

特定疾患患者の生活の質 (Quality of Life, QOL)
の向上に関する研究. 平成 18 年度研究報告会.
東京. 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)
分担研究報告書

神経難病領域における緩和ケアのあり方とその普及に関する研究

分担研究者 中島 孝 国立病院機構新潟病院 副院長

研究要旨

現代医療によって治癒できないにしても、QOL(Quality of life, 生活の質)の向上をめざしたケアは可能であると考えられる。しかし、根治療法のない分野では QOL 評価法を確立しアウトカムにすることは容易ではない。複数の QOL 概念が歴史的に全く異なる文脈で使われ科学的な定義は曖昧にされてきた。根治療法の無い難病患者の QOL は共感によって容易にわかる様に思われる一方で、QOL を評価する際に、また QOL の向上から医療を評価する際に QOL 概念を明確にする必要がある。

根治できない病気に対して、患者が満足し、幸せを感じる適切な医療はどのようにおこなえばよいのが難病の QOL 研究と緩和ケアの基本的な出発点である。その中で、個人の生活の質の評価法である SEIQoL 法の研究をおこない、緩和ケアモデルについて研究した。

A. 研究目的

重篤で難治性の神経難病に対してQOL(生活の質)の改善を図り、患者・家族の希望を支えるために各種の緩和ケア技術や心理サポート・スピリチュアルケアの科学的方法を検討する必要がある。難病の緩和ケアに利用可能なQOL評価としてSEIQoL-DW(Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting)法を検討する。

B. 研究方法

国際比較のため、英国 NHS や緩和ケアの評価に使うオーディット法を用いて、日本の筋萎縮性側索硬化症(ALS)の死亡例 55 例についての緩和ケア・終末期医療について、医師を対象とするアンケート調査を実施した。難病患者がケア内容の意志決定の際のインフォームド・コンセント過程、事前指示書(Advance directives)について検討会において意見を整理し文献的に検討をおこなった。QOL 評価尺度である SEIQoL-DW、生活の

質ドメインを直接的に重み付けする個人の生活の質評価法の難病を中心とする緩和ケア領域での使用について検討をおこなった。

(倫理面への配慮)

文献調査、聞き取り調査、臨床研究は疫学研究の倫理指針にしたがった。

C.D. 研究結果と考察

面接者の援助で、自らのQOLが意識化され、構成(construct)されるという考え方によるQOL評価尺度がThe Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life(個人の生活の質評価法、SEIQoL)である)。SEIQoLでは自分のQOLを決定付けている生活領域を外部の基準から与えるのではなく、半構造化面接法を使い、面接者の援助により患者自身がカテゴリー化し5つのCue(キュー)として名前をつけ構成(construct)することが特徴である。次に、5つのキューそれぞれについての満足度をVAS(Visual analog scale)を使い患

者自身が測定する。SEIQoLもとの方法では意思決定理論に使われるJudgment analysis (JA) が使われ (SEIQoL-JA) ている。面接者は5個のキューの患者の重み付けを探るために、30組の仮説的な事例を提示し、患者はそれぞれの場合のトータルな満足度を想像しVASで答えるようになっている。この値を多変量解析することにより、5つのキューの意識下にあるそれぞれの重みが測定される。この重みとそれぞれのキューの満足度をかけ合わせて、合計するとSEIQoL-indexという数値計算可能なQOL評価値が計算できる。原法のSEIQoL-JAでは多変量解析による数値計算をそのつど行う煩雑さがあり、5つのキューに重み付けをする際にディスクを用いてVASの要領で患者自身が生活の質ドメインを直接的に重み付けするDirect weighting (DW) 法が開発され、SEIQoL-DWと命名された(日本語版、大生定義および中島孝監修)。

QOL評価のドメインを外的に与えるSF-36やEuroQoLはまったく歩行できない患者に歩行の満足度を聞くというような問題がおきるが、SEIQoLでは患者自身が自分にとって大切な領域をキューとして構成するため、解決できない症状をもつ難病患者や緩和ケア領域で用いることができる。SEIQoLは病気の経過に伴い、患者自らがキューを変更できるし、ケア介入によりキューが変化しえる。しかし、面接援助方法が不適切であると正しいキューが構成されないという問題がおきるため、十分な教育研修プログラムが必要である。

本来、緩和ケアは“がん”に限定したのもでも、入院に限定したのもでもないが、我が国では、緩和ケアが診療報酬体系に導入された際に、がんとAIDSの終末期におこなわれる入院の包括診療としてまとめられている。このため、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなどを含めた多専門職種ケア (multidisciplinary and interdisciplinary care) によ

るトータルペインコントロールという概念は希薄となり、生活の援助、自立や在宅生活という考えは乏しくなり、緩和ケアのゴールは癌性疼痛をコントロールし、死の準備教育により死を受容させ、痛みなく上手に死ぬことであるとの誤解がうまれた。本来、緩和ケアは、在宅であろうと入院であろうと、根治療法のない疾患に対して、診断したときから“死(別れ)”に至るまでに行う必要なケアのすべてを意味し、そこで行われる、症状の緩和のための個別の行為やケアはすべてpalliation (緩和療法)と整理される。

緩和ケアとはターミナルケアではなく、症状の始まりまたは診断時点から必要とされるケアの事で、Cureをも否定しない。Palliation(緩和療法)の質を高めていくことによって、患者やケア担当者の「ナラティブの書き換え」が支えられる。最初から根治療法がない神経難病ケアなどでは、できることはただ、palliationであるが、そこには、適切なPEGなどの栄養療法やベンチレータの使用などの呼吸ケアが含まれている。緩和ケアの目標は患者や家族が死の準備として「死の受容」をおこなうのではなく、「根治困難な疾患になり、機能が低下し、援助が必要になる自らの生を否定せず、受容し復権できるようにすること」である。結果として起きる「死の質」は緩和ケアのアウトカムではない。患者がもはや「生きるに値しない」と感じているスピリチュアルペインを軽減する援助が緩和ケアであり、そのような「生」をも自分自身が受け入れることができれば、不可避免的に訪れる「死」をも同時に受け入れることになるといえる。難病ケアにこのような本来の緩和ケア概念が取り込まれることでさらに難病ケアの質の向上が期待されると思われる。

E. 結論

緩和ケア概念には、「人間として生きる権利の回復(復権)」というリハビリテーション概念が含まれており、どのような病態や症状があっても人間と

して生きる権利を失っていないと考える。「自分の生」に自分自身が絶望しないこととは、家族やコミュニティもその患者が生きることを受け入れることでもある。緩和ケアは、死に際してはじめておこなうケアではなく、患者が根治困難な疾患になり、機能が低下していく過程で必要な、診断時点からおこなうケアである。緩和ケアの目標は患者や家族が死の準備として「死の受容」をおこなうのではなく、「根治困難な疾患になり、機能が低下し、援助が必要になる自らの生を否定せず、受容し復権できるようにすること」である。結果として起きる「死の質」は緩和ケアのアウトカムではない。患者がもはや「生きるに値しない」と感じているスピリチュアルペインを軽減する援助が緩和ケアであり、そのような「生」をも自分自身が受け入れることができれば、不可避免的に訪れる「死」をも同時に受け入れることになるといえる。難病ケアにこのような本来の緩和ケア概念が取り込まれることでさらに難病ケアの質の向上が期待されると思われる。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Nakajima T: Individual ALS care in the Japanese 'nanbyo' care model: comparison with palliative care approaches in achieving best quality of life. Amyotrophic Lateral Sclerosis. Suppl 1(7):45-47,2006

2) 中島 孝: 難病の QOL 向上 - QOL 評価と緩和ケア. 日本難病看護学会誌. 2007年(印刷中)

3) 伊藤博明, 中島 孝: 神経内科の医療・介護 - 現状と課題. 在宅神経難病患者の QOL. 神経内科. 65(6):542-548,2006

4) 中島 孝: QOL 向上とは. 難病の QOL 評価と緩和ケア. 脳と神経. 58(8):661-669,2006

2. 学会発表

1) 中島 孝: 根治困難な患者における QOL とケア概念 - ターミナルケア概念から緩和ケア概念へ、いま終末期医療をどう考えるか? H18 年度厚生労働科学研究. 終末期医療に関する研究班総合討論会. 「一橋記念講堂」学術総合センタービル. 2007,2

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

終末期小児がん患者における緩和医療の現状と改善に関する研究

分担研究者 牧本 敦 国立がんセンター中央病院 第二領域外来部・小児科 医長

研究要旨:小児がんにおいて緩和医療は未開発の分野であり、症状、治療方法、治療効果に対する客観的評価が難しいことから、適切かつ効果的な患者管理が十分に行われていない。今年度は、国立がんセンター中央病院小児科で亡くなった小児がん患者 12 名の緩和医療と在宅医療の内容を診療録から調査した。結果、WHO の 3 段階除痛ラダーに則った適切な疼痛管理が医療従事者に熟知されていない点、終末期に入っても精神科チームによる介入が行われていない点、在宅医療への移行の要件として、適切な症状マネジメントと地域の訪問看護ステーションや開業医の協力が必須である点、の3点が明らかとなった。

A. 研究目的

本研究は、小児がん領域における緩和医療と在宅医療の実態を調査し、改善すべき問題点を抽出し、エビデンスに基づいた緩和医療のガイドラインを作成し普及に努めることで、未確立である小児がん患者の終末期医療の質の向上を目的とし、その全国への普及により、在宅医療を含む小児がん患児の生活の質の改善をもたらすことが期待される。

B. 研究方法

国立がんセンター中央病院小児科で亡くなった小児がん患者の緩和医療と在宅医療の内容を調査し、そのデータを元に、他院においても外挿可能な緩和医療と在宅医療のガイドラインの作成を行う。

C. 研究結果

当院で 2005 年 7 月から 2006 年 12 月の間に死亡した小児がん患者 12 名(3 歳～22 歳)における緩和医療と在宅医療の実態を調査した。緩和ケア科の介入が行われた 9 名中 7 名で、オピオイド

に加えて適切な時期の鎮痛補助薬が使用され、疼痛の改善に寄与していたが、介入のない 3 名では全例使用されていなかった。また終末期にステロイドを導入した例は 8 例あったが、開始時期は死亡前 2～4 週間と成人患者に比較して遅い傾向があり、改善の余地が示された。

精神科による Psychosocial care が行われた児はおらず、殆どがボランティアや院内学級の先生など他職種による支援を受けていた。地域の訪問看護ステーション等を利用し在宅医療が行われたのは、疼痛管理が非常に良好であった 3 歳のユーイング肉腫の女兒 1 名のみであった。他の児は疼痛や呼吸苦に対する集中管理が必要だったため、本人および家族の在宅医療の希望が強かったにもかかわらず実践できていなかった。

(倫理面への配慮)

小児がん患者に最適化した緩和医療のガイドラインが存在しないため、不適切な症状管理が行われる小児がん患者が数多く見受けられる現状がある。成人領域で有効性が確認されている薬剤を、適切な時期に小児がん患者に導入することは、む

しろ一刻も早く望まれることであり、小児特有の薬物動態、臓器機能を熟知し、安全性を十分担保して行う事とすれば、倫理面に大きな問題はないと考えられる。ただし、成人緩和医療の各種ガイドラインを小児がん患者に適用するための前向き研究を行う際には、当院の倫理審査委員会の承認を求めるものとする。

D. 考察

本研究により以下の 3 つの問題点が明らかとなった。まず、小児がん領域において、WHO の 3 段階除痛ラダーに則った適切な疼痛管理が医療従事者に熟知されておらず、特にステロイドを含む鎮痛補助薬の使用にあたっては麻酔・緩和ケア科の綿密なサポートが必須であった。次に、米国を始めとする海外では小児がんと診断された時点から精神科チームによるサポートが開始され、終末期まで一貫して行われるが、本邦では終末期に入っても精神科チームによる介入は行われていなかった。最後に、在宅医療への移行については、症状マネジメントが適切に行われており、かつ地域の訪問看護ステーションやかかりつけ医を含む開業医の協力が得られることが必要なことが明らかとなった。

今後の方向性として、まず WHO の 3 段階除痛ラダーを基本とした疼痛管理の知識の向上と普及のために、医療者向けの書籍を刊行する予定である。また日本の小児がん医療を先導する立場である国立がんセンター中央病院小児科のレジデント教育プログラムの中に、緩和ケアの学習時間を盛り込み、小児科と緩和ケア科の連携のもとで診療を行い、レジデント卒業後ががん診療拠点病院で学習成果の普及に努める。精神科チームの介入が希薄である点については、心理的に成長発達過程にある児への関わりが難しいことが一因となっているため、小児科医だけでなく、臨床心理士やチャイルドライフ・スペシャリストとも連携し

ながら、全国のがんセンターを中心にトータルケアの実践に努める。在宅医療に関しては、地域の訪問看護ステーションや開業医との連携が不十分なため、まず成人のがん患者において在宅医療が比較的スムーズに行われている地域から小児がん患者へケアの対象を拡大できるよう努める。

E. 結論

本年度の研究において、小児がんの終末期医療においては、在宅医療、緩和医療ともに、成人に比して著しく遅れていることが示唆された。小児がん患者に最適化した緩和医療のガイドラインの作成は喫緊の課題である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

1)永吉美智枝、牧本 敦、他：終末期小児がん幹事の同胞への看護支援～単親家庭の同胞が直面した問題への介入事例～. 小児がん看護.

1(1).2006

2)河本 博、牧本 敦：日常診療に役立つ最新の薬物治療と副作用対策. 悪性固形腫瘍. 小児科. 47(5):648-655,2006

3)牧本 敦：がん化学療法の実際—EBM を中心に. 小児がん. 医学と薬学. 55(5):702-711, 2006

4)牧本 敦、他：小児固形がん. 新臨床腫瘍学.(日本臨床腫瘍学会 編). 南江堂.

573-579,2006

5)牧本 敦：小児の白血病とリンパ腫. 新臨床腫瘍学.(日本臨床腫瘍学会 編). 南江堂.

584-593,2006

6)牧本 敦、下山直人：がん性疼痛に対する薬物療法の基本方針. 外科治療. 未定,2007

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

医療政策からみた緩和ケアの普及戦略

分担研究者 伊藤 道哉 東北大学大学院医学系研究科 講師

研究要旨

在宅療養を熟知した者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅のメリット・デメリットをよく知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまう。平成20年各都道府県において作成・公表予定の地域医療計画の中に、「在宅」の項目が新設され、具体的な計画が記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の発掘・創造が期待される。そのためには、在宅支援診療所を中心としたサービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。

A. 研究目的

在宅終末期医療の普及の阻害要因・推進要因を明らかにすることで、利用者の視点に立った緩和ケアと在宅医療の普及戦略の課題について検討する。

B. 研究方法

第66回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料(平成17年8月31日)「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」等、これまで実施された国内調査、及び海外の研究成果等を精査する。

C. 研究結果

すでに高度の在宅医療のサービスを受けている療養の当事者、およびその主治医は、生の終わりを迎えるべき場所として、「居宅」を理想としている。居宅を第一選択としたそれぞれの割合は、やや開きはあるものの次の通りである。

在宅酸素療法療養者 65.4%、在宅成分栄養経管療法療養者 79.5%、在宅人工呼吸療法療

養者 73.3%、在宅中心静脈栄養療法療養者 68.4%、主治医 77.6%(病院を挙げる医師はわずかに4.5%)①。

このように、在宅療養のメリット・デメリットを熟知した者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅療養の中身を知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまうのである。同じく、医療の側も、在宅看取りの経験があれば、在宅の選択肢をも提示できるが、そうでなければ入院を勧めてしまうのである。

「終末期医療に関する調査」の「終末期医療普及への具体的活動内容」について、「在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり」についての医師の回答を職場別にみると、緩和ケア病棟の医師は91.3%が賛成、一般病床(緩和ケア病棟を除く)は70.0%、診療所は59.6%となっている。同じく、看護職では、訪問看護ステーション91.4%、緩和ケア病棟85.5%、一般病床(緩和ケア病棟を除く)80.1%の順であり、看取りの実践者ほど、在宅終末期医療の充実の必要性を痛感

している②。

したがって、在宅終末期医療の拡大・普及には、在宅終末期医療のメリット・デメリットを周知させる情報提供が重要と考えられる。

①第 66 回中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査(訪問診療の観点からの補足調査報告書)」、平成 17 年 8 月 31 日

②林謙治、児玉知子、熊川寿郎、角間辰之:終末期医療に関する調査(平成 15 年)再分析、平成 17 年度厚生労働科学研究補助金医療技術評価総合研究事業報告書「終末期医療の質の向上に関する研究」(主任研究者 林謙治)、平成 18 年 3 月

D. 考察

2006 年 4 月創設された「在宅療養支援診療所」は、すでに 10,000 施設に達する状況である。地域における在宅医療の推進のため国は都道府県に対し、この制度を有効的に活用するための方策を早急に示す必要がある。

医療制度改革における医療計画、医療費適正化計画をはじめ、現在検討されている新しい高齢者医療制度の中においても、在宅医療の推進が今後の医療のあり方における重要なキーワードとなっている。

平成 20 年各都道府県において作成・公表予定の医療計画の中に、「在宅」の項目が新設され、具体的な計画が記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の発掘・創造が期待される。そのためには、サービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。

都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題の抽出と、改善のための指標に

関して、目安となる考え方を整理するとともに、地域の在宅医療の状況を詳細に把握・分析し、在宅医療の今後のあるべき姿を提示する必要がある。地域医療計画において新規に記載すべき重要事項としては、次のような項目が考えられる。

1) 患者の求めに応じて常時緊急の訪問診療ができない事例もあり、これが在宅医療に関する患者の安心を阻害する原因となっているため、複数の医師の連携等により患者の求めに応じて 24 時間訪問診療が可能な体制を充実させる。

2) 居宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅時医療総合管理料を算定する入院医療期間との連携を図る。

3) 患者が居宅において最期を迎えることが選択できるよう、居宅における終末期医療及び看取りを推進させる。また、地域において、自宅のほか、ケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場における終末期医療を推進する。

E. 結論

在宅療養支援診療所を中心とした在宅終末期医療システムの構築こそ、居宅における安寧の看取りを実現するための方策である。そのためにも、行政、医療提供側が、新たな医療計画を具体化し、情報を発信して、その実現に邁進することが喫緊の課題である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

1)伊藤道哉, 濃沼信夫:終末期における医療供給体制の今後の課題. 保健医療科学. 55(3), 2006

2)伊藤道哉:在宅療養支援診療所と調剤薬局の課題. クレコンレポート. 28:1-6,2006

3)伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎:在宅療養に積極的な医療施設の医師を対象とする「事前指示」に関する調査, 病院管理. (43 Suppl): 102,2006

4)伊藤道哉:神経難病と介護保険. 神経難病のすべて. (阿部康二 編). 新興医学出版社. 1-6,2007

2. 学会発表

1)伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎:在宅療養に積極的な医療施設の医師を対象とする「事前指示」に関する調査. 日本病院管理学会. 名古屋. 2006.10.19

2)伊藤道哉:家族性腫瘍の経済問題, 日本家族性腫瘍学会. 大阪. 2006.6

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
濃沼信夫 川島孝一郎、 伊藤道哉、 武吉宏典	在宅医療の医療 経済		高齢者の退 院支援と在 宅医療	メジカル ビュー	東京	2006	210-217
稲葉一人	終末期におけ る法と判例	高橋隆雄	生命倫理の 回顧と展望 熊本大学生 命倫理論集 第1巻	九州大学 出版会	福岡	2007	印刷中
牧本 敦	小児の白血病 とリンパ腫	日本臨床腫 瘍学会 編	新臨床腫瘍 学	南江堂	東京	2006	584-593
牧本 敦、 他	小児固形がん	日本臨床腫 瘍学会 編	新臨床腫瘍 学	南江堂	東京	2006	573-579
伊藤道哉	神経難病と介 護保険	阿部康二	神経難病の すべて	興医学出 版社	東京	2007	1-6

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
濃沼信夫、 並木俊一、 荒井陽一	高齢者の泌尿器疾患の治 療：前立腺癌患者のQOL と医療経済	Urology View	4 (2)	12-19	2006
濃沼信夫	病院の外来機能はどうあ るべきか	病院	65 (5)	371-374	2006
濃沼信夫	国際比較にみる日本の医 療システム	ジェロントロジー New Horizon	18 (3)	14-24	2006
濃沼信夫	がんの医療経済	Health Science	22 (4)	429	2006
川島孝一郎	在宅療養支援診療所が実 現する在宅ケア	月刊総合ケア	17 (1)	印刷中	2007
中島 孝	難病のQOL向上-QOL評価 と緩和ケア	日本難病看護学会 誌		542-548	2006

伊藤博明、 中島 孝	神経内科の医療・介護— 現状と課題. 在宅神経難 病患者の QOL	神経内科	65 (6)	542-548	2006
中島 孝	QOL 向上とは. 難病の QOL 評価と緩和ケア	脳と神経	58 (8)	661-669	2006
Nakajima T	Individual ALS care in the Japanese 'nanbyo' care model: comparison with palliative care approaches in achieving best quality of life	Amyotrophic Lateral Sclerosis	7 Suppl (1)	45-47	2006
牧本 敦 下山直人	がん性疼痛に対する薬物 療法の基本方針	外科治療	未定	未定	2007
永吉美智枝、 牧本 敦、 他	終末期小児がん患児の同 胞への看護支援	小児がん看護	1 (1)	41-47	2006
河本 博、 牧本 敦	日常診療に役立つ最新の 薬物治療と副作用対策. 悪性固形腫瘍 (総説)	小児科	47 (5)	648-655	2006
牧本 敦	がん化学療法の実際— EBM を中心に. 小児がん	医学と薬学	55 (5)	702-711	2006
伊藤道哉、 濃沼信夫	終末期における医療供給 体制の今後の課題	保健医療科学	55 (3)	印刷中	2006
伊藤道哉	在宅療養支援診療所と調 剤薬局の課題	クレコンレポート	28	1-6	2006
伊藤道哉、 濃沼信夫、 川島孝一郎	在宅療養に積極的な医療 施設の医師を対照とする 「事前指示」に関する調 査	病院管理	43Suppl	102	2006

IV. 研究成果の刊行物・別刷

「終末期医療の医療提供体制について」

濃沼信夫 東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野教授

病院が死亡場所となる割合は、過去半世紀ほどの間に約 20%から 80%にまで増加した。その理由の一つに病床数の増加がある。1975 年から 2004 年の推移をみると、病院が死亡場所となる割合は、病床数の増加と強い相関関係にある（相関係数は全疾病で 0.98、がんで 0.96）。従って、わが国における在宅での終末期医療の普及には、在宅療養支援診療所（支援診）などの受け皿の整備とともに、単位人口当たりで世界標準（OECD30 カ国の平均）の数倍の規模にある病床数のスリム化が不可欠と考えられる。

現在、がんによる死亡の死亡場所は病院が 9 割であるが、今後 10 年間でこれを 2 割削減（7 割に）し、これを居宅での看取りで対応するとした場合には、この間のがんの死亡数の増加を考えると、居宅が死亡となる割合は 6%（約 1.8 万人）から 26%（9.6 万人）にまで増加すると推計される。大幅に増加する居宅死に対応するマンパワーの育成、確保は極めて重要かつ緊急な政策課題と考えられる。

支援診 9,139 施設から抽出した 2,141 施設の医師と患者を対象に、終末期医療に関する調査を実施した。医師を対象にした電話調査の仮集計をみると、支援診がスタートして以降、終末期のがん患者を診療している施設は 29%、診療していない施設は 71%である（n=589）。終末期のがん患者を診療していない理由は、「対象者がいない」94%、「往診していない」5%などである。

支援診を利用する終末期の在宅がん患者（n=31、平均 74.8 歳）の回答をみると、希望する今後の療養場所は、居宅が 97%と高率である。在宅における終末期医療の充実についての意見では、「痛みなどの症状を緩和する技術」を「とても重要」とする回答が 93%に上る。調査結果を交えながら、終末期医療を担う医療提供体制の課題と展望について若干の考察を行う。

「いま終末期医療をどう考えるか？」

平成 18 年度厚生労働科学研究 終末期医療に関する研究班総合討論会

（主催：国立保健医療科学院 林 謙治、東京医科歯科大学 松島英介）

期日：2007 年 2 月 25 日（日）

場所：東京都千代田区一ツ橋 2 丁目 1 番 2 号

学術総合センタービル 「一橋記念講堂」

在宅医療の医療経済

濃沼信夫*, 川島孝一郎**, 伊藤道哉*, 武吉宏典*,**

*東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野, **仙台往診クリニック

焦眉の政策課題である医療制度改革では、在宅医療の推進が重点項目の1つに掲げられている。2006年4月の診療報酬改定では、在宅医療の拠点として画期的な「在宅療養支援診療所」が新設された。今後、在宅医療の充実に向けた動きが活発化することが予感される。

在宅医療

在宅医療が入院医療、外来医療と並ぶ「第3の医療」と位置づけられて久しいが、施設医療が主役を演じ、これに大きく偏重したわが国の医療で、在宅医療は脇役的な存在でしかなかった。医療費ベースで見ると、在宅医療費（医科診療）は現在でも国民医療費の2%程度にとどまる¹⁾。

在宅医療の普及が、いわばかけ声倒れになってきた原因はさまざまあるが、その1つに経済の論理がある。施設医療は、医療資源としてのヒト、モノ、カネを集中する効率の良さから、1970年代以降のわが国の医療を席卷してきた。その結果、入院医療では、人口当たりで欧米諸国の数倍の病床数を擁するに至り、外来医療では、国民1人当たりで欧米諸国の数倍の受診回数を数えるに至っている²⁾。

行き過ぎた量的拡大は、医療側の応需限界を超える社会的入院や過剰受診を招き、本当に医療を必要とする人に十分なケアが提供されない恐れが生じている。患者サービスの低下、医療事故の多発傾向、医師不足の深刻化、医療従事者の疲弊などの課題は、経済論理を通じた施設医療の偏重にその大きな原因があると思われる。

また、景気の長期低迷、人口の高齢化に加え、施設医療中心の量的拡大によって、医療財政の逼迫という困難な課題が生じている。皮肉にも、医療費の適正化という経済的な観点から、在宅医療の推進が再び脚光を浴びることとなったように見える。

一方、社会の成熟化とともに、患者中心の医療が強く要請されるようになった。そして、国民の視点、患者のQOL向上の観点から、在宅医療は施設医療に優る点が少なくないことが広く認識されるようになってきた。

本稿では、高齢者を中心に増大する医療費を抑制するために在宅医療を推進するという考え方に与することなく、居宅医療の普及には根拠に基づいた財政基盤の確保が不可欠であるという観点から、在宅医療の医療経済について若干の考察を行う。

医療経済

■在宅医療費の国際比較

わが国の2002年の在宅医療費（医科診療費）は6.737億円、国民医療費に占める割合は2.2%である¹⁾（図1）。1990年は各1.878億円、0.9%であり、この間の伸びは大きい。しかし、2002年の2.2%という水準は、入院時食事医療費の9.835億円、3.2%にも匹敵しない。その内訳は在宅療養指導管理料62.3%、訪問診療28.4%、往診5.8%である（図2）。1990年は各59.6%、5.1%、31.4%であり、医療費レベルで訪問診療の割合が大幅に増加し、往診が減少している。

訪問診療
往診

在宅医療費の国際比較（OECD Health Data）をみると、1人当たりドル換算で、わが国が11ドル（医療費全体の0.7%）であるのに対し、アメリカ137ド

図1 在宅医療費の年次推移

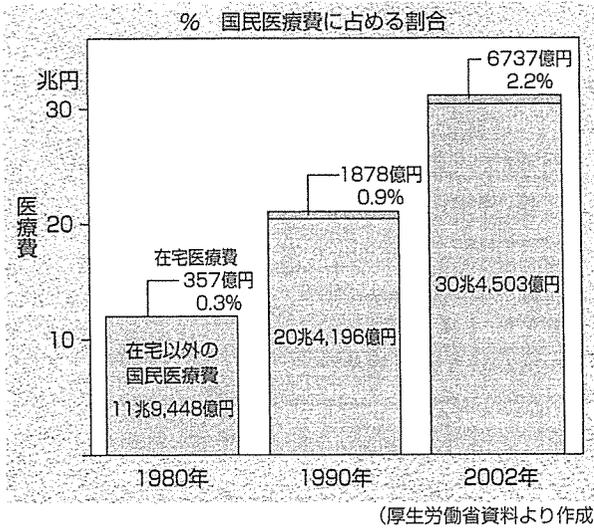


図2 在宅医療費の内訳とその年次推移

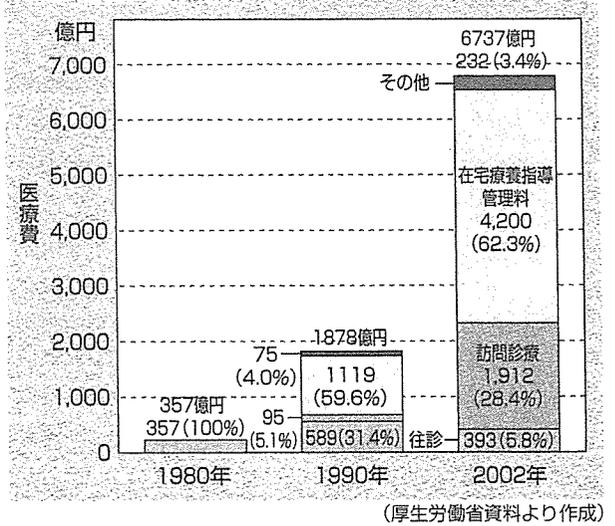
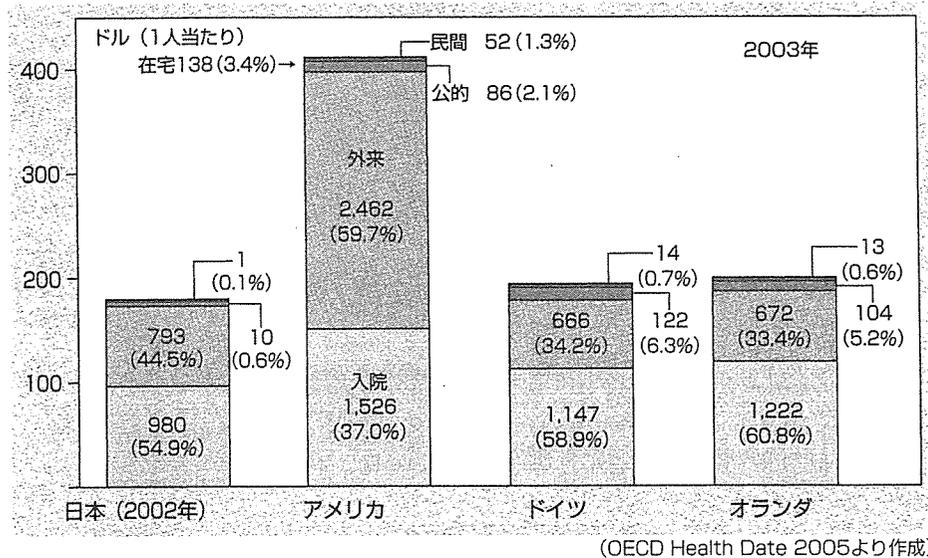


図3 入院・外来・在宅の医療費 (国際比較)



ル (同3.4%)、ドイツ136ドル (同7.0%)、オランダ117ドル (同5.8%) などである³⁾ (図3)。わが国で在宅医療に投じられる資源は、欧米諸国に比べてもきわめて貧弱な状況にあることがうかがえる。

■終末期医療と在宅医療

わが国の居宅での死亡 (在宅死) の割合は、戦後まもなくは8割強であったが、その後一貫して低下傾向をたどり、これにかわって医療施設での死亡の割合が増加した。2003年は、在宅死13.0% (13万人)、医療施設での死亡81.6% (80万人) であり、両者の割合は半世紀で完全に逆転した (人口動態調査)⁴⁾。

意識調査によれば、終末期における療養の場所として居宅を希望する人の割合は6割であるが、居宅で最期まで療養したいは1割にとどまる (終末期医療に関する調査等検討会報告書)⁵⁾。一方、居宅で最期を過ごしたいと考える人の割合が8割弱に達するとの調査もある (終末期医療に関する意識調査)⁶⁾。少なからぬ人が終末期は居宅でと考えるが、これが十分には叶えられない状況にあることがうかがえる。

一方、終末期の医療費は、高額な医療費とともに、中長期の医療費適正化の検討課題に挙げられている。高齢者の入院医療では、死亡前1年間の死亡者

在宅死

1人当たり月額医療費は、死期に近づくほど増大するとの分析があり（社会医療診療行為別調査に基づく死亡月の診療行為に関する研究報告書）⁷⁾、また、食道がんの終末期患者の入院治療費は115万円であるのに対し、在宅治療費は57.7万円と半額程度との試算もある（第18回社会保障審議会医療保険部会資料）⁸⁾。

終末期（死亡1カ月間）の平均医療費は112万円であり、単純に施設での死亡者数を乗じると、1年間にかかる終末期医療費は約9,000億円と推計される⁹⁾。今後、死亡者数の増加（年間1万5千～2万人）とともに、終末期医療費は増加傾向をたどると考えられる。もし、現在2割弱の在宅死を4割程度に増加させることができれば、10年後の2015年には2,000億円（給付費ベース）の医療費削減効果が期待できるとの見方もある（第17回同部会資料）⁹⁾。

これらを考え合わせると、終末期は居宅で送ることができる環境の整備は、利用者の立場からも財政運営の観点からも好ましいように見える。しかし、在宅医療と施設医療は二者択一ではなく、終末期であれ、よりよい患者ケアのため病態に応じて適切に組み合わせるべきものであろう。したがって、在宅医療の普及と在宅死の増加とは必ずしも平行関係にあるわけではなく、また、終末期医療を施設から在宅にシフトすることは医療費適正化の切り札になるとは限らない。

■在宅医療費と老人医療費

全死亡に占める在宅死の割合は、全国平均で13.0%であるが、和歌山県の16.8%から、北海道の8.8%まで、約2倍の都道府県格差がある（2003年人口動態調査）⁴⁾。都道府県レベルで、医療費に占める在宅医療費（医療保険）の割合と、死亡に占める在宅死の割合との関係を見ると、相関を認めない（ $R^2=0.0353$ 、図4）。すなわち、医療費でみる限り、在宅医療の普及と在宅死の増加とは必ずしも一致しないことがわかる。

この主たる要因は、在宅医療費の6割強を占める在宅療養指導管理料の大半を居宅に訪問せず外来診療のみで請求することができるためと考えられる。したがって、さらに都道府県別に訪問診療料と在宅死との相関、在医管、在総診、在医総と在宅死との相関等の分析が必要であろう。

老人人口当たりの在宅医療費と、1人当たりの老人医療費との関係を見ると、医療保険（ $R^2=0.1937$ ）、介護保険（ $R^2=0.0144$ ）、医療保険+介護保険（ $R^2=0.092$ 、図5）のいずれにおいても相関関係を認めない。

また、1件当たり在宅医療費（医療保険）と1人当たり医療費（ $R^2=0.0016$ 、図6）、同じく1件当たり在宅医療費（医療保険）と1人当たり老人医療費（ $R^2=0.0002$ 、図7）との関係を見ても、ともに両者に相関関係を認めない。すなわち、1人当たり、1件当たりでみると、在宅医療費が多くなれば、全体の医療費や老人医療費が少なくなるわけではない。

■疾病別にみた施設医療費と在宅医療費

医療費の抑制効果を期待して在宅医療の普及を図るとすれば、終末期に限らず、在宅医療は施設医療よりも経済的（費用対効果が高い）であるという根拠が必要となる。そこで、地域医療を担う中核的病院（病床約500床）と、在宅医療を実践する仙台市内のS診療所のレセプト（病院は1カ月間、診療所は3年間、院外処方薬の薬剤費も加算）を主傷病名で突合し、両者の医療費を比較した。

病院と診療所では受診する患者の属性、病態、重症度、治療法などが異なること、分析では多施設の多数症例を比較対照する必要があることを考えると、今回の調査は大きな限界がある。とりわけ、S診療所の場合、癌の終末期

図4 医療費に占める在宅医療費の割合と全死亡に占める在宅死の割合との関係

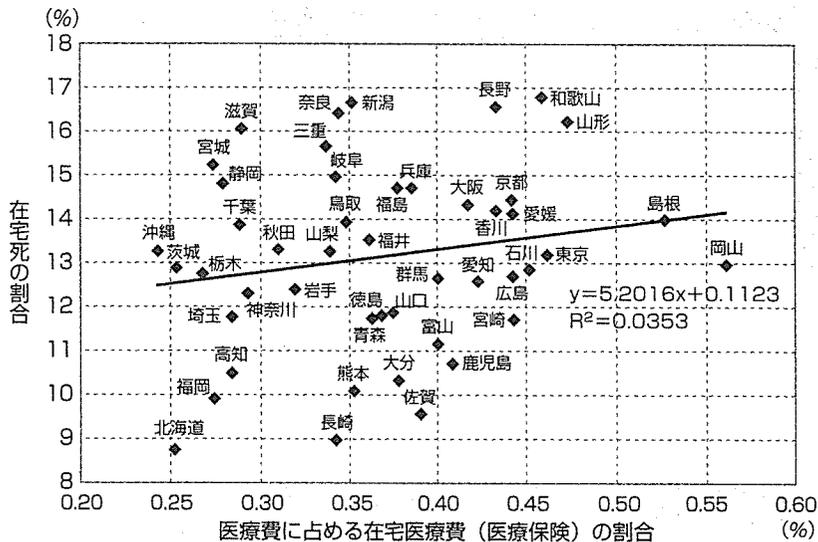


図5 老人人口当たり在宅医療費と1人当たり老人医療費の関係

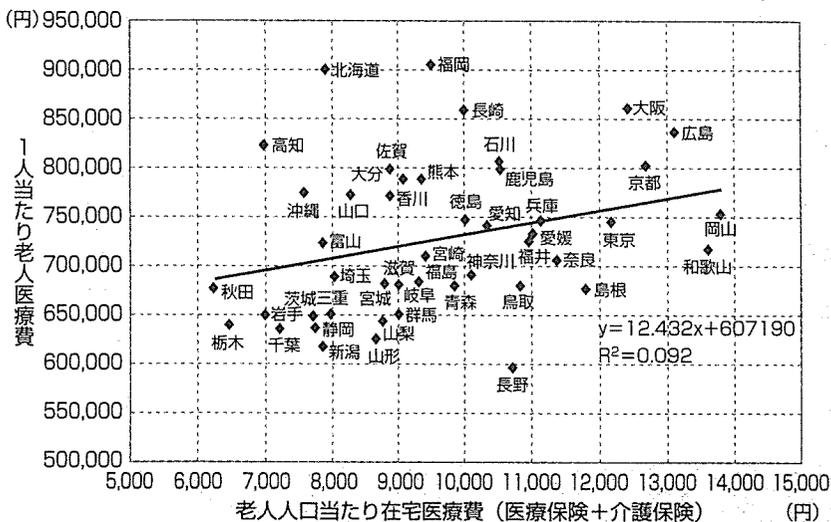


図6 1件当たり在宅医療費と1人当たり医療費の関係

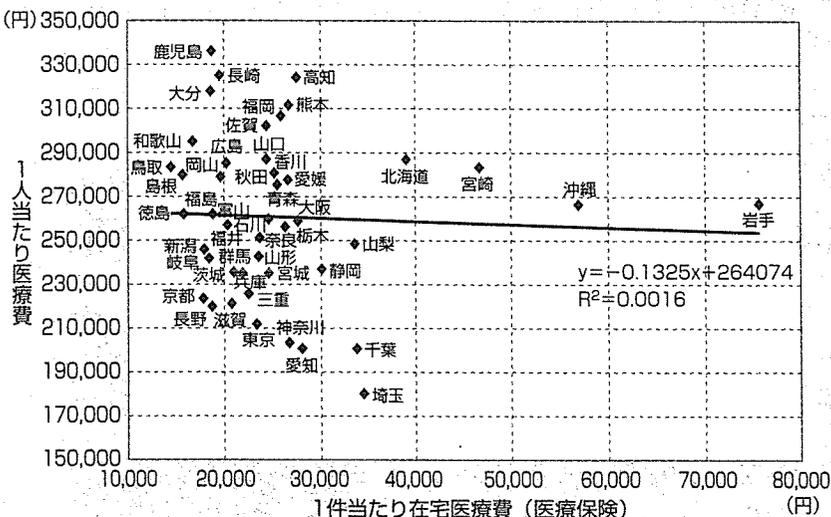


図7 1件当たり在宅医療費と1人当たり老人医療費の関係

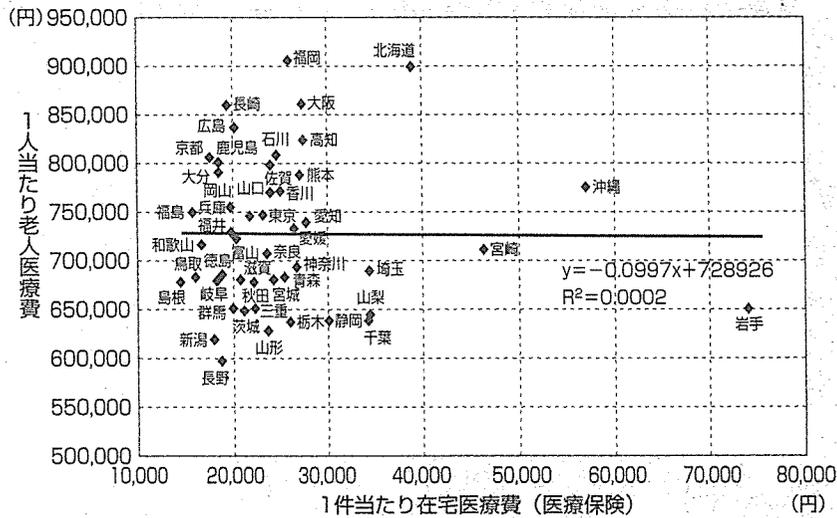
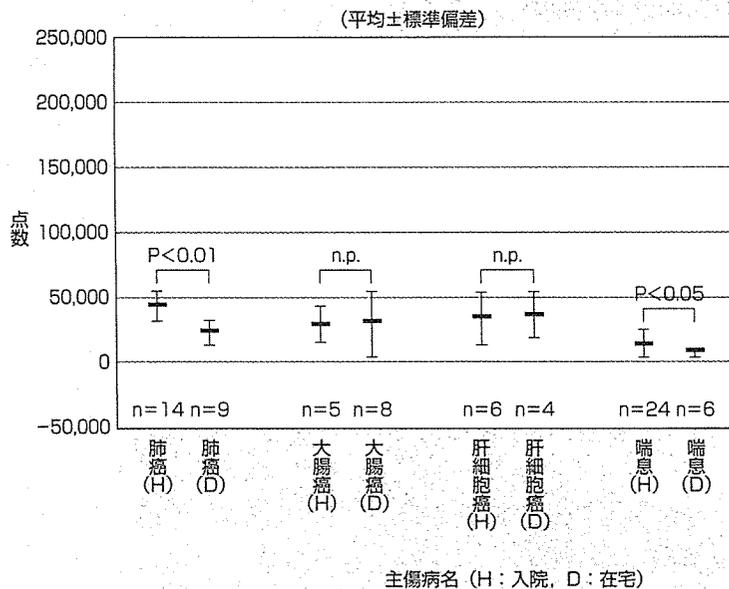


図8 主傷病名ごとの入院と在宅との点数比較



の対応が多く、オピオイド等の薬価が高いことで診療報酬が高くなっている可能性がある。ただし、施設医療が在宅医療で代替できるとして、いくつかの疾患でかなり粗い比較をしてみると、現行の診療報酬でも、在宅医療がいつも施設医療より割安とは限らないことがわかる (図8)。

在宅医療の実態

在宅医療と施設医療の診療機能の違いを明らかにすることを目的に、在宅医療に特化した診療活動を展開するS診療所の、7月から4月まで10カ月間にわたる活動状況を調査した。訪問診療、往診の対象患者の疾病構造は、新生物、神経系、脳血管が各2割を占める三大疾患となっている (図9)。

これを全国の入院患者の疾病構造と比較すると、新生物と神経系が多いという特徴がある (図10)。両者は、長期にわたる療養が必要となる場合が多く、施設医療と組み合わせて在宅医療の意義が大きい疾患であり、S診療所の実態はこれを反映した結果と考えられる。