

在宅死した独居患者※ (5.5%)の 家族状況

2000年7月1日～2006年6月30日

家族の状況		人数(名)
家族あり	必要になったら介護をする	22
	死後の手続きのみ行う	6
	一切かかわりを持たない	3
家族が全くいない		1
計		32

※ 在宅ホスピスケア開始時点で生活をともにする家族がない場合

「独居患者の在宅死」を 可能にする条件

医療保険

医療の支援

家で過ごす末期がん患者

生活の支援

療養通所介護

ボランティア

介護保険

7-3) 地域連携システムの構築



国立がんセンター中央病院にて

7-4) 地域での様々な取り組み I

千葉市
さくさべ坂通り診療所
ホスピスマンション



さくさべ坂通り診療所 大岩院長より

台東区(山谷)
きぼうのいえ



<http://www.kibounoie.info/>より

7-4) 地域での様々な取り組み II

宮崎市
かあさんのいえ



<http://www.npo-hhm.jp/mother/index.htm>より

東京都中央区日本橋
介護付有料老人ホーム



<http://www.miraitei.jp/>より

7-5) 末期がん患者に対して、質の高い在宅ケアを提供する医療機関とは

専門性 * をもった医療機関であること

* : 疼痛緩和能力、経過を予測し必要な対処が取れる臨床能力、全人的な痛み（特にSpiritual Pain)などを理解し対応する能力

病院的なTop downの形ではなく、介護職などの他職種と協働し、特に看護師の力を十分引き出せることのできる医療機関であること

87歳男性 肺がん、独居

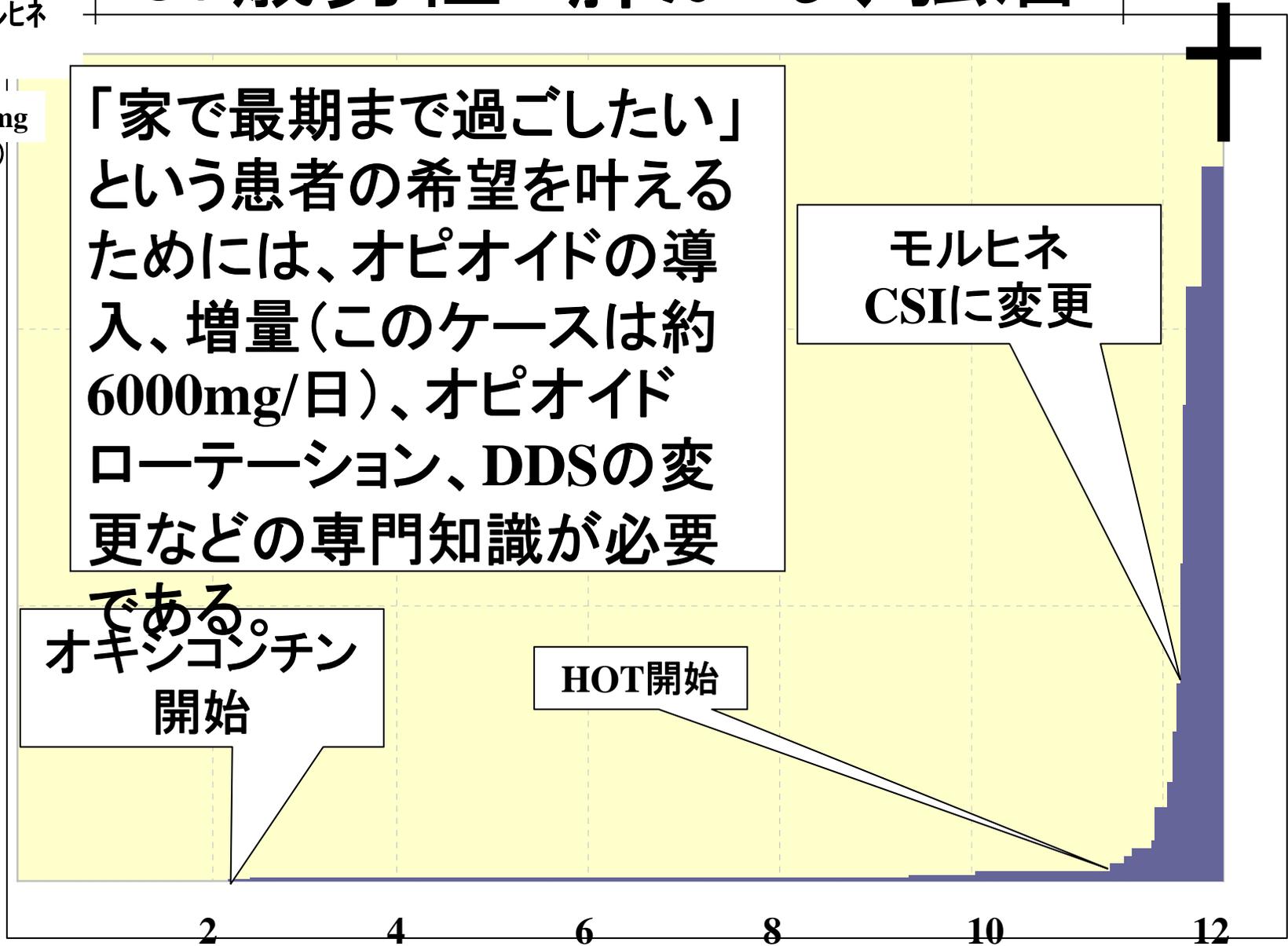
オピオイド
使用量
(経口モルヒネ
換算)

(mg)

6000

4000

2000



「家で最期まで過ごしたい」という患者の希望を叶えるためには、オピオイドの導入、増量(このケースは約6000mg/日)、オピオイドローテーション、DDSの変更などの専門知識が必要

である。
オキシコドン
開始

HOT開始

モルヒネ
CSIに変更

(ヶ月目)

7- 6) 20%、40%の在宅死率を
目標とした場合の
それを担う医療機関、看護師の必要数

目標とする 在宅死率	がん在宅 死の実数 (人)	必要な医療 機関数(在 宅死20例/ 年) 3000	必要な看護師数 (受け持ち患者が 常時2名の場合)
20%	6万	6000	5,000人
40%	12万	3000	10,000人

7- 6) 20%の在宅死率を 達成するために 必要な医療機関数と現状

目標とする 在宅死 率	がん 在宅 死の 実数 (人)	必要な 医療機 関数 (在宅 死20例/ 年)	必要な 医療機 関数 (在宅 死40例/ 年)	現状の 医療機 関数(在 宅死20 例/年) (推定 値)140	現状の 医療機関 数(在宅 死40例/ 年) (推定値) 50
20%	6万	3000	1500		

7- 7) 介護保険適用の問題

末期がん患者の介護保険利用の問題点

- 1) 認定手続きが煩雑で時間がかかる
利用者側も、検討する側も無駄になる
おそれあり
 - 2) 利用機関が短く、利用するサービスが
比較的限られている(ベッドの使用など)
 - 3) 認定が出た段階で、すでに要介護度が
進んでいる.調査前に死亡する例もある
- 末期がん患者の介護保険適応について
検討が必要と思う

まとめ：今後の課題

- 1) 急性期病院,PCU,在宅などでの医療と、生活を支える支援などが統合され、地域に対して開かれた形のケアが重要
- 2) その実現のために、モデル事業、地域診断が必要
- 3) 在宅医療は、ホスピス・緩和ケアの専門診療所を中心に提供されるべき
- 4) 現状は、専門化された医療機関の数が圧倒的に不足。育成、研修が課題
- 5) 独居などの在宅ケアを実現するため、弾力性のある地域サービスが必要