

在宅看取り率推移と看取り困難例の検討 -過去5年間の実績を中心に-

公益財団法人 天理よろづ相談所病院
在宅世話どりセンター

中村義徳，次橋幸男，中村富美，渡辺奈保子，
野本寿子，吉田道子，宗藤寿恵，北野まゆみ，鈴木早苗

第23回 日本在宅医療学会学術集会 パシフィコ横浜

2012/6/30-7/1

はじめに

- 超高齢社会を迎え，在宅医療の充実が期待されている
- 在宅医療が望ましい医療形態か，在宅看取りが良い看取り形なのか，在宅医療を可能にするための条件はなにか，などについての議論は尽きない
- そうした議論において，「在宅看取り」をひとつの切り口とすることは，在宅医療における，療養者及び医療・介護者双方のさまざまな側面を考える上で有用である
- 当在宅世話どりセンター（以下，在宅センター）の21年間を概観しつつ，最近5年間の看取りを振り返り，「在宅看取り」を左右する因子について検討した

方法

- 1991年6月から介護保険制度開始前の2000年3月までを第1期，その後，演者着任前の2007年3月までを第2期，それ以降2012年3月までを第3期に分け，小児を除いた患者数，疾患背景，処置内容，看取り形態などを後顧的に調査
- 在宅センターを取り巻く環境の変化を概観し，在宅看取りに関する因子の抽出を試みた
- 特に，第3期において，在宅看取りを困難にしていたと思われる背景因子を検討した

対象(513例中の成人503例)

期間 : 1991年6月から2012年3月までの約21年
対象 : 上記期間に、在宅医療の対象となった成人例503例
(ただし、内8例は重複登録であるが、全て1例として処理)

	期間	症例数	(年平均*)	男	女
第1期	1999/6/1～2000/3/31	231	(25.7)	127	104
第2期	2000/4/1～2007/3/31	156	(22.3)	94	62
第3期	2007/4/1～2012/3/31	116	(23.2)	62	54
	1991/6/1～2012/3/31	503人	(24.0人)	279人	218人

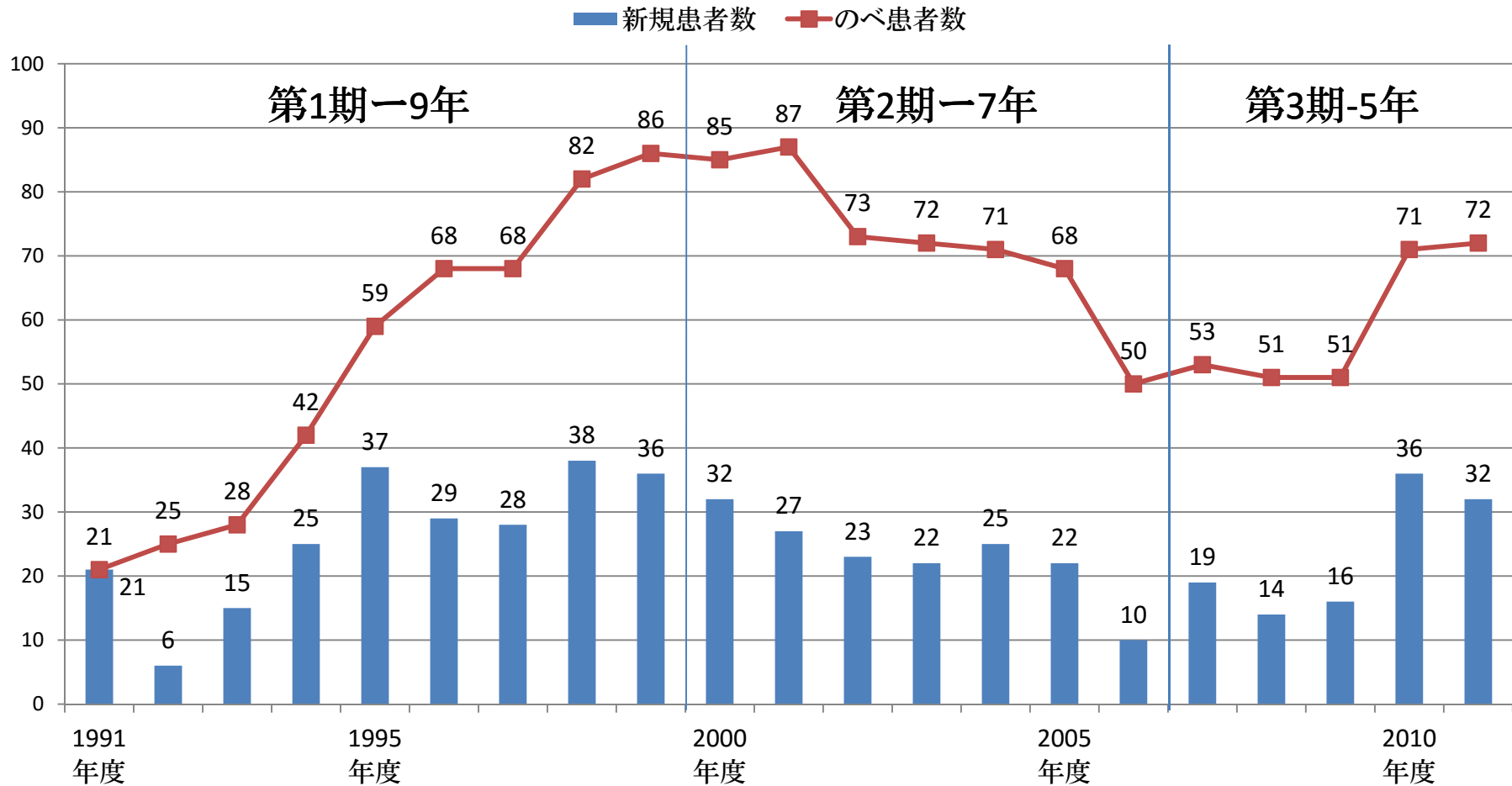
* [年平均：対象者数を各期間の年数で除した数値]

患者年齢および平均在籍日数

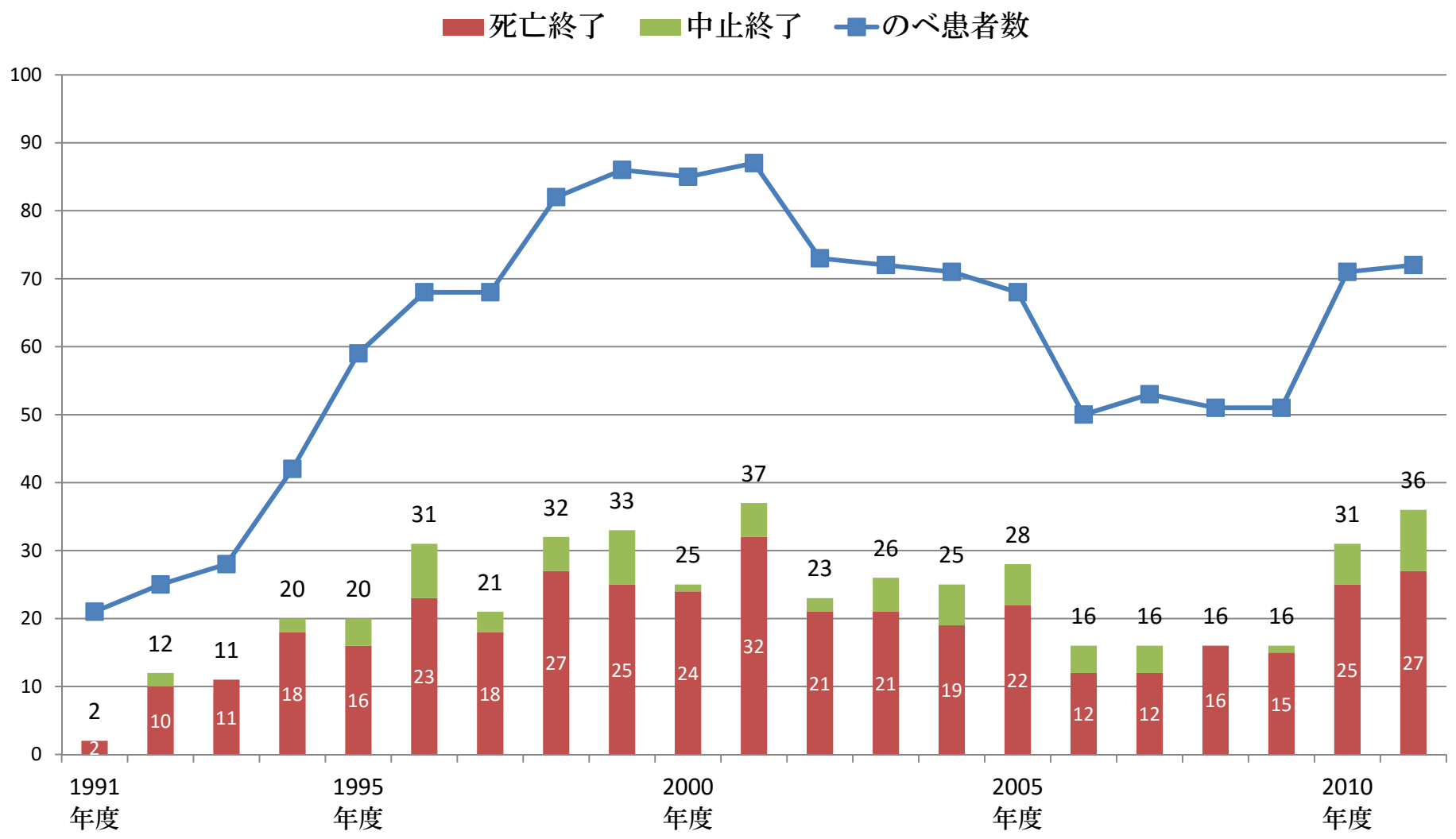
	第1期	第2期	第3期
男女比	1.22 : 1	1.52 : 1	1.12 : 1
開始年齢分布	21 ~ 96	27 ~ 102	24 ~ 101
開始時平均年齢	73.6	77.2	75.0
終了時平均年齢	75.6	78.5	75.7
平均在籍日数	<u>719.4</u>	<u>481.2</u>	<u>282.2</u>

在籍患者数の年度別推移 - 1991年度～2011年度 -

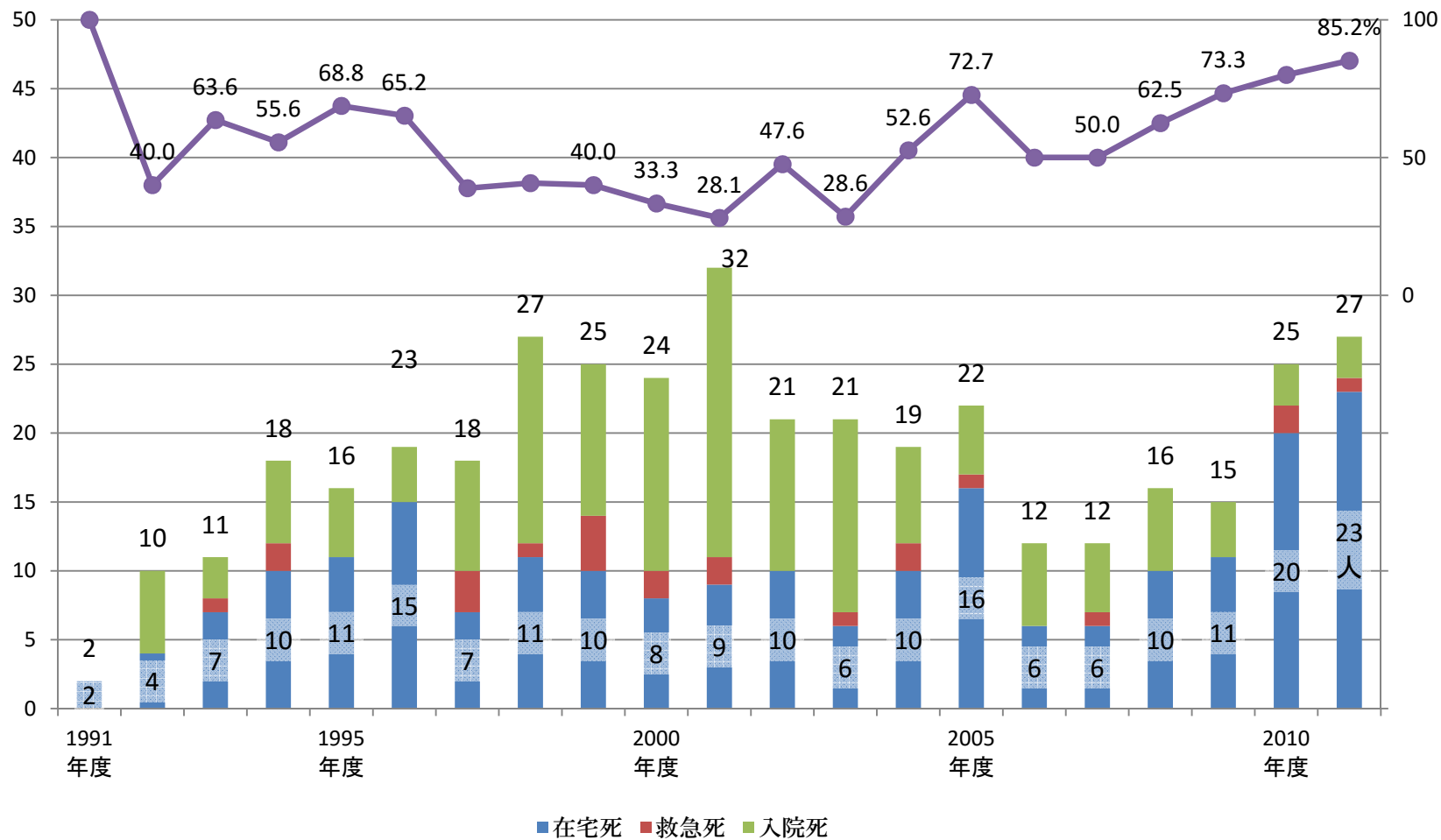
(公財) 天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター



年度別在宅患者推移 —「在宅終了」の内容—



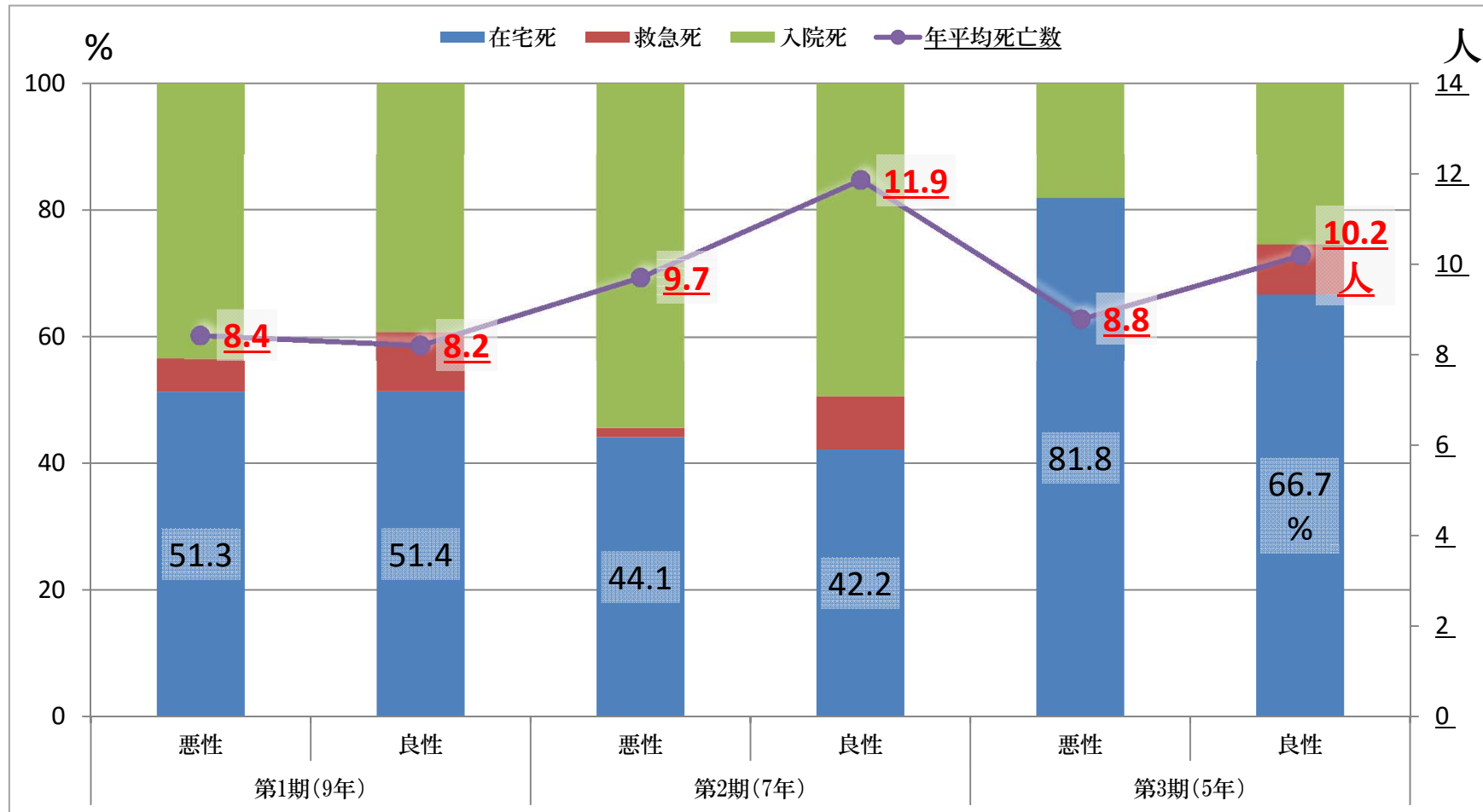
在宅患者の看取り形態と在宅看取り率（年度別推移）



21年間の期間別・良悪性別の看取り状況

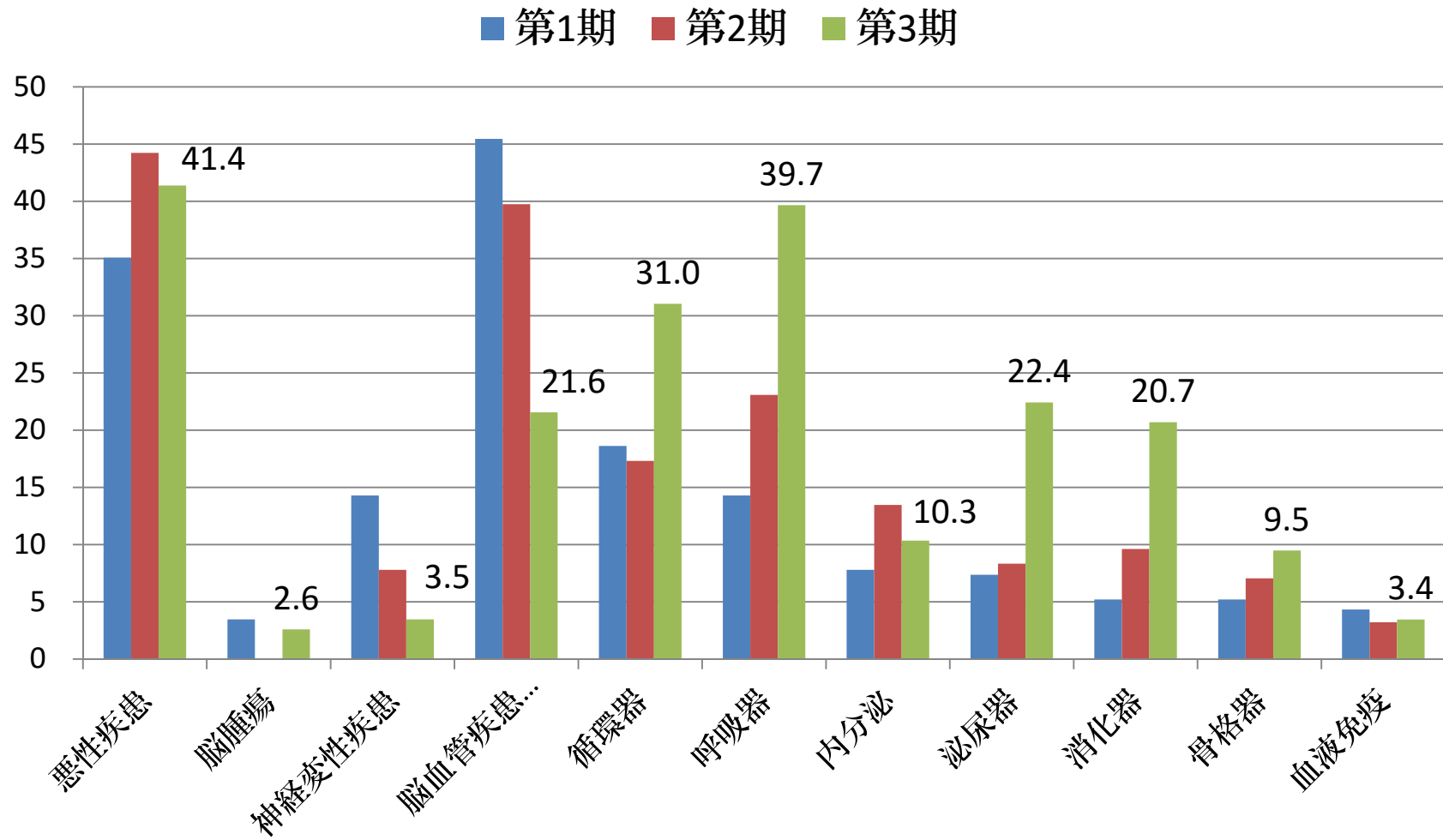
悪性疾患，良性疾患のそれぞれの死亡数に対する割合を%表示。

下線を付した赤字はその期間における年平均死亡数（年死亡数÷期間・年，人）を示す。



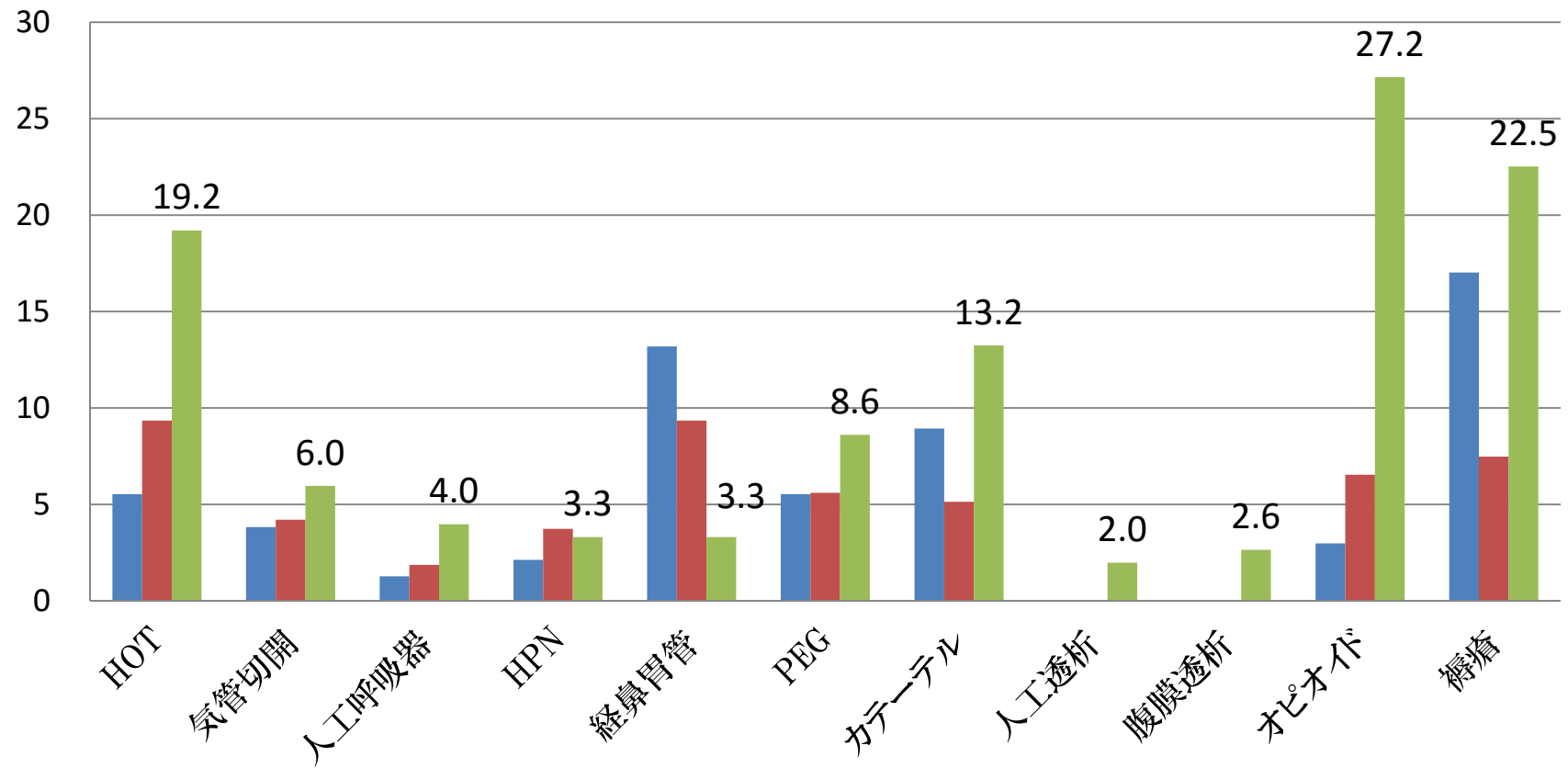
疾患背景の変化

(期間別%：第1期_n=231,第2期_n=156,第3期_n=116)



処置内容の変化 (期間別%)

■ 第1期 ■ 第2期 ■ 第3期



21年間の概観総括

- 第3期に至るまで在宅看取りが進まなかった原因としては、時間外対応を行なっていなかったこと、訪問看護師の活動が限定的だったこと、在宅医が一人であったこと、在宅センターおよび在宅医に対するバックアップ体制（「在宅医療に対する後方支援」）が不十分だったことなどがあげられる
- 第3期に入って、これらの点が改善したことで、明らかに、在宅看取りは増加した
- 期間別の総計では、良性疾患の在宅看取りが、悪性疾患に比して少ない傾向が見られた。しかし、最近2年間は必ずしもその傾向は見られず、その分析が、良性疾患看取りを増加させるヒントになると思われた

最近5年間の変化

- 2008年4月1日から，24時間対応。師長がファーストコール対応し，必要に応じ在宅医に繋ぐ
- 訪問業務のIT化の促進
- 2010年4月から，非常勤医師（地域連携室と兼務）が，週1～1.5日，2011年4月からは2日，在宅勤務に従事
- 2011年4月から，主任を中心に訪問看護師が交替制でファーストコール対応。適宜，訪問看護を実施。必要に応じて在宅医に繋ぐ。
- 回復リハ/慢性療養病院である白川分院の「後方支援」施設としての役割強化
- 地域連携室の機能強化により，他院との間のレスパイト入院なども進行中

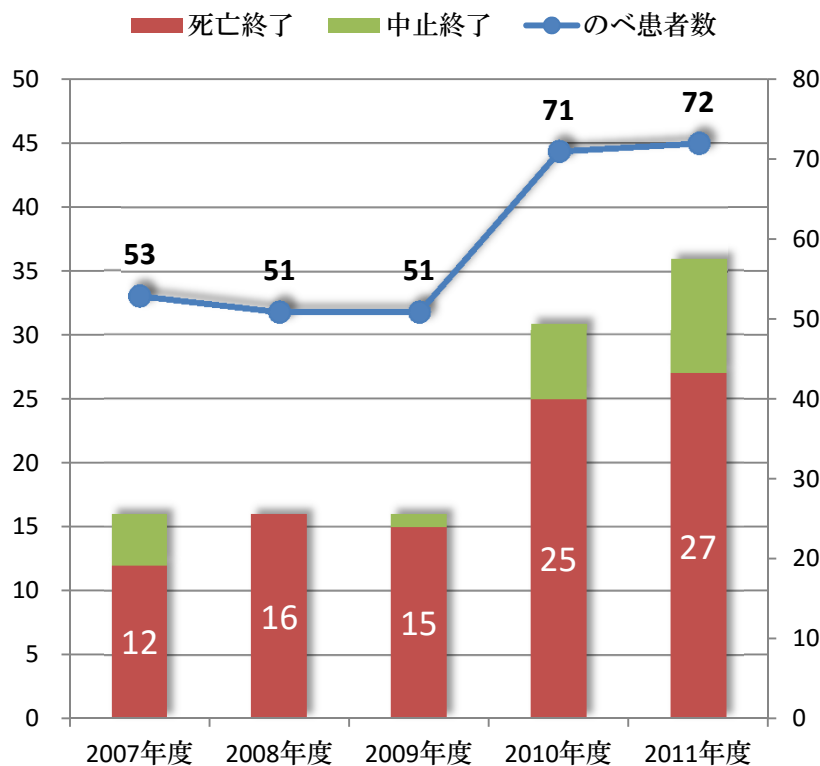
我々の在宅医療の基本方針

- Our Credo for Medical Home Care -

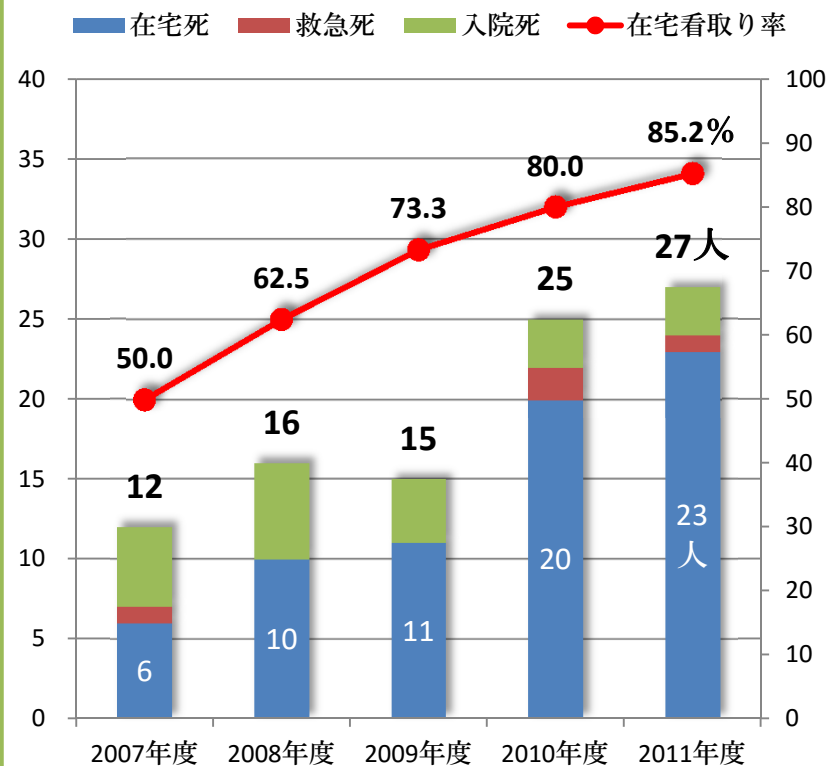
- 在宅療養を希望する患者および家族のサポート：看取りも含めて、在宅でできることは在宅で
- 治療モデルとケアモデルの、誤りなき判断と、本人と家族を交えた最終末期の対応決定
 - コストをかけすぎない。そのため、療養者およびその家族としての、最低限のモラル再構築をも視野に。安易な迎合は避ける。
- 「がん」のみならず、良性疾患に対しても、適応を見定め、オピオイド処方をためらわない
- 家族全体のまとまりの強化、あるいは解けかけていた家族関係性の再構築を最重要課題のひとつとして、在宅医療を活用する
 - 本人の苦痛除去と安心とそして家族の将来のために

センター最近5年間の傾向

延べ患者数と終了形態
—死亡終了か中止終了か—

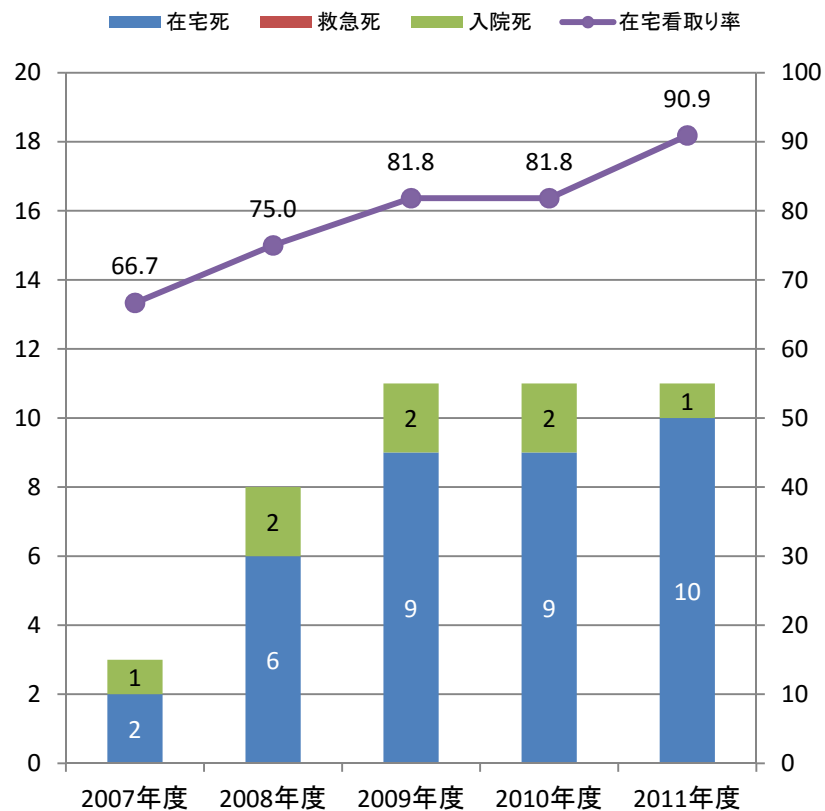


死亡終了に占める
在宅看取り率

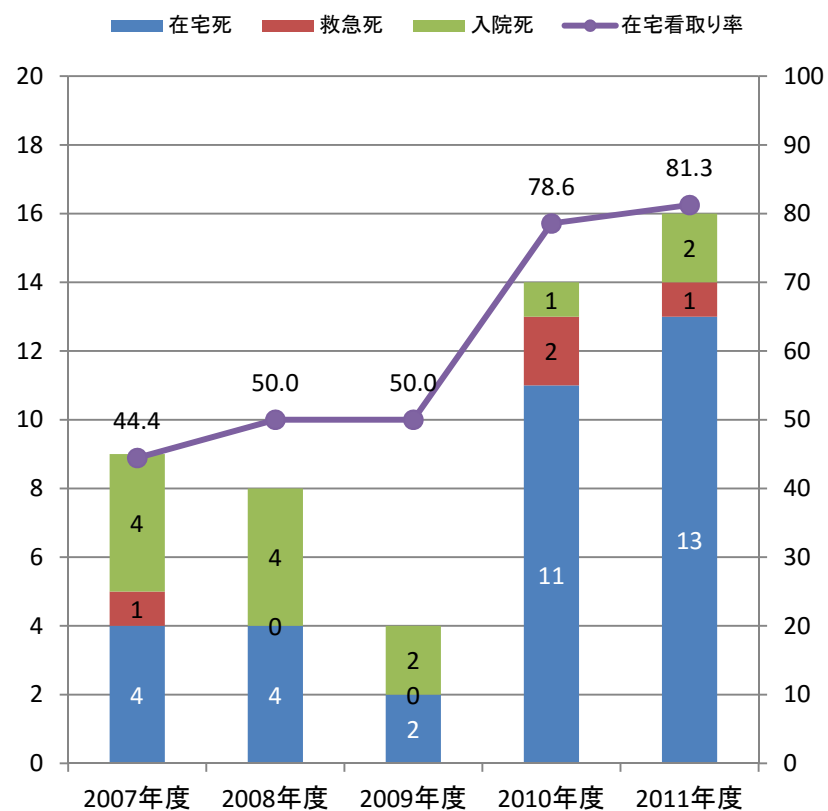


最近5年間における 良悪性疾患看取り率推移

悪性疾患の年度別看取り推移 (2007年度～2011年度)



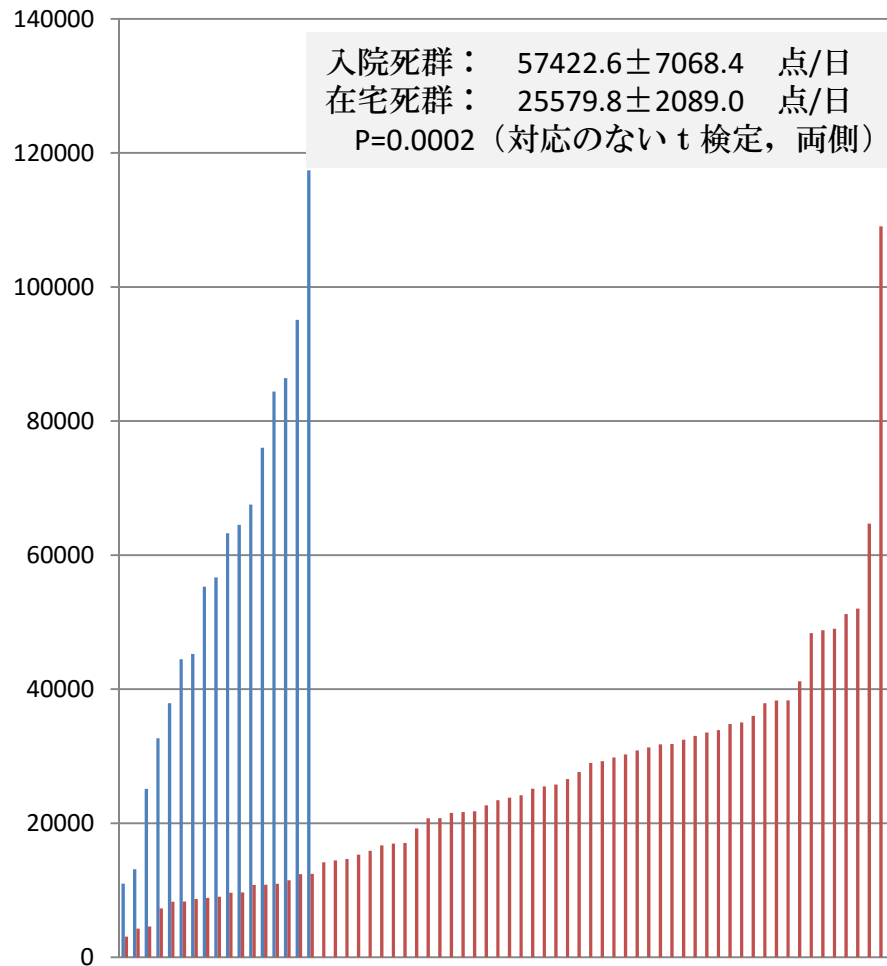
良性疾患の年度別看取り推移 (2007年度～2011年度)



介護・医療費－最近5年間のデータより－

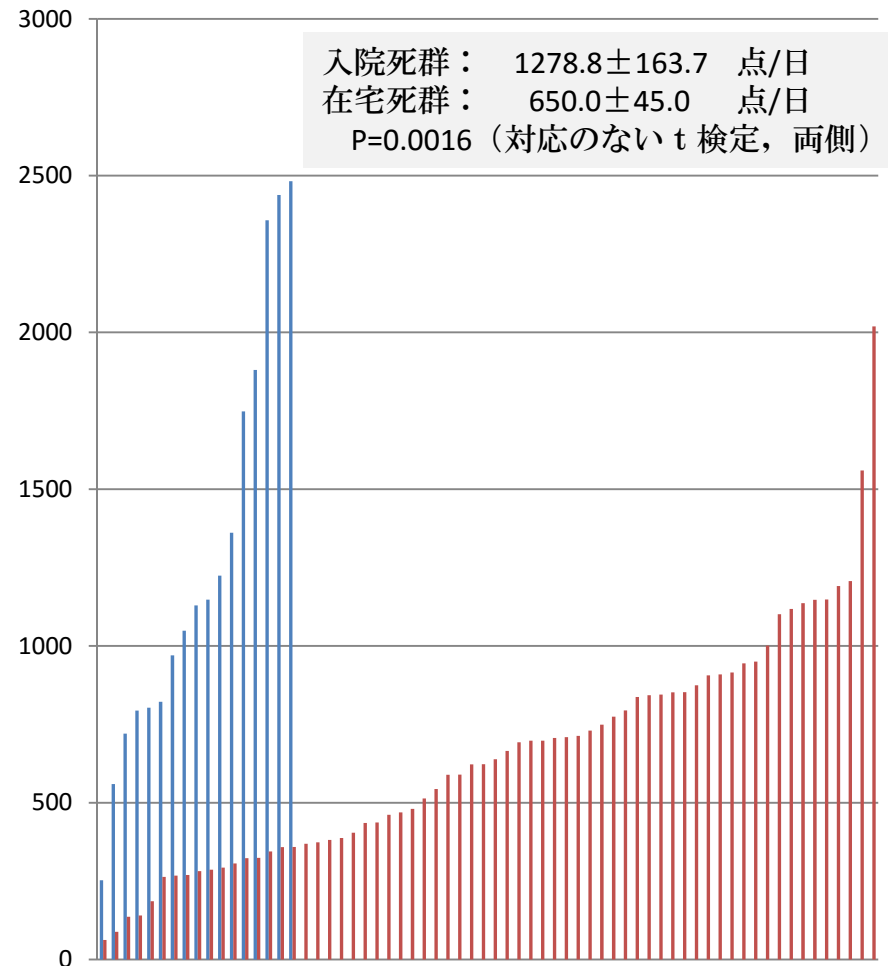
介護・医療費用(総額)

■ 入院死群(n=17) ■ 在宅死群 (n=66)



介護・医療費用(日割り単価)

■ 入院死群(n=17) ■ 在宅死群 (n=66)



在宅看取りにならなかつた症例 (第3期における看取り症例)

看取り	在籍日数	死亡時年齢	性	介護力の問題	緊急時時間外対応前	病状 Or 急変	IC	覚え書き
入院死	3739	95 F		++				肺炎, 1型糖尿病, RA, 認知症
	2997	78 F			+			脳梗塞, てんかん, 認知症, 誤嚥性肺炎, 尿路感染症
	2792	76 M		++		+		誤嚥性肺炎, 糖尿病, 喘息発作
	1637	89 F				+		認知症, 転落による多発骨折, 肺塞栓症
	1414	67 M		+		+		誤嚥性肺炎, 高熱
	1248	95 M			+	+		誤嚥性肺炎, VIP
	1037	94 M		++		+		認知症, 低栄養, 転倒, 大腿骨頸部骨折, 誤嚥性肺炎
	358	80 M		+		+		慢性心不全急性増悪, VIP
	227	75 F		+		+		脳血管疾患, 誤嚥性肺炎, 偽膜性腸炎, 敗血症, 褥瘡
	184	81 M		++		+		大腸癌 (S), イレウス, 本人希望
	182	26 F		+		+		腎悪性腫瘍, 呼吸不全, 若年者
	143	65 M		+		+		レスパイト入院中に肺炎合併。気管切開なく, CO2ナルコーシスで死去
	91	85 M		+	+	+		非定型抗酸菌症, 呼吸不全急性増悪
	58	92 F		+		+		脳血管疾患, 急性心筋梗塞, 糖尿病
	47	90 F		++				認知症, うつ, せん妄, 慢性心不全
	40	80 M		++				原因不詳の失神発作。夫婦とも聾啞でコミュニケーションの限界
	23	76 M		++		+		食道癌, 左胸水。オピオイドのタイトレーション不良。せん妄。
	21	43 F		+		+		胆管癌, イレウス, 嘔気/嘔吐 (消化器症状)。連絡なく救急へ
	10	42 M		+	+	+		肺癌, 脊椎転移, 会陰部瘻孔 (原因不詳), 化学療法
	8	78 M		++		+		肺癌転移, 肝性昏睡, 下血。せん妄。
救急死	2258	80 F		++		+		急性心筋梗塞。
	1442	88 F		+	+	+		脳血管障害, 認知症, 肺炎, CPAのため救急車で気管内挿管。
	15	86 F				+	+	慢性心不全急性増悪にて, 救急車で搬送中CPA。
	13	88 F				+	+	認知症, イレウス, 誤嚥性肺炎。救急車で搬送中にCPA。
3	65 F		+		+	+	乳癌, 肝転移, がん性胸水, 糖尿病, 吐血, 介護力, IC	

IC: informed consent

CPA:心肺停止

考察およびまとめ（1）

- 「世話し，世話されること，関与しあうことを拒まない」地域コミュニティー機能は，在宅医療における看取りを実現する大きな力になりうる
 - 農村であったゆえの，家族・血縁・地縁関係を重んじる傾向が残っている。
 - 宗教的な背景から，疑似家族的な繋がりが深く，容易に関係性が構築できる。
- 24時間対応，医師の実質的増員，在宅医療の後方支援としての救急体制，関連回復期・慢性療養病院は在宅看取りをサポートする

考察およびまとめ（2）

- オピオイドの適正かつ早期からの使用は，がん緩和ケアと同様に，良性疾患の看取りにも寄与できる方法論
- 介護力不足，疾患の重症度，呼吸・循環器疾患に見られるような病状の急変は，在宅看取りを危うくする。
- あらかじめ，療養者と医療介護提供者が話し合いを深め，最終末期の対応について，早めに詰めておくことで，在宅看取りを増加させることができる。
- そうしたことのためには，「在宅医療のための時間的余裕」が在宅医療を開始する上での必要条件である