

在宅緩和ケア アンケート調査のまとめ

令和2年1月

**尾三地域保健対策協議会
在宅医療・介護連携推進会議**

在宅緩和ケア アンケート調査のまとめ

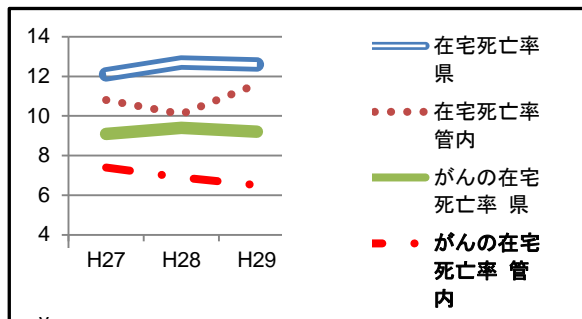
R2.1.16 尾三地域保健対策協議会 在宅医療・介護連携推進会議
(事務局) 広島県東部厚生環境事務所・東部保健所

1 目的

尾三管内の在宅死亡率は H25 年から 5 年間、**がんの在宅死亡率** (H29 年：県 9.2%，管内 6.5%) は H27 年から 3 年間、県内 7 圏域で最低の状況にある。

また、管内の H29 年の在宅死亡率は、H28 年に比べ若干増加しているにもかかわらず、**がんの在宅死亡率** は、若干低下している。このため、がん患者の在宅看取り等についてアンケート調査を行い、現状や課題を把握し、在宅緩和ケア提供体制の整備について協議する資料とするとともに、在宅緩和ケアの推進を図る。

図 1 在宅及びがんの在宅死亡率 %



2 調査の概要及び結果

- (1) 【施設票】 対象：管内の診療所，訪問看護ステーション，居宅介護支援事業所，保険薬局
 調査内容：がん患者の在宅診療数，在宅がん患者数，がん患者の在宅看取り数，死亡までの在宅期間，看取れなかった理由，在宅（緩和ケア）看取りの課題，推進の方策等
 調査対象期間：診療所は H29 年 7 月～R 元年 6 月，その他は H29 年 4 月～R 元年 7 月
 回答期間：R 元年 7 月中旬～8 月末

表 1 施設票の結果

	計	診療所	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所	保険薬局
対象施設数	455	174	26	86	169
回答数	219	83	16	45	75
回答率 (%)	48.1	47.7	61.5	52.3	44.3
在宅がん患者ありの施設数	110	37	15	43	15
在宅がん患者数	—	188	316	373	36
死亡がん患者ありの施設数	101	33	15	41	12
在宅看取りがん患者ありの施設数	70	25	12	27	6
在宅看取りがん患者数	—	77	78	79	10

図 2 死亡日を起点に在宅看取り及び在宅から病院等に移行した時期の割合

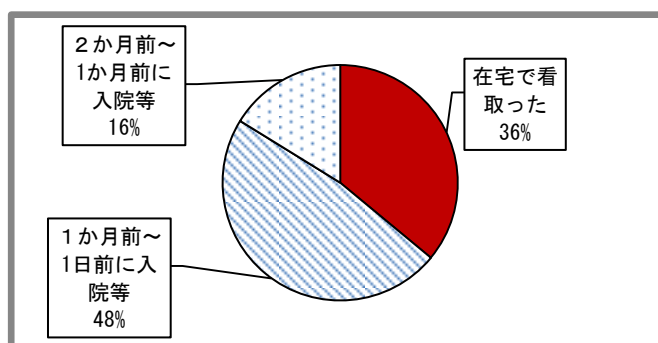
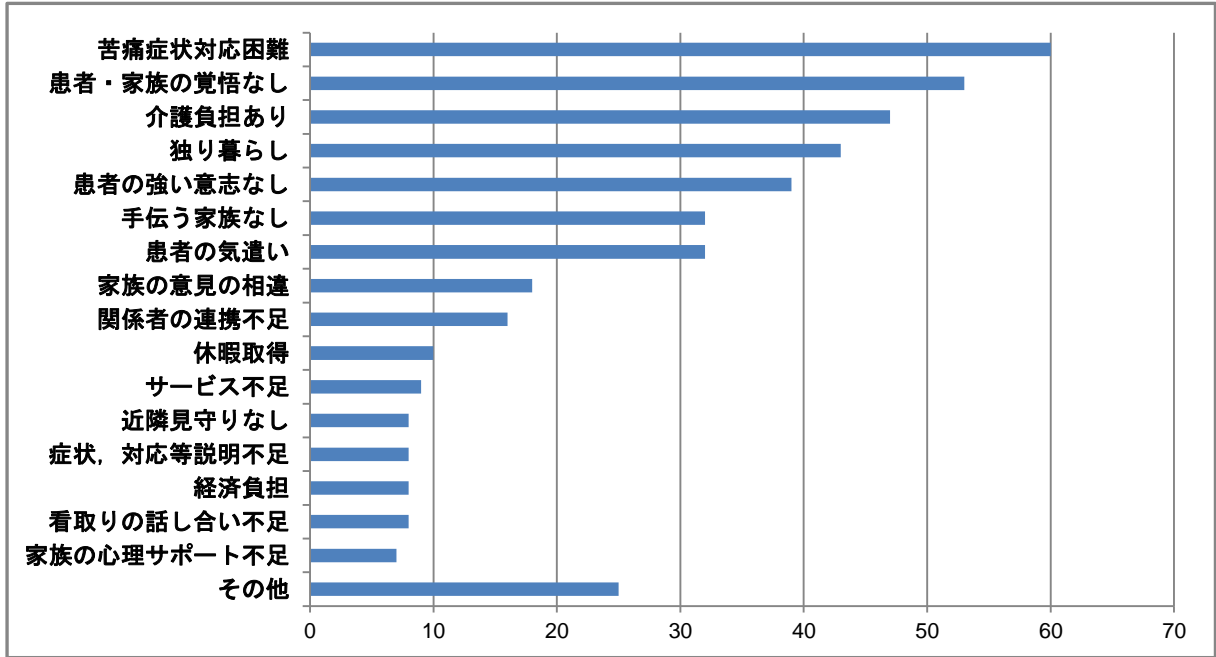


図3 看取れなかった理由（全施設計）

複数回答あり

N=101

単位：件数



(2) 【個票】対象：【施設票】調査の結果、がん患者で亡くなった患者があった管内の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所

調査内容：性別、年代、同居家族、家族支援、サービス利用、死亡までの在宅期間、看取れた・看取れなかった理由、何が整っていたら看取れたか等

回答期間：R元年9月上旬～9月末

表2 個票の結果

	① 看取ったがん患者			② 看取れなかったがん患者		
	計	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所	計	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所
対象施設数	39	12	27	52	14	38
回答数	35	12	23	42	14	28
回答率(%)	89.7	100.0	85.2	80.8	100.0	73.7
患者数	—	69	60	—	153	148

1) 看取ったがん患者

看取れなかったがん患者での割合を上回っている項目(()内は、看取れなかったがん患者での割合)
(数値は%)

- ① 男性の割合 58.1 (55.3) ② 同居家族ありの割合 89.9 (81.8) ③ 家族支援ありの割合 62.8 (55.6)
- ④ サービス利用割合の高い上位3位
- 1) 訪問看護 91.5 (85.0) 2) 福祉用具貸与 89.1 (85.0) 3) 訪問診療 86.8 (51.8)

図4 男性の割合

%

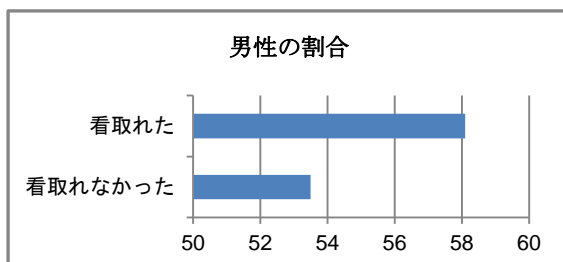


図5 同居家族ありの割合

%

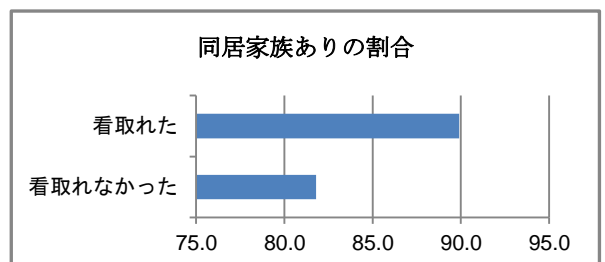


図6 家族支援ありの割合 %

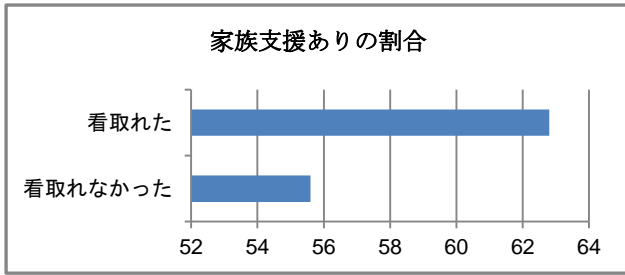


図7 サービス利用ありの割合 %

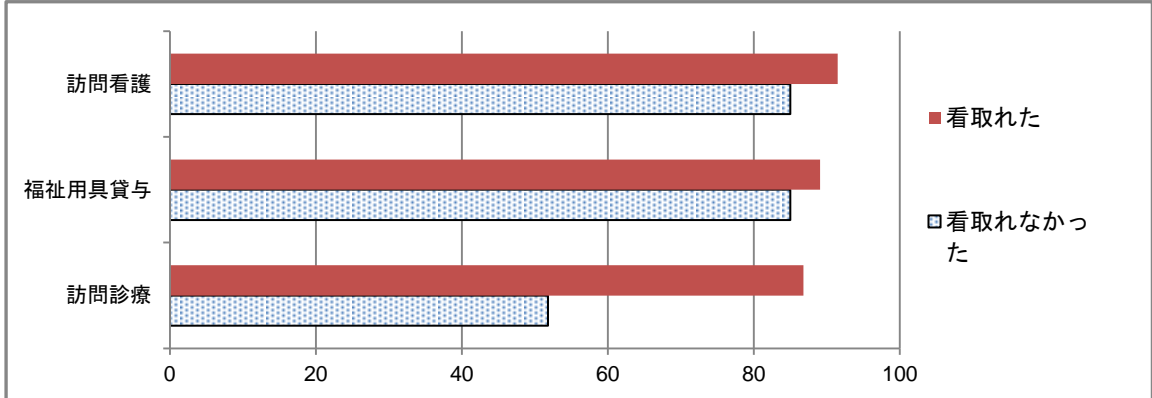
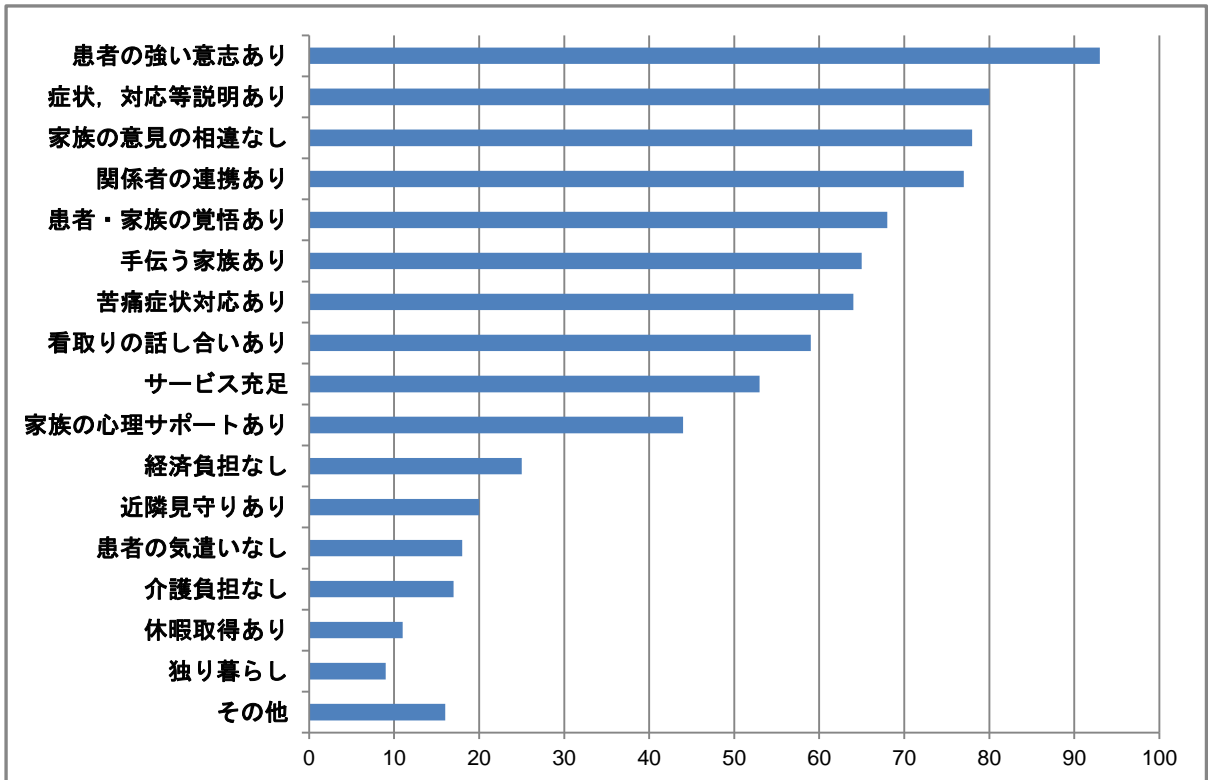


図8 個票による看取れた理由 (計) 複数回答あり N=129 単位：件数



2) 看取れなかったがん患者

図9 死亡日を起点に在宅から移行した時期の割合

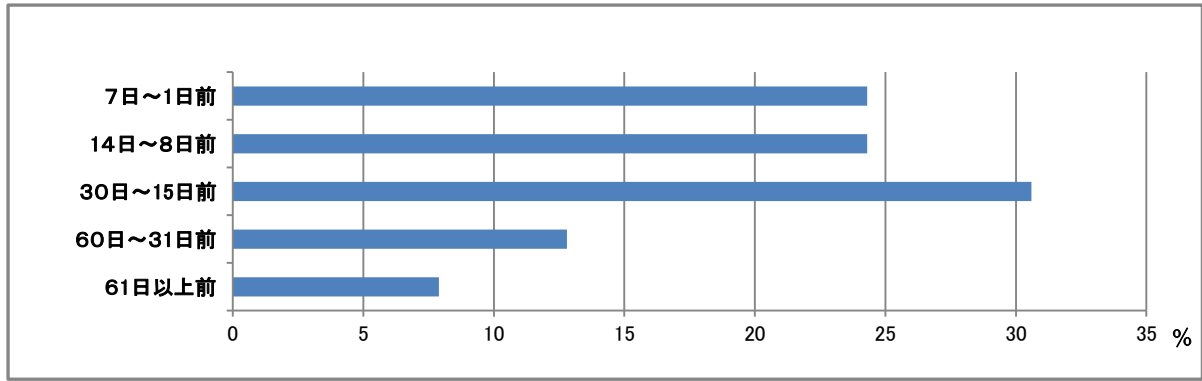
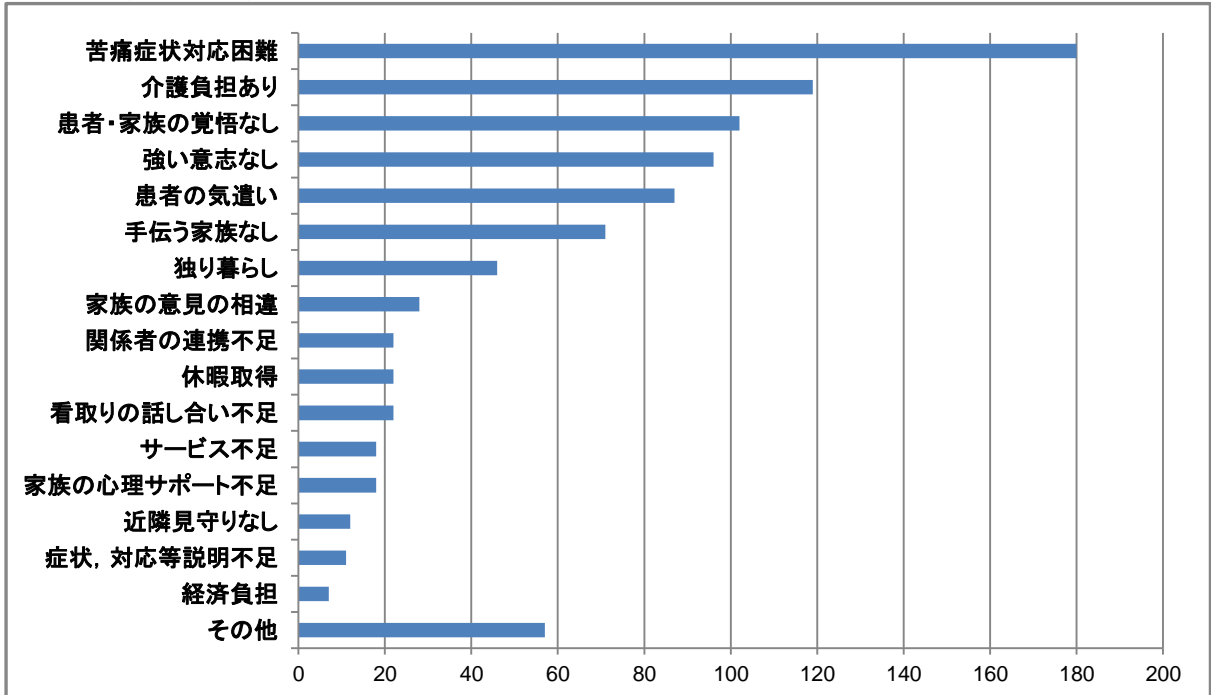
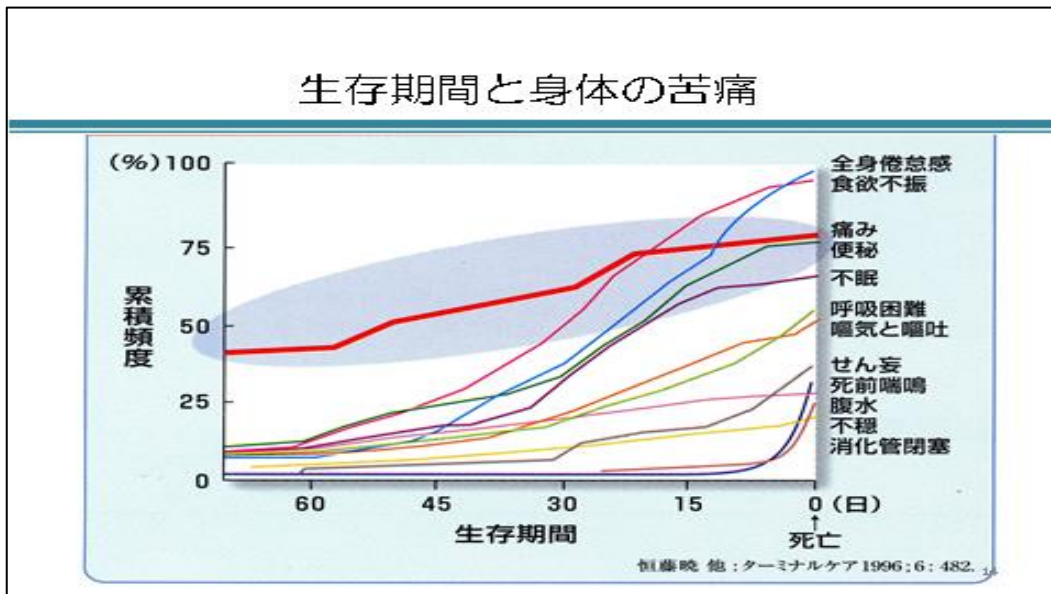


図10 個票による看取れなかった理由 (計) 複数回答あり N=201 単位: 件数



3) 参考

図11 がんの生存期間と身体の苦痛症状



(1) **施設票**から

1) 【全体】

- 全体の回答率が48.1%のため傾向として考えられることは、がんの死亡患者の内、在宅看取りが36.0%で、死亡日を起点に在宅から病院等へ移行した時期は、30日～1日前までが47.8%、60日～31日前までが16.2%であり、死亡の1か月前後前から入院等をしている患者が若干いることが伺える
- これは、がんの生存期間と身体の苦痛症状（図11）によると、死亡の1か月前頃から徐々に症状が出始め、2週間前頃から急に様々な症状が出始める状況と重なっていることが伺える。また、家族状況により異なるが、早めに入院しておく方が安心と考えたからではないかと推察される
- 看取れなかった理由は、「苦痛症状対応困難」が一番多かった。続いて、「患者・家族の覚悟なし」、「介護負担あり」、「独り暮らし」、「患者の強い意志なし」、「手伝う家族なし」、「患者の気遣い」、「家族の意見の相違」、「関係者の連携不足」の順で、2位から8位までの理由は、患者や家族にあった
- これは、独居、高齢者世帯、核家族や就労している家族等、家族の介護力の不足、及び、急変時に家族の不在や看取った経験がないことによる不安等が一因ではないかと考える

2) 【各施設】

ア) 【診療所 医師】

- 訪問診療する医師の不足や24時間対応の体制不足がある。また、訪問診療は時間的に困難で、また、疲弊するので敬遠される医師が多いのではないかと考える。また、休日、出張等で看取りが難しい場合に家族への説明と承諾が必要である
- 呼吸困難等苦痛症状の強い患者への対応が困難で、家族も入院を希望する場合がある。急変時は、病診連携が不可欠である
- これらから、往診時間や家族へのタイムリーな説明等時間的な制約があり、報酬面でも十分な評価となっていないため、看取りへの負担感が大きいのではないかと考える
- 中には、関係機関が連携をして対応しており、看取り等の対応に問題がない地域もあった
- 在宅支援チームでの連携及び病診連携がある場合には、看取りまで支援を継続出来ている事例もあると思われる、好事例を管内全体に紹介していく必要があると考える

イ) 【訪問看護ステーション 看護師】

- 24時間対応できる看護師の不足と緩和ケアの経験者がいない地域がある
- 介護サービスの種類によっては不足している地域がある
- 認知症や高齢者、遠方の家族等手伝えない場合に苦慮している
- がんの末期は、訪問看護は医療保険となり、医療費が増すためサービスを控える場合がある
- がんの末期の医療費を公費や補助金等で確保する必要がある
- いつでも入院できるベットが確保されていれば、安心して在宅療養ができる
- 将来、常時満床となる状況が続けば、空床確保のための財源措置も必要と考える
- 最初から最期は入院と決めている患者や家族もいた
- 看取り時には、家族からの24時間の連絡対応と相談により患者や家族に安心感を与えるとともに、医師との連携が不可欠なため、訪問看護師は非常に大きい役割を果たしていると考えられる。逆に、対応エリアに24時間対応できる訪問看護ステーションがない場合には、在宅看取りが困難になることが考えられ、管内をカバーする体制の整備が必要であると考えられる

ウ) 【居宅介護支援事業所 介護支援専門員】

- 末期の場合、医療費等経済的負担が増して、在宅療養が継続できなかった事例があった
- 家族の介護状況によっては、急な症状対応に不安があり、看取りまでは難しい

- このことから、タイムリーな状況説明とケアプランの修正等も予測しておくことが必要。タイムリーにあらかじめ複数のプランを作成した場合に加算する等の制度の提案も必要と考えられる
- 患者に告知をしていない場合や患者の状況によっては、説明や対応が難しい
- 「がんになったら告知する」ということを推進していき、若いうちから醸成しておくこと及び、ACPの普及啓発が必要と考える
- 介護支援専門員が在宅看取りに不安があり、入院を勧めてしまうこともあった。県の受託である福祉職等を対象とした「在宅緩和ケア研修会」をH30年度から当会議が主催で開催しており、身近な地域で開催することで受講者も多く（H30年度302名、R元年度264名）、満足度も9割以上と高かった
- 在宅看取りの不安解消のため、福祉職を対象とした研修会の継続開催が必要と考える
- 医療ニーズが高いため、主治医と訪問看護師が連携して状況説明が出来た場合に、最期まで看取れている
- このことから、各職種の役割分担を行い、介護支援専門員がコーディネート機能を果たすことは大切と考える

エ)【保険薬局 薬剤師】

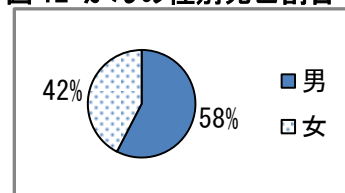
- 薬局は、1人に対応している場合が多く、訪問までは人材不足で難しい。また、経験がないこともあり、**緊急時や24時間の対応**も難しい
- 休日の麻薬確保が困難**で、薬局が限られている。経口麻薬や貼付は、平日は用意できるが休日は難しい。処方箋のスムーズな発行体制（在庫管理等）の整備が必要と考える
- 麻薬を施行できる医師の登録と休日に麻薬の払い出しが出来る薬局を確保する、また、今後、薬剤師会等と連携して検討が必要と考える
- 患者や家族とのコミュニケーションに不安があるという声がある
- 現在、県薬剤師会と県が開催している緩和ケア薬剤師研修（2日間）やがん診療連携拠点病院が開催している緩和ケア研修等は役立っているため、今後も受講啓発の継続が必要と考える

(2) 個票から

1) 個票全体

- 関わった患者の内、**男性**の割合（56%）が若干高く、これは、管内のがんの男性の死亡割合（58% 図12）と同じ傾向で、大きな差はみられなかった
- 年代では、80代が最も多く、次いで70代、90代と**後期高齢者**が多く、県のがんの年齢別死亡割合の後期高齢者（61.1%）と同じ状況が伺える

図12 がんの性別死亡割合



(H29年 管内)

2) 看取れた事例

- 男性、同居家族あり、家族支援あり**は、看取れなかった事例より若干多かった
- 男性が多いのは、後期高齢者人口は女性が多く、平均寿命も女性が高い。また、夫婦の年齢は男性が高いこと等から妻等の女性が介護をしている場合が多いのではないかと考える。しかし、将来は、夫婦の年齢差は短くなると予測され、男性であっても看取られる事例が減少していく可能性が考えられる
- 同居や家族の支援が少しでも多いと負担の軽減になり、看取れる場合が多いことが伺える
- サービス利用は、**訪問診療、訪問看護、福祉用具貸与**の3つが多く、看取れなかった事例より全て多かった。特に、**訪問診療**の差は大きかった。これは、最期は病院入院を希望し、病院の医師が主治医で外来通院を行い、早めに入院していた事例が多かった。また、急に在宅療養が決まり、サービス調整中であつたり、訪問診療を利用しないまま死亡した事例があつた
- これらから迅速に介護保険申請の準備や医療・介護サービスを導入していく必要があると考える

- 看取れた理由は、「患者の強い意志あり」が一番多く、次いで、「症状、対応等説明あり」、「家族の意見の相違なし」、「関係機関の連携あり」、「患者・家族の覚悟あり」の順であった。患者の強い意志があると、家族もそれを尊重して対応しているのではないかと考える
- 看取れなかった上位にない「症状、対応等説明あり」、「家族の意見の相違なし」、「関係機関の連携あり」の項目があがっているのは注目される
- 関係者ができることとして、症状や対応等の説明をしておくこと、及び関係機関とタイムリーに連携することで、看取れる可能性が高いことが伺える
- 症状がある場合に入院をしたり、後方支援病院をあらかじめ確保していた
- 病院医師と在宅医の連携が取れていた。また、関係者間で連携や意思疎通が取れていたことで、フォローができた
- このことから、情報共有と連携は重要であることが伺える。また、ACPの推進は大きな意味をもつと考える

3) 看取れなかった事例

- 看取れなかった理由は、「苦痛症状対応困難」が一番多く、続いて、「介護負担あり」、「患者・家族の覚悟なし」、「患者の強い意志なし」、「患者の気遣い」の順で、2位から8位までの理由は、患者や家族側にあった
- 在宅期間は、30日～15日前までが多く、続いて、14日～8日前まで、7日～1日前までの順で、早めに入院していることが伺える
- 医療処置が生じたり、苦痛症状が出た場合、また、ぎりぎりまで在宅で過ごし、最期は病院へ入院を希望する患者や家族が多く、望みどおりの最期を迎えた事例が多くみられた
- 在宅看取りは出来なかったが、在宅支援中は、関係者が患者や家族に寄り添いながら丁寧に関わることにより、患者が大切な人に感謝し天寿を全うしていることから、患者や家族が希望する療養が出来ることが大切であると考え

4 課題

施設票、個票の調査結果から主な課題は次の6点が考えられる。
(※地域によっては解決されているものもある)

- 1) 24時間緩和ケア対応の社会資源、人材の不足
- 2) 関係機関とのタイムリーな連携と情報共有の不足
- 3) 苦痛症状の対応が困難
- 4) 在宅看取りや急な症状変化の対応への患者・家族の不安や負担、気持ちの揺れ
- 5) 関係者の緩和ケアの知識、技術の不安
- 6) 住民の緩和ケアに対する知識不足

5 推進方策について

アンケート調査に記載された推進方策を参考に、今後必要な推進方策を表3のとおり考案

表3 今後必要な推進方策案

推進項目	具体的な推進方策案	実施機関等
1 24時間緩和ケア対応の体制整備(資源や人材確保)	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋のスムーズな発行体制(在庫管理等)の検討 主治医の負担軽減となる訪問看護との連携方法の検討 拠点病院等専門医訪問等の検討 訪問看護の24時間体制の検討 在宅緩和ケアに対応した資質の向上による人材確保 	②③④⑤ ⑥⑦
2 関係機関とのタイムリーな連携と情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 早めのタイムリーなカンファレンスと伝達(カンファレンスは主治医の参加しやすい場所、時間等の工夫) 日頃から顔の見える関係構築(会議、研修、事例を通して) 各地域、各機関で実施可能で有効なツールの共有 	②③④⑤ ⑥⑦
3 苦痛症状の対応	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア研修受講(がん診療連携拠点病院等)、症例検討 緩和ケア専門医同行訪問等で経験を重ねる 対応が困難な場合には入院や専門医に相談できる体制 訪問看護等から早めに主治医へ情報提供 	② ④ ⑤ ⑥⑦
4 在宅看取りや急な症状変化への患者・家族の不安や負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> 早めの介護保険申請や家族の相談とフォロー及びシームレスな連携 ACP(最期をどのように過ごしたいか)等意思決定について、診断時、外来受診時、入院時、退院前等から一緒に確認し支援する 症状変化や看取りについて早めに患者や家族へ紙面で説明し、別居の家族にも周知(これからの過ごし方等説明ツールを共有し、必要な機関へ周知、独自パンフ作成) 緊急時の対応、バックアップ体制を家族に渡し説明 地域に集まって話せる開かれた場(サロン)の提供 末期がんの診療・介護費用の患者負担軽減制度の提言 	※① ②③④⑤ ⑥⑦
5 関係者の緩和ケアの資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 研修会や事例検討の継続(緩和ケア専門医・認定看護師の活用、多職種チームで報告、グループワーク、コミュニケーション技術、成功・困難事例の共有等)、歯科医師、栄養士等の参加、複数施設で合同研修 緩和ケア病棟等見学や経験訪問看護師との同行訪問研修 グリーンケア、デスクカンファレンスを1例から始める 今回のアンケート結果を在宅緩和ケア研修会やあらゆる機会¹⁾で報告 	※① ②③④⑤ ⑥⑦
6 住民への緩和ケアの啓発	<ul style="list-style-type: none"> 市民講座等で緩和ケアの意識の醸成(在宅看取りの事例、看取った家族の体験、看取りのわかりやすい映像等) 元気な時からACPについて考える(小単位地域でのACPの普及、もしバナゲームの活用等) 地域の相談窓口の紹介、周知 	②③⑤⑦ ⑧

※実施機関等：※①尾三地对協(当会議等) ②市町(地域包括ケア推進協議会を含む) ③病院 ④診療所 ⑤医師会 ⑥各介護事業所 ⑦各専門職の団体 ⑧市民

6 今後の方向性

今回の結果や必要な推進方策案も参考に、患者や家族が希望する場所で療養ができ最期を迎えられるように、今後、関係機関と連携しながら、在宅医療・介護連携推進会議で協議し、尾三地域の強み(地域包括ケアの発祥地：みつぎモデル等)を活かした緩和ケアの推進体制を整備していく。

【参考文献等】

- 図1、図12の統計は、広島県人口動態統計
- 県の参考報告書、計画等
 - 「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」最終報告書(H29.8)
 - 広島県がん対策推進計画(H30.3)
 - 広島県保健医療計画(尾三地域計画)(H30.3)
 - 第7期ひろしま高齢者プラン(尾三圏域)(H30.3)