

高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題 —退院時の事例から—

中家 洋子*

Role and Assignment of Care Managers in Terminal Care During the Transition from Hospital Care to Home Care

Yoko Nakaya

終末期ケアに関する調査によると、利用者や家族がもっとも不安や揺らぎを感じるのは在宅療養前であることが明らかにされている。本研究では、在宅終末期ケアの現状を先行研究や制度から概観し、事例を通じて介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）の在宅移行期の課題を整理し、役割を検討した。

先行研究より在宅医療を重視した医療や福祉制度の推進で環境は整備されてきているが、現実には困難な状況が明らかにされた。また事例検討の結果、安心して在宅生活に移行するためには、本人家族の意思表示が明らかであること以外に、ケアマネジャーの役割として①入院による状態の変化を丁寧にマネジメントし退院後の1日の生活の流れを利用者・家族が具体的にイメージできるようにすること②できるだけ早期から利用者・家族と関わり、担当者会議を実施し情報の共有や目標の設定を行なうこと③利用者のストレスを把握し活用することが必要であることが明らかになった。

Key words: 終末期ケア・ケアマネジャー・在宅移行期・連携

I はじめに

2004年厚生労働省は「終末期医療に関する調査等検討会」で、利用者や家族を対象とした終末期の過ごし方の調査結果を公表した。結果は、7割以上の人が在宅での最期を望みながらも「家族の負担が大きい」「継続した医療が受けられるか不安」があることから、現実には在宅での看取りは困難としている。その結果最期まで在宅での看取りを望む割合は、約2割となっている。終末期を住み慣れた家で、家族や友人と共に過ごしたいと願うのは誰も同じである。だが、独居や高齢世帯の増加、社会資源の乏しさ、介護力の問題から、現実には困難な状況がある。在宅医療を重視した医療制度の推進で環境は整備されてきているが、安心して在宅での終末期を過ごすことができるかは、疑問が残るところである。今後も在宅での終末期が利用者の望む質の高い豊かなものでなければ、看取

りの場として選択されない。

近藤(2002)は、在宅高齢者の終末期ケアの調査から、終末期の揺らぎや不安がもっとも強いのは、死亡前後ではなく在宅療養開始前であると報告している¹⁾。厚生労働省が実施した国民の「終末期医療に関する調査等研究会」でも同様の結果が示されている。つまり、安心して在宅で終末期を迎えるためには、まず医療機関から在宅生活への移行がスムーズであることが必要であり、そこでは医療と福祉の連携が重要となることが示唆されている。

また田中(1996)は、利用者や家族が在宅療養を決心し決定していく条件を、マンパワー、家族関係、経済状況、住宅環境としている²⁾。大阪在宅ケア研究会の報告や日本福祉大学在宅ターミナルケア研究会の近藤(2002)樋口(2005)は、質の高い終末期ケアとは、単に利用者の療養場所が在宅ということだけでなく「質の高い終末期ケアの4条件」として①本人・家族の明確な意思表示②社会的な

* 四條畷学園短期大学 介護福祉学科

サポートをするネットワーク③医学医療ケア④本人・家族の願いと社会資源を結びつけるケアマネジメントの重要性を挙げている^{3) 4)}。このことは、単に在宅で死を迎えることが質の高い終末期ケアではないことを示唆しており、国の施策として在宅での終末期ケアを進めるにはその環境整備が重要であることを意識しておかなければならない。

2000年の介護保険施行後、在宅療養や要介護高齢者のケアマネジメントは「ケアマネジャー」の役割として位置づけられた。後期高齢者の約8割が介護保険を利用していることから、今後ますます医療と福祉の連携は期待されており、終末期ケアにおける医療と福祉の連携において、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行う必要性が示されている。

以上のことから、退院支援時にチームの一員としてケアマネジャーが有効に機能することは、利用者が安心して在宅生活を再構築する一助になると考える。だが現状では、ケアマネジャーが退院時や終末期ケアに携わる機会は少なく、その役割は明確にされていない。そこで本研究は、利用者・家族がもっとも不安を抱える在宅移行期に焦点をあて、退院時支援のチームの一員であるケアマネジャーがそこにどのように関わっているのか現状を把握し、その役割と課題を明らかにする。

I 先行研究や制度からみた終末期ケア

1. 終末期ケアの変遷と終末期ケアを取り巻く現状

高齢化の進展とともに、終末期ケアのあり方が検討されている。高齢者を取り巻く医療や福祉の状況は、この50年の間に大きく変化した。終末期においても単に死を看取ることから、いかに人間らしく生きるか、その質が問われている。

厚生労働省の「人口動態調査」によると看取りの場所は、1947年かつては9割の人が自宅で死を迎えていた。当時、脳卒中で倒れた高齢者は、自宅での療養が普通であり、十分な医療を受けることが困難な状況の中、食事や水分摂取ができなくなると、数週間で衰弱死することが普通であった。1977年、病院で死を迎える人は5割を越えた。これを境として自宅から医療機関へ臨終の場は移行していく。病院での死が一般的となった理由のひとつに、日本国憲法に規定された生存権が挙げら

れる。医療の社会的・公的保障として国民皆保険制度は、誰もが平等に必要なときに必要な医療を身近で自由に受けることができ、病気をすれば病院へ行くことが普通のこととなった。また、老人福祉法の制定で、高齢者の生命の尊厳が議論されるようになり、高度医療とともに、寝たきりになっても入院を継続するという「社会的入院」や病院で死を迎えることが一般的となっていった。2006年、一般病院での死亡は約78%、在宅での死亡は約12%、介護老人福祉施設等約3%、その他の施設約7%である。だが、高齢化が進む中、2000年に約100万の年間死亡者が、2037年には170万人と見込まれており（国立社会保障・人口問題研究所2002）後期高齢者人口の増加に伴う医療費の抑制に伴う病院以外での終末期ケアのあり方が検討されている⁵⁾。

医療保険制度は、2005年の医療制度改革大綱において「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」「医療費適正化の総合的な推進」「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」を改革の基本的な考え方としている。これに基づき、2006年の診療報酬改定や介護保険報酬改定が実施された。2006年には、健康保険法の一部を改正する法律も成立し「社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」において後期高齢者医療のあり方に関する基本的な考え方が示され、2008年度から後期高齢者医療の診療報酬が新設された。後期高齢者人口の増加を背景に、医療費適正化を推進するための計画、地域連携クリティカルパスの推進、平均在院日数短縮の評価、早期の在宅への移行、病院以外での在宅や施設での看取りなど、在宅医療を重視し安らかな終末期を迎えるための医療が進められている⁶⁾。

また、2006年度の介護報酬改正において、訪問看護の中・重度者への支援強化や癌末期のターミナル加算、ケアマネジャーの新規の居宅サービス計画書作成や30日以上入院・入所の退所・退院時支援に「居宅介護支援費初回加算Ⅰ・Ⅱ」が認められた。介護保険制度で要介護者の在宅のマネジメントを担うケアマネジャーの研修では、終末期ケアの条件としてリビング・ウィルの確認、本人に対するケアの充足と同時に家族の支援、在宅における24時間ケア、往診、訪問看護などのチームケア及びケアの専門性の条件を満たす医療チー

ムの存在が在宅生活支援上不可欠であると言及している⁷⁾。

2. 課題

以上述べてきたように、わが国は、高齢化の進展に伴い高齢者の特徴を踏まえた終末期の在り方が検討されており、在宅での看取りを重視した医療制度や介護保険制度の改正が急速に進められている。医療政策により、急性期病院での入院日数の短縮は、利用者や家族にとって、入院の現状を受け入れる間もなく、退院に向けての準備を考えなければならない状況を生んでいる。その中で、果たして利用者や家族の思いが反映された在宅選択であるのか、病院側の主導で行われているのではないかとの疑問を持つところである。だが、在宅を選択した利用者や家族が少しでも安心して日常生活を始めるためのシステムづくりは、緊急な課題だと考える。尊厳を守る立場から「尊厳死の問題」「どのように終末期を過ごすか」「リビング・ウィルの確認」など死に場所も自己選択の時代になった。一方で、病院で死ぬことが当たり前となり身近で死を体験する事は少なく、在宅での看取りに不安を感じ、延命のための治療が普通のこととして取り扱われ、何もしないことに罪悪感を伴う。まだ、終末期を在宅で看取ることについては、介護力の問題や自然死の考え方、死の教育など国民の意識や制度の問題など多くの課題が残されている。

在宅終末期ケアで利用者・家族がもっとも不安や揺らぎを感じるのは在宅移行期であることが明らかにされている。在宅への移行がスムーズに行われる為には、移行期の医療と福祉の連携、利用者・家族をチームで同じ目標のもとに支援することが求められる。要介護者の在宅のマネジメントの要となるケアマネジャーが、チームの一員としてどのように関わっているか現状を把握し、役割を検討することは意義があると考えられる。

II 用語の定義

終末期ケアとは「癌のみに特化しない不可逆的な疾患や老衰を対象とし、人生最後の時期を利用者や家族の意思を尊重してどのように過ごしたいのか、その人の望む生活をチームで支えるケア

と定義する。また、在宅移行期とは、「医療から生活場面へ環境が変化する中で、症状や生活を利用者や家族が自己管理するために生活を再構築する時期で不安な状況になりやすい時期」として本研究では「入院から在宅への移行が決定し調整が始まり、退院1週間後までの在宅生活の始まった時期」とする。

III 実践事例からみた移行期の課題と役割

1. 調査の対象と方法・倫理的配慮

本研究は、高齢者の終末期に病院から在宅移行期にケアマネジャーが関わった2事例をインタビューし、どのような課題があるか検討した。事例を検討することで、移行期のケアマネジャーの関わり現状を把握し課題を整理することができる考えた。また、必要に応じて医療機関の医療ソーシャルワーカーからも情報を収集した。

インタビューに先立ち、研究趣旨を説明し文書で依頼し了解を得た。面接内容は、本人の同意を得てICレコーダーに録音し逐語録を作成した。面接時間は、一人に1時間から1時間半を費やした。また、逐語録にまとめた後も、必要に応じて電話等で再確認を行い情報収集に努めた。インタビュー内容は、研究目的以外には使用しないこと、個人や施設が特定されないことなどに配慮することを書面で提示し、説明をおこない、了解を得て承諾書での確認を行うなど倫理的配慮をした。また、匿名性を保つために細部については変更している。

2. 事例紹介

事例は、「介護者が在宅での看取りを強く望んだが、退院後の生活イメージができていなかったために退院直後に介護者がパニックになった事例」と、在宅で終末期を過ごす条件の一つとして家族の介護力は必要だとされているが「家族の介護力が乏しいにもかかわらず在宅を選択し、専門職のサポートで利用者の望む終末期を迎えることができた事例」である。

情報の整理は、介護支援専門員の研修で使用された基本情報や課題分析シートを参考にしてまとめ、在宅終末期ケアの移行期の2事例の現状を把握し、課題を明らかにすることで移行期の関わりを検討した。

1) 事例 1

「在宅での看取りを強く望んだが、利用者の状態の把握、退院後の生活イメージができていなかったために介護者がパニックになった事例」

【事例の概要】

基本情報：Sさん 78歳 男性（要介護4）妻 60歳代 長男夫婦と同居
長男夫婦は昼間就労。主介護者は妻（妻は体力もあり健康状態は良好）

病歴：73歳で肝硬変と診断され、その後肝臓癌、肝性脳症を併発。

入院前の経過

平成16年に肝硬変と診断され、その後肝臓癌の告知を受けている。症状の進行とともに肝性脳症がみられ、在宅医の往診を受け点滴が必要になると入退院を繰り返していた。平成20年1月頃より腹水が貯留し労作時の呼吸困難が出現、意識レベルの低下がみられ入院となる。入院までは、室内の歩行は自力で可能、排泄や入浴など妻が身の回りの世話をしていた。長男夫婦と同居だが、二人とも就労しており主介護者は妻である。入院前から介護保険のサービスを受けており、ケアマネジャーは月1回の訪問を行っていた。介護保険の利用は、福祉用具とショートステイのみである。

入院中の経過

入院後、点滴等の治療を受け意識レベルは改善したが、朦朧としている日もあり状態は不安定である。腹水の貯留による呼吸困難が見られ酸素療法がおこなわれている。入院1ヵ月経過後、主治医より妻に「今回は退院できないかもしれない」との話があった。妻は肝臓癌であることの告知は受けていたが、夫の余命が短いこと、現在の状態が良くないことを知り驚いたとのことであった。入院中の処置は点滴のみであり、妻は、最後は在宅で看取りたいとの思いが強く退院を希望した。Sさんは肝性脳症で、意識レベルが低下することもあり、余命については伝えていない。Sさんの在宅への明確な意思表示はなく、妻はいつもの退院だと思っているのだろうとのことであった。

在宅移行期の経過とケアマネジャーの関わり

退院5日前にケアマネジャーに妻より連絡が入り、在宅へ向けての調整が始まる。ADLの評

価は、ベッド上での安静期間が長く下肢筋力低下がみられ腹水も貯留しており、立位は支えがあれば可能であるが自力歩行は困難である。食事は流動食でベッド上での介助。排泄はベッド上もしくは介助によりベッドサイドでのポータブル。清潔などの身の回りの支援も必要となる。

ケアマネジャーは、利用者、家族と入院前からの関わりがあり、在宅環境や介護力など情報の把握はできていた。退院に向けて点滴や酸素などの医療処置が必要であり、いつ急変するか分からない状態である。昼間妻だけの介護では体力的にも負担であると判断し、訪問看護や訪問介護等で介護力を補うなど、家族や病院と話し合った。だが妻は訪問介護については「今まで一人で介護してきたので大丈夫」と受け入れなかった。5日後に退院が決定していることもあり、合同での担当者会議は日程調整が難しく、在宅の体制が整わない状態での退院となった。一方で妻は、在宅での看取りを決心したが、呼吸状態が不安定で腹水が貯留していることから、在宅でのケアに不安もあり「本当に自宅に帰って介護できるか不安」との思いも強かったと退院後話していた。

支援経過・役割

医療機関の役割として、在宅酸素の取り扱いについて家族教育、退院後の医療機関の情報提供、介護認定の区分変更手続き（要介護4）後方支援としての急変時の対応。

ケアマネジャーの役割として、医師や訪問看護等との連絡調整と訪問曜日の決定、医師は週に1回の訪問、訪問看護が毎日訪問し利用者の様子を観察、必要時身の周りの支援を行う。夜間は息子夫婦が母親（妻）の介護に参加。

退院後の経過

ケアマネジャーが退院2日目に訪問すると、夫の一举一動に常に神経を配り、妻の疲労、緊張が感じ取れた。妻は不安から利用者の傍から片時も離れることができない状況であった。入院前と状態が著しく異なっており、腹水が貯留し労作により呼吸困難がみられ「トイレに行っている間に急変したらどうしよう」「買い物にも出られない」「衣服の着替えて息遣いが荒くなる」など、夫を傍にしてパニックをおこしていた。Sさんの状態は、入院中と変わらず、訪問看護の

報告では状態は落ち着いているとの事であった。妻の不安を取り除くために、訪問看護師が家族とともに介護技術の確認を行い、緊急時の連絡体制や後方支援として病院があることなど再確認する。妻の不安や緊張を軽減するために、保清や排せつ介助など身の回りの介護支援として訪問介護の利用を勧め、退院時は拒否していた訪問介護のサービス導入が開始となる。退院後3日目より訪問介護1日3回、訪問看護は医療保険から毎日訪問（1時間弱）往診医の訪問も始まり、1週間経過した頃より「何とか頑張れそう」と妻の言葉が聞かれた。

結果

妻は体力に自信があり、長年夫を介護してきた経験から、今回の退院も今までと同じように一人で介護できると思っていた。夫の介護に特に不安はないと話し、家族や周囲も大丈夫だと思っていた。医師より「今回は退院できないかもしれない」ということを聞き、余命が短いということを改めて意識し、早く在宅へ連れて帰りたいと思ひから、在宅往診医や訪問看護など在宅の体制が整うまでに退院を決めていた。だが、退院後の夫の状態は入院前とは異なり、腹水が貯留し労作により呼吸困難になるなど、今までの介護力では不十分であった。

本事例は、社会資源の調整役であるケアマネジャーへの連絡が、退院5日前からの調整となった。妻の「今まで介護をしてきたから大丈夫だ」との言葉に不安はあったが退院を日程通りにおこなった。結果として、チームで必要だと判断した訪問介護の導入は、妻の了解が得られず、昼間一人で介護をすることのイメージも不十分なまま在宅移行となった。ケアマネジャーは5日間の日程調整について、入院前から関わりがあり家庭環境の把握ができていたが、それでも調整は不十分だったと振り返った。不十分な中でも最低限必要な医療機関の調整はできたが、新規の関わりであればサービス調整も難しいと答えた。サービスの調整には、それなりの日数が必要である。必要な社会資源が導入されないまま退院するとその調整に時間が必要となり、事態を改善するために新たなネットワークや資源を組む時間がなく、結局再入院を招くことになる。社会資源の説明や本人の選択、各事業所との契約など考えると10日以上は必要

であるとの回答があった。

また、病院では何かあれば身近に医師がおり、看護師が24時間対応している。在宅では昼間ひとりで相談相手もいない。「1日が長く、怖かった」と妻の言葉から不安が強かったのだとわかった。自宅で看取る覚悟のうえで退院をしたが、退院2～3日は利用者の傍から片時も離れることができなかった。もし、入院中に体位を変換することで呼吸状態が変わるが少しすれば落ち着くなど、詳細な状況説明や昼間夫と二人の時間を過ごすことのイメージあれば少しは不安が軽減できたと考ええる。

退院時には訪問介護の利用に拒否がみられたが、3日後より1日3回のスポット訪問が決定した。訪問看護は医療保険から毎日訪問（1時間弱）し、往診医の訪問が始まり、1週間経過した頃より「何とか頑張れそう」と妻の言葉が聞かれた。在宅で退院後に行われた事業者間の会議では、長年寄り添った妻が夫の最後は自らの手で介護をしたいとの思いを受け止めながら、介護の主役はあくまで妻であり、妻の看取りをサポートすることを目標とした。

2) 事例2

「介護力が乏しいにもかかわらず在宅を選択し、専門職のサポートで利用者の望む終末期を迎えることができた事例」

【事例の概要】

基本情報：Mさん 66歳 男性（要介護4）

家族構成：22歳の長男と2人暮らし。妻とは死別。頼れる親戚はいない。長男は昼間大学で夜間バイトの生活をしている。

病歴：65歳で直腸癌と診断され手術。肺への転移あり。

平成20年3月腹膜炎によるイレウスにて緊急入院にて手術を受ける。

入院前の経過

平成19年（65歳）に直腸癌と診断される、余命2～3年くらいと告知を受けている。

直腸癌の診断を受けるまでは仕事もしていたが、病気により退職。日常生活は自立しており、定期的に病院に通院。介護保険等のサービスは利用していない。

平成 20 年イレウスにて緊急入院し手術。腹膜への癌の浸潤がみられ、余命 2 年と言われていたが、数ヶ月との再診断をうける。

入院中の経過

癌性腹膜炎でイレウスをおこし手術をしたが、癌の肺転移が認められ状態は悪化し体力の低下も著しい。疼痛もあり麻薬による管理も必要な状態である。転移のことを利用者本人にどのように伝えるかは、長男の判断に任されたが、M さんには余命が数カ月であることを伝えないと決心した。医師より M さんの体力を考えると自宅に帰るのは今の時期しかないと言われ、長男は在宅への不安を抱えたまま、訪問看護や在宅医師の後押しにより「終末期を在宅で看取る」決心をする。在宅を決心するまでに約 2 週間経過している。

M さんは、手術により回復したと思っており、術後のリハビリを開始している。医師の退院の指示に「もう少し体力がついて、しっかり歩けるようになってから帰りたい」と話している。

M さんの ADL と IADL：癌の治療とイレウスによる手術で、体力の消耗も激しく、下肢筋力の低下がみられ歩行が不安定となっている。食欲はなく点滴に頼っており、排泄はベッドサイドもしくはトイレまで車いす介助を必要とする。入浴はほぼ全介助。

在宅移行期の経過とケアマネジャーの関わり

長男は自宅で看取ることには不安が強いが、医師の判断では今を逃すと在宅に帰ることは困難とのことで「どうしたらよいか分からない」が「父の望むことをしたい」と話す。医療相談室の MSW が退院に向けての支援を行うことになり、終末期ケアに積極的に取り組んでいる在宅医師、訪問看護ステーションを紹介する。

M さんは、手術をして良くなったと思っており、リハビリをしてもっと体力をつけて退院したいと話す。

訪問看護ステーション併設の居宅介護支援事業所に病院の医療相談室より依頼がある。在宅の選択を長男が迷っているが、医療処置としては疼痛の管理のみで今なら在宅に帰ることが可能なので、体制を整えてほしいとのことであった。医療機関に訪問し利用者面に面談後、長男の意思を確認する。「昼間いないときに父に何かあったらどうしよ

う」「父の希望にそいたいけどどうしたらよいか分からない」と不安が強い。M さんは疼痛もあり、疼痛の管理や呼吸管理など医療ニーズが高い。退院前に居宅サービス機関を含めた調整会議を開催する。

移行期の支援経過

訪問看護ステーションと医師が中心となり在宅の医療体制を整える。ケアマネジャーは、在宅の社会資源を繋ぎ、訪問介護の巡回や食事などの身の回りの体制を整え一週間のスケジュールを作成した。

M さんとの退院前の頻回な面談により「もう少し元気になって、歩けるようになって帰りたい」との言葉の裏に「息子に迷惑がかかることはしたくない」との思いが強いことが分かった。父親の思いを長男に代弁することにより、長男は在宅での看取りの決心を固めた。その決心を後押ししたのは、訪問看護ステーションの 24 時間体制の確保や相談窓口を訪問看護ステーションが引き受けたことによる。また M さんの退院を決心させたのは、長男が「家に帰ってきてほしい」といった言葉と長男の負担を少なくするために、訪問介護等のサービスの体制を整え、退院前に事業所の担当者が病院を訪れ顔みしりになり信頼関係を築くよう努力をしたことによる。医療機関と在宅の関係機関が合同で担当者会議を実施し、お互いの役割の確認と自宅での機能訓練が可能であること「お帰りと言って、息子さんを迎えましょう」と父親としての息子への役割を確認できたことが退院の決心に繋がった。

退院後の経過

退院後、疼痛の緩和は医師により行われ、スケジュールに沿って各機関が定期的に訪問し症状に対しての不安は訪問看護が 24 時間対応した。M さんより「毎日息子の顔が見られる」と退院を喜ぶ発言があった。身の回りの生活面は、訪問介護とともに、退院時は情報としてつかめなかった近隣のアパートの人が、時々おかずの差し入れに来てくれているとのことであった。退院後、食事が取れないこともあり、体力は徐々に落ちたが、M さんが息子と過ごす時間を大切に思い、一人で過ごす時間も、不安を抱えながらも次に誰かが来てくれることの安心に支えられ、在宅 10 日間での幕を閉じた。

結果

本事例のように介護力の弱い場合、入院中のアセスメント力が特に必要となる。利用者自身が、「介護力がないので」「家族に迷惑がかかるから」との理由で、在宅での生活を望みながら在宅を諦める結果となる。利用者が望む終末期のあり方を選択するためには、「介護力がないから」からスタートするのではなく、どのような条件が整えば在宅での生活が可能なのか、その為には介護者の介護力のマネジメントや利用者の持つストレングスをアセスメントする必要がある。その為には、利用者との信頼関係を構築しどのような望みがあるか把握することが重要となる。また、終末期は、残された日にちが限られるわけであり、その退院のタイミングは難しい。「もっと元気が出てから」「食欲が出てから」を待つ間に状態が急変する場合もある。一方、医療制度の問題から退院を余儀なくされる場合もある。医療と利用者、家族の状態の理解や病名についての齟齬がある場合もある。「病院、医師から見放された」と思って在宅に移行するのではなく「日常の利用者の住む生活を再度始める」と利用者や家族をサポートする姿勢がケアマネジャーには求められるであろう。チームで同じ目標をもたなければ、利用者、家族は不安に思う。事例のように「父親の役目として、息子を自宅で迎える」その目標を在宅で関わる事業所で共有する橋渡しもケアマネジャーの役割といえる。

III 事例からの考察

1. 予後予測と退院後の生活イメージ

2007年厚生労働省の「終末期医療に関するガイドライン」では、徹底的に患者の意思、代理人としての家族の意思に沿うことが重要とされており、インフォームドコンセント、意思決定のあり方が示されている⁷⁾。

告知の問題は、終末期ケアを進める上で重要である。特にどこでどのように過ごしたいかを決定する上では欠かせない。だが高齢者の場合、癌の診断を受けても予後の予測は難しい。癌以外の疾患で死に至る場合もある。事例のように、癌の診断を受けても数年経過する場合もある。医師は、

告知したので利用者や家族は予後について予測できていると思っていたが、現状の状態や予後の把握ができていない場合が多い。医師は、利用者や家族がどのように病状を把握しているのか確認しながら、具体的に経過を追って説明することが必要である。ケアマネジャーは、利用者や家族がどのように病気を理解しているのか、医師の説明との齟齬はないかなど確認し、必要に応じて再度説明を求める等の役割が求められる。

また、退院までに、入院前にできていたことのような動作ができなくなり、どのような介助が必要になったのか、家族と共に一つひとつ排泄や食事、整容など日常生活の視点から確認しておくことで、退院後のイメージ作りが出来たのではないかと考える。退院後介護者の不安が強いと利用者の状態に変化がなくても再入院に繋がるため、不安を取り除くには、具体的に1日の生活の流れや過ごし方、1週間の生活イメージが入院中にできることが必要となる。又、退院直後にケアマネジャーは頻繁に訪問し集中的なモニタリングを行い、退院後の利用者や家族の再アセスメントを行い、事例1のように訪問介護など、必要なサービスの導入をすることで不安を軽減できる。

2. 在宅移行期の連携、情報の共有

手島(1996)は病院から退院する場合、退院という大きな身体的・心理的・社会的危機を乗り越えるためには、各種の地域サービスなどの条件が整った保護的環境下での生活スタートや患者、家族が納得した適切な場が望まれるとしている⁸⁾。特に終末期の場合は、家族にとっても病状の悪化や死に向かうプロセスの不安も強く、退院前の十分な支援が、退院後の機能に関係するとともにそのタイミングも重要となる。事例2の場合、利用者の希望通り体力が回復するまで待っていた場合、病状の悪化がみられ在宅での生活は難しかったと考えられる。

終末期の場合、残された時間に限りがあるなかで病院から在宅への移行のタイミングは重要となる。その中で利用者や家族が望む生活、質の高い生活を保証するには、担当者会議等による情報の共有やツールの活用は有効である。情報の共有について大木(2006)は、移行期におけるケアの質保証のためには、終末期ケアにおける病院から在

宅への情報を共有する手段としてツールをうまく活用することが、質を確保することになるとしている⁹⁾。このことは、クリニカルパスの活用が進められていることから明らかである。今後はさらに情報の共有のためのツール、クリニカルパスなどの活用が期待されるところであり、生活の視点からどのような情報が必要か、ケアマネジャーから医療機関等へ発言する必要がある。

白澤は(2006)「利用者はすべてストレングスを有しているとして捉えることストレングスの理解には利用者との信頼関係の元で生まれるものであり、時間がかかる」としている¹⁰⁾。ケアマネジャーは、入院中の患者との信頼関係を構築し利用者の真のニーズを把握する必要がある、それには時間を必要とする。その為には、入院期間中できるだけ早期からの関わりが必要になる。入院期間の短縮とともに、看護師や医師、ソーシャルワーカー等医療機関と在宅で関わる人との連携がどれだけスムーズに行われるかが今後の課題となろう。利用者・家族を取り巻くチームとして利用者や家族といかに信頼関係を築けるかが重要である。

3. 介護力

事例2では、利用者は自宅で過ごしたいと思っていたが、家族に負担をかけたくないとの思いが強く、退院を拒否していた。利用者の思いを家族に伝える代弁者としてケアマネジャーが働きかけたことや訪問看護の積極的な後押しがなければ在宅での看取りは困難であったと考える。介護力の問題は、家族のみならず、本人自身の選択を揺るがす場合も多い。在宅での終末期医療が進められているが、現状の医療や福祉制度の不十分さから、利用者の望む選択ができる環境は十分でない。独居などで介護力が乏しい場合、現状では在宅での看取りは難しく、チームサポート、24時間体制、緊急時の対応などが今後の課題となる。ケアマネジャーは、在宅での看取りを支えるために必要な社会資源の開発や介護保険サービスの内容について精査し、資源開発に向けての発言が必要となる。一つひとつの事例を検証していくことでどのようなサービスが必要か、行政としてどのような制度を整えなければならないか、代弁者としての役割を持つ。

また一方で、介護力とともに利用者自身の在宅

意思があることや「死の受けとめかた」「現実の環境を受け入れる覚悟」が必要となり、今後さらに死の教育が必要となる。いかに死を迎えるか、一人ひとりが考えなければならないであろう。

4. 制度の問題

事例2は、退院前から、積極的なケアマネジャーや訪問看護の関わりがあり、利用者との信頼関係の構築に繋がり在宅への移行が可能となった。だが、急変などで退院できない場合、つまり在宅サービスに繋がらなければ、事業所の介護報酬単価は認められない。終末期の病状の急変を考えると、移行期の各事業所の関わりが報酬として認められるように、制度上での課題として考えなければならない。また、利用者の生活を支える柱となる訪問介護の生活支援業務の制限や精神的な支援は介護保険では保障されていない。事例2では、訪問看護や訪問介護が利用者の精神面も支えてきたが、社会資源としてボランティアや地域の支援は十分でなく、ケアマネジャーのケアプランにも含まれていない。在宅での看取りは、まだ身近な問題とはなっていない。

IV おわりに

本研究は、終末期のもっとも不安を抱える在宅移行期に焦点をあて、ケアマネジャーの視点から役割と課題を検討した。質の高い在宅終末期を可能にするための4条件は先行研究で示されており、事例からもそれらの条件が重要であることが再確認された。高齢化の進展に伴う医療費の赤字の問題から医療機関以外で看取りが進められ、医療制度の改正や介護保険での環境整備は少しずつ進められているが、最も不安を抱える病院から在宅へのシステムは確立されておらず、ケアマネジャーが有効に活用されていなかった。医療機関は、入院時から退院に向けての利用者・家族の意向を把握し、できるだけ早期にケアマネジャーとの連携を図る等の院内のシステムづくりが必要である。また情報の共有の方法も今後の課題である。利用者や家族がどのような生活をしたいのか、その為に何が 필요한のか「質の高い終末期」の支援に向けて本事例のまとめとしてケアマネジャーの役割を以下に報告する。

① ケアマネジャーは、入退院という環境の変化

トすることが求められる。入院前の生活から入院によりどのような身体面・精神面の変化があったか、退院後は日常生活でどのような変化がおきるのか、一つひとつを利用者や家族と確認する必要がある。つまり、具体的な在宅での生活に合わせた日常生活のイメージ作りである。

そのためにケアマネジャーは、利用者や家族との面接で病気をどのように受け止めているか、医療からの情報と齟齬があれば再度医師へ状態の説明を依頼するなど、利用者・家族が残された時間を悔いのない様に過ごすため、予後の予測や病状について利用者の視点からの代弁者として働きかける役割が求められる。医療者側の視点でなく、できるだけ平易な言葉で状態を説明することを依頼し、利用者や家族が状況を正しく把握することが、在宅後の生活をイメージするうえでは重要となる。そして、退院前に在宅で支援するチームが参加してサービス担当者会議等を開き、介護力の再確認、生活の視点から家族の役割や各機関の役割分担、これらにより一日の生活の流れをイメージできるように働きかけることが重要である。

② 退院時の調整会議は、医療モデルから生活モデルへの医療と福祉のインターフェースの場と考えられる。事例1のように、退院までは治療を目的として医療職が中心となって関わるが、退院後に介護する家族は、入院中に酸素を使用するなど医療機器に直接的に触れることは少ない。利用者の体動による呼吸の変化などの状況や退院後の自宅で酸素を取り扱うなどイメージすることは難しい。

退院調整が医療機関主導のものから利用者・家族を中心としたものになるように、また在宅で関わる訪問看護やケアマネジャー等との連携のもとに、入院中から支援するシステムが必要である。退院前に調整会議が実施されることで情報の共有や同じ目標に向かっての役割分担、医療や介護保険制度のみでは対応できないことも整理される。調整会議の実施をケアマネジャー側から働きかけることが必要である。

③ 利用者のストレングスをどのように活用するか、この役割もケアマネジャーに求められている。利用者のもつ力や周囲の人との関係、地域の事業所のサービス状況、24時間の対応ができる事業所かなど利用者の望む生活に向けて公的サービス以

外の情報収集も行い、利用者の望む生活環境を整備する。ストレングスの活用が「終末期の質」に繋がる。

<引用>

【引用文献】

- 1) 近藤克則 (2002) 「高齢者の在宅死と終末期ケアの質」 社会保険旬報 24-28
- 2) 田中千枝子 (1996) 『退院計画』 第2部1章 中央法規出版国立社会保障人口問題研究所 (2002)
- 3) 樋口京子著 (2005) 「高齢者のエンドオブライフ・ケアの質を高めるケアマネジメントに関する研究」 日本福祉大学博士課程博士論文 8-10
- 4) 近藤克則 (2004) 「終末期ケア質の質向上のための4つの課題」
- 5) 高齢者の医療及び医療保険制度に関する考え方 (2007) 日本老年医学会
- 6) 大阪府介護支援専門員更新研修専門研修過程テキスト
- 7) 厚生労働省 (2007) 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
- 8) 手島陸久 (1996) 『退院計画』 中央法規出版
- 9) 大木正隆 (2006) 「在宅ホスピスの準備に関するがん高齢者用アセスメントツールの開発」 お茶の水医学雑誌 第54号 125 - 126
- 10) 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁 (2000) 『ケアマネジメント概論』 ケアマネジメント講座

【参考文献】

- ・終末期医療に関する調査等検討会報告書 (2004) 厚生労働省
- ・井形昭弘 (2008) 「リビング・ウイルと尊厳死」 特集見取りと福祉 『月刊福祉』
- ・宮田和明・近藤克則・樋口京子他著 (2004) 『高齢者の終末期ケア』 中央法規出版
- ・「高齢者の終末期医療」に関する日本老年医学界の立場表明 2001
- ・柏木哲夫 (1998) 「わが国におけるホスピス・緩和ケアの歴史」 ターミナルケア VOL8 1-6
- ・柏木哲夫 (2006) 『ホスピス・緩和ケア』 青海社

— 2009. 3. 27 受稿、2009. 3. 29 受理 —