



看護小規模多機能型居宅介護に おける終末期ケアマネジメントの 15 の課題状況に対応する工夫

がんと非がんの利用者に関する類型を用いた実態調査より

研究代表 国際医療福祉大学学院医療福祉学研究科保健医療学専攻

看護学分野 在宅看護学 片平伸子

katahira-n@ihwg.jp

科研費 基盤研究(C)21K10968 助成

目次

[illegible]

1. はじめに

高齢化が急速に進む我が国においては、医療や介護が必要となっても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられるような支援がますます重要になっています。在宅福祉に医療面の支援を含めた包括的なサービスが重要と考えられ、その1つに看護小規模多機能型居宅介護(以下、看多機)があり、終末期の高齢者が地域で暮らすことを支える重要な地域ケアの拠点となっています。

看多機は柔軟なサービスの提供を通じて家族を含めた包括的な支援が可能な仕組みです。個々の施設において利用者一人ひとりの状況の変化を査定し、ケア提供の工夫をされている一方で終末期のケアマネジメントには課題があることがわかっています¹⁾。

そこで、私たちは先行研究¹⁾から導き出された課題状況と工夫をもとに独自の質問紙を作成し、全国の看多機のケアマネジャーを対象とした実態調査を行い、がん・非がんの終末期の課題状況ごとの対応の工夫を本紙にまとめました。

この資料がケアマネジャーの皆様が終末期のケアマネジメントを行ったり、見直すうえでの一助となりますことを願っています。また、他の保健医療福祉機関や専門職の皆様が看多機の活動に理解が深まり、終末期の地域連携の促進につながれば幸いです。

1) 片平伸子: 看護小規模多機能型居宅介護における終末期のケアマネジメントの特徴ーがんと非がんの2群別の分析ー. 日本保健科学学会誌 in print

2. がんの終末期

1) 終末期の始まり

(1) がん課題状況 1

予後が短く情報収集の時間が取れないが受け入れを急がれる

がんの場合にしばしばみられる、急な利用開始の事例です。
こうした場合は以下の 3 つの対応が主に行われています。

主な対応

退院先を看多機施設としてしばらく泊まりにする

退院前カンファレンスに参加し必要な相談、決定をほぼ済ませる

退院前カンファレンスとは別に関係者を集めて方針を確認する

施設への泊りから利用開始にしてご家族の介護負担を小さくしたり、介護スキルを習得するための期間にしたり、という意図が汲み取れます。また、今後のケアプランに最も重要な方針決定はこの時期にチームで押さえておくことが重要です。

この他に「戸惑う介護職に対応した」「先を見越して介護保険の区分変更を申請した」といった対応もこの時期に必要な場合があります。

(2) がん課題状況 2

利用者・家族の生活の希望にズレがある

在宅療養でよくある利用者と家族の意向にズレがある事例です。時間があれば在宅療養生活を続けていく中でゆっくり歩み寄っていけばよいですが、終末期がんの場合、病状悪化が早いためにズレが解消されず、さらに大きくなっていく危険があります。

主な対応

利用者の希望に沿ってケアを行う

利用者と交流する時間をこころがけて取る

家族に事業所で行えることを事前に説明し了解を求める

「利用者の希望に沿ってケアを行った」は回答者全員が○としている、ケアの基本です。こうした利用者の希望を把握することや利用者の不安の解消のために交流する機会を持つことを意識して行ったり、家族の期待の方向が明後日の方に向かわないように事業所でできること、できないことを説明して、納得の上で利用してもらう、といった工夫は特に最初の時期に重要です。

このほかに「利用者・家族の心理面の支援を行った」「家族が希望するが固形食が難しい場合食事の形態やタイミングを工夫した」といった工夫がなされていました。

(3) がん課題状況 3

利用者の死が近づいているが急激に変化する病状を受け入れがたい家族への支援が難しい

がんの場合病状悪化が早いため、家族のイメージする利用者像と現状にずれがあり、その受け入れが難しいまま終末期を迎えている場合があります。がん課題状況2につながる状況です。

主な対応

急変時の対応を確認し家族の希望を踏まえた対応をする

面会の機会を拡大する

家族が外出、休息をとれるようなケアプランを提案する

家族の現状の受け入れが難しい中でも、間近に迫っている急変リスクへの対応については最低限確認することがこの時期には必要です。また、面会の機会を広げて現在の利用者の状況を肌で感じてもらえるように努める一方、家族が追い詰められないようにリフレッシュの機会を設けるという両面での支援が望まれます。

急変時の対応の確認方法としては「看取りの計画書を作成し同意を得た」といった方法でも行われていました。

(4) がん課題状況 4

病院を主とする医療と連携して状態管理を行うことが難しい

医療機関との連携は介護保険サービス上の継続的な課題の 1 つですが、看多機での終末期ケアにおいても取り上げられています。

主な対応

訪問診療医をつける

希望により病院への通院を継続する

疼痛管理や事故予防を看護師を中心に行う

終末期となって積極的な治療はできない状況で、体調の変化にこまめに対応する上では訪問診療も行う診療所の医師が主治医であることが望ましい状況と考えられます。これまでに看多機事業所で協働の経験のある診療所を紹介したり、利用開始時に提携診療所に医療機関を変えることが基本になっている事業所もあるようです。

一方、治療はできなくても病院に通って説明を受けることが心の安寧につながり、利用者が強く希望しているといった場合は通院を支援することが 1 つのケアになるようです。また、医療面については看護師が主となってケアを実施するように役割分担や協力体制をくむことが求められます。この他に“早めに訪問看護に繋がることの必要性を周知”や“がんの診断を受ける前まで系列の通所介護を利用し、がんの発見から看多機へ移行した”等の記述がありました。

2) 死の前後

(1) がん課題状況 5

死が迫り治らない状態についての説明と 看取りのための準備が難しい

終末期の開始期でも死亡を想定した確認を行っていますが、いよいよ死が目前となった段階でも再度の説明と看取りの準備が必要になります。

主な対応

急変時の連絡について確認する

医師、看護師を含めて死が迫り治らない状態を家族に説明、
要望に沿って対応する

面会制限を緩和し、関係者の面会を勧める

最新の状況での急変時の連絡方法や対象を確認し、医療者を含めて病状等の説明を家族に行います。これまで面会に来ていない親族や友人とも心置きなくお話ができるように面会をお勧めする最後のチャンスになります。

この他に「看取りの場所の最後の検討、話し合いを持った」「家族間での再度の話し合いを勧めた」といった支援もお紺われており、最後の最後まで死に場所を選び直せたり、希望をかなえようとする活動ができるのは在宅と施設の両方に拠点を持てる看多機ならではの活動と考えられます。

(2) がん課題状況 6

死が迫る中で医療と連携しての状態管理が難しい

積極的な治療は行わず、これまで行ってきた服薬管理や食事を勧める必要がなくなる一方、症状緩和のためのケアの実施は求められる時期で、日によってケア内容が変わっていく難しさがあります。

主な対応

訪問看護で医療処置を行う

医師の指示のもと頓服薬を利用して症状緩和を図る

医師の指示のもと服薬、処置、飲食を控える

看護職から介護職が看取りケアの知識や技術を習得する

食事や服薬、処置を手控えていくことも想定して穏やかに死を迎えられるように支援していきます。介護職への支援も含めて看護職の活用が鍵となる時期です。

この時期に「主治医を病院所属から訪問診療医に切り替えた」事業所もあります。

(3) がん課題状況 7

死期を予測してケアを移行し看取り、
遺族のケアまでを行うことが難しい

死期を予測して対応し、死後までを視野に入れた家族ケアが重要な時期です。

主な対応

利用者の苦痛症状を緩和するケアを行う

利用者の状態悪化を把握して泊まりを増やす

状態悪化を把握し、家族を呼び出す

死後、家族に生前の様子を伝える

利用者本人には苦痛の少ないようにケアをし、家族に向けては事業所での看取りの事例では泊りを増やすケアプランに変更したり、看取りのために家族に連絡をしたりといった活動を行います。また、ケアマネジャーから見た利用者の生前のご様子をお話ししてグリーフケアにつなげることも重要です。また、“存命のうちから日々の様子をこまめにお伝するようにしている”という事業所もありました。

ご自宅での看取りのケースでは「利用者の状態悪化を把握して通いを増やした」り、グリーフケアの一環として「死亡から日を置いて家族の話を傾聴した」といった工夫もあります。

3. 非がんの終末期

1) 終末期の始まり

(1) 非がん課題状況 1

利用者が生活の中で望むことの実現が難しい

非がんでは終末期の始まりががんに比べるとはっきりせず、じわじわと病状の悪化やADLの低下が進むため「できる」と利用者や家族が思っていることと実際とのずれが起こりやすく、そのための対策がこの時期には重要です。

主な対応

退院前カンファレンスや担当者会議で
病状や看多機でできることを確認する

意向を汲んでの生活には転落等のリスクがあることを家族に説明する

利用者の希望に沿ってケアの方向付けをする

利用者や家族の意向と安全性が相反する状況であることや事業所でできることには限りがあることをお伝えして、できることを探していくことが大切です。

「意思疎通困難な方には以前の言動から利用者の希望を想定して支援した」といった、利用が長いからこそできる支援を行う事例もあります。

(2) 非がん課題状況 2

利用者・家族からの食事への希望の実現が難しい

特に食事については利用者・家族からリクエストが多く、スタッフからお好きなものを食べて喜んでほしいといった希望が出やすいです。一方では嚥下や咀嚼の機能低下により窒息等のリスクが無視できないため悩ましい課題となっています。

主な対応

嚥下評価やリハビリを行う

上記以外の誤嚥対策をしながら食事の支援をする

食事の形態を工夫し、家族へ指導する

嚥下評価やリハビリで機能の維持改善を図ることが望ましいが、実際はそれ以外の誤嚥対策(良肢位の保持、食前のアイスマッサージなど)と食事の形態の工夫(水分のとりみ付けや軟食の用意など)が多く行われています。

家族の了解をとって「誤嚥のリスクを承知しながら食事の支援を行った」という事例もあります。

(3) 非がん課題状況 3

家族が利用者のお世話をすることが難しい

終末期となったばかりの時期で、この時期であれば家族がお世話をすることは死の直前の時期に比べれば容易です。死後に後悔を残さないためにはこの頃に家族がケアをすることが重要で、支援が求められます。一方で、家族が介護から離れる時間を作ることも必要なためそのバランスを家族ごとにどうとっていくかの采配が難しいと考えられます。

主な対応

家族の仕事に支障ないような泊まりと通いの組み合わせにする

退院先を看多機施設にしてしばらく泊まりにする

面会の機会を拡大し、家族がケアする時間を持つ

家族の仕事を考慮してのケアプランや、家族の介護負担軽減や介護スキル習得のための期間を設けるための退院先を事業所への泊りにするといった工夫と同時に面会時間を増やして家族と利用者が交流できる機会づくりがされています。

「介護する家族のエンパワメントを行った」「介護保険の要介護度の認定、変更前から利用開始した」といった家族支援もこの時期に行われています。

(4) 非がん課題状況 4

長い経過の中での変化のため病状を受け入れがたいが
利用者の死が近づいている家族への支援が難しい

がんとは違った形で病状の悪化を受け入れがたい状況にある家族へのサポートが重要になります。

主な対応

根気よく家族の言葉を聞き、説明を繰り返す

医師、看護師を含めて家族にシビアな状況であることを説明する

死後の対応についての家族の相談に対応する

まだ受け止められない段階で混乱している家族の気持ちが整理できるように根気強くお話を聞き、繰り返し説明することでじわじわ浸透していくことを意図して介入しているようです。また、医療職を活用して具体的な状況の理解を進め、家族からの相談の機会を活用して支援しています。

シビアな話をする一方で「家族が外出、休息をとれるようケアプランを提案した」といった、家族が介護や看取りから離れる機会を意図して作るといった支援も行われています。

(5) 非がん課題状況 5

状態悪化が進んで医療・介護の必要度が増加するが連携が難しい

終末期であることが明らかになり、これまでとは異なる状況であることを家族やスタッフと共有していくことが重要な時期です。

主な対応

訪問診療医をつける

医療処置・管理や事故予防を看護師を中心に行う

スタッフと利用者・家族のなじみの関係を活かして支援する

これまでと異なり、訪問診療が適した状況と判断して訪問診療を開始し、看護師を主として処置等を行うといった体制整備を行う時期です。しかし、医療中心の生活に変わるのではなく、なじみの関係を活かしてこれまでの生活をできるだけ維持できるように努めることが大切です。

「利用者の暴言や介護拒否等へのスタッフの対応を支援した」といった介護職への支援も重要になります。

2) 死の前後

(1) 非がん課題状況 6

死が迫る状況で急変もあり得ることについての家族への説明と
看取りに向かう準備が難しい

比較的緩徐な進行であるため、すでに死が迫る状況で急変のリスクがあることが家族やスタッフでなかなか共有されにくいことが非がんの死の前後の時期の大きな課題です。

主な対応

急変時の連絡について確認する

看取りの場所、延命しないことの最後の検討、話し合いを持つ

家族で過ごす時間が持てるよう配慮する

最新の状況での急変時の連絡方法や対象を確認します。具体的な話ができる事例では、看取りの場所や延命処置をしないことの確認も家族に行います。その上で後悔が残らないように水入らずの時間が持てるように支援します。

「医師、看護師を含めて死が迫り治らない状態を家族に説明、変化を一緒に確認した」「面会制限を緩和し、関係者の面会を勧めた」といった活動で現状の理解を促していく事例もあります。

(2) 非がん課題状況 7

訪問診療との連携を中心にしての状態管理が難しい

積極的な治療は行わず、これまで行ってきた服薬管理や食事を勧める必要がなくなる一方、症状緩和のためのケアの実施は求められる時期で、日によってケア内容が変わっていく難しさがあるのががんと同じです。

主な対応

医師の指示のもと服薬、処置、飲食を控える

処置に家族の意向を取り入れる

訪問看護で医療処置を行う

長年在宅介護をしてきた事例では医療処置についても家族の要望が強い場合があり、支障がない限り家族の意向を取り入れた処置の方法を採用していました。

食事や服薬、処置を手控えていくことも想定して穏やかに死を迎えられるように支援していきます。

(3) 非がん課題状況 8

死期を予測してケアを移行して看取り、
死後も引き続き遺族のケアを行うことが難しい

死期を予測して対応し、死後までを視野に入れた家族ケアが重要な時期です。

主な対応

利用者の苦痛症状を緩和するケアを行う

スタッフ間で急死があり得る状態であることを確認する

利用者の状態悪化を把握して泊まりを増やす

状態悪化を把握し、家族を呼び出す

利用者本人には苦痛の少ないようにケアをし、家族に向けては事業所での看取りの事例では泊りを増やすケアプランに変更したり、看取りのために家族に連絡をしたりといった活動を行います。また、スタッフにも心構えができるように支援していくことが重要です。

この時期ならではの「家族の希望を汲んでリスクのあるケアを行った」(入浴介助や自宅への移動など)「死後、家族に生前の様子を伝えた」「死亡から日を置いて家族の話を傾聴した」「会議等で看取りを振り返り評価した」も行われていました。

おわりに

終末期に関してはがん・非がんのいずれにおいても家族支援に関する課題が多く、それらに課する対応の工夫が示されています。ご家族の仕事状況や要望を確認しながら死に向かう準備を進め、看多機ならではの在宅と施設利用の調整、サービスの組み合わせの工夫を行って対応していくことの大切さが浮き彫りになったと感じています。

看多機においてケアマネジャーは利用者・家族が終末期にどう過ごしたいかの希望を把握し、その実現に向けて療養者の変化していく病状に予測を立てながら医療提供体制の調整を含めた支援を行っています。また、療養者と家族が触れ合う機会を増やしたり、療養者が死にゆくプロセスを家族が受容、対応できるように病状や今後の変化についての説明や家族が行うケアの支援を行っており、こうした課題への取り組みが充実した終末期ケアに結び付いていきます。

自宅での看取りの場合だけでなく、看多機施設での看取りの場合でも自宅での生活を味わったり、家族と交流する工夫がなされており、なじみのある地域での暮らしを最期まで支えることが可能になっています。

特にがんで予後の短い方の場合は、まず施設に受入れてからケアプランを変更していくといった取り組みも行われており、長期の利用を想定しない場合でも看多機を利用して住み慣れた地域に帰って最期を迎えられています。

また、非がんの場合では長期の利用の中で利用者の人となりの理解や家族との関係性が深まり、「食べる喜び」を重視した支援などの工夫がなされています。捉えにくい利用者の病状の変化の把握に努めつつ利用者・家族の暮らしを最期までポジティブに支えていると考えられます。

こうした個々の施設で行っている工夫の共有が進むことや、看多機を利用したなじみのある地域での看取りの推進を目的とした公的な支援が今後望まれますが、本紙の公表もその一助となれば幸いです。また、これをもとに貴事業所での終末期のケアマネジメントの現状や今後を見直す機会を持っていいただければありがたく存じます。