

がん治療と緩和医療
2025年11月15日(土)

暮らしの場で求められる緩和医療



(株)緩和ケアパートナーズ
がん看護専門看護師
梅田 恵

自己紹介

- 看護師 歴37年
(寄り道:英国18ヶ月、大学に9年)
- がん看護専門看護師 歴25年
- 緩和ケア病棟で経験⇒最期だけQOLでは遅い
- 大学病院の緩和ケアチーム⇒診断期からの緩和ケア
- 看護師の緩和ケアの力が重要⇒看護教育
- 地域での緩和ケアの普及⇒ホスピス型住宅運営(2025年10月退任)
- 質の良い情報が重要⇒  の理事
CancerNet Japan
- 保険診療下での看護ケアの向上は限界
⇒ **第3の場**の開拓
⇒ **2枚目の名刺**



ともいき
京都 Tomoiki
Kyoto

本日の内容

1. 病院**外**の緩和ケアニーズ
2. 高齢者住宅(施設)と緩和ケア
3. 米国のホスピス視察

本日の内容

1. 病院**外**の緩和ケアニーズ
2. 高齢者住宅(施設)と緩和ケア
3. 米国のホスピス視察

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。

地域包括ケアシステムの姿



緩和ケアサービスのレベル

三次緩和ケア

- ・複雑な状況への対応
- ・専門家教育
- ・施設外,地域からのコンサルテーション・研究

二次緩和ケア 専門的緩和ケア

- ・専門的治療とケア
- ・PCU/緩和ケアチーム/在宅緩和ケア

高い専門性

- ※1 : ELNEC-J受講70%以上、遺族調査
(日本ホスピス緩和ケア協会)
- ※2 : がん看護CNS/緩和ケアCNなど

一次緩和ケア 基本的緩和ケア

- ・どこでも誰でも
- ・一般医療者が提供
- ・地域包括ケア

【参照】

志真泰夫：これからのホスピス緩和ケア—専門性の確立と地域への普及、ホスピス緩和ケア白書2007、10-16
Palliative Care(Cancer Control ; Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes 2007

ホスピス・緩和ケアの歴史



1967年 St Christopher's Hospice設立

(Dame Cicely Mary Strode Saunders)

※カナダで国や宗教の違いを超えた**緩和ケア (Palliative Care)**を提唱

1981年 日本でホスピス病棟開設

がんによる死亡が死因のトップに

1984年 厚生省 対がん10カ年総合戦略

1987年 WHO「**緩和ケア**の定義」発表

日本がん看護学会 (Japanese Society of Cancer Nursing)

1990年 **緩和ケア病棟**施設基準 制定

1996年 日本緩和医療学会 (Japanese Society for Palliative Medicine)

2002年 **緩和ケア**診療 (緩和ケアコンサルテーション) 加算算定

2007年 がん対策基本法施行※**がん対策推進基本計画**「診断されたときからの**緩和ケア**」

「ホスピス・緩和ケア」とは

□場所のこと？

1976年、ロンドン郊外に「**聖クリストファー・ホスピス**」開設

⇒1981年、浜松、聖隷三方原病院に「ホスピス」病棟

⇒1984年、大阪、淀川キリスト教病院に「ホスピス」病棟

⇒1990年、緩和ケア病棟施設基準 制定

□考え方、ケアの姿勢？

患者・家族が中心 患者の意向重視

全人的アプローチ 症状マネジメント

チームアプローチ 尊厳の保持

□何処でも必要！

在宅ホスピス



セント・クリストファーホスピス

緩和ケア(WHO, 2002)

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

(WHO 2002;日本緩和医療学会HP, 大坂ら, 2019)

例)がん医療の場合





ChatGPTに尋ねてみた 「ホスピスと緩和ケア」とは…

2025年11月

比較項目	ホスピス	緩和ケア
対象	余命が限られた終末期の患者	病気の初期～終末期までの幅広い患者
概念	終末期ケアの理念・実践の場	苦痛緩和のための医療・ケア全般
目的	最期までその人らしく過ごす	苦痛を減らしQOLを保つ
提供場所	ホスピス病棟・在宅ホスピスなど	病院、在宅、外来、施設など
日本での制度	緩和ケア病棟として保険適用あり	診療報酬上の緩和ケア加算など



ChatGPTに尋ねてみた 「ホスピスと緩和ケア」とは…

2025年11月

比較項目	ホスピス	緩和ケア
対象	余命が限られた終末期の患者	病気の初期～終末期までの幅広い患者
概念	終末期ケアの理念・実践の場	苦痛緩和のための医療・ケア全般
目的	最期までその人らしく過ごす	苦痛を減らしQOLを保つ
提供場所	ホスピス病棟・在宅ホスピスなど	病院、在宅、外来、施設など
日本での制度	緩和ケア病棟として保険適用あり	診療報酬上の緩和ケア加算など

本日の内容

1. 病院外の緩和ケアニーズ
- 2. 高齢者住宅(施設)と緩和ケア**
3. 米国のホスピス視察

高齢者向け施設における 介護老人福祉施設の位置付け (2021年8月時点)

国交省:2011年
「高齢者の居住の
安定確保に関する
法律」(高齢者住まい法)の改正

2021.08.30 週刊医学界新聞
(看護号):第3434号より

	サービスの 財源	名称	概要	医師の 配置義務
病院		①介護療養型医療施設*1	長期療養を必要とする要介護高齢者に医療などを提供する施設	あり (3人以上)
施設	介護保険	②介護医療院	医療を必要とする要介護高齢者の長期療養・生活施設	あり (1人または3人以上)
		③介護老人保健施設 (老健)	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰をめざす施設	あり (1人以上)
		④介護老人福祉施設 (特養)	要介護高齢者のための生活施設*2	なし (非常勤可)*3
住居	外部サービス	⑤サービス付き高齢者向け住宅 (サ高住)	自立した高齢者のための住居	なし
	特定施設入居者生活介護*4 は介護保険, その他は外部サービス	⑥有料老人ホーム	介護を必要とする高齢者のための住居	なし
		⑦養護老人ホーム	環境・経済的に困窮した高齢者の社会復帰を支援する住居	なし
		⑧軽費老人ホーム (ケアハウス)	低所得高齢者が生活介護を受けられる住居	なし
	介護保険	⑨認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症のある要介護者がケアを受ける共同住居	なし

*1：2024年3月末で完全廃止となり、介護医療院への移行等が予定されている。
*2：2015年4月からは、新規入所者が要介護3以上の高齢者に限定されている。
*3：常勤・専従の医師を1人以上配置していると、配置加算が算定される。実際に配置しているのは特養全体の1.5%程度³⁾。
*4：要介護度に応じて包括的に提供される日常生活上の世話・機能訓練・療養上の世話を指す。

高齢がん患者の療養の場

2021.08.30 週刊医学界新聞(看護号):第3434号参照

		医療	介護	特徴
病院	地域包括ケア病棟	施設内の医師、看護師	施設内のヘルパー	急性期治療を経過した患者・在宅療養患者の受け入れ 在宅復帰支援⇒復帰率7割以上 看護師13:1以上(職員の7割以上が看護師) リハビリテーションの提供
	緩和ケア病棟			対象が悪性腫瘍か後天性免疫不全症候群 医療機能評価を受けている病院 看護師7:1以上(職員の7割以上が看護師)
住宅	サービス付ケア住宅	疾患に応じて往診、訪問看護	介護度に応じて訪問介護、訪問看護	自立した高齢者のための住居
	住宅型有料老人ホーム			介護を必要とする高齢者のための住居
	グループホーム			認知症のある要介護者がケアを受ける共同住居
	自宅			家族との同居/独居/近所とのつながり
介護施設 介護保険	介護老人福祉施設(特養)	施設内看護師が医療ニーズに対応	施設内の介護スタッフが対応	介護度3以上の高齢者のための生活施設、最後まで入所が続けられ、医療外付けで安価 ニーズが増加 1963年老人福祉法に基づき設置始まる

有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の関係性

有料老人ホーム

・老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度(届出義務)。
・老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス(複数可)を提供している施設。

- ① 食事の提供
- ② 介護(入浴・排泄・食事)の提供
- ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
- ④ **健康管理**

サービス付き高齢者向け住宅

・高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録制度(義務ではない)。

《ハード》床面積は原則25㎡以上、バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)等
《サービス》少なくとも、①状況把握サービス、②生活相談サービスの両方を提供。

住宅型有料老人ホーム
(有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの)

施設数: 12,061棟
定員数: 369,888名
(サ高住除く)

介護付き有料老人ホーム
(有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けたもの)

施設数: 4,464棟
定員数: 275,413名
(サ高住除く)

有料老人ホーム

施設数: 16,543棟
定員数: 645,845名

特定施設入居者生活介護

施設数: 5,179棟
定員数: 312,285名
・一般形(包括報酬)
・外部サービス利用型(出来高報酬)
【外部サービス利用限度額が上限】

サービス付き高齢者向け住宅

施設数: 8,222棟
定員数: 283,487名

うち
特定施設入居者生活介護
施設数: 817棟
定員数: 36,872名

サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するもの(サービス付き高齢者向け住宅のうち、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「**健康管理の供与**」のいずれかを実施している場合、「有料老人ホーム」に該当することとなるが、登録を受けている有料老人ホームは届出不要。)
→サービス付き高齢者向け住宅の約**96%**は有料老人ホームにも該当すると推定される(=青点線部分)

→そのうち、「入浴等の介護サービス」を提供しているサ高住は約**57%**

特定施設入居者生活介護

・介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、**栄養**などの世話のことであり、介護保険の対象となる。

ホスピス型住宅の療養支援の仕組み

住宅型有料老人ホーム
サービス付高齢者向け住宅
介護付き有料老人ホーム(特定施設)

住宅管理者

住宅事業

看護管理者

訪問看護
事業

介護管理者

訪問介護
事業

地域包括ケア(外部サービス)

デイケア

ケアマネ

往診医

薬局

福祉用具

病院

歯科医

ホスピス型住宅の概況(1)

ホスピス型住宅：主に入居者をがん末期の患者などの絞り、専門のケアを提供する民間ホームの通称。主に介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅で運営しているケースが多く、行政上の届け出や規制はない。

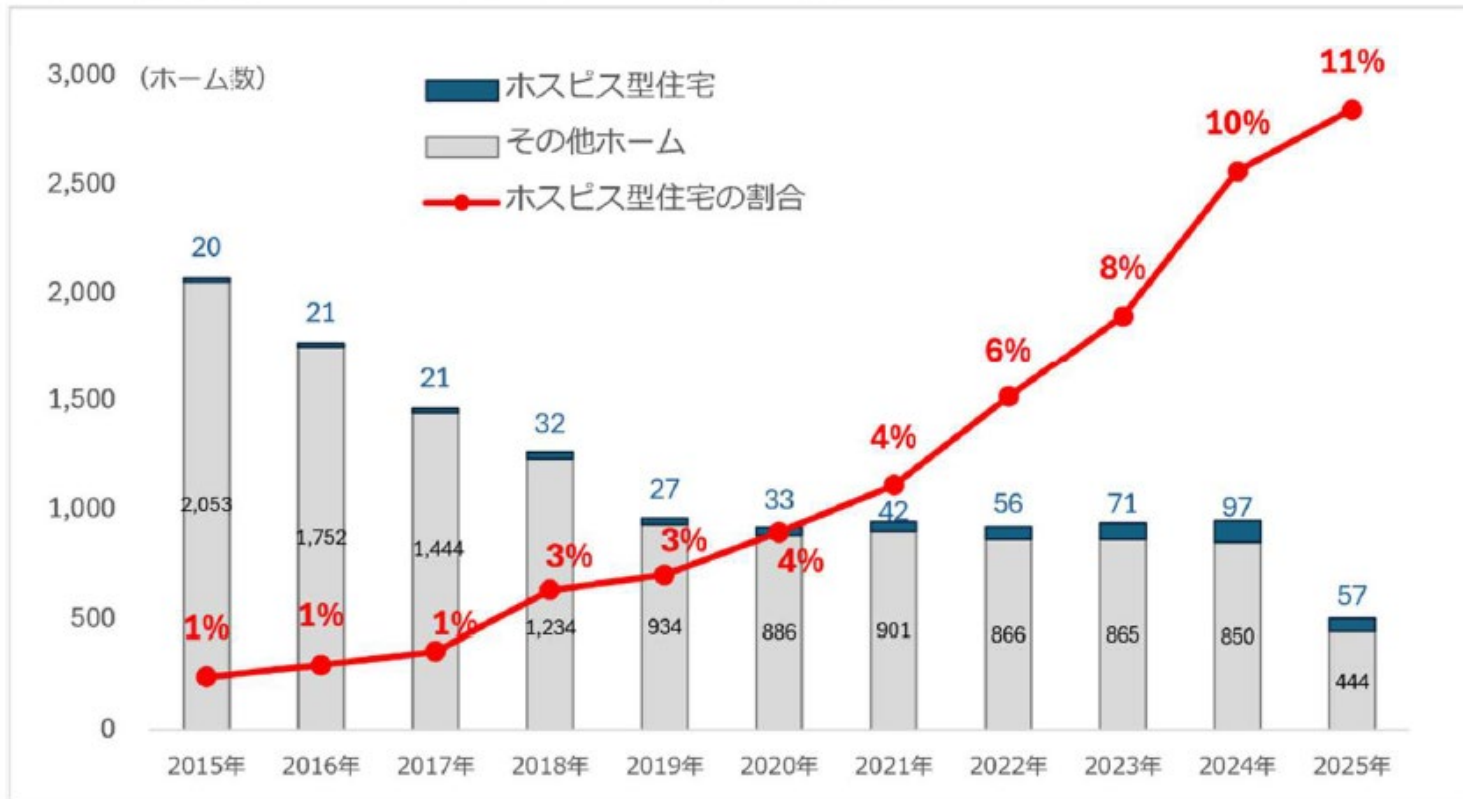
本調査は、ホスピスを標榜している業者を選定、死亡退去者が50%以上

(表1)主に「がん末期患者や難病患者向け」ホームの
大手事業者(ホーム数)

	運営会社	ホーム数(前回)
★1	株式会社アンビス	128(101)
2	株式会社スタッフシュウエイ	57(40)
★3	ファミリー・ホスピス株式会社	56(45)
★4	株式会社サンウェルズ	55(44)
★5	株式会社シーユーシー・ホスピス	34(24)

★上場会社

(図1)新規開設ホームに占めるホスピス型住宅の割合

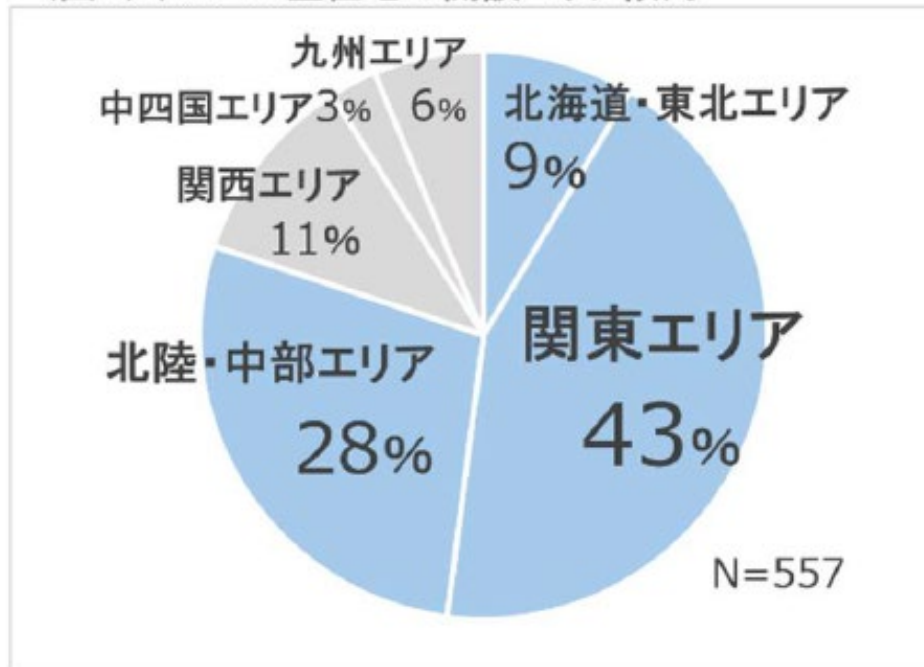


- 新規開設の1割がホスピス型住宅
- 45%が看護事業所を併設
- 平均介護度3.5(その他のホームより高い)
- 価格が月額12.7万円(その他より低価格)

ホスピス型住宅の概況(2)

- 首都圏に集中して開設
- 緩和ケア病棟の伸び率の低さがホスピス型住宅需要を伸ばしている。

(図2)ホスピス型住宅の開設エリア傾向



(参考)緩和ケア病棟とホスピス型住宅のベッド数/定員数累計



厚生労働大臣が定める疾病等 別表7疾患

(医療保険による訪問看護、3回/日、4日/週以上の訪問が可能)

1. 末期の悪性腫瘍
2. 多発性硬化症
3. 重症筋無力症
4. スモン
5. 筋萎縮性側索硬化症
6. 脊髄小脳変性症
7. ハンチントン病
8. 進行性筋ジストロフィー症
9. パーキンソン病関連疾患
 - ・進行性核上性麻痺
 - ・大脳皮質基底核変性症
 - ・パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がII度又はIII度のものに限る)
10. 多系統萎縮症
 - ・線条体黒質変性症
 - ・オリーブ矯小脳萎縮症
 - ・シャイ・ドレーガー症候群
11. プリオン病
12. 亜急性硬化性全脳炎
13. ライソゾーム病
14. 副腎白質ジストロフィー
15. 脊髄性筋萎縮症
16. 球脊髄性筋萎縮症
17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18. 後天性免疫不全症候群
19. 頸髄損傷または人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合

「ホスピス」の品質保証

- ① 緩和ケアのアセスメント、スクリーニング
- ② 精神的苦痛の緩和
- ③ 身体症状の緩和
- ④ コミュニケーション
 - 望みを聴く
 - 理解や思いを聴く
 - その人のことを知る
 - ACP

ホスピス型住宅の課題

- 多死社会に不可欠な事業、社会的理解と制度的整備が必要
- 安心して運営できる制度作り。現行では不正を生じやすく、アカデミックとの協働で「構造・過程・結果」の評価
- 入居者へのACPの実施、継続検討や更新、生活困窮者の受け入れ
- 質の均てん化とサービスの効率化
- 介護・医療・福祉分野における営利企業による運営
- 規模の大きい施設との往診医との連携、看取りの作業化
- 看護師の「住宅でのサービス」と「訪問看護」での役割発揮
- 倫理的問題への取り組み
- 人材不足を見据えた人材育成（定着）と地域連携
- 暮らしのサポートで訪問時間以外の過ごし方
- 地域の看取りの文化への配慮

本日の内容

1. 病院外の緩和ケアニーズ
2. 高齢者住宅(施設)と緩和ケア
3. 米国のホスピス視察





Misson Hospice

事務所

自宅

Kaiser Permanente

老人ホーム

Calvary Hospital's

緩和ケア
病棟

Calvary Hospice

事務所
研修

老人ホーム

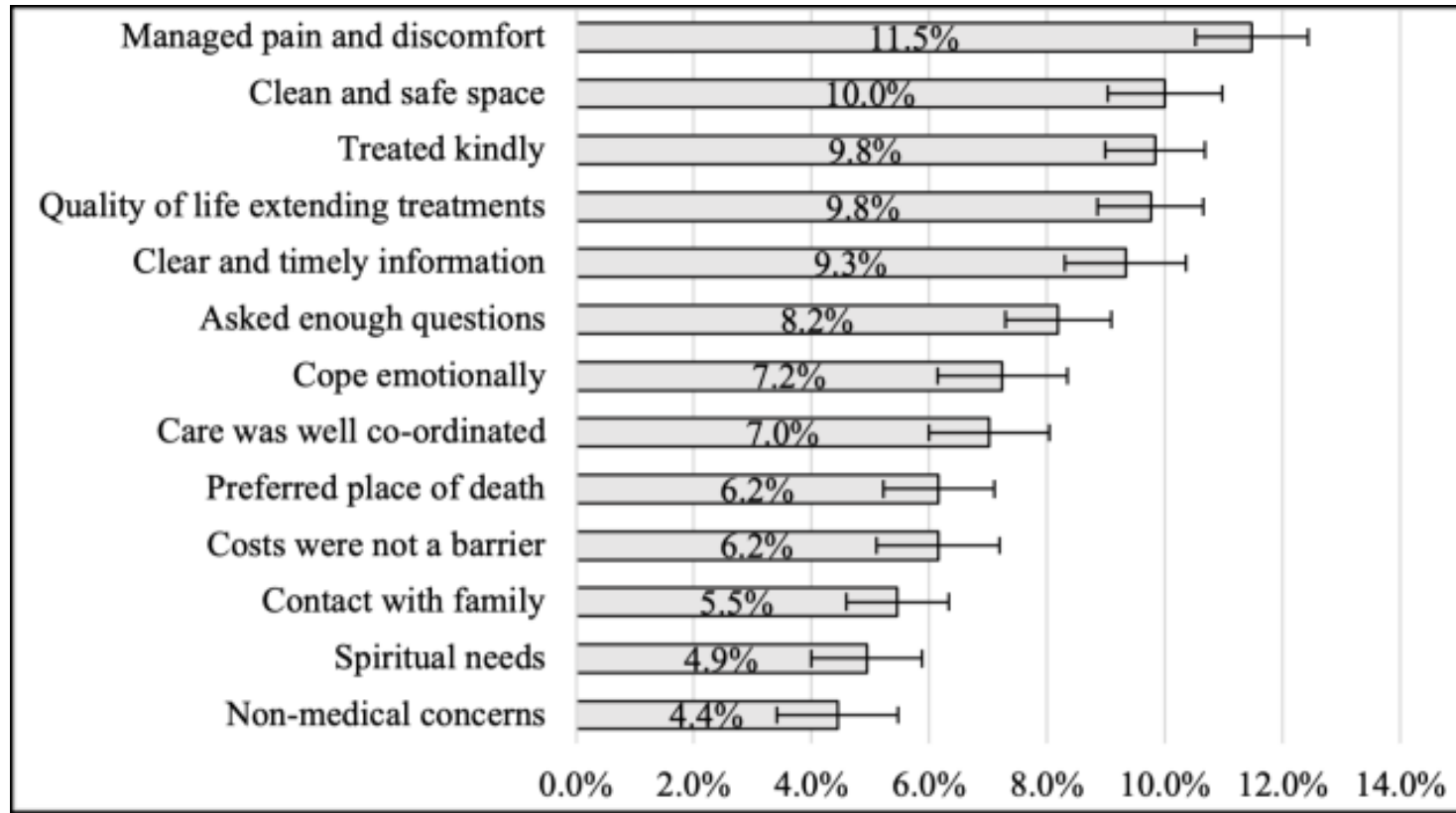
自宅

Quality of Death 死の質

	2010年	2015年	2020年
	40ヶ国		80ヶ国
		1位 英国 2位 オーストラリア 3位 ニュージーランド 4位 アイルランド 5位 ベルギー 6位 台湾	1位 英国 2位 オーストラリア 3位 ニュージーランド 4位 アイルランド 5位 ベルギー 6位 台湾
	23位 日本		14位 日本 43位 米国
			76位 ミャンマー 77位 ナイジェリア 78位 フィリピン 79位 バングラデシュ 80位 イラク

▼エコノミスト誌(英国)の調査機関が調査
 【緩和ケアを受けられる環境】
 【人材育成】
 【ケアを受けるための費用】
 【ケアの質】
 【コミュニティとの関り】

Quality of Death 2015年



- 痛みや苦痛のマネジメント
- ◎ 清潔で安全な場
- ◎ 親切な対応
- QOL向上のための治療
- 明確でタイムリーな情報
- 十分な質問ができる
- 感情の対応
- コーディネートされたケア
- 臨んだ看取りの場
- コストがバリアにならない
- ◎ 家族とのコンタクト
- スピリチュアルニーズ
- 医療的な心配がない

Professor Eric Finkelstein.

[What matters most to patients and families at end of life: Findings from Quality of Death and Dying Index 2021](#)

The blog of the European Association for Palliative Care : [January 24, 2022](#)

<https://eapcnet.wordpress.com/2022/01/24/what-matters-most-to-patients-and-families-at-end-of-life-findings-from-quality-of-death-and-dying-index-2021/>



カルバリー病院について

1899年に設立

米国で唯一の完全認定を受けた急性期専門病院

進行がんやその他の生命を制限する病を持つ成人患者に対し、人種・宗教・経済的背景に関わらず緩和ケアを提供しています。

入院治療、在宅ケア、ホスピス、グリーフケア（遺族支援）毎年、数千人の患者とそのご家族を支えています。

For more information:

Please log on to www.calvaryhospital.org or call us at (718) 518-2465.

Calvary Hospital, Inc.

1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461
tel (718) 518-2000 fax (718) 518-2674

Calvary Brooklyn Campus

150 55th Street, Brooklyn, NY 11220
tel (718) 630-6666 fax (718) 630-6680

The Dawn Greene Hospice

at Mary Manning Walsh Home
1339 York Avenue, New York, NY 10021
tel (718) 518-2465

Ozanam Hall of Queens Nursing Home

42-41 201st Street, Bayside, NY 11361
tel (718) 518-2465

To support our unique mission with a tax-deductible gift to the Calvary Fund, please visit our website www.calvaryhospital.org or call (718) 518-2077.

Stay connected with us on Facebook.

Please visit www.calvaryhospital.org and click on the

CalvaryCareSM は「思いやり」「患者の尊厳の尊重」「患者と家族を見捨てない」という理念に基づいています。
私たちの主な目標は、患者とご家族の **身体的・心理的・精神的二一ズ** に応えることです

Calvary@Home

Where Life Continues



CALVARY@HOME



CALVARY
HOSPITAL
Calvary@Home

Where Life Continues

ケアの概要

患者とご家族の **身体・心・魂** を支えるケア「効果的な疼痛・症状管理」と「最良の生活の質の確保」を提供。ニューヨーク州およびメディケア認定のプログラム。多職種チームによる緩和ケアを提供
緩和ケアとは、治癒を目的とする治療に反応しない病を持つ患者への「積極的なケア」です。

ケアの提供レベル

在宅ケア

ご自宅や介護施設、アシステッドリビング施設など、馴染みある場所で患者さんを支援します。

入院ケア（短期症状管理）

カルバリー病院（ブロンクス/ブルックリン）、マンハッタンのメアリー・マニング・ウォルシュ・ホーム内「ドーン・グリーン・ホスピス」、クイーンズ区ベイサイドのオザナム・ホール看護施設

The Calvary Continuum



在宅ホスピスサービス内容

看護師・医師・医療SWによる訪問
ヘルパーによる日常ケア
24時間対応の看護師（RN）
症状および痛みの管理
各宗教に対応した牧師による霊的支援
短期入院によるケア
終末期に関連する医療用品・機器の提供
蘇生拒否（DNR）の事前指示は不要
カルバリー病院やグリーンホスピスへの入院移行
その他必要に応じた補助サービス・療法

メディケアでのホスピス利用条件

患者がメディケア Part A に加入していること、通常のメディケア給付ではなく「ホスピス給付」を選択すること、いつでもホスピス給付を取り消し可能（その場合、通常のメディケアや他の保険が再開される）

医師との連携

患者さんはご自身の主治医を引き続き利用可能です。カルバリーの医療ディレクターは患者の主治医と密に連携し、生活の質を支えるケア計画を立てます。





米国の保険制度

Medicare	Medicaid
連邦政府の保険制度 高齢者や特定の障がい者向け医療保険	州政府と連邦政府の共同運営 低所得者向けの公的医療保険
給付内容・対象者・認定条件は州により異なる。	一部の州ではホスピスもカバー
高齢でない低所得者層も対象(例:50代末期がん患者など)に含む	
約85~90%が利用	約5~7%が利用

民間保険(約3~5%が利用)⇒Medicareの包括的サービスに比べると制限が多い
慈善/非営利支援(約1~3%が利用)⇒移民・無保険者・ホームレスなどが対象

Medicareのホスピスプログラム(1)



【専任チーム】

正看護師 (RN)、医師、ソーシャルワーカー、パストラル・ケア・スタッフ、在宅医療助手、ボランティア、死別カウンセラー

【ホスピス サービス】

最後の日々を自宅で過ごしたい患者向けに設計。ホスピス患者の約 90% が自宅で最後をむかえる。カルバリーはまた、連邦政府の基準に従い、患者の家族や友人のために 13カ月の死別プログラムを提供。

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| ① 在宅療養の継続のため必要に応じて介護提供 | ⑧ 短期入院およびレスパイトケア |
| ② 24時間年中無休のオンコール看護師 | ⑨ 末期疾患に関連する医療用品および機器 |
| ③ 医師サービス | ⑩ 認定在宅医療助手が提供するパーソナルケア |
| ④ 医療社会サービス | ⑪ 治療(例:身体的、職業的、言語的) |
| ⑤ パストラルケア | ⑫ 末期疾患に関連する症状管理と疼痛管理のための薬 |
| ⑥ カウンセリングサービス | ⑬ 家族や大切な人への死別相談 |
| ⑦ 栄養カウンセリング | ⑭ ボランティアサービス |

Medicareのホスピスプログラム(2)



【利用の主な条件(疾患別にガイドライン)】

- 65歳以上の高齢者
- 余命が6ヵ月以内との診断書(主治医及びホスピス医師)⇒60日毎の再認定
- 患者または代理人の同意:**延命治療の中止(積極的治療の停止)が基本条件**
- 通院治療を希望しない

【自己負担】

非常に低いか、ほぼ無料に近い

【保険支払い金額】

州により異なる

30時間/週のケア:975,000円/月

疾患名	主な診断基準の例
がん (末期がん)	- 進行がんで治療効果見込みなし - 症状悪化が顕著で機能低下 (KPSやPPSで50%以下)
心不全	- NYHAクラスIVの重症心不全 - 反復入院や呼吸困難の増悪
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	- 酸素療法継続、肺機能低下著明 - 反復増悪・入院歴あり
認知症・アルツハイマー	- 重度の認知障害と機能障害 - 食事摂取困難、嚥下障害あり
腎不全	- 慢性末期腎不全で透析中止や不可の場合



全米でのホスピス利用状況



◆ 全死亡者の47～52%が利用

- がん：約29～40%
- 心疾患：約14～19%
- Dementia／Alzheimer's）：約10～25%
- 呼吸器疾患（COPDなど）：約6～11%
- その他（腎不全、肝疾患、神経疾患、ストロークなど）：20～25%

◆ 利用期間

ホスピスケア開始後、平均寿命は約50日（Calvary Hospice）

◆ 全米の主な死因（平均寿命は78.4歳；2023年CDC/NCHSデータ）

- ① 心臓病（Diseases of heart）約22.0%
- ② 悪性新生物（がん／Malignant neoplasms）約19.8%
- ③ 不慮の傷害（Accidents／unintentional injuries）約7.2%
- ④ 脳血管疾患（Cerebrovascular diseases／Stroke）約5.3%
- ⑤ 慢性下気道疾患（Chronic lower respiratory diseases）約4.7%

ホスピス利用前のACP



POLST Physician Orders for Life-Sustaining Treatment 生命維持治療に関する医師の指示

まとめ

- 基本的緩和ケアと専門緩和ケアが、どう協働できるかが、地域包括ケアと緩和ケアを繋げます。
- 高齢者施設や在宅での緩和ケアの要は？