

次世代のがんプロフェッショナル養成プラン

～次世代がん医療を担う多職種人材養成プラン～

慶應義塾大学 がんプロフェッショナルセミナー

支える力：地域とともに歩む 緩和医療の未来

参加
無料

- 日時：2024年12月14日[土]13:00～15:00
(12:30より受付開始)
- 開催形式：ハイブリッド開催（現地50名+Zoom配信）
※現地・Zoom参加ともに事前参加申し込み必須です
- 場所：慶應義塾大学病院 2号館11階 中会議室
- 対象：医師、看護師、薬剤師、メディカルスタッフ、学生、一般の方

1 開会の挨拶 平田 賢郎(慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 専任講師)

2 講演 座長 平田 賢郎(慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 専任講師)

1 大学病院におけるがん診療：
診断から終末期まで安心して治療を受けられる環境を目指して
千田 彰彦(慶應義塾大学医学部 消化器内科 助教) 12分

2 地域につなげる緩和ケアチームの役割
伊原 奈帆(慶應義塾大学医学部 麻酔学教室 助教/緩和ケアセンター) 12分

3 ともに考える：これからの過ごし方そして先々のこと
田中 康代(慶應義塾大学病院 緩和ケア認定看護師) 12分

4 想いをつなげる
～がん相談支援センターの活用について～
久住 真有美(慶應義塾大学病院 ソーシャルワーカー) 12分

5 地域で実現するホスピスケア
～自宅で最期を迎えられる社会づくりに必要なこと～
清水 裕智(結クリニック 院長) 12分

6 在宅における緩和ケア、看護師に求められるもの
矢澤 紀子(医療法人財団荻窪病院 訪問看護ステーション 看護師) 12分

3 パネルディスカッション 大学病院と在宅医療の連携による
具体的事例の紹介 30分

4 閉会の挨拶 大家 基嗣(慶應義塾大学医学部 泌尿器科学教室 教授)

事前
申込

(締切 12/9 9:00)

●お申込はこちらから



プログラム

[アクセス]

- 中央線・総武線「信濃町」駅下車、徒歩1分
 - 都営大江戸線「国立競技場」駅下車(A1番出口)、徒歩約5分
 - 丸の内線「四谷三丁目」駅下車(1番出口)、徒歩約15分
 - 半蔵門線・銀座線「青山一丁目」駅下車(0番出口)、徒歩約15分
- ※公共交通機関をご利用いただけますようお願いいたします。



問い合わせ先

慶應義塾大学 信濃町キャンパス 次世代のがんプロフェッショナル養成プラン事務局
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35 Tel: 03-5363-3662 (受付時間: 平日08:30～17:00)
E-mail: ganpro-jimushitsu@adst.keio.ac.jp

主催：慶應義塾大学 次世代のがんプロフェッショナル養成プラン 共催：区西部がん医療ネットワーク

慶應義塾大学医学部 泌尿器科学教室 教授

慶應義塾大学信濃町キャンパス

次世代のがんプロフェッショナル養成プラン 事業総括

大家 基嗣 (おおや もとつぐ)

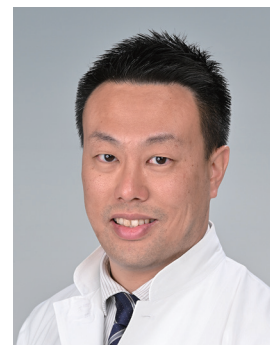


慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 専任講師

慶應義塾大学信濃町キャンパス

次世代のがんプロフェッショナル養成プラン 事業総括補佐

平田 賢郎 (ひらた けんろう)



慶應義塾大学医学部 内科学教室消化器 助教

千田 彰彦 (ちだ あきひこ)



略歴

- 2016年 慶應義塾大学 医学部卒業
- 2016年 東京歯科大学市川総合病院 初期臨床研修
- 2018年 東京都済生会中央病院 消化器内科
- 2019年 平塚市民病院 消化器内科
- 2020年 慶應義塾大学病院 内科学教室消化器

大学病院におけるがん診療：診断から終末期まで安心して治療を受けられる環境を目指して

がんの治療が多様化していること、高齢化社会に突入していくことなどから、患者さん一人一人に合わせて治療戦略や療養環境を調整していく必要がある。StageIVの消化器癌のほとんどは完治が望めないという前提に立つと、『がんとどのように付き合っていくのが最善であるか』を考えることが、我々腫瘍内科医に求められることである。具体的には、化学療法を行うか否か、どのような治療法を選択するか、療養環境をどのように整備するかなど個々の患者さんに応じて検討をしていく。特に、高齢の患者さんにおいては、高齢者機能評価をしっかりと行った上で、投与可否や投与量に関して、慎重に検討している。化学療法を行うことを選択した場合には、バイオマーカーや遺伝子検査の結果に基づいた個別化治療を行っている。また、治療の早い段階から、ACP (Advance Care Planning) を行うことを意識している。ACPとは、患者・医療者・家族が、将来の意思能力低下に備えて、前もって今後の治療・ケア、療養先に関する意向を話し合うプロセスのことである。当院では、多職種と連携してACPを早期から開始しており、治療のあらゆる段階において患者にとって適切な療養環境を提供できるように工夫している。また必要な患者に関しては、往診クリニックへの連携も早期から開始するように心がけている。本講演では、がん患者の診断から終末期まで、個々人の状況に合わせた治療を組み立てる流れを概説する。



消化器癌 StageIVの患者に必ずお話しすること

- ・ 抗がん剤でがんが完治することはほとんどない
- ・ 抗がん剤の目的は元気でいられる期間を少しでも長くしていくこと

⇒これを話さないで患者さん自身が人生設計を立てられず、病勢悪化時も受け止めが難しい

その上で、抗がん剤投与のメリット、デメリットを天秤にかけ治療戦略を考える

高齢者機能評価

- ・ **G8 (Geriatric-8)**
運動、認知機能などをざっくり評価
- ・ **MMSE (Mini Mental State Examination)**
認知機能をしっかり評価
- ・ **CARG (Cancer and Aging Research Group)**
抗がん剤投与の有害事象出現リスクを総合的にざっくり評価
- ・ **IADL (Instrumental Activities of Daily Living)**
日常生活(買い物、洗濯)などのより具体的な能力を評価

高齢者機能評価を総合的に判断し、抗がん剤投与可否を判断

治療薬の決定：バイオマーカー検査

【例：胃癌一次化学療法】
腫瘍組織から4つのバイオマーカーを測定：HER2, Claudin18, PD-L1 CPS, MSI

* 大まかな治療戦略であり、実際の臨床では症例毎により詳細な使い分けがなされます

標準治療がなくなってきた患者さん⇒遺伝子パネル検査を提出

	NCCオンコパネル	FoundationOne® CDx	FoundationOne® Liquid CDx	Gurdant360	GeneMineTOP
必要検体	腫瘍・血液	腫瘍	血液	血液	腫瘍・血液
遺伝性腫瘍の区別	可	×	×	×	可
対象遺伝子数	DNA 124	DNA 324	cfDNA324	cfDNA 74	DNA 737 RNA 455
MSI-H	解析可	解析可	解析可	解析可	×
TMB	解析可	解析可	解析可	×	解析可

遺伝子異常に基づく治療選択幅が広がる

当院の特色：化学療法開始時や治療変更時の多職種連携

- 化学療法室看護師**
 - ✓ 治療に対する心情の聴取
 - ✓ 投与中を主とした副作用の確認
- 外来看護師**
 - ✓ 外来陪席
 - ✓ 療養調整
 - ✓ 支持療法に関する指導 (手足症候群、嘔気、発熱 etc.)
- 緩和ケアチーム**
 - ✓ 病勢悪化に伴うがん周辺症状のコントロール
 - ✓ 精神的な苦痛に対する対処
- 腫瘍センター薬剤師**
 - ✓ 服薬指導
 - ✓ 副作用予防
 - ✓ 患者毎の支持療法提案

副作用に対する対応

- ・ **手足症候群**
保湿の徹底
手足症候群出現時内服中止
- ・ **嘔気**
催吐性リスクに基づき予防薬を投与
中等度リスク：5-HT₃受容体拮抗薬(アロキシ®etc.)+デキサメタゾン
高度リスク：上記+NK₁受容体拮抗薬(アロカリス®、イメンド®etc.)
屯用処方：3種(プリンペラン®、ハロペリドール®、アタラックスP®)
- ・ **発熱**
発熱時の屯用としてカロナール®、抗生物質処方
- ・ **末梢神経障害**
エルプラットは積算量800mg/m2を目安に中止
各種支持療法(メチコバル®、リリカ®、タリージェ®)

アドバンスケアプランニング(ACP: Advance Care Planning)

- ✓ 患者・医療者・家族が、将来の意思能力低下に備えて、**前もって**今後の治療・ケア、療養先に関する意向を話し合うプロセス
- ✓ 本人の価値観は病状の経過で変化するため、**ACPは繰り返し行われる必要がある**
- ✓ 一般的には**BSCのタイミング**で、患者が意思決定能力を失った場合に備えて、**自分の希望する/希望しない医療を明確化する**アドバンスディレクティブ (ADs: Advance Directives) を行う
 - ①内容的指示：自分の意思を文書にするリビングウィル(DNARを含む)
 - ②代理人指示：自分で判断できない場合に代わりに治療方針などの意思決定をする人を選定

阿部原ら：日本看護協会出版会。2014。38-44。

慶應義塾大学医学部 麻酔学教室 助教 / 緩和ケアセンター

伊原 奈帆 (いはら なほ)



略歴

- 2007年 慶應義塾大学医学部卒業
- 2007年 川崎市立井田病院 初期臨床研修医
- 2009年 慶應義塾大学医学部麻酔学教室に入局 慶應義塾大学病院麻酔科専修医
- 2010年 川崎市立川崎病院麻酔科
- 2011年 国家公務員共済組合連合会立川病院麻酔科
- 2013年 慶應義塾大学病院麻酔科専修医
- 2014年 NTT東日本関東病院ペインクリニック科
- 2015年 慶應義塾大学病院麻酔科、慶應義塾大学病院麻酔学教室 助教
- 2020年 慶應義塾大学・博士(医学部) 学位取得
- 2019年頃から慶應義塾大学病院麻酔科に所属しながら緩和ケアチーム業務に従事し、現在に至る

地域につなげる緩和ケアチームの役割

緩和ケアセンターは、がん診療連携拠点病院に整備が義務付けられてる機関であり、緩和ケアの院内拠点組織であると同時に、地域の専門的緩和ケアを統合する役割を担う。地域全体に緩和ケアを提供できるように、教育・研究の面でも主体となって活動をしている。

緩和ケアセンターが提供するものは「専門的緩和ケア」にあたり、通常の診療の中で主治医や担当看護師などのすべての医療従事者によって提供されるものは「基本的緩和ケア」にあたる。そこでは苦痛のスクリーニング、基本的な症状の緩和やつらさへの対応、意思決定支援などを行う。一方で対応困難な事象には緩和ケアチームが、多職種で協調して診療にあたっていく。

また当院から退院されてそれぞれの療養先へスムーズに移行できるようにすることも緩和ケアチームの役割である。2023年度に当院の緩和ケアチーム関わった患者さんは、57%の方が訪問診療の先生に診ていただきご自宅で過ごされ、25%の方がホスピス・緩和ケア病棟へ18%の方が自宅近くの一般病棟へそれぞれ転院された。地域で見ると、東京都内が約3/4で、その中で当院のある区西部(新宿、中野、杉並区)の方が約1/4、それ以外の方は近隣の県の方であり、多様な療養先との連携を行なった。

今回は実際に緩和ケアチームが担当した症例を提示しながら、こうした連携の実際について紹介していく。



地域につながる緩和ケアチームの役割

緩和ケアセンター

がん診療連携拠点病院に整備を義務付け

- 緩和ケアの院内拠点組織、専門的緩和ケアを提供
- 地域の緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
- 地域全体に緩和ケアを提供できるよう教育や研究面でも主体的に活動

地域につながる緩和ケアチームの役割

慶應義塾大学病院 緩和ケアセンター

身体症状担当医師：3名（緩和医療学会指導医3名）
 精神症状担当医師：1名（緩和医療学会指導医1名）
 看護師：2名
 (がん性疼痛認定看護師1名、がん看護専門看護師1名)
 薬剤師：3名（緩和薬物療法認定薬剤師3名）
 栄養士：1名
 ソーシャルワーカー：2名

慶應緩和ケアセンターのシンボルマーク
 ストレプトカーパス
 花言葉
 信頼にこたえる

地域につながる緩和ケアチームの役割

基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

基本的緩和ケア

- 通常の診療の中で、すべての医療従事者（主に主治医や担当看護師など）によって提供
- 苦痛のスクリーニング、基本的な症状の緩和やつらさへの対応、意思決定支援などを行う
- 専門的緩和ケアへのコンサルトの適応を検討する

専門的緩和ケア

- 基本的緩和ケアでは対応困難な事象に対応
- 緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和ケア

地域につながる緩和ケアチームの役割

スクリーニング「つらさについての質問票」

つらさの内容・有無の確認

つらさと支障の寒暖計

身体症状だけでなく、気持ち、生活、家族のこと等を細かく確認

地域につながる緩和ケアチームの役割

痛みのアセスメントシート

痛みの部位

痛みの程度

痛みの性状

痛みの対処法

生活への支障

鎮痛薬への考え方

地域につながる緩和ケアチームの役割

オピオイドに関する院内の手引き

オピオイド鎮痛薬の投与経路変更タイミングの考え方

オピオイド鎮痛薬の投与経路変更例

定時投与薬（持続性経路薬）投与経路変更後薬へスラスト投与の目安

注意：レスキュー薬は患者の状態や状況により検討する。
 例1) 内服薬のレスキュー薬へスラスト投与が変更後薬へ投与される。例2) 変更後薬のレスキュー薬は投与しなくても変更後薬になる。

先行薬	変更後薬	変更方法
後発製剤(経口) 12時間 持続 MS20mg PRN 50mg	後発注 持続性注 PRN注 PRN 50mg	先行薬の最終投与の12時間後投与を変更後薬を投与 0 12 投与
後発製剤(経口) 1日1回 持続 (24時間投与) PRN 50mg	後発注 持続性注 PRN注 PRN 50mg	先行薬の最終投与の24時間後投与を変更後薬を投与 0 24 投与
後発製剤(経口) MS20mg PRN 50mg	後発注(1日) 7.5mg/24h	先行薬内服と同様に変更後薬を投与し先行薬を中止 0 投与

地域につながる緩和ケアチームの役割

Q. 在宅ではオピオイド注射は使えない？

A. いいえ、使えます！

多くの訪問診療の先生方が在宅でのPCAポンプや携帯型ディスポーザブル注入ポンプの対応をしてくださっています

病院から移動する際には携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用します

※ニプロ株式会社HP
https://med.nipro.co.jp/med_cat_category_detail?catId=sk110000000523&id=sk110000000523&id=sk110000000523

慶應義塾大学病院 緩和ケア認定看護師

田中 康代 (たなか やすよ)



略歴

- 1992年 慶應義塾看護短期大学卒業
慶應義塾大学病院入職
- 2010年 緩和ケア認定看護師認定資格取得
緩和ケアチームに従事
- 2013年 がん専門相談員取得
- 2014年 ELNEC-J指導者取得
- 2021年 医療連携推進部 退院調整看護師として主にがん患者に対する症状緩和ケア、意思決定支援、療養調整に従事している。

ともに考える：これからの過ごし方そして先々のこと

日本人の2人に1人は生涯がんになる時代と言われており、がんは今や身近な病気、国民病とも言われている。その一方で、過去40年間、現在も日本人の死亡原因の第1位でもある。

当院では、2023年には4581名ががん登録されている。がん患者とその家族の苦痛は、がんの告知を皮切りに生じる。身体的、精神的、社会的そしてスピリチュアルといった様々な苦痛を抱えながら闘病している。がんとうどう共存していくか、どう闘病していくか、どう生活していくかはがん患者と家族にとって非常に大きな課題である。

本セミナーでは、苦痛の緩和とがんになっても安心して暮らせるための支援について紹介する。

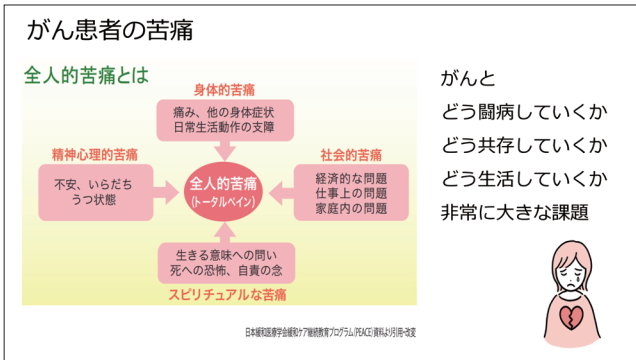
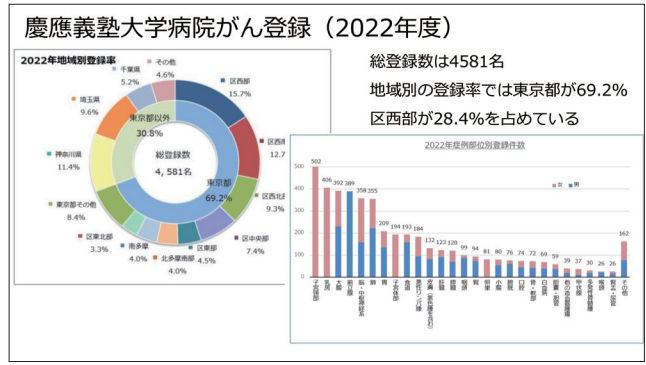
がんになっても自分らしく生きていくために、これからの過ごし方、そして先々のことをともに考える、不可能なことを可能なことに近づけるための支援について考えていきたい。

慶應義塾大学 がんプロフェッショナルセミナー

支える力：地域とともに歩む緩和医療の未来

ともに考える
～これからの過ごし方そして先々のこと～

慶應義塾大学病院
緩和ケア認定看護師
田中 康代



緩和ケア認定看護師として

治療と平行して提供する患者さんと家族に対する苦痛の緩和

身体的苦痛の緩和：
がん疼痛や呼吸困難、
腹満、浮腫への対応
治療に関する相談や支援：

緩和ケア病棟の紹介

退院調整看護師として

在宅で医療行為を行うための支援：
自宅で行う点滴や経腸栄養の手配

介護保険申請、福祉用具の手配

訪問診療・看護との連携

がん専門相談員として
不安や困りごと、気持ちの辛さへの対応

がんになっても安心して暮らせるための支援

Aさん 40歳代 胃がん化学療法中
最近、腹膜播種の影響で食事摂取不良、
水分を取ることも苦痛になってきた

体重減少も見られているため入院して
体調を整える？

痛み止め：
オキシコドン
→フェントステープに
スイッチング

食事摂取不良
→自宅でCVポート
より点滴の投与

訪問診療・看護の導入

がんの痛み：
オキシコドンは何とか飲んでいる
オキノムは痛くても飲まないで
我慢している

子供が中学生で、お弁当作りが
ある。部活から遅くに帰ってきて、
食事の準備もされていないのは
可哀そう。

Aさんにとって大切なこと：
子供達と過ごす時間を大切にしたい。
子供達のためにも化学療法を頑張りたい

患者さんと家族にとって大切にしていることは
何か、共有しながら対応していく

がんになっても自分らしく生きていくために・・・

患者さんと家族とともに

これからの過ごし方そして先々のことをともに考える

不可能なことを可能なことに近づけるための支援

慶應義塾大学病院 医療連携推進部／がん相談支援センター

久住 真有美 (くすみ まゆみ)



略歴

- 2000年 3月 北星学園大学 社会福祉学部福祉臨床学科 卒業
 - 2000年 4月 医療法人 柏葉脳神経外科病院 入職 医療ソーシャルワーカーとして勤務
 - 2003年 8月 医療法人社団 恵佑会札幌病院 入職 医療ソーシャルワーカーとして勤務
 - 2008年11月 慶應義塾大学病院 入職 ソーシャルワーカーとして勤務
- 現在は医療連携推進部に所属し認定医療ソーシャルワーカーとして、
また、がん相談支援センター認定がん専門相談員として従事している。
- 2022年 3月 昭和女子大学大学院修了 (修士 福祉社会実践学)

想いをつなげる ～がん相談支援センターの活用について～

がん医療は日々進化し、様々な治療法の開発により、治療の選択肢が増え、患者さん、家族の期待と挑み方が求められる時代となっている。その人らしい生活や治療の選択ができるように、情報提供や相談を担うがん相談支援センターの関わりがますます求められると考えている。

本セミナーでは、がん相談支援センターの特徴、活用方法について紹介する。

病期に関わらず誰でも相談できることががん相談支援センターの特徴のひとつである。「治療法を選択していく整理と、本人が大切にしたいことを言葉にできるようサポートし、その想いを医療チームに繋ぐこと」が、がん専門相談員、ソーシャルワーカーの重要な役割と考えている。今後も緩和医療を支える力の一員として患者さん、家族をサポートできるよう支援していきたい。

慶應義塾大学 がんプロフェッショナルセミナー
「支える力：地域とともに歩む緩和医療の未来」2024.12.14

想いをつなげる

～がん相談支援センターの活用について～

慶應義塾大学病院
医療連携推進部/がん相談支援センター
ソーシャルワーカー久住真有美

がん相談支援センターとは

- 全国のがん診療連携拠点病院などに設置されている相談窓口
⇒461箇所（2024.6.1現在）
- 誰でも相談できる窓口
⇒がんの治療によって生じる困りごとや心配事の相談に対応
⇒患者さん、ご家族、友人、地域の方々の様々な相談に対応。
(匿名での相談も可能)
- がん専門相談員（看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士等）が対応
- 無料で相談できる

「がん情報サービス」「がん相談支援センターとは」

がん相談支援センターで相談できること（例）

がんのこと	ゲノム検査のこと	お金のこと
<ul style="list-style-type: none"> ●〇〇がんについて、治療のこと、検査のこと等基本的な情報を知りたい。 ●治療ができなくなったらどうしよう。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ゲノム検査について知りたい。 ●今できることを知りたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●治療費が支払えるか心配。 ●活用できる制度を教えてください。
仕事のこと	生活のこと	家族より
<ul style="list-style-type: none"> ●仕事を続けながら治療できますか。 ●職場にがんであることを伝えた方が良いですか。 	<ul style="list-style-type: none"> ●妊娠や出産に影響はありますか。 ●子どもにどう伝えるとよいですか。 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者にどう接したらよいかわからない。 ●私自身も不安になっています。

【対応】相談者の心配や気がかりを聴く、病気に対する理解を助ける
相談者それぞれに合った情報提供をする
悩みや困りごとに対する解決の糸口を一緒に探し解決を目指す

慶應義塾大学病院 がん相談支援センターで行っていること

- ①がん患者・家族との「がん相談」⇒個別支援
- ②がん患者・家族が交流する場としての「患者サロン」⇒交流型支援
- ③がんに関する書籍・資料（病気や検査などの医療と生活に関する情報）を提供する「がん情報提供コーナー」⇒間接的支援

患者サロン

がん情報提供コーナー

「陸軍情報ひろば」「陸軍センター治療室」「がん相談支援センター」の一環のサービスとして、がんに関するセミナー情報、資料を提供している

正しい情報提供、人との繋がり場を提供することを目的として開催

日々の実践からの学び

- 匿名だからこそ伝えられる本音がある。
⇒想いを忖度なく語ることに繋がりが、相談者自身が大切にしたい価値に気づけることもあるのではないか
- 相談者の声・価値観を表出を尊重することの大切さ。
- 匿名の相談の声・想いを通院先の医療者に繋げられるように提案していくことが大切だと考えている。
- 患者・家族が価値観を話し合う橋渡しをがん専門相談員、ソーシャルワーカーが担い、情報提供や社会資源に繋げるだけでなく、価値観や人生を「治療の選択肢」に反映させることが大切ということ。

外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が、必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備することが望ましい
がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022.8）より抜粋

がん相談支援センターが力になります

あなたに
知ってほしいこと

（第1期）
がんが診断されたあなたへ、不安を感じたときには—1

（第2期）
がん相談支援センターって、どんなところ？—2

（第3期）
治療

（第4期）
生活

（第5期）
情報を集めるときに大切にしたいこと—12

（第6期）
あなたにとっての「最適な治療」を医療チームが支援します—18

（第7期）
あなたらしい生活を続けるために—24

（第8期）
治療の進捗や副作用の管理—30

出典：国立がん研究センターがん情報サービス（2022）『がんが診断されたあなたに知ってほしいこと』

想いをつなげる

～がん相談支援センターの活用について～（まとめ）

- がん医療は日々進化した様々な治療法が開発され、がん治療の選択肢が増え、期待と悩み方について患者・家族は求められる時代。その人らしい生活や治療選択ができるように、情報サポートなどの支援のため、がん相談支援センターの関りがますます求められると考えている。
- 「選択肢の整理や本人が大切にしたいことを言葉にできるようサポートを行い、その想いを医療チームへ繋ぐこと」が、がん専門相談員、ソーシャルワーカーの重要な役割のひとつと考えている。

がん相談支援センターをご活用ください。
大切にしたいことをぜひ、私たちにお伝えください。
想いをつなげるお手伝いをします。

結クリニック 院長

清水 裕智 (しみず ひろとも)



略歴

- 2000年 慶應義塾大学医学部卒業
- 2000年 慶應義塾大学医学部外科学教室入局
- 2006年 国立病院機構 神奈川病院 外科出向
- 2010年 荻窪病院 外科出向。
- 2017年 荻窪病院 訪問診療科を立ち上げ。
- 2023年 結クリニック開設。末期癌患者、高齢者疾患の診療を、訪問診療を中心に行っている。

地域で実現するホスピスケア ～自宅で最期を迎えられる社会づくりに必要なこと～

厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」が2017年末に実施した調査では、国民の63.5%が「自宅で最期を迎えたい」と希望している。にもかかわらず、2020年の死亡者のうち在宅死できた人の割合は15.7%で、68.3%は病院で亡くなっている。自宅で最期を迎えたいという人は増えているが、在宅で最期を過ごす事を諦めてしまうという事も少なくない。

緩和ケアの薬剤・技術の進歩、在宅サービスの拡充は進んでいるにもかかわらず、まだまだ、皆が望む最期を迎えられる社会とは言えない現状である。

在宅で最期を過ごす事を諦めてしまう理由としては、医療処置に対する不安、苦痛に対する不安、家で最期を迎えることなど想像もできない、など沢山あげられる。

また、患者さん、家族、医療関係者にそれぞれに思いがあり、それぞれの思いが交錯し、複雑になり、一番大事な目標を諦めてしまうこともしばしば見受けられる。

自宅で最期を迎えられる社会づくりに必要な事。

一つは、自分がどういう最期を迎えたいかを、家族、友人、医療関係者と日ごろから話し合える社会の雰囲気づくり。もう一つは、思いを思い込みに留めず、きちんとお互いに話し合い、尊重しつつ、一番実現したい目標に向け、より安心できる介護・医療を提供していくことと考えている。

地域で実現するホスピスケア ～自宅で最期を迎えられる社会づくり に必要なこと～

結クリニック
清水 裕智

あなたは、
どのような最期を迎えたいですか？

- 住み慣れた家で死にたい。
- 家族に囲まれて死にたい。
- 苦痛なく、楽に死にたい。

- 厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」が2017年末に実施した調査では、国民の63.5%が「自宅で最期を迎えたい」と希望している。
- 2020年の死亡者のうち在宅死できた人の割合は15.7%で、68.3%は病院で亡くなっている。
- 自宅で最期を迎えたいという人は増えているが、在宅で最期を過ごす事を諦めてしまうという事も少なくな

在宅で最期を過ごす事を諦めてしまう理由

- 死ぬときは、病院へ行くものだと思っていた。
- 家で死ぬなんて、想像もできない。
- 寝たきりになって家族に迷惑をかけられない。
- 慣れない医療処置（服薬管理、吸痰、チューブ管理）ができない。
- 食事が食べられなくなったら、どうすればいいか不安。
- 何かあった時、どうすればいいか不安。

患者さんの思い

- できる医療は全て受けなければいけない。
- 先生の言う事は守らなければいけない。
- 死ぬときは、病院（ホスピス）に入らないといけない。
- 家族に迷惑をかけてはいけない。
- 病院で死ぬ方が楽で、家で死ぬことは苦しい。

家族の思い

- できる医療は全て受けなければいけない。
- 先生の言う事をしっかり守らなければいけない。
- 食事をしっかり食べさせなければいけない。
- 薬をきちんと飲ませなければいけない。
- 管（ドレーン、バルーン）をきちんと管理しなければならない。
- 家で何かあったら、自分（家族）が、全部完璧に対応しなければならない。
- 自分が十分な介護をしてあげられなかったら可哀想。

医療者側の思い

- 最期まで治療しなければならない。
- 医療で出来ることは、全てやらなければならない。
- 患者さんが悲しむような残念なこと（治療終了など）を言うてはならない。
- 苦痛は全てとらなければならない。
- 家で急変してはならない。
- この人が（この状態で）家で過ごせるわけがない。
- この家族がこの患者さんを家でみれるわけがない。

在宅で最期を過ごす事を諦めてしまう理由

- 様々な立場（患者本人、家族、医療関係者）に思いがある。
- それぞれの思いが交錯して複雑になり、一番大事であった目標を諦めてしまう結果になる。

Take home message

- 患者さん自身がまず、どういう最期を迎えたいか、を決める。
- それぞれの思いを話し合い、お互い尊重しつつ、一番実現したい事は何かを決める。
- 家族は、できる範囲の介護をする。
- 医療は、できる範囲の療養を提供する。

医療法人財団 荻窪病院 訪問看護ステーション

矢澤 紀子 (やざわ のりこ)



略歴

- 1985年 日本赤十字中央女子短期大学卒業
- 1985年 日本赤十字社医療センター 脳神経外科勤務
- 1988年 KDDI 保健センター診療所 勤務
- 2006年 荻窪病院 循環器内科病棟勤務、
2012年より病棟師長として一内科病棟、混合外科病棟勤務
- 2019年 荻窪病院 訪問看護ステーション 所長
現在は嘱託で勤務

在宅における緩和ケア ～看護師に求められるもの～

在宅で医療や看護を受けながら最期まで住み慣れた家で過ごすことができると、言われてもなかなかイメージはつきにくい。がんと診断され入院した時は、検査、治療の検討や選択が優先され、治癒することが目的となり、最期をどこでどのように過ごすかまでは現実的に考えられない。病院での治療効果が望めなくなった頃、今後は緩和ケアを受けて穏やかに過ごしてくださいと話され、在宅側に終末期ケアとして引き継がれることが多い。病院という統一された環境から出れば、地域性、ライフスタイル、家庭環境、経済事情などにより、患者のニーズは複雑化、多様化している。そのため訪問看護師に求められる役割も非常に多い。在宅で過ごしたいという思いがあれば、タイミングを逃さず、速やかに病院、在宅チームとで連携を図り、よりよく生きること、自分らしく生きぬくことを支える緩和ケアを実現していく。

在宅における緩和ケア

～看護師に求められるもの～



医療法人財団荻窪病院
訪問看護ステーション
矢澤紀子

訪問看護とは？

病気や障害をもった方の家を訪問して、療養上の世話や医療処置などの看護を行い、望む場所で最期まで自分らしく生きることを支援するもの

対象となる方

小児から高齢者、難病、精神疾患、感染症など、どのような状況にある方でも、医師から交付された訪問看護指示書があれば訪問看護を利用することができる。
どんな方でも、いつでも訪問、最期まで支援。

訪問看護って何をやるの？

体調管理 薬剤管理 介護予防
病状の観察や心身の観察

認知症 精神疾患のケア
利用者・家族の相談 対応方法の助言
内服薬の管理

人工肛門、人工膀胱のケア

床ずれ、創傷の予防・処置

医療機器の管理
在宅酸素 人工呼吸器

医師の指示による医療処置

点滴、服薬管理、インスリンの注射
カテーテル類の処置・管理（胃ろう、膀胱留置カテーテル、膀胱優、腎優など）吸引、洗腸、輸血など

療養上の世話

食事・水分・栄養管理、排泄の管理・介助
清拭・洗髪・入浴介助・口腔ケアなどの清潔の支援

24時間365日緊急対応

家族への介護支援・相談

リハビリテーション
寝たきり予防や日常生活動作の維持・回復

終末期のケア・看取り
がん末期や終末期を自宅で過ごせるように支援

時々入院、ほぼ在宅 → 稀に入院、ほぼ在宅へ

- ・病院完結型から地域完結型、現状は？
「病状が安定したら退院」
「病気が治って元の生活ができるようになるまで入院」

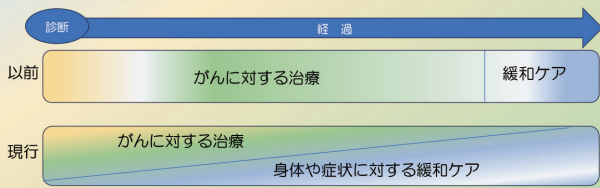


- ・訪問看護制度は、在宅の寝たきりの高齢者等に看護サービスを提供することから始まった。日常生活動作が困難な方に訪問する印象が強い。
- ・在宅医療では、診断・治療優先ではなく、その方の生活・生き方を優先しその場に適した医療・看護を行う。そのイメージがつきにくい。
- ・化学療法では、外来通院による治療も増加している。CVポートの管理、服薬の管理、症状のコントロールで介入することも増えてきた。



緩和＝終末？

がんの方への緩和ケアは、終末期のケアというイメージが根強く残っている。「病院で治療としてできることが無くなった、在宅で穏やかな生活をしてください」「日常生活が思うようにできなくなったきた、支援が必要」となった時に、訪問看護が介入することが多い。



在宅でも多くの職種が支援

最期を迎える場所は、今住んでいるところとは限らない。故郷に帰りたい、子供や孫の家に居たい、施設に行きたい、と様々。病院から引き継いで、希望する場所、地域へと繋いでいく。



いきなり在宅に移行すると、一度にたくさんの方が出入りするということになり、気を使って疲れたり、自分のペースで過ごせなくなる。



訪問看護に求められているもの

在宅ケアの対象者は急増、しかも重度化・多様化・複雑化してきている
日本看護協会 アクションプラン2025より

連携調整力

病棟・外来との連携 地域との連携
主治医との連携
情報共有、報連相がいかにか

マネジメントスキル

本当に患者さんのためになっているのか
効果的に介入できるように地域のサービス資源を活かす

実践能力

できる？できない？を考えるよりも、やるか、やらないか
思っているだけではなく、行動する

大切にしたいこと

- ・やらなきゃいけない → やりたい
こうしなければいけない → こうしたい
- ・患者本人が自分で納得して決める
- ・負担になっていること、気がかりなこと、ひとつひとつ無くしていく
- ・話を聞き、あらゆる思い、感情を受け止める。家族やそばにいる方の思いも受け止める。ありのままになって自分らしく生きる力を引き出す
- ・穏やかに死ぬことを目的に生きるのではない。生きぬくことを目的に。よりよく生きることに、そっと寄り添う
- ・痛み、苦しみはゼロにはならないが、心が穏やかであると苦痛は和らぐ



