

「在宅緩和ケアについて -地域のネットワークづくりに向けて-」

広島市立広島市民病院 K-net発足記念講演会
2007年3月17日

福山市民病院 緩和ケア科
古口 契児

1. 総論

- ・ 緩和ケアの定義・理念について
- ・ 在宅緩和ケアについて

2. 各論

- ・ 在宅緩和ケアの実際について
- ・ 地域ネットワークについて
- ・ 在宅療養支援診療所について
- ・ 地域のネットワークづくりに向けて
- ・ 参考資料について

WHOのpalliative careの定義によると、「palliative careとは治癒を目的にした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題のケアを優先する。palliative care の目標は患者と家族のQOLを高めることである。Palliative care は疾患の初期段階においても、癌治療の過程においても適用される」とある。要約すると、癌医療のあらゆる過程に適用される積極的な(active)、全人的な(total)、QOLを重視した、患者と家族に対するケアということになる。また癌治療の過程における適用という点からすると、単に末期患者だけをその対象とするのではない。ホスピスやターミナルケアに従事してきた者と、癌治療に従事してきた者とが協力できる場が緩和医療であると言える。

がん治療と緩和ケアの関連

診断

死

かつて

積極的治療

緩和ケア

現在

積極的治療

緩和ケア

離別後の
援助

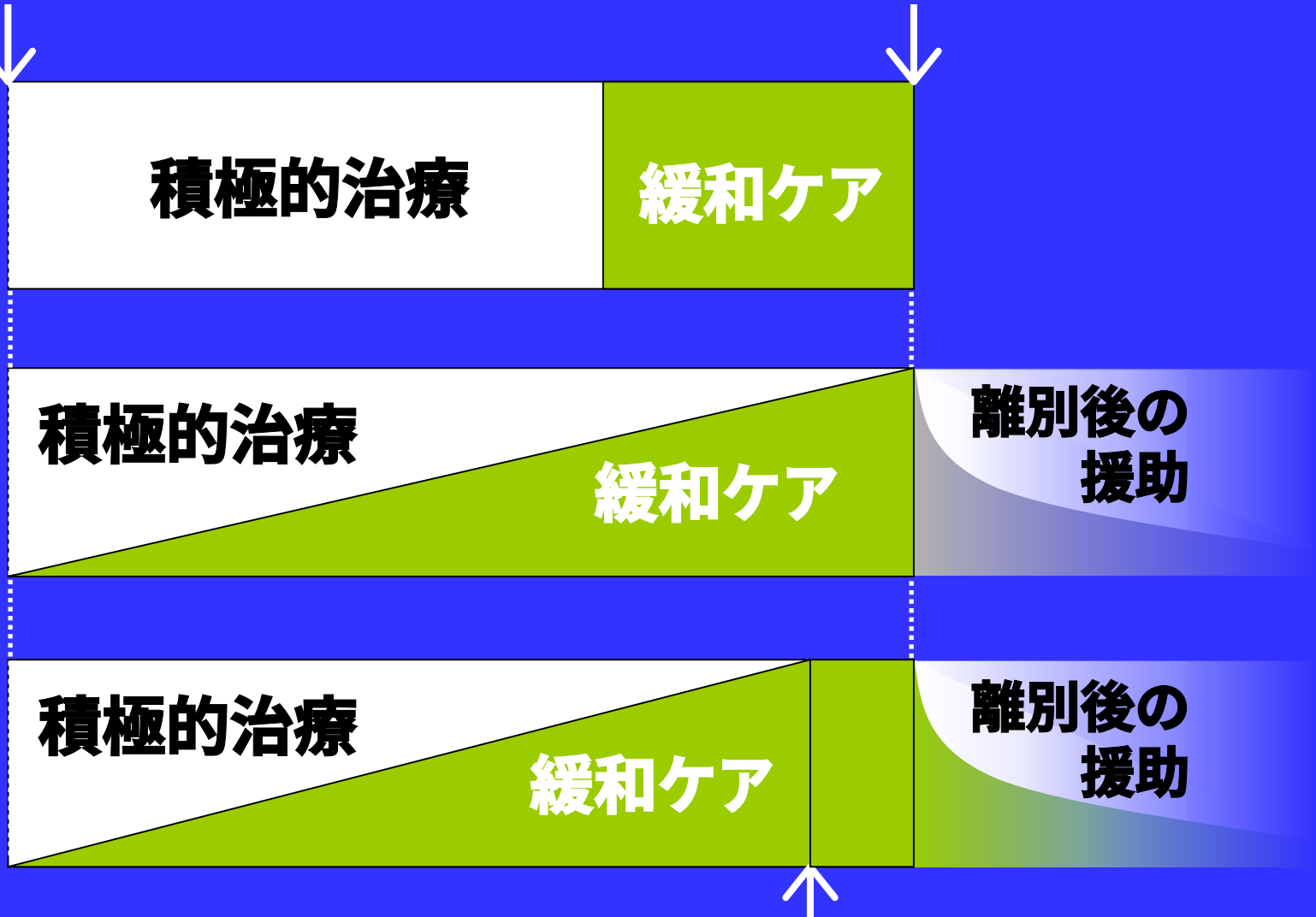
これから

積極的治療

緩和ケア

離別後の
援助

ギアチェンジ



ホスピス・緩和ケアの基準と評価指針

2006.7. 日本ホスピス緩和ケア協会 評価委員会

1. ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL (人生と生活の質) の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2. ホスピス緩和ケアの基本方針

- ◇痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。
- ◇生命を尊重し、死を自然なものと認める。
- ◇無理な延命や意図的に死を招くことはしない。
- ◇最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。
- ◇患者が療養しているときから死別した後にはいたるまで、家族が様々な困難に対応できるように支える。
- ◇病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。
- ◇患者と家族のQOLを高めて、病状に良い影響を与える。

3. ホスピス緩和ケアを提供する形態

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟
- 2) 一般病棟の緩和支援ケアチーム
- 3) ホスピス・緩和ケアの専門外来
- 4) 訪問診療、訪問看護、訪問介護などの地域における在宅サービス
- 5) デイケア

5. ホスピス緩和ケアで提供するケアと治療

- 1) 提供するケアと治療は、患者あるいは家族の求めに応じて相談の上で計画・立案する。
- 2) ケアや症状緩和のための治療に関して、必ずインフォームドコンセントを得る。
- 3) 痛みなど苦痛となる症状は、適切なケアと治療で緩和する。
- 4) 提供したケアと治療については、適切に記録する。
- 5) 症状緩和を行った上で患者と家族がもつ身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズ(要求)を確かめて、誠実に対応する。
- 6) 患者との死別前から家族や患者にとって大切な人へのケアを提供するように計画を立てる。
- 7) 家族が患者と死別した後、強い悲しみのために日常生活が普通に送れない状態になった場合、適切な医療の専門家を紹介する。

6. ホスピス緩和ケアを提供するチーム

- 1) ここでいうチームは、ホスピス緩和ケアを提供する場所の如何にかかわらず患者と家族を中心として医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアで構成されるものを指す。
- 2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換する。
そして、ホスピス緩和ケアの目的と理念を共有し、互いに支え合う。
- 3) チームの構成員は、教育カリキュラムに基づいた計画的なプログラムのもとで研修を受ける。そして、継続評価によってチームとして成長が図られるようにする。

在宅ホスピスケアの基準 (在宅ホスピス協会, 1997) その1

ホスピスケアは余命が限られた不治の患者が身体的・心理的・霊的苦痛から開放され、残された日々を人間としての尊厳を保ちながら、心身ともに安楽に過ごすことができるようにするためのケアである。それは、いかなる場所においても統一した理念のもとに、継続した形で実施されることが望ましい。

在宅ホスピスケアとは、患者の生活の場である“家”において実施されるホスピスケアのことをいう。“家”は、患者や家族が最も安らげる場であり、自分たちの意思を最大限実現できる場所である。したがって、在宅ホスピスケアは、最後の日々を家で過ごしたいと願う患者や家族を援助して、その希望を叶えるためのケアである。

在宅ホスピスケアの実施にあたっては、患者と家族の理解と同意をもっとも重視する。在宅ホスピスケアを受けている患者は、いつでも自由に、施設ホスピスケアへの移行や延命を目的とした治療への変更を希望することができる。ケアに携わる医療者は、そのような患者の希望を最大限尊重しなければならない。

この基準は、在宅ホスピスケアを望む患者とその家族に対して提供されるケアの基準である。この基準を制定する目的は、在宅ホスピスケアに携わるチームの構成員、特に医療者等へ一定の指針を提供し、在宅ホスピスケアを選択する患者と家族の希望がより多く実現することにある。

I 基本理念

- 1) 患者や家族の生命・生活の質（いわゆるクオリティー・オブ・ライフ）を最優先し、患者と家族が安心して家で過ごせるケアを実施する。
- 2) 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意をはらう。死を早めることも死を遅らせることもしない。
- 3) 患者の痛みやその他の不快な身体症状を緩和するとともに、心理的・社会的苦痛の解決を支援し、霊的痛みに関心し、生きることに意味を見出せるようにケアする。
- 4) 患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する。

II 実施基準

1. 対象者

- (1) 余命が限られた不治の患者（主として不治のがん患者）とその家族。
- (2) 家でのホスピスケアを希望する患者と家族。
- (3) 患者自身が病名、病状を正しく理解していることが望ましい。しかし、そのことは在宅ホスピスケアを受けるための必須条件ではない。

2. 提供されるケア

- (1) 医師の訪問診察、看護師の訪問看護、必要に応じたその他の職種の訪問サービス。
- (2) 患者の家を中心にした24時間、週7日間対応のケア。
- (3) 主に患者の苦痛を対象とした緩和医療。
- (4) 遺族を対象とした死別後の計画的なケア。
- (5) 患者と家族をひとつの単位とみなしたケア。
- (6) インフォームド・コンセントに基づいたケア。
- (7) 病院や施設ホスピスと連携したケア。

3. 患者、家族を対象とした死の教育

その4

- (1) 医療者に依存した受動的な“いのち”ではなく、死までの時を能動的に生き抜くことができるよう、患者と家族を支援する。
- (2) 家族に対して日常的なケアに関する教育をする。
- (3) 患者と家族が安心できるように病状の説明を充分行い、起こりうる病状変化に対処する方法を指導する。
- (4) 家族を対象として死のプロセスの理解、看取りの心得などの教育を行う。

4. チームアプローチ

- (1) ホスピスケアの提供はチームを組んで行い、チームの中心となる者を決めておく。在宅ホスピスケアにおけるチームの基本単位は医師、看護師、介護者である。家族はケアの対象であるとともにケアの重要な担い手ともなる。
- (2) 必要に応じてヘルパー、薬剤師、ボランティア、医療器具や介護用品の提供者、また心理的・霊的ケアのための専門職などの参加を得る。
- (3) チーム内の連絡を密にとり情報を共有する。また、チーム内が24時間連絡可能な体制とする。
- (4) 定期的なチームミーティングを行う。

在宅緩和ケアが成立するための患者・家族側の条件

1. 絶対的条件

- 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

2. 準絶対的条件

- 1) 患者が末期がんであることを知っていること
- 2) 症状コントロールが十分できていること
- 3) 看取る家族が複数いること
- 4) 医師、看護師のいる所から患者の家までの距離が近いこと

3. 望ましい条件

- 1) 病院の主治医が在宅緩和ケアに理解をもっていること
- 2) 積極的な延命医療を希望しないこと
- 3) 緊急時の入院先がはっきりしていること

在宅緩和ケアにおける チームケアの原則

1. 直接ケアは必要最少限の専門職とし、できるだけ多くの専門職が下からそれを支える
2. 各々の専門職が、お互いの働きを認め合う
3. 情報を共有する
4. ケアの方針を決めておく
5. 患者・家族の秘密を守る
6. チームメンバー同士で支えあう

在宅ホスピスケアの流れ

在宅ホスピスケアの開始



在宅ホスピスの経過

時期の分類							
	初回往診		死亡				
	導入期	安定期	終末・臨死期	死別期			
	準備期	開始期			死亡直後	悲嘆回復期	
期間	1週間	1週間	平均3～4ヶ月	10日	1ヶ月	平均1年間	
訪問頻度	1回以上	連日	1～2回／週	連日	直後	1回／月	1～2回
往診頻度	1回	2～3回／週	1回／1～2週	隔日	直後	必要な場合のみ	必要な場合のみ
ケアの目標	病院より、在宅へのスムーズな移行	在宅で安心しておれるという保証	残された時を充実して、できるだけ快適に過ごせるような援助。症状の急変に対する対応	水入らずの看取りのための教育と援助	安らかな、水入らずの死	共に看取り、尊厳ある死であったことの確認と慰め	悲嘆からの立ち直りの援助。遺族の慰めと精神、肉体系の健康管理

「在宅ホスピスケアを始める人のために」 川越 厚編集（1996）より抜粋

医師の仕事

時期の分類	————▶ 初回往診 —————▶ 死亡 —————▶						
	導入期		安定期	終末・臨死期	死別期		
	準備期	開始期				死亡直後	悲嘆回復期
期間	1週間	1週間	平均3～4ヶ月	10日		1ヶ月	平均1年間
訪問頻度	1回以上	連日	1～2回／週	連日	直後	1回／月	1～2回
往診頻度	1回	2～3回／週	1回／1～2週	隔日	直後	必要な場合のみ	必要な場合のみ
医師の仕事	前医よりの引継ぎ。症状緩和の計画。経過の見直し	症状緩和。病状の十分な説明	病状進行の把握と十分な症状緩和。急変時の対応。必要に応じての入院の勧め。病状、これからの経過について十分な説明	臨終のプロセスの説明。死亡確認の方法の説明。	死亡診断書の作成。遺族の慰め	寄書き。可能ならば通夜または告別式への参加（この点は議論あり）。経過の最終的説明	ケースによって、訪問、遺族の会への出席

看護師の仕事

時期の分類							
	初回往診		死亡				
	準備期	導入期 開始期	安定期	終末・臨死期		死別期 死亡直後	悲嘆回復期
期間	1週間	1週間	平均3～4ヶ月	10日		1ヶ月	平均1年間
訪問頻度	1回以上	連日	1～2回／週	連日	直後	1回／月	1～2回
往診頻度	1回	2～3回／週	1回／1～2週	隔日	直後	必要な場合 のみ	必要な場合 のみ
看護師の仕事	看護計画の立案。 環境整備	頻回の訪問。 看護・介護の指導と実施	定まったケア、症状急変時のケア。 家族間の意見調整。看取りへ向けての準備と家族の教育	物品の使用法、ケアの具体的指導。看取りの心得を説明	遺体の処置。遺族の慰め	通夜または告別式への参加（この点は議論あり）。スタッフの寄書きの送付	訪問（死後1か月）、電話などによる慰め。年1回の遺族の会

患者・家族への勧め

時期の分類							
	初回往診		死亡				
	準備期	導入期 開始期	安定期	終末・臨死期		死別期 死亡直後	悲嘆回復期
期間	1週間	1週間	平均3～4ヶ月	10日		1ヶ月	平均1年間
訪問頻度	1回以上	連日	1～2回／週	連日	直後	1回／月	1～2回
往診頻度	1回	2～3回／週	1回／1～2週	隔日	直後	必要な場合 のみ	必要な場合 のみ
患者・ 家族への勧め	本人、全家族 の意見交換	できるだけ、 のんびりと構 えること	期限を区切って最 も必要なことから やること。病院で やった事を家でや ろうと考える。 子供や孫もケアに 参加するよう指導	一番良い看取 を行っている のだと自信 を持つよう導 く。常時、誰 か患者のそば につくように	患者のそ ばでは決 してあわ てず、騒 がぬよう に	この間は遺族 をできるだけ そっとしてお く配慮が重要	貴重な経験を 多くの人に、 語るように

臨死期の死の教育

目的: 家族で、心安らかに看取れるようにする

対象: 全家族

内容: ①看取りの心得

②死のプロセスの説明

③死亡の確認、死後の処置の説明

④グリーフワーク

死別期の死の教育

目的: 遺族が悲嘆を克服できるよう、援助を行う

内容: ①死にさきがけて (臨死期) の、心の整理

②死亡直後に訪問、往診

死後の処置を家族と共に

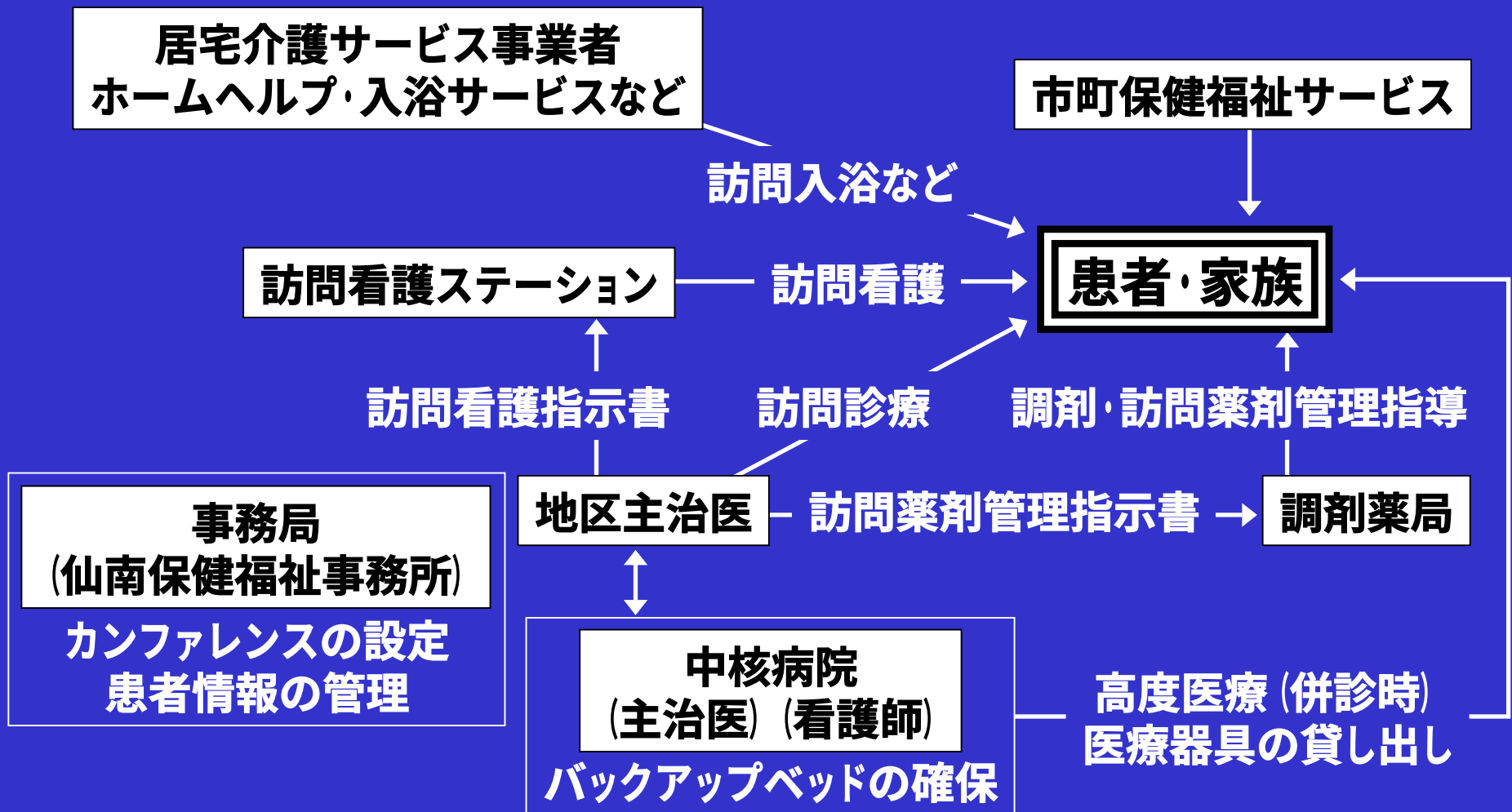
③病気の経過の最終的な説明 (剖検)

④死別期における、遺族との語らい、連絡

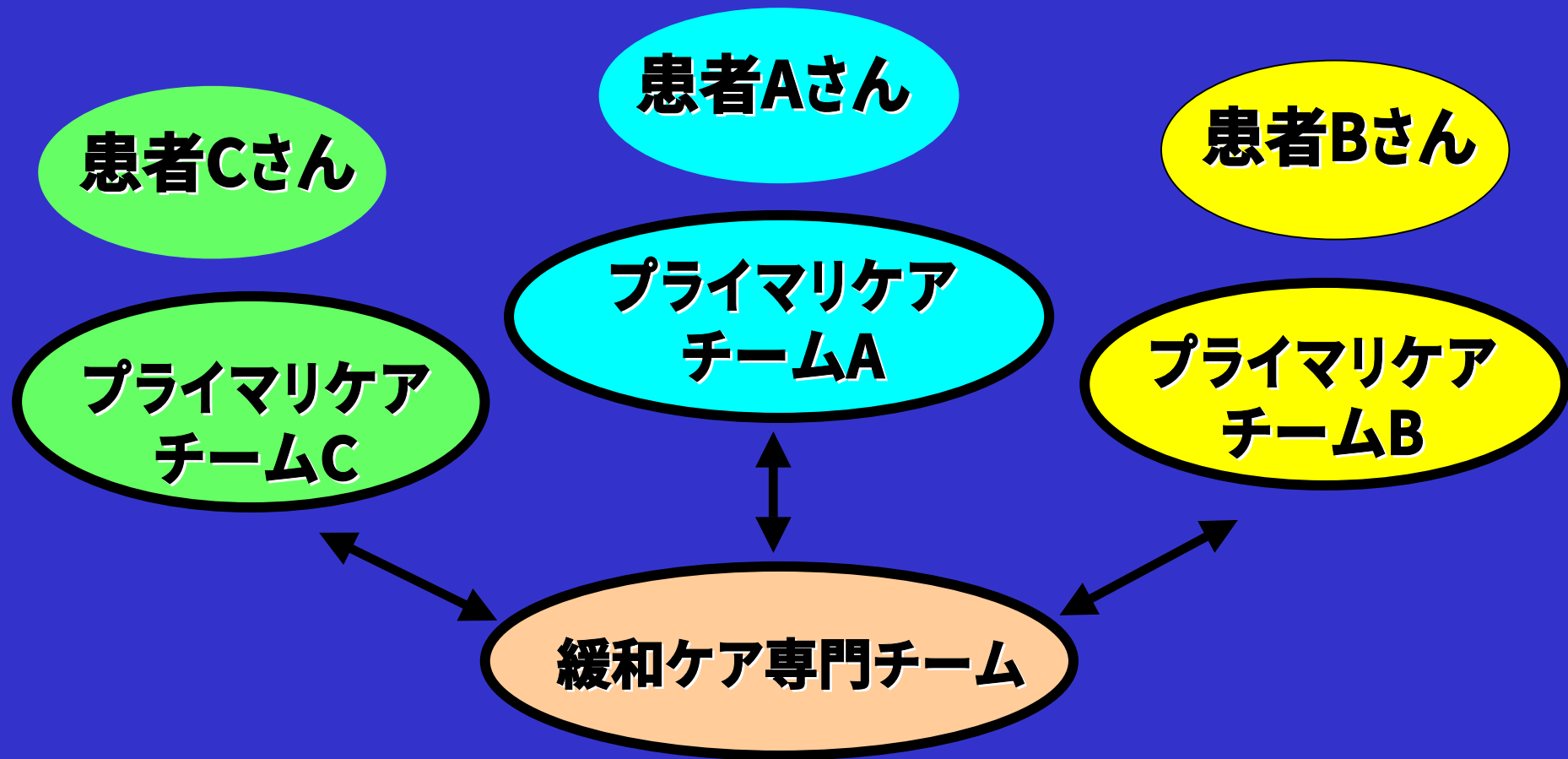
地域緩和ケアモデルについて

1. 行政主導型 (ベルギー、宮城県、広島県、静岡県)
2. 医師会主導型 (尾道市医師会方式)
3. 有志主導型 (緩和ケア岡山モデル、長崎在宅Dr.ネット)
4. 大学主導型 (佐賀大学医学部地域包括緩和ケア科)
5. 在宅専門診療所型 (大阪北ホームケアクリニック、
井尾クリニック)
6. コミュニティー型 (ケアタウン小平)

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会における支援体制



緩和ケア岡山モデル



プライマリケアチーム（開業医，訪問看護師，ケアマネージャー等）がケアを担当し，専門チームがそれを支援する仕組み。

プライマリケアチームと緩和ケア専門チームの役割分担について

- ① 日常的な健康管理→プ・チームが責任を持つ
- ② 癌の症状コントロール→専門チームが責任を持つ
- ③ 緊急時の対応
→プ・チームの訪看Nsが、24時間連絡体制をとる。入院必要時は、専門チームDrが調整する
- ④ 本人へのスピリチュアルケア
→プ・チームと専門チームが情報共有しながら、それぞれが対応する
- ⑤ 家族ケア
→プ・チームと専門チームが情報共有しながら、それぞれが対応する。
訪看Nsが中心となる場合が多い
- ⑥ 連携の調整
→情報共有しながら、専門チームがケースカンファレンスを呼びかける



長崎在宅Dr.ネット

- ・ 2003年3月に発足
 - ・ 現在、連携医51名、協力医（内科・外科以外の専門医）14名、病院医21名が会員登録
 - ・ 事務局に連絡が入る
 - 市内5エリアに一人ずついるコーディネーター役の医師が取りまとめる
 - 個人が特定できない範囲の情報をメーリングリストで流す
 - 病状・地域を考慮して、連携医の中から名乗り出る
 - コーディネーターと相談の上、主治医・副主治医を決める
 - 病院からの引継ぎを行い、在宅へ移行する
 - 在宅移行後も、メーリングリストを活用して情報共有していく
- 「長崎市内が一つの病院、病院はICU、在宅は病室」という考え方

ケアタウン小平について

- ・ 在宅ケアを支える福祉と医療のソフトをそろえた小規模多機能型拠点
 - ① 共有の食堂などがある21戸の単身者向けバリアフリー賃貸住宅「いっぷく荘」
 - ② 訪問中心の診療所 (ケアタウン小平クリニック 山崎章郎院長)
 - ③ 訪問看護、配食サービス、デイサービスを基盤に、緩和ケア相談や子育て支援などの事業展開を目指すNPO法人コミュニティケアリンク 東京
 - ④ 訪問介護・居宅介護支援事業所
- ・ ホスピスのチームケアの経験を積んだスタッフを中心に医療・介護サービスの体制が整っている。
- ・ 住民の生活上の問題や、行政サービスが届かない福祉ニーズについて、地域で解決していくための枠組みとしてNPO法人を設立。

2006年度診療・介護報酬改定における在宅医療に係るポイント

1. 在宅療養支援診療所への評価
2. 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
3. 在宅療養における24時間体制の評価
4. 患者の重症度などを反映した訪問看護の評価の見直し
5. 在宅におけるターミナルケアおよび看取りに係る評価の見直し
6. 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの促進

在宅における医療・介護の提供体制 ―「かかりつけ医機能」充実― 指針

2007年1月
日本医師会

―将来ビジョンを支える3つの基本的考え方―

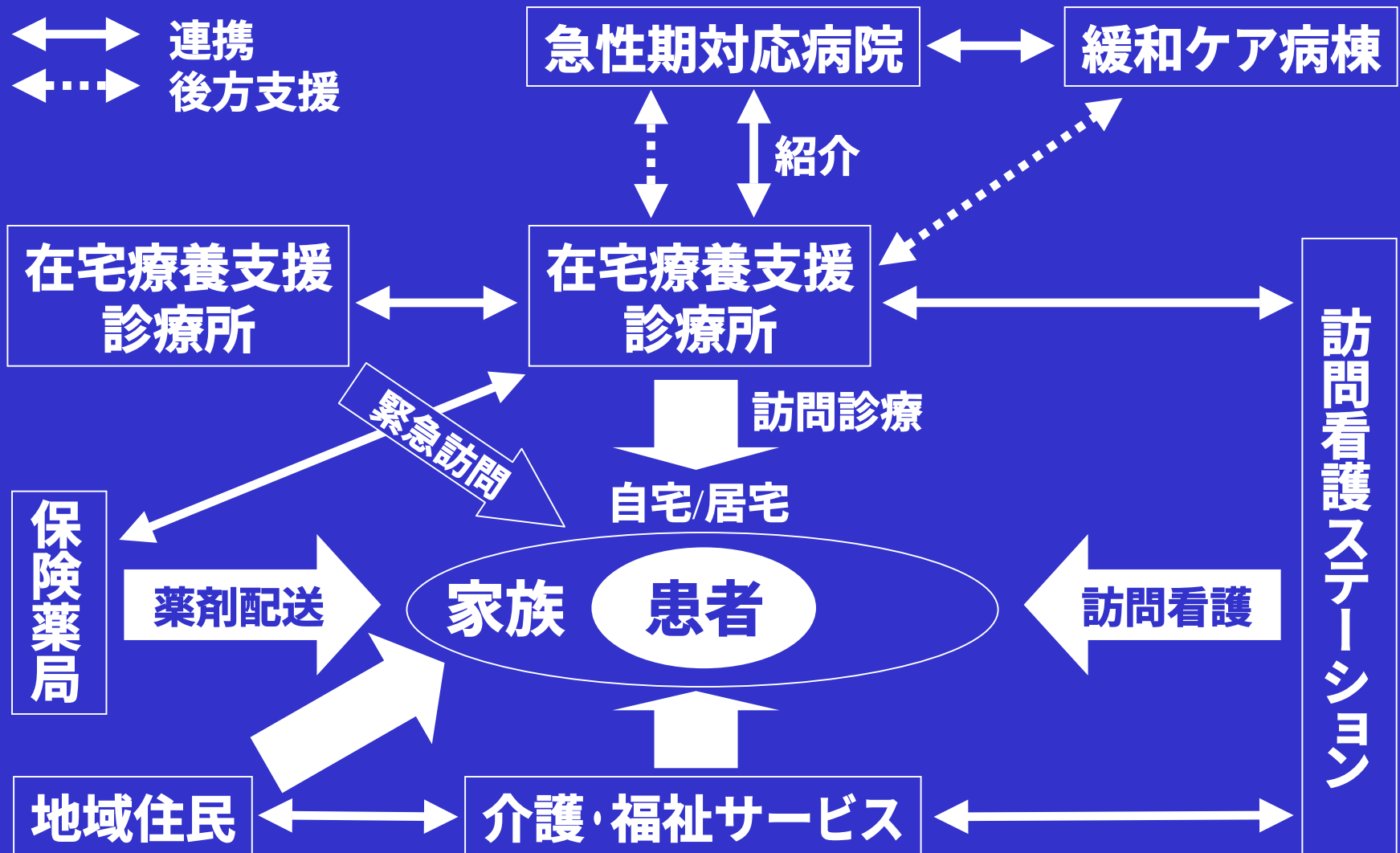
1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

―将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言―

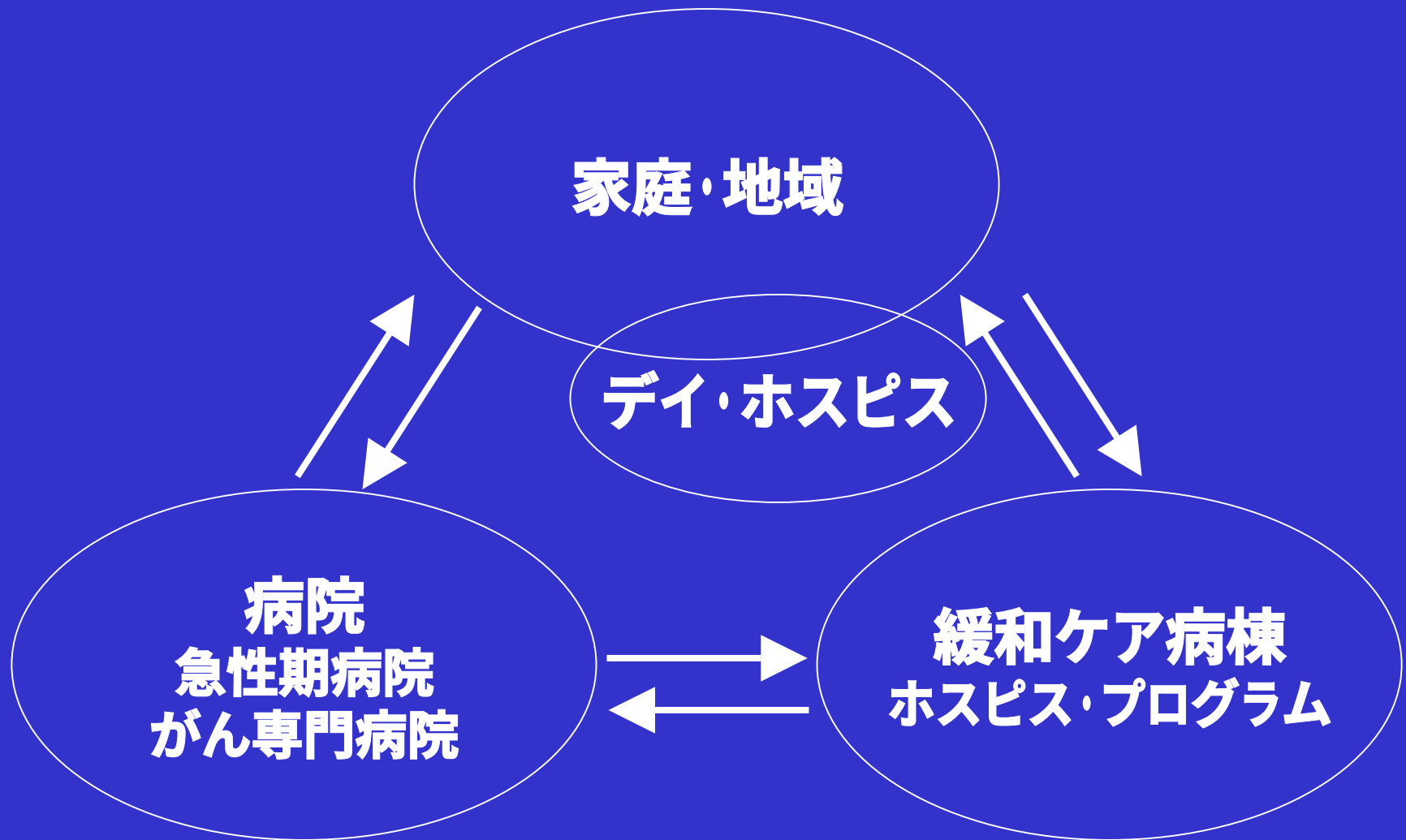
1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅(多様な施設)と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

在宅ホスピスケアのネットワーク概略

(蘆野論文より転載)



ホスピスケアのトライアングル



地域緩和ケアについての提言

1. 地域のニーズ・資源を把握する。
2. 地域での在宅緩和ケア勉強会を始める。
3. 地域における在宅緩和ケアの連携事例を重ねる。
4. 退院前ケアカンファレンスを必ず開く。
5. スタッフ (医師、看護師、MSW) 養成のための研修を推進する。
6. 本人・家族・コミュニティのケアの力を引き出し、地域の在宅ホスピス力を高めていく。

●在宅ケアに関する総合情報

【日本ホスピス・在宅ケア研究会】 <http://www.hospice.jp/>

【在宅ホスピス協会】

<http://www005.upp.so-net.ne.jp/zaitaku-hospice/>

●サービスを探す

【在宅ケアを考える診療所 市民全国ネットワーク】

<http://www.home-care.ne.jp/>

【末期がんの方の在宅ケアデータベース】

<http://www.homehospice.jp/db/db.php>

【WAM NET (独立行政法人福祉医療機構)】 <http://www.wam.go.jp/>

●病院・医療を探す

【全国10万件以上のお医者さんガイド】 <http://www.10man-doc.co.jp/>

【医者どこ.net】 <http://www.isyadoko.net/>

「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」

在宅ケア医年鑑2006年版 (和田 勉編, 同友館)

●施設で受けるホスピスケアの情報

【日本ホスピス緩和ケア協会】 <http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>

【日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団】 <http://www.hospat.org/>

参考図書について

1. 「在宅ホスピスケアを始める人のために」
川越 厚編集、1996（医学書院）
2. 「退院後のがん患者と家族の支援ガイド」
日本ホスピス・在宅ケア研究会編集、2004（プリメド社）
3. 「在宅ホスピスのススメ」
二ノ坂 保喜監修、2005（木星舎）
4. 「特集 在宅医療と地域医療連携の方向性」
治療 Vol.87, No.5, 2005（南山堂）
5. 「特集 今あらためて、在宅ホスピス」
緩和医療学 Vol.8, No.3, 2006（先端医学社）
6. 「特集 患者はどこで過ごしたいのか」
緩和ケア Vol.16, No.3, 2006（青海社）
7. 「特集 緩和ケアの流れを変える-病院から地域へ」
緩和ケア Vol.16, No.6, 2006（青海社）

福山市民病院 721-8511 福山市蔵王町5丁目23-1

TEL (084) 941-5151 FAX (084) 941-5159

URL : <http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/shimin-byouin/>

E-mail : kekoguchi@city.fukuyama.hiroshima.jp

緩和ケア外来受診・病棟入院の流れについて

緩和ケア電話相談

月・金曜日 2:00pm～5:00pm

1人30分枠で、対応（予約は緩和ケア病棟詰所で）
緩和ケア病棟Nsが担当する

緩和ケア外来

水曜日 2:00pm～5:00pm、緩和ケア科医師と師長が担当

1人30分枠（初診は2枠）で、完全予約制

緩和ケア電話相談時に、外来予約していただく

受診時には、紹介医からの診療情報提供書と画像資料を
持参していただく

入退棟判定会議

木曜日夕に、緩和ケア科医師と師長（もしくは副師長）と
地域医療連携室関係者で協議

福山市民病院 緩和ケア科の目指す緩和ケア病棟とは？

- ・ 看取りのためだけの入院病棟ではない。
- ・ 本人・ご家族が緩和ケアを理解し希望されたうえで、入院となる病棟である。
- ・ 症状コントロールの後に、在宅に向けて退院もできる病棟である。
- ・ 住み慣れた地域や自宅で少しでも長く過ごせるように、地域緩和ケアネットワークと連携していく。
- ・ 症状コントロール目的やレスパイトケア目的の短期入院もある。
- ・ 緩和ケア病棟内での完結ではなく、地域完結型の緩和ケアを目指す。

第12回日本緩和医療学会総会のご案内

テーマ 「地域をつつむ緩和医療」

と き 2007年6月21日(木)～23日(土)
6/21 教育セミナー
6/22～23 学会総会

ところ 岡山コンベンションセンター、ホテルグランヴィア岡山

総会会長 岡山大学 消化器・腫瘍外科学 田中紀章教授