

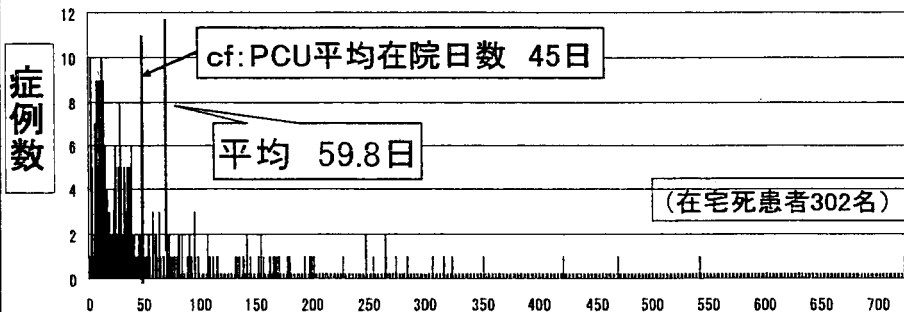
在宅ホスピス医がみた
わが国のホスピス・緩和ケア
-なぜ、家なのか-

ホームケアクリニック川越 院長
グループ・パリアン 代表
川越 厚

Introduction

末期がん患者の生存期間
(≡ホスピスケア開始から死
亡までの日数)
末期がん患者に対する医療
の問題点

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

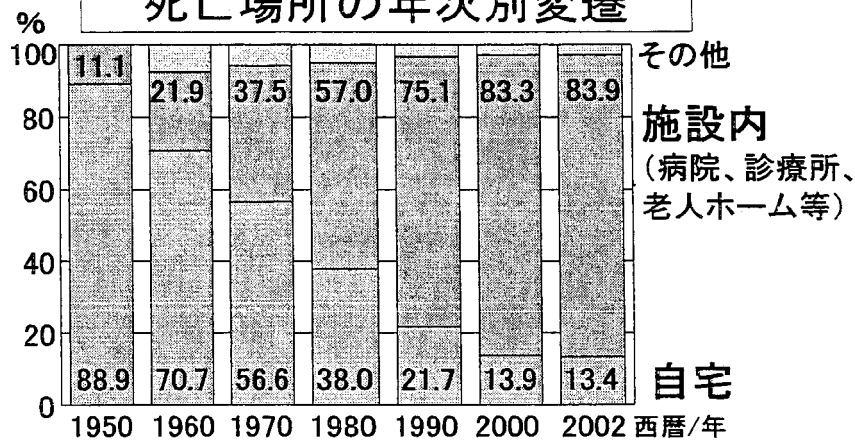
1. これまでの歴史

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

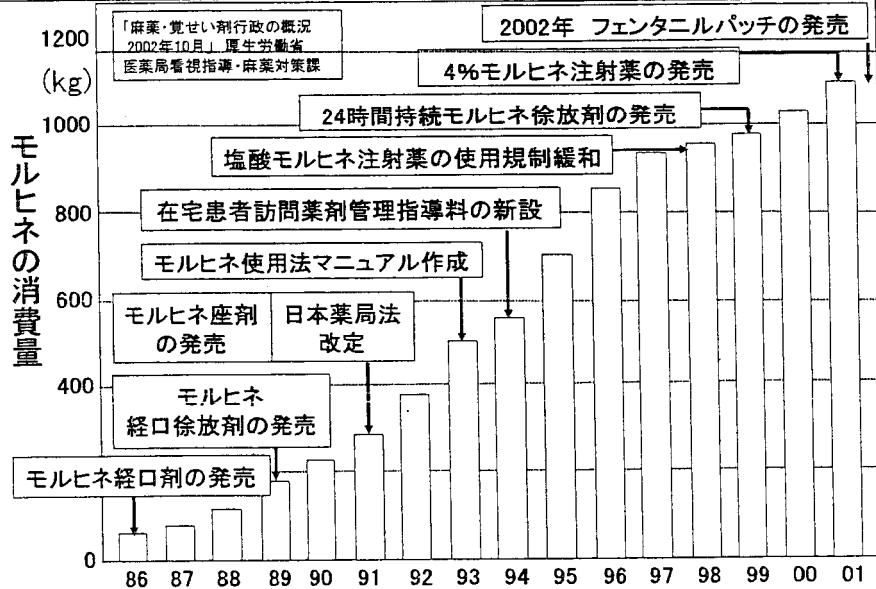


(財)厚生統計協会人口動態調査平成14年

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)

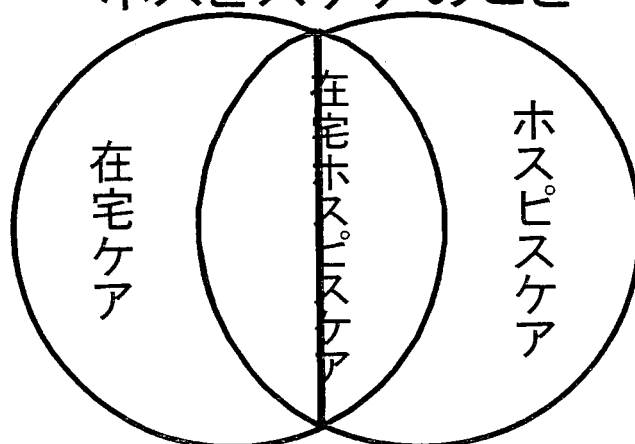
それらの診療所は、一体どのくらいの働き をしているか？→PCUとの比較

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

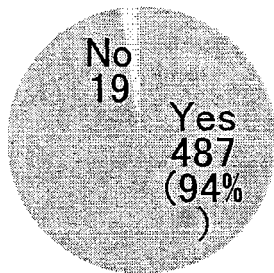
中級：医師の往診のみ、又は訪問看護のみ
→ 各々の役割が生かせない

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

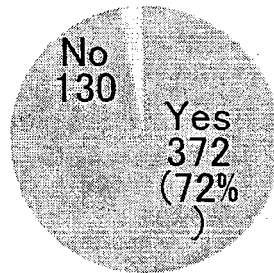
末期がん患者の在宅医療に携わる517の医療機関

電話連絡



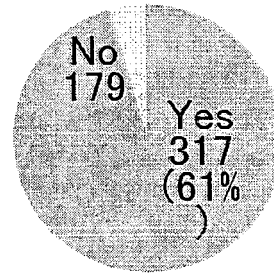
無回答 11

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

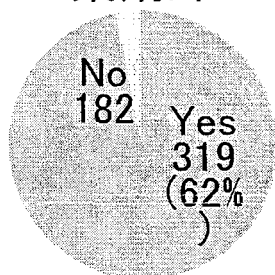
応用的なチーム(必要により参加する職種):
薬剤師、ヘルパー等の他の職種が
チーム内に存在する

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

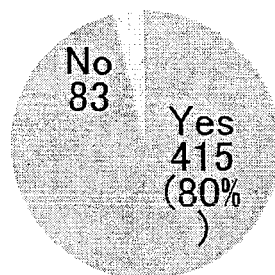
他職種への訪問

薬剤師



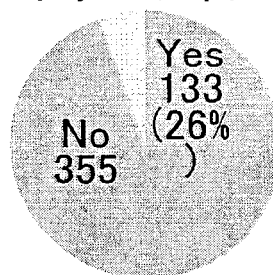
無回答 16

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

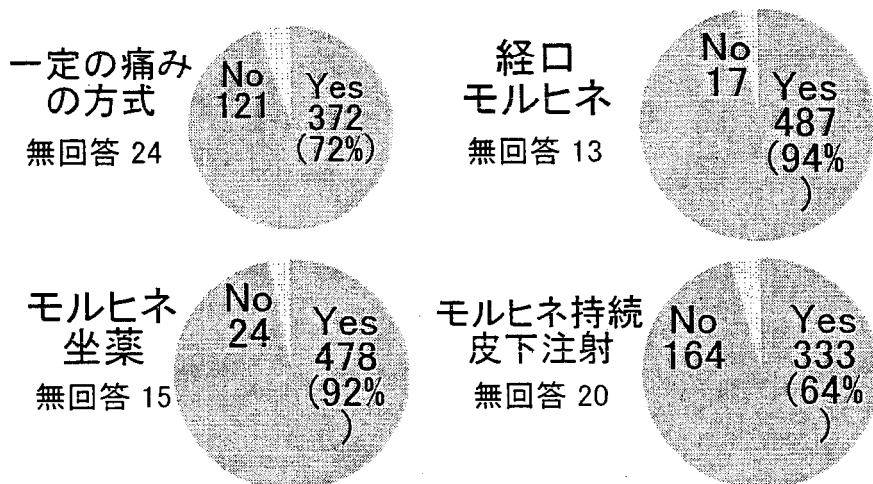
→ 入院するか、苦しめたまま在宅を続行する

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



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

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)