

1. 在宅緩和ケア総論

在宅緩和ケアとは、自宅、居宅あるいは居住施設において、医療・福祉・介護機関が連携しながら多職種によるチームケアとして緩和ケアが提供されるシステムである。それは「住み慣れた地域で人生最期まで自分らしい暮らしを続けることができる仕組み」を創るための「地域包括ケア」の中核である。このシステムが円滑に運用されるためには、24時間応需の医療支援と生活支援を含めた在宅医療体制と地域緩和ケアの構築を念頭においた活動が望まれる。

在宅緩和ケアとは

誰もが迎える死。その死が予感されたとき、その後の時間を、そして最後の刻をどのように、どこで、誰と過ごすのか、多くの人にとって人生最大の関心事である。と同時に、その結果は、良きにせよ悪しきにせよ、関わりのある人（家族親族、友人・知人など）の人生に影響を及ぼす経験知となる。

その場として、病院などの医療施設ではなく、自宅あるいは自宅に近い環境を希望する人は少なくない。この希望をかなえ、「在宅」で、病気や加齢による臓器障害やADL障害に伴うさまざまな苦悩（total pain/total suffering）を緩和するための医療支援や生活支援（緩和ケア）を提供するのが、在宅緩和ケアである。

なお、同義語として「在宅ホスピスケア」という言葉も使われるが、筆者は同じ現象を医療的視点から見た場合に「在宅緩和ケア」と呼び、社会的視点から見た場合に「在宅ホスピスケア」と呼び、多少区別している。

在宅緩和ケアの理念

現在のホスピスケアおよび緩和ケアの理念の構築は、近代ホスピスの母と称される Mary Aikenhead による「人権運動としてのホスピスケア」に始まり、現在ホスピスの母と称される Cicely Saunders の活動によりほぼ完成され

た。その理念は「あなたはあなたのままで大切なのです。あなたは人生最後の瞬間まで大切な人です。ですから、私たちは、あなたが心から安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで精いっぱい生きられるように最善を尽くします」という Cicely Saunders の言葉に込められている。

なお、Mary Aikenhead は修道院でのホスピスケアと同時にホームケアも提供し、Cicely Saunders は1967年にホスピス病棟を開設後、1969年に在宅ホスピスケアを開始しており、自宅あるいは居宅は緩和ケア実践の中心的な場として世界的に認知されている。

在宅緩和ケアの概念と現状

在宅緩和ケアの概念は社会状況とともに変化しており、寿命が延び高齢化が進んでいること、個々人の多様な生き方が容認され尊重されるようになってきたことなどにより、さらに変化し続けている。

具体的には、在宅緩和ケア提供の場は、自宅の他に居宅（共同住宅、宅老所など）、高齢者施設（介護施設、高齢者賃貸住宅など）、障害福祉施設などに広がっており、対象疾患はがんだけでなく、非がん疾患（慢性疾患、神経難病、小児重症疾患、認知症など）にも広がっている。また、ケア提供者は医療従事者だけでなく介護従事者にも広がり、医療・介護に関わる多職種

のチームケアが必要不可欠となっている。

日本における在宅緩和ケアの普及はこれからの地域社会の重要な課題であるが、米国では2013年には150～160万人がホスピスケアを受けたと推定されており、その平均日数は72.6日で、7日未満が34.5%と多数を占める。ホスピスケアを受けた場所は自宅41.7%、老人ホームなど居宅施設24.9%、ホスピス病棟26.4%、急性期病院7%と在宅系の割合が非常に高くなっている。疾患ではがん36.5%、非がん63.5%と非がん疾患に対するホスピスケア導入が一般的になっている。またその規模も、一つの事業所がケアを提供する1日平均患者数は25人以下29.5%、26～100人31.6%、100人以上38.9%と、事業の大規模化が進んでいる¹⁾。

在宅で提供される緩和ケアの内容

提供される緩和ケアの内容は、①患者の日常生活の支援、②身体的苦痛や精神的苦痛に対する医療支援（症状緩和治療）、③社会的苦痛や霊的苦痛に対する支援、④家族に対する支援などであり、医療支援と生活支援に大別できる。ケアを提供するのは、医療支援においては、医師（歯科医師を含む）、看護師、薬剤師、理学療法士／作業療法士／言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士などの医療従事者、生活支援においては、介護福祉専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ホームヘルパー）、介護福祉士などの介護従事者、保健師などの保健従事者、ボランティアを含めた地域住民である。これらのスタッフが連携しながらチームとしてケアが提供されるのも、このシステムの大きな特徴である。

がん疾患と非がん疾患における緩和ケアの違い

非がん疾患においても疾病の進行によるさまざまな苦痛があり、緩和ケアが必要と認識され

実践されている。がん疾患との違いは、終末における病状の経過が複雑で期間が長いこと、疾患特有の病状の変化があること、身体症状も一般的には痛みの他に息切れや全身倦怠感などの症状の頻度が高いが、疾患によってさまざまであること、そして、予後予測が難しいことなどである。したがって、症状や心理社会的苦痛への対応には違いがないが、非がん疾患では病状が悪化したときに、そのまま在宅で経過をみるか、それとも後方病床で治療を行うべきか、判断が難しいことが少なくない。

在宅緩和ケアの目標

在宅緩和ケアの最終的な目標は、患者や家族が在宅で最期まで不安なく楽に生活できることであり、その延長上に在宅（自宅を含む）での看取りがあるが、在宅での看取りが最終目標ではない。なお、在宅緩和ケアは患者の死で終了となるが、患者が亡くなった後の家族のグリーフケアを考慮したケアが提供されなければならない。

在宅緩和ケアが円滑に実践されるための条件

在宅緩和ケアの阻害要因に関しては多くの報告があり、例えば余命1～2か月の場合に日本人が希望する療養場所は、自宅43.7%、急性期病院14.8%、緩和ケア病棟19.2%、公的施設9.9%、民間施設1.9%との調査結果があり、自宅に比べ、病院、緩和ケア病棟および公的施設を希望する要因として、①通院していること、②在宅看取り経験がないこと、③日々自分の最期の過ごし方について考える機会を持っていないこと、④自宅療養の自己負担額が入院費用と比べて3割程度が妥当と考えていること、⑤訪問看護および在宅療養支援診療所を知らないこと、などが挙げられている²⁾。

この研究結果から考察すると、病院通院中から在宅緩和ケアについて積極的に情報を提供し、看取り経験を共有するために、地域の人々が積極的に支援的関わりを持つ仕組みを作ることが重要と考えられる。

そして、患者あるいは家族が在宅で過ごすことを希望したときに、そのニーズに沿った医療支援と生活支援が提供される体制が整備されていることが不可欠である。

A. 医療支援システムの整備

a. 24時間応需の訪問医療システムの確保

緩和ケアの知識や技術を持った医師（緩和ケア専門医に限らず、病院勤務医、総合診療医・家庭医・地域のかかりつけ医などを含む）や看護師が定期的に訪問し、患者や家族が困ったときには24時間いつでもすぐに電話連絡が取れ、必要に応じて臨時的訪問（看護師あるいは医師）を受けることができる体制が確保され、そして、適切な症状緩和治療が行われて苦痛が可能な限り緩和されていることが必要不可欠である。

b. チーム医療および医療連携の確立

基本的に医師、看護師、薬剤師などの連携のもとに行われ、それぞれの職種の所属機関が別々であっても、連携を密にしたチーム医療の形態を取る必要がある。

c. 後方支援病床の確保

患者や家族が入院を希望したときに、いつでも入院できる病床が確保されていなければならない。無床診療所の場合には、常に緊急入院できる病院あるいは有床診療所と連携が取れる体制が必要である。

B. 生活支援システムの整備

介護力がなければ、在宅緩和ケアは成立しない。核家族化が進んでいる今日では、介護者がいても高齢で介護力が弱かったり、日中は仕事に出かけて誰も介護する人がいなかったり、一人暮らしで介護者がいない場合も少なくないが、特にがん疾患の在宅緩和ケアではその期間

が短いだけに、利用できる資源（人材）をできるだけ投入することで、介護力を確保することができる可能性がある。この可能性を高めるのが地域包括ケアシステムであり、それぞれの地域に応じた公助・共助・互助の支援体制の構築を期待したい。

C. 患者・家族の希望

患者が病状を把握した上で在宅緩和ケアを希望し、家族も一緒に過ごすことを希望していることが理想であるが、両者の希望が一致していないことも少なくない。

家族が希望し、本人が躊躇する理由で多いのが、患者本人に病状が説明されていない場合で、家族の希望があるにもかかわらず、本人は病状がよくなってから自宅に戻るつもりでいるために起こる不幸な状況である。逆に、本人が希望しても家族が躊躇する理由として多いのが、家族の看取る意識（意欲）の欠如と病状に対する不安である。極端な場合では看取りは医療者に任せるものと考えている家族も少なくない。病状、特に臨終期の病状変化に対する不安も非常に強い。病院に入院していれば、常に医師や看護師がおり、病状が悪化すればなんらかの治療をすぐに受けられるが、自宅では、すぐに駆け付けてはくれず、何もしてもらえないかもしれないという不安がある。いずれにせよ、特に家族の介護の意欲が高い場合には、適切な医療支援があれば、どのような病状でも在宅で最期の刻を迎えることができる。

D. 施設における管理者および職員の意識

高齢者施設や障害福祉施設などでの看取りも今後、重要な課題である。現状では、病状が悪化し、救急患者として搬送されることも多く、救急医療を含む急性期医療に過大な負担を強いている。一方、施設管理者や施設職員の看取りについての理解を深め、医療従事者が後方支援を行うことで看取りが混乱なく行われることも判明しており、現在、多くの地域で看取り研修会が開催されつつある。

地域緩和ケア支援ネットワーク

進行したがんや慢性疾患などによる苦痛を持っている人が「住み慣れた地域で人生最期まで、自分らしい暮らしを続ける」ためには、その地域において、“total pain（全人的苦痛）”および患者や家族のさまざまなニーズに対応し、その人生に寄り添うことができる医療・介護従事者などの職種による緩和ケアの実践が必要不可欠である。これを実現するためには、病院の緩和ケアチームも含めた地域全体での緩和ケアへの取り組みと地域において統合された緩和ケア提供システムが必要であり、これが地域緩和ケア支援ネットワークあるいは地域緩和ケアである。すでに、欧米あるいはインドケララ州などでは、“regional palliative care” “community-based palliative care” “regional

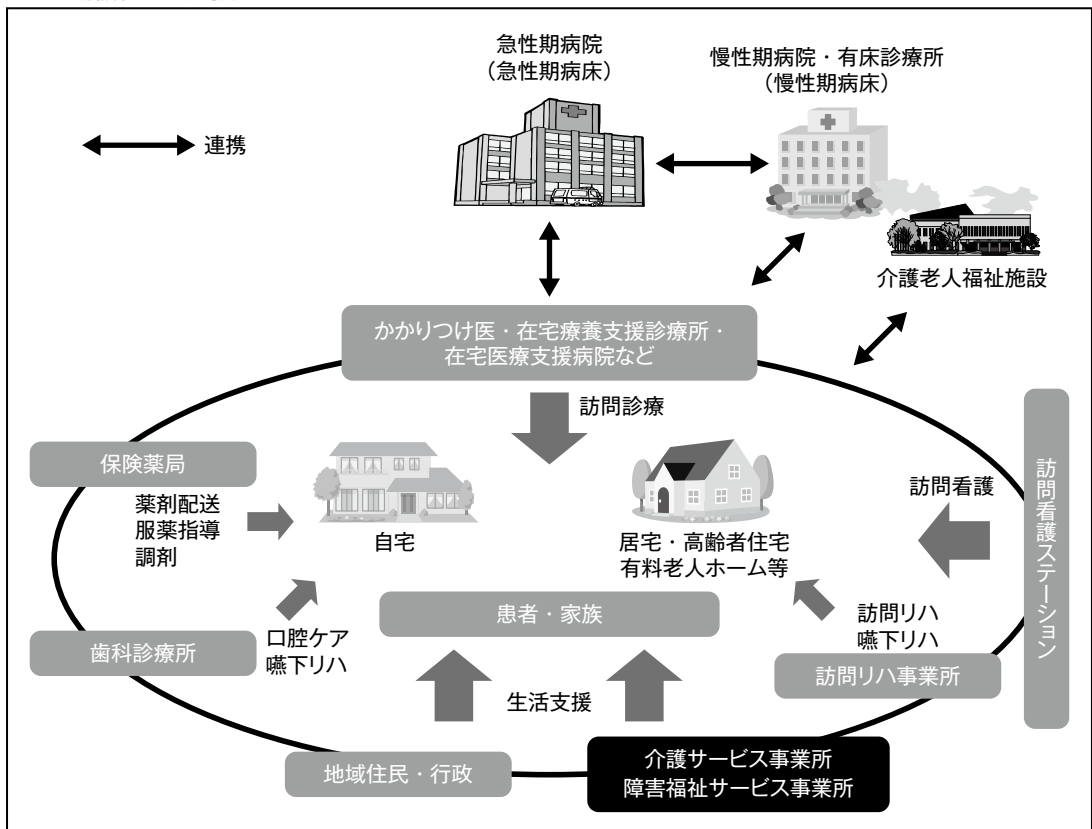
community-based palliative care”としてヘルスケアの一部に組み込まれつつある^{3, 4, 5)}。

筆者が使っている概略図を示す(図)。基本は在宅(障害福祉施設を含む)であるが、病状や介護状況、そして患者や家族の希望に応じて急性期病床、慢性期病床が選択可能となるシステムである。そして、いずれの場所においても質の高い緩和ケアが提供されることを最終目標として目指すものである。

この概略図における各部門の役割を列挙する。

(1) 急性期病床(高度急性期、急性期病院の病床、緩和ケア病棟など)：在宅医療側への患者の誘導(在宅医療に関する情報提供、苦痛に対する症状緩和治療を含む)、早期のかかりつけ医との連携、後方支援(症状緩和治療のための一時的入院、自宅での看取り不安が強い家族

図. 地域緩和ケア支援ネットワーク



に対する看取りの場の提供など)、地域スタッフに対する緩和ケア教育など。

(2) **慢性期病床 (慢性期病院や有床診療所、緩和ケア病棟など)**：在宅医療側への患者の誘導、後方支援 (症状緩和治療のための一時的入院、自宅での看取り不安が強い家族に対する看取りの場の提供、家族のレスパイトケアのための一時的入院)、地域スタッフに対する緩和ケア教育、在宅緩和ケアに関する情報の発信など。なお、在宅療養支援病院は後述する在宅療養支援診療所と慢性期病床の2つの役割を持つ。

(3) **在宅療養支援診療所、かかりつけ医**：症状緩和治療、病状説明と意思決定支援、看取りの指導、死亡確認。

(4) **訪問看護ステーション**：症状や症状緩和治療の評価、家族への看護・介護の指導、処置や治療の指導、意思決定支援、看取りの指導、患者や家族と医師の橋渡し。

(5) **保険薬局**：薬剤の配送、薬剤指導、各種注射剤の調剤、医療材料・衛生材料の供給、家族の健康相談、薬剤管理。

(6) **介護サービス事業所**：ケアプランの作成、ADLの状況に応じた介護支援調整、医療および介護支援サービスの実施状況の把握と調整、看取りの指導

(7) **歯科診療所**：口腔ケア、嚥下リハビリテーション。

(8) **訪問リハビリテーション事業所**：訪問リハビリテーション、嚥下リハビリテーション。

(9) **行政**：介護保険事業に基づく在宅医療・介護連携推進事業の展開。

(10) **地域ボランティア**：生活支援、看取りの支援。ネットワークが有効に機能するためには、各職種がそれぞれの役割を認識すると同時に個人的な能力の限界も念頭に置き、場合によっては役割をシェアしながら活動することが肝要である。また、全体の調整者も必要であり、この調整者としてトータルヘルスプランナーの育成も始まっている。

なお、最近、特にながん疾患において、病状が悪化し、予後が極端に短い状況で在宅緩和ケアを始めざるを得ない事例も多くなっており、ドイツ (spezialisierte ambulante palliativversorgung; SAPV)⁶⁾ やアメリカのように、このような事例や難度の高い病状に対応する専門的緩和ケアチームの育成も必要となってきた。

在宅緩和ケア普及のための課題

2014年度から構築が始まった地域包括ケアシステムは、今後の少子超高齢そして多死社会を見据えた対応策であるが、その本質は、「新しいコミュニティの創造 (21世紀型のコミュニティの再生)」であり、従来の「治す医療」から「治し支える医療」へ、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への医療大改革である。

今後の地域包括ケアシステム構築の方向性を示している『社会保障制度改革国民会議報告書 (2013年8月6日)』には、今後の社会保障制度の方向性として、「過度の病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目的として、住み慣れた地域で人生最期まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするために、病院・病床や施設の持っている機能を地域の生活の中で確保する」、「個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるような見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備する」、「医療の目的は、従来の『治す医療』からよりQOLを重視した『治し、支える医療』への転換が求められ、また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方について、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論をおこなっていく」などの文言が明記されている。

したがって、この改革の実現には、地域の実情に即したかたちで、看取りを伴う在宅医療の

体制を構築することが必要不可欠であり、その意味で在宅緩和ケアの普及は改革の中核であり、最重点課題である。

そして、在宅緩和ケアの普及に向け、法律に基づく施策が着実に進められている。2014年6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、医療法が改正（第6次医療法改正）されて地域医療構想の策定が始まった。地域医療構想は病床の機能分化と機能分担の促進が目的となっているが、従来の病床の再配分ではなく、在宅医療の促進と在宅医療への移行を念頭においた上での再配分である。そして介護保険法が改正され、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が組み込まれ、2015年度以降、基本的に市町村が在宅医療推進に取り組むかたちとなった。

しかし、これまでの約40年にわたる「病院完結型医療（大病院信仰、国民の約8割が病院で亡くなる状況）」を脱却し、日本のどの地域であっても、希望に応じて誰もが在宅緩和ケアを受けることを可能にするためには、以下の課題に対する具体的な取り組みが必要である。

《重要課題》

- ① 24時間対応の訪問看護ステーションの確保
- ② 訪問診療を行う医師の確保と育成
- ③ 訪問薬剤指導の普及
- ④ 訪問医師および訪問看護師へのプライマリ・ケアとしての緩和ケア教育
- ⑤ 急性期病院の医療従事者の意識変革（在宅医療および緩和ケアに関する理解の促進）
- ⑥ 急性期病院地域連携部門の後方連携活動強化（在宅看取りを念頭に置いた連携の強化）
- ⑦ 在宅緩和ケア後方病床の確保（病診連携の促進）
- ⑧ 介護従事者に対する緩和ケアや看取りの教育
- ⑨ 市町村、医師会などによる在宅医療連携拠点機能の充実
- ⑩ 地域緩和ケア支援ネットワークの構築

① 専門在宅緩和ケアチームの育成

② 在宅緩和ケアの有効性を示すための調査研究、行政による関連データ収集と情報開示

《重要課題》

① 地域住民に対する看取り教育・啓発

② 在宅緩和ケアに関わる地域ボランティアの育成

③ 高齢者住宅・介護老人福祉施設などでの看取りの促進

④ 訪問看護師に対する診療報酬上の評価

⑤ 訪問看護師が行える医療行為の範囲の拡大

⑥ 独居者に対する介護体制の確立

⑦ 在宅緩和ケアでも受給できる生命保険商品の普及（在宅緩和ケア特約）およびリビングニーズ特約の普及

⑧ 関連職種（医師、看護師など）の卒前教育体制構築

（蘆野 吉和）

《引用文献》

- 1) National Hospice and Palliative Care Organization: HHPCO facts and figures (Hospice Care in America). 2014.
http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2014_Facts_Figures.pdf
- 2) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M: Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. J Pain Symptom Manage 42(6): 882-892, 2011.
- 3) Kumar SK: Kerala, India: a regional community-based palliative care model. J Pain Symptom Manage 33(5): 623-627. 2007.
- 4) Kamal AH, Currow DC, Ritchie CS, Bull J, Abernethy AP: Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the U.S. J Pain Symptom Manage 46(2): 254-264. 2013.
- 5) Higginson IJ, Sarmiento VP, Calanzani N, Benalia H, Gomes B: Dying at home-is it better: A narrative appraisal of the state of the science.
<http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/05/22/0269216313487940.full.pdf>
- 6) Schneider N, Mitchell GK, Murray SA: Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/66>