

在宅看護と緩和ケア 第1回 ホスピスケアの理念と歴史

- 1) 自己紹介
- 2) 在宅ホスピスケアの理念と歴史

在宅ホスピス研究所パリアン代表・森の診療所医師
川越厚

1) 自己紹介



1973 25 '81 33 '85 38 '86 41 '89 46 '94 46 2000 52歳 2019 72歳

東大病院 産婦人科	茨城県立 中央病院	東大 講師	白十字 診療所	賛育会 病院	クリニック川越
--------------	--------------	----------	------------	-----------	---------

がん治療医

在宅ホスピス医



結腸がん患者の
経験(39歳)

医療法の
改正(1992)



衝撃体験
の記録

介護保険法の
施行(2000)

患者家族(妻AML)の
経験(59歳)

死に直面すると、ひとは生き方が変わる



与えられた「命」を生かすため
「僕は頑固な・・・」(自叙伝)より

「よど号」ハイジャック事件に遭遇
出迎えた妻と空港にて(1970/4、58歳)



がん治療医⇒ホスピス医

大腸がんを患って
娘と病室にて(1986/12、39歳) 3



足を踏み入れた
先は、在宅ケア
(1989年～現在)

若き日の
川越博美

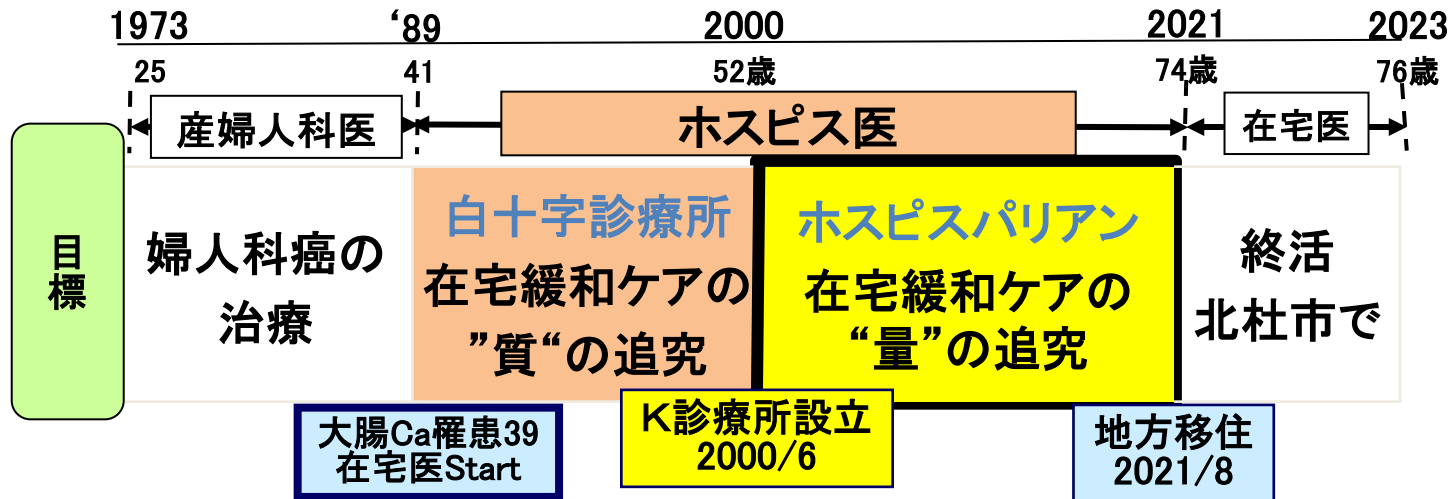
パイオニアの
佐藤智先生

「安らかな死」
看護師の
田中信子さん



佐藤智先生とLCSのスタッフ(1995年頃)

ホスピスパリアンで行ったこと



法人の理念:

死に逝く患者を
在宅で
全人的にケアする

法人の目標:

1. “高品質のケア”を“より多くの患者”へ届ける
2. “時代要請”に応える“ケアの提供体制”を整える
3. “地域・社会を変える”

目標1. 1) 高品質のケアを提供する

哲学・実際の
やり方の共有



必要な医療の、迅速かつ確実な提供



信頼される
24時間ケア体制

具体的指示
の共有

末期がん患者に対する
医療行為に関する指示書

訪問看護パリアンへの
事前約束指示

クリニック川越院長
川越 厚
(2007年7月20日作成)

患者・家族

看護師

看護師

医師

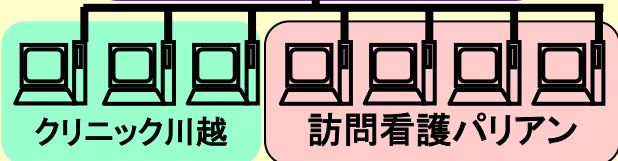
Real timeの情報共有

共有情報

K-DB(相談外来DB/サマリー)

電子カルテ

共有サーバ
機 看護記録

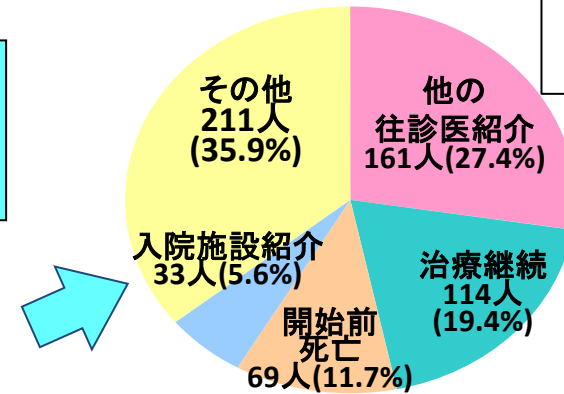


緊密な
チーム連携



目標1. 2)より多くの患者へ提供する

患者の転帰
(2000/7~2021/7)



相談外来
受診者 3163名
(143名/年)

相談なし
111名

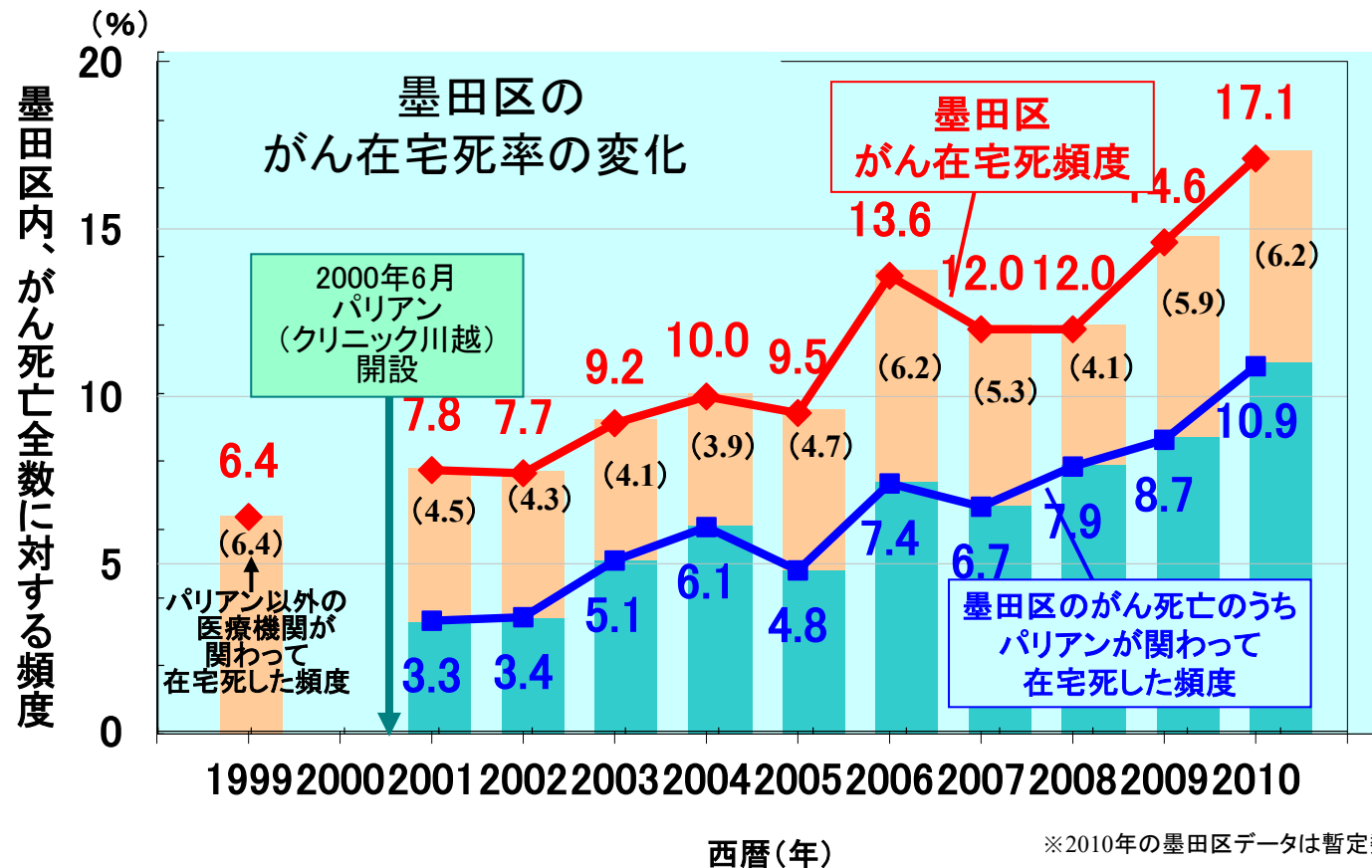
相談外来
のみ
588名

外来通院のみ
6名

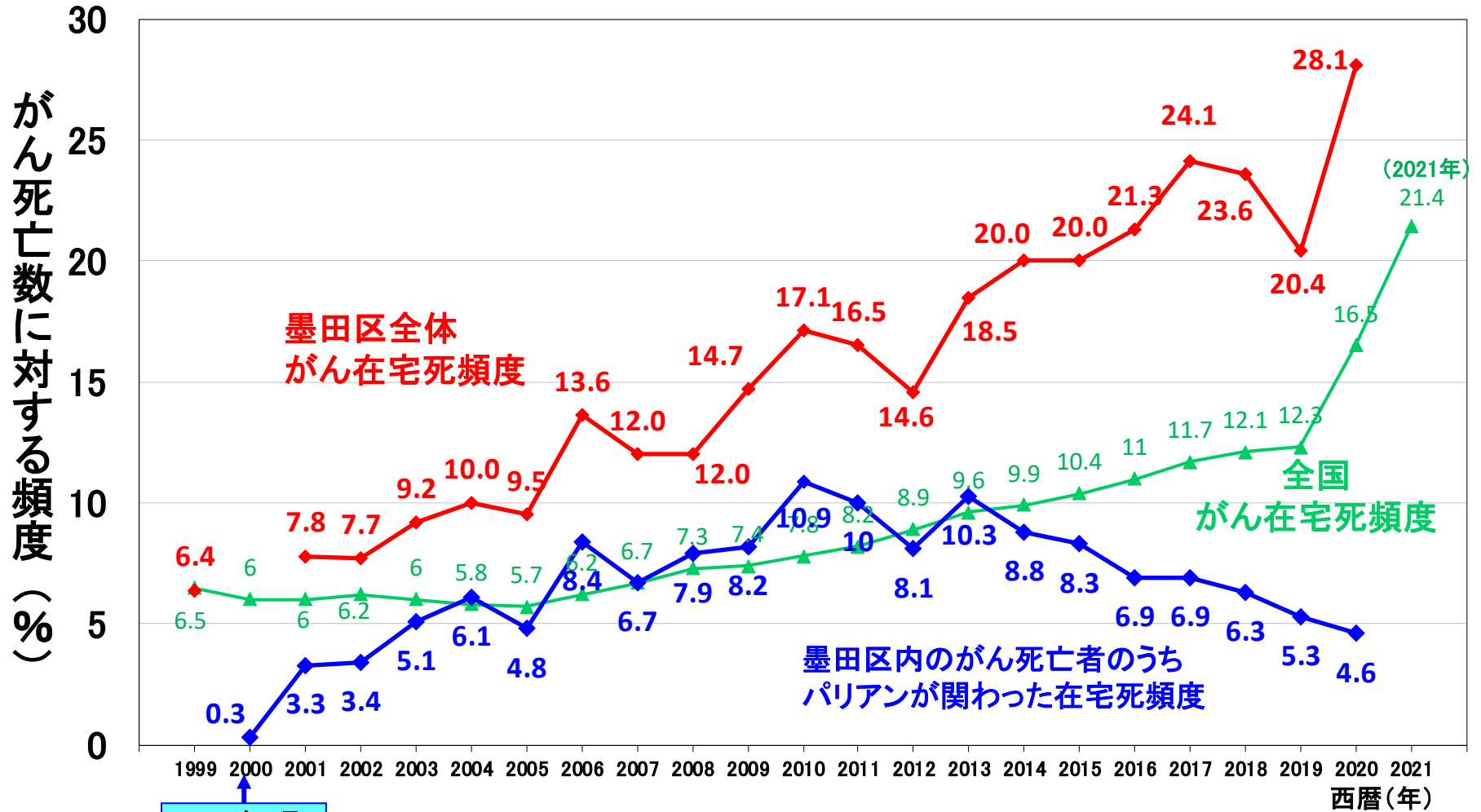
在宅ケア
実施例 2680名

在宅ケア実施症例		2680	登録症例比	
合計		2533	94.5%	
死亡 確認	在宅	(2432)	死亡 例中	(96.0%)
	当院入院	(1)		(0.04%)
	一般病棟	(39)		(1.5%)
	PCU	(61)		(2.4%)
中止		147	5.5%	

目標3. 墨田区の“在宅死率”でみると ホスピスパリアンが誕生して地域は変わった



目標3. 地域を変える



出典:人口動態統計(厚生労働省)、墨田区提供資料(墨田区福祉保健部)、墨田区がん対策推進会議資料

そして、いま
北杜市へ移住して終活
北杜市は墨田区の面積44倍、人口17%

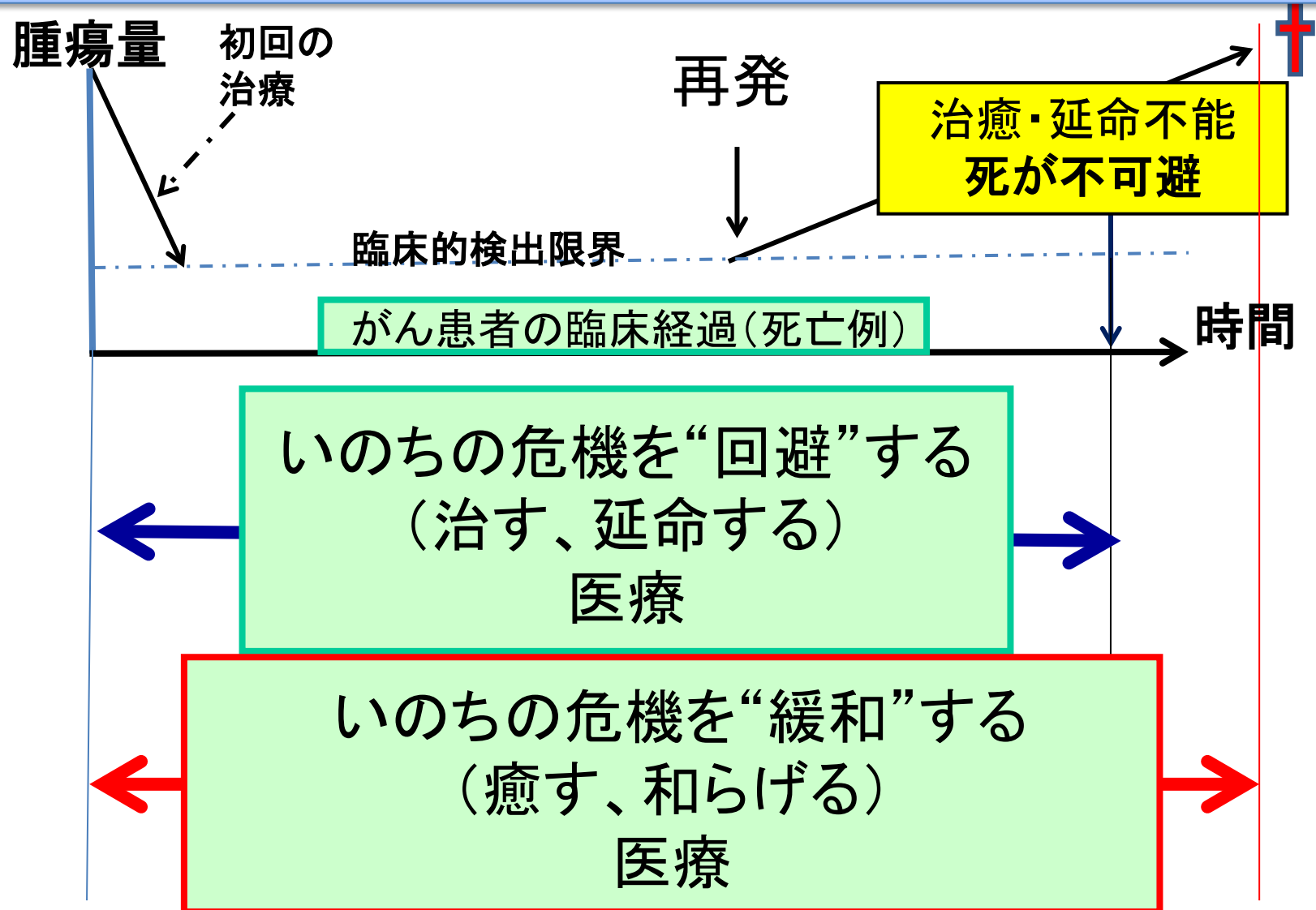


ある雨の日の、老医師の
孤独な深夜往診

2023/03/25

診療活動は終活ではない(在宅死1/月程度)

いのちの危機を “回避する”医療と“癒す”医療



医の歴史とホスピスケア（1967年誕生）

? ~ 古代

中世

近代

現代

科学的
医療

科学的根拠の
乏しい
“おまじない”

科学的根拠に
基づく
医療の登場
結核菌の発見
(1882)

看取りの
ケア
誕生
哲学を
重視する
(1967)

現代医療
の主流

全人的・緩和的
医療



全盛時代

冬の時代に突入

息を吹き返す



医療の本流?

ホスピスケア、緩和ケアの歴史について

ホスピスの発祥

ローマ時代

ホスピスとは“死を迎える場所・施設”

ホスピスケアの誕生

1967 “ホスピスケア”・新概念の誕生
⇒施設型(全病棟型)ホスピス(英)

1974 在宅型ホスピスケア誕生(米)

1975 施設型(病棟型)ホスピス(加)

× “ホスピス”病棟 ⇒ ○ “緩和ケア”病棟

緩和ケアの誕生

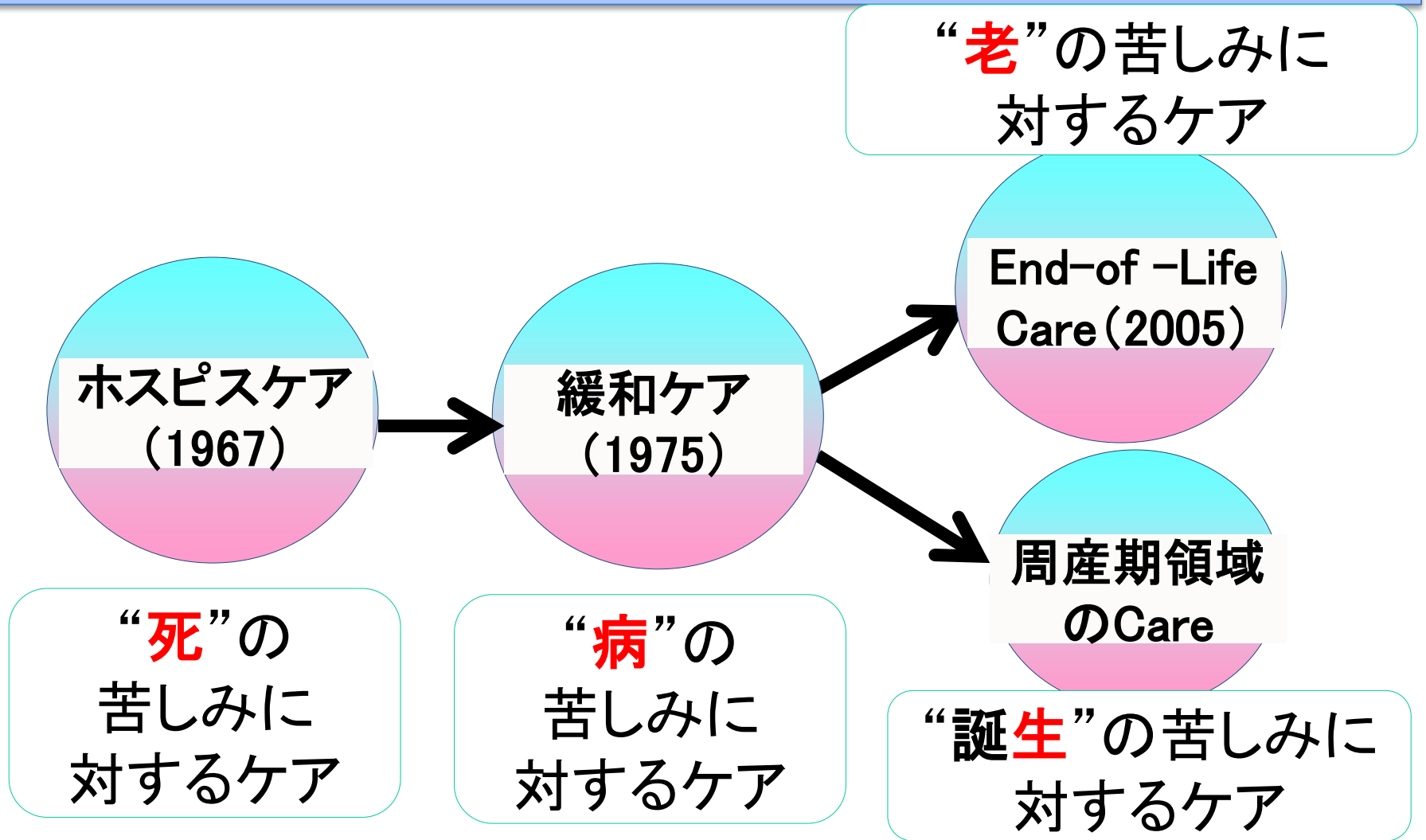
(C.Saunders)



その後緩和ケアは、
より広い概念となって整理、発展した



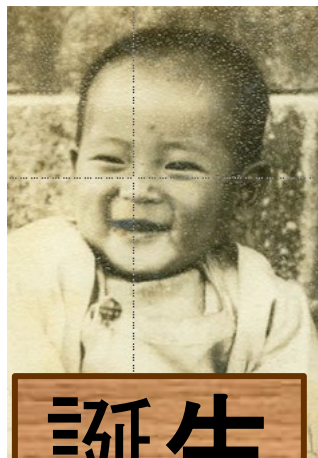
歴史的変遷から見えてくること



緩和ケアとは、四苦“生老病死”のケア

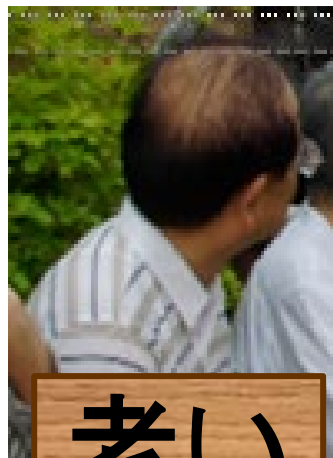
緩和医療の歴史と“生老病死”

“いのちの危機を“回避する(治す)”医療



誕生

周産期医療



老い

高齢者医療



病

様々な医療



死

回避医療、無

危機を“緩和する(癒す)”ケア

周産期の
緩和ケア

End-of -
Life Care

病の
緩和ケア

ホスピス
ケア

Hospice is not a building,
but a philosophy.

ホスピスは建物ではなく、
哲学(考え方)である。

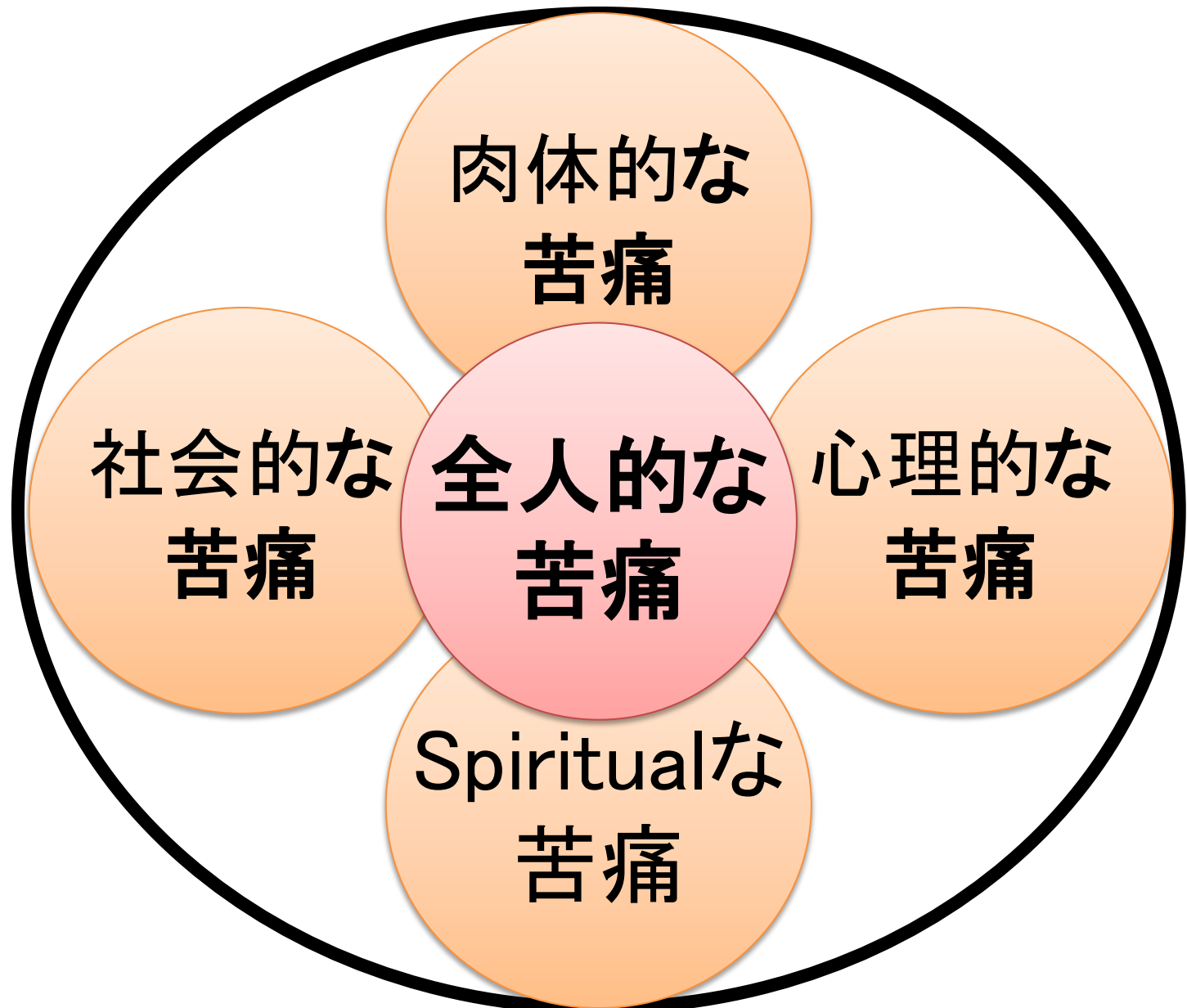
ホスピスケア

言葉の登場
(1967)

言葉の定義
(1979、NHO)

ホスピスとは“死の看取り”の基本理念
ホスピスケアとは、“死”を前にして
苦しむ者に対する”全人的なケア”

“全人的な苦しみ”とは？



ホスピスケア(Hospice Care)とは

具体例(遺族ケア)

看取りの哲学、基本理念(Hospice)

家族はケアの対象

一定のやりかた(ホスピスケアPRGM)

プログラム化された遺族ケア

個別化された、具体的なケア(Hospice Care)

- ①お悔やみの手紙(直後)
- ②遺族訪問(1ヶ月後)
- ③命日カード(1年後)
- ④遺族の会(年3回)

(パリアンの場合)

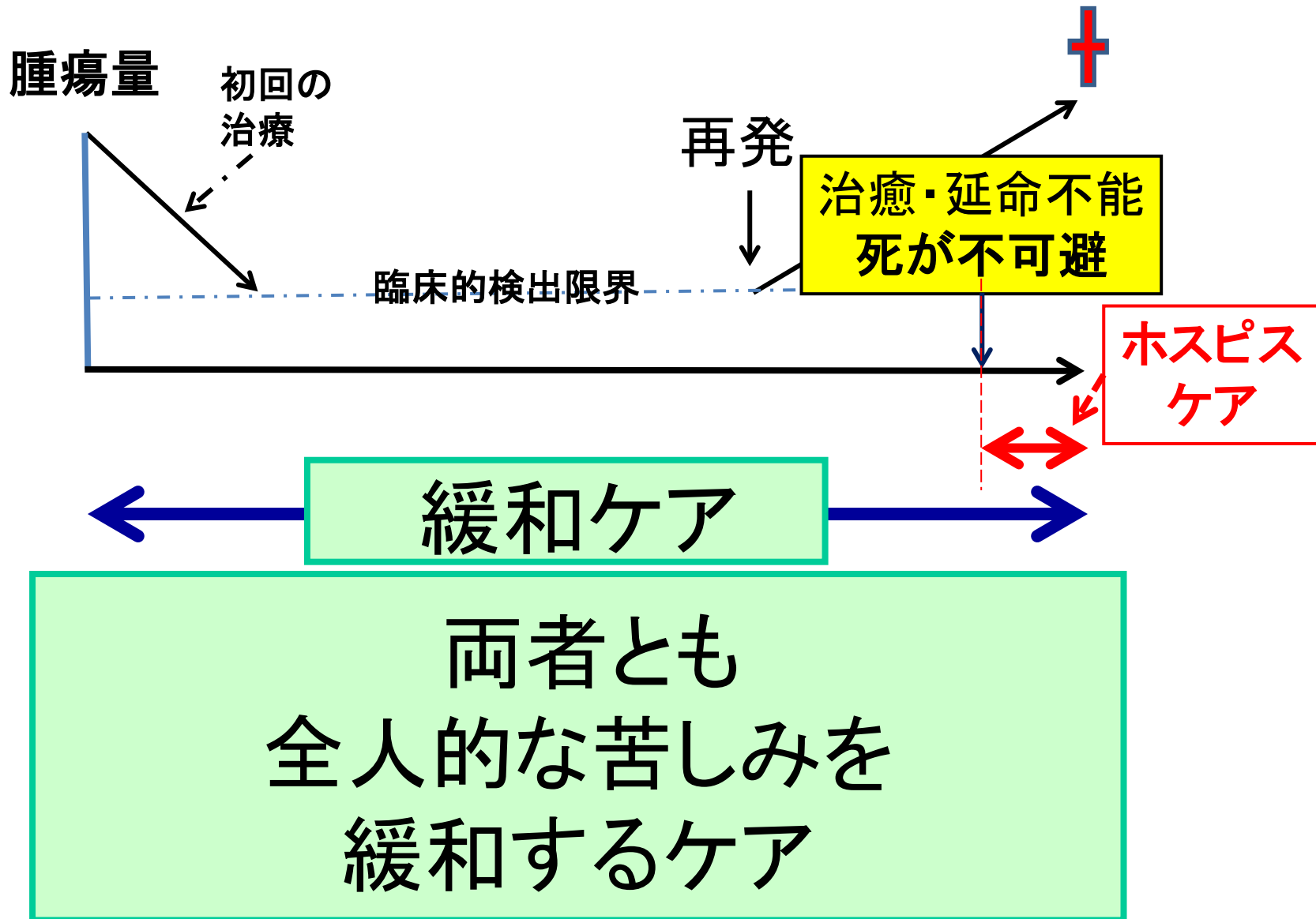
緩和ケア

言葉の登場
(1975)

言葉の定義
(2002、WHO)

緩和ケアとは“医の基本理念”
“死”だけではなく
“病”のため命を脅かされる人が対象

緩和ケアはホスピスケアの拡大



緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に関連した問題に直面している患者とその家族に対し、両者のQOL(生活の質)を改善する取り組みである。

その取り組みは、その疾患がもたらす苦痛を予防し緩和することによって達成される。

具体的には痛みとその他の問題(つまり身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな問題)を早期に見出し、的確な評価と処置を行うことによって達成される(川越による意識)

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,2002)

緩和ケアの対象は “患者”と“その家族”



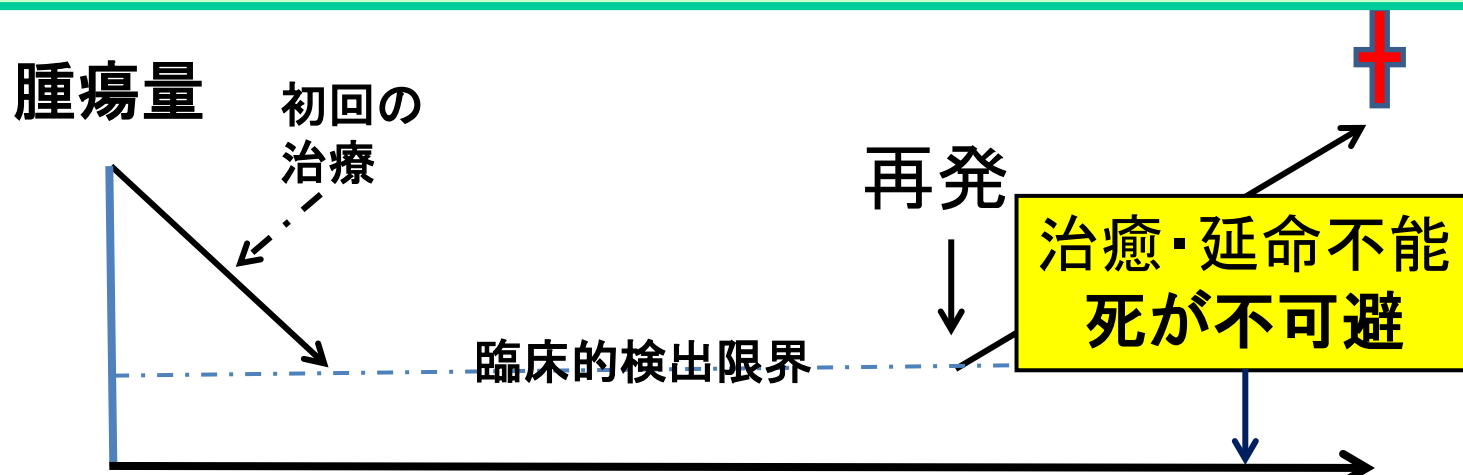
67歳女性 独居

最期は
“主人の
冷えた体を
暖める”



緩和ケアを行う時期は 「病気の始まりから終わり」まで

がん患者の臨床経過（死亡例）



緩和ケア





緩和ケアの新しい領域

End-of-Life Care(2005年)
“老”を生きる者へのケア

周産期における
“誕生”の苦しみを
経験する者へのケア(?年)


“周産期領域における”緩和ケア



「死に瀕した赤ちゃん。
お母さんのケアを
どうすれば
よいでしょうか」

そう言って、
彼女たちは
二冊の育児ノートを
僕に差し出した





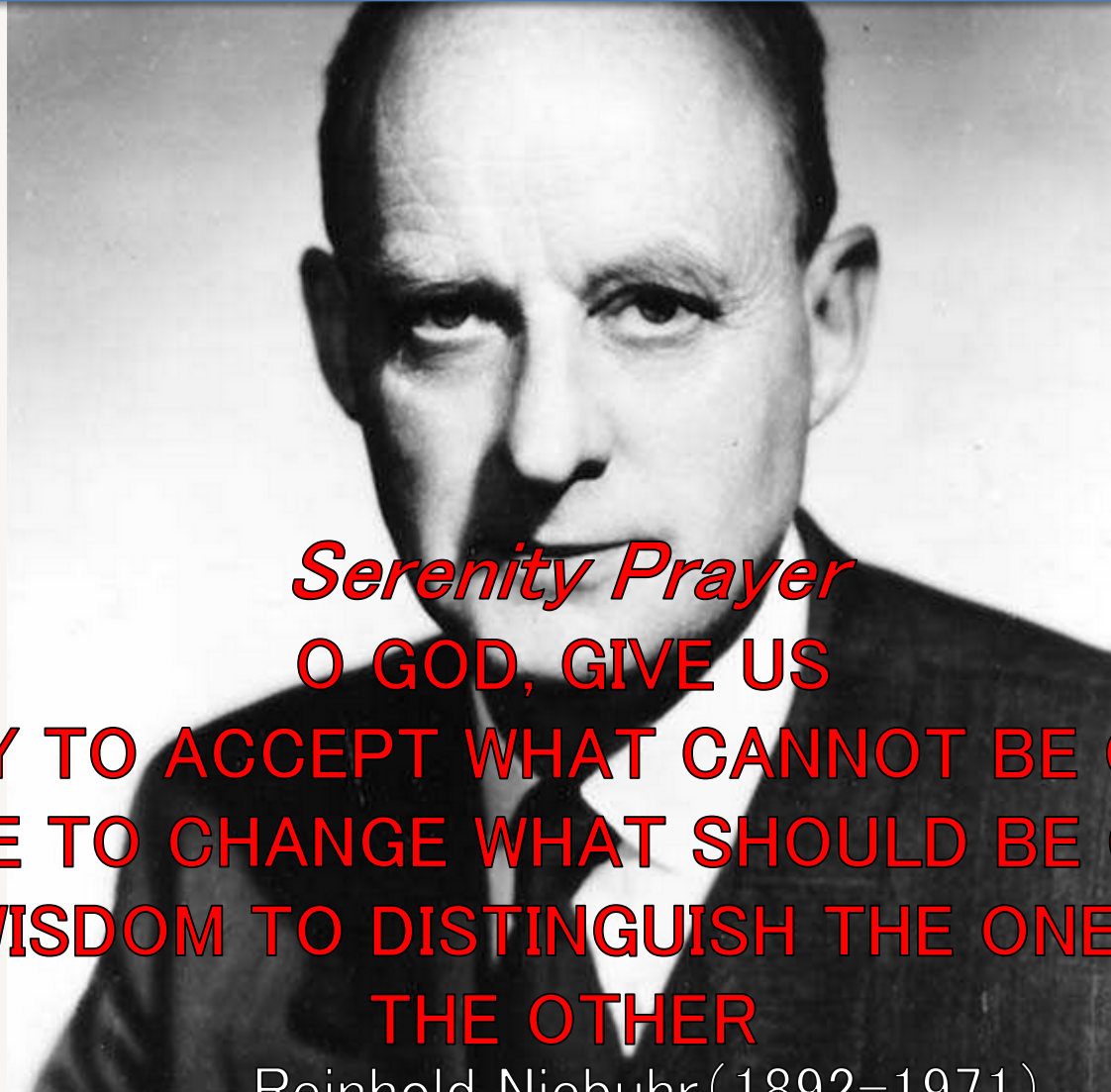
ホスピスケアの実践で
“わたしが”心がけていること

“あるがまま”の
いのちを
受け容れる医療



“あるがままのいのち”を
受け容れる医療

変えられないこと、変えるべきことを
認める医療



Serenity Prayer

O GOD, GIVE US

SERENITY TO ACCEPT WHAT CANNOT BE CHANGED

COURAGE TO CHANGE WHAT SHOULD BE CHANGED

AND WISDOM TO DISTINGUISH THE ONE FROM

THE OTHER

Reinhold Niebuhr (1892-1971)



“人間としてのいのち”を 最重視する医療

在宅ホスピス医と面談後
帰院した母と主治医との
やりとり

「こんな状態ですよ。
本当に連れて帰るの
ですか！」

「はい。家で診てくれ
る先生が見つかった
ので」

困り果てた医師

「では、本人が
どう思っているか、
聞いてみましょう」



40歳代独身
悪性リンパ腫
WBC4000
血小板輸血
**差し迫った死を
理解していない**

医師、看護師、母と共に
病室へ移動

「本当に家へ帰り
たいのですか？」

患者、ためらうことなく

「はい！」

医師、啞然
連携室看護師からの報告

「私たちもびっくり
しました。まるでテ
レビドラマを見てい
るようでした。」

人間としてのいのち”を 全うするとは？

娘の死後

挨拶に来た母親の言葉

「娘に真実を隠さず
伝えました。その夜、
わたしたち三人は
手を取り合って泣き
ました。

娘があんなにはっ
きりと気持ちを表し
たのは初めてです。
そして私たちに“や
りたいこと”を教え
てくれました」



40歳代独身
悪性リンパ腫
帰宅後、両親よ
り“死が差し
迫っている”こと
を告げられた

食いしん坊の彼女。まず食べ物

「焼肉、フランスパン、私
の手料理など、食べ
たい物を食べました」

身の回りの整理

「商店街を散歩し、貯
金を甥名義に変更
しました」

死に逝く準備(遺影)


「袖を通していない着
物を着て、記念の
写真を撮りました」

いのちの神秘性を認め
いのちを畏敬する
医療



「不思議体験2」

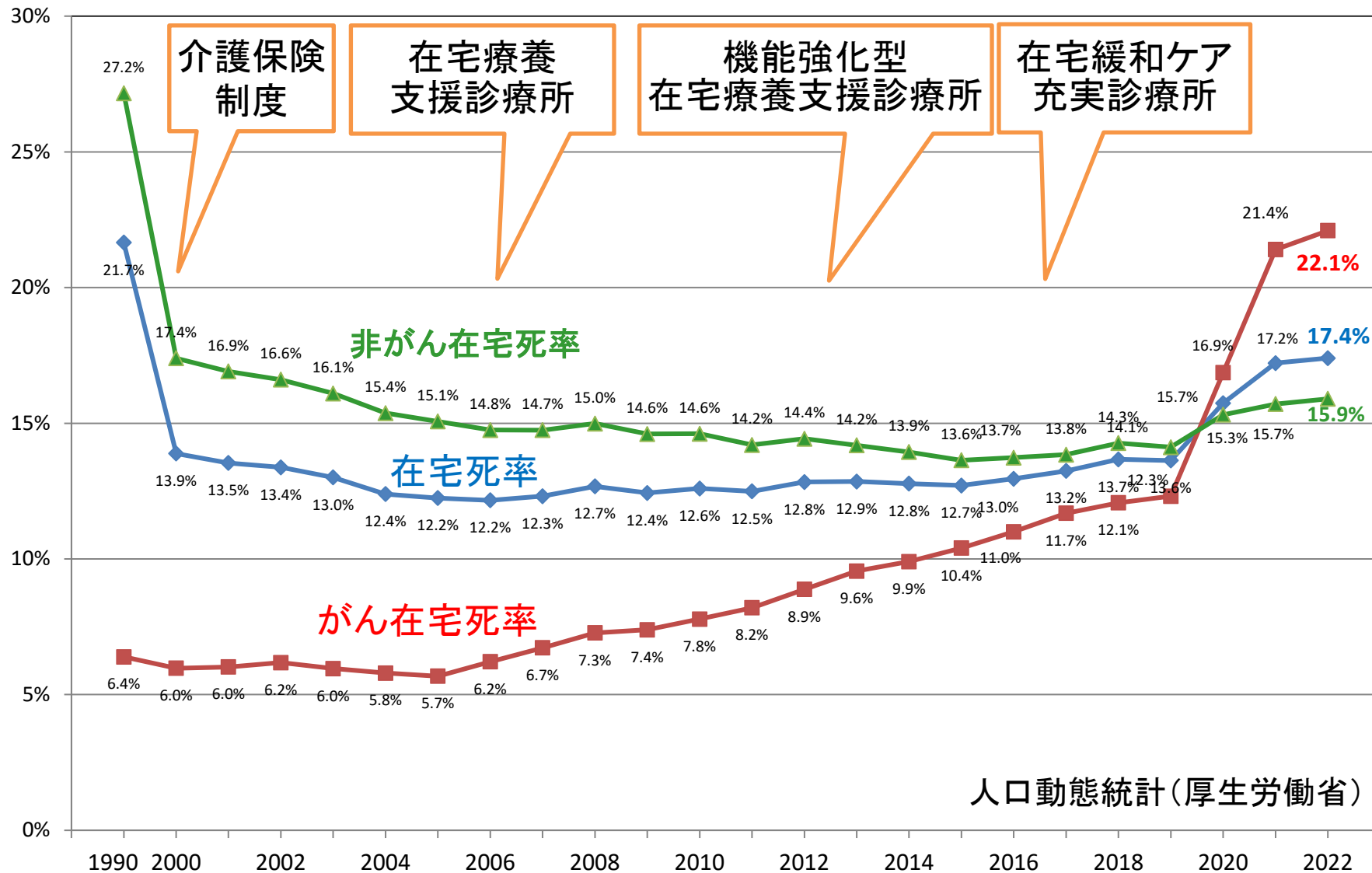




2) 在宅ホスピスケアの 理念と歴史

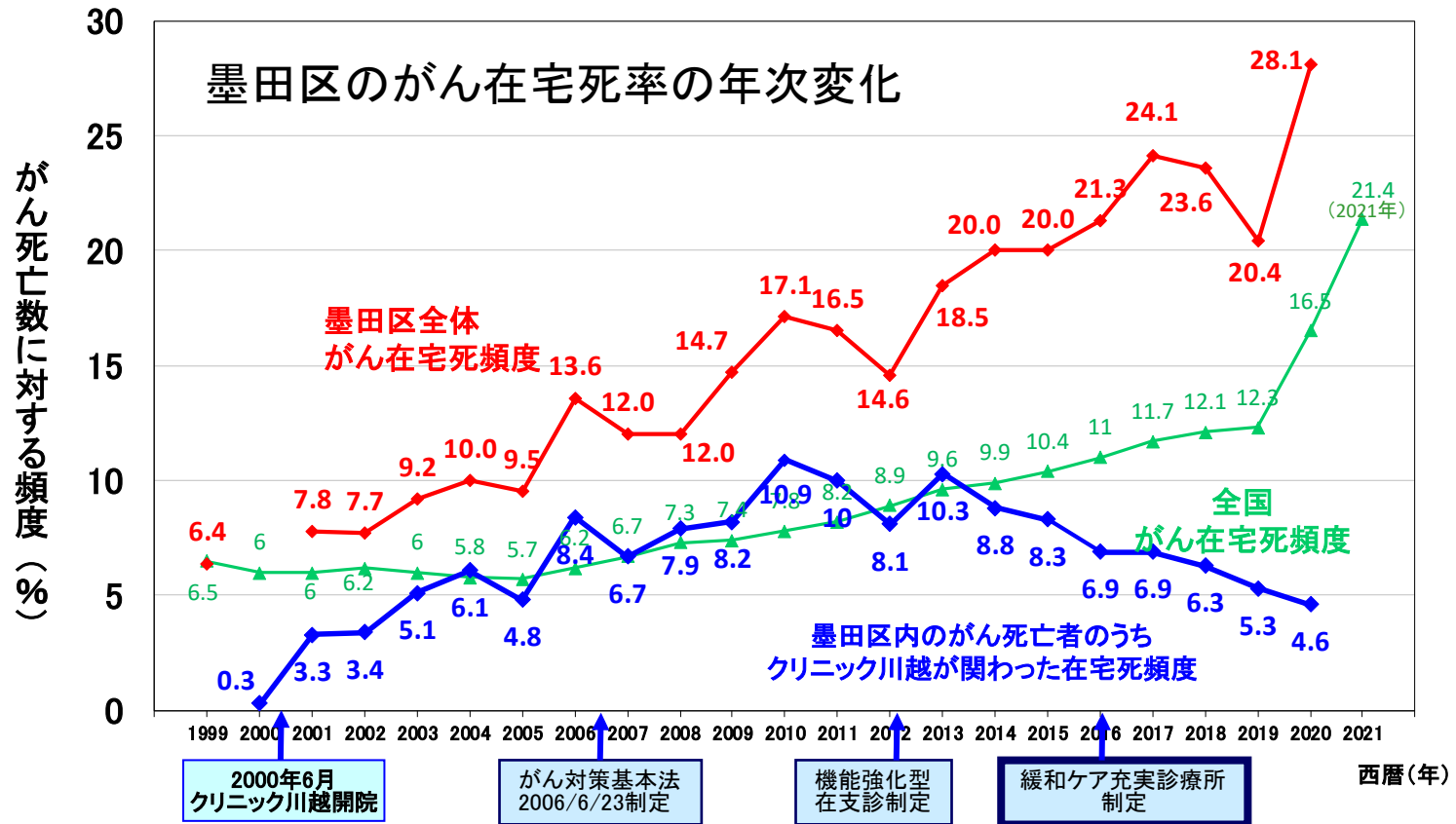
- (1) 我国のホスピスケアの歴史
- (2) 在宅緩和ケアを担う診療所

在宅死亡率の推移 (1990～2022)



人口動態統計(厚生労働省)

目標3. 地域を変える



出典:人口動態統計(厚生労働省)、墨田区提供資料(墨田区福祉保健部)、墨田区がん対策推進会議資料

ホスピスケアを担保する診療報酬制度

先進諸外国

ホスピスケアの
理念とPRGM

支払基準

診療報酬
支払

実際の医療

わが国の場合

在宅医療を
支援する支払制度

'82 老健法新設

'92 医療法改正
訪問看護制度

'94 在医総新設

'00 介護保険法施行

'06 『在宅療養支援診
療所』制度化

'12 機能強化型在支診

'16 在宅緩和ケア
充実診療所

ホスピスケアの
理念とPRGM

支払基準

診療報酬
支払

実際の医療

「がん末期患者の在宅ケア」に関連したことがらと歴史

年	制度の新設等	歳	個人的なこと
'82	老健法新設	34	バリバリの！産婦人科医
'89	(MS-Cの発売)	41	診療所医師としてHHCに携わる
'92	医療法改正 訪問看護制度	45	学術論文、教科書作成 一般向けの啓発活動(一般書、TV番組)
'94	在医総新設	47	賛育会病院長(～2000) PCU開設(2000)
'95		48	HHA創立 基準公表'97、末期がん・・・DB'02
'00	介護保険法施行	52	『パリアン』開設
'06	在宅療養支援診療所	58	介護保険第2号被保険者に癌末期患者(検討委員)
'08		60	在宅医療普及のための勉強会(平静会)
'12	機能強化型在支診	64	
'16	在宅緩和ケア 充実診療所 保助看法改正	68	保助看法改正←「川越班、'05」←「新たな看護・・・'03」←「医療法改正'92」

HHCの実践者かつ理論家 (PCC構想を共に語った二人の畏友)



岡部健医師(故)

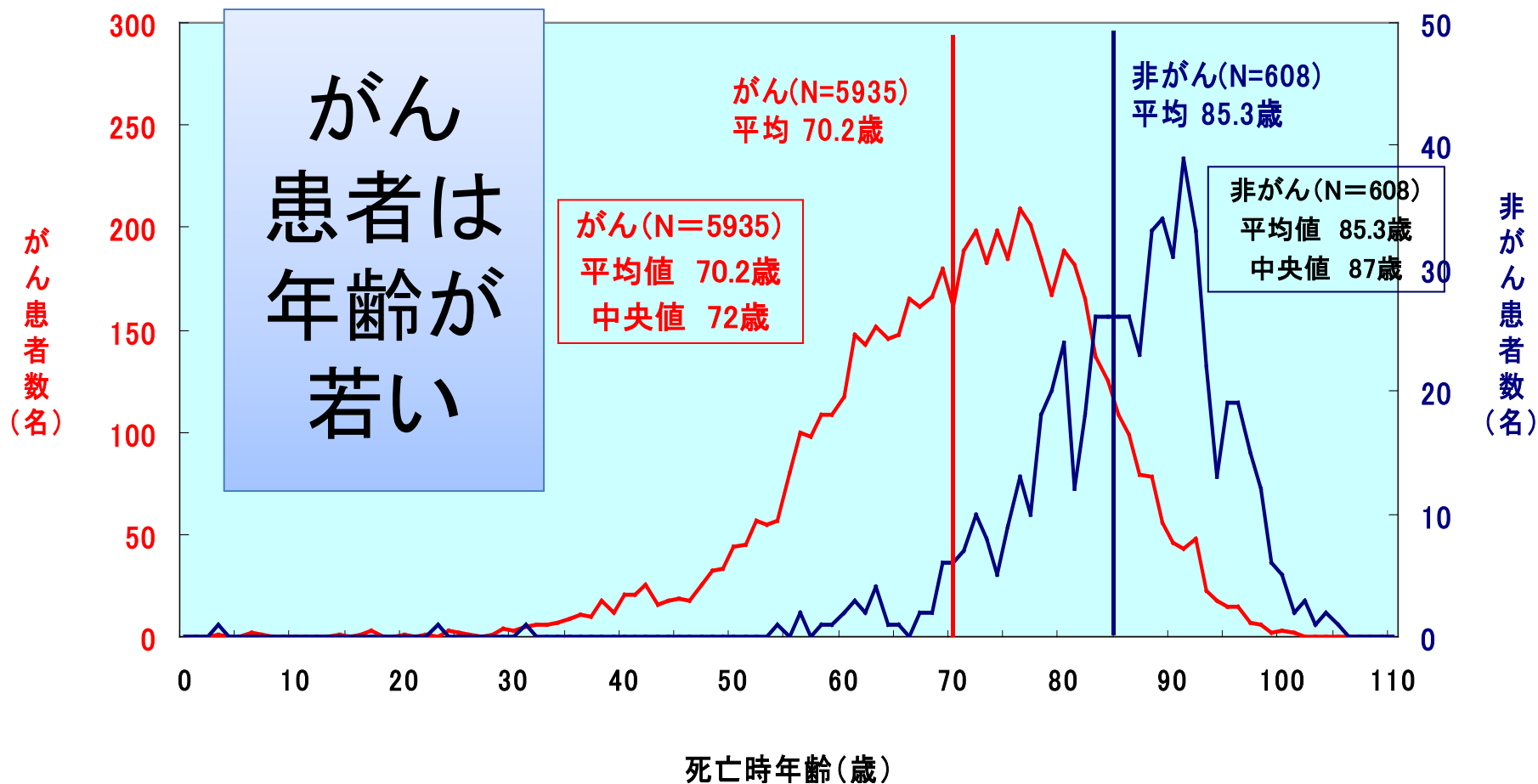
- 1991/4 宮城県立成人病センター
病院勤務医として在宅医療に従事
- 1997/4 在宅医(岡部医院)
- 1999/12 医(社)爽秋会設立



大岩孝司医師

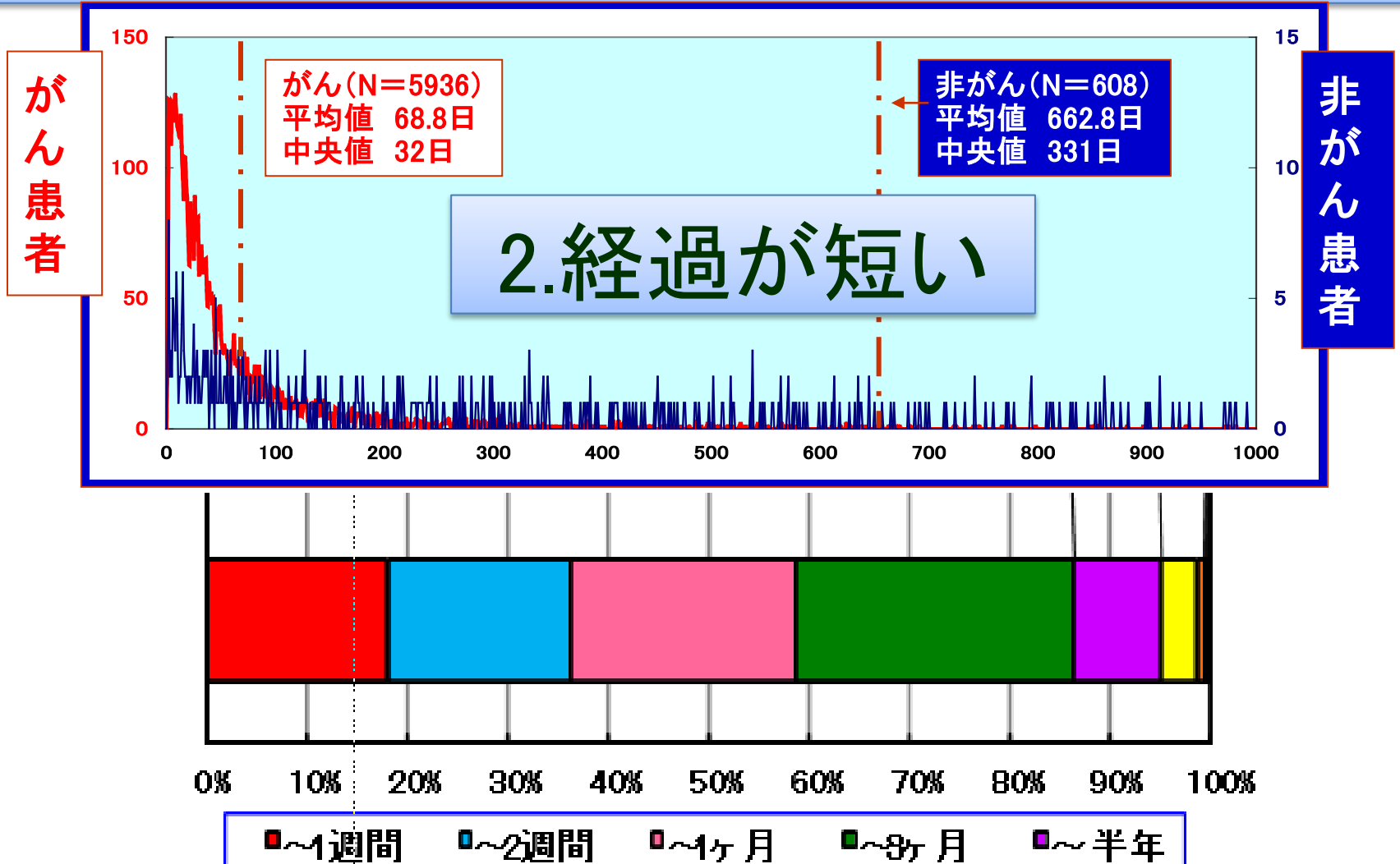
- 1990/1 医療法人鎗田病院
病院勤務医として在宅医療に従事
- 2000/ 出会い「在宅緩和ケア」の講演
- 2001/9 在宅医(さくさべ坂通り診療所)
- 2002/4 医(社)修生会創設
- 2008/9 在宅医療普及のための勉強会

同じ在宅医療でも「がん」と「非がん」とを区別せよ



「がん末期」が「特定疾病」に追加 (2006/4)

「がん」と「非がん」は在宅期間が異なる



末期がん等の方へ要介護認定等における留意事項について
(厚労省老健局老人保健課事務連絡 H22年4月30日)

対象疾患によって専門性を区別する

G-1A(非がん患者を対象)
症状安定、低い医療依存度、長期ケア

かかりつけ医
の
守備範囲

G-1B(非がん患者を対象)
症状安定、高い医療依存度、長期ケア

在宅
専門医の
守備範囲

G-2(末期がん患者を対象)
症状不安定、高い医療依存度、短期ケア

在宅
専門医の
守備範囲

G-3(その他の特殊患者を対象)
小児疾患、精神疾患、など

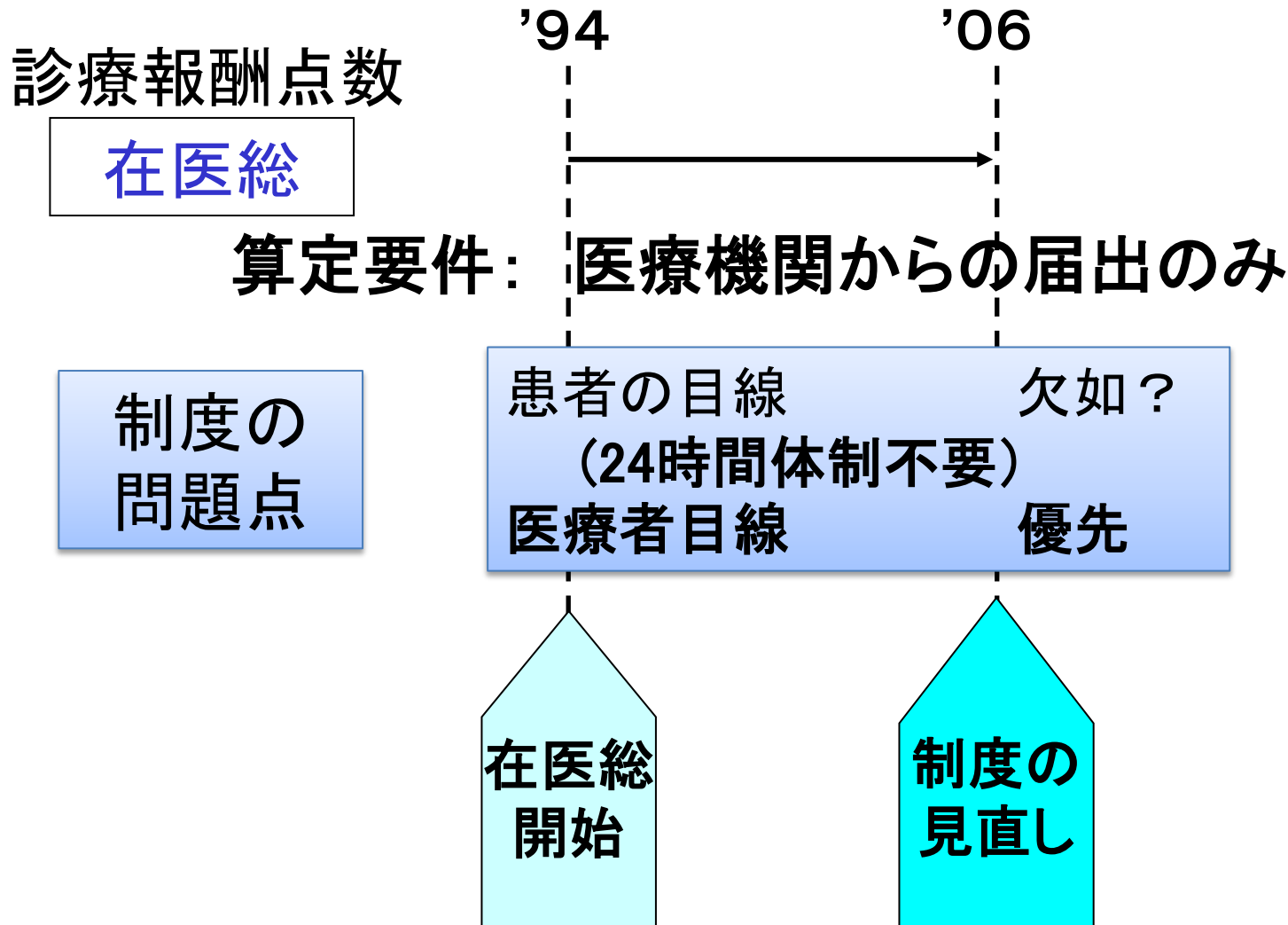
在宅?
専門医の
守備範囲

実践者としてこれまで主張してきたこと

在宅がん医療の
担い手となる診療所を
制度的に（診療報酬上）
整備せよ

診療報酬制度からみた在宅緩和ケアの歴史

在宅末期医療総合診療料(在医総)の新設



在宅療養支援診療所(在支診)の 制度新設(2006)

“支払い基準”の基本コンセプト

1)ホスピスケアの内容実現

2)患者視点の徹底

3)在医総の点数はそのまま

4)在宅での看取り評価

在宅療養支援診療所の施設基準

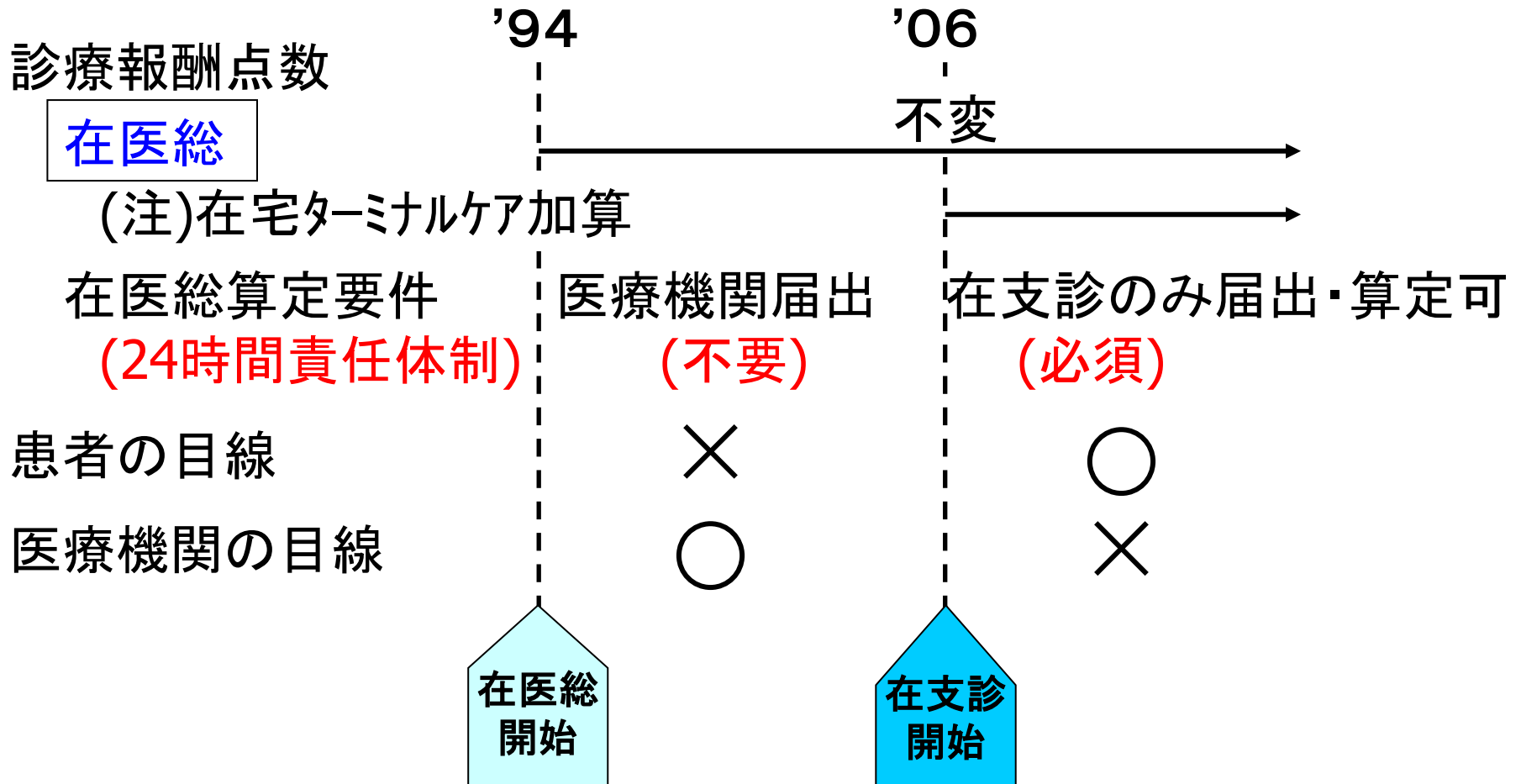
患者の在宅療養の提供に主たる責任を果たす診療所

- ① 責任ある「24時間体制」
- ② チーム内の情報共有
- ③ 活動実績の公表

診療報酬制度からみた在宅緩和ケアの歴史

在宅末期医療総合診療料(在医総)

(現:在宅がん医療総合診療料(在がん医総))



地域に、Coreとなる“在宅緩和ケア専門診療所”を制度化する

在宅療養支援診療所 (2006)	<ol style="list-style-type: none">1) 24時間 on call体制*2) 24 時間体制の往診(医師)*3) 24 時間体制の訪問看護(看護師) *4) 緊急時の訪問ベッド5) 協力医療機関への診療情報提供6) 年間在宅死数の報告 <p>*:文書で約束</p>
-------------------------	---



機能強化型在宅療養支援診療所(2012)	<ol style="list-style-type: none">1) 3名以上の常勤医師2)前年度 5回以上の緊急往診実績3) 2名以上の在宅死 協力医療機関との合計でもよい
-----------------------------	---

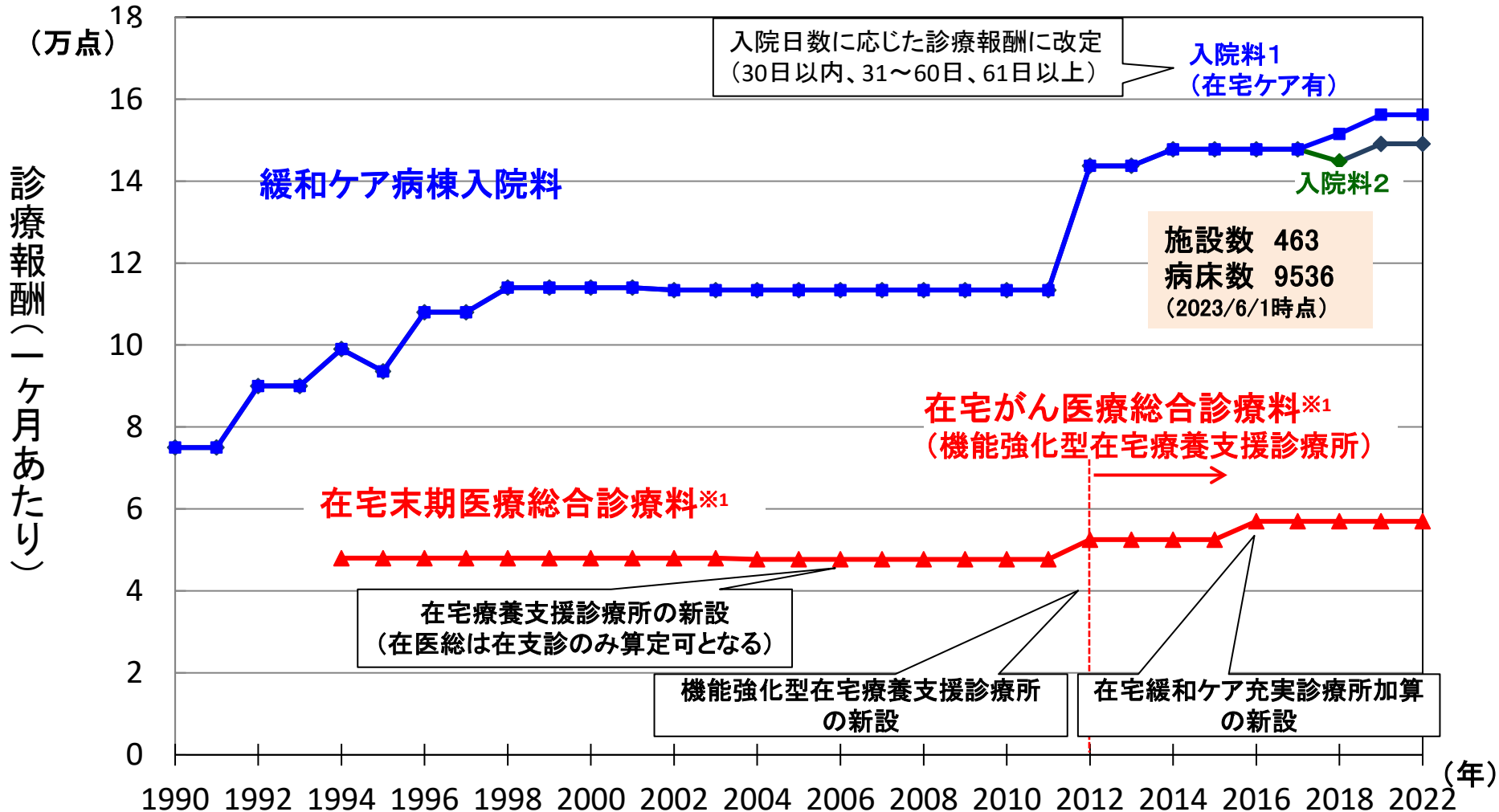


基準の強化 (2014)	<ol style="list-style-type: none">1) 3名以上の常勤医師(不変)2)前年度 10回以上の緊急往診実績(5→10)3) 4名以上の在宅死(2→4) 協力医療機関との合計でよいが、各医療機関が4回以上の緊急往診、2人以上の在宅死が必要
---------------------	---



在宅緩和ケア充実診療所 (2016)	<ol style="list-style-type: none">1) 15回以上の緊急往診(4→15)、20名以上の在宅死(4→20)2) PCUまたは在宅ケア診療所経験の常勤医3) 前年度、2回以上のCSI実績4) 緩和ケア養成研修を受けた医師5) 在宅死数と在宅緩和ケアを施行した症例数の公示
---------------------------	--

緩和ケア提供施設の制度的見直し 高設定のPCUの点数⇒PCUの病床数激増！



※1: 処方箋あり/なしの診療報酬を15日ずつ算定で30日分とした

施設ホスピス (PCU) の問題解決

PCUだけで問題解決は不可能！

現状の問題

解決のヒント

解決の具体策

多数の入院
待ち患者

PCUの存在意義？ *

在院日数の
短縮

ベッド数の
不足？

ベッドの
有効利用

在宅患者に対す
るケアの充実

長期入院
の弊害

* ①難しい症状緩和, ②Respite, ③死の看取り

