

# 日本エンドオブライフケア学会 記念講演

## エンドオブライフケアの国際的動向と わが国の課題 —在宅ケアを中心に—

人間環境大学副学長 大学院看護学研究科長 教授  
島内節

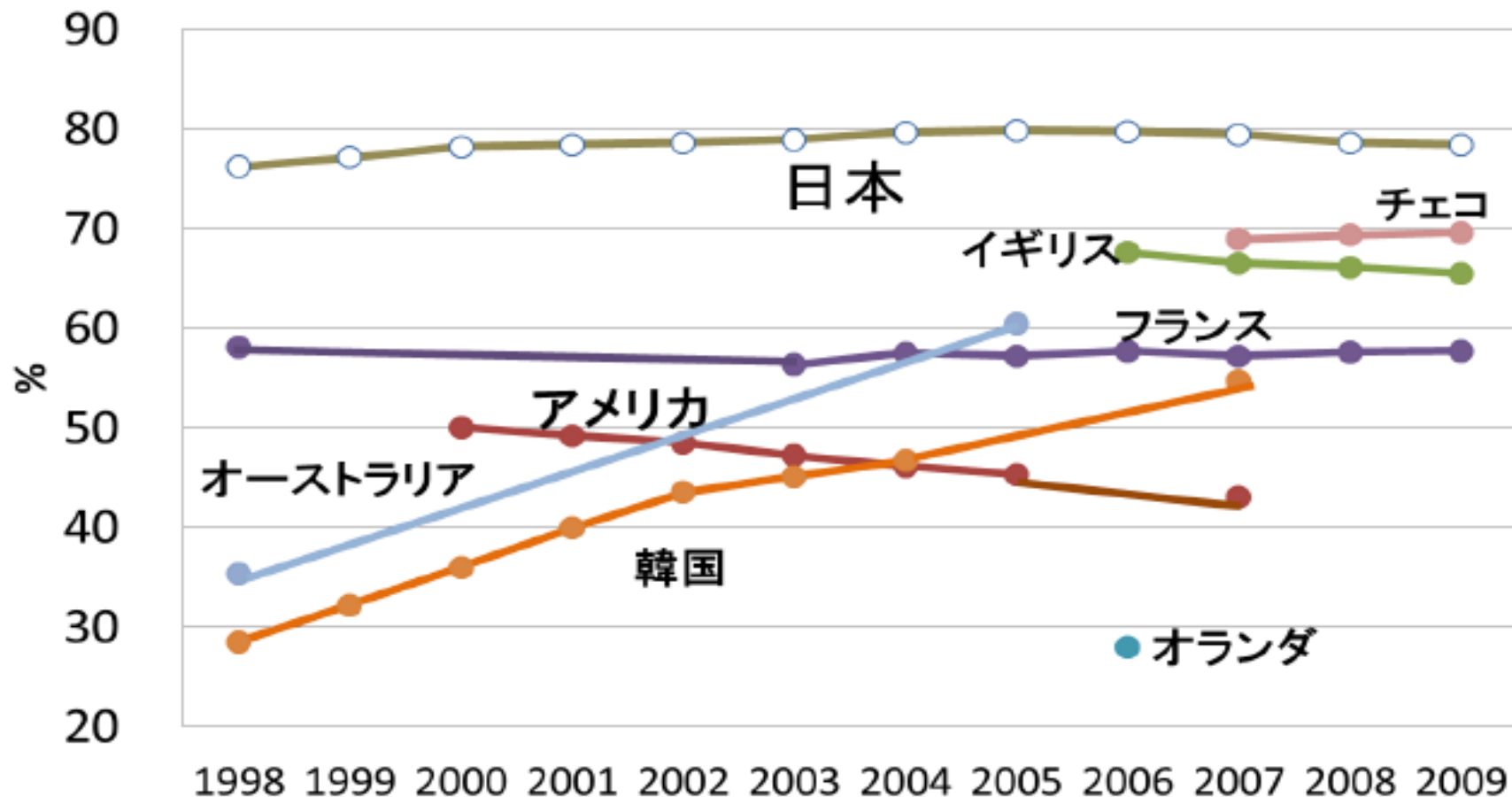
於 学士会館

2016年10月23日 10:10～10:45

# エンドオブライフケア (EOLケア) について国民の希望と現実

1. 人生の最終段階の希望場所は「自宅」が71.7%(厚生労働省2013)であるが、現実の在宅死は12.8%(厚生労働省2014)であり、そのギャップは先進国で最大である
2. 近親者は「本人のために時間やお金をかけての看取り49.8%」
3. 親近者は「理想の看取りの場は自宅52.1%」(辻2012 専門職調査 がん・認知症事例を想定)  
2. 3. は先進8ヶ国の中で最低率である
4. 事前指示書に賛成69.7%、作成しているは3.2%(厚生労働省2013)である

# 各国の病院死率の変化



**わが国の国民の希望と現実のギャップは世界の中で最も大きく、課題は大きい**

# 医療費のGDPに占める割合

国名	総医療費の 対GDP比(%)	順位
日本	<u>10.3</u>	<u>10</u>
アメリカ	<u>16.9</u>	<u>1</u>
カナダ	10.9	8
イギリス	9.3	16
スウェーデン	9.6	12
デンマーク	11.0	7
OECD平均	<u>9.3</u>	35カ国

**日本の医療費は介護費の6.4倍**

文献:「OECD HEALTH DATE 2014」

(注)上記の順位はOECD(Organization for Economic Co-Operation and Development 経済協力開発機構)加盟国間におけるもの

# 介護支出の対GDP比(%)

	2000年介護支出(%)			2008年介護支出(%)		
	公的	民間	総額	公的	民間	総額
日本	<u>0.76</u>	0.07	0.83	<u>1.4</u>	0.2	<u>1.6</u>
アメリカ	0.74	0.54	1.29	0.6	0.4	<u>1.0</u>
カナダ	0.99	0.24	1.23	1.2	0.3	<u>1.5</u>
イギリス	—	—	—	—	—	—
スウェーデン	<u>2.74</u>	0.14	<u>2.89</u>	<u>3.6</u>	n.a	<u>3.6</u>
デンマーク	n.a	n.a	n.a	1.8	0.2	<u>2.0</u>
ドイツ	0.9	0.3	1.2	0.9	0.4	<u>1.3</u>

# 65歳以上人口に占める介護受給者の割合(%)

	施設		在宅	
	2000/2001	2006/2007	2000/2001	2006/2007
日本	2.8	3.0		<u>9.8</u>
アメリカ			<u>2.7</u>	
カナダ	<u>4.1</u>			
イギリス	4.2		<u>6.9</u>	
スウェーデン	8.5	6.8	9.1	<u>9.8</u>
デンマーク		4.5	12.4	<u>12.9</u>

公的財源が大きい国ほど受給者割合が高い

出所: OECDHealth Date 2009

# 先進国の医療福祉制度と統括・ 管理・サービス主体の変化

1. **医療**は多くの国において国が統括、管理とサービスは州・県、**介護等福祉**は地方分権(市町村)と**民営化**へ移行
2. **在宅ケアと施設ケアをセット**して地域の特徴に合わせてバランスを取りやすく**地方分権化と民営化を拡大**
3. **各国**ともに**施設ケアよりも在宅ケアに重点を置いている。**
4. **日本**は特別に**医療機関とベッド数**が多い。  
2025年までに20万床削減予定

# 人権としての緩和ケア

## Palliative Care as a Human Right

緩和ケアを利用できることは、国連条約によって認められているように**法的な責務**であり、到達可能な最高水準の身体的および精神的な健康を享受する権利に基づいて、国際機関や団体は**人権**として提唱している。**患者が激しい苦痛に直面しているのであれば**、政府は緩和ケアを提供しておらず、**冷酷であり、非人道的かつ恥ずべきこと**と考えられる。

ヨーロッパ緩和ケア学会  
国際ホスピス緩和ケア協会  
世界緩和ケア連合  
ヒューマン・ライツ・ウォッチ

Palliative care as a human right: what has the Prague Charter achieved?  
European Journal of Palliative Care, 2015; 22(3) p.141



# Palliative Care as a Human Right

## 各国政府への要求

1. 致命的な疾患あるいは終末期の患者の必要性に応える**医療政策を策定**する
2. 必要とするすべての人に、規制医薬品を含む**必須医療品**が使用できるように**保証**する
3. 医療従事者が大学の学部以上のレベルで、**緩和ケアと痛みのマネジメント**に関する適切な**研修を確実に**受けられるようにする
4. **緩和ケアを医療制度のあらゆるレベルに**確実に組み入れる。

# 終末期・看取りの 各国の法律・国家戦略・ガイドライン

	法律		国家戦略	医師会等のガイドライン／指針
	終末期関連	安楽死関連		
日本				○
韓国				○
チェコ				○
イスラエル	○			
フランス	○		○	○
イギリス	○		○	○
アメリカ	○	○		○
オーストラリア		○	○	○
オランダ		○	○	○

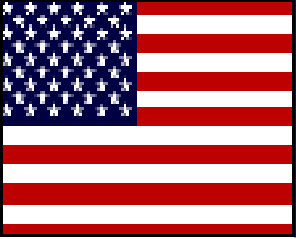
**日本、韓国、チェコは終末期関連の法律と国家戦略がなく、ガイドラインについての専門職の認識は医師以外は低い**

# 先進国の在宅ケアを中心としたEOLケア制度と ケア提供システムの概要

1. 背景: わが国の保健医療福祉制度に影響を与えたと考えられる主要国について述べる。先進諸外国の保健医療福祉制度は在宅ケアに重点をおいており、EOLケアについても在宅生活を中心にしたケア体制である
2. アメリカ合衆国は医療保険制度で民間サービス中心
3. ヨーロッパ諸国は医療保障も福祉介護保障も税金を中心にして収入に応じての一部自己負担制  
公的サービス中心であるが民営化も1900年代から拡大
4. 日本はどちらかといえばこれらの中間型(ややアメリカ寄り)である

# EOLケアの対象と場

1. がん・非がんを含むすべての疾病や障害を持つ人々
2. 年齢を問わず
3. 病院・施設・在宅の多様な場で、国民の望みからいえば在宅を中心とした包括的なEOLケア
4. EOLケアが先進諸外国は在宅中心であることと  
演者の専門が在宅ケアであるので以下では在宅ケアに焦点を当てて述べる



# アメリカ合衆国の 在宅ケアシステムと特徴（1）



国土は日本の25倍、人口は日本の2.4倍

## ■在宅ケアのシステム

1. 1965年にメディケア法（国, 65歳以上高齢者医療保険）の利用が中心、メディケイド法（州 State, 低所得者医療保険）が公的保険
2. 他の人々はメディケアに準じて私的医療保険と私的介護保険に加入
3. 1965年 在宅ケア機関(Home Care Agency)は民間の会社組織・訪問看護協会など
4. 職員は全関連職種が同一職場で事例のケア計画とアウトカム評価により変化を共有





# アメリカ合衆国の在宅ケアのアウトカム評価とケアの質改善プロセス（2）

## 1段階：アウトカム分析

① OASIS項目を中心とした  
アセスメントとアウトカム測定  
(改善率・安定率の算出)

② 各機関のアウトカム  
と全国標準値の比較

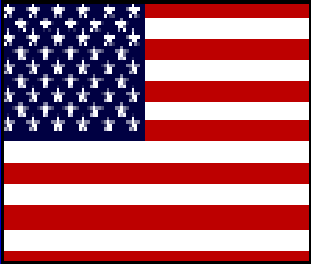
## 2段階：アウトカムレポートを用いた質改善 →アクションプラン

③ 課題とすべき  
アウトカム項目の選定

④ 問題とすべきアウトカムに  
関連する現状のケアプロセス  
の分析

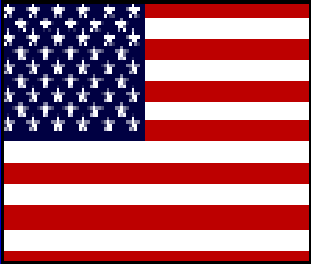
⑤ 質改善のためのアクションプラン  
(行動計画)を作成

⑥ アクションプランの実施



# アメリカ合衆国のEOLケア制度と ケア提供システム（3）

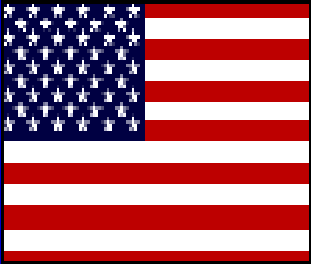
1. 料金は1回訪問定額制・看護職を中心に他職種共通料金設定、医師・ホームヘルスエイド（看護助手・介護職）・ホームメーカー（家事援助者）は別料金
2. EOLケアでは日常的に行われている在宅チームに加えてホスピス医・かかりつけ医・ホスピス専門のNP、CNS、家族会議のコーディネーター（ソーシャルワーカー）、ビリーブメントケア・スピリチュアルケア（チャプレン・ソーシャルワーカー）が訪問ケア
3. ホスピスケアと緩和ケアは保険適応を区分



## アメリカ合衆国のEOLケア制度と ケア提供システム（４）

3. ① **ホスピス対象者**はかかりつけ医とホスピス医により予後6カ月以内を診断された事例、**ほとんどの事例が在宅ホスピスプログラムを利用**、このプログラムは**1日8時間以上の長時間ケア**、特に長時間の職種は看護師とホームヘルスエイド、次いで家事が多い。症状コントロールが非常に困難な場合のみホスピス施設を利用 1日8時間以下のケアでよい状態になれば通常の在宅ケアへ戻る
- ② **緩和ケア対象者**はどの事例でも症状緩和が非常に困難な場合に保険適応（激しい吐き気・嘔吐・呼吸困難・突然の急変・集中治療・せん妄・問題行動など）





## アメリカ合衆国のEOLケア制度と ケア提供システム（5）

4. チャンプレンはスピリチュアルケアワーカーであり、宗教的な特定性はない。多くの場合、患者が好む場合は特定の宗教を持つチャンプレンを呼ぶことは可能。

### アメリカ合衆国に関する文献

1) National Hospice and Palliative Care

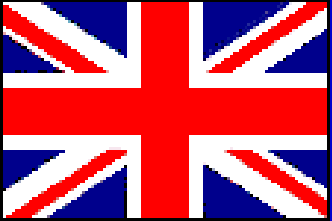
organization([www.nhpco.org/regulatory](http://www.nhpco.org/regulatory))(2012):Managing General Care For Symptom Management, 2-4.

2) U.S. Department of Health and Human Services(2014):Long Term Care, Fine your Path Forward(<http://longtermcare.gov/medicare-medicaid-more/medicare/>)(2014.1.20).

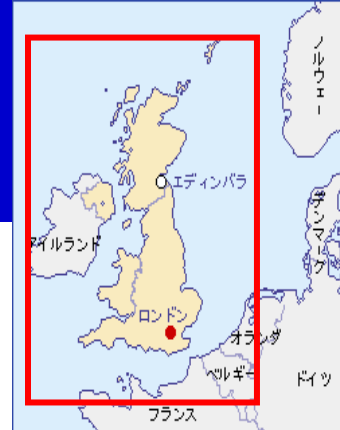
3) National Hospice and Palliative Care

organization([www.nhpco.org/regulatory](http://www.nhpco.org/regulatory))(2012):Managing General Care For Symptom Management, 2-4.

4) National Hospice and Palliative Care Organization(2014):What Hospice costs are covered by Medicare, Medicaid and Private Insurance? What hospice costs and not covered?(<http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3299>) (2014.1.20) 17



## イギリスの在宅ケアの特徴（1）



国土は日本の65%、人口は日本の49%

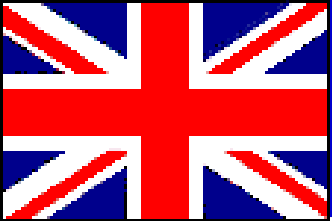
1. 1948年の国民保健サービス法 (National Health Service; NHS) により、保健医療は国が予算管理、4連邦の地方政府が直営で公的サービスをしてきたが、それを残しながら下記に改革

2. 1993年から「NHSとコミュニティケア法」(National Health Service and Community Care Act)

改革の焦点は、医療福祉サービスの民営化にあり、民間によるサービスの提供を主体とすることによって、医療は地方政府の直営公的サービスと民間医療サービスの選定購入

福祉サービスは市町村の管理により質の高いサービスをより安い費用で効率的に選定購入





## イギリスのサービス提供方法（2）



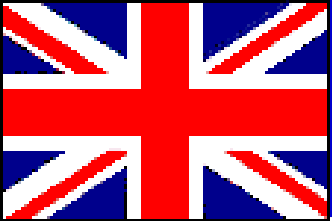
1. **Health Center**には医師GP・訪問看護師・保健師・助産師・PT・OT・検査技師・心理職・事務職員・外来診療・在宅ケア・グループ診療制・健康教育相談

2. 福祉サービスは市町村

**ケアマネジメント制度** **ケアマネジャー（ソーシャルワーカー）**は、「効果的なサービス」をめざし**予算を管理しながらアセスメントとサービスプラン**により社会資源の有効利用をする。

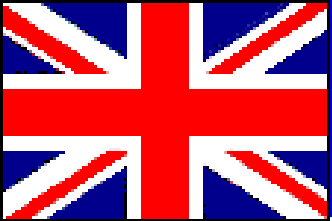
3. **1993年コミュニティ法**により**プロバイダー/パーチャス（Provider Purchase）方式**

市町村は民間サービスを**Provider（サービス提供者）**とし、住民のためにこれらの**サービスをPurchase（購入）し分配**する方法に変えた。  
すなわち**競争原理、市場化**の導入



## イギリスのホスピスケア（3）

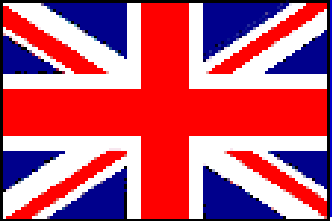
1. **1967年からホスピス**（がん患者から）を病院併設型で世界で最初に開設  
苦痛緩和により在宅で可能になり、次第に在宅ケアへ移行拡大
2. 1978年①**Macmillan Nurseチーム73地区**：**がん患者の入院と在宅ケア**、そこからCNS育成経済支援、さらに**1981年地域看護局**（Community Nursing Division）支援。②**Marie Currie Nurse Specialist**  
**在宅看取り看護師**：③**夜間帯直接ケア Primary Health Team** の協働体制 ④**マギーズセンター**は、がんの本人・家族・友人への相談支援
3. 在宅生活を中心に症状緩和が不十分な場合のみ**ホスピス緩和ケア**  
**病棟223カ所**を利用
4. 1990年在宅ケアを受けながら**デイホスピス（2012年283カ所）**の利用
5. Primary Health Care Systemを軸に病院と在宅医療の連携、**地域包括ケアシステム**が定着 2005 意思能力法



## イギリスのデイホスピスの4つの機能（4）

- ① 社会との交流やかかわりを深め、互いにサポートすること
- ② 創造的で健康維持に役立つ活動への支援
- ③ 身体的なモニタリングと継続ケア
- ④ 家族のレスパイとケア（一時入院による休息）

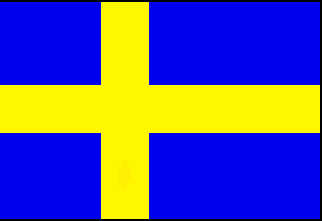
文献：阿部まゆみ（2015）：がんサバイバーを考える緩和デイケア・サロンP.23 青海社



## イギリスのデイホスピスで優先すること（5）

- ①個別性を優先させること
- ②精神的サポート（ストレス・不安・うつなど）
- ③症状コントロールとリハビリテーション（自立  
QOL向上）
- ④希望や生きがいの発見
- ⑤社会的孤立の回避
- ⑥介護者へのレスパイとケア
- ⑦医療と社会ネットワークによる患者支援

文献：阿部まゆみ（2015）：がんサバイバーを考える緩和デイケア・サロンP.23 青海社



# スウェーデンのケアシステムと特徴（１）



国土は日本の1.2倍、人口は日本の7.4%

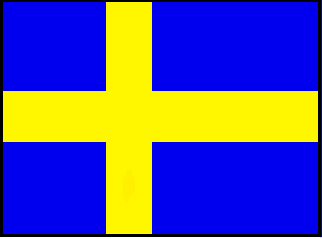
1. 保健医療福祉サービスは公的機関を実施主体としている。

しかし、民間も参入（特に高齢者ケア）

2. ランスタング（日本の県に似ているが医療管轄地域）は保健医療サービスの整備・運営を担い、入院、外来そして救急サービスなどの医療の責任を担っている

3. 市町村は、社会福祉サービスを担い、在宅ケアに責任をもつ

4. 1992年にエーデル改革により、スウェーデンの高齢者に対するケアシステムが急速に、変化した。高齢者と障害者に対する社会サービスとケアの 全般的な責任が自治体に移された。



## スウェーデンの在宅ケアと予防活動を統合させたケア（２）

1. 地域で働く看護職員は、地区Home Care Centerで働く
2. 在宅ケアは**医師（外来診療兼務）・看護師・PT・OT・ST・介護職**などのチームケア
3. 保健師は訪問看護と一体的活動

1994年以來 **看護職（保健師）は薬剤処方権を持つ**

4. **保健医療サービス法**では、**市町村はケアの監視を医療責任看護師**

**「マースナース（MAS Nurse）」を配置**

市町村の責任地区内ケアが適切に行われているかどうか

地域のガイドラインに従って**監視・評価**

**老人ホーム施設、サービスハウス、グループホームの**

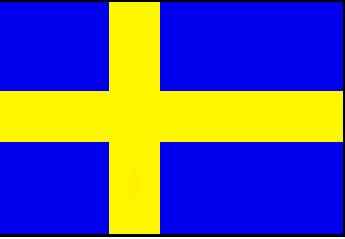
**看護ケアに責任**





# スウェーデンのEOLケア（1）

1. 1987年 イギリスの制度を参考にしてホスピス開始  
1995年 緩和ケアは急性の命を脅かすと同じ優先順位とした  
2001年 緩和ケアはすべての人々が等しい条件で利用されるべき、**マルチプロフェッショナルケア**、このチームは**24時間対応**可能であることとした
2. 予想される死における**看護師による死亡確認**を法律で定め  
夜間・休日で看護師が死に遭遇したら規定のフォームに**死亡確認書を作成**し、後で医師が死亡診断書を作成する。  
夜間などの遺体搬送はしない。
3. 各地域に**緩和ケアオッグスマン**の看護師が質の高い**EOLケア**の提供を監視



## スウェーデンのEOLケア（2）

1. 苦痛緩和ケアは医師・薬剤師・看護師が24時間相談できる体制。ホームドクターである同一医師が専門医と協働
2. **職員へのグリーフケア**: 看護師を中心に職員間で小グループ制のピアカウンセリング
3. 夜間のみ訪問看護チーム 各職員は看取り教育を受けている



## スウェーデンの緩和ケアで気を付けていること(3)

- ①QOLを保持した生活を送る
- ②自分でできることはしてもらう
- ③その人の生活史を知る
- ④家庭的な雰囲気を作る

### EOLケアの実施の条件

- ①医師と家族とが話し合い、最後をどうするのか方向性を決める(組成が必要になった場合は、病院へ入院する)
- ②死が近づいている方は、まず痛みを取る
- ③家族に、後悔をさせないこと
- ④最後は、一人にしないこと
- ⑤看護師(管理者)が家族にコンタクトをとること
- ⑥意思決定に関するガイドラインにしたがって説明すること

文献:平木尚美, 他 2010 「スウェーデン王国の認知症高齢者の終末期ケアの実態と課題」 愛知県立大学看護学部紀要Vol.16, 59-66



# わが国のEOLケアの課題（1）

## 1. 診断と予後を当事者が知らされていない割合が他国より高い。

がん在宅ケアEOLケアを受けて在宅で死亡した事例

訪問看護師による回答 日本n=118 韓国n=120

	日本	韓国
平均寿命	75.3	67.8
本人は病名を知っていた	71.4%	84.7%
予後を知っていた	44.5%	71.7%

文献：Setsu Shimanouchi, Soon Lea Kim: Comparison of Needs by End of Life Care stage in Home Care – Cancer patients between Japan and Korea, 1<sup>st</sup> Research Conference of Korea and Japan, P.58 2008

本人が疾病を知らないまま死亡している割合は28.6%  
予後については55.5%であり、自己決定できない。

残された時間の計画が立たず、**知る権利の剥奪**



# わが国のEOLケアの課題（2）

## 2. 退院準備の改善

### ① 試験外泊

② 退院調整と患者への説明不足の改善を義務化へ  
退院ケア計画書をつけて確実に地域の各サービス機関への連携システムの確立と入院中に社会資源利用を準備

## 3. EOLケアの場所を本人が選択できない

在宅でのEOLのケアの希望しているにもかかわらず家族がいない、かつ介護力が不足すれば在宅生活はできない制度  
ヨーロッパ諸国（イギリス、スウェーデン、デンマーク他）  
アメリカでは家族が同居前提条件ではない。必要な時間を在宅でも長時間ケアが受けられる

## 4. 評価システムがなくケアの質の管理システムが必要

1) 各事例のケアのアウトカム評価の設定

2) 介護など福祉について市町村がサービス機関を評価選定  
(イギリス方式など)



# わが国の独居者のエンドオブライフ期における ニーズ出現率(3)



ニーズ 70%以上



ニーズ60-69%

ニーズ大項目	がん事例 n=11		非がん事例 n=12	
	開始期%	臨死期%	開始期%	臨死期%
1.疼痛	38.2	40.4	3.6	3.6
2.疼痛以外の苦痛症状	73.2	91.3	53.6	72.5
3.心理・精神的ニーズ	88.9	94.4	65.2	69.7
4.スピリチュアルペイン	55.3	55.0	33.9	43.7
5.デスマネジメント	88.9	77.8	60.0	70.0
6.家族・親族との関係調整	86.6	86.6	50.0	55.6
7.喪失・悲嘆	87.5	87.5	55.6	66.7
8.基本的ニーズ	79.8	79.8	63.0	70.9
9.ケア体制の確立	87.8	87.8	65.8	66.5

1)独居事例でもニーズは多様で出現率は高い。

2)すべてのニーズは、がん事例が非がん事例よりも開始期・臨死期ともに高い

3)非がん事例ニーズは、開始期よりも臨死期に高い



# わが国のEOL在宅ケアの開始期と臨死期の訪問看護 と介護の訪問回数(4)

	開始期2週間		臨死期2週間	
	看護	介護	看護	介護
がん事例 n=11	12.1回	18.2回	17.2回	20.4回
非がん事例 n=12	8.0	6.3	12.4	18.2

- ① **独居** でニーズの出現率が高く、諸外国に比べて訪問回数も少なく滞在時間は短い
- ② 12例中インフォーマルサポートなしのがん事例1事例 非がん事例3事例

文献: 島内節他: 第35回日本看護科学学会学術集会2015



# アメリカ合衆国のEOLケアのアウトカム評価指標の 日本への示唆(5)

	対象者	ケア／治療の 目的	焦点となるアウトカムの 例
ホスピスケア	積極的治療を受けていない対象者	安楽、QOLの向上・維持、人間としての尊厳の確保	満足度、症状マネジメント、QOL、など
緩和ケア	急性期、慢性期で積極的な治療を受ける対象者を含む	延命、疾患の改善・軽減(がんの大きさの縮小を目指すなど)	完全寛解、部分寛解、感染予防、褥瘡予防など

- ①アメリカ合衆国は政府がアウトカム指標を示している。
- ②日本でもアウトカムに注目して評価指標を用いる必要性





## わが国の課題(6)

6. エンドオブライフの人々の相談支援場所の拡大(例:マギーズ東京)
7. 2025年問題への準備の必要性和住民参加
  - 1) 全国で医療機関ベット数の20万床削減
  - 2) 多死社会に突入:死のケアの場が得られない人口47万人  
EOLケアの教育研修の必要性
  - 3) ケアへ住民参加
    - ① 学校教育にケアの場への必修参加プログラムの設定  
(デンマーク方式で障害者を各生徒が受け持って体験学習)
    - ② ボランティア教育・ボランティアの市町村経費負担  
(イギリス方式)
    - ③ ボランティアポイント制(神奈川県方式、多数市)の拡大
8. 地域包括ケアの充実
  - ① 専門職がまず連携・ネットワークづくり
  - ② 地域住民の参加
  - ③ 地域資源(サービス機関・人・物資など)の有効活用
  - ④ 上記など すべてを地域住民の財産として蓄積・活用(県・市町村の役割は重要)