

国が応えなければならない課題
 ”このままでよいのか、地域緩和ケアの普及”
 “緩和ケア専門診療所(仮称)が解決の鍵”
 川越 厚

I. これまでの歴史: 1) 歴史 2) 問題点
 II. いま(現状)の問題点
 III. これからの課題と解決策
 IV. がん対策推進基本計画の見直しに向けて

医療政策上、在宅医療が病院医療と相互補完関係にあると仮定すると、現在のがん対策推進基本計画の中の「在宅緩和ケア」に関する内容は、根本的に見直す必要がある。

在宅緩和ケアの普及は医療だけの問題ではなく、福祉(生活支援)やサービス提供機関のチームの在り方の問題でもある。また、在宅緩和医療の内容も高度専門家化し、外来をやりながら診るということは難しい。

患者サイドから考えれば、医療者が常在しない居宅で過ごすので、患者と家族の安心のためには、厳密な24時間体制を医療提供機関は取らなければならない。

歴史的にみると、在宅緩和ケアは高齢者の在宅ケア提供体制の枠組みに途中から参入するという形をとっているため、様々な不具合が生じている。

現在ですら在宅緩和医療の提供に関しては多くの問題があり、将来的にはこのままのサービス提供体制では破綻が生じる可能性が高い。

I-1 在宅緩和ケアをめぐる これまでの歴史

- 1) 病院中心医療の推進
 ⇒ “Hospitalization of Death”
- 2) 患者のQOL向上という視点で、
 病院中心医療の見直し
 ⇒ 在宅ケアの推進
- 3) 在院日数短縮、病床数削減
 ⇒ 在宅比重の増大
- 4) がん対策基本法制定、基本計画策定(2007)
 ⇒ 在宅に関する推進計画は適切か？

1) 死の病院化

「病院で生まれ、病院で逝く」時代になって久しい。

問題は、誕生はともかく、死の病院化が本当に良いのか、ということ。この観点から、患者・医療者それぞれの立場で問題提起がなされてきた

2) 在宅ケアの推進

制度的なTurnig pointは医療法改正('92)。患者居宅も医療の場となった問題は

- ① 医師法、保助看法の改正に手をつけないままの改正であったこと
- ② 在宅緩和ケアが高齢者の在宅医療の枠組みの中に入らざるをえないこと。そのため、患者も医療者も共に不自由を強いられている
- ③ 医療は、“福祉との連携”という新たな課題を抱えることになった

3) 在宅比重の増大

問題は、社会からの要求に応えるに十分な備えがなされていないこと。待ったを許されない状況が、すでに現場では起きている

- ① がん死亡者数の増加(ピーク時には現在の1.7倍になるとの予測)
- ② 独居、高齢者世帯など、在宅困難事例が増加
- ③ 重装備で退院する患者が増加し、在宅で対応しなければならない
- ④ 在宅の実情に疎い(たとえば、在宅医療と外来医療の区別を理解していない)病院の主導で、在宅医療が整備されてきた

4) 推進基本計画に則った在宅緩和ケアの推進

問題は、在宅の実情を反映せず、医療整備という観点到に乏しいこと

I-2. 問題点

I-2 歴史的過程に起因する諸問題

- 1) 医療法改正('92)→患者居宅が医療の場
 - ① 医師法、保助看法改正には手をつけず
 - ② “福祉との連携”という新課題出現
- 2) “非がん患者”を対象に整備された、在宅医療
 - ① “がん患者”は中途よりその枠に入り込む
 - ② 在宅医療という枠で、両者の区別は未だない
- 3) 病院主導で整備されてきた在宅医療
在宅医療と外来医療の区別を理解していない
- 4) 在宅の実情を無視した、推進基本計画の進行

1) 医療法の改定(1992)に関連した問題

患者の居宅が第3(病棟、外来、在宅)の医療の場として認知されたが、医療法以外の法律は手つかずなので、在宅では具体的に以下のような点が問題となる。

医師法17条、同20条(医師は、自ら診察しないで治療を…してはならない)、保助看法第37条など。

また、福祉との連携という医療者にとってはまったく新しい経験をする事になり、福祉を巻き込んだ様々な問題が生じている。

2) 「非がん患者を対象に整備された在宅医療」に関連する問題

在宅ケアは「高齢者のベストのQOL保障する」ための制度支援としてスタートした。“急性期医療に類する医療を必要とする患者(末期がん患者はまさにそうである)を在宅でケアする”、というコンセプトはなかった。

症状が安定し、医療依存度が低く、経過の長い患者を基本的に対象としているので、痛みや呼吸苦などの様々な肉体的な苦痛を持ち、症状緩和のための医療が積極的に介入し、しかも短い期間(平均2カ月未満)で、死という形で終了する末期がん患者を、現行の在宅医療制度、福祉の枠組みの中に押し込むのは、そもそも無理な話である。

施策上の議論を行う場合、将来的には対象疾患によって在宅医療を区別して考えなければならぬ。

3) 「病院主導で整備されてきた在宅医療」の問題

生活支援を主とする在宅医療は、基本的に病院医療の延長ではない。訪問診療を行っている医療者の声に耳を傾ける必要がある。

4) 在宅緩和ケアの推進は、単に医療者、特に医師だけの問題ではなく、地域単位で総合的に取り組む課題である。

II. いま(現状)の問題点

1. 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア
2. 空回りしている、在宅緩和ケア推進基本計画
3. (在宅)ケアが困難な社会情勢の進行
 - 1) 独居の問題 2) 貧困の問題
4. 高品質のケアの提供が困難
 - 1) “在宅緩和ケア提供施設基準”の欠如
 - 2) 骨抜きに瀕する、“24時間ケア”
 - 3) “寄せ集め型”チームで提供される非効率なサービス
 - 4) 短期終了という臨床特性が考慮されていない、チームケア(医療と福祉など)

1 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア

この問題点は諸外国、特に米国との比較で理解しやすい。メディケアではホスピスの認定基準があり、認定されたホスピスに対してホスピスフィーが支払われる形となっている。つまり、高品質のケアが最初から約束されている

2 空回りしている推進基本計画

現行の諸制度は、末期がん患者に高品質のケアを届けるため、十分とは言えず、さまざまな不備がある。現実的にはそれらの不備を克服しながら、サービスを提供するという形になっている。当然、経費の無駄使いにつながる。

1) 「開業医に少しずつになってもらえばよい」というのは、あまりにもあんなにかんがえかたである。末期がん患者を診る開業医は1割弱。単に緩和ケアの教育をすればよいという問題ではない。

2) 慣れない開業医に無理やり押し付ける、という発想は適切でない。もしそうすれば、入院支援は不可欠。ただし、これは金銭的なインセンティブの問題だけではなく、受け入れる医師や看護師の気持ちを考えなければならぬ。

3) 在宅緩和ケアの普及には福祉との連携が欠かせないが、制度的に無駄が多く、結果的に高品質のケアにつながらない場合が多い。

3 在宅ケア実施が困難になる状況

困難に対応できる専門チームを地域展開する必要がある。

4 高品質のケア提供の問題

質をどのように保障するかは、最大の課題。すぐに解決を要する問題が山積みされている。

Ⅲ. 在宅緩和ケアのこれから 課題と解決策

1. 国民の希望をいかに叶えるか？
どうすればその希望を叶えられるか？
2. 予測される困難な状況と解決策
3. 在宅を希望する方へ
 - 1) 高品質のケアを保障する
 - 2) 希望を叶える(量の確保の問題)
4. 在宅緩和ケアの質と量の評価

1. 国民の希望：63%の国民は「療養の場」として、自宅を望んでいる。しかし、66%は最後まで自宅というのは無理だと考えている(終末期懇談会資料)
2. “このままでは在宅緩和ケアの普及は危機に瀕する”、と予測される状況
 - 1) がん死患者数の増加
 - 2) 今後ますます弱体化する家族介護力
 - (1) 単独世帯(独居)の増加など
 - (2) 老々世帯、認々世帯の増加など
 - 3) 経済的困窮患者の増加
 - 4) 高度化、専門化する在宅医療(各種医療処置の実施、各種Interventionの判断、やや複雑なOpioid使用など)
 - 5) 不十分な在宅支援システム。ただし、病院支援ベッド増床だけでなく、在宅サイドの支援システム(在宅緩和ケアの専門チームによる支援)も考えるべきである
 - 6) 統合失調患者など入院する施設を探すのが困難な患者の問題
3. 高品質のケアの保障
“在宅緩和ケア専門チーム”が提供するケアの質は非常に高い(米国データ)
4. 量の確保の問題
“在宅緩和ケア専門チーム”は多数の在宅死を担うことができる
5. 在宅緩和ケアの質と量の評価
 - 1) 質を担保する“在宅緩和ケア専門チーム”を制度認知し、普及の評価を行う
 - 2) 在宅死率、PCU死率などを指標とした、医療整備計画を立てる

Ⅳ. がん対策推進基本計画の見直しに向けて

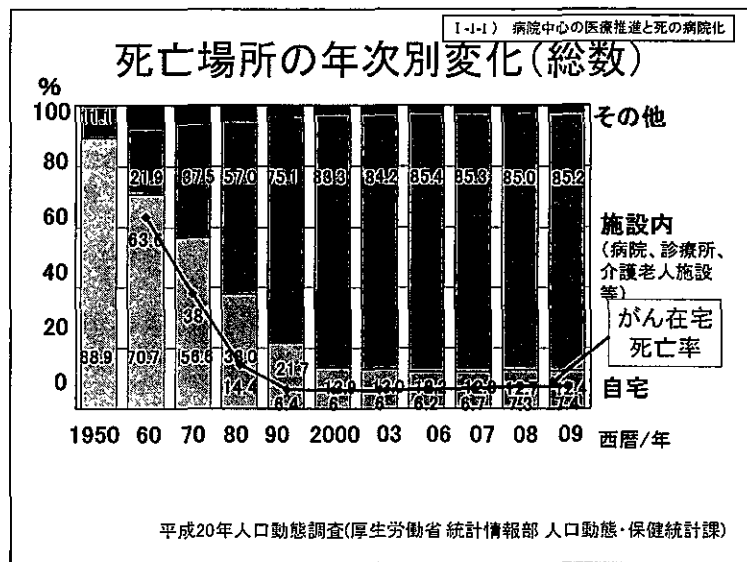
患者視点に立った在宅緩和ケアの普及は、国策上の至上課題である。解決の鍵は、在宅緩和ケアの専門診療所の普及が握っている

見直しのポイント

1. 在宅緩和ケアを非がん患者の在宅ケアと区別した制度・環境整備を行う
2. 地域緩和ケア普及のため、
 - 1) 緩和ケア専門診療所の数を整備指標とする
 - 2) 在宅死率を正規の評価指標とする
 - 3) 地域緩和ケアの総合的な整備目標を設定する

在宅緩和ケア普及に関する提言

- ・ 在宅緩和ケア専門チーム(HPCT)を何らかの形で認定する
- ・ 地域緩和ケアの評価死数として、以下の数値を用いる
 - 1) 在宅死率
 - 2) 一定地域におけるHPCTの数
- 3. 地域緩和ケアの到達目標指数として、以下の数値を用いる
 - 1) PCU数
 - 2) HPCT数



1. 病院死率が在宅死率を追い越し、40年以上が経過している。
2. この間、すべての死について言えば在宅死率は10数パーセント、がん死に関しては6%代が20数年続いている。
3. ここ数年でがん在宅死率は、6%から7%台へアップしている(これは推進基本計画の中間報告にも指摘されている)。
4. 問題は、この6から7%へのアップが、がん対策推進基本計画の成果なのかどうかということであるが、個人的なデータやさまざまな情報から判断すると、答えはノーである。
5. 全国レベルでのがん在宅死率のアップに貢献しているのは、各地域に誕生しActiveに活動している、在宅緩和ケアに積極的に取り組んでいる診療所・これと連携する専門的な訪問看護機関である。
6. これらの問題は、がん対策推進基本計画の中で在宅緩和ケアサービスの提供が適切に行われているかどうかの評価基準になるので、客観的かつ厳密に検討すべきことだと考えている。しかし現実的には難しい。

I-1-2) 在宅ケアの推進

がん末期患者の在宅ケアに関連した制度

年	制度等	関連した内容
1982	老健法制定	訪問看護料の新設
1992	医療法の一部改正 (法律第八九号)	患者の居宅等において、医療施設の機能に応じ、効率的に提供されなければならない
	指定老人訪問看護制度	訪問看護ステーション制度の新設
1994	在医総	(1)末期がん患者対象の医療が定額払い (2)訪問服薬指導の新設
2000	介護保険	末期がん患者は医療保健と併用可能
2006	在宅療養支援診療所	在宅療養専門の診療所の診療報酬上の制度新設

在宅緩和ケアと関連した補足説明

60年代以降高齢者の入院が増加し、老人医療費無料化('73)がそれに拍車を駆けた

'88 在宅患者訪問看護・指導料が点数化された

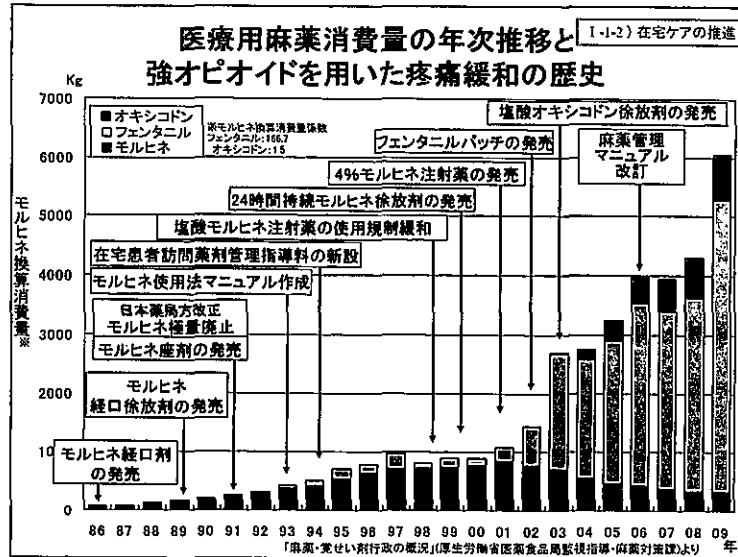
'92 医療法の一部改正(法律第八九号)

指定老人訪問看護制度に基づき、老人訪問看護ステーションからの訪問看護が行われるようになった。

'94 健康保険法などの一部改定で、「指定訪問看護制度」が創設された。その結果、悪性腫瘍や神経難病患者なども訪問看護の対象となった。

またこの時、老人訪問看護ステーションという言葉から、「老人」という接頭語が外された。

'06/4 介護保険特殊疾病に「がん末期」が加えられた



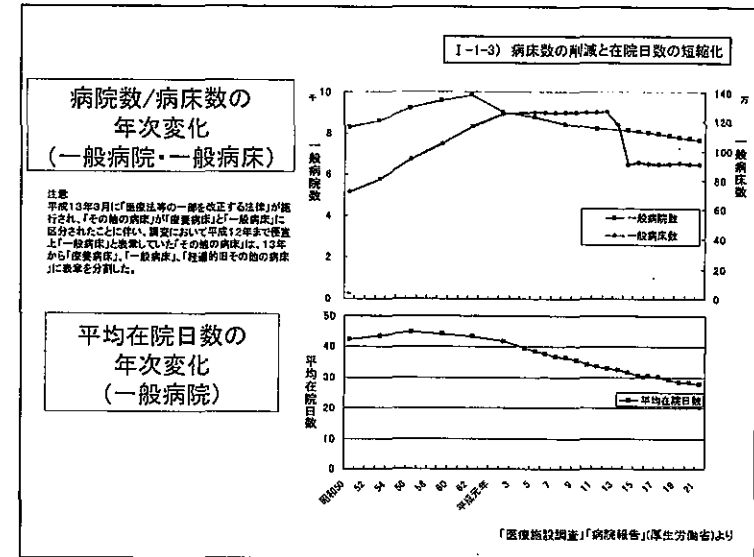
在宅緩和ケアの推進は、制度だけではなく民間サービスの充実などによっても支えられてきた。一例として、在宅緩和ケアの普及に関する歴史的な変遷を示した。ピンクはオピオイドの種類の実に関するもの、グリーンは制度に関係した内容である。

このうち麻薬管理マニュアルの改訂は画期的であり、これによって在宅でのオピオイド使用が非常に容易となった。

かつて(小生が在宅緩和ケアに取り組みだした1980年代後半)は、経口摂取が難しくなった患者を家で最期まで症状緩和することは難しく、それよりもそもそもMSコンチン(1989年発売開始された隆さんモルヒネ経口徐放剤)を手に入れること自体が大変難しかった。

今は様々なオピオイド(モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、速効薬や徐放剤、高濃度のモルヒネ注射薬)の、様々な投与方法(経口、経直腸、経皮膚、経皮下注射、経硬膜外注射、経クモ膜下注射など)が在宅で可能であり、専門チームが関われば病院と全く遜色ない疼痛緩和を行うことが可能である。

また数は少ないが、在宅緩和ケアに積極的に関わる調剤薬局も出現し、疼痛緩和で苦勞して入院する、というようなことは我々のような専門チームが関われば非常に稀となった。



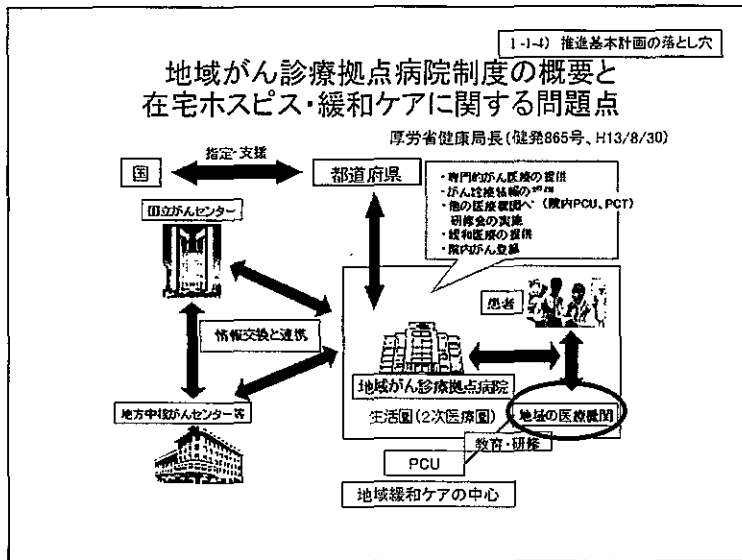
在宅医療のグランドデザイン (H19年度厚労省長寿医療研究委託事業、川島班 p1)

	平均在院日数	人口千人当たり病床数
日本	35.7	14.1
ドイツ	10.2	8.5
フランス	13.4	7.5
イギリス	7.0	3.9
アメリカ	6.5	3.2

(OECD Health Data 2007)

現在、このデータに基づいた医療整備(在院日数の短縮化、病床数の削減、福祉ベッドへの転換など)が進められており、結果的に末期がん患者が病院に入院できない状況が起きている。

この問題をどう考えるか、ということは非常に重要なポイントであるが、いずれにしろ、在宅緩和ケアの充実が初めて、これらの政策が正当化されることに変わりはない。



がん対策基本法(H18/6/23、法律第98号)は、「がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的」として制定された(第1章第1条)。その基本的施策には、がん医療の均てん化の促進等(第3章第2節)として、「国及び地方公共団体は、…、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、…」(第3章第2節第16条)と、在宅医療の推進が謳われている。

これはがん在宅医療の充実と密接に関係した内容であるが、「末期がん患者に対する在宅医療の供給体制が、従来と基本的に全く変わっていない」という、大きな欠陥を有している。

がん医療のきんてん化の中身は、①NW化 ②パス作成 ③コンサルテーション、になるが、問題は、地域の医療機関の中身が変わっていないこと。このことが、末期がん患者の在宅ケアの普及を阻害していると考えられ、患者の居宅を中心とした地域に、あらたな医療供給体制を確立する必要がある。

地域の診療所のボトムアップを図ることにより、地域の普通の診療所が末期がん患者の医療を普通に担えるようにする、というのが強いて言えば、従来と違うところであろうか。しかし、この考えとて決して新しい考えではなく、むしろ従来の一般的な考え方として行われてきた方法、と言える。

これまでの経緯から、ボトムアップ方式では問題解決にならない。

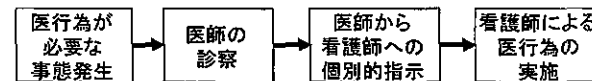
また、地域の診療所のネットワークを作れば問題が解決するという考えもあるが、これは内容的にこれまでと全く変わっていないので、無理がある。

ネットワーク化は必要であるが、質を保證する形のものでないと、結局患者は不安になって入院と言うことになり、病院の負担を増すことになる。

1-2-1) 医療法改正に関連した問題点

医行為実施の法的原則

法律を厳密に解釈した場合の医行為実施(医師法20条)

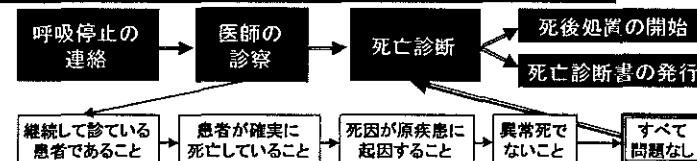


現実には「医師の診察」を省略した形の「看護師による医行為の実施」が黙認されてきた理由: 病院では「看護師の傍に医師が常在している」から?

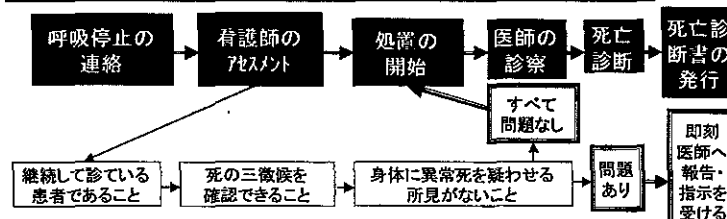
しかし医療法の一部改正(1992)に伴い、在宅(医師・看護師は常在しない)が新たに医療の場として法的に認められた ⇒新たな“運用上の仕組み作り”が必要

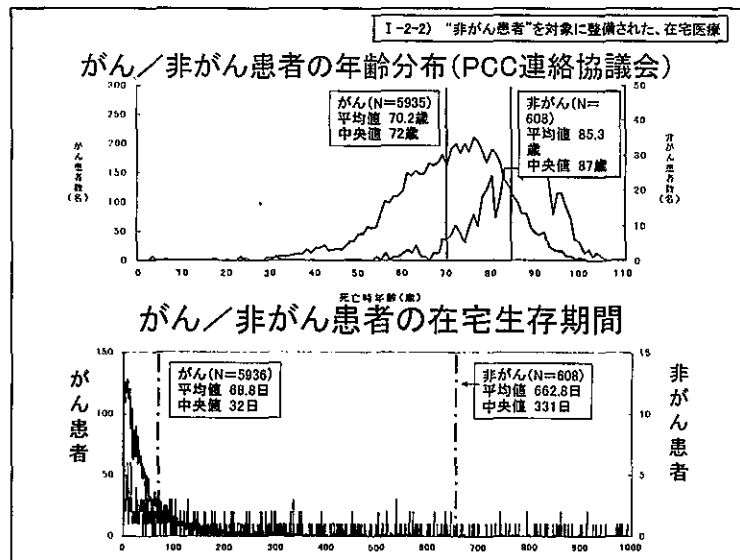
死亡診断に関する法的しぼりと、運用面での解決策

1) 在宅における、死亡診断の要件とプロセス (原則)



2) 標準約束指示がある場合の、死亡診断プロセス (案)





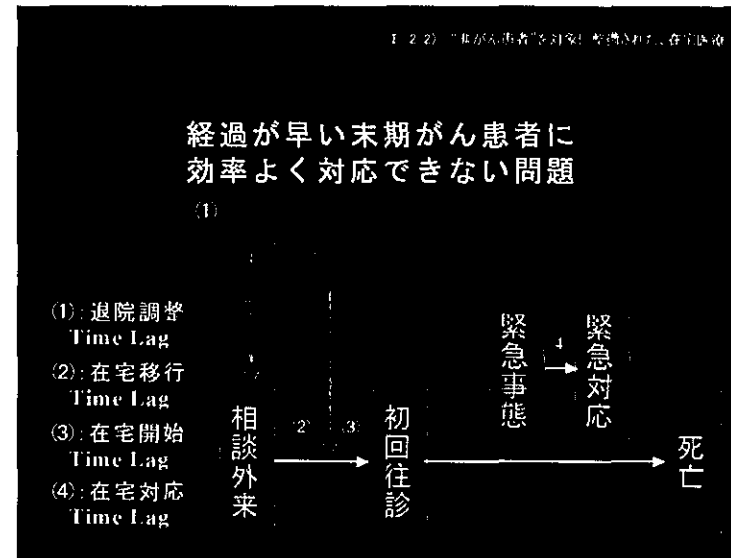
臨床的特色: 末期がん患者は、非がん患者と比較して

- 1) 年齢的に若く、
- 2) 短い経過(4人に一人は開始後1W以内に死亡)をたどり、
- 3) 日々変化し、一本道の悪化をたどる痛みを中心とした苦痛を経験し、
- 4) 例外なく死亡する

	平均年齢#	平均ケア期間(日) #	緊急訪問看護* (回/日/人)	電話対応のみ* (回/日/人)
がん	70.2 (n=5935)	68.8 (n=5935)	0.069 (n=45)	0.157 (n=45)
非がん	85.3 (n=603)	0 (n=603)	0 (n=20)	0.017 (n=20)

#: PCC協議会事例

*: バリアン事例(2011/6/1~6/30)



末期がん患者に対する医療は、病院で行われる医療を参考にすれば、急性期医療に相当する。それは、末期がんという疾患の特殊性に由来するが、その特徴は、①短期間に患者は死の転帰を遂げる。②その短期間に、心身面の様々な激変が起こり、患者に苦痛を与えるので、特に医療は重要。

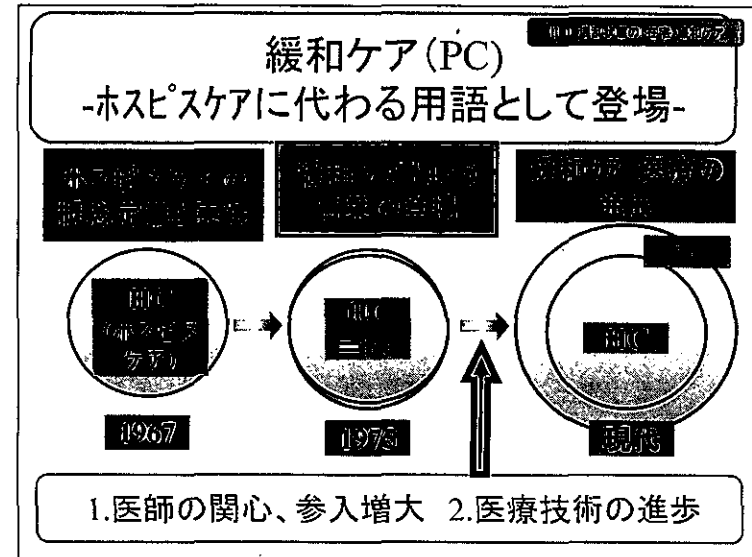
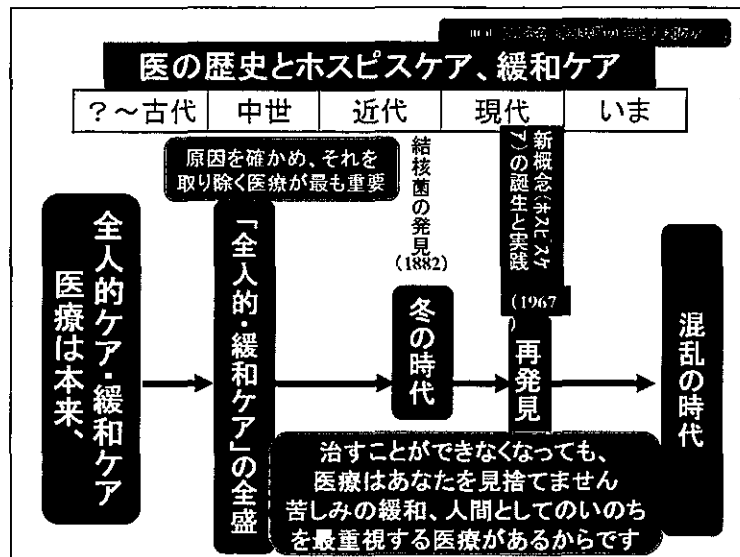
在宅緩和ケアの目標の一つは、可能な限り自宅での生活を満喫していただく(言うまでもなくできるだけ快適に)ということなので、ケアが開始するまでに、サービスを提供する側での時間浪費は改善しなければならない。

そのような観点に立って病院から在宅ケア開始まで、さらに亡くなるまでの経過をたどってみると、多くの時間的な浪費が存在している。

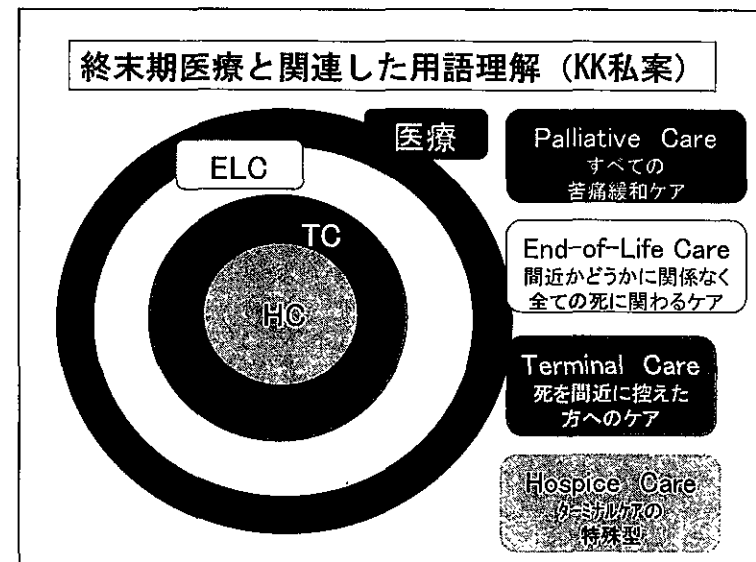
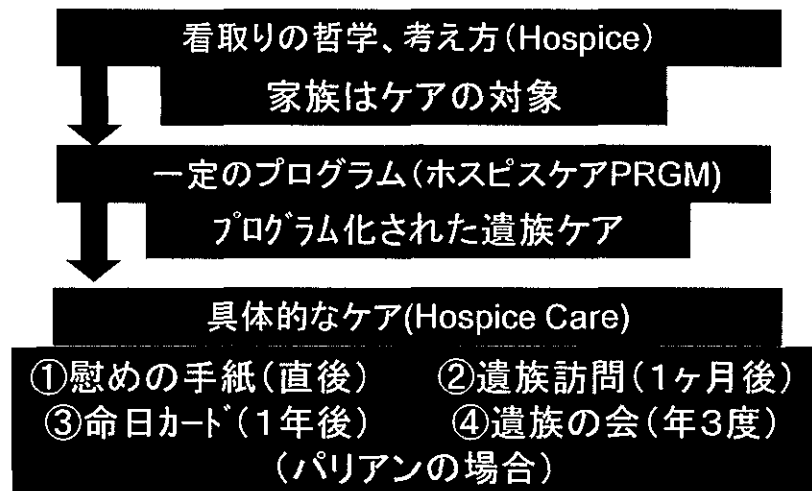
病院サイドで言えば、①退院調整Lag(この問題はパスの充実でかなり改善。問題は、②の在宅移行Lagである。在宅の状況に疎い病院サイドの移行準備には多くの無駄で、しかも役に立たない準備がある。

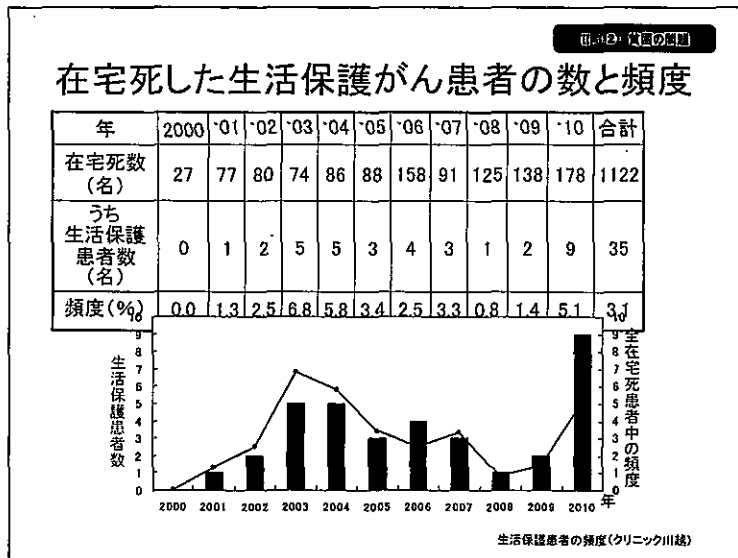
在宅サイドは、ケア開始まで待機することではなく(PCUとの大きな違い)、退院した時点からケアが開始されるので、患者にとっては好都合である。

問題は生活面の支援を行う福祉との連携であるが、現時点ではここに様々な問題がある。

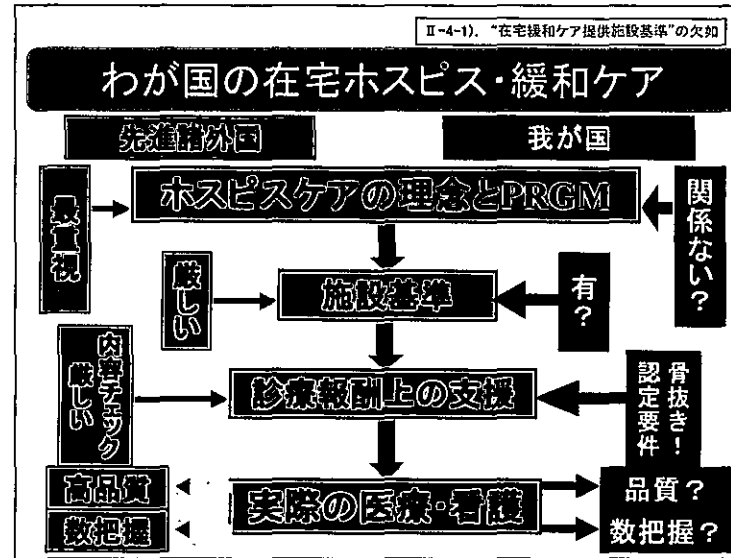


ホスピスケアを具体例(遺族ケア)で説明





- 生活保護患者(A群)の数は決して多くはないが、無視できない数である。
現場感覚でみると、それよりも問題となるのは生活保護を受けることが条件的にできない末期がん患者(B群)である。
- 両者(A,B群)に共通するのは、経済的にきわめて厳しい状況に置かれていること。
在宅緩和ケアを受けるにあたっての自己負担(相談外来受診費、診療報酬上の自己負担分、訪問に要する交通費実費など)は両者で違いがある。
- 相談外来受診費(当院では5250円)、訪問に要する交通費実費(クリニックからの距離によって異なる)などは両者に共通して発生するものであるが、状況を見ながら減免処置を講ずるなどで対応している。一回数百円程度の交通費の支払いに難儀する患者が多いのが、当院の現実である。
- 医療費の自己負担はA群ではないが、B群では年齢、収入などに応じて自己負担が発生する。
多くのケースで高額医療となり、自己負担との差額は後で帰ってくるが、一時的に支払うだけの経済的な余裕のないケースが多い。
区によって立て替えサービスを行っているが、手続きなど煩雑で使用するのを控える患者が多い。
- 生活保護受給者の数は今後ますます増えると予測され、そのような状況の中で、在宅緩和ケア、ひいては日本のがん医療の在り方を考えなければならぬ時代に入っているのではないかと考えざるをえない。



「理想とする医療、理想とする看護」は病気の種類、病状などによって異なる。末期がん患者に対する医療としては、ホスピスケアを求める患者・家族が一方にあり、他方には急性期医療の延長を求める患者・家族がいる。

前者に対して行われる医療がいわゆるホスピスケアであり、後者に対して行われる医療は従来行われてきた延命主体の医療と言える。ただし悩ましいのは、近年両者の区分をすることへの問題提起がなされており、世界の趨勢はそちらに傾きつつあることである。

いずれにしろ、「理想とする医療、理想とする看護」を実行するために、診療報酬上の保障(これは同時に制約でもある)が設定されており、実際はこの制約の中で医療を行うことになる。

医療者は、患者・家族がどのような医療を求めているか判断する必要があり、最終的に決断した内容をできるだけ実現できるように支える必要がある(われわれが提供する医療がベストと判断した場合にはわれわれのほうで見るべきだし、そうでない場合はしかるべき医療機関を紹介すべきである)。

II-4-2) 骨抜きに陥る「24時間ケア」

「在宅療養支援診療所」について

(06/4の診療報酬改定で新制度として登場)

**患者の在宅療養の提供に
主たる責任を果たす診療所**

- 1) 24時間連絡が取れる
- 2) 24時間往診する
- 3) 24時間訪問看護をする
- 4) 緊急時入院ベッドがある
- 5) 診療情報の提供
- 6) 在宅看取り数を報告すること

在宅で提供する
ケアの
最重要事項

↑
以上のことを患者と文書で約束する

この骨抜きが
図られている
患者目線
ではない!!

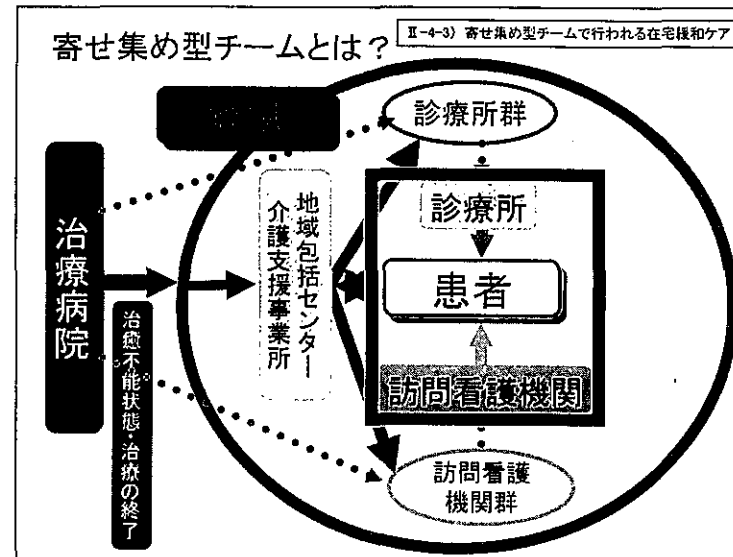
末期がん患者が在宅で安心して過ごすために最も重要はことは、医療者に24時間体制で対応してくれることである。

診療報酬上、末期がん患者の在宅ケアには「在宅末期医療総合診療料、略して在医総」という定額支払方式で、この医療を高く評価してきた(在医総は'94スタート)。診療所に対しては24時間ケアの縛りなどなかったため、気楽に届け出を行い在医総を算定する診療所が多かった。

在宅療養支援診療所('06スタート、在支診と略す)届け出は在医総算定のための前提であるが、24時間ケアの規定が厳しく、サービスを提供する診療所が根を上げる、という事態が起きてきた。この問題を解決するために様々な工夫(一番有名なのは長崎医師会で行っている主治医・副主治医方式)を行っているが、うまくいく気配のないのが現状である。

一方で、在宅緩和ケアを専門に行う診療所も各地に誕生し活動を始めるようになってきたが、これらの診療所では24時間ケアを規定通り行い、患者の安心を提供し、結果的に在宅での看取りにつながっているのも事実である。

在支診の要求する24時間ケアは確かに診療所にとっては厳しい内容であるが、患者と家族の視点で見ると、非常に重要なサービスなので、制度がなし崩しになるのは避けなければならない。



在宅で提供される医療サービスを担う診療所と訪問看護機関は、一般に患者が病院を退院するという段階で、その患者の近くでやってくれる機関という考えで、新たにチームを作ってケアを提供するという形をとっている。

このような形は、ケアの統合性を最も要求される終末期医療(緩和ケアだけではない)にとって、決して好ましいものではない。また、時間的にもロスが大きいという欠点もある。

「顔が見える関係」ではなく、「心が見え、心をつなぐ関係」が在宅緩和ケアでは特に要求される。

その意味から、単に人を集めればよいわけではない。

地域に、考え(哲学)も実際のやりかた(ケアのプログラム、パス)を共有する医師と看護師のチームを育てていく意義が、ここにある。

Ⅲ-1.国民の希望

仕方がないから！

余命6か月以内の医療として、

在宅ケアに関する
・情報不足
・想像困難

「療養の場」として、63%が自宅を
「看取りの場」として
80%が緩和ケア医療機関を望んでいる

66%の国民が、最期まで自宅での療養は
“実現困難”と考えている

「国民は家を望んでいるが、それは不可能である。だから施設での緩和ケアを充実しなければならない」

このような結論は、一方的な見方である。なぜならば、在宅での看取りの実績を積んだ診療所が、すでに多数存在するからである

不可能な理由として、調査で明らかになったことは、

①家族に負担がかかるから

(これは一理あるが、実際は危惧である。負担は当然かかるが、チームで適切にケアすれば、負担故在宅を放棄することはまずえない。また高齢者の在宅ケアと異なり、在宅の期間は非常に短くかつ患者の自立度は最後まで高い。経済的な負担も入院と変わらないか、むしろ安くつく・川越コメント)

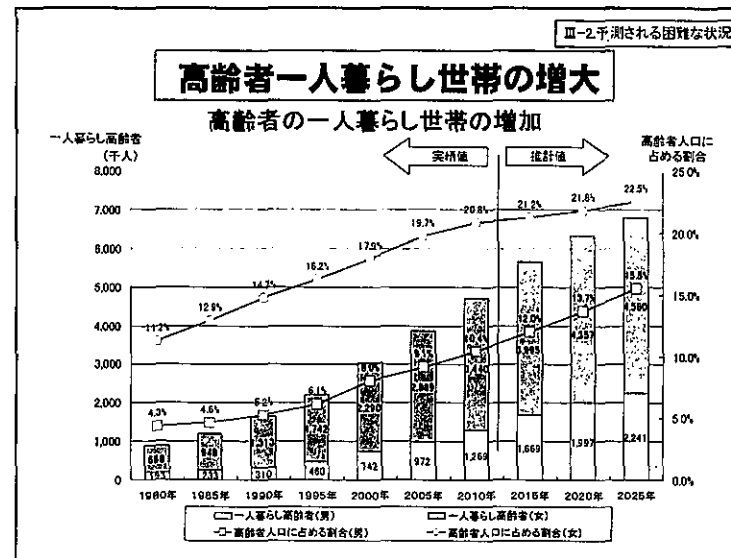
②症状急変の対応に不安がある

(これも危惧である。24時間体制を厳密に行い、チームの総合的な力が成熟していれば、最期まで自宅で過ごすことは十分可能である・・・川越コメント)

したがって、この調査の結果は、以下のように読むべきである。

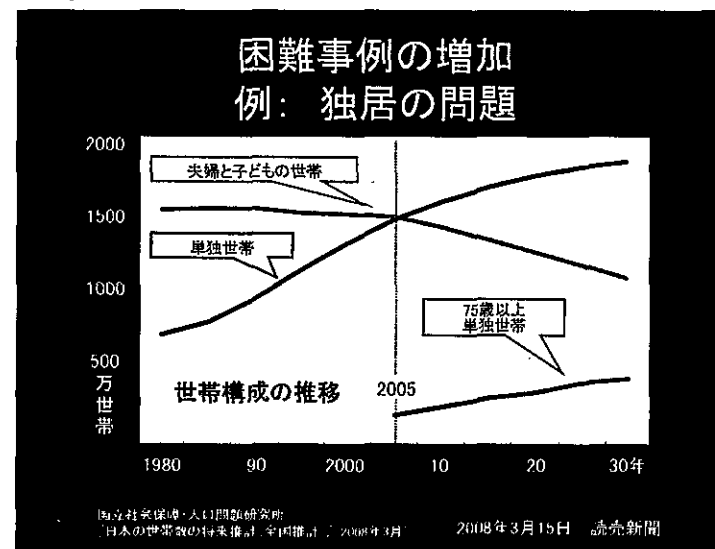
国民は施設での死を望んでいるのではない。

「終末期を家で過ごし、家で死にたい」という希望を実現するためには、患者の不安を現実に取り除き、在宅で質の高いケアを提供することが重要だ。国が整備すべきことは施設の数を増やすことだけでなく、そのような医療(ケア)を提供する医療機関が働きやすい環境を整備することだ。



単独世帯の問題は遠い将来の問題ではない。2005年以降、単独世帯の数は夫婦と子供の世帯を抜いている。

このような家族の介護力を期待できない患者に対して在宅緩和ケアを行うのか、もし行うのであればどうすればよいかを検討し、実行に移さなければならない。



**在宅緩和ケア専門チームによって
高品質のケアがもたらされるということ**

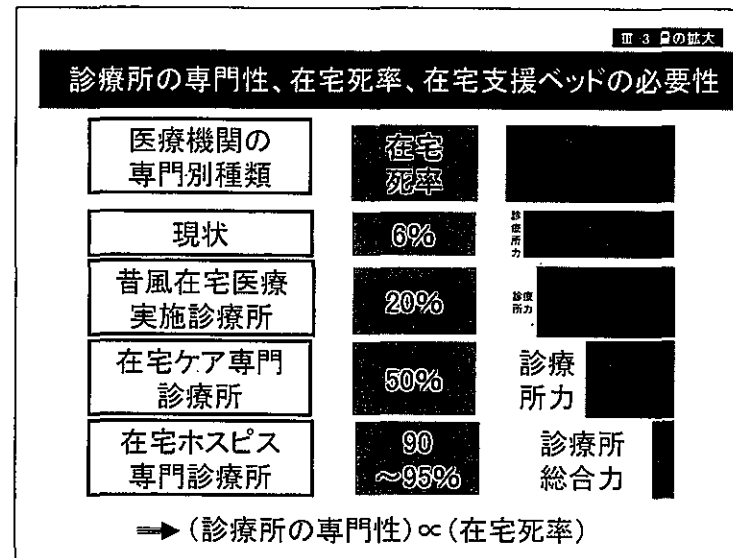
ケアの場所別の患者と家族のケア評価 (Adjusted OR, 95%CI)

Outcome	在宅(1) 一般的 ケアチーム	在宅(2) 緩和ケア 専門チーム	介護施設 (Nursing home)	病院
疼痛緩和が十分でなかった	1.6 (1.1-2.1)	Ref	1.6 (1.0-2.2)	1.2 (0.3-1.9)
呼吸器緩和が十分でなかった	1.4 (0.5-2.2)	Ref	1.0 (0.6-1.7)	0.7 (0.3-1.2)
心理的サポートが十分でなかった	2.7 (1.7-3.1)	Ref	1.3 (1.1-1.5)	1.3 (1.0-1.6)
患者・家族が希望したが、医師と連絡を取ってくれなかった	1.6 (0.5-3.3)	Ref	2.0 (1.4-2.5)	1.8 (1.5-1.9)
必ずしも、いつも敬意を表しながら関わってくれなかった	1.1 (0.4-2.1)	Ref	1.2 (0.5-2.1)	1.3 (0.8-1.9)
心理的な支援に関心を持ってくれなかった	2.9 (1.1-2.1)	Ref	2.6 (2.3-2.9)	1.5 (1.3-1.8)
死の過程で患者がどのようなことを求めているかに関する情報への関心	1.6 (1.1-1.9)	Ref	1.6 (1.3-1.9)	1.4 (1.1-1.6)
スタッフが最善のケアを行うための病理解がなかった	0.7 (0.2-2.3)	Ref	1.5 (1.2-1.7)	1.5 (0.9-2.4)

(Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V. et al: Family Perspectives on End-of-Life Care at the last Place of Care. JAMA 2004;291:88-93)

在宅緩和ケアの専門チームが関わると、患者・家族のケアに対する満足度が高くなるという調査報告が米国から発表されている。それが上手である。(Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V. et al: Family Perspectives on End-of-Life Care at the last Place of Care. JAMA 2004;291:88-93)。

注意しなければならないことは、“在宅緩和ケア専門チーム”とは、一定の施設基準をクリアし、メディケアからホスピスと認定されたチームのことである。わが国には“緩和ケア専門チーム”としての施設基準が存在しないので、このような検討を行うことは大変難しい。



この図の意味は、以下のように考えている。

- 1 診療報酬上の制度として、在宅療養支援診療所を新設したが在宅死率の向上は1%にとどまっている、ということ
2. しかし、在宅支診に関わるケースが多い(約半数)ので、ケアの質はたかまっているはずである(∵24時間ケアを厳密に行っている)
3. 末期がん患者に関わる在宅支診の数をどうやって増やすかが課題

在宅で精一杯のことをやる、ということは、今後の日本の医療全体に大きな影響を与える。

IV-1 がんと非がんの区別を行った制度設計

今後の在宅医療の方向と行政の整備課題					
疾患分類 (KK分類)	症状 安定性	期間	患者 数	医療 依存度	行政の関わり 医療機関の関わり
G-1A (非がん)	安定	長期	多	小	介護供給が課題 開業医の守備範囲
G-1B (非がん)	安定	長期	少	大	近未来の整備課題 専門医の守備範囲
G-2 (がん)	不安定	超短期	中	大	現在の整備課題 専門医の守備範囲
G-2	不安定	長期	少	大	今後の重要課題



末期がん患者の特色
非がん患者との比較

非がん患者

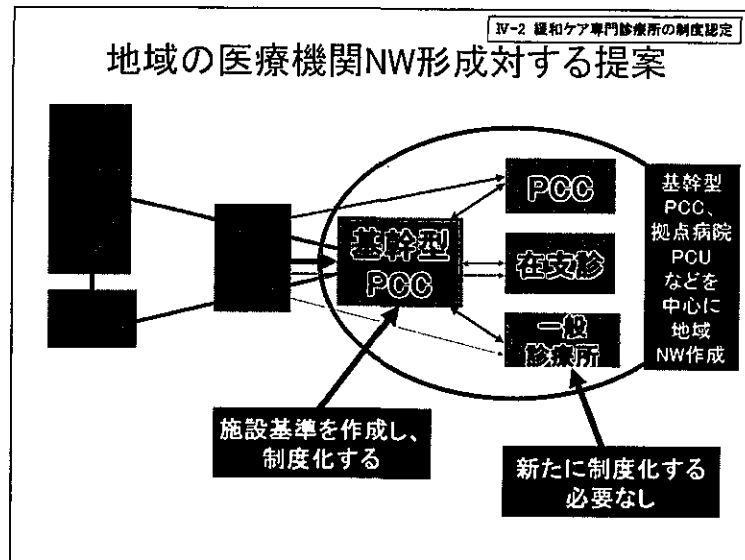
1. あくまで生の延長としての、生活支援を考える
2. 時間的にゆっくりでよい
3. 介護主導でよい

がん患者

1. 死を前提とした生活支援を考える
2. 時間的な余裕なし
3. 医療(訪問看護師)主導でケアを組み立てる

緩和ケア診療所(PCC)の施設要件・川越私案

- 1 在宅療養支援診療所であること
- 2 一定以上の年間実績(たとえば年間がん在宅死数 20例以上、在宅死亡率60%以上の実績を有すること)
- 3 一定レベル以上の医療を提供できること
 - 1) 疼痛緩和: ①オピオイドが使用できること②モルヒネなどの皮下注射ができること③硬膜外モルヒネ持続注入の管理ができること
 - 2) その他: ①CVポートの管理ができること②HPNができること③HPNができること④各種カテーテル(膀胱留置カテーテル、腎ろうカテーテル、PTCDカテーテル、胃ろうカテーテル、気管カテーテル)ができること
- 4 特定の訪問看護機関と緊密なチーム体制をとっている(連携の太い絆)
 - 1) 疼痛緩和、死亡診断に対する標準的な約束指示を文書で共有していること。これは在宅ホスピスナースの裁量権の拡大につながるもので、一定の基準に則った看護師の裁量をあらかじめ決めておく必要がある
 - 2) 訪問看護師、診療所医師との間で24時間体制を確立し、個々のケースで文書をもって患者に示すこと。24時間体制は医師とナースの協働で行い、ナースのファーストコール(セカンドコールを置くのが望ましい)、医師が最終的な責任を負う体制をとって、在宅のSafety netを充実すること
 - 3) 個々のケースについて週2回以上の定期的なチームカンファレンスを行い、その記録を保存すること
- 5 市民、病院、地域緩和ケアセンターへの情報発信を行っていること



1. 基幹型PCCを地域緩和ケアのセンターとして位置づける。地域緩和ケアセンターの名称(案)としては、1)地域緩和ケアセンター、2)基幹型緩和ケア支援診療所、3)単に「緩和ケア診療所」、「緩和ケア専門診療所」などが考えられる。

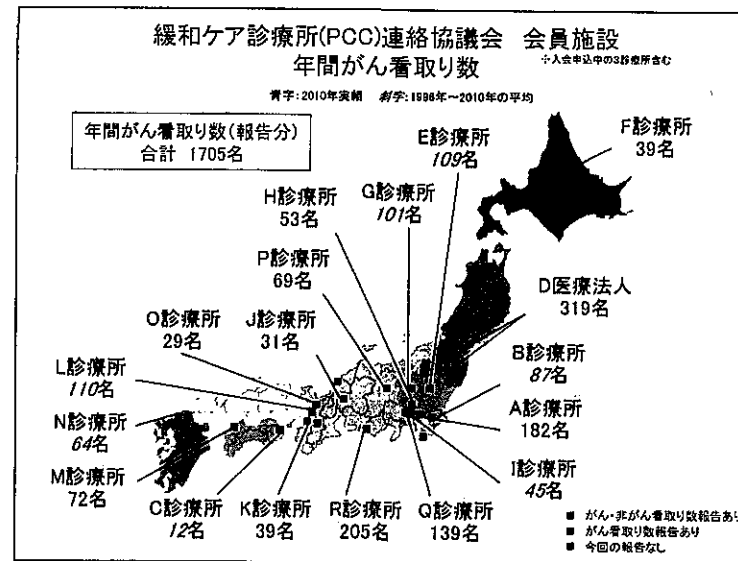
2. 在宅緩和と医療を行う診療所は、地域の多様性を考慮し、提供するケアの良と質などによって細分類する必要がある。分類の基準は、在支診であるかどうか、年間のがん在宅死数、在宅死亡率(一番単純で実地的な基準)などである。

具体的には、1)地域緩和ケアセンター(大規模)、2)緩和ケア診療所(中小規模)、3)在宅療養支援診療所(緩和ケアも行うがそれ以外の在宅ケアに力を入れている診療所)、4)一般の診療所、などを想定している。

診療所以外の医療機関が地域緩和ケアセンターとなるためには、「実際に訪問診療に携わっていること」が必要最低条件と考えている。

3. 基幹型PCCの機能としては以下のことを想定している。

- 1) 地域緩和ケアのNWの要として機能する
- 2) 困難事例を受け入れる
- 3) 一般診療所などで継続困難なケースを引き継ぐ
- 4) 在宅緩和ケアの教育、研修などを行う
- 5) その他(地域啓発、ボランティア養成、療養通所介護、遺族ケアなど)



現在、24時間体制で在宅医療を支援している診療所、いわゆる「在宅療養支援診療所」は、全国に約1万1千カ所ある。

一方、末期がんの方の在宅緩和ケアに力を特に注いでいる診療所は、全国に約700カ所存在する(医療機関数:平成23年1月1日時点、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」より)。その数は少しずつ増えてきているが、数的に地域差があるのも事実である。

上図は、発足間もないPCC連絡協議会の会員診療所の全国分布である。重要なことは、これら20数か所の診療所で、現時点のがん在宅死のおよそ一割を担っていることである。

このような診療所の全国展開を制度的にバックアップすることが、これからの重要な方向性である。

IV-3 地域緩和ケア普及の指標、在宅死率

在宅死率の定義とその意味

$$\text{在宅死率} = \frac{\text{在宅死数}}{\text{在宅死数} + \text{中断例数}}$$

患者目線で見たと、中断理由

- ・自分たちの都合
- ・満足・納得できる医療を受けられない

診療所単位：ケアの質の指標

地域単位：地域緩和ケアの普及の指標

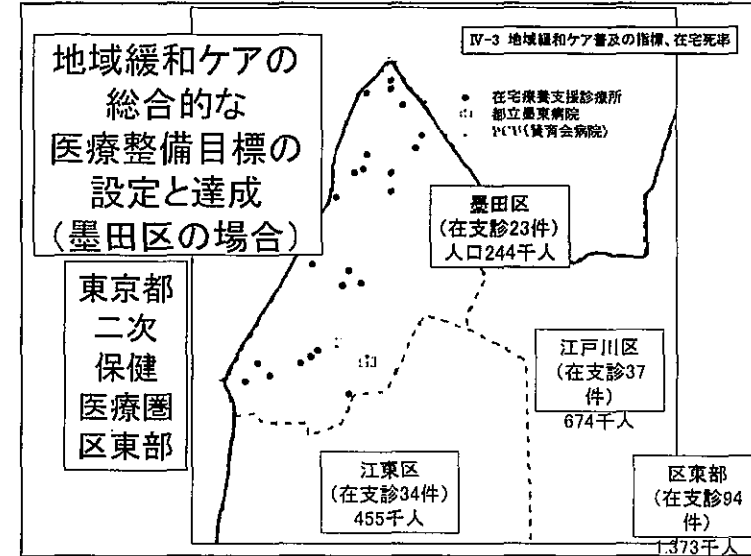
在宅死率は在宅緩和ケアの質の評価、普及を検討する場合に大変重要なToolである。

「在宅は密室で行われる医療」という、事情を知らない方々の批判があるが、実際は家族が目や鼻のようにしてケアの中身を見ているわけで、在宅ではごまかしはきかない。ケアの内容が悪い場合には、患者・家族は躊躇することなく、入院を選択する。きちんとした体制で行われた在宅ホスピスケアに対する遺族の満足度は非常に高い。

在宅ケアを開始したケースが中断して入院するのは、患者サイドの理由があることも否めない。財産問題などの絡みで家族調整がどうしてもうまくできず、入院したケースが自験例でも数例ある。

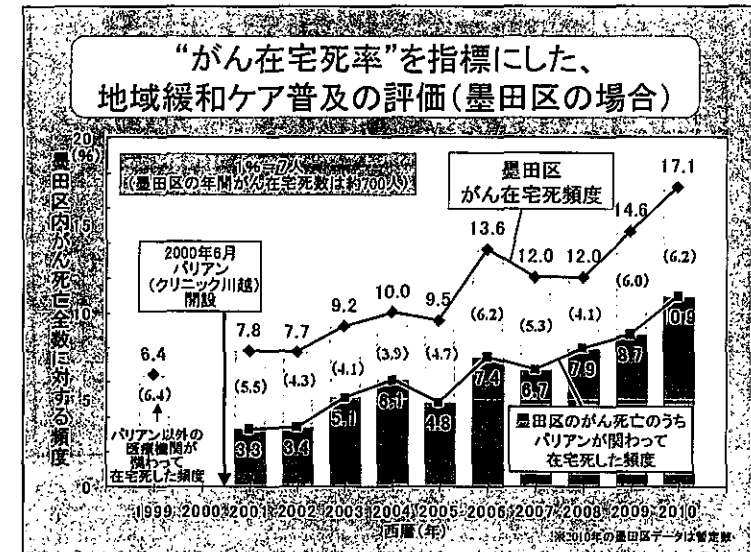
在宅死率は一般に次のように言われている(日本のデータ、米国の文献)

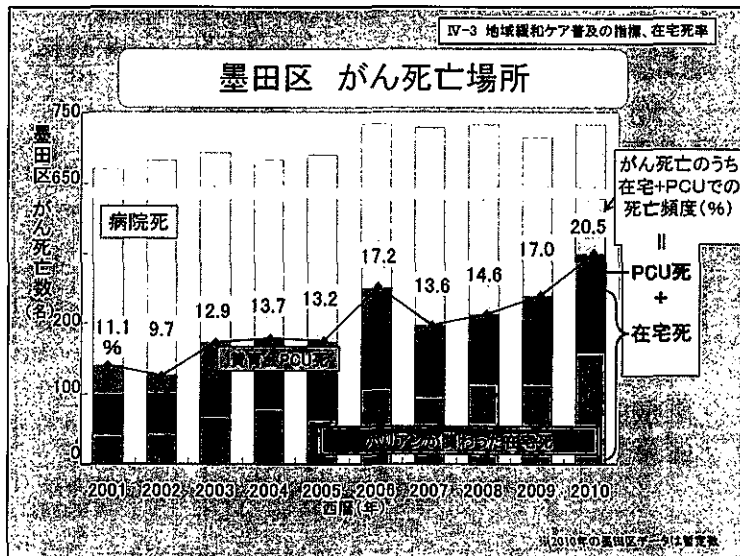
- 1) がん患者の在宅死率(在宅死数/がんによる全死亡数)、約6%
- 2) チームで関わらない在宅医療の場合(医師の往診のみ)、約20%。これは、末期がん患者といっても、症状緩和に関して言えば約20%のケースで、症状緩和を行わないでも在宅死が実現することを意味している。
- 3) 在宅医療の専門チームが関わった場合、約50%。ホスピスケアの専門チームでない医師と看護師で看取った場合の数字である。日本では、一般的な訪問看護ステーションの平均的な看取り率であり、米国でも同様の数字が報告されている。
- 4) ホスピスケア専門のチームが関わった場合、約90%。小生の過去20年間の、延べ1000名強のがん患者の在宅での看取り率は96%である。米国のホスピス(米国では基本的にHHCである)でも同様のDataを発表している。



パリアンの活動地域は、都内でも経済的に貧しい患者が多い地域。独居だけではなく、家族がいても日中独居は当たり前、家が狭くてきれいでないのも当たり前、患者や家族の意識が決して高くない場合が多い。下町人情の厚い地域ではあるが、末期がん患者の在宅ケアを行うには、決して好条件に恵まれていない。

緩和ケア専門診療所は、一般の診療所と共同した形での地域緩和ケアの充実が必要である。





在宅緩和ケアの
未来は
追認する
現状の中ではなく
実現すべき
理想の中に存在する

基礎データ

墨田区のがん在宅死亡率・パリアンの在宅死数の年次変化

年	① 全人口	② 全死亡数	③ がん死数	④ がん在宅死数と率(④/③%)	⑤ パリアンのがん在宅死数(墨田区のみ)(⑤/③%)	⑥ パリアンが関わった全がん在宅死数(墨田区外も含む)(⑥/③%)
1999	213,793	2024	628	40(6.4%)		
2000	217,242	2032	624		2(0.3%)	27(4.3%)
2001	217,846	1973	632	49(7.8%)	21(3.3%)	77(12.2%)
2002	220,044	1939	649	50(7.7%)	22(3.4%)	80(12.3%)
2003	222,155	1986	666	61(9.2%)	34(5.1%)	74(11.1%)
2004	224,325	2040	651	65(10.0%)	40(6.1%)	86(13.2%)
2005	226,152	2078	660	63(9.5%)	32(4.8%)	88(13.3%)
2006	229,438	2208	728	99(13.6%)	54(7.4%)	158(21.7%)
2007	232,541	2199	719	86(12.0%)	48(6.7%)	91(12.7%)
2008	235,416	2258	725	87(12.0%)	57(7.9%)	125(17.2%)
2009	237,629	2093	698	102(14.6%)	57(8.7%)	138(21.2%)
2010	240,358	2330	726	124(17.1%)	79(10.9%)	182(25.1%)

※墨田区データ提供：墨田区福祉保健局(2010年のデータは暫定数)

[まとめ] 現在、がん対策基本法の趣意に則って、在宅ホスピス・緩和ケアの普及に向けての取り組みが、広くなされている。ただし私が危惧していることは、在宅医療の経験がない医師の主導による色彩が強く、病院医療の延長・病院の立場から在宅医療を論じることが多い点である。

かつて、PCUの指導的立場の方々(在宅のことを全くと言ってよいほど知らなかった)が中心となり、在宅ホスピスを論じ、普及を図ったことがある。しかしこのことが結果的に、その後の在宅ホスピスケアの発展と普及を妨げたという(あるいは後退といってよいであろう)苦い経験がある。その轍を再び踏むことだけは、ぜひとも避けなければならないと考えている。

もう一つの危惧は、政策研究(OPTIMのこと)の対象地域に関することである。確かに在宅ケアの現状を反映している(①在宅医療機関の力が弱く、病院に頼らざるをえない地域、②まだ取り組みを始めたばかりで実績のない地域、③病院が中心となって在宅ケアに取り組んでいる地域、④ホスピスとしてのチーム力が弱い在宅医療機関が中心となって在宅ケアを推し進めている地域)とは言え、このような地域モデルを選択すると、末期がん患者の在宅ケアは難しい(というよりも不可能である)、病院のバックアップ機能を強化しないと(あるいは病院、PCUを増やさなければ)無理である、という結論に陥る可能性が高い。

現状では困難であるからこそ、解決の糸口を未来の理想の中に探るべきではなからうか。しかも、そのような理想を実現している医療チームが、わが国にはすでに多数存在している。がん対策推進基本計画の見直しにあたっては、現状を分析して困難だ、という結論を出すのではなく、我が国の土壌に適した在宅ホスピスケアを未来に向かって打ち立てなければならないと考えている。