在宅看取り

大東親生　岡本樹　織間良介　竹内遼　田中伶於　町田航馬　松藤忠和

1. 目的

①在宅での看取りと病院での看取りの違い
②多職種連携の際の医師の役割や求められるスキル
③在宅看取りに必要なシステムや患者さんと在宅医療との関係
以上３点のことを学ぶ。

2. 対象

ご家族や医療関係者（医師、訪問看護師、ケアマネージャー、マッサージ師の方々など）

3. 方法

まず初めに、地域包括ケアと地域包括ケアが必要になる時代的な背景について調べた。その後、湖南地域の地域分析（後述）を行い、湖南市地域の抱える医療的問題点についての提言を行った。最後に、在宅看取りを経験したご家族・医療関係者への聞き取りを行った。

地域分析について：コミュニティアズパートナーモデルに基づいて地域分析をおこなった。歴史、人口統計、民族性、および価値観と信念をコアシステムとして、そして物理的環境、保健医療と社会福祉、経済、安全と交通、政治と行政、情報、教育、およびレクリエーションをサブシステムとして湖南市を調査した。

在宅看取りについて：在宅看取りを終えられた遺族の方々に在宅看取りの感想、困難だったことなどを中心に聞き取りを行った。また訪問看護師、ケアマネージャー、マッサージ師などの医療関係者に対して患者さんの人となりや多職種連携の際に困難を感じたことなどを中心に聞き取りを行った。

4. 結果

・地域包括ケアと地域包括ケアが必要となる時代背景について

２０２５年に団塊の世代が７５歳以上の後期高齢者となり、人口の 20%を占めることが予想されている。また、日本は医療のみが晩年の中心だった時代は終わり、医療・介護・福祉の面で晩年を支え、「住み慣れた街で、最期まで」を実現できる文化的成熟期を迎えている。これまで国は、高齢者の病院での医療費を削減することで医療費削減を達成しようとしたが、実際には医療費削減には至らなかった。こうした背景から住み慣れた日常生活圏内において、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく有機的かつ一体的に提供されるサービスとして地域包括ケアがうちだされた。地域

包括ケアシステムでは人口減少と高齢化率および死亡率の上昇という 20 年ほどの期間をスタッフの数よりもむしろ連携を強化することを重視している[２]。

・湖南市について

湖南市は高齢化率が日本全体に比べると低く、比較的若者が多いと言える。一方で、団地が作られた際に移ってきて住むようになった人たちが今後高齢者となるため、高齢化率の伸び、及び医療介護需要の伸びが大きくなることが予測されている。工業団地がある地域では外国人、特にブラジル人の割合が大きい。このため、保健センターでは案内にポルトガル語が併記されていたり、図書館では外国語の絵本や日本語学習のための本が充実したりするなど各地で在日外国人を対象とした取り組みが見られた。

・介護保険について

介護保険とは、家族の支援がなくても在宅医療を成立させるために作られた社会保険である。要介護・要支援のレベルによって介護保険が適用される金額は異なる。介護保険の支給限度額を超えた分に関しては自費となる。個人の負担額は基本的には 1 割、所得が多い方は 2 割となる。介護認定は市町村の窓口に相談する。相談後、認定員の認定調査と医師の意見書により要介護・要支援レベルが決定される。要支援 1 は 50,030 円、要支援 2 は 104,730 円、要介護 1 は 166,920 円、 要介護 2 は 196,160 円、要介護 3 は 269,310 円、 要介護 4 は 308,060 円、要介護 5 は 360,650 円まで介護保険内で適用される(市区町村により多少のばらつきはあり）。認定員は市区町村もしくは保健センターに所属する。湖南市の場合、介護保険認定員は 5 人で、保健センターの所属であった。しかしながら、十分な介護サービスを受けるためにはかなり費用がかかり介護保険の支給額を超えてしまうのが現状である。将来的には経済的に苦しく入院も出来ず、自宅において介護保険内で介護サービスを受ける患者さんが溢れるようになることが問題となる。

在宅見取り（3 症例）

・クニへさん（2016 年 12 月に 103 歳で永眠。老衰）

こうせい駅前診療所への通院は 2014 年からであるが、ヴィラ十二坊でのショートステイは 2011 年 1 月から利用していた。平均すると１～２週間に 3 日間程度の利用であった。他には、週 3 回の訪問マッサージ、週 2 回の訪問看護も利用されていた。診療所へは変形性腰椎症・高血圧を主としてかかっていたが、通院の困難を理由に 2015 年 3 月から往診を開始した。要介護度は５であった。徐々に状態が落ちていく中で、2016 年 1 月にサービス担当者会議がご本人・娘さん・施設職員・主治医・ケアマネージャーというメンバーで行われ、ショートステイ時に「心肺停止となった場合には胸骨圧迫や人工呼吸などの延命処置を行わない。緊急時には主治医である佐々木先生に連絡する。」といったことが決められた。2016 年 12 月 27 日 12:52 に永眠。娘さんが犬の散歩に行ってくると声をかけたのに反応して数十分後のことであった。娘さんは、病院であったら心電図等によって最後の時が分かったかもしれない、病院の方がよかったかもと思ったのはその時だけと仰って、息を引き取る瞬間に立ち会えなかったことを悔やんでおられた。佐々木先生は自然な亡くなり方ができたということでもあるとむしろプラスにとらえておられた。

娘さんは、在宅で看取れたことに関して、長時間クニへさんといられたこと、家族も自然に最後の時を覚悟できたこと、故人が家で亡くなりたいと思っていたことを実現できたことなどから、在宅で看取ることができてよかったと仰っていた。また、佐々木先生をはじめとする医療者や介護者の協力があり、また家族の支えがあったから在宅看取りができたということも仰っていた。

・キクエさん（2017 年の４月に 95 歳で永眠。老衰）

キクエさんは７０歳ごろから糖尿病を、８０歳ごろから肝不全を患っており、９０歳ごろには大腿骨頸部骨折も起きた。要介護度は５(身障　肢体不自由１級)であった。
血糖異常が原因で２０１３年に入退院し、以降は亡くなるまでを在宅で過ごされた。当初は病院近くの介護施設を利用することも検討されたが、１００人待ちを告げられたため、佐々木先生のアドバイスもあって在宅で看取ることを決められた。施設の空きが伝えられたのはその一年半後であった。　利用していた介護サービスは必要最小限程度のもので、具体的には週２回のデイサービスと週２回の訪問マッサージに加え、病状に応じて適宜訪問診療と訪問看護を利用していた。

娘さんは「つらいことはなかった」といったことをおっしゃっていた。しかし、ケアマネージャーさんは、娘さんは自分の時間を全てキクエさんのために使っていたように思う。非常に献身的に介護を行っていたとおっしゃっていた。例えばキクエさんのご飯を数時間かけて食べさせていたエピソードを聞いた。

・ハルコさん（2015 年 11 月 14 日に 96 歳で永眠。老衰）

ハルコさんは高血圧の治療を別のところで受けていたが、より家が近いという理由でこうせい駅前診療所に変更した。診療所まで行くのが億劫なことから通院から訪問診療に切り替えた。高血圧と骨粗鬆症の薬は服用するものの、数は少なく、必要のないときもあった。トイレの前で転倒した後は寝たきりとなる。それからは好きな農作業も出来なくなり、認知機能も低下した。要支援２から要介護４となり、サービスは訪問看護と訪問介護、訪問入浴を受けるようになった。しかし、介護保険の範囲内では満足したサービスを受けられず、自己負担で追加のサービスを受けた。、貯金していたので、経済的には心配はなかった。最期は苦しむ様子もなく、老衰で亡くなった。転倒して寝たきりとなってからおよそ一年であった。お嫁さんが主に介護を担っていたが、病院で看取るのとは違って、だんだん弱くなって死に向かうことが実感できるため冷静に看取ることが出来たとおっしゃっていた。ただ、本人が貯蓄をしていたこと、病院嫌いのため入院させるのは忍びないこと、家人が常に見られる環境にあることから在宅で医療や介護を受けることを決めたが、自分の場合はそうではないので在宅ではなく施設で過ごすことになるだろうともおっしゃっていた。

5. 考察

・地域診断についての考察

湖南市の工業団地は急速に高齢化しており、介護認定者が増加し、介護施設・人手の不足が懸念される。介護者不足への政策提言としては、そもそも寝たきりにさせないためにあらかじめ予防することが重要であると考えられる。具体的には健康教室への参加や、テレビや新聞による情報の発信や啓蒙が挙げられる。さらに湖南市には外国人が比

較的多く住んでいるので、外国人の人材活用も有効である。しかし外国人特有の資格取得に関する問題が存在するため、市による制度の整備が最低限必要である。加えて湖南市の医師も高齢化し、医師が将来絶対的に不足するという問題がある。これに関しては教育施設（大学）との連携を強めて、学生・研修医の関心を高めることがまず大切である。また、今後求められるであろう病院と在宅での医療とのつながりを積極的に意識して、協力体制を整えておかなければならない。

・在宅看取りについての考察

平川によれば在宅高齢者の看取りには地域および家族の介護力・経済力・住環境の存在、また本人や家族の間においての看取りの準備と死期に関する共通認識、さらに終末期ケアチーム内の十分なコミュニケーションや技術、最後に地域の医療・ケアサービスの充足が必要であり、そのいずれが欠けても病院での看取りを希望する例が多くなることを指摘した[3]。また秋山らは在宅看取りが満足なものとなる要因に、療養者の安らかな死、介護者の精神的な安定、医師との信頼関係、サービス体制の充実の４点を挙げている[4]。本実習において各々の方の例に差はあれど、いずれの方も口を揃えて「在宅で看取れて良かった」というコメントをされておられ、最後まで在宅で療養を続けることを選択されたのはこれらの要因が充足されていた表れではないかと考える。特に患者さんと長い時間を共にできたことや常に患者さんの状態を確認できたことについての満足感があったことがいずれのケースからも伺え、病院での看取りとの大きな違いであると考える。また、いずれのケースもご家族の支え、多職種の連携、介護するご家族が最後まで健康を維持できたことが在宅看取りを可能にした大きな理由であったと振り返る。

したがって、今後医師という立場から在宅医療に関わる我々において留意しなければならないことは、介護を行う患者の家族へのケア、および多職種の方々に対するコミュニケーションを医師の側からへりくだって行うことである。患者さんのご家族は最も患者さんに近い位置におり、その心身の疲労は大きなものであることが本実習を行う中で感じられた。そのため、往診の際にご家族の調子を観察し、声をかけ、健康状態に気をかけることが重要である。また、医師という立場は他職種の人々から気兼ねされることが有り得、情報の共有が十分なされない可能性がありうることを知った。そのため、医師の側から積極的に他職種の人々に対して働きかけることが重要だと感じた。

6. 結論

在宅看取りに対してはその地域の医療資源の程度、行政、風土、市民性などが深く関わる。医療者はそれらの地域性を踏まえた上で在宅医療を行うのが望ましい。また、実際の患者さんに在宅医療という形で接する際に医療者は家族、介護者、行政などと緊密に連携しながらサービスを提供する必要がある。さらに在宅医療においては患者さんを支える家族の存在が必要不可欠であり、家族の健康状態に過度の負担がかかっていないかを往診や訪問看護の際に気にかけることが重要である。

謝辞

本実習を遂行するにあたり、お忙しい中ご指導いただいた医療生協こうせい駅前診療所所長佐々木先生には心より感謝致します。先生には実習を通して公衆衛生の知識だけでなく医師として大切なことをたくさん教えていただきました。班員一同ご教示いただいたことを胸に医療に向きあいたいと感じました。また本実習の学内世話役としてご指導を頂いた指導教員の垰田先生に心より感謝致します。そして、学内発表会での質疑応答を通じて多くの知識や示唆を頂戴したしました公衆衛生学フィールドワーク実習の担当教員の皆様に深く感謝致します。

本実習におきまして貴重なお話を聞かせていただきました患者さん（ハルコさん、クニへさん、キクエさん）のご家族の方々には心より感謝いたします。訪問看護ステーションなないろ訪問看護師の辻様、横山様には患者さんの生前のご様子や訪問看護の現場についてご指導いただきました。深く感謝申し上げます。訪問マッサージ師の髙橋様には生前の患者さんやご家族のご様子についての貴重なご意見をご教示いただきました。深く感謝申し上げます。ケアマネージャーの北垣様と長谷川様にはケアプランについてだけでなく、医師との連携についての貴重なご意見をいただきました。深く感謝申し上げます。ヴィラ十二坊 岩井様には患者さんの生前のご様子について貴重なお話を聞かせていただきました。深く感謝申し上げます。石部デイ 藤谷様には患者さんの生前のご様子についての貴重な意見をご教示いただきました。深く感謝申し上げます。湖南市市議会議員 立入様、松井様には湖南市の福祉行政についてご教示いただきました。深く感謝申し上げます。湖南市保健センターの保健師 服部様と山本様には湖南市の地域性についてご指導いただきました。深く感謝申し上げます。医療生協こうせい駅前診療所スタッフの方々にはいつでも快く出迎えていただき、私たちは何一つ不自由することなく実習生活を送ることができました。また地域分析の発表会には、多くの方々が私たちの拙い発表を聞きに集まってくださり、質疑応答では多くの知識や示唆を頂戴いたしました。深く感謝申し上げます。京都民医連 足立様、滋賀民医連 小西様には地域分析の発表、および在宅看取りについての発表において多くの知識や示唆を頂戴いたしました。深く感謝申し上げます。また学内発表会において様々な知見やご感想を賜りました滋賀医科大学医学科 4 回生の皆様に感謝の意を捧げ、結びとします。

参考文献

[1] コミュニケーションアズパートナーモデル　地域看護学の理論と実際　第 2 版（医学書院）　エリザベス T アンダーソン　ジュディスマクファーレイン　編集　金川克子　早川和夫　訳

[2] 佐々木先生　衛生学フィールドワークオリエンテーション　資料

[3] 平川 仁尚「多職種の視点から見た在宅高齢者の看取り」日本老年医学会雑誌 51 巻 1 号 97

[4] 秋山 明子, 沼田 久美子, 三上 洋「在宅医療専門機関における高齢者の看取りを実現する要因に関する研究―療養者の遺族を対象とした調査による検討―」日本老年医学会雑誌 44 巻 6 号 740-746