

第8章 看取りの体制・環境・文化づくり

- 1 変化する状態・状況に応じ、柔軟に療養場所や医療・介護等の選択ができる体制整備
- 2 地域で支え合う孤立させない環境づくり
- 3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

この章では、多様で柔軟な看取りの体制と環境が整備され、本人の意思決定を基本としつつ、家族等と十分に話し合いながら、住み慣れた地域で最期まで自分らしい暮らしを続けることができるよう、専門的人材の養成や医療・介護・福祉の連携、緩和ケアの充実等の施策の方向性について説明します。

第8章 看取りの体制・環境・文化づくり

1 変化する状態・状況に応じ、柔軟に療養場所や医療・介護等の選択ができる体制整備

この項目のポイント

- ▶ 在宅での看取り期を支える医療、看護体制の充実
- ▶ 施設（多様な住まい）における、看取りケアの支援
- ▶ 円滑な入退院の支援・調整など病院による看取り支援の充実
- ▶ 老いや病を抱える本人及び家族一人ひとりの身体や心などのつらさの緩和
- ▶ 多様な職種がそれぞれの場所で看取りの専門的なサポートができる人づくり
- ▶ 医療・介護・福祉の連携による多職種のチームづくり

【現状と課題】

- 京都府の年間死亡数は、2015年（平成27年）現在で約2万5千人となっており、2025年には2015年（平成27年）に比べて約6千人増加する見込みです。死亡場所別の割合では、病院が最も多く、8割弱となっています。（図表8-1、図表8-2）

【図表8-1 死亡数の推移（京都府）】

	2012年 (平成24年)	2015年 (平成27年)	2020年	2025年
府内年間死亡数（万人）	2.5	2.5	2.9	3.1

注 平成24年と平成27年の死亡数は各年の人口動態統計による。2020年と2025年は、全国数値（国立社会保障・人口問題研究所の推計）に、人口比（約2%）を乗じて算出。

【図表8-2 死亡場所別の死亡数・割合（京都府・平成27年）】

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他	計
死亡数（人）	19,493	68	365	1,513	3,639	417	25,495
割合（%）	76.5	0.3	1.4	5.9	14.3	1.6	—

注 厚生労働省人口動態統計による。

<在宅における看取り支援>

□ 看取り期においては、本人の状態の変化や家族の状況に応じて変化していく医療・介護等への希望に応じていくことが重要であり、それらの選択が柔軟にできる体制・環境の整備が必要です。

□ また、在宅の看取りにおいては、家族介護者の介護負担が課題であり、家族のメンタル面のフォローを含めた負担等の軽減が必要です。

<施設（多様な住まい）における看取り支援>

□ 特別養護老人ホーム等において看取り支援を積極的に推進できるよう看取りケアができる人材の育成や、看取り期の医療支援体制などの環境整備が必要です。

<病院における看取り支援>

□ 看取り期における円滑な退院支援・調整等を図るため、病院における多職種チームと在宅等のチームによる継ぎ目のない移行が必要です。

<緩和ケアの充実>

□ 全人的な苦痛に対する緩和ケアを行うことのできる医療・介護人材の養成や多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等、管理栄養士及び栄養士、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、介護職員、臨床心理士等）チームによる全人的苦痛に対するケアの充実が必要です。

<人材養成、多職種協働の推進>

□ 看取りに不可欠な専門的ケアについて、各領域で体系的な知識、技術等を修得し、看取りの過程に応じて専門性が発揮できる人材の養成と体制づくりが必要です。

□ 本人の状態や家族の状況の変化に応じて意思が変わることに留意し、その都度、可能な限り本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、最良の支援ができる人材の養成と早期から情報を共有し協働する多職種チームをつくっていく必要があります。

【今後の取組】

<在宅における看取り支援>

■ 在宅療養支援診療所や病院等の医療機関と訪問看護事業所の連携強化を図るとともに、看取り支援を行う訪問看護事業所の整備を促進します。

- 在宅での看取りにおける家族の不安を軽減するため、家族交流会の開催などピアサポート等の実施を推進します。
- 土日・夜間においても、在宅における緩和ケアに対応できるよう、薬局間の麻薬等薬剤供給管理システムの普及を促進します。
- 認知症リンクワーカーの養成や、本人の意思決定を家族とともに多職種が支援するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の理解促進等、専門職による本人・家族に寄り添った支援の充実を推進します。
- 故人の身体や偲びの時間への配慮等、死亡診断・検案をめぐる警察・消防と医療・看護・介護の連携を促進します。

<施設（多様な住まい）における看取り支援>

- 施設に勤務する介護職員等が看取りに関する認識を共有できるよう、看取り支援施設ガイドブックを活用した研修会を開催し、施設における看取りを促進します。
- 施設の配置医と地域の医師との連携により、看取り期における医療処置の充実を図るなど医療との連携による施設の看取り体制の充実を促進します。
- 施設における宿泊室の整備等、家族が看取り期に寄り添える環境整備を支援します。

<病院における看取り支援>

- 本人の状態や家族の状況に応じ、意思が変わることに留意して、可能な限り、本人による意思決定を基本とした上で、家族と十分に話し合いながら、円滑な退院支援・調整、相互の移行を図るため、病院における退院支援部門等（医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師等）と在宅チーム（かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネジャー等）及び施設との連携強化を促進します。

<緩和ケアの充実>

- がん診療連携拠点病院等における緩和ケア提供体制の充実を図るとともに、がん診療連携拠点病院以外の医療機関について、緩和ケアチーム、緩和ケア外来の設置を促進します。
- 精神的苦痛、社会的苦痛など様々な苦痛に対するケアのための相談体制等の充実及びボランティアの育成・連携を図ります。

＜人材養成、多職種協働の推進＞

- 看取りに関わる多様な職種が在宅・施設・病院において看取りのサポートができるよう、看取り期を支援するスタッフのリーダーとなる医師の養成をはじめ、歯科医師、薬剤師、看護師等、管理栄養士及び栄養士、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、臨床心理士、介護職員、施設関係者など、各職域の看取り支援に対応できる専門性を向上するための研修等を実施し人材の養成を推進します。

- 看取り期において必要な緩和ケア、栄養ケア、口腔ケア、エンゼルケア、グリーフケア等について、多職種間の協働及び環境整備を推進します。

2 地域で支え合う孤立させない環境づくり

この項目のポイント

- ▶ 高齢者の単独世帯や共倒れリスクのある世帯等の孤立死の未然防止
- ▶ 住み慣れた地域で看取りを支える意識を醸成し、ボランティア等インフォーマルサポートの担い手の育成・支援を推進

【現状と課題】

- 家族の協力体制や介護力が弱くなり、離れた家族との絆の再構築や家族介護者を地域全体で支え、看取りを支援できる体制や地域の絆の構築も必要となっています。
- 保健所、市町村、社会福祉協議会、NPO、企業等と連携した生活の支援や、家族の支援体制の充実を図る必要があります。

【今後の取組】

- 孤立死等の防止を図るため、高齢者の単独世帯、共倒れリスクのある世帯等介護力の弱い世帯や社会的孤立に陥りやすい高齢者等に対する地域の見守り体制の充実を推進します。
- 友愛訪問活動の担い手育成、地域のインフォーマルサポートのネットワーク化や講演会・ミーティング等により、地域での啓発を支援します。
- 介護休業の促進等による生活支援、企業や他業種の連携による看取りを支える取組等の実施を促進します。

3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

この項目のポイント

- ▶ *あらかじめ健康な時から老いや死に対し、考え、向き合える意識の醸成*
- ▶ *自分らしい人生・生活を最期まで送ることを支える意思決定の支援*

【現状と課題】

- 自分で判断できなくなった場合に備えるためにも、あらかじめ健康な時から、看取り期の医療や介護の内容、療養場所等の希望について事前指示書の活用なども含め、家族と話し合う機会を持ち、意識を共有しておくことが重要です。
- 意思決定及び意思表示に向けた支援は、患者や入所者、利用者と接する医療・介護スタッフ等が、看取り期の経過において、早期から意識的に行い、本人の意思や家族の意向を把握し、多職種が協働して自己決定を支援する体制の構築が必要です。

【今後の取組】

- 本人の意思決定を家族とともに多職種が支援するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の理解を促進するため、リーフレットを活用し医師、看護師、ケアマネジャー等の多職種や府民に対して普及啓発を実施します。
- マンガ、ラジオ等様々なメディアを活用し、府民が看取りについて考える機会を創出します。
- 看取りに関する府民講座を開催し、看取りへの理解を促進します。
- エンディングノートの活用等を通じて看取りを自分自身のこととして考える意識の醸成を推進します。
- 早期から、日常的に関わる医療・介護・福祉関係者の連携により意思決定を尊重し、支援できる体制づくりを推進します。