

## 在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究

### 【研究要旨】

#### I 目的

人口の急速な高齢化に伴い医療・介護が必要な高齢者が増加するとともに、後期高齢者において重症化が進んでいる。平成 18 年度に診療報酬上の制度として 24 時間往診および訪問看護等の提供などを要件とする「在宅療養支援診療所」が新設されるなど、訪問看護と介護や医療との連携の進展により、後期高齢者への在宅でのターミナルケアが充実することが期待されている。しかし訪問看護とケアマネジャーとの連携のあり方などを含め、高齢者ターミナルケアの望ましいプロセスについてはまだ議論の途中にある。

本研究は、看取りの実績を有する訪問看護ステーションや認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を中心にそこで提供されているターミナルケアの詳細を把握し、外国におけるケアの実態も比較参照しながら、ターミナルケアの望ましいプロセスの提案を目的として調査を行った。

#### II 方法

本研究は、平成 16 年度に医療経済研究機構が実施した全国の訪問看護ステーションおよびグループホームの調査への回答状況をふまえ、看取りの実績があると考えられた訪問看護ステーションおよびグループホームを対象とするヒアリング調査とアンケート調査を実施した。また外国におけるターミナルケアの参照先として、英国の実地調査を行った。

##### 1. 訪問看護ステーション

###### (1) ヒアリング調査

アンケート調査に先立ち、在宅でターミナルケアを行うためのポイントとなる点を抽出する目的で実施した。対象は、平成 16 年度調査において 6 か月間に在宅で亡くなった利用者が 6 名以上であった 10 事業所であった。

###### (2) アンケート調査

平成 16 年度調査において、6 か月間に在宅で亡くなった利用者が 3 名以上であった 310 事業所を対象とした。調査票は各事業所に郵送配布し、郵送回収した。

主な調査内容は事業所の概要、死亡した利用者および入院による利用中止者の属性、本人・家族の死亡場所の希望の確認状況、食事の状況、医療と看護の状況およびケアマネジャーの関わり等の状況等である。

##### 2. グループホーム

###### (1) ヒアリング調査

アンケート調査では把握しきれない、グループホームにおけるターミナルケアの具体的な実施状況や課題などを明らかにする目的で実施した。対象は、平成 16 年度調査においてグループホーム内で看取りが行われた利用者が 2 名以上であった 4 事業所、平成 18 年度のアンケート調査でヒアリングへの協力に同意する旨の回答が得られた 7 事業所の計 11 事業所であった。

###### (2) アンケート調査

平成 16 年度調査において、グループホーム内で看取りが行われた事例を有する 45 事業所を対象とした。調査票は各事業所に郵送配布し、郵送回収した。

主な調査内容は事業所の概要、死亡した利用者の属性、本人・家族の死亡場所の希望の確認状況、食事の状況、医療と看護の状況、半年以内の入院の有無および遺族ケアの実施状況等である。

##### 3. 外国調査

国内外の資料・文献、インターネットを通じて入手できる資料などを収集整理した。併せて英国における現地ヒアリング調査を実施するとともに、必要に応じて現地で資料収集を行った。

#### III 結果

##### 1. 訪問看護ステーション

###### (1) 回収状況

対象とした訪問看護ステーションのうち 102 事業所（回収率 32.9%）から有効回答が得られた。

これらの事業所において、平成18年9月1日～平成19年2月28日の6か月間に在宅看取りを行った利用者（在宅死亡者）322名、平成19年2月1日～平成19年2月28日の1か月間に医療機関に入院した利用者（入院者）165名の個票データを回収した。

入院者のうち、入院時点において病院で亡くなる見通しであった利用者（死亡が見込まれる入院者）は41名（24.8%）であった。

#### （2）在宅死亡者の特徴

在宅死亡者の年齢は平均85.3歳であり、死亡時の要介護度は「要介護5」が50.9%を占めた。死因は「悪性新生物」が37.6%で最も多く、次いで「老衰」が30.1%であった。

訪問看護の利用月数は「利用開始月と同月に死亡」が20.5%、「1月または2月」が28.6%と比較的短い利用者が約半数を占めた。一方、「36月以上」も12.7%あり、長期にわたり訪問看護ステーションを利用して在宅療養が長かったと思われる利用者もいた。

#### （3）在宅死亡者と入院死亡の見込みの者の相違点

在宅死亡者322名と入院死亡が見込まれる入院者41名を比較したところ、次のような違いがみられた。

- ・在宅死亡者の方が年齢は高く、訪問看護利用開始前の居場所は在宅が多く、痛み・苦しみがあった割合は低かった。
- ・利用者の家族が病院で亡くなることを希望した割合は、在宅死亡者よりも入院死亡が見込まれる者の方が高く、利用者本人の希望を比較したときよりも差は大きかった。
- ・主治医の所属先は、在宅死亡者では42.5%が在宅療養支援診療所であった。入院死亡が見込まれる入院者では在宅療養支援診療所は17.1%であり、51.2%が病院となっていた。

#### （4）終末期の判断とその後のサービス提供のプロセス

ヒアリング調査から、終末期という判断はまず「飲食ができない状態」「血圧の低下」「排泄の状況の変化」「気力、意欲の低下」等の状態をもとになされ、カンファレンス等でその後の対応方針等、関係者間での合意が図られていることが分かった。

アンケート調査では在宅死亡者の27.3%で本人家族の死亡場所に関する希望のゆれが生じていた。ゆれのきっかけは「本人の状態の急変」(60.2%)、「介護者の病気・疲れ」(31.8%)が多かった。その対応として「訪問看護師と相談」(79.5%)が最も多かった。

死亡前1か月におけるケアマネジャーの訪問頻度は、「1週間に2回以上」が29.7%、「1週間に1回程度」が27.6%となっており、訪問頻度が比較的高かった。

#### （5）訪問看護師の対応

在宅死亡者が亡くなる1週間の訪問看護の訪問回数は「増加」が49.7%、「変化なし」が48.1%であった。半数程度は訪問回数が増えるが、必ずしも全ての人に対して訪問回数が増えるわけではなかった。

ただし、事業所としての体制をみると、終末期ケアの対象者に対して24時間の連絡対応の体制は必要と考えており、緊急時訪問看護加算、24時間連絡体制加算を算定していない事業所であっても実際には携帯電話の番号を利用者や家族に伝える等で、対応していた。

#### （6）事業所の対応体制の整備

在宅での看取りについての職員用の対応要領を作成している事業所は41.2%であった。ご本人・家族用の説明資料を作成している事業所は24.5%、新規に看護職員を採用した場合の研修を実施している事業所は36.3%であった。

## 2. グループホーム

### （1）回収状況

対象としたグループホームのうち17事業所（回収率37.8%）から有効回答が得られた。

これらの事業所において、平成16年3月1日～平成19年2月28日の3年間にグループホーム内で看取りを行った利用者33名の個票データを回収した。

### （2）グループホームの特性

ヒアリング対象としたグループホームは、a) 管理者や職員が医療施設ではない併設施設（特別用語老人ホーム、有料老人ホーム等）で看取りの経験を有し、ホーム内看取りを特別のもののみ

なさない素地があった、または b) なんらかの方法で看護職の関与が見込まれる（ホーム長が看護職員、福祉職のホーム長が看護職員を重用、複数の看護職員の配置、同一法人内の訪問看護ステーションの利用など）のどちらかの特徴を有していた。

アンケート調査ではホーム長がケアマネジャーを保有している事業所が 88.2%であり、平成 16 年度調査の結果（47.2%）と比べて割合が高かった。

### （3）入居者のニーズ

ヒアリングにおいて、グループホーム内での看取りを希望された利用者が多い背景として、病院では「認知症」の方への対応が適切でなく、認知症の方が混乱し問題行動がおこったり、認知症が悪化したりする等の経験を持ち、入院に対してどちらかというところと積極的でない考えを持っている場合が挙げられた。

アンケート調査において、利用者 33 名の家族が希望する死亡場所は 90.9%が「グループホーム」であった。一方、本人が希望していた（と思う）死亡場所は「グループホーム」が 42.4%、「自宅」が 45.5%であった。

### （4）終末期ケアの提供体制等

利用者 33 名において、終末期ケアの内容の組み立てを中心的に行った者は「ホーム長」が 60.6%であった。終末期の入居者がいる期間、実際の対応として、介護職員のみでは不安に思うホームでは、看護職員が泊り込み支援をする場合もあることがヒアリングであげられた。

利用者 33 名の中で、ケアに「特に看護職は関与しなかった」というケースが 27.3%あった。これらには、医師の診察が行われていた場合と、死亡直前の医療処置が必要な場合とがあった。看護職がケアに関与した 24 名において、亡くなる 1 週間前の看護職員の直接ケア時間は「長くなった」が 83.3%、介護職員のケア時間は「長くなった」が 69.7%であった。

看取った人のパターンとしては、「ホーム長」「看護職員」「介護職員」「主治医」「家族・親類」が揃っていたものが 9 件で最も多かった。「介護職員のみ」も 3 件あった。

死亡直前期の家族の付き添いについては、「泊り込みで付き添った」が 54.5%であった。

## 3. 外国調査

ヒアリング調査の結果、英国の地域における終末期ケアプログラムの詳細が把握された。ここでは英国保健省が掲げる 3 つの終末期ケアプログラムのひとつである **Gold Standards Framework (GSF)** と、緩和ケアを担うホスピス側のコミュニティチームについてまとめる。

### （1）Gold Standards Framework

余命 6-12 ヶ月の患者を対象とした、病院以外の場所でのプライマリーケアチームによる緩和ケアを発展させるためのシステムである。プライマリーケアチームは **GP**（一般家庭医）が **District Nurse**（訪問看護師）や各種セラピスト、**Health Visitor**（保健師）と共にグループでの実践を行う。このチームはヘルスセンター（クリニック）を中心に、主として在宅ケアやデイケアを提供する。

**GSF** は疾患に関わらず、人生最期の 1 年を過ごす患者とその家族への質の高いケア提供と組織改善のため、実践ベースまた地域ベースでシステムを開発することを目的としている。

この枠組みでの支援対象となる患者を **GP** が同定し登録する。終末期ケアは **Liverpool Care Pathway (LCP)** と連動しながら実践されている。実際には、次の 3 つの条件のうちひとつでも該当する者が同定される：1) 本人が 6-12 ヶ月以内の死を予測している、2) 進行性の疾患に罹患しており苦痛に対する対症療法のみを行う／積極的な治療を中止する／サポーター・緩和ケアの特段の必要性がある、3) がん・臓器不全・老衰／認知症を有する（これらは終末期の臨床指標とされる）。

**GSF** は開発から 5 年が経過しているが、診療報酬上のインセンティブが設けられていない状況下で、英国における導入率はおよそ 30%である。**GSF** や **LCP** のケアパッケージは、実践者への教育プログラムと連動している点が特長と考えられる。

### （2）コミュニティチーム

終末期の集中的な緩和ケアを担うホスピスの多くでは、コミュニティチームを有している。

**GP** や **District Nurse**、**SW**（ソーシャルワーカー）などで構成され、主に在宅療養患者のケアにあたる。コミュニティナースがコーディネーターやコンサルテーションを担う。患者やその家族が

らの電話の対応、地域のジェネラリストからのコンサルテーションがあった際に患者への共同訪問および助言などを実施する。

遺族ケアは主に、SW らによって提供されている。患者がホスピスで亡くなると、病棟看護師が Bereavement (死別) のアセスメント表などを用いて、ソーシャルワーカーの介入が必要な遺族を同定する。SW の介入は患者が亡くなってから 14 ヶ月間のプログラムである。

#### IV まとめ

##### 1. 訪問看護ステーション

在宅死亡者は、a) 高齢者の中で比較的若く「悪性新生物」を死因として、比較的短い在宅療養期間で訪問看護ステーションを利用するグループと、b) 比較的高齢で死因は「老衰」等であり、比較的長く利用するグループとに分けられた。

在宅志望者と入院死亡が見込まれる入院者の比較から、看取りの場所については、主に家族の希望や意向が反映されているものと考えられた。また主治医の所属の違いから、在宅療養支援診療所が在宅看取りを支援している状況があるとみられる。

結果的に在宅死となった高齢者においても、在宅死の方向性を維持するにあたって、本人・家族の死亡場所に関する希望にはゆれが生じていた。訪問看護師はそのゆれに寄り添う役割を担っていると自ら位置づけているとみられる。

ケアマネジャーの訪問頻度が高かった利用者に対しては、訪問看護師のケアプラン変更への関与も大きく、多職種が濃密な関わりで利用者を支えていることが推察された。特に医療処置が必要な利用者の場合、ケアプラン作成においてケアマネジャーよりもむしろ訪問看護師がその役割を果たしているという見方をされることもあったが、終末期ケアのように、特に必要なケースでは訪問看護師とケアマネジャーは代替的な関係ではなく協働しているとみられることが示された。

また、必ずしも訪問頻度の増加が必要でない場合でも、連絡体制を確保するなど訪問看護ステーションにとっての負担は増えると考えられた。

本調査が対象とした比較的先進的に在宅看取り支援に取り組んでいる事業所であっても、必ずしも対応要領や本人・家族への説明資料の作成および新規採用看護師への研修等を行っているわけではなかった。今後、終末期ケアのあり方を標準化していく際にはこの点が課題と考えられる。

##### 2. グループホーム

看取りの場所に関して、家族は多くがグループホームを希望していたのに対し、利用者本人は自宅を希望する者も多く、この点は認知症を有する利用者の特色と思われる。

看取りを行えるグループホームの体制として、a) 医療施設ではない施設における看取りの経験、b) 看護職の関与、c) ホーム長がケアマネジャーの資格を有し利用者のケアプランに関わる、等が考えられる。とりわけ b) に関しては、看取りや緊急時の対応の経験が少ない介護職員を看護職員が支援するという方法が、ひとつの取り組み方として示された。

一方、看取りが行われた 33 名全員が、必ずしも看護職員がケアに関与していたわけではなかった。事例の中には、看護職員の関与以外の方法で看取りのニーズをカバーできた者もいたと思われる。この点は今後の高齢者の看取りを考える上で示唆に富む。

また、グループホームに入居している高齢者であっても看取りに際して家族の関与は大きく、家族を含めてのケアチームとして看取りの機能が果たされていることがうかがえた。

##### 3. 外国調査

在宅での最期を希望する利用者に対し、希望に沿った終末期ケアを提供していくためには、地域ケアの向上が必要と考えられる。ヒアリング調査で明らかになった英国における地域ケアの詳細から、次のような取組みがわが国において有用と考えられた。

- ・プライマリーケア・ケアホーム・地域といった場面におけるケアの枠組みやパスの設定
- ・アセスメントツール等の利用：多職種間において終末期ケアの対象と判断する共通の指標
- ・在宅療養の支援において、支援の担い手となる訪問看護その他の専門職の育成
- ・専門職の育成にあたっては、ジェネラリストがスペシャリストと協力し、スキルを向上させていくこと
- ・家族および介護者の支援（利用者が亡くなった後のケアを含む）