

要な状態」ということができるのではないだろうか。

高齢者の終末期をめぐって1998年、横内正利氏、石井暎禧氏と広井良典氏との間で行われた「みなし末期」と「死の医療化」論争の焦点は、横内、石井氏らが「高齢者に対する医療の実力を低く見積もってはいけない」というのに対し、広井氏は「人間の苦悩やその救済への援助は医師主導の医療が行うことに限界がある」との主張を行った点にあったらう。

横内、石井氏への違和感は、医療の実力についての信頼があまりにも強いことである。両氏の医療的実力を疑うものではないが、我々を含む医師の医療的実力が通じない、あるいはもっと重要なことは、そもそも対応不可能な多くの領域があることを考えないではいられない。そして、意図的か否かは別として、このような援助技術をもたない、あるいは援助に不向きな医師が多数いることも事実であらう。

広井氏への違和感は、「死の医療化への深い疑問」という聞こえのよい命名についてである。以前イヴァン・イリイチは日本語訳「脱病院化社会」という書物を著し、現代人が病院という時空間に虜になっている状況をセンセーショナルに暴こうとした。医療側は自らが撒き散らしている幻想を自覚しておらず、人々は取り込まれていることによって失うものに無自覚である。問題なのはこのような指摘は次のような結果を生むことである。医療側は「人々が(あるいはこのような書物に煽られた一部の知識人が)医療の実力をわかっていない」と問題を一向に省み

ず、一般の人々は「医療は傲慢である」と真に悩める病人を省みずただレッテルを貼り、両者間の不信感を増すだけだろうという点である。

横内、石井、広井氏らが全く触れていないのは、医療の中の多職種の役割と医療チームの重要性である。特に、高齢者医療では、その中心的な職種は看護師であらう。その理由は、看護の役割は患者の症状観察と快適な環境の提供にあるからである。どんな年齢の患者にとっても快適な療養環境というのは重要であるが、そのような配慮は慢性疾患と生活機能の減弱を特徴とする高齢者にとって大きな恩恵である。

2. 地域で生き、地域で死ぬ

一昔前まで、家の畳の上で死ぬことは特筆されることでも特に珍しいものでもなかった。往診してくれる医師に座布団と手洗いの水が入った洗面器、タオルが用意されている横で病人が床に伏せているという情景が浮かんでくる。しかしながら、医療機関の多い都市部や中核病院を持つ地域では圧倒的多数の病人は病院のベッドの上で死ぬ。これには二つの理由がある。第一に、近代的医療機器と治療手段を備えた病院で医療を受けながらも治療が奏効せず死を迎えることは、家族として精一杯やってあげたという充実感を持つことができ、肉親を失った喪失感を埋めてくれるに十分であった時期が、間違いなくあったし、今も人々を捕らえるに値する理由となっていることである。第二に、病人からしても、治る病なら治りたい、という当然の願いは在

宅にいてはとうてい実現し得ない以上病院に入院し続けることは疑いを入れないことのようにみえる。

2003年に行われた「終末期医療に関する調査」においても、希望する最期の場所は、医療職の半数が自宅での最期を希望したのに対し、一般の人々の八割近くが病院を選んだ。その背景には、家族への介護負担を考慮した冷静な現実的選択がある。医療職は必ずしも病院が最後の場所として望ましいところではないと思っているが、一般の人々は現実を見ればそれ以外考えにくいことを示している。消去法による選択のようにみえる。

実際、このような病院での死に対して本当にそれでよいのだろうか、という声は強まってきている。その一つは、現代の病院中心の医療に対する疑問である。近代的科学技術を基礎とする現代医療は、診断と治療においてその実力を発揮してきたけれども、人間の苦悩への対処には大きな力を注いでこなかった。QOLが重視されるようになった所以である。

もう一つは、死期の予想が困難な中で、長期にわたる入院生活が強いられるという現実に対しての苦痛と不満である。患者自身も家族も治癒が適わないということを確認しつつも、希望を捨てきれず長期間の入院を耐えた。これに対しては、すでに国の厚生政策レベルで長期入院への医療費抑制、在宅療養支援体制の拡大や介護保険の創設という大きな転換が行われた。ここ数年、希望すれば、以前よりもはるかに在宅療養がしやすくなっている。

3. 老年科医と訪問看護師の協働

不自由さの空間である病院から離れて地域での高齢者の終末期のあり方はどのようなものがよいのだろうか。もちろん、病院における医療のあり方も大きく変貌しており、安寧と快適さの革新が行われつつある。しかし、在宅の自由さに勝るものではない。そのあり方には現在いくつかの視点と課題がある。

I. 独居高齢者が急増しており、多様な住まい方、新たな地域づくりが取り組まれ始めている。

II. フォーマルサポートの実情は地域差、経済基盤などの要因で異なっているが、老年科医と訪問看護師の協働を核としたチームの関与が必須である。老年科医は病気や障害による生活機能の全体像を把握する手法に慣れており、訪問看護師は心身の快適さの追求を得意とするからである。

III. ただし、このチームによる医療は“通常の医療”、限定的な医療である。“通常の医療”とは手技が簡単で明らかな効果があり、比較的安価な医療をいう。(橋本肇: 高齢者医療の倫理、中央法規、2000)

IV. そして、医療は療養生活に常に寄り添うべきであるが、全面に出るべきではないと思われる。医療職を信頼することは大切であるが、自由な空間を支配しないような特別の配慮が肝要である。

V. もっとも求められていることは、このような終末期のあり方を自分自身が望んでいることを高齢者が明示することである。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステム構築に関する研究（H15-長寿-019）

Ⅲ-3. 痴呆性高齢者グループホームが経験したターミナルケアの取り組み
Terminal Care for the Elderly with Dementia at Grouphome Setting

分担研究者 村嶋幸代 東京大学大学院医学系研究科地域看護学 教授
山本則子 千葉大学看護学部訪問看護学 助教授
永田智子 東京大学大学院医学系研究科地域看護学 助手
高橋龍太郎 東京都老人総合研究所 看護・ヘルスケア部門 参事研究員
研究協力者 小林小百合 東京大学大学院医学系研究科地域看護学（主担当）

研究要旨：

痴呆性高齢者グループホーム（以下GHとする）で看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されたのかを明らかにすることを目的に、GHで看取りに至ったターミナルケア実施経験のあるGH管理者7名にインタビューを実施した。インタビューはテープに録音し、逐語録を作成した。継続的比較分析を中心とした質的分析を行った。その結果、GHにおけるターミナルケアとして「ターミナル以前からの、なじみ深い生活を最期まで提供する」「心身の機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する」「状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する」「最期までケアの計画・実施のために家族と協働する」という4つのカテゴリが生成され、さらにこれらのカテゴリを関係づけるコアカテゴリとして「家族とともに、機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を守り抜く」が生成され、3つの側面のケアと家族との協働によって看取りに至るGHでのターミナルケアの姿が浮かび上がった。

緒言

痴呆性高齢者グループホーム（以下GHとする）は1980年代にスウェーデンで始まった痴呆性高齢者に対する新しいケア形態¹⁾²⁾³⁾である。GHは家庭的な環境下で、痴呆をもつ高齢者が介護を受けながら、その能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことを目的としている。5~9名の少人数で共同生活を送るため、なじみの関係が形成されやすいという特徴を持つ⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

我が国でのGHは1990年代に先駆的な事業者によって導入され⁷⁾⁸⁾、2000年に施行された介護保険制度で痴呆対応型共同生活介護として位置づけられた。入居条件は「要介護者であって痴呆の状態にあり、共同生活を送るのに支障がないこと」⁹⁾である。

GHは痴呆介護の「切り札」²⁾として期待され、様々な困難を抱えて在宅介護する家族¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾も利用したい介護サービスとして期待を寄せている¹³⁾。こうした背景を受けてGHは年々急増し、2004年11月現在5,959事業所によって運営されている¹⁴⁾。

痴呆は、その原因となる疾患により経過に多少の違いはあるが、徐々に重度化し¹⁵⁾、アルツハイマー

型痴呆に限ってみると、その余命は発症後平均8.5年とされる¹⁶⁾。GHの入居者は痴呆の発症後ある程度経過してからの入居であると考えられるため、平均余命を考えると多くのGHが入居者の重度化と死という課題に数年のうちに直面すると予測される。

杉山ら¹⁷⁾は、GH管理者の多くはGHでのターミナルケアを前向きに考えてはいるが、実際に看取りに至ったGHは少数であったこと、また、退居基準として「著しい精神症状・行動障害」「経口摂取が困難」「寝たきり」をあげたGHが多数存在したことを報告している。この結果は、GHにおけるターミナルケアが容易ではないこと、ターミナル期に入った痴呆性高齢者はGHの対象となっていない現状を示している。

また、厚生労働省による基準省令⁹⁾では、GHに対して人員に関する基準の他、協力医療機関等の確保、外部評価等を義務づけている。しかし現行のGHでは訪問看護の利用に制限があることやターミナルケアに対して介護報酬がつかないこと等、ターミナルケアを想定した制度にはなっていない。

GHに関する先行研究には、GHの住環境の効果や影

響¹⁸⁾19)²⁰⁾の他、実施されたケア項目と入居者の心身の変化をみたもの²¹⁾があるが、GHでのターミナルケアに関しては1件²²⁾のみである。この報告は、GHから他の介護施設への転居が痴呆の重度化に影響したという事例から、GHにおけるターミナルケアの必要性が述べられている。

GH入居者の重度化や痴呆性高齢者ケアの観点¹⁸⁾からも、GHでのターミナルケアが求められており、GHでより質の高いターミナルケアを受けることが選択肢の1つとして加えられることは、痴呆性高齢者や家族にとって意義があると考えられる。

そこで本研究は、今後ターミナルケアに取り組もうとするGHのケア実践への手がかりを得るために、GHで看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されていたのかを明らかにすることを目的とした。

方法

1. 研究デザイン

本研究は、GHで看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されたのかについて記述的に明らかにすることを旨とし、質的記述的研究とした。

2. 研究参加者及び選択方法

入居者がターミナルとなり死亡するまでGH内でケアを実施した経験をもつGH管理者（以下GH長とする）を研究参加者とした。

GH長は、管理者としてGHの運営に関わる意思決定を行い、家族や医療機関等との対外的調整を行うと同時に、入居者に対してはスタッフと同様にケア提供者としての役割をもつ。より多角的な視点でGHにおけるターミナルケアを語るができると考え研究参加者とした。

GHにおけるターミナルケアについて、実施総数やGH名などの実態は公表されておらず、該当するGHを特定し、研究参加者を得ることは容易ではない。そのため、機縁法であるSnowball sampling²³⁾によって研究参加者を得た。併せて、首都圏の2つのGH連絡会に加入しているGHに対し、文書で協力を依頼した。紹介または連絡を得た12名のGH長のうち、条件に合い、亡くなった入居者の家族の同意が得られた7名を分析対象とした。また分析対象となったGH長1名、対象外のGH長1名から、ターミナルになり病院で死亡した入居者についての情報が得られたため、分析の参考とした。

3. データ収集方法および調査期間

インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを2003年12月～2004年10月に実施した。

インタビューガイドは、入居者が入居してから亡くなるまでの経過、ターミナルケアに関するGH長の認識、実施したケア、評価などについての質問項目から成る。インタビュー内容は、研究参加者の許可を得てテープに録音し、逐語録にした。また、GHの記録物から補足情報を得た。

4. データ分析

グラウンデッド・セオリー法²⁴⁾25)²⁶⁾を参考に、内容の継続的比較を中心とした質的分析を実施し、インタビュー内容をまとめた。

逐語録をデータとし、まず全体的な内容を把握した。次に、「入居者のどのような様子からターミナルだと認識したか」「ターミナルケアとして実施されたケアは何か」「ターミナルケアの実施はどのような経験だったか」について語られた部分を選択し、その内容を端的に表すコードをつけた。複数のコードを比較し、その類似性と相違性を検討しながら分類した。分類の際、全体の文脈から逸脱しないよう、逐語録を読み返して確認した。分類ごとにさらに抽象度の高い命名を行い、カテゴリを生成した。

分析に際しては、痴呆性高齢者に関する研究分野で質的研究手法に精通した研究者のスーパービジョンを受けた。

5. 倫理的配慮

東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

事前に研究者がGH長を訪問し、本研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利について説明を行い、同意書に署名を得た。その後、GH長から亡くなった入居者の家族に対して、研究者が準備したGH長による事例開示に関する説明文書を郵送してもらい、家族が署名した同意書が研究者に返送された後、GH長へのインタビューを実施した。

6. 用語の操作的定義

本研究では、GH長のターミナルケアに関する認識が、実施されたケアに影響したと考え、以下の用語について操作的定義をおこなった。

- ・ターミナル：死が迫っている状態。
- ・ターミナル期：GH長によって、入居者に死が迫っていると認識されていた時期から、入居者が死亡するまでの期間。
- ・ターミナルケアターミナル期に、入居者に直接・間接的に実施された援助
- ・看取り：GH内で入居者の死亡を見届けること。

結果

研究参加者となったGH長7名、GHおよび、語られた入居者10名の概略を表1に示す。GH長のうち4名は看護師、3名は介護福祉士であった。GHは、開

設から平均 5.9±1.5 年経過していた。入居者の平均年齢は 86.2±9.2 歳、平均入居期間は 48.3±26.4 月であった。入居者のターミナルの発生は、痴呆の進行および加齢による自然経過の中で起こった場合と、重篤な疾患が発見され医師から宣告された場合とがあった。

本研究では、GH 長がターミナルと認識した入居者の変化に対応して、GH で実施されたケアを中心に分析した。その結果、GH におけるターミナルケアとして「ターミナル以前からの、なじみ深い生活を最期まで提供する」「心身の機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する」「状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する」「最期までケアの計画・実施のために家族と協働する」という 4 つのカテゴリが生成され、さらにこれらのカテゴリを関係づけるコアカテゴリとして「家族とともに、機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を守り抜く」が生成された(表 2)。

以下、生成されたカテゴリに沿って説明する。引用データは縮小文字で表記した。ID は表 1 の GH 長 ID もしくは入居者 ID と対応している。なお、データ中の () は研究者による注釈である。

1. ターミナル以前からの、なじみ深い生活を最期まで提供する

ターミナル期に入った入居者は自分の身体的変化を適切には認識できずに混乱し、徘徊などの周辺症状も出現していた。GH 長は入居者が安心して過ごせるように、生活環境と人間関係を通してなじみ深い生活を提供していた。こうしたケアは、入居者の病状が徐々に悪化した時点でも継続して行われた。

1) GH で慣れ親しんできた生活環境を提供する

GH 長は入居者の食欲の低下を、ターミナル期に入った変化として感じ取っていた。入居者が少しでも食べたいという気持ちになり、安心して食事ができるように、GH 長は入居者の好物を食卓に出したり、いつもの時間と場所で、いつものメンバーと一緒に食事を提供していた。こうした慣れ親しんだ物、時間、空間、人といった生活環境の提供は、主に食事の場面を通して行われていた。GH 長は入居者に痴呆の悪化や身体症状があらわれて食べられない場合でも、いつもの食事の雰囲気を楽しむように工夫していた。

…お食事のテーブルに、見かけはおいしそうにしていると、食べようって言うけど、やっぱりオエツときちやって、もう嘔吐なんですよ。で、嘔吐の場面が他の人に見えないようなテーブルを選んで、彼女に夕飯だよっていう雰囲気だけは一緒に体験してもらおうとする努力とか…(ID4-1)

また、折々の年中行事では行事食を準備して季節感を演出し、入居者にターミナル以前と同じ様に楽しむ機会を提供していた。

2) なじみの人間関係を良好に保つ

GH 長は、入居者にとってなじみの関係の最たるものは家族だと認識していた。入居者は様々な経緯で GH に入居し、また家族も、GH をケアの場として選択するまでの経過や家族構成、健康状態等様々な事情を抱えていた。また GH 入居に対する家族の思いも様々であった。GH 長は、個々の事情をふまえた上で家族に働きかけ、入居者が家族と十分に交流できる機会を作っていた。

入居者に対しては、食事などに誘う際、以前から仲の良かった他の入居者やスタッフを配したり、入居者がなじんでいた言葉や反応しやすいタイミングを思い出してコミュニケーションをとっていた。

GH 長は、入居者にとってともに生活してきた他の入居者の存在もなじみの関係を保つ上で重要だととらえていた。この関係を良好に保つために、GH 長は入居者と他の入居者との直接的な交流を促したり、見守ったり、場合によっては接触を避けるなどの調整をしていた。

…(入居者が)起きてきているときに、仲良かったばあちゃんは何も言うわけじゃないけど、(入居者の)手握っていたりとか…。それは本当にごくごく自然にあった。(中略)(私たちが)あえてしなくても、お年寄りに私ら助けられたし…(ID7-1)

また、他の入居者への影響を配慮して、皆で集まるときの席の配置や、入居者がどの程度参加するか等、なじみの人間関係を良好に保つために、入居者の空間的・時間的な居場所の調整を行っていた。同様の観点で、GH 長は面会に来た家族と他の入居者との関係など、入居者が直接関与しない人間関係も、GH 全体の雰囲気や心地よいものであるように配慮していた。

2. 心身の機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する

GH 長は、入居者に起こっている心身の機能の変化を予測し、見極めることで、入居者の機能低下を最小限にとどめて、残存能力を発揮できるようにケアしていた。

1) 機能低下を入念に見極める

GH 長やスタッフは、まず自らの五感を通して入居者の些細な変化を感じ取っていた。こうした感覚的な気づきは入居者の変化に対する注意を喚起し、その後の詳細な見極めに繋がっていた。

夜眠らないとかですね、食事があまり進まなくなるとか、…あと尿が少なくなって膀胱炎のサインで臭いが出てきた

たりとか、痛がったりとか、…そういうことから一寸注意しななきゃいけないかなって…(ID3-1)

次に、GH長は日々の生活の中で食事や排泄等をケアしながら入居者の変化や残存機能を入念に見極め、ターミナルのステージが徐々に進行しつつあることを認識していた。痴呆性高齢者のターミナルがどのようなものか情報が少ない中で、GH長はステージが進行したときの身体的変化に伴って痴呆の症状がどのように変化するのかを懸念していた。

(適の) 転移が進んだときに痴呆と一緒にどうなるんだろうとかね。(中略) だけれど、目の前で食べれず確実に細くなっていくのが見に見えるから、ああ、ほんとに最期の日が近づいて来ているってこともわかるし。(ID4-1)

2) 最期の時まで残存機能を生活の中で発揮してもらう

GH長は、入居者の低下した機能を適切なケア方法で補っていた。例えば咀嚼や嚥下機能が低下していれば、刻み食やとろみをつけるなど食事の形態を工夫したり、1回量を調節して時間をかけて食事を介助していた。また、痴呆の悪化により食事方法がわからなくなった場合はスタッフがモデリングしたり、他の入居者の食事の様子を見せて、食事を促した。また、入居者の立つ、歩く、姿勢を保持する等の運動機能に合わせて、手引き歩行で介助したり、車椅子を使用していた。

一方で、GH長は、生活の中で入居者に残存機能を十分に発揮してもらう機会をつくっていた。GH長は入居者の身体面の残存機能を生かすだけでなく、例えば心理的には、往診医の協力を得て往診時にもゆったりとした雰囲気をつくり、入居者が自分らしいコミュニケーションのとり方が発揮できるようにしていた。

…お元気な頃のユーモラスな面が、寝た切りでも発揮されていたんです。(往診医に)「いい男だねえ」とか。先生が一寸マスクしてくると(中略)「私が見舞いに行かないとそんなことになるんだねえ」とか言って、どっちが病人だねえかと思うようなこと…(ID4-1)

またGH長は、入居者の自発的な行動を制限せずに見守ったり、入居者が自らの希望や意思を表出したときは出来るだけ叶えられるように家族や医師、スタッフと実現に向けて調整していた。こうした入居者の意欲を生かすケアは、可能性を制限しない反面、身体症状の悪化や転倒などの事故発生の危険性を孕んでいる。そのため、考えられる危険性への対策を講じた上で、GH長は「覚悟」して、あるいは「腹を決めて」ケアに臨んでいた。

(腎不全末期の状態である入居者が)1回だけビールが飲みたいって。先生に電話かけて良いでしょうかって言ったら、

そりゃあもう本人が飲みたいって言ったら飲ましてあげて良いって。小さい缶で2口くらいかな。今まで結構晩酌してたから。(ID2-1)

3) 予測される機能低下への対応策を手配する

入居者は徐々に機能低下していくが、個々の入居者に残された期間や出現する症状は異なる。GH長は医師による予後の判断を参考に、予測される緊急事態に対応するためのマニュアル作成、夜間応援体制の整備、必要になりそうな物品の調達等のハード面と併せて、スタッフへの教育や心理的サポート、スタッフの増員や配置の検討といったソフト面の両面で、予め対策を練っていた。

3. 状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する

GH長は、ターミナルケアには往診医や訪問看護といった医療者によるサポートが必須であると認識し、その確保に努めていた。GH長は予め、入居者にとってどのような終末期医療が望ましいか、GHで実施するには何が必要かを医療者と十分に検討していた。GH長は実施の段階で、医療者を補助し、入居者にとって望まれる終末期医療を万全に活用することに尽力していた。

1) ターミナルケアに取り組むパートナーとして相応しい医療者を選択する

GH長は、GHでのターミナルケアと一緒に取り組んでくれる往診医を確保することに着手していた。GH長は、通常時の健康管理に比べ、ターミナル期では入居者の急変も予測し、医師との連携をさらに緊密にとる必要性を認識していた。そのために、GH長は往診医に対して、物理的な近さ、24時間対応可能な連絡体制を求めている。また、GH長が介護福祉士の場合、GHを理解してくれているか、熱心に取り組んでくれるか、といった医療者の姿勢をパートナーの条件としていた。

(GHでは) 集団の中で生活しているから、(医師は)周りのことも出来れば気を遣って、往診してもらおうときでも、気を遣って入ってもらって。…(中略) 本当にわかって、そのGHっていうのをわかってもらった上じゃないと無理なのかなって…(ID2)

一方、GH長が看護師の場合は、ターミナルケアに対する考え方が同じ医療者であることを求めている。

簡単にすぐ入院っていうふうと言われるような、そういう先生はもう拒否したかったんですね。(ID1)

条件に合う往診医を確保するために、既存の協力医療機関や、母体となる法人の枠を超えて相応しい医師を捜す場合もあった。またGH長は、こうした条件を往診医だけでなく訪問看護に対しても求めている。

GH 長は、医療者の GH 訪問時の様子から、自分が選択した医療者がふさわしいかを評価していた。医療者が GH 長の考える条件に合わなかった場合、GH 長はその利用を見合わせるという対応をとっていた。

2) 予めどのように対応していくか、医療者とコンセンサスを得ておく

GH 長は、入居者にどのような症状が出現したら医療者に連絡するか、GH 内で何らかの治療や処置を行うか、どの様な場合に病院に行くかなどについて、医療者とのコンセンサスを得ていた。その上で、入居者に予測される症状や経過への対応策を講じていた。

また、家族への病状説明やスタッフへの指導など、医療者に担ってもらった方がよいと GH 長が判断した場合は、予め医療者に依頼していた。

3) 症状が出現したら即座に医療に結びつける

GH 長は入居者が症状を訴えたり急変した場合は、すぐに往診医に対応を依頼していた。協力病院が近くにある GH では、入居者を車椅子にのせ外来を受診したり、場合によっては救急車の利用を検討していた。

また、往診や受診ではなく電話による連絡や相談という方法もとられていた。症状管理のために、入居者に点滴が持続して行われる場合には、GH 長は医師、家族と相談し、直ちに訪問看護を利用していた。ただし、GH 長は制度上訪問看護の利用可能な期間が限られていることに対し、医療が必要な時に必要なだけ受けられないことを不便に感じていた。

4) 医療が十分に機能して役割を果たすように補助する

GH 長は、医療者に期待する終末期医療としての役割を果たしてもらうために、GH 内において可能な限りの協力体制をとっていた。医療者の指示の有無にかかわらず、GH 長は観察や記録を通常時より詳細に行い、得られた情報を医療者に提供していた。GH 長が介護福祉士の場合は、この情報提供をより頻繁に行っていた。

やはり、その訪問看護の方に(入居者の)皮膚の状態とか、日中の状態とかは、何かあったら逐一伝えてました。(ID6-1)

GH 長が看護師である場合は、観察や記録をシステム化したり、スタッフの観察力や観察技術を向上するための教育なども行われていた。

入居者の症状管理のために点滴が行われた場合は、GH 長はスタッフや顔見知りのボランティアなどの人員を動員して、入居者が不安で混乱し自分で点滴を抜いてしまうなどの危険な行動をとることがないように、誰かが側にずっと付き添えるように工夫し、治療・処置が遂行されるための補助を行っていた。

また、医療者から飲水量の目安や、入浴等の負荷のかかる行動を控えるといった生活上の指示が出される場合もあった。GH 長は入居者の症状が過度に悪化することのないよう、こうした生活上の指示を守る努力をしていた。

4. 最期までケアの計画・実施のために家族と協働する

家族は、痴呆をもつ入居者に代わり、どのようなケアを受けるのか、治療を受けるか否か、または入院するかなど、重要な意思決定を行う役割も持っていた。GH 長は入居者をケアするために最も重要な存在として家族を位置づけ、積極的に家族に関わり、協働していた。

1) 入居者の状態をその都度家族に連絡し、家族の意向を確認する

家族が入居者に代わって十分に検討した上で意思決定することが重要だと考え、GH 長は入居者の症状や状態の変化をその都度家族に伝えていた。さらに、事実として目に見える情報だけでなく、GH 長は、入居者がターミナルであるという判断も家族に伝えていた。「そろそろ考えた方がよい」という時期から、「いよいよターミナルの時期が来た」、「もう何が起きてもおかしくない」というように段階的に伝えていた。

併せて、GH 長はターミナルケアに関する家族の意向を確認していた。GH でこのまま過ごすのか、医療が必要と思われる状態になったらどうするか、どんなケアを望んでいるかなどについて家族の意向を確認し、GH として対応することが可能かどうか、家族と何度も話し合いを重ねていた。

2) 家族に、入居者のケアに参加してもらう

入居者と家族の交流の機会として、GH 長は家族に入居者のターミナルケアに参加してもらっていた。また、家族にとって悔いが残らないように入居者のケアに対する家族の希望を聞き、取り入れていた。こうした家族のケアへの参加は入居者の臨終の時まで続けられた。

2日間本当にたくさん(家族が)来て下さって。(中略)いくら大勢来ても(間取り上)向こう(に居る他の入居者)に気付かれない、こっちの奥の部屋に居たもんですから。で、そこで(家族に)自由に過ごして頂いて。2日目の夜ですかね、御家族が泊まりたいっていわれて。で、泊まって…(ID5-2)

5. 家族とともに、機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を最期まで守り抜く

このコアカテゴリは、先に述べてきた4つのカテゴリを関連づける中核的概念として生成された。すなわち今回 GH で看取りに至った入居者のターミ

ナルにおいて提供されたケアとは、最期まで入居者がなじみの生活を送ることが出来るよう、入居者の症状によっては医療を活用することも含めて機能低下を最小限にとどめるケアを生活の中で行うことであり、そのケアの計画・実施は、GHと家族との協働によって成立したケアであった。こうしたケアを実施した結果、GHでの入居者の看取りに至っていた。

考察

本研究ではGHで看取りに至った入居者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されたのかを明らかにした。GHにおけるケア理念として、なじみの関係を大切に、その人らしい暮らしを支えることが重要だと言われている⁴⁾。また、痴呆性高齢者はリロケーションダメージを受けやすい¹⁰⁾といわれ、なじみの生活を可能な限り続けることが痴呆性高齢者のQOLを保つ上で効果があるとされている⁹⁾。

今回GHにおいて、入居者のなじみ深さが時間・空間・物といった生活環境およびなじみの人間関係から構成されていることが明らかになった。これはリロケーションが単に住む場所の問題だけではなく、生活環境や人間関係にも配慮を要する問題であることを意味すると考えられる。

GH長は、ターミナルケアにおいてなじみ深い生活を提供するために、GHにおける入居者のターミナル以前の生活の中から、ターミナルケアに生かすことが出来る手がかりを得ていた。これはGHで入居以来の生活を丁寧に積み重ねた結果であり、ターミナル以前の生活の重要性が指摘できる。

この結果は、今後ターミナルケアに取り組もうとするGHにとって、ターミナル以前の今現在のケアを大事にし、入居者にとってGHの生活をなじみ深いものにしていく必要性を示唆している。高齢者がGHに入居する経緯は様々であるが、住み慣れた地域のGHに入居するとは限らず、子などが居住するなじみのない地域のGHに入居することもある。この時点で既にリロケーションダメージを受けている可能性がある高齢者に対して、改めて一歩ずつなじみ深さを築いていくためのGHならではのケアを確立することが急務と考えられる。一例として、GH長の多くがターミナルケアで食事を通してなじみ深い生活を演出していたことは、日頃のケアでも同様に食事の場面を通してなじみ深さを形成しうることを示している。

心身の機能低下を最小限にとどめるケアとしては、低下した機能を入念に見極め、その機能を補完するとともに、残された機能を発揮させるという2側面から入居者へのケアが実施されていた。特に入居者

に残存機能を発揮する機会を提供するケアとして、GH長はリスクを予測して対策を講じることとあわせて、覚悟を定めてケアに臨んでいた。

GHの目的は、入居者がもてる能力に応じて自立した日常生活を営むことであり、入居者自身が能力を発揮して生活の主体となることを目指すものである⁹⁾。ターミナル以前に比べて入居者の心身の変化が大きいにもかかわらず、ターミナルケアにおいても、入居者へのなじみの生活の提供だけでなく、残存機能を生活の中で発揮してもらうというGHならではのケアが行われていたことが今回明らかになった。

また、今回のターミナルケアでは、GH長は入居者の残存能力を、身体面だけでなくコミュニケーションや意思表示をする力としてもとらえ、それを発揮する機会を作っていた。入居者のこうした残存能力の発揮は自分らしさの表現であり、ここに価値を認めたことがGH長の覚悟に繋がっていたとも考えられる。

一方で、GHの退居基準として痴呆の著しい悪化や身体機能低下が挙げられていることは¹⁰⁾、入居者の心身の機能低下の程度によってなじみの生活が継続できるかどうかが決まるという現状を示していると解釈される。こうした機能低下をどのように補完していくかというのはGHにおけるケア技術上の課題でもある。GHケアに携わる人材を育成するとき、心身の機能についての十分な知識と理解や、生活を支援するための専門的知識に基づいたケア技術の習得が可能になるような教育体制が望まれる。

さらにGH長は、ターミナルケアとして医療的対応を迫られるような状況が入居者に発生する以前から医療者を確保し、予め対応に関するコンセンサスを得て、医療によるバックアップの体制を敷いていた。今回ターミナルケアとして明らかになった取り組みでは、GH長は医療者を確保する際、医療者のGHに対する理解や姿勢、あるいはターミナルケアに対する考え方など、医療技術の水準や質ではなく、医療者自身について評価していた。これは、GH長がターミナルケアを視野に入れて医療者を確保する際の判断基準に繋がっているものと考えられる。また、こうした観点で医療者を評価するに際しては、GH長自身がGHにおけるターミナルケアに対する考え方や理念をもっていることがその背景にあると考えられる。

以上のように医療者の考え方が条件の一つであることは、GHと医療者が事前に十分なコミュニケーションを持つことの重要性を示唆している。通常時のGHの入居者の健康管理に関して定期的に医療者が関与しうる開業医や訪問看護ステーションなどとの

ネットワークシステムの構築や、介護報酬の見直しなどが必要と考えられる。

家族との協働は、入居者のなじみの生活を守り抜くために欠かせないものであると同時に、入居者に代わって意思決定するという責任を負う立場の家族に対して、その意思決定を納得した上で行うことを助けるケアであったとも考えられる。GH長は家族と協働するために情報の提供や家族の意向確認をその都度行い、緊密な連携をとっていた。

以上より、GHにおけるターミナルケアは、ターミナル以前の生活に根ざした通常のケアに加え、ターミナルの入居者の心身の変化に対応できる技術をもってケアし、さらに医療によるバックアップ体制を敷いて適宜それを活用しながらケアするという3つのケアが最期の時まで併存して提供され続けるという特徴を持っていたと言える。また、こうしたケアは家族の意思決定によって支えられており、その家族に対するケアという側面も含めて、家族に入居者のケアに参加してもらうという特徴があった。GHでのターミナルケアは、この3つのケアの併存と家族との協働を目指す取り組みであった。

本研究は、その対象選択において困難が予測されたため、Snowball sampling 手法をとった。調査

期間で得られた対象数は7名であり、今後はさらなる対象者の確保と併せ、GH長以外のスタッフや往診医・訪問看護師などからデータを得たり、参与観察などの手法を用いるなどして、より多面的にGHでのターミナルケアを明らかにしていく必要がある。

結論

今回、GHで看取りに至った事例において提供されたターミナルケアとして、「ターミナル以前からの、なじみ深い生活を最期まで提供する」「心身の機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する」「状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する」「最期までケアの計画・実施のために家族と協働する」という4つのカテゴリが生成され、さらにこれらのカテゴリを関係づけるコアカテゴリとして「家族とともに機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を守り抜く」が生成され、3つの側面のケアと家族との協働によって看取りに至るGHでのターミナルケアの姿が浮かび上がった。

表1 GH長・GH・入居者の概略

GH長 ID	GH長		GH			入居者			
	性別・年齢・資格	事業主体	開設年数	入居者数	入居者 ID	年齢・性別	痴呆診断	入居期間(月数)	死因
1	女性・60歳代・看護師	医療法人	6	9	1-1	69歳・女性	アルツハイマー型痴呆	47	老衰
					1-2	78歳・女性	アルツハイマー型痴呆	71	多臓器不全
2	男性・30歳代・介護福祉士	福祉法人	4	9	2-1	83歳・女性	アルツハイマー型痴呆	45	腎不全
3	女性・60歳代・看護師	医療法人	7	9	3-1	101歳・女性	アルツハイマー型痴呆	78	老衰
					3-2	80歳・女性	アルツハイマー型痴呆	59	老衰
4	女性・50歳代・看護師	医療法人	6	9	4-1	84歳・女性	脳血管性痴呆	26	肺ガン
5	女性・60歳代・看護師	有限会社	6	9	5-1	92歳・女性	アルツハイマー型痴呆	8	老衰
					5-2	90歳・女性	アルツハイマー型痴呆	12	肺炎
6	男性・30歳代・介護福祉士	福祉法人	4	9	6-1	92歳・男性	アルツハイマー型痴呆	53	不明*
7	女性・40歳代・介護福祉士	福祉法人	8	9	7-1	93歳・女性	アルツハイマー型痴呆	84	不明*

※:死亡診断書未確認のため

表2 カテゴリーの一覧

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
家族とともに、機能低下や症状によって生じる状況をコントロールしながら、なじみの生活を守り抜く	ターミナル以前からの、なじみ深い生活を最期まで提供する	GHで慣れ親しんできた生活環境を提供する	いつもの場所で食事をする
			いつもの時間に、食事やお茶をする
			いつものようにみんなと一緒に食事をする
			いつものように年中行事では季節感を演出し、楽しむ
			以前の好物を思いだして、食卓にだす
			入居者と家族が、十分に交流できる機会をつくる
		なじみの人間関係を良好に保つ	入居者にとってなじんだ言葉かけやタイミングを生かしてコミュニケーションする
			入居者の人間関係を思い出し、仲の良かった人を配する
			入居者と他の利用者と交流するのを見守ったり、促したり、制御する
			他の入居者への影響を考え、入居者の空間的・時間的な居場所を調整する
			GH全体の雰囲気心地よいものであるよう、入居者が直接関与しない人間関係（家族と利用者、家族とスタッフ）にも配慮する
			GH全体の雰囲気心地よいものであるよう、入居者が直接関与しない人間関係（家族と利用者、家族とスタッフ）にも配慮する
	心身の機能低下を最小限にとどめるケアを最期まで継続する	機能低下を入念に見極める	活気、気力、調子を、五感を使って見極める
			生活する中で、運動・咀嚼・嚥下・消化などの機能を見極める
			認知機能低下や周辺症状を見極める
		最期の時まで残存機能を生活の中で発揮してもらう	低下した機能は、介助してきっちり補う
			残っている機能を生活の中で十分発揮してもらう機会をつくる
			リスクを覚悟しつつ、安全確保のための対策をとる
	予測される機能低下への対応策を手配する	期間や症状など、医師による予後の判断を参考に、予め対応策を練る	
		スタッフの教育、心理的サポート、増員などを検討する	
	状況の先手を打ち、望まれる終末期医療を万全に活用する	ターミナルケアに取り組むパートナーとして相応しい医療者を選択する	GHを理解し、一緒にターミナルケアに取り組んでくれる往診医や訪問看護を探す
			訪問時の様子や、やり取りを通して、往診医や訪問看護が、GHのなじみの関係の一部として関わろうとする姿勢があるかを確認する
		予め、どのように対応していくか、医療者とコンセンサスを得ておく	医療対応が予測される場合について、予め病院、往診医、訪問看護と話しあっておく
			往診医に、入居者の病状について家族やスタッフへの説明してもらう
		症状が出現したら即座に医療に結びつける	入居者に症状が出現したり、訴えがあれば、すぐ受診したり、往診医や看護師に連絡する
			点滴など、GH内で医療処置が必要になったら、訪問看護を利用する
		医療が十分に機能して役割を果たすように補助する	入居者の状態に対する的確な判断を得るために、観察・記録を詳細に行い、情報を提供する
GHスタッフの観察技術などの向上を図ったり、観察や記録をシステム化する			
最期までケアの計画・実施のために家族と協働する		入居者の状態をその都度家族に連絡し、家族の意向を確認する	症状管理のための治療を補助したり、生活上の指示をまもる
			入居者の症状や状態の変化を家族に、その都度、十分に伝える
	家族に、入居者のケアに参加してもらう	入居者がターミナルだということを家族に伝える	
		家族に入居者のケア方針について伝え、相談し、入居者に代わって意志決定してもらう	
		入居者と家族の交流の機会として家族に入居者のケアに参加してもらう	
		家族にとっても悔いが残らないように、入居者のケアに対する家族の希望を取り入れる	

引用文献

- 1) 大原一興、オーヴェ・オールンド. 痴呆性高齢者の住まいのかたち. 東京: ワールドプランニング, 2000; 8-9.
- 2) 外山義編. グループホーム読本 痴呆性高齢者ケアの切り札. 東京: ミネルヴァ書房, 2003; 109-112.
- 3) バルプロ・ベック=フリス, 友子 ハンソン. 今、なぜ痴呆症にグループホームか. 東京. 筒井書房, 2002; 11-49.
- 4) 永田久美子. 痴呆性高齢者のグループホーム. 東京: 安田生命社会事業団, 全国痴呆性高齢者グループホーム協会, 2002; 135-165.
- 5) 小宮英美. 痴呆性高齢者ケア グループホームで立ち直る人々. 東京: 中央公論, 2000.
- 6) 外山義. 自宅でない在宅 高齢者の生活空間論. 東京: 医学書院, 2003; 105-118.
- 7) 痴呆性高齢者支援対策研究会編. これからの痴呆性高齢者支援対策 痴呆性高齢者グループホームを中心に. 東京: 中央法規, 2001; 22.
- 8) 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子編. 痴呆性老人グループホームケアの理念と技術 その人らしく最期まで. 東京: パオバブ社. 1997.
- 9) 厚生労働省. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準. 平成 11 年 3 月厚生省令第 37 号. 平成 13 年 3 月厚生労働省令第 36 号改正.
- 10) 山本則子. 痴呆老人の家族介護に関する研究. 看護研究 1995; 28: 178-199, 313-333, 409-427, 481-500.
- 11) 別所遊子, 細谷たき子, 玉木晴美他. 痴呆性高齢者の在宅生活継続に影響する要因. 北陸公衛誌 2000; 27: 8-12.
- 12) 保坂恵美子. 痴呆性老人の介護支援と在宅介護の継続性. 久留米大学文学部紀要 社会福祉学科編 2003; 3: 17-47.
- 13) 永島光枝. 介護家族から見た介護保険. からだの科学 2001; 臨時増刊号: 64-69.
- 14) WAM NET ホームページ. 介護事業者情報. 福祉医療機構.
- 15) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and other Dementias of Late Life. Washington, DC: APA, 1997. 日本精神神経学会監訳. アルツハイマー病と老年期の痴呆 米国精神医学会治療ガイドライン. 東京: 医学書院, 1999; 21-22.
- 16) Keene J, Tony H, Christopher GF, et al. Death and dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16: 969-974.
- 17) GH におけるターミナルケアの可能性(座長 渡邊高行), 初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書(研究委員長 杉山孝博). 東京: 医療経済研究機構, 2003; 35-41.
- 18) Annerstedt L. Group-Living Care: An Alternative for the Demented Elderly. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 1997; 8: 136-142.
- 19) Elmstahl S, Lena A. How Should a Group Living Unit for Demented Elderly Be Designed to Decrease Psychiatric Symptoms? Alzheimer Disease and Associated Disorders 1997; 11: 47-52.
- 20) 巖爽, 石井敏, 外山義他. グループホームにおける空間利用の時系列変化に関する考察 「なじみ」からみた痴呆性高齢者のケア環境に関する研究(その1). 日本建築学会計画系論文集 1999; 523: 155-161.
- 21) 吉尾千世子, 諏訪さゆり, 瀧断子他. 痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の心身の変化とケアとの関連. 東京女子医科大学看護学部紀要 2000; 3: 71-79.
- 22) 巖爽, 石井敏, 長澤泰生. 生活環境の移行とターミナルケアの視点からみた痴呆性高齢者グループホームのあり方に関する考察. 日本建築学会計画系論文集 2002; 557: 165-171.
- 23) Patton, M. Q. QUALITATIVE EVALUATION AND RESEARCH METHODS 3rd ed. California: SAGE Publications, 2002; 237-238.
- 24) Strauss A. & Corbin J. Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications, 1990. 南裕子監訳: 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 医学書院, 東京: 2002.
- 25) 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子他. グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス. 東京: 文光堂, 2002.
- 26) Glaser B, G. Anselm L. S. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967. 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳. データ対話型理論の発見. 東京: 新曜社, 1997.

研究発表

本研究の一部は、国際アルツハイマー病協会第20回国際会議(京都、2004年10月)で発表した。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究（H15 - 長寿 - 019）

Ⅲ-4.

小規模ケアホームと在宅における訪問看護ステーションのターミナルケアの取り組み

主任研究者	川越博美	聖路加看護大学看護学部 教授
研究協力者	大金ひろみ	聖路加看護大学大学院博士課程
	滋野みゆき	聖路加看護大学看護実践開発研究センター客員研究員
	宮田乃有	聖路加看護大学大学院修士課程
	竹森志穂	聖路加看護大学大学院修士課程
	内田千佳子	元聖路加看護大学看護実践開発研究センター客員研究員

研究要旨

小規模ケアホームおよび在宅で看護師がターミナル期にどのような支援を行っているか、また、高齢者のターミナルケアを可能にする要因は何かを明らかにすることを目的に、S市とE区の訪問看護ステーションの看護師3名、4事例のインタビューを行った。インタビューはMDに録音し、逐語録を作成してデータとした。「ターミナル期と意識した状況」「訪問看護の支援内容」「ターミナルケアの条件」を分析ポイントとして、それぞれの事例ごとに分析し、カテゴリを抽出した。ターミナル期と意識した状況のカテゴリは、「これまでとは違う諸変化を繋ぎあわせてターミナル期と考える」が抽出された。訪問看護の支援内容は、「チームでのケアを行う」「身体状況にあわせた日常生活援助を行う」のほか、家族支援に関する諸支援のカテゴリが抽出された。また、小規模ケアホームにおいては、「入居者の死を共有する」というカテゴリが抽出された。ターミナルケアの条件では、24時間連絡体制でチームケアが提供できる」とことと家族支援に関する諸支援のカテゴリが抽出された。高齢者のターミナル期において、「迷いながらケアにかかわる」看護師の思いもこれらの分析ポイントと関連して見出された。

小規模ホームと在宅でのターミナルケアについての面接調査

本面接調査は、小規模ホームと在宅の高齢者のターミナルにおいて、どのようなケアが提供されているかを記述的に明らかにし、高齢者のターミナルケアを支える地域ケアシステムモデルを提示するための基礎資料とすることを目的に行った。

ここでは、小規模ホームのあるS市、Kグループについて、在宅で行っているE区、訪問看護ステーションY、在宅ケアのコスト等について述べたあと、S市とE区で行った面接調査について記述する。

1. 小規模ホームでの終末期ケア

S市を中心に小規模多機能ケアを提供しているKグループの協力を得て、小規模ホームでの終末期ケアの調査を行った。まず、S市概要およびKグループのケア提供システムの概要について述べる。

1) S市概要

S市は、首都圏から170Km北西にある高原地帯で、農村風景の中に住宅地が点在する地方都市である。人口は約68,000人で、わずかずつではあるが増加傾向にある。

S市は4つの地区に分けられ、それぞれの地域の人口と比率は表1のとおりである。

表1 S市地区別人口(2003年10月現在)

	人口(人)	比率(%)
A地区	26,765	39.1
B地区	18,377	26.9
C地区	15,992	23.4
D地区	7,229	10.6
S市	68,363	100.0

S市の高齢化率は、21.7%(県22.8%、全国22.4% 2003年10月現在)と全国平均を下回っている。

1970年代以降、先進的な地域医療と予防医療への取り組み等がなされてきた。その結果、1990年代からS市の平均寿命は全国平均よりも長くなっており、男性79.8歳、女性85.3歳(2000年『平成12年市町村別生命表』)と、全国的にみて長寿の自治体に入る。

近年、高齢者のQOLという視点から、余命だけではなく、痴呆や寝たきりなどの要介護状態でない期間での余命を表す指標としての活動余命が注目されているが、S市の65歳以上の人口に占める寝たきりの割合は2.83%(全国平均5.3%、平成10年国民生活基礎調査)で、ADLの高い高齢者が多いのが特徴である。

2) Kグループ：小規模多機能型で、高齢者の終末期ケアを提供する組織

Kグループは、S市で小規模多機能型の高齢者ケアサービスを提供している。市内4地区のうちA地区とC地区で3つのサービス拠点がある(図1)。A地区にはXとYの2拠点あり、S市に隣接する3つの市町村へもサービスを提供している。S市中心部のC地区にもサービス拠点Zがあり、B地区に近い場所が拠点となっているため、B地区と隣接する1町もカバーしている。これらの3つの拠点から、S市のおよそ2/3の地域と一部は近隣の市町村へもサービスを提供することが可能となっている。

以前は半径20Kmの地域に50分以上をかけて、施設への送迎・訪問介護・訪問看護のサ

サービスを提供していたが、3つの拠点ができたことによって、半径5Km15分程度でサービスを提供できるようになってきている。

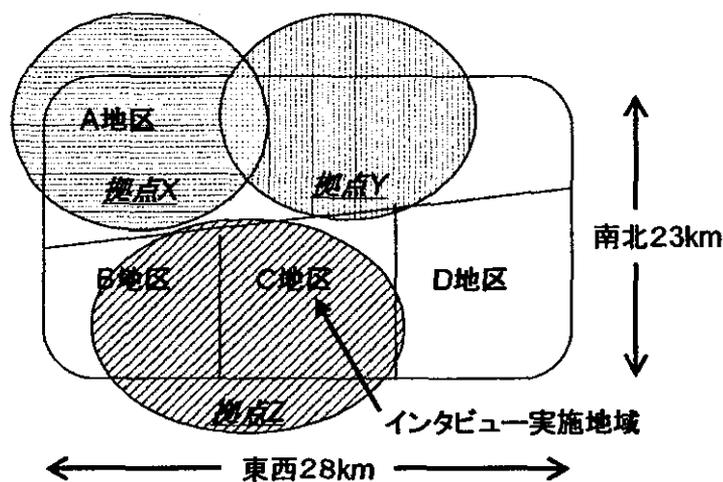


図1 KグループのS市におけるサービス拠点

それぞれの拠点のケアサービス施設は、表2のとおりである。各拠点には、在宅・通所・入所の介護サービスと在宅・施設への訪問看護サービスを多様に提供できる仕組みが作られている。

表2 Kグループ3拠点のケアサービス施設

拠点	ケアサービス施設	
X	介護老人保健施設(70床) 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション 居宅介護支援事業所	グループホーム(9人) ケアホーム(2ヶ所 14人) 無床診療所
Y	在宅サービスセンター(在宅サービスセンターに準ずる) 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション 居宅介護支援事業所 通所介護 10人 短期入所 4人 ケアホーム(8人)(痴呆対応型グループホームに準ずる) ケア付マンション(6戸)(高齢者優良賃貸住宅に準ずる)	
Z	介護老人保健施設 老健通所リハビリテーション 病院通所リハビリテーション 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション	居宅介護支援事業所 デイサービスセンター 宅老所(2ヶ所 20人) ケアホーム(8ヶ所 59人) 病院(83床)

本研究の対象者 2 名が入居していたケアホームは、拠点 Z にある。拠点 Z は、S 市内 3 拠点のうち最も規模が大きく、病院・老人保健施設・訪問看護ステーション・訪問介護ステーション・複数の小規模の通所および入所介護施設が運営されている。中核となるのは介護老人保健施設を併設する病院と在宅サービスセンターであり、これらの施設を取り囲むように半径 500 メートル以内の徒歩圏内に小規模の多機能ケア施設が点在している。

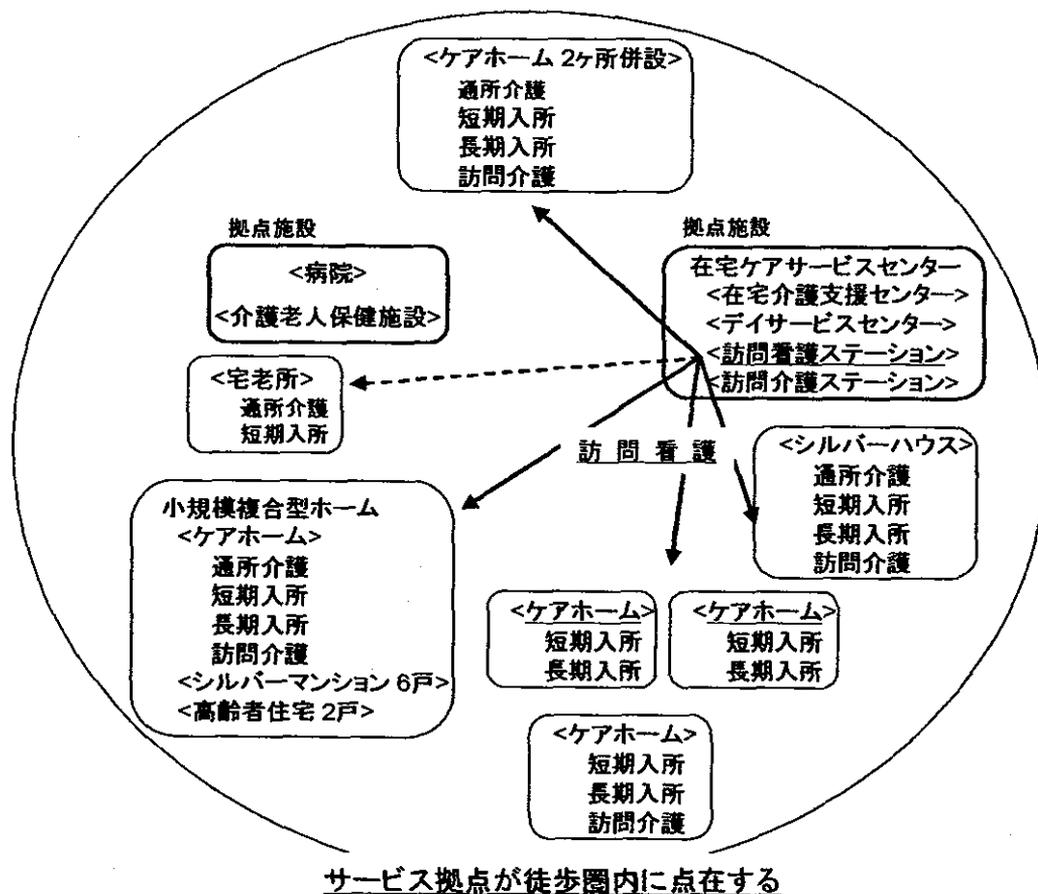


図 2 拠点 Z の概要

3) ケアホーム及び入居者の特徴

それぞれのケアホームには、6～9 名の高齢者が入居している。日常生活上の世話は、介護職員(拠点施設の訪問介護ステーションから派遣)によって行われており、訪問看護師が入居者を訪問するとともに、介護職員への介護上の相談・支援を行っている。

ケアホーム入居者はもともとこの地域の居住者で、彼らの子どもたちは大都市及びその近郊で家庭を築いて別居生活を送ってきた高齢者がほとんどである。彼らは自宅での自立した生活から日常生活支援が必要になったとき、住みなれた地域でケアを受けることを何らかのかたちで希望し、ケアホームに入居してきた背景をもつ。入居者の多くが 80 歳以上で、ADL の低下があり、認知症をあわせもつ人も含まれている。

一つのケアホームの状況を以下にあげておく。

表3 ケアホームAの概要

項目	内容
入居者/定員	9名/9名
要介護度	自立：1名 要支援：0名 要介護1：3名 要介護2：2名 要介護3：2名 要介護4：0名 要介護5：1名
年齢	70歳代：2名 80歳代：5名 90歳代：2名 (平均84.5歳)
入居前の場所	在宅：4名 病院・施設5名
住所	S市内6名 県内1名 県外2名
費用	長期入居(家賃・食費・介護費)*介護費：介護保険1割負担を含む 135,000円～153,000円/1ヶ月 短期入居 5,000円(1泊2日) 通所介護 2,000円(1日 食事・送迎・入浴を含む)
職員体制	介護職員：日中3名 夜間1名 看護師：訪問看護利用者への訪問、介護職員への介護上の相談・指導 *痴呆対応型グループホームに準ずる

2. 家での終末期ケア

訪問看護ステーションと無床診療所との連携で高齢者への終末期ケアを提供する組織での調査を行った。

1) 訪問看護ステーションYのサービス提供地域

訪問看護ステーションYは、都心へのベッドタウンとなっている東京都の東部地域にあり、在宅ホスピスケアを提供する同グループの無床診療所と連携し、在宅ホスピスケアと介護保険対象の訪問看護事業を行っている。訪問看護の提供地域は、訪問看護ステーションがあるE区の他、近隣3区とE区に隣接するI市である。

表4 訪問看護ステーションYのサービス提供地域の人口と高齢化率

	人口	高齢化率(%)
E区	65万人	12.8
K区	43万人	16.7
I市	46万人	11.1

(平成12年10月現在)

2) 訪問看護ステーションYの特徴

訪問看護ステーションYでは、以下のような特徴がある。① 介護保険対象の訪問看護を行うとともに、がん患者の在宅ターミナルケア（在宅ホスピスケア）を、医師や他職種と連携し、サポートする。② 同じグループ内に無床診療所があり、医師との連携が図れる。③ 24時間体制をとっており、利用者はいつでも病状や介護等の相談が可能である。

訪問看護ステーションYは、診療所とのグループで在宅ケアを提供しており、居宅介護支援事業や訪問介護等は、グループ外の事業所と連携を図っている（図3）。月間利用者数は35～40名、1ヶ月の在宅死数は1名程度である。

24時間連絡体制は、4名の看護師が交代で携帯電話を持ち対応している。また、診療所には2名の常勤医と1名の非常勤医がおり、常勤医1名も24時間利用者からの連絡を受けることが可能である。利用者は、緊急時に看護師・医師のどちらかに連絡をしてもよく、電話を受けた看護師・医師が対応することになっている。このため、訪問後は携帯電話当番の看護師への申し送りを行ったり、往診後は医師から報告をうけたりするなど、利用者の状況についてチーム内で情報の共有がなされるような体制を作っている。

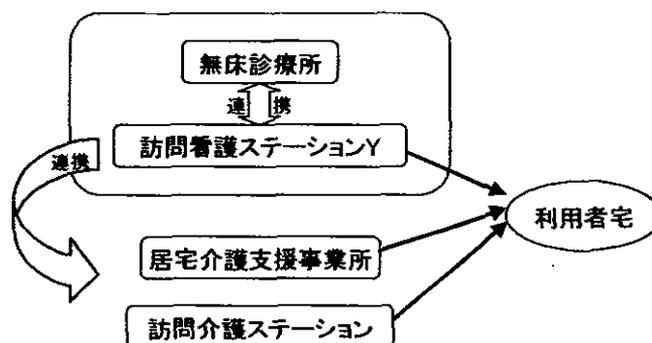


図3 訪問看護ステーションYにおける終末期ケア提供システム

表5 訪問看護ステーションYの実績（2003年9月～2004年8月）

利用者数/年	141名	
在宅死件数/年	末期がん利用者 31名	46名
	その他の利用者 15名	
訪問件数(2004年9月)	295件	
看護師	常勤換算 4.2名 (常勤4名 クリニックとの兼任1名)	

3) 在宅での終末期ケア費用

高齢者の在宅での終末期ケアにどの程度の費用がかかっているか、訪問看護の利用者 2 名のサービスを参照して、算出した。

2名とも亡くなる前の1ヶ月は、亡くなった月に比べると心身の状態が安定しており、これを通常月とし、亡くなった月の看護・介護の費用と医療費とを示した(表6、表7)。

K氏は、亡くなる前の1ヶ月間は、訪問看護1回/週、訪問入浴1回/週、ホームヘルプサービスを利用し、ベッドのレンタルをしている。また、1回/2週 of 訪問診療を受けており、これらの諸費用をあわせた在宅ケアにかかる費用は、約157,000円となった。

亡くなった月のサービス利用日数は、22日間である。亡くなる前の1ヶ月間同様のサービスに加え、緊急の訪問看護や訪問診療、ターミナルケアのための諸費用が加算され、約220,000円となった。

表6 高齢者の在宅での終末期ケア費用 (K氏)

亡くなる前の1ヶ月間

	項目	単価(円)	回数	金額(円)
看護・ 介護	訪問看護1	4,250	4	17,000
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	4	5,400
	訪問入浴	12,500	4	50,000
	生活援助2	12,117	1	8,468
	特殊寝台貸与	(月1回のみ) 11,000	1	11,000
	褥そう予防用具	(月1回のみ) 6,000	1	6,000
小計				97,868
医療	訪問診療	8,300	2	16,600
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
小計				59,300
費用合計				157,168

死亡月(22日間)

	項 目	単 価 (円)	回数	金額 (円)
看護・介護	訪問看護 1	4,250	4	17,000
	訪問看護 2	8,300	2	16,600
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月 1 回のみ) 5,400	1	5,400
	特別管理加算	(月 1 回のみ) 2,500	1	2,500
	ターミナルケア加算	(月 1 回のみ) 12,000	1	12,000
	訪問入浴	12,500	4	50,000
	生活援助 2	2,117	4	8,468
	特殊寝台貸与	(日割で月 1 回) 11,000	2/3	7,370
	特殊寝台付属品貸与	(日割で月 1 回) 3,000	2/3	2,010
	褥そう予防用具	(日割で月 1 回) 6,000	2/3	4,020
小 計				125,368
医療	訪問診療	8,300	2	16,600
	緊急往診	9,750	2	19,500
	再診料	730	2	1,460
	外来管理加算	570	2	1,140
	継続管理加算	(月 1 回のみ) 50	1	50
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月 1 回のみ) 22,900	1	22,900
	24 時間連携(I)	(月 1 回のみ) 14,000	1	14,000
	死亡診断加算	(月 1 回のみ) 2,000	1	2,000
	ターミナルケア加算	(月 1 回のみ) 12,000	1	12,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
小 計				95,450
費 用 合 計				220,818

M氏は、亡くなる前の1ヶ月間は、訪問看護3回/週、訪問入浴1回/週を利用し、ベッドのレンタルをしている。ホームヘルプサービスは利用せず、身の回りの世話はほとんど主介護者が行っていた。主介護者のレスパイトケアのため、10日間のショートステイを利用していた。また、1回/週の訪問診療を受けており、これらの諸費用をあわせた在宅ケアにかかる費用は、約303,000円となった。K氏に比べ、2倍近い費用がかかっている。

亡くなった月のサービス利用日数は、19日間である。K氏同様、緊急の訪問看護や訪問診療、ターミナルケアのための諸費用が加算され、約357,000円となった。

表7 高齢者の在宅での終末期ケア費用 (M氏)

亡くなる前の1ヶ月間

	項目	単価	回数	金額
看護・介護	訪問看護1	4,250	8	34,000
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	1	5,400
	訪問入浴	12,500	4	50,000
	特殊寝台貸与	(月1回のみ) 11,000	1	11,000
	特殊寝台付属品貸与	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	褥そう予防用具	(月1回のみ) 6,000	1	6,000
	ショートステイ(10日間)			115,000
	送迎加算			3,900
小計				228,300
医療	訪問診療	8,300	3	24,900
	寝たきり老人在宅総合診療料	(月1回のみ) 22,900	1	22,900
	痴呆患者在宅療養指導管理料	(月1回のみ) 3,900	1	3,900
	訪問看護指示書	(月1回のみ) 3,000	1	3,000
	処置薬剤	40	1	40
	24時間連携(I)	(月1回のみ) 14,000	1	14,000
	居宅療養管理指導	2,900	2	5,800
小計				74,540
費用合計				302,840

死亡月(19日間)

	項目	単価	回数	金額
看護・介護	訪問看護1	4,250	2	8,500
	訪問看護2	8,300	3	24,900
	緊急時訪問看護連絡体制加算	(月1回のみ) 5,400	1	5,400
	ターミナルケア加算	(月1回のみ) 12,000	1	12,000
	訪問入浴	12,500	2	25,000
	通所介護3	6,940	2	13,880
	通所介護送迎	1,000	2	2,000
	通所介護特別入浴介助加算	696	2	1,392
	特殊寝台貸与	(日割で月1回) 11,000	2/3	7,370
	特殊寝台付属品貸与	(日割で月1回) 3,000	2/3	2,010
	褥そう予防用具	(日割で月1回) 6,000	2/3	4,020