

離島・へき地における終末期ケアの現状と多職種連携

ババ ヤスコ ヨコヤマ カナ イمامラ ヨシコ
 馬場 保子*1 横山 加奈*2 今村 嘉子*3
 アカミズ コ サカモト マサトシ
 赤水 れみ子*4 坂本 雅俊*5

目的 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、終末期の過ごし方について比較的元気なうちから家族や多職種で共有することが必要である。人口規模や地域特性、在宅療養支援を行う職種によって、終末期ケアの実施状況や多職種連携行動が異なるかを明らかにした。

方法 調査対象は、東京都、愛知県、長崎県の1,013カ所2,026名（医師400名、訪問看護師426名、保健師400名、社会福祉士400名、介護支援専門員400名）に自記式質問紙調査を行い、調査期間は2019年8月～9月末とし郵送法にて回収した。調査内容は、基本属性の他に、担当地域の人口区分・地域区分、終末期ケアの実施状況、終末期ケアシステムの現状、在宅での看取りを困難にする要因、多職種連携行動尺度であった。『離島・へき地』『離島・へき地ではない』の2群間でマンホイットニーU検定を用いて比較し、多職種連携行動尺度の各因子について平均値を算出し、人口区分、職種でクロス集計を行い、全体の得点平均値を比較し傾向を把握した。

結果 対象者の505名から回答が得られた。終末期ケアの実施状況について、医師、訪問看護師の9割以上は実践経験があった。社会福祉士は終末期ケアの実践経験がある割合は低いが、患者の終末期の過ごし方に対する思いを知る機会、介護支援専門員や保健師よりも高かった。終末期ケアシステムは、『離島・へき地』のほうが有意に整っていなかった。在宅での看取りを困難にする要因は、マンパワー不足、地理的に訪問困難な地域が多い、病院スタッフに在宅移行の視点がない等であった。在宅での看取りの困難さは、人口5万人未満と5万人以上の地域で境界があり、人口が少ないほうが困難であった。しかし、人口5千人未満の『離島・へき地』では、マンパワー不足や24時間の支援体制構築は困難であるが、医師の在宅での看取りの関心が高く、病院スタッフに在宅移行の視点が高く、医師の多職種連携行動が高いという特徴があった。

結論 離島やへき地で最期まで過ごすためには、地域の医療資源の活用だけでは限界がある。『離島・へき地』の医師が、在宅での看取りへの関心が高いことや多職種連携行動が高いことを活かすだけでなく、地域の強みを活かした疾病予防、介護予防に着目してアプローチすることが必要である。地域のニーズを把握している専門職は、地域住民に対して、比較的元気なうちから“人生の最後をどう過ごしたいか”意思決定支援を行うことなどのアドバンスケアプランニングを推進していくことが望ましい。

キーワード 離島・へき地、終末期ケア、看取り、多職種連携、地域の強み

*1 活水女子大学看護学部講師 *2 愛知県立大学看護学部講師 *3 東京医療学院大学保健医療学部准教授

*4 医療法人常葉会在宅事業部長 *5 長崎国際大学人間社会学部教授

I 緒 言

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。2018年に改正された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾によると、本人が自らの意思をその都度示すことや、繰り返し本人との話し合いが行われることの重要性が示されている。在宅医療におけるアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の実施が2018年4月から保険点数化されたことをきっかけに、各所で様々な職種に向けて、ACP関連の研修が開始されている。しかし、実際は、療養者や家族に対して、最期をどのように迎えるかというデリケートな話を切り出す必要があるうえ、その意思は時間の経過や状況の変化によって揺れ動き、話をするタイミングの見極めや、気持ちの変遷を記録する方法、多職種連携などで現場に運用上の混乱が生じている。

医療資源が乏しい離島やへき地では、サービスを提供する人材の確保はもとより、人口が集中していないことに起因する非効率性から、都市部と同じような多職種による手厚いケアの提供は、非常に困難であると予測される。都市部においても将来的に高齢者人口の急激な増加が予測され、サービスの地域格差は正も喫緊の課題である。

本研究の目的は、人口規模や地域特性、在宅療養支援を行う職種によって、終末期ケアの実施状況や多職種連携行動が異なるかを明らかにすることとした。

II 方 法

(1) 対象

調査対象地域として、都市部で離島も有する東京都、人口の偏りが大きく都市部とへき地の差が大きい愛知県、および離島を多数有する長崎県とした。

終末期医療への意思表示は、比較的元気なう

表1 質問紙配布内訳

(単位 カ所、()内名)

	合計	長崎県	愛知県	東京都
在宅療養支援診療所 医師	(400)	100 (100)	100 (100)	200 (200)
訪問看護ステーション 訪問看護師	(426)	102 (各2)	60 (各2)	51 (各2)
地域包括支援センター 保健師 社会福祉士 介護支援専門員	(各400)	50 (各1)	130 (各1)	220 (各1)

ちから家族や多職種で共有することが必要である。在宅診療における終末期ケアに携わる専門職として、医師、訪問看護師の他に、地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、介護支援専門員、合計2,026名を対象とした。調査期間は2019年8月～9月末とし、質問紙は、調査対象地域の各市区町村の地域包括支援センターに必ず1票配布し、複数ある場合にはランダムに抽出した。また、各県の医療情報サービスのHPで「訪問診療・往診」をキーワードにして在宅支援診療所を検索し、ランダムに抽出した。訪問看護ステーションは、管轄がブロックに分かれていたため、質問紙を各ブロックに必ず1票配布するようにし、複数ある場合はランダムに抽出した(表1)。

倫理的配慮として、研究対象者に研究参加依頼書を用いて本研究の趣旨・方法や本研究への参加は自由意思であること、研究の不参加および途中辞退によって不利益は生じないこと、回収したデータの情報・結果は個人を特定できないようにすること等を説明し、施設責任者に内容を確認していただいた上で参加を依頼した。質問紙には無記名で回答し、郵送法で回収した。質問紙の回収をもって研究参加への同意を得たものとした。なお、本研究は活水女子大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(2019年7月17日承認番号:倫19-004)。

(2) 調査項目

調査内容は、基本属性の他に、①担当地域の人口区分・地域区分、②対象の“終末期ケアの実施状況”(過去1年間の終末期ケア実践経験の有無、患者[利用者]の終末期の過ごし方に

に対する思いを知る機会があるか), ③担当地域の“終末期ケアシステムの現状”(休日夜間に対応可能な在宅医療システム・介護システム, 職場内外の多職種での情報共有, 医師ネットワークの有無), ④担当地域の“在宅での看取りを困難にする要因”, ⑤多職種連携行動尺度についてであった。

(3) 分析方法

1) 基本属性と人口・地域区分

対象の年齢, 性別, 職務経験年数, 職種のほか, “終末期ケアの実施状況”, および人口・地域区分は, 記述統計量を算出し傾向を把握した。人口区分は, 事業所がある市町村のおおよその人口について5千人未満~50万人以上まで9項目の中から選択してもらった。地域については, 『離島・へき地』『離島・へき地ではない』で分類した。

2) 担当する地域の“終末期ケアシステムの現状”

担当する地域の終末期ケアシステムの現状について, 4段階(4:そう思う~1:そう思わない)で配点し, 『離島・へき地』『離島・へき地ではない』の2群間でマンホイットニーU検

定を行った。在宅での看取りを推進するための医師のネットワークシステムの有無については, χ^2 検定を行った。

3) 在宅での看取りを困難にする要因

対象者の担当する地域について, 在宅での看取りを困難にする要素となる11項目を把握した。「とても当てはまる:4」~「全く当てはまらない:1」の4段階で配点し, 『離島・へき地』『離島・へき地ではない』の2群で, マンホイットニーU検定を用いて比較した。さらに, 別の角度から考察するために, 看取りを困難にする要因と人口区分のクロス集計を行った。各項目の全体の得点平均値と比較し, 人口区分による看取りを困難にする要因の傾向を把握した。

4) 多職種連携行動尺度

藤田らにより開発された在宅ケアにおける医療職と介護職を含めた多職種による連携行動(連携力)を評価できる尺度²⁾で, 5因子17項目からなる。尺度開発者の承諾を得たうえで使用した。多職種連携行動尺度の各因子について平均値を算出し, 人口区分, 職種でクロス集計を行い, 全体の得点平均値を比較し傾向を把握した。いずれも有意水準5%で有意差ありとした。なお, 調査結果の分析は, SPSS Statistics Ver26を使用した。

表2 対象者の概要と終末期ケアの実施状況

(単位 名)

	医師 n = 65		訪問 看護師 n = 107		保健師 n = 79		社会福祉士 n = 110		介護支援 専門員 n = 116	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
年齢										
20歳	0	0.0	0	0.0	6	7.6	18	16.4	2	1.7
30	3	4.6	13	12.1	37	46.8	31	28.2	7	6.0
40	12	18.5	36	33.6	25	31.6	43	39.1	42	36.2
50	22	33.8	52	48.6	9	11.4	17	15.5	50	43.1
60	20	30.8	6	5.6	2	2.5	1	0.9	14	12.1
70代以上	8	12.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
記載なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9
性別										
男性	54	83.1	5	4.7	13	16.5	46	41.8	28	24.1
女性	11	16.9	98	91.6	65	82.3	62	56.4	87	75.0
記載なし	0	0.0	4	3.7	1	1.3	2	1.8	1	0.9
過去1年間に終末期ケアの実践経験はありますか										
あり	60	92.3	97	90.7	19	24.1	35	31.8	51	44.0
なし	5	7.7	9	8.4	60	75.9	75	68.2	65	56.0
患者(利用者)の終末期の過ごし方に対する思いを知る機会がありますか										
あり	64	98.5	101	94.4	58	73.4	92	83.6	94	81.0
なし	1	1.5	6	5.6	21	26.6	18	16.4	22	19.0
職務経験年数	14.03±11.04年									

注 無回答を除く。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の概要と終末期ケアの実施状況

配布した質問紙は, 505名から回答が得られた(回収率24.9%)。対象者505名のうち職種を

表3 担当の地域の人口区分 (n=505)

	総数	離島・へき地 n(n/総数) (%)	離島	へき地	離島・へき地 ではない
人口区分					
合計	505	126(25.0)	39	87	379
区分1:5千人未満	16	13(81.3)	7	6	3
〃2:5千人以上1万人未満	15	8(53.3)	1	7	7
〃3:1万人〃2万人〃	24	13(54.2)	3	10	11
〃4:2万人〃3万人〃	26	16(61.5)	14	2	10
〃5:3万人〃5万人〃	52	15(28.8)	6	9	37
〃6:5万人〃10万人〃	73	11(15.1)	0	11	62
〃7:10万人〃20万人〃	93	9(9.7)	0	9	84
〃8:20万人〃50万人〃	159	33(20.8)	7	26	126
〃9:50万人以上	32	0(0.0)	0	0	32
記載なし	15	8(53.3)	1	7	7

記載していないもの、医師・訪問看護師・保健師・社会福祉士・介護支援専門員以外の職種を記載したものを除く477名分の概要と終末期ケア実施状況を表2に示す。

過去1年間の終末期ケアの実践経験では、医師、訪問看護師は「あり」が9割以上を占めるのに対し、介護支援専門員は51名(44.0%)、社会福祉士35名(31.8%)、保健師19名(24.1%)と職種による差がみられた。また、患者〔利用者〕の終末期の過ごし方に対する思いを知る機会については、医師、訪問看護師は、実践経験と同様に9割以上であり、次に多いのは社会福祉士92名(83.6%)、介護支援専門員94名(81.0%)で、保健師は58名(73.4%)であった。

(2) 担当する地域の“終末期ケアシステムの現状”について

1) 対象が担当する地域について(表3)

『離島・へき地』は、全体の25%であった。『離島』は、人口5千人未満～人口2万人以上3万人未満(区分1～4)と、20万人以上50万人未満(区分8)の2つの分布であった。『へき地』は、人口5千人未満～人口20万人以上50万人未満(区分1～8)まで分布していた。

2) 担当する地域の“終末期ケアシステムの現状”について(表4)

『離島・へき地』は、休日夜間に対応可能な在宅医療システムが整っていなかった(p<0.01)。また、休日夜間に対応可能な介護システムが整っている割合は低く(p<0.01)、在

表4 担当する地域の終末期ケアシステム

(単位 名、()内%)

	離島・へき地 (n=126)	離島・へき地ではない (n=379)	p値	検定
休日夜間に対応可能な在宅医療システムが整っている	13(10.3)	145(38.3)	<0.001** a)	
そう思う	13(10.3)	145(38.3)		
ややそう思う	41(32.5)	128(33.8)		
あまりそう思わない	40(31.7)	85(22.4)		
そう思わない	32(25.4)	21(5.5)		
休日夜間に対応可能な介護システムが整っている	7(5.6)	58(15.3)	<0.001** a)	
そう思う	7(5.6)	58(15.3)		
ややそう思う	26(20.6)	102(26.9)		
あまりそう思わない	53(42.1)	151(39.8)		
そう思わない	40(31.7)	67(17.7)		
記載なし	-(-)	1(0.3)		
職場内の多職種で情報共有できている	20(15.9)	85(22.4)	0.062n.s. a)	
そう思う	20(15.9)	85(22.4)		
ややそう思う	52(41.3)	164(43.3)		
あまりそう思わない	41(32.5)	117(30.9)		
そう思わない	9(7.1)	12(3.2)		
記載なし	4(3.2)	1(0.3)		
職場外の多職種で情報共有できている	11(8.7)	44(11.6)	0.002** a)	
そう思う	11(8.7)	44(11.6)		
ややそう思う	45(35.7)	185(48.8)		
あまりそう思わない	57(45.2)	130(34.3)		
そう思わない	13(10.3)	20(5.3)		
在宅看取りを推進するための医師のネットワークシステム	57(45.2)	229(60.4)	<0.001** b)	
ある	57(45.2)	229(60.4)		
ない	68(54.0)	144(38.0)		
記載なし	1(0.8)	6(1.6)		

注 a) Mann-Whitney U test, b) χ^2 検定, **p<0.01, n.s.:有意差なし

宅医療システムと比較すると『離島・へき地』『離島・へき地ではない』いずれの地域でも介護システムが「整っている」割合は低かった。患者(利用者)の終末期の過ごし方に対する思いについて、支援する職場内の多職種で情報共有できているかについて、『離島・へき地』『離島・へき地ではない』いずれの地域でも「そう思う」「ややそう思う」は、5割以上で、2群間で有意差はなかった(p=0.062)。一方、職場外の多職種で情報共有できているかについ

表5 在宅での看取りを困難にする要因(n=505)

(単位 点)

	離島・へき地 (平均±標準偏差)	離島・へき地ではない (平均±標準偏差)	p値
医療スタッフが少なく24時間体制の支援体制構築が困難	2.96±0.91	2.41±0.87	<0.001 **
在宅に力を入れている診療所がない	2.54±0.95	2.15±0.88	<0.001 **
医師の在宅看取りへの関心が低い	2.43±0.90	2.18±0.82	0.009 **
地理的に訪問困難な地域が多い	2.69±0.92	1.52±0.70	<0.001 **
マンパワー不足で終末期まで対応できない	2.95±0.83	2.28±0.84	<0.001 **
家族が療養者の急変時に救急車を要請してしまう	2.79±0.78	2.80±0.72	0.679 n.s.
医療・介護職が療養者の急変時に救急車を要請してしまう	2.34±0.75	2.27±0.78	0.328 n.s.
病院スタッフに在宅移行の視点がない	2.32±0.75	2.08±0.77	0.001 **
地域住民(患者・家族)が、在宅療養ができる可能性を知らない	2.94±0.70	2.74±0.68	0.005 **
療養者の過ごし方に対する思いを共有する仕組みが整っていない	2.83±0.72	2.64±0.79	0.010 *
火葬を行う施設が存在しないのでご遺体を遠方まで搬送する必要がある	1.52±0.79	1.32±0.61	0.006 **

注 1) Mann-Whitney U test, **p<0.01, *p<0.05, n.s.:有意差なし
2) とても当てはまる:4点, やや当てはまる:3点, やや当てはまらない:2点, 全く当てはまらない:1点, 点数が高いほど困難であることを示す

て、『離島・へき地』の方が職場外での多職種との情報共有ができていなかった ($p < 0.01$)。また、職場内の多職種で情報共有できている割合と比較すると、職場外で情報共有できている割合は低かった。担当する地域で、在宅での看取りを推進するための医師のネットワークシステムがあるかについて『離島・へき地』では、「ある」が57人 (45.2%) で『離島・へき地ではない』よりも低く有意差があった ($p < 0.01$)。

(3) 担当地域の在宅での看取りを困難にする要因

担当する地域の在宅での看取りを困難にする要因について、ほとんどの項目で『離島・へき地』のほうが、得点が高く在宅での看取りが困難であった (表5)。

『離島・へき地』で在宅での看取りを困難に

する要因としては、「医療スタッフが少なく24時間体制の支援体制構築が困難」「マンパワー不足で終末期まで対応できない」などの人的資源の不足であり、『離島・へき地』『離島・へき地ではない』の2群間で有意差がみられた ($p < 0.01$)。また、「地域住民 (患者・家族) が、在宅療養ができる可能性を知らない」「療養者の過ごし方に対する思いを共有する仕組みが整っていない」など、住民への周知とシステムの構築も在宅での看取りを困難の要因であった。「家族が療養者の急変時に救急車を要請してしまう」「医療・介護職が療養者の急変時に救急車を要請してしまう」は、『離島・へき地』『離島・へき地ではない』の2群間で有意差はみられなかった。

また、在宅での看取りを困難にする要因と人口区分のクロス集計を行い各項目の全体の得点

表6 人口区分別の在宅での看取りを困難にする要因 (n=490)

(単位 点)

	人口区分									
	全体	1	2	3	4	5	6	7	8	9
医療スタッフが少なく24時間体制の支援体制構築が困難	2.56	3.50	3.29	2.88	2.96	2.96	2.56	2.46	2.31	2.03
在宅に力を入れている診療所がない	2.26	2.69	2.57	2.58	2.88	2.69	2.22	2.16	2.09	1.63
医師の在宅看取りへの関心が低い	2.25	1.81	2.36	2.50	2.92	2.77	2.22	2.15	2.11	1.84
地理的に訪問困難な地域が多い	1.81	2.38	2.80	2.17	2.38	2.06	1.60	1.46	1.85	1.16
マンパワー不足で終末期まで対応できない	2.46	3.38	2.87	2.92	2.85	2.63	2.35	2.32	2.39	1.81
家族が療養者の急変時に救急車を要請してしまう	2.80	2.31	3.14	2.96	2.84	2.80	2.82	2.80	2.76	2.91
医療・介護職が療養者の急変時に救急車を要請してしまう	2.29	1.81	2.77	2.38	2.46	2.33	2.32	2.20	2.31	2.13
病院スタッフに在宅移行の視点がない	2.14	1.94	2.00	2.13	2.35	2.41	2.21	2.12	2.08	1.84
地域住民 (患者・家族) が、在宅療養ができる可能性を知らない	2.81	2.75	3.07	2.83	3.04	3.04	2.85	2.76	2.75	2.44
療養者の過ごし方に対する思いを共有する仕組みが整っていない	2.70	2.69	3.23	2.50	2.96	2.88	2.83	2.63	2.61	2.50
火葬を行う施設が存在しないのでご遺体を遠方まで搬送する必要がある	1.37	1.63	1.50	1.33	1.35	1.50	1.45	1.31	1.36	1.06

- 注) 1) 地域区分を記載してある490名分を分析した。
 2) 点数が高いほど困難であることを示す。全体平均よりも高値を太字、人口で境界がみられるものを網掛けした。
 3) 担当地域の人口区分以上、区分1：5千人未満、区分2：5千人以上1万人未満、区分3：1万人以上2万人未満、区分4：2万人以上3万人未満、区分5：3万人以上5万人未満、区分6：5万人以上10万人未満、区分7：10万人以上20万人未満、区分8：20万人以上50万人未満、区分9：50万人以上

表7 人口区分による多職種連携行動尺度の平均点のクロス表

(単位 点)

	全体平均	離島・へき地					離島・へき地ではない						
		平均	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	平均	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
区分1：5千人未満	3.80	3.91	3.96	4.15	4.06	4.00	3.38	3.38	3.58	3.33	3.00	3.33	3.67
※ 2：5千人以上1万人未満	3.37	3.20	3.19	3.69	3.63	3.04	2.44	3.56	3.50	3.68	3.57	3.62	3.43
※ 3：1万人 ※ 2万人 ※	3.55	3.49	3.65	3.48	3.56	3.36	3.38	3.64	3.61	3.81	3.63	3.54	3.69
※ 4：2万人 ※ 3万人 ※	3.58	3.47	3.61	3.64	3.42	3.52	3.16	3.76	3.67	3.97	3.93	3.59	3.67
※ 5：3万人 ※ 5万人 ※	3.55	3.72	3.50	4.00	3.73	3.67	3.70	3.49	3.46	3.58	3.43	3.64	3.32
※ 6：5万人 ※ 10万人 ※	3.58	3.49	3.53	3.50	3.41	3.37	3.67	3.60	3.51	3.81	3.65	3.63	3.43
※ 7：10万人 ※ 20万人 ※	3.88	3.83	3.66	3.97	3.81	3.85	3.83	3.89	3.83	4.09	3.83	3.96	3.73
※ 8：20万人 ※ 50万人 ※	3.70	3.70	3.76	3.75	3.82	3.61	3.56	3.70	3.64	3.90	3.75	3.75	3.48
※ 9：50万人以上	-	-	-	-	-	-	-	3.90	3.92	4.02	3.88	3.98	3.70

- 注) 1) 多職種連携行動尺度 (因子1～因子5)
 2) 因子1：チームの関係構築、因子2：意思決定支援、因子3：予測的判断の共有、因子4：ケア方針の調整、因子5：24時間支援体制
 3) 値は平均値、太字は、全体平均値よりも高値を示す

平均と比較した(表6)。人口5千人未満(区分1)の地域では、「マンパワー不足で終末期まで対応できない」「医療スタッフが少なく24時間体制の支援体制構築が困難」の平均値は高いが、「医師の在宅看取りへの関心が低い」「医療・介護職が療養者の急変時に救急車を要請してしまう」「病院スタッフに在宅移行の視点がない」は、平均値が低く地域の特徴であった。

「マンパワー不足で終末期まで対応できない」「医療スタッフが少なく、24時間体制の支援体制構築が困難」というマンパワー不足や、「地理的に訪問困難な地域が多い」「在宅に力を入れている診療所がない」では、人口3万人以上5万人未満(区分5)の地域と、人口5万人以上10万人未満(区分6)の地域で境界があり、人口が少ないほうが平均値は高かった。「病院スタッフに在宅移行の視点がない」は、人口2万人以上3万人未満～人口5万人以上10万人未満(区分4～6)の地域で平均値が高く境界があった。

(4) 多職種連携について

1) 人口区分と多職種連携行動尺度(表7)

人口5千人未満の『離島・へき地』および人口3万人以上5万人未満の『離島・へき地』の方が、同じ人口区分の『離島・へき地ではない』地域よりも平均値が高く、多職種での連携行動がとられていた。「第1因子：チームの関係構築」は、人口5千人未満の『離島・へき地』で平均値が最も高く(平均：3.96)、チームの関係構築が行われていた。「第5因子：24時間支援体制」は、人口5千人以上1万人未満の『離島・へき地』で平均値が最も低く(平

均：2.44)、多職種で24時間支援体制の連携行動がとられていなかった。

2) 職種と多職種連携行動尺度(表8)

『離島・へき地』『離島・へき地ではない』のいずれの地域でも、医師、訪問看護師、介護支援専門員、社会福祉士、保健師の順に多職種連携行動尺度の平均値が高かった。『離島・へき地』の医師は、平均値が他の職種と比較して最も高く(平均：4.01)、「第3因子：予測的判断の共有」の平均値は4.22で、多職種連携行動が高かった。保健師は、『離島・へき地』『離島・へき地ではない』いずれの地域でも他の職種よりも平均値が低かった。

IV 考 察

(1) 離島・へき地における終末期ケア実践の実態

終末期ケアを提供するためには24時間の支援体制構築が必須とされ、24時間対応を行っている訪問看護事業所では、在宅看取り数が多いといわれている³⁾。離島・へき地で在宅での看取りを困難にする要因は、マンパワー不足、医療スタッフが少なく人的資源の不足によって在宅医療システムや介護システムなどの終末期ケアシステム構築が整わないことであった。また、本研究では「地域住民が(患者・家族)が、在宅療養ができる可能性を知らない」「療養者の過ごし方に対する思いを共有できていない」など、住民への周知ができていないことも要因であった。

在宅での看取りを困難にする要因と人口区分とのクロス表では、人口5千人以上1万人未満

表8 職種別による多職種連携尺度の平均点のクロス表

(単位 点)

	全体平均	離島・へき地						離島・へき地ではない					
		平均	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	平均	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
医師	3.92	4.01	4.05	4.06	4.22	3.95	4.05	3.88	3.86	3.99	4.08	3.81	3.64
訪問看護師	3.87	3.75	3.71	3.80	3.91	3.68	3.68	3.91	3.80	4.05	4.02	3.84	3.85
保健師	3.39	3.44	3.55	3.72	3.39	3.39	3.16	3.37	3.19	3.65	3.55	3.45	3.10
社会福祉士	3.51	3.49	3.54	3.76	3.52	3.45	3.20	3.52	3.48	3.74	3.41	3.57	3.39
介護支援専門員	3.79	3.52	3.51	3.58	3.43	3.54	3.52	3.86	3.88	4.03	3.66	4.04	3.67

注 1) 多職種連携行動尺度(因子1～因子5)
 2) 因子1：チームの関係構築、因子2：意思決定支援、因子3：予測的判断の共有、因子4：ケア方針の調整、因子5：24時間支援体制
 3) 値は平均値、太字は、全体平均値よりも高値を示す

～人口3万人以上5万人未満（区分2～5）の地域と、人口5万人以上10万人未満（区分6）との間で境界があり、地理的にも医療へのアクセスが困難な地域であると考えられる。しかし、必ずしも人口が少ない地域が、在宅での看取りが困難であるとは限らなかった。5千人未満（区分1）では、他の地域よりマンパワー不足による困難さはあるが、多職種連携行動尺度と人口区分のクロス表においても平均値は高いことから、地域で中心的になる医師や、専門職が地域ぐるみで連携しながら介入していると思われる。

（2）多職種連携と終末期ケア

近年、高齢者施設でも看取りまでの終末期ケアに取り組んでおり、職種・職員の連携・協働が「よりよい終末期ケア」に影響したと報告がある⁴⁾。終末期ケア研修受講や過去1年間に終末期ケアを経験していた場合は有意に多職種連携行動尺度の得点が高いといわれている⁵⁾。

多職種連携行動尺度と職種のクロス表をみると、社会福祉士は、保健師や介護支援専門員よりも終末期の過ごし方に対する思いを知る機会が「ある」割合が高く、多職種連携行動尺度の「第2因子：意思決定支援」の平均値が高いため、利用者や家族の思いを職種間で共有するような関わりをしていると思われる。全国の市区町村保健師に対する先行研究によると、業務経験が長いほど、常勤であるほど連携を行っていることが明らかになっている⁶⁾。本調査の対象の保健師の年齢層は他の職種より若く、看取り経験が少ないことも結果に影響していたと思われる。介護支援専門員の多職種連携行動尺度の平均値は、他の職種に比べて『離島・へき地』と『離島・へき地ではない』の地域による差が一番大きかった。本研究の対象者が地域包括支援センターの専門職であるため、担当している患者や利用者の介護度が要支援など比較的介護度が低いことが想定される。また、社会福祉士や保健師は、直接的な終末期ケアを行う機会は少ないが、福祉的支援が必要な患者や家族、担当地域の住民の終末期の過ごし方についてニ

ズを把握して関わっていると思われる。

本調査の限界として、有効回答率が全体で23.5%と低く、職種によって16.3%から29.0%と差があり分析結果のバイアスは否めない。調査対象の医師を医療情報サービスHPでランダム抽出したことや、地域包括支援センターの保健師や社会福祉士は、終末期ケアに直接関わる機会が少ないことが影響したと思われる。

離島やへき地で最期まで過ごすためには、在宅での看取りを行うための地域の医療資源の活用だけでは限界がある。医療資源と選択肢が少ない離島・へき地だからこそ、“思いを伝えることの大切さ”が周知されることが望ましい。アドバンス・ケア・プランニングを推進していくためには、本調査で、明らかになった『離島・へき地』の医師が、在宅での看取りへの関心が高いことや多職種連携行動が高いことを活かすだけでなく、地域の強みを活かした疾病予防、介護予防に着目してアプローチすることが必要である。

謝辞

本調査にあたり、ご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。なお、本研究は、公益財団法人勇美記念財団（2018年後期一般公募）の在宅医療研究助成を受けたものである。

文 献

- 1) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>) 2019.10.4.
- 2) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生指標. 2015; 62(6): 1-9.
- 3) 福井小紀子. 在宅看取りを支える全国訪問看護事業所の実態とその選定指標の提案: 在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンスとして. 社会保険旬報. 2012; 2488: 16-23.
- 4) 田中克恵, 加藤真由美. 特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケア成果尺度の開発—より良い終末期ケアに焦点を当てて—. 日本看護科学学会誌. 2017; 37: 279-87.
- 5) 福井小紀子, 藤田淳子, 池崎澄江, 他. “顔が見える関係”ができた後の多職種連携とは? 「連携」の中身を評価しよう—連携力の3つのレベルと評価尺度. 訪問看護と介護. 2015; 20(11): 936-42.
- 6) 筒井孝子, 東野貞律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衛誌. 2006; 10: 762-76.