

2007年度 在宅医療助成 調査研究報告書

地域における在宅緩和支援と看取りの実践および障害についての研究

提出年月日 : 平成 20 年 8 月 25 日
提出者 : 一関在宅緩和支援ネットワーク (IZAK)
会長 佐藤隆次

(特定医療法人博愛会 一関病院
岩手県一関市大手町 3 - 3 6)

【研究の目的】

平成18年に岩手県立磐井病院に緩和ケア病棟が岩手県で初めて開設された。これを軸にまたこの機会に、「最期のときを自宅で過ごしたい」との患者さんとそのご家族の想いを叶えられるようにするため、複数の医療機関の医師、歯科医師や、病院看護師、訪問看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャー、医療事務員、福祉行政担当者、患者会、地域市民から構成されるチームを組成した。一関在宅緩和支援ネットワークである。

当ネットワークは平成19年3月に設立された。設立されたばかりで歴史は浅く、これからの活動が注目されるところであるが、地域住民の皆様にも活動を理解していただけるように、かつ「自宅で過ごしたい」との想いを、ひとりでも多くの患者さんにご家族の方々が実際に叶えられるように、在宅緩和ホスピス医療に関する実践の事例の蓄積と分析を行ない、かつ地域性を考慮した障害因子についての研究を行なった。

【地理的背景】

一関市は岩手県の南部に位置し宮城県と境を接している。東西約63km・南北約46kmで、面積は約1,133平方km、そのうち山林56.1%、田圃11.8%、畑7.1%を占めている。

平成17年の国勢調査によれば、広域合併後の人口は125,818人で世帯数40,772で、旧一関市では人口62,483人で22,029世帯である。また、市民1人当たりの所得は2,162,380円である。

【医療背景】

一関市の医師会員数は166名で、A会員数は77名である（平成20年7月末現在）。在宅療養支援診療所数は6施設である。

平成20年6月に行なわれた「一関医師会管内の在宅医療の基礎調査（診療所）」のアンケートがある。46診療所（在宅支援診療所6施設を含む）からの回答で、過去1年間で在宅訪問診療を行なったのは18施設、在宅での看取りの経験がある13施設、在宅での緩和ケアの経験がある5施設であった。緩和ケアが必要とされなかったのか必要されたにも拘らず提供できなかったのかは不明である。

【研究方法】

平成19年度に3回の緩和ケアに関する公開市民講座（うち1回は財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成による）でのアンケート調査、10数回の地域住民を対象とした出前勉強会、そして個々の在宅緩和ケアに関った患者とその家族とのインタビューからの分析を行なった。また、長崎ドクター・ネットの見学（財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成による）を行なったの比較および分析を行なった。

【結果】

患者・家族：

I：市民講座（第2回目）に際してのアンケートの結果を記す。①自分の最期の時をどこで迎えたいかの設問では81回答のうち自宅47、ホスピス・緩和ケア病棟21、病院8、その他5であった。②自宅を望まない理由として回答32のうち、自宅では家族の負担が19、入院していれば安心10、その他3であった。③家族の最期をどこで迎えさせたいかの設問では78回答のうち、自宅54、ホスピス・緩和ケア病棟13、病院6、その他5であった。④自宅を望まない理由として25回答のうち、自宅では介護者がいない14、入院していれば安心9、その他2であった。患者自身も家族も自宅で過ごしたい過ごさせたいが半数以上であった。自宅での終末期の看取りが困難である理由としては、家族の負担になる、病院の方が安心だ、介護者がいない等の回答が多かった。

II：出前勉強会での講義の後の座談会形式の討論では、上記アンケートと同様の声が多かった。出来ることなら自宅で過ごしたい・過ごさせたいのだが、家族に負担をかけたくない、見てくれる家族がいない・見る家族がいない、病院にいる方が病状の変化にすぐ対応してくれるので安心だ、周囲から病院に何故入院させないのかと訊かれる、等の意見があった。一方自宅での看取りの経験があるから今度も対応できる、家族内に看護師がいるからやれるとの意見もあった。

III：個々の症例でのインタビュー

在宅を選択する時点では、自分の意思で自宅で過ごす事を選択するケース、家族が自宅での看取りを選択（事前に患者の意思を理解している）するケースがある。在宅を選択する際に要望される条件もしくは継続が可能な条件としては、症状が安定している、症状（痛み・嘔吐等）のコントロールが良好である、医師・看護師の対応が迅速で的確で安心できる等がある。家族内の条件としてはキーパーソンが状況を理解していること、複数の介護者がいること、家族内での在宅での看取りについての意思統一があること等があった。一方、自宅での看取りに移

行しないケースでは、家族に負担をかけたくない、自分（患者）でいたのでは負担になってしまうから、見てくれる（見る）家族がいない、急な病状の変化が心配で対応の仕方が分からない、病院にいた方が安心である、周囲から何故病院に入院させないのかと訊かれる、等があった。また、いわゆる老老介護・病病介護に加えて親一人子一人（とくに息子）の家族構成のためにどうしても在宅での受け入れが困難なケースもある。

当初自宅の看取りを考えていたが、急な病状の変化が出てきて入院に至ったケースでは、痛みの増強、せん妄の出現、吐血・喀血、呼吸が弱くなって喘いでいる、チアノーゼの出現、等の症状の変化に際して家族の不安が極地に達した状況が多かった。

グリーンケアの際のインタビューでは、在宅の看取りが出来た遺族からは自宅で過ごせて良かった、子供や孫に囲まれて穏やかに過ごせた、家族内でいろんな思い出を語り合う時間が持てた、不安がいっぱいだったが穏やかな表情をみてこれでよかったとの声があった。一方、親族や家族内で何故入院させなかったのかと問われて在宅での看取りが正しかったのかと自責の念に駆られたとの意見もあった。

医療体制：

当地域では、医師会員は166名のうちA会員は77名で、在宅療養支援診療所は6施設である。人口当たりの医師数は極端に少なくはないが、大半が農村で広い面積を持つ当地域では1件当たりの往診・訪問診療にかなりの時間を要する。

緩和ケアについては、県立病院の緩和ケア病棟がその中核を担っている。一関在宅緩和支援ネットワークは医師と多職種の有志の集まりで、診療部門では診療所9・歯科診療所1と病院4施設が参加している。しかし、医師会としての緩和ケアに取り組む体制は今のところ整備されていない状況である。医師会としての活動がない現状では、病院主導型の体制とならざるを得ない。しかし診療所の医師が積極的に在宅緩和ケアに参画して活動をする動きはない。がん終末期の大半の症例は病院での入院継続や病院勤務医の一部担当医の訪問診療に頼っているの現状である。

診療所の先生方とのインタビューでは、癌以外の往診はしているが在宅緩和医療や訪問診療にかけられる時間がない、緩和ケアに関する知識が不足しており症状コントロールに自信がない、短期間での病状の変化が予想される終末期に診てくれといわれても困る、病院側からの一方的なお仕着せとも思えて一方通行の病診連携ではないのか、急変時の病院バックベッドの確保が心配、病院に任せておけば良い、との意見もあった。一方、緩和医療に関わらなくても経営上問題ない、24時間の拘束は望まない、専門的知識がないし今から勉強といっても時間の制

約がある、との声もあった。「診る・診たい」と「診ている」の乖離があった。、当ネットワーク参加診療所が9施設（うち在宅支援診療所6）ではあるが、実際のがん終末期患者に関しての診診・病診・病病連携体制は現在のところ十分に機能していない。

【考察】

当地域でも、以前からいわゆる老衰や脳血管障害等の疾病の患者を対象としての在宅医療と看取りが行なわれてはいる。しかし担癌患者や難病患者を対象と考えた場合の敷居の高さや短期間で病状が変化することへの迅速な対応が必要とされるとなると、個々の診療所の医師だけでは不安や心労の負荷が増してしまう。「診る・診たい」と「診ている」との乖離の表れとなる。また、患者とその家族が安心して在宅での看取りが出来るように、患者・家族の不安と考える事柄をひとつずつ解消し、安心して転化できるよう支援する体制を築き上げなければならない。地方都市では未だに一般病院での看取りが多い現状であるが、「一般病院」と「ホスピス緩和ケア病棟」と「在宅」のいずれを選択しても安心して終末期を送られるように、まずは医療者側がスクラムを組まねばならない。この対策として、多くの地域で実践されているように医師を軸として、多職種からの参加からなるネットワークの構築と実践の積み重ねが肝要であると考えられる。

個々の診療所医師の在宅緩和ケアに対しての知識向上とスキルアップ、相互方向の病診連携・病病連携と病期の早い段階からの在宅緩和ケアの対象患者とその家族を中心とした検討の取組み、チーム医療として多職種からなるネットワークの深化・発展が大切である。長崎ドクターネットの見学（財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成による）では、在宅緩和ケアに対して診療所の医師の熱意と互いを尊重しながら連携を図りかつさりげなく実践している様に感銘した。数名の有志から始めて次第に賛同する医師会員を増やして、病院を巻き込み、やがては病院間の垣根も越えての緩和ケアを実践している長崎での活動は、当地域でも実現不可能なことではないと確信した。いわば、草の根運動としての有志の医師からひとつひとつの症例を大切に対応し、安心して在宅で過ごせるように知識を深め、実績を重ねていかねばならない。

幸いなことに、病院看護師、訪問看護、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネージャー等のコメディカル、福祉行政、患者会等の在宅緩和ケアに対しての取組みの気運は高まってきている。月一回の在宅緩和支援ネットワークの検討会を開催したり、同ネットワークの参加施設を紹介する小冊子の作成したり医療機関や市民への広報活動を行なっている。

患者とその家族が在宅に移行できて、自宅での看取りが受け入れられる条件としては現在のところ、患者自身の希望と家族の理解と協力があること、家族が多いこと、意識の統一がなされていること、キーパーソンがいてかつそれを支える「サブ・キーパーソン」がいること、が挙げられる。患者・家族と医療者間での条件としては、早い段階から医療者と患者・家族との間で治療方針の相互理解がなされていること、起こりうる病状の変化とその対応策を十分に話し合うこと、緊急時の対応が保証されていること、バックベッドが確保されていること等があった。言い換えれば、これらの条件が満たされない場合に在宅緩和ケアに移行することは困難であるといえる。

病院での看取りが大多数を占めて30年以上になる。この状態が当たり前になり、死が日常生活から切り離されてきた。当地域でも、最期のときは病院でむかれることが当然で、自宅での看取りは受け入れがたいとの考えが根強く、この考えは一朝一夕で変革できないであろう。出来うれば住み慣れた自宅で過ごし、そこから旅立ちたいと願っている人々がいて、実際のところは叶えられないでいる。この苦悩に少しでも応える努力をすることがわれわれの使命である。

(この研究は財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成による)