

スライド1

## 在宅緩和ケアの実情と課題

医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所  
大岩孝司

スライド2

## 報告内容

- ・ さくさべ坂通り診療所  
診療／対外的な活動
- ・ 在宅緩和ケアの課題
- ・ 在宅緩和ケア普及の対策

スライド3

## さくさべ坂通り診療所の活動報告

- ・ 診療体制／診療内容
- ・ 対外的な活動

スライド4

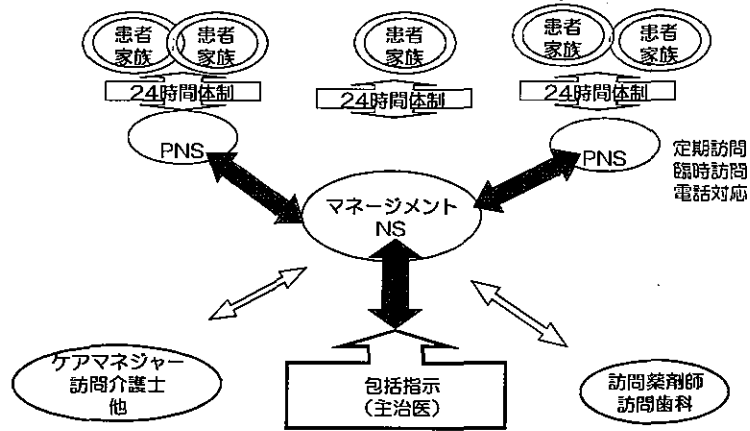
## さくさべ坂通り診療所の活動

- ・ 勤務医としてのがん終末期在宅看取り 1990年
- ・ 在宅緩和ケア診療所開設 2001年
- ・ 診療内容
  - 在宅緩和ケア
  - 訪問診療・看護、デイホスピス、グリーフケア
  - がんのホームドクター
  - セカンドオピニオン（がんのあらゆる相談）
- ・ スタッフ

医師	常勤	2名	研修医	1名
看護師	常勤	3名		
ケアマネジャー	常勤	1名		
事務職員	常勤	1名	非常勤	1名

## ケア提供体制

- ① 医師・看護師の院内一体型のチームケア
- ② コーディネーターがチームの中核  
→ マネージメントナース  
院内・院外のチームとの連携のコーディネーター
- ③ 訪問看護師はプライマリー、完全受け持ち制
- ④ カルテは共有



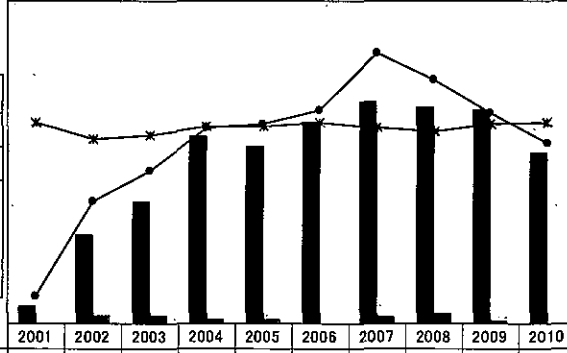
## ケアの質の評価・維持

—さくさべ坂通り診療所—

- ・ 提供したケアの質の評価  
在宅死率、在宅完結率  
モルヒネ使用量の変化（死亡前1週間）  
向精神薬（ジアゼパム）使用量の変化  
言語によるコミュニケーション維持  
遺族による評価（グリーフケアをかねて）
- ・ カンファランス  
モーニング・イブニングカンファランス（毎日）  
デスカンファランス（1回/週）  
→ STAS

## さくさべ坂通り診療所の診療実績

相談件数	1087件	2.8日/件
訪問件数	905件	
中断件数	62件	7.5件/年
死亡者数	病院死	17名
	ホスピス死	4名
	在宅死	810名
		在宅死率
		97.5%



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
在宅死	9	44	60	93	88	100	110	107	106	85
病院・ホスピス	0	4	4	2	2	0	3	5	1	0
新患者	14	61	76	97	99	106	134	121	105	90
在宅死率	100.0	91.7	93.8	97.9	97.8	100.0	97.3	95.5	99.1	100.0

条件が整えば殆どの患者は住み慣れた家に  
最後まで居る事が可能である

## 対外活動

- ・ 研修・実習の受け入れ  
看護学生の実習（K看護学校）  
医師の研修
- ・ 学生講義  
千葉大学医学部、教養課程  
C看護学校
- ・ がんプロフェッショナル養成プラン、在宅緩和ケア担当
- ・ PCC連絡協議会
- ・ 在宅医懇話会  
定時講習会（症例検討を含む）  
メーリングリスト（医療アドバイスなど）
- ・ 国立病院機構千葉医療センターとの連携  
緩和ケア外来担当  
定期カンファランス（1回/月）
- ・ さくさべ坂通り診療所公開カンファランス
- ・ 地域住民との関わり（東千葉地域自治会）
- ・ ボランティア活動受け入れ

## 千葉県在宅医懇話会

—在宅に関心のある開業医を中心にした集まり—

- 1) 設立の経緯  
さくさべ坂通り診療所が主導し、運営することとして、千葉県がんセンターおよび在宅に関心のある診療所に呼びかけた。
- 2) 設立の目的  
がん在宅緩和ケアにおいて開業医の医療連携を図る  
医療・福祉の多職種と連携して、ネットワークの構築を行う  
研修事業：多職種、市民・患者を対象
- 2) 準備会・総会（2006.9～2010.12）
 

開催	17回
参加人数	50～100人（医師：30～40人）
- 3) 登録数
 

医師	198名
看護師	64名
薬剤師	5名

## PCC連絡協議会

PCC連絡協議会（2010.8発足）

代表 川越厚 副代表 大岩孝司・森井正智

### ・ 目的

実際に在宅緩和ケアに取り組んでいる全国の在宅療養支援診療所を中心に意見交換、研究、提言などを行い、質の高い標準化したケアを効率的に遍く国民に提供することを目的とする。

### ・ 構成

PCC連絡協議会の目的を理解・賛同し、地域の訪問看護機関等と一体となった専門チームにより、在宅緩和ケアを提供する在宅療養支援診療所とする

スライド11

がん在宅医療の課題  
—在宅看取りから見る—

スライド12

目 的

PCCを中心としたシステム構築の  
合理性を明らかにする

## 前 提

### —在宅死（看取り）の話—

自宅での看取りの割合（在宅死率）は、  
→患者の希望を叶えた割合と同義  
→提供したケアの水準を表す重要な指標の一つ

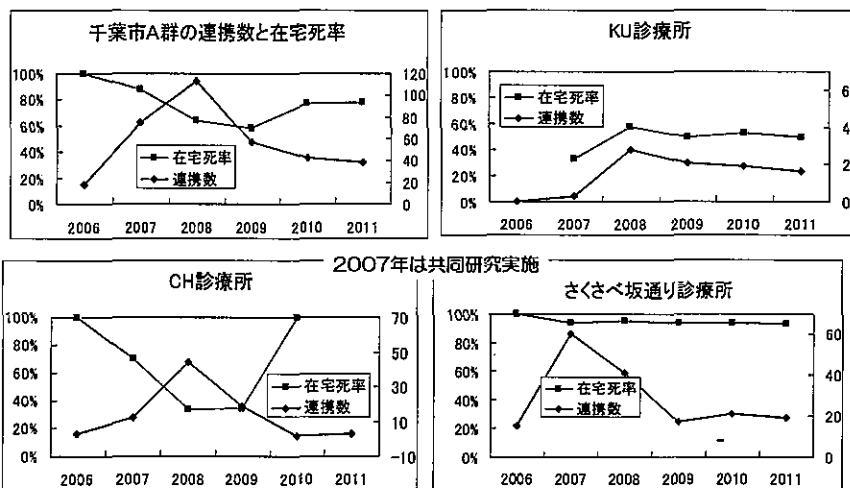
- 1) 在宅緩和ケア  
患者が今、少しでも良く生きることできるような医療・ケアの提供すること  
→良いケアが/良く生きるケアが大切、でもその結果は“死”
- 2) 患者の療養場所の希望を最後まで叶えることが大事  
自宅での看取りは、患者の希望を叶えた結果  
死は生きてきた結果あり、最後の日々過ごし方が反映

## 論 点

- ・ かかりつけ医を中心とする医師会あるいは病院  
主導の在宅緩和ケアのシステム構築  
成果が上がっているか？  
今後に期待ができるか？
- ・ PCCはかかりつけ医と敵対するか
- ・ PCCと拠点病院は競合するのか
- ・ PCCとする基準をどうするか

## 千葉県がんセンターとの連携から考える

### 千葉市医療機関と千葉県がんセンターの連携 —A群の診療所—



A群：連携数20人以上/年の診療所



連携診療所	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	在宅死率	連携数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数
C			50%	3	67%	7	60%	6	33%	8	0%	3
D					25%	5	60%	11	66%	9	0%	2
E	0%	0	73%	12			0%	3				
F						1	0%	5	56%	9	0%	4
G							40%	6	43%	7	40%	5
H							0%	4	0%	2	0%	4
I							17%	6	0%	2	100%	2
J							0%	2	0%	2	0%	2
K							50%	3	100%	1	0%	2
L							100%	1	0%	1	0%	1
M							0%	1	0%	2		
N			0%	1					100%	1		
O			0%	1					0%	2		
P									0%	2		
Q			0%	1								
R									50%	2		
S			0%	1								
T							0%	1				
U							0%	1				
V									0%	1		
W							0%	1				
X							0%	1				
Y											0	1
Z											0	1

A群以外の診療所  
 黄色 B群：連携数5～19例  
 緑色 C群：連携数1～4例

スライド17

スライド18

## 結果

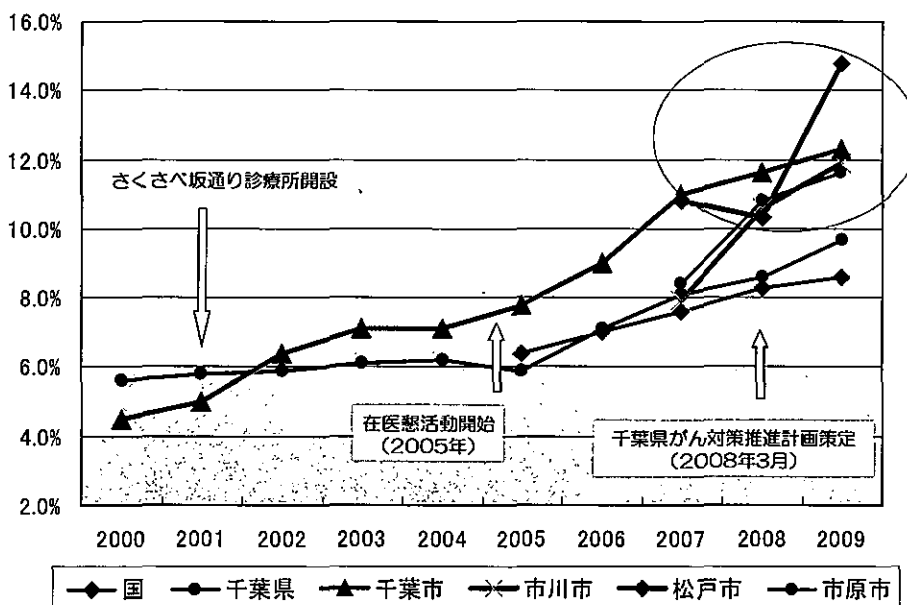
- ・ A群は、連携数が多く、在宅死率が高い
  - ①一体型のチームケア、基準を共有しないと在宅死率（ケアの質）の向上はない  
KU診療所/CH診療所
  - ②A群（PCC）の継続性は不安定  
→医師個人の意欲のみに依拠
- ・ B群、C群は連携の継続が困難  
経年的にみると殆どが連携数に変化がないか低下する
- ・ B群、C群の在宅死率の上昇も見られない  
千葉県がんセンター在宅移行チームのがんばりは特筆ものだが  
→かかりつけ医を中心の在宅緩和ケアの制度設計は無理

スライド19

## 千葉県・千葉市の状況

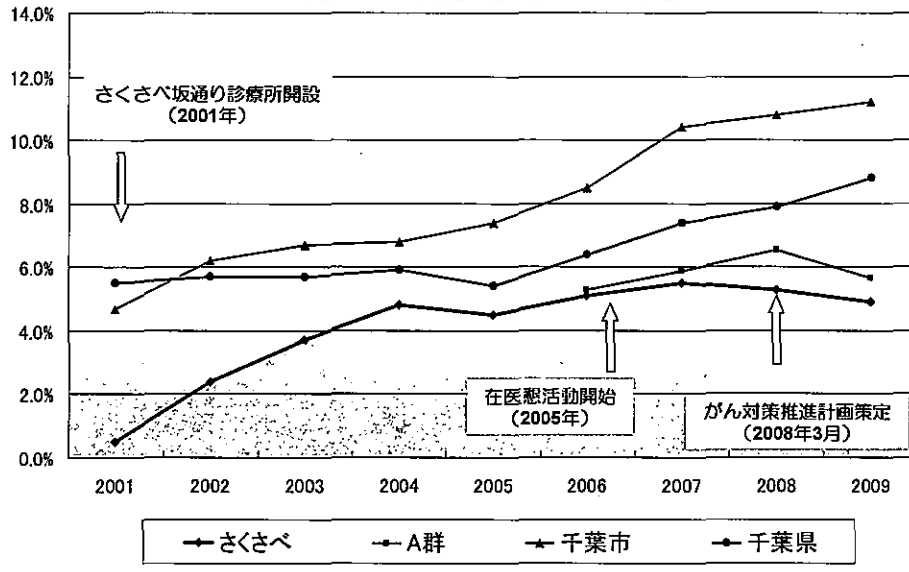
スライド20

### 千葉県における“がん在宅死率”年次推移



スライド21

### 千葉市在宅死率の年次推移 PCC(さくさべ坂通り診療所)の寄与



スライド22

## 結果

- ・ 在宅死率が高いのは、PCCに相当する診療所がある地域  
千葉市、市原市、市川市、松戸市  
全国の都道府県の在宅死率も同じ現象
- ・ 意欲のあるチーム/PCCの継続性の保証が必要
- ・ がん対策推進計画の発動が在宅緩和ケア活動を阻害  
拠点病院整備の促進  
→ 緩和ケアチームによるがん終末期患者の院内抱え込み  
病院回帰の道筋の強化 (拠点病院主導の緩和ケアパス)

## がん在宅医療普及の対策

## がん対策推進計画の見直し

### —緩和ケアの概念構築—

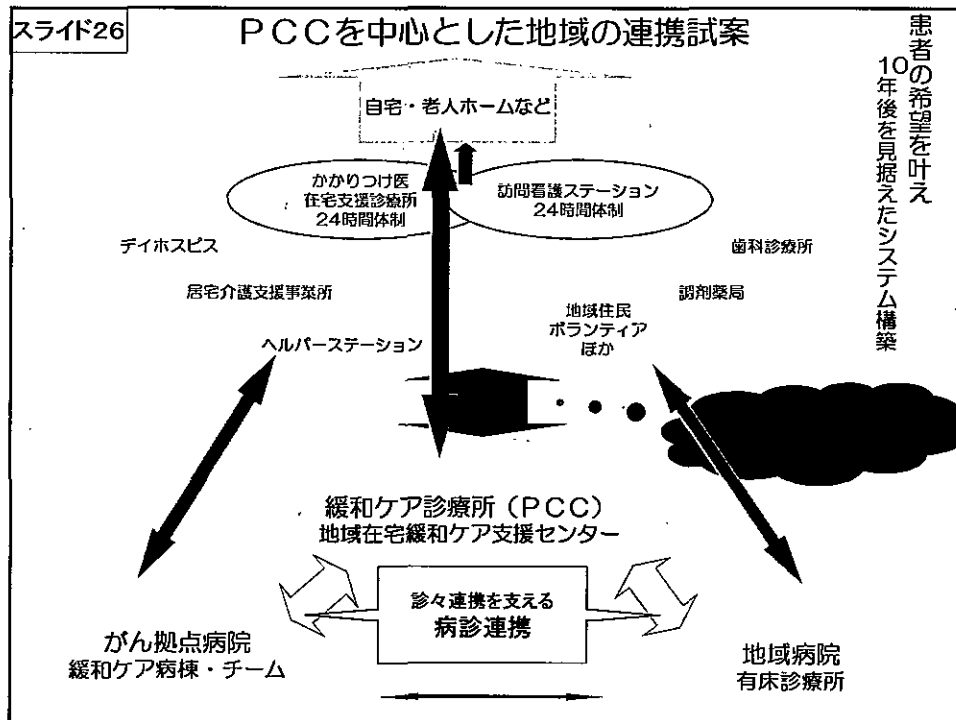
- 1) 緩和ケアの概念の再構築  
治療の初期段階からの緩和ケア／がん終末期の緩和ケア  
切れ目のない緩和ケア
- 2) 在宅緩和ケアの基準に基づいたシステム構築
- 3) 人材育成のプログラムの重要性の認識  
研修は人材育成、人材の創出にはならない

## 提言の前のまとめ

- ・ かかりつけ医を中心とする医師会・病院主導の在宅緩和ケアのシステム構築は、  
将来に繋がる成果は上がっていないし、期待できない
- ・ PCCを基軸にしたときに、かかりつけ医との関わりは  
地域の役割分担でかかりつけ医にメリットが大きい
- ・ PCCと拠点病院とは  
競合ではなく、連携であり役割の明確化が重要
- ・ PCCとする基準は  
共有できる骨格が必須  
PCC連絡協議会として発信する予定

- 1) PCCの活用が重要
- 2) 現状を是認にして、拠点病院主導がかかりつけ医を対象として幾ら努力をしても成果は上がらない

## PCCを中心とした地域の連携試案



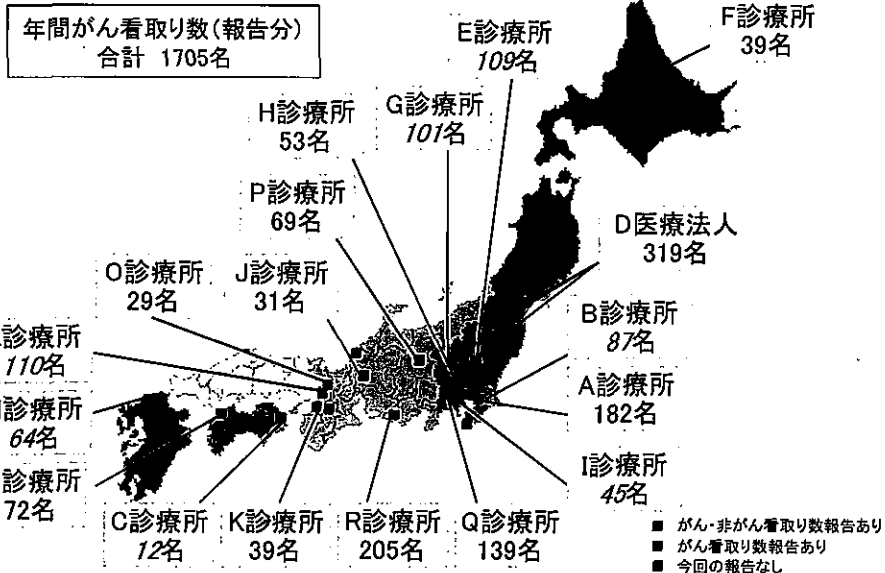
## 在宅緩和ケアの“現場”に基軸が必要

日本の各地域には基軸候補となる  
在宅緩和ケア診療所 (PCC)が育ってきている。

### 緩和ケア診療所(PCC)連絡協議会 会員施設 年間がん看取り数

※入会申込中の3診療所含む

青字:2010年実績 斜字:1996年~2010年の平均



## 提 言

- 在宅緩和ケアの充実には、  
現状是認ではなく医療のパラダイムシフトを認識し、地域に基盤をおいた新たな医療形態の創造をしなければならない。
- 緩和ケアの専門診療所（PCC）を、在宅緩和ケアの基軸にしたシステムを構築することを強く提言する。

PCCの創出で地域が変わる！  
地域緩和ケアの構築に大きく前進

## 在宅ホスピス緩和ケアの基準を策定する際の前提

- 1) その視点は徹底して患者のものであること
- 2) 基準とは、理念と実施基準を総合した表現として捉えるのか、単に理念を実現するため必要かつ基本的な枠組みをいうのかを明確にする。  
ここでは言葉を明確にする意味で、基準の意味を後者とし、“理念”と“実施基準”に分け統一する。  
基準は、理念を実現するために必要かつ基本的な枠組みと捉え、“理念”と“実施基準”を明確にする。
- 3) 在宅ホスピス緩和ケアはホスピス緩和ケア領域の大きな柱であること。
- 4) ホスピス緩和ケアの視点と在宅ケアの視点の統合を行うこと
- 5) 施設ホスピス緩和ケアとの違い、非がん疾患在宅ケアとの違いを勘案したものであること
- 6) 実施基準は普遍性を考慮する。(STASに準ずる形で、策定)
- 7) 1)～6)のあるべき姿(理念・実施基準)を簡潔かつ明確に呈示すること

## 補 足

- 1) 在宅ホスピス緩和ケアの基準を定めることで、ケアチームはあるべき姿を目指しながら、力量・実情を勘案した実践プログラムを策定することが可能となる。  
ケアチームのメンバーが、あるべき姿が共有することで、議論・評価のための共通の基盤構築ができる。
- 2) 地域ホスピス緩和ケアの支援
  - ① 地域の医療機関(医科および歯科)、訪問看護ステーション、介護・福祉事業所などに対して、在宅ホスピス緩和ケアに関する定期的な教育研修を実施する。
  - ② 医学生、看護学生などや医療機関(医科および歯科)などの施設で働く医療者に対して、教育研修の場を提供する。
  - ③ 実際のケア提供における相談あるいは支援を行う。

## 注釈

“家”は“家または家に準じた場所”と表現することを基本とした。しかし4. 提供されるケアの中でも“家”は“家または家に準じた場所”と同じであるが、文章が冗漫になるので単に“家”という表現にした。



## I. 基本理念

1. 在宅ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族の生命・生活の質(いわゆるQOL)の改善を目的とし、ホスピス緩和ケアの基本的な考え方に則り、患者と家族が安心して“家または家に準じた場所”で過ごせるケアを提供する。
2. 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意を払う。死を早めることも死を遅らせることもしない。

## II. 実施基準

### 1. 対象者

- ① 余命が限られた不治の患者(主として不治のがん患者)とその家族
- ② 家でのホスピス緩和ケアを希望する患者と家族
- ③ 患者自身が病名、病状を正しく理解していることが望ましい。しかし、そのことは在宅ホスピス緩和ケアを受けるための必須条件ではない。

### 2. ケアチームの構成

- ① ホスピス緩和ケアの提供はチームを組んで行い、チームの中心となるものを決めておく。在宅ホスピス緩和ケア提供におけるチームの基本単位は、医師、看護師、家族(・患者)である。家族はケアの対象者であるとともに、患者にとって重要なケアの担い手になる。
- ② 必要に応じて薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー、ボランティア、医療機器・福祉用具の提供者、また心理的ケア・スピリチュアルケアのための専門職などの参加を得る。

### 3. ケアチームの要件

- ① 患者中心の視点を基本として、ケア提供は医師と看護師を核とした一体化したチームで行う。(一体化したチームとは、本PCC在宅ホスピス緩和ケアの基準を共有するチームのことである。)
- ② チーム内の医師と看護師は24時間、密な連絡を取りあうことが可能な体制で情報を共有し、患者の家または家に準じた場所を中心に、24時間、週7日間対応のケアを提供する。
- ③ 在宅ホスピス緩和ケアチームのケアの質を改善する方法を持つ。
  - ・ 定期的あるいは必要時にチームで必要時に患者のケアについて検討を行い、QOLの評価を行う。
  - ・ チームで迅速なケアを提供する

- ・チームで在宅ホスピス緩和ケアに関する定期的な教育研修を実施する。
- ・在宅ホスピス緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う、または、研究活動に協力する

#### 4. 提供されるケア

- ① がん性疼痛その他の苦痛症状について、患者の訴えを重視して専門的な知識と確実な技術をもって症状緩和を行う。(STAS 1. 2)
- ② 患者と家族が、起こりうる病状変化およびその対処法がわかり、家にいることでの不安を解消できるように、タイムリーなケアを提供する。(STAS 3. 4)
- ③ 患者本人が病期を認識できるように支援し、主体性をもった生活が送れるようにする。(STAS 5)
- ④ 家族が病状を認識し、現実を受け止められるように支援する。(STAS 6)
- ⑤ 患者と家族が死を日常の出来事として考え、納得できる生の終わりを迎えられるように、率直なコミュニケーションがとれるように支援する。(STAS 7)
- ⑥ 患者と家族の困難な問題について、早さ・正確さ・充実度を重視したスタッフ間での情報交換を図る。(STAS 8)
- ⑦ 患者や家族が求めたときに、充実度の高い情報を提供する。(STAS 9)
- ⑧ 家で療養し家族で看取ったことが遺族の支えとなり、本人の死後も家族が健康的に生きていけるように支援をする。(グリーフケア)

(文責 さくさべ坂通り診療所大岩孝司・鈴木喜代子)



在宅緩和ケアとがん対策基本法  
【千葉県がん対策審議会（2001.03）資料修正版 2001.09】

大岩孝司

（医療法人社団修生会さくさへ坂通り診療所院長、千葉県がん対策審議会委員）

1. はじめに
2. 在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題
  - 1) がん対策基本法、がん対策推進基本計画の枠組み
  - 2) 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の理解のために
  - 3) 「治療の初期段階」の患者の苦痛
  - 4) 治療の初期段階からの緩和ケア
  - 5) がん医療とチームケア
  - 6) 治療の初期段階からの緩和ケアと麻薬消費量
  - 7) がん終末期の緩和ケア
  - 8) 切れ目のない緩和ケアの提供
  - 9) 認知されていない在宅緩和ケア
  - 10) 在宅医療と表現されていることの意味
    - i) 在宅医療と終末期ケア
    - ii) 在宅医療と病院の外來抗がん治療
    - iii) 在宅医療と在宅緩和ケアおよび非がんの在宅ケア
  - 11) がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの違い
  - 12) 小括
3. がん対策基本推進計画中間報告
  - 1) 基本方針の全体目標に対する進捗状況の中間報告
  - 2) 重点的に取り組むべき課題および個別目標の中間報告
    - i) 緩和ケアの中間報告
    - ii) 在宅医療についての中間報告
4. 在宅での看取りを考える
  - 1) 在宅医療と在宅での看取り
  - 2) 中間報告でのがん対策推進協議会の意見と在宅死
  - 3) 患者の視点から見た在宅での看取りの意義
  - 4) 中間報告の在宅緩和ケアの光
5. がんになっても家に居られるために
  - 1) まとめをかねて
  - 2) 在宅緩和ケアのシステム構築は二つのパラダイムシフトである
  - 3) 地域在宅緩和ケアという概念
  - 4) 試案
6. おわりに

## 1. はじめに

国民の多くの“人生の幕引きに至る道程は穏やかでありたい”との願いが、がんになった時には危うい。がん対策基本法、がん対策基本推進計画が4章、20条にわたって示され、平成18年6月23日に制定され、平成19年4月1日から施行された。

がん対策基本法の特徴は、がん政策の柱として二つの大きな方向性を示したことである。一つはがんで死亡する人を減らすことを一大目標として、がん研究、検診を含めたがん診療に総力を挙げて取り組み、「がんの罹患率と死亡率の激減」で「5年生存率を20パーセント改善する」との数値目標が挙げられている。

もう一つは緩和ケア、在宅医療（在宅緩和ケア）の重要性を明示したことである。第三章第二節第十六条（がん患者の療養上の生活の質の維持向上）で、緩和ケアの重要性および、〈居宅において〉という表現の中で在宅緩和ケアを推進することを明記している。これが従来のがん対策にはみられない最大の特徴である。

がん対策推進基本計画が「がんによる死亡者の減少」を掲げることは当然のこととして、「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」を二本柱の一つに据えたことはこの法律の品位を高め、特筆に値すると非常に高く評価できる。

がんの治療は、がんという病気そのものを治療する部分と、がんにかかったその人全体をみる（ケアする）という二つの側面がある。この両方のバランスがとれて初めてがん治療が成り立つのである。後者の部分が緩和ケアに該当する。なかでも在宅緩和ケアはがん終末期になっても、住み慣れた自宅で充実した生活が送れるように支援するものである。今までは、緩和ケア、特に在宅緩和ケアは、あまり重要視されてこなかった分野であるが、がん対策基本法施行をきっかけに急速にその診療体制の整備が行われている。

厚労省のがん対策推進協議会では、2007年に策定されたがん対策基本推進計画の評価が行われ、2010年6月にがん対策推進計画の中間報告としてまとめられた。

本文を千葉県がん対策審議会資料としてまとめるにあたり、審議会委員各位においては既知のことの繰り返しになることは重々承知しており、千葉県の医療危機に対して貢献あるいは提言できることは殆どない。しかし今のままの方向ではがんになって自宅で療養をしたいと願っている多くの県民の願いを一部の人しか叶えられないという危機感を持っている。私が自身の領域（在宅緩和ケア）において実践している（10年間）中で、考えてきたことをがん対策基本法の原点に立ち返ってまとめたので、本資料をお読みいただき、緩和ケアの理解を一層進めて欲しい。そして、いささかでも施策に反映して、がんになって自宅で療養をしたいと願っている多くの県民の願いを叶えることに役立てて欲しいと強く念願している。

本文は、2.「在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題」でがん対策基本法、がん対策推進基本計画の概要を、特に緩和ケアに関わる位置付けを示した。

その上で、キーワードとなる用語についての概念整理をしながら、がん対策推進基本計画

の緩和ケアに関わる記述の問題を指摘した。

それを受けて、3.がん対策基本推進計画中間報告を検討し、現在の施策の問題と、今後の方向性について検討した。

4.「在宅での看取りを考える」では、在宅緩和ケアの実効ある施策を行うためには、終末期緩和ケアをしっかり位置付け、国民の療養場所の希望を実現するという視点に立った時に、自宅での看取りの問題が最重要課題になることを示した。

5.「がんになっても家に居られるために」では、施策の方向性について千葉県がん対策推進計画の中で策定した「在宅緩和ケアの連携イメージ図」をもとに一つの試案を示した。

## 2. 在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題

### 1) がん対策基本法、がん対策推進基本計画の枠組み

はじめに、がん対策基本法の骨格をなす目的と基本理念を確認する。

がん対策基本法の目的は「……がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。」としている。

基本理念としては、

- 1) がん研究の発展、
- 2) 患者の居住地域に関わらず適切ながん医療を受けることができるようにする。  
(厚労省の言葉では均てん化)、
- 3) 患者の治療方法に関わる選択ができる体制の整備  
(筆者注：患者の自己決定の支援)

の三つをあげている。

基本理念に基づいて作られた条文の中で本論文と直接の関わりがある記述は、第十六条(がん患者の療養生活の質の維持向上)である。その文言は、

“国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持・向上に関する研修機会を確保すること。そのほかのがん患者の療養の質の維持向上のために必要な施策を講じるものとする。”

とあり、緩和医療と在宅緩和ケアの推進をはかるための施策を講じることを示している。

がん対策基本法は同時にがん対策基本推進計画を策定し、施策の枠組みを規定している。

がん対策基本推進計画の枠組みの一部を引用すると、

#### 第1 基本方針

1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施。

2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

#### 第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門に行う医師等の育成、

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

3 がん登録の推進

#### 第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

##### 2 全体目標

(1) がんによる死亡者の減少

(2) 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、

## 3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

### (1) がん医療

① 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成(現状)

② 緩和ケア

③ 在宅医療

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項となっている。

第一の基本方針の中で今後のがん対策として、「がんによる死亡者の減少」、「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」を全体目標として、「がん医療」を中心に、分野別施策を総合的かつ計画的に実施していくこととする”としている。そして“がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進していくこととする。”と、緩和ケアについて述べている。

これを受けて、第2 重点的に取り組むべき課題として、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が緩和ケアの中心的な命題となっている。

また、第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標で、緩和ケア、在宅緩和ケアに関しての施策の方向性、目標が立てられている。

### 2) 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の理解のために

本論文の主題である在宅緩和ケア、緩和ケアに関して理解をするためには、がん対策基本推進計画の記述に関して3つの大きな問題があり、その概念整理を行う必要がある。

第一の問題は、最重点課題の一つである、“治療の初期段階からの緩和ケアの実施”の、治療の初期段階からの緩和ケアの意味づけに問題があること。

第二の問題は、緩和ケアと在宅医療を別のカテゴリーしていること。

第三の問題は、在宅緩和ケアの認知、位置づけが明確でないこと。

これら三つの問題はそれぞれが関わり合っているが、第二、第三の問題はその背景に第一の問題が大きく影響されている。

以下では第一の問題の理解・検討を中心に、第二、第三の問題に言及するという形をとるなかで、緩和ケア全般の問題に触れながら、在宅緩和ケアについて検討する。

がん対策基本推進計画の中で、緩和ケアに関するキーワードは「治療の初期段階からの緩和ケア」である。7カ所にも反復して使用されているが、その施策として次の6項目(注：筆者まとめ)をあげている。

要約すると

① 地域連携の推進、

② 全人的な緩和ケア提供の均てん化、

③ 緩和ケアに関する教育の充実、研修の推進、

- ④緩和ケアチームの育成および拠点病院における専任的な緩和ケア体制の整備、
- ⑤在宅緩和ケアを受けられるよう、拠点病院に専門的な緩和ケア外来を設置、
- ⑥在宅緩和ケア支援センターの設置、

である。

この課題を実現すれば、治療の初期段階からの緩和ケアが充実するかどうかは、この後の議論の中で明らかにする。

施策の策定あるいはそのための議論に必要なことは、用語の整理と統一である。がん対策推進基本計画の緩和ケアの部分については、議論の入り口で大きな問題がある。その代表が、「治療の初期段階からの緩和ケア」であり、そもそも「初期段階」とは何かという言葉の定義がされていない。このような用語の定義の曖昧さが、用語の使い方に統一性を欠いたり、その意味するところ(概念整理)が充分ではなかったりしている。

以下では上記六項目を逐一論じることはしないが、「治療の初期段階からの緩和ケア」とはいかなるものであるのかを考えてみたい。

### 3) 「治療の初期段階」の患者の苦痛

「治療の初期段階の緩和ケア」を理解するためには、「治療の初期段階」の患者の苦痛についての認識を共有する必要がある。

がん患者の辛さは、身体的な要因と精神的な要因に分けて考え、それらを統合して評価することが必要である。

身体的な苦痛については以下のように、二つの要因に分けて考えることができる

- ① がんそのものの進展による痛みなどの身体的な苦痛。
- ② 外科治療、抗がん化学療法、放射線療法などの治療に伴う身体的な苦痛、いわゆる副作用に関わる苦痛。

「治療の初期段階」には、①の身体的な苦痛は重要な課題であるが、実際に問題になることはそれほど多くない。

②のがん治療に伴ういわゆる副作用、併発症などの身体的な苦痛が大きな問題であり、「治療の初期段階からの緩和ケア」の主な対象になる。

またがん対策推進基本計画の中で、治療の初期段階からの緩和ケアについて、がん治療に伴う患者・家族の様々な苦痛に対して十分に対応していないことを指摘している。この対策として、心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要性をあげている。これ自身は精神的な要因に対する対策としては、正しい方向である。しかしこの問題を検討するにあたって、治療の初期段階にある患者の心理状態といわゆる終末期患者の心理状態とを全く同じように考えて良いのか、あるいは違いがあるのかという問題を明確にしなければならない。

がんと診断された患者の多くは、死を直近のものと感じ苦悩する。そうした中で、「本当にがんで間違いないのか、がんの進行度は？治療の方法は？そして切実な思いとして治るのか」と思いを巡らせることになる。従って、「治療の初期段階」においては、患者も医

療者側も治療の目標はがんが治ることである。一方、がん終末期のがん患者は、治らない、生きることの保証を得ることができない状況にあり、その現実を受け入れることが、最重要課題となる。生を目標とする状況と死を受け入れる葛藤に苦悩せざるを得ないと言う、まさに正反対の方向に向いた心理状況がそこにある。

このような「治療の初期段階」の患者の苦痛の背景を充分に認識した上で、対策を考える必要がある。

### 4) 治療の初期段階からの緩和ケア

緩和ケアの提供は、がん治療の初期段階であってもがん終末期であっても、「身体的苦痛、精神的苦悩に対する緩和が必要である」というように言葉としては同じ表現である。しかし、今も述べたように、精神的な苦悩の根源(死)に対する取り組み視点が正反対(治療の初期段階：生を得ること、終末期：死を受け入れること)なのであるから、そこに提供する緩和ケアの手法、システム(施策)構築の視点はかなり異なる。治療をする側が切り替えるようには、がん患者の心理状態は単純ではない。

治療の初期段階にある多くの患者は、必然的にがん治療を受けることになるので、「治ることに結びついているのか」が最も大きな関心事となる。

患者にとって最も重要なことは、がん治療医である主治医あるいは主治医グループが患者の心理状態(命をかけている)に思いをはせ、患者にとって必要な情報を、患者が十分に納得できるように提供することである。患者が自身の状況を理解することで、治療に伴う身体的苦痛・精神的苦悩を受け止める力が増し、その緩和に大いに資することになるのは明らかである。このことが「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の本質あるいは前提である。がん対策推進基本計画では、心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要性をあげているが、がん治療医がこのような形で診療の質を充実させることが優先課題である。

在宅緩和ケアの診療をしていて実感することは、がん終末期の患者はそれまでに受けてきた抗がん治療の整理ができていない(納得していない)ことによる苦悩が大きい。抗がん剤治療ができない状態という説明の意味を理解できずに、抗がん治療を受けてきたがん終末期の患者は『体力がつけば』『他の病院なら』『保険外診療なら』『今までの治療に納得できる説明がなかった』『治ると思ったから言いなりに治療を受けてきた』と、まだ何か抗がん治療があるのではないかという思いの中で、現状を受け入れることができていない。このような状況が患者の精神的な苦悩を深めるだけでなく、身体的な症状との相互作用により、がん終末期患者の苦痛をさらに大きくする。抗がん治療進行中の患者をかりつけ医として診療をしたり、相談を受けたりすると、がん治療の一つ一つの意味合いがわからないまま治療を受けている患者が殆どであることに驚かされる。

抗がん治療中であれ、抗がん治療終了後であれ、がん患者に共通していることは、抗がん治療の認識が不足していることで、副作用としての身体的な苦痛を受けとめる力がそがれ、必要以上に患者を苦しめていることである。

結論的に言えば、治療の初期段階での緩和ケア、心のケアは、患者が、がん治療の意義を理解し、納得できるようにすることが基本である。

#### 5) がん医療とチームケア

がん対策基本推進計画では、この問題の解決策として、先に述べたように緩和ケア、心のケアを行う医療従事者を育成するとして、新たな職種を想定している。千葉県がんセンターでは、〈チームで支えるがん医療〉として、がんサポートチーム・NST（栄養サポートチーム）・ICT（感染管理チーム）・褥瘡対策チーム・〈緩和治療〉として在宅支援センター・がんサポートチーム・患者相談支援センター・心と体の支援センター等の整備がされている。このようなチームが出来ることが問題なのではなく、ここで述べてきたような現在進行形でうけているがん治療の意義を理解する方向での対応になっているかという視点が補完されているかである。

チームのメンバーがそれぞれに患者に関わることで主治医と患者の関係が希薄になる。一人のがん患者に関わる職種は、医師だけでも乳癌で脳転移・骨転移がある場合には、乳腺外科医・整形外科医・放射線科医・精神腫瘍科医・緩和医療科医等の複数医師が治療に関わるケースが少なくない。システムが整備された先進的な医療機関ほど、全人的と称して各分野の専門化という分業が進む。患者は頼るべき人を見失い、一人の患者が総体として求めていることと提供される医療・ケアとの乖離が大きくなる現象が起きている。

（千葉県がんセンターの考え方を批判しているのではなく、全国拠点病院共通の問題として具体的な例示を身近なところで取り上げたのである。）

がんと診断され抗がん治療を受けている患者にとっては、このように整備された専門家集団がどんなに誠意を持って接してくれても、がん治療医である主治医あるいは主治医グループの対応に重みがあり、それを期待している。

がんの治療の初期段階からの緩和ケアは、次にあげた 2 点のどちらかあるいはその両方の視点を持って推し進めなければならない。

①がん治療医である主治医あるいは主治医グループが、がん患者の治療を全人的な視点に立って行うことを基軸とする。

②緩和ケア医あるいは心のケアの担当者が、がん治療に精通し、当該患者の抗がん治療の意義を主治医グループと共有しながら診療する。

まず行うべきことは、がん治療医に対する緩和ケア研修・対人援助教育をより中核的な施策として強調することであり、がん治療チームの緩和ケアマインドを醸成する施策である。単なる研修・教育だけでなく、がん治療チームががん患者を全人的な視点で治療できるようにチームの質と量の充実を図ることが必要である。がん治療のグループとしてのチーム形成を考え、がんの治療のはじめからという面でのチームケアの概念を整理し、そのうえで緩和ケアチームの役割を再構築する。がんの治療のはじめからの緩和ケアについての理念と実体が一致することではじめて、がん治療チーム・緩和ケアチームに象徴される多職

種の連携が機能できる。

#### 6) 治療の初期段階からの緩和ケアと麻薬消費量

がん対策推進基本計画の中では、緩和ケア、治療の初期段階という文言の後に“がん性疼痛の緩和等に医療用麻薬の消費量が日本では欧米先進諸国に比べてかなり少ない”と、「治療の初期段階の緩和ケア」にがん終末期における問題が混在する表現になっている。がん対策基本推進計画の“第2 重点的に取り組むべき課題の2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施”のなかでも、“麻薬消費量が少ない”という同じ表現があり、さらに“がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。”となっている。厚労省が考えている「治療の初期段階からの緩和ケア」の中心課題は、“がんの痛みの緩和である”と受け取れる構成である。

がんと診断された時にすでに転移・浸潤による痛みがあれば、抗がん治療と同時に麻薬使用を積極的に考えることは重要であるが、「治療の初期段階における緩和ケア」をがん性疼痛の問題として設定するのは適当ではない。厚労省は麻薬の使用を促進したい、終末期がん患者だけに使うのではないということを広く伝えたい意図があるのであろう。

繰り返すと、概念整理をする時に、「治療の初期段階の緩和ケア」において麻薬使用を中心的な課題とすることは的外れである。

このような混乱は、がん対策推進協議会の議論にもみられる。

“みんなで作るがん政策2010”はがん対策推進協議会での政策のとりまとめであるが、緩和ケアの提供体制の整備があらゆる面で遅れている現状にあると分析している。しかし、ここにも用語の整合性がないという同じ問題がある。「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に関して、“その体制整備が遅れている現状にある”と現状認識を示しているが、その理由として“緩和ケア病棟や緩和ケアの担い手の人材不足”を挙げ、その対策として“がん患者を対象としたグループホーム・デイサービス、在宅緩和医療を担う専門診療所の制度整備を行い、緩和ケアを担う多様な施設を充実することが重要である。”などとしている。グループホームやデイサービスは在宅介護を補完する施設であり、「がん治療の初期段階からの緩和ケア」の充実とは結びつかない。現実的な問題として、抗がん治療の適応のない高齢のがん患者は、緩和ケア病棟で対応するのではなく、介護施設への入所を可能にするための整備をすすめるということであろうか。

これらは、がん終末期になって関わる施設であり、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」との整合性がとれていない。

がん対策推進協議会の認識も、がん対策推進基本計画の欠陥とも言える文脈の乱れを認識していない。つまり緩和ケアというキーワードで、その時々で表現している内容が全く異なるのに、変幻自在にただ言葉と言葉を結合させている。だから「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」と麻薬消費量、緩和ケア病棟など、がん終末期を表す言葉がなんの問題



もないように並立し、一体化する表現がなされるのである。

#### 7) がん終末期の緩和ケア

ここまでは「治療の初期段階からの緩和ケア」を中心にみてきたが、がん対策推進基本計画ではがん終末期ということに関する定義あるいは概念整理がやはり行われていない。

「治療の初期段階からの緩和ケア」があまりにも重要視されていて、終末期緩和ケアが埋没しかねない危惧をも持つのである。がん終末期の緩和ケアの重要性を再確認するためにも、そして、「治療の初期段階からの緩和ケア」の正しい概念整理をより深めるためにも、がん終末期の緩和ケアを再検討することが必要である。

がん終末期の緩和ケアとは、がんを治すための抗がん治療、あるいは延命のための抗がん治療が成り立たなくなった時期と規定できる。このような状態になった患者の予後は一般的には月単位で考える必要があるが、がんの悪性度によって異なるので、年単位の予後が期待できることもある。

がん終末期の患者に共通していることは、治療をしてきた結果が満足できる状況ではない、望んだ結果ではないことである。がん終末期の患者は、治ることを期待して受けた治療の結果、治らないことを認識させられることになる。限られた期間で人生の終わりを迎えなければならないのである。人間にとって死は避けられないこととはいえ、それが現実のものとなる患者の多くは抑うつが強くなったり、精神的に追い詰められたりする。そのため、終末期緩和ケアの重点課題は、これまで受けてきた医療に納得し、治らない現実を受け入れられるようにアプローチすることである。

がん終末期の緩和ケアはこのことを見据えて、今どうすべきか、今どう患者の生を支援するかを考え、実践する。“看取りを見据えて、今を生きる”を支援するケアである。

#### 8) 切れ目のない緩和ケアの提供

がん対策推進基本計画では、「治療の初期段階からの緩和ケア」とともに、「切れ目のない緩和ケアの提供」が重要テーマになっている。意味するところは、がん病巣に対する治療だけでなく、がんという病を抱えた人という視点を持ったケアを同時に、途切れることなく提供しようということである。

治療の初期段階からの緩和ケアの提供を受けて、がんの進行が明らかになってきた患者の緩和ケアはいつしか終末期の緩和ケア、つまりその必然の結果が死に変わっていく。

しかし、一人のがん患者が抗がん治療を受け、治らないとわかり、終末期を迎えるという過程を考えたときはどうだろう。ここがこの問題の最も理解が必要なところである。

医療あるいはケア提供者ががんの治療の初期段階から終末期まで同じ一人の人間であれば、常に一对一の関係が継続するので問題は比較的小さい。実際の医療現場では、場面、場面で人が変わるし、多職種が関わる。つまり、医療・ケアを受ける患者側からすると提供者が変わること自体が、切れ目となるのである。次から次へと関われば良いというものでは

ない。一人の患者が、治療の初期段階からの緩和ケアから終末期の緩和ケアをどのようにすれば自然に受け入れるのか。ここの議論を深めることが“切れ目のない緩和ケアの提供”を意図する最大の意義があるはずである。

まず行うべきは、治療の初期段階からがん終末期の時期に至るまで切れ目のない緩和ケアを提供するとはどういうことかを考えることである。そのためには、「治療の初期段階からの緩和ケア」、そして「がん終末期の緩和ケア」のあるべき像を明確にし、それぞれの場面での目指すものは何かという共通の認識を持ったうえで、その流れをどう統合するかという認識が大前提となる。

複数の医療者が一人のがん患者に関わることは一見専門家がそれぞれの問題に対応するという点でより質の高い医療の提供のように見える。確かにそういう面もあるが、同時に複数の専門家の関わり（特に主治医グループ以外の）が患者にとってデメリットであることも多いという視点を持って、それぞれの場面で専門家が適切に関わるような施策が必要である。

切れ目のない緩和ケアを提供するというのは今までの医療にはない、新しい概念の創出であり、実践であるので、一つ一つの過程についてその意義を掘り下げることが必須である。

(蛇足だが、この文面の意図するところは、治療の初期段階から終末期を1人の医療者が関わるべきであると言うことではない。)

#### 9) 認知されていない在宅緩和ケア

切れ目のない緩和ケア提供の最終ゴールの一つが在宅緩和ケアである。しかしがん対策推進基本計画の個別目標としての緩和ケアの項目の中で、がん終末期の緩和ケアに関する記述はほとんどない。がん終末期に関しては、病院の緩和ケアであれ、在宅緩和ケアであれ、その存在を明確にし、方向性を示していない。

がん対策推進基本計画のなかで在宅医療の対象に、従来は外来診療として位置づけられている抗がん治療中の患者を含めている。(10. 在宅医療と病院の外来抗がん治療で後述) 病院でのがん医療の大きな問題を総括したうえで制度設計をする手順を踏まないで、在宅という美名の元になんか患者をなす崩壊的に在宅医に委ね(押しつけよう)としている。

がん対策推進基本計画の中で、世の中に広く受け入れられている在宅緩和ケアという用語が使われているのは、1カ所しかない。しかも“在宅緩和ケアを行っている医師にも最新のがん医療全般について・・・”という使われ方である。

一般的に使われている在宅緩和ケアという表現を使わないというのは、在宅緩和ケアが厚労省の認識では一般的ではないということなのか、あるいはがんの在宅医療をがん終末期のケアに限定されることを避けているのだろうか。恐らくその両方の意味合いがあるのだろうが、これからのがんの在宅医療のあるべき姿、厚労省の意図している姿をより明確に、わかりやすい表現にすべきである。

がん対策推進基本計画の中で、緩和ケアは、基本的には病院医療の中で、「治療の初期段

階から」と位置づけられ、在宅医療の中ではがん終末期の在宅緩和ケアはその存在をおぼろげに感じる程度で、がん終末期の緩和ケアが埋没する危険性がある。

在宅緩和ケアと明確に表現しないで、わざわざ在宅医療とする意味を考えるために在宅医療について、もう少しその内容を分析してみる。

#### 1 0) 在宅医療と表現されていることの意味

##### i) 在宅医療と終末期ケア

がん終末期の在宅緩和ケアはその存在をがん対策推進基本計画の中でおぼろげであっても感じるのには、「在宅医療においては、訪問看護の果たすべき役割が大きいことから、訪問看護に従事する看護師の確保を推進するとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを24時間安定的に提供できる訪問看護に従事する看護師を活用した在宅療養モデルの紹介等により、訪問看護の24時間連絡体制の整備や事業所の充実等を一層推進する。」という表現である。がん終末期の在宅緩和ケアを訪問看護の問題に矮小化してしまっている。(筆者は、在宅緩和ケアにおいて訪問看護の役割は、ある意味では訪問診療と同等である位に極めて大きい、としている立場である。)

##### ii) 在宅医療と病院の外来抗がん治療

がん対策推進基本計画の③在宅医療(取り組むべき施策)の中で、「また、国においては、今後の我が国が目指す在宅医療の提供体制の在り方についてのモデルを示していくよう努めていくことが望まれる。がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るためには、十分なケアを提供しながら放射線療法や外来化学療法を実施する必要があることから、これらを提供していくための体制について検討する」とある。

在宅緩和ケアであっても、療養の質を高めるために必要性があれば化学療法、放射線療法を積極的に実施するという意味にも取れる。もしそのような意図があるとするならば、現実的ではなく、わざわざ在宅医療の項で取り上げるのは見当違いである。

厚労省は在宅医療に化学療法などの病院での外来治療の補完機能を強く求めていると考える方が現実的である。筆者は、病院の外来抗がん治療の補完医療としての役割を診療所が持つことを否定しない。しかし、その役割は診療所における外来診療で対応が可能であり、在宅医療とは言わない。

繰り返すと、用語の整理が曖昧なために、抗がん治療施行中の患者の「在宅医療」とがん終末期の患者の「在宅医療」がごった煮状態で議論され、それぞれの場面で必要な緩和ケアが意味するところに統一性を欠いている。

##### iii) 在宅医療と在宅緩和ケアおよび非がんの在宅ケア

厚労省は、在宅医療そのものは難病あるいは高齢者の寝たきり患者(以下では一括して非がん患者とする)を中心に制度設計が行われてきたところから、在宅緩和ケアを緩和ケ

アと言うより既存の在宅医療の中で非がんの在宅ケアと同じように対応できるし、しようとしている。

施策の立案に際して重要な問題であり、非がん在宅ケアとの関わりについてこのような考え方が、間違っていることを明らかにする必要がある。

がん終末期在宅緩和ケアと非がん在宅ケアとは、在宅医療という枠組みでみると訪問診療(看護も含む)という形で行うという点で、関わりの形式は同じである。しかし、訪問診療という形態は同じでも、がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアとでは、提供するケアの内容、提供の視点は大きく異なり、その運用はがん終末期患者と非がん患者では大きな違いがなければならない。

厚労省の施策で緩和ケアと在宅医療を別のカテゴリーにすることについては、在宅緩和ケアの制度設計が非がん在宅ケアのシステムをそのまま流用している現実を見るとその姿勢は一貫している。

以下の11)では、このような発想は間違いであり、在宅緩和ケアのシステム構築は、非がん在宅ケアとは別の視点で策定する必要があることを述べる。

#### 1 1) がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの違い

がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの大きな違いは、訪問期間(生存期間)と医療要請度である。

① がん終末期の在宅緩和ケアの訪問期間(訪問開始から死亡まで)の期間が短い。在宅緩和ケアに熱心に取り組んでいる診療所では、診療している半数の患者の訪問期間は1ヶ月以内である。

非がんの在宅ケアでは、一人の患者の診療の期間が数年におよぶことがおおい。(図-1)

② がん終末期の在宅緩和ケアは医療要請度の高いケアである。

在宅緩和ケアでは、痛みなどの身体的な苦痛などに対する治療が欠かせないし、時には精神的な苦悩に対するなど、医療要請度が極めて高いだけでなく、より専門性の高い対応が必要である。

非がんの在宅ケアの患者の殆どは、病状は安定していて医療要請度は低い。

がん終末期の患者は、在宅療養が必要な状態になってから死亡するまでの期間が極めて短だけでなく、訪問期間(特に死亡前1ヶ月)の患者の病状は激しく変化する。病状変化の殆どは、急激な全身状態の低下、高度の食欲不振など、がんの進行に伴って起こる避けられないもので、入院治療の対象になるものではない。入院をしても殆どの場合、良くなって退院することはない。

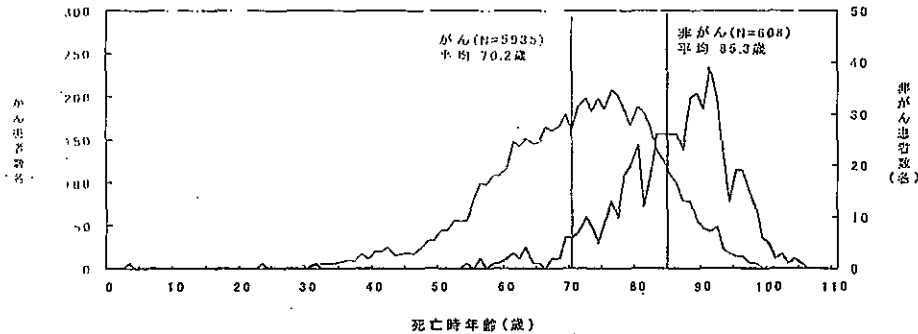
従って在宅緩和ケアのチームは、このようながん終末期の急速な病状変化や、死を実感している患者あるいは家族の苦悩に対して、在宅で対応する方法を熟知する必要がある。

つまり、がん終末期の患者が住み慣れた自宅(あるいは自宅に準じた場所)で最後まで暮

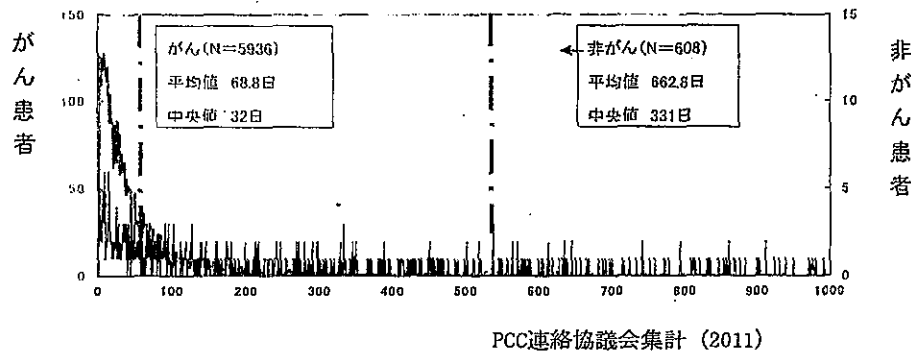
らしたいと希望すれば、関わる在宅緩和ケアのチームには、医療的な問題を在宅で解決できる技術水準が要求される。在宅緩和ケアの目標は、がん終末期の患者の希望を叶えることであり、自宅に最後まで居たいと願っている患者を自宅で看取ることである。在宅緩和ケアを病院診療の補完的な役割と考えていると、がん終末期の患者の希望を叶えることはできない。(この問題については、「5. がんになっても家に居られるために」で再考する。)

図-1

がん／非がん患者の年齢分布



がん／非がん患者の在宅生存期間



12) 小括

今回の検討で、がん対策推進基本計画のなかで在宅緩和ケアと言う用語を殆ど用いていない事実が明らかになったが、それ以上にがん終末期の在宅医療を明確に規定していないと言うことに驚いた。

在宅緩和ケアに対する基盤整備が殆ど実効をあげておらず、がん終末期患者の医療は破綻寸前という現実を考えると、がん対策推進基本計画の見直しと、緩和ケア、在宅緩和ケアの概念整備を早急に行って、実行ある施策の策定の必要性を痛感した。

以下はこの章で検討したことのまとめである。

- 1) 「緩和ケアとは何か」、「がんの治療の初期からの緩和ケアとは」、「がん終末期の緩和ケアとは」の概念整理ができていない。緊急の課題として、緩和ケアの概念の再整理を行い、それに基づいた施策の見直しが必要である。
- 2) 「緩和ケアはがん終末期だけが対象ではない」「切れ目のない緩和ケアの提供」などの緩和ケアのあるべき姿とがん終末期の緩和ケアの概念整理と施策の整合性が極めて不十分になっている
- 3) 「治療の初期段階からの緩和ケア」のあり方、「終末期の緩和ケアのあり方」を明確にし、切れ目のない緩和ケア提供との整合性を図る事が求められる。
- 4) 在宅緩和ケアが、施設緩和ケアと別のカテゴリーに分類され、緩和ケアの分断がなされている。
- 5) 在宅緩和ケアの、緩和ケアにおける位置付け、在宅医療における在宅緩和ケアの位置付けが不明確である。在宅医療においては、非がんの在宅医療、抗がん治療中の在宅医療、がん終末期の在宅医療の概念整理が不十分であり、施策の方向が不明瞭。
- 6) がん終末期の緩和ケアは、がん対策の大きな柱であり、がん大量死の時代に向けての緊急課題の一つであるが、特に終末期がん患者に対する在宅緩和ケアの実効ある施策の方向が全く打ち出されていない。

### 3. がん対策推進基本計画中間報告

がん対策推進基本計画は、中間報告の結果を基にして各課題についての検討を行い、次の5年間のがん対策推進計画の策定作業、施策の方向が決定される。在宅緩和ケア・緩和ケアもその例外ではないので、中間報告での進捗状況を検討する。

#### 1) 基本方針の全体目標に対する進捗状況の中間報告

がん対策推進協議会は、がん対策推進基本計画の基本方針2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施のなかで、“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”を実現することを全体目標としたとあり、次の二項目について中間報告をしている。

①拠点病院を中心とした緩和ケア提供体制の調査、拠点病院の緩和ケア機能と相談支援機能に対する調査

②がん患者のQOLを評価する尺度の開発

この目標に対する進捗状況の報告では、いずれも調査段階あるいは調査が行われたという段階にしか過ぎず、今後の分析結果を待たなければ議論をする状況にはない。従ってここでは、緩和ケアの考え方に關わる問題として、②のがん患者のQOLを評価する尺度の開発について検討する。

療養の質に関しては、QOLの評価尺度の開発と遺族調査をして拠点病院を対象とした終末期ケアの質の評価が実績としてあげられている。

QOLの評価尺度の開発は大変重要であるが、これは決して今後の緩和ケアの方向性を規定するものではなく、一つの手法である。そもそもがん患者の病気の進行状況、つまり抗がん治療で治る方向を追求している時期と、いわゆる終末期といわれる時期とでは、QOLの評価内容がかなり異なるはずである。その違いを認識した上で、共有する評価尺度を明確にする作業が基本である。

QOL評価尺度の手法が生かされるためには、評価尺度の手法の確立の前に「緩和ケアにおけるQOLとは何か」という基本概念の確立が必要である。この基本概念の共有がないと、QOLの評価の手法そのものは正しくても、緩和ケアの質を評価し方向性を示すものとして活用されない。今までみてきたように緩和ケアの概念規定が不十分であるのに、QOL評価の手法にどのような意義があるのか疑問である。

また“同時に遺族調査をして拠点病院を対象とした終末期ケアの質の評価をした。”は、基本的には終末期緩和ケアの評価を目指していると理解できる。遺族調査はケアの質の評価の要因としては大きいのだが、実は問題も多い。

遺族調査が先行することに本質的な意義がどれほどあるのかについては疑問があり、その問題点として二つをあげる。

① 緩和ケアの評価の中心は患者自身である

② 患者と遺族は同じではない

ということである。

特に終末期緩和ケアにおいてはこの二つの要因をどう認識するかが重要だと考えている。患者の評価と遺族の評価が一致するという保証はどこにもないのである。しかし現実には終末期がん患者本人に対するアンケート調査は実質的には不可能といって良い。だからこそ、その解決策を遺族調査で逃げるのではなく、終末期緩和ケアのあり方についての本来的な基準をこそ確立することが重要である。少なくとも遺族調査のどこに限界があり、本来の評価はどうあるべきか、という議論が必要である。その上で遺族調査をすることの意味が初めて生きてくると考える。次には患者アンケート調査の予定があるとしているが、この意味を含めて期待ができるのであろうか。

緩和ケアの重点的に取り組む課題は、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」である。中間報告書の中で実体の伴った実績報告（成果）として挙げているのは、QOLの評価、終末期の遺族アンケートだけであり、いかにも寂しい。しかもこのQOL評価尺度の開発も、遺族アンケートも、中間報告をとりまとめの議論の段階での資料には入っていなかったのである。「患者にとって非常に重要な苦痛の軽減という部分の進捗状況の中間報告書がこれだけというのは大変失望している。測定の可能性を検討しているというのは、これまでの3年間何もやってこなかったということなのか」（日経メディカルオンラインによる）という意見があり、急速追加されたようである。これは何を物語っているのか。がん治療の初期段階からの緩和ケアということをもそのまま受け入れるとしても、得られる成果は何か、目標とする成果は何か、その成果を評価する手法の開発はどうすべきか、ということが議論されてしかるべきである。議事録、資料を見てもその様な議論がなされた形跡は全くない。

#### 2) 重点的に取り組むべき課題および個別目標の中間報告

がん対策推進基本計画の“第2 重点的に取り組むべき課題”の、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」は「第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「(1) がん医療」の中で報告されている。

#### i) 緩和ケアの中間報告

取り組むべき施策の個別目標として、以下の3項目にまとめられ、それぞれの進捗状況について報告している。

① すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得する。

② 2次医療圏において、緩和ケアの知識および技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させる。緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和

ケアチームを設置している拠点病院などを複数か所整備する。

- ③ 医療用麻薬の消費量を、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いる。

元々の目標が全てのがん治療に関わる医師たちが緩和ケア研修を受けるなど量的な追求が中心であるので、ここでは多くを触れない。

緩和ケア整備の本質は研修を多く行うことでは決してない。研修をすることを問題としているのではなく、緩和ケアを整備する施策の中で研修がどう位置づけていくかが重要だということである。その中心の一つに人材育成があるとすれば、“研修効果の評価を行うとともに、いわゆる座学中心から実地研修中心に移行すべき” という「がん対策推進協議会の意見①」に耳を傾けるべきである。

緩和ケア推進のためには、研修・緩和ケアチームの整備など量的な保証を得る施策誘導が欠かせない事は確かである。進捗状況の報告でもそれなりの量的成果は上がっている。しかし麻薬消費量を含めてこのような量的な保証が、どのような意味を持ち、将来の緩和ケアの課題の解決に繋がるのかという道筋は見えてこない。

量的な保証が質的な問題の解決に繋がるためには先に述べた様な緩和ケアの概念の整理・共有をしっかりと行い、それに基づいた実効あるシステム構築が同時的に行われなければならない。

## ii) 在宅医療についての中間報告

個別目標として、“がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。”とある。

進捗状況としては、“平成18(2006)年医療法改正において、医療計画の記載事項に、「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。”これを受けて、“拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した”とある。

研修あるいは在宅がん患者に対する介入研究などを含めて、在宅医療の提供体制の整備に努め、方向性を定める試みをしている段階で、中間報告を見る限り在宅医療に関して検討に値する具体的な成果はまだない。

在宅医療については、緩和ケアの課題に関する中間報告である「がん対策推進協議会の意見②」でも触れている。そこでは“緩和ケアチーム設置の推進に努めなければならない。その際、在宅療養における緩和ケアも推進されるべきである”と力強く記述されている。さらに“緩和ケアチームや在宅療養を積極的に推進するという視点に立ち、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成も重要である。また、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、在宅緩和ケアに携

わる医療福祉機関の3つの役割が連携し、地域において面的な切れ目のない緩和ケア体制を確保できるように、2次医療圏等の地域ごとに計画を立案することが提案されている。”と続く。

記述されていることは尤もであり、在宅緩和ケアの強力な援護射撃である。しかしその内容は、差し障りのないものであり、「計画立案の提案」という段階に留まっている。このように推進協議会の意見でさえ、現状を打開するために何をすべきなのか、どうすれば在宅療養における緩和ケアが推進されるのかという道筋が明確になっておらず、現実感のなさ、スピード感のなさだけが実感として残る。

一方、量的な成果をみても、在宅療養支援診療所の数が平成20年11450カ所（平成18年は9434）になったと報告されている。在宅療養支援診療所は自宅での看取りを増やすことを目指して創設された診療所である。その意味ではその数が増えることは厚労省の意図通りで、一つの成果ではある。問題は在宅支援診療所のどれほどが、その本来の目的である自宅での看取りに関わっているかである。平成19年度には、36%の在宅支援診療所が在宅での看取りをただの一人もしていない。しかも翌平成20年度には、在宅での看取りに関わらない在宅支援診療所が56%に増えている。ただしこの期間でも、在宅療養支援診療所全体としての看取り患者数は増えている。これが何を意味するのかというと、在宅療養支援診療所の届け出数は増加しているが、自宅での看取りを行う在宅療養支援診療所の数は逆に減少している。しかし複数人の在宅看取りを行っている在宅療養支援診療所は、看取り患者数が増えていることを意味している。在宅療養に積極的に取り組んでいる診療所の看取りの人数は増加しているが、いわゆるかかりつけ医で在宅療養支援診療所を登録した診療所は看取りをしないところが増えていると言うことである。在宅療養支援診療所の登録数だけを成果とすることにはあまり意味がないことが露呈している。

中間報告を見る限りでは、在宅医療については実効があがる方向での体制整備は全くと言っていいほど進展していない。第2章でも述べたようにがん終末期の在宅緩和ケアについての位置づけが明確でない事をあわせ考えると、このままではがんになって、家に最後まで居たいという多くの国民の希望の実現は殆ど望めない。

何よりも問題なのは、在宅医療に関するがん対策推進協議会の意見である。そこには“本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”と記述されているのである。

この問題については次の“4. 在宅での看取りを考える”で論ずることとする。

#### 4. 在宅での看取りを考える

中間報告を見る限り、がん終末期緩和ケア、特に在宅緩和ケアについてはみるべき成果は全く上がっていない。それどころか、前述したように終末期緩和ケア、特に在宅緩和ケアそのものの認知が充分にされていない。この理由は今まで述べた中で明らかにしたので繰り返さないが、在宅緩和ケアに関する施策が充分ではないのと、今のままでは成果が期待できないことの理由の一つは、在宅での看取りについてきちんと議論をしていないからである。この章では在宅の看取りが、がん終末期の在宅緩和ケアを考える際に避けて通れないし、非常に重要な課題であることを明らかにする。

##### 1) 在宅医療と在宅での看取り

がん対策推進基本計画において在宅医療は、厚労省がいろいろな意図を含めていても、がん終末期の在宅緩和ケアが中心的な意味を持つと考えることが自然である。実際、がん対策推進基本計画の在宅医療の項で、個別目標として“がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。”とがん終末期の在宅緩和ケアのことを言っているのである。参考指標とあるが、この文章を素直に読めば在宅医療の目標は在宅での死亡割合の増加であることは明かである。それにも関わらず、厚労省は在宅での看取りの割合に対して数値目標を明確にすることを避けているようにみえる。

しかし古くは2005/07/29の毎日新聞の記事に、“厚生労働省は28日(2005/07/28)の自民党社会保障制度調査会医療委員会で、自宅や介護施設で死亡する人(02年度は全死亡者の18%)の割合を4割に引き上げることで、2015年度の医療給付費を約2000億円、25年度には約5000億円削減できるとの試算を示した。”とある。この思いは現在も引き継がれて、在宅での看取りを在宅医療の施策の目標にしていることは、次の事実を見ても明らかである。

- ① 2006年に在宅療養支援診療所ができた時に、在宅療養支援診療所は毎年1回社会保険庁に、1年間の看取り数を報告することが義務づけられている。
- ② 厚労省が在宅医療(在宅緩和ケア)、在宅ケア・ドクターネット全国展開事業の事業費を補助する募集をしているが、その目標はそれぞれの医師が看取りを年間に数件ずつ行い、導入された地域の在宅看取り率を5年間で2倍にすることとした。
- ③ 診療報酬の面から見ると、一定の縛りの中で在宅での看取りに対してはターミナル・ケア加算として1万点(10万円)を設定している。この1万点は私たちのような診療所の経営にとっては大いに助かるのではあるが、それでもことほど左様に厚労省は在宅での看取りに躍起なのかと思ったものである。

いずれにしてもなりふり構わずに、これほどの施策を行っているのに、なぜ在宅緩和ケアの目標として、在宅での看取りの数をきちんと打ち出さないのか理解できない。

##### 2) 中間報告でのがん対策推進協議会の意見と在宅死

中間報告のなかで、今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見をみると、“本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”とこれまた整合性のない、誤った認識が既述されている。非がん(高齢者・難病など)在宅ケアはこの文言でも考え方として大きな問題はないが、がん終末期では大問題である。このような意見こそが在宅緩和ケアに経験のない人たちが、在宅での看取りの推進を明確にしないで、自身の頭なから創造し、机上の論理のすりあわせをした結果である。

“「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”という文言が成り立つためには家で最後まで療養できるような専門的な医療・ケアの提供が不可欠であり、自宅で看取することに結びつくことを肝に銘じる必要がある。

同協議会の意見ではさらに、自宅などでの死亡率について、“がん患者の在宅での死亡割合は、平成17年から平成20年にかけて1.6%の増加を認めるが、十分に在宅医療が整備されているとは言い難い。”と述べている。言いたいことがはっきりしない、変な日本語である。本来なら“1.6%の増加は十分な数字ではないが、対策の成果が上がり、在宅医療の整備が出来てきている”とするか、“1.6%の増加はあるものの、これでは成果が上がっているとは言える数字ではなく、十分に在宅医療が整備されているとは言い難く、その問題点を明らかにする必要がある。”としなければ意味が通じない。素直に読み解けば後者の意味と思われるのではあるのだが、在宅死を目的としないという自縛の中で1.6%の増加を実績として何とか表現したいという思いが込められ(注には、増加は統計学的に有意であるとわざわざ記載している)、苦勞のあとが伺える文章である。

いずれにしても中間報告のこの記述は、在宅での死亡割合を在宅医療の整備の指標としていることは確かである。参考指標とか、がん対策推進協議会の意見のように“患者の在宅死が目的ではなく”などと曖昧な表現をするから全体の論旨がおかしくなる。もっと正面を向いた議論をし、施策を立てるべきである。

厚労省は、どのくらいの在宅死率であれば、医療経済の抑制に、そしてこれからの急速な死亡者数の増加に対する医療体制の破綻が免れることに寄与するのかという視点で、それなりの腹案・試算をもっていることは確実である。このような状況をつきあわせて現実的な数値目標と言うことを考えると、乱暴に推測すれば、20~30%、可能であれば30%前後を考えているのではないか。厚労省の在宅緩和ケアを推進する目的は医療費増加の抑制に寄与することであり、具体的な課題は自宅の看取り割合の増加であることは明らかである。がん対策推進基本計画で看取りの問題に正面から取り組んでいない結果として、施策の方向だけでなく、日本語の使い方に混乱を招いている。在宅死が目的ではないことと、在宅死を重要な目標と位置づけてシステム構築をすることは別のことである。在宅での看取りの割合を数値として明らかにすることは、がんになったら住み慣れた家で療養したいという多くの国民の願いを実現するために不可欠である。

### 3) 患者の視点から見た在宅での看取りの意義

在宅死率の問題に触れてからでは順序が逆であるが、なぜ在宅での看取りが、その割合が重要なのかについて、患者側の視点で説明をする必要がある。在宅での看取りを明確にすることは、次のような理由で患者・家族・市民にとっても望ましいのである。

① “がんが治らなかつたら家に最後まで居たい”という患者・家族、多くの国民の希望を実現するものだからである。

がん終末期になっても家に居て痛みなどの苦痛症状が緩和され、必要な医療・ケアが受けられるならば、多くの人が家に居たい、家で死にたいと思うのは当然である。

② 在宅での看取りの割合は、在宅で療養する患者のQOLの高さを表現する指標だからである。

家に居て療養を継続したい、病気が進行しても家に居て最期を迎えたいと願っている人にとって、入院をするということは大変辛い。家に居たいという患者が、その意に反して入院をすることが多いのはなぜなのか。答えは一つである。入院は嫌だけど、家に居ることがもっと辛い状況にあるから、あるいは状況が生まれたからである。言い換えると患者が家に居られるようなケアの提供ができなかったと言うことを示している。

具体的な例を挙げてみる。痛みで代表される身体的な苦痛を和らげることが出来なければ家にいることが辛くなる。入院してこの辛さがとれるのなら、入院も仕方がないと考えるのは自然である。あるいは家族が、患者の病状の急激な変化をみているのが心配で心身ともに疲弊し、これ以上は無理と感じれば、やはり在宅での療養の継続は出来ない。

逆に、家に居て辛い症状が緩和され、家族の負担が緩和されれば、入院をする必要もないし、入院をする気になることはない。家に居ることが困難になる問題が起こったときに、その問題を解決できないと入院になる。この問題解決の能力が高い、あるいはこのような問題が生じないような医療・ケアを受けられれば、がん終末期の患者は家に居続けることが可能になる。がん終末期という厳しい状況のなかで、自宅での看取りは、一定のレベルの医療・ケアの提供を受けていたことを示している。

家に居たいと願っている人が、家にいて最期を迎えることができた割合は、がん対策推進基本計画にいう“がん患者が希望する場所での療養”が実現できた割合であると同義である。在宅緩和ケアは残された時間がかなり限られた人に対する医療であるが、亡くなるまでその患者は生きている、まさに生きているのである。緩和ケアはこの生きること、良く生きることを支援するのである。良く生きることの延長上には、良い最期がある。在宅での看取りの割合は、良く生きた人の割合でもある。在宅緩和ケアの質が上がるということは、がん終末期の患者がよい日々を過ごせたという証でもある。

がん終末期の在宅看取りの割合を上げることの大きな意義は、患者・家族あるいは多くの国民にとっては自分自身の将来の人生の安心を実現・保証するという点にある。

### 4) 中間報告の中の在宅緩和ケアの光と影

いままで中間報告をみてきて、余りよい評価ができなかったが、この章の最後に在宅にとつてかすかな光となる表現があったことに触れたい。

がん対策推進協議会では在宅医療に関して、“年間100件程度以上の看取りを行い、地域の診療所等に対する教育機能等も果たすがん拠点診療所を新たに整備すべき、地域ごとに在宅医療推進協議会等を置き、地域におけるネットワークを構築、医療体制をコーディネートする機能の検討、今後、都道府県別の在宅看取り率を公表できるよう、検討を行う。”という意見があった。一部の委員に、このままの施策では“がん終末期の患者が希望する場所での療養”を実現できないという危機感を持っていることを示している。在宅緩和ケアのノウハウを持っている診療所の力を生かそうと言うことで、一歩踏み込んだ内容になっており、十分に評価できる。

この問題を議論するにあたって、今まで繰り返し述べてきた事であるが用語の再整理を行うことが不可欠であることを改めて強調したい。

もう一つ大きな問題がある。在宅医療（在宅緩和ケア）の整備を推進する主体をどこにおくかである。がん対策推進基本計画に一貫して貫かれていることは、がん拠点病院の整備、指導性である。がん対策推進基本計画のなかの以下の一文に注目してみる。

“がん治療を継続する患者の退院時の調整を円滑に行うため、病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション・薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくために必要な体制を整備していく。地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により、各地域の特性を踏まえ、“在宅医療が実施できる体制”を計画的に整備していく。”

前段だけだと、拠点病院の在宅移行の整備ともとれ、主語は病院の医療従事者であり問題はない。しかし、後段の“地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により”あるいは“在宅医療が実施できる体制を計画的に整備”の主語も、病院の医療従事者ととれる。そうだとすると“ちょっと待てよ”となる。少なくとも在宅緩和ケア側が関与するという認識は全く感じられない。在宅緩和ケアを、在宅緩和ケアの経験が全くなく、現場のノウハウを持たない“拠点病院”の指導の下に進めるということである。

ここに在宅緩和ケアの施策の実効があがらない根本的な原因がある。在宅緩和ケアに関する施策の実効を挙げるためには、在宅緩和ケアをがん治療あるいは医療制度の中でどう位置づけるかという視点と、在宅緩和ケアの現場で積み重ねてきた実践的なノウハウに基づいた“あるべき姿”を統合するという過程が必須である。後者が欠けた制度設計では、実践的な医療の現場が機能しないことは自明であり、今までの実績が示している。

このような在宅緩和ケアの施策の基本的なあり方を整理・解決をしないで、在宅看取り100件といっても、高齢者の在宅医療・病院目線の在宅緩和ケアに飲み込まれて在宅緩和ケアにのつての失われた数年（がん対策基本法施行以後の）を取り戻すことはできない。

更にこの後に続く、“がんの在宅医療に関する個別目標として掲げられた到達目標は、・・・

在宅での死亡割合ではない、在宅医療の質や在宅医療の連携等を評価できる指標について再考すべきであり、そのための予算的な裏付けも必要である。”とあるが、大問題である。

“在宅での死亡割合ではない・・・”をわざわざ在宅での看取りの割合を除いている。評価できる指標の最も単純で、実効ある“在宅での死亡割合”を何の根拠もなく外すとはどのような意味があるのであろうか。

3)の“患者の視点から見た在宅での看取りの意義”の章を思い起こしていただければ、“在宅での死亡割合”を評価の指標として意図的に取り上げないことの矛盾は明かである。繰り返すと、在宅療養の質は在宅での看取りと連動すると言うことは明らかであり、“在宅での死亡割合”はがん患者の在宅療養の質を表す最もわかりやすい指標である。さらに、在宅での看取りに注目することは、各地域、各チームの目標あるいは問題点がわかりやすくなり、在宅緩和ケアの質の高まりを促すことになる。中間報告に見られた意見が在宅緩和ケアの光になるためには、在宅での看取りを目標の一つとすることが絶対に必要である

何よりも、在宅死を考慮しないがん終末期の在宅医療の質や在宅医療の連携等を評価できる指標を確立することがどれほどに困難な作業であるかを考えていない。

恐らく看取りという言葉を前面に出しながらの施策の構築はしづらいついて、厚労省あるいはがん対策推進協議会の患者側に対する配慮が大きいのだろうとも思われる。

しかしこのような曖昧な対応が、逆に患者の希望を叶える実効ある施策が取れない皮肉な結果をもたらしている。同時にがん患者・国民も、自分たち自身の問題としてがん医療の現実を知り、冷静で建設的な対応が望まれる。

## 5. がんになっても家に居られるために

### 1) まとめをかねて

今回がん対策基本法、がん対策基本推進計画の検討をして、緩和ケアに対する捉え方に問題があること、在宅緩和ケアについては殆ど実効ある施策を行う下地がないことがわかった。国を挙げて在宅医療の推進を叫び、その体制整備を行っているが、ことがん終末期の患者に関しては、このままの状態では自身の意志で療養の場を選択し、安心して療養生活を送れるという希望の実現の道は遠く、多くの課題を解決しなければならない。具体的には、緩和ケア、在宅緩和ケアの意味する概念形成が充分でなく、がん対策推進基本計画ばかりでなく、がん対策推進協議会の議論、提言においても、緩和ケアに関する施策の整合性が見られない。特にがんの治療の初期段階からの緩和ケア、がん終末期の緩和ケア、これをつなぐ概念としての切れ目のない緩和ケアの提供の持つ意味合いが不明瞭である。がんの初期からの緩和ケアに重点を置くあまり、その概念構築が不十分であることが、がん終末期の在宅緩和ケアの重要性の認識、ひいてはその認知がなされなくなっている状況を招いている。

今、緊急課題として取り組むことは、がん対策推進基本計画の見直しである。具体的には、緩和ケア、在宅緩和ケアあるいは在宅医療に関して使う用語、言葉の整理をすること。その上で重要テーマである“治療の初期からの緩和ケア”の意味、終末期緩和ケアの意味、切れ目のない緩和ケア提供の概念形成が緊急の課題である。そうしなければ、がん対策推進基本計画が緩和ケアの施策を考える基盤になり得ない。現在一部の現場（地域）では、すでに緩和ケア病棟、療養病床を含む病院、在宅の受け入れに限界が来て、小規模多機能施設、グループホームを受け入れ先の対象にする場合も増えてきている。なりふり構わずがん終末期患者の療養場所（看取り場所）の拡充に躍起になっているのである。厚労省もその方向を推進しようとしているし、そうせざるを得ない現実が千葉県でも一部の地域で起こっている。がん終末期患者にとっては療養場所の選択が危うくなりつつあり、かなり危機的な状況である。

しかし高齢者施設でのがん終末期の患者の看取りは、例え受け入れ施設が量的に充足しても、このままでは非現実的でねらい通りにはいかない。基本概念の整理をしないで、このような目の前にあるものをごった煮のように取り混ぜてもうまくいかない。

がん終末期患者の看取りには、終末期の状況に対するノウハウが必要である。看取り近くなった場面にはなおのこと、看取りに至る過程に対応するためのノウハウがある。がん終末期の患者が施設での療養・看取りは在宅での看取りよりも数段困難である。施設での療養・看取りが可能となるためには、それを実現するための基軸が必要であり、そのためのシステム構築が欠かせない。基軸となるのは、“住み慣れた家での看取り”が可能となるシステム構築に他ならない。“住み慣れた家での看取り”が可能となることで初めて周辺施設においてもがん終末期の患者の看取りができるようになる。



“住み慣れた家での看取り”が可能となるような在宅緩和ケアのシステム構築が何もない状態では、がん患者の望む場所での療養・看取りが実現できる可能性は極めて低いし、現場が疲弊し、混乱を招き、インフラが壊れるだけである。

## 2) 在宅緩和ケアのシステム構築は二つのパラダイムのシフトである

在宅緩和ケアの推進には、次の点において従来の医療のあり方、医療制度の改革と異なる視点が必要である。在宅緩和ケアは、

### ① 質の高い医療・ケアを提供しても、患者の“生”が目標にはならない

ここはがん終末期の緩和ケアと他の医療との決定的な違いである。

### ② 医療の問題解決の場が従来のように病院ではなく、在宅である。

従来の医療の改革は、医療の質の改善は患者の生を追求するためであり、そのためには病院の問題解決能力を高めることであった。在宅緩和ケアのシステム構築は、この二つの点が異なることを見据えて、患者の希望する療養場所が選択できるように対策を立てなければならない。従来の医療改革の視点からすると、パラダイムのシフトである。

パラダイムシフトを念頭に置くということは、従来積み重ねてきた医療のあり方、あるいは既存の資源の活用に新たな工夫が必要だということである。在宅緩和ケアは新しい医療であると述べたが、科学的に確立するという問題の前に実践の医療としては論理的であるべきである。論理的に新たな医療を創造するという視点を持つことが重要である。

## 3) 地域在宅緩和ケアという概念

②の医療のシステムについては、以下に新たな医療システム構築のための概念を一つのたたき台として示す。

A) 従来の医療制度改革は病院医療の整備とともに、病院医療と開業医（かかりつけ医）という二つの医療集団に区分けをして考えれば良かった点に対する見直しである。在宅緩和ケアを医療の大きな要因として組み込まなければいけなくなったときに、二つの医療集団ではなく、少なくとももう一つとして在宅緩和ケア医（ここでは話を簡略化する意味で非がんは考慮しない）という医療集団を加え、三つの医療集団の整合性を図る必要が生じる。

B) この新しい医療集団の医療実践の場であり、問題解決の場の中核は在宅、つまり“地域”、“在宅”であるという認識に基づいたシステム構築である。特に在宅緩和ケアにおいてはがん患者の厳しい状況を考えて時には、医療的な問題（ケアも含めて）の解決を在宅で完結する必要があるということである。ここに、一定の高い水準の在宅緩和ケアの提供できる診療所を中心に、地域在宅緩和ケアという新しい概念、枠組みが生まれる可能性を見いだすことが必要である。

乗り越えなければならない課題は、在宅緩和ケアの提供できる診療所は開業医だということである。開業医に対する公的な支援は困難な面が多くあるが、主体になるべき医療機関

に対して、これをどう制度保証していくのかを考える必要がある。

## 4) 試案

これと同じような提言をすでにがん対策推進協議会、みんなで作るがん政策2010は行っている。緩和ケアを専門とする診療所を制度認定し、在宅緩和医療の充実を図って結果的に入院施設の負担を軽減するなどとして、“がん在宅緩和診療所創設”といている。このような概念を基に制度設計がなされることを仮定して、千葉市の例をとって少し乱暴であるが、シミュレーションを試みる。

千葉市の2009年のがん死は2171名、そのうち在宅（自宅・施設）での死亡は267名で12.3%である。さくさべ坂通り診療所では年間100～110名のがん終末期の患者に対して在宅緩和ケアを提供し、ほぼ同数の患者を自宅で看取っている。がん在宅緩和診療所を認知し、支援するシステムができれば現状でもさくさべ坂通り診療所は150名～200名程度の自宅での看取りは、十分に可能である。単純計算するとさくさべ坂通り診療所クラスのがん在宅緩和診療所があると1～2箇所できれば、400名以上なり、その他の在宅療養支援診療所、かかりつけ医を加えれば、千葉市のがん終末期患者の自宅での看取り率は20%以上となる。逆に医師会を中心とした、かかりつけ医がその役割を担うということになると、一人のかかりつけ医が年間2～5人の看取りをすとしても、新たに30～100人のかかりつけ医が必要になり、非現実的である。

がん在宅緩和診療所が認知され、自宅で介護だけでなく医療が受けられることが制度設計されることで、がん患者は＜最後は病院＞という世の中の既成概念に基づいた常識は払拭される。このような認識の変化は、自宅での生活を継続する可能性を大きくする方向に働き、自然の経過の結果としての看取りの割合が増える可能性が一層期待できる。

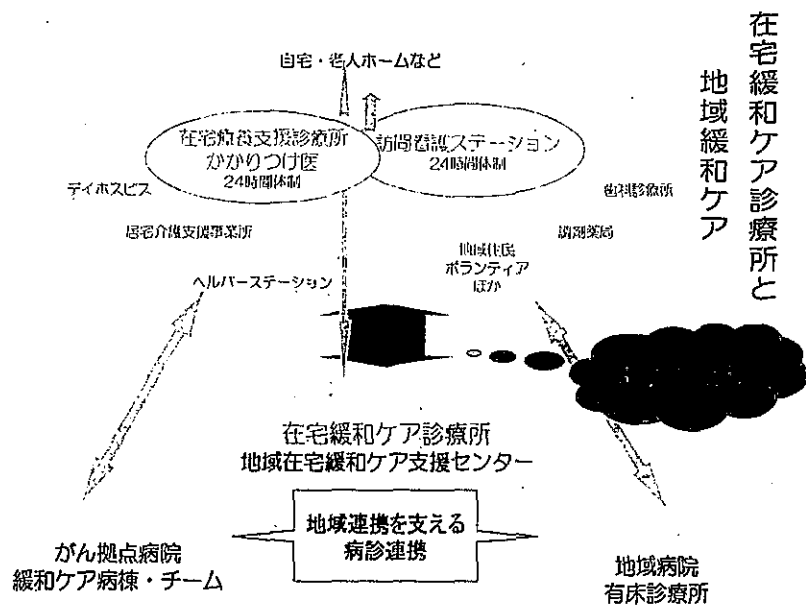
在宅緩和ケアは多くの職種連携による総力戦であるが、そこには一定の仕掛けが必要であり、A)の地域緩和ケアという概念創出が必然となる。地域を起点にして、新たな在宅緩和ケアの創造を目指すということである。実は千葉県のがん対策推進計画の中の在宅緩和ケアの連携イメージ図は、詳細に論じることはしないが“がん在宅緩和診療所創設”を始め地域緩和ケアの導入に適している。

現在、がん在宅緩和診療所を担える在宅療養支援診療所の数は決して多くはない。地域緩和ケアの概念が実現するためには、がん在宅緩和ケア診療所に対する経済的なインセンティブだけでなく、医療制度の中で位置づけるなど、しっかりした基盤整備がなされなければならない。がん難民というキーワードで見ても、がん終末期の療養の場の選択は、医療状況の厳しい都市部では特に深刻である。一刻も早く将来を見据えた基軸となる体制作りの第一歩を踏み出さないと、5年後、10年後あるいは20年後に想定される危機的な状態に対応するすべをもてない。

がん在宅緩和ケア診療所を中心とした地域在宅緩和ケア構想は、全国的に見ると数は少ないながら今すぐにでも実現可能な地域があり、がん終末期の在宅緩和ケアに関してはあ

る程度恒久的なシステムの構築のスタートが切れる。地域の特性に応じたシステムの構築ができれば、がん在宅緩和ケア診療所の所在する地域が変わり、更にそれが周辺地域に広まるなどして、がん終末期患者の医療環境が劇的に変わる可能性を秘めている。

以下では試案のイメージ図を示す。これは前述した千葉県のがん対策推進計画の中の在宅緩和ケアの連携イメージ図をもとに、がん在宅緩和ケア診療所の創設を盛り込んだものである。



在宅緩和ケア診療所と  
地域緩和ケア

6. おわりに

治療の初期段階からの緩和ケアに多くのページを割いたのは、緩和ケアの概念が混乱している危惧を持ったからである。混乱が、がん終末期の緩和ケアの認知を危うくしかねないし、在宅の施策に大きな影響を及ぼすと考えたからである。ある意味では緩和ケアの基本である終末期の緩和ケア、在宅緩和ケアの存在そのものが危ういと感じている。現実には危ういと言うよりも現場の感覚では崩壊寸前の状況にあり、システム構築どころではないと言っても決して過言ではないからである。このことは最終的にはがん診療そのものにも大きな影響を及ぼすことになる。

がん終末期緩和ケアの大きな柱である在宅緩和ケアについて改めてその意義を確認する。在宅での看取りの場の整備が意味するところは、多くのがん終末期の患者にとって希望する療養場所の確保が可能になるということである。在宅緩和ケアの重要性を認識して、がんを治すための治療の開発と同時に、終末期の療養の質の高さが保証されることが、がん患者だけでなく、多くの国民の安心に繋がり、がん医療の信頼を深めることになる。終末期を含めて、がん患者の療養の質を高めるために、がん患者、がん治療に関わる医療者だけでなく、一人でも多くの国民、行政に在宅緩和ケアの対策を真剣に考えて欲しいと切に願うものである。

在宅緩和ケアのシステム構築が機能するためには、緩和ケア、在宅緩和ケアの概念整理をして、医療側、行政側がそれを共有することから始めることが必要である。その上で、医療的に専門性の高い分野であること、自宅での看取りの割合に重要な意義があることを前提にした施策の方向性を打ち出すことを強く望むものである。

がん終末期のがん患者は人生の最後の場面に出会う医療、ケアを受けたあとに、感謝の気持ちであれ、無念の思いであれ、その思いを言葉に託して世の中に伝えることができない。私たちは、がんで亡くなった患者の声、思いを直接聞くことはできないのである。それらの人々の“声なき声”を受け止めた、在宅緩和ケアの推進が私たちに課せられた責務である。

