高齢者の終末期医療における看護の役割

患者・家族の支援を考える

研究経過　平成17年度

目　的　高齢者の自己決定を支援する看護師の支援行動を明らかにする。

方　法　病棟勤務看護師171名を対象にアンケート調査。有効回答　114名

結果

「病状や治療法の説明の場に同席する」「説明後の患者家族の思いを表出する」について支援できていない傾向にあつた。

研究経過　平成18・19年度

目　的　高齢者の終末期看護における看護師の役割とその標準化

方　法　実際の看護場面の検討
　　看護師へのインタビュー

結　果○計画的に関わることで「自宅に戻りたい」と意思表示がある。
○いつの段階（介入時期）に、誰が、どのような支援を行うか課題となった。
○家族への支援が不十分であった。

症例

○本人は自宅に帰りたい意思をもっている。
○歩行介助必要
○退院予定が家族の事情により入院継続

↓

家族の介護力

症例

○本人の意思は明確ではない。
○ベッド上の療養
○医師・看護師・家族との話し合い
○外出を試みる
○自宅での過ごし方の説明

↓

自宅に戻ることができた

充分な説明・家族の理解協力

高齢者の「自己決定」に影響する項目

○苦痛の有無
○症状が安定している。
○家族（介護者）の介護力の問題
○本人・家族が意思表示できる
○ADL（日常生活行動）

病棟で勤務する看護師の「悩み・疑問・葛藤」

○今行われている治療が、本当に患者が望んでいるのかわからない
○業務が忙しくて患者・家族の方と話す時間がない。
○死を意識した言葉を患者や家族から言われると、どう返答していいのか自信がない
○終末期にある患者や家族から、思いを聞くことが難しい。

平成17年8月調査

高齢者が自己決定するのが困難と思われる状況

○情報や知識が少ない
○患者が家族に対して遠慮がある。
○高齢者は医師に対して自分の意見を言うのが好ましく思わない傾向がある。

平成17年8月調査

終末期看護に対して、日ごろ困ったこと、感じていること

○患者・家族の思いをどのように引き出せば話すタイミングが難しい
○業務に追われ患者家族との会話ができない
○本人の希望がどこまで反映されているのかと考えることがある。

平成20年11月調査

高齢者の自己決定について日ごろ感じていること

○信頼関係がないと介入が難しい
○いつの段階で話すのがよいかわからない
○本人と家族の意見と違う場合どのように関わればよいか。
○もっと早く自分の最後の選択ができるように普及が必要
○認知障害がある場合どうするのがよいか

平成20年11月調査

まとめ

病院内における高齢者の「自己決定」を支援するために、ケアコーディネーター（看護師）が必要であり、その看護師の育成を考えていきたい。

2

『施設における終末期の現状
（介護保険施設の高齢者終末期に関する現状調査）』

介護老人保健施設ルミナス大府
井上豊子

A. はじめに

本研究は、国立長寿医療センターを中核病院とする終末期の地域連携の確立を目的として、事前指示書など「本人の意思」を施設間で共有するシステムの構築を目的としている。分担研究では、17年度、18年度に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームを対象に行ったアンケートの調査結果を踏まえ、各施設での終末期ケアを進めるうえでの問題点と今後の具体策の検討を行った。19年度の研究では高齢者の意思決定について現状調査を行い、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。今回は17年度のアンケート結果について報告する。

B. 研究目的

本分担研究では、愛知県下の介護保険施設における終末期ケアのH17年度のアンケート調査結果をもとに、各施設での終末期ケアを進める上での問題点明らかにする。

C. 研究方法

施設に対するアンケートは、愛知県下の介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホームにおける終末期の施設におけるターミナルケアの実態調査をアンケート法により郵送調査を行った。

D. 研究結果

アンケートの回収率はそれぞれ、介護老人保健施設（以下老健）21.8%（37施設）、特別養護老人ホーム（以下特養）30.8%（45施設）、グループホーム（以下GH）24.5%（70施設）であった。施設入所者に対するアンケート調査（回答者987人）施設入所者家族アンケート（955人）では、本人、家族共に在宅死かつ自然の経過の中での死を希望されていた。施設での終末期を進めるには、体制面で多くの課題がある。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となる。

＜略歴＞

１９７７年　国立療養所東名古屋病院付属看護学校卒業
１９７８年　国立療養所東名古屋病院　　看護師
１９８４年　国立療養所中部病院（現在長寿医療センター）看護師長
１９９９年　国立名古屋病院（現在名古屋医療センター）　看護師長
１９９９年　介護老人保健施設ルミナス大府　　看護・介護部長

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%

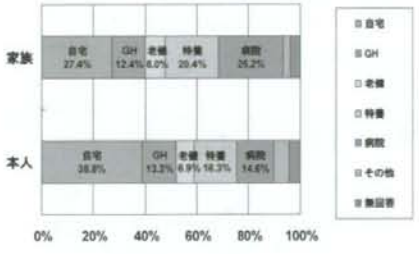
利用者回答数　987人　家族回答数　955人

- 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。

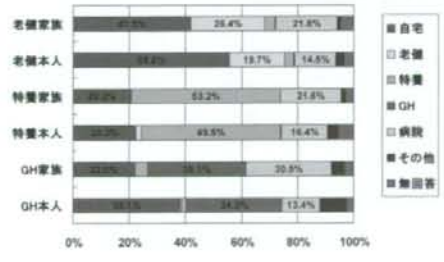
利用している施設

	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

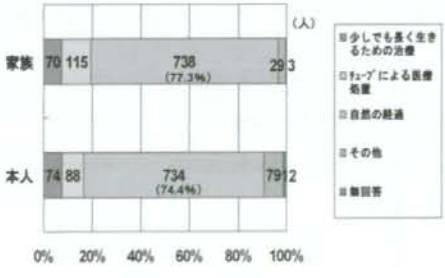
最期を迎えるのはどこが最も望ましいか



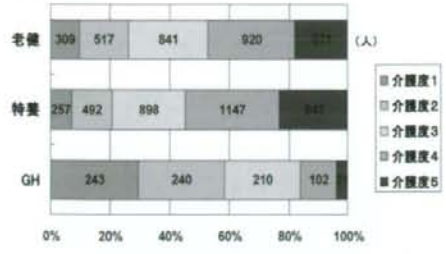
最期を迎えるのはどこが最も望ましいか



終末期が近づいたときどれが最も望ましいか

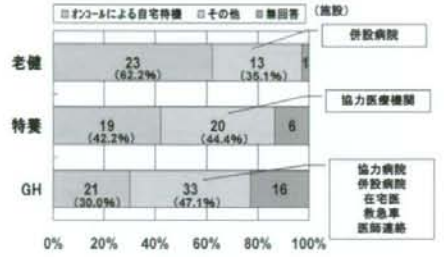


介護度

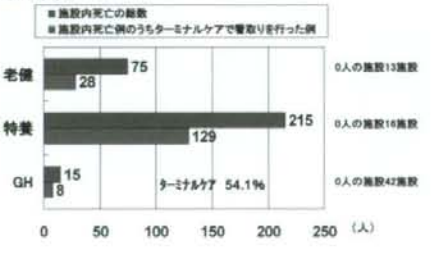


夜間の看護体制

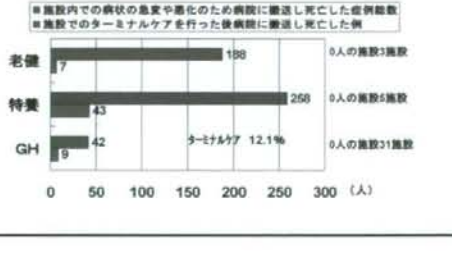
夜間の医師体制



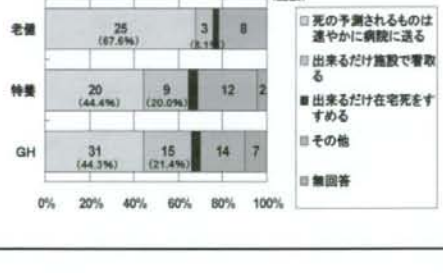
施設内死亡の総数
施設内死亡例のうちターミナルケアで看取りを行った例（16年度）



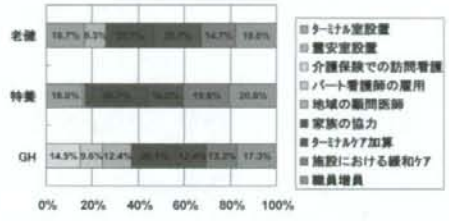
施設内での病状の急変や悪化のため病院に搬送し死亡した症例総数
施設でのターミナルケアを行った後病院に搬送し死亡した例（16年度）



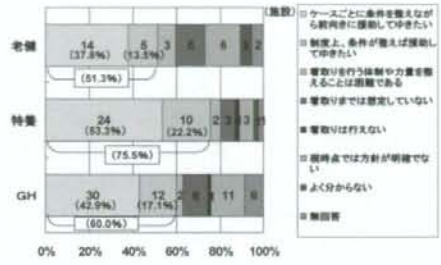
ターミナルケアについての現在の調査施設の方針



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
ターミナルケアを実施した動機	胃癌 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	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症
ターミナルケア期間	約3ヵ月	約3ヵ月	約3ヵ月
医療内容	CT、胃カメラ、IVH、輸血、インシュリン、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 ・調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の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。

『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
畑　恒土

私はほぼ20年前の1987年から在宅医療に取り組んできた。あいち診療会では当初より在宅医療という言葉を自宅での家族とともに生きることを支える医療と言う意味で使い，独居では在宅医療は困難であるといい続けてきた。
最近厚生労働省は、「自宅以外の多様な居住の場」での医療も在宅医療として扱うようにしているが、医療の中身は自宅と施設では大きく異なり明確に区別することが必要である。
その上で本来の在宅医療はどのような場合に適応となるのか、現在どのようにふさわしくない在宅医療が行なわれているかについて明らかにしたい。
在宅医療は本来の目的からすればおのずと看取りまで行き着くものであり、ことさらに終末期とつける意味はないが、病院での治療を選択するか在宅で看続けるかの決定をする際には、病名・病状・予後等の告知が必要不可欠である。
あいち診療会の癌の告知に関する取り組みの経験から、認知症に関しても早期診断と告知が欠かせないと考えているが、認知症の告知については、私たちが癌の告知に取り組み始めた20年前の癌に対するものよりも遅れているかもしれない。
あざいリハビリテーションクリニックの外来で認知症の診断と告知を推進する目的で行ない始めたアンケート調査を分析した。
多くの患者さんが告知を希望していること、家族も患者さんほどではないが告知に前向きであること、認知症への理解を深めようとする試みの効果か、告知へ前向きな姿勢を示す方は増加する傾向にあるが、一方で1年経って行なったアンケート調査で2度の回答が全く異なる利用者が極めて多数あること。
また同一家族内で本人と家族の想いに大きなズレが生じている家族が少なくないこともわかった。
これらから終末期の少しでも本人の意思にそった医療を行なおうとする場合、事前指示書以前の問題として意思決定能力が保たれているうちに早期診断と告知を受けること、認知症に対しての理解を深めるとともに、家族間でも十分な話し合いを持つことが大切であると思われる。
時間が許せば2008年度の研究テーマである在宅医療におけるナースコール体制が医師の負担を大きく軽減することなどについて述べたいと思う。

＜略歴＞

１９９０年　あいち診療所野並開設
２００４年　あざいリハビリテーションクリニック開設
東京生まれ。中学高校時代バスケットボールに明け暮れ、意味なく東京大学医学部を目指すが入試中止、ベトナム反戦運動に参加するうちに将来が見えなくなり、早稲田大学第２文学部に籍を置く。将来像を無医地区の医師として描きなおし、昭和大学医学部に進む。卒業後、無医地区の医師としての研修を積む中、1988年在宅医療に取り組み始める。

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
0グループホーム
0小規模多機能型居宅介護
0　　等『自宅以外の多様な居住の場』
0　　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

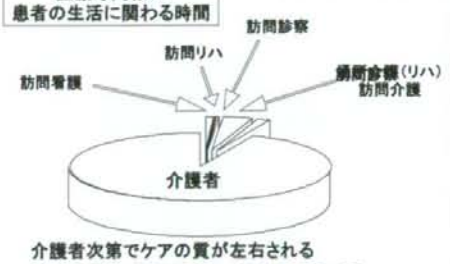
	自宅	転居して同居	地域の施設
居室	いつもの部屋	不慣れな部屋	不慣れな部屋
地域（人間関係）	不変	大きく変化	小さな変化
介護者	家族	家族	施設職員

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
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

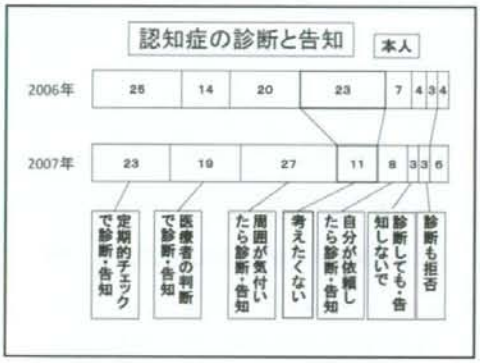
（2006年、2007年継続して実施）

アンケートの特徴

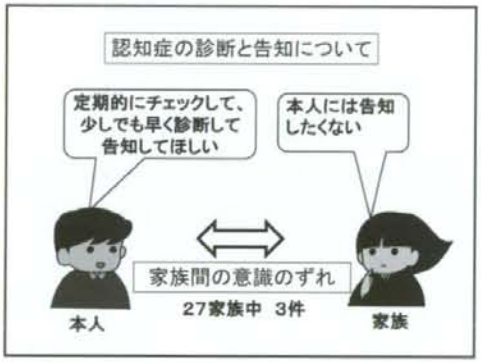
①本人の立場と家族の立場で回答

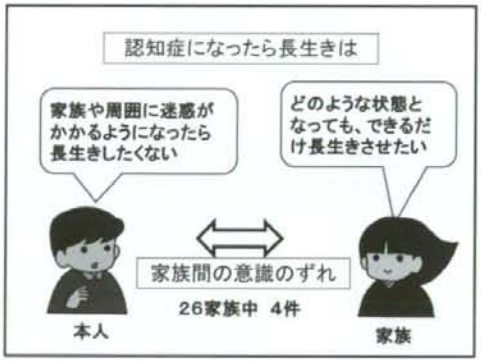
②カルテ登録により個人の変化を追跡

③カルテ登録により家族間の解析が可能

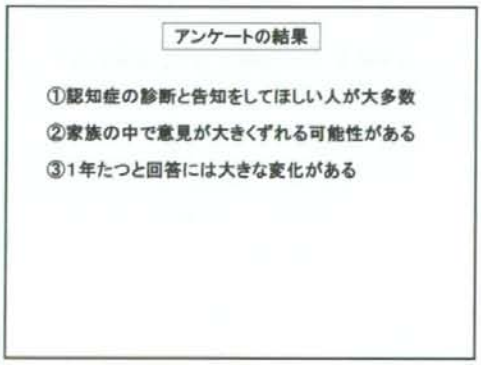

認知症の診断と告知
本人
2006年
25
14
20
23
7
4
3
4
2007年
23
19
27
11
8
3
3
6
定期的チェックで診断・告知
医療者の判断で診断・告知
周囲が気付いたら診断・告知
考えたくない
自分が依頼したら診断・告知
診断しても・告知しないで
診断も拒否

認知症の診断と告知
家族
2006年
10
21
10
19
14
11
3
12
2007年
17.5
20
21.5
11
17.5
7
2.5
3
定期的チェックで診断・告知
医療者の判断で診断・告知
周囲が気付いたら診断・告知
考えたくない
本人の希望にゆだねる
診断しても・告知しないで
診断も拒否


認知症の診断と告知について
定期的にチェックして、少しでも早く診断して告知してほしい
本人には告知したくない
家族間の意識のずれ
27家族中 3件
本人
家族


認知症になったら長生きは
家族や周囲に迷惑がかかるようになったら長生きしたくない
どのような状態となっても、できるだけ長生きさせたい
家族間の意識のずれ
26家族中 4件
本人
家族

認知症の告知　同一人物の1年後の変化
2007年
2006年
診断も否
告知は否
自分が頼んだから
考えたくない
周囲が気付いたら
医療者の判断で
定期的なチェック
診断も拒否 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
医療者の判断で 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

意思決定能力 ⇨ 認知機能低下により困難に

↓

事前指示書 ⇨ 心変わりの可能性

↓

代理人決定 ⇨ 法的整備必要　家族でも可

↓

家族　認知症の場合
家族とは対立することも少なくない

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

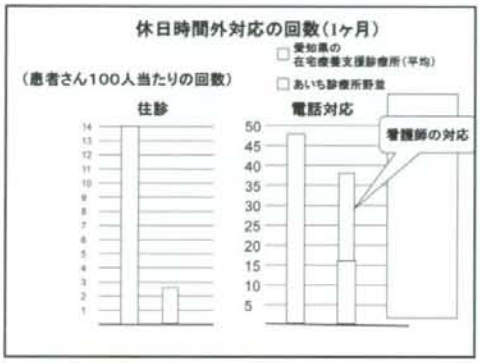
往診　14件
電話対応　48件

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%



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（じょくそう）＝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