

伊藤道哉、 他	生命維持治療 の中止、事前指 示、緩和ケア		典				20-21 42-43 52-53 62-63 82-83 90-91
伊藤道哉	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
伊藤道哉	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
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 ルピュ 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
千葉宏毅、 濃沼信夫、 伊藤道哉、 川島孝一郎	在宅療養支援診療所の推移 と在宅看取りの関係に関する一考察	東北公衆衛生学会誌	57	23	2008
千葉宏毅、 濃沼信夫、 伊藤道哉、 川島孝一郎	在宅療養支援診療所の経年 推移と在宅看取りの地域性 に関する一考察	日本医療・病院管理 学会誌	45Supp 1	174	2008
蘆野吉和	緩和ケアにおける中心静脈 栄養、皮下埋込型ポートの 有用性を含めて	臨床栄養	113	637-641	2008
蘆野吉和	ターミナルケア終末期に ある褥瘡患者の栄養ケアの ポイント	臨床栄養	112	752-758	2008
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)	87-90	2008
本家好文	地域緩和ケアネットワーク の現状とこれからの課題、 緩和ケア推進体制と広島緩 和ケア支援センターの取り 組み	緩和ケア	18 増刊号	29-32	2008
本家好文	緩和ケアネットワーク	緩和医療学	10 (4)	428-429	2008
本家好文	がん対策専門委員会 緩和 ケア推進 WG	平成 19 年度報告書 広島県地域保健対 策協議会調査研究 報告特集号	62 (12)	840-843	2008
本家好文	地域における緩和ケアネッ トワーク	緩和ケア	19 増刊号	印刷中	2009
川島孝一郎	生き方を支える歯科医療の 未来（後期高齢者のための 歯科医療）FOURAM	日本歯科医師会雑 誌	60(1)	1150- 1151	2008
川島孝一郎	特集 地域医療連携 実践 ガイドブック、重症在宅医 療を中心にした地域連携	治療	90(3) 増刊号	1337- 1344	2008

川島孝一郎	後期高齢者に求められる「真の医療」を論じるためには、医師による十分な「生き方の提示」が重要である	Gpnet	54(12)	29-37	2008
川島孝一郎	終末期の判断と終末期医療の方針決定	インターナショナルナーシングレビュー	31(2)	21-28	2008
川島孝一郎	特集 在宅医療から在宅医学へー医学教育へのチャレンジー在宅医学の基本概念	保健の科学	50(6)	395-399	2008
川島孝一郎	医師の説明責任と生き方の提示	精神保健ミニコミ誌 CLAIRIERE クレリエール	424	1	2008
川島孝一郎	終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス	臨床神経学	48(11)	955-957	2008
川島孝一郎	医療依存度の高い在宅療養者と家族の暮らしを支える在宅ケアの確立。医療の視点から	神経治療学	25(6)	719	2008
川島孝一郎	治す医療から生き方を支える医療へ。巻頭コラム『ブラタナス』	日本医事新報	441(9)	1	2009
川島孝一郎	『家での看取り』で求められる病院の役割と連携室担当者の心構え	隔月間誌 地域連携network	1(6)	95-101	2009
川島孝一郎	介護員のための重度介護時代の危機管理	GPnet	2	57-63	2009
英裕雄	都会で行う在宅医療連携	治療	90	1331-1336	2008
英裕雄	胃ろうについて、(1)「誤嚥=食事止め=胃ろう」という単純な方程式は成り立たない	ケアマネジメント	19(1)	60-61	2008
英裕雄	胃ろうについて、(2)胃ろう造設によって元気な生活を取り戻したNさん	ケアマネジメント	19(2)	56-57	2008

英裕雄	胃ろうについて考える。(3) 「胃ろうを選択しない」生き方もある	ケアマネジメント	19(3)	58-59	2008
英裕雄	高齢者虐待について。前編 —虐待をどう見つけるか—	ケアマネジメント	19(4)	58-59	2008
英裕雄	高齢者虐待について。後編 —虐待を疑ったらチームで 支援を—	ケアマネジメント	19(5)	56-57	2008
英裕雄	後期高齢者医療制度可能性 に期待も	ケアマネジメント	19(6)	56-57	2008
英裕雄	在宅でのターミナル・ケア その1 家族の気持ちの整理 を優先し、本人の生活をチ ームで支援する	ケアマネジメント	19(7)	56-57	2008
和田忠志	教育システムを包括した在 宅医療、『地域医療連携 実 践ガイドブック』	治療	3 増刊号	1345- 1352	2008
和田忠志	連載 高齢者虐待にどう対 応するか 1 高齢者虐待と は何か?	訪問看護と介護	4	320-323	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応する か 2 高齢者虐待対応の基 本	訪問看護と介護	5	412-415	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応する か 3 家庭内虐待における パターン認識	訪問看護と介護	6	502-505	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応する か 4 家庭内虐待における 具体的なケース対応の手順	訪問看護と介護	7	598-601	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応する か 5 家庭内虐待対応にお ける多職種連携	訪問看護と介護	8	692-695	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応する か 6 家庭内虐待対応にお ける制度活用などの基礎知 識	訪問看護と介護	9	772-775	2008

和田忠志	高齢者虐待にどう対応するか7 カンファレンスの活用1	訪問看護と介護	10	846-849	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応するか8 カンファレンスの活用2	訪問看護と介護	11	934-937	2008
和田忠志	高齢者虐待にどう対応するか9 被害者と有効な信頼関係を構築する	訪問看護と介護	12	1036-1039	2008
有賀悦子	オキシコドン、オピオイド・ローテーションの基礎と臨床	ペインクリニック	29(7)	877-888	2008
有賀悦子	がん性疼痛	薬局(増刊号:病気と薬パーフェクトBOOK)	59(4)	1544-1550	2008
濃沼信夫	がん医療のコスト・パフォーマンス	月刊基金	48(6)	3-5	2007
濃沼信夫	がん医療にみる健康と経済	Geriat. Med	45(5)	577-581	2007
Koinuma N, Ito M, Ogata T	The estimated national cost of cancer in Japan	Proceedings, 66 th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association		270-271	2007
濃沼信夫	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
Koinuma N, Ito M, 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
Koinuma N, Kaneko S, Monma Y, Ito M	Relation between human resources and patient safety	Program, 29 th Annual Meeting, Society for Medical Decision Making		2-24	2007
濃沼信夫、 伊藤道哉、	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

門馬靖武					
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
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
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
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
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)	87-90	2008
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
本家好文	地域ネットワークの現状とこれからの課題。広島県の取り組みと課題	ホスピス緩和ケア白書		29-32	2008
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
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,	Utility of immunohistochemical	J Clin Pathol	60(4)	410-4	2007

et al	analysis for cyclooxygenase-2 (COX-2) in the differential diagnosis of osteoblastoma and osteosarcoma				
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
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	総合ケア	17(1)	14-19	2006
中島 孝	ALS の非侵襲的陽圧呼吸 (NIPPV) ケアを、ALS における呼吸療法 総論	神経内科	64(4)	380-386	2006
伊藤博明、 中島 孝	神経内科の医療・介護一現状と課題、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(1) Suppl	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	96(5)	891-897	2007
永吉美智枝、	終末期小児がん患児の同胞	小児がん看護	1(1)	41-47	2006

牧本 敦、 他	への看護支援				
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)	225-229	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	43 Suppl	102	2006

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

特集：終末期医療

終末期における医療供給体制の課題

伊藤道哉，濃沼信夫

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

The Essential Problems of the Medical Delivery System in Terminal Care

Michiya ITO, Nobuo KOINUMA

Department of Health Policy and Hospital Administration, Tohoku University Graduate School of Medicine

抄録

在宅療養をよく知る者にとっては、日常の延長として生を終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ことが多い。同じく、医療提供側も、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ことが多い。入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、結局最後は入院で死亡する場合も少なくない。

在宅看取りの推進は、医療費適正化の結果となることはあっても目的となることはない。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、在宅終末期医療費の推計は、新診療報酬のもと、実態に応じて再計算される必要がある。

ALS等神経難病の緩和ケア・終末期医療は十分とはいえない既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が強く求められる。

平成20年に都道府県が作成・公表する医療計画の中に、「在宅」の項目がある。具体的な計画が種々記載されることは、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有効活用が期待される。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。都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、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ことが求められている。

キーワード：終末期医療，緩和ケア，在宅医療，在宅死，在宅療養支援診療所，医療費適正化，医療計画

Abstract:

For patients who are familiar with home care, positive choice may choose a seat finishing life as everyday extension. However the patients who do not know the pros and cons of home care may choose hospital care while hoping for home care vaguely after all.

Similarly, medical staff who understand home care can advice patients on options other than hospitalization. In the first place at home unless a hospitalization institution side parts with the patient of the end period; number of home death does not increase.

ALS requires palliative care, but existing palliative care units are insufficient, and criteria for new institutions and their fees are future problems.

Information on home care is to be made available in more hospitals and health centers in large cities and districts in 2008. In addition, utilization and creation of social resources such as medical offices for promotion of home care,

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1
2-1 Setryo-cho, Aoba-ku, Sendai 980-8575, Japan

pharmacies, and visiting nursing stations are expected in these areas.

Therefore, it is important to consider the construction of an information system detailing services offered by home-care support clinics. Cities and districts will arrange policies on professional education, of index-setting, problem-solving in medical units indexing future improvements, and analyzing local home care issues in detail, it is also necessary to make figures available that relate to the future of home care.

Keywords :terminal care, palliative care, home care, at-home death, home-care support clinic, rationalization of medical expenditure, hospital and health planning

はじめに

治療を目指した医療では、入院が最善、在宅は次善であろう。しかし、在宅死は善、入院死は悪のように語られがちである。在宅で看取りが行われるようになってとしても、終末期の諸々の問題がすべて解決するわけではない。そもそも、入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族側の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、最後は入院で死亡する場合も少なくない。

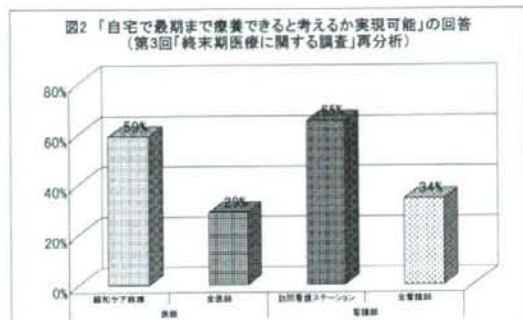
本稿では、主に在宅終末期医療が行える体制づくりと、緩和ケア病棟の拡充に関して若干の考察を行う。

1. 終末期医療の場—何処が理想か

厚生労働省医政局総務課が実施した第3回（平成15年）「終末期医療に関する調査」によれば、自宅で最期まで過ごしたいとの希望を有する者は1割にとどまる。自宅で最期まで療養することについて、多くの者が「実現困難である」と回答しており、「実現可能」と回答した者は少ない¹⁾。

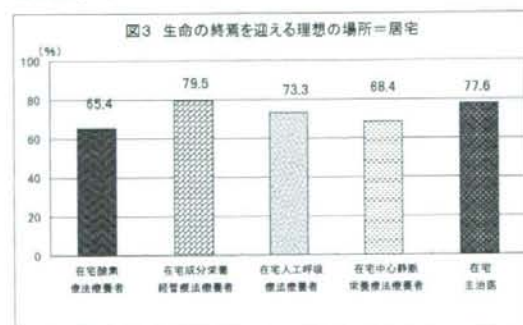


しかし、医師のみの回答を職場別に解析すると、緩和ケア病棟の医師は、6割が「実現可能」と回答している、同じく看護職のみの回答を職場別にみると、訪問看護ステーション勤務者の6割5分が「実現可能」と回答している。看取りの実践経験を有する専門職は、自宅で最期まで療養することにむしろ肯定的である²⁾。



さらに、すでに高度の在宅医療サービスを受けている患者、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。居宅を第一選択とするとの回答割合は、次の通りである。

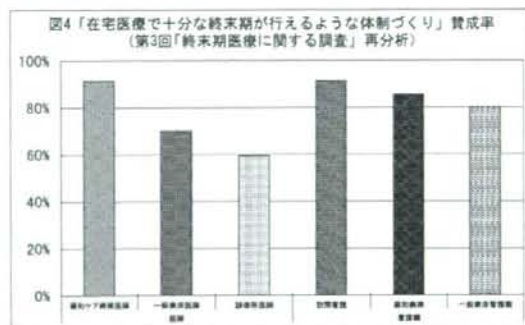
在宅酸素療法療養者65.4%、在宅成分栄養経管療法療養者79.5%、在宅人工呼吸療法療養者73.3%、在宅中心静脈栄養療法療養者68.4%、主治医77.6%（病院を挙げる医師は4.5%）³⁾。



このように、在宅療養のメリット・デメリットをよく知る者にとっては、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ことが多い。同じく、医療者側も、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ことが多い。

「終末期医療に関する調査」の「終末期医療普及への具体的な活動内容」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%の順である。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・デメリットを知ってもらう情報提供が重要と考えられる。

2006年4月創設された在宅療養支援診療所の届け出は、約10000施設を数える。そのサービス提供に関する情報システムの構築は喫緊の課題である。

入院がん死を減らすことは、わが国のみならず、先進諸国共通の課題である。実践例として、カナダの事例を挙げる⁴⁾。

カナダ、ノヴァスコシア州（人口約95万人）では、がん死は、2,259人（1999年）から2,870人（2010年）まで、わずか10年で27%増えると予測し、入院で死亡するがん患者の割合を漸減させる方策を実践した。往診の評価により、院外がん死は、19.8%（1992年）から30.2%（1998年）まで増大した。また、死亡まで最期の100日あたりの入院日数は、18.6日（1992年）から14.8日（1998年）まで短縮した。訪問診療、往診の回数は、午前8時から夕方5時までの時間帯ではあまり変化がなかったが、夕方5時から翌朝8時までの夜間と、週末の往診回数は12%増えた。

このように、政策的に在院期間を短縮して、夜間、終末の往診を充実させることで、院外がん死を30%以上にまで増やせる可能性がある。

2. 在宅終末期医療—医療費との関連

年間の死亡者数は今後10年間、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。社会保障審議会医療保険部会では、入院死亡の割合を減らし、在宅死亡の割合を40%まで増やした場合の影響、入院医療費と在宅医療費の比較が例示（医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」平成12年3月）された。

終末期医療をめぐる現状として、死亡前の1カ月平均医療費は約112万円、入院前の1カ月の入院医療費推計は年間約9千億円（1年間の死亡者数（平成14年）98万人、うち、

医療機関での死亡者数80万人、これに112万円を乗じて約9千億円）。様々な自宅療養、在宅療養というような環境を整えた上で、自宅での死亡を4割に増やすと、死亡前1カ月の医療費に係る影響は、給付費ベースで2015年度約2千億円減、2025年度約5千億円減と推計される⁵⁾。

さてこの試算では、在宅死亡の割合が40%まで伸びるとしている。諸外国の研究では、広域低人口地域で40%に近い例はあるものの、先進諸国の在宅死の割合は概ね20~30%である。大阪府立成人病センターは、この数年、病院死は93~5%、在宅死は4~6%で推移している⁶⁾。

終末期の定義に関し試算では、おしなべて98万人が「終末期」を過ごすことされる。しかし、終末期を明確にとらえることができる疾患は、悪性腫瘍などに限られる。

在宅医療費の積算に関し、試算では、「在医総」56,000点と基本診療料1,700点の、合計57,700点を計上している。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、いわゆる看取り加算は1,200点から10,000点に増えている。在宅終末期医療費の推計は、診療報酬の改定の新しいデータを用いて再検討される必要がある。

質の高い在宅医療を提供する場合、入院医療に比較して必ずしも安上がりにはならない⁷⁾。

3. 緩和ケア病棟—今後の展望と課題

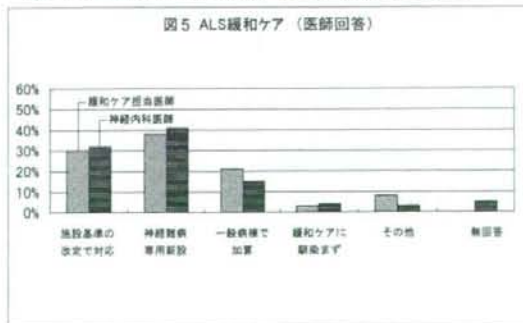
緩和ケア病棟は終末期医療の場として、QOL向上の観点からも患者・家族の重要な選択肢である。看護職員配置は1.5:1で、診療報酬上、1日定額37,800円の評価がなされている。緩和ケア病棟届出受理施設は、2006年7月1日現在、162施設 3,085床である。

2004年度に全国の緩和ケア病棟に入院した患者は18,205人で、がん死亡者（約32万人）の6%にあたる。

筆者らは、2005年7月~9月、日本ホスピス・緩和ケア協会A会員144施設で、緩和ケアに従事している医師326名、看護師720名に対し、意識調査を実施した⁸⁾。

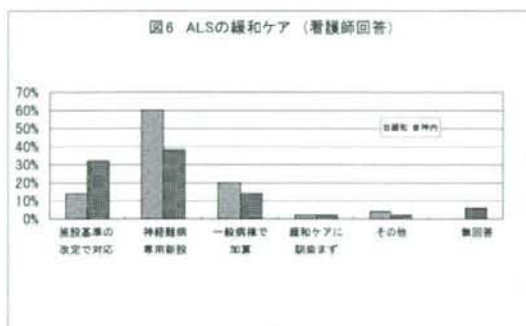
1) 医師対象調査結果（回収率32.2%）

回答者の属性は、臨床経験年数19.1±8.3年、中央値20年、男性83%、女性17%であった。回答は前者が緩和ケアスタッフ医師の数値、後者が神経難病領域医師の数値である。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設38%、41%が最も多かった。



2) 看護師対象調査結果 (回収率42.5%)

回答者の属性は、臨床経験年数15.6±7.7年、中央値15.6年、男性1%、女性99%であった。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設が最大であった。緩和ケアのあり方については、緩和ケア看護師が神経難病専用を望む傾向が強かった。



緩和ケアの診療報酬点数・人員配置の見直しについての自由記載では、人員配置1:1以上、1日あたり入院管理料包括45,000円を妥当とする意見が多く見られた。

ALS等神経難病についても緩和ケア・終末期医療は必要であるが、既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が今後の課題である。

まとめ 一医療計画の活用

厚生労働省の終末期医療に関する検討会は、適切な終末期医療の普及のために今後充実していくべき点として、在宅終末期医療が行える体制づくり、緩和ケア病棟の設置と拡充、患者、家族への相談体制の充実、医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実を挙げている。

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・デメリットを知ってもらい情報提供が重要と考えられる。本年4月創設された在宅療養支援診療所は、すでに1000施設に達する状況である。

今回の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を規定す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、具体的な計画が種々記載されることは、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有効活用が期待される。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、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、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

新規に記載すべき方針としては、次のような項目が考えられる。

- 1) 入院から在宅における療養への円滑な移行のため、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる共同指導について、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護師等の多職種との協働を充実させる。
- 2) 複数の医師の連携により、24時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、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、これが在宅医療に係る患者の安心を阻害する原因ともなっていることから、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(即応体制)を充実させる。
- 3) 患者が身近な人に囲まれて居宅における終焉を迎えることがあたりまえに選択できるよう、居宅における終末期医療及び看取りを推進させる。
- 4) 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、在宅末期医療総合診療料等を算定する入院医療について一層の連携を図る。
- 5) 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ターミナルケアを推進する。
- 6) ALS等における人工呼吸器装着患者のように、看護や介護に多大の労力を要する患者が存在すること等の状況から、居宅での療養が極めて困難となった重症難病患者に対し、医療機関の連携による難病医療提供体制の整備を促進し、退院後再び在宅での療養が可能となる体制を構築する。

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は、安寧の看取りを実現するための方策である。行政と医療提供側が、新たな医療計画を具体化し、その実現に邁進することが重要である。

引用文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月
- 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
- 3) 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)在宅療養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, 調査委員会委員川島孝一郎)
- 4) Frederick I Burge, Beverley Lawson, Grace Johnston and Gordon Flowerdew: Health care restructuring and family physician care for those who died of cancer, BMC Family Practice 2005, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/1>
- 5) 第17回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平成17年7月29日, 第18回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平

成17年8月10日

6) 大阪府におけるがん登録 第69報, 平成18年3月

7) 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, 日常診療に活かす老年病ガイドブック

8. 高齢者の退院支援と在宅医療, メジカルビュー社, 210-217, 2006

8) 石上節子, 伊藤道哉 小原るみ 他 : ALS等神経難病の緩和ケア・終末期医療に関する調査(緩和ケア施設A会員対象), 平成17年度厚生労働省難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」班研究報告書, 平成18年3月

ターミナルケア

—終末期にある褥瘡患者の栄養ケアのポイント

十和田市立中央病院 蘆野吉和 *Ahimi, Yuhikazu*

Key word

がん終末期、褥瘡ケア、緩和ケア、栄養補給、食事指導

はじめに

がん疾患および非がん疾患の終末期においては、褥瘡発生要因、悪化要因ともに多く、その発生率は高いものと推定されている。とくに、がん疾患終末期ではその発生率は50%以上との報告もあり、急速に病状が悪化するなかで、いったん褥瘡が発生すれば治すことはむずかしく、がんの進行による苦痛とともに褥瘡に関連する苦痛も加わるため、終末期緩和ケアの重要な課題となっている。また、これまでのわが国においては、終末期のケアが緩和ケア病棟を含む病院でおもに行われてきたが、今後は自宅や居宅などのいわゆる在宅がケア提供のおもな場としてクローズアップされている。

本稿では在宅での緩和ケアも念頭に置き、このような病状に対し果たして有効な栄養ケアがあるのかどうかについて、とくにがん疾患の終末期に限定して解説する。

終末期における褥瘡の発生要因(表1)

がん終末期における褥瘡発生の要因として、①栄養障害、②局所の血流障害、③日常活動性(ADL)の低下、④皮膚の脆弱化などがあり、がん進行によるさまざまな症状がその悪化要因となっている。

栄養障害は、消化管通過障害、消化管機能障害などのほかに、がん進行による身体的症状(全身

倦怠感、食欲不振、痛み、発熱、呼吸困難など)および精神的症状(抑うつ、睡眠障害など)およびがん悪液質によって引き起こされ、その多くは進行性で不可逆性である。

局所の血流障害は、慢性的貧血、呼吸機能の低下(原発性あるいは転移性肺癌、胸水貯留、過剰輸液による肺浮腫などによる)、浮腫、リンパ浮腫などにより引き起こされる。

日常活動性の低下は、がん進行による身体的症状(全身倦怠感、痛み、呼吸困難、腹水や腸閉塞にともなう腹部膨満、骨転移にともなう骨折や脊髄神経麻痺など)および精神的症状(抑うつ、睡眠障害など)、入院による安静臥床、加齢などが原因となっている。

皮膚の脆弱化は、浮腫、リンパ浮腫、加齢、脱水による皮膚の乾燥、発熱などにともなう発汗による皮膚の浸軟、ステロイド使用などによって引き起こされる。

がん終末期では、これらの素因が多数あり、治

表1 がん終末期における褥瘡の原因

1. がん進行にともなう症状
(疼痛、全身倦怠感、発熱、浮腫、呼吸困難など)
2. がん進行にともなう日常生活活動性(ADL)の低下
(全身倦怠感、骨折、安静臥床、脊髄麻痺など)
3. 食欲不振やがん悪液質による栄養障害
4. 局所の血流障害
(浮腫、呼吸困難、慢性的貧血など)
5. 皮膚の脆弱化
(発汗にともなう皮膚の浸軟、脱水による皮膚の乾燥、ステロイド使用の影響など)
6. 高齢

療やケアで改善できない素因が多いのが特徴である。また、わが国においては、がんが高齢者が多いこと、抗がん剤などの治療が終末期においても行われることが少なくないこと、がん終末期患者のほとんどが入院し、結果的にベッド上安静を強いられることが多いことなども褥瘡発生と深く関連していると思われる。

終末期における褥瘡の特徴(表2)

がん終末期における褥瘡の特徴の1つは、多くの場合いったん発生すると治療困難であり、進行性に悪化する可能性が高いことである。発生素因の多くは改善困難であるばかりか時間とともに悪化し、また、がんの進行にともない発生素因がさらに増えるのが自然の経過である。その一方で改善できる素因は少なく、栄養障害の原因のうち、強制栄養補給により栄養状態が改善できる病態、緩和治療が可能な身体的症状(痛み、腹部膨満、呼吸困難など)により栄養障害や日常活動性低下が引き起こされている場合などに限定される。

がん終末期における褥瘡の特徴の2つ目は、褥瘡により局所の痛みや悪臭などの苦痛をともなうだけでなく、褥瘡に対する処置が苦痛をともなう場合もあることである。また、褥瘡悪化防止のためのケアも場合によっては患者の苦痛となる可能性もある。

がん終末期における褥瘡の特徴の3つ目は、病期期間が比較的短いことで、とくに在宅では病院と違い自分の住み慣れた環境のなかで生活するために、行動できる空間が広く、ベッドに寝たきりとなるのが死亡直前となり、結果的に褥瘡が発生してから死亡までの期間が非常に短くなる場合も

表2 がん終末期における褥瘡の特徴

1. 治療困難である
2. 褥瘡による苦痛がある(局所の痛み、悪臭など)
3. 褥瘡に対する処置が苦痛をともなう場合がある
4. 褥瘡悪化防止のためのケアが苦痛をもたらす可能性がある
5. 病期期間が比較的短い

少なくない。

終末期における褥瘡への対応方法(表3)

がん終末期における褥瘡への対応の第一歩は、緩和ケアの理念を理解することにはじまる。世界保健機関(WHO)が2002年に改定した緩和ケアの定義を表4に示すが、改定の要点は、対象疾患として、がんだけでなく「生命を脅かす疾患」に拡大されたこと、適応の時期として終末期のみならず「病気の早期」に拡大されたことで、そのうえで、緩和ケアは「生活の質を改善するためのアプローチ」であることが明記されている。また、さらに緩和ケアを提供する際に念頭に置くべき重要な視点は「楽に生きるためのケア」であること、患者だけでなく家族も対象者として含めることである。わが国においては、この緩和ケアの理念は2007年4月に施行された「がん対策基本法」に盛り込まれており、がんの診断早期からの緩和ケアの提供体制の整備、病院医療と在宅医療の継ぎ目のない緩和ケア提供体制の整備などが国、地方自治体、病院、および国民の責務として謳われている。

この緩和ケアの理念を念頭に置いた褥瘡への対応は、褥瘡をもった人間が楽に生きることに焦点

表3 がん終末期における褥瘡管理の要点

1. 緩和ケアの理念を理解する
2. 症状緩和と治療を積極的に行う
3. 褥瘡を悪化させる症状に対する治療/ケアを行う
4. 褥瘡をともなう苦痛を除去する
5. 自宅でも管理できる治療/ケアを行う
6. 適切な栄養ケアを行う

表4 緩和ケアの定義(WHO, 2002年改定)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、病気の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、霊的問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、生活の質(QOL)を改善するためのアプローチである。

が与えられるため、褥瘡の局所のケアは二の次になる場合もある。すなわち、褥瘡の局所のケアが楽に生きるために有効な手段であれば、積極的なケアを提供し、褥瘡の局所のケアが苦痛をとまなうものであれば、むしろケアを控えることが推奨されることになる。

●褥瘡への具体的対応策

褥瘡予防の具体的対応策として、①褥瘡発生の素因であり悪化の要因でもあるがんにとまなう苦痛を緩和すること、とくに痛みは取ること、②褥瘡予防ケアが患者自身に苦痛を強いるものであれば、患者や家族と相談しケアの方法を変更すること、③日常生活の活動性が低下しても寝たきりにならないよう、病状にあったリハビリテーションなどを行うことなどが重要な項目である。

また、発生した褥瘡に対する具体的対応策として、①褥瘡発生の素因であり悪化の要因でもあるがんにとまなう苦痛を緩和すること、②褥瘡にとまなう苦痛をできるかぎり緩和すること、③褥瘡処置やケアが患者自身に苦痛を強いるものであれば、できるかぎり苦痛が少なくなるような方法を工夫すること、④褥瘡処置は自宅や居宅でも家族あるいは介護者が処置可能な方法で行うこと、などが重要な項目である。

●関連する苦痛への対応

予防を含めた対応で重要なのが、がんにとまなう苦痛の緩和である。終末期の褥瘡発生の要因として関連のある苦痛は、痛み、浮腫（リンパ浮腫を含む）、呼吸困難、食欲不振、全身倦怠感、腹部膨満感、発熱、抑うつなどであるが、このうち、痛みに対する対応がもっとも重要である。

■痛み

がんの痛みはオピオイドを含む鎮痛薬を適切に使うことで短期間に除痛できる¹⁾にもかかわらず、痛みの評価や疼痛治療の評価が不十分であるために、安静時痛が取れていても体動時痛が取れていない患者が多いのも現実である。体動時痛を

含めて疼痛治療を積極的に行うことで褥瘡の発生率を減らすことができ、また、褥瘡の悪化もかなり防ぐことができる。

■浮腫

浮腫も皮膚の血流を阻害し、また皮膚を脆弱にすることで褥瘡発生の素因となる。栄養障害にとまなう低蛋白血症や腹水による静脈圧の上昇が浮腫の原因となることが多いが、入院治療を行っている患者では過剰輸液が浮腫の誘因となっていることも少なくない。このため、栄養輸液の目的であったとしても、浮腫を認めた場合には輸液を控えることが浮腫の治療であることを念頭に置くべきである。

また、リンパ浮腫は適切な複合理学療法により改善可能な病状である。呼吸困難は血液の酸素濃度が低下し、ADLが低下することで褥瘡発生素因となる。輸液を行っている場合には輸液を絞ること、酸素を投与すること、そしてモルヒネを投与することが重要である。

■食欲不振

食欲不振は、がんによる消化管通過障害あるいは消化管機能障害、カンジダ食道炎、嗜好の変化、抑うつなどによって引き起こされるほか、がん悪液質の症状でもある。食欲不振による栄養摂取量の低下は終末期がん患者の栄養障害の原因の1つであり、褥瘡の素因でもある。しかし、残念ながら、食欲不振に対して確立された有効な治療法はないのが現状である。

■全身倦怠感

全身倦怠感ADL低下を招き、褥瘡の素因となるが、この症状に対しても有効な治療手段はない。腹部膨満感は腹水の貯留あるいは腸閉塞がその原因である。腹水に対しては利尿剤の投与や腹水の排液で症状を緩和することができ、腸閉塞の場合にも、早期にオクトレオチドを使用することで症状を緩和することができる。

■発熱

発熱はがんの終末期には出現頻度の高い症状である。熱が続くことで体力を消耗するため栄養状

態は悪化し、ADLも低下し褥瘡の素因となる。この発熱の原因の多くは腫瘍熱であり、感染症が原因であることは比較的少ない。このため、肺炎や尿路感染症の症状がない場合には腫瘍熱と診断し、ステロイドを使用することで解熱し、組織の消耗を食い止めることができる。抑うつは食欲不振による栄養障害やADLの低下を招くことで褥瘡の素因となる。早期に病状を評価し、抗うつ剤の使用を考慮することで食欲不振が軽快することもある。

褥瘡の素因となる苦痛に対する対応と同時に考慮すべきは、褥瘡をもっていることによる苦痛(痛みおよび悪臭)への対応で、とくに褥瘡が治らず拡大傾向にある場合に必要である²³⁾。

終末期褥瘡への栄養ケアの意義

がん終末期に必ず起こる栄養障害は、褥瘡発生の大きな素因であり褥瘡悪化の要因でもある。一方、褥瘡ケアの大事な要素が栄養評価と適切な栄養補給であり、がん終末期の褥瘡ケアの重要な側面として栄養ケアを当然念頭に置かなければならないが、残念ながら、がん終末期の栄養障害の多くは栄養補給によって改善をはかることはわずかしく、改善可能な病態はごく一部である。したがって、一般的には栄養障害の改善や褥瘡の改善を目的とする栄養ケアの意義はない。しかし、たとえ終末期であっても、病状に即した適切な栄養補給と食事指導を行うことによって、患者および家族が不安なく日常生活を送ることが可能となり、また、病状によっては、褥瘡の改善とともに楽な延命をはかることができる場合もあることも強調すべき事実であり、生活の質の向上を目的とした場合には栄養ケアの意義は高いものと考えらるべきである。

終末期褥瘡の栄養ケアの実際

終末期の栄養ケアの基本は食事指導であり、褥瘡がある場合でもこの基本は変わらない。とくに消化管の通過障害がなく、その機能が保たれてい

る場合には、できるだけ口から栄養補給する工夫を行うのが基本であり、食事指導はもっとも重要である。食事指導の方法は病状によって異なり、比較的活動性が保たれている場合には、栄養素をできるだけ効率的に摂取する方法についてのアドバイスが中心となる。具体的には、高たんぱく高栄養価の食品の利用や市販されている各種栄養補助食品の利用、味の工夫や食事の仕方の工夫(間食をとることなど)などを勧める。しかし、がん悪液質をとめない活動性が低下し、日中の半分以上は仰臥している病状では、栄養素の摂取の指導よりもむしろ患者家族への病状の説明と食事指導²⁴⁾および口腔ケアが中心となる。

一方、がんによる直接的あるいは間接的な消化管通過障害のため経口摂取できない場合には、生命予後が3カ月以上予測され、身体的活動度では多少制限はあっても日常生活を営め、がんが比較的限局しているという適応条件のもとで、中心静脈栄養による積極的な栄養補給は適切な栄養ケアといえる。しかし、この場合でも、褥瘡予防の見地からは、病院のベッドに縛りつけないために、携帯用輸液ポンプを用いた在宅中心静脈栄養輸液法がどこでも利用できるように地域の支援システムを作っておくことが望ましい。

おわりに

すべての人間にとって終末を迎える時期があることほど確かなことはない。このため、終末期のケア(end of life care)は実は非常に重要かつ大事な問題であるはずであるが、これまでのわが国においては、治癒を目的とした医療が最後まで継続されることが多く、終末期のケアについて検討する機会は多くはなかった。

しかし、現在、年間110万人が亡くなり、そのうち32万人ががんで亡くなっている事実と、30年後にはその数は倍増する予測を直視すると、今後、終末期のケアを医療の視点のみならず、個人的な生き方の視点から真剣に考える時期がきているものと思われる。この意味で緩和ケアの普及に

向けて国が動き出したことは歓迎すべきである。

一方、緩和ケアとしての栄養ケアそして褥瘡ケアはわが国においてはやっと注目されるようになってきたが、実際の臨床の場面、とくに今後普及しはじめる在宅医療の場面においては、より質の高いケアを目指した実践活動とその積み重ねのなかから生まれてくる事実の検証が必要と思われる。

文献

- 1) 蘆野吉和, 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 2007; 96: 903-909.
- 2) 蘆野吉和, 創傷の痛みの緩和 (松原康美, 蘆野吉和編集), がん患者の創傷管理, 照林社, 2007; p.46-51.
- 3) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦, 悪臭と感染のコントロール (松原康美, 蘆野吉和編集), がん患者の創傷管理, 照林社, 2007; p.54-59.
- 4) 蘆野吉和, 栄養管理法—癌末期— (渡辺明治, 福井富穂編集), 今日の病態栄養療法 (改定第2版), 南江堂, 2008; p.104-107.

説明用イラストCD-ROM付

ISBN978-4-263-23506-5

石井 均 / 著

石井 均 糖尿病ビジュアルガイド

患者さんの疑問にどう答えますか？

B5判
120頁
定価3,150円
(本体3,000円 税5%)

- 患者さんが抱きやすい疑問や、患者さんに伝えておきたい情報について、36のテーマを選び、Q&A形式でわかりやすく解説。
- 糖尿病治療の基本となる重要な考え方と最新情報、セルフケアのための有用情報を、豊富な図表・イラストとともにオールカラーで紹介。
- 患者さん説明用の媒体づくりに便利なイラスト100点以上を収録したCD-ROM付き。

● <主要目次> 糖尿病の基本 糖尿病の病型と病態 糖尿病の原因 糖尿病の治療 食事療法 食事療法の意義 食品の特徴 食事の心理と行動修正 運動療法 運動の効果 運動の強さと時間 運動の心理と行動修正 肥満と減量 肥満の基準 脂肪細胞の働き 肥満の心理と行動修正 飲み薬 経口薬の種類と効果 経口薬の服用と注意点 健康食品と民間療法 インスリン治療 インスリン治療 インスリンの種類と投与法 インスリン自己注射 非常時 低血糖 セルフモニタリング シックデイ/ケトアシドーシス 合併症予防 細小血管症 大血管症 コントロール基準 ライフステージ 思春期と糖尿病 老年期と糖尿病 女性と糖尿病 こころのケア 行動変化 ストレス 燃え尽き お金と情報 医療費 一次・二次・三次予防 インターネット 21世紀の糖尿病治療 移植治療 再生医療 オーダーメイド医療

● 弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>

医歯薬出版株式会社

TEL. 03-5395-7610
FAX. 03-5395-7611

2008年3月作成 15

緩和ケアにおける中心静脈栄養 —皮下埋込型ポートの有用性を含めて

十和田市立中央病院

蘆野吉和 *Ashino, Yoshikazu*

keyword

終末期緩和ケア，中心静脈栄養，皮下埋込型ポ
ート，在宅中心静脈栄養法，人工的栄養補給

はじめに

がん疾患の緩和ケア，とくに終末期緩和ケアの支援が必要となる時期において，中心静脈栄養輸液が行われている場面はわが国では比較的多い。しかし，それが栄養療法として有益であるか，適切であるかについての検討がなされないまま，経口摂取できないという理由だけで導入されている場合が多いものと推察される。また，栄養療法として中心静脈栄養輸液が選択された場合，自宅では管理できないという理由で病院に入院したまま最期を迎えることも少なくないのも現状である。

そこで本稿では，緩和ケアにおける中心静脈栄養法に関し，その適応について，管理方法とくに在宅での管理方法について，また，現在利用されることの多い皮下埋込型ポートの適応や管理方法について解説する。

中心静脈栄養の適応

緩和ケアは現在，終末期だけでなく治療早期から導入されるべき支援として理解されつつあるが，とくに進行したがんにおいて中心静脈栄養が考慮される場面としては，経口摂取が困難となり栄養障害が認められる場合，あるいは予

測される場合である。具体的には，がん治療(抗がん剤治療，放射線治療，手術など)の有害事象による栄養障害が発生した場合，がん(原発巣あるいは再発病巣)により消化管通過障害が認められる場合，腹水や癌性腹膜炎により消化管の機能障害が認められる場合，そしてがん悪液質の場合がある。

これらのうち，がん悪液質においては中心静脈栄養を含めた人工的栄養補給は適応にはならないことは世界的なコンセンサスが得られている。世界保健機関が1998年に発行した「終末期の諸症状からの解放」¹⁾においては「終末期患者では静脈内栄養注入法は禁忌である。体重の増加にも延命にもつながらず」と明言されており，米国静脈経腸栄養学会でも「栄養療法は強力ながん化学療法を受けている栄養障害の患者，および長期にわたり経口摂取が不能および/または栄養素の吸収が不能と予測される患者に適している」「末期がん患者が姑息的な栄養療法の適応となることは稀である」との記述があり²⁾，日本静脈経腸栄養学会のガイドラインでは静脈栄養の適応および適応外の病態について表1のような記載がある³⁾。

一方，がん悪液質以外の病状において，中心静脈栄養の適応を決める際に重要なことは，栄養治療による利益と不利益をしっかりと認識し，そのことを患者および家族にわかるように説明し，利益が不利益を十分上回るものであること，あるいは不利益が利益を上回ることを理解を得，