

# V. わが国の在宅ホスピス・緩和ケア

## 1. 診療所などによる在宅ケア

川越 厚

(ホームケアクリニック川越)

### 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、世界の大きな潮流である。この傾向は、英国や米国などのいわゆるホスピス先進国において著しい。

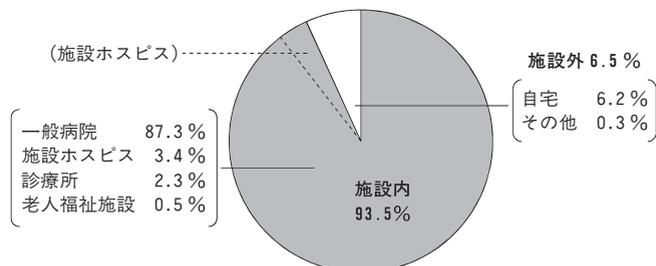
わが国では年間約1万9,000人のがん患者が自宅で死亡しており、これは全がん死のおよそ6%（緩和ケア病棟、以下PCUと略す）では3.4%に相当する（図1）。在宅死の頻度は過去数年間ほとんど変化しておらず、医療機関の機能分化が進行する中であっては、決して多い数ではない。末期がん患者の在宅ケアが普及しない理由には、①医療機関側（病院側、および在宅側）の問題、②患者・家族側の意識の問題、③情報不足の問題、④制度・そのほかの問題などが挙げられる。

在宅でのホスピス・緩和ケアは、わが国においてすでに多くの施設で実践されている。本稿ではサービスを提供する側の問題として、在宅医療を担う医療機関側から現状と実践を報告する。

### 末期がん患者に対するわが国の在宅ケアの現状

常識的に考えると、在宅での末期がん患者を支えるのは、その地域の医師（無床診療所など）と地域の看護師（多くは訪問看護ステーションの看護師）であるが、実際にそうなのか、またそこでのケアの内容はどうなっているのかなどについての基礎的な情報はほとんどない状況であった。

ところが2002年6月1日に公開された「末期がんの方の在宅ケアデータベース（<http://www.homehospice.jp/>）」には、登録された490の医療機関（2004年1月現在）の医療内容が公開されており、それを分析することによりわが国における末期がん患者を対象とした在宅ケアの実態の一部が明らかとなった。掲載内容は、在宅ホスピスケアの基準\*（1997年、日本在宅ホスピス協会作成）に則っており、具体的には、①医療機関名、医師名、所在地（連絡先）、往診対象地域、併設施設などの基本情報、②過去1年間の在宅がん患者数と在宅死がん患者数、③在宅医療の内容やケアの態勢、などである。



(財)厚生統計協会人口動態調査（平成14年）  
全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会2003年度年次大会資料

■図1 がん患者の死亡場所（2002年）

■表1 医療機関の種類別年間在宅死数分布 (2001年)

医療機関の種類	年間在宅死数				計
	0人	1～23人	24～47人	48人～	
無床診療所	48カ所	186	4	5	243
有床診療所	8	39	1	0	48
200床未満病院	9	31	0	0	40
200床以上病院	7	24	2	0	33
計	72	280	7	5	364

(注)登録医療機関のうち無回答の機関を除く

■表2 無床診療所での年間在宅死数別在宅ケア実施率

年間の在宅死数に基づいた医療機関の分類	小規模*1 (234機関)	中～大規模*2 (9機関)	有意差 (検定)
一定方針に則ったケアを提供	45.3%	88.9%	あり (1%)
モルヒネ持続皮下注射を行う	57.7%	100.0%	あり (1%)
チームにボランティアの参加がある	26.5%	55.6%	なし
遺族へのケアを行う	27.4%	44.5%	なし
デイケアを行う	12.4%	11.1%	なし

\*1:小規模取扱い医療機関:年間在宅死0～23件

\*2:中～大規模取扱い医療機関:年間在宅死24件以上

(注)登録医療機関のうち無回答の機関を除く

上記データベースの分析により、これまで謎に包まれていたわが国の末期がん患者の在宅ケアに関して、以下の点が明らかとなった。

(1) 登録医療機関で年間に取り扱っている在宅死数は1,898人(2001年)であり、これは日本全体の在宅死がん患者の約1割に相当する。つまりこのデータベースは、在宅死するがん患者の1割を反映していることになる。この割合は従来この種のデータがなかったことを考えるならば、決して少ない数ではない。

(2) 登録医療機関を無床診療所、有床診療所、200床未満の病院、200床以上の病院に分類すると、末期がん患者の在宅死を主に支えているのは無床診療所である。すなわち、医療機関別に2001年の年間在宅死数と医療機関の種類別の頻度(%)は、無床診療所1,341(70.7%)、有床診療所220(11.6%)、200床未満の病院153(8.0%)、200床以上の病院184(9.7%)であった。

(3) 多数の在宅死(4例以上/月)に関わる無床診療所が、国内に少なくとも5カ所以上存在している(表1)。

(4) 在宅死数の多い診療所では、在宅死率が高い。すなわち、年間在宅死数が24例未満の無床診療所での在宅死率は56.8%であるのに対し、48例以上の在宅死に関わる5つの診療所の在宅死率

は76.4%であった。

(5) 在宅死数の多い診療所では、ほかと比較して提供する医療サービス内容が充実していた。しかし、ホスピスケアの基準に照らすと、在宅死の多い診療所でもケアの質を高めるために、まだまだ改善の余地が残されていることが示された(表2)。

この中で特に注目すべきは、地域におけるホスピス・緩和ケアのセンター的な役割を果たしている無床診療所(年間死亡数からみると10数床のPCUに相当する)が、国内に少なくとも5カ所以上存在していることである。このような医療機関でどのような具体的なケアを行っているかはデータベースを参照すれば明らかであるが、現実には個々の医療機関でかなりのばらつきがある。

以下、専門チームによる在宅ホスピス・緩和ケアを実践しているグループ・パリアンの活動について簡単に記すこととする。

### 専門チームによる在宅ホスピス・緩和ケアの実践(グループ・パリアンの活動紹介)

グループ・パリアンは在宅ホスピス・緩和ケアを実践する専門チームで、東京都墨田区を中心とした地域で2000年7月に活動を開始した。組織的には無床診療所であるホームケアクリニック川越

(以下、クリニック)、訪問看護ステーションなどを有する株式会社パリアン、その他からなっている。クリニックには医師1、看護師1、事務員1が所属し、株式会社パリアンには訪問看護師4、ヘルパー1、事務職1(ヘルパーを兼任)、ケアマネジャー2(看護師を兼任)が常勤職員として勤務している。その他の職員としては常勤で研究職員1、非常勤で理学療法士1、心のケア担当員1、ボランティアコーディネータ1が在籍し、その他20数名の登録ボランティアがいる。

実際の活動は地域の医療サービス機関との密接な連携に支えられており、その中には緩和ケア病棟、保険調剤薬局、地域の訪問看護ステーションなどが含まれている。

クリニックが保険診療を開始した2000年7月1日から2003年9月30日までの約3年間に、グループ・パリアンでは登録死亡者255名のうち241名(94.5%)が在宅死している(表3)。月平均6.3人が56日(施設ホスピスの場合は46日)の平均在宅ケア期間をもって死亡しており、年間死亡者数を基準にすると18床規模のPCUとほぼ同等の働きをなしていることになる。

グループ・パリアンのもう一つの重要な働きは、相談を通して病院と地域の診療所などとの橋渡しを行っていることである。同期間にグループ・パリアンの相談外来を受診したものは439名(月平均11.6名)であり、そのうちパリアンの症例となった(表3の登録症例)のは292例(67%)であった。

相談外来だけに終わった147例のうち過半数以上、すなわち79例(54%)にはほかの往診医を紹

介した。このような相談業務を行うことのメリットの一つは、在宅ホスピス・緩和ケアを即座に開始できることであり、PCUの待機患者のようにケア開始前に死亡する症例は少なく、わずかに17例(12%)が在宅ホスピス・緩和ケアを受けられないまま病院死したにすぎなかった。グループ・パリアンの活動には、おもなものとして以下のことがある。

(1) 医師、訪問看護師、理学療法士、ヘルパーなどとの緊密な連携による、在宅ホスピス・緩和ケアの提供——そのために週2回の定例会議を開催している。

(2) 独居末期がん患者の支援——在宅死241例のうち12例(5.0%)は独居であった。

(3) 一定のプログラムに従った遺族ケア

(4) ボランティアの育成と教育

(5) 地域の啓発活動——一般の方を対象とした講演会を開催している。

(6) 学生教育——創立以来、医学生と看護大学生を対象とした合同実習を年1回、これまで4回開いてきた。

在宅ホスピス・緩和ケアのセンター的機関には、以上述べたような幅広い、質の高い活動が要求されると思われる。その中でも重要となる、質の高いホスピス・緩和ケアの提供を可能とする要件をわれわれの経験をもとに以下に挙げる。

(1) 志を同じくする専門家によるケアの提供がなされること

(2) 共有するフィロソフィーに基づくケアを提供すること——そのためには指針となる一定の基準が必要である。

(3) さまざまな専門職の協働(interdisciplinary teamの形を取ることが重要)によるケアの提供がなされること

(4) それぞれの専門職がホスピス・緩和ケアと地域ケアに精通していること

(5) 共有する情報に基づいたケアが提供されること

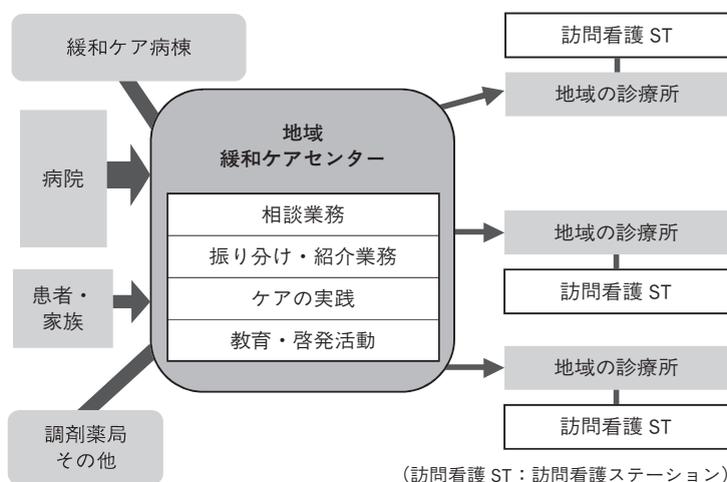
(6) 定期的な学びに支えられたケアを提供すること(グループ・パリアンでは、週1回定例の合同チームカンファレンスを行っている)

(7) コーディネーター(専門看護師がふさわし

■表3 グループ・パリアンの活動  
(2000年7月1日～03年9月30日)

登録症例		292
合計		255
死亡	在宅	(241)
	一般病棟	(9)
	緩和ケア病棟	(5)
生存中		15
中止		22

月平均在宅死数：約6名(18床規模のPCUに相当)  
平均ケア期間：56日(PCUの平均在院日数=46日)



■図2 地域緩和ケアセンターの働き

いと考えている) がチームをまとめ、ケアを提供すること

## 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（以下地域緩和ケアセンター、図2）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、死に逝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、地域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) 地域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) 地域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、地域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、地域緩和ケアセンターの機能を充実発展させることが、在宅ホスピス・緩和ケアのこれからの課題といえよう。

\* 日本在宅ホスピス協会が作成した「在宅ホスピスケアの基準」に関しては以下の文献を参照のこと。川越博美、水田哲明：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説。臨床看護 24：1125-1129, 1998.