

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「平成 22 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

テーマ：緩和ケア

座長：鈴木 央（鈴木内科医院 副院長）



## 目次

■ 報告書に寄せて（座長：鈴木 央）	1pg
■ 参加委員名簿	2pg
■ 第1回研究会（5/28）	5pg
「自己紹介と今後の方針の説明」	
■ 第2回研究会（6/25）	7pg
・川畑正博「緩和ケアの現状と問題点」	8pg
■ 第3回研究会（7/23）	21pg
・蘆野吉和「緩和ケアと地域」	22pg
■ 第4回研究会（9/24）	35pg
・白髭豊「長崎における緩和ケアの実情」	36pg
・北條美能留「長崎大学病院における緩和ケアチームの活動と地域連携」	52pg
■ 第5回研究会（10/22）	61pg
・横田修「認知症患者における胃瘻」	62pg
・花形哲夫「認知症患者における歯科の関わり」	68pg
■ 第6回研究会（12/10）	77pg
・鈴木荘一「緩和ホスピスケア～訪問見学からの歩み～」	78pg
■ 第7回研究会（1/28）	87pg
・多田羅竜平「在宅小児緩和ケア」	88pg
・前田浩利「在宅小児緩和ケア」	91pg
■ 第8回研究会（2/25）	101pg
・大田 洋二郎	
「がん専門病院と地域歯科医療機関の連携は成功するのか？」	102pg



# 報告書によせて

平成 22 年度座長 鈴木央（鈴木内科医院 副院長）

平成 22 年度の在宅医療を推進する会は、年度のテーマを「緩和ケア」とした。

近年、都市部で新たに開業する在宅医療機関の案内を見ると、ほとんどの場合、がん終末期の緩和ケアは対応可能なケアとして表記されている。以前のようにがん終末期に対応できる医療機関に限られているわけではない。さらに、がん対策基本法の下で緩和ケア研修会が各地で開催されるようになった。参加者は全国で 2000 名を超えたと聞いている。以上の事実を踏まえても、以前に比べれば緩和ケアは確実に医療現場の中に浸透してきていると思われる。しかし、現在患者や家族にとって十分に満足できる緩和ケアが、いつでもどこでも受けられる状況になっているのだろうか。残念ながら、その答えは否であるといわざるを得ない。

さらに、依然として日本では、在宅死に比べ病院で最期を迎えるケースの方が圧倒的に多い。「死ぬ時は病院で…」という意識が拭い去ることができない現状があるにせよ、在宅でも症状がきちんと緩和できるという意識が市民にはまだ浸透していないことも一因ではないかと考える。

我々現場の人間についてはどうだろう。薬剤を用い、症状を緩和しようとする緩和医療は以前より広まったかも知れない。しかし、死に相對することを支援するケアはどうであろう。よりよく生きることばかりを見つめ、死を迎えることを支えるケアがおろそかになっていないだろうか。また、がん以外の疾患における緩和ケアは普及しているだろうか。小児の緩和ケアはどうだろう。かかわる医療機関が少なく危機的な状況になっているとの意見もある。やはりまだまだ問題は解決されていないのである。

それでも希望はある。緩和ケアに堪能な蘆野医師が地域の基幹病院院長として赴任した十和田市では、1.3%であったがん在宅死率が赴任後 25.7%という驚異的な数字となった。長崎在宅 Dr. ネットが機能している長崎では、長崎大学緩和ケアチームがかかわるケースのうち在宅に帰るケースが 2%から 17%に著増している。緩和ケアが地域を変えた実例であろう。地域におけるアプローチが、地域社会そのものを変革していく可能性が示されていると考える。

認知症終末期における胃瘻造設の問題についても、議論され尽くされているとは言えないと考えられる。海外で胃瘻の生存率が悪いから胃瘻を行う必要はないという議論に以前から違和感を持っていた。問題になるのは、認知症末期に胃瘻を挿入され長期生存した高齢者である。動くことも伝えることもできなくなり、ただ生きているだけの存在となってしまっていることもある。しかし、日本の研究結果からは胃瘻の予後が悪くないことを示している。胃瘻という選択を行う場合に、このように長期生存する可能性も考える必要があり、終末期のみに尊厳を考えるのではなく、長期にわたる認知症ケア全般に患者に対する尊厳を維持し続ける必要があると考えられた。これも広義に考えれば緩和ケアということができるのかもしれない。

良質な緩和ケアとは、年齢、疾病を問わず供給されるものであり、患者には、いつでも、どこでも等しく緩和ケアを受ける権利がある。良質な緩和ケアが基礎となり、その上に様々な疾病、病態のケアが存在する。緩和ケアが、在宅、病院を問わず、今後医療の基礎として浸透することを願ってやまない。

「平成22年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿

	氏名	所属	役職
1	あしの よしかず 蘆野 吉和	十和田市立中央病院	院長
2	いのくち ゆうじ 猪口 雄二	社団法人 全日本病院協会	副会長
3	おおしま しんいち 大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	総長
4	おおしま ひろこ 大島 浩子	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 認知症先進医療開発センター 在宅医療・自立支援開発部	長寿看護・介護研究室長
5	おおた ひでき 太田 秀樹	医療法人 アスミス	理事長
6	おおはし えいじ 大橋 英司	医療法人社団 大橋内科胃腸科	院長
7	かわい まこと 川井 真	社団法人 農協共済総合研究所	主任研究員
8	かわしま こういちろう 川島 孝一郎	仙台往診クリニック	院長
9	きたざわ あきひろ 北澤 彰浩	JA長野厚生連 佐久総合病院 地域ケア科	医長
10	くろいわ たくお 黒岩 卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
11	くわはら なおゆき 桑原 直行	秋田組合総合病院 脳神経外科・地域連携室	脳神経外科科長
12	☆さとう あきら ☆佐藤 智	一般社団法人 ライフケアシステム	会長
13	しまざき けんじ 島崎 謙治	政策研究大学院大学	教授
14	すずき たかお 鈴木 隆雄	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	所長
15	★すずき ひろし ★鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
16	たしろ たかお 田城 孝雄	順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座	准教授
17	たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科	教授
18	たにみず まさと 谷水 正人	四国がんセンター	外来部長
19	つじ てつお 辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
20	つちはし まさひこ 土橋 正彦	土橋医院	院長
21	とば けんじ 鳥羽 研二	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	病院長
22	にしなが まさのり 西永 正典	東京大学 高齢社会総合研究機構	特任准教授
23	のだ ひろし 野田 広	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	企画戦略室長
24	はぎた ひとし 萩田 均司	有限会社メディフェニックスコーポレーション	代表取締役
25	はながた てつお 花形 哲夫	山梨県歯科医師会	理事
26	はなぶさ ひろお 英 裕雄	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック	院長
27	ひらはら さとし 平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所	在宅サポートセンター長
28	ふじた しんすけ 藤田 伸輔	国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会 千葉大学	准教授
29	みづら まさえつ 三浦 正悦	医療法人心の郷	理事長
30	むとう しんすけ 武藤 真祐	祐ホームクリニック千石	院長
31	やました こうすけ 山下 浩介	北斗クリニック	院長
32	わだ ただし 和田 忠志	医療法人財団 千葉健愛会	理事長
33	わたなべ むつこ 渡辺 陸子	一般社団法人日本女性薬剤師会	理事

★座長、☆相談役

(50音順・敬称略)

## 厚生労働省

氏 名	所 属	役 職
1 うつのみや おさむ 宇都宮 啓	厚生労働省 老健局 老人保健課	老人保健課長
2 おおたけ てるお 大竹 輝臣	厚生労働省 老健局 老人保健課	課長補佐
3 たけだ としひこ 武田 俊彦	厚生労働省 保険局	総務課長
4 みやじま としひこ 宮島 俊彦	厚生労働省 老健局	局長
5 やまぎし あけみ 山岸 暁美	厚生労働省 保険局 政策医療課	主査
6 やまもと かなめ 山本 要	厚生労働省 医政局 政策医療課	在宅医療推進室長

(50音順・敬称略)





## 第1回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「自己紹介と今後の方針の説明」

日時： 平成22年5月28日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室



## 第2回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「緩和ケアの現状と問題点」

話題提供： 川畑 正博  
(東京厚生年金病院・緩和ケア科/東京都在宅緩和ケア支援センター)

日時： 平成22年6月25日(金) 19:00~21:00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室

在宅医療推進のための会  
平成22年6月25日

## 緩和ケアの現状と問題点

～緩和ケア病棟および在宅緩和ケア支援センターの視点から～

東京厚生年金病院・緩和ケア科  
東京都在宅緩和ケア支援センター  
川畑 正博

### 緩和ケアとは？

World Health Organization

#### WHOによる緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面している患者と家族に対し、痛みや他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から特定し、適切な評価を行い、治療することにより、苦痛を予防また緩和し、そのQOLを改善していくアプローチである。

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

WHO Definition of Palliative Care (2002)

### 緩和ケアとは？

- WHOの定義
- 人が人に提供するもの（薬やホテルのような病室では無く）
- 意味の追求
  - 人間：意味を求める存在
    - 何のために生きるのか？
    - 死とは何か？
    - 意味を見失うとスピリチュアルペインが生じる
- 苦痛・苦悩を和らげる～“緩和”という手段
- 目的は“その人らしさ”～尊厳を保つ
  - 自分を見失う
  - 安楽死とは決定的に異なる
- 全人的に見る眼
  - 末期がんに限らない
  - 在宅ケアの底流にある
- 但し、careはcureを否定しない
  - 異なるのは“病を治す神もあろうが、治らぬままに教われる道がある”

## 行政の在宅緩和ケアへの取り組み

### がん・緩和ケアに関する国の取り組み

- 1990年 「緩和ケア病棟入院料」の設定
- 2001年 「地域がん診療拠点病院」の整備開始
- 2002年 「緩和ケアチーム診療加算」の設定
- 2006年2月 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」
- 2006年4月 「在宅療養支援診療所」を新設
- 2006年4月 介護保険の対象拡大：がん末期→特定疾病（第2号被保険者）
- 2007年4月 「がん対策基本法」施行
- 2007年6月 「がん対策推進基本計画」を策定
- 2007年～ 「都道府県がん対策推進基本計画」策定

### がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進

がん患者代表

国

厚生労働大臣  
がん対策推進基本計画策定の作成  
がん対策推進基本計画  
閣議決定・国会報告

国民

地方公共団体  
都道府県  
都道府県がん対策推進計画  
がん対策推進基本計画の活用  
患者支援

がん予防及び早期発見の推進

- がん予防の推進
- がん検診の質の向上等

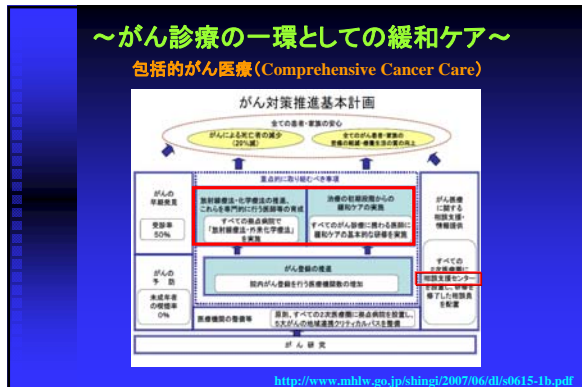
がん医療の高度化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成
- 医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

研究の推進等

- がんに関する研究の促進
- 研究成果の活用
- 医薬品及び医療機器の早期承認に資する治験の促進
- 臨床研究に係る環境整備

[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615\\_1c.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615_1c.pdf)



- ### 厚生労働省の緩和ケアに関する施策の方向性
- 一般病棟における**早期から適切**に行われる緩和ケアの普及:がん医療にかかわる一般医師や看護師に対する緩和ケアについての教育、緩和ケアチームの充実
  - 緩和ケアに関する専門医等の専門的医療従事者の育成
  - **在宅における緩和ケアの推進**
  - **ホスピス・緩和ケア病棟と在宅医療との連携**の推進
  - **一般国民に対する普及啓発**
- (出典:ホスピス緩和ケア白書2007)

### 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE プロジェクト)

**PEACE**

Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education

**背景**

- 2007年、**がん対策推進基本計画**で、「**すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること**が目標として掲げられた
- 2008年、医師に対する緩和ケアの基本的な知識等を習得するための研修会に関する健康局長通知「**がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針**」が出された

**プログラム(1日目)**

時間	内容
9:00-9:30	開会式
9:30-10:30	緩和ケアの重要性
10:30-11:30	緩和ケアの標準化
11:30-12:30	緩和ケアのアクセス向上
12:30-13:00	昼食
13:00-14:00	緩和ケアの費用負担軽減
14:00-15:00	緩和ケアの質の向上
15:00-16:00	緩和ケアの標準化
16:00-17:00	緩和ケアのアクセス向上
17:00-17:30	閉会式

**プログラム(2日目)**

時間	内容
9:00-9:30	開会式
9:30-10:30	緩和ケアの重要性
10:30-11:30	緩和ケアの標準化
11:30-12:30	緩和ケアのアクセス向上
12:30-13:00	昼食
13:00-14:00	緩和ケアの費用負担軽減
14:00-15:00	緩和ケアの質の向上
15:00-16:00	緩和ケアの標準化
16:00-17:00	緩和ケアのアクセス向上
17:00-17:30	閉会式

### 市民に対する緩和ケアの普及啓発 (オレンジバルーン プロジェクト)

<http://www.kanwacare.net/>

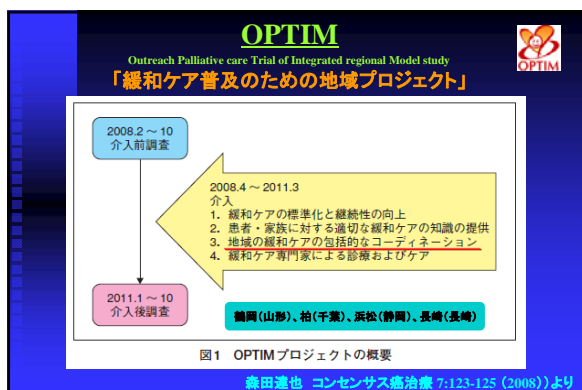
**勇気。**

がんの痛み治療。  
がんと向き合う勇気、  
もらいましょう。

がんと診断されたときから、がんの痛み治療、早期からの治療を。必ず。

… 痛みをがまんしない人がもっと増えれば、いいですね …

<http://www.shionogi.co.jp/itami/message/>



- ### 東京都のがん対策推進計画(抜粋)
- 東京都認定がん診療病院(認定病院)の指定
  - 相談支援センターの質の向上と数の拡充
    - ◆ 休日夜間がん相談支援事業
  - がん患者・家族交流室整備事業
    - ◆ がん患者・家族同士の交流(患者サロン)
  - ピアカウンセリング事業
    - ◆ がん体験者によるがん患者支援
  - 東京都在宅緩和ケア支援センター

### ピアカウンセリング事業

がんの患者さんやその家族が抱えている不安や悩みについて心のケアをするため、がんの経験者が親身になって受けとめ、自らの体験を生かした相談を行います。

**がん経験者によるピアカウンセリング相談窓口のご案内**

がんになった不安な気持ちを抱えて苦しむ、がんになった家族にどう接していいかわからない、医師とのコミュニケーションがうまく行かない、そんなときは是非お助けください。誰もが安心して相談ができます。

なお、がん医療などの最新情報については、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにご相談ください。

**連絡先**

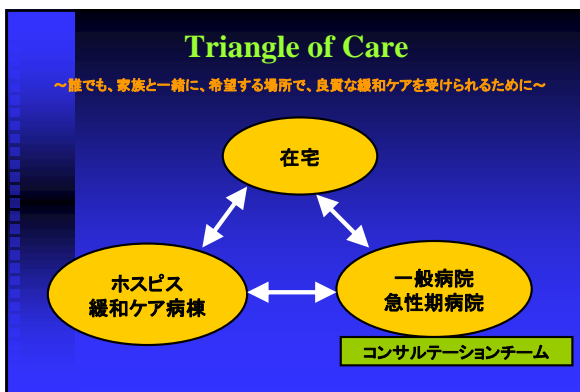
- 東部ピアカウンセリングセンター  
東京都品川区 品川区東品川1丁目1番25号  
受付時間：月～土曜 9時～18時 日曜・祭日 9時～17時  
電話番号：03-3823-2536
- 西部ピアカウンセリングセンター  
東京都中央区 中央区本町1丁目1番10号  
受付時間：月～土曜 9時～18時 日曜・祭日 9時～17時  
電話番号：03-322-3222

※相談員はNPOの個人がボランティアで活動しておりボランティアです。相談料はかかりません。

お問い合わせ先：東京都福祉保健局医療政策部医療政策課 電話：03-322-3222

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/rv/iryo\\_hoken/gantaboku/niikanserinew/files/annouirashi.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/rv/iryo_hoken/gantaboku/niikanserinew/files/annouirashi.pdf)

# 療養の場



- ### 緩和ケアが提供される場所
- 緩和ケア病棟・ホスピス
  - 一般病棟
  - 在宅
  - 施設
  - デイホスピス（療養通所介護）

- ### 地域における緩和ケア病棟の役割
1. 症状コントロール
  2. レスパイトケア
  3. 看取り

- ### 緩和ケア病棟の課題
- 外来受診、入院までに時間がかかる
    - PCU間のネットワーク、申し込み用の共通フォーマット
  - 複数の緩和ケア病棟を掛け持ち受診
    - 患者にとっても、医師にとっても負担、医療資源利用の点からも非効率的
  - 緊急入院に対応が困難
    - 急性期緩和ケア (acute palliative care; palliative emergency)
  - 外来機能の充実
  - レスパイトケア
  - 一度入ったら出られないというイメージ、敷居
  - 診療報酬体系
    - 包括医療のメリット、デメリット
    - 個室料の問題
  - がん、HIV以外の病気
    - 緩和ケアは特定の疾患や予後よりもむしろニーズにもとづいて行われるべき
  - 小児の緩和ケア

### ドイツの緩和ケア

1990年代初めまでベルリンでは癌患者の8割が終末期に病院に運ばれ、最期を迎えるという状況だった。1994年に、在宅緩和ケア推進のため「ホームケアプロジェクト」を開始、制度改正や在宅専門医の養成、ホスピスの整備が進み、病院死が20%にまで減少した。

1) PCUとホスピスが区分されている

- PCU:
  - ◆ 急性期患者 (acute crisis) のみを診る
  - ◆ 医師主導
  - ◆ 平均在院日数は8-20日
- ホスピス:
  - ◆ 安定した終末期の患者のみを診る
  - ◆ 看護師主導
  - ◆ 平均在院日数は3-4ヶ月

2) 施設よりも在宅を優先することが法的にも制度的にも明確化されている

参考資料:  
1) 加藤雅夫:ドイツの緩和ケアの現状と将来—緩和ケアの機能分化と適応の拡大 (産科医学界新聞2648号)  
2) 井根登子: 卒病から、在宅でも、緩和ケア (がんケア)  
3) 藤本直太郎:ドイツにおける終末期ケア (国立社会保険・人口問題研究所)

### 緩和ケアの機能分化

- **一次的緩和ケア (Primary Palliative Care)**
  - ◆ 患者の苦痛の緩和+患者・家族のQOLの向上  
~がん診療に携わるすべての医師やプライマリケア医師
- **二次的緩和ケア (Secondary Palliative Care)**
  - ◆ コンサルテーション+専門的な治療やケアの提供  
~緩和ケア病棟や緩和ケアチーム
- **三次的緩和ケア (Tertiary Palliative Care)**
  - ◆ 専門的対応+専門家養成のための教育+緩和ケアに関する学術的研究  
~緩和ケアセンター、大学

von Gunten CF: Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. JAMA. 2002 ;287:875-81.

### 『終末期医療に関する調査』結果

一般国民、医師、看護職員、介護施設職員、合計14,402名を対象に実施。(平成20年3月) 回収率:46.0%

**■ あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。**

1) 終末期医療に対する関心	8
2) 病名や病気の経過についての説明	8
3) 治療方針の決定	10
4) 死期が迫っている患者に対する医療のあり方	11
5) 遠征性意識障害の患者に対する医療のあり方	25
6) 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方	34
7) リビング・ウィルと患者の意思の確認方法	43
8) 終末期医療に対する悩み、疑問	50
9) 終末期における療養の場所	57
1) 死期が迫っている患者	57
2) 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者	59
10) がん治療法とその説明	89
11) 終末期医療体制の充実	91

第1回終末期医療調査 資料3  
平成20年10月27日

<http://www.mhbr.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12c.pdf>

**自宅から病院・緩和ケア病棟へ入院+最期まで自宅療養:**  
57.7% (H10)  
↓  
58.8% (H15)  
↓  
63.3% (H20)

**希望**

**いずれかの時機に緩和ケア病棟へ入院:**  
49.0% (H10)  
↓  
49.6% (H15)  
↓  
47.8% (H20)

**自宅での療養は実現不可能、わからない:**  
79% (H10)  
↓  
88.7% (H15)  
↓  
91.9% (H20) **実際**

**実現可能:**  
16.2% (H10)  
↓  
8.3% (H15)  
↓  
6.2% (H20)

### 死亡場所の内訳・推移

出典:平成18年 人口動態調査  
※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

<http://www.hm.mhbr.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0313-3c.pdf>

### 終末期医療に関する調査等検討会報告書 (平成16年7月)

66%の人が「実現困難である」と回答。「実現可能」と回答した者は8%

**最後まで自宅で療養することが実現困難な理由:**

1. 介護してくれる家族に負担がかかる (78.4%)
2. 病状が急変したとき不安である (57.3%)
3. 経済的に不安が大きい (30.8%)
4. 急変時にすぐ入院できるか不安だ (27.2%)
5. 往診してくれる医師がいない (27.0%)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8d8.html>

### 長期療養が必要になった場合に 在宅療養が困難な理由・・・東京都

(n=728)

理由	割合
家族に負担がかかるから	83.3%
急変できる状態やレベルの把握ができていないから	43.2%
急に病状が悪化したときの対応が不安だから	40.4%
お金がかかるから	34.1%
往診してくれる医師がいないから	27.2%
訪問看護や介護の体制が不十分だから	23.0%
介護してくれる家族がいないから	18.9%
その他	8.5%
特に理由はない	8.5%

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/isei/hoken/pdf/zenbun.pdf>

### 在宅療養を継続するための 4つの基本条件

- (1) 症状の緩和
- (2) 介護力
- (3) 療養環境
- (4) 患者・家族の意志

### 緩和ケアの場としての在宅と施設

在宅	施設
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 住み慣れた環境で、家族が常に傍に居り、見守られ、語り合うことができる。</li> <li>■ 生活の場の中で役割を果たすことができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 症状緩和が効率よく行える。</li> <li>■ 種々の検査が容易に行える。</li> <li>■ 家族の疲労が少ない。</li> </ul>

⇒ **緩和ケアの両輪**

### 家へ帰ると・・・

- 治療中心から生活中心へ
  - ◆ キュアからケアへ
- 患者から一個の人間へ
- 痛みの閾値が上がる(モルヒネの使用量が減る)
- せん妄が改善する
- スピリチュアルペインが軽くなる
- 家族が達成感を持てる

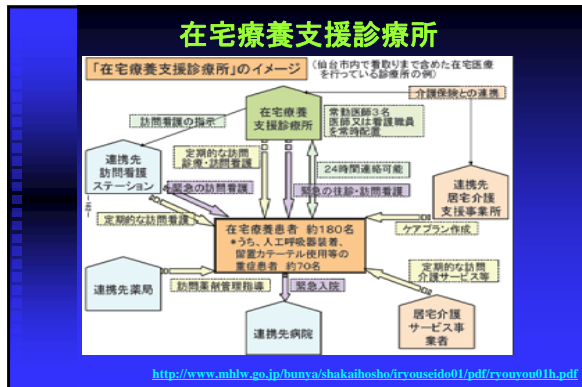
～“Life”とは生命&生活である～

### 在宅緩和ケア推進の根拠

緩和ケアの推進+在宅ケアの推進

- 国民(患者・家族)のニーズ
- 社会構造の変化(多死社会の到来)
- 医療の機能分化(病床数の限界)
- 医療費の適正化?





### 今後における高齢者の在宅医療(介護)の展望について ~在宅看取り調査結果を踏まえて~

医療関連サービス委員会 月例セミナー(121.6.9)

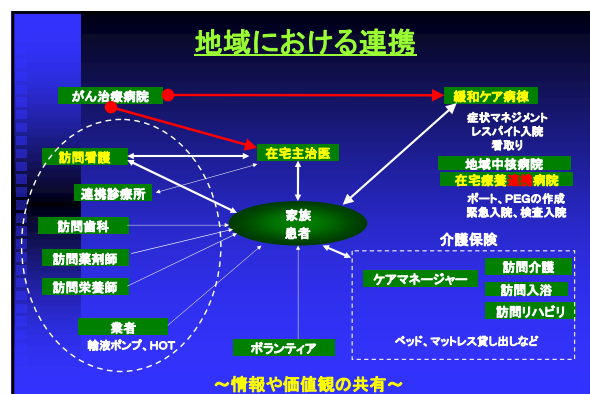
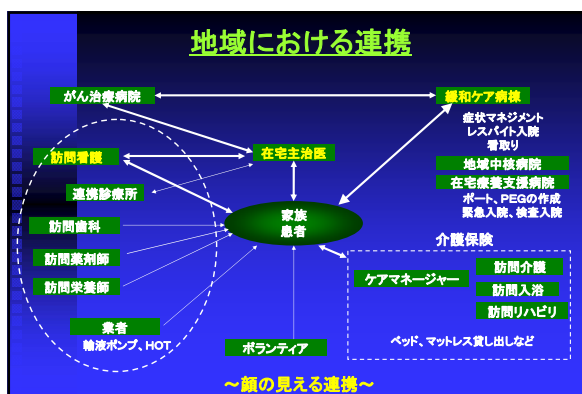
阿部文彦 (読売新聞東京本社・社会保障部)

**人口動態統計より**  
 数字を見ますと、1955年には病院と診療所を足して、15%が医療機関で死に、自宅が77%だったのが、徐々に差が縮まり、75年には、46.7%と47.7%になり、現在は、病院8割、在宅16%となっています。ただし、景気と一緒に暗い話ばかりではなくて、直近の数字を見ると、2007年が、病院・診療所計で82.4%、在宅が15%と席を打ったようで、2008年には、病院・診療所計82.3%で、在宅15.3%に、2009年には病院・診療所計82%に対し、在宅は15.4%と徐々に在宅の比率が上がっています。何かが起きているようです。

**2008年:病院・診療所=81.1%、在宅=16.5%**

**行政文書開示請求による在宅療養支援診療所の実態調査**  
 2007年の調査は、2006年7月から2007年6月までの間に受け持った患者が対象になります。看取り数は、2万7072人が3万2417人になり、20%増。自宅での看取り数は2万1724人から2万5877人になり、20%増。診療所数は2727施設が11098施設に増え、14%増。一人も看取りをしていない診療所は、32%プラスアルファで約4割から、61.4施設、56%に増加しています。

<http://www.ikkss.net/enterprise/images/167.pdf>



- ### 在宅療養支援病院 (平成20年度診療報酬改定)
1. 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
  2. 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
  3. 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること
  4. 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること
  5. 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
  6. 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
  7. 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること等
- (4以下は、在宅療養支援診療所と同様の要件)

### 平成22年度診療報酬改定

#### 在宅医療の評価について

訪問診療の評価	
患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価	往診料 650点 → 720点
小児に対する在宅医療の評価	
(注) 在宅患者訪問診療料	乳幼児 加算 200点
(注) 退院前在宅療養指導管理料	乳幼児 加算 200点
在宅移行を支える医療機関の評価	
365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価	
(注) 在宅療養支援診療所の要件見直し	
半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの	
→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院	
入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価	(注) 在宅移行早期加算 100点

<http://www.nhlw.go.jp/bunya/rvrouhoken/rvrouhoken12/dl/index-002.pdf>

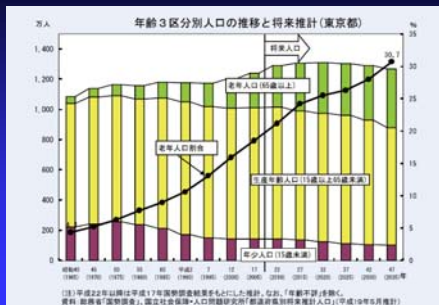
### “在宅療養支援部”の創設・・・

- 救急部と同様に「在宅療養支援部」を
  - ◆ 緩和ケア医を配属
  - ◆ 24時間対応
  - ◆ 緊急入院用ベッドの確保
  - ◆ レスパイト入院への対応
  - ◆ 処置対応(PEG、CVポートなど)
  - ◆ 地域コンサルテーション機能
  - ◆ 必要に応じて訪問診療に同行
- 在宅療養支援加算



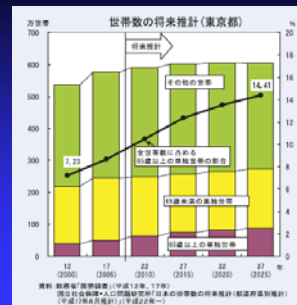
## 社会構造の変化

### 高齢化の進行



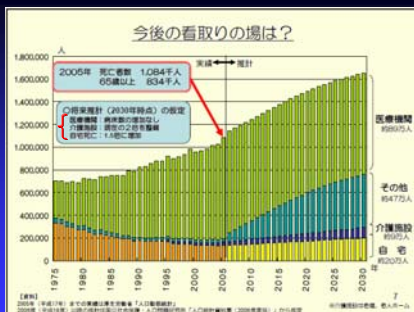
「東京都保健医療計画(平成20年)」より

### 独居世帯の増加



「東京都保健医療計画(平成20年)」より

### 今後の看取りの場は？



全国社会保険協会連合会「社会保険介護老人保健施設の今後の在り方検討報告書」より  
[http://www.zensharen.or.jp/zsr\\_home/honkokusyo.pdf](http://www.zensharen.or.jp/zsr_home/honkokusyo.pdf)

### 在宅ケアからコミュニティケアへ

- ★日常性(生活環境)の継続
- ★関係性の維持
- ～地域で支える～

- 地域ボランティアの育成
  - ◆ NPO
- 自宅以外の生活の場
  - ◆ デイホスピス
  - ◆ 小規模多機能施設
- 情報や価値観の共有

～いのちの教育、看取りの文化の再生～

## 介護の基本理念

高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することである。

自立とは、必ずしも生活全般を自分自身で行うことではなく、  
 疾病や障害あるいは虚弱があっても、  
 さまざまなサービスを駆使しながら不足する部分を補い、  
 自分らしく生きていくことといえる。

「在宅医療・介護 基本手法マニュアル改定第2版」在宅医療における支援体制との連携(土屋正章)より

## 末期がん介護保険に関する通達(4月30日)

### 末期がん等の方への要介護認定等における対応について

○ 末期がん患者は、心身の状況に応じて、介護に必要サービスが提供される必要がある。

○ 医療者は、末期がん患者に対して、日常生活支援サービスの内容、介護保険給付の申請、介護保険給付の申請サービスと医療保険給付との連携、在宅医療支援者の職能を踏まえた「末期がん」の患者、①区分変更申請の後の見直し等を行い、末期がんの方に対する適切な要介護認定の申請及び介護サービスの内容を決定することが必要。

末期がん等の方への要介護認定等(イメージ)

① 介護保険給付の申請  
 ② 介護保険給付の開始  
 ③ 介護保険給付の見直し  
 ④ 介護保険給付の停止  
 ⑤ 介護保険給付の再開

① 介護保険給付の申請  
 ② 介護保険給付の開始  
 ③ 介護保険給付の見直し  
 ④ 介護保険給付の停止  
 ⑤ 介護保険給付の再開

① 介護保険給付の申請  
 ② 介護保険給付の開始  
 ③ 介護保険給付の見直し  
 ④ 介護保険給付の停止  
 ⑤ 介護保険給付の再開

# 在宅緩和ケア支援センター

## がん対策推進基本計画

### 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標 (がん医療)

- ① 放射線療法及び化学療法等の推進並びに医療従事者の育成
- ② 緩和ケア
- ③ 在宅医療
- ④ 診療ガイドラインの作成
- ⑤ その他

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、  
 専門的な緩和ケアを提供できる外来を拠点病院に設置していく。

また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に  
**在宅緩和ケア支援センター**を設置し、必要に応じて  
 介護サービスとも連携していく。

[http://www.wam.go.jp/wamapp/3b11G2S20.asd/383394f4bb977886-49257317001c66975F1E20897013\\_1shiryuul\\_2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamapp/3b11G2S20.asd/383394f4bb977886-49257317001c66975F1E20897013_1shiryuul_2.pdf)

## 各都道府県で設置されている 在宅緩和ケア支援センター

- 宮城県在宅緩和ケア支援センター  
 (宮城県対がん協会がん検診センター)
- 千葉県在宅緩和ケア支援センター  
 (千葉県立がんセンター)
- 東京都在宅緩和ケア支援センター  
 (東京厚生年金病院)
- 石川県在宅緩和ケア支援センター  
 (石川県済世会金沢病院)
- 広島県緩和ケア支援センター  
 (広島県緩和ケア支援センター・県立広島病院)
- 山口県在宅緩和ケア支援センター  
 (山口赤十字病院)

## 東京都在宅緩和ケア支援センター

### 東京都がん対策推進計画より

在宅緩和ケア支援センターイメージ図

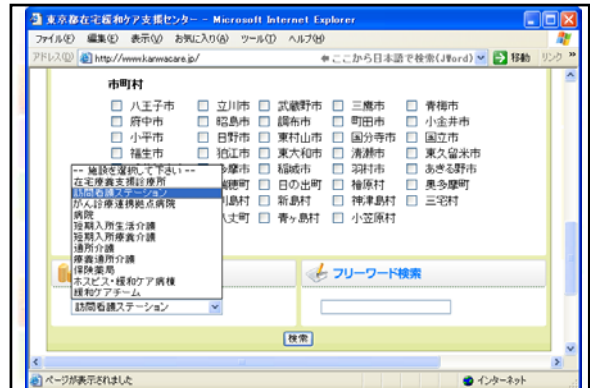
在宅緩和ケア支援センター

- 相談
  - 患者・遺族向け相談
  - 医療従事者向け相談
- 情報収集・提供
  - 緩和ケアに関する情報収集及び情報提供
- 研修
  - 一般住民向け講演会
  - 医療従事者向け講習会

患者や医療機関等に対する支援

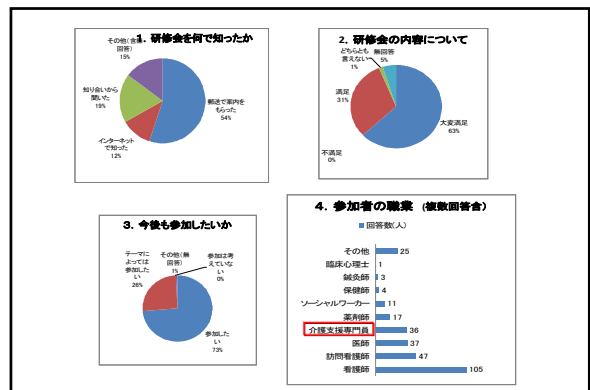
がん患者等の苦痛の軽減  
 療養生活の質の向上

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo\\_hoken/gankyoujikai/files/4-4-betsu2.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gankyoujikai/files/4-4-betsu2.pdf)



### 平成21年度医療従事者向け研修会

- 平成21年7月26日(日)  
 講師: 鈴木央先生(鈴木内科医院)  
 テーマ:「在宅における疼痛緩和と輸液の考え方」(120分)
- 平成21年9月27日(日)  
 講師: 田中生子先生(がん・感染症センター都立駒込病院・緩和ケア科)  
 テーマ:「がん患者の呼吸困難のマネジメント」(60分)  
 講師: 幸田のみ子先生(東京福祉大学・心理学研究科)  
 テーマ:「緩和ケアでよく見られる精神症状について」(60分)
- 平成21年10月4日(日)  
 講師: 角田直枝先生(日本訪問看護振興財団)  
 テーマ:「チームで支える在宅緩和ケア～特に医療・介護連携について」(150分)
- 平成22年2月21日(日)  
 講師: 栗原幸江先生(静岡県立がんセンター・緩和医療科)  
 テーマ:「スピリチュアルケア～患者・家族の支援」(60分)  
 講師: 佐藤雅彦先生(大正大学講師、浄心寺住職)  
 テーマ:「心のケア～宗教家の立場から」(60分)



### 研修会アンケート結果より

【連携・チーム医療について】 医療職から

○当院では25名前後の訪問診療をしており、毎年4~5名の方が死去され、その1~2名を在宅で看取っております。常々介護職の方々に「何か気がついたら、いつもと違うと感じたら、情報をください」、「Na、にでもいので医療職に繋げて下さい」と話をしますが、訪問をしているチームを組んでいる方についてはなんとか(連絡をいただけますが)、でもなかなか情報が入って来ません。かかりつけ医の入っていない方についてはなおのこと、医療に結びつかないことが多く、個人情報保護という事がネックになっているのではないかと思っています。

介護職から

○福祉系のケアマネをして働いていますが、正直医療系サービスとの連携は難しい部分がありました。今日の研修に参加してるところから学び蓄えていけたらと思います。

○看護職の方は風量があり、利用者さん、患者さんの「心の声」に耳を傾けることが少ないように感じもあり、感じていましたが、今回研修を主催した方々の話を聞かせて頂いたことで今後、看護師の方と一緒に仕事をする時の自分自身の気持ちが変われるような気になりました。

○チームケアの一歩として、自分の地域で医療職の方と一緒に在宅ケアを出発したいなと思いました。(やはり分からない事が出来たら聞ける関係が欲しいなと思いました)末期の方の自宅へ訪問した時の、月・週・日単位の聞き方を取り入れたいと思いました。

### 研修受講者からのメール:

地域相離の立場で仕事についておりますが、がんセンターなどの病院を経由して自宅に更なる方がある程度の療養状況や社会資源の整理がされているので、ご相談にいらっしゃる方は少ないと思っております。

ですが、病気の発見が遅い場合や認知症の合併など、治療のルートに異ならない方々が専門病院などの外へは通えず、本人・家族はがんに対する教育もほとんどない状態で末期を迎えている現状があります。

そのような方はすべてがぎりぎりの状況になり始めて支援が始まる状態となっており、緊急性が高い故に適切なサービスや医療と結びついていかない家々多くみえております。適切な緩和ケアを受けることができればと...思うケースが多くあります。

このような方々への支援に悩んでいる方々も在宅サービス事業者さんには多くいらっしゃるのではないのでしょうか？

このような方々がどのようにすれば、温かい在宅緩和ケアに結びつくことが出来ていくか？ということをご日々考え、この研修会に参加させていただいております。

非常に少数な意見かと思いますが、ルートから外れている方々の支援について検討する機会があれば...と考えております。よろしくお願いたします。

### 在宅緩和ケア支援センターに望むこと(在支診)

- 在宅医療に関する定期的な研修会の開催(28)
- 地域のネットワーク作り(14)
- 病院や他機関との連携時に直接仲介に行ってほしい(12)
- 24時間医師が相談できる窓口を作ってほしい(10)
- 様々な在宅緩和ケアに関する情報提供(7)
- 24時間365日対応の医師の派遣業務、システムを作ってほしい(6)
- 在宅用のマニュアルを作ってほしい(5)
- 病院や他機関との連携時に直接一緒に同行訪問してほしい(2)
- 支援センターを利用しやすいようにもっと増やしてほしい(区に1箇所)(2) ~など

### 東京都の医療介護資源

- 病院:約600
  - ◆ がん拠点病院・認定病院:32
- 医師会:45
- 保健所・保健センター:約150
- 緩和ケア病棟:19
- 在宅療養支援診療所(在支診):約1200
- 訪問看護ステーション:約500
- 保険薬局:約4000
- 地域包括支援センター:約400
- 居宅介護支援事業所:約3000
- 訪問介護事業所:約2700
- 通所介護:約1400

### 在宅療養支援診療所へのアンケート結果

- 発送数:1118
- 回収率:43%
- 24時間連絡体制(電話相談)
  - ◆ あり:83%、なし:14%
- 看取り数
  - ◆ 0人:52%(ST:17%)、1-5人:34%、6-10人:8%、11-20人:3%、21-50人:3%、51-100人:1%、100人以上:1%
- 緩和ケアの実施
  - ◆ している:58%(ST:86%)、していない:33%
- WHO方式の実施
  - ◆ している:37%、していない:51%

### 緩和ケアを実施していない理由(在支診)

※対象:実施していない診療所159施設+困難31施設

	東京都全体		23区		市町村	
	施設数	割合	施設数	施設数	施設数	施設数
(患者から依頼が無い)	52	27%	41		11	11
スタッフ(医師)不足	20	11%	14		6	6
麻薬免許を所持していない	17	9%	15		2	2
多忙	14	7%	7		7	7
自身の知識・経験不足	13	7%	8		5	5
専門外	2	1%	2		0	0
面倒、必要を感じない	2	1%	2		0	0
未回答	70	37%	51		19	19
合計	190	100%	140		50	50

### 東京都の在宅療養支援診療所の活動状況

秋山明子<sup>1)</sup>、英裕雄<sup>2)</sup>、三上洋<sup>1)</sup>:

「東京都在宅療養支援診療所の活動状況と在宅での看取りに関する検討」

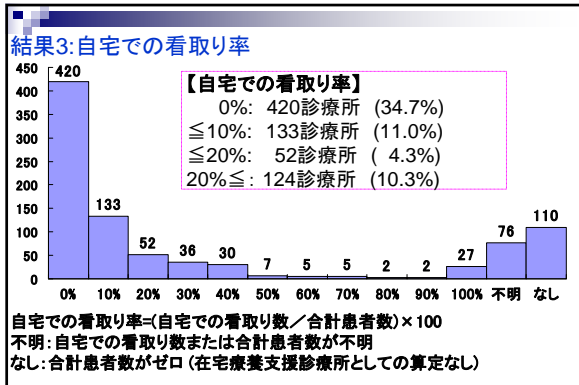
1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、2) 新宿ヒロクリニック  
(第21回日本在宅医療学会学術集会)より

- 関東信越厚生局東京事務所に「在宅療養支援診療所に係る報告書」の開示請求
- 2009年7月1日現在:1,209診療所
- 期間:2008年7月~2009年6月

### 結果2:自宅での看取りに関する状況

自宅での年間看取り数	在療診数 n=1209	在療診による自宅での合計看取り数, n=4786
0	514 (42.5)	0 (0.0)
1-10	574 (47.5)	1708 (35.7)
11-50	103 (8.5)	2009 (42.0)
51-100	7 (0.6)	488 (10.2)
101-	4 (0.3)	581 (12.1)
不明	7 (0.6)	— (—)

n、平均±SD、2008年7月~2009年6月  
(備考) 2008年7月1日~2009年6月30日の東京都内における死亡者総数は97,838人であったため、東京都在宅療養による自宅での看取り割合は4.8%である。



- まとめ**
- 東京都で療診1,209件のうち、稼動していない在療診は9.1%である。
  - 訪問診療などを行っているが、自宅での看取りを行っていない在療診は34.7%である。
  - 114在療診(9.4%)が自宅死亡者4,786人の64.3%を看取っている
  - 自宅看取り率が20%以上の診療所は10.3%である
  - 往診、訪問診療、訪問看護、緊急訪問看護回数が多い在療診ほど自宅での看取り数が増加するが、特に往診回数が多い在療診ほど自宅での看取り数が増える。

- 在宅“医療推進”支援センター・意見交換会**
- 平成22年6月7日に厚生省・在宅医療推進室(医政局)主催にて開催
  - 宮城、東京、石川、広島、山口+福岡が参加
  - 各都府県の活動状況と課題について意見交換
- 在宅医療推進室:**  
 平成20年5月、厚生労働省の在宅医療推進のための全省的窓口として設置(医政、保険、老健の各局に分かれていた窓口を一本化)  
 それまで:  
 ・在宅療養支援診療所などの保険関係は保険局  
 ・訪問介護や訪問看護などとの連携に関しては老健局  
 ・医療提供体制に関しては医政局

- 在宅医療推進支援事業**
- 平成22年3月24日付けで全国都道府県知事宛てに厚生省医政局より通知
  - 平成19年4月から実施されていた在宅緩和ケア対策推進事業を、ALSや在宅リハビリの必要な患者を含めた在宅医療全般の体制に改定
  - 目的: 地域の在宅患者に対し、総合的な相談・支援や医療連携施設と人材の確保を図るとともに、適切な支援を行うことによるQOL向上
  - 実施主体: 都道府県・市町村および厚労相の認める者、必要に応じて都道府県は関係団体等に委託可能
  - 事業内容
    - (1)在宅医療推進支援センター事業
    - (2)在宅医療推進連絡協議会
    - (3)在宅医療従事者研修

**最後に**

- 在宅緩和ケアの問題点**
- 送り手(病院)の問題
    - ◆ 在院日数の制約
    - ◆ 在宅緩和ケアの理解や意識の不足
    - ◆ 不十分な緊急入院対応
  - 受け手(在宅)の問題
    - ◆ 訪問診療医のスキルのばらつき
    - ◆ 24時間訪問対応・訪問看護ステーションの不足
    - ◆ 麻薬調剤薬局の不足
    - ◆ 不十分な連携、特に医療と介護
    - ◆ 介護認定の問題
  - 市民の緩和ケアの理解不足、オピオイドに対する誤解

## 在宅緩和ケアの課題

OPTIM studyの報告から  
(第15回日本緩和医療学会学術大会・演題1P-151)

- (1) 地域の「顔の見える連携」の構築
- (2) 専門的な緩和ケアの質と普及
- (3) 病院と地域の連携促進
- (4) 地域内の連携の促進
- (5) 地域内のリソースの最大利用
- (6) 制度、社会の問題
- (7) 患者市民の理解促進、希望の尊重
- (8) 緩和ケアと在宅医療に関する医療者の認識・知験の向上

## 在宅緩和ケアの方向性

- 顔の見える連携・ネットワークの構築  
+ITの活用
- 病院と地域の連携強化
  - ◆ 病院側の在宅緩和ケアの理解促進
  - ◆ 在宅緩和ケア実習
  - ◆ 専門的退院調整看護士の育成
  - ◆ 在宅に向けたケアの標準化
- 地域中核病院の機能強化
- 地域におけるネットワークの構築
  - ◆ 医療-介護連携の強化
  - ◆ かかりつけ医(医師会)の参画
  - ◆ グループ診療(ドクターズネット)
- 在宅緩和ケアの質の向上
  - ◆ 訪問医等の緩和ケア(病棟)研修
- 地域に根ざした支援
  - ◆ 地域包括支援センターの機能強化
- 入所施設の充実
- 社会資源の充実
  - ◆ 介護保険の有効活用
- 制度の整備
  - ◆ 例:在宅で使用可能な注射剤の拡大
  - ◆ 診療報酬上の訪問看護ステーションの評価
- 市民への啓発活動
- 地域におけるコーディネーション
  - ◆ 情報の統合と適切な提供体制
  - ◆ コンサルテーション機能
  - ◆ 包括的地域緩和ケアプログラムの提供



ご静聴ありがとうございました





## 第3回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「緩和ケアと地域」

話題提供： 蘆野 吉和  
十和田市立中央病院 院長

日時： 平成22年7月23日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室

平成22年度在宅医療推進のための会

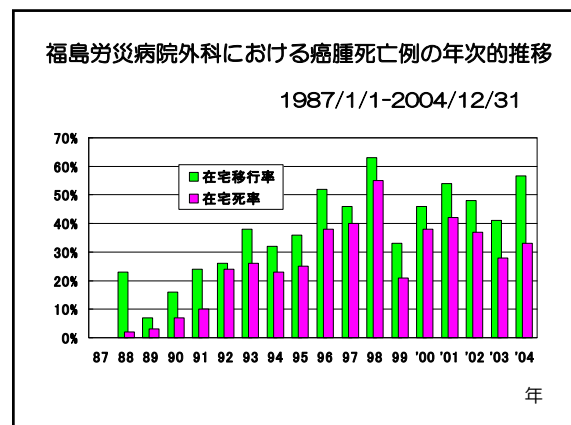
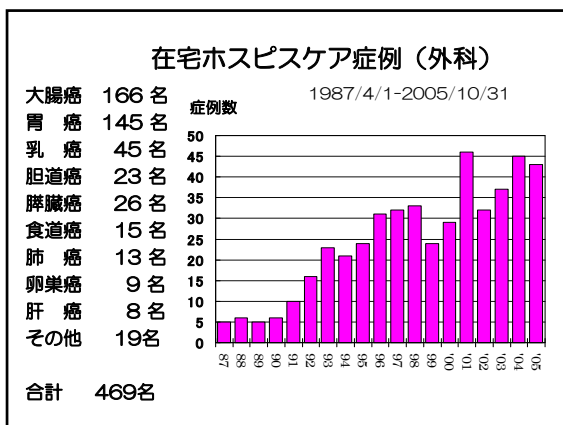
緩和ケアと地域

十和田市立中央病院  
蘆野吉和

2010年7月23日（金）

わたしの緩和医療のあゆみ（前期）

- ・1985年6月 福島労災病院 赴任
- ・1986年 6月 緩和医療の取り組み開始（鎮痛剤の予防的投与法の確立）
- ・1987年 4月 在宅ホスピスケア開始**
- ・1991年 3月 「自宅での看取り」の推進
- ・1992年 3月 「がん告知」開始
- ・1994年 4月 いわきターミナルケア研究会発足（いわき市医師会）
- ・1994年 6月 **いわきターミナルケア連絡協議会設置（いわき保健所）**
- ・1996年 4月 訪問看護室 設置（福島労災病院）
- ・1997年 7月 あんしん医療マップ発刊（いわき市医師会）
- ・2002年 8月 緩和ケアチーム ふくろう（福島労災病院） 設立  
同月 緩和ケア診療加算 認可
- ・2003年 7月 「地域がん診療拠点病院」指定
- ・2005年10月 福島労災病院 辞職



在宅医療実施症例数

1987年4月～2005年10月 福島労災病院

・ 進行がん	469 例
・ 非がん	34 例
脳血管障害	11 例
慢性肝疾患	3 例
慢性肺疾患	3 例
整形外科的疾患	1 例
短腸症候群	1 例
その他（術後・消耗性疾患など）	15 例
合計	503 例

- 私が在宅ホスピスケアから学んだこと（1）
- ・ がん医療において、**患者本人とのコミュニケーションの確立**が最も大事である。
  - ・ 患者本人とのコミュニケーションを確立するためには、**情報開示**が必要不可欠である。
  - ・ 誰もが、正しい情報が提供されれば、**自分の生き方**を決めることができる。
  - ・ 誰もが、自分にとって不利な情報であっても、それを受け入れる能力を持っている。
  - ・ **緩和医療および在宅ホスピスケアの情報を早く提供することで、緩和ケア/在宅ホスピスケアへの円滑な移行が可能となる。**

私が在宅ホスピスケアから学んだこと（2）

- がんが進行していても自宅で暮らすことができる。
- がんの進行に伴う苦痛は自宅でも緩和できる（在宅緩和ケア）。
  - 自宅にいること自体が症状緩和となる
  - 簡便な症状緩和治療法で効果的な症状緩和が行なうことができる

私が在宅ホスピスケアから学んだこと（3）

- 患者や家族が安心して自宅で生活するためには、24時間365日の訪問医療体制が必要不可欠である。
- 自宅での緩和医療の展開においては、訪問看護師の役割が非常に重要である。
- 症状緩和治療の知識と技術をもった訪問看護師看護師とその役割を評価できる医師との連携で在宅緩和ケアは円滑に運用できる。
- 緩和ケアの展開においては、チーム医療体制が必要不可欠であり、その主体となるのは看護師である。

私が在宅ホスピスケアから学んだこと（4）

- 自宅で家族だけで看取することは十分可能である。
- 予期される死は医療の問題ではなく、社会の問題である
- 看取りは家族そして地域社会にとって非常に重要な儀式である

私が在宅ホスピスケアから学んだこと（5）

- 在宅ホスピスケアの普及のためには地域医療機関のネットワークの構築が必要
- 在宅ホスピスケアにおいては、福祉介護機関との連携による家族の援助が必要不可欠である。
- 在宅ホスピスケアは医療のシステムとして整備するものでなく地域社会のシステムとして整備する必要がある。

緩和ケアの基本理念

- 一人一人の人間の生き方を支えること
- 楽に生きることを支援すること
- ケアの対象に介護者/家族をも含めること
- チームアプローチをとること

緩和ケアの基本理念①

- ・ 一人一人の人間の生き方を支える

- ← 医療を受ける人を“患者”ではなく“尊厳を持った人間”として対応すること
- ← 人間性/生活観/人生観の重視  
人権尊重  
QOL重視
- ← コミュニケーション（対話）の重視  
正確な情報の提供  
嘘は伝えない
- ← ホスピタリティー

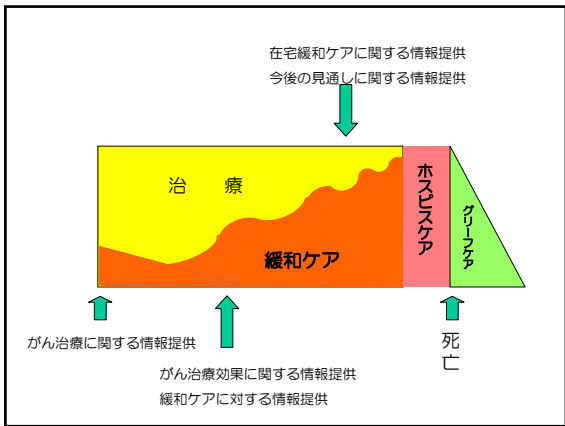
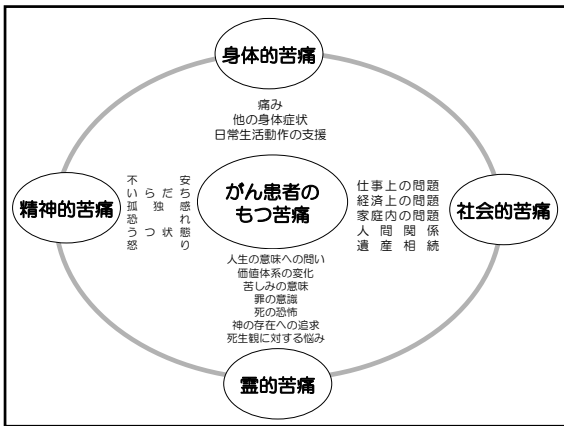
## ホスピタリティー

- ・ 温かさ (愛)
- ・ やさしさ
- ・ おもてなし
- ・ 思いやり
- ・ 寄り添い

## 緩和ケアの基本理念②

・ どのような病状であっても楽に生きることを支援する

← 症状緩和治療  
情報の提供  
スピリチュアルケア  
介護支援



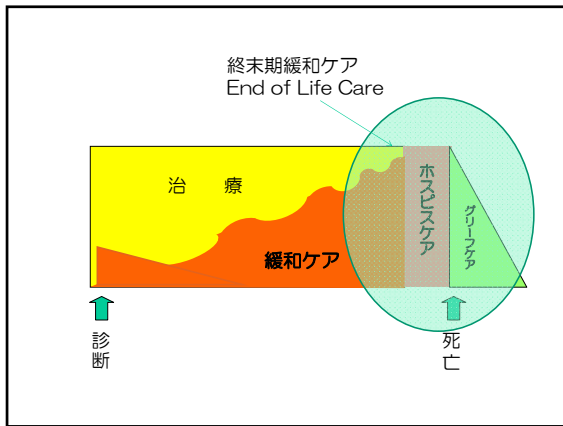
## スピリチュアリティー

- ・ 関係性
- ・ ご縁
- ・ つながり

## 緩和ケアの基本理念③

・ ケアの対象に介護者/家族をも含める

← 情報の共有  
臨終期のケア  
看取りの指導  
グリーフケア



### 緩和ケアの基本理念④

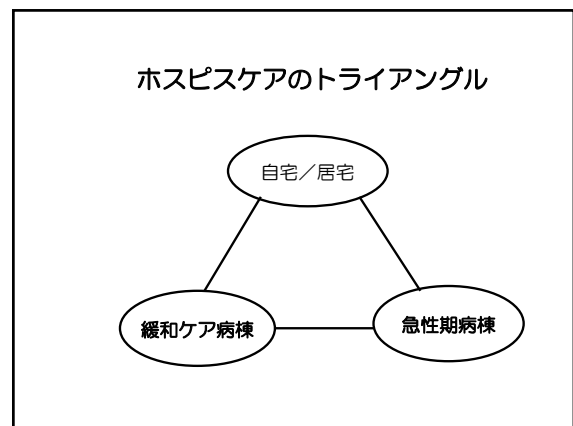
・ 支援に際してはチームアプローチをとること

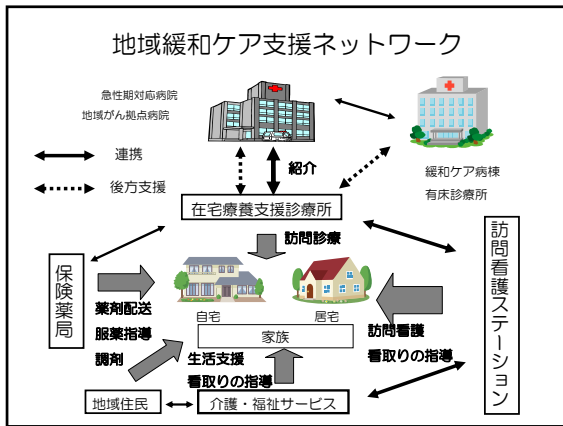
← 病院内緩和ケアチーム  
地域緩和ケアチーム

- #### わたしの緩和医療のあゆみ（前期）
- ・1985年6月 福島労災病院 赴任
  - ・1986年 6月 緩和医療の取り組み開始（鎮痛剤の予防的投与法の確立）
  - ・1987年 4月 在宅ホスピスケア開始
  - ・1991年 3月 「自宅での看取り」の推進
  - ・1992年 3月 「がん告知」開始
  - ・1994年 4月 いわきターミナルケア研究会発足（いわき市医師会）
  - ・1994年 6月 いわきターミナルケア連絡協議会設置（いわき保健所）
  - ・1996年 4月 訪問看護室 設置（福島労災病院）
  - ・1997年 7月 あんしん医療マップ発刊（いわき市医師会）
  - ・2002年 8月 緩和ケアチーム ふくろう（福島労災病院） 設立  
同月 緩和ケア診療加算 認可
  - ・2003年 7月 「地域がん診療拠点病院」指定
  - ・2005年10月 福島労災病院 退職

- #### いわき地域在宅ターミナルケアシステム
- ・ 1994年6月  
平成6年度いわき保健所保健・福祉サービス調整推進会議  
「末期医療患者に対する在宅ケアシステム・地域ネットワークづくり」を検討部会を作り検討する旨決定
  - ・ 1994年8月～1995年3月  
検討部会での試行
  - ・ 1995年5月  
平成7年度いわき保健所保健・福祉サービス調整推進会議  
「いわき地域在宅ターミナルケア事務運営要領（部会案）」了承
  - ・ 1996年1月  
いわき地域在宅ターミナルケアシステム 運用開始

- #### いわき地域在宅ターミナルケアシステム
- <構成機関>
- |        |  |
|--------|--|
| 医療関係機関 | いわき地域内の病院および診療所<br>いわき市医師会 いわき市病院協議会<br>訪問看護ステーション |
| 福祉関係機関 | 福祉事務所 社会福祉協議会<br>在宅介護支援センター                        |
| 保健関係機関 | いわき市健康課 いわき保健所                                     |
- <対象者>
- 悪性新生物や難病等疾病により余命が僅かであると医師の判断があった、いわき地域に在住の在宅療養者およびその家族で、このシステムによる支援を希望した者





### 在宅ホスピスケアのシステムの概要

- **医療支援システム**  
(提供者：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、MSWなど)
- **生活支援システム**  
(ケアマネージャー、ホームヘルパー、地域保健師、ホスピスボランティア、近所の住民など)



### 十和田市立中央病院での緩和ケアの実態 (2006年2月)

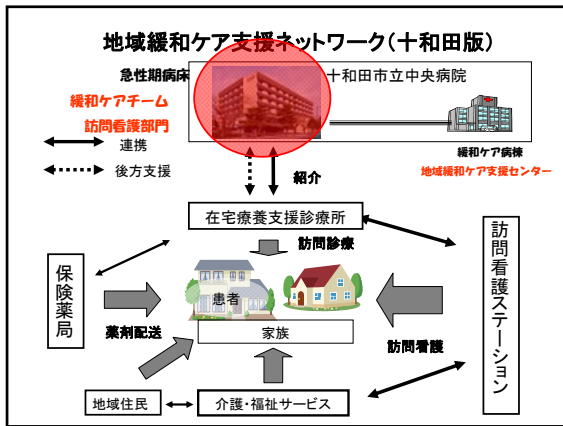
- ・ 症状緩和治療 不十分
  - 疼痛治療不十分 除痛率50%?
  - 疼痛時のレスキュー 生食100ml + 塩酸モルヒネ 10mg
  - 輸液多量 (2L~3L) による全身浮腫
- ・ 患者のケア 不十分
- ・ 家族のケア なし
- ・ 緩和ケアに関する情報提供 なし
- ・ 在宅ホスピスケアに関する情報提供 なし

### 地域緩和ケア支援ネットワーク構築のためのアクションプラン (十和田版)

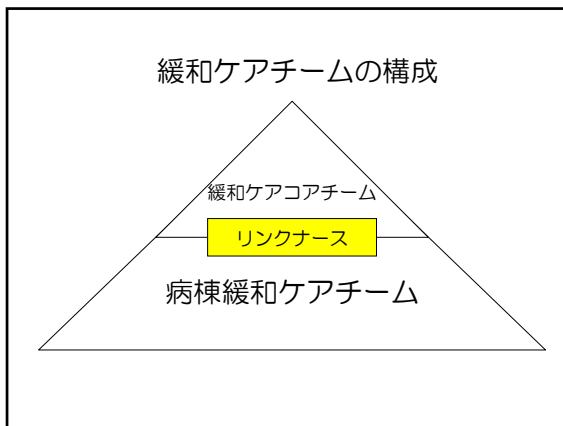
- 第一段階 病院における緩和ケア提供体制の構築/充実 (1)
  - 1-1 病院全職員に対する緩和医療の啓発
  - 緩和ケアセミナーの開催
  - 1-2 緩和ケアチームの結成と育成
- 第二段階 病院における緩和ケア提供体制の構築/充実 (2)
  - 2-1 緩和ケアチームの積極的介入
  - 2-2 在宅ホスピスケアの実践
- 第三段階 地域医療連携の構築 (1)
  - 3-1 訪問看護ステーションとの連携
  - 3-2 保険薬局との連携
  - 3-3 かかりつけ医との連携
- 第四段階 介護サービスとの連携
  - 4-1 ケアマネージャーとの連携
  - ケアカンファレンスの開催
- 第五段階 地域住民の意識改革
- 第六段階 病院における緩和ケア提供体制の構築/充実 (3)
  - 在宅緩和ケア支援センター/緩和ケア病棟の開設
- 第七段階 地域医療連携の構築 (2)
  - 在宅療養支援診療所との連携システムの構築

### 地域緩和ケア支援ネットワークシステムの構築に向けて

- 2005年11月 十和田市立中央病院 赴任
- 2006年 2月 緩和ケアチーム 設立
- 3月 緩和ケア外来 開設
- 在宅ホスピスケア開始**
- 6月 がん相談支援センター 設立 (専従職員1名)
- 2007年 1月 緩和ケア診療加算 算定
- 10月 がん総合診療外来開設
- 在宅ホスピスケアにおける地域連携強化 (訪問看護ステーション・保険薬局)
  - ・ ケアマネージャーとの連携
- ケアカンファレンス
- 2008年 5月 新病院開設
- トモセラビー稼動



- ### 地域緩和ケア支援ネットワークにおける急性期病院の役割
- 治す治療の限界について早期から情報を流す
  - 病状にあわせ、療養の場についての適切な情報を提供する
  - 歩けるうちに在宅医療を勧める
  - 早期から地域緩和ケアチームとの連携を図る
  - 苦痛がある場合に早期に対応し、入院の場合でも短期間で症状を緩和し、自宅に戻れるようにする
  - 緩和ケアチーム（担当医を含めた）が対応
  - いつでも入院できることを保障する（後方支援病床の確保）



- ### 緩和ケアチームの役割
- 症状の評価・治療
    - 担当：看護師・医師
  - 患者の生活支援
    - 担当：看護師・理学療法士／作業療法士・栄養士・臨床心理士・MSW
  - 家族の支援
    - 担当：看護師・臨床心理士・MSW
  - 緩和医療に関する情報の提供
  - 病院内外での緩和ケアの普及
  - 在宅移行の支援

- ### 在宅ホスピスケアを念頭に置いた緩和ケアチームの活動
- 短期間で症状緩和を行なう
  - 症状緩和治療は自宅でも継続できる方法で行なう
  - 在宅ホスピスケアの情報を提供する
  - 本人や家族の意向を早く確認する
  - 自宅への移行準備は速やかに手配する  
退院前カンファレンス

#### がん相談支援センター

2006年6月 開設  
専従事務員 1名

### 医療情報センター

- ・市民が自由に医療情報を入手できる空間
- ・同じ病気を持った人やその家族が情報交換をする空間



### 地域緩和ケア支援センター

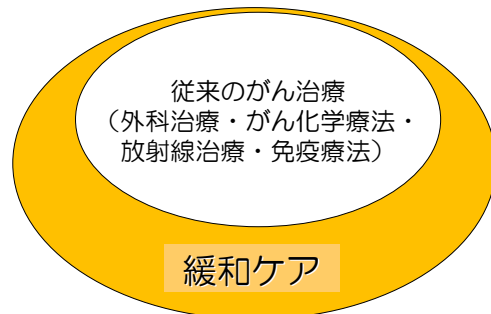
- ・緩和ケアに関する情報の発信
- ・在宅ホスピスケアに関する情報の発信
- ・緩和ケアの教育と研修
- ・デイホスピス
- ・地域住民への啓発



### がん総合診療部門の役割

- ・集学的がん治療の調整
  - 手術：外科との連携
  - 化学療法：治療の提供・他施設との連携
  - 放射線治療：治療の提供
- ・緩和ケアの提供
  - 精神的ケア
  - 身体的ケア：終末期症状緩和治療
- ・がん情報の提供
  - セカンドオピニオン
- ・地域緩和ケア支援システムの構築と調整

### 包括的がん医療







### 化学療法センター

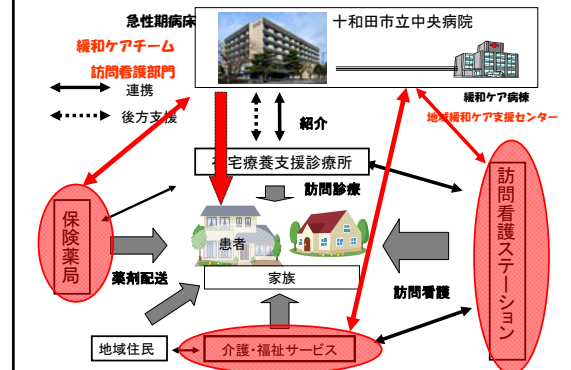


10床  
外来と入院の化学療法を行う

### 最新の放射線治療装置(トモセラピー)

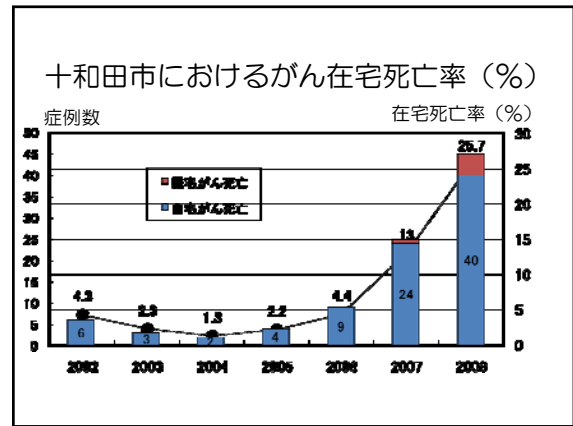
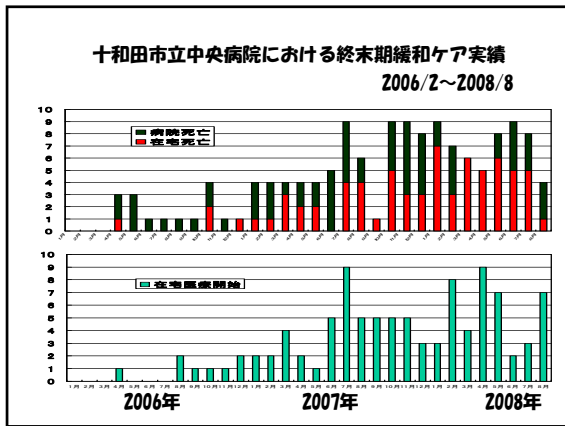


### 地域緩和ケア支援ネットワーク(十和田版)



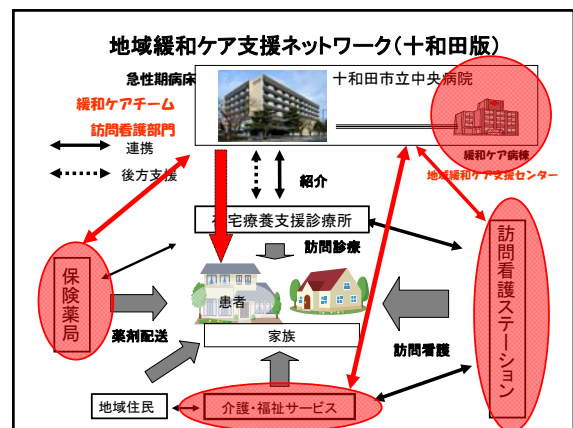
### 自宅でのケアカンファレンス





### 地域緩和ケア支援ネットワークにおける緩和ケア病棟の役割

- 在宅ホスピスカアのバックアップベッドとして活用
- 自宅での看取りができない人・家族に安心して住める生活の場を提供
  - 家族が看取る環境を整備
- 在宅ホスピスカアに関わる医療従事者の教育の場として整備



## 症状緩和治療

### がんの進行に伴って現れる症状

<b>全身症状</b> ・ 痛み ・ 全身倦怠感 ・ 発熱 ・ 不眠 ・ 浮腫 ・ 黄疸 <b>消化器症状</b> ・ 食欲不振 ・ 腹部膨満感 ・ 嘔気・吐き気 ・ 下痢／便秘 ・ しゃっくり	<b>呼吸器症状</b> ・ 呼吸困難 ・ 咳／痰 <b>精神症状</b> ・ 不穏・せん妄 ・ 気持ちのつらさ ・ 意識障害 <b>皮膚症状</b> ・ 悪性潰瘍	<b>急性症状</b> ・ 出血 ・ 上大静脈症候群 ・ 脊椎麻痺 ・ 高カルシウム血症 ・ 骨折 ・ 気道閉塞 ・ 肺炎
---	--	--

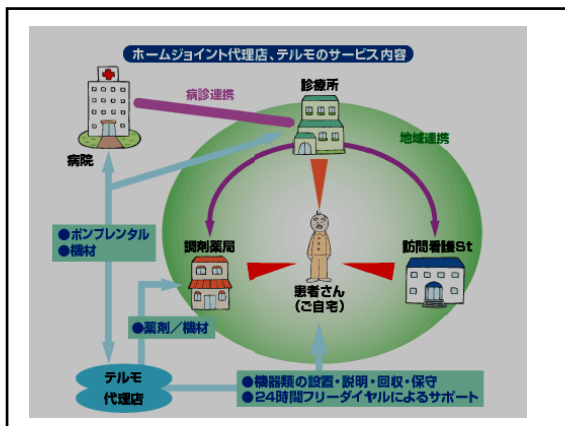
\* 下線は緩和可能な症状

- ### 症状緩和治療に使用される薬剤
- ・ 痛み：鎮痛薬（NSAIDs、オピオイド、オピオイド代替薬など）、鎮痛補助薬、ビスフォスフォネート、漢方薬
  - ・ 全身倦怠感：ステロイド、漢方薬
  - ・ 食欲不振：ステロイド、輸液製剤、漢方薬
  - ・ 腹部膨満感：●腹水の場合：利尿剤  
●腸閉塞の場合：サンドスタチン、ステロイド、オピオイド
  - ・ 嘔気・吐き気：制吐薬（抗精神薬、ステロイドを含む）
  - ・ 呼吸困難：モルヒネ、気管支拡張剤、ステロイド
  - ・ 発熱：ステロイド
  - ・ 浮腫：利尿剤
  - ・ しゃっくり：抗精神薬、抗痙攣薬、抗不安薬など
  - ・ 意識障害：●脳浮腫による場合：ステロイド
  - ・ 不眠：抗精神薬、抗不安薬
  - ・ 不穏・せん妄：抗精神薬、抗不安薬
  - ・ その他：●上部消化管出血：抗潰瘍薬、●高カルシウム血症：ビスフォスフォネート●カンジダ口内炎：イトリゾール内服液

- ### がんの症状緩和治療に使用される薬剤
- ・ 鎮痛剤および鎮痛補助薬
    - 非ステロイド系鎮痛消炎剤（経口薬・坐薬）
    - オピオイド製剤（経口薬・注射薬・坐薬・貼付薬）
    - 鎮痛補助薬＜抗不安薬、抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、ケタミン＞
    - オピオイド副作用防止薬：制吐薬、下剤
  - ・ ステロイド（注射薬・坐薬・経口薬）
  - ・ 輸液製剤
  - ・ サンドスタチン（注射薬）
  - ・ 抗精神薬（注射薬・経口薬）
  - ・ 抗不安薬（注射薬・経口薬）
  - ・ ソメタ（ビスフォスフォネイト）
  - ・ 利尿剤（注射薬・経口薬）
  - ・ 制吐剤（注射薬・坐薬・経口薬）
  - ・ その他（抗真菌薬、漢方薬など）

- ### 在宅緩和ケアにおける主な治療および処置
- ・ 疼痛治療
  - ・ 輸液（経静脈輸液、皮下輸液など）
  - ・ 各種薬剤の注入（サンドスタチン・ステロイドなど）
  - ・ 経腸栄養
  - ・ 留置ドレーン管理（PTCD・腹水持続排液・尿道留置カテーテルなど）
  - ・ 創処置（褥瘡処置・瘻孔処置・悪性皮膚潰瘍の処置など）
  - ・ ストーマケア
  - ・ 酸素療法
  - ・ （輸血）
  - ・ （抗がん剤治療）





患者の尊厳と幸せ追求 在宅医療と「みとり」に力

「調子がいいですね。全然変わらないですね」

まだ暑さが厳しい8月17日午後、いわき市郊外に住む塩田隆夫さん（69）宅を訪れた、福島労災病院（同市）の蘆野（あしの）吉和・外科部長（53）は、暑からのすがすがしい風が入り込む一室で語りかけた。1997年に大腸がんを患い、一度は克服したかに見えた塩田さん。2004年に腸閉塞（へいそく）の手術を受けた際、腹膜での再発が見つかった。痛み止めの薬と栄養剤の血縁を受ける治療は、病気のものを治すものではないが、住み慣れた自宅での生活に塩田さんは「いい先生に恵まれ感謝しています」と笑顔を浮かべる。

蘆野部長が、在宅医療に力を入れるきっかけとなったのは86年6月。直腸がんの女性を受け持ち、「痛みは体のアラーム。なるべく痛み止めの薬を使わないように」という「教え」を守ったが、女性は激しい痛みを訴え続け、倒り果てた。そんな時、回診中の前院長から「痛みが出ないよう、なぜ痛み止めの薬をあらかじめ使えないか」と当たり前のことを当たり前のように言われ、命の長さだけではなく、患者にとっての幸せを追求することに、医療の新たな意味を見いだした。

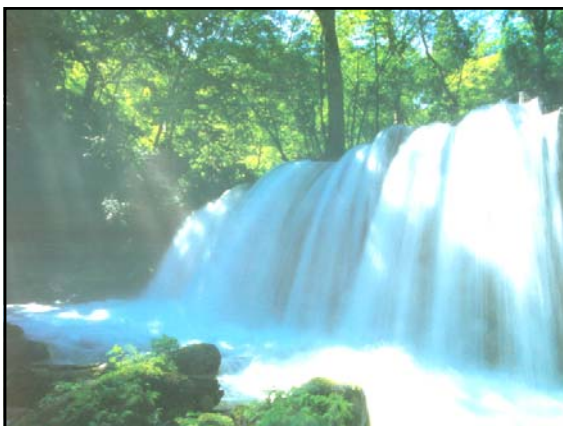
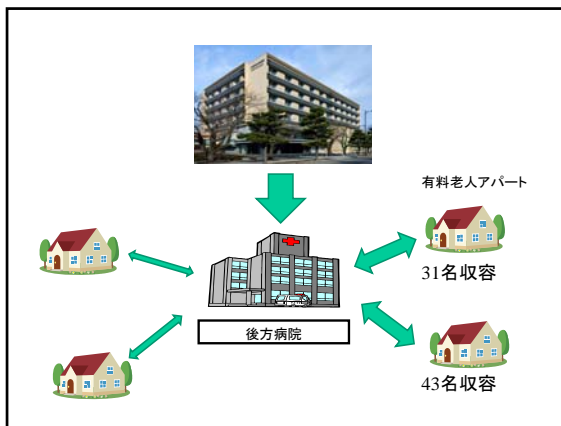


### 在宅酸素療法



### 在宅緩和ケアに実践にあたっての問題点

- ・ 200床以上の病院は在宅療養支援病院として認可されない
- ・ 初期研修医の研修病院としての役割を評価すべき
- ・ 連携する看護介護機関に診療報酬上のメリットを与えるべき
- ・ 在宅で使用できる注射薬・輸液製剤に制限がある
  - ・ 特に輸液製剤は中心静脈輸液製剤しか認可されていない
- ・ 家族として介護者のいない人、介護力のない人が増えている
  - ・ 医療的処置ができる居宅施設が非常に少ない
- ・ 経済的に困窮している家族が増えている





## 第4回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「長崎における緩和ケアの実情」

話題提供： 白髭 豊 （白髭内科医院院長 長崎 Dr ネット事務局長）  
北條 美能留（長崎大学麻酔・緩和ケアチーム）

日時： 平成22年9月24日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室

**第4回  
在宅医療推進のための会**



**「長崎における緩和ケアの実情」**


2010. 9. 24(金)  
於 東京駅ステーションコンファレンス605A



白髭 豊  
医療法人 白髭内科医院 院長  
NPO法人 長崎在宅Dr.ネット 事務局長  
長崎市医師会 理事

長崎くんち 太鼓山(コッコデシヨ)

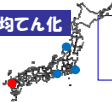
**本日の構成**



1. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」  
(がん戦略研究) について
2. 事例紹介
3. 長崎在宅Dr. ネットの活動と病診連携、  
多職種連携の取り組み (最新情報)

**緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
OPTIM: Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model**

緩和ケアの全国への均てん化




2008年4月より全国4地域  
1) 千葉県柏市、 2) 静岡県浜松市  
3) 山形県鶴岡市、 4) 長崎県長崎市

長崎市のみ医師会主導

- ・2008年～2011年(平成20年～23年) 行政主導型の大規模研究
- ・日本に合う緩和ケアの地域モデルを作ることにより、3年間で、「患者と遺族に対する苦痛緩和の改善」と「緩和ケア利用数の増加」、及び「死亡場所が患者の希望に沿う変化をするか」等を評価。
- ・成果は、速やかに診療ガイドラインなどに反映され、実際の診療などに広く生かされる。

**期待されるプロジェクトの成果**

- 1) 緩和ケアの標準化：  
ステップ緩和ガイドブックの普及/ 医師・  
看護師に対する支援・教育
- 2) 一般市民・患者・家族に対する情報提供
- 3) 地域連携の強化：退院カンファレンス・  
地域カンファレンスの開催
- 4) 緩和ケア専門サービス利用の向上



**1.長崎がん相談支援センター**

地域の皆さんの身近な相談窓口として、また、緩和ケアの普及と在宅医療推進のための連携活動を行っています。



長崎市医師会館2階  
(栄町2-22)




**相談受付・方法**

**受付時間**  
月曜日～金曜日  
9:00～17:00  
土曜日  
9:00～12:00

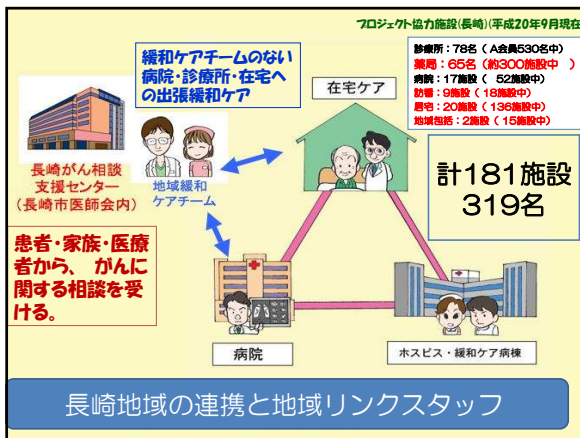
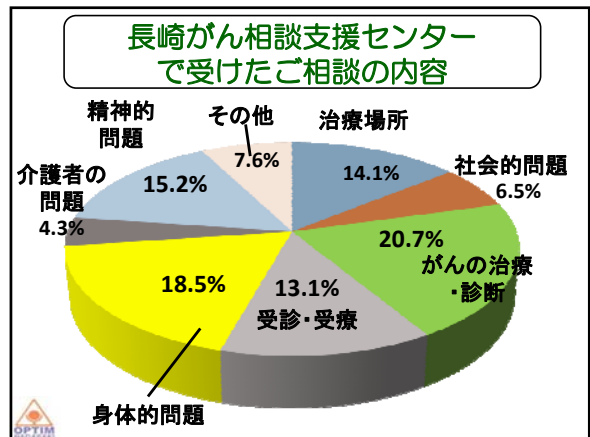
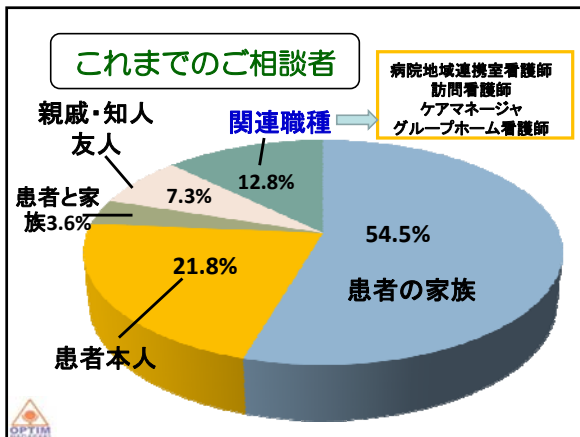
**相談方法**  
○電話  
○FAX  
○来訪  
○訪問 (必要であれば)

**相談にあたる職種**

- 看護師と社会福祉士
- 必要に応じて・・・  
医師 (病院・診療所の医師)  
精神科や緩和ケアの専門医師  
臨床心理士・管理栄養士  
看護師 (病院、訪問看護師、  
緩和ケアなどの認定看護師)  
薬剤師 (病院、保険薬局)







### 図書(緩和ケアを知る100冊)があります。

- ・がんという病気や緩和ケアについて、お子さんが読める本から、一般書、闘病記、医療従事者むけ専門書があります。
- ・がんという病気や緩和ケアについて広く知っていただくために選びました。
- ・面談室でもご覧になれ、貸し出しも自由です。

★長崎市立図書館にもあります  
 ★がん拠点病院、聖フランシスコ病院、朝永病院にもあります。

### 地域の皆さんへの広報活動(1)

がん相談支援センターの案内やがん医療・緩和ケアに関する説明会や講話などを行っています。

2008.6.2(月)19:00~ 上長崎地区自治会連合会説明会 下西山町センター

### 地域の皆さんへの広報活動(2)

健康フェスタ21 2009.9.20(日) 水辺の森公園

教養講座(がんと緩和ケア) 2009.8.20(木) さくら荘


老人福祉施設(老人憩の家)

### 市民健康講座を共催(対象：一般市民)

**2009年6月27日(土) 第19回 長崎市医師会館**  
**がんの痛みを苦しむひとへ**  
**～あなただを支える、地域で支える～**  
 第1部 がん患者さんを支える  
 ～「こころ」と「からだ」の痛みのケア  
 第2部 地域で支える  
 ～相談支援センターにご相談ください～  
 参加者：186名(一般市民119名、医療従事者67名)

**2009年10月17日(土) 第20回 長崎市医師会館**  
**「がん化学とがん化学外来」**  
 講師：鶴野 興夫 先生  
 (順天堂大学医学部・大学院医学研究科)  
 参加者：150名(医療関係65名、一般市民85名)

**2010年3月27日(土) 第22回 長崎ブリックホール**  
**「がんと共に生きる」**  
 講師：立花 隆 氏 (評論家・ジャーナリスト)



### 一般市民向け研修会

日時	内容
5/15(土)	第1回セルフケアアップ「 <b>がん療養における食事のヒント</b> 」 講師：古川 美和(長崎市医師会 管理栄養士) 桜馬場地区ふれあいセンター 第1研修室 14:00～16:00
6/5(土)	第2回セルフケアアップ「 <b>コンチネンス(排泄)ケア</b> 」 講師：榎原 千秋(金沢大学地域環境保健看護学分野 看護師) 長崎市男女共同参画推進センター アマランス 14:00～16:00
9/11(土)	第3回セルフケアアップ「 <b>がんサロン</b> 」 講師：佐藤 愛子(がんサロン「ちょっと寄ってみませんか」出費市) 長崎市男女共同参画推進センター アマランス 14:00～16:00

※・市民健康講座  
**「がん治療最前線～手術による新たな取り組み～」** 7/3日(土)14:00～  
 場所：長崎市医師会館  
**「医療用麻薬について」** 10/16(土曜) 場所：長崎市医師会館

・10月以降に「がんサロン」を開催。

### 在宅療養における食事のヒント

～がん療養中の患者さんを支える方へ～

【はじめに】  
 がん患者さんの毎日の食事づくりは、療養の支えに寄与している方にとって、いろいろなご苦労があるのではないかと考えられます。またあるときは家族が手厚いケアに悩まれているということも多々あるに思われます。そのような悩みの解消に少しでもお役に立ちたいと、このパンフレットを作成することにしました。パンフレットの作成にあたって、まず患者さんご自身、病状や体質に応じた食事のアドバイスを取りました。実際の患者さんご自身に合ったアドバイスをのぞいていただき、お役に立てるかどうかを確かめたいという思いを込めて書いています。がん患者さんご自身の悩みに合わせて、がん療養中の患者さんやそのご家族が活用できるように心がけてみました。ぜひこのパンフレットが、みなさんの食事づくりの悩みの解消のきっかけや参考になるものになれば幸いです。アンケートにご協力いただきました皆様方に御礼申し上げます。

【目次】

在宅療養のヒント	メニューページ
三食療法	
口の中の状態	
腸内環境を整える	
お薬の飲み方	
病理解説(1) 胃腸・消化器	6～12ページ
病理解説(2) 腎臓・泌尿器	13～14ページ
病理解説(3) 骨格・関節	14～15ページ

長崎市医師会  
 長崎がん相談支援センター  
 (長崎市) 長崎中央病院2-22  
 電話：095-833-6621

### 第1回セルフケアアップ講座(2010 5/15(土))

#### 「がん療養における食事のヒント」



グループに分かれて試食会



栄養士 古川美和先生からの講和

**空也蒸し**



甘酢しょうがと青しそ入り  
梅ごぼんの小にぎり

**そうめん汁のゼリー寄せ**





これ・・・  
人気NO1

**ビールのゼリー**

### その後・・・

#### がん患者さん達の調理実習が始まる。

第1回 6月14日(月) 10:30～  
 空也蒸し  
 梅しそ小にぎり  
 そうめん汁のゼリー寄せ  
 ミックスナッツヨーグルト

第2回 7月12日(月) 10:30～

### 第2回セルフケアアップ講座(2010 6/5(土)) 「コンチネンスケアについて」

### 第3回セルフケアアップ講座(2010 9/11(土)) 「地域と仲間とともに支え合う島根のがんサロン」

1)基調講演  
 ◆ 佐藤愛子氏 : 地域サロン 「ちょっと寄って見ませんか家」代表  
 ◆ 小豆澤伸司氏: 島根県健康福祉部医療対策課がん対策スタッフ 企画幹

2)パネルディスカッション「サロン活動の実際と運用」  
 ◆ 今岡登志子氏: がん拠点病院院内「ほっとサロン」世話役  
 ◆ 小林貴美子氏: 保健所内サロン「雲南サロン 陽だまり」世話役  
 佐藤愛子 氏、小豆澤伸司氏

場 所 長崎県看護協会 参加者58名(市民:33名、医療・行政・報道:25名)

### 市民啓発ポスター2種

### 2.緩和ケア標準化のための研修会

医師・看護師・薬剤師など関連する職種への緩和ケアに関する支援や教育を行っています。

医師の研修会      多職種のワークショップ

2009.8.29(木) 第1回OPTIM事例検討会  
「オピオイドの導入について」

2008.4.24(木)  
臨床教育プログラムワークショップ

### 3.地域連携促進のための活動①

患者さんに必要な緩和ケアの提供と退院支援・調整について多職種の研修会を開催。

林 彰敏先生(聖路加病院:緩和ケア科医師)  
新しい緩和ケア「いのちと暮らしを支えます」

多職種事例検討会

2010.2.20(土) ホスピス講習会  
「新しい緩和ケア「いのちと暮らしを支えます」」

2010.2.18(木) 第2回OPTIM多職種事例検討会  
退院支援・調整と多職種連携:事例について学ぼう①

### 3.地域連携促進のための活動②

患者さんが望む場所で、自分らしく療養できる地域をめざして、病院と在宅関係者が一緒に話し合い・一緒に研修しています。

地域カンファレンス      「願いをかなえる地域づくり」講演会

2009.6.10(水) 第2回地域カンファレンス

2009.11.26(木) 「在宅ホスピスと地域づくり」  
～かあさんの家の活動を通して～

### 3.地域連携促進のための活動③

がん拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへ  
診療所医師、訪問看護師が参加



### 4.緩和ケアが受けやすい環境づくり

患者さんがどこで療養していても、必要な緩和  
ケアが受けられるよう「地域緩和ケアチーム」と  
連動して出張研修会や相談に応じています。

出張による緩和ケアの研修会や勉強会の風景



### プロジェクト運用に関する会議風景

長崎地域運営委員会

コアリnkナースミーティング



### OPTIM長崎 医療用麻薬管理取扱いに関する作業部会

目的「医療用麻薬の適正使用の一環として医療用麻薬の廃棄についてのマニュアルモデルを作成する」

- ・患者・家族向けの医療用麻薬廃棄に関する啓発チラシの作成
- ・薬剤師向け医療用麻薬廃棄DVDの作成

啓発チラシ

平成21年3月完成。長崎市内約  
350の保険薬局に配布



「訪問薬剤指導のススメ」DVDの作成  
訪問薬剤指導のやり方、麻薬廃棄につ  
いての、薬局薬剤師向けの啓発のDVD



(ご希望は長崎がん相談支援センターへ)

### 本日の構成



1. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」  
(がん戦略研究) について
2. 事例紹介
3. 長崎在宅Dr. ネットの活動と病診連携、  
多職種連携の取り組み (最新情報)

症例 K.K. 83歳 女性

診断名：胆管がん (stage IV、門脈・脾浸潤)

経過

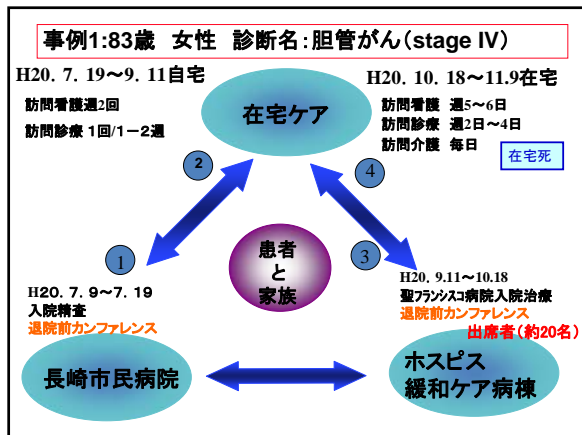
平成20年6月、下腹部痛、下痢あり。

7月市民病院入院し、胆管がん (stage IV、門脈・脾浸潤あり) との診断。手術適応なく、本人に病名告知したところ、在宅緩和ケアを希望。

訪問看護、訪問診療を導入し、7月中旬より在宅療養を開始。

9月中旬一時状態悪化 (体が動かせない、空間認識ができずトイレ行けない) し、聖フランシスコ病院入院 (一般病棟→ホスピス病棟)。

10月18日、ご本人、ご家族の強いご希望でご自宅へ退院となった。



<ホスピス入院中、語った本人のQOL>

「あじさいの咲くころには私はもういないでしょう」  
 「退院して2ヶ月の間、私がかにいることで家族が集まった。  
 もう一度、母として娘たちの役に立ちたい。帰りたい」  
 ホスピス主治医:「週単位の予後」(黄疸、腹水あり)

日中は訪問介護(保険・自費)及び訪問看護(月~金)  
 週末は娘が泊まり介護と看護(娘は仕事を継続)

★在宅医・訪問看護師→「ホスピス入院で、訪問終了と考えてしまっていた。」

★ホスピス看護師→「本人の意向を引き出し、望めば、ホスピスからの在宅移行を支援・調整する役割がある事を学んだ。」

**最後のお正月を家族とともに過ごしたIさん(70歳代)**

肺がん、多発性脳転移、がん性胸膜炎、がん性疼痛、糖尿病Ⅱ型  
 平成20年12月24日:  
 本人が「家に帰りたい」と言っている、と主治医から地域連携室へ相談。

地域連携室と在宅スタッフ(在宅医、訪問看護師)が話し合う  
 「長崎大学ハイリスクカンファレンス」後、在宅主治医候補と訪問看護師が本人と面談し、在宅支援体制について情報提供。本人、家族の意向決定を待つ。

平成20年12月30日:在宅へ(1月5日帰院)

必要な医療・ケア:肺炎治療、糖尿病及びその他症状コントロールの継続・DIV(日中へパロック)在宅酸素  
 オピオイドによる疼痛コントロール  
 看護ケア:バイタル状態観察、排便コントロール、セルフケア確認・指導、身体の保清、精神的サポート、他職種との連携

**超大量のモヒ、特殊TPNを施行し在宅死した49才男性**

2007年3月 直腸がん イレウス 穿孔にて手術施行。  
 術後化学療法施行するも再発。がん性腹膜炎、膀胱浸潤、骨盤リンパ節浸潤、多発性骨転移、尿管閉塞(左腎ろう造設)、  
 左下肢リンパ浮腫著明。中心静脈栄養、MTパッチ16.8 2枚、8.4 1枚  
 2009年9月19日退院。訪問看護師は毎日訪問し腎不全用TPNを現場で調合  
 「下腹部内でタオルを絞るような強い痛み」のためモルヒネ持続点滴開始。  
 ピーク時には、デュロテップMTパッチ16.8 3枚、8.4 1枚、モヒ持続静注  
 580mg/日(注射モヒ換算で計1000mg) 地域緩和ケアチーム医師の毎日の助言

10月1日左腎ろうカテーテルが自然抜去し副主治医の診療所に緊急搬送・入院。  
 翌朝紹介元のS病院に転院し、右腎に新たに腎ろう造設。

10月5日在宅療養再開。徐々に全身状態悪化。10日友人に面会開始。  
 10月15日早朝往診「とにかく苦しい。痛みはない。オイ(長崎弁の「俺」)がここにいていいのか?、と思う。」本人・家族の同意を得てドルミカム48mg/日、セレネース2.5mg/日で鎮静開始。

10月16日(鎮静開始24時間後)ガリガリくんアイスを摂取。  
 10月18日友人がペットサイドにて宴会  
 10月20日御家族・主治医が見守るなか、御逝去


**奥さんから**

- とっても幸せな一か月だった。(美容室を営んでいるが)仕事の合間に同じビルの2階上の自宅に行って夫の顔を見て、世話をすることができた。いろんなケアをしていただいて本人も満足だった様子。
- 先生、毎日のように来てくださってありがとう。主治医というより友だちとして来てたんだよね・・・?

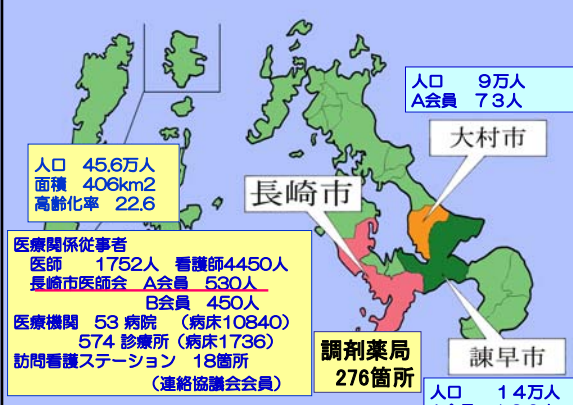
**事例のまとめ**

1. 本人・家族の希望に沿った療養場所の選択をし、在宅死した胆管がん
2. 「最期の正月を自宅で過ごしたい」という短期在宅の希望を、長崎大学連携室と在宅スタッフの合同カンファが実現した肺がん
3. 入退院を繰り返していた49歳の直腸がん症例。本人・妻の希望により在宅療養し、しあわせな一ヶ月を送った。超大量のオピオイドを地域緩和ケアチーム医師の助言を受けながら実施し、特殊なTPNも看護スタッフで支え在宅死した。

### 本日の構成



1. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」  
(がん戦略研究) について
2. 事例紹介
3. 長崎在宅Dr. ネットの活動と病診連携、  
多職種連携の取り組み (最新情報)



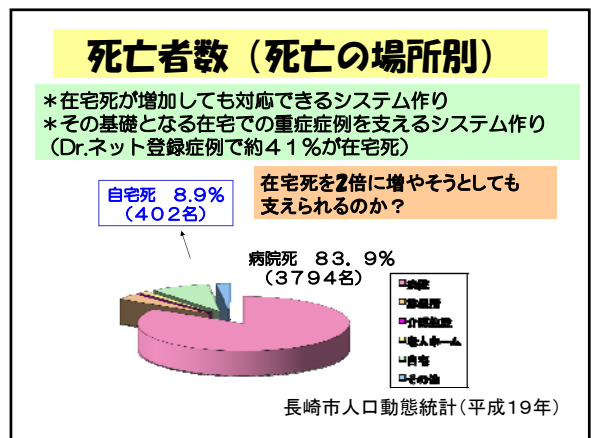
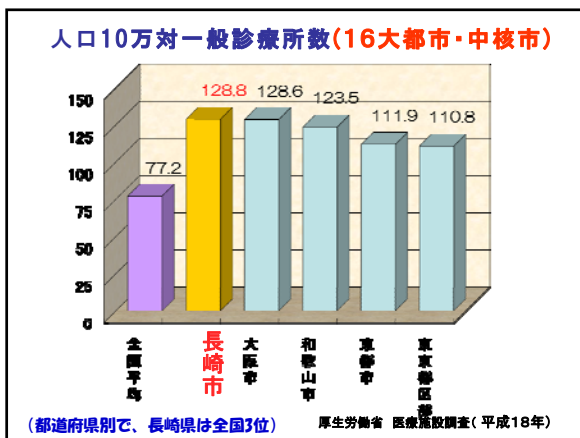
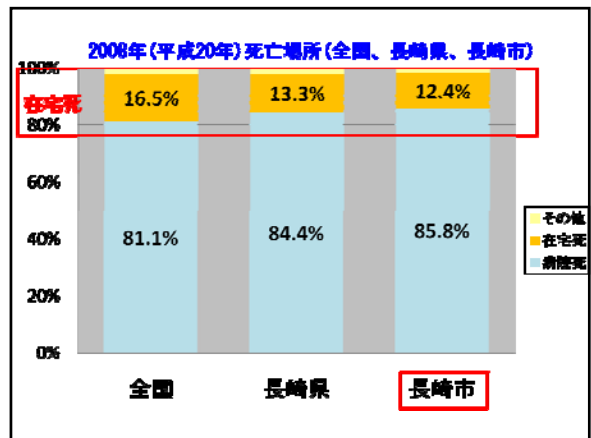
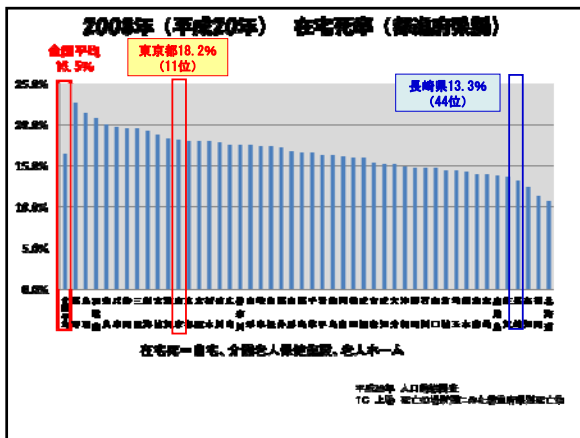
**長崎市**  
 人口 45.6万人  
 面積 406km<sup>2</sup>  
 高齢化率 22.6

**大村市**  
 人口 9万人  
 A会員 73人

**調剤薬局 276箇所**

**諫早市**  
 人口 14万人  
 A会員 136人

**医療関係従事者**  
 医師 1752人 看護師4450人  
 長崎市医師会 A会員 530人  
 B会員 450人  
 医療機関 53 病院 (病床10840)  
 574 診療所 (病床1736)  
 訪問看護ステーション 18箇所  
 (連絡協議会会員)



### 在宅医療の広げ方

**1ヵ所の診療所が  
100人の在宅を支えるだけで無く、  
100ヵ所の診療所も協力して  
数名の在宅を支えるシステムがあれば**

↓

**共同で地域全体を支えられる**

診療所

患者さん宅

外来併用型診療所 (Dr.ネット)

### 診療所の連携パターンのOverview

(グループ制)

和歌山県 伊都医師会 在宅医療ネットワーク: 平成6年7月  
 名古屋 北中診診連携: 平成7年 比較的多数グループ制の原型  
 玉島在宅医療グループ: 平成10年 少数グループ制の原型  
 福岡市 南区医師会: 平成11年  
 長崎在宅Dr. ネット: 平成15年

↓

少数グループから多数グループへ進化  
主治医・副主治医制の緩やかなグループ制

(輪番制)

兵庫県 伊丹市医師会: 平成7年  
 新潟県 新発田市豊栄市北蒲原郡医師会: 平成9年

### 長崎在宅Dr. ネットの設立

2003年3月

「長崎在宅Dr.ネット」(ながさきざいたくドクターネット)は、在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行ないます。複数の医師が連携することで24時間対応を実現し、患者さんが安心して在宅療養を行えるようにすることを目的としています。

患者さんの居住地域にあわせて、主治医を決め、さらに、副主治医がバックアップとして控え、訪問診療の分担や万が一の際の緊急対応をおこなうシステムを作っています。

#### Q&A

良くある質問にお答えします。

問：末期がんの患者でもいいのですか？  
 答：もちろんです。  
 現在は、在宅でもかなり高度な医療機器が使用できますので、入院レベルの医療が受けられると考えて下さい。

問：電話をかけたら、いつでもすぐに来てくれるのですか？  
 答：私たちは、在宅診療もする開業医の集まりです。診療所で外来診療もやっていますし、夜に当番医がいるわけでもありません。そのため、緊急時以外はいつでもすぐに訪問できるとは限りません。ただ緊急対応はできますので、判断は私たちにまかせて下さい。

問：特別な料金があるの？  
 答：普通の保険診療の制度です。特別な費用はかかりません。

問：やっぱり入院したいと思ったら？  
 答：在宅療養に切り替えたからと言って、最後まで在宅という意味ではありません。いつでも方針の変更は可能です。在宅に移行しても病院医師と連携をとっているのもそのためです。

#### 在宅療養のお手伝いをします。

【お問い合わせ】

NPO法人 長崎在宅Dr.ネット事務局

〒850-0022 長崎市長崎2-1-1 8F-13  
 (長崎市立総合センター「コンタ」2階)

TEL: 095-811-9120  
 FAX: 095-811-5121  
 E-mail: drnet@meacomm.jp  
 URL: <http://doctor-net.jp/>

NPO法人  
**長崎在宅Dr.ネット**

### Dr.ネット発足の経緯

2003年(平成15年)3月、長崎市内で在宅医療に熱心な医師を主に集め、『長崎在宅Dr.ネット』を発足した(当時13名)。

結成のきっかけ:  
 白髭は33歳で継承開業した当初より、訪問診療・看取りに関わらざるを得なかった

・「高齢になったとき、往診・訪問診療は心身ともに負担で、続けられない。相互の助け合いのシステムを作るべき」

・病院医師が、医師会で作成した在宅医リストを見て訪問診療を依頼しても「断られる」(実際に即した在宅医リストにならなかった)

お互いに顔の見えた、かつ活動性の高い仲間うち少数で始めよう！

→病院に宣伝にまわったところ、市民病院より2003年6月第一例目紹介  
 大腸癌術後・肺炎・DM・酒飲み・チェンソーク→病院嫌い⇒今も元気！

### Dr.ネットの参加条件、分類

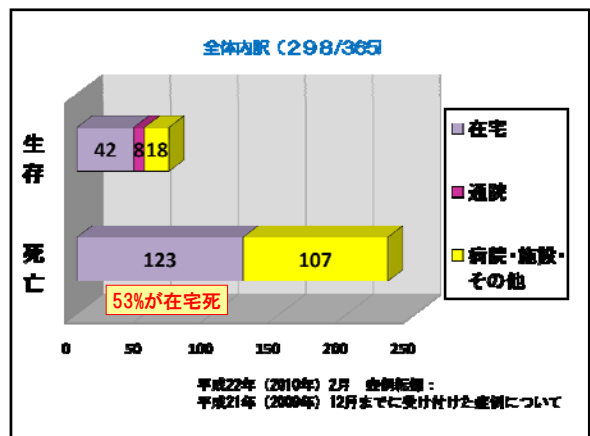
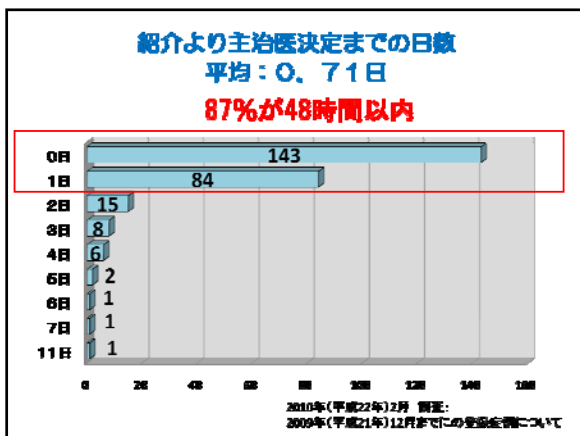
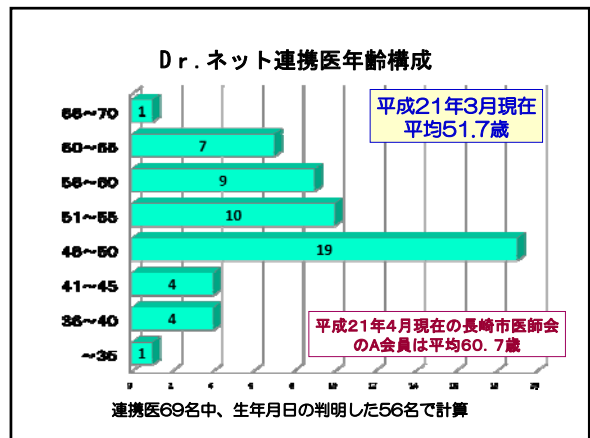
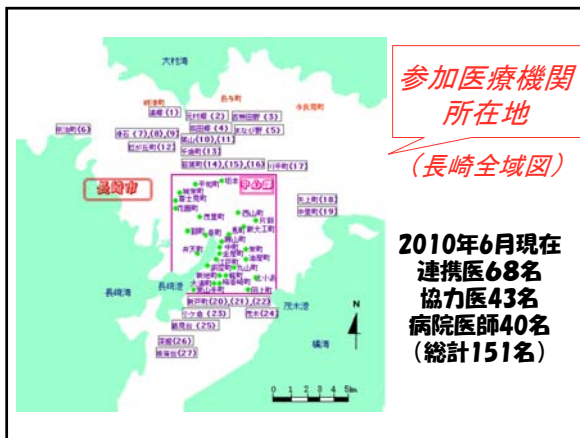
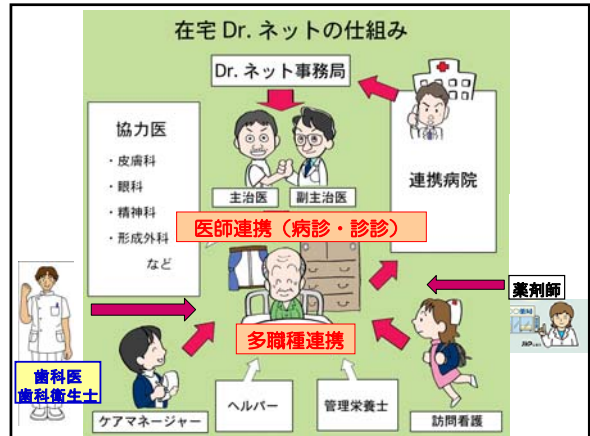
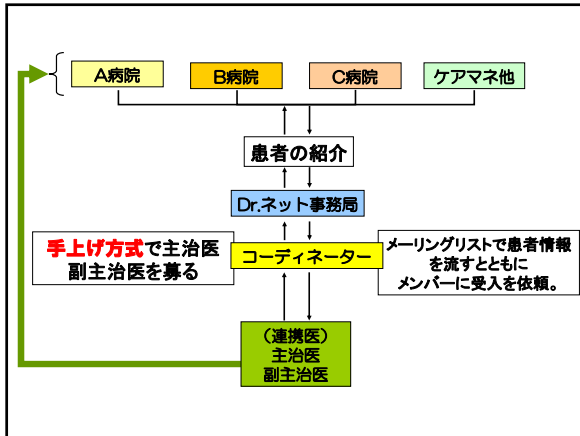
(参加条件)

- ①24時間、365日対応可能
- ②電子メールによる連携・連絡が可能であること

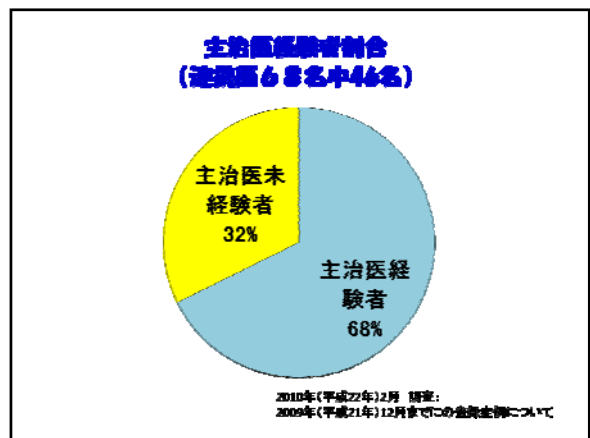
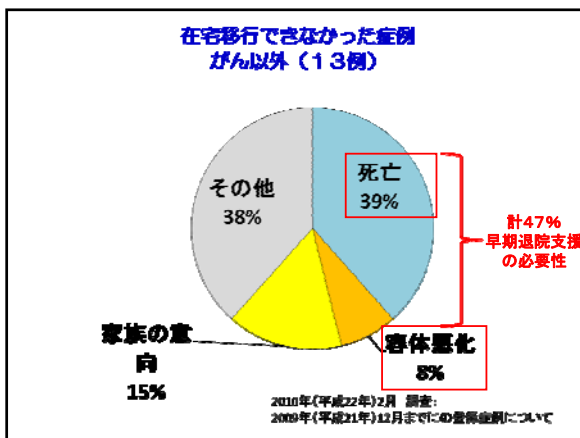
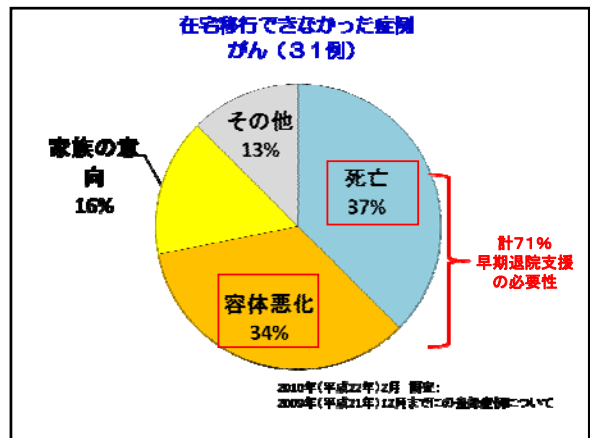
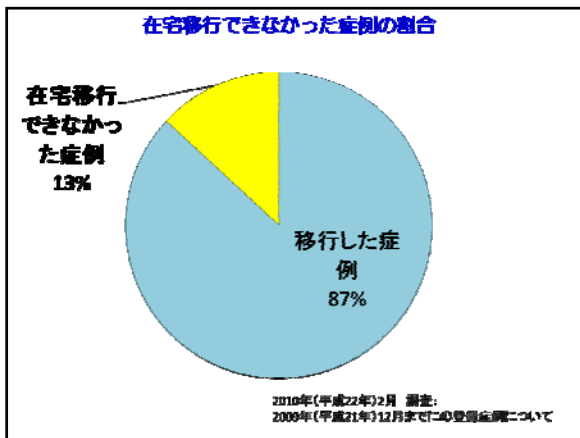
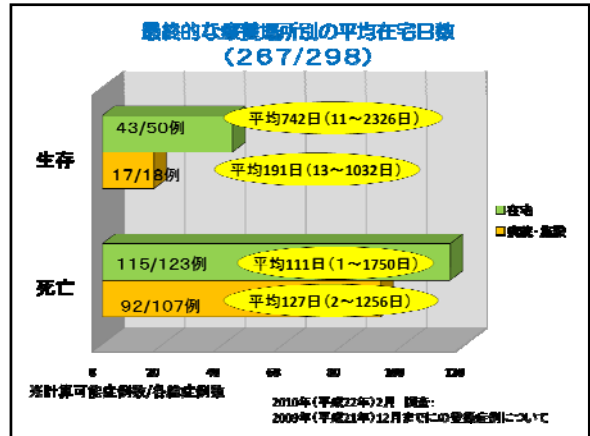
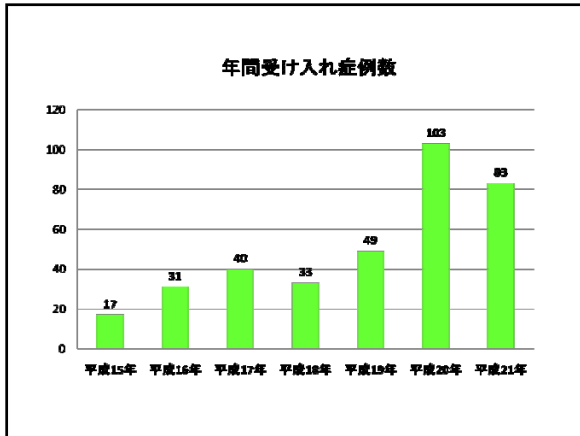
(分類)

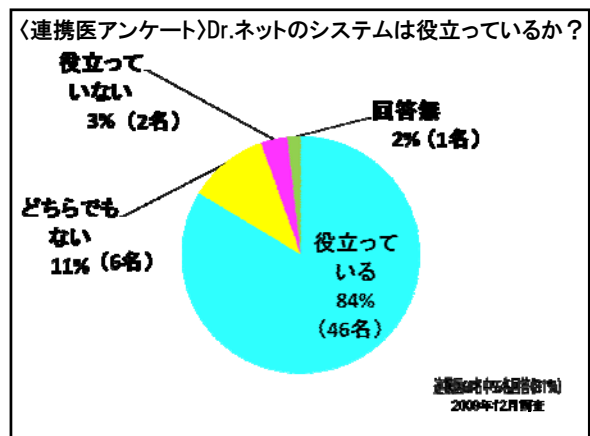
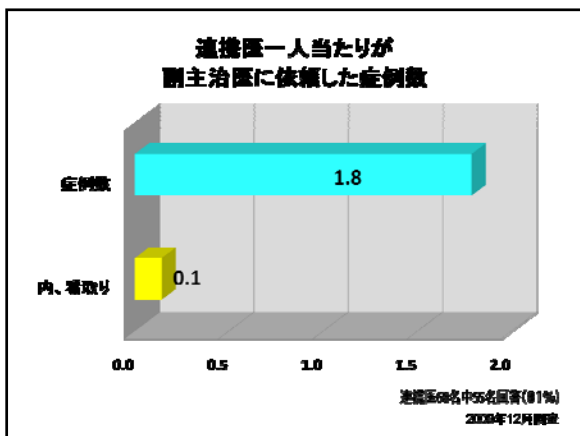
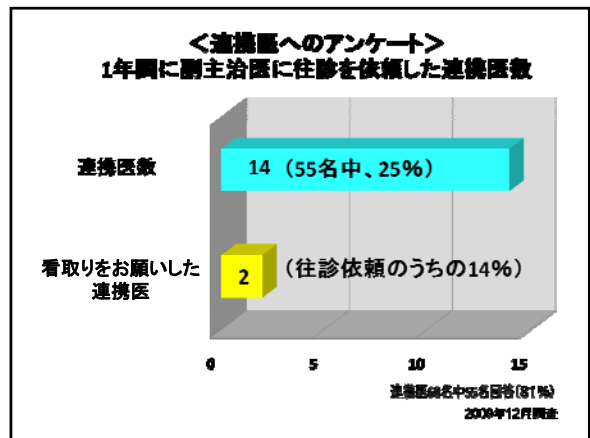
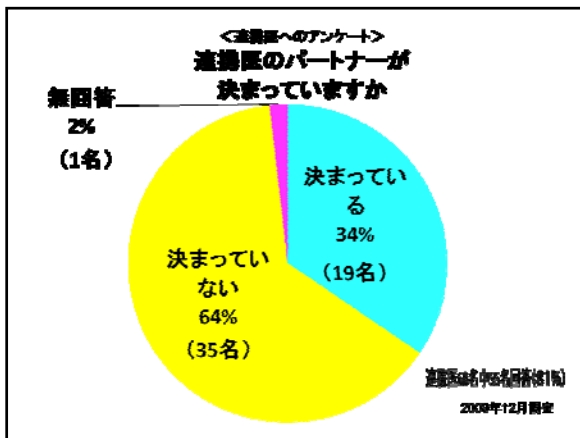
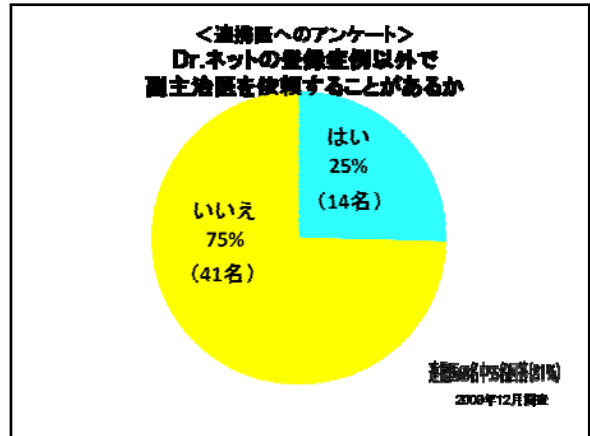
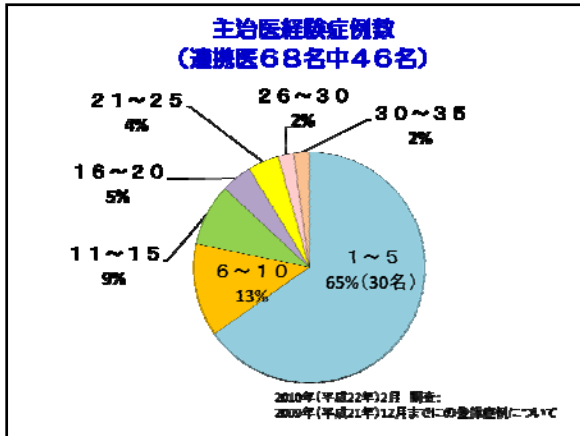
- 1) 訪問診療に関わる**連携医(主治医、副主治医)**
- 2) 専門性を持ち必要に応じ往診ができる  
協力医(耳鼻科、皮膚科、形成、眼科など)
- 3) 病診連携に関わる**病院医師**

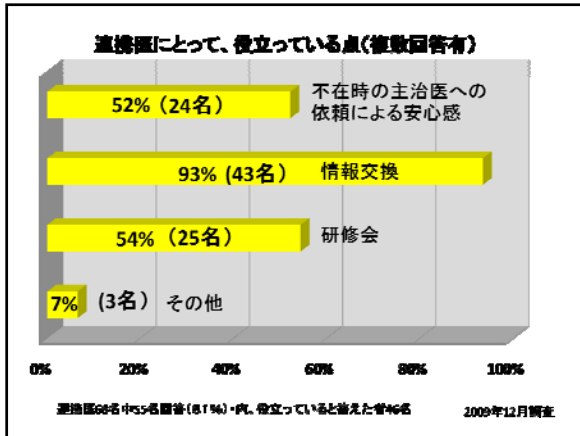
長崎在宅Dr.ネット











### 連携医 アンケート結果 (平成19年2月実施)

- ・ 情報交換、連携 (人脈形成) に有用。
- ・ **開業医の医局のような気安さ**と何でも相談所が**すぐそばにあるという安心感**。何より、自分は一人ではないという連帯感があります。いつも感謝しています。
- ・ 連携医のパートナー数が地域により格差が大きい。
- ・ **各種医療情報が、医師限定のメーリングリストを通してリアルタイムに手にはいる。**
- ・ 往診する際に非常にありがたく、安心できるシステムであると思います。総会などでいろいろな先生の意見を聞き、相談に乗っていただけるのも大変役立っております。

### 白髭内科医院でのDr. ネット利用実績 (2009年8月現在)

(現在の状況)

- ・ 在宅患者数: 45名
- ・ うちDr. ネット登録症例4例
- ・ 副主治医がいる症例: 42例
- ・ 副主治医数: 3名

(殆どが1名の先生に集中。反対にその一名から、集中的に副主治医を依頼)

- ・ 退院時カンファランスに主治医・副主治医が出席: 1例
- ・ 実際往診をお願いした症例: 1例
- ・ 基本的な緊急対応は、  
まず自院看護師と訪問看護ステーション看護師

(2003年結成以後の6年間)

- ・ 実際に往診をお願いした症例: 4例
- ・ 副主治医として看取りをした症例数: 2例
- ・ 副主治医に看取りをしてもらった症例数: 2例

- ・ 小グループ化 (パートナー化)
- ・ 副主治医のパートナーは至近距離でない (500-600m: 遠からず、近からず)

### 副主治医が看取った症例

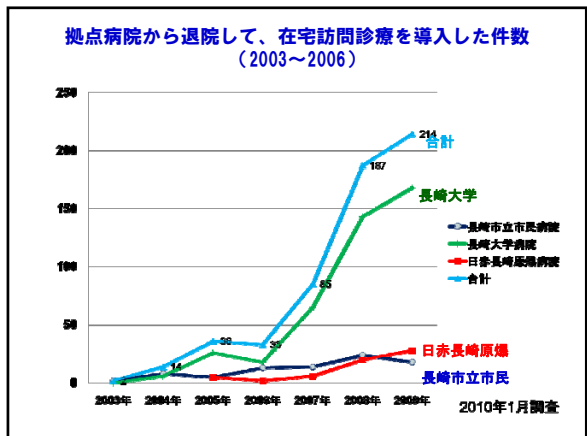
- ・ 症例番号256、 紹介元: 長崎市立病院成人病センター
- ・ H.S 男 75歳
- ・ 診断 #1腫胸関連リンパ腫、#2脊椎圧迫骨折
- ・ 主治医 白髭
- ・ 副主治医 影浦先生

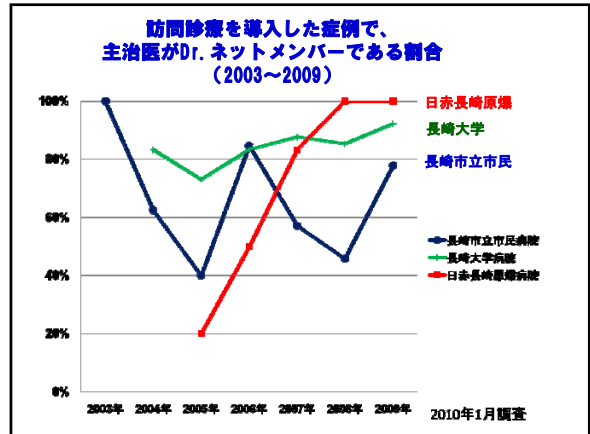
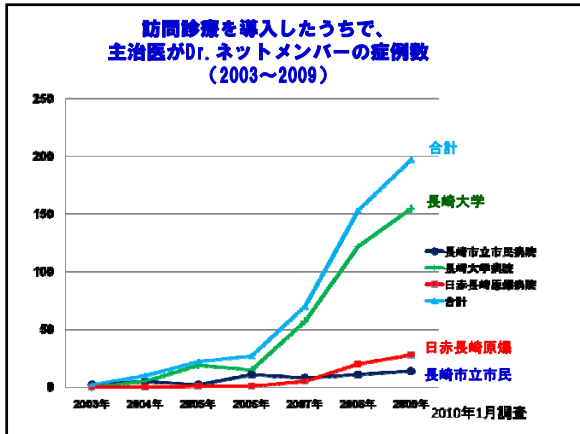
- ・ 2007.8.12 腫胸関連リンパ腫の診断
- ・ 2007.8.23 THP-COP療法開始
- ・ 2008.2.15 8コース目まで施行
- ・ 2008.2.29 CTでは腫瘍増大傾向認め、治療抵抗性と考えられたため、放射線治療すすめるも、本人が経過観察希望
- ・ 気管支狭窄病変もあり、呼吸苦の症状も出る。
- ・ 2008.4.16 成人病センター入院。6ヶ月化学療法施行されるも、PDとなり、VP16内服に切り替えて、本人の希望により
- ・ 2008. 9. 27在宅療養開始となる。

### 副主治医が看取った症例: 在宅移行後の経過

- ・ 2008. 9. 27在宅移行後、安定したいい生活をされた後、10月10日より痙攣発作頻発。
- ・ Dr. ネットメンバーの脳外科医のご指導をいただき、痙攣の回避を実現。
- ・ しかし、その後の全身状態は不良。
- ・ 11日より主治医が所用のため東京へ(前日、副主治医同伴で往診し、患者・家族へ紹介)。
- ・ 留守中は、副主治医が往診し、10月13日看取り。

副主治医のカルテ記録を主治医で保存。  
往診6回分と在宅ターミナルケア加算1万点を含め主治医側で保険請求し、副主治医へ現金支払い (18128点分)





**現在までの経過**

- Dr.ネットの在宅への受け入れは約7年間で365例 (2009年12月末現在)・・・登録症例は順調に増加
- 追跡可能であった298例中
  - 68例 (23%) が生存、230例 (77%) が死亡
- 死亡例230例中123例 (53%) が在宅死
- 平均在宅日数は、在宅死で111日、病院死で127日

↓

在宅への受け皿として十分に機能している (問題点として在宅ターミナルネットになっている)

↓

幅広い症例の受け皿となる為の工夫が必要  
診療時間内対応の工夫 (訪問診療専門診療所との連携等)

Dr.ネットシステムの広がり：長崎県大村市・諫早市・京都府左京区 (医師会主導)、熊本

**地域医療での連携のポイント**  
～病院と在宅スタッフとの協働～

**がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに診療所医師が参加**

平成19年春より、Dr.ネットメンバーの診療所医師・看護師が長崎大学緩和ケアカンファレンスに参加。

- 1) 診療所医師は、最新の緩和医療の知見をわかりやすく解説するミニレクチャー、症例提示から多くを学ぶことができた。
- 2) 大学スタッフも、診療所医師からの発言で、在宅の視点を得ることが可能となり、在宅移行につながるケースも。

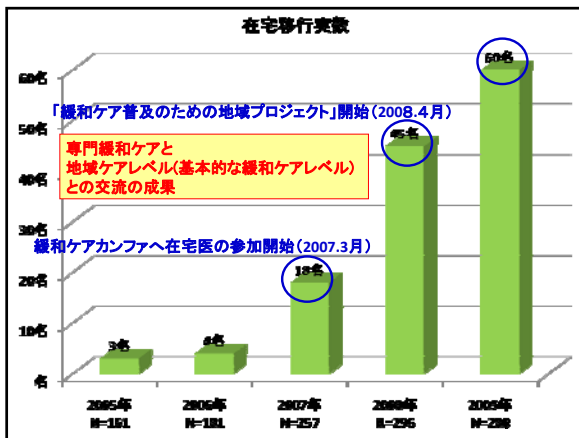
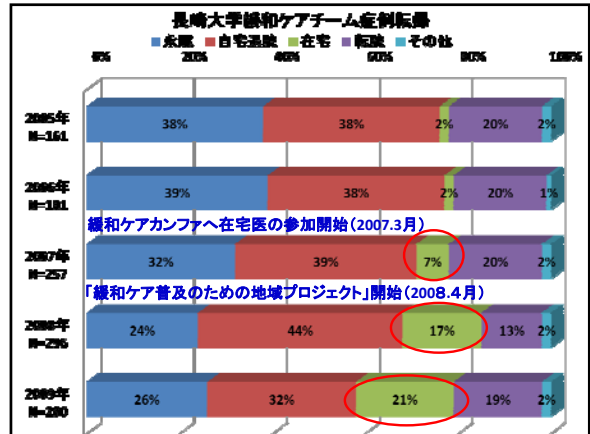
戦略研究への参加が決まったのは、専任看護師3名、中核となる診療所医師3名で分担を決めて、市内3拠点病院 (市民病院、原爆病院、長崎大学) の緩和ケアカンファに定期出席。



### 拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加

目的（ポイント・心得）

- 1) 大切なのは、**患者さん・家族が今後どこでどのように過ごしたいと考えているのか**  
⇒**病院スタッフと共有する。**
- 2) 在宅療養を望む患者さん・家族に対して、**入院中より在宅スタッフがアプローチを行う**  
⇒**不安を抱える患者・家族の背中を押す**  
**緩和ケアチームによる橋渡し**
- 3) 医療依存度が高く、重篤でも、**在宅向けアレンジが可能である事を主治医科に対して具体的に情報を提供する。**



### 地域連携室とのハイリスクカンファレンス



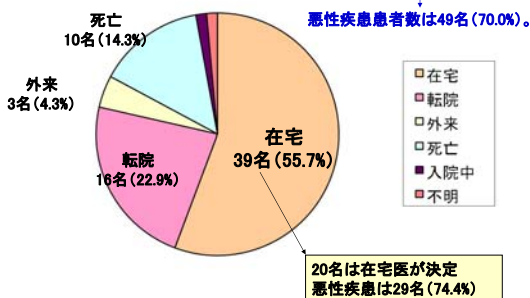
目的：がんに限らず、入院リスクスクリーニングで「ハイリスク」と判定され、在宅移行に問題のある症例を、病院スタッフ・在宅スタッフ合同で検討する。退院支援調整困難なケースの在宅移行を目指す。

形式：「毎回、連携室が、退院調整困難事例を2〜3例提示し、がん相談支援センターの医師・看護師・訪問看護師（コординナース）が輪番で参加し助言する。」



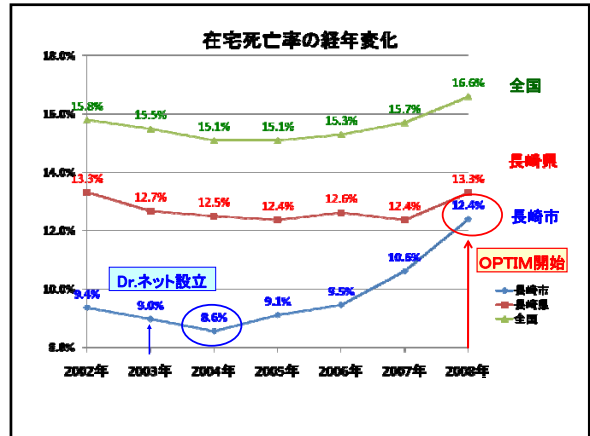
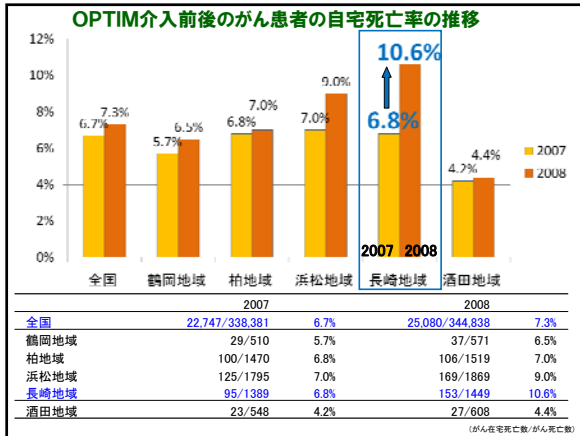
### 長崎大学ハイリスクカンファレンス症例転帰

(2008年9月～2009年3月) 延べ件90件 (70名)  
月間平均: 延べ13件 (10名)



### ● 緩和ケアチームカンファレンス・ハイリスクカンファレンスへの参加で見えてきた がん患者を取り巻く医療の現状

- 1) 退院時期や退院時の状態について、  
病院医師のビジョンが明確でない
- 2) 延命化学療法終了時期が不透明で、終末期まで継続することも多い。**ギアチェンジの概念そのものが不透明。**
- 3) 病棟看護師が、患者・家族とともに、退院後の生活をイメージする時間や機会がもてない。  
(病棟看護師の意識の変容が求められる。)
- 4) 病院スタッフ側に、在宅医療や在宅療養の現場・システム等が具体的に見えていない。
- 5) 施設内の退院調整システムや、在宅医療側との連携のしくみや方法が整っていない→在宅へ向けた課題の特定が遅い。
- 6) 介護力、住環境、経済力などのため、在宅療養の選択そのものが**厳しい**状況が増えている
- 7) 病院側にとって在宅移行後の医療費の具体的な説明が難しい



### 長崎薬剤師在宅医療研究会(P-ネット)

- ・2007年(平成19年)7月発足
- ・長崎在宅Drネットの受け皿作りとしてスタート。
- ・訪問薬剤管理指導の依頼を常時受け付ける。
- ・会員間で在宅関連の「情報を共有化」。
- ・「在宅医療に関する研修会」を実施し技能向上を図る。
- ・24時間365日対応を可能にするため、会員薬局間で協力し合い各自の負担を軽減。
- ・メーリングリスト等を活用し情報の交換・共有。
- ・退院時カンファランスへ参加。
- ・2010年4月現在
  - 会員数: 34名(27薬局7病院)。
  - 症例数: 103
  - 事務局に依頼が来た症例数: 34
  - 事務局を通さず会員間で連携をとった症例数: 69

社団法人 長崎市薬剤師会

HOME > 在宅協力薬局 > 医療関係者の方

医師・歯科医師・ケアマネージャーの方へ

(社)長崎市薬剤師会 在宅医療委員会では在宅医療を行う医師・歯科医師、ケアマネージャーに在宅訪問管理指導業務可能な薬局をご紹介します。

なお同委員会では在宅を行う薬局を全面的にフォローしていきますので、安心してご依頼ください。

在宅を希望される方は下記フォームより用紙をダウンロードしていただきご記入後、(社)長崎市薬剤師会 事務局まで FAXをお願いいたします。

FAX 番号 095-843-0032

ご不明な点がございましたら、(社)長崎市薬剤師会 TEL.095-845-5228までご連絡下さい。

土曜日の午後、日・祝日は事務局が閉まっているため対応できません。

依頼書 協力薬局

### 長崎栄養ケアステーション

平成16年10月長崎県栄養士会が設立。  
管理栄養士・栄養士の人材バンク。

【業務内容】

- ・医院の栄養指導・献立作成
- ・職場、企業・団体の栄養相談・講話・調理実習
- ・メニューの栄養価計算
- ・特定保健指導
- ・一般栄養相談

【管理栄養士・栄養士登録数】  
85名(H16.10月現在)→ 116名(H20. 6月現在)  
<地区別登録人数>  
長崎43名 諫早19名 佐世保20名 西彼8名  
大村11名 島原11名 北松2名 五島2名  
開局日: 月・水・金(9:00~17:00)

### 長崎市訪問看護ステーション連絡協議会による ステーション空き状況の公表

■ 2010年/9月21日～更新

【ステーション名】	月	火	水	木	金	土
■長崎市医師会 (TEL: 818-6636) 【長崎・地保・特高・特高・大瀬戸会館】	×	△	△	△	×	×
■看護協会YOU (TEL: 829-8747) 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	×	×	×	×	×	×
■十勝訪問看護ステーション 【TEL: 829-8741】 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	○	○	○	○	○	○
■訪問看護そよかぜ (TEL: 829-7250) 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	△	△	△	×	×	×
■ひまわり (TEL: 855-3881) 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	△	△	△	△	△	△
■フランスコ訪問看護ステーション 【TEL: 864-1820】 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	未	×	×	×	×	×
■あじさい (TEL: 861-19700) 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	×	×	×	×	×	×
■訪問看護ステーション機構 【TEL: 855-0002】 【長崎・地保・特高・大瀬戸会館】	未	×	△	未	△	×

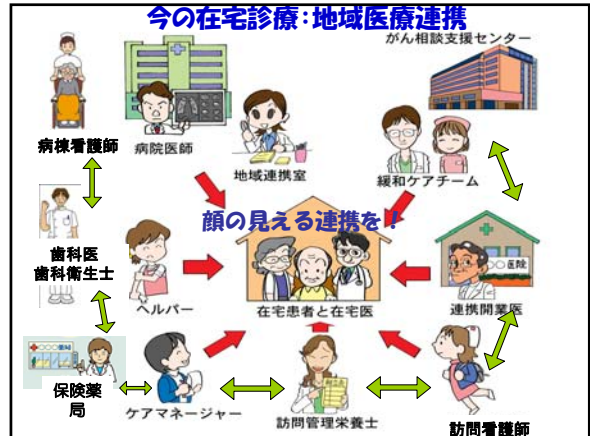
※ステーション空き状況のご連絡は、下記内容をご記入いただき、更新受付アドレスまで送信ください。  
更新受付メールアドレス: [info008@mlnoma.or.jp](mailto:info008@mlnoma.or.jp)

【更新受付メール記入内容】

施設名: \_\_\_\_\_  
空き状況をご記入ください  
○=3人以上  
△=1~2人程度  
×=欠入不可  
未=状況により対応(または不確定な場合)

月: \_\_\_\_\_  
火: \_\_\_\_\_  
水: \_\_\_\_\_  
木: \_\_\_\_\_  
金: \_\_\_\_\_  
土: \_\_\_\_\_

その他、特記事項など: \_\_\_\_\_



- ### まとめ
- 「地域の緩和ケア」を推進するためには
- 1) ソロプラクティスの一般診療所のネットワーク化  
: まずは仲間うちから、こじんまりと
  - 2) 多職種の有機的連携: 在宅ケアの根幹  
職種別連携の成熟
  - 3) 緩和ケアの標準化: 地域ケアレベルの向上 「基本的な緩和ケア」
  - 4) 地域連携の強化: 病院の緩和ケアカンファレンス、退院時カンファレンスでの在宅スタッフとの交流
  - 5) 緩和ケア専門サービス利用の向上  
(地域緩和ケアチームの活動強化・普遍化)
  - 6) 高齢者医療と緩和ケアの融合:  
エンドオブライフ・ケア End-of-Life care
- 日本版Gold Standards Frameworkへ

### 「あとは勇気だけだ!!」

サイボーグ009

「ミュートサイボーグ戦士アポロン」  
体を超高温まで発熱させることが出来、手の平から熱線を放射したり、指先からレーザーメスまで出せる

009の仲間は8人。全員が世界征服を狙う秘密結社ブラックゴースト団が作った試作品で、ひとりにひとつの能力しか持たされていない。  
でも、その仲間が協力することで、新型兵器を打ち負かしていく。仲間と勇気があれば、前に進める。  
まさに長崎在宅Dr.ネットの精神!


御清聴ありがとうございました。

Special thanks to; 在宅医療推進のための会

## 長崎大学病院における 緩和ケアチームの活動と地域連携

長崎大学病院麻酔科・緩和ケアチーム  
北條美能留

Palliative Care Team, Nagasaki Univ. Hosp.



### 長崎大学病院 概要

- 32診療科、26中央診療施設を有する総合病院
- 都道府県がん診療連携拠点病院
- 病床数 869床
- 1日平均外来患者数1500人
- 平均在院日数 17.9日
- 緩和ケア病棟なし




### 県がん対策推進条例：／長崎

全体目標

- がんによる死亡者数の減少  
75歳未満のがんの年齢調整死亡率(人口10万対)を20%減少させる。
- すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上
- 離島地域におけるがん診療の質の向上  
離島地域において化学療法及び緩和ケアの実施

がん対策基本法が06年6月に制定されたのを受け、島根、高知など4県が議員提案で同様の条例を設けている。

### 長崎県がん診療連携拠点病院(長崎大学)

がん診療センター


がん登録 外科 16診療科 緩和ケア 相談支援 放射線治療 研修・研究

2次医療圏  
がん診療拠点病院  
市立長崎市民病院  
日赤長崎原傷病院  
NHO長崎医療センター  
市立佐世保総合病院  
県立島原病院

協力・支援

国立がんセンター  
がん対策情報センター  
・がん医療情報提供  
・がん診療支援  
・がんサーベイランス  
・臨床研究支援  
・がん研究企画支援

地域の医療機関



### 新がん診療連携拠点病院整備指針


緩和ケアチーム(長崎県指針)

- 身体症状専門医 原則常勤、専任(専従)、1人以上  
(国がん等指導者研修受講者)
- 精神症状専門医 非常勤以上、1人以上(常勤、専任)  
(国がん等指導者研修受講者)
- 緩和ケア専門看護師 常勤、専従、1人以上  
(緩和ケア認定看護師、がん疼痛認定看護師)
- 薬剤師及び医療心理専門家(1人以上配置)

### 緩和ケアチームによる診療(加算)

- 悪性腫瘍やHIV患者などの身体症状または精神症状に対する専従チームによるケア。
- 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師(1名専従、1名専任)、専従の常勤看護師、専任の薬剤師の社会保険事務局への届出。
- 緩和ケア診療計画書に沿った診療を行うことにより400点/日(包括対象外)を主治医科が算定。
- 医療機能評価を受けていること、病院組織図上の位置づけなど(医科点数表の解釈:基本診療料の施設基準等、様式24)

Palliative Care Team, Nagasaki Univ. Hosp.





### がん性疼痛緩和指導管理料

(1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん疼痛の治療法に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。(100点)

(2) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度(疼痛の強さ、部位、性状、頻度等)、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

### がん性疼痛緩和指導管理料

The image shows two forms related to the cancer pain management fee. The left form is a checklist for the fee calculation, detailing patient information, medication, and management plans. The right form is a summary form for the fee calculation, including fields for patient ID, doctor name, and a table for recording the number of patients and the amount of the fee.

### 緩和ケアに関する主な改定内容

■がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実を評価

- がん性疼痛緩和指導管理料(点数の変更なし)
  - 【施設基準の変更】
  - 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること。
    - ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
    - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等
- 緩和ケア診療加算(入院1日につき) 300点 ⇒ 400点
  - 【施設基準の変更】
  - (1) がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。
  - (2) 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること。
    - ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
    - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

### その他のがんに関する事項

■がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受ける際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合を評価

○がん患者カウンセリング料 (新設) ⇒ 500点

※がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門的研修を修了した看護師が同席し、病態の進展等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定

認定看護師 9人

### 緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算の都道府県別届出件数

The image is a map of Japan with data points for each prefecture. It shows the number of cancer hospice inpatient beds and the number of palliative care fee additions. A red box highlights the data for Nagasaki Prefecture, showing 1 inpatient bed and 1 fee addition.

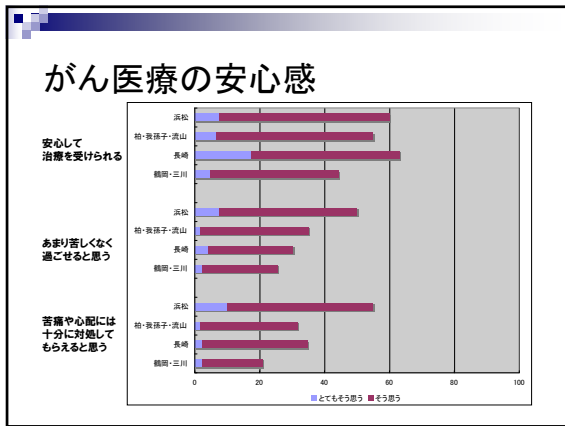
### からだの苦痛が少なく過ごせたか？

#### がん診療拠点病院における多施設連携調査 (Miyashita M, in submission)

The pie chart shows the results of a survey on patient satisfaction with pain relief. The data is as follows:

満足度	割合
非常にそう思う	50%
そう思う	25%
ややそう思う	10%
どちらともいえない	5%
あまりそう思わない	5%
そう思わない	5%
全くそう思わない	5%

苦痛の緩和に満足しているのは半数に過ぎない



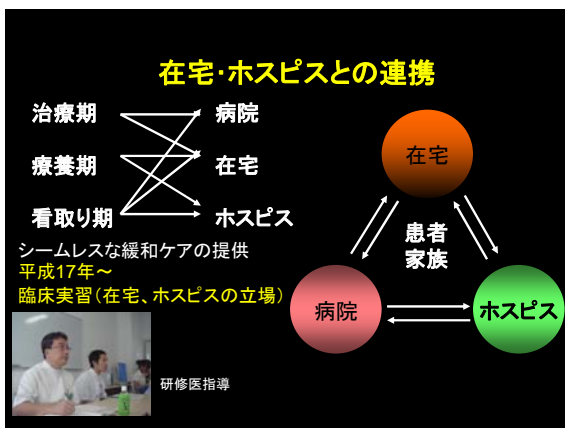
### 長崎大学緩和ケアチームの目的

病院の性格

- 治療を目的とした一般急性期病院
- 地域の中核病院のひとつ
- 臨床研修指定病院
- がん診療連携拠点病院

- 治療中からの苦痛症状の緩和 (苦痛症状による入院期間延長の回避)
- 地域医療との連携により患者の望む診療形態 (在宅、転院) へのスムーズな移行の支援
- 緩和ケアの普及、教育 (院内外、ホスピス、在宅)

Palliative Care Team, Nagasaki Univ. Hosp.



### チームの業務

- 身体症状担当医師及び看護師による毎日の回診。処方変更、検査などの依頼=コンサルテーション型の診療形態。(処方等の根拠となる文献、ガイドラインを明確にする)
- 抑うつ、不眠、せん妄など必要に応じて精神科医師による診察。
- 週1回のカンファランス・回診(チーム及び受け持ち看護師)
- 地域連携室とのカンファランス(週1回)
- 月1回の実務者委員会(活動状況の報告、チーム運営上の問題点) 事例検討会、院内外研修会
- 退院後は緩和ケア外来にてフォロー

Palliative Care Team, Nagasaki Univ. Hosp.

### 退院支援スクリーニング・アセスメントシート(続2)

● 退院支援の必要性	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要
● 在宅医療・相談支援の必要性	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要

長崎大学病院

### 在宅ハイリスクカンファランス

毎週水曜日 16:00～17:00  
長崎在宅Dr.ネット医師、長崎市内訪問看護ステーション看護師、栄養士、地域医療連携スタッフ、院内医療スタッフ

## 退院時共同指導

平成19年度 29件  
 平成20年度 86件  
 平成21年度 130件

### 【参加者】

#### 患者・家族

**院内** 主治医、担当看護師、緩和看護師、緩和医師、  
 地域医療連携センター担当者等

**院外** 在宅医師、訪問看護師、ケアマネジャー、  
 訪問薬剤師等

## チームの業務(研究会)

- 長崎県緩和ケア研究会(一般演題と特別講演)
- 地域連携懇話会(20名ぐらいの規模でディスカッション)
- 痛み治療の研究会(痛みの基礎と臨床)
- 緩和ケアナーシング研究会
- がん看護師育成事業(長崎県)
- 長崎緩和医療創薬開発・利用促進グループ  
 (各製薬企業における緩和医療への取り組み)

## チームの構成

### コアメンバー

身体症状担当(麻酔科)2名  
 精神症状担当(精神科)3名  
 看護師 1名  
 薬剤師 2名

↓  
 週1回のカンファランス  
 回診

### サポートメンバー

治療科医師  
 呼吸器科、消化器科  
 放射線科、整形外科

病棟看護師(各階1名)  
 地域医療連携室  
 栄養管理室

Palliative Care Team, Nagasaki Univ. Hosp.



## 緩和ケア診療依頼書

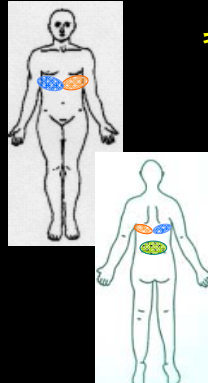
## 緩和ケア診療計画書

## 週間カンファランス

1. 新患紹介(5名程度)  
 (症状コントロール、鎮静ガイドライン、  
 輸液ガイドライン)
2. 退院、デスカンファランス
3. 病棟ケア状況(25~30名)

- 患者： 71歳 女性
- 診断： #1. 多発性骨髄腫  
#2. 帯状疱疹後神経痛（左胸痛）  
#3. 腰椎圧迫骨折（腰痛）  
#4. 癌性疼痛（右胸痛）  
#5. 右胸水
- 診療科： 血液内科
- 病棟： 11階
- 紹介理由： 疼痛コントロール

### 身体症状

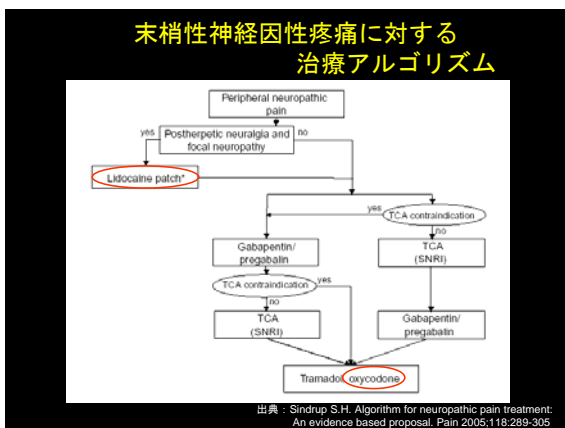
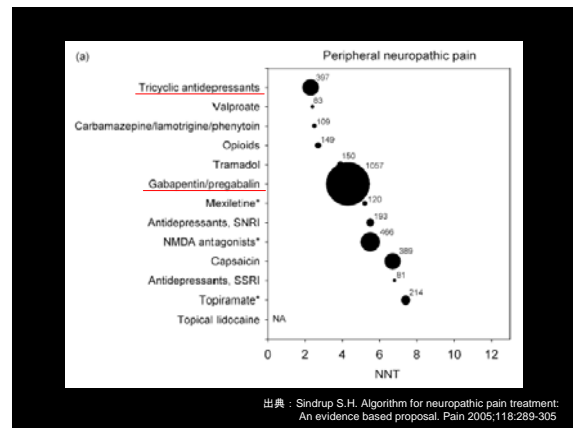


- 疼痛
  - 左胸痛（帯状疱疹後神経痛）  
持続痛：6-7/10、アロディニア：5/10  
知覚：10/10
  - 腰痛（腰椎圧迫骨折）
  - 右胸痛（癌性疼痛）
- 労作時呼吸困難
- 食欲不振

### 帯状疱疹後神経痛に対する各治療薬のNNT※

	Post - herpetic neuralgia
<i>Antidepressant (抗うつ薬)</i>	
<b>TCA</b>	2.1
<i>Anticonvulsant (抗痙攣薬)</i>	
<b>Gabapentin</b>	4.6
<i>Opioid</i>	
<b>Opioid</b>	2.6
<i>Various</i>	
<b>Topical lidocaine</b>	NA (not available)

※NNT=Numbers needed to treat  
出典：Sindrup S.H. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain 2005;118:289-305



### 帯状疱疹後神経痛に対する薬物の投与量別NNT & NNH※

Active drug daily drug dose	NNT	NNH
<i>Antidepressants</i>		
Amitriptyline, average 73mg	1.6	ns
Amitriptyline, average 65mg	4.1	ns
<i>Anticonvulsants</i>		
Gabapentin, 1200-3600mg	3.4	ns
Gabapentin, 1800-2400mg	5.1	11.2
<i>Opioids</i>		
Oxycodone, 20-60mg	2.5	ns
Morphine, average 91mg	2.7	11.3
<i>Topical lidocaine</i>		
Lidocaine gel, 5%	NA	ns
Lidocaine patch, 5%	4.4	ns

NA: dichotomized data are not available ns: relative risk not significant  
※NNH=Numbers needed to harm 出典：Sindrup S.H. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain 2005;118:289-305

## 緩和ケア計画

- 疼痛コントロール

オピオイド:オキシコドン 20mg 2×  
レスキュー:オキノーム(5) 1包 (1時間あけて使用可)  
外用薬:10%リドカインゲル

※鎮痛効果をみながら、Gabapentin(ガバペン®)、Amitriptyline(トリプタノール®)の使用開始も検討していく。

## 緩和ケアカンファレンス

患者氏名	性別	年齢	病期	病種	病歴
家族氏名	性別	年齢	職業	職業	職業
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設
退院希望	在宅	施設	施設	施設	施設

## 2 退院カンファレンス 多職種(病院機能評価)

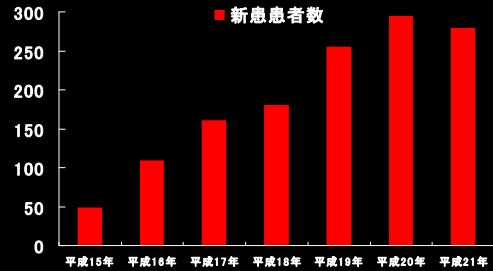
緩和ケアチーム  
(主治医)  
(病棟看護師)  
薬剤師  
精神科  
臨床心理士  
学生  
在宅Drなど

## 3. 病棟ケア状況(25~30名)

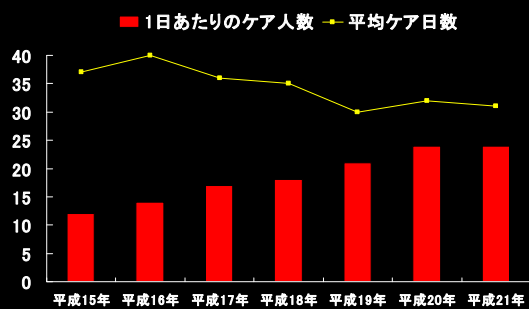
病棟	患者名	病期	病種	病歴
121	121	121	121	121
122	122	122	122	122
123	123	123	123	123
124	124	124	124	124
125	125	125	125	125
126	126	126	126	126
127	127	127	127	127
128	128	128	128	128
129	129	129	129	129
130	130	130	130	130

内容  
症状コントロール  
治療方針  
看護の問題点  
(家族)  
今後の療養先

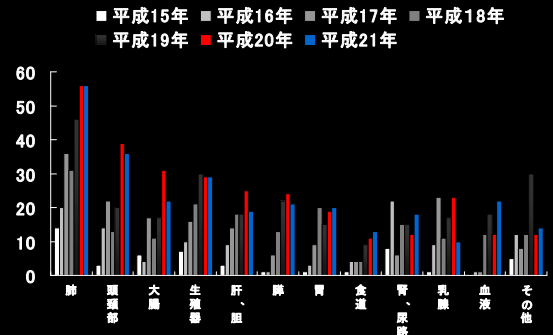
## 紹介患者数

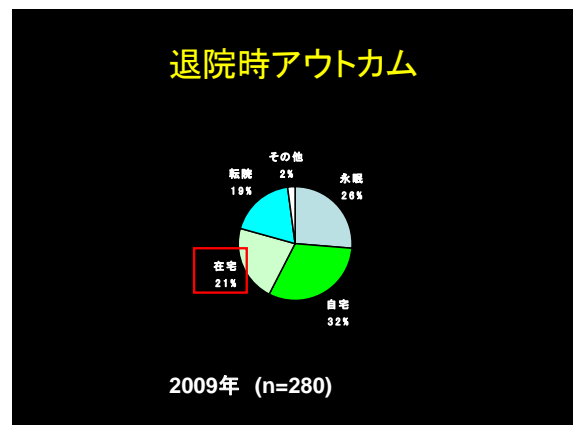
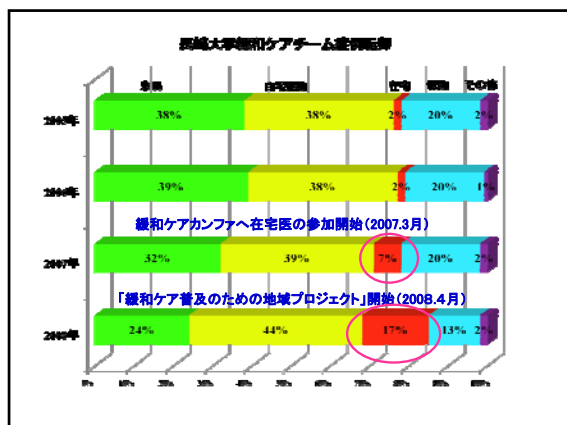
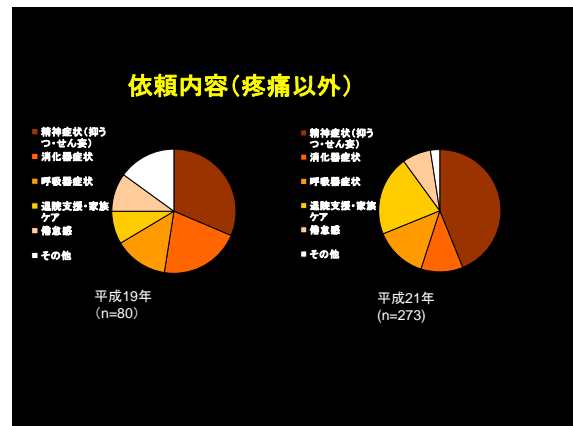
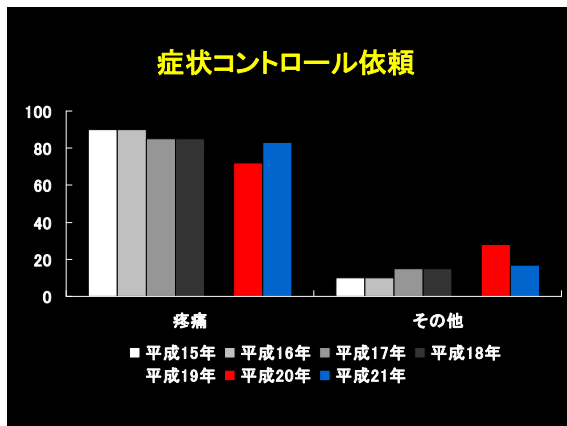


## 1日あたりのケア人数と平均ケア日数



## 原発部位





### あじさいネット 登録医師数 登録患者数

**あじさいネット**  
 大学病院を受診した患者が地域医療機関にかかった場合、その医療機関があじさいネットに登録し、患者の同意書を当センターにFAXすれば、当院の電子カルテの内容がオンラインで閲覧できるシステム。長崎大学病院はH21年4月に加入。

**情報提供病院** 平成22年6月現在  
 長崎大学病院、長崎市民病院、長崎原爆病院、光晴会病院、十善会病院、済生会長崎病院、聖フランシスコ病院、長崎医療センター、大村市民病院の10病院。

長崎大学病院へ患者登録依頼した医療機関数: 44  
 長崎大学病院の登録患者数: 569名。平成22年6月11日現在

### あじさいネット活用によるメリット(1)

- ① 初診紹介患者予約と紹介状の事前送付  
 Faxの誤送信や判読性を解決  
 事前に検査・診療準備が可能(受け手)
- ② 紹介患者のモニタリング  
 生涯学習としての役割(送り手)
- ③ 地域連携バスのサポート  
 電子パス  
 豊富な診療情報の提供

### あじさいネット活用によるメリット(2)

- ④ 在宅医療のサポート  
在宅現場からあじさいネットへのアクセス  
訪問看護と病院看護の連携
- ⑤ 調剤薬局との連携  
適切な服薬指導  
安全性の確保(禁忌 アレルギー情報)
- ⑥ 遠隔画像診断  
迅速性向上、ダブルチェック・トリプルチェック
- ⑦ 講演会、研修会等のビデオオンデマンド配信

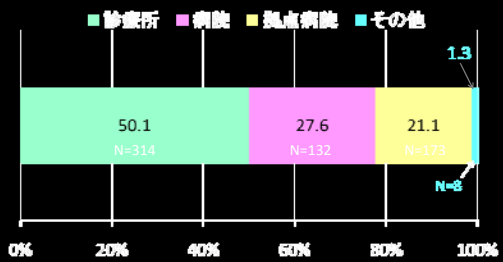
### 5大がんの地域連携クリティカルパス

- ・ がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。
- ・ がん医療の質と安全を保証しつつ均てん化に資する地域医療連携のツールであり、地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「全国のがん診療連携拠点病院において活用可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」班

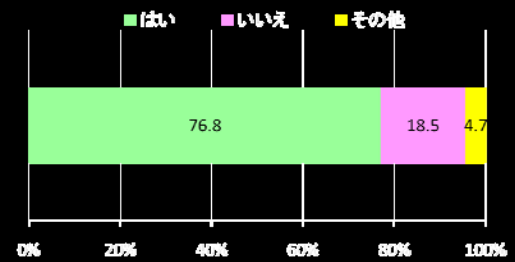
長崎大学病院がん診療センター

### 診療区分の割合



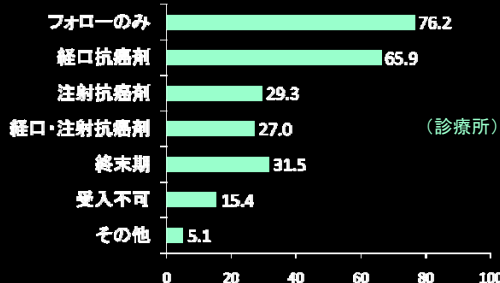
長崎大学病院がん診療センター

### がん経過観察の病診連携に興味は？



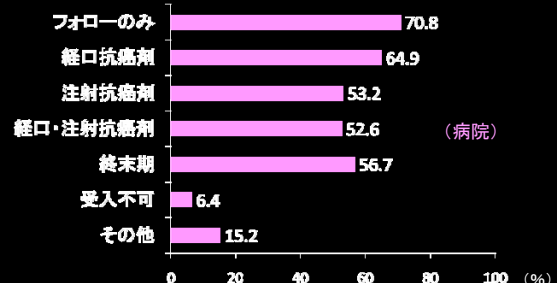
長崎大学病院がん診療センター

### どの程度の状態であれば受け入れ可能？

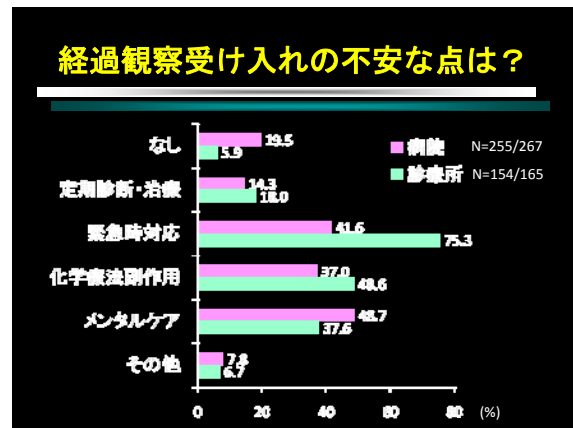
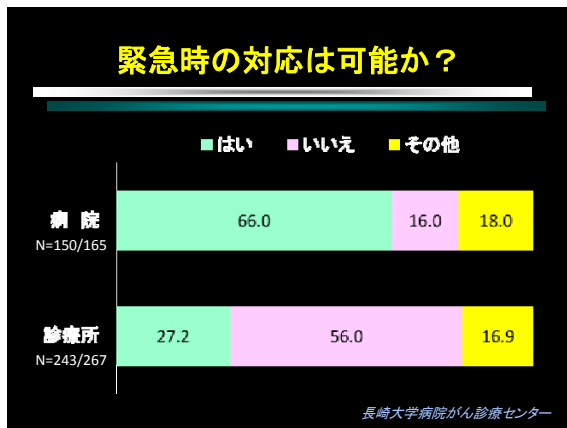


(診療所)

### どの程度の状態であれば受け入れ可能？



(病院)



### 長崎地域における「地域緩和ケアチーム」の組織

地域緩和ケアチーム	
医師	富安 志郎 (長崎市立市民病院)
	北條 美能留 (長崎大学病院)
	後藤 慎一 (日赤長崎原爆病院)
	加藤 周子 (聖フランシスコ病院)
	朝水 良介 (朝水在宅診療所)
	中尾 勘一郎 (ホームホスピス中尾クリニック)
	行成 壽家 (ゆきなりクリニック)
	松尾 誠司 (長崎宝在宅クリニック)
	中根 秀之 (長崎大学病院)
	蓬萊 彰士 (長崎医療センター)
神田 滋 (長崎病院)	
臨床心理士	長浦 由紀 (長崎大学病院)
薬剤師	松尾 英俊 (長崎市薬剤師会会長)
	龍 恵美 (長崎大学病院)
管理栄養士	池田 晴美 (聖フランシスコ病院)
看護師	船本 太栄子 (長崎市医師会訪問看護事業所)
	平山 美香 (長崎がん相談支援センター)
ケアマネジャー	福留 登貴子 (ケアプランセンターみなつき)
	戸村 孝章 (メディカルネットワーク)

緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)





## 第5回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「認知症と胃瘻」

話題提供： 横田 修（岡山大学大学院医歯薬総合研究科 精神神経病態学講座）  
花形 哲夫（山形県歯科医師会 理事）

日時： 平成22年10月22日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室

## 認知症患者における胃瘻

—特に生命予後とその関連の医学的問題について—

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科  
精神神経病態学  
横田 修

### 今日の話題：認知症と胃瘻

1. 栄養、褥創、肺炎に対する影響：既報告のまとめ
2. 生命予後：欧米からの報告のまとめ
3. 生命予後：鳥取の公立病院での結果（1999－2005年）
4. 生命予後：岡山の認知症専門病院（2002－2010年）
5. 事前意思表明：いくつかの気になること
6. 認知症高齢者の尊厳：終末期の尊厳、終末期に至るまでの長い期間の尊厳

**栄養 褥創 肺炎**

このような理解が普及している

「平穏死のすすめ」  
安らかな自取りを覚える

認知症に対する胃瘻は有用なのか  
すでに述べてきたように、高齢者の認知症患者に対する積極的な医療行為の代表として胃瘻の活用が広がっていますが、実は認知症患者を対象とした検討する有用性を示す十分な臨床データも、それも世界にはほとんど存在していません。

1. 米国の老年医学者、アムステルダム（Thomas E. Fineman）等は、医学雑誌 JAMA (1999; Vol.282:1366-1370) で、認知症の高齢者に対する経管栄養に関する過去の十三年間の医学論文を調査分析し、誤嚥性肺炎を予防するが、生存期間を延長するか、感傷を予防するか、身体的機能の改善や症状の緩和に貢献するかどうかについて調べ、これらの臨床的問題点を改めて論文で見出せなかつたこと、結果として「経管栄養は認知症高齢者には適当ではない」としています。

2. 米国の医師ハリス（D. S. Satchell）等は、米国内科化学生物学雑誌 (Am J Geriatrics) 2003; Vol.51:723-727 で、五年間に行った三百六十一例の胃瘻置設（PEG）後の予後を報告し、三月おび一年生存率は経管栄養が置設（PEG）後、経管栄養群が四割、経管栄養なし群が二割、その他の他の置設後、経管栄養群が七割、経管栄養なし群が三割と報告しています。

3. 米国の医師マクドナルド（Dr. Dhanrajaram）等は、その翌年の米国内科化学生物学雑誌 (Am J Geriatrics) 2004; Vol.52:565-569 で、PEGが置設されて数多く行われるようになったが、認知症の高齢者の栄養補助として使われた結果は、多くの論文を見るに、栄養状態も、生活の質も、生命予後も「統計学的に有意な差」が認められ、さらにPEGのバイオームであるガスタープ（Gastric pH）が「認知症の高齢者への適用は慎重な検討を要する」と述べていると報告しています。

### 胃瘻で栄養状態が改善するのか

Cioconら [Arch Intern Med 1988;148:429]			
平均82才、認知症37%、経鼻胃管54例、胃瘻か腸瘻16例			
体重	不変が62%	減少33%	増加5%
ヘモグロビン	不変が84%	低下9.5%	上昇5.2%
血清アルブミン	不変が88%	低下5.9%	上昇5.9%

Kawら [Dig Dis Sci 1994;39:738]			
平均74才、52%が認知症、13～18ヶ月観察			
血清アルブミン値	減少50%	増加38%	変化なし12%

胃瘻の症例でも栄養状態は不変や悪化の症例は多いのは確か、介入前後の比較が少ないので、有効か無効かを論じるデータがない

### 褥創、誤嚥性肺炎リスクは改善するのか

Peckら [J Am Geriatr Soc 1990]  
褥創は、経管栄養群21% 非経管栄養群14%

Bourdel-Marchassonら [Int J Qual Health Care 1997]  
観察期間中の褥創発生率 胃瘻群25% 非胃瘻群19%  
褥創が悪化した率 胃瘻群 6% 非胃瘻群57%  
観察開始時点の褥創保有率 胃瘻群66% 非胃瘻群14%

Peckら [J Am Geriatr Soc 1990]  
肺炎発生率 経管栄養群58% 非経管栄養群17%  
胃瘻置設後も肺炎は67%に見られた

Bourdel-Marchassonら [Int J Qual Health Care 1997]  
誤嚥性肺炎発生率 胃瘻患者39% 非経管栄養患者30%

胃瘻群と非胃瘻群とで患者背景が異なるので、二群を比較できず、褥創や肺炎に有効か無効かを論じるためのデータがない。

### 栄養、褥創、肺炎について：まとめ

1. 対照群との比較のないbefore-after studyか、患者背景の異なる二群を単純比較した研究しかない ⇒効果は不明。
2. 効果が不明であるのに、広く行われているのは問題との意見が、研究者の間では、多い。
3. 一方、『根拠がない』ということと、『効果が無い』ことは違うとの反論もある [Portnoi V: JAMA 2000, など]。
4. 私見：効果が不明な以上、胃瘻を行うことを積極的に推奨することはできない。しかし積極的に否定することも、医療現場では難しいと思える
5. 2003年、全米の重度認知症の入所高齢者の実に34%は経管栄養 [Mitchell: JAMA 2003] ⇒日本と同じ状況か

では、生命予後はどう言われているか

### 生命予後

非常に悪いと紹介している  
一般的な認識と思われる

「平穏死」のすすめ  
安らかな看取りを考える

生命予後は不良という文脈で必ず引用される論文  
ただ、研究手法はおかしい

### 生命予後について：自験例（2002年）

症例：82才、女性。アルツハイマー病。地方公立病院 精神科外来に娘と2-4週毎に通院。在宅。歩行は杖なし。娘の顔を見ても分からないことがある。しばしば大小便失禁。夕方になると「娘のご飯を作らないと、家に帰る」と言ったりする。認知機能は高度の低下だが、身体状態も含めて考えると、アルツハイマー病の中期から後期。

夏に食欲が低下し、衰弱。次いで発熱。近医で補液などしてもらっていたが、一食に数口しか食べない状況が一カ月持続。娘さんと相談して、一時的な胃瘻での栄養の可能性を含め、身体状態改善のための治療を内科に依頼し、入院。

内科主治医から娘さんに説明「認知症で胃瘻にしても、一年生存率は10%ですよ。すでに研究で分かっていますから」  
娘さんが精神科に来て「母親は余命一年なんですか？」

その研究はどんな研究か

### 生命予後は不良という文脈で必ず引用される論文

Survival Analysis in Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Feeding: A Worse Outcome in Patients With Dementia

①群：咽頭部腫瘍患者群 65例  
②群：脳卒中 120例  
③群：認知症 103例  
④群：その他 73例  
に分けて胃瘻造設後の生命予後を検討

身体疾患による認知機能低下は否定されている。  
しかし、身体疾患については述べられず、生命予後への影響も一切検討していない

認知症の診断を、誰が、何を基準にしたのか、記載はない(精神・神経領域の論文ではありえない)

Figure 3. Life table analysis of patients undergoing gastrostomy insertion.

- 認知症群の生存率が悪いから、認知症患者の予後は悪いと結論
- 年齢以外の身体的因子の影響は統計的に調整せず ⇒ 癌、心不全、糖尿病などのためではないと、なぜ言えるのか
- 認知症の影響を後方視的に調べるなら、①生存曲線の差以外に、②認知症が独立したリスク因子か、多変量解析するのが一般的

他の既報告データもSandersらと同じなのか

### 並べてみると更にSandersらの偏りが際立つ

認知症比率%	認知症定義	胃瘻時年齢	生存率%					
			6M	12 M	24 M	36 M	48 M	
1.100	CPS	—	—	90	15	—	—	—
2.92.2	CDR	89.3	76	62	45	25	10	—
3.87.2	—	84	75	50	15	—	—	—
4.84	84.9	70	50	—	—	—	—	—
5.100	—	83.3	56	—	—	—	—	—
6.100	>FAST 6d	84.8	50	—	—	—	—	—
7.100	—	—	—	45	20	—	—	—
8.100	—	77.1	19	10	—	—	—	—
9.100	—	—	15	—	—	—	—	—

① Mitchell SL. Arch Intern Med. 1997. ② Abuksis G. Am J Gastroenterol. 2000. ③ Golden A. Nurs Home Med. 1997. ④ Dwiatzky T. Clin Nutr. 2001. ⑤ Nair S. Am J Gastroenterol. ⑥ Meier DE. Arch Intern Med. 2001. ⑦ Grant MD. JAMA. 1998. ⑧ Sanders DS. Am J Gastroenterol. 2000. ⑨ Murphy LM. Arch Intern Med. 2003.

Sandersらの生命予後は、他に比して極端に悪いとわかる  
年齢も極端に若いと分かる

### 生命予後：既報告データからわかること

- 胃瘻群と非胃瘻群を無作為に割り付けした論文は、倫理的観点から過去に一本もない ⇒ 胃瘻の延命効果は不明
- Sandersの一年生存率10%は頻りに引用される。しかし研究方法に問題があり、結論には飛躍がある。
- Sandersの対象の胃瘻造設年齢は極端に若い ⇒ 他と異なる身体的背景を推測させる。
- Sandersは、人の顔が分からないのは認知症と述べていることも驚き ⇒ せん妄は？ 早期死亡に関連。
- 既報告の一年生存率は10-90%と大きくばらつく ⇒ 認知症患者は身体的に多様であることの裏付け
- とにかく、極端な結果を臨床現場で一般化するの是不適切

倫理面の前に、まず自分で生物学的データを出してみる

### 鳥取市立病院外科の胃瘻311例(1999-2005)

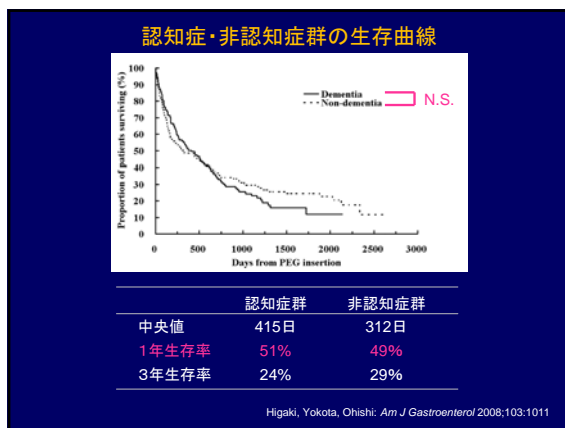
	認知症143例	非認知症168例	P値
胃瘻時年齢	83.7 ± 7.5	78.8 ± 11.3	<0.001
脳血管障害 (%)	53.1	76.8	<0.001
パーキンソン病 (%)	13.3	11.3	0.596
悪性疾患 (%)	10.5	17.3	0.088
慢性心不全 (%)	23.8	17.9	0.198
虚血性心疾患 (%)	3.5	6.5	0.225
尿路感染 (%)	14.7	13.7	0.802
せん妄 (%)	3.5	4.8	0.578
糖尿病 (%)	19.6	34.5	0.003
褥瘡 (%)	26.6	25	0.752
肺炎 (%)	35	38.7	0.498
胃全摘 (%)	2.8	5.4	0.261
血清アルブミン値	2.9±0.5	2.9±0.6	0.672
血中ヘモグロビン値	11.0±2.0	10.9±2.3	0.583
CRP値	2.5±3.1	3.5±3.9	0.025
白血球数	7099±3361	8108±3653	0.013
血小板数	22.1±8.8	23.2±10.4	0.297

Higaki, Yokota, Ohishi. Am J Gastroenterol 2008;103:1011

### 胃瘻となった理由

	認知症 (%)	非認知症 (%)	p値
脳卒中による嚥下障害	44.1	71.4	<0.001
食欲低下による摂食量減少	35.7	0	<0.001
頭部外傷・硬膜下血腫後の摂食量減少	3.5	3.6	0.972
パーキンソン病による摂食量減少	3.5	4.8	0.578
脳腫瘍による摂食量減少	1.4	1.8	0.787
身体疾患による摂食量減少	2.8	4.2	0.515
他の神経疾患による摂食量減少	3.5	5.4	0.43
その他	5.6	8.9	0.263

Higaki, Yokota, Ohishi. Am J Gastroenterol 2008;103:1011



### 死亡に関するリスク因子(年齢調整した単変量解析)

	Odds比	95% 信頼区間	P値
80歳以上の胃瘻造設	1.849	1.408-2.430	<0.001
男性	1.557	1.189-2.040	0.001
血清アルブミン値2.8 g/dL未満	2.441	1.838-3.243	<0.001
血中ヘモグロビン値9.5 g/dL未満	1.945	1.440-2.628	<0.001
白血球数(cells/mL)	1.000	1.000-1.000	0.305
血小板数(104/mL)	0.988	0.973-1.003	0.107
CRP値 (mg/dL)	1.035	1.002-1.069	0.039
<b>認知症</b>	<b>0.890</b>	<b>0.680-1.165</b>	<b>0.396</b>
せん妄	1.529	0.833-2.806	0.170
悪性腫瘍	1.736	1.222-2.465	0.002
脳血管障害	0.825	0.629-1.084	0.167
糖尿病	1.157	0.867-1.543	0.321
尿路感染症	0.914	0.629-1.329	0.639
慢性心不全	1.423	1.040-1.947	0.027
褥瘡	1.295	0.968-1.733	0.082
虚血性心疾患	0.819	0.434-1.547	0.538
パーキンソン病	0.909	0.608-1.360	0.644
肺炎	1.377	1.059-1.791	0.017
胃全摘後	3.599	2.034-6.368	<0.001

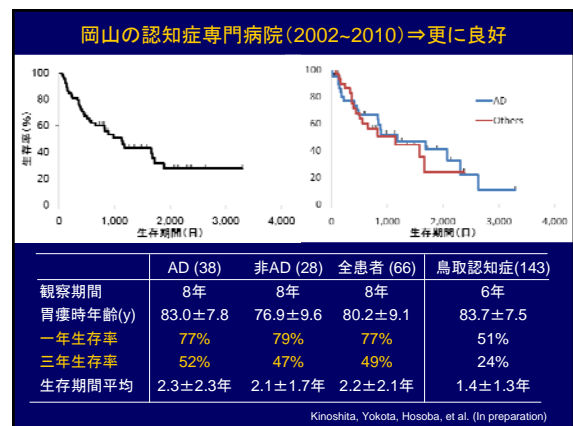
青字の項目と認知症を多変量解析へ入れると

### 死亡に関するリスク因子(多変量解析)

	Odds比	95% 信頼区間	P値
胃全摘後	2.619	1.367-5.019	0.004
血清alb < 2.8 g/dl	2.081	1.490-2.905	<0.001
80歳以上の胃瘻造設	1.721	1.234-2.399	0.001
慢性心不全	1.541	1.096-2.168	0.013
男性	1.407	1.037-1.909	0.028
悪性腫瘍	1.377	0.908-2.087	0.132
血中Hb < 9.5 g/dl	1.225	0.852-1.761	0.273
<b>認知症</b>	<b>1.086</b>	<b>0.805-1.465</b>	<b>0.588</b>
肺炎	1.054	0.787-1.412	0.724
CRP値	1.009	0.970-1.049	0.668

では、認知症病棟や介護施設患者の生命予後はどうか?

Higaki, Yokota, Ohishi. Am J Gastroenterol 2008;103:1011



鳥取と岡山のデータの位置づけは？

認知症 %	認知症 定義	PEG時 年齢	生存率%				
			6M	12 M	24 M	36 M	48 M
1. 100	CPS	—	—	90	15	—	—
2. 100	岡山AD	83.0	83	77	64	52	43
3. 100	岡山合計	80.2	84	77	60	49	43
4. 100	岡山非AD	76.9	88	79	56	47	44
5. 92.2	CDR	89.3	76	62	45	25	10
6. 100	鳥取外科	83.7	66	51	33	24	16
7. 87.2	—	84	75	50	15	—	—
8. 84	—	84.9	70	50	—	—	—
9. 100	—	—	45	20	—	—	—
10. 100	—	83.3	56	—	—	—	—
11. 100	>FAST 6d	84.8	50	—	—	—	—
12. 100	—	77.1	19	10	—	—	—
13. 100	—	—	15	—	—	—	—

- 生命予後: われわれの結果からわかること
- 認知症高齢者と非認知症高齢者の生存期間は同等の可能性
  - 80歳以上、男性、低アルブミン、慢性心不全、胃垂全摘既往は予後不良因子の可能性あり。胃瘻前に説明すべき
  - 3年生存率は、胃瘻目的で外科に来る認知症患者で約25%、認知症病棟や介護施設の認知症患者で約50%、最も一般的な施設入所のアルツハイマー病で52% ⇒ 対象によっては延命効果は顕著となる
  - 栄養状態、褥創、肺炎に対する効果も、きちんと検証した方が良いかもしれない。
  - 今後必要な議論は、『延命効果がないから胃瘻はしない方がよい』というものではなく、『延命効果はあるだろうけれど、するか、しないか』ということかもしれない。

- 胃瘻の事前意思表示: 認知症初期では遅いかも
- 認知症早期でも治療同意能力は低い可能性。次の質問は早期ADの患者さんは、ほとんど答えられない。  
『症状は何ですか?』『病氣と思いますか?』『病名は何ですか?』『症状は今後どうなりますか?』『薬の効果はどんなふうに使われましたか?』『薬の良い点、悪い点を説明して下さい』
  - 状況によって、必要な同意能力の程度は異なる  
安全で有効性が高い治療に同意 ⇒ 低い同意能力でもよい  
安全で有効性も高いのに不同意 ⇒ 高い同意能力が必要  
危険で有効性も低いのに同意 ⇒ 高い同意能力が必要
- 事前同意に際し、健康者、早期認知症の方々は、認知症のどんなイメージに基づいて、価値判断するのだろうか？

認知症の疾患イメージ

初診時に良くある認知症のイメージ

- 子供の顔も分からない、便をもらす、汚い、家族が大変、「生きていること」自体が周囲から望まれていない

初診時にまず知られていない疾患イメージ

- 進行すると寝たきり、嚥下不能、死亡
- 認知症の人が不幸になるかはケアの質で決まる
- ケアの本質は、壊れかけた家族関係の再構築と、本人の尊厳を取り戻すこと

健康	記憶力低下	構成障害	徘徊	歩行障害	嚥下障害	死亡
	発症	前終末期			終末期	

終末期の尊厳は大切。しかし、もっと長い、終末期の前の期間も、認知症高齢者では尊厳を維持することは簡単ではない





**重度の人にこそ丁寧なアプローチが要る**

Institution-centered care	Person-centered care
非家庭的環境におけるケア	家庭的環境におけるケア
広いダイニング、硬い日課	台所、トイレ、風呂
リノリウムの床、殺風景	居間、畳、ふすま、木目、植物
50人での食事、家具がない	調理のにおいや音
大人数型ケア	少人数型ケア
50人で暮らす	10人程度で暮らす
一括管理型の理念	個人中心の理念
安全、清潔、睡眠を優先	本人の意思、好み、選択権を優先
本人の希望や欲求は無視	本人の希望や欲求を重視
スタッフと患者は別の社会を形成	スタッフと患者は同じ社会を形成
スタッフ内で役割分担・効率化	スタッフ間の役割分担はゆるめる
薬物で行動を減らして業務を遂行	行動を減らすとニーズが分からない

Yokota, Fujisawa, Sasaki. Alzheimer Dis Res J 2008





健康	記憶力低下	構成障害	徘徊	歩行障害	嚥下障害	死亡
	発症			前終末期	終末期	

長い前終末期の尊厳が貧しい状況のまま、終末期だけ尊厳を尊重、と言っても意義は半減 04.07.29

**おわりに①**

- 個人的には「胃瘻をすると4人に1人以上は3年生きる。その期間に価値があると考えて面会で大切に過ごす人もいれば、食事を摂れなくなったら自然死が良い、という考えもある。答えはないんです」と言っている。
- 『胃瘻は効果がないからしない』という単純な論理ではなく、『延命効果はありそうだが、その意義をどう考えるか』という家族との話し合いが必要。
- 医療やケアの個性性が言われるが、人生最後のあり方は最も個性性が尊重されるべきことと思われる（自分の最期は自分で決める）。「スウェーデンではないから」という話は?? 「スウェーデン人がしたら、あなたもするのですか?」。われわれの死生観、宗教、自律の考え方を踏まえて、最終的には個性性の確保を。

**おわりに②**

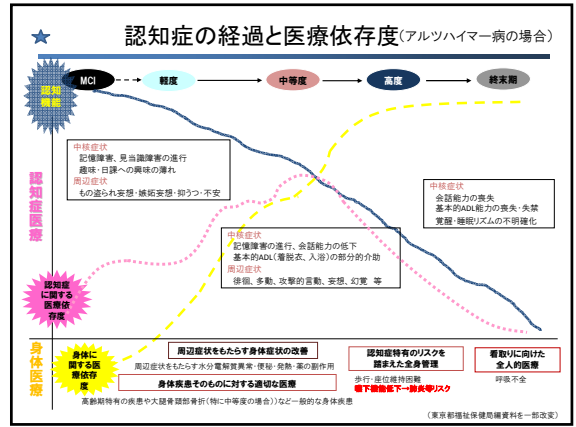
- 結論を出していく過程で、家族には、本人の人生を振り返り、終末期や人間の価値に考えを巡らせてもらいたいと思っている。
- 方針は、カンファレンス室ではなく、身動きできない本人の脇で、医師が家族から本人の昔話を聞いたりしているうちに、決まっていくように思う。
- 本人意思を事前に表明するとしたら、その時期は、認知症初期でも、もう遅いかもしれない。
- 施設ケアの質の改善と、終末期の胃瘻の議論は、尊厳の尊重という点で、連続している。両方に目を配らなければ、意味がない。

ご静聴、ありがとうございました

## —緩和ケア—

### 認知症高齢者における歯科の関わり

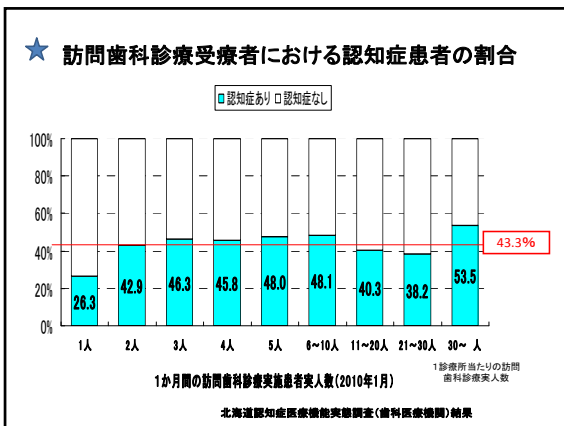
花形 歯科医院  
花形 哲夫



## 認知症高齢者を取りまく現状 (歯科関連を中心に)

### 認知症高齢者の現状

- 超高齢者社会の中で、150万人を超える認知症患者がいる。
- 要介護状態になった原因疾患において認知症は14%で第2位です。(H19年国民生活基礎調査)
- 要介護高齢者の半数近くが認知症を患っており、**訪問歯科診療を依頼された患者の中にも多くの認知症患者が含まれている。**



### ★ 訪問歯科診療を行う上で認知症への理解は必須である!

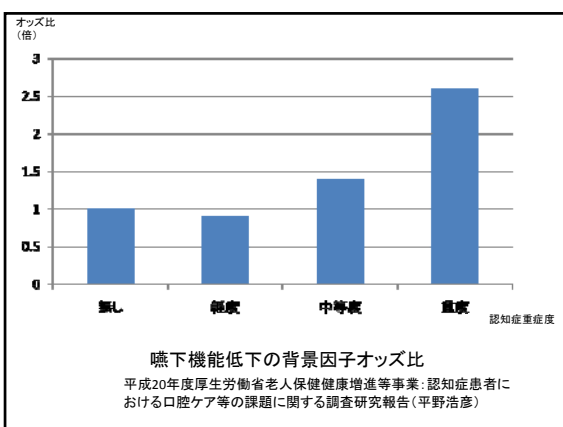
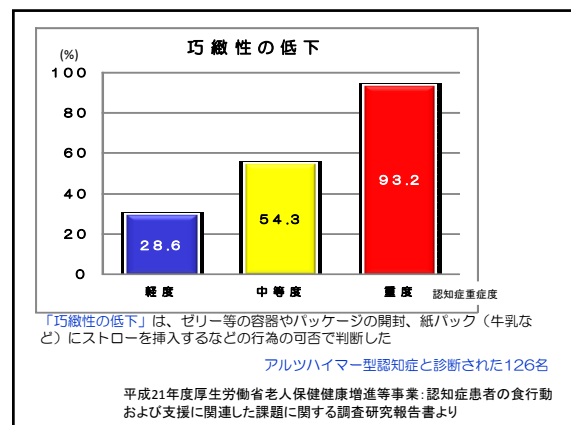
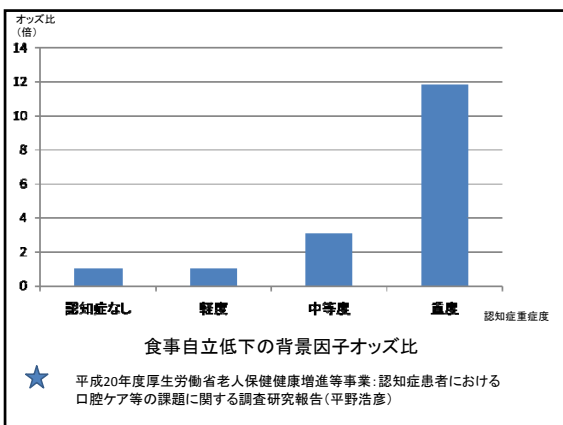
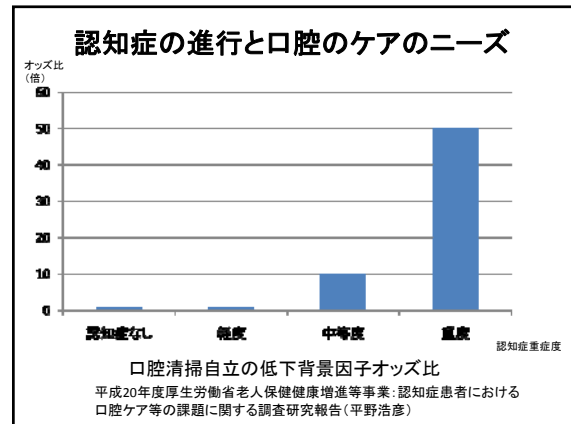
↓

### 認知症の進行とともに口腔関連のケアニーズはどう変化するのか?



★

## 認知症重症度別における 口腔関連問題(食行動を含む)の 実態把握



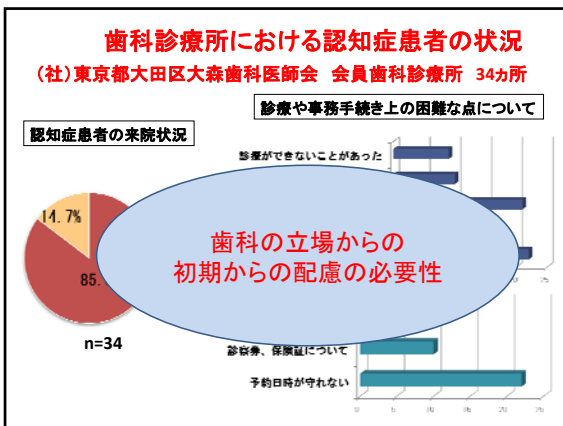
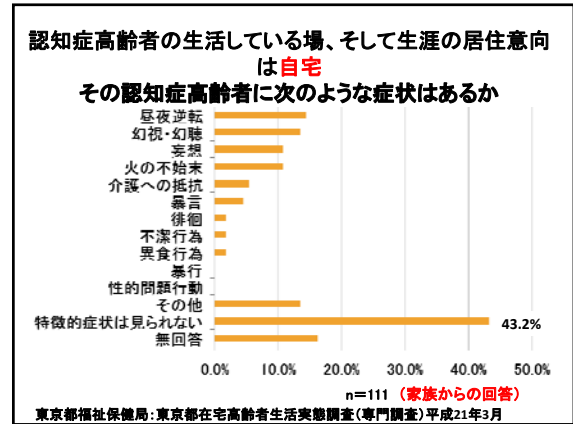
**調査データから確認されたこと**

認知症高齢者の歯科関連ニーズは、  
認知症の進行に伴い変化する

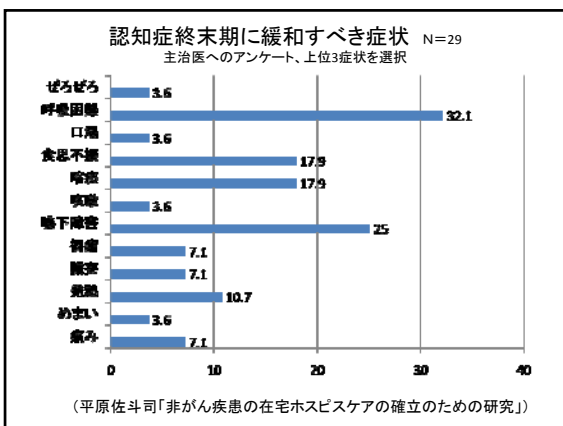
↓

**予知性を持った対応が  
歯科医療従事者に求められている!**

軽度認知症の方への  
歯科からのアプローチ



重度化した認知症の方への  
歯科からのアプローチ




認知症が進んだケース

- 痛みや不快感の表出がうまくできない
- 口腔ケアを拒否する
- 摂食行為の異常が頻繁に認める
- 急に食事が減る、食べなくなる
- 異食など
- 口腔内に何らかの問題がある場合もあるので注意が必要!
- 自発的訓練は難しく、環境改善的なアプローチが主体となる

**口腔内の症状をうまく表出できない**

見過ごしてしまう ↓

**重篤化の原因になることもある**



**口腔内を良く観察することが重要**

**認知症患者における  
歯科治療の目標・方針設定**

- 患者が認知症の(特にADなど進行性疾患において)どのステージにいるかを知ることは、その後の経過を予測することを可能にし、歯科治療の目標設定に重要です。
- 治療方針の決定に、患者のQOLに対する評価とともに家族(介護者)の介護負担度や満足度に対する考慮も必要です。

**FAST (Functional Assessment Staging)  
に対応した口腔機能の変遷とその対応**

FAST stage	臨床症状	FASTにおける特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔機能(摂食・嚥下機能)	口腔ケア(支援・介助)
1 認知機能の障害なし	正常	・主観的および客観的機能低下は認められない。	正常	正常	健全者と 同じ対応
2 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	・物の置き忘れを訴える。 ・啜語困難。	正常	正常	健全者と 同じ対応
3 軽度の認知機能低下	境界状態	・熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。 ・新しい場所に旅行することは困難。	従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃にむらが生じる。 新しい清掃器具、手技などの指導の受け入れが困難となるケースがある。	正常	認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性のある時期である。

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔機能(摂食・嚥下機能)	口腔ケア(支援・介助)
4 中等度の認知機能低下	軽度AD	・夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。	従来のブラッシング法は何かと保持されるものの、口腔清掃状況に低下を認める。 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れは極めて困難となる。	正常	複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の自立を促すことが必要となる。 一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い。
5 やや高度の認知機能低下	中等度のAD	・介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。 ・入浴させる時に、なだめすかさずなどの説得の必要性が出現する。	自らのブラッシング行為は遂行困難となる。	認知機能の低下により、先行期に障害を認めるケースがある。 食事摂取に偏りが出現し、自己の嗜好性に合った品目のみの摂取などを認めることがある。	口腔清掃を促すことにより口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある。 対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要となる。

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔機能(摂食・嚥下機能)	口腔ケア(支援・介助)
6 高度の認知機能低下	やや高度のAD	・不適切な着衣。 ・入浴に介助を要する。 ・入浴を嫌がる。 ・トイレの水を流せなくなる。 ・尿、便失禁。	セルフケアが困難となる。 清潔行為が困難となるためブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを提示するとブラッシング行為を行うことがある。ただし、清掃行為としての認識は低下。	先行期障害が顕著。 食具の使用が限られる。 摂取・嚥下機能は保持されているが、一口量、ペースが不良となりそれが原因でむせ、食べこぼしなどが出現する。 軽減する配慮が必要となる。 使用可能な食具を選択する。その際、一口量が過剰にならない配慮が必要となる。 食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である。	口腔清掃は一部介助が必要となり、全介助のケースもあるが、対象者の不快感を極力軽減する配慮が必要となる。 食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である。

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔機能(摂食・嚥下機能)	口腔ケア(支援・介助)
7 非常に高度の認知機能低下	高度のAD	・言語機能の低下。 ・理解しうる語は限られた単語となる。 ・歩行能力、着座能力、笑う能力の喪失。 ・昏迷および昏睡。	セルフケアが顕著に困難となる。	食具の使用が困難となる。 多くの場合、嚥下反射の遅延が認められるものの、咀嚼機能は保持されている。 姿勢の保持が困難となり、そのため摂食・嚥下障害が出現する。 廃用症候により摂食・嚥下障害の出現も認められる。	口腔清掃は全介助となり、口腔内感覚の起を目的に食事提供前の口腔ケアも効果的なケースがある。 食事環境(配膳、食形態、姿勢など)の整備に配慮が必要となり、食事の一部介助から全介助となるケースや、さらには経口摂取が困難となり経管栄養などの方法も必要となる。

(参)平野浩彦他、認知症を支える口腔のケア、東京都高齢者研究・福祉振興財団、2007

**事例:AD進行に伴い、  
口腔ケア:一部介助～全介助  
胃瘻造設**

患者名:N・M, 性別:女, 年齢:66歳,  
 診断名:初老期認知症(アルツハイマー型認知症),  
 てんかん, 骨粗鬆症  
 主たる介護者:娘  
 日常生活自立度  
 障害高齢者の日常生活自立度:A2→B2→C2  
 認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅱb→Ⅲb→M  
 要介護度:要介護2→4→5  
 服薬:アリセプト錠・デバケン

**経過概略**

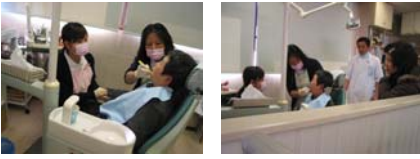
H19年 5月初老期認知症(アルツハイマー型認知症)  
 H19年12月14日～在宅療養時、  
 介護支援専門員より紹介→**歯科外来受診**  
**歯科治療・口腔ケア**  
**食事:自食**  
 H21年 2月～ N施設への週末の短期入所  
 H21年12月24日:  
 認知機能の低下、家族への介護負担の増加に伴い  
 N介護老人保健施設入所  
 長谷川式簡易知能評価スケール:0点  
 (質問のオウム返し)  
**訪問歯科診療:2回/月**  
**施設主治医に口腔ケアに関する情報提供**  
**口腔ケア:全介助**  
**食事:一部介助 形態:常食 小刻み**

**口腔ケアの実際 通院時 (H19年12月～)**



患者および介護者への口腔ケア指導、  
 当初は緊張もあり、拒否が見られた。  
 鏡で口腔内を観察しての口腔ケア  
 (手続き記憶はある)  
 自立支援  
 FAST Stage3:軽度の認知機能低下  
 従来のブラッシング法は保持されるものの、  
 口腔清掃にむらが生じる。  
 摂食嚥下機能異常ない。

認知症の進行に伴い、口腔ケア:一部介助  
 家族の同席により安心感を与える。



FAST Stage4:中等度の認知機能低下  
 従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃状  
 態は低下。単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の  
 自立を促すことが必要となる。一部介助も必要となる。  
 摂食嚥下機能異常ない。

**N老人保健施設 入所時(21年12月～)**



施設主治医・看護・介護職との協働  
 訪問歯科診療開始  
 認知機能の低下に応じた対応  
 :口腔ケアは全介助  
 摂食嚥下は一部介助  
 FAST Stage5・6:高度の認知機能低下  
 口腔清掃は一部介助また全介助である。清掃  
 行為としての認識は低下している。不快感の軽  
 減を配慮する。  
 摂食嚥下機能は先行期の障害が顕著で、  
 使用可能な食具を選択する。その際、一口量・  
 ペースが不良となり、むせ・食べこぼしがある。  
 食事の配膳などにも配慮が必要となり、一品ご  
 とに提供することも効果的である。

H22年 1月 7日 摂食嚥下不良  
 1月19日 摂食拒否  
 (施設主治医を通して紹介)  
 Y病院(耳鼻科):咽頭・喉頭部の疾患なし  
 N脳神経外科診療所:MRにて脳幹部異常なし  
 機能不全なし  
 1月20日 J病院(内科・脳神経外科)  
 :MRにて異常なし・嚥下機能不全なし  
 食思不振  
 1月26日 **口腔ケア継続**  
 摂食嚥下は時間をかけて可能  
 食事形態:ミキサー  
 食事摂取なし、一時的に可能  
 口腔内乾燥 脱水 熱発  
 4月23日  
 発熱:37～38.8° SpO2:86% チアノーゼ  
 5月 5日  
 血液検査CRP:49.3 白血球数:18,510

5月6日 肺炎 脱水にて、N施設よりJ病院入院  
 6月26日 食事行為の拒否継続  
 認知症の重症化に伴い胃瘻造設

7月10日～  
 J病院主治医より情報提供  
 J病院への訪問歯科診療  
 口腔ケア・口腔機能評価  
 訪問歯科診療により口腔ケア・摂食嚥下指導

**胃瘻造設後、急性期病棟に訪問(7月17日)**  
 体調安定、訪問診査・診療



FAST Stage7:非常に高度の認知機能低下  
 口腔清掃は全介助です。  
 嚥下反射の遅延はあるが、(摂食)嚥下機能は  
 保持されている。  
 経口摂取が困難となり経管栄養(胃瘻)の方法  
 が必要となる。

意思疎通困難





口腔内乾燥(+)  
 舌・口蓋部 痰付着(+)  
 舌苔(+)  
 破折歯の処置

口腔ケアは全介助






歯科衛生士によるスポンジブラシを使用し  
 保湿しての口腔ケア・指導、及び唾液腺マッサージ

訪問時口腔ケア (7月26日)




口腔内乾燥(+)  
 舌機能評価、意思疎通の可能性が伺えた




看護師と協働しての歯科衛生士による口腔ケア・指導

訪問口腔ケア (8月9日)




歯頸部歯垢(+)  
 舌苔(+)



主介護者への口腔ケア(歯ブラシ)指導






歯科衛生士より舌苔の除去を看護師・主介護者に指導

「娘さんの飲んでいるものを欲しがる」  
「食」への関心、「食べさせたい」

摂食嚥下機能評価・指導



頸部聴診

簡易嚥下誘発試験(S-SPT)  
改訂水飲みテスト(1~3CC)+頸部聴診



味覚刺激(間接訓練)による摂食・嚥下機能の維持



療養病棟における訪問時口腔ケア  
(9月27日)



開口指示に反応

スポンジブラシの使用

唾液腺マッサージ



味覚刺激訓練

食への関心

・「介護者が飲んでいるものを欲しがる」  
介護者の思い →

↓

食への関心

簡易嚥下誘発試験(S-SPT)  
改訂水飲みテスト(3CC)+頸部聴診

↓

味覚刺激(間接訓練)による摂食・嚥下機能の維持・・・「味わい」

### 事例: AD進行に伴い、胃瘻造設

在宅療養

訪問歯科診療初診時:

暴言・異食行為・失禁

経口摂取可能・口腔ケアは全介助



主介護者: 奥様

- 在宅療養への希望
- 口腔ケアへの協力

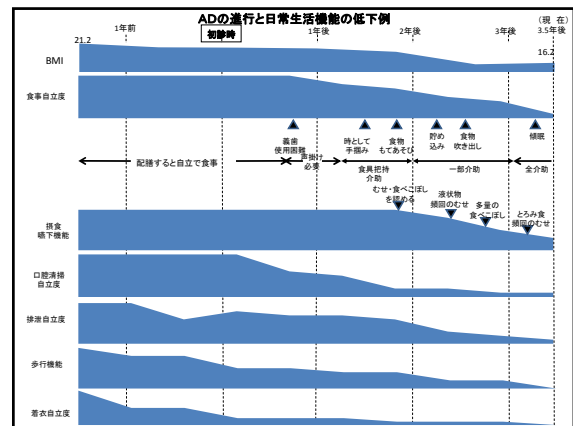
### 胃瘻造設後、在宅療養

- 「スプーンの水を飲みました。」
- 水分摂取機能評価
- 声掛けへの反応

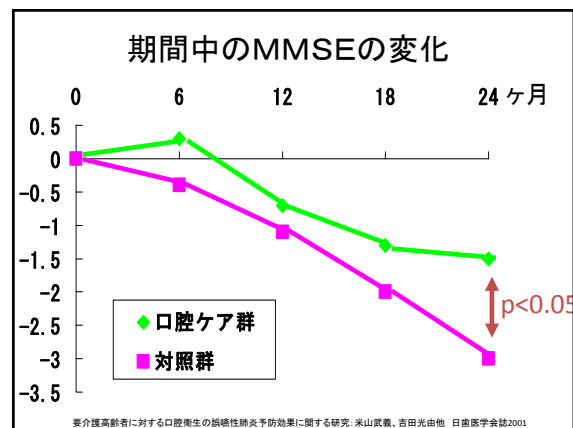


奥さまの思い  
気配り・目配り・手配り

### 日常の生活自立度と 口腔領域機能の関連性



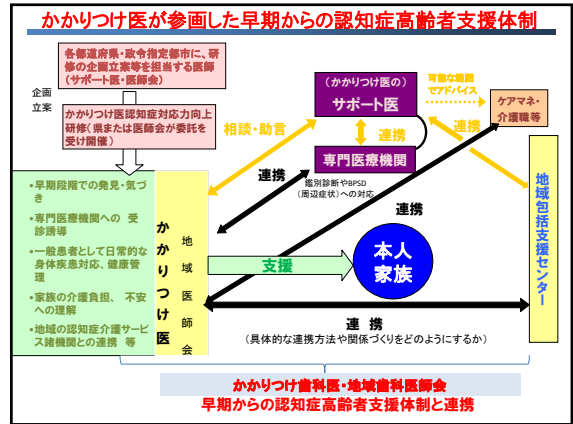
### 口腔ケアと認知症



### 認知症高齢者における 歯科の関わり

- 感染予防
- 患者の尊厳、家族を重視しての  
QOLの維持向上

経口摂取





## 第6回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「日本における緩和ケアのあゆみ」

話題提供： 鈴木 荘一（鈴木内科医院 院長）

日時： 平成22年12月10日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区平河町2-4-3  
ホテルルポール麹町 3階「アメジスト」

## 緩和ホスピスケア ～訪問見学からの歩み～

“実地医家のための会”元世話人代表  
“緩和ホスピスケア”紹介者  
“日本プライマリ・ケア学会”元副会長

鈴木内科医院・鈴木荘一

## 開業医になり、胃癌の多いのに驚く

- 私は、東京医科歯科大学卒業後(昭和29年)、生化学教室を経て、東京厚生年金病院内科に6年間勤務。
- 昭和36年(1961年)現在地の太森に開業した。私には医者縁者親戚誰もいなかった。管理体制の病院勤務とは異なり、地域の患者さんとは、裸の人間対人間の付き合いになります。自分がある面でオールマイティですが、同時に全責任を負わねばなりません。
- その頃、胃癌患者が多く、市川平三郎先生らの著書を読み、同期のがんセンター病理山田喬先生を通じて、市川先生をお訪ねし、新しい胃X線検査二重造影法を学びました。また、近くの大森赤十字病院で胃内視鏡検査を始めていたので、V型胃カメラの操作法を学びました。これらの技術を手に入れ、早期胃癌発見に邁進し、胃前壁早期癌の症例を、「胃と腸5巻4号」に発表しました。

## 義弟(35歳)の肺癌死に遭遇

- 開業10年目の昭和45年、木造から鉄筋4階の診療所改築中、義弟(35歳)が1枚の胸部X線写真を持ってきました。右側が真白でした。肋膜炎と考え、虎ノ門病院呼吸器科を紹介しました。義弟は前日まで都の公務員として働いていました。
- 入院10日後病院を訪ねると、主治医から肺癌末期(腺癌)だと告げられました。彼は煙草1本も吸ったことがありませんでした。化学療法・放射線療法を受けましたが、入院4ヶ月、一度も家に帰れず、2人の幼児を残して酸素テントの中で亡くなりました。

## 癌患者は「心の植物状態」

- 私は、昭和44年開業医の自主的勉強会(創設昭和38年)である「実地医家のための会」に入会し、熱心な開業医たちに巡り会っていました。その中のひとり春日豊和先生が、胃癌に罹りました。
- 当時、米国で植物状態のカレン・クインラン事件があり、マスコミも騒がしい時期でした。春日先生は自ら「安楽死公開討論会」を企画し、開業医師の他、法学部教授、マスコミ、弁護士、僧侶、牧師などを集め開催しました。昭和51年1月のことです。
- 会場で、春日医師が、「自分は胃癌だが、医師は身体はよく診療するが、患者の心は診てない。私は“心の植物状態”だ」との発言に私は心打たれました。

## ホスピスに手紙を出す

- そこで、私は医師として末期患者さんにどのように接するか、文献を探りました。
- その年昭和51年秋に1冊の本が刊行されました。新潮選書：鶴田豊之「生きる権利・死ぬ権利」です。そこに、英国には「死を看取る病院」があると紹介され、聖クリストファー・ホスピスのことが書かれていました。早速、鶴田氏に手紙したところ、ご自身で行かずに執筆されたとのことでした。
- そこで、実地医家の有志に相談したところ、私に任せるといので、各方面からアプローチしましたが、訪問計画は実現しませんでした。
- 昭和52年4月7日、聖クリストファー・ホスピスのソンドース院長宛てに勇気を出し、心こめた英文の手紙を送ったところ、直ちにGladly welcomeの返事をいただきました。

## ホスピス訪問、ソンドース院長に会う

- 昭和52年4月29日成田発同日ロンドン着
- 翌30日聖クリストファーホスピスを訪問
- ソンドース院長は、フロントに立って私たちを迎え、院長室に招き入れ、初めての日本人医師に、院長自らロイヤルティーを注がれました。
- ソンドース院長は、第2次大戦前、オックスフォード大に入学、戦時中看護学校に入り看護師となり、戦後大学に戻って社会福祉学を学び、卒業後はその資格で働いていました。時にひとりの亡命ユダヤ人の末期肺癌に出会い、その遺言から医師になる決心をされたのです。

※当時の開業医は、黄金週間しか連続して休めなかった。

## シシリー・ソンドース院長

- 彼女は、ロンドン大医学部卒業後薬理学教室に入り、パートで、ロンドン東部にあるアイルランド・カソリック系の聖ジョセフ・ホスピス(ホスピスとは、この世からあの世への中継所という意味)に勤務し、末期癌患者1000人のカルテから実態調査を行いました。
  - 4年間にわたるその研究成果は、
  - 1962年12月5日の王立医学会外科部会で、
  - 『Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer』として発表され、2つの方策が示されました。
    1. 医師と患者のコミュニケーション
    2. 予防的に時間を決めて鎮痛剤投与する
- ※ホスピスの発祥地は、アイルランドのダブリンで、シスター・メアリー・エイケンヘッドからでした(1878年)

## ホスピスの設立

～入院機能と外来そして在宅ケア～

- その後、ソンドース院長は、末期癌患者専用の収容施設を提案し、各方面から募金を受け、1967年ロンドン東南部シテナムに近代的ホスピスを設立しました。聖クリストファーの名称は、旅行者の守護聖者から名付けられました。
- ホスピス入院期間は、平均24日、中間値12日、入院機能だけでなく、外来、在宅ケアをも行っていました。
- 在宅癌患者ケアは、地域のGPとホスピス看護婦がペアになりロンドン東南部を受け持ち、多忙でした。

## 近代ホスピス指導者 シシリー・ソンドース院長(1977年)



## 聖クリストファーホスピス訪問見学 1977年



## 鎮痛剤の投与方法

- 訪英時、鎮痛剤はブロンプトンカクテルという水溶液が投与されていました。
- 中身はヘロインとコカインの混合カクテルでした。それを4時間ごとに経口的に投与します。ヘロインもモルヒネの変形なので、1.5倍の効力があり、薬効作用が4時間で半分に切れるので、1日6回投与することでした。後にコカインは無益であると報告されました。すでにこの当時長時間作用(MSコンチン)の硫酸モルヒネが研究されていました。

## ホスピスの内部

- 病床は54床、死ぬのを学べるように個室は無く、6人部屋が主でした。
- 窓は大きく部屋は明るく、ベッド脇には高い椅子が用意され、患者を腰かけさせ経口的に栄養物を摂らせていました。点滴台は1台も見えませんでした。
- 病室の他に、ダーツやトランプが出来る遊戯室が設けられていました。
- 鎮痛剤ブロンプトンカクテルは医師の指示で看護婦が調合していました。

## ホスピスの報道

- このホスピス訪問見学は、“実地医家のための会有志”(5人)で、欧州の医療施設見学の希望から実現したことです。
- 私は、会の活動取材していた朝日新聞社会部記者藤田真一氏に訪問すべきかを相談し、彼から賛成激励を受けていました。
- そこで帰国後、彼のインタビューという形で、7月13日の朝日夕刊に「天国の安息所」としてホスピスが全国に報道されました。
- 反響は凄く、電話や手紙が殺倒しました。

## 読者の反響から考えた

- 近代医学の進歩は著しい。だが、癌は早期発見治療でなければ、不治の病です。
- その終末期は70%の人が激しい痛みを訴えます。その痛みを除くということで、人々は期待していました。
- 誕生の医学はありますが、終末の医学も必要だと痛感しました。癌の本態は未だ不明です。
- 私は、西洋のキリスト教を母体にして生まれたホスピスを、いかに東洋の我が国で開花させるかを考えました。
- それには自ら死に臨む患者や家族に接し、学ぶことから始めようと考えたのです。

## 帰国後経口鎮痛剤を試す

- 5人の日本人医師がホスピスを訪問しましたが、帰国後、直ちに塩酸モルヒネカクテルを投与したのは、私だけでした。
- 丁度、子宮癌から全身転移していた患者(66歳)に在宅で赤玉ポートワインに混ぜたモルヒネ剤を予防的に投与し、鎮痛に成功しました。
- また、家庭事情で末期には、当院に入院させて、約1ヶ月看護取りましたが、点滴は1度だけで、出来るだけ、口から栄養を摂らせました。その患者は安らかに亡くなりました。

※当院は5床の小さい有床診療所でした。

## 死の臨床研究会の創設

- ホスピス訪問見学した同年12月11日、私ら“実地医家のための会”では、第165回例会として「死をみとる医療」を笹川記念会館で開催し、私のほかに会創設者永井友二郎先生、他の開業医、僧侶、牧師らが発言しましたが、用意した会場が狭く、多くの方が入れ切れませんでした。
- 同日関西では、河野博臣先生、柏木哲夫先生らが、「死の臨床研究会」を立ちあげました。
- 医事法専門家唄孝一先生は、午前関西、午後私たちの会に出席されました。
- 後に私も、この「死の臨床研究会」に加入し、発表しています。
- 河野博臣先生とは同じ開業医ですので、大変親しくなり、相互の家を訪問しました。彼はサイコオンコロジー専門家として1995年に神戸で会長として国際学会を開催しました。

## 聖クリスチャーホスピスの報告

- 私は、帰国後先ず、医学書院の「病院第37巻8号」に「がん末期患者のケアに新時代を拓く - 聖クリスチャーホスピスを訪ねて」を報告しました。
- ホスピス入院患者は、病院、自宅、ホスピス外来からそれぞれ約3割ずつ入ります。悪性新生物の原発部位は、肺癌145名、胃腸癌158名、乳癌104名、泌尿生殖器76名(1973年)などでした。
- ホスピス決算(1973年)では、収入(医療当局 302,530、各種券金 155,465、計 457,995)、支出(給料 374,049、食費 19,081、光熱、水道、洗濯料 26,778、その他 409,908、計 457,995)でした。
- 収入は、英国NHSから3分の2が、残りは寄付金でした。

## 広報活動と講義

- 当院のベッド数は僅か5床、また看護師数も3-4名で、末期の患者さんを多数一度に入院させることは不可能でした。しかし、食事には家庭的な個人の好みに合わせて提供しました。
- この入院ケアは、昭和59年NHKの取材を受け、教育テレビで放映され、翌年1985年にその8年間の歩みを「死を抱きしめる、人間と歴史社」として刊行しました。
- また母校医学部では、学部4年生に医学概論の一部に「緩和ホスピスケア」の講義を1986年から10年間しました。
- 平成3年(1991年)母校医学部保健衛生学科入試論文に拙著の一部が採用されたことは、嬉しいことでした。
- また、上智大学でもデーケン先生の紹介で、課外講義として、「緩和ホスピスケア」を数年間続けました。

### 当院の初期ミニホスピス 柏木先生にご紹介

- 私は、当院5床を活用しつつ在宅でもホスピスケアを始めました。地域の癌患者の痛みを少しでも取り除きたいと思いました。これが当院最初のミニホスピス活動でした。
- ただ、モルヒネには麻薬中毒になり、人格が荒廃するという従来の流言があり、多くの医師はモルヒネ経口投与に躊躇していました。
- しかしながら、私は英国ホスピスの鎮痛策を信じ、がん患者に経口的に鎮痛剤投与を続けました。
- 1978年、エーザイのクリニシャン座談会で柏木哲夫先生に「聖クリストファー・ホスピス」の話をしました。柏木先生は、それからソンドースのところに行かれたのです。

### 我が国に病床ホスピス緩和ケア病棟の新設

- 1981年、静岡県三方原に聖隷病院内に緩和ケア病棟が出来ました。初代院長は原義雄先生でした。
- 先生に、ホスピスという施設があることを告げたのは私でした。原先生は当時都立荏原病院院長でしたが、それから神学校に入り、聖職者の資格も取り、赴任されたのです。
- 私は開設後、永井友二郎先生らと訪ねています。その後、柏木哲夫先生の淀川キリスト病院に緩和ケア病棟が開設され、多くの若い医師が緩和ケアの技術をそこで学びました。また、柏市の国立がんセンター東病院内に、続いて、小金井市の桜町病院に緩和ケア病棟が開設されました。

### 当院の診療実態 1993年(平成5年)

- 医師:常勤1人、非常勤1人
- 看護師:3人
- 訪問患者数:平均28.7人/月
- 訪問回数総数:平均58回/月
- 年間在宅死:14人
- 外来診察時間 9:00-12:30、15:00-18:00
- 往診時間 13:00-15:00(原則)
- しかし訪問時間は夜間、休日を問わず。

### ソンドース院長の初来日(平成9年)

- ソンドース院長とはその後文通を続け、また、「死を抱きしめ」要約を英訳してお送りしていました。
- 1997年春、英国大使館の協力もあってソンドース院長は初来日されました。私たちの訪問見学後20年目のことでした。
- 驚いたことに来日前、日本でのスケジュールのFAXが私に届き、私に会いたいという文面でしたので、東京の全日空ホテルで再会しました。先生はひとり車椅子でした。
- そこで、在宅ホスピスの有用性を熱心に説かれ、私は入院ケアを止め、在宅緩和ケアに専心する決心をしました。
- それには、病院を退職した息子の協力が必要でした。

### シシリー・ソンドース院長初来日 1997年



### がん鎮痛剤の進歩

1986年のWHOがん鎮痛三段階法

- 経口薬
  1. 非オピオイド(NSAIDs、アセトアミノフェン)
  2. 弱オピオイド(リン酸コデイン)
  3. 強オピオイド(モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルパッチ)NSAIDsとオピオイド剤は併用できる。  
副作用対策は、便秘薬・嘔吐予防剤の投与  
貼付剤は内服薬から変換を原則。効果発現には1日を要する。  
レスキュー剤オプソまたはオキノームを使用する。  
通常経口剤一日量1/6を目安に投与します。
- 持続皮下注射は、経口剤の1/4～1/10程度。
- オピオイド剤坐薬もあります。

## WHO方式がん疼痛治療法

- 武田文和先生が、WHOがん疼痛救済プログラム委員に選ばれたのは1982年のことです。
- 1986年WHOは「がんの痛みからの解放」を公表しました。武田文和先生が翻訳刊行しました。
- この鎮痛方策は、予防的・規則的な使用方法として、ソンダースらの方法を、踏襲しています。
- いわゆるWHO三段階除痛法
  1. 非オピオイド(アスピリン、非ステロイド消炎剤など)
  2. 弱オピオイド(リン酸コデインなど)
  3. 強オピオイド(モルヒネ、オキシコドン、フエンタニル製剤)
- 1989年になって、モルヒネ徐放錠MSコンチン発売
- 経口剤、坐薬、貼付剤、持続皮下注、持続静注の使用法は確立しました。
- モルヒネ製剤の便秘、嘔吐などの副作用対策も併せて取られました。
- 2010年現在、癌の痛みはほぼ征服された。
- 痛みで死ぬ苦しみはなくなりました。

## 都内での緩和ホスピスケア講演会

- 平成6年(1994年)、都医の桜井秀也理事より都内医師らに対して緩和ホスピスケアの講演を依頼されました。これは各医師会に広報され、5年間多くの医師が来会しました。
- 第1回は、都庁舎講堂で志真泰夫先生と、2回目は、的場元弘先生と、その後都内各地で講演を続け、終末期ケアの必要性を訴えました。
- また、横浜市、相模原市、仙台市、千葉市、大阪市、そして宮崎市でも講演を行いました。

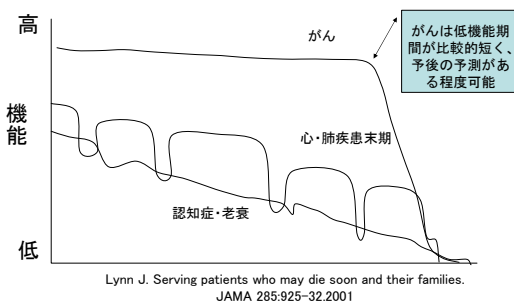
## 息子の参加した 鈴木内科医院

- 東京都大田区大森 医師2名(親子)、看護師2名
- 院長 鈴木荘一が緩和ホスピスを開始し20年後
- 午前午後外来診療
- 訪問診療はその合間に行なう
- 訪問看護ステーションの併設なし
- 24時間 365日対応
- 在宅患者数(平成19年4月) 36名
- 在宅末期がん患者数(平成18年4月) 2名
- 在宅死(看取り)平成20年度 14名

## 当院における訪問診療の特徴

- 定時訪問は医師と看護師とペア
  - 二人の目と耳で情報を収集
- 外部の訪問看護ステーションやケアマネージャーと連携
- 外来診療と連動
  - 患者家族の外来診療
- 状態に応じて訪問密度を調節
  - 月に1回から毎日(休日も含む)まで
  - 呼ばれる前に訪問する
    - 夜間の呼び出しは月に0~2回
  - 重症例は一日に2回~3回のことも...
    - 緊急呼び出しが激減する
- 内服薬は院外、注射剤は院内調剤
  - 持続皮下注射をいつでも開始できる
- 「できることをできるだけ」

## 死に至るまでの経過



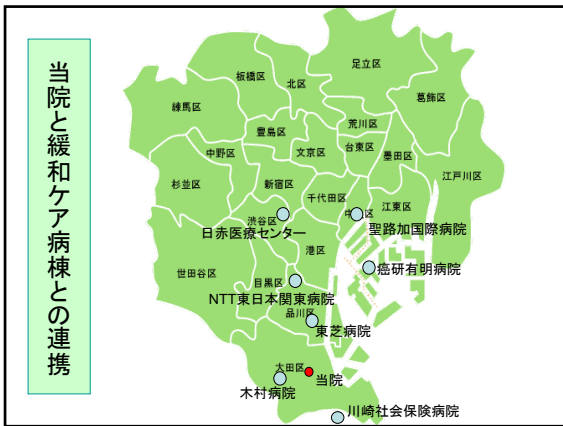
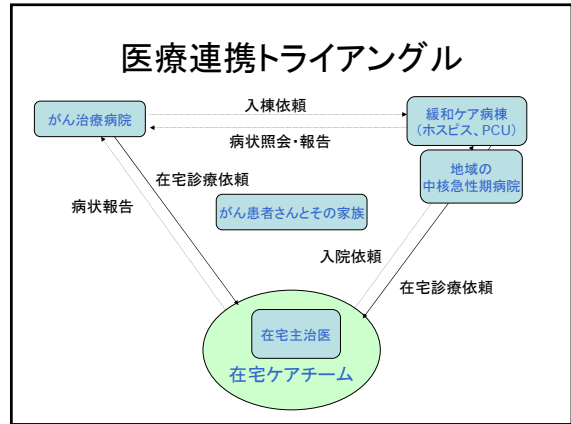
## 連携

- 医療連携(診療所と病院・診療所間)
  - 医療職(医師・看護師)が中心
- 在宅チーム内での連携
  - 他職種間での連携
- 情報を共有
- 問題意識を共有
- 価値観を共有

## 在宅ケアの組織化

1. 看護師の訪問看護  
院内常勤看護師  
院外 訪問看護ステーションの活用
2. 訪問医師の連携(在宅療養支援診療所)  
グループ医療  
診療所医師間の連携
3. 看護師・福祉介護士との連携
4. 地域病院との連携
5. 医療福祉資源の組織化(医師会の指導力)

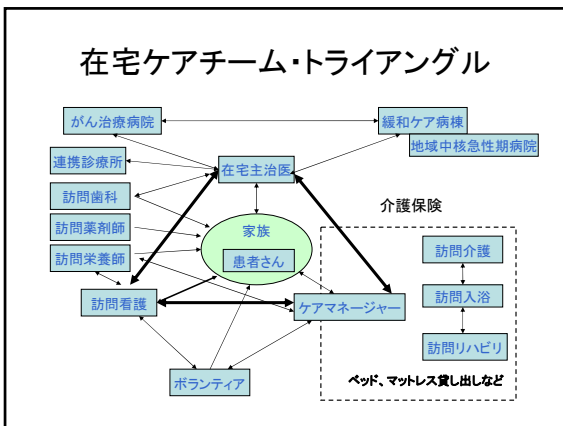
「先進化し、技術化した医療の中で、死を自宅で迎えることは、人間のもっと普遍的な願望である」



## 城南緩和ケア研究会の創設

- 当院と緩和ケア病棟、大学病院との連携の必要性、加えて相互スタッフの勉強のため、2001年1月から都内城南地区を想定し、当院、日赤医療センター、NTT東日本関東病院、それに昭和大学麻酔科が中心になり、研究会を立ち上げました。
- そこには城南地区8医師会も参加し、年2回研究会を昭和大学病院と日赤看護大学で開催しています。これにより各施設のスタッフの顔が繋がりました。
- 今では緩和ケア病棟のある東京厚生年金病院、聖路加病院、東芝病院、木村病院、その他開業医や訪問看護ステーションも多く参加しています。既に、市民公開講座も4回も開催し、医師、看護師、ケアワーカー、癌患者・家族にも参加し、緩和ケアの勉強を続けています。

※次回は23年1月22日午後、昭和大学内で開催



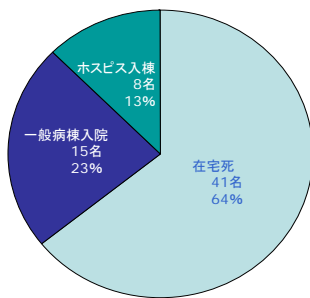
### 在宅療養支援診療所

- 平成18年4月より導入
- 365日:24時間の連絡体制が可能
- 可能な限り24時間の往診に答える
- 訪問看護と連携
- 後方連携病院の確保
  - その質は未知数
  - 支援診療所ではなくとも優秀な在宅医である可能性もある
  - 在宅療養支援診療所の3割が看取りゼロ
  - 在宅療養支援診療所の看取り数は全在宅死亡数の2割
  - 大田区・品川区・目黒区・渋谷区・世田谷区
  - 計220診療所(WAM NET検索より)
  - 全国在宅療養支援診療所数:12,140

### 在宅医療は一人では不可能

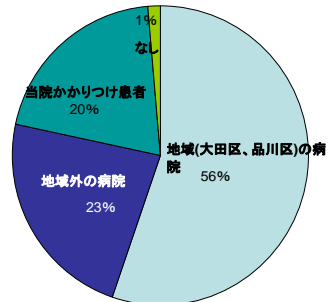
- 24時間365日の医療体制
  - 1人だけでは不可能
  - チームが必要
    - 看護師、ケアマネージャー、薬剤師、ヘルパーなど
- 医師は一人だけでいいのか
  - 複数の医師を小診療所で雇用することは困難
- 診療所間の連携、協働の可能性はないのか
  - 地域で訪問診療を行う医師のグループを構築する必要

### 転帰(当院でのケース)(約5年間)



鈴木央、何が在宅でがん患者の看取りを可能にするか(日PC学会誌、2005年)

### 患者の紹介元

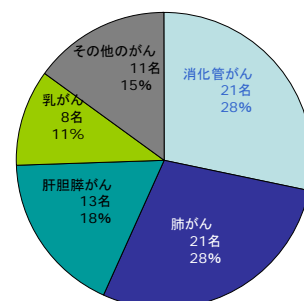


鈴木央、何が在宅でがん患者の看取りを可能にするか(日PC学会誌、2005年)

### ケースの全体像

	入院死	在宅死	全体	有意差
男/女比	14/11	23/26	37/37	なし ( $\chi^2$ 検定)
年齢(歳)	68.4 ±12.5	74.2 ±14.8	72.2 ±14.2	なし (t検定)
在宅医療期間(日)	74.5 ±122	102 ±164	92.5 ±151	なし (t検定)
週あたりの平均訪問回数(回/週)	4.46 ±3.4	4.73 ±2.6	4.64 ±2.8	なし (t検定)

### がん原発部



鈴木央、何が在宅でがん患者の看取りを可能にするか(日PC学会誌、2005年)



### 有意であった検討項目

	入院死(n=25)	在宅死(n=49)	全体(n=74)	有意差( $\chi^2$ 検定)
家族介護者がいる	76.0%	98.0%	90.5%	あり p<0.05
苦痛の解決	68.0%	87.8%	81.1%	あり p<0.05
訪問看護導入	36.0%	69.4%	58.1%	あり p<0.05
本人の在宅死希望	44.0%	93.9%	29.7%	あり p<0.005
家族の在宅死容認	8.0%	89.8%	62.2%	あり p<0.005

### 最も影響の大きな因子は？

	オッズ比	95%区間推定	集中係数
苦痛の解決	3.25	1.02～10.4	0.055
訪問看護導入	3.87	1.41～10.5	0.09
介護者の有無	10.8	1.70～68.7	0.12
在宅死への希望 (本人)	16.8	4.39～63.4	0.30
在宅死への容認 (家族)	76.1	15.8～368.7	0.60

### この研究でわかったこと

- 症状緩和を行うこと
- 訪問看護の介入
- 単身者の在宅死は簡単ではない(不可能とはいえないが...)
- 身体状況や医療環境より、本人家族の意思が最も重要
- 揺れ動き、迷う家族が在宅死を容認できるような介入が必要

※鈴木央、日本プライマリ・ケア学会誌2005年優秀論文

### 在宅緩和ケアへの移行時期

- 当院では46%が1ヶ月以内の経過
- 治療に反応しなくなってからPSが低下するまでの期間の過ごし方
  - 抗がん剤治療例ではその引き際が...
  - PS低下してから予告告知するのか、その前か
- できれば、2～3ヶ月は...
  - さまざまの周辺の事情への理解が可能になる
  - 患者への理解も明確となること...
- 生命予後の明確な指標は未確立であるが...
- 予後1～2ヶ月の予測はある程度可能
  - 体が動かなくなる
  - 食欲が低下
  - 呼吸困難
  - 白血球数
  - リンパ球数

### 退院支援の実際

- 本人や家族の意思確認
- 訪問看護ステーションを見つける
- 在宅主治医を見つける
  - かかりつけ医
  - 在宅療養支援診療所
  - 在宅医療専門クリニック
- 地域包括支援センターを有効利用する
  - 介護保険の申請
  - 看取り経験のあるケアマネージャー
  - 最低限介護ベッドとウレタン系マットレスはあったほうがよい
- 症状緩和をしっかりとつけてから
  - 医療処置をシンプルに
- 「見捨てられたのではない」

### 家に帰ると何がよいのか

- 自分なりの生活を送ることができる
  - 病院では人格ある人というより、1人の病人
- 自分の存在意義や病気の意味に気づくこと
  - ゴールが死という「敗北」ではなく、「納得・満足」に変質する。そこには、管理がなく「自律と自由」がある。
  - しかも、家族に囲まれて「甘え」が出来る。
  - 「甘え」は日本人の伝統的な精神構造である。
  - スピリチュアル・ペインが軽くなる。
- 痛みや症状が軽くなることが多い。
- 介護者には、重荷になるが、家族の絆が保てる。
- 「少なくとも不幸とはいえない」

### 悪性新生物死亡数と がん対策基本法の意義

- 癌死は、死因第一位を続けています。
- 全死 1,142,467 国民衛生の動向2009より
- 悪性新生物 342,849 (2008年度統計)
- 心疾患 181,822
- 脳血管疾患 126,944
- 肺炎 115,240
- 癌死は全死の3割、心疾患と脳血管疾患の合計数より多い。
- がん対策が、医療問題の最大だと考えられます。

2007年がん対策基本法が成立した意義は大きい。

少なくとも、治療としての化学療法と緩和医療が、『在宅』で、一緒に受けられるようになりました。

### がん以外患者の終末を考える

- 癌以外の患者は、緩慢な経過をたどり死に至ります。
- 介護者は、長期の看護、介護が必要となります。
- そのためには、在宅を基点にして、療養型、介護型病床、老人ホームも必要です。しかし市民の多くは出来れば量の上の最期を望んでいます。
- そのためには、**先ず家族愛の喚起、介護保険制度の充実、地域の医療・福祉関係者の協働システムが必要**です。
- 大田区では、東京都在宅医療助成モデル事業として東京都と合意して、大田区行政と協働連携型の在宅医療推進事業を始めています。

### 医学教育に在宅医療を

- 当院では、昭和61年(1986年)以来、慈恵医大5年生の家庭医実習先となり、平成になり東邦医大からも、さらに2002年には東京医科歯科大のプライマリ・ケア実習先として5年生を受け入れています。
- また、卒後研修・地域医療機関として、2005年以来、東邦大学病院と大森赤十字病院からも受け入れています。彼らの実習、研修後感想ノートには皆、「在宅医療に驚きと感銘」と記載されていました。その数、100名を超えています。
- 医学教育のカリキュラムの中に、病院中心の収容医療から在宅中心の地域医療を組み入れるべきです。
- これが、「超高齢化日本の医療」に是非必要であると考えます。

### 50年間看取り総数

2010年10月まで

1. 総数 614人 (内訳: 男281人 女333人)
2. 癌死 266人 (内訳: 男124人 女142人)
3. 在宅死 529人、入院死 85人
4. 訪問範囲 2km内457人、大田区他地区118人  
区外39人
5. 死亡時刻

時間	9-18	18-22	22-6	6-9
人数	261	93	155	104

死亡診断書数 鈴木荘一:470 鈴木央:144

### 開業以来50年間看取り数 死因と癌死の臓器別(2010年10月まで)

開業以来(1961年)、看取り総数614名(男281、女333)  
がん死266名(男124、女142)、**全数に対し43%**

1. 癌死:
  - ①肺癌56名、②胃癌62名③大腸癌28名
  - ④肝胆膵癌46名⑤乳癌15名⑥血液臓器癌4名
  - ⑦前立腺癌8名⑧その他の癌42名
2. 脳血管障害118名(男51、女67)
3. 心疾患83名(男45、女38)
4. その他152名(男62、女90)

### 終わりに 死をみとる医師

医師は、科学的に病気を治すことが主なる職務ですが、死に逝く患者の傍で静かに見守り、家族には怖がらなくてもよいと慰め、患者の手を握ることも必要なのです。

死に逝く人たちは、悲しみと痛みの中で、不安や恐れと孤独を感じ、助けを求めています。医師は自ら「死に対する恐怖」を取払うよう努めなければなりません。

しかし時に、全くマイナスの病人や家族から、勇氣・忍耐・受容などの行動を通じ、人間の内に潜めた気高い精神を学ぶこともあると考えます。

## 第7回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅小児緩和ケア」

話題提供： 多田 羅竜平（大阪総合医療センター緩和医療科）  
前田 浩利 （あおぞら診療所新松戸 院長）

日時： 平成23年1月28日（金）19:00～21:00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F  
東京ステーションコンファレンス6階602A会議室

## 子どもの在宅緩和ケアを支えるために

大阪市立総合医療センター  
緩和医療科兼小児内科  
多田羅 竜平

## 小児緩和ケアとは

生命を脅かす疾患を持つ子どものための緩和ケアとは、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな要素を含む包括的かつ積極的な取り組みである。

それは子どものQOLの向上と家族のサポートに焦点を当て、苦痛を与える症状の管理、レスパイトケア、終末期のケア、死別後のケアの提供を含むものである。

*A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services, ACT/RCPCH 2003*

## 「生命を脅かす疾患」とは

- 根治療法が功を奏しうる病態  
(小児がん、心疾患など)
- 早期の死は避けられないが、治療による延命が可能な病態  
(神経筋疾患など)
- 進行性の病態で、治療は概ね症状の緩和に限られる病態  
(代謝性疾患、染色体異常など)
- 不可逆的な重度の障害を伴う非進行性の病態  
(重度脳性まひなど)

*A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services, ACT/RCPCH 2003*

## 疫学

有病率: 12人(10,000人当たり)

死亡率: 1.5-1.9人(年間10,000人当たり)

(イギリスの統計より)

大阪府では自宅で行方を要する子どもは15年で10倍になっている  
(人工呼吸器使用は100名弱)

自宅で暮らす重症児の死亡率7.4%/年

## 小児と成人の違い

- ・ 疾病構造と薬物の使い方
  - 疾病が多様で、体のサイズも様々(数kg~100kg超)
- ・ 成長と発達を考慮
  - 遊びと学びは不可欠な要素
- ・ 家族の役割
  - 養育の義務、主たる介護者、自身もケアを必要とする
- ・ 倫理的問題への対処
  - 子どもの最善の利益 v 親の意向 v 子どもの意向
- ・ 死別体験の峻烈さ
  - 死別後の有病率が高い
- ・ 患者の絶対数が少ない
  - システムの確立、技術の向上が得にくい

## イギリスの在宅サービスの一例

13歳の女性

重度の脳性まひ。気管切開あり。

週1回: 小児専門訪問看護師の訪問

週2晩: ホーム・レスパイトケア

月4泊: 地域のレスパイトケア施設の利用

年20日: 子どものホスピスの利用

スクール・ナースによる学校でのケア

毎日の登下校の同伴サービス

全て無料

### 小児在宅ケア政策の経緯

**○子どもの入院を避けること(家庭的環境を優先)**  
 1959年:病院における子どもの福利 (Platt Report)  
 「病院といういびつな環境は子どもに悪影響を与えるため、可能な限り入院を避けるべきである。」

1988年:ヨーロッパ病院の子ども憲章 (EACH Charter)  
 第1条:子どもの入院は、それが避けられない場合のみに限られる

**○小児専門サービスの保障**  
 1976年:保健省大臣諮問委員会(Court Report)  
 「小児専門の訪問看護サービスを発展させるべきである。」

1997年:国会下院保健委員会報告  
 「看護を必要とする全ての子どもは、小児専門看護師による訪問看護を受けることが保障されるべきである。」

### Community Children's Nursing Team 小児専門訪問看護チーム

現在250チーム以上あり、85%以上の地域をカバーしている

### 小児医療政策10カ年計画(2004)

1. CCNは小児プライマリケアの中心的役割を果たすべき**不可欠な存在**である
2. CCNのサービスを必要とするすべての子どもは**地理的、医学的理由のいかんにかかわらず**、そのケアを提供される
3. **週7日間**ケアを提供できる体制をとる
4. **遅滞なく**必要などきに対応できる
5. **エビデンスに基づく**プロトコルやガイドラインに沿ってケアを提供する

### Merseyside & CheshireのCCNチーム

Primary Care Trust (人口)	スタッフ数 (常勤換算)
Halton (121,000人)	2.25人
Warrington (194,000人)	2.25人
St Helen's and Knowsley (330,000人)	1.0人
Southport and Formby (120,000人)	チームなし
Liverpool (442,000人)	6.6人
South Sefton (161,000人)	LiverpoolのCCNチームに委託
Wirral (312,000人)	チームなし (Claire House が提供)
Mid Cheshire (280,000人)	3.4人
East Cheshire (197,000人)	2.0人
West Cheshire (233,000人)	3.4人
Isle of Man (80,000人)	1.8人

**合計 247万人(11PCT) 22.7人(常勤換算)**

### CCNチームの役割

- 急性期の在宅ケア(抗生剤投与、日帰り手術のフォローなど)
- 慢性疾患のケア(医療的ケアなど)
- 特殊ケア(在宅人工呼吸器などに24時間対応)
- 学校でのケア(特殊学校でのケアなど学校看護師とともに)
- 緩和ケア(在宅レスパイト、疼痛管理、ターミナルケア)
- 新生児ケア(HOTや経管栄養など)
- ピロープメント・ケア(遺族へのケア)

**小児医療のジェネラリスト**

ロンドン・カムデンのCCNチーム

### 小児病院からの訪問看護

- 各疾患の専門CNSが出張する
- 三次病院と地域の連絡係
- 小児がん、てんかん、糖尿病、新生児など

**小児疾患のスペシャリスト**


リバプール子ども病院の小児がん専門訪問看護師たち

## イギリスの在宅ターミナル・ケア

- 小児の進行がんの7割以上が在宅死
- 生命を脅かす病気を持つ子どもの3割が在宅死
- 地域の中に小児緩和ケア看護チームが多数ある  
(Dianna Team, NOF Teamなど)
- 症状緩和、レスパイトケアに加え、訪問による遊びや教育の提供、さらに兄弟のサポートも充実

## 小児緩和ケア・スペシャリストチーム

- **疼痛緩和・症状緩和**  
Pain Teamと異なり、基本的に他の緩和ケアも要する児を対象
- **ターミナルケア**  
必要に応じてケア・パスウェイ(LCPCなど)を導入
- **退院計画**  
在宅緩和ケアが必要な児の退院に向けての計画を立案する
- **在宅ケアのコーディネーター**  
MDTにおけるケアプランのコーディネーター
- **倫理コンサルテーション**  
延命治療の中止・差し控え、DNARなどの問題に対処
- **レスパイトケアの医学管理**  
子どものホスピスのmedical cover
- **コミュニケーションのサポート**  
家族の精神的サポートなど
- **ピリブメントケア**  
遺族のケアをコーディネートする
- **教育**  
医師、ナース、学生への教育、トレーニング



医学生への講義風景

## 子どものホスピス

1982年、世界で最初の子どものホスピス「ヘレンハウス」がオックスフォードに設立される。




子どものホスピスの全国分布

全国に40施設以上

## 子どものホスピスとは

- アットホームな環境で緩和ケアを提供
- 6-10床程度(広い個室)の小規模な施設
- レスパイトケア(14-21日/年)、ターミナルケア、死別後のケアを提供
- 年間100-300人程度が利用
- 様々な行き届いたレクリエーション設備  
(きれいな庭、広い居間、たくさんの遊具、温水プール、視聴刺激室など)
- 家族用の寝室(スイートルーム)
- 冷房完備の美しい霊安室
- 地域の寄付で運営(年間3-5億円)



Claire Houseの子どもたちと家族

## 子どものホスピスを利用する子どもたち

診断名	%
神経筋疾患 (脳性まひ)	52.5
(筋ジストロフィ)	17.6
先天異常症候群	16.5
代謝内分泌疾患	29.6
新生物	7.3
診断未確定	3.9
その他	2
	4.9



Chaseの正面玄関

"Children's Hospice: A life line for families?"

## Fostering Service(里親制度)

- ケアを受ける子どもは約5-6万人(日本は約3千人)
- 短期、長期どちらも可
- プロとして収入を得る(年収200-500万円程度以上)
- 教育、医療など子どもに必要なケアについてトレーニングを受けられる
- いつでも相談できる専門家がいる
- 医療行為等の過失に対する損害賠償は政府が負う

### 当院の在宅医療の現状

(100人の家族からの回答)

自宅での医療行為に困っているか? 「非常に」「しばしば」13%

訪問看護について 受けている28%(十分満足はうち38%)  
必要と思うが受けられていない28%

ショートステイの利用を行っている 15%(十分満足しているは1%)  
リハビリ・外出の介助を受けている 5%(十分満足しているは1%)

主介護者の1日の睡眠時間 5時間 34% 4時間 18% 3時間以下 7%  
介護のために覚醒する間隔 3時間 26% 2時間 40% 1時間 12%

以下の7項目が当てはまるか? 6項目該当 14%  
(肩・腕の疲れ 疲れやすい 5項目該当 15%  
頭が重い イライラ なんとなく不安 4項目該当 24%  
中途覚せい 沈んだ気持ち) (合わせれば53%)

### 子どもの在宅・緩和ケアの問題点

家族側)

- 心身の疲労(ショートブレイクができない)
- もしもの時に対する不安
- 経済的な不安
- 子どもと家族が孤立しやすい

医療側)

- コーディネーターがいない
- 継続的な連携が乏しい
- 緊急時のシステムが不十分
- 重層的なコンサルテーション・システムがない

### 新たな取り組み

- 多職種の小児緩和ケアチーム
  - 専門家によるコンサルテーション
  - 地域とのリエゾン
- 緩和ケア病棟
  - 看取りのケア
  - 緊急時の受け皿
- 地域(こどものホスピスプロジェクト)
  - 訪問レスパイトケア
  - 遺族の訪問ケア

### 子どもサポートチーム

(多職種の小児緩和ケアチーム)

- ペインチーム
  - 小児緩和ケア医、認定看護師、薬剤師...
- 心理的サポートチーム
  - 児童精神科医、臨床心理士...
- ホームケアチーム
  - 退院調整看護師、リンクナース、MSW...
- プレイチーム
  - ホスピタル・プレイ・スペシャリスト、保育士...

### こどものホスピスプロジェクト



経鼻注入・気管切開・人工呼吸器(数時間のみ離脱可能)をつけて家から出られない女兒に遊びと看護を提供

お姉ちゃんも一緒に遊んでいます

## 在宅小児緩和ケア

第22回在宅医療推進のための会

千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸

前田 浩利  
2011年1月28日

### 当院で最初の小児在宅患者

- 16歳 男子 アレキサンダー病
- 6カ月まで正常発達
- 6歳で気管切開、人工呼吸器装着
- 初診時の状態:寝たきり、四肢まひ、少量経口摂取可、発語可、10分～15分おきの気管内吸引
- 家庭状況:48歳の両親で昼夜交互に介護
- 医療ケア:24時間人工呼吸器、経鼻チューブからの経管栄養、2時間おきの体位交換
- 在宅支援:病院通院時のヘルパーのみ
- 終末期:真菌性肺炎で入院して死亡

### 本ケースの示す課題

- 在宅支援の貧弱さ
- 発達、成長を十分考慮されていないケア
  - 呼吸器ケア、口腔ケアの不十分さによる誤嚥性肺炎の頻発と重症難治化
  - 知的レベルに見合った援助の不足
  - 介護負担を減らすための治療上の工夫
- 終末期ケアの課題
  - 呼吸苦、痛みなどの症状コントロールの不十分さ
  - キュアからケアへのギアチェンジの見極めの不十分さ

### 小児在宅医療の困難さ

- 新生児医療、高度集中医療の発達に伴い医療デバイスに依存して生存する患児の急激な増加(人工呼吸器、気管切開、IVH)
- 小児の社会資源の利用の困難さ(ケアコーディネーターが制度上不在)
- 小児在宅医療を担う医師、看護師の絶対的不足
- 家族介護で支えてきた重度心身障害児の両親の高齢化に伴う問題
- 子どもの死と向き合う困難さ

### 急速に増加する重症児

- 新生児医療、救急医療の進歩
- 医療的ケアを必要とする重症児の急激な増加
- 小児専門病院、基幹病院への患者の集中
- 小児基幹病院の病床稼働率の低下(NICU問題)
- 医師、看護師の疲弊

救命・キュアを最優先にしてきた小児医療の(パラダイム)

### 医療に依存する重症児の発生

- 昭和30年代 重症障がい児の概念が生まれた
- 新生児医療の発達と共に、それまでは生存できなかった重症児が生存できるようになった
- それらの重症児は、従来の概念では理解できない子どもたち
- 超重症児、準超重症児という考え方





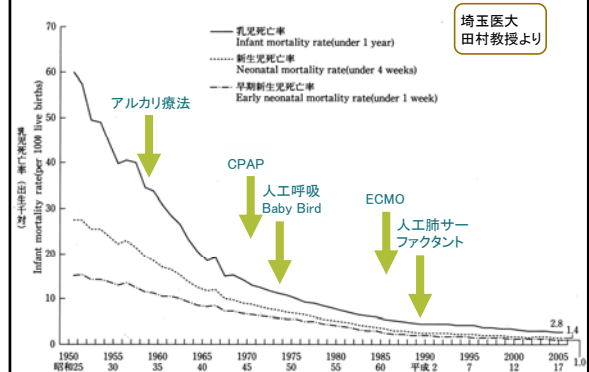
### 重症心身障害児

- 重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。医学的診断名では無く、児童福祉の行政上の措置を行うための定義
- 大島の分類による

21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

1, 2, 3, 4  
の範囲が  
重症心身  
障害児  
  
5, 6, 7, 8  
は周辺児と  
呼ばれる

### 乳児(新生児)死亡率の推移



### 超重症児

- 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上
- 呼吸管理
  - レスビレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽頭エアウェイ(8) 酸素吸入(5)1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(5) ネブライザーの常時使用(5) 1日3回以上使用(3)
- 食事機能
  - IVH(10) 経管、経口全介助(5)
- 消化器症状 制御できないコーヒー様の嘔吐(5)
- 他の項目
  - 血液透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張により臨時薬(3)など

### 超重症障害児の我が国の現状

—全国8府県のアンケート調査—

- 宮城、千葉、神奈川、滋賀、奈良、大阪、兵庫、鳥取で20歳未満の超重症児を日本小児科学会倫理委員会(杉本ら)が2007年に調査
- 超重症児は1246人で、67%が新生児期に発症し、発生率は小児人口1000人対0.19~0.45 平均して0.3 (全国に6800人と推計)
- 感染症などで入院した重症児の15%がそのまま病院に留まっているという

### 超重症障害児の我が国の現状

—全国8府県のアンケート調査—

- 在宅児は約70%
- 在宅児の医療管理
  - 人工呼吸器・・・31%
  - 気管切開・・・54%
  - 経管栄養・・・94%
- 訪問診療を受けている児・・・7%
- 訪問看護を受けている児・・・18%
- ヘルパー利用・・・・・・・・・・12%

### 我が国の重症心身障害児・者の数

- 重症心身障害児・・・全人口1万人につき2.89人(2000年愛知県で名古屋市を除いた調査)

《全国重症心身障害児・者の推計(2000年4月1日)》

2000年国勢調査総人口	126,486,000人
全国重症心身障害児・者推計 (総人口×0.000289)	36,654人
施設(170ヶ所)のベッド総数	17,072床
重症児施設入所者数推計(利用率95%と仮定)	16,218床
施設入所中で定数通りの重症児・者 (70%と仮定)	11,353人(31.1%)
在宅障害児・者推計(36,654人-11,353人)	25,201人(68.9%)

### 母体搬送受け入れ困難の原因

埼玉医大 田村教授より  
周産期医療ネットワーク及びNICUの後方支援に関する20年度実態調査の結果について  
(厚生労働省医政局指導課 2010.5/10)


母体搬送受入が出来なかったケースがあった総合周産期センターは、62センター/有効回答79センター  
うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった47センターの理由別センター数の割合（複数回答）

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	53	32	17	33
割合	85.5%	51.6%	27.4%	53.2%

13

### 我が国の小児医療の未来


- 重症児の急激な増加
- 重症児の専門病院への偏重
- 専門病院の稼働率の低下
- 小児医療者の疲弊、減少、質の低下
- 医療を受けられない子どもたちの増加（小児医療難民）



### 我が国の小児医療の未来

- 重症児の急激な増加
- 重症児の専門病院への偏重
- 重症児を地域で受け入れる体制
- 適正な医療資源の活用
- 小児医療に関わる人が元気に！
- 地域の活性化
- 子どもたちの生活が豊かに！

在宅医療による重症児の地域への移行と循環型のシステムの構築

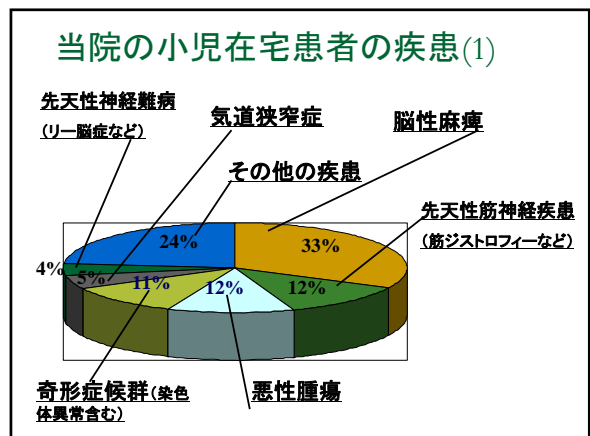


### 当院における小児科領域の患者

- 導入患者：1999年4月から2010年9月31日まで133例
  - 現在訪問中：93例（20歳以上22例）
  - 死亡：29例（死亡時20歳以上3例）
  - 往診離脱：10例
    - 外来・他院・・・8例
    - 転居・・・2例
- 導入時年齢：1ヶ月～36歳（20歳以上10例）

### あおぞら診療所新松戸患者統計

年代別患者数	人数	割合
0～9歳	54	17.2%
10～19歳	17	5.4%
20～29歳	9	2.9%
30～39歳	13	4.1%
40～49歳	5	1.6%
50～59歳	11	3.5%
60～69歳	24	7.6%
70～79歳	50	15.9%
80～89歳	87	27.7%
90～99歳	40	12.7%
100歳～	4	1.3%
総数	314	100%



### 当院の小児在宅患者の疾患(2) —その他の疾患22例の内訳—

- 低酸素性脳症: 4例
  - 脳出血後遺症: 2例
  - 先天性心疾患: 3例
  - 先天性代謝異常症(ライソゾーム病): 2例
  - 脳症後遺症: 2例
  - 術後脳症: 2例
  - 先天性ネフローゼ症候群: 2例
  - その他: 7例(各1例)
- 頸髄損傷、短腸症候群、脊髄髄膜瘤、前頭蓋底脳瘤、SSPE、慢性肺疾患

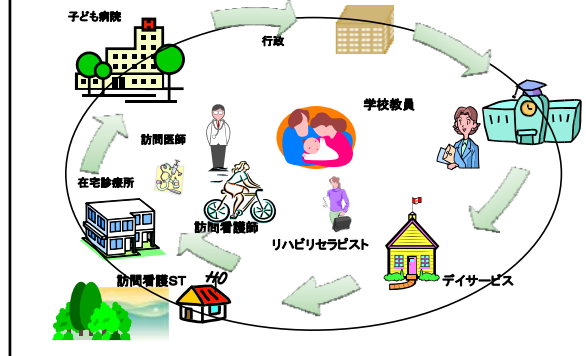
### 当院の小児在宅患者の医療管理

- 人工呼吸管理・・・29例(22%)
- 気管切開・・・・・・44例(33%)
- 経管栄養・・・・・・72例(54%)  
(経鼻・・・43例 胃瘻・・・22例 EDチューブ・・・7例)
- HOT(在宅酸素療法)・・・41例(37%)
- 中心静脈栄養・・・7例(5.2%)
- ストマ管理・・・・・・2例(1.5%)
- 腹膜透析・・・・・・2例(1.5%)

### 小児患者の往診エリア



### 重度障がい児地域支援

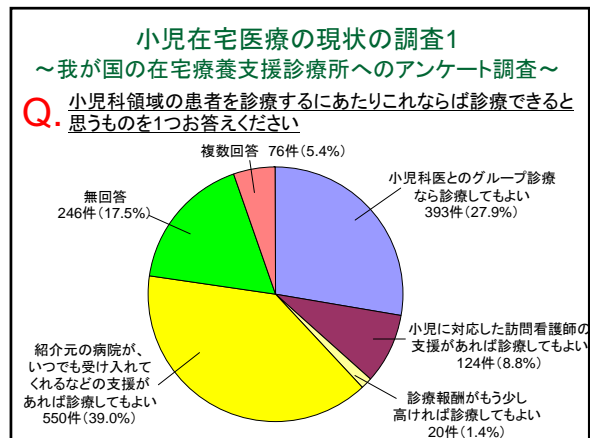
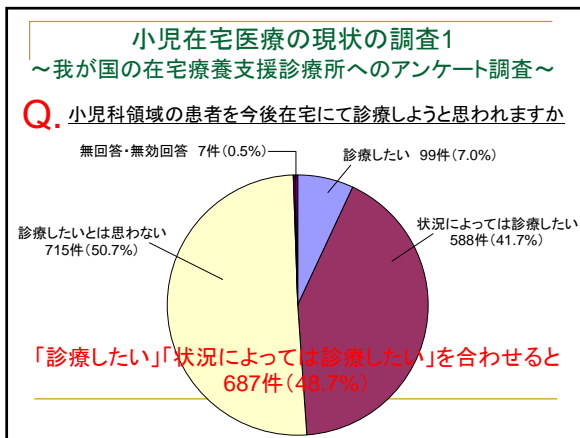
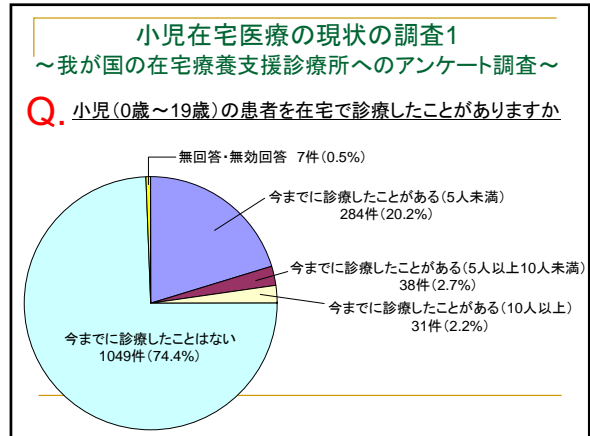
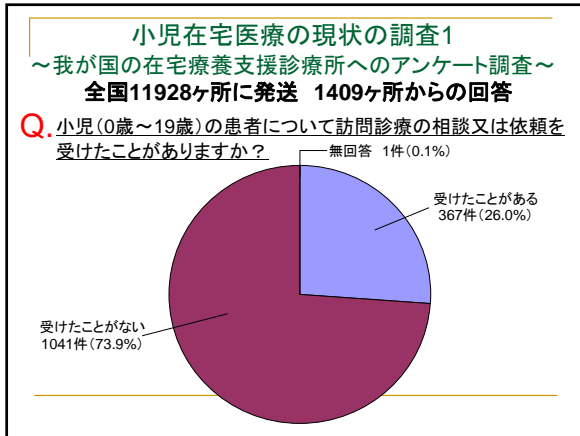


### 小児在宅医療の困難さ

- 新生児医療、高度集中医療の発達に伴い医療デバイスに依存して生存する患児の急激な増加(人工呼吸器、気管切開、IVH)
- 小児の社会資源の利用の困難さ(ケアコーディネーターが制度上不在)
- 小児在宅医療を担う医師、看護師の絶対的不足
- 家族介護で支えてきた重度心身障害児の両親の高齢化に伴う問題
- 子どもの死と向き合う困難さ

### 小児在宅医療の背景となる社会資源 —高齢者に比べ未整備な現状—

- ケアコーディネーターの不在
- 福祉制度の複雑さ
- ショートステイ、デイケア、デイサービスなどの施設が少ない
- 訪問入浴、訪問介護、福祉用品の購入やレンタル、住宅改修などのサービスも小児では受けることが難しい



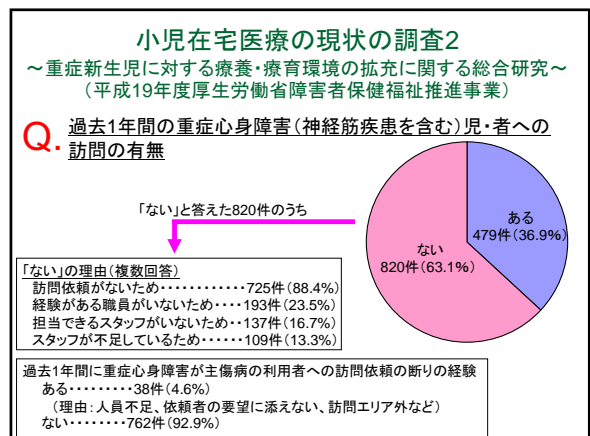
### 小児在宅医療の現状の調査2

～重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究～  
 (平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業)

**【目的】**重症心身障害(神経筋疾患を含む)児・者への訪問看護サービスの提供方法に関する実態を明らかにする

**【方法】**全国の訪問看護ステーション3,616事業所を対象にアンケートを実施。

**【回収率】**1,299件(有効回収率35.9%)



### 地域とNICU協働の長期入院児の 退院調整会議の試み

#### 【実施概要】

実施期間：平成20年10月～平成22年4月  
 実施場所：地域の病院のNICU(周産期母子医療センターを有する)  
 実施回数：1か月に一度の定例会とし、期間内に18回実施した  
 構成メンバー：小児在宅診療医師・訪問看護師・NICU医長・NICU看護師長

#### 【実施結果】

検討事例総数：18名 長期入院患者全員NICUから退院できた  
 (退院：13名 施設移行：1名 検討中に死亡した事例：4名)

### 地域とNICU協働の長期入院児の 退院調整会議の試み

#### 【実施前後におけるNICU看護スタッフの意識の変化】

##### <実施前>

- 看護目標設定に対する迷い
- 重症児の看護に対する達成感の得にくさ  
(重症度の高い子どもを在宅へ返すことへの迷い、罪悪感)
- 子どもの受け入れが困難な家族への関わり方がわからない
- 制度・サービス活用についての知識不足

##### <実施後>

- 看護目標が明確になった  
「医療依存度が高くても家族の元へ子どもを帰すことができる」
- 退院調整時期の見直し：入院数週間後から退院調整を開始する
- 患者家族への関わり方の見直し：家族を中心においたケア、子どもの受け入れが困難な家族への関わり方の理解

### 調査から得られた考察とシステム構築の提案

#### 【アンケート調査から】

- 全国でNICU長期入院児を在宅で受け入れることのできる診療所はきわめて少ない。在宅療養支援診療所だけで30ヶ所程度。在宅療養支援診療所の申請をしていない診療所を含めても100ヶ所はないと考える。
- しかし、病院との連携、訪問看護師との連携を条件に今後の受け入れを前向きに考える施設は多かった。
- また、訪問看護ステーションも重症児の訪問看護を受け入れることを前向きに考える事業所が多かったが、まだ相談や依頼が無いとのことだった。

### 小児在宅医療の困難さ

- 新生児医療、高度集中医療の発達に伴い**医療デバイスに依存して生存する患児の急激な増加**(人工呼吸器、気管切開、IVH)
- 小児在宅医療を担う**医師、看護師の絶対的不足**
- 小児の**社会資源の利用の困難さ**(ケアコーディネーターが制度上不在)
- 家族介護で支えてきた**重度心身障害児の両親の高齢化**に伴う問題
- **子どもの死と向き合う困難さ**

### 子どもの死と向き合う困難さ

- 「子供の死」と「大人の死」の違い・・・子供は死なないことが前提
- 子供の死の周囲に起こる悲嘆の深さと受容の困難さ・・・ケアの難しさ
- 我が国における小児のend of life careの遅れ
  - 小児の死亡数の少なさ(平成14年で8309名)
  - 小児がんの頻度の少なさ<sup>と</sup>非悪性腫瘍疾患の重要性(小児科領域(20歳以下)での癌の罹患率は約5千人から1万人に1人であり、死亡数は年間約1100人)
  - 従って症例蓄積、一般化が困難となる。

### あおぞら診療所における 小児在宅患者の死亡者数

- 死亡：29例 (2010年9月31日まで)
- 在宅での看取り：10例
- 死亡患者の疾患
  - 悪性腫瘍：13例
  - 非悪性腫瘍：16例

### 当院の小児在宅患者の死亡者－悪性腫瘍－

※ケース1,2,3,4,10,11,12,13は自宅で死亡 IVH:中心静脈栄養 DIV:末梢輸液 HOT:在宅酸素

診断	導入年齢	死亡年齢	在宅診療期間	在宅での医学管理
1 脳幹部神経鞘腫	13歳	13歳	42日	IVH HOT経管栄養
2 脳幹部腫瘍	5歳	5歳	14日	経管栄養
3 網膜芽細胞腫	3歳	3歳	30日	IVH 導尿 麻薬
4 脳幹部神経鞘腫	2歳	2歳	48日	HOT経管栄養DIV
5 脳幹部腫瘍	5歳	6歳	14日	DIV
6 脳幹部腫瘍	6歳	7歳	7ヶ月	経管栄養DIV HOT
7 脳幹部腫瘍	6歳	7歳	12ヶ月	経管栄養 麻薬
8 PWT脳腫瘍	6歳	7歳	19日	IVH
9 神経芽細胞腫	3歳	3歳	21日	麻薬 輸血 DIV
10 後頭蓋窩腫瘍	2歳	2歳	9日	経管栄養 IVH
11 脳幹部神経鞘腫	4歳	5歳	9ヶ月	経管栄養 HOT
12 PWT脳腫瘍	15歳	15歳	12日	IVH HOT 麻薬
13 脳幹部腫瘍	4歳	5歳	3ヶ月	HOT 麻薬

### 当院の小児在宅患者の死亡者－非癌－

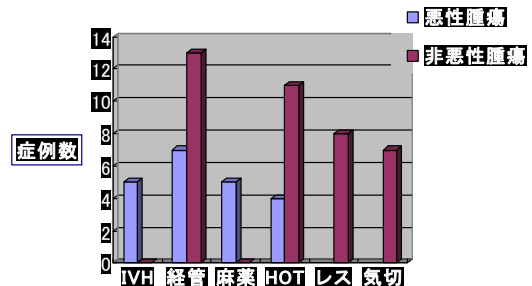
※ 自宅死亡 レス:人工呼吸管理 気切:気管切開 経管:経管栄養 HOT:在宅酸素

診断	導入年齢	死亡年齢	在宅診療期間	在宅での医学管理
1 7ヶ月ガ－病	16歳	20歳	4年1ヶ月	IV 気切 経管 HOT
2 筋ジストロフィー	27歳	27歳	8ヶ月	IV 気切 経管 HOT
3 先天性ミオパチー	3歳	5歳	2年	IV 気切 経管
4 脳性麻痺	1歳	1歳	6.5ヶ月	IV 気切 経管 HOT
5 脳性麻痺	2歳	2歳	2.5ヶ月	IV 気切 経管 HOT
6 先天性気道狭窄	5歳	5歳	20日	気切 経管 (胃瘻)
7 脳産後後遺症	3歳	4歳	1年7ヶ月	経管 (胃瘻) HOT
8 染色体異常症	5ヶ月	6ヶ月	42日	経管 HOT
9 先天性疾患	24歳	24歳	41日	
10 脳性麻痺	2歳	2歳	5ヶ月	経管 HOT
11 先天性心疾患	1歳	1歳	6ヶ月	IV 経管 HOT
12 染色体異常	6ヶ月	8ヶ月	85日	IV 経管 HOT
13 先天性心疾患	1ヶ月	5ヶ月	4ヶ月	経管 HOT
14 先天性心疾患	1ヶ月	7ヶ月	6ヶ月	
15 ミトド'71脳腫瘍	1歳	1歳	3ヶ月	HOT レス 経管

### 癌と非癌の患児の比較1 －年齢、在宅診療期間、在宅死の割合－

	導入時年齢 (平均)	在宅診療期間 (平均)	在宅死亡の 割合
悪性腫瘍	2歳～15歳 (6.3歳)	12日～12か月 (87.2日)	62%
非悪性腫瘍	1ヶ月～27歳 (7.1歳)	20日～49ヶ月 (304日)	12.5%

### 悪性腫瘍と非悪性腫瘍の死亡患者の医学管理



### 小児在宅医療の対象となる子ども

- 医療依存度の高い重症児や超重症児
  - 先天性神経・筋疾患
  - 先天性代謝異常症
  - 後天性の神経・筋疾患
  - 事故後遺症
- 悪性腫瘍の終末期

Life-threatening conditions

### WHOの小児緩和ケアの定義

- 小児のための緩和ケアは特別なものである一方で、成人に対する緩和ケアとも密接に関連している。WHO(世界保健機関)は小児とその家族に対して適切な緩和ケアについて、以下のように定義しており、これらは**原則的に小児の慢性疾患について適応される**
- 小児緩和ケアは子どもたちの**身体、精神、spirit**に対する**トータルケア**であり、**家族への支援**も含まれている。
- **病気の診断の時からはじまり**、子どもたちが病気に対する直接の治療を受けているか否かにかかわらず継続される
- 医療者は、子どもたちの抱える**身体的、精神的、社会的苦痛**を評価し、それを緩和しなければならない
- 効果的な緩和ケアのためには、**多くの専門分野にわたったアプローチ**を必要とする。そこには家族も含まれ、適当な地域資源を利用して行われるが、たとえそうした資源が限られていても緩和ケアをうまく行うことはできる
- こうしたケアは**高次医療機関でも、地域の病院でも、たとえ子どもたちの自宅であっても提供されるべきものである**

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## Life-threatening conditionsとは

生命が脅かされる状況 (life-threatening conditions) とは19歳までの小児期に発症し、40歳までに50%以上の確率で死に至るあらゆる疾患や病態である。また、非常に侵襲性の高い治療を受けなければ早期に死に至るあらゆる疾患や病態も含まれるが、急性疾患や治療可能な外傷、精神疾患 (拒食症など) は除外される。

Oxford Textbook Palliative Care for Children 2006

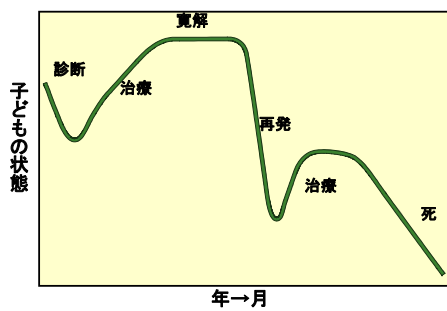
## 緩和医療の対象となる子ども (Life-threatening conditions)

治癒が望めず、早期に死に至る可能性が高い病態で以下の4つに分類される。予後6ヶ月に限定せず、悪性疾患のみならず非悪性疾患を含む。

1. 根治療法が功を奏しうる病態 (小児がん、心疾患など)
2. 早期の死は避けられないが、治療による延命が可能な病態 (筋ジストロフィーなど神経筋疾患など)
3. 進行性の病態で、治療は概ね症状の緩和に限られる病態 (代謝性疾患、染色体異常など)
4. 不可逆的な重度の障害を伴う非進行性の病態 (重度脳性麻痺など)

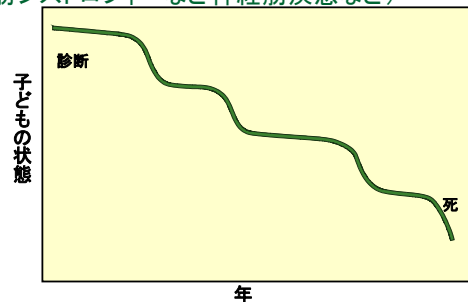
(Oxford Textbook Palliative Care for Children 2006)

### 1. 根治療法が功を奏しうる病態 (小児がん、心疾患など)



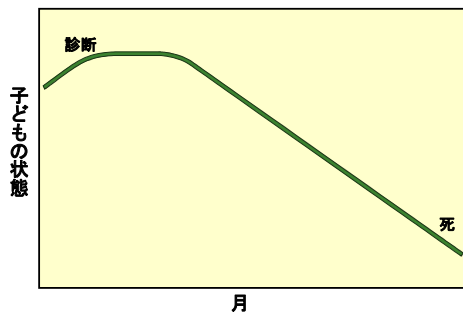
Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2006

### 2. 早期の死は避けられないが、治療による延命が可能な病態 (筋ジストロフィーなど神経筋疾患など)



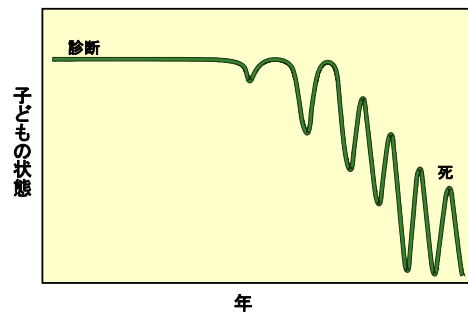
Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2006

### 3. 進行性の病態で、治療は概ね症状の緩和に限られる病態 (代謝性疾患、染色体異常など)



Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2006

### 4. 不可逆的な重度の障害を伴う非進行性の病態 (重度脳性麻痺など)



Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2006

### 小児在宅医療と小児緩和医療

小児在宅医療



小児緩和医療

### 小児医療の未来のために

救命し、治す医療



支え、癒す医療



## 第8回「平成22年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「病院と地域との連携」

話題提供： 山口 建 （静岡県立静岡がんセンター 総長）  
大田 洋二郎（静岡県立静岡がんセンター 歯科口腔外科部長）

日時： 平成23年2月25日（金）19：00～21：00

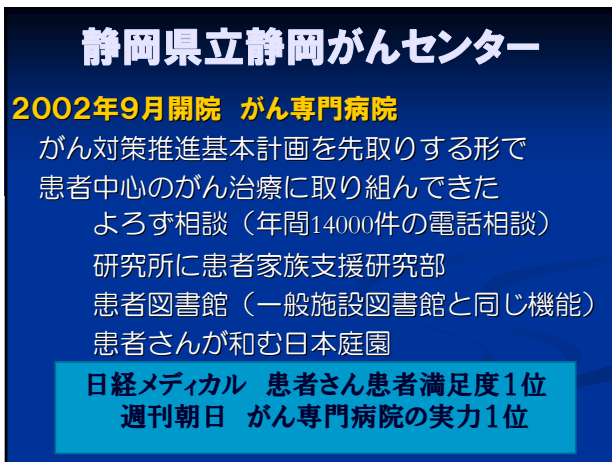
場所： 東京都千代田区平河町2-4-3  
ホテルルポール麹町3階 「アメジスト」



**がん専門病院と  
地域歯科医療機関の連携は  
成功するのか？**

静岡県立静岡がんセンター  
大田洋二郎

平成22年度 在宅医療推進のための会  
在宅医療助成 顕彰記念財団  
ホテルルホール静岡 3F  
10:45-20:25

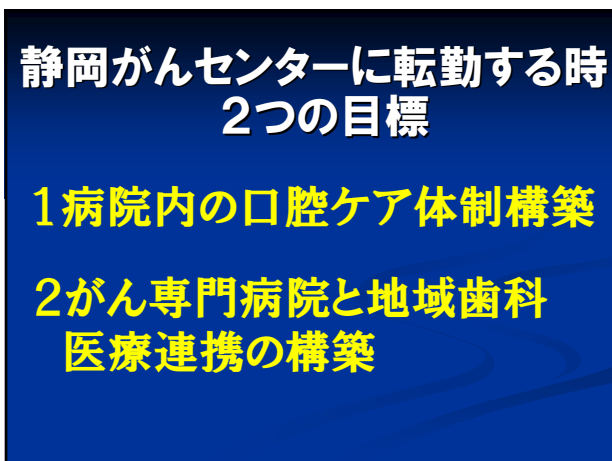
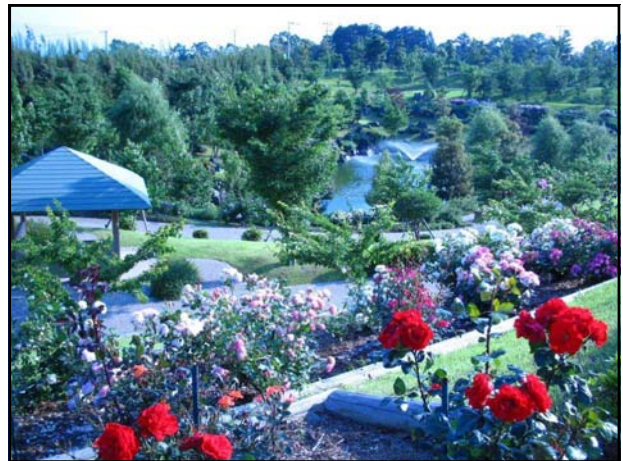


**静岡県立静岡がんセンター**

**2002年9月開院 がん専門病院**

がん対策推進基本計画を先取りする形で  
患者中心のがん治療に取り組んできた  
よろず相談（年間14000件の電話相談）  
研究所に患者家族支援研究部  
患者図書館（一般施設図書館と同じ機能）  
患者さんが和む日本庭園

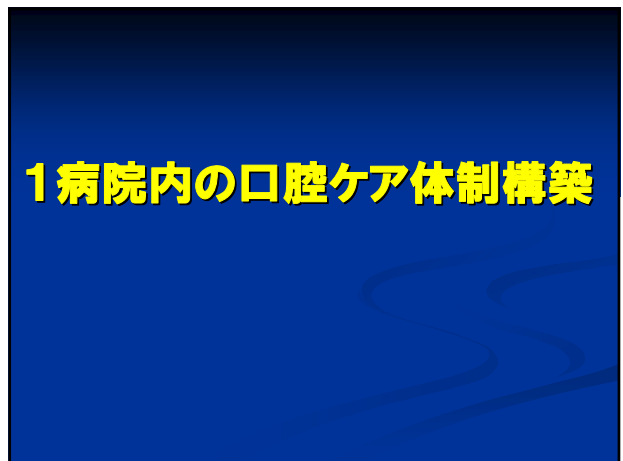
日経メディカル 患者さん患者満足度1位  
週刊朝日 がん専門病院の実力1位



**静岡がんセンターに転勤する時  
2つの目標**

**1 病院内の口腔ケア体制構築**

**2 がん専門病院と地域歯科  
医療連携の構築**



**1 病院内の口腔ケア体制構築**

## 造血幹細胞移植治療患者の事例

いつも大変お世話になっております。  
AMLで化学療法中の患者さんです。  
今回、化学療法中に、歯肉炎(同部分より細菌検査で緑膿菌)発症し、ここから敗血症となりました(血液培養よりも緑膿菌)。  
現在、白血球数3800↑ですが、血小板0.9で抜歯は不可能だと思いますが、現状の評価をお願いします。  
抜歯を含めた観血処置は血小板がrecoveryしてから再度依頼させていただきます。

## がん治療に口腔ケアを導入する



## 静岡がんの口腔ケアサポート体制

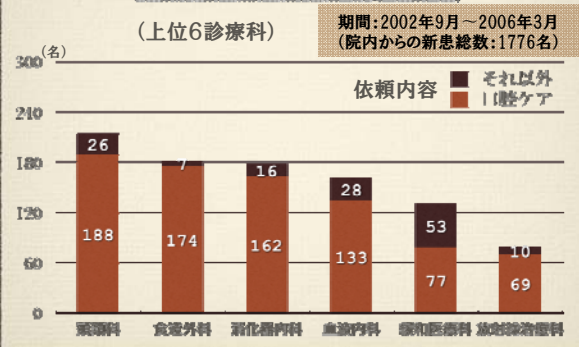
口腔有害事象・口腔トラブルが発症したら

がん化学療法	放射線療法	がん手術療法	がん緩和医療
口内炎 ウイルス性感染 真菌感染 菌性感染症 味覚異常 口腔乾燥 慢性GVHD BP剤顎骨壊死	放射線性口内炎 唾液腺障害 ランバントカリエス 放射線性下顎壊死 開口障害	手術前口腔清掃 手術前顎義歯作成 術後創部ケア 再建手術感染予防ケア 食道がん肺炎予防ケア	真菌感染口内炎 誤嚥性肺炎 菌性感染症 義歯不適合 口腔内不衛生

歯科口腔外科外来へ・その日必ず診察

治療・診察依頼(看護師より直接依頼OK)

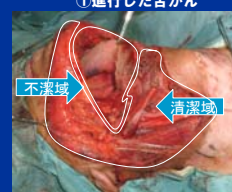
## 診療科別 歯科受診依頼状況



## 頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケア介入効果

- 背景**  
一人の形成外科医師が連続して2つのがん専門病院に勤務  
治療成績(合併症発症率)が著しく改善
- 研究目的**  
口腔ケア介入プログラムが、頭頸部悪性腫瘍の術後合併症の発生率軽減に寄与するかを検証
- 方法、対象**  
頭頸部進行がん再建手術の術後合併症について前向き介入比較研究  
口腔ケアなし群: A病院35人(1998年4月から2002年2月)  
口腔ケアあり群: S病院56人(2002年9月から2003年12月)

## 進行した舌がんの手術

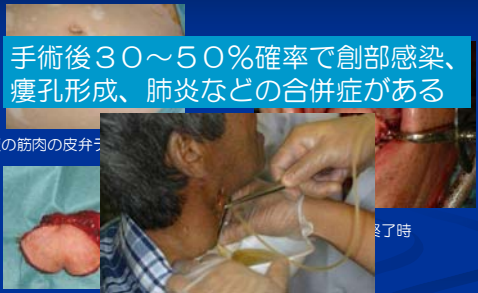


舌ガン亜全摘除手術  
口腔(不潔)と頸部(清潔)な部位が混在する手術

### 進行した舌がんの手術

手術後30~50%確率で創部感染、瘻孔形成、肺炎などの合併症がある

①お腹の筋肉の皮弁



②採取された皮弁（お腹の皮膚と筋肉）

終了時

### 頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケア介入効果

■ 口腔ケア介入プログラム

歯科医師 歯石除去 歯周治療 セルフケア指導  
歯科衛生士

看護師 患者


セルフケア

初診 入院 手術 退院

住診 住診 住診 術後経過

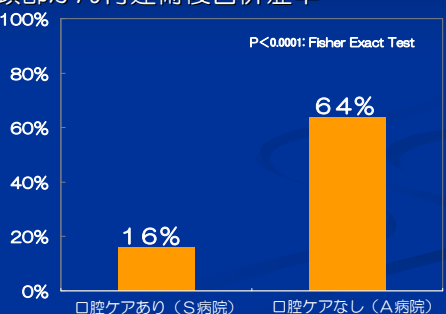
口腔清拭、唾液吸引

経口摂取開始



### 頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケア介入効果

■ 頭頸部がん再建術後合併症率



口腔ケアあり (S病院)	口腔ケアなし (A病院)
16%	64%

P<0.0001: Fisher Exact Test

### 山崎宗治ら:口腔ケアと再建手術術後合併症の検討、頭頸部外科19巻2号 Page105-110(2009.10)

同一術者により遊離再建手術を行った95例で口腔ケア群、非口腔ケア群で頭頸部癌術後合併症発生率を比較し、非口腔ケア群が65.0%であるのに対し、口腔ケア群では40.4%と有意に(p=0.018)低下したことを報告し、**口腔ケアの導入は術後合併症の防止に有用であると結論づけた**

### 舌がんに対する舌根切除術再建術における再建術後合併症

【目的】術後の口腔ケア、呼吸・嚥下リハビリの有効性を明らかにする

【対象】舌根切除術再建術を行った73例

過去の文献での成績と比較

【介入内容】口腔ケア、呼吸リハビリ、嚥下訓練

【結果】肺炎の発症は5例(6.8%)  
過去の国内外での報告より低い傾向がみられた

【結論】食道がん術後期における口腔ケア、呼吸リハビリ、嚥下訓練の専門的介入は、術後肺炎のリスクを抑制する可能性が示唆された

項目	本研究	既往報告	再建術後合併症	肺炎発症
対象人数	73	-	-	-
肺炎発症	5 (6.8%)	10-20%	-	-
再建術後合併症	10 (13.7%)	10-20%	-	-
肺炎発症	5 (6.8%)	10-20%	-	-
再建術後合併症	10 (13.7%)	10-20%	-	-

## 2がん専門病院と地域歯科医療連携の構築

1なぜがん患者の歯科医療連携か？  
2がん患者歯科医療連携構築のプロセス  
3静岡から日歯・国がん連携への発展

## 1 なぜがん患者の歯科医療連携か？

### 院内の口腔ケア体制は できあがったけれど？

静岡がんセンターの口腔ケア体制

■ 病院内完結型  
■ 入院患者さん、通院可能な患者さんはケアを  
うけることができるが、地域では診療できない、断られる

がん患者が安心して歯科治療を受けられ、かつ歯科医師が安心して  
歯科治療をおこなえる治療体制を確立することが必要になる

#### 地域支援・完結型の口腔ケア・歯科治療体制

地域の支援なしの自己完結型だと、**がん患者歯科治療難民**  
を生み出してしまう

地域

### 静岡県東部地区がん患者歯科 医療連携開始までのあゆみ

- 1990年頃 国立がんセンター中央病院で、自分の患者が、九州や大阪から通院する状況改善する仕組みが必要とおぼろげながら考える
- 2002年4月 静岡県立静岡がんセンター開院、静岡県歯科医師会に挨拶郡市歯科医師会の会員になる
- 2002年9月 病院が患者受け入れ開始

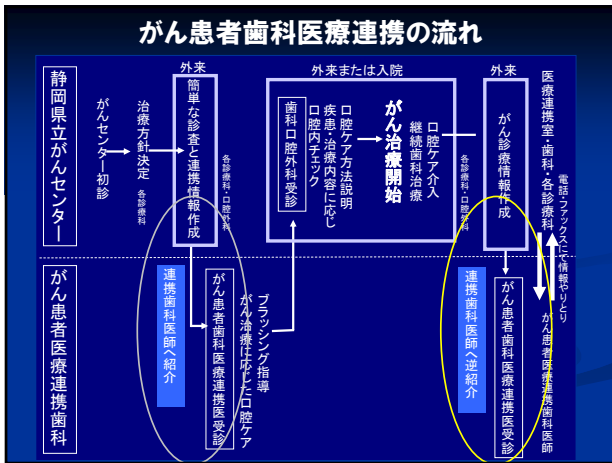
### 静岡県東部地区がん患者歯科 医療連携開始までのあゆみ

- 2003年春 静岡県東部9郡市歯科医師会の3役会で、連携について初めて構想を相談、協力を求める
- 2004年春まで 静岡県東部地区の歯科医師会へ挨拶回り
- 2005年夏～2006年冬 9郡市歯科医師会の月例会に全て参加して15分プレゼンの機会をいただき、連携システムの説明
- 2006年5月 がん患者歯科医療連携講習会を静岡県東部地区5カ所で開催（同時に静岡県歯科医師会、サンスターとの共同研究事業も開始する）

### がん患者歯科医療連携開始時の 問題点

- がん治療に関する知識が十分でなく、がん患者を診察するのに不安がある
- がん患者は、心の問題を抱えており、どう接してよいか分からない
- 個室ではないので、がん患者さんのプライバシーに配慮した治療が、診療室ではおこなえない
- がん患者に関する医師との情報伝達の方法が分からない

## 2 がん患者歯科医療連携構築 のプロセス



### がん患者歯科医療連携は歯科医師会と連携

静岡県 SHIZUOKA

山梨県

県東部地区都市歯科医師会 会員数567人中  
266人が連携歯科医師登録  
(平成18年12月4日現在、登録率:46.9%)

愛知県

平成18年6月11日 静岡県立がんセンターしおさいホール

講習会開催場所

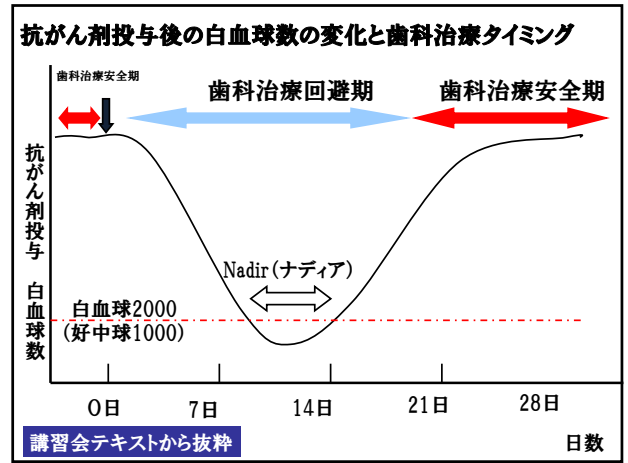
### がん患者歯科医療連携は歯科医師会と連携

講習会資料、連携のための資料

講習会テキスト・ステッカー

医療連携マニュアル

口腔ケアパンフレット



### がん患者歯科医療連携合同連絡協議会という組織は？

- 病診連携の基本は、お互いの顔が見えること
- 連携長く持続させる為の評価機関、もしくは地域歯科医師会と情報を共有する為の組織が絶対に必要
- 3者が集まり、がん患者の口腔ケア意識向上と地域連携を推進していく事を目標に
- 静岡県歯科医師会は、東部が対象となり9都市歯科医師会の代表(担当理事)として参加したが、中部、西部からも連携拡大の要望が

### がん患者歯科医療連携推進協議 会議事録

**第13回合同連絡協議会**  
(静岡県東部9都市歯科医師会、静岡がんセンターとしてサンスター)  
日時：平成22年1月28日(水) 15:00~16:30  
場所：静岡がんセンター管理棟 医療連携会議室  
出席者：静岡歯科医師会：西野 和行先生(副会長)  
静岡県歯科医師会：松本先生(熱海)、稲葉先生(伊東)、三好先生(藤原)、  
森田先生(田方)、平田先生(三島)、横井先生(沼津)、  
清水先生(富士宮)  
静岡がんセンター：江口  
大田先生：中村先生(熱海)、大田先生(富士)

0) 前回の議事録確認  
第12回の議事録内容について確認し問題なし  
国立がんセンターと日本歯科医師会との連携について一案印刷式が決定されている。

1) 4月からの治療連携開始について  
・国立がんセンター中央病院は、日本歯科医師会と協働して、がん患者の口腔ケアを地域歯科医療機関に依頼して実施し、治療後も連携を継続して実施することを事業化した。(2月に印刷式)  
・静岡では、厚生労働省がん研究助成金による「がん治療による口腔診療の予防法及び治療法の確立に関する研究(虎井直)」の後継2年の研究テーマを「がん治療における口腔ケア地域医療連携の構築」とし、研究フェーズを静岡県とした。  
・4月からの連携は、静岡歯科医師会の協力を仰ぎ、中部、西部にも拡大する。  
・対象を口腔がん以外の歯肉腫瘍、食道がん患者で全身麻酔下での手術を予定するがん患者とする。

**第13回合同連絡協議会 議事録 (平成22年1月)**

**9都市歯科医師会の出席者**

1: 日歯国がん連携が1月に調印式を予定している

2: 静岡では、厚生労働省の研究で、医療連携事業がテーマになった

### がん患者歯科医療連携推進のための協議会

**第16回合同連絡協議会 討議議案**  
平成22年9月30日

1: 静岡連携の試験運用について

2: マニュアルの修正について

3: 日歯国がん連携の進捗

4: 追加講習会の進捗

5: アドバンスコースの最終案内

6: 来年以降の連携事業について

7: 講習修了証の発行について

8: 連携関連予算について

9: 連携新聞のきじについて

静岡県東部9都市歯科医師会、静岡がんセンターとしてサンスター  
第16回合同連絡協議会  
平成22年9月30日午後3時から 静岡がんセンター管理棟4階  
医療連携会議室  
協議事項

0) 前回の合同連絡協議会の議事録確認

1) 参加メンバー確認

2) パイロット連携8例の報告(運用の確認)(田安藤)

3) 連携マニュアルの修正確認(内容の確認、連携対象の再確認)(大田)

4) 院内の連携書面確認と10月からの連携開始について(大田)

5) 追加講習会の開催状況確認(各都市代表)

6) 日歯国がん連携の進捗状況について(望月運営委員)

7) 第4回アドバンスコースの最終案内、プログラム確認、募集状況について(大田、勝又)

8) 来年以降の連携について  
国がんプロジェクトとの整合性  
アドバンスコース開催内容、場所  
追加講習会の開催(大田、勝又)

9) 連携歯科医院における口腔ケアDVDの作成(アドバンスコース)と最終発表(大田)

10) 講習修了証の発行について(とおし番号について)(勝又)

11) 来年以降の連携関係の手続きについて(県歯科医師会と静岡がんセンター(全体))

12) 静岡がんセンター連携マップの改訂について(大田)

### その他の医療連携推進の具体的活動

- 連携歯科医師、歯科衛生士のがんセンター見学研修制度(半日、1日~3日)
- がん患者歯科医療連携講習会アドバンスコース開催(平成22年10月24日で第4回、今年は10月23日を予定)
- 院内診療科医師、看護師に口腔ケア連携の強化のための説明会
- 院内で歯科医療連携パンフ、連携診療所マップ配布
- 連携通信発行(連携歯科診療施設に配布)



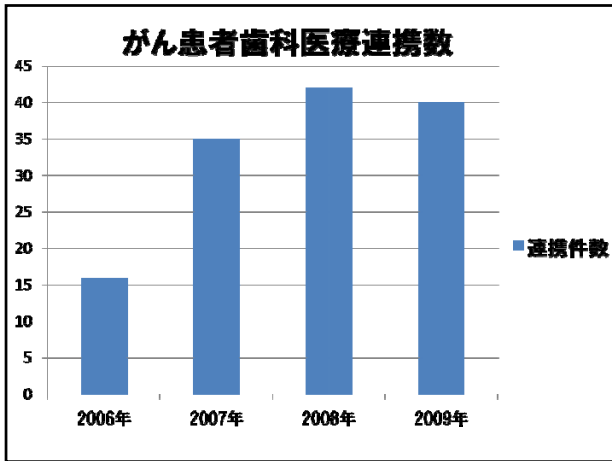
### がん患者さんのための 歯科医療

アドバンスコース研修会2年目

静岡県立静岡がんセンター 静岡歯科医師会

歯科外来には医療連携マップが壁に掛けられている

患者さんは、自宅や勤務先に近い連携歯科医院を受診する



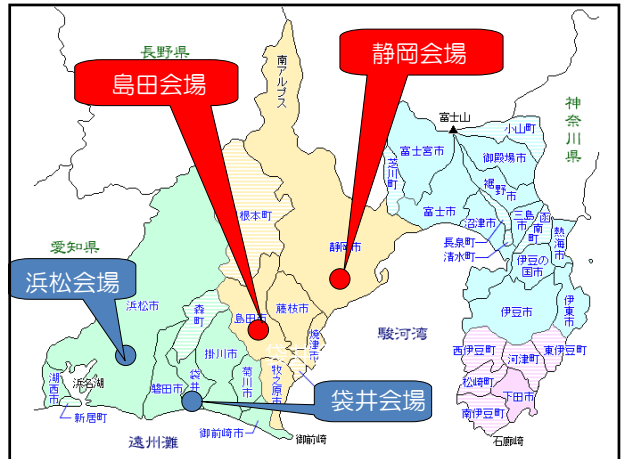
- ### 静岡県東部地区の歯科医療連携問題
- がん治療を受けた患者(終了または治療中)の連携は、患者自身が地元で継続してかかりたいと希望する場合、診療を断られることはない。よって治療難民を作らない。
  - 遠方から通院する患者は、積極的に連携を受け入れる。
  - 近隣居住の患者は、一度がんセンター内で口腔ケアや歯科治療を受けると、静がんで継続して歯科治療をと希望する患者ほとんどである  
(連携事業の予算は、研究費、病院予算が主になっており、歯科医師会には予算がない)

- ### がん患者歯科医療連携の方向修正
- がん治療を受ける前に連携歯科診療機関を受診して、かかりつけ医として、しっかり意識づける
  - 近隣居住の患者は、一度がんセンター内で口腔ケアや歯科治療を受けると、静がんで継続して歯科治療をと希望する患者ほとんどである
  - 静岡県東部地区だけでなく、中部、西部へも連携を拡大する
  - 病院内、歯科医師会に歯科連携の存在が少しずつ認識されてきたので、がん治療開始前からの連携を開始する



**平成22年度 郡市歯会対象 医療連携説明会日程**

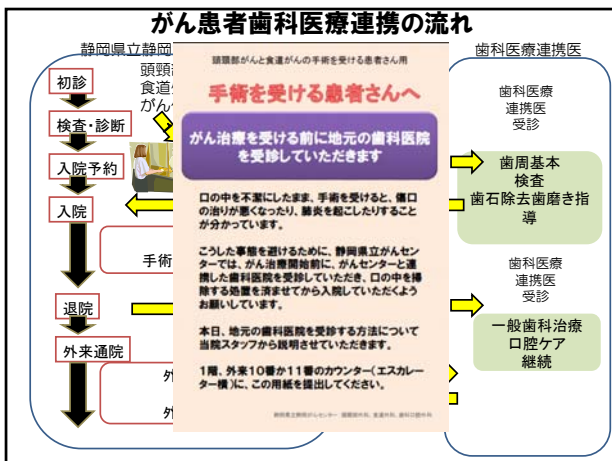
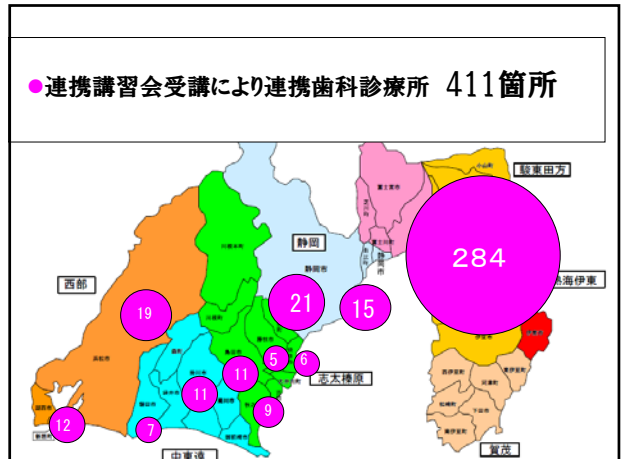
郡市歯会名	開催日(希望日)	説明会場	説明者
1 清水区歯会	3/25(木) 18:15~ 会員総会前	清水区保健センター 3階視聴覚室	大田 義 了
2 静岡歯会	3/10(水) 20:45~ 清水区 合同の学校歯科研修会終了後	県歯会館5階大会議室	大田 義 了
3 焼津歯会	3/17(水) 20:00~ 会員総会時	焼津市保健センター	望月 義 了
4 藤枝歯会	4/21(水) 19:40~ 例会中	藤枝市保健センター	望月 義 了
5 島田歯会	3/10(水) 19:45~ 例会後	島田市保健センター 3階	望月 義 了
6 榛原歯会	4/24(土) 16:30~ 総会前	榛原医師会館	大田 義 了
7 小掛歯会	4/10(土) 17:00~ 総会後	シティホテル「わかまつ」	望月 義 了
8 磐田歯会	5/15(土) 18:00~ 総会、社保説明会前	磐田市総合福祉会館(1プラザ)	望月 義 了
9 浜松市歯会	5/27(木) 18:00~ 例会後	浜松市口腔保健センター1階	大田 義 了
10 浜名歯会	代表者が数名、5/27浜松 歯会説明時に同席	同上	大田 義 了



**静岡県歯科医療機関と静岡がんセンターによる  
歯科医療連携講習会**

◎回目 7月11日(日) 浜松市福祉交流センター大会議室  
14:00~18:00 浜松市中区成子町140-8

歯科医師60名衛生士10名の参加 全4回の講演を担当した食道外科の坪佐部長



**歯科医院を受診した患者は  
どのような歯科治療を受ける？**

- 口腔内診査(歯周基本検査)、歯石除去、ブラッシング指導(場合により歯牙固定)を口腔ケア処置に定義して、保険診療と整合性をとる
- 治療可能な時間は、手術やがん化学療法の治療開始を待つ平均的な時間(2~3週間)
- 口腔内が多数歯う蝕の場合、応急処置のみ
- 要抜歯の歯が多いとき、がん治療スケジュールに応じて(連携歯科の先生と連絡取り合う)
- 基本は、歯周病病変の治療を優先して考える

## 静岡がんセンター 歯科医療連携の展望

- 頭頸部がん、食道がん患者術前患者の連携が、病院内の歯科でおこなった口腔ケアと変わらない術後局所発症率を担保できることを明らかにする
- 対象患者を、がん化学療法患者に拡大して、広く地域で受け入れる基盤をすること
- この連携システムを地域の訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所との医科連携にリンクすること

## 動画スライド(緩和病棟患者のケア)



## 3 静岡から日歯・国がん連携へ

がん治療前に歯科検

国立がん研究センター  
と日本歯科医師会  
がん患者歯科医療連携を開始  
(連携調印式、記者会見)

がんセンターと歯科医師会 連携  
口腔内合併症 リスク低減

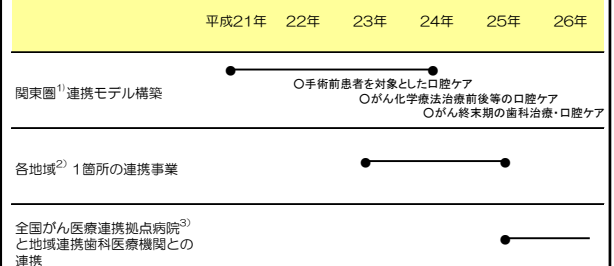
がん治療に伴う口腔合併症の予防・軽減のための医療連携体制の確立を目指し、協議を進めてきたが、2010年12月より国立がん研究センターと日本歯科医師会は医療連携事業を開始することで合意に達した。  
(日経新聞9月1日 朝刊)

## 日歯・国がん連携事業計画

- ① 本事業は、2年間ごとに関東圏の医療連携の事業成果を評価・確認しながら、徐々に全国地域がん拠点病院と都道府県歯科医師会との連携に拡大させる計画である。
- ② 平成21年および22年度は、国がんと関東圏の歯科医療機関との連携モデルの構築を目標とする。
- ③ 続いて平成23年度を目途に北海道・東北、関東、東京、東海・信越、近畿・北陸、中国・四国、九州の各地域で、1つ以上の都道府県がん拠点病院と地域歯科医療機関の連携事業を開始していく。
- ④ さらに平成26年度を目途に全国のがん診療連携拠点病院(375施設)と地域連携歯科医療機関との連携事業を開始する。

## がん治療に関わる 医科・歯科連携のこれからの展開

日本歯科医師会 深井先生作成



1) 千葉県、埼玉県、東京都、神奈川県、山梨県

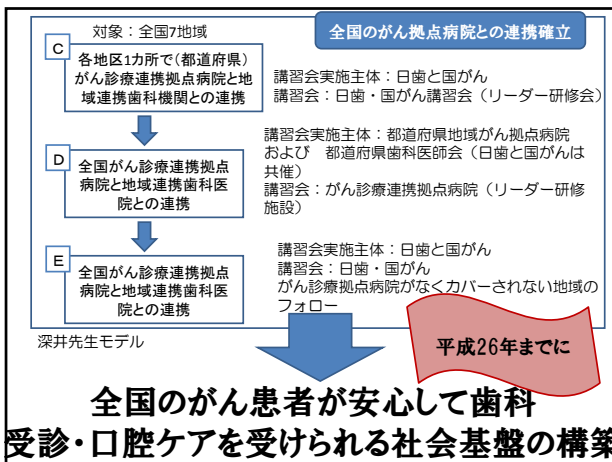
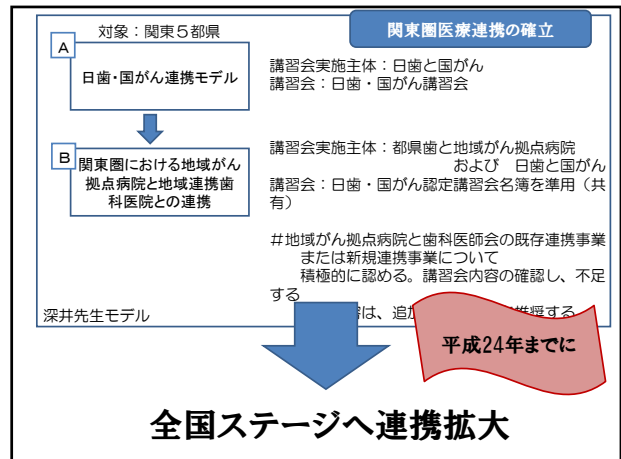
2) 北海道・東北、関東、東京、東海・信越、近畿・北陸、中国・四国、九州の各地域

3) 375施設

### 各都県歯での連携講習会日程

連携講習会開催日程 日本歯科医師会 深井先生作成

山梨県歯科医師会	平成22年9月25日(土)
東京都歯科医師会	平成22年10月23日(土)
埼玉県歯科医師会	平成22年11月18日(木)
千葉県歯科医師会	平成22年11月21日(日)
神奈川県歯科医師会	平成22年12月12日(日)



- ### まとめ
- がん治療に伴う口腔トラブルを回避するために、がん診療病院と地域歯科診療機関が連携は少しずつ、確実に拡がりつつある
  - がん急性期からがん終末期までを支援する連携に広げられるよう、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションのネットワークと連携する構想がある
  - 日本歯科医師会と国立がん研究センターの連携事業と協働しながら、全国的な連携拡大につなげる活動をしている

**がん専門病院と地域歯科医療機関の連携は成功するのか？**

医科の先生方の力添えと歯科の先生方の気持ちがあれば成功すると信じます

ご静聴ありがとうございました