

であることも少なくなく、在宅に移行することが困難な理由の一つとなっている。しかし、これまでの分担研究者の実践においても、在宅緩和ケアに積極的に取り組んでいる医師らの報告でも、症状緩和に必要な治療で自宅において実践できない治療法はなく、多くの場合、病院で行われる治療が過剰治療であり、むしろ、在宅緩和ケアを意識して簡略化することで在宅への移行が円滑となることが指摘されている。

したがって、在宅緩和ケアを念頭におき、誰でも実践できる緩和ケアのテキストを作成することで地域への緩和ケアの普及が可能となり、病院緩和ケアと在宅緩和ケアの継ぎ目のない地域緩和ケアネットワークの構築が進むものと思われた。

D. 考察

がん患者、特に進行したがん患者に対し、診断した時点から終末期まで、病院から在宅まで継続的に緩和ケアが提供されるがん医療体制の構築が必要である。このためには、がん治療医の意識改革、病院における緩和ケアの普及、そして地域の医療福祉介護機関との連携を調整する部門の積極的な活動が重要である。

進行したがん患者が自宅に戻るためには、がんに伴って7割の患者に出現するといわれる痛みを病院でも自宅でも治療できることが必要であるが、これまで、医師や看護師に対する疼痛治療の啓発は1997年から精力的に行われてきたにもかかわらず、その成果はまだ見えてこないのが現状である。また、そのためか、地域住民も痛みについての不安が大きく、その不安が自宅での療養を困難にしていることも事実である。そこで、地域住民に対して、がん

治療に関する知識を啓発することで、ひいては医療従事者の疼痛治療に対する意識を高め、また、同時に地域住民の不安を解消し、在宅医療の移行をすすめる戦略を立て、そのための小冊子を作成する必要性が示唆された。

この小冊子を、入院したがん患者や家族に配布し、さらに地域住民を対象とした在宅緩和ケアの講演で配布することで在宅緩和ケアの普及が図れるものと思われる。

E. 結論

利用者の視点に立った在宅医療を推進するためには、より実践的な知識と技術の普及が必要不可欠である。しかし、これまで在宅緩和ケアを経験している医療従事者はまだ少なく、実践のためのテキストはないのが現状である。そのために、病院および在宅の医療従事者向けのテキストと、地域住民のための痛み治療の小冊子を作成し配布することで、在宅緩和ケアの普及が図れるものと思われる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 蘆野吉和: がんの継続医療—病院から在宅へ—ギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケア—, 癌と化学療法, 34 (Suppl II) : 175-178, 2007
- 2) 蘆野吉和, 城谷典保, 福田能啓: がん患者の継続医療—病院から地域へ—, 癌と化学療法, 34 (Suppl II) : 155-164, 2007
- 3) 蘆野吉和: 癌性疼痛に対する緩和ケア オ

ピオイドの使い方とオピオイドローテーション, 外科治療, 96(5) : 903-909, 2007

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

終末期がん患者の在宅支援を目指した地域ネットワークシステムの構築

分担研究者 本家 好文 県立広島病院緩和ケア科 部長

研究要旨

広島県内のがん診療連携拠点病院にある緩和ケアチームを通じて、がん治療を受けるために入院する患者に対して調査票を用いた自計調査を実施中である。広島県では2004年9月、県立病院内に「緩和ケア支援センター」を設置、緩和ケア病棟の運用と緩和ケア支援室を通じ、県内全域に総合的な緩和ケアを提供する取り組みを行っている。緩和ケア支援センターでは、地域の医療機関や訪問看護ステーションなどと連携しながら、入院施設だけでなく、英国で普及しているデイホスピス（日帰り緩和ケア）にも取り組んできた。

A. 研究目的

わが国では在宅医療の普及が十分でない。そこで在宅医療普及の鍵となるのは療養先に関する情報提供と考えられる。

そこで、療養先の情報提供等がどのように行われているかの実態を明らかにし、利用者の安心・信頼を確保する在宅医療のあり方とその普及・促進の方策について検討することを目的とする。

B. 研究方法

広島県内のがん診療連携拠点病院 10 施設（広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字・原爆病院、JA 広島総合病院、呉医療センター、東広島医療センター、JA 尾道総合病院、三次中央病院、福山市民病院）にある緩和ケアチームを通じて、がん治療を受けるために入院する患者に対して調査票を用いた自計調査各 20 例を実施中である。

調査票は入院患者用、入院患者家族用、退院患者用、退院患者家族用、医師用 2 部として、患者が入院した際に在宅療養に関する情報提供として冊子「あなたの家にかえろう」を手渡し、在宅療養の情報を治療の段階から提供することにより、在宅療養を希望する患者がどの程度あるかを調査する。

C. 研究結果

倫理委員会で承認された各医療機関で、担当医師を通じて調査票を手渡している。

今後、調査票の回収を行って結果を分析する予定である。

D. 考察

緩和ケアを広げるためのソフト面での整備とともに、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築を図るために、緩和ケアを推進するための拠点を整備するために「広島県緩和ケア

支援センター」を設置することが提案された。

2004年9月に、広島県緩和ケア支援センターが開設され、県内における緩和ケア推進のための拠点として運用がはじまった。緩和ケア支援センターの具体的な機能は、在宅緩和ケアの重点的な支援、施設緩和ケアの推進、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築、緩和ケアを担う人材の養成、緩和ケア診療機能を有するセンターを設立することである。開設後には、広島県内にある9の緩和ケア病棟の情報交換のための広島県緩和ケア病棟連絡協議会の運用、10施設が指定されているがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム連絡協議会の運用を行い、地域ごとの緩和ケアネットワーク構築を推進している。

これらの事業に継続に関与してきたが、今後は在宅緩和ケアの推進のために、在宅ケアを担う人材の育成とともに、早期より患者家族に対して在宅ケアの情報提供を行うことや、勤務医や一般病院に勤務する看護師が実際に在宅ケアを体験できるような地域システムの構築などにより、在宅緩和ケアの広がりが期待される。

今回の調査により、積極的な情報提供が在宅復帰の選択につながるか否かが検証される。

E. 結論

本研究により、療養先についての情報提供等がどのように行われているかの実態が明らかになることが期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 本家好文：看取りに対する医師の思い。

緩和ケア：17(2) 128-129,2007

2) 小原弘之、本家好文：がん悪液質症候群の薬物療法。緩和ケア：17(3) 195-197,2007

3) 本家好文：緩和ケア支援センター設立の経緯と機能。緩和医療学：10(1),先端医学社, 87-90,2008

4) 本家好文：緩和ケア推進専門委員会報告書。広島県地域保健対策協議会調査研究報告書, 71-75,2008

5) 本家好文：地域ネットワークの現状とこれからの課題ー広島県の取り組みと課題ー。緩和ケア 18(増刊号),印刷中,2008

6) 本家好文：骨転移癌 緩和ケア必携ベッドサイドで役立つ癌緩和ケアマニュアル。新興医学出版社,52-54,2008

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

分担研究報告書

在宅緩和ケアのあり方とその普及に関する研究

分担研究者 川島 孝一郎 仙台往診クリニック 院長

研究要旨

人工呼吸器を装着した臨床的脳死状態の患者の処遇について、1) 在宅医療による終末期在宅生活支援を行う選択肢の提示、2) 当該在宅医療を行う在宅療養支援診療所の全国調査を行った。1) については、実際に13歳の当該患者の在宅移行を行い約2ヶ月の在宅生活の後に在宅看取りとなった事例を挙げる。2) については、特定集中治療室を有する全国670施設の分布と、在宅人工呼吸器装着患者を診療している全国214診療所（人工呼吸器総数372台）の分布を比較した。結果、1) においては、第一に当該患者の在宅移行における医師の説明責任が最も重要である。2) においては、在宅人工呼吸器を扱っていない県が全国で7県あり、施設あたりの当該患者を年間2名とした場合（年間1,340名）に、在宅移行に対応する診療所数は約3.6倍必要となる。

A. 研究目的

臨床的脳死患者の人工呼吸器の中止については、それを是認する考えと反対する考えがあり統一されていない。集中治療室の利用状況から当該患者の処遇に窮し、人工呼吸器をはずす行為が後を絶たない。この事態に対して、当該患者の処遇の選択肢に、在宅医療による終末期の支援を加えることにより、在宅での自然な終焉を迎えることが可能となる。

本研究は、1) 当該患者の在宅支援を実施するに際しての現場における問題点と解決策の提示、2) 全国調査による当該患者の受け入れ体制整備に関する提言の二項目を目的とする。

B. 研究方法

1. 集中治療室から当該患者を実際に在宅移行させることによって、在宅支援の問題点と解決策を検討する。
2. 在宅療養支援診療所の全国調査結果を基に人工呼吸器装着患者の受け入れ診療所の全国分布を構成し、特定集中治療室を有する施設との関係性を検討する。

C. 研究結果

1. 13歳の臨床的脳死患者の在宅医療を行い、①人工呼吸器装着に至る経緯、②医師の説明責任、③家族構成と家族の意思形成、④在宅ケアシステムの充実が解決項目として挙げられた。

①～④の整備によって、当該患者の在宅移行は十分に可能と考えられた。

2. 在宅人工呼吸器を扱っている在宅療養支援診療所は、全国で214ヶ所、人工呼吸器は372台であった。7つの県で0ヶ所であった。一方特定集中治療室を有する施設数は全国670ヶ所あり、当該患者の発生数を年間二人で概算した場合1,340名となり、対応する在宅療養支援診療所数は現在の3.6倍必要となる。

D. 考察

臨床的脳死患者の在宅移行について最も重要な要素は医師の説明責任である。①当該患者の在宅移行が十分に可能であること、②当該患者は一定の生命維持を行っている生存者でありわずかな時間であっても生活復帰を十分に行える存在であること、③重度の障害者として普通に扱うこと等が求められる。

在宅人工呼吸器を扱う在宅療養支援診療所の絶対数の増加・適正分布が求められる。

E. 結論

国民の60～80%は最期まで在宅療養を望んでいる。臨床的脳死患者とその家族も、状況が整えば十分に帰宅可能である。臨床的脳死患者は生存者である以上、重度障害者として在宅復帰と残された日々を有意義に生きることが人権として認められるべきであろう。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川島孝一郎、伊藤道哉：身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈, 生命倫理学 17(1), 198-206, 2007
- 2) 川島孝一郎: 総論 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), 14-19, 2007
- 3) 川島孝一郎: 解説 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン—検討委員会の経験から—, 緩和ケア 17(6), 520-526, 2007
- 4) 川島孝一郎: 在宅医療で重要なのは「生活を支える」という意識, 医療経営情報 179, 20-21, 2007
- 5) 川島孝一郎: 患者の自己決定は「医師の影響を色濃く受けた決定である」ことを知る必要がある, 日本療養病床協会機関誌 LTC55, 198-206, 2007
- 6) 川島孝一郎: 患者・家族との信頼関係の構築基本, 介護保険情報, 14-17, 2007

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

終末期医療および在宅医療におけるソーシャルワーカーの役割に関する研究

分担研究者 田村 里子 医療法人東札幌病院 MSW 課 課長

研究要旨

緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーの在宅支援の実態について調査した。緩和ケア病棟よりの退院支援や在宅死において、ソーシャルワーカーの緩和ケア病棟における業務割合が高いことによる効果が示され、緩和ケア病棟において社会福祉士：ソーシャルワーカーの配置体制を厚く整備することにより、終末期の在宅療養や在宅死の推進の可能性が示唆された。

A. 研究目的

緩和ケア病棟の在宅支援の現状について、緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーの退院支援の実態について調査する。

B. 研究方法

全国 23 箇所の緩和ケア病棟を無作為に抽出し、それらの緩和ケア病棟を有する病院のソーシャルワーカーを対象に、在宅支援について調査した。調査票をメールで送付し、平成 18 年 8 月 1 日～8 月 17 日の間に回収した。

分析は、緩和ケア病棟専従のソーシャルワーカーの人数が少数であったので、「専従＋専任」と「兼務」で比較した。

（倫理的配慮）

匿名性を保護し、データについては数量化を行い、回答者が特定されることのないように配慮した。また、情報を研究目的以外に利用しないこと、回答内容による不利益は一切ないよう配慮を行った。

C. 研究結果

1. 緩和ケア病棟の概要

所属医療機関の平均病床数	343.8床
対象医療機関の100床あたりソーシャルワーカー	2.2人
緩和病棟の平均病床数	21.4床
緩和病棟の平均在院日数	42.7日

2. 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーの業務割合

調査対象のソーシャルワーカーは専従 8.3%、専任 29.2%、兼務 62.5%と全数割合（日本ホスピス緩和ケア協会資料 2007）を反映している。

3. 緩和ケア病棟の平均在院日数

ソーシャルワーカーが専従または専任である病棟の平均在院日数は 39.9 日、兼務である病棟は 44.4 日であった。

4. 緩和ケア病棟からの退院援助

緩和ケア病棟より退院支援を行った平均患者割合は 26.1%、行き先は在宅 72%の退院援

助の年齢層は 75 歳以上の後期高齢者が 42.6%であった。

緩和ケア病棟からの退院援助		
退院支援を行った割合		26.1%
行先	在宅	72.0%
	他の医療機関	10.5%
	福祉施設	4.6%
年齢層	75歳以上	42.6%
	65～74歳	27.7%
	64歳以下	27.7%

5. 緩和ケア病棟からの後期高齢患者の在宅死とソーシャルワーカーの業務割合

緩和ケア病棟からの後期高齢者終末期患者の在宅死は、78.2%のソーシャルワーカーが支援していた。在宅死事例の1事例あたりの総支援時間は 11.8 時間、支援回数は 17.6 回であった。在宅死事例の内訳は以下の通りである。

緩和ケア病棟から後期高齢者終末期患者の在宅死		
介護度	要介護1	17.5%
	要介護2	11.3%
	要介護3	29.4%
	要介護4	23.5%
	要介護5	17.6%
認知症	あり	33.3%
	なし	66.7%
家族	独居	10.5%
	同居	89.5%
家族介護力	あり	100.0%
	なし	0.0%
援助内容	家族調整	84.2%
	介護保険活用	89.5%
	在宅医 連携	89.5%
	訪問看護 連携	100.0%

緩和ケア病棟からの後期高齢患者の在宅死は、ソーシャルワーカーの緩和ケア病棟における業務割合が専従・専任のソーシャルワーカーは、兼務のソーシャルワーカーより高い比率で実現していた（5%水準で有意）。

業務割合 × 在宅死への移行	
専従・専任	14.7%
兼任	4.2%
全体	7.9%

D. 考察

緩和ケア病棟における業務割合が高いソーシャルワーカーは、変化の大きい終末期の患者の状況を迅速に把握し、在宅療養可能な機会を逃すことなく実現につなげている事が考えられる。

また、ソーシャルワーカーが緩和ケア病棟における業務割合を高くすることで、終末期の患者の病態変化と共に増加する不安など揺れる家族と関わりを密にすることができ、患者や家族間の意向を確認調整し在宅死の実現を可能にしていることが考えられる。

E. 結論

緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーの在宅支援の実態について調査した。緩和ケア病棟よりの退院支援や在宅死において、ソーシャルワーカーの緩和ケア病棟における業務割合が高いことによる効果が示され、緩和ケア病棟において社会福祉士:ソーシャルワーカーの配置体制を厚く整備することにより、終末期の在宅療養や在宅死の推進の可能性が示唆された。

E. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

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小児科 医長

研究要旨

終末期の小児がん患者にとって、自宅や地元の病院での緩和医療・在宅医療は、医療体制や提供される医療サービスの違いのために患者や家族が断念せざるを得ないことが多い。今年度はその問題点の抽出のため、患者側に聴き取り調査、医療機関側（全国の緩和ケア病棟 176 施設）にアンケート調査を行った。その結果、患者側は全員が「児の苦痛を取り除ける可能性のあることはどんなことでもしてほしい」と答え、医療機関側は「小児科医が必要」「緩和目的の抗がん剤、放射線治療は転科が必要」「輸血は基本的にしない」「小児がん患者も受け入れたいが今のマンパワーでは難しい」などの多くの問題点を挙げ、「小児がん専門の緩和病棟が必要」との共通認識が浮かび上がった。

A. 研究目的

本研究は、小児がん患者の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て、患者および患者家族にとって真に望ましい終末期の療養環境を構築するための基礎データを得ることを目的とする。

B. 研究方法

全国の緩和ケア病棟承認施設（2007年12月28日現在、176施設）に対し、別紙の調査用紙を用いたアンケート調査を行った（2008年1月21日調査用紙発送、1月28日現在の回収率40.9%）。また、2006年12月～2007年11月までの1年間に、地元ではなく国立がんセンター中央病院で亡くなった小児がん患者の親6名に対し、終末期の小児がん患者のケアに必要と思われる療養環境について、各自の実体験をも

とに2008年1月26日に聞き取り調査を行った。

C. 研究結果

1. 全国の緩和ケア病棟承認 176 施設中 72 施設からの回答（1月28日現在の中間解析）

「小児がん患者を受け入れるなら、病棟に小児科医が必要」と答えた施設は51施設（70.8%）で、「今のマンパワーでは小児がん患者の受け入れは難しい」と答えた施設が43施設（59.7%）で過半数を占めた。その一方で、「適応があれば小児がん患者も受け入れる」と答えた施設は50施設で、69.4%に上り、受け入れたいという意識は高いが、マンパワー不足と、小児科医の協力を必要としている実態が浮かびあがった。輸血に関しては、「症状があれば輸血する」が50施設（69.4%）、「症状があっても基本的に輸血しない」が18施設（25%）、「ケースバイケ

ース、推定される生命予後による」が 4 施設 (5.5%) であり、終末期の小児がんの経験がある医師の協力がないと、生命予後の見込みが難しく、輸血適応の判断にも難渋する様子が伺われた。また、「小児がん患者の経験がある」と答えた施設はわずか 7 施設 (9.7%) であり、20 歳未満の小児がん患者に、緩和目的の抗がん剤治療や放射線治療を実施した施設はなかった。

2. 小児がん患者の親からの回答

① 15 歳男児、ユーイング肉腫の児の母

(山口県在住)

地元での緩和治療について「地方では無理。小児がんの末期は絶対に輸血が必要になるけれど、地方の病院でちゃんと輸血してくれるかわからない。子どもが終末期を迎えたとき、『学校に少しでも行けた方がいいでしょう？山口に帰りなさい』と前の病院で言われたが、抗がん剤も何もしない期間がどんな時間になるかを想定できているのか？抗がん剤に対する知識があまりにもなさすぎる。何を根拠に『帰りなさい』というのか理解できない。地方の人間にとって、子どもに最善のことをしてやるには、都会に出てくるだけで精一杯」と述べられた。

② 16 歳女児、横紋筋肉腫の児の母

(岩手県在住)

「小児科と内科では、末期のがん患者に対する対応があまりにも違うと思う。国立がんセンターの小児科に入院していたときでさえ、その格差を感じた。延命治療はしないっていても、どこまでを延命治療と捉えるかが小児科と内科では違いすぎる。内科の先生はただ見守るだけで症状を軽くするための努力を何もしてくれなかった。小児がんの経験がない医師には何を言ってもわかってもらえない。都心でもこん

なだから、岩手じゃ絶対に娘が満足できる環境は得られないと思う。そもそも病気の診断も地元ではできなかった。貧血でふらふらになる娘を見るのはつらいから輸血は必要。脊椎への放射線治療で足が動くようになったとき、病気は治らなくても、娘も私も本当に嬉しかった。治らないけど病気と闘っているときは、症状が少し良くなるだけでも、それが希望になって生きていける。そういう環境でなければ小児がんの緩和治療はできない」

③ 18 歳男児、ユーイング肉腫の児の母

(青森県在住)

地元での緩和治療について「もう有効な治療がないので青森に帰るようにと、前の病院で言われましたが、青森にちゃんとした受け皿があるんでしょうか？安心して任せられる病院も探してくれないで、ただ青森に帰れというのは、あまりにも無責任だと思います」と述べ、また、緩和目的の抗がん剤・放射線治療について、「子どもの生活の質を維持するために、たとえば痛みをとるために抗がん剤が必要なことがある。亡くなる 4 か月前にやった TC 療法 (ノギテカン+シクロホスファミドの併用療法) は本当によかった。寛解になったみたいだった。医師たちには、子どもが最期までその子らしくいられるように出来る限りのことをしてもらいたい。大事な子どもを貧血とかで亡くすのは嫌です。必要な場合には輸血も当然してほしい。でも逆に、ただ調べるだけの検査とか、生活の質の向上に結びつかないものは、終末期には子どもの身体的・精神的負担になるだけなのでしたくありません」と述べられた。

④ 17 歳男児、横紋筋肉腫の児の父

(神奈川県在住)

「小児がんの緩和治療をやるには普通の小児科医じゃ駄目。小児がんの知識が十分でない

と駄目。そして出来る限りのことをしてほしい。抗がん剤や放射線ですら少しでも症状が良くなる見込みがあるなら最大限やってほしい。神奈川県内の緩和病院を見学してきたが、生気のない老人ばかりの環境は子どもが最期に過ごす場所としてはストレスが大きすぎると思う。もし成人の緩和病棟へ転院していたら、すごく惨めな気分以最期を迎えたと思う」

⑤ 27歳男児、横紋筋肉腫の児の父、母
(埼玉県在住)

「息子は27歳という年齢もあって成人の緩和病棟へ転院しましたが、とても可哀相な最期になってしまいました。長いこと抗がん剤やっけて骨髄転移もしていたので、血球の減少が強くて輸血が絶対に必要だったのですが、成人の緩和病棟では鼻血が大量に出て息子が血小板輸血を切望しても『この時期にはあまり意味がないから』と断られ、昼間は元気に散歩していた息子が、翌朝には出血と血圧低下で亡くなりました。鼻血がどんどん出るのを見て息子は涙を流しながら亡くなりました。転院しなければよかったと悔やんでいます」

D. 考察および E. 結論

患者家族が「小児がんの緩和医療には、小児がんの知識がある医師がいないと駄目」と指摘しているが、小児がん患者の経験がある施設は1割以下と少なく、20歳未満の小児がん患者に、緩和目的の抗がん剤治療や放射線治療を実施した施設はなかった。患者家族が「つらい症状が出ないように輸血は絶対にしてほしい」と強く希望している輸血に関しては、「症状があれば輸血する」が50施設(69.4%)に留まり、「症状があっても基本的に輸血しない」が18施設(25%)で4分の1を占めており、その理由として「小児がん患者の生命予後がどのくらいか

判断しにくい」とコメントしていることから、やはり小児腫瘍医との密な連携が重要であることが明らかとなった。そして、小児腫瘍医でなくとも、「小児がん患者を受け入れるなら、病棟に小児科医が必要」と51施設(70.8%)が答えており、小児科・小児腫瘍科との連携なくしては小児の緩和医療は事実上不可能であると考えられ、終末期に新たに人間関係を構築する精神的負担を考えると、同じ病院内に小児腫瘍科と小児緩和医療科が存在する形態が理想的であると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hosono A, Makimoto A, et al. : Utility of immunohistochemical analysis for cyclooxygenase-2 (COX-2) in the differential diagnosis of osteoblastoma and osteosarcoma. J Clin Pathol. Apr;60(4):410-4. 2007
- 2) 辻尚子, 牧本敦, 他 : 血液内科での成人型初期治療後に小児型化学療法を行った思春期急性リンパ性白血病 (ALL) の6例. 日本小児血液学会雑誌 21:232-237,2007

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

日本の年間死亡者は現在の110万人ほどであるが2040年には170万人に増加する見通しである。病院での看取りが現在約90人、それ以外が20万人として、これ以上病院死を増やさないとするならば、80万人を病院以外で看取る必要がある。仮に170万人の25%を在宅で看取るとしても、40万人強を居宅で看取るということになる。「訪問看護ステーションの強化」について、将来推計を行い、強化に要する費用を算定した。大規模・医療保険型訪問看護ステーションの整備に、既存の訪問看護ステーションのスタッフ増強および、新設で対応するならば、スタッフ増強に1施設あたり約4500万円、新設に約1億円の費用を要する。初年度のみ費用の25%を補助するとしても、入院死亡を在宅看取りに移行することで、予算的には十分まかなえると考えられる。

A. 研究目的

訪問看護については、診療報酬上「看護師が在宅での終末期において、死期が迫った患者や介護を行う家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を行っている場合に、より高い評価を行う」ことが検討されている。しかし、訪問看護事業所は小規模かつ経営状況も極めて劣悪である。診療報酬上の評価のみでは在宅終末期医療の質の向上は期待できない。そこで、現在の小規模ステーションを大規模・医療保険的役割を担う組織に改編し、それを継続的に運営できるようなモデル事業を計画し、それに要する費用を算出する。

B. 研究方法

1. 研究の背景

「在宅医療推進会議」（大島伸一国立長寿医療センター総長）は、2007年11月、在宅で最期を迎える人の割合を5年後には現状の約12%から倍増の25%まで引き上げる態勢づくりを目指すべきだとする中間報告をまとめた。推進会議には、日本在宅医学会、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、日本ホスピス・在宅ケア研究会、全国在宅医療推進協議会、日本医師会、日本看護協会、日本老年医学会などの代表や有識者がメンバーとして参加している。

「在宅医療推進会議」中間報告は、優先的に取り組むべき課題として（1）在宅医療を担う医療関係者の増加（2）訪問看護ステーションの強化（3）在宅療養支援診療所の強化（4）急性期医療と在宅医療の円滑な連携促進（5）在宅医療の周知を挙げている。

日本の年間死亡者は現在の 110 万人ほどであるが 2040 年には 170 万人に増加する見通しである。病院での看取りが現在約 90 人、それ以外が 20 万人として、これ以上病院死を増やさないとすれば、80 万人を病院以外で看取る必要がある。仮に 170 万人の 25%を在宅で看取るとしても、40 万人強を居宅で看取ることになる。

本研究では、「訪問看護ステーションの強化」について、将来推計を行い、強化に要する費用を算定する。

2. 訪問看護ステーション数の将来推計

日本看護協会試算の「訪問看護ステーション数の将来推計」（1ステーションあたりの年間看取り数を 20 人と仮定して、在宅での看取り数を 20 で除した値）によれば、現在の在宅死亡率 12.3%がそのまま維持されると仮定しても、5,309ヶ所の訪問看護ステーションの約倍の 10,437ヶ所が 2040 年に必要となる。在宅での看取りをさらに増加させるのであれば、より一層の訪問看護の充実が求められる。

2013（平成 25）年在宅看取り率を 20%まで高めると仮定すると、常勤看護師 10 名規模の大規模訪問看護ステーション 1ヶ所が年間 30 名を看取ると仮定すると、在宅死亡者数 265,000 名を看取るには訪問看護ステーションは 8,800ヶ所。現在よりも約 3,500ヶ所増やす必要がある。さらに、2018（平成 30）年に在宅看取り率を 25%まで増やすと仮定すると、在宅死亡者数 362,250 名を看取るには約 12,000ヶ所必要であり、現在施設数を倍増させる必要がある。

また、日本看護協会の別の試算では、常勤看護師 12 名の大規模・医療保険型訪問看護ステーションおよび 6 名の中規模・介護保険型訪問

看護ステーションによるモデルでは、2013 年在宅看取り率 20%を達成させるために、大規模型約 1,000ヶ所、中規模型 2,500ヶ所の設置が必要となる。また、2018 年看取り率 25%を達成するためには、大規模型約 1,375ヶ所、中規模型 6,250ヶ所の整備が必要となる。

すなわち、2013 年の推計死亡者数 1,325,000 人の 20%すなわち 26 万人を在宅で看取する場合、その半数に訪問看護ステーションが関わる場合、大規模・医療保険型訪問看護ステーションが 40 名を看取るためには 1,000ヶ所、同じく 2018 年の推計死亡者 1,449,000 人の 25%すなわち 36 万人の半数を在宅で看取ると場合は 1375ヶ所が必要である。

訪問看護ステーション 1ヶ所あたりの営業収支は、日本看護協会調査（2003 年 10 月）によると、2002 年 9 月は 21,030 円、2003 年 9 月は -4,499 円という厳しい状況にある。また、中医協平成 17 年 11 月資料では、1,117 事業所の経営実態として、1 事業所あたりの平均職員数が 5.8 人、1 人あたり 1 か月の平均給与費が 296,442 円、1 時間あたり給与費は平均 1,951 円であった。収支について、事業収益から事業費用を控除した事業収支差額は、134,637 円であった。さらに損益は、151,061 円であった。そこで、大規模医療保険型訪問看護ステーション 1 施設あたりの運営費用を試算し、地域における必要数を合算することで、我が国における訪問看護の充実に要する費用を算定する。

C. 研究結果

1. 新設の大規模医療保険型訪問看護ステーション

新たな訪問看護ステーションモデルを運営するための経営試算については、大規模・医療保険型（がん・難病患者を看取る）常勤看護師

数 12 名、年間看取り数 40 名、看護師一人あたりの訪問回数は月あたり 75 回とした場合の人件費は 7920 万円 (660 万円×12 名)、事業費用 (年) は、9900 万円 (825 万円/月) と試算される。同じく日本看護協会によると、24 時間体制訪問看護ステーション経営の安定化のためには、利用者一人当たり月 24,000~25,000 円程度の診療報酬上の上乗せが必要である。

ところで、大規模医療保険型訪問看護ステーションを創設するために、いくつかのパターンが考えられる。①従来の訪問看護ステーション 2~3 ヶ所を統合して大規模化する。もしくは、1 施設あたりの常勤職員を増やす。②新設する。③病院・診療所附属の訪問看護ステーションを大規模化する、等が考えられる。

本研究では、大規模医療保険型訪問看護ステーションに限り、安定した経営のもとで 24 時間 365 日の訪問看護サービスにより在宅での看取りを量的・質的に高めるため、モデルケースを想定しその地域についての試算を行う。

2. 既存の訪問看護ステーションの強化に要する費用推計

100 万人規模の地方中核都市の X 市の場合、2015 年の推計在宅死亡者数は、2,665 名、うち 50% に訪問看護ステーションが関わるとすると 1,333 名、がんの死亡割合を 30%、それ以外を 70% とすると、がんの死亡者は 400 名となる。がんの全てを大規模・医療保険型訪問看護ステーションで看取るとすると、1 ヶ所 40 名を看取れば、10 ヶ所に対応できる。がん以外については、1 ヶ所 20 名を看取れば、47 ヶ所に対応できる。ちなみに、X 市における訪問看護ステーション数は 34 ヶ所であり、その廃合および新設が必要となる。

34 ヶ所の訪問看護ステーションのうち、日

本看護協会立のステーションは 4 ヶ所である。職員数は常勤換算 7.1 (5.8~9.0) 人。平成 19 年度 (予算ベース) の事業活動収入は 53,367,500 (40,204,000~62,809,000) 円、事業活動支出は、56,562,500 (39,278,000~61,393,000) 円であった。

新たに大規模医療保険型モデルによる試算では常勤看護師数 12 名、年間看取り数 40 名、看護師一人あたりの訪問回数は月あたり 75 回とした場合の人件費は 7920 万円 (660 万円×12 名)、事業費用 (年) は、9900 万円 (825 万円/月) と試算される。

X 市の場合、4 ヶ所ともに、7 人体制を 12 人体制に強化するには、年間事業活動収入ベースで約 5337 万円に 7 分の 12 を乗じて約 9150 万円、年間事業活動支出ベースでは約 5660 万円に 7 分の 12 を乗じて約 9700 万円になるので、経営安定のために約 1 億円弱を年間事業費用とみればよい。したがって、現在の事業費と同等、もしくはやや低い額を援助すれば、大規模型への移行が可能となり、安定したサービス提供が可能となる。また、新設するよりは、約半額ですむ。

X 市の場合、がんの全てを大規模・医療保険型訪問看護ステーションで看取るとすると、1 ヶ所 40 名を看取れば、10 ヶ所に対応できるが、4 ヶ所は、既存のステーションの強化、6 ヶ所は新設とすると、新たな予算は、荒い計算で $4500 \text{ 万} \times 4 \text{ ヶ所} + 1 \text{ 億} \times 6 \text{ ヶ所} = 7 \text{ 億} 8 \text{ 千万円}$ となる。その 25% を初年度のみ補助金でサポートすると 9500 万円の予算が必要である。

全国的な推計であるが、2013 年在宅看取り率 20% を達成させるために、大規模型約 1,000 ヶ所の整備が必要となるが、半数を上記モデルのような増員、半数を新設として計算すると、 $4500 \text{ 万} \times 500 \text{ ヶ所} + 1 \text{ 億} \times 500 \text{ ヶ所} = 725 \text{ 億円}$

の費用が必要となる。その25%を初年度のみ補助するならば、181億円の予算が必要である。これは、入院死亡を在宅看取りに移行することで、まかなえる範囲である。

D. 考察

100万人規模のX市の場合、がんの全てを大規模・医療保険型訪問看護ステーションで看取るとすると、1ヶ所40名を看取れば、10ヶ所に対応できるが、4ヶ所は、既存のステーションの強化、6ヶ所は新設とすると、新たな予算は、荒い計算で4500万×4ヶ所+1億×6ヶ所=7億8千万円となる。その25%を初年度のみ補助金でサポートすると9500万円の予算が必要である。

全国的な推計であるが、2013年在宅看取り率20%を達成させるために、大規模型約1,000ヶ所の整備が必要となるが、半数を上記モデルのような増員、半数を新設として計算すると、4500万×500ヶ所+1億×500ヶ所=725億円の費用が必要となる。その25%を初年度のみ補助するならば、181億円の予算が必要である。これは、入院死亡を在宅見取りに移行することで、まかなえる範囲である。さらに、在宅看取り率を上げてゆけば、大規模・医療保険型訪問看護ステーションの更なる充実も可能となる。

E. 結論

大規模・医療保険型訪問看護ステーションの整備に、既存の訪問看護ステーションのスタッフ増強および、新設で対応するならば、スタッフ増強に1施設あたり4500万円、新設に約1億円の費用を要する。初年度のみ費用の25%を補助するとしても、入院死亡を在宅看取りに移行することで、予算的には十分まかなえると考えられる。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川島孝一郎, 伊藤道哉: 身体が存在形式または意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈, 生命倫理18, 198-206, 2007
- 2) 伊藤道哉: 看護支援システム導入に向けて看護部が覚悟すべき留意点, 月刊看護きろく, 16(12), 21-24, 2007
- 3) 伊藤道哉: 在宅医療の推進に向けて, クレコンレポート29, 1-5, 2007
- 4) 加藤尚武, 伊藤道哉他 共編著: 応用倫理学事典, 丸善, 東京, 2008年1月, 総ページ数990。QOL, 安楽死, 生命維持治療の中止, 事前指示, 緩和ケア, 等を担当。担当ページ数16。
- 5) 伊藤道哉: 医療福祉と倫理, 幡山久美子 編: 臨床に必要な福祉, 弘文堂, 東京, 17-30, 2007 (総ページ数233)
- 6) 伊藤道哉: 神経難病と介護保険, 阿部康二 編: 神経難病のすべて, 新興医学出版社, 東京, 367-372, 2007 (総ページ数389)

2. 学会発表

- 1) 伊藤道哉, 濃沼信夫, 川島孝一郎: 重度障害者包括支援事業の問題点と改善策に関する研究, 日本病院管理学会, 横浜, 2007. 10

H. 知的財産権の出願・登録状況 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
<u>本家好文</u>	骨転移	東原正明	癌緩和ケア必携ベッドサイドで役立つ癌緩和ケアマニュアル	新興医学出版社	東京	2008	52-54
<u>川島孝一郎</u> 、 <u>千葉桂子</u>	<法律・制度> 4 在宅における終末期	医療情報科学研究所編集	看護師・看護学生のためのなぜ？ どうして？ 社会福祉・地域医療のはなし	メディックメディア	東京	2007	134-183
<u>加藤尚武</u> 、 <u>伊藤道哉</u> 、 他	QOL、安楽死、生命維持治療の中止、事前指示、緩和ケア	共編著	応用倫理学事典	丸善	東京	2008	4-7 20-21 42-43 52-53 62-63 82-83 90-91
<u>伊藤道哉</u>	臨床に必要な福祉	幡山久美子	医療福祉と倫理	弘文堂	東京	2007	17-30
<u>伊藤道哉</u>	神経難病のすべて	阿部康二	神経難病と介護保険	新興医学出版社	東京	2007	367-372

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
<u>濃沼信夫</u>	がん医療のコスト・パフォーマンス	月刊基金	48(6)	3-5	2007
<u>濃沼信夫</u>	がん医療にみる健康と経済	Geriat. Med	45(5)	577-581	2007
<u>Koinuma N</u> 、 <u>Ito M</u> 、 <u>Ogata T</u>	The estimated national cost of cancer in Japan	Proceedings, 66 th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association		270-271	2007

<u>濃沼信夫</u>	安心と安全の地域医療を担保する医療制度の再構築	公衆衛生	71(11)	908-913	2007
<u>Koinuma N,</u> <u>Ito M,</u> Monma Y	Place of death of cancer patients and access to home care services, Patient survey using FACIT-Sp and telephone interviewing to the physician	Quality of Life Research Supplement		A80-81	2007
<u>Koinuma N,</u> Kaneko S, Monma Y, <u>Ito M</u>	Relation between human resources and patient safety	Program, 29 th Annual Meeting, Society for Medical Decision Making		2-24	2007
<u>濃沼信夫,</u> <u>伊藤道哉,</u> 門馬靖武	大腸がん術後フォローアップの経済効果に関する研究	病院管理	44 suppl	107	2007
<u>蘆野吉和</u>	がんの継続医療 病院から在宅へーギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケアー	癌と化学療法	34 Suppl II	175-178	2007
<u>蘆野吉和,</u> 城谷典保, 福田能啓	がん患者の継続医療ー病院から地域へー	癌と化学療法	34 Suppl II	155-164	2007
<u>本家好文</u>	看取りに対する医師の思い	緩和ケア	17(2)	128-129	2007
小原弘之、 <u>本家好文</u>	がん悪液質症候群の薬物療法	緩和ケア	17(3)	195-197	2007
<u>本家好文</u>	緩和ケア支援センター設立の経緯と機能	緩和医療学	10(1)	87-90	2008
<u>本家好文</u>	緩和ケア推進専門委員会報告書	広島県地域保健対策協議会 調査研究報告書		71-75	2008
<u>本家好文</u>	地域ネットワークの現状とこれからの課題ー広島県の取り組みと課題ー	緩和ケア	18 増刊号	印刷中	2008
<u>川島孝一郎</u>	在宅医療で重要なのは「生活を支える」という意識	医療経営情報	179	20-21	2007

川島孝一郎、 伊藤道哉	身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈	生命倫理	18	198-206	2007
川島孝一郎	患者の自己決定は、「医師の影響を色濃く受けた決定である」ことを知る必要がある	日本療養病床協会 機関誌 LTC	55	41-49	2007
川島孝一郎	患者・家族との信頼関係の構築が基本	介護保険情報		14-17	2007
川島孝一郎	総論 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)	14-19	2007
川島孝一郎	解説 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン —検討会委員の経験から—	緩和ケア	17(6)	520-526	2007
Hosono A, Makimoto A, et al	Utility of immunohistochemical analysis for cyclooxygenase-2 (COX-2) in the differential diagnosis of osteoblastoma and osteosarcoma	J Clin Pathol	60(4)	410-4	2007
辻 尚子、 牧本 敦、 他	血液内科での成人型初期治療後に小児型化学療法を行った思春期急性リンパ性白血病 (ALL) の6例	日本小児血液学会 雑誌	21	232-237	2007
伊藤道哉	在宅医療の推進に向けて	クレコンレポート	29	1-5	2007

IV. 研究成果の刊行物・別刷