

在宅療養の導入から看取りまで

－在宅医療と介護のための地域・多職種連携－

宇都宮 啓、宇野 亮、尾澤 由華、園田 雄士、土屋 純一、野村 奈央、吉見 伸久

1. 目的

現在我が国において人生の最後を迎える場所は、病院をはじめとする医療機関である場合が圧倒的に多い。しかし病院の病床数には限りがあり、今後ますます増加する高齢者に対応することが不可能である。また超高齢化社会の進展に伴い、疾患の後遺症等によって通院困難となる高齢者の数も増加すると考えられ、今後ますます在宅療養の需要が増していくことに異論の余地はない。

在宅療養というと往診医や訪問看護師といった職種が浮かぶが、それ以外の職種となると、残念ながら名前は知っていても、どのような役割を担っているのか、そしてどのように連携しながら在宅療養を機能させていくのか、といったようなことについての理解は医学生の間でも十分ではないと考える。

そこで本実習では、介護保険制度をはじめとした在宅療養を支えるシステム全体を学び、そのシステムを支え有効に機能させている各職種の役割について理解することで、将来医師として働いていくうえで他職種の仕事を尊重し、円滑なチーム医療を行くための精神を身に着けることと、在宅医療と介護の実情を知り、現状の問題点を見出すことを目的とした。

2. 対象と方法

本実習では、滋賀県湖南市にある医療生協こうせい駅前診療所（以下こうせい診療所）で、実際に医療を行っている医療従事者の方々に、現場の実情や職務内容の聞き取りを行うことで、医療における地域連携、多職種連携について調査を行った。それに加え在宅訪問診療に同行させていただき、また在宅看取りを経験されたご家族からお話を伺った。実際の実習スケジュールを下記の通りである（表）。

また、地域連携を学ぶうえで、まずは地域医療が実践されている場としての地域を理解する必要があるため、Community As Partner モデル {実践につながる住民参加型地域診断の手引き－地域包括ケアシステムの推進にむけて－（社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会）参照} を利用した地域分析を行った。地域分析とは地域を構成する人々を歴史や人口などのデータから見えてくる傾向をつかむ手法である。

表 本実習のスケジュール

日時	内容	日時	
6/21	診療所訪問 (顔合わせ、実習テーマ決定)	7/11	① 地域包括支援センター訪問 ② ケアマネージャー聞き取り ③ 訪問看護師聞き取り
6/28、7/4	訪問診療同行	7/12	看取り家族宅訪問
7/5、7/8	訪問診療同行	7/16、7/17	研究室にて

			埜田先生との打ち合わせ
7/10	① 看取り家族宅訪問2件 ② ケアマネージャー聞き取り	7/18、7/19	社会医学フィールド実習成果発表会

3. 結果

3-1. 地域分析

湖南省は滋賀県南部に位置する、近畿圏と中部圏をつなぐ広域交流拠点である。古くは街道として栄え、これを中心とした産業や文化が栄えた。新旧の地域が入り混じっているのが特徴である。現在は、県下有数の工業団地が立地しており、京都・大阪・神戸のベッドタウンとして住宅地開発が進んでいる。また、工業団地が多いことから、南米からの入植者を含め、工場で働く労働者が流入したため、ブラジル国籍やペルー国籍の外国人の比率が高い〔滋賀県における国籍別外国人人口（公益財団法人 滋賀県国際協会）参照〕ことが湖南省の特徴である。

湖南省の人口分布は、2019年6月1日時点で、湖南省における65歳以上の高齢者の割合は23.7%であり、全国（27.7%）と比較して、数字で見れば高齢者の割合は全国平均より低いという特徴がある。しかし、このデータは湖南省の高齢者の割合が将来にわたって低いことを示しているのではなく、これからの高齢化率は滋賀県でトップであると試算されており、在宅訪問医療のニーズはさらに高まっていくと考えられる。

次に、湖南省の患者動向について述べる。湖南省は湖南医療圏ではなく甲賀医療圏に含まれるが、地域医療構想策定支援ツールによる解析では、2025年には、高度急性期・急性期の患者は流出が多くなり、回復期・慢性期の患者は流入が多くなると予測されている。このデータも、湖南省における在宅訪問医療のニーズのさらなる増加を指示している。しかし、湖南省で在宅療養支援診療所として認可されているのは、今回実習を行ったこうせい診療所のみであるのが現状である。

3-2. 在宅療養の導入から看取りまでの流れ

事例1) 自宅で生活していたが、足を骨折して一人で入浴や買い物ができなくなった場合

現状を、市町村に設立されている地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に在中しているケアマネージャーに相談する。ケアマネージャーは、患者の抱えている問題点を解決するために、入浴や買物の介助をしてくれる訪問介護サービスや、足のリハビリを行うデイケアなどのサービスと患者をつなぐ役割を果たす。

事例2) 入院していたが、退院して在宅生活を送る場合

医療ソーシャルワーカーが患者の問題点を居宅介護支援事業所や診療所に相談し、スムーズに在宅生活を送れるよう支援する。

上記2例だけでなく、全ての事例に当てはまることではあるが、開始したサービスはずっと同じでなく、患者の身体状況により変化する。患者の状態が悪くなるにつれて、訪問看護やデイケアなどの医療系サービスが多くなる。最期は外出することが難しくなるため、訪問診療など訪問系のサービスが多くなるように看取りを行うという流れになる。

3-3. 多職種について

患者の在宅生活を支える職種は医師だけではない。そこで、本実習で調べた主な多職種の業務内容について下記に示す。

① 医療ソーシャルワーカー（病院内の医療相談室など保健医療機関に配置）

入院している患者の問題点を居宅介護支援事業所や診療所、訪問看護センターと共有することで在宅生活をスムーズに進めるための支援を行う。

② ケアマネージャー（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に配置）

本人と家族と相談しながら、適切なケアプランを作成や、各事業所との連携・調整を行う。患者が抱えている問題点を把握して、適切なサービスと患者をつなげる役割を果たす。居宅介護支援事業所では主に要介護者のケアプランを作成し、地域包括支援センターでは主に要支援者のケアプランを作成する。

③ ホームヘルパー（訪問介護事業所等に配置）

患者の自宅やグループホームで、食事、入浴、排泄などの身体介助や炊事、掃除などの家事援助を行う。作成されたケアプランをもとに、訪問介護事業所と利用者が契約を行い、サービスが開始される。

④ 訪問看護師（訪問看護ステーションに配置）

在宅生活を送る患者のバイタルチェックや、医療ケアが必要な患者への入浴介助、さらに在宅生活において急変した時の相談窓口として 24 時間対応をしており、在宅療養において非常に重要な役割を果たす。

3-4. 患者のご家族からの聞き取り結果

症例 1)

① 在宅療養に至る経緯と療養の概要

89 歳の女性。主介護者は 60 代の娘夫婦。主な死因は心不全であった。脳梗塞発症が、家族の介護のはじまり。半身不随の状態でも病院には行きたがらないほど病院嫌いであり、デイサービス、訪問看護等利用しながら在宅生活を続ける。5 年程前、高血糖により入院中胆のう炎を発症。抗生剤を使用することで感染症にかかり長期入院。食事も入らず胃瘻を造設した。退院後、胃瘻をしていることでデイサービスの利用もできなくなり、家族の介護負担が増す。認知症が進行し心不全にもなり、酸素吸入が必要になるなど全身状態が一気に悪くなったが、その中でも、毎日、血糖値、バイタルを記録し、訪問看護師と相談し外出の機会をつくるなど、家族は丁寧な介護を継続的にされた。最期は、娘さん夫婦、お孫さんに看取られ穏やかに亡くなられた。

② 患者、家族側からみた在宅医療の課題と問題点

家族は、不安な時に 24 時間、窓口となってくれる訪問看護師の存在が本当にありがたかったと話していた。その一方で、家族は、介護中、身体、精神だけでなく、経済的にも圧迫される。特に湖南市は、タクシー券発行のサービスはあったが、オムツの無料支給サービスが無く、日々使うものに対するサービスを充実するべきであると考えられた。

症例 2)

① 在宅療養に至る経緯と療養の概要

89 歳の女性。主介護者は長男の嫁。主な死因は老衰であった。自宅での介護は長男の妻である A さんが献身的になさっており、A さんにお話を伺った。

肺炎で 40 日ほど入院した際に、寂しがる様子や早く家に帰りたいという本人の希望を聞いていた。同時期にかかりつけ医であった医師が高齢のため引退するのをきっかけに、新しいかかりつけ医を探していた。家の近くで医療生協こうせい駅前診療所の訪問診療の車を度々見かけており、近所の家庭も医療生協組合に加入してこうせい駅前診療所を利用していると聞いて同様にすることに決めた。

はじめは診療所まで通っていたが、その後訪問診療に移行した。歩けなくなると全身の衰えが顕著に感じられた。Aさん自身は何人もご家族を看取った経験があったので終末期にさしかかっても不安はあまりなく、入院も考えなかった。午前3時に亡くなったので、医師に連絡して夜が明けてから来ていただいた。4年前に撮影した写真と変わらぬ穏やかな表情で亡くなっていることを、葬儀屋さんに良く言っていただいていたうれしく思った。

② 患者、家族側からみた在宅医療の課題と問題点

家族は訪問診療、看護で不満に感じたことはなく、助けてもらったと感じている。看取りに関して不安や不満は無いと言い切っていた。Aさんが今までに義理の祖父母・舅の看取りを経験されていたこと、またAさんご本人の気丈さが大きく関わっていると感じた。重大な基礎疾患、認知症や褥瘡が無く医療依存度が低かったことは家族の心身の負担に関連すると考えられた。その一方で、在宅療養を開始するにあたり、介護保険適用の建材、ホームセンターで購入したものを使って住宅を改良したことで、自宅を出て車イスで近所を回ることが出来たが、砂利道は唯一車イスで不便を感じた部分であり、今後道路などを新設する際にはユニバーサルデザインを取り入れる必要があると考えられた。

症例3)

① 在宅療養に至る経緯と療養の概要

91歳の男性。主介護者は娘と孫娘。主な死因は膀胱がんであった。

喉頭がん、膀胱がんのため入退院を繰り返していたが、本人の強い希望により某年6月より在宅へ移行した。ケアマネジャーは、認知症を患って在宅療養していた奥様を担当していた方が担当することになった。在宅で看取るのは初めての経験であり、最初は戸惑うことばかりであったが、医師、訪問看護師、ホームヘルパー、ケアマネジャー、薬剤師、そして看護師である娘さんの支えにより、2ヶ月後の8月にひ孫等、家族に見守られながら亡くなるまで自宅で診ることができた。がんの終末期ではあったが、PCA（：Patient Controlled Analgesia）ポンプによるオピオイドの皮下注により、疼痛コントロールはまずまず良好であった。訪問看護師は接する時間が一番長かったこともあり、医療のことだけでなく、色々な話を聞いていただけだったので、とてもありがたい存在だった。

⑤ 患者、家族側からみた在宅医療の課題と問題点

当初、家族は病院の方が安心だと思っていたが、何か食べたいものがあると言われたときにすぐに応えてあげることができるなど、病院より敷居が低いのは良い点かなと思うようになり、看取った時は在宅でよかったと感じた。痰の吸引や体位変換のやり方など、実際の手技のやり方が記載された冊子など頂けたらもっと助かったかもしれない。また、お話を伺った娘さんに、ご自身が最期を迎えるとしたら在宅と病院どちらを希望するかと質問したところ、その時の状況にもよるが家族への負担を考えると、病院の方がいいという話があった。看護師の孫娘の支えがあっても家族にはかなりの負担があったと思われる。家族に医療従事者がいない家庭であれば、その負担はより一層増えると考えられる。

4. 考察

地域分析により、湖南省の高齢化率は滋賀県でトップであると試算されていること、また2025年には、高度急性期・急性期の患者は流出が多くなり、回復期・慢性期の患者は流入が多くなると予測されていることが明らかになった。このデータは、湖南省における在宅訪問医療のニーズのさらなる増加を支持している。しかし、湖南省で在宅療養支援診療所として認可されているのは、今回実習を行った医

療生協こうせい駅前診療所のみであるのが現状である。こうせい診療所は、通常の外来に加え、夜診（月・水・金）と訪問診療（月・水・木・金）を実施しており、24時間365日対応する湖南省で唯一の在宅支援診療所である。医療生協は、組合員の出資金によって運営される。組合員は、診療所の利用のほか、自主的な健康づくりや助け合いの活動を行っている。このような地域で支えあうという姿勢は、在宅医療・介護の担い手が不足している我が国において非常に重要な考え方である。

訪問診療に同行した際には、1人の医師が3時間程で10人前後の患者宅を訪問し、10分程診察をして必要があれば常用薬の処方箋を発行するという非常に密なスケジュールであり、訪問診療医が不足している現状を実感した。患者の中には、全身状態は比較的良好であると思われるが、足の痛みなどにより通院が困難であるため訪問診療を依頼している患者も少なからず見受けられた。医療資源が不足している現状においては、このような『社会的訪問診療』を減らすことが重要であり、高齢者の交通手段を整備することが今後の課題であると考えられる。

看取り家族宅の訪問では、3件のご家族ともに在宅医療・介護を支える多職種の連携システムに対して大きな不満を抱くことはなかったようであった。その一方で、家族を支える訪問看護師やホームヘルパーの負担は大きく、限られた人員の中でいかに効率よくサービスを提供していくのか、ということが重要となる。さらに、多職種連携においては、医療従事者だけでなく、地域での交流会などを通じて地域の住民も含めて連携していくことが、真の地域連携と言えるであろう。医療生協が行っている地域連携システムは、まさに先述のような地域連携を推進しており、今後の在宅医療・介護を支えるシステムのモデルであると考えられる。今回訪問した3件の在宅看取り患者における在宅療養は、家族の手厚い支えがあった上で成り立っていたことも見過ごしてはならない。日本のシステムは家族ありきの制度であるが、核家族や独居の世帯が増えており、現状のシステムでは支えきれない可能性がある。

このような現状の中で、地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして、植木鉢をかたどった模式図を提示している（図）。{地域包括ケアシステムと地域マネジメント（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）レポート参考文献(6)参照} この植木鉢モデルは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「生活支援と福祉サービス」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである。地域の中に多く



図 植木鉢モデル

の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった医療・介護サービスを適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが効率の良い連携の下で包括的に提供される制度を構築することができれば、住み慣れた自宅で人生の最期を迎えることができる高齢者の数も増えていくのではないかと考える。

社会医学フィールド実習成果発表会では、我々の班の発表に対して胃瘻増設の是非に関する質問をいただいた。自力摂取が困難になった場合の人工的水分・栄養補充法（AHN：artificial hydration and nutrition）として、消化器を使う経腸栄養療法と、消化器を使わないで直接静脈に栄養を投与する静脈栄養療法があるが、消化器の機能が保たれている場合は経腸栄養療法を選択するのが原則である。経腸栄養療法の主な投与方法としては、鼻から胃の中にチューブを留置する経鼻経管栄養療法と胃に直接栄養を入れる胃瘻栄養療法があるが、経鼻経管栄養療法は、患者の不快感や苦痛が強く、また嘔下リハビリテーションを行うのが難しいため、患者の負担が少ない胃瘻栄養療法が選択されることが多い。

しかし、胃瘻増設するとその医療的ケアが必要となるため医療サービスを提供できる施設にしか入所

できなくなる。また、本人の意思決定ができない患者に対して家族の意思の下で胃瘻が増設されると、患者はただ生かされているだけ、というような状況にもなりかねない。以上のことから、胃瘻を増設する際にはメリットとデメリットについて事前に入念に検討し、限られた医療資源の中で本当に胃瘻造設が必要なかを検討しなければならない。また、検討の結果、胃瘻からの AHN を行わないという結論に至った場合、その選択は患者の死に直結することになるため、十分な倫理的な配慮が必要となる。状態が悪くなる前から患者本人と家族で、自身がどのように人生の幕を下ろしたいのか、その死生観を理解した上で綿密に話し合う必要があるだろう。また、家族側に対しては、人間が自然に死を迎えるとはどういうことなのかを教育する『看取りの教育』を行うことが重要であると考えられる。

5. 結論

介護保険を中心とした制度の全体と各職種の専門性・価値観を理解することができた。各職種の専門性を医師が理解することは、多職種連携において必須である。厚生労働省は在宅医療・介護を推進しているが、少子高齢化社会の進展に伴い介護職・介護施設をはじめとした、在宅医療・介護の担い手が減少してくる際に、現在の在宅医療・介護システムを維持していけるのかどうか今後の課題である。

また、専門職やサービスばかりに視線が行きがちであるが、在宅医療・介護を支えるためには家族の力によるところも大きい。日本のシステムは家族ありきの制度であるが、核家族や独居の世帯が増えており、現状のシステムでは支えきれない可能性があるため、今後の生活スタイルに対応できるような新たな制度を検討して改善する必要がある。

6. 謝辞

本実習の趣旨を理解し快く協力して頂いた医療生協こうせい駅前診療所の佐々木隆史先生および各施設関係者の皆様、患者さんにご家族の皆様様に深謝いたします。また、本実習を行うに当たりご指導いただいた滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門 埴田和史先生に感謝いたします。

7. 参考文献

- 1). 平成 31 年・令和元年 年齢別人口統計表 (湖南市ホームページ)
- 2). 滋賀県保健医療計画 (滋賀県ホームページ)
- 3). 滋賀県地域医療構想 (滋賀県ホームページ)
- 4). 在宅医療にかかる地域別データ集 (厚生労働省ホームページ)
- 5). みんな笑顔で介護保険 平成 31 年度版 (湖南市)
- 6). 地域包括ケアシステムと地域マネジメント (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)
- 7). 鈴木 裕：胃ろう栄養の適応と問題点 (日本老念医学会雑誌 2012 ; 49 : 126-129)
- 8). 鈴木 裕、上野 文昭、蟹江 治郎：経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン (消化器内視鏡ガイドライン (日本消化器内視鏡学会監) 第 3 版 医学書院 2006 p310-323)
- 9). 滋賀県での在宅医療の始め方 (滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課 2017)