

地域包括ケアシステムの実践

—在宅療養者の終末期ケアマネジメントに関する研究—

高田真澄（中部学院大学）

小池万智子（東白川村在宅介護支援センター）

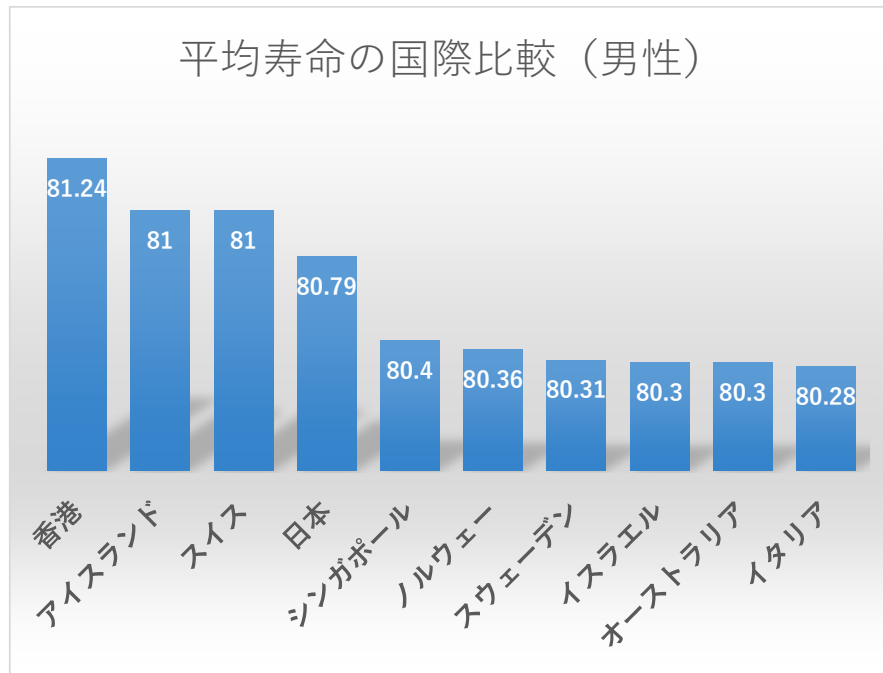
安江悦子（元東白川村地域包括支援センター）

瓜巢敦子（中部学院大学）

宮田延子（中部学院大学）

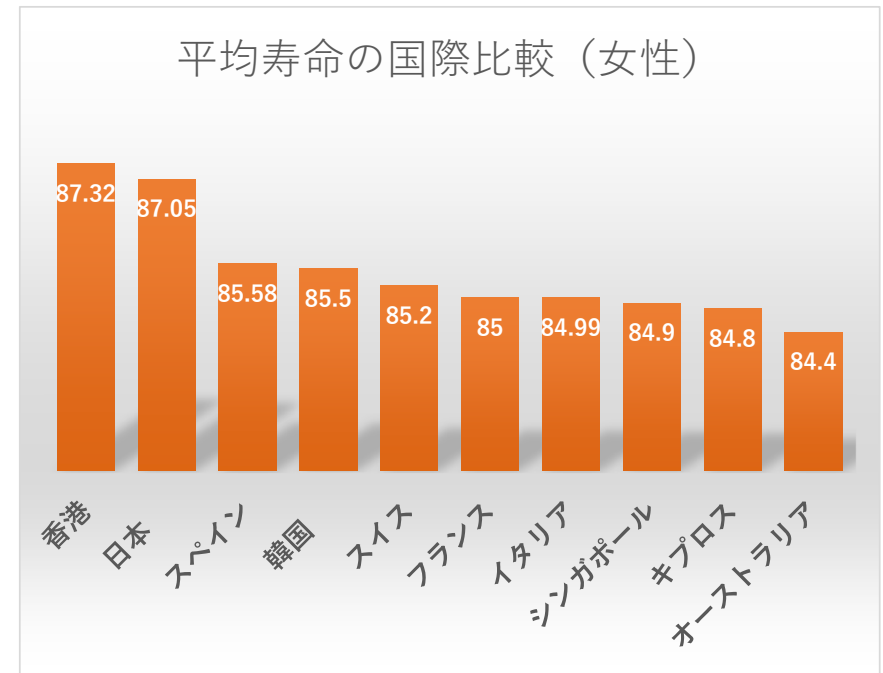
はじめに

平均寿命の国際比較（男性）



男性：4位

平均寿命の国際比較（女性）



女性：2位

なぜ長生きできるのか

- ・ **長寿の遺伝子をもっている？**

- 日本人でも、居住地域によって寿命に差

- ・ **食生活が影響している？**

- 塩分の高い食事が多い：脳血管疾患などのリスク

- ・ **気候が適している？**

- 一年を通して温暖なところだけではない

- ・ **保健医療制度が充実している？**

- アメリカなどは日本の3倍の医療費

遺伝、生活習慣、自然環境、保健医療制度が長寿の決定因子とはならない

社会疫学の研究など～

「ソーシャルキャピタル」が長寿に関係している

ハーバード大学 カワチら

- ・ 40年にわたる日本人の移民の平均寿命を追跡調査
- ・ 日本在住、ハワイ（ホノルル）在住、サンフランシスコ在住
- ・ 居住国において平均寿命に差

「信頼関係」「持ちつ持たれつの関係」「社会とのつながり」などが寿命に関係していることが報告された

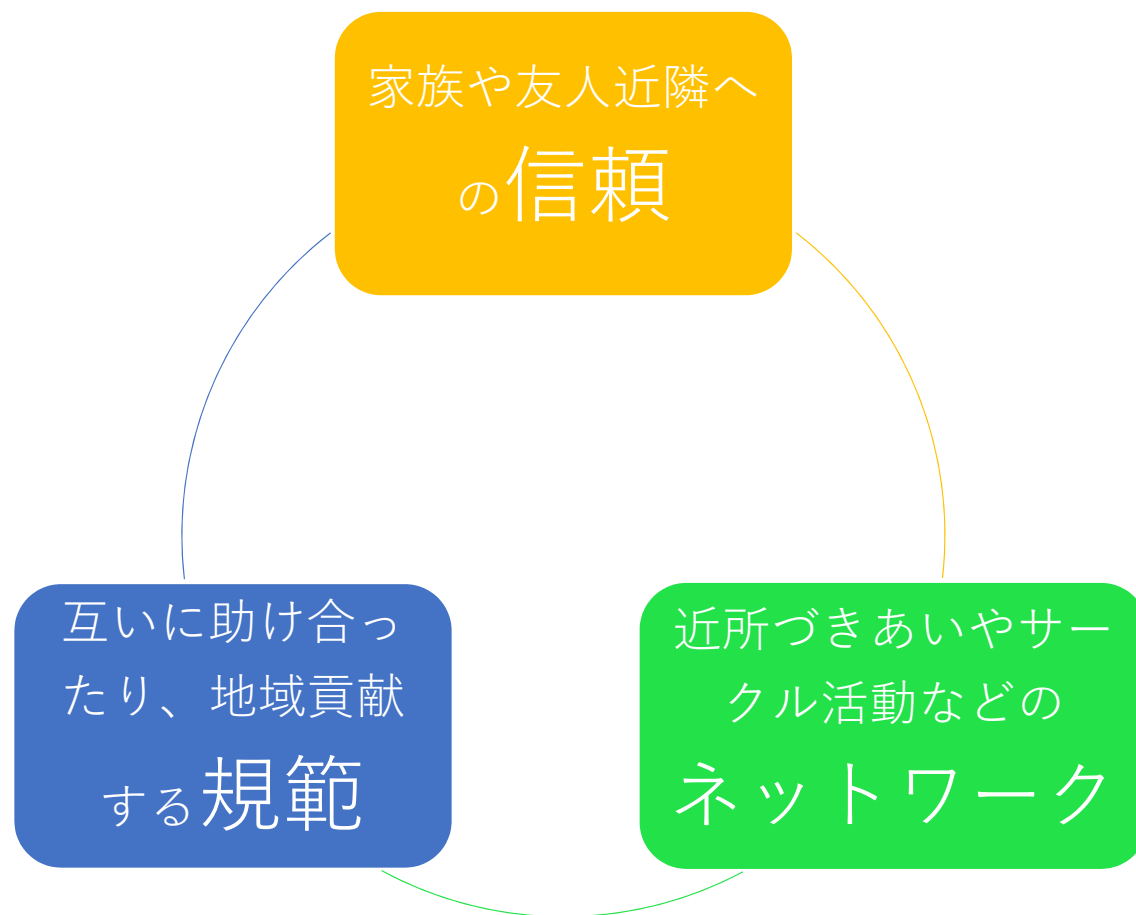
ソーシャルキャピタル

ソーシャルキャピタルとは

- 人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることができる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴
- 物的資本（Physical Capital）や人的資本（Human Capital）などと並ぶ新しい概念

（アメリカの政治学者：ロバートパットナムの定義より）

お互いさま、持ちつ持たれつ の関係 人と人との絆や社会のつながりがもたらす「力」



ソーシャルキャピタルを何で測るのか

アンケート方式による測定、評価

(例) カワチ等ソーシャルキャピタル尺度)

居住地区の印象、社会密着性、地域愛着性について質問

- ・住んでいるところは安全か
- ・助けと必要としたとき、近所の人には手を差しのべることをいとわない
- ・近隣同士は信頼できる関係である
- ・近隣同士は共通した価値観をもっている
- ・将来的にも今のところに住み続けたい などの質問項目に回答

1. つきあい・交流

2. 信頼

3. 社会参加 (社会密着性、地域愛着性)

ソーシャルキャピタルと健康課題

2003年 愛知県 男性6953人、女性7636人への質問調査

2007年 健康状態を調査

- ・ 男性759人、女性1146人が要介護状態
- ・ 地区別に発症の分布を割り出した

・ 不信度が高い地域において1.68倍の機能障害

ソーシャルキャピタルと健康状態は比例関係

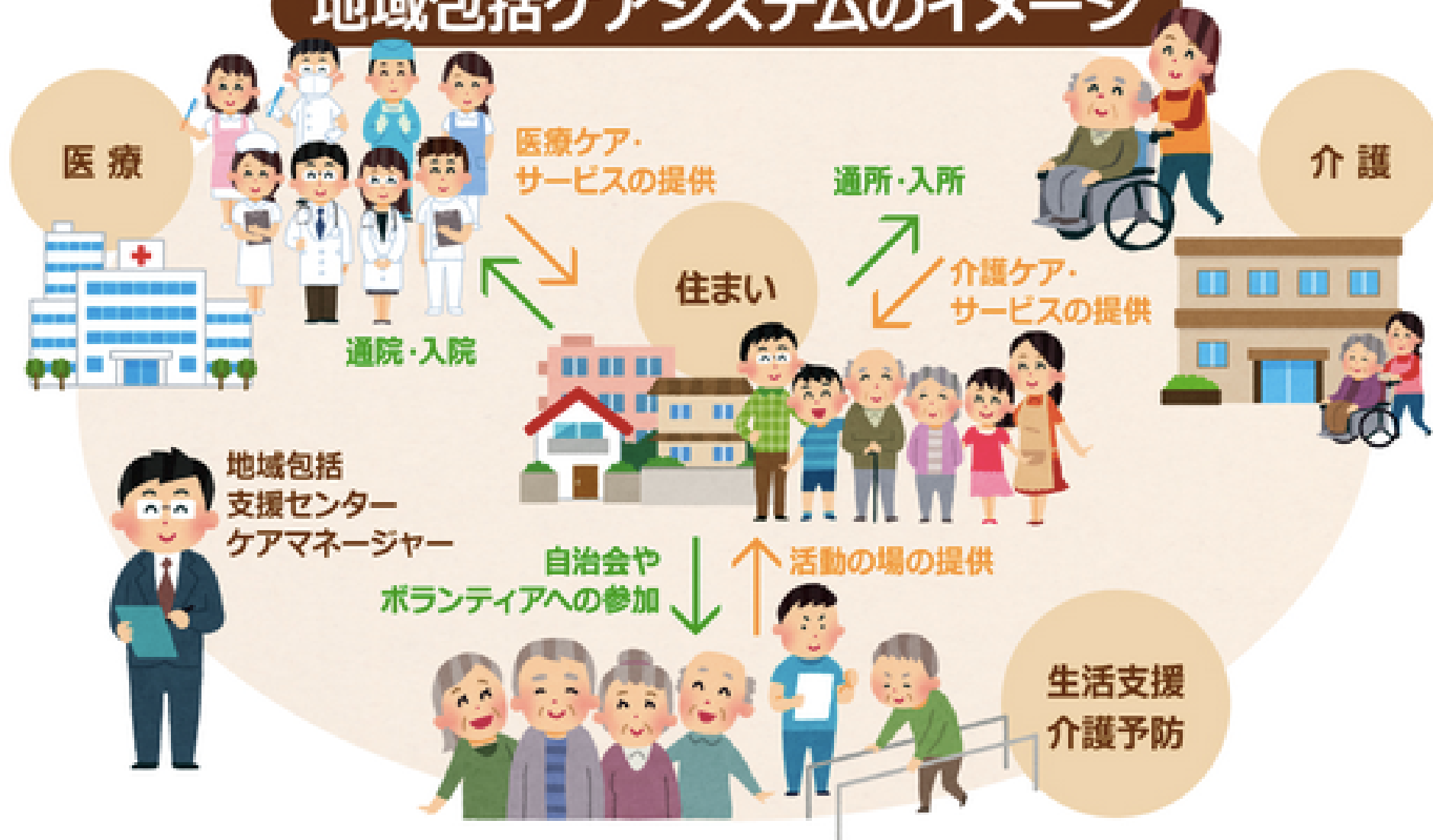
一方、失業率、犯罪率は反比例の関係

期待が掛かる地域包括ケアという形

地域包括ケアとは、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生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指すものである。



地域包括ケアシステムのイメージ



地域包括ケアが担う役割

高齢者が可能な限り**住み慣れた地域で最期をむかえることができる**ように支援



在宅療養・在宅介護、



在宅における看取り

60歳以上の高齢者：

54.6%が**自宅で最期を迎えたい**と回答
(内閣府：平成27年版高齢社会白書)

在宅での看取り 事例をもとに検討

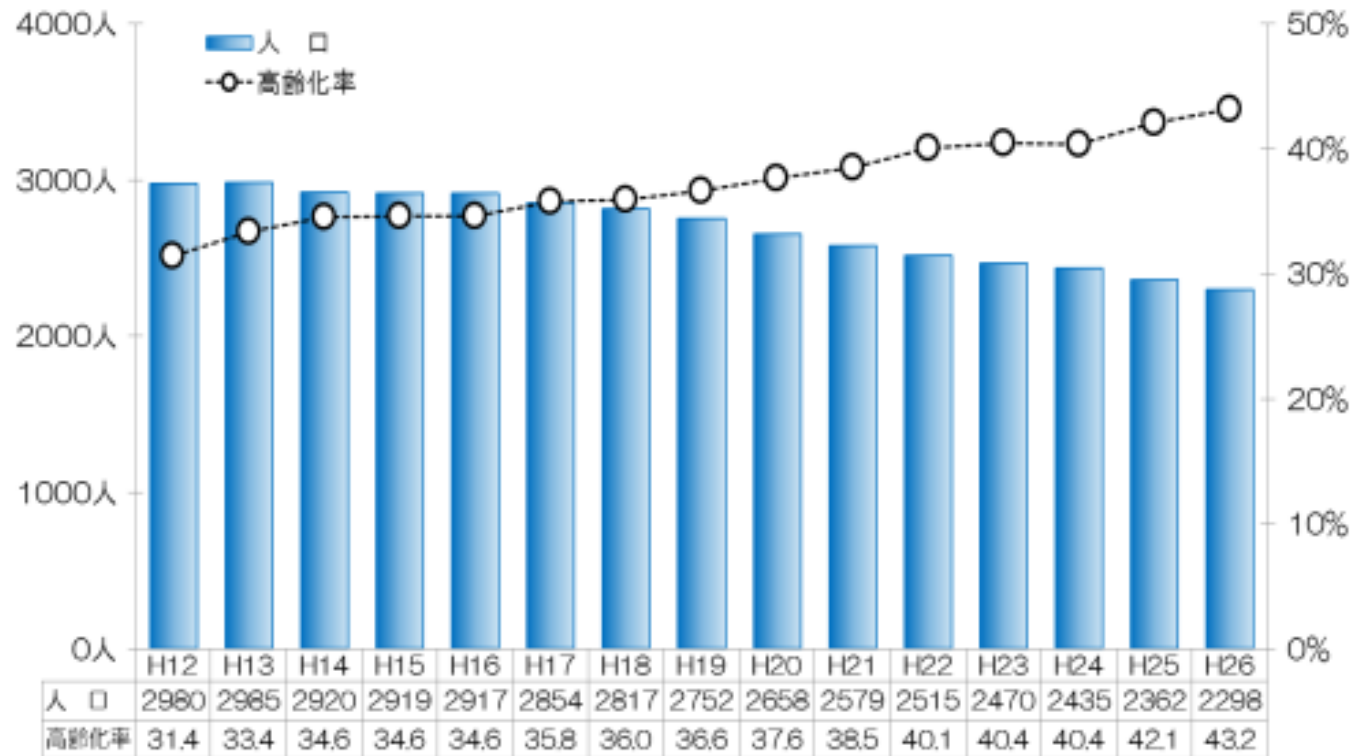
地域：岐阜県東白川村

人口：2,386

高齢化率：43.2

超高齢社会

人口と高齢化率の推移（基準：10月1日現在）



資料：岐阜県統計情報

地域包括ケアにおける終末期ケアマネジメント

終末期ケアマネジメントを効果的に行うために
必要なもの

- **医療連携**
- **家族のサポートのありかた**
- **関わる職種の役割**

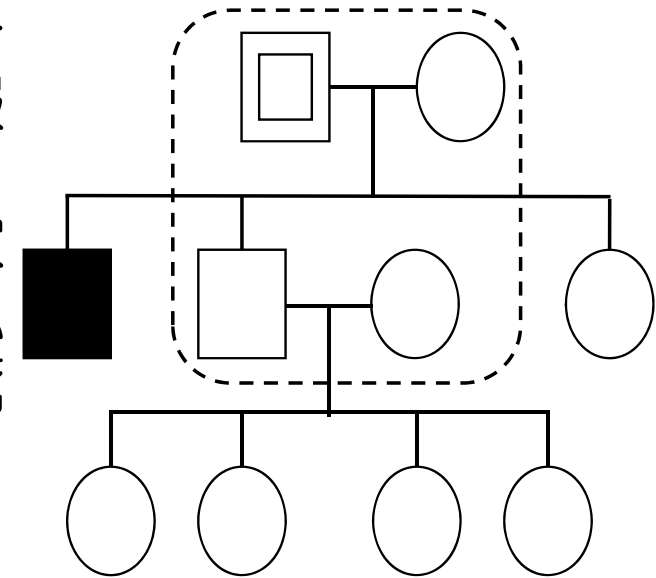
在宅での見取り（終末期ケアマネジメント）事例

家族構成：妻と息子夫婦の4人

病名：脳腫瘍

介護支援専門員の関わった期間：3か月

A氏はB病院に入院中、病状が安定したため退院を希望（年末）、B病院からC診療所への退院時情報が伝達できないまま関わりがはじまる。2カ月半後、病状が進行（けいれんと嘔吐の繰り返し）に家族が耐え切れず、D病院救急入院となる。家族は思いのほかこの入院が最期とは思わなかった。病院で死亡された。看取りの支援に後悔を残した結果となった。



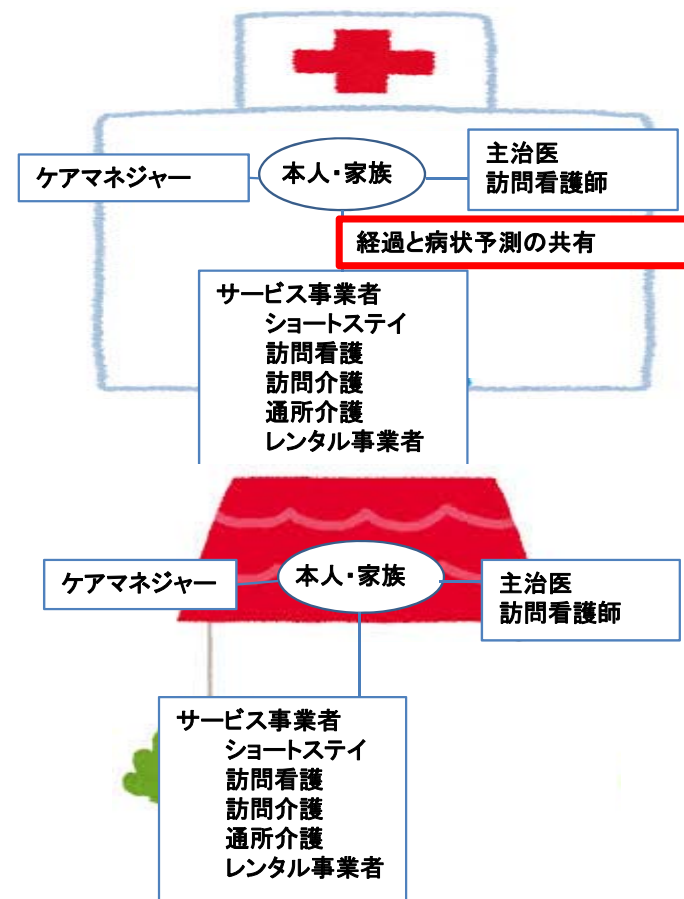
高齢者終末期ケアに求められるケアマネジメント内容 2項目について在宅看取りの阻害要因として検討

1) 一貫した方針で最後まで支援できる医療・福祉チームの確保

本人・家族の在宅の看取りの希望が医療機関に伝わらないなかでの入院
医療機関同士の不十分な連携

医療連携室の活用等、連携マニユアル化の必要性

サービス担当者会議
〈病院から在宅療養への支援〉



2) 看取り方の揺らぎへの柔軟な対応

在宅看取りを決定しても、介護疲れ・病状等での気持ちの揺らぎに対して、終末期ステージの進行に伴う医師の経過予測説明と確認

気持ちの揺らぎを支えること、看取りを後押しできる環境づくりがケアマネジメントとして重要な役割となる

