痛のあるまま自宅に戻される人もいる。その原因は多くの医師が緩和ケアの知識や技術をもっていないこと，在宅医療を理解していないこと，緩和ケアチームが組織されていてもその活動が“主治医の壁”により阻まれていることである。

これらの問題解決のための対応策として，①医療関係者全員に対する緩和ケアの啓発とともに，特にがん治療医に対する緩和ケアの教育，②緩和ケア提供体制の整備（緩和ケアチームの育成と活動しやすい環境の構築など），③地域の医療介護福祉機関との連携協力体制の整備（在宅医療の理解，地域連携室の活動強化，ケアカンファレンスの開催など）などの課題に病院として取り組む必要がある。

② 在宅医療側における課題

年々訪問診療を行う診療所は少なくなっており，2006年の診療報酬改定で新設された在宅療養支援診療所は現在約1万施設が登録されているが，実際に活動し，看取りまで行っている診療所は比較的少ないことが判明している。さらに，在宅における症状緩和治療の知識や技術が普及していないため，緩和ケアを実践できる医師は少なく，その質も保証されていないのが現状である。このため，①地域における在宅療養支援診療所の確保，②提供される医療援助の質の保証（実施される緩和ケアの知識と技術の標準化，標準化された知識と技術の共有，提供される医療の評価基準の策定）などに早急に取り組む必要がある。

一方，全国の訪問看護ステーションは約5400施設あり，その約7割が24時間対応をとっているといわれている。しかし，少人数で経営している事業所が多く，また，報酬も少ないため，実際に24時間対応できる事業所は多くないのが現状である。さらに，在宅ホスピスケアの知識や技術の教育がなされていないこと，医療法上行える医療的処置に制限があることなど，本来在宅ホスピスケアの最も中核的な役割を担う職種である点を考慮すると早急に改善しなけれ

ばならない課題は多い。このため，①地域における24時間対応訪問看護ステーションの確保，②24時間対応の訪問看護師に対する報酬の大幅増額，③訪問看護師の行える治療処置の拡大，④提供される医療援助の質の向上（在宅ホスピスケアの知識と技術の習得，教育プログラムの策定，地域での教育研修プログラムの実施など）などに国は本腰をあげて取り組む必要がある。

また，保険薬局の在宅医療への参加は始まったばかりであるが，特に在宅ホスピスケアの現場では医療用麻薬や注射薬を使うことが多く，その調剤，薬剤指導に大きな役割を果たすことが期待されている。このためには，特に在宅ホスピスケアにおける薬剤の使い方に関する知識や技術の習得が必要で，そのための講演会やセミナーなどの機会を多くつくる必要がある。

◇福祉介護従事者の意識改革

これまでの在宅介護は非がん疾患を主な対象として，病状が安定している状態のなかで行われ，病状が悪化すると入院させることで在宅医療が終了していた。このため，比較的病状が急に変わりやすいがん疾患末期の人では，看取りを前提に在宅医療を行っていても，病状が悪化し始めたときに介護関係者が入院を勧め，結果的に家族が不安になって緊急入院させる場面も少なくなかった。また，居宅施設でも同様に，介護職員が不安となり病院に搬送することが日常的に行われてきた。

したがって，自宅や居宅での看取りを普及させるためには，本人や家族の身近で生活を支援する介護関係者が自信をもって迅速に対応できること，看取りを指導できることが必要不可欠である。このため，①福祉介護サービスの充実，②ケアマネジャーやホームヘルパーに対する看取り教育，③居宅での看取りの推進（介護施設職員に対する看取り教育など）に取り組む必要がある。

◇行政関係者の意識改革

がん疾患を含め終末期の在宅ホスピスケアにおいては，病状の進行が早いことから，迅速な要介護認定が必要である。このため，まだ歩行できるうちに支援システムを構築することが望ましい。しかし，在宅医療や要介護認定は歩けない病状が前提となっており，特に要介護認定においては，早めの認定が難しく，また，地域によっては，申請そのものを受け付けてくれないこともある。また，家族の介護力の低下，在宅医療に関する情報が手に入らないことも在宅ホスピスケアを含めた在宅医療が普及しない原因である。したがって，①迅速な介護認定，②在宅医療に関する情報の収集と発信，③地域介護力の強化（福祉予算の増額）などの対応が必要である。

◇地域住民の意識改革

自宅での看取り経験が非常に少なくなり，医療に対する期待感や依存が強くなり，さらに，少子高齢化そして核家族化による介護力の低下が著しい現在，病院ではなく自宅で看取ることに多くの国民は抵抗感が強い。病院で在宅医療を勧められたとき，「医師から見放された」「病院から見捨てられた」と感情的に反発する人がいる一方で，病院以外の場所で不安なく生きていけるのかどうか，家族や他人には迷惑はかけたくない，介護する力がない状況でどうすればいいのかなど途方にくれる人も少なくない。

この疑問や不安に対しては，家族が看取ることの意義，地域で看取ることの意味について理解を得るための講演会や講習会を開催し啓発するとともに，在宅医療についての情報をできるだけ多く流すこと，在宅医療の医療支援システムと生活支援システムを構築し，実際に地域のなかで，自宅で看取る実践例を一人ひとり増やしていくことが最も確実な対応である。

4　今後の展望

筆者が在宅ホスピスケアを始めてから約7年経過した時点で，地域で看取りを支えるためには，医療福祉介護の連携が必要であると考え始めるようになり，1994年から約6年間にわたり，福島県いわき市において，保健所が調整役となる“いわきターミナルケア連絡協議会”を発足させ，がん終末期における医療機関（医師会，病院協議会），福祉機関（社会福祉協議会，在宅介護支援センター），行政機関（いわき市，保健所）などの連携プロジェクトを実施した。そして，このような行政を巻き込んだ在宅ホスピスケアの支援ネットワーク構築の試みは，北上市，仙台市，山口市，広島市などでも行われ，その後，千葉市，宮崎市などにも広がった。しかし，残念ながら，病院における緩和ケアの普及が進まなかったこと，勤務医および診療所の医師を含め，医療従事者の治療一辺倒の意識があまり変わらず，在宅医療に対する理解も進まなかったことなど，様々な理由により，在宅ホスピスケアに意識の高い医療従事者や市民が活動している地域を除いて，その試みが広がることはなく，多少閉塞感が漂っていた。

しかし，2005年の暮れ頃より，事態が急転し始めた。2006年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定を皮切りに，2007年4月には「がん対策基本法」および「第五次改正医療法」が施行され，がんを含めてすべての疾患において，病院医療と在宅医療の継ぎ目のない連携を図ることが国および地方自治体の責務となり，同時に，終末期医療については緩和ケアの普及とともに在宅看取りを最終目標と定める在宅医療推進が謳われ，2008年4月の診療報酬改定では，在宅療養支援病院の新設，居住系施設の入居者に対する訪問医療の推進，訪問看護料の引き上げ，在宅医療における情報と連携の促進，保険薬局の在宅医療への参画の評価，緊急カンファレンスの評価，在宅における注射薬と特定保険医療材料の追加などが盛り込まれた。そ

して，在宅看取り推進が国の施策として明示されたことにより，地域緩和ケア支援ネットワーク構築のための様々なプロジェクトが全国各地で現在進行中である。

このように，事態が急展開をみせた最大の理由は，少子高齢化社会の到来，特に団塊世代が後期高齢者となる2030年以降の超高齢化社会の到来であり，そのための準備を今始めないと大きな混乱が生ずると予想されているからである。予想される混乱の一つが“多死の時代”を迎えることで，現在年間約110万人が死亡し，うち約32万人ががんで亡くなっているが，2038年には年間約170万人が死亡し，がん死亡の比率はさらに増加するものと予測されている。このような多死の時代を控え，今のままの比率で病院死が増えた場合には，病院医療および国民皆保険制度が崩壊することは目に見えており，それを回避する政策として今回の二つの法律が実施されたものと思われる。

病院死から在宅死への誘導（在宅看取りの推進）が，「医療費抑制のために高齢者の医療を切り捨てるものである」と非難する人も少なくないが，自然の経過としての死を迎える高齢者や様々な疾患の終末期の人に現在提供されている医療は，治すための治療が中心となっており，このために多額の医療費が費やされていることは事実である。しかし，本来，このような病状の人々に提供される医療は，その人の生き方や人生観を尊重したケア中心の医療であるべきで，このような医療は病院よりむしろ在宅の場で提供されたほうが最も効果が高い。また，在宅でも病院と同様の症状緩和治療は提供できること，積極的な症状緩和治療およびケアを行っても医療費は病院医療費より格段に少なくて済むことも事実である。

さらに，現在，多くの人が物質の豊かさより心の豊かさを求めるようになってきており，人生の長さより人生の豊かさ，そして生活の質を重視する傾向にある。このような時代にあって，終末期を迎

える場として病院という場しか選択肢がないことこそむしろ大きな問題とすべきである。したがって，在宅医療重視，在宅看取り推進の政策を高齢者の医療の切り捨てと非難することは妥当ではない。

医療費抑制という目的も込めて大きく変わった医療制度ではあるが，今後の医療のあり方や地域社会のあり方を見直し，超高齢化社会が到来しても自分の住んでいる地域で，誰もが安心して暮らせるようにするための追い風であることは確かである。

しかし，今後実際に在宅看取りを増やしていくためには，前述した意識改革とともに，財政的裏づけのある生活支援システムの構築と充実が必要不可欠であり，その意味で，医療のあり方とともに，日本の国家予算の配分方法を大きく変える時期であることは間違いのないことである。

明日の在宅医療　第3巻
在宅での看取りと緩和ケア

2008年9月15日　発行

編集代表　|　佐藤智
編集委員　|　鈴木荘一　村松静子
編集幹事　|　平原佐斗司

発行者　|　荘村明彦
発行所　|　中央法規出版株式会社
〒151-0053　東京都渋谷区代々木2-27-4
販売　TEL.03-3379-3861　FAX.03-5358-3719
編集　TEL.03-3379-3784　FAX.03-5351-7855
http://www.chuohoki.co.jp/
営業所　札幌-仙台-さいたま-東京-名古屋-大阪-広島-福岡
装丁・デザイン　|　松田行正十加藤愛子
印刷・製本　|　株式会社太洋社

落丁本・乱丁本はお取り替えいたします。

C. 在宅医療を支えるシステム

2. 在宅ホスピスケアにおける地域支援ネットワークの構築

終末期における療養の場に関して，国民を対象としてこれまで行われてきた公的あるいは私的なアンケート調査においては，半数以上の国民が自宅を希望していることが報告されている．しかしその一方で，希望が実現できると考えている人は少なく，厚生労働省が行った平成14年度終末期医療に関する調査においても，実現困難であると回答した一般国民の割合65.5%は実現可能であるとの回答8.3%をはるかに凌駕している．そして，実現困難であるとした具体的な理由として，多い順に，介護してくれる家族に負担がかかる78.4%，病状が急変した時の対応に不安がある57.3%，経済的に負担が大きい30.8%，症状急変時にすぐに入院できるか不安がある27.2%，往診してくれる医師がいない27.0%となっている．

これらの理由をみる限り，"終の住処は自宅"と考えている人々の希望をかなえるためには，医療支援体制の整備だけでなく，介護支援体制の整備や「死」あるいは「看取り」に対する国民の意識の変革が必要であり，医療だけでなく，行政，介護福祉，そして地域住民が一体となって取り組むべき課題といえる．

そしてこの課題に取り組むことが，実は現在の医療そして地域社会をあるべき姿に変える起点になるものと筆者は期待している．

取り組みは，すでにいくつかの地域で始められているが，医療従事者の意識改革，介護福祉関係者の意識改革，行政関係者の意識改革，そして国民の意識改革を必要とする取り組みでもあるために，残念ながら完成されたものとして紹介できる地域はまだない．

そこで，今回，どのような体制を，どのようにして構築するかについて筆者の経験を基礎に解説する．

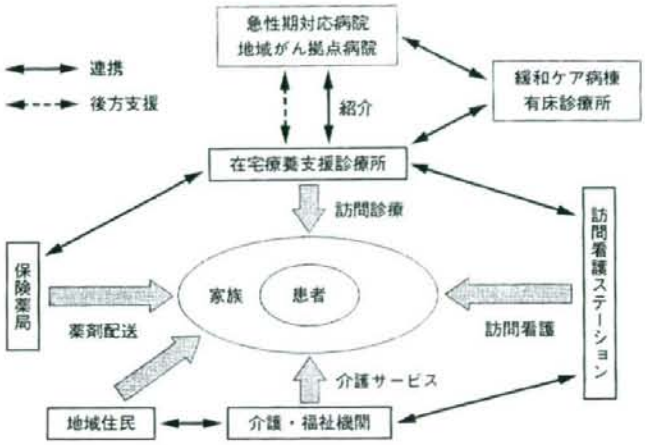
1 在宅ホスピスケア地域支援ネットワークとは

a. 地域支援ネットワークの基本的構図

在宅ホスピスケアの地域支援ネットワークとは，終末期緩和ケア（ホスピスケア）を必要としている人およびその家族が自宅あるいは居宅で楽に暮らしてゆくことを支援する地域社会のシステムである．名称として「在宅緩和ケア支援ネットワーク」とよぶこともあるが，どちらも公的に定義されたものではないため，ここでは「在宅ホスピスケア地域支援ネットワーク」と記述する．

このシステムは医療支援システムと生活支援システムと2つのシステムから構成されており，医療支援システムは医師（歯科医師を含む），看護師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，栄養士などの職種からなる医療支援チームにより提供され，生活支援システムは支援相談員，ケースワーカー，ケアマネジャーやホームヘルパーなどの介護福祉関係者，行政職員，地域保健師，ホスピス

NDLS 498-02058



図Ⅱ-21　在宅ホスピスケアの地域支援ネットワーク

ボランティアや地域の住民などによる生活支援チームにより提供される．そして，地域事情にあわせて，それぞれのチームメンバーの“顔のみえる関係性”を保っていることが連携を円滑にするための基本である．

これらの職種は，急性期対応病院（地域がん診療拠点病院を含む），緩和ケア病棟（あるいは有床診療所など），療養型病院，有床あるいは無床診療所（在宅療養支援診療所を含む），歯科診療所，訪問看護事業所，保険薬局，訪問介護事業所，地域包括支援センター，在宅介護支援センター，居宅介護支援事務所，保健所などに属する職種であるが，地域住民（ボランティアを含む）も混じえて，円滑に連携できる体制を地域ごとに，地域の特性を生かして構築することが重要である．

連携の基本的構図を図Ⅱ-21に示す．

この基本構図は，患者およびその家族を地域医療機関，地域介護福祉サービス機関および地域住民が支える構図を示しており，病院や緩和ケア病棟は後方支援あるいは緊急の入院先（バックアップベッド）として機能することを図式化している．

b. 支援対象疾患

対象となる疾患は，緩和ケアの対象となる疾患で，2002年の世界保健機関（WHO）の定義に従えば，“生命を脅かす疾患”であり，がんに限らずすべての治癒困難な慢性疾患および急性疾患，小児の難病などが対象となる．また特定の疾患ではないが，加齢による衰弱なども対象とすべき病態である．しかし当面は，緩和治療などの医療依存度が高く，そして支援期間が比較的短期間である進行がんを主な対象とすると取り組みやすい．

c. 支援対象期間

支援の対象となる期間は基本的には自立困難となった時点から看取りまでの期間となるが，実際には自立困難となった時期では家族の不安が大きく，また，一般的にその後の病状悪化が非常に早いことから，自立困難となることが予測される時点，具体的には歩行が可能であっても日中の50%以上は横臥している状態で支援を計画し，開始すべきと考える．しかし，この時期にはまだ病院への通院が可能で，頑張って通院していることが多いことから，外来通院時に，病院の担当医が意識的に家族から自宅での日常生活動作（ADL）を聴取するとともに，在宅ホスピスケアを勧め，その希望に応じて迅速に地域との連携を図る行動をとることが必要となる．また，在宅ホスピスケアに関する情報は，治癒困難と判断される以前に患者や家族に提供しておくことも重要である．

なお緩和ケアにおいては，家族のケアの一環として患者の逝去後の悲嘆ケア（グリーフケア）も重視しており，日本においては医療従事者が行うべきケアであるとの考え方もあるが，基本的には生活支援チームが地域ケアの一環として行うケアである．日本では，初七日法要，四十九日法要，百か日，年忌法要，初盆などに家族親族あるいは地域の人々が集まり故人を偲ぶ慣習があるが，この慣習そのものが日本に古来あるグリーフケアであるものと思われる．

d. 在宅ホスピスケア地域支援ネットワークにおける各協力機関の役割

特に，医療支援システムを構成する急性期対応病院，緩和ケア病棟，在宅療養支援診療所，訪問看護ステーション，保険薬局などがそれぞれの役割を認識し，有機的に連携することが必要不可欠である．その上で，生活支援システムを構成する機関や職種が介護する家族を支える体制をしっかり構築することが望ましい．

以下それぞれの役割について簡単に解説する．

1) 急性期対応病院

急性期対応病院の役割は，患者本人および家族にがん治療早期から緩和ケアや在宅ホスピスケアに関する情報を提供すること，がんに伴う症状がある場合には可能な限り症状緩和すること，特に痛みは除痛すること，病状が悪化しないうちにかかりつけ医との連携を図ること，そして後方支援である．後方支援の内容は主に症状緩和治療のための一時的入院を示しており，地域によってはかかりつけ医に対する応援診療を行うことも視野にいれ，さらに，地域に緩和ケア病棟がない場合にはその役割も兼ねる．なお，これらの役割の調整役が病院内に組織された緩和ケアチームである．

2) 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟の役割は，在宅ホスピスケアのバックアップベッドとしての役割，具体的には，自宅での看取りに不安の強い家族に対する看取りの場の提供，苦痛の緩和を目的とした一時的入院，患者家族のレスパイトケアのための一時入院，介護者のいない患者に対する臨終の場の提供などであり，さらに，ネットワークに関わる人材の緩和ケア教育の場，地域住民に対する在宅ホスピスケアに関する情報の発信の場としての役割が期待されている．

3) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の役割は，訪問看護事業所，保険薬局などと連携して適切な医療支援を行う

498-02058

ことで，特に医師の役割として，適切な症状緩和治療の指示を出すこと，患者や家族の不安を解消するための説明を行うこと，訪問看護師をサポートすることなどが重要である．

4）訪問看護事業所

訪問看護事業所，特に24時間体制の訪問看護事業所は在宅ホスピスケアの中心的役割を担う．訪問看護師の役割は，症状の評価，症状緩和治療の評価，家族への看護や介護の指導，処置や治療の指導，患者や家族の不安を医師に橋渡しすること，看取りの指導など多岐にわたっている．質の高い技術や知識をもっている訪問看護師の養成が今後の在宅ホスピスケアの命運を決めるといっても過言ではない．

5）保険薬局

保険薬局の役割は，薬剤の配送，訪問薬剤指導，特に医療用麻薬の説明，各種注射剤の調剤などで，今後は医療材料，衛生材料の供給元としての役割にも期待がもたれている．さらに，地域のかかりつけ薬局として，病状や症状に関する医師の説明の補助的な相談，看取りについての相談，そして家族の健康相談などに関わることも期待される．

6）ケアマネジャー

ケアマネジャーは生活支援システムの調整役として中心的な役割を果たすことが期待されている．その具体的な役割は，地域の介護福祉資源を最大限に利用することで家族の介護負担を軽減すること，そして看取りを支えることである．

2 在宅ホスピスケア支援ネットワーク構築に向けての課題と解決に向けたアクションプラン

緩和ケアや在宅医療が普及していないわが国において，在宅ホスピスケア支援ネットワークを構築するためには，病院および地域の医療従事者の意識改革，介護福祉関係者の意識改革，行政関係者の意識改革，そして国民の意識改革が必要であり，そのための課題は非常に多い．しかし，筆者の経験では実現可能であり，また，これからの日本の地域社会のあり方を考えると課題の解決に向けて具体的な対策を講じる必要がある．

a. 急性期対応病院における課題と解決に向けたアクションプラン

地域がん連携拠点病院をはじめとして，がん治療を行っている急性期病院において効果的な緩和ケアが提供されていないこと，在宅ホスピスケアを含めた緩和ケアの情報が提示されていないことが指摘されている．このため，①がん治療医に対する緩和ケア教育，②病院としての緩和ケア提供体制整備（緩和ケアチームの育成と活動しやすい環境の構築など），③地域の医療介護福祉機関との連携協力体制整備（在宅医療の理解，地域連携室の活動強化，ケアカンファレンスの開催など）に取り組むことが必要である．

b. 在宅療養支援診療所における課題とアクションプラン

現在，約1万施設が登録されている在宅療養支援診療所のうち，実際に活動し，看取りまで行っ

ている診療所は比較的少ない．また，在宅療養支援診療所のない地域もある．さらに，緩和治療を実践できる医師は少なく，その質が保証されていないのが現状である．このため，①地域における在宅療養支援診療所の確保，②提供される医療援助の質の保証（実施される緩和ケアの知識と技術の標準化，標準化された知識と技術の共有，提供される医療の評価基準の策定）に取り組むことが必要である．

c. 訪問看護事業所における課題とアクションプラン

全国に約5,400施設ある訪問看護事業所のうち24時間対応をとっているのは約7割といわれているが，少人数で経営している事業所が多く報酬も少ないため，24時間対応できる事業所は実際には多くない．また，緩和ケアの知識や技術の教育がなされていないこと，医療法上行える医療的処置に制限があることなど，早急に改善しなければならない課題は多い．このため，①地域における24時間対応訪問看護事業所の確保，②24時間対応の訪問看護師に対する報酬の大幅増額，③訪問看護師の行える治療処置の拡大，④提供される医療援助の質の向上（緩和ケアの知識と技術の習得，そのための教育プログラムの策定，地域での教育研修プログラムの実施など）などに取り組む必要がある．

d. 保険薬局における課題とアクションプラン

現在，在宅ホスピスケアに参入している保険薬局は少ないが，2008年の診療報酬改定では参入できる条件が整えられた．そこで，①在宅ホスピスケアを実践している医療機関が意図的に利用して参入を促すとともに，②緩和治療に必要な薬剤の使い方に関する知識や技術の習得のための機会（講演会や講習会）を増やし対応できる薬局を増やしてゆくことが必要である．

e. 介護福祉機関における課題とアクションプラン

がんの終末期にはADLが急速に悪くなり，病状も悪化するため，その状態に応じた介護支援を迅速に提供することが求められる．また，最終的には看取りの指導にも関わってもらう必要がある．このため，①介護福祉サービスの充実（迅速な対応ができる体制の確保），②ケアマネジャーやヘルパーに対する看取り教育，③居宅での看取りの推進（介護施設職員に対する看取り教育など）に取り組むことが必要である．

f. 行政における課題とアクションプラン

がん終末期においては病状の進行が速く，歩けなくなってからの生存期間は非常に短い．このため，まだ歩行できるうちに介護認定を行い，介護支援システムを構築することが望ましい．しかし，在宅医療や介護認定は歩けないことが前提となっており，地域によっては，申請そのものを受け付けてくれないこともある．したがって，①迅速な介護認定，②地域介護力の強化（福祉予算の増額）などに取り組む必要がある．

JCLS 498-02058

g. 地域住民に対する課題とアクションプラン

過去四半世紀にわたり，病院死が当たり前となった結果，病院で死ぬことに疑問をもつ人は非常に少なくなっている．また，看取りは医療従事者の業務であると考えている人も多い．そのような地域住民の意識を変えるためには，在宅ホスピスケアに関する情報の発信と啓発が必要である．具体的には，①在宅ホスピスケア地域支援ネットワークにかかわる医療機関・福祉機関・介護機関などのリストの作成と公表，②緩和ケアや在宅ホスピスケアに関する相談窓口を作ること，③地域で看取ることの重要性を再認識させるための講演会の開催などに取り組む必要がある．

おわりに

筆者は現在，青森県十和田市において地域支援ネットワークの構築を目指している．この地域では，訪問医療を行う医療機関が非常に少ないため，24時間対応の訪問看護事業所，保険薬局，ケアマネジャーの実践教育を優先して行い，これらの職種によるネットワークをまず完成させることを目指している．現在，筆者（病院勤務医）が医師として中核的な役割を果たしているが，最終的には地域かかりつけ医にその役割を移管することを目指している．このように，地域によって多少構築のための戦略は変える必要があるが，実践のなかで関係する職種の意識は確実に変わってきており，提示したアクションプランはいずれも難しい課題ではあるものの実行不可能ではないと感じている．

〈蓮野吉和〉

A. がん

1. がんの在宅医療総論

これまで行われた公的あるいは私的なアンケート調査では，がん終末期であっても約半数以上の国民が病院ではなく，自宅で最期を迎えたいと希望していることが判明している．しかし現実には，1980年以降，がん死亡者の約9割が一般病院で亡くなり，自宅で亡くなる割合はここ約10年間は6～7%で推移している．

このような現状のなかで，近年，医療制度が大きく変わり，在宅医療推進，在宅死推進に向けて大きな潮流が作られようとしている．2006年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定，2007年4月の「第5次改正医療法」の施行がその起点となる．がん医療においても，2007年4月に施行された「がん対策基本法」と具体的基本計画を定めた「がん対策推進基本計画」において，がん治療成績の向上をめざす一方で，がん患者の生活の質の向上をめざし，がん治療早期からの緩和ケアの導入，そして，治らないがん患者に対する在宅医療を念頭に置いた切れ目のない緩和ケア提供体制の整備を国，地方自治体，病院，国民の責務としその実現に向けた具体的指針を定めている．

しかし，がん終末期を対象としたわが国の在宅医療の歴史は浅く，1980年代後半に，関心をよせる開業医や病院勤務医によって自然発生的に全国各地で始められ，多くの場合，個人的な医師の努力でその活動の輪が広がり，点から線に，線から面にネットワークが広がってきた感がある．現在でこそ，関連する研究会や学会あるいはメーリングリストが立ち上がってはいるものの，全国的な規模でいえば，いまだにその恩恵を受ける国民は少数である．

緩和ケアや在宅医療が普及していないわが国において，がんの在宅医療を普及させるための課題は多い．しかし，これまでの筆者の経験ではいずれも解決可能な課題である．そこで本稿では，がんの在宅医療に必要なシステムについて，がんの在宅医療を普及させることの社会的意義について，そしてがんの在宅医療を普及させるための課題と対策について，これまでの筆者の経験を踏まえて解説する．

1 がんの在宅医療とは

がんの在宅医療の最終目標は，進行したがんをもった人と関係する家族が，自宅や居宅などの住み慣れた地域のなかで苦痛なく安心して暮らすこと，そしてその結果として，地域のなかで看取りが行われることにある．このためには，医療従事者だけでなく，介護福祉従事者および地域住民などの幅広い支援が必要になることが，医療施設におけるがん終末期医療との大きな違いである．

がんの在宅医療で必要な支援は，医療支援と生活支援の2つに大別される．医療支援とは，がん終末期に特に出現することの多い身体的苦痛や精神的苦痛を取り除くための症状緩和治療や処置，そして現在の病状や今後の病状の推移とその対応方法に関する説明，症状緩和治療に使用される薬

498-02058

剤の説明，看護に関する説明などである．一方，生活支援とは，がんの進行に伴い低下してゆく日常生活活動（ADL）に対する介護福祉的支援，介護する家族に対する社会的経済的支援，関係する家族に対する心理的支援などであり，地域社会の共助のシステムでもある．なお，心理的支援として特に重視されるべきことは臨終期や看取りを迎える時期における看取りの指導であり，現在は医師や看護師が指導しているが，本来は生活支援に含まれる事項である．また，がんの在宅医療は最終的に"死"で終焉し，医療支援はこの時点で終了するが，在宅医療の支援対象は関係する家族を含むものであることより，生活支援は逝去後の家族の悲嘆ケアなども念頭において展開されるべきものである．

これらの2つの支援システムを地域の実情にあわせ整備してゆくことが今後の課題となるが，関係すべき職種および機関は，医療支援システムでは医師（病院，在宅療養支援診療所など），看護師（病院，訪問看護事業所など），薬剤師（病院，保険薬局など），栄養士（病院など），生活支援システムでは福祉関係者（行政機関を含む），リハビリ関連職種，地域保健師，ケアマネジャー，ホームヘルパー，ホスピスボランティアなどである．これらの職種あるいは機関が密接に連携し，それぞれの役割を認識しながらチームとして活動することが重要である．

なお，これまでの筆者の経験からいえることは，がんの在宅医療を地域に根付かせるためには，非がん疾患と同様に患者や家族へのしっかりした生活支援とともに看取りの支援が行えるようなシステムを整え，悲嘆ケアができる生活支援チームを養成することが大事であり，それを脇役としての医療支援チームが支えるシステムが構築されることが望ましい．

このがんの在宅医療は，現在，「在宅緩和ケア」あるいは「在宅ホスピスケア」という言葉で表現されているが，いずれも公的な定義はなくまた区別するための明確な基準はない．そこで，筆者は地域社会の支援システムとしての側面を強調する時には「在宅ホスピスケア」という言葉を使い，医療支援システムとしての側面を強調するときには「在宅緩和ケア」という言葉を使っている．したがって，「在宅ホスピスケア」という言葉の筆者なりの定義は，「進行したがんをもった人およびその家族が自宅あるいは居宅で楽に過ごすことを支援する地域社会のシステムであり，医療支援と生活支援のシステムからなるシステムである」という定義となる．

2 がん終末期における在宅医療の意義

がんの在宅医療を推し進める理由の1つは，「終の住処は自分の家」と自宅での看取りを希望している人々がいることである．約半数の国民が希望している事実は重く受け止めるべきである．この他に，社会的には急いで推し進めなければならない2つの理由がある．1つは医療経済学的な理由で，医療費および医療資源の効率的な運用をはかることであり，2つめは現代の日本社会で希薄となってしまった「いのちに対する感性」を呼び戻すことである．

a. 医療費および医療資源の効率的運用

現在，年間死亡者数（約110万人）の約1/3（約32万人）ががん死亡であり，年々増加傾向に

ある．予測では2038年には年間死亡者数は約170万人となり，その半数の死因ががんとなる可能性があり，がん死亡数は現在の倍以上に膨れ上がる計算になる．これは単にがんが増えているということだけでなく，人口高齢化の結果とみることもできるが，がん患者の約9割が病院で亡くなっている現状がこのまま続くと，終末期医療に費やされる医療費は計り知れない額となり，国民皆保険制度が破綻することが懸念されている．

終末期における医療費については現在多くの議論がかわされているが，がん終末期で急性期病院に入院している場合，症状緩和治療以外の濃厚な治療が行われていることは事実であり，そのために使われる医療費は少なくとも1日3万円は超えるものと推測される．筆者の2004年の調査では入院死亡35例の死亡前1カ月の1日平均医療費は25,273円で，必要のない検査や治療を行わず，症状緩和治療のみ行った結果の数値である．これに対し，在宅死亡47例の死亡前1カ月の1日平均医療費は10,855円で，医療費の高い症例は症状緩和治療のための薬剤料がその主な費用であった．一般に長期の入院症例や長期の在宅症例ほど医療費は安くなっているが，その費用の差は入院に対し在宅では1/3程度であった．在宅医療にかかる費用は，現在はこの時期より高くなっているはずではあるが，急性期病院の入院単価もそれ以上に高くなっており，良質の症状緩和治療が提供され，家族に対する介護などの生活支援体制を充実させたとしても，在宅医療にかかる費用（医療費および介護費用を含む）は，入院よりずっと安上がりとなるものと思われる．なお，緩和ケア病棟における包括的医療費は現在37,800円であるが，この金額も根拠のない算定額であり，増額について見直しを求める意見も多い．いずれにせよ，医療施設において終末期緩和ケアを行うのは非常に割高となることは事実であり，近い将来訪れる多死の時代において，少ない医療費を効率的に運用するためにも，在宅ホスピスケアの普及は大事な課題である．

さらに，現在大きな問題として取り上げられているのが，病院勤務医の業務負担の問題である．この問題は地域の中小都市で特に深刻である．がんに限らず，老衰も含め多くの疾患の終末期患者が急性疾患として病院に担ぎこまれている．自宅だけでなく居宅系施設からも搬送され，病状や病態からいえば“自然の経過としての死”であるにもかかわらず，“急変”として認識されるため，救急室や病室で，医療従事者の労力を含め多くの医療資源が費やされている．早期に在宅医療に移行し，適切な臨終期の指導があれば，回避できる問題である．

b. いのちを大切にする地域社会の再生

筆者は1987年から2005年までの約18年間に503名（がん469名，非がん34名）に対し在宅医療を提供し，315名（がん309名，非がん6名）の自宅での看取りを経験している．この経験のなかで認識したのが“看取り”の地域社会における重要性である．

自宅での看取りにおいては，医療者がそばにいる時間は非常に少ない．家族・親類・地域の人々の誰かが常に寄り添い，生活の場で，日常性のなかで，死に逝く過程をつぶさにみることとなる．この看取りにおいて重視したいことは，看取りという経験を共有している人々が一緒に生きてきた過去を振り返ること，今生きている瞬間を大事にすること，そして，看取りをいつか自分にも訪れる事実として意識し，先達（今逝く人）に学ぶ姿勢である．臨終時においても，医療者は臨席する

NCLS 498-02058

ことはないが，事前に臨終時の対応方法について繰り返し説明しておくことで家族だけで臨終の瞬間を迎えることができる．死亡確認は連絡を受けた医師が行うものの，医師が到着するまでは，家族にとっては死んでいるかどうかあいまいな時間が経過する．しかし，この時間は家族が死を受け入れるためにむしろ必要な時間である．また，自宅では医師が死亡を確認し帰ったあともゆっくりお別れの時間を過ごすことができる．

このような看取りは30年以上前にはごく当たり前のものであり，子どもを含めた家族，そして地域の人々は，この看取りを通して自分達の生きている実感といのちの大切さ，そして，家族や地域の絆を再確認してきたものと思われる．これが「看取りの文化」とよばれるものであり，その地域の特徴的な葬送儀礼を含めた文化の基礎となっているものである．

これに対し，病院では，一般的に死亡する直前に家族が集まり，心臓と呼吸が止まった時点（ときに心電図の波形が平坦となった時点）で臨席する医師から死が宣告され，家族はそれを受け入れる余裕もなく自宅に帰る支度を始めなければならない．本来地域のなかにあるべき死，日常性のなかにあるべき死が，過去四半世紀にわたり病院という特殊な施設に隔離されたことによる弊害として，今，いのちの大切さ，家族や地域の絆が失われてきたように筆者は深く感じざるを得ない．最近毎日のように報道されている衝動的な傷害事件や殺人事件，安全より効率を優先したために起こっている事故，食の安全を脅かすような偽装事件など，これらの根底に横たわるものがいのちに対する畏敬の念が薄れてきたことにあると思われる．

3 がん終末期の在宅医療普及のための課題

すでに触れたように，現在がん死亡者の約9割が在院死であり，在宅死は約6%である．このような状況が長く続いているなかで在宅看取りを推進する在宅医療を普及させるためには，在院死となっている理由について検討し，課題を抽出し，対応策を立て，その実現に向けて行動を起こす必要がある．

進行したがん患者が病院に入院したまま自宅に帰れない理由には様々な要因があり，それぞれの要因が複雑に絡み合っている．

患者側の要因として，①治療に対する過度の期待，②病状（特に急変時）に対する不安，③緩和ケアや在宅医療に関する情報不足，④介護力の不足，⑤家族間の絆の希薄化，などがあげられる．また，医療側の要因として，①がん治療医の治すことに対する過度の期待（治せないことに対する負い目の存在），②勤務医および実地医家の緩和ケアの知識や技能欠如，③がん治療医の緩和ケアや在宅医療に関する情報提供不足，④勤務医の在宅医療に関する認識不足，⑤在宅医療における連携体制の未整備，⑥訪問看護師の緩和ケアの知識や技能不足，などがあげられる．さらに，社会的要因として，①地域社会における互助意識の希薄化，②介護や福祉サービスの硬直化，③病院死の日常化などがあげられる．

これらの要因のなかで，がん患者の在宅医療への移行を困難としている最大の要因は，医療提供側にあると筆者は考えている．特に，病院での緩和ケア提供体制が不十分で，痛みを含めがんに伴

う苦痛が緩和されていない現状があること，進行したがんの場合，治す治療以外の情報（特に緩和治療や在宅医療を含めた終末期緩和ケアについての情報）が治療早期から提供されていないことなどが問題である．したがって，がんの在宅医療を推進するための緊急課題の1つは，病院，特に地域がん連携拠点病院を含めた急性期病院における緩和ケア提供体制を充実させること，具体的には，がん治療医に対する緩和ケア教育あるいは啓発と緩和ケアチームの育成をはかることが必要である．

次に重要な課題は在宅医療側の医療体制の整備である．この整備に関しては，現在診療報酬がらみで整備が行われつつあるが，当面緊急に対応しなければならないことは，医師および看護師の症状緩和治療の知識と技能の向上を計ることである．

症状緩和治療が病院でも在宅医療側でも対応できるようになった場合に，最も問題になるのが介護福祉支援体制の整備である．この問題は少子高齢化社会を迎えるにあたって当然解決しなければならない課題であり，財政的に裏付けられた体制でなければならない．

おわりに

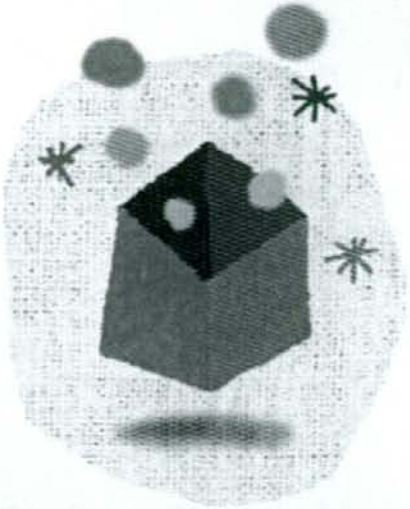
在宅医療の普及は単なる医療体制の変革ではなく，新しい地域社会（コミュニティー）の創造につながる社会運動であると筆者は考えている．また，がんの在宅医療は，これまで治すことだけを目標にし，臓器中心であったがん医療を，1人1人の生活や人生観をも考慮した包括的および全人的がん医療に変える可能性を秘めた取り組みである．その普及のためには，医師を含めた関係する職種の意識変革だけでなく地域住民の意識変革も必要となるが，できないことではない．現在，国の施策として様々な試みが行われているように，がんの在宅医療に取り組む私たちにとっては追い風が吹いている．この風を利用して，多くの職種が解決すべき課題に1つ1つ取り組むことを期待したい．

〈薗野吉和〉

JCLS 498-02058

かかりつけ医
訪問看護師
薬剤師のための

在宅がん緩和治療ハンドブック



在宅チームのための
お役立ちノウハウ集

オピオイドを
安全に・効果的に使いこなす

佐藤 智 編著
八戸市立市民病院緩和医療科 科長
日本ペインクリニック学会認定ペインクリニック専門医
Sato Satoru

MC メディカ出版

● 緩和ケアの病期（いわい分類2007）

「今の状態は？」と、ご家族から容態を尋ねられることがあります。従来の「癌取扱い規約」による病期分類は、初回治療を対象としており、遠隔転移から終末期までをまとめて「Ⅳ期」としています。これでは、再発や末期といわれる期間に刻々と変わる病状を把握し、説明することはできません。また、統計的確率以外に予後やその後の変化をとらえることはできませんでした。

「いわい分類2007」（**表1**）は、がん患者の全経過を、がんの病態が生命に与える影響の視点で四病期にとらえた分類です。簡単に表現すると「がんがなくなる」「ぶり返す」「内臓が壊れる」「命が弱る」の四病期です。それによって、「不治」は死に直結せず、段階があり、病期ごとに「生きる目標設定」が可能なことがわかります。また、「がんが治らないとなぜ死ぬか？」という疑問にも答え、治療やケアの計画、地域連携パスに役立つと考えられます。

［Ⅰ］診断／根治期

診断［ⅠA］から、治療により根治［ⅠB］した状態。不安、治療に伴う苦痛、副作用、合併症などに対するケアが求められる。診断時すでに以下の病期の場合もある。

表1●いわい分類2007[4]

		積極的治療期			
分類	病期	［Ⅰ］診断／根治期		［Ⅱ］進行／再発期	
		［A］前期	［B］後期	［A］前期	［B］後期
	病態	未確定	早期／進行	局所／孤立性	多発／再発
	定義	初診から検査中または初回治療まで	規約上の根治的病変、一般に「治った」といわれる状態	遺残または再発病巣は局所性で治療により治癒の可能性がある	多発性または切除不可能な病巣、治療により延命効果が期待できる
	判断の目安		術後根治度AB	C	
			薬物・放射線の奏効度CR	PR～NC	PD
記録	年月日				
	理由				
診療の参考指標	症状	検査・治療関連		治療関連・局所症状（疼痛、麻痺）	
	ADL	社会生活		歩行	
	目標	早期診断・根治		根治	延命
	緩和ケア	闘病を支える			
	診療の場	外来／一般病棟			
	予後			年～月	