



### 医療経済および患者や家族側の顧客満足度の観点からの在宅症例の解析・評価、最適化した在宅医療の提供に関する研究

筑波大学大学院人間総合科学研究科 呼吸病態医学分野 講師

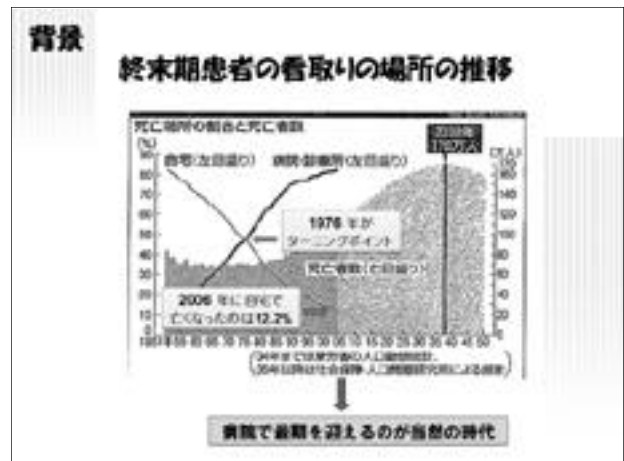
森島 祐子

私たちは、在宅医療においていかに満足度の高い医療を提供できるかということについて検討を行なっています。今回はその中で、どのような要素に着目すれば満足度の高い医療を提供できるか、また、現在行なわれている在宅医療の現実についてお話しさせていただきたいと思います。

#### 【ポスター 1】

まず背景ですが、これは、終末期患者の看取りの場所の推移を示しています。1950年代は自宅で亡くなる方が約80%でした。それが時代と共に低下しまして、現在では12.2%の方が自宅で亡くなっています。1976年がターニングポイントと言われていまして、現在、病院・診療所で亡くなる方が右肩上がりが増えていきます。つまり、現在は、病院で最期を迎えるのが当然の時代ということです。一方で、2038年には170万人の亡くなる方がいて、その受け入れ先がなくて困ってしまうのではないかと予測されています。

ポスター 1



#### 【ポスター 2】

厚生労働省は、医療費の削減をしなくてはいけない、医療機能の分担をしなくてはいけないということで、とにかく病院死から在宅死へということを大きな目標として掲げています。そのために2006年以降、在宅医療に手厚い診療報酬改定を行ったり、2011年には介護療養病床の廃止等を予定して、入院施設

ポスター 2



を絞っていこうという施策を打ち出しています。

またその外郭団体では、今後5年で在宅での看取りを現在の倍の25%まで増やそうという啓蒙活動を盛んに行なっています。しかし、国の方針とは裏腹に現実には非常に厳しく、患者、家族、更には医療者にとっても満足度の高い在宅医療が行われているとは言い難い現状です。

【ポスター3】

在宅医療において患者を取り巻く要素はさまざまあります。内的要素としては患者さんの基礎疾患、年齢、文化的な背景などがあるかと思えます。宗教なども含まれます。外的要素としては家族環境、つまり介護する家族にどのような方がいるか、またはサービスなどを含めた介護環境は整っているか、そして医療環境です。在宅医療をしている医療者が周りにきちんと整備されているかということは重要な点です。

私たちは、これらの要素の中でどの点に着目すればいいかということを検討しているのですが、今回は、内的要素に着目してお話しさせていただきます。

外科治療に適応というものがあるのと同じように、在宅医療にも良い適応というものがあるのではないのでしょうか。在宅医療に適切な要素を多く持つ患者さんを在宅医療に誘導することによって、患者・家族の在宅療養に対する満足度は上がるのではないかと、私たちは思っています。

【ポスター4】

茨城県つくば市で在宅専門型医療機関であるホームオン・クリニックにおいて、2002年から2006年までの5年間に在宅医療を提供し、その後の経過を追跡し得た444名の患者を対象に検討を行いました。

看取りまで在宅医療を継続し得た患者を「在宅死」症例、また、入院や入所によって在宅医療が中断し、最終的には施設で看取った患者を「非在宅死」症例としました。「在宅死」症例は、在宅医療に対して比較的満足度が高かったのではないかと考え、在宅医療を継続する要因について解析しました。

ポスター3



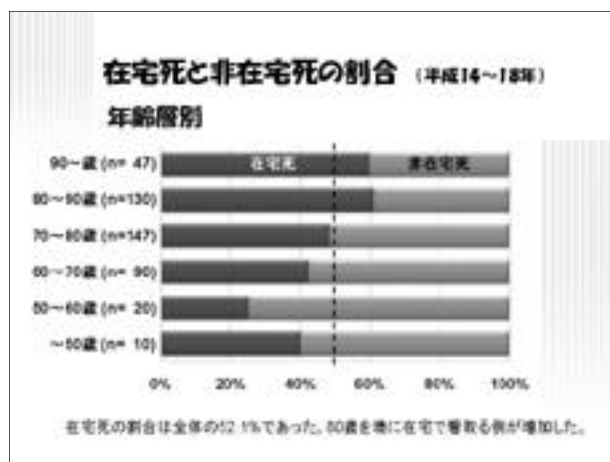
ポスター4



【ポスター 5】

在宅死と非在宅死の割合について、年齢別に解析したものです。ホームオン・クリニックでは、全体の 52.1 %が在宅で看取られましたが、80 歳を境に、年齢が高くなればなるほど在宅死に誘導しやすいことが分かりました。

ポスター 5



【ポスター 6】

次に、在宅死と非在宅死の割合について、疾患別に解析しました。

「老衰」とは、認知症や多発性脳梗塞等があって、特定の疾患というよりは全身的身体機能が衰えて亡くなった高齢者のことを指しています。この老衰とがんに関しては、在宅死に誘導できた例が非常に多くありました。

良性疾患というのは、良性という言葉が適切かどうか分からないのですが、非がんを指しています。内訳としては、ALS等の神経筋疾患や肺気腫等の慢性呼吸器疾患、関節リウマチ等です。これらの疾患の場合は、在宅医療の継続は困難で、最終的に施設で看取る例が非常に多いのが特徴的でした。

【ポスター 7】

非在宅死症例、要するに在宅で死を迎えられなかった方々の疾患の内訳を見ますと、脳梗塞で麻痺等のあるような脳血管疾患後遺症、認知症、神経筋疾患、慢性呼吸器疾患、関節リウマチがほとんどで7割を占めていました。

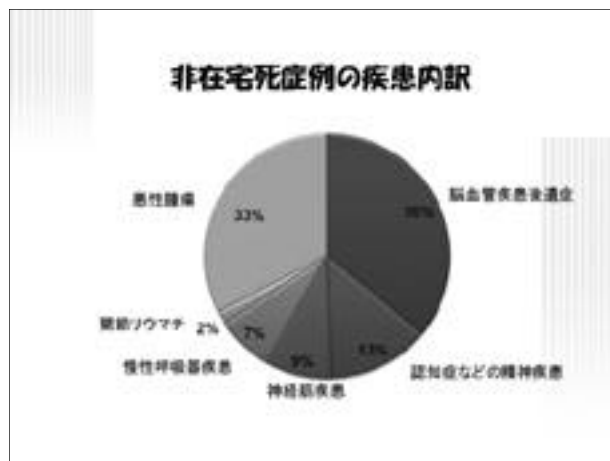
【ポスター 8】

また、比較的在宅死に誘導しやすいがんについて経年的な変化を見ますと、平成 14

ポスター 6



ポスター 7



年から 18 年にかけて、意外にも在宅死に持っていける率が年々少なくなっていることが分かりました。これは、近年、ホスピスや緩和ケア病棟など、いろいろな施設面での充実があり、必ずしも患者さんや家族が在宅死を望まないということで、少なくなっている印象でした。

【ポスター 9】

まとめです。年齢に関しては、高齢であるほど在宅死を達成しやすいということが分かりました。この要因としては、家族の理解が得られやすいということがあげられます。ネガティブな要因として、収容先の病院が見つけないので仕方がなく、という症例も少し入っています。

疾患に関しては、がん等は在宅死を達成しやすいことが分かりました。がんという疾患の性質上、在宅医療のメリットに関し

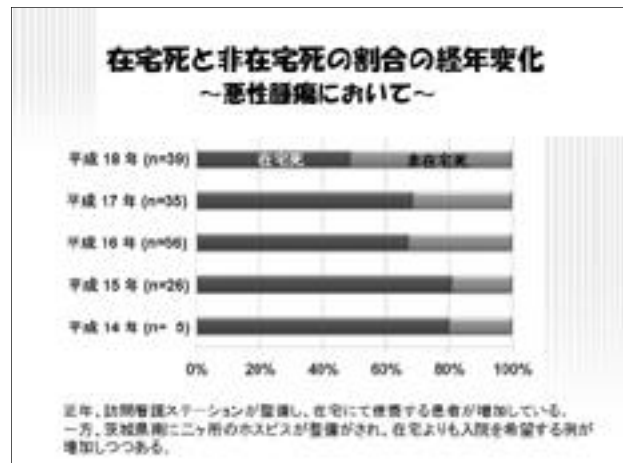
て家族の理解が得られやすいこと、また、在宅での死について本人や家族の意思が固い例が多いこと、加えて、予後が限定的で療養期間が比較的予測可能ということから、家族が頑張れるということが要因としてあると思います。

それに対して、良性疾患に分類される神経筋疾患や呼吸器疾患等は、非常に在宅死を達成しにくい状況がありました。これは、疾患の性質上、終末期に対しての家族の理解が得られにくいこと。また、療養期間の予測が困難ということで、予想外に長期化すると家族が介護に疲弊してしまうこと、あるいは、予想外に急変して家族がうろたえてしまうということなどが要因となって、施設に収容されるケースが多くありました。

結論としては、在宅医療に適した年齢、疾患を考慮することで、在宅医療をスムーズに導入し、在宅医療に対する患者や家族の満足度を上げ、最終的には看取りまで含めた在宅医療を提供し得ることが示唆されました。

また、在宅医療の継続困難な例では、どのような援助があれば在宅療養が可能となるかは、更なる検討が必要であると思われました。

ポスター 8



ポスター 9

### まとめ

- 年齢に関しては、高齢であるほど、在宅死を達成しやすい。  
 家族の理解が得られやすい  
 収容先の病院が見つけない
- 疾患に関しては、悪性疾患では在宅死を達成しやすい。  
 疾患の性質上、在宅医療のメリットに関して家族の理解が得られやすい  
 本人や家族の在宅療養の意思が固い・強い  
 予後、つまり療養期間が予測可能で安定
- 良性疾患に分類される神経筋疾患、呼吸器疾患などは、在宅死を達成しにくい。  
 疾患の性質上、終末期についての家族の理解が得られにくい  
 療養期間の予後、説明が困難

在宅医療に導入年齢層、疾患を考慮することで、在宅医療をスムーズに導入し、在宅医療に対する患者や家族の満足度を上げ、最終的には看取りまで含めた在宅医療を提供し得ることが示唆されました。  
 また、在宅医療の継続困難な例では、どのような援助があれば在宅療養が可能となるかは、さらなる検討が必要である。

---

## 質疑応答

会場： 北海道薬科大学から参りました。実は、本学は夕張医療センターと提携をしまして、これから在宅、それから予防医療を調査・研究しようということで、今日のフォーラムを楽しみにしていました。

在宅死とか非在宅死という形の統計分析をレトロで出していただいたのですが、これは患者さんやご家族の希望とのズレ・ギャップはどうかということ、それと、最後の方で満足度をお話しされていましたが、そこに非常に興味があるので、そういったことで何か知見といいますが、ある程度結果が出ていましたら、ご紹介いただきたいと思います。

森島： ホームオン・クリニックで院長をされている平野先生とこの研究を行ったのですが、現場で平野先生が実際にこれらの患者さんを全てお一人で診られておりますので、意見を述べていただきたいと思います。

平野： 私のクリニックには、意識が明確な患者さんもいますし、もう既に昏睡の患者さん、認知症の患者さんもいます。本当は、病院から退院されてきた時、あるいは入院中に患者さんの所に向いて、在宅死を希望されるかどうかという質問をして、どこまで在宅を続けるつもりかということをも自分たちも知りたい所なのです。

患者さんの多くには、ここにいる皆さんもそうだと思うのですが、できれば家でという気持ちが当然あるのです。しかし、例えば、家族がいなければ自宅という選択もできません。また、家族は「急変」という言葉を使います。「急変」した場合は病院に戻したいと言うのですが、私たち医療従事者としては、がんに「急変」という言葉はないと思っています。私の予想の範囲の中で起きていることなのです。意識が混濁しても、それも正常な流れです。考えてみれば、生まれてきた以上死に至るとするのは正常な流れなので、そこを、満足度という点から考えれば、宗教的なことも含めて話すのが在宅医療をやっている私の仕事だと思うのです。

満足度に関してアンケートを取ろうとしたのですが、難しい所があります。そこで、残ったご家族が「私もこういう死に方を選択したい」とか「結果としてこれで良かった」と言っていたら、満足したのではないかと考え聞き取り調査をしました。

統計の数字は全部まだ出していないのですが、8割から9割は「私はこうしたい」とは言うのですが、でも、次の世代の介護者に面倒を見てもらう形になるわけですので、「それは自分の子供たちにはできないだろう」と皆さんおっしゃいます。だから、逆にこれから先、いかに政府が体制を取ったとしても、在宅医療で最期を看取るという数値は下がっていくような予測をしています。

会場： 素人の質問で申し訳ないのですが、在宅医療というものを、死亡の文脈の中で語られるのに違和感があるのです。在宅医療を受けている患者さんでも、これから自分は元気になるのだという方もいらっしゃるでしょうし、病院のアクセスが非常に悪い所も多いですし、たとえ病院はあっても、行ったら一日待たされるので状態的に行けないとか、そういう所では在宅での医療を希望される方もいらっしゃると思うのです。

在宅医療というのは、死亡までの療養という意味で語られなければいけないものなのか、それともアクセスを改善する、言ってみれば外来の代わりのような形というサービスの利用があってもいいものなのか、その辺のご意見をおうかがいしたいのですが。

森島： それはとても重要なことで、いろいろな過疎地もありますので、今後そういう形態はあってしかるべきだと思います。ただ、私たちの地域はそれほど僻地ではないので、基本的には外来に来られる患者さんは、病院ではないにしても医療施設に通院されていて、在宅になる方というのは基本的には「もう行けない」という形で在宅になるケースが多いので、どうしても看取りとリンクしてくることが多くなります。

ただ、将来的には、先生がおっしゃるように、地域によっては通院に代わるような在宅医療があってもいいと思います。