

## 特集：終末期医療

### 終末期における医療供給体制の課題

伊藤道哉，濃沼信夫

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

#### The Essential Problems of the Medical Delivery System in Terminal Care

Michiya ITO, Nobuo KOINUMA

Department of Health Policy and Hospital Administration, Tohoku University Graduate School of Medicine

#### 抄録

在宅療養をよく知る者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅のメリット・デメリットをよく知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまうことが多い。同じく、医療提供側も、在宅看取りの経験があれば、在宅の選択肢をも提示できるが、そうでなければ入院を勧めてしまうことが多い。入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、結局最後は入院で死亡する場合も少なくない。

在宅看取りの推進は、医療費適正化の結果となることはあっても目的となることはない。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、在宅終末期医療費の推計は、新診療報酬のもと、実態に応じて再計算される必要がある。

ALS等神経難病の緩和ケア・終末期医療は十分とはいえない既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が強く求められる。

平成20年に都道府県が作成・公表する医療計画の中に、「在宅」の項目がある。具体的な計画が縷々記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の有効活用が期待される。そのためには、在宅支援診療所を中心としたサービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、地域の在宅医療の状況を詳細に把握・分析し、在宅医療の今後のあるべき姿を提示することが求められている。

**キーワード：**終末期医療，緩和ケア，在宅医療，在宅死，在宅療養支援診療所，医療費適正化，医療計画

#### Abstract:

For patients who are familiar with home care, positive choice may choose a seat finishing life as everyday extension. However the patients who do not know the pros and cons of home care may choose hospital care while hoping for home care vaguely after all.

Similarly, medical staff who understand home care can advice patients on options other than hospitalization. In the first place at home unless a hospitalization institution side parts with the patient of the end period; number of home death does not increase.

ALS requires palliative care, but existing palliative care units are insufficient, and criteria for new institutions and their fees are future problems.

Information on home care is to be made available in more hospitals and health centers in large cities and districts in 2008. In addition, utilization and creation of social resources such as medical offices for promotion of home care,

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1

2-1 Seiryō-cho, Aoba-ku, Sendai 980-8575, Japan

pharmacies, and visiting nursing stations are expected in these areas.

Therefore, it is important to consider the construction of an information system detailing services offered by home-care support clinics. Cities and districts will arrange policies on professional education, of index-setting, problem-solving in medical units indexing future improvements, and analyzing local home care issues in detail, it is also necessary to make figures available that relate to the future of home care.

**Keywords** :terminal care, palliative care, home care, at-home death, home-care support clinic, rationalization of medical expenditure, hospital and health planning

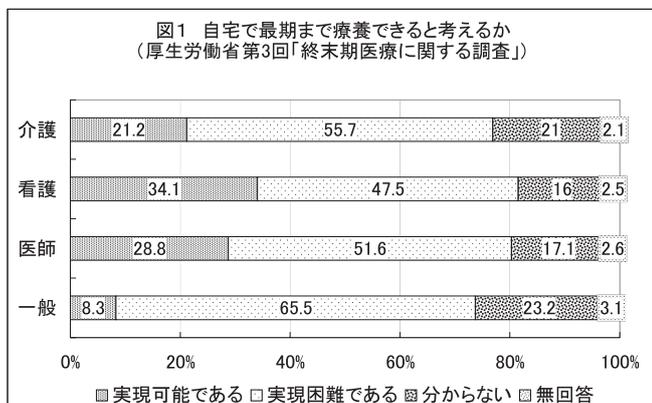
## はじめに

治癒を目指した医療では、入院が最善、在宅は次善であろう。しかし、在宅死は善、入院死は悪のように語られがちである。在宅で看取りが行われるようになるとしても、終末期の諸々の問題がすべて解決するわけではない。そもそも、入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族側の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、最後は入院で死亡する場合も少なくない。

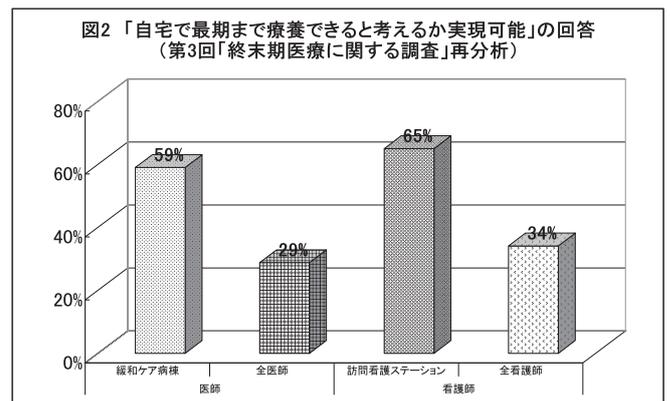
本稿では、主に在宅終末期医療が行える体制づくりと、緩和ケア病棟の拡充に関して若干の考察を行う。

### 1. 終末期医療の場—何処が理想か

厚生労働省医政局総務課が実施した第3回（平成15年）「終末期医療に関する調査」によれば、自宅で最期まで過ごしたいとの希望を有する者は1割にとどまる。自宅で最期まで療養することについて、多くの者が「実現困難である」と回答しており、「実現可能」と回答した者は少ない<sup>1)</sup>。

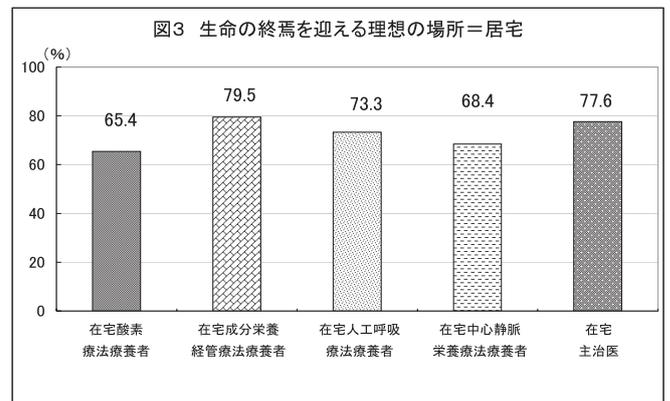


しかし、医師のみの回答を職場別に解析すると、緩和ケア病棟の医師は、6割が「実現可能」と回答している。同じく看護職のみの回答を職場別にみると、訪問看護ステーション勤務者の6割5分が「実現可能」と回答している。看取りの実践経験を有する専門職は、自宅で最期まで療養することにむしろ肯定的である<sup>2)</sup>。



さらに、すでに高度の在宅医療サービスを受けている患者、およびその主治医は、生の終わりを迎えるべき場所として、居宅を理想としている。居宅を第一選択とするとの回答割合は、次の通りである。

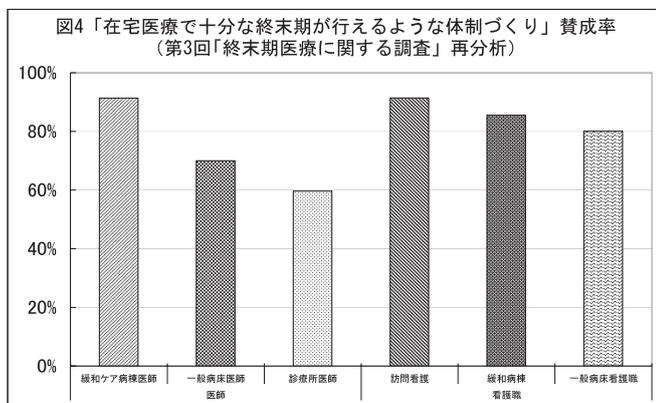
在宅酸素療法療養者65.4%、在宅成分栄養経管療法療養者79.5%、在宅人工呼吸療法療養者73.3%、在宅中心静脈栄養療法療養者68.4%、主治医77.6%（病院を挙げる医師は4.5%<sup>3)</sup>）。



このように、在宅療養のメリット・デメリットをよく知る者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅療養の中身をよく知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまうことが多い。同じく、医療者側も、在宅看取りの経験があれば、在宅の選択肢をも提示できるが、そうでなければ入院を勧めてしまうことが多い。

「終末期医療に関する調査」の「終末期医療普及への具体的な活動内容」について、「在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり」についての医師の回答を職場別にみ

ると、緩和ケア病棟の医師は91.3%が賛成、一般病床（緩和ケア病棟を除く）は70.0%、診療所は59.6%となっている。同じく、看護職では、訪問看護ステーション91.4%、緩和ケア病棟85.5%、一般病床（緩和ケア病棟を除く）80.1%の順である。看取りの実践者ほど、在宅終末期医療の充実の必要性を痛感している<sup>2)</sup>。



したがって、在宅終末期医療の拡大・普及には、在宅終末期医療のメリット・デメリットを知ってもらう情報提供が重要と考えられる。

2006年4月創設された在宅療養支援診療所の届け出は、約10000施設を数える。そのサービス提供に関する情報システムの構築は喫緊の課題である。

入院がん死を減らすことは、わが国のみならず、先進諸国共通の課題である。実践例として、カナダの事例を挙げる<sup>4)</sup>。

カナダ、ノヴァスコシア州（人口約95万人）では、がん死は、2,259人（1999年）から2,870人（2010年）まで、わずか10年で27%増えると予測し、入院で死亡するがん患者の割合を漸減させる方策を実践した。往診の評価により、院外がん死は、19.8%（1992年）から30.2%（1998年）まで増大した。また、死亡まで最期の100日あたりの入院日数は、18.6日（1992年）から14.8日（1998年）まで短縮した。訪問診療、往診の回数は、午前8時から夕方5時までの時間帯ではあまり変化がなかったが、夕方5時から翌朝8時までの夜間と、週末の往診回数は12%増えた。

このように、政策的に在院期間を短縮して、夜間、終末の往診を充実させることで、院外がん死を30%以上にまで増やせる可能性がある。

## 2. 在宅終末期医療—医療費との関連

年間の死亡者数は今後10年間、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。社会保障審議会医療保険部会では、入院死亡の割合を減らし、在宅死亡の割合を40%まで増やした場合の影響、入院医療費と在宅医療費の比較が例示（医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」平成12年3月）された。

終末期医療をめぐる現状として、死亡前の1カ月平均医療費は約112万円、入院前の1カ月の入院医療費推計は年間約9千億円（1年間の死亡者数（平成14年）98万人。うち、

医療機関での死亡者数80万人、これに112万円を乗じて約9千億円）。様々な自宅療養、在宅療養というような環境を整えた上で、自宅での死亡を4割に増やすと、死亡前1カ月の医療費に係る影響は、給付費ベースで2015年度約2千億円減、2025年度約5千億円減と推計される<sup>5)</sup>。

さてこの試算では、在宅死亡の割合が40%まで伸びるとしている。諸外国の研究では、広域低人口地域で40%に近い例はあるものの、先進諸国の在宅死の割合は概ね20~30%である。大阪府立成人病センターは、この数年、病死は93~5%、在宅死は4~6%で推移している<sup>6)</sup>。

終末期の定義に関し試算では、おしなべて98万人が「終末期」を過ごすと考えられる。しかし、終末期を明確にとらえることができる疾患は、悪性腫瘍などに限られる。

在宅医療費の積算に関し、試算では、「在医総」56,000点と基本診療料1,700点の、合計57,700点を計上している。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、いわゆる看取り加算は1,200点から10,000点に増えている。在宅終末期医療費の推計は、診療報酬の改定の新しいデータを用いて再検討される必要がある。

質の高い在宅医療を提供する場合、入院医療に比較して必ずしも安上がりにはならない<sup>7)</sup>。

## 3. 緩和ケア病棟—今後の展望と課題

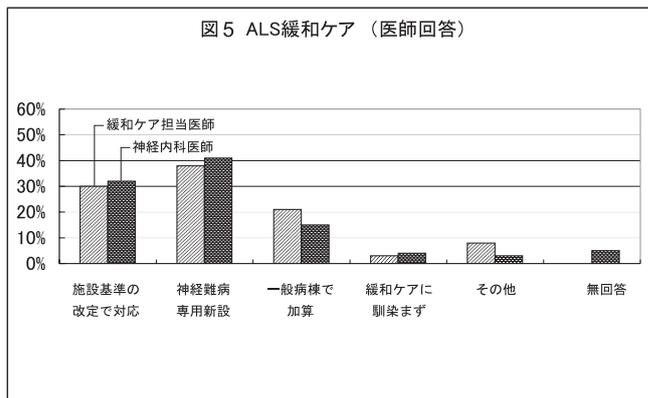
緩和ケア病棟は終末期医療の場として、QOL向上の観点からも患者・家族の重要な選択肢である。看護職員配置は1.5:1で、診療報酬上、1日定額37,800円の評価がなされている。緩和ケア病棟届出受理施設は、2006年7月1日現在、162施設 3,085床である。

2004年度に全国の緩和ケア病棟に入院した患者は18,205人で、がん死亡者（約32万人）の6%にあたる。

筆者らは、2005年7月~9月、日本ホスピス・緩和ケア協会A会員144施設で、緩和ケアに従事している医師326名、看護師720名に対し、意識調査を実施した<sup>8)</sup>。

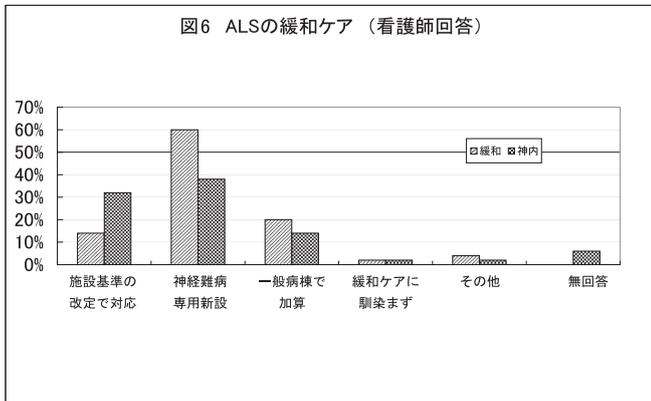
### 1) 医師対象調査結果（回収率32.2%）

回答者の属性は、臨床経験年数 $19.1 \pm 8.3$ 年、中央値20年、男性83%、女性17%であった。回答は前者が緩和ケアスタッフ医師の数値、後者が神経難病領域医師の数値である。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設38%、41%、が最も多かった。



## 2) 看護師対象調査結果 (回収率42.5%)

回答者の属性は、臨床経験年数15.6±7.7年、中央値15.6年、男性1%、女性99%であった。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設が最大であった。緩和ケアのあり方については、緩和ケア看護職が神経難病専用を望む傾向が強かった。



緩和ケアの診療報酬点数・人員配置の見直しについての自由記載では、人員配置1:1以上、1日あたり入院管理料包括45,000円を妥当とする意見が多く見られた。

ALS等神経難病についても緩和ケア・終末期医療は必要であるが、既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が今後の課題である。

## まとめ 一医療計画の活用

厚生労働省の終末期医療に関する検討会は、適切な終末期医療の普及のために今後充実していくべき点として、在宅終末期医療が行える体制づくり、緩和ケア病棟の設置と拡充、患者、家族への相談体制の充実、医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実を挙げている。

在宅終末期医療の拡大・普及には、在宅終末期医療のメリット・デメリットを知ってもらう情報提供が重要と考えられる。本年4月創設された在宅療養支援診療所は、すでに10000施設に達する状況である。

今回の医療制度改革における医療計画、医療費適正化計画をはじめ、現在検討されている新しい高齢者医療制度の中においても、在宅医療の推進が今後の医療のあり方を規定する重要なキーワードとなっている。

平成20年各都道府県において作成・公表予定の医療計画の中に、在宅の項目が新設され、具体的な計画が縷々記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の有効活用が期待される。そのためには、サービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。

都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、地域の在宅医療の状況を詳細に把握・分析し、在宅医療の今後のあるべき姿を提示する必要がある。地域医療計画において

新規に記載すべき方針としては、次のような項目が考えられる。

- 1) 入院から在宅における療養への円滑な移行のため、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる共同指導について、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護師等の多職種の協働を充実させる。
- 2) 複数の医師の連携により、24時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、患者の求めに応じて常時緊急の訪問診療ができない事例もあり、これが在宅医療に係る患者の安心を阻害する原因ともなっていることから、複数の医師の連携等により患者の求めに応じて24時間訪問診療が可能な体制(即応体制)を充実させる。
- 3) 患者が身近な人に囲まれて居宅における終焉を迎えることがあたりまえに選択できるよう、居宅における終末期医療及び看取りを推進させる。
- 4) 居宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料等を算定する入院医療について一層の連携を図る。
- 5) 地域において、自宅のほか、ケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する。
- 6) ALS等における人工呼吸器装着患者のように、看護や介護に多大の労力を要する患者が存在すること等の状況から、居宅での療養が極めて困難となった重症難病患者に対し、医療機関の連携による難病医療提供体制の整備を促進し、退院後再び在宅での療養が可能となる体制を構築する。

在宅療養支援診療所を中心とした在宅終末期医療システムの構築は、安寧の看取りを実現するための方策である。行政と医療提供側が、新たな医療計画を具体化し、その実現に邁進することが重要である。

## 引用文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月
- 2) 林謙治, 児玉知子, 熊川寿郎, 角間辰之: 終末期医療に関する調査(平成15年)再分析, 平成17年度厚生労働科学研究補助金医療技術評価総合研究事業報告書「終末期医療の質の向上に関する研究」(主任研究者 林謙治), 平成18年3月
- 3) 第66回中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料(平成17年8月31日)在宅療法の普及及び技術評価に係る調査(訪問診療の観点からの補足調査報告書, 調査委員会委員川島孝一郎)
- 4) Frederick I Burge, Beverley Lawson, Grace Johnston and Gordon Flowerdew: Health care restructuring and family physician care for those who died of cancer, BMC Family Practice 2005. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/1>
- 5) 第17回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平成17年7月29日, 第18回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平

成17年8月10日

6) 大阪府におけるがん登録 第69報, 平成18年3月

7) 濃沼信夫, 川島孝一郎, 伊藤道哉, 武吉宏典: 在宅医療の医療経済, 日常診療に活かす老年病ガイドブック 8, 高齢者の退院支援と在宅医療, メジカルビュー社, 210-217, 2006

8) 石上節子, 伊藤道哉 小原るみ 他 : ALS等神経難病の緩和ケア・終末期医療に関する調査(緩和ケア施設A会員対象), 平成17年度厚生労働省難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」班研究報告書, 平成18年3月