

	<p>状態としての指標があるといい (1)</p>	<p>がん末期といわれる治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指すところであるが、がん末期と診断を受けていても、人によっては介護保険を幾度か更新されるケースもある。また、ケアマネージャーや家族の方が診断名だけで緊急性を判断しがちな場合も多く、申請時、認定調査を迅速に行うべきかどうかの判断が窓口もできていない。診断名のみでなく、状態としてのひとつの指標が提示してあると良いのではないか</p>
<p>末期がんを支える法整備を望む</p>	<p>末期がんを支える仕組みを考えてほしい (25)</p>	<p>末期がんの方の在宅医療を支える方法が介護保険しかないのかと、いつも対応するたびに考える。結果判定の前に死亡や再入院、退院できない状況など、急変される方が多いことにある。また、ケアマネージャーや事業所の中には、迅速な対応が煩雑化するのを嫌い、自費でベッドをレンタルさせているケースや、いつまで在宅生活ができるか分からない状態の方に、住宅改修を勧める事例もある。この研究事業から末期がんの方を支える法整備をご検討願いたい</p> <p>通常の認定とは別に、末期がんに対応したスピード認定や、病状の悪化に対応できる介護度の判定等の特別なルールが必要</p> <p>今回の2つの通知により、末期がんに対する対応は一定程度は改善されたが、それでもやはり、介護保険制度の手続きや認定に関しては、末期がんとはそぐわない感が否めない。福祉用具の貸与等に限らず、必要なサービス量の変化が急激であることに対する抜本的な見直しが必要であると考え</p> <p>末期がんの方は、病状の進行によるADLの急激な低下が見込まれ、また在宅療養の場合は必要な備品の用意(ベッドなど)も必要になります。制度上では一般の申請者と分けて、迅速な判定もしくはサービスの前倒しの利用を認めるような特例措置が必要であると考えます</p> <p>末期がんの方は、認定結果がでるまでに亡くなられる場合があるため、申請してから結果が早急に出るよう、優先で結果出るようなシステムを作っておく必要がある。(見込みでサービスが利用できるが、プランは立てにくいので、介護度が早く出ることが望しい)</p> <p>末期がんの方は、サービス等も迅速に利用できなければならず、他の介護認定手続きを踏むことは難しいと考える。いくら迅速に処理をしても本町の場合、2週間以内に判定するのは難しい。ターミナルの場合の要介護認定は特別なものにしては・・・。</p> <p>暫定でサービスを利用するには、本人や家族は自己負担になるかもしれないという不安を少なからずかかえながらサービスを利用しなければならず、医師の記載があり、1ヶ月内にお亡くなりの方はせめてベッドが利用できる要介護2までのサービスを調査できなくても使える等、安心してサービスが利用できるような制度を。(体調悪くて調査難しい等)</p> <p>末期がんの方は調査後1週間くらいで状態の変化(悪化)がみられ介護度も変わる為、結果が出てもすぐに区分変更の申請になる事が多く、その事をふまえ独自の介護度を設定する必要があると考える</p> <p>病院へ認定調査に伺った際、廊下の中央を歩き、相談室まで案内してもらったことが多々ありました。国で基準を決めてもらったほうが各自自治体、安心です</p> <p>病気が重度であるが要介護認定調査項目は可能なことが多く、認定は軽度。介護保険にそぐわないのではないか</p> <p>末期がんの方は場合は要支援1・2、介護1であっても介護2以上の方と同様にベッド、車椅子レンタルを条件なく利用できるよう制度改正してほしい。病院内の居宅は予防のケアプランを立てない事業所が市内には数カ所ある。末期がんの方は支援の結果のほうでも、本人の状況(病状)を把握し易い。入院先の居宅がケアプランを立て、迅速に対応できるように病院等の居宅支援事業所に働きかけてほしい</p>

<p>末期がんを支える法整備を望む</p>	<p>末期がんを支える仕組みを考えてほしい</p>	<p>末期がんの方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回区分変更することが予想されます。本人及び家族そして医師・保険者の負担を考慮し、診断名により（初回申請での）必要な介護サービスを受けられるシステムにする方が効率的ではないでしょうか</p> <p>末期がんで申請されるかたのほとんどが結果通知前にお亡くなりになられるので、やはり迅速な対応が必要だと思えます。現在は介護保険制度にのっとり、末期がんの方の在宅療養のお手伝いをさせていただいていますが、これからは別枠で迅速な対応がとれる制度づくりが必要ではないかと個人的には考えます</p> <p>主治医意見書に末期がんであることと急激な悪化が見込まれるという記載があれば、審査会で要介護2以上を出せるように改善してほしい。終末期に区分変更申請で、再度認定調査を行うのはいかがなものか</p> <p>末期がんについて、医師の診断書のみ（訪問調査は未実施）で、認定審査会で要介護1と出せるようにしてほしい。現在要介護1は認知症と不安定な状態で判断している。急性期（末期がん）等を追加したら審査会で迅速化が図れると思えます。ぜひ今後検討してください。訪問調査を実施しても状態が急変するため訪問調査は意味がない。前例で「非該当」となった例があるため</p> <p>がん末期と診断された場合、がん末期認定のような別枠で介護度を確定させる事が出来れば、事業者も動きやすくなり、利用できずに亡くなる方をほぼ0に出来るのではないかと思います</p> <p>ターミナル状態の方に対して認定を行うことは不適切だと思われる。末期がんと診断されたら無条件でサービスを利用できる制度を導入すべき</p> <p>末期がんで軽度の認定が出た後に、状態が急速に悪化する方がおり、認定審査の難しさを感じている。このように、末期がんで軽度の認定結果が予測される方に対しては、認定審査における一定のガイドラインを設ける等、検討をしていただきたい</p> <p>末期の状態でも、病状が比較的安定しているときを利用して在宅復帰し在宅で時間を過ごす方が増えてきています、そのような場合、突然退院が決まり、決定直後の退院となります。時間的に余裕なく、あるいは退院直後でご本人様・ご家族ともに落ち着かず、また在宅での時間を大切にしたい時期に認定調査に伺うことは、調査する側にとっても心苦しいことです。末期がんの場合は介護認定の一連の流れとは別の対応で介護サービスを利用できるような制度があれば言いと思います</p> <p>医療の必要性が高くなっている人も多く、介護保険だけの対応では限界がある。日単位の末期だと、特殊寝台のみ介護サービスで利用という人が多い。実際の介護の手間で判定すると、介護度には反映しづらい</p> <p>申請後認定を得るまでに30日を基本とする介護保険の制度に馴染まない。認定結果が軽度でも必要とされる福祉用具貸与を行うのであれば、他の調査より優先して調査・認定を行う意義がどれだけあるのか。末期がんについては診断書等により、サービス利用が可能となるような制度の改正が望ましいと考える</p> <p>がん(末期)の方に対して、国が要介護度を一律に定めて欲しい。例えば、申請書と主治医意見書を同時に提出してもらい、傷病欄からがん(末期)を確認できた場合は、国が定めた要介護度を認定するなど。体調が不安定な申請者への配慮とともに、迅速で安定したサービスの提供が図れると思う</p> <p>現行の要介護認定基準では、稀ではあるが末期がんでも状態によって「非該当」と判定されるケースがある。この場合、特殊寝台等福祉用具貸与の給付対象外となってしまうので、(暫定利用していた場合、実費負担となす)対応に苦慮している</p> <p>認定審査会を経ず1次判定で介護度決定し、サービス利用可能とする。福祉用具の利用制限を設けない</p>
-----------------------	---------------------------	--

末期がんを支える法整備を望む	末期がんを支える仕組みを考えてほしい	末期がん等について、市町村・組合は土・日曜日が休日の為申請されても、調査が出来ない場合もあります。実例として、金曜日の夕方に市役所に申請。訪問調査を月曜日計画。しかし日曜日の夕方に本人死亡。金曜日～日曜日の3日間特殊寝台貸与をしていた。当然死亡した為、訪問調査ができなかった為審査会も開かれず貸与の費用は実費となった。このような場合、後日訪問調査の項目についてケアマネや家族からの聞き取りにより判断して認定審査会に図れるようにしていただきたい
主治医意見書について	申請と同時に提出 (1)	病院側から申請を勧められたと申請にこられる方が多いが、主治医の意見書が遅れるため認定できないケースが多々あるので、可能であるなら申請書と意見書を一緒に提出していただきたい
	基準があいまい (1)	2号被保険者のがん末期の特定疾病の判断が難しい(申請者はがん末期で申請されるが、主治医意見書の病名に末期が抜けている→主治医に確認すると判断基準があいまい)
	記載の内容の徹底 (1)	主治医意見書の記載の内容の徹底を図るため、がん拠点病院への働きかけをお願いしたい
審査会を迅速にするために	意見書の提出期限 (1)	末期がんの申請の方の意見書の提出期限を7日以内と決定していただけたら、認定結果を早急に出すことが可能
	テキスト必要 (1)	審査員に末期がんの定義・診断基準をテキスト等にわかりやすく記載されることで、統一した判断で審査判定が行われるものと思われる
がん末期の言葉	言葉は適切か (1)	申請受付や認定調査時に言葉を選びながら行っているが末期がんという言葉の表現が適切であるか、その場に対応に迷うケースがある
福祉用具について	審査会に付する意見 (3)	厚生労働省要介護認定事務局窓口あて、平成22年10月28日 介護認定審査会として付する意見として具体的にどのような意見を付することが想定されるのか質問をさせていただきましたが返事をいただけていない状況です
		審査会が付する意見のひな型がほしい(審査会の示したそのサービスしか使えなくなる可能性もあるため)
	規制緩和を (2)	平成22年10月25日事務連絡の審査会意見について具体的にどのような意見を期待しているのか不明であり審査会に説明できていない。具体例を示してほしい
	規制緩和を (2)	希望者には、要介護2以上でなくてもベッドの貸与を許可していただけたらと願う 末期がんだけでなく調査後1週間で他界する方もいます。緊急性のある方は個別対応に努めています。福祉用具、特にベッドについては軽度の方でも必要な方が多くいますので、規制緩和にご尽力いただければ幸いです
	旅行や外出の希望 (1)	緩やかな経過を取る末期癌(治療効果が見込めない)で要支援の方が、「少しでも動けるうちに旅行や外出を楽しみたい。その為に車椅子の貸与を受けたい」と希望されたことがあったが、対象外とした事がある。その方は数回目の更新を迎えておられる
予防で担当が違う	現行制度の見直し (1)	介護と予防で担当するCMが異なるという現行制度を見直してほしい
その他	末期がん以外にも迅速必要 (2)	がん末期ではないが、申請翌日に調査し、その晩に亡くなられたケースもある(介護サービス導入あり)。末期がんのみへの特別対応に違和感を感じる
		介護サービスの利用について急を要する場合は、がん末期に限ったことなく、がん末期のみを必ず直近の審査会で審査できるとは限らない。

第六章 がん対策との連携

1. 「貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に関する一般向け講演会を行政主催で開催されていますか？」と保険者にたずねたところ、「はい」と答えたのは都道府県で13件、市区町村で34件であり、在宅療養に関する講演会は、ほとんど開催されていなかった（表7）。

表7

がんの在宅療養講演会	はい	いいえ	わからない
都道府県	13件	0件	5件
市区町村	34件	835件	106件

2. 「貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に特化した公の相談窓口はありますか？」とたずねたところ、「はい」と答えたのは都道府県で23件、市区町村で21件であり、がんの在宅療養に特化した公の相談窓口は、ほとんどなかった（表8）。

表8

がんの在宅療養相談窓口	はい	いいえ	わからない
都道府県	23件	0件	6件
市区町村	21件	811件	142件

3. 「貴都道府県ならびに市区町村において、がん対策に関する条例は策定されていますか？」とたずねたところ、「はい」と答えたのは都道府県で12件、市区町村で23件であり、がん対策に関連した条例は都道府県単位では少しずつ増えているが、市区町村単位では、ほとんど策定されていなかった（表9）。

表9

がん対策の条例策定	はい	いいえ	わからない
都道府県	12件	2件	9件
市区町村	23件	819件	133件

平成18年度から3年計画で遂行された、がん臨床研究「在宅医の早期参加による在宅緩和医療の推進に関する研究」渡辺班において、(1)がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化、(2)在宅緩和ケアの易遂行性、(3)在宅療養による緩和ケアの優位性についての一般市民への広報的活動の必要性、の3点が要検討項目として掲げられている。つまり、在宅療養への移行に関するバリアとして、がん治療施設側の問題、在宅側の医療や介護の問題、一般市民の在宅療養への理解度の低さが問題となっているのである。

高齢化社会となり、一人暮らしや介護力のない人が増加している中、がんの在宅療養は、医療だけの問題ではなく、介護の問題にもなっているが、在宅療養のイメージを持っている人は少ないのが現状であろう。

在宅療養を考えるには、大きな講演会でなくてもいいのではないかと。医療機関であれ、在宅であれ、患者と家族が在宅療養の情報を手にしたい時に、身近な場所で一人一人にあった相談を行える場を作っていくことが大切である。今後、医療と介護が互いの枠を乗り越え、また課ごとの縦割りを排除し、一人のがん患者を総合的に支える仕組みを作っていく必要があるだろう。

第七章 考察と結論

本調査は、心身の状態が急速に悪化するがん患者が、適切な介護保険サービスを受けて質の高い在宅療養を送れるように、2つの通知以後の「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」を行い、介護保険上におけるバリアの分析を行い、その解決策を図ることを目的として行った。

1. 特定疾病において「がん」の表示

第2号被保険者の特定疾病におけるがんの表示についてたずねたところ、「がん末期」と「がん（医学的知見に基づき、回復の見込みがないと主治医が判断した場合）」の二つが、二分した。「がん」とのみ表示している保険者は、5%であり、特定されているものではなかった。

患者の立場から考えると、「末期」は忌み嫌われる言葉であり、介護保険サービスを使う目的だけに使う言葉としては不適切である。また、「回復の見込みがない」という言葉も、再発転移が起こった状態で、回復の見込みがないと判断する患者もおり、抗がん剤を投与している間は、回復の見込みがあると介護保険を勧めない医師もいる。患者に対しては「末期」という言葉を必ずしも使う必要はないだろう。

では、患者に対しての説明文書から「末期」をはずし、ただ「がん」だけでは、間違った申請が増えることも懸念されるが、そもそも、介護保険制度は、6ヶ月以上介護等を要する期間が継続することが想定されているので、介護保険制度そのものを、しっかりと前面に出していくことで解消されるのではないだろうか。ただその場合は、申請時に主治医意見書等で対応患者かを把握することも必要であり、「迅速」についても記載が必要であろう。

緩和ケアの世界で「余命告知」は、慎重に言葉を選びながら行っていくものである。「末期」という言葉一つでされるものでない。また、緩和ケアや相談体制を、末期に限定するのではなく、治療の節目に相談し決断をしていくことを可能としていくことで、「何も知らされないまま」に保険者に申請することがないようにすることが大切である。

2. 要介護認定等における迅速化のために

迅速を求める通知の後に、保険者が行った対応では、「申請受付担当者に対して教育を行った」が35%、地域包括支援センターやケアマネジャーに対して約20%であり、介護関係者のみで周知徹底を図ることに留まっている。今後必要になる医療との連携であるが、「医師会等関係機関を交えて会議を開催した」が1.7%、「連絡票等文書を新たに作成した」1.5%と、市区町村において医療と介護の連携は図れていない。なお、「予後予測を含めた要介護度を定めた」は2.0%、「一律の要介護度を定めている」は0.7%であった。一律の要介護度を定めている保険者では、「要介護2以上」3件、「要介護1以上」2件、「支援と要介護1を要介護2に」1件になっている（図2）。

通知後に実施している内容では、「申請当日に認定調査を実施している」5.9%、「申請3日以内に認定調査を実施している」23.7%、「主治医意見書の提出を5日以内に行っている」13.4%であり、「認定結果通知を2週間以内に行っている」は2.2%しかない（図3）。「認定調査を実施する期間を定めている」うち、半数近くが7日であり（図4）、「主治医意見書の提出期限を定めている」うち、10日以内に半数が提出しており、2週間以内には主治医意見書の提出が行われていた（図5）。また、迅速を図るさまざまな実施のほとんどが、通知後に行われていた（図6）。

平成22年11月の「迅速な対応が必要な末期がんの方の申請について」たずねたところ、「はい」と回答した保険者は、半数近くいた（図7）。

全体の申請数との比率を出すことを試みたが、保険者からの自由記載（表5）により、1号被保険者の場合、申請時に「末期のがん」と伝えない限り把握ができないことがわかった。

そのため、末期がんの申請数が「2号被保険者のみ」か「1号被保険者との合計」かを問わず、有効回答363件の分析を行った。その結果、迅速な対応が必要な末期がんの方の申請は、全体申請数の約1%であった。（表3）。今後、1号被保険者が加わることで、増加が予想される。

なお上位16件の「通知後の対応」や「通知後に実施している内容」をクロス分析したところ、申請受付担当者の研修を行い、横の連携を図っていた。特に70件以上の上位2件は、通知前から迅速のための実施を行い、医療と介護、そして行政が一緒になって課題解決に対処していた。

平成22年11月の申請において、「非該当」になった件数は0件であったが（図8）、「要支援」になった件数は101件、約2割が、迅速な対応が必要にも関わらず、区分変更やケアマネジャーの変更を余儀なくされ、不適切な状況に置かれている（図9）。2006年全国厚生労働関係部局長会議資料において、新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像は、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態であり、末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの等」であり、末期がんは「要支援」にならない。主治医意見書において、症状の「不安定」の根拠が示されていないことも原因であろう（表5）。

「迅速に介護サービスを提供する上でバリアがあるか」とたずねたところ、「はい」が67%であった（図10）。「バリアと思われるもの」についてたずねたところ、「主治医意見書の提出を早めるのが困難である」46.9%、「申請時点で末期がんと判断することは困難である」27.4%、「主治医意見書に、末期がんと記載がないので判断できない」20.1%であった（図11）。

バリアに関する自由記載によると、主治医意見書の提出を早めるのが困難な背景に、外来化学療法等の外来治療中の患者への地域連携部門や相談支援部門の関わりが難しいことがあげられる。

また、「家族に末期がんについての認識がなく、医師からの説明をよく理解していない者が多い」「医療従事者側で考えている在宅ターミナルケアのイメージと本人・家族が感じている不安との開きがある」など（表5）、患者と家族に対して、説明が不十分なことがあげられている。

また、認定調査の迅速化のバリアについては、「本人の体調により、日程日が定まらない」「辛い思いをしているのに調査を受け入れなければいけない」と患者本人の体調や心理的負担に言及するもの、「新規申請の調査全てを市が行うようになってから、緊急対応の余裕がなくなっている」「2～3週間先まで訪問スケジュールが予定されており、急な対応は日程調整に困難である」「末期がんの申請者を優先すると、その影響が他の申請者の認定の遅れとなってしまう」など、末期がんを優先して認定調査を行うことの困難が挙げられている（表5）。

もっと早期に申請を行う必要があるが、早期では「要支援」になる事例もあり（図9）、二重の手間がかかってしまう。また、調査を行うことに心理的負担感を感じている保険者もいる（表5）。

審査会におけるバリアは、審査会の回数が少ない（月2回等）、審査会を開催前に審査資料を送付して事前審査を行う必要があるなど、審査会前をどんなに迅速にしても、日程があわなければ、30日以降の認定結果通知になってしまう。

迅速化を図るためには、それぞれのバリアを解消していく必要がある。

主治医意見書の記載や患者や家族の十分な説明は、事務作業補助や医療機関での相談やコーディネート機能を充実することで、もっと早期に申請を行い、また要支援にならないことを可能にする。現在、緩和ケア外来もでき、緩和ケアの早期から患者や家族の気持ちや感情の揺れに寄り添い、経済的負担や連携先の情報提供を行いながら、意思決定を支える仕組みも少しずつではあるが整いつつある。この機能をもっと拡充させる必要がある。

また、在宅緩和ケアの地域連携パスが作成されることにより、訪問看護師へつなぐ時期を緩和ケア移行期にすることができ、もっとスムーズに連携が図れるであろう。患者と家族の意思決定を支えるための正確な情報提供がバリアを解決する糸口になる。

認定調査のバリアについては、病院内で行う調査については、新規申請でも代行を可能にする、FAXや電話を活用するなど迅速な対応が必要な場合の特例が必要ではないか。

また、一部の保険者では、「介護認定審査会1号がん末期者リスト」を作成しているところ、「至急依頼等連絡票」を作成して、訪問調査や審査会の迅速化を図っているところ、医師会も交えて協議を図り、「介護認定の申請した場合の対応」を作成したところ、「1次判定終了後、2次判定までの事務の流れ」を作成したところ、「保険所管内の市町村と合同で『ターミナルケアの手引き』のような市民向けのパンフレットを作成している」ところ、「意見書を死亡してからも受け付けてさかのぼって認定しているところ」もある。今後、各地の実情に応じた柔軟な対応をしていくことが望ましい。

3. 末期がん患者に対する福祉用具貸与

「平成22年11月に、要支援1、2及び要介護1と判定された末期がんの方の福祉用具貸与申請がありましたか」とたずねたところ、「はい」は25.6%（253件）いた（図12）。そのうち「却下したケース」はわずか2件であり（図13）、通知以降に、適切に貸与が行われている。

「福祉用具貸与申請を却下した理由」をたずねたところ、「短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込めると判断できなかった」2件等、主治医意見書に医学的所見の記載がない、または判断できないことが理由であった（図14）。

「介護認定審査会が付する意見において、審査会委員への周知を行いましたか」とたずねたところ、26%、4分の1しか周知を行っていない（図15）。

「前述のがん患者において、認定審査会が付する意見がありましたか」とたずねたところ、わずか13件であった。その13件に「認定審査会が付する意見は、福祉用具貸与の要否を決定する際に参考になるものでしたか」とたずねたところ、11件が「はい、参考になった」と答えた。

4. 要介護認定の実施及び介護サービスの提供についての自由記載

要介護認定の実施及び介護サービスの提供についての自由記載の中で、福祉用具貸与について、「主治医の意見の添付（今後急速に状態が悪化の可能性がある等の内容）で認められている」や「介護保険制度以外のベッド・車イスのレンタル等の利用ができ、申請窓口でアセスメントして、サービス導入もしている」という、保険者独自の取り組みも寄せられた。

また、「ターミナルケアの場合、ベッドのレンタルのみ利用が多く、利用期間も2か月以内と短いので介護保険サービスではなく、他の福祉サービスで対応した方がいい」、「必要時すぐに利用が可能な医療でレンタル等のサービスが他にあればと思います」「入退院を繰り返される事例や一時帰宅（外泊）を希望される事例でのベッド利用希望などは、介護保険より医療保険でのサービス利用の方が円滑に希望に添えるのではないかと」と、介護保険外での対応ができないかという意見が多数寄せられている。

迅速な対応が必要な場合について、福祉用具の関係者にも聞き取りをし、国が検討すること、また市区町村が各地の実情に応じた柔軟な対応がしていくことも必要である。

国に対しては、現状の制度のままでは、保険者が行えることは限度があり、末期がんを支える新たな仕組みを求める声が多かった。「一律の要介護度を国に定めてほしい」という声もあったが、「末期がんすべてが迅速な対応が必要なわけではない」という声もあり、的確な要介護度が出る仕組みを新たに作る事が大切である。

医療機関や医師会に対しては、主治医意見書の提出や審査会の迅速化、そして患者と家族に正しい情報を伝えることの要望が多数占めていた。

5、がん対策との連携

がん対策と市区町村との連携は、まだ十分ではない。課題の一つになっている市民への相談窓口や福祉用具貸与について、がん対策基本法の前でも、在宅療養に関係した条例などを、独自で定め可能にしている市区町村がある。

北上市では、1981年遺族から「がん対策に役立ててもらいたい」と100万円の寄付があり、積み立て開始。91年「北上市がん予防基金条例」、翌92年「北上市がん対策基金条例」に変更し、予防と緩和ケア支援事業を始めた。94年より「在宅緩和ケア事業」開始し、介護用品の補助や講演会開催、ボランティア養成ならびに派遣事業などを行い、緩和ケア相談窓口を設置した。介護用品補助は、主に介護保険サービスを受けられない人へのサービスである（用品によっては介護保険サービス利用者も可となっている）。行政、医師会、病院、訪問看護、介護、市民、ボランティアが一体となり、2003～08年、在宅死が20%台に。現在、緩和ケア病棟がオープンしたが在宅死は国平均の2倍以上を保ち、病院と在宅で緩和ケアを受ける体制を作っている。また乳がんなどの補正具購入の助成金や、がん対策基本法以後はがん検診などの初年度無料化（3年間）など、横断的な事業を展開している（図17）。

図17

北上市がん対策基金条例1992年と活用事業

1981年遺族から「がん対策に役立ててもらいたい」と100万円の寄付、積み立て開始。91年「北上市がん予防基金条例」、翌92年「北上市がん対策基金条例」に変更。予防と緩和ケア支援事業。94年より「在宅緩和ケア事業」開始。行政、医師会、病院、訪問看護、介護、市民、ボランティアが一体となり、2003～08年、在宅死が20%台に。現在、緩和ケア病棟がオープンしたが在宅死は国平均の2倍以上を保っている（病院と在宅で緩和ケアを受ける体制）

実施内容 2011年(平成23年)度

1 緩和ケア支援事業

- ・介護用品補助(ベッド等10品目。レンタル・購入費の9割補助)
- ・ボランティア派遣及び養成講座開催(2年に1回)
- ・市民講演会開催(2年に1回)

2 緩和ケア相談窓口の設置

3 がん患者補正具購入の助成事業(2005年～)

4 市民活動への助成(2011年～)

5 がん検診初年度受診者の検診無料化(2010～12年 3年間)

6 その他がん予防等に必要と認められる事(2011年～)

出典:きたかみし保健福祉部健康増進課資料より藤田作成

山口市では、1990年「がんと末期医療を考える会」発足し、山口赤十字病院内に研究会が設立している。92年緩和ケア病床3床が作られ、訪問看護を開始。94年病棟整備促進と在宅緩和ケアのQOL評価を行っている。99年に緩和ケア病棟が承認された。2003年に「山口市在宅緩和ケア推進事業実施要綱」、翌年「山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス実施要綱」が制定され、「山口市在宅緩和ケア支援センター」が山口赤十字病院内に委託された。在宅緩和ケア支援福祉サービスとして、介護保険適用外の福祉用具の貸与、また介護保険の対象にならない40歳未満の人へ、介護保険と同等の通所、訪問、福祉用具貸与等のサービスがある。ほかに支援センターとして、在宅緩和ケアに係る医療・福祉サービスの調整や代行申請、患者や医療・福祉関係者への相談窓口、講演会や研修会などを行っている。がん対策基本法以後は、山口県在宅緩和ケア体制推進事業も併設し、「山口県在宅緩和ケア実態調査」を行っている(図18)。

図18

山口市在宅緩和ケア推進事業の整備 2003年
山口市在宅緩和ケア支援センター2004年開始
(山口県在宅緩和ケア対策推進事業2007年から)

1990年「がんと末期医療を考える会」発足、山口赤十字病院内に研究会設立。92年緩和ケア病床3床、訪問看護開始。94年病棟整備促進と在宅緩和ケアのQOL評価。99年緩和ケア病棟承認。03年山口市在宅緩和ケア推進事業整備、04年山口市在宅緩和ケア支援センター開始。07年山口県在宅緩和ケア対策推進事業開始し、在宅緩和ケア実態調査(医師)

事業内容

- 1 山口市在宅緩和ケア推進会議の開催
- 2 在宅緩和ケア支援福祉サービスの提供
 - ・介護保険外、余命1か月予測の人へ福祉用具貸与
 - ・在宅緩和ケアに係る医療・福祉サービスの調整や代行申請
- 3 保健・医療・福祉サービスの連携システムづくり
- 4 患者・家族に対する相談支援
- 5 市民への普及啓発・情報提供
- 6 在宅緩和ケア従事者のための相談体制・研修会の開催

出典: 第25回がん対策推進協議会末永参考人提出資料より藤田作成

上記以外にも、都道府県や市区町村において、がん対策推進条例を作られ、在宅療養を支援する仕組みを作ってきている。都道府県という大きな枠組みだけでなく、医療と介護が連携して、そこに住む人を支えるためには、顔と顔を合わせた関係性や人材を育てていくことが大事である。今後、市区町村が地域の特性やニーズにあった形で、在宅緩和ケアを推進する関係者や市民・患者と協議の上、がん患者と家族を支える仕組みを作っていくことが必要である。組織を作っても、形だけで形骸化することが多々ある。北上市、山口市の例を見ても、患者と家族の希望を叶えることを目的に、医療、介護、福祉、保健の連携作りを行っていることは重要なことである。

(本研究について)

本研究の限界としては、調査結果は調査票記入者の判断力や経験によるものが多いことである。また、1号被保険者も含めたことにより、1号、2号のそれぞれの問題点は明らかになっていない。そして、1号被保険者すべての状況の把握ができていないことも本研究の限界といえる。

6. 結論

調査により、がん患者が迅速ならびに適正に介護サービスを受けるためには、多くのバリアが存在することが明らかになった。今後、国等は、がん患者が介護保険サービスを適正に受けられるよう必要な施策を講ずることが大切である。

- ・国は、医療と介護の連携強化に向け、相談機能や患者の希望に沿ったコーディネート機能の充実を図ること、診断時から在宅緩和ケア導入時までの地域連携パスを構築し、在宅緩和ケア移行をスムーズに行えるようにすること、がん患者が迅速かつ適切に介護保険サービスを受けられるように、訪問調査の特例、がん末期の状態が的確に反映される訪問調査項目の見直し、名称の変更等の検討を行うなど必要な施策を講ずることが重要である。
- ・都道府県ならびに市区町村等地方公共団体は、がん対策と連動し、予防から看取り期まで連携した窓口を作り対応すること、一部の保険者では、条例や要綱で介護保険適用外のサービスを提供している、また、1号被保険者のリストを作成しているところ、至急依頼等連絡票を作成して訪問調査や審査会の迅速化を図っているところ、医師会も交えて協議を図り、申請から審査会までの対応を作成したところ、1次判定終了後、2次判定までの事務の流れを作成したところ、状態に合わせた予後予測を含めた要介護度を定めたところ、保険所管内の市町村と合同で『ターミナルケアの手引き』のような市民向けのパンフレットを作成しているところなどがある。今後、各地の実情に応じた柔軟な対応をしていくことが重要である。
- ・医師等関係者は、がん患者が迅速かつ適切な介護サービスを受けられるよう、問題の改善を図り、保険者や関係機関との連携を強化すること、また、がん患者と家族を支えるためには、緩和ケアの知識や技術の習得が必要であり、研修会等を開催していくこと、一部の市では、患者や家族の希望を叶えるところから、支える仕組みを関係者が集う形で作り、病院と在宅、医療と介護が、保険者も含め、顔と顔を合わせて問題の改善を図っていくことが大切である。また、特に病院関係者は、主治医意見書の遅れや記載の不備がないよう地域連携部門を充実し、早期から患者と家族への相談を受け、入院や外来からケアマネジャーや保険者へつなぐなど、その体制を作ることが重要である。
- ・介護保険サービスを受ける患者と家族を含めた一般市民抜きにして、がん患者に対する介護保険の適正化は図ることができない。介護保険の制度や仕組み、在宅療養の具体的なイメージなどを知ること、人として誰にでも訪れる「人生のラストステージ」をどう迎えていくのか、必要だと感じたときに、講演会や書籍、映像、相談窓口、がんサロンなどで知識を得て、少しずつ自分の意思を定め、表明しておくことが大切である。
また、国の終末期の療養場所に関する調査では、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合が63%いる。訪問サービスを使うことがなくても、ベッド等福祉用具は必要になるかもしれない。一人暮らしの高齢者の増加は、ますます、介護保険の中でがん患者の利用が増えていくことだろう。介護を必要とするときに使えない状態にならないように、医療と介護の動向に関心を持つことも大切なことである。

おわりに

がん末期の患者が迅速かつ適正に介護保険サービスを受けられないことのバリアを明らかにし、その解決策を考えるために、介護保険の認定担当者にアンケート調査を行った。その結果、「末期」の言葉が患者そして主治医に与える影響、申請時にがん末期と判断できるものがないこと、主治医意見書の遅れや審査会の遅れ、患者と家族への正しい知識の普及がなされていないこと、主治医意見書の記載の不備等により要支援になる人がいること、福祉用具の貸与が一番の問題であることなど、当初考えていた国や保険者側の問題だけでなく、医療の部分のバリアが多いことがわかった。また、一律の要介護度を定めるより、柔軟に状態に合わせた予後予測を含んだ要介護度を定めた保険者の方が多かった。しっかりと対応している保険者もあれば、特に対応を行っていない保険者も3分の1もいた。回答が6割だったこともあり、対応を行っていない保険者はもっといると思われる。

問題を解決するためには、国の働きが大きいですが、医療、介護、福祉に携わる人たちが、市区町村等保険者も含め、顔と顔を合わせて問題を協議し、解決していくことが必要と考える。

量的調査部分のみを7月16日の日本ホスピス・在宅ケア研究会沖縄大会において、専門職に対して中間報告を行い、苦しんでいる患者と家族を助けるための一助となるようにした。幸いにも、本年10月20日のがん対策推進協議会にて取り上げられ、がん末期の介護保険の現状を国や関係者に伝えることができた。今回、質的調査部分は、十分絞り込むことより、バリアを明らかにすることに重点を置き、まとめていった。バリア解消に向けた示唆に富む意見が多数寄せられ、今後、分析を深めていきたいと考えている。また、先駆的に行っている自治体を尋ね、ステークホルダーの構図などを調査したいと考えている。

本研究が、すべての保険者や医療・介護・福祉関係者の皆様、そして、緩和ケアを必要としているがん患者とその家族のために、現状を変える力となりますことを願っている。

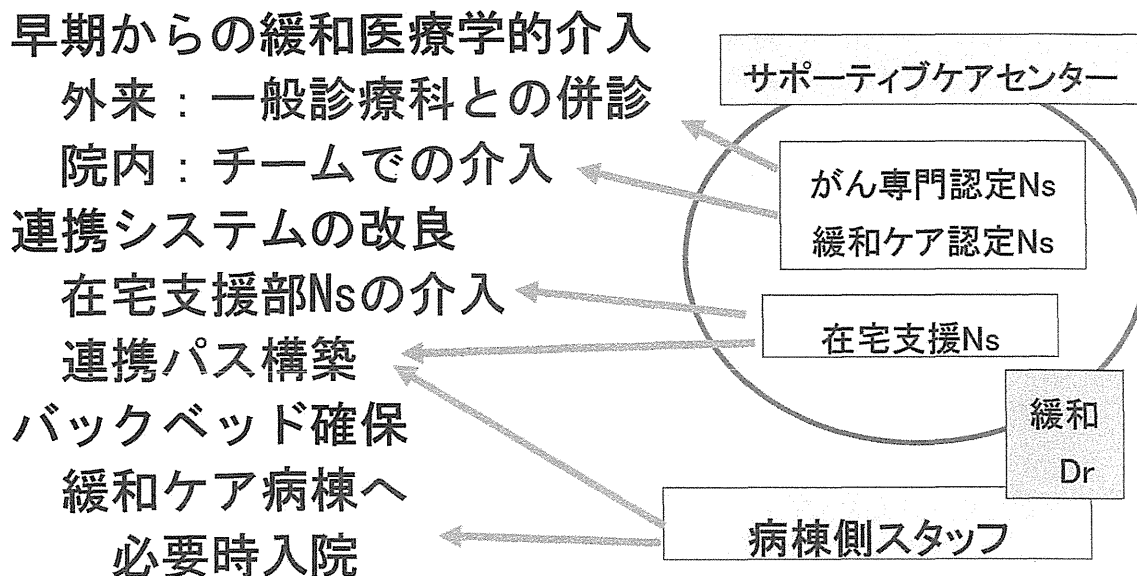
謝辞

本研究の実施は、渡辺敏研究代表者をはじめ、「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」渡辺班の研究分担者、事務局の皆様、アドバイスなどご支援下さった多くの方のご協力により可能になりました。感謝申し上げます。

なにより、お忙しい中、がん患者が適切な介護保険サービスを受けられない現状を解決するための調査に、全国988市区町村の保険者の皆様よりご回答を頂きました。ここに、厚く御礼申し上げます。また、資料をご送付くださった皆様にも重ねて御礼申し上げます。

そして、介護保険の仕組みや問題点などをご教示頂き、報告書指導を下さった国際医療福祉大学大学院大熊由紀子教授に感謝申し上げます。また、量的調査、質的調査についてご指導下さった大学院の先生方に厚く御礼申し上げます。

（１）治療施設側の改革



千葉県がんセンターにおける緩和ケア供給体勢

（２）在宅医療を担う側に対して

前研究の反省

在宅緩和医療の専門性の追求

→→→ 底辺の広がりへの寄与が不十分

→ より底辺の拡大が必要



在宅緩和ケアを専門としない家庭医も参画へ

→ 家庭医参加型パス構築

加えて教育・研修の継続/推進

・ ・ ・ 地域医師会との研修を媒介とした交流

(3) 患者・家族・一般住民側に対して

広報・啓発・相談支援システム構築

- 一般市民支援団体，健康福祉センター（保健所）
- 在宅緩和ケアのガイド的リーフレット作成・配布
- 市民公開講座開催
- 公開講座時のアンケート記載→フィードバック
- 在宅緩和ケア支援センター活動 へのサポート

啓発の要点：

在宅で看取ることのすぐれていること、最期に近づくにつれ出現するであろう様々な症状を説明し、それらの症状への対応は自宅でも十分可能であること、言い返せば、そのような時期に入院しても対応する中身は自宅と同じであること、関連して、救急搬送のあわただしいこと、などである。

結語

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた
在宅療養への移行に関するバリアの分析と
その解決策に関する研究

バリア：以下の未熟性

解決策

- | | | |
|-----------------------|---|------------------------------------|
| 早期からの緩和医療
連携システム | → | がん治療と在宅・緩和医療
橋渡しスタッフの介在 |
| バックベッド体勢 | → | バックベッド確保対策 |
| 教育・研修
訪問診療易遂行性 | → | 医師会との交流促進
在宅医療担当者の確保
・・・パス構築 |
| 意識改革・広報
相談支援システム構築 | → | 公開講座・啓発事業の促進 |

資 料

1. 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

依頼文 ご協力をお願い

調査票 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

資料1 疾患別予後予測モデル

資料2 事務連絡 平成22年4月30日

「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」

資料3 事務連絡 平成22年10月25日

「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」

2. 事務連絡 平成23年10月18日

「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」

3. 第26回 がん対策推進協議会 天野委員、花井委員、前川委員、眞島委員、

松本委員 提出資料

がん患者に対する介護保険の適正化に向けての意見書

別紙1 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

別紙2 末期がん患者の認定状況調査

平成 22 年度 厚生労働省科学研究費補助金 がん臨床研究事業

「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」班

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査 ご協力をお願い

拝啓 向寒の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は、がん患者・家族の療養生活のＱＯＬ向上に際し、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

2007 年 4 月に「がん対策基本法」が施行され、第 16 条において、「がん患者の療養生活の質の維持向上」がうたわれ、国及び地方公共団体は、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとされておりますが、がんの末期は急速に悪化するため、認定前に亡くなる方、また要介護度が低く出る方など一部適切な介護サービスを受けられない状態が生じており、本年 4 月 12 日、全国がん患者関係者一同は、「がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険制度のあり方について検討」を国に求め、下記の通知が厚生労働省から出ました。

- ①「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」平成 22 年 4 月 30 日
- ②「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」平成 22 年 10 月 25 日

今般、がん患者が適切な介護保険サービスを受けられるよう、通知以後の「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」を行うことに致しました。

つきましては、趣旨をご理解いただき関係者によるご回答をよろしくお願いいたします。

敬具

(調査責任者)

「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」班 研究分担者 藤田敦子

調査の概要

1. 調査の目的

がん患者が適切な介護保険サービスを受けることができるよう、平成 22 年度の末期がん患者に対する 2 つの通知以後の介護保険サービスの提供状況を調査し、バリアの分析とその解決策を図ります

2. 調査の対象ならびに実施時期

全国市区町村等の介護保険者に平成 22 年 12 月実施

3. 調査方法ならびに調査票の回収

研究分担者が調査票を対象機関あてに郵送により送付します

被調査機関は調査票を記入後、12 月 24 日 (金)までに、研究分担者へご返送ください

4. プライバシー保護

本研究の回答は市区町村介護保険者を対象に行われ、調査協力は任意です。得られたデータは電子化し、施錠保管を行い、報告書を送付後に、シュレッダーを利用し破棄します。回答者の個人情報、電子化を行いません。得られたデータは、多数のデータの一部として統計的に処理し公開しますが、同意を得られた被調査機関名については公表を行います。研究成果は、科研費研究として報告書およびホームページ公開されます。平成 23 年 4 月に当法人ホームページにおいて公開を行い、学会、国際医療福祉大学大学院修士研究報告書等で発表いたします。回答された被調査機関に対し、別途報告書を 7 月頃に送付いたします。

(本研究の連絡先)

NPO 法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア 代表 藤田敦子

〒263-8522 千葉市稲毛区弥生町 1-33 千葉大学法経学部福祉環境交流センター気付

TEL 070-5554-3734 FAX 047-448-7689 Eメール pure721@wind.sannet.ne.jp

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

6. 主治医意見書の提出を早めるのが困難である
7. 主治医意見書に、末期がんと記載がないので判断できない
8. ケアマネジャーは、末期がんに関し、知識が不足している
9. 申請件数が増加し、認定審査会において十分な討議が難しい
10. その他 ()

3. 末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について (平成 22 年 10 月 25 日 通知 VOL.170) 資料 3

(1) 平成 22 年 11 月において、要介護認定で要支援 1、2 及び要介護 1 と判定された末期がんの方の福祉用具貸与申請がありましたか？

1. はい (ある)
2. いいえ (ない)
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1) 申請を受けたなかで、却下したケースはありますか？

1. はい (ある)
2. いいえ (ない)
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1-1) 却下した理由について、○をお付け下さい (複数回答可)

1. 医師の医学的所見に基づき判断した
2. 書面等の記載に不備があり、特に必要だと判断できなかった
3. 短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込めると判断できなかった
4. 要支援 1、2 及び要介護 1 については、福祉用具貸与を行っていない
5. その他 ()

(2) 介護認定審査会が付する意見について、審査会委員への周知を行いましたか

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(3) 平成 22 年 11 月において、要介護認定で要支援 1、2 及び要介護 1 と判定された末期がんの方の福祉用具貸与について、認定審査会が付する意見がありましたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1) 認定審査会が付する意見は、福祉用具貸与の可否を決定する際に参考になるものでしたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

4. 末期がんの方への適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供について、ご提案やご意見がございましたら、記載ください。

5. 貴保険者についてお答えください。

(1) 貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に関する一般向け講演会を行政主催で開催されていますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(2) 貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に特化した公の相談窓口がありますか？（拠点病院の相談窓口とは別。例：千葉県在宅緩和ケア支援センター）

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(3) 都道府県ならびに市区町村において、がん対策に関する条例は策定されていますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(4) 貴保険者名をお書き下さい。また、貴保険者名の公表について該当するものに○をお付けください。

(団体コード)

調査結果の公開にあたり、上記保険者名の公表に 1. 同意する 2. 同意しない

*本調査にお答え頂いた方のお名前、役職、連絡先をお書きください。（個人情報につきましては、内容の確認等、本事業の目的以外に利用することはありません）

氏名

役職

電話番号

FAX 番号

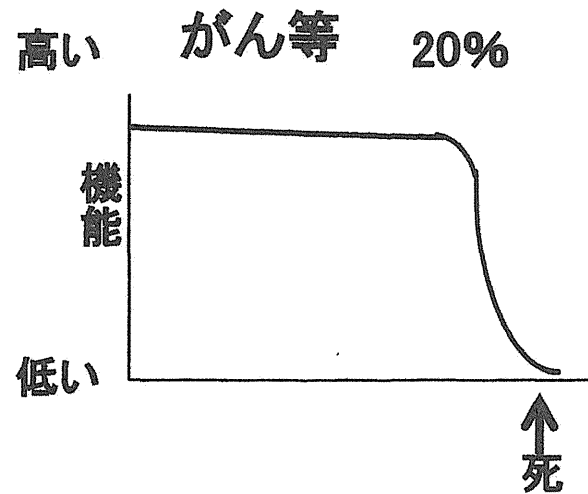
Email

以上で、アンケートは終了です。貴重なご意見をありがとうございました。

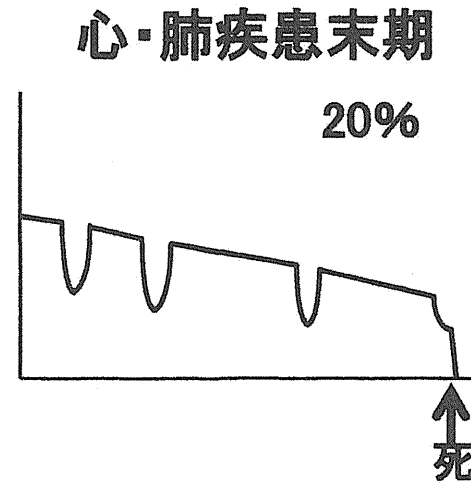
同封の封書にお入れになり、12月24日(金)までにご返信をお願いいたします。

アンケート結果につきましては、7月頃に報告書をご送付いたします。

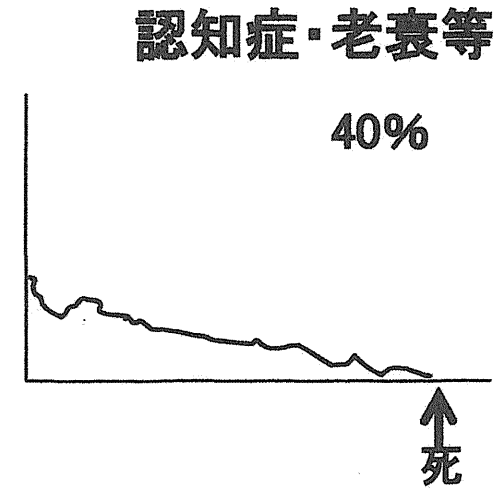
がんの軌道と非がん疾患の軌道は異なる 疾患群別予後予測モデル



比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過



急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過



機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過