

地域ケア促進専門委員会

目 次

平成 18 年 度 調 査 研 究 報 告

日本版 End of life care のシステム構築と 2037 年の総死亡者数 170 万人推計

米国の end of life care のリサーチ

An American Perspective on End-of-life Care

日本に必要な end of life care の政策実施

尾道市医師会エンドオブライフケアシステム検討委員会

地域ケア促進専門委員会

(平成 18 年度)

平成 18 年度 調査研究報告

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

日本版 End of life care のシステム構築と 2037 年の 総死亡者数 170 万人推計

世界一の高齢国家として総人口減少が始まるとともに、2038 年には年間の総死亡者数が推計値で約 170 万人に達するので、日本版の「エンド・オブ・ライフ・ケア」システムの議論が必要であるが、国の政策としては在宅末期ケアの包括的環境整備が求められる（図 1）。

米国の end of life care のリサーチ

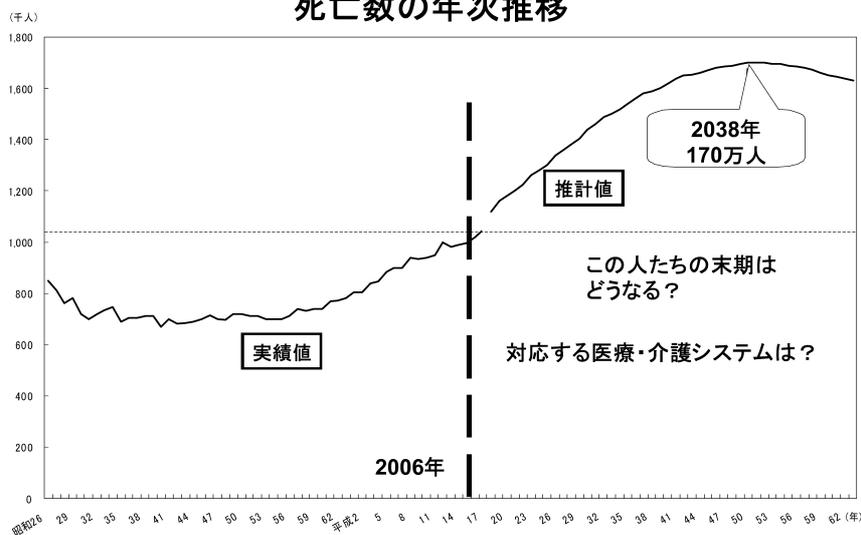
最近ではアメリカでは死が近づいた時のケアは、その点に配慮したプラス・アルファを加味し、end-of-life care と呼び、その展開の基礎研究に 2,800 万ドルの予算が用意されて、研究チームによる米国の調査結果報告が JAMA の 1995 年に掲載されたが、報告概要は以下の如くである。

● 人生の終焉が近い人に対して医療制度の機能が不

十分

- 諸症状の緩和が不十分、医療実践が患者の尊厳維持に不適切
- 患者の家族を守っていない医療費支払い制度
- 多くの患者さんが終末期医療のために貯金を使い果たしている
- 多くの米国人が痛みを苦しみながら機械につながれて死を迎えている
- 生涯の終焉に近い部分の医療・ケアはきわめて不適切
- 大きなイニシアティブがあるのに不十分な制度である
- 連邦政府が諸政策が十分なケアを保証していない
- ホスピスケアを 6 ヶ月以上受けられない（保険の補償が切れる）
- 介護者への支援がない
- 緩和ケアに必要な薬が医療保険でカバーされてい

死亡数の年次推移



資料: 平成 16 年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成 17 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 14 年 1 月推計)」(中位推計)

図 1 死亡数の年次推移

ない

(州によっては、モルヒネさえ自費で支払うところがある)

- 医学生・医師に対する教育がまったく欠落している

An American Perspective on End-of-life Care

生涯の終焉が近づいたときのケア (End-of-life Care) に関するアメリカにおける展望

Kathleen M. Foley, M.D. : Chair, The society of Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Director, Project of Death in America, New York, U.S.A.

Key Words : End-of-life (Care), professional education, palliative care, death and dying

「がん患者と対症療法」2001よりサマリーは以下の如く。

アメリカにおける死に行く過程の体験は、ここ数十年にわたって変化しており、慢性疾患や進行性疾患の結果として起こる死が遷延されている患者が増えている。死に近づいた患者も死から生還した患者も、死に向う過程で不必要な苦しみ、すなわち身体的、精神的、実存的、スピリチュアルな苦しみを伴ったままのことがあまりにも多い。

その結果、国レベルおよび国際レベルの組織が死に行く患者に対するケアの改善についての認識を増大させている。生涯の終焉が近づいたときのケアに関する科学的知識は大きな欠落があり、生物医学研究者、社会科学研究者、医療専門家からの注目を必要とし、よいケアを妨げる重要な組織的、経済的、法的、教育的障壁を特定し、対策を講じる必要がある。

この論文は『Approaching Death』と題された米国科学アカデミー医学研究所の特別報告に示された勧告にそって執筆した。この特別報告は、生涯の終焉が近づいたときのケアに取り組むアメリカの努力の出発点になっている。医師、看護師、ソーシャルワーカーへの専門教育イニシアティブの概観し、フェロシッププログラム、教育者育成プログラム、継続的医学教育プログラムについても述べた。本論文では、質の高い生涯の終焉が近づいたときのケアの制度化には、一連の政策的イニシアティブが必要であると結論した。

また、1997年には報告書 Approaching Death にお

いて、このような人生の終焉を迎えたときのケアの深刻な制約の改善に取り組むために、IMO (Institute of the National Academy of Sciences) が発表しているが、この報告書は、生涯の終焉が近づいたときのケア (End-of-life Care) についての医療従事者に対する教育とその知識の欠落を指摘し、これが患者の生涯の終焉が近づいたときのケア改善に対する大きな障壁の一つと位置づけている。

アメリカにおける End-of-life Care の阻害因子を明確に指摘した論文は『SUPPORT-Sturdy to Understand Prognoses and Preference for Outcome and Risks of Treatment』と題する枢軸となる重要な研究により明確に特定された。これは、Robert Wood Johnson 財団が支援し、2,800万 US ドル以上の費用をかけた2相性の研究であるが、この研究費の管理を行っているのがスローンケッタリングがんセンターの Katharine・M・Foley 医師である。

この1999年の調査報告では、死に近づいたアメリカ人の対するケアには大きな欠陥があるという悲惨な現状が明確に指摘され、「命の沙汰も金次第」というアメリカの医療制度の現実とまったく矛盾しない。

- ① 多くのアメリカ人は痛みと苦しみながら、器械につながれて、死を迎えている。生涯の終焉が近い時の対応計画・ケアが不適切であった。
- ② 患者・家族と医療従事者との間のコミュニケーションは貧弱であり、多くの患者家族が終末期のケアのために老後に用意した貯金を使い果たしていた。

結論として、

- (1) 人生の終焉が近い人に対して医療制度が良好に機能していると答えた人は約50%
- (2) 諸症状の緩和、コントロールが十分と考えているアメリカ人は約50%。
- (3) 医療制度が患者の尊厳の維持に良好に機能していると答えたアメリカ人は約40%。
- (4) 現在の医療制度が高い技術料の支払いから家族を守ってくれていると答えた人はわずか15%にすぎなかった。

日本に必要な end of life care の政策実施

無保険者を5,000万人近く抱える階層化した医療制度の米国でも、人生の終焉を迎えた国民のケアは、特別な配慮が必要であるとの議論集約であるので、日本でも同様の議論を急ぐ必要があり、地域ごとに

対応するシステムが必要である。

内閣の重点政策として6月15日に今後10年間の国のがん対策の指標となる「がん対策推進基本計画」を閣議決定し、がん診療に関わる全医師への緩和ケアの基本的知識の研修・習得の年限を10年から5年に前倒したことは、2008年度概算要求にも反映さ

れている。

しかし、緩和ケアは死に向かったときのみ必要な医学的ケアではなく、慢性疾患のいずれの時期にも、急性期疾患の経過中にも必要に応じて実施すべきものとの認識が必要であり、がんに限定したものではないはずである（図2～7）。

終末期における療養の場所

（問）ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。

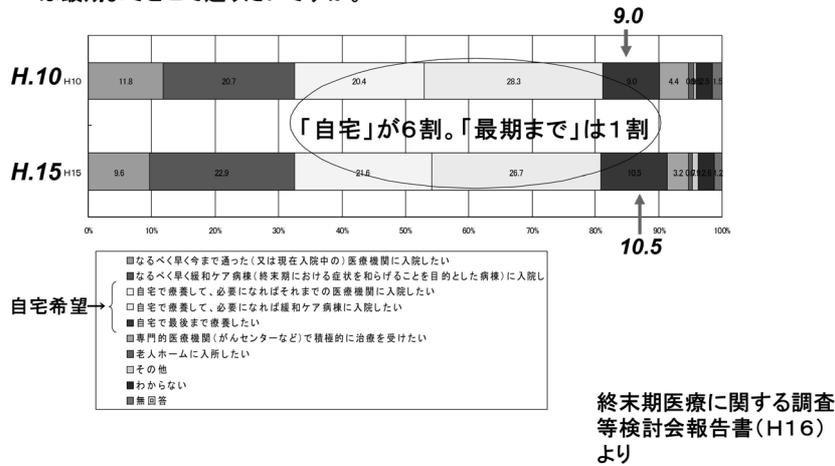


図2 終末期における療養の場所

自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。

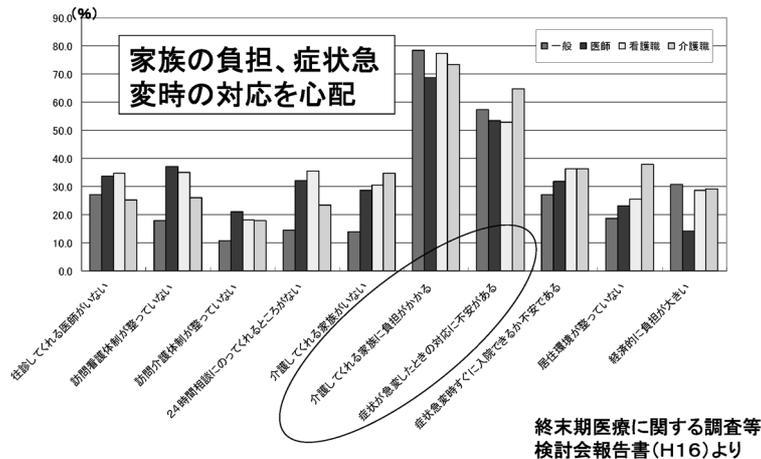
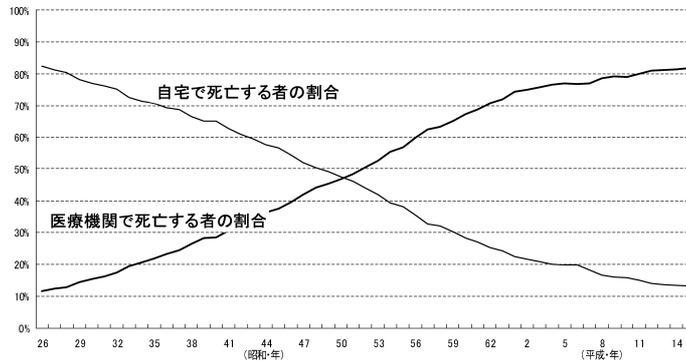


図3 自宅で最期まで療養することが困難な理由

医療機関における死亡割合の年次推移

・医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

図4 医療機関における死亡割合の年次推移

医療と介護の機能分担・連携強化に関する主な課題(介護保険制度)

○主治医とケアマネージャー等との連携強化

- ・地域において、医療と介護の包括的・継続的なマネジメントが実施されるよう、地域における主治医とケアマネージャー等との連携強化を図る。
- ・新たに制度化される介護予防サービスについても、主治医とケアマネージャー等との連携により、効果的なサービス提供を図る。

○地域における介護サービス(施設、居住系サービス、在宅サービス)の基盤整備

- ・退院後も高齢者が地域で自立した生活を送ることができるよう、利用者のニーズに応じた多様な介護サービス(施設サービス、居住系サービス、在宅サービス)の整備を支援。

○介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担、ターミナルケアへの対応

- ・医療ニーズを抱える高齢者も地域で生活を送ることができるよう、介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担について、ターミナルケアへの対応も含めて検討。

厚生労働省医政局

図5 医療と介護の機能分担・連携強化に関する主な課題(介護保険制度)

医療制度改革の方向性と末期医療

終末期医療をめぐる現状

- 終末期を自宅等(医療機関以外の場所)で送ることを希望する国民の割合:約6割
- 自宅等での死亡割合:約2割
- 死亡前1か月の入院医療費:年間約9,000億円(平成14年度ベース)

在宅療養支援診療所の制度化(2006年度より)

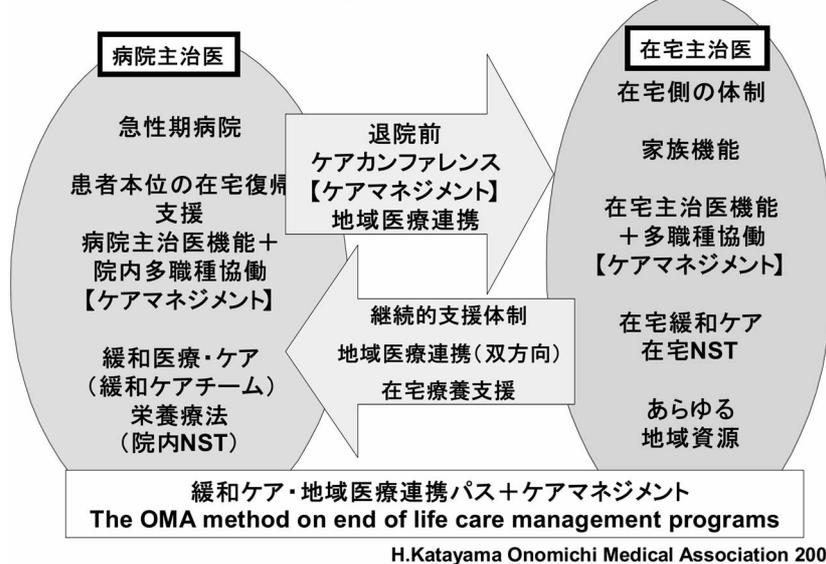
目標(例)

- 患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供
→ 自宅等での死亡割合を4割に
- 上記目標を達成するため、次のような取組を推進
 - ・在宅医療提供体制の充実と地域医療連携
(往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等)
 - ・地域における高齢者の多様な居住の場の整備(介護保険と合わせて)

終末期に対応する地域の包括的ケアシステムが必要

図6 医療制度改革の方向性と末期医療

在宅での末期を可能にするために必要な地域医療の整備
尾道市医師会方式end of life careシステム



H.Katayama Onomichi Medical Association 2006

図7 在宅での末期を可能にするために必要な地域医療の整備

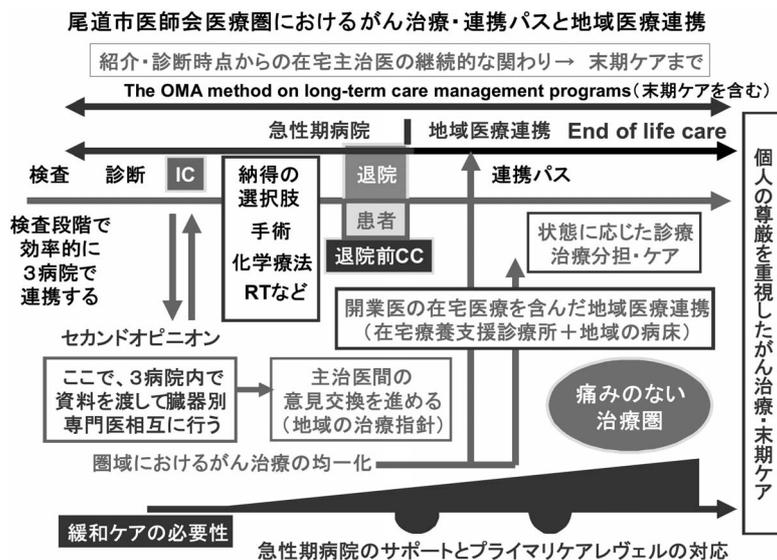
尾道市医師会エンドオブライフケアシステム検討委員会

このend of life care システム検討委員会は平成18年5月10日に第1回を行い、JA尾道総合病院、公立みつぎ総合病院、尾道市立市民病院の3院長がお揃っての出席で幕を開けましたが、日本緩和医療学会総会の会長を努められる岡山大学第一外科の田中紀章教授もオブザーバーで参加された。

結果として、The OMA method on long-term care management programs の地域医療連携ツールをそのままツールとして、end of life care に対応すること

で意見が一致したが、母体は尾道市医師会緩和ケアシステム検討委員会であり、これに尾道市医師会地域医療連携懇話会が合体した流れをこの委員会が拡大・統合している。

その後、委員会は隔月で開催し各急性期病院における緩和ケアチームの現状などの報告があり、がん患者のICとセカンドオピニオンや、早期検査、早期診断、早期手術に向けて、3つの病院での連携対応を可能にするようシステムを構築することが議論された(図8)。



H.Katayama Onomichi Medical Association 2006

図8 尾道市医師会医療圏におけるがん治療・連携パスと地域医療連携

地域がん連携共通パスのは通常、退院後の流れを考えているが、インフォームド・コンセント（IC）の段階からセカンドオピニオンを3病院で相互連携をすることになった。これは紹介患者が検査・診断を受けて後、ICを聞いた段階で在宅主治医に相談を持ちかけることがよくあるので、他病院の臓器別専門医にデータを渡して、セカンドオピニオン紹介をすることである。

いままでも、ICの後、不明の部分を家族が相談に来ることがよくあり、在宅主治医から病院主治医に連絡をして、再度、理解の難しかった部分について再度、丁寧に追加説明をお願いすることだったので、この点をシステム化する方法論である。

これにより、院長諸氏の言われるがん治療の均一化、相互連携も可能になり、患者本位のがん治療がさらに充実することが期待され、また、検査段階から早期に診断できるように3病院で検査を融通して連携をしようということになったので、尾道市医師会医療圏の1,112床の急性期病床として3病院が連携できれば、あらゆることが可能となる。

事例：緩和ケア対応ケアカンファレンス（肺癌独居患者）

この委員会での検討内容に沿った在宅緩和ケア・ケアカンファレンスが以下のものであるが、この時点では筆者がオキシコンチンとオプソを処方して緩和できていた。尾道市立市民病院の川真田先生とのチームで経過を診ていたが、緩和的RTが奏効し比較的安定していたが、独居の不安の解消ため介護保険を利用して医師・看護配置のある介護老人保健施設のショートステイを考慮した上で、通所サービスを利用することにしたケアカンファレンスである。

しかし、ご本人は将来、緩和ケア病棟でお世話になりたいとはっきりと言われたので、中長期プログラムとして、公立みつぎ総合病院の緩和ケア病棟医長の丸山典良先生のCC参加となったわけである（図9）。

これは、The OMA method on long-term care man-



図9 事例・写真使用承諾済・在宅緩和ケアを行っている独居の高齢肺癌患者のケアカンファレンス

（片山医院）ご本人，長女，在宅主治医，ケアマネジャー，緩和ケア病棟医長，介護老人保健施設，訪問看護，医師，薬剤師

agement programs に沿った在宅緩和ケアのモデルであるが、急性期病院、在宅医療、介護保険サービス、緩和ケア病棟がチームで支えるといことで、ご本人も参加の娘さんも「安心しました」と言われた。

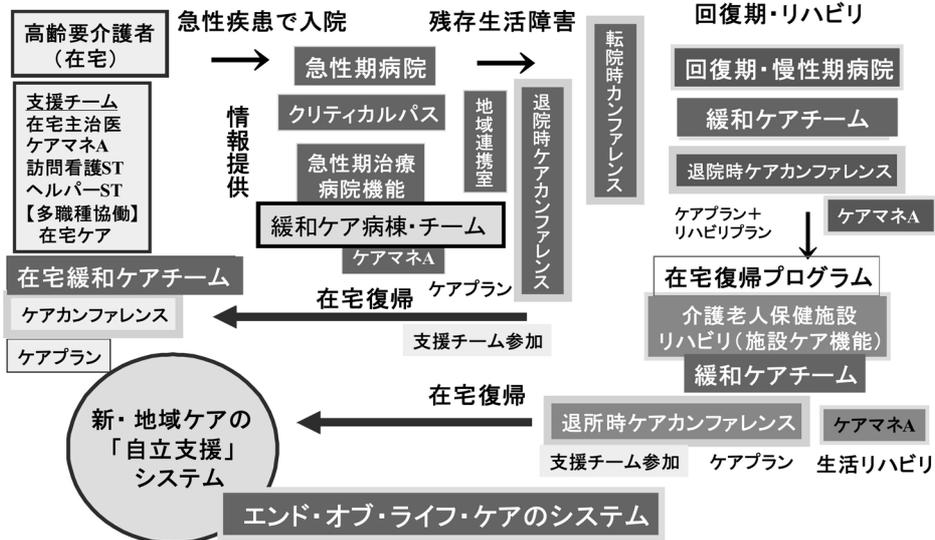
この後、担当の尾道方式として重要な戦力である担当民生委員が来て支援内容について細かに聞き取って帰ったが、ご本人の意思を尊重することで全員の合意が出来ている。

この方はAFがあり、循環器科の指示でワーファリンコントロールを行っていたが、オキシコンチンを増量した時点で相互作用によりPT-INRが大きくなったので、ワーファリンを減量してコントロールした。

いま、医療制度改革により大きく医療システムの構築に向けて未曾有の変革が起きているので、地域医療の総合力を底力として地域医療連携を進化させend of life care システムを地域医療の責任で構築すべきであり、そこには患者本位の地域医療連携と、ケアマネジャーとの連携によるきめ細かなケアマネジメント、多職種協働をベースとした地域一体型の緩和ケアを標準装備した終末期ケアが求められる。

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC)
The OMA method on long-term care management programs

高齢障害者・がん患者の長期継続ケアの意義と末期ケアへの移行
(適切な医療・介護資源の投入による地域一体型・緩和ケア・末期ケアのシステム)



H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

- 委員長 片山 壽 尾道市医師会 (尾三地区地域保健対策協議会)
委員 荒川 信介 広島県歯科医師会
石井 暁 松永沼隈地区医師会
石井 哲朗 呉市医師会
大年 博隆 広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
大貫 仁士 竹原地区医師会
沖 貞明 広島県立保健福祉大学理学療法学科
落合 洋 山県郡医師会
金城 利雄 広島大学大学院保健学研究科看護開発科学
木ノ原伸久 安佐医師会
黒川妃佐代 広島市社会局介護保険課
曾根 喬 佐伯地区医師会
高杉 敬久 広島県医師会
竹内 啓祐 県立広島病院総合診療科
壺井 克敏 三原市医師会
鳴戸 謙嗣 三次地区医師会