

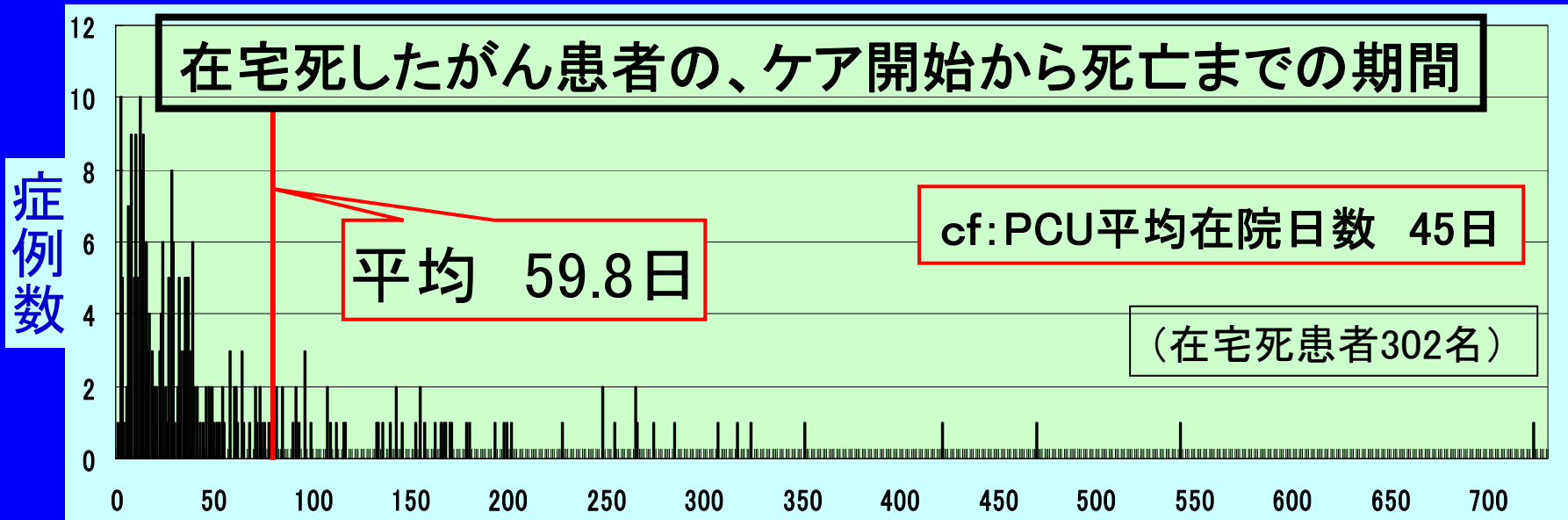
末期がん患者に対する医療  
-在宅でのケアの現状と課題-

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

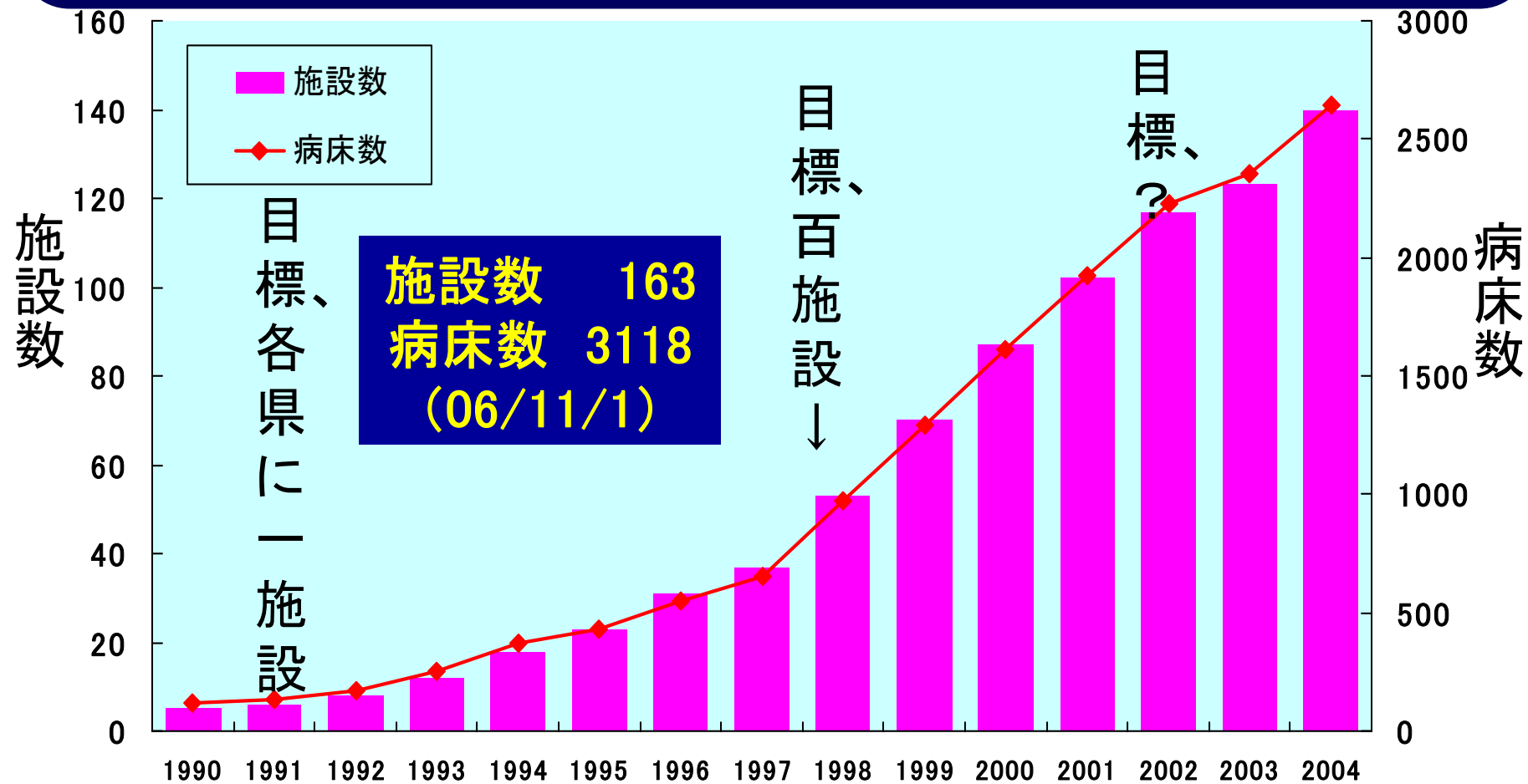
死と裏腹の病。治癒不能は死を意味する  
治癒目的の治療は患者を苦しめ、コストがかかる



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)

年齢	医療内容	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

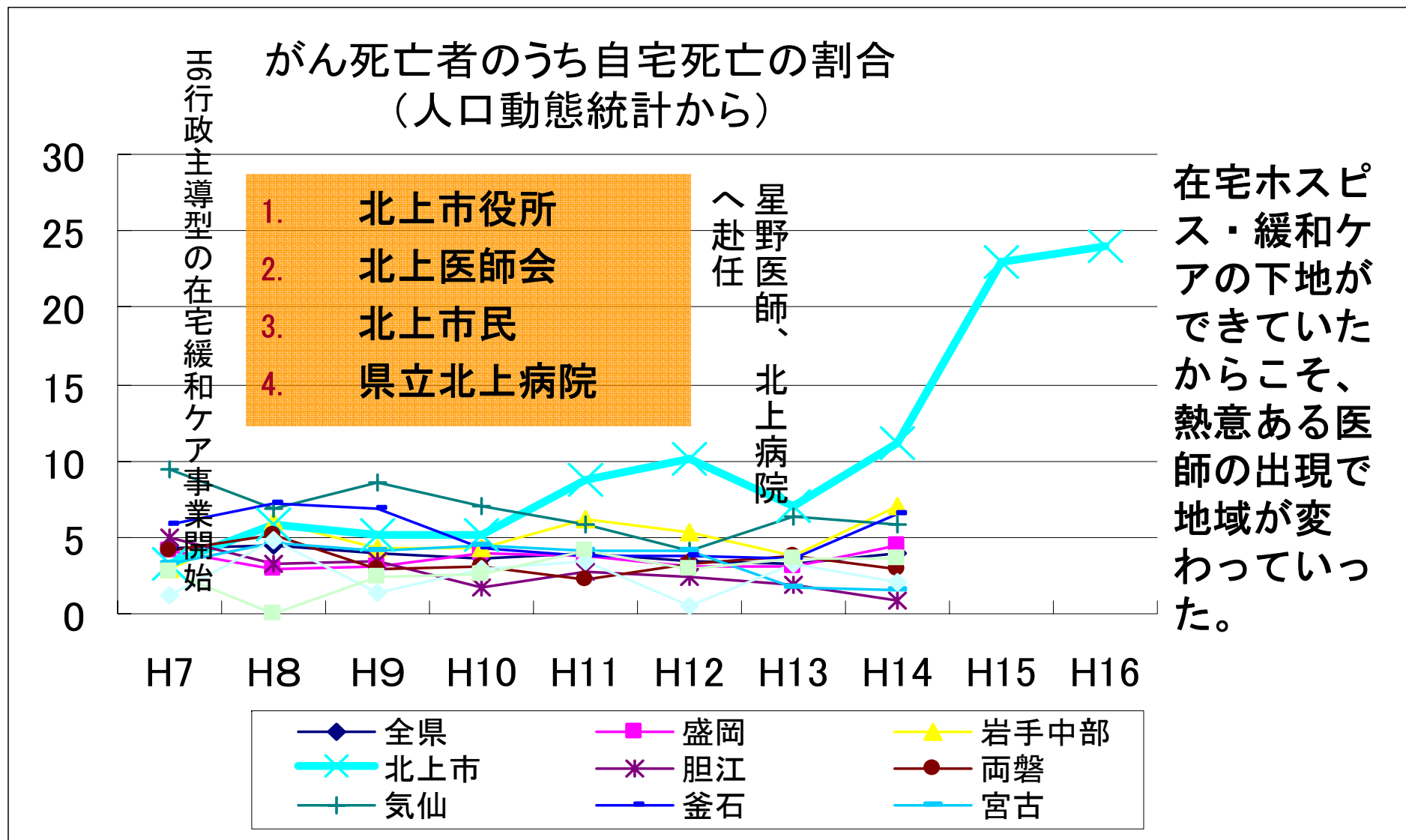
在宅ホスピスケア(医療原則:延命目的の処置を行わない。苦痛の緩和を最優先する)を行った場合、若い人と比較して後期高齢者の

- 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？

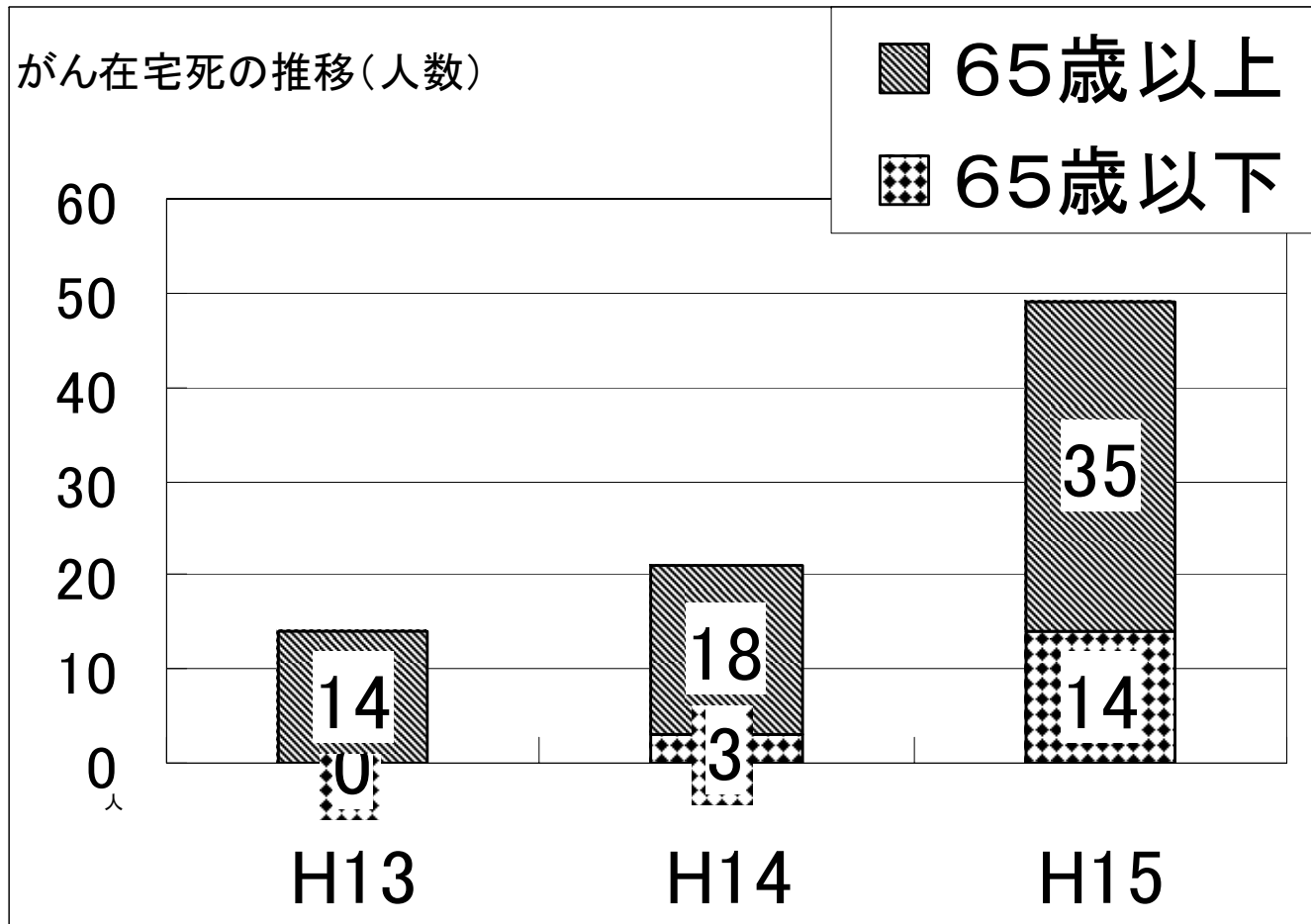
医療機関が提供するケアの  
1) 量は在宅死数で  
2) 質は在宅死率で  
(特に無床診療所の場合)  
評価できる

# 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



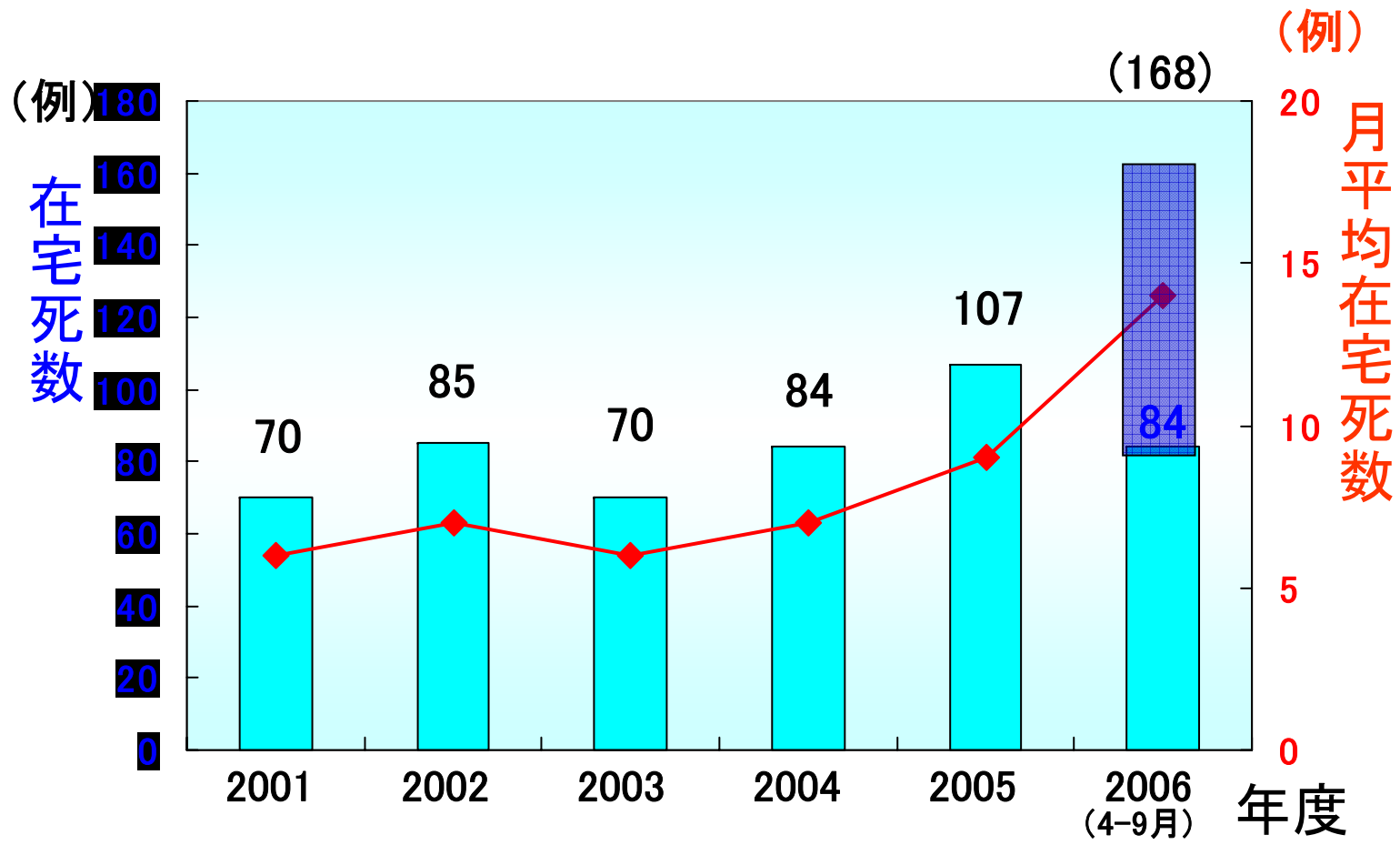
# 4-1) Topics2 在宅死数の増加

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

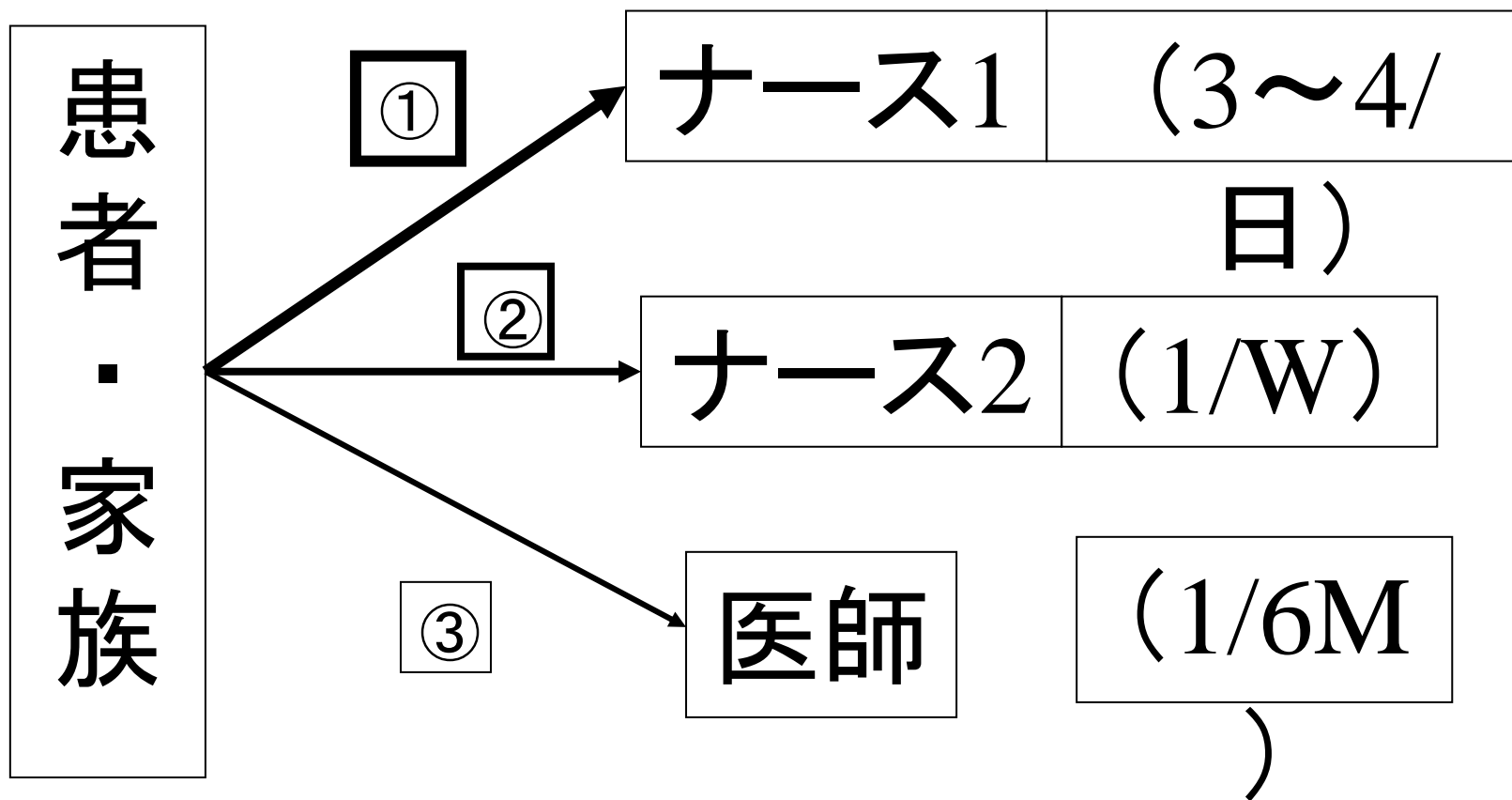
患者を選らぶことなし

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 $\approx$ 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

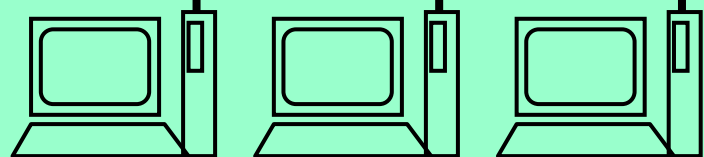
# LANによる情報共有

## 共有情報

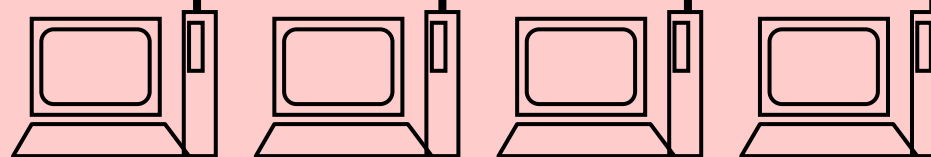
**K-DB** (相談外来DB/在宅ホスピスサマリー)  
電子カルテ  
看護記録



共有  
サーバ機



ホームケアクリニック川越



訪問看護・パリアン

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