説明資料目次

1.がんの特異性と医療のありかた
2.施設ホスピスの発展と問題点
3.在宅死に関する、これまでの歴史
　1）関連した制度とその意義
　2）死の病院化とがん患者(略、資料参照)
　3)進歩した在宅での緩和医療(略、資料参照)
　4）整備された、患者の生活支援(略、資料参照)
　5）後期高齢者の末期がん患者に対する在宅医療
4.実施医療機関の現状と課題
5.在宅療養支援診療所の歴史的意義
6.パリアンを検証する
7.新しい息吹と今後の課題

1.がんの特異性と医療のありかた

治癒不能がん患者に対する一般的ケアとホスピスケアの相違

ケアの種類	ケアの対象	治療・ケアの目的	チーム形態	家族の位置づけ	24時間ケア
一般的ケア	人間の病気	異常の是正肉体の延命（？）	Multi-医師主導	家族はケアの対象外	不十分なことあり
ホスピスケア	病気を患う人間	症状緩和と支持QOLの改善	Inter-看護師主導	患者と家族で一人の病人	必須在宅の場合重要

治癒不能がん患者に対する医療の種類と診療報酬

療養形態	医療の種類	診療報酬
入院	一般的ケア＊	出来高
	ホスピスケア	定額≒110万円/月
在宅	一般的外来ケア	出来高
	一般的在宅ケア	出来高
	ホスピスケア	定額≒50万円/月

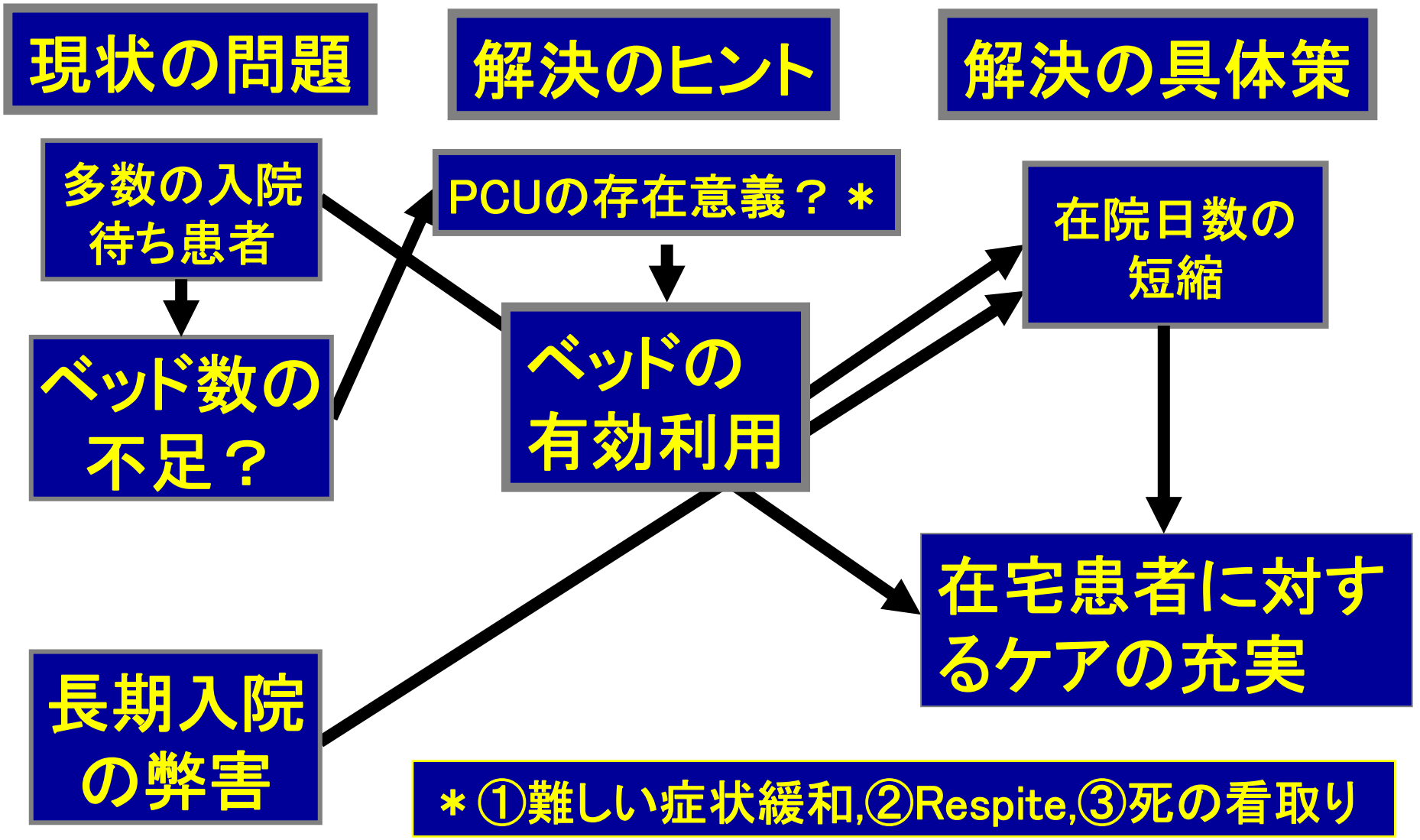
＊:緩和ケアチーム加算制度あり

末期がん患者のケア期間からみた、医療提供上の問題点

1. 一般的に、短期間の死亡→
   ①他疾患をホスピスケアの対象？
   ②PCUの「入院待ち」問題
2. 例外的な、長期生存患者の存在→
   ①日常生活を切り離したPCU対応では限界あり。経済的にも問題
   ②HHCでも特別な対応が必要？

2.施設ホスピスの発展と問題点

施設ホスピス(PCU)の問題解決
PCUだけで問題解決を図っても無意味



施設ホスピス（PCU)の現状と課題

課題：

入院待ち（約2週間）患者が多数存在する。ベッド数が不足しているとの主張あり。一方で長期入院患者の存在があり、さまざまな弊害（本人にも、スタッフにとっても）が生じている

解決策：

①在院日数にメスをいれ、在院日数短縮を図る。

②在宅ケアの充実を図り、PCUに対するバックアップ機能を強化する

③PCU入院の目的（PCUの存在意義、機能）を明確にする

3. 在宅死に関する、これまでの歴史

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

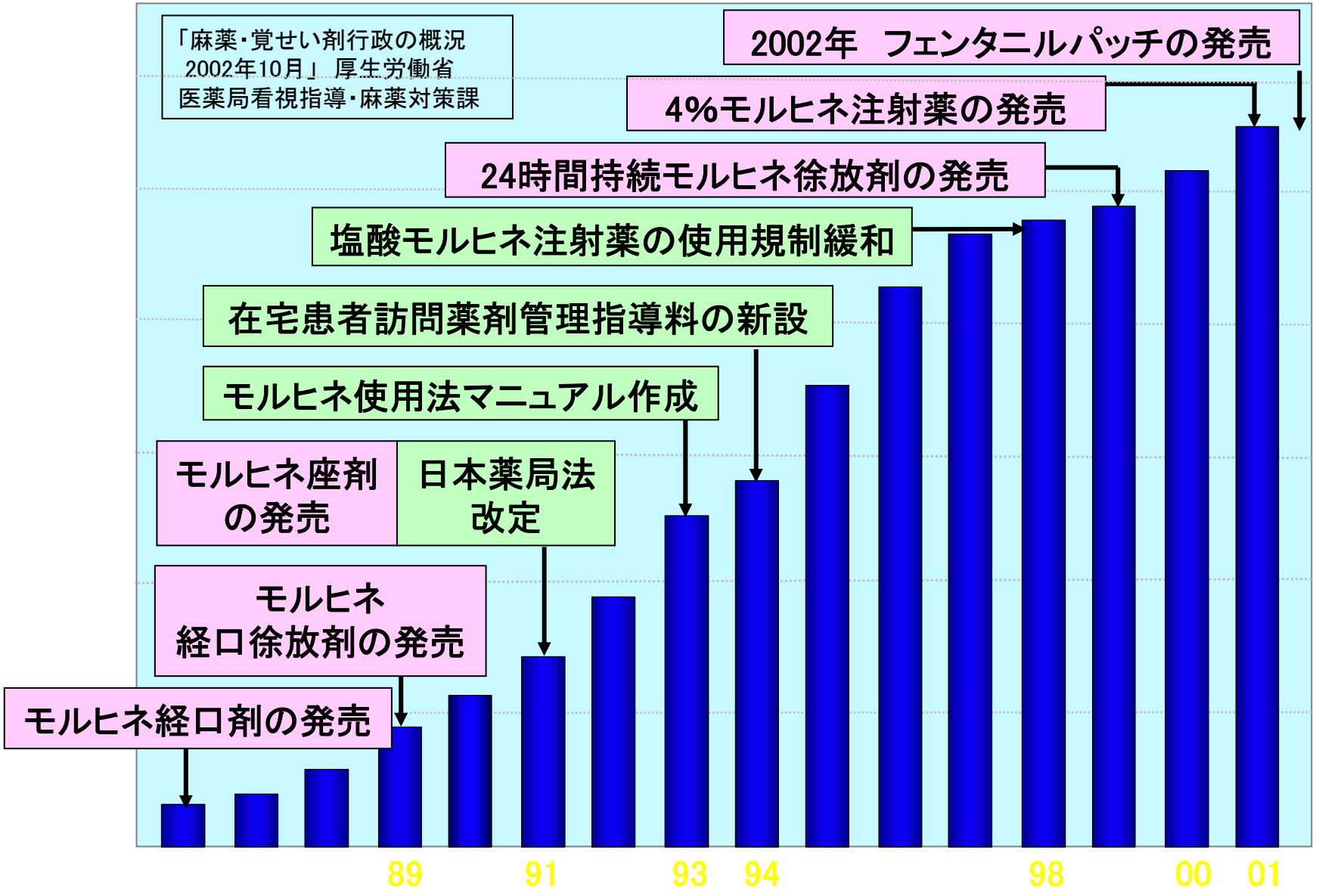
3-1） がん末期患者の在宅ケアに関連した制度とその意義

年	制度等開始	関連した内容	その意義
1982	老健法制定	訪問看護料の新設	訪問看護の点数化
1992	指定老人訪問看護制度	訪問看護ステーション	在宅ケアの専門化 効率化
1994	在医総	①定額払い ②訪問服薬指導	問われるケア内容 薬剤師も仲間
2000	介護保険	がん末期は医療保健と併用可能	在宅療養者の生活面の支援
2006	在宅療養支援診療所		その意義は？

3-2） 死の病院化
－ 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．家族構成変化などの社会的要因
６．制度・その他の問題

3-3）進歩した在宅での緩和医療
モルヒネ消費量の年次推移と疼痛緩和の歴史



4-1） 在宅ケアの量の問題
大阪府岸和田市で起きたこと

（平成18年） 8月9日 水曜日

MAINICHI

毎日新聞

毎日新聞大阪本社

岸和田 4診療所連携

在宅死 8年で3倍

末期がん 24時間対応

2006年8月9日 毎日新聞

多数の在宅死に関わる診療所
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

日の出ヶ丘病院（20） 109

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

聖ヶ丘病院（11）59

岡部医院 117

井尾クリニック 112

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

在宅がん患者死数（二〇〇三年）

施設ホスピス（（ ）内は病床数）

在宅ホスピス（無床）

4-2） 在宅死率算定（質の評価）のため、各医療機関に要求される基礎数字

a:年度初日に生存する在宅がん症例数
b:年度内に在宅ケアを開始*1した症例数
c:年度末日に生存する在宅がん症例数
d:年度内に在宅死*2した症例数

在宅死率＝d/(a+b-c)

*1:医療者が一度でも患家を訪問した症例
*2:死亡診断書に記載された死亡場所が患者の自宅である症例

在宅死率を正確に算定したDATAはない

提供する医療の質は、PCUが行なっている在宅ケアと比較して、遜色ない

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）

5.「在宅療養支援診療所」の要件

1）24時間連絡が取れる

2）24時間往診する

3）24時間訪問看護をする。

以上のことを患者と文書で約束する

4）緊急時入院ベッドがある

5）診療情報の提供

6）在宅看取り数を報告すること

1） 責任ある「24時間体制」「責任」の果たし方とその結果

論外：24時間対応をしない

初級：24時間対応は、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

＝「在宅療養支援診療所」に求められる条件

2） 情報共有とチームケアの形

論外：医師、あるいは看護師だけで行なう
→共有されない情報→不完全な在宅ケア

基本的なチーム：医師と看護師のみのチーム

＝「在宅療養支援診療所」に求められる条件

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し、情報を共有する

ホスピスとしてのチーム：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

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

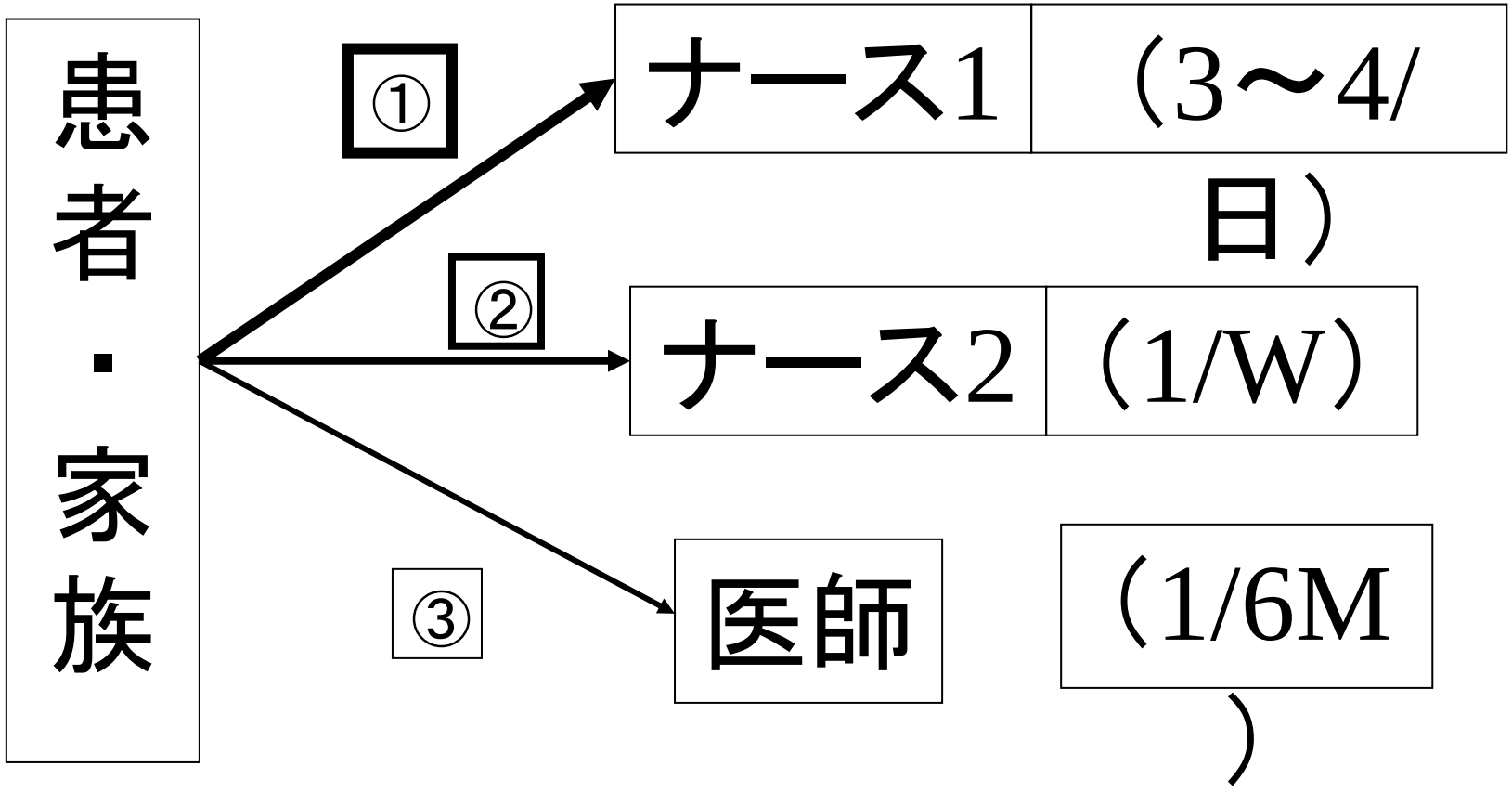
「HCクリニック川越」は
パリアンの一組織

パリアンの活動（HHC関係）

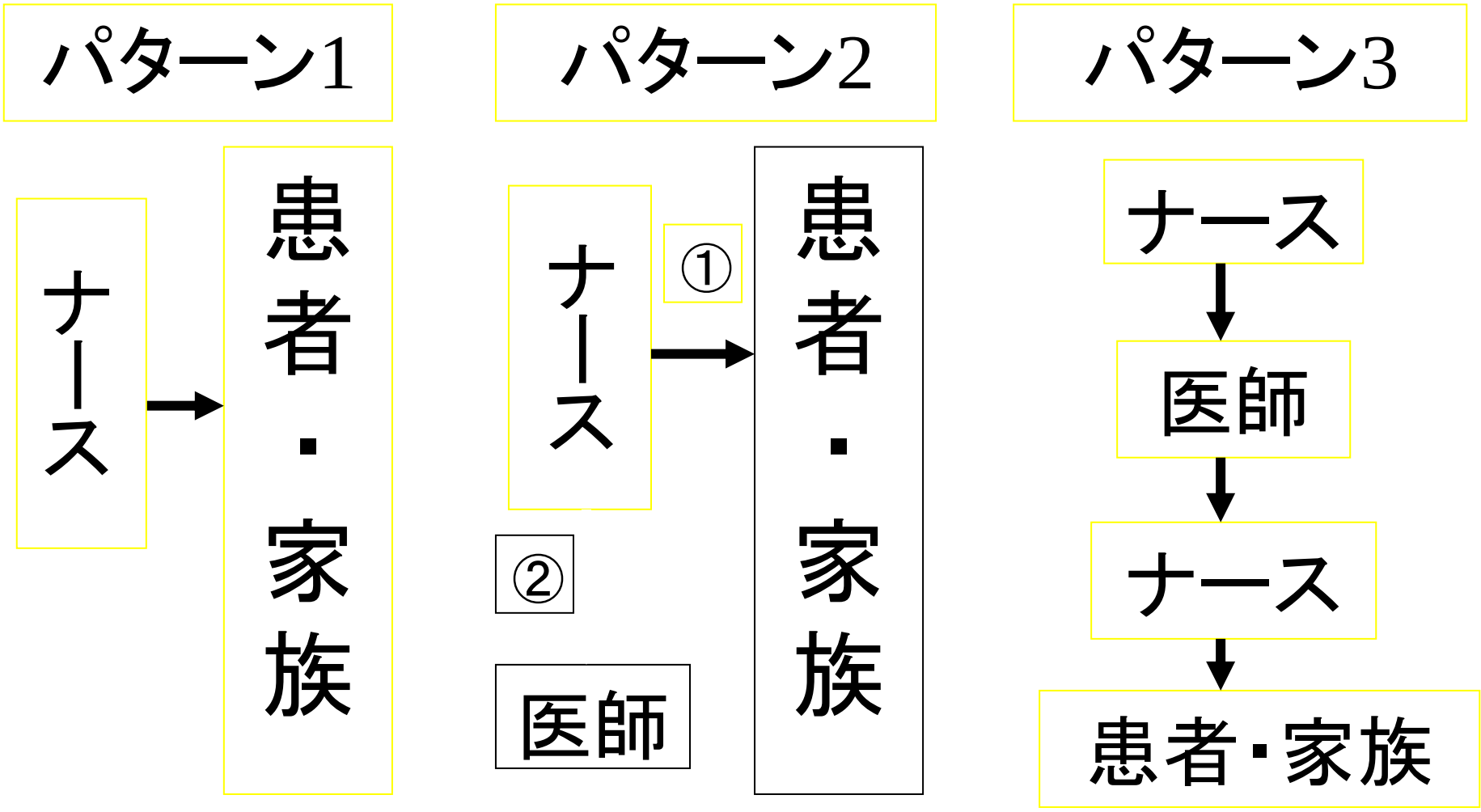
- 在宅ホスピスケアの実施
  - ・医師・看護師などによるケアの提供
  - ・遺族ケア
  - ・デイホスピスケア（療養通所介護）
- その他の活動
  - ・ボランティアの育成
  - ・教育・研究活動
  - ・地域へのHealth Promotion活動

検証　1　24時間ケア
（夜間、日曜、休日体制）

ステップ1　患者･家族からの医療者への緊急連絡



ステップ2　医療者間の連携
患者･家族への指示



検証　2

情報の共有
チームケア

チームの要はHospice Nurse
訪問看護パリアンの概要

看護師の数：5（常勤）、1（非常勤：週1）

常勤看護師の背景：平均年齢：29歳

勤続期間：2.5ヶ月～約3年

勤務形態など：

基本的にプライマリーナーシング

土日・夜間は緊急携帯当番2名が対応

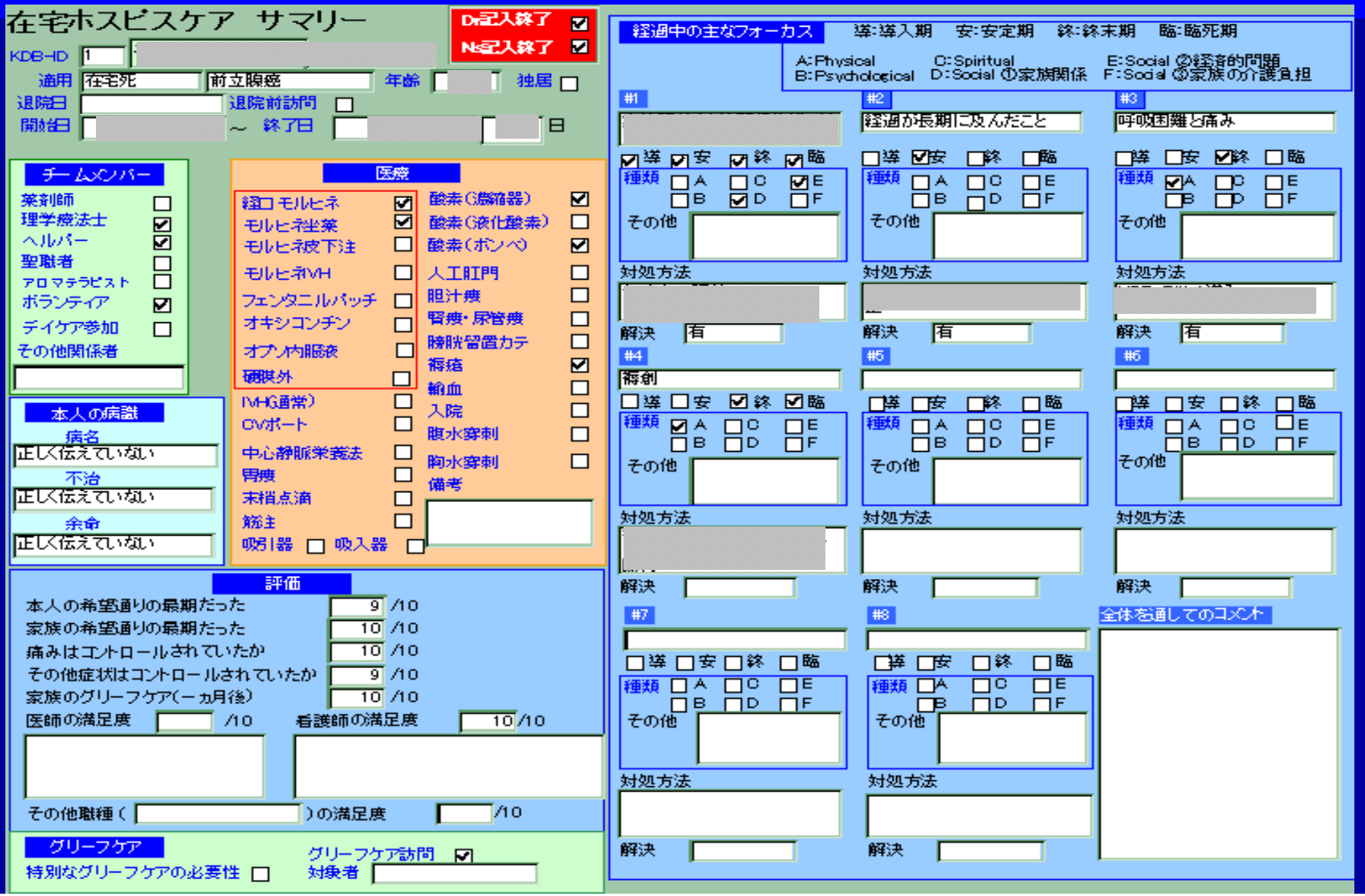
各自専用のパソコンあり，専用の車5台

（2004/12/31時点）

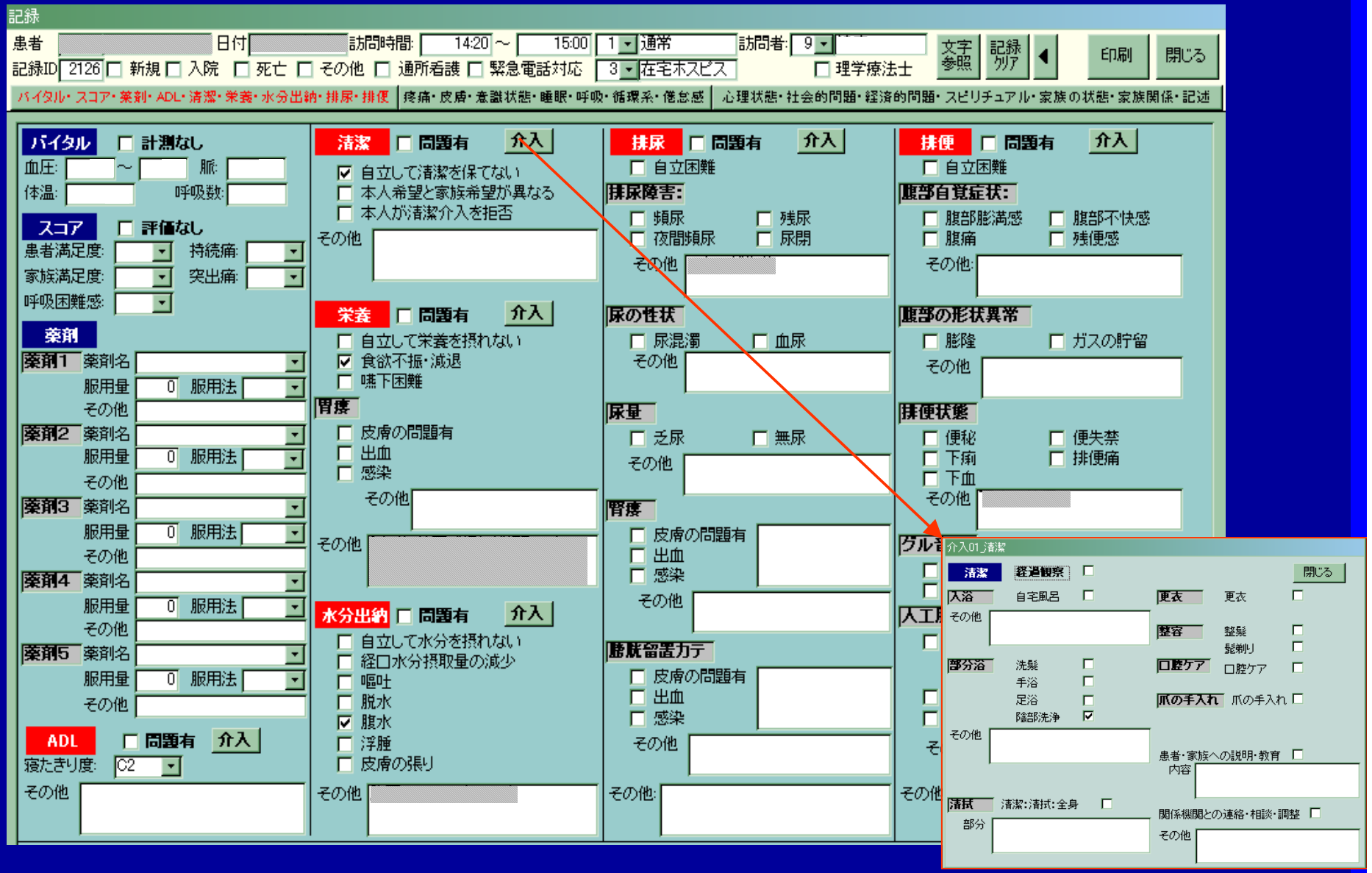
医師・看護師以外の職種
（クリニック所属の職員を除く）

職種	人数	勤務形態など
理学療法士	1	非常勤
ボランティアコーディネータ	1	非常勤
こころのケア担当者	2	非常勤
研究職	1	常勤
事務職	2	常勤1、非常勤1
倫理委員会委員	6	外部4、内部2（兼任）

蓄積してきたデータ
ーK-DB(当院がん患者のデータベース)ー



電子看護記録（パリアンのオリジナル版）



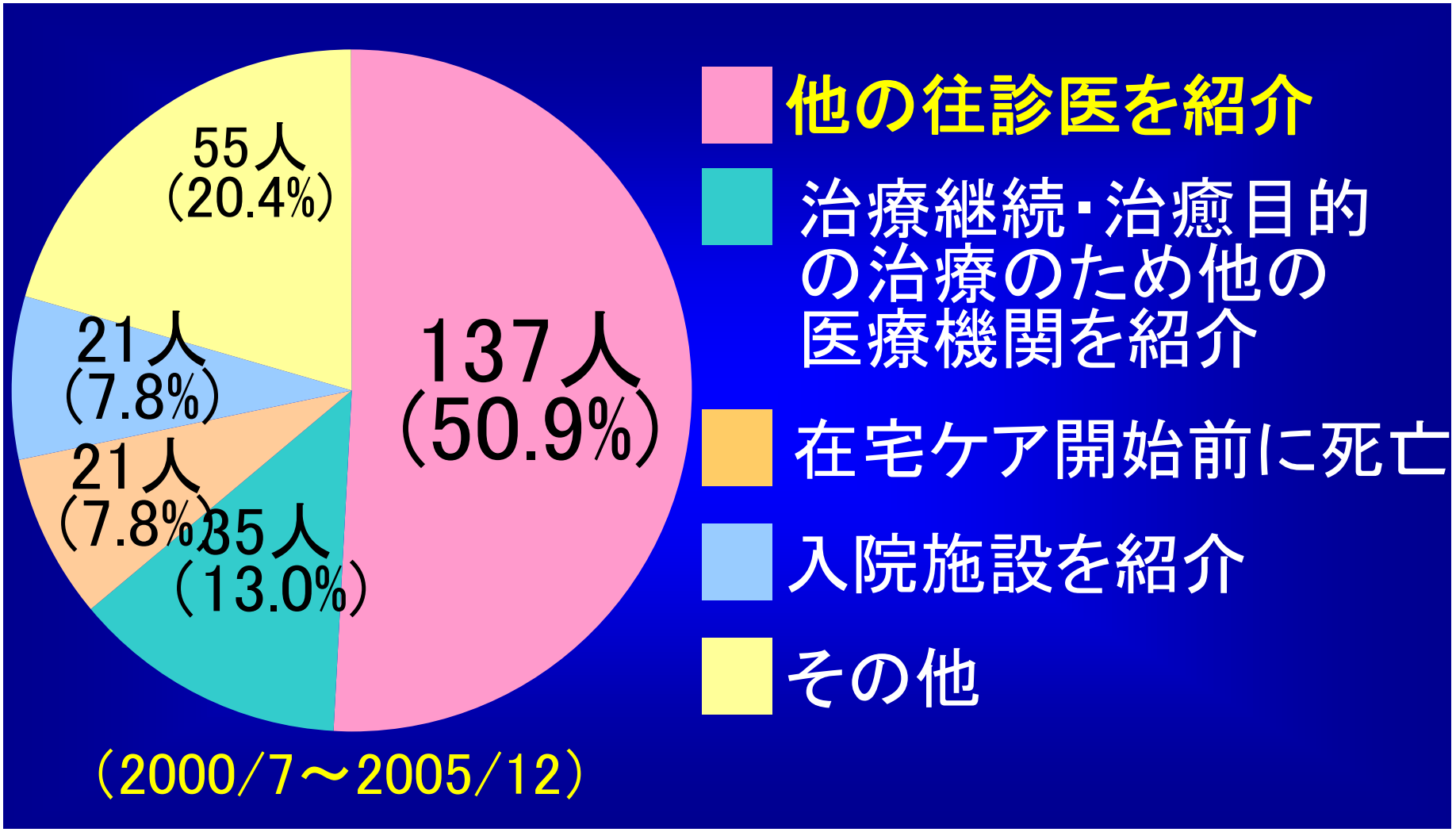
地域の病院との連携
各病院からの紹介患者数（2004年）

病院名	症例数（名）	相談外来症例147例に対する頻度（%）
都立墨東病院	38	25.9
国立がんセンター中央病院	27	18.4
同愛記念病院	12	8.2
三井記念病院	8	5.4
慶應義塾大学病院	5	3.4
癌研究会付属病院	5	3.4
東京慈恵会医科大学病院	5	3.4
東京医科歯科大学医学部附属病院	4	2.7
順天堂大学医学部付属順天堂医院	3	2.0
その他	40	27.2
合計	147	100.0

検証　3

在宅看取り数の把握

相談外来の機能：適切な医療機関の紹介



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）教育・研修

対象者：　医学生、看護大生、医師、看護師、SWなど

Field 利用者：　看護大学院生など

将来：　研究・研修センター設立予定

2） 協働するボランティア

構成員：
- ﾊﾟﾘｱﾝで行う養成講座修了が登録の条件
- 地域の住民主体、現在85名が登録
- 無償ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ（ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀは常勤職員）

活動内容：
- 療養通所介護での食事支度など
- 患者宅の訪問（食事介助・留守番など）
- 命日カードの作成（手書き）
- 地域への働きかけ（吉良祭への参加など）
- ﾊﾟﾘｱﾝで行う各種イベントの手伝い

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(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）末期がん患者の在宅ケアを担う
　　医療者の育成
７）介護保険適用の問題

7-1）情報公開の問題

1）既存のデータベース
「末期がんの方の在宅ケアデータベース」 http://www.homehospice.jp
507の医療機関に関する詳細な情報

2）各地域ごとに取り組んでいる
情報開示

3）今後、ぜひ開示してほしい情報
→在宅療養支援診療所に関する情報

7-2）介護力が弱い家族(独居患者など)の在宅ケア

パリアンでは独居患者の在宅死も普通である

在宅死344例中16例（4.7%）

在宅ホスピスケアの絶対条件

1. 患者が在宅ケアを切望すること

2. 家族が在宅ケアを切望すること

3. 看取る家族がいること

引用：川越厚編 「家庭で看取る癌患者」, ﾒｼﾁﾞｶﾙﾌﾚﾝﾄﾞ社

介護保険の導入（2000年4月）

看取る家族がいなくても在宅ホスピスケアが可能

事例紹介

Aさん　　87歳（死亡時）　　男性　　肺がん

在宅ホスピスケア期間※　316日

（うち、在医総算定期間　40日）

既往歴：高血圧　痛風

趣　　味：パチンコ・競馬

人　　柄：自分の生活リズムを持っている

自分の価値観を持っていて、頑固

気さくで人に気遣いする

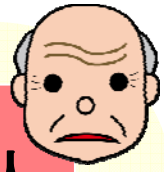
高齢のため人付き合いが疎遠

※訪問診療、もしくは訪問看護が開始されてからの期間

在宅ホスピスケア開始までの経過

04/ 9　老人健診で肺に異常陰影を指摘
04/10　地域中核病院にて精査　肺がんの診断
　　治療適応なし
04/12　ホームケアクリニック川越の相談外来受診
　　定期的な外来受診開始
05/ 2　訪問看護（＝在宅ホスピスケア）開始

家族背景


本人

妻

認知症あり施設に入所

ひとり暮らし

次男

障害あり
施設に入所

長男

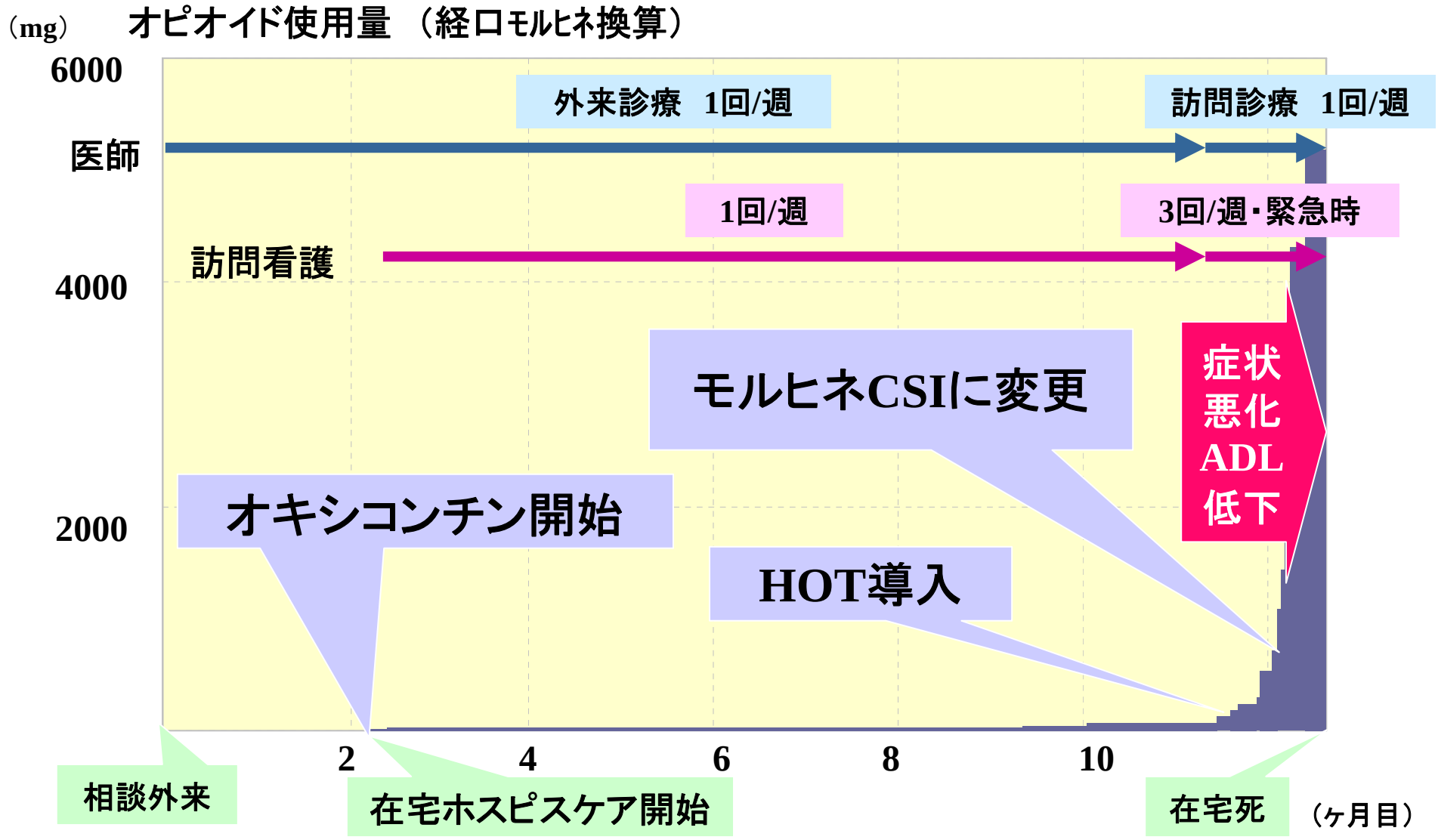
嫁

17歳

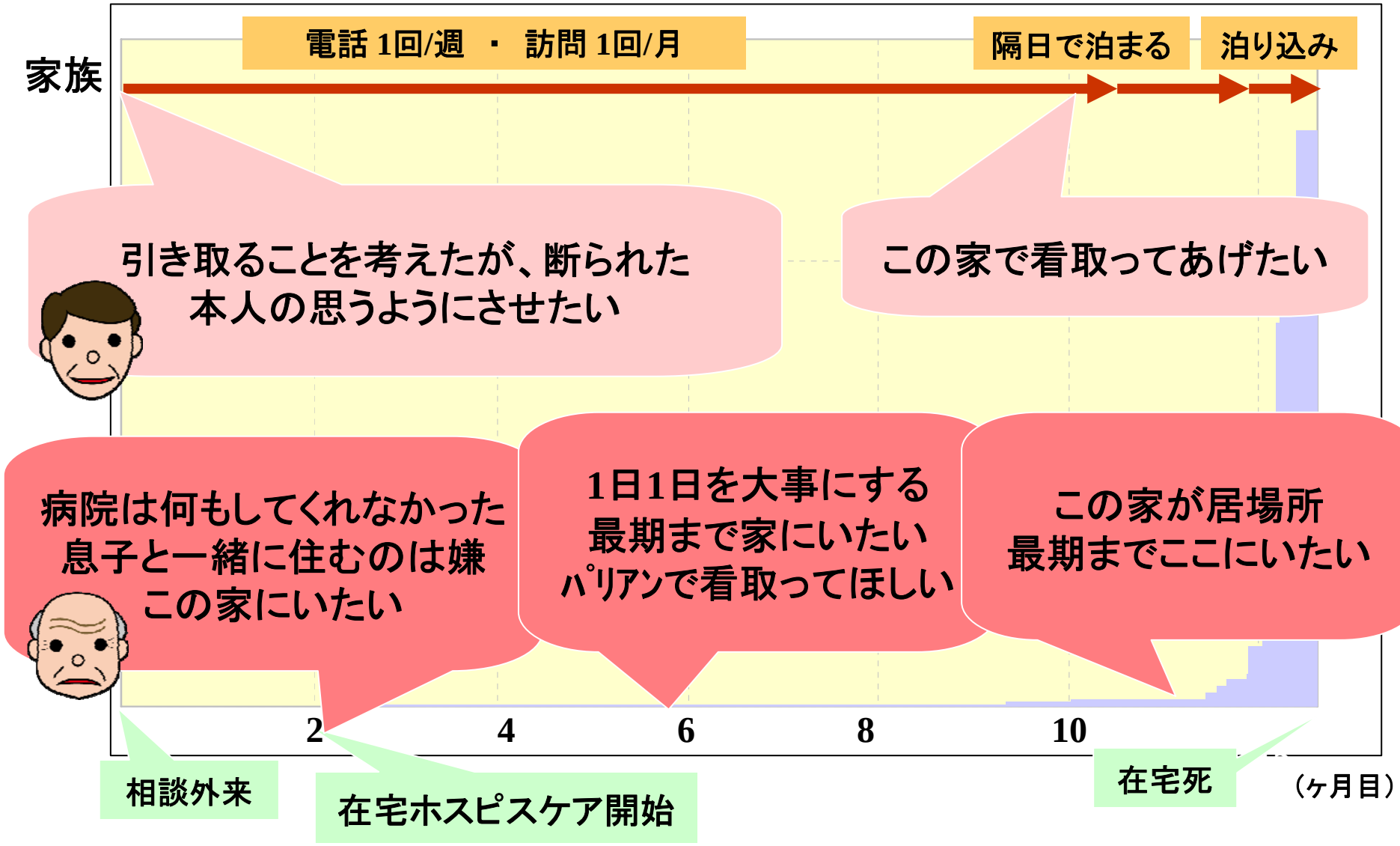
18歳

近県在住
長男がｷｰﾊﾟｰｿﾝ

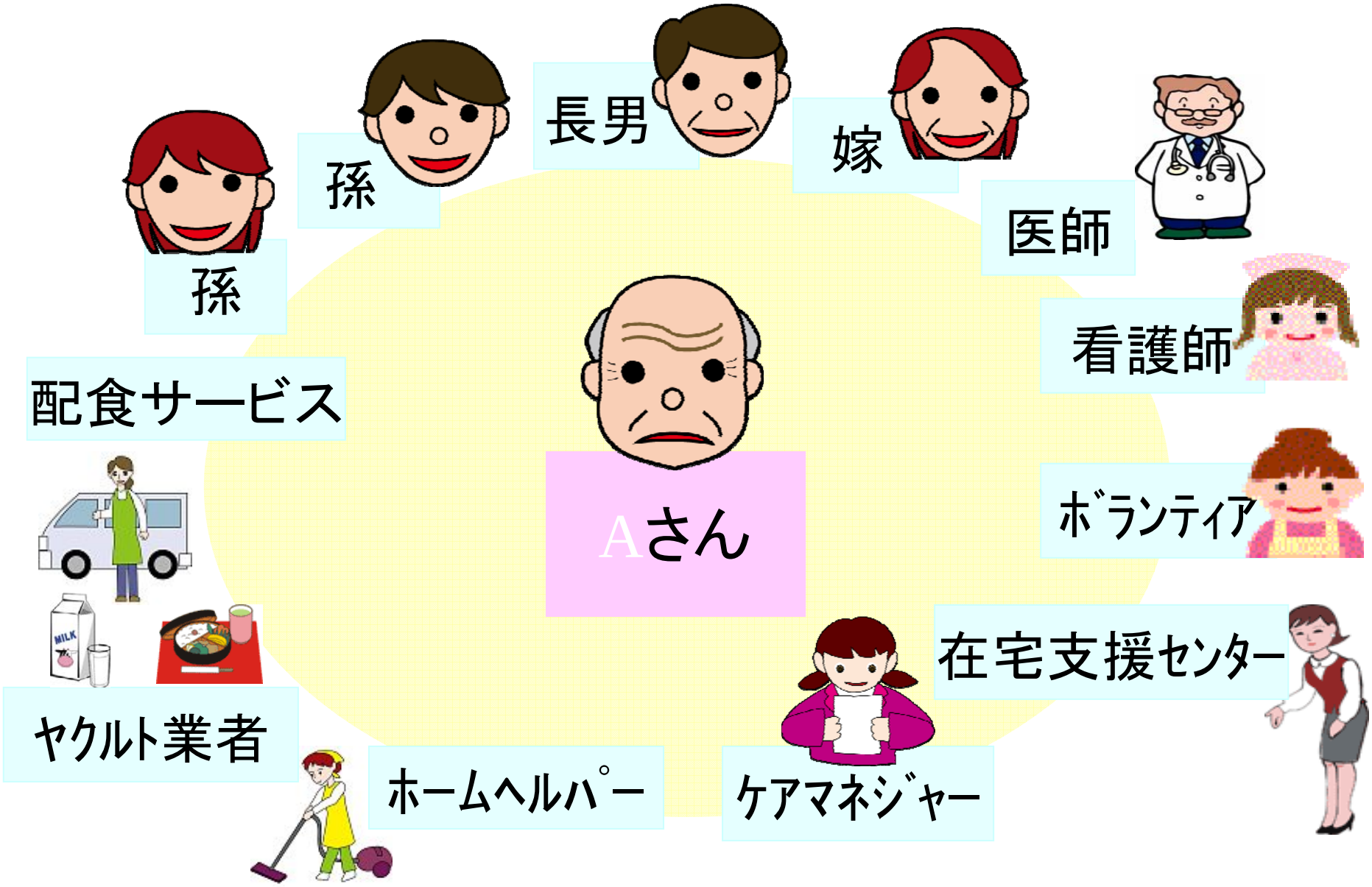
臨床経過
ーオピオイド使用量・医療者の関わりー



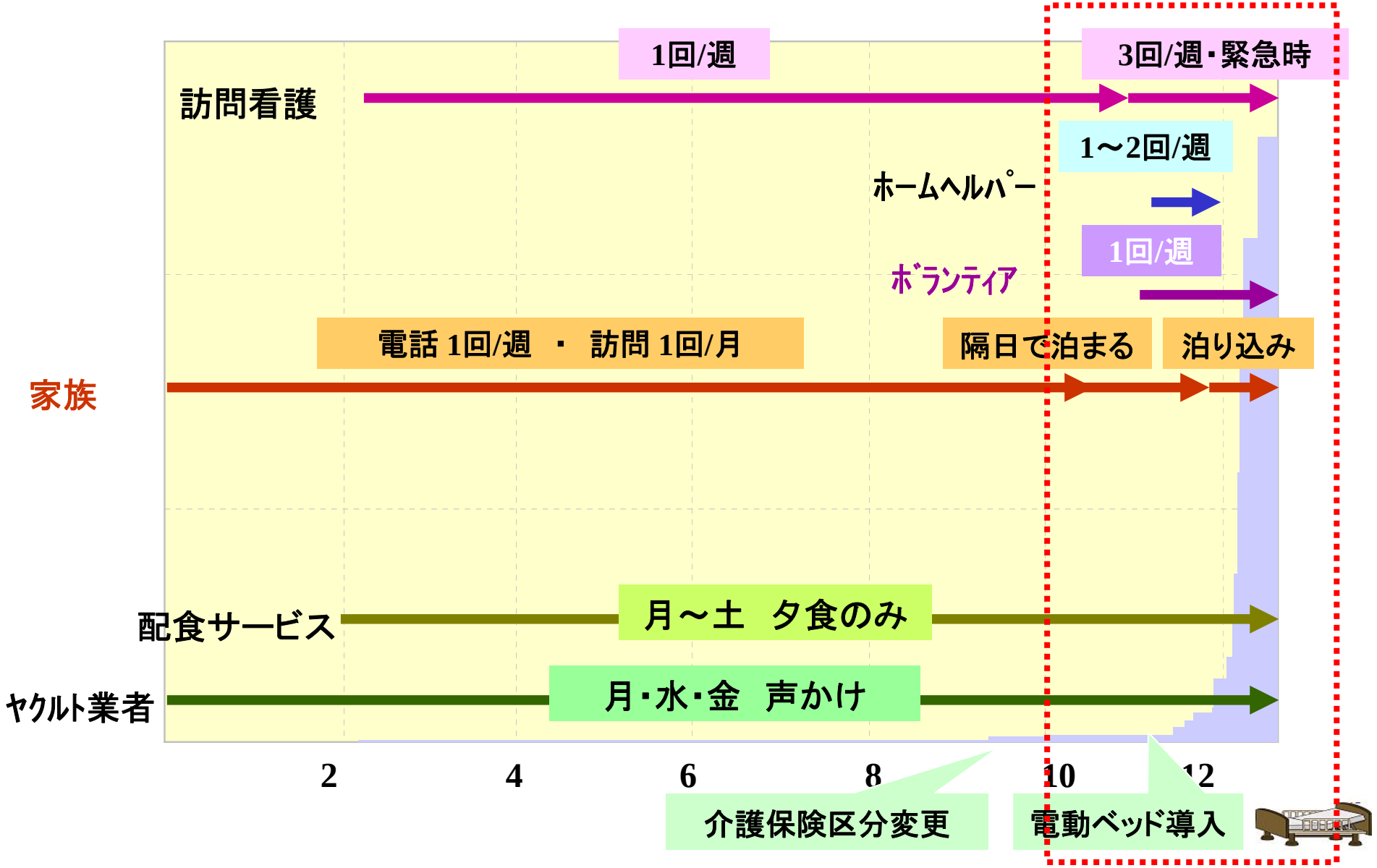
本人・家族の思い
－ 経過に伴う変化 －



チームメンバー

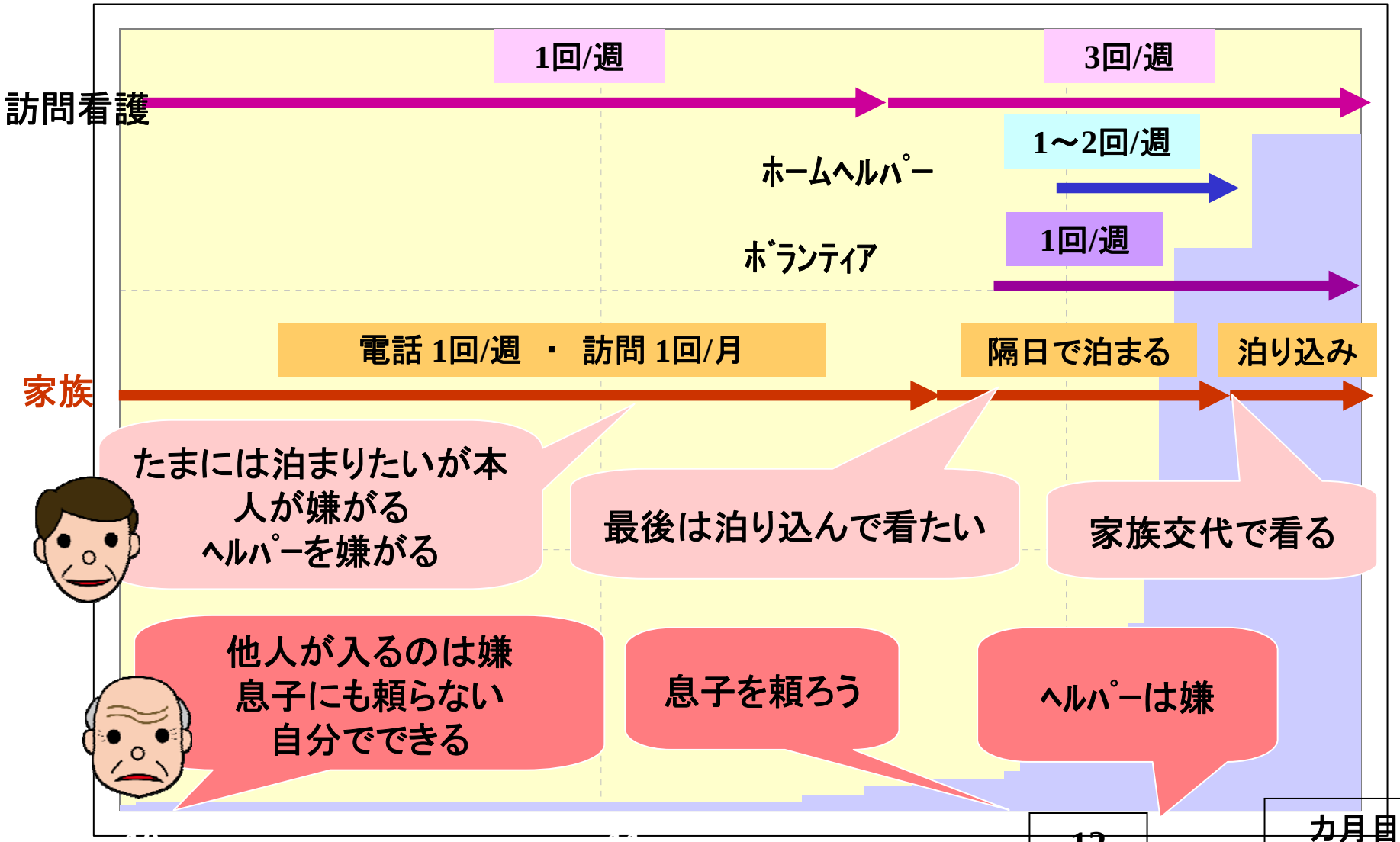

長男
嫁
孫
孫
医師
看護師
配食サービス
Aさん
ボランティア
在宅支援センター
ヤクルト業者
ホームヘルパー
ケアマネジャー

生活支援･介護調整


1回/週
3回/週･緊急時
訪問看護
1～2回/週
ホームヘルパー
1回/週
ボランティア
電話 1回/週 ・ 訪問 1回/月
隔日で泊まる
泊り込み
家族
配食サービス
月～土 夕食のみ
ヤクルト業者
月･水･金 声かけ
2
4
6
8
10
12
介護保険区分変更
電動ベッド導入

本人の思いと生活支援･介護力の調整

－終了前の2.5ヶ月 －

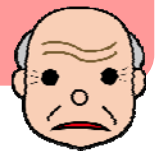


生活支援の必要性と調整

病状の悪化・ADLの低下

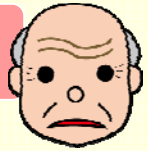
・介護保険サービス導入の拒否
・家族の援助の申し出を拒否

・ﾍﾙﾊﾟｰや息子が来て気をつかうのは嫌
・自分のペースを崩されるのは嫌
・できることは自分でしたい



・本人へのデスエデュケーション
（今後の生活のイメージ作り）
・本人、家族の思い橋渡し
・ﾃﾞｲﾎｽﾋﾟｽで顔見知りのﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ導入
・家族とケアへの参加のタイミング調整

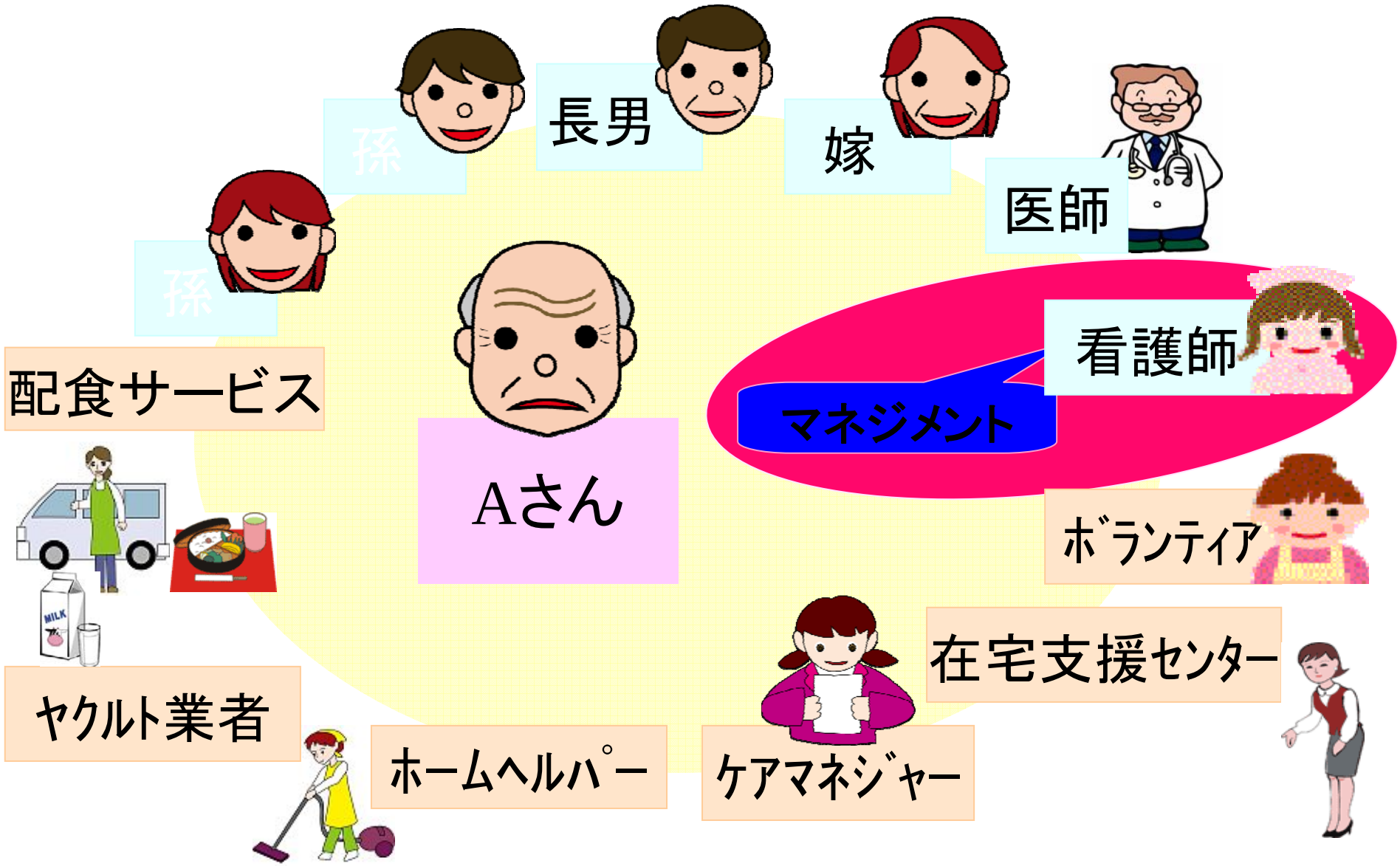
息子の世話になりたい



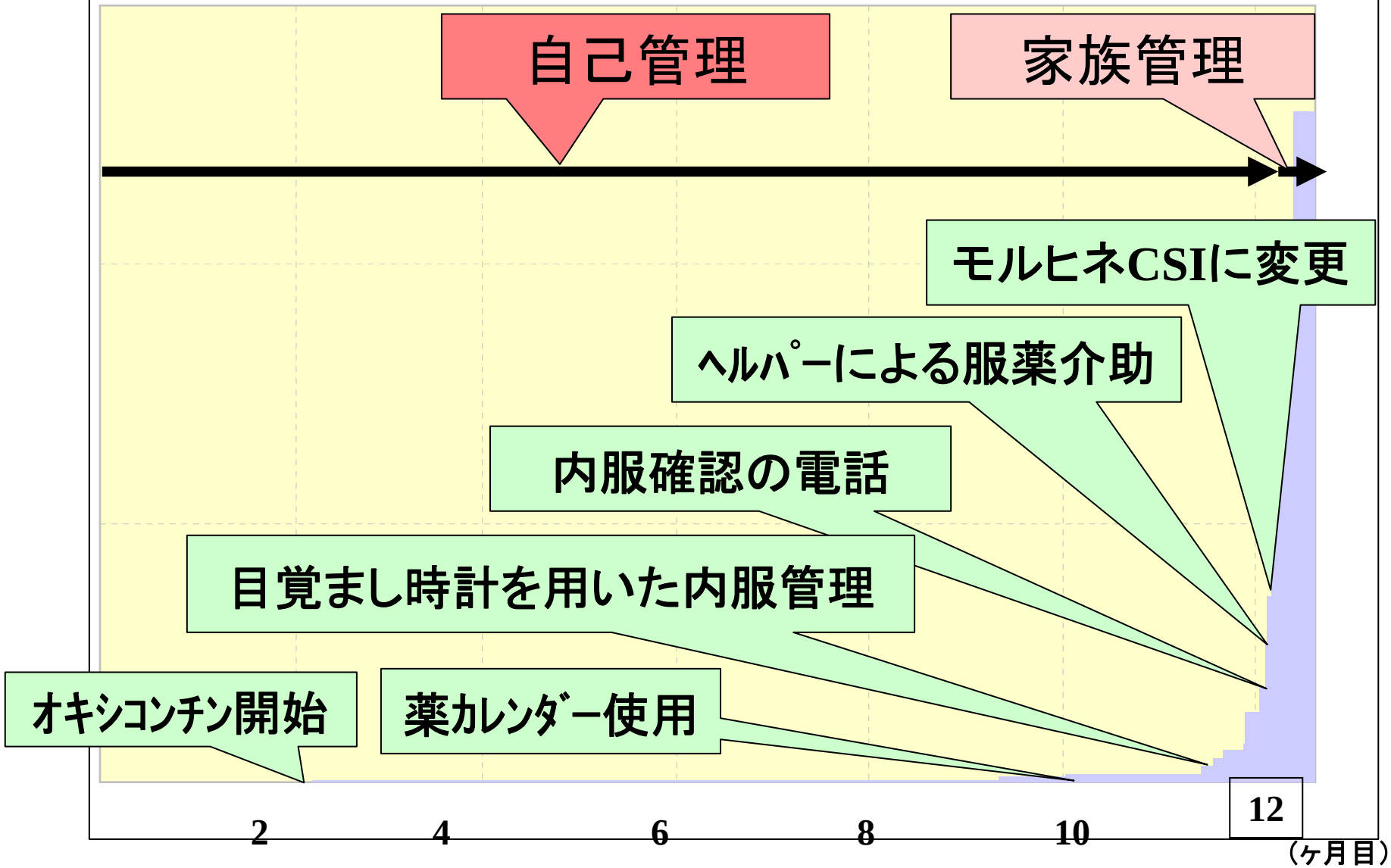
自分がそばにいてあげたい

本人・家族の思いを尊重したﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ

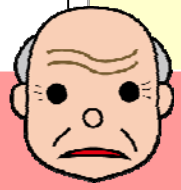
メンバーの把握・方針や情報の共有



服薬管理の工夫


自己管理
家族管理
モルヒネCSIに変更
ヘルパーによる服薬介助
内服確認の電話
目覚まし時計を用いた内服管理
オキシコンチン開始
薬カレンダー使用
2
4
6
8
10
12
（ヶ月目）

緊急時の連絡方法の工夫
― 終了前4.5ヶ月 ―



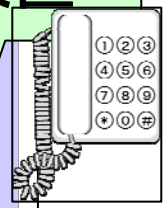
パチンコに行きたい
でも、外出先で具合が悪くなったら困る

携帯電話購入

チームメンバーに緊急先確認

本人の意思・緊急連絡
先を書いたカードを所持

プッシュ電話購入・短縮登録
ベッドサイドに電話を設置



10

12

（ヶ月目）

本ケースにおけるケアのポイント

1. 本人の自己決定の支援とﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰへの統一
2. 家族の自己決定の支援とﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰへの統一
3. 家族支援・調整（本人家族の思いの橋渡しなど）
4. 患者宅へ出入りする人の把握・調整
5. チームメンバーの調整
6. 生活支援
7. 症状コントロール・服薬管理
8. 本人・家族・関係者へのデスエデュケーション
9. 緊急時の対応
10. 死亡時の連絡体制

結論

独居

看取る家族がともに生活している

ケアの観点は同じ

ケアのポイント

- 自己決定の支援
- 家族間の調整と支援
- 予測的に関わり早めの対応
- ﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰのﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ・情報共有
- ケアの確実な提供
- 結集する地域の力

7-4） きぼうのいえ

東京都台東区（山谷）
・「山谷・すみだリバーサイド支援機構」が運営する第二種福祉施設の宿泊所（21室21床）
・ホームレスなど身寄りがない病人に、終のすみかを提供
・医療や介護等など社会資源を活用（入居者は生活保護受給）
・ボランティアも協力して看取りまでのホスピスケア
・入居費：家賃69,000円＋食費45,000円＋共益費

スタッフ
施設長・看護師・チャプレン
介護職員・ソーシャルワーカー
調理師・事務員など

URL　http://www.kibounoie.info/より

7-4） かあさんの家

住み慣れた地域での暮らしの場を提供・最期までサポート

宮崎県宮崎市

・NPO「ホームホスピス宮崎」が運営するケアハウス

・独居や老老介護、施設療養に非該当のがんや認知症の終末期の患者が2つの一軒家で暮らす

・家族の看取りをサポート

・医療機関（主治医・訪問看護ステーション）と連携

・昼間のみ/夜間のみ/短期の利用も可能

・ヘルパーなどの専門職が常駐/ボランティアの支援あり

・入居費：12～17万円（訪問介護利用状況による）

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

7- 6）末期がん患者の在宅ケアを担う医療者の育成

計算式1（ある地域の、がん在宅死に関する現在数と目標数）

①年間死亡者数＝（人口）X0.01（＝%）

② 年間がん死亡者数＝（年間死亡者数）X0.3（30%）

③ 平均的な年間がん死亡者数＝

（年間がん死亡者数）X0.06

ある地域を日本全国に限った場合

（①＝100万人、②＝30万人、③＝1.8万人）

墨田区（人口23万人）の場合

（①＝2,300人、②＝690人、③＝41人）

目標数字

たとえば、在宅死率を20%にまでアップするための具体的な数字は、日本全国で６万人（30万人X0.2)、墨田区では138人となる.

7- 6）末期がん患者の在宅ケアを担う医療者の育成

いくつの専門的な診療所、要訪問服薬指導看護師が必要か（墨田区の場合）：

年間40ケース！の在宅死を扱う診療所と仮定する。

①20％目標＝3.5ヶ所（138/40）

②40％目標＝7ヶ所（276/40）

年間40名の在宅死に関わるために必要な訪問看護師は、一人の看護師が常時2名の末期がん患者を受け持てると仮定して4名となる