

## “有床”在宅療養支援診療所が在宅ホスピス推進に果たす役割と課題

グループならの杜 たんぼぼクリニック

中井 祐之、新藤 哲、斎藤 純一、千葉 洋子、今野 靖志

### I. 調査・研究の目的・方法

#### 1. 研究の背景と目的

末期がん患者の緩和ケアと看取りを行う専門施設としての緩和ケア病棟は2007年12月現在全国で178施設3400床余りが稼働し、年間の看取り総数は約11,300人と推定されるが<sup>1)</sup>、全国で年間32万人の癌死数に対して、これらの緩和ケア病棟に対応できる数が極めて限定されているのは明白である。大多数のがん患者の看取りは最終末期になって急性期病院に短期間入院するか、あるいは療養型病床への中長期的に入院するなどの形で行われる。そのほかに無床診療所や有床診療所(有床診)が在宅や入院での看取りを行っている。

2006年、がん患者の在宅看取りも含めた在宅医療の推進をはかるために在宅療養支援診療所(支援診)が診療報酬に導入された。国内で約10万の診療所の1割にあたる1万1000余りの施設が支援診の届出を行い、年間3万2000人の看取り(良性疾患を含む)をおこなったとされる<sup>2)</sup>。脳血管障害や認知症などの高齢者を対象とする介護の比重が高い在宅療養と比較して、がん患者の終末期の緩和ケアと看取りまでの在宅医療は多彩な症状に対する質の高い医療と看護の知識や技術が要求されるため、届け出を行った診療所の70%以上を占める一人医師体制の無床外来型診療所が

24時間体制で対応するのは困難であり、複数医師を擁する在宅専門の診療所や緩和医療に特化した支援診に集中しているのが実情である<sup>3,4)</sup>。そのような専門的支援診の場合でも全ての例を在宅医療のみで完結できるわけではなく、病状の進行にともなう患者や家族の不安、介護者不在などの理由から終末期には入院を希望する例は少なくない。専門的緩和治療や合併症などによる緊急時の治療を行う一方、家族のレスパイトのための入院をも可能とするような自由度の高い小規模入院施設が在宅医療推進の拠点として、地域の在宅医と連携するならば、がん患者やその家族にとって緩和ケアと看取りの場の選択肢が広がり、在宅医療の推進にもつながるものと考えられる。

現在、有床在宅療養支援診療所として在宅ホスピスケアと施設緩和ケアを実践している施設が当診療所も含めて国内各地に開設されている<sup>5)</sup>。これらの施設はそれぞれ開設の動機は異なると思われるが、病院と診療所の間施設として末期がん患者の入院需要の一部を分担している点で共通の活動をしていると考えられる。しかし現行の診療報酬制度下では有床診療所(有床診)の採算性は構造的に成り立たない現状にあって、いずれの施設も厳しい運営を強いられているものと推定される<sup>6)</sup>。

本研究は入院緩和ケアと在宅ホスピスケア

アの機能を持つ“有床”在宅療養支援診療所の診療形態が、緩和ケア病棟、一般病院につぐ第3の形態として成り立ち、癌緩和ケアと看取りの場として推進可能なものであるのか、研究者らのクリニックにおける自験例をとおして 1) 入院または在宅緩和ケアと看取りの現状、2) 入院患者あるいは在宅患者の家族・社会背景、3) 地域の医療関連施設との連携状況、4) 施設経営における採算性、の視点から有用性と課題を検証することを目的とする。

## 2. 研究方法

2008年4月1日から9月30日までの6カ月間に当院で通院、在宅又は入院医療を開始した全がん患者を研究対象として登録し、(1) 日常診療供用及び研究の目的で作成した問診票及び診療録に基づいて入院又は在宅医療選択についての集計とその理由の調査、(2) 登録患者の転帰と療養の場、(3) 当院と診療形態が共通する有床在宅療養支援診療所へのアンケート調査、連携する訪問看護ステーションに対する聞き取り調査に基づくがん終末期医療費の実態分析、(4) 他施設との連携状況の分析、(5) 遺族への入院、在宅満足度アンケート調査(登録患者のおおむね90%の看取りが終了した後に実施予定)、について資料に基づいて解析する。

## II. 調査研究の内容・実施経過

### 1. 研究成績

症例登録期間の6カ月間に当診療所を初診し、登録されたがん患者は79例である。患者背景因子は男40、女39、平均年齢73(49～91)歳、癌種は肺癌27、大腸癌11、肝・胆・

膵の癌11、食道癌6、乳癌5、胃癌、前立腺癌各4、その他11例であった。これらの患者の療養の場は全経過を入院で過ごしたものの26例、在宅療養のみ17例、1度以上在宅療養と入院を経験したものの20例、外来通院後に入院したものが7例で、現在9例が外来通院して生存中である(表1)。

### 1) 初診時間診における入院又は在宅医療の希望とその選択理由

初診時間診票で得られた回答の集計結果(表2)をみると、患者が希望する療養の場は入院が16例、在宅が27例、希望不明または未記載が36例であった。一方、家族側の希望は入院39例、在宅24例、不明または未記載が16例であった。患者の入院希望の理由としては、自宅にいた場合に病状の変化に応じた治療を必要時に受けられるかどうか不安「病状に対する不安」が半数の8例、「在宅では家族に迷惑をかける」が4例あり、在宅療養について必ずしも十分な理解がないまま漠然と不安を持っていることがうかがわれた。在宅療養希望の理由として「在宅死を希望」が12例、「家族に入院費の負担をさせたくない」が1例で、残りの半数はまだ入院したくない、あるいは入院しなくてもいいという消極的な理由から在宅を選択していると推察された。家族側が入院を希望する理由としては、独居、夫婦二人暮らしなどで「介護力がない」19例、自宅で病状悪化した場合の恐れや対応法の不安など「病状に対する不安」が17例であり、患者本人よりも介護を担当する家族側に在宅に対する不安が強くて入院を希望する傾向がうかがわれ、これらの結果は癌の末期になったら入院、という

表1 登録患者の背景因子（登録期間：2008年4月1日～9月31日）

登録総数	79		
男	40	紹介元	
女	39	癌治療専門施設	66
		個人病院または診療所	12
年 齢		紹介なし	1
90～	3		
80～	18	療養の場	
70～	30	入院のみ	26
60～	17	在宅のみ	17
50～	10	在宅+入院	20
40～	1	外来通院後入院	7
平均年齢	73.0 (49～91)	外来通院中	9
癌の原発臓器		転帰	
肺	27	入院死	44
大腸	11	在宅死	18
肝・胆・膵	11	転院	8
食道	6	通院中	9
乳腺	5		
胃	4		
前立腺	4		
その他	11		

表2 初診時における患者と家族が希望した療養の場

患 者		家 族	
入院	16	入院	39
在宅	27	在宅	24
希望不明、未記載	36	希望不明、未記載	16

一般社会の通念を反映しているように思われた。家族が在宅での看取りを考えて在宅療養を希望したものは8例、入院医療費の負担困難が4例であった(図1)。

登録患者のうち70歳以上の高齢患者51名についてその家族構成をみると一人暮ら

しが7例、夫婦二人暮らしが18例、計25例であり、介護保険による公的資源を最大限に利用したとしても、夜間の介護や症状変化への対応などの面で在宅医療継続が困難な例が半数を占めているといえる。25例中20例が入院死であった。

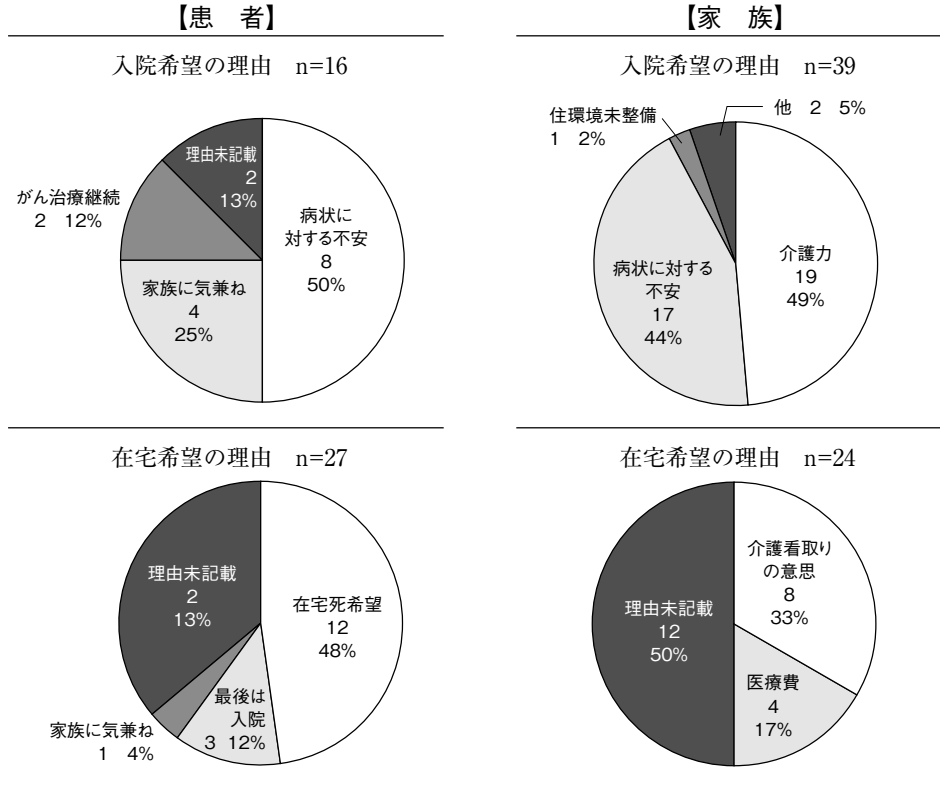


図1 希望する療養の場とその理由

2) 登録患者の看取りの場 (表3)

2009年2月15日現在の転帰は死亡が62例、そのうち入院死が44例(当院看取り数の71%)、在宅死が18例(同じく29%)、転院8例、生存9例であった。転院例も全員転院先で死亡しており、全体の入院死率はさらに高いことになる。入院死44例中、

本人が在宅医療を希望していた27例中結果的に入院して亡くなったのは12例であった。当初からの入院希望は10例、不明22例であった。在宅死した18例では初診時から在宅を希望していたものが半数以上の10例、入院希望が2例、不明が6例であった。

表3 登録症例の転帰

		初診時に希望した療養の場		
		在宅	入院	不明
入院死	44(71%)	12	10	22
在宅死	18(29%)	10	2	6
転院	8	2	1	5
生存	9	4	1	4

### 3) 医療費

がんの終末期で比較的病状が安定した時期に、当院から訪問診療と連携訪問看護ステーションから訪問看護を週1回それぞれ行うことを想定した場合、その医療費は診療報酬請求ベースで平均11,540点と算出された。一方、この期間の入院を想定すると、入院医療費は入院基本料と各種の加算を合計して22,840点(検査、薬品費など除く)となる。すなわち在宅医療費が入院医療費の2分の1以下であり、週1回程度の訪問診療で経過観察が可能な病状安定期には在宅の医療費は入院のそれを下回り、国の医療費抑制政策を実現している形になっている。

しかし、終末期および看取りの時期に入ると、当然のことながら症状緩和のため高頻度に訪問医療と訪問看護が必要となり、それに伴って医療費が上昇する。当院と同形態の有床在宅療養支援診療所3施設と当院における死亡2週間前の期間に区切った診療報酬請求額をサンプル抽出した結果、在宅医療で平均21,940点、入院では同じく平均25,390点と計算された。在宅医療ではこの他に死亡前の2週間は訪問看護ステーションから医療保険を使用してほぼ連日訪問看護を行うことが必須になる。当クリニックと連携する訪問看護ステーションから提供された請求金額の資料によれば2週間分の請求額は平均13,100点と算定されている。このほかに指導料、ターミナルケア加算などが付加されると在宅医療の場合には死亡前2週間で総計40,000点以上の医療費がかかると推定された。すなわち、終末期の緩和ケアと看取りを在宅で行う場合に約40,000点の診療報酬請求がなされ

るのに対し、入院の場合には上記の結果の様に22,000点弱の診療報酬請求にとどまっているのが有床診の現状である。ちなみに22,000点の診療報酬を得るために必要な人件費、医療材料、その他の経費などを合わせた原価を当院の収支決算に基づいて算出すると38,000点を上回る。大幅な支出超過を外来と在宅医療の収入で補っているのが実状である。

### 4) 他施設との連携状況分析

登録患者79例中66例が癌治療専門施設から、12例が地域の開業医または個人病院からの紹介であった(紹介なし1例)(表1)。当院への患者紹介の理由は急変時の訪問診療を希望した1例と、緩和ケア病棟入院待ちの期間のみ当院からの訪問診療を希望した1例を除いて全て抗がん治療が不能となった後、入院または在宅での緩和ケアを当院に求めるものであった。症例登録開始から10カ月経過した現在、7名が他院に転院した。内訳は緩和ケア病棟への転院5例、市中病院への転院2例でいずれも転院先で死亡した。

## Ⅲ. 調査・研究の成果と今後の課題

### 1. 考察

本研究開始に先立ち、当施設が2006年4月に開院してからの累積患者について後ろ向き調査も実施しているが、開院初年度の患者の診療録からは調査研究に必要な情報が十分に得られず、情報の質を確保するため本研究は研究申請承認後から登録開始をした患者を調査対象とする前向き研究として実施した。とはいえ、本調査の対象患者が末期がん、かつ高齢者が多いという事

情から必要な問診ができなかったケースも多く、解析上データ欠損が多くなったことは否めないが、患者や家族の意向調査の資料として活用可能であると判断した。ちなみに開院から本研究開始直前までの2年6ヶ月の期間に入院または在宅で取り扱った癌患者は307例であり、入院死が209例(80%)、在宅死が51例(20%)という結果を得ている。

登録症例における入院死率は71%で、アンケート調査に協力を得た他の有床支援診療からも65～75%とほぼ同様の入院死率が報告された。初診時の問診票集計では患者が希望する療養の場として在宅が入院を上回っているが、介護を担当する家族は逆に入院を希望する者が在宅の希望を上回り、死に直面している患者の思いと介護する立場の家族の気持ちには微妙なずれがあるように思われる。在宅医療を希望した患者の半数は入院死している。自宅での介護に様々な困難が生じる最終末期の患者とその家族にとって身近に入院可能な施設があれば入院を希望するのは自然であり、有床支援診療の入院死率が70%前後となっているのは本邦における終末期がん患者の入院需要の実態を反映している可能性が考えられた。

一方、在宅での看取りは登録症例の30%弱であったが、在宅死率が10%程度で推移する本邦の現状を考えれば、自ら入院ベッドを保有してその支援を受けながら、支援診療として在宅医療の推進に寄与している結果であったといえる。

緩和ケア病棟の空床待ちの間当院での入院または訪問診療を行っていた少数例を除いて、当院登録がん患者の入院の90%を

当院で対応しており、在宅から入院まで主治医の変わることのない連続的なケアを行えるという大きな利点も含めて、有床支援診療が終末期がん患者への緩和医療提供の場として患者と家族の支持を得て、その役割を果たしているということが出来る。

癌患者の終末期における在宅と入院の医療費比較では有床診療の入院診療報酬は在宅のそれを下回っている。これまで述べたように末期がん患者では一定の入院需要があり、自由度の高い有床診療が果たす役割は大きいですが、現行の診療報酬制度ではそれに見合う点数配分がなされていない。医療法改正によって平成19年1月1日から施行された有床診療所に関する規定では、「居宅等における医療の推進のために必要な診療所」として医療計画に記載され、または記載されることが見込まれる診療所は都道府県知事の許可を受けることを要せずに一般病床を設けることが出来る、とされ、診療報酬上の在宅療養支援診療所等がこれに該当する<sup>7)</sup>。しかしこれは有床診療所制度の実態に即してその存在を公的に承認しただけであり、医療法改正の目的である「良質な医療を提供する体制の確立」に必要な診療報酬上の措置はほとんど行われなかった。有床診療所の病床は厚労省白書の医療統計で一般病棟として集計され、実態が埋没して現状の把握は困難だが、経営上の理由で有床診療所が病棟を廃止する傾向は続いている<sup>8)</sup>。

今回の調査では支援診療を含めた診療所から入院を目的とする紹介例が少なく、癌治療専門施設からの直接紹介例が大半であり、がん緩和ケアの領域に支援診療が関わりにくい実態が推察された。地域の支援診療と

有床支援診の連携は今後の課題であると考えられた。地域に入院機能をもつ有床診を核とした支援診との連携ネットワークを張り巡らすことによって、より多くの支援診が積極的に末期がん患者の緩和ケアと看取りに関わることが可能となると思われる。

国の第3次対がん総合戦略研究事業に沿って「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」が進められているが<sup>9,11)</sup>、その研究の目的は「緩和ケアを提供するモデルをつくり、その有効性を評価することによって、患者の身体的・精神的苦痛を緩和し、希望する場所で療養できるための方策を明らかにすること」にあるとされている。「患者の身体的・精神的苦痛を緩和し、希望する場所で療養できる」ことを実現するために入院施設が地域に適切に配置される必要がある。がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟を入院拠点とするネットワークだけで終末期患者の入院需要を満たすには不十分であるという現実を見据えて、一時入院、症状緩和ができる有床診を包含した地域緩和ケアネットワーク構築を目指して研究を進めるべきである。

本研究は限定された施設での調査研究にとどまったが、“有床”在宅療養支援診療所は末期がん患者に緩和ケアや看取りの場を提供する入院施設として患者やその家族に安心をもたらすとともに、その安心感を支えにして在宅ホスピスケア継続を支援する役割も担っていることを検証した。

## 2. 結語

在宅での緩和ケアと看取りを希望する患者や家族の中にも病状に対する不安や介護力を理由に最終末期には入院を希望する例

が多い。有床支援診における末期がん患者の入院死はおよそ70%で、社会における末期がん患者の入院需要の実態を示すと考えられる。がん終末期における有床診療所の入院医療費は在宅医療費を大きく下回っており、有床診の癌緩和ケアと看取りの場としての有用性を考えた場合、それに見合う入診療報酬の改善が必要である。患者の身体的・精神的苦痛を緩和し、希望する場所で療養できる医療環境を作るために、有床診を中心とする地域緩和ケアネットワークの構築を進める必要がある。

## 文献

- 1) 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧  
ホスピス・緩和ケア白書 2008 pp95-98 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- 2) 47都道府県厚生局事務所のデータを開示請求して読売新聞がまとめた資料：読売新聞 2009年2月4日
- 3) 日本医師会総合政策研究機構ホームページ <http://jmari.med.or.jp>
- 4) 川島孝一郎：在宅療養支援診療所が実現する在宅ケア 月刊総合ケア 17:14-19,2007
- 5) 児玉 末、土地 邦彦：有床診療所におけるホスピスケアについての探索的研究 第13回日本緩和医療学会抄録集 pp142 2008年
- 6) 伊藤真美 土本 亜理子編 生きるための緩和医療 有床診療所からのメッセージ 医学書院 東京 2008
- 7) 厚生労働省医政局長：良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について 医政発第1227017号

- 8) 我が国の保険医療の現状と課題 一般診療所 厚生労働白書 平成 19 年版
- 9) 第 13 回日本緩和医療学会 シンポジウム I 地域でつなげる緩和医療：連携システムの役割と課題 第 13 回日本緩和医療学会抄録集 2008 年
- 10) 岡部 健：地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 1.〔名取市〕医療・福祉・介護の連携した在宅緩和ケアチーム  
ホスピス・緩和ケア白書 2008 pp52-56  
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- 11) 白髭 豊：地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 7.〔長崎市〕地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア ホスピス・緩和ケア白書 2008 pp78-82 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

本研究を第 14 回日本緩和医療学会学術大会で報告するとともに、緩和医療学(先端医学社)に投稿する予定である。

### 謝辞

本研究をまとめるにあたってアンケート調査や施設見学に協力をいただいた堂園晴彦氏(堂園メディカルハウス)、梁 勝則氏(希望の家はやしやまクリニック)、土地邦彦氏(玉穂ふれあい診療所)、伊藤真美氏(花の谷クリニック)及び柴田洋子氏(桜ヶ丘訪問看護ステーション)に深く感謝申し上げます。