

図7：死亡前月・非入院者のサービス利用

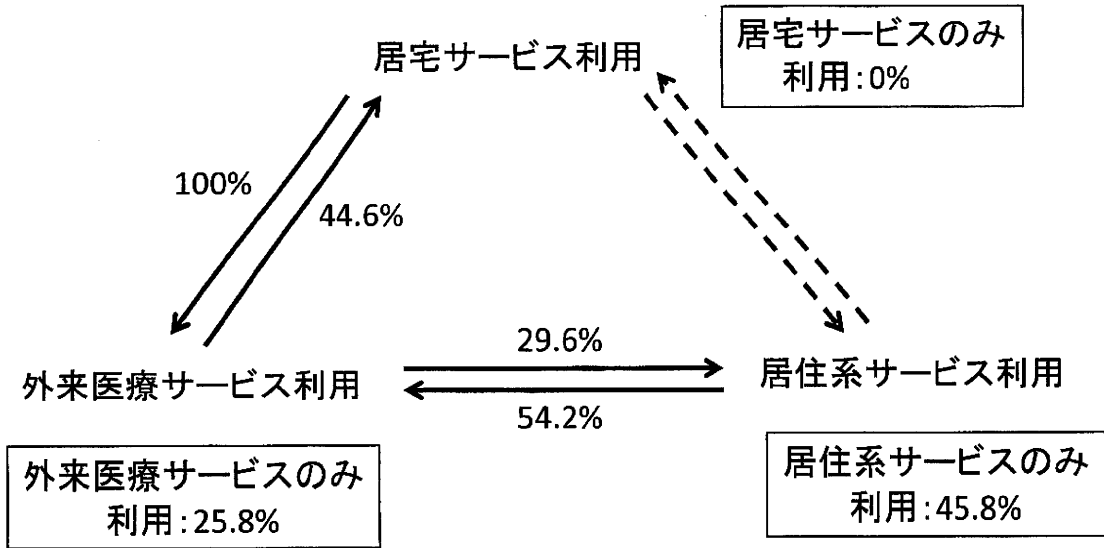
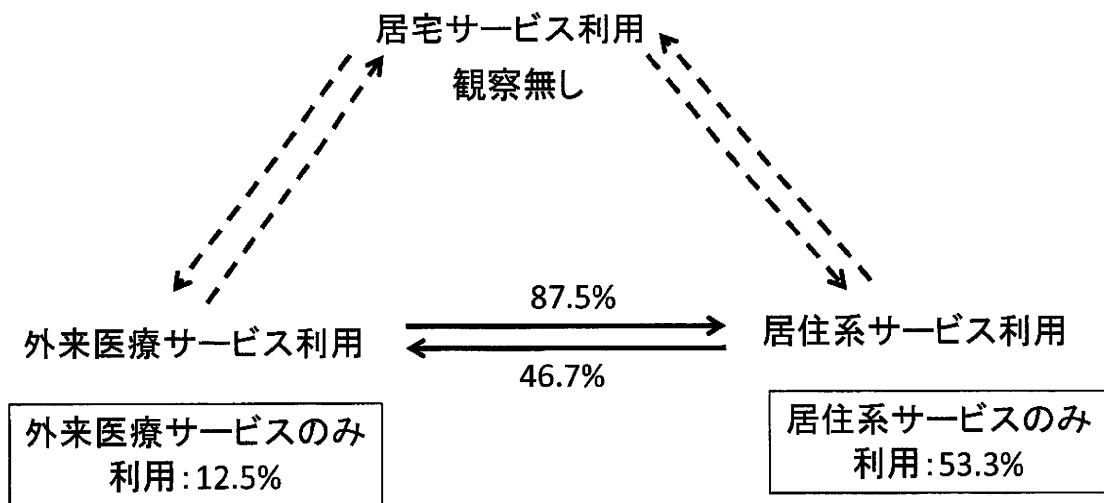


図8：死亡当月・非入院者のサービス利用



看取りの場所と「死」の社会的位置付けに関する考察

研究分担者 孔相権（京都大学 特定研究員）

【研究要旨】

本稿では、在宅看取りを可能とする社会条件を整えるため我が国における看取りの場所と死の社会的位置付けについて考察を行う。現在、我が国では診療所・病院などの医療機関で死を迎える方が大多数となっているが、これはここ 50 年をかけて変化してきたもので、1960 年代以前は自宅で看取りが行われ、自宅で死を迎える方が大多数であった。すなわち、50 年前に可能であったことができない社会となっていることを意味する。現在と 50 年前では我々を取り囲む家族・社会・経済条件が異なるため、単純に 50 年前の社会に戻すことに何の意味もないし、また戻すことは不可能である。50 年前に在宅看取りを可能としていた必要条件を考察し、それを現代的に読み替えシステムに組み込むことが求められている。考察の結果、日常生活から切り離された死を日常生活圏に取り戻すこと、またそれにより専門職だけで看取り問題を考えるのではなく広く一般社会に問題を提示し社会全体で看取りについて考える重要性を指摘する。また、適切なサービスを選択し活用するため看取り育をすること及び社会の中で看取りや葬送などのマネジメント機能を有することの重要性を指摘する。

A. 研究目的

現在、我が国では診療所・病院などの医療機関で死を迎える方が大多数となっているが、これはここ 50 年をかけて変化してきたもので、1960 年代以前は自宅で看取りが行われ、自宅で死を迎える方が大多数であった。すなわち、50 年前に可能であったことができない社会となっていることを意味する。

本研究の目的は 50 年前に可能であったものが何故できなくなったのか、現在において再び可能とするためにはどのような社会システムを有すべきなのかを検討することを目的とし、看取りの場所と死の社会的位置付けについて考察を行う。

B. 研究方法

本研究は、統計情報により看取りの場所が自宅から医療機関へ移行した実態を明らかにし、移行要因について世帯人員、家族構成などの推移を統計情報により示し、50 年前に可能であった在宅看取りが現在では困難になっていった社会状況を明らかにする。また、文献や資料で得られた情報をもとに、冠婚葬祭が自宅で行われていたことを明示し、自宅で冠婚葬祭が実施できた社会要件について考察を加える。こうした情報を再構成し、在宅看取りを可能とする社会要件を現代的に読み替え、死を受容する社会モデルの再構築を検討する。

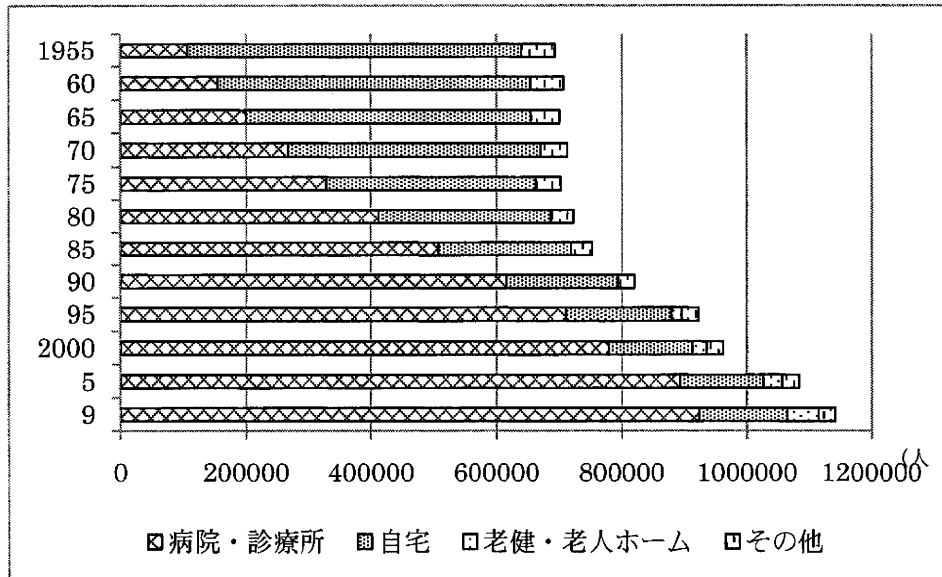
C. 結果

1. 死のタブー化 - 家庭から医療機関へ「死」の機能が移行

厚生労働省が行った人口動態調査によると平成 21 年度の出生者数 1,070,035 人、死亡者数 1,141,865 人と死亡者数が出生者数を上回り 71,830 人の自然減となっている。少子高齢化が著しく進展し我が国は人口減少社会の多死時代に突入したといえよう。確かに数値上は多死時代である。しかし、果たして我々は出生よりも死亡が溢れている現実を実感しているのだろうか。

戦後、我々は死をタブー化し、死を忌むべき存在として不自然に日常生活圏から隔離するため看取りの場所を自宅から医療機関へと移してしまった。今からおよそ 55 年前の 1955 年の我が国の総死亡者数は 69 万人であったが、死亡場所の内訳は病院・診療所などの医療機関で亡くなった方が 11 万人で 15.4%であったのに対して、自宅で亡くなった方は 53 万人で 76.9%となっている。すなわち、終戦直後の我が国では看取りを自宅で行うことが一般的であった。しかし、1975 年には病院での死亡者数は 33 万人で全体の 46.7%を占めるようになり、自宅での死亡者数 33 万人とほぼ同数となる。その後も病院での死亡者数は増加傾向を示し 2005 年には 89 万人で全体の 82.4%を占めるまでに増加している。最新の統計では、2009 年の医療機関における死亡者数は 92 万人となっており実数ベースでは増加しているが全体の割合としては 80.8%と微減している。一方、自宅での死亡者数は減少傾向を示し、2005 年には 13 万人にまで減少し全体の 12.2%を占めるに過ぎない状況となっている。2009 年の最新の統計によると自宅での死亡者数は 14 万人と微増しており死亡者数全体の 12.4%となっており、減少傾向に歯止めがかかりつつある状況となっている。また、終の棲家として期待される特養などの老人ホームにおける死亡者数は増加傾向を示すものの 2009 年で 5 万人程度あり、死亡者全体の 4.3%を占めるにすぎず終の棲家として機能しているとは言い難い状況となっている。

図 1. 死亡場所の推移



(出典) 厚生労働省：人口動態調査。

この55年の間に我が国では、自宅で亡くなるのが一般的であったものが、病院で亡くなるのが一般的になるという非常に大きな変化が死亡場所について生じたのである。すなわち、55年前までは自宅という日常生活を過ごす場所に死が身近に存在していたのであるが、現在において死は日常生活を過ごす場所から切り離され、医療サービスを集中的に提供する医療機関へと移行されたのである。こうした看取り機能の医療機関への移行は、日常生活を過ごす全ての人から死を実感する機会を失わせ、死のタブー化、すなわち死は受け入れ祀るものから忌むべき存在として隔離するものへと変容していったのである。

ここで極めて重要な問題となるのは死を迎える人が看取りの機能の医療機関への移行を望んだ結果このような現象が生じたかどうかということである。データは古くなるが平成9年度の厚生白書によると高齢者の希望していた死亡場所として自宅を希望したものは89%、病院・診療所などの医療機関を希望したものは8%となっている。2004年に厚生労働省がまとめた終末期医療に関する調査等検討会報告書によれば、高齢になった場合の終末期を自宅で過ごしたいと希望したものは一般22.7%、医師48.9%、看護41.2%、介護38%となっており、医療・介護従事者ほど終末期に自宅療養を希望する割合が多くなる。また、自宅以外を希望した理由として家族の介護負担を理由にあげたものが最も多くなっており(83.6%)、潜在的な希望を含めると住み慣れた自宅を死亡場所としたい人が多いと考えるのが妥当であろう。看取られる側ではなく看取る側の理由により医療機関へ看取りの場所を移行させていったことが強く類推されるのである。

2. 看取り力の低下 — 地域における「死」を受容する仕組みの消滅

現代社会とは本来は日常生活圏に内包していた種々の機能を機械化、自動化または外部化することにより利便性を高め高度化していったと捉えることができるであろう。その代表的なものに看取り、療養、介護、冠婚葬祭などがあげられる^{文獻9)}。日本の大多数の地域では伝統的に葬儀は村落・集落内にある葬式組などの地域住民の互助組織により執り行われてきた^{文獻9)}。筆者は民俗学を専門としている研究者ではないため葬儀が地域内で住民によりどのように執り行われていたのか明確に述べることはできないが、少なくとも戦前から戦後すぐまでは村落・集落内の互助組織の助けを受け、自宅又は地域の宗教施設において葬儀が実施される場合が多かったようである。東京などの都市部においては大正時代には東京都葬祭具営業組合などの葬儀を生業とする事業者の組合が結成されており、事業として葬儀サービスを提供する事業者が存在したようであるが、葬儀会社を利用することが一般的になったのは昭和30年代以降のようである。さて、ここで筆者が述べたいのは1960年代までは間違いなく自宅を中心とした日常生活圏内に死を受容するシステムを有していたということである。すなわち、日常生活圏に「死」はありふれたものだったのである。そして、看取りの場所を自宅から医療機関へと移すに伴い看取り力を低下させ、地域・村落・集落などの日常生活圏に内包していた死を受容するシステムを喪失していったのである。

家庭内の看取り力、地域における死を受容するシステムを喪失した原因としては急速な少子化の進行、家族形態の変化、それに伴う機能の外部化・外部サービスの利用などが考えられる。人口動態統計より戦後の合計特殊出生率の推移をみると、第一次ベビーブームにあたる1947～49年には4以上であったものが、その後急速に低下し、10年後の1959年には2.04まで低下している。その後、第一次ベビーブーム世代が出産年齢に達した1971～74年(第二次ベビーブーム)まで合計特殊出生率2.0前後で推移するものの、その後、急速な減少傾向を示し、2005年には1.25まで低下している。家族形態の変化については、家族規模と家族構成という2つの側面から捉えることができる。国民生活基礎調査より家族規模について平均世帯人員を見てみると、1953年には5.0人であったものが、急激に低下

の傾向を見せ始め、1965年には3.75人と4人を下回り、1995年には2.91人と3人を下回る数値となり、その後も減少し続けている実態がある。家族構成についても65歳以上の高齢者のいる世帯の家族構成をみると1975年には「三世代世帯」が54.4%と全体の半数以上を占めていたが、その後は減少を続け2004年には21.9%となり、この30年の間に半数以下にまで減少し、変わって「単独世帯」、「夫婦のみ世帯」、「親と未婚の子世帯」が倍増している。看取る側、介護する側である子供の数が少ないこと、そして世帯を別にしていることにより看取りの負担が増大し、病院など医療機関へ看取りを移行させる圧力が発生したのである。また、地域コミュニティの弱体化、葬儀会社による外部サービスの発達などによる地域内の葬儀能力の喪失などが加わり、各家族の看取り力の低下と地域の「死」を受容する仕組みが急速に失われつつあるのである。

3. 自然現象としての「死」 — 自然科学的アプローチの限界

生物である限りその終わりである死は避けられないものであり自然の流れである。WHOが定義する緩和ケアの定義の中にも「緩和ケアは生命を肯定し、死を自然の過程と捉え、死を早めることも引き伸ばすこともしない。」とされている^{文獻10)}。にもかかわらず、現代社会において何故人は出生以上に多い死に立ち会う場面が少ないのであろうか。また死を実感しながら生きていないのであろうか。生と死はコインの表裏であり、本来、生きている我々の傍らにいつも寄り添っているものである。死をタブー化し忌むべき存在として目を背けることは、生すなわち生きることを軽薄化していることに他ならない。「Memento mori (死を記憶せよ)」とは古代ヨーロッパから哲学・芸術・文学の重要なテーマであり、人の最後を看取る中で看取る側の周囲の人は多くの教訓を得たのである。医学という自然科学が劇的に進歩する20世紀まで長い間、人類は生命の終わりという神秘の自然現象に畏敬の念を持って向いてきた。すなわち、死とは抗い忌むものではなく受け入れ学ぶものだったのである。そのため医学が発達するまで死を司ったのは宗教であった。

「死」とは「生命活動が不可逆的に停止すること」を意味する。現在、法医学では、人間の「死」を「心臓・肺・脳全ての不可逆的な機能停止」により規定している^{文獻6)}。つまり、心停止、自発呼吸停止、瞳孔散大の全てが確認された場合、人の死が確定する。人間の生理反応、すなわち自然科学的アプローチで死を議論するのが医学である。医学が高度に発達する以前は、いずれか一つのみ機能停止であっても速やかに他二者の機能停止に至るため、死亡は心停止を基準とする心臓死と同じ意味であった。しかし、医学の進歩により失われた生命活動を復活させる度合いは変化するため、死の厳密な時点を恒久的に規定することは困難になった。現在では人工心肺をはじめとした救命技術の進歩により、心肺停止状態でも恒常的に脳を生かして意識を保てる、あるいはそれを回復する可能性を残すようになったため、心肺停止と心臓死は同じ意味では説明が難しくなり、心肺停止による心肺脳全ての停止を心臓死と呼ぶようになった。一方、脳機能のみが死滅しても心肺機能を保てるようになり、この状態を脳死と言うようになった。臓器移植法などでも議論されているように、脳死を全ての人の死と認めるべきかどうか議論は決着しておらず、死の定義については医学的に議論が継続されている。

医学分野では人間の生理反応から死へアプローチするのに対して、宗教学、哲学、文化人類学などの分野では死生観・死後観念・祀りなどの観点から死へアプローチする。肉体も霊魂も永遠のものであるという古代エジプトの死生観がミイラによる死体の保存をもたらした。我が国でも肉体は滅んでも霊魂は永遠であるという仏教的な転生輪廻の思想がある。すなわち、避けられない自然現象としての死を受け入れるための意味付けを死後の世界を構築することにより行おうとしているのである。

医学・生理学など自然科学的に死を捉えるべきなのか、宗教・哲学・文化人類学など社会科学に死を捉えるべきなのか、両者を融合していくべきなのか議論が必要であろう。自然科学的アプローチは人体の問題発生が死への帰着と捉えるため問題解決のため医学的治療を人体に施すことにより、一分一秒でも長く死に帰着させないことが正解とする傾向を生み出す。こうしたアプローチによる治療の積み重ねが多大な医学的進歩を生み出し、今まで救えなかった多くの命を救ってきたのは事実であろう。そして、治療を施すことにより日常生活へ復帰できるほど問題が回復する事例に対してはこうしたアプローチで積極的な治療を行うことは非常に大きな意味を持つ。しかし、回復が困難な事例に対して医学的治療を施し一分一秒の延命を施すことが果たして正解なのだろうか。ここに自然科学的アプローチの限界がある。自然の流れで枯れていかざるを得ない老木に多量の水と肥料を与え、それにより例え老木がどのような状態になろうとも一分一秒でも長く生きさせることに何の意味があるのであろうか。

我々は家庭で看取りを行う看取り力を失いつつあり、地域での「死」を受容する仕組みも消滅しつつある。また、死後の世界を提示し「死」を受け入れ意味付けを行ってきた宗教も以前ほどの力を持ち合わせていない。自然科学的アプローチに問題はあるものの「死」を受容する場として病院に依存せざるを得ない状況を生み出してしまったのは他ならぬ我々なのである。

4. 「死」を受容する社会モデルの再構築に向けて

ここで、看取りに対する筆者の立場を明確にし、死を受容する社会モデルの再構築について考察を行いたい。死に行く過程において疼痛などの身体的苦痛を伴う場合も往々にしてあることから、筆者は看取りを行う際に医療従事者から適切な医療提供を受ける機会は保障されるべきであると考え。しかし、それは自然科学的アプローチに全てをゆだねるということではない。死を自然の過程として受け入れ受容する社会科学的アプローチをも加味し、適切な医療サービスを受けながら日常生活圏に看取りの機能を取り戻した、現代版の死を受容する社会モデルを構築することこそ多死時代を迎えた我が国に必要であると考え。

1) 専門職だけに任せないシステム

看取りということについては医学、看護学、福祉学の分野において積極的に議論が行われ終末期ケア、緩和ケア、end-of-life careなどの在り様が議論され、ケアの質向上に向けた様々な研究や実践が行われている^{文献 1,2,3)}。こうした動きは評価されるべきであるが、最も重要なのは死すべき人が質の高いサービスを受けて死を迎えるまでの間に何をするのか、残される看取る人が死をどのように受け入れ昇華し日常生活に戻っていくのかということであり、ケアの提供方法や在り方ではない。すなわち、死が比較的タブー化されていない医学、看護学、福祉学などの専門分野だけで議論を留めることは問題の本質的解決にはつながらない。死をタブー化し臭いものに蓋をしている一般の人々に情報を発信し、宗教や哲学などが有していた死を受け入れ意味付ける機能を各個人に返していく必要がある。

2) 看取り力（介護力を含む）の底上げと看取り育成

核家族化が進行し女性の社会進出が顕著な現在において、1960年代以前のように家庭・家族内において看取り・介護力を確保することは困難である。また、社会で老後を支えるという趣旨の下、介護保険が施行されており、介護や看取りに必要な適切な医療・看護・介護サービスを外部から受けることは当然の権利である。在宅においても適切な量のサービスを受けられるよう在宅医療・看護・介護サービスの提供体制を構築する必要がある。

る。それと同時に介護・看取り育を実施し一般の人々が医療・看護・介護サービスを使いこなせるように教育していく必要がある。死を自然の過程と受け入れた上で、死を起点として生活を捉えれば、高齢者に対して行われる医療・看護・介護、及び高齢者を取り巻く環境や空間は、高齢者自身が残された生の中で自己実現していくための道具として位置付けられよう。道具が生を規定するのではなく、道具を活用して能く生き良く死ぬことが求められるのであり、そのためには道具を活用する能力を有さなければならない。サービスの提供体制は不十分ではあるが構築されつつあり、サービスの質も向上のための努力が続けられている。十分な量の道具があり道具の質が優れていたとしても、道具を使いこなす人が活用する能力を有さなければ全く意味をなさない。

3) 地域における互助組織とマネジメントシステム

冠婚葬祭が日常生活圏に内包されていたこと、またそれを支える葬式組などの地域内の互助組織が存在したことは先述した。2011年を迎える現代において、冠婚葬祭を自宅で行うことや、それを支える住民互助組織を地域で形成することは不可能と言ってよいであろう。看取り後のセレモニーである葬儀に関しても葬儀会社からサービスを購入することはあってよいことである。看取りや葬儀を地域内で実施していた時に地域が有していた最も大切な機能は、看取りや葬儀を行うマネジメントシステムであり、このマネジメントシステムを現代的に読み替え再構築しなければ在宅看取りを現代で実施し普及していくことは非常に困難になる。医療機関での看取りが比較的楽なのは医師が適切なマネジメント機能を発揮し看取りに必要な処置サービスを決定してくれるからである。看取りの当事者となる本人及び家族が一から情報収集を行い、その中から適切な行動を選択することは困難であり、全体をマネジメントし情報を整理して本人及び家族の意思決定をサポートする役割が重要である。1960年代の我が国では自宅で親戚家族を看取った人が大多数であり、地域内に葬式組などの機能を有しており他人の葬儀などを執り行うことも多かったため看取りから葬儀までのマネジメント可能な人材を多数地域に擁していたのである。看取りの場を自宅から医療機関に移行し30年が経過した現在、そうしたマネジメント機能は個人や地域から喪失している。現段階では医師や介護支援専門員がマネジメントしていく必要があるであろうが、将来的には介護・看取り育を通して本人及び家族または親戚や近隣の本人をよく知る人などできる限り日常生活圏に近いところへ戻していく必要がある。

来年度以降は、在宅看取りの実態調査を実施し日常生活圏に看取りの機能を取り戻すための具体的モデル像について検討を行いたい。

【引用文献】

- 1)宮田和明ほか2名編著：在宅高齢者の終末期ケアー全国訪問看護ステーション調査に学ぶー、中央法規、2004
- 2)A・デーケン編：日本のホスピスと終末期医療、春秋社、1991
- 3)佐藤智編：在宅での看取りと緩和ケア、中央法規、2008
- 4)新村拓：在宅死の時代、法政大学出版局、2001
- 5)シモーヌド・ボーヴォワール：おだやかな死、紀伊国屋書店、1995.
- 6)澤口彰子他11名：臨床のための法医学、朝倉書店、2005.
- 7)小松美彦：死は共鳴するー脳死・臓器移植の深みへー、勁草書房、1996
- 8)高橋繁行：葬祭の日本史、講談社、2004
- 9)斎藤美奈子：冠婚葬祭のひみつ、岩波新書、2006
- 10)WHO：Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee
Technical Report Series, No.804, 1990.

第4章

医療・介護連携強化に向けた 地域での取り組み事例

郡山市における医療と介護の連携強化への試み

研究協力者 原寿夫（郡山市医療介護病院 院長）

【研究要旨】

地域医療における医療と福祉の連携が求められて久しいが、介護保険制度によるサービスが充実してきている今日も、また新たな医療と介護の連携が求められている。

本研究では、当院における医療と介護の連携強化に向けた様々な取り組みの概要を紹介するとともに、現場の実践から見えてきた、連携上の課題を、3つのキーワード、すなわち、①医療と介護の双方向性での継続性の確保、②一人ひとりの生き方を支えてあげられる個別性を重視したサービスの提供、③生活の場も含めた多様な看取り対応を容認しうる制度の必要性、を中心に言及した。

この“継続性”と“個別性”、そして“看取り”が、医療と介護の連携における今日的課題であると考えている。

A. 研究目的

地域医療における医療と福祉の連携が求められて久しいが、介護保険制度によるサービスが充実してきている今日も、また新たな医療と介護の連携が求められている。

当院は、これまで、医療と介護の連携強化に向けた様々な取り組みを進めてきた。本稿では、その概要を紹介するとともに、現場の実践から見えてきた、連携上の課題を、3つのキーワード、すなわち、①医療と介護の双方向性での継続性の確保、②一人ひとりの生き方を支えてあげられる個別性を重視したサービスの提供、③生活の場も含めた多様な看取り対応を容認しうる制度の必要性、を中心に言及する。

B. 研究方法

本研究では、医療と介護の連携強化に向け、当院が行ってきた様々な取り組みとそこから見えてきた課題を、①医療と介護の双方向性での継続性の確保、②一人ひとりの生き方を支えてあげられる個別性を重視したサービスの提供、③生活の場も含めた多様な看取り対応を容認しうる制度の必要性 の3点を中心に、データ分析結果も踏まえながら、紹介する。

C. 研究結果

1. 郡山市の概要

郡山市は人口約 34 万人で、福島県の 7 医療圏の 1 つである県中医療圏（約 56 万人）にある中核市である。よって、保健所も福祉事務所も県とは別に市にもあり、保健医療福祉そして介護についても一体的に計画実行しやすい環境にある。また、明治以来歴史的に民間病院を中心に医療体制が整備され、小児救急も含めた急性期医療から専門分野の高度医療まで、地方都市としてはそれなりに整備されてきている。福祉関係も同様で、特別養護老人ホーム等整備されている。このような環境下で、平成 2 年からは「在宅医療推進モデ

老人ホーム等整備されている。このような環境下で、平成2年からは「在宅医療推進モデル事業」を、平成3年からは「訪問看護等在宅ケア推進モデル事業」を、そして平成5年からは「病診連携モデル事業」を郡山医師会が行い、これらの経験を踏まえて平成5年から7年にかけて郡山医師会主催による在宅医療に関する講習会を19回開催し、平成12年の介護保険制度施行前に郡山地域における医療と福祉の連携のあり方について一つの形を確立し、介護保険制度によるさらなる充実を図る予定であった。

しかし、この十数年の状況を見ると、病床数は年々減少傾向にあり(図1)、救急車による救急搬送件数は増加傾向にある(図2)。特に65歳以上の搬送件数は3,000件弱から6,000件超えに倍増している。加えて、死体検案数は年々増加傾向にあり、平成19年度以降は年間400件を超えている(図3)。しかし、警察関係の方々に何うと事件性を疑わせる例は少なく、救急隊員からは救急病院へ搬送してよいかどうか迷うほどに、死後かなりの時間が経っていると思われる例もあるとのことである。

図1. 病床数(郡山市保健所)

平成19年度 病院23(-1)、診療所257(+28)

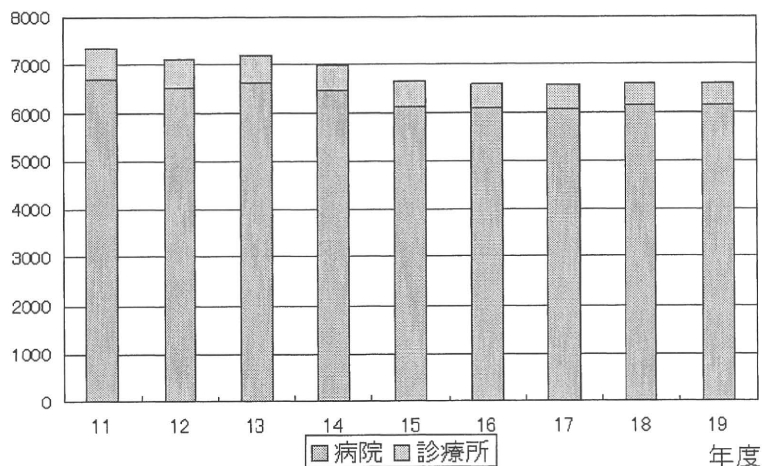


図2. 年齢区分別救急搬送人員数 (郡山地方広域消防組合)

介護保険制度
導入後も変わらず。

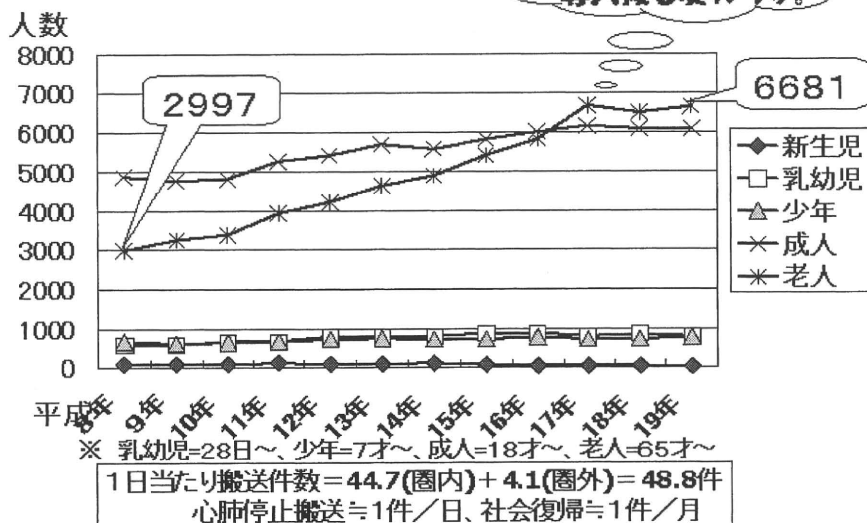
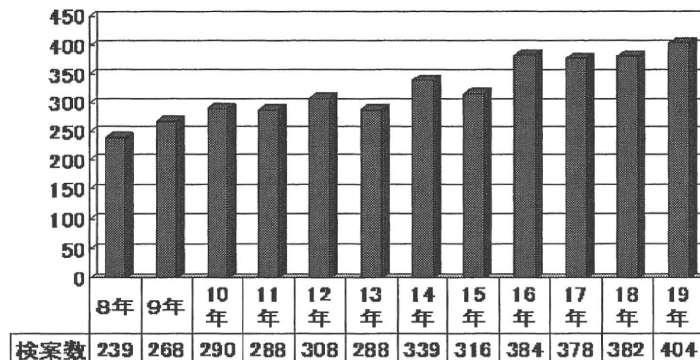


図3. 死体検案数 (郡山警察署・郡山北警察署)

介護保険制度
導入後も変わらず。



2. 当院について (<http://bigheart-hp.net>)

郡山市医療介護病院は郡山市が建設し、指定管理者制度によって管理運営について社団法人郡山医師会を指定し、平成18年6月に開院した病院で、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターも併設している。名前の通り、医療と介護を結ぶ病院で、何らかの障がいを持たれた方々お一人おひとりが、自分らしい生活スタイルを再構築するのをお手伝いする病院である。医療保険の療養病床40床と介護保険の療養病床80床、通所リハビリテーション40名、外来は内科と婦人科、整形外科、リハビリテーション科の4科がある。開院以来平成23年1月までの入院入所の状況は、月平均30名弱の方からの申し込みがあり、その約半数の方が入院入所されている。この間に看取らせて頂いた方は135名で、年々増える傾向にある。病床稼働率は開院翌年の平成19年度が94.0%で、20年度95.2%、21年度97.0%、22年度98.7%(平成23年1月現在)と高い。

また、病棟職員は医療職である看護師と介護職である介護福祉士がほぼ同数在職している。医師は常勤医3人の他にコ・オペレイティングドクターズチームを組織し、精神科や眼科、皮膚科等の専門分野の診療の他に、日当直を含めて合計33人の医師が地域医療に情熱を傾けてくれている。さらに、平成20年1月に郡山地域連携パス連絡協議会を発足し、その事務局を当院に置き、地域医療の要として活動している。下記のような郡山地域医療介護等関連6団体合同のシンポジウムを開催し、連携強化への試みを進めている。

表1. 郡山地域医療介護等関連6団体合同のシンポジウムについて

(テーマ)

- ・H20.12: 「看取りについて考える～最期までどう生ききるか～」
- ・H21.12: 「地域生活支援において、それぞれの専門職ができること、地域連携への課題」

(参加団体)

- ①郡山市介護支援専門員連絡協議会
- ②郡山市居宅介護支援事業所連絡協議会
- ③郡山市地域包括支援センター連絡協議会
- ④県中地域リハビリテーション広域支援センター
- ⑤福島県医療ソーシャルワーカー協会県南方部会
- ⑥郡山医師会・郡山地域連携パス連絡協議会

ンケートから下記のようなことが見えてきた（郡山市医療介護病院・保健福祉等事業推進室室長 島野光正より）。

- ①それぞれに、互いの機能や役割の理解が違うのではないか。
- ②「病院」といっても内容は様々。
- ③きちんと説明をしても、間に人が入ることで、同じように理解されているとは限らない。
- ④機能の明確化と共有 ⇔ 内と外の課題
- ⑤連携パスという仕組みがそれぞれの医療機関の「壁」を乗り越えることができるか。
- ⑥連携パスという同じテーブルに着く関係

上記より、連携強化のために下記のような提案がなされた。

- ①例え入院、入所してもケアマネジャーであること（報酬の支払い）
- ②施設ケアマネがプランを作成するのではなく、ケアマネが作成、プランを元に施設サービス計画を作成する
- ③施設入所でもケアマネジャーが外部にいることで適切なサービスが確認される
- ④在宅へ向けた調整も可能
- ⑤本人、家族の希望や要望を具体的に聞き、施設サービス計画へ反映するためのケアプランの作成が可能になる

この提案されている5項目の共通点こそが、前述の“継続性”と“個別性”であり、結果として“看取り”への対応もより良い方向で可能になるものと考えられる。

3. 医療と介護の連携強化への試み

本節では、上述したような経過の中で取り組んでいる医療と介護の連携強化への試みについて、①医療と介護の双方向性での継続性の確保、②一人ひとりの生き方を支えてあげられる個別性を重視したサービスの提供、③生活の場も含めた多様な看取り対応を容認しうる制度の必要性 の3点を中心に報告する。

1) 医療と介護の双方向性での継続性の確保について

介護保険制度ができる前と同様に今も、医療と介護の連携は求められている。急性期医療における平均在院日数が短縮されればされるほど、療養病床や介護保険施設、在宅医療においても、いわゆる医療依存度の高い例が増えてきている。平成23年1月の当院における各病棟の胃ろうやIVH（中心静脈栄養）、気管切開の件数（短期入所の5床を除く）は図4のとおりである。

また、FIM（Functional Independent Measure）から、運動機能と認知機能の状況を医療保険療養病床に入院されている方々、介護保険の入所、通所を利用されている方々についてみると、施設利用者と在宅利用者には大きな差がある（図5、図6）。自分なりの生活スタイルを再構築するためには、この差をソフトランディングして頂くためのサポートが必要である。そのためには、急性期医療から回復期あるいは亜急性期、医療の療養、そして介護保険の各種施設から在宅への様々な支援の双方向性での継続性のあるサービス提供が必要に思われる。

図 4. 病棟別処置件数

郡山市区療養病棟
平成23年1月

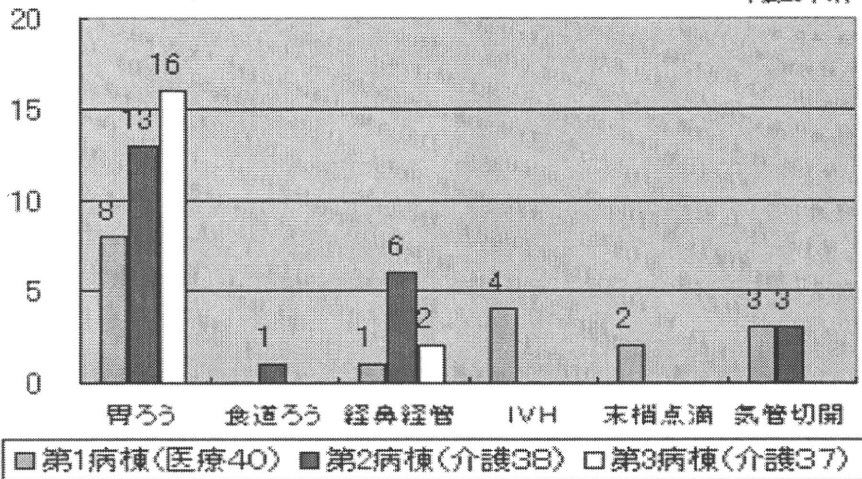


図 5. FIM・医療保険療養病棟 40件
平均=☆(31.1, 17.7)

郡山市区療養病棟
平成23年1月

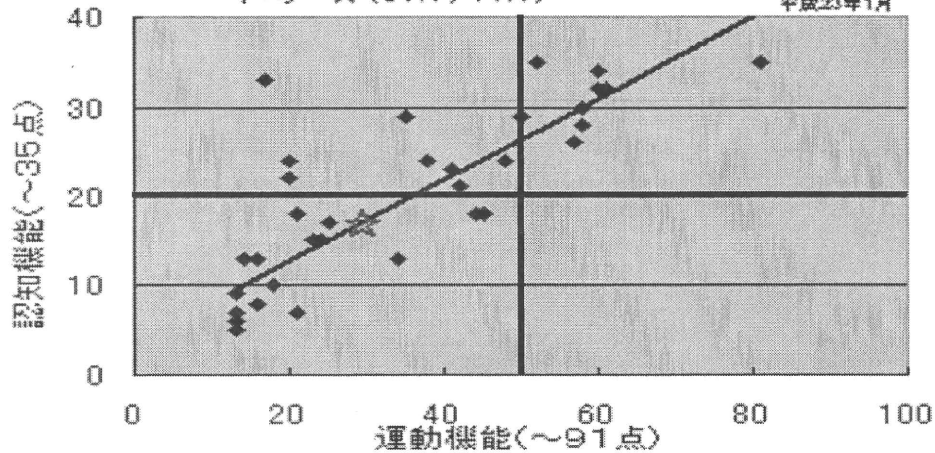
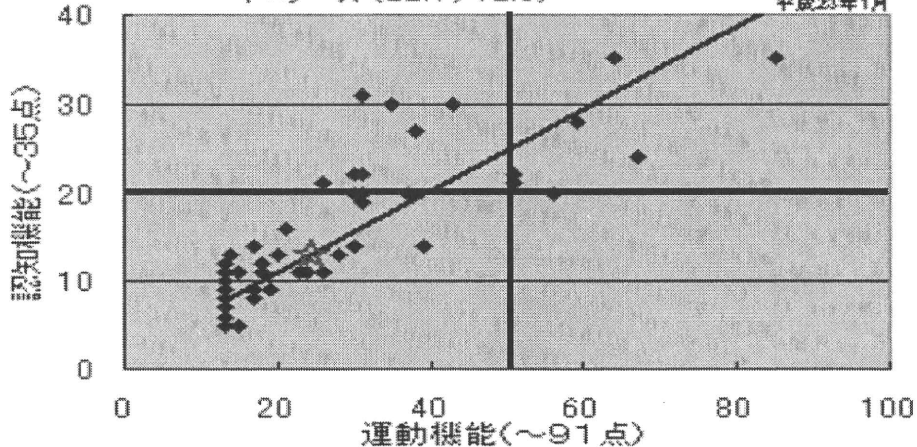


図 6. FIM・介護保険療養病棟 75件
平均=☆(22.7, 12.3)

郡山市区療養病棟
平成23年1月

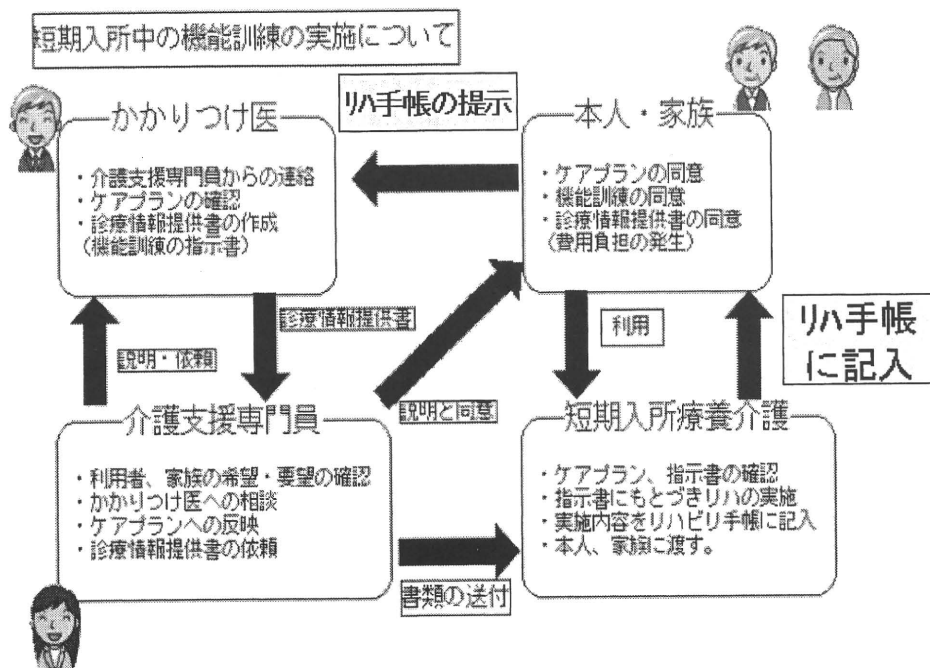


しかし、入院、入所あるいはグループホームや小規模多機能施設等、ケアマネジャーが必ずしも継続性を持って対応できない制度に今はある。このことによって様々な問題が喚起されてしまっている現状があるように思われ、ケアマネジャーが“継続性”をもって関わることによって、改善されることが多々あるように思われる。

その改善策の例として、リハビリ手帳 (<http://www.abnet.or.jp/mak/20downword.htm>) を利用した、当院の介護保険短期入所におけるかかりつけ医からのリハビリ指示とその報告の流れを紹介する。これは、県中地域リハビリテーション広域支援センターの地域リハビリテーション連絡協議会において作成された「リハビリテーション手帳」を活用したものである。この手帳によって、かかりつけ医との連携のみならず通所リハビリや訪問看護、訪問介護等との連携にも有用であり、同時にケアマネジャーが逐次状況を把握できる。その意味でも“継続性”を可能とする方法といえる。

当院では居宅介護支援事業所と地域包括支援センター、通所リハビリを併設し、短期入所の受け入れも行い、医療保険の療養病棟ではオープンベッドもある。これらを利用しては、擬似的にケアマネジャーが継続性を持って関われる方法を現在検討中である。

図7. リハビリ手帳を活用したリハビリ指示とその報告の流れ図

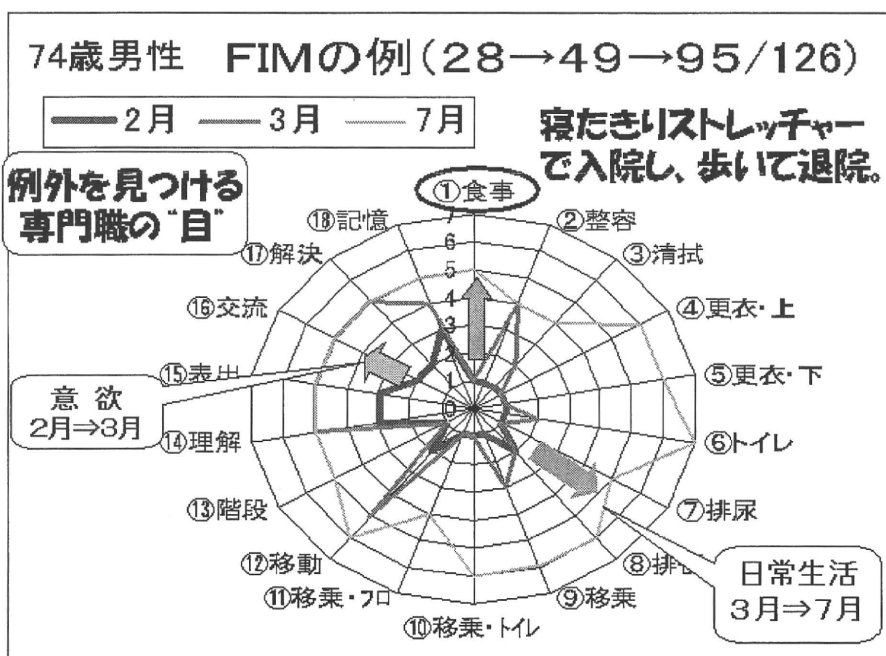


2) 一人ひとりの生き方を支えてあげる“個別性”の重視について

救急医療を経て命が助かり、日常生活へ戻れる可能性が高い場合、回復期リハビリ病棟を経ることとなっている。しかし、発症から半年以上過ぎてからの数ヶ月でADLやIADLが劇的に改善される例があるのも否定できない。その例外的事例を見つける目こそ専門職の目であり、結果として良くなることもあるが、そうでないこともあり、結果としての成功報酬ではなく、例外的に改善され得る可能性があるかどうかを試してみることにこそ、診療報酬や介護報酬としての評価があるべきである。この試みこそが“個別性”の重視につながり、結果としてお一人おひとりの生き方を支えてあげることになるように思われる。

実際にあった症例を示す。74歳男性で消化器疾患の手術後に重症肺炎を繰り返し、急性期病院から発症後半年近く経って、気管切開に胃ろうの寝たきり状態で、ストレッチャーで当院に転院してきた。当院に入院後、生活への意欲が出て経口摂取が可能となり、さらにはピックアップではあるが歩行が可能となって、自宅に退院し、現在当院外来に通院している。当院に入院した2月から1ヵ月後の3月、5ヵ月後の7月の状態をFIMで評価し、各項目をレーダーチャートにしてみると、意欲が出た後に食事の改善がみられ、日常生活全般が改善していったことがわかる(図8)。

図8. FIMの評価例

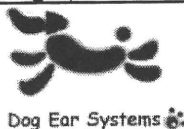


この例外的事例は何が違うのか、最も大切なのはアセスメントであると思われる。かつて、介護保険制度が施行された当初、アセスメントによる課題分析が、というより、課題分析の手法が注目された。我々も、介護保険サービスの負担金や、介護者の負担感から考えたケアプラン（介護保犬ポチ Light）と、専門職がアセスメントして、それに基づく課題分析を MDS-HC で行った場合のコンピュータのソフト（介護保犬ポチ Pro）を作った（図 9）。しかし、介護保険制度が施行されて 10 年を経た現在、課題分析の技術的手法が理解されなかったばかりか、アセスメントさえも軽んじられてしまっているように、というより、ほとんど無に等しい状況にあるようにさえ思われる。結果として、医療制度も介護制度も理解されないまま、利用者の方は日数だけで次のサービス提供機関を紹介され、互いの不信感を増長してしまっているように推測される。身体拘束についても、近頃は目的と現場の対応が本末転倒になっている事例が多く見られ、寂しい結果となっている。

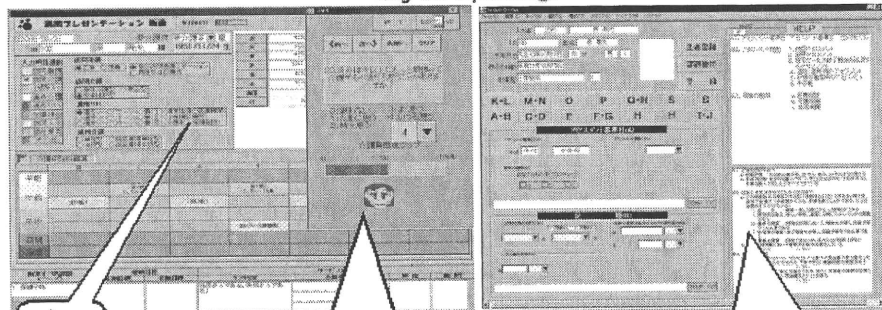
こうした状況を改善するために、当院では FIM の勉強会を通して、一人ひとりの生き方を支えてあげる“個別性”の重視について、まさに個別に検討を加えている。

図 9. ポチによるポチ的ケアカンファランス

介護保犬ポチ
Light(本人家族用)



介護保犬ポチ
Pro(専門職用)



負担金

介護負担感
質問点数

アセスメント票
MDS-HC

3) 看取りについて生活の場も含めた多様な対応の容認について

郡山地域における救急搬送件数は前述のように年々増加し、その受け皿であるベッド数は逆に減少してきている。そして、死体検案数は年々増化している。また、在宅医療が自宅だけではなくてきている現在、介護保険制度における施設だけでなく、多様な在宅医療における医療の提供体制、さらには関係者の希望に応じた看取りの体制の確立が求められている(図10)。

ところで、今検討されている地域包括ケアシステムの基本である日常生活圏域は、30分圏内、中学校区とのことである。当地域で考えると29圏域となり、かつての在宅介護支援センターと同じではあるが、現在の民生委員の受け持ち区域を基本とした地域包括支援センターの17地域よりはかなり多く、1地域当たりの面積は狭くなる。ただし、命を救うという救急医療から考えると、5分あるいは10分圏域が限度であり、終末期医療のアンケート等にある“急変したとき”の受け止め方については、予め関係者と話し合っておく必要があるように思われる。逆に、当院通所リハビリ利用者90人について見てみると、居宅介護支援事業所が22事業所、地域包括支援センターが7事業所、主治医は当院以外に30医療機関が関係し、中学校区よりはるかに広い(図11)。

最近マスコミでも多く取り上げられている孤独死や、高齢者専用賃貸住宅等における看取りを考えた時、警察医を中心に協力医を募って検死の体制を充実させるか、主治医を中心に日常診療において診診連携あるいは病診連携を整えてグループ診療の体制を整えるか、どちらかの方向での検討が早急に望まれる。

具体的な対応としては、介護保険関係施設等の嘱託医や協力医へのアンケートを行い、名簿の作成と嘱託医や協力医どうしの連携を図り、さらにはその医師たちを支援するチームの設立を検討している。

図10. 自宅で最期まで療養することが難しい主な理由

「終末期医療に関する調査等検討会報告書」2004年

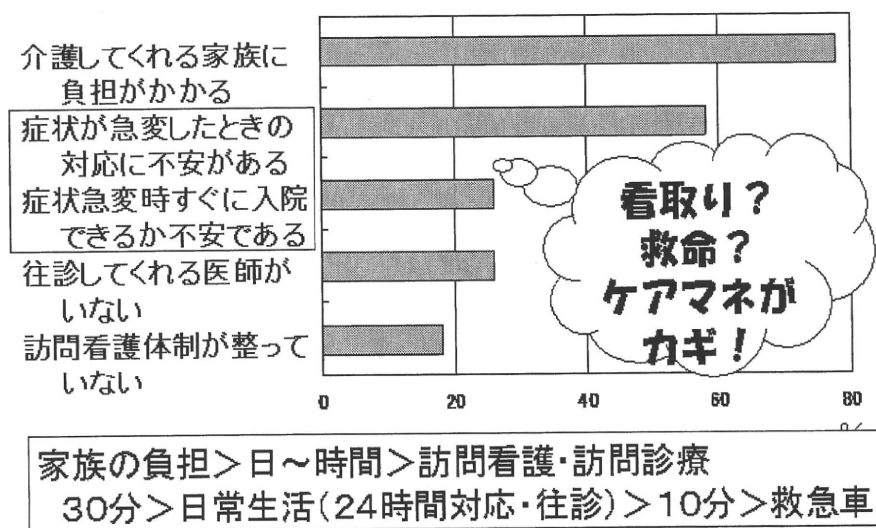
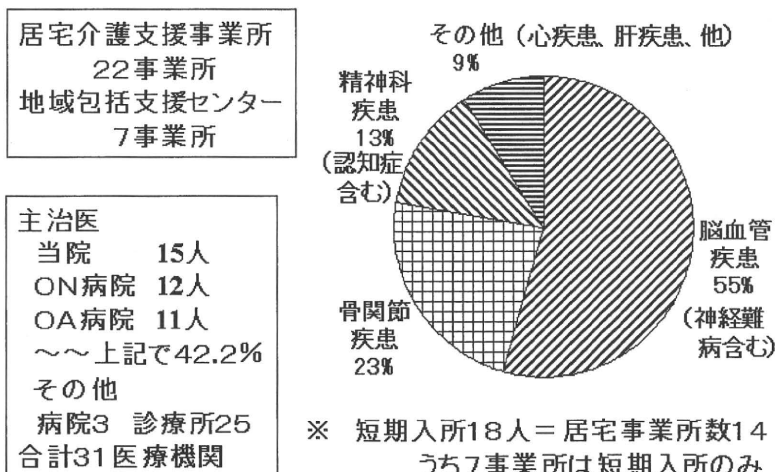


図 11. 当院通所リハビリ利用者(平成23年1月)

利用者90人の平均年齢=76.3才(50~99才)

男性50人=74.6才 女性40人=78.5才



D. 考察および E. 結論

本研究では、当院における医療と介護の連携強化に向けた様々な取り組みの概要を紹介するとともに、現場の実践から見えてきた、連携上の課題を、3つのキーワード、すなわち、①医療と介護の双方向性での継続性の確保、②一人ひとりの生き方を支えてあげられる個別性を重視したサービスの提供、③生活の場も含めた多様な看取り対応を容認しうる制度の必要性、を中心に言及した。この“継続性”と“個別性”、そして“看取り”が、医療と介護の連携における今日的課題であると考えている

現在、当院では、新たな医療と介護の連携強化について、“継続性”と“個別性”、そして“看取り”をキーワードに、擬似的にケアマネジャーが継続性を持って関わり、FIMを用いて客観的に状況を共有しながら、その方らしい生活スタイルで生きることが出来るような支援体制の構築を図っている。

また、在宅療養されている方々やその家族の方々が、どのようなことに悩んでいるのか、県の指定を昨年4月に受けた「地域リハビリ相談センター」から、我々に求められていることについて常に知り得る努力もしている。「地域リハビリお悩み相談室」がその窓口で、既に116件の相談が寄せられた(図12)。これらの内容を検討しながら、市民から求められるより良い地域医療の提供をめざしている。

図 12. 地域リハビリお悩み相談室
平成22年4月～平成23年1月・116件

• 制度に関すること・・・28件	• 訪問・・・4件
• 介護方法・・・・・・・・18件	• 電話・・・8件
• 福祉用具・・・・・・・・17件	• 来院・・・104件
• 病状に関すること・・・15件	
• 装具・車椅子他・・・・10件	• 相談者
• 体操指導・・・・・・・・ 9件	嫁、妻、夫
• その他・・・・・・・・20件	息子、娘、母
(自主訓練・・・・・・・・45件)	祖父、ヘルパー
	施設職員、他

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし