

2009(平成 21)年度在宅医療助成 指定公募(後期)完了報告書

テーマ①

「在宅医療の実践と開業医のグループ化のシステムに関する考察」

単身世帯の在宅医療の可能性と限界を探る

～病院と開業医グループとの連携～

在宅独居患者の死亡場所と関連する医療・介護・経済的要因の検討

～地域における病院と開業医グループとの多施設共同研究～

申請者名 清水政克 額田勲
所属機関・職名 医療法人社団倫生会みどり病院 内科
所属機関所在地 〒651-2133
兵庫県神戸市西区枝吉 1-16
提出年月日 平成 23 年 2 月 21 日

共同研究者 石川朗宏(医療法人社団 思葉会 石川リハビリ脳神経外科クリニック)
池垣なつ(医療法人社団 池垣クリニック)
新国雅史(医療法人社団 新国内科医院)
宇野さつき(医療法人社団 新国内科医院)
松岡泰夫(神戸医療生活協同組合 いたやどクリニック)
梁勝則(林山クリニック 希望の家)

背景

現在、在宅医療は、介護力の不足、家族へのコストシフトに見られる経済的問題、そして「多数の人が病院で死ぬ」という事実象徴される死生観等々の点で大きな障壁に直面している。最大の要因とされる介護力不足の現況は様々な場面で深刻な論議を惹起しているが、中でも絶対的に介護力を欠く単身世帯(一人暮らし)の高齢者の場合、在宅医療は少数の例外的事例を除いて至難とみなされ、医療者にとって最も頭を悩ます問題となっている。

現実に超高齢社会の進展により独居老人は急増の度合いを一段と強めており、2015年には500万人を超す勢いとされる。2005年度の本邦の国勢調査では、65歳以上の一人暮らしを「一人暮らし高齢者(高齢単身世帯)」と定義している。同調査では、一人暮らし高齢者は3,864,778世帯(高齢親族のいる一般世帯数の22.5%)で27.5%増と大幅に増加しており、65歳以上人口に占める割合は15.1%と2000年(13.8%)に比べ上昇している。今後、在宅医療の展望は独居高齢者の対策いかにかかっていると看做しても過言ではないと思われる。その意味で、地域コミュニティが崩壊したとされる都市部での独居高齢者の在宅医療の可能性(ひいては限界性)を明らかにすることは大きな社会的意義を持つと考えられる。

一方、悪性疾患(がん)は現在の本邦における死因の第一位である。2005年度のがんによる死亡者数は325,941人であり、実に死亡者全体1,083,796人の30.1%を占める。しかしながら、本邦での在宅がん看取り率は全国平均8.3%(2008年度)と著しく低く、これからの超高齢社会の到来を鑑みると在宅がん看取り率の改善が急務である。また、独居高齢者におけるがんの在宅医療のモデル化考案に成功すれば、その方法論は他の疾病にも応用できる可能性があると考えられる。

当院はスムーズな在宅療養への移行のために顔の見える連携を心がけており、開業医が中心となっている「神戸西在宅ケアネットワーク」に参画している。同ネットワークは神戸市西部地域の在宅診療をエリア的にほぼカバーすることができており、2010年度のネットワーク全体での在宅総看取り数は219名、その内のがん患者数は160名となっている。当然、その中には単身独居世帯も含まれているが、ネットワークに参加している各施設ともに独居患者のサポートやケアに苦慮しているのが実情である。最期まで自宅で過ごしたいという希望を持つ独居患者の希望をかなえるために、我々はヘルパーサービスなどの地域の医療・介護リソースを利用して患者のケアに努めているが、その一方で残念ながら最期まで自宅で過ごすことが困難となる事例も多数存在する。

そこで、今回我々は独居高齢者における在宅医療に特化して、独居患者が直面する医療・介護・経済的な問題について多面的・重層的に解析し、単身世帯の在宅医療を可能とする条件を

検討した。

目的

本研究の目的は、1) 当院の自験例における単身独居がん患者の終末期の療養場所(死亡場所)と関連する医療・介護・経済的要因を検討し、独居患者の在宅療養の希望を阻む要因を明らかにすること、2) 近隣開業医とのネットワークである「神戸西在宅ケアネットワーク」における独居患者についても同様の検討・解析を行い、より広い地域における単身独居患者の死亡場所と関連する要因を明らかにすること、である。

対象及び方法

1) 2006年4月から2010年6月までの期間に死亡した当院の在宅患者132名のうち、独居がん患者12名(9.1%)を対象として死亡場所と関連する医療・介護・経済的要因の検討を行った。

2) 神戸西在宅ケアネットワークに属する6施設(在宅療養支援病院1施設、有床診療所1施設、無床診療所4施設)において、2004年7月から2010年6月までの期間に死亡した在宅独居患者90名を対象として同様の検討を行った。

本研究における独居患者とは「同居人のいない一人暮らしの患者」、すなわち単身世帯と定義した。また、終日独居とは「親族等の介護者介入がない(もしくはほとんどない)状態」、日中独居とは「ほぼ毎日ある一定の時間だけ別世帯の介護者が介入する状態」と定義した。すなわち、本研究での日中独居とは、いわゆる一般的に言われている日中独居(同居家族が仕事等である一定時間不在となる状態)とは異なる。

統計学的解析では、検定法として1)ではMann-Whitney's U test 及び Fisher's exact test を用い、2)では unpaired Student t-test 及び χ^2 test を用いて、それぞれ解析をおこなった。連続変数は全て mean±SEM で表記した。

また、本研究はヘルシンキ宣言に則って行われた。

結果

1. 自院での独居がん患者における検討

まず、観察期間内に死亡した当院の独居がん患者 12 名を死亡場所別に在宅死群及び施設死群(病院及びホスピスでの死亡)の 2 群に分け、医療・介護・経済的要因について比較検討した(表 1)。

年齢、性別、介護度、生活保護受給等については 2 群間で有意な差は認められなかった。麻薬投与については、在宅死群で有意に麻薬を投与された症例が多かった(在宅死群 vs. 施設死群; 90% vs. 0%, $p<0.05$)。ヘルパー及び家政婦利用や、主たる介護者についての検討でも 2 群間で有意な差は認められなかった。独居状態(日中独居あるいは終日独居)も死亡場所とは関連していなかった。

2. 当院及び開業医グループでの在宅独居患者における検討

地域開業医グループと共同で多施設の症例における同様の検討を行った。観察期間内に死亡した独居患者 90 名のうち在宅死は 36 名(40%)であり、そのうち 1 名はグループホームでの死亡であった。一方、施設死は 54 名であり、ホスピスでの死亡が 33 名、病院での死亡が 21 名であった。

在宅死群及び施設死群の 2 群に分けた比較検討では、年齢、性別、悪性疾患率、要介護度、生活保護受給率、退院前カンファレンス施行率、在宅医療導入から死亡までの日数、紹介元機関、ヘルパー及び家政婦の利用率、主たる介護者、の各々において両群間で差は認められなかった(表 2)。救急車要請率(6% vs. 35.2%, $p<0.005$)及びレスパイト入院回数(0.06 ± 0.04 vs. 0.26 ± 0.07 , $p<0.05$)は在宅死群で有意に低かった。一方、死亡前一週間の往診・訪問看護回数は在宅死群で有意に多かった(3.9 ± 0.4 vs. 0.6 ± 0.2 , $p<0.0001$)。独居状態(日中独居あるいは終日独居)は死亡場所とは関連していなかった。また、悪性疾患患者のみ($n=78$)におけるサブ解析でも同様の結果であった(データ未公表)。

考察

今後、日本は人類が未だ直面したことのない多死社会となることが予想されており、中でも単身世帯の独居患者の看取りは今後の重要な社会問題となることが予想される。本研究によって単身独居患者の在宅療養に影響を及ぼす要因が明らかとなり、具体的な問題点を浮き彫りにすることができれば、病院、開業医(診療所)、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等がより緊密な連携を行い、独居患者の療養上の問題点に前もって対処・対応することが可能となり、今後

より一層、患者のニーズに即した在宅医療を地域として提供できるようになることが期待される。

まず、本研究での自院における在宅独居がん患者の検討では、麻薬投与以外に統計学的に有意な差は認められなかった。在宅死で麻薬使用が多く、施設死で麻薬投与が少ないという結果は、がん終末期の症状緩和が施設入院の主たる目的ではない可能性を示唆している。逆に、在宅でも麻薬を適正に使用すれば、独居であってもその最期まで自宅で療養することができるということかもしれない。一方、独居状態についてはサンプル数が少ないため残念ながら死亡場所との関連は認められなかった。

次に、神戸市西部地域において複数の在宅看取り対応施設が参画している「神戸西在宅ケアネットワーク」における多施設共同研究の結果では、観察期間内に死亡した独居患者 90 名のうち在宅死は 36 名 (40%) であり、ホスピスでの死亡が 33 名 (36.7%)、病院での死亡が 21 名 (23.3%) であった。慢性疾患を含めた独居患者における在宅看取り率が 40% という数字は驚くべき結果であり、本ネットワークのある神戸市西部地域においては、独居は在宅死の阻害要因とならないのかもしれない。在宅死 40%、ホスピス死 36.7%、病院死 23.3% という割合は、欧米諸国の死亡場所割合と非常に近似しており¹⁾、当地域においてシームレスな医療連携が構築されていることを如実に表している。

また、在宅死群において救急車要請率やレスパイト入院回数が有意に低く、死亡前一週間の往診・訪問看護回数が有意に多かったという結果は、独居患者の強い在宅死への希望に我々医療従事者が応えることによって、救急車要請率やレスパイト入院回数が低下し、その代わりに往診・訪問看護回数が増えた、という可能性を示唆するのもかもしれない。すなわち、独居患者の希望に沿った在宅医療の実践が、独居患者の希望する在宅死を叶えることにつながったと考えられる。

近年、地域社会として患者をサポートするシステムの構築が必要となっており、その足がかりとして我々は、1) 当院の医師が「地域の在宅医」という立場で中核病院における退院前カンファレンスへ積極的に参加し、在宅緩和ケアをスムーズに導入する、2) 近隣の開業医・中核病院との地域連携フォーラムを開催し地域における問題点を考える、3) 神戸市西部地区の在宅緩和ケアに従事している診療所・ホスピス病棟、がん拠点病院、大学病院などが参画している「神戸西在宅ネットワーク」に参加し、地域におけるシームレスな緩和ケアネットワークの構築を目指す、といった活動を行い、face-to-face の地域連携構築を模索している。当院のように入院設備のある病院が地域に在宅医療を提供するという医療モデルは現在の我が国では非常に珍しい試みではあるが、我々は当院のような「病院が取り組む在宅医療」には地域からのニーズや重要な社会的役割が存在する、と考えている。

特に、独居高齢者の在宅生活は複数のフォーマルサービスやインフォーマルサポートによっ

て支えられており、医学的サポートニーズが高い場合には適切な時期に施設や病院と在宅間の移行が可能となるシステムやネットワーク作りが必要である²⁾。また、システムの確立により在宅看取りが増えれば、患者・家族が喜び、病院は本来の救急・救命医療に専念でき、さらに医療費が少なくて済み、少子高齢化の日本を救うことにつながる¹⁾。そこで我々は、本研究を通じて開業医グループとの連携を深めた結果、神戸市全域をカバーする新しい在宅看取りネットワークである「神戸在宅ホスピスネットワーク」の構築へ向けて現在各部署との調整を行っており、独居であっても在宅でも施設でも安心して人生の最期を迎えることのできるシームレスな環境を提供することを目指して活動を開始している。本研究の結果からも、独居患者であっても患者の希望する場所で最期を迎えることができるように、患者の希望に寄り添うような在宅医療が求められていると我々は考えている。

本研究で検討した医療・介護・経済的要因は独居患者の死亡場所と関連していなかった。しかしながら、当地域では独居患者であっても非常に高い在宅看取り率を達成することができており、独居は在宅死の阻害要因とはならず、また患者の希望に沿った在宅医療の実現が最も重要である可能性が示唆された。すなわち、独居患者の在宅医療を実現するためには個々の医療・介護・経済的リソースはさほど重要ではなく、いかに患者の希望に応えることができるかが問われているのかもしれない。本研究の結果に基づく在宅医療モデルの方法論は、癌以外の慢性疾患でも十分に適応・応用が可能であると思われる。これからの本邦の独居老人は増加の一途をたどると思われ、独居高齢者の在宅医療の可能性を明らかにすることは、これからの本邦の未来にとって大きな社会的意義を持つと考えられた。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による。

参考文献

- 1) 小笠原文雄:在宅医療実践のツボ～在宅緩和ケアを中心に～. 岐阜県医師会雑誌 2010.4.
- 2) 平田麻紀子・他:独居高齢者の在宅生活を継続させる要因-東札幌病院在宅介護支援センター、訪問看護ステーション東札幌における独居高齢者の現状分析-. 癌と化学療法 26:Supplement II, 259-262, 1999.

(表 1) 当院の独居がん患者における検討

	在宅死 (n=10)	施設死 (n=2)	p
年齢 (歳)	74.0±4.5	83.0±9.0	ns
性別 (M/F)	5/5	1/1	ns
介護度 (要介護)	2.6±0.7	4.5±0.5	ns
生活保護 (n,%)	1 (50%)	1 (50%)	ns
紹介元機関 (n,%)			
自施設	3 (30%)	2 (100%)	ns
がん拠点病院	4 (40%)	0 (0%)	ns
地域中核病院	3 (30%)	0 (0%)	ns
退院前カンファレンス (n,%)	3 (30%)	0 (0%)	ns
麻薬投与 (n,%)	9 (90%)	0 (0%)	<0.05
死亡前一週間の往診・訪問看護回数 (回)	6.1±0.5	1.0±1.0	ns
ヘルパー使用 (n,%)	7 (70%)	2 (100%)	ns
家政婦使用 (n,%)	3 (30%)	0 (0%)	ns
主たる介護者 (n,%)			
兄弟姉妹	1 (10%)	0 (0%)	ns
息子世帯	4 (40%)	1 (50%)	ns
両親	1 (10%)	0 (0%)	ns
親戚	1 (10%)	0 (0%)	ns
ヘルパー・家政婦	3 (30%)	1 (50%)	ns
独居状態 (n,%)			
日中独居	1 (10%)	0 (0%)	ns
終日独居	9 (90%)	2 (100%)	

表記は mean±SEM、ns; 有意差なし。

(表 2) 当院及び開業医グループの在宅独居患者における検討

	在宅死 (n=36)	施設死 (n=54)	p
年齢 (歳)	75.8±1.7	75.9±1.4	ns
性別 (M/F)	15/21	19/35	ns
悪性疾患 (n,%)	32 (88.9%)	46 (85.2%)	ns
介護度 (要介護)	2.6±0.4	2.2±0.5	ns
生活保護受給 (n,%)	7 (19.4%)	14 (25.9%)	ns
紹介元機関 (n,%)			
自施設	18 (50.0%)	34 (62.9%)	ns
がん拠点病院	8 (22.2%)	11 (20.4%)	ns
他病院	9 (25.0%)	9 (16.7%)	ns
他診療所	1 (2.8%)	0 (0%)	ns
退院前カンファレンス (n,%)	4 (11.1%)	4 (7.4%)	ns
在宅導入から死亡までの日数 (日)	80.5±42.8	71.9±23.1	ns
救急車要請 (n,%)	2 (6%)	19 (35.2%)	<0.005
レスパイト入院回数 (回)	0.06±0.04	0.26±0.07	<0.05
死亡前一週間の往診・訪問看護回数 (回)	3.9±0.4	0.6±0.2	<0.0001
ヘルパー・家政婦利用 (n,%)	20 (55.6%)	22 (40.7%)	ns
主たる介護者 (n,%)			
親	1 (2.8%)	0 (0%)	ns
子供	21 (58.3%)	25 (46.3%)	ns
兄弟姉妹	3 (8.3%)	9 (16.7%)	ns
親戚	1 (2.8%)	4 (7.4%)	ns
知人	0 (0%)	1 (1.9%)	ns
ヘルパー・家政婦	9 (25.0%)	9 (16.7%)	ns
なし	1 (2.8%)	6 (11.1%)	ns
独居状態 (n,%)			
日中独居	14 (38.9%)	14 (25.9%)	ns
終日独居	22 (61.1%)	40 (74.1%)	

表記は mean±SEM、ns; 有意差なし。

感想

この度は本研究に対して助成いただけたことを非常に感謝しております。本研究における当初の仮説は、独居患者において、1)悪性疾患の方が在宅看取りを達成しやすいのではないか、2)生活保護受給者の方が経済的に有利ではないか、3)ヘルパー・家政婦を積極的に利用している方が在宅看取りを達成しやすいのではないか、4)独居状態によって違いがあるのではないか、というものでした。しかしながら、本研究の結果からは全ての仮説は否定され、重要なのは個々の医療・介護・経済的リソースではなく、いかに患者の希望に応えることができるか、ではないかと考えられました。多施設で研究を進めていく中で、まさに face-to-face の関係を構築することができ、さらに地域医療連携がスムーズに進むようになったと実感しております。

助成のシステムについては、若干助成期間が短いように感じました。特に、研究を行って論文を作成し医学雑誌に投稿するというプロセスには、やはり少なくとも1年はかかると思われます。本研究においても、論文投稿までのプロセスを考えて予算を計上しましたが、実際には1年間でそこまでプロジェクトを進めることができませんでした。今後のご参考になれば幸いです。