

“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(続)

中井 祐之、新藤 哲、斉藤 純一、和泉 尚子
医療法人ならの杜 たんぽぽクリニック

I 調査の目的・方法

1. 目的

著者らは平成20年度調査・研究において有床の在宅療養支援診療所(支援診)ががん緩和ケアと看取りの場として有用な施設であることを検証するため、平成20年4月から6ヶ月間に当院を受診した79名の終末期がん患者を対象に、患者の家族や社会的背景、入院医療又は在宅医療選択の理由調査、他施設との連携状況分析、訪問診療と入院診療の医療費実績を解析して報告した。そこから得た結論として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、有床診の有用性を考えた場合、それに見合う診療報酬体系が必要である、ということを経験した¹⁾。

本年度の研究では前年度研究期間以後6ヶ月間の症例を追加し、登録終了6ヶ月後までに入院または在宅で死亡した患者の家族に対して前回研究で予定した研究方法(5)のアンケート調査を実施した。調査の目的は有床支援診をがん患者の終末期ケ

アと看取りの場として患者家族の視点から評価を行い、前回研究で得られた入院ホスピス機能と在宅医療支援機能の両者を併せ持つ有床支援診の役割と課題を検証することにある。

2. 調査方法

症例登録は平成20年4月1日から21年3月31日までとし、21年9月30日現在までに死亡した患者の家族(キーパーソン)に対して、1)入院または在宅医療までの経過、2)入院または在宅で看取りを行ったことについての評価、3)その理由、4)療養期間、5)医療費、6)医療、介護サービス担当者との連携と満足度、7)支援診としての24時間・365日緊急時対応について、8)有床支援診として緩和ケアを行う当施設に対する評価、9)Visual Analog Scale(VAS)を用いた当院に対する満足度、などを質問項目とする調査票を作成して郵送法でアンケート調査を実施した(資料1)。

II 調査の内容・実施経過

1. 登録患者の背景

登録症例数は162例、男95、女67、平均年齢74.4(50~93)歳。転帰は他院への転院15例、受診自己中止4例、生存14例、21年9月30日までに入院または在宅での

死亡は129例でこれらの家族をアンケート調査の対象とした。死亡患者の内訳は男81例、女48例、入院死は88例（死亡総数の68%）、在宅死は41例（同じく32%）で、1回でも入院歴のあるものが99例（死亡総数の77%）、訪問診療歴のあるもの75例（58%）であった。回答は入院死88例中59名（回収率67%）在宅死41例中27名（同66%）の家族から得られた（表1）。

以下、アンケート調査結果の要点を抜粋して報告する。また、有床支援診療における緩和ケアの多機能性を示す症例の一部を呈示する。

表1 登録癌患者背景因子 (n=162)

登録患者総数	162
性別	
男	95 (59%)
女	67 (41%)
転帰	
転院	15
転帰不明	4
生存	14
死亡 (2009年9月30日現在)	129 (80%)
アンケート送付対象患者 (n=129)	
性別	
男	81 (63%)
女	48 (37%)
看取りの場	
入院	88 (68%)
在宅	41 (32%)
入院/在宅医療の有無	(77%)
1回以上入院診療	99 (58%)
1回以上訪問診療	75
アンケート回答数	
入院死患者の家族	59 (回収率67%)
在宅死患者の家族	27 (回収率66%)

1) 入院死患者家族 (59例) および在宅死患者家族 (27例) に対する質問への回答結果 (表2)

質問I-2の入院で看取りについて「よかった」とする回答が46例(78%)、「自宅で看取りたかった」が3例(5%)、「何ともいえない」8例(14%)であった。入院で看取りを行った理由は「病気進行時の心配」39例(66%)、ついで「看病する家族がいない」が27例(46%)、「病棟でのホスピスケアを希望」25例(42%)が上位であった。終末期の個室料金も含めた入院医療費については、「考えていたとおり」30例と、「もっとかかると思った」12例を合わせて42例(68%)がかかった医療費を高いと感じていない回答であった。自宅で看取りを行った家族の回答は「よかった」とするものが25例(89%)、自宅で看取りを行った理由は「本人希望」18例、「家族希望」11例であった(表4)。訪問診療・訪問看護の医療費については「もっとかかると思った」13例、「わからない」7例で、高いと感じた意見はないものの、家族にとって在宅医療費の予測が難しいことが示唆された。

《家族が在宅看取りを拒んだ例》

75歳 男性 肺癌 妻との二人暮らし

抗がん治療終了後当施設から訪問診療で癌性疼痛、血痰など緩和ケアを開始したが、病気の進行に伴い死期が近づいたことを妻に伝えると、自宅で看取れば後々まで思い出されて寂しさが続くと思うので入院での看取りを強く希望され、亡くなるまで約3週間入院した。

表 2 入院死および在宅死家族への質問に対する回答数

入院死家族への質問に対する回答 (n=59)		在宅死家族への質問に対する回答 (n=27)	
I - 1 入院までの経過 (n=59)	(%)	II - 1 在宅医療開始までの経過 (n=25)	(%)
他院から直接転院	35 (59)	他院から直接自宅に	12 (48)
外来通院中に入院	5	当院から自宅に	6 (24)
在宅療養中に入院	15 (25)	通院から自宅に	7 (28)
その他	4	その他	0
I - 2 入院での看取りについて (n=57)		II - 2 在宅での看取りについて (n=28)	
よかった	46 (81)	よかった	25 (89)
自宅で看取りたかった	3	入院で看取りたかった	1
なんともいえない	8	なんともいえない	2
I - 3 入院看取りの理由 (n=59)		II - 3 在宅看取りの理由 (n=25)	
(複数回答) 病気進行の場合心配	39 (66)	(複数回答) 本人の希望	18 (72)
看病する家族がいない	30 (51)	家族の希望	10 (40)
自宅が手狭	7	経済的理由	0
緩和ケア病棟でのホスピスケア	29 (49)	医療側からの勧め	3
がん治療を目的	4	特になし	1
理由なし	0		
I - 4 入院日数 (n=59)		II - 4 在宅開始から看取りまでの期間 (n=27)	
1週間以内	5	1週以内	2
1ヶ月未満	30 (51)	1ヶ月未満	8 (30)
1ヶ月以上	24 (49)	1ヶ月以上	17 (63)
I - 5 入院時の医療費 (n=59)		II - 5 訪問診療・訪問介護の医療費 (n=26)	
高いと感じた	11 (19)	高いと感じた	1
考えていたとおり	30 (51)	考えていたとおり	5 (19)
もっとかかると思った	12 (20)	もっとかかると思った	13 (50)
わからない	6	わからない	7 (26)

《入院によりせん妄が悪化した例》

85歳 男 肺癌 妻、長男による介護体制は整っている。

肺癌に対して無治療の方針となり、当施設で訪問診療を開始。経過中に一時的に歩行困難、不穏になり、家族の不安解消のた

めに入院した。その晩から入院させられたことへの怒り、せん妄など精神症状が増悪、2日目に自宅に戻る。鎮静剤等の薬物療法も奏効して緩和がはかられ、自宅で穏やかに最後を迎えた。

2) 入院死と在宅死患者家族に対する共通質問への回答結果（表3）

介護サービスとの連携については高く評価、スタッフの働きに対しても満足の回答が多い。支援診としての24時間体制について半数以上から「必要時に往診あるいは訪問看護をしてもらえた」と評価された。外来、在宅、入院で緩和ケアを行う有床在宅療養支援診療所については、在宅治療中でも病状進行時に入院できる安心感、24時間・365日の緊急時対応、緩和ケアは大規模病院より小規模施設がふさわしい、在宅死のグループでは在宅看取りが可能、など緊急時対応や在宅看取りを特徴とする支援診と小回りの効く有床診の特徴を評価する回答が得られた。一方小施設であるためのマイナス面としてベッド数不足、対応できない検査・治療、医療看護の質に対する不安も少数ながらみられた。VASを用いた当院に対する満足度は入院死例で83.2（30～100）%、在宅死例で86.7（52～100）%で、在宅死例がわずかに上回っているが有意差はなかった。

《緩和的治療のため入院を繰り返した例》

77歳 男 食道癌 妻、娘による介護体制は整っている。

病院での化学療法を続けながら当施設で緩和ケアを開始したが、①カテーテル熱の治療、②化学療法による白血球減少（800/ μ l）、発熱に対しG-CSFと抗生物質治療③介護用に自宅改修の期間、④貧血に対する濃厚赤血球輸血の目的で8ヶ月間に4回当施設に入院してQOLの維持がはかられ、最後は自宅で息を引き取った。

《病棟でのホスピスケアを求めた例》

64歳 女 肺癌 夫、娘2人による介護

体制は整っている。

大学病院で肺癌に対する化学療法を行いながら、将来の緩和ケアを目的に当施設の外来に通院。その間詩集を出版するなど活動的に過ごしていたが、病状の進行に伴い在宅での病状悪化に家族も不安をもち入院、院内の音楽会などの行事に参加しながら亡くなるまで約1ヶ月の入院生活を送った。

Ⅲ 調査の成果

平成20年度の診療録調査研究および今回の家族に対するアンケート調査の結果から末期がん患者の在宅医療と在宅死を困難にする要因として症状進行時の不安、家族介護者の不在、住宅環境などが指摘された。当院の自験例で在宅死率が約30%という数値はおおよそ地域における在宅死を支える社会環境を反映したものと推定され、在宅死率の現時点での目標値を達成していると考えられる。当施設において患者あるいは家族がそれぞれに選択した看取りの場、すなわち入院または在宅のいずれに対しても遺族の満足度は高かった。その要因として当施設は有床診として病棟におけるホスピスケア、病院を退院した末期がん患者の在宅療養準備の入院、家族に介護力のない患者の入院、介護家族の休息などのためのレスパイト入院の提供、支援診としては訪問診療や訪問看護による在宅医療、在宅ホスピスケアなどの提供が可能であり、提示した症例のように様々な需要に応え、支援診としての機能と有床診の機能を発揮して、入院医療と在宅医療の転換を円滑に行なっていることにあると考えられた。

表3 共通の質問に対する回答数

質 問	入院死家族 (n=59)	在宅死家族 (n=27)
Ⅲ-1 訪問診療・訪問看護について	(n=20)	(n=26)
よく連携	14 (70%)	22 (85%)
まあまあ連携	4 (20%)	2
連携足りない	1	0
わからない	1	2
Ⅲ-2 訪問看護や介護の働き	(n=20)	(n=25)
とても満足	10 (50%)	12 (48%)
満足	9 (45%)	9 (36%)
どちらともいえない	0	4 (16%)
やや不満	0	0
全く不満	1	0
Ⅲ-3 在宅支援診療所の24時間体制（複数回答）	(n=21)	(n=26)
必要時往診してもらえた	13 (62%)	22 (85%)
必要時訪問看護してもらえた	9 (43%)	18 (69%)
必要時往診してもらえなかった	0	0
必要時訪問看護してもらえなかった	1	1
定期以外に訪問頼まず	4 (19%)	0
Ⅲ-4 介護保険について	(n=19)	(n=26)
理解して利用	8 (42%)	6 (23%)
ケアマネージャーなどにいわれるまま	6 (32%)	14 (54%)
仕組みがわかりにくい	2	7 (27%)
介護利用せず	1	1
医療保険に統一希望	4 (21%)	3 (12%)
Ⅳ-1 外来、在宅、入院での緩和ケアについて	(n=58)	(n=26)
病気進行時に入院できる安心感	39 (67%)	15 (58%)
退院後も同じ医師が診療	19 (33%)	12 (48%)
24時間365日緊急時対応	43 (74%)	23 (88%)
在宅で看取り	9 (16%)	20 (77%)
大規模病院より小規模クリニック	33 (57%)	17 (65%)
少ないベッド数	12 (21%)	3 (12%)
医療の質の低下	9 (16%)	4 (15%)
検査や治療のため大病院行き	6 (10%)	2
その他	0	0
Ⅳ-2 総合的満足度 (%)	83.2 (30-100)	86.7 (52-100)

IV 今後の課題 考察

医療体制、医療経済、あるいは文化の異なる諸外国においても入院死と在宅死については本邦と共通の課題があることをいくつか文献で考察する。入院死率に影響する要因についての米国の報告²⁾ではアメリカ人の10人中9人までが在宅死を望んでいるが、調査ではおよそ50% (がんで40%) が入院死している。州によって32%から73%と格差があるが、米国に特有な人種の差、教育程度、その他の個人背景のほか、特に地域ごとの病院稼働ベッド数の差異をその要因として挙げている。ヨーロッパ6カ国における入院死率の調査報告³⁾をみると、国ごとにホスピスを含めた医療介護施設の定義が異なるが、がん患者の病院死は29.4%から84.6%、介護施設での死亡が14%から33.5%という数字が示され、病院のベッド数よりも利用可能な介護施設数が国ごとの差異となっていると分析している。英国の地方都市の小病院 (community hospital) における終末期ケアの報告⁴⁾では、地域の総合病院と対比して小病院は地域に密着しており、患者・家族にとって距離的、心情的に身近な存在であり高齢者の終末期ケアに相応しいこと、ホスピスが大都市に集中して地方での利用が難しいことなどから、地域における終末期ケアを計画する上で重要な施設と位置づけている。どの国においてもがんやその他の慢性疾患終末期患者の急性期病院での入院死率を下げる政策を講じる一方、それに代わる施設の拡充の必要性も述べられており、在宅死率はどの国でも一定の水準 (概して20~30%) 以下が現実的であることが推定される。

翻って本邦では介護保険施設での看取り率が低く、終末期緩和ケアは入院か在宅に限定されるのが現状である。在宅死率の向上も含めた在宅医療の推進に向けて地域の在宅緩和ケア支援センター、地域緩和ケアネットワーク構築など進められているが^{5, 6)}、本研究で示したような様々な理由による在宅医療継続や在宅死が困難になった時の入院需要に関する議論が少ない。緩和ケア病棟は在宅医療との連携を進める体制を整備しつつあるとはいえ、全国で3500床、入院基準や機動性などの点で需要を満たすには課題が多い。また、急性期病院が臨死期の患者をやむなく受け入れて死亡診断するという実態は適切な医療資源の使用といがたい。それに対して在宅医療と密着した有床診療所または小規模病院はその役割を担うことができる。しかし、有床診療の実態は低い診療報酬設定により経営維持が困難であり、平成10年の19397施設から平成20年には11500施設に減少している。有床診療の役割と機能は(1)病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し(2)専門医療を担って病院の役割を補完する、(3)緊急時に対応する医療機能、(4)在宅医療の拠点としての機能、(5)終末期医療を担う機能、と位置づけられ⁷⁾、特に終末期医療の領域では自由度の高い小規模入院施設として患者、家族にとって利便性が高く、かつ支援診療制度を併用することにより在宅医療推進を支援するものである。一方、在宅医療推進のために導入された支援診療の大半が外来診療所であり、がんを中心とする終末期患者の在宅医療を単独で実施するのは困難である。各地で支援診療のネットワークが提唱、実行されているが、

地域ごとの医療事情により普遍化していない。緩和ケア専門の有床診を核とする支援診ネットワーク構築により急性期病院に依存することなく緊急時、終末期の入院需要に応えることが可能となることを強調したい。

今後の課題

がん対策基本法は緩和医療の均てん化促進と医療スタッフの育成を求めている。緩和医療を目指す医師が緩和ケア病棟やがん診療拠点病院から地域に散開し、その地に密着した診療を展開するためには緩和医療提供システムの再構築が欠かせない。そのための1モデルとして、がん緩和医療に専門性を持って取り組む有床診が支援診の診療報酬体系を利用しながら入院と在宅の緩和ケアを実践するというシステムは有効であり、この医療体系を進展させるために診療報酬体系を含めた医療資源分配が今後の課題である。

文献

- 1) 中井 祐之ほか：“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 日本ホスピス緩和ケア研究進行財団 調査・研究報告書 第8号 p.11-18
- 2) Susan M et al: Factors associated with lower rates of In-hospital death. J Palliat Med 2002;5:677-685
- 3) Cohen J et al: Population-based study of dying in hospital in six European countries. Palliat Med 2008;22:702-710
- 4) Payne S et al: Experiences of end of life care in community hospitals. Health Soc

Care Commun 2007;15:494-501

- 5) 日本ホスピス緩和ケア協会と地域緩和ケアネットワークのあり方報告書 2008年 日本ホスピス緩和ケア協会
- 6) 尾崎 俊雄：「在宅緩和ケア支援センター」の課題とそのあり方に関する調査研究 2008年在宅医療助成 調査研究報告書
- 7) 有床診療所に関する検討委員会報告書 2009年 日本医師会有床診療所に関する検討委員会

V 公表予定

第15回日本緩和医療学会学術大会に発表予定で抄録を提出した。

資料 1

調 査 票

I .たんぽぽクリニックに入院中に亡くなられた患者さんのご家族に伺います。

I - 1. 入院までの経過

- 他院から直接転院
- 外来通院中に入院
- 在宅療養中に入院
- その他 ()

I - 2. 入院で看取りを行ったことについて

- よかった
- 自宅で看取りたかった
- なんともいえない

I - 3. 入院で看取りを行った理由について (複数回答可)

- 病気が進んだ場合、自宅で看病するのは心配、あるいは自信がない。
- 看病する家族が少ない、あるいはいない。
- 自宅が手狭で在宅療養できるような環境でない。
- 緩和ケアを行う病棟でのホスピスケアを希望した
- がんの治療を目的で入院させた
- 特に理由はない

I - 4. 入院日数

- 1 週間以内
- 1 か月未満
- 1 か月以上

I - 5. 入院時の医療費 (医療保険の自己負担分) と個室料について

- 両方合わせると高いと感じた
- 考えていたとおりがった
- もっとかかると思った
- わからない

II .たんぽぽクリニックからの訪問診療や往診、訪問看護ステーションからの訪問看護を受けてご自宅で亡くなられた患者さんのご家族に伺います。

II - 1. 在宅医療開始までの経過

- 他院から転院して自宅に帰った。
- たんぽぽクリニックから退院して自宅に帰った。

- たんぽぽクリニックに通院していたが通えなくなり往診に切り替えた。
- その他（ ）
- II - 2. 看取りを在宅でおこなったことについて
- よかった
- 入院で看取りたかった
- なんともいえない
- II - 3. 看取りを在宅で行った理由について（複数回答可）
- 本人が最後まで自宅にいたい、あるいは入院したくないと希望したから
- 家族が自宅で看取りたかったから
- 入院の場合個室料がかかり、経済的に苦しいから
- たんぽぽクリニックや訪問看護ステーションから勧められたから
- 特に理由はない
- II - 4. 病院またはクリニックを退院してから在宅で看取るまでの日数
- 1週間以内
- 1か月未満
- 1か月以上
- II - 5. 訪問診療と訪問看護を合わせた医療費(医療・介護保険の自己負担分)について
- 高いと感じた
- 考えていたとおりがった
- もっとかかると思った
- わからない
- III . 在宅や外来で療養中に訪問看護や訪問介護を受けた方に伺います。
- III - 1. ケアマネージャー、訪問看護師、ホームヘルパーなど医療、介護サービス担当者となんぽぽクリニックとの連携について
- よく連携していた
- まあまあ連携していた
- 連携が足りないと思った
- わからない
- III - 2. たんぽぽクリニックが在宅医療を進めるためにはケアマネージャー、訪問看護師、ホームヘルパーなどとの協力が欠かせませんが、訪問看護や介護のスタッフの働きについて
- とても満足している
- 満足している
- どちらともいえない
- やや不満である

全く不満である

Ⅲ - 3. たんぽぽクリニックは在宅療養支援診療所として 24 時間体制で緊急時に往診します。訪問看護も多くの施設で原則的に 24 時間体制をとっています。

24 時間体制について（複数回答可）

- 必要時に往診してもらえた
- 必要時に訪問看護してもらえた
- 必要時に往診してもらえなかった
- 必要時に訪問看護してもらえなかった
- 定期訪問以外に訪問を頼んだことがなかった

Ⅲ - 4. 訪問看護、訪問介護を受けたり、介護ベッドを借りるにあたって介護保険を利用された方が多いと思われます。

介護保険利用について

- 介護保険の仕組みについて理解して利用した
- 保険のことはよくわからないので、ケアマネージャーや看護師にいわれるままに手続きした
- 医療保険と介護保険の区別や仕組みが分かりにくい
- 介護保険は利用しなかった
- 病気の治療に必要なことは医療保険に統一してほしい。

Ⅳ . すべての方にお伺いします。

Ⅳ - 1. たんぽぽクリニックが外来、在宅、入院で緩和ケアを行っていることについて（複数回答可）

- 通院や在宅で治療中でも病気が進んだら入院できるので安心
- 退院した後も同じ医師が訪問診療を続けるので安心
- 24 時間、365 日の緊急時の対応をしてくれるので安心
- 在宅で看取りができるので安心
- がん終末期の緩和ケアは大病院より小規模のクリニックがふさわしい
- ベッド数が少なく、希望どおりに入院できないのは欠点
- 外来、在宅、入院のすべてをやろうとして医療や看護の質が下がらないか心配
- クリニックで対応出来ない検査や治療のため大病院に行くのは辛い
- その他（自由に感想をお書きください）

IV - 2. 入院施設のある在宅療養支援診療所としてのたんぼぼクリニックについて総合的な満足度を評価してください。およそ何パーセントか、線上に / をつけてお答えください。

満足度

0

100%

.....

お亡くなりになった患者さんの性別と年齢

男

女

年齢 歳

この質問票に回答された方は

配偶者

兄弟姉妹（その配偶者も含む）

子供

子供の配偶者

その他（ ）