

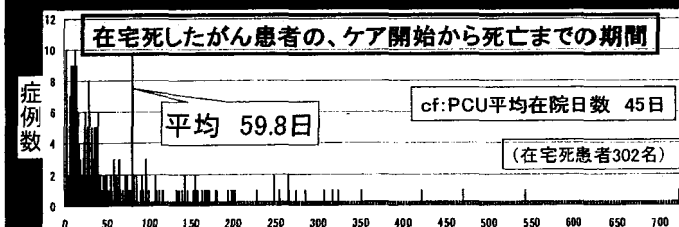
末期がん患者に対する医療 -在宅でのケアの現状と課題-

ホームケアクリニック川越
院長 川越 厚

1.がんの特徴と末期がんの特異性

死因のトップで国民的課題

死と裏腹の病。治癒不能は死を意味する
治癒目的の治療は患者を苦しめ、コストがかかる



末期がん患者は 1)一般的に、短期間で死亡する
2)例外的に、長く生存する患者がいる
そのほか、 1)CTXで明らかに延命する例がある
2)比較的最後までADLは保たれる

1.がんの特徴と末期がんの特異性:

本日のテーマである「末期がん患者に対する医療」という観点から、「がんの特徴」と「末期がんの特異性」を考える。

- 1)死因のトップで国民的課題: 決して特殊な病気ではない。
- 2)死と裏腹の疾患: ①老い、病、その先にある死を考えるときのモデルとなる。②治療する立場からは、白黒をつけやすく、現代医療で治す事は不可能と判断した場合、死は避けられない。
- 3)治癒目的の治療は患者を苦しめ、コストがかかる: 治癒目的の治療だけでなく、延命目的の治療、特に最近注目されている化学療法—EX. 結腸癌の転移例に用いられるFolfilii, Folfox—も、費用的には高くつくという特徴がある。

死と裏腹の疾患。死因のトップで国民的課題。

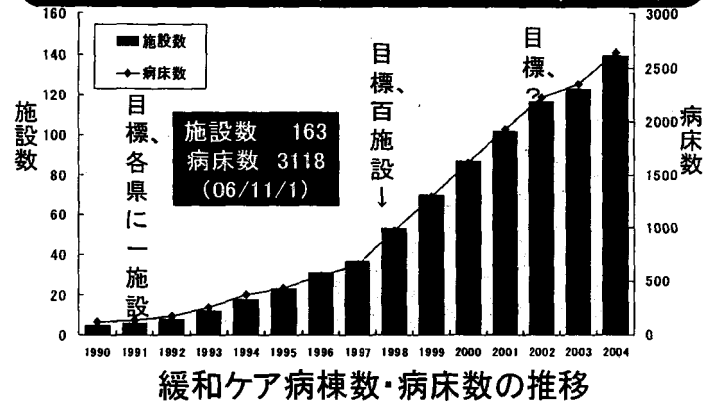
治癒目的の治療は患者を苦しめ、コストがかかる

2.末期がん患者に対する医療

- 1)短期間の死亡: ①ホスピス・緩和ケアを診療報酬レベルで考える場合、末期がんのこの特色は重要な意味を持つ。すなわち他の疾患での死亡では、どこから末期なのか、余命を判定するのが極めて難しいので。②短期間で様々な心身面の激変が起こるので、特に医療は重要
- 2)長期生存がん患者: コストの面、QOLの面、家族の負担の面など、特別な工夫が要求される。
- 3)延命目的の治療、特に最近注目されている化学療法—EX. 結腸癌の転移例に用いられるFolfilii, Folfox—はEBMから明らかに平均生存日数の延長が認められるが、同時に費用的には高くつく
- 4)これも他疾患での死と異なる。

2. 施設ホスピスの発展と問題点

PCUは、いまだ増加。量的には調整段階
問題は、PCUの存在目的？とBed数の不足



2006/2/1現在、施設数153、ベッド数3118

過去9ヶ月で10施設、毎月1施設開設という状況

PCUの存在目的。①症状緩和が在宅で難しくなった場合の、入院施設②家族の看病疲れの支援、レスパイトケア③死の看取り。これらの目的に照らすと、今の日本のPCUはあまりにも地域に開かれていない閉鎖的な組織で、自己完結型となっている。

Bed数不足の解決は、Bedの回転をよくすることで解決するはず。つまり、在院日数のカウントを何らかの形で診療報酬の上に反映させなければならない。(説明資料参照)

3. 在宅死に関する、これまでの歴史 (1~4)略、資料参照)

- 1) 関連した制度とその意義
- 2) 死の病院化とがん患者
- 3) 進歩した在宅での緩和医療
- 4) 整備された、患者の生活支援
- 5) 後期高齢者の末期がん患者

に対する在宅医療

3-5) 後期高齢者の末期がん患者に対する在宅医療(自験例)

① 患者数(03/7~06/6)

年齢	患者数	頻度(%)	平均年齢
~64	109	30.2	56.8
65~74	84	30.6	69.5
75~	85	39.2	81.7
全体	278	100	68.2

当院の症例

平均年齢を考えると、がん死は年齢的に若い
患者数の分布は、ほぼ1/3

3-5) 後期高齢者の末期がん患者に対する在宅医療

② 在宅ケア期間(03/7~06/6)

年齢	平均在宅ケア期間(日)	最短(日)	最長(日)
~64 (n=109)	57.5	1(1名)	498(1名)
65~74 (n=84)	44.1	2(2名)	543(1名)
75~ (n=85)	64.2	2(3名)	723(1名)
全体 (n=278)	55.5	1	723

ケア期間は後期高齢者で長い傾向にあるが、推計学的な有意差はない。

なかに、長期に及ぶケースがある

3-5) ③ 患者への説明と理解ありと判断した頻度(%)

在宅ケア期間(03/7~06/6)

年齢	病名	治癒不能	余命
~64 (n=109)	97.2	86.2	57.8
65~74 (n=84)	89.3	69.0	50.0
75~ (n=85)	60.0	44.7	28.2
全体 (n=278)	83.5	68.3	46.4

有意差有
P<0.05

いわゆる告知に関する事。データは、在宅ケア開始時ではなく、死亡時である。

高齢者はすべてにおいて、理解が低い。

在宅では、患者の納得(急激に弱っていく体力、その先にある死の受け入れ)がないと継続が難しい。

そもそも、患者が在宅で死を受け入れるのは、私の経験では次のような過程を経る。

通常①まず頭で自分の病状を理解し(これは医師からの病名、病状などの説明で理解する)、②からだでそのことを実感し(体力の低下、食欲不振、さまざまな病状の出現など)、③ここで死を受け止めるのである。

問題は、急激に衰えていく体の変化にころがついていくかどうか、ということであるので、若い患者と高齢者との間で差があるのは当然のことである。

わたしは嘘を言わないという原則を持って、そのことを家族に認めてもらい、そのようにしているが、ケースごとに病状の受け止めを見ながら、必要と判断した場合には、病名、治癒不能、余命(これは特殊な表現を用いるが)の説明を行っている。

3-5) ④医療内容頻度(%) (03/7~06/6)

年齢	医療内容	強オピオイド使用	HPN	HOT	人工瘻管理	胸腔・腹腔穿刺
~64 (n=109)		92.7	9.2	40.4	8.3	0.9
65~74 (n=84)		91.7	4.8	34.5	2.4	0.0
75~ (n=85)		83.5	2.4	35.3	4.7	0.0
全体 (n=278)		89.6	5.8	37.1	5.4	0.4

有意差有
P<0.05

有意差なし

末期がん患者にかかる医療費(15年前、一月分。このときはまだ在医総の制度はなかった)。在宅45万円 PCU100万円 病院200万円。

現在は、在宅の場合丸め(在医総)で月額約50万円だが、出来高の最近のデータは知らない。入院の場合、PCUで約110万円(月額。個室差額代、食事代などは別)、出来高に関してはデータを持ち合わせていない。

末期がん患者には、健康な人を基準にしたら補正すべき、やるべき医療が多々ある(この見方は出来高の考え方になじむ)。しかし、そのような医療は延命的な意味は通常なく(病院では自然経過を見るという姿勢はなじまない)、なんらかの医療処置をやることになる)、結果的には患者を苦しめる結果になることが多い。従って、末期がん患者の医療のあり方の中に、ホスピス・緩和ケアという考え方を導入しやすい。

一方、高齢者、根本的に違うのはある種の医療介入が明らかに患者の命が延びたり、それがQOLの改善に役立つことがあることである。従って、高齢者であるという理由だけで、医療を打ち切るというような考えには、慎重でなければならぬと考えている。一方、発見された異常(病気を持つ高齢者)には多くの検査値の異常、画像上の異常などが見つかる)に対して、機械的に一定の医療を行う、というマニュアル化された医療は見直す必要があると思う。

「ひととは死ぬ」ということを現代の人は知らないのではないかな。ある私大の内科教授が私に語った言葉である。人は老いて、病んで、死ぬからこそ、それぞれの時が大切なのだと思う。その大切なときを医療の観点からのみ考えていくことの誤りを、ホスピスケアは指摘しあらたな方向を提起してきたのである。

3-5)まとめ 後期高齢者の 末期がん患者に対する在宅医療

在宅ホスピスケア(医療原則:延命目的の処置を行わない。苦痛の緩和を最優先する)を行った場合、若い人と比較して後期高齢者の

- 1.平均生存日数は差がない
- 2.正確な病状理解は少ない
- 3.痛みは軽い傾向にあるが、医療内容そのものには変わりはない

末期がんと言えども、高齢者は痛まないわけでは決してない。患者の苦痛を緩和する緩和医療の考え方は厳密に適応されなければならない。

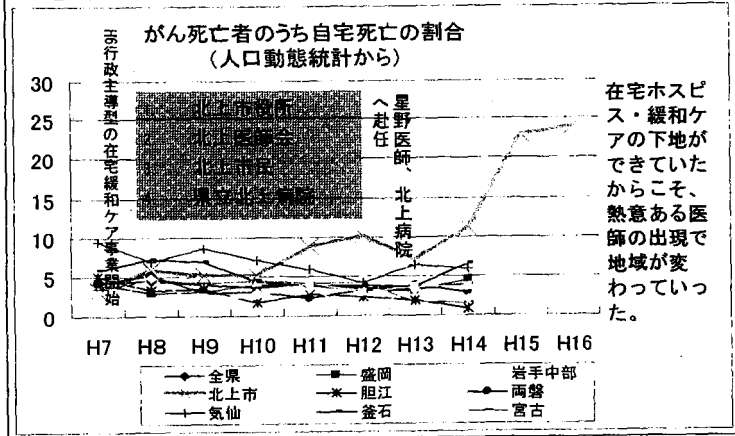
施設(特養)において、以前がん患者の痛みが十分緩和されないうで、苦しみながら死を迎えたというレポートを伺ったことがかつてあり、家にいようが施設に入っていようが、そのようなことがあってはならない。

4. 末期がん患者に対する 実施医療機関の現状と課題 提供するケアの評価は？

医療機関が提供するケアの
1)量は在宅死数で
2)質は在宅死率で
(特に無床診療所の場合)
評価できる

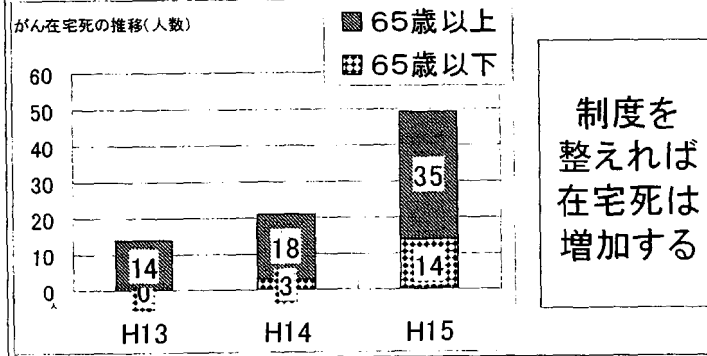
今後の在宅医療の質を論議する場合、非常に重要な観点である。

4-1) Topics 1 一つの医療機関の出現で、 地域のがん在宅死数、在宅死率が上昇する



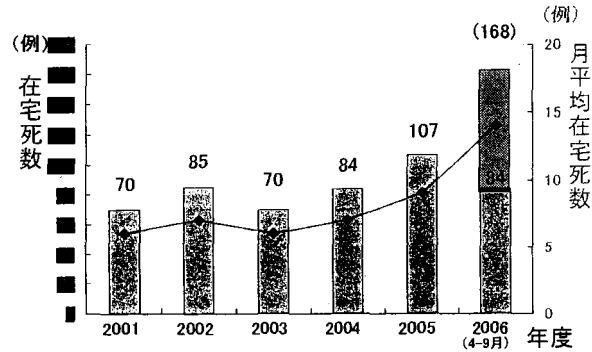
4-1) Topics2 在宅死数の増加

がん在宅死数の推移 (2004.1月 北上市役所資料)
H14からは、65歳未満の患者の在宅死が増加



北上市で、自宅で亡くなったがん患者さんは、平成13年は14人で、いずれも65歳以上のかたでしたが、平成14年には21人、緩和ケア支援事業の始まった平成15年には51人のかたがご自宅で亡くなり、うち14人は65歳以下のかたでした。

Topics3 パリアンが関わった がん在宅死数の変化



これは当クリニックが存在する墨田区の話。もし当クリニックで関わった在宅死のがん患者がすべて墨田区の住民だと仮定すると、パリアンによって今年度の墨田区の在宅死率は $168/690=24.3\%$ になる。

PCUとの比較

病院名	病床数	死亡数 (2004年度)	医師 (専任)	看護師	その他のスタッフ
西群馬病院	23床	71名	1名	17名	ボランティアコーディネーター・ソーシャルワーカー・栄養士・薬剤師:各1名(兼任)
聖ヶ丘病院	11床	74名	1名	11名	看護助手4名
川崎市立井田病院	20床	166名	2名	19名	兼任医師3名、コーディネーター1名、ソーシャルワーカー(兼任)3名

パリアンは地域(墨田区)の 在宅死の何%を担っているか?

年	2000	2001	2002	2003	2004	2005
① 墨田区全人口		217846 (3/31)		222,155 (10/31)	224,325 (10/31)	226,152 (10/31)
② 墨田区全死亡数	2032	1973	1939	1986	2040	2078
③ 墨田区がん死数	624	632	649	666	651	660
④ 墨田区がん在宅死数		49	50	61	65	63
⑤ パリアンが関わった 墨田区内がん在宅死数 (⑤/③:%)	2 (0.3)	21 (3.3)	22 (3.4)	34 (5.1)	40 (6.1)	32 (4.8)
⑥ パリアンが関わった、全がん 在宅死数(墨田区外も含む) (⑥/③:%)		70 (11.1)	85 (13.1)	70 (10.5)	84 (12.9)	107 (16.2)

※未公表のデータ(公式に発表されたものではなく、
区で個々の死亡例のデータを数えたもの)

2005年実績で、クリニックは墨田区のがん在宅死の半数以上をカバーしていることになり、もし当クリニックが関わった墨田区以外のがん在宅死を全員墨田区住民と仮定すると、がん死の16%を当クリニックでカバーしたことになる。

4-2) 在宅死率(無床診療所)が在宅ホスピスケアの質を表すという理論的根拠

$$\text{在宅死率} = \frac{\text{在宅死例数}}{\text{在宅死例数} + \text{中断例数}}$$

中断理由

- 患者側の理由(当初から入院予定など)
- 医療者側の理由(サービス内容・供給体制などの不備、患者側の見限り)

重要な概念です

5. 在宅療養支援診療所 新設された(06/4)意義

地域における
患者の在宅療養の提供に
主たる責任を果たす診療所

現代の在宅医療、特に末期がん患者を対象とした在宅医療は、専門性が要求され、チームケアの形でサービスを提供し、なによりも患者のいのちを24時間守るのだ、という責任が要求される。

そのことを診療報酬上明記したのが、在宅療養支援診療所である。

「在宅療養支援診療所」新設の意義

「質の高い」在宅ケアの提供

- ① 責任ある「24時間体制」
患者・家族が安心して在宅での生活を
継続することができる
- ② 情報の共有→チームケアの提供
より、質の高いケアを受けることができる
- ③ 活動実績の公表
わが国の在宅ホスピス・緩和ケアの
実情把握が可能となる

責任は、個々の患者との固い約束(契約)に成り立っている。

6. 「在宅療養支援診療所」 としての HCクリニック川越の 自己検証

「HCクリニック川越」は
パリアンの一組織

パリアン(In 両国)とは
在宅ホスピス・緩和ケアの専門組織

パリアン

クリニック
川越

訪問看護・パリアン
(訪問看護ステーション)

こころのケア部門

研究部門

ボランティアグループ

倫理委員会

パリアンが関わるがん患者の流れ

電話での依頼

患者を選らぶことなし

相談外来受診者

曜日、時間を問わない

在宅ホスピスケア
開始者

一度でも訪問したら
ケースとしてカウント

転帰

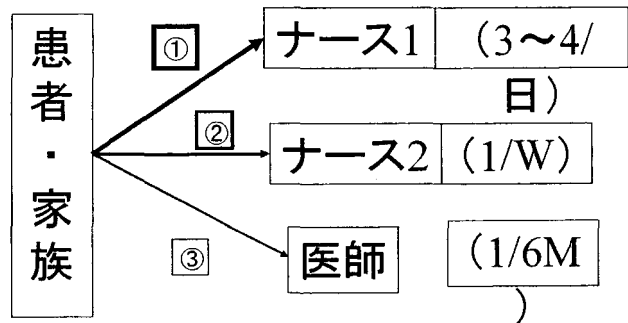
在宅死率≒95%

データ管理については、資料(パリアン年報)に詳述

電話対応のデータ(06/10):電話での問い合わせ25件、相談外来受信者21名。4名のうち1名は相談外来受診前に死亡、その他は近々(11月に入って)受診予定。

従って、我々の相談外来を受診し、在宅ケアが始まったケースは、ほぼ全員在宅死を実現することになる。

検証 1 24時間ケア 医療者への緊急連絡



緊急のコールは病院と同じ(ナースコールでとりあえずナースが対応する)

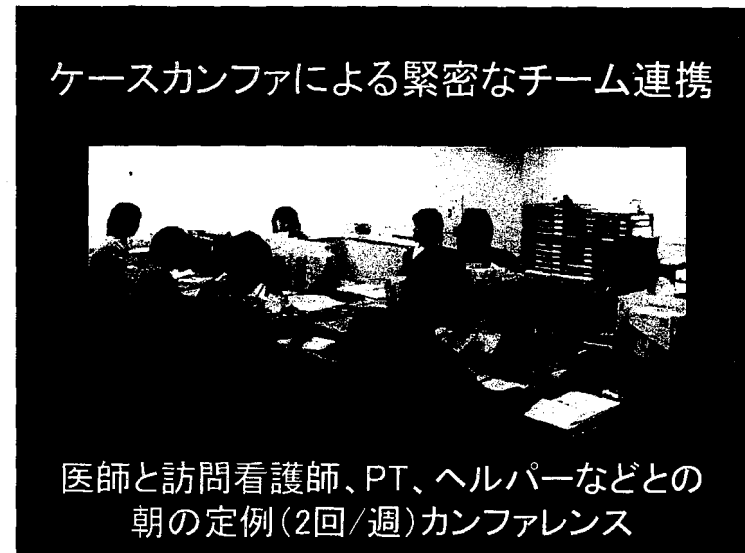
検証 2

情報の共有
チームケア



クリニックは当初から電子カルテ使用。

電子看護記録はパリアンオリジナル、2年前に開発。現在、記録に関してはPaperlessでほぼ行っている。



朝9時から30分。

現在進行中のケースをすべて情報交換する(主にナースの報告を聞いて、必要な指示を出す)。

死亡例のケースカンファ。毎回2ケース、K-DBの死亡時サマリーの確認、看護記録のサマリーとの照らし合わせなど。

問題ケース、ヘルパー、ボランティアなどの他の職種が入ったケースは水曜日のカンファ(夕方6時から1~1.5時間)で十分議論する。

検証 3

在宅看取り数の把握

パリアンが関わる がん患者に対するデータ管理

相談外来受診者

K-DB: 相談外来登録

在宅ホスピスケア
開始患者

電子カルテ
N-DB: 電子看護記録

転帰

K-DB: 経過、転帰サマリ

詳細は説明資料参照

受診患者(全てがん患者)の転帰

('00/7~'06/6)

相談外来受診者 848人(141人/年)

相談外来のみ
279人(32.9%)

相談なし 19人

在宅ケア実施例 584人

* : 一回でも往診したケース

相談外来のみで終わった患者の約半数は、他の往診医を紹介。患者に待たせることはない。その他は説明資料参照。

ケアの実践:全登録症例

(2000/7~2006/6)

在宅ケア実施症例		584	登録症例比	
死亡	合計	525	89.9%	
	在宅	(503)	死亡例中	(95.8%)
	一般病棟	(12)		(2.3%)
	緩和ケア病棟	(10)		(1.9%)
生存中		24	4.1%	
中止		35	6.0%	

われわれが一度でも訪問した患者は、ほぼ全例自宅で最期を迎えることができる。サービス提供サイドの問題で入院となったケースはない。

検証 その他の活動

- 1) 教育
- 2) ボランティア育成
- 3) 遺族ケア
- 4) 地域の啓発活動

1) 学生教育(医学生・看護大学生合同実習)



年	医学生	看護大学生	計
01	8	3	11
02	6	3	9
03	4	2	6
04	4	3	7
05	4	3	7
計	26	14	40

医大生と看護大生の同時実習が売り物。医学生の変身ぶりには驚き

2) ボランティアの養成 ボランティア＝今後の地域ケアの鍵



講義、ロールプレイなど4日間のプログラム

組織全体でボランティアを大切にしている。図はナースが指導しているところ

ボランティアとの協働 地域との架け橋、大切な仲間



「吉良祭」での
ひとこま

自分たちの活動資金を稼ぐ、地域に我々の活動を知ってもらう、これが討ち入りの目的。一番よい場所を実行委員会からいただいています。

今年は16、17日(日)がお祭り。写真はボランティアと助っ人(?)に参じたナース。

療養通所介護(ホスピス・デイケア)の
担い手も、ボランティア



デイホスピスの一コマ。長期の患者に対して、家族ケアと言う点で絶大の力を発揮している

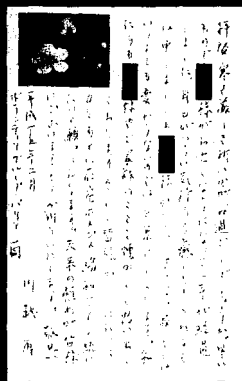
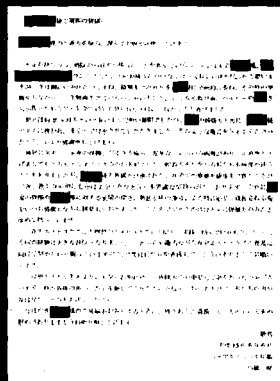
3) 遺族ケア

ご遺族の会にて

遺族とともに故人を偲ぶ会

年一度の同窓会。遺族ケアというよりも、懐かしい顔にお互い接するという意味あり

おくやみの手紙



亡くなった直後の手紙

1年後に送る手紙

亡くなった直後は、医師、担当ナースがそれぞれ必ずお悔やみの手紙(これをグリーフカードと称している)を書いている。これは遺族ケアの一環である。

ボランティアの助けによって、命日にカードを贈ることができるようになった。

両者とも、御遺族から大変感謝され、遺影の前にこの手紙がおかれていることも珍しくない。

4) 地域に対する啓発活動 地域の方を対象とした講演会



創立1周年記念行事『がんになっても
大丈夫—ずっとわが家で過ごしたい—』

ホスピスケアは地域ケア、地域を変えていくケアだと信じている。創立当初から、このような働きに力をいれている。

数が限られているが、この会に出席したことが契機でボランティア養成講座を受けてボランティアになった方もいるし、家族に末期がん患者が出て、私たちのところへ相談に来られて家で看取った方もいる。

7. 今後の課題と新しい息吹

- 1) 情報開示の問題 (資料参照)
- 2) 介護力が弱い家族(特に独居患者など)の在宅ケアをどう実現するか?
- 3) 地域連携システムの構築
- 4) 地域での様々な取り組み
- 5) 末期がん患者の在宅ケアを担う医療者・医療機関とは
- 6) 在宅死率を目標とした場合の、必要な診療所数、看護師数
- 7) 介護保険適用の問題

7-2) 介護力が弱い家族(独居患者など)の在宅ケア

現状でも独居患者の在宅死は可能である
ただし、総合的な力が医療機関に求められる

独居患者を最期まで家でケアできれば、そのチームは本物と理解してよい。我々のところでは、独居は全く問題としていない(もちろん、ケアは大変なことは十分理解した上での話し)

事例を説明資料に詳しく紹介しているので、参照ください。

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いない場合

6年間で585名(利用者) 5.5%。パターンのには、

1. 介護が必要となった時に生活をともにしてサポートをしてくれる家族がいる(これは楽勝)

2. 生前は一切かかわりを持たず、死後の手続きのみする家族がいる

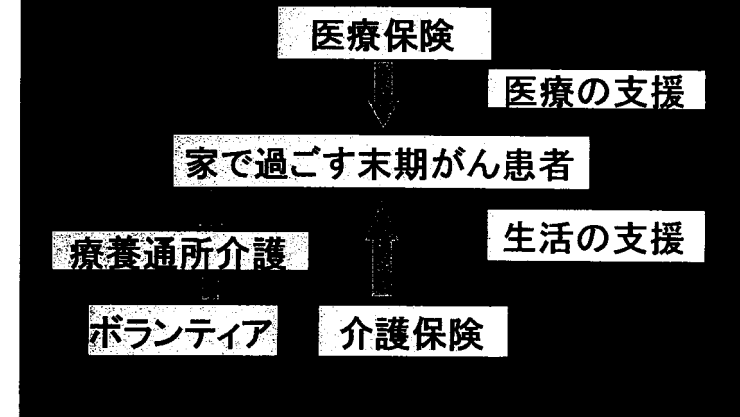
死後の手続き: 死亡届提出、骨の引きとりなど

3. 家族はいるが一切のかかわりを持たない

4. 家族がいない(この事例は生活保護)

2～4のケースはきちんとした組織(特にボランティア組織)をチーム内に持っていないと無理。さらに、様々なノウハウがある

「独居患者の在宅死」を 可能にする条件

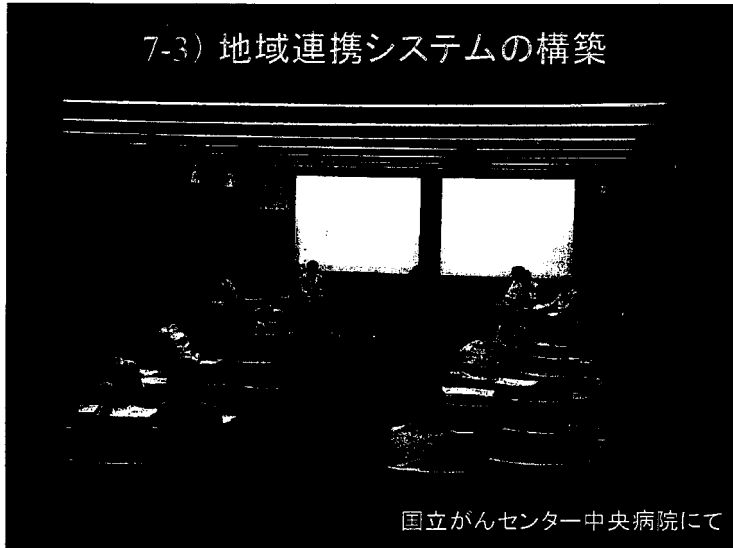


これに加えて、ナースの献身的な(死語であろうか。わがバリアンではまだこの言葉が生きている)看護が要求される。たとえば、日に数回訪問すること、ヘルパーに代わって洗濯をすること(なにせ、患者のわがままを聞いているとうなる。家にたくさんの人が入るのを嫌うからである)などなど。

さらに、隣の住人が朝晩顔を出して安否を確認してくれること、ヤクルト配達の人が声をかけて無事を確かめてくれること、などなど。

この辺のマネジメントはナースが担当している。

7-3) 地域連携システムの構築

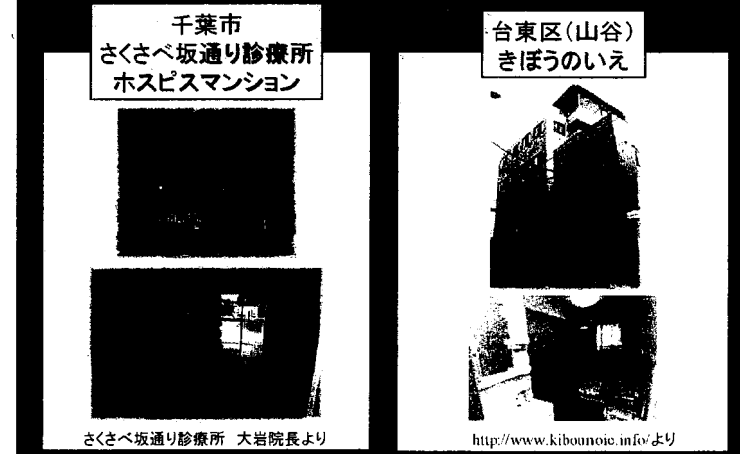


国立がんセンター中央病院にて

癌の診断、治療、治療後のフォロー、終末期ケアなど、一連の
がん治療を地域の医療機関とどのようにNetwork化するかにつ
いて、がんセンターを中心にモデル事業を行っている。

数ヶ月に一回の例会には、がんセンターからは病院長、副院長
以下、多数の幹部医師の出席があり、その熱意が伝わってくる。
このような、地域ごとの連携、取り組みがこれから重要。

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

さくさべ坂通り診療所(2001年9月14日診療開始)
ホスピスマンション: 部屋2K(38.9㎡) 家賃65000円 エアコン付
き 水道光熱費は自費
現在、休業中。休業の理由は①患者の回転が早いので、常に満
室が困難②予想以上にがん患者の利用希望が少ない③病院と
同じような感覚を入居者が持ち、自立するという姿勢が乏しいの
で医療者が振り回されてしまう。

きぼうのいえ(2002年10月開設)

東京都台東区(山谷)

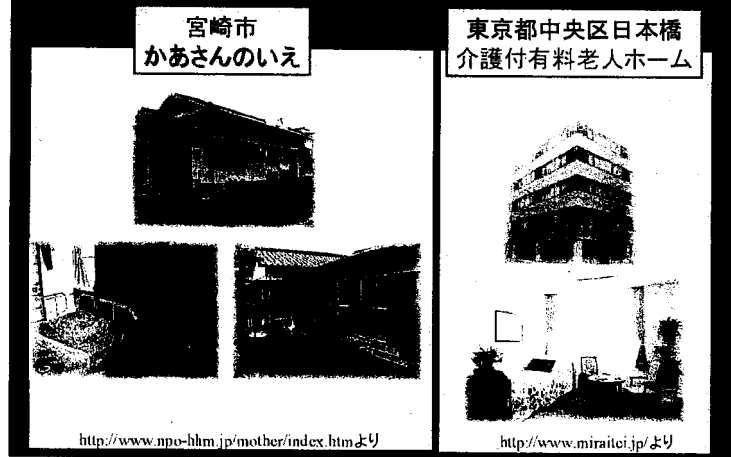
・「山谷・すみだリバーサイド支援機構」が運営する第二種福祉
施設の宿泊所(21室21床)。最近NPO組織となった。

・ホームレスなど身寄りがない病人に、終のすみかを提供
・医療や介護など社会資源を活用(入居者は、全員生活保
護受給)

・ボランティアも協力して看取りまでのホスピスケア
・入居費: 家賃69,000円+食費45,000円+共益費
・スタッフ: 施設長・看護師・チャプレン・介護職員・ソーシャル
ワーカー・調理師・事務員など

スタートから関わっているが、素晴らしい働きをしていると思う。
最近では地域(台東区)の医師や訪問看護師が主に関わるように
なり、我々は特別な場合以外は任せるようになった。

7-4) 地域での様々な取り組み II



- かあさんのいえ 2004年6月開設。
- ・NPO「ホームホスピス宮崎」が運営するケアハウス
 - ・独居や老老介護、施設療養に非該当のがんや認知症の終末期の患者が2つの一軒家で暮らす
 - ・家族の看取りをサポート
 - ・医療機関(主治医・訪問看護ステーション)と連携
 - ・昼間のみ/夜間のみ/短期の利用も可能
 - ・ヘルパーなどの専門職が常駐/ボランティアの支援あり
 - ・入居費: 12~17万円(訪問介護利用状況による)
- これからの形として、私は非常に注目している。PCUのように高い塀がないし、なにより地域と非常に密着している。

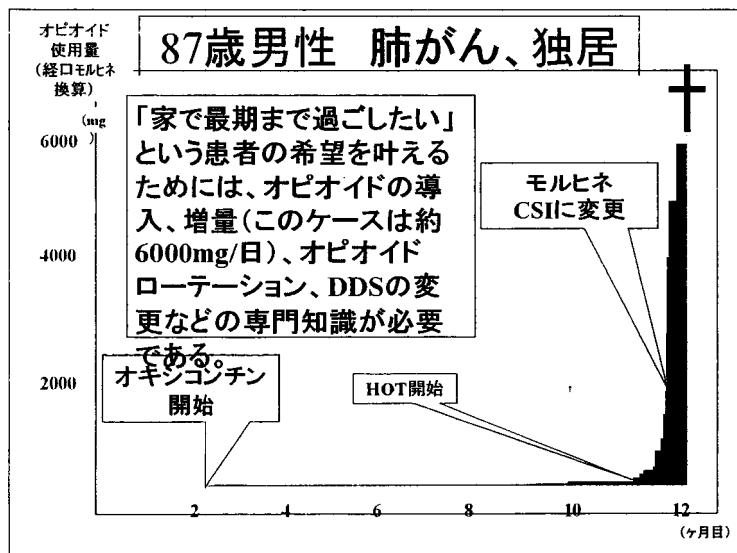
未来邸(平成16年12月15日開設)
 入居一時金1,170万円~2,320万円
 1人部屋(55室)、2人部屋(16室)総部屋数計71室(定員87名)
 介護付有料老人ホーム(一般型)[特定施設入居者生活介護]
 おおむね60歳以上の方
 裕福な方への施設。最近、この施設に入居した(末期がんの状態になってから入居)患者を個々で看取った経験がある。施設との契約の問題があるが、医療的に難しいケースであったが、特にトラブルはなかった。

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

日本全体を考えると、すべてが専門性を持ったクリニックでカバーするというはむずかしいかもしれないが、基本的にはこのような専門的な診療所が地域の末期がん患者の在宅ケアを担うべきだと考えている。

そのような診療所には何が要求されるか。現在の在宅医療支援診療所の要件だけでは十分ではなく、その他の条件(たとえば、在宅死の実績を勘案する、在宅死率で決める、あるいは遺族ケアのプログラムを持っている、さらにはボランティア養成講座を行っている、そのためのカリキュラムを用意している、などの条件)を加味し、がん在宅療養支援診療所(思いつきの仮称であるが)を認定するというような方向を検討してもよいのではと考えている。



疼痛緩和は、末期がん患者のホスピス・緩和ケアの基本中の基本であるが、オピオイドの種類も多くなり、オピオイドローテーション、DDSの変更など、専門的な知識、技術が要求されるようになった。

この例は、呼吸苦の緩和でオピオイドを使用したのであるが、早い時期からオキシコンチンを使用し、その使用量が増えてからはモルヒネの皮下注射に変更し、最終的にはモルヒネを経口換算で約6000mg(!)/日使用したケースである。最期まで家族とのコミュニケーションが保たれ(独居ではあったが、最後は家族が看取ったケース)、本人も家族も納得のいく死を実現できたと思う。

このような力も、在宅の専門医には必要かもしれない。ただし、この線引きは難しいが。

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)	必要な看護師数(受け持ち患者が常時2名の場合)
20%	6万	3000	5,000人
40%	12万	6000	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		

P-DBより計算すると、(前提としてP-DBは日本の在宅死の10%をカバーしたデータである)、現在日本には20例以上の在宅死を扱っている医療機関が140箇所(=14(PDBの集計数)/0.1)、40例以上の在宅死を扱っている医療機関が50箇所(=5/0.1)であると推定される。

在宅死数が多い施設のケアは、質が高いというデータ(説明資料参照)あり。

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

私見であるが、末期がん患者の医師の診断があれば、介護認定のための手続きを省略するような仕組みを検討していただきたい。

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