

2004

ISSN 1341-8688

# ホスピスケアと在宅ケア (Hospice and Home Care)

## 18年間の在宅を振り返って

巽 純子、松尾美由起

別刷 2004年 第12巻1号 60～62ページ

Reprinted from Hospice and Home Care 2004;12(1):60-62

日本ホスピス・在宅ケア研究会  
Japanese Society for Hospice and Home Care

## 18年間の在宅を振り返って

巽 純子、松尾美由起

### 要旨

18年間で在宅診療した346名について統計学的に検討した。年齢分布として70, 80歳代が約7割を占めるが、筋ジストロフィーや脳性小児麻痺では、20, 30歳代、ALSや癌のターミナルは、40, 50歳代の患者さんを在宅診療している。癌による死亡は、全体では35%であるが、41から50歳では、60%であった。また、癌患者は、57%が1年未満で死亡していた。在宅死亡が、全体で32%であったが、癌患者では46.3%であった。今後、高齢者が増加するとともに、癌末期には自宅で過ごしたいと思う患者が増えることが予想され、在宅のニーズはますます高まると思われる。しかし、24時間体制で、高度な医療機器やモルヒネを使いこなせる往診医を見つけることは至難の業である。しかし、在宅に積極的な開業医や診療所が増えてきていることも事実である。今後われわれは、在宅に関係するいろんな職種の人が勉強できる場を提供し、必要な人にすぐに必要な在宅診療・看護を提供できるようにネットワーク作りをしていきたいと思っている。

### はじめに

1985年より在宅診療を始めて18年間、24時間体制で高齢者、ターミナル患者、神経・筋難病患者の診療をしてきた。最初のころは、保険点数も往診料しかなく、また、医療機器、薬も今では考えられないぐらい少なく、ターミナルの患者さんにも持続点滴をするしか方法がなかった。痛みのコントロールや褥瘡についても同様であった。しかし、家に帰った患者さんは、病院で見ていた人とは別人のように、生き生きとした表情をしておられ、たとえガン末期の状態でも元気を取り戻されている。私たちはこの元気をもらって18年という長い間に346名という多数の患者さんとかかわりを持たせていただき、今回、統計学的に検討した。

医療法人松尾クリニック

〒581-0802 八尾市北本町2丁目15番25号

### 方法

在宅患者名簿に基づき、年齢、在宅期間、死亡場所、死亡原因について分析した。

### 結果

#### 年齢分布

年齢分布は、25歳から102歳。71歳から90歳までが69.5%を占めた(図1)。若年者は、筋ジストロフィーや脳性小児麻痺、癌患者であった。

#### 年齢別死亡原因

死亡が確認されたのは219名、71歳から90歳までが、66.2%であった。35.2%は、癌によるものであった。年齢別癌死亡比率(図2)は、41歳から50歳が、癌死亡率60%。そ

の後高齢者になるに従い癌死亡率は低下した。

図1 年齢分布

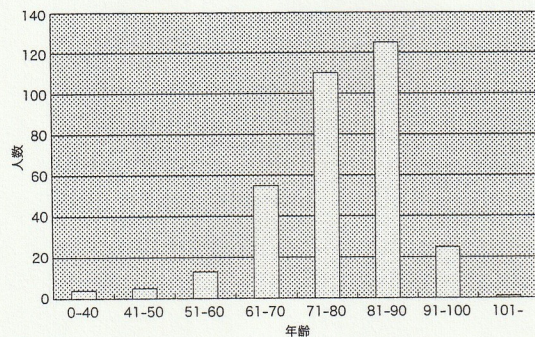


図2 年齢別死亡原因

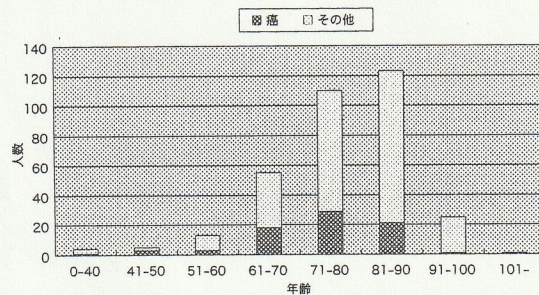


図3 死亡場所

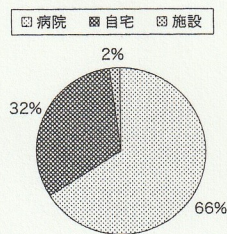
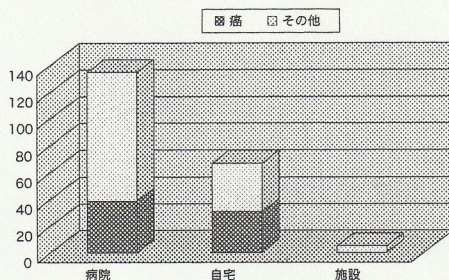


図4 死亡場所と死因の関係



### 在宅期間

0~4838日まで幅広いが、1年未満が、全体の43%を占める。6年を越す例が、6%認められた。癌患者の57%は、1年未満で死亡していた。

### 死亡場所

66%が病院、32%が自宅、2%が施設となった(図3)。死亡場所と死因の関係(図4)は、自宅死亡の46.3%が癌患者であった。

### 考察

近年、介護保険、訪問看護ステーションが整備され、在宅医療が広く行われるようになったが、18年前は、介護用品や医療機器もほとんどなく、褥瘡や癌の疼痛について悪戦苦闘の毎日であった。しかし、我が家で暮らしたい、自分の家で死にたいという要望に応え、346名の患者さんの訪問診療を行ってきた。

鈴木ら<sup>1)</sup>は、在宅ケアへの移行を実現する要因として、ターミナル10事例を検討している。本人の要因として、在宅療養を自発的に積極的に希望していることであり、家族の要因としては、患者の予後を知って、本人の希望をかなえてあげたいという思いである。外部要因としては、緊急時の対応、電話対応を含む24時間体制が重要であった。当院では、当初より、電話での24時間体制を行い、必要に応じて、休日、深夜も往診に駆けつけることにより、患者、家族から安心して在宅療養ができると喜ばれている。

自宅での看取りについては、死亡場所が、自宅32%と病院の66%に比較して半数であった。しかし、癌のターミナルの患者に限ると46.3%の患者が在宅死を迎えている。安達ら<sup>2)</sup>は、訪問診療患者の在宅死を分析し、死亡時期が予測可能な末期悪性腫瘍や老衰などが多く、肺炎などの急性疾患は入院治療を選択されることが多いと報告している。また、24時間の訪問診療体制により、在宅死は増加したと結論

している。モルヒネを有効に使うことにより、痛みのコントロールは格段にしやすくなり、末期悪性腫瘍の患者の在宅死は、今後更に増加していくと思われる。

今後の課題として、1つは老老介護のため在宅が続行できずに、施設入所が増えてくることである。藤本ら<sup>3)</sup>は、長期在宅医療施行例の現状と問題点として、長期間の医療機関への入院を契機に在宅医療を中断し、施設入所となった症例が11例中5例あったと報告している。5例とも退院時、障害自立度の悪化は認めていない。長期の入院は介護者の介護意欲を損ない在宅医療が中断される可能性が高いと報告している。われわれも同じような経験をしている。共倒れにならないためには、やむをえないことではあるが、在宅が続行できるように支援していきたいと思っている。

2つ目として、在宅医療における地域連携の必要性である。定本ら<sup>4)</sup>は、訪問看護ステーションを対象とする調査によって、在宅医療ができる医師の情報、緊急時の患者対応、在宅医療に関する知識を施設間相互で情報交換する必要性など、ここの施設のみでは対応できない事項を明らかにした。われわれの施設でも、付属のステーション以外の訪問看護ステーション

と連携する機会も多く、情報の共有化の必要性を痛感している。また、在宅医療ができる医師の情報も、在宅を希望する患者家族に届きにくく、ホームページを見て来院する家族やケアマネージャーさんから在宅医療を依頼されることも多い。今後われわれは、「大阪在宅医療・看護を考える会」という研究会を立ち上げ、地域での情報の共有化と在宅医療・看護の知識の普及に努めていきたいと思っている。

#### 文献

- 1) 鈴木和子、江川幸二、谷亀光則、他. 在宅ケアへの移行を実現する要因～ターミナル10事例の検討～. 在宅医療 2001;32:39-43
- 2) 安達晃一、佐々木英人、角田充子、佐々木美佐子. 在宅での看取りを推進するために. 癌と化学療法 2001;28:133-135
- 3) 藤本清成、小川隆一、鶴岡和弘、可西洋之、隅木久幸、苛原実. 長期在宅医療施行例の現状と問題点—施設入所例との比較—. 癌と化学療法 2001;28(Suppl.I):65-68
- 4) 定本清美、鈴木荘太郎、柴田家門. 在宅医療における地域連携の必要性. プライマリ・ケア 2001;24:144-147