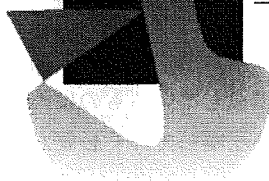


特集

多様なケアマネジメント



高齢者の終末期における ケアマネジメント

大阪市立大学大学院看護学研究科 樋口京子

● 抄録

高齢者の終末期ケアでは、死に至る経過に3つのパターンがあり、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要など特有の課題がある。終末期ケアの質を構成する要素を明らかにするためにアウトカムの評価指標を比較検討した。その結果、ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の主観的な考え方に着目し、高齢者、介護者とその関係に焦点をあてる直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視したケアマネジメントが求められることを明らかにした。特徴的な視点として、①希望と期待度、余命予測に基づく意思決定過程の共有とモニタリング、②残された日々、介護、死別をより肯定的に意味づけるサポート、③死を迎える準備と死別後までをサポート、④死別後までを一貫して支えるインフォーマルサポートのネットワーク化、⑤日々のQOL (quality of life: 生活の質) を高める多職種連携チームおよび緩和ケアチームの編成、組織化、地域資源の創出、の5つを提案した。

Key Words : 高齢者, 終末期, ケアマネジメント, ケアの質, 評価

ケアマネジメント学, (8) : 31-38, 2009

I. はじめに

高齢者の終末期では、慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えることが少なくない。そのため、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要など特有の課題があり、最長6か月のホスピス・緩和ケアの範ちゅうにおさまらない状況が多くみられる。また、高齢者の死の迎え(看とり)方の希望は、長年にわたって培われてきた価値観や、家族や重要他者との人間関係などに基づくものである。したがって、ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の希望や期待度と余命予測に基づき、その生活の延長上にある死をどのように迎え看取るのか、意志決定

過程を共有し目標指向型のプロセスを重視したていねいなケアマネジメントを実施することが求められる。

本稿では高齢者の終末期ケアの定義と特徴、終末期ケアの質を構成する要素、質を高めるために重視すべきケアマネジメントの機能と視点について述べる。

II. 高齢者の終末期の特徴と終末期ケアの定義

高齢者の終末期ケア(エンドオブライフ・ケア)をめぐる議論は1995年前後に始まった。その背景には、高齢化が進みさまざまな慢性疾患を抱え死に至るようになったことが挙げられる。Lynnらは、高齢者の死に至る経過に3つのパターンがあることを示した¹⁾。

パターンAはがんなどの場合であり、一般に

Kyoko Higuchi
Osaka City University Graduate School of Nursing
〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-5-17

死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。パターンBは、心臓、肺、肝臓などの慢性疾患をもち増悪と緩解を繰り返し、2～5年で悪化する。経過の後半になると治療して改善するかどうかの予測はむずかしい。パターンCは5年以上の長い期間にわたり徐々に機能が低下する場合で、認知症や老衰である。多くは肺炎などで最期を迎える。

慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えるため、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要であること、慢性疾患の増悪期や肺炎などでは治療が必要であること、など高齢者特有の課題がある。

このようなホスピス・緩和ケアとは異なる高齢者の終末期ケアを、カナダ政府の諮問委員会(2000)では、新たに「エンドオブライフ・ケア」と呼び定義した²⁾。死にゆく人へのケアをめぐる概念の変遷と現在日本で用いられている訳語についても表1に示した。今回は、「終末期ケア」という訳語を用いて展開する。主な特徴は、①ホスピス・緩和ケアと老年医学の理念および原則を受け継ぎ、②がんに特化せず、死の危険性が徐々に高まる進行性や慢性の疾患を対象とするため治療することを含む、③期間を6か月と限定せず時間軸を長くとる、などの特徴をもつ人生の終焉に受けるケアを指す広範囲な考え方である。ただし、アメリカ国立衛生研究所(NIH)の「End-of-Life care」に関する声明(2004)³⁾では、小児から高齢者までを対象としてこの用語が用いられている。

Ⅲ. 高齢者の終末期ケアの質の評価とケアマネジメント

Donabedianは、ケアの質を評価する場合に留意すべきことについて、次のように述べている⁴⁾。

質の定義は本当に難しい。おそらく“質”とは同質の集まりをさすのではなく、さまざまな特性が集まってできた大きな束をいうのであろう。患者・医師・看護師が重要だと考える質は

明らかに、それぞれに異なるし、一つずつの重みづけも異なる。だから、評価の際はケアのどの側面を評価するのか、そしてそれぞれの側面における“よい質”を構成しているものは何なのかについてあらかじめ了解しておく必要がある。

これは、質を評価する場合には、評価者によって重要だと考える質とその重みづけが異なるので「評価する側面」と「よい質の構成要素」の2つについて合意する必要があることを示唆している。終末期ケアの質の評価についてもこの2つを意識して評価する必要がある。がんに特化しない終末期ケアの評価についての論議は、北米でも1995年前後から本格的に始まった。ケアの質を構成する要素が明らかになり、さまざまな側面からの評価指標の開発やその妥当性の検証がされている段階にある。その結果、患者・家族の視点と医療者の視点による評価は一致しないことなどが明らかになってきている⁵⁾。

そこで、ケアの質の評価指標の構成要素を、まず北米の医療者の視点3文献⁶⁻⁸⁾と患者・家族の視点3文献^{5,9,10)}を比較し、その結果を筆者らが実施した看とり後の介護者の「思い」^{11,12)}を比較することを試みた(表2)。その結果、構成要素は、A患者、B家族、C患者・家族両方、D人間関係、E行った治療やケア、の5つに分類できた。医療者・家族両方の視点で共通していた項目は、①患者の尊厳と自己決定の尊重、④家族の負担の軽減、⑤死別前および死別後の家族へのケア、⑧患者と家族、社会との関係、⑨ケア提供者との関係、⑩症状マネジメント、⑪過不足のない治療、⑫ケアマネジメントに関すること、の8項目である。含まれる要素は共通しているが、医療者の視点は、抽象的な表現のままであり、患者・家族の視点は、より具体的で分かりやすく、どのような思いが残ったかなどだれもが同じイメージを描きやすい表現が用いられていた。本人・家族の主観的な思いを重視し、インフォーマル・フォーマルサポートを問わず、かかわったすべての人と共有できるア

表1 死にゆく人々へのケアをめぐる用語とその定義

用語 (訳語)	定義
Terminal care ターミナルケア 終末期ケア	死にゆく人の症状を軽くさせ、患者と家族の両方をチームで支えようとするケアである。死の瞬間まで、身体機能や精神機能の潜在能力を引き出しできる限り自律して生きることをサポートする。イギリス Saunders (1983)
Hospice care ホスピスケア	死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的 (spiritual) ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援サービスの調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティア多職種の医療チームを構成して、サービスにあたる。患者の死後、遺族に対して死後の援助を行う。全米ホスピス協会によるホスピスの定義 (1987年改定)
Palliative care 緩和ケア	緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全人的なケアである。疼痛やその他の症状コントロールなどの身体的問題とともに、精神的・社会的・スピリチュアルな問題に対してもケアが行われる。緩和ケアの最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好なQOLを実現させることである。(WHO) ※2002年にWHOは、「早期からの苦痛緩和と予防によって患者のQOLを向上させる手段」と定義し、緩和ケアはがん患者だけではなく、すべての疼痛や苦痛をもつ患者に拡大している。
Hospice and Palliative care ホスピス・緩和ケア	ホスピス医療、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケアは、違う用語であるが、すべて同じ構成要素をもつ。アメリカ Davito (1990) The American Journal of Hospice & Palliative Careの巻頭言 治癒不可能な状態にある患者および家族のクオリティーオブライフ (QOL) の向上のために、さまざまな専門家が協力してつくったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 (1997)
End-of-Life care エンドオブライフ・ケア 終末期ケア	生命をおびやかす進行性あるいは慢性的の状態で生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支える、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に配慮する必要がある。さらに、死別前後の、家族や友人に対するケアを行う。カナダ政府の諮問委員会 (2000)

ウトカムになっていることが分かる。Teno は、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に大事な点をケア提供者が追加した多軸で評価する重要性を指摘している⁹⁾。

一方、筆者らが行った調査結果 (1999年から全国訪問看護ステーションを対象に三次にわたる調査を実施) でも、看とりを終えた介護者のべ800人の「思い」や「満足度」は5つの要素 (①高齢者、②介護者、③その関係、④行った治療やケアやインフォーマルサポート、⑤死別の意味づけ) と5つの時期 (介護以前、介護開始前後、安定期、臨死期、死別後) に分類できた。構成要素は北米の5つの要素とほぼ同じであった。①項目

を比較すると、日本では「家族・社会との関係」をより重視する傾向があり、逆に不足していたのは、安定期からの「症状マネジメント」や、「日々のなかでの自己決定の保障」であることが明らかになった。②また、“どのように死を迎えたか”という臨死期前後の状況だけではなく、“どのような希望や期待をもって療養を始めたか” “高齢者がどう過ごしどう介護したか” “介護者が死別の準備ができたか” “死別をどう意味づけたか” など、介護以前の関係から死別後まで多岐にわたる出来事をどのように受け止めていたかという主観的なとらえ方に基づき、評価していることが明らかになった。

表2 高齢者の終末期ケアの質の評価指標の構成要素の比較

要素	項目	医療者の視点	患者・家族の視点	看とり後の介護者の「思い」
A 患者	①患者の尊厳と自己決定の尊重	人間としての尊厳と自尊心を守るために自己決定を尊重する	自分の意思で物事を決定できること	在宅療養を始めた理由や希望がかなえられた
		心理的な状態（自己統制感・尊厳など）	医療処置や日常生活方法を死にゆくものが自由意志で選べた	死の迎え方の希望がかなえられた
		心理的な状態、霊的状態・信念	人生の最期まで生ききったという感覚を味わえたか	介護者への気がね、慮る様子があった
	②全般的QOL	全般的QOLが良好に保てる		
	③死にゆく過程の全般的な状況	死にゆく過程の全般的な状況		見守りのなかでの死であった 予測どおりの臨死期の経過であった
B 家族	④家族の負担感の軽減	家族の精神的・経済的負担感への対策	愛するものへの重荷を軽減させること	介護の見通しに沿ったサポートがあった
		死別前の家族の健康状態と感じ方	愛するもののために費やしたケアの苦労をいつも癒してくれた	介護者の介護負担軽減のためのインフォーマルサポートがあった
		経済的必要・ケア提供のニーズ	家族のニーズに対する情報提供があった	
	⑤死別および死別後の家族へケア	死別後の家族をもケアする	死別の準備ができていたか	死別に対する準備や心構えができた／死別後に慰めの言葉を受けた
		死別後の家族の健康状態と感じ方	死ぬ前だけでなく死別後も家族の精神的支えになってくれた	肯定的に介護や死別を意味づけることができた 尽きない思いが残った
C A/B 両方	⑥希望と期待	希望と期待		
	⑦満足度	患者と家族も満足（残された期間をいかに実りあるものにして過ごせる機会を与えられたか）		在宅療養に対する本人の希望や介護への期待、看とり方の希望に応じて満足度を評価
D 関係	⑧患者と家族・社会との関係	社会関係・サポート	愛するものとの心の絆を深めること	最期まで心の絆が深められた 本人の希望の実現や死別後も慰めてくれるインフォーマルサポートがあった／孤立せず社会とつながるサポート
		⑨ケア提供者との関係	患者のケアに対する感じ方（満足度を含む）	ヘルスケアの専門家とよい人間関係であったか／患者へのケアをサポートし信頼感が増した 愛するもの在宅ケアの方法を自信を持ってできるよう教えてくれた
E 行った治療・ケア	⑩症状マネジメント	QOLを損なう身体的・精神的症状の管理	痛みと症状に対して十分な治療を受けること	安らかな死であったか
		身体機能	症状コントロールがなされていたか	
		身体的症状	死にゆく人が身体的に苦しまなかった	
	⑪適切な治療	死が間近になれば積極的な治療は避ける	いたずらに死期を長引かせない	
医療資源が不足して死が安易に受容されないようにする			医療資源の不足からの自宅での死亡は、みなし末期になる可能性があること	
	⑫ケアマネジメント（継続したケア、一貫したケアができるための調整）	ケア提供者が高い技術を継続的に提供する 一貫したケアができるように事前にケアを立てる	意思決定の過程を共有 ケアの調整と継続したケアの提供	意思決定の過程を共有 ゴール設定の共有やゆらぎのモニタリングがあったこと

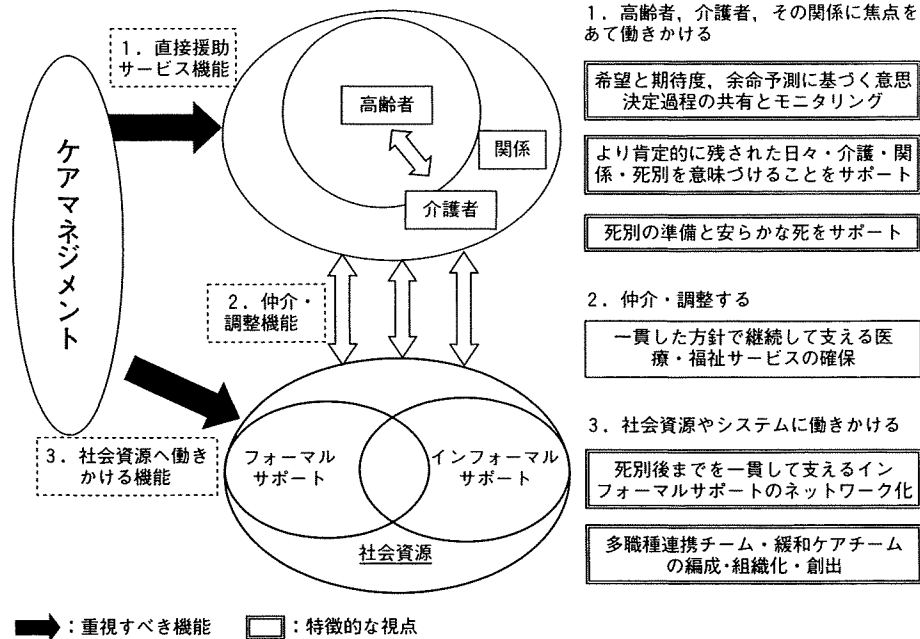


図1 高齢者の終末期ケアで重視されるケアマネジメントの機能と視点

これらの結果から、ケアの質を高めるためには、質を構成していた要素と要素間の関係に働きかけ、プロセスを重視したていねいなケアマネジメントを実施することが重要である。このケアマネジメントでは、仲介・調整の機能ばかりではなく、高齢者や家族の主観的なとらえ方に着目し高齢者、介護者とその関係に焦点をあて働きかける直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視することが求められる。高齢者の終末期で重視すべきケアマネジメントの機能と視点を図1に示した。

IV. 高齢者の終末期ケアの質を高めるケアマネジメント

次に、終末期ケアの質を高めるために、重視すべきケアマネジメントの機能と特徴的な視点について具体的に述べる。その際、ケアの質の評価指標を構成する要素を比較検討した結果を含めて展開する。

1. 高齢者、介護者とその関係に焦点をあて働きかける直接援助サービス機能

1) 希望と期待度、余命予測に基づく意志決定過程の共有とモニタリング

(1) 高齢者のいまの希望や死の迎え方の確認

いまここで実現したい希望（食事、入浴、出かけた場所、会いたい人、もう一度やりたいことなど）をまず聴き、その延長上にある死の迎え方の希望（家で死にたい、現在いる場所で死にたい、入院（転院）しないなど）とその理由を確認する。また、出会いの段階で、本人が意思表示は無理な場合でも家族が過去に把握していないか確認する。

北米の指標では、患者・家族と医療者の視点ともに、「高齢者の自己決定が尊重されること」の内容は、アメリカホスピスケア協会（1997）のような死にかかわる自己決定を直接指してはいなかった¹³⁾。「自分の意思で物事を決定できること」「医療処置や日常生活方法を自由意志で選択できたこと」など、日々の生活のなかでの自己決定を重視している。また、Steinhauser は、「人生の最期ま

で生ききったという実感を味わっていたか¹³⁾」を挙げている。その思いに至るように、かかわるすべての人がそれぞれのできることで支えていく。そのことが医療者の視点の「人間としての尊厳と自尊心を守ること」につながるであろう。

一方、筆者らの結果では、「日々のなかでの自己決定を保障」する視点が不足していた。「介護者への気兼ね、慮る様子」その裏返しの状況を示しているともいえる。また、日本の高齢者は死の迎え方について自己表明しないことも多く、家族の意向がより重視されるなどの課題がある。しかしながら、「死の迎え方についての自己決定」の過程を共有することはアメリカの高齢者においてもむずかしいことが報告されている^{14,15)}。北米の指標のように、気がねなく日々の生活目標をいいあえる環境をつくり、それらが実現する実感をついに積み重ねていくことこそがその延長上にある死についての希望の表出につながると考える。

(2) 介護者の期待度の確認と生活や人間関係を歴史的構造的にとらえるアセスメント

終わりのみえない長期にわたる介護役割をどうになっていくかの期待度は、介護以前からの関係や家族内での役割変更の程度に影響される。筆者らの調査でも、生活の連続性や経済・労働状況などの影響から、「できる限りの介護」と「できる範囲の介護」のように期待度に違いがあった。家族がどのように歴史を刻んできて、そしてこれからどう刻もうとするのか、歴史的構造的に生活や人間関係をアセスメントする必要がある。

「満足度」は、質を評価する際のアウトカム指標として用いられることが多い。Mohonは、終末期ケアの質を「満足度」で測定する場合、死を迎える過程における介護に対する期待は、一定であったかどうかについて考慮する必要があると指摘している¹⁶⁾。その意味においても「期待度」をまず確認することは重要である。

(3) 意思決定過程を共有しゴールを設定

高齢者本人の希望を中心に、家族の介護に対する「期待度」や、高齢者の死に至る経過の

3つのパターンの特徴を踏まえた医療者の余命予測をもとに、高齢者・家族・ケアチーム間で意思決定過程を共有しゴールを設定する。

2) 残された日々、介護、関係をより肯定的に意味づけるサポート

(1) 高齢者の希望の実現をサポート

「介護者の満足度」にもっとも関連していたのは、在宅療養に関する高齢者本人の「望みの実現度」であった。本人の希望どおり自宅で死を迎えるまで過ごすことは医学的な理由で最期の最期にむずかしくなる場合が多い。それならば、安定期にいかにか希望をかなえつつ張り合いをもち過ごすか、家族や友人・知人との絆を深め過ごすことができるかは本人だけではなく介護者の満足度も高め、死別後、介護を肯定的に意味づけるきっかけになると思われる。

(2) 高齢者・介護者の関係に配慮

「患者と家族、社会との関係」で、Singerは「愛する人との心の絆を深めること」⁵⁾を挙げている。また、Byockの「死に直面することが、当事者である患者にとっても家族にとっても、成長と親密さと和解と関係の終結といった大切な機会を提供する」¹⁷⁾という文献を引用し、死にゆく過程を共有することで相互に成長する機会となると指摘している。初めから必要と思われる十分なサービスを導入しすぎて、家族が変化・成長するチャンスを奪ってしまうこともある。Ingersollも「最初から問題を解決するよりも、むしろいい関係を築くことに力を注ぐべきであり、とにかくゆっくり物事を進めることが肝要である」¹⁸⁾という。家族のSOSの時を見逃さず、タイミングを見計らって対応するマネジメントが求められる¹⁹⁾。

介護以前からの高齢者本人との関係や介護の長期化による関係の悪化などのマイナスの感情は、表出されにくい。どこにも表出せず心の奥深くに閉じこめて介護者がその後の人生を送ることがないよう関係の変化をモニタリングし再調整する支援が必要であろう。

3) 死を迎える準備と死別後までをサポート

死を迎える準備について、医療者は、余命予測に基づき「死別の心構えができた」という思いを介護者（ときにケアスタッフ）に残る教育を実施する。

臨死期への移行期では、看とり方の揺らぎのモニタリングや介護者・家族全体の余力の再アセスメントが重要になる。看とり方の希望や看とる意思は死別のそのときまで揺らぎが繰り返される。変化するのが当然と受け止め、モニタリングし合意形成を再度行う。また、療養場所の変更が予測される場合、高齢者本人と家族の焦点を「どこで」「どのように」迎えるかに関心を変化させていくアプローチが重要である。

臨死期では、見守りのなかで安らかな死を迎えられたことは、介護者に安堵感を与え満足度を高めることになる。一方、突然死や死にめに会えなかったこと、苦しみながらの死や死にかかわる対応をしたことは、悔いが残り病的な悲嘆を引き起こすことにもなる。したがって、医療者の予測に基づく専門的なアプローチを行えるよう主治医訪問看護と連携し、夜間緊急時の対応を調整する必要がある。また、死別期にグリーフケアが確実に実施され、一定期間を経たあとの介護者の評価がフィードバックされるようなプログラムの整備が必要である。

2. 仲介・調整、社会資源やシステムに働きかける

1) 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームの確保

高齢者の場合でも臨死期に至る過程で病状の急激な変化による療養場所の移動も起こりうる。自分たちの施設やサービス事業所では、なにができ、なにができないかというリスクマネジメントを行い一貫した方針でサポートできるよう調整が必要である。

2) 死別後までを一貫して支えるインフォーマルサポートのネットワーク化

インフォーマルなサポートは、高齢者本人の生活の質を高め、張り合いや生活目標をもてること、最期まで人とつながり、絆を深めながら生きること、を長期にわたって支える存在となる。家族にとってもフォーマルサポートのかかわりが終結したあとも支え癒し悲嘆からの回復をサポートする人々をネットワーク化することは重要である。

3) 多職種連携チームおよび緩和ケアチームの編成・組織化

日々のQOLを高め、高齢者の望みを実現するために多職種連携チームを編成する。死に至る経過のパターンに応じて、ADLの低下や廃用症候群の予防のためにリハビリ専門職の評価、嚥下・摂食に障害がある場合は栄養士や言語聴覚士などチームを編成する。地域資源としてない場合は、創出できるようなマネジメントを実施する。

「症状マネジメント」については、北米では対象ががん以外の慢性疾患患者でも、「患者・家族、そして介護者が回避可能な苦痛や苦悩を感じなくてもよい」というレベルで評価していた。一方、筆者らの結果では、臨死期に苦痛がなく「安らかな死」の項目はあるが、安定期からの苦痛の緩和や症状マネジメントは挙げられていない。

したがって、日本の高齢者においても疾患や療養している場所を問わず、緩和ケアに関する情報を正しく伝えることを保障し、安定期から一貫して高齢者や家族が、「痛みや症状に対して十分治療を受けた」という思いが残るケアが求められる。また、チームメンバー間で、ケアを振り返る機会をもちチームや地域がどのように変化し成長したのか、その理由や課題を明らかにする。地域資源を組織化しない場合は創出できるようシステムに働きかけることが求められる。

V. おわりに

高齢者の終末期ケアの質を高めるためには、主観的なとらえ方に着目し長期の生活支援と死を迎える準備・死別後の悲嘆までをサポートし、社会

資源に働きかけるケアマネジメントが求められる。今後、ケアの質の評価指標の作成やプロセスの質を高めるためのツールの有用性の検証を行うことを課題としたい。

【文 献】

- 1) Lynn, J., Adamson, D.M.: Living well at the end of life. WP-137. Rand Corporation (2003).
- 2) National Advisory committee (カナダ政府諮問委員会) A Guide to End-Of-life Care for seniors, University Of Toronto and University of Ottawa (2000). (岡田玲一郎監訳: 高齢者の End-Of-life ケアガイド. 厚生科学研究所 (2001)).
- 3) NIH State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care, 21(3) : 1-28 (2004).
- 4) Donabedian : A The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press (1980).
- 5) Singer, P.A., Martin, D.K. and Kelner, M. : Quality end-of-life care ; patients' perspectives. *JAMA*, 281(2) : 163-168 (1999).
- 6) Lynn, J. : Measuring quality of care at the end of life ; a statement of principles. *J Am Geriatr Soc*, 45(4) : 526-527 (1997).
- 7) Field, M.J. and Cassel, C.K. : Approaching death ; improving care at the end of life. National Academy Press, Washington, D.C.(1997).
- 8) Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. : The promise of a good death. *Lancet* 351 (Suppl 2), 21-29 (1998).
- 9) Teno, J.M., Casey, V.A. and Welch, L.C. et al. : Patient-focused, family-centered end-of-life medical care ; views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage*, 22(3) : 738-751 (2001).
- 10) Steinhauer, K.E., Clipp, E.C. and McNeilly M. et al. : In search of a good death ; observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132 : 825-832 (2000).
- 11) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編 : 高齢者の終末期ケア. 中央法規出版, 東京 (2004).
- 12) 樋口京子 : 高齢者のエンドオブライフにおけるケアマネジメント. 介護支援専門員, 8(4) : 13-18 (2006).
- 13) National Hospice Organization.. A pathway for patients and families facing terminal illness : Self-determined life closure, safe comfortable dying and effective grieving, National Hospice Organization, Alexandria, Virginia (1997).
- 14) Travis, S.S., Bernard, M. and Dixon, S. et al. : Obstacles to palliation and end-of-life care in a long-term care facility. *Gerontologist*, 42(3) : 342-349 (2002).
- 15) Sheehan, D.K., Schirm, V. : End-of-life care of older adults. *Am J Nurs*, 103(11) : 48-58 (2002).
- 16) Mahon, P.Y. : An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs*, 24(6) : 1241-1248 (1996).
- 17) Byock, I. : Dying Well Peace and Possibilities at the End of Life. NY Riverhead Books, New York (1997).
- 18) Ingersoll, B. Cambel. R, 黒川由紀子ほか訳 : 高齢者のカウンリングとケアマネジメント. 283, 誠信書房, 東京 (2004).
- 19) 渡辺裕子 : 長期療養を支える家族ケア. 6, 医学書院, 東京 (2006).

4. 高齢者の終末期における ケアマネジメント

SUMMARY

■高齢者は、慢性疾患や認知症などによる要介護状態を経て死を迎えることが少なくない。そのため高齢者の終末期ケアには、余命予測や意思の確認が難しく長期の生活支援が必要など特有の課題がある。ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の主観的なとらえ方に着目し、長期の生活支援と死を迎える準備から死別後の悲嘆までをサポートするケアマネジメントが求められる。特に、インフォーマルサポートのネットワーク化や医療職と福祉職の強みを生かした取組みが重要である。

樋口 京子

はじめに

高齢者の終末期では、最長6カ月のホスピス・緩和ケアの範疇に収まらない状況が多くみられる。慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えるため、余命予測や意思の確認が難しく長期の生活支援が必要など特有の課題がある。また、高齢者の死の迎え(看取り)方の希望は、長年にわたって培われてきた価値観や、家族や重要他者との人間関係などにに基づくものである。したがって、高齢者や家族の希望や期待度を反映したケアを実施し、その生活の延長上にある死をどのように迎え看取るのか、目標指向型のプロセスを重視したアプローチが求められる。

本稿では高齢者の終末期ケアの質を高めるための1つの手法として、ケアマネジメントを用い医療職と福祉職の専門性を生かしどのように協働するかについて述べる。

高齢者の終末期ケアの質の評価と ケアマネジメント

高齢者の終末期ケアの評価では、北米を中心に患者・家族の視点からケアの質を評価する指標の開発とその妥当性が検討されている。その結果、患者・家族の視点と医療者による評価は

一致しないことなどが指摘されている¹⁾。Tenoは、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に大事な点をケア提供者が追加した多軸で評価する重要性を指摘している²⁾。

日本福祉大学終末期ケア研究会で筆者らが行った調査結果でも、介護者の評価は5つの要素(①高齢者、②介護者、③その関係、④サポート、⑤死別の意味づけ)と5つの時期(介護以前、介護開始前後、安定期、臨死期、死別後)に分類できた^{3,4)}。つまり、臨死期前後の状況だけではなく、介護以前の高齢者との関係や、療養開始時の高齢者・介護者の希望や期待度と実際の過ごし方、介護者の死別の準備状況と意味づけなど、長年の多岐にわたる出来事をどのように受け止めたかという主観的なとらえ方に基づいて評価していることが明らかになった。

一方、ケアマネジメントの機能には、①直接援助サービス、②仲介・調整、③社会資源に働きかける機能、の3つがある。高齢者の終末期ケアでは、死に至る経過の3つのパターン(がん、慢性疾患、老衰や認知症)⁵⁾に応じたケアと長期にわたる生活支援が必要になる。ケアの質を高めるためには仲介・調整ばかりでなく、高齢者、介護者とその関係に焦点を当て働きかける直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視するケアマネジメ

■ひぐち きょうこ(大阪市立大学大学院看護学研究科基礎看護学)

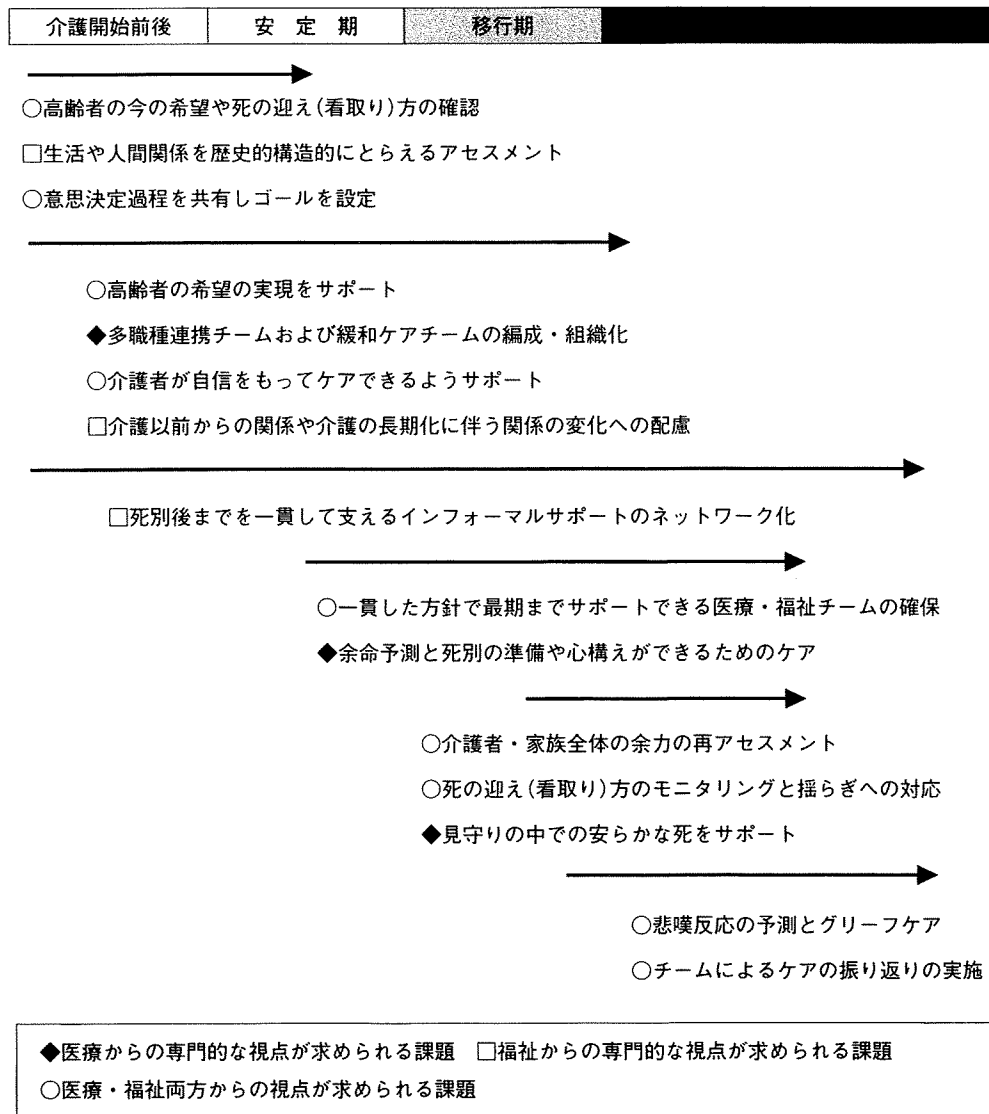


図1 高齢者の終末期ケアに求められるケアマネジメント

ントが求められる。経過別に求められるケアマネジメントを医療・福祉の専門的な視点にも着目して図1に示した。

以下、長期の生活支援と死を迎える準備・死別後の悲嘆までをサポートするケアマネジメントに分けて、高齢者や家族の主観的なとらえ方にも重点を置いて展開する。

1. 長期の生活支援の視点に立ったケアマネジメント

1) 高齢者の今の希望や死の迎え(看取り)方の確認

出会いの段階で、今ここで実現したい希望(食事、入浴、出かけた場所、会いたい人、もう一度やりたいことなど)⁶⁾をまず聴き、その延長上にある死の迎え方の希望(家で死にたい、現在いる場所で死にたい、入院(転院)しないなど)とその理由を確認する。本人の意思表

示は無理な場合でも、家族が過去に把握していないか確認する。初対面では、真の思いは表出されない可能性もある。しかし、一度確認していれば、その反応を手がかりにフォローすることができる。医学医療ケアに関する希望(終末期の鎮静、救急部に搬送しない、蘇生術をしない、経管栄養をしない、そのほかの治療制限など)と理由は機会を別に設け、病状が比較的安定しているうちに確認する。

2) 生活や人間関係を歴史的構造的にとらえる アセスメント

終わりのみえない長期にわたる介護役割をどう担っていくかは、介護以前からの関係や家族内での役割変更の程度に影響される。家族がどのように歴史を刻んできて、そしてこれからどう刻もうとするのか「介護の見通し」や「できる範囲」をアセスメントする。ソーシャルワーカーや福祉の専門職が、生活の連続性や経済・労働状況も含め歴史的構造的に生活をとらえ、制度の活用など具体的で使える情報を提供する。

3) 意思決定過程を共有しゴールを設定

高齢者本人の希望を中心において、家族の介護に対する「期待度」を踏まえ、高齢者・家族・ケアチーム間で意思決定過程を共有しゴールを設定する。また、ゴールに反対する人の存在の有無を把握しておく。

医療からは死に至る経過の予測を踏まえた情報を提供し、福祉から生活の連続性の視点から資源をどうネットワーク化するかを提案する。誰かの負担だけが大きい場合は継続できない。その時々状況の変化に応じて、本人、家族、友人、近隣、医療職、福祉職など、関わるそれぞれが役割を担い、ある面では重なり合いながら協働できるよう柔軟な対応を心がける。また、ケアチームのそれぞれが役割を担う上で、抱く不安や判断の迷いを共有できる人間関係の構築へ向けての第一歩とすることも重要である。

4) 高齢者の希望の実現をサポート

「家族に介護の身体的心理的負担をこれ以上かけたくない」という気兼ねや慮る態度から、意思表示しないこともある。毎日の生活目標が叶うことを繰り返し実感することが、その延長

上にある死についての率直な意思表出にもつながると思われる。希望を気兼ねなく言いあえる環境を整える。

5) 多職種連携チームおよび緩和ケアチームの 編成・組織化

日々のQOLを高め、希望を実現するために多職種連携チームを編成する。ADLの低下や廃用症候群の予防のためにリハビリテーション専門職の評価、嚥下・摂食に障害がある場合は栄養士や言語聴覚士との連携など、障害や症状によってチームを編成する。

緩和ケアに関する情報を正しく伝え、安定期から一貫して療養場所を問わず高齢者や家族が、「痛みや症状に対して十分治療を受けたと思える」サポートを行う。

6) 介護者が自信をもってケアできるようサポ ート

介護の見通しに沿ったサービスを過不足なく受け、自信をもってケアできるための情報提供と教育を実施する。介護者に前向きな気持ちが見受けられないときや、何でも1人でしようとサービスへの拒否がみられる場合、インガソルは次のような対応を勧めている。「最初から問題を解決するよりも、むしろいい関係を築くことに力を注ぐべきであり、とにかくゆっくり物事を進めることが肝要である⁷⁾」という。初めから必要と思われる十分なサービスを導入しすぎて、家族が変化するチャンスを奪ってしまうこともある。家族のSOSを見逃さず、タイミングを見計らって対応するマネジメントが求められる⁸⁾。

7) 高齢者・介護者の関係に配慮

介護が長期化する中での関係の変化、日常生活への影響と受け止め方、負担感や看取り方の希望の変化、などをモニタリングし再調整する。介護以前からの高齢者本人との関係や介護の長期化による関係の悪化などのマイナスの感情は、表出されにくい。どこにも表出せず心の奥深くに閉じこめて介護者がその後の人生を送ることがないよう支援(レスパイトサービスの導入、家族会の紹介など)が必要であろう。

8) 死別後までを一貫して支えるインフォーマルサポートのネットワーク化

インフォーマルなサポートは、高齢者本人の生活の質を高め、張り合いや生活目標をもつこと、最期まで人とつながり絆を深めながら生きること、を長期にわたって支える存在となる。ネットワーク化することで介護者の負担感を軽減することにもなる。死別後においても家族を癒し悲嘆からの回復をサポートし、サポートを提供した人たちにとっても自分自身の死を重ね合わせ準備をする教育の場となる。

2. 死を迎える準備と死別後までをサポートするケアマネジメント

1) 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームの確保

高齢者の場合でも、臨死期に至る過程で病状の急激な変化が起こり得る。また苦痛の中での死を迎えることは、遺族にとっても悔いが残ることになる。自分たちの施設やサービス事業所では、何ができ何ができないかというリスクマネジメントを行う。慢性疾患の急性増悪や症状マネジメントなどに適切に対応できる地域資源との有機的な連携を整備する。

2) 余命予測と死別の準備や心構えができるためのケア

医療者は、「死別の心構えができた」という思いを介護者(時にケアスタッフ)に残る教育を実施する。レスパイトサービスの利用や入院することで、かえって死にゆく人とじっくり向き合う時間を確保し、死別を肯定的に意味づけることができる例もある。死期を予測するだけでなく、意識が明瞭の期間を見極め、最期の別れなど心の絆が深められる時間を創出する。

3) 介護者・家族全体の余力の再アセスメント

介護者は、臨死期に向かうほど介護負担が大きくなる。介護者の健康に配慮し、生活を継続しながら介護をする余力が残っているか、最期まで看取するためには何が必要か、についての再アセスメントし、速やかにサービスの再調整などを行う。

4) 看取り方の揺らぎへの柔軟な対応

看取り方の希望や看取る意思は死別のそのときまで揺らぎが繰り返される。変化するのが当然と受け止め、その変化をモニタリングし合意形成を再度行う。死に至る経過の特徴によって急変や呼吸苦などの理由で療養場所の変更が予測される場合、納得できるような説明を早い段階から行うこと、苦痛を最小限にする治療は受けても過大医療を受けないことなどを再確認しておく。療養場所の変更が予測される場合、高齢者本人と家族の関心を「どこで」「どのように」迎えるかに変化させていくアプローチが重要となる。

5) 見守りの中での安らかな死をサポート

臨死期において見守りの中で安らかな死を迎えられたことは、介護者に安堵感を与え満足度を高めることになる。一方、突然死や死に目に会えなかったこと、苦しみがらの死や死に関わるような対応をしたことは、悔いが残り病的な悲嘆を引き起こすことにもなる。したがって、医療者の予測に基づく専門的なアプローチが求められる。

6) 悲嘆反応の予測とグリーフケア

死別の準備状況や臨死期の状況が病的悲嘆に影響する。また死別後の生活の中で、変化する思いと変化せず心に残る思いがある。グリーフケアが実施され、一定期間を経た後の介護者の評価がフィードバックされるプログラムの整備が必要である。

7) チームによるケアの振り返りの実施

高齢者の終末期ケアを実施したことでチームや地域がどのように変化し成長したのか、その理由は何かを振り返ることが重要である。デスカンファレンスを重ねるなかで、チームがもつ課題が明らかになり、それぞれの専門職が「全体を見渡した上で自らの「位置」と「役割」を柔軟に判断できる力量をつけていくこと⁹⁾が求められる。

高齢者の終末期ケアの質を高めるためには、主観的なとらえ方に着目し、長期の生活支援と死を迎える準備から死別後の悲嘆までをサポートするケアマネジメントが求められる。特に、インフォーマルサポートのネットワーク化や、医療職と福祉職の強みを生かした取組みが重要である。

文 献

- 1) Singer PA et al : Quality end-of-life care : patients' perspectives. JAMA 281 (2) : 163-168, 1999.
- 2) Teno JM et al : Patient-focused, family-centered end-of-life medical care. J Pain Symptom Manage 22(3) : 738-751, 2001.
- 3) 宮田和明ほか編 : 高齢者の終末期ケア. 中央法規出版, 東京, 2004.
- 4) 樋口京子 : 高齢者のエンドオブライフにおけるケアマネジメント. 介護支援専門員 8(4) : 13-18, 2006.
- 5) Lynn J et al : Living well at the end of life, WP-137. Rand Corporation, CA, 2003.
- 6) 杉本浩章ほか : 緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性. 病院管理 44(3) : 49-57, 2007.
- 7) B. インガソルほか編 : 高齢者のカウンセリングとケアマネジメント (黒川由紀子ほか訳). p283, 誠信書房, 東京, 2004.
- 8) 渡辺裕子 : 長期療養を支える家族ケア. p6, 医学書院, 東京, 2006.
- 9) 杉山章子 : 医療における実践モデル考(その3) 「生活」を捉える方法をめぐって. 日本福祉大学社会福祉論集 110 : 89-103, 2004.

(執筆者連絡先) 樋口京子 〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-5-17 大阪市立大学大学院看護学研究科基礎看護学

