

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(グループホームでの高齢者終末期に関する研究)

研究分担者 井上豊子 (介護老人保健施設ルミナス大府看護・介護科)

研究要旨

H20年度研究では、我々がこれまで行った調査結果と今回、社団法人全国老人保健施設協会「認知症のターミナルケアに関する調査研究事業班」により行われた介護老人保健施設における全国調査の結果を踏まえ、今後の施設における高齢者の意思決定のあり方につき考察を加えた。これまでの我々の調査では老健施設への入所時、すでに認知機能が低下している方が多く、入所者の少なくとも7～8割は意思決定能力が不十分であると考えられた。また、認知症のターミナルケアに関する全国調査では、回答した老健施設の76.5%が自施設での看取りを行っていることが明らかとなった。しかしながら、入所時や入所後の判断は家族に依存し、本人だけの意思で決定できない現状であった。また、終末期の状況により、胃瘻など医療処置の中止が行われている施設も認められたが、このような場合でも、文書による本人の意思確認はほとんど行われていなかった。本人の意思ができるだけ反映されるためには、施設入所前の、より早期に事前の意思を確認する必要がある。

A. 研究目的

本研究班はこれまで、高齢者の終末期の実態調査を行い、その結果、意思決定、医療倫理委員会、自然死の法制化、介護・福祉施設のハード・ソフト面など高齢者の終末期の地域連携を進めるに際し、課題が山積していることを明らかとしてきた。H18年度以降の全体研究では、厚生労働省の「終末期医療における決定プロセスのガイドライン」をもとにして、高齢者終末期ガイドラインの作成を試みると共に、同センターを地域の基幹病院とする終末期の地域連携の確立を目的としている。本分担研究ではH18年度に老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能介護施設、特別養護老人ホームを対象に行ったアンケート調査結果を踏まえ、各施設での終末期ケアを進める上での問題点と今後の具体的な方策につきさらに詳細に検討を加えた。H19年度研究では介護施設における高齢者の意

思決定についての現状調査を行い、今後の施設における意思決定のあり方につき考察を加えた。本年度は社団法人全国老人保健施設協会「認知症のターミナルケアに関する調査研究事業班」が行った全国調査に協力する形で調査・情報収集を行い、これまでの結果を踏まえ考察を行った。

B. 研究方法

平成19年4月1日～平成20年3月31日に社団法人全国老人保健施設協会「認知症のターミナルケアに関する調査研究事業班」により、全国の700の介護老人保健施設に対するアンケート調査を行った。研究代表者の三浦がこの全国調査の班員に加わり、調査項目の決定、ヒアリングに関わった。これらの結果とこれまでの我々の調査結果をあわせ考察した。

倫理面への配慮

当研究班全体については国立長寿医療センター内の倫理委員会にて承認を得ている。

個人情報保護に関しては厚生労働省の臨床研究に関するガイドラインに従い、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

全国調査の有効回収票は 341 で回収率 48.7%であった。アンケート調査の結果、回答した老健施設の 76.5%が自施設での看取りを行っていることが明らかとなった。1施設あたりの看取り件数は 6.2 件であった。施設の設置形態別に、転院せずに施設で看取りを行った症例の有無をみると、診療所併設の施設がより多い状況であった。また、33.4%の施設では看取りや直前のケアに進行した認知症が影響したと思われる症例を有していた。また、引き続き行われた老健施設で先進的にターミナルケアにとりくんでいる老人施設のヒアリングが行われたが、胃瘻などの人工栄養に頼らず、できるだけ経口摂取を勧める施設が多く、終末期の判断も、いろいろと介入しても経口摂取が困難となる時期を看取りの開始時期とする施設が多く認められた。この一方、施設での看取りの同意はほとんど家族により行われている状況であった。

D. 考察

我々は昨年度までの研究で、老人保健施設入所者のおよそ 1 割のみがインフォームド・コンセントでの選択ができる現状を報告した。介護施設では本人意思の確認ができるケースは少なく、ほとんどが家族判断で行われていることを明らかとしている。また、老健施設の場合、在宅復帰をうたっているため施設入所後に事前指示書等を取りにくい状況もあること、「リハビリをして

在宅復帰を目指す」という一方で、「最後はどうしたいですか」と確認することを行っていく状況にあった。この一方、今回の全国の老人保健施設に対する調査では、回答した老健施設の 76.5%が自施設での看取りを行っていることが明らかとなった。積極的に看取りを行っている施設の共通点として、人工栄養に頼らず経口摂取を積極的に進める、経口摂取困難時を看取りの開始時期に含める、施設での看取りの同意は家族から得ているという点があげられた。また、嘔吐等を期に胃瘻等人工栄養の中止を行っている施設もあった。酸素や点滴等の対応も施設ごとに異なる状況であった。

今後施設での看取りが増えることが予想されるが、今回の老人保健施設を対象とした全国調査では、本人意思の確認が方向性を持って行われているという現状ではないことが明らかであった。入所時には既に判断の応力が落ちているという状況を考えれば、より早期に、例えば介護保険対象となる 40 歳位から、事前指示書をつくるなど国民の意識の変化がなければ、「終末期に対する希望を予め残す」行為が一般的になることは難しいのではないかと考えられた。

E. 結論

老健施設入所時、すでに認知機能が低下している方が多く、入所者の少なくとも 7～8 割は意思決定能力が不十分であると考えられる状況にある。このため、全国調査でも入所時や入所後の医療判断は家族に依存し、本人だけの意思で決定できない現状が明らかであった。このような家族決定主体の現状に対し、本人の意思ができるだけ反映されるためには、より早期に死について考え、意思を残す必要があると考えられた。

F. 研究発表

これからの高齢者の終末期医療を考える
「介護保険施設の高齢者終末期に関する現
状調査」パネルディスカッション 研究成
果発表会 2008.12.20 大府

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

介護保険施設の高齢者終末期に関する現状調査

社会福祉法人仁至会
介護老人保健施設ルミナス大府
井上 豊子

アンケート調査

- 調査対象：愛知県下 介護老人保健施設（老健）
介護老人福祉施設（特養） グループホーム（GH）
各施設利用者と家族
- 調査の実施方法：郵送調査法
- 調査期日：H17. 11. 10～H17. 11. 30
- 回収状況

	発送数（施設）	回収数（施設）	回収率
老健	171	37	21.8%
特養	146	45	30.8%
GH	285	70	24.5%
合計	502	152	30.3%

利用者回答数 987人 家族回答数 955人

- 研究実施機関の倫理委員会の承認を得て本人、家族の同意を得て無記名、個人データを特定できないようにした。

利用している施設

	本人回答数 (人)	本人回答率 (%)	家族回答数 (人)	家族回答率 (%)
老人保健施設	304	30.8	284	29.7
特別養護老人ホーム	287	29.1	310	32.5
グループホーム	365	37.0	328	34.3
無回答	31	3.1	33	3.5
全体	987	100.0	955	100.0

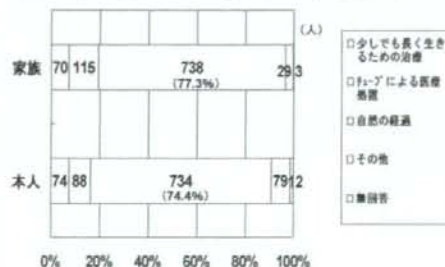
最期を迎えるのはどこが最も望ましいか

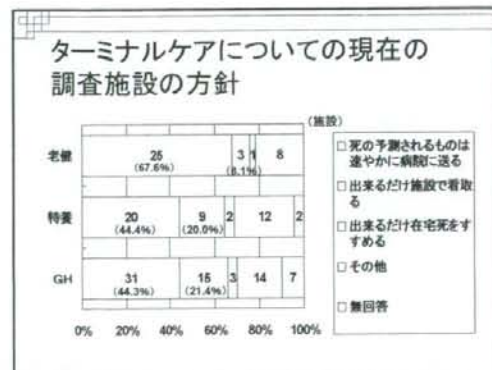
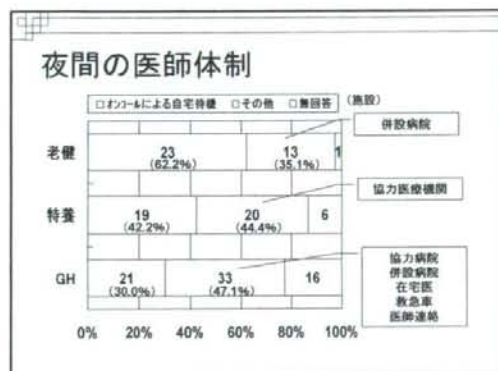
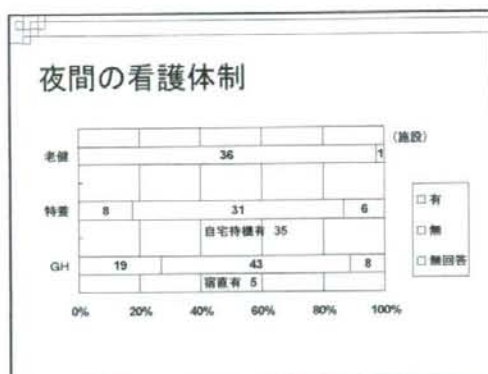
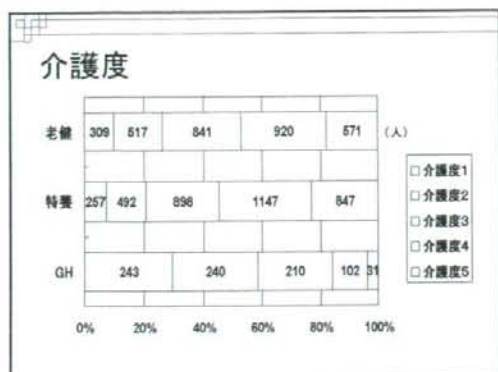


最期を迎えるのはどこが最も望ましいか



終末期が近づいたときどれが最も望ましいか

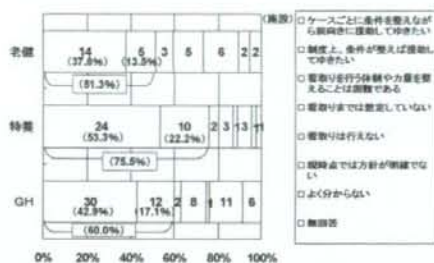




今後施設内でのターミナルケアを可能とする条件（複数回答有り）



施設でターミナルケアを行うことについて



	GHケース	老健→在宅ケース	特養ケース
ターミナルケア実施した動機	胃腸 家族の希望	本人の痛み苦痛が少ない 家族の希望	本人・家族の希望
主病名	7L7Fハイパー型認知症	7L7Fハイパー型認知症	7L7Fハイパー型認知症
ターミナル期間	約3ヵ月	約3ヵ月	約3ヵ月
医療内容	CT、胃カメラ、IVH、輸血、インフルエンザ、持続点滴、在宅医の往診	持続点滴、ECG SPO ₂ 測定	点滴のみ
職員の負担	・病院への受診 ・家族との連絡不備 ・誤子の悪い利用者が重なった ・夜間介護職では状態が予測できず不安	・重傷者と重なった ・夜勤ナースの精神的負担 ・医師の体制 ・頻回の訪室	・点滴管理 ・頻回の訪室 ・夜間体制の強化
ご家族の協力と満足度	・終末期約1ヵ月間は深夜まで付添い ・満足	・本人は在宅希望 ・最期は家で看取れた ・満足	・面会多く最期は泊まりあり ・満足

まとめ

- 利用者と家族は在宅で自然の形で終末期を迎えたい人が比較的多い実態が明らかとなった。
- 施設の終末期ケアを進めるには、体制面での多くの課題がある。しかし、条件が整えば前向きに検討する施設が多かった。
- 今後の終末期ケアのあり方を検討するうえでは、利用者の尊厳の確保と家族の理解と協力が最重要である。

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(在宅終末期医療を進める上での問題点に関する研究)
研究分担者 畑 恒土 (医療法人あいち診療会)

研究要旨

在宅医療を担う医療機関の多くは常勤医師が一人であり、その多くが、夜間や時間外の対応に負担を感じているという。しかし訪問看護ステーションが臨時コールの窓口となり対応している当法人の臨時対応件数を検討した結果、看護師のみで対応できるものが極めて多く、医師の実際の出動は少なかった。この体制をとることで夜間休日の臨時対応に関する医師の負担が軽減できるだけでなく、医療費も大きく減額できることがわかった。

A 研究目的

平成20年3月に行われた厚生労働省の終末期医療に関する調査では63%が自宅療養を希望し、一方で66%が実現困難と考えられている。その原因の一つは医療面でのサポート体制への不安だという。

終末期を在宅でという一つの流れは、それが自発的な選択であれば国民の希望に沿ったものだといえ、その体制整備は急がねばならない。しかし全国に1万以上ある在宅療養支援診療所の大多数は常勤医が一人の診療所であり、愛知県医師会の調査では在宅医療活動の障害として、複数選択で体力55%、夜間休日対応55%が挙げられている。

私は20年間在宅医療にかかわってきたが体力についても時間外の対応についてもさほど苦しむことがない。その理由は当法人における夜間休日対応における訪問看護ステーションの役割にあると考えている。今回の研究は当法人の夜間休日の臨時対応について検討し、多くの診療所医師が問題点としてあげる夜間休日の対応について考察し問題点を明らかにすることを目的とする。

B 研究方法

あいち診療所野並は1990年から在宅医療に取り組み始めたがほぼすべての在宅患者にのなみ訪問看護ステーションからの訪問看護が入っている。またすべての利用者に対してまず訪問看護ステーションに連絡するようにとの指導をしており、どの利用者からも協力が得られている。

今回2008年1月1日から2008年12月31日までの1年間に、あいち診療所野並とのなみ訪問看護ステーションの両方を利用した方についてのなみ訪問看護ステーションの日報から臨時コールを拾い、その臨時コールのあった時間帯、対応内容等について集計し、その頻度について愛知県医師会が行った県内の在宅療養支援診療所257か所からのアンケート調査の結果と比較し検討を加えた。

(倫理面への配慮)

データは日報から実名で取り出し、同じ利用者には同じ記号を割り振って同一人物とわかるように処理したあと、実名は伏せて集計をすることで個人情報外部に漏れないように配慮した。

C 研究結果

2008年1月1日から12月31日迄ののなみ訪問看護ステーションの利用者は合計229名であった。そのうちあいち診療所野並が主治医をしている者は133名であり、あいち診療所野並の医師が主治医をしているが、他の訪問看護ステーションを利用してはいる方は1名いたが対象からは外し、合計132名を対象とした。

対象者の主たる疾患(表1)としては脳血管障害が27名と最も多く、認知症23名、悪性腫瘍21名、循環器疾患17名、神経変性疾患17名の順であった。月々の管理対象者数(表2)の平均は96名であった。

臨時連絡の時刻と対応

24時間のうちの時間帯に臨時コールがどれだけありそれぞれにどう対応したかを図1に示したが、臨時コールの総数は414件であり、15時から23時迄に209件と最も多く、7時から15時迄に150件であり、深夜帯の23時から翌朝7時までは55件と少なかった。

医師が実際に訪問した件数は39件であり全体の9.4%であった。そのうち23名(59%)は死亡後の往診であった。

医師が看護師から報告を受け指示を出したものが143件あり全体の34.5%であった。

その時刻に看護師が医師に報告したが医師から新たな指示は出されなかったのは86件あり全体の20.8%であった。そのうち看護師が訪問したものが58件(67.4%)あり、その他は看護師が電話だけで対応していた。

看護師が自分の判断で処理に当たりその時点で医師に報告しなかったものが137件(33.1%)ありそのうち看護師が電話のみで対応したのが91件(66.9%)訪問したものが46件(33.6%)であった。

深夜帯の23時から翌朝7時までに医

師が訪問したのは6件でありすべて死亡後の診察であった。

看護師のみの対応の内容(表3)

看護師のみで対応して医師に連絡をしなかったものは表3に示した。身体状況に直接結びつかない各種の相談としばしば認められる発熱、下痢に関しては電話だけでの対応が多く、訪問して対応したものには痰がらみ、点滴のトラブルなど、継続的な管理にかかわるものが多く、身体的な状態の変化についてはほとんどの場合医師に連絡が入っているようであった。

利用者ごとの臨時コールの頻度(表4)

この期間中全く臨時コールがなかった37名を含め管理期間1か月当たり1回未満の利用者は94名(71%)でありその臨時コールの合計は169件(41%)であった。1回以上の利用者は38名(29%)であり臨時コールの合計は245件(59%)であった。

臨時コールが1か月あたり5回以上の利用者は13名いたが総管理期間は61日までと短い方ばかりであった。

D 考察

愛知県医師会が平成19年11月から12月にかけて愛知県内の「在宅療養支援診療所」届け出医療機関全数を対象に行った調査(402件中257件が回答)によれば在宅療養支援診療所の78%が常勤医1人の診療所であり、1か月当たりの受け持ち患者数は5名未満が最も多く約20%を占めており、半数以上は受け持ち患者数が15名超えない診療所である。休日夜間の往診は診療所単位では1か月当たりの往診が平均3.3件、電話対応が平均11.3件であるが、受け持ち患者数にばらつきがあるので、受け持ち患者数に換算すると、10人の受け持ち患者に対して1か月当たり往診が1.4件、電話対応が4.8件となる。

今回の調査について同じように見る

と1か月当たり10人の受け持ち患者にたいして往診が0.34件、電話対応が2.06件ということになる。これは愛知県の在宅療養支援診療所の平均と比較して往診で24.2%、電話対応で43.0%と明らかに少ない。

また看護師を含めた対応件数を見ても愛知県の在宅療養支援診療所が平均して受ける臨時コールの57.9%と際立って少ない。

病院のベッドサイドにはナースコールが設置されているが、Drコールが設置されていることはまずない。前述のように看護師のみの対応ですむことが多いが、利用者には看護師に依頼すべきか医師に依頼すべきかの判断は困難である。一般には医師の能力が看護師の能力をすべてにおいて上回っていると考えられる傾向があることから、(本来は役割の違いであり、医師は看護教育を受けていないことから、看護師を上回る看護能力を持った医師はほとんどいないと思われる)利用者によるその選択をゆだねれば連絡先は医師を選択することになる。

臨時コールが少ない理由

訪問看護ステーションが間に入ることにより医師の仕事量が減ることは予想されることだが、なぜ全体の臨時コールの件数まで少ないのであろうか。

医師は診断と治療方針の決定に関して看護師には代われない能力を発揮することは論をまたない。しかし、細かなケアの指導とか、状態を変化させないための環境づくり等は本来看護師がその能力を発揮する領域である。

指導には受け手が求めるタイミングが大切であり、介護者が助けを求めてくる臨時コールこそ絶好のタイミングである。その機会をとらえて看護師が介入することで、介護者のケア能力の向上につながるだけでなく、看護師との介護者の信頼関係が強化されることになる。

医師よりも気軽に相談できる看護師

による24時間対応サービスは介護者の心にゆとりを持たせることにつながり、深夜帯に連絡せずに時間を調整する家族が増えているものと思われる。

また利用者により臨時コールが多い方と少ない方に分かれたが、多い方の管理期間が極めて短かった。そのすべてが癌の終末期と言う訳でなく、癌の終末期にも言えることだが、在宅医療の開始時には家族にとって分からないこと、対応できないことが多く、臨時コールが多いが、学習により臨時コールの頻度が減少していくことが考えられる。

医療費の削減効果(表5)

本来看護師が対応すべきことを数が少ない医師が対応するのでは、医師の過労はますます進み、医療費も非常に高くつくことになる。

あいち診療所野並とのなみ訪問看護ステーションが1年間に請求した臨時コールに対する診療報酬は管理料、在宅ターミナルケア加算を除き約144万円であったが、仮にこの臨時コールをすべて医師が受け、看護師が動いたケースに関しては往診で対応したと仮定した時、診療報酬は約283万円とほぼ2倍となる。

またあいち診療所がこの期間に管理した在宅患者に対して、愛知県の在宅療養支援診療所の平均と同じ頻度で往診と電話再診を行ったとすると訪問看護の費用の算定なしでもその額は467万円となり実に3倍を超える。(夜間加算などはあいち診療所の比率を使用)

あいち診療所では看護師からの報告を医師が受け指示を出す、その際看護師からの相談であり家族とのやり取りが直接ないために電話再診は算定できずにいる。この費用を算定したとしても総額が大きく増えることはなく、今後制度化が望まれる。

また表4に示したように約3割の臨時コールの多い利用者で臨時コール全

体の6割を利用している。仮に臨時コールの多い約3割の利用者を在宅専門の診療所(在宅療養支援診療所など)が引き受け、残りの7割の利用者を一般の診療所の医師が管理することにすれば、一般の診療所の医師は10人を管理した時、1ヶ月当たり1.5回臨時コールを受ければ良いことになる。今後往診料などで優遇されている在宅療養支援診療所と、一般の診療所との役割分担の検討が必要と思われる。

E 結論

在宅医療の対象者の時間外等の臨時コールに関しては、多くの在宅担当医が負担に感じているというが、病院で病室からのコールを看護師が受けるのと同じに、訪問看護ステーションが責任を持って受けることの方が理にかなっており、それによって臨時コールに対する医師の負担が軽減されるだけでなく、医療費節約にもつながるといえる。臨時コールの多い利用者を在宅療養支援診療所などの専門医療機関にゆだねることができれば、在宅医療を専門にしない診療所の医師であっても、時間的な困難さや、体力的な問題については解決できると思われる。

F 研究発表

これからの高齢者の終末期医療を考える「在宅終末期医療について」パネルディスカッション 研究成果発表会
平成20年12月20日 大府

G 知的財産の出願・登録情報

なし

参考資料1:

「終末期医療に関する調査結果」
厚生労働省 平成20年10月27日

参考資料2:

「愛知県における在宅医療サービス提供状況に関する調査－調査研究報告書－」
愛知県医師会・医療システム委

対象者の主たる疾患(表1)

病名	人数
脳血管障害	27
認知症	23
悪性腫瘍	21
循環器疾患	17
神経変性疾患	15
整形疾患	5
脳性麻痺	5
精神疾患	3
呼吸器疾患	1
その他	15

月々の管理対象者数(表2)

2008年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
患者数	95	94	92	93	97	97	97	97	98	97	98	98
1か月の平均対象数						96.08名						

看護師のみの対応の内容(表3)

対応内容	訪問	電話	合計
呼吸苦・痰がらみ	10	8	18
点滴トラブル	8	5	13
バルンカテトラブル	6	4	10
胃瘻・経管栄養等のトラブル	5	4	9
座薬挿肛希望	3	0	3
相談	1	18	19
発熱	2	8	10
下痢	0	8	8
体の痛み	2	6	8
安否確認	0	4	4
嘔気	2	2	4
不穩	1	2	3
腹痛	1	2	3
皮膚トラブル	1	1	2
状態確認	0	2	2
問い合わせ	0	2	2
便秘	0	2	2
意識障害	0	1	1
血圧が高い	0	1	1
その他の身体症状	1	7	8
その他	3	4	7
合計	46	91	137

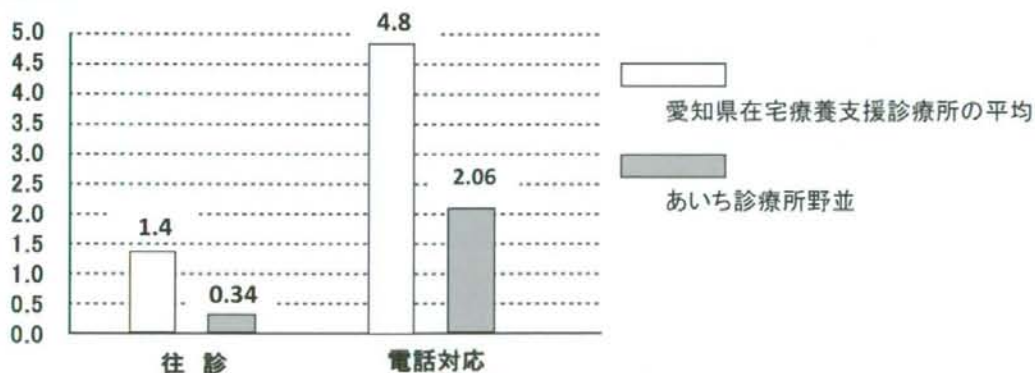
利用者ごとの臨時コールの頻度(表4)

回数(1か月当たり)	人数
0	37
0.1	15
0.2	14
0.3	4
0.4	7
0.5	2
0.6	2
0.7	2
0.8	6
0.9	5
1.0~1.9	15
2.0~2.9	6
3.0~3.9	2
4.0~4.9	2
5.0~	13

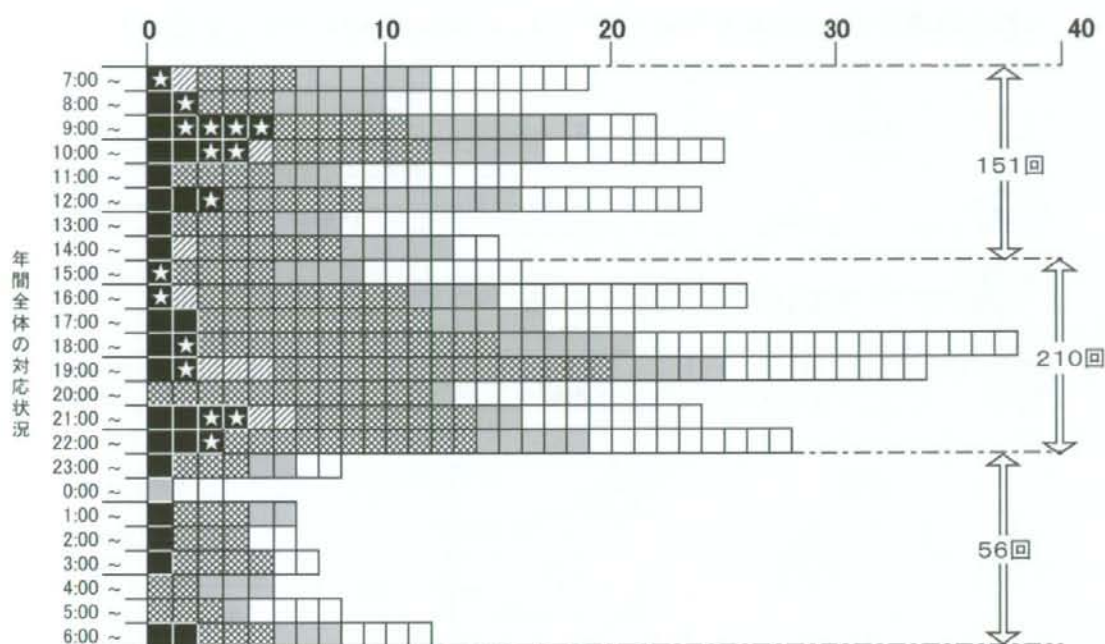
受け持ち患者10人に対する1か月当たりの往診と電話対応(図3)

(愛知県内の在宅療養支援診療所257か所の平均と比較)

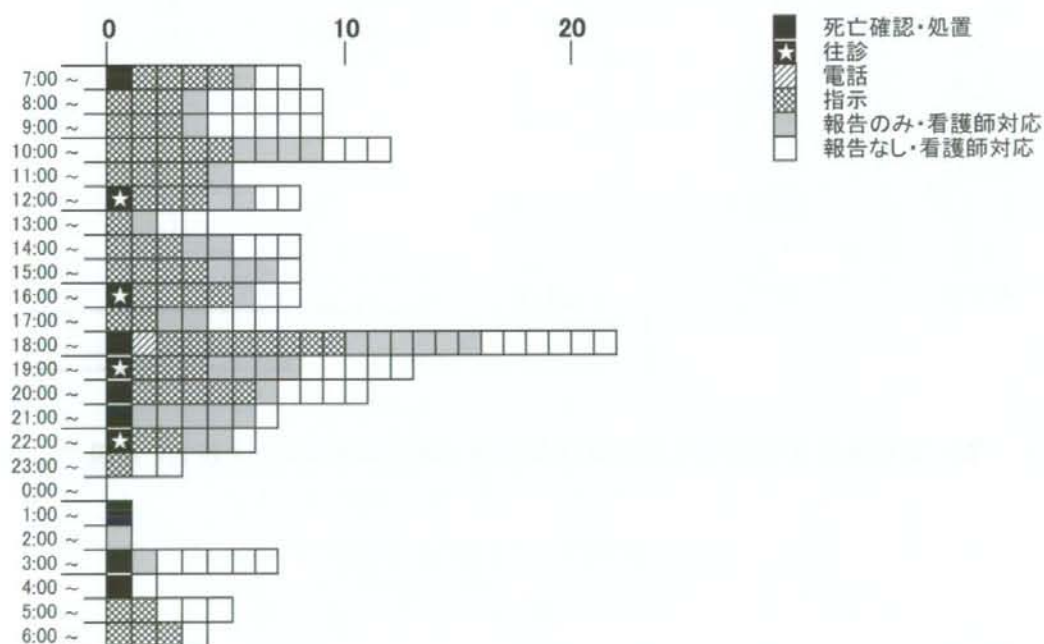
(回数)



臨時コールの発生時刻と対応(全体132名)(図1)



臨時コールの発生時刻と対応(頻回利用者29%を除く94名)(図2)



訪問看護ステーションを窓口にすることの医療費の削減効果(表5)

あいち診療所野並とのなみ訪問看護ステーションの臨時コールについての請求点数

【往診】 (在宅ターミナルケア加算算定なし)

算定項目 (点数)	再診 外来加算 往診	再診 外来加算 夜間	再診 外来加算 深夜	
人数	22	8	9	小計点数
総点数	17,006	11,384	21,807	50,197

【電話】

算定項目 (点数)	電話再診	電話再診 時間外	電話再診 深夜	
人数	3	6	0	小計点数
総点数	213	816	0	1,029

【看護師対応】

算定項目 (点数)	看護師	看護師 緊急対応加算	
人数	104	43	小計点数
総点数	57,720	35260	92,980
総合計点数		144,206	

看護師の訪問を医師が往診で対応したと仮定した場合の請求額

【往診】 (在宅ターミナルケア加算算定なし)

算定項目 (点数)	再診 外来加算 往診	再診 外来加算 夜間	再診 外来加算 深夜	
人数	90	70	26	小計点数
総点数	69,570	99,610	62,998	232,178

【電話】

算定項目 (点数)	電話再診	電話再診 時間外	電話再診 深夜	
人数	88	67	73	小計点数
総点数	6,248	9,112	35,916	51,276
総合計点数		283,454		

同じ人数を愛知県の在宅療養支援診療所の頻度で医師が対応したと仮定した場合の請求額

(夜間加算などはあいち診療所野並の比率を準用・看護費用算定なし)

	あいち診療所の回数	愛知県の在宅療養支援 診療所(平均)の場合の 回数	愛知県の在宅療養支援 診療所(平均)の場合の 算定点数
往診	39	163.52	403336.7549
電話再診	9	560.64	64099.84
総合計点数		467,437	

在宅終末期医療について
在宅終末期医療を進めるに当たっての問題点

医療法人あいち診療会
理事長 畑 恒土

在宅医療

Since 1987

(医)あいち診療会

法人の目標

受け手になった時に安心できる
医療システムの構築

↓

モデルになる活動の展開

在宅医療の条件

患者が家にいたいと希望する
家族が家で看たいと希望する

あいち診療会

家族がいて始めて成立する

在宅医療の変質

核家族化、家族制度の崩壊
高齢人口の増加
医療費の削減圧力

↓

高齢者・終末期の死に場所の確保

「在宅医療」とは

診療報酬点数上
保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者
特別養護老人ホーム
グループホーム
小規模多機能型居宅介護
等『自宅以外の多様な居住の場』
で療養する人を含む

自宅とグループホームなどは点数で区別している。

「在宅医療」は

① 自宅での医療

② 『自宅以外の多様な居住の場』での医療

の2種類に大別される

訪問医療というべき

「在宅医療」ではこんなことになる

客 「ご主人具合が悪いと伺いましたが、
ご在宅ですか？」

家族 「はい、グループホームに入所して
在宅医療を受けています。」

自宅と施設の違い

	自宅	転居して同居	地域の施設
居室	いつもの部屋	不慣れな部屋	不慣れな部屋
地域 (人間関係)	不変	大きく変化	小さな変化
介護者	家族	家族	施設職員

介護者が家族か職員かは大きな違い

家族には介護中も生活があり、職員には生活は無い

医療専門職が
患者の生活に関わる時間

あいち診療会の在宅患者の平均



介護者次第でケアの質が左右される
家族介護者は吸引などで自由を束縛される

ヘルパーの医療行為

- ① 患者ごとに医療者から指導を受ける
- ② ヘルパー、家族への指導はできない
- ③ 臨機の処置が必要なものに限る

あいち診療所 平成12年

痰の吸引の取り扱い

平成15年7月17日

ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の
痰の吸引を家族以外の者に容認

平成17年3月24日

ALS以外の患者の痰の吸引につい
ても容認

厚生労働省医政局通知

家族介護と施設介護

	自宅	施設
介護者	少数	多数
	経験の蓄積小	熟練する
対象	1人(～2人)	多数・変わる
管理責任	いい加減	重い

吸引指導など個別の患者ごとに行う必要がある

「在宅医療」のあるべき姿

⇒それが患者と家族を幸せにする
大前提:病院医療を必要としない

- ①自宅での医療
患者が家にいたいと希望する
家族が家で看たいと希望する
- ②『自宅以外の多様な居住の場』での医療
自宅での医療が成立しない時

在宅医療の現実

在宅医療はこんな時にも選択されている

- ①入院医療を必要とするが入院が選択できない時、
選択しない時
問題行動のある認知症・経済的理由・頑固に拒否
- ②入院医療が不要と判断されたとき
1) 入所させたいが施設がないと
特養・グループホームなど
2) 期限付き入所のつなぎ
3) 施設利用の経済的ゆとりがない
家で寝かせ切りがもっとも安上がり

虐待の
温床

幸せな在宅終末期医療の条件

患者が家にいたいと希望する
家族が家で看たいと希望する
病院への幻想がないこと？

医療法人あいち診療会

病院への幻想

病院なら治してくれる
病院なら痛みをとってくれる
病院なら最高の医療をしてくれる
……病院で死んだら仕方がない

病院から在宅へ

治らないものは治らない
在宅では鎮痛剤の必要量が減少
病院の医療は主治医で決まる
死は結果、大切なのはどう生きるか
お……病院での死亡は全て失敗
0 (治す目的なら)

在宅医療は看取りにつながる

在宅医療には病名・病状告知が必要
病院で治る病気は病院で治療
治るか治らないか不明な時は本人と
家族次第
治癒しない・苦痛が取れないなら病院
にいく意味はない

在宅では生活の締めくくりが看取り

がん患者の在宅医療(20年前)

- ①告知が必要
症状出現時在宅継続困難
家族との会話に違和感
告知しない医師・・・告知しない方が治療がしやすい
(多数)・・・本人の悩みを受け取らずにすむ

癌の告知の為の外来アンケート調査
本人の希望80%以上、家族の希望40%以下
家族に聞いても本人の希望を反映しない
本人のアンケートへの回答を見せて家族を説得

認知症患者の在宅医療

- ①認知症の告知はすすんでいない
本人のことを思えば告知すべき
告知しない医師・・・告知しない方が治療がしやすい
・・・本人の悩みを受け取らずにすむ

認知症の診断・告知の推進

認知症の診断・告知・治療に関する アンケート調査

目的

本人の希望に添った診療を行なうため
の告知の環境作り

対象:あざいリハビリテーション
クリニック 外来患者

アンケート内容

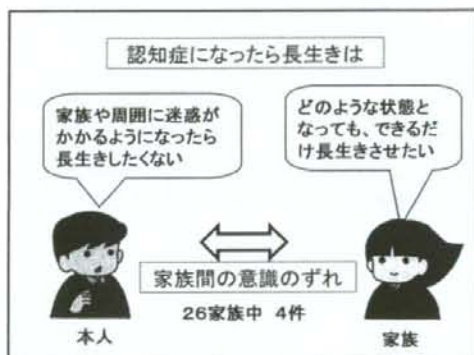
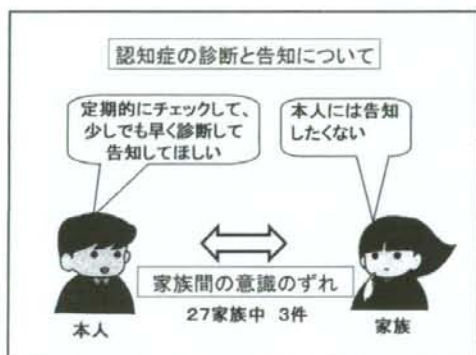
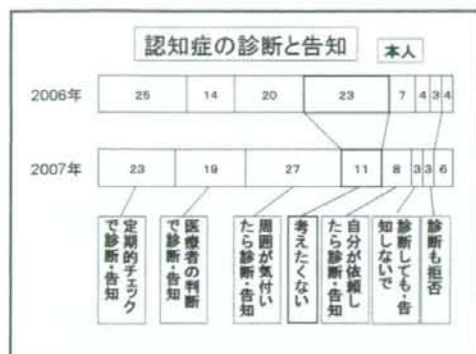
- ①認知症の診断と告知を受けたいか
②認知症になった時どこまでの治療を
してほしいか
③認知症になったらいつまで生きたいか

本人の立場と家族の立場

(2006年、2007年継続して実施)

アンケートの特徴

- ①本人の立場と家族の立場で回答
②カルテ登録により個人の変化を追跡
③カルテ登録により家族間の解析が可能



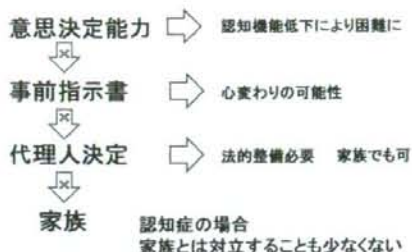
認知症の告知 同一人物の1年後の変化

	2006年	2007年	告知は否	自分が頼んだら	考えたくない	周囲が気付いたら	医師の判断で	定期的なチェック
診断も拒否	1	1	1	1				
告知は拒否		1	2					
自分が頼んだら		2	2	1	4			
考えたくない	1	3	4	6	2	2		
周囲が気付いたら	2	3	1	8	3	5		
医師の判断で	2	1	1	4	3	2		
定期的なチェック	1	2		6	7	13		

不変 29 後向き 34 前向き 34

- ### アンケートの結果
- ①認知症の診断と告知をしてほしい人が大多数
 - ②家族の中で意見が大きくずれる可能性がある
 - ③1年たつと回答には大きな変化がある

終末期の意思決定の手順



認知症の終末期医療

家族の意思に従う⇒家族関係を大切に

自分の意思で決定⇒早期診断と告知を

事前指示書⇒認知症の症状と自然経過の理解

代理人決定⇒自分を理解し信頼できる人探し

家族には介護中も生活があり、職員には生活は無い

医師は家族の生活は無視できない「疲れた！」⇒

増えない在宅医

訪問看護ステーションが能力を発揮すれば
医師はそれほど大変な思いはしない

愛知県における 在宅医療サービス提供状況 に関する調査

愛知県医師会・医療システム委員会

- 調査対象 愛知県内の「在宅療養支援診療所」
- 調査期間 平成19年11月12日～12月20日
- 回答 配布数402件 中 (63.9%)

在宅療養支援診療所の休日・夜間の対応 (1ヶ月)

患者100人当たり

往診 14件
電話対応 48件

在宅医療の活動の障害

- ①体力 55.0%
- ②夜間休日対応 50.4%
- ③労働時間 40.5%

今後の展望

「拡大したい」は21%

あいち診療会の24時間体制 (ナースコール)

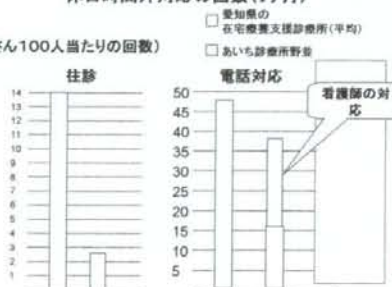


のなみ訪問看護ステーションの臨時対応
(時間内含む)



休日時間外対応の回数(1ヶ月)

(患者さん100人当たりの回数)



廃用症候群

体を動かさないことによって起こる、体の不調や障害。寝たきり生活が続いて起こる、褥瘡(じよくそう)=床ずれも廃用症候群のひとつである。

医者に蔓延する廃用症候群

開業した医師は多くの職種と付き合う機会が極めて少ない