

# 高齢者の在宅ターミナルケアのあり方

—— 開業医の機能を中心とした分析 ——

守屋治代 水野敏子 小長谷百絵 浅川典子 北 素子

要旨：在宅で最期を迎えられた17名の70歳代～100歳代の男女17名の療養経過について、開業医からの面接調査を行い、高齢者のターミナル期における療養過程の特徴、介護の状況を把握し、ターミナル期の支援体制のうち、主として開業医の機能を中心とした分析を行った。

その結果、高齢者のターミナル期の特徴として、まず療養者自身の超高齢化と介護者の高齢化により、家族だけでの介護は困難な状況であることがわかった。次に、入院から最期の時期を在宅療養に切り替えるにあたっては、医療専門家からの納得できる説明と在宅診療、在宅サービスが確保されていた。さらに、在宅介護を継続するには、家族にとって重要な選択を迫られる局面があり、その際には、専門家のアドバイスが行われていた。自力で経口摂取が困難となった時や症状の急激な悪化が見られた時が、家族にとって、在宅か入院か、治療か自然な経過に任せるか求められる時期であった。また、開業医、訪問介護、訪問看護の担当者間の関係が良好であり、情報交換が行われ、家族に対して支援と連携が行われていた。

以上のことから、高齢者および家族が在宅療養、在宅介護を選択し、安定して継続していくためには、「かかりつけ医」の存在が不可欠であり、重要な機能を果たしていることが示唆された。

## I. はじめに

昨年度、大東町老人クラブ会員3,845人に「療養生活に関する意向調査」を行ったところ、「最期は自宅で療養したい」と望む老年者が8割を越えており、「延命よりも安らかな最期を迎えたい」と希望する老年者が8割以上を占めていた<sup>1)</sup>。昨年度の調査結果は、各地区老人クラブ会合に出向き、平成14年8月～12月に8回に渡って報告を行い高齢者自身へのフィードバックを図った。報告会では老人クラブ会員間で、健康状態や家族介護上の不安や苦勞、配偶者を看取った経験などが語り合う場面も見られた。

ところが前述のような高齢者の希望に反し、実際には自宅以外で最期を迎える高齢者が多いことから<sup>2)</sup>、安心して在宅療養を継続できる環境を整える必要があることが示唆されている。

この状況は国レベルでも同様であり、高齢夫婦または一人暮らし世帯の約80%弱が「ついのすみかとして過ごしたい場所」として自宅を挙げており、「病院」は約6%強に過ぎないにもか

かわらず、実際の死亡場所で最も多いのは病院・診療所で、約80%を占めている<sup>3)</sup>。

一方、これまで終末期医療のありかたをめぐる議論は、がん患者の場合が中心であり、高齢者の終末期の医療およびケアに関してはまだ十分な検討がされてきているとはいえない状況である<sup>4)</sup>。実際には、高齢者がどのようなターミナル期を送っているのか、どのような問題が解決されれば在宅で最期を迎えることが可能となるのか、ということについては明らかになっていない。それには、豊かな診療経験を持つ開業医の経験のなかから、現実的かつ切実な課題が見出せるのではないだろうか。

全国的にも高齢者の終末期に関する社会的関心が高まっているなか、老年者が20%を越えた大東町においては、高齢者の希望をふまえた在宅ターミナルケアについて検討することは重要である。また今後、介護保険の整備を図る上でも、高齢者のターミナル期における支援体制について検討する意義は大きいといえる。

## II. 研究目的

開業医が診察していた高齢者のターミナル期の経過、療養体制から、在宅療養生活の特徴や課題について分析し、ターミナル期の支援体制のあり方について検討する。

本報告では、支援体制のうち、主として開業医（かかりつけ医）の機能を中心とした分析を行った。

## III. 研究方法

### 1. 調査方法

調査目的に同意を得られた開業医に過去 1～2 年に 70 歳以上で死亡された高齢者について、半構成的面接調査を行った。調査内容は、死亡約一ヶ月前からの療養経過、診療経過、介護経過に関することである。

面接は、開業医宅に研究者が出向いて行い、面接時間は、各開業医約 30 分～3 時間である。

分析の対象となるのは、4 開業医から得た 17 名の高齢者のケースである。

### 2. 調査期間

平成 14 年 8 月～9 月

### 3. 分析方法

(1) 開業医との面接内容を記述し、各高齢者のケースについて、データを次の項目にそって再構成し特徴を抽出した。

- ①死亡年齢
- ②性別
- ③家族構成
- ④死亡 1ヶ月前からの経過
- ⑤原疾患
- ⑥死亡時の状況
- ⑦苦痛状況
- ⑧意識・意志疎通状況
- ⑨診療体制
- ⑩治療処置状況
- ⑪高齢者自身の在宅希望
- ⑫家族の希望

⑬途中入院の理由

⑭介護状況

⑮家族の満足度

⑯在宅サービスの受給状況

(2) さらに、各開業医が日頃の診療活動をとおして、高齢者のターミナルケアの特徴と考えていることを抽出した。

(3) (1) で得られた 17 名のケースのデータを横断的に分析し、(2) のデータと重ね、研究目的の視点から分析した。

## IV. 倫理的配慮

調査目的、内容について、事前に医師会から各開業医に説明をしてもらい、同意の得られた開業医を訪問した。医師としての守秘義務が守られる範囲内において、患者個人が特定されないよう説明を受け、知り得た情報に関しては外に漏れないよう処理した。また、まとめられた調査結果に関して報告を行い、発表の許可を得た。

## V. 研究結果

### 1. 対象者の基本的背景

(1) 分析の対象となったのは、70 歳～90 歳代で死亡された男性 6 名、80 歳～100 歳代で死亡された女性 11 名のケースであった。

(2) 家族構成は、1 人暮らし 1 名、1 世代家族（高齢者夫婦 2 人）1 名、2 世代家族 7 名、3 世代家族 5 名、4 世代家族 2 名であった。ただし同じ敷地内に住居がある場合、同居とするか別居としているかは不確かである。

### 2. 療養経過の概況

#### (1) 療養場所（表 1）

死亡される 1ヶ月前に限った場合、17 名中 15 名が死亡される 20 日～1ヶ月前の期間を自宅で療養しており、2 名が病院または入所施設から帰宅後数日間の在宅療養であった。17 名全員が自宅で最期を迎えられた。

表1 療養場所

内 容	人数
死亡前 20~30 日を自宅で療養	15名
病院、施設から退院(所)後、 死亡前数日を自宅で療養	2名

## (2) 療養経過 (表2、表3)

何らかの原疾患を患っていたケースが15名、老衰で死亡されたと判断されるケースが2名であった。5名は最期まで目立った苦痛がなかったと判断され、何らかの苦痛があったと判断されたのは6名である。6名は、意識状態があまり明確でなく判断し難い状態であった。

主として、痴呆、嚥下困難、経口摂取不良、浮腫、呼吸困難(肺炎、心不全)、褥創、便秘などの症状がみられていた。

表2 原疾患の有無

内 容	人数
原疾患がみられていた	15名
老衰	2名

表3 苦痛の有無

内 容	人数
目立った苦痛はみられない	5名
苦痛がみられた	6名
判断し難い	6名

## (3) 在宅療養中の治療・処置 (表4)

医学的治療は内服薬が主であった。尿カテーテルを留置していたケースが1名、点滴静脈注射が2名、経鼻栄養を受けていたケースが2名、胃瘻から栄養注入をしていたケースが1名であった。

表4 治療・処置の内容

内 容	人数
内服薬	10名
外用薬	1名
尿留置カテーテル	1名
点滴静脈注射	2名
経管栄養(経鼻、胃瘻)	3名
なし	2名
処方したが、家族の希望で 使用しなかった	1名

(重複あり)

## (4) 本人の在宅療養の意向 (表5)

高齢者本人の在宅療養の希望については、明確に確認できていたケースが6名、直接本人に確認はできなかったが、開業医の推測によりおそらく希望していたと推測されたケースが2名であった。1名は、入院治療を希望していた可能性も推測された。その他の8名に関しては不明である。確認できない、あるいは不明である理由は、本人との意志疎通が困難であることによる場合が多い。

表5 本人の在宅療養の意向

内 容	人数
直接本人に希望していることを確認できた	5名
推測によりおそらく希望	2名
推測によりおそらく入院治療を希望	1名
直接本人に確認できず、推測もし難い	9名

表6 家族の在宅療養の意向

内 容	人数
最初から在宅介護を希望、あるいは覚悟していた	12名
病院から勧められ、最終的に在宅介護を受け入れた	3名
病院と外の家族の勧めによる	1名
不明	1名

## (5) 家族の在宅療養の意向 (表6)

死亡前約1ヶ月間に限った場合、12家族が最初から在宅で看取ることを希望、あるいは覚悟しており、3家族が病院から在宅を勧められ最終的に在宅介護を受け入れていた。

## (6) サービスの受給 (表7)

サービスの受給状況については、9家族が何らかの訪問サービス(看護、介護、入浴)を受けており、3家族がショートステイを利用していた。4家族が外部からのサービスを実質的に受けていなかった。1家族については不明である。

表7 サービスの受給状況

内 容	人数
デイ・サービス	4名
ショートステイ	3名
訪問介護	3名
訪問看護	9名
受けなかった	3名
その他、不明	2名

(重複あり)

### 3. 高齢者のターミナル期の特徴

#### (1) 超高齢化と介護者の高齢化

17名中、15名が85歳を越えての死亡年齢であった。そのため、その下の世代の直接介護者自身が高齢となっており、さらにその下の世代では、夫婦共働きとなっている世帯もある。以上のことから、家族だけでの介護は困難な状況が容易に推測された。外部からのサービスを受けないで介護を続けた世帯は17世帯中3世帯であった。

#### (2) 入院から在宅療養への切り替えと在宅サービスによる支援

死亡される1ヶ月以前から1年以内の経過をみると、在宅療養中、17名のうち10名が入院をしていた。その理由は、7名が肺炎、2名が心不全、1名が脳梗塞の症状によるものだった。

その入院から最後の時期を在宅療養にきりかえるにあたっては、10名のうち3名が、家族が病院から退院を促されたり在宅での看取りを勧められており、最終的には介護の準備が整ったり納得した上で、在宅療養へと切り替わっていた。具体的な状況は次のようである。

事例a：慢性疾患により入退院を繰り返していた。死亡される約1ヶ月前に肺炎をおこし約2週間入院した。その経過中に、経口摂取が困難となり衰弱が著しくなったため、病院から自宅での看取りを勧められ、かかりつけ医と相談の上退院し、納得して受け入れた。退院後かかりつけ医が毎日往診している。家族に医療関係者がいた。在宅サービスを受けていたかは不明である。

事例b：慢性代謝性疾患、脳梗塞により入院していたが病院から退院を促されていて、胃瘻

を造設しての退院となった。家族が在宅介護の段取りがついたことで在宅となる。胃瘻への注入は家族が行い、在宅介護とデイサービスを利用していた。

事例c：疾患は不明だが、退院が近づくと発熱し退院延期を繰り返し、経鼻栄養カテーテルを挿入しての退院となった。病院から退院を促され、やむなく退院した。在宅サービスの手続きをしたところで、死亡された。

以上3事例では、入院から在宅療養に切り替えるにあたり、次のことが確認できた。

- ①病院から在宅療養を勧められている。
- ②家族には開業医の毎日の往診あるいは在宅サービスによる支援が確保されている。

また7名が家族の自らの希望により、入院から在宅療養へと切り替わっていた。このうち、5世帯が在宅サービスを利用しており、1世帯が途中で利用を拒否していた。1世帯は不明である。

#### (3) 延命のための治療継続の判断

17名中15名の経過のなかで、開業医から経口摂取が自力で困難となってきた時期について、例えば次のように報告された。

事例a：経口摂取が困難になっていき、しだいに衰弱していった。家族が刻み食の工夫などしていた。

事例b：嚥下障害が進行して経口摂取が困難な状態となっていき、衰弱していった。

事例c：経口摂取困難で入院し経鼻栄養の状態で退院してきた。

多くの療養者は、経口摂取が自力で困難となった時期から衰弱が進行していかれた。それに対して、家族と医療者は、延命のための積極的な栄養方法を実施するか、自然の流れにまかせるか、という判断をしていた。

#### (4) 家族と専門職（病院、開業医、訪問介護、訪問看護）の連携

家族が在宅での看取りを決め継続していくにあたっては、次のような場面での専門職の支援と連携が行われていた。

- ①開業医が往診時に、高齢者にとって介護が充分でないと判断された場合、あるいは家族にと

って介護負担が過重となっていると判断された場合、家族にサービス支援を受けるよう働きかけていた。

②症状が悪化して入院した場合、病院、および開業医の立場から、最期の看取りの時期であることを家族に説明し、在宅で看取るかどうかの決心を支持していた。

③開業医は、一時的には入院での治療を勧め、家族が納得した上で在宅での看取りを覚悟できるよう働きかけていた。

④開業医から、訪問看護、訪問介護への依頼が出されていた。訪問看護施設と開業医の間で相互に情報交換、相談が行われていた。

## VI. 考察

日本老年医学会は、「高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観を十分に尊重して行わなければならない」「終末期の医療では、患者の生活の質の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである」との立場表明を行っている。このような終末期医療およびケアは、現在では入院期間の短縮されている病院においてというより、福祉施設や在宅医療のなかでこそ可能となるものだといえよう<sup>5)</sup>。今回の調査では、高齢者の在宅ターミナルケアの特徴と支援のあり方について、次のようなことが示唆された。

(1) 家族が、入院から在宅療養へと安心して切り替え、継続していくためには、医療専門家からの納得できる説明と在宅診療・サービスが充分であることが必要である。そのためには、日頃から信頼関係の成立できている「かかりつけ医」の存在が不可欠となる。「かかりつけ医」には、継続的、包括的、人格的な関係を期待されるが<sup>6)</sup>、その場合、現在の保健医療福祉の体制では「かかりつけ医」にかかる負担が非常に重すぎると思われる。「訪問看護師さんが入ってくれていると、任せられる部分があり気持ちがとても楽だ」という開業医の言葉が聞かれた。医療（医師）－看護（訪問看護）－福祉（訪問介護）の連携の重要性を伺うことが出来る。

(2) 療養者本人に明らかな苦痛が見られない場合で、経口摂取が自力で困難となってきた時が、家族にとっては、在宅で最期を看取る決心や覚悟を求められる一つの目途である。その時家族にとっては、さらに治療を求めるか、自然に任せようとするかの選択も迫られる。しかし、急激な症状の変化があった場合は、一時的に入院をさせようと動揺することも自然であるので、そのような場合、信頼できる医療者のアドバイスが有効となる。

これについては、酒井（ライフケアメディカルディレクター、医師）も、親戚から「病院へ行った方がいいのでは」と圧力をかけられたりする例なども挙げ、本人や家族の意志に基づいて在宅ターミナルケアを完結するためには、家族を支え、親戚の方を説得する、信頼される医師のカバーが必要であることを報告している<sup>7)</sup>。

本研究は、開業医の立場から観察、判断された内容に基づいて分析されたものであり、当事者である家族、在宅サービス担当者への調査は行われていない。また、在宅で最期まで看取ることが可能であったケースについて分析しているもので、できなかったケースの分析を行い、その要因について検討することも必要であろう。

## VII. まとめ

実際に自宅で亡くなられた17名の方の療養経過を分析した。高齢者および介護家族が在宅療養、在宅介護を選択し、在宅で最期を迎えられるまでの経過には、日頃から関係のとれている「かかりつけ医」の存在が不可欠である。入院から在宅療養へ切り替える時、経口摂取が困難となった時など、家族が動揺する局面において、「かかりつけ医」である開業医が重要な機能を果たしていることが確認された。

### 謝辞

本研究にご協力をいただきました開業医の諸先生方に感謝申し上げます。また、本調査のなかで取り上げさせていただきました故人と

なられた方々のご冥福をお祈り申し上げます。  
なお、本調査は吉岡彌生記念館大東町健康調査  
研究助成を受けて実施致しました。

#### 引用文献

- 1) 水野敏子、守屋治代、浅川典子：高齢者の療養生活に関する意向、平成 13 年度大東町健康調査報告書、東京女子医科大学看護学部 MONAC 企画委員会
- 2) 医療経済研究機構：「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」報告書、2000
- 4) 広井良典：ケア学—越境するケアへ、医学書院、2000
- 5)、7) 高齢者の在宅ケア—一歩を進めるために—在宅ターミナルケア—、法政大学多摩地域社会研究センター、2001
- 6) 日野原重明：家庭医に関する懇談報告書、第一法規、1987