

八幡浜在宅緩和ケア推進事業：講演会

平成26年3月15日（八幡浜医師会）

“ がん在宅緩和ケアの現場から
— 大分市全体をホスピスに！ — ”

日本ホスピス緩和ケア協会・理事・九州代表幹事
在宅医療・在宅緩和ケア専門クリニック

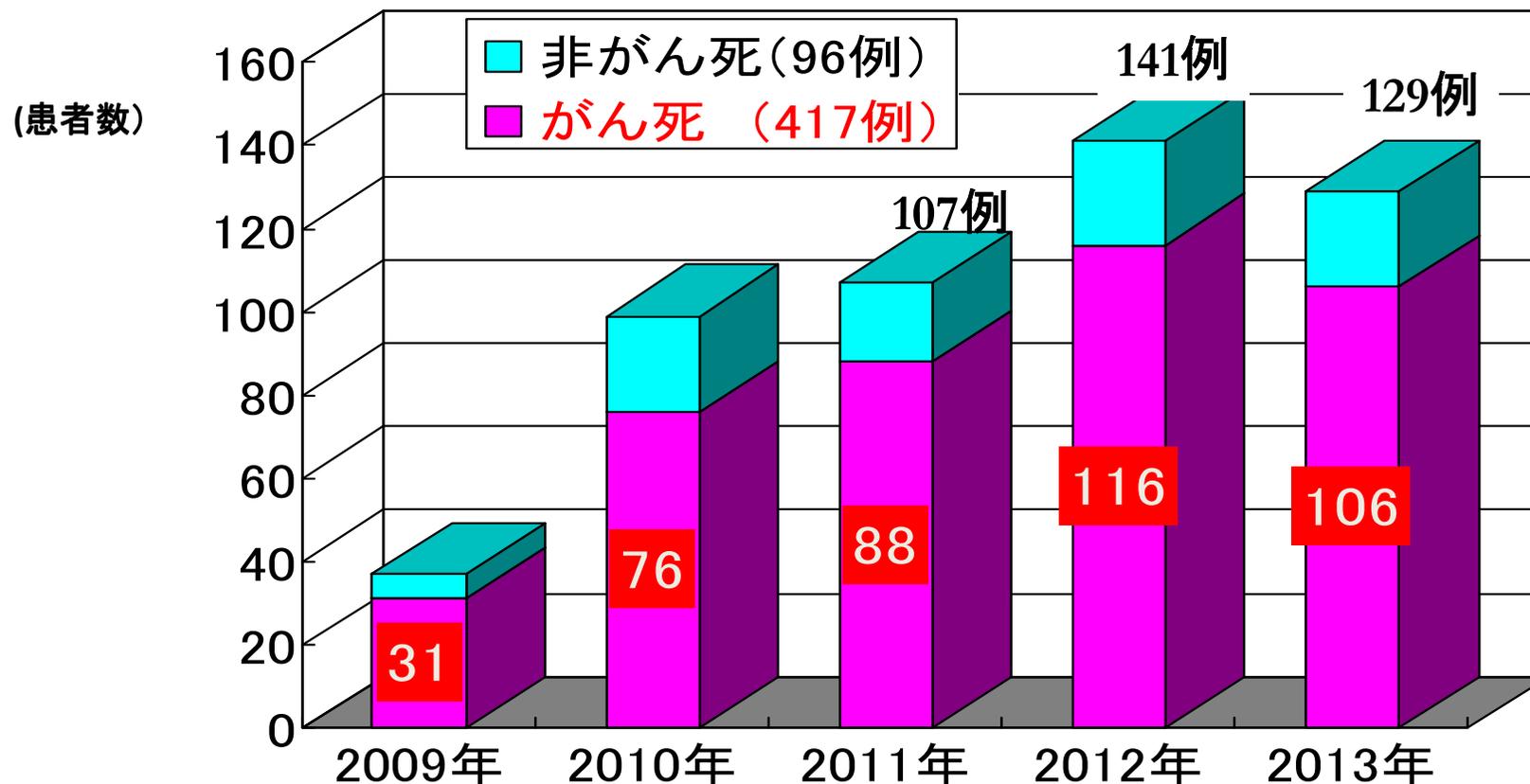
医療法人 カーサミア
やまおか在宅クリニック
院長 山岡憲夫

やまおか在宅クリニック:在宅緩和ケア専門クリニック

* **在宅看取り** (4年間半:平成21年7月~平成25年12月)

総数:513例(末期がん患者:417例(81.3%)、非がん患者:96例)

最近1年間の在宅看取り:129例(末期がん106例、非がん23例)



年間140-150名の末期がん患者を訪問診療

常時平均:約25-30名の末期がん患者を訪問診療

がん在宅療養(在宅緩和ケア)を推進するために

目次

I) 在宅がん療養患者の動向、対象、適応、問題点、緩和ケア

II) がん在宅療養開始までの支援

①がん患者発生から在宅療養開始まで流れ

②在宅療養開始に必要なチーム医療(多職種について)

III) 在宅療養継続のための支援(4つの必須在宅ホスピスケア)

①チーム医療について(多職種のケア内容:医療と介護とは)

②症状緩和や最新の在宅治療について

③看取りの方法と家族への看取り教育

IV) 在宅ホスピスの実際症例

高齢者社会の到来

- 1) 全人口の25%近くが高齢者となりつつある
- 2) 子供との同居率の低下
約30年前:70%、現在は:約40%
夫婦二人世帯が40%:老々介護の問題
- 3) 独居世帯も10%を超える時代
- 4) 医療や介護での長期入院の施設の減少(政府の指導)
- 5) 老健など介護施設の不足

この現状の中でがん患者の在宅療養を支える必要がある

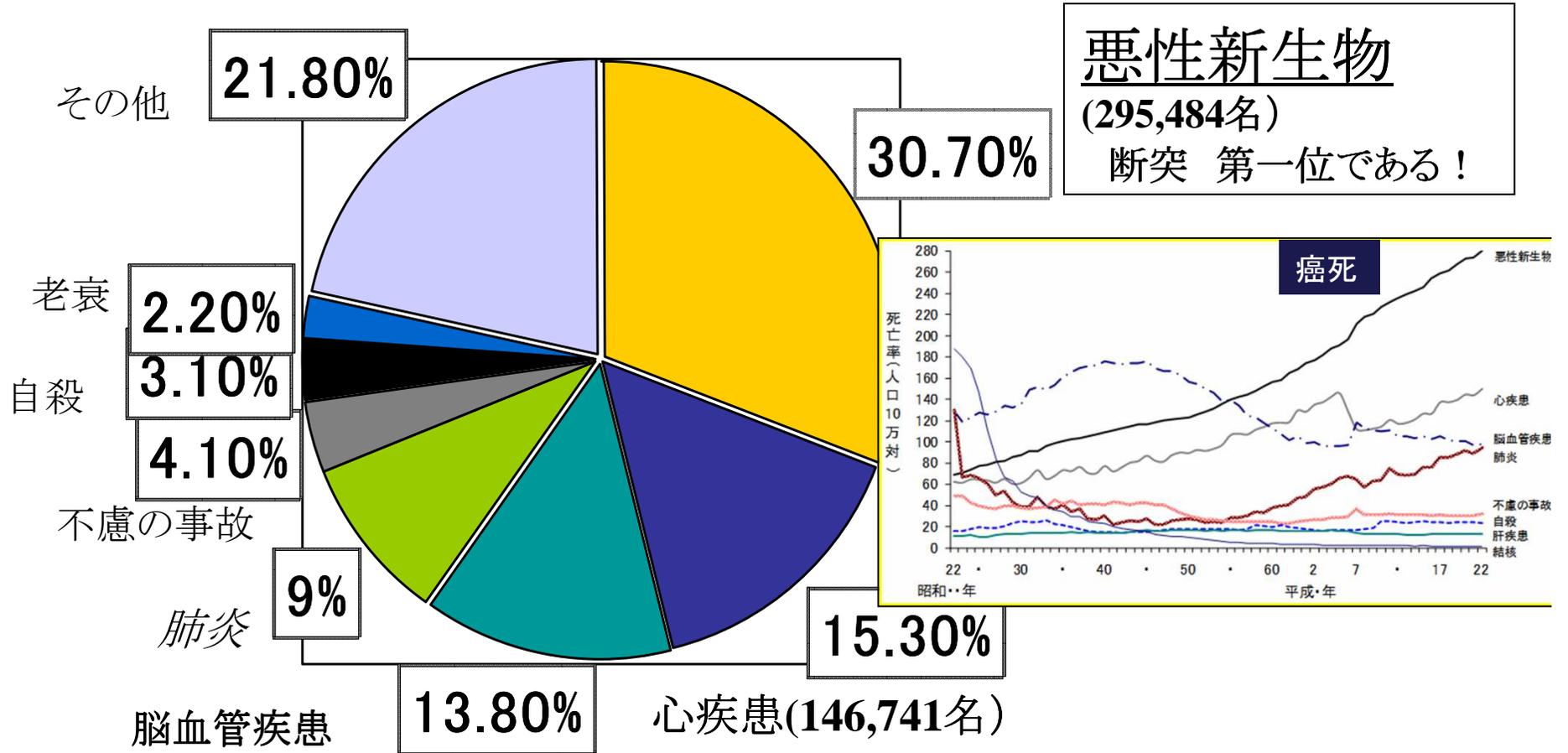
在宅医療対象者

(自力で通院困難な患者)

①～③が3大在宅疾患

- ① **脳血管障害後遺症**, 多発性脳梗塞・脳血管性認知症
- ② **老人性認知症**
- ③ **老人性運動器疾患** (骨粗鬆症・圧迫骨折・変形性関節症・大腿頸部骨折
および関節リウマチなど)
- ④ 神経難病 (パーキンソン病, 筋ジストロフィー, ALS, 脊髄小脳変性症)
- ⑤ * **悪性腫瘍末期: がん末期**
- ⑥ 慢性呼吸不全
- ⑦ 慢性心不全
- ⑧ 合併症を伴った糖尿病
- ⑨ 老衰

日本人の死亡原因(約100万人)



悪性新生物

(295,484名)

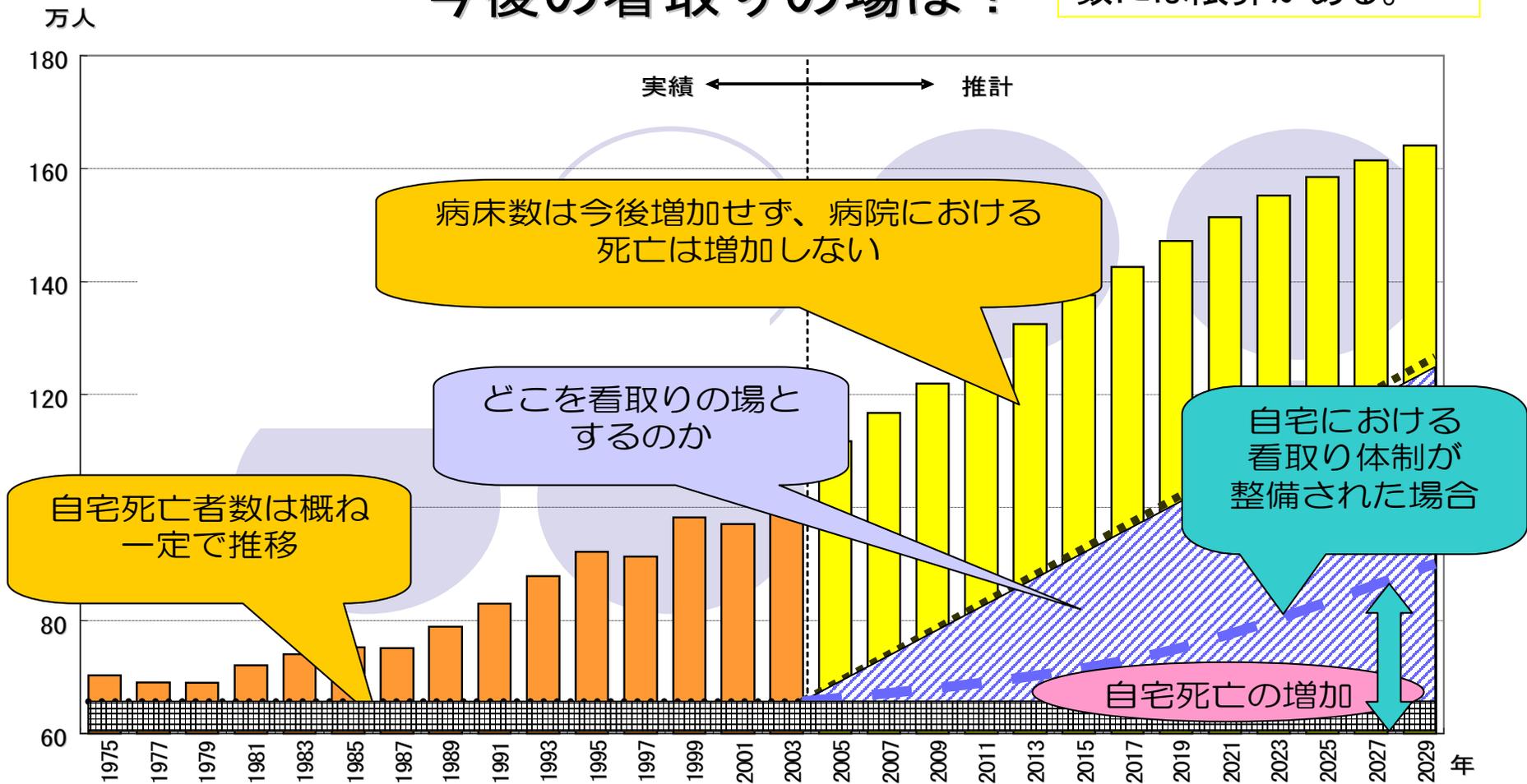
断突 第一位である!

日本人の男性の1/2、女性の1/3が がんになります。
日本人の男性の1/3、女性の1/4が がん で死亡します。

年間死亡者数の推移

今後の看取りの場は？

今後、病院死する人の数には限界がある。



資料：2003年（平成15年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」。ただし、65歳以上の者は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2005）」 2005年（平成17年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（平成14年1月推計）

H20.6.20「在宅医療推進研修会」東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野 村嶋幸代教授 講義資料より抜粋

今、120万人死亡が、20年後には約40万人の増加し、その半数は癌死であろうと予測。

人生最後の過ごし方(終の棲家?)

以下の4つの場所

* どこで最後を過ごすのか(終の棲家)

1) 一般病院

2) 緩和ケア病棟(ホスピス)

3) 自宅

4) 施設(老人ホーム、特別養護老人ホームなど)

今後、最後まで、自宅や施設(在宅医療)で
看ていかざるをえない人が急激に増加する

施設：老健、特老、グループホームや老人ホームの問題点

①経済性：高くて入れない(年金生活)

②老人ホームに入れない(数が少ない)

③老人ホーム自体が重病者や難病を嫌がる

(たとえば、末期がん患者、在宅酸素の使用者)

胃ろうから栄養注入、神経難病(ALS,パーキンソン病など)

がん患者や重症者でも、施設で看取らざるを得ない人も増えている。

全在宅看取り513例(平成20年7月～平成25年12月:4年6ヶ月間)

施設での看取り:18施設 老人ホーム12か所、グループホーム2か所、特老1か所)

51名10.9%

がん患者23例、非がん患者27例

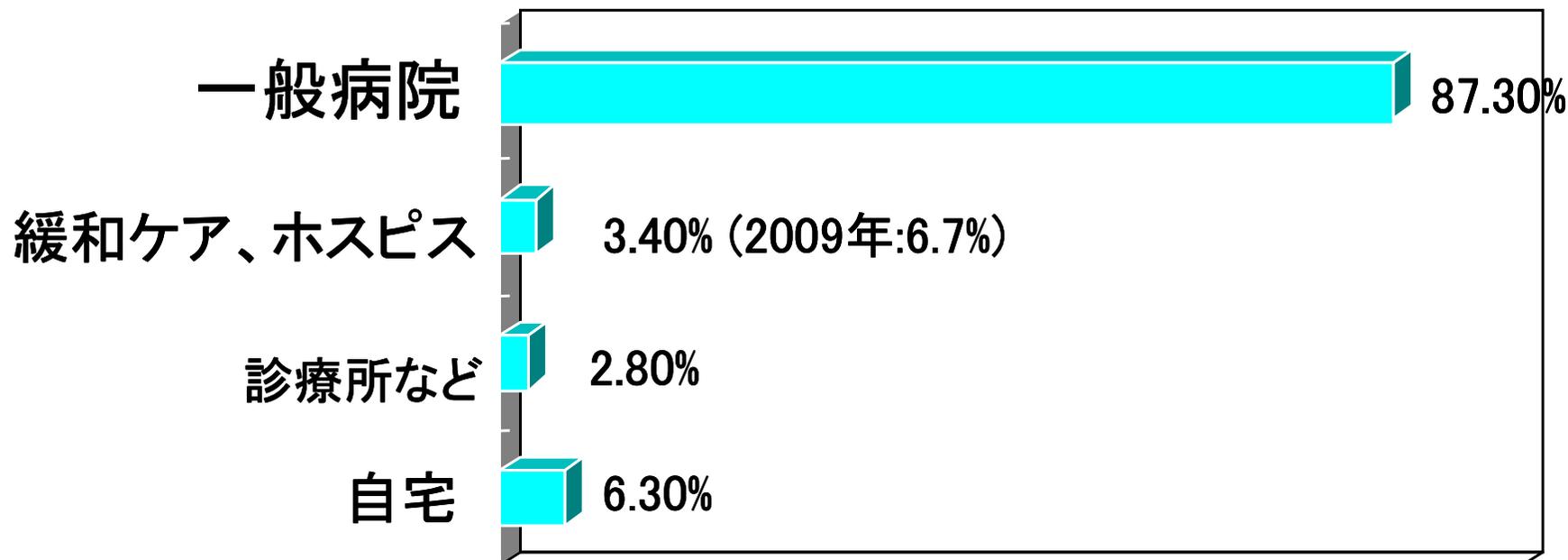
* 18施設中12施設(66.7%)は初めての看取りであった。

死亡場所(在宅、病院)

昭和20年台は80%が自宅で死亡していた。
昭和51年には半数に
現在は病院死が85%を占めている

日本における:がん患者(30万人)の死亡場所

厚生省統計協会人口動態調査(2002年)



全がん死亡:304,568人
自宅死亡:18,817人
ホスピス緩和ケア病棟:10794人

自宅でがん死亡(平成21年)
全国:7.4%
大分県:5.6%

大分市:5.3%(平成20年) → 13.2%(平成24年)

がん在宅療養の問題点

I) 患者本人や家族の問題

- ①在宅でがん療養できることを知らない(在宅希望がん患者自体が少ない)
- ②高齢者や独居者が多く、老老介護、介護力不足(家族介護力の問題)
- ③認知症の患者も多い

II) 在宅療養をケアする側

- ①在宅でがんを診ようとする診療所の数が少ない、24時間対応してくれない
- ②在宅医、訪問看護師などのがん在宅患者のケアの知識不足
(症状コントロール、看取りの教育)
- ③多職種などの医療資源は少ない(訪看ステーション、ヘルパーなどが多い)

III) 病診連携、多職種連携の問題

スムーズな連携、顔の見える連携、後方支援病院(すぐ入院できる)

IV) 啓蒙不足

医療介護関係者、一般市民の在宅への偏見や在宅自体の理解不足

がんの進行と治療と緩和ケア

1) がん発見(52万人/年): ここから緩和ケアは始まる
治る可能性大:手術、抗がん剤::::根治治療

↓
2) 再発:再手術、手術抗がん剤::::::延命治療
↓
(体の延命): 疼痛対策は大切

3) 治療困難:

↓
4) 末期

↓
5) 死亡(32万人/年)

ホスピス緩和ケア

(人間としての延命)

ターミナルライフケア

大切なことは
体や症状のみ見るのではなく、
その人間(本人に生き方、希望など)
を看ることです。

緩和ケアの本質とは

治療困難で、弱っていく人に対するケアである。

1) 「病気の時期」や「治療の場所」を問わず、
患者さんの「苦痛(つらさ)」を見つけてあげること

2) その苦痛(つらさ)を和らげること

3) 患者・家族の希望や想い、生き方を大切にすること

↓ ↓
絶望の患者さんにも笑顔が戻り
最後まで輝いて生きれる。

* 末期(終末期)がんの定義とは

治療困難で余命6か月と思われるがん患者さん:

1)ターミナル前期: 予後6か月~数か月	外来通院が可能時期
2)ターミナル中期: 予後1か月前後	入院の時期
3)ターミナル後期: 1週間前後~数日	看取りを意識する時期
4)死亡直前: 数十時間~	実際の看取りの時期

がん患者が自力で外来通院できなる時期が在宅の開始である

* がん在宅療養の対象患者は

対象 : 自分で通院が困難になった末期(終末期)がん患者

1) 現在入院中: 家に帰りたい!

末期がんで入院中か治療中に進行した患者さん
(退院しても、通院が困難な患者さん)

(相談: 病院医師、看護師、MSW、地域連携室)

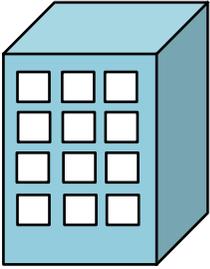
2) 外来通院中: 通院がきつーい!

通院中に病状が進行して、通院困難な患者さん

(相談: 外来看護師、訪問看護師、ケアマネさん)

* がん在宅療養開始までの流れ

病院(医療を提供する)
(医師、看護師など)
退院相談(地域連携室、MSW)



在宅療養はチーム医療

老健、宅老所
などの施設

① 医療の場

患者

在宅療養
支援診療所

医師

② 生活の場

医療と共に
生活(食べる、排便する、寝るなど)
を支える必要がある

訪問指示書



患者・家族

訪問看護
ステーション

訪問
看護師

リハビリ(OT,PT,ST)
臨床心理士

福祉

介護

調剤薬局
薬剤師

居宅介護
支援事業所

訪問介護
事業所

ケアマネ

ヘルパー

がん在宅療養開始までの流れ(実際が多職種の動き)

I) 現在入院中がん患者さん(家に帰りたい)

1) 病院の医師や看護師に訴える:

介護申請

2) ①がん診療連携拠点病院の相談支援センター(地域医療連携室)
②一般病院の地域連携室MSW(ソーシャルワーカーさん) :

3) その地域の社会資源を探し、活用する

- ①在宅訪問医(一般診療所、在宅専門診療所、病院)
- ②訪問看護師(訪問看護ステーション、診療所や病院の看護師)
- ③ケアマネージャ
- ④薬剤師(調剤薬局)、ヘルパーさん、OT,PTなど

* 退院前カンファランス
* 直接自宅でのミーティング

在宅開始となる!

介護申請、ベットなどは
退院後からでも良い

やまおか在宅クリニック

在宅ホスピスへの挑戦！

大分県で初の在宅ホスピス・緩和ケア専門クリニックです。

I) 理念

“住み慣れた家でその人らしく、今を生きる”患者と家族を支えます

II) 基本方針

- 1) 苦しんでいる人、困っている人のために働く
- 2) どなたでも、だれからの依頼を断らない
- 3) いつでも(24時間365日)訪問診療します

在宅医療連携のフローチャート

(病院の医師、看護師、地域連携室の方へ)

在宅希望の患者さん:発生

主治医,看護師

(患者や家族から直接)

信頼が必要
顔のみえる関係

地域医療連携室

やまおか在宅クリニック:
3名のコーディネーター(看護師)

当クリニックから2日以内に面会日を決め、伺います

退院前カンファランス(主治医、看護師、訪問看護師など)

退院に合わせて:自宅へ訪問診療開始



訪問看護師、
ケアマネジャーなど
を探し、共に訪問

やまおか在宅クリニック: 在宅診療地域

車で30分以内

東別府



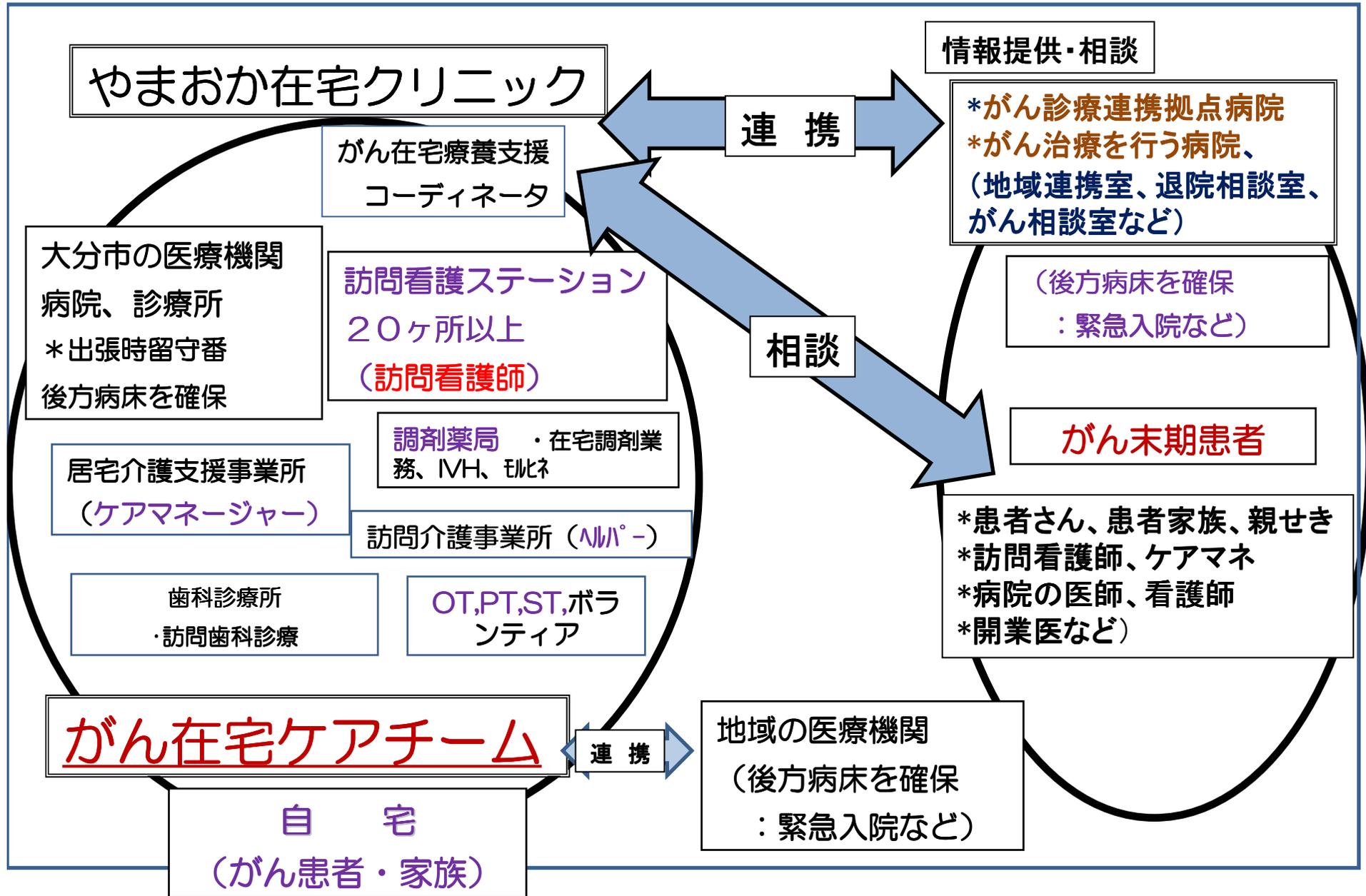
大在・坂ノ市

大分市の地域毎に約15ヶ所訪問看護ステーションの約60名の訪問看護師と一緒に働いている

大分市全域(約45万人)をカバーしている

大分市で在宅がん死の75%以上を当院が担っている。

やまおか在宅クリニックの連携、相談システム

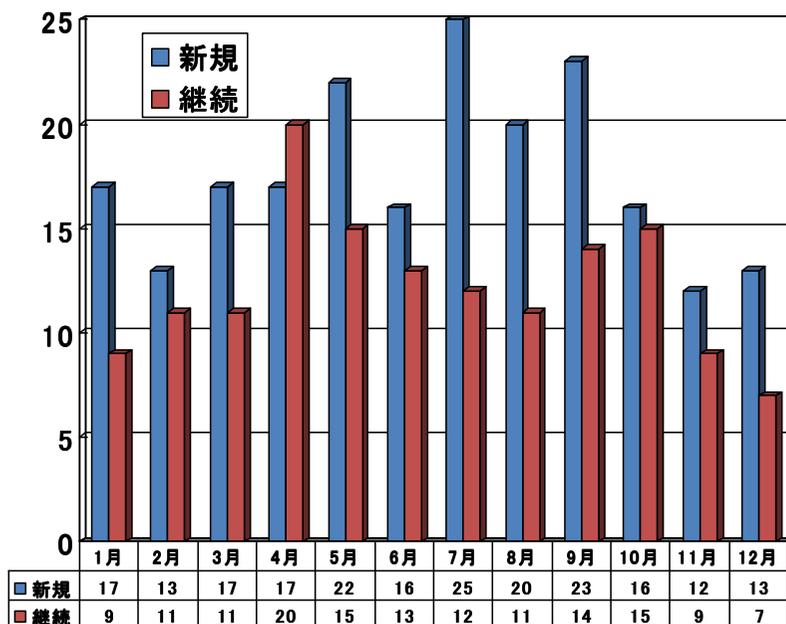


やまおか在宅クリニック

がん在宅療養支援コーディネータ事業の実際

【末期がん相談件数211例】

【相談内容】



- ①訪問診療依頼 137
- ②訪問診療適応の有無 15
- ③現在の病状・治療方針への不安や不満 14
- ④在宅療養への疑問・不安・不満 15
- ⑤緊急往診依頼 2
- ⑥療養場所に困っている 2
- ⑦どこに相談したらいいかわからない 3
- ⑧その他 23

211例中145例の末期がん患者さんが訪問診療開始となる
(うち116名を在宅で看取った)

在宅療養を行う上で3つの心構え

1) 患者さんを決して見放したり、見殺しや、見捨てたりはしない医療,看護,介護

* 在宅酸素や吸引や点滴やIVH、必要時は輸血など、
腹水胸水除去：病院でできることは行う努力をする

2) いつも繋がっている医療(家族の安心感を与える)

* 24時間365日いつでも対応します

3) 主介護者を他の家族や兄弟から守ること

* 他の兄弟などに素晴らしいことをしていること伝える

* 在宅療養が可能な要件(患者、家族側)

1、絶対条件

- 1) 患者も家族も在宅を希望すること
- 2) 看取るキーパーソン(家族、親戚や友人)がいること

2、準必要条件

- 1) できれば患者が末期がんであることを知っていること
(高齢者や痴ほうなどでは重要でないこともある)
- 2) 症状コントロールができていること
- 3) 看取る家族が複数いること
- 4) 患者の家まで距離が近い事
* 当院から車で30分以内の距離もしくは実走10km以内
- 5) 緊急時の入院先があること

3、望ましい条件

- 1) 病院の主治医が在宅医療に理解があること
- 2) 積極的な延命治療を望まない事

在宅ホスピスへの挑戦！

1日の多くの時間を死や急変の恐怖を感じつつ家族がケアしている。

1) 家族に安心感を与える

- ①24時間365日対応する
- ②すぐに入院できる病院を決めておく
- ③急変時の対処方法を教えておく

2) 家族のストレスを取り、元気を与える

- ①病状を安定させる
- ②不眠や嘔吐時の対処方法を知らせる
- ③家族を休ませ、時には元気付ける
 - 訪問看護師、ヘルパーさんを使う
 - 在宅ホスピスボランティアさんの協力
 - レスパイトケアの利用

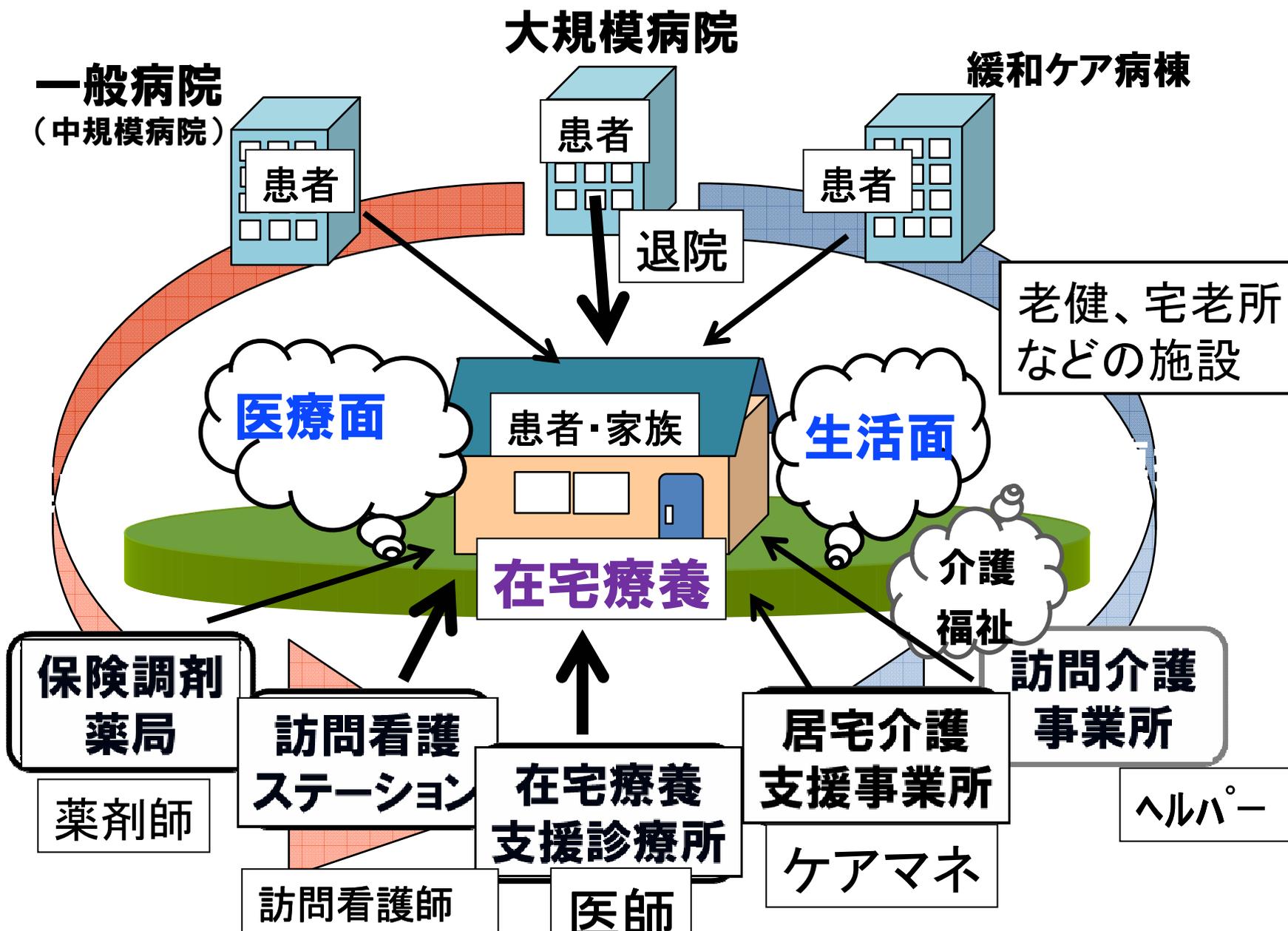
VI) 在宅療養継続のための4つの必須在宅ホスピスケア

- (1) 患者の家を中心にした24時間、365日間対応のケア。
- (2) 医師の訪問診察、訪問看護師の訪問看護。
必要に応じたその他の職種の訪問サービス(チーム医療)。
- (3) 患者の痛みやその他の不快な症状の緩和ケア。
- (4) 家族の死への教育、看取りの教育、
遺族を対象とした死別後の計画的なケア、

家に帰りたいたのであって、
家で死にたい訳ではない

家で生きたい！、
家で暮らしたい

チーム医療：多職種連携・病診療連携



在宅療養支援診療所

- 病院、他の診療所、訪問看護ステーション、介護サービスなどと連携して、がん患者の緩和ケアを含む、自宅での治療を支援することのできる診療所
- 往診および訪問看護が24時間可能な体制ができている

在宅療養支援診療所の届出数

2007年7月1日現在、全国で10,477カ所 (厚生労働省)

* 訪問看護師の役割

“在宅ケアでは中心的役割を担う、患者や家族の一番近い存在であり、医師や他のメンバーの架け橋となる(ケアマネージャ的)“

I) 日常生活の援助 (体の清拭、食生活や排せつの援助、床ずれ予防など):

II) 家族の援助 (在宅介護における相談、家族の健康管理、精神的ケア)

III) 医師の指示による医療措置 (床ずれ処置、服薬指導、留置カテ管理、TPN管理)

IV) 緩和ケア (症状のコントロールやこころのケア、患者と家族の精神的ケア、
死や看取りの教育、グリーフケアなど)

V) リハビリテーション (ADLの動作の訓練、介護用品の使い方訓練など)

調剤薬局の薬剤師も在宅で活躍

在宅で薬事指導
薬剤の調合の指導

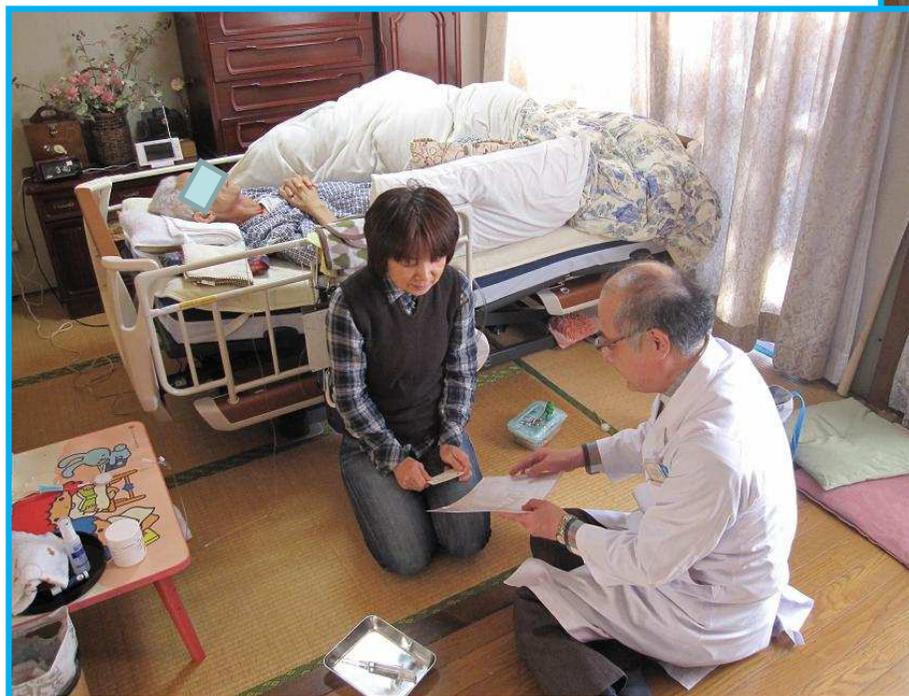
64才男性：末期すい臓がん

* 腹膜播種、イレウス、消化管閉塞

* IVH:エルネオパ1号1000ml+リンデロン2A
+サトスタチン3A、(40ml/h:カフティポンプ)

* オメプラール1A+生食20ml(ルート)

* CSI: 4%塩酸モルヒネ5ml+生食5ml
(0.15ml/h: 72mg/日)



在宅ケアの内容

家族

看護師

医師

ヘルパーさん

訪問診療

訪問看護

身体介護

家事援助

診察
投薬
点滴・注射
処置
腹水除去
IVH挿入

診察(病状観察)
血圧・脈拍・体温
SaO2測定
褥創処置
管の管理指導
(尿、胃瘻、IVH
気管切開など)
点滴・注射

着替え
清拭
入浴介助
体位変換
おむつ交換
排泄介助
食事介助

買い物
食事の準備
(食事を作る)
後かたづけ
掃除
選択

医療

介護

入院医療
(病院、有床診療所)

種々の介護施設(ショートステイ、デイサービス
訪問入浴、各種訪問指導(OT,PT,ST)、用具給付

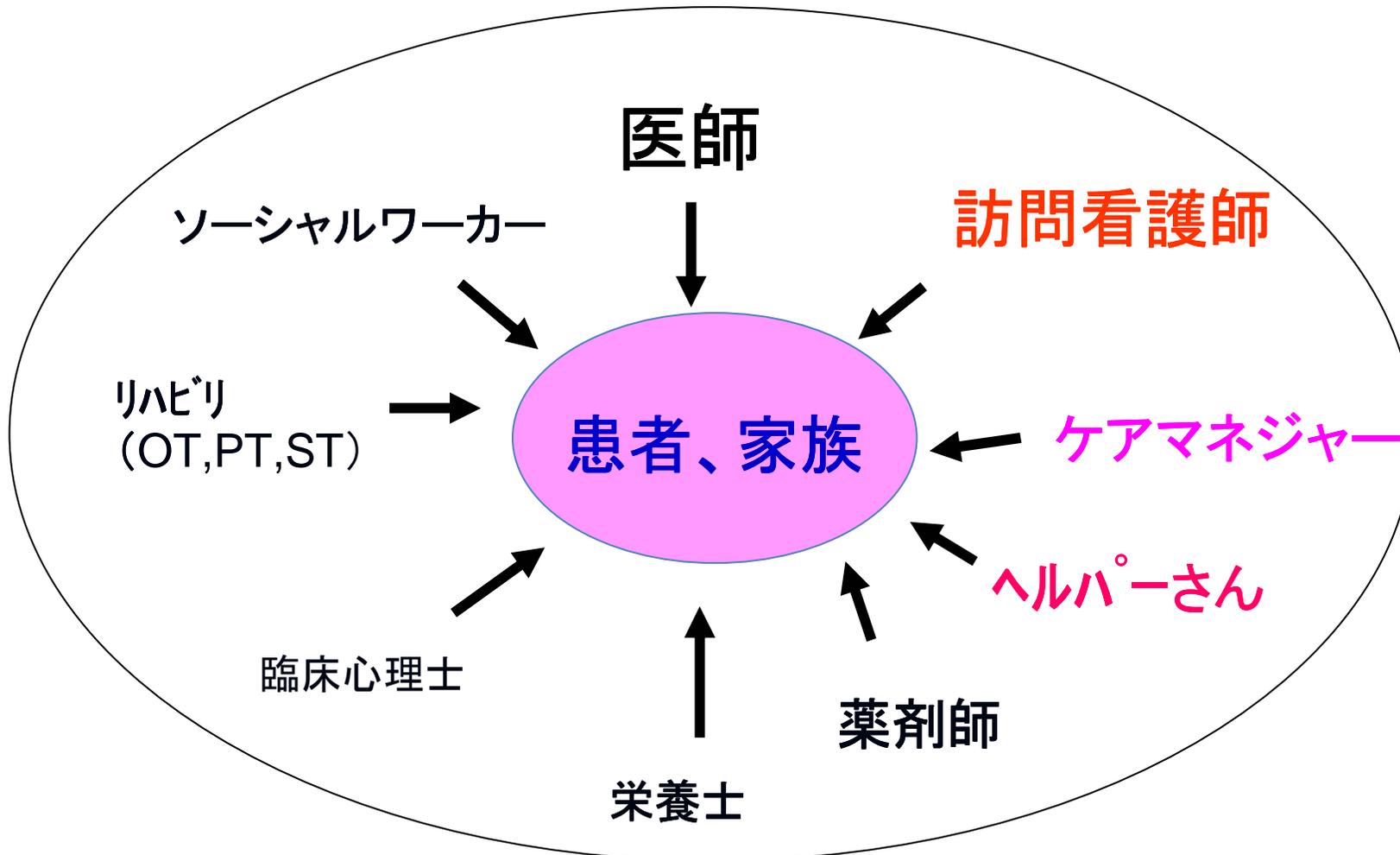
介護施設(有料老人ホーム、特別養護老人ホーム
老人保健施設、など)、在宅介護支援センター
市役所、保健所、地域訪看支援センターなど

自宅にて多職種による在宅カンファランス



患者さん宅にて、患者さん、患者さんの家族を含めた多職種（在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーさん（2か所）、訪問歯科医、リハビリ師（OT）さん、業者（ベットなど）によるカンファランス

在宅医療・ターミナルケアはチーム医療です。

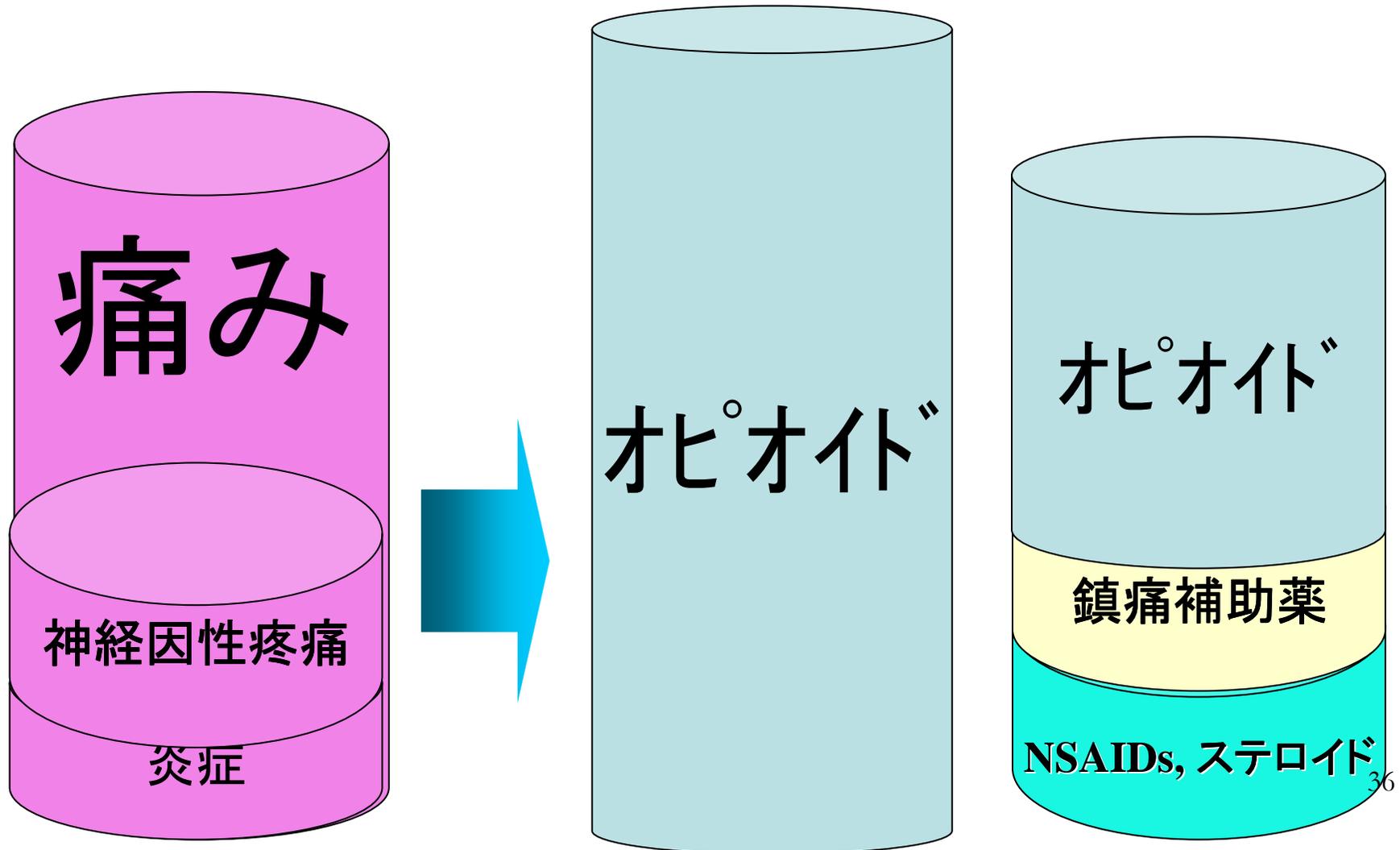


在宅療養とは、患者さんと家族をチームの皆で支える

痛みの神経学的機序別分類

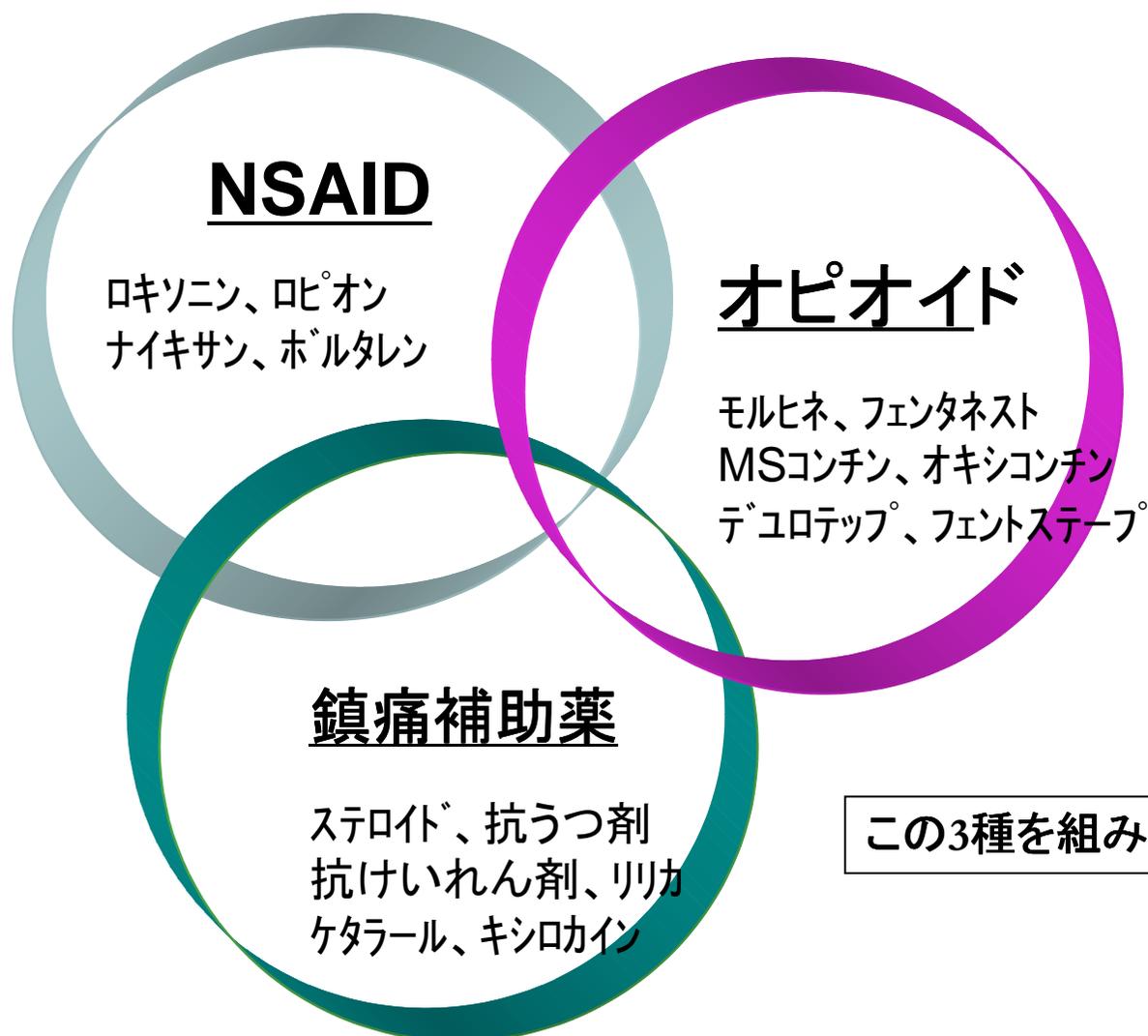
I) 侵害受容性の痛み (nociceptive pain)

II) 神経因性の痛み (neuropathic pain)



＝癌性疼痛の治療の根本＝

WHOのladderにとらわれず、
痛みの原因と他の症状に応じて鎮痛薬を選択する。



フェントステープ

- ①貼りやすさ、はがれにくい、1日1回貼付する。
- ②お風呂に毎日入れる。
- ③疼痛のコントロールがしやすい(24時間ごとに投与量を微調整)
- ④本剤初回貼付後及び増量後少なくとも2日間は増量を行わないこと。

1. 確認しやすい白色支持体

貼付部位および貼付状況の確認を行いやすくするため、白色の支持体を採用しました。また、白色の支持体は含量等の印字の視認性を高めました。開封時での製剤の視認性を高めました。



2. 大きな印字で誤投与を回避

貼付用量を確認しやすくするために、含量を大きく印字しました。



3. 支持体に直接、日付が書き込めます。

貼り替え忘れを防止するために、直接、貼付日時を書き込めるようにしました[※]。

※本支持体はペン・ボールペン・鉛筆等で直接記入することができます。水性ペンの場合は速乾性に劣るのでご注意ください。



レスキュー：即効剤

1) オプソ

レスキューとして使用

5mg, 10mg

長期保存が可能

約10分間で効果ある

2) 塩酸モルヒネ錠 (1T:10mg)

オキシコンチンの即効剤

3) オキノーム (2.5mg, 5mg、10mg)



* 在宅では
使い易い

4) 新規レスキュー (フェンタニール)

① イーフェンバツカル錠

(口腔内粘膜吸収剤)

② アブストラル錠 (舌下錠)

共に30分後に同一量1回、
2時間以上かけて1日4回までの投与

* 便秘、眠気、せん妄が少ない

痛みが緩和できなければ、緩和ケアは始まらない

WHO 3段階除痛ラダー

モルヒネの開始時期

I 段階

NSAIDs または アセ

必要に応じて鎮

II 段階

弱オピオイド

コデイン
オキシコドン

III 段階

強オピオイド

上限なし

モルヒネ
フェンタニル
オキコドン

山本 謙 がん

がんの痛みは80%以上は取れます
痛みで苦しむことはありません。

娘さんが痛みのチェック表をつけている

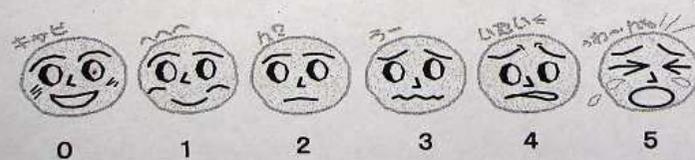


体調について

痛みのチェック	10/17 (金)			10/18 (土)			10/19 (日)			10/20 (月)			10/21 (火)			10/22 (水)			10/23 (木)		
	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
定期薬	モルヒネ 25mg PR																				
頓服薬	コデイン 15mg																				
痛む部位	右側腰																				
痛む程度 (0~5)	1																				
吐き気の有無	なし																				
食事摂取量	7割																				
便の有無	なし																				
夜間の睡眠状態	L1L2以外OK																				
備考	全身E30 37.4 1日中良好 食欲あり 痛むなし 2日中良好 食欲あり 痛むなし 3日中良好 食欲あり 痛むなし 4日中良好 食欲あり 痛むなし 5日中良好 食欲あり 痛むなし																				

* 林野等文(18歳)の疼痛 (1/5(土) ~ 1/2(水)の5日間)

【痛む程度の指標】



困ったときの指示

- 【痛い時】 ① コデイン 1P ② モルヒネ 25mg
- 【吐き気時】 ナゼラン 経口 30mg
- 【眠れない時】
- 【便秘の時】 マグネシウム (300mg) ○
- 【その他】 熱発時: モルヒネ 25mg

在宅療養でできること

- 以下のようなことも、在宅でできます

医師

- 在宅酸素、人工呼吸器などの呼吸管理在宅療養でできる
- IVH(皮下埋め込み)の管理(持続投与)
- 中心静脈栄養(持続投与)
- モルヒネ持続皮下注射の管理、
- 胃瘻PEGや経鼻栄養カテーテル管理: 栄養管理します
- 尿カテーテル、膀胱瘻
- 人工肛門、腸瘻の管理
- 気管切開など管理
- 褥創処置、その他、外科的処置など

* 医師により、行うことができる業務が異なります

高度医療も在宅で出来ます

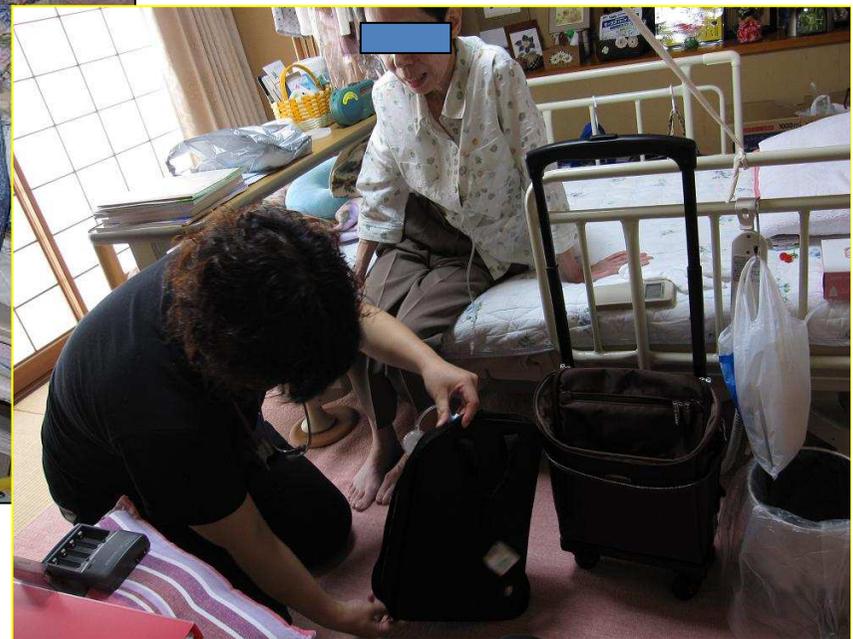
中心静脈栄養(24時間持続投与)

78歳男:食道がん末期

高度医療も在宅で出来ます



IVH皮下ボタン
カフティポンプによる持続投与



58歳女:卵巣がん末期
がん性腹膜炎、イレウス



在宅での胸腔穿刺、胸水除去

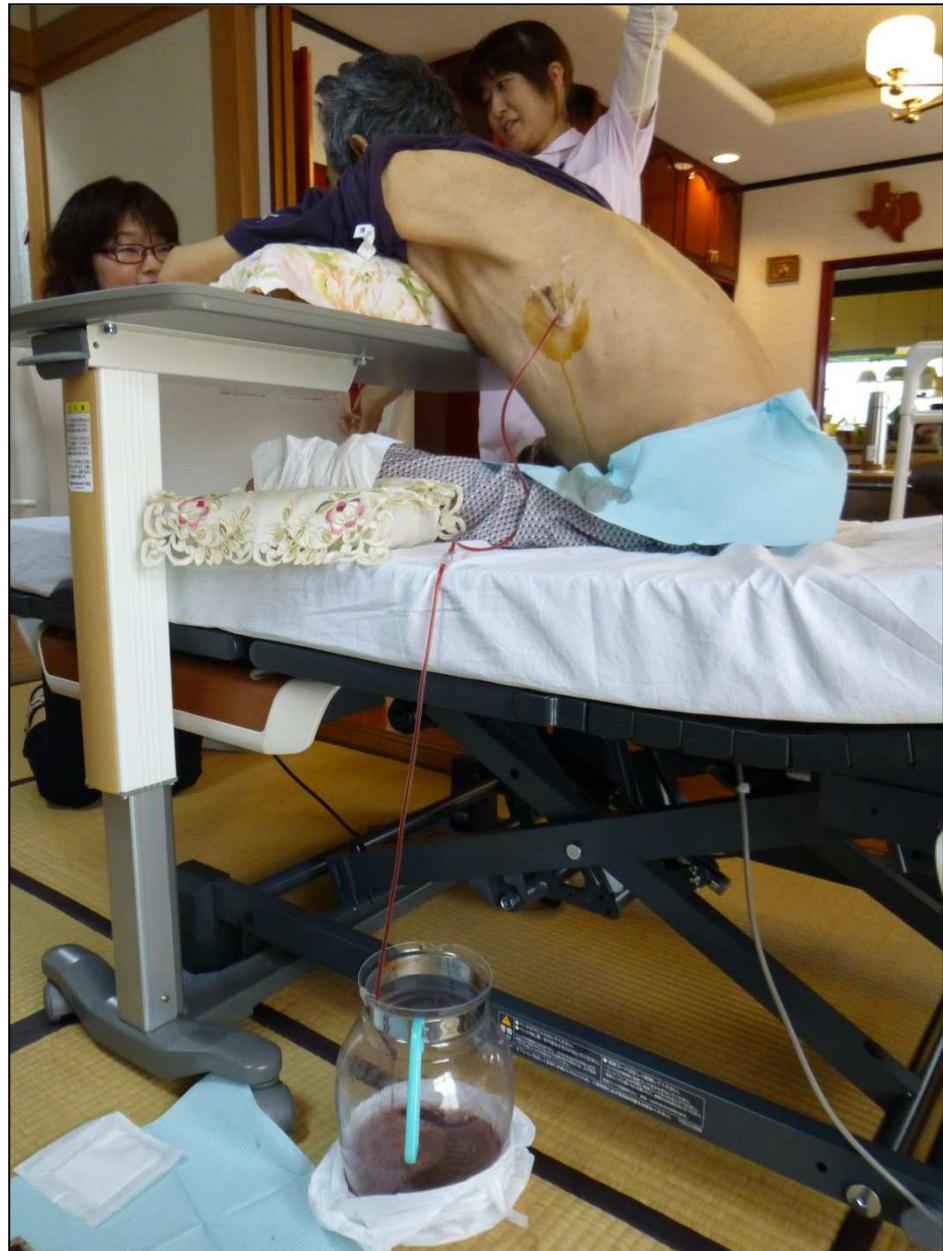


エコーで胸水確認



胸水穿刺

在宅でも胸水除去はできる。



鎮静：セデーションについて

定義：意識レベルを下げることにより、苦痛を緩和すること。

適応：強度の全身倦怠感、強度の呼吸困難、極めて強度の痛みなど、
いかなる方法をもちいても苦痛の軽減が計れない時：

家族への説明：セデーションによって命が短くなる事はないこと。

方法：

a)フェノバル：5-15mg/h持続より開始：浅い、20-50mg/h：10A(深い)

b)ドルミカム：2-3mg/h(5-7A)/日：10mg/hまで、点滴で行うときも

c)ロピノール、コントミンなど併用(2-5A/日)

経口不能：在宅では

* * 座薬：①セニラン座薬1-2個：6-12時間毎

②ワコビタール1/2-1個

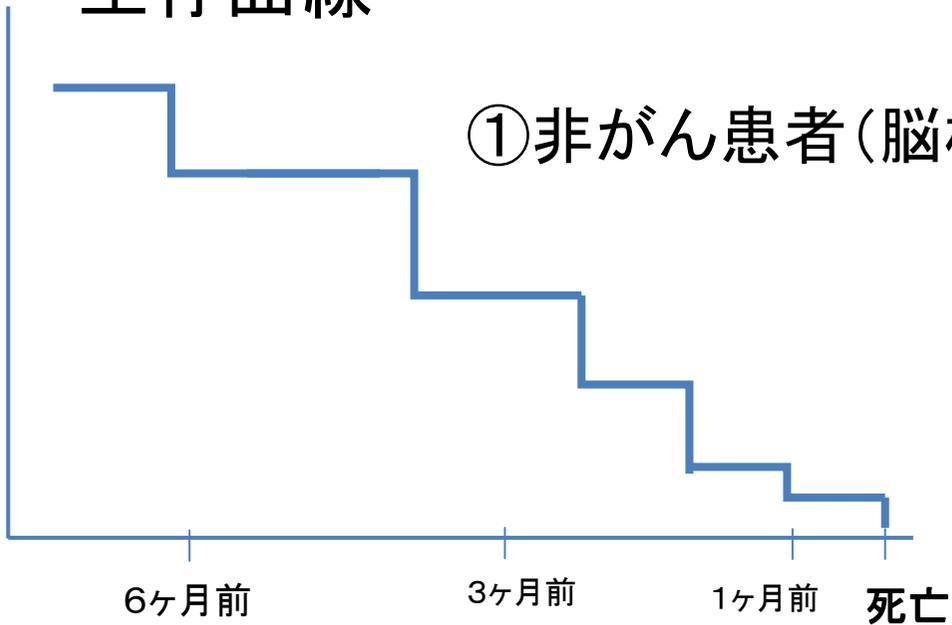
③レペタン座薬やアンペック座薬(痛みを伴う時)

* * CSI(持続皮下注ポンプ)：ドルミカム、ロピノール、コントミンなど

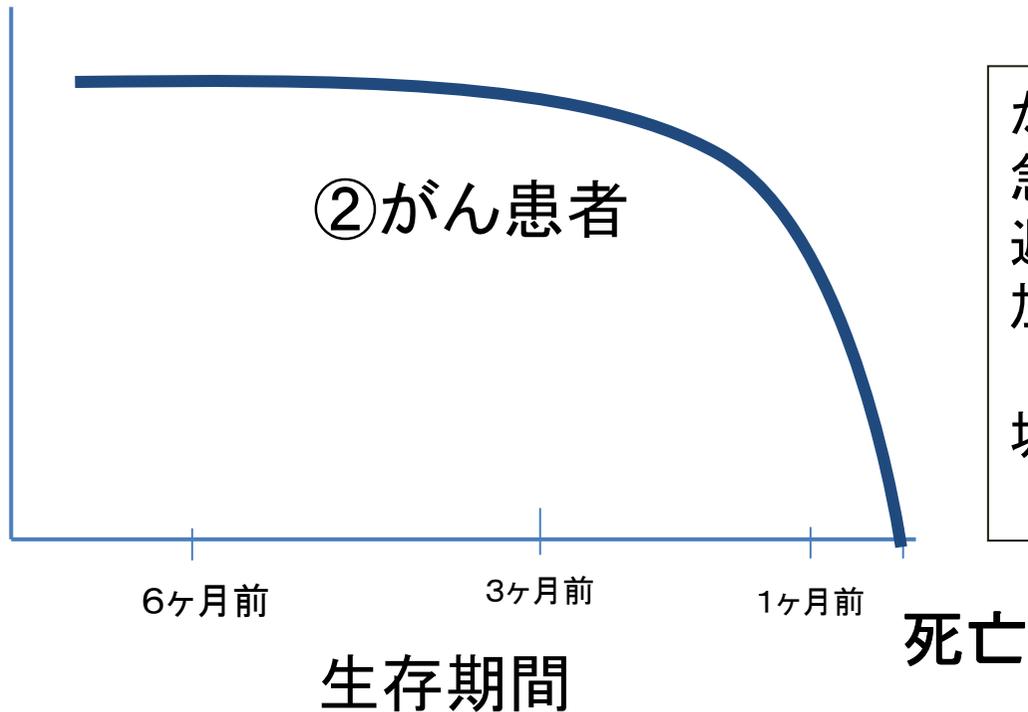
在宅でも穏やかで、安らかな最後を迎えさせることができる

生存曲線

ADL,
全身状態



ADL,
全身状態



がん患者は最後1ヶ月で
急速に悪化する
週ごと、日ごと、時間ごとに
加速して悪化する。

坂道を転げ落ちる
雪だるまのように！

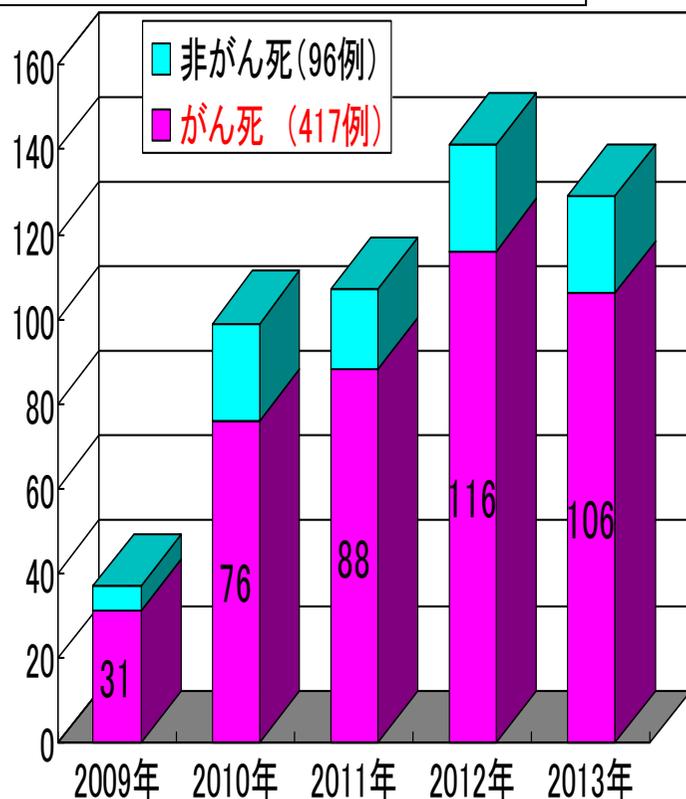
やまおか在宅クリニック:在宅緩和ケア専門クリニック

* 在宅看取り(4年間半:平成21年7月~平成25年12月)

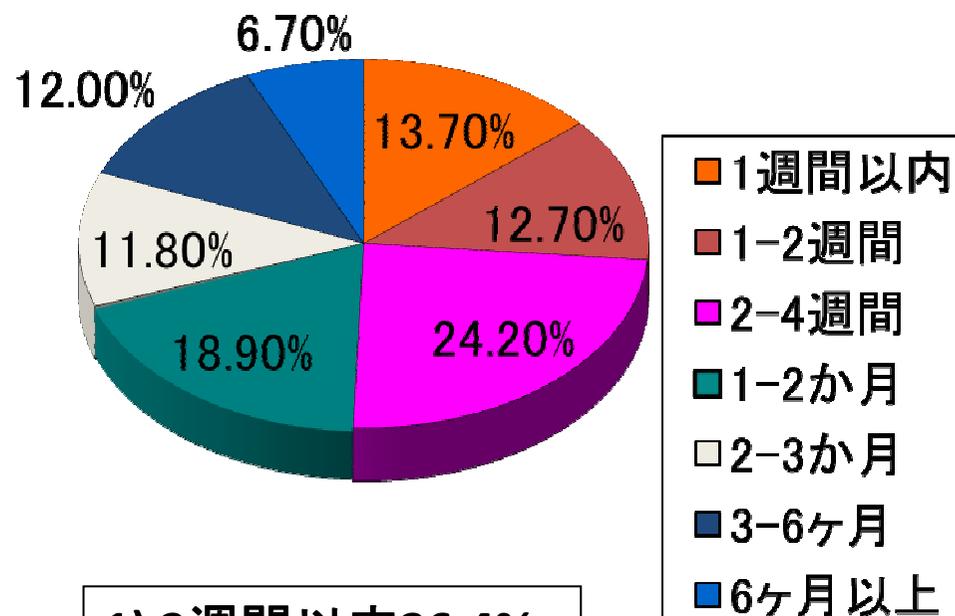
総数:513例(末期がん患者:417例(81.3%)、非がん患者:96例)

最近1年間の在宅看取り:129例(末期がん106例、非がん23例)

在宅看取りがん患者数)



在宅診療期間(在宅看取り患がん者数)



- 1) 2週間以内26.4%
- 2) 1か月未満50.6%
- 3) 3月未満81.3%

これからのことについて、(在宅での過ごし方にて)

在宅で介護する家族の方が読むために作られた小冊子

- ①食欲が低下、水分受けつけない。
- ②眠っている時間が長くなります。
- ③微熱や、時に高熱が出ること
- ④尿量が少なく、体のむくみが出てくること
- ⑤だるさが増すことがあります。
- ⑥意味不明の言葉を発すること。
- ⑦のどもとで、ゴロゴロというような音
- ⑧手や足が冷たくなること
- ⑨呼吸の仕方が変わってくること
- ⑩急に心臓や呼吸が止まるとき
/とっまっているのに気付いたとき

余命1週間ぐらいの時に
家族が家で看取れるための冊子

これからのことについて
～在宅での過ごし方～



医療法人 カーサミア

やまおか在宅クリニック

* 家族の死亡時の対応についての教育 *

病状の悪化に伴い、患者の変化について事前に家族に説明する
家族中心の看取りもできることを伝え、家族が慌てずに
看取れるように支援する

ご家族(施設のスタッフ)が最期の呼吸を確認してから

連絡を頂くことでも良いことを先に伝えていると慌てずに済む

“あわてない、救急車を呼ばずに、主治医や訪問看護師を呼んでください
そして、お父さんありがとう“感謝の言葉を言って待っていてください

最後を看取るのは家族ですよ！

死後のケア: 大切です

1) 大切な人として扱う。

2) エンジェルケアを行う

髪や顔、体を綺麗にする。化粧をする。髭を剃る。

服装を整える: 思い出の服を着させる

スタッフへの死の教育、看取りの教育

医療者や介護者、家族も必要

① スタッフの死生観を統一させる

- ① 死を忌み嫌わない: 必ず起こる自然なこと
- ② 死は怖いものでない、苦しくない。
- ③ 死は敬うべきこと(天寿を全うした)

② スタッフに看取りの意義を伝える

スタッフに在宅で看取れたことや看取ろうとしていることは、素晴らしいこと: 患者さんや家族の最後の望みを叶えようとしている(したこと)であることを伝える。

- 1) モチベーションの向上に繋がる
- 2) 次回はもっと頑張るようになる

上司の声かけが大切

90歳(独居)の現役サッカー選手:末期食道がん

絶対に入院したくない、ワールドカップを見たい

終末期患者の最後の願いを叶えさせたい!



日本が勝ったとき一緒に万歳三唱をした

老人ホームでの看取り



80歳男性;大腸がん末期、肝臓転移、認知症



家族も集まり、穏やかな死を迎えた。
亡くなる3日前まで食事をしていた。

奥様に看取られて大往生した。



施設で看取った患者:51名
(51名中23名は末期がん)



大分県全体をホスピスに！

体と心安まる場所

最期に感謝伝えて

「家はホスピスになれる」

大分・生と死を考える会の講演会が15日、県消費生活・男女共同参画プラザアイネスであり、同会長で、やまおか在宅クリニック院長の山岡肇夫さん（大分市）が「大分市全体をホスピスに」在宅でのみとりについて」と題して講演した。山岡さんは昨年、住み慣れた自宅でのみとりを望む終末期の患者と家族を支える在宅クリニックを県内で初めて開設。検査機器や薬を載せた車で同市近郊の患者宅を回り診療を続けている。講演要旨を紹介する。

「生と死を考える会」の講演会



講演する山岡肇夫医師

講師の山岡医師 家族へ「死の教育」を

「、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、在宅ボランティアなど、一人の患者をたくさんの方が支えている。在宅でのみとりで大切なのは家族への「死の教育」だと感じる。死は自然なこと、みとるのは医者ではなく、家族なのだ。わたしはできるだけ家族に肉親の予後（見通し）を詳しく知らせ、急変時の対応などを伝えるようにしている。

87歳のおばあちゃんが死に近づいた時、わたしは家族に「突然呼吸が止まることでもあります。その時は慌てずに『ありがとう』と涙が流れたお話を話してから、連絡をください」と話していた。死後に家族から「あの時、ありがとうと言えてよかった」と感謝された。お別れの時に「ありがとう」と言うことで、「家で見とれた」という喜びと感謝が生まれる様子を多くの家庭で見せてきた。

わたしは素晴らしいスタッフとともに、苦しんでいる人や困っている人を助けるクリニックをつくりたい。元養護教諭でがんと闘いながら、子どもたちに命の教育をした故・山田泉さんの遺言の言葉は「生きることには人のために役立つことだった。わたしも人として何かできればと願う。」

在宅クリニックを開所し、通の状態でも過さず、病院で10カ月たった。今は6カ月に帰るから「病人」である。月のおばあちゃんまで、平均年齢78・6歳の患者の主治医として多くの患者と関わっている。これまでも、みとったのは69人、うち55人ががん患者だった。大分市21カ所、別府市1カ所の訪問看護ステーションと連携し、チームを組んでいる。在宅医療を支えられている。ホスピスとは元来、体と心（心）が安らぐ場所を指す。大分市では、医療だけでなく介護的な病気で適切なサポートがあれば家はホスピスになり得、その人にとって普

在宅をホスピスに！

ホスピスとはこころと体が安らぐ場所

病に苦しむ患者さんに対して

どれだけたくさんのごことを
したかではなく、

どれだけ _____ かです。

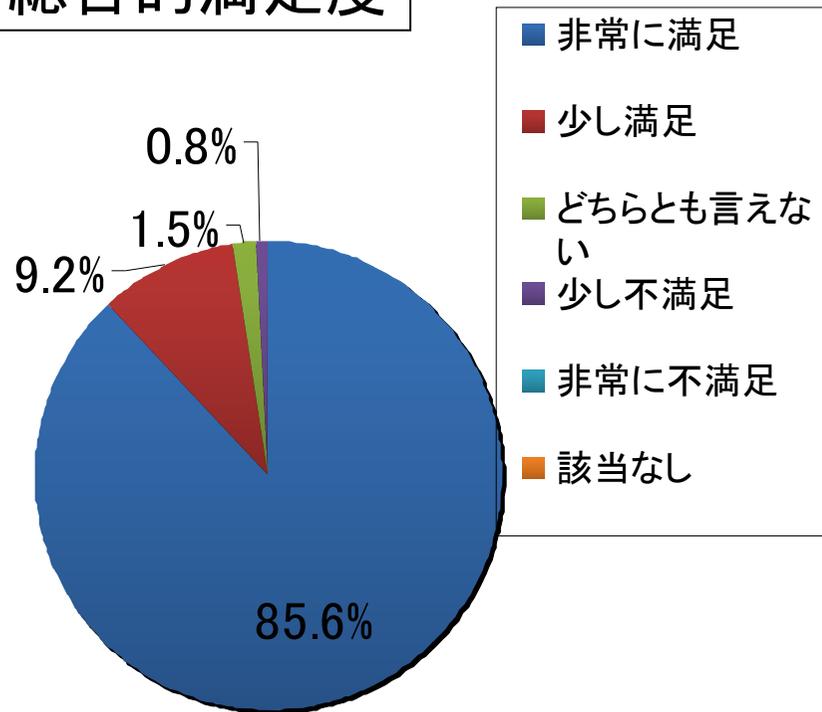
マザーテレサ



大切なのはケアをする人の真心です。

受けられた在宅療養の満足度はいかがでしたか

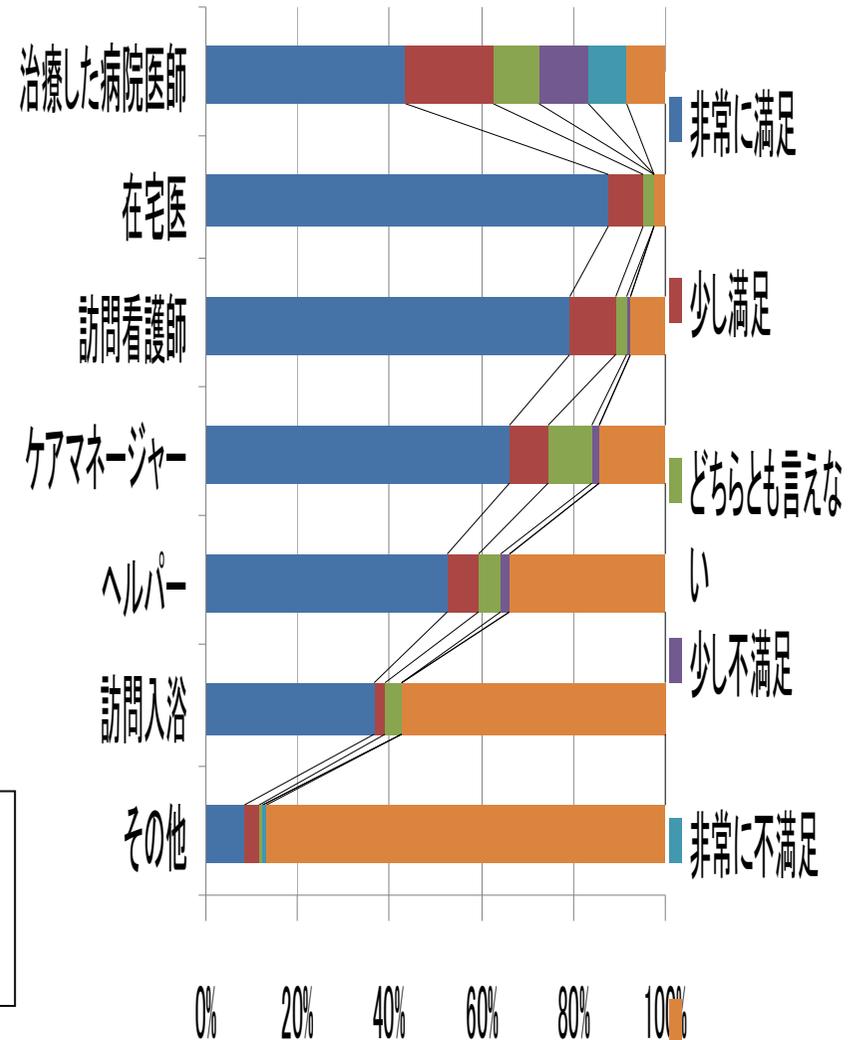
総合的満足度



(対象)

期間: 2009年7月~2012年3月: 2年9ヶ月
当院で看取った患者の遺族131名

医療者や介護者へ満足度



各地区で在宅がん在宅医療を推進するためには

問題点と解決方法模索

I) 患者本人や家族の問題

①在宅を希望するがん患者自体が少ない

解決法

- ①在宅を希望する患者さんのみを対象とする(約10%-30%前後か)
(啓蒙や実践で在宅希望は増えてくる)
- ②1-2週間の短期間の在宅から始めよう(入院先確保)

②老老介護や独居者などが多く、介護力が少ない

解決法

- ①短期間の在宅とする。家族、親族の協力(時間差など)
- ②老人ホーム、老健など施設への入所や看取りを進める
施設での看取りも考慮する

各地区でがん在宅医療を推進するためには

Ⅱ) 在宅療養をケアする側

在宅医や医療資源が少ない、24時間見てくれない

解決法

- * 在宅医: ① **医師間の連携、ドクターネット** (**病院の医師を活用しよう**)
② 診療所のみでなく、病院の医師がみる(訪問指示書のみ)、
- * 訪問看護師: ① 病院の看護師、② 診療所の看護師など
- * ヘルパーさん: 短期間の在宅、家族、親族の協力(時間差など)

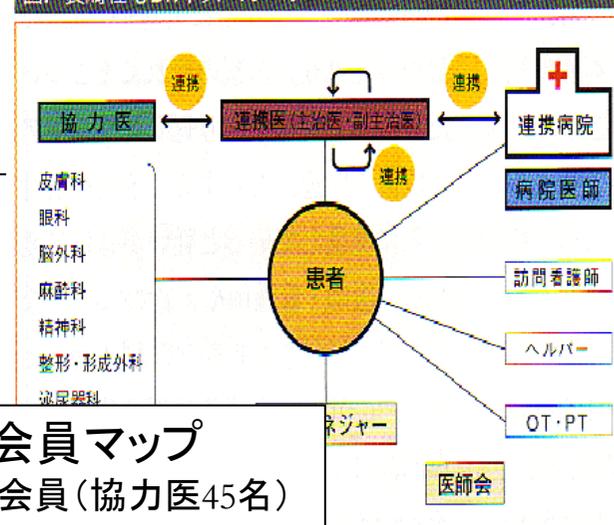
認定NPO法人 長崎在宅Dr. ネット

長崎在宅Dr. ネットとは?

病気の治療を、自宅または介護施設で受けたいと希望される患者さんの主治医を見つけ、その在宅療養のサポートをする医師のネットワークのことです。複数の医師や介護・福祉スタッフと連携をとりながら、病院の治療に引けを取らない最適な在宅療養を提供します

Dr. ネット正会員マップ
正会員80名 準会員(協力医45名)

図. 長崎在宅Dr. ネットのシステム



患者・家族の在宅療養を支援、広げる為には

- 1) 地域で顔の見える在宅ケアチームを作ること
(多職種連携による)
- 2) 核となる医療機関や行政機関を作ること
- 3) 定期的な勉強会、研修会をすること
(多職種参加できる)

人は

1) 人は 心をもっています。

自己の弱さ

内的自己の探求

価値観が変わる

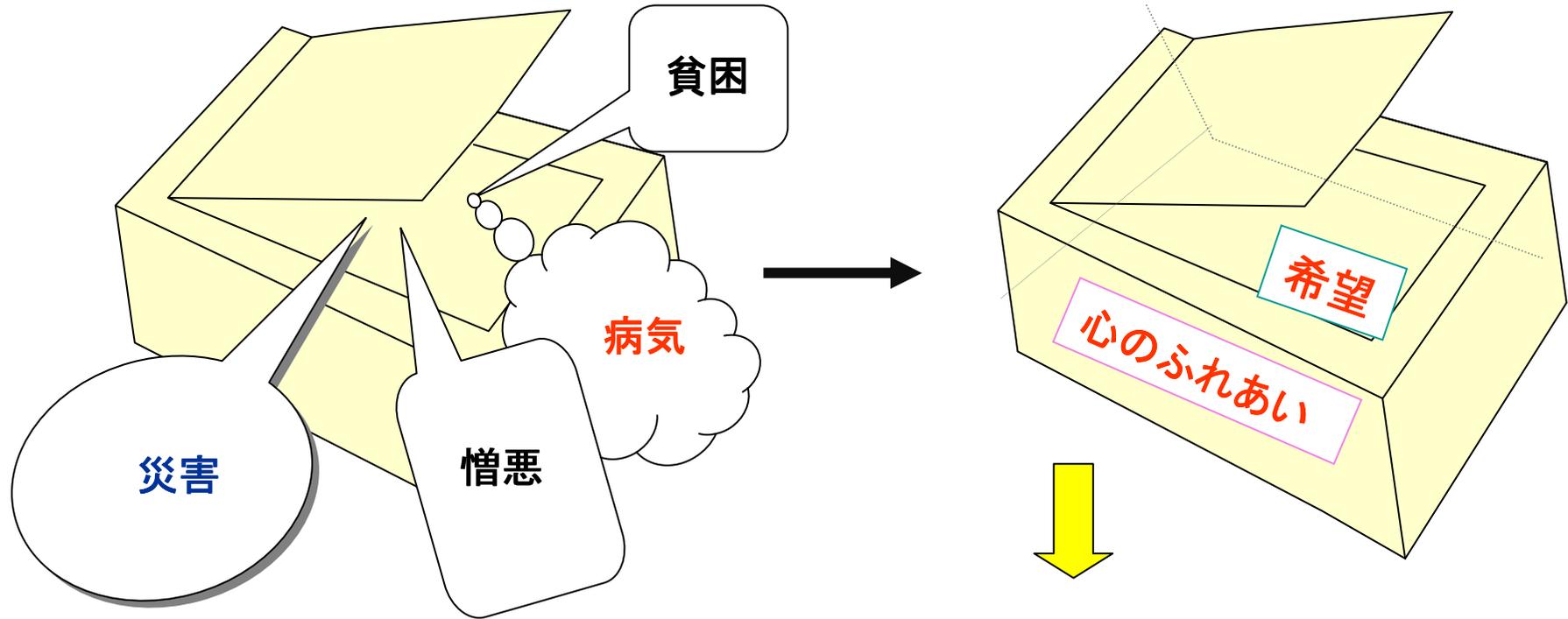
新しい自己の再発見する

患者さんが自分自身を乗り越えていく。

2) 最後の瞬間までひとは ができる

3) ひとは最後まで で居られます。

パンドラの箱



希望とこころのふれあい(共感者)

こそ人を最後までささえる

人と人とのこころ暖まる交流(在宅医療、施設)こそ、その人を最後まで支え、こころ豊かに輝いて生きれる。

在宅緩和ケアで最後まで支える為には

苦しみを和らげるための十分な知識(痛みの緩和、コミュニケーションスキルなど)を習得することが大前提です。

終末期の患者さんや家族に対して

- 1) 寄り添い、見守り、こころを込めること
- 2) チームで見えていくこと
- 3) 患者さんと家族の力を信じること

幸せな生き方をさせることが、幸せな安らかな死に繋がる。

最後に

人として生まれてきた以上
使命を持っています。

それぞれのいのちには、
それぞれの役目、役割があります

ターミナル期の人に出会ったら
* その人を支えるとう使命感
* 穏やかな覚悟が必要です。

49歳女性末期乳癌:最後の言葉

『生きるということはひとのために尽くすこと』

来年11月1日2日

日本死の臨床研究会 年次大会

を別府で開催します

全国から約3000人(医師、看護師、
臨床心理士、薬剤師、ボランティアなど)
が集まり、緩和ケアや終末期のケアについて
勉強する研究会です。

日本の緩和ケアの第一人者が集まり、
講演やシンポジウムをします。

どうぞ、本年11月は 別府へ来てください。

第38回

日本死の臨床研究会年次大会

The 38th Japanese Association for Clinical Research on Death and Dying

大会テーマ

輝いて今を生きるために — 尊い生と死から学ぶ —

会期

2014年11月1日(土)~2日(日)

会場

別府国際コンベンションセンタービーコンプラザ
大分県別府市山の手町12番1号

TEL.0977-26-7111 FAX.0977-26-7100
<http://www.b-conplaza.jp/event/index.htm>

■参加費(杉野草書社)
会員:7,000円 非会員:9,000円 学生:3,000円

■大会長

山岡 憲夫 (やまおか在宅クリニック院長)

日浦 あつ子 (佐賀県医療センター好生館緩和ケア病棟看護師長)

■実行委員長

矢津 剛 (矢津内科消化器科クリニック院長)

特別講演

下稲葉 康之
窪 寺 俊之
石 垣 靖子
高 木 慶子
沼 野 尚美
末 永 和之

特別対談

山 崎 章 郎
二ノ坂 保 喜

教育講演

恒 藤 暁
村 田 久 行
濱 口 恵 子
小 澤 竹 俊

セミナー

カール・ベッカー
阿部まゆみ
桑田美代子
下稲葉かおり

市民公開講座

大会事務局 / 医療法人カーサミア TEL.097-545-2323 FAX.097-545-8108 E-mail: jard38.2014@gmail.com
大会ホームページ / <http://www.c-linkage.co.jp/jard38/>