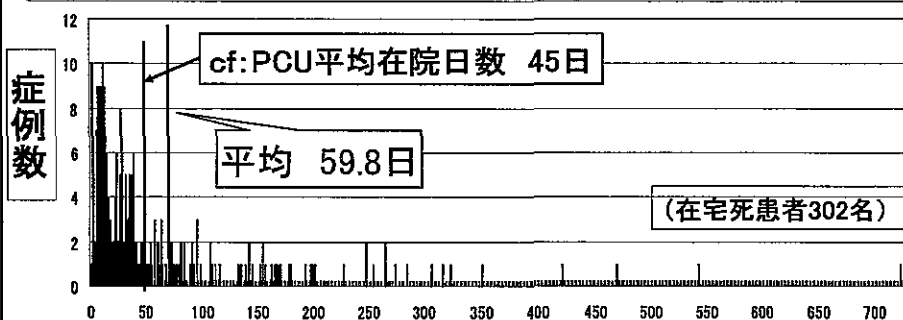


在宅ケア期間の分布からみた、 末期(治癒不能)がん患者の特色



ホスピスケアの対象患者は、

- 1) 一般的に、短期間で死亡する
- 2) 例外的に、長く生存する患者がいる
- 3) PCUでは約2週間の入院待ちがある

末期がん患者の生存日数からみた、 末期医療の問題点

1. 短期間に死亡する、末期がん患者→
 - ①がん以外をホスピスケアの対象とするための条件とは？
 - ②施設ケアの「入院待ち」をどうするか？
2. 例外的に存在する長期生存患者→
 - ①施設ケア(日常生活を切り離れたケア)では限界あり。ではどうする？
 - ②PCUの在院日数を検討すべき？
 - ③在宅ケアでも、特別なプログラムが必要

末期がん患者に対する 在宅医療

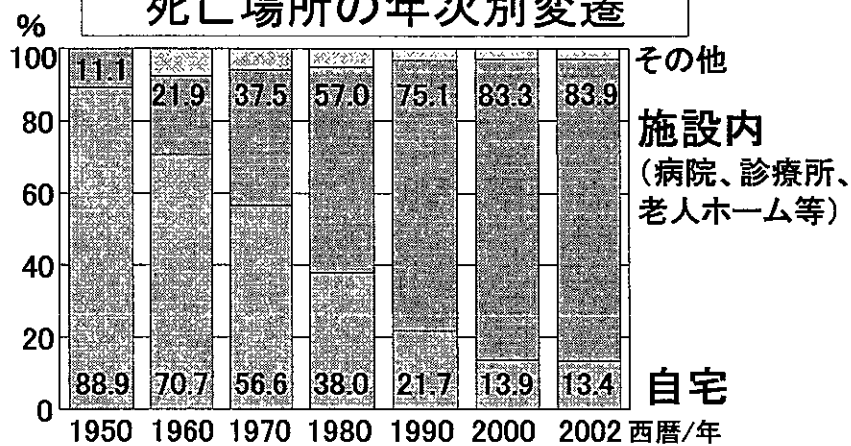
1. これまでの歴史

1. これまでの歴史

- 1) 家で死ねなくなったがん患者
- 2) 進歩した在宅緩和医療
(在宅での疼痛緩和を例に)

家で死ねなくなった日本人 ←進行する「死の病院化」

死亡場所の年次別変遷

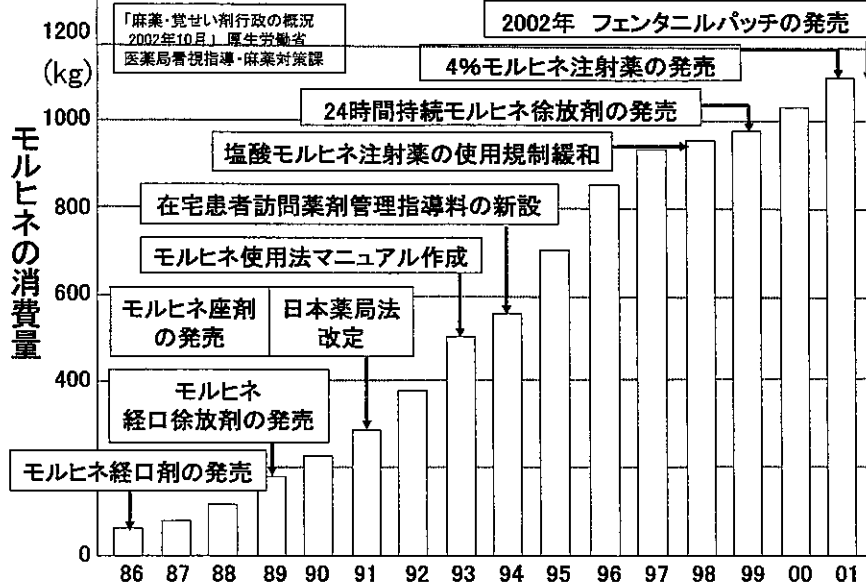


(財)厚生統計協会人口動態調査平成14年

家で死ねなくなったがん患者 —問題の所在—

1. 情報の不足
2. 患者・家族側の意識の問題
3. 送る側(病院側)の問題
4. サービスを提供する側
(在宅医療機関)の問題
5. 制度・その他の問題

進歩した、在宅での疼痛緩和の背景 わが国における強オピオイドを用いた疼痛緩和の歴史



実施医療機関の現状

- 1) がん患者の在宅死を支える医療機関
- 2) 多数の在宅死を支える無床診療所
- 3) 医療機関ごとの、提供する医療の質
- 4) 在宅ホスピスケア実践医療機関、
“パリアン”の紹介

**在宅ホスピス・緩和ケア
実施医療機関情報の
データベース
<http://www.homeospice.jp>**

登録医療機関数522(2005/2/28)
登録医療機関における在宅死がん患者数合計
2001年:1978名(がん患者年間在宅死数の約11%)

2002年6月1日開設
総アクセス数 80,682(2005/1/31)
(月平均約2520)

**1.がん患者の在宅死を支える医療機関
→中心は、無床診療所**

医療機関の種類	総在宅死数 (2001年)	頻度(%)
無床診療所	1370	70.4
有床診療所	234	12.0
200床未満病院	155	8.0
200床以上病院	186	9.6
計	1945	100.0

(P-DBより)

2. 多数の在宅死を支える 無床診療所の存在

	1ヶ月あたりの在宅死数(2001年)					計
	0	1未満	1以上 2未満	2以上	(4以上)	
医療 機関数	51	176	20	9	5	256

(P-DBより)

それらの診療所は、一体どのくらいの働き をしているか？→PCUとの比較

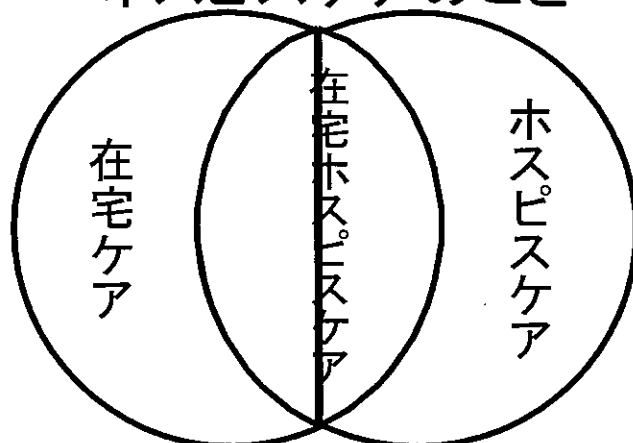
死亡退院数(二〇〇三年度)	聖隷三方原病院(27) 168	岡部医院 117	在宅がん患者死数(二〇〇三年)	
	日の出ヶ丘病院(20) 109	井尾クリニック 112		
	PCU平均死亡退院数 107.3*			
	救世軍清瀬病院(25) 105			
	桜町病院(20) 99			
	オリブ山病院(23) 76	ホームケアクリニック川越 74		
		さくさべ坂通り診療所 58		
		久保田げんき クリニック 約40		トータルケア クリニック 40
	聖ヶ丘病院(11) 59			
		施設ホスピス(()内は病床数)		在宅ホスピス(無床)

在宅末期がん患者に対して
提供する医療サービス

- 1) 在宅ホスピスケアとは
- 2) 必要最低サービス
- 3) ホスピスケアとしての
努力目標

1. 在宅ホスピスケアとは？

家(患者の居宅)で行われる
ホスピスケアのこと



2. 在宅ケアを担う医療機関に 要求される条件

- 1) 24時間体制
(電話、訪問看護、往診)
- 2) チームケアの形での
サービス提供
- 3) 適切な症状緩和

1) 24時間体制をとっているか？
患者・家族の不安除去のため必須

論外：24時間対応をしない

初級：電話対応のみ
→ すぐ入院指示となる

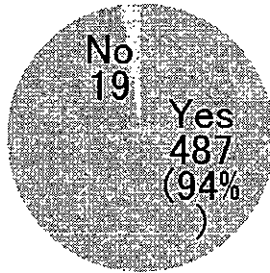
中級：医師の往診のみ、又は訪問看護のみ
→ 各々の役割が生かせない

上級：必要に応じての医師、看護師の訪問
→ きめ細やかな対応が可能

1) 24時間体制の現状

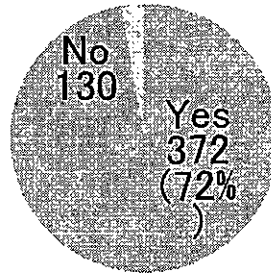
末期がん患者の在宅医療に携わる517の医療機関

電話連絡



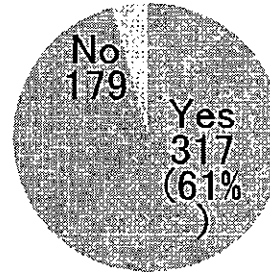
無回答 11

往診



無回答 15

訪問看護



無回答 21

末期がんの方の在宅ケアデータベース (<http://www.homehospice.jp>)より

2) チーム体制をとっているか

質の高いケアを提供するためのレベルがある

論外: 医師、あるいは看護師だけで行なう
→ 死亡診断できない (医師の往診ない場合)

基本的なチーム: 医師と看護師のみのチーム

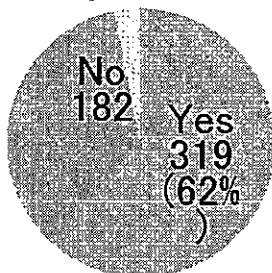
応用的なチーム (必要により参加する職種):
薬剤師、ヘルパー等の他の職種が
チーム内に存在する

理想的なチーム: ボランティア組織、こころの
ケア担当者がチーム内に存在する

2) どのようなチーム体制をとっているか？
 末期がん患者の在宅医療に携わる517の医療機関

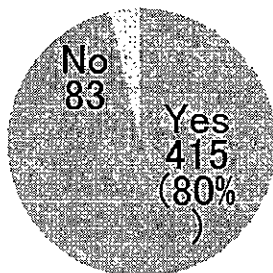
他職種への訪問

薬剤師



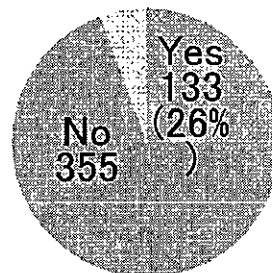
無回答 16

ホームヘルパー



無回答 19

ボランティア



無回答 29

末期がんの方の在宅ケアデータベース (<http://www.homehospice.jp>)より

3) 適切な症状緩和

在宅で痛みの緩和をどこまで行うか

初級: 強オピオイドが使えない

→ 痛みが強くなると、入院となる

中級: モルヒネ経口剤、座剤が使える

→ 一部のケースで、疼痛緩和が難しい

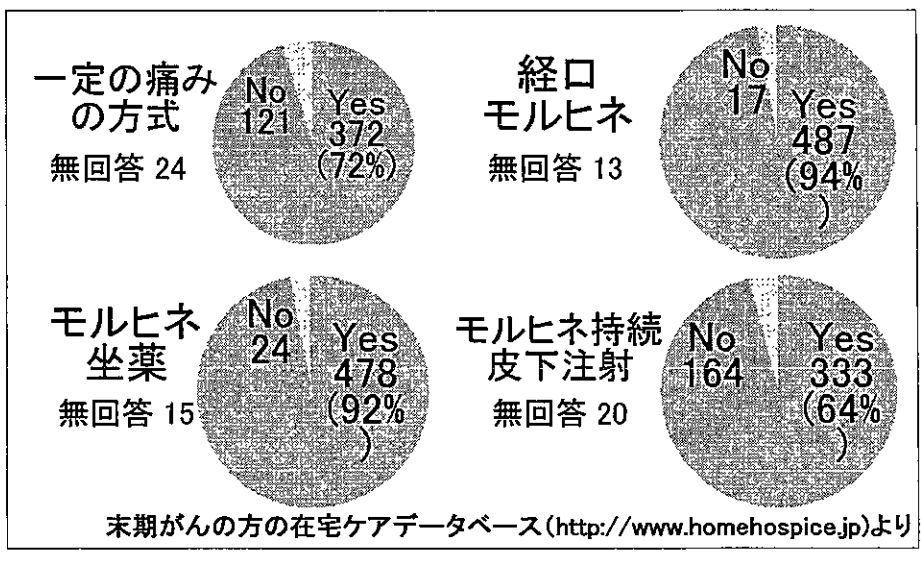
→ 入院するか、苦しめたまま在宅を続行する

上級: 在宅でモルヒネ持続皮下注射ができる

オピオイドローテーションができる

→ 最後まで痛みを緩和できる

3) 痛みの緩和をどこまで行うか？
 末期がん患者の在宅医療に携わる517の医療機関



3. ホスピスケアとしての努力目標
 年間在宅死24件以上の
 12医療機関が提供する医療の質

行っているケアの内容	年間在宅死24件以上医療機関(12機関)(%)	参考: PCUから(29機関)(%)
一定方針のケアの提供	90.0	71.4
定期的な訪問診察	100	92.9
緊急時の往診	100	62.1
モルヒネ持続皮下注	100	96.6
ボランティアの参加	77.8	31.0
遺族ケア	62.5	69.0
チームカンファレンス	80.0	82.8

(P-DBより)

「グループ・パリアン (略称:パリアン)」 の紹介

在宅ホスピス・緩和ケアの専門組織

パリアンの組織図

在宅ホスピスケア専門チーム

パリアン

ホームケア
クリニック
川越

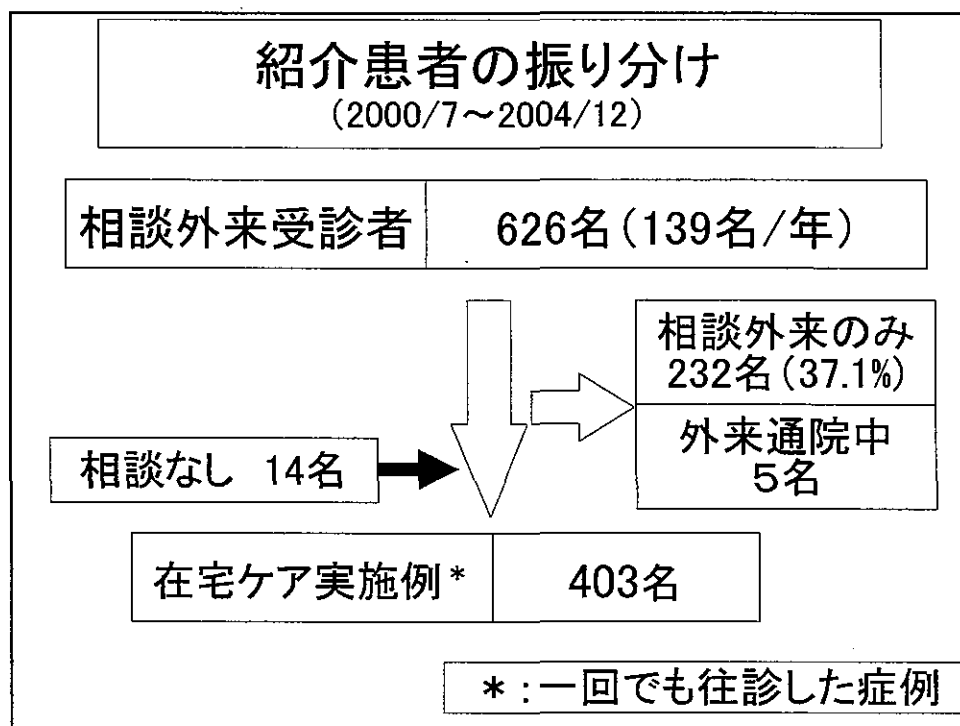
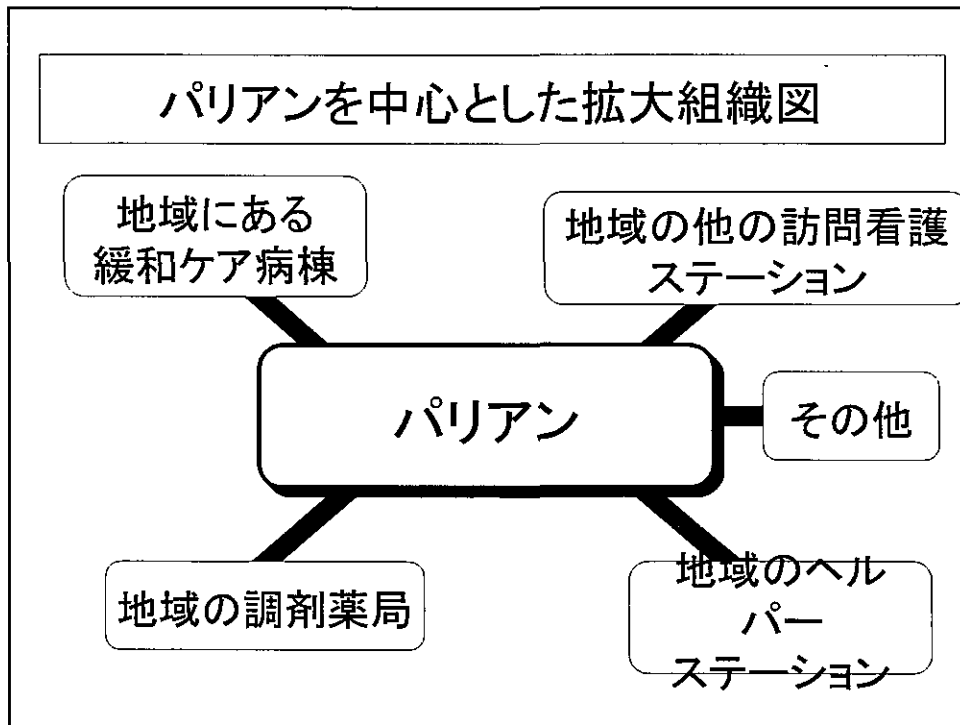
訪問看護・パリアン
(訪問看護ステーション)

こころのケア部門

研究部門

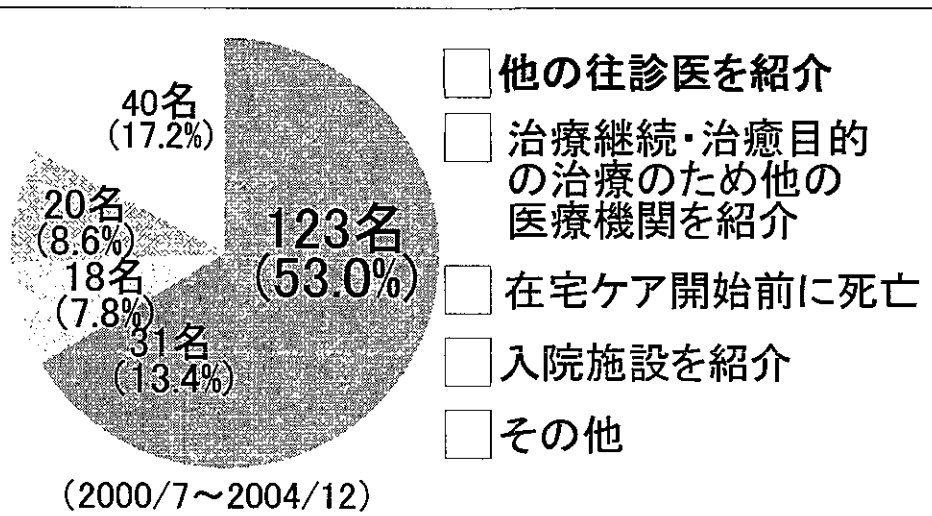
ボランティアグループ

倫理委員会



相談外来の機能:適切な医療機関の紹介

相談外来受診のみの患者(232人)の転帰



ケアの実践:全登録症例

(2000/7~2004/12)

在宅ケア実施症例		403人	当院症例比	
死亡	合計	361人	89.6%	
	在宅	(344)人	死亡	(95.3%)
	一般病棟	(11)人	例	(3.0%)
	緩和ケア病棟	(6)人	中	(1.7%)
生存中(2004/12/31時点)		13人	3.2%	
中止		29人	7.2%	

月平均在宅死数:約6.4(18床規模のPCUに相当)
 平均ケア期間:56.7日(PCUの平均在院日数=45日)

施設ホスピスとの年間死亡者数比較	
死亡退院数(二〇〇三年度)	東北大緩和ケアセンター(22) 136
	PCU平均死亡退院数 107.3※
	ピースハウス病院(22) 104
	宮城県立がんセンター(25) 96
	坪井病院(18) 94
	青森慈恵会病院(18) 64
	光が丘スペルマン病院(18) 28
施設ホスピス(()内は病床数)	在宅がん患者死数(二〇〇四年)
	ホームケアクリニック川越 86
	在宅ホスピス(無床)

※ 開設1年以上経過した施設の平均

「グループ・パリアン」の 活動を支える宝

- 1) ケアを提供するチームメンバー
- 2) 共有する哲学
- 3) 共有する情報
- 4) 協働するボランティア
- 5) 蓄積してきたデータ
- 6) 研究, 教育