

# 65歳以下のがん患者の在宅ケア評価における リスク・マネジメント的視点の導入

幸 史 子

## 1. はじめに

政府におけるがん対策については、1984年度から開始された「対がん10カ年総合戦略」および1994年度から開始された「がん克服新10カ年戦略」により、診断や治療技術は進歩を続けてきた。しかしながら、依然としてがんは我が国において死因の1位を占めており、また、加齢によるがん発症のリスクの高まり等からがんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている<sup>1)</sup>。よって、がん対策の一層の推進を図るために、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006年に「がん対策基本法」が制定された。そして、がん対策推進計画の中で、患者やその家族の生活の質の向上のため「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められている」と「在宅医療」について述べられている<sup>2)</sup>。しかし、公的に法律の下で提供される在宅支援サービスの多くは、在宅ホスピスケアや訪問看護サービスの充実等が主であり、がん患者が在宅で療養を続けて行くために必要な生活の視点での支援は少ないと考える。特に65歳以下、つまり老人医療保険や介護保険の対象となる以前の若いがん患者やその家族への生活の視点での支援策は殆ど検討されていないのが現状ではないだろうか。

そこで今回我々は、65歳以下のがん患者が在宅で療養生活を続けて行くために必要な援助についてインタビュー調査を実施し、その結果から65歳以下のがん患者が在宅療養を続けて行くためには、リスク・マネジメントの視点で新しいフレームワークを開発する必要性が示唆されたので報告する。

## 2. 背景

### 2.1. がん疾患の状況

がんはわが国の死因のトップとなり、死亡者数は1980年以降年々増加してきている。2009年度「人口動態統計」によると、年間30万人以上の国民が亡くなっている<sup>3)</sup>。また、2007年のがん対策推進協議会の資料によると、継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上と推計されるとともに、1年間に新たにがんになる者は50万人以上とされている<sup>4)</sup>。

医療費からみると、2008年度の国民医療費<sup>5)</sup>は3兆8,084億円で国民一人当たりの医療費は27万2,600円となり過去最高となった<sup>6)</sup>。中でも新生物に係る医療費は一般診療医療費<sup>7)</sup>の12.8%を占め、新生物で65歳以上が占める医療費の割合は57.7%、65歳未満は42.3%となっている。一方年齢階級別一般診療医療費構成割合によると、15歳から64歳までの年齢階層が最も多く占める傷病も新生物で、25.7%を占めている<sup>8)</sup>。また、新生物に係る医療費を年間で比較すると、2007年度3兆716億円から2008年度には3兆3,121億円、0.8%の増加となっている。これを医療費の構成割合が最も高い循環器系

疾患と比較すると、2007年度5兆4,353億円から2008年度には5兆2,980億円に減少しており、0.8%減少となっている。その他の疾患も殆ど減少している中で、新生物の医療費の増加は特徴的である。また年齢構成別にみると、65歳未満では2008年度1兆3,997億円（12.3%）で、循環器疾患の1兆3,385億円（11.8%）をぬいている<sup>9)</sup>。

## 2.2. 現在の政策

がんが加齢により発症リスクが高まることや新薬の開発が進み高価な薬品の使用が増加してきていることは、新生物に係る医療費増加の原因のひとつであろうと思われるが、政府はがん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006年に「がん対策基本法」（以後基本法と表記）を制定した。

基本法は、がんの予防及び早期発見の推進・がん医療の均てん化促進・研究の推進について国家と地方公共団体の責任を明示しており、特に「がん医療の均てん化」については、がん患者が、等しく適切な医療を受けるための整備やがん患者の療養生活の質の向上を図るために、在宅におけるがん医療の提供が述べられている。

ところで、基本法で述べられている「均てん化」についてその背景はどのようなものだったのだろうか。基本法では、生活の質の向上を目的とした均てん化について、がん患者が居住する地域に関わらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けるために、緩和医療の早期提供や在宅におけるがん医療提供のための連携協力体制、医療従事者の質の確保などについて国および地方公共団体が取り組むことなどとしている<sup>10)</sup>。しかし、あえて「均てん化」という表現を用いている背景には、恐らく「がん難民」の増加<sup>11)</sup>が影響しているのではないかと考えるが、それについて明らかなデータはない。

いずれにせよ、基本法の制定により現在では2次医療圏内において高度先進医療の提供等どこでも同じような診断と治療が行える体制が整いつつある。

しかし、がん患者やその家族が、長期にわたり療養していくための整備は本当になされたと言えるのだろうか。基本法では、がん患者が在宅でがん医療の提供を受けることが質の向上の一つだと言っているが、現状で果たしてそう言えるだろうか。医療技術の発展や新薬の開発により、確かに「がん」そのものの治療については前進したかもしれないが、患者や家族の療養生活の質の向上とがん治療との関係については未だ明らかではない。例えば、地域医療再生計画<sup>12)</sup>で交付金を交付することで、医療機関の役割の明確化と医療連携が進み、誰もが同じ医療をうけることは可能となる。つまりがん医療の均てん化が進むことになるが、そのことと在宅療養患者の生活の質の向上との関係についての明確な根拠は、殆ど示されていない。

また、基本法では高齢化とともにがんの罹患率も増えることから、がん患者の在宅医療対象者を高齢の、特に末期のがん患者に特定しているように読み取れ、それ以外のがん患者への支援についてはあまり検討が進んでいないように思われる。しかし、実際に在宅で療養している患者には65歳以下の若い世代、つまりがんと闘いながら社会生活を続けなければならない人達が多く含まれており、年齢やライフスタイル、価値観などの違う人達に対して、これまでのような「がん患者」という一括りの支援策で、療養生活の質の向上が図れるとは言い難い。

### 3. 目的

以上のことから、医療の均てん化や末期がん患者の対策に重点をおいた政策では65歳以下のがん患者にとっては、基本法で言う「がん患者が、等しく適切な医療を受けるための整備やがん患者の療養生活の質の向上を図る」ことにはつながらないと考える。よって、65歳以下の若い世代のがん患者が仕事や子育て、親の介護等の社会生活を続けながら、在宅療養生活の質の向上を図るためには、若い世代のがん患者が抱える日常の多種多様な問題を把握し、どのような解決策を見出していかなければならないかを彼らの日常生活の視点で検討していく必要がある。

そこで、本研究は65歳以下のがん患者の在宅療養支援について、既存の医学的視点や介護の視点によるケア提供に関する議論ではなく、日常生活支援の視点から新たなフレームワークを構築し検討しようとするものである。

その第一段階として、がん患者が長期にわたって在宅でがんと闘い続けて行く上で、いったいどのような問題が存在し、どのような支援が必要だと感じているか等、患者が置かれている現状について、医療者の視点を通して検討していく。

### 4. 現状把握

これまでのがん患者支援策について、医学的視点・介護的視点・生活支援の視点の3つの視点を通して問題点を明らかにする。

#### 4.1. 医学的視点

がん治療の多くは疾患のステージによって決定される。疾患のステージとは、がんの進行度と広がり（T因子）の程度を一度に表すことができるように作られた分類法で国際対がん連合の「TNM分類」と呼ばれるものが一般的である<sup>13)</sup>。これは、がんの大きさ（T因子）と周辺のリンパ節転移の有無（N因子）および遠隔臓器への転移（M因子）の3つの因子によって病期を0期からIV期までの5段階に分類するものである。この分類によると、0期に近いほどがんは小さくとどまっている状態であり、IV期に近いほどがんが広がっている状態をさしている。この分類を基に疾患によって更に細かく分類されていることもある。医師はこのステージを基に、患者の全身状態も加味しながら、治療方針の決定や予後の予測を行う。このように疾患のステージは、医師が治療を決定する上での大きな因子となっているが、それとは別に治療により期待される効果、つまり治療のアウトカムから病期を分類する方法もある。一般的に患者に病状を説明する場合、TNM分類でがんの様相を説明し、治療アウトカム分類ともいえる方法によって、患者の置かれている位置を説明されることが多いのではないだろうか。

これは、大きくは3つに分けて考えられる。

- ①急性期・亜急性期と呼ばれる時期で、がんが発見され、治癒を目的として治療を行う時期。
- ②安定期と呼ばれる時期で、定期的な治療を行うことで再発や転移がない、もしくは再発や転移によるがんの増大を抑えることができる時期で、この時期にあるがん患者の多くは65歳以下の若い世代であり、社会の第一線で頑張っている現役世代と呼ばれる人たちである<sup>14)</sup>。
- ③終末期と呼ばれる時期で、治療の効果が殆ど無く、がんの増大および遠隔転移、リンパ節転移などが認められ、予後不良とされる。（図1参照）

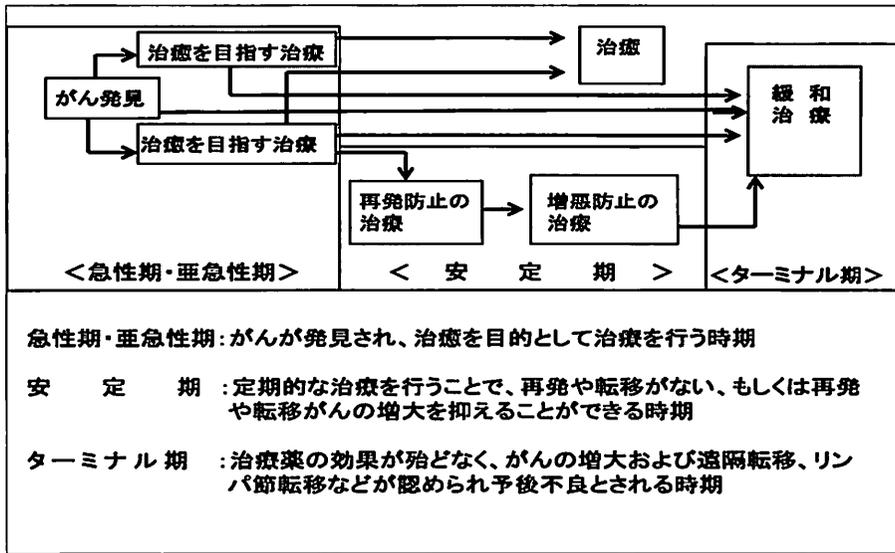


図1. 治療のアウトカムからみた病期  
筆者作成

この3つの病期の中で、在宅療養の検討対象時期は、主に安定期と呼ばれる時期からターミナル期にかけてである。

#### 4.2. 介護の視点

在宅療養検討対象時期のうち、ターミナル期においては、緩和医療を中心に患者の意思を最大限に尊重し、患者・家族の支援を行いながらQOLの向上を目指したケアが提供される必要がある。この時期は患者の意思を最も尊重し、療養場所の決定が行われるが、患者の置かれた様々な状況から、在宅ではなくホスピスや医療機関を療養場所として選択するケースが殆どで、その結果、医療機関で死亡する割合が80%を超える状況となっている<sup>15)</sup>。最期を自宅で迎えたいといった「在宅での看とり」を希望する人は多いものの、家族に迷惑をかけたくない或いは、緩和医療については在宅では困難であるとの理由から結局医療機関を選択してしまうという調査報告書もある<sup>16)</sup>。

しかしながら、これらのターミナル期にある患者の状況については、2007年に「がん対策推進基本計画」が、がん対策基本法第9条第1項に基づき策定され、その中で在宅医療に関して訪問看護推進事業・在宅療養支援診療所についての診療報酬加算・40歳から64歳までのがん末期患者の介護保険給付・療養通所介護サービスの創設等々、終末期医療の充実に向けて様々な取り組みが始まっており、徐々にではあるが改善の方向へ向かっていると思われる<sup>17)</sup>。

一方、がん末期でないが自立した日常生活を送れない患者や、40歳に満たないがん患者を対象とした介護支援は殆どなく、家族の支援に全面的に頼らざるを得ない状況にある。

#### 4.3. 生活支援の視点

安定期にある患者にとって、選択される療養場所によって抱える問題は違ってくる。一つは、急性期医療機関から慢性期医療機関への転院、もう一つは急性期医療機関から施設への入所、そして急性

期病院から自宅というケースである。しかし、年齢や病状を考慮すると自宅へ戻るケースが殆どではないかと考える。これらの患者は核家族化で家族からの支援が十分に得られない状況下で、在宅での治療を継続することになる。このことは、先の見通しが見つからないことや通院や治療にかかる費用・副作用対策等々の問題に加え、患者・家族への心身の負担をも増すことにつながる。

調査によると、外来を受診し継続治療を受けているがん患者数は、入院し治療を受けているがん患者数と殆ど変わらない<sup>18)</sup>。にもかかわらず、がん対策推進基本計画<sup>19)</sup>では、在宅医療を高齢の終末期患者への支援として位置づけているように読み取れ、外来で治療を継続しながら自宅で療養している患者への支援については、殆ど検討されていない。

以上3つの視点で検討した結果、これまでのがん患者支援策は治療を中心とした支援や高齢者のがん患者を中心とした、介護支援と老人福祉とを合わせたような支援策が中心であり、社会の中で生活しながら治療を続ける人達にとって、十分な支援の検討がなされているとは言い難い状況にあると考える。

また、各種調査報告書や文献<sup>20)</sup>を調べてみたが、この時期にある患者・家族の支援やQOLについては症状コントロールを中心に述べられているものが殆どであった。

なお、最近になり、厚生労働省がん対策推進協議会において「サバイバーシップ<sup>21)</sup>」の検討が開始されている<sup>22)</sup>。

次に、「安定期」と呼ばれる時期にあり在宅療養を続ける65歳未満の若い世代の患者・家族が抱える問題について、医療者のインタビューを通して明らかにする。

## 5. 方法

### 5.1. インタビュー調査

現在のがん患者支援策では65歳以下の若い世代のがん患者の生活の質は向上しないと述べてきたが、生活の質とは一体何だろうか。

ここでは、生活の質を医療と同一のものではなく、患者を自らの人生を生きる一人の人間としたときに、その生活過程に関わる総合的なもので、社会経済的、心理的環境の質を問題とする考え方で検討を進めたい。

がん患者が社会の中でがんと闘いながら暮らして行く為には、何かによって empower されなければならない。もし生活の質を向上させることで empower されるとしても、生活の質そのものが未だ明確には定義されていない。特に65歳以下の若い世代の患者にとって、今ある資源を活用することで、より効果的に empower される方策はあるのだろうか。それを探る一つの手がかりとして、外来で治療を続けている65歳以下のがん患者が、どのような問題を抱えているかについて、具体的に把握するため看護師にインタビュー調査を行うこととした。

### 5.2. インタビュー対象者

インタビューの対象は、外来治療を続けている患者や家族の身近に存在し、患者の生活も含めて支援を行っているA市の総合病院地域連携室に3年以上勤務する担当看護師5名である。

### 5.3. インタビュー方法

方法はフォーカスグループインタビューとして、「療養場所の選択について」「治療の選択について」「在宅療養を行う上で必要なもの」「家族の支援」の4点について尋ね、所要時間は1時間であった。

会話の内容については、参加者に了解を得て録音した。

### 5.4. 倫理上の配慮

対象者へは調査の趣旨を説明し、インタビュー参加はあくまで個人の意思であることを確認し、インタビューから得られた結果については、本調査研究以外には使用しないことを約束し、参加者の了承を得て行った。

### 5.5. 分析方法

録音した逐語録から「医療者が考えるがん患者が在宅療養を続けるために整備されるべき問題」を全体のテーマとして分析する。インタビューで得られた結果を内容に応じて大分類を試みる。

## 6. 結果

### 6.1. インタビューへの回答内容

5名の看護師が、それぞれの経験をもとに4つの個別テーマについて出された意見は、付表1の通りであった。(付表1参照) これらの意見を整理したところ、大きくは1) 患者自身の問題と2) 患者を取り巻く環境の問題とに分類できた。(表1参照)

その後、2つに分類した内容について更に分析したところ、1) 心身の問題2) 生計の問題3) 医療制度の問題4) 支援制度の問題に分けることができた。これらから、一方の軸を「社会制度」と「患者の生活」とし、他方の軸を「患者の問題」と「患者を取り巻く環境の問題」とするマトリックスで表した。(表2参照)

次に、インタビューで発言された内容を整理し22のコード(項目)として抽出し(付表3参照)、それらを、先のマトリックスを用いて整理した。(表3参照)

### 6.2. 考察

#### (1) 医療制度の問題

患者に何かあれば紹介元の病院へ入院できるという保障(back bed)が、患者や家族のみならず、地域で医療を提供する医療者にとっても重要なことであり、24時間体制での相談窓口についても、患者・家族にとって重要度が高いと認識していたことは、「がん」という疾患の特徴から、がん患者がどれほど安定して外来での治療が可能だといってもいつ増悪し病状が変わるかもしれないといった漠然とした不安を常に抱かせているということではないだろうか。また彼らは、新しい治療薬の開発は外来での治療を可能にしたが、一方で患者は、治療を続けなければ再発もしくは悪化するという不安も抱えることになり、長期にわたる治療継続はゴールが見えにくいだけに、患者や家族にストレスを与える原因となっているのではないかと考えていた。

表1. インタビューでの典型的な意見と分類

分類	患者自身の問題	患者を取り巻く環境の問題
治療面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者・家族が不安を持っている。</li> <li>・地域の医療機関には、緩和医療特に疼痛や症状コントロールに経験の浅い医師が多く、患者の安楽が得られにくいのではないかと医療者は心配している。</li> <li>・治療選択の時点での緩和医療の説明が不十分なことによる治療優先の選択。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での治療を継続するためには、家族の協力は不可欠だが、いつ急変するかわからないという不安を抱えての患者支援は難しい。</li> <li>・支援する家族が、一時休息できる場所がない。</li> <li>・医療保険3割負担の若い患者たちにとって、長期化する抗がん剤治療による医療費負担が大きい。</li> </ul>
生活面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が女性であれば、夫からの支援は受けにくい。逆であれば、夫は妻の支援を受けやすい。患者が男性か女性かで受けられる支援が違ってくる。</li> <li>・がん患者専用のデイケア施設やショートステイが必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で患者家族が集える場所がない。</li> <li>・抗がん剤治療では、見た目がどうもないため、特に女性は他の家族から主婦の役割を期待される。</li> </ul>

詳細は付表2参照

表2. インタビューから抽出された分類案

	分類 Category	区分 Type	
		患者 Patient side	患者を取り巻く環境 Environment side
領域 Area	社会制度 Social System	医療制度の問題 Medical Service	支援制度の問題 Social Support
	患者の生活 Patient's Life	心身の問題 Physical & Mental	生計の問題 Living

筆者作成

## (2) 支援制度の問題

また、彼らのがん患者専用のショートステイ施設や家族の一時休息 (respite) のための支援も重要であると考えている。特にがん患者専用という点では、現在のデイケア等が老人福祉の範疇で考えられており、がん患者が利用するには患者の年齢や背景等を考慮すると老人と同じ施設では難しいのではないかと感じていた。

介護保険についても、そのシステムの複雑さを問題と認識していた。通常64歳までは、医療保険で医療が賄われ、被保険者は3割の負担となる。65歳からは介護保険の適応となり1割負担となるが、あくまで介護が中心であり、もし看護師の訪問を希望するのであれば、他のヘルパー派遣等に比べるとその単価は高く、結局介護保険内で他のサービスの利用が厳しくなる可能性は高い。一方基本法により、40歳から64歳までの患者で「末期がん」の診断がついた場合、介護保険の利用が可能となるが、介護サービスについては1割負担であっても疼痛緩和ケアなどの医療サービスについてはやはり3割負担となる。

このように、彼らは医療保険や介護保険の複雑さが、患者や家族に対しタイムリーな支援ができない要因のひとつであると考えていた。

## (3) 心身の問題

彼らは、患者が女性の場合と男性の場合では心理的負担度が違う事を指摘している。患者が男性の場合、多くのケースで妻の支援を得ながら療養を続けることができているが、患者が女性の場合その多くが家族に迷惑をかけていると感じ遠慮し我慢するため、夫や家族から十分な支援が得られない場合が多いという。特に主婦の場合、在宅療養とは言え主婦という立場上、家族の食事の準備や洗濯、子供の世話等の家事全般をせざるを得ない状況にあると言う。よって、女性の在宅療養については、家族が疾患や治療をどのように理解しているかが鍵となり、退院時の家族への指導は欠かせない重要なケアの一つだと話していた。更に、家族の心理的負担が長期化することで、家族が抑うつになっていく可能性が高いとも考えている。彼らが「24時間の相談体制が必要」という中には、患者の状態に対する不安だけでなく家族の心理的相談にも対応できるということをも含んでいると考える。特に、「患者・家族の思いを誰に相談してよいかわからない」や「総合的に相談できる場所がほしい」などの言葉から、現在の在宅療養支援策では心理的負担軽減には不十分であることを示していると考えられる。

## (4) 生計の問題

生計の問題について彼らは、治療が長期化することで医療費が支払えなくなるケースや入院治療費が外来治療費より安いこと等から、在宅療養における医療費の経済的負担は深刻であると感じていた。また、がん患者が在宅療養へ移行することで、介護保険の対象外であればそれまで働いていた家族の

表3. 分類案と抽出した22コード

分類 Category		区分 Type	
		患者 Patient side	患者を取り巻く環境 Environment side
領域 Area	社会制度 Social System	医療制度の問題 Medical Service ①患者に何かあれば紹介元の病院へ入院できるという保障 (back bed) が、患者や家族のみならず、地域で医療を提供する医療者にとっても重要である。 ②バックベッドは、緩和医療の病院でも可能。 ③24時間体制での相談窓口は、患者・家族にとって重要度が高い。 ④新しい治療薬の開発により、治療を継続しなければ再発あるいは悪化という不安を抱える。 ⑤～⑨省略	支援制度の問題 Social Support ⑩がん患者専用のショートステイ施設や家族の一時休息 (respite) のための支援は重要である。 ⑪地域ごとにごん患者や家族が集える場所が必要。 ⑫がん患者専用という点では、老人と同じデイケア施設では難しい。 ⑬介護保険は、そのシステムの複雑さが問題。 ⑭患者のADL (日常生活動作) が低下した場合、在宅でのケアは難しい
	患者の生活 Patient's Life	心身の問題 Physical & Mental ⑮患者が女性の場合と男性の場合では心理的負担度が違う。 ⑯患者が女性の場合夫や家族から十分な支援が得られない場合が多い。	生計の問題 Living ⑰主婦の場合、在宅療養とは言え家事全般をせざるを得ない状況にある。 ⑱女性の在宅療養については、退院時の家族への指導は欠かせない。 ⑲治療が長期化することで医療費が支払えなくなるケースがある。 ⑳～㉒省略

詳細は付表3参照

一人が患者の介護支援にまわらざるを得ないため、これまで通りの家庭経済を維持していくことが困難となる場合もあるという。特に、3割負担の世代については、子供の教育費にもお金がかかる世代であり、生活を脅かされる状況が続くことで患者や家族の心理的負担も増強していくという悪循環へつながっていくのではないかと考えていた。

このように、地域連携室に勤務する5名の看護師達は、生計の問題には単に患者の医療費だけでなく、家族の生活も脅かされるということが含まれていると考えていた。

今回のインタビューの結果から、がん患者が在宅療養を続けながら外来での治療を継続することについて、医療者は決して手放して喜んでいるのではなく、患者や家族が多くの新たな問題を抱えることになるということを自覚しながらも在宅療養への移行を支援しているのではないかと推測できた。

以上を要約すると、在宅療養を続ける患者にとって、具体的な生活上の問題として

- ① 「医療制度の問題」では、バックベットの確保とタイムリーなケア提供が困難である。
- ② 「支援制度の問題」では、家族の一時休息支援と、がん患者を中心としたショートステイやデイケアシステムが必要であり、また、医療保険と介護保険のシステムの複雑さが更に問題を深刻化している。
- ③ 「心身の問題」では、患者自身の心理支援もだが、家族の心理的支援も重要である。
- ④ 「生計の問題」では、患者の医療費だけでなく、患者・家族の生活を脅かす問題が存在する。

の4点にまとめることができた。このことを別の視点で考えると、「安定期」と呼ばれる時期にある患者や家族にとっての在宅療養は、抗がん剤治療に伴う副作用や容体の急激な変化に対する適切な対応が受けにくくなること、これまでの家族関係を維持することが困難となること、家族の日常的介護からの逃避による家庭崩壊、所得の減少や治療費など家族の経済的負担の増加などから、返って生活の質を低くするリスクが存在するのではないかと考えられる。

## 7. 結論

### 7.1. 新たな枠組み (framework) による「生活支援充実」に向けての検討

今回のインタビューから5名の看護師達は、がん患者が在宅で療養を続けることには、多くの問題を含んでおり、現状では在宅での療養を手放して進めることは難しいと考えていることがわかった。基本法では、がん患者の療養生活の質の維持向上を謳っているが、これまでのような治療を中心としたステージの分類つまり、クリニカル・インディケーター<sup>29)</sup>による評価や介護支援による評価だけでは、がん患者やその家族の療養生活の質の維持向上を図ることは難しい。なぜならば、如何にがん治療がうまく進んだとしても生計の問題や支援制度の問題等を放置することにより、患者は在宅療養継続が困難となるばかりでなく、家族の心身の健康への悪影響や経済的理由から家族の生活さえも脅かすことにつながると考えられるからである。

今回のインタビューの結果は、先に述べた治療を中心とした支援や、高齢者のがん患者を中心とした介護支援と老人福祉とを合わせたような支援策中心では、65歳以下のがん患者の生活の質の向上は期待できないとした考えを支持するものだった。

そこで、我々のがん患者の在宅療養を進め、療養生活の質を維持向上させるためには、在宅療養の時期を患者や家族が新たな問題を背負う時期、つまり生活上の新たなリスクを背負う時期として捉え直す必要があると考える。そして、がん患者やその家族にとってどのような支援を行うことがリスク

回避或いは軽減につながり、結果的に療養生活の質を高めることになるのかといった考え方、つまりリスク・インディケータとなるものによる評価を追加して検討することが重要となると考える。(図2参照)

これまで「安定期」つまり、定期的な治療を行う事で、再発や転移がないもしくは、再発や転移がんの増大を抑えることができることをアウトカムとしていた時期を仮に「治療継続による日常生活上のリスク期」と捉える。ここでは、療養場所が在宅か医療機関かによって、背負うリスクは違ってくる。また、患者にとってのリスクか家族にとってのリスクかによっても背負う内容が違ってくる。これらのリスクを明らかにした上で、そのリスクをどのように回避或いは軽減していくかという考え方を計測指標として生活の質の評価を行う。そしてクリニカル・インディケータとリスク回避或いは軽減のための新たなインディケータの双方を用いて総合的に患者の療養生活の質の維持向上に取り組んでいくことが重要となる。

更に、誰が調整役として適切かについても検討が必要である。個々の患者・家族がより質の高い在宅医療を受けられるためには、リスク回避や軽減および評価のための調整役として中心的な役割を果たす人材が必要となる。現在、訪問看護師等の役割は適切な直接的ケアの提供者としての役割が主であり、介護に関連した調整等については介護支援専門員(ケアマネージャー)と呼ばれる人が担当している<sup>24)</sup>しかし、介護支援専門員が対象とするのはあくまで要介護者または要支援者であり、在宅療養中の全ての患者に対応するものではない。また、介護支援専門員の資格については「保険・医療・福祉の分野で要支援者等に対する相談・援助の業務に一定期間従事した経験のある人の中から要請され、厚生労働省で定める実務の経験を有し介護支援専門員実務研修受講試験に合格かつ介護支援専門員実務研修の課程を修了することで、介護支援専門員として登録をすることができる」<sup>25)</sup>とされており、医療者とは限られていない。

しかしがん患者の場合、疾患と治療及び副作用について深い知識を持ち更に患者・家族の持つ背景を理解したうえで、生活の質の評価をしていく必要がある、医療支援のための専門的知識と的確な判断力を持ち、尚かつ生活支援として患者・家族の置かれている状況を適切にアセスメントできる能力を持つ者が必要となる。そこで、そのような要件を満たし役割を果たせる者は、現在のところがん専門看護師(がんCNS)以外にはないのではないかと考える<sup>26)</sup>。(図3参照)

がんCNSの調整能力或いは目標達成のための支援能力を在宅療養支援に活かすことができれば、がん患者およびその家族はより質の高い在宅医療を受けることができるのではないかと考える。現在のところ、がんCNSの活躍の場は医療機関が殆どであるが、活躍の場所を地域へと拡大することにより、がん患者を医療機関から在宅までを総合的に支援できるのではないかと考える。

以上のことから、65歳以下のがん患者の生活支援をこれまでのような治療や介護を中心とした分類ではなく、新たな枠組みつまり「リスク・マネジメント」の視点で検討することで、在宅療養における生活の質はより充実するものと考えられる。

## 7.2. 今後の課題

今回、65歳以下のがん患者について医療者の視点を通じた現状の確認を行い、それを基に既存の医学的視点や介護の視点によるものではなく、新たな枠組み「リスク・マネジメント」の視点による在宅療養支援の充実について再考した。しかし、本論文で扱った議論には、まだいくつかの課題が残って

いる。

第1には、今回のインタビューでは対象者の数が限られており、それだけで議論を行うには限界がある。これについては、現在いくつかの訪問看護ステーションの看護師を対象としたアンケート調査

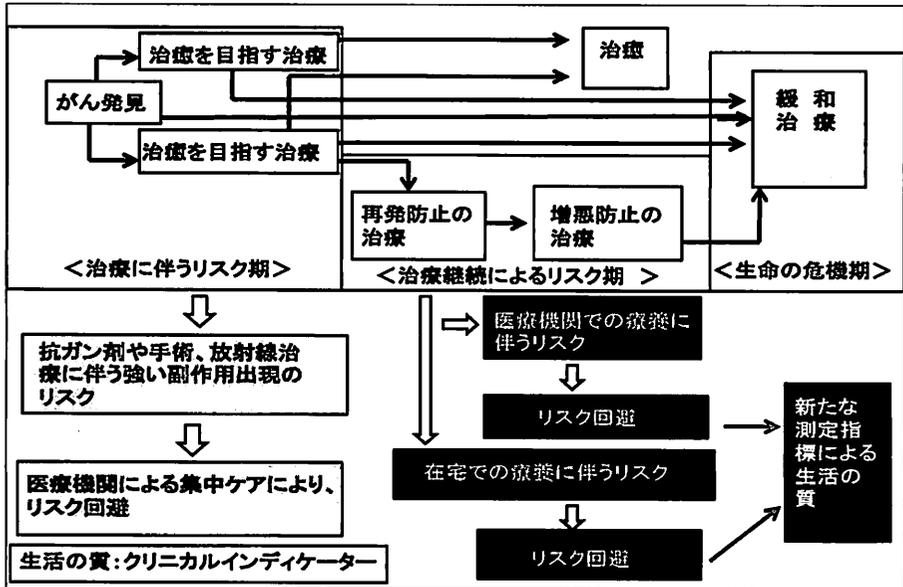


図2. リスクの視点からみたステージ  
筆者作成

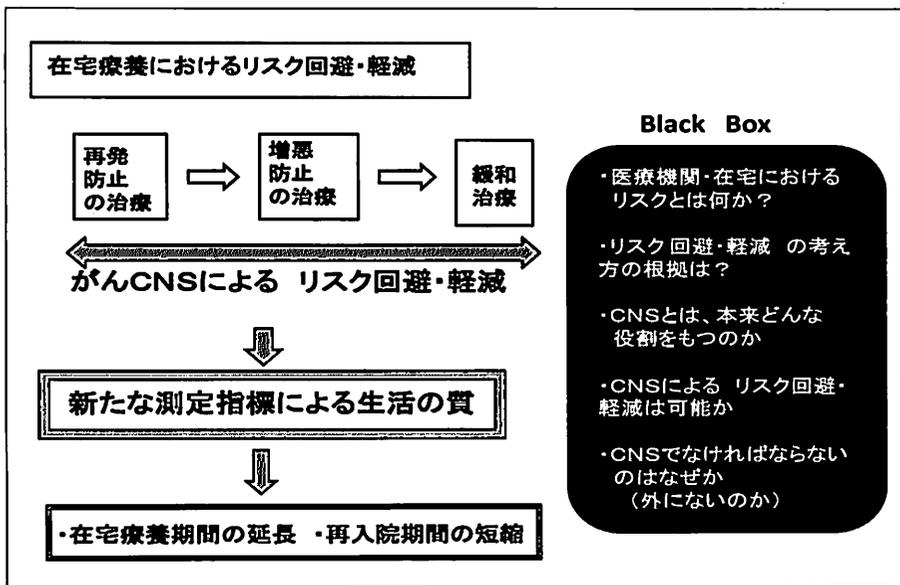


図3. 在宅医療におけるリスク回避・軽減  
筆者作成

を実施し、より広範囲のデータをとることで課題の解決につなげたい。また、がん患者やその家族にとって、在宅療養上のリスクを回避或いは軽減させるために今ある資源はどのようなものか、それらを有効活用するための方策はあるかについても調査および検討が必要である。

第2には、がん患者の在宅療養における医療支援のための専門的知識と判断力や患者・家族の置かれている状況を適切にアセスメントできる能力を持つ者、言い換えればリスクアセスメントの担い手としての「がん専門看護師」を挙げているが、がん専門看護師の調整或いは目標達成のための支援の能力を在宅療養支援に活かすためにはどのようなシステムが必要かについて、今後更に検討や議論を進める必要がある。

これらの課題については、今後段階的に研究を進めて行き、最終的には65歳以下のがん患者の在宅における療養生活の質の向上を図るための支援策について、リスク・マネジメントの視点によるがん専門看護師を中心とした支援システム構築へと議論を発展させて行く予定である。

- 
- 1 がん対策推進基本計画 平成19年6月 がん対策推進協議会
  - 2 前掲1 18頁
  - 3 厚生労働省人口動態調査 平成21年度死因順位別死亡数の年次推移
  - 4 がん対策推進協議会 平成19年6月「がん対策推進基本計画 2. がんをめぐる現状」
  - 5 国民医療費には、一般診療医療費・歯科診療医療費・薬局調剤医療費・入院時食事・生活医療費・訪問看護医療費が含まれる。
  - 6 厚生労働省 国民医療費、人口一人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移より、平成20年度分
  - 7 一般診療医療費には、入院医療費（病院、一般診療所）・入院外医療費（病院、一般診療所）が含まれる。
  - 8 厚生労働省傷病分類 平成20年度入院－入院外、年齢階級別一般医療構成割合の年次推移
  - 9 厚生労働省 平成20年度国民医療費の概況について：性、傷病分類別一般診療医療費
  - 10 がん対策基本法15条
  - 11 「がん難民」という言葉は、使う人により多様に解釈されており、現時点ではコンセンサスのある定義は存在していない。狭義には、治療は尽きたと医師から先刻されたが、国内未承認の最新の抗がん剤を受けるべく医師を探し求めているがん患者が「がん難民」と呼ばれていることが多い。一方、より広義には、自分にあった治療を受けたいが適切な情報がなく、前に進めないがん患者、過去に受けた治療に納得できず後悔を持ち続けるがん患者なども「がん難民」と呼ばれている。調査の結果、①がん患者の53%が「がん難民」であること②「がん難民」の9割が日本のがん医療に不満であること③「がん難民」は「がん難民以外のがん患者」に比べ総医療費が7割高く、「がん難民」が全て解消できれば国民医療費が年間5,200億円削減できること④「がん難民」解消のための具体的な打ち手として「専門医の有無、医師・病院の治療成績などの情報を社会的に整備すること」「理解できるまで時間をかけて主治医に何度も説明してもらうこと」「知り合いの医療関係者に相談すること」「インターネットによる情報収集を行うこと」が有効であることが明らかになったと説明されている。  
「がん患者会調査報告－「がん難民」解消のために－」日本医療政策機構 がん政策提言 vol.5
  - 12 医政発第0605009号 平成21年6月5日 厚生労働省医政局長地域医療再生計画について

- 13 国立がん研究センター・がん対策情報センター「患者必携 がんになったら手取るガイド」学研121-122頁
- 14 厚生労働省傷病分類 平成20年度入院-入院外、年齢階級別一般医療構成割合の年次推移
- 15 平成18年度厚生労働省医政局委託医療機能調査事業 報告書調査結果
- 16 厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査等検討会報告書」平成16年7月
- 17 がん対策推進基本計画 がん対策推進協議会 平成19年6月 厚生労働省
- 18 厚生労働省 医療機能調査事業報告書 平成18年度
- 19 がん対策推進基本計画 平成19年6月にがん対策基本法第9条第5項の規定に基づき、国会に報告されたもの。第3-3-(1)-③在宅医療
- 20 2011年6月の時点で、医学中央誌「在宅 and がん患者 and QOL」で検索した結果、原著論文は119件中34件であり、殆どが症例報告であった。
- 21 サバイバーシップとは、がんが慢性疾患として位置づけられ、医学的見地から5年生存率や治療効果を評価した生存期間を重視するものではなく、発病しがんと診断された時からその生を全うするまでの過程をいかにそのひとらしく生き抜いたかを重視した考え方。  
がんサポート情報センター「患者よ！がんサバイバーになろう」[http://www.gsic.jp/support/sp\\_07/01/index.html](http://www.gsic.jp/support/sp_07/01/index.html) 2012年1月閲覧
- 22 2011年11月2日、第27回がん対策推進協議会、議案(5)サバイバーシップについて(参考人よりヒアリング)
- 23 クリニカル・インディケータとは、医療行為或いは医療サービスの提供状況をモニタリングしたり、評価したりするための指標を言う。診療の結果から医療の質を評価する(アウトカム評価)ための指標として、評価機構でも研究を進めている。具体的には、院内感染率、術後感染症の発症率、各種死亡率、5年生存率等が挙げられる。財団法人日本医療機能評価機構 [http://www.report.jcqhc.or.jp/jcqhc/yougo.php?page\\_id=di040P&mode\\_search=0&yougo\\_id=48](http://www.report.jcqhc.or.jp/jcqhc/yougo.php?page_id=di040P&mode_search=0&yougo_id=48) 2011年10月6日閲覧
- 24 介護保険法第7条第5項
- 25 全国社会福祉協議会 ホームページ「福祉の資格：介護支援専門員」  
<http://www.shyakyo.or.jp/qualofying/caremanager.html> 9月16日閲覧
- 26 がん看護 CNS 日本看護協会は、1996年より専門看護師制度(Certified Nurse Specialist, CNS)を開始した。「専門看護師とは、日本看護協会専門看護師認定審査に合格し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門分野の知識及び技術を深めた者をいう。専門看護師は、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の6つの役割を果たすことにより、保健福祉や看護学の発展に貢献する」  
平成21年度版看護白書 日本看護協会出版界6頁

#### 引用・参考文献

1. 厚生労働省人口動態調査 平成21年度死因順位別死亡数の年次推移
2. がん対策推進協議会 平成19年6月「がん対策推進基本計画 2. 「がんをめぐる現状」
3. 厚生労働省 国民医療費、人口一人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移 平成20年度分
4. 厚生労働省傷病分類 平成20年度入院-入院外、年齢階級別一般医療構成割合の年次推移
5. 厚生労働省 平成20年度国民医療費の概況について：性、傷病分類別一般診療医療費
6. 医政発第0605009号 平成21年6月5日 厚生労働省医政局長 地域医療再生計画について

7. 厚生労働省人口動態調査 平成21年度死因順位別死亡数の年次推移
8. 平成18年施行 がん対策基本法
9. 日本医療政策機構 がん政策提言 vol.5
10. 医政発第0605009号 平成21年6月5日 厚生労働省医政局長地域医療再生計画について
11. 国立がん研究センター・がん対策情報センター「患者必携 がんになったら手取るガイド」学研
12. 平成18年度厚生労働省医政局委託医療機能調査事業 報告書調査結果
13. 厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査等検討会報告書」平成16年7月
14. がん対策推進基本計画 がん対策推進協議会 平成19年6月 厚生労働省
15. 厚生労働省 医療機能調査事業報告書 平成18年度
16. 財団法人日本医療機能評価機構  
[http://www.report.jcqh.c.or.jp/jcqh/yougo.php?page\\_id=di040P&mode\\_search=0&yougo\\_id=48](http://www.report.jcqh.c.or.jp/jcqh/yougo.php?page_id=di040P&mode_search=0&yougo_id=48) 2011年10月6日閲覧
17. 介護保険法第7条第5項
18. 全国社会福祉協議会 ホームページ「福祉の資格：介護支援専門員」  
<http://www.shyakyo.or.jp/qualofying/caremanager.html> 9月16日閲覧
19. 平成21年度版看護白書 日本看護協会出版界6頁
20. 印南一路（2009）「社会的入院」の研究」東洋経済新報社
21. 広井良典（1996）「医療の経済学」日本経済新聞社
22. 柳原和子（2000）「がん患者学」晶文社
23. 平成22年版厚生労働白書 厚生労働省編
24. 福井小紀子（2006）「入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関する要因の検討」日本病院管理学会誌 Vol.143 No.4 5 - 15頁
25. Anne W.Wojner（2003）「Outcomes Management」日本看護協会出版会 井部俊子監修
26. 三澤仁平（2011）「地域の医療提供体制が住民の安心感へ及ぼす影響」日本医療・病院管理学会誌 Vol.48 No2 65 - 71頁
27. 加藤亜妃子（2011）「医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題」石川看護雑誌 Ishikawa Journal of Nursing Vol.8, 83 - 92頁

## 付表1

## インタビュー結果

其々のテーマで話された内容
<p>○療養場所の選択について</p> <p>「本人は帰りたいけど、家族のことを思うと帰れない」「患者や家族の置かれている状況で違う」「医師のICの仕方によっても違う」「一人暮らしで、誰かの支援がなければ帰れない」「家に帰りたくないという患者さんでもその背景は様々です」「患者さんは病院が安心と言われても家族が在宅を希望されることもある」</p> <p>「療養場所の選択は、患者さんと家族双方の意思による」「家族は帰ってきてほしくないというケースもある」etc.</p> <p>○治療の選択について</p> <p>「ぎりぎりまでケモができるようになって本当にますます、その人自身の価値とか生き方とかがりぎりまで治療優先でいってしまう」「こんなはずじゃなかったのに。そしてもう選択肢がない状況になって患者は転院や在宅を迫られる」「治療費が生活しながらどんどんかかる。いつまでも分からずかかる。どんどん体は動かなくなる。でも治療ができる事が唯一のささえだったりするわけで、そこに患者はすがっているかたもたくさんいる」「家族も罹患する年齢や戦う療養期間が長いと大変になる。特に女性が患者だと、支援するのはご主人だから中々思うような支援は得られない。逆だと奥さんが支援してくれるし、そういう意味では患者が男性か女性かで違ってくる」「介護保険の対象とならない30代40代は特に難しい」「治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることが返ってできにくくなっているようだと感じます」etc.</p> <p>○在宅療養を行う上で必要なものについて</p> <p>「紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者ともに不安を持っている。それが一番不安なのではないだろうか」「バックベッドは、緩和医療の病院と言う事もある」「あとは24時間の連絡体制。すぐ来てくれるというより、24時間いつでも相談できること」「地域には、症状コントロールについて経験の浅い医師も多いため、患者の安楽が得られない可能性がある」etc.</p> <p>○家族の支援について</p> <p>「家族が一時休息できる場所がない」「がん患者のショートステイなど一時休息のための支援システムが必要」</p> <p>「いま respite という考え方がある」「ショートステイなどがあると家族も仕事に行けるし経済的にも何とかなる」「がん患者さん用のデイサービスは、通常のデイサービスとは分けてあったが良い」「若い世代つまり3割負担の世代の患者さんに在宅であれやこれやのサービスが受けられますと言ったところで、費用がかかるので、結局病院が割安ということになる」「経済的支援が一番です」「家族が安心して働けるという環境ですよ」「ほんとに3割世代は、仕事も続けられない、保障はない、家族の生活を支えなければならない、でも治療費は払わなくてはいけないといった苦しみがありますよね」「がんが慢性化しているのに、何の制度もないというのは苦しい」「女性だと、倦怠感とか外から見えないしご両親と同居してたりすると特になんか甘えているみたいにとられるし」「核家族であれば、どんなきつくても見た目がどうもないから、主婦業をしなくちゃならないでしょ」etc.</p>

付表2

## インタビューでの典型的な意見と分類

分類	患者自身の問題	患者を取り巻く環境の問題
治療面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介元のバックベッドが確保されないため、緊急時の対応について医療者や患者・家族が不安を持っている。</li> <li>・地域の医療機関には、緩和医療特に疼痛や症状コントロールに経験の浅い医師が多く、患者の安楽が得られにくいのではないかと医療者は心配している。</li> <li>・治療選択の時点での緩和医療の説明が不十分なことによる治療優先の選択。</li> <li>・治療費が生活しながらどんどんかかる。いつまでも分からずかかる。どんどん体は動かなくなる。でも治療ができる事が唯一のささえだったりするわけで、そこに患者はすがっているかたもたくさんいる。</li> <li>・治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることが返ってできにくくなっているようだと感じます。</li> </ul> 他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での治療を継続するためには、家族の協力は不可欠だが、いつ急変するかわからないという不安を抱えての患者支援は難しい。</li> <li>・支援する家族が、一時休息できる場所がない。</li> <li>・医療保険3割負担の若い患者たちにとって、長期化する抗がん剤治療による医療費負担が大きい。</li> <li>・家族は患者のADLがおちてきたら在宅というわけにはいかない。</li> <li>・若い世代つまり3割負担の世代の患者さんに在宅であれやこれやのサービスが受けられますと言ったところで、費用がかかるので、結局病院が割安ということになる。</li> <li>・ほんとに3割世代は、仕事も続けられない、保障はない、家族の生活を支えなければならない、でも治療費は払わなくてはいけないといった苦しみがあります。</li> </ul> 他
生活面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が女性であれば、夫からの支援は受けにくい。逆であれば、夫は妻の支援を受けやすい。患者が男性か女性かで受けられる支援が違ってくる。</li> <li>・がん患者専用のデイケア施設やショートステイが必要</li> <li>・今緩和ケア病棟が短期入院で受け入れてくれるようになった。そうすることで家族もほっとする時間を得ることができる。そのような緩和ケア病棟がもっとあればいい。</li> <li>・がん患者さん用のデイサービスは、通常のデイサービスとは分けてあったが良い。</li> </ul> 他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で患者家族が集える場所がない。</li> <li>・抗がん剤治療では、見た目がどうもないため、特に女性は他の家族から主婦の役割を期待される。</li> <li>・治療が長くできるようになったから、自分自身で将来のことを決めることが返ってできにくくなっているようだと感じる。</li> <li>・ショートステイなどがあると家族も仕事に行けるし経済的にも何とかなる。</li> </ul> 他

## 付表3

インタビューから抽出された22のコード

- ①患者に何かあれば紹介元の病院へ入院できるという保障（back bed）が、患者や家族のみならず、地域で医療を提供する医療者にとっても重要である。
- ②バックベッドは、緩和医療の病院でも可能。
- ③24時間体制での相談窓口は、患者・家族にとって重要度が高い。
- ④新しい治療薬の開発により、治療を継続しなければ再発あるいは悪化という不安を抱える。
- ⑤長期にわたる治療継続はゴールが見えにくく、患者や家族にストレスを与える原因となっている。
- ⑥症状コントロールは、患者や家族もある程度知識を持っていたほうが良い。
- ⑦治療選択について、早期から緩和医療の説明が必要。
- ⑧域には、症状コントロールについて経験の浅い医師も多い。
- ⑨抗がん剤による化学療法は、その人自身の価値や生き方ではなく、治療を優先してしまう。
- ⑩がん患者専用のショートステイ施設や家族の一時休息（respite）のための支援は重要である
- ⑪地域ごとにがん患者や家族が集える場所が必要。
- ⑫がん患者専用という点では、老人と同じデイケア施設では難しい。
- ⑬介護保険は、そのシステムの複雑さが問題。
- ⑭患者のADL（日常生活動作）が低下した場合、在宅でのケアは難しい
- ⑮患者が女性の場合と男性の場合では心理的負担度が違う。
- ⑯患者が女性の場合夫や家族から十分な支援が得られない場合が多い。
- ⑰主婦の場合、在宅療養とは言え家事全般をせざるを得ない状況にある。
- ⑱女性の在宅療養については、退院時の家族への指導は欠かせない。
- ⑲治療が長期化することで医療費が支払えなくなるケースがある。
- ⑳入院治療費が外来治療費より安い。
- ㉑がん患者が在宅療養へ移行することで、家族の一人が患者の介護支援にまわらざるを得ず、これまで通りの家庭経済を維持できない。
- ㉒3割負担の世代については、生活を脅かされる状況が続くことで患者や家族の心理的負担も増強する。

## Introduction of risk management viewpoint improving home care assistance for cancer patients under 65 years old.

YUKI FUMIKO

Cancer Control Act in Japan, which has been implemented in 2006, is intended to develop better home care support system to improve the quality of cancer patient's life. However, home care support services publicly provided under the law do not cover patients who are under 65 years old. In this study, we conducted 22 cases of interviews to identify how we could provide proper home care assistance for patients who have been suffered from the lack of attention.

The results indicated we should develop some new framework of the viewpoints not only from the medical aspect of quality of care but also from the perspective of risk management.