

第25回 がん対策推進協議会 座席表

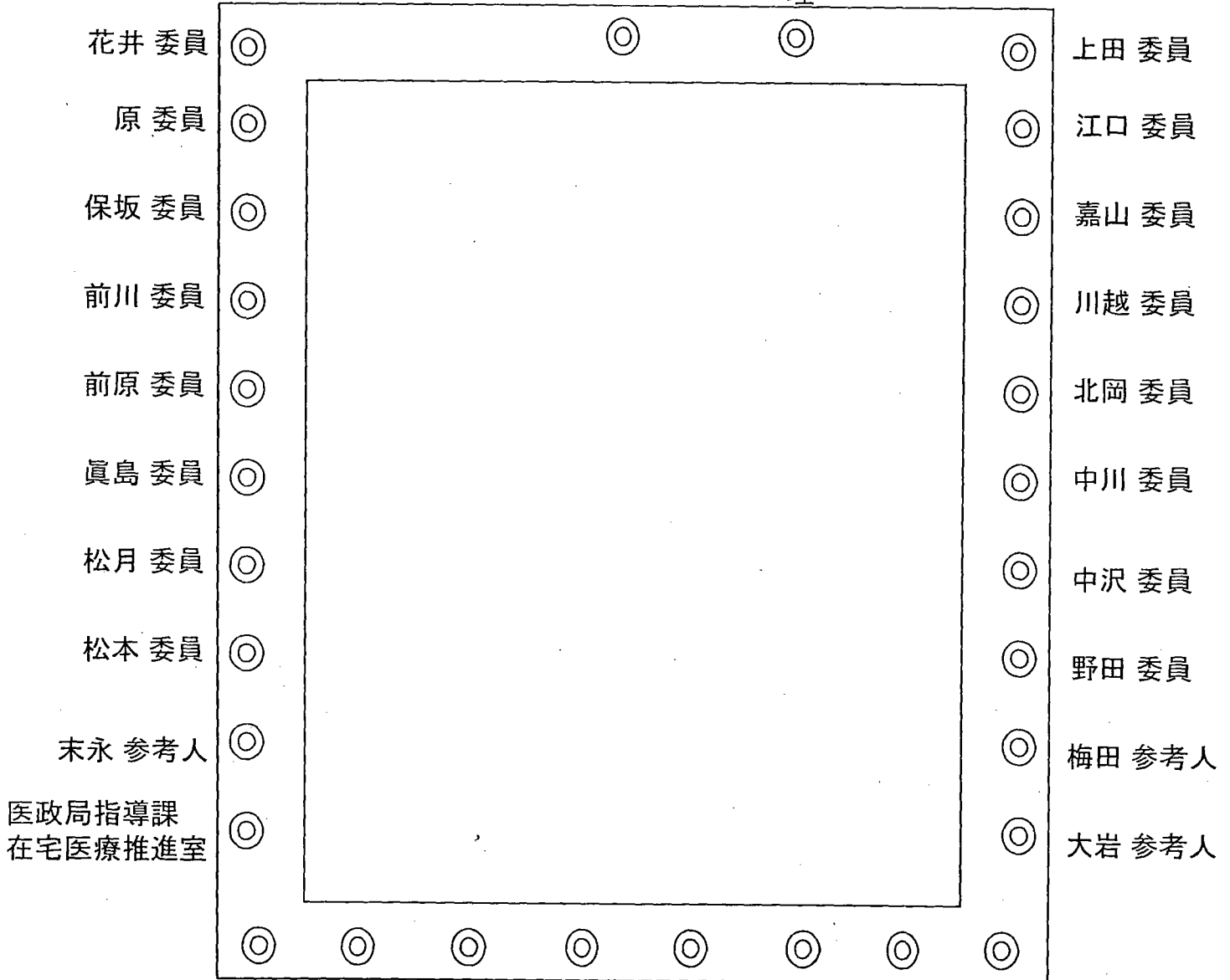
日時：平成23年9月26日(月)16:00~19:00

場所：厚生労働省 12階 専用第15・16会議室(東京都千代田区霞が関1-2-2)

速記

門田会長

天野会長代理



医政局指導課
在宅医療推進室

医政局
研究開発振興課

企画官
先端医科学研究

文部科学省
医学教育課長

大臣官房審議官
(がん対策担当)

健康局長

がん対策推進室長

事務局

医薬食品局
審査管理課

出入口

事務局

(傍聴席)

第25回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成23年9月26日（月）

16:00～19:00

場 所：厚生労働省12階専用第15・16会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- (1) がんの手術、放射線療法に関する意見について（報告）
- (2) 化学療法、ドラック・ラグについて

3 意見聴取

- ・在宅医療・チーム医療について
 - ア. 在宅医療の現状と課題について（医政局指導課在宅医療推進室）
 - イ. 在宅緩和ケアの実情と課題について（大岩参考人）
 - ウ. 在宅緩和ケア（在宅医療）の普及に向けて（末永参考人）
 - エ. がん医療におけるチーム医療について（梅田参考人）

【資 料】

- 資料1 がん対策推進協議会委員名簿
- 資料2 がんの手術・放射線療法に関する委員からの意見のまとめ
- 資料3 化学療法、ドラック・ラグに関する委員からの意見のまとめ
- 資料4 在宅医療の現状と課題
- 資料5 大岩参考人提出資料
- 資料6 末永参考人提出資料
- 資料7 梅田参考人提出資料

川越委員提出資料1 国が応えなければならない課題（“このままでよいのか、地域緩和ケアの普及” “緩和ケア専門診療所（仮称）が解決の鍵”）

川越委員提出資料2 チームケアの問題

がん対策推進協議会有志一同提出資料 ドラック・ラグ問題解決に向けての意見書

がん対策推進協議会委員名簿

平成23年9月1日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
うへだ りゅうぞう 上田 龍三	名古屋市病院局長
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
きたおか くみ 北岡 公美	兵庫県洲本市健康福祉部健康増進課保健指導係
たむら かずお 田村 和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局参事監(兼)保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
はない みき 花井 美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
はら じゅんいち 原 純一	大阪市立総合医療センター副院長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
まえはら よしひこ 前原 喜彦	九州大学大学院医学研究院臓器機能医学部門 外科学講座消化器・総合外科学分野(第二外科)教授
まじま よしゆき 眞島 喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事
まつづき 松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
まつもと ようこ 松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
◎ もんでん もりと 門田 守人	公益財団法人がん研究会有明病院副院長

がんの手術・放射線療法に関する委員からの意見のまとめ

1. 手術療法

(1) 外科医の不足

- ◇ 外科手術の待機時間の長さに不安を訴える患者が多い。一方で、医師も疲弊している。患者を守るためには、まずは医師を守らなければならないのではないのか。「がん治療に携わる外科医の育成」「外科治療の向上」を明記して欲しい。(花井委員)
- ◇ 手術が2ヶ月先では不安。外科医の3Kの環境は不安材料なので、外科医の育成や環境の整備を進めて欲しい。また、手術の種類毎に「良い病院はここ」といった情報も開示して欲しい。(眞島委員)。
- ◇ 国民の立場からすると手術待機の長さは問題だと思うが、外科医不足が要因なのか、医療機関による技術格差によって患者集中がおり、待機時間が長くなっているのか、実態把握を行い、優先的に解決すべき要因に対する対策を具体的に検討することが必要。
- ◇ 外科医不足の解決策として今後5年間にどの程度外科手術に関係する専門職を増やせばいいのか、体制整備が必要なのか、そのために具体的にどのような制度の見直しや育成する仕組みがあればいいのか検討が必要。(以上、北岡委員)
- ◇ 手術の待機期間が長い理由として、外科医不足のみならず、手術枠や麻酔科医の不足が問題。
- ◇ 外科医が手術に専念できる環境を整備することが必要。外科医でなくともよい仕事は他の科あるいは他の職種が担当する。また、交代勤務の導入など効率化を図る必要がある。非効率性が外科医志望の減少につながっている。(以上、原委員)
- ◇ 外科医の不足は問題であるが、麻酔科医、病理医なども重要。病理医の平均年齢は50代である。(川越委員)
- ◇ 医師不足の問題については、がん診療業務の分担・連携を考慮した対策を実行する必要がある。医師不足に関する今後の対策に関しては、外科、

腫瘍内科、放射線治療科など、単に各診療分野における現行の診療形態を前提にした解決策を模索するのではなく、診療内容の分担・連携を密にして効率的な診療業務を想定して、医師のリソース配分を見直す必要がある。
(江口委員)

- ◇ 外科医の減少は憂慮すべき問題で対応が必要だと思うが、具体的にどれくらいの数が適正なのか。医師数全体の中でのバランスや各診療科間の役割分担などをどう考えるのかといった問題とともに、どの程度必要なのかということを考える必要がある。医療界がまず示していくことが重要ではないか。
- ◇ 外科医の数がただ多ければいいというものではない。高度な治療については集約化をするという視点も必要。(以上、本田委員)
- ◇ 基本計画策定時には、強化すべき点が重視されたため、外科医の強化は盛り込まれなかった。文科省の「がんプロフェッショナル養成プラン」の中で、ある程度外科医の育成も図られているが、現状として、外科医に特化した施策は無いと理解している。(門田会長)
- ◇ 「がんプロフェッショナル養成プラン」により、基本計画の重点項目(放射線療法、化学療法)に関わる医師、コメディカルの育成は進められているが、手術療法が重点項目でないために、外科系専門医及び周術期のスタッフの育成が遅れている。重点項目に手術療法を入れるべき。(前原委員)
- ◇ 外科医は「がんプロフェッショナル養成プラン」の実施前から減少傾向であり、本施策以外にも問題がある。その要因を調査すべき。また第三者機関(たとえば、すでに現存している日本専門医制評価・認定機構)を設置して各専門医制度を評価し、専門医を育成する施設(あるいはプログラム)の体制、すなわち医療機器の整備状況、指導医・専門医の数を含む指導体制を適正に評価することにより、その施設・プログラムで研修できる若手医師の数は当然決まってくる。したがって、比較的楽な領域に大量の初期研修終了医師が集まることはなくなる。結果として適正な各専門領域の医師数が決定されることになるのではないか。
- ◇ 現状、100を超える学会が、それぞれ専門医制度のもと専門医を認定しており、国民はもちろん医療者にも分かりにくく、専門医の質を担保す

る機構を機能させることは極めて重要な段階にきていると考える。(以上、田村委員)

◇ 専門医の数については、医学部教育及び初期研修という一連の教育とともに考える必要があり、専門医の数を決めることには反対である。(保坂委員)

◇ 学生は自分にどのような利点があるかどうかを考えて進路を選択する。外科医は増やすべきと考えるが、専門医の適切な数は医学教育全体の中で考えるべき。(嘉山委員)

◇ 新臨床研修制度により、外科医をめざす研修医は大都市圏に集中し、地域の将来を担う若い外科医の不足が深刻化していることが大きな問題である。

◇ 疾患により集約化が必要な心臓外科や呼吸器外科などより、不足しているのは最も社会のニーズの多い消化器外科医である。消化器手術の大部分ががんの手術である。

◇ 消化器外科のみならず、婦人科や泌尿器科を含め多くの悪性疾患を扱う診療科でも、がんを専門にした外科医は大いに不足している。そういう意味でも、広く腫瘍外科医が不足しているという言い方も可能である。

◇ 外科治療は、最低4人必要となるチーム医療である。従って、外科医の数が多く必要なのは当然である。(以上、前原委員)

(2) 外科医の役割について (特に化学療法)

◇ 外科医の負担軽減のため、化学療法は内科医が行うということを基本計画に書き込んではどうか。(中川委員)

◇ 外科医と内科医の化学療法の成績を比較すれば、自ずと役割は分担されるはず。協議会で外科医の仕事の範囲を決める必要はない。(嘉山委員)

◇ 多くの消化器内科医はがん化学療法には興味を示さない。腫瘍内科医の不足が外科医に負担をかけている。(原委員)

◇ 化学療法の急激な進歩と多様化により、質の維持・向上の観点から、化学療法はがん薬物療法を専門とする医師が中心に行うという役割分担がある程度求められていこう。ただ、「(別の診療科に引き継いだから)もう知らない」というような機械的な役割分担にならないよう、医師がチームとして責任をもって一人の患者を診療するという姿勢を徹底して欲しい。(本田委員)

◇ 乳がんの治療で多く見られるように、外科治療と化学療法(薬物療法)を主治医である外科医が担い、患者と一体となって長いスパンの治療を続けていくケースもある。患者および医師の双方にとってより良い化学療法のあり方を考えながら、柔軟な役割分担を検討する必要があると考える。(花井委員)

◇ 化学療法に関しては、術後は術後の病態を熟知した外科医が取り組み、進行・再発がんは内科医が取り組むのが良いのではないか。内科医は内視鏡診断、治療を主にし、抗がん剤治療は外科医任せという病院もある。

◇ 一方で、化学療法を外科医がやるか内科医がやるかというよりも、その病院の機能としてきちりとした抗がん剤治療が提供できることが必要とも考えられる。地域、病院によって役割は様々であるので規定する必要はないのではないか。

◇ がん治療が細分化されてくると、がんの治療全体を統括できる医師が必要となる。そのような場合、外科治療も併せて抗がん剤治療が理解できることで、患者さんの治療計画などの戦略が立てやすい。これまで外科医がこのような役割を担ってきた。

◇ 分化が進んだ大都市圏では腫瘍内科医が集中しているが、腫瘍内科医を増やしたからといって地域の病院に定着するとは限らない。従って、現在の医療資源の中で役割の再分担を考えるのも一つの方法である。

◇ 腫瘍外科医はがんの手術を行う器械でなく、がん治療全体をコーディネートする役割を担うものとする。

◇ 術後切除標本などでは、若い外科医がリンパ節の提出や標本の整理などを担ってきたため、よりの確な病期分類などが行えてきたという歴史があ

るが、病理医やその検査技師などがその役割を分担することができると考える。(以上、前原委員)

(3) 外科医療の均てん化、外科医の育成

- ◇ 患者はより安全で侵襲の少ない治療を願うが、拠点病院ならどこでもできるというわけではない。腹腔鏡手術の選択肢が患者に示されずに、結局、開腹手術を選択したという例もある。外科治療の均てん化は道半ばであり、さらに推進する必要があると考える。(花井委員)
- ◇ 外科医の技術の差で、患者の予後が決まると聞いている。外科医の技術向上のための施策が必要。(前川委員)
- ◇ がんにおける外科療法の治療成績は、世界でもトップクラスであるにもかかわらず、国内での施設間格差が存在し、また一部の高度な医療機器を用いた手術等への対応が遅れていることから、いわゆる固形がんの多くの患者が受ける外科療法の高い水準での均てん化を推進するために、腫瘍外科医の育成等に資する施策を検討・推進すること。(天野委員)
- ◇ 地域連携パスの均てん化を進めれば、がん医療全体の均てん化が進むのではないか。(嘉山委員)

2. 放射線療法

(1) 放射線医の不足

- ◇ 放射線治療は、胃腸のがんを除く多くのがんで、手術と同程度の治癒率をもたらすが、先進国の中では施行割合が低く人材も不足している。
- ◇ 放射線治療は、多くの場合、外来通院で行われるが、毎日診察することが原則であるが、患者の急増(過去10年で2倍)のなか、「毎日診察」は現実的ではない。
- ◇ 放射線治療の業務増加と高精度に対応するため、専門の診療放射線技師の養成が必要である。
- ◇ 医療安全の観点から、放射線治療装置1台あたり複数の診療放射線技師の配備が必要である。(以上、中川委員)

(2) 患者への情報提供

- ◇ 放射線治療を治療の選択肢として提示することが大切。(田村委員)
- ◇ 治療の選択肢を提示することが大切。患者の治療の選択肢についてはキヤンサーボードが担うべきであるが、現実には機能していない。(眞島委員)
- ◇ 「外科治療か放射線治療か」選択肢を提示された上で治療法を選んでいる人は少ない。選択肢を示した上で、患者の希望に沿った治療を行うことが必要。(花井委員)
- ◇ 放射線治療についての啓発冊子作成やインターネット経由での情報提供などが必要。
- ◇ 学校でのがん教育でも、放射線治療およびセカンドオピニオンの考え方を学童に学んでもらう必要がある。(以上、中川委員)
- ◇ 外科治療と放射線治療を比較した得失を患者に示すことが必要。(原委員)

(3) ITの活用

- ◇ 日本の診療放射線技師のレベルは高いがそれだけで放射線治療を担うには限界がある。医学物理士の雇用を進める環境整備が必要である。一方、ITを使った遠隔サポートのようなシステムも考えていく必要がある。
- ◇ 放射線治療には画像及び画像を使ったコンピューターシミュレーションが必要であり、IT技術によるサポートは欠かせない。放射線治療に関するITネットワークを構築してはどうか。(以上、中川委員)
- ◇ 放射線治療において、IT技術を積極的に取り入れて、診断や治療方針決定、教育に関して地域連携を進めてはどうか。九州・東北地区でもこのような動きがあると聞いている。(前原委員)

(4) 放射線医の育成

- ◇ 放射線医だけでなく、多くの医療者が「がんプロフェッショナル養成プラン」で雇用されている。(事業の終了する2012年に)2012年シ

ヨックがおきないよう、文部科学省には「がんプロフェッショナル養成プラン」の継続をお願いする。(中川委員)

◇ アメリカでは、ある専門領域に医師が少ない場合には、その領域での若手医師トレーニングに補助を出し、反対にある領域に医師が多い場合には補助を削るといった制度がある。学会の力は限られていることから、厚労省・文科省が協働して後期研修で若手医師が自分の専門領域を決定する際に、専門性の偏在化がおこらないような措置を講ずる。すなわち、外科、放射線治療部門、化学療法部門のように「治療科」はトレーニングがきついため入局が少なく、きつくない診療科に多くの医師が入る。医師の専門性の偏在化をあらためる工夫が必要。(田村委員)

◇ 医学部などにおける放射線診断学と放射線治療学の講座分離を進める必要がある。(中川委員、田村委員)

◇ 医師国家試験のなかでの放射線治療分野の出題を増やし、モデルコアカリキュラムの見直しも必要。(中川委員)

◇ 研修医や医学生に放射線治療学の意義ややりがい伝わっていない。

◇ 放射線治療医の不足も問題だが、質の担保も必要。小児がん領域ではしばしばその重要性を痛感する。(以上、原委員)

(5) 放射線治療機器の整備

◇ がん診療連携拠点病院の中には、放射線治療機器等を整備できず、指定を外れる施設がある。また、機器等があっても放射線治療医や医学物理士などの医療者が十分にいない施設や、機器等の整備に関わるコストに見合う患者数が集まらない施設もある。放射線治療に関わる医療者の育成を引き続き進めるとともに、放射線治療機器の整備にあたっては、重粒子線・陽子線治療に関わる機器も含め、適正な整備について検討すべき。(天野委員)

◇ 重粒子線治療機器は年間1,600人治療しないと採算がとれない。日本だと20台弱で良いだろう。患者さんも短期間治療のために、整備された施設へ行けばよく、重粒子線治療についてはセンター化すべき。(嘉山委員)

◇ 小児がんと同様、放射線療法も均てん化と集約化の議論がある。重粒子線治療についてはある程度センター化すべき。(中川委員)

◇ 重粒子線治療、陽子線治療について、医療保険の適用を認めるべき。(中沢委員)

(6) 医学物理士について

◇ 医学物理士は国家資格ではないため、政府の文書等に文言として入りにくい。(中川委員)

◇ 医学物理士には診療報酬の手当てがなく、院内にポジションがないため、博士号取得後の仕事がない。(嘉山委員)

(7) その他

◇ 拠点病院と地域の病院連携により、ネットワークの構築をはかり、住んでいる地域に関係なく、より患者負担の少ない質の高い医療が公平に受けられることが出来る仕組み(電子カルテ情報活用・患者情報のICカード化など)を作る必要があるのではないかと(地域格差の解消・医療へのアクセスの問題解消)。また、先駆的にそのような仕組みづくりを行おうとすると、そこを支援できるような施策を行い、それによってどのような効果や課題があったのか評価も行き、随時検討していくことが必要ではないか。(北岡委員)

◇ 社団法人 日本専門医制評価・認定機構など、第三者的な機関が認定するシステムを作らなければいけない段階に来ている。厚労省でも委員会が立ち上げられており、問題は認識されている。長期的な議論になると思うが検討していくべき。(門田会長)

◇ (手術、放射線療法に共通して、)患者・家族の中には「専門医」という言葉すら知らない人も多い。インターネットや書籍などの情報に振り回され、自分の状況に合った治療法や医師を見誤るケースもある。患者・家族が適切な治療法等を選択できるよう、専門医や、医療機関の治療実績などを、わかりやすく情報提供するための基準作りに取り組むこと。(松本委員)

◇ RI 内用療法に用いる線源としての薬剤に関する医療費を、放射線治療の枠内で扱うべきである。(中川委員)

化学療法、ドラッグ・ラグに関する委員からのまとめ

1. 化学療法

- ◇ 文科省への要望であるが、救急医学講座を設置した時と同様、腫瘍内科講座の設置を進めるべき。さらに、病院にがん診療部の設置を推進することで、学生の教育や専門家の育成が進む。予算を確保し、専任のポジションを確保することが必要。
- ◇ がんのチーム医療については、各医療従事者が何を担当するかということは各人の適正や能力もあることから決める必要はないのではないか。(以上、嘉山委員)
- ◇ 人材育成を進めるためには、腫瘍内科講座や臨床腫瘍講座がなければ、若手医師や学生は、自分のキャリアパスとして選択することはできないのではないか。(江口委員)
- ◇ 現状、各臓器別に診療を行い横のつながりができていない。解決するには、まず、病院内の横のつながりを構築するため、病院に化学療法部、腫瘍センターなどを設置し、さらに、人材育成を進めるため、臓器別講座ではなく(大学医学部に)腫瘍内科等の講座を作る必要がある。
- ◇ がんの化学療法は血液の分野が先導してきたということ、また、血液内科の入院患者の多数を血液がんの患者が占めることから、まずは血液/腫瘍内科講座の構築を進めてはどうか。(以上、田村委員)
- ◇ 薬物療法の急速な進歩・多様化に対応できる人材を養成するため、医学部に腫瘍内科などの講座設置を求めていく必要があるのではないか。また、臓器縦割りの診療から横のつながりをつくるため、病院に化学療法部またはがんセンターの設置を促すことはできないか。(本田委員)
- ◇ 現状では、呼吸器内科医や血液内科医が腫瘍内科医に変わる場合が多い。腫瘍内科医を内科医のキャリアパスの中で明確に位置づけることが必要。(原委員)
- ◇ 就労世代や育児世代の患者が、社会や家庭で自身の役割を果たしつつ無

理なく化学療法を続けるために、夜間や休日に外来化学療法を受療できると有難いという声が多く聞かれる。マンパワーの問題など課題も多いが必要があると考ええる。

- ◇ 化学療法の副作用への誤解が依然として根強く、治療の阻害要因になっていることがある。がんの化学療法について、短時間で正しい理解を得られるようなDVDなどを製作し、治療を予定する患者に周知を図ることが必要と考ええる。(以上、花井委員)

2. ドラッグ・ラグ

- ◇ ドラッグ・ラグについては、未承認薬だけでなく、適用外薬を保険診療で使えないことが患者にとって大きな問題になっている。未承認薬と適応外薬では、ラグの背景・原因が異なることから、それぞれの問題をきちんと分けて議論・対応する必要があることを、次期がん対策推進基本計画に明記すべきである。
- ◇ がん対策推進計画中間報告では、「革新的医薬品・医療機器創出のための5年戦略」に基づき、日米における新薬の上市期間の差を「ドラッグ・ラグ」とし、平成18年度の2.4年から平成20年度に2.2年へ短縮したと評価している。しかし、この数字は一部の新薬(未承認薬)のみを評価し、適応外薬の問題を含んでいないため、患者や医療者を苦しめている実態を表してはいない。適応外薬を含めた数値目標・評価のあり方を検討し、見直すべきである。
- ◇ 未承認薬(新薬)のドラッグ・ラグへの対応については、政府・医療界でも治験・臨床試験の推進に加え、早期探索的臨床研究などに力を入れ始めており、今後、進捗状況を明らかにするよう求め、評価していく必要がある。また、治験・臨床試験の推進と並行して、被験者保護の徹底、国民・患者への情報提供のあり方の検討、コンパッショネート・ユース制度の創設などを、がん対策の推進の観点から担当部局に求めていく必要がある。
- ◇ 適応外薬のドラッグ・ラグへの対応については、諸外国のように、薬事承認とは別に、一定の評価のある医薬品を保険診療で利用できる新たな仕組みを検討する必要があるのではないか。現在の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で諸外国の後追いを続ける方法や、再審査期間を終了した医薬品を対象とした「55年通知」の活用では限界がある。平成16

年からドラッグ・ラグの解消を目的とした検討会が次々に設置されたものの、「新たな仕組みをつくらないと適応外薬のドラッグ・ラグはなくなる」とした有識者の言葉を重く受け止め、がん患者・医療者の視点で強く提言すべきである。

- ◇ 「がん対策基本法」は、未承認薬及び適応外薬のドラッグ・ラグ解消を求め、命をかけて訴えた患者たちの声を受けて成立したものである。こうした本協議会の発足の経緯を踏まえ、ドラッグ・ラグの解消にかかわる問題についても、中医協を含めた各種審議会や、治験・臨床試験等に関する検討会などへ積極的に意見を出すべきである。(以上、本田委員)
- ◇ がん対策推進基本計画において、未承認薬のみならず、適応外薬に関わるドラッグ・ラグについての状況を明らかにするとともに、その数値目標を定めること。
- ◇ 既承認薬での治療が難しく、代替となる治療がない患者に対して、海外での標準治療薬への早期アクセスの保証と人道的な観点から、コンパッション・ユース制度の導入を行うこと。(以上、天野委員)
- ◇ がん化学療法に伴う貧血へのESAの使用は認められておらず、世界に遅れをとっているのが現状。臨床医の関心は貧血以外の副作用にあり、貧血に関しては実情が把握されておらず、がん治療学会において調査を実施する予定。(前原委員)
- ◇ ドラッグ・ラグの問題は悪化しているのではないか。10年前は4年、いまは5年かかっている例もみられる。欧米の抗がん剤開発は加速しており、毎年ガイドラインも改訂される。そこに収載される多くの新しい抗がん剤をスムーズに承認するシステムを整備しないと、ドラッグ・ラグはより深刻化するのではないか。(眞島委員)
- ◇ あるがんに対して薬剤使用の適応があっても保険は適応されていない点を議論する場が必要。日本で薬を開発する際のリスクを考え、企業が薬剤開発の意思決定を行うまでに時間がかかりすぎることから、未承認薬の問題を解決するためには、企業が薬剤開発をしやすくするシステムが必要であり、世界同時承認を目標とし、例えば、企業と学会と国立がん研究センターが協働して薬剤開発室といった組織を作り、開発までの意思決定が速やかにでき

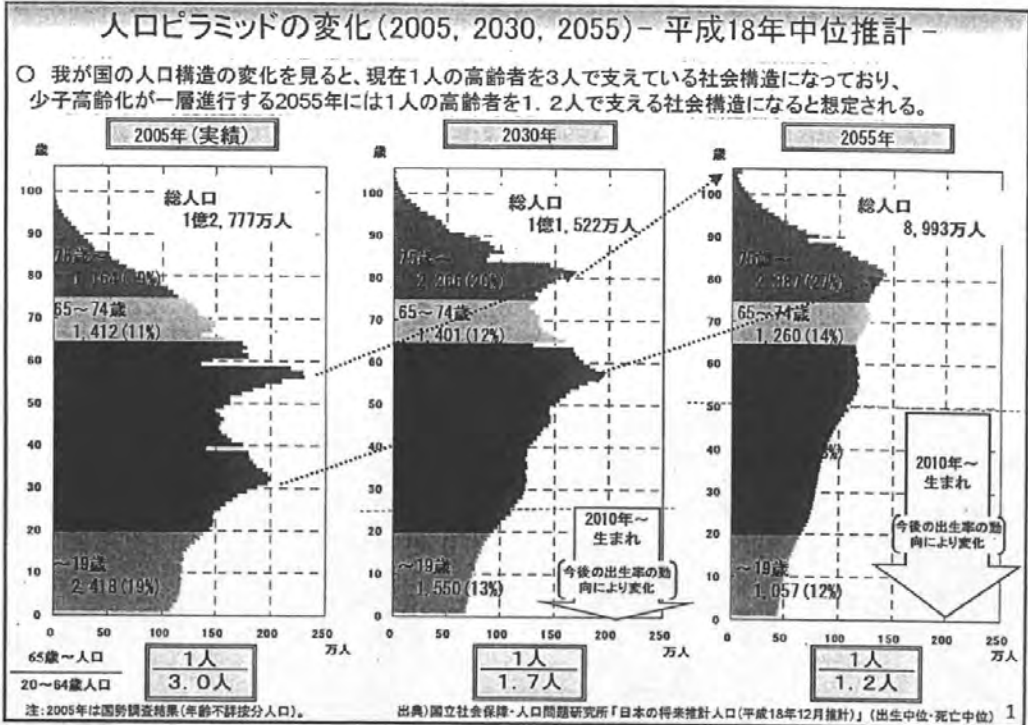
るよう進めてはどうか。(田村委員)

- ◇ 適応外薬に関しては、内外の知見に基づいて適応症以外の有用性が明らかになった際に、速やかな承認に必要な施策を行うとともに、薬事承認と保険償還とを一体とする現行制度の改正を検討すること。
- ◇ 日本のドラッグ・ラグ解消に対する海外の期待はなくなりつつあり、日本を外した形で国際共同臨床試験が進められる場合もある。例えば、多剤併用療法による国際共同臨床試験などにおいて、適応外薬があるために日本が試験に参加できないという事態が生じている。国際共同臨床試験などに参加できないことは患者にとって不利益。(以上、天野委員)
- ◇ 緩和ケアについては、例えば、未承認薬の制吐剤の治験審査は2年かかっている。制吐剤など支持療法は患者の苦痛を緩和するものであり、審査を優先することが必要。緩和ケアの薬の多くは適応外であるが、安全性の問題、また民間療法とみなされないためにも公知のエビデンスとなるような臨床試験を進めることが重要。さらに、診療報酬については、内科系学会社会保険連合(内保連)、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)、各学会により適正化を進めるべきである。(江口委員)
- ◇ 根本的には制度の問題があることから、これを解決するためには、薬の開発プロセスも含め、国民を教育し、国民が理解することが必要。(中川委員)
- ◇ 小児適応薬の不足も含めて、膨大な数の薬剤についての検討が必要。患者救済を目的とした早期承認の拡大が必要だが、不利益(予期せぬ副作用)が伴うことの理解も必要。(原委員)
- ◇ 新たな治験活性化5カ年計画の進捗状況に関し、この計画のもとに現在まで具体的な企画された治験、稼働している治験などについて、診療現場における治験の具体的な進捗に関する情報を収集し、中間的な解析であっても、本計画による改善状況について分析・評価する必要がある。(江口委員)
- ◇ 適応外薬・未承認薬に関する問題について、がん対策協議会の骨子に具体的に書き込むべき。

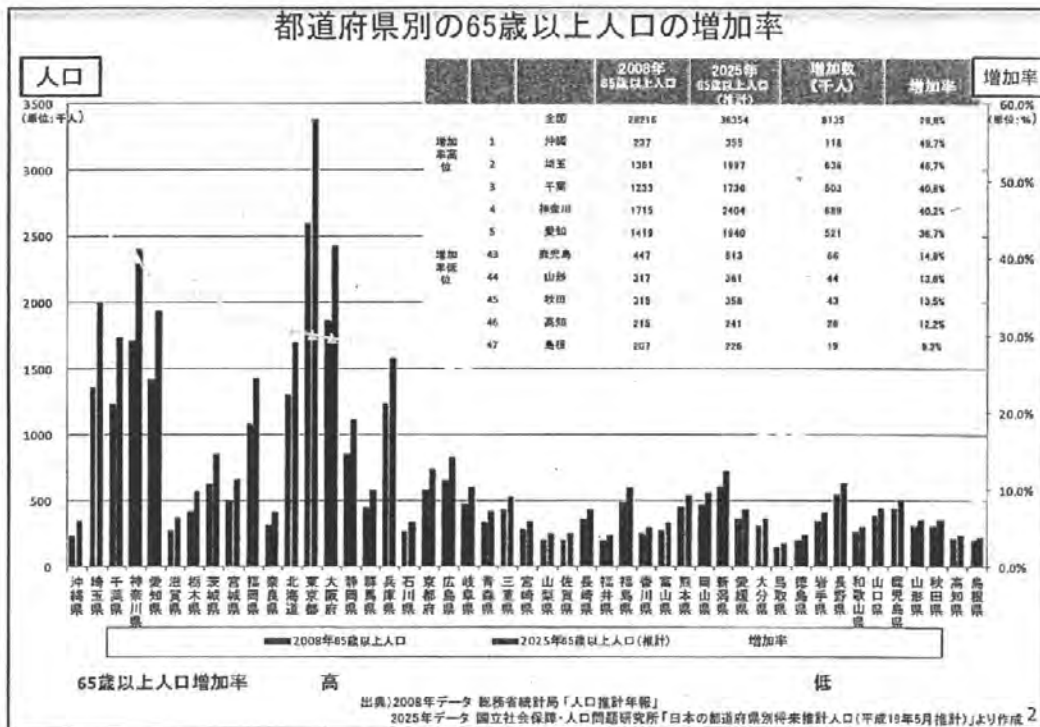
- ◇ ドラッグ・ラグは、日本でどの疾患にも適応を有していない「未承認薬」とある疾患には適応を有しているが、同じく有効であるとわかっている疾患であるのに適応が無い「適応外薬」がある。「未承認薬」「適応外薬」それぞれに対して対策が必要。
- ◇ 米国や欧州では、必ずしも全ての医薬品がFDAやEMAの承認を受けているわけではない。FDA承認年から、PMDA承認年を差し引いた数字だけで、「ドラッグ・ラグ解消」に向かっているとはいえない。公的保険で償還されている医薬品が多くあり、海外の患者が恩恵を受けていることを考えなくてはならない。
- ◇ ドラッグ・ラグはがん患者にとっては「いのちに直結する問題」であり、長年にわたり、「がん患者が解消を求めて活動を続けている問題」であることを受け止め、化学療法の推進とひとくくりにするのではなく、しっかりと項目を立てて計画を作ることが必要なのではないか。
- ◇ がん対策推進協議会としてドラッグ・ラグ解消について、計画を打ち出し、関連する審議会や協議会などに対して意見を出していく必要がある。
- ◇ 各種がんのガイドラインに記載されていても「適応外」という治療薬がある。また適応外の処方に関しては支払基金で保険が認められる、認められないといった差があり、そこで治療の格差が生じていることから、55年通知の限界も考え透明性のある組織を構築し、保険適用に関して学会などと協力の上、責任を持って取り組んでいくことが必要なのではないか。
- ◇ 国際共同試験、国際共同研究に日本が参加しようとしても、比較対象となる治療薬の適応を有していないため、参加が難しいという声もある。ドラッグ・ラグがさらなるドラッグ・ラグを出さないためにも、質の高い臨床試験を行う場合には治療薬を保険適用にするなど何らかの対策が必要なのではないか。
- ◇ がん研究専門委員会の報告では、臨床研究の部分についての意見が多い。しかし、研究が薬となって患者さんに届くのは長い年月が必要ということから、「今、存在する患者に有効で安全な治療薬を届ける」という観点をもち、Ⅱ相・Ⅲ相試験について、今後どのようにして取り組んでいくかという点を本協議会で補足する必要があるのではないか。
- ◇ 抗がん剤の中には、最初の承認から長い年月を経てから新薬との組み合わせや、別の用法、容量で従来のがんに対してさらなる効果が認められたり、別のがん種に対して効果が認められることも少なくない。日本発の臨床試験が海外に認められるケースも多いが、日本ではその評価（薬事承認に用いられることがほとんどない）は極めて低い。臨床試験の質を上げていくためにも、質の高い臨床試験を行った際には薬事承認にデータが用いられるようにするなどインセンティブが必要なのではないか。
- ◇ 多くの支持療法薬が現在「適応外使用」されている現状では、患者の痛みや副作用の辛さに適切に対処できるとはいえない。また支払基金で保険適用が認められる、認められないで受けられる治療の格差が生じないよう意見を出す必要があるのではないか。（以上、嘉山委員）

在宅医療の現状と課題

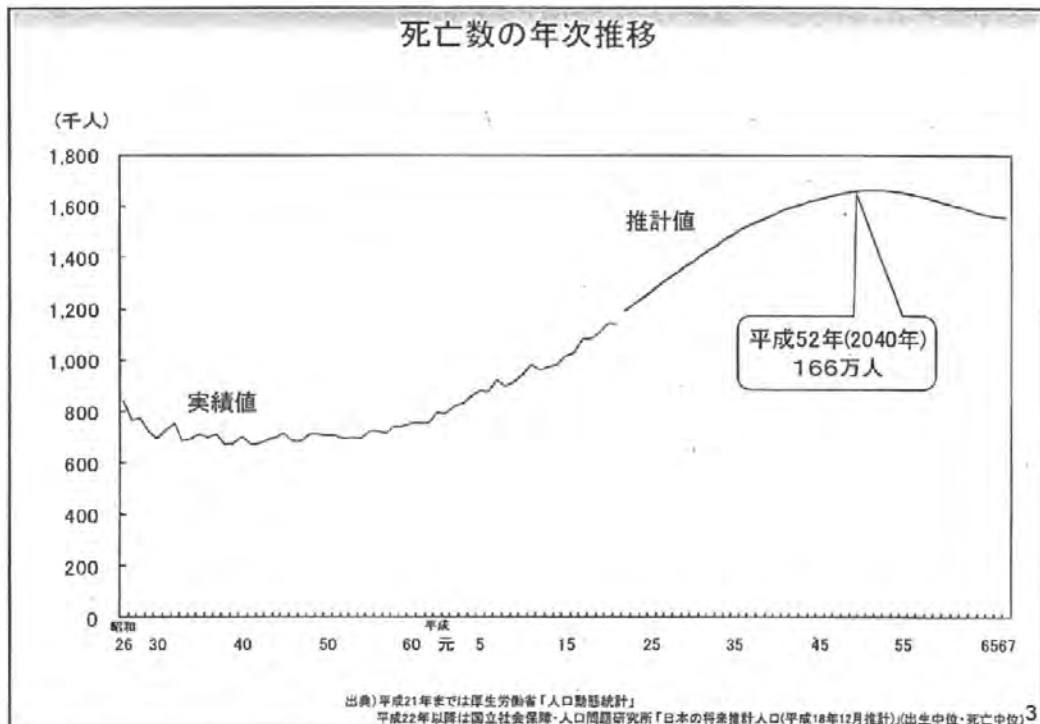
医政局指導課
在宅医療推進室

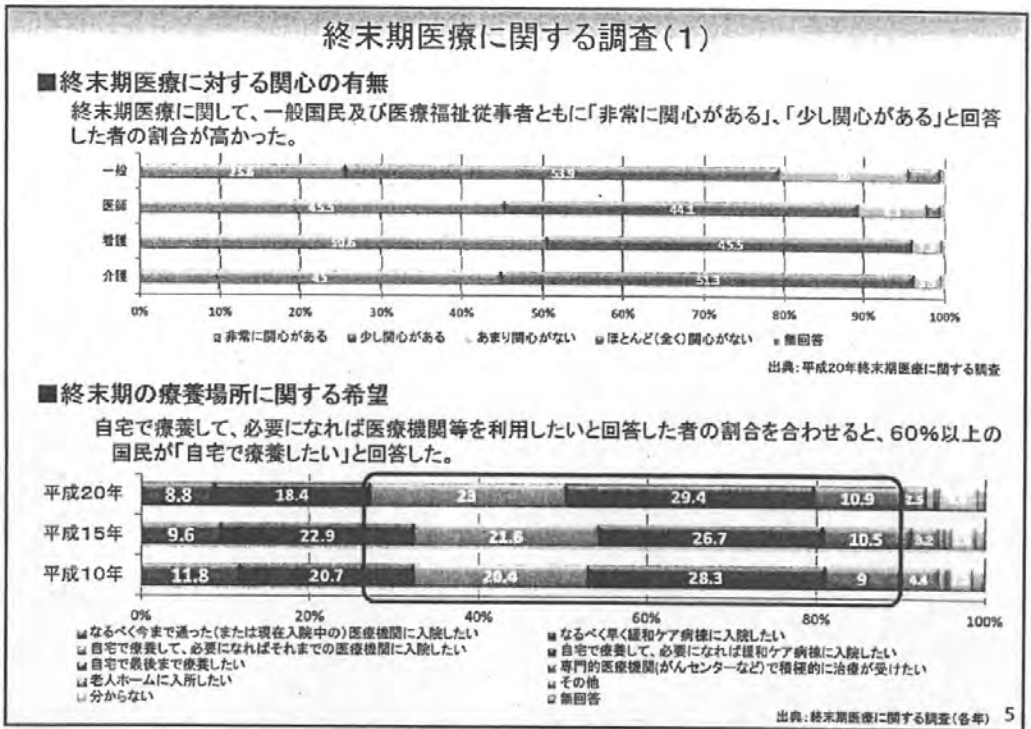
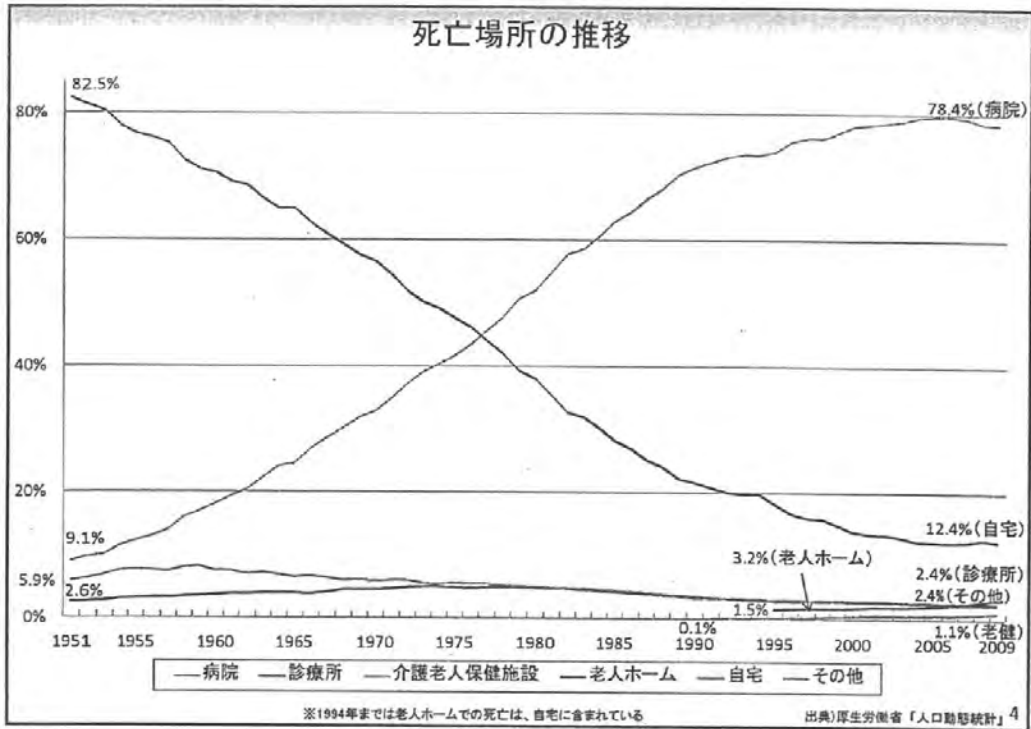


都道府県別の65歳以上人口の増加率



死亡数の年次推移

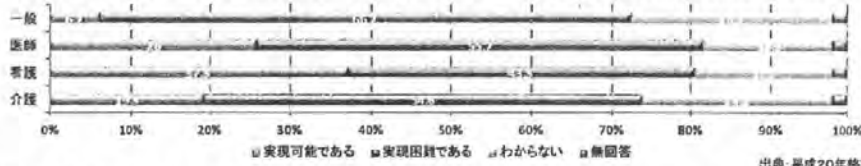




終末期医療に関する調査(2)

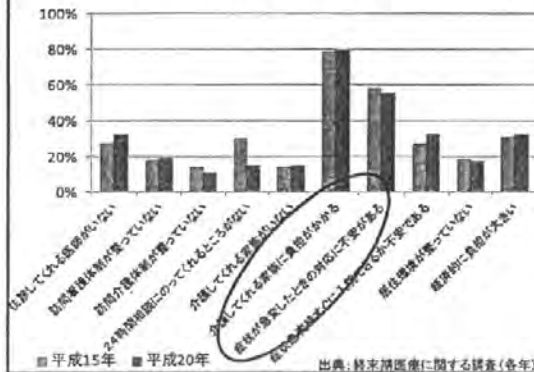
■ 自宅での療養: 60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)



出典:平成20年終末期医療に関する調査

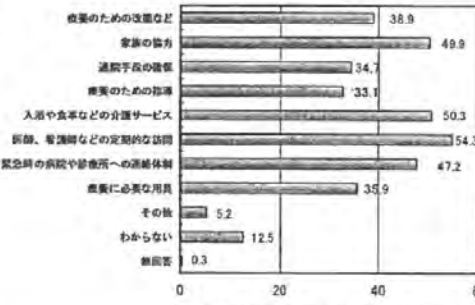
■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典:終末期医療に関する調査(各年)

■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)

※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象

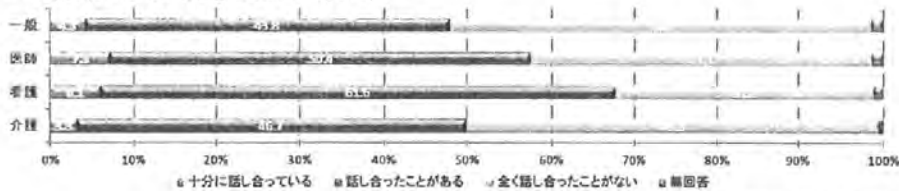


出典:平成20年度 厚生労働省「受療行動調査」

終末期医療に関する調査(3)

■ 延命医療の継続に関する家族との話し合いの有無について

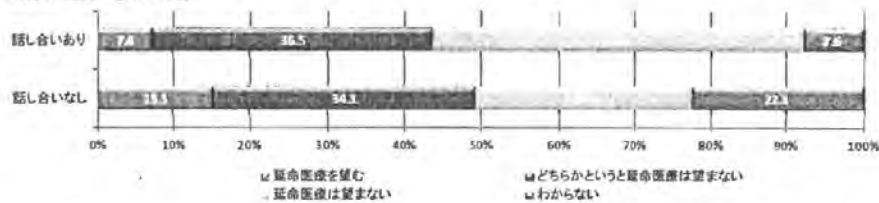
自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」と「全く話し合ったことがない」で回答が二分した。



出典:平成20年終末期医療に関する調査

■ 自分が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合の延命医療について(一般国民)

延命医療について家族と話し合いをしているの方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。

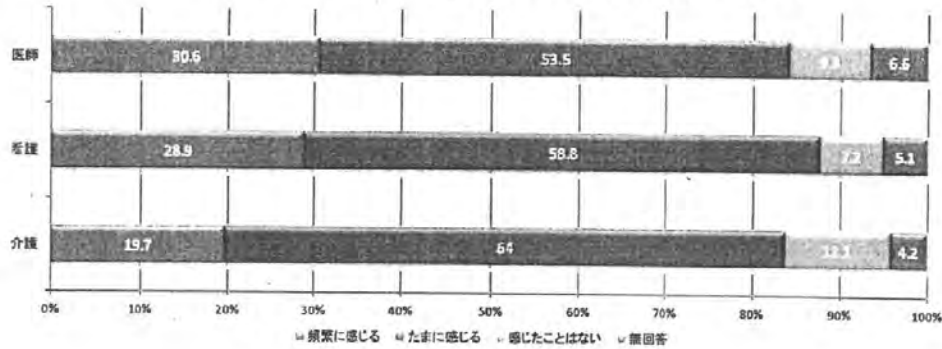


出典:平成20年終末期医療に関する調査

終末期医療に関する調査(4)

■終末期医療に対する悩みや疑問

終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は80%を超える。



出典：平成20年終末期医療に関する調査 8

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の届出状況：1,2487件 (厚生労働省保険局医療課調べ、平成22年7月1日時点)

平成18年度創設

患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築する。

在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

9

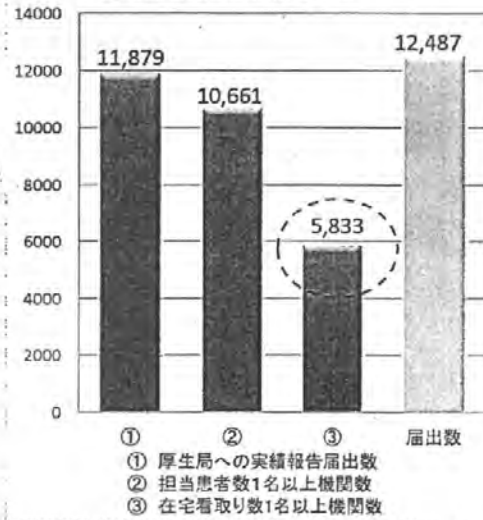
在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

在宅療養支援診療所
届出数

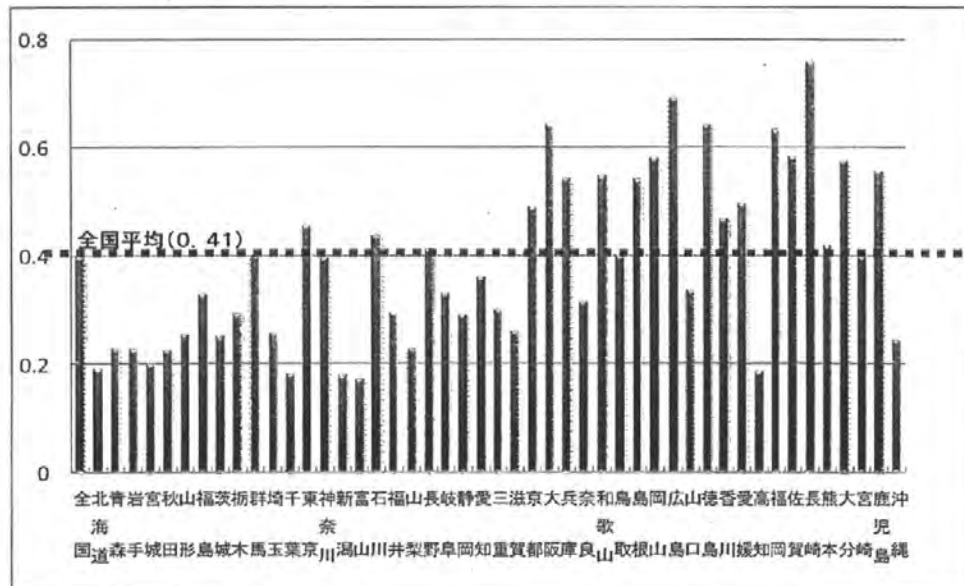


在宅療養支援診療所の実績



出典)厚生労働省保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点) 10

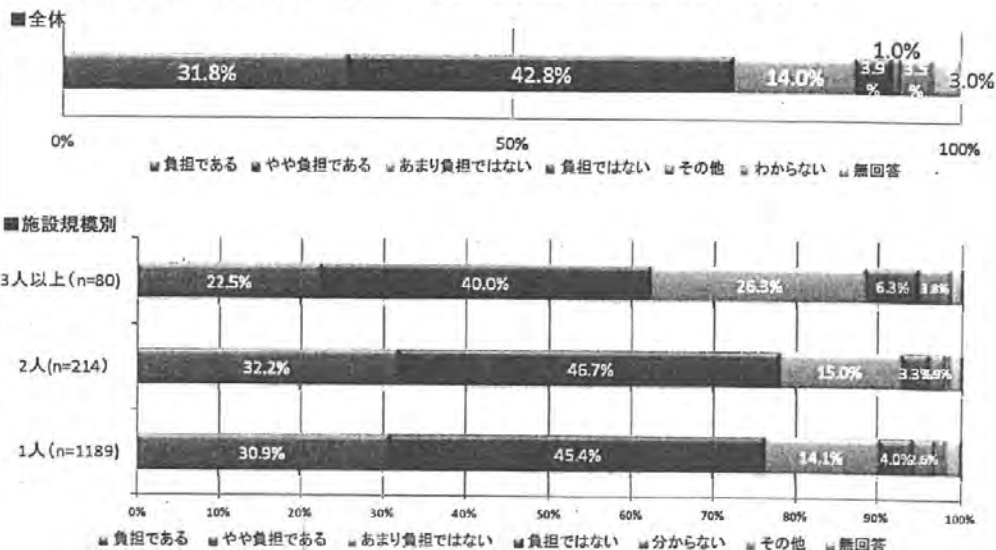
65歳以上人口1000人あたりの在宅療養支援診療所の都道府県別分布



出典)在宅療養支援診療所数、厚生労働省「平成20年「医療施設調査」」、65歳以上の人口、総務省統計局「平成20年「人口推計年報」」11

在宅療養支援診療所医師の24時間体制への負担

- 70%以上の在宅療養支援診療所の医師が24時間体制への負担を感じている。(n=1,808)
- 3人以上で24時間体制をとっている在宅療養支援診療所の医師は負担感が少ない。



出典) 日本医師会総合政策研究機構「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査 12

在宅療養支援病院

在宅療養支援病院の届出状況: 331件 (厚生労働省保険局医療課調べ; 平成22年7月1日時点)

平成20年度創設

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行うこととした。

■ 具体的な内容

下記のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

在宅療養支援病院の要件

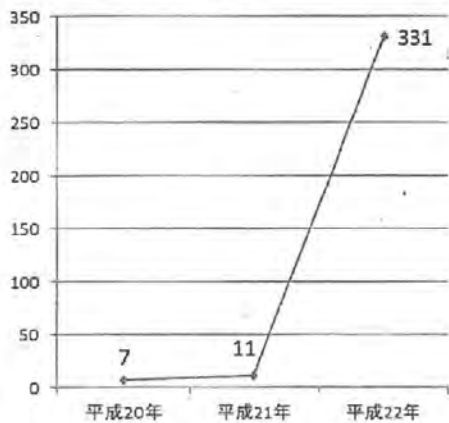
- 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること
- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 在宅看取り数等を報告していること 等

13

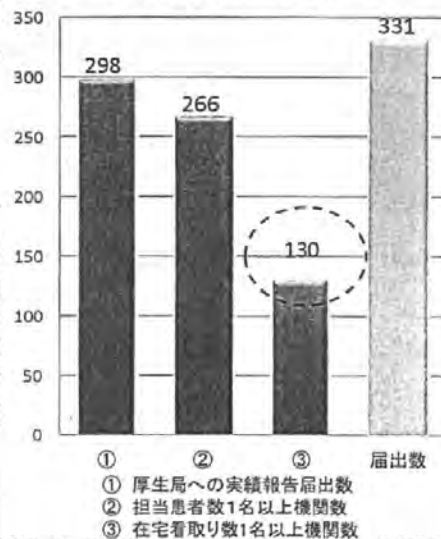
在宅療養支援病院の届出数の推移

○ 平成22年の診療報酬改定の際に、在宅療養支援病院の要件が緩和され、数が急増している。

在宅療養支援病院
届出数



在宅療養支援病院の実績

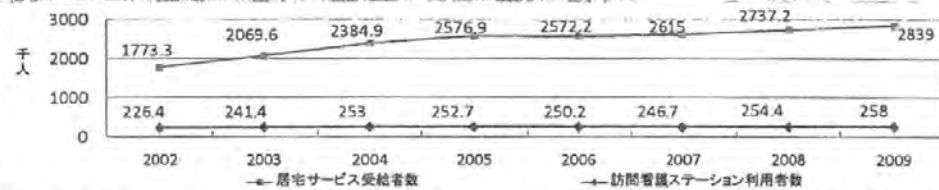


出典)厚生労働省保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

訪問看護の実態

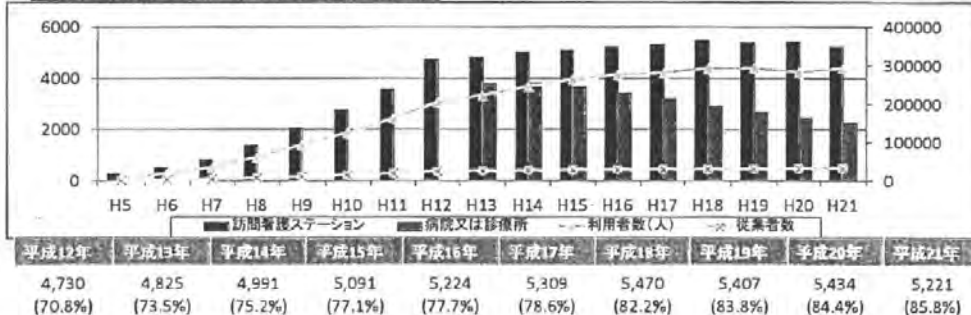
■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



出典)介護給付費実態調査(各年5月調査分)

■ 訪問看護ステーション数および利用者の推移



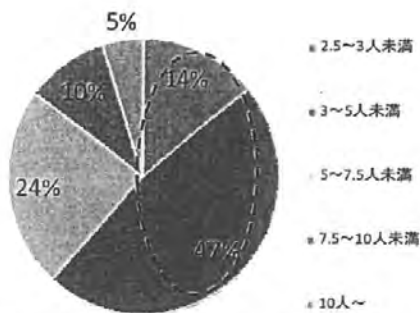
※(1)内は、緊急時訪問看護加算の届け出事業所の割合

※緊急時訪問看護加算...訪問看護ステーションが利用者又はその家族に対して24時間連絡体制にあり、かつ、計画的に訪問することになっていない緊急訪問を必要に応じて行うことを評価するもの。 出典:訪問看護ステーション数、利用者数、緊急時訪問看護加算:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」 病院又は診療所数:厚生労働省「介護給付費実態調査-各年10月調査分」

訪問看護事業所の規模別状況①

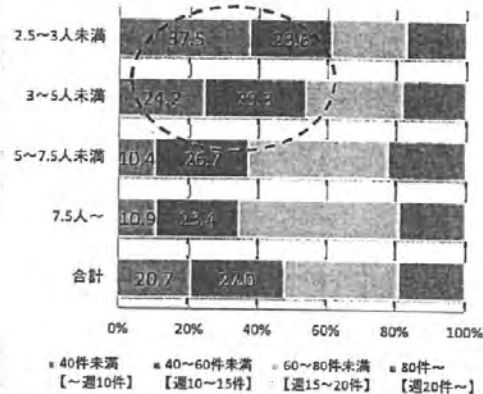
- 5人未満の小規模な訪問看護事業所が約60%を占めている。
- 小規模な訪問看護事業所であるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員※数規模別にみた職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)

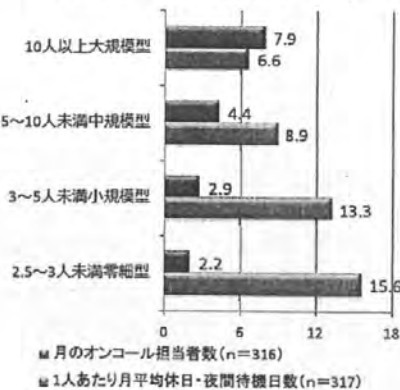


出典) (社)日本看護協会 平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」より作成 16

訪問看護事業所の規模別状況②

- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、オンコールの負担が大きい傾向がある。
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

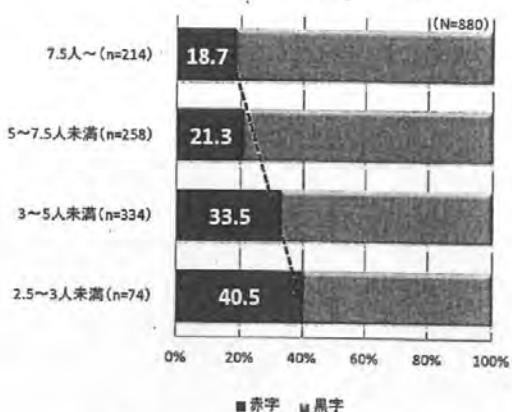
■ 訪問看護事業所の規模別24時間オンコール対応の状況



出典) (社)日本看護協会 平成18年度「訪問看護ステーションと在宅介護支援給付所との連携に関する研究」

■ 職員※数規模別にみた収支の状況

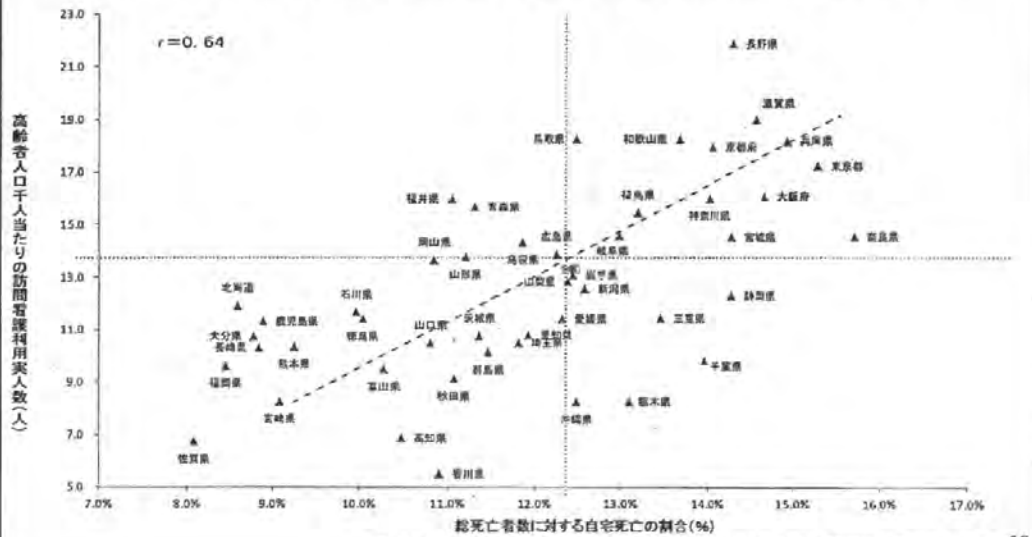
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



出典) (社)日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」 17

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



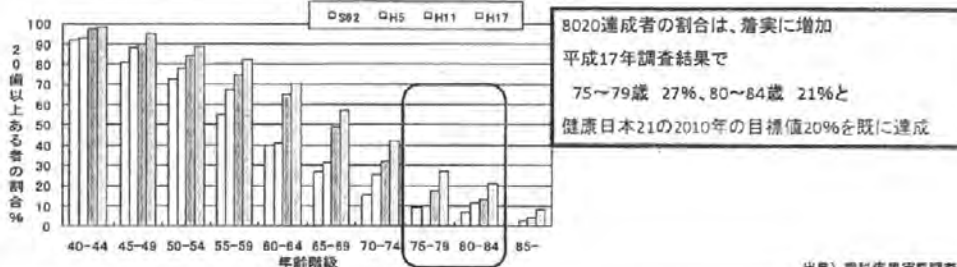
在宅歯科診療の背景

高齢者へのアンケート —高齢者のQOLと口腔は関係が深い—

- 80歳以上の高齢者 233人
 - 生きがい(喜びや楽しみ)を感じる時
 - ① 孫など家族との団らんのとき 47.2%
 - ② テレビを見たり、ラジオを聞いているとき 36.1%
 - ③ 趣味やスポーツに熱中しているとき 34.8%
 - ④ 友人や知人と食事、雑談しているとき 30.0%
 - ⑤ おいしいものを食べているとき 26.2%
- 出典)内閣府 平成15年 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査)

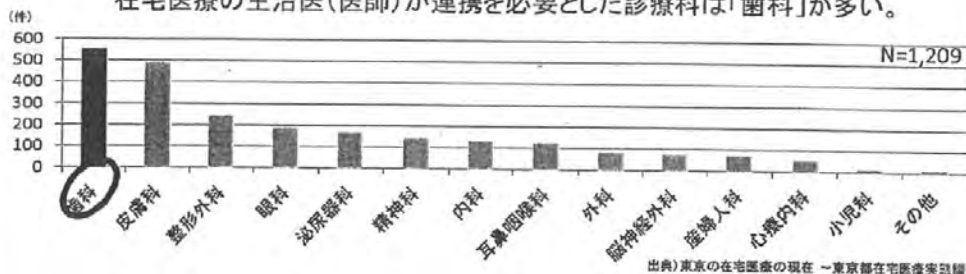
20歯以上の歯を有する高齢者が増加してきており、
高齢者の歯が残るようになってきている。

20歯以上の歯を有する者の割合の推移

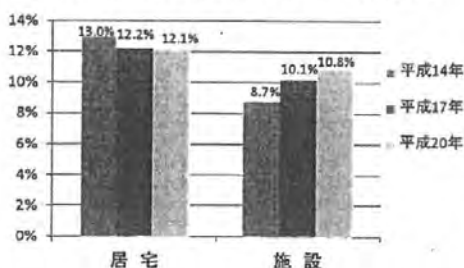


在宅歯科診療の現状

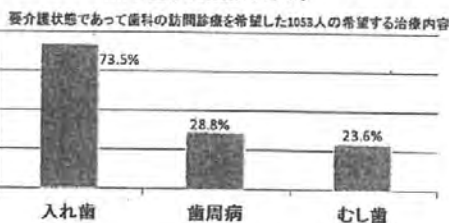
在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合一施設は増加しているが居室は増加していない。



要介護者の希望する治療内容のほとんどは「入れ歯」の治療である。



出典)厚生労働省「医療施設調査」

出典)平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」

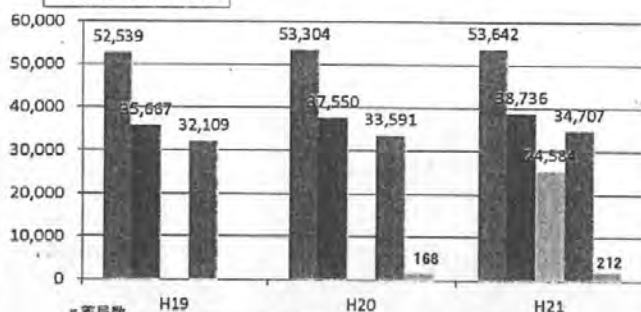
20

在宅医療における薬局・薬剤師の役割と現状

「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施するため、地域における医薬品などの供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

薬局数等の推移



- 薬局数
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
- 基準調剤加算(1及び2)届出薬局数
- 麻薬小売業免許取得薬局数
- 無菌製剤処理料届出薬局数

出典)薬局数:厚生労働省「衛生行政報告例結果」
在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数:中国協資料
基準調剤加算(1及び2)届出薬局数:中国協資料
麻薬小売業免許取得薬局数:厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」
無菌製剤処理料届出薬局数:中国協資料
勤務薬剤師数別の薬局数:平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
一後発医薬品の使用状況調査結果概要(速報)(案)一

勤務薬剤師数別の薬局数



21

薬局薬剤師の緩和ケアの取組み状況

薬局での医療用麻薬の取り扱いについて

麻薬小売業者免許を有している施設 76.7% (n = 795)

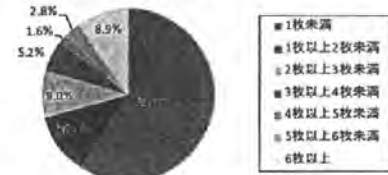
麻薬の在庫を有している施設 61.5% (n = 637)

医療用麻薬の在庫を有している施設の状況

麻薬調剤について 経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)
注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

麻薬の配達について 経口麻薬製剤の配達 15.1% (n = 156)
注射麻薬製剤の配達 0.7% (n = 7)

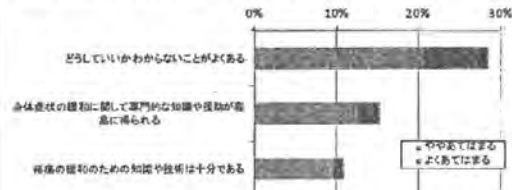
月平均麻薬処方処方せん枚数



全体の仕入れ量に対するデットストックの割合



医療用麻薬を使用しているがん患者への対応について



がん患者への対応について、困っていること



出典)平成21年度厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業「保険調剤薬局における緩和ケアの関わりに関する調査 調査結果報告書」 22

NICUから在宅医療への移行の阻害要因

- 研究班が行った新生児施設へのアンケート調査によると、長期人工換気患者がNICUを退院できない理由の上位は、「病状が安定しない」24%、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であった。

長期人工換気患者* (n=145)

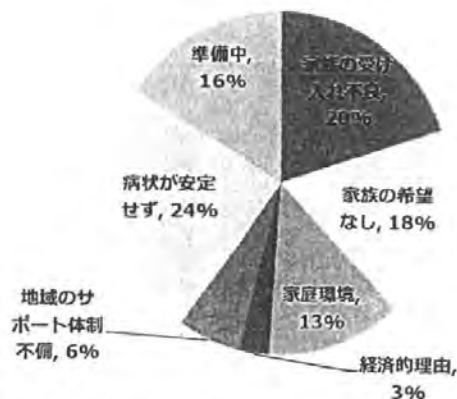
在宅医療適応あり
在宅医療適応なし

39%
(58名)

61%
(87名)

NICU入院中の長期人工換気患者

退院できない理由

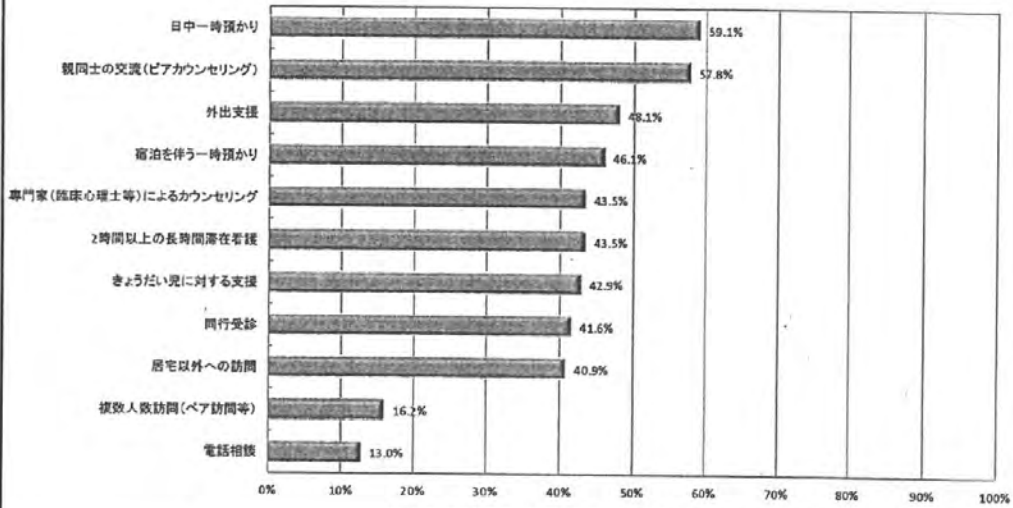


*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)
「中間施設としての小児救急・慢性呼吸器管理病室の在り方の検討」 主任研究者 田村正徳 23

重症心身障害児の親のサービスニーズ

○重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。



出典(財)日本訪問看護協会 平成21年3月「重症心身障害者の地域生活支援に関する調査研究事業」24

ショートステイの現状

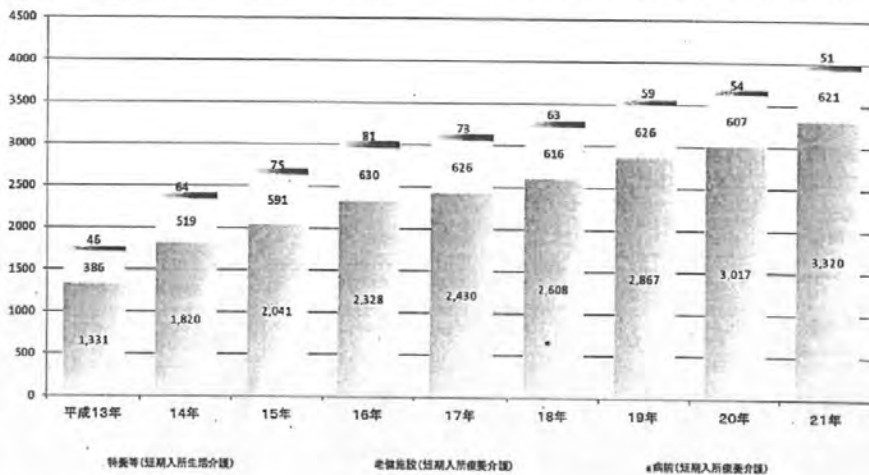
■短期入所(ショートステイ)利用者数の経年変化

* 特養等の短期入所生活介護

平成13年(1,331施設)→平成21年(3,320施設) 約2.5倍

* 老健・病院等の短期入所療養介護

平成13年(432施設)→平成21年(672施設) 約1.5倍



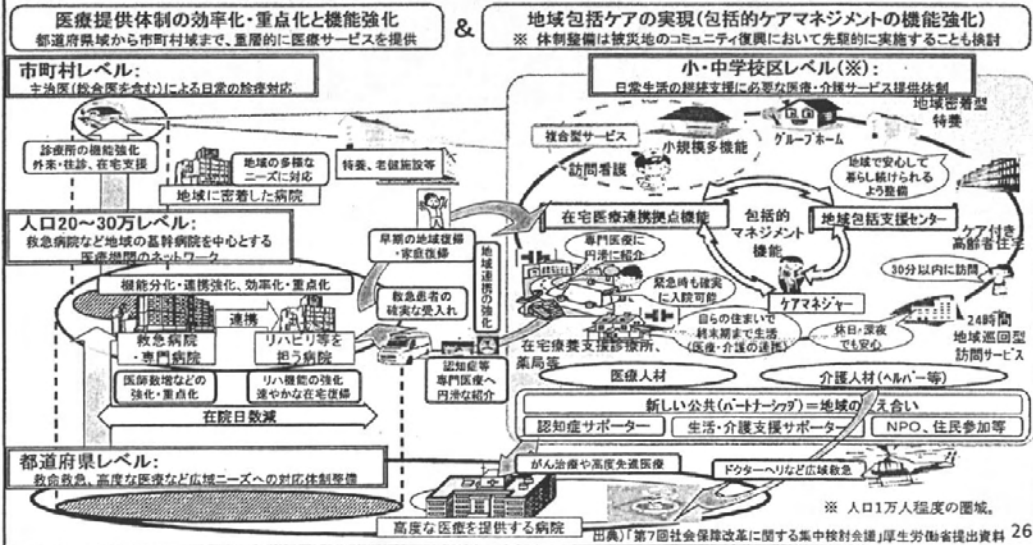
出典)厚生労働省「介護給付費実態調査」25

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

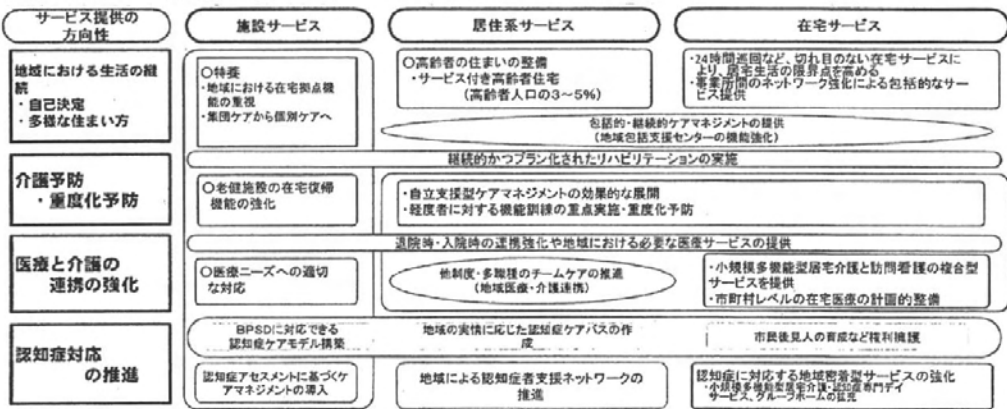


高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

○介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。

○高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。

○ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保障方式の堅持
- ・能力に応じた負担と所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視(ニーズ調査に基づく事業計画策定と整備)
- ・被保険者の地回帰拡大の検討

介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進(学生、退職者、高齢者の参入、マッチング機能の強化)
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

出典)「第7回社会保障改革に関する集中検討会議」厚生労働省提出資料 27

医療計画における在宅医療の位置付け

医療法

第30条の4 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

1～5 (略)

6. 居宅等における医療の確保に関する事項

7～13(略)

第30条の7 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

2 病院又は診療所の管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。

居宅等における医療の確保等の記載事項について

平成19年7月20日付け医政局長通知

『医療計画について』より抜粋

法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

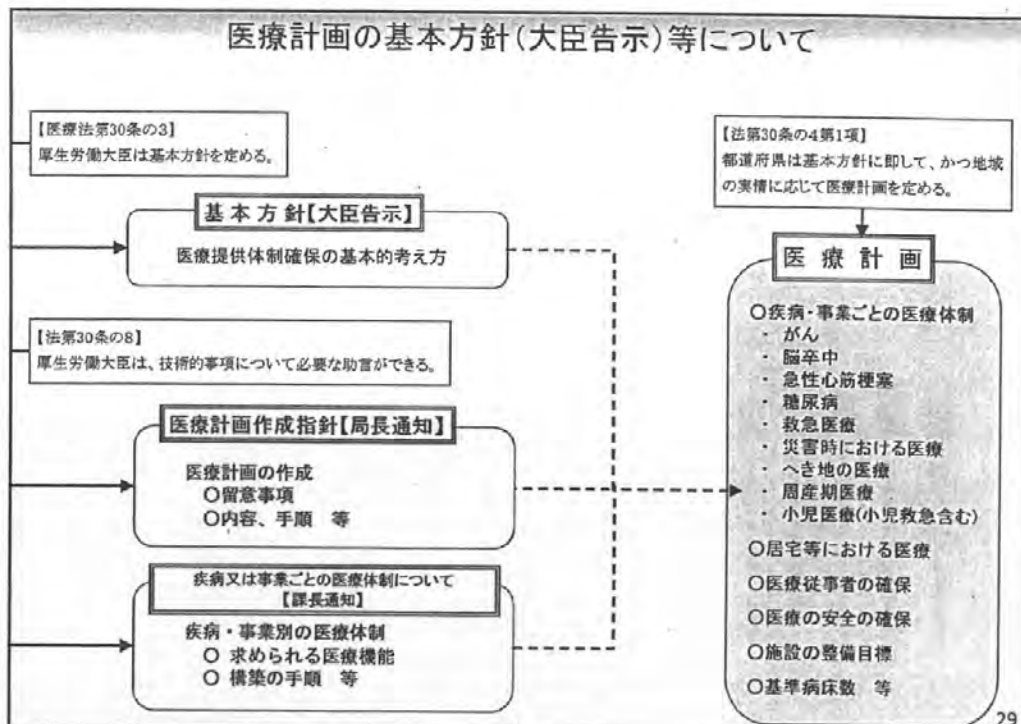
①患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。

②適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。

③医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

28

医療計画の基本方針(大臣告示)等について



29

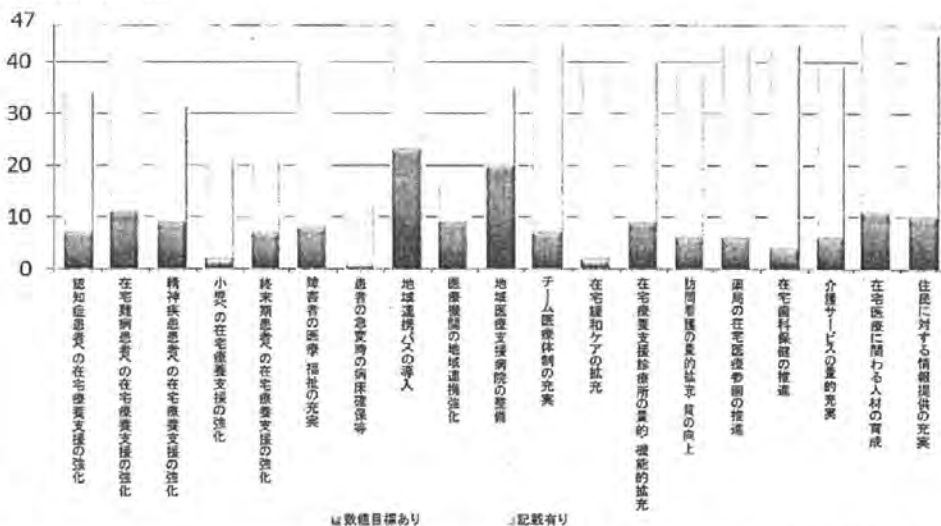
在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

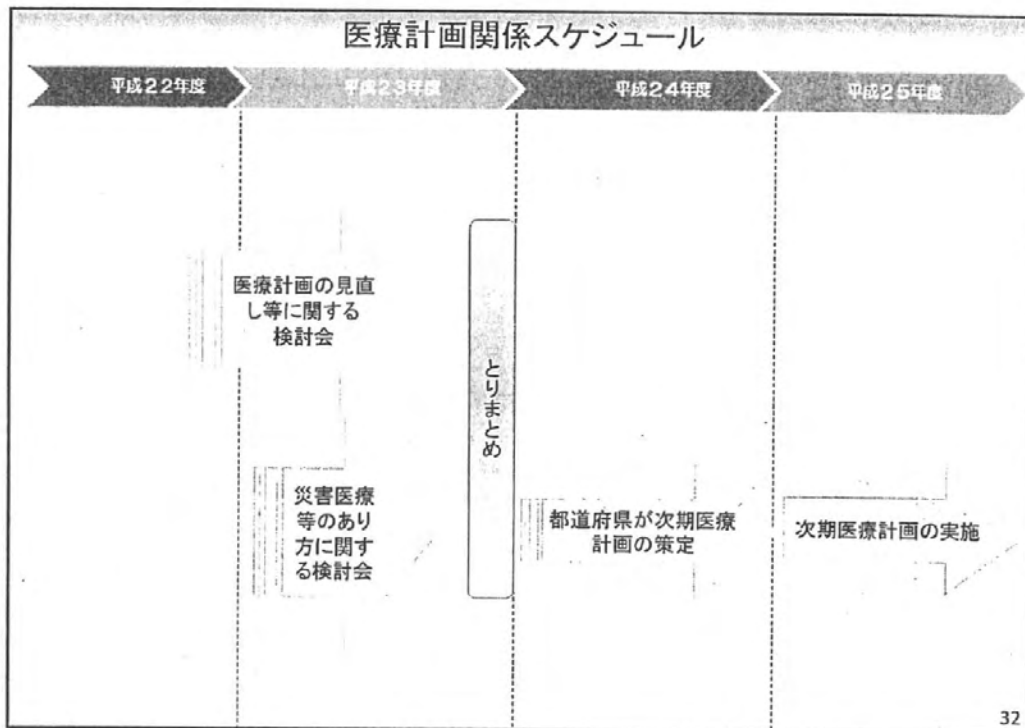
- 北海道
 - ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
 - ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
 - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
 - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
 - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
 - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
 - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
 - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
 - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
 - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)
- 福岡
 - ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
 - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
 - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
 - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
 - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)
 - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
 - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
 - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
 - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療に関する医療計画の内容

■医療計画の内容



出典)各都道府県「医療計画」より作成 31



スライド1

在宅緩和ケアの実情と課題

医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所
大岩孝司

スライド2

報告内容

- ・ さくさべ坂通り診療所
診療／対外的な活動
- ・ 在宅緩和ケアの課題
- ・ 在宅緩和ケア普及の対策

スライド3

さくさべ坂通り診療所の活動報告

- ・ 診療体制／診療内容
- ・ 対外的な活動

スライド4

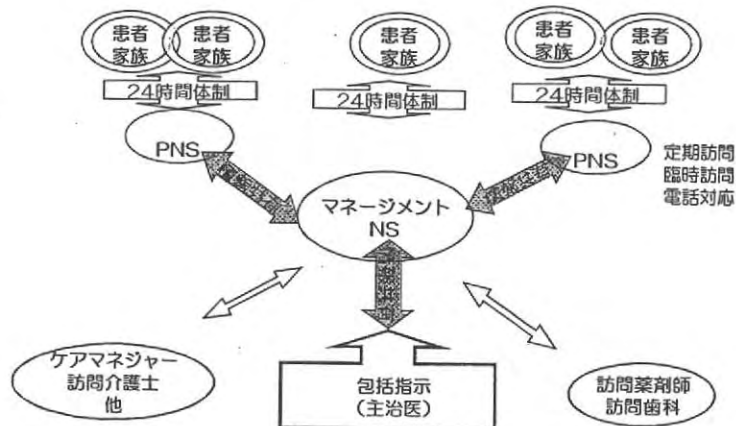
さくさべ坂通り診療所の活動

- ・ 勤務医としてのがん終末期在宅看取り 1990年
- ・ 在宅緩和ケア診療所開設 2001年
- ・ 診療内容
 - 在宅緩和ケア
 - 訪問診療・看護、デイホスピス、グリーンケア
 - がんのホームドクター
 - セカンドオピニオン（がんのあらゆる相談）
- ・ スタッフ

医師	常勤	2名	研修医	1名
看護師	常勤	3名		
ケアマネジャー	常勤	1名		
事務職員	常勤	1名	非常勤	1名

ケア提供体制

- ① 医師・看護師の院内一体型のチームケア
- ② コーディネーターがチームの中核
→ マネージメントナース
院内・院外のチームとの連携のコーディネーター
- ③ 訪問看護師はプライマリー、完全受け持ち制
- ④ カルテは共有



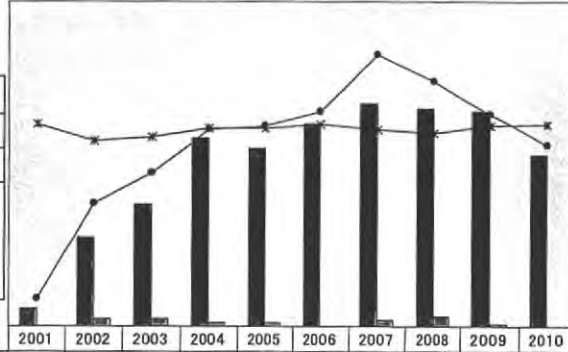
ケアの質の評価・維持

— さくさべ坂通り診療所 —

- ・ 提供したケアの質の評価
 - 在宅死率、在宅完結率
 - モルヒネ使用量の変化 (死亡前1週間)
 - 向精神薬 (ジアゼパム) 使用量の変化
 - 言語によるコミュニケーション維持
 - 遺族による評価 (グリーンケアをかねて)
- ・ カンファランス
 - モーニング・イブニングカンファランス (毎日)
 - デスクカンファランス (1回/週)
 - STAS

さくさべ坂通り診療所の診療実績

相談件数	1087件	2.8日/件
訪問件数	905件	
中断件数	62件	7.5件/年
死亡者数	病院死	17名
	ホスピス死	4名
	在宅死	810名
		在宅死率 97.5%



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
在宅死	9	44	60	93	88	100	110	107	106	85
病院・ホスピス	0	4	4	2	2	0	3	5	1	0
新患者	14	61	76	97	99	106	134	121	105	90
在宅死率	100.0	91.7	93.8	97.9	97.8	100.0	97.3	95.5	99.1	100.0

条件が整えば殆どの患者は住み慣れた家に
最後まで居る事が可能である

対外活動

- ・ 研修・実習の受け入れ
看護学生の实習 (K看護学校)
医師の研修
- ・ 学生講義
千葉大学医学部、教養課程
C看護学校
- ・ がんプロフェッショナル養成プラン、在宅緩和ケア担当
PCC連絡協議会
- ・ 在宅医懇話会
定時講習会 (症例検討を含む)
メーリングリスト (医療アドバイスなど)
- ・ 国立病院機構千葉医療センターとの連携
緩和ケア外来担当
定期カンファランス (1回/月)
- ・ さくさべ坂通り診療所公開カンファランス
- ・ 地域住民との関わり (東千葉地域自治会)
- ・ ボランティア活動受け入れ

千葉県在宅医懇話会

—在宅に関心のある開業医を中心にした集まり—

- 1) 設立の経緯
さくさべ坂通り診療所が主導し、運営することとして、千葉県がんセンターおよび在宅に関心のある診療所に呼びかけた。
- 2) 設立の目的
がん在宅緩和ケアにおいて開業医の医療連携を図る
医療・福祉の多職種と連携して、ネットワークの構築を行う
研修事業：多職種、市民・患者を対象
- 2) 準備会・総会（2006.9～2010.12）

開催	17回
参加人数	50～100人（医師：30～40人）
- 3) 登録数

医師	198名
看護師	64名
薬剤師	5名

PCC連絡協議会

PCC連絡協議会（2010.8発足）

代表 川越厚 副代表 大岩孝司・森井正智

目的

実際に在宅緩和ケアに取り組んでいる全国の在宅療養支援診療所を中心に意見交換、研究、提言などを行い、質の高い標準化したケアを効率的に遍く国民に提供することを目的とする。

構成

PCC連絡協議会の目的を理解・賛同し、地域の訪問看護機関等と一体となった専門チームにより、在宅緩和ケアを提供する在宅療養支援診療所とする。

スライド11

がん在宅医療の課題
—在宅看取りから見る—

スライド12

目 的

PCCを中心としたシステム構築の
合理性を明らかにする

前提

—在宅死（看取り）の話—

自宅での看取りの割合（在宅死率）は、
→患者の希望を叶えた割合と同義
→提供したケアの水準を表す重要な指標の一つ

- 1) 在宅緩和ケア
患者が今、少しでも良く生きることのできるような医療・ケアの提供すること
→良いケアが/良く生きるケアが大切、でもその結果は“死”
- 2) 患者の療養場所の希望を最後まで叶えることが大事
自宅での看取りは、患者の希望を叶えた結果
死は生きてきた結果あり、最後の日々過ごし方が反映

論点

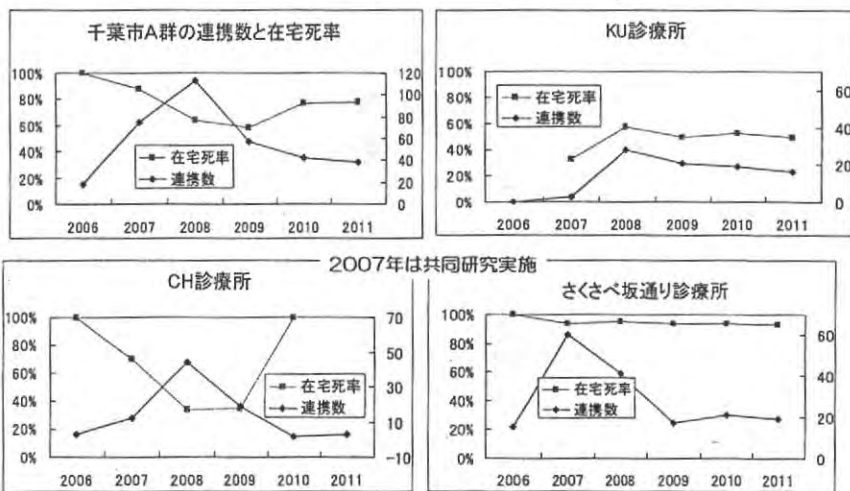
- ・ かかりつけ医を中心とする医師会あるいは病院主導の在宅緩和ケアのシステム構築
成果が上がっているか？
今後に期待ができるか？
- ・ PCCはかかりつけ医と敵対するか
- ・ PCCと拠点病院は競合するのか
- ・ PCCとする基準をどうするか

スライド15

千葉県がんセンターとの連携から考える

スライド16

千葉市医療機関と千葉県がんセンターの連携 —A群の診療所—



A群：連携数20人以上/年の診療所

連携診療所	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	在宅死率	連携数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数	在宅死率	実連数
B												
C			50%	3	67%	7	60%	6	33%	8	0%	3
D					25%	5	60%	11	86%	9	0%	2
E	0%	0	73%	12			0%	3				
F						1	0%	5	56%	9	0%	4
G							40%	6	43%	7	40%	5
H							0%	4	0%	2	0%	4
I							17%	6	0%	2	100%	2
J							0%	2	0%	2	0%	2
K							50%	3	100%	1	0%	2
L							100%	1	0%	1	0%	1
M							0%	1	0%	2		
N			0%	1					100%	1		
O			0%	1								
P									0%	2		
Q			0%	1								
R									50%	2		
S			0%	1								
T							0%	1				
U							0%	1				
V									0%	1		
W							0%	1				
X							0%	1				
Y		スライド17									0	1
Z											0	1

A群以外の診療所

黄色 B群：連携数5～19例

緑色 C群：連携数1～4例

スライド18

結果

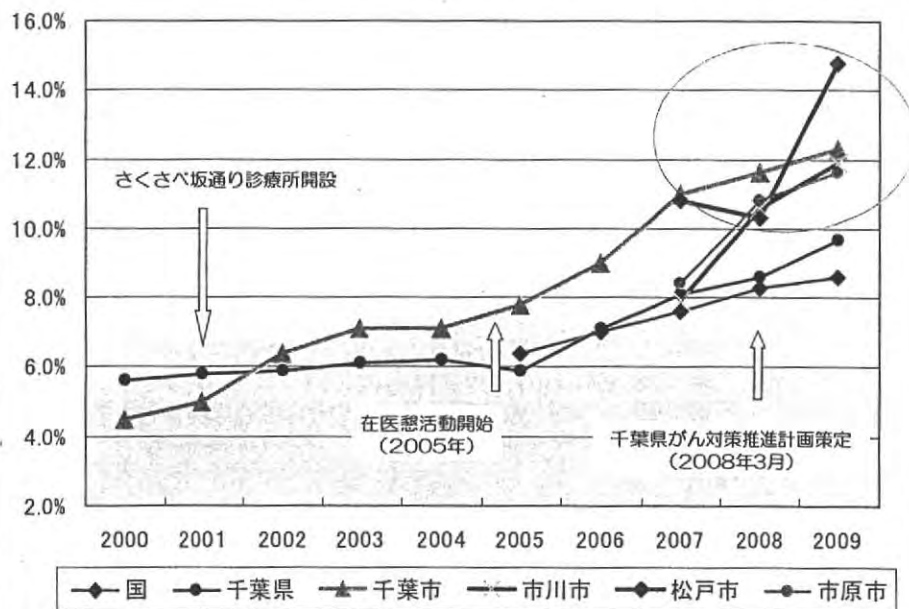
- ・ A群は、連携数が多く、在宅死率が高い
 - ①一体型のチームケア、基準を共有しないと在宅死率（ケアの質）の向上はない
KU診療所/CH診療所
 - ②A群（PCC）の継続性は不安定
→医師個人の意欲のみに依拠
- ・ B群、C群は連携の継続が困難
経年的にみると殆どが連携数に変化がないか低下する
- ・ B群、C群の在宅死率の上昇も見られない
千葉県がんセンター在宅移行チームのがんばりは特筆ものだが
→かかりつけ医を中心の在宅緩和ケアの制度設計は無理

スライド19

千葉県・千葉市の状況

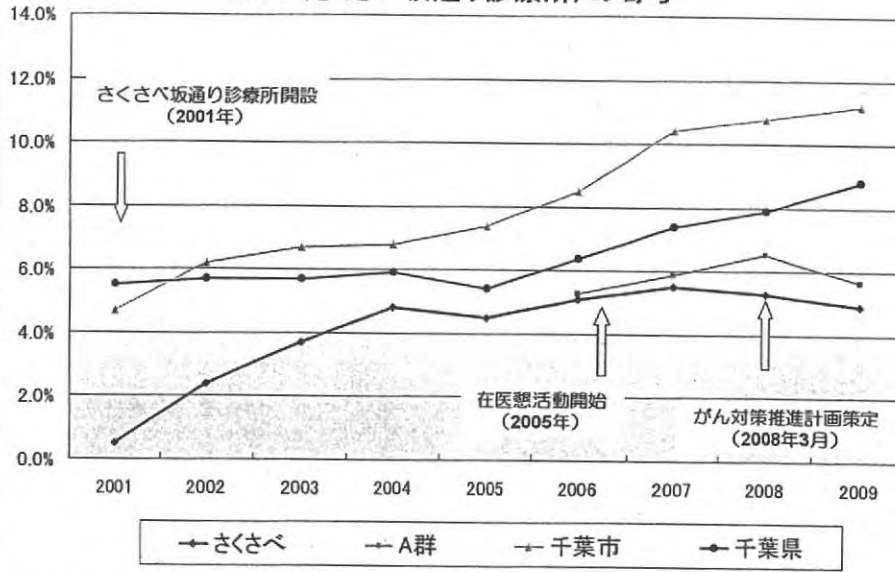
スライド20

千葉県における“がん在宅死率”年次推移



スライド21

千葉市在宅死率の年次推移 PCC(さくさべ坂通り診療所)の寄与



スライド22

結果

- 在宅死率が高いのは、PCCに相当する診療所がある地域
千葉市、市原市、市川市、松戸市
全国の都道府県の在宅死率も同じ現象
- 意欲のあるチーム/PCCの継続性の保証が必要
- がん対策推進計画の発動が在宅緩和ケア活動を阻害
拠点病院整備の促進
→ 緩和ケアチームによるがん終末期患者の院内抱え込み
病院回帰の道筋の強化 (拠点病院主導の緩和ケアパス)

がん在宅医療普及の対策

がん対策推進計画の見直し

－緩和ケアの概念構築－

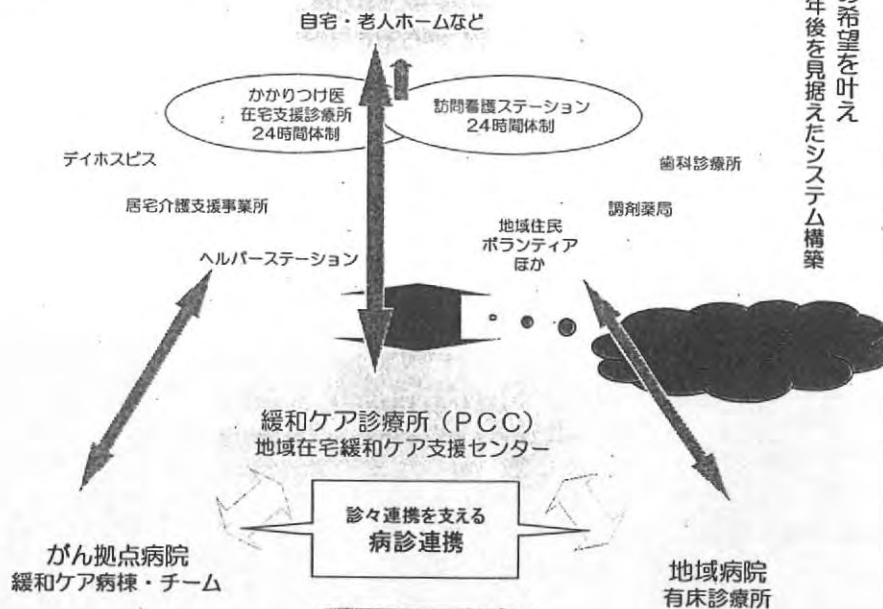
- 1) 緩和ケアの概念の再構築
治療の初期段階からの緩和ケア／がん終末期の緩和ケア
切れ目のない緩和ケア
- 2) 在宅緩和ケアの基準に基づいたシステム構築
- 3) 人材育成のプログラムの重要性の認識
研修は人材育成、人材の創出にはならない

提言の前のまとめ

- ・ かかりつけ医を中心とする医師会・病院主導の在宅緩和ケアのシステム構築は、
将来に繋がる成果は上がっていないし、期待できない
- ・ PCCを基軸にしたときに、かかりつけ医との関わりは
地域の役割分担でかかりつけ医にメリットが大きい
- ・ PCCと拠点病院とは
競合ではなく、連携であり役割の明確化が重要
- ・ PCCとする基準は
共有できる骨格が必須
PCC連絡協議会として発信する予定

- 1) PCCの活用が重要
- 2) 現状を是認にして、拠点病院主導がかかりつけ医を対象として幾ら努力をしても成果は上がらない

PCCを中心とした地域の連携試案



在宅緩和ケアの“現場”に基軸が必要

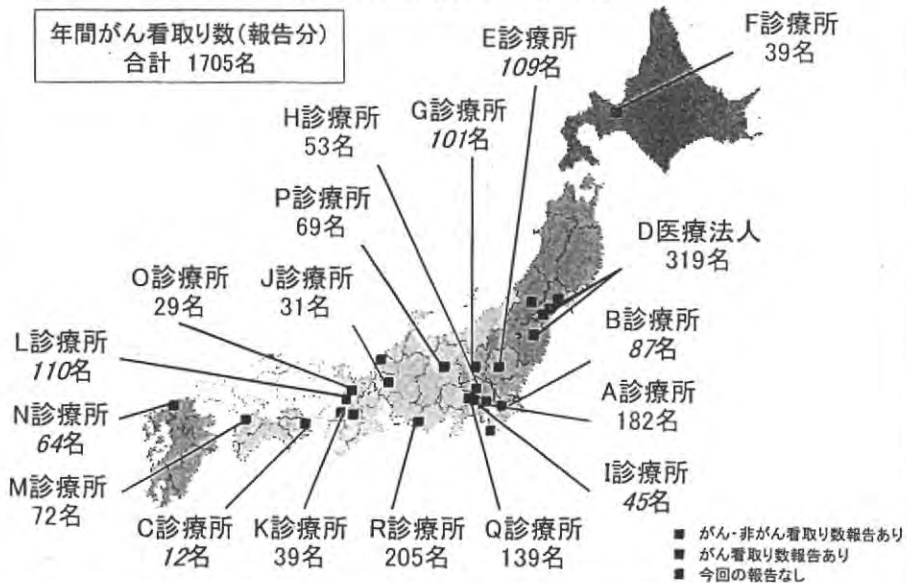
日本の各地域には基軸候補となる
在宅緩和ケア診療所（PCC）が育ってきている。

緩和ケア診療所(PCC)連絡協議会 会員施設 年間がん看取り数

※入会申込中の3診療所を含む

青字:2010年実績 赤字:1996年~2010年の平均

年間がん看取り数(報告分)
合計 1705名



提 言

- 在宅緩和ケアの充実には、
現状是認ではなく医療のパラダイムシフトを認識し、地域に基盤をおいた新たな医療形態の創造をしなければならない。
- 緩和ケアの専門診療所（PCC）を、在宅緩和ケアの基軸にしたシステムを構築することを強く提言する。

PCCの創出で地域が変わる！
地域緩和ケアの構築に大きく前進

在宅ホスピス緩和ケアの基準を策定する際の前提

- 1) その視点は徹底して患者のものであること
- 2) 基準とは、理念と実施基準を総合した表現として捉えるのか、単に理念を実現するため必要かつ基本的な枠組みをいうのかを明確にする。
ここでは言葉を明確にする意味で、基準の意味を後者とし、“理念”と“実施基準”に分け統一する。
基準は、理念を実現するために必要かつ基本的な枠組みと捉え、“理念”と“実施基準”を明確にする。
- 3) 在宅ホスピス緩和ケアはホスピス緩和ケア領域の大きな柱であること。
- 4) ホスピス緩和ケアの視点と在宅ケアの視点の統合を行うこと
- 5) 施設ホスピス緩和ケアとの違い、非がん疾患在宅ケアとの違いを勘案したものであること
- 6) 実施基準は普遍性を考慮する。(STASに準ずる形で、策定)
- 7) 1)～6)のあるべき姿(理念・実施基準)を簡潔かつ明確に呈示すること

補 足

- 1) 在宅ホスピス緩和ケアの基準を定めることで、ケアチームはあるべき姿を目指しながら、力量・実情を勘案した実践プログラムを策定することが可能となる。
ケアチームのメンバーが、あるべき姿が共有することで、議論・評価のための共通の基盤構築ができる。
- 2) 地域ホスピス緩和ケアの支援
 - ① 地域の医療機関(医科および歯科)、訪問看護ステーション、介護・福祉事業所などに対して、在宅ホスピス緩和ケアに関する定期的な教育研修を実施する。
 - ② 医学生、看護学生などや医療機関(医科および歯科)などの施設で働く医療者に対して、教育研修の場を提供する。
 - ③ 実際のケア提供における相談あるいは支援を行う。

注 釈

“家”は“家または家に準じた場所”と表現することを基本とした。しかし4. 提供されるケアの中でも“家”は“家または家に準じた場所”と同じであるが、文章が冗漫になるので単に“家”という表現にした。

I. 基本理念

1. 在宅ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族の生命・生活の質(いわゆるQOL)の改善を目的とし、ホスピス緩和ケアの基本的な考え方に則り、患者と家族が安心して“家または家に準じた場所”で過ごせるケアを提供する。
2. 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意を払う。死を早めることも死を遅らせることもしない。

II. 実施基準

1. 対象者
 - ① 余命が限られた不治の患者(主として不治のがん患者)とその家族
 - ② 家でホスピス緩和ケアを希望する患者と家族
 - ③ 患者自身が病名、病状を正しく理解していることが望ましい。しかし、そのことは在宅ホスピス緩和ケアを受けるための必須条件ではない。
2. ケアチームの構成
 - ① ホスピス緩和ケアの提供はチームを組んで行い、チームの中心となるものを決めておく。在宅ホスピス緩和ケア提供におけるチームの基本単位は、医師、看護師、家族(・患者)である。家族はケアの対象者であるとともに、患者にとって重要なケアの担い手になる。
 - ② 必要に応じて薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー、ボランティア、医療機器・福祉用具の提供者、また心理的ケア・スピリチュアルケアのための専門職などの参加を得る。
3. ケアチームの要件
 - ① 患者中心の視点を基本として、ケア提供は医師と看護師を核とした一体化したチームで行う。(一体化したチームとは、本PCC在宅ホスピス緩和ケアの基準を共有するチームのことである。)
 - ② チーム内の医師と看護師は24時間、密な連絡を取りあうことが可能な体制で情報を共有し、患者の家または家に準じた場所を中心に、24時間、週7日間対応のケアを提供する。
 - ③ 在宅ホスピス緩和ケアチームのケアの質を改善する方法を持つ。
 - ・定期的あるいは必要時にチームで必要時に患者のケアについて検討を行い、QOLの評価を行う。
 - ・チームで迅速なケアを提供する

- ・チームで在宅ホスピス緩和ケアに関する定期的な教育研修を実施する。
- ・在宅ホスピス緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う、または、研究活動に協力する

4. 提供されるケア

- ① がん性疼痛その他の苦痛症状について、患者の訴えを重視して専門的な知識と確実な技術をもって症状緩和を行う。(STAS 1. 2)
- ② 患者と家族が、起こりうる病状変化およびその対処法がわかり、家にいることでの不安を解消できるように、タイムリーなケアを提供する。(STAS 3. 4)
- ③ 患者本人が病期を認識できるように支援し、主体性をもった生活が送れるようにする。(STAS 5)
- ④ 家族が病状を認識し、現実を受け止められるように支援する。(STAS 6)
- ⑤ 患者と家族が死を日常の出来事として考え、納得できる生の終わりを迎えられるように、率直なコミュニケーションがとれるように支援する。(STAS 7)
- ⑥ 患者と家族の困難な問題について、早さ・正確さ・充実度を重視したスタッフ間での情報交換を図る。(STAS 8)
- ⑦ 患者や家族が求めたときに、充実度の高い情報を提供する。(STAS 9)
- ⑧ 家で療養し家族で看取ったことが遺族の支えとなり、本人の死後も家族が健康的に生きていけるように支援をする。(グリーンケア)

(文責 さくさべ坂通り診療所大岩孝司・鈴木喜代子)

在宅緩和ケアとがん対策基本法
【千葉県がん対策審議会（20011.03）資料修正版 20011.09】

大岩孝司
（医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所院長、千葉県がん対策審議会委員）

目次

1. はじめに
2. 在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題
 - 1) がん対策基本法、がん対策推進基本計画の枠組み
 - 2) 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の理解のために
 - 3) 「治療の初期段階」の患者の苦痛
 - 4) 治療の初期段階からの緩和ケア
 - 5) がん医療とチームケア
 - 6) 治療の初期段階からの緩和ケアと麻薬消費量
 - 7) がん終末期の緩和ケア
 - 8) 切れ目のない緩和ケアの提供
 - 9) 認知されていない在宅緩和ケア
 - 10) 在宅医療と表現されていることの意味
 - i) 在宅医療と終末期ケア
 - ii) 在宅医療と病院の外来抗がん治療
 - iii) 在宅医療と在宅緩和ケアおよび非がんの在宅ケア
 - 11) がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの違い
 - 12) 小括
3. がん対策基本推進計画中間報告
 - 1) 基本方針の全体目標に対する進捗状況の中間報告
 - 2) 重点的に取り組むべき課題および個別目標の中間報告
 - i) 緩和ケアの中間報告
 - ii) 在宅医療についての中間報告
4. 在宅での看取りを考える
 - 1) 在宅医療と在宅での看取り
 - 2) 中間報告でのがん対策推進協議会の意見と在宅死
 - 3) 患者の視点から見た在宅での看取りの意義
 - 4) 中間報告の在宅緩和ケアの光
5. がんになっても家に居られるために
 - 1) まとめをかねて
 - 2) 在宅緩和ケアのシステム構築は二つのパラダイムシフトである
 - 3) 地域在宅緩和ケアという概念
 - 4) 試案
6. おわりに

1. はじめに

国民の多くの“人生の幕引きに至る道程は穏やかでありたい”との願いが、がんになった時には危うい。がん対策基本法、がん対策基本推進計画が4章、20条にわたって示され、平成18年6月23日に制定され、平成19年4月1日から施行された。

がん対策基本法の特徴は、がん政策の柱として二つの大きな方向性を示したことである。一つはがんで死亡する人を減らすことを一大目標として、がん研究、検診を含めたがん診療に総力を挙げて取り組み、「がんの罹患率と死亡率の激減」で「5年生存率を20パーセント改善する」との数値目標が挙げられている。

もう一つは緩和ケア、在宅医療（在宅緩和ケア）の重要性を明示したことである。第三章第二節第十六条（がん患者の療養上の生活の質の維持向上）で、緩和ケアの重要性および、〈居宅において〉という表現の中で在宅緩和ケアを推進することを明記している。これが従来のがん対策にはみられない最大の特徴である。

がん対策推進基本計画が「がんによる死亡者の減少」を掲げることは当然のこととして、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を二本柱の一つに据えたことはこの法律の品位を高め、特筆に値すると非常に高く評価できる。

がんの治療は、がんという病気そのものを治療する部分と、がんにかかったその人全体をみる（ケアする）という二つの側面がある。この両方のバランスがとれて初めてがん治療が成り立つのである。後者の部分が緩和ケアに該当する。なかでも在宅緩和ケアはがん終末期になっても、住み慣れた自宅で充実した生活が送れるように支援するものである。今までは、緩和ケア、特に在宅緩和ケアは、あまり重要視されてこなかった分野であるが、がん対策基本法施行をきっかけに急速にその診療体制の整備が行われている。

厚労省のがん対策推進協議会では、2007年に策定されたがん対策基本推進計画の評価が行われ、2010年6月にがん対策推進計画の中間報告としてまとめられた。

本文を千葉県がん対策審議会資料としてまとめるにあたり、審議会委員各位においては既知のことの繰り返しになることは重々承知しており、千葉県の医療危機に対して貢献あるいは提言できることは殆どない。しかし今のままの方向ではがんになって自宅で療養をしたいと願っている多くの県民の願いを一部の人しか叶えられないという危機感を持っている。私が自身の領域（在宅緩和ケア）において実践している（10年間）中で、考えてきたことをがん対策基本法の原点に立ち返ってまとめたので、本資料をお読みいただき、緩和ケアの理解を一層進めて欲しい。そして、いささかでも施策に反映して、がんになって自宅で療養をしたいと願っている多くの県民の願いを叶えることに役立てて欲しいと強く念願している。

本文は、2. 「在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題」でがん対策基本法、がん対策推進基本計画の概要を、特に緩和ケアに関わる位置付けを示した。

その上で、キーワードとなる用語についての概念整理をしながら、がん対策推進基本計画

の緩和ケアに関わる記述の問題を指摘した。

それを受けて、3. がん対策基本推進計画中間報告を検討し、現在の施策の問題と、今後の方向性について検討した。

4. 「在宅での看取りを考える」では、在宅緩和ケアの実効ある施策を行うためには、終末期緩和ケアをしっかりと位置付け、国民の療養場所の希望を実現するという視点に立った時に、自宅での看取りの問題が最重要課題になることを示した。

5. 「がんになっても家に居られるために」では、施策の方向性について千葉県がん対策推進計画の中で策定した「在宅緩和ケアの連携イメージ図」をもとに一つの試案を示した。

2. 在宅緩和ケアの視点でみたがん対策基本法の意義と問題

1) がん対策基本法、がん対策推進基本計画の枠組み

はじめに、がん対策基本法の骨格をなす目的と基本理念を確認する。

がん対策基本法の目的は「・・・がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。」としている。

基本理念としては、

- 1) がん研究の発展、
- 2) 患者の居住地域に関わらず適切ながん医療を受けることができるようにする。
(厚労省の言葉では均てん化)、
- 3) 患者の治療方法に関わる選択ができる体制の整備
(筆者注：患者の自己決定の支援)

の三つをあげている。

基本理念に基づいて作られた条文の中で本論文と直接の関わりがある記述は、第十六条(がん患者の療養生活の質の維持向上)である。その文言は、

“国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持・向上に関する研修機会を確保すること。そのほかのがん患者の療養の質の維持向上のために必要な施策を講じるものとする。”

とあり、緩和医療と在宅緩和ケアの推進をはかるための施策を講じることを示している。

がん対策基本法は同時にがん対策基本推進計画を策定し、施策の枠組みを規定している。

がん対策基本推進計画の枠組みの一部を引用すると、

第1 基本方針

1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

第2 重点的に取り組むべき課題

- 1 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、
- 2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- 3 がん登録の推進

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

2 全体目標

- (1) がんによる死亡者の減少
- (2) すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上、

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

- ① 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成(現状)
- ② 緩和ケア
- ③ 在宅医療

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項となっている。

第一の基本方針の中で今後のがん対策として、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標として、「がん医療」を中心に、分野別施策を総合的かつ計画的に実施していくこととする”としている。そして“がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進していくこととする。”と、緩和ケアについて述べている。

これを受けて、第2 重点的に取り組むべき課題として、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が緩和ケアの中心的な命題となっている。

また、第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標で、緩和ケア、在宅緩和ケアに関しての施策の方向性、目標が立てられている。

2) 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の理解のために

本論文の主題である在宅緩和ケア、緩和ケアに関して理解をするためには、がん対策基本推進計画の記述に関して3つの大きな問題があり、その概念整理を行う必要がある。

第一の問題は、最重要課題の一つである、“治療の初期段階からの緩和ケアの実施”の、治療の初期段階からの緩和ケアの意味づけに問題があること。

第二の問題は、緩和ケアと在宅医療を別のカテゴリーしていること。

第三の問題は、在宅緩和ケアの認知、位置づけが明確でないこと。

これら三つの問題はそれぞれが関わり合っているが、第二、第三の問題はその背景に第一の問題が大きく影響されている。

以下では第一の問題の理解・検討を中心に、第二、第三の問題に言及するという形をとるなかで、緩和ケア全般の問題に触れながら、在宅緩和ケアについて検討する。

がん対策基本推進計画の中で、緩和ケアに関するキーワードは「治療の初期段階からの緩和ケア」である。7カ所にも反復して使用されているが、その施策として次の6項目(注：筆者まとめ)をあげている。

要約すると

- ① 地域連携の推進、
- ② 全人的な緩和ケア提供の均てん化、
- ③ 緩和ケアに関する教育の充実、研修の推進、

- ④緩和ケアチームの育成および拠点病院における専従的な緩和ケア体制の整備、
- ⑤在宅緩和ケアを受けられるよう、拠点病院に専門的な緩和ケア外来を設置、
- ⑥在宅緩和ケア支援センターの設置、

である。

この課題を実現すれば、治療の初期段階からの緩和ケアが充実するかどうかは、この後の議論の中で明らかにする。

施策の策定あるいはそのための議論に必要なことは、用語の整理と統一である。がん対策推進基本計画の緩和ケアの部分については、議論の入り口で大きな問題がある。その代表が、「治療の初期段階からの緩和ケア」であり、そもそも「初期段階」とは何かという言葉の定義がされていない。このような用語の定義の曖昧さが、用語の使い方に統一性を欠いたり、その意味するところ(概念整理)が充分ではなかったりしている。

以下では上記六項目を逐一論じることはしないが、「治療の初期段階からの緩和ケア」とはいかなるものであるのかを考えてみたい。

3) 「治療の初期段階」の患者の苦痛

「治療の初期段階の緩和ケア」を理解するためには、「治療の初期段階」の患者の苦痛についての認識を共有する必要がある。

がん患者の辛さは、身体的な要因と精神的な要因に分けて考え、それらを統合して評価することが必要である。

身体的な苦痛については以下のように、二つの要因に分けて考えることができる

- ① がんそのものの進展による痛みなどの身体的な苦痛。
- ② 外科治療、抗がん化学療法、放射線療法などの治療に伴う身体的な苦痛、いわゆる副作用に関わる苦痛。

「治療の初期段階」には、①の身体的な苦痛は重要な課題であるが、実際に問題になることはそれほど多くない。

②のがん治療に伴ういわゆる副作用、併発症などの身体的な苦痛が大きな問題であり、「治療の初期段階からの緩和ケア」の主な対象になる。

またがん対策推進基本計画の中で、治療の初期段階からの緩和ケアについて、がん治療に伴う患者・家族の様々な苦痛に対して十分に対応していないことを指摘している。この対策として、心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要性をあげている。これ自身は精神的な要因に対する対策としては、正しい方向である。しかしこの問題を検討するにあたって、治療の初期段階にある患者の心理状態といわゆる終末期患者の心理状態とを全く同じように考えて良いのか、あるいは違いがあるのかという問題を明確にしなければならない。

がんと診断された患者の多くは、死を直近のものと実感し苦悩する。そうした中で、「本当にがんで間違いなのか、がんの進行度は？治療の方法は？そして切実な思いとして治るのか」と思いを巡らせることになる。従って、「治療の初期段階」においては、患者も医

療者側も治療の目標はがんが治ることである。一方、がん終末期のがん患者は、治らない、生きることの保証を得ることができない状況にあり、その現実を受け入れることが、最重要課題となる。生を目標とする状況と死を受け入れる葛藤に苦悩せざるを得ないと言う、まさに正反対の方向に向けた心理状況がそこにある。

このような「治療の初期段階」の患者の苦痛の背景を十分に認識した上で、対策を考える必要がある。

4) 治療の初期段階からの緩和ケア

緩和ケアの提供は、がん治療の初期段階であってもがん終末期であっても、「身体的苦痛、精神的苦悩に対する緩和が必要である」というように言葉としては同じ表現である。しかし、今も述べたように、精神的な苦悩の根源(死)に対する取り組む視点が正反対(治療の初期段階:生を得ること、終末期:死を受け入れること)なのであるから、そこに提供する緩和ケアの手法、システム(施策)構築の視点はかなり異なる。治療をする側が切り替えるようには、がん患者の心理状態は単純ではない。

治療の初期段階にある多くの患者は、必然的にがん治療を受けることになるので、「治ることに結びついているのか」が最も大きな関心事となる。

患者にとって最も重要なことは、がん治療医である主治医あるいは主治医グループが患者の心理状態(命をかけている)に思いをさせ、患者にとって必要な情報を、患者が十分に納得できるように提供することである。患者が自身の状況を理解することで、治療に伴う身体的苦痛・精神的苦悩を受け止める力が増し、その緩和に大いに資することになるのは明らかである。このことが「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の本質あるいは前提である。がん対策推進基本計画では、心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要性をあげているが、がん治療医がこのような形で診療の質を充実させることが優先課題である。

在宅緩和ケアの診療をしていて実感することは、がん終末期の患者はそれまでに受けてきた抗がん治療の整理ができていない(納得していない)ことによる苦悩が大きい。抗がん剤治療ができない状態という説明の意味を理解できずに、抗がん治療を受けてきたがん終末期の患者は『体力がつけば』『他の病院なら』『保険外診療なら』『今までの治療に納得できる説明がなかった』『治ると思ったから言いなりに治療を受けてきた』と、まだ何か抗がん治療があるのではないかという思いの中で、現状を受け入れることができていない。このような状況が患者の精神的な苦悩を深めるだけでなく、身体的な症状との相互作用により、がん終末期患者の苦痛をさらに大きくする。抗がん治療進行中の患者をかかりつけ医として診療をしたり、相談を受けたりすると、がん治療の一つ一つの意味合いがわからないまま治療を受けている患者が殆どであることに驚かされる。

抗がん治療中であれ、抗がん治療終了後であれ、がん患者に共通していることは、抗がん治療の認識が不足していることで、副作用としての身体的な苦痛を受けとめる力がそれが、必要以上に患者を苦しめていることである。

結論的に言えば、治療の初期段階での緩和ケア、心のケアは、患者が、がん治療の意義を理解し、納得できるようにすることが基本である。

5) がん医療とチームケア

がん対策基本推進計画では、この問題の解決策として、先に述べたように緩和ケア、心のケアを行う医療従事者を育成するとして、新たな職種を想定している。千葉県がんセンターでは、〈チームで支えるがん医療〉として、がんサポートチーム・NST（栄養サポートチーム）・ICT（感染管理チーム）・褥瘡対策チーム・〈緩和治療〉として在宅支援センター・がんサポートチーム・患者相談支援センター・心と体の支援センター等の整備がされている。このようなチームが出来ることが問題なのではなく、ここで述べてきたような現在進行形でうけているがん治療の意義を理解する方向での対応になっているかという視点が補充されているかである。

チームのメンバーがそれぞれに患者に関わることで主治医と患者の関係が希薄になる。一人のがん患者に関わる職種は、医師だけでも乳癌で脳転移・骨転移がある場合には、乳腺外科医・整形外科医・放射線科医・精神腫瘍科医・緩和医療科医等の複数医師が治療に関わるケースが少なくない。システムが整備された先進的な医療機関ほど、全人的と称して各分野の専門化という分業が進む。患者は頼るべき人を見失い、一人の患者が総体として求めていることと提供される医療・ケアとの乖離が大きくなる現象が起きている。

(千葉県がんセンターの考え方を批判しているのではなく、全国拠点病院共通の問題として具体的な例示を身近なところで取り上げたのである。)

がんと診断され抗がん治療を受けている患者にとっては、このように整備された専門家集団がどんなに誠意を持って接してくれても、がん治療医である主治医あるいは主治医グループの対応に重みがあり、それを期待している。

がんの治療の初期段階からの緩和ケアは、次にあげた2点のどちらかあるいはその両方の視点を持って推し進めなければならない。

①がん治療医である主治医あるいは主治医グループが、がん患者の治療を全人的な視点に立って行うことを基軸とする。

②緩和ケア医あるいは心のケアの担当者が、がん治療に精通し、当該患者の抗がん治療の意義を主治医グループと共有しながら診療する。

まず行うべきことは、がん治療医に対する緩和ケア研修・対人援助教育をより中核的な施策として強調することであり、がん治療チームの緩和ケアマインドを醸成する施策である。単なる研修・教育だけでなく、がん治療チームががん患者を全人的な視点で治療できるようにチームの質と量の充実を図ることが必要である。がん治療のグループとしてのチーム形成を考え、がんの治療のはじめからという面でのチームケアの概念を整理し、そのうえで緩和ケアチームの役割を再構築する。がんの治療のはじめからの緩和ケアについての理念と実体が一致することではじめて、がん治療チーム・緩和ケアチームに象徴される多職

種の連携が機能できる。

6) 治療の初期段階からの緩和ケアと麻薬消費量

がん対策推進基本計画の中では、緩和ケア、治療の初期段階という文言の後に“がん性疼痛の緩和等に医療用麻薬の消費量が日本では欧米先進諸国に比べてかなり少ない”と、「治療の初期段階の緩和ケア」にがん終末期における問題が混在する表現になっている。がん対策基本推進計画の“第2 重点的に取り組むべき課題の2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施”のなかでも、“麻薬消費量が少ない”という同じ表現があり、さらに“がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。”となっている。厚労省が考えている「治療の初期段階からの緩和ケア」の中心課題は、“がんの痛みの緩和である”と受け取れる構成である。

がんと診断された時にすでに転移・浸潤による痛みがあれば、抗がん治療と同時に麻薬使用を積極的に考えることは重要であるが、「治療の初期段階における緩和ケア」をがん性疼痛の問題として設定するのは適当ではない。厚労省は麻薬の使用を促進したい、終末期がん患者だけに使うのではないということを広く伝えたい意図があるであろう。

繰り返すと、概念整理をする時に、「治療の初期段階の緩和ケア」において麻薬使用を中心的な課題とすることは的外れである。

このような混乱は、がん対策推進協議会の議論にもみられる。

“みんなで作るがん政策2010”はがん対策推進協議会での政策のとりまとめであるが、緩和ケアの提供体制の整備があらゆる面で遅れている現状にあると分析している。しかし、ここにも用語の整合性がないという同じ問題がある。「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に関して、“その体制整備が遅れている現状にある”と現状認識を示しているが、その理由として“緩和ケア病棟や緩和ケアの担い手の人材不足”を挙げ、その対策として“がん患者を対象としたグループホーム・デイサービス、在宅緩和医療を担う専門診療所の制度整備を行い、緩和ケアを担う多様な施設を充実することが重要である。”などとしている。グループホームやデイサービスは在宅介護を補完する施設であり、「がん治療の初期段階からの緩和ケア」の充実とは結びつかない。現実的な問題として、抗癌治療の適応のない高齢のがん患者は、緩和ケア病棟で対応するのではなく、介護施設への入所を可能にするための整備をすすめるということであろうか。

これらは、がん終末期になって関わる施設であり、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」との整合性がとれていない。

がん対策推進協議会の認識も、がん対策推進基本計画の欠陥とも言える文脈の乱れを認識していない。つまり緩和ケアというキーワードで、その時々で表現している内容が全く異なるのに、変幻自在にただ言葉と言葉を結合させている。だから「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」と麻薬消費量、緩和ケア病棟など、がん終末期を表す言葉がなんの問題

もないように並立し、一体化する表現がなされるのである。

7) がん終末期の緩和ケア

ここまでは「治療の初期段階からの緩和ケア」を中心にみてきたが、がん対策推進基本計画ではがん終末期ということに関する定義あるいは概念整理がやはり行われていない。

「治療の初期段階からの緩和ケア」があまりにも重要視されていて、終末期緩和ケアが埋没しかねない危惧をも持つのである。がん終末期の緩和ケアの重要性を再確認するためにも、そして、「治療の初期段階からの緩和ケア」の正しい概念整理をより深めるためにも、がん終末期の緩和ケアを再検討することが必要である。

がん終末期の緩和ケアとは、がんを治すための抗がん治療、あるいは延命のための抗がん治療が成り立たなくなった時期と規定できる。このような状態になった患者の予後は一般的には月単位で考える必要があるが、がんの悪性度によって異なるので、年単位の予後が期待できることもある。

がん終末期の患者に共通していることは、治療をしてきた結果が満足できる状況ではない、望んだ結果ではないことである。がん終末期の患者は、治ることを期待して受けた治療の結果、治らないことを認識させられることになる。限られた期間で人生の終わりを迎えなければならないのである。人間にとって死は避けられないこととはいえ、それが現実のものとなる患者の多くは抑うつが強くなったり、精神的に追い詰められたりする。そのため、終末期緩和ケアの重点課題は、これまで受けてきた医療に納得し、治らない現実を受け入れられるようにアプローチすることである。

がん終末期の緩和ケアはこのことを見据えて、今どうすべきか、今どう患者の生を支援するかを考え、実践する。“看取りを見据えて、今を生きる”を支援するケアである。

8) 切れ目のない緩和ケアの提供

がん対策推進基本計画では、「治療の初期段階からの緩和ケア」とともに、「切れ目のない緩和ケアの提供」が重要テーマになっている。意味するところは、がん病巣に対する治療だけでなく、がんという病を抱えた人という視点を持ったケアを同時に、途切れることなく提供しようということである。

治療の初期段階からの緩和ケアの提供を受けて、がんの進行が明らかになってきた患者の緩和ケアはいつしか終末期の緩和ケア、つまりその必然の結果が死に変わっていく。

しかし、一人のがん患者が抗がん治療を受け、治らなるとわかり、終末期を迎えるという過程を考えたときはどうだろう。ここがこの問題の最も理解が必要なところである。

医療あるいはケア提供者ががんの治療の初期段階から終末期まで同じ一人の人間であれば、常に一対一の関係が継続するので問題は比較的小さい。実際の医療現場では、場面、場面で人が変わるし、多職種が関わる。つまり、医療・ケアを受ける患者側からすると提供者が変わること自体が、切れ目となるのである。次から次へと関われば良いというものでは、

ない。一人の患者が、治療の初期段階からの緩和ケアから終末期の緩和ケアをどのようにすれば自然に受け入れるのか。ここの議論を深めることが“切れ目のない緩和ケアの提供”を意図する最大の意義があるはずである。

まず行うべきは、治療の初期段階からがん終末期の時期に至るまで切れ目のない緩和ケアを提供するとはどういうことかを考えることである。そのためには、「治療の初期段階からの緩和ケア」、そして「がん終末期の緩和ケア」のあるべき像を明確にし、それぞれの場面での目指すものは何かという共通の認識を持ったうえで、その流れをどう統合するかという認識が大前提となる。

複数の医療者が一人のがん患者に関わることは一見専門家がそれぞれの問題に対応することにより質の高い医療の提供のように見える。確かにそういう面もあるが、同時に複数の専門家の関わり（特に主治医グループ以外の）が患者にとってデメリットであることも多いという視点を持って、それぞれの場面で専門家が適切に関わるような施策が必要である。

切れ目のない緩和ケアを提供するというのは今までの医療にはない、新しい概念の創出であり、実践であるので、一つ一つの過程についてその意義を掘り下げるのが必須である。

（蛇足だが、この文面の意図するところは、治療の初期段階から終末期を1人の医療者が関わるべきであると言うことではない。）

9) 認知されていない在宅緩和ケア

切れ目のない緩和ケア提供の最終ゴールの一つが在宅緩和ケアである。しかしがん対策推進基本計画の個別目標としての緩和ケアの項目の中で、がん終末期の緩和ケアに関する記述はほとんどない。がん終末期に関しては、病院の緩和ケアであれ、在宅緩和ケアであれ、その存在を明確にし、方向性を示していない。

がん対策推進基本計画のなかで在宅医療の対象に、従来は外来診療として位置づけられている抗がん治療中の患者を含めている。（10. 在宅医療と病院の外来抗がん治療で後述）病院でのがん医療の大きな問題を総括したうえで制度設計をする手順を踏まないで、在宅という美名の元になんか患者をなす崩し的に在宅医に委ね（押しつけよう）としている。

がん対策推進基本計画の中で、世の中に広く受け入れられている在宅緩和ケアという用語が使われているのは、1カ所しかない。しかも“在宅緩和ケアを行っている医師にも最新のがん医療全般について・・・”という使われ方である。

一般的に使われている在宅緩和ケアという表現を使わないというのは、在宅緩和ケアが厚労省の認識では一般的ではないということなのか、あるいはがんの在宅医療をがん終末期のケアに限定されることを避けているのだろうか。恐らくその両方の意味合いがあるのだろうが、これからのがんの在宅医療のあるべき姿、厚労省の意図している姿をより明確に、わかりやすい表現にすべきである。

がん対策推進基本計画の中で、緩和ケアは、基本的には病院医療の中で、「治療の初期段

階から」と位置づけられ、在宅医療の中ではがん終末期の在宅緩和ケアはその存在をおぼろげに感じる程度で、がん終末期の緩和ケアが埋没する危険性がある。

在宅緩和ケアと明確に表現しないで、わざわざ在宅医療とする意味を考えるために在宅医療について、もう少しその内容を分析してみる。

10) 在宅医療と表現されていることの意味

i) 在宅医療と終末期ケア

がん終末期の在宅緩和ケアはその存在をがん対策推進基本計画の中でおぼろげであっても感じるのには、「在宅医療においては、訪問看護の果たすべき役割が大きいことから、訪問看護に従事する看護師の確保を推進するとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを24時間安定的に提供できる訪問看護に従事する看護師を活用した在宅療養モデルの紹介等により、訪問看護の24時間連絡体制の整備や事業所の充実等を一層推進する。」という表現である。がん終末期の在宅緩和ケアを訪問看護の問題に矮小化してしまっている。(筆者は、在宅緩和ケアにおいて訪問看護の役割は、ある意味では訪問診療と同等である位に極めて大きい、としている立場である。)

ii) 在宅医療と病院の外来抗がん治療

がん対策推進基本計画の③在宅医療(取り組むべき施策)の中で、「また、国においては、今後の我が国が目指す在宅医療の提供体制の在り方についてのモデルを示していくよう努めていくことが望まれる。がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るためには、十分なケアを提供しながら放射線療法や外来化学療法を実施する必要があることから、これらを提供していくための体制について検討する」とある。

在宅緩和ケアであっても、療養の質を高めるために必要性があれば化学療法、放射線療法を積極的に実施するという意味にも取れる。もしそのような意図があるとすれば、現実的ではなく、わざわざ在宅医療の項で取り上げるのは見当違いである。

厚労省は在宅医療に化学療法などの病院での外来治療の補完機能を強く求めていると考える方が現実的である。筆者は、病院の外来抗がん治療の補完医療としての役割を診療所が持つことを否定しない。しかし、その役割は診療所における外来診療で対応が可能であり、在宅医療とは言わない。

繰り返すと、用語の整理が曖昧なために、抗がん治療施行中の患者の「在宅医療」とがん終末期の患者の「在宅医療」がごった煮状態で議論され、それぞれの場面で必要な緩和ケアが意味するところに統一性を欠いている。

iii) 在宅医療と在宅緩和ケアおよび非がんの在宅ケア

厚労省は、在宅医療そのものは難病あるいは高齢者の寝たきり患者(以下では一括して非がん患者とする)を中心に制度設計が行われてきたところから、在宅緩和ケアを緩和ケ

アと言うより既存の在宅医療の中で非がんの在宅ケアと同じように対応できるし、しようとしている。

施策の立案に際して重要な問題であり、非がん在宅ケアとの関わりについてこのような考え方が、間違っていることを明らかにする必要がある。

がん終末期在宅緩和ケアと非がん在宅ケアとは、在宅医療という枠組みでみると訪問診療(看護も含む)という形で行うという点で、関わりの形式は同じである。しかし、訪問診療という形態は同じでも、がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアとは、提供するケアの内容、提供の視点は大きく異なり、その運用はがん終末期患者と非がん患者では大きな違いがなければならない。

厚労省の施策で緩和ケアと在宅医療を別のカテゴリーにすることについては、在宅緩和ケアの制度設計が非がん在宅ケアのシステムをそのまま流用している現実を見るとその姿勢は一貫している。

以下の11)では、このような発想は間違いであり、在宅緩和ケアのシステム構築は、非がん在宅ケアとは別の視点で策定する必要があることを述べる。

11) がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの違い

がん終末期の在宅緩和ケアと非がんの在宅ケアの大きな違いは、訪問期間(生存期間)と医療要請度である。

① がん終末期の在宅緩和ケアの訪問期間(訪問開始から死亡まで)の期間が短い。在宅緩和ケアに熱心に取り組んでいる診療所では、診療している半数の患者の訪問期間は1ヶ月以内である。

非がんの在宅ケアでは、一人の患者の診療の期間が数年におよぶことがおおい。(図-1)

② がん終末期の在宅緩和ケアは医療要請度の高いケアである。

在宅緩和ケアでは、痛みなどの身体的な苦痛などに対する治療が欠かせないし、時には精神的な苦悩に対するなど、医療要請度が極めて高いだけでなく、より専門性の高い対応が必要である。

非がんの在宅ケアの患者の殆どは、病状は安定していて医療要請度は低い。

がん終末期の患者は、在宅療養が必要な状態になってから死亡するまでの期間が極めて短だけでなく、訪問期間(特に死亡前1ヶ月)の患者の病状は激しく変化する。病状変化の殆どは、急激な全身状態の低下、高度の食欲不振など、がんの進行に伴って起こる避けられないもので、入院治療の対象になるものではない。入院をしても殆どの場合、良くなって退院することはない。

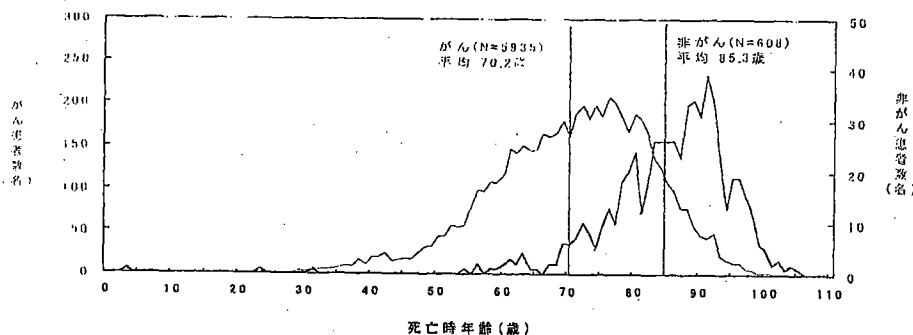
従って在宅緩和ケアのチームは、このようながん終末期の急速な病状変化や、死を実感している患者あるいは家族の苦悩に対して、在宅で対応する方法を熟知する必要がある。

つまり、がん終末期の患者が住み慣れた自宅(あるいは自宅に準じた場所)で最後まで暮

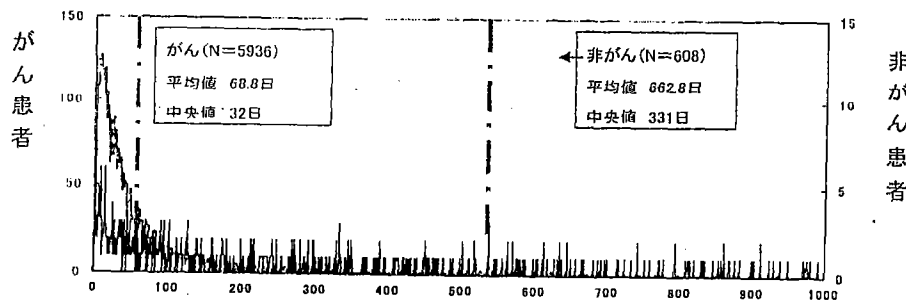
らしたいと希望すれば、関わる在宅緩和ケアのチームには、医療的な問題を在宅で解決できる技術水準が要求される。在宅緩和ケアの目標は、がん終末期の患者の希望を叶えることであり、自宅に最後まで居たいと願っている患者を自宅で看取ることである。在宅緩和ケアを病院診療の補完的な役割と考えていると、がん終末期の患者の希望を叶えることはできない。(この問題については、「5. がんになっても家に居られるために」で再考する。)

図-1

がん/非がん患者の年齢分布



がん/非がん患者の在宅生存期間



PCC連絡協議会集計 (2011)

1 2) 小括

今回の検討で、がん対策推進基本計画のなかで在宅緩和ケアと言う用語を殆ど用いていない事実が明らかになったが、それ以上にがん終末期の在宅医療を明確に規定していないと言うことに驚いた。

在宅緩和ケアに対する基盤整備が殆ど実効をあげておらず、がん終末期患者の医療は破綻寸前という現実を考えると、がん対策推進基本計画の見直しと、緩和ケア、在宅緩和ケアの概念整備を早急に行って、実行ある施策の策定の必要性を痛感した。

以下はこの章で検討したことのみまとめである。

- 1) 「緩和ケアとは何か」、「がんの治療の初期からの緩和ケアとは」、「がん終末期の緩和ケアとは」の概念整理ができていない。緊急の課題として、緩和ケアの概念の再整理を行い、それに基づいた施策の見直しが必要である。
- 2) 「緩和ケアはがん終末期だけが対象ではない」「切れ目のない緩和ケアの提供」などの緩和ケアのあるべき姿とがん終末期の緩和ケアの概念整理と施策の整合性が極めて不十分になっている
- 3) 「治療の初期段階からの緩和ケア」のあり方、「終末期の緩和ケアのあり方」を明確にし、切れ目のない緩和ケア提供との整合性を図る事が求められる。
- 4) 在宅緩和ケアが、施設緩和ケアと別のカテゴリーに分類され、緩和ケアの分断がなされている。
- 5) 在宅緩和ケアの、緩和ケアにおける位置付け、在宅医療における在宅緩和ケアの位置付けが不明確である。在宅医療においては、非がんの在宅医療、抗がん治療中の在宅医療、がん終末期の在宅医療の概念整理が不十分であり、施策の方向が不明瞭。
- 6) がん終末期の緩和ケアは、がん対策の大きな柱であり、がん大量死の時代に向けての緊急課題の一つであるが、特に終末期がん患者に対する在宅緩和ケアの実効ある施策の方向が全く打ち出されていない。

3. がん対策推進基本計画中間報告

がん対策推進基本計画は、中間報告の結果を基にして各課題についての検討を行い、次の5年間のがん対策推進計画の策定作業、施策の方向が決定される。在宅緩和ケア・緩和ケアもその例外ではないので、中間報告での進捗状況を検討する。

1) 基本方針の全体目標に対する進捗状況の中間報告

がん対策推進協議会は、がん対策推進基本計画の基本方針2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施のなかで、“すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上”を実現することを全体目標としたとあり、次の二項目について中間報告をしている。

①拠点病院を中心とした緩和ケア提供体制の調査、拠点病院の緩和ケア機能と相談支援機能に対する調査

②がん患者のQOLを評価する尺度の開発

この目標に対する進捗状況の報告では、いずれも調査段階あるいは調査が行われたという段階にしか過ぎず、今後の分析結果を待たなければ議論をする状況にはない。従ってここでは、緩和ケアの考え方に関わる問題として、②のがん患者のQOLを評価する尺度の開発について検討する。

療養の質に関しては、QOLの評価尺度の開発と遺族調査をして拠点病院を対象とした終末期ケアの質の評価が実績としてあげられている。

QOLの評価尺度の開発は大変重要であるが、これは決して今後の緩和ケアの方向性を規定するものではなく、一つの手法である。そもそもがん患者の病気の進行状況、つまり抗がん治療で治る方向を追求している時期と、いわゆる終末期といわれる時期とでは、QOLの評価内容がかなり異なるはずである。その違いを認識した上で、共有する評価尺度を明確にする作業が基本である。

QOL評価尺度の手法が生かされるためには、評価尺度の手法の確立の前に「緩和ケアにおけるQOLとは何か」という基本概念の確立が必要である。この基本概念の共有がないと、QOLの評価の手法そのものは正しくても、緩和ケアの質を評価し方向性を示すものとして活用されない。今までみてきたように緩和ケアの概念規定が不十分であるのに、QOL評価の手法にどのような意義があるのか疑問である。

また“同時に遺族調査をして拠点病院を対象とした終末期ケアの質の評価をした。”は、基本的には終末期緩和ケアの評価を目指していると理解できる。遺族調査はケアの質の評価の要因としては大きいのだが、実は問題も多い。

遺族調査が先行することに本質的な意義がどれほどあるのかについては疑問があり、その問題点として二つをあげる。

① 緩和ケアの評価の中心は患者自身である

② 患者と遺族は同じではない

ということである。

特に終末期緩和ケアにおいてはこの二つの要因をどう認識するかが重要だと考えている。患者の評価と遺族の評価が一致するという保証はどこにもないのである。しかし現実には終末期がん患者本人に対するアンケート調査は実質的には不可能とあって良い。だからこそ、その解決策を遺族調査で逃げるのではなく、終末期緩和ケアのあり方についての本来的な基準をこそ確立することが重要である。少なくとも遺族調査のどこに限界があり、本来の評価はどうあるべきか、という議論が必要である。その上で遺族調査をすることの意味が初めて生きてくると考える。次には患者アンケート調査の予定があるとしているが、この意味を含めて期待ができるのであろうか。

緩和ケアの重点的に取り組む課題は、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」である。中間報告書の中で実体の伴った実績報告（成果）として挙げているのは、QOLの評価、終末期の遺族アンケートだけであり、いかにも寂しい。しかもこのQOL評価尺度の開発も、遺族アンケートも、中間報告をとりまとめた議論の段階での資料には入っていなかったのである。「患者にとって非常に重要な苦痛の軽減という部分の進捗状況の中間報告書がこれだけというのは大変失望している。測定の可能性を検討しているというのは、これまでの3年間何もやってこなかったということなのか」（日経メディカルオンラインによる）という意見があり、急遽追加されたようである。これは何を物語っているのか。がん治療の初期段階からの緩和ケアということそのまま受け入れるとしても、得られる成果は何か、目標とする成果は何か、その成果を評価する手法の開発はどうすべきか、ということが議論されてしかるべきである。議事録、資料を見てもその様な議論がなされた形跡は全くない。

2) 重点的に取り組むべき課題および個別目標の中間報告

がん対策推進基本計画の“第2 重点的に取り組むべき課題”の、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」は「第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「(1) がん医療」の中で報告されている。

i) 緩和ケアの中間報告

取り組むべき施策の個別目標として、以下の3項目にまとめられ、それぞれの進捗状況について報告している。

① すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得する。

② 2次医療圏において、緩和ケアの知識および技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させる。緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和

ケアチームを設置している拠点病院などを複数か所整備する。

- ③ 医療用医薬品の消費量を、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いる。

元々の目標が全てのがん治療に関わる医師たちが緩和ケア研修を受けるなど量的な追求が中心であるので、ここでは多くを触れない。

緩和ケア整備の本質は研修を多く行うことでは決してない。研修をすることを問題としているのではなく、緩和ケアを整備する施策の中で研修がどう位置づけていくかが重要だということである。その中心の一つに人材育成があるとすれば、“研修効果の評価を行うとともに、いわゆる座学中心から実地研修中心に移行すべき”という「がん対策推進協議会の意見①」に耳を傾けるべきである。

緩和ケア推進のためには、研修・緩和ケアチームの整備など量的な保証を得る施策誘導が欠かせない事は確かである。進捗状況の報告でもそれなりの量的成果は上がってはいる。しかし麻薬消費量を含めてこのような量的な保証が、どのような意味を持ち、将来の緩和ケアの課題の解決に繋がるのかという道筋は見えてこない。

量的な保証が質的な問題の解決に繋がるためには先に述べた様な緩和ケアの概念の整理・共有をしっかりと行い、それに基づいた実効あるシステム構築が同時的に行われなければならない。

ii) 在宅医療についての中間報告

個別目標として、“がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。”とある。

進捗状況としては、“平成18(2006)年医療法改正において、医療計画の記載事項に、「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。”これを受けて、“拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した”とある。

研修あるいは在宅がん患者に対する介入研究などを含めて、在宅医療の提供体制の整備に努め、方向性を定める試みをしている段階で、中間報告を見る限り在宅医療に関して検討に値する具体的な成果はまだない。

在宅医療については、緩和ケアの課題に関する中間報告である「がん対策推進協議会の意見②」でも触れている。そこでは“緩和ケアチーム設置の推進に努めなければならない。その際、在宅療養における緩和ケアも推進されるべきである”と力強く記述されている。さらに“緩和ケアチームや在宅療養を積極的に推進するという視点に立ち、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成も重要である。また、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、在宅緩和ケアに携

わる医療福祉機関の3つの役割が連携し、地域において面的な切れ目のない緩和ケア体制を確保できるように、2次医療圏等の地域ごとに計画を立案することが提案されている。”と続く。

記述されていることは尤もであり、在宅緩和ケアの強力な援護射撃である。しかしその内容は、差し障りのないものであり、「計画立案の提案」という段階に留まっている。このように推進協議会の意見でさえ、現状を打開するために何をすべきなのか、どうすれば在宅療養における緩和ケアが推進されるのかという道筋が明確になっておらず、現実感のなさ、スピード感のなさだけが実感として残る。

一方、量的な成果をみてもみると、在宅療養支援診療所の数が平成20年11450カ所（平成18年は9434）になったと報告されている。在宅療養支援診療所は自宅での看取りを増やすことを目指して創設された診療所である。その意味ではその数が増えることは厚労省の意図通りで、一つの成果ではある。問題は在宅支援診療所のどれほどが、その本来の目的である自宅での看取りに関わっているかである。平成19年度には、36%の在宅支援診療所が在宅での看取りをただの一人もしていない。しかも翌平成20年度には、在宅での看取りに関わらない在宅支援診療所が56%に増えている。ただしこの期間でも、在宅療養支援診療所全体としての看取り患者数は増えている。これが何を意味するのかというと、在宅療養支援診療所の届け出数は増加しているが、自宅での看取りを行う在宅療養支援診療所の数は逆に減少している。しかし複数人の在宅看取りを行っている在宅療養支援診療所は、看取り患者数が増えていることを意味している。在宅療養に積極的に取り組んでいる診療所の看取りの人数は増加しているが、いわゆるかかりつけ医で在宅療養支援診療所を登録した診療所は看取りをしないところが増えていると言うことである。在宅療養支援診療所の登録数だけを成果とすることにはあまり意味がないことが露呈している。

中間報告を見る限りでは、在宅医療については実効があがる方向での体制整備は全くと言っていいほど進展していない。第2章でも述べたようにがん終末期の在宅緩和ケアについての位置づけが明確でない事をあわせ考えると、このままではがんになって、家に最後まで居たいという多くの国民の希望の実現は殆ど望めない。

何よりも問題なのは、在宅医療に関するがん対策推進協議会の意見である。そこには“本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”と記述されているのである。

この問題については次の“4. 在宅での看取りを考える”で論ずることにする。

4. 在宅での看取りを考える

中間報告を見る限り、がん終末期緩和ケア、特に在宅緩和ケアについてはみるべき成果は全く上がっていない。それどころか、前述したように終末期緩和ケア、特に在宅緩和ケアそのものの認知が十分にされていない。この理由は今まで述べた中で明らかにしたので繰り返さないが、在宅緩和ケアに関する施策が充分ではないのと、今のままでは成果が期待できないことの理由の一つは、在宅での看取りについてきちんと議論をしていないからである。この章では在宅の看取りが、がん終末期の在宅緩和ケアを考える際に避けて通れないし、非常に重要な課題であることを明らかにする。

1) 在宅医療と在宅での看取り

がん対策推進基本計画において在宅医療は、厚労省がいろいろな意図を含めていても、がん終末期の在宅緩和ケアが中心的な意味を持つと考えることが自然である。

実際、がん対策推進基本計画の在宅医療の項で、個別目標として“がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。”とがん終末期の在宅緩和ケアのことを言っているのである。参考指標とあるが、この文章を素直に読めば在宅医療の目標は在宅での死亡割合の増加であることは明かである。それにも関わらず、厚労省は在宅での看取りの割合に対して数値目標を明確にすることを避けているようにみえる。

しかし古くは2005/07/29の毎日新聞の記事に、“厚生労働省は28日(2005/07/28)の自民党社会保障制度調査会医療委員会で、自宅や介護施設で死亡する人(02年度は全死者の18%)の割合を4割に引き上げることで、2015年度の医療給付費を約2000億円、25年度には約5000億円削減できるとの試算を示した。”とある。この思いは現在も引き継がれて、在宅での看取りを在宅医療の施策の目標にしていることは、次の事実を見ても明らかである。

- ① 2006年に在宅療養支援診療所ができた時に、在宅療養支援診療所は毎年1回社会保険庁に、1年間の看取り数を報告することが義務づけられている。
- ② 厚労省が在宅医療(在宅緩和ケア)、在宅ケア・ドクターネット全国展開事業の事業費を補助する募集をしているが、その目標はそれぞれの医師が看取りを年間に数件ずつ行い、導入された地域の在宅看取り率を5年間で2倍にすることとした。
- ③ 診療報酬の面から見ると、一定の縛りの中で在宅での看取りに対してはターミナル・ケア加算として1万点(10万円)を設定している。この1万点は私たちのような診療所の経営にとっては大いに助かるのではあるが、それでもことほど左様に厚労省は在宅での看取りに躍起なのかと思ったものである。

いずれにしてもなりふり構わずに、これほどの施策を行っているのに、なぜ在宅緩和ケアの目標として、在宅での看取りの数をきちんと打ち出さないのか理解できない。

2) 中間報告でのがん対策推進協議会の意見と在宅死

中間報告のなかで、今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見をみると、“本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”とこれまた整合性のない、誤った認識が既述されている。非がん(高齢者・難病など)在宅ケアはこの文言でも考え方として大きな問題はないが、がん終末期では大問題である。このような意見こそが在宅緩和ケアに経験のない人たちが、在宅での看取りの推進を明確にしないで、自身の頭なのかで創造し、机上の論理のすりあわせをした結果である。

“「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。”という文言が成り立つためには家で最後まで療養できるような専門的な医療・ケアの提供が不可欠であり、自宅で看取することに結びつくことを肝に銘じる必要がある。

同協議会の意見ではさらに、自宅などでの死亡率について、“がん患者の在宅での死亡割合は、平成17年から平成20年にかけて1.6%の増加を認めるが、十分に在宅医療が整備されているとは言い難い。”と述べている。言いたいことがはっきりしない、変な日本語である。本来なら“1.6%の増加は十分な数字ではないが、対策の成果が上がり、在宅医療の整備が出来てきている”とするか、“1.6%の増加はあるものの、これでは成果が上がっているとは言える数字ではなく、十分に在宅医療が整備されているとは言い難く、その問題点を明らかにする必要がある。”としなければ意味が通じない。素直に読み解けば後者の意味と思われるのではあるのだが、在宅死を目的としないという自縛の中で1.6%の増加を実績として何とか表現したいという思いが込められ(注には、増加は統計学的に有意であるとわざわざ記載している)、苦勞のあとが伺える文章である。

いずれにしても中間報告のこの記述は、在宅での死亡割合を在宅医療の整備の指標としていることは確かである。参考指標とか、がん対策推進協議会の意見のように“患者の在宅死が目的ではなく”などと曖昧な表現をするから全体の論旨がおかしくなる。もっと正面を向いた議論をし、施策を立てるべきである。

厚労省は、どのくらいの在宅死亡率であれば、医療経済の抑制に、そしてこれからの急速な死亡者数の増加に対する医療体制の破綻が免れることに寄与するのかという視点で、それなりの腹案・試算をもっていることは確実である。このような状況をつきあわせて現実的な数値目標と言うことを考えると、乱暴に推測すれば、20~30%、可能であれば30%前後を考えているのではないか。厚労省の在宅緩和ケアを推進する目的は医療費増加の抑制に寄与することであり、具体的な課題は自宅の看取り割合の増加であることは明らかである。がん対策推進基本計画で看取りの問題に正面から取り組んでいない結果として、施策の方向だけでなく、日本語の使い方に混乱を招いている。在宅死が目的ではないことと、在宅死を重要な目標と位置づけてシステム構築をすることは別のことである。

在宅での看取りの割合を数値として明らかにすることは、がんになったら住み慣れた家で療養したいという多くの国民の願いを実現するために不可欠である。

3) 患者の視点から見た在宅での看取りの意義

在宅死率の問題に触れてからでは順序が逆であるが、なぜ在宅での看取りが、その割合が重要なのかについて、患者側の視点で説明をする必要がある。在宅での看取りを明確にすることは、次のような理由で患者・家族・市民にとっても望ましいのである。

① “がんが治らないと分かったら家に最後まで居たい”という患者・家族、多くの国民の希望を実現するものだからである。

がん終末期になっても家に居て痛みなどの苦痛症状が緩和され、必要な医療・ケアが受けられるならば、多くの人が家に居たい、家で死にたいと思うのは当然である。

② 在宅での看取りの割合は、在宅で療養する患者のQOLの高さを表現する指標だからである。

家に居て療養を継続したい、病気が進行しても家に居て最期を迎えたいと願っている人にとって、入院をするということは大変辛い。家に居たいという患者が、その意に反して入院をすることが多いのはなぜなのか。答えは一つである。入院は嫌だけど、家に居ることがもっと辛い状況にあるから、あるいは状況が生まれたからである。言い換えると患者が家に居られるようなケアの提供ができなかったと示している。

具体的な例を挙げてみる。痛みで代表される身体的な苦痛を和らげることが出来なければ家にいることが辛くなる。入院してこの辛さがとれるのならば、入院も仕方がないと考えるのは自然である。あるいは家族が、患者の病状の急激な変化をみているのが心配で心身ともに疲弊し、これ以上は無理と感じれば、やはり在宅での療養の継続は出来ない。

逆に、家に居て辛い症状が緩和され、家族の負担が緩和されれば、入院をする必要もないし、入院をする気になることはない。家に居ることが困難になる問題が起こったときに、その問題を解決できないと入院になる。この問題解決の能力が高い、あるいはこのような問題が生じないような医療・ケアを受けられれば、がん終末期の患者は家に居続けることが可能になる。がん終末期という厳しい状況のなかで、自宅での看取りは、一定のレベルの医療・ケアの提供を受けていたことを示している。

家に居たいと願っている人が、家にいて最期を迎えることができた割合は、がん対策推進基本計画にいう“がん患者が希望する場所での療養”が実現できた割合であると同義である。在宅緩和ケアは残された時間がかなり限られた人に対する医療であるが、亡くなるまでその患者は生きている、まさに生きているのである。緩和ケアはこの生きること、良く生きることを支援するのである。良く生きることの延長上には、良い最期がある。在宅での看取りの割合は、良く生きた人の割合でもある。在宅緩和ケアの質が上がるということは、がん終末期の患者がよい日々を過ごせたという証でもある。

がん終末期の在宅看取りの割合を上げることの大きな意義は、患者・家族あるいは多くの国民にとっては自分自身の将来の人生の安心を実現・保証するという点にある。

4) 中間報告の中の在宅緩和ケアの光と影

いままで中間報告をみてきて、余りよい評価ができなかったが、この章の最後に在宅にとってかすかな光となる表現があったことに触れたい。

がん対策推進協議会では在宅医療に関して、“年間100件程度以上の看取りを行い、地域の診療所等に対する教育機能等も果たすがん拠点診療所を新たに整備すべき、地域ごとに在宅医療推進協議会等を置き、地域におけるネットワークを構築、医療体制をコーディネートする機能の検討、今後、都道府県別の在宅看取り率を公表できるよう、検討を行う。”という意見があった。一部の委員に、このままの施策では“がん終末期の患者が希望する場所での療養”を実現できないという危機感を持っていることを示している。在宅緩和ケアのノウハウを持っている診療所の力を生かそうと言うことで、一歩踏み込んだ内容になっており、十分に評価できる。

この問題を議論するにあたって、今まで繰り返し述べてきた事であるが用語の再整理を行うことが不可欠であることを改めて強調したい。

もう一つ大きな問題がある。在宅医療（在宅緩和ケア）の整備を推進する主体をどこにおくかである。がん対策推進基本計画に一貫して貫かれていることは、がん拠点病院の整備、指導性である。がん対策推進基本計画のなかの以下の一文に注目してみる。

“がん治療を継続する患者の退院時の調整を円滑に行うため、病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション・薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくために必要な体制を整備していく。地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により、各地域の特性を踏まえ、“在宅医療が実施できる体制”を計画的に整備していく。”

前段だけだと、拠点病院の在宅移行の整備ともとれ、主語は病院の医療従事者であり問題はない。しかし、後段の“地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により”あるいは“在宅医療が実施できる体制を計画的に整備”の主語も、病院の医療従事者ととれる。そうだとすると“ちょっと待てよ”となる。少なくとも在宅緩和ケア側が関与するという認識は全く感じられない。在宅緩和ケアを、在宅緩和ケアの経験が全くなく、現場のノウハウを持たない“拠点病院”の指導の下に進めるということである。ここに在宅緩和ケアの施策の実効があがらない根本的な原因がある。在宅緩和ケアに関する施策の実効を挙げるためには、在宅緩和ケアをがん治療あるいは医療制度の中でどう位置づけるかという視点と、在宅緩和ケアの現場で積み重ねてきた実践的なノウハウに基づいた“あるべき姿”を統合するという過程が必須である。後者が欠けた制度設計では、実践的な医療の現場が機能しないことは自明であり、今までの実績が示している。

このような在宅緩和ケアの施策の基本的なあり方を整理・解決をしないで、在宅看取り100件といっても、高齢者の在宅医療・病院目線の在宅緩和ケアに飲み込まれて在宅緩和ケアにとっての失われた数年（がん対策基本法施行以後の）を取り戻すことはできない。

更にこの後に続く、“がんの在宅医療に関する個別目標として掲げられた到達目標は、…

在宅での死亡割合ではない、在宅医療の質や在宅医療の連携等を評価できる指標について再考すべきであり、そのための予算的な裏付けも必要である。”とあるが、大問題である。

“在宅での死亡割合ではない・・・”をわざわざ在宅での看取りの割合を除いている。評価できる指標の最も単純で、実効ある“在宅での死亡割合”を何の根拠もなく外すとはどのような意味があるのだろうか。

3)の“患者の視点から見た在宅での看取りの意義”の章を思い起こしていただければ、“在宅での死亡割合”を評価の指標として意図的に取り上げないことの矛盾は明かである。繰り返すと、在宅療養の質は在宅での看取りと連動すると言うことは明らかであり、“在宅での死亡割合”はがん患者の在宅療養の質を表す最もわかりやすい指標である。

さらに、在宅での看取りに注目することは、各地域、各チームの目標あるいは問題点がわかりやすくなり、在宅緩和ケアの質の高まりを促すことになる。中間報告に見られた意見が在宅緩和ケアの光になるためには、在宅での看取りを目標の一つとすることが絶対に必要である

何よりも、在宅死を考慮しないがん終末期の在宅医療の質や在宅医療の連携等を評価できる指標を確立することがどれほどに困難な作業であるかを考えていない。

恐らく看取りという言葉が前面に出しながらの施策の構築はしづらいという、厚労省あるいはがん対策推進協議会の患者側に対する配慮が大きいのだろうとも思われる。

しかしこのような曖昧な対応が、逆に患者の希望を叶える実効ある施策が取れない皮肉な結果をもたらしている。同時にがん患者・国民も、自分たち自身の問題としてがん医療の現実を知り、冷静で建設的な対応が望まれる。

5. がんになっても家に居られるために

1) まとめをかねて

今回がん対策基本法、がん対策基本推進計画の検討をして、緩和ケアに対する捉え方に問題があること、在宅緩和ケアについては殆ど実効ある施策を行う下地がないことがわかった。国を挙げて在宅医療の推進を叫び、その体制整備を行っているが、ことがん終末期の患者に関しては、このままの状態では自身の意志で療養の場を選択し、安心して療養生活を送れるという希望の実現の道は遠く、多くの課題を解決しなければならない。

具体的には、緩和ケア、在宅緩和ケアの意味する概念形成が充分でなく、がん対策推進基本計画ばかりでなく、がん対策推進協議会の議論、提言においても、緩和ケアに関する施策の整合性が見られない。特にがんの治療の初期段階からの緩和ケア、がん終末期の緩和ケア、これをつなぐ概念としての切れ目のない緩和ケアの提供の持つ意味合いが不明瞭である。がんの初期からの緩和ケアに重点を置くあまり、その概念構築が不十分であることが、がん終末期の在宅緩和ケアの重要性の認識、ひいてはその認知がなされなくなっている状況を招いている。

今、緊急課題として取り組むことは、がん対策推進基本計画の見直しである。

具体的には、緩和ケア、在宅緩和ケアあるいは在宅医療に関して使う用語、言葉の整理をすること。その上で重要テーマである“治療の初期からの緩和ケア”の意味、終末期緩和ケアの意味、切れ目のない緩和ケア提供の概念形成が緊急の課題である。そうしなければ、がん対策推進基本計画が緩和ケアの施策を考える基盤になり得ない。

現在一部の現場（地域）では、すでに緩和ケア病棟、療養病床を含む病院、在宅の受け入れに限界が来て、小規模多機能施設、グループホームを受け入れ先の対象にする場合も増えてきている。なりふり構わずがん終末期患者の療養場所（看取り場所）の拡充に躍起になっているのである。厚労省もその方向を推進しようとしているし、そうせざるを得ない現実が千葉県でも一部の地域で起こっている。がん終末期患者にとっては療養場所の選択が危うくなりつつあり、かなり危機的な状況である。

しかし高齢者施設でのがん終末期の患者の看取りは、例え受け入れ施設が量的に充足しても、このままでは非現実的でねらい通りにはいかない。基本概念の整理をしないで、このような目の前にあるものをごった煮のように取り混ぜてもうまくいかない。

がん終末期患者の看取りには、終末期の状況に対するノウハウが必要である。看取り近くなった場面にはなおのこと、看取りに至る過程に対応するためのノウハウがある。がん終末期の患者が施設での療養・看取りは在宅での看取りよりも数段困難である。施設での療養・看取りが可能となるためには、それを実現するための基軸が必要であり、そのためのシステム構築が欠かせない。基軸となるのは、“住み慣れた家での看取り”が可能となるシステム構築に他ならない。“住み慣れた家での看取り”が可能となることで初めて周辺の施設においてもがん終末期の患者の看取りができるようになる。

“住み慣れた家での看取り”が可能となるような在宅緩和ケアのシステム構築が何もない状態では、がん患者の望む場所での療養・看取りが実現できる可能性は極めて低いし、現場が疲弊し、混乱を招き、インフラが壊れるだけである。

2) 在宅緩和ケアのシステム構築は二つのパラダイムのシフトである

在宅緩和ケアの推進には、次の点において従来の医療のあり方、医療制度の改革と異なる視点が必要である。在宅緩和ケアは、

- ① 質の高い医療・ケアを提供しても、患者の“生”が目標にはならない

ここはがん終末期の緩和ケアと他の医療との決定的な違いである。

- ② 医療の問題解決の場が従来のように病院ではなく、在宅である。

従来の医療の改革は、医療の質の改善は患者の生を追求するためであり、そのためには病院の問題解決能力を高めることであった。在宅緩和ケアのシステム構築は、この二つの点が異なることを見据えて、患者の希望する療養場所が選択できるように対策を立てなければならない。従来の医療改革の視点からすると、パラダイムのシフトである。

パラダイムシフトを念頭に置くと言うことは、従来積み重ねてきた医療のあり方、あるいは既存の資源の活用に新たな工夫が必要だと言うことである。在宅緩和ケアは新しい医療であると述べたが、科学的に確立するという問題の前に実践の医療としては論理的であるべきである。論理的に新たな医療を創造するという視点を持つことが重要である。

3) 地域在宅緩和ケアという概念

②の医療のシステムについては、以下に新たな医療システム構築のための概念を一つのたたき台として示す。

A) 従来の医療制度改革は病院医療の整備とともに、病院医療と開業医（かかりつけ医）という二つの医療集団に区分けをして考えれば良かった点に対する見直しである。在宅緩和ケアを医療の大きな要因として組み込まなければいけなくなったときに、二つの医療集団ではなく、少なくとももう一つとして在宅緩和ケア医（ここでは話を簡略化する意味で非がんは考慮しない）という医療集団を加え、三つの医療集団の整合性を図る必要が生じる。

B) この新しい医療集団の医療実践の場であり、問題解決の場の中核は在宅、つまり“地域”、“在宅”であるという認識に基づいたシステム構築である。特に在宅緩和ケアにおいてはがん患者の厳しい状況を考えて時には、医療的な問題（ケアも含めて）の解決を在宅で完結する必要があるということである。ここに、一定の高い水準の在宅緩和ケアの提供できる診療所を中心に、地域在宅緩和ケアという新しい概念、枠組みが生まれる可能性を見いだすことが必要である。

乗り越えなければならない課題は、在宅緩和ケアの提供できる診療所は開業医だということである。開業医に対する公的な支援は困難な面が多くあるが、主体になるべき医療機関

に対して、これをどう制度保証していくのかを考える必要がある。

4) 試案

これと同じような提言をすでにがん対策推進協議会、みんなで作るがん政策2010は行っている。緩和ケアを専門とする診療所を制度認定し、在宅緩和医療の充実を図って結果的に入院施設の負担を軽減するなどとして、“がん在宅緩和診療所創設”といている。このような概念を基に制度設計がなされることを仮定して、千葉市の例をとって少し乱暴であるが、シミュレーションを試みる。

千葉市の2009年のがん死は2171名、そのうち在宅（自宅・施設）での死亡は267名で12.3%である。さくさべ坂通り診療所では年間100～110名のがん終末期の患者に対して在宅緩和ケアを提供し、ほぼ同数の患者を自宅で看取っている。がん在宅緩和診療所を認知し、支援するシステムができれば現状でもさくさべ坂通り診療所は150名～200名程度の自宅での看取りは、充分に可能である。単純計算するとさくさべ坂通り診療所クラスのがん在宅緩和診療所があつて1～2箇所できれば、400名以上なり、その他の在宅療養支援診療所、かかりつけ医を加えれば、千葉市のがん終末期患者の自宅での看取り率は20%以上となる。逆に医師会を中心とした、かかりつけ医がその役割を担うと言うことになると、一人のかかりつけ医が年間2～5人の看取りをすとしても、新たに30～100人のかかりつけ医が必要になり、非現実的である。

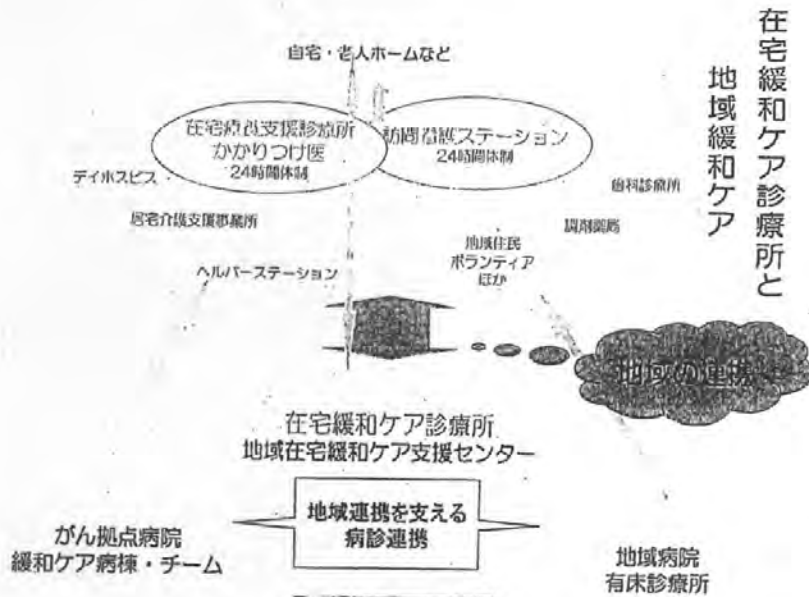
がん在宅緩和診療所が認知され、自宅で介護だけではなく医療が受けられることが制度設計されることで、がん患者は＜最後は病院＞という世の中の既成概念に基づいた常識は払拭される。このような認識の変化は、自宅での生活を継続する可能性を大きくする方向に働き、自然の経過の結果としての看取りの割合が増える可能性が一層期待できる。

在宅緩和ケアは多くの職種の連携による総力戦であるが、そこには一定の仕掛けが必要であり、A)の地域緩和ケアという概念創出が必然となる。地域を起点にして、新たな在宅緩和ケアの創造を目指すということである。実は千葉県のがん対策推進計画の中の在宅緩和ケアの連携イメージ図は、詳細に論じることはしないが“がん在宅緩和診療所創設”を始め地域緩和ケアの導入に適している。

現在、がん在宅緩和診療所を担える在宅療養支援診療所の数は決して多くはない。地域緩和ケアの概念が実現するためには、がん在宅緩和ケア診療所に対する経済的なインセンティブだけでなく、医療制度の中で位置づけるなど、しっかりした基盤整備がなされなければならない。がん難民というキーワードで見ても、がん終末期の療養の場の選択は、医療状況の厳しい都市部では特に深刻である。一刻も早く将来を見据えた基軸となる体制作りの第一歩を踏み出さないと、5年後、10年後あるいは20年後に想定される危機的な状態に対応するすべをもてない。

がん在宅緩和ケア診療所を中心とした地域在宅緩和ケア構想は、全国的に見ると数は少ないながらも今すぐにも実現可能な地域があり、がん終末期の在宅緩和ケアに関してはあ

る程度恒久的なシステムの構築のスタートが切れる。地域の特性に応じたシステムの構築ができれば、がん在宅緩和ケア診療所の所在する地域が変わり、更にそれが周辺地域に広まるなどして、がん終末期患者の医療環境が劇的に変わる可能性を秘めている。以下では試案のイメージ図を示す。これは前述した千葉県のがん対策推進計画の中の在宅緩和ケアの連携イメージ図をもとに、がん在宅緩和ケア診療所の創設を盛り込んだものである。



6. おわりに

治療の初期段階からの緩和ケアに多くのページを割いたのは、緩和ケアの概念が混乱している危惧を持ったからである。混乱が、がん終末期の緩和ケアの認知を危うくしかねないし、在宅の施策に大きな影響を及ぼすと考えたからである。ある意味では緩和ケアの基本である終末期の緩和ケア、在宅緩和ケアの存在そのものが危ういと感じている。現実には危ういと言うよりも現場の感覚では崩壊寸前の状況にあり、システム構築どころではないと言っても決して過言ではないからである。このことは最終的にはがん診療そのものにも大きな影響を及ぼすことになる。

がん終末期緩和ケアの大きな柱である在宅緩和ケアについて改めてその意義を確認する。在宅での看取りの場の整備が意味するところは、多くのがん終末期の患者にとって希望する療養場所の確保が可能になるということである。在宅緩和ケアの重要性を認識して、がんを治すための治療の開発と同時に、終末期の療養の質の高さが保証されることが、がん患者だけでなく、多くの国民の安心に繋がり、がん医療の信頼を深めることになる。終末期を含めて、がん患者の療養の質を高めるために、がん患者、がん治療に関わる医療者だけでなく、一人でも多くの国民、行政に在宅緩和ケアの対策を真剣に考えて欲しいと切に願うものである。

在宅緩和ケアのシステム構築が機能するためには、緩和ケア、在宅緩和ケアの概念整理をして、医療側、行政側がそれを共有することから始めることが必要である。その上で、医療的に専門性の高い分野であること、自宅での看取りの割合に重要な意義があることを前提にした施策の方向性を打ち出すことを強く望むものである。

がん終末期のがん患者は人生の最後の場面に出会う医療、ケアを受けたあとに、感謝の気持ちであれ、無念の思いであれ、その思いを言葉に託して世の中に伝えることができない。私たちは、がんで亡くなった患者の声、思いを直接聞くことはできないのである。それらの人々の“声なき声”を受け止めた、在宅緩和ケアの推進が私たちに課せられた責務である。

在宅緩和ケア(在宅医療)の 普及に向けて

総合病院山口赤十字病院
末永和之

ホスピス緩和ケアの取り組み

- 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ターミナルケア研究会設立
- 1992年 山口赤十字病院に県内初の緩和ケア病床(3床)設置
訪問看護開始
- 1993年「がんと末期医療を考える会」が知事に 緩和ケア病棟整備促進を要望
県議会でがん医療体制整備として緩和ケア病棟を考える意向を知事が表明
- 1993年～1995年
山口県における緩和ケアに関わる調査研究事業の委託が山口赤十字病院にあり、
提言書を提出
- 1994-1995年 厚生省がん克服戦略事業
「在宅緩和ケアにおけるQOLの評価-在宅緩和ケアサポートシステムの確立と医療費の検討-」
- 1999年 山口赤十字病院に25床の緩和ケア病棟承認
- 2003年 山口市在宅緩和ケア推進事業開始、山口市在宅緩和ケア支援センター開始
- 2007年 山口県在宅緩和ケア対策推進事業開始、山口県在宅緩和ケア支援センター開始
山口県在宅緩和ケア実態調査(診療所・病院勤務医)
- 2010年6月 厚生労働省在宅医療推進支援センター意見交換会

平成19年度死亡場所

		総数	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
山口県	死亡総数	16736	13367	533	143	394	1811	387
山口市	死亡総数	1758	1388	49	31	50	203	37

悪性新生物(死亡原因)	総数
山口県	4465
山口市	498

山口赤十字病院 在宅緩和ケア数

死亡数 379
在宅死 264
在宅死率 70%

	訪問人数		死亡人数		死亡場所		
	男	女	男	女	病院	在宅	その他
13年	40		25		12	13	
	19	21	14	11			
14年	36		23		9	14	
	18	18	12	11			
15年	50		36		17	18	1
	33	17	24	12			
16年	50		40		13	24	3
	24	26	23	17			
17年	58		44		12	32	
	28	30	23	21			
18年	66		47		8	39	
	35	31	27	20			
19年	59		46		8	38	
	33	26	27	19			
20年	44		37		8	29	
	31	13	25	12			
21年	28		15		5	9	1
	17	11	10	5			
22年	63		43		9	34	
	26	37	20	23			
23年	43		23		7	14	2
	18	25	11	12			

山口市在宅緩和ケア推進事業概要 (平成15年)

【目的】

医療技術で治癒が期待できない「がん末期の方」を対象として、在宅緩和ケアに係わる関係機関の連携システムの構築や、相談機能の確保並びに福祉サービスの充実を図ることにより、がんの末期の方が緩和ケアを受けながら、住み慣れた自宅等「自分が望む生活の場」で安心して有意義な生活が送れることを目的とする。

【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
- (3) 在宅緩和ケア支援のための保健・医療・福祉サービスの連携システムづくり
- (4) 在宅緩和ケア相談体制の整備
- (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

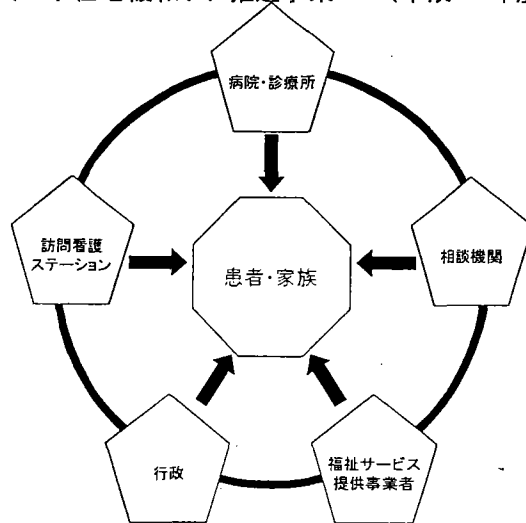
(参考資料)

山口市在宅緩和ケア支援センター

【業務内容】

- (1) 患者・家族に対する相談支援
- (2) 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) 医療機関及び訪問看護ステーション等従事者に対する相談支援
- (4) 医師・看護師・福祉関係者への研修会
- (5) 緩和ケアに係る情報提供
- (6) 一般市民への普及啓発

在宅緩和ケア支援体制 山口市在宅緩和ケア推進事業（平成15年度）



山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス

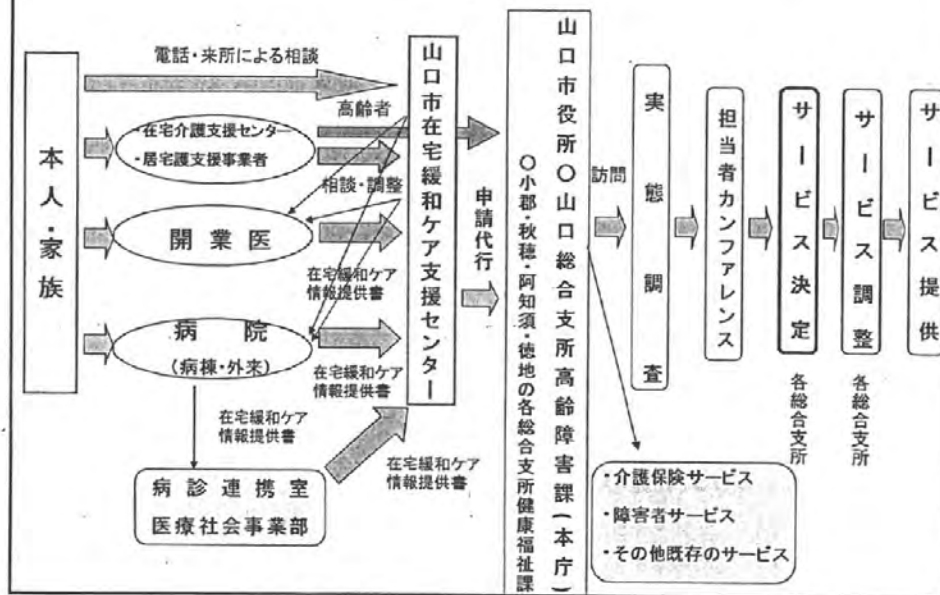
【サービス利用対象者】

- ・山口市在住の末期がんの方で在宅生活への支援及び介護が必要な方
- ・年齢制限なし
- ・事業優先; 余命1ヶ月と予測される方
- ・他法優先; 介護保険サービス等をまず利用!
(福祉用具貸与品目の「点滴スタンド」「吸引器」「吸入器」を提供)

【利用料】

- ・介護保険サービスの単価に準じ、自己負担は1割
- ・生活保護法による被保護世帯は無料
- ・「吸引器」「吸入器」については、個人購入品があり、利用料の他に実費負担が必要

在宅緩和ケア支援福祉サービス提供までの流れ



地域における緩和ケアネットワーク構築に向けての実態調査(診療所)

調査期間:平成20年10月

調査対象:山口県内の1109診療所への在宅緩和ケアへの取り組みのアンケート調査

山口県在宅緩和ケアガイドブック作成(平成22年3月)

(参考資料)

地域における緩和ケアネットワーク構築に向けての実態調査(がん治療に携わる勤務医)

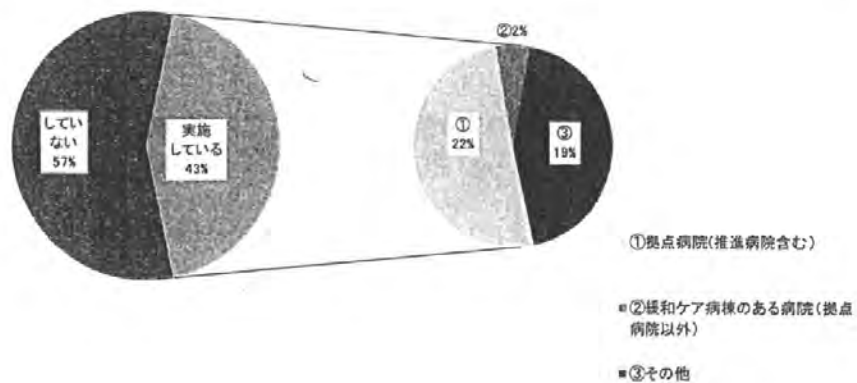
調査期間(平成22年8月19日～10月31日)

調査対象:山口県内の病院に勤務し、がん治療に携わる医師63施設、905名を対象

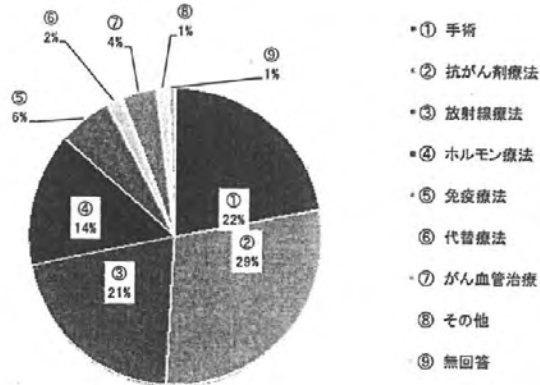
アンケート回収率:24.30%
配布数902枚
305件回収(有効回答率97%)

(参考資料)

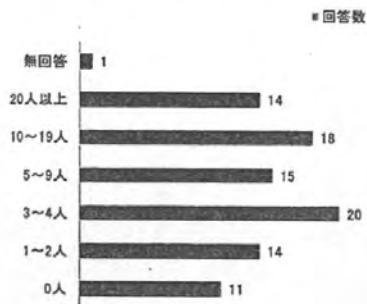
在宅緩和ケア実施割合(過去1年間)



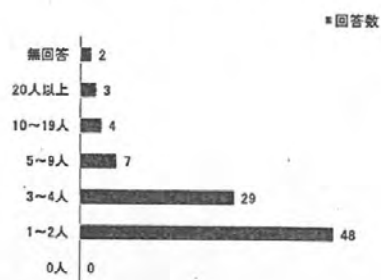
在宅緩和ケアを実施している病院医が携わる
がん治療の方法(複数回答)



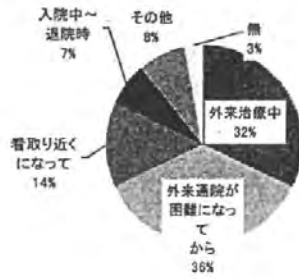
在宅緩和ケア実施医師の
病院での看取り数



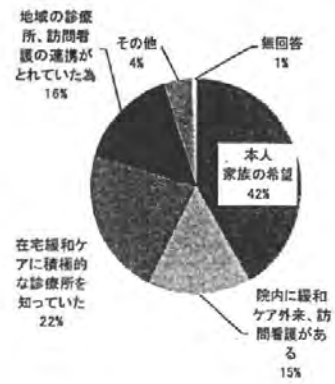
在宅緩和ケア実施医師の
在宅での看取り数



在宅緩和ケアを勧めた時期



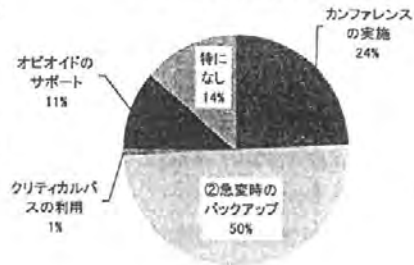
在宅緩和ケアを勧めた背景



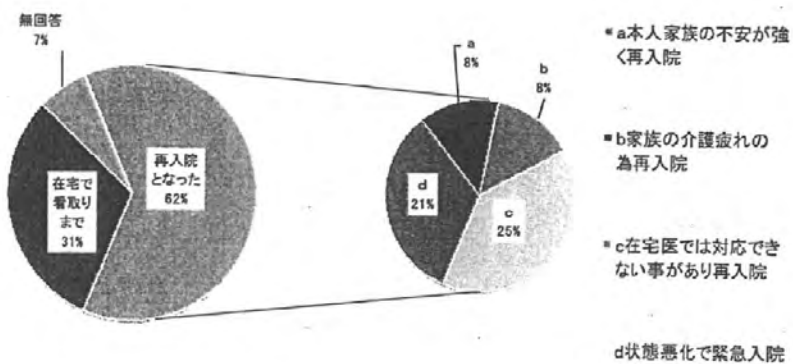
在宅へ帰られた際の主治医は



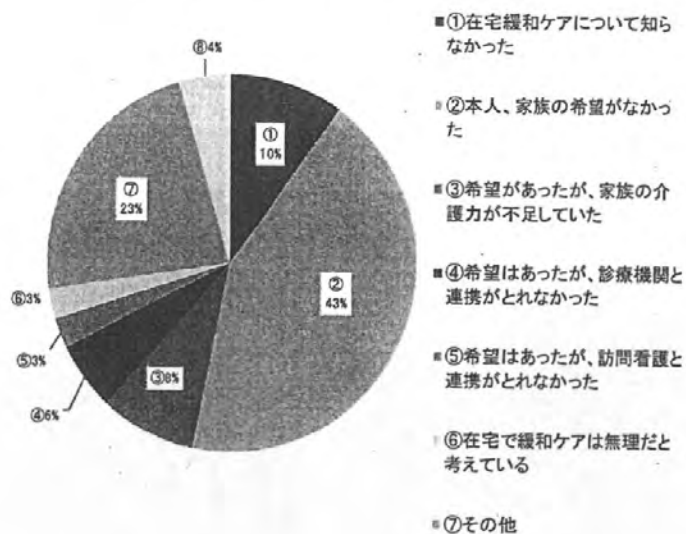
在宅医との連携状況



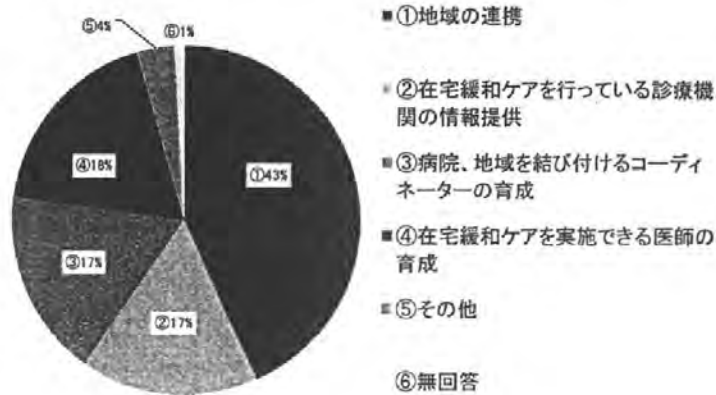
在宅緩和ケア実施後最後はどこで過ごされか



在宅緩和ケアを勧めなかった理由



今後在宅緩和ケア推進の為必要なこと



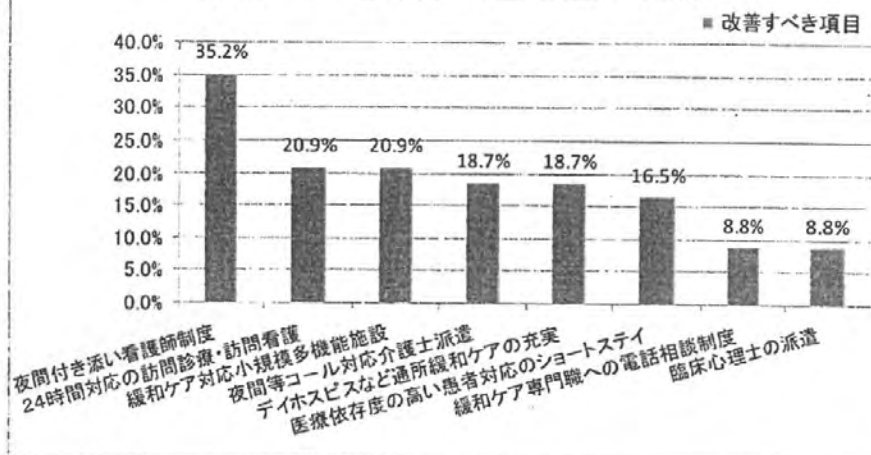
在宅療養の継続が困難となった事例に対し在宅療養を継続可能にする条件

1) 在宅療養支援診療所の医師から在宅療養の継続条件として多くあげられた項目

- ① 夜間付き添い介護士制度
- ② 24時間対応の訪問診療・訪問看護
- ③ がん末期患者への在宅ホスピス緩和ケア対応小規模多機能施設
- ④ 夜間等コール対応介護士派遣
- ⑤ デイホスピスなど通所ケアの充実

日本ホスピス緩和ケア協会の調査報告から

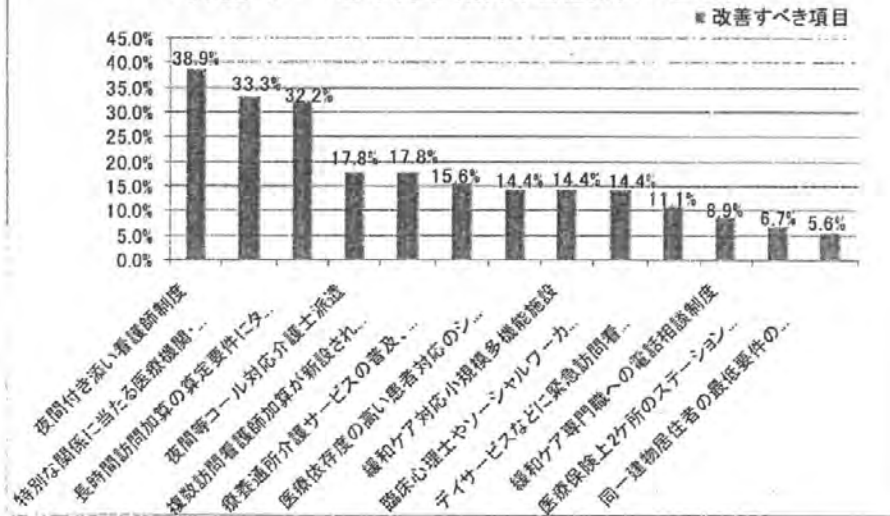
改善すべき項目(在宅医からは)



2) 訪問看護ステーションの看護師から 在宅療養の継続条件として多くあげられた項目

- ① 夜間付き添い看護師制度
- ② 特別な関係に当たる医療機関・訪問看護ステーションの同日算定の緩和
- ③ 長時間訪問加算の算定要件にターミナルの訪問看護を追加・回数制限の廃止
- ④ 夜間等コール対応介護士派遣
- ⑤ 複数訪問看護加算週1回のみの回数制限の廃止

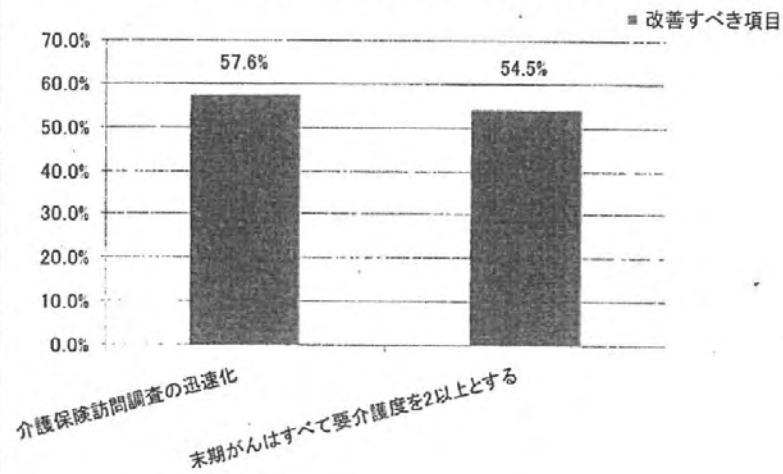
改善すべき項目（訪問看護師からは）



3) ケアマネージャーから在宅療養の継続条件として多くあげられた項目

- ① 介護保険の訪問調査の迅速化
- ① 末期がんは要介護度を2以上とする

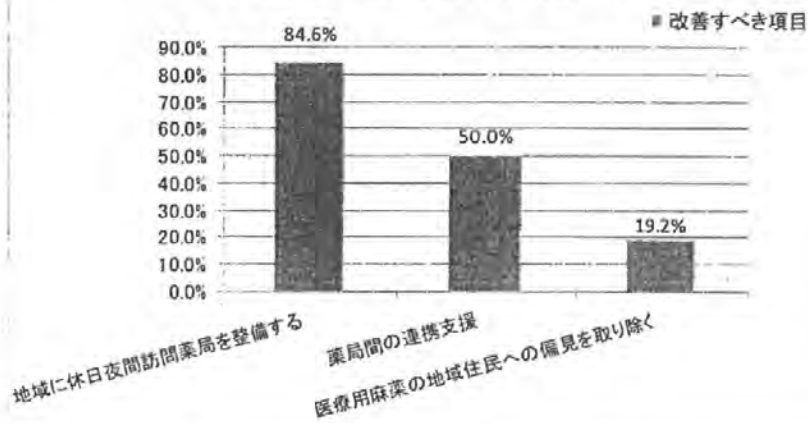
改善すべき項目（介護保険ケアマネージャーから）



4) 調剤薬剤の薬剤師から在宅療養の継続条件として多くあげられた項目

- ①地域に休日夜間対応の訪問薬局を整備する
- ②調剤薬局間の連携支援
- ③医療用麻薬に関する地域住民の誤解や偏見を取り除くこと

改善すべき項目(薬剤師から)



在宅緩和ケアの普及のために保険改定へ望むこと

1. 在宅患者訪問看護・指導料の長時間訪問加算の算定要件に「在宅で終末期ケアを行っている者」を追加すること
2. 末期の悪性腫瘍・神経難病等の特掲診療料の施設基準等に規定された疾患の患者に対する特別な関係に当たる医療機関および訪問看護ステーションからの訪問に関する同日(どうじつ)日の算定の緩和
3. 介護保険非適用となっている40歳未満のがん患者に対する介護に対し、医療保険を用いた、訪問看護・訪問介護一体型制度を新設すること
4. がん末期患者は要介護を2以上の認定を原則とする
5. 夜間付き添いおよび夜間休日オンコール対応可能な介護福祉士・ホームヘルパー制度を新設
6. がん末期患者に対応できるショートステイおよび小規模多機能施設制度の新設

日本ホスピス緩和ケア協会調査報告から

まとめ

- 1、がん末期患者は多彩な症状が出現し、専門的な緩和治療(トータルケア)を必要とする。それ故、在宅でがん患者を専門的に診療している支援診療所、訪問看護ステーションを専門的で高度な機能を持った在宅医療施設として、それを裏付ける制度が必要である。
- 2、病院での外来化学療法が進歩してきている中で、病院でがん治療中の患者も地域のかかりつけ医をつくり、早期より連携することが必須である。
- 3、がん患者は終末期には急激な変化を伴うため、専門的な判断、技術を必要とする。そのため、チームとしてかかわる医師・訪問看護師・ケアマネジャーは在宅医療、在宅緩和ケアに精通した教育が必要である。
- 4、がん患者の病状の変化を熟知し、速やかに全人的ケアを視点に入れたケアプランを立てることの出来る、緩和ケア専門ケアマネジャー育成の必要がある
- 5、病院の地域連携室の充実を図り、すべての進行がん患者を把握し、地域の社会資源・医療資源を医師に伝え、医師の抱え込みを防ぎ、早期から在宅緩和ケアの適用を促進する。


まとめ

- 6、デイホスピスを整備し、相談支援・情報提供・日中レスパイトケアを提供する。がん末期患者に対応できるショートステイおよび小規模多機能施設が必要である。
- 7、都道府県のがん対策推進協議会のメンバーには必ず在宅ホスピス緩和ケア医あるいは訪問看護ステーション看護師をメンバーとして入れる。
- 8、二次医療圏のすべての保健環境福祉事務所に在宅緩和ケア支援センターを設置し、地域市民の相談支援・情報提供・研修などを積極的におこなう。
- 9、今後福祉施設でのがん末期看取りが増加することが予想されるため福祉施設での緩和ケアの改善を求める。特養や老健施設、特定施設(有料老人ホームなど)の連携医は緩和ケア研修会の参加を必須とする。

2011年9月26日（月）
第25回がん対策推進協議会

がん医療における チーム医療

梅田 恵

 (株)緩和ケアパートナーズ
代表取締役・がん看護専門看護師

チーム医療とは...

- 医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

第10回チーム医療の推進に関する検討会資料①「チーム医療の推進に関する基本的な考え方について（素案）（2010年2月）」より

- 患者の独自性（自律性）を理解できず、専門家の価値の押し付けを回避する方法。

Interdisciplinary (学際的) teams

学際的チームアプローチは、同じ目標に向かって、共に活動する全てのチームメンバーが含まれる。中心的なチームメンバーによる役割の重複があり、他のチームメンバーによって代替が可能である。

Multidisciplinary (多職種) teams

多職種チームは、さまざまな専門的介入を必要とする問題に独立して対応する専門家の集まりである。扱われている問題は、個々の専門家が対応すればよい場合と他の専門家に関連する場合もある。

Ferrell, Betty; Nessa Coyle (2006). *Textbook of Palliative Nursing* (2 ed.). Oxford University Press US. p. 35.より講師訳

がん医療におけるチーム医療の必要性

- ・ 医療の高度化
- ・ 治療の長期化
- ・ 慢性疾患と高齢化
- ・ 生活の多様性
- ・ CureとCareの併用
- ・ 集学的医療・専門分化
- ・ 患者の抱える問題の複雑性
- ・ 慢性疾患と高齢化
- ・ 患者の療養の場の広がり

ICFの概念

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>

		生活機能と障害		背景因子	
要 構 長 成	身体機能 身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子	
領 域		生活・人生領域	生活機能と障害への外的 影響	生活機能と 障害への内 的影響	
構 成 概 念	心身機能の 変化 身体構造の 変化	能力：標準的環境にお ける課題遂行 実行状況：現在の環境 における課題の遂行	物的環境や社会的環境、 人々の社会的な態度によ る環境の特徴がもつ促進 的あるいは阻害的な影響力	個人的な特 徴の影響	

チームオンコロジーのABC

Ito version (C) 2006 teamoncology.com

	Team A 科学に基づく実践	Team B 主観世界に共感的かつ対話的な関わり	Team C 地域のリソース
職種	医師 看護師 薬剤師 など	臨床スピリチュアル ケア MSW 心理職 など	社会福祉 NGO マスコミ 政財界 など
目的	EBMの実践	治療基盤のケア	地域資源の活用
課題	集学的直接医療	自己決定支援 コンプライアンスの 実現	医療の公共性 ケアの社会性
技術	Team A内 コミュニケーション	主観への共感 非指示的	情報公開 アクセシビリティ

チームオンコロジーHP:伊藤貴章コラム:

http://www.teamoncology.com/column/column_ito.php4?f=110725.incを一部改編

がんチーム医療の構造

	インプット	過程	アウトカム
がん患者	罹患率 部位 併存疾患 転移・再発の有無 年齢 家族 仕事 経済状態	がん・治療の理解 施設の選択 治療の選択 家族との話し合い	治癒 延命 再発予防 QOL 安心 満足 セルフケア リソースの利用
医療者	資格 学歴 経験 職種 勤務時間	診療 ケア コンサルテーション カンファレンス	がん医療への意欲・能力の向上 学会や研修会への参加 研究活動
組織	病院理念 地域 がん相談支援窓口 緩和ケアチーム(緩和 ケア診療加算) 外来化学療法体制 メンバー構成	がん医療研究 各種委員会 がん医療研修	がん診療連携病院承認 病院機能評価 職員満足度 院内がん医療研修の開催、

早期からの緩和ケアチームの介入

指標	がん治療 + 早期緩和ケア (n=77)	がん治療のみ (N=74)
QOL	高い	
抑うつ	高い	
不安	同じ	同じ
終末期の治療	33%	54%
ホスピスの利用	平均11日	平均4日
生存期間	平均11.6か月	平均8.9か月

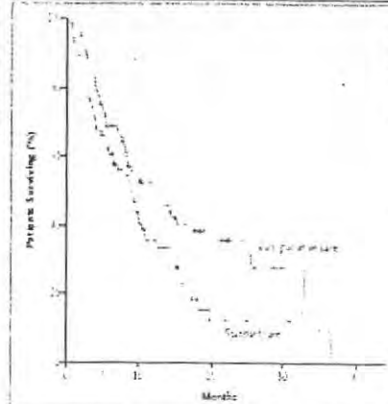


Figure 3. Kaplan-Meier Estimates of survival according to Study Group.
Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death or loss to follow-up during the study period or to the time of completion of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.4 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 10.7) for the standard care group and 11.6 months (95% CI, 9.4 to 13.9) for the group assigned to early palliative care (77 patients) and 8 months (95% CI, 6.4 to 9.6) for the standard care group (74 patients) (P=0.02) with the use of the log-rank test. A time adjustment for age, sex, and performance was made using the Cox proportional hazards model. In this analysis, the group assigned to early palliative care had a statistically significant increase in survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.10 [95% CI, 1.04 to 1.16]; P=0.002). Tick marks indicate censoring of data.

Jennifer S. Temel, Joseph A. Greer, Alona Muzikansky, etc. ; Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer: N Engl J Med ;363:733-42. (2010)

看護師による緩和ケアの介入

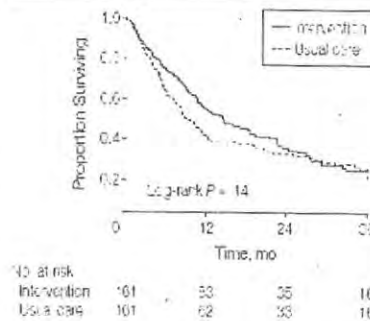
指標	介入群 (n=161)	対照群 (N=161)
QOL	↑	
抑うつ傾向	↓	
リソースの活用	同じ	

介入

- ・高度実践看護師による包括的、精神的教育的介入（ケースマネジメント・教育・励まし・セルフマネジメント・エンパワーメント）
- ・4週間ごとの教育セッション
- ・毎月のフォローアップセッション

Bakitas, M., etc. ; Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer : JAMA 302(7). (2009)

Figure 4. Kaplan-Meier Estimates of Survival according to Treatment Group



Survival was calculated as the time of enrollment (within 8 weeks of diagnosis with new or recurrent advanced stage disease) to the time of death or study completion (May 1, 2008). Median survival for the intervention group was 14 months (95% CI, 10.6-18.4 months) and 8.5 months (95% CI, 7.0-11.1 months) for the usual care group (P=.14).

日本における成果(1)

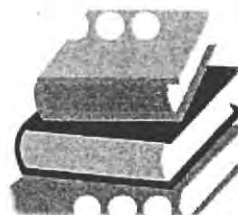
文献	取り組み	CNSの活動の効果
<p>桑田美代子：療養型病床における医療事故とリスクマネジメント。老年精神医学雑誌.17(9),925-932,2006</p> <p>西山みどり：超高齢社会に求められる看護とは：老人看護専門看護師の実践：病院67(4),281-284,2008,</p> <p>戎崎 横山利香 千崎美登子：CNSへの相談を活用した病棟ナースの実践報告：がん看護10(2),163-165:2005</p> <p>近藤まゆみ：がん看護専門看護師のこれまでの活動報告と今後の課題：緩和医療学3(4),474-479,2001</p> <p>小山富美子：がん医療チームにおけるがん看護専門看護師の役割：医療63(3),171-175:2009</p> <p>近藤まゆみ：チーム医療の推進役としてのがん看護専門看護師の機能：がん看護6(4),305-307,2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> データの分析 システム作り・職員教育 家族への説明 チームの調整、推進 チームの調整、促進 嚥下機能訓練の促進 積極的なせん妄ケア スタッフへの教育 がん看護専門看護師によるコンサルテーション スタッフとの信頼関係 チーム医療・精神的支援 がん疼痛アセスメント 多職種でのチームアプローチ 全人的苦痛へのケアを促す <p>チーム医療の推進のため、事実を見極め、問題の明確化、合意を形成をサポート、ビジョンやゴールの明確化、情報や人の整理する</p>	<ul style="list-style-type: none"> 転倒骨折が減少→寝たきり状態の防止、医師の負担軽減 高齢者の生活の質の向上、身体拘束回避→家族の安心 嚥下機能訓練の推進 医師の負担軽減、忘れ物外来の充実 地域住民への健康教室の開催 スタッフの意欲向上 医療チームへの信頼の回復 ナースと多職種との情報の共有 患者の希望の実現 組織つくり 複雑な問題を持つ患者への対応 医療チームが患者の痛みを理解 痛みや症状だけでなく人間存在として理解しようとしていることが患者に伝わる

日本における成果(2)

文献	取り組み	CNSの活動の効果
<p>菊内由貴：がん診療連携拠点病院における退院支援システムと看護師の役割：看護展望32(10)、971-974,2007</p> <p>宇佐美しおりほか：精神看護専門看護師の活動の効果に関する研究報告書、日本看護協会、2001</p> <p>野末聖香ほか：精神専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究、厚生科学研究費補助金医療技術評価相互研究事業平成13年度研究報告書、2002.</p> <p>宇佐美しおりほか：精神看護専門看護師の活動成果に関する研究、平成14-15年度社団法人日本看護協会研究報告書。</p> <p>高野洋子：高度看護実践者の存在と活動が看護・医療の質をどう変えたか—リーダーの意識とともに検証する。看護管理、19(6),403-407,2009,</p>	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア病棟での退院支援 チーム活動による患者スクリーニングとシステムの見直し 院内調整 精神看護専門看護師によるコンサルテーション 精神看護専門看護師の直接ケア 精神看護専門看護師の直接ケア、コンサルテーション 専門看護師の組織横断的な活動 摂食嚥下のケア・看護専門外来の開設・認知症高齢者への高照度光療法の導入・退院計画システム導入・退院計画リーダー育成・看護師の倫理教育と倫理カンファレンスの支援・褥瘡対策・栄養サポートのチームビルディング・研究的活動 	<ul style="list-style-type: none"> 患者に医療チームの姿勢が伝わり喜ばれる(安心される) 患者の症状改善 看護師や医療者のケア意欲の向上 医療チームの橋渡し 心身の状態の症状改善 看護師のストレス対処能力の向上 医療チームの連携の促進 患者の心理社会的機能の改善 看護チームが安心したケア 医療チームの連携や協働の促進 実践モデル チームの成熟を支援 病院全体のリソースとして医療の質向上に貢献

がん患者が勇気づけられた他者の言動

- ・ がん患者が書いた闘病記81冊の分析
- ・ 『勇気づけられたこと』と『勇気づけた他者の言動』をペアで、61冊中112記録単位を抽出
- ・ 著者は男性29名、女性32名
- ・ 年齢は30代～70代
- ・ がん種
乳がん12冊、肺がん9冊、
子宮がん8冊、大腸がん8冊、
前立腺がん5冊、血液がん5冊



兵頭静恵他：がん患者が勇気づけられた他者の言動～闘病記からの分析～；がん看護16（1），85-90,2011

がん患者が勇気づけられた他者の言動【結果】

カテゴリ	サブカテゴリ	勇気づけた他者（告知前後/治療開始後）							
		がん患者	配偶者	配偶者以外の家族	知人友人	勤務先	看護師	メディア	宗教家
私も応援していますよという姿勢	一緒に闘おう		8	4	2				
	思いやりに満ちた励まし				8		4		
	期待以上の看護			2			1		
	妻の笑顔		3						
	頻回の来訪や電話			1	2				
つらい体験の共有や共感	勤務先の支援					2			
	宗教の加護							2	
	同じ苦しみを味わった人との出会い	13						3	
	つらい気持ちの傾聴		2		5		2		
プラス思考の生き方の提示	手術痕を見せる	5							
	前向きな考え方の提示	3	1	1	2		3	1	
	幼い子や孫とのふれあい			9					
治癒する可能性の示唆	これからすべきことの提示		1		6				
	歌詞のメッセージ							2	
	がんを克服した人との出会い	9						3	
	新しい治療情報の提供							2	
	合計	30	15	17	25	2	7	13	3

乳腺クリニックでのチーム医療の実際

都心部に位置、手術100件以上/年、補助療法も実施

メンバー：医師（腫瘍内科・診断）・薬剤師・看護師・OCNS
体験者のスモールミーティング

《補助療法の必要なケースの流れ》

▼事前カンファレンス【医師・看護師・OCNS・薬剤師】

提供できる治療の種類や療養体制など情報交換

▼診察前面接【OCNS】治療についての心構え、予備知識などを確認しつつ、がん治療における心のケアなど

▼診察【医師・OCNS・薬剤師】医師の説明に沿って患者の反応を注視、必要時、患者の代わりに質問を医師に問うなど

▼薬剤の説明【薬剤師】コソ[®]ライアソ[®]について情報交換

▼生活上の注意の説明【看護師】コソ[®]ライアソ[®]について情報交換

※説明のための治療計画書（クリニカルパス）

※放射線・皮膚科・専門緩和ケアなどの連携

チーム医療の課題

- 1 患者主体の医療であることの再認識
⇒個々の患者の主体性（決定権）を鍛える
- 2 EBMの促進
⇒ガイドラインの則った医療とその限界
- 3 チーム構成とアウトカムとコストの評価
- 4 各専門職の責任ある行動
⇒教育・実践・研究の融合
(特に看護師は専門職としての自律性を高める)

国が応えなければならない課題
 “このままでよいのか、地域緩和ケアの普及”
 “緩和ケア専門診療所(仮称)が解決の鍵”
 川越 厚

I. これまでの歴史: 1) 歴史 2) 問題点
 II. いま(現状)の問題点
 III. これからの課題と解決策
 IV. がん対策推進基本計画の見直しに向けて

医療政策上、在宅医療が病院医療と相互補充関係にあると仮定すると、現在のがん対策推進基本計画の中の「在宅緩和ケア」に関する内容は、根本的に見直す必要がある。

在宅緩和ケアの普及は医療だけの問題ではなく、福祉(生活支援)やサービス提供機関のチームの在り方の問題でもある。また、在宅緩和医療の内容も高度専門家化し、外来をやりながら診るといったことは難しい。

患者サイドから考えれば、医療者が常在しない居宅で過ごすので、患者と家族の安心のためには、厳密な24時間体制を医療提供機関は取らなければならない。

歴史的にみると、在宅緩和ケアは高齢者の在宅ケア提供体制の枠組みに途中から参入するという形をとっているため、様々な不具合が生じている。

現在ですら在宅緩和医療の提供に関しては多くの問題があり、将来的にはこのままのサービス提供体制では破綻が生じる可能性が高い。

I-1 在宅緩和ケアをめぐる これまでの歴史

- 1) 病院中心医療の推進
⇒“Hospitalization of Death”
- 2) 患者のQOL向上という視点で、
病院中心医療の見直し
⇒在宅ケアの推進
- 3) 在院日数短縮、病床数削減
⇒在宅比重の増大
- 4) がん対策基本法制定、基本計画策定(2007)
⇒在宅に関する推進計画は適切か?

1) 死の病院化

「病院で生まれ、病院で逝く」時代になって久しい。
 問題は、誕生はともかく、死の病院化が本当に良いのか、ということ。この観点から、患者・医療者それぞれの立場で問題提起がなされてきた

2) 在宅ケアの推進

制度的なTurnig pointは医療法改正('92)。患者居宅も医療の場となった問題は

- ① 医師法、保助看法の改正に手をつけずに済んだ改正であったこと
- ② 在宅緩和ケアが高齢者の在宅医療の枠組みの中に入らざるをえないこと。そのため、患者も医療者も共に不自由を強いられる
- ③ 医療は、「福祉との連携」という新たな課題を抱えることになった

3) 在宅比重の増大

問題は、社会からの要求に応えるに十分な備えがなされていないこと、待ったを許されない状況が、すでに現場では起きている

- ① がん死亡者数の増加(ピーク時には現在の1.7倍になるとの予測)
- ② 独居、高齢者世帯など、在宅困難事例が増加
- ③ 重装備で退院する患者が増加し、在宅で対応しなければならない
- ④ 在宅の実情に疎い(たとえば、在宅医療と外来医療の区別を理解していない)病院の主導で、在宅医療が整備されてきた

4) 推進基本計画に則った在宅緩和ケアの推進

問題は、在宅の実情を反映せず、医療整備という観点に乏しいこと

I-2 歴史的過程に起因する諸問題

- 1) 医療法改正('92)→患者居宅が医療の場
 - ① 医師法、保助看法改正には手をつけず
 - ② “福祉との連携”という新課題出現
- 2) “非がん患者”を対象に整備された、在宅医療
 - ① “がん患者”は中途よりその枠に入り込む
 - ② 在宅医療という枠で、両者の区別は未だない
- 3) 病院主導で整備されてきた在宅医療
在宅医療と外来医療の区別を理解していない
- 4) 在宅の実情を無視した、推進基本計画の進行

1) 医療法の改定(1992)に関連した問題

患者の居宅が第3(病棟、外来、在宅)の医療の場として認知されたが、医療法以外の法律は手つかずなので、在宅では具体的に以下のような点が問題となる。

医師法17条、同20条(医師は、自ら診察しないで治療を…してはならない)、保助看法第37条など。

また、福祉との連携という医療者にとってはまったく新しい経験をする事になり、福祉を巻き込んだ様々な問題が生じている。

2) 「非がん患者を対象に整備された在宅医療」に関連する問題

在宅ケアは「高齢者のベストのQOL保障する」ための制度支援としてスタートした。“急性期医療に類する医療を必要とする患者(末期がん患者はまさにそうである)を在宅でケアする”、というコンセプトはなかった。

症状が安定し、医療依存度が低く、経過の長い患者を基本的に対象としているので、痛みや呼吸苦などの様々な肉体的な苦痛を持ち、症状緩和のための医療が積極的に介入し、しかも短い期間(平均2カ月未満)で、死という形で終了する末期がん患者を、現行の在宅医療制度、福祉の枠組みの中に押し込むのは、そもそも無理な話である。

施策上の議論を行う場合、将来的には対象疾患によって在宅医療を区別して考えなければならない。

3) 「病院主導で整備されてきた在宅医療」の問題

生活支援を主とする在宅医療は、基本的に病院医療の延長ではない。訪問診療を行っている医療者の声に耳を傾ける必要がある。

4) 在宅緩和ケアの推進は、単に医療者、特に医師だけの問題ではなく、地域単位で総合的に取り組む課題である。

II. いま(現状)の問題点

1. 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア
2. 空回りしている、在宅緩和ケア推進基本計画
3. (在宅)ケアが困難な社会情勢の進行
 - 1) 独居の問題
 - 2) 貧困の問題
4. 高品質のケアの提供が困難
 - 1) “在宅緩和ケア提供施設基準”の欠如
 - 2) 骨抜き危機に瀕する、“24時間ケア”
 - 3) “寄せ集め型”チームで提供される非効率なサービス
 - 4) 短期終了という臨床特性が考慮されていない、チームケア(医療と福祉など)

1 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア

この問題点は諸外国、特に米国との比較で理解しやすい。メディケアではホスピスの認定基準があり、認定されたホスピスに対してホスピスフィーが支払われる形となっている。つまり、高品質のケアが最初から約束されている

2 空回りしている推進基本計画

現行の諸制度は、末期がん患者に高品質のケアを届けるため、十分とは言えず、さまざまな不備がある。現実的にはそれらの不備を克服しながら、サービスを提供するという形になっている。当然、経費の無駄使いにつながる。

1) 「開業医に少しずつになってもらえばよい」というのは、あまりにもあんなにかんがえがたである。末期がん患者を診る開業医は1割弱。単に緩和ケアの教育をすればよいという問題ではない。

2) 慣れない開業医に無理やり押し付ける、という発想は適切でない。もしそうすれば、入院支援は不可欠。ただし、これは金銭的なインセンティブの問題だけではなく、受け入れる医師や看護師の気持ちを考えなければならない。

3) 在宅緩和ケアの普及には福祉との連携が欠かせないが、制度的に無駄が多く、結果的に高品質のケアにつながらない場合が多い。

3 在宅ケア実施が困難になる状況

困難に対応できる専門チームを地域展開する必要がある。

4 高品質のケア提供の問題

質をどのように保障するかは、最大の課題。すぐに解決を要する問題が山積みされている。

Ⅲ. 在宅緩和ケアのこれから 課題と解決策

1. 国民の希望をいかに叶えるか？
どうすればその希望を叶えられるか？
2. 予測される困難な状況と解決策
3. 在宅を希望する方へ
 - 1) 高品質のケアを保障する
 - 2) 希望を叶える(量の確保の問題)
4. 在宅緩和ケアの質と量の評価

1. 国民の希望：63%の国民は「療養の場」として、自宅を望んでいる。しかし66%は最後まで自宅というのは無理だと考えている(終末期懇談会資料)
2. “このままでは在宅緩和ケアの普及は危機に瀕する”、と予測される状況
 - 1) がん死患者数の増加
 - 2) 今後ますます弱体化する家族介護力
 - (1) 単独世帯(独居)の増加など (2) 老々世帯、認々世帯の増加など
 - 3) 経済的困窮患者の増加
 - 4) 高度化、専門化する在宅医療(各種医療処置の実施、各種Interventionの判断、やや複雑なOpioid使用など)
 - 5) 不十分な在宅支援システム。ただし、病院支援ベッド増床だけではなく、在宅サイドの支援システム(在宅緩和ケアの専門チームによる支援)も考えるべきである
 - 6) 統合失調患者など入院する施設を探すのが困難な患者の問題
3. 高品質のケアの保障
“在宅緩和ケア専門チーム”が提供するケアの質は非常に高い(米国データ)
4. 量の確保の問題
“在宅緩和ケア専門チーム”は多数の在宅死を担うことができる
5. 在宅緩和ケアの質と量の評価
 - 1) 質を担保する“在宅緩和ケア専門チーム”を制度認知し、普及の評価を行う
 - 2) 在宅死亡率、PCU死亡率などを指標とした、医療整備計画を立てる

目次

Ⅳ. がん対策推進基本計画の見直しに向けて

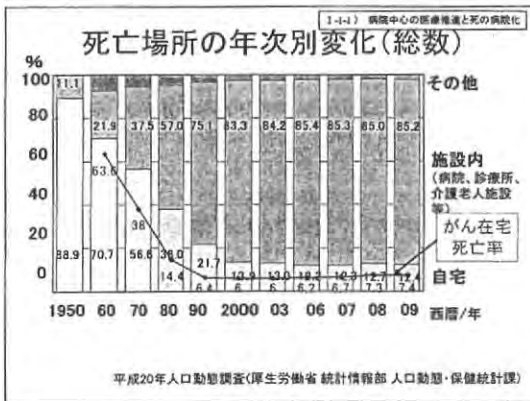
患者視点に立った在宅緩和ケアの普及は、国策上の至上課題である。解決の鍵は、在宅緩和ケアの専門診療所の普及が握っている

見直しのポイント

1. 在宅緩和ケアを非がん患者の在宅ケアと区別した制度・環境整備を行う
2. 地域緩和ケア普及のため、
 - 1) 緩和ケア専門診療所の数を整備指標とする
 - 2) 在宅死亡率を正規の評価指標とする
 - 3) 地域緩和ケアの総合的な整備目標を設定する

在宅緩和ケア普及に関する提言

- ・ 在宅緩和ケア専門チーム(HPCT)を何らかの形で認定する
- ・ 地域緩和ケアの評価死数として、以下の数値を用いる
 - 1) 在宅死亡率
 - 2) 一定地域におけるHPCTの数
- 3. 地域緩和ケアの到達目標指数として、以下の数値を用いる
 - 1) PCU数
 - 2) HPCT数



1. 病院死亡率が在宅死亡率を追い越し、40年以上が経過している。
2. この間、すべての死について言えば在宅死亡率は10数パーセント、がん死に関しては6%代が20数年続いている。
3. ここ数年でがん在宅死亡率は、6%から7%台へアップしている(これは推進基本計画の中間報告にも指摘されている)。
4. 問題は、この6から7%へのアップが、がん対策推進基本計画の成果なのかどうかということであるが、個人的なデータやさまざまな情報から判断すると、答えはノーである。
5. 全国レベルでのがん在宅死亡率のアップに貢献しているのは、各地域に誕生しActiveに活動している、在宅緩和ケアに積極的に取り組んでいる診療所・これと連携する専門的な訪問看護機関である。
6. これらの問題は、がん対策推進基本計画の中で在宅緩和ケアサービスの提供が適切に行われているかどうかの評価基準になるので、客観的かつ厳密に検討すべきことだと考えている。しかし現実的には難しい。

1-1-2 在宅ケアの推進 がん末期患者の在宅ケアに関連した制度

年	制度等	関連した内容
1982	老健法制定	訪問看護料の新設
1992	医療法の一部改正 (法律第八十九号)	患者の居宅等において、医療施設の機能に応じ、効率的に提供されなければならない
	指定老人訪問看護制度	訪問看護ステーション制度の新設
1994	在医総	①末期がん患者対象の医療が定額払い ②訪問服薬指導の新設
2000	介護保険	末期がん患者は医療保健と併用可能
2006	在宅療養支援診療所	在宅療養専門の診療所の診療報酬上の制度新設

在宅緩和ケアと関連した補足説明

60年代以降高齢者の入院が増加し、老人医療費無料化('73)がそれに拍車を駆けた

'88 在宅患者訪問看護・指導料が点数化された

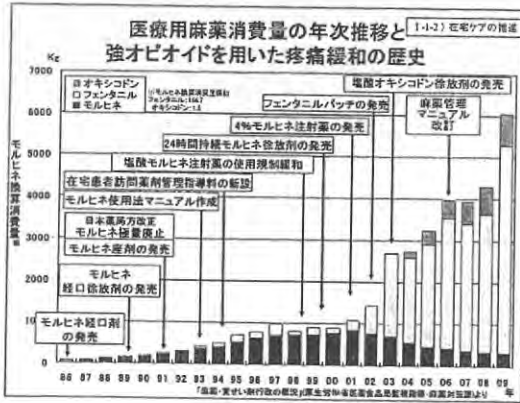
'92 医療法の一部改正(法律第八十九号)

指定老人訪問看護制度に基づき、老人訪問看護ステーションからの訪問看護が行われるようになった。

'94 健康保険法などの一部改定で、「指定訪問看護制度」が創設された。その結果、悪性腫瘍や神経難病患者なども訪問看護の対象となった。

またこの時、老人訪問看護ステーションという言葉から、「老人」という接頭語が外された。

'06/4 介護保険特殊疾病に「がん末期」が加えられた



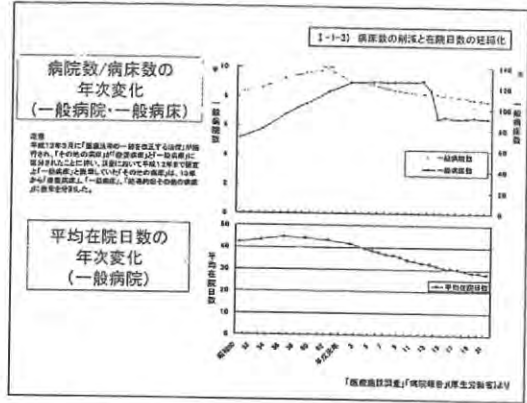
在宅緩和ケアの推進は、制度だけではなく民間サービスの充実などによっても支えられてきた。一例として、在宅緩和ケアの普及に関する歴史的な変遷を示した。ピンクはオピオイドの種類の充実に関するもの、グリーンは制度に関係した内容である。

このうち麻薬管理マニュアルの改訂は画期的であり、これによって在宅でのオピオイド使用が非常に容易となった。

かつて(小生が在宅緩和ケアに取り組みだした1980年代後半)は、経口摂取が難しくなった患者を家で最期まで症状緩和することは難しく、それよりもそもそもMSコンチン(1989年発売開始された陸さんモルヒネ経口徐放剤)を手に入れること自体が大変難しかった。

今は様々なオピオイド(モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、速効薬や徐放剤、高濃度のモルヒネ注射液)の、様々な投与方法(経口、経直腸、経皮膚、経皮下注射、経硬膜外注射、経クモ膜下注射など)が在宅で可能であり、専門チームが関われば病院と全く遜色ない疼痛緩和を行うことが可能である。

また数は少ないが、在宅緩和ケアに積極的に関わる調剤薬局も出現し、疼痛緩和で苦勞して入院する、というようなことは我々のような専門チームが関われば非常に稀となった。



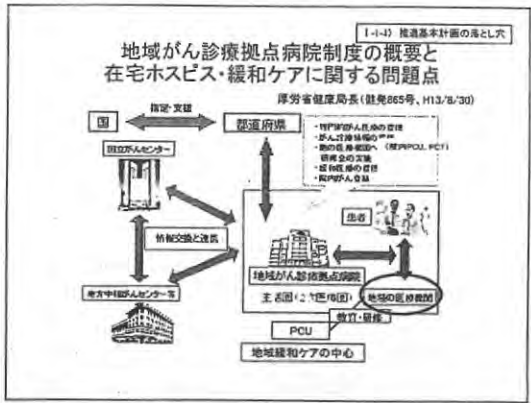
在宅医療のグランドデザイン (H19年度厚労省長寿医療研究委託事業、川島班 p.1)

	平均在院日数	人口千人当たり病床数
日本	35.7	14.1
ドイツ	10.2	8.5
フランス	13.4	7.5
イギリス	7.0	3.9
アメリカ	6.5	3.2

(OECD Health Data 2007)

現在、このデータに基づいた医療整備(在院日数の短縮化、病床数の削減、福祉ベッドへの転換など)が進められており、結果的に末期がん患者が病院に入院できない状況が起きている。

この問題をどう考えるか、ということは非常に重要なポイントであるが、いずれにしても、在宅緩和ケアの充実が初めて、これらの政策が正当化されることに変わりはない。



がん対策基本法(H18/6/23、法律第98号)は、「がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的」として制定された(第1章第1条)。その基本的施策には、がん医療の均てん化の促進等(第3章第2節)として、「国及び地方公共団体は、…、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、…」(第3章第2節第16条)と、在宅医療の推進が謳われている。

これはがん在宅医療の充実と密接に関係した内容であるが、「末期がん患者に対する在宅医療の供給体制が、従来と基本的に全く変わっていない」という、大きな欠陥を有している。

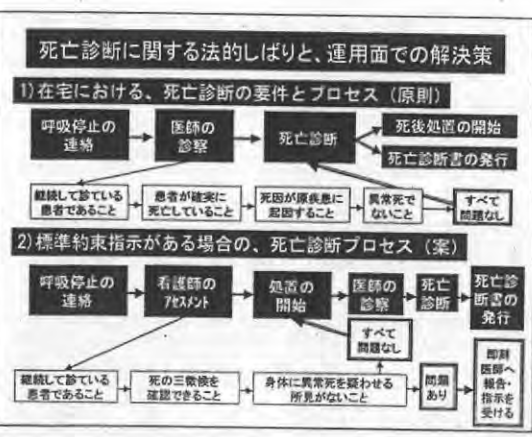
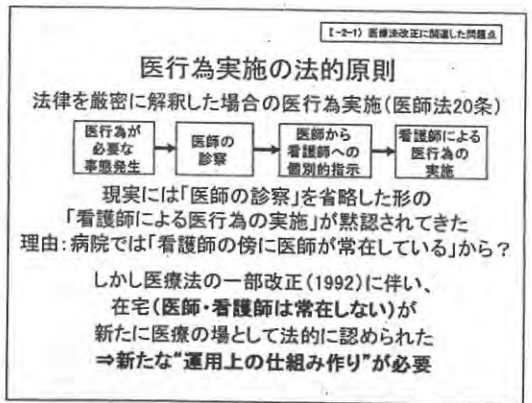
がん医療のきんてん化の中身は、①NW化 ②バス作成 ③コンサルテーション、になるが、問題は、地域の医療機関の中身が変わっていないこと。このことが、末期がん患者の在宅ケアの普及を阻害していると考えられ、患者の居宅を中心とした地域に、あらたな医療供給体制を確立する必要がある。

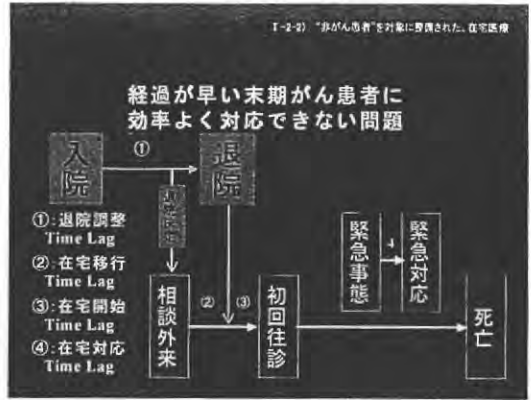
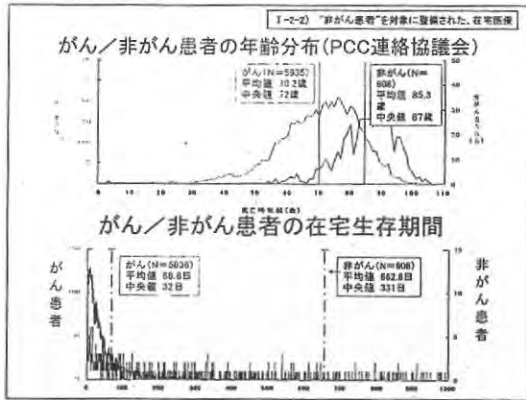
地域の診療所のボトムアップを図ることにより、地域の普通の診療所が末期がん患者の医療を普通に担えるようにする、というのが強い言えば、従来と違うところであろうか。しかし、この考えで決して新しい考えではなく、むしろ従来の一般的な考え方として行われてきた方法、と言える。

これまでの経緯から、ボトムアップ方式では問題解決にならない。

また、地域の診療所のネットワークを作れば問題が解決するという考えもあるが、これは内容的にこれまでに全く変わっていないので、無理がある。

ネットワーク化は必要であるが、質を保証する形のものでないと、結局患者は不安になって入院と言うことになり、病院の負担を増すことになる。





臨床的特色:末期がん患者は、非がん患者と比較して

- 1) 年齢的に若く、
- 2) 短い経過(4人に一人は開始後1W以内に死亡)をたどり、
- 3) 日々変化し、一本道の悪化をたどる痛みを中心とした苦痛を経験し、
- 4) 例外なく死亡する

	平均年齢#	平均ケア期間(日)#	緊急訪問看護*(回/日/人)	電話対応のみ*(回/日/人)
がん	70.2 (n=5935)	68.8 (n=5935)	0.069 (n=45)	0.157 (n=45)
非がん	85.3 (n=603)	0 (n=603)	0 (n=20)	0.017 (n=20)

#:PCC協議会事例
*:パリアン事例(2011/6/1~6/30)

末期がん患者に対する医療は、病院で行われる医療を参考にすれば、急性期医療に相当する。それは、末期がんという疾患の特殊性に由来するが、その特徴は、①短期間に患者は死の転機を遂げる。②その短期間に、心身面の様々な激変が起こり、患者に苦痛を与えるので、特に医療は重要。

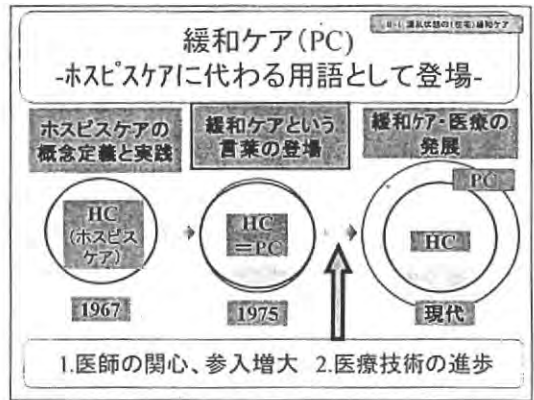
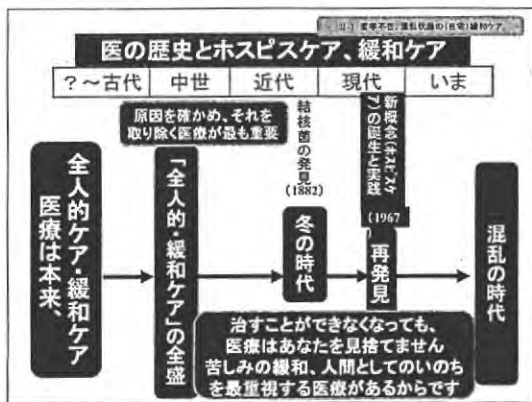
在宅緩和ケアの目標の一つは、可能な限り自宅での生活を満喫していただく(言うまでもなくできるだけ快適に)ということなので、ケアが開始するまでに、サービスを提供する側での時間浪費は改善しなければならない。

そのような観点に立って病院から在宅ケア開始まで、さらに亡くなるまでの経過をたどってみると、多くの時間的な浪費が存在している。

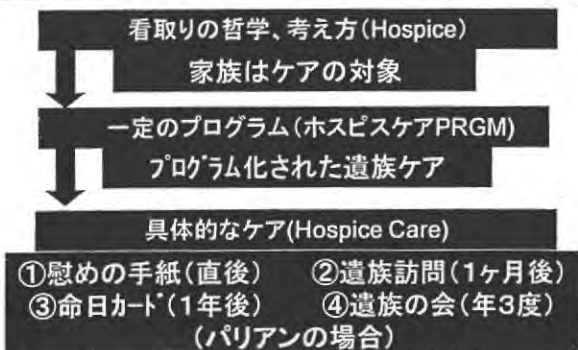
病院サイドで言えば、①退院調整Lag(この問題はバスの充実でかなり改善。問題は、②の在宅移行Lagである。在宅の状況に疎い病院サイドの移行準備には多くの無駄で、しかも役に立たない準備がある。

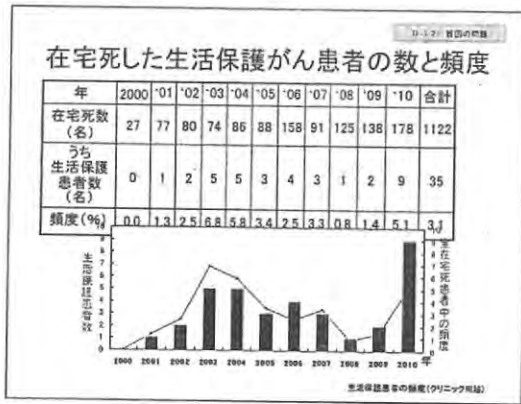
在宅サイドは、ケア開始まで待機することなく(PCUとの大きな違い)、退院した時点からケアが開始されるので、患者にとっては好都合である。

問題は生活面の支援を行う福祉との連携であるが、現時点ではここに様々な問題がある。

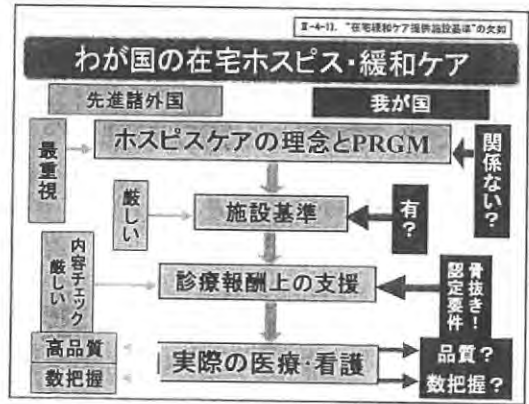


ホスピスケアを具体例(遺族ケア)で説明





- 生活保護患者(A群)の数は決して多くはないが、無視できない数である。現場感覚でみると、それよりも問題となるのは生活保護を受けることが条件的にできない末期がん患者(B群)である。
- 両者(A,B群)に共通するのは、経済的にきわめて厳しい状況に置かれていること。
在宅緩和ケアを受けるにあたっての自己負担(相談外来受診費、診療報酬上の自己負担分、訪問に要する交通費実費など)は両者で違いがある。
- 相談外来受診費(当院では5250円)、訪問に要する交通費実費(クリニックからの距離によって異なる)などは両者に共通して発生するものであるが、状況を見ながら減免処置を講ずるなどで対応している。一回数百円程度の交通費の支払いに難儀する患者が多いのが、当院の現実である。
- 医療費の自己負担はA群ではないが、B群では年齢、収入などに応じて自己負担が発生する。
多くのケースで高額医療となり、自己負担との差額は後で帰ってくるが、一時的に支払うだけの経済的な余裕のないケースが多い。
区によって立て替えサービスを行っているが、手続きなど煩雑で使用するのを控える患者が多い。
- 生活保護受給者の数は今後ますます増えると予測され、そのような状況の中で、在宅緩和ケア、ひいては日本のがん医療の在り方を考えなければならぬ時代に入っているのではないかと考えざるをえない。



「理想とする医療、理想とする看護」は病気の種類、病状などによって異なる。末期がん患者に対する医療としては、ホスピスケアを求める患者・家族が一方にあり、他方には急性期医療の延長を求める患者・家族がいる。

前者に対して行われる医療がいわゆるホスピスケアであり、後者に対して行われる医療は従来行われてきた延命主体の医療と言える。ただし悩ましいのは、近年両者の区分をすることへの問題提起がなされており、世界の趨勢はそちらに傾きつつあることである。

いずれにしろ、「理想とする医療、理想とする看護」を実行するために、診療報酬上の保障(これは同時に制約でもある)が設定されており、実際はこの制約の中で医療を行うことになる。

医療者は、患者・家族がどのような医療を求めているか判断する必要がある。最終的に決断した内容をできるだけ実現できるように支える必要がある(われわれが提供する医療がベストと判断した場合にはわれわれのほうで見るべきだし、そうでない場合はしるべき医療機関を紹介すべきである)。

「在宅療養支援診療所」について
(06/4の診療報酬改定で新制度として登場)

患者の在宅療養の提供に主たる責任を果たす診療所

- 24時間連絡が取れる
- 24時間往診する
- 24時間訪問看護をする
- 緊急時入院ベッドがある
- 診療情報の提供
- 在宅看取り数を報告すること

在宅で提供するケアの最重要事項
以上のことを患者と文書で約束する

この骨抜きが回られている患者目線ではない!!

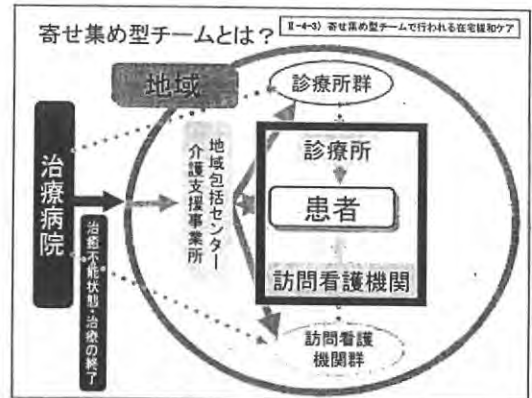
末期がん患者が在宅で安心して過ごすために最も重要なことは、医療者に24時間体制で対応してくれることである。

診療報酬上、末期がん患者の在宅ケアには「在宅末期医療総合診療料、略して在医総」という定額支払方式で、この医療を高く評価してきた(在医総は'94スタート)。診療所に対しては24時間ケアの縛りなどなかったため、気楽に届け出を行い在医総を算定する診療所が多かった。

在宅療養支援診療所('06スタート、在支診と略す)届け出は在医総算定のための前提であるが、24時間ケアの規定が厳しく、サービスを提供する診療所が根を上げる、という事態が起きてきた。この問題を解決するために様々な工夫(一番有名なのは長崎医師会で行っている主治医・副主治医方式)を行っているが、うまくいく気配のないのが現状である。

一方で、在宅緩和ケアを専門に行う診療所も各地に誕生し活動を始めるようになってきたが、これらの診療所では24時間ケアを規定通り行い、患者の安心を提供し、結果的に在宅での看取りにつながっているのも事実である。

在支診の要求する24時間ケアは確かに診療所にとっては厳しい内容であるが、患者と家族の視点で見ると、非常に重要なサービスなので、制度がなし崩しになるのは避けなければならない。



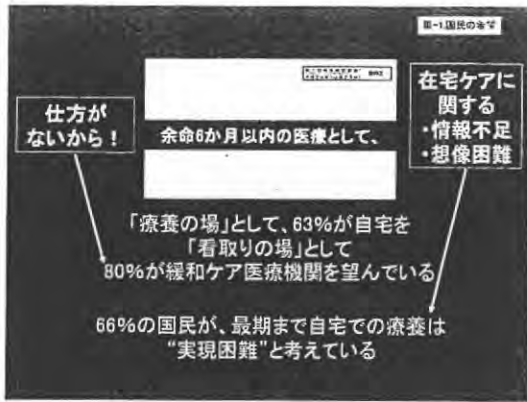
在宅で提供される医療サービスを担う診療所と訪問看護機関は、一般に患者が病院を退院するという段階で、その患者の近くでやってくれる機関という考えで、新たにチームを作ってケアを提供するという形をとっている。

このような形は、ケアの統合性を最も要求される終末期医療(緩和ケア)だけではない)にとって、決して好ましいものではない。また、時間的にもロスが大きいという欠点もある。

「顔がみえる関係」ではなく、「心が見え、心をつなぐ関係」が在宅緩和ケアでは特に要求される。

その意味から、単に人を集めればよいわけではない。

地域に、考え(哲学)も実際のやりかた(ケアのプログラム、パス)を共有する医師と看護師のチームを育てていく意義が、ここにある。



「国民は家を望んでいるが、それは不可能である。だから施設での緩和ケアを充実しなければならない」

このような結論は、一方的な見方である。なぜならば、在宅での看取りの実績を積んだ診療所が、すでに多数存在するからである

不可能な理由として、調査で明らかになったことは、

①家族に負担が掛かるから

(これは一理あるが、実際は危惧である。負担は当然かかるが、チームで適切にケアすれば、負担が在宅を放棄することはまずえない。また高齢者の在宅ケアと異なり、在宅の期間は非常に短かつ患者の自立度は最後まで高い。経済的な負担も入院と変わらないか、むしろ安くつく…川越コメント)

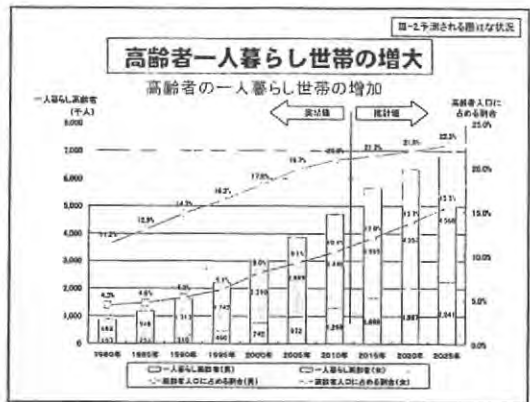
②症状急変の対応に不安がある

(これも危惧である。24時間体制を厳密に行い、チームの総合的な力が成熟していれば、最期まで自宅で過ごすことは十分可能である…川越コメント)

したがって、この調査の結果は、以下のように読むべきである。

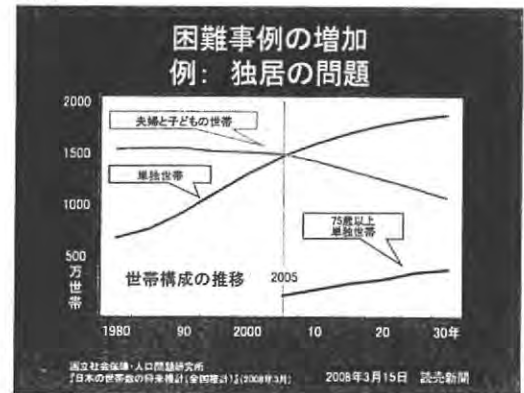
国民は施設での死を望んでいるのではない。

「終末期を家で過ごし、家で死にたい」という希望を実現するためには、患者の不安を現実に取り除き、在宅で質の高いケアを提供することが重要だ。国が整備すべきことは施設の数を増やすことだけではなく、そのような医療(ケア)を提供する医療機関が働きやすい環境を整備することだ。



単独世帯の問題は遠い将来の問題ではない。2005年以降、単独世帯の数は夫婦と子供の世帯を抜いている。

このような家族の介護力を期待できない患者に対して在宅緩和ケアを行うのか、もし行うのであればどうすればよいかを検討し、実行に移さなければならぬ。



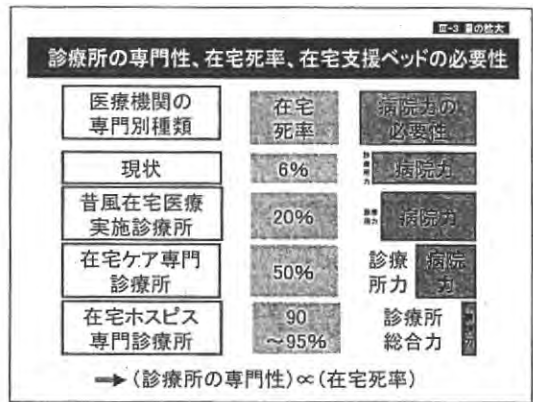
在宅緩和ケア専門チームによって高品質のケアがもたらされるということ

ケアの場別別の患者と家族のケア評価 (Adjusted OR, 95%CI)

Outcome	在宅(1) 一般的ケアチーム	在宅(2) 緩和ケア専門チーム	介護施設 (Nursing home)	病院
疼痛緩和が十分でなかった	1.6(1.1-2.1)	Ref	1.6(1.0-2.2)	1.2(0.3-1.9)
呼吸器症状が十分でなかった	1.4(0.5-2.2)	Ref	1.0(0.6-1.7)	0.7(0.3-1.2)
心理的サポートが十分でなかった	2.7(1.7-3.1)	Ref	1.7(1.1-1.5)	1.3(1.0-1.6)
患者・家族が希望したが、医師と連携を取ってこなかった	1.6(0.5-3.3)	Ref	2.0(1.4-2.5)	1.8(1.5-1.9)
必ずしも、いつも結果を申しながら行われていなかった	1.1(0.4-2.1)	Ref	1.2(0.5-2.1)	1.3(0.8-1.9)
心理的な支援に満足してこなかった	2.9(1.1-2.1)	Ref	2.6(2.3-2.9)	1.5(1.3-1.8)
最期の施設で希望がたつようなことを求めているかに関する評価への満足	1.6(1.1-1.9)	Ref	1.6(1.3-1.9)	1.4(1.1-1.6)
スタッフが最期のケアを行うための満足度がなかった (Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V. et al: Family Perspectives on End-of-Life Care at the last Place of Care. JAMA 2004;291:88-93)	0.7(0.2-2.3)	Ref	1.5(1.2-1.7)	1.5(0.9-2.4)

在宅緩和ケアの専門チームが関わると、患者・家族のケアに対する満足度が高くなるという調査報告が米国から発表されている。それが上手である。(Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V. et al: Family Perspectives on End-of-Life Care at the last Place of Care. JAMA 2004;291:88-93)。

注意しなければならないことは、“在宅緩和ケア専門チーム”とは、一定の施設基準をクリアし、メディケアからホスピスと認定されたチームのことである。わが国には“緩和ケア専門チーム”としての施設基準が存在しないので、このような検討を行うことは大変難しい。



この図の意味は、以下のように考えている。

- 1 診療報酬上の制度として、在宅療養支援診療所を新設したが在宅死亡率の向上は1%にとどまっている、ということ
 - 2 しかし、在宅診療に関わるケースが多い(約半数)ので、ケアの質はたかまっているはずである(24時間ケアを厳密に行っている)
 - 3 末期がん患者に関わる在宅診療の数をどうやって増やすかが課題
- 在宅で精一杯のことをやる、ということは、今後の日本の医療全体に大きな影響を与える。

図-1 がんと言がんの区別を行った制度設計

今後の在宅医療の方向と行政の整備課題					
疾患分類 (KK分類)	症状安定性	期間	患者数	医療依存度	行政の関わり 医療機関の関わり
G-1A (非がん)	安定	長期	多	小	介護供給が課題 開業医の守備範囲
G-1B (非がん)	安定	長期	少	大	近未来の整備課題 専門医の守備範囲
G-2 (がん)	不安定	超短期	中	大	現在の整備課題 専門医の守備範囲
G-2 (がん)	不安定	長期	少	大	今後の重要課題

末期がん患者の特色
非がん患者との比較

非がん患者	がん患者
1.あくまで生の延長としての、生活支援を考える 2.時間的にゆっくりでよい 3.介護主導でよい	1.死を前提とした生活支援を考える 2.時間的な余裕なし 3.医療(訪問看護師)主導でケアを組み立てる

図-2 緩和ケア専門診療所の制度認定

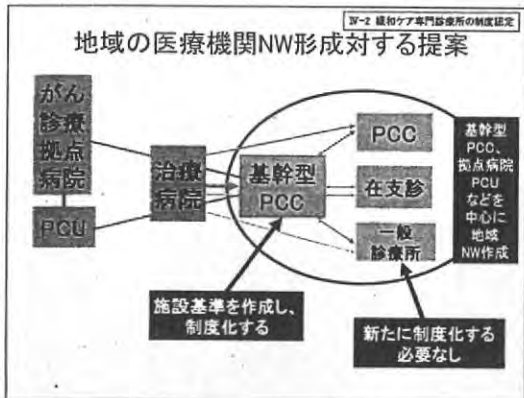
緩和ケア支援診療所(PCC)を中心とした在宅緩和ケア専門チーム(HPCT)のイメージ図

緩和ケア(支援)診療所(PCC) ケアの哲学実践PRGMを共有する、一体化したチーム 緩和ケア(支援)訪問看護機関(PCNS)

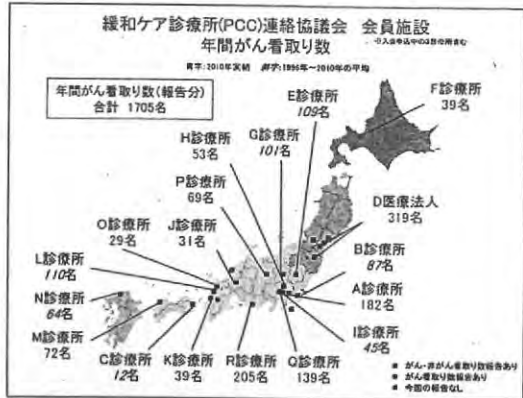
PCC=Palliative Care Clinic HPCT=Home Palliative Care Team PCNS=Palliative Care Nurse Station

緩和ケア診療所(PCC)の施設要件・川越私案

- 在宅療養支援診療所であること
- 一定以上の年間実績(たとえば年間がんで在宅死数 20例以上、在宅死亡率60%以上の実績を有すること)
- 一定レベル以上の医療を提供できること
 - 疼痛緩和: ①オピオイドが使用できること②モルヒネなどの皮下注射ができること③硬膜外モルヒネ持続注入の管理ができること
 - その他: ①CVポートの管理ができること②HPNができること③HPNができること④各種カテーテル(膀胱留置カテーテル、腎ろうカテーテル、PTCDカテーテル、胃ろうカテーテル、気管カテーテル)ができること
- 特定の訪問看護機関と緊密なチーム体制をとっている(連携の大きい絆)
 - 疼痛緩和、死亡診断に対する標準的な約束指示を文書で共有していること。これは在宅ホスピスナースの裁量権の拡大につながるため、一定の基準に則った看護師の裁量をあらかじめ決めておく必要がある
 - 訪問看護師、診療所医師との間で24時間体制を確立し、個々のケースで文書をもって患者に示すこと。24時間体制は医師とナースの協働で行い、ナースのファーストコール(セカンドコールを置くのが望ましい)、医師が最終的な責任を負う体制をとって、在宅のSafety netを充実すること
 - 個々のケースについて週2回以上の定期的なチームカンファレンスを行い、その記録を保存すること
- 市民、病院、地域緩和ケアセンターへの情報発信を行っていること



- 基幹型PCCを地域緩和ケアのセンターとして位置づける。地域緩和ケアセンターの名称(案)としては、1)地域緩和ケアセンター、2)基幹型緩和ケア支援診療所、3)単に「緩和ケア診療所」、「緩和ケア専門診療所」などが考えられる。
- 在宅緩和医療を行う診療所は、地域の多様性を考慮し、提供するケアの良と質などによって細分類する必要がある。分類の基準は、在支診であるかどうか、年間のがんで在宅死数、在宅死亡率(一番単純で実務的な基準)などである。
具体的には、1)地域緩和ケアセンター(大規模)、2)緩和ケア診療所(中小規模)、3)在宅療養支援診療所(緩和ケアも行うがそれ以外の在宅ケアに力を入れている診療所)、4)一般の診療所、などを想定している。
診療所以外の医療機関が地域緩和ケアセンターとなるためには、「実際に訪問診療に携わっていること」が必要最低条件と考えている。
- 基幹型PCCの機能としては以下のことを想定している。
 - 地域緩和ケアのNWの要として機能する
 - 困難事例を受け入れる
 - 一般診療所などで継続困難なケースを引き継ぐ
 - 在宅緩和ケアの教育、研修などを行う
 - その他(地域啓発、ボランティア養成、療養通所介護、遺族ケアなど)



現在、24時間体制で在宅医療を支援している診療所、いわゆる「在宅療養支援診療所」は、全国に約1万1千カ所ある。一方、末期がんの方の在宅緩和ケアに力を特に注いでいる診療所は、全国に約700カ所存在する(医療機関数:平成23年1月1日時点、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」より)。その数は少しずつ増えてきているが、数的に地域差があるのも事実である。

上図は、発足間もないPCC連絡協議会の会員診療所の全国分布である。重要なことは、これら20数カ所の診療所で、現時点のがんで在宅死のおよそ一割を担っていることである。

このような診療所の全国展開を制度的にバックアップすることが、これからの重要な方向性である。

IV-3 地域緩和ケア普及の指標、在宅死率

在宅死率の定義とその意味

$$\text{在宅死率} = \frac{\text{在宅死数}}{\text{在宅死数} + \text{中断例数}}$$

患者目線で見た、中断理由

- ・自分たちの都合
- ・満足・納得できる医療を受けられない

診療所単位：ケアの質の指標

地域単位：地域緩和ケアの普及の指標

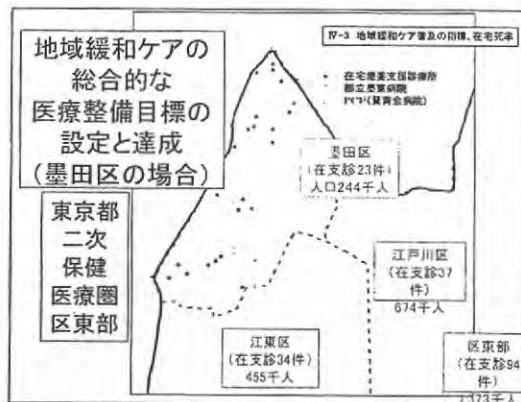
在宅死率は在宅緩和ケアの質の評価、普及を検討する場合に大変重要なToolである。

「在宅は密室で行われる医療」という、事情を知らない方々の批判があるが、実際は家族が目や鼻のようにしてケアの中身を見ているわけで、在宅ではごまかしはきかない。ケアの内容が悪い場合には、患者・家族は躊躇することなく、入院を選択する。きちんとした体制で行われた在宅ホスピスケアに対する遺族の満足度は非常に高い。

在宅ケアを開始したケースが中断して入院するのは、患者サイドの理由があることも否めない。財産問題などの絡みで家族調整がどうしてもうまくできず、入院したケースが自験例でも数例ある。

在宅死率は一般に次のように言われている(日本のデータ、米国の文献)

- 1) がん患者の在宅死率(在宅死数/がんによる全死亡数)、約6%
- 2) チームで関わらない在宅医療の場合(医師の往診のみ)、約20%。これは、末期がん患者といっても、症状緩和に関して言えば約20%のケースで、症状緩和を行わないでも在宅死が実現することを意味している。
- 3) 在宅医療の専門チームが関わった場合、約50%。ホスピスケアの専門チームでない医師と看護師で看取った場合の数字である。日本では、一般的な訪問看護ステーションの平均的な看取り率であり、米国でも同様の数字が報告されている。
- 4) ホスピスケア専門のチームが関わった場合、約90%。小生の過去20年間の、延べ1000名強のがん患者の在宅での看取り率は96%である。米国のホスピス(米国では基本的にHHCである)でも同様のDataを発表している。



パリアンの活動地域は、都内でも経済的に貧しい患者が多い地域。独居だけでなく、家族がいても日中独居は当たり前、家が狭くてきれいでないのも当たり前、患者や家族の意識が決して高くはない場合が多い。下町人情の厚い地域ではあるが、末期がん患者の在宅ケアを行うには、決して好条件に恵まれていない。

緩和ケア専門診療所は、一般の診療所と共同した形で地域緩和ケアの充実が必要である。



基礎データ

墨田区のがん在宅死率・パリアンの在宅死数の年次変化

年	① 全人口	② 全死亡数	③ がん死数	④ がん在宅死数 (③/④)(%)	⑤ パリアンのがん在宅死数 (墨田区のみ) (④/⑤)(%)	⑥ パリアンが関わったがん在宅死数 (墨田区外も含む) (④/⑥)(%)
1999	213,763	2024	628	40(6.4%)		
2000	217,242	2032	624		2 (0.3%)	27 (4.3%)
2001	217,846	1973	632	48 (7.6%)	21 (3.3%)	77 (12.2%)
2002	220,044	1939	649	50 (7.7%)	22 (3.4%)	80 (12.3%)
2003	222,155	1995	666	61 (9.2%)	34 (5.1%)	74 (11.1%)
2004	224,325	2040	651	65 (10.0%)	40 (6.1%)	86 (13.2%)
2005	226,152	2078	660	63 (9.5%)	32 (4.8%)	88 (13.3%)
2006	228,438	2208	728	89 (12.2%)	54 (7.4%)	158 (21.7%)
2007	232,541	2199	719	86 (12.0%)	48 (6.7%)	91 (12.7%)
2008	235,418	2258	725	87 (12.0%)	57 (7.9%)	125 (17.2%)
2009	237,829	2093	698	102 (14.6%)	57 (8.2%)	138 (21.2%)
2010	240,358	2330	728	124 (17.1%)	79 (10.9%)	162 (22.1%)

※墨田区データ提供：墨田区福祉課(2010年のデータは暫定値)

在宅緩和ケアの未来は

追認する現状の中ではなく

実現すべき理想の中に存在する

[まとめ] 現在、がん対策基本法の趣意に則って、在宅ホスピス・緩和ケアの普及に向けての取り組みが、広くなされている。ただし私が危惧していることは、在宅医療の経験がない医師の主導による色彩が強く、病院医療の延長・病院の立場から在宅医療を論じることが多い点である。

かつて、PCUの指導的立場の方々(在宅のことを全くと言ってよいほど知らなかった)が中心となり、在宅ホスピスを論じ、普及を図ったことがある。しかしこのことが結果的に、その後の在宅ホスピスケアの発展と普及を妨げたという(あるいは後退といつてよいであろう)苦い経験がある。その轍を再び踏むことだけは、ぜひとも避けなければならないと考えている。

もう一つの危惧は、政策研究(OPTIMのこと)の対象地域に関することである。確かに在宅ケアの現状を反映している(①在宅医療機関の力が弱く、病院に頼らざるを得ない地域、②まだ取り組みを始めたばかりで実績のない地域、③病院が中心となって在宅ケアに取り組んでいる地域、④ホスピスとしてのチーム力が弱い在宅医療機関が中心となって在宅ケアを推し進めている地域)とは言え、このような地域モデルを選択すると、末期がん患者の在宅ケアは難しい(というよりも不可能である)、病院のバックアップ機能を強化しないと(あるいは病院、PCUを増やさなければ)無理である、という結論に陥る可能性が高い。

現状では困難であるからこそ、解決の糸口を未来の理想の中に探るべきではなからうか。しかも、そのような理想を実現している医療チームが、わが国にはすでに多数存在している。がん対策推進基本計画の見直しにあたっては、現状を分析して困難だ、という結論を出すのではなく、我が国の土壌に適した在宅ホスピスケアを未来に向かって打ち立てなければならないと考えている。

チームケアの問題 川越 厚

高品質のケアを
効率よく提供するためには
以下のことが重要

1. チームの統合性(Integration)
2. チームのスピード性(Quickness)
3. チームの効率性(Efficiency)

(チーム医療推進会議WG(H22年度)でREPORTしたこ
と)

1. チームの統合性

Net Workを組む場合、考え方や実際のやり方が異なると、質の高いケアを提供できない、患者家族は不安になる

2. チームの対応のスピード性

末期がん患者に時間的な遅れ(Time Lag)は許されない関係する専門職、他職種と連携する(NWを組む)場合特に重要な点である

3. チームの効率性

末期がん患者に対するケアでNWを組む場合、時間的なことを含めて効率よいものでなければ無駄が多いだけではなくケアの質が下がる

医療と福祉との連携の問題

がん患者に関しては、
医療チームがCare Managementを担うべき

1. 必要な介護サービスは、多くの場合限られる
 - 1) ケアが短期間に終了する
 - 2) Caregiverとしての家族の役割を重視する
2. 医療的ニーズが高い、介護は従
3. 計画的なケアと同時に、緊急時の対応が重要
4. 症状が劇的に急変し、家族の不安が大きく、医療的知識、経験に基づいた支援が必要

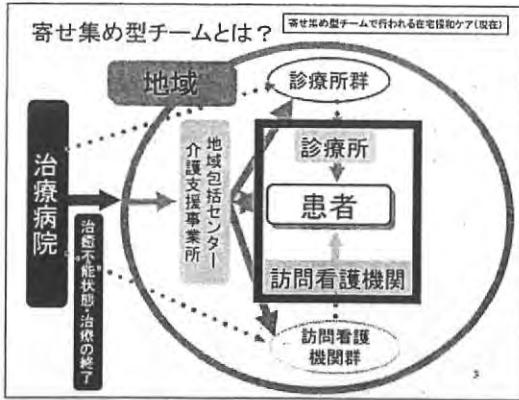
実際問題、経過の短い末期がん患者に福祉の支援は、がん以外の患者とは大きく異なる。利用するサービスは限られるし、頻度も低い。

介護保険の利用(04/01~04/12) 人(%)

年齢	ヘルパー	パッド	トイレ	褥瘡予防マット
65≤、76人	33(43.4)	65(85.5)	30(39.5)	65(85.5)
65>、29人	2(6.9)	14(48.3)	13(44.8)	14(48.3)
計、105人	35(33.3)	79(75.2)	43(41.0)	79(75.2)

その他: 訪問入浴(1.9%)、通所介護(0%)、車椅子(3.8%)、住宅改修(3%)、夜間巡回(1.9%)

川越委員提出資料 2



現在の仕組みでは、患者が地域に帰ってきて初めて組織されるチームになる。このようなチームでは、お互い顔は見えても、心が必ずしも一つでなく、やり方も相手の実力もわからず、リアルタイムの情報共有が難しく、限られた時間で専門性を発揮して、質の高いケアを提供するのが困難である。この問題を解決するのが、在宅緩和ケア専門チームの存在である。統合性のとれた、迅速かつ無駄のない高品質のケアを提供することが可能だ。

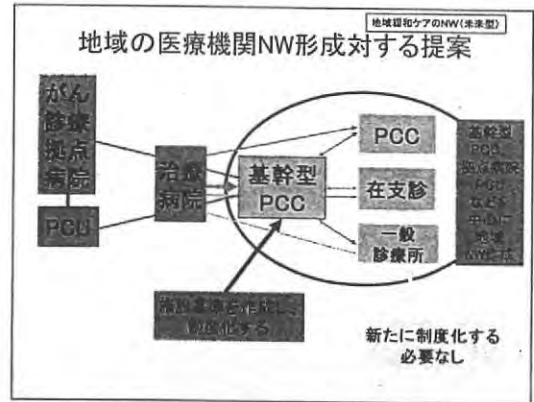
緩和ケア支援診療所(PCC)を中心とした 在宅緩和ケア専門チーム(HPCT)の イメージ図

緩和ケア
(支援)
診療所
(PCC)

ケアの哲学
実践PRGMを
共有する、
一体化した
チーム

緩和ケア
(支援)
訪問看護
機関
(PCNS)

PCC=Palliative Care Clinic HPCT=Home Palliative Care Team
PCNS=Palliative Care Nurse Station



地域緩和ケアセンターの名称としては、

1. 地域緩和ケアセンター
2. 基幹型緩和ケア支援診療所
3. 単に「緩和ケア診療所」

在宅緩和ケアを行う診療所は、提供するケアの良と質などによって以下のごとく分類する。分類の基準は、在宅診療であるかどうか、年間のがん在宅死数、在宅死率(一番単純で実質的な基準)である。

1. 地域緩和ケアセンター(=基幹型緩和ケア支援診療所):
年間在宅死数40以上、在宅死率80%以上の在宅診療で、その他の施設基準を満たしているもの
2. 緩和ケア診療所:
施設基準として、年間在宅死数20以上、在宅死率60%以上の在宅診療
3. 在宅療養支援診療所:
4. 一般の診療所:
在宅診療の届け出を行っていないが、在宅医療を行う診療所

診療所以外の医療機関が地域緩和ケアセンターとなるためには、「実際に訪問診療に携わっていること」が必要最低条件。

がん対策推進基本計画の見直しに向けて

末期がん患者の在宅ケアでは、迅速かつ効率よく統合性のとれたサービスを提供しなければならない。

見直しのポイント

1. 診療所と訪問看護機関が一体化した、地域の緩和ケア専門チームを制度的に認知し、
2. 医療と福祉の連携にあたっては、医療職がイニシアティブをとれる体制を構築すべく、制度的な見直しを行うこと

平成 23 年 9 月 15 日

厚生労働省がん対策推進協議会 会長 門田守人様
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室 室長 鷺見学様

厚生労働省がん対策推進協議会委員有志一同

ドラッグ・ラグ問題解決に向けての意見書

ドラッグ・ラグ問題は、患者のいのちに直結することから、長年にわたり、全国のがん患者がその解消を求めて活動を続けてきました。がん患者のその節実な願いを受けて平成 18 年に「がん対策基本法」が制定されたことを決して忘れてはなりません。

ドラッグ・ラグには、どの疾患にも適応を有していない「未承認薬」問題と、ある疾患には適応を有しているが、有効性が認められているにもかかわらず他の疾患には適応が無い「適応外薬」問題の二つがあります。特に我が国のように抗がん剤開発を欧米に依存している状況を鑑みれば、「未承認薬」問題に取り組むと同時に「適応外薬」問題に対する対策も重要です。従って、「ドラッグ・ラグ解消」に向かっているか否かは、「未承認薬」問題の指標である PMDA 承認年から FDA 承認年を差し引いた数字と、「適応外薬」問題の指標である PMDA 承認年から Compendia 掲載年を差し引いた数字をあわせて判断する必要があります。また、欧米では、必ずしも全ての医薬品が FDA や EMA の承認を受けているわけではなく、多くの医薬品は、エビデンスに基づいて毎年改訂される Compendia に掲載されることで、適応外使用が公的保険で償還されます。

我々、厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員有志一同は、現在病気に向き合っている患者・家族が、安全かつ有効な医薬品を確実に使えるための体制整備を強く求め、以下に対策に関する意見を記します。

記

1. 重点的取組の対象施策

- ・ドラッグ・ラグは、長年多くのがん患者がその解消をもとめて活動を続けている、いのちに係る切実な問題であることを重く受け止め、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の実現を目指し、ドラッグ・ラグ解消をがん対策推進計画の重点的取組の対象施策とすること。

2. 具体的対策

- ・「未承認薬」と「適応外薬」について問題を整理し、それぞれへの対策を検討すること。
- ・がん対策推進協議会としてドラッグ・ラグ、特に「適応外薬」問題解消に向けて関連する審議会や協議会などに対してプロセスの改革を求める意見を提出すること。
- ・「適応外薬問題」の解消には、ガイドラインを策定する学会などと協力し、明確なルールのもとに保険適用に関して判断する、透明性の高い審査機関の構築が重要であるとの指摘があることから、その具体的なプロセスを検討、明確にすること。
- ・他に治療選択肢のない患者に未承認薬を例外的措置として提供するコンパシオネートユース制度を確立すること

厚生労働省がん対策推進協議会委員およびがん患者団体有志一同

天野 慎介
花井 美紀
眞島 喜幸
松本 陽子