

地域ケア促進専門委員会

目 次

平成22年度地域ケア促進専門委員会報告書

在宅緩和ケアシステムの構築の必然性と
地域医師会主導の地域包括ケアシステム

End of life care

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

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

2011 年度圏域研修会

地域ケア促進専門委員会

(平成 22 年度)

平成 22 年度地域ケア促進専門委員会報告書

在宅緩和ケアシステムの構築の必然性と
地域医師会主導の地域包括ケアシステム

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

筆者は、静岡県立静岡がんセンター山口 建総長を主任研究者とする「第 22 年度厚生労働科学研究・第 3 次対がん総合戦略研究事業」において分担研究を行っている。

研究課題は、尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの目指すところと同一であり、「在宅がん患者・家族支援を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究」である。

また、筆者の分担部分は「地域多職種・チーム医療による在宅での看取りに関する研究」であるので、生涯のテーマである end of life care 研究に一致する。

End of life care

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

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

また、この課題は医療システムの整備だけでは困難であり、低所得者対策を含め社会保障の強化の最

重要課題を end of life care の全年齢給付に絞り込むべきである。来年の同時改定に向けて、介護保険は、がんを含んだ end of life care 給付で医療保険との互換性に配慮し、看取り休暇の制度化や多様な支援的給付などの抜本的な見直しだが、この問題を後押しせねばならない。

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

本研究の目的としては、以下に集約される。

1. 自宅での看取りを阻害している課題を分析
2. End of life care の概念を導入することにより「がんになっても」「がんになったからこそ」自分の人生の最期を意義ある時にする人生設計と理解が進み、がん生存者 (cancer survivor) の最重要メッセージを国民が認識するために必要な手法を開発
3. フランスのように緩和ケアを法制化 (1999 年 6 月 9 日法：緩和ケアを必要とするすべての患者にその権利を認めた法律。終末期家族看取り休暇を規定) (その後、レオネッティ法 2005) する政策の動きをつくるために必要な法制化の手順 (2002 年のコンシュネール法・フランスに学ぶ)
4. 日本で高い QOD (quality of death) を実現する end of life care という認識を醸成することで国民的議論を構築する、家で豊かな死を希望するがん患者と家族政策の検討 (フランスの終末期家族の看取り休暇手当規定)

5. 在宅緩和ケアの重要性を地域医療の再編チーム化、地域医療連携の推進手法として最上位に位置づける
6. 在宅緩和ケアはチーム医療であり多職種協働 (multidisciplinary care) で、end of life care の患者と家族を支援するゴールが「豊かな死」と設定すべき
7. 在宅医療が非がん患者のチーム医療においても重症管理を訪問看護とともに可能にする技術レベルに達していることが同時進行的に行えねばならないので、従来にない在宅チーム医療研修を新設する。
8. がん患者を治療する拠点病院医師 (病院主治医) が地域の在宅主治医と連携し、患者の家に帰りたい意向を体験する在宅緩和ケア移行・退院前カンファレンスの効果を検証して、DPC や制度に適應する。
9. 家族が end of life care の理解とともに家族の絆を確認する安楽な看取りを希望する意向を在宅主治医に伝える文書を考案する。
10. 在宅緩和ケアにおいて経済的理由で看取りが行えない低所得者に留意した政策を次期同時改定で介護保険と在宅医療を合わせた end of life care 給付を創設する。
11. あくまで日本全国どこにでも普及可能な実践モデルを示すために、統合的医療連携サービス提供体制の整備と、独居患者など困難な環境に対応するフレキシブルな在宅での看取りの「場」の実践を合わせて研究する。
12. 超高齢化、認知症の急増、家族問題など含め、end of life care に向けての成年後見制度以外の意思表示 (希望) を確認する文書 (仏の事前指示書など) の法制化に向けた議論を進める。

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

そのためには、公的研究機関の複数研究者にとる社会学的客観評価の導入を行うことが必要であるが、すでに研究者として国立保健医療科学院福祉サービス部の筒井孝子・松繁卓哉のお二人が 2009 年 8 月

に尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの検証に、筆者がチーム医療の在宅緩和ケアで看取りを行った患者さん家族への精密な取材を行い、研究成果報告会を 2010 年 6 月 9 日に行ったが、筆者も加わった合同検証会を厚生労働省老健局・保険局・医政局の 3 局合同で省内にて同一時期に行った。

「尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの客観評価と満足度の検証」として、発表者は筒井孝子氏と筆者であった。

このときの調査対象者は以下のとおりである。

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

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

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

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

サマリーでは、「アメリカにおける死にゆく過程の体験は、ここ数十年にわたって変化しており、慢性疾患や進行性疾患の結果として起こる死が遷延されている患者が増えている。死に近づいた患者も死から生還した患者も死に向かう過程で不必要な苦しみ、すなわち身体的、精神的、実存的スピリチュアルな苦しみを伴ったままのことがあまりにも多い。その結果、国レベル及び国際レベルの組織が死にゆく患者に対するケアの改善についての認識を増大さ

せている。生涯の終焉が近づいたときのケアに関する科学的知識に大きな欠落がある。生物医学研究者、社会学研究者、医療専門家からの注目を必要とし、よいケアを妨げる重要な組織的、経済的、法的、教育的障壁を特定し、対策を講じる必要がある。

この論文は、『Approaching Death』と題され米国科学アカデミー医学研究所の特別報告に示された勧告に沿って執筆された。この特別報告は生涯の終焉の近づいたときのケアに取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、SWへの専門教育イニシアティブを概観し、フェローシッププログラム、教育者育成プログラム、継続的医学教育プログラムについても述べた。本論文では、生涯の終焉が近づいたときの質の高いケアの制度化には、一連の政策的イニシアティブが必要であると結論した。

End of life care

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

報告概要

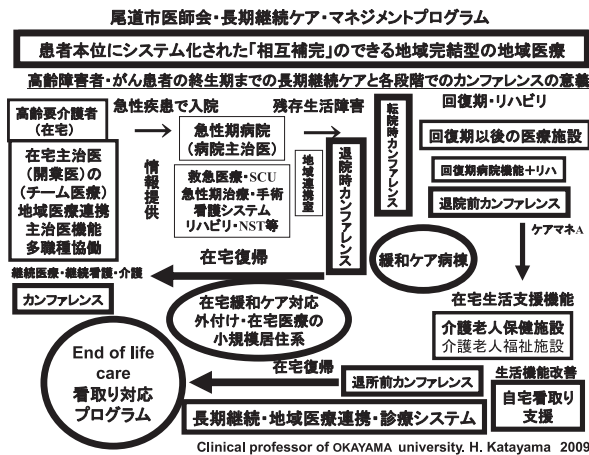
- 人生の終焉が近い人に対して医療制度の機能が不十分
- 諸症状の緩和が不十分、医療実践が患者の尊厳維持に不適切
- 患者の家族を守っていない医療費支払い制度
- 多くの患者さんが終末期医療のために貯金を使い果たしている
- 多くの米国人が痛みに苦しみながら機械につながれて死を迎えている
- 生涯の終焉が近い部分の医療・ケアはきわめて不適切

- 大きなイニシアティブがあるのに不十分な制度である
- 連邦政府が諸政策が十分なケアを保証していない
- ホスピスケアを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ない
(州によっては、モルヒネさえ自費で支払うところがある)
- 医学生・医師に対する教育がまったく欠落している

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

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

自宅での死、病院でない、施設でない、「自宅での豊かな死」を達成することに必要な要件は、『end of life care 対応の在宅医療』であり、そこには『高度在宅医療+在宅緩和ケア』というハードルが、設定されているわけである。未熟な在宅医療では、患者本位に展開するフレキシブルな多職種協働 (multidisciplinary care) による在宅緩和ケアに達することができないので、この領域は世界の命題といえる。



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

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

2010年11月21日に尾道市にて、諏訪中央病院名誉院長の鎌田 實先生を講師に招き、以前から尾道市医師会在宅緩和ケア取材のNHKの指揮をとって来ていた迫田朋子チーフディレクターを座長に「自宅での安楽な最期に向けて」の市民公開講座を行い、鎌田先生の感動的な基調講演に続いて、パネリストに在宅主治医として筆者、病院主治医代表として尾道市立市民病院呼吸器科の巻幡医師、筆者が在宅主治医で夫君を在宅緩和ケアで看取った70代後半のY夫人をパネリストとして、直に思いを語ってもらい、鎌田先生の素晴らしいコメントもあり聴衆に深い感銘を与えた。筆者が在宅緩和ケアで痛み無く安楽に看取って、ご本人の満足、介護者の満足ということが可能、自分、自分の家族の問題として考えましょうという社会学としてのメッセージを伝えた。

2011 年度圏域研修会

この手法が市民向けに効果的であったので、本年2月6日に三原市で「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」を筆者の企画で開催し、主任研究者の山口総長に基調講演、ゲストコメンテーターをお

願ひして、広島県全域の医療保健福祉関係者の圏域
 研修会を行い、約 500 名の熱心な聴講であった。

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

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

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

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

この研究事業のフランス出張として、年度事業計画にもり込まれたので、筆者は 9 月にパリ周辺での在宅入院制度とネットワーク型在宅緩和ケアシステムを尾道市医師会方式の在宅システムと比較検証のレクチャーを行い、いい評価を得た。次年度も継続的な意見交換を私の有名な社会学者のお世話で行うことになった。

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



基調講演・ゲストコメンテーターで纏めて
 いただいた山口 建先生



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

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
委員	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	大本 崇	安佐医師会
	小笠原英敬	佐伯地区医師会
	奥野 博文	広島市中区厚生部
	落合 洋	山県郡医師会
	吉川 正哉	広島県医師会
	小島 隆	広島県歯科医師会
	児玉 雅治	福山市医師会
	佐川 広	大竹市医師会
	竹内 啓祐	広島大学医学部地域医療システム学
	壺井 克敏	三原市医師会
	津山 順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	西垣内啓二	呉市医師会
	濱井 誠	広島県社会福祉協議会
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 恵	松永沼隈地区医師会
	楨坪 毅	広島県医師会