

A市における地域包括ケアシステムを支える

看取り体制に関する考察

田中 祐子

キーワード：地域包括ケアシステム、在宅医療提供体制、在宅等の看取り、
医療・介護多職種連携、アドバンス・ケア・プランニング

1. はじめに

急速に進行する高齢化に伴い、死期を迎える高齢者も増加し、多死社会を迎えている。その数は、2030年に160万人に達すると推計されており（国立社会保障・人口問題研究所 平成29年）、死に対する意向も変化し、平成24年度全国の55歳以上の男女を対象とした、高齢者の健康に関する意識調査（内閣府 平成29年）によれば、「万一あなたが治る見込みがない病気になった場合」の「最期を迎えたい場所」として自宅54.6%、病院等の医療施設27.7%、特別養護老人ホームなどの福祉施設4.5%、高齢者向けケア付き住宅4.1%と、多くの人が人生の最期を「自宅」で迎えたいと考えていることが明らかとなっている（厚生労働省 2014）。

高齢者介護施設における看取りは、1995年は老人ホームで約1万4千人が、介護老人保健施設では約2千人が看取られていたが、2014年にはそれぞれ7万3千人、2万6千人といずれも増加している（泉田ら 2016）。自宅での看取り率も戦後徐々に低下したが、2005年の12.2%を底にして増加傾向にあり、2018年は13.7%となっている（厚生労働省 2018）。しかしながら現在の医療介護提供体制では、依然として病院や診療所といった医療機関での死亡を余儀なくしており、全体の74%を占めている（厚生労働省 2018）。

厚生労働省では、2025年を目途に「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、地域の包括的支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築」を推進している（石川 2018）。この地域包括ケアシステムの拡大で、病院での終末期医療と看取りを減らし、介護施設や在宅など病院以外での看取りが出来るよう地域ごとに取り組んでいる（渡辺 2012）。

さて、これらを踏まえ、在宅医療の実態について、厚生労働省「全国在宅医療にかかる地域別データ集」によると平成28年（2016年）の自宅死の割合は、全国平均13.0%に対し、A市では15.5%、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームを指す）での自然死は全国平均6.9%に対し9.1%といずれも高い。また、平成27年度（2015年）のA市で死亡した住民の主要死因は悪性新生物30.1%、心疾患15.2%、脳血管疾患8.8%、肺炎8.1%であった（A市統計書平成28年度）。A市の人口動態については、平成26年（2014年）10月時点で35-44歳と60歳代がともに多くなっているが、令和27年（2045年）の後期高齢者（75歳以上）の人口は44,674人となり、平成26年の1.56倍になると予測されている（国立社会保障・人口問題研究所 2018年）。

前述したとおり、既に病院での死亡者数が多いうえ、高齢化が進行しより多くの人々が亡くなる時代に、地域医療構想では病床数の削減が進められており、これ以上の病院での看取りは難しくなることが予想される。また、多くの人々が人生の最期を自宅など住み慣れた場所で迎えたいと希望している事から、在宅医療・介護の充実により自宅等での看取りを増やしていく必要がある。

「在宅医療・介護連携の推進に際しての地域の看取りの状況について」（富士通総研2017）によると、人口20万人以上の都市の、自宅等での地域の看取り率（狭義）の平均が18.8%、介護老人保健施設などを含めた看取り率（広義）の平均が12.7%であるのに対し、A市は狭義27.6%、広義32.4%であり、全国2位の在宅看取り率の高さを誇っている。

これらのことから、地域包括ケアシステムを構築する上で内包する課題として、在宅医療と介護の質を算定することにより、在宅での看取りにつなげる地域医療の拡充の視点が求められる。それは、重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしをし、その先には望む場所で最期を迎えられる支援ということになるか。

本研究では、A市で自宅等での地域の看取り率を高くすることが出来る要因や背景を、在宅医療勉強会に参加する在宅療養支援診療所の医師に半構造化インタビューを用いて探る事により、地域の特性や医療・介護連携を含めた地域包括ケアシステム構築に向けた今後の進め方の示唆を得たい。

2. 目的と方法

2-1. 目的

本研究の目的は、自宅等での看取りとそれを支える医療・介護のあり方について次の3点について検討する。

①アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning :ACP) (木澤 H29年)、患者本人と家族が医療者や介護提供者などとあらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合う機会の確保

②在宅医療・介護を実施する上で、多職種連携を含む実施体制

③在宅医療における医師の役割と住民意識

についてA市の医療需要状況とA市において在宅医療を実施する医師のインタビュー調査を中心に考察することを目的とする。

2-2. 研究方法

本研究ではまず、予備調査として在宅医療勉強会に参加する医師7名に対し、A市の人口動態や人口・医療介護の将来予測データ等について事前に資料を配布し、メールを用いたカンファレンスを行い、全員から「どのような工夫をすることで自宅や施設で看取る事が出来るのか、どのようなことが課題だと思われるのか」についてコメントを頂いた。

メンバーの中で、研究趣旨を理解し参加に同意が得られた6名に対し、インタビュー調査を行った。

インタビューを逐語録とし、テキスト分析は、質的研究法を用いた。質的研究とは「研究対象に対する非計量的データを採取し、それを科学的な手続きで分析して結論を得る経験科学的研究」である(大谷 2008)。

2-3. データ採取

データ採取は面接ガイドを元に、半構造化面接を用いた。半構造化面接とは、大まかな質問の内容だけ決まっており、回答者の回答次第で深く掘り下げて意見を聞くことが出来る形式のことである（寺下 2011）。

同意の得られた医師に対し、年齢、医学部卒業年度、専門診療科、訪問診療経験年数、1年間の訪問診療患者数、1年間の訪問診療での看取り患者数を尋ねたうえで、インタビューを行った。

内容は、①自宅・施設など医療機関以外での看取りをしやすくする要因、②A市における医療・介護従事者間での多職種連携について、③在宅医療を行う上での患者・家族支援における課題、④自宅で最期まで過ごしたい、と希望し介護施設や医療機関で亡くなった理由、⑤A市での在宅等医療機関以外での看取り率の維持・向上のために重要な事である。研究参加者の自由な語りのある時には中断せず、一人当たり45分～90分間実施した。

面接は、各自PC、インターネット環境が整った個室でZOOM[®]を用いて個別に実施した。発言内容は研究参加者の同意を得て録音し、逐語録に起こした。文字数は全部で10万字を超えており、それら6名の回答をテキスト化の上SCAT分析を行った。

2-4. インタビュー期間

2020年6月1日～6月15日に実施した。

2-5. 研究参加者

A市医師会に所属する、在宅医療勉強会に参加する医師のうち、本研究の趣旨を説明し、参加の同意が得られた6名(すべて男性)を研究協力者とした。

2-6. 分析方法

音声記録から作成した逐語録をデータとし、SCAT(Steps for Coding and Theorization) (大谷 2007) を用いて分析した。SCATとは観察記録や面接記録などの言語データをセグメント化し、そのそれぞれに〈1〉データの中の着目すべき語句、〈2〉それを言いかえるためのデータ外の語句、〈3〉それを説明するための語句、〈4〉そこか

ら浮き上がるテーマ・構成概念からストーリーラインを記述し、そこから理論記述を行う手続きとからなる分析手法で、面接データや観察データ等の分析に用いられる。比較的小規模のデータにも適用可能なうえ、手続きが明確で分析の経過が明示的に記述されるなどの特長から、保健医療領域の研究でも近年頻繁に用いられている（増永 2013、阿部 2015、齋藤 2018）。

2-7. 倫理的配慮

研究協力者の個人が特定されないように、匿名化し分析を行った。

本研究は兵庫県立大学経営研究科研究倫理審査委員会（2020-0007）の承認を得て実施した。

3. 調査結果

3-1. 先行研究レビュー

在宅医療と看取りに関して、石川（2018）は「全国市町村における自宅死亡割合とその関連因子の探索」において、市町村別自宅死亡割合と有意な正の関連がある事として、人口密度（患者宅への距離が近いほど在宅医療が効率的に行えるため、自宅での看取りがしやすい）、訪問看護利用者数、一般診療所看取り件数、介護職員数、看取りを実施する一般診療所数、高齢化率を挙げている。一方で自宅死亡割合と、在宅療養支援診療所数、一般診療所による訪問診療件数、訪問看護事業所に従事する看護師数には有意な関連は見られず、在宅医療資源を増やすだけでなく、看取りを含む対応や病院における退院支援の充実といった、実効性のある在宅医療体制の整備が必要、としている。

2012年以降、厚生労働省は公式に「自宅死亡割合の引き上げ」に変えて「居宅生活の臨界点を高める」事を目指している（二木 2019）。

2015年頃からは寿命による死亡者が爆発的に増え、「多死社会」を迎えると言われている。多死社会における在宅医療の本質的価値は3つあり、①高齢化が進んでいく社会では、障害や病で通院が困難になる患者が急増する、②社会保障費の観点でも在宅医療・介護の方が入院よりも費用的に安価である、③統計等によると、国民の多くは住み慣れた家などで最期まで暮らしたいと希望している、と報告している（永井 2018）。

高橋 (2017) は、①システムと地域の文化を含む環境整備があいまって、自宅での看取りの可能性が拡大する、②在宅看取り率の高い地域では多職種協働の必要性についての認識が高い、③看取り対応型の在宅医療が備えるべき要件として、24 時間対応の在宅医、訪問看護ステーション、看取り経験が豊富な医療スタッフであること、④家族 (配偶者と娘の存在)、が自宅療養を可能にする条件とした。

また、在宅看取りの規定要因として①本人及び家族の心構え、②在宅療養 (医療) におけるメディカルマネジメントの質、③24 時間対応訪問看護など在宅のシステム整備の水準、④本人と家族の自宅での看取りへの準備と覚悟、⑤医療・介護のレベルの高さ、と報告している。

同様に、畑野 (2019) は在宅で終末期を迎える際の条件として①病名の告知、説明の同意が十分に行われ、本人の意思決定がされて、本人・家族が在宅での看取りを希望している事、②痛みやその他の苦痛症状のコントロールが可能であること、③家族、その他の介護力があり、物理的環境が整っている事、④かかりつけ医の往診及び訪問看護の 24 時間体制が整っており、いつでも必要なケアが受けられる事、⑤本人の持っている能力・機能を最大限に引き出すことが出来る事、としている。

一方、従来の開業医は、24 時間の対応や多職種協働、介護保険との関わりなど面倒なことが多く、在宅医療にかかわりたくないと考えてきた。多くの開業医はかつて病院勤務医であり、専門医であった。病院勤務時代と同じ診療形態で診療している開業医も多い。彼らは自分の専門領域については詳しく診ることができるが、患者を人間として診るには更に経験が必要 (前原 2013)、としている。

3-2. 看取りに関するアンケート

最近 10 年間に家族・近親者を看取った経験のある 50 代 60 代の男女 (1000 人) を対象にした「エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査」報告書 (みずほ情報総研 2018) によると、亡くなる 1 年前には約 6 割が自宅、約 2 割が施設、約 1 割が医療機関 (病院) で過ごしていたが、亡くなった場所は「医療機関」67.1%、「施設」12.4%、「自宅」18.9%と変化が見られた。

また、エンドオブライフにおいては、家族・近親者の行う介護・看護・お世話等の頻度が増えたという回答が約 5 割あり、負担が増える傾向にある事が分かる。それに加え、「スピリチュアルペイン」と呼ばれる「死を前にしたときに感じる解決することが

困難な苦しみ」を抱えた本人に接し、向き合う事に対する辛さや苦しみを感ずる家族・近親者は約6割にも上っている。

この調査では看取りをした家族・近親者を対象としたが、近年単身者が増え、長寿化、人口減少、核家族化により家庭の介護力は低下している。エンドオブライフ・ケアにおいては、死に行く人のそれまでの人生や価値観を尊重しながら、痛みや苦しみをやわらげ、穏やかに過ごすことができるように、最期まで寄り添う事が重要だと言われる。本人、家族・近親者を主役として、様々な援助者・支援者が協働できるための具体的な仕組みが、地域包括ケアシステムの一環として地域に構築され推進されることが期待されている。

3-3. A市の現状と将来推計

A市は大都市型二次医療圏のH圏域に属し、総面積 138.48 km²、2017年の総人口は267,724人、2018年2月時点で高齢化率は26%の地方都市である(日本医師会 地域医療情報システム、A市高齢者福祉計画 H30年)。

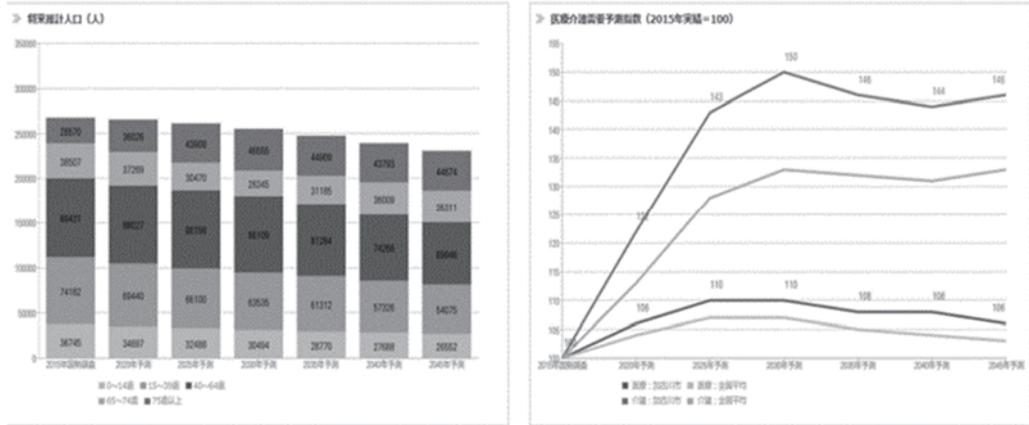
人口10万人当たりの病院数は4.86(全国平均6.65)、内科系診療所数29.91(同43.85)、外科系診療所数13.46(同18.84)で、在宅療養支援診療所数の合計は人口10万人当たり7.85(同11.67)、在宅療養支援病院は0と無い地域(2018年11月)である(日本医師会 地域医療情報システム)。

一般病床数は人口10万人当たり603.14(全国平均708.15)、介護施設数の合計は75歳以上1千人当たり12.64(全国平均14.11)、入所定員数は73.88(同76.53)と、いずれも全国平均よりは少ない地域である(日本医師会 地域医療情報システム)。

A市において生産年齢人口は減少傾向、65歳以上の高齢者人口はやや増加することが予想されており、それに伴い医療介護需要予測指数は全国平均より高いが、2015年比で2025-2030年をピークに医療需要が減少する見込みとなっている。介護需要は2030年をピークに減少に転ずる予測で(図表1)、団塊の世代が80歳を超えて、その後徐々に亡くなられることによるものと推測する。以上のように医療介護需要の急増と、その後の多死を支えるための地域包括ケアシステムの構築が求められている。

図表 1. A市将来人口、医療介護需要予測

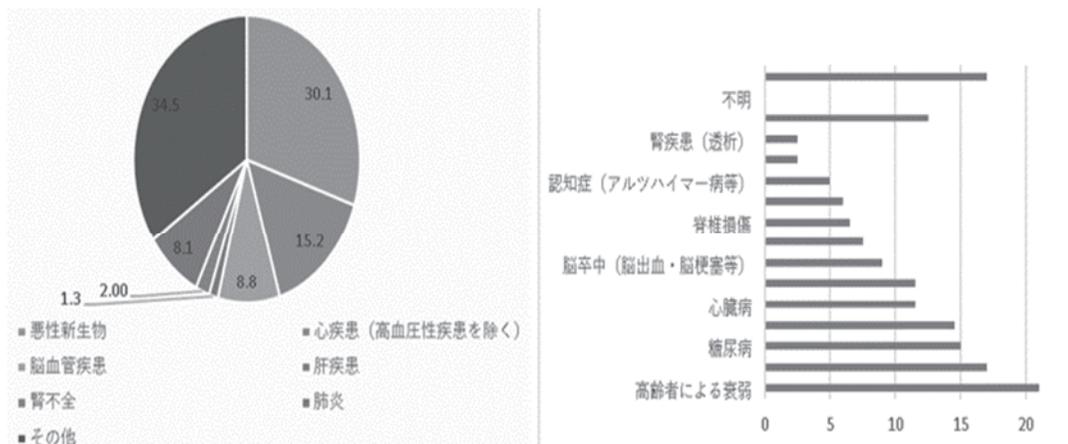
(出所；日本医師会地域医療情報システム)



A市における平成 27 年度（2015 年度）の主要死因は、悪性新生物 30.1%、心不全 15.2%、脳血管疾患 8.8%、肺炎 8.1%となっている。平成 28 年度(2016 年度)に介護介助が必要になった原因としては、高齢による衰弱や糖尿病、心臓病が挙げられており、今後高齢者人口が増えるにつれ、これらの患者数が増加していくものと推測する(図表 2)。

図表 2. 平成 27 年度主要死因割合、平成 28 年度介護介助が必要になった原因

(出所：A市地域福祉計画 2019)



また、2015年総人口が267,435名で、2030年には255,038人、2040年には239,082人と漸減していくことが予測されている(図表1)。一方、高齢者人口は、2015年に65歳以上25.1%、75歳以上10.7%が、2030年に65歳以上29.4%、75歳以上18.3%になり、2035年には65歳以上の高齢化率が30%を超える予測となっている。その後も2040年まで65歳以上33.4%、75歳以上18.3%と徐々に増加する予測である。これらを2015年比で読み替えると、2025年には75歳以上人口は1.54倍、2030年に1.63倍とこれから先5~10年で75歳以上の高齢者が急増する地域である(図表3)。

図表3. A市高齢者人口予測に基づく増加割合予測(2015年比) (筆者作成)

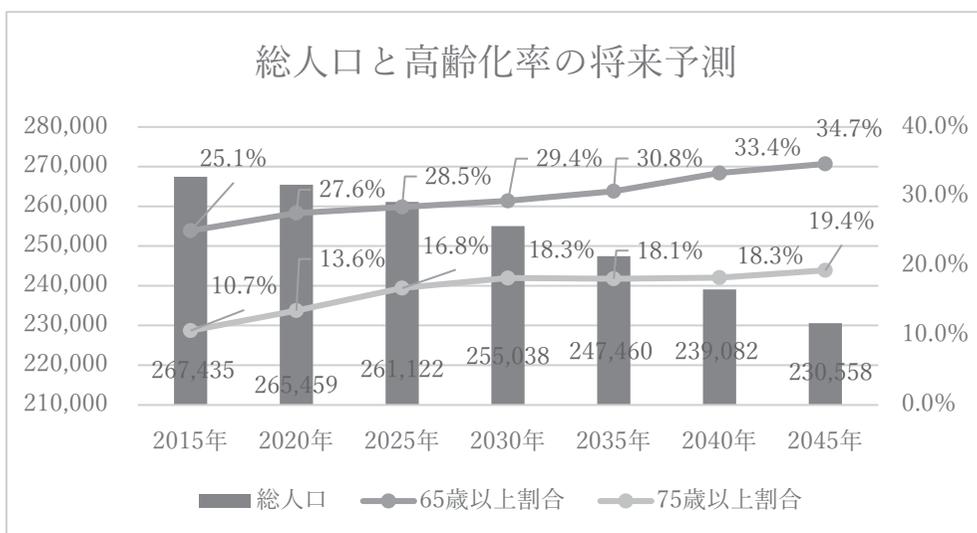
(出所: 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』2018年推計より筆者作成)



2030年に65歳以上29.4%、75歳以上18.3%となり、2045年には65歳以上34.7%、75歳以上19.4%と65歳以上の高齢者が増加する見込みで、高齢化の進行により、多くの人々が亡くなっていくことが予想される(図表4)。

図表4. A市の総人口と高齢化率の将来予測(筆者作成)

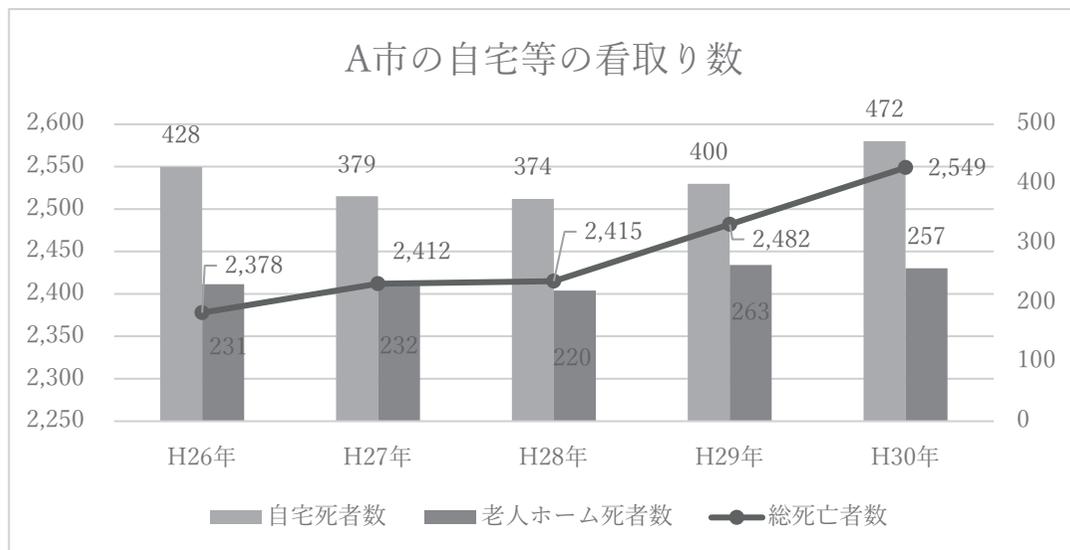
(出所：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』2018年推計より筆者作成)



現在ある医療・介護の資源を効率的・効果的に利用し、この高齢・多死の時代を支えるべく、地域包括ケアシステムの構築を急ぐ必要がある。

図表 5. A市の自宅等での看取りの状況

(出所：在宅医療にかかる地域別データ集より筆者作成)



図表 6. A市で看取りを実践する診療所の数

(出所：在宅医療にかかる地域別データ集より筆者作成)

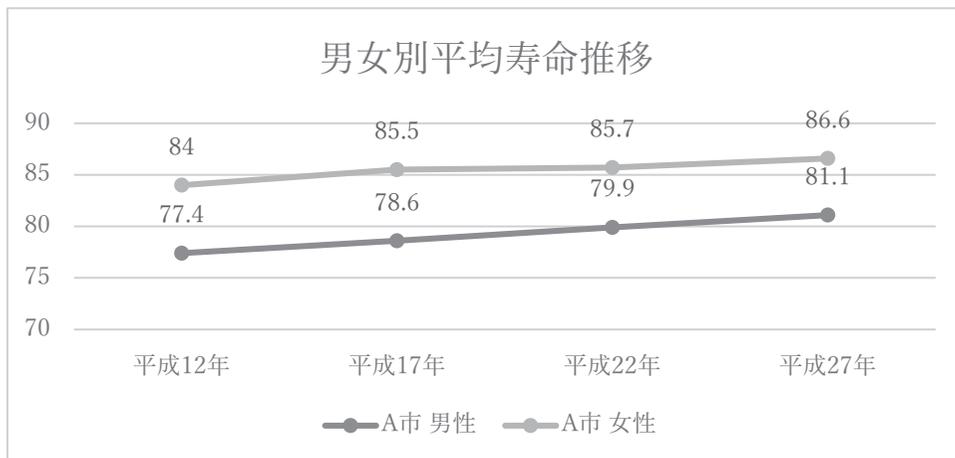
	在宅療養支援診療所	在宅療養支援診療所以外
H27	7	2
H29	2	3

在宅医療にかかる地域別データ集(厚生労働省 平成 28 年)によると、A市では平成 28 年度以降、徐々に自宅での死亡者数は増加している。平成 30 年度報告では在宅療養支援診療所の 2 件、在宅療養支援診療所以外の 3 件で自宅等での看取りを行っていた(図表 5, 6)。

男女別平均寿命は5年毎に上昇し続け、平成27年(2015年)には男性81.1歳(全国平均80.8歳)、女性86.6歳(全国平均87.0歳)となっている(図表7)。

図表7. A市の男女別平均寿命推移

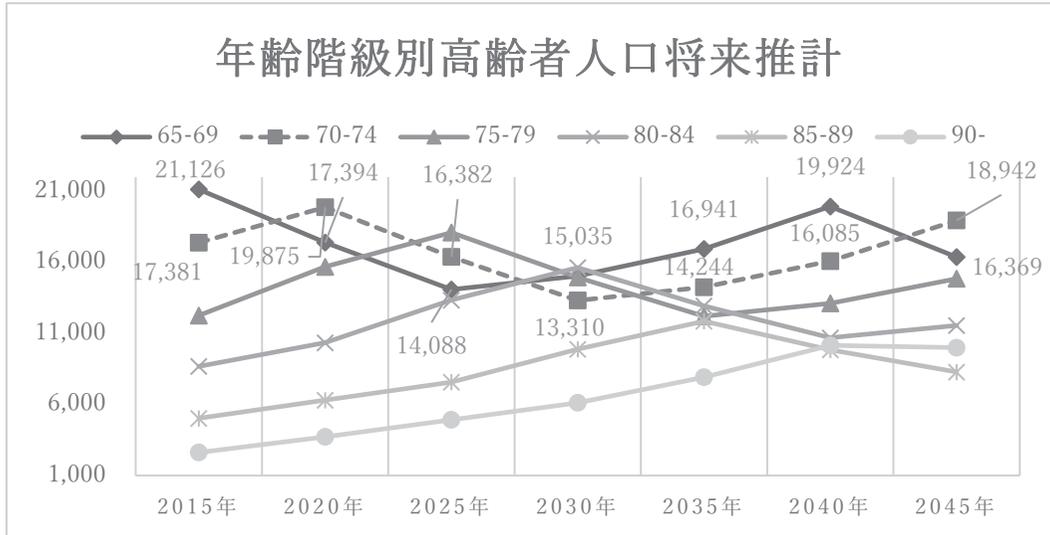
(出所：厚生労働省 市町村別生命表より筆者作成)



今後の年齢階級別高齢者人口の将来推計は、2015年65-69歳人口は21,126人、70-74歳は17,381人で、その後徐々に減少する一方、80歳以上の高齢者数の増加が見込まれる。その後団塊ジュニア世代(1971-1974年生まれ)が65-69歳を迎える2040年にふたたび65-69歳が19,924人になり、2045年以降で高齢者人口は減少する見込みである(図表8)。

図表 8. A市の年齢階級別高齢者人口将来推計

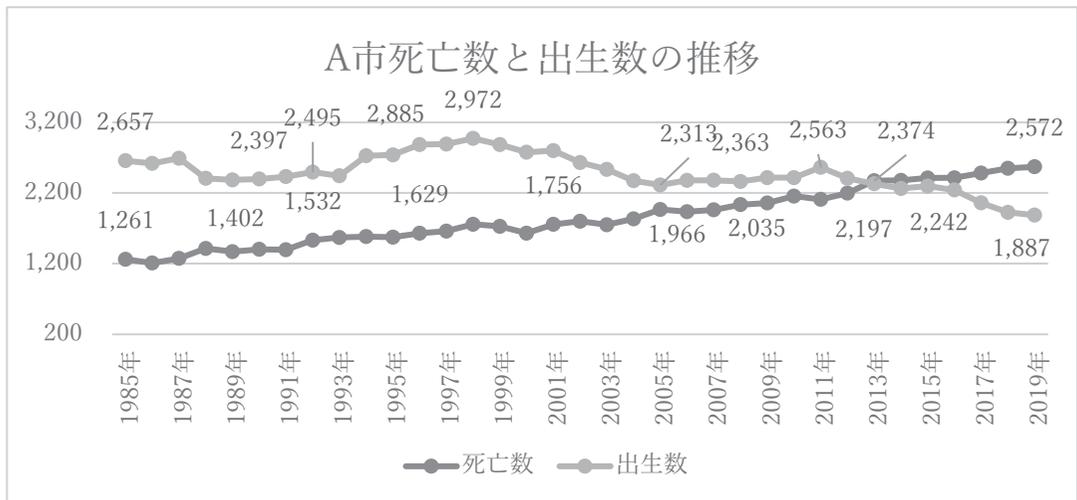
(出所：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』2018年推計より筆者作成)



A市は2013年以降に出生数と死亡数が逆転し、人口は毎年自然減しており、恐らく今後も高齢化に伴い死亡数は増加していくものと推測する(図表9)。

図表 9. A市の死亡数と出生数の推移

(出所：A市人口ビジョンより筆者作成)



図表 10. A市の死亡数(2010-2019年、単位：人)

(出所：A市人口ビジョンより筆者作成)

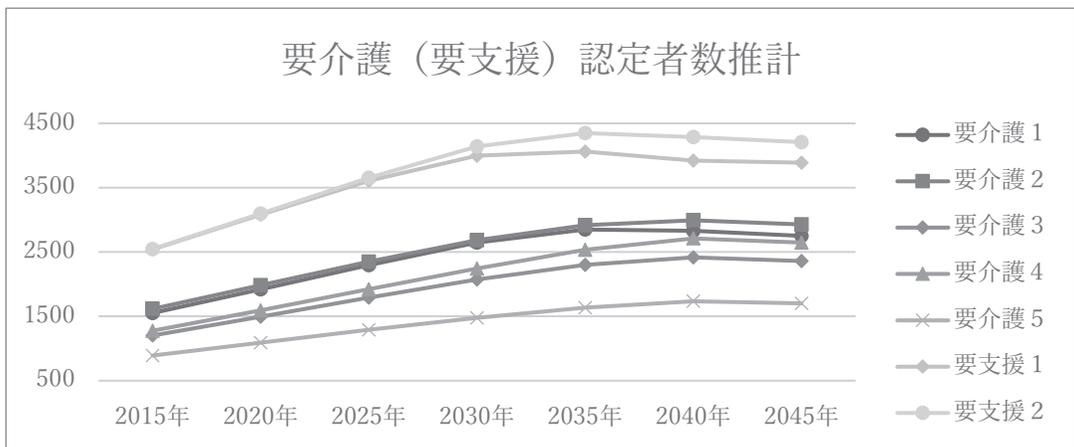
年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
死亡数	2,155	2,109	2,197	2,374	2,378
年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
死亡数	2,412	2,415	2,482	2,549	2,572

病床機能報告によると平成 29 年度(2017) A市 11 病院と有床診療所 10 か所の合計の死亡退院者数は 1,224 人(ひと月当たりの報告は 12 か月に補正、年単位報告はそのまま合算)で、単純計算すると死亡者全体の 49.3%が病院と有床診療所で死亡している。平成 30 年度(2018)は 12 病院と有床診療所 10 か所の合計死亡退院者数 1,669 人(全て年単位報告を合算)で、65.4%が病院と有床診療所で死亡している。

また高齢化に伴い、要介護認定者数も増加する見込みとなっている(図表 11)。

図表 11. A市要介護認定者数推計

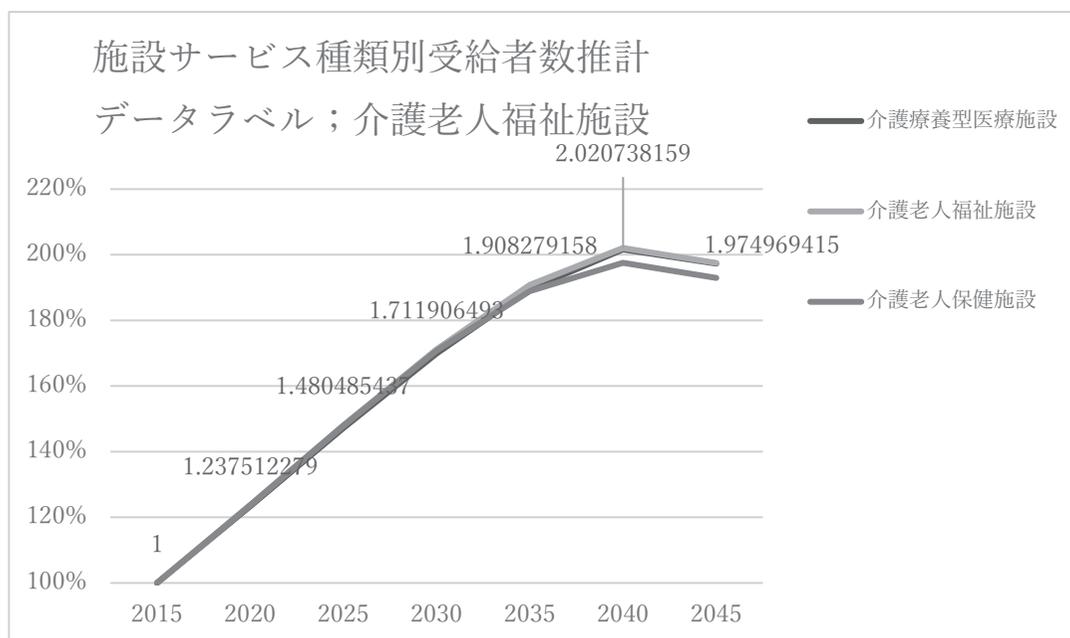
(出所：保険者別要介護者数及び介護サービス受給者数推計ツール 産業医科大学公衆衛生教室)



施設系介護サービス受給者数は2015年比2025年には約1.5倍になり、2040年の約2倍をピークに減少に転ずる見込みとなっており、今後5年で施設系介護サービスを増やす必要がある(図表12)。

図表12. 施設サービス種類別受給者数推計

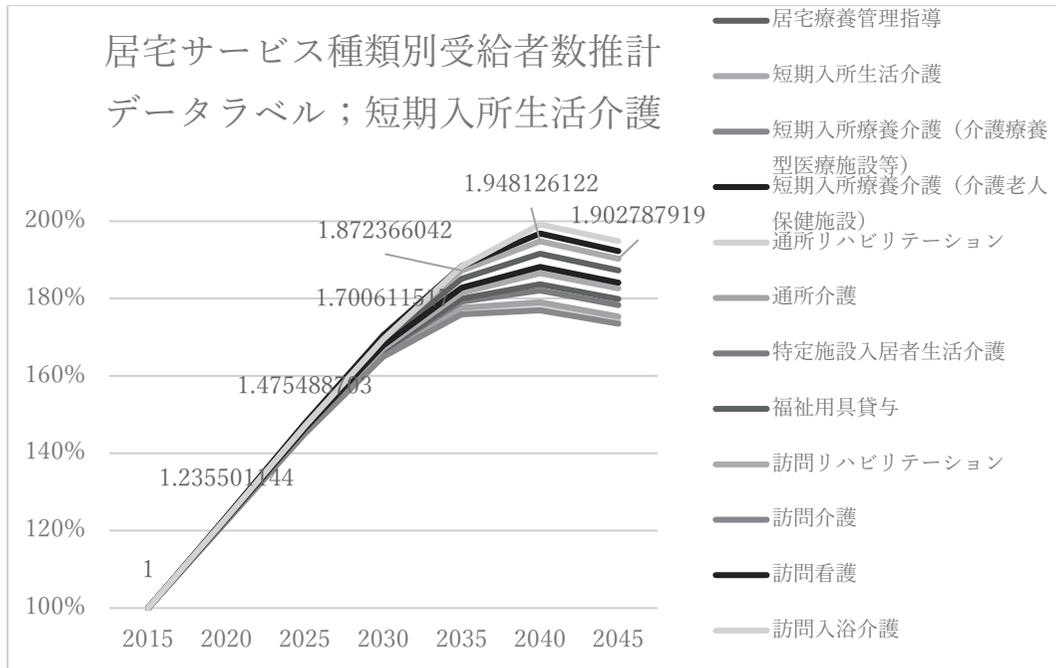
(出所：保険者別要介護者数及び介護サービス受給者数推計ツール 産業医科大学公衆衛生教室)



居宅系サービスも施設系サービス同様、受給者数は増え続け、2015年比約1.9倍の2040年をピークに利用者は減少に転ずる見込みとなっている(図表13)。

図表 13. 居宅サービス種類別受給者数推計

(出所：保険者別要介護者数及び介護サービス受給者数推計ツール 産業医科大学公衆衛生教室)



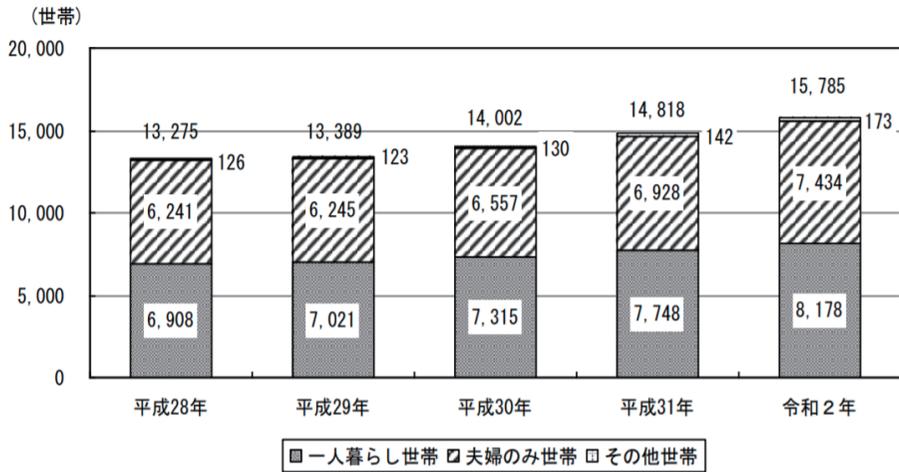
3-4. A市住民アンケート

A市が令和2年(2020)に行った一般高齢者対象の住民アンケートにおいて、人生の最終段階に関する質問で、最期を迎えたい場所を見ると「自宅」が43.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.2%となった(A市 令和2年)。

65歳以上の高齢者世帯は2020年(令和2年)15,785世帯となっており、核家族化の進行の結果、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、孤立しやすい高齢者や「老老介護」が増加していくことが推測されている(図表14)。

図表 14. A市 高齢者世帯数の推移

(出所：A市住民アンケート(令和2年))



3-5. インタビュー結果

3-5-1. 研究協力者の背景

研究協力者の概要はA市医師会の在宅医療勉強会に参加する医師6名(全て男性)で、インタビュー時間は45分~90分であった。インタビューの回答内容をテキスト化し、SCAT分析を行った。

図表 15. 研究参加協力者の背景

	年齢	専門診療科	在宅医療経験年数	医療機関以外での死亡者数 (うち自宅での死亡) 3年平均	届け出
A医師	70歳代	消化器内科	29年	96 (76)	在宅療養支援診療所 (2)
B医師	60歳代	糖尿病・肝臓内科	35年	24 (24)	2020.8~在宅療養支援診療所 (2)
C医師	60歳代	循環器内科	23年	4 (3)	在宅療養支援診療所 (3)
D医師	60歳代	循環器内科	23年	13 (8)	在宅療養支援診療所 (2)
E医師	50歳代	循環器内科	1年	1 (1)	~2020.8 在宅療養支援診療所 (2)
F医師	30歳代	家庭医療科	8年	A医師と同様	A医師と同様

3-5-2. インタビュー調査の SCAT 分析結果

図表 16 にある SCAT 分析 (例) に基づき、《アドバンス・ケア・プランニング》《医師の在宅医療への意向》《ICT を用いた多職種連携・情報共有》《在宅専門クリニックの重要性》《医療介護従事者の顔の見える関係性》《患者家族支援》《地域住民への啓発》《教育研修システム》《地域包括ケアシステム》《行政の方針, 診療報酬、社会制度》の 10 個の構成要素を抽出した。

各構成要素についてストーリーラインをまとめると以下ようになる。参考にアドバンス・ケア・プランニングについて得られた構成概念と注目すべきテキスト語句データを示す (図表 16)。

1) アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) は在宅医療を行う多職種で繰り返し行い、ICT 等を用いて常に情報共有をしている。患者や家族等が一度に集まる事も難しく、療養に関して、特に最期の療養に関する内容を話し合う事は患者・家族が抵抗を感じる事もあるため、繰り返し多職種でキーパーソンを中心として話し合う事で意思決定支援をしている。信頼関係と時間をかけたやり取りが必要で、経過の中で方向性を見出している。予測できる事は前もって患者家族に伝え、多職種で情報共有し、「急変した」と思う事がないよう、救急搬送を減らす工夫も必要である。

高齢化に伴い認知症等により本人が意向を伝える事が難しい、希望を確認することが難しいと、過剰な治療をせざるを得ない事もある。ACP は死ぬ前にするのではなく日頃から患者家族とコミュニケーションを取りながら、納得が得られる様支援し、本人が希望し、家族が病状を受け入れて覚悟が出来ていれば在宅看取りが出来る事に繋がる。

図表 16. SCAT 分析(例)

テーマ・構成概念	<1>テキスト中の注目すべき語句	<2>テキスト中の語句の言い換え
アドバンス・ケア・プランニング (ACP)	10年以上寝たきりの老々介護の患者、寝たきりで意思疎通が難しい。口から少量飲める、メイバランスも飲めて点滴は要らないと医師は判断するが(本人の)意向とか聞いてないので、途中から濃厚医療・看護が止めにくい。	本人の希望・意向が分からない場合、家族の過剰な治療 [*] の要望に応えざるを得ず、中断することが難しい
	往診患者平均年齢88歳、半分は90歳を超えている、要介護・認知症が多く会話で理解できない人が半分以上を占めており、意思決定が難しい。	患者家族とコミュニケーションと納得が重要、最期の療養場所を死亡直前に話し合うのは難しい(持ち出すのに抵抗がある)、意思決定に困る事がある。意思決定が難しい高齢者も多く普段から考えていく必要がある。
	死を含めた終末期の話をするを強く拒否する患者さんもある。話の持って行き方も、みんなで話し合うという場を作るきっかけづくりも難しい。じっくり話し合っただけで長く時間をかけてやっていく必要があり、非常に大事なことだけれど、ACPを広めていくにはなかなか時間がかかると思う。	ACPは在宅医療に関わる人々が、それぞれ実践している。ケアマネは医療には立ち入って聞くことが難しい。(患者家族に)死について話をするのが難しいと拒否をする人もいる。ACPで死について話し合うのは話の持って行き方や時間をかけて丁寧にする必要があるため、現実的に難しさを感じている。ACPを広める、多職種が実践するというのは時間が掛かる、非常に大事なことと思う。
	ACPの基本は本人・家族らすべての人が集まってするのが理想だが、現実には難しいため訪看、ケアマネがキーパーソンと密に話し合い、バイタルリンク [*] で医療・介護従事者間で共有する。医師はその話し合いには忙しいため参加が難しいことも多く、主治医以外のスタッフが話し合った内容をある程度まとめて書き、情報共有する。	ACPは全ての人が集まって話し合うのは現実的には難しいため訪看やケアマネがキーパーソンと話し合っただけ、バイタルリンク [*] で多職種で内容を共有することが現実的には多い。
	自宅看取りは家族が家で看るという決心が出てきていることが多い。早め早めに看取りについて話をする、出来るだけ複数の人に。	家族が病状を受け入れて自宅での看取りをする覚悟があれば在宅看取りが出来ているケースが多い。
	本人・家族共に自宅で最期まで過ごす事を決めていなかった場合は状態悪化時救急車で搬送することになる。	在宅で最期まで覚悟が出来ていない場合は救急車を呼んでしまう事もある
	意思決定には決断するまでに時間がかかる。1か月、2か月と関わりながら方向性を見出す、考えを引き出すプロセスを共有する。	意思決定支援には信頼関係と時間をかけたやり取りが必要で、経過の中で方向性を見出す
	予測できる範囲であれば医療者が説明でき、家族も準備ができる	予測できる事には前もって情報提供しておくことで対処可能
	比較的経済的に豊かな住民の多い地域(都会)では医学に猛進する、まだ行けるやろの文化圏	医療への考え方、治療の範囲は地域差があり、文化や所得も影響する
最期どこに搬送するか、家で過ごしたいとかだけでは本当の意味のACPではない。まだまだ一部の人にしか本当の意味のACPを理解できていないと思う。	ACPよりもADをしている方が多く、本当の意味での話し合いが出来ていないことが多い。	

2) 医師の在宅医療への意向

医師の診療のスタイルは様々であり外来診療のみと考えている事が多い。在宅医療の「24 時間体制」による拘束が敷居を上げている。日常的に訪問診療や在宅等での看取りを実践する医師は、訪問看護師らとの連携により「24 時間の拘束」の負担を感じる事は少なく、実際緊急往診することもほとんどない。

ただやりがいや満足感を持ってないと在宅医療を続けるのは難しいし、本来自分がしたいこと、出来る事を実践するために開業している事を考えると、医師の負担を減ら

すためにも、在宅専門クリニックの医師とのダブル主治医制（オンコール制）といった診診連携システムも必要である。

また、新規開業する医師や地域住民への在宅医療や看取りの啓発活動も必要だろう、であった。

3) ICT を用いた多職種連携・情報共有

訪問診療するうえで大切なことはリアルタイムの情報共有と、多職種連携にある。ICT を用いての情報共有は電話やFAX 等と比較し、診察を遮らない、見たいときに見たり書き込むことが出来る、利用に場所を選ばないと言った点で非常に有用である。現在は主に在宅医療と一部施設との多職種連携に使用しているが、地域内の病院との連携に使用することにより、空床状況の把握ができて紹介するタイミングが計れたり、紹介患者の入院中、在宅療養中の様子を共有でき、入退院支援にも利活用できる。

また「医療用麻薬の使用」等、普段馴染まない診療行為への相談や推奨が受けられる事により、在宅医療を提供しやすくすることができる。ICT を用いるか否かは連携する多職種が院外か院内かという差が主であり、必要としている情報やコミュニケーションを大切にする思いに違いはない。病状の変化や今後の予測、方針等細やかに情報共有することで、介護職の不安を取り除き、救急車を呼ぶことなく施設等で最期まで支えられるようにするために役立つ。地域全体で共有、繋がる事で地域包括ケアが進むのではないだろうか、であった。

4) 在宅専門クリニックの重要性

ニーズがある事も、診療報酬に現れているように国の方針も在宅医療にある事は理解できている。しかしながら開業している医師は在宅医療の実践に対し、一人開業医における「24 時間体制を維持」する肉体的負担、「外来と在宅医療」の両立や「専門分野ではない診療」への負担感を持っている。その点を、複数医師で連携したり在宅専門クリニックがカバーしたりすることにより、一人の医師が倒れても他の医師がカバーできる体制を作ることで、在宅医療への参入障壁を減らし、裾野を広げていくのが良いのではないだろうか。

在宅専門クリニックの開設が増えると地域での在宅医療や看取りが進むだろう、であった。

5) 医療介護従事者の顔の見える関係性

訪問看護ステーション等との連携や情報共有がスムーズにできるかが多職種連携には大切で、顔の見える関係性がある事でコミュニケーションが深くなり、相手が思う事を想像しやすくする。

退院前カンファレンスへの参加は医療・介護従事者間の顔の見える関係性構築に有用な機会となる。別の医師にバックアップを依頼するにしても、医師間の顔の見える関係性があると依頼する側が安心できる。

6) 患者家族支援

自宅看取りへの抵抗を示す家族に、繰り返し説明を行い不安な思いに寄り添い、支え続ける事で看取る事ができるようになる。死亡や急変時の対応を家族に前もって伝えておく事、かかりつけ医としての長年培ってきた信頼関係も不安を取り除くことに有用である。

しかしながら予想外の病気やケガ、苦痛緩和が難しい、家族が事前に「死」の受け入れが十分でない場合は自宅での看取りは難しい。事前に病気の経過等予測される事を説明しておくことで救急搬送を防ぐ事ができる。「死」を受け入れるまでの過程を支えていくことが大切である。

7) 地域住民への啓発

在宅医療について市民への啓発、情報提供が重要で、地域内で看取りが受け入れられるために、文化を育てていく。病院以外の在宅といった地域での看取りを実際にすることで成功体験する人を増やし、その人達が見聞きし体験したものを、伝えることで周辺の人々の理解が深まる。講演会で話を聞いても実感としては残りにくく、演劇にすることでより理解が深まる。

ヒトに頼る事が在宅療養を続けるために必要だが、他人を家に入れたくない人や病院での療養を希望する人はまだまだ多いため、自宅で過ごす事がどれだけ幸せな時間を持つことが出来るかなど成功体験を通じて啓発する。

8) 教育研修システム

医療介護従事者が本当の意味での ACP (AD との違い) を理解するには、事例を振り返り共有することが大切である。終末期医療に慣れていないと過剰な医療提供に繋がるため、医療・介護従事者の意識改革も重要である。

医療用麻薬の処方等専門性の高い治療は、専門家と繰り返し事例を共有して、対応パターンを教える事で実践に繋げる。

高齢多死社会を支える医師を育てるためには、治らない病気の患者を「病気を治すことはできないけれど、病気をコントロールしつつ全人的に支える医療」を実践できるようになるための研修も必要で、地域内で病病連携、病診連携を通じて多くの若手医師を教育するシステムがあっても良いのではないだろうか、であった。

9) 地域包括ケアシステム

在宅医療は訪問診療していない医師からの転医や長年のかかりつけの患者が通院出来なくなり継続診療を希望する場合等に行う。

実践には訪問看護ら多職種連携が欠かせないが、一人開業医の負担軽減のためにA市医師会員で地区ごとの看取りチームを作っている。運用はチームごとに異なるが、かかりつけ医を主治医とし、死亡診断の際のバックアップが出来る体制を作る事で在宅医療の参入障壁を下げている。セキュリティの高い地域医療情報システムを用いて情報共有することで、診診連携をとり、医師の負担を減らす取り組みがある。

在宅だけでなく施設看取りも医療介護の多職種が連携しながら専門性を活かして多面的に支えるシステムがある事が病院以外での看取り率の向上に役立っている。「いつでも入院できる」という状況は自宅で最期まで看取る事への患者・家族の安心感に繋がる。

施設看取りの障壁になるため、介護人材の看取りに対するストレスを解消して人材の離職を減らすとともに、人は生まれてきたら必ず死んでいくけれど、この地で生きていて良かったと思える環境(文化)づくりも地域包括ケアシステムの中で在宅等での看取りを推進させるのに役立つのではないだろうか、であった。

10) 行政の方針・診療報酬・社会制度

訪問診療をする医師が増えないのは、在宅療養支援診療所の施設基準の維持と24時間体制の構築の負担が大きいためである。これを解決するのは、委託等によるオンコール体制を敷くことだが、診療報酬制度がなく、オンコールに係る費用の方が高額なため導入することも難しい。行政の支援によりバックアップ体制を作るための予算が得られれば、在宅医療をする医師は増えるだろう。

経済的な問題、独居など社会的な問題は在宅療養・看取りを難しくする要因となる。自宅だけでなく施設も含めた看取りを増やすことが重要となる。施設運営側の看取りをするという覚悟も必要だろう、であった。

3-5-3. 在宅看取り等の促進因子と阻害因子

在宅等の看取りを増やすためには、SCAT 分析から以下の様に促進因子を増やし、阻害因子を減らすことが必要になる(図表 17)。

図表 17. 在宅看取りの促進・阻害因子(筆者作成)

在宅看取りの促進因子	在宅看取りの阻害因子
本人・家族が希望している	予測していない事が起こったとき
信頼できる在宅医がいる	本人・家族が望んでいないとき
安心して療養できる環境	介護力不足
地域に看取りの文化がある	資金面
医師のQOLが維持できる環境	(施設の場合)施設の方針、従業員不足
診診連携、病診連携(バックアップ体制)	不安が強い
興味を持つ若手医師を増やす	
成功体験をする	
促進因子を増やす	阻害因子を減らす
医療・介護の多職種連携	地域住民への啓発
多職種間での顔の見える関係性	地域での看取りをし続ける、文化を作る
ICTを用いた多職種間での情報共有	介護保険での介護支援体制の構築(介護ヘルパーなど)
かかりつけ医に相互支援体制がある	ACPを繰り返して意思を確認、共有する
在宅専門クリニックを誘致する	予後をあらかじめ予測し、共有する
在宅専門クリニックとかかりつけ医との連携	地域で支え合い、共助する
地域に必要な医師を地域の病院や診療所、施設等で連携し教育する	施設職員で勉強会や成功体験を増やす
強化型在宅療養支援診療所の届け出が無くても、相互連携をする事に報酬が付くような診療報酬体系がある	ICTで多職種連携をする事でヘルパーや施設職員の心理負担を減らす

4. 考察

4-1. A市の現状分析と将来予測から見る課題

A市は2015年比、2025年の75歳以上人口は1.54倍、2030年に1.63倍と今後5-10年で団塊の世代である75歳以上の高齢者が急増し、その後も2045年までほぼ横ばいで推移する見込みの地域である。

市民アンケートからは、「最期を迎えたい場所」として「自宅」が43.6%、次いで「病院などの医療施設」27.2%(令和2年)となっている。

病床機能報告によると、A市の2017年度の医療施設での死亡退院者数は全死亡数の49.3%、2018年度は65.4%と増加している。その背景として在宅医療を長年実践する医師が有床診療所を立ち上げられ、積極的に看取りを行っており、2018年度の全体の9%はこの病床での死亡が考えられる。

A市では2011年以降死亡者数は増加し続けており、高齢化の進展を考えると、今後増加することが予想される。一方で医療機関での死亡者数は地域医療構想を背景に増やすことは難しいと考えられ、在宅等での看取りを増やしていく必要があると言える。

4-2. インタビューの分析結果から見る課題

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」と定義(木澤 H29年)され、患者の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい、とされる。

A市では在宅医療の現場において、看護師を中心とした患者・家族に関わる多職種が、信頼関係を構築しながら時間をかけてやり取りをしていることが分かった。その内容はICTやカルテ等で共有がなされ、本人家族の納得が得られるまで繰り返し行い、死や病状を受け入れる過程を支援し続けていた。

ACPが希望の死亡場所の実現に関連するかは、「余命の理解度」「生活予後の説明を実施すること」「希望死亡場所を確認すること」に有意に関連したと石川ら(2017)は報告している。本研究においても患者家族の希望や病状の理解、予測される病態の共有などを通じて、希望する自宅での看取りに繋げていることが分かった。

しかしながら、終末期についての話し合いには多様な障壁があるとされ(森 2016)、容易ではない。死の話は辛い、予後不良という事を受容が困難、意思決定能力の欠如等、医療者や患者・家族側、様々な理由が背景に存在する。

また、医師の診療スタイルは様々で、在宅医療を提供しながら医療施設以外で看取る事は「24 時間体制」を取る事への拘束感や負担が大きい、少しでも裾野を広げ、多くの医師で在宅医療や看取り体制を作れるよう、バックアップのために 3 つの「地域ごとのチーム」を作り、情報共有システムの利活用による連携がなされていた。

近年介護施設での看取りが増えつつある中で、施設内での看取り・療養を希望する人が、4～16%いた一方で、「意思表示が不可能」と、「希望を把握していない」で 70～80%を占めており(厚生労働省 平成 26 年)、意思表示ができるときからの繰り返しの意思決定支援、ACP の必要性が示唆される。

インタビューでも、自ら意思決定できる状況になく、治療効果が期待できず、本人が希望しない可能性もある点滴や酸素投与を続けざるを得ない状況がある事が分かった。療養場所も治療内容も ACP が「人生会議」という名称で普段から繰り返ししていくことが勧められてきたように、話し合う難しさはある中でも、一人ひとりの人生観・生き方に焦点を当てた関わりは行っていく必要があるのだろう。

在宅医療を行う上で、特に緩和医療において必要な技術として、地域においてより有効な緩和ケアを提供するためには、経口麻薬の投与方法等に関する教育・普及が重要であり、モルヒネや鎮静薬の持続皮下注射には自信をもって行う事が出来ると答えた医師は 10%前後と少なく、対応困難が半数以上を占めていたとの報告がある(Yamagishi 2012)。

今回のインタビューでも麻薬は、処方機会が少ないため自信をもって実践するのは難しく、不良在庫を防ぐために、自院で取り扱う薬剤を用いて専門家のアドバイスを求める事を望む声が複数聞かれた。筆者らが 2015 年度笹川記念保健協力財団から助成を受け「24 時間体制のホットライン設置による地域緩和ケアコンサルテーションの整備とその実施性有用性の検証」を行った際に、電話または電子メールでの相談を受け付けたが、研究期間中の相談は 0 件であった。ただ、事前アンケートでは症状緩和に対する知識不足や自信のなさが認められ、緩和医療の専門家に対しての支援を希望する意見も見られていた(田中 2015)。今回のインタビューでも同様の意見があり、電話や FAX は直ぐに対応できない難しさがある事もあり、既に A 市で多職種連携に用いられている ICT (バイタルリンク[®]) を用いた相談が有用となるかもしれない。

また、A市内で看取りを実践している診療所は平成29年度報告(厚生労働省 H28年)で5件と多くはなく、インタビューからは訪問看護師やケアマネージャー等多職種との連携を重要と捉えており、医師よりもむしろ他の職種、特に訪問看護師を対象とした「ICTを使った相談窓口」があれば、有効利用できる可能性がある。

みずほ情報総研(みずほ情報総研 H30年)の介護従事者アンケート報告によるとエンドオブライフ・ケアを行う上で困難だと感じる事として「急変時の対応に不安を感じる」42.2%、「エンドオブライフ・ケアについて経験が少ない」30.1%、「利用者の苦痛緩和の方法が分からない」16.7%、「スピリチュアルペインを抱える本人に向き合う事が辛いと感じる」21.3%としている。本研究では施設職員とICTを用いて多職種連携をすることにより、介護職のこういった不安を取り除き、最期まで施設で支えられるよう工夫されていることが分かった。

人口20万人以上の都市で全国トップの自宅死亡率22.9%を誇る横須賀市では在宅療養現場の課題として抽出されたのは、市民啓発、多職種連携、専門職のスキルアップ、退院調整の未実施であり、在宅医の増加を目的に医師のネットワークづくりや地域内の多職種連携に取り組んでいる。既にどの地域でも行われている事ではあるが、医師、訪問看護師、薬剤師、地域包括ケアセンター職員、ケアマネージャー、ヘルパー、病院関係者など、様々な職種が参加する「多職種合同研修会」は、医療介護従事者間の顔の見える関係性の構築に役立ち、「医師と対等に話ができる」のも良かった、と報告している(川名2017)。

本研究でも、多職種連携には顔の見える関係性が有効で、リアルタイムでの多職種間での情報共有やコミュニケーションを重要と考えて、実践しているという事が分かった。これは医師らそれぞれの専門職種が、互いの専門性を尊重する関わりと信頼関係があるからこそ、より深い連携が出来、自宅等での看取りに繋げる事が出来るということであろう。

A市では、医師の負担を軽減しつつ、地域内でチームを作り連携できる体制を構築することで、少しでも多くの在宅等の看取りが出来るよう工夫されている。在宅医療にかかる地域別データ集(厚生労働省)によるとH29年(2017年)以降老人ホーム死者数はほぼ横ばい、在宅看取りはH27年379人→H29年400人→H30年472人と徐々に増加傾向にある(図表5)。しかし、在宅看取りを実践する診療所数はH27年よりH29年の方が減少しており(図表6)、少ない診療所で多くの在宅等での看取りをしている、という事になる。

患者家族は「死を受け入れるまでの過程を支える」事や、「信頼できる在宅医がいる」事で在宅看取りが推進されるため、かかりつけ医に在宅等の看取りの裾野を広げるためにも、敷居を上げ負担に感じる「24時間拘束」をカバーできる在宅専門クリニックの医師とのダブル主治医制といった診診連携体制も必要となるだろう。そこには医師間の顔の見える関係により依頼がしやすくなる事が予想されるため、お互いが理解できる機会、例えば在宅医療勉強会のような事例検討・情報共有の場を定期的に作っていくこともあっても良いのではないだろうか。

また、「バックベッド」への入院や「専門家への相談」が出来る事で、在宅看取りがしやすくなる事から、病院は「バックベッド」の役割と、「相談窓口」として、地域包括ケアシステムを構築するための連携を深め、相談には診療を遮らない等のため ICT を用いて行う事や、より連携を深めるために、(病院志向にならない程度の)在宅医と病院医との併診があっても良いかもしれない。

そして何より、臨床研修医等の若手医師に対し、地域包括ケアシステムの中で医療を提供する時代に合った、超急性期から亜急性期、終末期(病院、在宅含む)までの流れの中での医療介護連携や、医師の役割を学ぶ機会を地域全体で連携して作る事により、この地域に合う医師を育て、「住み慣れた場所で最期まで過ごす」事の出来る地域として行けるのではないかと考える。

5. おわりに

長年の付き合いのあるかかりつけ医との間で構築された関係は在宅看取りには欠かせない。一方で外来をメインに診療し、専門医思考の開業医は「24時間の拘束」と「在宅医療のノウハウへの自信のなさ」が在宅医療の参入障壁となるなら、これらをカバーする対策を講じる必要がある。

患者・家族との信頼関係がある「看取りをする一般診療所」は、今後「在宅医療専門クリニック」の誘致や、それらの診診連携により増やせる可能性がある。

また地域包括ケアシステムを構築する上では、ICTなどを用いて在宅医療を提供する医師ら多職種と病院の専門職と連携することも重要で、それぞれの持つ独自の「ノウハウ」や、入退院情報を共有する事で、より多くの在宅看取りが推進されるのではないだろうか。

今回の研究の限界として、インタビュー調査では日頃から在宅看取りを実践する医師を対象としたため、していない医師の考えが入っていない点が挙げられる。

多くの医師が「やりたい事をするために」開業していることから、そのスタイルには個人の想いも大きく影響するだろう。考えや背景、その理由を探索することで、より現状を捉えた対策を講ずる事が可能になるのではないかと考える。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫教授、筒井孝子教授、木下隆志教授に熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに心より感謝申し上げます。

私は2018年5月より医師会の在宅医療勉強会に参加、地域包括ケアシステムについて学ぶ機会を頂いています。これをきっかけに大学院で学び、研究をさせて頂くことができました。大変お忙しい中でインタビューへの参加など、全面的にご協力を賜りました医師会の先生方、また、公務で在宅医療勉強会への参加を認めて下さった職場の方々に、厚くお礼申し上げます。ありがとうございました。

引用文献

[1] Yamagishi A, Morita (2012) T Providing palliative care; the views of community general practitioners and nurses in Japan *J Pain Symptom Manage*.

[2] 阿部泰之 (2012) 「ケア・カフェ®が地域連携に与える影響」『Palliative Care Research』10(1)、134-40。

[3] 石川孝子 (2017) 「訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望の死亡場所での死亡の実現との関連」『日本看護科学会誌』37、123-131。

[4] 石川雅俊 (2018) 「全国市町村における自宅死亡割合とその関連因子の探索」『日本医療経営学会誌』12 (1)、15-19。

[5] 泉田信行ら (2016) 「高齢者施設における看取りについて」『日本老人医学会雑誌』53、116-122。

[6] 大谷尚 (2008) 「質的研究とは何か」『教育システム情報学会誌』25 (3)、340-354。

[7] 大谷尚 (2007) 「4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案」『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学)』54 (2)。

[8] 加古川市(令和2年)「住民アンケート調査」。

[9] 加古川市 (平成28年) 「平成28年度版加古川市統計書(web版)保健及び衛生」。

- [10] 加古川市 (2015) 「人口ビジョン」。
- [11] 加古川市 (平成 28 年) 「第 8 期加古川市高齢者福祉計画」。
- [12] 加古川市 (令和 2 年) 「第 1 回加古川市高齢者福祉計画及び加古川市介護保険事業計画策定委員会 高齢社会と介護保険に関する調査報告書」。
- [13] 川名理恵子 (2017) 「在宅療養・在宅看取りを選択できる地域医療体制づくり」『地方自治職員研修』。
- [14] 厚生労働省医政局 (2014) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」。
- [15] 厚生労働省 (2018) 人口動態統計 「死因別に見た性、死亡の場所」。
- [16] 厚生労働省 (平成 28 年) 「在宅医療にかかる地域別データ集」。
- [17] 厚生労働省 (2018) 人口動態統計 「死因別に見た性、死亡の場所」。
- [18] 厚生労働省 (平成 28 年) 「在宅医療にかかる地域別データ集」。
- [19] 厚生労働省 (平成 26 年) 「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」『平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成 26 年度調査)』。
- [20] 国立社会保障・人口問題研究所 (平成 29 年) 「日本の将来推計人口(推計)」。
- [21] 国立社会保障・人口問題研究所 (平成 30 年) 「日本の地域別将来推計人口」。
- [22] 木澤義之 (平成 29 年) 「アドバンス・ケア・プランニング」『第 1 回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会(平成 29 年 8 月 3 日)資料 3』。
- [23] 齋藤正美 (2018) 「総合診療専門医のリハビリテーション教育研修に関するセラピストの意識」『理学療法科学』33(3)、473-479。
- [24] 高橋紘士 (2017) 「在宅看取りの成立要件を考察する」『医療と介護 Next』3(4)。
- [25] 田中祐子 (2015) 「24 時間体制のホットライン設置による地域緩和ケアコンサルテーションの整備とその実施性有用性の検証：混合研究法を用いた探索的研究」『2015 年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成』。
- [26] 寺下貴美 (2011) 「第 7 回 質的研究方法論 ～質的データを科学的に分析するために～」『日本放射線技術学会雑誌』67 (4)、413-417。
- [27] 内閣府 (平成 29 年度) 「高齢者の健康に関する調査結果」。
- [28] 永井康徳 (2018) 「在宅ケアの未来予想～在宅医療で医療を変える、地域を変える、文化を変える～」『東京女子医大雑誌』88 (1)、17-19。
- [29] 畑野秀樹 (2019) 「自宅で最期を迎えるーその人らしい最期を迎えるための工夫と実践ー」『月刊地域医学』33 (6)。

[30] 富士通総研 (2017) 「在宅医療・介護連携の推進に際しての地域の看取りの状況について」。

[31] 二木立 (2019) 「日本の地域包括ケアの事実・論点と最新の政策動向」『日本福祉大学社会福祉論集』140号。

[32] 前原操 (2013) 「地域医療における在宅医療支援診療所の役割」『Dokkyo Journal of Medical Sciences』40 (3)、235-239。

[33] 増永悦子 (2013) 「がん患者遺族ボランティアによる語りの分析」『Palliative Care Research』8(2)、351-60。

[34] みずほ情報総研株式会社 (2018) 「看取りの経験者を対象にしたアンケート結果について」『エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査』。

[35] みずほ情報総研株式会社 (平成30年) 「エンドオブライフ・ケアの現状に関する調査研究」(平成29年度老人保健健康推進等事業)。

[36] 森雅紀 (2016) 「抗がん治療後のフォローアップ② 根治不能な進行がん患者の抗がん治療の開始から中止以降まで」『Hospitalist』114 (3)。

[37] 渡辺靖仁 (2012) 「高齢者との共存共助のための一考察」『共済総合研究』65号。

参考文献

[1] 加古川市 (平成30年) 「第8期 加古川市高齢者福祉計画」。

[2] 加古川市 (平成30年) 「第3期加古川市地域福祉計画」。

[3] 加古川市 (平成30年) 「第7期加古川市介護保険事業計画」。

引用ホームページ

[1] 加古川市ホームページ

<https://www.city.kakogawa.lg.jp/> (2020年8月16日アクセス)

[2] 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/index.html> (2020年8月16日アクセス)

[3] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ

<http://www.ipss.go.jp/> (2020年8月16日アクセス)

[4] 産業医科大学公衆衛生教室 「保険者別要介護者数及び介護サービス受給者数推計ツール (Carest)」(第7期加古川市介護保険事業計画を元にサービスを分類)

<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1> (2020年8月16日アクセス)

[5] 内閣府ホームページ <https://www.cao.go.jp/> (2020年8月16日アクセス)

[6] 日本医師会 地域医療情報システム

<http://jmap.jp/cities/detail/city/28210> (2020年8月15日アクセス)

[7] 兵庫県病床機能報告 (H28-30年度)

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/byousyokinouhoukoku.html>

(2020年8月15日アクセス)