

在宅ホスピスケアの理念とその実践 —診療報酬の観点からの問題提起—

在宅ホスピス研究所パリアン 代表

森の診療所 医師

川越 厚

※本資料は2016年10月25日に厚生労働省にて開催された意見交換会において、翌々年の診療報酬改定に向けてプレゼンテーションしたものです。本文中の図は別ファイルでも添付しており、2016年当時以降の新たなデータがある場合は更新しています。

目次

はじめに	1
I. ホスピスケアの理念と実際に行われるケア	
1.ホスピスケアの理念	2
2.ホスピスケアの理念と診療報酬との関係	
1) ホスピスケアは“死を目前に控えた患者”とその家族を対象としたケアである・ ◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合	3
2) ホスピスケアは看護を重視するケア。症状緩和を目的とした濃厚な緩和医療を行うことではない・ ◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合	4
3) 在宅における“非がん患者”の死の看取りは、現在の診療報酬で充分やっつけられる・ ◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合	5
4) ホスピスケアの哲学を歪める可能性のある”診療報酬の改定“	8
II. 国策（在宅ケアの推進）と現実の動き	
1.ホスピスケア提供に関するわが国の歴史と現状とその問題点	
1) 急激に数が増加している PCU の問題	10
(1) 急激に数が増加している PCU	
(2) PCU 増加の理由と問題	
(3) 増加する PCU がもたらすもの	
2) わが国の在宅緩和ケアの制度の歴史	11
3) 在宅緩和ケア充実診療所（在宅緩和ケア充実診療所）制度化への道程	11
4) 訪問看護師の裁量権拡大の問題	12
5) 在宅緩和ケアを支える医療サービスの発展と充実	13
2.診療報酬から見た問題点	13
III. 治癒不能がん患者に対する医療	
1. 治癒不能がん患者に対する外来ケア、在宅ケア	15
2. 診療報酬から見た、治癒不能がん患者に対する医療	16
1) パターン 1	
2) パターン 2	
3) パターン 3	

IV. 在宅緩和ケア充実診療所	
1. 在宅ホスピスケアにおける在宅緩和ケア充実診療所の存在意義	
1) “在宅緩和ケア充実診療所”の制度化に関する歴史的な経緯	20
2) なぜ「在宅緩和ケア充実診療所」なのか	20
2. 在宅緩和ケア充実診療所の存在意義、役割	
1) 在宅緩和ケア提供のハブ（Hub）機能	21
2) 在宅困難ケースを担う役割	22
3) 在宅緩和ケアの教育、研修機能	23
3.在宅緩和ケア充実診療所と診療報酬との関係	23
V. 在宅緩和ケア充実診療所で行われる医療の例	
1.医療法人社団パリアン クリニック川越	25
1) パリアンとは	
2) パリアンの基本理念	
3) 実績	
2.全国規模での在宅緩和ケア充実診療所の展開	26
3.在宅療養支援病院の存在意義	
1) 病院が在宅医療に直接関与することの是非	26
2) 在宅療養を支援する病院の問題	27
VI. 在宅緩和ケアの評価の問題	
1.サービス提供チームの構造評価	
1) 24 時間体制の評価	28
2) 症状緩和の評価	28
3) チーム構成員の評価	28
4) チーム構成と緊急時の対応評価	29
2.在宅死率	29
3.在宅死数	30
VII. 地域緩和ケアセンターと在宅緩和ケア	
1.これまでの経緯から何を学ぶべきか	31
2.地域緩和ケアセンターのありかたについて、2007 年に示した私の意見	31
3.地域緩和ケアセンターに対する提言	32
VIII. 末期がん患者の生活を支える、介護保険制度の問題	
1.介護保険の制度 Design と在宅末期がん患者の問題	
1) 制度設計上の問題	34
2) 地域包括ケアの”包括“の問題	34

3) 医療介入が必要な患者に対し、その導入が遅れる問題	35
4) 介護支援専門員への権限強化？の問題	35
5) ヘルパーなどの介護職が医療行為を行う問題	36
2.具体的な提言	
1) がんと非がんとを区別した制度運用を検討すること	36
2) “治癒不能状態”という主治医の診断を重視し、介護認定作業を省略する	36
3) がん患者の場合、医療から医療への連携を最優先する	37
4) がん患者の場合、地域包括支援センターの機能は在宅緩和ケア充実診療所が代行 す	37
おわりに	37

はじめに

末期がん患者の在宅ケア（特に在宅でのホスピス・緩和ケア）は世界的に大きな潮流であるが、わが国における在宅ホスピスケア（Home Hospice Care）の歴史は未だ短く、系統だった実践がなされるようになってから、たかだか 30 年弱しか経過していない。

わが国の在宅緩和ケアには、制度上いくつかの重要な特色がある。

第一の特色は、歴史的にみた制度の成り立ちである。わが国の在宅ケアは、高齢者を対象として整備されてきたという歴史があり、末期がん患者を対象とした在宅ケア（“在宅ホスピスケア”と呼ぶ）はそれに乗る形で整備されてきた。この点は米国のホスピス（その多くは在宅ホスピス）と類似しているが、米国の場合はホスピスが誕生した時（1974）、在宅ケアはすでに 100 年に及ぶ歴史を持っていた。日米のこの差異を考えれば、わが国の在宅ホスピスケアに制度的な未熟性があり、結果的に現場で不便や無駄、混乱などが生じている。

第二は、在宅緩和ケアは医療法の改正（1992）、介護保険法の施行（2000）などで明確に示された“在宅ケアの推進”という国策の中に位置付けられる点である。在宅ケアの推進は高齢者の QOL(Quality of Life)を最優先した施策であるが、治癒見込みの無くなったがん患者とも事情はよく似ている。ところが医療法改正後のわずか 20 年前後の間に社会は大きく変化し、特に世帯構成の変化（独居世帯や高齢者世帯の増加など）、財政の逼迫などの問題から、国策としての在宅ケア推進の是非が問われかねない状況が起きている。在宅ケアの推進という立場を堅持するのであれば、国も国民もそれなりの覚悟をする必要があり、制度的な無駄をなくし、効率よく本来の目的（上記、QOL 最優先）が達成できるように努めなければならない。

第三は、在宅ケアの在り方を問う中で、病院で行われる医療の在り方が見直されてきた点である。たとえば看護師等の裁量権の拡大、チームケアの在り方などがその例である。確かにこれは在宅だけの問題ではなく、病院でも重要な課題ゆえ、これらの問題の見直しには大きな意義があった。しかし、そもそも在宅ケア推進という Context の中で検討されるべきことが、いつのまにかその目的から逸脱し在宅ケアの問題が置き去りになることが起きていることにも、注意を払う必要がある。

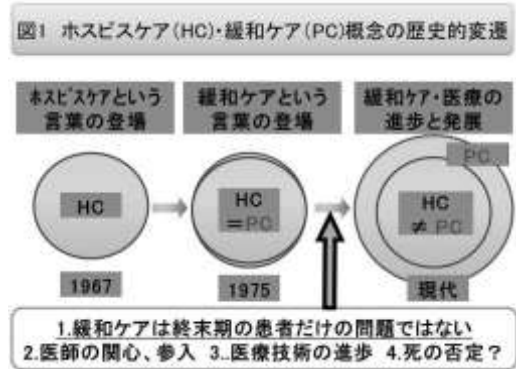
第四は、診療報酬上在宅ケアに大きなインセンティブをつけてきたが、そこに込められた目的、意義を理解しないまま、形だけ先行するサービス提供体制が広まる恐れが生じた事だ。実際問題として、制度の骨抜きがしばしば図られてきた。診療報酬の算定条件などを変更する場合には、これまでの経過を銘記して判断する必要がある。

最後に、これまでの在宅ホスピスケアは、在宅の事情を知らない病院サイドの力で推進されてきたことを指摘しておきたい。現場で働く者の見方、考え方、意見を重視することが、これからの在宅ホスピスの制度を整備する上で重要である。

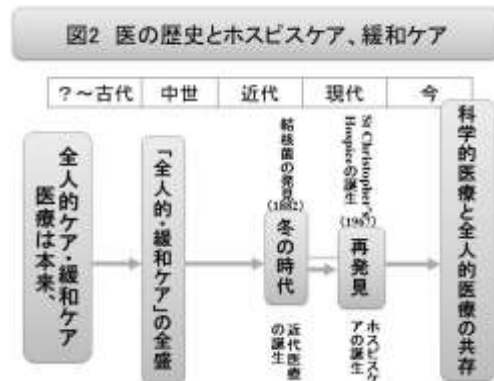
I. ホスピスケアの理念と実際に行われるケア

1. ホスピスケアの理念

“Hospice is not a building but a philosophy” という言葉があるように、ホスピスケアはケアの哲学を重視する、きわめて精神性の高い医療である。緩和ケア (Palliative Care) という用語はホスピスケアという言葉 (1967) よりも後 (1975) に登場するが、この範疇の問題を論じる場合には、緩和ケアという言葉が一般的であり、基準となる用語だと理解すればよい (図 1)。本論文では、“在宅ホスピスケア”と“在宅緩和ケア”を同義に用いたいと思う。緩和ケアは“病期を問わない”という形でホスピスケアが一般化されたものと見做すことができるが、この言葉は“病であること”を問わないという形でさらに一般化され、End-of-Life Care (2005) という概念が出現した。いずれにしろ、これらの概念の基本的な精神はホスピスケアに端を発しており、緩和ケアの原型はホスピスケアにある事をまずしっかりと理解しておく必要がある。



歴史的にみると、緩和ケアは“医”の根幹をなすものであり、19世紀後半の科学的、かつ合理的な医療が登場するまで、医の主流であった。ところが科学的な医療が広まるに伴い、緩和ケアは医療の片隅に追いやられることになった。そのような歴史的状況の中で、緩和ケアの重要性を“ホスピスケア”という形で甦るきっかけとなったのは、1967年の St. Christopher’s Hospice の誕生だった (図 2)。



“ホスピス”という言葉は本来、「死に逝く場所、死を看取る施設」を意味する古いラテン語であり、それ故この言葉は歴史的に人々から忌み嫌われてきた。その“ホスピス”という言葉をやがざやがざ用いて、「ホスピスケア」という新しい言葉を誕生させたのが、高名な C. Saunders である。彼女は、“死を直前に控えた患者に対して行われる緩和ケア”のことを“ホスピスケア”と表現したわけである。ただし注意すべきは、その当時、現代の意味での「緩和ケア」という言葉は存在しなかったことである (図 3)。



「緩和ケア」という用語がはじめて歴史上に登場するのは、1975年のこと。これはカナダのモントリオールの Royal Victoria 病院内に、緩和ケア病棟(Palliative Care Unit, PCU)

が開設された年にあたる。緩和ケア病棟で行われるケアの内容は Saunders が提唱したホスピスケアそのものであったが、“ホスピス”という言葉が持つ暗いイメージゆえ、その新しいタイプの病棟に“ホスピスケア病棟”という名称を使用することができなかった。そこで“ホスピスケア”という言葉の代わりに用いられたのが“緩和ケア”という新語であり、緩和ケア（＝ホスピスケア）を行うのが緩和ケア病棟だったのである。つまりこの時点では、ホスピスケアと緩和ケアは同義であった（図 1）。

その後、「ホスピスケアを医の中でもっと一般化しなければならない」と言う、今では当たり前のことが議論され、現在は緩和ケアという言葉にもっと広い意味を持たせ、世界的に広く用いられている。

緩和ケアの定義¹は WHO によってなされている（2002 年）が、その定義に従えばホスピスケアは緩和ケアの一部であり、“死を目前に控えた患者を対象とした緩和ケア”と言うことが可能である。2005 年には End of Life Care という新たな概念が提唱されているが、これは“高齢者を対象とした緩和ケア”と考えることができる。

2. ホスピスケアの理念と診療報酬との関係

ホスピスケアは高い精神性を秘めたケアであるが、それが医療の場で実践される段階になると、その精神性が希釈されることになるのはやむをえない。

しかし「なぜ、がんだけなのか」という問いに対しては、考えを整理しておく必要がある。即ち施設や在宅にしろ、ホスピスケアを行うのに適した診療報酬は高額に設定されているので、適応条件（現在は基本的に、対象を末期がん患者に限定）を緩和（つまり、がん以外の疾患に拡大）すべきだ、と言う声が常にあるからである。このような要求に対して、我々はどうのような答えを用意すればよいのだろうか。

ホスピスケアの理念から診療報酬の問題を論じる場合、ホスピスケアの理念に立ち返って考えることが重要である。

1) ホスピスケアは“死を目前に控えた患者”とその家族を対象としたケアである

このことは、“ホスピスケアの定義(NHPCO,1994)”²を参照すれば明らかである。

ここで注意しなければならないことは、“緩和ケアの定義 (WHO,2002)”¹から派生する問題があることである。即ち、緩和ケアは“死を目前に控えた患者”だけではなく、“病のた

¹ “緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に関連した様々な問題に直面している患者とその家族に対し、病期を問わず、全人的な取り組みを用いて、患者/家族の生活の質 (QOL) を改善する取り組みである” (川越による意訳)「がん患者の在宅ホスピスケア」川越厚、医学書院、2013 年

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (WHO,2002)

² “Hospice offers palliative care to all terminally ill people and their families regardless of age, gender, nationality, race, creed, sexual orientation, disability, diagnosis, availability of a primary care, or ability to pay.”

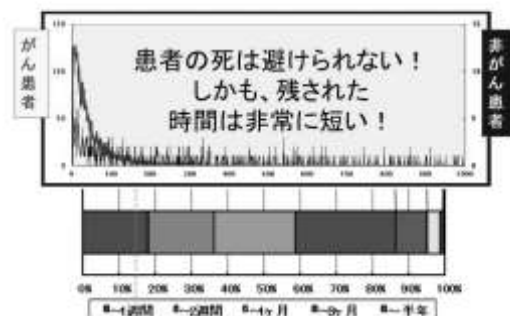
めに命が脅かされている状態の患者“をも対象とする。しかも病期は問わない。

これが、上記の要求（算定条件をがんだけに限定すべきでない）の理論的根拠となっているが、重要なことは“がんの診断がついた時”と“がん治療医が匙を投げた時”の“いのちの脅かされかた”が明らかに異なることである。後者の患者を対象にするのがホスピスケアであり、診療報酬上、手厚く扱われているのである。

◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合

ホスピスケアの対象患者はあくまで“目前に死を控えた患者”に限定すべきである。“死を目前にひかえているかどうか”の判定が行われていないわが国の診療報酬体系にあっては、対象を治癒不能がん患者（≡末期がん患者）に限っていることを決して崩してはならない。治療病院での“治癒不能”という診断がまさに“死を目前にひかえている”という判断を示しており、そのように診断されたがん患者の余命は、一般に大変短い（図4）。

図4 末期がん患者の最大の特徴



ここで一つ、気になることを記しておく。PCU 入院の対象患者が、“末期”という接頭語を外された”がん患者“に拡大されて現在に至っている。しかし、治療中の患者は一般病棟に入院すべきで PCU へ入院する患者ではない。ホスピスケアの理念から言えば、誤った改正だったと個人的に考えている。うがった見方になるが、現在のように PCU 入院管理料が高いところに設定されていると、治療中のがん患者を意図的に PCU へ入院させる恐れが無いわけではない。杞憂であってほしい。

2) ホスピスケアは看護を重視するケア。症状緩和を目的とした濃厚な緩和医療を行うことではない

Hospice (care) is primarily a nursing intervention³.

Mor のこの言葉を待つまでもなく、死を前にした患者に対して行われるホスピスケアは典型的な全人医療であり、その医療を実現するためには看護が前面に出なければならない。そのことを再確認したのがホスピスケアのスタートであったが、その後“医師主導の緩和ケア”が死を目前に控えた患者を対象とする医療の主流となり、緩和と称する医師主導の医療がホスピスケアの中心となっている。

緩和医療の進歩は福音であるが、末期がん患者にそれをそのまま適応するのがよいかは、別の問題である。個人的には、死を目前に控えた患者に関わる医療者の行うことは“患者が繋がれている様々な鎖をうまく外すこと”だと考えている。死に向かって収斂していく様々な症状を抱えた患者に対する医療も、最終的には医療と言う鎖から解放すべきである。

³ V. Mor, “Caretakers of the terminally ill. Hospice Care Systems”, pp.52, Springer Publishing Company, 1987.

緩和と称して、不必要な鎖を新たにつけることは慎重でなければならない。

◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合

二つの問題に触れたいと思う。まず、死を目前に控えた患者に対して行われる、ホスピスケアの対価の問題を考えてみたい。

この問題は、特に緩和ケア病棟の診療報酬を考える場合、重要な意味を持っている。ホスピスケアの対価は基本的に手厚いケア（中心は看護）に対して設定されており、この原則から言えば一般病棟で行うべき医療をPCUへ持ち込むべきではない。問題となる医療とは緩和的放射線治療、緩和的化学療法、各種シャント類、CARTなどである。

誤解無いようにあえて記すが、私はこのような医療をすべて否定しているわけではない。特に昔から行われている緩和的放射線治療は、非常に有効である。問題は、適応をどうするかということである。このような医療も死を前にして行う医療だと信じて積極的に行う医師は、「診療報酬で配慮してほしい」と言う要求をする（実際このような意見を私は耳にしている）。

各種シャント類の適応はともかくとして、多発性骨髄腫の疼痛緩和に代表される緩和的化学療法は、オピオイドと補助薬で充分緩和できるので不要である。実際の経験でも、化学療法は用いていない。CARTのような大掛かりな医療は適応（癌性胸水や腹水の苦痛緩和に用いるべきでない）を厳密にすべきである。治癒不能がん患者に原則として行うべきでない。

今後、緩和医療はますます進歩すると思われるが、「末期がん患者は生命予後が非常に短い」というエビデンスを念頭に、このような医療の末期がん患者に対する適用に関しては慎重でなければならない。

3) 在宅における“非がん患者”の死の看取りは、現在の診療報酬で充分やっつけける

ホスピスケアの理念（p2）で触れたように、「がんも非がんも緩和ケアが重要であること」に変わりはなく、診療報酬上の区別をつけるのはおかしい」という意見がある。繰り返しになるが、診療報酬上、両者の差別化はこれからも堅持すべきである。このことは、がんと非がんの臨床上の違いを考えれば容易に理解でき、看護師による緊急対応の実態（図5）を見てもそのことは明らかである。

がん患者の在宅ケアに対して高い診療報酬が設定されているのは、当然のことである。

◆診療報酬上の問題としてこの原則を考えた場合

非がん患者の在宅ケアは平時と緊急時の対応とが区別されているが、これで診療所は充分採算が取れる。

平時とは症状が安定し、医療介入が必要ない時のこと。緊急時とは症状が変化し、濃厚に医療者が関わらなければならない時である。緊急時には、医師は特別訪問看護指示書（以下、

図5 訪問看護 緊急対応

訪問看護/リリアン 2009年5月～7月
在宅患者一人あたりの緊急対応頻度

		がん(67名)	非がん(44名)
延べケア日数	回数	3503	3700
	頻度 (回/日/人)	0.123	0.023
緊急連絡	回数	412	80
	頻度 (回/日/人)	0.012	0.007
訪問対応	回数	127	26
	頻度 (回/日/人)	0.033	0.015
電話対応のみ	回数	290	54
	頻度 (回/日/人)	0.033	0.015
エンゼルケア	回数	8	0

特別指示書)を訪問看護師に交付し、期間を限定して看護師の濃厚な関わりを持つことができる。非がん患者の病状は通常安定し、しかもその状態は亡くなるまで長い期間続くから、このような対応で十分なのである。

緊急時とは発熱や脱水に陥って容体が急変したときのことを意味するが、このような時簡単な検査は在宅でもできるし、補液や抗生剤投与などの処置で多くは簡単に回復する。回復するかどうかの判断は比較的短期間に行うことができ(これが特別指示書で充分、という根拠になる)、もし回復しない場合は、病院の力を借りる時もあるし、そのまま家で最期まで看取ることもある。

注意すべきは、非がん患者の場合は訪問看護料は訪問看護ステーションに支払われるので、医療費としては診療所に支払われるものと訪問看護ステーション(介護保険料として支払われる)に支払われるものとを合算しなければならない。また、ヘルパーなどの介護サービスは別途、違う事業所へ支払われるので、かかる費用の総額はこれらの費用も計算に入れる必要がある。いずれにせよ、非がん患者と雖も医療費は十分手厚いので、必要な医療を実施することができる。

具体例として、二つのケースを示すことにする。

第一例は、特別指示書を出さずに通常の診療体制だけで在宅死に至ったケース。他覚的な症状は認められたが自覚的には特別な苦痛もなく、医師の説明で家族の受け止めもよく、このような形で在宅死が実現する典型例である(表1)。

表1 症例1(特別指示書なし)

月	実日数 ()内Ns	項目	指示欄	点数	回数	金額(円)
通常月	2	在宅	訪問看護指示料	300	1	
			在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	1666	833*2	
			在医総管(機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人)	4200	1	
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400	1	
			通常月点数	6566		65,660
(2)	訪問看護 介護保険		1466単位*11.40円		16,712	
通常月総計						82,372
死亡月	4	在宅	再診	144	72*2	
			外来管理加算	156	52*3	
			再診(時間外)加算(入院外)	65	1	
			訪問看護指示料	300	1	
			往診	1440	720*2	
			在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	1666	833*2	
			在医総管(機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人)	4200		
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400		
			在宅ターミナルケア加算(機能強化した支診等)(病床なし)	5000		
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅患者訪問診療料)	1000		
			看取り加算(在宅患者訪問診療料・往診料)	3000		
			注射	115		
			点滴注射(ポタコール)	246		
			尿・糞便・ECG			
			死亡月点数			
(3)	訪問看護 介護保険		4,743単位*11.40円		54,070	
死亡月総計						231,390

死亡時96歳女性。独居1A。子供2人(①男67既婚横浜在、②女64未婚離婚歴あり近在)。難聴で理解力に問題はあるが、在宅を希望。大動脈弁狭窄、慢性心不全、大腿骨骨折後。大腸がん術後。要介護5。

在宅ケアの期間、2014/8/1～2016/8/23。

2016/6より黒色便あり。7/26から胸痛、嘔吐、幻覚、不眠出現。8月に入り、食欲低下、体力の低下、浮腫増強などあり、全身状態の悪化。ただし、苦しみの訴えはない。キーパーソンの長女は患者に侵襲を与えないこと、検査はできるだけ行わないこと、入院は全く考えておらずこのまま経過を見ることでよいと考えていた。

8/16の定期的訪診時さらに状態悪化。8/23死亡。

家族は納得と言うより、このような生き方を貫いたことがよかったと喜んでいた。

特別指示書は出さなかった。在宅で行った検査は末梢血検査、便鮮血検査、ECGのみ。行った医療処置は洗腸。診療報酬、介護保険料(訪問看護料のみ)の明細は表で示した通りである。

第二例は、がん患者ではないが慢性疼痛のためオピオイドを使用した、医療依存度のやや高いケース。尿路感染を発症したため、特別指示書を交付して対応していた。最期はショートステイ先で嚥下性肺炎を起こし、自宅に戻り（通常のケースでは入院になったと思われる）、特別指示書を交付し必要な医療を行ったが効果なく、在宅死した（表2）。

表2 症例2(特別指示書あり)

月	実日数 ()内Ns	項目	指示欄	点数	回数	金額(円)		
通常月	2	在宅	訪問看護指示料 1日	300	1			
			在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	1666	833*2			
			在医総管(機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人)	4200	1			
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400	1			
			通常月点数	6566		65,660		
(4)	訪問看護 介護保険		3796単位*11.40円		43,274			
通常月総計						108,934		
通常+特別指示書あり	2	初・再診料	再診	144	72*2			
			外来管理加算	156	52*3			
			再診(時間外)加算(入院外)	65	1			
			休日加算	140	1			
			在宅	訪問看護指示料 1日	300	1		
		特別訪問看護指示書加算 28日	100	1				
		在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	3332	833*4				
		往診 27日	720	1				
		往診 28日(夜間加算を含む:機能強化した支診)	2220	1				
		在医総管(機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人)	4200	1				
		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400	1				
		頻回加算	600	1				
		検査・病理	点滴注射・採血	712	1			
		13089						130,890
		(2)	訪問看護 介護保険		2168単位*11.40円		24,715	
特別指示書あり総計						155,605		
死亡月	4	初・再診料	再診	144	72*2			
			外来管理加算	156	52*3			
			再診(時間外)加算(入院外)	65	1			
			再診 深夜加算 3日	420	1			
			在宅	訪問看護指示料	300	1		
		特別訪問看護指示書加算 1日	100	1				
		往診 1日(夜間加算を含む:機能強化した支診)	2220	1				
		往診 3日(深夜加算を含む:機能強化した支診)	3220	1				
		在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	1666	833*2				
		在宅酸素 加算含む	6500	1				
		在医総管(機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人)	4200	1				
		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400	1				
		在宅ターミナルケア加算(機能強化した支診等)(病床なし)	5000	1				
		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅患者訪問診療料)	1000	1				
		看取り加算(在宅患者訪問診療料・往診料)	3000	1				
注射	点滴注射・注射	1300	1					
死亡月						29691		
296,910						296,910		
(2)	訪問看護 医療保険				67,380			
死亡月総計						364,290		

死亡時91歳女性。慢性関節リウマチ、慢性疼痛、狭心症(Stent挿入)など。死因は嚥下性肺炎。要介護5。在宅ケアの期間、2014/1/13~2016/3/3。

娘夫婦と2年前より同居。子供3(①女71他県在、②男死亡、③女68同居)。理解力など問題なし。在宅希望だがレスパイトケアのため、月の4日前後定期的にショートステイを利用。上京して娘宅へ来るまで、患者は広島で独居生活。経済的に裕福であったが、慢性疼痛の緩和が十分行われず、しばしば入院を繰り返していた。上京後はオピオイドの使用により疼痛は劇的に改善。娘やヘルパーなどの力を借り、在宅生活を送っていた。時折尿路感染を起こすことがあり、その都度特別指示書を交付(3回)したが、入院に至ることはなかった。

ショートステイ入所2日目より発熱、咳嗽、呼吸苦などの症状が出現し、入院検査を勧めたが本人、娘は在宅を希望し、施設から在宅へ帰宅(2016/2/27)した。特別指示書を発行し、諸検査を行い、補液、抗生剤の投与など行ったが、帰宅後7日目の3月3日在宅死。娘は病院で濃厚な治療を受けることなく逝くことができたので、満足していた。

緩和ケアの定義 (WHO,2002) ^{p3 脚注1}によると、緩和ケアの対象は がんだけではなく、わが国の診療報酬体系の中では両者が区別されている。改めて強調する必要はないと思うが、緩和ケアの精神に両者の区別は存在しない。ただし診療報酬の点からは、両者を区別しなければならない。非がん患者の場合は経過が長く、ケア期間中の症状が安定しているため、急変時などの保障さえしっかりなされていれば何の問題はない。

今回提示した代表的なケースを見ると明らかなように、非がん患者の在宅ケアに対する診療報酬は決して安く設定されているわけではい。しかも、死亡時などの急変時に対しては手厚い診療報酬上の支援がなされているので、私としては今のままで何の過不足もないと考えている。むしろ在宅と雖も、検査や処置などをすれば点数が上がる仕組みになっているので、過剰の医療を行う可能性がある。

非がん患者の診療報酬点数を見直す場合、これまでの推移を詳細に把握しておくことが重要である。実はある時点の改定時、在総診 (=当時の呼称) は大幅に！アップしているのである。在医総 (=当時の呼称) については、そのままであった。また医療と介護の費用割合についても検討しなければならないと考えている。非がん患者の在宅ケアを普及するためには、生活支援を保障する介護保険サービスはより重要度が高いからである。

4) ホスピスケアの哲学を歪める可能性のある”診療報酬の改定“

看取りに関するターミナルケア加算を例に、この問題を考えてみたい。

在宅緩和ケアの目的は在宅死の実現ではないが、質の高いケアを亡くなるまで提供することができれば、当然在宅死を実現することになる。しかし診療所にとって、これは決して容易なことではない。大切なことは、患者や家族の“思い”を重視しているかどうかである。これらの点が診療報酬の上で評価されるべきである。

ほとんどの患者は在宅での生活継続を望み、痛みなどの苦痛が十分緩和され、きちんとした 24 時間対応を受けることができれば、最期まで安心して自宅での生活を続けることができる。在宅ケアを受けている患者が予定外の入院をするのは、症状急変などがあって患者も家族も大変な時である。問題は在宅希望の患者が、そのような時に移動することを望むかどうか、と言うことである。しかも患者にとって移動先は、医師や看護師などに面識がないことが多く新しい環境に替わるので、患者にとって良いはずがない。

入院が問題解決になるというのは医療者目線であり、患者の目線ではない。患者や家族の希望をどのように実現するかは、ケアを提供する医療職、福祉職の総合力の問題なのである。

在宅療養支援診療所の新設に伴い、10,000 点のターミナルケア加算が登場した(2006 年)。これはケアが大変な終末・臨死期を経て在宅死を実現するという、診療所の努力を評価されたものと考えているが、2010 年の改定時にはその要件が緩和され、入院して 24 時間以内に患者が死亡すればこの点数を算定できるようになった。しかも、入院先の病院の診療報酬が在宅患者応急入院診療加算 (2002) から在宅患者緊急入院診療加算と名称変更 (2008) し、倍増したのである (表 3)。

表3 ターミナルケア加算と在宅患者緊急入院診療加算の推移				
改定年	在宅側:ターミナルケア加算の要件	診療報酬	病院側:在宅患者緊急入院診療加算の要件	診療報酬
平成6 (1994)	(看取り加算 創設)			
平成14 (2002)	ターミナルケア加算 創設 在宅で死亡した者について1月以上にわたりターミナルケアを行った場合	1,200点		
平成18 (2006)	I. 在宅療養支援診療所(在支診、新設)・その連携医療機関が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合	10,000点	在宅患者緊急入院診療加算 在宅時医学総合管理料・在宅末期医療総合診療料・在宅療養指導管理料を算定している患者の入院を診療所からの医師の求めに応じて受け入れた場合	650点
	II. 死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施した場合	1,200点		
平成20 (2008)	I. 平成18年改定の要件に在宅療養支援病院を追加	10,000点	在宅患者緊急入院診療加算に名称変更・要件追加	1,300点
	II. 要件は継続(点数のみ変更)	2,000点		
平成22 (2010)	要件緩和(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)		I. 連携医療機関である場合 ^{※1} II. 上記以外の場合	650点
	I. 平成20年改定の要件は継続	10,000点		
	II. 平成20年改定の要件は継続	2,000点		
平成24 (2012)	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)		要件追加 (ただし在宅末期医療総合診療料→在宅がん医療総合診療料)	
	【在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し】			
	機能強化型在宅療養支援診療所・病院(新設) (年間緊急往診5件以上・看取り2件以上等)	病床有6,000点 病床無5,000点	I. 在宅療養支援診療所・病院が連携先医療機関の患者の入院を受け入れる場合	2,500点
	在宅療養支援診療所・病院	4,000点	II. 連携医療機関の患者の入院を受け入れる場合 ^{※1} (Iの場合以外)	2,000点
	上記以外	3,000点	III. 上記以外の場合	1,000点
	看取り加算(新設): 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合	3,000点		
平成26 (2014)	機能強化型の在支診・病の施設基準の厳格化(年間緊急往診10件以上・看取り4件以上、連携強化型は各医療機関が緊急往診4件以上・看取り2件以上)	報酬変更なし	Iの要件に在宅療養後方支援病院(新設)が追加 ^{※1} 患者が事前に緊急時にはその病院への入院希望を届け出していた場合	継続
	上記に加え、機能強化型ではないが実績(年間緊急往診10件以上・看取り4件以上)がある在宅療養支援診療所:在宅療養実績加算	(4,000+)750点		
平成28 (2016)	上記に加え、以下の加算が新設			
	在宅緩和ケア充実診療所加算 (機能強化型在支診が年間緊急往診15件以上・看取り20件以上等)	1,000点		
	在宅療養実績加算 I (在支診で年間緊急往診10件以上・看取り4件以上)	750点		
	在宅療養実績加算 II (在支診で年間緊急往診4件以上・看取り2件以上)	500点		

※1 患者・家族に事前に緊急時の入院先を文書にて提供していた場合

考えた方によっては、この要件緩和は病院死を支援していることになるので、私自身は本来の目的から逸脱したものだとその後の成り行きを注目していた。2012年の改定で、往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に看取り加算(1,000点)が新設されたことは評価に値するが、この点数の持つ意味が大きいので少なくとも減額だけはしないでいただきたい。

このようなことが起きた背景は、①ターミナルケア加算に対して高い点数(1万点)を設定したこと、②国が当初、末期がん患者の在宅ケアを一般の診療所に委ねようとしたことなど関係していると考えられる。

緊急時の患者や家族を支えることができない医療機関に、末期がん患者の在宅ケアを担ってもらい、という戦略的な誤りが露呈したと言わざるを得ないと私は考えている。ただし2012年の改定(上述)では、看取り加算と言う形で在宅死を積極的に評価しているので、安堵した次第である。

施設と在宅との連携の重要性はホスピスケアの基準にも掲げられているが^{p3 脚注2}、これは“ホスピスケアと言う形で施設と在宅がつながっていることを重視せよ”と言う意味であって、病院から在宅医療機関へと患者をバトンタッチすることを単に重視しているのではない。

II 国策（在宅ケアの推進）と現実の動き

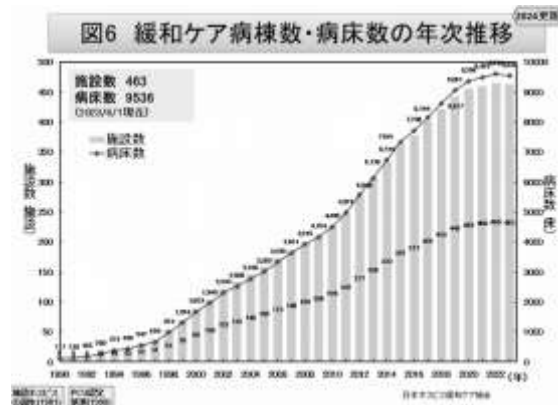
1. ホスピスケア提供に関するわが国の歴史と現状、その問題

1) 急激に数が増加している PCU の問題

(1) 急激に数が増加している PCU

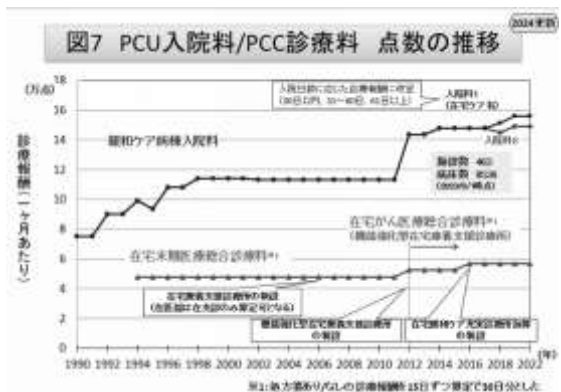
わが国では長年、ホスピスケアとは「緩和ケア病棟で提供されるケア」と考えられてきたが、一方では「在宅でこそ理想とするホスピスケアが実現する」という考えも少数ながら存在していた。現在では両者を対立概念としてではなく、相補関係として捉えることが重要だと考えられている。

ホスピスケア病棟（正式名称は緩和ケア病棟、PCU）の第一号は1981年に静岡県の実業三方原病院で誕生しており、緩和ケア病棟入院料が新設された1990年には、淀川キリスト教病院と共に最初の施設として認定された。現在では、一定の施設基準を満たせばPCUは都道府県から認可され、入院料は保険診療から定額払いがなされる。2015 現在、357 施設 7184 床のベッドが存在し、約35,000 人（全がん死の9.5%）がPCUで死亡している。緩和ケア病棟の数と病床数は近年激増しており、この傾向はしばらく収まる気配がない（図6）。



(2) PCU 増加の理由

2013 年時点で PCU の数は 305（2015 年は 357）であり、病床利用率は 76.3%、在院日数は 34.7 日その平均である。病床の見直しが厳密に行われている中、76.3%の病床利用率で経営が成り立つのは驚きである。もし病床利用率を 90%（この数は DPC3 群の平均）にアップし、在院日数を 21 日に短縮すれば、それだけで PCU 死亡率を 9.5%（実数）から 25.7%にアップすることが 2013 年時点で可能である。



この背景には PCU が多くの地域で病床数削減の対象外となっていることと、診療報酬の大幅なアップ（図7）が関係している、と考えられる。

(3) 増加する PCU がもたらすこと

国が PCU 普及に対して大きなインセンティブをつけ、その方向に力を入れていることは、

緩和ケア病棟入院料の時代変遷を見れば明らかである（図7）。

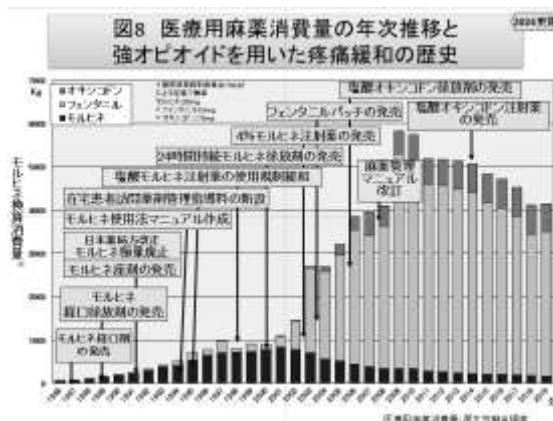
その問題の是非はともかくとして、結果的に在宅緩和ケアの普及を妨げることが危惧される。少なくとも、在宅医療の推進、病床数の削減と言う国策に相反する動きなので、在宅ケアの推進と言う国の根本的な戦略が問われることになる。

2) わが国の在宅緩和ケアの制度の歴史

一定の基準に基づいた在宅緩和ケアは1980年代後半から90年代にかけて、仙台、千葉、東京などで実践されてきたが、それが一般化してきたのは比較的最近のことである。その間、がん末期患者の在宅ケアに関連した制度が整備されるとともに、様々なサービスが充実してきた。一例として、医療用麻薬消費量の年次推移と強オピオイドを用いた疼痛緩和の歴史を示す（図8）。

すでに述べたように（注：“はじめに”の項）、医療法の改正、介護保険法の制定と施行（2000年）などに代表される医療と福祉の整備は、急激に増加する“高齢者を対象とした施策”であったことである。在宅緩和ケアは、その制度に乗る形で発展してきたことになる。

わが国の在宅ケアはこのよう歴史を背負っているので、在宅で緩和ケアを行う場合、様々な不備や不便を抱えながら実際の診療を行わざるを得なかった。



3) 在宅緩和ケア充実診療所制度化への道程

末期がん患者に対する在宅医療は、どのような医療機関が担うべきか。また、そのためにはどのような環境を整備すればよいか？在宅緩和ケアを普及させるためには、国はこの問題に対する解答を準備しなければならなかった。

当初、国は在宅緩和ケアの普及に対して、次のような考え方をしたのではないかと私は推測している。

地域医療の主な担い手は、地域の診療所である。したがって在宅ケアの普及は、全国にほぼ万遍なく存在する“地域の診療所”を動員すればよい。在宅緩和ケアも同様である。地域の診療所を中心とした在宅緩和ケアを普及するためには、医師会の協力は必須である。また、地域の開業医に緩和ケアの知識と技術を教え、24時間のケア体制（在宅緩和ケアを行う上で最も重要な条件）を整えなければならない。そして、最終的には戦略的な研究を行って、実行に移せばよい。これが在宅緩和ケア普及のため、国が描いた青写真であった。この青写真を現実のものとするために登場したのが PEACE プロジェクト（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education）であり、「主治医、副主治医」体制であり、第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（Outreach Palliative care Trial of Integrated

regional Model ; OPTIM)」であった。

この戦略を強力にバックアップしたのが、2006年に成立したがん対策基本法の柱の一つである「がん医療の均てん化促進」という基本戦略であった。しかし、地域の診療所の医師に在宅末期がん患者を担ってもらうのは無理だし、実現性の乏しい戦略であった。

私はこれらのプロジェクトそのものに異議を唱えるわけではないが、「これらをあまねく実行すれば在宅緩和ケア普及の問題は解決する。あるいは普及の基盤ができあがる」と言う安易な考えに、一貫して反対の立場をとってきた。あまりに在宅医療の現場からかけ離れた戦略であり、戦術だったからである。特にOPTIMに関しては、戦略研究であるにもかかわらず、在宅緩和ケア普及のためのビジョンを示さなかったこと（問題提起の形ででもよかったが）に対して強く失望した。

4) 訪問看護師の裁量権拡大の問題

1992年の医療法改正は、在宅医療の推進のために「看護師の裁量権をいかに拡大すべきか」という大きな課題を抱えていた。

この課題を解決するために坂口大臣の時、「新たな看護のあり方に関する検討会」が組織された。その報告書（平成15年度）には、「医師・看護師の信頼関係の確立を前提に、在宅医療において看護師の裁量権拡大に向けての方向付け」が明記されている。この報告書を受け、「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究（川越班）」が始まり、平成20（2008）年3月にその報告書が厚労省に提出された。また、一般書でこの問題についての解説も行った⁴。

その内容は、現行（当時）の医師法や保健師助産師看護師法（保助看法）に手を加えないで、いわば運用の問題としてどこまで看護師の裁量権を拡大することができるか、を検討したものである。研究班では「医行為とは何か」という問題も議論したが、看護師の裁量権を拡大しなければならない問題、例えば疼痛緩和や死亡診断の問題などを現場の視点で取り上げ、その解決を探った⁴。ここで取り上げた問題は、“在宅”という場における医療を対象にしたので、病院などを含めた看護師の診療補助というような、広い枠組みは考えていなかった。

その後、2009年8月より「チーム医療の推進に関する検討会」、2010年5月より「チーム医療推進会議」、2014年9月より「医道審議会看護師特定行為・研修部会」、2015年10月から「特定行為に係る看護師の研修制度」がスタートした。

最終的には保助看法の改定を行ったのであるが、その内容は、在宅医療の充実と言いつつ、実際には病院医療における看護師の診療補助業務の拡大と言う weight が大きい。かつ看護師の業務拡大だけでなく医療に関わる多職種の業務の明確化、必要な業務拡大が行われてきた。それはそれで大きな意義があったと思われるが、これらの経過の中で在宅固有の問題が薄められたことは否めない。

⁴ 川越厚：在宅末期がん患者に対する医療行為1～3、訪問看護と介護、13:1-3、医学書院、2008年1月～3月。

国が「在宅医療の推進」と言う大きな錦の旗を掲げる限り、“在宅医療における看護師の裁量権の拡大”というこの問題の原点に立ち返るべきだと私は考えている。

5) 在宅緩和ケアを支える医療サービスの発展と充実

私は医療法改正（1992年）以前から個人的に在宅緩和ケアに取り組んできたが、この間の在宅サービスの発展と充実には目を見張るものがある。たとえば、在宅でIVHを行うときの薬液の準備、酸素の調達、在宅で使用できる薬剤が増えたことなど多岐にわたるが、在宅緩和ケアに必須のオピオイドに関するわが国の歴史をすでに述べた（図8）。

オピオイドの代表格の医療用麻薬は古くから使用されてきたが、在宅での疼痛緩和が可能になったのは、経口モルヒネ徐放剤（商品名：MS コンチン）の登場（1989年）が契機となっている。MS コンチンは当初10mgの錠剤しかなかったが、その後30mg、60mg製剤が相次いで発売され、またモルヒネ坐剤や24時間持続モルヒネ徐放剤が使用できるようになり、さらに高濃度（4%）のモルヒネ注射薬、フェンタニルパッチ、オキシコドン製剤が開発され在宅でも使用できるようになった。オピオイド製剤の充実と共に、麻薬の使用制限緩和、訪問服薬指導の制度化なども進み、在宅における症状緩和は格段に進歩した。

今ではきちんとした専門家が関われば、疼痛緩和のために入院する必要はほとんどなくなり、セデーションなどの処置を講じなくても、痛みなどのため患者が苦しみながら死を迎えることは無くなった。セデーションに関してはいろいろ取りざたされているが、私の2000例にわたる在宅死例の経験から言えば、オピオイドを正しく使用すれば（こまめにタイトレーションを行い、それに合わせてオピオイド量を調節する）ごく一部の例を除いて、セデーションの必要はない。

2. 診療報酬からみた問題点

PCU入院管理料は制度発足当時の2倍になっており、これまでの改定の経過をみれば在宅緩和ケアの診療報酬と際立った差がみられる。現在、両者でその額がどの程度違うか概算し、問題を検討する上のたたき台としたい。

PCU入院に関しては緩和ケア病棟入院料、在宅緩和ケアに関しては在宅がん医療総合診療料が設定されている。ただし在宅の場合、薬剤・介護などの費用がここには入っていないので、それをプラス α として別個計算した上で、両者を比較する必要がある。

医療保険分には、訪問看護ステーションへの訪問看護料と薬局への薬代などが含まれる。訪問看護料は在宅がん医療総合診療料に含まれるが薬代は含まれず、大きな費用となるのが麻薬代である。PCUではPCU入院料に麻薬代などが含まれている。介護保険部分には、介護保険事業所による訪問介護、福祉用具レンタルなどの費用が含まれる。

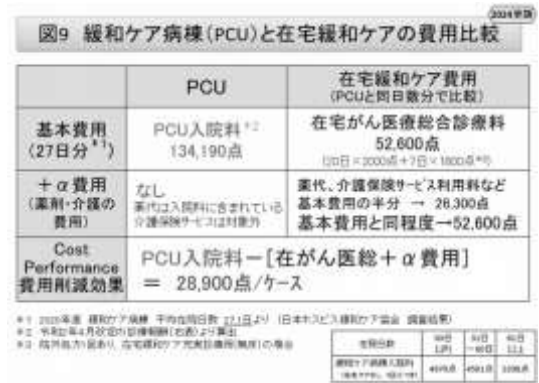
実際のケース（2013年6月の一か月分を算定した代表的なケース3例の実績）で検討すると、総費用は765,678円、894,494円、1,003,040円であった。もし α を基本費用と同額（医療費として支払われる532,280円）に仮定すると、現在実際にかかっている費用の最大ケースよりも多くなる。平均的には、かかる総費用は基本費用の1.5倍が妥当である

う。

PCUの死亡ケースについての平均在院日数は36.5日であるので、もしこれを在宅で見えたらどうなるか、というシミュレーションを行うことにする。1ケースあたりの削減効果は、①+αを基本費用の1.0倍に仮定した場合（在宅に厳しい推定）631,370円、②+αを基本費用の0.5倍に仮定した場合（現実の数字に近い）907,950円となる（図9）。

クリニック川越が過去13年間に果たした、医療費削減効果を計算してみる。①当院が過去13年間（00/7～13/6）に在宅で看取った患者数は1625人、②+αを1.0倍と仮定した場合 $631,370 \times 1,625 = 1,025,976,250$ 円、③+αを0.5倍と仮定した場合、 $907,950 \times 1,625 = 1,475,418,750$ 円となる。

この計算が正しいとすれば、地域の緩和ケア専門診療所の費用削減効果は、クリニック川越の規模で約1億円/年となる。ただしこれは素人の大雑把な計算なので、専門家の目できちんと検証していただきたい。



III. 治癒不能がん患者に対する医療

1. 治癒不能がん患者に対する外来ケア、在宅ケア

クリニック川越は常時、約 30 人の末期がん患者の診療を行っているが、その診療形態はさまざまである。完全に在宅医療の形を取っている者、外来と訪問看護を組み合わせたもの、外来のみで管理している患者など、いくつかのパターンがある（表 4）。

表 4 患者情報（2016/9/25 日現在）

パターン	No	歳/性	原発	在宅日数	同居家族	コメント
在宅がん医療総合診療料の形で対応	1	83/M	肺	1372	妻 81	妻脳梗塞後。患者は歩行不可能。膀胱留置カテ挿入
	2	39/F	子宮体	10	両親、妹	若い患者
	3	69/M	上顎	230	妻 63	顔全体の痛み、出血
	4	85/M	肝	153	独居 1b	アルコール依存、時に混乱、ヘルパーの戸惑い。死亡(10/2)
	5	77/M	胆管	37	妻 74	発病後 2M。ステント。当初 T 大への依存超強が入院嫌
	6	72/M	肺	12	妻 69、二男夫婦	妻取りの不安で PCU 入院希望。本人入院嫌、子供理解。PCU 入院の朝、迎えの車が来た時間に死亡(9/28)
	7	58/F	舌下腺	54	内縁の夫 67	IS 大併診、通院困難。出血なし
	8	69/M	S 状結腸	45	独居 II 型	疼痛/呼吸苦の緩和悪いと大立ち回り。生保。ヘルパーが呼吸停止発見。在宅死(10/1)
	9	86/F	乳	187	独居 II 型	宗教仲間が時折顔を出す
	10	87/M	前立・MM	104	妻 84 長男家族	妻すぐパニックになる。息子 2 人受止め悪い、娘理解よい。死亡(10/3)
	11	69/F	子宮体	55	独居 1A	生保。外来管理→在宅
	12	70/F	上行結腸	48	姉	姉と長男(同一マンション)との距離のとりにかたが難しい
	13	84/M	肺	123	妻 81	妻病弱(腰椎骨折)。Opioid 少量で症状落ち着いている
	14	79/M	膵	52	妻 74	会社(社員 60)経営でこの地では稀なセレブ。経済力、家族にも恵まれている。Opioid 少量で症状問題無
	15	97/F	直腸	255	娘 2 人と孫	最初は往診 1/M、訪看 1/2W
	16	65/F	S 状結腸	63	夫 68	日中独居。もともと外来 1/2W
	17	78/M	肝	24	妻 75	会社会長、この地では稀なセレブ。
	18	80/M	腎	5	妻 79	妻 HT、人工股関節。本人家族ともいえ希望だが迷っている
	19	88/M	膵	4	独居 1A	妻認知症で施設入所中。死亡(9/30)
外来 + 訪看	20	75/M	胃	未訪問	妻 72	本人、家族ともまだ受け止められない
	21	83/M	肝	4	独居 1A	PCU 希望
	22	47/F	乳	521	夫と子	K 病院と併診(先方が主)
外来のみ	23	79/M	胆管	未訪問	妻 72	G 病院と併診。G 病院にはステントの管理をしてもらい、当院とは約半年の関わりがある
	24	68/F	肺	未訪問	夫 78	夫 HT
	25	53/F	大腸	未訪問	内縁夫 65	S 病院と併診。(先方が主)。症状安定
	26	81/M	膵	未訪問	独居 1A	N 病院と併診。(先方が主)。症状安定
	27	53/F	乳	未訪問	弟 45	パリアンで半日ボランティア。癌性リンパ管炎による呼吸苦緩和のため現在オキシコンチン 40mg を 36 錠(1440mg/日)！二年以上にわたって服用中
死亡例	28	77/M	肺	22	妻	オキシ 20(8/31)→40(9/2)→60 (/5)→80(6)→120(8)→180(9)→240(7/13)→320(15)→400(16)→480(19)→4%塩モヒ 0.3(20)→0.4(21)
	29	74/M	S 状結腸	17	独居 1A	日同居の恋人が通い看護
	30	81/M	肺	14	妻 74	妻パーキンソン、死亡 3 日前に家で看取る決心。 オキシ 10(7/5)→20(8/26)→30(9/9)→40(16)→60(22)→オキファ 0.2(23)
	31	63/M	食道	159	長男	オキシ 10(5/4)→20(5/16)→40(5/27)→60(6/13)→90(24)→120(7/11)→160(21)→200(29)→240(8/3)→320(5)→400(12)→520(19)→640 (/31)→4%塩モヒ 0.35(9/7)→0.4(12)→0.5(16)→0.6(19)→0.7(19)→0.8(20)

がん治療病院で「治癒、あるいは延命不可能」と診断されたがん患者が自宅で過ごす場合、受けることのできる医療とそれを受ける場所は通常限定される。基本的には、外来診療と訪問診療とに分けられる。

外来診療は病院あるいは診療所で行われるが、在宅診療を病院が担当することは、通常ない。特に最近各地で在宅医療を専門とする診療所が増えてきたので、在宅緩和ケアの直接的な担い手は地域の診療所ということになる。在宅医療を病院が担うというのは暫定的な形であり、在宅医療本来の姿ではない。

“外来か在宅か”の線引きは難しいが、当クリニックでは「患者が自分の足で、公共の乗り物を用いてクリニックまで来院することが可能かどうか」でその区別を行っている。

2. 診療報酬から見た、治癒不能がん患者に対する医療

医師が訪問診療をした場合には、一定の条件を満たせば在宅がん医療総合診療料（以下、在がん医総）を算定できる。これは定額である。一方、外来診療を行う場合は出来高となり、同じ末期がん患者を診療するとしても、両者では点数が大きく異なる。また、訪問看護料は診療報酬枠に入るが、これは非がん患者との大きな違いである。

当院で診療している患者をいくつかのパターに分け、実際にかかった診療報酬を示したいと思う。

1) パターン 1（表 5）（当初は外来のみ、症状進行に伴い在がん医総に移行。外来のみは表 4 の No.23～27 の 5 つの症例が該当する）

患者は 80 歳代男性。原疾患は直腸癌。診療パターンは①外来通院 5 ヶ月→②在宅ケア 1 ヶ月であった。期間は 16/02/17～16/07/16、在宅死である。オピオイドの最終使用量は MT パッチ 2.1mg、診療報酬としては総計 65,933 点、実日数 Dr14 日 Ns13 日であった。ぎりぎりまで外来で管理し、短期間の在宅ケアを行うケースでは、期間の割に診療報酬が安い（当然！）のが特徴。このようなことが可能なのは、①看取りまで同一の医療スタッフが診てくれるという保証があること、②24 時間対応をしてもらえること、③状態が悪くなればすぐ在宅医療へ切り替えてもらえるという“安心感”があること、などがあげられる。本人の「まだまだがんばる」という意気込みのあることなども影響している。

このような患者は決して少なくないので、治療病院が外来フォローするという形ではなく、早めに地域の診療所（看取りまでできる診療所）へバトンタッチできればよいと考えている。

表5 HM様点数表
2016/2/17~2016/7/16

80歳代男性、直腸がん

月	実日数 (内Ns)	項目	指示欄	点数	回数	金額(円)				
2月 外来	1 (1)	初・再診料	初診	282	1		外来ケア 2016/2/17 ~ 2016/6/25 計5,733点 実日数 9日 (5)			
		医学管理	診療情報提供料(1) 2月17日	250	1					
		在宅	訪問看護指示料 02月17日	300	1					
		検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1					
				合計点	1362	13,620				
3月 外来	2 (1)	初・再診料	再診	144	72*2			外来ケア 2016/6/25 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)		
		外来管理加算		52	1					
		明細書発行体制等加算		2	1*2					
		医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225	1					
		在宅	訪問看護指示料 03月01日	300	1					
		検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1					
				合計点	1253	12,530				
4月 外来	2 (1)	初・再診料	再診	144	72*2		在宅ケア 2016/6/26 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)			
		外来管理加算		104	52*2					
		明細書発行体制等加算		2	1*2					
		医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	450	225*2					
		在宅	訪問看護指示料 04月01日	300	1					
				合計点	1000	10,000				
5月 外来	2 (1)	初・再診料	再診	144	72*2			在宅ケア 2016/6/26 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)		
		明細書発行体制等加算		2	1*2					
		外来管理加算		52	1					
		医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	450	225*2					
		在宅	訪問看護指示料 05月01日	300	1					
		検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1					
		投薬料	処方せん料(その他)	68	1					
			一般名処方加算2(処方せん料)	2	1					
			長期投薬加算(処方せん料)	65	1					
						合計点	1613		16,130	
6月 外来	2 (1)	初・再診料	再診	144	72*2		在宅ケア 2016/6/26 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)			
		外来管理加算		104	52*2					
		明細書発行体制等加算		2	1*2					
		再診(時間外)加算(入院外)		65	1					
		投薬料	処方せん料(その他)	136	68*2					
			一般名処方加算1(処方せん料)	18	3*6					
	特定疾患処方管理加算(処方せん料)	36	18*2							
				合計点	505	5,050				
						外来通院 57,330				
6月 在宅	1 (1)	在宅	訪問看護指示料 06月01日	300	1			在宅ケア 2016/6/26 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)		
			在がん医総(機能強化した在宅診等)(病床なし)(処方せんなし)	9250	1850*5					
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在がん医総(在宅診等))	750	150*5					
				合計点	10300	103,000				
7月 在宅	4 (7)	介護保険	居宅療養管理指導費(I)	503	503*2	5,030	在宅ケア 2016/6/26 ~ 2016/7/16 計60,200点 実日数 5日 (8)			
		在宅	在がん医総(機能強化した在宅診等)(病床なし)(処方せんなし)	16650	1850*9					
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在がん医総(在宅診等))	2400	150*16					
			在がん医総(機能強化した在宅診等)(病床なし)(処方せんあり)	11550	1650*7					
			在宅ターミナルケア加算(機能強化した在宅診等)(病床なし)	5000	1					
			在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅患者訪問診療料)	1000	1					
			看取り加算(在宅患者訪問診療料・往診料)	3000	1					
				合計点	50403	504,030				
				介護保険	居宅療養管理指導費(I)	1006		503*2	10,060	
						在宅ケア 622,120				
総計65,933点 外来通院5ヶ月 在宅ケア1ヶ月 実日数Dr14日Ns13日										

2) パターン2 (表6) (外来+訪看→在がん医総。Excel資料5のCase20~22の3症例がこれに該当する)

提示した患者は70歳代男性。原疾患は中枢神経瀰漫性大細胞型B細胞リンパ腫。診療パターンは①外来→②外来+訪看→③在位総。関わった期間は2015/10/5~2016/8/25、在宅死である。オピオイドの使用なし。診療報酬としては総計133,861点、介護保険2304単位であった。外来通院7ヶ月、在宅ケア3ヶ月、実日数Dr24日Ns44日であった。このケースは10ヶ月に及ぶ長期生存例であるが、診療形態としてはベストだったのではな

表6 MN様点数表
2015/10/5~2016/8/25 70歳代男性、悪性リンパ腫

年	月	実日数 ()内Ns	項目	指示欄	点数	回数	金額(円)				
2015	10月	2 (0)	初・再診料	初診	282	1					
				再診	72	1					
				外来管理加算	52	1					
				明細書発行体制等加算	1	1					
			投薬料	処方せん料(その他)	0	1					
				特定疾患処方管理加算(処方せん料)	0	1					
				処方せん料(その他)	68	1					
				特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	1					
				合計点	493		4,930				
2015	11月	1 (1)	初・再診料	再診	72	1					
				外来管理加算	52	1					
				明細書発行体制等加算	1	1					
			医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225	1					
			在宅	訪問看護指示料 11月01日	300	1					
				合計点	650		6,500				
			2015	12月	1 (2)	初・再診料	再診	72	1		
							明細書発行体制等加算	1	1		
						医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225	1		
在宅	訪問看護指示料 12月01日	300				1					
検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530				1					
	合計点	1128					11,280				
2016	1月	3 (2)				初・再診料	再診	216	72*3		
							明細書発行体制等加算	2	1*2		
							外来管理加算	52	1		
			医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	450	225*2					
			在宅	訪問看護指示料 01月01日	300	1					
			検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1					
				超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)(減)	477	1					
			投薬料	処方せん料(その他)	68	1					
				特定疾患処方管理加算(処方せん料)	18	1					
		合計点	2113		21,130						
	2016	2月	1 (2)	初・再診料	再診	72	1				
					外来管理加算	52	1				
					明細書発行体制等加算	1	1				
				医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225	1				
					診療情報提供料(1) 2月26日	250	1				
				在宅	訪問看護指示料 02月01日	300	1				
					合計点	900		9,000			
				2016	3月	1 (2)	初・再診料	再診	72	1	
								明細書発行体制等加算	1	1	
	医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225				1				
	在宅	訪問看護指示料 03月01日	300				1				
	検査料	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530				1				
		合計点	1128					11,280			
	2016	4月	2 (2)				初・再診料	再診	144	72*2	
								外来管理加算	104	52*2	
								明細書発行体制等加算	2	1*2	
				医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	450	225*2				
在宅				訪問看護指示料 04月01日	300	1					
				合計点	1000		10,000				
2016				5月	1 (2)	初・再診料	再診	72	1		
							外来管理加算	52	1		
							明細書発行体制等加算	1	1		
	医学管理	特定疾患療養管理料(診療所)	225			1					
	在宅	訪問看護指示料 05月01日	300			1					
		合計点	650				6,500				
	2016	6月	3 (2) (4)			在宅	訪問看護指示料 06月01日	300	1		
							在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	2499	833*3		
							在医総管(機能強化した支診等・病床無・難病等月2回以上・1人)	5000	1		
				処方せん無交付加算(在宅時医学総合管理料)	300	1					
				在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400	1					
				合計点	8499		84,990				
介護保険				居宅療養管理指導(Ⅱ)	292	290*1	2,920				
2016				7月	4 (14)	在宅	訪問看護指示料 07月01日	300	1		
							在がん医総(機能強化した支診等)(病床なし)(処方せんなし)	53650	1850*29		
		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在がん医総(在支診等))	4350			150*29					
		合計点	58300				583,000				
	介護保険	居宅療養管理指導(Ⅰ)	1006			503*2	10,060				
	2016	8月	5 (11)			在宅	在がん医総(機能強化した支診等)(病床なし)(処方せんなし)	46250	1850*25		
							在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在がん医総(在支診等))	3750	150*25		
							在宅ターミナルケア加算(機能強化した支診等)(病床なし)	5000	1		
							在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅患者訪問診療料)	1000	1		
				看取り加算(在宅患者訪問診療料・往診料)	3000	1					
				合計点	59000		590,000				
介護保険				居宅療養管理指導(Ⅰ)	1006	503*2	10,060				
				合計点			1,281,030				
総計133,861点 介護保険2304単位 外来通院7ヶ月 在宅ケア3ヶ月 実日数Dr24日Ns44日											

外来通院
2015/10/15
~
2016/6/18
計8062点
実日数 12日
(15)

在宅ケア
2016/6/19
~
2016/8/25
計125,799点
実日数 12日
(29)

いかと考えている。外来のみで対応した時期、からだの不便（言葉が出てこない、認知機能の低下があるなど）はあったが定期的な外来診療で十分であり、身体的なケアが必要となったときに訪問看護を追加した。外来通院が不可能となってからは、完全な在宅ケアに切り替えた。

パターン 1 との違いは、途中で訪問看護を導入したことである。元気な末期がん患者は一般に看護師と雖も訪問することを嫌がる場合が多く、診療提供する側からいえば、きめ細やかな診療が可能になるので看護師の訪問はぜひ行いたいのであるが、本人、家族の希望を最優先する在宅ケアでは致し方ない。ただし、早い段階で医療者と患者との信頼関係ができていれば、在宅へ医療者が入っていくことへの抵抗は少なくなる。

このようなケースを見ている、早い段階から在宅緩和ケア充実診療所のような、看取りまで関わる力を持った診療体制で患者をフォローすることが重要である。

3) パターン 3 (表 7) (外来継続中。表 4 の No27)

患者は 50 歳代女性。原疾患は乳癌。週 1 回の外来診療のみである。関わった期間は 2011/03/03 が初診で、現在生存

中（担癌状態での長期生存例）！である。オピオイドは癌性リンパ管炎による呼吸苦緩和のために使用し、現在オキシコンチン 40mg 錠を 36 錠（1440mg/日）！使用している。

このケースは、オピオイドの使用が緩和ケアではいかに重要かを示すために提示した。患

者に使用しているオピオイドは大量であるが、呼吸苦をメルクマールとしてきめ細やかな調整を行った結果であり、現在の量は（オキシコンチン 40mg 錠を 36 錠/日）二年以上にわたって変わっていない。この量を服用しながら患者は、パリアンで週 5 日間のボランティア活動を行い、週 1 回のがんサロンに参加している。

本ケースはオピオイドの使用にとどまらず、長期に及ぶ末期がん患者をどのように診ていけばよいかなどの問題を提示している。ただし、1 年を超えて生存する患者は全体の 1% 程度であり、しかも在宅緩和ケアの対象となる患者ではなく、むしろ外来診療でうまく管理することが重要である。

末期がん患者を診療所で診る場合、外来診療と訪問看護を効率よく組み合わせれば、患者は自宅での生活を続けながら、亡くなるまで継続的に同じスタッフの手厚いケアを受けることができ、なおかつ在宅がん医療総合診療料を算定する期間を短縮することが可能となる。

表 7 YS 様点数表

		50歳代女性、乳がん					
月	実日数	項目	指示欄	点数	回数	点数	金額(円)
7月		初・再診料	再診	292	73*4		
			外来管理加算	156	52*3		
		医学管理	特定疾患療養管理料	450	225*2		
			悪性腫瘍特異物質治療管理料	360	1		
		検査・病理	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1		
			採血	383			
	処方せん	処方	320				
合計点				2491		2491	24,910
9月		初・再診料	再診	292	73*4		
			外来管理加算	156	52*3		
		医学管理	特定疾患療養管理料	450	225*2		
			悪性腫瘍特異物質治療管理料	360	1		
		検査・病理	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	530	1		
			採血	383			
	処方せん	処方	320				
合計点				2491		2491	24,910

IV. 在宅緩和ケア充実診療所

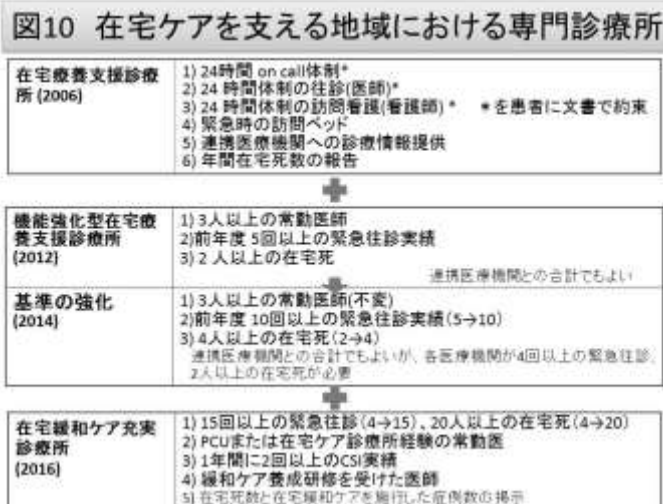
1. 在宅ホスピスケアにおける在宅緩和ケア充実診療所の存在意義

1) 「在宅緩和ケア充実診療所」の制度化に関する歴史的な経緯

がん患者を対象とした在宅医療では、厳密な 24 時間体制が必須である。在宅緩和ケアを専門としない一般の診療所が形だけを整えてこの 24 時間体制を行おうとすると、どうしても過大な負担がかかることになり、結果的に様々な問題が生ずることになる。

「主治医、副主治医制」のアイディアはこの問題を解決するために考え出されたものであるが、私はこれが制度化されるとむしろ在宅緩和ケアの質を下げると危惧していた。つまり、この方法では何かあればすぐ「入院」と言うことになり、在宅の患者と家族に安心と納得を保障することができないからである。そのような不十分な体制で在宅ホスピスケアを実施すれば、「バックベッドを充実せよ」という声が「主治医、副主治医」体制を制度化しようとする側から起きるのは当然のことである。この体制は全国的に注目を集めいろいろところで検討されたようであるが、幸か不幸か、実際に期待した成果をあげた地域は私の知る限り存在しない。

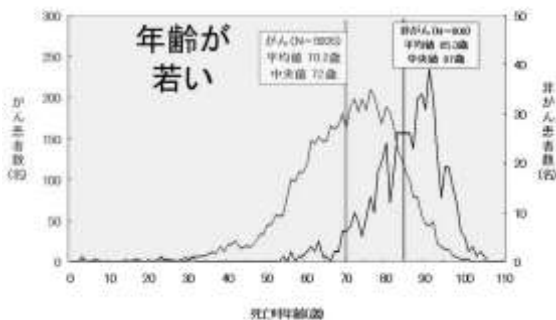
この問題に象徴される在宅緩和ケア提供に関する様々な課題は、がんなどの医療依存度の高い患者を対象とした在宅医療の専門診療所が 2006 年、在宅療養支援診療所という形で制度化され、解決の糸口が見えてきた。当初その施設認定基準は非常に甘かったが、その後施設基準をより厳しくした機能強化型在宅療養支援診療所 (2012) を経て、2016 年には在宅緩和ケア充実診療所の制度が新設された (図 10)。



2) なぜ「在宅緩和ケア充実診療所」なのか

在宅緩和ケアが対象とするがん患者は、非がんの高齢者を対象とした在宅ケアと異なり、年齢が若く (死亡時平均年齢、がん 70 歳 vs 非がん 85 歳) (図 11)、ケア期間が短く (中央値、がん 32 日 vs 非がん 331 日) (図 4)、常時緩和しなければならぬ厳しい症状を抱えている。末期がん患者を対象とした在宅ケアでは、専門的な診療所が診療を担うべき所以である。

図11 癌患者の平均年齢は非癌患者よりも15歳若い



在宅緩和ケア充実診療所の施設基準は医療機関にとって大変厳しいが、患者視点に立てばこれは当然のことである。とはいえ現時点では、在宅緩和ケア充実診療所だけですべての在宅がん患者に対応するのは不可能である。従って、地域の一般診療所や一般の機能強化型診療所などと連携しながら、緩和ケアサービスを提供することになる。

診療所と在宅緩和ケア充実診療所の連携がうまくいけば、一般診療所で継続して診ることが難しくなった場合、在宅緩和ケア充実診療所へ引き継げばよく、患者はわざわざ病院へ入院する必要はない。まさに、患者視点に立った問題解決が実現することになる。また、在宅ケアが難しいことが予測される患者（たとえば呼吸苦の強い肺がん患者、頭頸部がん患者や血液がんの患者。独居など家族の介護力の弱い患者など）の場合は、在宅緩和ケア充実診療所が最初から関わることによって、在宅生活を最期まで継続することが可能となる。費用的に高くつく入院の形をとる必要がないので、医療経済的にみても優れた解決法である。

在宅緩和ケア充実診療所を有効に活用することにより、地域の在宅緩和ケアは制度的にも実質的にも、ほぼ問題は解決するはずだと私は考えている。残る問題はそのような診療所が本当に存在するのか、と言うことだが、これまでのがん患者を看取る診療所の全国規模での増加（図12）をみれば、問題はないと考えている。ただし、その数は今後の在宅緩和ケアに関する施策の重要な指標となるので、リアルタイムで明らかにしておく必要がある。



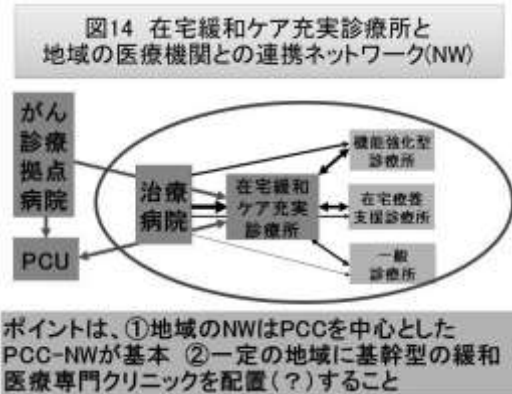
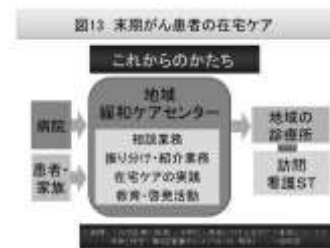
2. 在宅緩和ケア充実診療所の存在意義、役割

在宅緩和ケア充実診療所によって具体化した、地域における“緩和ケア専門”の診療所の構想は私はかなり以前から持っており、2003年10月熊本で開催された第8回看護サミットで、荒削りの提案を行った（図13）。

1) 在宅緩和ケア提供のハブ（Hub）機能

在宅緩和ケア充実診療所の重要な役割として、ハブ（Hub）機能をあげたい。図14は、以前提案として示したものであるが、説明上有用だと思うのでここに掲げた。

この機能は、地域における在宅緩和ケア充実診療所以外の診療所や病院のバックアップを意味する。それと同時に、薬局などとの連携の形を構築する上でも重要な役割を担っていると考えている。地域包括支援センターと同様、在宅緩和ケアにおける“治療病院、地域の医療機関などの中継、橋渡しを果たす”



と言う意味である。

治療病院との連携ではたくさん問題があるが、治療病院を支援する在宅ケア（たとえば ER に搬送された患者を受け入れるような専門チーム）が将来的には重要となるかもしれない。在宅緩和ケアの専門診療所が、経過中にどうしても病院の力を借りなければならないのは、①各種ステント挿入、②緩和的放射線治療、③腎ろう増設、④CV ポートの挿入、⑤特殊な医療機器の管理（例：経食道イレウス管の交換）などである。これらの処置は、治療病院との信頼関係（処置が終了すれば必ず在宅へ帰すことを約束）があれば、問題とならない。

PCU との連携を考える場合、①PCU の機能は、症状緩和のため（専門的な在宅チームでは重要度は低い）、レスパイト入院（重要）、死の看取り（専門的な在宅チームでは重要度は低い）の三つである。在宅緩和ケアが充実すれば、PCU のベッド不足の緩和になるはずであるが、今は PCU のベッド数の増加が逆に在宅緩和ケアの普及を妨げている。

在宅緩和ケア充実診療所はすべての在宅がん患者をカバーするには至っておらず、それ以外の診療所との協働関係が重要である。

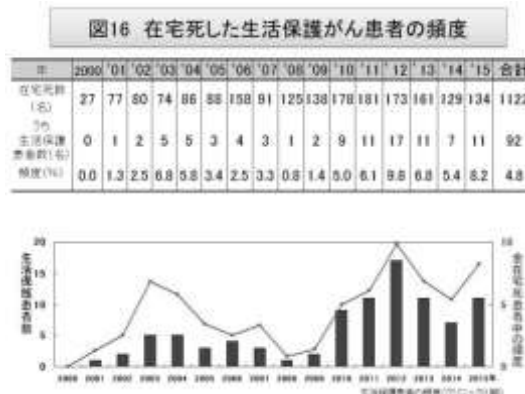
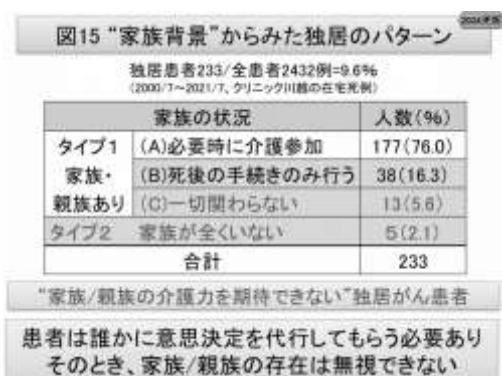
通常の機能強化型診療所や一般診療所で在宅ケアが困難となった場合、現在は、そのバックアップ機能をすべて病院に頼っている。しかしこのような形での問題解決は、在宅生活の中断を意味し、患者視点と言うよりも、むしろそれに目をつぶった医療者の視点と言わざるを得ない。もし一般の在宅医療機関から在宅緩和ケア充実診療所へ繋がるルートが確立すれば、患者は在宅での生活をそのまま継続でき、まさに患者視点に立ったサービスを実現することができる。さらに、このようはルートが地域に誕生すれば、病院の負担を軽減することができ、病院機能の役割の見直しにも通じる可能性がある。

その他重要な問題として、保険調剤薬局との連携を考えておきたい。4%の高濃度塩酸モルヒネ注射薬、IVH に使用する点滴薬剤などは、在宅ケアに必須である。しかしそのような対応のできる調剤薬局は、必ずしも十分には整備されていない。今後は、緩和ケアを専門とする調剤薬局を制度的に認知し、そこを中心に地域の薬局ネットを構築すればよいと考えている。“在宅緩和ケア充実調剤薬局（仮称）”のようなオピオイド注射薬を取り扱い、無菌調剤ができ、休日対応をする薬局が地域緩和ケア充実診療所などと協力してケアを提供できればよいと考えている。

2) 在宅困難ケースを担う役割

在宅困難ケースとは、家族の介護力を期待できないケース（独居（図 15）、老々世帯など）、症状緩和が難しいケース（頭頸部がん、血液がん、肺がんなど）、経済的困窮ケース（代表として当クリニックが関わった生活保護受給患者を示す（図 16））、経過が長引くケースなどが該当する。

家族の介護力を期待できない中での在宅緩和ケアは今後の課題と言うよりも、今現在の課題である。現在、当クリニックで関わっているケースを見ても 31 例中 7 例（22.6%）



が独居であり、11例(33.3%)が老々世帯、つまり“明日の独居患者”である(表4)。

独居患者は家族の存在形態によっていくつかのパターンに分類することができる(図15)が、困難なケースであることには変わりない。ただし、末期がん患者の臨床的特性に照らせば、サービスを提供するチームさえしっかりしていれば、がん患者の在宅ケアは経過が短く、そもそも施設を嫌う傾向にある患者が多いので、むしろ在宅ケアに適していると考えてよい。

疾患別にみると、間違いなく困難な事例は頭頸部がんである。頭頸部がんでは出血—しかも大量の突発的な出血—や呼吸苦などの緩和が難しく、通常の在宅ケアチームの力では最後まで在宅、と言うのは無理である。最近経験した、二つの症例を提示する(次頁囲み資料参照)。このような困難事例を一般の地域医療機関が担うのは難しいので、在宅緩和ケア充実診療所などの専門チームが中心となってサービスを提供すればよい。

3) 在宅緩和ケアの教育、研修機能

教育、研修は担当機関にかなりの負担を強いるが、実践教育では現場での学びが重要であり、その任も在宅緩和ケア充実診療所が中心となって担うべきである。この使命を全うするためには、制度的な後押しが必要である。

3. 在宅緩和ケア充実診療所と診療報酬との関係

在宅緩和ケア充実診療所は、現状の診療報酬で質の高い医療を提供できると私自身考えている。しかしこの問題を検討する場合には、主に二つの問題を忘れてはいけない。一つは緩和ケア病棟入院管理料の問題と、もう一つはがん以外の患者を対象とした在宅ケアの管理料である。

前者の問題については既に触れている(図12,13)が、後者に関してはこれまでの診療報酬の動きをもう一度洗い流し、適切な診療報酬かどうか検討すべきである。

緩和ケアを担う診療所の診療報酬はすでに述べたように、この制度発足以来ほとんど上がっていない。在宅緩和ケア充実診療所の施設基準はやや厳しいので、本当にやろうという医師しかこの制度に乗ってこないと思う。しかしそのことは、このような医療を担う診療所が無くて地域が困っている、ということではない。積極的に取り組む診療所は、十分増える

と考えている。

診療報酬の問題は大幅にアップする必要はないが、今後在宅緩和ケア充実診療所に行くつかの機能（たとえば地域の診療所との連携を重視し、その診療所でケアの継続が難しくなった場合それを引き受けるなど）を持たせる場合には、それなりの加算をすべきである。

症状緩和が困難な症例 頭頸部がんの二例

1. 患者、50 歳代女性

中咽頭癌、骨転移(Th12、左上腕、右坐骨)、気管切開

家族背景：独居、生活保護、夫とは疎遠

在宅ホスピスケア期間：6/20～26、緊急訪問回数：12 回（うち最後の 2 日間は 8 回）

コミュニケーション方法：会話は筆談で。電話では OK の時は缶をたたく、緊急時は鈴を鳴らすことで意思疎通を図った。

<経過>

オピオイド：呼吸苦・頸部・腰部痛に対して使用

デュロテップ MT パッチ 2.1mg(6/21)→1%塩酸モルヒネ 0.05ml/h(6/22)→0.1(/23)→インナーガー
へ変更(/24)→1%0.1+インナーガー-0.1→1%0.2+インナーガー-0.1 (/25) →1%0.3+インナー
0.1 (/26) →4%塩酸モルヒネ 0.1+インナーガー-1%0.1 (/26)

6/22 気切部より多量に出血あり。6/25 夜間に少量ずつ出血、呼吸苦増強あり。電話がある都度緊急訪問し、吸引、CSI 調整。6/26 夜フォロー訪問時に呼吸停止。

2. 患者、50 歳代女性

口腔多発癌(下顎プレート留置)、気管切開(レティナ+スピーチバルブ)

既往歴：潰瘍性大腸炎(症状憎悪時：サラゾピリン内服 or ステロイド注射)

高安動脈炎（上行大動脈-両側内頸動脈バイパス術後）

家族背景：独居、夫(子供あり)と別居中

三人姉妹の三女、電車で 1 時間程の距離に住む長女が頼りになる存在

在宅ホスピスケア期間：2016/2/15～5/10(86 日間)、緊急訪問回数 14 回、緊急電話連絡(メール利用)：61 回+a

コミュニケーション方法：発語あるも不明瞭。筆談メイン。連絡はメールを利用。

<経過>

オピオイド：下顎・頸部・頭痛に対して使用

フェンタニルパッチ 2.1mg(2/26)→4.2(/29)→6.3(3/2)→8.4(/18)→10.5(/24)→12.6
(4/8) →16.8 (/18) →21(/21)→29.4(/22)→37.8 (/27) →18.9+CSI (4%塩酸モルヒ
ネ) 0.15ml/h=144mg/日

開始期は訪問時に週 3 回ボタコール R 投与。

ラコールやスプを自壊部より漏れつつも、少量ずつ経口摂取。

下顎および頬の自壊進行、4/22 に下顎より舌露出。下顎プレートも徐々に露出拡大。

家族の常時付添を希望されるも、各家族は仕事があり困難。一人の寂しさや不安と葛藤しながらも自宅で過ごすことを希望され続け、最期まで自宅で過ごした。

メールを介して、一人の寂しさや不安等を頻りに Ns へ伝えていた。

5/8 より歩行困難。家族の常時付添開始。5/10 姉 2 人に看取られ在宅死。

V 在宅緩和ケア充実診療所で行われる医療の例

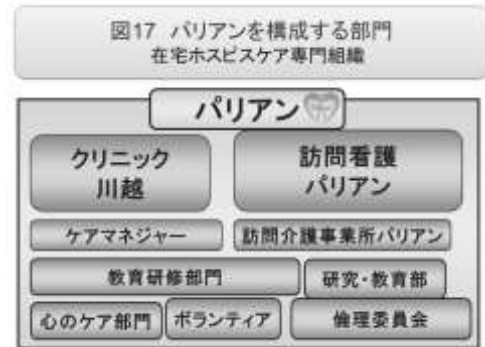
1.医療法人社団パリアン クリニック川越

※注:クリニック川越は2021年7月に閉院、医療法人社団パリアンは2021年8月に解散

1) パリアンとは

クリニック川越が所属する医療法人社団パリアンは、病、特にがんなどによって、近い将来死を迎える患者とその家族に対して、主に患者の居宅で医療、看護、その他の全人的なケアを提供している。その目指すところは、患者と家族が選択・決断した在宅での生と死が、納得できる形で全うできるように、チームで支援することにある。パリアンはラテン語の Pallium から拝借したものであるが、この言葉には「雨や風に打たれた旅人などを暖かく包み込むマントやコート」という意味がある。

組織上パリアンは、無床診療所と訪問看護ステーションの医療機関から成り立っているが、そのほか居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、こころのケア担当部門、教育研究部門、ボランティア組織などがある(図17)。



2016年10月1日現在、パリアンには医師6(うちパート3)、看護師、介護支援専門員1、ヘルパー4(うちパート1)、研究職2(うちパート1)、事務職4(うちパート1)、運転手2が所属し、職員ではないが38名のボランティアが在籍している。

実際の活動は、地域のがん治療を行う病院、緩和ケア病棟、診療所、保険調剤薬局、各種の介護保険サービス事業所などのパリアンの外部の医療・福祉サービス機関との密接な連携に支えられている。活動範囲は墨田区を中心に、江東、江戸川、台東、中央、千代田、文京、葛飾の各区にわたっている。

2) パリアンの基本理念

死に逝く患者と家族をケアする場合、ケアの理念とそれを実現するためのプログラムは航海に例えるならば航海図と羅針盤である。高品質のサービスを死に逝く患者と家族に提供するためには、チームという組織でケアの理念(あるいは哲学)、その理念に則った一定のやり方をあらかじめ明らかにする必要がある、日々の具体的なケアの中にそれを活かすことが重要である。

死は我々人間にとって避けがたい運命である。死までの生と大切なときを支え、患者自らが創り出す死をチームで支える、これがパリアンの理念である。パリアンは在宅の末期がん患者を対象としたいわゆるホスピスであり、その理念は診療所入口の玄関に掲げてある。関わるスタッフは折にふれてこの理念を思い起こし、日々のケアにあたっている。

3) 実績

2000年7月から2016年3月までの15年半の間に当院の相談外来を受診したがん患者は2582名であり、そのうち2139名(相談外来未受診で在宅ケアを開始した84名を含む)

の患者に在宅緩和ケアを提供した（図 18）。

在宅緩和ケアを受けた 2139 名のうち経過中に中止した 112 名と 2016 年 3 月 31 日時点で生存していた 17 名を除いた 2010 名が死亡しており、その中で在宅死したのは 1933 名（94.0%）であった。相談外来のみで終了し、在宅ケアをパリアンで行わなかった患者は、他の地域の診療所を紹介したケースが約 4 割（38.1%）であり、結果的に患者に不便を与えることはなかった（図 19）。



図 19 パリアンの在宅ケア実施がん患者の転帰（2000/7-2021/7）

登録例		2680	頻度	
死亡場所	死亡総数	2533	94.5%	
	在宅	2432	96.0%	
	診療所(当院)	1	0.04%	
	病院(一般病棟)	39	1.5%	
	病院(PCU)	61	2.4%	
中断	147	5.5%		

在宅死の平均頻度: 9.2例/月、平均ケア期間60.2日



パリアンは墨田区の在宅死率の向上にも寄与しており（図 20）、パリアン創立理念に掲げた 3 つの目標（1. 高品質のケアをより多くの患者へ届ける、2. 時代要請に応えるケアの提供体制を整える、3. 地域・社会を変える）は達成しつつあると考えている。

2. 全国規模での在宅緩和ケア充実診療所の展開

かつて緩和ケア診療所（Palliative Care Clinic）の全国組織を作り、部分的ではあるがわが国の在宅緩和ケアにおける役割について検討したことがある。その内容は論文の形で公表⁵⁾しているので説明を省くが、在宅緩和ケア充実診療所は PCC を制度化したものと捉えることができるので、この診療所の数、地域分布などを把握しておくことが今後の在宅緩和ケアを全国規模で展開する上で、基礎的な資料となる。

今回の改定で制度化されているので、今後はいかに在宅緩和ケア充実診療所の力を全国的に結集していくことが我々の課題であるが、その診療所に関する情報を何らかの形で把握できるようにしてほしい。

3. 在宅療養支援病院の存在意義

1) 病院が在宅医療に直接関与することの是非

在宅緩和ケア充実診療所が遍く全国に展開するまでには、まだまだ時間が必要である。また人口規模や担い手の関係で、在宅緩和ケア充実診療所の開設自体難しい地域がある。このような問題をどうすればよいかについて、2007 年 4 月に厚労省の幹部職員の方に私的な手

⁵⁾川越厚：在宅ホスピス・緩和ケアと在宅療養支援診療所①－在宅療養支援診療所新設の意義 緩和ケア 17：143-147, 2007, ②－ホームケアクリニック川越の場合 緩和ケア 17：241-245, 2007, 青海社。

紙を差し上げ、意見を申し上げたことがある。そこで述べた基本的な考え方の大筋は今も変わらないので、それを紹介しつつ、この問題を整理したい（囲み資料参照）。

2) 在宅療養を支援する病院の問題

PCU にしろ在宅療養支援病院にしろ、基本的な役割は緩和ケアを含めた在宅医療の補完である。病院のバックアップがないと在宅医療の質を担保するのは難しいが、逆にこのような施設が整いすぎると、在宅医療機関が育たないという問題が出てくる。一定の病院に在宅医療支援と言う機能を持たせるのは、あくまで限定的であり、暫定的であることを銘記しておく必要がある。

厚労省幹部の方への私信（2007年4月）

“先日愛知県豊田市の講演会で「地域で支える在宅ホスピス・緩和ケア」について講演した折、フロアから「病院がなぜ地域医療に直接関与してはいけないのか？」という質問がありました。

私は自分自身の経験（賛育会病院長の時、院内の PCU 医師を往診させていた）を踏まえて、常識的な回答をいたしました。その理由は、①在宅医療には小回りが必要、医師が必ず患者の求めに応じて往診する体制が重要。②病院の医師は院内の仕事が優先されるので、在宅で質の高いサービスを提供するのが難しい。③院内の職員と違った動きをするので他の医師などからの理解を取りにくいということでした。

講演終了後、質問をされた医師が私の所へ来られて、詳しい事情を説明してくださいました。その先生がいらっしゃる地域は、最近豊田市に合併されましたがもともと人口 1 万程度の農村で、病院は足助病院（病床数急性期、療養型あわせて 100 床台）のみとのこと。地域で往診する開業医師は一人のみ、しかも訪問看護師がいないとの事。足助病院はそのような中で先生が往診し、往診できないときは他の医師に代わってもらうという態勢をとり、実際に在宅の看取りをも行なっているとのことでした。「何かあれば救急車を呼んで病院に来なさい」、あるいは「可能なときだけ往診する」というような態勢を想像しておりましたので、正直驚きました。

その先生の話をつきながら気づかされた事があります。それは、在宅医療支援診療所ならぬ、「在宅療養支援病院」（この言葉が適切かどうかわかりませんが）というものを制度的に考えたかどうか、ということです。そのような機能を持った病院としては、以下のことを考えました。大雑把な意見で申し訳ありません。

①病院の規模など：200床未満、②必須条件として在宅療養支援診療所と同じ体制（24時間ケア、情報の提供、看取り数の報告）をとる、③直接的な在宅医療へのかかわりを持つ。

病院機能としては、①在宅療養支援診療所（もし存在すれば）のバックアップ、②がんのみではなく、重装備の在宅医療を受けている患者の一時的な入院（いわゆるレスパイト入院）を引き受ける。

川越厚

VI. 在宅緩和ケアの評価の問題

1. サービス提供チームの構造評価

1) 24 時間体制の評価

24 時間ケアができる緊急対応体制を維持することは、在宅ホスピスケアを行うチームの必須条件である。しかし対応の仕方によっては患者・家族の不安がかえって増大することがあるので、末期がん患者を対象とした在宅ケアの 24 時間体制は、緊密な連携を軸としたチームで対応することが要求される。病院での緊急体制を考えるまでもなく、24 時間ケアでは医師と看護師の連携が根本的に重要である。

診療報酬で評価すべき点は、24 時間体制によるセーフティネットが医師と看護師（通常は訪問看護ステーションの看護師）の協働形で、もれなく張られているかどうか、ということである。評価にあたっては、24 時間体制が医師と看護師で組まれていることを積極的に評価すること、セーフティネットが 2 重（理想的には 3 重）に張られていることを重視すべきである（図 21）。



2) 症状緩和の評価

複雑な？評価項目を設け、症状緩和の質的評価をケースごとにリアルタイムで行うことは現場感覚で言うと難しい。というよりも、意味がないと考えている。

在宅では症状緩和を在宅医がうまく行わないと、患者や家族は病院へ避難することができる。個々のケースの遺族（患者を対象には難しい）による満足度評価も大切であるが、患者や家族に逃げ場がある在宅では、そのこと（入院）によってケアにあたるチーム、特に医師の力量が問われる。

在宅ならではのこの特徴を考えると、特定の診療所における症状緩和を質的に評価しようとするれば、“在宅死亡率”が重要な指標となりうる。この指標を用いてのサービスの質の評価は現実的であり、診療報酬に反映することは可能だと思う。

3) チーム構成員の評価

在宅ホスピスケアのチームアプローチの特色は、“最初にチームありき”と言うことではなく、ケースによって“どのような専門職を動員するか”ということが重要な点である。医師と看護師だけで事足りる場合もあるし、薬剤師や福祉職、あるいはボランティアの参加が必要な場合もある。

米国ではメディケアがホスピスを施設認定する場合、一定のチーム構成を要求しているが、わが国ではあまり細かいことを決めない方がよいと私は考えている。この問題は、学会などで協議されているホスピスケアの基準に盛り込まれればよいことで、それを在宅緩和ケア充実診療所の施設基準や、診療報酬加算の対象にする必要はない。

4) チーム構成と緊急時の対応評価

統合性、迅速性、効率性が求められる在宅ホスピスケアでは、所属が異なる複数の医師がチームを組むと無駄が発生しやすくなるばかりではなく、ケアの質が落ちる。ひところ注目された主治医副主治医制度は在宅医のための制度であり、患者視点に立つものではない。

通常、異なる医療機関に属する医師が、ケアの哲学、実際のやり方（たとえば脱水の補正をどうするかなど）などを共有することは難しい。しかもリアルタイムの情報（肺癌などでの呼吸苦緩和では時間単位のオピオイド量の調整が必要）を持ち、副主治医が在宅で診療にあたることなど、不可能と言わざるを得ない。家族関係もよく理解しないまま対応することになるので、副主治医は「入院」の指示を出さざるを得ないことになる。当然、そのような体制を組めば、在宅医（患者ではない）を支援するベッドが必要だ、ということとなる。

はたしてこれは、国が模索してきた在宅医療の姿なのであろうか。主に末期がん患者を対象とする在宅緩和ケア充実診療所では、このような体制をプラス評価すべきでないと考えている。

2. 在宅死率

「在宅医療は密室で行われる医療」という、事情を知らない病院サイドの批判があるが、実際は家族が目を皿のようにしてケアの中身を見ているわけで、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、救急車を呼んで入院をすることになる。在宅医にとっては大変厳しい条件で行う医療であり、そのような意味で言うと、患者にとって逃げ場のない病院のほうが、医療者にとっては恵まれた環境とすることができるともかもしれない。それはともかくとして、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。

在宅ケアを受けている患者が在宅を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。しかし多くの場合、入院の原因はケアを提供する側にある。

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%。クリニック川越の過去 20 年間の、延べ 2000 名弱のがん患者の在宅での看取り率は 95%前後である。

3.在宅死数

診療所で行われる在宅ホスピスケアの質は量（在宅死数）と平行である。従って、現在の在宅緩和ケア充実診療所のもっとも重要な施設基準（年間在宅看取り数 20 以上）を厳しくすることはあっても、ハードルを下げることはあってはならない（いろいろな骨抜き圧力がかかると思うが）。

繰り返しになるが、在宅死率を将来ここに入れることを提案したい。

Ⅶ. 地域緩和ケアセンターと在宅緩和ケア

1. これまでの経緯から何を学ぶべきか

この問題も、地域発の問題がいつの間にか病院の問題にすり替わった典型である。現在、「地域緩和ケアセンター」の整備が行われているが、この構想はそもそも“地域の診療所が行う在宅緩和ケアをどのようにサポートするか”、という発想からスタートしている。それがいつの間にか、病院の問題になっているのである。

東京都はこの事業を「在宅緩和ケアセンター」として国に先だって実施し、緩和ケア病棟（桜町病院→厚生年金病院にバトンタッチ）に委託したが、すでに中止となっている。その理由を JCHO 東京新宿メディカルセンター（旧厚生年金病院）緩和ケア内科の金石圭祐医師に伺ったところ、開業医からの相談がほとんどない、都内に一つでは託された役割を果たすことができない、ということから、東京都の方で事業を打ち切ったとのことであった。ケアタウン小平クリニック院長の山崎章郎医師（事業を受け持った当時、桜町病院聖ヨハネホスピス長）は、「厚生年金に事業を引き継いでもらったのは担当職員が退職したため」と言うことであったが、やはり相談件数がほとんどなかったことを語っていた。

私は当初からこの点を危惧していたが、そのとおりの結果となった。在宅のことを知らない病院の緩和ケア専門医師に、在宅緩和ケアのアドバイスなどできないからである。しかし、貴重な実験だったと言うべきである。

地域緩和ケアセンターがもし、「在宅末期がん患者の緩和ケアまで関わるセンター」をめざしているのであれば、在宅ケアに実際関わっている緩和ケア専門家を巻き込まないと机上の空論になる可能性が高い。「在宅ケアに実際関わっている緩和ケア専門家」とは、在宅緩和ケア充実診療所（できれば病院ではない方がよい）の医師だと考えている。

2. 地域緩和ケアセンターのありかたについて、2007年に示した私の意見

以前、「在宅緩和ケア支援センター（当時の呼称?）」が厚労省内で検討されているという情報を得る機会があり、当時の担当技官の菊岡修一さんに私の意見を述べたことがある。菊岡さんにはそれを Open することの了解を取ったので、紹介したい。ただし、9年前の文章であることをご理解いただきたい（次頁囲み資料参照）。

3. 地域緩和ケアセンターに対する提言

緩和ケアに関する在宅医療機関への支援は非常に重要であり、その任は基本的に在宅緩和ケア充実診療所があたるべきだと考えている。繰り返しになるがその理由は、在宅の事情を知らない施設の緩和ケアの専門家では在宅ゆえの問題（たとえば独居患者の服薬コンプライアンス、オピオイドの破棄の問題など）を把握できず、相談しても無駄とすることになる。

地域緩和ケアセンターの制度作りにあたっては、在宅緩和ケアの質の向上と普及と言う視点を重視すべきであり、在宅緩和ケアの専門家（在宅緩和ケア充実診療所の医師）を検討委員の中に加えるべきだと考えている。

在宅緩和ケア充実診療所が地域緩和ケアセンターの任を担うかどうかの議論はさておき、在宅緩和ケア充実診療所の地域における緩和ケアの指導的役割（アドバイスをする、継続して診ることが難しくなった患者を引き受けるなど）を診療報酬の中で評価すべきであると考えている。

在宅緩和ケア支援センターに関する私信

菊岡様が「在宅緩和ケア支援センター」の担当をなさっていらっしゃるという、メールしている次第です。

この構想は御承知のことと存じますが、4、5年前熊本で開催された看護サミットの中で、私が今後のわが国における在宅ホスピス・緩和ケアのあり方について講演した中で、提案したものです。その後、この構想を参考にした検討が厚労省で行われている事を人づてに聞いておりましたが、具体的な構想、どのような形で構想を実現化しようとしているのか、この構想を発表したものとして、興味を持っています。私が一番心配していることは、現場から離れて話が進むこと、すなわち PCU 主体でことがすすんでいるのではないかと、言うことです。杞憂であればよいのですが、そもそもわが国の在宅ホスピス・緩和ケアが長い間足踏みした背景には、PCU 主導の下に在宅ケアを普及させようとした経緯があります。

社会保障審議会の席や、先日ありました自民党医療部会、その他で私が PCU の問題として指摘したことのひとつは、日本において PCU は地域に全く開かれた形で活動を行っていない、ということです。この点は、厚労省の方々にプライベートな形で語ったことがあります。私の申し上げたかったことは、在宅に関しては PCU が中心となって話を取りまとめることをやめなければならない、ということです。私が当初考えていたこと（今も変わらないのですが）は、あくまで在宅のことは在宅の専門家が中心になって進めなければいけないということです。詳細は 2004 年のホスピス緩和ケア白書に書いておりますので、特に関係するところをここに示します。

「今後の方向 末期がん患者の在宅ケアをわが国においてこれから充実・発展させるためには、地域ごとに在宅ホスピス・緩和ケアの拠点となる施設（在宅緩和ケアセンター）を全国展開することが必要である。その機能を以下に挙げる。

- 1) 病院と診療所の連携の橋渡しを行う。そのため、センターにおける相談業務を充実させる。
- 2) 診療所医師への専門的アドバイスを行う。そのことにより、地域における在宅ホスピス・緩和ケアの質を高める。すなわち、末期がん患者の在宅ケアを支えるすべての医療機関が、死に近く患者と家族を支える適切な医療に精通し、提供する医療、ケアの質を高めることである。
- 3) 地域住民を対象とした啓発活動や、医療者、医学生・看護学生を対象とした教育活動を行う

また、在宅緩和ケアセンターの要件には、次のようなことが想定される。

- 1) 一定規模の在宅ホスピス・緩和ケア（月 2 件以上の在宅死を扱う）を実践すること。センタ

ーは単なる情報提供機関、斡旋機関ではなく、実際の在宅ホスピス・緩和ケアをそこで行っていることが重要である。

- 2) 在宅緩和ケアセンターではホスピス・緩和ケアとしての質の保証がなされていること。
- 3) 在宅緩和ケアセンターは Interdisciplinary team によって組織されていること。特に、専門看護師（訪問看護ステーション）の参加があることが重要である。

在宅ホスピス・緩和ケアの今後の課題には、在宅ホスピス・緩和ケアの基準の普及やケアの質の標準化、ケアを担う医療者の育成、医学や看護学教育における在宅ホスピス・緩和ケア教育、一般の人々に対する情報提供などが挙げられ、解決しなければならないことが多くある。その解決の鍵を握っているのが、在宅緩和ケアセンターの普及である。

わが国において末期がん患者が安心して安楽に最期まで家で過ごせるようになるまでの道のりは確かに遠いが、重要なことは、わが国において数こそ少ないが、すでにそのような機能を持った診療所が現実に存在し、患者の居宅をベースにした地域のホスピス・緩和ケアを提供していることである。このような診療所、PCU の中で在宅ケアに力を入れているものなどを基盤にして、在宅緩和ケアセンターの機能を充実発展することが、在宅ホスピス・緩和ケアのこれからの課題と言えよう。」

本物の在宅ホスピス緩和ケアを日本に打ち立てる第一歩が、在宅療養支援診療所の登場で始まりました（内容的にはまだまだです）。現場から離れず、地に足のついた制度を考えていただきたく、ながながと意見をのべさせていただきました。

川越厚

VIII. 末期がん患者の生活を支える、介護保険制度の問題

1. 介護保険の制度 Design と在宅末期がん患者の問題

1) 制度設計上の問題

2000年4月に始まった介護保険制度は、Long Term Care Insurance の英訳が示す通り、本来、病弱な高齢者などを対象とした“長期に及ぶ生活支援”を目的としている。しかし、在宅末期がん患者（余命の中央値が約30日）にもこの制度をほぼそのままの形で適用しているので、現段階では様々なひずみが現場で発生している。たとえば、介護認定の問題がある。

介護保険による給付サービスを受けるためには、介護認定と言う一定の手続きを踏まなければならない。問題は、一般の高齢者と横並びに末期がん患者の介護申請を受け付けると、介護度の認定が出た段階で要介護度が上がっているだけではなく、患者がすでに亡くなっている、と言うような事態が発生することである。

幸い厚労省からの通達によってこの問題はかなり改善されたが、具体的なやり方は自治体によって温度差があるので、完全な問題解決には至っていない。末期がん患者の介護認定に関しては、たとえば“申請のあった時点で要介護2と認定する”など、別の形を検討すべきだと私は考えている。

そのほか現場から見て、介護保険サービスに関する問題には以下のようなことがある。

2) 地域包括ケアの”包括“の問題

現在わが国では、地域包括ケアという概念で在宅ケアが整備されつつある。これは在宅ケアが患家などを舞台にした地域ケア（Community-based care）の形で、包括的に（Integrated care）ケアが提供されることを意味する。このシステムは優れているが、現状ではどこの誰がケアの Integration を行うか、と言う問題を抱えている。

医療行為は法律上、医師を頂点とするトップダウン（いわゆる Multidisciplinary Team Approach）の形をとって行われるので、組織の統合性は保証されている。つまり医療行為を行う上での責任体制は明確であり、専門職間のトラブルも生じにくい。これに対して介護保険法では、生活支援を行う上での役割分担は比較的はっきりしているが、組織決定や責任体制が曖昧である。

このことと関係するが、地域包括ケアにおける医療と介護の連携はどうあるべきか、という大きな問題がある。対象となる利用者の疾患（がんか非がんか）により、医療と介護の連携は問題の深刻度が違う。

非がん患者では介護の比重が高く、行われる医療には時間的な余裕があり、しかも急を要する事態は少ないので、医療と介護の連携には時間的なゆとりがある。地域包括ケアの現行の形（福祉が調整、連絡を取る）で充分対応可能だと考えて良い。

これに対して在宅緩和ケアのマネジメントでは、短い経過で死を迎える患者を対象としているので、速やかなサービス提供が重要となる。ケアの Integration は、当然医療職が担うべきである。

在宅緩和ケア充実診療所はその性格上、地域における在宅緩和ケアのハブ的役割を果た

す可能性が高い。それ故、“がん患者の地域包括ケア”では PCU やがん診療拠点病院などと協働した形で、在宅緩和ケア充実診療所が中核となるべきだと筆者は考えている。このことによって、“医師、あるいは看護師主導”の Integrated Care が実現することになる。

3) 医療介入が必要な患者に対し、その導入が遅れる問題

介護保険制度では“利用者の希望”を重視し、必要な場合には主治医に意見を求めることが明記されている（運営基準第十三条十八号関係）。この原則に従うと、利用者が医療サービスを希望しない場合、介護支援専門員はそのことをもって（あるいは自己評価を加えて）、在宅医師につながないという事態が現実には発生している。事実このような事態は現場で頻発しており、結果的に医療の入るタイミングが遅れることになる。

問題となるのはがん患者の場合で、その主な理由は患者の年齢が若く、しかも最期まで ADL が自立していることにある。そもそも患者心理の問題として、末期がん患者の多くは病院の医師から告げられたこと（不治であることなど）を認めようとはせず、病院から離れても「まだ自分には在宅医療は必要ない」と言って、訪問診療や訪問看護を拒否するケースが多い。

しかし現実には治癒不能がん患者に残された時間は大変短く、5 人に 1 人は 1 週間以内に、3 人に 1 人は 2 週間以内に、半数以上は一か月以内に死亡する（図 4）。この重い Evidence を福祉職が理解するのは難しい。医師の介入が遅れたため、患者は痛みや呼吸苦などで苦しむだけでなく、そのまま家で死亡して検死(!)になることも現実には起きている。

治癒・延命不能のがん患者に対しては、病院と診療所の医師間の連携を必ず担保する必要があり、連携にあたっての最優先事項と考えなければならない。

4) 介護支援専門員への権限強化？の問題

居宅介護支援の基本方針には、「介護保険の給付が医療との連携に配慮すべき」、と明記されている（法第 2 条関係）。しかし、地域包括ケアで“医療との連携”の鍵を握っているのは地域包括支援センターであり、介護支援専門員である。問題はその任に当たる多くの者が医療者ではないこと、そこへ様々な権限が集中していることである。そのため、理解に苦しむような出来事が現場でしばしば発生している。

住宅改修などは患者とケアマネとの間で決まるが、医師の目を見て 1 週間も生きられない患者宅へ、退院前に工事が入り立派な手すりなどが取り付けられることがある。これは明らかに無駄な工事と言わざるを得ないが、医療者抜きでこのような工事が行われる現行のやり方は改めなければならない。

現場では、もっと深刻で重大な問題がしばしば起きている。家族と介護支援専門員だけで、在宅医療を開始するか、あるいは継続するかどうかというような重要な話し合いがなされ、決定されることがあるのである。決して珍しいことではない。介護支援専門員の本来の任務はサービスの「連絡調整役」である（法第 7 条第 5 項関係）が、実際には医療支援の必要までをアセスメントし、結果的に“サービス導入決定者”となったり、“在宅ケア中止の決定

者”となっている。

在宅医療の導入や入院の判断などは医師でも迷う場合があるので、介護支援専門員が主導する現行の形がよいのかどうか、広く意見を求めて検討する必要がある。

5) ヘルパーなどの介護職が医療行為を行う問題

残念なことであるが在宅ケアの現場では、ヘルパーが与薬などの医療行為を行なう問題が起きている。これは明らかに医師法、保助看法などの法律に抵触するが、気がかりなのはそのような認識を介護職だけではなく、訪問看護師などの医療職も持っていないことである。

訪問看護師からの伝聞であるが、ヘルパーが薬袋からレスキュー用のオピオイドを取り出して患者に渡したり、モルヒネ坐剤を挿入したりすることもあるとのこと。訪問した看護師が気付いて注意すると、「患者が苦しんでいるから、患者の依頼でやったこと。何が悪い」と逆に食って掛かれたとのことだった。

違法行為だからと言うだけではなく、時に患者の生命を危険に晒す場合もあるので、「親切心でやった」と言うのは、自らの行為を正当化することにはならない。この種の問題に対しては、一定の指針を示す必要がある。

2.具体的な提言

在宅緩和ケアの現状の問題解決は、介護保険法の法改正にまで踏み込まなければならぬのか、あるいは運用面の工夫で対応できるのか、素人の私には判断できないが、現場の立場での問題解決へ向けての具体的な提言を行いたい。

1) がんと非がんとを区別した制度運用を検討すること

在宅緩和ケアの対象となるがん患者が、介護保険法に基づく各種のサービスを利用しようとするときもっとも重視しなければならないのは、“余命が非常に短い（半数以上の患者が1ヶ月以内に死亡する）”と言うことである（図4）。医療依存度が高いと言っても、非がんの場合（たとえばALSなどで人工呼吸器をつけた患者など）とは大きく異なる。

従ってサービス利用のための Time lag は許されないし、不必要なサービスは省かなければならない。

2) “治癒不能状態”という主治医の診断を重視し、介護認定作業を省略する

既に治癒不能状態のがん患者の臨床的特徴で述べたように（p3）、診断時点で患者が元気であってもその後 ADL は急激に悪化し死に至る。例外的に長期生存する患者（1%の患者が1年以上にわたって生存）も存在するが、このような方は介護保険サービスを利用することはまずないし、あるとしても死亡直前のことである。

このような臨床的特徴を有する患者の介護認定作業なので、経費の無駄を省く意味でも、その手続きをはできるだけ簡略にすべきである。“治癒不能状態”という主治医の診断を重視

し、それをもって介護認定作業を簡略化することが可能であれば、それがベストの方法だと考えている。

3) がん患者の場合、医療から医療への連携を最優先する

がん患者で最優先しなければならないサービスは、医療サービスである。福祉職が医療と医療の間に入ることによって生ずる混乱（時間的な無駄、必要な情報伝達の漏れ、不必要な工事の施行など）は、省かなければならない。

患者が治療病院を退院して地域へ帰る場合、地域包括支援センターや介護支援専門員が患者と最初に関わる現在の形は、特にがんに限っては改めなければならない。医療から医療への連携を保証し、最優先するシステムを新たに作るべきである。

4) がん患者の場合、地域包括支援センターの機能は在宅緩和ケア充実診療所が代行する

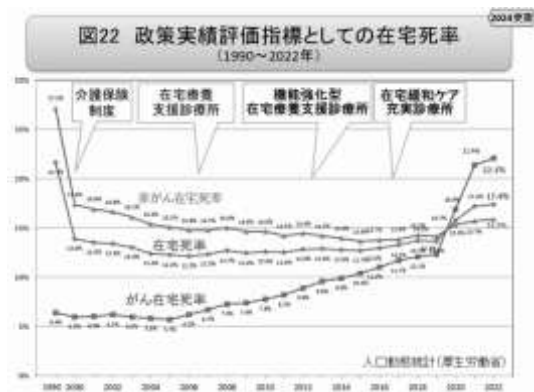
以上述べたこと（上記1）～3）を具体化する場合、がん患者の場合、地域包括支援センターの機能は在宅緩和ケア充実診療所が代行するのが現実的と考えている。そのような診療所が無い場合は、暫定的に地域包括支援センターがその機能を代行するという形ができるのではないかと思う。

これはあくまで参考意見として受け止めていただきたい。

おわりに

在宅緩和ケア充実診療所が制度化されたことにより、在宅緩和ケアのこれからの方向性が示された。これまでの調査では、在宅緩和ケア充実診療所の施設基準のひとつである在宅死数を満たした診療所が既に多くの診療所が各地で展開しているが、地域におけるこの診療所の普及と活用が、これからの課題である。

最後に、在宅ケアの今後は、非がん患者の在宅ケアをどうするか、が最も問われる課題であることを付記しておく（図22）。



以上をもって私の Presentation を終えたいと思うが、あくまで現場しか知らない在宅ホスピス医の感想を交えた文であることをまず申し上げたい。まだまだ書き足りない部分もあるし、また専門家の目から見れば「なんと愚かなことを」と思う箇所もあると思うが、どうぞお許しを願いたい。

なお、この文書では“在宅ホスピスケア”を“在宅緩和ケア”と同義に用いていることを付記する。

川越厚