

平成19年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

在宅での看取りを推進するための 国保直診を核とした支援体制構築に関する 調査研究事業報告書 概要版



平成20年3月
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

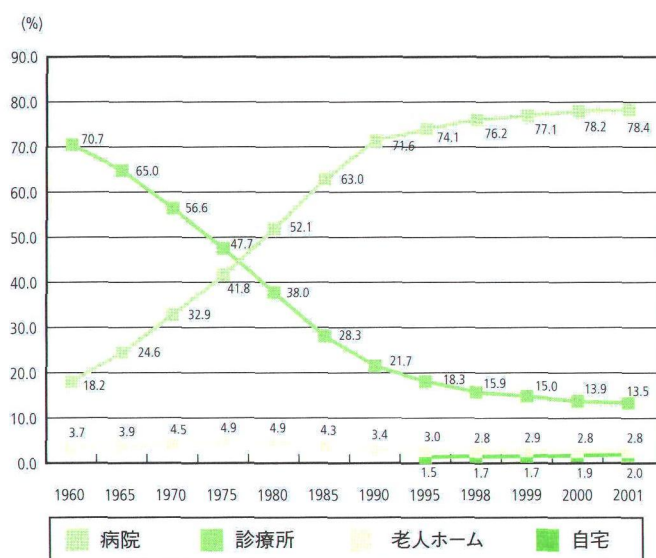
I. 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業内容	2
II. 調査結果	5
1. 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした 支援体制構築に関する調査(一次調査)	5
(1) 回収の状況および回答者の状況	5
(2) 調査票集計結果	5
2. 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした 支援体制構築に関する調査(二次調査)	16
(1) 回収の状況および回答者の状況	16
(2) 調査票集計結果	16
3. 在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査	24
(1) 北海道更別村：更別村国民健康保険診療所	24
(2) 香川県綾川町：綾川町国民健康保険綾上診療所	24
(3) 岐阜県東白川村：東白川村国民健康保険病院	25
III. 考察	28
IV. まとめ	32

I. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

高齢者が最期を迎える場所について、時系列的な変化をみると、かつての自宅内での死亡に代わって近年は医療機関での死亡が増加し、8割近くを占めている。一方、内閣府の調査（内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」平成13年）によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期は何处で迎えたいか」という質問に対して、「自宅」の割合が約半数を占めている。このように、高齢者自身の多くは在宅での生活の継続を希望し、最期を迎える場所として「自宅」を希望しているにもかかわらず、最期まで在宅生活を続けられなくなる現状にあると考えられる。

図表1 65歳以上高齢者の死亡場所の内訳・推移



出典：H15 厚生労働省高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」

近年、これらの「在宅医療・介護の提供を受けながら在宅での生活の継続を望む高齢者」に対して、その実現を支援する体制の充実が求められている。医療費の適正化の観点からも在宅医療が注目され、「医療制度改革大綱」（政府・与党医療改革協議会 平成17年12月1日）の中でも、「平均在院日数の縮減に併せて、病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、在宅医療・介護の連携の強化」などが謳われており、さらに、住みなれた場で最期を迎えることを選択できるよう、「ターミナルケアの体制を充実」させることが謳われている。

平成18年度診療報酬改定においても在宅医療が様々な形で評価されるようになり、療養病床の廃止などの動向を踏まえると、本格的に在宅医療を進め、さらには在宅看取りを進める体制整備を行う時期と考えられる。

このような制度の変革や実際に在宅医療・介護を提供するサービス提供側の充実を踏まえ、地域住民の在宅死へのニーズを明らかにし、住み慣れた地域で、住民の希望に添った終焉の場を提供できる支援体制を検討することが求められている。

このため、本研究では、永年にわたり地域に密着した在宅支援を行ってきた国保直診の在宅看取りの実態を把握するとともに、看取りの実施例（在宅看取りにおけるプロセスや地域連携方法等）を検証するなかで、在宅での看取りを可能にする在宅医療・介護の推進方策を検討することを目的とする。

2. 事業内容

(1) 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査（一次調査）

国保直診における、在宅医療・在宅看取りの実態の把握を行うとともに、在宅医療・在宅看取りに対する医師の意向の把握を目的として実施した。また、本調査の結果をもとに、二次調査（後述）対象施設及びヒアリング調査対象施設の選定を行った。

調査は、全国の国保直診および併設保健福祉施設（911施設）とし、自記式調査票の郵送配布・回収とした。なお、FAX、メールでの回収も可能とした。調査時期は平成19年11月とした。

なお、調査項目は以下のとおりである。

図表2 調査項目（一次調査）

区分	項目
国保直診および併設施設の概況	施設種別、在宅療養支援診療所の届出有無、地域連携室の設置、1日平均外来患者数、平均在院日数、在宅医療を担当している職員数
在宅医療への取り組み状況	在宅患者への24時間対応体制の有無、在宅医療関連診療科の算定の有無、在宅看取りの件数
在宅看取りへの取り組み状況	施設での看取りへの対応、在宅での看取りへの対応とその理由
在宅診療支援診療所について	在宅診療支援診療所の申請状況、運用上の課題、問題点、申請邸内理由、病院への制度導入への意向
今後の在宅医療について	今後の自宅での看取りの増減見通しおよびその理由、施設での看取りの増減見通し、在宅看取りを推進するために必要な工夫

(2) 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査（二次調査）

一次調査結果を踏まえ、在宅看取りを多く行っている施設において、どのように医療・介護資源の確保や家族のサポートをして対応しているか、主に工夫点を把握することを目的として実施した。

調査対象は、一次調査に回答した医療機関のうち、平成18年度に在宅看取りを多く実施している、もしくは在宅医療等を積極的に実施している等の、在宅看取りに対し先進的と考えられる医療機関25施設における、在宅医療を担当している医師とした。調査方法は自記式調査票を用いた郵送配布・回収とした。調査時期は平成20年1月とした。

なお、調査項目は以下のとおり。

- ・ 1年間に看取った件数（死因別）
- ・ 自宅で看取った事例のうち、家族が満足したと考えられる事例および満足しなかったと考えられる事例
- ・ 最期に医療機関へ搬送した事例のうち、家族が満足したと考えられる事例および満足しなかったと考えられる事例
- ・ 有料老人ホーム等での看取りにおける課題
- ・ 患者、家族にとっての在宅死と病院死の違い
- ・ 患者、家族にとっての在宅死のよさ
- ・ がん末期患者およびその家族への対応

- ・在宅看取りを推進する上での職員の意識啓発・教育研修、地域住民の意識啓発等
- ・在宅看取りの推進のためのポイント
- ・在宅看取りを実施する上での医師のモチベーション
- ・中山間地域における在宅看取りの課題および解決策 等

(3) 在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査

実態調査（二次調査）結果を踏まえ、在宅看取りに積極的に取り組んでいると考えられる3施設を抽出し、ヒアリング調査を実施した。対象とした施設は以下の通りである。

図表3 ヒアリング調査対象施設

NO.	都道府県・市町村	対象施設	日程
1	北海道更別村	更別村国民健康保険診療所	2月18日(月)
2	香川県綾川町	綾川町国民健康保険綾上診療所	3月6日(木)
3	岐阜県東白川村	東白川村国民健康保険病院	3月7日(金)

主に以下の内容についてヒアリング調査を実施した。

○施設の在宅看取りへの取り組みについて

■在宅看取りへの取り組み状況

- ・在宅看取りを実施することとなった背景・経緯について
- ・在宅看取りに関する人員体制（職員体制）について（夜間、緊急時等の体制も含む）
- ・在宅看取りにおける、他機関（他の医療機関、訪問看護ステーション、在宅サービス事業所等）との連携状況について
- ・在宅での看取りに関する職員の意識について
- ・貴施設で実施している、在宅看取りの研修状況（対職員、対地域住民）について
- ・地域住民の看取りに関する意識やニーズについて
- ・在宅で看取ることのよさについて（特に、病院や施設での看取りとの違いについて）

■在宅看取りに関する問題点・課題

- ・国保直診のある地域における在宅看取りの特徴、課題について
- ・今後、在宅看取りに対応していくために改善すべき点について

○実際の看取り事例（過去1年間に実施した1例）について

- ・本人の状態や家族の状況
- ・在宅看取りを希望した背景、およびその際の医療機関側の関わり
- ・在宅看取りのプロセス（説明・同意、ケアプラン、サービス提供等）
- ・在宅看取りを行う上で生じた、問題点・課題など
- ・在宅看取りの感想（職員、家族）

(4) 事業実施体制

本事業の実施に際しては、以下の学識経験者、実践的立場の国診協役員等から構成される「在宅医療・介護普及検討委員会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析の検討を行った。

(委員会)

委員長	前沢 政次	北海道大学大学院医学研究科教授
委員	松田 鈴夫	国際医療福祉大学客員教授
委員	青沼 孝徳	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
委員	佐々木勝忠	岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長
委員	金親 正敏	千葉県・鋸南町国保鋸南病院長
委員	倉知 圓	富山県・南砺市医療局管理者
委員	赤木 重典	京都府・京丹後市立久美浜病院副院長
委員	大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
委員	新鞍 誠	香川県・三豊市国保財田診療所長
委員	北谷 正浩	石川県・公立羽咋病院リハビリテーション科士長

(作業部会)

部会長	前沢 政次	北海道大学大学院医学研究科教授
委員	松田 鈴夫	国際医療福祉大学客員教授
委員	青沼 孝徳	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
委員	佐々木勝忠	岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長
委員	倉知 圓	富山県・南砺市医療局管理者
委員	赤木 重典	京都府・京丹後市立久美浜病院副院長
委員	大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
委員	北谷 正浩	石川県・公立羽咋病院リハビリテーション科士長

Ⅱ. 調査結果

1. 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査 (一次調査)

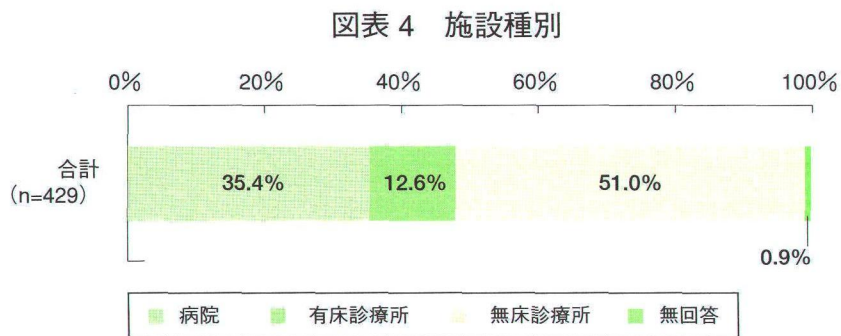
(1) 回収の状況および回答者の状況

調査票の回収数は429票、回収率は47.1%であった。

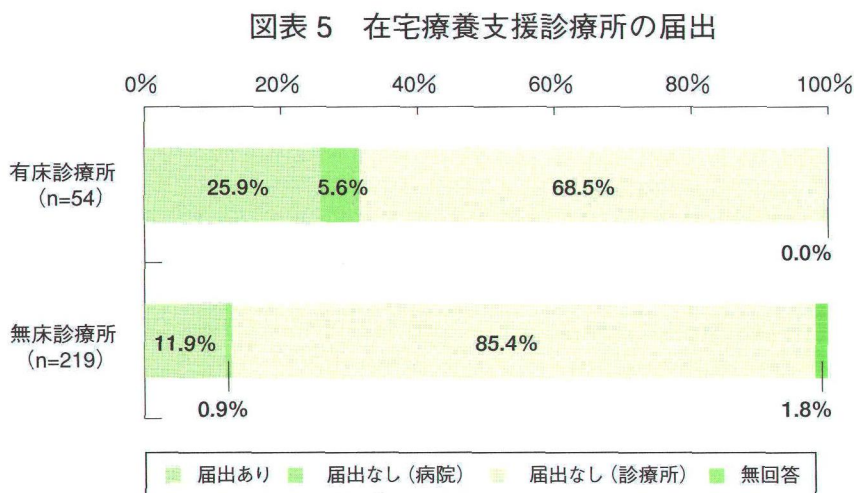
(2) 調査票集計結果

① 国保直診(医療機関)及び併設施設の概況(2007年9月現在)

施設種別は、「無床診療所」(51.0%:n=219)が最も多く、次いで「病院」(35.4%:n=152)、「有床診療所」(12.6%:n=54)であった。

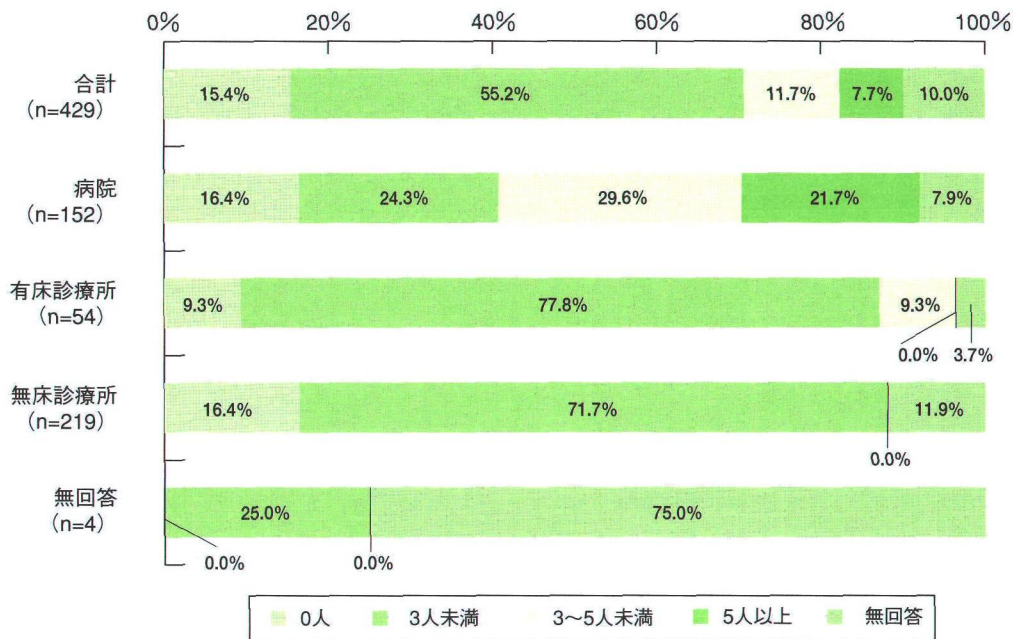


在宅療養支援診療所の届出状況についてみると、有床診療所では「届出あり」が25.9%、無床診療所では「届出あり」が11.9%であった。



在宅医療を担当する職員について医師(常勤)についてみると、病院では「3~5人未満」(29.6%)が最も多く、平均は3.3人(標準偏差3.3)、有床診療所、無床診療所ではともに「3人未満」が最も多く、それぞれ77.8%、平均1.3人(標準偏差0.8)、71.7%、平均0.9人(標準偏差0.5)であった。

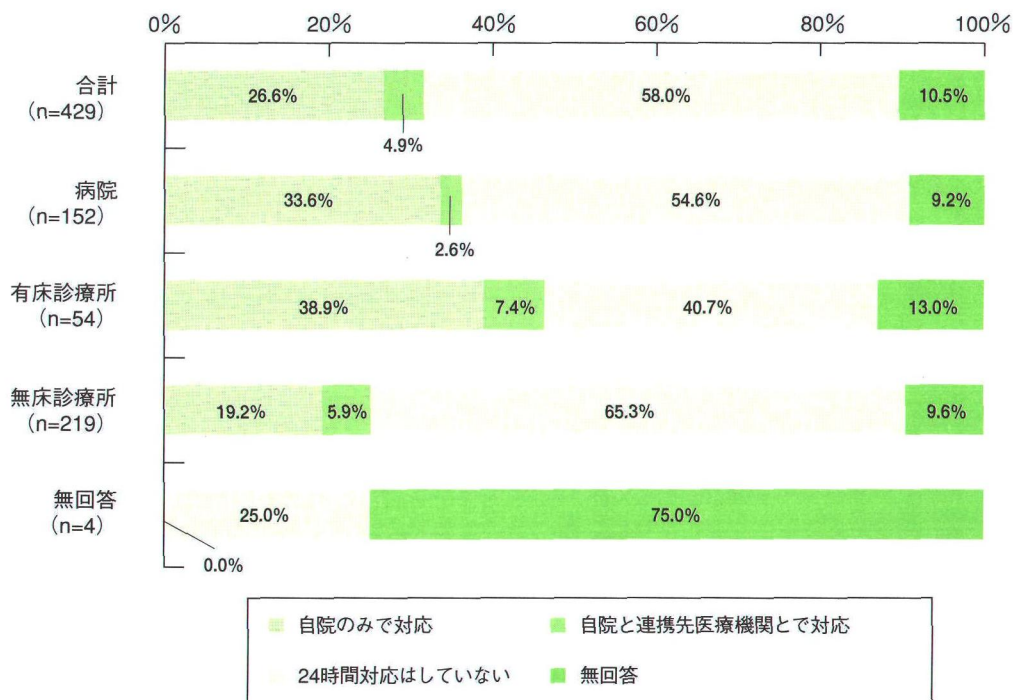
図表6 在宅医療を担当している職員数(実数)(医師:常勤)



② 在宅医療への取り組み状況(2007年9月現在)

在宅療養をしている患者への24時間対応体制についてみると、病院、有床診療所、無床診療所ともに「24時間対応はしていない」が最も多く、それぞれ54.6%、40.7%、65.3%であった。「自院のみで対応している」施設は、病院では33.6%、有床診療所では38.9%、無床診療所では19.2%であった。

図表7 在宅患者への24時間体制の有無



これを在宅医療を担当する医師数別にみると、有床診療所では複数医師体制であれば55.6%が「自院のみで対応」と回答しており、1人医師の場合（37.9%）と比較すると多くなっている。

図表 8 在宅医療担当医師数別24時間体制の有無

	合計	自院のみで 対応	自院と連携 先医療機 関とで対応	24時間対 応はしてい ない	無回答
有床診療所・1人	29	11 37.9%	1 3.4%	12 41.4%	5 17.2%
有床診療所・2人以上	18	10 55.6%	3 16.7%	4 22.2%	1 5.6%
無床診療所・1人	144	35 24.3%	9 6.3%	90 62.5%	10 6.9%
無床診療所・2人以上	24	6 25.0%	4 16.7%	13 54.2%	1 4.2%

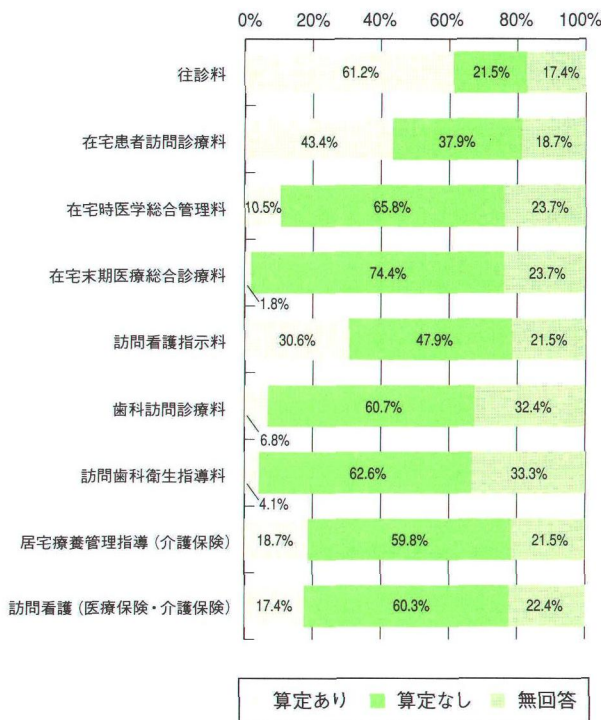
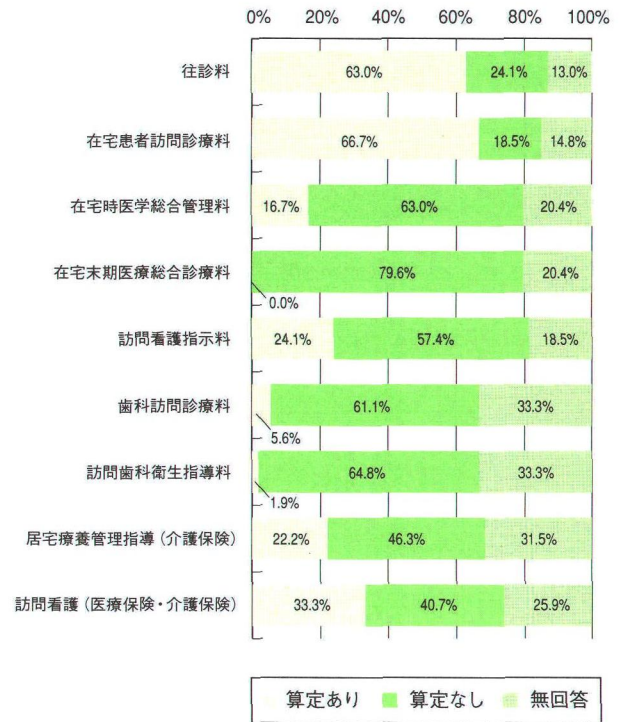
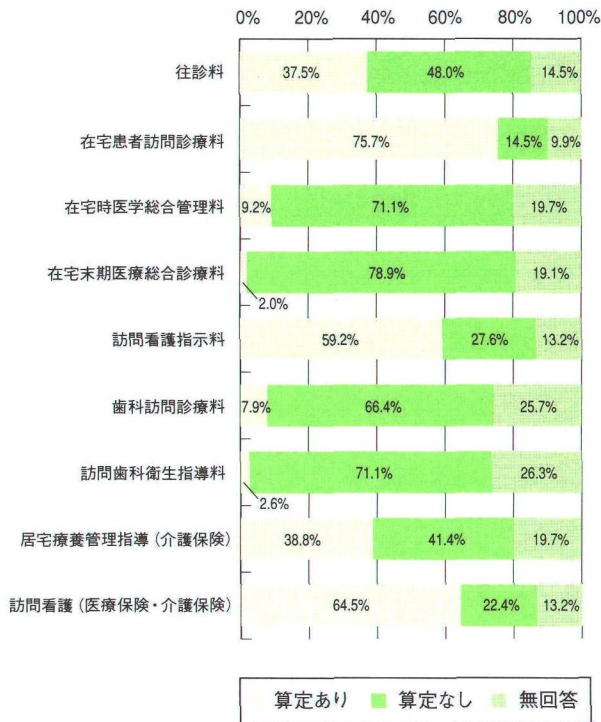
自院でのみ対応する施設の24時間訪問可能な医師数については、病院、有床診療所、無床診療所ともに「1人」が最も多く、それぞれ51.0%、71.4%、95.2%であった。平均は、それぞれ2.2人（標準偏差2.9）、1.4人（標準偏差0.8）、1.1人（標準偏差0.2）であった。

自院と連携先医療機関とで対応する施設の24時間訪問可能な医師数については、病院では「3人以上」(50.0%)が最も多く、平均2.7人（標準偏差0.5）、有床診療所、無床診療所ではともに「1人」が最も多く、それぞれ75.0%、平均1.5人（標準偏差0.9）、46.2%、平均1.6人（標準偏差0.8）であった。

在宅医療関連診療料の算定の有無についてみると、病院では「在宅患者訪問診療料」(75.7%)、「訪問看護（医療保険・介護保険）」(64.5%)「訪問看護指示料」(59.2%)で、「算定あり」が多かった。有床診療所では「在宅患者訪問診療料」(66.7%)、「往診料」(63.0%)で、「算定あり」が多かった。無床診療所では「往診料」(61.2%)、「在宅患者訪問診療料」(43.4%)で、「算定あり」が多かった。

図表 9 在宅医療関連診療料の算定の有無

(上左:病院(n=152)、上右:有床診療所(n=54)、下:無床診療所(n=219))

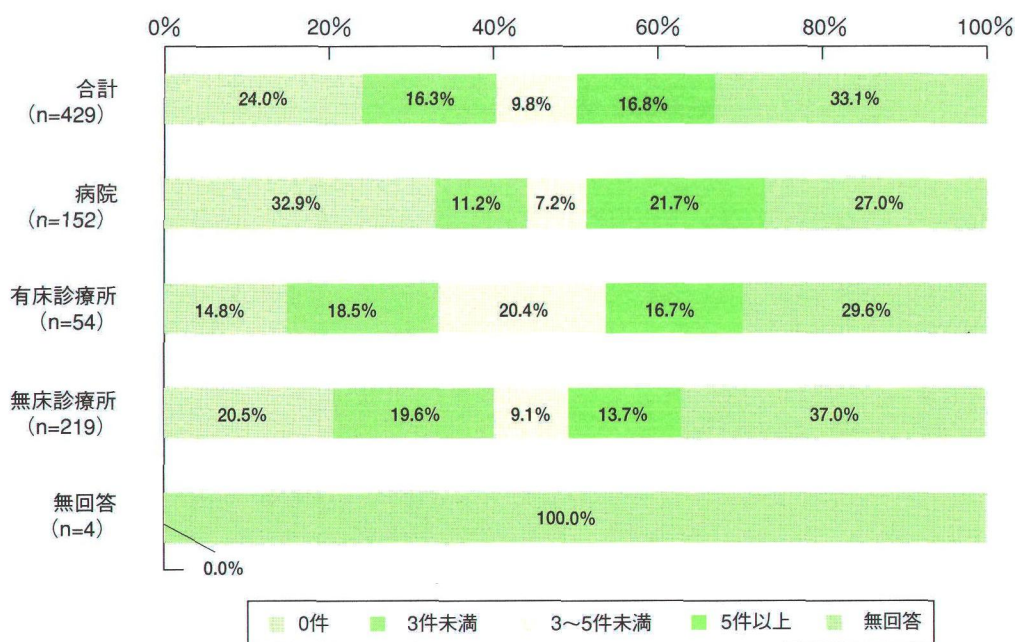


③ 在宅看取りへの取り組み状況

在宅看取りの全体の件数についてみると、病院、無床診療所ともに「0件」が最も多く、それぞれ、32.9%、平均4.1件(標準偏差6.8)、20.5%、平均3.0件(標準偏差4.2)であった。

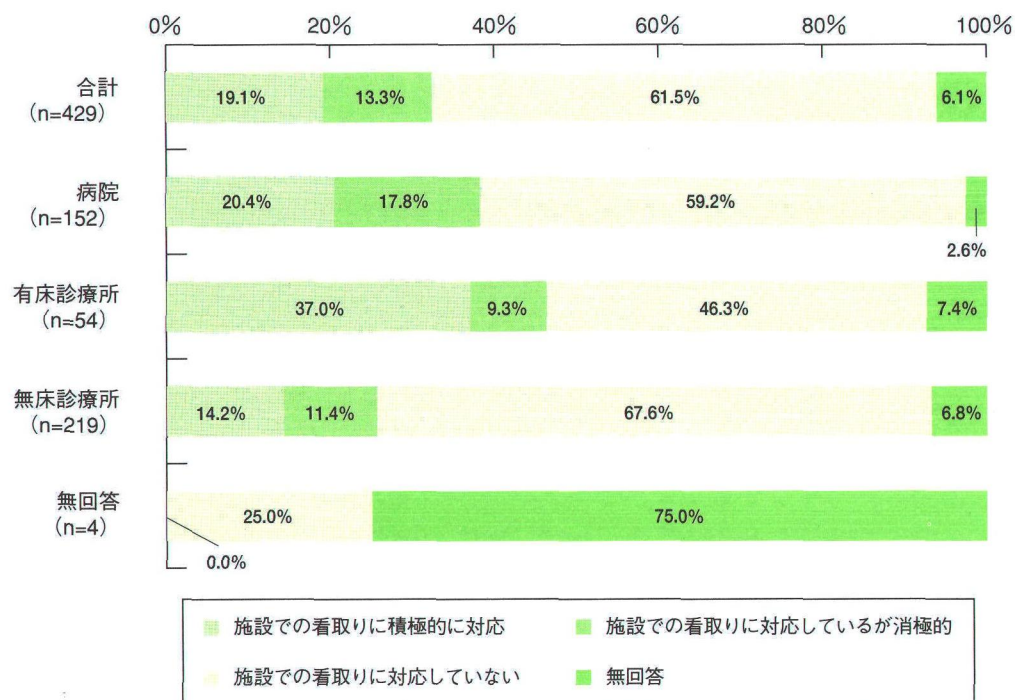
有床診療所では「3~5件未満」(20.4%)が最も多く、平均3.1件(標準偏差3.0)であった。

図表 10 在宅看取りの件数(全体)



有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等での看取り対応についてみると、病院、有床診療所、無床診療所ともに「施設での看取りに対応していない」が最も多く、それぞれ、59.2%、46.3%、67.6%であった。これを在宅医療を担当する医師数別に見ると、特に有床診療所において、複数医師体制の場合は積極的に対応している割合が高かった(50.0%)。

図表 11 施設での看取り対応の有無



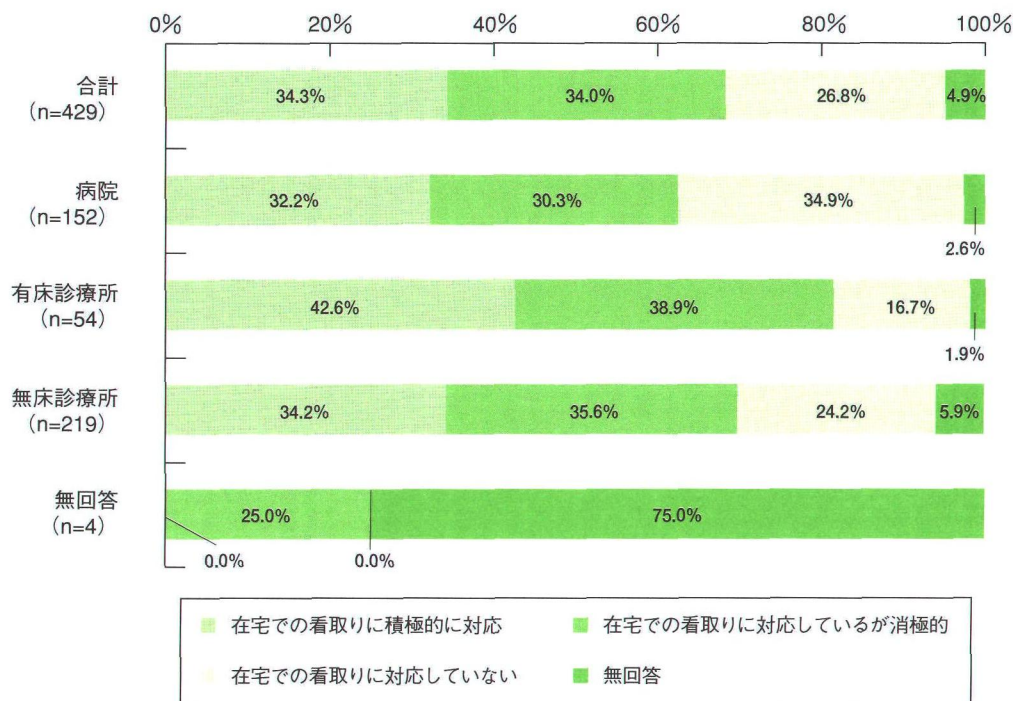
図表 12 在宅医療担当医師数別有料老人ホーム等での看取り対応の有無

	合計	施設での看取りに積極的に対応	施設での看取りに対応しているが消極的	施設での看取りに対応していない	無回答
有床診療所・1人	29	8 27.6%	4 13.8%	14 48.3%	3 10.3%
有床診療所・2人以上	18	9 50.0%	1 5.6%	8 44.4%	—
無床診療所・1人	144	22 15.3%	18 12.5%	102 70.8%	2 1.4%
無床診療所・2人以上	24	4 16.7%	3 12.5%	15 62.5%	2 8.3%

なお、現在、施設での看取りに対応していない施設の今後の実施予定については、病院、有床診療所、無床診療所ともに「今後の実施予定なし」が最も多く、それぞれ、68.9%、60.0%、83.8%であった。

また、在宅(患者の自宅)での看取り対応についてみると、病院では「在宅での看取りに対応していない」(34.9%)、有床診療所では「在宅での看取りに積極的に対応」(42.6%)、無床診療所では「在宅での看取りに対応しているが消極的」(35.6%)がそれぞれ最も多かった。これを在宅医療を担当する医師数別に見ると、特に有床診療所において、複数医師体制の場合は積極的に対応している割合が高かった(61.1%)。

図表 13 在宅(患者の自宅)での看取り対応の有無

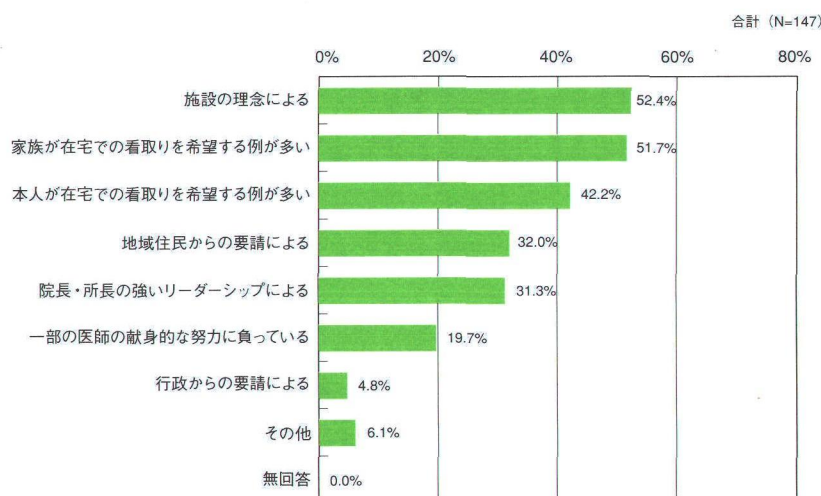


図表 14 在宅医療担当医師数別在宅(患者の自宅)での看取り対応の有無

	合計	施設での看取りに積極的に対応	施設での看取りに対応しているが消極的	施設での看取りに対応していない	無回答
有床診療所・1人	29	11 37.9%	12 41.4%	5 17.2%	1 3.4%
有床診療所・2人以上	18	11 61.1%	6 33.3%	1 5.6%	—
無床診療所・1人	144	59 41.0%	57 39.6%	26 18.1%	2 1.4%
無床診療所・2人以上	24	10 41.7%	9 37.5%	4 16.7%	1 4.2%

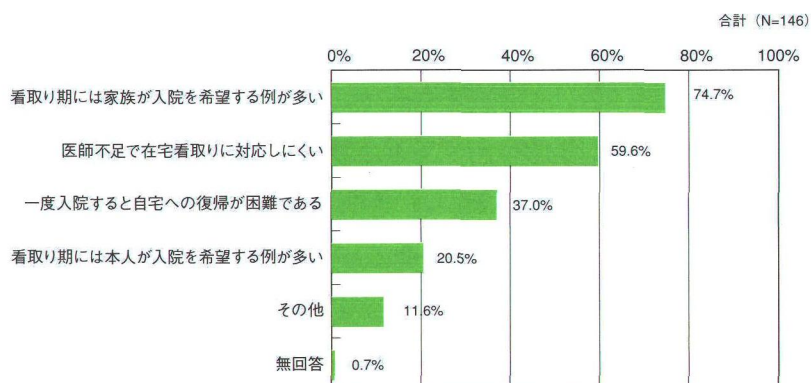
在宅での看取りに積極的に対応している理由についてみると、全体では「施設の理念による」(52.4%)が最も多く、次いで「家族が在宅での看取りを希望する例が多い」(51.7%)、「本人が在宅での看取りを希望する例が多い」(42.2%)であった。

図表 15 自宅での看取りに積極的に対応している理由(複数回答)



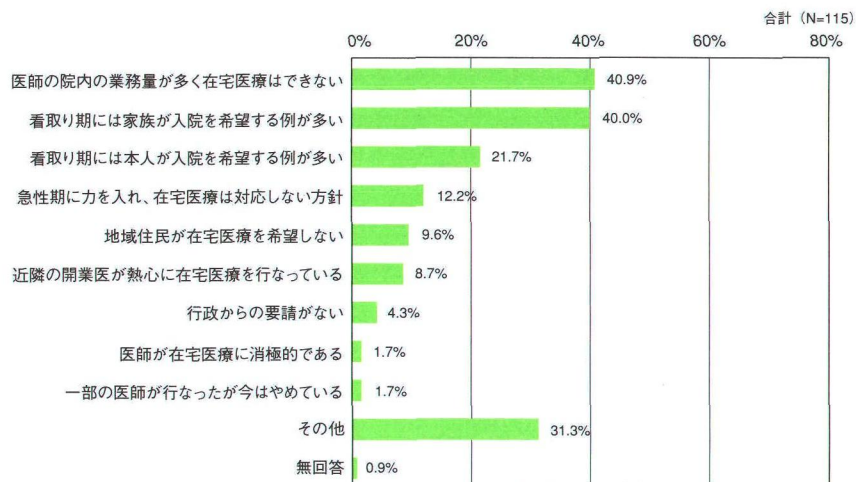
「在宅での看取りに対応しているが消極的である」理由についてみると、「看取り期には家族が入院を希望する例が多い」(74.7%)が最も多い。

図表 16 自宅での看取りに対応しているが、消極的である理由(複数回答)



「在宅での看取りに対応していない」理由についてみると、全体では「医師の院内の業務量が多く在宅医療はできない」(40.9%)が、最も多く、次いで「看取り期には家族が入院を希望する例が多い」(40.0%)となっている。

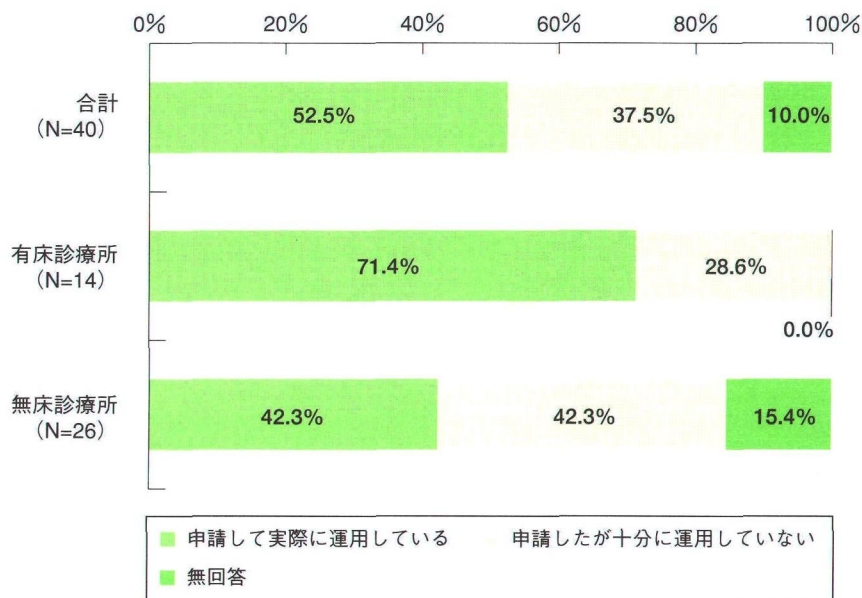
図表 17 自宅での看取りに対応していない理由(複数回答)



④ 在宅療養支援診療所の申請と運用状況

在宅療養支援診療所の申請と運用についてみると、全体では「申請して実際に運用している」が最も多く52.5%であった。実際に運用している割合は、有床診療所の方が無床診療所よりも高く、71.4%であった。

図表 18 在宅療養支援診療所の申請と運用

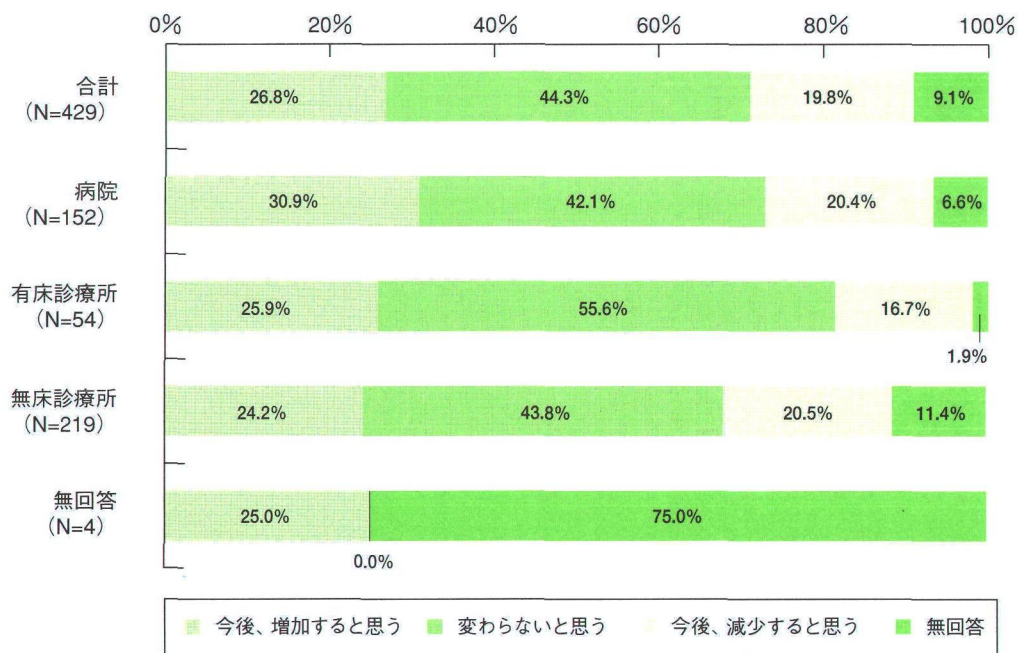


また、申請して実際に運用している在宅療養支援診療所からみた、制度の運用上の課題は、「看護師を夜間・休日の当番体制としているが、地域が広範囲なため2組での体制が必要であり、そのため限られた看護職員での対応は当番の回数も多く、時間外勤務も多く、精神的にも肉体的にも負担が大きい」、「点数が高く設定されていても、実際には患者宅には請求しづらい。末期になればなるほど医師の負担が大きい」等が挙げられていた。

⑤ 在宅医療の今後の見通し

今後の自宅での看取り件数の増減についてみると、病院、有床診療所、無床診療所ともに「変わらないと思う」が最も多く、それぞれ42.1%、55.6%、43.8%であった。

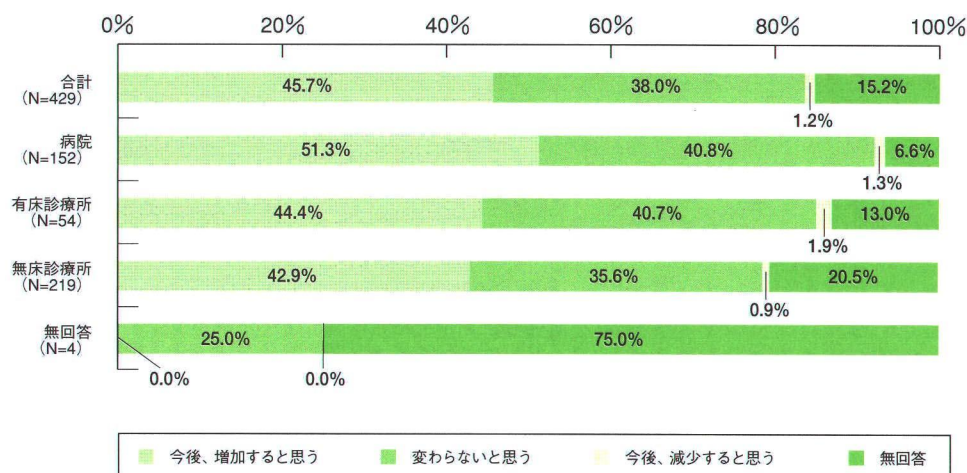
図表 19 自宅での看取り件数の増減予測



今後の自宅での看取り件数の増減について、「今後、増加すると思う」理由は、「過疎化・高齢化による看取り対象者の増加」、「自宅での看取りに対する家族の希望がある、自宅での看取りが理解されるようになっている」、「病院での長期入院やフォローが困難、社会的入院の削減」等の要員が挙げられていた。また、「変わらないと思う」、「後は減少すると思う」の理由として、「在宅での看取りを希望するケースはあるが、人口自体が、年々減少しており、そう増加するとは思えない」、「最後まで病院で治療し、病院で亡くなるほうが、世間体がよいと考える文化がある」、「高齢独居や高齢夫婦世帯が多く、在宅医療や介護を支える家族力がない世帯が大部分」、「地域での支援体制（訪問看護ステーション等）がなく、地域全体で看取るマンパワーが少ない」、「訪問看護のスタッフが少なく、看取る間際の頻回の呼び出しに疲弊してしまう」等が挙げられた。

なお、有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等における、今後の看取り件数の増減予測についてみると、「今後、増加すると思う」が45.7%、「変わらないと思う」が38.0%であった。

図表 20 有料老人ホーム等での看取り件数の増減予測



⑥ 在宅での看取りを増やしていくための工夫

○制度の整備

- ・死亡確認が医師でなくとも(看護師等)出来るような法整備。
- ・在宅死に関してのガイドラインを儲け、法的に整備を進める。
- ・保険点数の優遇や手厚い保護。病院から退院させて、自宅で最期を迎えるという流れと点数を確保する。
- ・在宅での医療行為・診断・検査行為への法的担保免責。特に直系家族からの訴えの棄却。
- ・すぐ医師が死亡確認にいかなくても良い関係が望ましい。厳密に365日24時間対応をすると在宅支援診療所のハードルが高くなるため。

○医療・介護資源の確保

- ・24時間対応の在宅療養支援診療所の拡充確保。
- ・バックアップの施設、病院の申請等を積極的に国が応援する必要があると思う。
- ・医師体制の充実(病院や医師会との連携・支援診療所の開始)。
- ・過疎地においても、訪問看護支援の24時間体制を確立しなければならない。そのためには、医師・看護師の確保が必要である。
- ・医療機関のスタッフ(医師・看護師)数を増やし、24時間対応を可能とすることが必要。
- ・総合病院との連携が重要。担う役割の確認、医師不足の解消が必要で、24時間体制がとれる状況が可能とならなければ中途になってしまう。
- ・地域の医師と連携し、夜間の対応を可能にする必要があると思われる。
- ・グループ診療。
- ・一般開業医の方に在宅医療に参加してもらおう。長年診てきた患者さんが寝たきりになったときその方を最後まで看取るようにお願いしたい。
- ・訪問介護、訪問看護、訪問診察を充実し、患者と家族の方に在宅でも安心だという印象を与えることが大事である。

○家族のサポート体制の充実

- ・家族をサポートする体制の整備(デイケア、ショートステイ等)・在宅を行う医療機関への支援(保険点数、補助金等)。
- ・家族が疲れたときのバックアップ体制を充実させること。
- ・地域の介護力を強めていく工夫が必要。
- ・高齢者専用賃貸住宅の増設。
- ・患者自身にそのような方法が選択できるという情報をもたらすことから始まり次いで家族が受け入れをするため物理的・精神的サポートを示していくことから始める。

○患者・家族へ向けた意識啓発

- ・(看取りの)社会的認知も必要と思われる。
- ・訪問看護および介護関係体制の充実と連携・住民の意識の向上(死について考える機会、例えば映画や講演会など)。

- ・本人及び家族に対する啓蒙活動。
- ・定期往診患者をさらに増やし、啓蒙していく。
- ・在宅での看取りに関する情報提供、知識向上をめざす。
- ・「死」に関する教育(死とは何か、どんな終末期・死があるか、死の受容)を、義務教育時、高齢者及び家族を対象に行う。本人が元気なうちに、死生観を家族で話し合い、主治医、2次救急病院との間で、Living Willを作成する。
- ・無治療なら無治療に徹する覚悟が家人には必要、少々のごことで医師の手を煩わさないこと。
- ・本人の自宅で最期をむかえたいという強い意欲が必要。例えば尊厳死を望み文章を書いておく等。まわりの家族、つまり日本国民が死は受け入れなければならないものという認識をもってもらうことが必要。

また、今後、有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等での看取りを増やしていくために必要な工夫としては、上記に加えて施設側の意識改革(施設での死亡の受け入れや、職員がケアとケアの違いを認識すること等)が挙げられている。

⑦ 在宅看取りを推進する上での問題点と課題

○制度・施策に関する問題点・課題

- ・国の体制として、いかに看取りをおこなっていくか、人間としての幸せをあたえられるような医療人の育成。国民への在宅看取りへの啓蒙活動をどんどん行なってほしい。
- ・地域医療のあるべき姿を明確にし、24時間対応の安心できる体制の整備が急務である。しかしながら、今の国の対応は「地域医療崩壊を助長する方向」に向かっている。
- ・制度、システムの問題というより、地域に人材がいない(集まらない)という事が一番重大な問題・課題と思われる。
- ・在宅で看取りをする場合の診療報酬上のメリットが必要。一連の死亡確認、届け出等を行なう公的機関システム)をつくり、医師不在時に死亡しても対応が出来る環境作り。
- ・在宅療養支援診療所が個々の医師の熱意だけで頑張れるものではなく、看取りに関心のある医師が負担少なく活動できるよう厚生労働省が後援してほしい。地域単位で、または何人以上の医師が1グループといった基本的提案を前面に出してほしい。病院勤務医は在宅ターミナルに対して認識が薄い。
- ・在宅看取りを行うには介護職の関与も大切である。介護報酬(点数)の減少が続き、介護職の低賃金、介護職離れが起きている現状を改善する必要がある。
- ・訪問により、1日当りの患者数が減るので診療報酬上の考慮が必要である。
- ・あまり最期の場所にこだわらない。例えば在宅でみていて、最期に家族が疲れたとき、病院で最後を看取ることがあるが、病院がひきうけて1週間以内の死は在宅死と考えてもよいのではないかと思う。そういう柔軟な考え方で在宅の看取りを考えること。
- ・法整備に不備がある。施設内での死亡に対し、訴訟やトラブルになるのではという不安が、施設の看護師、介護スタッフに強い。死に対する教育が不足している。
- ・医療費削減のために在宅医療、在宅看取りを推進するように住民側に受け止められるとなかなか推進しにくいと思われる。患者さんにとっても家族にとってもそれが幸せなことと実感してもらえる広報サポート体制作りが重要と考える。

○医療・介護サービス提供側に関する問題点・課題

- ・看取りをしたいとする家族の意向を尊重し希望を叶えるには、一診療所・一医師だけでは無理なことで、緊急時に近くの病院と連携し看取り時に対応できる支援体制作りが必要。
- ・訪問看護が経営中心で考えざるを得ない状況では、看護師の離職率の増加によりステーションの閉鎖などが生じてくる。関係施設と連携する時間や勉強会、カンファレンスなどの時間的保障の中で経営が成立出来るようになればと考える。終末期を望む形で実践出来る為に関わる職種の全てが、お金と時間に追われてはよい仕事も出来ず、在宅看取り推進は難しい。
- ・無理な在宅看取りは家族・本人共につらいと思う。看取りに多くの選択肢を示せるようにすることが必要と思う。
- ・医師の24時間対応の確保が困難である(医療機関及び施設職員の不足)。
- ・がんのターミナルなど疼痛管理やセデーションが必要なケースに対応できる研修の機会が必要。

- ・中山間へき地に対応できる医療機関が少ないこと、連携出来る関係機関が少なく、医師、看護職員等の安定した確保が出来るかどうか不透明。
- ・医療の支えさえあれば、在宅でと考えている人はいると思う。それらの人が、どこにきちんとした在宅医療をしてくれる医療機関があるのかわからないのが現状。それらを改善する必要がある。
- ・きちんとした在宅医療をしてくれる医療機関は圧倒的に少ないのが現状であり、これが増えることがまず重要。診療所だけでなく、中小病院は小回りがきくのと医師も複数いるので、在宅医療に積極的に活用すべきと考える。

○患者・家族側に関する問題点・課題

- ・在宅看取りに必要な家族の協力、存在が徐々に減少しつつある（高齢化・独居のため）。
- ・本人はもちろんだが、家族・環境が整っていなければ在宅での看取りは困難。
- ・国民の「大病院志向」と相反する（医療の）流れなのではないかと思う。国民に受け入れられるのだろうか。
- ・在宅で看る・看取ることの意義をあらゆるメディアを通して啓蒙する必要がある。
- ・地域の少子高齢化が進んでしまった当地区での在宅看取りは不可能。なぜなら看取る側にそのマンパワーや肉体的・精神的余力が全く不足しているからである。
- ・同居していない親族との信頼関係を築くことが困難である。
- ・家族で自宅で看取る、世話することへの抵抗。負担の軽減の必要、バックアップ体制の充実。社会的理解。

2. 在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査（二次調査）

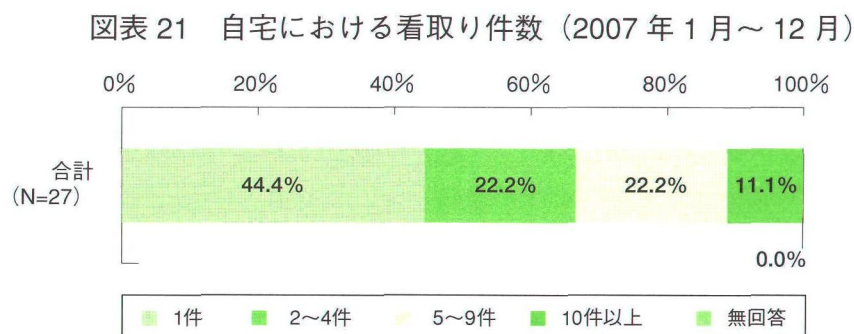
(1)回収の状況および回答者の状況

15 施設から回答が得られ、回収数は計 27 票であった。

(2)調査票集計結果

① 1 年間の看取り件数

2007 年 1 月～12 月における看取り件数は「1 件」（44.4%）が最も多く、次いで「2～4 件」（22.2%）、「5～9 件」（22.2%）であった。



看取り件数の内訳は、以下の通りであった。自宅における看取りの平均件数は 4.26 件、最大値は 25 件、最小値は 1 件、中央値は 2 件であった。

図表 22 看取り件数(内訳)の平均値(上:病院、下:有床診療所)

		看取った 件数	うち、直接の死因別件数				
			がん	脳血管 疾患	心疾患	老衰	その他
① 自宅で看取った件数 ※1	平均	4.26	1.52	0.70	0.44	1.11	0.48
	標準偏差	5.22	2.23	1.30	0.79	2.04	0.69
② 最後に医療機関に搬送 (1週間以内に死亡)した件数 ※2	平均	0.67	0.26	0.04	0.11	0.04	0.22
	標準偏差	1.04	0.59	0.19	0.32	0.19	0.64
③ 有料老人ホーム等で看取った件数 ※3	平均	0.44	—	—	0.04	0.11	—
	標準偏差	0.60	—	—	0.19	0.42	—

※1 「自宅」は、特別養護老人ホーム、老健施設、療養病床、有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等は含まない。

※2 「最後に医療機関に搬送した件数」は、自宅で看取りを行う予定であったが、最後に医療機関に搬送し、1週間以内に医療機関で死亡した事例を指す。

※3 「有料老人ホーム等」は、有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等を指す。
(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床は含まない)

② 在宅看取り事例の状況

自宅での看取り事例のうち、家族が在宅看取りに満足した事例を収集し、分析した。家族が満足する上で、大きな要因となっているものは、家族の意向を尊重し、医療者と家族との間に緊密な連絡関係を築き、患者の情報を家族が理解し共有することで、両者の間に信頼関係を構築して家族と医療者が一丸となって看取りを迎えることであると考えられた。

また、最期に医療機関に搬送された例でも、満足している事例も見られている。この場合は、それまで在宅療養を長期にわたり実施しており、家族介護者の負担感の軽減が必要になったことや、在宅療養が困難になったところで入院という選択肢を得て安心感を持てるようになったこと、医療者との間に信頼関係を構築していたことが大きな要因と考えられた。

一方、満足しなかった事例では、在宅療養／病院療養等、本人と家族との間の意識差が見られたり、医療者と家族との間に信頼関係を築けていなかったことが原因と考えられる。

③ 在宅死と病院死の違い

患者本人にとって、在宅死を選ぶことは、慣れ親しんだ環境で最期をむかえられるので自由さがある、家族との時間をゆっくり過ごすことができる、自分の場所で最期に臨む事が出来る等の「メリット」がある一方、病院で最期をむかえることも、最期まで医療を受けることが出来る＝「メリット」という考え方もみられた。これは本人の価値観等によるものと考えられる。

一方、家族にとっては、患者が在宅死を選ぶことで最期まで自宅で共に過ごすことができ、見送ることが可能となるが、介護負担の問題、医療資源の偏在の問題等もあり、病院への入院を「安心感」と捉えて、病院死を望むことも多いことがうかがえた。

④ がん末期患者への対応

がん末期患者やその家族の不安への対応に関する工夫点は、患者本人の病状について本人・家族と共有したり、インフォームドコンセントをとってターミナルの情報を共有することや、患者や家族の話をよく聞き、その希望を理解して緊密に連携するなど、信頼関係を構築するなどが挙げられている。

また、医師・看護師等の体制の確保の観点からみると、可能な限り24時間対応や緊急時対応が出来るようにすること、医療スタッフ間で情報を常に共有しておく、地域ネットワークを活用するなどが挙げられた。

⑤ 在宅看取りを推進するにあたっての意識啓発

看取りを行う上で、医師・看護師等医療者自身がまず「看取り」をどう捉えるか、看取りに対する価値観を醸成することが重要という意見が見られた。

その上で、日常業務において患者や家族と接すること、カンファレンス等で職員間において情報を共有することなど、業務を遂行する中で実践的に看取りについて学んだり、職員研修や学会研修等に参加するなど、意識啓発に努めていることがわかった。

一方、看取りについての地域住民への意識啓発については、地域での講演、シンポジウムなどで具体的に考え方を伝えたり、個々の症例において家族等に看取りの啓発をしたり等のことがあげられているが、介護力不足や地域性等によって看取りへの意識がなかなか浸透しないという側面も挙げられている。

⑥ 在宅看取りを可能とする方策

ア) 制度の整備(在宅死に関するガイドラインの整備、法的保護、診療報酬等)

■ガイドライン、標準化

- ・ クリニカルパス、同意書の作成。
- ・ ある意味在宅死を選択するということは、医療の差し控えと同義に近いと捉えられます。患者の意志を事前にしっかりと知ることができれば何よりです。終末医療、在宅死に関するガイドラインが適切に整備されれば、在宅看取りの推進に力となると考える。
- ・ 担当医だけでなく、看護師、MSW等の医療、ケアチームで患者、家族を支える体制を構築する。医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、十分なインフォームドコンセントに基づいて、患者の意思を確認する。患者の意思が明確でない場合、家族に十分な情報を与えた上で、患者にとって最善の治療の選択を話し合い、合意を得ること。
- ・ 終末期のプロセスガイドラインに基づいた在宅看取りのガイドラインの作成。

■法改正

- ・ 医師が出張中の場合、死亡診断ができないので、現状の「48時間以内に診療した死因の病気が明らかである患者の場合、診療しなくとも死亡診断書を発行できる」という医師法を改訂し、「(48時間以内の診療で)死因の病気が明らかである患者と医師が判断した場合、予め医師が作成した死亡診断書を認定した看護師(仮、在宅看護師など)が死亡時間を確認し、死亡診断書に記載した上で診断書を発行できる」としていただくこと。死亡後の救急搬送、検死をへらすことができます(看護師による死亡確認、診断書の発行)。
- ・ 在宅医療においても、不意に予期しない病状展開をみることは多い。現在検討中の「死因究明制度」はその運用法しだいでは、在宅医療看取りをやりにくくする要因も内在していると危惧する。
- ・ かかりつけ医体制の充実、病診連携。
- ・ 在宅療養に移る前に、死亡に至る病態の確認と医療の選択を提案する。経口摂取困難な事例が点滴や経管栄養を選択しなかった場合、脱水や、栄養障害が出現することを家族に説明し、判断を求める。終末期医療ケアに関する医学的、社会的妥当性をカルテに記載する。死亡事例を医師カンファレンスに報告し、検討すべき事例は妥当性の検証を行なう。
- ・ 病死・自然死であれば、人が死んだことは誰が見てもわかるのであるから、ゆくゆくは看護師等にも死亡診断出来る法整備を希望する。

- ・突然死ではなく、ある疾患で死にゆく患者に対しては、診療中の患者であれば、24時間以内に診察していない状態で死亡した場合、あらためて診察すれば死亡診断書をかけることについて、多くの人が誤解や自信のない意見しかない。在宅看取りに関する24条の解釈を全医師に周知させてほしい。

■報酬制度の整備

- ・家族に対する公的介護報酬を手厚く。
- ・診療報酬は入院死よりコストが低いことから、優遇してほしい。
- ・在宅死での診療報酬を引き上げ、病院死での診療報酬を引き下げる。
- ・ショート利用の短期治療(肺炎等)も入院同様評価してほしい。
- ・連日あるいは同日再診などに対応していくための診療報酬の整備は必要と考えます。
- ・まず、丸めの医療ではなく、必要に応じて必要な検査・治療を行ったことに対して報酬を着ける制度に切り替えること。その上で、医療技術に対する評価を上げ、訪問診療、訪問看護などの在宅医療に関する保険点数を上げる。ターミナル加算や在宅支援診療所などという姑息的な方法ではなく、在宅医療・在宅ケアに必要な全ての評価を上げること。
- ・地域、地方の病院が行う在宅診療への手厚い報酬。病診連携への加算。

■その他

- ・ガイドラインや法や報酬がやらせるのではなく、「死んでゆく者に寄り添って立とう」とする心情がやらせるのであろう。医師である以上、それに伴う全責任は負うしかない。
- ・在宅看取りは制度の整備という観点から語られる問題ではないと思われる。
- ・予後不良な悪性腫瘍や神経変性疾患などの病気以外の終末期の定義が定まらない以上、十分な治療を行えない在宅での看取りを容認できない医師や、事例ごとの判断のあいまいさはなくなると思われる。

イ)医療・介護資源の確保(医師の確保、医師・看護師の24時間対応体制の構築、バックアップ病院の確保等)

■医師の確保

- ・マンパワーの確保は重要で、できれば、地域に住む医師がチームを組むことが理想である。日常診療に障害が出ないような配慮も必要となる。訪問看護師も均等なオンコール体制が望まれる。急性増悪、急性期疾患への対応が可能な緊急入院のためのバックアップ病院の確保も重要である。当地域には包括医療を行なう国保病院が存在する。医療機関が少ない地域、在宅療養支援診療所がない地域においては、病院がその機能を果たす必要がある。
- ・安全なシステム構築は実現不可能なことが多い。その地域でやれることを事前に話し合った上で、少しずつ枠を広げていく必要がある。
- ・医師数の増加が期待できないため、現在の状況下で連携して行えるバックアップ体制の構築が必要。開業医の参加が少なく、開業医の訪問診療のモデルや研修により参加しやすくなればよいのでは。
- ・在宅医療をするために医師の拘束時間の改善をする。必要な研修のための時間を確保するため、又休養をしっかりとることができるようにするために、支援し合う在宅医師グループをつくるようにする。ケアマネージャーとの連携をしっかりとるためにも、患者の情報をよく知るためにも、居宅療養管理指導にうたわれているように、ケア担当者会議に参加する。ケア担当者会議にはその人にかかわるスタッフが集まることが理想である。

■医師・看護師の24時間体制の構築

- ・医師一人の診療所、地域に2院しかない地域で24時間365日の在宅医療をバックアップすることは困難である。また、在宅療養支援診療所の医師、他の職員の労働時間について、労働基準法に違反していないのか疑問が残る。日常の医師の業務は在宅医療だけではないので、在宅医療のみを優先して行なうわけにはいかないと考える。末期に訪問看護が入ると、看護師に家族がふり回されることがあり、混乱することがある。
- ・①いつでも対応できる医師など、看護師数が絶対的に必要。②医療側が在宅看取りに対して同一の認識を持つことが重要。
- ・基本的に、在宅志向のあるスタッフを増やすこと。そして、現在の医療介護資源の連携を強化すること。

■バックアップ病院の確保

- ・在宅療養患者の病状変化時や、その他必要時に受け入れて下さる地域の病院は絶対に不可欠。当診療所では、そのような病院があって誠に有難く感じている。24時間対応のためには、医師一人だけではなく連携できる医師がもう一人ほしい。訪問看護師は24時間対応を既に行っている。

■その他

- ・当然のことながら、そのような資源確保がまずなされるなどという幻想は持っていない。できる範囲でやっていくのみである。
- ・開業の先生方がやってくれるかどうかは疑問に思うところがある(積極的に行なっている開業医の先生もいらっしゃいますが)。
- ・看取りは24時間対応体制で行うという考え方が、在宅での看取りを困難にする大きな要因である。夜中に息を引きとれば、翌朝確認に行けばよい。それで家族も大満足である。看取りのために、24時間医療体制は作らない。患者・家族・医療者が支えあって助け合っていけば、最小限のスタッフで可能。看護師の献身的な支援(家族に対する)が在宅看取りを支えている。地元の看護師が近所づきあい、あるいは家族の一員的にサポートしてくれている。
- ・まずはモチベーションの維持。最終的に人が集まるかどうかは(医療を含めた)その地域力、地域の魅力による。その地で育った人が戻らない地域ではダメだと思う。

ウ) 家族のサポート体制の充実(ショートステイ、レスパイト、地域の介護力向上等)

- ・御家族が自宅で患者さんを介護し看取るという負担が大きく、そのために避けられている印象であり、在宅での看取りを希望する御家族には多大な援助(在宅サービスをはじめ)を公的に行ってもよいのではないのでしょうか。
- ・当地は過疎高齢化の進んだ離島のため、人的資源・施設設備は期待できない。
- ・在宅看取り専門のケアマネジャーの設置。
- ・ショートステイ、デイサービス、訪問介護、訪問入浴、更には必要時一時入院も含め、利用できるサービスについてよく情報提供することが第一。何でも家庭内で問題を抱えこんで、パニックになっているケースはまだよくみられる。この辺は、ケアマネジャーさんの力量にも期待したい。
- ・可能な限りこういう施設等を増やして欲しい。
- ・家族の不安の解消。事情によっては在宅看取りからの方針変更も可能という認識を持つこと。
- ・ヘルパー、訪問看護師、保健師、医師が一体となってサポートしなければならない。ショートステイや入院を適宜、上手に利用することも必要。
- ・家族の精神的サポートが重要。
- ・人工呼吸器装着者やIVH利用者などの比較的医療必要度が高い場合に、もっとショートステイなどのサポートが欲しい。
- ・現状は歩き(自転車)で行ける距離に入所(ショートおよび短期入院)できる施設が欲しい。ヘルパーも人数が必要。
- ・地区社協活動等、日ごろからの地域内の結びつきを高める。
- ・逆説的に言えば、在宅死にこだわりすぎないことも大切。いつでも選択可能であることを伝えつづける。一時的に病院、ショート利用、そのまま最期でもよかったといえる雰囲気維持する。
- ・療養病棟を利用したショートステイなど、家族に休んでいただく時間もとれるような体制を。
- ・ショートステイ受け入れ施設を増やす(受け入れ先病院に理解をふかめてもらうようにする)。→診療所の場合、ショートステイ中に病院の主治医に診療所医師がなれるような、オープンシステムの導入など。
- ・看取りに限らず、在宅医療全般に於いて家族が疲弊しきってしまわないためのサポート(ex ショートステイの回数・期間を増やせるなど)が必要。
- ・まずは家族が不安を抱える時の把握とそれに対する対処の仕方をスタッフで確認しておくこと。家族の状況を早く正確につかむためにも、ケア担当者会議に参加して、そこから(ケアマネジャー)から情報を得る。おのずとショートステイの必要性やその時期、レスパイトの必要性が浮かび上がってくる。医師・看護師の情報だけでは分からないこともあるということを知るべき。家族全員を集めての話し合いを必ず持つこと、そこで認識を一致させる。主介護者の心身両面の負担の軽減にもつながる。もちろん本人が入れる状況をつくることができればもっと理想的。
- ・独居さえも支えられるヘルパー制度(ヘルパーの地位・報酬の適正化)。

工)患者・家族に向けた意識啓発(「死」に関する教育、住民意識の向上、在宅看取りに関する情報提供等)

- ・「教育」というよりも「話し合い」の蓄積が重要。医療側、患家側、共に教え、教えられる環境形成が大切。
- ・家族の認識(死に関する)によっては、介護サービス(訪看)の必要性は低くなると思われる。家族の話をきく人、介護の援助者(ヘルパー)は必要度は高いと考える。
- ・これは大切なことだが、教育や啓発(講演など)によって「養われる」意識ではないと思う。親がやっていることを子供がみて育ち、その子がやるのを孫が見て・・・と継代的に見て受容し、実践するようになっていくものだろう。それに対し、地域社会が敬意を払い、外にでた者たち(いわゆる口だけ出す“小姑達”)が口をださず、それぞれにできる範囲で手や物をだすことも必要である。
- ・市民フォーラムなどを開催したりすることで、死に対する概念を変えていく。
- ・人は必ず終末を迎えるので、もちろん「どう生きるか」ということも大事だが、「どう最期を迎えるか」ということについて話しておく必要もある、ということを経験できればよいと思う。
- ・自宅で死を看取ることに対して、抵抗のある方は、「病院であればもっと高度な治療をして、もっと長生きさせられた」という後ろめたさがあるのではないだろうか?
- ・人間は必ず死ぬものだということの認識が原点だと思います。更に死に関しては、文化的、宗教的側面も大きいと考えられますので、医療者からだけではなく、社会全体として死としっかりと向きあうことが大事でしょう。学校教育から見直しが必要だと思いますが、個人的には宗教家(寺院、教会など)に地域の中でもっと発言を求めたいです。
- ・尊厳を保ち、家族に見守られて最後を迎えることが理想と思えるが、死生観の違いを知ることも重要である。講演会等を開催して考える機会を提供したい。
- ・テレビ等で見られる、家族全員に囲まれ、医師がかけつけ、その目の前で息を引くとといったドラマチックな死のイメージを一般の人から無くすことが必要。このようなシーンを作ろうとして多勢が自分の仕事や生活を犠牲にしている。医療関係者もピリピリしている。亡くなることをおそれない、大さわざしない、ひっそり息を引き取ることもありだという意識啓発。
- ・「なんで病院につれていけないんだ」という発想が減れば・・・。
- ・終末期における倫理問題の意識向上。
- ・在宅患者が入院して、状態が自宅でサポート困難な状況になった際には、訪問診療があることを伝え、在宅療養が可能であることを伝えるが、なかなか伝わりきらない。一方で、不安がありながらも在宅療養に戻って訪問診療を受けた場合には、次第に慣れて継続可能なことが多い。もっと訪問診療があたり前のことになればと思う。
- ・自宅、介護施設、病院での生活の垣根をできるだけ低くする努力が必要。
- ・住民意識の向上は是非とり組みたいが、きっかけが難しく未実施。看取りに限らないが、退院→在宅医療が敗北であるという意識はなくしたい。
- ・地域の習慣としては、「何かあれば病院で」という意識が強い印象。実際の在宅症例等、講演会で住民に情報を流せる場を多くもてればと思います。
- ・在宅死は苦しいものになるかもしれないという誤解をなくしてもらう情報を伝える。終末期医療について(無意味な延命治療はひかえるなど)の情報を伝える。→TVや新聞・ネットを通じて。
- ・患者さんが自力で起きられなくなったり歩けなくなったりした時期に、最期が訪れようとしているときに患者さんに起こる変化にはどのようなものがあるかを説明する(例:尿量が少なくなる、目が見えなくなる、痰がからむ、あえぐような呼吸になる、呼吸が遅くなるなど)。あらゆる機会を利用してホスピスケアの宣伝をする。最期の時までどう生きるかを考えてもらう話をする。ホスピスケアを考える市民団体を立ち上げて、様々な講演会・学習会・ホスピス講座などを開催する。
- ・くだらない健康番組をやめる。老いと死とがみともないことでも価値の低いことでもないことを伝える。「死の文化」を地域につくること。

⑩ 在宅医療実施のモチベーション

医師が在宅医療に取り組むモチベーションとしては、患者や家族の気持ちに応えたいという気持ち、スタッフ等の支援を受けられる、医師自身の医療観によるもの等の意見が挙げられた。

■患者・家族の気持ちに応えたい

- ・患者様、御家族の希望に沿いたいと思う気持ち。
- ・「自宅で看取りたい」「自宅で死にたい」と思う家族、本人の希望。
- ・本人、家人の希望と施設看取りに対する不満足感。
- ・家族が在宅看取りを熱心に希望すること。
- ・患者と家族による自宅療養の希望。
- ・本人、家族の満足度、感謝。
- ・患者や家族の安心感。家庭では患者は「患者」でなくなる。医師としてやりがいを感じる。
- ・在宅看取りを希望する家族がいる事と、よい最後をむかえることができた事例の体験から、在宅看取りを行いたいと思うようになりました。
- ・人は誰でも多かれ少なかれ障害を持っている。私の大きな目標は、どんな障害を持っていても人としてはOKだよと皆で見守り支え合える地域をつくりたい(癌であろうと、脳卒中であろうと、アルコール依存症であろうと)。本人家族の希望が実現することが大切。自宅での最期を希望されたら、それが叶えられるようにしたい(体制と技術)。一人の人間に関わり、最期までかわり続けたい。その人との信頼関係を築きながら。

■スタッフ等の支援がある

- ・在宅看取りを支えるスタッフや、地域の病院を含む諸施設にも恵まれているほうだと思います。与えられた条件で、比較的無理なくできることのひとつが「在宅看取り」であるということでしょうか。
- ・5年目に新潟県の病院に勤務して、訪問看護、ホームヘルパー、ケアマネ等いくつかの職種が協力して患者さんや家族を支えている事を学んだ。病院でも施設でも在宅でも、死ぬ場所をおおむね選ぶ事ができており、在宅で亡くなる方も次第に枯れていくようにおだやかに最期を迎えていた。とても贅沢な事であり、安心であり、他の地域でも同じような事ができれば、と考えた事がモチベーションとなっている。
- ・患者本人と家族の希望をできるかぎり実現させてあげようという思い。

■自分自身の医療観

- ・自分自身の人生観、死生観、価値観と医師としての責任感、義務感。
- ・私自身の生命観、死生観、医療観としか言いようがない。
- ・自分が殺伐とした病院での最期を迎えたくない。
- ・人間らしい死をむかえさせるのも医師の仕事であるという考え。死ぬ時くらい自分の好きにしたいと考えるのは、人の当然の権利であり、それを守りたいと思う。
- ・病院の監禁医療があまり好きではなく、外に出るのが好きなだけであり、その延長で看取りもある。
- ・自分が、病院が、地域に最大限貢献するためには大切な柱の1つ。
- ・訪問診察、訪問看護を長期にわたり行うことで、患者と医療者間で信頼関係が樹立されたケースでは、看取りは自然な行為と思われる。また、自治体病院に勤務する医師として、地域に奉仕することは公務員としての義務である。在宅看取りを希望するご家族に対しても、出来る限り、その希望をかなえていく。病院といえども、マンパワーの必要性は感じている。
- ・患者、家族が死という壁をのりこえていくその姿への尊厳「生活-人生の拠点というべき、ご自宅で安らかな最期を向かえるために、できるかぎりのサポートを」と常に考えている。

⑪ 国保直診のある中山間地域において、在宅看取りを行っていく上での課題、およびそれに対する解決策(抜粋)

No.	課題	解決策
1	高齢者の一人暮らし、一世帯暮らしが多く、看取りまでその場で行なうのは介護者(親族)の負担の面から、現実的でないことが多い(入院希望が多い)。	公費を導入したサービスの充実。
2	○24時間365日、在宅がカバーできない施設もあるが、その施設に対して評価(報酬)が少ないこと。○医師不足。	診療報酬のアップ。地域医療に関心をもつ医師数の増員(医師数を増やさないといけないと思います)。24時間365日、一人の医師に在宅医療をカバーさせなくてもよい法制度の改訂を行なう。
3	バックアップ病院の確保→主治医だけの24時間対応は限界があり、バックアップ病院に非常時の連携医師制度を設けてほしい。	地区毎にグループを作り、バックアップ病院を指定。バックアップ病院に非常時看取り医師のポストを置けるような財政的支援制度を作る。
4	いろいろな意味での在宅見取りへの不安の解消を地道に図ること。医療者にも不安はあるが、患者、特に家族には不安や負担感が大きいものと考えられます。患者さんにとっては家族に介護のことで迷惑がかかるからという思いが大きくある。	医療者の不安:在宅療養バックアップして下さる地域病院の御苦勞を財政的にも人的にもしっかり支えていただきたい。在宅看取りを推進すると言って、その地域の病院医療が先に荒廃或いは消滅してしまっただけでは在宅医療はできない。家族の不安:用意できるサービスをしっかりお知らせすることも大事だが、介護者や患者本人も含め、心の健康を保っていただくようなサービスや(ボランティア)スタッフがあればよいと考える。話し相手、ぐちを聞いていただけるだけでも有難いものである。
5	医師、看護師等の人材確保。独居の方、家族介護が不可能の方の看取り。バックアップ病院の確保。	○ある程度医師、看護師等の充足している田舎の公的病院等が中心となって、チームで在宅看取りを行なっていくようにすべきと思います。○独居の方の最期のための施設(老健、バックアップ病院等)が必要(ここに近所で親しかった人々が自由に集えたりすることはできないものだろうか。皆で心をこめて逝く人を送ることはできないものだろうか)。
6	都市部と異なり、中山間地域には医療機関が少なく、往診距離も長くなる。日常診療に支障がない範囲で、在宅医療に取り組む必要もある。開業医と病院勤務医が連携し、情報を共有して24時間の待機体制を構築し、在宅看取りに関与することが理想である。しかしながら、生活の場と仕事の場が異なる医師もあり、開業医を巻き込んだチーム作りは困難なことがある。マンパワー不足に対しては、広域化も視野に入れる必要がある。	病院、訪問看護師、保健師が連携し、包括医療を提供している施設では、その施設内のスタッフを中心としたチームを作り、在宅医療に取り組むことが可能である。地域においては医師不足もあるため、都市部の在宅支援診療所の機能は病院が担うことになる。診療報酬もそれに対して、加算されることも必要である。
7	①在宅看取りを希望していなくても、急な容態の変化で家で息を引きとる人は多いが、往診して死亡診断してくれる医師がいない地域がたくさんあり、住民は困っている。②家庭介護力が少なく、在宅医療が困難。	①死亡診断と時間的余裕を持たせてもらえば、広い地域を少ない医師でカバー出来る。②在宅死を絶対的なものと考えない。
8	特に北海道は地理・気候条件において、病院志向は高く、病床数も多い。在宅看取りは病院に比べて優位な点が少ない(医療レベルや安心感など)。また一般には、核家族化や一人暮らしの増加で介護力が低下している事。また、実践していく上で、公的機関なので、事務部門や行政との折衝・調整が必要で、時に理解を得るのが難しい事。	住民の意識・考え。制度:ホスピスケアチームを。アメリカの真似ばかり、と言われそうですが、Dr、Nrs、ヘルパー、カウンセラーといったチームが活動し、患者さんが病院に行っても自宅にもどっても、いつも同じチームが寄り添って支援していくという方式。
9	社会の変化(労働、就業、家族関係、市町村合併、地域格差)などにより、さらに山間部が手薄になっていくこと。	合併しなくてもいい地域力をつくる必要がある、田舎根性をみせて都会に負けないものを創れるかどうか、が最も必要。

3. 在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査

(1) 北海道更別村: 更別村国民健康保険診療所

① 在宅看取りへの取り組み状況

現在、医師は3人在籍しており、うち1人は家庭医養成コースの後期研修医で、半年交代で他の医療機関での研修もある。訪問看護ステーションはない。定期的な訪問診療と臨時的な訪問診療が生じるが、3人の交替勤務であり、負荷もかかる。従って、主治医制は取れない。

村内、近隣には医療機関がなく、訪問看護と訪問入浴サービスは社協(隣接)が行なっている。社協には3人のケアマネがあり、包括支援センターには、ケアマネ(兼務)、保健師、MSWが所属している。

在宅看取りに取り組む上で、職員の意識としては負担増にはなるが、意欲のある医師が主導で実施し、職員も協力している。ただし、現在は在宅看取りのケースは数例の段階であり、職員への「在宅看取り」についての啓発段階で、定期的な研修や外部への働きかけは今後の課題である。夜間の連絡体制は、患者宅→診療所看護師→診療所医師の順であり、将来的には、看取りケア・システムの構築が必要と認識している。地域住民のニーズについては、まだ調査はしていないが、要望はある。

② 在宅看取りに関する問題点、課題

中山間地域においては、医療福祉資源に限りがあり、今後の看取り事例の増加には対応できない恐れがある。訪問看護ステーションがないので、やはり限界があり、夜間に対応するシステムの構築は困難である。

現在、看護師5名が地元出身であるために地元住民のために頑張れるが、定年を迎える職員がいるので、継続性に不安が残る。また、看護職員も年齢が高くベテランが多いため、看取りケアのスキル以外にも地域のことをよく知っており、地域住民と心の通ったケアが出来ている。

このように地域ケアに頑張っているが、現在の診療報酬制度ではやはり収入面での困難がある。今後、診療所を継続するためにも療養病床編成を再検討している。また、農家が主体の地域のため、日常的な在宅医療が困難という側面もあり、継続性のあるシステムの構築には医師・看護師を始めとする職員の過剰労働が問題となる。

(2) 香川県綾川町: 綾川町国民健康保険綾上診療所

① 在宅看取りへの取組状況

この地域では、三世代、四世代同居が多く、最近まで在宅での看取りが普通に行われてきた。近年、家族の介護力が低下しており、家族と同居していても、日中独居のケースが増えてきている。このような介護力低下に伴い、高齢で寝たきりの状態になると、家族は施設入所を希望するケースが多くなった。また、在宅で介護している場合でも、状態が悪化し、ターミナルに近くなると、入院を希望するケースが多くなっている。「家族に迷惑をかけたくないのも、最期は病院に入りたい」という高齢者も多い。

一方で、国保綾上診療所に長年通院していた高齢者などでは、「先生に診てもらえるなら」と自宅で最期を迎えるケースもある。また、町民の間で「綾上診療所は最期まで診てくれる」という話が伝わっており、他の病院に入院していても、「最期は自宅で迎えたい」と退院し、国保綾上診療所に訪問診療の依頼をしにくる人もいる。

最近では、歳をとってそのまま在宅死（消極的在宅死）という人が少なくなり、がん末期など限られた時間を自宅で過ごしたい（積極的在宅死）が増えていると医師は感じている。

1年間に在宅で看取った件数は、8件で、そのうち5件ががん末期のケースとなっており、在宅での看取りは、がん末期のケースが増えてきている傾向にある。

昨年までは、医師2人が1週間交替で、24時間365日在宅医療に対応していたが、今年は1人が産休中のため、医師1人で対応しており、医師の負担が非常に大きい。このため、外来診療については、別の病院から医師の派遣を受けて対応しているが、外来診療・救急医療・2ヶ所の国保診療所への巡回診療（週1回ずつ）、24時間対応など、大きな負担がかかっている。昼間の往診は、診療所看護師が同行している。

② 在宅看取りに対応するための課題

現在は、外来診療・救急診療・在宅診療を含めて、医師1人体制であるため、特に24時間対応するための医師の負担が非常に大きい。特に在宅での看取りの場合は、本人の状態変化への対応や、家族の不安・疲労も大きく、24時間365日対応する可能性が高いため、少なくとも医師2人体制が必要である。また、状態悪化の際には、バックベッドとして近くの国保陶病院が機能しており、このようなバックベッドの必要性が高い。慢性疾患等の在宅看取りの場合には、状態が悪化した際に家族の不安が強くなり、入院を希望することもあり、最期の1週間程度入院して亡くなるケースもあるという。

住民の中に、国保綾上診療所が24時間365日対応してくれることが周知されており、他の病院・診療所等からのターミナルケースの紹介も増えてきている。このような病診連携・診診連携を通し、在宅での看取りを希望した場合に、住み慣れた地域に帰ってくるのが可能になっており、医療機関同士の連携が必要である。

また、患者・家族との信頼関係の構築の面からみると、国保綾上診療所では医師が24時間・365日対応して在宅医療を支えてきており、住民からの信頼も厚い。特に、世代を超えて、家族全員と関わりながら地域で診療しており、家族全員にとってのかかりつけ医としての機能を果たしている。この住民との深い係わり合いの中で、最期まで自宅で看取った家族は、皆とても感謝してくれ、「住民から必要とされている」ことを感じるという。どんなに多忙な日々を送っていても、住民から必要とされ、感謝されると、とてもやりがいを感じるという。在宅看取りを行うには、こういった患者・家族との信頼関係が必要であり、国保綾上診療所において在宅看取りのケースが多いのは、このような信頼関係が十分に構築されているためと考えられる。

(3) 岐阜県東白川村:東白川村国民健康保険病院

① 在宅看取りへの取り組み状況

東白川村は高齢者が多く、在宅で介護している世帯が多いため、在宅での看取りを望む声も多い。患者の要望として、自宅で死を迎えたいということであれば、その希望をかなえてあげたいという思いがあり、患者の自己決定権を重視すべきとの考えである。

死を受け入れた方にとっては、病院は最期を迎える場所としてはふさわしくないとの思いもある。病院は治療(cure)をする場所であり、治療をせずケアが主体となるのであれば、入院は不要と考える。入院は退院が目標なのであり、「死ぬために入院する」ことは不自然であるとの考え方である。また、地域性として、住居が大きい、家族が多い、介護力がある家庭が多いこともあり、家で死ぬことを受け入れやすい背景もあると思われる。

現在、医師は当直制で24時間体制をとっている。平日の昼間は訪問看護師が対応しており、夜間・休日についてはオンコール体制をとっているが、ほぼボランティアに近い状態である。ただし、急に呼ばれて訪問に行くことはあまりない。また、在宅が困難な場合は、いつでも病院に来てもらって対応できる体制が整っている。必要に応じて村役場の保健師や、社協のヘルパー、ケアマネ等の協力がある。

平成20年度からは、病院から有床診療所に改組されることもあり、患者や家族と事前に約束し、夜間や緊急時は病棟で電話対応とすることを予定している。状態が悪い場合は、個々から訪問看護師や医師とオンコールで連絡する。他の医療機関との連携は特にしておらず、訪問看護も東白川村国保病院から行っている。

医師や訪問看護師の在宅看取りに関する意識は高い。病棟の看護師についても、自宅で看取りを希望する人を助けていこうという気持ちは強いと思うが、死を迎えることに不安を感じる職員はいる。研修等については、職員は国保の学会や研究会等に参加し、学んでいる。

地域住民の在宅看取りに対する意識は高まってきており、実際に希望者も増加し、ニーズもある。ただし、現状では家庭介護力が十分である世帯が多いこともあり、今後の状況は不明である。在宅での看取りに抵抗がなくなってきたが、いざという時に入院できる安心感は、家族が看取りを行う上で支えになっていると思う。

また、死期が近づくと、家に帰りたいと希望する入院患者もいる。本人、家族双方からの意向もある。病院は全てに自由が無い一方で、在宅では自分の自由がある(時間、行動、空間、対人関係など)とともに、慣れている場所で安心感があり、好きな場所でもあるからかもしれない。

地域住民に対しては、ケースごとにカンファレンスや十分な説明を行っている。やはり、自宅で看取りたくても、死を迎えるのは怖いという思いがある家族は多い。よって、患者宅に医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー等が集まり、本人や家族に現在の病状や今後死を迎えるまでに予測されることについて、最初の段階で明確に説明し、共に状況を共有することで信頼関係を築いている。家族には、看病でしくじることではないのだ、ということを理解させ、看取りに向けて「背中を押す」ことが医療者の役割ではないかとの思いがある。

② 在宅看取りに関する問題点・課題

国保直診が存在するような中山間地域では、地域に密着しているため、家庭環境を把握しやすく、家族との信頼関係を築きやすく、近所の人との協力が得られやすい。(看護師も隣人である場合もある)。これは、看取りを進めるに当たって重要なポイントである。

看取りがよく行われるため、慣れてくる側面もある。医療機関が少ないため、治療方針が浸透しやすい。一方、支える人数が少ないため、現実として皆が協力していかなければ立ち行かないということもある。

在宅看取りを推進するために改善すべき点としては、看護師の訪問(特に夜間や休日)に対し、高い評価をして欲しいという要望がある。特に、終末期では、患者・家族の説明を聞く、話を聞くという行為にかなりの時間がかかり、ケア時間とあわせると、通常の訪問時間では足りないのが現状である。このコミュニケーションをしっかりとっておかないと、スムーズな看取りにつながらない。看取りに於いて、看護師の果たす役割は大きく、看護師が優秀でなければスムーズに看取りが行えないと考える。

また、死亡診断書についてのルールを柔軟にして欲しい。事件性を除外すれば、最期はつつがなくいくことが望ましいと思う。すぐに記入するということについても柔軟に考えて良いと思う。4月から有床診療所となるが、敢えて在宅療養支援診療所は申請しないつもりである。24時間、365日の縛りが問題である。職員も高齢化しており、いつでも訪問する、ということは困難である。患者・家族との信頼関係が構築されていれば、例えば夜中亡くなくても、朝に訪問して死亡診断をすれば良いと思う。家族に、人間が死ぬときの状態を理解してもらい、自然の流れであるということを受け入れてもらえれば、家族には満足してもらえる。

Ⅲ. 考察

○ 在宅医療・在宅看取りの実施状況

一次調査では、在宅患者への24時間対応体制について、「自院のみで対応」「自院と連携先医療機関とで対応」を合わせた割合が、病院では36.2%、有床診療所では46.3%、無床診療所では25.1%との結果が得られており、有床診療所と無床診療所の間に差が大きかった。これを、在宅医療の担当医師数別に見ると、「自院のみで対応」「自院と連携先医療機関とで対応」を合わせた割合が、1人医師の有床診療所では41.3%、複数医師の有床診療所では72.3%、1人医師の無床診療所では30.6%、複数医師の無床診療所では41.7%となっていた。在宅医療の実施状況については、病院では往診の実施状況が37.5%、訪問診療の実施状況が75.7%（ともに2007年9月）であったのに対し、有床診療所では前者が63.0%、後者が66.7%、無床診療所ではそれぞれ61.2%、43.4%であった。

福祉施設での看取りに積極的に対応している医療機関は、病院が20.4%、有床診療所が37.0%、無床診療所が14.2%であり、診療所において在宅医療の担当医師数別にみると、1人医師の有床診療所では27.6%、複数医師の有床診療所では50.0%、1人医師の無床診療所では15.3%、複数医師の無床診療所では16.7%となっている。在宅での看取りに積極的に対応している医療機関種別としては、病院が32.2%、有床診療所が42.6%、無床診療所が34.2%であった。診療所の在宅医療担当医師数別にみると、1人医師の有床診療所では37.9%、複数医師の有床診療所では61.1%、1人医師の無床診療所では41.0%、複数医師の無床診療所では41.7%が在宅看取りに積極的に関与していた。さらに、消極的であっても看取りに対応している医療機関は、病院で30.3%、有床診療所で38.9%、無床診療所で35.6%であった。

このように、本調査の結果からは、在宅看取りに対応している医療機関は病院、有床診療所、無床診療所でそれぞれ62.5%、81.5%、69.8%となり、多くの診療所で在宅看取りを実施していることが明らかとなった。また、診療所の看取り実施状況についてみると、複数の医師体制の有床診療所において看取りの実施割合が高いことが示唆された。この理由として、医師が複数所属しているため、業務分担が可能なことに加え、有床診療所においては自施設で病床を保有しているため、在宅療養継続中の病状変化や家族のレスパイト等の理由から、短期的な入院を受け入れることが可能であることが考えられる。

○ 看取りへの対応の可否とその理由

一次調査では、在宅看取りに積極的に対応する理由として、施設の理念、本人や家族が在宅での看取りを希望する、院長のリーダーシップによる等の理由が挙げられており、さらに二次調査結果から、国保直診の医師が在宅での看取りに取り組み続けている理由としては、「自宅での最期を希望している患者・家族の気持ちに答えたい」「人間らしい死をむかえさせるのが医師の仕事であるため」「地域に最大限貢献したい」などの回答が多く、医師自身の高いモチベーションの上になりたっていることが分かった。国保直診では「地域包括ケア」の概念を掲げて地域医療に貢献してきており、国保直診の医師は、自ら果たすべき役割として「地域貢献」を強く感じており、そしてそれが在宅での看取りを支える原動力にもなっている。医療提供側に立った医療ではなく、患者・家族の側に立って、常に「患者・家族の気持ちに沿う」といった価値観・倫理観で在宅看取りに対応しているという点が特徴的といえる。

一方で、看取りに対応していない医療機関の理由として、医師の院内業務が多く在宅医療はできない、家族や本人、特に家族が看取り期に入院を希望する等が挙げられていた。「医師の院内業務が多い」点は、

複数医師体制等を構築することで解決可能な部分もあるが、「家族が看取り期に入院を希望する」という回答が多い理由としては、当該地域での家庭内介護力不足や、看取りに関する住民意識が施設依存的になっていることがあると思われる。介護力不足を補うことは困難であるが、地域住民に対する医療機関側からのアプローチとして、「在宅死の意義」についての住民への意識啓発を行うことが必要である。

○ スムーズな在宅看取り実施に係る要因

自宅での看取り事例のうち、家族が在宅看取りに満足した事例を収集、分析した結果、家族が満足する要因として第一に挙げられるものは、家族と医療者との間に信頼関係をしっかりと構築していることである。家族の意向を尊重し、医療者と家族との間に緊密な連絡関係を築き、患者の情報を家族が理解し共有することが大変重要となる。ヒアリング結果から、在宅看取りを行う上で、在宅療養から看取りを行うと決めた最初の段階で、本人、家族、医療機関スタッフ、介護スタッフ等が一堂に会して、これから予測される状況、死が近づいた際の患者の変化、死を迎える際の状態変化等について説明をし、患者家族との間で情報を共有することが重要であると考えられた。両者の間に信頼関係を構築して家族と医療者が一丸となって看取りを迎えることが必要である。

また、最期に医療機関に搬送された例でも、家族が満足されている事例もある。そのような事例においては、それまで在宅療養を長期にわたり実施しており、家族介護者の負担感の軽減が必要になったことや、在宅療養がどうしても困難になったところで、無理をせず入院という選択肢を得て安心感を持てるようになったことが挙げられ、基本的には医療者との間に信頼関係を構築していたことが大きな要因であると考えられる。

一方、満足しなかった事例では、患者本人と家族との間で認識に乖離がある場合（本人は在宅療養を希望したが家族は入院を希望した）や、医療者と家族との間に信頼関係を築けていなかった等の理由が挙げられていた。医療機関スタッフはもちろん、患者、家族との間に認識の相違があり、情報共有がなされていなかったことが不満足な結果を引き起こすこととなる。

○ 在宅看取りを実施する上での課題 ～特に中山間地域の観点から～

一次調査の結果から、在宅看取りを実施する上での課題を、①制度・施策に関する問題点・課題、②医療・介護サービス提供側に関する問題点・課題、③患者・家族側に関する問題点・課題、④その他に分類することができた。

①については、診療報酬点数を手厚くする、法律の整備などが挙げられていたが、在宅医療は介護と連動しているため介護職への対策の重要性や、在宅医療や在宅看取りの実施を「医療費削減のため」と受け止められないようにすることが重要との意見もみられた。

②については、中山間地域における医療資源不足や、在宅医療に対応できる医療機関が少ないこと等が挙げられていた。中でも、訪問看護ステーションの重要性に言及する意見が見られている。在宅医療・在宅看取りを行うには医療機関のみではなく、訪問看護や介護、家庭の介護者の必要性などを訴える意見が多く、医療・介護が一体となって看取りを推進することが大変重要と考えられた。国保直診が存在する中山間地域で、少ない医療・介護資源を十分に活用していくには、医療機関側の意識啓発、研修実施等はもちろんのこと、住民の意識啓発や地域ネットワークを活用した在宅医療・在宅看取り体制の充実が必要であると考えられる。

③は家庭の介護力問題への言及が多く、やはり同居者がいる状態、家族の介護力はある程度必要と考えられていた。特に、国保直診のある中山間地域では、都心部に比べて、三世代、四世代で暮らしている家族もまだ多く、家庭での介護力もある場合が多い。ただし、今後の高齢化・核家族化の進展を念頭に置くと、家庭の介護力不足をサポートできる地域での支援体制が必要となると考えられる。

一次調査において、自宅での看取りは「今後、減少すると思う」と回答した医師の理由として多かったのが、「介護力の低下」や「高齢者世帯や独居高齢者の増加」であった。現在の医療・介護サービス資源の状況では、介護者がいないと在宅での看取りは困難と考えられる。本来、死を迎える場所の1つの選択肢として「在宅」があるのであれば、たとえ独居でも在宅もしくは有料老人ホーム、グループホーム等で最期を迎えることが可能となるサポート体制の構築が課題である。

○ 在宅看取りを推進するための方策

一次調査では、在宅看取りを推進するための方策として、①制度の整備、②医療・介護資源の確保、③家族のサポート体制の充実、④患者・家族へ向けた意識啓発等が挙げられた。二次調査においてもそれぞれの視点からの意見が得られている。

①は終末期プロセスに基づいたガイドライン作成や診療報酬、介護報酬への配慮、病診連携へのサポート等、②は地域の医師でチームを組み連携体制を確保する、オンコールで対応するなどの医師や看護師の確保、24時間対応に向けたスタッフ確保、バックベッドの確保などが挙げられた。③については、介護者の負担軽減という観点から、地域の介護資源の情報提供（ショートステイ、訪問看護・介護、入浴等）を実施する、ケアマネジャーと連携し家族をサポートするなどの家族へのレスパイト、および在宅療養を継続している家族の不安への対処等（物理的・精神的サポート）が挙げられている。

例えば、在宅で看取るつもりでも、患者の状態が変化したり、最期の数日間、家族の不安が強くなり、病院への入院を望む場合もある。このような場合には、地域の病院に入院し、患者・家族が不安なく最期の時間を迎えられることも重要であり、このような時に利用できるバックベッドも必要と考えられる。家族への支援策として、「在宅死にこだわりすぎず、いつでも選択可能であることを伝えている」との回答もみられており、「在宅死と決めたら入院はしない」という考え方ではなく、柔軟に入院可能性も視野に入れて在宅療養を行っていくことが重要であると考えられた。

④では死について考える機会、例えば映画や講演会などを実施して看取りに関する住民意識の啓発を図るなど、「死」についての教育を行う、退院→在宅で死亡ということが敗北と捉えられない価値観の醸成などが挙げられている。これは、職員に対しても、患者・家族に対しても同様である。二次調査結果から、医師・看護職自身が「人生観や死生観を研鑽する」「死を医療の敗北と考えない」「死を恐れないようにする」など、看取りに対する価値観を醸成することが重要との回答が多くみられた。そのためにカンファレンスや勉強会・講演会等を行っている国保直診が多く、特にカンファレンスについては、実際の在宅看取りの事例をもとに、多職種協働で事例検討会を行っているという報告もあった。また、ヒアリング調査に訪問した国保直診では、お寺の住職を研修に招き、死の考え方、患者・家族に寄り添うことの必要性などの講話をしているところがあった。このように、職員自身が「死」について広い視点から考え、本人・家族を支えられるようになるための研修機会も重要と考えられる。実際の在宅での看取りの場面や、これらの研修機会等を通じて、医療職自身が在宅での「看取り」についての価値観を醸成し、確固たる意志をもって本人・家族の気持ちに十分寄り添うことができるようになることが重要であろう。

さらに、今後は自宅だけではなく有料老人ホーム、グループホーム、特別養護老人ホーム等の施設での看取りも増加すると考えられる。本調査結果からは、利用者家族は看取りに同意していても、むしろ施設職員である看護師等が「care」ではなく「cure」に意識が向かい、施設が「死」の現場になることに抵抗があるとの意見も挙げられている。有料老人ホームにおける看取りを推進するには、利用者の家族側の意思を尊重し、看取りを受け入れる体制および施設職員側の技術向上および意識改革が必要である。

一方、患者側の観点からみると、病院での死が当たり前となった現代では、多くの人は「死」の瞬間に立ち会ったことがなく、また自宅で亡くなるということが想像できない人が多い。このような状況下で、たとえ医療職から在宅での看取りという選択肢を提示されても、患者・家族がすぐに受け入れられる状況にはないため、患者・家族が満足のいく「在宅での看取り」の実現は困難である。広く国民が「死」について考える機会をもち、自らの死生観を作りあげることができるようにする必要がある。

○ 国保直診としての今後の取り組みに向けて

在宅での看取りに対応するためには、患者の状態変化や家族の不安への対応など、医師・看護師等の24時間体制が求められる場合が多い。実際に、「毎日往診し、家族とともに看取った」「家族との連携を密にして24時間対応した」事例なども報告されており、医師・看護師等の頻回な対応が求められている。しかし、国保直診が存在する中山間地域では、「休日に往診車が100km走ることもある」「医師1人では24時間365日対応は限界がある」など、24時間対応することの困難性もあげられており、国保直診で在宅看取りを支援していくためにも大きな課題であると考えられる。しかし、一方でヒアリング調査では、長期間にわたる在宅での看取りの支援過程において、医師と患者・家族が日常的に十分な信頼関係・精神的絆を構築しておくことで、「夜中に亡くなっても朝になってから医師に連絡してくる家族もいる」との報告もあった。患者・家族の状況によっては、「翌朝確認に行く」といった柔軟な対応を検討することが可能となることも考えられる。特に、国保直診所在地域の場合は、家族全員（子供から祖父母の世代まで）を、1人の医師が診ている場合もあり、住民と国保直診との信頼関係が築かれているといった特徴がある。このような信頼関係があるからこそ、医師・看護師等が在宅での看取りを支えることができ、家族も安心して最期まで自宅で看取ることができると考えられる。このように、地域密着型の在宅療養・在宅看取りの実施は、国保直診が今まで築いてきた地域との信頼関係を活かすことが可能であり、今後も地域と一体となった在宅療養支援体制を推進していくことが重要となる。

また、国保直診のある中山間地域では医療機関や医師数が少なく、往診範囲も広大になる。このような状況の中で、在宅看取りに24時間365日対応するためには、医師の「こころざし」が高くなければ継続できず、医師の献身・努力に主導されている面が大きい。これらの医師のモチベーションの維持と、それをサポートする仕組みづくりが必要と考えられる。診療所を複数医師体制にしたり、地域の他の医療機関とのグループ診療を実施する、訪問看護を充実させるなど、在宅療養を「個々人の献身的な努力による医療提供」ではなく「医療システム」として実施していく体制を構築することが不可欠である。

IV. まとめ

全国の国保直診および併設保健福祉施設(911施設)を対象に、在宅看取りに関する調査を行った。429施設から回答を得た(回答率47.1%)。

在宅患者への24時間対応体制について、「自院のみで対応」「自院と連携先医療機関とで対応」を合わせた割合が、病院では36.2%、有床診療所では46.3%、無床診療所では25.1%との結果であった。複数医師の有床診療所では72.3%で、1人医師の無床診療所では30.6%であった。

福祉施設での看取りへ積極的に対応している割合は、病院が20.4%、有床診療所が37.0%、無床診療所が14.2%であった。診療所において在宅医療の担当医師数別にみると、1人医師の有床診療所では27.6%、複数医師の有床診療所では50.0%、1人医師の無床診療所では15.3%、複数医師の無床診療所では16.7%となっていた。在宅での看取りに積極的に対応している医療機関種別としては、有床診療所が42.6%、病院が32.2%、無床診療所が34.2%であった。

これらの差が生じた理由として、医師が複数であれば、業務分担が可能なこと、有床診療所においては自施設で病床を保有しているため、在宅療養継続中の病状変化や家族のレスパイト等の理由で、短期的な入院の受け入れが可能であることが考えられた。自治体病院再編が提言されている中、複数医師による有床診療所が在宅医療・在宅看取りに貢献していることが示唆され、その意義について再確認ができた。また、複数医師は全員がベテランである必要はなく、後期研修医の参加もメリットが大きい。

在宅看取りに熱心な医師には「自宅での最期を希望している患者・家族の気持ちに答えたい」「人間らしい死をむかえさせるのが医師の仕事であるため」「地域に最大限貢献したい」などの思いがエネルギー源になっていることが伺えた。

一方、本調査では、在宅看取りへの阻害因子の一つが、「看取りは病院に任せる」といった家族の考え方であることも挙げられていた。地域住民全体への啓発活動だけでなく、療養の初期の時点で家族・親族に在宅療養の意義、急変時の対応、死が近づいたときの変化など懇切に説明し、信頼を得ることが在宅看取りにつながる。今後は自宅ばかりでなく、福祉施設での看取りも増加することが予測され、看取りのチームを構成する人材の育成も急務と思われた。

この事業は、平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により行ったものです。

**在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした
支援体制構築に関する調査研究事業報告書 概要版**

平成20年3月

発行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp

印刷 株式会社 プラクシス

