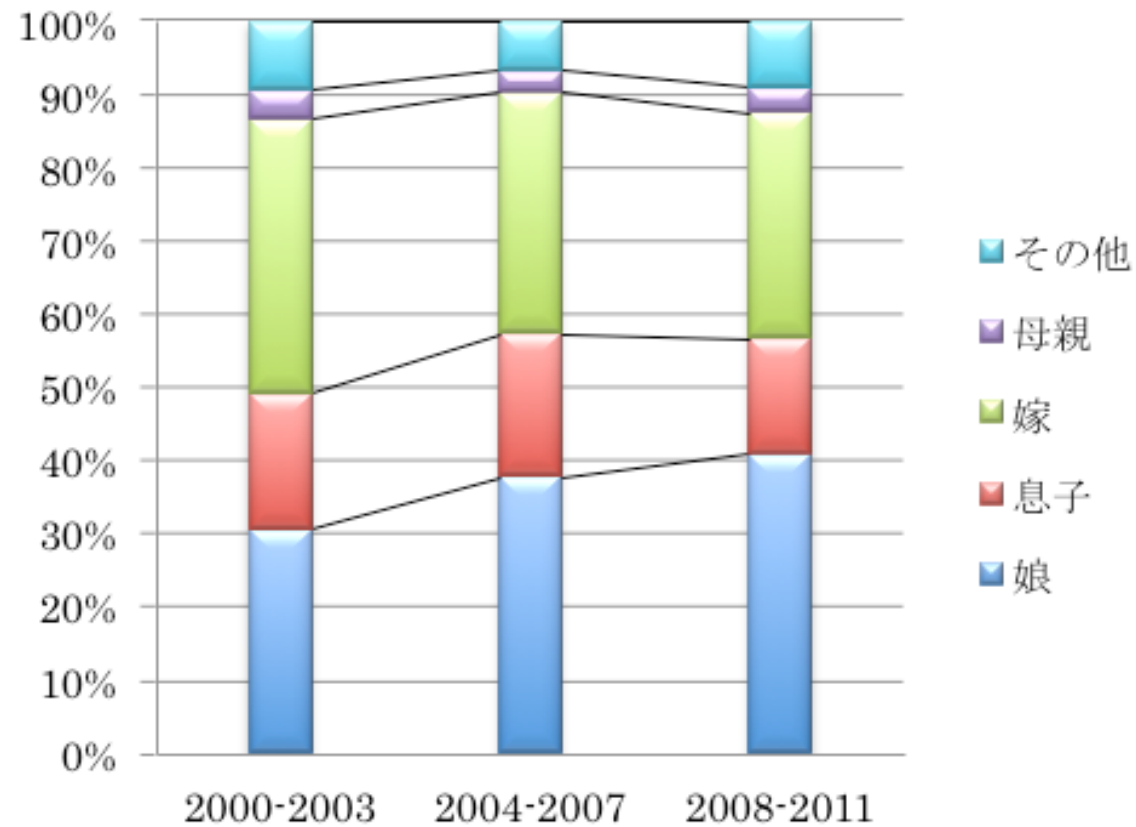
疾患の内訳



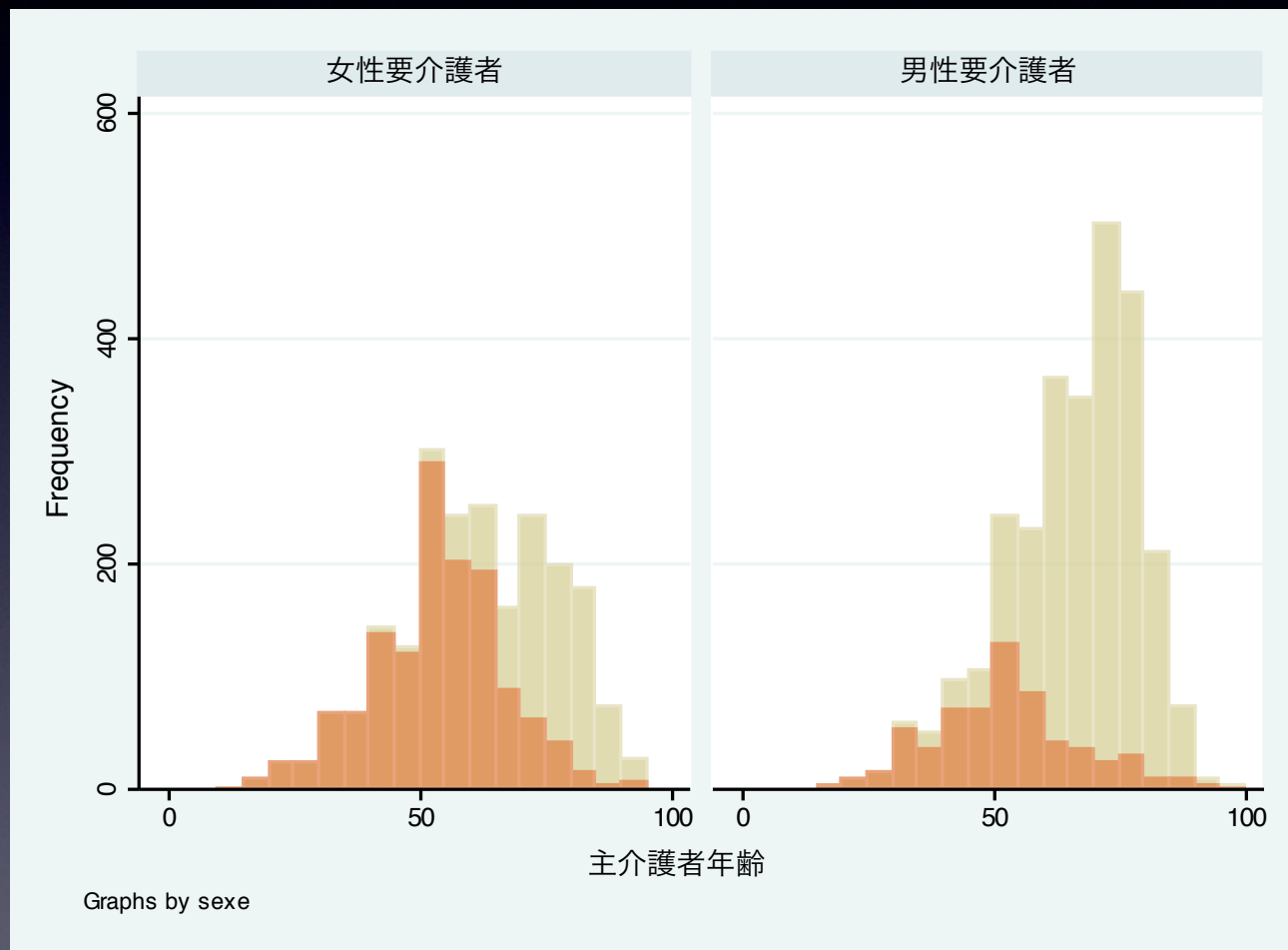
- 悪性腫瘍
- 脳血管障害
- 呼吸器疾患
- 虚弱老人
- 変性性神経疾患
- その他
- 認知症
- 頸椎損傷
- 腎不全
- 膠原病
- 小児
- 心不全
- 術後フォロー
- 肝不全
- 泌尿器疾患
- 介護者

介護者の内訳

表2 主介護者の移り変わり（配偶者除く）



介護者の年齢



悪性腫瘍の在宅

- 意思決定支援の仕組みが必要
- 急性期病院外来での把握を行う必要がある
- 夜間、休日の在宅診療を保証する

保険医療圏	在宅支援診療 所数(A)	(A)対人口10 万人	訪問患者合計	訪問患者/診 療所数	自宅看取り数 (B)	(B)対人口10 万
千葉2007	41	4.41	4254	103.8	224	24.1
千葉2008	40	4.3	4380	109.5	315	33.9
東葛南部 2007	60	3.61	3000	50	170	10.2
東葛南部 2008	65	3.91	2741	42.2	181	10.9
東葛北部 2007	42	3.2	2666	63.5	250	19
東葛北部 2008	46	3.5	4143	90.1	133	10.1
安房2007	8	5.56	474	59.3	85	<u>59.1</u>
安房2008	8	5.56	430	53.8	107	<u>74.4</u>
県合計2007	207	3.36	11923	57.6	993	16.1
県合計2008	211	3.43	13329	63.2	946	15.4

最重要課題

- 家に帰りたい、という希望をきちんと叶える仕組みづくり：退院支援、意思決定支援
- 夜間・休日のコールを受け、対応するための専門職の集団を形成する
- 長期間・高額の医療費がかかる治療の問題