

4 介護老人福祉施設におけるターミナルケア

高齢社会が進んでいるなか、介護保険制度の定着に伴い、高齢者および家族の間では終末期ケアへの関心が高まってきている。病院において死を迎える従来のパターンから、居宅や介護保険施設、または中間的な施設で「看取る・看取られる」というように多様化してきている。在宅医療が進み、居宅におけるターミナルケアが一般的になりつつある現在、これらの施設においても介護療養病床の廃止や地域ケアの再編を踏まえ、ターミナルケアの確立が求められている。

現在国において、介護施設における医療提供のあり方が論じられている。ここでは介護老人福祉施設を例として課題を述べる。

● 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）におけるターミナルケアに関する現状

（1）認知症をはじめ重介護度の入所者が増えている

ターミナルケアも日々のケアの延長線上にあるという考え方もあるが、介護老人福祉施設における日々の医療ケア自体、医療従事者（配置医師・看護師）の負担が年々増大してきている。その理由として、従来からの入所者の介護度が増し、医療の必要性も増してきていることのほか、新規入所者についても認知症があり、重介護度の高齢者が増えている現状がある。

（2）在宅でできる医療が施設においても求められている

在宅医療が進み、かつ介護保険の導入などにより訪問看護の充実がはかられた現在、経管栄養、胃瘻、高カロリー輸液、点滴、酸素吸入、吸引、悪化した褥瘡の手当て、尿道留置カテーテルなどの処置は一般化されつつある。介護老人福祉施設においても、入所者および家族から、在宅においてできる医療ケアを施設内でも行うよう求められている。

介護老人福祉施設における医療処置としては、次のようなことが考えられる。

・床ずれ処置、爪切り、痰の吸引、酸素の吸入、経管栄養、点滴の抜針

- ・インスリンの注射投与、排便、人工肛門の処置始末、坐薬浣腸
- ・血圧測定、服薬管理、湿布・軟膏などを貼ったり塗ったりする行為
- ・口腔内のかき出し、食事療法の指導、導尿、留置カテーテル管理
- ・膀胱洗浄、排痰ケア、気管カニューレ交換、気管切開患者の管理指導
- ・点眼、耳掃除

これまでこれらはすべて医療行為とみなされ、配置医師、およびその管理下の看護師によってなされるべきものとされてきた。

しかしながら、介護老人福祉施設では入所者 100 人につき看護師が 3 人（夜勤は 0）と定められているため、十分なケアは事実上むずかしいものとなっていて、介護職がその一部を担わざるをえなくなっていることは前項で述べた。国は基準を上回る職員配置を加算で評価する方向にあるが、人材不足という問題は解決されていない。今後は医政局通知を踏まえて、施設内の安全管理体制を構築していく必要がある。

（3）入所者や家族のターミナルケアに関する要望が多い

入所者に対する治療は、原則として配置医師が行うものとなっているが、重介護度や医療ケアの必要性がある入所者を 50 人、100 人単位で管理することは、少数の配置医師ではむずかしい面がある。協力病院の手助けが大いに必要だが、頻繁の入院は、入所者および家族には負担が大きい。協力病院においても認知症を含め、重介護度の患者を敬遠する傾向もみられる。

このような現状で、入所者および家族から、施設内におけるターミナルケアを切望する声が多くなっているのも確かである。

● 介護老人福祉施設におけるターミナルケアへのかかわり方と問題

（1）職員の心がまえ

入所者および家族から施設でのターミナルケアを求められた場合、医師と全職員がその対応について十分話し合うことが必要である。ターミナルケア委員会をつくり、何ができて、何ができないのかを十分に把握し、その情報を全職員で共有することが大切である。もし対応が可能と

判断した場合、配置医師を中心に「この方がターミナルケアに移行してきているので、十分な注意が必要です」という共通の認識を全職員に持たせることが必要である。

(2) 家族とのかかわり方

次に、配置医師は家族に対して、インフォームド・コンセントを行う必要がある。入所者の状態についての説明のほか、延命を望む場合は入院治療もありうることや、それぞれの方法に関するメリット、デメリットを家族に説明し、同時に「これはむずかしい問題で悩まれるだろうから、すぐには返事をしなくてもいいです。よく身内で相談してください。また、相談して結果を決めても、それに縛られずに、変更の希望があればいつでも言ってほしい」と話し、その後、家族が総意として「自然なままで見送ってほしい」と言ったとき、初めてターミナルケア期という決定がなされる。

これらの話し合いには、配置医師 1 人だけでなく、看護師や施設職員の同席が望まれる。

(3) 居室環境について

介護老人福祉施設にも「個室ユニット」が整備されてきているが、ターミナルケアを個室で行うことに関しては、さまざまな考え方があるように思われる。大部屋で入所者仲間に看取られるという考え方がある一方、個室に家族が寝泊りしながら看取するという考えもある。介護老人福祉施設の「個室ユニット」化の流れの中で、重介護度の入所者が集まり、ミニ病院化された施設においては、医療と看護の両面で利用者個々に応じた対応が求められる。

(4) 職員配置の問題について

ターミナルケアを行う上では、配置医師および看護師に負担が重くのしかかる。現行の配置基準では、医療ケアの必要性が高まりながら、圧倒的に看護職の数が足りない。特に夜間、看護師が不在の施設では、ターミナルケアは困難と言わざるをえない。

(5) 制度上の問題について

配置医師の医療行為については、保険診療上、数々の制約がある。ターミナルケアについては、在宅のターミナルケアにおける保険診療上の手当ても希薄である。たとえば、「往診料」「在宅寝たきり患者処置指導管理料」「在宅末期総合診療料」など、ほとんどの指導管理料は保険請求できない。看護師の行う医療ケアにおいても、単独での行為を制約されている場合が多い。

2006（平成18）年4月の医療保険改定において、介護老人福祉施設で療養している末期の悪性腫瘍の患者については、在宅（療養）支援診療所からの指示に基づいた訪問看護療養費が認められた。

● 日頃からターミナルケアの検討・準備を

介護老人福祉施設における配置医師の役割は、現状でも多岐煩雑になっているが、それに加え、さらなる医療ケアの質の向上と量の拡大が求められている。

一方では、入所者およびその家族の要望として、病院での延命治療を求めないケースも増えてきている。不治、末期延命措置を拒否する「リビングウィル」の考え方も、高齢者に広がってきている。これらの流れから、介護老人福祉施設を「終のすみか」としてとらえ、施設内でターミナルケアを求められることも多くなることと思われる。

近くの開業医が介護老人福祉施設の配置医師になる場合も多く見られるが、ターミナルケアを要望される場合を予測し、日頃から配置医師を中心に、施設内で検討・準備することが必要である。

● 終末期ケア ～介護老人福祉施設内死亡への対応体制～ ●

2002（平成14）年度の医療経済研究機構の調査によると、入所者が施設内で亡くなることについての基本方針は、「原則として速やかに病院などに移すようにしている」が過半数を占めた。「原則として施設内で看取る」「特に方針はない」はそれぞれ約2割であった（図1）。入所者本人や家族から施設内で亡くなりたいとの希望があった場合は、約7割が「原則的に受け入れる」としている（図2）。

図1 介護老人福祉施設内死亡についての基本方針

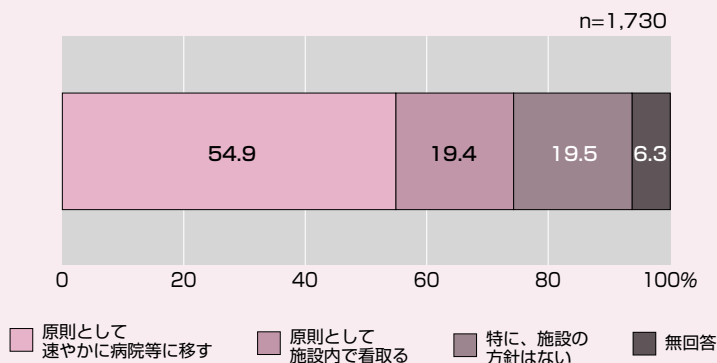
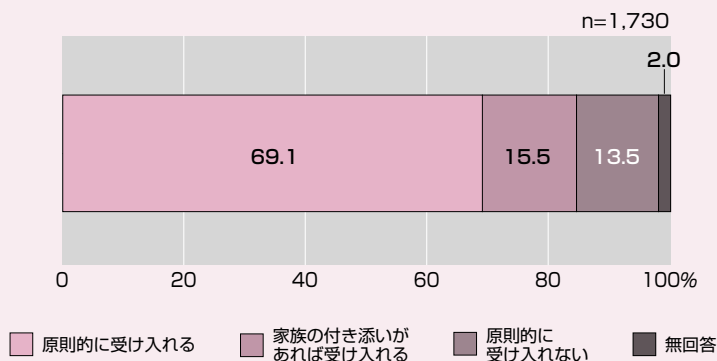


図2 希望の受け入れ



終末期ケアに関するガイドラインやマニュアルが「ある」施設は12.0%、「なし」が79.1%であった。職員間における終末期ケアのあり方に関する共通理解は、「あると思う」「ほぼあると思う」があわせて約3割であった。同じ設問に対する施設長の回答を見ると、「あると思う」「ほぼあると思う」があわせて6割と、職員の約2倍となり、両者の間に認識の差があることが明らかになった。

終末期ケアについては看護職、介護職ともに8割以上が関心をもっていた。施設内外の研修等への参加状況は2～3割程度であり、施設内の場合は「研修や勉強会は開催されていない」という回答が7割を占めた。

入所者の看取り経験が「全くない」施設長や職員（看護、介護）は、それぞれ25%程度いた。「5回以上ある」は看護職が45.8%、施設長が43.8%、介護職が31.9%であった。

入所者の看取りに立ち会うことについては、「どちらともいえない」がもっとも多く（看護職47.3%、介護職43.0%）、次いで「できれば立ち会いたい」が多かった（看護職28.8%、介護職27.0%）。看取り経験が多くなるほど回答が積極化する傾向が見られ、施設内の看取りは肉体的、精神的にも負担となる面があると考えられるが、職員にとっては積極的な意味をもちうる行為であることが示唆された。

※対象は、WAM NET 掲載事業者から3,000施設を無作為抽出した。

質問紙を用いた郵送調査であり、記入日時点の状況について回答を求めた。調査依頼状を同封し、調査の趣旨や、調査結果は統計的に処理することなどを伝えた。調査期間は2002（平成14）年11月22日～12月25日であった。

■参考文献

- 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究（平成14年度）」（財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構）

－資料－

ある介護老人福祉施設の事例より
介護老人福祉施設 看取りマニュアル（例）

1. 看取り介護の対象者

配置医師が、一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された入居者。

2. 看取り介護の計画

本人またはその家族などの同意を得て、看取り介護に関する計画を作成する。計画書については、別紙の様式を用いる。

3. 本人などへの説明と同意

医師、看護師、介護職、相談員などが共同して、週1回以上、本人または家族などへの説明を行い、同意を得ながら、看取り介護を行う。

4. 医療機関などへの情報提供

医療機関などに入院した後も、本人などに対する情報提供を行う。

5. 看取り介護加算

80 単位／日（死亡日以前 4～30 日）

680 単位／日（死亡日の前日・前々日）

1,280 単位／日（死亡日）

注1 死亡日以前 30 日を上限。退所日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

注2 重度化対応加算は廃止する。それに併せて、看取り介護加算の算定要件の見直しを行う。

この指針は、平成〇〇年〇〇月〇〇日より適用する。

看取り介護計画書（ 様）

計画日	平成 年 月 日 () 記録者：
話し合い 参加者	
ご家族などの 連絡先	①氏名： 続柄： TEL：
	②氏名： 続柄： TEL：
	③氏名： 続柄： TEL：
医師の診断	
本人やご家族 などの希望	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事・水分を充分に取ることができなくなった場合、無理に介助することなく、ご本人のペースで援助させていただきます。 ・ 吐血・嘔吐など、急性期症状を発症した場合は、救急搬送させていただきます。 ・ 疼痛が緩和されない場合は、協力医療機関などに入院していただく場合がございます。 ・ 息をしていないなど、ホームから連絡がありましたら、ご家族は速やかにホームへお越しください。お付き添いをお願いします（深夜の場合もでございます）。 ・ 夜間や祝祭日など、医師がホームに来られない場合があります。そのため、死亡確認が翌朝などになる場合がございます（死後の処置は、死亡確認後になります）。 ・ 医師がホームに来られない場合は、協力医療機関などへ救急搬送する場合がございます。その際は、本計画書を医療機関などに情報提供いたします。なお、監察医による検死が入ることがあります。

看取り介護計画に同意いたします。

平成 年 月 日

入居者氏名 _____ 印（署名代行： _____ 続柄： _____）

ご家族等氏名 _____ 印（続柄： _____）

_____ 印（続柄： _____）