

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ない。

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ない。

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はなく、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