

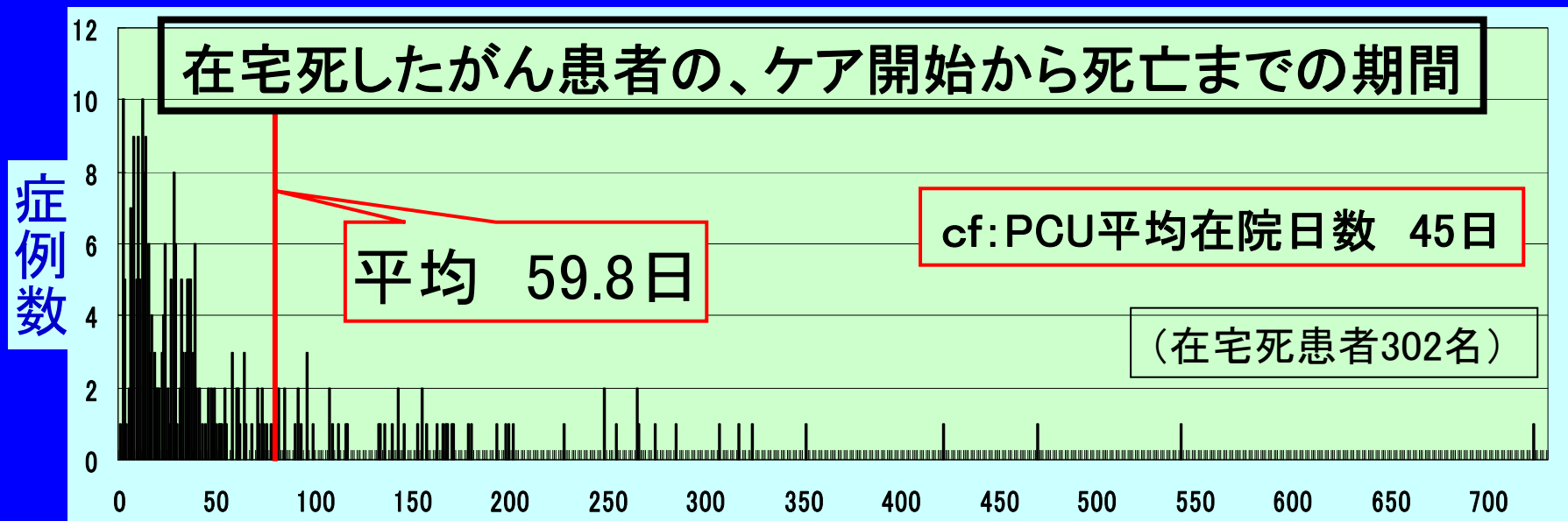
末期がん患者に対する医療
-在宅でのケアの現状と課題-

ホームケアクリニック川越
院長 川越 厚

1.がんの特徴と末期がんの特異性

死因のトップで国民的課題

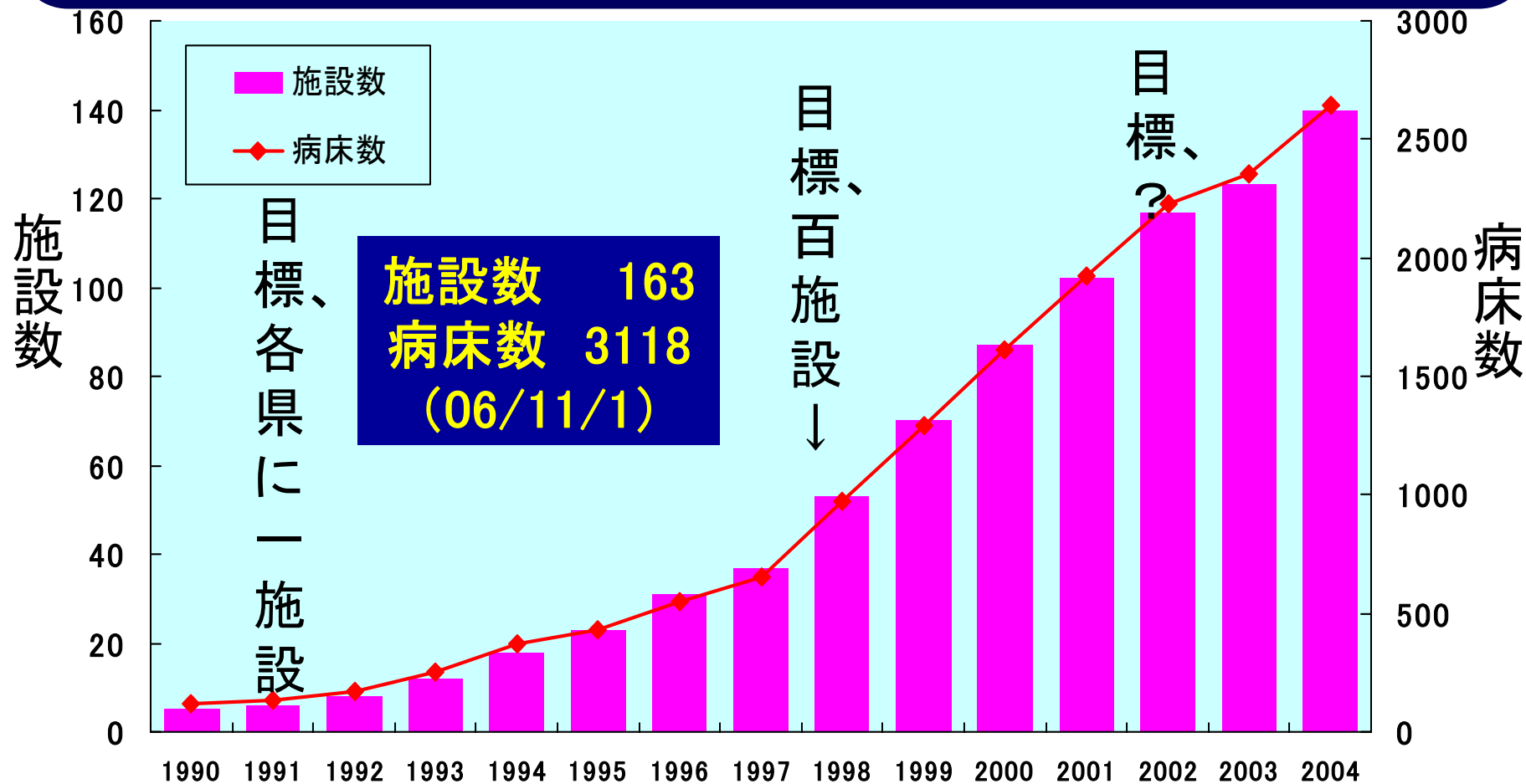
死と裏腹の病。治癒不能は死を意味する
治癒目的の治療は患者を苦しめ、コストがかかる



末期がん患者は 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
そのほか、 1)CTXで明らかに延命する例がある
2)比較的最後までADLは保たれる

2.施設ホスピスの発展と問題点

PCUは、いまだ増加。量的には調整段階
問題は、PCUの存在目的？とBed数の不足



緩和ケア病棟数・病床数の推移

3. 在宅死に関する、これまでの歴史 (1)~4)略、資料参照)

- 1) 関連した制度とその意義
- 2) 死の病院化とがん患者
- 3) 進歩した在宅での緩和医療
- 4) 整備された、患者の生活支援
- 5) 後期高齢者の末期がん患者

に対する在宅医療

3-5) 後期高齢者の末期がん患者に対する在宅医療(自験例)
① 患者数(03/7~06/6)

年齢	患者数	頻度(%)	平均年齢
~64	109	30.2	56.8
65~74	84	30.6	69.5
75~	85	39.2	81.7
全体	278	100	68.2

3-5) 後期高齢者の末期がん患者に対する在宅医療

② 在宅ケア期間(03/7～06/6)

年齢	平均在宅ケア 期間(日)	最短(日)	最長(日)
～64 (n=109)	57.5	1 (1名)	498 (1名)
65～74 (n=84)	44.1	2 (2名)	543 (1名)
75～ (n=85)	64.2	2 (3名)	723 (1名)
全体 (n=278)	55.5	1	723

3-5) ③ 患者への説明と 理解ありと判断した頻度(%)

在宅ケア期間(03/7~06/6)

年齢	病名	治癒不能	余命
~64 (n=109)	97.2	86.2	57.8
65~74 (n=84)	89.3	69.0	50.0
75~ (n=85)	60.0	44.7	28.2
全体 (n=278)	83.5	68.3	46.4



有意差有
P<0.05

3-5) ④医療内容頻度(%) (03/7~06/6)

医療内容 年 齢	強オピオ イド使用	HPN	HOT	人工瘻 管理	胸腔・腹 腔穿刺
～64 (n=109)	92.7	9.2	40.4	8.3	0.9
65～74 (n=84)	91.7	4.8	34.5	2.4	0.0
75～ (n=85)	83.5	2.4	35.3	4.7	0.0
全体 (n=278)	89.6	5.8	37.1	5.4	0.4

有意差有
P<0.05

有意差なし

3-5)まとめ 後期高齢者の 末期がん患者に対する在宅医療

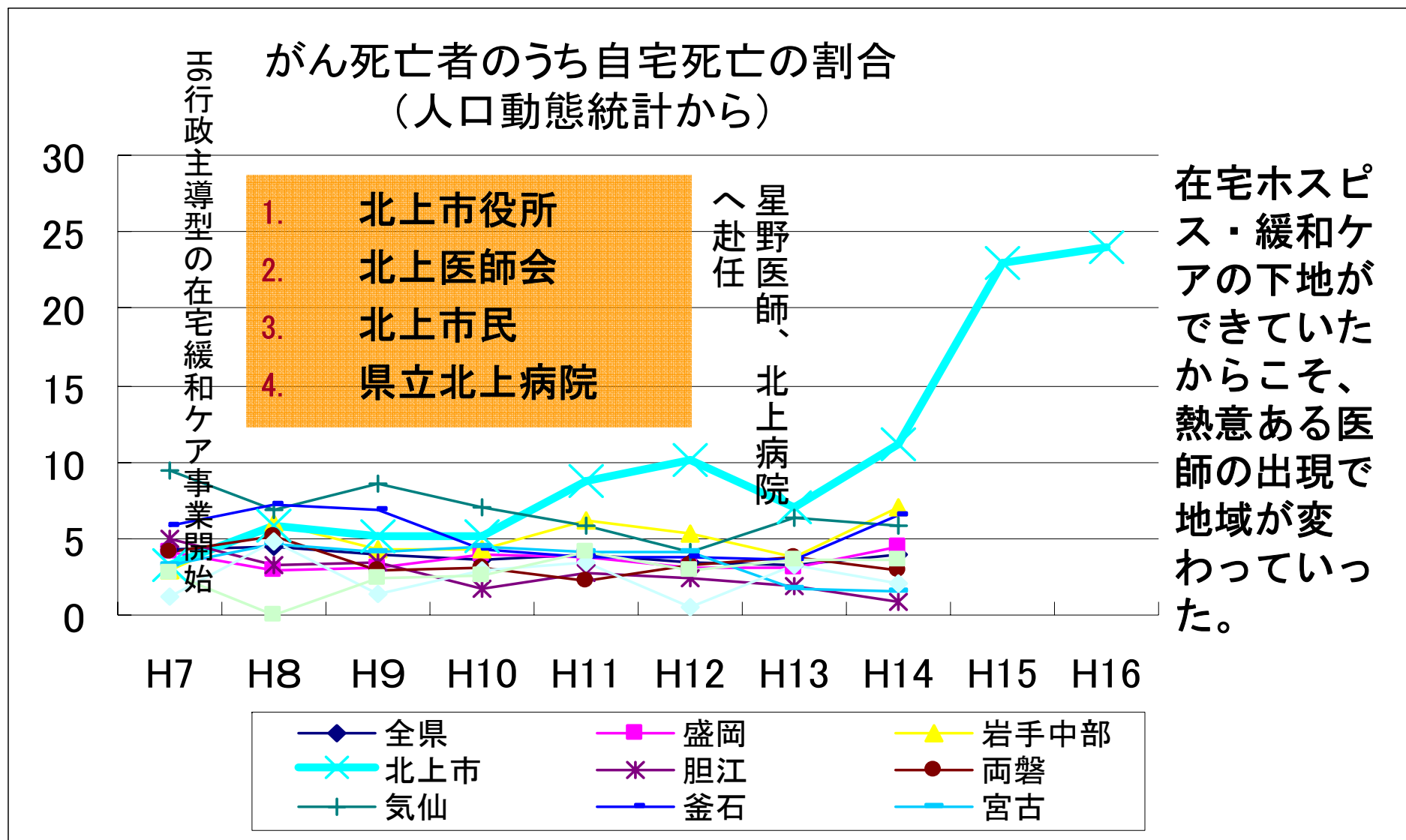
在宅ホスピスケア(医療原則:延命目的の処置を行わない。苦痛の緩和を最優先する)を行った場合、若い人と比較して後期高齢者の

- 1.平均生存日数は差がない
- 2.正確な病状理解は少ない
- 3.痛みは軽い傾向にあるが、医療内容そのものには変わりはない

4. 末期がん患者に対する 実施医療機関の現状と課題 提供するケアの評価は？

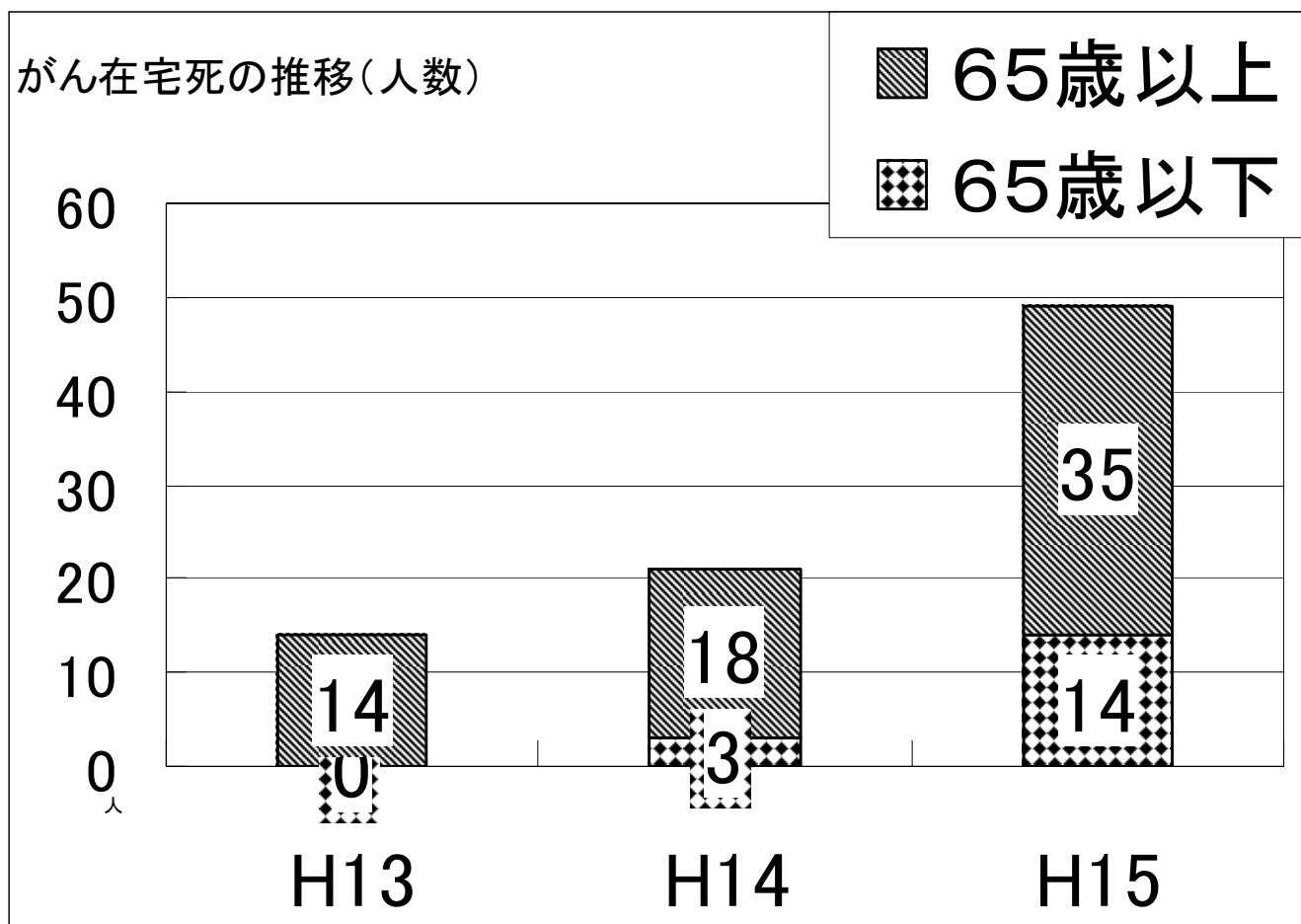
医療機関が提供するケアの
1) 量は在宅死数で
2) 質は在宅死率で
(特に無床診療所の場合)
評価できる

4-1) Topics 1 一つの医療機関の出現で、 地域のがん在宅死数、在宅死率が上昇する



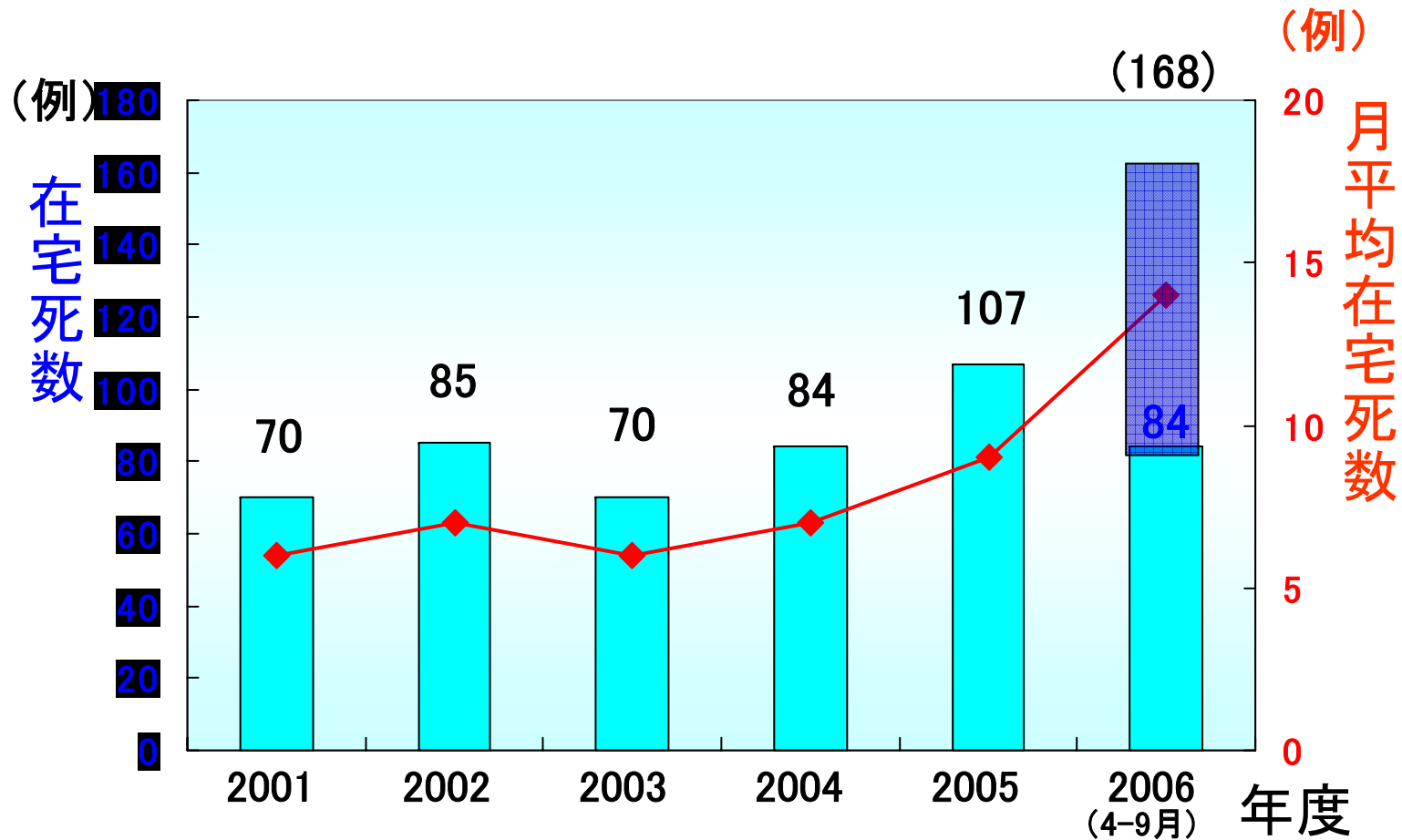
4-1) Topics2 在宅死数の増加

がん在宅死数の推移 (2004.1月 北上市役所資料)
H14からは、65歳未満の患者の在宅死が増加



制度を
整えれば
在宅死は
増加する

Topics3 パリアンが関わった がん在宅死数の変化



パリアンは地域（墨田区）の 在宅死の何%を担っているか？

年	2000	2001	2002	2003	2004	2005
① 墨田区全人口		217846 (3/31)		222,155 (10/31)	224,325 (10/31)	226,152 (10/31)
② 墨田区全死亡数	2032	1973	1939	1986	2040	2078
③ 墨田区がん死数	624	632	649	666	651	660
④ 墨田区がん在宅死数		49	50	61	65	63
⑤ パリアンが関わった 墨田区内がん在宅死数 (⑤/③: %)	2 (0.3)	21 (3.3)	22 (3.4)	34 (5.1)	40 (6.1)	32 (4.8)
⑥ パリアンが関わった、全がん 在宅死数(墨田区外も含む) (⑥/③: %)		70 (11.1)	85 (13.1)	70 (10.5)	84 (12.9)	107 (16.2)

※未公表のデータ(公式に発表されたものではなく、
区で個々の死亡例のデータを数えたもの)

4-2) 在宅死率(無床診療所)が 在宅ホスピスケアの質を表すという 理論的根拠

$$\text{在宅死率} = \frac{\text{在宅死数}}{\text{在宅死数} + \text{中断例数}}$$

中断理由

- ・患者側の理由(当初から入院予定など)
- ・医療者側の理由(サービス内容・供給体制などの不備, 患者側の見限り)

5. 在宅療養支援診療所 新設された(06/4)意義

地域における
患者の在宅療養の提供に
主たる責任を果たす診療所

「在宅療養支援診療所」新設の意義

「質の高い」在宅ケアの提供

- ① 責任ある「24時間体制」
患者・家族が安心して在宅での生活を
継続することができる
- ② 情報の共有→チームケアの提供
より、質の高いケアを受けることができる
- ③ 活動実績の公表
わが国の在宅ホスピス・緩和ケアの
実情把握が可能となる

6. 「在宅療養支援診療所」 としての HCクリニック川越の 自己検証

「HCクリニック川越」は
パリアンの一組織

パリアン(In 両国)とは
在宅ホスピス・緩和ケアの専門組織

パリアン

ホームケア
クリニック
川越
(無床診療所)

こころのケア部門

ボランティアグループ

訪問看護・パリアン
(訪問看護ステーション)

研究部門

倫理委員会

パリアンが関わるがん患者の流れ

電話での依頼



相談外来受診者



在宅ホスピスケア
開始者



転帰

患者を選らぶことなし

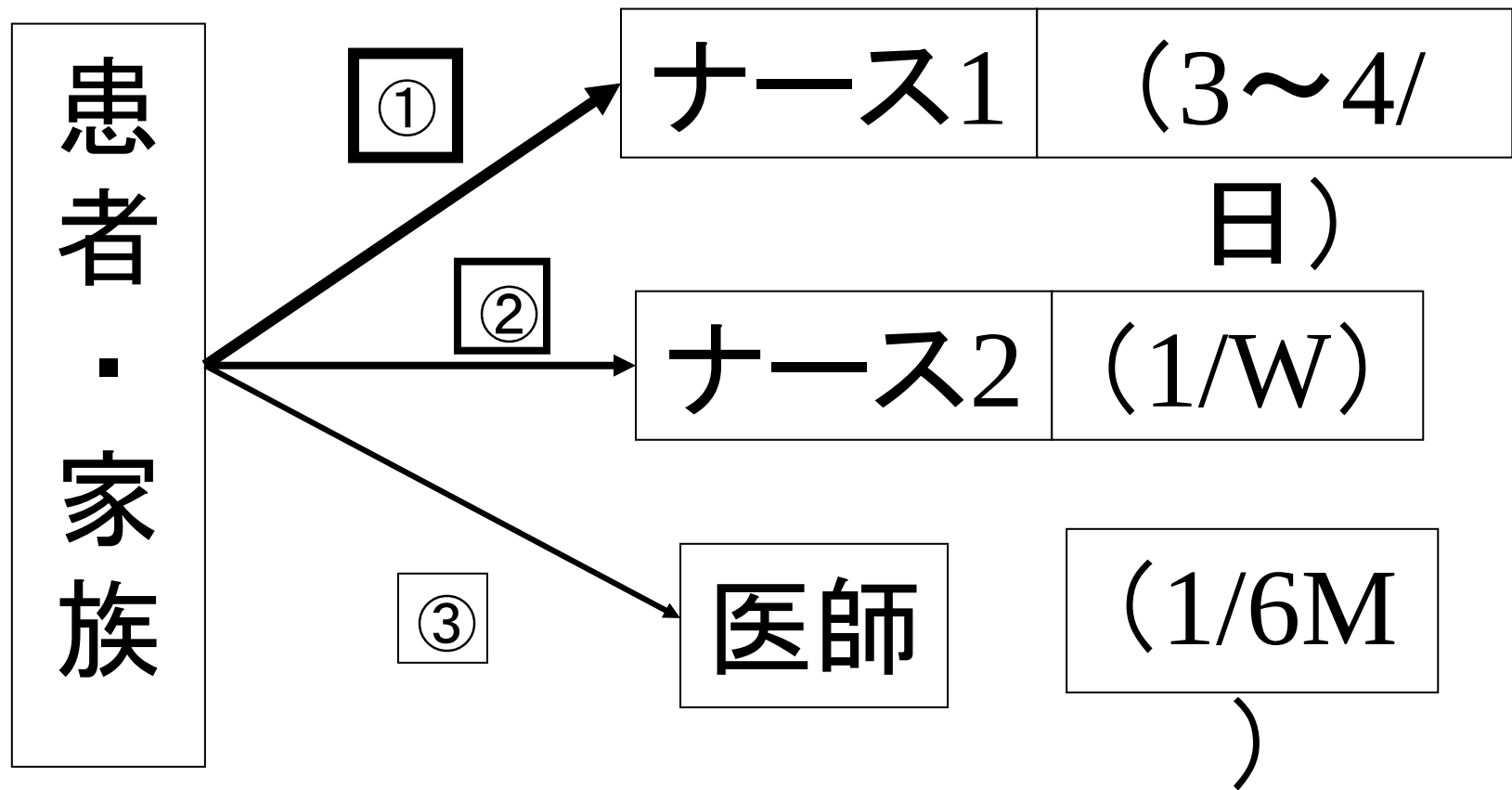
曜日、時間を問わない

一度でも訪問したら
ケースとしてカウント

在宅死率 $\doteq$ 95%

検証 1 24時間ケア

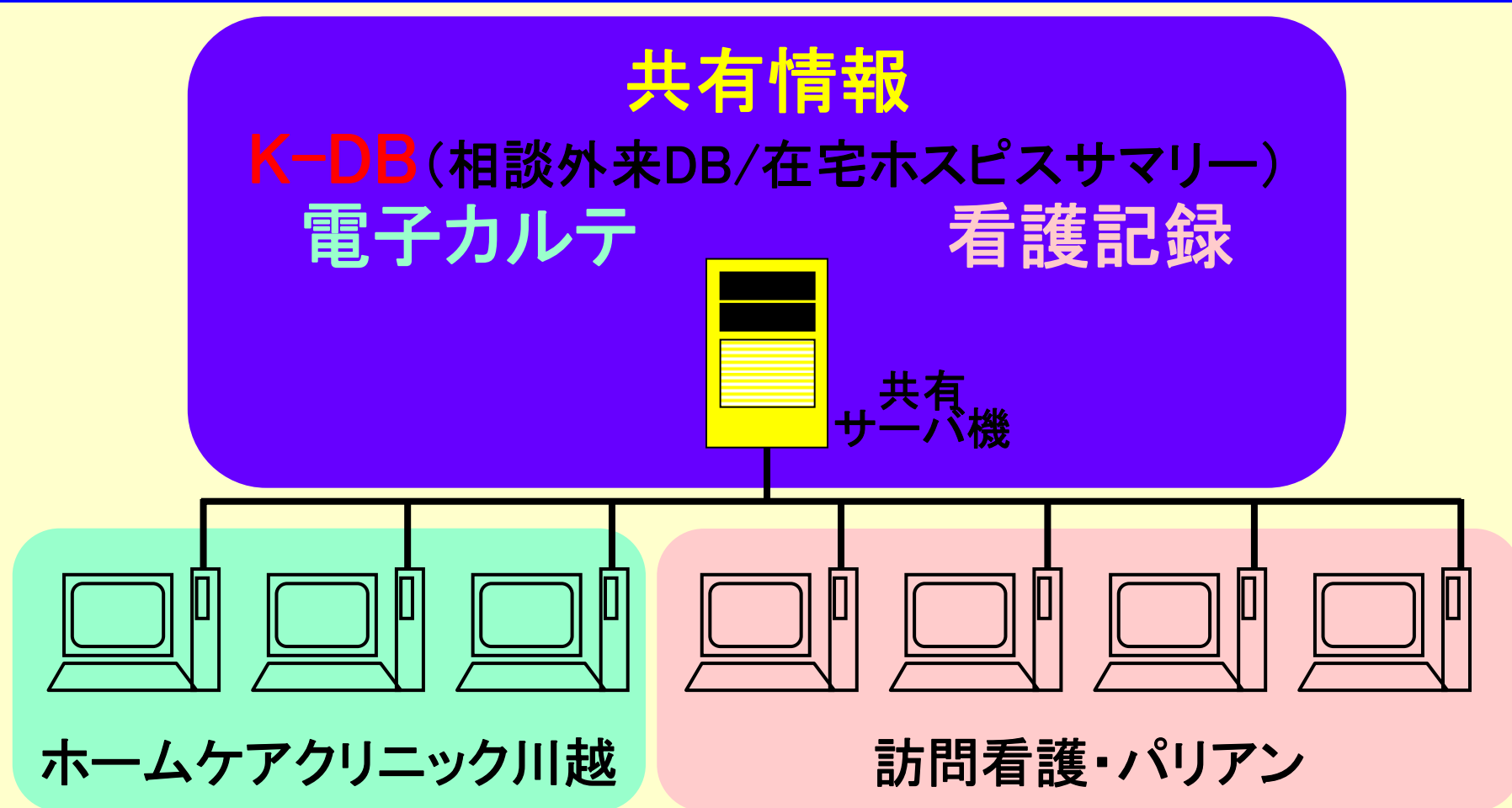
医療者への緊急連絡



検証 2

情報の共有
チームケア

LANによる情報共有



パリアンにおける情報共有のネットワーク

ケースカンファによる緊密なチーム連携



医師と訪問看護師、PT、ヘルパーなどとの
朝の定例(2回/週)カンファレンス

検証 3

在宅看取り数の把握

パリアンが関わる がん患者に対するデータ管理

相談外来受診者

K-DB: 相談外来登録



在宅ホスピスケア
開始患者

電子カルテ
N-DB: 電子看護記録



転帰

K-DB: 経過、転帰サマリー

受診患者（全てがん患者）の転帰

（‘00/7～’06/6）

電話依頼



この段階で患者をSelectすることは原則ない

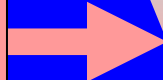
相談外来受診者

848人（141人/年）



相談外来のみ
279人（32.9%）

相談なし 18人



退院待ち 3人

在宅ケア実施例*

584人

*：一回でも往診したケース

ケアの実践：全登録症例 (2000/7～2006/6)

在宅ケア実施症例		584	登録症例比	
死亡	合計	525	89.9%	
	在宅	(503)	死亡例中	(95.8%)
	一般病棟	(12)		(2.3%)
	緩和ケア病棟	(10)		(1.9%)
生存中		24	4.1%	
中止		35	6.0%	

検証 その他の活動

- 1) 教育
- 2) ボランティア育成
- 3) 遺族ケア
- 4) 地域の啓発活動

1) 学生教育(医学生・看護大学生合同実習)

ケアプラン の発表



年	医学生	看護大生	計
01	8	3	11
02	6	3	9
03	4	2	6
04	4	3	7
05	4	3	7
計	26	14	40

2) ボランティアの養成 ボランティア＝今後の地域ケアの鍵



講義、ロールプレイなど4日間のプログラム

ボランティアとの協働 地域との架け橋、大切な仲間



「吉良祭」での
ひとこま

療養通所介護(ホスピス・デイケア)の 担い手も、ボランティア



3) 遺族ケア



ご遺族の会にて

遺族とともに故人を偲ぶ会

おくやみの手紙

様ご遺族の皆様へ

様のご逝去を悼み、謹んでお悔やみ申し上げます。

不安を持ちつつ、病院から自宅へ帰ったことを喜んでいらっしゃいました。[]様、[]のことでした。上のお姉さんがいなくなって寂しい日々だったと思いますが、今は側にいかれたのですね。最期までの日々を[]様に全面的に委ね、その時の準備をしながら、一生懸命生きていらっしゃいました。亡くなる数日前、ヘルパーの[]さんが作ったおうどんを全て召し上がられたと伺い、良かったと喜びました。

思えば約2ヶ月半という長いようで短い期間でしたが、[]の皆様方と共に[]様のケアに携われ、多くの学びをさせていただきました。そのような機会を与えてくださったこと、心より感謝申し上げます。

独居に加えて、全身の浮腫、だるさや痛み、混乱などいろいろ困難があり、正直申し上げまして私たちもどこまでできるのか不安でした。舵取りをしながら私たちも何度か迷うこともありました。[]様と皆様とが選ばれたご自宅での療養を最後まで貫くことができ、悲しみの中にも今はよかったなと言う不思議な気持ちがしております。それに家の皆様の[]様に対する愛情の深さ、熱意と絆の強さ、また時に応じて成長される姿をいつも感激しながら拝見しておりました。ここまでできたのはひとえに皆様方の力だと改めて思っています。

「在宅ホスピスケアこそ理想のホスピスケア」と信じて実践に励んでいるものにとって、今回の経験は大きな自信となりました。これからも微力ながら在宅ホスピスケアの普及に向けて努めたいと願っていますので、今度は私たちを声援してくださいますようお願いいたします。

とは申しましてあまりにも早いお別れゆえ、皆様方の心中察して余りあるものがございます。時が皆様の傷ついた心を癒してくれるものと信じておりますので、私たちの力が及ばなかった分をお許しください。

今は亡き[]様のご冥福をお祈りすると共に、残されたご遺族一人一人の上に天来の慰めがありますようお祈り申し上げます。

敬具

平成15年6月6日
ホームケアクリニック川越
川越 厚



拝啓 寒く厳しい折いかにお過ごしでしょうか。早いもので[]様がお世になられて一年が経過しました。月日がつらい気持ちで癒してくれたいは申しましても[]様がいらっやらない寂しさはいつでも変わらないので、と案じております。私達も[]様やご家族のことを懐かしく思い出しております。そして皆様からいただいた力をもとに在宅ホスピスケアとケアを続けたいと願っております。天来の慰めが皆様にごまいまようお祈りいたします。敬具
平成十五年二月
ボランティアグループバリエーション
川越 厚

亡くなった直後の手紙

1年後に送る手紙

4) 地域に対する啓発活動 地域の方を対象とした講演会



創立1周年記念行事 『がんになっても
大丈夫—ずっとわが家で過ごしたい—』

7. 今後の課題と新しい息吹

- 1) 情報開示の問題（資料参照）
- 2) 介護力が弱い家族(特に独居患者など)
の在宅ケアをどう実現するか？
- 3) 地域連携システムの構築
- 4) 地域での様々な取り組み
- 5) 末期がん患者の在宅ケアを担う
医療者・医療機関とは
- 6) 在宅死率を目標とした場合の、必要な
診療所数、看護師数
- 7) 介護保険適用の問題

7-2) 介護力が弱い家族(独居患者など) の在宅ケア

現状でも独居患者の在宅死は可能である
ただし、総合的な力が医療機関に求められる

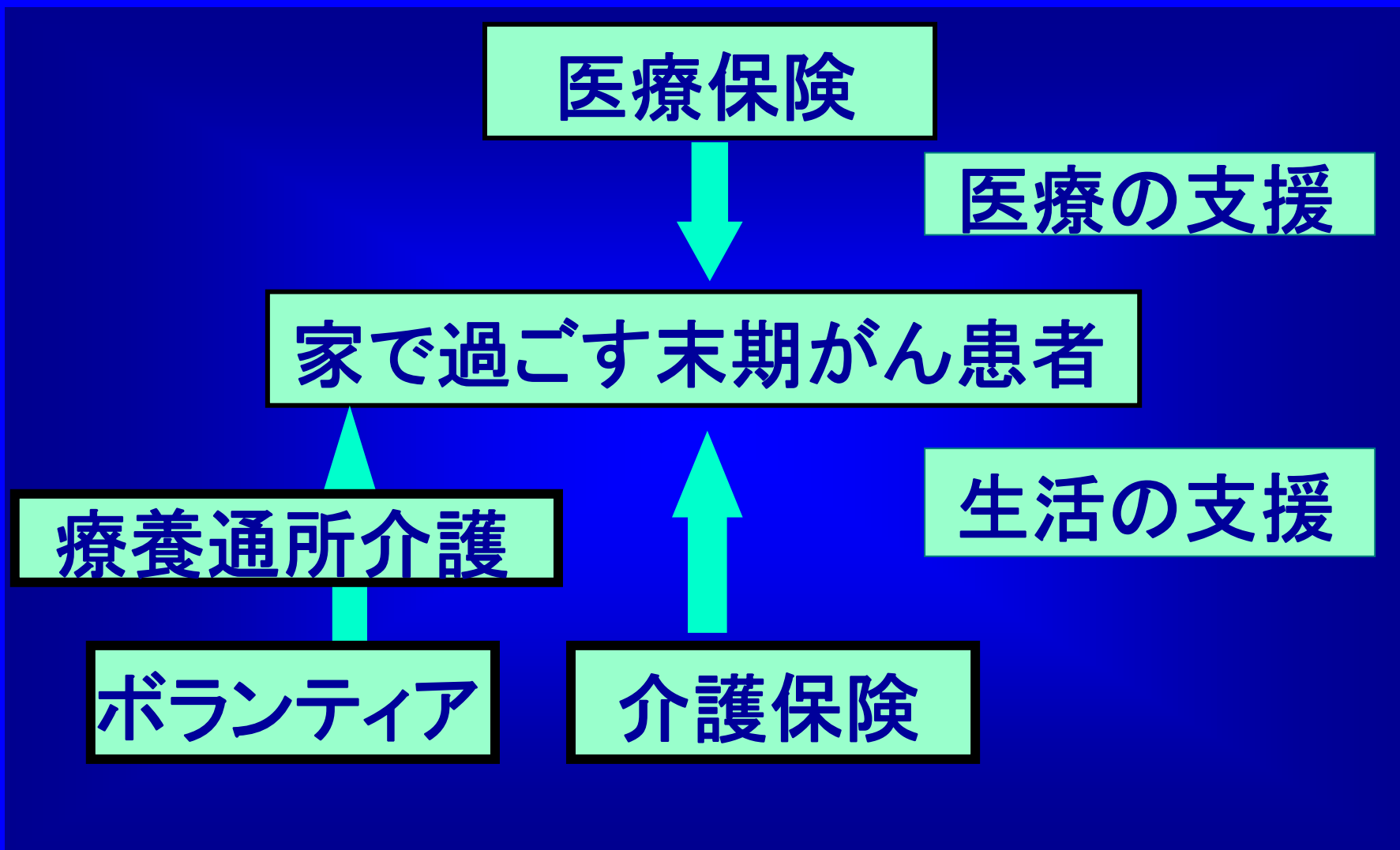
在宅死した独居患者※（5.5%）の 家族状況

2000年7月1日～2006年6月30日

家族の状況		人数（名）
家族あり	必要になったら介護をする	22
	死後の手続きのみ行う	6
	一切かかわりを持たない	3
家族が全くいない		1
計		32

※ 在宅ホスピスケア開始時点で生活をともしする家族がない場合

「独居患者の在宅死」を 可能にする条件



7-3) 地域連携システムの構築



国立がんセンター中央病院にて

7-4) 地域での様々な取り組み I

千葉市
さくさべ坂通り診療所
ホスピスマンション



さくさべ坂通り診療所 大岩院長より

台東区(山谷)
きぼうのいえ



<http://www.kibounoie.info/>より

7-4) 地域での様々な取り組み II

宮崎市
かあさんのいえ



<http://www.npo-hhm.jp/mother/index.htm>より

東京都中央区日本橋
介護付有料老人ホーム



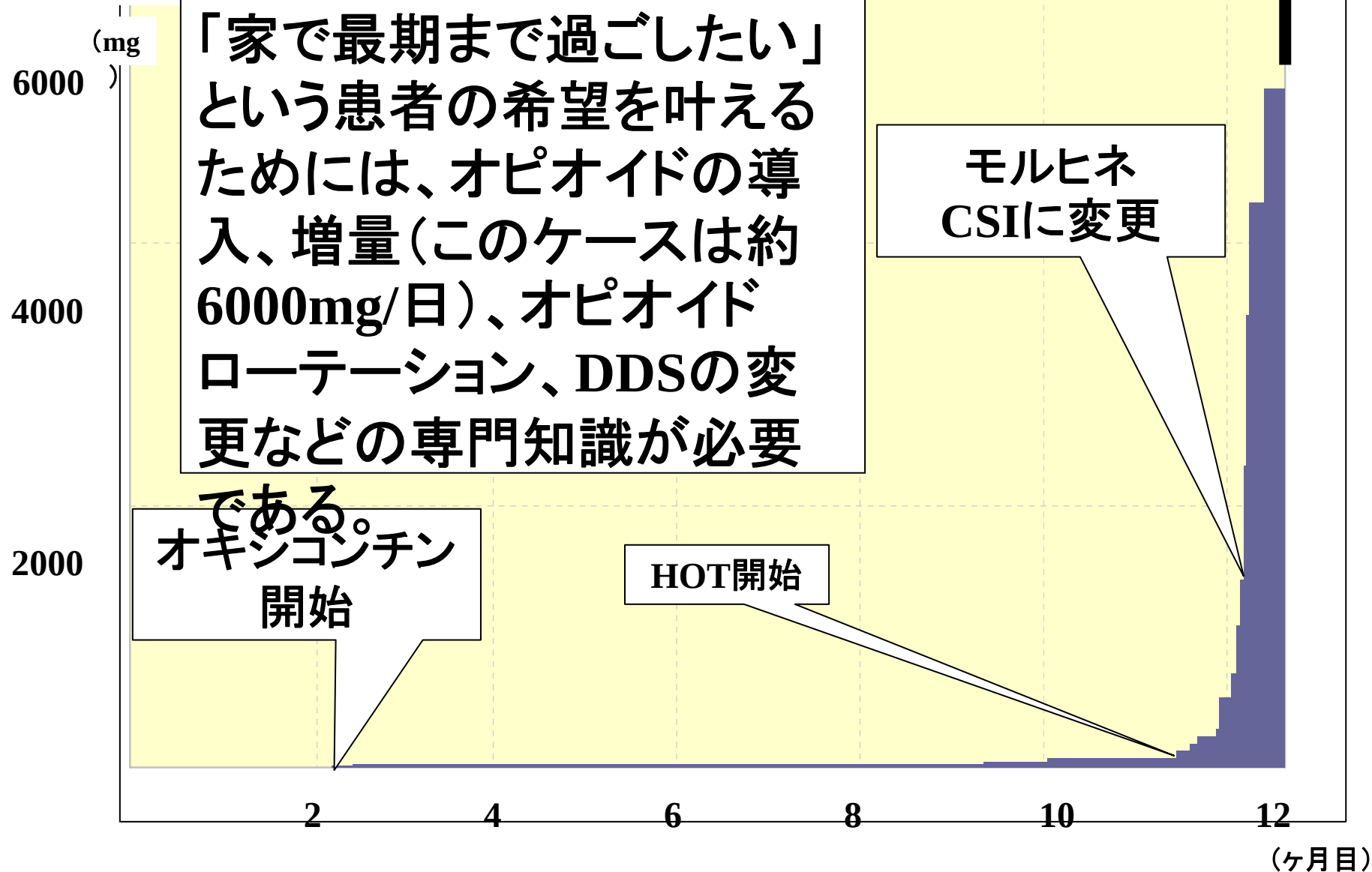
<http://www.miraitei.jp/>より

7- 5) 末期がん患者に対して、質の高い在宅ケアを提供する医療機関とは
専門性 * をもった医療機関であること
* : 疼痛緩和能力、経過を予測し必要な
対処が取れる臨床能力、全人的な痛み
(特にSpiritual Pain)などを理解し対応する
能力

病院的なTop downの形ではなく、介護職
などの他職種と協働し、特に看護師の力を
十分引き出せることのできる医療機関
であること

オピオイド
使用量
(経口モルヒネ
換算)

87歳男性 肺がん、独居



7- 6) 20%、40%の在宅死率を
目標とした場合の
それを担う医療機関、看護師の必要数

目標とする 在宅死率	がん在宅 死の実数 (人)	必要な医療 機関数(在 宅死20例/ 年) 3000	必要な看護師数 (受け持ち患者が 常時2名の場合)
20%	6万		5,000人
40%	12万	6000	10,000人

7- 6) 20%の在宅死率を 達成するために 必要な医療機関数と現状

目標とする 在宅死 率	がん 在宅 死の実数 (人)	必要な 医療機 関数 (在宅 死20例/ 年)	必要な 医療機 関数 (在宅 死40例/ 年)	現状の 医療機 関数(在 宅死20 例/年) (推定 値)	現状の 医療機関 数(在宅 死40例/ 年) (推定値)
20%	6万	3000	1500	140	50

7- 7) 介護保険適用の問題

末期がん患者の介護保険利用の問題点

- 1) 認定手続きが煩雑で時間がかかる
利用者側も、検討する側も無駄になる
おそれあり
 - 2) 利用機関が短く、利用するサービスが
比較的限られている(ベッドの使用など)
 - 3) 認定が出た段階で、すでに要介護度が
進んでいる.調査前に死亡する例もある
- 末期がん患者の介護保険適応について
検討が必要と思う

まとめ：今後の課題

- 1) 急性期病院,PCU,在宅などでの医療と、生活を支える支援などが統合され、地域に対して開かれた形のケアが重要
- 2) その実現のために、モデル事業、地域診断が必要
- 3) 在宅医療は、ホスピス・緩和ケアの専門診療所を中心に提供されるべき
- 4) 現状は、専門化された医療機関の数が圧倒的に不足。育成、研修が課題
- 5) 独居などの在宅ケアを実現するため、弾力性のある地域サービスが必要