

2016年10月 厚労省意見交換会資料 2024更新版

2024更新 データ更新済スライド

元 医療法人社団パリアン クリニック川越 院長
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

図1 ホスピスケア(HC)・緩和ケア(PC)概念の歴史の変遷

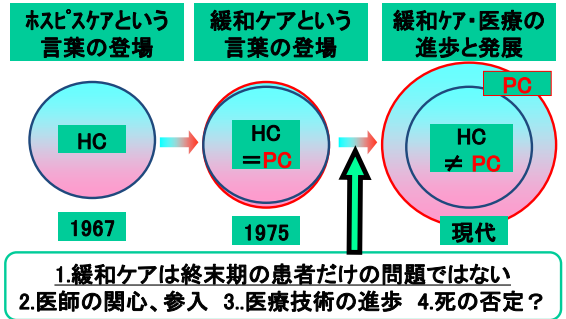


図2 医の歴史とホスピスケア、緩和ケア

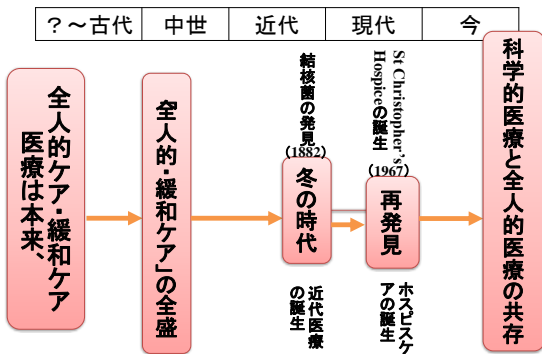


図3 ホスピスの歴史

ローマ時代 ホスピスの発祥 (ホスピスとは、一貫して「死を看取る場所」)

現代

1967 ホスピスケアという新概念誕生(英) St.Christopher's Hospice:実践の場

1975 病棟型Hospiceの誕生(加) しかしそれをホスピス病棟とは呼ばなかった

Palliative Careという言葉を生み出した

Dr. C. Saunders, St. Christopher's Hospice, Royal Victoria Hospital

図4 末期がん患者の最大の特徴

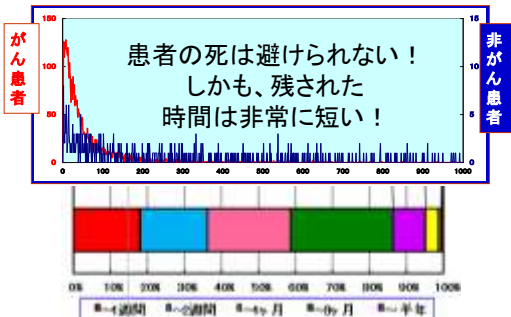


図5 訪問看護 緊急対応

在宅患者一人あたりの緊急対応頻度(訪問看護パリアン)

	がん		非がん	
	2009/5~7 (67名)	2016/7~9 (55名)	2009/5~7 (44名)	2016/7~9 (9名)
延べケア日数	3503	2011	3700	740
緊急連絡	回数	412	539	80
	頻度 (回/日・人)	0.0018	0.0049	0.0005
訪問対応	回数	127	145	26
	頻度 (回/日・人)	0.0005	0.0013	0.0002
電話対応のみ	回数	290	394	54
	頻度 (回/日・人)	0.0012	0.0036	0.0003
エンゼルケア	回数	8	31	0

図6 緩和ケア病棟数・病床数の年次推移

2024更新

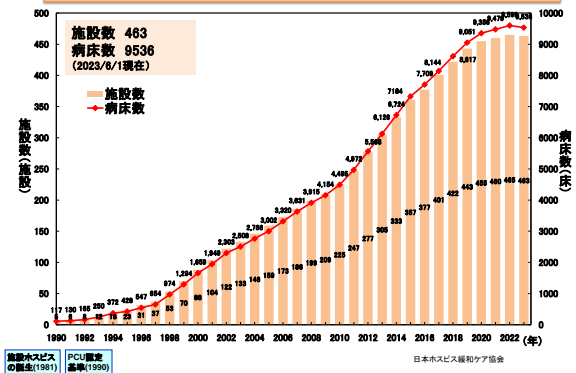


図7 PCU入院料/PCC診療料 点数の推移

2024更新

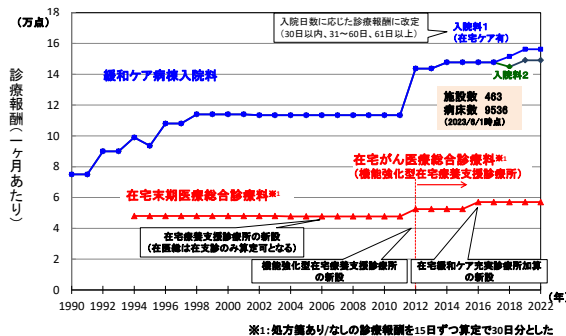


図8 医療用麻薬消費量の年次推移と強オピオイドを用いた疼痛緩和の歴史

2024更新

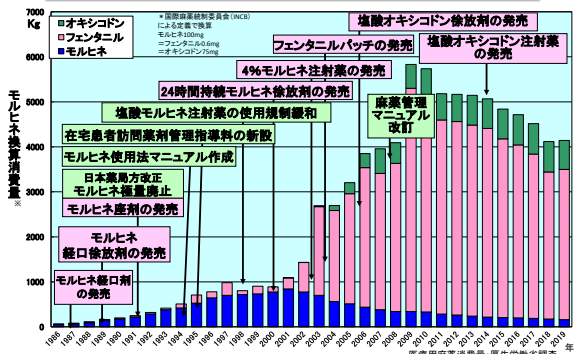


図9 緩和ケア病棟(PCU)と在宅緩和ケアの費用比較

2024更新

	PCU	在宅緩和ケア費用 (PCUと同日数分で比較)
基本費用 (27日分 ^{*1})	PCU入院料 ^{*2} 134,190点	在宅がん医療総合診療料 52,600点 (20日×2000点+7日×1800点 ^{*3})
+α費用 (薬剤・介護の費用)	なし 薬代は入院料に含まれている 介護保険サービスは対象外	薬代、介護保険サービス利用料など 基本費用の半分 → 26,300点 基本費用と同程度 → 52,600点
Cost Performance 費用削減効果	PCU入院料 - [在宅がん医療 + α費用] = 28,900点/ケース	

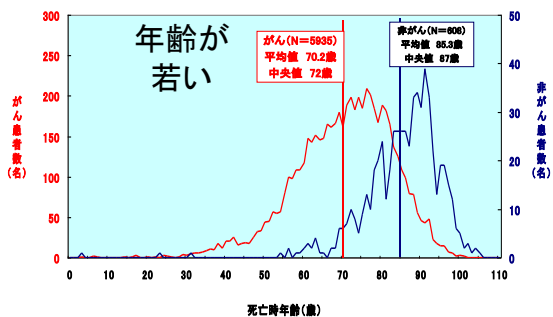
*1 2020年度 緩和ケア病棟 平均在院日数 27.1日より (日本ホスピス緩和ケア協会 調査結果)
*2 令和2年4月改定の診療報酬(右表)より算出
*3 院外処方1回あり、在宅緩和ケア充実診療所(無床)の場合

在院日数	30日以内	31日～60日	61日以上
緩和ケア病棟入院料 (在宅ケアあり、1日に2回)	4970点	4501点	3398点

PP10 在宅ケアを支える地域における専門診療所

在宅療養支援診療所 (2006)	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)* *を患者に文書で約束 4) 緊急時の訪問ベッド 5) 連携医療機関への診療情報提供 6) 年間在宅死数の報告
機能強化型在宅療養支援診療所 (2012)	1) 3人以上の常勤医師 2) 1年に5回以上の緊急往診 3) 2人以上の在宅死 連携医療機関との合計でもよい
基準の強化 (2014)	1) 3人以上の常勤医師(不変) 2) 1年に10回以上の緊急往診 3) 4人以上の在宅死 連携医療機関との合計でもよいが、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)	1) 1年に15回以上の緊急往診・20人以上の在宅死 2) PCUまたは在宅ケア診療所経験の常勤医 3) 1年間に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提示

図11 癌患者の平均年齢は非癌患者よりも15歳若い



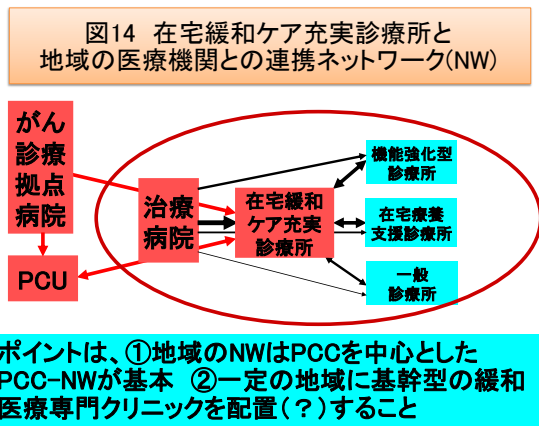
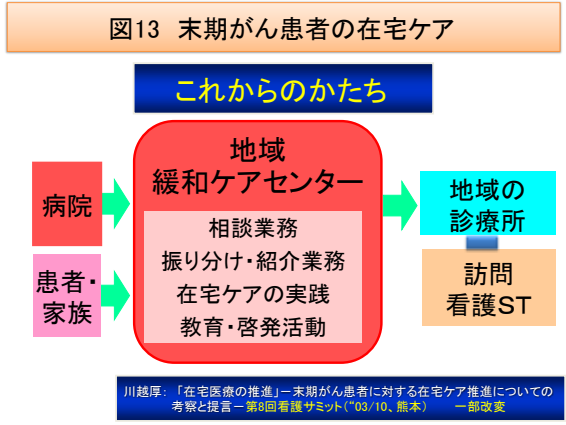
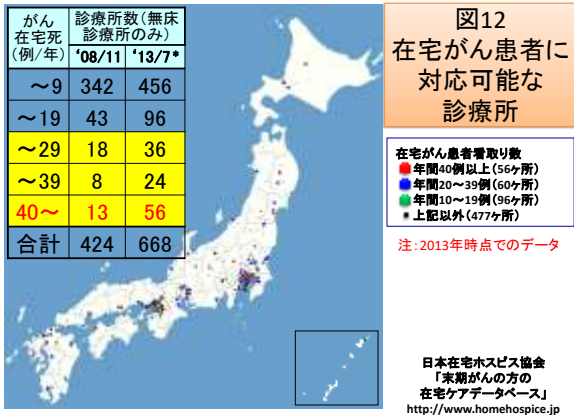
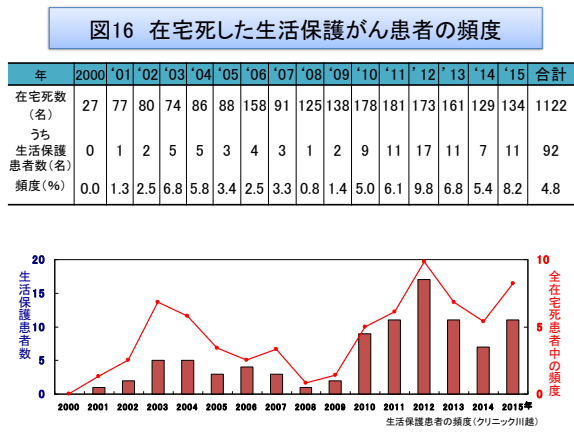


図15 “家族背景”からみた独居のパターン 2024更新

独居患者233/全患者2432例=9.6%
 (2000/7～2021/7、クリニック川越の在宅死例)

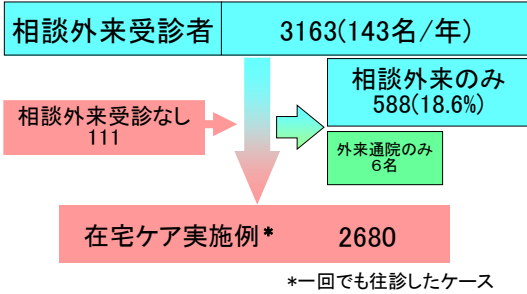
家族の状況		人数(%)
タイプ1 家族・親族あり	(A)必要時に介護参加	177(76.0)
	(B)死後の手続きのみ行う	38(16.3)
	(C)一切関わらない	13(5.6)
タイプ2	家族が全くいない	5(2.1)
合計		233

“家族/親族の介護力を期待できない”独居がん患者
 患者は誰かに意思決定を代行してもらう必要あり
 そのとき、家族/親族の存在は無視できない



2024更新

図18 パリアンの相談外来受診患者(がん患者)の転帰(2000/7~2021/7)



2024更新

図19 パリアンの在宅ケア実施がん患者の転帰(2000/7~2021/7)

登録例		2680	頻度	
死亡場所	死亡総数	2533	94.5%	
	在宅	(2432)	死亡例中	(96.0%)
	診療所(当院)	(1)		(0.04%)
	病院(一般病棟)	(39)		(1.5%)
	病院(PCU)	(61)		(2.4%)
中断		147	5.5%	

在宅死の平均頻度: 9.2例/月、平均ケア期間60.2日

2024更新

図20 墨田区の年間がん在宅死亡率の推移

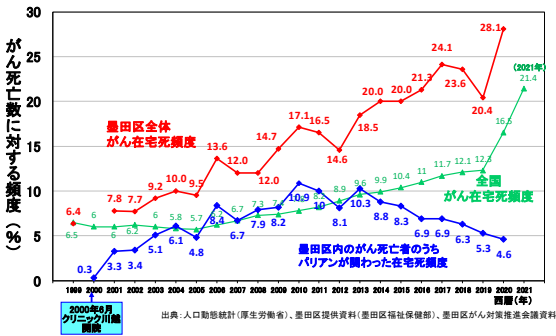
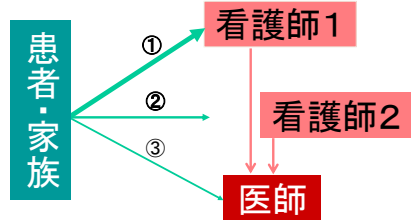


図21 緊急時のSafety Net 医療者への緊急連絡システム



2024更新

図22 政策実績評価指標としての在宅死率(1990~2022年)

