

私たちが望むEOLケアとは何か？

南房総地域の 終末期ケアの変遷と現状

2013年10月8日
日本医療政策機構
第2回セミナー

花の谷クリニックの紹介



	人口数	高齢化率
千葉県全体	6,192,351	23.2%
千葉市	963,974	22.1%
南房総市	40,294	38.4%
館山市	48,065	33.0%
鴨川市	34,692	33.1%
安房郡鋸南町	8,470	39.8%

平成25年4月1日現在

花の谷クリニックの概要

- 1995年4月 無床の内科診療所としてスタート。
- 1999年5月 10室の緩和ケア病棟を開設。
- 2000年4月 居宅介護支援事業所を併設。
介護保険のデイケア事業を開始。
- 2004年7月 支援費制度の障害者デイサービス事業
及び障害者短期入所事業を開始。
- 2006年4月 在宅支援診療所となる。
- 2006年9月 療養通所介護(デイサービス)を開始。
- 2010年5月 リハビリテーション部門を開設。
- 2013年9月 スープのよろずや「花」を開店。

3つの機能をもつ有床診療所

- 一般内科外来
- 緩和ケア病棟
- 在宅支援診療所

ケアプラン作成 訪問診療 訪問看護

高齢者デイケア 療養通所介護

障害者デイサービス 障害者短期入所

在宅支援事業(2013年1月現在)

ケアプラン作成	64件
訪問診療	26件
訪問看護	24件
高齢者デイケア	20件
療養通所介護	4件
障害者デイサービス	3件
障害者短期入所	8件

気功教室

毎週金曜日

午後2:00～4:00

講師：瀬川文子さん（気功）

吉田さん/佐藤さん（3B体操）

安田真美野さん（ヨガ）

場所：花の谷クリニック病棟ホール



どなたでもご自由にご参加ください。
楽に体が動かせる服装で来てください。

参加費：1回500円

句会 と 茶会

場所：花の谷クリニック 庄左エ門にて

年4回 四季折々に

※ 土曜日又は日曜日の午後1時から4時まで

俳句のこと、全く知らなくても、

どうぞ皆さんお集りください。

石田郷子さんにお願いして、

全くの素人同士が集まって、

言葉を紡いでみようと思います。

おいしいお抹茶も用意しました。

お茶だけいただきたい方、

お茶菓子目当ての方も歓迎です。

どうぞお立ち寄りください。

石田郷子（いしだ・きょうこ）さんのプロフィール

1958年、東京生まれ。父・石田勝彦、母・いづみは共に俳人

1986年、「木語」入会、山田みづえに師事

1996年刊行の第一句集『秋の顔』により、第二十回俳人協会新人賞受賞

2004年、「木語」終刊にともない、「椋」を創刊、代表・発行人

俳人協会会員、日本文藝家協会会員

句集『木の名前』、著書『名句即訳蘇村』『同 芭蕉』

編著『俳句・季語入門事典』全五巻など

お問い合わせは、0470-44-5363

入院看取りの推移

- ① 1999年～2006年の8年間 計273人
平均年齢 73.9才
悪性腫瘍 240人(88%)
非悪性腫瘍 33人(12%)
- ② 2007年～2012年の6年間 計320人
平均年齢 75.1才
悪性腫瘍 304人(95%)
非悪性腫瘍 16人(5%)

在宅看取りの推移

① 1995年～2006年の12年間 計83人

平均年齢 79.9才

悪性腫瘍 43人(52%)

非悪性腫瘍 40人(48%)

② 2007年～2012年の6年間 計89人

平均年齢 82.5才

悪性腫瘍 42人(47%)

非悪性腫瘍 47人(53%)

疾患名

入院	悪性腫瘍		
	肺癌	43	17.9%
	大腸癌	29	12.1%
	胃癌	28	11.7%
	膵癌	17	7.1%
	食道癌	16	6.7%
	他	107	44.5%
	合計	240	100.0%
	非悪性腫瘍		
	慢性閉塞性肺疾患	11	33.3%
	老衰	9	27.3%
	脳血管障害	5	15.2%
	認知症	2	6.1%
	筋萎縮性側索硬化症	2	6.1%
	他	4	12.1%
	合計	33	100.0%

在宅	悪性腫瘍		
	肺癌	8	18.6%
	胃癌	8	18.6%
	大腸癌	6	14.0%
	胆嚢、胆管癌	4	9.3%
	肝癌	3	7.0%
	他	14	32.5%
	合計	43	100.0%
	非悪性腫瘍		
	脳血管障害	18	42.9%
	老衰	10	23.8%
	慢性閉塞性肺疾患	5	11.9%
	認知症	3	7.1%
	肺炎	2	4.8%
	他	4	9.5%
	合計	42	100.0%

平均日数及び平均年齢

入院			
	人数	平均入院日数	死亡時平均年齢
悪性腫瘍	240人	55.5日	72.7才
非悪性腫瘍	33人	33.9日	82.4才
全体	273人	52.9日	73.9才

在宅			
	人数	在宅開始日より死亡までの平均日数	死亡時平均年齢
悪性腫瘍	43人	102.3日	74.8才
非悪性腫瘍	42人	736.1日	85.6才
全体	85人	415.5日	80.2才

悪性腫瘍の人の終末期の状況

	状況	人数	%
入院 240名	麻薬系鎮痛剤使用	162	67.5
	セデーションを行った	36	15.0
	補液をした	142	59.1
	抗生剤を投与した	137	57.0
	輸血をした	41	17.0
	化学療法をした	11	4.5
	放射線治療をした	11	4.5
	せん妄が出現した	119	49.5
	認知症があった	38	15.8
	病名告知をしている	176	73.3

	状況	人数	%
在宅 43名	麻薬系鎮痛剤使用	25	58.1
	セデーションを行った	1	2.3
	補液をした	25	58.1
	抗生剤を投与した	16	37.2
	輸血をした	5	11.6
	化学療法をした	3	6.9
	放射線治療をした	0	0.0
	せん妄が出現した	11	25.5
	認知症があった	3	6.9
	病名告知をしている	35	81.3

緩和ケアの3つのステップ

- 1) 日常生活の基本活動をささえるケアとして、
食べること、排泄すること、体を清潔に保つ
こと3つをプロフェッショナルに介助する。
- 2) どんな病気や、障害や、老い、であっても、
それをかかえて、「人」が社会のなかで生き
ていくこと、暮らしていくことを支える。
- 3) 「自然に還る」思いで支えあう。

1) 日常生活の基本活動をささえるケア

人間らしく生きていくのに最低限必要な、食べる
こと、排泄すること、体を清潔に保つこと、日常
生活の基本活動であるこの3つのことを人の手を
借りなければ果たせなくなる事は、余命が限られ
た患者さんの心を大きく悩ませる事になる。食事、
排泄、入浴の手法の工夫、介助技術の向上に加
え、介助される精神的負担を極力よびおこさない
介助法を意識しケアすることが重要だ。

2) 暮らしをささえる

他者との関係において在る、生きていくのが人間なのだとしたら、病気や障害をもつ者が、地域の中で、喪失や阻害を味わうことなく他者と関わることをどのように支えていくのか。それはターミナル期の人、認知症、様々な障害を持つ人たち、すべてに共通する課題であり、そこに求められるケアの本質に違いはない。一人一人が担うケアには限界があっても、そのケアを地域の中でつなぎ紡いでいくコミュニティーの場づくりに関わるのも「医療」の役目であると考えます。

3)「自然」を支えに

生まれてきたことが自然なら、死んでいくのも自然である。支えになるとしたら、その事実そのものであり、その自然を見つめることが救いになると言ってもいい。又「Spirit」(生命の息吹、自然の息吹)をみつめ、感じること、それは人為によるスピリチュアルケアではなく、自然のスピリチュアルケアと言ってもいいのではないか。

そして最期は、スピリチュアルケアに代えて、「自然に還る」思いで支えることが、私たち医療スタッフにでき得ることではないか。

その人らしく、命を全うする

日常生活の基本活動をささえるケアと、「人」が地域で暮らしていくことを支えるケアがあり、そして「自然に還る」思いで支えあうこと、こうしたことの先に見えてくるのが、「その人らしく、命を全うする」そんなシンプルな願いがかなうことであってほしい。そうだとすれば、私たちは、すべて人に約束された死を見つめなくてはならない時でも、その生の営みのなかで、絶望することなく、歩みを進める力を得ることができるのではないかと思う。

**「最期これぐらい迷惑かけたって
いいだろう？」**

安房医療ねっと

<http://awairyounet.wordpress.com/>

日本の緩和医療の変遷

1. 疾患治療をめざす施設内医療の反動としてのホスピスムーブメント	1970年代
2. 安らかな最期を目指すホスピスケア、ターミナルケア	1980年代
3. 緩和ケア病棟の増加	1990年代
4. がんとの共生を支える緩和医療の選択の時代(緩和医療としての化学療法・放射線療法・外科療法・代替医療など)	2000年代
5. 医療とケアの分断から統合へ	2010年代

終末期ケアに関する用語

ホスピスケア

ターミナルケア

緩和ケア

エンドオブライフケア

サポーターティブケア

ベストサポーターティブケア

終末期とは

ー進行がんと認知症2つの疾患概念から考えるー

- 進行がんの概念の変化
進行がん＝終末期の時代ではない。
進行がんともに年の単位で生きることのできる時代になった。
- 進行がんの予後予測
がん病名によってかなり異なる。
同じがん病名でも病理分類によってかなり異なる。
- 認知症の概念も大きく変遷してきている。
若年型アルツハイマー認知症
アルツハイマー認知症
レビー正体認知症
脳血管障害に伴う認知症
加齢に伴う認知障害
- 高齢者のがん終末期には、加齢に伴う認知障害も含めて、上記どれかの認知障害を伴うことが多く、これまでのがん終末期に特化した緩和医療では、対応できなくなっていることの認識が重要である。

30年前ごろ、
1980年代、私が医者になった頃、
こうした声を多く聞いた。

「ホスピスには行きたくない。
見放された思いだ。」

10年前頃、
2000年代、私が緩和ケア病棟を始めて
数年が経った頃、こう言って相談に来る
人が増えてきた。

「病院はもういやです。延命治療はし
ないでください。緩和ケアを受けたい
んです。」

この数年は、このようだ。

「今の病院は3か月たったら出なきゃいけない規則だそうです。進行癌ですから、緩和ケア病棟に相談にいったのですが、まだ早い、今の抗がん剤内服治療を中止してからでないと受け入れられません。在宅が無理なら、介護施設や療養型病院などへ相談に行くようにと、リストをもらいました。」

「診断から治療期から終末期までの継続した緩和ケア」って、これからどこに行ってしまうのだろうか。癌に限らない。人がこの世に生まれてからできるだけ健康に暮らしていくことを支えるための医療が、分断され、私たちの生活の安心から遠いところへ行こうとしている。

延命治療は悪いこと？

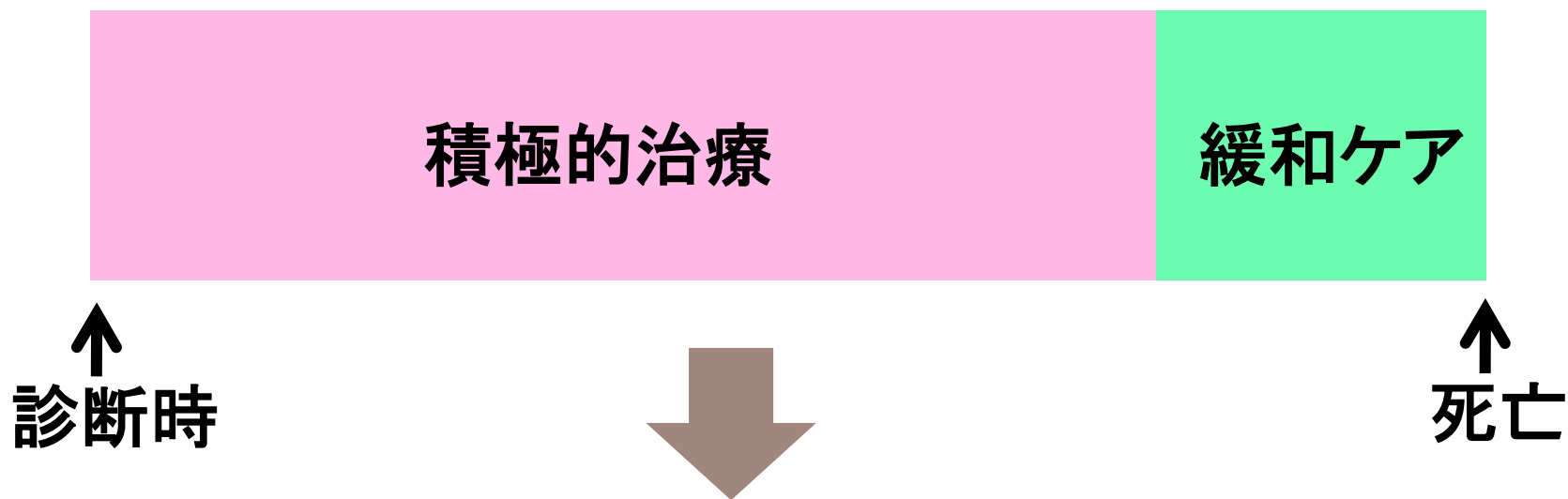
医療はそもそも延命医療。



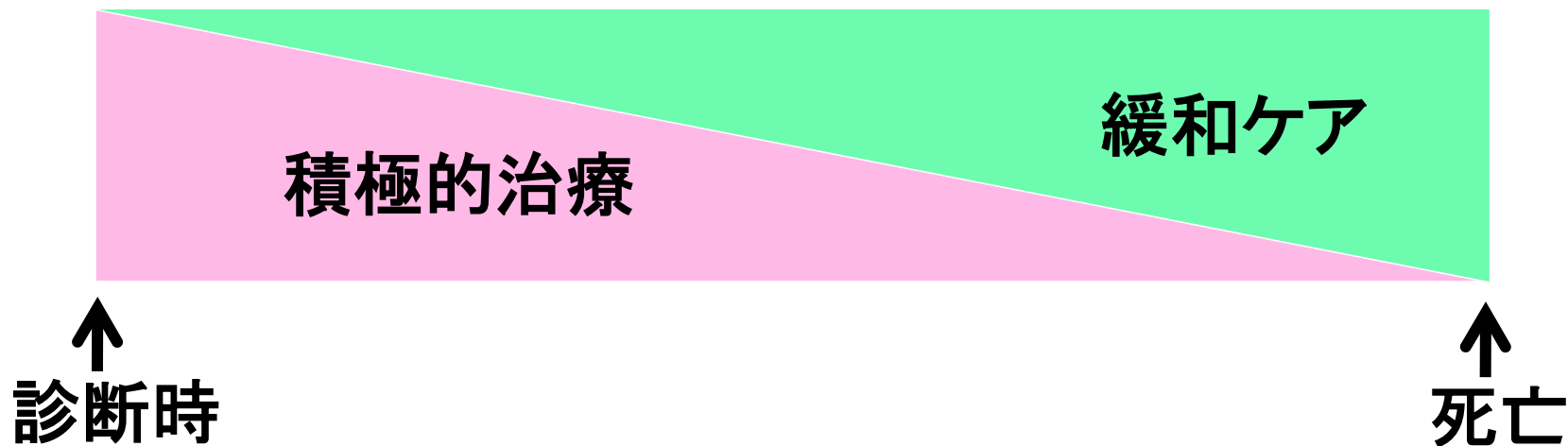
緩和医療をしっかりとやると延命になる。

そうした緩和医療をやりたい。

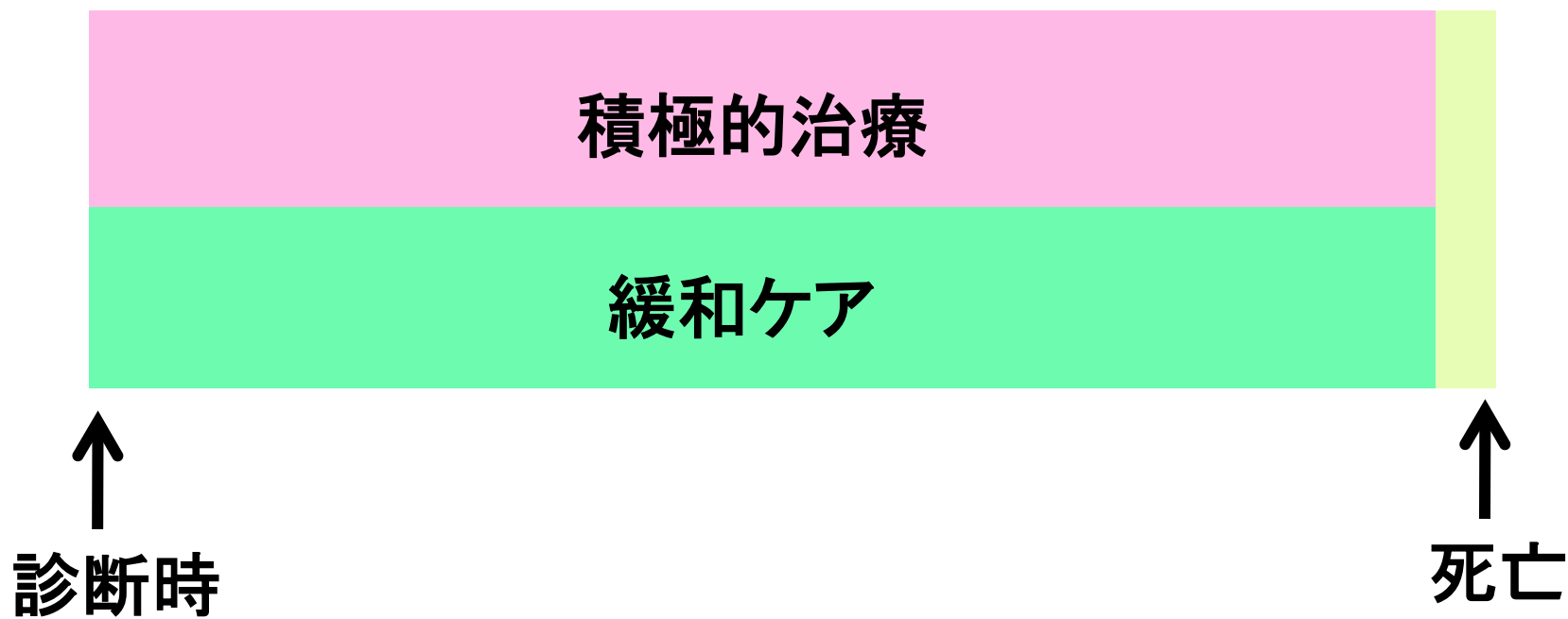
【以前】



【現在言われていること】



【これから】



症状緩和は医療の根本。

緩和医療は特殊な医療ではない。



「緩和医療は医療の原点」

ホスピスには行きたくない。
見放された思いだ。



病院はもういやです。
延命治療はしないでください。
緩和ケアを受けたいんです。

尊厳死法案は必要か？

事前意志としての
リビングウィルと尊厳死法案

「緩和医療は延命医療」

自然の脅威をつきつけられた昨年の大震災と、経済成長最優先の原子力発電事故から、私が今いちばん感じていることは、効率化、一律化、経済性を優先することの理不尽さ。

医療や介護の現場で、それを必要とする人から求められることは、効率化、一律化、経済性からはいちばん遠いところにあるものだ。

効率化、一律化、経済性を基盤にせざるを得ない制度とは、医療や介護の現場では、目指すべきものでなく、最低保障を支える目安である。

人を狭い意味での医療の枠組みに閉じ込めることをせず、制度にとらわれず、どんな病気や、障害や、老いであっても、それをかかえて、人が生きていくこと、暮らしていくことを支える医療へ向かって、役割分担から越境へ。

スープのよろずや「花」

<http://soupnoyorozuya.wordpress.com/>