

2010 年度 在宅医療助成 指定公募（後期）

「看取りを伴う在宅医療の地域ネットワーク作り」

完成報告書

<テーマ>

看取りの在り方についての啓発活動のシンポジウム開催

申請者 : 矢崎 弘志
所属機関・職名 : JA 北海道厚生連倶知安厚生病院
総合診療科 ・ 医長
所属機関所在地 : 虻田郡倶知安町北 4 条東 1 丁目 2 番地
提出年月日 : 平成 24 年 3 月 8 日

在宅看取りシンポジウム助成 報告と感想

倶知安厚生病院総合診療科 矢崎弘志

平成 23 年 5 月 17 日

地元羊蹄医師会会長皆川先生、理事中川先生、倶知安厚生病院医師 5 名が参加して、今後の活動についての打ち合わせを行った。

5 月 19 日

京極町において大田仁史先生の講演会を行いました。高齢になっても在宅でできるだけ長く暮らせるようにシルバーリハビリ体操の意味と実際を解説いただいた。

5 月 28 日

倶知安町第一会館で、後志地域医療人育成協議会と共催で「地域医療を育てる集い」を行い、地域医療を守るために一次救急の整備とともに「在宅・福祉施設での看取り」の重要性を住民に訴えた。103 名の参加があった。

6 月 26 日・7 月 30 日

地域医療の中での在宅・福祉施設での急変時の対応について、議員、消防隊、行政職員が集まり、勉強会を開催しました。各会 30 名の参加者があった。在宅医療は救急とも密接な関連があることが認識された。

8 月 25 日

一般社団法人地域医療教育研究会と共催で 12 月 3 日に「在宅・福祉施設看取りフォーラム」(仮題)を開催することとし、そのときの基調講演演者、シンポジストについて協議した。

11 月 15 日

シンポジストが集まり、打ち合わせを行った。

12 月 3 日

「後志在宅医療推進フォーラム」として倶知安町第一会館にて開催した。住民、医療介護スタッフ等約 50 名の参加があった。行政からの医療・介護施設への連絡がうまくいってなかったことが後で判明した。

12月5日

京極町にて「地域支え合いネットワーク会議」を開催した。認知症や看取りについて住民から貴重な意見をいただいた。

2月6日

京極町にて「地域支え合いネットワーク会議」を開催した。見守りについて来年度の取り組みについて意見をした。

2月20日・21日

京極町において今後に向けての「看取りを伴う在宅医療についての・町民・医療従事者の意識調査」を行った。

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成による1年間の活動をさせていただきました。助成よりこれまでの意識のみで先行していたものが大きく目に見える形で進展できたことを心より感謝いたしております。

実際には地方病院の医師不足もあって、外来・入院・福祉施設診療等の多忙さも相俟って活動は計画通りには行きませんでした。しかし、地域住民やスタッフの在宅医療への意識は着実に大きく変わってきたと考えております。

平成24年度も助成はありませんが、在宅医療を支える活動は伸展していくものと思われ
ます。

平成 23 年 5 月 19 日（木） 京極町介護予防講演会

『住民参加の介護予防とシルバーリハビリ体操』

大田 仁史（茨城県立健康プラザ管理者）

今日のテーマは「住民参加の介護予防とシルバーリハビリ体操」である。この写真はおもちゃではなくロボットで、体操ができる。体操やるぞというので「体ぞう」という名前で、生意気に口答えも少しする。これは転倒予防体操のひとつだ。指導士さんは人間であるから間違えることもあるが、ロボットはぜったいに間違えない。だが人間がやるようにはうまくできない。こういうロボットを使いながら指導士さんは一般の方に体操に興味を持ってもらおうという形で使っている。

団塊の世代の課題というのは、昭和 22 年生まれの人が、ペアっと増える状態を「団塊の津波」と言っている。まさに津波のごとく、バアっと押し寄せてくると、津波が来る前にそう言っていた。

茨城県の新聞に毎週書いているコラムで昨年、団塊の人たちの津波がやってくる、この人たちに対してきちんと受け止めようとする堤防をしっかりと作らないといけないという趣旨の絵を掲載した。堤防というものの中身は何かというと制度を整えてサービスの量を増やすことで、団塊の世代が増えたときの対策である。それでも押し寄せてくるとというのが今度の津波ではないが、想定した堤防を越えてくる。それで、そういう絵を描いた。

団塊の人たちの津波には 3 波ある。2015 年が第 1 波で、何が問題かという、まずは年金が問題になる。年金を払えなくて、受給するのを 70 歳以上に延ばそうとか、あるいは額を減らそうとか、あるいは税金を上げようとか、そんなような問題が起こってくる。

それから 10 年後、2025 年に第 2 波が起きる。これは医療介護の問題だ。この人たちが全て 75 歳以上になり、どうしても医療が必要になったり介護を受ける人が増えてくる。そういう意味での津波が 2025 年だ。それから 10 年経った 2035 年はどうなるか、これは多死事態、この人たちがだんだん死んでいく。亡くなる方が増えてくると、東京や都市部では葬祭場が足りなくなる。葬祭場が足りなくて、お葬式を挙げるのに順番待ちになる、という問題が起こってくる。

ひとつ問題として考えなければならないのは、孤独死だ。これが増える可能性がある。団塊世代は核家族を作ったから、歳をとると老老世帯になる、そしてどちらかが介護が必要になると老老介護だ。両方が認知症になって介護すると、認認介護に至る。そしてどちらかが亡くなるとこれは独居高齢者、孤独老人みたいな状態。

実際の津波は予想ができないが、人の津波は計算できるからそれぞれに対策は取れると私は考える。

津波がとてもひどかった。避難所へ体操指導で入っているのは、シルバーリハビリ体操指導士だ。高萩市の避難所に出かけて行ってくれている。こういう大きな災害が起ると、物流が途絶える。物流が途絶えるだけでなく、人が動けなくなる。ガソリンがなくなっ

てしまい、人も動けない。そうすると、こういう人たちのことを面倒見て差し上げるのは、その地場の人でないとやっぱりだめだということがつくづくわかった。皆さんたちがご存知のエコノミークラス症候群があるが、脚の血管の中に血が詰まってきてそれが肺に詰まり死んでしまったりする。今回の津波では高齢者の 50%くらいに見られるが、身体を早く動かすと治る。そういうことの支援に体操指導士が入った。そういうことができる人が各地区にしっかりいないとだめで、行政だけでは頼りきれない。それから専門家だけでは頼りきれない、数がとても足りない。つまり、自分たちがしっかり学んで自分の身体だけではなくて人様も面倒見ようという考え方にたたないとだめだ。今回は災害だが、団塊の世代は津波で来るので、まさに同じことが言える。

この人の津波の場合はどうするかと言うと、制度を整えてゆくということだ。介護であれば介護保険の制度をもう少しきちんと整える、医療制度を整える、連携をしっかりとといったことをしてゆく。それと同時にサービスを増やしていくことだ。このサービスも公的なサービスだけではなくて、いわゆる非公的なサービスも増やしていかないといけない。これは当たり前のことで、誰でも考えられる。

対策 2 は、大きく分けるとふたつある。ひとつは、みんなの前ではちょっと言いにくいことだが、今日はここだけの話として言うと、団塊の世代は大勢やってくるから、この津波を崩せばいい。津波を崩すには 2 つあって、言えない方を先に言うと、何人か何割かの人を少し前倒しで死んでもらう。何人かの人、昭和 21 年生まれや 22 年生まれの人を前倒しで死んでいってもらえばいい。

それは言えないとしたら、もうひとつの方は、健康寿命を延ばして後ろによってもらう、何割かの人を。何割くらいの人が行けばいいかと言うと、みんなが行ったら何にもならない。私の勘で言うとだいたい 2 割くらいだ。2 割くらいの方が平均より健康で長生きしてくれるといい。

そうすると健康寿命がどのくらいかということ調べておかなくちやいけない。これを 4 つに分けて都道府県毎に調べた。命が長いグループ、命が短いグループ、障害がある人が少ないグループ、障害のある人が多いグループに分けてある。そうすると障害のある人が少ないグループ、ここが一番いい、望ましい。命が長く障害がないので、健康寿命が長いグループ。私の住んでいる茨城県は 4 つに分けるとどこに入るか。障害のある人が比較的少ない、ところが命が短い。これはどういうことかと言うと、倒れたらおしまいだということだ。医療・福祉が整っていないこうなる。

それでは北海道はどうなっているか、男性も女性も命が長いグループに入る。しかし、障害がある人が多いグループに入る。これはどういうことかと言うと、救命救急に関してはそれなりに整っている。あるいは、障害がある人が多いというのは、後のリハビリテーションがちゃんとっていないのかと考えられる。そこに介護予防という考え方も入ってくる。

北海道はひとまとめで、市町村毎には調べていない。茨城では毎年こういうのを出して

おり、44市町村あるが、一番長いところと一番短いところの市町村でかなりの差がある。2年間、65歳の男性があとどのくらい健康で生きるかというのを出すと、2年くらい差がある。市町村で2年の差があるということこれは大きな意味があり、もうこの市町村の保健師さんや包括の人は必死になって活動している。市町村も必死だ。

女性はどうかと言うと、平均値だ。男性の場合は65歳から16~17年は生きるということになる。65歳から16~17年というのだいたい82~83歳だから、81~82歳くらいまでは健康的に生きるということになる。女性は、だいたい1年くらいしか差はないが、平均値はここで女性の場合は65歳から20年ちょっとまでは健康で生きる85歳くらいまでは健康で生きる。

先ほど申し上げた、後ろへ行くということはどうか。私の計算では2割くらいの人が4~5年長生きしてくれればいい。そうすると女性で言えば、これに4~5年足してだいたい90歳くらいまで健康でいてほしい。90歳くらいの方はたくさんいるが、老人ホームにたくさんいるのではだめだ。健康で90歳くらいまでの人が2~3割、まあ2割くらい、後の人は平均でいい。普通にしていればいい。だからこの話を聞いた人は少なくとも65歳以上の人はそのつもりで頑張してほしい。

日本全体の人口図。どこかでご覧になられた方がいると思うが、ピラミッドにはなっていない。若い人が少ないからそうなる。今問題なのは、この人たちはこれからほぼ40年経つと、みんななくなる。団塊世代でもトップランナーが63歳くらいなので、103歳くらいになる。この40年間をどうするかということだ。その間、自助・互助、その間で自分のことを考えろということと、助け合うことをしっかりするということだ。この自覚を持たないといけない。

茨城県では、平成14年から、ヘルパー3級取得県民運動というのを始めた。ヘルパー3級くらいの資格、介護能力をみんな持っていれば、お互いに助け合える。介護するときされるときもいい。同時に中学生のヘルパー3級取得運動も進めた。中学生も一生懸命やって、みんな中学生がやさしくなり、ボランティアにもすぐに出て行けるようにしている。

長崎というのは自宅に帰るのに200段300段の階段というのは普通だ。200段300段の階段というのは大変で、降りるのは降りたけれど、もうあがってこられないこともある。そういうときのヘルパーがいる。担ぎ屋さんだ。感心するのは上で担がれている、おんぶされているおじいちゃんかおばあちゃんが、必死になってしがみついている、しがみつく力というのは、ものすごく大事だ。

介護予防の1番は、できる限り介護を受ける状態にならないように、怪我をしないようにする、これは理解しやすい。もうひとつ大事なのは2番目だ。2番目の方をしっかり今日は覚えてほしい。それは、たとえ介護を受けるようになって、最後まで介護を受けるのが困難な状態にならないこと。介護を受けるのが困難と言うのはどういうことかということ、指が曲がってきたりして、指が伸びなくなれば爪が手のひらに食い込んでくる。そうすると介護で爪を切ろうとしても爪が切れない。股が広がらない人も多い。オムツを取り替え

人はどうするか。2人がかりで介護士さんがやったりする。ところが股が広がれば、軽く一人でできれば、介護をするのが楽になる。手間隙が省ける。これは立派な介護困難の予防だ。しかもそれは人間の尊厳にかかわることだ。

2番目の考え方が欠落しているというのが実は日本では大問題だ。先ほど話したように指が曲がってきて爪が手のひらに食い込んで手のひらを傷つける、爪を切ってあげようと思っても痛がってできない、こう拳骨になった手がわき腹にどうしても当たってこの辺を傷つける、また腕を引っ張ったら痛がってどうしようもない。病院に連れて行ったらぼんぼんと切り落としてくれる。それでいいのか。これで介護困難な状態は解決したのか。人の尊厳は守られたのか。

介護予防の二つの線、これは大事だ。座ることが大事、立つことも大事、実はこれはセットになった問題だ。人間がとり得る姿勢というのは、基本的な姿勢は厳密に言うと4つしかない。寝ている、座っている、膝立ちになる、立っている。たったこれしかない。これで我われは日常の生活をしている。これ以外の姿勢で、日常の生活をすることはない。

では、寝ていると座っている間の線は、寝ているというのは実は骨盤が寝ているということだ。座ると骨盤が立っている。骨盤が立つと言うことは、どういうことかと言うと、トイレに行ける可能性が出てくる。寝ているとトイレには行けない。トイレに行きたいときにトイレに行くというのは、とても大事なことだ。座っていてこそ、ここで尊厳を守る線にもなっているから、ここは頑張って守っていく。寝ていると無重力になるところがたくさん身体に出てくる。それは宇宙医学でどんどんわかってきた。高齢者の場合はどのくらい寝ていると危ないかという、4日寝ていたら危ない。3日と4日の線というのはぐんと違う。

もうひとつ、超えねばならぬこの一線とは外出だ。外出して人と会うのがどれほどいいか。認知症予防にもいい。脳を刺激されて、前頭野の46野というところが刺激されて、記憶の中樞を刺激される。昔から外へ出る人は外へ出ない人と比べて認知症になる確率が少ないと言われている。外に出て人と会うというのが社会参加だ。1日3人以上、家族以外の人と会っているとボケないと言われている。

この反対は何かというと閉じこもり。身体の不自由な人はちょっと仕掛けが要る。これは車椅子だ。車椅子で外へ出て、そして洋式トイレを使えることを念頭に置く。あまり重たいとだんだんやらなくなる。気持ちがあってもできなくなる。だから介護を受ける人は少しスリムにならないといけない。軽い・重いはなんで決まるかという、これは重量とは違う。

もうひとつは人間関係だ。人間関係が悪いと重たくなる。赤ちゃんがむずがるとお母さんが抱っこするのはそれだ。プロでも人間関係が悪くなると、重たくなる。双方に介護知識技術があればいい。少しの間、背もたれなし座位が保持できないといけない。少しの間、だいたい10分間くらいだ。背もたれの座位、これは目的によって長いほうがいい。これは大事だ。移る、難しい言葉で恐縮だが、移譲力と軽い介助で立ち上がるのが大事だ。軽い

介助で立ち上がってすぐにしがみついても立っている、どのくらいかというところだと20～30秒、しがみついても20～30秒立ってくれるとパンツの上げ下ろしが出来る。これができる、車椅子が使える洋式トイレさえあれば、外に連れて行ける。歩けなくても、しがみついても20～30秒立つ、背もたれなしで10分くらい座っていられれば外出できるということだ。これだけ知って、いつか知らないとは大違いだ。

私の母親は91歳で脳梗塞になったが、家で療養をずっとして、こうやってしがみついても立っていられる。93歳で、「お前はしがみついても立っていられるからどこにでも行けると吹聴しているようだけれど、それだったらお父さんの命日にお墓参りに行きたいから連れて行って」と。93歳の年寄りが連れ合いの命日にお墓参りに行きたいと言うのは望外でもなんでもない。住んでいるのは静岡県掛川市、お墓は香川県の高松市にある。行ってみると、93歳の同級生と会って、もう20何年ぶりかであつたと言って、相手の言うことを聞かないでワア～と両方から話し合っていた。私でも、行けるということだ。最後まで人間らしい生き方をしなければいけない。

それには自分で自分を守ることが大事で、いつでもどこでも独りでも1日1ミリ、1グラムでも、シルバーリハビリ体操、やってほしい。いつでもできなくてはいけない。どこでもできなくてはいけない。独りでも、道具はいらない。1日1ミリ、関節筋を1日1ミリ伸ばすつもりでやってほしい。実際に1ミリ伸ばしてはいけない、1年で36.5センチ伸びてしまう、それはダメ、つもりでやってほしい。グラムは力。1グラムくらいの力を付ける、それはできる。

大事なのは何のためにどの筋肉をどう使って、どの関節をどう動かしているかを知ることだ。どうして体操にリハビリがついているのかと、時々質問を受けることがある。リハビリテーションという言葉は、これはハビリスという言葉をもとに置いた言葉で、ハビリスというのはふさわしいとか適しているというラテン語だ。これにリがついてエーションという接尾語がついている。そして、障害を負っても歳をとっても人間らしく生き、人間らしくあるという意味でリハビリテーションということだ。つまり人間らしくあるということだ。歳をとってもどんな状態になっても。それに役立つ体操だからリハビリ体操という訳だ。

立っていても出来る。立っていてもどうやっているかというところ、足の底を上を上げて上げるだけ。これがきちんと上がるかどうかというところ、骨盤のところを引き上げる、横にある腰方形筋を使う。この理屈を知っていると、これは骨盤のコントロールにもものすごく大事だ。全部理屈がある。捻るというのは人間の身体にとっても大事だ、捻るから硬くならない。捻るができなくなってくると起き上がるにも不自由になってくる。太ももの後ろを伸ばす体操の基本的なポーズだ。この部分が柔らかいと歩幅も出るし腰痛予防にもなる。大臀筋とお尻の筋肉を十分柔らかくストレッチする、股関節を十分に曲げてやる。十分曲げると反対側を持ち上げる筋肉をストレッチする役割もある。これを体操指導者に覚えてもらう。慣れると寝ていてもできるようになる。体操の考え方を整理しておかないといけな。特

に行政に携わる人や専門家は整理しておいてほしい。

基本は歩ける人はできるだけ歩ける力を維持してもらい、これに尽きる。いろんな運動があるが、トライアスロン、マラソン、北海道ならスキー、好きな人はやればいい。サイクリング、各種スポーツ、ダンベル体操、踊り、やる目的のための運動、メタボ、ご当地体操などたくさんある。出来る人はどんどんおやりいただきたい。しかし、いつかできなくなる。私もトライアスロンをやったことがあるが、一回やってわかったのは、健康に良くないということだ。

歩くことが大事だ。やはりこの体操だけは、先ほど言った、ぼきぼき骨を折られたりしないために、きちんと覚えておかないといけない。NHKのみんなの体操のレベルではない。あれではダメ。

指導者の3級はこのように勉強している。60歳以上にならないと受講資格が生じない。だからみんな一生懸命。2級もあり、3級でしばらく働いて、2級はみんなの前で、その人のペアが決まって体操をやる。1級というのは、一般の人や3級の人を育てることが出来る。1級になると、地域の住民に講義をして体操を教える。簡単に言うと、1級の人は3級の人を育てることができる。今は、2級の人を育てる仕組みまで作った。研修時間は、3級で40時間、2級で25時間、1級は20時間の座学と8日間の実習だ。これを2015年までに1万人作る。今は3984人、もう少しで4000人。今、1級の方が座っている教室が我われのところではできないので別のところで教室を開いてやっている。それで4000人を超えることができる。1級を育てた人が1000人以上、要するに4分の1以上は住民が住民を育てた人だ。これが大事だ。昨年の活動状況は今集計中だが、指導士さんが参加した延べ人数が65,000人、ボランティアだ。この人たちに一人1000円払ったとすると6500万円、2000円払ったとすると1億3000万円、これを全部手弁当でやってくれる。そして参加してくださった方は延べ人数で33万人だ。指導士さん毎の交流会は、みんなで指導士さんたちが交流会をやってくれる。あっちの町へ行ったりこっちの町へ行ったり、大活躍。ほっといてもどんどん活躍してくれる。個人の力は小さいけれど連帯の力は無限だ。

超高齢者社会というのをどうやっていくかということは、住民自らが学ぶ、学ばなければだめだ。力を付けて自らが社会に役立つ行動をする。世代を超えた互助、共助の精神、官民一体となって。こういう気合がないと先程の長高齢社会は乗り切れない。そういうことを京極町で、ぜひしていただきたい。

平成 23 年 12 月 3 日（土） 後志在宅医療推進フォーラム

基調講演 『地域での看取りの実際』 矢崎 一雄（静明館診療所）

2001 年に静明館診療所をつくった。最初から在宅医療を行うための診療所ということで始めた。この形態は、首都圏ではすでに介護保険施行前の 1990 年代後半くらいからできていたようだ。私も 1998 年頃、三重県四日市市で在宅専門の診療所の草分け的な医師の講演を聞き、当時三重県で地域医療的なことをやっていたので、いずれ故郷に帰ってそういうことをやってみたいと思い、2001 年に札幌に戻って静明館診療所を始めた。ちょうど介護保険が施行された翌年のことで、それから今年で満 10 年になる。

今日は、地域での看取りということでお招きいただきお話をさせていただく。今日のシンポジストの皆さんのお話を伺うと、この地域で現時点でこのような話をするのは場にそぐわないのでは、という気もするが、札幌ではこうなっている、あるいはこれからの日本の方向性を考えると何年後かにはこうなるのかもしれないという形で聞いて多少とも参考にさせていただければと思う。

私の診療所は、保険収入ベースで 95%が在宅医療となっている。残りの 5%が一般外来なので、在宅に特化した診療所といえる。現在の在宅医療は都会型と地方型ではかなり違いがあり、私が行っているのは典型的な都会型。医療・介護資源が比較的豊富な地域での在宅医療実践になる。

静明館診療所の概要は、2001 年 6 月に開設。7 月 1 日から業務を開始した、在宅訪問診療を主な業務とする無床診療所で、診療圏は札幌市全域にわたっている。健康保険法上では、往診は診療所から半径 16 km以内という制約があるが、当院は札幌市のほぼ中央部にあるので、ほぼ札幌市全域をカバーしている。現在は、医師 2 名、看護師 5 名（常勤 2 名、非常勤 3 名）、事務員 2 名で運営している。この 10 年間で定期訪問診療の対象となった方は、11 月末までで 801 名（男性 298 名、女性 503 名）。12 月 2 日現在、定期訪問診療を担当している患者は、214 名（男性 54 名、女性 160 名）になる。

今日は、これから実際に診療所で訪問診療・在宅医療を対象とした方の統計についてお話したいと思う。患者の平均年齢は、81.9 歳（男性 76.3 歳、女性 83.7 歳）で 80 歳代が多数を占めている。この 10 年間で在宅看取りが 140 名で、このうち自宅が 107 名、施設が 33 名。年次別の担当患者数（図 1）。

各年の 6 月末で統計を取っているのので、2001 年は入っていない。2002 年 75 名ほどでスタートし、現在は 200 名ちょっと。ここ 3 年は、200 名を超えている。厚生労働省は、1

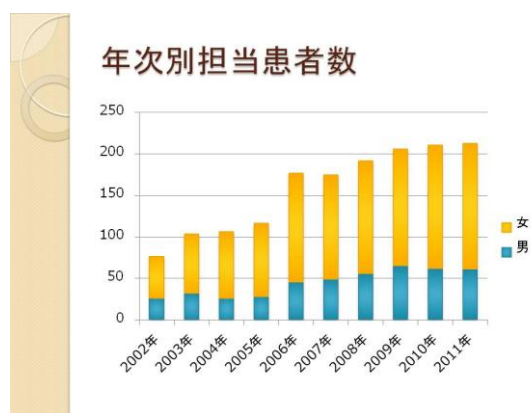


図 1 年次別担当患者数

人の医師が 50 人の在宅患者を診るとというのが適正うだが、当院はかなりオーバーした数を診ていることになる。

年間看取り数は毎年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの数字だが、だんだん増えてきている。担当患者数が増えてくれば、在宅看取り患者数も増えてくるということなのだろう(図 2)。

今まで当院の在宅医療の対象となった 801 名の患者の内容を見ていく。あまり医学的な分類とはいえないが 6 つの分野に分けてみた。

がん末期は、悪性腫瘍があつて在宅で緩和的ケアを要する患者と定義。進行性に主として神経系が侵され、行動が制限された患者を神経難病と定義した。(ただし、脳血管障害と認知症は除いている。)もともと「神経難病」という定義自体が医学的なものではない。「特定疾患」と国が指定しているものが 150 弱あり、その中の医療費公費負担になるものが 50 近くある。これらが一般に「難病」と言われており、その中には神経系統が侵されるものが 7 割ほどある。それらを神経内科の医師は神経難病と呼んでいる。在宅医療の中では比較的重要な対象となるので、特に独立してとりあげた。「高；齢者疾患」というのは便宜的な分類であるが、80 代後半から 90 代になるとどうして寝たきりになったのかよくわからない例も多い。その半数は認知症があり、あとは整形外科的疾患や内臓疾患などいろいろな疾患が入るが、どうして寝たきりになったのかよくわからない例も含めて、75 歳以上でがん末期や神経難病に分類されない人を「高齢者疾患」として一括した。「認知症」と「脳血管障害」は、高齢者疾患の代表的なものだが、75 歳未満で発症した認知症を「認知症」、同じく 75 歳未満で発症した脳血管障害を「脳血管障害」として便宜的に分類した。これら 5 つの疾患で、当院の患者の大部分を網羅してしまう。その 5 つの中に当てはまらない方の何人かはその他として一括した。

当診療所で在宅医療の対象となった 801 名を上記の定義で分類すると、「高齢者疾患」が 58%、これに 75 歳以下の「認知症」と「脳血管障害」をあわせると 70%近くになる。がん末期が 16%、神経難病は 9%、その他が 7%となっている。同じ基準で現在訪問診療中の患者を分類すると、がん末期が 2%に減少する。これはがん末期の平均在宅療養期間が他の疾患に比べ極端に短いことによる。(がん末期以外グループでは平均 700 日、2 年近くになるが、がん末期は 100 日強。)全国的に見ると、在宅医療を専門にしている診療所の中には、がん末期の在宅ホスピスとしての活動を主にしているところが一定の割合を占めているが、当院の様に在宅医療を必要とする人を全部診るというスタンスで活動している医療機関も多くみられる。

在宅の患者というのは一般外来の患者と違い、自分から病院に来なくなるということがないので、そのまま終了するまで診ていく割合が高くなる。どういう形で継続していくか、

年間在宅看取り数の推移



図 2 年間在宅看取り数の推移

終了していくかを分類してみる。在宅療養を継続している方、在宅で死亡される方、入院して亡くなる方、必ずしもすぐ亡くなるわけではないが、退院の見込みのない慢性期病院への入院、あるいは老人保健施設、特別養護老人ホームやその他の施設入所で終了する方。転院・転居で終了となる方。非常に少数だが外来通院になるケースもある。801名のうち

現在訪問診療を継続している方は27%、在宅死亡17%、入院死亡は24%、入院・入所が19%、転居・転院が11%、その他2%となっている(図3)。



当院の在宅患者の転帰

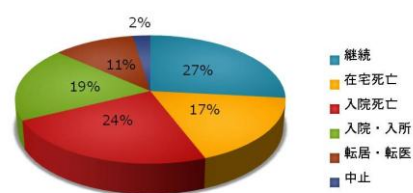


図3 当院の在宅患者の転帰

「入院死亡」と「入院」の境界は若干曖昧なところがある。地域全体の死亡統計を取る時は、病院・自宅・施設のどこで亡くなったかはっきりとした数字で出てくるが、在宅診療所から見ると、担当患者が入院してすぐ亡くなったという場合は、はっきりと入院死亡としてカウントすることができるが、入院してかなり後に別の原因で亡くなったり、入院した急性期病院から次の慢性期病院へ移って亡くなったというケースは、こちらで全ての状況を把握できるわけではないので、入院死亡と入院・入所の境界線がかなり曖昧になってしまう。在宅死亡と入院死亡を比較したい面もあるので、こちらで入院をお願いした延長線上で亡くなったと判断できたものを入院死亡にカウントした。

先ほど、疾患を6つに分けたが、その中で終了の仕方がどうなっているのか疾患別に見てみる。がん末期は在宅死亡が多く50%。現在、在宅医療のがん末期の半分ほどは在宅で亡くなるのが一般的で、在宅ターミナルケアに関して熱心にやっている医療機関ではこの率が上がってくる。それ以外の疾患に関しては、あまり全国的な統計はないと思うが、大体このような感じで、がん以外はどちらかという在宅死亡より入院死亡が多いというのが当院の傾向だと思う。継続中の患者を除外して、終了した患者だけを集めて見てみると、在宅医療を開始して在宅死亡までお世話できる患者は全体の4分の1である。

入院死亡統計が必ずしも当てにならないと言ったが、大体の傾向として入院死亡と在宅死亡が年次別にどうなっているかをみてみると、全体としての死亡数は増えていない割には在宅死亡の割合が増えているということが言えると思う。疾患別でどうなっているかを見ると、がん末期で死亡する人が多く、しかもその中で在宅死亡率が高いということが言えると思う。当診療所のように特別がん末期を診ているわけではないところでもこのような感じになる。

今度は、当診療所で在宅看取りをした方がどういう原因で亡くなったのかをみてみると、がん末期と高齢者疾患(老衰)は同じくらい。あとは全て5%以下である。当院のようなスタイルで在宅をしていると、がん末期と老衰が同じくらいになる、ということであろう。先程述べた通り在宅診療所からみる入院死亡という概念に曖昧な面があるが、入院死亡で

の割合をみると、がんは少なくなって、高齢者疾患が多くなる。もう一つ、神経難病の割合が高くなる。神経難病で多いものはALS（筋萎縮性側索硬化症）、脊髄小脳変性症、パーキンソン病であるが、在宅死亡率が高いのはALSで、それ以外神経難病を在宅で看取る例は少ないという印象である。死亡例を在宅と入院を合わせて全体で見ると、老衰が半分、がん末期は36%ほどとなっている。

自宅で看取られる条件は何かをみしてみる。私がいままでやってみての印象なので、どの程度一般性があるのかわからないが、まずは、本人または家族の強い意思があるのが一番大切だと思う。当事者側に、「暈の上で死にたい」という強い意思がないとなかなかそうはならない。「本人または…」となっているが、がん患者の場合はほぼ100%本人の意思である。がん末期で自宅で亡くなる方は、自分ががんだということを知っているし、間もなく死ぬということもわかっている。その上で、自分が自宅で死にたいという意志を表明している場合がほとんどである。これに対して老衰や認知症の場合は自分で意志を表現できないことが多く、そういう場合は、家族の中に誰か一人でも自宅で看取りたいという人がいると在宅での看取りとなる可能性が大きくなる。

次に最後まで看取ってくれる介護者がいるということも重要な条件である。看取ってくれる人を用意できないとなかなか自宅で死ぬことはできない。なお、札幌圏では、看取ってくれる介護者は、大部分が配偶者か娘である。日本で伝統的な、「長男の嫁が看取る」というケースは札幌圏の場合、少数派である。在宅看取りに限らず介護一般に関しても同じことが言える。

次の条件は、在宅で看取った時往診に応じて、死亡診断書を書いてくれる医師がいることである。患者を移動させずにその場で死亡確認して診断書を書いてくれることが必要になる。現在の札幌圏ではこのような医師を見つけることはそう難しいことではない。

そして、在宅看取りを支える医療・介護資源が豊富にあり、使えることも重要なことである。医師側から見ると訪問看護が重要である。札幌圏では患者が在宅で亡くなった時、最初に呼ばれるのは訪問看護の場合が多い。ただし、この地区では訪問看護師も訪問看護ステーションも少ないということなので、事情が違うかと思う。

在宅看取りにふさわしい基礎疾患とふさわしい平穏な経過も大事だと思う。在宅看取りでがん末期と老衰が圧倒的に多いのは、それらが在宅で死ぬのにふさわしい疾患だからだと思う。医師側からするとこの人が今、この死に方で死んでいいのかという判断は難しいことがある。自宅で寝たきりの人が肺炎で熱を出した、呼吸困難があるという時、入院して強力に治療をすれば良くなって帰ってくる可能性がある。このような時、入院を勧めないで自宅でそのまま治療してよいか、というのは医師としては判断に迷うところである。看る側にも「この人を最期まで家に置いてあげたい」と考えたくなる条件もあるのではないかと思う。その点で言うと、がん末期というのは非常に話が明快で、あまり迷うところがない。医師も本人も家族も迷わない。「自分の家で死ぬために退院する」ような性格があるので、在宅看取りをする場合に問題になる点が少ない。老衰も同様である。反対に難し

いのは、心疾患であろう。心疾患は経過が非常に急で、うまくいけばきちんと戻ってくる可能性がある。典型的なのは心筋梗塞ではないだろうか。これは自宅で死にたいと思っ
ていてもなかなかそうはいかない疾患の代表と言えるであろう。平穏な経過も在宅で看取
られるためには、大切なのではないかと思う。「在宅看取りにふさわしい平穏な経過」で
ない例を上げてみると、たとえば末期の胃癌や肺癌で在宅看取りのつもりで診ていたが、多
量の血を吐いてあたりが血の海になる様な状況では、本人も看ている家族も耐えられな
いことが多いし、医療者側もこのままでいいのか不安になるものである。

次に、施設における看取りについてもお話し
したいと思う（図4）。施設といってもいろ
ろなレベルの施設があり、上の3つは介護保
険という施設。この3つには、法的に医師配
置があり、特別養護老人ホームだけは例外的
にがん末期や限られた条件下で嘱託医師以外
の医師が往診に行けるが、老健や療養型病床
群には外部の医師は訪問診療や往診をするこ
とはできない。このため特養・老健・療養型
に関して、私は経験がなく、今回の統計には入
っていない。内情がどうなっているかというこ
とも私にはわからない。



施設類型における医療の違い

施設類型	医師配置	看護師配置	往診	訪問看護	院外処方
特養	△	○	△	×	△
老健	○	○	×	×	×
療養型病床群	○	○	×	×	×
特定入所施設	×	○	○	×	○
グループホーム	×	△	○	△	○
高齢者下宿	×	×	○	○	○

図4 施設類型における医療の違い

当診療所で扱っている施設は、特定入所施設（介護付有料老人ホーム）。この地区には該
当する施設がないとのことなので、皆さんにはイメージがわからないかもしれない。特定入
所施設は介護保険上の区分で、形態は施設だが、医療保険上は在宅扱いになる。特養・老
健・療養型と違い、ホテルコスト部分（家賃と食費）には介護保険は適用されない。グル
ープホームも、介護保険に規定された一つの類型で、認知症の人が一単位 9 人、一か所で
二単位まで、最大 18 人が共同で介護スタッフとともに生活しながら介護を受ける。これは
この後志管内にもいくつかあると伺った。医師配置はないので、診療上は在宅と同じ扱い
になる。高齢者下宿というのは、もしかすると札幌だけの現象かもしれないが、昔の学生
相手の下宿が高齢者相手に衣替えして、高齢者が入居して食事・介護付きの下宿生活をす
るもの。札幌は、このタイプが非常に多い。全国的にも一番初めにできたのが札幌で、札
幌圏以外ではあまりみられないのではないかと思う。これは介護保険上の施設ではなく、
今のところ規制は全くないので、いろいろな介護レベルのところが混在している。

これらは特養・老健・療養型病床と違い、外から訪問診療や往診に入ることは自由。訪
問看護に関しては、若干の違いがあり、特定入所施設には看護師配置があり、訪問看護は
入れない。グループホームには介護保険の訪問看護は入れない。医療保険の訪問看護は一
応可能だが、介護認定を受けている人の医療の訪問看護利用は制約を受けており、特定
の16の病気の患者か、それ以外は特別訪問看護指示書を書いて2週間だけ入る道しかない。

その制約の中では使えるが、限定的な使い方になる。それに対して高齢者下宿は一般家庭と同じように訪問看護は自由に入ることができる。

当診療所の在宅患者の中で施設で生活している人の割合を示したものである。患者全体で見ると70%が自宅、残り30%が施設である(図5)。「現在訪問診療している患者」で見ると一般家庭が60%で、施設40%とやや施設の割合が多くなって来ている。「在宅看取りの場所」という観点から見ると施設の割合は少なくなる。今のところは、自分の家よりも施設で看取られるのは難しいということだと思う。施設で診ている患者数は年々増えている。このうち施設での看取りを年次別で見ると

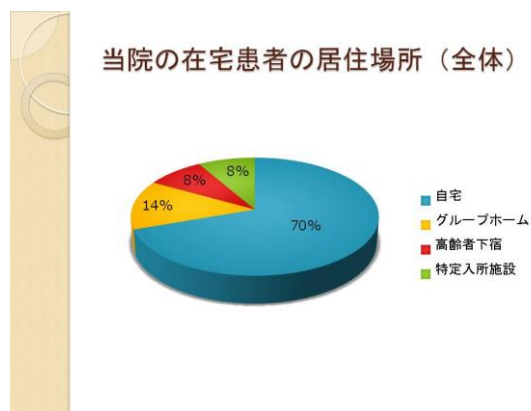


図5 当院の在宅患者の居住場所(全体)

2003年までは0だった。2003年頃在宅看取りの講演をするときは、「今のところ高齢者下宿は死に場所として社会的に認知されていない」という話をしてきた。その後、高齢者下宿で亡くなる方がぼつぼつと出てきて、今では施設系の中では高齢者下宿で亡くなる人が一番多い年が多い。グループホームは国の指針としてそこで看取りまで見ていくように方向性として出されているが、2005年頃から看取り例が出はじめて、今のところ年間5例以下である。

では、施設で看ている患者さんはあまり死んでいないのかということとそうでもない。診ている方が多くなれば亡くなる方も多くなるので、2005年と2011年は施設系で亡くなる人の率が高いように見えるが全体としては、自宅で看取られるよりは難しいと思う。自宅で看取られる方ががん末期が半分だとお話したが、施設では異なっている。死に場所としての認知の程度を表しているのではないかという気がする。10年間で施設で看取られた方は、64%が老衰、がん末期は18%で自宅看取りとはかなり違う。入院死亡の疾患割合とも若干中身が違って、一番近いのは入院して終了した人の疾患割合であった。

今度は、施設で看取られる条件を考えてみる。施設側が最後までここで看するという意思がはっきりしているところは、必然的にそういうことが多くなるし、そこが曖昧だと偶発的にそこで亡くなる以外は施設内看取りが発生しない。この施設で最期まで看するという意志が施設側にないと始まらないと思う。

次に、「最後まで施設にいる」という患者や家族の意思がないと施設内看取りにはなりにくい。「最後まで自宅に居たい」という人は多いが、施設にいる人が「最後までその施設に居たい」と思うかどうか。さらに、自宅で亡くなるというのは歴史的にそれほど違和感なく受け入れられるが、施設で亡くなるというのは、また社会的認知を十分受けているところまではいっていないのではないか。先ほどお話した高齢者下宿の話をする、札幌の高齢者下宿は身寄りのない高齢者が入居するわけではなく、家族が市内に住んでいるが、同

居はできないので預かってもらうという場合が多い。これも札幌の地域性ではないかと思うが、それにしてもそこで亡くなるというのは世間的に引かかるものがあるのではないかという気がする。今のところ、高齢者下宿で看取るのは特にそのことを熱心に進めているところ以外は難しいのではないか。介護付きの高齢者専用マンションが札幌でも増えてきており、これから都市部では、定着してくる可能性があると思う。そうなればもう少し自宅に近い形の在宅看取りになるかもしれない。「世間が死に場所と認めるかどうか」がとても大きな条件になると思っている。

それから、自宅死亡と同じで死亡診断書を書いてくれる医師がいること。今、お話ししてきた形式のところは配置医師がいない。特養・老健・療養型は配置医師または嘱託医師がいるため問題ないが、特定入所施設は医師と渡りをつけているところが多いと思われる。グループホームは、建前としては入居者一人ひとりについて決めなさいということなので、通院できる人は近くの病院に通院している場合もある。厚生労働省は今のところ、一つのグループホームを一つの在宅診療所が丸抱えで診るということは好んでいないように見える。普段訪問診療を受けていない人を看取ろうとすると、死亡診断書を書く医師がみつけられず困る場合があるかもしれない。施設内に医療部門（主に看護）を担う人がいるというのは絶対的な条件であると思う。これも特定入所施設は看護医師配置が法的に求められているので、看護師が必ずいるが、夜勤の看護師はいないところが多い。特定入所施設では夜間の看護体制が不十分なため最期まで置いておけなくなるケースが多い。グループホームに関しては、法的に看護師配置が求められていない。平成18年の介護報酬改定で医療連携加算という制度が出来、自前で看護師を用意するか外の訪問看護ステーションと契約して定期的に患者のチェックをしてもらうようにすると加算が付くようになったため、以前と比較すると外部の看護力を多少期待できるようになっている。当診療所で行っているグループホームで看取りが多いところは、経営陣に看護師がいるか、パートであっても看護師が少なくとも一人はいるところである。核になる人がいると、看取りが可能になる。

施設内の看取りにふさわしい平穏な経過であること。これは、自宅よりももっと厳しい。熱が簡単に下がらない人を特定入所施設やグループホームに置いておくのは難しく、たいていは入院をお願いすることになる。がん末期が少ない理由は、自宅の場合は最後まで家にいたいという動機が強いので、多少痛みが強くても我慢するなり医療側が工夫するなりするが、施設系はそのような動機は自宅に比べると弱く、入院を選択することが多くなる。施設の場合は、積極的にバックアップしてくれる医療機関がないと看取りは難しいのではないかと思う。また、施設の首脳陣が施設内で看取っていきたいと思っても、現場の多職種のスタッフがどう考えているかが影響すると思う。特に看取り現場に遭遇する可能性の高い夜勤のヘルパーなどが看取りを容認しているかどうか難しい問題だと実感している。この点でも世間の認知は不十分なのではないだろうか。

さらに自宅とは違う点が2つある。一つは施設内での医療行為が非常に厳しく制限されていること。家族による医療行為は、現在では容認されているケースが多いが、施設内で

は医療職以外には厳しく制限されている。来年 4 月からようやく介護職員による医療行為が一部解禁されるが、今のところ見ていると行政はあまりこれを本気で進めようとはしていない様に見える。痰吸引や胃瘻接続の出来る介護職を養成していこうと本気で考えていない様と思う。12 月 10 日から札幌で第 1 回目の介護職員の医療行為の研修がある。痰の吸引・胃瘻をつなぐ資格を得るためには 50 時間の講習を受けることになっている。8 日間連続で講習を受け、試験で 90%以上正解して、実習を行い、成功率 90%でやっと資格を得ることができる。これと引き換えに今まで慣例として容認されていたことが制限されるのではないかと、との不安の声が一部の現場では出ているようだ。

2 点目は訪問看護の制限があること。在宅看取りをするときは、訪問看護とペアを組み、急変時にまず訪問看護師に呼ばれ、必要と判断したら医師に相談したり呼んだりすることが多い。死亡時もまず訪問看護師が確認して医師が死亡診断書を書きに行くスタイルが多い。訪問看護が使えないとこのようなやり方は難しくなると思う。

最後に独居の問題を取り上げる。一人で住んでいる人が果たして自宅で死ぬのかという問題である。現在訪問診療中の 214 名のうち男性独居者 2%、女性独居者 7%である。疾患としては、全体と大した変わりはない。独居者の転帰は、在宅死亡の割合が半分になる。独居者の在宅死亡は 6 例扱っている。全例末期がん。介護する家族や親族が同じ建物内に居住・寄宿している例が多い。同じ建物の中に居なかったというのは、男 1 名・女 1 名。この男性は、近くに親族もおらず近所の知人女性が通って介護してくれた。女性は、かなり遠くの姉が毎日通って介護していた。死亡した時に、誰もそばにいなかったのは男性 1 名のみ。6 名全員が訪問看護を利用していた。まだ、数が少ないので、一般的にこうだと言える段階ではないが提示しておこうと思う。

平成 23 年 12 月 3 日 後志在宅医療推進フォーラム

意見交換 『在宅・福祉施設での看取りの可能性』

参加者 中川 明子（倶知安中川クリニック）
矢崎 弘志（倶知安厚生病院 総合診療科）
林 久美子（倶知安厚生病院看護部長）
追立 正夫（特別養護老人ホーム羊蹄ハイツ）
佐名木幸子（倶知安町議会議員）
司 会 坂 本 仁（札幌市 坂本医院）

◇司会者

最初に、最近の日本の医療と将来の在宅に関係した現状を話すが、その前に総論的なことを話す。これは日本人の死亡する場所を示したものであるが、昭和 50 年頃から自宅で亡くなる人と医療機関で亡くなる人が交差していて、今はほぼ 8 割の方が病院で亡くなり、2 割の方が自宅で亡くなる。2011 年現在、日本全国で 120 万人くらいの方が亡くなっている。この先、団塊の世代では、20 年後の 2030 年には年間 160 万人の方が亡くなるという時代になる。

在宅で亡くなる人が減ってきて現在は 20%、介護施設で亡くなるのが約 40 万人増加する見込みだが、その方々がどこで亡くなるかということが重要だと言われている。それをシミュレーションした。日本では病院のベッドは 160 万床あるが、これを人口に対する死亡率で考えると、このままで推移すると、2025 年には 202 万床が必要だ。実際の医療計画では現在の 160 万よりも少なくなる見通しだ。

それに加えて、現在の介護保険施設のベッド数は 90 万床、居住系のグループホームや高齢者の住宅は 25 万ある。在宅療養で自宅で過ごしている後期高齢者は 240 万人いる。人口がこのままで推移すると、2025 年の要介護高齢者は 160 万人増える見通しだ。

これに対してベッドはむしろ減る、介護保険施設や居住系の施設は 75 万しか増えない計画である。したがって残りは在宅療養ということになり、在宅療養者は 190 万人増えて、人口 780 万人のうち 430 万人となる。現在は 240 万人だ。ベッドはほとんど増えず介護保険施設は少し増える。ということから、増えた分の在宅で過ごさないといけなくなる時代が来る。

それで、今日の話は厳しい話で、在宅と福祉施設の看取りの可能性についてみると、看取りというのはいわゆる高齢期をどう過ごして、最期をどう迎えるかという大切な話である。この後、地域みなさんに現状をふまえて、課題と希望を話していただく。

◇中川クリニック院長 中川明子先生（倶知安町出身で、老健施設を経営）

矢崎先生が言われたちょっとおしゃれな最期というのは、そこに至るまでがとても大変なことだ。家族形態別に見た 65 歳以上の高齢者で、注目すべきは、子供夫婦と同居とあるが、昭和 61 年から平成 21 年の 25 年間に子供夫婦との同居が少なくなっている。子供が結婚しないのか、子供が少なくなっているのかもしくは兄弟が少ないために選択肢が少なくなっているのか。子供が結婚しないためか、独身の子と同居というのも増えている。これが年齢別に見た介護におけるストレスの原因になっている。仕事とお金と家族の病気が 3 大ストレス要因といわれている。介護がいかに大変かということについて、ケアマネージャーから聞いた在宅の家族介護における問題点、困難な度合いは、介護に要する時間が非常に長いことにより困難度が増加するということだ。

要介護者からみた主な介護者の続柄は、配偶者と子でほぼ 3 分の 1 を占めている。ここでの問題点は、子が働き盛りであるということだ。彼らの収入がかなり減っているという状況が最大の問題だと思われる。配偶者はそろそろ退職を迎えて一線を退いた方々である。

同居している主な介護者の介護時間は、終日介護しているのが要介護 3~5 の間で、介護度 5 では、約半分を占める。いかに過酷かということだ。なぜ 1 日の半分の時間をとられているかということ、公的な介護サービスをうまく利用できていないことが考えられる。

経済的な面から検証すると、介護と医療・経済というものは切り離せないものであり、経済的な問題が解決できないために、日本の介護医療は困難な状況に陥っている。経済的にどう対処すればよいかを考えるとおのずから道が見えてくると考えられる。

例えば 75 歳の血管障害の要介護 3 の方で、単独歩行ができず、家族による食事介護が不可能という条件でみると、介護療養型施設の場合、つまり特養・老健・療養病床では、88,200 円が利用者負担額で、総介護費は 365,560 円である。在宅の場合は、個人負担額がこの倍の金額になり、保険給付額は 60,000 円ほど少なくなる。今、国が目指しているのは、360,000 円を 300,000 円にしたい、それで在宅を進めたいということだ。この場合、個人負担額は倍になり、約 16%の家族の収入低下となり、かなりの家族が疲弊するのは明らかである。

介護ケア付住宅の世界での使用をみると、日本は大変低く、有料老人ホームではかなり低い。外国ではかなりの数が施設で過ごしている。将来的には 49 万人の看取られる場所がなくなる。1976 年で在宅と病院死が交差していて、介護保険の整備は高齢化に追いついておらず、75 歳以上の人口増加が著しいのに施設病床の数は頭打ちである。これは小泉構造改革と関連していると思われるが、医療費や介護関連の支出を国が削ってきていることによる。

居宅サービス事業所数の推移も頭打ちだ。訪問介護は特に頭打ちで、訪問看護も頭打ちだ。この原因は経済的なもので、採算が取れず、すればするほど疲弊することが問題だと思われるが、更に待遇の問題もある。

最期に、在宅で看取るためにリンクスタッフという形で、365 日体制で看取るにはこういうサイクルが必要とみられるが、矢崎先生の形態は札幌市のような都市では可能と思われる

るが、この地域でこれを実践するには大きな課題がある。小泉経済改革あたりからかなり医療費が削減されていて、日本の医療介護は疲弊している。ただ、私はこれを産業と捉えるというように考えている。医療産業・介護産業と捉えて、国の経済活動の一環として中に組み込む方法により、国民皆保険といかに両立させるかということ、を考えていただきたい。

◇矢崎弘志（倶知安厚生病院 総合診療科、特別養護老人ホーム嘱託医）

これまで経験したことではなく、これから取組みたいと考えている「フェイスブックを利用した看取りの可能性」についてお話しする。

坂本先生も話されたとおり、在宅死の変遷は、1951年頃は普通のことだったが、現在はおよそ20%で、非常な勢いで死亡者数が増加し、出生数が減少している状況である。倶知安の状況を、役場の協力を得て昨年度の倶知安町の死亡診断書のデータを拾ってみた。これを全国統計と比較すると、似たような傾向であるが、全国的に医療機関で亡くなる方の割合が非常に高く、8割ほどと言われている。今回「在宅」という範疇は、自宅だけではなく介護施設等も含まれると考えている。

大きな流れとしてみると、倶知安町ではやや自宅や介護施設で亡くなる非常に比率が低い。死亡場所が「自宅」とあるのは、自宅で死亡されているのが発見されたのがかなりの率で含まれていると思われる。倶知安町では、介護施設で看取ったのは0%であるので、「介護施設で死亡」とされているのは、倶知安町民が他の市町村の介護施設で亡くなったということが考えられる。

2010年度の12か月間について倶知安厚生病院での死亡診断書を調べた結果では、一番多いのは悪性腫瘍で67名、次いで肺炎。高齢の方は肺炎で亡くなる率が大変高く、全日本国民での割合は、特に85歳以上に限っては死亡原因の1位だと言われている。当病院の場合、心疾患・脳疾患と続いて、昨年は合計173枚の死亡診断書があった。割合において特徴的なのは、悪性腫瘍の割合が、全国では31~33%くらいと言われているが、当病院ではこの割合が高い。一方、全国で見ると、2位は心疾患で20%前後、次いで脳疾患は15%くらい、肺炎が10%くらいだ。倶知安厚生病院では、順位が、1番4番2番3番、つまり全国では4番目に多い肺炎が厚生病院では非常に多い。これは、当病院の入院患者さんの平均年齢が非常に高いということである。高齢者の死亡原因に肺炎が多いことによるとみられる。

在宅で看取った死亡診断書は2枚あり、それらは悪性腫瘍で1人は胃癌、一人は肺癌だった。173分の2ということであるから、死亡診断書の上では在宅での死亡率は1.2%と言える。癌の場合は短期決戦であるから、医師から見ると予後予測が立てやすいので、在宅であっても医師の対応で看取ることができたといえる。

続いて、倶知安町の人口・死亡者数・構成病院の病床数の推移についてみる。死亡者の

増加に比べて病床数の不足が予想され、倶知安町の過去 10 年の推移を見ても同様の結果が得られる。人口の異動は少なく 10 年前は 16,000 人、現在は 15,500 人前後、死亡数も大きな流れの中では若干増加、倶知安厚生病院の総病床数は縮小傾向がみられる。10 年前の数字を 1 とした場合の現在までの推移は、人口は 5%減少で 0.95、死亡者数は 8%増加で 1.08 である。倶知安厚生病院の病床数は 23 年度に精神科の病床の縮小があったため、総病床数は 59%である 0.59。精神科を除いた一般病床だけを見ると、64%であり、縮小傾向がみられる。死亡者数は増加傾向にあるが、病床数はあきらかに減少している状況である。

倶知安町の状況をみると、施設による死亡者数が多い。一方で、病床数は減少し、死亡者数は横ばい、つまり倶知安町の死亡者は増加、病床数は減少ということで、理論的には在宅看取りが増えたはずだが実際は増えていない。これは、町外で亡くなった方の増加が推測される。結果として、倶知安町には病院はあるが、町内で最期を迎えられない町になりつつあるのではないかという懸念がある。

今の在宅死を巡る環境をまとめると、在宅死を推進する要因としては、診療報酬などによる国からの誘導、あるいは 2 次医療圏ごとの病床制限。倶知安町も 2 次医療圏の中で病床数が制限されていて、今町内で開業しても病棟（ベッド）を持ってないというようになっている。他には、住みなれた土地で死にたいという本人とご家族の思いが在宅死を推進する要因として挙げられる。また、家で看取った方は満足度が高いということも要因のひとつだ。

一方、在宅死を阻害する要因は医師不足、開業医が独りで往診をしながら在宅で看取るというのは、マンパワーとしても難しいことがよく判る。癌の患者さんだとある程度予測が立つが、そうでない場合は、365 日 24 時間在宅死を支えるのは困難だ。

さらに医師法等の制度があいまいで、医療現場では 24 時間ルールと言われる、24 時間以内に当該患者を診ていないと死亡診断書を書けず、診ていない場合は警察を呼ばなければならないという誤解が医師の中にもあり、警察がかかわるのを恐れて入院を勧める場合がある。また、この地域で患者さんのご家族からよく言われることだが、病院ならなんとかしてくれるという医療への漠然とした期待感や、在宅への不安、吐血時の対応等への恐れ等が、在宅推進の阻害要因と考えられる。

このような状況で、どのような取り組みが必要か。2 年前からこの地域にいるが、町外の施設で、窒息で心配停止の患者さんを 40 分かけて救急車で心臓マッサージをしながら搬送されたことがあった。施設では死亡診断書を書かないということからこういうことが発生する。伝統的に、この後志地区では施設で看取するという意識が、文化がみなさんの中にないのではないかと感じた。

一方で、施設で看取ろうと考えても、仮にみんなで看取りをした場合でも、死亡診断書を書きに行く医師体制がない。この地域では、医師の当直体制も厳しい状況で、医師が病院以外で 24 時間オン・コールで対応できる状態ではない。もし、施設で看取りたい方があっても、施設で息を引き取ったことを確認し、これは法的にはまだ死亡ではないが、車で

倶知安厚生病院の救急外来に搬送し、当直医師によって確認をすると死亡診断所の死亡場所は倶知安厚生病院と書かれ、その後施設にお戻りいただくという方法しかない。

医師不足の中で、外来では予約で1人の医者が50人も診ることは可能だが、看取りのように時間が不規則な場合では、患者さん1人に対して医師1人を要するので物理的には困難だ。看取りという予想ができない時間については1人ではなく、嘱託医と嘱託医以外の多くの医師で支えるシステムができるのではないかと考えた。私のいる総合診療科だけではなく、病院全体あるいは病院の枠を超えた地域で取り組みができるようになることを模索してきた。

現在の日本では、どのような地域でもインターネットは平等にアクセスできるので、利用者が増えているソーシャル・ネットワークいわゆるフェイスブックのグループ機能を利用してネットワーク作りができないかと考えてきた。フェイスブックは、仲間と連絡を取り合うための仕組みだ。非公開グループの中で、嘱託以外の医師または施設の職員や看護師などの関係者がグループを作り、フェイスブックの中で情報を共有し、それをインターネットにアクセスして読む、ということが自由にできる。

実際には、施設の患者さんを看取りになるという時には、施設の職員が今患者さんがお亡くなりになるということ連絡すると、フェイスブックから発信され、その情報がグループの全てのメンバーに届く。これで情報の迅速な共有化が可能になり、看取りにも対応できるという仕組みだ。

流れとしては、介護施設において、看取り・介護をご家族と施設と嘱託医で同意書を以って同意を得る。次にフェイスブックのグループ内でドキュメントという仕組みで患者さんの病歴やサマリーを作る。職員は日々の状況をコメントとして追加して、メンバーに伝えられる。看取りの時にはメンバーにメールを送信して、看取りに行ける医者が勤務先のカルテを持って往診に赴く。これにより、1人の医師が看取りに関わるのではなく、特定の多数の医師が支えることが可能だ。倶知安町ではまだこういうネットワークがないが、看取りだけではなく医療介護連携に関わる福祉ネットワークへと発展することが望まれる。

◇林 久美子（2010年4月から倶知安厚生病院看護部長、旭川出身）

旭川では、地域連携室をしていた。倶知安町と旭川市とでは、医療の違いや患者の層・地域の環境等の違いを実感している。看取りについて考えると、生まれて老いて死を迎えるということは、皆さんは既にご存知だ。どんな病気にも最後が来る。医療だけで全て解決できるものではない。病院で死ねない時代になった。最期をどう迎えたいか考えておくことが必要だ。あなご望む生き方を考えて選択すればよい。信頼できる医師がいれば安心。最後に自分を見てくれる人は誰か。どのようにして最期を迎えたいか、自分のことを考えるのは難しいことだ。

多くの患者が暮らし慣れたわが家で最期を迎えたいと考える。日本における在宅死は2割以下である。平成18年に、厚生労働省は診療報酬を変えて、この2割を4割に増やしたいと、以前のような、長く入院させて病院が設けていた時代をなくしてベッド数をどんど

ん減らしてゆくために、在宅療養支援診療所医師の訪問で算定が認められる法を作った。その結果、町の先生方が往診に行けば報酬が出ることになった。それで在宅医療が始まった。また、自宅以外の多様な家ということで、このころからグループホーム老人施設等が増えてきた。自宅でも施設でも、患者本人の希望に沿った終末医療を受けられるために、在宅医療を提供する良質な医療機関の整備・在宅医師の技術の向上・訪問看護師の向上が必要だ。

看取りの場について考えると、本人はできるかぎり家で死にたいと希望される。癌の場合は死期をある程度予測できるので、残りの時間を家で過ごしたいと希望されることは多い。そこで、家で誰がみるかが大きな問題となる。本人が在宅を希望しても家族の都合で施設療養となる場合もある。患者本人の希望をかなえるために仕事を辞めてでも家でみようという家族もみられるが、それを可能にするのは経済力だ。

逆に、家よりも病院が安心と考える患者さんもある。医療者側としては、もう治療しない患者を入院させておくことができないので、自宅介護が難しい場合は家族が施設を探して退院するというのが現状だ。大きい病院は治療や検査をするが、それ以外は町の開業医で診てもらおうように依頼することも少なくない。

高齢化社会で慢性疾患の増加、在宅医療の進歩、診療科の細分化、病床数の削減、TPCの導入、これは平成18年に病院が儲けられないように、例えば盲腸は1週間の入院しか認められないというようなことになり、万一それを超える場合は医師の腕が悪いとみなされ病院負担とされることになった。それで、病院は決められた期間で退院できるように必死で治療するというような仕組みになった。

地域で一番の問題は、医師不足だ。また患者家族側の医師に対するニーズの変化、ケアへの期待、QOL（クオリティ・オブ・ライフ）への要求などが挙げられる。病気になったのは患者本人なのだが、中には、病気になったのは医師や病院のせいだと考える患者が増加している。また、看護の質を上げるために色々なケアをしていくうちに、そうするのが当然だとみなされるようになる病院への過剰な期待がある。QOLというのは、本来は自分らしい生活ができるようにというものだったのが、いつの間にか患者の権利というようになり、患者の義務を忘れて、権利ばかり主張する患者さんが増えている。

次に、病院と患者さんと診療医との結託ができたときにどうなるかについて紹介する。患者さんの不満は、大きい病院では医師がすぐになくなってしまふ、診療内容の情報が少ない、複数の病院を受診しなければならない、クリニックの診療で大丈夫か、何か起きたらどうするか、病院を離れたら見捨てられたことになるのか、というような不満である。患者にとってのメリットは、大きな病院とクリニックと両方の主治医を持つことができ、多くの病院を受診しなくてよくなる。病気の経過や薬の管理をきちんとでき、安心して医療を受けられるということだ。

診療医の不満についてみると、他の病院に紹介したときの対応が悪い、返事が遅かったり、いい加減な内容の返事であったりすることがある。紹介したのに主治医が違う、何が

専門かわからない、などがある。診療医のメリットは、安心して医療を継続できる、何事かあるときは大きい病院に依頼できる、より精密な連携体制ができる、患者さんの信頼を得られる、病院の情報が得られる、経過中の見落としや検査の落ちがない、というようなことだ。

今後の課題は、地域医療全般における教育だ。この地域は、まだ看取りや連携についての知識が周知されていない。行政関連では、関連施設の連携ということでこの地域の施設や病院の質を上げること、各施設の地域連携室の充実、そういう窓口の整備、病院診療医と在宅医との連携を深めること、地域医療マップの作成、訪問看護施設の強化、この地域の訪問看護ステーションは倶知安厚生病院が持っている、あちこちへ行っているが、他の施設ももう少しがんばっていただきたい。

住民の方についてみると、在宅医療、病院と在宅医、保健や訪問看護への理解を深めていただきたい。訪問看護は何をするところなのかというようなことである。また療養環境や施設の把握をすることも必要だ。

地域連携の全体をまとめると、良医と名医を結ぶ医療連携ということで、良医はいつも身近にいてくれる開業医の先生、名医はいざというときに力になってくれる病院の専門医であり、この違いをよく見極めてほしい。

最後に、ある例について考えてみたい。癌患者で訪問看護を利用して在宅療養をしていたが、悪化して激しい痛みや出血が起こり救急外来のストレッチャーの上で最期を迎えた。この看取りをどう考えるか。

もう一例、大きい病院で高齢者が肺炎で入院していたが、老衰もあり完治の見込みがないので退院を勧められた。自宅は療養施設のない田舎町で保健師はいるが訪問はできないような場所だった。本人が自宅療養を希望したため地域連携室で検討を進めたところ、町に1軒ある開業医が、夜間の急変について町立病院が診るなら引き受けるということになり、保健師の協力も得られることとなった。最期は、夜間に急変し町立病院に搬送されての看取りだった。関係した病院・保健師は、あきらめずに対応すればこういうことができることを経験して満足できた。この後、こういう体制が将来的にも可能となった。

◇追立 正夫（特別養護老人ホーム羊蹄ハイツ）

施設の立場から仕組みについてお話しする。当施設は30年前から営業していて、施設が古いので看取りはしていない。将来的には、看取りができるような方向を目指している。看取るということについては、ご本人がどう思うか、ご家族がどう思われるか、地域がどう捉えるかということが大切だ。社会的コンセンサスがどうかとみると、今が合意を得ていくことが重要だ。世界最高例のかまとおばあちゃん的生活は2日寝て2日起きているという生活で、食事は日に4回というようで、一般的な概念とかけ離れたものである。これからの高齢化を踏まえ、このかまとおばあちゃんの例があるかと考えられる。

医療の基本は身体を治すということであるが、介護では穏やかな生活を支えるという、身体よりも心ということだ。施設の現況は、入所は難しい状況だ。施設の中で最期を看取することは私たちが願うことではあるが、現実には、少子高齢化で重度の方が増えてきている中で、これまでに増して高いレベルでの対応が求められている。今までは、医療は医療で、介護は介護でという状況であるが、本来は共同作業である。病院を退院しなければならない患者さんの受け皿となるのが老人ホームであるという捉え方はよくないが、そう捉えていただくと判りやすいかと思う。施設の協力や連携が大切で、病院にはカルテがあるが、そういう個人情報がある程度一元化されていくことも必要だ。

一番大切なのは、教育だ。施設でかかわる人たちだけでなく、家族に対しての住民教育が非常に大切だと思われる。施設で死にたいと思う方々とお話しすると、何かあれば病院に入院させて高いレベルの医療を提供してほしいという想いがあるが、それは日本の中の慣習だと思われる。

施設で看取することは、行政がイニシアティブをとって枠組みを作り進めていただくことが必須だ。さらに、地域で看取り学会のようなものを作ってレベルの高いものを広めてゆくということも考えられる。また隣接する札幌圏、胆振・日高も含めて大きなスキームも必要だ。今、羊蹄山麓にはいくつかの施設があるが、関係者の間でも病院で過ごすよりも、落ち着いた施設で過ごす方がいいということがよく聞かれる。色々な実践、実験を含めて、今日のことも踏まえて進めてゆきたい。

◇佐名木 幸子（倶知安町議会議員）

町民の日頃の声を届けたいと思う。自宅で看取りたいという声は大変多いようだが、核家族で子供が遠方にいるというようなことが多くなかなか難しい状況だ。訪問看護については、倶知安町でも徐々に利用されてきていると思われる。現状では、訪問看護が重要になると考えられるので、ぜひとも充実を図り、多く利用されることを望む。

看取りを伴う在宅医療についての行政・町民・医療従事者の意識調査

1. 後志管内、京極町の概要と在宅医療関連社会資源の現状

後志第2次保健医療福祉圏倶知安保健所管内（11町村3村）の中から、京極町を例にとって報告する。京極町は後志管内虻田郡に位置し、人口3,444人（平成21年3月31日現在）ほどの、羊蹄山麓が望める農村風景の美しい町である。産業は今金にならび男爵いも（馬鈴薯）が有名で畑作物を中心とした農業を基幹産業とする。豊富な羊蹄山麓の水資源、吹き出し湧水を利用し、最近京極パイオニアフーズ、京極製氷水（ミネラルウォーター、水だしコーヒー）などの産業も栄えている。出生数は管内比較では、倶知安・余市・ニセコの次に多く、平成21年度34名（男児15名・女児19名）であった。出生数からみて比較的若い世代も居住しているまちと言えそうである。現在人口は、平成23年度北海道電力用水発電関係事業の為に転入者が700~800人ほど増えており、若干潤っている状況にあるが、近年の人口動態は横ばいでありこの先は減少も予測される。また高齢人口（65歳以上）はおよそ1,030名で高齢化率は現在30%近くとなり年々上昇している状況にある。

死亡の動向は、平成20年度統計で38名（男性23名・女性15名）であり、出生数よりも多い現状にあった。京極町の死因順位は1位 悪性新生物 2位 脳血管疾患 3位 心疾患 4位 肺炎の順で、全国と比較し脳血管疾患と心疾患が入れ替わっている状況が見られた。死亡年代は80歳代が最も多く次いで70歳代、90歳代と続く。老衰による死亡も少数の割合でみられる。

京極町の在宅医療にかかわる保健医療福祉関連機関資源を紹介する。

まず行政サービスとして、健康推進課が高齢者福祉、介護保険、保健推進という形で多く町民にかかわる事業を担っている。高齢福祉計画の策定により計画的に高齢者の保健福祉を実施している。たとえば、家族介護支援事業の実践、家族介護教室を開催したりおむつ券を助成したり、町委託組織の地域包括支援センターにより介護予防事業がおこなわれたりしている。また近年では認知症ケア・ネットワーク事業をモデル事業として実施し、継続事業として地域支えあいネットワーク事業につなげた。いずれも広い意味で町民の在宅ケアにかかわる支援サービスとして含まれるであろう。

医療機関として、町には町立国民健康保険病院（平成24年4月から19床診療所ひまわりクリニック）・医療法人社団創成会羊蹄グリーン病院（内科・心療内科・認知症専門病院）・京極歯科診療所・菊地歯科医院がある。町民の多くは、医療機関は町立病院を選択肢の一つとして視野に入れているものの、救急および小児、その他の専門科を求めて、町外の機関、近くは倶知安厚生病院、または札幌市の病院を受診する場合はこれまで多かった。町立病院の利用率はおよそ30%といわれている。町立国民健康保険病院では平成23年度まで医師が院長一人体制であり、往診などの在宅診療には応じていなかった。そのため在宅に

関するサービスは、主として福祉サービスが中心であった。町内には介護保険事業所が一つしかなく、その他福祉センター内に社会福祉協議会と併設された地域包括支援センター、デイサービス、ホームヘルプサービス、特別養護老人ホーム慶和園などが主体となって介護保険サービスを運用していた。サービスの種類や資源として決して多いとは言えないが、町の規模からするとやむをえない現状にある。慶和園は特別養護老人ホーム 20 床、養護老人ホーム 80 床、ショートステイ 10 床を持つが、いずれも満床で待機者が多く、特に特別養護老人ホームの方は現在十数名待機している状況にあると聞いている。尚、最近地域密着型サービスとしてグループホームしらかばなど新しいサービス事業所もできつつある。

その他医療関係サービスとして訪問看護サービスがある。現在、京極町内で活動している訪問看護は、町外の俱知安厚生病院が母体となり、羊蹄山麓 7 か町村のニセコ・蘭越・真狩・留寿都・喜茂別・京極にサブステーションを持つようてい訪問看護ステーションが介入している。ようてい訪問看護ステーションのサブステーションのひとつ、喜茂別・京極・留寿都地域担当の訪問看護師 1 名が、在宅看護の要請を受けて実践している。平成 24 年 2 月の訪問実件数は京極町内だけで 19 件、喜茂別・京極を合わせると月 32~33 件の利用者があった。月の訪問延件数は 100 件余りとなり、これを 1 名の訪問看護師が回っている現状がある。訪問看護のニーズ、需要が高いということがわかる。京極町内の訪問看護対象の内訳は、殆どが介護保険による対象者であり、医療保険による訪問看護は 19 件中 1 件という状況であった。対象年齢は殆どが 65 歳以上高齢者で、要介護度は 2・3 の対象が多いが、重度利用者がいないわけではなく、最近要介護 5 の利用者が亡くなったとのことであった。疾患としては脳梗塞・認知症・糖尿・ストーマなど多種多様の疾患対象であり、特に地域特性が見られるということはない。

訪問件数数値からは、住民の在宅看護の要請があると考えられるが、一方往診医による在宅診療数は京極町ではゼロとなっている。隣町の喜茂別または蘭越・昆布・留寿都村などでは医師が往診をしているが、京極町の場合はなかったようである。

医師の往診状況と関連し、在宅での看取りケアの近年の動向は、後志管内では数件の状況でしかなかった。ようてい訪問看護ステーションが関わった看とりケースとしては、平成 22 年度蘭越 2 件・俱知安 2 件、ニセコで在宅での終末を希望していたが最期には至らなかった事例が 1 件、平成 23 年度は蘭越で 2 件という状況であった。最近では昆布診療所に往診体制があり、蘭越ではここ半年で 3 人ほど町民を在宅で看取っているとのことであった。京極町では近年そのような在宅での看取りケアは実践されていない。一番最近のもので福祉事業所が関わったケースが 6 年くらい前に 1 例あった状況である。以上のことから、京極での在宅福祉・医療の要請、ニーズは増えており、とくに訪問看護の利用者が増えてきている現状にある。しかし京極町民のほとんどは、最期を迎える場、看取られる場としては医療機関が第一であり、自宅以最期を迎える、もしくは第 2 の終の棲家ともいえる福祉施設における看とりの場という選択肢は与えられる環境にはなかったという状況が把握された。

2. 看取り医療を含んだ在宅ケアに関する意識調査

調査目的

- ① 在宅ケア・看取りケアに対する考え方を医療従事者、行政職員、町民それぞれの考え方を調査する。
- ② 看取りケアを含んだ在宅医療を進めるにあたって、現在十分でないと思われる要因や課題を探る。

調査対象

行政機関職員 2 名、医療従事者 2 名、町民 3 名、合計 7 名。

調査方法

対象者それぞれから半構造化面接を実施し、インタビュー調査を行った。

調査機関

平成 24 年 2 月 20 日、21 日

分析方法

インタビュー内容は IC レコーダーに録音しデータとして逐語化した。要点を抽出し、それぞれ表にまとめて記載した。

結果

	問1 京極での在宅ケア（看取りケア含んだ）に関する動向や意識
町民	<ul style="list-style-type: none">・京極町民は家で死亡はほとんどない。・往診は先生に家にまで来てもらうのは気の毒だと思う一方、すぐ来てくれる医師がいるのはすごく心強い。・思いとしては、病気になっても地元にいたいということだから、医師がうちに来て指示にしたがえるのならそれにこしたことはない。また、本人が納得すればよいと思う。・周りの町民も最近はテレビ番組の普及で在宅ケアに関して理解がでてきている。よその人が自宅にはいってくるので抵抗がないわけでもないが、専門家がきてくれるのだから生活している人の中傷はしないであろうし、在宅の介護の話をするとなんかこれはいい、と言っている。・寝たきりになった親を、自分は介護経験もあるので家でできるだけ見てあげたいと思う。今も介護保険サービスを利用しながらやっている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・自分自身は親を見れる環境にあると思うが、商売をしている人、働いている人、みんながみんな自分で家族を見ることができるだろうか？ ・自分が元気なうちは配偶者を見るのだったらできるかなと思う。しかし、娘には娘の人生があるので親を看るといった在宅介護をさせたくない。 ・今は福祉施設に入ると言う気持ちでいるが、その時になったらわからないので…人の気持ちはかわるので、その時の立場にならないとわからない。 ・自分は延命希望はしないと娘に常日頃言っている。 ・いずれにしても介護で夜眠れないのは大変なこと。 ・在宅で介護することですら迷うのだから、看取るとなると迷うのは当たり前。 ・あと1カ月、3か月と言われ、実の娘が仕事も辞めて親の在宅介護し、3年もねたきりのまま生きている人の話を聞いた。立派だと思うけれど、自分だったらとてもお世話できない。 ・介護保険を受けて自宅で療養している人？医者や往診もないのだからそんな人は殆どいないだろう。 ・これからは在宅での医療、看とり、必要ではないだろうか？施設はいっぱいだし、団塊の世代、年を取った場合施設なんか全然間に合わない。 ・身内が病院で管につながれて意識不明で流動食でやってるけれど無表情で5年もやっているけれども、どうなのかなと思う、10年も生きている人いるしよ… ・夫婦二人がいてどちらか悪くなってどちらか丈夫でいたら何とか家で行きたいと思うし、ただど一人になった時どうか、迷惑掛けたくない、嫁もいるかもわからんし、でもそれだったらいっそ他人の世話になった方がいいという感覚になるかもわからんね… ・自分が看とる側だと家にいてほしいと思うけれど、それも何年にもなってくるといいかげんどこかに入れようかとなってくるとわからんね。介護の負担があまりにも重くなってしまうと厳しい。 ・若い人が働きにでていると生産止めてまでということとは考えられない。
医療機関職員	<ul style="list-style-type: none"> ・町民の顔が見える病院である。来院患者の家族背景までなんとなくわかる場合があるが今までは訪問看護はやっていなかったもので、在宅ケアや訪問看護についてはイメージがわからない。 ・ニーズがあれば病院からもきっと訪問するであろう。 ・きっとこれからは訪問も考えていかなければならないだろうけれど、イメージがつかないので、誰かの助言などのもとに、みんなで考えながらやっていくと思う。 ・都市部で行っている訪問看護のことを考えると、24時間が普通であり、人数がたくさんいないと長続きがしないのではないだろうか？ ・看取りケアに対しては、一般病棟として普通にやってきた。が、治療（医師の指示）が優先して、看護として考えたことが実践できなかった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での看取りケアが町民に浸透するのは時間がかかるであろう。家で看取っていても最期の苦しみ、辛さを見ると家族も病院へ連れてきてしまう。 ・在宅で看とれるという選択肢が町民の中には今まではなかった気がする。施設か病院か、病院も町内か、倶知安厚生病院か？ ・最近介護保険も浸透してきており、一般の人も在宅への知識は広まってきているのではないだろうか。 ・町民は今度来た医師は往診してくれる医師が来たことを期待している。 ・京極はケアマネもしっかりマネージメントしてくれて、対象者の訪問看護の利用が多い。京極の利用件数を考えると、訪問看護はもう少し人数がいてもいいように思う。 ・在宅の看とり体制となると、複数配置でなければ厳しいと思われる。 ・在宅看取りは医療従事者はもとより、本人・家族の意思がなければ成立しない。本人が最期まで家にいたい、家族もそのような気持ちに寄り添う気持ちがあれば。
保健・福祉行政職員	<ul style="list-style-type: none"> ・町民は病状が悪くなるとまず入院というふうになっていたふしがある。 ・町民は具合が悪くなったら病院と考えており、在宅での看取りを考えて意識している人はあまりいないであろう。ただ、病院嫌いでここで死にたいという人もおり一概には言えない。もう年なので、住み慣れた家で余生を過ごしたいという人もいるかもしれない、人それぞれの部分もある。相対的には病院を考えている人が多い。 ・しかし最近97歳の高齢を見ていた息子夫婦がいた。最期まで在宅で看取ってあげたいという人は町民の中にはいると思う。 ・倒れて病院に運ばれ、管につながれて5年も10年も病院に長期入院、近所の人もあの人どこいったっけ？亡くなったっけ？と忘れ去られるような存在になってしまうのは悲しい。 ・一方、最近の若い人は介護自体ができない人が多い。嫁が姑の面倒をみるのは難しい時代である。最近実の娘・実の息子が親の介護、面倒をみる例が多い。 ・医師が往診してくれ診てくれ、家族の心配も減れば在宅での療養ニーズ、看取りニーズも出てくると思う。 ・町民は今病院に行くのが当たり前と思っているけれど、家で暮らしたい人、家の畳の上で死にたいという人はこれからは増えていくのだろう。 ・在宅ケアはいろいろなサービスを活用してやっていきたいと思う。 ・居宅介護支援事業所が1件しかないため、利用者がサービスを選択する余地はない。 ・しかし、町民のニーズはくみ取りやすく全体把握もしやすい。 ・在宅福祉サービスなど地域に根差したサービスとなっている。 ・在宅看取りはごくわずかではあるが、ぎりぎりまで家で過ごす人は多くなっている。 ・介護保険が始まり、長期入院や社会的入院は減ってきていると思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町民の QOL を考えると住み慣れた所で眠るように息を引き取るということは理想ではないのか。本来の姿と考える。
--	---

	問 2 在宅ケア（看取りケア含む）を阻害している要因は何か？
町民	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今までの医師は往診しなかった。町民は車があればすぐ町立病院なり厚生病院なりに走ったということ。
医療機関職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りをしてくれる地元の医師がいなかった。 ・ 今までの看護体制。治療（指示）が先行し、本当にその人が希望していた最期に自分たちはあまり役に立っていなかったように思う。 ・ チームワークがとれていなかった。家族とのコンタクト、信頼は得られていても医療に対する不満などが緩和されることはなかった。 ・ 看護計画などもなかなかすすめていくことができなかった。 ・ 在宅の看取りを真剣に考えてくれる医師がいなかったこと。医師の意識。
保健福祉行政機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町民は知らないこと。選択肢もなかった。在宅ケアでうまくいっている事例を知らないので、家で看取るといってもみんな不安の方が先に立つであろう。 ・ 在宅看取りは仕事をしている人は難しいであろう。 ・ 対象が高齢者が多い。夫婦世帯もどちらも高齢。在宅をすすめても世話・介護部分の負担が大きくなり、結局は病院に戻ってしまうパターンが多い。また、病院と家の行き来を繰り返しているうちに病院で亡くなるパターンが多い。 ・ 医療機関と福祉が連携が全く取れていなかったこと。 ・ 退院してもだれがフォローするのだ？と疑問のままで終わっていた。 ・ 往診が充実していなかったこと。往診があれば、利用者（患者）の日々の暮らしが見えるので、それならお家でというふうに医師もなっていくであろう。看護職のフォローだけではある一定ラインを越えると病院に入院せざるをえなくなる。

	問 3 在宅看取りの体制に必要なものはなにか
町民	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慶和園、グリーン病院、グループホームなどもあったらよい。
医療機関職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看とりをしてくれる地元医師。 ・ チームワーク、福祉との連携。 ・ 緩和ケア体制はなかなか整っていない。麻薬を最期まで用いるケースは少ないがそういった体制も整えていかなければだめかな。 ・ 本人と家族の思いがなければだめである。

保 健 ・ 福 祉 行 政 機 関	<ul style="list-style-type: none"> ・町民に知らせること。事例があって、お父さん、お母さん、うちで最期までいったんだとき、大往生だったね、そういうのもいいよね、といった町民の意識の変革が必要。 ・ネットワークを作った方がよい。それぞれのケースごとに連携はあったのだが、地域全体的に個々のケースを積み上げどのようにしていくかといった大きな京極としての医療保健福祉行政としての統合が見えないので。地域としてどういう姿があるべきといった連携がなかった。 ・夜間の訪問介護体制がない。夜間の家族の介護負担が重く、家族がお手上げ状態になって病院に戻るといったパターンもある。 ・周りも支えていく、在宅での患者・家族を支えていく体制はまだ十分ではない、本人の不安がなくなるような体制は今後の課題である。 ・京極町内の数少ないながらの社会資源やノウハウをもっと共有したい。 ・施設での看取りもあってもよいのではないか。施設は在宅としての 24 時間が機能している。 ・ケアする側のノウハウをつけていく必要があり、それを地域にもおろしていくといったステップが必要なのではないか。
---	---

	問4 その他意見・要望・感想
町 民	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で親を介護している姿を自分の子供にも見せたいと思う。 ・医師の手前、病院に運ばれると家族も延命を望まずにはいられない世間体があったと思う。 ・今は高齢者同士、自分は延命処置は望まないということを常日頃から話題にしたり宣言するようにしている。 ・自分が年を取った時のことを考えると、近所の人と常にあって、話して、常日頃から、調子はどうなの？とか言葉がけするだけでも違うと思うんだよね。 ・希望者の人が在宅療養ができるようになるために、老人が一人一人生活していることが最近多くなった、孤独死があるので、隣近所とのつながり、生きているうちからやっておかんと、常日頃から気軽に誰でも入ってこれるような環境を作っていないと、近所といい関係を作っていないとだめである。 ・生きているうちの自分の努力、PPKができるように一生懸命歩くとか大事。 ・看とりとか別にして、風邪ひいたり寝込んだりした時、ちょっとした時に医師に来てほしい。
医 療 機	<ul style="list-style-type: none"> ・いろいろな機関と連携が良くなった。なぜ今までうまく行かなかったのだろう？今は退院後の患者の生活を考えコンタクトを取ることがお互いに多くなった。 ・在宅ケアも看とりケアもいろいろな人の力を借りてできることなのかな。これから

関 職 員	<p>は退院後の患者の生活もみんなで考えていくことができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最小限、訪問診療ができる体制がなければならない。それには医師は二人体制以上。留寿都村の様な先生がいれば、町民も最期を選ぶ権利、選択する余地が出ると思う。
保 健 ・ 福 祉 行 政 機 関	<ul style="list-style-type: none"> ・慶和園でずっとお世話してもらい 101 歳で大往生した祖母。施設の中で何時も知っている皆に見守られながら、職員も家族、身内のように暮らしている、慶和園（施設）での看取りも家で看取ってもらったということなのではないだろうか？ ・在宅ケアに関するネットワーク、今やっと目が出たところ、まだ確立されていないがみんなで考えてやっていくとできることがある、楽しくなってきた。 ・小さなつながりから、少しでも一人づつでも増えていけばいい、最初から大きな目標では息切れがするからできることをひとつづつやっという前向きな気持ちになっている、みなで話し合える体制ができてきた。 ・連携について、医療・保健・福祉の統合を理想としている。福祉だけだと限界があり、在宅を支えられない、それぞれの役割でみんながどうしていきたいか、住民がどう考えているか、一緒に考えてやっていかないとできないことである。 ・役場への要望として、ニーズを救いあげてから実践するまで時間がかかりおそい。もっとスピーディに勧めていただきたい。たとえば事が起こってからでは遅い場合があり、利用者に近いところで課題が上がってきたらなるべく早く回答がほしい、新しい施策につなげてほしい。 ・見守りたい隊は町の事業であるが、孤独死だけではなく、消費者被害、認知症、虐待など高齢者の生活にもいろいろな危険がはらんでいる。それらを予防する役割がある。 ・地域を作っていくのは住民である。

3. まとめ

京極町での在宅診療・在宅ケアに関する意識は、需要が高まってきている状況にある。介護保険の導入から 10 数年たち、京極では主に福祉機関でサービス対応していたが、次第に在宅ケアの意識が町民にも浸透してきている状況がインタビューから聞きとれた。また医師や看護師など医療従事者から出向いていく在宅医療に対する町民の抵抗感もない状況であった。慣習として今までの体制では、町民は具合が悪くなれば病院に走り、それも町外の病院を利用する者が大勢おり在宅医療や訪問看護といった新しい制度や動きがあることがよく知られていない現状があった。しかし、そのような中でも町民が自分の生まれ育った地域、故郷から離れた病院で延命治療の果てに誰からも忘れられた存在でなくなっていくという体制には疑問を感じ、できれば自宅の畳の上で家族みんなに囲まれ最後を迎えたい、看取られたいという意識を持っているように感ぜられた。にもかかわらず、看取りを含んだ在宅ケアが今まで浸透していなかった理由は、大きくわけて 3 点ある。一つには

看取りを含んだ往診ができる医師の不在、二つ目に老老介護などの家族介護者の介護負担の問題、三つめには今まで医療と福祉、保健などの連携が全くと言っていいほどとれていなかったという点があげられる。つまり、町民は医療・保健・福祉のサービスが保障される地域ケアの体制にはなかったと言える。

町では、これらの問題に今まさに対応すべく解決を図っている現状にある。まず、町立国民健康保険病院の医師は往診体制をとる予定であり、医療としての在宅での看取り体制を築いていく。ついで在宅医療の地域ネットワーク作りが始まった。医療・保健・福祉行政従事者間で連携をとり、町民の在宅ケアに関し連携を図っていく。人間関係のネットワーク体制も徐々にとれてきており、調査内でも「今までなぜこんなに連携がとれていなかったのか不思議なくらい、同じ対象者（町民）に対しサービスを展開するのに、町の職員同士が連絡しあうこともなかったのは全くおかしなことだった」との声が聞かれている。つまり在宅医療に従事している職員自体がネットワークのもつ効果と影響に目を見張るものを感じている状況にあった。

さらに京極では住民自治組織として、地域支えあいネットワーク事業が立ち上がっている。平成 22 年度には「中山間地域における認知症ケア・ネットワーク事業」がモデル事業に立ち上がり 23 年には「みまもり隊」としてこれを発展させた。在宅ケアのネットワークと言っても現実には在宅で看護、介護するとなると町民の介護負担の問題は厳しい状況がある。しかも町の公的社会資源には限りがあり、これを補っていく資源が必要という課題があった。健康医療福祉ネットワークは、町民を中心に多くの人々が関わる。このため、みんなが課題や目標を明確に認識することが重要である。またこうしたネットワーク活動を展開させ、常日頃から行政の枠組みを超えて、住民同士の相互扶助の精神を培っていくというのは地域づくりの基本的な課題であり、京極町ではそれがうまく機能しているのではないだろうか。

地域の医療、保健、福祉の連携を動機づけた在宅医療であるが、この在宅ケアネットワーク作りの目的はネットワーク事業そのものの成功にあるわけではなく、町民が安心して過ごす在宅生活の実現にあると思う。京極町では今まさにその体制が整いつつある。今後町民を含めたまちづくりの一環として活性化が期待される場所である。

参考文献

- 1)健康の政策科学 市町村・保健所活動からの政策づくり 「健康・医療・福祉のネットワークづくり」 塩飽邦憲 医学書院
- 2)ささえあう暮らしとまちづくり 地域ケアを担った市民グループの活動記録 石川左門 著 萌文社

「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による」

介護予防講演会

住民参加の介護予防とシルバーリハビリ体操

<講師>

大田 仁史 先生

茨城県立健康プラザ 管理者

茨城県立医療大学 名誉教授



<日時>

平成23年5月19日(木)

10:00~11:30(受付 9:30~)

<場所>

京極町公民館 大ホール 京極町字京極 160 ☎ (0136) 42-2203

【講演にあたって】

皆さんは将来、なるべく介護の世話にならないために何か取り組んでいますか？

講師の大田仁史先生は、茨城県で介護予防のためにシルバーリハビリ体操を考案し、いくつもの町村でその指導士を養成し、予防の成果をあげています。

今回は、その取り組みについてご紹介いただきます。(養成講習ではありません)

皆さんも一緒に、介護予防について、自分たちでできることを考えてみませんか。

主催・問い合わせ

京極町地域包括支援センター (0136) 42-3681

京極町健康推進課 保健師 (0136) 42-2111

後志在宅医療推進フォーラム

『 ちょっとオシャレな最期 』

北海道では、なかなか在宅医療が進みません。病院だけが看取りの場ではないのでしょうか。

最期を自宅や福祉施設で看取ってもらうには、どのような体制づくりが必要か考えてみましょう。

日 時 : 平成 23 年 12 月 3 日 (土) 13:00~16:00

場 所 : 倶知安町 ホテル第一会館 (☎0136-22-1158)

参加費 : 無 料

基調講演 『 地域での看取りの実際 』

矢崎 一雄 (札幌市静明館診療所)

司 会 前沢 政次 (京極町国民健康保険病院)

意見交換 『 在宅・福祉施設での看取りの可能性 』

中川 明子 (倶知安中川クリニック)

矢崎 弘志 (倶知安厚生病院総合診療科)

林 久美子 (倶知安厚生病院看護部長)

追立 正夫 (特別養護老人ホーム羊蹄ハイツ)

佐名木幸子 (倶知安町町議会議員)

司 会 坂本 仁 (坂本医院)

主 催 : 後志町村地域医療人育成協議会

一般社団法人地域医療教育研究所

共 催 : 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

問い合わせ : 後志町村地域医療人育成協議会事務局

(一般社団法人地域医療教育研究所)