

第 44 回日本死の臨床研究会年次大会

シンポジウム2

八幡浜市の地域おこしに生かす緩和ケア

—地域おこしは人育て—

旭町内科クリニック 森岡 明

1)はじめに

わが国では、少子高齢化が叫ばれて久しい。八幡浜市は、高齢化率 41.6% (2023 年 6 月統計)と全国でも少子高齢化の先進地域といっても過言ではないだろう。私たちが 2011 年から取り組んできた在宅医療と緩和ケアについて俯瞰し、今後の展望について考察してみた。

2) 地域医療のパラダイムシフトはなぜ必要か。

現在わが国では、世界に例を見ない速さで高齢化が進行している。わが国の総人口は、2021 年 10 月 1 日現在、1 億 2550 万人となっている。そのうち、65 歳以上人口は 3621 万人となり、総人口に占める割合 (高齢化率) も 28.9%となった。

65 歳以上人口のうち、「65～74 歳人口」は 1754 万人 (14.0%)、「75 歳以上人口」は 1867 万人 (14.9%) であり、75 歳以上人口は 65～74 歳人口を上回っている。

また、わが国の年間死亡数は現在 120 万人前後だが、2038 年にピークを迎え 170 万人を超えると予測されている。

私たちが医療活動をする八幡浜市 (人口 3 万 1000 人) はすでに超高齢社会に達しており、10 年前には 500 人前後で推移していた年間死亡者数は、最近 3 年間 570 人前後まで増加してきている。

超高齢社会では、①多死の時代を迎えるということ。②心不全、認知症を含む慢性疾患や癌をもつ超高齢者の増加。という 2 つの側面がある。

高度経済成長時代に病気の検査・治療法が確定し、寿命も延び多くの方々が 80 歳・90 歳まで生きることができる時代を迎えた今、在宅医療の現場において「生老病死」という人が生まれ死に至る

までの流れの中で「死は自然なもの」という死生観に変わる必要があるように感じている。

超高齢社会では、疾病構造が急性期疾患から慢性期疾患に変化して、新しい医療システムの再生・再編が必要とされている。このことはキュア (治療医学、病院医療) からケア (予防医学、在宅医療) へのパラダイムシフトが求められているということではないだろうか。

3) 八幡浜市の現状と医療・介護の在り方

八幡浜市の人口は 2023 年 6 月現在 30,862 人で、男性:14,511 人、女性:16,351 人、世帯数:15,469 世帯と愛媛県内でも小規模の市である。

全人口における老年人口は、41.6%、そのうち 75 歳以上人口は 23.8%を占める。

それに対して、14 歳以下の年少人口は 9.0%と典型的な少子高齢社会といえる (図1)。

<図1>

八幡浜市の人口と世帯数 (令和5年6月末日現在)	
人口	30,862人
男	14,511人
女	16,351人
世帯数	15,469世帯

年少・生産年齢・老年人口
令和3年5月末日現在

対象	人数	比率
年少人口 (0～14歳)	2,782	9.0%
生産年齢人口 (15～64歳)	15,232	49.4%
老年人口 (65歳以上)	12,848	41.6%
老年人口65歳以上のうち75歳以上	7,357	23.8%

(ちなみに、日本の高齢化率 (総人口に対し65歳以上が占める割合) は28.9%)

プライマリ・ケアの理念を基礎とした在宅医療・ケアの役割は、①在宅で療養される方に最適化

した医療を提供すること、②予防的な医学管理を通じて入院のリスクを最小化すること、③最後まで住み慣れた場所で生活が維持できるように支援すること、である。その実践には多職種連携協働がかかせない。

このような時代背景とプライマリ・ケアの理念から、この八幡浜市での多職種連携で機能する在宅医療のあり方を、地域で展開される医療・介護・保健・福祉に従事するすべての職種が一堂に会し、在宅医療についての技術的な話題も含めて学習と情報交換の場として、八幡浜医師会が中心となり「八幡浜在宅医療研究会」を立ち上げ、2012年6月に第1回の勉強会を開催した。

その後、年1～2回の講演会開催と毎月第1金曜日に「在宅緩和ケア症例検討会」を開催している。講演会は、公開講座を含めて20回を数え、「在宅緩和ケア症例検討会」は2023年11月現在110回開催している。参加者数は、「八幡浜在宅医療研究会」登録者数100数名の多職種が参加してスキルアップを図ってきた。コロナ禍のため2021年からはWEB開催となった。

「八幡浜在宅医療研究会」が発足した当時は「多職種連携協働」の概念そのものが確立していなかった。回を重ねるうちに、多職種が協働することの重要性を参加者全員が認識するようになり、いまや地域医療にとってかけがえのない集団となっている。

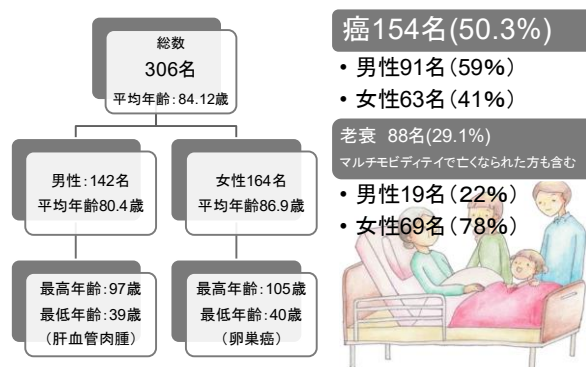
2019年1月7日から22日、愛媛新聞に掲載された「地域の明かりに一愛媛在宅緩和ケア」の記事で八幡浜市での緩和ケアの実践が紹介された。

(図2)は2011年1月から2023年8月までの当院が在宅医療で看取った患者数をまとめたものである。総数306名で性別・年齢などの内訳は図表の通りである。特徴的なことは①約半数が癌患者であること、②超高齢化を反映して老衰(自然死)が約30%を占めていること、③癌で亡くなる方は男性が多く、女性は老衰で亡くなる

方が多い傾向を示した。最後まで自宅で過ごすことを選択した方はこのような死因分布を示すことが示された。

<図2>

平成23年(2011年)1月～令和5年(2023年)8月まで
在宅医療で看取った患者数



また一般的に癌は、国民の1/2が罹患し、1/3の方が癌で亡くなると言われている。しかしながら、当院での在宅医療統計では、1/2の方が癌で亡くなっており、このことは癌の終末期は在宅での療養を希望される方が、病院での療養を希望される方より多いことを示している。

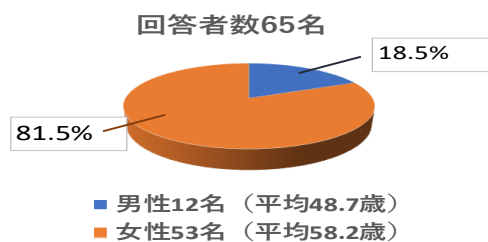
4) 公開講座参加者への意識調査

2023年7月15日、第20回八幡浜在宅医療研究会・市民公開講座を開催した。

講座参加者を対象に在宅医療・介護に関するアンケートを実施した。回答者数が65名のうち男性:12名(18.5%:平均48.7歳)、女性53名(81.5%:平均58.2歳)だった(図3)。

<図3>

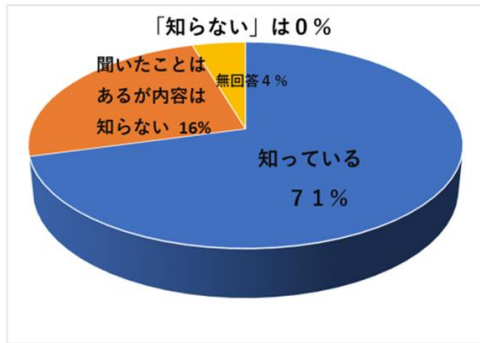
(1) あなたの年齢・性別を教えてください。



在宅医療について「知っている」と答えた方は71%、「聞いたことはあるが内容は知らない」を含めて 87%の方は知っていた(図4)。

<図4>

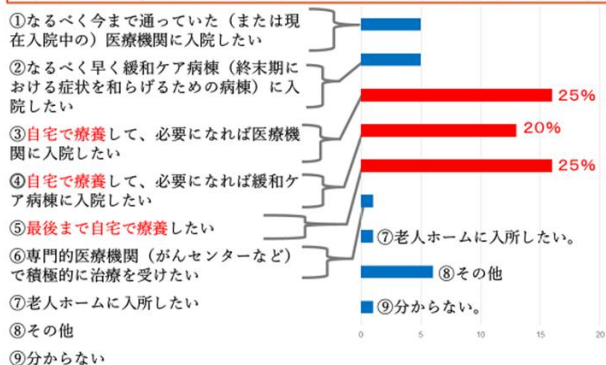
(2)あなたは「在宅医療」について知っていますか。



死期が迫っている時の療養場所について聞いたところ、「自宅で療養して、必要になれば医療機関に入院したい」が 25%、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が 20%、「最期まで自宅で療養したい」が 25%を示した。この結果から「自宅で療養」を望んだ方は 70%を占めていることがわかる(図5)

<図5>

(3)あなたが仮に病気等で治る見込みがなくなり死期が迫っている(6 か月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、療養の場所はどこを希望されますか。(次の中から一つ選択)

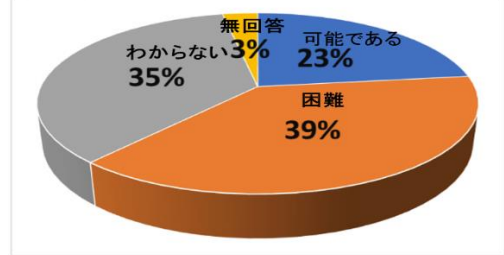


「最期まで自宅での療養ができると思うか」の質問に、「可能である」と答えた人は 23%であった。「最後まで自宅療養は困難」としたのは方は 39%で、その

理由として「介護する家族に負担がかかる」が 29%、「症状が急に悪くなった時に自分も家族も不安」が 12%、「介護してくれる家族はいない」が 18%と、「家族」をキーワードにして注目すると「最後まで自宅療養が困難である」と答えた方の 59%の方が、家族への負担を主な理由としている(図6)(図7)。

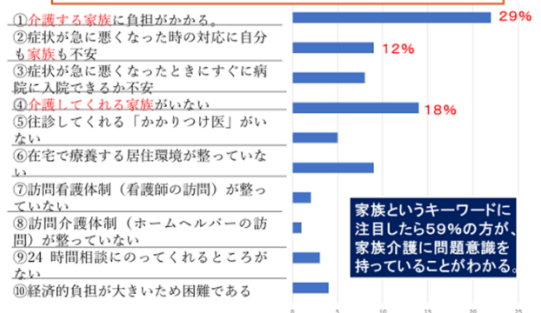
<図6>

(4)あなたは最後まで自宅での療養ができますか。



<図7>

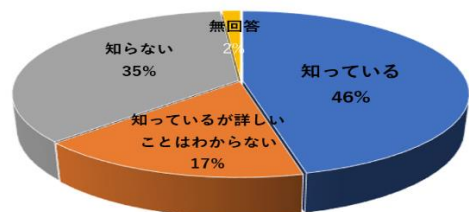
(5)((4)で「困難である」と答えた方)困難であると思う理由を次の中から選んでください。(複数回答可)



「八幡浜在宅医療研究会」については 63%の方が知っている(図8)。

<図8>

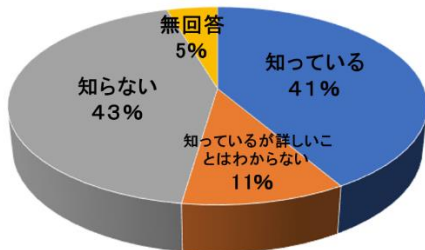
(6)「八幡浜在宅医療研究会」の存在を知っていますか。



人生会議(アドバンス・ケア・プランニング:ACP)についての質問では、「知っているが詳しいことはわからない」を含めて「知っている」と答えた方は52%を示した(図9)。

<図9>

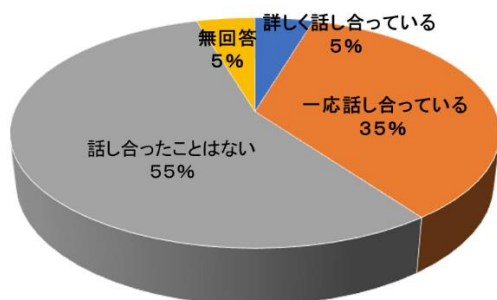
(7)「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」について知っていますか



ACP に関して「家族や自分の医療・ケアに関する希望について話し合ったことはあるか」の質問では「詳しく話し合っている」としたのはわずか5%だった。「一応話し合っている」が35%を示した(図10)。

<図10>

(8) 家族や自分の医療・ケアに関する希望について、話し合ったことはありますか



5) アンケート結果から読み取れたこと

① 希望する療養場所について

死期が迫っている場合に療養する場所について「自宅で療養して、必要になれば医療機関に入院」「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院」「最期まで自宅で療養」を合わせて70%と在宅療養を希望する割合が高かった。

② 自宅での療養について

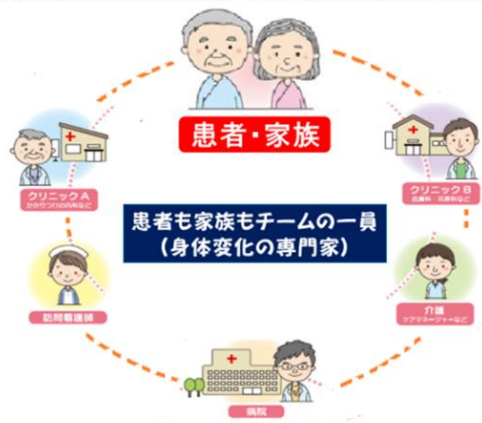
死期が迫っている場合に最期まで自宅で療養することについて、「困難である」が39%と最も高く、そのうちの29%が「介護する家族に負担がかかる」をその理由としている。また「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安」を困難な理由とした割合が12%だった。

また地方小都市に特有の現象である「介護してくれる家族がいない」が18%占めた。家族というキーワードに注目したら59%の方が、家族介護に問題意識を持っていることがわかる。

患者の家族に対する思いを考慮すると、多職種連携モデルであるコンコーダンス・モデル(「患者中心の医療」はもはや古い概念で、今は患者や家族もチームの一員だという考え方が主流になりつつある。)の輪の中で、家族も大きなチームの一員であることが再確認された(図11)。

<図11>

■ 患者・家族中心から、患者・家族もチームの一員と捕らえるコンコーダンスモデル



③ ACP について

ACP は単に治療やケアの計画を立てるだけでなく、患者・家族が医療情報や患者・家族の価値観などを多職種で共有しながら、「患者の価値観や希望を考える」、それを「他者と話し共有する」、その結果として「医療や生活について意思決定する」、必要に応じて「決定したものを見直す」という過程(プロセス)そのものを意味する。

半数近くの方が、ACP について知っているものの、

実際に話しあったことがない方が、55%を占めた。半数以上の方は話し合ったことはないとのことで、今後のACPの一層の普及と実践が望まれる。

6)まとめ

八幡浜医師会が中心となって取り組んできた「八幡浜在宅医療研究会」の立ち上げから今日までの歩みについて述べた。「八幡浜在宅医療研究会講演会」や「八幡浜在宅緩和ケア症例検討会」などの勉強会を通じて、「多職種連携協働」の思想と実践を発展させてきた。

在宅医療における多職種連携とは、対象者の生き方を尊重し、生活そのものを支えることによって、その尊厳を確保するための手段である。そして、対象は個人に止まらず、地域住民全体でもある。在宅療養を適切に支えられる多職種連携のネットワークが構築されていることは、地域住民の暮らしに安心を与える。たとえば、がん終末期になっても、いつまでも地域で暮らしていける、ということを保証することでもある。

多職種連携は、医療職・介護職・福祉職といった専門職のみで組まれるものではなく、行政や地域の産業(タクシー、不動産・建築業、商店、地域メディアなど)、地域住民等の参加も含む。たとえば、徘徊がある認知症の人を、地域住民やタクシー運転手などが気かけ、大きな事故が起こる前に保護するという地域の仕組みを作ることも多職種連携の一つの形である。

本稿「八幡浜市の地域おこしに生かす緩和ケア—地域おこしは人育て—」の趣旨でもあるが、まさに連携する相手は地域全体と言っても過言ではなく、地域の仕組みで地域の住民を支える、いわゆる地域包括ケアこそが、在宅医療における多職種連携の目指すところである。

文献

●総務省統計局 人口推計(2021年(令和3年)10月1日現在)結果の要約

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2021np/index.html>

●八幡浜市住民基本台帳人口・世帯数の推移
<https://www.city.yawatahama.ehime.jp/doc/2022110400066/>

●地域の明かりに えひめ在宅緩和ケア 愛媛新聞
<https://www.asahimachi-gp-clinic.com/wp-content/uploads/2023/08/d20190822-006.pdf>

●人生会議に関するアンケート(結果) 大阪府健康医療部保健医療企画課在宅医療推進グループ
https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19300/00424139/08_R3shiryoku3-2.pdf

●岡田晋呉、他:スーパー総合医 地域医療連携・多職種連携 中山書店 2015.

●井階友貴:何から始める-地域ヘルスプロモーション Gノート 羊土社 2018.

●角田ますみ:ここからスタート-アドバンス・ケア・プランニング ヘルス出版 2022

●箕岡真子:医療のための事前指示書-私の四つのお願い ワールドプランニング社 2011.

●箕岡真子:蘇生不要指示のゆくえ-医療者のためのDNARの倫理 ワールドプランニング社 2012.

●木澤義之、他:いのちの終わりにどうかかわるか 医学書院 2018.