

療所から受けた「在宅末期がんケア」についてどのような評価を持っているか看取りの有無で比較した。

自宅での看取りの有無によって、調査結果に有意な違いはなかった。

自宅で看取れなかった家族は、すべてが介護負担や疲労を感じていたにもかかわらず、知人に在宅がん療養を勧めると答えている。これは、在宅がん療養が自宅での看取りの有無にかかわらず、癌患者の家族に満足を与えることができることを示唆している。

- 急性期病院からの退院時調整については、院内の組織体制、地域の連携システムが不十分であり、効果的な活動が出来ていない。医療機関数の絶対的不足が最も大きな課題と考えられる。後方支援業務に関する院内職員の意識が低いことが大きな課題である。

D. 考察

○今回の調査は、在宅療養支援診療所である「医療法人いなほ会 日高医院」の患者家族を対象に行った。一医療機関のサンプルであるため、回収率は74%であったが、対象者が43名と少なく、調査結果には精度の問題が大きい。

単純集計結果からは、対象者のほとんどが、本人または家族の意思により在宅医療を希望していた。このため、自宅で看取ったかどうかの有無でクロス集計して分析を行っても、在宅がん療養に対して肯定的な意見が多く両群間に差を認めなかった。

- 地域の連携システムの課題は、後方支援で退院促進を行うときに、地域医療機関との関係が十分に出来ていない事が大きな問題であった。地域の医療機関の特性が分かっていることで、活動が遠回りになることもあった。例えば、がんの疼痛コントロールが出来るかどうかなどの医療機関の事前情報がないことでかなりの問題となっている。地域の医療提供格差が大きく、提供能力が乏しい地域ではそもそも受け入れ先候補すら蜜からない事が多く、在宅となればなおさらである。

院内の課題は、患者さんの病態から退院後の状態が良く分かっているケースは、医師が十分に説明を行っておく必要があるが、その説明が不足しており、患者さんに他院紹介の理由などから説明しなければならぬ事がある。看護師が院内の状況しか知らず、地域に帰った後での患者さんの様子を想像でき

ずに業務を行っているため、後方支援の業務自身が理解されていない。がん患者の場合は、告知の問題があり、医師の告知が十分になされていなければ後方支援業務自体が成り立たない。患者の退院を入院前にスクリーニングするシステムがあり、そのシステムは非常に有益である。順調に行く人は家族力なども含めて事前に掌握できるので更に精度をあげる必要がある。ただし、このようなシステムは在院日数の短縮のため、医療スタッフが考えなくなるため、マイナス要因も大きい。患者さんと家族の課題は、病状が良くないときには現状が受け入れることが出来ずに、他院での治療や在宅での対応を認めることが出来ずに、更なる積極的な治療を希望する。ただし、治療法がない場合にはその説明さえ受け入れられない(退院調整以外の問題であると考えられる)。ターミナルのケースでは、女性患者さんのほうが現状の受け入れがスムーズで男性が難しい。よって、退院調整も女性が行いやすい。制度上の課題として、院内での評価が余り高くなく意識が下がりがちである。仕事の重要性は理解しており、調整の能力が求められるが、院内では重要な役回りとの認識がされていない。退院調整を行うことに対して診療報酬があれば望ましい。経済的なメリットもあるが、院内の立場も向上するので全体的な位置づけが変わる(向上する)と思われる。

E. 結論

○少なくとも、在宅がん療養の受け皿として、在宅療養支援診療所の果たす役割は大きいと思われる。自宅での看取りが理想であるが、看取ることができなくとも、終末期を自宅で過ごすことは、本人はもとより、介護を担う家族にも満足を与えていると考えられる。

○退院時調整については、今後、さらに分析する予定である。

○次年度に、ケアマネージャーに対するタイムスタディを実施する。

F. 健康危険情報
特になし

G. 研究発表
現時点ではない

地域多職種チームによる在宅での看取りに関する研究

研究分担者 片山 壽 社団法人 尾道医師会 会長
(岡山大学医学部臨床教授、片山医院 院長)

【研究要旨】

推計では2040年に年間総死亡者数が約160万人になり、将来は超高齢社会とともに「2人に1人はがんで亡くなる」ことが示されている。すでに尾道は高齢化率31%を超え、高齢がん患者の数は急増している現状があり、国の政策技術と地域医療のモデル転換が急務であることを意味する。

安楽な在宅での最期を可能にする在宅主治医の在宅緩和ケアチームや、重度者の在宅終末期医療を国民に提供できるEnd of life care (終末期ケア) の地域統合的なシステム化が重要である。基本として、全ての拠点病院と在宅医療が地域医療連携により在宅緩和ケアを可能にするには、国民が最期を託す在宅主治医を選択し、在宅のチーム医療化、訪問看護の機能向上、介護老人保健施設の緩和ケア・生活支援機能など、医療・介護が統合的な多職種協働システムとして、end of life care モデルで稼動するために、高齢国家としての政策に工夫を示すべきである。

また、この課題は医療システムの整備だけでは困難であり、低所得者対策を含め社会保障の強化の最重要課題をend of life care の全年齢給付に絞り込むべきである。来年の同時改定に向けて、介護保険は、がんを含んだend of life care 給付で医療保険との互換性に配慮し、看取り休暇の制度化や多様な支援的給付などの抜本的な見直し、この問題を後押しせねばならない。

がん終末期の患者、cancer survivor の支援が国民的議論としてEnd of life care の本質論に至ったときに、このシステム構築の研究は、福祉の原点回帰も含め、「共助・互助」の新・地域ケアの創生につながり、近未来の超高齢国家のあるべき姿を明確にして、方向性を示す波及効果を内包している。

A. 研究目的

1. 在宅での看取りを阻害している課題を分析
2. End of life care の概念を導入することにより「がんになっても」「がんになったからこそ」自分の人生の最期を意義ある時にする人生設計と理解が進み、がん生存者(cancer survivor)の最重要メッセージを国民が認識するために必要な手法を開発
3. フランスのように緩和ケアを法制化(1999年6月9日法:緩和ケアを必要とするすべての患者にその権利を認めた法律。終末期家族看取り休暇を規定)その後、レオネッティ法2005)する政策の動きをつくるために必要な法制化の手順(2002年のコンシュネール法・フランスに学ぶ)
4. 日本で高いQOD (quality of death) を実現するend of life care という認識を醸成
5. することで国民的議論を構築する、家で豊かな死を希望するがん患者と家族政策の検討(フランスの終末期家族の看取り休暇手当で規定)
5. 在宅緩和ケアの重要性を地域医療の再編チーム化、地域医療連携の推進手法として最上位に位置づける
6. 在宅緩和ケアはチーム医療であり多職種協働(multidisciplinary care)で、end of life care の患者と家族を支援するゴールが「豊かな死」と設定すべき
7. 在宅医療が非がん患者のチーム医療においても重症管理を訪問看護とともに可能にする技術レベルに達していることが同時進行的に行えねばならないので、従来にない在宅チーム医療研修を新設する。

8. がん患者を治療する拠点病院医師（病院主治医）が地域の在宅主治医連携し、患者の家に帰りたい意向を体験する在宅緩和ケア移行退院前カンファレンスの効果を検証して、DPCや制度に適應する。
9. 家族が end of life care の理解とともに家族の絆を確認する安楽な看取りを希望する意向を在宅主治医に伝える文書を考案する。
10. 在宅緩和ケアにおいて経済的理由で看取りが行えない低所得者に留意した政策を次期同時改定で介護保険と在宅医療を合わせた end of life care 給付を創設する。
11. あくまで日本全国どこにでも普及可能な実践モデルを示すために、統合的医療連携サービス提供体制の整備と、独居患者など困難な環境に対応するフレキシブルな在宅での看取りの「場」の実践を合わせて研究する。
12. 超高齢化、認知症の急増、家族問題など含め、end of life care に向けての成年後見制度以外の意思表示（希望）を確認する文書（仏の事前指示書など）の法制化。

B. 研究方法

1. 尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを体験した家族の「豊かな死」の客観評価を毎年行い、がん患者を自宅での在宅緩和ケアで看取った家族の体験を社会学的研究手法（GTA）で、公的機関の複数研究者に依頼して行い、概念の抽出を行い、全国に普及する方法論を研究する

公的研究機関の複数研究者にとる社会学的客観評価の導入

研究者 国立保健医療科学院
福祉サービス部
筒井孝子・松繁卓哉

研究成果報告会 2010年6月9日
第129回尾道市医師会

高齢者医療福祉問題講演会にて
（場所：尾道市立市民病院大会議室）
「尾道市医師会方式在宅緩和ケア
システムの客観評価と満足度の検証」

発表者 筒井孝子
座長・コメンテーター 片山 壽

調査対象者

1. 高度進行膵癌（男性：87歳）・・・
ご長男ご夫妻
2. 胃癌再発・腹膜播種・骨転移
（女性：51歳）・・・長女さん

3. 胆嚢癌・肝多発転移・認知症
（男性：84歳）・・・長女さん
4. 高度進行膵癌・抗がん剤副作用
（男性：80歳）・・・奥様・妹さん
5. 自分が癌患者で遷延性意識障害の
ご主人（68歳）の長期介護の奥さん
6. ご主人が肝臓癌（57歳）で最期は自宅
を選択したご夫人（55歳）

2009年8月に行ったインタビュー調

（社会学的手法・GTA）

片山医院における在宅緩和ケアで看取った家族（遺族）6名と、自分ががん患者（cancer survivor）で重度患者（夫：遷延性意識障害）の長期在宅医療・ケアで支えられている介護者を対象。

2. 国際的な End of life care の研究の歴史の経緯と、日本に導入が必要な学問領域として明確に捉えて現場の実践と政策に反映する根拠を示す

An American Perspective on End-of-life care (1995) において、WHOのがん疼痛撲滅プロジェクト議長(1984年)のKathleen M. Foley, M.D (Chair, The society of Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Director, Project of Death in America, New York, U.S.A.) は、以下の如く重要な論文を掲載している。

Key Words として、End-of-life (Care)、professional education, palliative care death and dying としている。

サマリーでは、「アメリカにおける死にゆく過程の体験は、ここ数十年にわたって変化しており、慢性疾患や進行性疾患の結果として起こる死が遷延されている患者が増えている。死に近づいた患者も死から生還した患者も死に向かう過程で不必要な苦しみ、すなわち身体的、精神的、実存的スピリチュアルな苦しみを伴ったままのことがあまりにも多い。その結果、国レベル及び国際レベルの組織が死にゆく患者に対するケアの改善についての認識を増大させている。生涯の終焉が近づいたときのケアに関する科学的知識に大きな欠落がある。生物医学研究者、社会学研究者、医療専門家からの注目を必要とし、よいケアを妨げる重要な組織的、経済的、法的、教育的障壁を特定し、対策を講じる必要がある。

この論文は、『Approaching Death』と題され米国科学アカデミー医学研究所の特別報告に示された勧告に沿って執筆された。この特別

報告は生涯の終焉の近づいたときのケアに取組むアメリカの努力の出発点になっている。医師、看護師、SW への専門教育イニシアティブを概観し、フェロシッププログラム、教育者育成プログラム、継続的医学教育プログラムについても述べた。本論文では、生涯の終焉が近づいたときの質の高いケアの制度化には、一連の政策的イニシアティブが必要であると結論した。

人の半分が 2030 年までに 85 歳を超えており、65 歳以上となると 86%まで上がるであろうという予測 Demos の調査では病院で死にたい人は 7%、ケアホームでは 1%しかいない。

以下の Help the hospices のコメントは以下の如くである。

End of life care

Robert wood Johnson財団が2800万ドル(約30億円)を資金提供
SUPPORTという研究チームによる米国の調査結果報告(JAMA1995年)
(Study of Understanding Program and Preference for Outcome and Risk of Treatment)
スローンケッタリング研究所のキャサリン・フォーリー医師が管理

報告概要

- 人生の終焉が近い人に対して医療制度の機能が不十分
- 諸症状の緩和が不十分、医療実践が患者の尊厳維持に不適切
- 患者の家族を守っていない医療費支払い制度
- 多くの患者さんが終末期医療のために貯金を使い果たしている
- 多くの米国人が痛みに苦しみながら機械につながれて死を遅えている
- 生涯の終焉が近い部分の医療・ケアはきわめて不適切

- 大きなイニシアティブがあるのに不十分な制度である
- 連邦政府が諸政策が十分なケアを保証していない
- ホスピスカを6ヶ月以上受けられない(保険の補償が切れる)
- 介護者への支援がない
- 緩和ケアに必要な薬が医療保険でカバーされていない
(州によっては、モルヒネさえ自費で支払うところがある)
- 医学生・医師に対する教育がまったく欠落している

「がん患者と対症療法」 2001 Dr.K.Foley
Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2008

Help the Hospicesのコメント

報告書を機に「なるべく多くの人たちに死ぬということや
人生の終末におけるケアの問題について考え、語り合ってもらいたい」
We want to get as many people as possible thinking and about dying
and about care at the end of life.

報告書の著者 Charles Leadbeater 氏のコメント

これからは、ゆっくりとしたペースで進行する死が多くなるだろう。この報告書は、
なるべく多くの人々が、現代的で、良い死に方を選ぶことができるように
変革する必要性の理由と道程を示すものだ

Death is increasingly a drawn-out process of gradual loss.
This report is about why and how we should change that
to give more people a chance of dying a modern, good death.

宗教や制度
はちがっても
良い死に方
は同じ

dying in their
own bed
(The observer
の記事)

希望を叶える
自宅での最期
を可能にする
在宅医療

世界の命題
end-of-life care
在宅医療

Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2010

一方、英国では“The Observer” 2010. 11. 14 付において『「望ましい死に方」政策とは』の記事を掲載している。英国、政策提言集団 Demos の報告書“Dying for Change” (死に方の変革) <Help the Hospices というチャリティ組織からの資金提供で調査・制作>今の英国ではほとんどの人が「いい死に方」(good death) に恵まれていない、即ち自分の望む死に方ができていない。3分の2の英国人が死に場所として「自宅を望んでいるのに、ほとんどの人が病院かケアホームで死を迎えている。英国の人口は現在約 6000 万人であるが、英国の病院のベッドの 20%が、いわゆる終末期ケア (end-of-life care) が占めているベビーブーマーが高齢者になる 2012 年以後はさらに比率が高くなる。

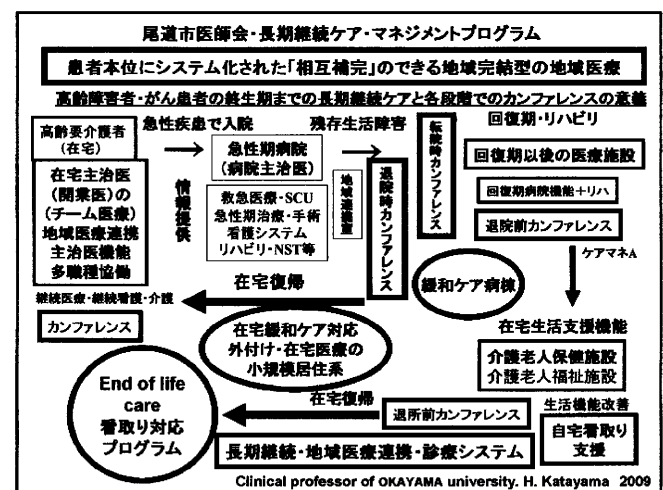
ここまでの米国の end of life care の論文と英国の研究との共通点は、この 21 世紀の時代において、先進国は超高齢社会における「豊かな死」という命題において、自宅での死を望む国民に希望に対して、あらゆる政策・給付を駆使しても対応できていない現状であることが分かる。

現在英国の年間総死亡者数は約 50 万人、その 60%が病院で死を迎えているが、病院を望んでいる人は 7%のみ。2030 年には総死亡者数は 59 万人、自宅で死ぬ人は 10 人に 1 人に現在終末期ケアに使われている国民保健 (NHS) 支出の 2.5% (約 5 億ポンド) を投資すれば半数の人たちが病院を出て自宅もしくは自宅付近のコミュニティホームのような所で死を迎える体制ができる。

自宅での死、病院でない、施設でない、「自宅での豊かな死」を達成することに必要な要件は、『end of life care 対応の在宅医療』であり、そこには『高度在宅医療+在宅緩和ケア』というハードルが、設定されているわけである。

未熟な在宅医療では、患者本位に展開するフレキシブルな多職種協働 (multidisciplinary care) による在宅緩和ケアに達することができないので、この領域は世界の命題といえる。

Demos では、この投資によって病院に入院する人数も期間も少なくなるのだから、10 年程度でもとがとれるはず。推定によると英国で死ぬ



尾道市医師会方式のこの図は、あらゆるステージの患者の状態に対応できるプログラムであり、15年以上の実績をもつ地域医療連携のシステム図であり、在宅医療が急性期に相対する一方の主流であることを示すものである。

3. ホスピスでない日本に馴染む end of life care 対応のフレキシブルな「家空間」の政策的導入の研究

非特定営利活動法人ホームホスピス宮崎の市原美穂理事長を宮崎の現地で取材

2011年1月15日、16日の2日間、実際の4ヶ所の「家」を市原理事長の案内で訪問、前日、ここで在宅緩和ケア、看取りを行っている市原医師、厚生労働省医政局在宅医療推進室の伊藤氏、宮崎県看護協会所属で法人の副理事長と4人で会議を行い詳細な活動内容を取材した。

2月9日 新地域ケア尾道2010企画部会を開催（尾道市医師会館）し、筆者の宮崎取材と尾道地域全般の看取り支援体制を2011年度からのテーマとして、各領域から25日に開催する講演会の意義を周知した。出席者は社会福祉協議会会長、民生委員協議会、介護老人福祉施設協議会会長、尾道市介護保険施設連絡協議会会長、医師会2副会長、在宅医療担当理事、医師会老健副施設長、事務長、尾道市介護支援専門員連絡協議会研修委員長、医師会訪問看護ステーション管理者、病院理事長、医師会事務長。

2月25日に尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会の講師として、市原美穂理事長を招聘し、筆者が座長を務めた。尾道市医師会方式の仕上げの部分として end of life care ~ 自宅看取りの場について関係者150名の出席で100分の講演会を行った。

2月23日、厚生労働省保険局医療課鈴木康裕課長、尾道研究を継続中の国立保健医療科学院筒井孝子部長、慶応大学経営大学院の田中滋教授との会議で尾道市医師会が関与する形式が望ましいモデルに制度化できる可能性が高いとの結論。

2月24日、ケアタウン小平に山崎章朗先生のアポイントメントを1月に取っていたので現地へ訪問、10時から13時の取材を行い、詳細な開設経緯や理念の説明を受け、ハード部分を引き受けてくれた財団の長谷氏にも取材を行った。

宮崎とは違い、アパート形式でシェルタード・ハウジング近い印象を受けたが、1階に

はNPOの訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアタウン小平クリニック、居宅介護支援事業所があった。

3月15日、尾道市医師会館で医師会関係者のみで「尾道市医師会・幸せの家・竹屋」の準備委員会を開催した。筆者の患者さんで故人の娘さん夫妻が竹屋地区に空家になっているが、脳卒中で公立みつぎ総合病院でリハビリテーション中の母が独居になるので、家を貸すから筆者に任せるとの申し出があり、ご夫妻も参加で小生のプレゼンテーションを行い、実現の方法論も含め一般化の手法や、患者家族の想いも傾聴して、在宅医療の外付け、安心の在宅主治医チーム、24時間ケア体制などを含め、貸家の提供側の高いボランティア次元の意見も伺い、建設的な議論を行った。

4. QOD (quality of death) を実現する end of life care を考える多様な公開講座や講演会の連続開催により、「豊かな死」を市民が理解して在宅緩和ケアの選択肢を認識する取り組みを行い、現段階の市民の理解度とニーズを把握する

11月21日に尾道市にて、諏訪中央病院名誉院長の鎌田 實先生を講師に招き、以前から尾道市医師会在宅緩和ケア取材のNHKの指揮をとってくれていた迫田朋子チーフディレクターを座長に「自宅での安楽な最期に向けて」の市民公開講座を行い、鎌田先生の感動的な基調講演に続いて、パネリストに在宅主治医として筆者、病院主治医代表として尾道市立市民病院呼吸器科の巻幡医師、筆者が在宅主治医で夫君を在宅緩和ケアで看取った70代後半の安田夫人をパネリストとして、直に思いを語ってもらい、鎌田先生の素晴らしいコメントもあり聴衆に深い感銘を与えた。筆者が在宅緩和ケアで痛み無く安楽に看取って、ご本人の満足、介護者の満足ということが可能、自分、自分の家族の問題として考えましようという社会学としてのメッセージを伝えた。

この手法が市民向けに効果的であったので、本年2月6日に三原市で「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」を筆者の企画で開催し、主任研究者の山口総長に基調講演、ゲストコメンテーターをお願いして、広島県全域の医療保健福祉関係者の研修会を行い、約500名の熱心な聴講であった。

ここでも11月にお願いした安田さん(80歳のご主人を看取った)と、父親を87歳で看取った長男さんのお二人をパネリストとして、お二人の故人の在宅主治医であった筆者の両側に配した。お二人とも高度進行膵癌の高齢患者であり、在宅緩和ケアで「豊かな死」を達成できたので、家族、夫婦の思いを語ってもらい、大変感動的は効果があり受講者には、このはじめての手法が深い感銘を与えたと医療関係者の高い評価があった。

また、この日の午前中のセッションでは、「病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ」と題して、地域がん診療連携拠点病院・JA尾道総合病院から緩和ケアのチーフ、石川部長、県指定地域がん診療拠点病院・尾道市立市民病院から緩和ケア認定看護師の渡辺氏、三原赤十字病院地域医療連携室のMSW柳迫氏の3名からそれぞれの立場での報告があった。この「バトンタッチ」という表現は打ち合わせ段階から異論があり、企画部会長である筆者のイメージと伝えたが、これは青木新門氏の詩集「いのちのバトンタッチ」から引いたものである。

もう一人のパネリストに厚生労働省から広島県に出向中の広島県健康福祉局の佐々木昌弘局長(技官)が、国と広島県のがん対策について整理を行い、在宅緩和ケアの重要性を力説した。

C. 研究結果

1. 尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを体験した家族の「豊かな死」の客観評価を毎年行い、がん患者を自宅での在宅緩和ケアで看取った家族の体験を社会学的研究手法(GTA)で、公的機関の複数研究者に依頼して行い、概念の抽出を行い、全国に普及する方法論を研究する

公的研究機関の複数研究者にとる社会学的客観評価の導入

研究者 国立保健医療科学院

福祉サービス部

筒井孝子・松繁卓哉

研究成果報告会 2010年6月9日

第129回尾道市医師会

高齢者医療福祉問題講演会にて

(場所:尾道市立市民病院大会議室)

「尾道市医師会方式在宅緩和ケア

システムの客観評価と満足度の検証」

発表者 筒井孝子

座長・コメンテーター 片山 壽

調査対象者

1. 高度進行膵癌(男性:87歳)・・・
ご長男ご夫妻
2. 胃癌再発・腹膜播種・骨転移
(女性:51歳)・・・長女さん
3. 胆嚢癌・肝多発転移・認知症
(男性:84歳)・・・長女さん
4. 高度進行膵癌・抗がん剤副作用
(男性:80歳)・・・奥様・妹さん
5. 自分が癌患者で遷延性意識障害の
ご主人(68歳)の長期介護の奥さん
6. ご主人が肝臓癌(57歳)で最期は自宅
を選択したご夫人(55歳)

2009年8月に行ったインタビュー調

(社会学的手法・GTA)

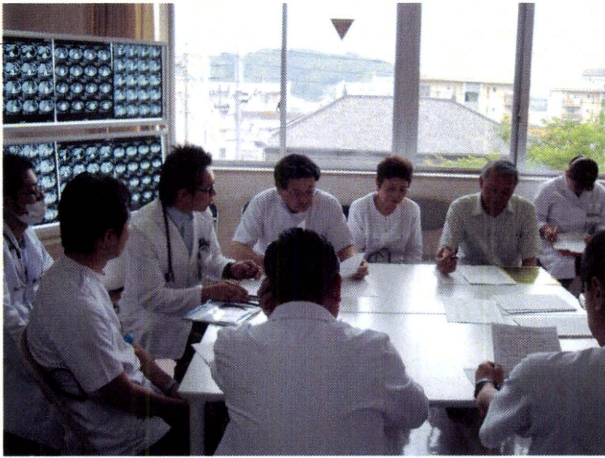
片山医院における在宅緩和ケアで看取った家族(遺族)6名と、自分ががん患者(cancer survivor)で重度患者(夫:遷延性意識障害)の長期在宅医療・ケアで支えられている介護者を対象。

以下は、筒井孝子・松繁卓哉両研究者が安田夫人への90分のインタビューをGTA手法で、逐語録から抽出した客観評価と満足度の評価スライドである。

在宅主治医+開業医チームの存在

「(開業医の医師)4人もね、バツと(入院先の病院まで)来られたんですよ。であの、まずね、病院の中で診察をさせていただいて、で病院の中で診察をしていただいて、あの、その日にすぐケアカンファレンスがありました。病院の中でね……話を聞いてくださいますよ、で、あのそれで、月曜日には帰ろうね、といううれしい話をね。お聞きしましたら、あの日曜日にもう1回ね。K先生(在宅主治医)、単独でおいでになりました。うん、大丈夫よ、明日帰ろうね、というふうだね、言って、お昼に帰っておいでよ、昼から僕がすぐ見に行っただけから(笑)言うてね。言うてくださって、ほんと心強かったです。」

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子・松繁卓哉5



以下の風景は安田さんがご主人の念願どおり家で在宅緩和ケアに移行して筆者のチームにより、痛みがなく良好な生活を取戻した end of life care の一コマである。

ご本人、夫人の表情に安堵感が表れている。上はリザーバーから TPN を行っているが良好な摂食状態となり、下では経口摂取できるので抜去している。



JA 尾道総合病院での在宅緩和ケア移行
退院前カンファレンス
病院主治医・病院チーム
(医師・看護師・病棟師長・薬剤師・NST チーム)
在宅主治医・在宅チーム
(医師・訪問看護・医院看護師・薬剤師・医療機器)

好きなものが食べられる

「そうそう、よくね。まああの量は少ないですけどね、(自宅に帰ってきてから)色々食べるようになってね。で、おいしい、おいしいとかね、ああいう味覚が出てきたね。……台所まで行って、あの、もうみんなが座る前からね、なんで、こんなに急いで食べるの？というぐらいね(笑)。……いつもあの、白いごはんに、シラス干しですか、それを置いて、それからこの辺に梅干を置いて(笑)。……それから、辛子明太子が好きだったんですけどね、それを置いて、それだけは必ず、それに味付け海苔は、というので、定食だったんですよ(笑)。」

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子・松繁卓哉

退院後自宅での在宅緩和チームケアで痛みなしの安楽な end of life care



このカンファレンスは片山医院（在宅主治医）で開催した、退院後 12 日目の在宅緩和ケアモニタリングカンファレンスであるが、在宅緩和ケアに移行して高い QOL を実現できている実証カンファレンスであり、患者さんと介護者に対して、地域がん治療連携拠点病院の外に在宅緩和チームケアがあり、いい結果を出していることの証明である尾道市医師会方式 end of life care マネジメントプログラムに沿ってシステムが動いている The OMA method on “End of life care” management programs のワンシーンである。夫人を囲んだ JA 尾道総合病院医師 3 人、病棟師長、地域連携室 MSW、在宅医師チームは内科・歯科・耳鼻科・泌尿器科・外科の 5 名、訪問看護 2 名、薬剤師、医院看護師 4 名、歯科衛生士、医療機器のメンバーである。

この風景を筒井孝子先生がフランスのディジョンで、フランスの在宅入院制度と比較した結果、尾道の地域医療連携システム、在宅緩和ケアシステムほうがシステムの優れていると評価されたが、仏には「ル・パリアム」という高度なモデルがある。

家族一緒に「幕引き」の準備

「・・・自分が亡くなったら、喪主は、お前がやりなさい、って私(奥様)に言うんですよ。じゃあ、私が死んだときには、誰が喪主してくれるん？て聞いたらね。わしがしてやる、って言うんです。頼んだよ、ってからね。そう言うて、あの会話したんですね。それから、あの川を渡るんだ、って言うんですよ。俺が、あのね、憶測なんですけど、三途の川を渡りかけたのかなあ、というふうにも想像しましたけどね。あの、船を漕がんといけんと言う。そりゃあ一人じゃ大変じゃえね。あの私が手伝ったから、船を手伝ってあげるから、船を漕いでね、魚を釣りに行こうよ、って言ったんですよ。・・・お魚釣りに行こうよ、言うてね。一生懸命、こら船を漕ぐ格好をね。あの手を持って、したんですけどね。しばらく、そうやってね、また、あの落ち着いたから。まあ、そういうふうにして死というのをね。あの告知された日からは、いつか死とね、あのやっぱり、背中あわせで生きてたんだなあ、と思いますね。」

65

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子・松繁卓哉

疼痛管理の持つ「意味」

「痛い痛い言うたらな、つらいです。だから、そういう、その病気のそういうことを言わなかったから、まあ、よかったんかもわからないですねえ。あれが、目の前でやっぱり、つらそうに、つらそうにしたら、あー、ここへ掃らせたことが、よかったかなと思うこともわからんですが、それ(痛み)がまったくなかったんでね。」

「この人は寝たまま死んだんですよ、私たちが前とこちらへおって、歯科医師さんが、ここへいらっしやってね。あら、長いですよ、ね。無呼吸が長い、って。すぐ先生に電話してください、って気づかれた。その後、全然。そのまんま、とにかく息を普通に、大きい息をするとか、そういうことすら、なんにもないです。そのままで止まって、あんなキレイな死に方だった。癌って大変だろうなってね、いっぱいティッシュをそろえてたんですけどね。うん。先生のお薬の妙な、思うんですけどねえ。」

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子・松繁卓哉

疼痛管理が単なる「痛みを出さない」ものではなく、40代、50代の在宅緩和ケアの患者さんとのコミュニケーションの経験から、生きる意欲が出てくること、人生の残りの時間の大切さが分かって、凝縮した時間になることを理解した。

この領域は医療用麻薬のみでは得られない、鎮痛補助薬の使い分けで快適性を提供できることを、医師は理解して経験を積み重ねなければならない。

自宅では「孫家族」らが頻回に集う、病院死で「幕引き」の時間が自宅と同様にできるか、本人の最期の空間は「豊かな死」であったか、大変重要な意義がある。

在宅主治医の経験で数多くの人を在宅緩和ケアで看取ったが、深夜看取りは稀であり、市原美穂先生の言われる「ご本人がいい時間を選んで逝かれます」という意味はよく理解できる。非科学的かもしれないが、良好な在宅緩和ケアはご本人の安心に繋がり生命と同調し、満足死を達成する(QOD)のであろう。

各抽出概念について

在宅移行プロセスの分析による10の抽出概念
(尾道市医師会方式在宅緩和ケアの検証・在宅医療のキーポイント)

概念1. 病院機能・在宅医療機能の相互理解

概念2. 在宅主治医との信頼関係

概念3. 家族による在宅移行決断

概念4. 患者・家族を支える地域の人間関係

概念5. 個々の患者の状態に応じた開業医チーム組織

概念6. 地域内に築かれている人間関係(社会的包摂力)

概念7. 在宅主治医等による家族教育

概念8. 在宅看護師機能(看護師、宗教関係者、NPO、社協、民生委員等)

概念9. 患者・家族の充足感

概念10. 疼痛管理による状態安定

65

概念1. 病院機能・在宅医療機能の相互理解

- ・ 地域の拠点病院と地域の開業医との間に、「場」と「情報」の面でフリーアクセスが確立されている。
- ・ 両者の果たすべき機能／領域に関して相互理解が成立している。



- ・ これによって、急性期～在宅間の治療の継続性が確立している。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念4 家族を支える地域の人間関係

- ・ 患者・家族をとりまく地域住民による支え合いが、患者を見る家族の大きな支えとなっている。
- ・ 特別な(専門的な)支援というよりは、単純に家族介護者などの話を傾聴する存在が、実は大きな精神的支えとなっている。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念2 在宅主治医との信頼関係

- ・ 在宅移行への不安を抱える家族の意思決定の支援を担っているのが地域医(在宅主治医)となっている



信頼関係構築の必須要素

- 豊富な在宅医療の臨床経験(≠病院における臨床経験)
- 高い疼痛コントロール技術
- 対人コミュニケーション能力
- ・ 信頼関係により、家族の精神的安定がもたらされ、ある程度の患者の状態の変化にも対応しうる家族機能が引き出される。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念5 個々の患者の状態に応じた開業医チーム

- ・ 患者の状態に応じて、地域開業医(皮膚科、歯科、泌尿器科、外科等)のチームが組織され、適時適切なケアが行われている。
- ・ 在宅主治医、看護師のみならず、チームを形成するメンバーによる頻回の患者宅訪問が、在宅医療を円滑に進めている。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念3 家族による在宅移行の決断

- ・ 在宅主治医による説明(疼痛管理・24時間アクセス・多職種チームによる対応、等)を患者および家族が十分に理解している。
- ・ その理解に基づいて、患者と家族が在宅移行への意思決定を行うことが出来ている。
- ・ 「急性期病院のケアの範囲の限界」「在宅治療の意義」について、関係する人々による共通の認識がある。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念6 地域内に築かれている人間関係

- ・ 地域コミュニティにおいて、患者・家族・ケアチームのメンバーは、互いに「顔の見える」(知り合い)関係にあり、そのことによって、相互の信頼関係が成立しやすくなっている側面を指摘できる。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念7 在宅主治医による家族教育

- 在宅において、いつ・いかなる時に患者の容体が急変するか分からない状況で、家族の持つべき心構え・対応の在り方について、在宅主治医からの指導があることで、家族が在宅医療と共にある生活を乗り切る。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念10 疼痛管理による状態の安定

- 在宅主治医による徹底した疼痛管理が、家族にとって手に負えなくなるほどの事態を防ぎ、在宅医療の継続を可能にしている。
- 豊富な在宅医療の臨床経験によって養成されるスキル(状況判断を含む)
- ご本人に安楽な在宅緩和ケアを提供する全人的診療技術が、家族の不安を除去し最期に備える心の準備ができる

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念8 在宅看護師機能

- 地域の看護師による頻回の(ほぼ毎日の)患者宅訪問により、患者の状態の推移が都度適確に把握されている。
- そのことが、患者および家族の安心感を生み出しており、在宅医療を継続させる一要素となっている。
- このような頻回の訪問が可能となる医院と患者宅の一定範囲内の距離が必要。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

概念9 患者・家族の充足感

- 住みなれた自宅へ戻り、生活感を回復することが、患者本人の充足感をもたらしている
- 家族にとって、患者と一緒に過ごすことのできる時間は、家族愛の確認の場となっている
- 終末期患者の場合、患者・家族双方が死への準備過程を経る(→患者・家族の満足度へ)
- 自宅に戻ってからの患者の精神的充足感は顕著であり、そのことが在宅移行を踏み切った家族にとっても、在宅選択の肯定感をもたらしている。

国立保健医療科学院・尾道市医師会方式調査2009年8月・筒井孝子

2. ホスピスでない日本に馴染む end of life care 対応のフレキシブルな「家空間」の政策的導入の研究

筆者の分担研究において、在宅緩和ケアで看取りを目指す場合に、大きな阻害要因は家族の問題もあるが、尾道のように31%を超える超高齢地域では、超高齢世帯や独居の患者が多く、自宅のような「第二の自宅」のような、ケアと見守りの安心空間の必要性を強く感じる人が多い。

ホスピスでない日本に馴染む end of life care 対応のフレキシブルな「家空間」を、政策的に導入して外付け在宅チーム医療、訪問看護や訪問介護などを駆使して家族の看取りを支援する形を研究する必要がある。

がん患者の希望する人生の最期として、在宅での看取りは「豊かな死」として家族機能の集大成であり、高いQOD (quality of death) を実現する end of life care が地域で提供できるべきである。

国の集計データ「在宅等死亡率」の「在宅等」とは、自宅、老人ホーム、介護老人保健施設を示しているので、2005年の全国平均が15.1%であるが、自宅看取りの数値ではないので、純粋な「自宅でのがん死」の統計が求められるが、この研究ではこの「在宅等」という分類の定義を、自宅、あるいは自宅に準ずる「家」と変えたい。

理由は家族機能を支援しつつ、ご本人に安楽な最期を保証するのは、在宅医療あるいは在宅緩和ケアのチームを中心とした多職種協働 (multidisciplinary care) のプロフェッショナル空間であり、ここでの総責任者はご本人が最期を託した在宅主治医である。

独居者や家族の事情などがあっても、外付け在宅医療が制度的に認められているので、在宅主治医が必要に応じてチームに加える各種の専門領域をもつ医師、訪問看護サービス、介護サービスを駆使できる「場」を用意して、その「居住空間」が病院や施設ではなく、自宅ではないが居住地にある「もう一つの家」として「ケア付の下宿屋」といえる。同様の高齢者のための小規模集合住宅「シェルタード・ハウジング (sheltered housing) が英国にもある。これも政府が基準を設けたのは 1969 年であったが、高齢者の必要性に応じて自然発生的に生まれたため、その形態は非常に多様であったという点では、福岡の宅老所モデル、宮崎モデル、小平モデルは背景や規模もことなるが、オリジナリティという点においては、類似している。昨今の大規模な高齢者専用賃貸住宅（高専賃）は、集住というより収容型の抱え込み営利施設化して、外付け在宅医療の阻害要因になっている。

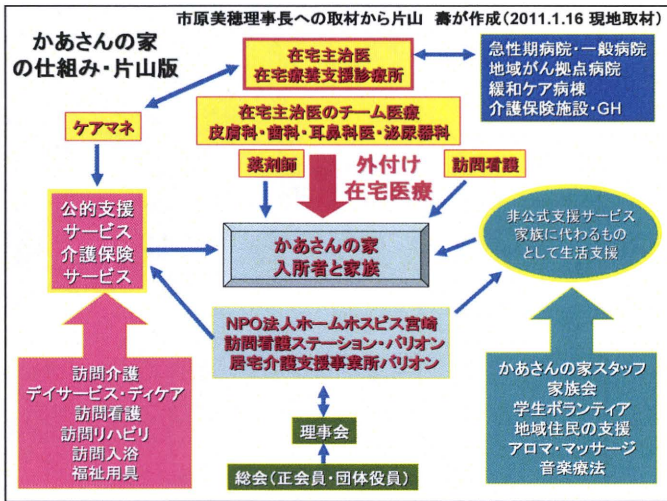
最近、NPO ホームホスピス宮崎の「かあさんの家」という実践があり、2010 年の介護保険サミットひがしうら（愛知県大府で開催）で、筆者は「地域包括ケアシステムの構築」というシンポジウムで、市原美穂さんとパネリストを務めたので、2011 年 1 月 15 日、16 日に宮崎に向き、4ヶ所の「家」を市原理事長の案内で回り、理念やここに至るホームホスピスのムーブメントの歴史を取材した。

宮崎では一般住宅の空家を家具、食器にいたるまで、賃貸でそのまま使い 1 軒あたり 5 名の入居者とするので「擬似家族」に仕立てる効果を狙っている。従って介護保険施設ではないので、施設基準や人員配置の制約はない。人の出入りも自由であるので、都合のつくときに家族が来訪することができるし、ADL によってはご本人が自分の家に出かけたり人生を過ごすこともできる。



宮崎の「かあさんの家」市原美穂理事長取材
(2011 年 1 月 15 日～16 日)





2011年2月24日ケアタウン小平取材
長谷氏と山崎先生2人のインタビュー

ケアタウン小平における山崎章朗先生の 取り組み取材

本年2月24日に山崎先生の取材と事業管理責任者の長谷氏の取材を行った。以下の写真。宮崎との共通点は市民活動として病院死ではない「ホームホスピス運動」のムーブメントがあったことではあるが、宮崎の市原美穂氏らが主導した運動は医師会病院の緩和ケア病棟設置を動かした。小平は山崎先生の構想に長谷氏が賛同してハード面を全て用意して、いまのサービス提供までの時間ゼロの中規模集住モデルになっているが全て在宅緩和ケアのシステムではない。生活支援の居住系である点は制度枠を超えて提言していることでは共通点がある。



ケアタウン小平の全景と山崎先生



内包する NPO の訪問看護ステーション

JMM: Jansen Medical Management News 2009.10
大見出し:がん診療連携拠点病院の緩和ケア機能を調査
 2ページに「自宅で死にたいという思いが100%実現する宮崎の取り組み」

■ さらに求められる退院時カンファレンス
 「退院支援や患者に対する地域連携に関しては退院前カンファレンスが重要である。しかし、実際に年10件以上行っている施設は48%にすぎず、旧地域との連携会議を開催している施設も47%であり、雨と頭でつながるような地域連携の体制構築はまだ不十分であることが示唆される」

在宅等死亡率、がん死亡率と在宅サービスの提供状況
 (厚生労働省は在宅医療の普及度を間接的に示す指標として在宅等死亡率を集計)

“在宅等”とは、自宅、老人ホーム、介護老人保健施設のことを指している

	2005年	2005年	2007年
全国平均	在宅等死亡率 15.1%	人口10万人当たりの医療保険等による在宅医療サービス実施医療機関数(一般診療所数)	人口10万人当たりのがん死亡率(人)
資料:厚生労働省大臣官邸統計情報部「人口動態統計」	資料:厚生労働省大臣官邸統計情報部「医療施設調査」	資料:厚生労働省大臣官邸統計情報部「医療施設調査」	資料:厚生労働省大臣官邸統計情報部「がん対策情報部」
最高:長野(21.0%)	最高:和歌山(53.5施設)	最高:和歌山(53.5施設)	最高:香取(103.7人)
最低:北海道(9.6%)	最低:沖縄(10.5施設)	最低:沖縄(10.5施設)	最低:長野(72.7人)
(2.2倍の地域差)	広島(40.7)宮崎(27.8)東京(26.9)	岡山(36.0)長野(29.1)	広島(85.5人)
広島(16.1%)			宮崎(80.5人)
宮崎(14.4%)			和歌山(97.4人)
長崎(12.4%)			岡山(78.6人)
和歌山(20.0%)			

Clinical professor of OKAYAMA university, H. Katayama 2010



尾道市医師会「幸せの家・竹屋」
 開設準備中 (2011年3月)

自宅ではないが、気に入った家で家族に囲まれて安楽な死を実現できるためには、ここでも在宅主治医の在宅チーム医療が適切に関与して、往診や訪問看護、訪問入浴などで自宅と同じようにサービスを受けることができるが、訪問リハビリテーションは重要である。勿論、デイケアやデイサービスの送迎や、使い慣れた介護老人保健施設などのショートステイも使うことができる。

尾道市の高齢化率は約31%となり、人口減少が進んでいる。今後の高齢化の更なる進展で、高齢がん患者に認知症の合併は急増するので、在宅主治医には、在宅緩和ケアと認知症治療とケアの総合化は必須の専門領域となるが、自宅での療養を困難にする大きな要因が認知症への治療対応の未熟さである。

尾道市医師会では栗原地区に「幸せの家・竹屋」の民家を確保して「家」の具体的開設準備に入っていて、みなし有床診療所(案)として尾道市医師会が運営に関与することを厚生労働省のモデル事業として制度化に向けて研究者や官僚が関与している。



来年の同時改定に向けての end of life care 給付の考え方の整理の一つであり、全国どこにでも波及が可能なフレキシブルな地域看取りモデルとして、関係者と協議中である。

尾道方式の仕上げの部分と認識しているが、導いた結論は、在宅緩和ケアでは家族機能素晴らしさを多く経験したが、また一方では家族の限界を多く見ることになったので、「完全な家族」に期待しすぎて無理が生じることは避けるべきであろう。

むしろ自宅のような家の発想は地域性やハイレベルのケア、ボランティアや地域資源がフラットに関与できる意味で、地域力による共助、互助に立ち返る意味で重要で、基本的ケア理念の地域水準の向上に繋げることも含め、実現可能な家族機能支援モデルと認識している。

3. QOD (quality of death) を実現する end of life care を考える多様な公開講座や講演会の連続開催により、「豊かな死」を市民が理解して在宅緩和ケアの選択肢を認識する取り組みを行い、現段階の市民の理解度とニーズを把握する

11月に尾道市にて、諏訪中央病院名誉院長の鎌田實先生を講師に招き、以前から尾道市医師会在宅緩和ケア取材のNHKの指揮をとってくれていた迫田朋子チーフディレクターを座長に「自宅での安楽な最期に向けて」の市民公開講座を行い、鎌田先生の感動的な基調講演に続いて、パネリストに在宅主治医として筆者、病院主治医代表として尾道市立市民病院呼吸器科の巻幡医師、筆者が在宅主治医で夫君を在宅緩和ケアで看取った70代後半の安田夫人をパネリストとして、直に思いを語ってもらい、鎌田先生の素晴らしいコメントもあり聴衆に深い

感銘を与えた。筆者が在宅緩和ケアで痛み無く安楽に看取って、ご本人の満足、介護者の満足ということが可能、自分、自分の家族の問題として考えましょうという社会学としてのメッセージを伝えた。

その後、各団体、一般市民から大きな反響があり、多数の開業医が患者さんからの反響が大きかったことを実感しているとのことである。同時に急性期病院や一般病院の関係者、施設関係者からの反響も大きく、今後、尾道市医師会で継続的に小規模で、小生が在宅緩和ケアで看取った患者さん家族が、語ってもらえることに協力をいただけることになっている。



市民公開講座終了後、尾道市公会堂前
安田さんと鎌田先生、片山
(2010年11月21日 尾道市)

この手法が市民向けに効果的であったので、本年2月6日に三原市で「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」を筆者の企画で開催し、主任研究者の山口総長に基調講演、ゲストコメンテーターをお願いして、広島県全域の医療保健福祉関係者の研修会を行い、約500名の熱心な聴講であった。



基調講演・ゲストコメンテーターで纏めていただいた山口 建先生（研究代表者）

ここでも11月にお願いした安田さん（80歳のご主人を看取った）と、父親を87歳で看取った長男さんのお二人をパネリストとして、お二人の故人の在宅主治医であった筆者の両側に配した。お二人とも高度進行膵癌の高齢患者であり、在宅緩和ケアで「豊かな死」を達成できたので、家族、夫婦の思いを語ってもらい、大変感動的は効果があり受講者には、このはじめての手法が深い感銘を与えたと医療関係者の高い評価があった。

また、この日の午前中のセッションでは、「病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ」と題して、地域がん診療連携拠点病院・JA尾道総合病院から緩和ケアのチーフ、石川部長、県指定地域がん診療拠点病院・尾道市立市民病院から緩和ケア認定看護師の渡辺氏、三原赤十字病院地域医療連携室のMSW柳迫氏の3名からそれぞれの立場での報告があった。この「バトンタッチ」という表現は打ち合わせ段階から異論があり、企画部会長である筆者のイメージと伝えたが、これは青木新門氏の詩集「いのちのバトンタッチ」から引いたものである。

平成22年度圏域地域保健対策協議会研修会
2011年2月6日
希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて
基調講演「希望を重視する在宅緩和ケアについて」
講師 静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建
座長 尾道市医師会 会長 片山 寺
シンポジウム
希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて
座長 中国新聞論説副主幹 山内雅弥
ゲストコメンテーター 静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建
シンポジスト
在宅緩和ケアで看取る在宅主治医の立場から 片山 寺 片山 院
ご尊父を在宅緩和ケアで看取った長男の立場から 行広 光信(在宅主治医が片山)
ご主人を在宅緩和ケアで看取った妻の立場から 安田 芳華(在宅主治医が片山)
在宅緩和ケアの必要性と国のがん対策 佐々木 昌弘(広島県健康福祉局長)
(厚生労働省より出向)



在宅緩和ケアの看取り経験のパネリスト
お二人と片山（お二人の家族の在宅主治医）

『人は必ず死ぬのだから、いのちのバトンタッチがあるのです。死に臨んで先に往く人が「ありがとう」と云えば、残る人が「ありがとう」と応える、そんなバトンタッチがあるのです。死から目をそむけている人は見そこなうかもしれませんが、目と目で交わす一瞬のいのちのバトンタッチがあるのです』

4. フランスの end of life care に該当する政策

① 在宅入院制度

- * 患者宅のベッドを「病床」と見なす
(尾道市医師会モデルに該当)
- * 「病棟の延長」として在宅を位置づけている
- * 施設入院と「同様の治療」を患者宅で行う体制
 - ・ イギリス : HCH (Hospital care at home)
 - ・ オーストラリア : HITH (Hospital in the Home)
 - ・ フランス : HAD (Hospitalisation a' Domicile)
- * 「病院医療と同様の治療」が本当に可能なのか
 - ・ システム導入前の主要な懸案事項

— 医療施設を出て自宅で治療を行うことへの躊躇（医療者と患者・家族の双方において）
— 試されるチームケア（在宅チーム医療・看護・介護の連携）

- フランスの在宅入院制度
フランス HAD 連盟 (FNEHAD)
 - ① 国内各地区の HAD ユニット（チーム）の総括
 - ② 1973 年に設立：病院医療のクォリティと自宅ならではの快適性との両立を図ることを目的に。
 - ③ 「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職種によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」（松田 2009）
 - ④ 2007 年時点：フランス国内に 205 の HAD ユニットが稼動しており、「入院」延べ数は 17,829 件

HAD の実践

- ① 患者のホームドクター（在宅主治医に相当）・病院主治医・パラメディカル・ソーシャルワークの連携調整
- ② サービス提供の連続性保持

サービス対象者

- A) がん、神経変性疾患、急性感染症、小児がん、その他、精神疾患を除くすべてのポストアキュート患者
- B) 技術的・設備的に、病院での入院の方が適切であると医師が判断する患者は対象外
- C) HAD 患者の約 35%は緩和ケアを受けている
(HAD の対象者の 30~40%が終末期ケアの患者)

フランスの終末期医療と政策の経緯

2001 年オランダ、2003 年ベルギーで安楽死が合法化、フランスは以前から「尊厳死協会」が安楽死の合法化（1980 年設立、会員数約 4 万 7 千人：2011 年 1 月現在）のロビー活動、一般的には死をタブー視する傾向が強く、安楽死の社会的議論も 2000 年に入るまでは消極的であった。

- 1983 年「ラロック通達」終末期患者のケアとその組織化に関するガイドライン
- 1999 年緩和ケアを必要とする全ての患者にその権利を認めた法律、終末期家族の看取り休暇を規定（最長 6 週間）
- 2002 年「コンシュネール法」患者の権利と医療制度の品質法

★2003年「ヴァンサン・アンペール事件(安楽死事件)で流れが変わる。交通事故で四肢麻痺、盲目、嚔唾となり、残された意思伝達手段の聴覚と右親指でシラク大統領に安楽死を求める手紙を書いた21歳の青年に対して母親が安楽死を図り青年は昏睡状態に、その後担当医が塩化カリウムを投与して安楽死させ2人が罪に問われ事件(両者ともに2006年2月、免訴)を機に、フランスで一気に議論が加速(循環器医師ジャン・レオネッティ議員を委員長として国会調査委員会)

2005年「レオネッティ法」(国会満場一致で可決)終末期患者の権利法

(緩和ケアを施し、最期まで患者の尊厳を守ることを前提に終末期医療の中止を合法化、不合理で過剰な治療をいつまでも続けられないのは正しい行為と定める

→オランダのような積極的安楽死は認めていない)

★コンシュネール法は医師と患者が対等な立場で治療方針などを話し合う土壌ができた。コンシュネール法は患者の権利、レオネッティ法は終末期医療において医師が行うべき義務を定めたのもで、両者は相補的な関係にある

★2010年(政令)終末期家族の自宅看取り介護休暇手当規程(最長3週間)

フランスの先駆的在宅緩和ケアネットワークの実践「ル・パリアム」

終末期在宅緩和ケアの先駆的取り組みとして有名なのが、各地のNPOによる「地域在宅緩和ケアネットワーク」である。約10年前に誕生して各地に徐々に広がった。このモデルと言われているのが「ル・パリアム」(イブリン県、1997年設立)である。

創設者であり会長のノエル・ヴェスコバリ医師(Dr.Noelle VESCOVALI)は「終末期を自宅で過ごす患者と家族を医療、心理療法、社会福祉の面からケアするために、すべての機関(病院、社会福祉機関など)や人(臨床心理士、付添い人、ボランティアヘルパーなど)のネットワーク化をコーディネートし、在宅ケアの中心人物であるかかりつけ医と看護スタッフをバックアップすること」が役割とのこと。

「ル・パリアム」では、常勤の医師、看護師、臨床心理士、メディエーターの4名がネットワークのコーディネートをしているほか、介護スタッフと家族のために24時間体制で電話相談

に応じている。イブリン県はパリを取り囲むイールドフランス地方の8県の一つであるが、南部に住む重症患者をサービス提供の対象としていて、ここには老人ホームをはじめとする社会福祉機関の入居者も含まれる。患者数は年間350人、常時100人の患者を支援していて、全体の約80%が終末期患者であり、そのうち自宅で最期を迎えることができるのは66%で、その他の人は病院で亡くなっている。

この機関の資金源は国民健康保険基金で支援サービスはすべて無料である。

現在、「緩和ケア促進プログラムⅢ」の一環として、2008年には推定110ヶ所(患者数2万7500人であったネットワークを、2012年には約160ヶ所(同約5万人)に拡充する措置が講じられている。

課題はスタッフ不足と、自己負担の高さであり、どこでもクリアできない課題がある。

D. 考察

急性期病院へのEnd-of-life-careの思想の定着と家族機能の理解・支援

急性期病院の医師、看護スタッフは入院がん患者と家族の意向を理解して、院内の相談機能にアクセスできるように、院内システムを更新しなくてはならない。

ここで超高齢者が入院患者の多くを占めるようになっている現実において、がん治療の選択やICにおいて、end of life careに深く配慮した院内チームケアが求められるが、これは将来的な地域がん拠点病院や急性期病院の必須の機能となる。

ここでは病院主治医等が在宅主治医との地域医療連携により可能になる在宅緩和ケアなど、「家に帰る選択肢」を提供すべきであり、患者・家族のend of life care、QODの向上に最善を尽くすべきである。

ここで、在宅主治医をもつことができれば、end of life careにむけて機能分担することができるが、在宅チーム医療・在宅緩和ケアの標準化の遅れや、在宅療養支援診療所の連携不足、訪問看護ステーションの弱小化については、受け皿としての在宅緩和ケアが地域医療としてシステム化されていない地域差が生じていることは憂慮すべき問題である。在宅医療の整備が進んでいる地域ではカンファレンスの開催は標準化が進み、無い地域は在宅医療自体が動いていない現状がある。

在宅医療の整備が遅れている地域では、一様に地域医療連携が遅れているので、介護保険領域のケアマネジメントは不十分で、ケアマネー

ジャーと在宅主治医の連携は非常に低いレベルである。ここでは、カンファレンスの開催率は低く、連携難民を出している現状がある。

今後の超高齢化を考えれば end of life care の実践として「在宅看取り」を一定のゴールに設定して、地域医療を再編するべきである。

筆者の調査では、ご本人の満足度、家族機能が支えられていると感じる実践、としてカンファレンスは高い評価を受けているので、end of life care カンファレンスの標準化により、多職種協働 (multidisciplinary care) が系統的なシステムとして、高い倫理性を備えていくはずである。

退院前カンファレンスは病院と在宅をつなぐ、face to face の情報集約、医療の継続性のみならず、リハビリテーション、NST (Nutrition support team) など、病院内のチーム化 (multidisciplinary care) の自己評価にもつながり、象徴的な領域として院内緩和ケアチームと在宅緩和ケアチームがバトンタッチを行う退院時緩和ケアカンファレンスがある。

有効な「がんの社会学」

在宅医療に関する患者の費用負担の政策的配慮は、今後、必須の議論になるはずであるが高額療養費の制度ではほぼカバーされているが立替払いの方法などに、配慮すべきである。「患者が自宅での安楽な最期を求める権利を行使する」という社会的なムーブメントが国民サイドから起きてくるのが重要であり、この点、研究代表者の山口建総長が力点をおかれている「がんの社会学」のさらなる普遍化を進めていただきたい。

また、がん相談機能の充実と情報提供システムの整備と同時に、病院には地域医療連携室が在宅医療相談を標準化するべきである。

厚生労働省と研究者との協議によるまとめ

厚生労働省の研究者のまとめとして 2 月 10 日都内で、国立保健医療科学院の筒井孝子先生と保険局鈴木康裕医療課長、慶応義塾大学経営大学院田中滋教授に小生が一連のプレゼンテーションを行い、筒井先生から、尾道市医師会方式は「主治医機能強化型在宅医療」、宮崎はアソシエーション型互助「在宅ホスピス」との整理があった。

田中滋先生は医療経済、政策の専門家であり、各種部会の部会長を務めているので医療システムや給付に詳しく、現場にも精通されているのでオンライン客観評価として意見をいただいた。

フランスの実践には法的整備を含め学ぶところが多い、共通点もある

筒井孝子先生はご両親とともに学童期をフランスとドイツで過ごされて、数々の学位も取得されている医学者でもあり、フランスの研究者との共同研究で、ディジョンの地域ネットワークと尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを比較して検証された研究もあり、フランスでのシンポジウムなどの提案がある。

フランスの医療制度は複雑に見えるが国営であり、開業医が午後は公立病院に勤務するなどの統合的医療システムのような側面をもつ。開業看護師や夜間専門往診医師がいたりするが、給付の複雑さはあるが、フレキシブルな医療提供体制であると思っている。

E. 結論

在宅緩和ケアのシステム化の前段階に在宅医療の標準化が必要であるが、開業医のチーム化を目指した在宅療養支援診療所の定義を再検討する必要がある。

介護保険と在宅医療の互換性について来年の同時報酬改定で盛り込む必要があるが、高齢国家のニーズや end of life care を意識した在宅緩和ケア、「豊かな死」に適合するべきものでなくてはならない。

まず、必要な医療現場の意識改革は地域医療連携であり、連携難民を出してはならないことで、全職種で end of life care に向けての専門性を連携学とともに修正する必要がある。ここで cancer survivor の提言を地域ごとに「がんの社会学」として end of life care を含めて、国民的議論が先行して、end of life care への合意形成に導くことは、最も有効な方向性と考えられる。レオネッティ法など法制化や、ル・パリアムなど現場の共通点もありフランスが参考になる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

地域における多職種チーム医療に関する医療経済学的分析に関する研究

研究分担者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

【 研究要旨 】

本研究は、病院と地域における多職種チームの協同による先進的な医療・福祉システムを構築するための経済面の課題を明らかにすることを目的とする。初年度は、がんの医療費構造を検討した。国民医療費、簡易生命表、患者調査等を用いて推計を行うと、がん医療費は200～2008年までに37.3%増加しており、国民医療費の増加を大きく上回る。一方、がん患者一人当たり医療費は8.7%の増加に止まり、がん患者数の増加ががん医療費の増加する大きな要因と考えられる。がん医療費を年齢階級別にみると、高齢者で多くなるが、がん患者一人当たりで見ると小児が多い。

A. 研究目的

本研究は、病院と地域における多職種チームが、詳細ながん患者の診療情報を共有し、がん患者に必要な医療福祉サービスを提供する、先進的な医療・福祉システムを構築するための経済面の課題を明らかにし、その解決策を検討することを目的とする。本年度はがんの医療費構造を検討する。

B. 研究方法

厚生労働省「国民医療費」「簡易生命表」「患者調査」を用い、患者一人当たりおよび国民一人当たりがん医療費、年齢階級別にみたがん医療費および患者一人当たりがん医療費、がんの累積医療費等について検討を行った。「国民医療費」の年齢階級区分は、0～14歳 15～44歳、45～64歳、65歳以上、70歳以上(再掲)、75歳以上(同)の荒い区分であるため、線形補正で5歳きざみの年齢階級別がん医療費を推計した。

(倫理面への配慮)

既存の公表データを用いるので、倫理的な課題は生じない。

C. 研究結果

がん医療費(一般診療医療費)は、200年(2.1兆円)から2008年(2.9兆円)までに37.3%増加しており、同期間の国民医療費の増加9.1%を大きく上回る。一方、がん患者一人当たり医療費は、2000年(173.1万円)から2008年(188.2

万円)までに8.7%の伸びであるのに対し、国民(患者ではない)一人当たり医療費の増加は12.3%である。

がん医療費を性別・年齢階級別の推計で見ると、全体では、70～74歳の4,442億円が最も多い。男性では70～74歳の2,877億円が最も多く、女性では70～74歳の1,565億円、55～59歳の1,541億円が多い。

がん患者一人当たり医療費を性別・年齢階級別の推計で見ると、全体では10歳台では400万円程度であるのに対し、50歳台、60歳台では200万円程度である。男性では0～4歳の553万円が最も多く、女性では10～14歳の437万円が最も多い。

D. 考察

最近のがん医療費の伸び率は国民医療費の伸び率を大きく上回るが、がん患者一人当たり医療費の伸び率は年率1%程度に止まる。人口高齢化などによるがん患者数の増加が、がん医療費が増加する大きな要因となっていると考えられる。年齢階級別のがん医療費を推計すると、70～74歳が最も多い。一方、患者一人当たり医療費では高齢者よりも若年者で多く、特に乳幼児、学童が最も多い。小児のがんは白血病が最も多く、これに対する化学療法、限定的に実施される造血幹細胞移植等の費用が少なくないことによると考えられる。

E. 結論

がん医療費は、200～2008年までで37.3%増加しており、国民医療費の増加を大きく上回る。一方、がん患者一人当たり医療費は8.7%の増加に止まり、がん患者数の増加が、がん医療費が増加する大きな要因と考えられる。がん医療費を年齢階級別にみると、高齢者で多くなるが、がん患者一人当たりで見ると小児が多い。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①. 濃沼信夫、抗癌剤治療の医療経済、臨床外科、66(1):6-15、2011.01.
 - ②. 濃沼信夫、がん患者の経済的負担の最小化に向けて、日本癌治療学会誌、45(2):292、2010.10.
 - ③. 濃沼信夫、伊藤道哉:前立腺がんに対するPSA検診の受診行動、日本医療・病院管理学会誌、47Suppl:200、2010.10.
 - ④. Koinuma N., Long term economic burden of cancer patients, Annals of Oncology 21 Suppl. 8: viii342, 2010.10.
 - ⑤. 濃沼信夫、がん患者さんの経済的負担を考えるー今、医療にできること、Oncology Epoch 13:4-6, 2010.10.
 - ⑥. Koinuma N and Ito M :How to minimize the long-term economic burden of cancer survivors. p372 Proceedings, 69th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 2010.
 - ⑦. 濃沼信夫、Cost of cancer、日本がん予防学会 News letter、65:6, 2010.9.
 - ⑧. Koinuma N and Ito M :Study on minimization of cancer patient's economic burden. World Cancer Congress, International Union Against Cancer 2010.
 - ⑨. 濃沼信夫、経口薬によるがん治療の患者負担、癌と化学療法、37(7):1230-1233. 2010.7
 - ⑩. Koinuma N and Ito M : Policy application leading to the motivation of cancer screening from the economic viewpoint. 8th European Conference on Health Economics. Helsinki, Finland. <http://eche2010.abstractbook.org/presentations/410/> 2010.
 - ⑪. Koinuma N and Ito M : Motivation to undergo PSA test and willingness to pay of screening for prostate cancer. Society for Medical Decision Making Europe 2010 Program and Abstracts. 139, 2010.
 - ⑫. 濃沼信夫、消化器がんの医療経済、第49回日本消化器がん検診学会 プログラム・抄録集、122, 2010.
 - ⑬. 濃沼信夫、抗がん剤の医療経済、日本消化器病学会雑誌. 107 Suppl. A158, 2010.
- ### 2. 学会発表
- 1) 濃沼信夫:がん患者の経済的負担の最小化に向けて、第48回日本癌治療学会 特別企画. 京都. 2010.10.
 - 2) 濃沼信夫:がん医療の高額化によるがん難民を作らないために. 第48回日本癌治療学会 学術セミナー. 京都. 2010.10.
 - 3) 濃沼信夫、伊藤道哉:前立腺がんに対するPSA検診の受診行動. 第48回日本医療・病院管理学会. 広島. 2010.10.
 - 4) Koinuma N: Long term economic burden of cancer patients. 35th European Society for Medical Oncology Congress. Milan, Italy. 2010.10.
 - 5) Koinuma N and Ito M : How to minimize the long-term economic burden of cancer survivors. 69th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. Osaka, 2010.09.

- 6) Koinuma N and Ito M : Study on minimization of cancer patient' s economic burden. World Cancer Congress, International Union Against Cancer. Shenzhen, China, 2010. 08.
- 7) Koinuma N and Ito M : Policy application leading to the motivation of cancer screening from the economic viewpoint. 8th European Conference on Health Economics. Helsinki, Finland. 2010. 07.
- 8) 濃沼信夫 : 消化器がんの医療経済. 第 49 回日本消化器がん検診学会. ランチョンセミナー. 沖縄. 2010. 06.
- 9) Koinuma N and Ito M : Motivation to undergo PSA test and willingness to pay of screening for prostate cancer. Society for Medical Decision Making Europe 2010. Hall in Tyrol, Austria. 2010. 06.
- 10) 濃沼信夫 : 抗がん剤の医療経済. 第 96 回日本消化器病学会総会. 新潟. 2010. 04.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし