

6. 在宅緩和ケアの現状と展望

川越正平

(あおぞら診療所)

はじめに

医療の本質的な役割とは、臨床経過を患者とともに歩み、生ある限り支援や助言を行うことにある。疾病や障害などの健康問題が、人の人生を大きく左右することがある。医学はその進歩に伴い、複雑化、高度化する一方である。結果として、患者が消費者として商品を選ぶように医療を選択することは不可能に近い。

一方、終末期や看取りの支援だけが緩和ケアでないことは自明である。また、がん患者だけが緩和ケアの対象でないことも言うまでもない。緩和ケアは、予防やリハビリテーションと同様に、医療全分野の根幹に位置づけられる基本的な要素だと捉えるべきである。

なお、「在宅医療」という言葉は、医療提供の場所を示しているにすぎない。その本質は、居宅で医療を提供するという狭義の意味にとどまらず、「生活の視点」に基づくアドバイスを提供することにあり、さらに「人生をどう生き抜きたいのか」という意思決定を含めて継続的に支援することにある。本稿では、これらの要点に focus する形で在宅緩和ケアのこれからの 10 年を展望し、私見を述べたい。

End of Life のあらゆる患者が緩和ケアの対象である

わが国の人口は、2005 年以降減少局面に突入している。その一方で、高齢者は増加の一途をたどっており、2016 年 10 月時点において 13.3% (1,691 万人) であった後期高齢化率（後期高齢者数）は、2025 年には 17.8% (2,180 万人) になる

と予測されている（平成 29 年版高齢社会白書）。内閣府が行った高齢者の健康に関する意識調査（2012 年）によれば、最後を迎えたい居場所について、国民の 55% が「自宅」を希望している。死亡統計からみると、在宅死亡数は一貫して減少傾向が続いていたが、年間 12.7 万人であった 2004 年を境に上昇に転じており、2016 年には 16.9 万人（在宅看取り率 13.0%）まで漸増傾向にある。

死因別では、2011 年に肺炎が脳血管疾患に代わり、日本人の死因第 3 位となった。高齢者の誤嚥性肺炎がかなりの割合を占めるものと思われる。注目すべきこととして、死因第 5 位の老衰が近年急速に増加していることが挙げられる。遠からず死因第 3 位に浮上する可能性がある。英国では 2015 年に認知症が死因の 1 位となっており、国を挙げて認知症対策に取り組む機運がいつそう高まっている。ちなみにわが国では、2015 年に女性の死因 9 位に血管性等の認知症、10 位にアルツハイマー病がそれぞれ浮上しているが、彼らの違いは、死亡統計手法の異同が関与しているものと思われる。わが国でも、死因が肺炎や老衰と診断されている死亡者に、脳の変性疾患である認知症がその死の原因として深く関与している事例が相当割合にのぼるものと予想される。

国民に対して、認知症が死に至る病いであるという啓発を丁寧に行うとともに、医療従事者も認知症ステージアプローチの概念を理解し、認知症が緩和ケアの対象であることを明瞭に認識する必要がある。特に、記憶障害のため意思決定が難しくなることから、本人の尊厳を尊重するための継続的な関わりがきわめて重要になることを指摘しておきたい。

「生活」が疾病の臨床経過に大きな影響を及ぼす

現代の医学によって克服され完治する疾患と、急激な転帰を経て死に至る病態を除き、その他の治癒には至らない疾患は、慢性の経過をたどることになる。そのような病いを持ちながらも、人は当然のことながら、人生の大半を自宅など生活の場で暮らす。入院というライフイベントは、あったとしても、長い人生において一時期を占めるに過ぎない。

生活が大きな影響を及ぼす慢性の疾病は、生活習慣病だけではない。たとえば、便秘や腹部膨満、不眠に苦しむがん患者や、体を動かす機会が減って廃用筋萎縮がさらに身体機能を低下させてしまう神経難病患者、摂食嚥下障害のために低栄養の進行や肺炎リスクの上昇を招いてしまう高齢患者など、例を挙げれば枚挙に暇がない。このように、食事や排泄、睡眠、移動、清潔、喜びなど「生活」の要素が、慢性疾病の臨床経過に大きな影響を及ぼすことから、「生活の視点」が問題解決の糸口として重要になる。

治療の主座が入院から外来に移行した結果、生活が見えづらくなった

医師は患者を包括的に把握して適切な治療方針を立て、効果的な療養指導を提供すべきである。入院の場合、バイタルサインはもちろん、食事や排泄、睡眠、身体活動、心理状態に至るまで、「生活」のほぼすべてを、看護師による細やかな観察に基づき、経時的に把握することができる。しかしながら、医療の主座が入院であった時代は終わり、現在は在院日数の短縮化や外来外部化が強力に推進されている。

外来でそのような包括的な指導を実践することは、現在の人員配置と環境設定では困難を極める。外来医療への看護師の関わりは病棟医療に比べるとはるかに少なく、医師が1人の患者に提供しうる診療時間にもかなりの制約がある。結果的に、外来で行われている医療は、採血や画像検査の結果に基づく治療方針の決定とその説明にとど

まっているかもしれない現実がある。

このように、外来診療の場合、病院を“ホーム”とする医師が不得手とする「生活」という（“アウェー”の）事象を把握する必要が生じるが、そのための経験や技量を有する病院医師は乏しいといわざるを得ない。在院日数短縮化を目的とした施策がさまざま講じられた結果として生じている事態である。本来は、集学的機能を提供するために、外来医療のシステムや構造の改変が講じられるべきであったが、いまだなされていない。

地域包括ケアのキーワードとしての垂直統合

地域包括ケアシステムの構築が、国策として推進されるようになった。そのキーワードとして、水平統合と垂直統合が挙げられる。水平統合とは、医療多職種間の連携や医療・介護連携のことを指す。一方、病院医療と地域医療の効果的な連動を図ることを垂直統合という。

病院の医療にも「生活の視点」が本来必要不可欠であるにもかかわらず、その視点が欠落している場合が多いことについては、すでに述べた。しかし、病院の医療が「生活の視点」を十分に持っていないことは、病院医療従事者の怠慢ではない。日進月歩で高度先進化する医療に対応すること、複雑化する医療を遂行するにあたり安全を担保し続けることなど、数多くの負担が現場にのしかかっていることが大きな理由と言えよう。そこで、この課題を解決するアプローチの1つとして期待される「がん患者2人主治医制」について解説する。

2016年に厚生労働省が設置した「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」でとりまとめられた「議論の整理」において、「切れない緩和ケアの提供と質の向上に資するため、早期から地域医療を担う医療従事者が病院での医療に関与する体制（がん患者2人主治医制）を検討すべき」と述べられている。「がん患者2人主治医制」とは、化学療法などを担当するがん治療医に加えて、患者の自宅から受診しやすいかかりつけ医を構える併診体制のことである。かか

りつけ医も通院可能な時期は外来で診療することがイメージされている。

在宅医療に取り組むかかりつけ医は、生活の視点を有し、患者家族が抱える臨床命題を疾病にとどまらない切り口で総合的に把握し対応することに長けている。具体的には、たとえば糖尿病や慢性腎臓病など生活や環境に関するアドバイスが不可欠な併存疾患について、その管理を担当する。また、発熱などの変化があった場合、患者はまずかかりつけ医の診療所外来を受診する。上気道炎などの軽微な急性疾患なのか、肺炎等の重篤な合併症なのか、化学療法副作用や腫瘍熱等がんに関連する症状なのかについて、大まかな見極めまでを担当する。必要に応じてがん治療医に連絡し、速やかな対応につなげる。

さらに、がん治療医の依頼に基づいてがん診療の一翼を分担する。たとえば、化学療法から2週間後の採血をかかりつけ医の診療所で実施し、その検査結果ががん治療を担当している病院に伝達される。患者は病院に通院することなく、「白血球数が減少しているから、次の化学療法は1週間延期する」という判断を受けて、外来予約を変更することが可能になる。

もっと早い時点で患者に出会うために在宅医が「2人主治医制」を推奨する

適切な医療ケアを提供するためには、患者と短くない月日を共有して関わるのが本来望ましい。しかし、病院の医師・看護師や医療ソーシャルワーカー、そして地域の介護支援専門員は、「通院が困難になったから在宅に紹介しよう」と発想する傾向がいまだ根強い。本稿の冒頭で、終末期だけが緩和ケアの対象でないことを述べたが、紹介された患者に真摯に在宅緩和ケアを提供しているだけでは、最後の1カ月を担当することが多いという状況が10年後も変わっていない恐れがある。つまり、従来の枠組みに捉われることなく、在宅医がもっと早い時点で患者に出会うために、2人主治医制を推奨する必然性や責任がある。

2016年の改定で在宅医療のみを提供する医療機関が診療報酬上認められたことにとらわれる必

要などない。通院可能な身体状況の患者を積極的に引き受け外来診療をスタートさせ、継続的に付き合う。そうすることによって、早期からの緩和ケアの提供も、継続的な意思決定支援も実現できる可能性を高めることができる。そもそも、人生の進路を左右する重要な意思決定は、生活の場において一定の時間をかけてなされるべきであろう。

在宅医療に取り組むかかりつけ医なら、実践を通じて地域のさまざまな職種と連携実績を積み重ねていることから、外来患者に対しても、必要に応じて多職種チームの関わりを提案することができる。このように、主たる疾病の診療を担う病院主治医以外に、在宅医療に取り組み、「生活の視点」を有するかかりつけ医が併診する「2人主治医制」を、在宅医側から病院に粘り強く働きかける必要がある。

地域を1つの“バーチャル病院”と捉えて多職種協働や機関間連携を促進する

病院では、2002年以降、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、感染制御チーム、栄養サポートチームなどの病棟横断的な機能が診療報酬に位置づけられて、現在に至っている。複数の疾病や複雑な病態を有する入院患者が増加の一途をたどる中、狭義の治療にとどまらず、集学的ケアが必要とされるに至ったからである。このことは深い意味をもつ。今日、集学的ケアが必要とされる患者は、入院患者だけのはずがない。外来患者にも、在宅で療養する患者にも必要なはずである。しかしながら、それが制度化されていないだけだと言えよう。

在宅医療への理解を促すために、「地域が病棟である」という説明は、1990年代からなされていた。その後、在宅医療推進の旗印の1つとして多職種協働が叫ばれるようになり、介護保険の文脈で医療・介護連携の意義が強調されるようになった。今後はさらに1歩踏み込んで、地域を1つの“バーチャル病院”と捉えることを提唱したい。そうすることによって、地域で活躍するあらゆる専門職種が、所属する機関を超えて“同僚”

として医療介護多職種チームを形成し、一丸となって患者に医療ケアを提供することを目指す。そのためには、地域に存在する医療機関はもちろんのこと、各職能団体や、市町村行政などもその構成要員だと、お互いを認識する必要がある。地域 ICT などの基盤整備も確かに必要だが、共に協働する機会の増加や理念の共有が、その成否の鍵を握る。

多様な「住まい」と介護サービスの選択肢を把握し患者の事情に応じて使い分ける

「生活の継続が難しくなってきたから、在宅療養を断念して入院する」という申し入れに基づき、患者の最後の療養場所を単純に「病院」と決定することは避けたい。地域における病院以外の選択肢について一定程度精査して、検討の俎上に上げるべきである。たとえば、介護上の困難が在宅療養断念の主たる理由である場合には、住み慣れた地域の中で居住系施設に住み替えるという選択肢が存在する。「住まい」場所の選択肢としては、グループホームや介護付有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅などがある。いずれも、住宅に分類される類型で在宅医療を受けることができる。一方、特別養護老人ホームには嘱託医が配置されている。いずれの場合も、住み慣れた近隣の地域内で住み替えることを「地域居住」と呼び、推奨するべきである。

もちろん、「住み替える」だけが選択肢ではない。従来から制度化されているデイサービスやショートステイに加えて、近年制度化された小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護などのサービス類型、さらには地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟が提供するレスパイト機能をも活用しつつ、自宅と自宅以外の居場所を行き来する工夫が、在宅生活を継続する知恵や選択肢として重要になる。今後は、そのようなあり方を「ときどきお泊まり（入院）、ほぼ在宅」などと表現し、地域ごとに在宅限界点を高める戦略を立て、関係者への

周知を図る必要がある。

「いのちの尊さ」について緩和ケアに従事する医療者が市民に働きかける

わが国のがん検診受診率は、4割程度と低迷が続いており、この数字は先進諸外国と比べ大きく劣っている。また、入院が医療の中心を占めるようになっていった歴史により、現在では死亡場所の8割が病院になっている現状がある。結果として、家庭内で間近に家族の闘病や死を経験する機会が極端に減少してしまった。これは、死亡する当事者のみならず、共に暮らす家族や地域社会にとっても、貴重な機会を喪失していると言える。このようなわが国の医療提供体制や受療動向、死亡場所の変遷を踏まえて、市民に対して「いのちの尊さ」に関する啓発を行うことが、緩和ケアに関わる医療者の重要な役目になっていくであろう。

「いのちの尊さ」について市民に働きかける方法として、市民向け講演会やシンポジウムはこれまでも各地で開催されている。しかし、講演会等の形での啓発の限界として、取り上げられるテーマに関心を有する市民は参加するものの、関心のない市民にはそのねらいが届かないという点が挙げられる。一方、2007年に施行されたがん対策基本法を契機として、がん教育に関する検討が進められてきた。そして、2017年3月に告示された次期学習指導要領「生きる力」において、中学校の保健分野である「健康な生活と疾病の予防について理解を深めること」という項目に、「がんについても取り扱うものとする」と明記されるに至った。これにより、義務教育の現場である学校を市民向け啓発の場と位置づけうる条件が整ったと言える。「いのちの尊さ」について、緩和ケアに従事する医療者が市民に働きかける意義はきわめて大きい。10年後には、緩和ケアに従事する医療者による健康啓発活動が広く全国で行われるようになっていくことを願って、本稿を閉じたい。