

3. 高齢者終末期における多職種間の連携

島田 千穂 高橋龍太郎

要約 高齢者終末期ケアでは、一律に治癒を目標にすることはできず、より安楽にすること、本人や家族の希望に沿うことが求められる。多元的な価値観が必要となり、多職種間で関わる意義を生かすため、ケア目標を共有し、目標に沿って役割を果たすことになる。医師の役割も、医療的なアセスメントと医療提供、家族の意向確認、家族への説明など多岐にわたる。終末期ケアは、地域や施設の多職種連携が試されるケアであるともいえる。

Key words : 死亡場所, 24時間体制, 緩和ケア, 死亡診断

(日老医誌 2011; 48: 221-226)

高齢者が終末期を過ごす場と 公的保険によるサービス

人生の終末期を過ごす場を大別すると、治療を目的とする場、療養の場、生活の場に分けられるけれども、高齢者では治療と療養、療養と生活を明確に区別することは難しい(図1)。本稿では、生活の場であり、状態によっては療養の場ともなりうる自宅や施設における多職種連携に焦点を当てることとする。

介護及び医療が必要になった場合、どのようなところで過ごすか、どの場にいるかによって公的保険サービスの利用範囲と方法は異なる。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院など治療や療養を目的とした医療・リハビリ系の施設では、特殊なケースを除き施設内の資源のみで必要なサービスが完結する形となっているけれども、その他の場では高齢者の状態に応じて外部のサービスを利用する必要がある。

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では、介護サービスは施設内の資源しか利用できないが、緊急時の医療サービスは外部から利用することができる。多くの施設は常勤医師がおらず、施設と契約した医師(外部の診療所または協力病院の医師)が定期的に健康管理を行っている。医師は、前回の診察から心身状態が変化したかどうかを施設看護職から情報収集し、その上で診察

し、服薬や医療処置等、その後の対処について施設看護職に指示するという連携体制の下に医療サービスを提供している。

グループホーム(認知症対応型共同生活介護事業所)や有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護事業所)などの居住施設では、施設と居住者との契約に基づき、介護が重度になった場合など、必要に応じて介護サービスを外部から利用することができる。医療的なサービスについては、医療保険によって往診や訪問看護などを利用する。居住する施設に、診療所や訪問介護事業所が併設されている場合もある。グループホームや有料老人ホームなどの施設でも終末期ケアを提供する施設は増えており、訪問看護ステーションと24時間体制の契約を結んだり、診療所を併設して夜間対応ができる医師を確保したりして、対応している。

在宅では、介護保険による居宅サービスと、通院、往診など医療保険による医療サービスが利用できる。ケアマネジャー(介護支援専門員)が、高齢者の状態に応じて必要なサービスを組み立て、ケアプランを立てて、サービス提供者間の調整を行う。保険の範囲内で対応できないことは、その他のさまざまな資源をケアプランに組み込み、活用することができる。介護保険制度には、定期的な医学管理も含まれており、介護報酬に居宅療養管理指導として位置付けられている。医師が高齢者の自宅を訪問して高齢者本人への指導と居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、及びサービス提供事業者への情報提供を行うものである。

在宅での高齢者への終末期医療は、看取りまでを担う

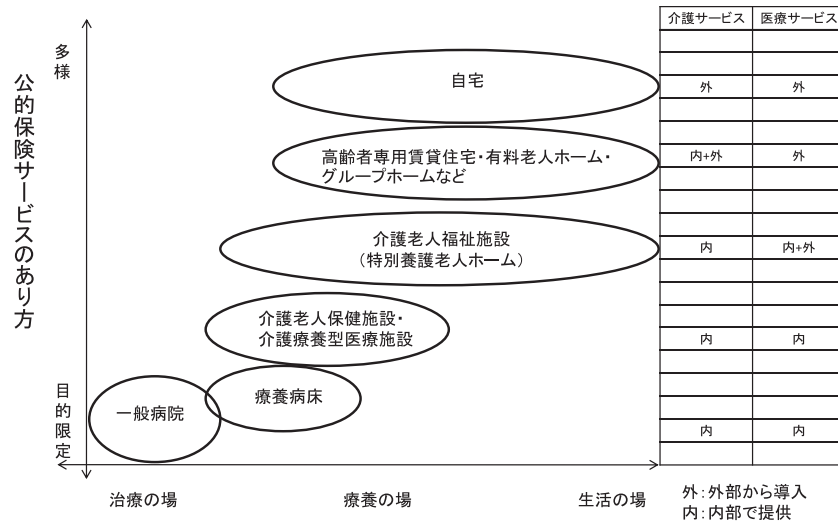


図1 高齢者が終末期を過ごす場所

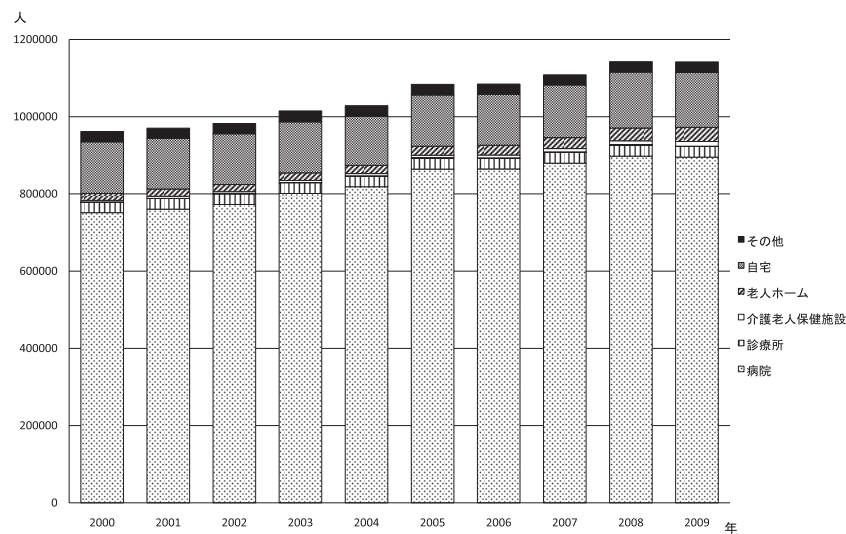


図2 死亡の場所別にみた死亡者数の年次推移 (人口動態統計, 厚生労働省, 文献1)

在宅療養支援診療所が関わる場合が多いと想定される。在宅療養支援診療所は、在宅医療において中心的役割を担うことが期待され、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションと連携しながら、24時間対応できる体制をつくるものである。

死亡の場所

平成12年から21年までの期間における死亡場所別の死亡者数を図2¹⁾に示した。死亡の場所別にみると、この間、介護老人保健施設での死亡者数が2.6倍、老人ホーム(有料老人ホームを含む)で2.1倍になり、高齢者の終末期ケアを提供する場として、これらの施設の役割が

拡大していることがわかる。ずっと減少傾向を示していた自宅の死亡者数も1.1倍と微増しているが、平成21年の死亡者数全体に占める割合は13.9%から12.4%にやや低下している。施設で終末期を迎える人は増加する傾向にあると言ってよいだろう。また、年齢別の増加率でみると、45歳以上80歳未満の死亡者数はほぼ横ばい、ないし減少傾向であるのに対し、80歳以上の死亡者数はこの間1.5倍になっている(図3)¹⁾。

生活と療養を支える主な職種

介護サービスに携わる職種は、医師、看護職(看護師・准看護師)、介護職(介護福祉士・ホームヘルパー)、リ

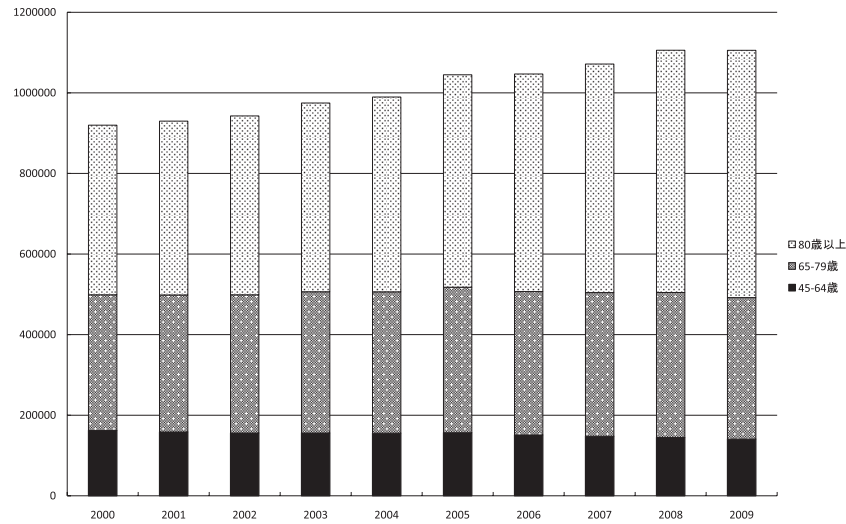


図3 年齢別死亡者数の年次推移 (人口動態統計, 厚生労働省, 文献1)

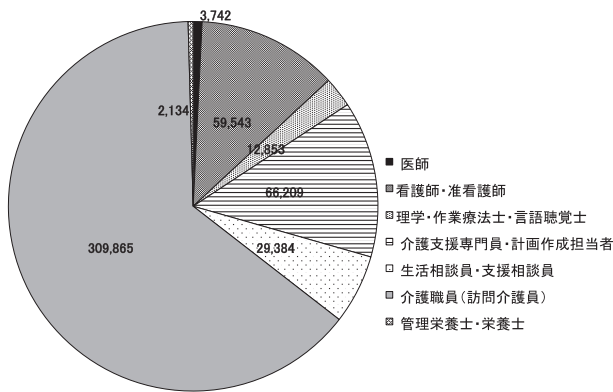


図4 居宅サービスに携わる主な職種の常勤換算従事者数 (平成20年介護サービス・事業所調査, 厚生労働省, 文献2)

ハビリテーション職(理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士), 生活相談員, 栄養士, ケアマネジャー(介護支援専門員)などである。

主な居宅サービスである訪問介護, 訪問入浴介護, 訪問看護, 通所介護, 通所リハビリテーション, 居宅介護支援事業所に従事する職種について, 従事者数を図4²⁾に示した。従事者数では, 介護職員が最も多く, 訪問介護や通所介護に携わっている。次いで介護支援専門員(ケアマネジャー), 看護職と続く。看護職は, 訪問看護ステーションと通所介護に携わる人が多い。医師は通所リハビリテーション以外にはほとんど関わっていない。

在宅療養における医療支援の拠点となる在宅療養支援診療所は, 全国に11,260カ所の届出がある(平成20年

医療施設調査)³⁾。平成19年の厚生労働省調査⁴⁾によれば, 今後も在宅診療を積極的に継続していく意向のある診療所は6割であった。また, 高齢者終末期ケアへの取り組み状況についてみると, 平成20年の日本医師会総合政策研究機構による調査⁵⁾では, 死亡まで診療した場合に算定される在宅ターミナルケア加算を算定した診療所数は, 回答した全1,808診療所のうち14.1%であった。24時間体制を一人の医師で担う診療所は8割を超えており, 現行の体制では在宅終末期ケアの拡大には限界がある。8割の施設で複数の診療所連携体制があるが, 輪番制で緊急時対応を実施していたのは1割にとどまっていた。訪問看護ステーションと連携している診療所は9割を超え, 特に自施設で24時間体制に従事する看護職員がいない診療所の8割は訪問看護ステーションとの連携体制によって24時間対応を行っている。平成20年から制度化された在宅療養支援病院を加え, 今後一層, 地域の連携体制を進めていくことが, 安定した在宅終末期ケアの提供に必要であると考えられる。

介護老人福祉施設の職種別の従事者数を, 図5²⁾に示した。介護職が8割近くを占め, 看護, リハビリ, ケアマネジャーなど専門職がサポートする体制になっている。介護職の能力向上と, 介護職を支える体制づくりが, 多くの施設での終末期ケアの質向上における今後の課題となっている。

施設での終末期ケアにおける多職種連携

終末期ケアでは, 他のどの段階のケアよりも, 多職種によるサービスを統合的に提供する必要がある⁶⁾, 医師

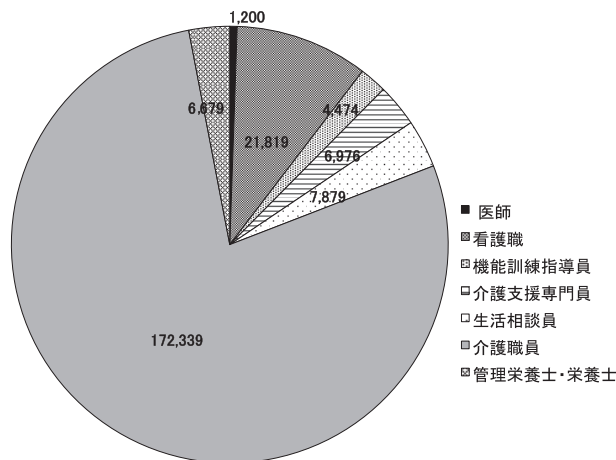


図5 介護老人福祉施設に勤務する主な職種の常勤換算従事者数
(平成20年介護サービス・事業所調査, 厚生労働省, 文献2)

の役割も重要になってくる。表1は、福祉施設における終末期ケアに特徴的なケアのプロセスを、どの職種で担う可能性があるかを例示したものである。看取りケアを実施している施設では、様々な機会に本人や家族に対して、最期の過ごし方や医療についての希望を確認している。入所時に行う場合は相談員が担当する施設が多いけれども、体調が悪化した時や入院して帰園した時などに確認する場合は、医師のアドバイスを受けながら看護職が担当することが多い。終末期に入ったと診断され、現状を詳細に説明する必要がある場合は、医師が説明し、治療内容の希望を確認することもある。終末期ケアの意思決定プロセスにおいては特に、多職種間の協働が求められる。終末期にある高齢者には、意思の確認が困難であることが多く、本人の意思を推定しながら家族と話し合い、方針を決定することになる。多様な視点と関わりの中で、最善の判断をしようとするためである。

ケアはそれぞれの専門職としての責任で提供されるが、終末期ケア全体の責任は、ケアチーム全体で共有されるべきものである⁷⁾。表1に則って述べれば、日常の観察は身近で介護している介護職と看護職が、変化の予測は医療職である医師と看護職が中心になって担うことになるが、その他の専門職も各々の専門的視点から関わり、責任の一部を共有する。終末期ケアでは、もし目標が共有されず多職種が協調できなければ、プロセスのどこかで歯車がかみ合わなくなる。高齢者本人の苦痛に気づけないまま最期を迎えることもあるし、家族の意向とずれたまま進んでいくこともある。多職種間の協働体制ができていれば多様な視点で確認することができ、ケア

が提供されている間にそれに気づける可能性が高まる。

終末期ケアにおける多職種間連携は、強いリーダーシップのある上下関係の階層的構造ではなく、多職種が横並びになり、それぞれの職種が場面ごとに多様な関わりができることが望ましい⁸⁾。それによって、価値観の多元性を保ち、本人または家族の意向の表出を支え、意向に沿ったケアを可能にする。また、多職種間のケア目標の共有のためには、通常のケア提供時から情報共有できる関係性をつくっておく必要がある。

在宅での終末期ケアにおけるケアマネジメント

樋口⁹⁾は、終末期ケア開始時期のケアマネジメントプロセスを、①高齢者の今の希望や死の迎え方の確認、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、③意思決定過程を共有しゴールを設定、④高齢者の希望の実現をサポート、⑤多職種連携チーム及び緩和ケアチームの編成・組織化、⑥介護者が自信をもってケアできるようサポート、⑦高齢者・介護者の関係に配慮、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の8項目で整理している。医師は、本人・家族の意向を確認しながらケアマネジャーと連携をとりつつ、このプロセスが円滑に進むよう協働することになる。終末期ケアのマネジメントをするための教育や経験のあるケアマネジャーが少なく、終末期に必要な意思決定の集約をするスキル⁷⁾の向上が課題である。

自宅で長期間介護されている高齢者の場合、関わっているケアマネジャーが終末期であることに気づけず、アセスメントや終末期ケアに必要なプランを立てることができない場合がある。往診医や訪問看護の医療的な視点からの助言が必要なケースが増加するだろう。しかしながら、医師との協働経験のないケアマネジャーにとっては、連絡のタイミング、連絡方法、情報収集や提供の方法など、医師との連携を困難と感じる人が多い。連携を促進するための会議開催や連絡票の作成など、地域で独自のシステム化に取り組むところも増えている¹⁰⁾。

事例

自宅で最期を迎えた事例を紹介する。一部、修正を加えてある。()内に担当した職種を記入した。

70歳代男性、慢性閉塞性肺疾患、在宅酸素利用、アパートに独居、生活保護利用

サービス利用の経過：独居のため、デイサービスとヘルパーを利用しての生活が数年続く。少しずつ機能が低下し、10分以上の継続的な歩行が困難になり、デイサービスを中止、自宅からの外出がほとんどなくなる。

表1 福祉施設における主な終末期ケア業務への関与の例

	医師	ケアマネジャー	看護職	介護職	リハビリ職	(管理) 栄養士
本人・家族の最期の生活の希望を確認する	○	◎	○			
治療（経管栄養導入など）の希望を確認する	◎	◎	○			
症状の観察・異常の早期発見	○	○	◎	◎	○	○
余命の予測・状態変化の予測	◎		○			
身体的苦痛の緩和ケア	◎	○	◎	◎	○	○
精神的苦痛の緩和ケア	○	◎	◎	◎	○	○
死亡診断	◎					

◎：中心的な関与 ○：補助的な関与

死亡の3カ月前頃から、ケアマネジャーの訪問時、呼吸困難の訴えが増え、入院を勧めたが、本人が拒否したため、自宅での療養を継続する。

終末期ケア体制の構築：買い物、調理、掃除、洗濯など生活援助、清潔保持のための清拭（ヘルパー・毎日昼・夕2回訪問）、入浴（訪問入浴介護・週1日・本人拒否のため途中で中止）に加え、医療的支援が必要となった（在宅療養支援診療所の医師・2週に1回・看取り対応可能、病院との緊急時の連携体制あり）。また、近隣在住の妹に安否確認を依頼した。

最期1カ月の生活状況：室内の歩行も困難になり、ポータブルトイレとじびんを使用し始める。症状を緩和するための入院を説得したが、本人が拒否したため、在宅継続のプランとした。病院の担当医への情報提供を通して連携体制を維持した。自宅で最期を迎えるにあたり、近隣に住んでいる妹に安否確認と精神的な支援を依頼した。訪問したヘルパーが部屋で倒れているところを発見し、ケアマネジャーが在宅療養支援診療所の医師に連絡して死亡診断がなされた。

高齢者終末期ケアでは、一律に治癒を目標にすることはできず、より安楽にすること、本人や家族の希望に沿うことが求められる。多元的な価値観が必要となり、多職種間で関わる意義を生かすため、ケア目標を共有し、目標に沿って役割を果たすことになる。医師の役割も、医療的なアセスメントと医療提供、家族の意向確認、家族への説明など多岐にわたる。終末期ケアは、地域や施設が多職種連携が試されるケアであるともいえる。

文 献

1) 厚生労働省：人口動態調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html> (2011年1月31日アクセス).
 2) 厚生労働省：介護サービス・事業所調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-20-2.html> (2011年1月31日アクセス).
 3) 厚生労働省：医療施設調査（平成20年）. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060674> (J116)

(2011年1月31日アクセス).

4) 厚生労働省：平成19年度調査 在宅療養支援診療所の実態調査 結果概要. 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会（平成19年度第117回）資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/s1214-5.html>. (2011年1月31日アクセス).
 5) 日本医師会総合政策研究機構：「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」. 日医総研ワーキングペーパー No. 183. 2009.
 6) Ridgway V: Caring for the older person, In: Key Concepts in Palliative Care, Baldwin MA, Woodhouse J (eds), SAGE Publications Ltd, 2011, p26-31.
 7) Baldwin MA: Multi-disciplinary teams, In: Key Concepts in Palliative Care, Baldwin MA, Woodhouse J (eds), SAGE Publications Ltd, 2011, p116-121.
 8) Policzer JS: How to work with an interdisciplinary team, In: 20 common problems in end-of-life care, Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS (eds), McGraw-Hill Companies, Inc., 2002, p57-72.
 9) 樋口京子：高齢者の終末期におけるケアマネジメント. 老年医学 2009; 47: 471-475.
 10) みえ地域ケア研究会：みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書（平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金）, 2000.

理解を助ける問題

- 問題1. 終末期ケアについて、適切なものを2つ選べ。
- a ささまざまな専門職が、それぞれ独自の考えでケアを提供する。
 - b 家族へのケアは通常おこなわない。
 - c 在宅終末期ケアを実施するためには、24時間ケアの体制を整える。
 - d 死亡診断は、医師、または歯科医師によって行われる。
 - e 末期がん患者も高齢者も、終末期の期間はほぼ同じである。

問題2. 高齢者終末期ケアについて適切なのはどれか.

- a どこで終末期を過ごしても医療サービスが主体となる.
- b 有料老人ホームなどでは外部の訪問看護を利用できる.
- c 80歳以上の高齢者の死亡者数は横ばいである.
- d 自宅での死亡者数は一貫して減少している.
- e 介護老人福祉施設では医療サービスを利用できない.

問題3. 終末期ケアを含む高齢者介護サービスを担う専門職について適切なでないのはどれか.

- a 介護支援専門員(ケアマネジャー)の多くは居宅サービスにかかわっている.
- b 居宅サービス, 施設サービスを合わせると介護職の数が最も多い.
- c 介護老人福祉施設では機能訓練指導員の数が介護職に次いで多い.
- d 介護老人福祉施設に勤務する医師もいる.
- e 介護支援専門員(ケアマネジャー)は本人の希望の確認を行う.

問題4. 在宅療養支援診療所について適切なのはどれか.

- a ほとんどの在宅療養支援診療所で在宅ターミナルケア加算を算定している.
- b 一人で24時間体制を担っているところは少数である.
- c 訪問看護ステーションとの連携はあまりみられない.
- d 他の診療所と連携しているところが大半である.
- e 今後の在宅医療の継続についてはあまり積極的でないところが多い.

問題5. 高齢者の終末期ケアについて望ましくないのはどれか.

- a 身体の清潔保持, 褥瘡予防に努める.
- b 終末期ケアの方針について, 患者本人や家族との話し合いを省略することができる.
- c カンファレンスを開いて, 多職種間でケア目標を共有する.
- d 本人が安楽に過ごせるように環境を整備する.
- e 予測できる本人の最期の状態変化について, 家族にわかりやすく事前に説明する.