

平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業

認知症グループホームにおける看取りに関する研究
事業
調査研究報告書

2007年3月

特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会

はじめに

1997年、痴呆対応型老人共同生活介護援助事業（認知症グループホーム）制度が創設され、2000年には介護保険制度の創設と同時にそのメニューのひとつとしてグループホームが加えられた。これを機にグループホームは急速に全国に広まっていった。

当初通過型のサービスとして位置づけられていたグループホームは、認知症ケアの切り札として登場し、小規模、個室とパブリックスペース、家庭的な環境、個別ケアなどをキーワードとしたケアを実践しながら大きな成果を挙げてきた。しかし、年月を経るに従い入居者の状態は変化し、認知症のレベルもADLも通常の高齢者の3倍ほどのスピードで重度化してきている。終の棲家ではないはずのグループホームにおいて、好むと好まざるとに関わらず看取りを経験したホームも多いと思う。つまり、地域密着型サービスとして、住み慣れた地域での継続的な支援を考える場合、重度化対応や、看取りの問題は避けては通れない課題であるといつてよい。

グループホームにおける看取りの実態などに関しては、全国GH協をはじめ各団体でのアンケート調査や事例検討などが行われ既に発表されている。平成17年に実施したグループホーム実態調査結果（全国GH協調べ）から入居者家族の意識調査をみると、身体状況が悪化したときに希望する介護の場所は「現在のグループホーム」とする回答が約7割、看取りの場所については64%がグループホームと回答している。

本検討委員会は、こうしたアンケート調査結果に現れている利用者ニーズに応えるべく、グループホームにおける看取りのあり方について問題や課題の抽出と、その解決策を模索するための三回の座談会を開催した。検討委員会委員をはじめ、現場で活躍しておられる管理者やご家族などにも参加していただき、活発な意見交換を行ったところである。

また、広く全国GH協会の方々のご意見を集約すべくシンポジウムを開催し、医療、家族、事業者、行政などの様々な立場におられる方々のパネルディスカッションを行い、参加者の積極的なご意見も伺った。これらの座談会やシンポジウムで得られた様々なご意見は、本検討委員会で議論・検討を重ねながら集約させていただき、グループホームの看取りにおける課題や今後の対応策として、ここに報告させていただくこととした。また、これらの意見を今後の政策や制度に活かしていただければ幸いである。

平成19年3月

全国認知症グループホーム協会
「認知症グループホームにおける看取りに関する研究会」
委員長 福島 弘毅

目 次

研究事業実施概要	3
1. 背景と目的	3
2. 事業内容	3
3. 研究体制	6
グループホームにおける看取りのあり方について	9
1. 言葉の定義	9
2. グループホームにおける看取りの意義.....	10
(1) 日常のグループホームケアの延長線上にある看取りケア	10
(2) グループホーム事業者の意識.....	12
(3) グループホームが終末期支援に取り組む意義.....	13
3. グループホームで看取るための課題.....	15
(1) 医療連携体制の現状と課題.....	15
(2) 人材確保における課題.....	22
(3) 取り組み課題.....	24
4. グループホームにおける看取りの実現に向けて.....	27
座談会議事録	33
シンポジウム報告	87
1. 実施概要	87
2. 研究会報告	88
3. シンポジウム.....	99

研究概要



研究事業実施概要

1. 背景と目的

グループホームは、介護保険制度施行当初から認知症ケアの切り札として常に注目を浴びてきたが、経過とともに入居者の状態は変化しつつある。比較的にADLが軽度な認知症を伴うお年寄りを対象としたサービスと謳われてきたものの、軽度で入居した利用者の身体状況は確実に重度化しており、住み慣れた地域で初期から終末までの継続的な支援という命題においては、“重度化対応”や“看取りへの支援”が避けられない課題となっている。

グループホームにおける終末期支援については、これまでも様々な調査研究事業や事例検討などが行われてきたが、事業所の対応状況や認識はまちまちで、重度化したときの退居要件にも格差がある。本調査研究事業は、より多くのグループホームが終末期支援の実践に結びつけていけるように、医療連携、職員体制、スタッフの技術向上、また、事業所そのものの健全かつ継続的な経営を保障する制度的な支援・整備など、様々な角度からの検証を行い、個々の利用者の「初期から終末を支える地域密着型サービス」として、グループホームケアの方向性を再確認するものである。

2. 事業内容

(1) 検討委員会の開催

本研究会は、サービス事業者、医療関係者、有識者等による検討委員会を設置した。

- 1回目： 9月 9日(土)
調査研究事業のねらいおよび手法等
重度化対応および看取りにおける課題と問題点
- 2回目： 10月21日(土)
座談会のテーマおよび企画等
- 3回目： 2月 6日(火)
座談会のまとめ
シンポジウムの開催準備等

(2) 座談会の開催

第1回検討委員会であげられたグループホームによる終末期支援の諸課題や問題点をテーマに、事業者（スタッフ）、家族、医療関係者等からの幅広い意見を得るための座談会を開催した。

開催は全3回で、各回のテーマ設定は下記の通り。各回ともに、事業者、家族等の立場からゲストを招き、研究会委員メンバーとともにそれぞれの立場からの意見を収集した。

1 回目座談会テーマ：医療・看護との連携

<実施日>

2006年11月4日（土）15時～

<ゲスト>

田中秋子 グループホームやまびこ 管理者

塚田明人 グループホームそまやまの里 ホーム長

2 回目座談会テーマ：本人の自己意思の尊重をどこまでできるか

- 本人の想いと本人をとりまくそれぞれの人の想い

<実施日>

2006年12月2日（土）15時～

<ゲスト>

永島光枝 社団法人認知症の人と家族の会 千葉県支部

岩尾 貢 全国 GH 協副代表理事・社会福祉法人鶴寿会施設長

3 回目座談会テーマ：グループホームにおける終末期支援を実現していくために

- どのような条件整備が求められているのか -

<実施日>

2007年1月20日（土）15時～

<ゲスト>

星野淳子 グループホーム桐の花 管理者

櫻井正子 グループホームオリーブの家 管理者

(3) シンポジウムの開催

検討委員会および座談会で集約された、意見・具体的な取り組み事例などを基に、シンポジウムを開催。今後グループホームが取り組むべき具体的な課題について、パネリストの意見を得るとともに、会場の参加者と双方向の意見交換を進めた。

シンポジウム概要

実施日：

2007年3月11日(日)13時15分~16時00分

会場：

東医健保会館(東京)

参加者：

137名

実施内容：

(1) 研究会報告

医療・看護との連携

苛原 実氏 医療法人社団実幸会いらはら診療所理事
グループホームならではの看取り

武田 純子氏 有限会社ライフアート代表取締役福寿荘総合施設長

(2) シンポジウム

コーディネーター

福島 弘毅氏 全国GH協顧問・福島外科クリニック院長

岩尾 貢氏 全国GH協副代表理事・社会福祉法人鶴寿会 施設長

パネリスト

杉山 孝博氏 全国GH協理事・川崎幸クリニック院長 (医療の立場から)

平岡 久夫氏 日興フィナンシャル・インテリジェンス株式会社 (家族の立場から)

和田 行男氏 大起エンゼルヘルプ・クオリティーマネジャー (事業者の立場から)

池田 武俊氏 厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室室長補佐

3. 研究体制

(1) 委員会メンバー

福島 弘毅	全国 GH 協顧問・福島外科クリニック院長
苛原 実	いらはら診療所 理事長
大谷 るみ子	大牟田市認知症ケア研究会代表・グループホームふぁみりえホーム長
杉山 孝博	全国 GH 協理事・川崎幸クリニック院長
武田 純子	全国 GH 協理事・有限会社ライフアート福寿荘総合施設長
夏目 幸子	全国 GH 協常任理事・夏目設計事務所

(敬称略、 印は委員長、50音順)


(2) 実施主体

特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会

(3) 調査研究委託機関

株式会社ニッセイ基礎研究所 社会研究部門 山梨 恵子

グループホームにおける 看取りのあり方について



グループホームにおける看取りのあり方について

章では、本検討委員会および座談会等であげられたグループホームにおける看取りの現状や課題、意義などを整理しながら、今後グループホームがどのように重度化対応や終末期支援に取り組んでいくべきかの意見をまとめた。

1. 言葉の定義

検討委員会では、議論を進める上での前提事項として、「看取り」「終末期」といった言葉の定義について共通理解を図った。下欄に示す通り、単にグループホームを看取りの“場所”として選択し、そこで提供されるケアを看取りと考えるのではなく、その人の生き方や生きた証に敬意を持ってグループホームが支援する“関わり方”そのものを指している。

ひとりの人が死を迎える場所は、自宅、医療機関、施設、グループホームと様々で、入居者が必ずしも最期の場所としてグループホームを選択するとは限らない。また、そのグループホーム自体に看取りを可能とする力量を有しているとも限らない。しかし、死を間近にしたその人が最期をどこで過ごすことになるとうと、その人にとってのより良いケア、心地よい環境を維持するために、グループホームの専門知識や知恵、関わりを活かしていく方法はあるのだということを前提にしている。

看取り

看取り = 本来の意味は、病人のそばにいて世話をする。また、死期まで見守る。看病する。

本研究会では、死を含めた終末期に提供されるケアと定義。すなわち、グループホームの中で息を引き取る瞬間に立ち会うことのみを指すのではなく、病院や自宅で息を引き取るようなケースであっても、その人の終末期に関わりその人を支えるケア・支援を提供すること全般をグループホームにおける「看取り（終末期支援）」と捉える。

終末期

「看取り」はケアを含める言葉として使うのに対し、「終末期」は期間を表す言葉。すなわち看取りを行う期間を終末期と捉える。

終末期のはじまりは・・・

終末期の始まりをどう捉えるかについての議論は様々あるが、本研究会においては大きく2つの状態に分けて考えることとした。1番目は、老衰などで徐々に食べられなくなり自然に衰弱していく時期。2番目は、癌や他の病気で症状が進行し、医師から余命を告げられる時期（多くは3ヶ月から半年と推測され

る)。医療の中では、あらゆるケースで終末期のパターンが存在する。延命治療を選択「する」「しない」に関わらず、本人の状態の先に常に死がある状態が終末期であるとのコンセンサスの基に議論を進めた。

2. グループホームにおける看取りの意義

(1) 日常のグループホームケアの延長線上にある看取りケア

グループホーム実態調査（2005年全国GH協）の結果から入居者家族の意識をみると、身体状況が悪化した時に希望する介護の場所は「現在のグループホーム」とする回答が全体の7割程度を占めている。また、看取りの場所については、全体の64%がグループホームと回答しており、病院との回答は25%程度となっている。また、重度化した後も現在のグループホームで介護してもらいたいと考えている利用者家族は、利用年数が長いほど割合が高くなっている。

図表 1

[重度化した場合の介護の場所]

(%)

	調査数 (N)	合計	自宅	現在の グループ ホーム	特 他 養 や 介 護 養 施 設 な い	病 院	そ の 他	無 回 答
全体	935	100.0	0.9	68.1	19.7	8.7	1.5	1.2
1年未満	207	100.0	0.5	64.7	23.7	7.2	1.9	1.9
1～2年未満	245	100.0	0.4	66.5	20.4	9.8	2.0	0.8
2～3年未満	191	100.0	1.0	68.6	18.8	10.5	0.5	0.5
3年以上	248	100.0	0.8	73.0	17.7	6.5	1.2	0.8
無回答	44	100.0	4.5	63.6	11.4	13.6	2.3	4.5

[終末期を想定した場合の介護の場所]

(%)

	調査数 (N)	合計	自 宅 で 介 護 し た	グ ル ー プ ホ ー ム で 介 護 し た い	病 院 な ど で 介 護 し た い	考 え て い な い	そ の 他	無 回 答
全体	935	100.0	3.4	63.9	25.5	3.4	2.7	1.2
1年未満	207	100.0	2.9	59.4	26.6	4.3	4.8	1.9
1～2年未満	245	100.0	4.5	60.8	26.9	4.9	2.9	0.0
2～3年未満	191	100.0	3.1	64.9	26.2	2.1	2.1	1.6
3年以上	248	100.0	1.2	73.0	21.8	2.4	1.2	0.4
無回答	44	100.0	13.6	45.5	29.5	2.3	2.3	6.8

データ：2005年グループホーム実態調査結果（全国認知症グループホーム協会）

施設や医療機関などの設備の充足感よりも、住み慣れた場所、馴染みのある環境としてグループホームを選択している傾向が顕著にでている結果である。

グループホームが看取りの支援を行う際には、本人・家族の納得を図りながら、いかに苦痛を和らげ、安心感と安楽の中で過ごしてもらうかが課題となる。その基本にあるのは継続的な日常のケアであり、日常生活を通したグループホーム職員と入居者との関係性が重要になる。そして、看取りの支援は終末期に突然に始まるものではなく、本人をホームに受け入れたその先に必然的に起こる、日常ケアの延長上にある問題と考えるべきである。グループホームでの関わりが始まった瞬間から、看取りへのとが続いているのだということや、その人の自己実現へ向けての最後の姿を支えるものとして医療やケアが存在するという点を、もう一度考えてみる必要があるのではないだろうか。

これまで多くのグループホームは、以下に示すようなグループホームケアを基本にしながら、地道な努力を続けてきた。

慣れ親しんだ生活様式が守られる暮らしとケア（束縛のない家庭的な暮らし）

認知障害や行動障害を補い、自然な形でもてる力を発揮できる暮らしとケア

小人数の中で1人1人が個人として理解され受け入れられる暮らしとケア（人としての権利と尊厳、個人の生活史と固有の感情）

自信と感情が生まれる暮らしとケア（衣・食・住全般に生活者として、成人した社会人としての行動、役割を回復）

豊かな人間関係を保ち支えあう暮らしとケア（家族との、擬似家族としての、スタッフとの、地域社会との、入居者同士の）

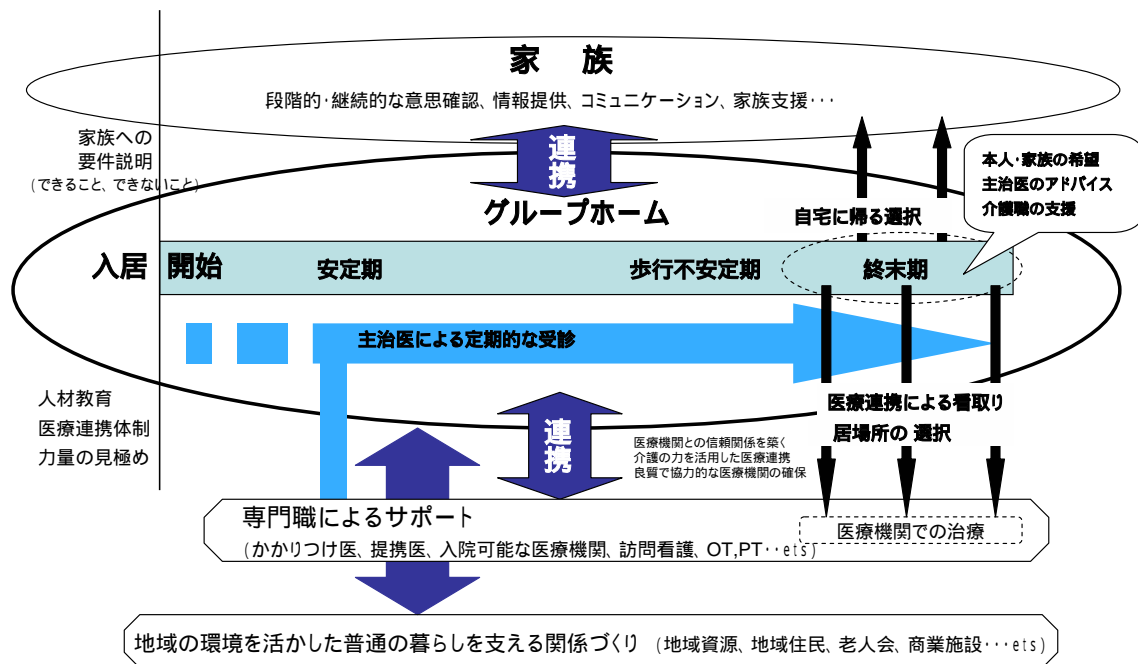
（http://www.zenkoku-gh.jp/html_site/toha.htm 全国認知症グループホーム協会ホームページ「グループホームとは」より）

これらはすべて本人の安心と尊厳ある生活を支援し、本人中心のケアを徹底するものである。そして、このグループホームホームの日常的な取組みを 看取りにおける理念として活かしていくことで、ひとりのお年寄りが最期の時まで、その人らしく生きられるための支援を導ける可能性があると考ええる。

もちろん、最期を迎える場所をどこにするか、どのような支援を望むか、延命措置の対応はどうするかなどの判断は、本人・家族の想いやそれぞれの状況に応じて決定されていくべきものである。最後の数週間、数ヶ月を自宅で過ごしたい（過ごさせたい）と考えるケース、あるいは医療機関における緩和ケアを望むケースもあ

るであろう。しかし、本人・家族が、暮らしなれた馴染みのあるグループホームでの看取りを望むのであれば、グループホームは日常ケアの延長にある当たり前の支援として、それに応えていくべきではないか。そして、そのニーズに対応し得る支援体制を整えておくことが重要である。

図表 2 日常ケアの延長にある看取り

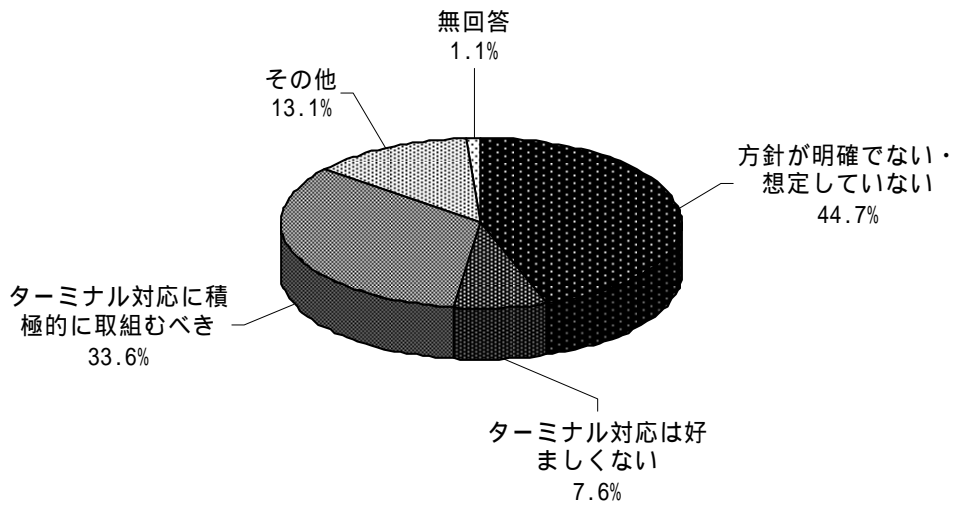


(2) グループホーム事業者の意識

次に示すグラフは、グループホーム事業者におけるターミナル対応の意向を調査した結果である。

「方針が明確でない・想定していない」が 44.7%で最も多く、「ターミナル対応に積極的に取り組むべき」との回答は 33.6%となっている。「ターミナル対応は好ましくない」との回答も僅かに 7.6%存在している。本人・利用者のニーズが高い一方で、グループホームの事業者自身が明確な方針も持てずに苦慮している状況がみとれる。明確な方針を持たずにいるグループホームの中には、人員確保、医療連携、地域特性など、単独の事業所だけでは解決し得ない多くの困難が存在しているが、グループホームが制度化されて7年、入居者の身体状況は確実に重度化している。多くの事業所が終末期支援にもう一步を踏み出せない要因を明らかにし、ニーズに応えていけるサービス体制を整えていく必要がある。

図表 3 (N:450)



データ：2006年グループホーム実態調査結果（全国認知症グループホーム協会）

(3) グループホームが終末期支援に取り組む意義

従来、医療の現場で癌末期などに行われてきたターミナルケア（緩和ケア）に比べて、グループホームなど介護の現場で実践されてきたケアは、その人の死の間際まで、「その人らしく」「生きがいを最後まで保障する」といった尊厳ある看取りへの試みであった。医療的対応は脆弱なグループホームであるにも関わらず、終末期支援を望む入居者本人、あるいは家族が多い傾向にあるのは、馴染みの人、モノ、環境に囲まれた安心感や、その人に寄り添いながら継続的で一貫性のあるケアへの大きな期待と支持の表れであるとも考えられる。人生の最期までその人の尊厳を保障し、日常生活の継続の中で最善を尽くす支援は、認知症ケアの専門性とそれまでの生活支援で培ったケアの知恵を活かせる、グループホームだからこそできる支援の形であろう。

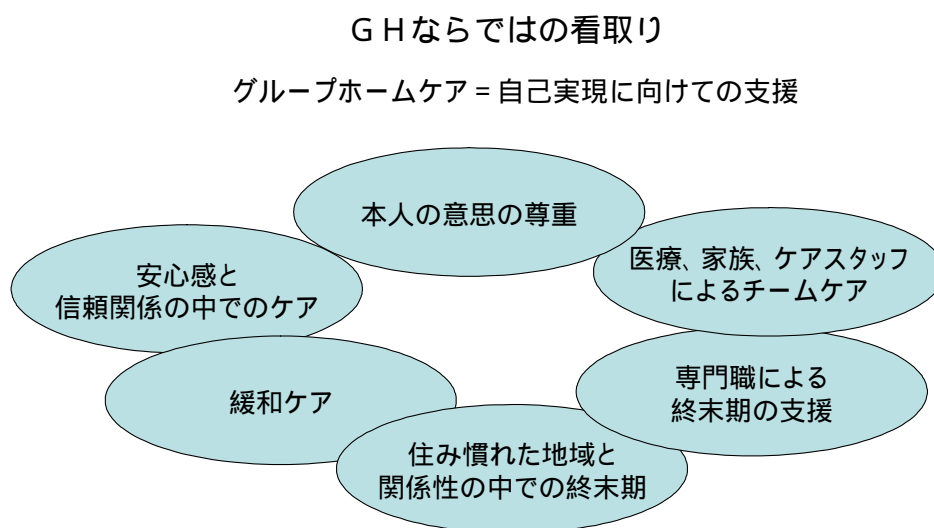
また、たとえ本人が、グループホーム以外の場所で死を迎えることになったとしても、自宅や医療の場で、グループホームケアの力や知恵を活かしていくことは可能である。本人との関わりの中で培ってきたケアのノウハウを受け継ぐ者達に、どう繋いでいくかもグループホームができる終末期の支援であろう。

そして、グループホームの中で死を迎えることを選択した場合には、グループホームだけでは完結し得ない医療の力を借りることが不可欠となる。しかし、その場合においても、グループホームケアの特性を活かしながら、グループホームを医療

の場にしないことが大切である。在宅診療と同様にグループホームに医療を届けてもらうという姿勢が望まれる。

本研究会は、こうしたグループホームケアならではの日常的な支援を終末期にも活かしつつ、本人に最期まで関わり続けることこそがグループホームの看取り支援の意義であると捉えている。

図表 4



意思の尊重 = 日常に見え隠れする本人が発するシグナルを察知しつつ、最終的には、本人にとって最善なことを関係者がチームで考える

3. グループホームで看取るための課題

(1) 医療連携体制の現状と課題

規準および制度の考え方

2006年4月より制度化された医療連携体制加算は、グループホーム事業所の職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションなどとの連携により看護師を1名以上確保し24時間連携体制を確保することや、重度化した場合の対応に関する指針を定め、入居する際に入居者またはその家族に対して指針の内容を説明・同意を得るなどの規準を満たすことで、1日につき利用者1人39単位(1ユニット9人では、ひと月あたり105,300円程度)の報酬を見込むことができる

医療連携体制加算：報酬規準解釈通知より

医療連携加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。

利用者の状態の判断や、指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護従事者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師配置を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。

看護師の配置については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として配置することも可能である。

医療連携体制をとっている事業所が行う具体的なサービスとしては、

- ・利用者に対する日常的な健康管理
- ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡・調整
- ・看取りに関する指針の整備

等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。

なお、医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応にかかる指針」に盛り込むべき項目としては、例えば

急性期における医師や医療機関との連携体制

入院期間中における指定認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い
看取りに対する考え方

などが考えられる。

また、医療連携加算算定時には、契約を結んだ上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性憎悪時においては、診療報酬の算定要件に合致すれば、医療保険による訪問看護が利用可能であることについては、これまでと変わらないものである。

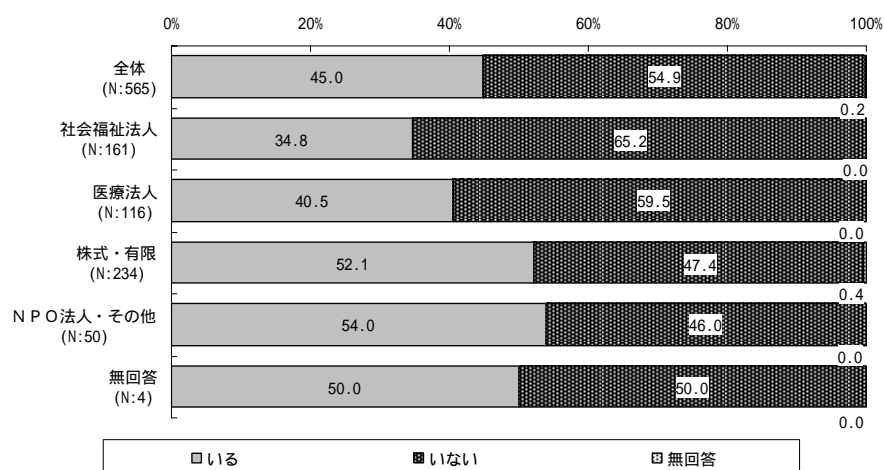
「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日付け老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号)」

現状における課題

ア. 看護職員の配置率

「グループホーム実態調査」(2006年全国GH協)における医療連携体制に関する調査結果では、事業所内に看護師を1人以上配置している割合(准看護師は除く)は全体の45.0%となった。医療法人や社会福祉法人などは、母体法人や母体施設に配置されている看護師との連携が期待できるためか、配置率が5割を超える株式会社や有限会社、NPO法人よりも低い結果となった。

図表 5 内部看護師の配置率(非常勤職員を含む)



データ：2006年グループホーム実態調査結果(全国認知症グループホーム協会)

イ． 医療連携体制の実施状況

医療連携体制加算を算定している事業所は全体の6割程度となっており、後方支援の体制が整えられている医療法人では8割が算定対象となっている。

また、算定を受けている事業所（329事業所）のうち、内部看護師を配置している割合は6割程度で、残りの事業所は外部の訪問看護ステーションや協力医療機関との連携体制を整えている結果となった。

図表 6 医療連携体制加算の対象事業所

Q33 医療連携体制加算の対象

		合計	はい	いいえ	無回答
全体	N	565	329	215	21
	%	100.0	58.2	38.1	3.7
事業所の法人格	社会福祉法人	N 161	80	76	5
	%	100.0	49.7	47.2	3.1
	医療法人	N 116	92	19	5
	%	100.0	79.3	16.4	4.3
	株式・有限	N 234	125	100	9
	%	100.0	53.4	42.7	3.8
NPO法人・その他	N 50	30	19	1	
%	100.0	60.0	38.0	2.0	
無回答	N 4	2	1	1	
%	100.0	50.0	25.0	25.0	

Q34 医療連携体制の状況

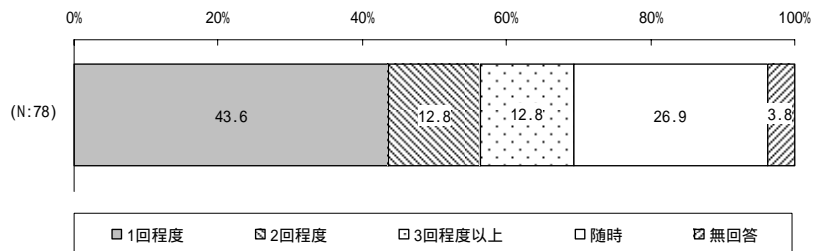
		合計	事業所内 の常勤 看護 師を配 置	事業所 内の 非常 勤 看護 師を配 置	事業所 外の 訪問 看護 ステ ー シ ョ ン 等 と 契 約	その他	無回答
全体	N	329	125	66	78	51	9
	%	100.0	38.0	20.1	23.7	15.5	2.7
事業所の法人格	社会福祉法人	N 80	25	22	19	12	2
	%	100.0	31.3	27.5	23.8	15.0	2.5
	医療法人	N 92	31	14	21	25	1
	%	100.0	33.7	15.2	22.8	27.2	1.1
	株式・有限	N 125	59	23	26	11	6
	%	100.0	47.2	18.4	20.8	8.8	4.8
NPO法人・その他	N 30	10	7	11	2	0	
%	100.0	33.3	23.3	36.7	6.7	0.0	
無回答	N 2	0	0	1	1	0	
%	100.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	

データ：2006年グループホーム実態調査結果（全国認知症グループホーム協会）

ウ． 連携体制の具体的な内容

医療連携体制において、外部の訪問看護ステーション等を利用しているケース（78事業所）について、1週間の訪問回数を聞いたところ、全体では「1回程度」が43.6%で最も多く、「随時」との回答は26.9%、「2回程度」「3回程度以上」がともに12.8%となっている。

図表 7 外部訪問看護師の訪問回数（1週間あたり）



データ：2006年グループホーム実態調査結果（全国認知症グループホーム協会）

具体的な支援内容は、健康管理（バイタルチェック）、利用者の健康管理についての相談・援助、医療的処置、主治医、協力医の指示伝達・報告、連携、状態変化における医療対応や医療機関との調整、看取りに関する指針の作成、グループホーム介護職員への指導、などに代表され、それぞれの事業所の契約内容によって様々なケースが存在している。また、週の訪問回数を設定して入居者全体の健康管理をしているとの回答もあれば、24時間オンコールの随時対応としてあるケースもある。

図表 8

医療連携体制の具体的な内容

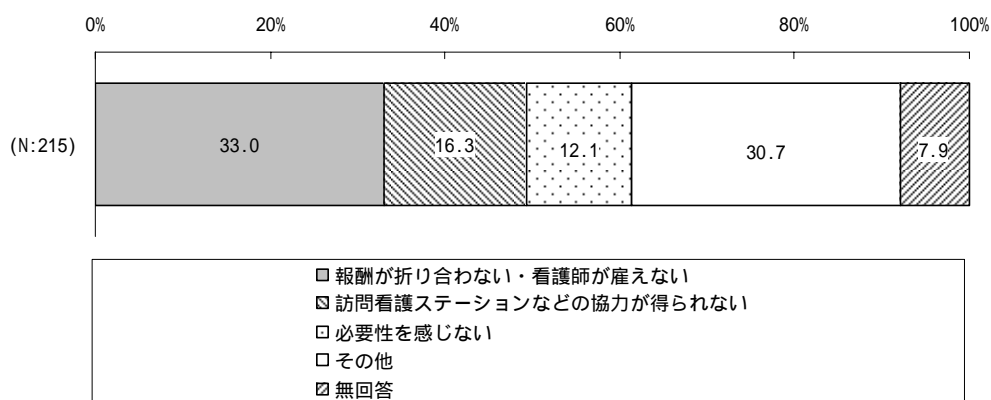
1	健康管理・健康相談・急性期疾患訪問看護 電話相談・職員勉強会など
2	毎日のバイタルチェック・体調・食事・排泄の様子を知らせる。24時間相談可能。
3	日常の健康管理、病状の把握。24時間、必要時及び緊急時の支援。利用者が重度化し、看取りの必要が生じた場合の必要な支援。・利用者のかかりつけ医、及び協力医療機関と密接な連携を図り、医師の指示に基づいた適切な支援。
4	バイタルチェック 健康相談 浣腸 点滴等
5	バイタル(熱、血圧、脈、浣腸)利用者とのコミュニケーション(医療についての)
6	個人開業医と契約しており、必要の都度電話で指示をあおぎ、状況により専門病院等との対応や往診をしてもらっている。(定期的に2週に1回全員診断)
7	毎日のバイタルサインのチェック。主治医の外来受診の対応。(定期的)内服薬の管理、感帽等による受診の対応、内服の管理点滴等の管理。
8	毎週1回、併設施設の看護師が訪問し、午前中、看護ケア実施。随時看護師が指導、助言している。24時間常に連絡がとれる様になっている
9	事業所は24時間いつでも利用者に健康上の急変があった場合は、連携医に速やかに報告し、指示のもと適切な医療を受けると共に、家族と連絡を取り夜間休日等においても緊急医療に応じる
10	看護師不在の場合、系列の訪看ステーションと連携し、24時間体制でアドバイス、訪問看護可能
11	同一法人内の訪問看護ステーションとの契約により(月額3万円)随時の対応をとっている
12	週1回訪問し、療養指導を行い、主治医との連絡・調整等必要な対処をする。又、日常の健康管理上、必要が生じた際も同様。
13	常勤の看護師と連絡を取り、必要な時は随時訪問を行ってもらっている。
14	当事業所の他の事業の常勤看護師とGHの看護師5名で夜間のオンコール体制をとっている
15	定期訪問ではなく、緊急時訪問である。熱発(脱水症)があれば、点滴の為訪問が多い。
16	転倒・発熱・嘔吐など特変時に主治医の指示に基づいて処置を行う。原則グループホーム内に常時滞在している。
17	併設の病院と24時間担当病棟がある。

18	看護師と24時間連絡がとれる。看とりの指針など。
19	隣接する同法人のクリニックと協力病院の契約をしています。その為、何かあった時はすぐにクリニックの看護師がみにきてくれ、又、いつでも診察可能である。
20	協力病院と24時間緊急時の受け入れを契約している

エ． 医療連携体制加算を算定しない理由

一方、現在、医療連携体制加算の手続きをとっていない事業所について、その理由を確認したところ、「報酬が折り合わない・看護師が雇えない」が 33.0%で最も高く、次いで「その他」の 30.7%、「訪問看護ステーションなどの協力が得られない」が 16.3%で、「必要性を感じない」も 12.1%となっている。

図表 9



データ：2006年グループホーム実態調査結果（全国認知症グループホーム協会）

「その他」の割合が3割以上と多くなっているが、具体的な理由は大きく3つに分けられる。1つめは「実情に合わないと考えている事業所」、2つめは「人材不足や連携先の訪問看護ステーションが見つからないために申請出来ない事業所」、3つめは「現在準備を進めている段階の事業所」である。

例えば、准看護師が配置されていて医療連携の実態はあっても基準に合わないケースや、実際に医療的ケアが必要になった場合は、訪問看護との契約では不十分と考えている事業所などがあげられる。協力医療機関との関係性など、個別事業所の事情によって状況が大きく異なる様子がうかがわれる。

図表 10 加算をとらない理由（主な理由から抜粋）

実情と合わない、必要がない等

1	医師との関係もあり、看護ステーションだけでは不十分。
2	今のところ必要ではないが家族・利用者に負担をかけたくない
3	おなじグループ(医療法人)の病院に協力が得られる
4	医療機関併設のため、希望がない限り入院の手段を取る。ターミナルを実施する予定もない。
5	外部の訪問看護ステーションと医療保険で契約しているが、医療連携体制加算のため介護保険対応に変更するにはむずかしい面がある。
6	准看護師の為
7	准看護師を雇っており、准看護師では加算がとれない
8	准看護師である職員がいて、医療的には対応している。又、医療的ケアが必要になった場合は、訪看との契約では不十分で、GHで使える医療での訪看が必要であるため、加算をとっても実際にそぐわないため。

人材不足や訪問看護ステーションがみつからない

1	看護師がみつからない
2	看護師の求人を出しているが、希望者がない
3	看護師の採用が困難
4	看護師不足、求人出してもなし。県全体不足
5	現在、医療連携体制が行えるよう訪問看護ステーションと契約の準備中。
6	訪問看護ステーションがない
7	医療機関との協力体制が整わない

準備段階

1	現在検討中
2	準備中である
3	体制を整えているところである

オ． まとめ

看護師の配置は、内部、外部に関わらず人材確保が困難な状況となっており、訪問看護ステーションの協力が得られにくい深刻な状況もみてとれる。

また、連携体制の規準がクリアされても、実質に伴う適正かつ効果的な体制整備が行われているかは曖昧な点も多い。具体的な支援内容としては、健康管理（バイタルチェック）や入居者の状態に応じた相談・援助、医療的処置、主治医・協力医の指示伝達・報告などが多くあげられているが、現実的な重度化や終末期支援の状況下においてどの程度実質にともなう連携がとれるかは今後の課題となっている。

重要となるのは契約上の体制整備やいざという時の安心だけでなく、日常的に介護職と看護職の連携がスムーズにとれるためのしくみづくりである。全ての入居者の健康管理を週に1回程度、数時間行う程度では、入居者の状態把握にも限界がある。日常ケアにおける介護職員の気づきや状態変化に関する記録を効率よく看護職に連携することが、早期に適切な対応を行うための必須要件であり、今後さらに、医療連携体制の中身を工夫、充実していくことが重要である。

(2) 人材確保における課題

前項と同様、「グループホーム実態調査」の結果から2006年1月から12月までの離職者の状況をみると、正職員は、2004年以前開設事業所が19.1%で、職員合計数の2割に相当する職員が離職していることがわかる。また、2005年以降設立の比較的新しい事業所では25.8%となっており、新しい事業所で職員がなかなか定着していない状況がわかる。

非正規職員では、さらに離職率が高くなる。2004年以前開設事業所では27.3%、2005年以降設立の事業所では36.7%まで高くなっている。

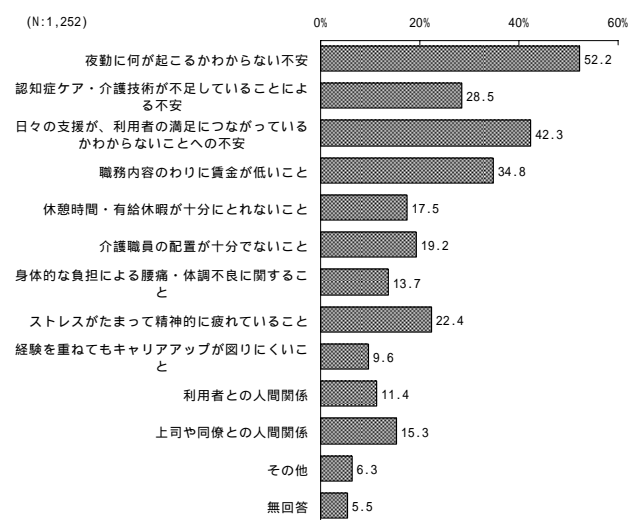
また、人材の離職状況は法人格別の格差も生じている。特に、株式・有限の離職率が目立っており、2005年以降設立の株式・有限の非正規職員では、約半数に当たる47.8%が離職していることがわかる。

図表 11 離職者割合

		正職員		非正職員		
		設2 事0 業0 所4 年 以 前 開	設2 事0 業0 所5 年 以 降 開	設2 事0 業0 所4 年 以 前 開	設2 事0 業0 所5 年 以 降 開	
全体	N	418	140	418	140	
	有効N	404	136	336	115	
	平均値	19.1	25.8	27.3	36.7	
事業 所 の 法 人 格	社会福祉法人	N	130	28	130	28
		有効N	126	28	98	26
		平均値	17.5	14.0	19.8	24.0
	医療法人	N	88	27	88	27
		有効N	88	27	65	24
		平均値	20.5	22.8	25.0	31.9
	株式・有限	N	156	75	156	75
		有効N	147	71	133	56
		平均値	21.6	32.8	37.0	47.8
	NPO法人・その他	N	41	9	41	9
		有効N	40	9	38	8
		平均値	12.9	18.3	16.9	19.6
	無回答	N	3	1	3	1
		有効N	3	1	2	1
		平均値	10.2	8.3	35.2	0.0

また、職員の職務に対する意識から人材活用の課題をみると、日々の業務で不安に思っていることは、「夜勤に何が起こるかわからない不安」が52.2%で最も多い。次いで、「日々の支援が利用者の満足につながっているかわからないことへの不安」が42.3%、「職務内容のわりに賃金が低いこと」が34.8%と続いているが、入居者の重度化やターミナル支援のニーズが増える中、夜間に1人で対応しなければならない環境は、職員の精神的な不安や責務の重さを増加させていると考えられる。

図表 12 職員の不安要因



職員の離職に関する意識は、賃金や労働条件、職務におけるストレスや心身の負担感などにも大きく影響されると考えられる。しかし、ヒューマンサービスであるグループホームは職員が安定的に従事し、個々の資質を高めていくことが非常に重要であり、職員が頻繁に入れ替わってしまえば、馴染みの関係をつくる前提そのものが崩れてしまう。

馴染みの関係を重視するグループホームであるがゆえに、人材の問題は看取りケアにおいても重要なポイントとなる。看取りケアに取り組む上では、良質の職員確保と職員教育が非常に重要であり、職員ができる限り長く定着し、多くの経験を積んでいける基盤をつくっていく必要がある。

(3) 取り組み課題

次に、「グループホームで死を迎えたい(迎えさせたい)」、あるいは、「入院するギリギリまでグループホームで過ごしたい」とする、本人や家族のニーズに少しでも多くのグループホームが応えていくためには、今後どのような点を取り組み課題として捉え、準備を進めていくべきかについて考察したものである。逆に言えば、ひとりの人の最期を支える「看取りのケア」は多様で高い専門性を必要とし、どの事業所にでも一律に対応できるものではないということを示している。

取り組み課題1： 理念の共有

徹底的に本人視点で関わるケアの理念があり、管理者をはじめとする全ての職員に共有されていること

事業所にしっかりとした理念があることで、職員は同じ方向に向かって本人への支援に携わることができる。経営者、管理者が自ら徹底して「本人視点で関わるケア」の理念を持ち、職員のみならず、利用者や利用者家族、事業所をとりまく関係者等に理念の理解浸透を促すことが重要である。職員や関係者のチームワークは、この理念に支えられながら機能していく。

取り組み課題2： 医療・看護との連携

対象となる入居者のかかりつけ医、あるいはグループホームの提携医など、良質で協力的な医療機関が確保され、信頼関係をつくれていること

内部に看護師が確保されていない場合は、認知症ケアやグループホームケアを理解する訪問看護師を確保し、信頼関係や情報連携ができていること

職員は、日常生活を通じて対象者の身体状況の変化などを医療につなげることができること。また、そのためのしくみや記録が整備されていること

医療との連携体制は、本人への適切な医療提供とともに、職員の不安、ストレスに対応するしくみとしても欠かせない条件となる。入居者の状態が変容したときに、いつでも相談できる、かけつけてくれる医療機関との関係づくりは最も重要な取り組みである。

また、医療連携における介護職の役割も再認識しておく必要がある。介護職は日常生活を通じて最も近いところから本人の状態変化に気づく事ができる存在である。生活リズムの変化、食事の様子、排泄の様子などの記録を残しながら、伝えるべきことを医療につなぐことが重要な役割となる。

終末期支援においては、介護職、看護職それぞれが担うべき役割があり、それぞれ

の専門性を活かしながら、お互いに連携し合うことが本来のチームケアである。

取組み課題 3： 職員体制・ストレスマネジメント

職員の経験、熟練度に応じた配置ができること

看取りケアを牽引できる人材が確保されていること

職員の不安やストレスを解消するための運営・ケアの工夫がなされていること

若年層の職員に限らず、身の回りで看取りの経験を持つ者は非常に少なくなっている。このため、終末期ケアに携わる職員のストレスや不安には、十分な配慮が必要となる。特に、1人体制になる夜勤時などは、急変時に管理者や関係者、医療機関に確実に連携できるしくみが欠かせない。職員の熟練度、配置人数、経験豊富な看取りのリーダーシップがとれる人材の有無など、人材面からの体制を整えておくことは不可欠である。

一方で、職員の不安やストレスは、事業所の運営方法やケアの工夫により、ある程度まで解消できる可能性もある。家族の協力体制を得るための工夫・努力、夜間時の連絡体制の整備、連携ツールの活用など、少ない人材を効果的かつ安全に活用する工夫が求められる。

取組み課題 4： 事業所の力量の把握

職員の熟練度、配置人数、医療連携状況、外部資源の活用可能性などから、グループホームの現在の状況を見極め、自らの事業所の力量を把握できていること

看取り指針など、入居時に説明する事業所の方針や要件とは別に、その時々事業所の力量をきちんと把握し、家族や医療機関等と最良の対応方法を検討できることが重要である。終末期支援は、過去に多くの経験があっても対象者の状態やその時々の人材の力量で対応の可否が変化する。

自ら「できること」「できないこと」を把握しておくことにより、何を補えば支援できるのかが明らかになり、状態変化に応じた対応の準備や家族への相談・連携がスムーズになる。入居者に対する熱意や看取りに対する想いだけで取り組むことなく、客観的な力量を踏まえた取り組みとなることが重要である。

取組み課題 5： 家族との連携・家族への支援

終末期に関わらず、家族との関係構築ができており、家族とグループホームがともに本人の終末期を支える姿勢で臨めること

本人への支援とともに、家族の「想い」や「状況」に配慮しながら支援できると

家族がいない入居者等に対して、成年後見制度等の活用を支援できること

本人にとって、家族は何者にも代えがたい存在である。しかし、在宅における認知症介護の困難などから、グループホームに入居する時点で本人と家族の関係性が崩れているケースは少なくない。グループホームと家族は本人を共に支えていくパートナーと捉え、家族の想いや状況に配慮しながら終末期にどう関わってもらえるかを考えることも、本人支援の1つであろう。グループホームと家族との関係性強化を図ることが、結果的に本人と家族の関係づくりにつながり、本人の穏やかで安心感のある終末期支援になるのではないかと。

また、家族という存在がいない入居者への配慮や支援も欠かせない。重度化、終末期においては、あらゆる場面で様々な判断が求められるが、家族や後見人がいなければ、それらの判断の多くはグループホームが担わざるを得ない状況にもなり得る。重度化してからではなく、軽度のうちから検討し、成年後見制度のスムーズな活用を支援していくことが求められる。

取組み課題6： 本人の想いに寄り添う努力・意思確認

認知症があっても、「本人の想いを知る」ということをあきらめず、本人や家族から得られるあらゆる情報をもとに、本人の気持ちを察知しようと働きかけ続けること

本人を中心に、チームの中で最善のケアに関するコンセンサスを得ること

認知症の人の意向確認の難しさや本人の言葉や行動の曖昧さなどから、察知できる内容も情報量も制限される部分が多い。このため、一部の人間の判断で「本人の想い」と決めつけることは危険でもある。しかし、本人の発する小さな声、日常における拘り、家族からの情報、ケアの記録等、あらゆる情報を集積してチームで検討することにより、より本人の気持ちに近いところまで察知できる可能性はあるのではないかと。

関係者によるチームでの合意形成や意思決定の場においては、「本人にとって最善だと思うこと」が優先事項として存在する。関係者がどう考えるかの拠り所として、本人との日々の関わりから察知できる情報は非常に有効な支援の材料になる。

判断ができなくなるのが認知症であり、本人だけでなく、終末期においては、家族も介護者も折りに触れ揺れ動く想いがある。「本人の想いに寄り添う」とは非常に難しいアプローチではあるが、家族をも含めたチームの中で想いに寄り添うプロセスこそが、グループホームならではの看取りと言えるのではないだろうか。

4. グループホームにおける看取りの実現に向けて

前項では、グループホームが看取りに携わるための具体的な取り組み課題を示したが、それらの要件を個々の事業者が満たそうとしても、医療連携や人材確保においては制度の未成熟さや、各々の地域の状況によって困難が生じている。ここでは、今後、政策的にも整備を進めていくべき具体的な課題を整理したい。

(1) 看取りの場所の選択に関する国民的なコンセンサスを

病院医療が増え続けてきた一方で、「その人らしい最期をどう看取るか」の基準で看取り方を選択するケースも増えてきている。

看取りの場所はどのような選択肢があり、何処に行けば、どんな形のケアが提供されるのか、その多様性を国民レベルで示すことにより、自分自身の看取られ方の選択も可能になっていく。

一方で、現状においては、看取りにおける医療と介護の役割分担が曖昧なため、どこまでグループホームが担えるのか、あるいは担うべきかの混乱も生じている。

事業者や介護職員の「想い」に頼るだけの取り組みとしてではなく、グループホームにおける終末期支援が、社会的に保障される中で進められるべきである。また、「その人らしさ」や「生きがい」を最期まで保障しようとするグループホームの試みを積み上げる中で、そうした終末期の過ごした方を利用者自身が選択できる形をつくることが重要である。

(2) 医療連携の充実

[主治医・提携医の協力体制]

看取りに必要な医療処置を適切に提供するための医療連携は前提条件であり、グループホームでの看取りに協力してくれる主治医の存在が不可欠である。

しかし、各々の事業所独自で、認知症やグループホームケアへの理解があつて、信頼のできる医療機関を確保することは、地域格差なども大きく、大変に困難な状況となっている。在宅療養支援診療所等の醸成とともに、グループホームの看取りを支援できる在宅医療体制の拡充が期待される。

[訪問看護師との連携]

医療連携体制制度の導入により、グループホームと訪問看護師の契約が可能

になったところだが、実践現場では認知症の人に対する介護と医療の折り合いの悪さや、訪問看護の機能発揮が十分でない様子もみてとれる。

グループホームの重度化対応や終末期支援において、看護師の存在は欠かせないものとなり、介護職員への指導的な立場で大いに機能発揮していくことが求められる。介護と看護が対立することなく、チームケアを基本とする連携体制を強化していかなければならない。

また、ヘルパーや介護職などが何かあったり、不安な時に看護職に相談や指導が受けられる支援体制をつくることにより、グループホームでの看取りの不安を軽減することができる。

そのためにも、グループホームに関わる看護師が認知症ケアやグループホームおける看取りの視点を理解しておくことを前提条件に入れておかなければならない。看護師への認知症ケアに対する理解浸透や、医療と介護をより良い形で連携できる基盤づくりが望まれる。

(3) 連携病院によるバックアップ体制の充実

グループホームでの看取りに際しては、予想外の急変や重度化に備えて、緊急時に受け入れてくれるバックアップ病院の存在が重要となる。十分な体制を備えているつもりでも、条件が変わったり、支援体制が変わった時のための安心を確保しておくことが終末期支援を安定化させる。

現状においては、認知症の人の受け入れを困難とする病院の存在や、医療を優先させるための日常的な身体拘束の実態は否めない状況となっている。グループホームをバックアップする医療機関を育て、連携体制を制度化していくことも円滑な看取りの推進には重要な課題である。

また、連携病院の確保は、協力医や主治医の連携力や協力体制が不可欠であり、名目的な位置付けだけでなく、実質を伴う医療連携体制として制度を保障していくことが求められる。

(4) 介護職による医療的処置の緩和

現状において、在宅介護の家族には医療的処置（痰の吸引、経管栄養、点滴の抜針など）が認められており、訪問看護や訪問診療が確保されることによって自宅での看取りも可能である。在宅介護において、これらの処置を訪問

看護に限定すれば、自宅での看取りは現実的に不可能になる。

一方、介護職員にはこれらの行為は認められておらず、処置が必要な場合には、いつもいるとは限らない内部看護師、あるいは訪問看護に頼らざるを得ないのが現状となっているが、現実的な支援とは言えない。

グループホームにおける看取りを可能としていくのであれば、在宅介護の家族と同レベルで医療的処置の緩和を実施することが必要である。現実処置が必要な状況に追い込まれた時、個人や事業所の責任で違法行為に及ぶことの不合理を解消し、むしろ、その行為を安全に行えるための施策づくりに取り組むことが重要であろう。

その場合も、安全と適切な処置を確実なものとするために、次のような条件を設定する必要があるであろう。

利用者、医師、実施する介護職の同意

必要な医療行為ごとに実施する個別の研修

医師・訪問看護師の指示・管理のもとに介護職の行為があること

医療行為を行うグループホーム内の体制整備をすること

医療行為を行う介護職と指導した医療職の責任の明確化

(5) 介護職員が理解すべき医療的知識と“死”の学び

介護職も看取りにおける正しい知識を理解しておくことで、自分自身の不安の解消や支援における自信につなげることができる。下顎呼吸が始まった後の経過など、終末期における各ステージの総合的な知識、在宅酸素・点滴などの基本的な医療技術、また、上記で述べた医療的処置の緩和に向けた医療行為に関する技術研修など、看取りにおける総合的な教育研修を取り入れ、介護職員の専門性を高めていくことが求められる。

また、上記の研修・教育を受けた者を公的な資格取得者として認め、それらに対するインセンティブを与えることで人材確保や次の人材育成に活かすことができる。

さらに、教育や資格を受けたものがきちんと機能していくための支援体制も整えていく必要がある。例えば、医療連携体制の制度を活かして、内部看護師や訪問看護師は、介護職員に看取りの知識や技術面の指導・相談役として関わることを課せば、医療連携の効果もさらに高められる。

(6) 事業者間格差の是正（看取りにおける知恵の出し合い）

地域密着型サービスに位置付けられたことにより、利用者の事業者選択の幅は狭くなった。これまで以上にグループホームケアの質の格差を無くし、水準の底上げを図っていくことが求められる。これら質の確保策においては、地域の中核を担う基幹型のグループホームをつくり、そのグループホームが地域の推進役とすることで、地域全体のレベルアップを図ることができるのではないだろうか。

また、それら基幹型グループホームに対しては、選定に値する認定基準を備え、牽引力を養えるだけの報酬面でのインセンティブを持たせる事が条件となる。

現在も看取りに取り組んでいる多くのグループホームでは、試行錯誤を繰り返しながらも、本人の苦痛を和らげ、安心感をもって過ごしてもらうための様々な努力と工夫がなされている。各々のグループホームに蓄積された「看取りの知恵」を収集し、情報発信することで、グループホームならではの看取りのノウハウを広げていくことが重要である。

(7) 継続可能な経営の保障を

人材確保の困難や定着率の悪さの背景には、グループホーム就労者の賃金の低さや就労条件が大きく影響しており、ヒューマンサービスたるグループホーム経営の根幹を揺るがしかねない状況である。

また、職員の意識調査では、1人で夜勤に就くことに対する心理的負担感、不安感などが高くなっている。特に、若年層などでは、夜間、ターミナル期の入居者に1人に対応する場合のストレスが大きく、離職動機につながっている。

個々の職員が、グループホームという職場に長く定着し、専門性を高めながら良質なケアを提供していくためには、就労環境の基盤づくりをさらに拡充していく必要がある。唯一の収入源である介護報酬には、終末期におけるケアサービスの付加価値が適正に評価されるとともに、人材教育に係る費用や職員が定着し得る最低限の保障を担保していくべきであろう。

その1つの方策として、既に特別養護老人ホーム等で導入している「看取り介護加算」の創設なども検討していくことが求められる。

座談会議事録



■ 座談会報告

第1回座談会

医療・看護との連携

医療連携の現状と課題

福島氏 昨年度、全国グループホーム協会が行った実態調査で、「今後、利用者および家族等から、ターミナル対応を求める意向がある場合、ホームでの対応はできるか？」との質問に対して、全体の4割程度の事業所が「できる」と回答している。

想像していた以上に「看取り」に対する前向きな姿勢があると感じているが、「できる」と回答しているところは母体法人が医療系である場合が多く、社会福祉法人やNPO法人などでは、逆に「できない」とする割合も高くなっている。また、重度化や終末期支援に取り組む上で、考えるべき課題の1位としては、「医師・訪問看護・医療機関などとの連携強化」が挙げられている。グループホームにおける終末期支援では、この医療連携がひとつの大きな鍵になることは間違いない。

先の介護保険制度改正においても、医療連携加算という形で体制整備が進められることとなったが、まずは、この医療連携に関わる訪問看護ステーションの活用状況や、管理・運営する方の立場からの率直なご意見を伺いたい。

苛原氏 私自身は医師であるが、一方でグル

ープホームの経営もしている立場だ。自分のホームは私自身がみているので問題はないが、自分のところ以外のホームに往診する在宅療養支援診療所という立場から申し上げると、在宅療養支援診療所の契約をしている患者に関しては、訪問看護の必要は少ないと現在は感じている。我々は24時間対応をしており、かかりつけの看護師とは役割が異なると思う。医療連携加算という制度は今後普及してゆくと思われるが、認知症の方の特性を良く理解した看護師が増えてくれば、家族や介護職が気軽に相談できるなど、大きな役割を話してゆくことを期待している。

塚田氏 うちも、訪問看護よりは診療所との往診の契約が先行していて、訪問看護まで必要とする段階にはなっていない。この診療所との契約によって、24時間、医療対応が可能になり、状況によっては、さらに後方で入院時に対応してくれる病院にも連携することができる。自分たちには医療的な知識がないため、ちょっとしたことでも気軽に電話をかけて相談しているのが現状だ。

田中氏 うちも医療連携加算は取っていない。内科、外科、歯科、皮膚科の4ヶ所の主治医が、いつでも往診してくれる体制ができている。特に内科の主治医は、2週間に一度往診してくれることになっており、特に何もなくても利用者とおしゃべりをして帰る。

また、毎年、スタッフに対して医療的な知

識に関する研修を開催してくれて、職員が不安に思うことはその都度勉強できるようなしくみをつくっている。

大谷氏 グループホームへの訪問看護は、やはり難しい側面があると感じている。入居者の具合が悪くなって、主治医の判断で入院ではなくホームでの療養を試みようとする、どうしても訪問看護ステーションに依頼することになるが、外からいきなり入ってきた訪問看護職とはなかなかスムーズに連携することができない。認知症ケアの素地がない看護師では、すべての対応が医療中心になってしまいがちで、その数日間の対応で、これまでその人に対して積み上げてきた支援のあり方が一気に崩れてしまったという経験がある。

派遣されてくる看護師の中には認知症に対する理解が不足しており、自分たちとは話が噛み合わないことが多い。困った末に主治医に訪問看護ステーションを変えてもらえないかと相談したこともある。現在も、主治医が必要と判断したホーム内での医療的な対応は、訪問看護ステーションに依頼せざるを得ないが、利用者支援の視点や認知症に関する共通理解がうまく図れない場合が多いと感じている。

武田氏 自分のホームの場合は、在宅療養支援診療所との連携がとれていて、そのバックアップ病院が地域の救急病院なので非常にうまくいっている。問題なのは、訪問看護師に認知症ケアのことをきちんと理解して

もらえていないことだと思う。

『医療で関わってしまうと、認知症のお年寄りの生活は成り立たなくなってしまう』ということが、なかなか解ってもらえないと非常に強く感じている。

グループホームで医療と上手に連携していくためには、職員が利用者一人ひとりの状態をきちんと見ながら、その人の「こういうところが変だ」という気づきを持てるようになることや、関連する情報を全部洗い出しながら、きちんと主治医に報告できることが最も重要だと思っている。

私自身が看護職ということもあるので、そういったことを実践しながらスタッフにも伝えている。看護職ではないスタッフでも、少しずつ勉強しながら「観察して考える力」を身につけることはできる。また、こういった情報がきちんと形になるような観察の記録が大切だと考えており、重度の人に関しては、様式を決めて排泄の状況、食事の摂取量、睡眠の状況を記録して医療連携のツールとして活用している。(図表 の参考様式参照)

福島氏 皆さんのお話を伺っていると、訪問看護の活用は事業所と医療機関の関係性によって状況が異なることや、必ずしも訪問看護師とスムーズな連携ができているとは言い難い状況も窺うことができる。

確かに、グループホームはこれまでにない新しい形での認知症ケアに取り組んできたが、その有効性を理解していない看護師とケア論を戦わせても、なかなか馴染まない状況は想像に難くない。かえって混乱することは十

分にあり得る話かもしれない。

主治医と協力医の関係

福島氏 もうひとつは、協力医とかかりつけ医の関係について整理しておく必要があるということだ。地域のグループホームに入居する利用者は、もともと自分のかかりつけ医である「主治医」を変えない人がたくさんいる。そうすると、利用者にとっての「主治医」とグループホームが提携する「協力医」は必ずしも一致しないということになる。ただ、利用者の主治医がすべて 24 時間対応可能であるとは限らないので、いざという時に備えて協力医と主治医の連携も図っておくことも重要だろう。このあたりは非常に難しい課題で、主治医と協力医の連携は、口で言うのは簡単だが意外と難しい。医師同士が顔見知りであれば、状況に応じて相談することも簡単にいくかもしれないが、都心部などでは困難なケースが多いのではないかと。主治医と連携をとるのは協力医の役割だと思うが、協力的な医師ばかりとは限らない。そのあたりの協力医と主治医の関わりについてはどのような状況になっているのだろうか。

塚田氏 うちでは 2 ユニットで入居者が 18 名いるが、入居前からのかかりつけ医に受診している方が 4 人いる。いずれも同じ区内なので、家族も苦にならない範囲で通院を手伝っている。それ以外の方は、協力医が主治医になっている。

武田氏 認知症について個別の主治医をお願いしている方が 1 人いるが、基本的にはすべて協力医療機関の先生をお願いしている。協力医療機関の先生は 1 人だが、不在の時などは、その先生のネットワークの先生たちが関わられるように連携をとってくださっているので、非常に心強く、これまでもトラブルはない。

大谷氏 うちの場合は逆に、個別の主治医が中心で、現在 6 カ所の医療機関と関係がある。入居前からのかかりつけ医であったり、もしくは、近隣の 24 時間体制で診てくれる認知症ケアに比較的理解を持っている先生方を家族に紹介し、それぞれが選んでいるといった状況だ。すべてが 24 時間対応ではないので、協力医療機関がかかりつけ医と常に情報交換して、主事医にうまくつながらなかった時は、協力医療機関が一時的に対応するよう体制を整えた。

基本的には主治医がその人の全体を診るということなので、あくまでもそこに救急時の対応として協力医がいるという体制でやっている。しかし、この体制を作るのには並大抵ではない努力をしたのも事実。いろいろな先生のやり方に応じた対応をグループホームの方針や本人の意向、家族の意向を考慮しながら進めなければならないので、非常に難しい。

協力医療機関の関わり方はいろいろあると思う。緊急時の対応ができればオーケーと考えている事業所もあれば、細部にわたり連携が取れるよう目指しているところなど、事

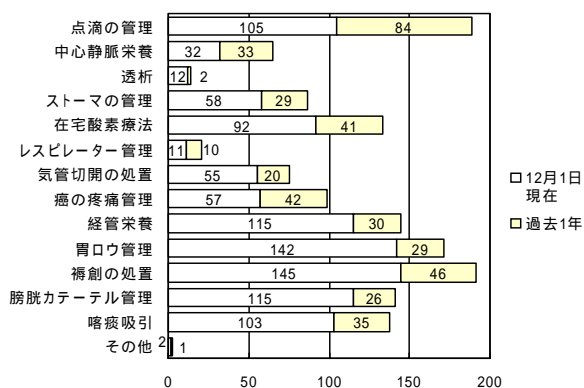
業所によって中身の温度差が激しいと感じる。本当にうまく連携が図れているところは、案外少ないのかもしれない。

福島氏 協力医との関わり方は様々あるのだろうが、医療連携が「できている」とアンケートで回答していても、事業所によってその実態は様々で、緊急時に対応してもらえれば「できている」と思っているところも案外多いのかもしれない。

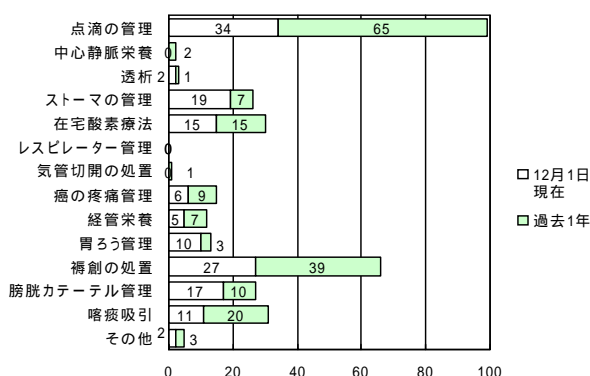
グループホームにおける医療的行為

苛原氏 平成十六年厚生労働省老人保健事業として在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークが、実際にグループホームでどれだけの医療行為が行われているかを調べるため、在宅医療に関わる医師とグループホームに関わる医師を比較する調査を行った。点滴の頻度について言えば、グループホームは在宅の二十分の一程度と非常に少ないことが明らかになった。

医学的管理(医師:在宅) 回答400件



医学的管理(GH) 回答1931施設



(資料)在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
2004年度調査結果

なぜそうなるかといえ、点滴の針を抜くことは医療行為に当たるため、グループホームでは看護師にいちいち来てもらって針を抜いてもらわなければならない。在宅の家族にはある程度の医療行為が許されているが、グループホームの介護職にはそれができない。グループホームは在宅サービスと言われながらも、在宅介護とは大きく異なる点の一つであろう。

また、先に述べた研究事業で、グループホーム職員の医療行為のあり方についてもまとめたので、要点を話しておく。

介護職がグループホーム内で行う医療行為について 医療行為でないもの 医療行為であるが一定の条件下に介護職に開放すべき行為 医療行為であり医療専門職がすべきものに分けるべきと考えた。

医療行為でないものは: 血圧測定、爪きり、褥創処置、点滴の抜針、座薬挿入、浣腸、外用剤の塗布、点眼、人工肛門

の処置、治療食の調理

一定の条件下に介護職に開放すべき行為としては、喀痰の吸引と経管栄養など利用者の方が生活を続けるために必要欠くべからざる行為をあげた。

医療専門職が行う行為としては、膀胱洗浄と摘便

また、 の行為を行うための条件としては利用者、医師、実施する介護職の同意
医療行為を実施する介護職ごとの研修
医師・訪問看護師の管理下に介護職があること

医療行為を行うグループホーム内の体制整備をすること

医療行為を行う介護職と指導した医療職の責任の明確化
を考えた。

塚田氏 私たち介護職からすると、付き添いの時間もさることながら本人の身体的、精神的負担を考えても、点滴などの医療行為は病院ではなくホームの中でやってもらう方が望ましいと感じている。しかし、現実的に看護師の配置がなければ針が抜けない。訪問看護を利用したくても、タイミングよく来てもらうことは難しいし、経管栄養なども、訪問看護師のタイムスケジュールに合わせてお年寄りの生活サイクルを変えなければならなくなる。

大谷氏 昨年、グループホームにおける医療行為の内容が、少しだけ緩和された。爪切りや口の中の痰を除去するといった行為につ

いてだが、吸引についての記載はなかった。グループホームも日常的に誤嚥が起こる中で、「吸引も医療行為だから介護職にはできない」ということであれば、24時間看護師がいないと介護サービスは不可能になる。

看護師がいるときにたまたまそういうことがあれば、もちろん看護師が対応できるが、深夜にむせ込んでどうにも苦しそうな状況が起こった時に、緊急やむを得ない状況下では介護職が対応せざるを得ない状況は現実にある。介護職が吸引を日常的にやっていいということではなくて、緊急時には常日ごろ指導を受けたり研修している介護職が対応することも、一時的にはあり得るということが認められないと、なかなかやっていけないのではないかと思う。在宅診療している先生方も、どうしていいかわからないという声を聞くし、今後は、そういうことも明らかにしていく必要がある。

武田氏 同様に、インシュリンの処置を必要とする人がグループホームに入りたいと言っても、入れてくれない事業所は多いだろう。家族だったら対応できることも、介護職には許されない。たとえ看護職がいたとしても、毎日必ず必要な時にいるとは限らないから、違法になることを恐れて断るケースも多い。せめて家族が支援できることは介護職にも認めてもらわないと、終末期を支援していこうという流れの中で、最終的には全部医療に引き取ってくれと言わざるを得なくなる。

グループホームの入居者が重度化したか

らといって、どこか引き受けてくれるところがあるわけではない。また経管栄養も胃瘻になったら、グループホームにいらなくなり、その人がどこへ行くかといったら、医療の療養型に行くしかないのが現状だ。療養型の廃止が進められている今こそ、これからグループホームがどういう方向に向かって行くのかを明らかにし、それを可能とする法制度の整備をきちんとやっていくべきと思う。

大谷氏 しかし、どれもこれもグループホームの中で出来るようにしたいと思っても単純には行かないような気がする。自分のところでなんとか出来ているのは、母体の施設に訪問看護ステーションがあったり、病院の応援ナースが確保されていたりするといった環境があるからで、どこの事業所でも、医療行為をグループホームの中でやるにはかなりリスクを伴う気がする。

だからこそ法律があるのだと思うが、医療連携チームの中で薬の管理とか点滴、吸引などを医師とともにホームの看護職も、そこに関わる人たちが体制を組むことで、対応できるようにすることはできないのだろうか。

とはいえ法律が変わるのを待っていても、ずいぶん先だと思う。例えば医療連携チームの中で、医師の指示のもとに家族を交えた話し合いを持ち、主治医の指示のもとに医療行為についてきちんと議論していけば、もう少し早く実現するのではないか。もちろん、どんなグループホームにも一律に医療的な行為を求めるのではなく、看護師の配置や母体法人の支援など、ある程度の条件設定が必要

だろうと思う。

武田氏 もちろんそうだ。全てを認めるということではなく、認められるべき体制をきちんと示していくことが重要だ。現状をきちんと認識したうえで、必要なことを認めて欲しいといい続けることが大切だと思う。黙っては何も変わらない。いま現在も「グループホームでのターミナル対応は好ましくない」と考えている事業所が7・6%（平成17年度全国GH協実態調査結果）もある。このような現状を何らかの形に変えていくことも必要ではないか。「自信がない」とか「方針が明確でない」と言っているグループホームに、そういうことをやらなければならない時期が必ずくるということを伝え、それに対してきちんと心構えや体制の準備の意識付けをしていくことも、この研究会の役割だと思う。

福島氏 当然、そういった対応も必要だろう。それと同時に、グループホームが技術的にも経営的にも支援していけるだけの制度的な保障を整え、方向性を明確にしていかなければならない。医療的対応を介護職員が担うのであれば、相当の教育体制とか指導が必要であるし、擬似家族としての位置づけのもとに、それらを介護者に委ねられるかどうかという問題でもある。ただ、法律的には難しいだろう。

ここで「グループホームにおける医療行為」について、杉山先生からご意見を伺いたいと思う。

杉山氏 まず、在宅、施設、グループホームに関わらず、現実的に医療行為を必要とするお年寄りが増えているのは間違いない。また、認知症の方はそうでない方に比べて急速に変化する。特に食べられなくなっただけからの変化は急激だ。もちろん、認知症があるからといって、癌や他の疾患がないわけではないが、一定の確率で出てくるという現状を考えるとグループホームも終末期の看取りまで視野に入れたケアが確立されなければいけないということが、私の基本的な考えとしてある。それは既に実施した自分自身の調査でも、他の調査でも明らかにされていることだと思う。

そのための条件として、かなり幅広い医療的なケアがグループホームにおいても必要になってくる。一番問題なのが、在宅の家族ないし本人であれば医療行為ではないことが、介護職員など他の者が行う場合は医療行為として捉えられる点だ。

厚生労働省も、ターミナルケア、終末期医療が重要であることはっきりと認識しており、病院では亡くならない状況になりつつある。ただ、在宅やグループホームに医療が入っても、点滴を抜くことができなければ完結できないし、また褥瘡等の処置が認められなければ支えきれない。それを現実化するために、私は「4つの条件」というのを前から提案している。

1番目は、その行為が必要であるというニーズがあること。2番目は、それらを担うものが研修・教育を受けること。ホームヘルパ

ーにしても介護職にしても、所定の研修を受けて資格として認めるというステップがないと簡単にはできない。3番目は、それらの資格を持つ人を公的な資格取得者として認めること。4番目は、それらの職務を担う者への相談機能があること。ヘルパーや介護職などが、何かあったり不安だったりする時に、看護師に対して相談や指導を受けられるしくみは必要だ。こういったシステムができてくると、これはそれほど不安な制度ではないと思う。

2006年4月からできた医療連携体制加算制度では、グループホームが契約する先の訪問看護師は1人の患者の看護ではなく、グループホーム全体のコンサルタントをする形で関わるようになった。このしくみを上手に活用すれば、すぐに移行できるのではないかと思う。また、私たち医師は訪問看護ステーションに訪問看護指示書を出す。それと同じように、訪問看護師がある程度指導するところに点数をつけてもらう。そういう新しい制度が出来ると、一気に普及するのではないかと思う。厚生労働省が在宅でのターミナルをやるとしたら、そういうところまできちんとシステム化しないと絶対に無理だろう。さらにもう一つは、それらにある程度の報酬が伴わないと普及しないということだ。例えば介護職が研修を受けて実習をした後、在宅で一つの処置が出来るようになった場合には、普通の介護職よりも若干点数を上げてきちんと報酬をつけること。この形が出来れば制度として完璧なものになる。そして、もし事

故が起こった場合でも、看護師に相談した上のことであれば問題になりにくい。

看護師が1人で自宅へ行って処置できるのは、主治医の指示を受けながらのことだからだ。何かあったら主治医に連携できるという安心感があるわけで、介護職についても早急にそのようなシステムをつくるべきだ。訪問看護ステーションがうまく稼動していない様子も見受けられるが、看護師が囑託として入りながら全体をできるだけ把握して、相談に乗って、主治医と連絡をとるという役割を持つことは必須の制度であり、それが出来れば成果も上がってくると思う。

介護職が担うべき役割と支援

福島氏 「介護職が担う終末期の支援」については、医療的な側面や精神的な面、介護技術などいろいろな課題があると思う。次は、現在の段階において介護職はどこまで出来ているのか、あるいは介護職にしか出来ない支援は何かなどを含めて、医療連携における介護職が担うべき役割についてご意見を伺いたい。

武田氏 日常生活の中での微妙な変化に気づき、異常を早期発見するのは介護スタッフでなければ出来ない。その気づきをある程度判断できる介護職等に連携し、医療に繋げていくことが重要だ。また、終末期の食事介助で、その人の食事しやすい角度やタイミングは介護職の方がずっと良く解っている。医療

連携の面でも介護職が日常的に関わることの大切さを様々な形で評価してもらえたらと感じている。

大谷氏 日ごろの過ごし方や健やかさを把握することができるのは、毎日関わりながら支援している介護職だ。健康のバロメーターを知っておくことにより、変化にいち早く気づき、早めの対応ができるという意味で、介護職の役割は重要だと考えている。

もうひとつ、あえて終末期について言えば、看護職も介護職も本人の苦痛や不快感を可能な限り取り除くようなケアをすることが最も大切なのではないだろうか。本人が望む、嫌がらない、新たな不快や苦痛を起こさないようにするための支援が出来るのは、日常的に関わっている介護職ならではの支援だと思う。

田中氏 個々の利用者の癖とか、日常生活への関わり方とか、馴染みの介護職が関わることで、認知症の人には安心感を持ってもらえたり、変化への早めの対応ができるのではないかと思う。

塚田氏 うちのホームには看護職がいないので、グループホームで終末期を迎える方がいる場合は介護職だけで対応することになる。終末が近づくと職員はストレスが高くなる者も多い。日中は職員の人数も多く、不安な時も相談する相手がいるが、夜間はどうしても2人程度になってしまうので、その辺の大変さがある。また、私は管理者なので、終末期の支援になると「何日ここにいるのだから

うか」と思うくらいの勢いで泊まり続けなければならなくなる事もある。スタッフの精神的な部分でも、ストレスは溜まってくるし、それを経験した方が次に活かせるかという、そうでもない、その辺は一辺倒の支援では多分できないのだろうと思っている。

苛原氏 在宅を診ている医者立場から言うと、医学的な理由で看取りができないということはなくて、ほとんどが介護力不足の問題で困難が生じている。介護力があれば看取りは出来るといえるのではないだろうか。終末期になれば、痰の吸引などは必要になると思うが、メインは介護だ。ケアがしっかりできていれば在宅での看取りは十分にできる。

実は、この一週間で在宅の方を3人ほど看取った。家族の意向もあり点滴もほとんどしないで自然な形で看取った方もいるのだが、点滴をしないと身体がカラカラに脱水して、ほとんど分泌液も出ない。痰も出ないし、変な言い方だが、非常にきれいに、静かに亡くなられることになる。医療行為は何も要らない。あとは医療判断だけだ。下顎呼吸してくると必ず家族が医者を呼ぶから、そのときに、「これは下顎呼吸だから心配ない」と伝えてあげて、あとは死亡診断書を書くぐらいになる。終末期の看取りの場面とはそういう状況になるということを強調して伝えたいと思う。

杉山氏 私はもう少し総合的に考えておかないといけないと思う。1番目は、看取りのときの正しい知識を理解しておくこと。例え

ば下顎呼吸とはどういうもので、それが始まったら半日から一日ぐらいで亡くなっていく。また、むくみや呼吸の仕方でもいろいろ変わってくる。次第に衰弱していくときの状態について理解していなければ介護職員も怖くて仕方ないだろう。まずそれを理解できるような知識が最も重要ではないかと思う。

2番目は、何かあったときにどうすればよいかという対応方法の理解。例えば、何かあったときに看護師、あるいは誰に連絡するかなどの体制を整えておけば、安心できる。系統的に確認しておくことが必要だ。

3番目は、ターミナルだからどうしても医療的なケアが必要な場合が多い。ある人にとっては在宅酸素が必要になる場合もあるし、ある人にとっては点滴を入れて抜くことが必要になってくる。そういう意味では一通り在宅で終末期に行う医療的な内容、医療処置についてどんなものがあるか網羅的に知っておくことが大切だろう。

それに対して、どうしたらいいかとか、どういう考えなのかとか、どういう適用があるかとか、全体に過不足なく必修知識として理解しておく必要がある。そして、技術的なこと、実習的なことも関わってくる。

4番目は家族とどうコミュニケーションをとるか。比較的家族は医師の言うことには納得してくれることが多いが、主として関わっていく介護職と家族とのコミュニケーションを上手行っていくことで、結果にも影響が出るのではないかと思う。家族に納得してもらうためにはどういう配慮が必要かと

いうことを講習等でみんなが学ばないと、スムーズな支援はできないだろう。

介護職への教育としては、大体これらの項目が入ってくるべきだと思っている。

大谷氏 介護職にとって、今がどういう状態なのか、これから予測できることはどんな状況か、その時その時の状態を毎日情報交換することが非常に大事だ。

杉山氏 介護する者も、食べられなくなったら最期に近づいているというところや、反応が悪くなって呼吸が不自由になったらそろそろだなとか、下顎呼吸を始めたら確実だとかこういったその時々々の状態が客観的にわかってくると、職員は本当に楽になる。

武田氏 そういった状況の変化を私たちが職員にきちんと伝えていくとともに、家族にも同じように伝えてあげることが大切だろう。

グループホームで支援する人たちが、本人の状態をどう判断していて、どうケアしているかを連携していくことが重要だ。看取りの支援は私たちだけでやっていくのではなく、家族との関わりの部分をしっかり作りながらやっていくことが前提となるべきだろう。だからこそ家族とのコミュニケーションがないグループホームでは、看取りの支援はとてもできないと感じる。

福島氏 しかし、地方と都市部では入居者と家族の関係にも違いがあるのではないだろうか。事業所から家族にいくら声をかけても、

事務的な手続きさえ滞っているようなケースもある。

大谷氏 それから、家族の中に意見のズレがあると、現場の職員は対応が困難になる。

塚田氏 私のホームではもちろん看取り支援をすることもあるが、スタッフの入れ替わりも多いことから、いつでも体制や職員の力量を同じ状態に維持できているわけではない。できない時には、断るしかない場合もあるのだが、家族側にすれば「あの利用者には終末期も支援したのに、うちにはやってくれないのか」という受け取られ方をしてしまう場合もある。そのことによって、職員の精神的な負担感も増してしまうような気がする。

力量がない時には無理をせずに、きちんと家族に説明することが大切だと思うが、家族への関わりをオープンなものにすればするほど、逆に自分たちの首を絞めることにもつながっている状況だ。

制度への働きかけについて

杉山氏 確かに、善意でいろいろ試みている初期の段階と、制度化された段階では家族の受け取り方も違う。制度化されてしまうと、それが当然の権利のようになってくるし、何かあったら問題を指摘される。

ここで議論している終末期支援にしても、このまま進めていって、制度的にも対応可能な状況をつくると、全てのグループホームがやらなければいけないというふうに捉えられてしまう危険があるから難しい面もある。

しかし、今後はこの方向でしか解決していかないだろうし、これは善意だけではやろうと思ってもやれない縛りがある。いま、それぞれのグループホームが試みているレベルと制度化された場合のレベルでは、家族の受けとめ方も違うだろう。そののところは、その時になったらまた次へ一歩前に進めるしかない。介護保険だってそうやってつくられてきたのだから。

福島氏 言い替えれば、介護の人材不足の問題にもつながる。自分のところの職員を一生懸命研修して知識を習得させても、そこで得た知識や資格をつかってさらに高い給料を払える施設系などに人材が流れてしまっただけは何の意味もない。介護報酬が上がらない限り、俸給を上げられないという状況の中で、逆に看取りなどグループホームではやらない方がいいという考え方が出てきてしまう可能性もある。あくまでグループホームでの看取りが利用者にとってどうか、というところからスタートしている話だろうし、そのためにグループホームの経営が成り立たないような状況に追い込まれるとしたら、これは大きな問題だ。

加えて、終末期の状況下では、夜勤を2人体制にしないとやっていけないという話もあった。また、終末期を迎えている利用者が複数になる状況も十分に考えられる。例えば、九人いる利用者のうち3人が重度の状態になったら、その他の利用者への影響も考えて、当然、職員の配置も厚くする必要がある。そういった場合の対応も考えなければいけな

い。

武田氏 私たちは、利用者のためには一生懸命にやる。しかし、やっていることが自滅するような状況だったら、「続けていくことは出来ない」というのをきちんと言わなければだめだ。こんなに一生懸命に支援しても、職員に十分な給料も払えない状況には、大きな問題があると思う。

夏目氏 昨年の実態調査の結果を見ると、医療的な処置が必要になったときに退去させると言っているグループホームが7割以上ある。医療が必要になってケアが大変になったら出ていってもらおうというところが7割で、残りの3割はすべてを背負い込んでやっていくというわけだ。これから終末期をどのように暮らすかということを考えていったときに、グループホーム全体が二極化していく可能性もあるのではないだろうか。医療連携加算ができて、中には加算をとらずに医療が必要になった人は出てもらうというところがでてくるかもしれない。グループホームの中にも、終末期ケアに積極的なところとそうでないところとがあり、双方の考え方、状況をきちんと考えながら対応していかなければならないと感じる。

福島氏 おっしゃる通り、もともとグループホームは共同生活が可能な人を対象にするところからスタートしてきたが、だんだん求められるニーズが変わってきているように思う。だから、そんなつもりではなかった、病気になったら病院に行ってもらおうのが当

たり前だという感覚のグループホームがあるのだと思う。

夏目氏 もう1つは、地域密着型サービスに位置づけられたことで、利用者はグループホームの選択の幅が狭くなった。医療連携や看取りケアまで安心して頼めるところが地域になれば、どこか別のところに行かなければならないということにもなる。自分が住んでいる地域のグループホームの質によって、選択肢に格差が生ずるという話なので、その辺はどのように折り合いをつければよいか心配だ。

杉山氏 それに関して言うと、ある程度制度化されれば解決してくる面もあるのではないかと。例えば過去を振り返って、血友病の自己注射にしても、在宅酸素にしても、診療報酬が認められないときにはほんの僅かしか対応していなかった医療機関が、制度が決まってからはどんどん増えた。そうすると、関心のある企業が開発するし、スタッフも養成される。医師にしても在宅酸素をやる前は専門職種の呼吸器科の先生だけだったが、制度化されたら、自分たちも取り組むようになって在宅の往診までするようになる。だから、ひとつの報酬が採用されただけでもずいぶん大きな影響が出る。これは間違いない。初めは動きが少なくても、確実なものになっていくだろう。

介護報酬も同じことだと思うが、その中にどう入れ込むかというところだと思う。福島先生がおっしゃるように、いまのままやっていったら行き詰まるだけだし、職員だって困る。でも、みんなが医療的なケアに関心を持って、みんなが講習を受けて、そのための意欲づけとして介護報酬が設定されるようにすれば、前向きな介護職はみんな研修を受けて資格を取るようになる。それが全体に広がっていけば、今度はグループホームに人が集まってくるし、相乗効果がいろいろ出てくるのだと思っている。

福島氏 問題は、制度化したとしてもそれに対してどういう手当をしていくかということだ。それによってグループホームが存続できるかできないかの問題に関わってくる。現在も「看取り」をやっているところは多いと思うが、そういうところは相当の努力と無理をしながらやっているという現状がある。実際にどういう制度にすれば無理をしないで済むのかというところが重要だ。そして、当然のことながら、職員の教育の問題もある。

「医療・看護との連携」というテーマでいろいろとお話をいただいたが、今日のまとめとして次のような点を整理しておきたい。

第1回座談会の要点

医療連携における現状や問題点

主治医と協力医の連携

- ・本人の主治医 = 協力医(提携医) ではない
- ・実際には、GHの方針や個別利用者の状態によって、状況はさまざま
- ・24時間の医療対応を可能とするための両者の連携が不可欠
- ・両者の連携を誰がとりもつのか
- ・地方と都市部の環境的な違い
- ・24時間体制の医療、後方支援病院の確保

医療連携体制におけるグループホームと訪問看護師等との連携

- ・看護と介護の視点の違い
 - その人の苦痛を和らげるねらいは共有されるべき部分
- ・外部の訪問看護ステーションなどを活用した医療連携体制の難しさ
 - 認知症ケアの理解不足、認知症の人の“生活”に対する理解不足

医療的行為の制限

- ・介護職員による医療的行為の制約による、重度入居者への支援の難しさ
 - GHにおける点滴の実施回数は在宅看護の20分の1(GHでは針の抜き差しが困難)
- ・医療的行為が障害となり、退去せざるを得ないケースでは、医療機関や特養へ
- ・入居者の状態や緊急やむを得ない場面で、これらの行為が可能とならなければ終末期支援は困難

今後の取り組み課題

医療的支援における介護職の役割分担

- ・日常生活における変化への気づきと医療への連携
- ・本人の苦痛、不快感を取り除くためのケア(緩和ケア)
- ・家族等との情報連携、コミュニケーション(意思・方針の決定)
- ・状況変化時の連携体制、対応方法等の取り決め
- ・継続的な家族への支援、情報提供、情報連携

終末期支援において介護職員が理解すべき医療的な知識

終末期における各ステージの総合的な知識と理解

緊急時の基本的な対応技術

終末期における基本的な医療処置の理解と技術、実践

家族の納得を得るための配慮、コミュニケーション技術 等

医療における緩和ケアあり方

- ・最期の瞬間を病院等に託した場合、医療において認知症の人の緩和ケアをどう考えるか
- 緩和病棟の対象は癌患者限定という現状の中、認知症の人でもターミナル医療の力が有効である場合もある

医療とグループホームを連携させた、新しいターミナルのあり方研究

介護職が担う医療的行為の緩和策に関わる検討と推進

医療行為でないもの

血圧測定、爪きり、褥創処置、点滴の抜針、座薬挿入、浣腸、外用剤の塗布、点眼、人工肛門の処置、治療食の調理 等

一定の条件下に介護職に開放すべき行為

喀痰の吸引、経管栄養など利用者の方が生活を続けるために必要欠くべからざる行為 等

医療専門職が行う行為

膀胱洗浄、摘便 等

また、 の行為を行うための条件としては

利用者、医師、実施する介護職の同意

医療行為を実施する介護職ごとの研修

医師・訪問看護師の管理下に介護職があること

医療行為を行うグループホーム内の体制整備をすること

医療行為を行う介護職と指導した医療職の責任の明確化

第2回座談会

本人、家族、主治医、職員等のそれぞれの「思い」について考える

2回目の座談会では、終末期において本人の“思い”をどこまで受け止められるか、また、慮ることができるか等について、その可能性や取組事例を検討しつつ、家族、主治医、職員等それぞれの立場における“思い”についても意見交換を行った。

実践者報告 1

武田氏 私のところでは、ターミナルで自分の意思を言えなくなる前の段階に、出来る限り本人の意向の把握につながる機会づくりを心がけている。日常生活を通じた“死”についての語りかけだったり、最期はどうありたいかといった内容を自然な会話の中に取り入れている。

本人の意思の尊重とともに、家族の同意や関わりなくしては成り立たない看取り支援・・・

つい最近の出来事では、92歳の男性の入居者が、嚥下性の肺炎を起こして入院したことがあった。このケースでは、回復後、本人の意思で早々にホームに戻ることもあったが、その後も食べられない状態が続いたため、家族の意向のもとに本人を説得して、再び入院してもらおうとした。その時本人は、水も飲

めなくなった状態の中で、「もう自分は力が弱って治らない。病院へ行っても駄目だから行かない」と態度で示した。

このケースのキーパーソンは孫だったが、そのいつもホームに来ている孫が、「じいちゃん、病院へ行こう」と言っても、どうしても「行かない」と言い張る。そして、私の手と孫の手とを握手させた。孫は「私からこの人に頼めと言うのか？」と聞くと、本人がオーケーのサインを出した。さらに、「じゃ、病院へ行かないで、ここで頑張るか？」との問いに『うん』と頷いて一生懸命に意思表示をしていた。その後は、主治医の先生と相談しながら、グループホームでの生活を続けることとなった。

私は、このことを通して認知症の人にも本人の意向をきちんと確認しようと思ったら、いろいろな形で確認できる可能性はあるのだということを私は知った。

グループホームで私たちは、その人らしい日常生活が続けていけるよう援助し、食べる物も本人が食べたいものを食べられるように支援してきた。しかしそれらの支援においても、ホームの生活にも家族が関わってもらうことは最大の前提事項になると思っている。また、ターミナルを支援する際に、家族のできることに、私たちにできることは違うと思っている。

次のケースでは、医療分野の会社勤めをしている方のお母さんが末期の腭頭部癌になった事例である。手術して治療するという選択肢も残されていたが、認知症で癌が末期で

ある状態、本人の苦痛の状態、本人が「死んでも病院に行かない」と言っていたこと等を踏まえて、最終的にはホームで見る事にした。その際、私は家族に「いつでもホームに来てください」ということと、その場合「他の方のご迷惑にならないような配慮」を具体的な関わり方を示しながらお願いした。

息子は、毎日会社が終わってから9時ぐらいまでの間、グループホームで過ごすようになった。そして「金曜日の晩には泊まりたい」とおっしゃるので、そうしていただくことにした。そういうことが続いたある日、急激に体調が悪くなり、本人も一生懸命目で訴えるので家族を呼び、息子が来てから2時間ぐらい経った頃に息を引き取られた。

私は、後になって息子から「僕は仕事から医療との関わりも多いが、こんな最期の看取り方というのもあるんだね。とってもよかった。」とおっしゃった。そのことが、とても印象的な出来事として心に残っている。

私自身ももともとは看護職だが、病院で経験してきた最期とは全く違う看取りに立ち会うことができ感激した。それでも、最後はやはり、本人の意思もさることながら家族の同意や関わりなくしては、成り立たないと思っている。

グループホームでの看取りが最善と思っているわけでもなく、本人にとってもっと望ましい生活ができる場所があるのなら、そこへ行けるように努力すべきだと思う。でも、本人、家族がそのグループホームに満足していて、そこでの継続的な暮らしを望むのであ

れば、それを続けていけるように最大限努力するのが私たちの役割だと感じている。

そして、忘れてはならないのが、グループホームで終末期を支援することは、スタッフに対して非常に大きな不安を与えてしまうという点だ。スタッフにきちんとした支持を与えて、何かあったときにもスタッフ個人の責任にならないような状況を作ることが重要だと思っている。

あと何日・・・という段階において、家族がホームに泊まり込んでいたり、家族と医師との話し合いがきちんとなされていたら、スタッフの不安はかなり軽くなる。そして、スタッフは家族とともに看取ることができる。そのような支援体制をきちんと作っていくことが大切なのではないかと思っている。

大谷氏 うちのグループホームは現在6年目を迎えていて、これまで3人の方の看取りを経験してきた。本当に僅かな経験ではあるが、一人ひとり、看取りを経験するたびに様々な課題が見えてきて、これは「どこのホームでもやれるものではないぞ」「やるためにはいろいろな準備や条件が必要になってくるぞ」ということを学ばせてもらった思いがする。

本人の意思を支えるグループホーム・ケア職員のストレスにどう対応していくべきか・・・

最初に経験をした方は、Uさんという方で

入居当初は 83 歳。脳血管性の認知症で徐々に誤嚥がひどくなり、軽い誤嚥性肺炎が重なってきた状態だった。入院するほどでもなかったのに、3 年間はホームにかかりつけ医の先生が来られて治療していたが、繰り返すたびに徐々に衰弱してきて、やがて食べられなくなっていった。その頃、家族、協力医療機関の先生と確認書を取り交わす過程で、本人の意向はどうか、ご家族の気持ちはどうか、職員の体制はどうか、グループホームとして支援の限界はどこにあるのか、医療機関からの協力体制はどんなものなのか、更には、本当にグループホームで看取ることがいいのかということまで、時間をかけて話し合った。

これらの話し合いを通して、Uさんはグループホームに入る前から、自分は病院に行って死ぬことは嫌だと言っていたこと、グループホームが自分の死に場所だと言ってお墓まで決めていたこと等を家族の方から聞くことができた。入居当初、私たちはこれらの情報を知らなかったが、本人の数年にわたるホームでの生活では、時々そのメッセージが出されていたように思いかえされた。このケースでは、本人の意思が非常にはっきりしていたため、確認書を交わすときには、Uさんも、大勢いる家族の方々も、気持ちがぶれることなく意思の疎通を図ることができた。

それでも、終末期支援の経験は初めてだったので、スタッフ体制とか、誤嚥時の吸引とか、自分が当直の時に亡くなったらどうするのかとか、そういった職員のトレスは確かに

大きく、日常的なストレスケアは非常に大切だったと思う。また、主治医はホームの協力医療機関だったので、365 日、24 時間というわけにいかず、そのあたりの苦労も多かった。確認書では、さらに医療ニーズが高くなった場合に、ホームで支援出来なくなる可能性も含めながら方針を決めて支援していったが、確認書を交わしてから 1 年間は非常に元気に暮らしていただくことができた。

1 年経過した頃、同じような状況が起こり、2 回目の確認書を交わした。その際は、もしもUさんが奥様のお位牌のある自宅で亡くなりたいと望んだ場合、その気持ちを支えることや、私たちができること、できないこと、家族にもお願いしたいこと、ドクターにお願いしたいこと等を全部盛り込んだ。職員も、時々非常にストレスフルなことがあり、中には死と直面することへの不安から退職を願う者もいるほどだった。結局はお互いに方針を確認し合いながらその場を乗り越え、最期のときを迎えることができたのだが、職員にとって、これらのことが、今後介護を続ける上での非常に大きな経験になったのではないかと感じている。

小さな声から聞こえてくる本人の思いと強い意志・・・

Uさんのケースでは、本人の意思が非常に明確だったので、それを察知することの必要性、重大さを学んだように思う。そして、職員へのストレスケアは日常的に必要なということも学んだ。また、協力医療機関の 24

時間連携がとれないことがどれほどストレスの要因になるかも知り、今後、グループホームの看取り支援では医療チームとの連携が不可欠であることを痛感した。

次に看取ったSさんという100歳の方は、最初からご本人の意向がわかっていたわけではなかったが、100歳を超えた頃から非常に小さな声で、「自然にしばむようがいい」と、何回も何回も言うようになった。

この方は在宅酸素療法をしていたが、だんだんと食べられなくなり、自分で酸素を外される等難しい時期が来たとき、主治医と家族と職員とみんなで方針を確認するような意味での話し合いを行った。その際、私たちは本人の思いの伝え手になる必要性を感じていたので、本人から職員が察知できたことを家族に伝え、「本人の思い」について皆で話し合った。家族は、うすうすは感じていたものの、それでも苦しむところは見たくないから最後に点滴ぐらいはして欲しいと言っていた。主治医は、家族の意向により点滴をしようとしたが、本人の非常に強い拒否があり、それを見た家族が、そのとき初めて、「やはり父は点滴はやりたくない」「自然にということとは本意だった」と確信したようだった。このSさんの場合は、最後まで自立した形で意思の確認をし、看取ることができたと思っている。

このとき、Sさんの経験を通して学んだことの1つは、本人の小さな声の中に明確な意思が出ていることもあるという点だ。本人の

意思確認をしながら関わっていくことは、私たちの大前提だと思うが、たとえ本人が自分はどうだと明確に言えなくても、小さな声の中に本人の意思が出てくるのではないかと感じる。また、それを察知できるのは、もしかするとグループホームだけなのではないかとも思う。私たちが本人の声の代弁者になることが重要で、そういう意味ではグループホーム・ケアは、可能性に満ちていると考えている。

もう1つ、Sさんのケースでは24時間365日対応可能なかかりつけの先生だったので、職員も常時相談することができて、チームでの関わりが非常にうまくできた。最期は木が枯れるように自然に亡くなられたわけだが、その瞬間は確かに皆悲しいけれど、こんな死の迎え方もあるということを確認し合った事例でもあった。そういうお2人の事例を通して、本人の意思確認や本人の意向を察知することの大切さを学ばせていただいた。

実は、看取りに至らなかったケースでは、全く本人の気持ちがわからなかったという経験もある。非常に難しいことかもしれないが、グループホームならではの関わり中では、必ず何かをキャッチできるはずであり、察知できる方法を積み上げていくことが大切だと感じている。

福島氏 先ほど武田さんは、うまくいった例を話されていたが、逆に家族が協力的でなく困難だった事例などはあるか。

武田氏 家族が協力的でなく、ほとんどコミ

コミュニケーションがとれない状況の時に、重度化して病院に移した方はいる。もう1例は、脳梗塞で入院した入居者で、家族との関係がうまく持てずに終末期の支援が困難と判断した方を、そのまま療養型の病院に移っていた例がある。

福島氏 都市部では、グループホームに家族が泊り込んでスタッフと一緒に看取るといふ状況は非常に考えにくく、不可能だと感じる。

武田氏 入居当初は本人と家族の関係は難しいケースも多いが、入居した後の私たちと家族との関わりが非常に大事であると思う。本人もさることながら、家族とのコミュニケーションをとって、三者の関係がきちんととれるようになると、本当にいい形になっていく。

私たちは家族に、ホームで支援すること、支援していききたいこと等をいろいろと話すと同時に、私たちがいくら一生懸命になっても肉親と離れてしまった本人の寂しさを補うことはできないこと、そこは家族の支援が必要だということをお願いする。それでも、家族関係が悪くてどうにもならないケースもあるが、その際は日常生活の様子から本人の良さや家族を思いやっている様子等を伝えて関係修復ができるよう心がけている。私は、こういった関係修復こそ家族支援だと思っているので、そこには力を入れてやっている。

大谷氏 グループホームは、看取りのときだ

け家族からの支援が大事なのではなくて、入居した時からずっと関わっていくことが大切だ。グループホームの中で本人への支援が上手にできるとしたら、やはり家族とのパートナーシップがうまくできることが前提条件のような気がする。そこがまた難しいのだが。

苛原氏 本人の自己意思の確認が大前提だと思うが、それがグループホームでできること自体がすばらしいわけで、それができれば問題は少ない。大体、重度の認知症になってくると、自己意思の確認はほとんどできない。だから、これまでの言動や、日頃の生活から本人の意思を推しはかることが必要になる。通常は、一緒に生活をする家族が本人の意思を押し量るのであるが、グループホームの職員が家族に代わって、できることがすばらしい。

私どもの診療所では、全面的に家族の意思を優先させることになる。しかし、家族の意思も非常に揺れ動くので、面談を頻回に行い、その際は必ず医者とスタッフと複数で面談するようにしている。面談の記録は医師が複写式の面談表に書いて、医師と面談をした家族のサインを添えて記録に残している。

われわれの最近経験をした方のことであるが、認知症の末期の利用者で、全く経口摂取ができなくなった頃に胃瘻について確認をした。お嫁さんはこのまま食べられなくても、少しでも口から食べられるように頑張っていこうと言った。しかし、翌日また来て「家

族で相談して、胃瘻はだめだが鼻からチューブを入れてくれ」ということを言い出した。家族の気持ちは、最初から最後まで代わりがないということではない。状況の変化に応じて揺れ動く家族の気持ちに寄り添って、頻回に面談することが大切ではないかと思っている。

グループホームは、そういう点で本人の意向が推測できるというすばらしさを持っている。

永島氏 いまの家族は、ほとんどの人が身内で看取りをした経験がない。昔は大家族で、こうなったら大体もう近くなるということが予測できた。私も母が病院で亡くなる際に、初めて先生から下顎呼吸ということも聞き、どういう状態を指すのかがわかった。

いまの家族にとっては、経管栄養と胃瘻の区別も本当にはわかっていない。それを現実に見た経験もそうない。だから、家族が判断する材料はそもそも少なく、意思の確認と言われても、その場になって考えざるを得ない部分がある。

武田さんや大谷さんのようなグループホームの方たちに、そういう経験を蓄積していただき、その経験値を家族にも伝えていって欲しいとおもう。そうすれば、現実にお年寄りたちを看取る場面になっても、自分たち介護者に置き換えて考えられるようになると思う。

実は、先週、たまたま夏目さんの設計したグループホームに行く機会があった。そのの

ホームには予備室として座敷があるのだが、設計者はこの部屋をターミナルのときに家族が泊まれる部屋にしたいという思いで造ったとのことだ。いざという時には、ここに泊まることも出来るという情報を家族も知っていれば、家族もなるほどと思うことになる。やはり家族会などを通していろいろな心構えや情報を入れながら、ターミナルになる前に働きかけていくことが必要ではないか。

他方、私はグループホームのサービス評価調査員をやっていて、家族からのアンケートを別建てでとるが、意見も何も出ないで全部マルをつけているという状況も見られる。調査員としてはどうも納得できず、それだけ見ていないということだと思う。顔つきが家にいたときよりはよくなったとか、よくやってくれているようで感謝しているとか、そういう言葉が1行か2行あることもあるが、結局は預けたら預けっぱなしで、それだけ接触が少なかったら、看取りはできないと思う。

だから、医療機関に送らざるを得ないということもあるのかもしれないし、その辺は個別性があって、ケース・バイ・ケースだ。グループホームで看取りをすることがいいことだとか、そうではないとか、画一的には決められない。

それから、家族の背景には、実はおじいちゃんの年金で家族が暮らしているという事実もある。そういうことをなかなか言えないが、そういう現実もあるので、本人の意思、家族の意思、安楽な看取りということだけでも決められない。その他、年金のことだけで

はなく親戚の状況やいろいろなことが絡まっていて、そういうのは誰がトータルでコーディネートできるのか、その辺の問題はまた別の問題で出てくるのではないかとも思うが、基本的に家族との連携は大事なことだと思う。

福島氏 家族も一枚岩ではないし、確かに経済的な問題も結構絡んでいるケースもあるようだ。だから、グループホームで看取られるよりも、病院で少しでも長生きしてもらわないと困るということはあるだろう。ただ、医療関係者としては、家族の意向を無視するわけにもいかない。もちろん本人の意向がはっきりしている場合、話は別だが。

大谷氏 いま、私が他のホームで聞いた事例は全く逆のケースだ。入居している夫に、若いころからずいぶん苦しめられた奥さんは、ペースメーカーの入れ替えを拒否している。拒否すれば亡くなることになる。経済的な面だけでなく、多面的に家族の強い気持ちがいろいろな影響を与えてしまうのも現実で、単純に悪いと言いきれない深い事情もあるようだ。グループホーム側はどうしたらよいか本当に悩んでしまうケースだ。

夏目氏 私は建築家の立場から、看取りをしなければいけない人が出てきた時に、他の入居者の生活に影響が出ないよう、家族の泊まれるゲストルームのようなものを造っておくことにしている。先ほど紹介のあったホームは、医療法人が運営している部グループホームで、どんな状況になってもホームの中で、

看取りまでやっていくということで5年前からスタートしているところだ。今のところはまだ看取りの経験はないようだが、ゲストルームは家族の方が時々泊まっている。あるいはデイサービスに来ている人たちが家族の関係でどうしても家に帰れないときなどに、利用するなど、非常にいい形で使われている。

ハードの造り方もいろいろと難しいが、家族の方が泊まったときに、他の方たちの生活にどのように影響を及ぼすかも含めて、勉強しようと思っている。

塚田氏 先ほど伺った事例などから、日々の意向を確認することの重要性が理解できたように思う。また、先ほどのように文書で残す作業も必要だと思った。しかし、家族、本人、ドクター、それぞれの意見をまとめるのはとても大変だと感じる。実際問題、何をもって本人の意思だと確信し、こうだというふうに家族に伝えていけばいいのかわからない。

福島氏 確かに私もそう思う。お二人のように、本人の気持ちをうまく受け止めて、看取りに活用していくのは非常に大切なことだ。しかし、本人の意思表示が難しくなる終末期以前の段階から、いかに本人の意向を受け止めるかが課題であるが、受け止める側の状態が敏感であったり、鈍感であったりすると、捉え方が違ってくるようなこともあるのではないだろうか。

また、本人の意向も、比較的にはっきりしている方はいいとして、ほとんどの方ははっ

きりしていないし、揺れ動いているのが現状だ。たとえ認知症でなくてもそうだ。我々普通の人間もみんな、考え方は、そのときの環境や相手によって揺れ動く。その辺を考えると、本人の意向をつかまえるのは意外に難しいのではないか。

岩尾氏 グループホームの今後の役割の一番大きな課題は、ターミナルの問題だろう。利用者は、グループホームを利用する時から死に向かっているということを、まず認識しなければいけない。だから、初めの段階でかなりはっきり、どうするという事は、本人にも、家族にも確認する。しかし、その確認がずっと有効であるとは限らないため、確認は何度も必要になる。

グループホームを生活の場とした一連の流れの中に、必ず看取りは出てくるものだ。これは避けては通れない問題だ。それをやるか、やらないかを議論することがそもそもおかしな話だ。つまり、一度グループホームに入ったら、その人がたとえ病院で亡くなるうとも、人生を完結するまで、その関係は継続するという前提で高齢者と関わらないと、しょせん機能主義になって、こういう状態になったら病院へ行けということが実際に起きる。

また、お年寄りが自分の生き方を貫けるかを考える場合に、必ず家族の問題は存在する。だから、家族ともどういう付き合いをするのかが大きな課題になっている。私のところは、利用料は必ず持参してきてもらい、支払いの前に必ず本人と話をする時間などを持って

もらい、ちょっと感想を言ってもらったりしている。そして、こちらからもどんどん家族のところへ出かけ、こちらのできることもどんどんやっていく。そう考えると、グループホームは多機能化せざるを得ない側面があって、その多機能化の中に、数多くの生活支援があってもいいのではないかと考える。家族が抱えている課題を、それは家族の問題だから家族でやってくれというのでは、もろに高齢者の生活問題に影響してくる。高齢者が望む生活問題にきっちり取り組むには、家族への支援も視野に入れておかなければいけない。

僕はこの研究会で、そもそも医療とか医者はこの問題にどう取り組もうとしているのかについてお伺いしたいと思っている。先生方は、生きるものならとことん生かそうとするのか、それとも、その人のクオリティを考えたら、「どう死なせてあげるか」ということも医療に含まれるというふうに考えていくのだろうか。

ついこの間、利用者が入院したのだが、その人は腰が曲がっているのにも関わらず、両手を縛られて上向きに寝かされているということがあった。グループホームの職員も見かねて「入れ代わり立ち代わり一緒に手をつないで傍にいるから」と紐を外そうとしたら、そこの婦長は医療と介護とは違うと言って譲らなかった。この部分で、医療側がどういうメッセージを出すのかはとても重要なことだと思う。

杉山氏 今まで、様々な研究会で報告書を書いたが、高齢者、特に認知症の高齢者は状態の変化が早いから、例えばデイサービスでもショートステイでもどこでもターミナルに遭遇し得ることを、まず考えておかなければいけない。

2番目は、医療だけの話ではないだろうが、その場その場での意思決定が必ず必要になってくる。例えば、点滴するかしないか、胃瘻をつくるかつくらないか等、何かをする際には、本人の意思の変化や家族の意見の相違に関わらず、常に誰かがどこかで決定せざるを得ない状況となるということだ。

3番目は、意思というものをどう捉えるかが本当に難しいということ。最終的には関係者がその中で最善だと思ふことを決めるしかない。現実には認知症の方は、なかなか難しい面がある。一方で、在宅でやっている認知症の方はやりやすい。というのは、本人の意思の確認は難しいが、家族も、次第に衰弱していく様子を見ながら、積極的に治療しなくてもいいのではないかとこのコンセンサスを得やすくなるからだ。理由は、だんだん衰弱が進んで意識レベルが落ちてくると、非常に本人は穏やかになっていき、比較的苦痛が少なくなる人が多いからだ。また、家族も、いままで長い苦闘のような介護の経験を持っており、そういう苦労が次第に穏やかな最期を迎えるという経過を経験している。家族はそれなりの経験を持っているから、最期を受け入れやすくなる。

それから、これはいま岩尾さんの言われたことだが、その人の死をどう捉えるかという問題について、認知症の場合は自然死に近い状態で推移していくので、そのコンセンサスが得られれば受け入れやすいと考えている。医療も、歴史的に見れば、いまは何でもかんでもやっているわけではない。私が大学を卒業したころは、癌の末期であろうが何の病気の末期であろうが、最後まで出来る限りのことをした。しかし、最近は経過がわかっている人はそういうことをやらなくなったし、家族にもあらかじめ入院のときに、どこまでするかをある程度聞いておくようになったので、受け入れられるようにはなってきた。その意味で、最後まで全部やるという医療の儀式からは卒業したと思う。

しかし、もう一方ではIVHとか胃瘻という技術が進歩したので、逆に無制限に範囲を広げ過ぎて混乱している傾向はある。もともとは、その人らしく生活を送るための取り組みが発端だったはずが、だんだんそれができるようになってくると、自然に食べられなくなったとしても、食べられないから当然だという形に適用が進んでいく。私は、医療というのは、「なぜそれが必要か」を常に考えるべきだと思っている。いまはそれが逆に家族に対して、「病院へ入って胃瘻を作らないと死ぬ。このままでいいのか。」と。そうなる、これはもう決定でも何でもなし。医療の適用の拡大が、死を看取る上での問題としてある。

私は、ターミナルでは医療がある程度リー

ダーシップをとっていかないと、家族は選択できないのではないかという思いがある。「自分自身だったらこういう選択をする」程度のことは言ってあげないと、選択できないのではないか。医療倫理の問題だが、一番は尊厳ということで、その人らしい迎え方はどうなのかを医療スタッフが考えて、決定していくことになるだろう。そのためには医療側の経験や意識があるレベルで高まらないと難しい。

これについての対策は、いま、苛原先生が取り組んでいらっしゃるような、在宅ケアを支える診療所ネットワークでの検討や、在宅療養支援診療所に積極的に関わるドクターの養成、あるいはそれに関心を持つ人の集まりを形成する中で、ターミナルとはどういうものだろうか、在宅や施設はどうなのだろうかということを経験として出してもらおう。そういう中での個々のばらつきをある程度調整していくことが大切だと思う。いずれにしても、そういうときの判断を家族まかせにせず、医療なりグループホームなり誰かがリーダーシップをとるべきであろう。グループホームの人ならグループホームでいいと思うし、家族が一緒であればもっといい。

福島氏 在宅の看取りとグループホームの看取りと基本的に違うところは、在宅の場合は家族が介護しているから、家族と医療関係者とが話し合いの中でやっていけばいい。ところが、グループホームの場合は介護者という他人が入る。そういう中でうまく調整していくことが非常に難しいのではないか。

岩尾氏 私の中では、そこにチームの概念が入る。そのチームの中に家族も入っているし、ほかの利用者も入っている。チームへの家族の参加の仕方がきつとあり、そこをうまくやると家族も安心してグループホームでの看取りを受け入れられるということが経験的にわかった。とにかく強引にでも関係をつくってやらざるを得ないという側面がある。都市部のコミュニティはもともと崩壊しているから確かに難しいだろうが、むしろそこでグループホームが主体的に機能し、一定の働きかけをしていくことが、今後のグループホームの飛躍のためにも必要な視点ではないか。少し望み過ぎだろうか。

“本人の思い”を支えていくための関わり方について

大谷氏 家族との関わりや現場での医療の日々の決定などいろいろな問題があるが、ここであえて本人の思いや意向というところに戻ると、「関係者が最善だと思うこと」の中には、「本人にとって最善だと思うこと」が一番にあると思う。

グループホームの関わりの中で、本人の意向を確認することや、100%確認できなくても働きかけによって非常に近いところまで察知できるのではないかということが見えてきた。最終的には医療スタッフが考えていくことになるという話もあったが、関係者がどう考えるかの拠り所になる材料としても、本人への日々の関わりの中から察知できる

ものがあるのではないかという提案だ。

そういう意味では、本人の意思がわかる、わからないに関わらず、わかるための1つの働きかけというのもあっていいのではないか。グループホーム・ケアの経験の中には、そういった可能性が満ちているということを提案したい。

働きかけは重度になってからでは難しく、入居当初や、本人に判断能力がある頃から関わり始めることが必要だと思う。本人、家族共に係わり合いながら、コミュニケーションを進めていくことがとても大事なのではないか。

そして、先ほどSさんの話をしたように、本人の思いは言葉だけでなく、点滴を絶対しないとか、暴れたということと同じように行動からも見えてくる。そういったことに目を向けていくこと、それを知っておくことが大切だ。そして、継続的な関わりを持つことが、いずれ確認書を交わす場面があった場合に考える材料となるのではないか。

本人の声や行動を見逃さない関わり方が大切だということを前提とした上で、先ほどセンサーが強過ぎるといけないという話もあったが、たった1人が聞いてそれを決めつけるのではなく、記録をとりながら、カンファレンスをしながら、やっていくこともできるのではないかと思う。そして、本人の気持ちや意向も変化するというを抑えておく。

また、家族の考え方や意向を確認すること

は初めの段階からできると思う。うちの利用者家族全員に看取り支援の意向アンケートをとったところ、8割の方がきっちりと書いてくださった。あとの2割の方は、いまは考えられないと言ったが、そういう関わり方もできると思う。本人と同様、家族の気持ちも揺れ動き、変化することを踏まえ、何度も確認し勝手に私たちが思い込まないということが必要だろう。そして、知り得たことを家族や主治医と日常的に共有しておく。いざとなったら確認書の中で、察知できた本人の意向を家族や関係者に伝えていく。例えばグループホームの中でも、1人察知できても、ほかの人はわからないというのがある。だからこそ、お互いに伝え合っていくことが重要だと思う。

私たちが諦めずに、本人の意思や意向がわかるような働きかけをしていくことができたなら、利用者本意に少しでも近づけるのではないか。そういう可能性に満ちているのがグループホーム・ケアではないかと思っている。僅かな経験ですべては語れないが、そういったことを積み重ねていくと、何らかの目指すべき姿が出せるのではないかと期待している。

提案になったかどうか分からないが、このように思う。

武田氏 私がこれまでの経験の中で一番思ったのは、医療において死というのはタブー視されてきて、それについて本人と話し合うことは全くなかった。認知症になってグループホームに入居される方は、人生の中では終

末期の周辺にまで来ている。その方の家族に対して「終末期の看取りの指針」を示すのは辛いことだが、それによって家族も考え始める機会になると思う。

私は、家族が来たとき本人の食事の様子や、認知症の状況を必ず話すようにしている。もっと重度になった段階では、先生と先に全部打ち合わせをしながら、家族の希望者は全員どうぞといった形の中で話し合いをする。私たちは、その場での結論を求めているわけではなく、現状の認知症の進行度合いや身体状況、ホームでの生活の様子などを全部わかってもらった上で、今後どういう方向で関わっていったらいいか、そして、いざ最期というときにどう考えるかを家族みんなで話し合ってもらうことにしている。家族が話し合う場が必要であり、そういう場を提供すると、ドクターやグループホームの人、家族が一つのチームとなる。

そういう状況を作るためには、家族と本人との関係づくりが前提だ。この関係は絶対に切らず、一緒に抱え込んでいくという意味での家族支援をしたいと思ってやってきた。

私が最後に言いたいのは、緩和ケアは癌の人だけではない。認知症が治らない病気で、最期を迎えたときにわからない状態であったとしても、それこそ症状の緩和、チームケア、コミュニケーション、家族支援という緩和ケアの精神をきちんと当てはめていくことができると感じたことだ。

苛原氏 緩和ケアというのは、いま在宅医療

を積極的に行う医者の間では認知症、老衰まで適応を広めている。癌だけが緩和ケアの適応と考えることは、おかしいことだと言っている仲間もいるので、おっしゃるとおりだ。

福島氏 それでは、岩尾さんからスタートで、この話を進めたい。本人の思いを支えていくために本人へどんな関わり方をしていったらいいかということについて、何かご意見はあるか。

岩尾氏 関わりが発生した時点からターミナルは意識しなければいけないが、そもそも関わりというのは、その人がどういう生き方をしたいかとか、どういうことなら納得できる状況にあるかなど、それを支援するために関わりがある。認知症の人たちは緩いシグナルでしか送ってくれないこともある。それをわかるためには、きちっとした関係性をつくるか、時間をかけてそばにいるとかが必要であり、それができていないところでは基本的にターミナルの支援をするのは難しい。

ターミナルは、職員にも対応可能なステージがあるような気がする。つまり場所の問題ではなくて関わりの問題だ。ただ単にターミナルだけを意識してということではなくて、日常ケアのあり方そのものが本当に重要なところだ。日常的にどういう付き合いをして、どういうケアをしているのか。認知症というものをどういうふうに理解しているか。認知症の人だからわからないというのではなくて、ちゃんと付き合うとお年寄り達はいろいろなことを教えてくれることが実践的にわ

かっているかどうか。それがわかっている人はターミナルの支援も可能となる。

しかし、それができないなら医療の力をかりる。病院だからいろいろと処置ができて延命できるというのではなく、医療の力をかりて、それをむしろうまく利用しながら、グループホームのスタッフも家族もグループホームのほかのメンバーも納得して、病院の中で死を迎える状況をつくれるのではと思う。そういう関わりが日常的にできているかどうかというのに尽きるのではないかと思っているが、どうだろうか。

福島氏 グループホームにおける看取りの支援とは、グループホームの中で死を迎えることだけに限定するものではないということ、この研究会の前提事項としてももう一度確認しておきたい。

それから、現在の制度では緩和病棟へは癌患者しか入れない。そういう制度上の問題もあるだろう。また、関係性がうまくできないところはターミナルをやる資格がない、これは確かにそうだ。だから、今回の事業報告の結果、ターミナルをグループホームで推進しようと思っても、どこでもやってくれというわけではない。例えばスタッフが1人代わっただけで出来なくなることがある。

岩尾氏 制度的には、医療とグループホームとで連携したターミナルの制度を政策提言してでもやってもらえると、もう少しうまくチームがつくっていただけるのではないか。ターミナルケアは癌のそれしかないということ

自体がおかしくて、最期、老衰でスーッと消えるような死に方ならいいが、多少苦しみがあったときなどに医療の力はとても有効である。

また、医療ももっとグループホームを使ったらどうか。介護の力の優れている面を先生方も気づくかもしれない。

杉山氏 病院、特に急性期病院では、どういう治療処置や検査ができるかということが第一になってくるので、急性期の医療については認知症であっても問題なく受け入れる。ただ、急性期を一旦脱して慢性期の状態になったときに、果たして病院で受け入れられるかということ、特に急性期の病院は難しい。

医療がグループホームをもっと使い、穏やかなケアをしてもらった方がいいというのは同感で、在宅で痰が少なくなって熱が下がるまで病院へ入れるよりも、家族がちゃんと吸引すればもっとよくなるのと同じことだ。ただ、訪問診療や訪問看護がある程度関わらないと不安だから、そこの仕組みをつくっておかないといけないのではないか。

武田氏 医療にしっかり関わってもらえたら、私たちは本当に安心してやれる。一番良いのは、ターミナルをやる前に、ターミナルとは何なのか、死とは何なのかを医者からきちんと教えてもらうことではないか。そうすれば、職員のターミナルに対する不安もなくなる。

杉山氏 いまのところ、ターミナルになると

訪問看護が毎日必要な例も出てくる。癌と特定疾患の場合には毎日の訪問看護は可能だが、それ以外の老衰とか一般的な疾患では毎日の訪問看護は認められていない。週3回までだ。

特別訪問看護指示書を出すと、2週間までは医療で全部できるが、2週間過ぎてしまうとできなくなる。このあたりが老衰なり一般の疾患のターミナルをやるときの1つのネックになっている。これからは死亡者数が急速に増えるという厚労省の報告書も出ているが、最期をどうやって過ごすかというのは重要な課題だ。これは単に経済的な問題だけではなくて、その人らしい死に方を実現するためにも、在宅や施設でも看取れることが必要だということが出されているから、それに対して支障になるものはある程度外していく必要があるのではないかと。

だから、今回の在宅介護支援診療所は診療報酬ではかなり高く設定してある。それで個人負担が大きくなり過ぎて、家族の負担が大変ではないかという逆の思いも一方ではある。ただ、それは1つの仕組みとして初めに出たので、これがうまく円滑にいくと、そういう方向に進む人が多いと思う。

そもそも訪問診療も初めは全くなかったが、制度としてできたら訪問診療に関心のあるドクターが増えてきた。いまでは全国でも訪問診療だけをやっている往診専門のクリニックもずいぶんできてきている。こういう意味で、いま足りない制度をもう一回洗い直しながら、円滑に医療もうまく入って関われ

ることを制度として提案していくことは同時に必要だ。方向としては必ず来ていると思う。

福島氏 確かに、医療の面にしても、福祉の面にしても、制度上の問題がネックになっているところが結構あるから、それをもう一遍洗い直すことは重要だ。

杉山氏 グループホームは病院と比較すると、その人らしく、また、穏やかな対応ができる。医療主体での最期は辛いと私も思う。私は在宅をやって一番いいと思うのは、馴染みの人の声が聞こえる、あるいはその姿が見える、これがその人の気持ちを一番安定させる。脳死の判定の1つに聴覚反応がある。つまり、音を聞こえさせて脳波が出ていればまだ脳死と判定しないし、出なかったら脳死と判定する。脳死に至るまで聴覚は反応する。そういう意味では、家族の声あるいは馴染みのスタッフの声が聞こえると、たとえ内容はわからなくても、それが本人の気持ちを安定させるのではないかと思う。

今までの経験から、グループホームで、あるいはグループホームでなくても、その人の第2の自宅である施設など、そこで馴染みのスタッフに最期まで見てもらえるとことに大きな意味があると言える。

それから、死の過程をみんなが知らないといけない。病院に入れて最期というのではなくて、スタッフも死を看取る。家族もある関わりの中で死を受け止めていく。周りの入居

者も、同じようなお年寄りも見ていく。死の教育というが、それはむしろ普段の生活の中で知っていくべき事ではないかと思うが、病院だとなかなかそうはいかない。

それから、ケアの質を高めるというのはどういうことかという、全体のトータルケアに関われるかどうかにかかってくる。癌の専門職もそうだが、専門化するだけがいいわけではなくて、トータルに診ることが医療の幅も広げるし、看護の幅も広がる。ターミナルまでやらないことには、本当のケアの幅は広がっていかないのではないかな。

私のもう一方の気持ちは、在宅で看取りをした人は今年だけで三十数名になったが、どの家族も初めから最後まで絶対に家で看取るという人は、まずいない。癌の方でも、最後はちょっと心配だから病院へ入れてもらえないか、くらいの言い方をされる。それでも、医師の側から自宅で出来る対処法を提示したり、実践したりすることにより、最終的には自宅で看取ることができる人がかなり多い。

家族も含めて、介護者は非常にダイナミックに変化する存在であると思っている。初めは寄りつかなかった家族も結構いる。認知症の介護は本当に大変だし、みんな投げ出して誰か1人がやむを得ずやっているケースが一般的に多い。ただ、ターミナルになると関わりもある程度は変わってくる。もちろん放っておく人もいるが、食べられなくなったらだんだん心配もする。だから、いままで

は全然来なかった人たちに、いまからどうするか、病院へ入れるか、それよりもここで家族と一緒に見ていこうとか、提言をする中で家族の関わりもまた変わってくるのではないかな。

永島氏 今までの話しを伺ってきて、私はグループホームを見分けられる家族になりたいと切に思った。グループホームもピンからキリまである。それは、看取りができるからいいグループホームというわけではなくて、大谷さんや武田さんがおっしゃったように、その過程が大切だと思った。

普段のケアにおいて、察知することによる蓄積の結果として看取りに繋がるというご意見はその通りだと思う。そして、そういうグループホームを選べる家族になりたいし、それが家族の務めだとも思う。しかし、現実にはあまりにも落差がある。

実は、家族の会に入っている家族はすごく質のいい家族だという声も聞く。専門職の方から見ると、そんな家族ばかりではないという声も実はとても多くある。だから、どちらもセンター方式をもっと利用し、情報をたくさん共有し合って、それを一般化していくことが認知症の人を支える一番の底上げになるのではないかなと思っている。家族にもいろいろな家族があるが、連携してお互いに思いを述べ合う、理解し合う、そこに初めて連携が出来てくる。

もう1つ、医療者に対して、私たちは発言力が弱いと感じていることも伝えておきたい。

武田氏 グループホームを使っている家族の人が、利用者を人質にとられているというような感覚は無くして、利用者の家族として、もっとグループホームへ意向を伝えたり、一緒になって考えていける関係をつくってあげたいと思う。家族の思いにどれだけ応えられているかが重要で、家族への支援がしっかりできなければ利用者は支えられない。家族はグループホームを通じて、本人はこんなことを言ったり思ったりしている様子があることを伝えていくことにより、もう少し違った関係が作れるのではないかと思った。

もう1つは、家族の会と私たちがもっと密に連携することが大切だということ。一番思うのは、どんな人でも大切な人間なのだ。利用者も、家族も、私たちも。そういう中で、人に対して『あきらめない』ことが大切だと思う。あきらめないで粘り強く、コツコツと積み上げること。

永島氏 この間、家族の集いへ行った際のこ

とだが、この頃では介護保険以後の人たちが圧倒的に多いので、自分が介護保険も何もないころに介護していたと話したら、「介護保険のない介護なんて、とても考えられない」と皆さん驚いていた。ということは、家族が認知症の人を自分一人で抱え込んでいるのではなく、介護保険の様々なサービスやグループホームに支えられることによって、辛うじて介護が成立しているという事なのだと思う。「信じられない」「考えられない」と言われたことは、本当にその通りだと思う。

だから、サービスの質の向上を考えていく上では、家族も当然に参加していかななくてはいけない。組織として話し合いをすることは、都市部では難しいことかもしれないが、今後は是非取り組んでいくべきことだとお願いしたい。

第2回座談会の要点

看取り支援における現状と課題

第1回座談会のテーマ「医療連携」にもあげられている通り、グループホームでの終末期支援においては、医療の関わりが不可欠である。また、死を迎えるまでの過程においては、点滴、胃ろう、延命処置等の医療処置に関する様々な判断が迫られることとなる。

それぞれの段階における意思決定は、本人の意思を慮りながら、本人を中心にした家族、医療、グループホーム等のチーム連携が重要であり、これらの連携力や関係性が強いほど、意思決定のコンセンサスは得られやすいものとなる。

ターミナルケアにおいては、意思決定を家族等の問題とせず、家族等の適切な判断や意思決定を促せるような医療、介護からの助言、あるいはチーム連携を機能させた支援が重要な取組みとなる。

< 終末期支援において意思決定、判断が迫られること >

- ◆ 医療処置において迫られる瞬時の判断
- ◆ 点滴、胃ろう、延命処置に関する判断
- ◆ 看取りの場所に関する意向、決定 …その他

本人との関わり、チーム内の連携が強いほど、意思決定のコンセンサスは得やすい

支援に取り組む上での問題点と課題

本人の意思を慮ることの難しさ

本人の意向を受け止めるセンサー、職員の能力、力量の優劣

本人、家族の意向の食い違い

本人の気持を慮っても、家族の意思は無視できない

チームの意思決定を誰がまとめるのか

管理者の責務の重さ

職員の力量不足、定着率の悪さ、ストレス対応

人材確保、処遇の改善

人材教育、死に関する学び

グループホームの力量、対応力の違い

サービスの質の格差、利用者にとっての不公平感

家族との希薄な関係性、都市部のコミュニティの崩壊

家族からの協力、連携の難しさ、預けっぱなしの家族への働きかけ

地域密着型を機に、GHが主体的に機能を多様化し、地域のけん引役に

家族への支援

家族と本人の関係性にもしっかりと対応していくことこそが、結果的に本人の穏やかで安心感のある終末期の支援につながるものと考えられる。そして、家族が抱えている課題を家族任せにせず、そこに生じている歪みが高齢者本人に影響しないように働きかけていくことも重要となる。高齢者が望む生活問題に、きっちり対応するためには、家族への支援を視野に入れておくことも必要となる。

また、看取り支援を最期の場所やサービス機能の問題として捉えることなく、その人の人生が完結するまでの継続的な関わりを前提にしていくことで、グループホームがその人に何を支援すべきかが見えてくる。

<グループホームの役割>

◆ 本人と家族の関係の修復

本人の自己実現のためにも必要な手続き

◆ 情報提供、コミュニケーション

家族とGHのコミュニケーションから、本人支援がはじまる。支援の状況、利用者の状況、本人の気持ち、本人のよいところ、心配事を伝える

◆ GHの経験値、知識や技術の蓄積を情報として提供

身内の死に関する経験や情報が不足している家族に専門職としての情報を提供するアドバイスすることで、意思決定の判断材料となることも

本人の思いを支えるための関わり

関係者によるチームでの合意形成、意思決定の場においては、「本人にとって最善だと思うこと」が最も重視される前提事項として存在する。関係者がどう考えるかの拠り所として、本人との日々の関わりから察知できる情報は非常に有効な考え方の材料になる。

認知症の人の意向確認の難しさや本人の言葉や行動の曖昧さなどから、察知できる内容も情報量も制限される部分が多いため、一部の人間の判断で「本人の思い」と決めつけることは危険である。しかし、本人の発する小さな声、日常における拘り、家族からの情報、ケアの記録等、あらゆる情報を集積してチームで検討することにより、より本人の気持ちに近いところまで察知できる可能性はあると考えられる。

< 本人の思いを支えるための関わり >

- ◆ ターミナルケアは死を迎える場所の問題ではなく関わりの問題
- ◆ 重度になってからではなく、入居当初や本人の判断能力がある頃からの関わり
- ◆ 本人、家族ともに関わりながらのコミュニケーションを重視
- ◆ 本人の思いは言葉だけでなく、拘り続ける部分や、行動、暴力などで表現される場合もある
- ◆ 入居前の本人の言葉などについて、家族からの情報を集める
- ◆ 家族の気持ちは常に揺れ動くことを前提に、その時々を確認を繰り返し、思い込みの対応をしない
- ◆ 認知症の人の意志確認について諦めない
- ◆ グループホームが察知した本人の意向を家族や関係者等のチームに伝えていく
- ◆ 家族に対して「終末期」を考え始める機会をつくる

認知症の人の看取りの指針づくりに向けて

現在の制度では、緩和病棟へは癌の患者しか入れないが、認知症の人のターミナルにおいても、苦痛を和らげるための医療が有効である場合がある。認知症も穏やかに過ごせるように、医療とグループホームとで連携したターミナルのあり方を考えていくことが望まれる。

また、入院生活における認知症の人の不安や混乱を和らげるための方策、あるいは、医療がグループホーム・ケアの有効性を緩和ケアに活かしていく道筋など、単に経済的

な問題だけでなく、その人らしい死に方を実現するための最期の過ごし方に関する議論が進められるべき。

第3回座談会

グループホームにおける看取り支援の実現に向けて

- グループホームにおける看取り支援に必要なことは -

前回までの座談会では、看取り支援におけるいくつかの課題が明らかになり、事業所の医療連携状況、職員体制、人材教育、家族との関係性等、様々な側面からの事業所の力量が求められることがわかった。

第3回座談会では、今後グループホームが看取り支援に取り組んでいくために、どのような準備を進めていくべきか、また看取り支援ができる事業所とはどのような条件をクリアすべきか等について意見交換を行った。

福島氏 前回までは、非常にうまくできたケース等の実践報告を中心に、グループホームの看取り支援のあり方について意見を伺った。今回は、うまくいかなかったケース等も含めながら、どこをクリアすれば上手く行くのかを考えていきたい。

本来、グループホームは看取りをするという設定でスタートしたものではないという点や国の施策における終末期支援の意向、また、入居者にとってはどうなのかという部分を踏まえて、事例発表の後に皆さんのご意見を伺いたいと思う。

星野氏 お年寄りの方が年齢とともにいる

いような障害・病気を抱え、症状が重くなってくると、1つの施設で対応できず、次の施設に移らなくてはいけない。私は、このようなお年寄りの姿を現場で見て、これは何かおかしいのではないかと、精神的にも体力的にも弱くなったときに初めて自分が安心して生活できる、安心して終末を過ごせる場所がどこかにないのかと考えていた。ちょうど、当法人の理事長がグループホームをつくるという話を聞き、そこでは看取りをやりたいということだったので、自ら手を上げてグループホームに移った。

うちのホームの場合には、桐の花で終末期を送りたいという本人や家族の希望があれば、いかなる状況が起ころうとも看取りをさせていただくという方針でやってきた。これは、もともと理事長と私(管理者)の考えで、オープン当時、他の職員の理解も得ながらがんばっている。

オープンしてから今年の11月で3年目になる。まだ2年程度の経験しかないが、この座談会に参加するにあたり、なぜ私たちのグループホームで看取り支援ができたのかを職員と一緒に考えてみた。ひとつには、運営理念がきちんとあったことと、職員が同じ方向に向かって一緒に遂行してきたことが要因ではないかと感じた。職員は、ヘルパー2級を持っている職員、まるっきり資格のない職員と様々だったが、お年寄りと生活することを通じて、入居者に対する非常に強い愛情を持つようになった。事業所の理念に賛同することで職員の気持ちが一緒になったとい

う点大きいと思う。

もちろん、医療との連携なしに看取りはできない。当法人の理事長がグループホームの主治医であり、また、理事長のもとにある訪問看護ステーションの協力が得られたことも、大きな要因の1つになるかと思う。

紹介する事例は85歳の男性の方で、入所時の介護度は、介護2の状態だった。この男性は、当グループホームで生活するうちに、グループホームの前の畑の草むしりという生きがいを持つことになり、結果的に要介護2から要介護1に身体状態は上がっていった。（雨が降っても草取りに出るなど、毎日のように草取りに出るため、畑に草一本残っていないような状態で草取りをするような方だった）認知のレベルも、入所時は記憶能力が低下していたが、徐々に回復し、病気で亡くなる直前には、次の更新認定を受けたら要支援になってしまうのではないかというところまで回復していた。

この方が18年10月に一過性の脳梗塞を起こした。最初は1週間ほど点滴療養を試みながらホームで様子を見ていたが、10日ほど経ったところで急激に血圧が上がり嘔吐もあった。MRIを撮ったところ左側に広範囲の脳梗塞があり、とてもホームでは対応できないということで脳外科に入院することになった。

この間、ご家族とは何度も連絡をとり、病状報告を行った。開設以来、状態が変わるたびにご家族の意向確認をするという方針は

持っていた。今回については入院が妥当ということで、入院したが、脳外科に1泊した翌朝、私が面会に行こうと思ったときに、今度は腎不全が起きて、脳外科のみの専門病院では対応できないということで、小出病院（総合病院）の内科病棟に転院した。

内科病棟に入ってから、酸素、IVH、フォーレが入って、重篤状態が続いた。しかし、本人の精神状況は介護1に戻るぐらいの状態だったので、こちらの話は理解できていた。

非常に良い状態から急激に身体状態が悪化したことや、環境が変化したことで、本人はパニック状態を起こし、内科病棟に移った途端に治療ができないほどの状態になってしまった。そのため、体幹、両手・両足を拘束されての治療が開始されたのだが、腎不全の状態が非常に悪く、腎透析しなければいけない状態になってしまった。

そういう状況の中で、うちの職員が病院に面会に行ったところ、本人の拘束された状態をみて大きな衝撃を受けたようだった。個室に1人で拘束された状態の本人に、「帰りたいか？」と問うと、苦しい息の中から「帰りたい」という言葉を発したそうだ。

この状況を目の当たりにして、私たち職員全員、この方をグループホームに連れ帰ってみんなでお世話をしたいという気持ちが沸き起こった。私は、こういう状態の方をグループホームでみることのリスクや管理者としての責任を考え、連れ帰ろうという言葉がここまで（喉元）まで出かかっていたが、踏み切れないでいた。

しかし、他の職員から、「星野さん、拘束された状態で、あんなに頑張っていたお父ちゃんが、ここでこのまま終末期を迎えるというのは、とても見てもらえない。何とか引き取れないか」と声があがり、私自身、矢も盾もたまらない状態になった。元の職場の同僚であった訪問看護の管理者に病状報告して、こういう状態だがグループホームで対応可能なケースだろうか、もし引き取るようであれば、協力してもらえるかということ相談した。医師である理事長にも状況を説明しグループホーム側の準備を進めていったわけだが、何よりも家族の意向を確認する必要があった。

私たちの思いを家族にぶつけた結果、グループホームに迷惑をかけないのであれば家族としては構わないという返事もらった。ここまでくると、職員達の気持ちはどんどん前向きになってきた。しかし、医療を相手に、今、まさにターミナル期に入ろうとしている方を引き取る際、どういうふう交渉していったいいのかは、私自身も非常に悩んだところだ。特養の指導員をやっていた経験を糧に、当たって砕けると心を決めて主治医の先生に相談したところ、医療的行為の対応可否やケア内容についての質問があった。

訪問看護の方からは、必要な医療機器は揃えてもらえるという報告を受けており、主治医と訪問看護の協力を仰ぎながら対応していくことは可能ではないかと、調整を繰り返し行っていった。医療機関のドクター、病棟の看護師長や看護師等と、朝から晩まで話し

合いを行い、移送途中で亡くなるリスクも考慮しながら結果的には、グループホームへ引き取ることとなった。

移送に際しては、訪問看護と息子さんを含めて4人で迎えに行ったが、移送途中で危なくなるようなこともなく、グループホームに引き取ってから5日目に亡くなられた。

その5日間は、病院で拘束されていた状況とは全く違う環境となり、茶の間の一番近くにある部屋に、全てに医療機器を持ち込んで過ごしていただいた。部屋を決める際は、まな板の音が聞こえる範囲、茶の間のそばなのでお年寄りの笑い声、話し声が聞こえるところであればこの方も精神的に和んで、最期のときを穏やかに過ごせるのではないかなどといろいろ考えた。私たちはケアしかできないので、ドクターや訪問看護とは頻繁に連絡をとり、指示を仰ぎつつケアさせていただいた。グループホームでは、老衰で亡くなられた98歳の女性を看取った経験があったので、職員もその経験を活かして何とか頑張れるという感触をもっていたようだ。私たちは、穏やかにその方を見送れたことを本当によかったと思っている。

私たちの思いだけで走ってしまった面もあり、医療的な側面で本当にこれが良い看取りだったのかどうかはわからない。ただ、私たちとは、この方が自分たちのお爺ちゃんだという感覚のもとに、家族を家庭で看取るのはごく自然なことだという意識で看取らせていただいた。

福島氏 いまのケースと似たようなケースを私も経験している。つまり、グループホームの職員が入院してしまった入居者を見舞いに行くと、本当に連れて帰りたくなるような状況が頻繁にあるらしい。ただ、問題なのは、決めるのは家族で家族が「ウン」と言わなければ連れて帰るわけにはいかない。

櫻井氏 私どものグループホームは平成 10 年 11 月に開設して、いま 9 年目を迎えている。9 人で、1 ユニットなので、これまでに退去された方は 24 名いる。24 名の中の 5% に満たない程度は、認知症も少し穏やかになったので、家族ができるからという形で家へ帰ったり、養護老人ホームへ行ったり、軽くなって、より自立した暮らしをするなどの退居の理由となっている。5 割ぐらいは、グループホームの経費は少し高いので、安い特別養護老人ホームに移り、残る 4 割ぐらいが終末を迎えたことになる。そのうちの 1 人は私どもで看取りのケアをさせていただいた。

事例を紹介する前に、ある方の話をさせてください。その方は夜中にトイレへ行ったときに突然心臓がとまって、救急車で運ばれる途中で息を引き取られたケースです。お子さんがたくさんいたが、キーパーソンになっていたのは、4 番目の長女だった。

ほかの家族はお通夜の席で長女に、そんな小さい施設へ入れるから、突然誰にも看取られることなく死んだのだと話し、入居を決めたことを責める状況になったようだ。それ位、誰もが驚く、突然の死だった。

それまでは月に何回か長女は本人を訪問

して、いっしょにすごしていた。本人を亡くしたある日のこと、ボランティアをしたいと申し出てきた。「お墓参りに行っても母からは何の返事も返ってこないから、母と一緒に過ごした他の方と話をしたい」ということだった。ボランティアとして、入浴後の髪をとくしたり、一緒にお茶を飲んだりして下さっていた。しかし、1 年半ぐらいたったあるとき、「母親をここに入れ、結果として突然亡くなってしまったけれど、後悔はしていない」と言われた。そして、自分自身ではっきりとそう言えるようになったので、ボランティアをやめていかれた。

ホームで初めて看取った方の話をいたします。もともとアルツハイマーだったこの方は、入居して 1 年ちょっと経った頃から、コンコンという咳が気になり始めた。協力医にちょっと変ではないかということをしつこく聞いたところ、肺癌が見つかった。そのときは既に、あと数日でだめだろうというぐらい進行していた。検査や治療という方法もあるが、限界がある。どうするかということを経験者がご家族に話すと、ご家族は、「認知症でもあるから、これ以上治療して 100% 健康な体に戻るという保証はない。だから、このまま自然に亡くなればいい」という考えだった。

それでも手厚いケアを受けて亡くなったほうが家族としても後悔しないで見送れるのでは、また、医療施設に移ったほうが楽に最期の日を迎えることができると私たちは

考えた。しかし、ご家族は、「認知症でまだ元気なうちはグループホームで楽しく過ごせるのに、病気になったら出ていけというのはとんでもない」と抗議された。職員と話し合いの結果、「大したことはできないと思うが、それでも、うちで最期の日を迎えたいというご家族の希望があるなら、みんなで力を尽くそう」という職員を含めた私たちの結論になった。ただし、本来私たちは、認知症の人の暮らしの支援をするところだから、ご家族の協力なしにはとてもやれない。特にやれないのは夜間である。単体のグループホームなので、どこからも応援体制がない。提携の協力医も土曜の午後から月曜の朝までは連絡もつかない状況だから、夜勤の職員はとても不安な中で夜を過ごすことになる。それを率直に話したところ、入居者のお嬢さん3人が交代で夜泊まると言ってくれた。

その時点で余命は数日か数十日かと言われていたが、結果的には、約5ヵ月間、ご家族が交代で泊まっていたことになる。それぞれ仕事を持っていたので、朝仕事に行き、夜、仕事が終わったらこっちへ帰ってくるという暮らしを、3人の姉妹が当番を決め行っていた。

その5ヵ月間は、医師が往診して、1日置きに点滴をしてくださった。食事は突ついた程度しか食べられず、そのうち嘔吐も始まった。室内も車椅子で移動しなければならぬくらい体力が落ちてきた。それでも、寝ているときは痛みがないような感じで、話しかければとてもユーモアのある答えが返って

きた。往診のドクターにも、「あら、先生、元気になったわね」と言って、どっちが病人かわからないようなやりとりがあるなど、周りを笑わせるようなエピソードもたくさんあった。

うちのホームのモットーは、毎日お風呂に入ってさっぱりすることで、入居者は皆お風呂好きだ。その方も例外なく、「お風呂入る？」と聞くと、「うん、入る」と言うから、亡くなる前日まで毎日お風呂に入っていた。時にはぐるぐる巻きにして散歩にも出るし、グループホームの他の入居者と大体は似たような暮らしができていた。他の方は40分なり小一時間楽しめる歌を、5分10分楽しむという程度の体力になってきた。お正月を迎えられるか、どうか心配している間に、逆にご家族が疲れてきてしまった。そして、泊まり当番を間引きしようかと相談するつもりで、ご家族が3人集まったその明け方に、スーッと息を引き取られた。

職員にとってはご家族が夜間泊まってくださっている、ということは、とても安心だった。ご家族にとっても、みんなお嫁に行き、世帯が別になってから、しばらくぶりに親と長く夜を過ごすことがとてもいい機会だったようだ。本当に亡くなる前の日まで、普通の暮らしを楽しんで亡くなられたと思う。仲良しの入居者もいっしょにお別れをすることができた。

そんなふうにしたから、「ああ、やった」という気持ちがあるし、ご家族からも、「ずっとここが実家だと思って、これからも来

る」と言ってくれました。とても良い経験から学ぶことができたと思っている。

おおむね私の目安として、経口摂取量が500ccを切るくらいになってきたときは、認知症が悪化して食べることがわからなくなり、飲み込むこともわからなくなったという場合が多い。500cc前後ぐらいのときから普段よりもっと注意してケアするようになり、それをもとに、家族と相談を密にしていく。

職員体制は、介護福祉士が約3分の1、あと3分の2はホームヘルパーが占めており、看護師は私だけである。だが、私も毎晩いるわけではなく、たまに夜勤に付き合うという程度の協力しかできない。そのため、ウィークデーの昼間以外に医療処置が欠かせなくなった時点で、家族に来ていただいて、率直にうちのホームの看取りの状況についてお話する。その際、医療機関だとなうと思う、私どもにいればこうだという話をすると、大抵の場合、医療機関を選ばれることが多い。ここで医療機関を選ばれた場合、受け入れ先の先生に書類を渡して、何日から入れるからここへ行ってくださいという状況にして、お渡しするようにしている。それでもどうしてもグループホームで最期を過ごしたいと希望されて、申し訳ないがご希望に添えないと断ったのはいままでに1人いらっしやる。さまざまな協力体制が整わなかったためである。

現在、入居者9名のうち要介護度5が1名、4が5名、3が3名という状況だから、何が

あっても不思議ではないという状況だ。一番最近は、12月24日のクリスマスイブに心臓がとまった人がいる。それは平成15年に喘息を持っていて入られた方だ。15年のときに既に老健は断られ、病院では徘徊だと言われ、どこも行くところがない状態で私どもの所にお見えになった。最初は喘息の対応を職員に一生懸命教え、もう3年目になったが、12月23日と24日と両方、私が続けて休んだときに、職員が対応できず、喘息発作で心臓がとまってしまった。最終的には、この方は、人工呼吸器をつけて一命をとりとめた。現在入院中の担当医からは、今後は退院してもどこか日常生活の指導がある病院に行くようにと言われるくらい喘息が悪化し、いま病院で手当てしている。

福島氏 喘息の発作がひどい方の場合は非常に難しい。これまでいくつかの事例をみてきたが、看取りをしないようにしているという意見は初めてだ。

櫻井氏 私どもの職員は3分の1が介護福祉士だが、その中には実務経験3年で資格を取った者だけではなくて、専門学校を出てきて取った者もいる。その専門学校を出てきた人たちは、どうしても「死」というものに対して拒否反応がある。いつかは彼女たちもわかってくれるかもしれないが、いまターミナルをやろうと言え、あの人たちは、「もう辞めるしかない」と言うかもしれない。それを思うと、私はもう少し時間をかけて職員を育てようと考えている。ターミナルを迎えてい

る方々には、できる限りの受け入れ先を紹介し、今は、グループホームに住み慣れているとはいえ、職員の技量を見ながら、やっているところだ。

福島氏 よくわかる。いまの世の中、自分の身の回り、親族等を見回しても、実際に死に立ちあつた人なんてほとんどいない。ましてや介護福祉士になったばかりの、若い人たちは、まず人の死なんてみたことない。そういう人たちがグループホームという場所で、自分の親ならぬ他人の死を看取ることになるから、それは相当なストレスだろうし、大変なことだろうと思う。よくわかる。

ともかく、グループホームで終末期の看取をすることになるとしても、どこのホームでもやりなさいというわけにはいかない。では、どういう条件整備が必要かということをも是非考えていただきたい。

例えば、これまで日本では少なかった施設での看取りが、最近では欧米諸国並みに多くなってきたが、一方で、グループホームの職員が病院に行って、びっくりして連れて帰ってきたという話もあった。そういうことを考えれば、病院よりはまだグループホームで亡くなったほうが幸せではないかという考えもあるだろう。また、入居者本人の気持ち、家族の気持ち、それから、費用の問題もあるだろう。

そういう中で、我々が看取りを支援すると手を挙げるのは簡単だが、スタッフのストレスやいろいろな副作用をどう解決するのか。

そのあたりの問題をクリアするために、どういう条件整備をしていったらいいのか、これから皆さんのご意見を伺いたい。

苛原氏 きょうは資料(在宅における認知症高齢者の死亡原因)を持ってきた。(出来ればこの図も入れてください)

私どもは、在宅医療を積極的に行っている6つの診療所と共同研究をしており、いま癌以外の方の緩和ケアを調べている。そこで、自宅で亡くなった60名の認知症の方の死亡原因を調べた。

先ほど櫻井さんが突然亡くなったと言ったが、この調査結果では、在宅では27%、3割ぐらいの方が突然亡くなっている。これは階段から落ちた方も含まれている。そして認知症で食べられなくなって亡くなっていく、いわゆる天寿を全うする方はごく一部だ。ほとんどの場合、肺炎などの合併症で亡くなることが多い。この調査は在宅で暮らしている認知症の方の結果であり、医療が一生懸命、24時間・365日支えていても、介護が不十分であるとかいう結果である。そういう意味ではケアの目が行き届いているグループホームでは、突然死はより少ないのではないかとと思うが、我々の有床診療所でも、10年ぐらい入院患者さんを看ていると、突然亡くなることがある。グループホームにおいても突然死はいつでもあるということだ。

僕自身はグループホームで看取りをしていくべきだと思っている。実は、私どものグループではまだ看取りができない。それはなぜかということ、櫻井さんのところと一緒に、

都市部なので若い職員が多く、経験がないため怖くてできないのだ。ところが、私どもの診療所の隣に有料老人ホームがあって、そこは日常的に看取っている。今週も水曜日と金曜日に2人の方を看取った。そこはなぜ看取れるのかというと、一つは看取りの経験がある職員が多いと言うこともあるが、二つ目は医療行為を職員が家族の同意をとって行うことがあるからだ。痰吸引もやるし、経管栄養もやる。規制緩和があったので、それが法に則っているかどうかよくわからないが、家族の同意を書面で取り交わし、利用者1人1人に対する個別対応の方法を職員全員が研修している。そうやって吸引もやるので看取ることができる。

もう1つ大事なことは、診療所の隣にあるので医療アクセスが非常にいい。何があっても、すぐに医者や看護師が飛んでくるという条件が整っている。

だから、グループホームで終末期をやるということは、ここに書いてあるとおりで、本人・家族の意思、医療連携、そして家族の協力が絶対に必要だ。

もう1つ、職員の教育もとても大事で、経験を積んでいけば何とかグループホームでも看取っていけると思うし、そうするには制度的なバックアップや、看取り加算のようなものを厚労省に要求していくべきだと思う。グループホームでの看取りは時代の要請ではないかと思う。

松戸の方だと、認知症の方を受け入れて長期間入院させてくれる医療機関はほとんど

ない。有床診療所に肺炎の患者がきても、点滴して、その晩には帰ってしまう。そして翌日亡くなるというケースも珍しくない。このような医療機関が多い中で、グループホームが頑張っ て看取っていかなければならない状況だ。そのために訴え、政策提言していかなければならないというのが今の正直な気持ちだ。

福島氏 いまの先生のお話を聞いていて、都市と田舎との違いは家族関係において相当大きいと感じた。都市部では、地域でグループホームを支えていくという感覚は全く持っていないし、地域の人たちがグループホームの入居者を温かく迎えてくれるとか、見守ってくれるということは、あまり期待できないのではないかと。

櫻井氏 うちのホームは都市型だが、こちらから一生懸命に働きかけていった結果、家族との関係も少しずつ変化してきた。ご家族に対しては、請求書と一緒にいろいろな物を書いて送ったり、ホームに来るのは当然のことのような感じで電話をかけたたり、いろいろな試みをした。恵まれたのかもしれないが、今ではかなりいい関係ができていて、何か起きたら協力してもらえ体制はある。

看取りの時だけでなく、身体状態の変化などをきっかけに入居者の暴言・暴行がひどくなった時なども、夜は家族が付き添い、昼間は家族が費用負担して有償のボランティアまでつけるということもある。そんな協力の仕方もあるのではないだろうか。

それから、地域とのつながり言えば、う

ちはイトーヨーカ堂に毎日買い物に行く。初めの頃はお店の中で迷子になると大騒ぎだったが、そろそろ9年目になるから、店員の方もだいぶ慣れてくださって、スムーズに対応して下さるようになった。地域の人、入居者と触れ合ううち、徐々に理解して下さるのではないだろうか。

福島氏 星野さんは、終末期支援の経験を踏まえて、実際の支援のためにどういった条件が必要と思うか。

星野氏 うちは大和地域にあるが、その地域はかなり広域だ。同じグループホーム同士でも、隣の事業所が何をやっているかわからず、どのような利用料の体系でやっているのかさえわからない。とりあえず集まってみるのも良いと思い声をかけてみた。一番遠いのが十日町、湯沢、近くだと小出と、全部で20ヵ所近くの仲間が集まった。

話を進めるうちに、お互いのグループホームの内容や運営の違いに皆さん、「エッ?!」と驚くことが多かった。核になる職員の考え方も千差万別で、職員は、経営者や管理者の運営理念に非常に大きく影響されるのではないかと感じた。

恵まれている職場もある一方で、まったく違う職種やパートで働いていた方を雇わなければいけないケースも多い。そういった意味では、筋の通った管理者の理念がきちんとあって、それを職員にどう教育できるかという点が看取りをするためには重要だと思う。私たちには医療はできないので、ケアについ

での工夫を考えないといけない。その辺を誰がどうやって教えていくのか、というところが問われてくるのではないか。

それから、職員の精神的なストレスをどう解消するのかということも重要なことだ。肉体的なストレスは解消できるが、看取りの問題だけではなく、同じ職員が同じお年寄りをケアし続けると、水がよどむように職員の心に精神的な疲れが出てくるのだと思う。

それから、医療との連携はきちんと整える必要がある。うちの場合は医療法人がついているのでクリアできていると思うが、訪問看護との連携は不可欠になる。医療処置の問題も含めてきちんとした形をつくっていかないと、看取りをやっていくのは難しいものがある。

実際にやってわかったことは、予想以上に職員の精神的な負担が大きかったことだ。亡くなった方お二人とも、ご家族が遠方の方だったので、家族の協力は得にくかった。結果的に職員のみでやったが、やはり職員が1人で看取るのはとても怖い、不安であるという話が出てきた。その辺をどういうふうにするのか。できれば、夜勤者1、プラス、宿直でもいいから、何とか宿直体制をとれないのかと思う。そのためには行政的な裏づけが必要で、現状では介護1の人をみるのも、介護5をみるのも、そんなに料金的には変化がない。特養だと利用料金がかなり違うし、看取り加算もある。もし、同じように看取りをやっていくということであれば、要介護度による手間は違うのだから料金体系の見直し、さらに

看取り加算等を考えていく必要があるのではないか。

福島氏 紹介いただいたケースでは、現行の配置通り、つまり、1人の職員体制で看取ったのか。

星野氏 2つのケースともにそうだ。何かあれば、緊急体制で私が計画作成者が駆けつけることにしていた。

大谷氏 うちのグループホームは3ユニットあるが、いままで3名の方の看取りをさせていただいた。3名の中の1人は、病院での生活がいたたまれなくなって、家族からグループホームに戻してほしいとお願いされたものだ。私はグループホームでの看取りはあるべきだと思うが、どこでもできるわけではないし、いつでもできるわけではないと思っている。うちが看取りをさせていただいた頃と今では、職員の入れ替わりなどで対応力に違いがあるので、今現在はできない状態だ。

グループホーム・ケアは認知症であるその人の人生の支援、最後まで本人らしく生き切れるような支援を日々の支援の中でやっていくわけで、終末期になってから始まるわけではない。出会ったときから最期までの関わり、本人の意思を可能な限り察知しながらやっていくものである。しかも、本人が健康の不調を訴えられないわけだから、そこにはできるだけ専門的な目を加え、より健やかに、より本人らしくというのを徹底的にやっていくことが必要だ。

そういう中で、「死」は目の前にあることだし、特別なものではない。急病で入院されるのは別としても、終末期になったからどこか違うところへ移されてしまうのは残念だ。たとえ状況によって、病院で最期を迎えるようなことになったとしても、それまで関わってきたものを何とか病院のケアに活かしていただけるように努力する必要があると思う。グループホーム・ケアは最期まで関わっていくことなのではないか。

なぜグループホームなのかを考えれば、本人の意思確認、希望を最大限尊重する、寄り添うなどのことを現時点で一番実現できる可能性に満ちているからだと思う。

これまで私たちが経験した3名の方の看取りでは、ぶれなかったことが幾つかある。1つは本人の意思が非常によくわかったため、そのことを家族や主治医ともに共有できたこと。もう1つは、家族の意識が統一されていて、一度もぶれがなかったこと。最後は、家族の協力体制を生み出すことができたことである。

当初は、職員の気持ちのずれもあったが、スーパーバイズやいろいろな事をやっていくうちに、理念を通して1つになっていった。ズレたりブレたりする度に、それを1つにしていくという姿があった。そこには、教育ももちろんだが、スーパーバイズとかストレス・ケアが有効だった。また、何よりも24時間・365日の医療連携がとれていたことも大きい。

それから、これは賛否両論あるところだろ

うが、3名いた看護職員の力が大きかった。現在は、かなり職員が入れ代わって、新人職員が当時の質に戻っていないのと、看護職が2人に減ったことで、看取りをすることができない。それから、入居者の病状が重度になってきたので、1人1人に関わる時間が非常に長くなっている。もともと日勤帯3人でもまわらない状態で、必要時4人配置しているが、それでも難しいことがある。日常的な認知症ケアをしっかりとやっていこうとすればするほど、いろいろなものが求められていくので、現時点では自信がない。

もちろん、目の前の方や家族が、ぜひここで最期までと希望するときに、それを受けられない状態にはしたくないという気持ちがあって、いまは必死に頑張っているところだ。

これまでの経験を通して見えてきた課題としては、何よりも日常的に基本的なケアがしっかりできていること。これは教育とか継続的な現場教育に裏付けられているものである。それから、グループホームであるということから、徹底的に本人視点で関わるケアの理念や視点が常に育っていくことが重要だ。また本人中心のケアを家族も含めてともに実践できていること。家族と常にコミュニケーションが図れていることと、家族とともに看取りに向き合えるという力を生み出すこと。本人中心のケアを主治医やいろいろな人たちとの医療連携体制の中でつくっていきけるという共通理解を日頃から持っていきけることと、それを持っていきけるためのケアマネジメントがそこに存在すること。それと、

職員への看取りケアの教育を充実しておくこと。それは死のケアもそうだが、ストレス・ケアも含めて重要だと思っている。

また、看取り時期になったときには非常にきめ細やかなケアが必要だが、苦痛の緩和とか、できるだけ居心地よく快適にすることなどは非常に手間暇かかることだ。ケアの力量を高めるための具体的な教育がきちんとできていないといけないのではないか。

提言したいことは、グループホームの管理者なり職員が看取りということに向かうときに、看取りというのは一体どんなことなのか、グループホームで何が求められているのか、その課題とか具体が見えてくるような指針があったらいいということだ。

それから、職員体制という意味では、どんなにグループホームだけが頑張ってもだめだ。事実、気持ちをすり減らしていくところもある。人員配置や介護職員の報酬などの制度改正も含めて議論される必要がある。また日常ケア、看取りケアのなかに、センター方式を活用しながらしっかりとケアマネジメントができる体制づくりが重要だと思う。

また私は絶対に医療の現場にはしたくないので、グループホームに医療を届けるという感じでやっている。グループホームが医療現場と同じようなものを持つという意味ではなくて、グループホームに医療が届けられて支援ができるように、あくまでも暮らしの場であることを保っていく姿勢が必要ではないか。

そして、非常に言いにくいことだが、介護

現場や在宅医療の実態の中には、多少なりとも法律を拡大解釈しているところがあるだろうと思う。実態を見据え、かかりつけ医を中心とした専門職がともに介護現場における医療行為のあり方について議論し、制度や法律ありきではなく現場のニーズをしっかりと受け整備をする必要があるのではないかと。法律や制度的な裏付けが乏しい中で現実的な医療行為が伴う支援が求められることは職員のストレスの要因になっている。上手く主治医との共通理解が図れ、管理者が現場指導を重ね頑張ったとしても、職員がつぶれてしまうということがあるので、そういう裏づけはぜひとも欲しい。また看取りをしっかりと支援しているグループホームには介護報酬の評価をいただきたい。

最後だが、ある日突然、指針を見たから明日から看取りをやるうなんていうことは絶対できないので、経験値が必要だろうと思っている。その経験値をどう制度の中で報酬と組み合わせていくのかというのは非常に難しいと思うが、ある一定の積み重なってきたものがあって、看取りができていくということではないか。

武田氏 私はもともと看護職で、病院でたくさん看取りをやってきた。老人病院にもいたし、救急病院にもいた。30年医療をやってきたたくさんの看取りに接したが、グループホームの看取りとは全然違うものだった。本当のことを言うと、その全然違うことを、私は看護職だからできたと思っている。看護職がいなくてもできるが、それをちゃんと医療の

現場でわかってほしい。それが一番重要だ。

それは何かといたら、私はいま医療行為をやっていない。吸引もやらないし、点滴もやらない。うちは最後の最後に老衰で亡くなる人がほとんどで、あとは癌で亡くなった人が2人いる程度で、6人亡くなったうち4名が老衰だ。本当に枯れるように亡くなる。いまターミナルをやっている人が何人もいるが、500ぐらいの水分だといいいながら、それがずっと続いている。そういう状況がありながら、医療行為を考えていない。今日だめになることを考えない。今日食べられることを考える。今日食べる支援をする、そのことを考えてやっているだけで、スタッフはうまくやっている。

それから、最後の最後の本当に下顎呼吸が始まった状況になったら、吸引しなければちょっとかわいそうかなと思うような状況はあるが、毎日、口腔内清拭をきちんとやることによって、そういうことがなくて済む。そういうことをきちんと伝えていくべきだ。だから、ターミナルケアのあり方も、いま私たちがやれていることで手応えのあるものをたくさん伝えていく。まさに私が病院に勤めていたときは、はっきり言って、最後の最後まで1日1,500cc、2,000cc以上の点滴をどんどん入れて、吸引して、吸引して、吸引して、最後に心臓の状態がおかしくなったら心マッサージを一生懸命やってポロポロ肋骨を折るが、これで助かった人はいない。そういうことをやって医療費を請求してきた。

私は今では家族に必ず言う。申し訳ないが、

万が一呼吸がとまって心臓がとまっているとわかっていても、心肺蘇生はしたくない、いままで生きてきて、その人と付き合ってきた中で、最後の最後まで本当に頑張ってきた証がちゃんとあるので、それで終わりにして心肺蘇生はしないが、それをどう思うかということのことをちゃんと話す。もしするのだったら、私は自分でやらないで、すぐ救急車を呼ぶ。3分で来るから。そういう話をしたら、家族はみんな、やらないでくれと言う。

いまスタッフが1人で非常に大変だと言ったが、うちのスタッフは1人だと思っていないと思う。うちでは固定電話のほかにユニットごとの携帯を持っている。日中、外出する時や、当直仕事をする時、職員は携帯電話を必ず持つようにしていて、何かがあったらいつでも連絡をとる。本人の状態を見ながらその場で話ができて応援を呼べるからだ。こういう安心感が大切だし、職員に1人で大変だという思いをさせなくてもいい。これをやるだけでも、これからの「ターミナルはどうやったらできるか」という問題が少し変わっていくのではないか。

その他にも家族の応援体制がとれる。例えば、血圧を測る時、今日は危ないかなと思う状況になってきたら、私たちは経験を元に、危ないかもしれないと家族に言う。すると、家族は自分たちから泊まりにきてくれる。その時に、宿泊用の部屋を用意してあっても、本人のベッドのそばに寝ていく。そういう状況が2、3日続く中で亡くなっていく。

また、ケアにおける様々な工夫も蓄積されてきている。例えば、仙骨が赤くなってきて、どうしようもないときに、羽毛布団を敷くようにしたら、褥瘡なんて全くできなくなった。羽毛布団は、圧力が均等にかかっていくし、通気性がいい。それと、毎朝、椅子に起こして着替えるときに、ワーツと布団に空気を入れて、また寝てもらおうような状況をつくれるから、褥瘡ができない。これは知恵だと思う。

家庭の中で暮らすのと同じように、グループホームの知恵を集積して、多くの事業所で活かしていけばいいと思う。

医療行為の制限に関する話もあったが、私は北海道の協議会を背負っているので、そういう状況の中で法律を犯すわけにいかない。こういう状況の中で法律を犯さないで何かをやろうと思ったら、全国のあちこちで山積みになっている「看取りの知恵」のようなものを全部集めて、「こういうことができる」というもので引っ張っていけばいい。

グループホームがこれから背負っていかなければならない大きな課題がある。それは、認知症の人の命を支えることを、どうやってみんなに伝えていくかということだ。これはきちんと考えて答えを出していくべきだし、そこに理念がなかったら絶対だめだ。理念がしっかりあって、その対策をみんなで考えながら、スタッフのチームワークが機能しなければならない。スタッフのチームワークをとる際に一番大事なのは管理者の意向だろう。

うちはいま重度のところの1ユニットだけ、常勤で8人置いていて、内部に看護師がいる。なぜ外部の看護師ではだめかという、外部では医療を持ち込んでしまうからだ。例えば、入居者が肺炎を起していた時に、どうしても所用があって2日間ほど訪問看護を頼んだことがあった。この時は、自分が帰ったら絶飲食になっていた。何で絶飲食なのかと聞いたら、誤飲して咽るからだと言う。咽るのは当たり前前で、今までは体位を工夫して食べさせていたのに、それをやめたら食べられなくなってしまう。訪問看護が帰ってから、先生に連絡を入れて、それからプリンと煮豆とヨーグルトを食べさせたらすぐに元気になった。その時は、訪問看護師たちがどうやってやるのかと逆に聞いてきたが、グループホームでそういう工夫ができるのは内部の看護師が毎日見ているからだと思う。そういう工夫や技術をたくさん引き出して、整理して、きちんと伝えていくべきだと思う。

そして、看護師にもっと認知症のことをわかってくれと言いたい。こんなことを言ったら怒られるが、特に訪問看護師にはわかってほしい。スタッフの教育も大事だが、もっと全体の中で考えていくべきこともあるのではないかと。全てがグループホームの負担にならない形で、外の仕組みも変えていくべきではないかと思っている。

大谷氏 内部看護職の話だが、当然、看護職であれば誰でもいいという話ではない。武田さんが言われた中であつた、吸引しなくても

いい、床ずれもできない、栄養状態が少しでもいいという判断は、非常に専門性が高い。点滴に頼らないという判断も、看取りの時期だけではなくて、日常的なものだ。日常の看護の力が発揮できるようなケアを目指して、看取りのためのケアマネジメントとではなく、生活を見ていく中でのマネジメントとなることが大切だ。

それと、武田さんが前半に言われた点滴をしなくても大丈夫だという話などは、グループホームにおける看取りケアの確立のために、全国から幾つもの知恵を集めればよいと思っている。

自分も、武田さんのところから学んだ方法があつて、それが最近とても役に立つと感じている。それは、だんだん御飯を食べられなくなった人に、豆を柔らかく煮たものをタイミングよく食べさせることだ。うちも今まで、いろいろな工夫をやってきたが、最近はずちでも職員がみんな煮豆を炊けるようになったので、その人にとって一番調子のいい時間帯にいつも煮豆を食べていただくようになった。その結果、最近入居者たちがえらく艶がよくなった。こういう1つ1つの工夫、知恵を集めるのは大事だ。これらは本来、看護職が持っているべきだが、今までは磨いてこなかった。これからは、こういったことをケアとして確立していく必要があるのではないかと。

福島氏 それは今回のテーマとは別に、看取りのための方法論として今後確立していくべきだろう。

武田氏 持っている知恵を出しあって、そういう方法がある事をみんなに伝えていかなければならないということだ。

武田氏 今のところ、とんでもないグループホームもあるのが現状だ。そういう現状の中で、私たちは、入居者の重度化に伴ってターミナルを考えなければならない時代だということ伝えたり、グループホームでターミナルをやるというのはどういうことなのかを明らかにしようとしていたりしている。

この場にいらっしゃる様々な人たちが、自分たちの実践や成功した事例から具体的なエキスを作って、工夫の仕方のいろいろを出していくことが大切だと思う。そういう中から1つずつ積み上げていかないと、毎日御飯も食べられなくなっていく状態を見ながら、スタッフが心を痛めることになってしまう。早く、そういうことがわかるようにしてあげることが協会の役割だと思う。

櫻井氏 私もそう思う。

私の状況は、いま大谷さんがおっしゃっていた状況と似ていて、私が現場にいない時間があるにもかかわらず、職員を完全に教育できていない。例えば、今日もウロガードをやっている入居者への対応方法を杉山先生がお書きになった『おはよう 21』の「福祉職のための医療処置」のコピーをつけて、細かく指示を出してきたが、福祉職も多少の医療知識を持っているのは当たり前だと思う。今のグループホームは、認知症の行動障害がひどいときの助けとしてしか見られていない

が、居心地がよかったら最期までいることもできると考えるような役割を社会的に認められると、私たちはとてもやりやすくなる。

というのは、ご本人の考えやご家族の利害関係など、誰が本音を言っているかつかみにくい状況の中で、私たちはその人に適切なケアを提供している。そのやり方で本当にいいのだと誰かに後押ししてもらわないと、とても不安な状況だ。これでいいのだという支えになるターミナルケアの手法をグループホーム協会の研修で行い、そうした研修を受けたものだったらターミナルケアをするのもあり、という感じで教えてくださるとありがたい。そして、その時、看護師だったら当然気にかけることを福祉職にもわかるように取り入れてもらったら、という期待がある。

星野氏 私は介護職なのだが、いまの自分がここまで来られたのは、第1回の介護福祉士の国家資格ができたときに、看護師がケアの本質とケアの基本を徹底的に私たち介護職に教えてくれたからだと思っている。福祉職には福祉職のできる範囲があるし、看護師には看護師のできる領域がある。1人ひとりの専門性によってお互いに連携し合うというのが本来の姿ではないか。

たとえ、ヘルパー2級程度の資格しかない人たちでも、日々やっている中でいろいろなことを発見してくれる。それに対して、それはこういうことかもしれない、こういう方向からそれを見ていったらどうなるか、わからないことは看護に聞こうとか、リハのPTに

聞こうというふうになっていき、その人へのケアの内容が1つずついいものになっていく。

武田氏 看護職だから何かができるすごいかといったら、そうではない。私が一番忘れられないのは、例えば呼吸状態がまずくなってきたときに、ここに入れろとか横を向いたときにはこういう具合にしろとか私がいる言ったら、介護職の方から、自分達にわかる解剖整理の本を買ってこいと言われた。今では、私が何か言うと、後で本を調べて私の言ったことがどういうことか見ている。いま私が、任せていて大丈夫だと思っているのはそういう人たちがいるからだ。そういうふうになってくるものだ。

苛原氏 医療がグループホームに介入すると悪くなるという話もあるが、武田さんも医療判断と医療行為をしている。その医療判断という医療行為をできない施設もあるから医療連携が必要なわけである。医療が悪いと言ってしまうから、医療側と介護側の対立などと、医者の中にもわけのわからないことを言う変なやつが出てきてしまう。ここでは、あまりそういうことは言わないほうがいい。我々診療所ネットワークの医師仲間にも、グループホームではちゃんとした医療もしないで看取っているなどと言う医者も確かにいる。その辺は、星野さんが言われたように、医療と介護が対立するのではなく仲良くやっていったほうがいい。

櫻井氏 今まで、グループホームにおけるターミナルへの取り組みは、少ない風潮だったが、グループホーム協会として、ターミナルケアのスタンダードラインをまとめてくれると、その標準より上へ行けばいいという目標を目指せばいいから、やる方としては取り組みやすい。出しゃばって最期までやって、病院の分野までやってと世間の人に言われて済むから、その辺のラインがある程度あるととてもうれしい。

福島氏 世間の人はいろいろなことを言う。たとえそのラインを引いても、必ずグレーゾーンがあるから、クリアカットは期待できない。非常に難しいと思う。

櫻井氏 要するに、あんな小さいところへ行ったら突然死んでしまったなどと、お通夜の席で言われてしまってはどのようなもない。

福島氏 変な話、そんなのは往診している医者だったら誰でも経験しているのではないか。あんなところに往診してもらわず、ちゃんと病院に入院させるべきだったと、親族が枕元に来て言っている。

大谷氏 確かに、内部看護職だからいいということではなく、看取りのケアがちゃんとできる人材がいるのかどうか重要なのだと思う。そういう意味では、いまのグループホームはまだ未成熟だ。でも、介護職だろうと看護職だろうと、看取りのケアはきちんとできると思うし、看取りのケアマネジャーみた

いな人が他職種連携を導いてくれるといいと思う。

今後の課題は、看取りケアの人材育成みたいなものをしっかりとつくることだし、それを協会がやってくれれば非常にいいと思う。

福島氏 資格より資質だ。確かに僕もそう思う。今まで様々な人材と関わりを持ったが、改めてそう思う。

第3回座談会の要点

理念

グループホームが看取りの支援を実現するためのキーワードのひとつに「理念の共有」があげられる。グループホームの人材は、年齢層、職務経験、資格取得の有無などが様々だが、事業所の理念さえしっかりしていれば、全ての職員が同じ方向に向かって一人の人を支えていくことができる。大切なのは、事業所の経営者、管理者自らが徹底して本人視点で関わるケアの理念を持ち、職員のみならず、利用者や利用者家族、事業所をとりまく関係者等に理念の理解浸透を促すことが重要である。職員や関係者のチームワークは、この理念に支えられながら機能する。

- ◆ 徹底して本人視点で関わるケアの理念
- ◆ 理念の理解浸透と共有化

家族との連携・協力関係

家族とグループホームの関係性は、地域の特性による格差がある。都市部におけるコミュニティの崩壊は、地域の人間関係そのものを希薄にさせ、グループホームの存在そのものに関心を持たない場合も少なくないのが現実となっている。同様に、家族とグループホームの関わり方や連携力の強さも様々で、状況に応じたグループホームの努力が求められるところとなっている。

しかし、入居者との関係が崩れてしまった家族にも、それぞれの思いがあり、その関係修復こそが入居者への直接的な支援につながることになる。また、看取りの場面における家族の存在は何者にも代えがたい。家族連携、協力関係が得られにくい状況においても、グループホームからの積極的な働きかけが重要であり、その関係構築は終末期を迎える以前から取り組まれるべきものである。そして、その関係性をしっかり築くこと

が、看取り支援をする前提事項となる。

- ◆ コミュニケーション力
- ◆ コンスタントに本人の情報を家族に伝える
- ◆ 断続的に家族の意向確認を行う
- ◆ 理念や具体的なケアの方針をしっかりと家族に伝える
- ◆ 本人中心の意識の統一を図る
- ◆ 家族の協力体制を得るために働きかける

医療との連携体制

医療との連携体制は、本人への適切な医療提供という面だけでなく、職員の不安、ストレス対応するしくみとしても欠かせないものである。グループホームが持たない医療という機能を外の力を活かして円滑に提供していくことが大切になる。そして、その場合においても、グループホームを医療の場にするのではなく、あくまでも暮らしの場に継続することが、認知症のお年寄りにとって重要なことなのではないか。

- ◆ 協力医療機関の確保
- ◆ 主治医の理解と協力
- ◆ 24時間・365日の連携体制
- ◆ 介護職による医療的な処置・対応に関する法的な検討
- ◆ 生活の場に医療の力を活用するしくみ

看護職と介護職の連携

グループホームにおける終末期の支援は、医療の力に頼るだけでなく、本人の生活に寄り添い、ケアの工夫で可能な限り普通の生活を支援していくことなのではないだろうか。介護職、看護職それぞれが担うべき役割があり、それぞれの専門性を活かしながらお互いに連携し合うことが本来のチームケアであり、そこには理念に基づいた一人の人を支えるという共通認識がなされていなければならない。看取り支援を円滑に進めるためには、看護と介護の協同が重要となる。

座談会では、外部の訪問看護とグループホームのケアの質の違いが浮き彫りになり、両者の連携が必ずしもスムーズでない実態が明らかになった。介護職であっても基本的な医療的知識は学んでおくべきであろうし、看護職も認知症に関する学びを深めていくことが求められる。今後、グループホームの看取りにおける教育研修をさらに検討していかなければならない。

- ◆ 専門性の尊重と役割の理解
- ◆ 介護職の基本的ケアの習得
- ◆ 外部介護職における認知症ケアの理解浸透
- ◆ センター方式等を活用した看取りのケアマネジメントの推進

職員体制

看取りを実現していくためには職員教育が大変重要になり、経験を積んだ熟練者の存在が必要となる。そのためには、制度的なバックアップや看取り加算など検討、また、入居者の状態変化に応じて職員配置を柔軟に変えられる配慮や、介護報酬の見直し時における慎重な検討も望まれるところである。

一方で、看取り支援における職員の不安やストレスは、事業所の運営方法やケアの工夫により、ある程度まで解消できるとの意見もあげられた。家族の協力体制をつくる工夫、夜間時の連絡体制の整備など、個別の事業所に蓄積されたノウハウを標準化していくことが、今後の課題となっている。

- ◆ 重度化、看取り支援に対応した職員配置
- ◆ 職員の不安感やストレスを解消するための運営・ケアの工夫
- ◆ 看取りケアを牽引できる人材の育成

蓄積された看取りの知恵の集積と情報発信

現実には、現行制度の枠の中で看取り支援に取り組んでいる多くのグループホームがある。試行錯誤を繰り返しながら、安易な経営栄養に頼らない地道な努力や入居者の居心地のよさ、苦痛を和らげ安心感を保つ様々な工夫など、「看取りの知恵」のようなものが全国的に山積みになっている。それらの知恵を収集し、情報発信していくことで、グループホームの看取りのノウハウを広く普及したり、さらに積み上げていったりする

ことができるのではないだろうか。

- ◆ 看取りにおけるグループホームならではの緩和ケア(看取りの知恵)
- ◆ 情報収集と情報発信による、看取りの知恵の普及

シンポジウム報告



シンポジウム報告

1. 実施概要

検討委員会および座談会で集約された、意見・具体的な取り組み事例などを基に、シンポジウムを開催。今後グループホームが取り組むべき具体的な課題について、パネリストの意見を得るとともに、会場の参加者と双方向の意見交換を進めた。

シンポジウム概要

実施日：

2007年3月11日(日)13時15分~16時00分

会場：

東医健保会館(東京)

参加者：

137名

実施内容：

(1) 研究会報告

医療・看護との連携

苛原 実氏 医療法人社団実幸会いらはら診療所理事

グループホームならではの看取り

武田 純子氏 有限会社ライフアート代表取締役福寿荘総合施設長

(2) シンポジウム

コーディネーター

福島 弘毅氏 全国GH協顧問・福島外科クリニック院長

岩尾 貢氏 全国GH協副代表理事・社会福祉法人鶴寿会 施設長

パネリスト

杉山 孝博氏 全国GH協理事・川崎幸クリニック院長 (医療の立場から)

平岡 久夫氏 日興フィナンシャル・インテリジェンス株式会社 (家族の立場から)

和田 行男氏 大起エンゼルヘルプ・クオリティーマネジャー (事業者の立場から)

池田 武俊氏 厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長補佐

2. 研究会報告

(1) 医療・看護との連携

発表者：苛原 実氏 医療法人社団実幸会いらはら診療所理事

研究会報告

医療連携

座談会報告

いらはら診療所 苛原実

1

在宅療養支援診療所

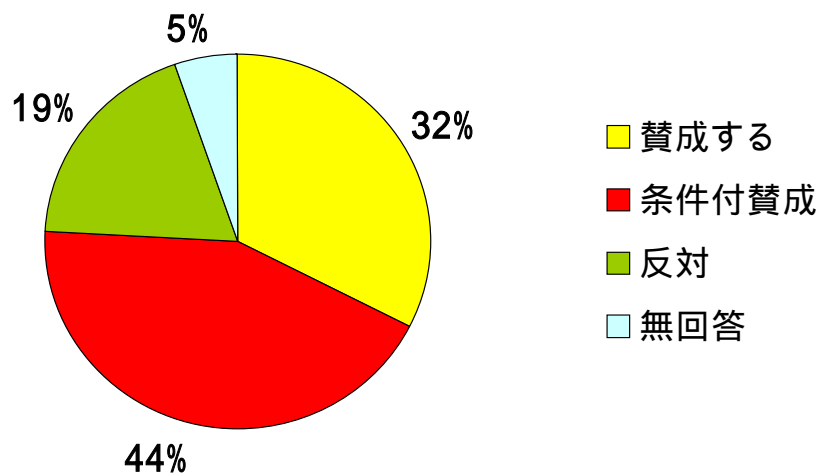
- 19床の有床診療所
- 在宅患者約230名
- 医師当直制
- 現在5ヶ所の認知症高齢者グループホームに往診している
- 平成17年の看取り件数
在宅23名、病棟24名



2

利用者や家族が希望すれば看取るか

平成14年度68.7% 15年度76%



3

問題の背景

- ・ 認知症グループホームの多様化
利用者の重度化 - 住み慣れた地域で
初期から終末まで継続的な支援

看取りは避けられない課題
- ・ 死亡者数の増加: 年間100万人 170万人へ
- ・ 入院病床の減少と施設での看取り増加

4

医師・訪問看護師との連携

- 医師との連携は比較的スムーズ - 「在宅療養支援診療所」
- 訪問看護師との連携が困難な時がある
看護師の認知症ケアに対する理解不足
認知症の人の「生活」も理解不足
今後の課題である

5

主治医と協力医の連携

- 利用者の主治医と連携医が異なる場合あり
- GHの方針や利用者の状態によりさまざま
- 24時間の医療対応を可能とするためには両者の連携が不可欠
- 地域による環境の違いもある

6

医療行為の制限

- グループホームでの医療行為は自宅での医療行為よりもはるかに少ない
- 介護職の行う医療行為の緩和があった - 湿布、爪きり、血圧測定など
- 医療行為が障害となり、退去せざるを得ない場合がある - 特養や療養型病院へ
- 医療行為が出来なければ終末期支援は困難
- 医療連携の活用

7

介護職が行うための条件 診療所市民ネットワーク私案と杉山私案

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1、利用者、医師、実施する介護職の同意 | 1、その行為が生活を続ける上で切実なもの |
| 2、実施する介護職への利用者ごとの研修 | 2、実施する介護者が研修をうけること |
| 3、医師・訪問看護師の管理下 | 3、資格者を公的に認めること |
| 4、グループホーム内の体制整備 | 4、職務を担うものへの相談機能があること |
| 5、責任の明確化 - 介護職、医療職 | |

8

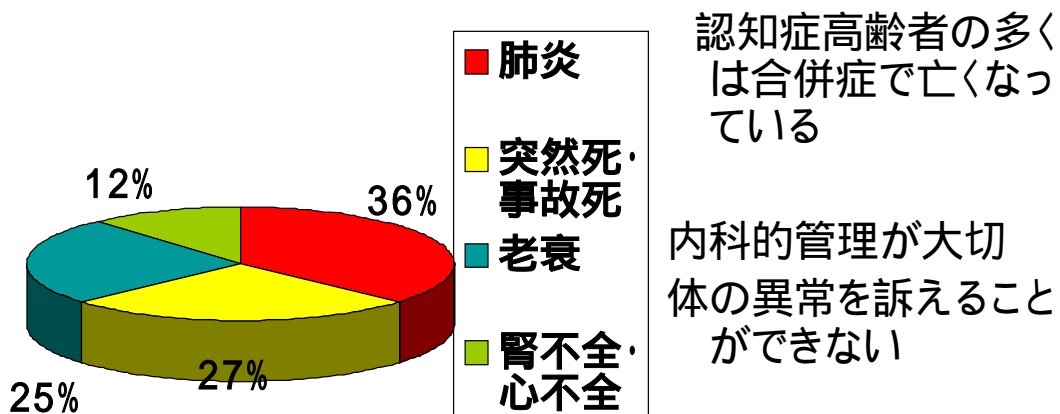
医療支援において職員が担う役割

- 日常生活の微妙な変化に関する気づきと関係者への連携
- 本人の苦痛、不快感を取り除くためのケア
- 家族との情報交換 - ゆり動く家族の気持ちに沿うような対応、家族への支援
- 状況変化時の連携体制、対応の取り決め

9

在宅における認知症高齢者の死亡原因

(N=60)



認知症高齢者の多くは合併症で亡くなっている

内科的管理が大切
体の異常を訴えることができない

多施設共同研究

いらはら診療所、梶原診療所、松永医院
あおぞら診療所、亀田メディカルセンター
東京女子医大東医療センター在宅医学部
慶応大学医学部医療政策管理学教室

10

看取りに必要な知識と理解

- 在宅で看取りが出来ない理由は医学的なことではなく、介護力不足

杉山先生の意見

- 1、看取りの正しい知識をつける
- 2、緊急時対応の体制を確保
- 3、終末期に必要な医療処置の知識と実習
- 4、家族とのコミュニケーションのとり方、法律上の問題

11

医療における緩和ケアのあり方

- 入院医療における認知症の人の緩和ケアをどう考えるか - 拘束される、それでいいのか
- 認知症の人でも終末期医療が有効である場合もある 医療とグループホームを連携させる形で、新しいターミナルのあり方を考えられないか

12

まとめにかえて

- GHは終への棲み家と変化している、これまで長年過ごしてきた人を身体能力の低下などで退去させていいのか
- 看取りが出来て完結するケアもある
しかし、無理はしなくてもいい
- 入居所も理解できる看取り - 安心できる
いつまでもここにいていいんだね

(2) グループホームならではの看取り

発表者：武田 純子氏 有限会社ライフアート代表取締役福寿荘総合施設長

研究会報告Ⅱ

グループホームならではの看取り ～本人の自己意思の尊重をどこまでできるか

- ・検討委員会委員 武田 純子
- ・有限会社ライフアート代表取締役

考え方の整理

日常ケアの延長上にある“看取りケア”

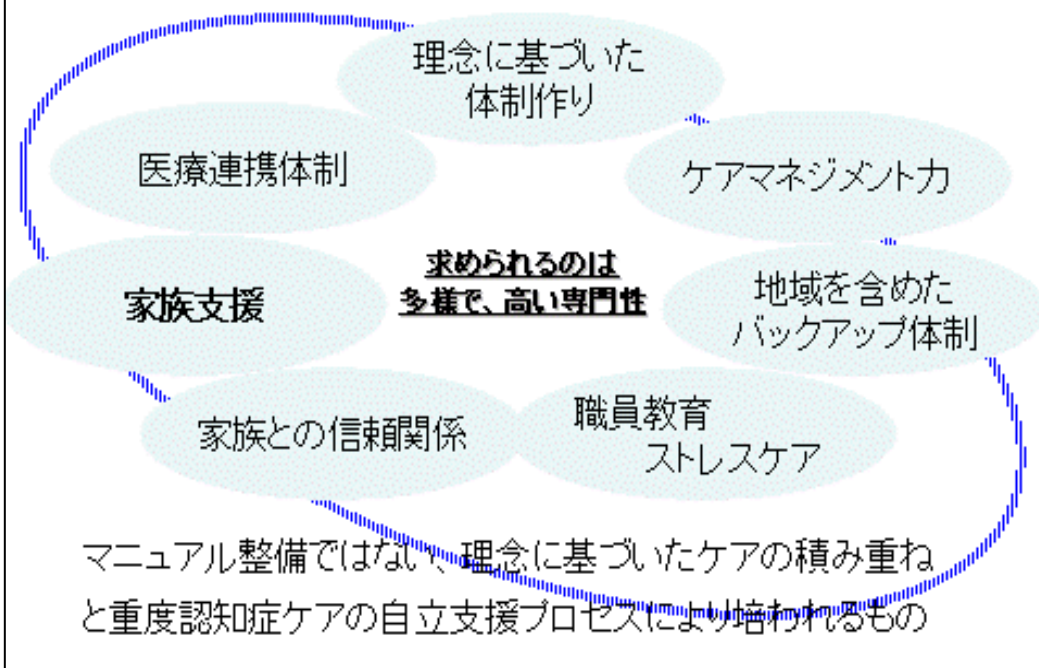
グループホームケアの現状や認知症の人への
支援を模索してきた中での考え方



- 本人の意思決定・希望を最大限尊重できる可能性
- 「本人中心のケア」を導ける可能性に満ちているサービス
- 人生の最期まで、「自分らしく」生きる場としての期待

ハードルは高く、GHに求められる力量は非常に大きい

求められる力量とは…



意思決定と判断

チーム内の連携が強いほど
意思決定のコンセンサスは得やすい…

- 徹底した自立支援
- 医療処置において迫られる瞬時の判断
- 点滴、胃ろう、延命処置に関する判断
- 看取りの場所に関する意向、決定

本人を中心とする

家族、職員、主治医などのチーム連携

それぞれの思い・・・

- 本人中心のケアを柱とする医療連携体制づくり
- ステージごとに繰り返しながら行う意思確認
- 家族、医療を巻き込んだチームケア
- 専門職としての見極めと情報連携

事務的ではない
同意書、確認書
アンケート

情報連携
の活用・・・

チームづくり

介護職が担う
役割とは・・・

家族連携・支援

家族との連携・コミュニケーション

家族との信頼関係を強化する意義

- 家族の気持ち・家族の本音を大切に
- スタッフの取り組みや思いを伝える
- 経験に培われた助言と支援を活かす
- 家族を含めた本人中心のケアができる

このプロセスは
職員の安心感に
つながるのです

家族関係の修復、家族支援

本人への支援

本人の意思をわかるための働きかけ

あきらめないで！

- 徹底的に本人視点で関わる
- スタッフ一人ひとりが認知症ケアの理念や視点を育む
- 日常ケアの中で、本人の声、希望、願いを察知していく力
- “グループホームならではの”の関わりが持つ可能性を活かす
- 初期からの権利擁護、任意後見などの制度の活用

それぞれの思いと意向が存在する中で、GHは
どこを向いて支援していくのか？

研究会の取組み課題

- ①グループホームにおける看取りケアの指針の作成と周知
- ②看取りケアを行うためのグループホームの職員体制
 - 主治医および看護職との24時間、365日の医療連携体制の確保
 - 看取りケアの専門的な研修を受けた職員の配置
 - 適切な報酬評価
- ③看取りケアを行うための人材育成
 - 看取り支援の専門人材(指導者)の育成
 - 認知症やGHケアに関する訪問看護職への教育・研修
- ④本人中心の看取りケアマネジメントの確立
 - センター方式の活用
- ⑤介護職の医療行為に関する制度緩和
- ⑥社会への看取りに関する啓発やコンセンサス

3. シンポジウム

パネルディスカッション - それぞれの立場より意見発表抜粋 -

1 行政の立場から

池田 武俊氏 厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室室長補佐

1. 制度見直しの経過について

皆さん、こんにちは。厚生労働省の池田です。

昨年4月に介護保険制度が見直され、グループホームにおいても新たな体制が組み込まれているところです。概ね1年が経過したところですが、今回のテーマである「看取り」に最も関連するのは、やはり医療連携体制加算の部分だろうと思います。

制度見直しにあたっては、平成16年7月に社会保険審議会介護保険部会の報告として方針が出されていきました。認知症ケア、新たなサービス体系の確立、そしてその中で医療と介護の関係ということで報告がなされています。

少しだけ紹介させていただくと、ここでは、施設や居住サービスにおける医療と介護の機能分化ということについて報告されています。実態においても、特別養護老人ホームや認知症グループホーム、特定施設などにおいて、終末期を迎えるケースが生じており、こうした施設や居住系サービスにおけるターミナルケアのあり方は大きな課題となっているという点。また、ターミナルケアに限らず、日常的な健康管理や緊急時の対応を含めて、こうした施設や居住系サービス利用者が、外部の専門医療機関や訪問看護等を利用する場合についての医療保険との関係の基準や方針のあり方を検討することが必要であるということ等です。この介護保険部会の報告に基づいて、これはグループホームに限らず保険給付の各種サービスについてですが、幅広く検討されてきたという経緯がございます。

2. 特別養護老人ホームの制度的な状況

まず、グループホームとの制度的な比較として、特別養護老人ホームのターミナル加算について少しだけ説明させていただきたいと思います。特別養護老人ホームでは、入所者の重度化に伴う医療ニーズの増大に対応するため、「重度化対応加算」が設けられています。これは、看護師の配置と、夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針策定など、一定の要件を満たす場合に介護報酬上の加算として1日10単位が加算されるものです。

内容は、グループホームの医療連携体制加算とほとんど変わらず、算定要件とし

ては常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。それから、看護職員、または医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保していること。健康上の管理等を行う体制を確立していること。さらに、看取りに関する指針を策定し、入所の際に入所者・家族等への説明を行い、同意を得ていること。看取りに関する職員研修を行っていくこと。看取りのための個室を確保していること。などがあげられます。お聞きいただいでわかるように、グループホームにおける医療連携体制加算と同じということがいえます。そして、このような形で、これまで生活の場としてサービスを提供してきた特別養護老人ホームにおいて、医療との連携の必要性が生じたことから、加算が組まれて、そのための体制が組まれてきたわけです。

加えて、特別養護老人ホームの「看取り介護加算」についても紹介させていただきますが、これは、「重度化対応加算」を算定している施設において、医師が終末期にあると判断した入所者について、医師・看護師・介護職員等が共同して、本人または家族等の同意を受けながら看取り介護を行った場合に、死亡前30日を限度として死亡時期に加算するというものです。この場合、特養の施設もしくは自宅の中で死亡された場合は、1日当たり160単位。また、もう1つのパターンとして最後は病院に行くというケースも考えられると思いますが、施設もしくは自宅以外でお亡くなりになった場合は1日当たり80単位になっています。

この場合の基準ですが、1つは、医師が一般に決められている医学的知見に基づいて、回復の見込みがないと診断した者であること。それから、入所者またはその家族等の同意を得て、看取り介護に関する計画が作成されていること。それから、医師・看護師・介護職員等と共同して、随時、少なくとも週1回以上、本人または家族への説明を行い、同意を得なければならないこと。こういった内容が「看取り介護加算」の要件になっております。

ある意味、特別養護老人ホームもグループホームも、入居される方の終の棲家であるならば、そこでお亡くなりになるということを当然考えていかなければならず、ターミナルケアの体制をどう組むのかということを考えるのは必然であるといえます。

3. グループホームにおけるターミナル対応

今回の基準をつくるにあたって、グループホームについても特別養護老人ホームと同様の論議した経過があります。グループホーム協会でも実施していただいたアンケート結果では、6割ぐらいのホーム長さんは、ターミナルケアに取り組みたいと

か、取り組む体制がとれているというようなご回答がありましたし、事例報告にもありましたように、かなり看取りの経験を積んだグループホームが出てきているというのも事実です。

何よりも、これから先、認知症の方をしっかりと支えていくといった場合に、本人が長年過ごされたグループホームで最期を迎えられたいとおっしゃるのであれば、やはりその意思をしっかりと尊重していける体制づくりが大切です。そういうケアを実現していくのが、これからの認知症ケアの中心に据えた部分でもあります。こうした観点から、グループホームにおけるターミナルケア加算はどうするべきかという議論が行われていったわけです。

しかし、議論を進める中で私どもも多くの現場の皆さんのご意見に耳を傾けました。その中には、果たしていまの時点で、今すぐにもグループホームでターミナルに取り組む体制があるのか、あるいは全体の意識として、グループホームはターミナルケアに取り組むべきなのか、こういった根本的な論議がまだまだ十分ではない状況という感じがしました。

また、もう1つ見落としてはならないのが、例えば特養などでは、100人の入居者の場合は常時3人の看護師が配置されているわけです。それから、嘱託医という関係ではありますが医師も配置されている。それに対して、グループホームの配置体制はやはり違いがあるというのが前提にあります。そういったことも含めて、今回は医療連携体制加算という形で制度になりましたが、この間、もう少し皆さん方の間で議論や実践事例を積み重ねる必要があるのではないかと考えています。そういう意味でも、この医療連携体制加算の活用がこれからの鍵を握ってくるのだと思います。

先ほど来、医療との連携の重要性というのは非常に強く訴えられておられますし、そうした認識は皆さんにもあると思います。また、既に、次の介護保険事業計画の改正に向けた論議も始まっています。こういった状況の中、今、まさに、今後のグループホームのターミナルケア対応について、一定の議論の整理がなされていくことが重要でありますし、19年度には具体的にどういう形で取り組んでいけるのかというところを焦点化させる時期にきていると思います。

4. 今後の議論に向けて

先月、2月19日の厚労省課長会会議では、全国のグループホームの実態報告をいただいたところです。昨年10月1日時点のアンケート調査結果を見ますと、看護師または准看護師を配置している事業所は、8,528のグループホームのうち

4,492 事業所で、配置していないところが 4,036 事業所です。看護職員を配置しているところは半分より若干多いというぐらいの感じです。それから、医療連携体制加算の実施状況については、体制加算をとっているところが 4,608 事業所、とっていないところが 3,920 事業所です。これもやはり算定しているところが若干多くなっています。

医療連携に取り組まれていない実態としては、例えば報酬が安いとか、看護職員の確保が難しいというような事もあるかもしれませんが、まだまだ医療との連携の部分では、議論、検討を進めていく、あるいは体制を整備していく余地があるのかもしれない。そうした部分も、仕組みをどう考えていくかという上での検討になっていくと思います。

もう 1 点だけ申し上げますと、我々は、施設であろうが、グループホームであろうが、また、在宅であろうが、暮らしの場にいるその人のことを考えてみたときには、人によって必要とする医療の質も違ってくるでしょうし、あるいはケアとしての支援の必要性もそれぞれ違いがあるのではないかと。これまでのように、サービスといったものが包括的に提供され、ある集団に集められていくだけではなくて、住まいの中で実際に様々な人からの支援を受けたり、医療を受けたりできるしくみが必要だと思いますし、その暮らし方をもう少し考えていこうではないかと、そういうような議論が始まっております。

ある意味、これまでのような加算の形で、入所者 1 人当たり何点という計算をしていくよりも、むしろ個別に、その人の必要に応じてサービスが導入されていくような方向性もあるのかもしれない。そして、これまでもずいぶん議論になっておりましたが、グループホームにおける医療保険との関わり等も一定の方向性を出して行ってほしいと常に思っております。一応、導入部ですので、行政らしい説明で入らせていただきました。

2 家族の立場から

平岡 久夫氏 日興フィナンシャル・インテリジェンス株式会社 副理事長
- グループホーム横浜はつらつで、ご両親を看取られたご経験より -

1. 入居までの経緯

両親二人だけの生活

- ・ 1993年5月、母が脳梗塞で倒れ、1ヶ月入院。後遺症はまだらボケと尿失禁。リハビリの対応を間違え、認知症の症状が悪化。
- ・ 1996年12月より、浜松医療センターの金子満雄先生に受診。両親ともに、地元のデイサービスを週2回利用しながら、介護生活の基盤を整えていった。

私の両親は、神奈川県が一番西の端にあります山北町というところで60年間過ごした後、横浜のグループホームに入居いたしました。そして、2004年10月に父を、2006年11月に母を亡くしました。ともに88歳でありました。

ご存じの方もいらっしゃると思いますが、浜松医療センターの金子満雄先生に診てもらおうということで、1996年12月に受診し、いろいろとご指導をいただきました。結局、その後は6ヵ月から9ヵ月の間に1度ずつ、合計9回、両親を浜松まで連れて行って、いろいろご指導を賜った経緯があります。2回目に受診した時には、姉弟が揃って出向き、ある意味では厳しく叱られたというようなこともありました。

2. 手作りのコミュニケーションツール

浜松医療センターへの受診をきっかけに、自分たちで作ったコミュニケーションツールがあります。これは私たちが金子先生を訪問した後に、そこで得た情報を書き込んでいき、姉弟やヘルパーの方たちにも配って、情報共有を図ろうとしたねらいがありました。もう一つは、介護日誌もつけておくことにしました。基本的には、自宅でみているヘルパーの方や姉弟が、それぞれ両親とどんな話をしたとか、どんな出来事があったか等を書き込み、その時の様子や経過を関係者がみんなで見られるようにと作りました。当事者同士のコミュニケーションに役立てたわけです。

これは、後から非常に役に立ちました。一つは、要介護認定の調査員の方がいらっしゃった時、両親は「何でもできます」というふうに答えてしまうわけですが、面接の後で調査員の方にこれを読んでいただきますと、日常の実態をよく理解していただくこと

ができ、適切な介護度を判定していただくことができました。また、グループホームへ入居する時も、全部で過去6～7年分あったノートをお渡ししまして、実情についての情報連携をスムーズにすることができました。

3. グループホームへの入居

介護サービスを利用しながらの在宅生活を続けるも、ケアマネジャーやヘルパーから「二人だけの生活は困難」と指摘される。

2001年の介護度は、父が要介護度1、母が要介護度2であったが、その後の対応を検討していた頃、長男（私）の自宅に近い「グループホーム横浜はつらつ」とめぐり合う。2002年3月、両親は一緒に入居した。

両親は、グループホーム「横浜はつらつ」に一緒に入居したのですが、9人のユニットのうち男性は父1人ということもあって、いろいろと心配した面がありました。しかし、比較的順調に生活は落ち着き、それほど心配するようなことはありませんでした。母がおおらかな性格で、夫婦仲が良かったことも幸いしたと思います。

今日のテーマの看取りについてお話をさせていただきますと、グループホームの入居時には、明確に看取りについての話はしませんでした。そのことは考えてはいましたが、もう少し先の話ですかね、といったような感じでした。ただ、1、2年経過した頃、グループホームの方から看取りに関する1つの方向性 - 看取りと行う - を明確に示していただき、私どもにも伝えられるようになりました。正直、非常に「助かった」というような気持ちになったのを覚えております。

4. 父の看取り

2004年10月26日午後2時、スタッフ（看護師）が血圧低下に気付き、主治医に連絡。主治医の指示により救急車で大学病院に入院。

大学病院の医師から「動脈瘤破裂の恐れがあり。極めて危険、このままでは3～4日が限度。手術の成功の確率は5%。成功後の予想生存期間は1か月と告げられる。

手術を「するか、しないか」の判断を求められる。

姉弟に緊急連絡し、手術を受けないと結論を出す。その晩、母、子供、その配偶者、孫が集まり、言葉を交わす。翌27日朝9時に死去。

父は、2004年の10月に亡くなったのですけれども、10月26日の午後2時頃に看護師のスタッフの方から血圧が急低下したとの連絡が入りました。すぐに大学病院に入院。私が4時に病院に着いた時点で、大学病院の医師からは動脈瘤破裂の危険があると伝えられました。「このままでは3、4日でしょう。手術が必要だが、成功の確率は極めて低く、成功した場合でもその後は多分1ヵ月程度かもしれない。」とのことでした。家族はこの時点で、手術をするかしないかの判断を医師から求められました。

私は、姉弟にも連絡するので少しだけ待って欲しいと伝え、電話で協議し、結論として手術は受けないことにしました。幸い、その晩に姉弟はじめ親族全員が集まることができました。父もその段階では、「あれ？みんな揃って、仕事はどうしたの？」と言うほど意識がはっきりしておりました。帰るときも全員に手を振って別れたのですが、翌日の27日朝に病院で亡くなりました。

5. 母の看取り

2006年9月初め、ホームより「急変時における対応についての同意書」の提出を求められる。

施設長等と面談。その後、姉弟と協議し、グループホームでの看取りを希望、（延命だけの）手術は避け、自然な成り行きに任せる。ただし痛みを取り除く方策は採用する、脳死状態（植物状態）になった後の人工呼吸器での生命維持は望まず、自然な死を受け入れる、と結論。母には、マイルドなかたちで（日常の会話の中で）同意を得る。

2006年11月3日夜、母、脳梗塞の症状となる。

言語障害、身体麻痺など。問いかけに目蓋や手指の反応あり。

翌4日に病院に行き、MRI検査。その後はホームで寝たきりの看護となる。

家族は、ホームに対して家族の協力を明言（同時に姉弟にも確認）。

11月16日午前4時、ホームのスタッフから母が急変した旨の緊急電話が入る。

同日、家族全員に看取られて死去。

それから、昨年11月に亡くなった母のケースについて話をしたいと思います。実は、母が亡くなる2ヵ月前の9月に、ホームの方から「急変時における対応についての同意書」の提出を求められました。私どもは施設長等と面談し、また、姉弟で相談をしながら大まかに次の3点を決めました。

まず1つめは、グループホームでの看取りを希望するということです。2つめは、痛みを取り除く処置についてはお願いするが、延命だけの手術などは避けて自然の成り

行きに任せたいということ。3つめとして、脳死状態、植物状態になった後の人工呼吸器等の生命維持は望みません、自然に任せます、自然な死を受け入れますということを決めました。

また、次の取り決めをしました。父の時の経験から、家族は施設や病院から様々な意思決定を求められるという事を意識しました。その場合、姉弟4人全員の連絡が取れないケースも実際に起こり得ます。そこで、連絡を取れた者の結論を持って4人全員の総意とする、という了解をとりました。何らかの理由で、たった1人で判断せざるを得なかったとしても、「後でごたごた言わない」というようにしたわけです。

実際は、2006年11月3日の夜に、脳梗塞で言語障害、身体麻痺のようなことが起こり、翌日の4日にMRIの検査をすることになりました。主治医から病院に宛てた紹介状の中には、「検査のみで入院はしない」ということを明確に書いていただきました。検査の結果は、脳梗塞があちこちに出ていて、検査をした医師からは「昨日まで普通の生活をしていたとはとても信じられない」と言われました。

11月3日に倒れた後、母の元についていた私の娘、実は娘は看護師ですがけれども、16日の午前1時ぐらいに一度家に戻って休んでいたところ、午前4時にホームのスタッフから「急変した」との電話が入り、呼び戻されました。私自身は、たまたま高知に出張しており、弟も出張先の沖縄から駆けつけるなどして、親族全員がグループホームに揃った30分後ぐらいに、母は命を終えました。

6. グループホームでの看取りに際して感じたこと

両親ともに、死の直前（倒れる1日前）まで、不安のない普通の生活ができたことは、グループホームの支援だからこそできた事と感じている。

入居者本人、スタッフ、家族とのコミュニケーションが最も重要であり、その結果としての良き協力関係が生まれる。

ピンポイントでの判断等、看護師である娘を含め、医師・看護師の存在が大きかった。

父と母の看取りで大きな違いとなった「事前のコンセンサス」（同意書、確認書）の存在は大きい。

この存在により、家族内、ホーム内、家族とホームの間で、迷いや惑いが起こらず、ブレが生じなかった。

これらの経験を通して感じたことは、関係者のコミュニケーションが非常に重要と

ということです。それから、私どものケースでは、ピンポイントでのアドバイスや助言を非常に適切にいただけたと思っています。医師や看護師の方、それから、グループホームのスタッフの方にも大変に助けられたと思います。先ほど申し上げた、午前4時に異常を感じて迅速に知らせていただいたという点も、大変有難かった。そのことによって、姉弟揃って最期を看取ることができました。

もう1つ、父と母の看取りで最大の違いは、事前のコンセンサスがしっかりしていたかどうかという点です。母の場合には、事前に同意書をしっかり作っていたので、お互いに迷いとか惑い、ブレというものが起こらず、精神的にも安定していたと思います。

いろいろと偉そうなことを言いましたけれども、実際のところグループホームのスタッフの方には大変お世話になりました。そして、私自身、妻や娘の存在なしにはこのような対応はできなかったと思っています。実は、妻は1995年、変形股関節症で身障者になったのを契機に、介護ヘルパーを経てケアマネジャーの資格を取得しました。実の子供達(姉弟)が現状肯定をしつがらないところで、妻や看護師である娘からの豊富な情報をベースに、的確な判断と冷静な対応ができたことは本当に有難かったし、感謝しています。

一度も声を荒げたことのなかった母を思い出しますが、最後に、よい看取りをさせてもらえた父と母にも感謝したいと思います。ありがとうございました。

3 事業者の立場から

和田 行男氏 全国GH協理事、東京都グループホーム連絡会事務局長・
大起エンゼルヘルプ・クオリティーマネジャー

それぞれ人の事情と折り合いをつけるということ

人は誰もが認知症になることを願ってはいないし、グループホームに入居することを願っているわけでもないでしょう。その意味では入居者にとってグループホームでの生活は、不本意な状態だということです。また誰もが最期の最期まで自分のことが自分でできて、コロッと死にたいと思っていると考えるほうが自然ですから、看取りの状態も願ってはいない状態だと言うことです。

つまりグループホームにおける看取りを考えるとときには、この2つの点から誰もが願ってもいない状態なんだ！ということ認識した上で議論することが大切です。

そう考えると、僕らにとって考えていくことの順番は、本人が願っている状態を維持するために、それを続けられるために何が必要で、どうすれば良いかということが一番大事なことですが、ただそうは言っても、人は壊れるわけですから看取りの議論になるわけです。それが議論のスタート地点です。

グループホーム入居者も僕らと同じように自分の事情をもちます。入居者は、自分では願ってもない病気になり、自分のことが自分で出来ない状態になり、人の手助けをたくさん受けなければならない状態という不本意な状態に陥るのですが、その時に本人の願いから考えれば、グループホームでそのまま暮らし続けたいのか、もしくは自宅に1人でもいいから帰りたいのか、あるいは1人じゃなくて家族のもとに戻りたいのか、あるいは医療機関に行って少しでも延命行為をして欲しいと願うのか、選択肢はいくつかあるわけです。

支援する側にも事情があります。皆さんにも事情があるように家族にも事情があります。また、医療機関にも事情があり、私たち事業者にも事情があるわけです。合わせてグループホーム側の事情にも幾つか種類があって、経営者の事情、現場の事情、管理者の事情もあれば新人職員にも、それぞれの事情があるわけです。

医療機関の事情という例では、先日グループホーム入居者が調子悪くなり入院することになりましたが、職員が医療機関に行くと入居者は手を縛られて点滴を受けていました。本人は職員を見かけると「助けてくれよぉ～！オラは何も悪いことしてねえだよぉ～！」と言うわけです。職員も「何ていうことを」と思ったわけですが、両者の言い

分とももっともな事ではあっても、医療機関には医療機関の事情というものがあるわけです。

そう考えると、私たちグループホームにおける看取り・終末期ケアというのは、本人の願っただけでなく、本人を真ん中において、さまざまに関わりをもつ人たちの事情を持ち寄って「どう折り合いをつけていくか」というところに行き着くと思うのです。

どんなに本人が自宅に帰りたいと願っても帰せない。家族のもとに帰りたいと願っても、家族には叶えてやれない事情があったりする。僕らがどんなにグループホームで最期まで支援したいと願っていても、それを叶えられない事情がグループホームの中と外にあったりするわけです。中の事情には、看護師が24時間いない、職員配置量に限度がある、職員の経験や気持ちというものもある。外には、24時間を支えてくれる医療機関があるかどうかなど、本人を取り巻く環境は個々の事業所や地域によって違いがあります。

そういった事情の中で、折り合いをつけて考えていくことが、僕はとても大事なことだと考えています。

どこでも、だれでも、必要な医療が提供されるシステムを

もう一点はシステムの問題についてです。

日本には医療保険制度があります。これは、人はいつ・どこで・どんな形で壊れるかわからない存在ですから、いつ、どこで、どんな形で壊れても、修理をする仕組みをつくっているということです。だから東京に住んでいる僕が北海道に行って壊れても、沖縄へ行って壊れても、修理することができるわけで、必要なときに必要な分だけ適正な医療が提供されることが保障されているという信頼の中で、僕らは税金や保険料を払っているわけです。

ところがそれがこの国では歪んでいます。自宅に住んでいる場合なら受けられる医療が、グループホームや特別養護老人ホームに入居すると、システムが同じように使えない状況になっています。

訪問看護を例にとると、医師が必要と判断し自宅で受けていた訪問看護がグループホームに移り住むと受けられなくなる。今回の医療連携体制なんていうのは“まがい物”で、本人にとって必要に応じて受けられる仕組みになっているわけではありません。選択肢もありません。医療連携体制が制度化されたから良いということではなく、まだ発

展途上にあると考えた方がいいと思っています。

人が壊れる存在である以上、住む場所が自宅であろうと、グループホームであろうと、特養であろうと、必要に応じて医療が受けられるようにするべきです。

また、医療機関側にも適切な医療を必要な分だけ提供しているという信頼性を高めていって欲しいし、私たちグループホームの側も、この人にはこれが必要だということをはきちんとマネジメントできるようになることが必要だと思います。

人員配置の限界と専門性の効果的な活用

もう1つシステムのことで言えば、人員配置の問題があります。

グループホームの人員配置量は、職員の労働時間を週40時間1日8時間と定めると、9人の入居者に対して、夜間帯を除く日中に24時間分の配置が規準上必要となります。仮に夜間帯を22時～5時（7時間）とすると、24時間+7時間の31時間分配置ということです。週の労働時間の最低基準は32時間であり、夜間帯は入居者18人に対して1人の人員配置でよいとされているので、事業者が最低基準にすればなお人員配置量は下がることを認めた仕組みです。

ということは、24時間を生きる9人の入居者の総時間数216時間（9人×24時間）に対して31時間分の人手しかないわけです。東京の事情でいえば、多くの事業者が1日40時間分を配置（規準を上回る）して運営していますが、それでも人手は足りないのが実情です。

どんなに職員に思いがあっても、どんなに必要だと思っても、客観的に支援が必要な状態になっていても、できることには限度があるということです。

しかも認知症という状態の特徴は、いつ・どこで・どんな形で生活に障害が起こるか分からない状態ですから、24時間を通して支えることが必要になってきます。自宅での生活を応援しようと思ったら、人は年間約8700時間（24時間×365日）生きるわけですから、介護職なら4人（8700時間÷2080時間：年間労働時間40時間×52週）が必要と言うことになります。それではコスト的にも人手的にもこの国はもたないでしょう。

その意味ではグループホームというシステムは、自宅で暮らし続けたいという本人の願いを除けば、入居者9人（総時間数約78000時間）に対して、多くて職員8人（約17000時間：2080時間×8人）で支援すると、当たり前のことですが自宅で支えていく

ことに比して費用対効果は高いとも言えるわけですが、その分できることに限界があるということです。

その中で僕らにできることは、その限界を知りつつも、必要なことに対して何ができるか、どうすればできるかということを追求することぐらいで、グループホームにおける生活支援とか看取り支援とかを議論する時に、このシステムの限界と専門人材の効果的な活用を相対的に考えていくことが重要だということです。

これからのシステムのあり方

看取り加算とか重度加算とか、いろいろと言われていますが、その考え方には欠陥があると思います。看取りや重度と言われる状態になってから加算をつけるということは、事業者にとっては看取りや重度の状態をつくるほど収入が増えるという仕組みになってしまうからです。

仮にグループホームに90歳で入ってきた女性入居者なら平均寿命からみれば6年分はプラスを生きているわけですから、壊れたり亡くなる確率は高くなるでしょう。学問的には最大寿命は120歳くらいだと言われてますから、グループホームに119歳の人が入ってきたら、1年後にはみんな死んでしまうということです。

そう考えていくと、暮らしの中で“死”はいつ訪れるかわからない。そのいつくるかわからない“死”に対して、“死”の直前に対してだけ金を払うという仕組みには疑問を感じます。

人が生きることを支える事業なら、看取りの状態にならないために金を使うべきであり、生きるということ(生活)の中に“死”を組み込んだ形で考えていくことが大切なのではないでしょうか。

また、グループホーム事業者はグループホームのことしか言わないけれど、特別養護老人ホームにだってたくさんの方が生活をしているわけですから、そのところも合わせて考えていくことが必要です。

仮にグループホームで日中時間帯に入居者9人に対して2人の職員配置が最低基準だとしたら、入居者50人の特養なら12人の職員配置が基準になるべきだし、夜間グループホームが18人で1人の夜勤が最低基準だとしたら、50人の特養は3人配置していいわけです。

こんなことは利用者側から考えれば当たり前のことで、自分に対して提供してくれ

る人手量は、グループホームでも特養でも同じになるべきだ考えるほうが自然です。

そうした点をきちんと議論したうえで、システムをどうするか、負担や人手をどうするかという議論にしていかなければと思います。

まとめると、看取りは想いだけで語ってはいけないし、そこだけを抜き取って考えられるものでもありません。また自分のところでできているからといって他でもできるはずだとか、やるべきだというように固定的に考えられるものでもありません。

必要不可欠なバックアップとしての医療を含めて、その人がそこで生きていくことをどう支えられるかということ、国づくりとして、社会づくりとして考えて、切り開いていく必要があるのではないのでしょうか。

4 医療の立場から

杉山 孝博氏 全国GH協理事、川崎幸クリニック院長

増加しているグループホームでの看取り

私は27、8年前から訪問診療を始めまして、訪問診療開始後まもなくから在宅ターミナルケアに取り組んできました。昨年1年間、自宅で看取った人は49名。今年は既に16~17名を看取っています。そういう意味でも私にとって在宅でのターミナルケアはある程度日常的になってきています。

また、訪問診療の対象の半数以上は認知症の人です。認知症の人のターミナルケアも含めて診ているというわけです。

本日は、在宅にいる人だけでなく、どの場所でも穏やかに、その人らしい最期を迎えられればそれが一番いいのではないかと、そういうシステムをつくるにはどうしたらいいのかという視点で、お話をさせていただきます。

グループホームにおける看取りはかなり現実的になっているといえます。私が委員長として関わった2002年の調査では、当時、開設後3年以上のグループホームで看取りの経験があるところが29.9%となっていました。2年から3年という設立後まだ間もないグループホームですら、看取りの経験がある割合が16.1%です。そういう意味では、どのグループホームでも看取りというのは現実的になっているということを一旦認める必要があるのではないかと思います。

初期から終末期までを考慮した 認知症ケアの必要性

- 認知症高齢者の身体的衰弱の進行は一般的に速い
- 入院などの環境の変化により状態が大きく変化しやすい
- 調査によってもGHにおける看取りが現実的になっている
- 在宅療養支援診療所や医療連携体制加算の新設など、支援環境が整備されてきている
- 長い介護の過程を通して、看取りに関して家族は受け止めやすい

取組み過程で成熟していく制度

昨年4月に、社会保険診療報酬の改訂で在宅療養支援診療所が、介護保険改正でグループホームにおける医療連携体制加算が新設されました。これまでの医療保険の歴史を見ると制度は経過とともにどんどん成熟してきました。例えば在宅医療にしても初めは全くというほど認められていなかったのが、次第に認められるようになりまし、救急医療も初めは診療の合間に仕方なく対応していたようなところがありますが、診療報酬の中で救急医療の点数がつき、ICU 加算がつくようになると、非常に活発に救急医療体制が確立されてきました。そういう意味で、在宅療養支援診療所や連携体制加算などは、まだまだ始めの第一歩かもしれませんが、こういう整備が徐々に行われてきているということが重要なのだと思います。

家族介護者の立場から

また、家族の立場から見ると、認知症の介護は期間が非常に長いわけです。大変な苦勞をしながら介護を続ける過程の中で、認知症の人の体調が確実に低下していきま。こういう場合、看取りに対する家族の気持ちは非常に受け止めやすくなります。私は救急医療を25年間やってきましたけれども、急性期で突然亡くなった人、あるいはICUで看取られた家族の方などが一番嘆きます。そして、一般病棟で亡くなる方の家族の嘆きは、もう少し軽くなります。在宅での看取りは、さらにもっと穏やかになります。そういう意味で、長い介護の時間を費やした過程を通して、家族は徐々にその状況を受け入れやすい状態になっていくのだと思います。

状態変化の早い認知症高齢者

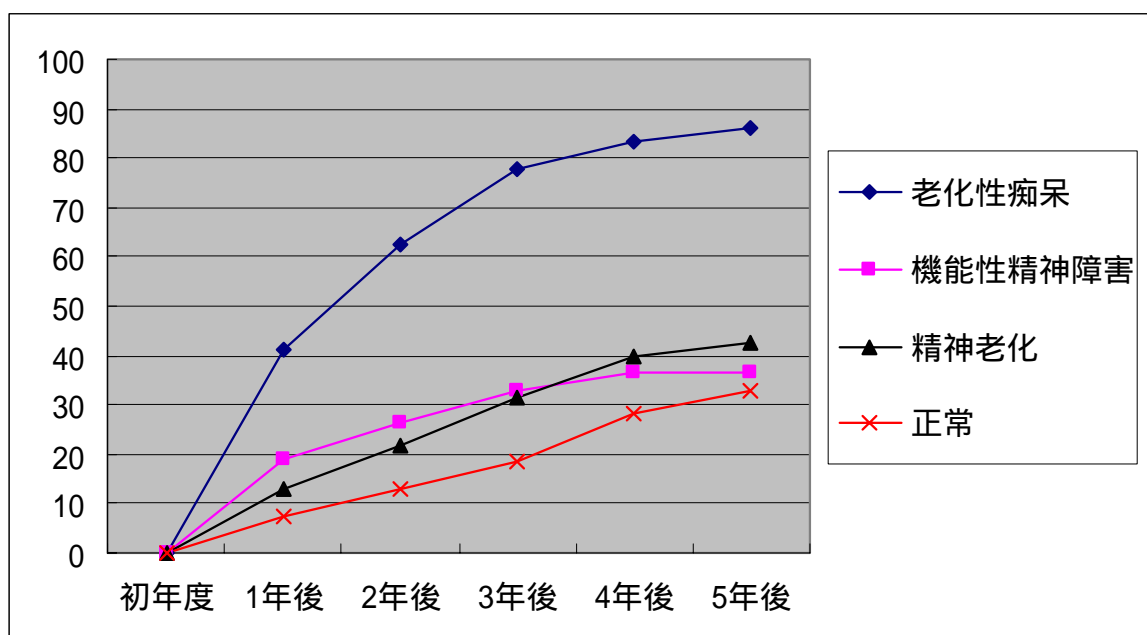
図は長谷川和夫先生のグループが東京都の依頼で行った調査です。高齢者を4つのグループに分けて、グループごとの累積死亡率を調べた結果です。これをみますと、老年性痴呆の累積死亡率は非常に高くなっています。認知症のない精神障害のグループ、あるいは正常のグループとでは大きな違いがあります。スタートの段階では、構成の男女比とかではそれほど変わっていませんが、認知症の人の場合は一般的に言えば比較的早く亡くなることを示しています。

もちろん個人差がありますから長く生きられる人もいるでしょうが、平均的には衰弱のスピードが2.5倍ぐらいの速さで進むと考えられています。グループホームでは、

初めは共同生活ができて、いろいろな事ができる人を対象に入居しているわけですが、このように数年間で変化してしまう人が多いということを理解しておいた方がよいと思います。

高齢者診断別死亡率（初年度人数に対する死亡率%）長谷川和夫ら

（日老医誌、7:630,1980）



グループホームにおける医療処置の状況

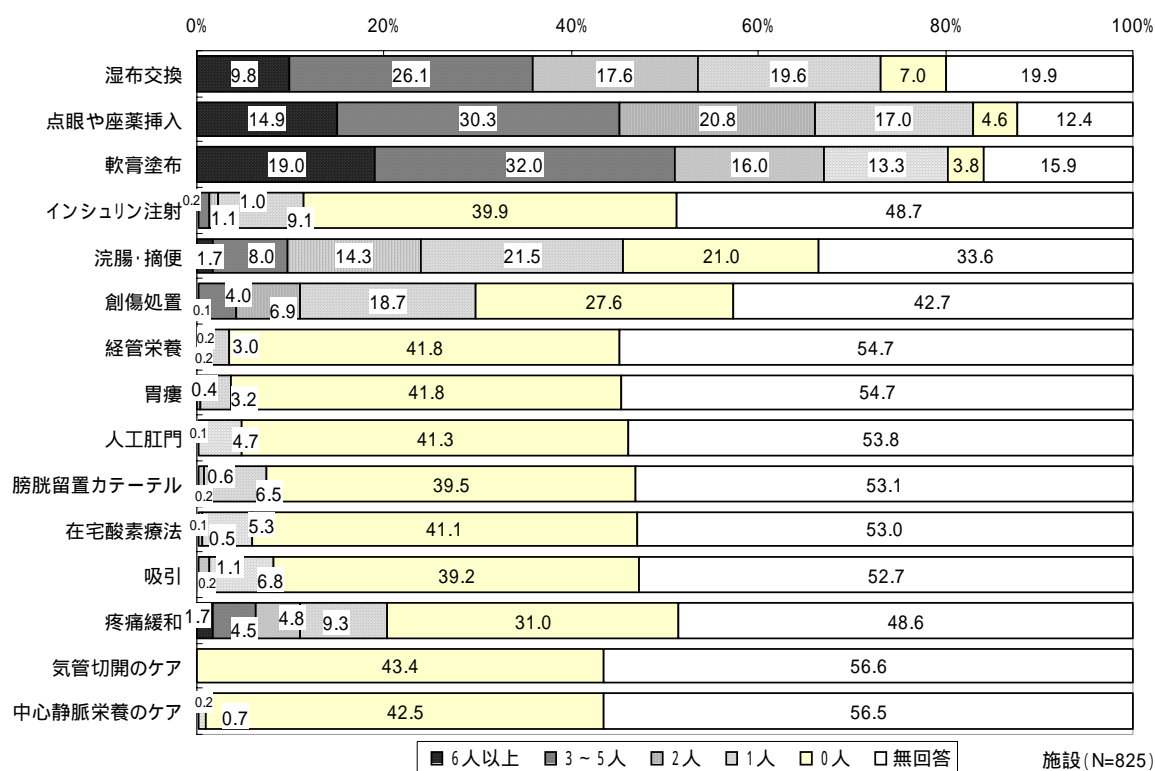
次の図は「認知症対応型共同生活介護における医療機関のサービス実態調査」ということで2004年に私が委員長として関わった調査の結果です。グループホームにおけるいろいろな医療処置、医療的なケアを調査しました。

グループホームでは医療的な処置を必要とする人はまだ少ないと思います。もちろん、まだ元気な方が多いということもありますし、これからだんだん看取りのケースが増えるに従って増えていくのかもしれませんが、しかし、ターミナルケアにおける点滴の処置とか、人工呼吸器、IVH（中心静脈栄養法）などを行っているケースは本当にまだ少ない状況であることがわかります。

問題は、医療と介護の連携だということがよく言われています。私もグループホームの協力医になっていますし、あるいは主治医として認知症の方を診ているわけですが、実際に連携という点では、在宅の中でネットワークをつくれるほどうまくいってはいないのが現状です。

各GHにおける医療行為が必要な入居者の数

(認知症(痴呆)対応型共同生活介護における医療・看護サービス実態調査、2004)



制度をつくりあげるのは関係者の理念と熱意

しかし、現実的に重症の方が増えてきていて困難な状況も出てきているので、私の経験に基づいて、医療との連携のコツを申し上げますと、まずは、何といたってもグループホーム側の理念と熱意が大切なのだと思います。やはり、その人らしい最後を迎えさせてあげようという理念があってこそ人は動くのだと思います。私は、医療保険で認め

られる前から患者さんと一緒になって自己注射治療を始めたり、在宅酸素療法や在宅血液透析、在宅人工呼吸療法に取り組んできました。制度としてまだ認められていない頃からやってこられたのは、患者さんや家族の熱意があったからこそです。グループホームにおけるターミナルケアのシステムがしっかりできてしまえば問題ないのですが、最初の過程はそれを動かす原動力、理念が必要だと思います。

GHと医療との連携のコツ

- 何と言っても、GH側の理念と熱意！
- 在宅療養支援診療所、訪問看護制度など在宅医療に関する制度を理解すること
- 具体的なケースを通して連携を作っていくこと
- 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークや日本ホスピス在宅ケア研究会などへ参加する、あるいはその情報を得ること
- 訪問看護ステーションからの情報は有効
- 看取りに取り組んだGHから連携の仕方を学ぶこと
- 看取りの困難さを不十分な制度のせいにしなくて、工夫と努力により前向きに取り組むこと
- 看取りについての正しい知識の理解に努めること

介護と医療の連携

昨年4月の医療保険の改定で認められたばかりの在宅療養支援診療所の制度や、訪問看護制度など在宅医療に関する制度をまず皆さんに理解してもらいたいと思います。また、介護と医療の連携はシステムがあれば出来るものではありません。具体的なケースごとに状態が悪くなった人をどうするか、今まで診ていた先生に相談しながら、ケースごとに現場で連携をつくっていくことではないかと思います。

また、主治医や協力医との協力関係を確保するのは難しいと思います。それぞれの先生方が在宅に対して、特に介護に関して経験を持っている人が少ないからです。また、興味があっても、場所が遠いとか、専門病院のドクターでは駆けつけることができません。そういう場合、グループホームでのターミナルケアを診てくれる先生をどうやって確保すれば良いかが問題になります。1つのアイデアとしては、これは苛原先生が言われているように、NPO法人在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワークとかNPO法人日本ホスピス在宅ケア研究会など、在宅医療に取り組むいくつかの全国的な組織が

あるので、そういった研究会への参加や情報収集によって協力的なドクターを探すことです。関心のあるドクターは、そういった場所に参加しているように思います。

さらに、訪問看護ステーションからの情報はかなり有効です。ターミナルケアについてどこの先生がどこまでやっているかなど、訪問看護ステーションの指示書を出している先生の中であの先生は非常によくやっているという現実的に活用できる情報が訪問看護ステーションでは豊富です。

看取りの支援という部分では、グループホーム間で連携しながら学ぶという方法もあると思います。制度のせいにはしないで、自分たちが取り組むことによって世の中はやっぱり変わっていくのだと私は思っています。看取りについての正しい知識や理解に努めるということが大切だと思います。

在宅療養支援診療所

今日初めて聞かれた皆さんも多いと思いますが、在宅療養支援診療所というのはどういうものかといいますと、昨年の4月に新設されまして、24時間ドクターと連絡ができる 必要に応じて24時間往診ができる 24時間訪問看護の提供が出来る体制をもつ（これは24時間対応の訪問看護ステーションとの連携によっても構わない）

ケアマネジャーとの連携 在宅でどれぐらい看取ったかを報告する、などが条件となっています。

この条件を満たした診療所は在宅療養支援診療所として届け出ることにより、より高い診療報酬を得ることが出来るわけです。これは、診療所機能の機能分化の始まりであるというふうに考えていいと思います。これからは在宅や施設など、様々なところで看取りが行われていくと思います。それをこういう形で少し整備していこうというのが今回の方針として出されました。

どんな制度も、初めは本当にささやかな、欠陥を挙げたらきりが無い状態で始まります。しかし、それら

在宅療養支援診療所について

- 平成18年4月の診療報酬の改定により新設
- 要件： 24時間連絡体制 24時間往診が可能な体制 24時間訪問看護の提供が可能な体制 ケアマネジャーとの連携 在宅看取り数の報告
- 診療報酬上の高い評価
- 特別養護老人ホームに入所している末期の悪性腫瘍の患者に対して訪問診療や訪問看護が可能になった
- 診療所機能の機能分化の始まり

の実績が蓄積されることによって改良されていくことは、これまでの歴史でも明らかです。特別養護老人ホームに入所している末期の悪性腫瘍の患者さんに対して、在宅療養支援診療所のドクターが訪問診療できるようになりました。かつては囑託医しか施設の中で医療が行えなかったのです。それが今回初めて在宅療養支援診療所のドクターが行けるようになったということなのです。

介護職による医療的支援を支える 4 つのポイント

私はもともと在宅で患者さんと一緒にいろいろな在宅医療をしてきました。医療スタッフのすることをそのまま受け入れる治療ではなくて、むしろ患者さんと家族と医療スタッフとが一緒になってやっていく形の医療が大事ではないかと思ってきました。そういう経験を持つ者として、ある程度教育を受けた介護職の人が医療的なケアに参加できないのはおかしいと思っています。痰が絡んでいるのを吸引もしないでじっと見ていることや、経管栄養をしている利用者がいても訪問介護では経管栄養の管理ができないというのはそもそもおかしいのではないかと感じてきました。

これは社会的な承認の問題があるわけですが、それに対して私は 4 つの条件が合えば認められるのではないかと考えています。第 1 は、患者本人にとって切実な治療処置であること。第 2 は、実施者に教育や研修が行われること。第 3 としては、制度として社会的に認知すること。例えば救急救命士が点滴したり気管挿管をしたり心電図をモニターしたりしますね。それができるのは救急救命士という資格で認めているわけです。

救急隊員であれば誰でも出来るというわけではないのです。そして 4 番目が大事なのですが、その介護職が相談できる相手や判断を下してくれる存在があるということです。訪問看護師が自宅で看護行為ができるのは主治医意見書などの形で医師との連携をとり、指示を受

介護職の行なう医療的ケア

- **社会的認知のための条件**
 - 1 **患者本人にとって切実な治療法や処置であること**
 - 2 **実施者に教育・研修が行われること**
 - 3 **資格や制度として社会的に認められること**
 - 4 **相談し、判断を下してくれる存在のあること
(訪問看護師が適当)**

けているからです。救命救急士の場合は救急病院の医師と連絡を取りながら行っているから安心して救命処置を行うことが出来るのです。介護職の場合は、訪問看護師が相談、指導の役割を果たすことがよいのではないかと考えています。

こういった形を着実に進めていくことによって、介護職による医療的支援に対して社会的な認知が得られると私は思っています。このことを私は、10年ほど前から、叫んできたわけですが。

施設の介護職員ができることではないと言う人もいますが、私は、必要に応じて社会は変わっていくというように強く思っています。可能性を広げていく機会をどこの場所からも出していくべきだと思っています。この3年、4年の歴史の中で、やはり変わってきているということを感じています。

医療的支援におけるグループホームスタッフの役割や必要な知識は、まず、看取りの意義について理解していただきたい。スタッフや家族との共同認識が必要です。私の患者さん、あるいはその家族は、最初から自宅で看取りたいという人は本当には少ないのです。でも、家庭の中でスタッフとともに介護しながら、痰が出たら吸引機を使って楽にしてあげながら、家庭の中で次第に看取りという気持ちがつくられていくわけです。こういう共同作業という理解をまずしていくことが必要だろうと思います。

それから、認知症についての特別な理解も必要になりますし、技術的な問題もあります。私の経験からいえば、その技術的なことは誰にでもできることです。例えば、在宅で患者の痰が絡んでいたら、私はその日のうちに吸引機を自宅に持っていき、家族にやってもらいます。家族は初め不安ですが、やってみると絡みが取れて呼吸が楽になってくるので、自信を持つようになります。その他のいろいろな処置も同じです。膀胱に留置したバルーンカテーテルも場合によっては家族にやってもらっている場合もあります。人工呼吸器の管理等もある程度は家族がやっています。こういった経験があるので、私は、制度として社会的な認知をすることにより、介護職の医療的支援はそれほど無理なくやっていけると思っています。

時間がありませんので、私の経験に基づいた問題提起を一応終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

医療的ケアに関する 厚生労働省の見解

- ・ 2003年4月:「在宅の筋萎縮性側索硬化症患者に対して痰の吸引を行うのはやむを得ない」
- ・ 2005年3月:「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引も家族以外のものがたんの吸引を実施することは、当面やむを得ない措置として容認される」
- ・ 2005年7月:爪切り、湿布の貼り付けや軟膏塗布、坐薬の挿入や薬の内服の介助、浣腸、検温、血圧測定などが原則的に医療行為からはずされた。容態が安定し、医師の経過観察も不要な患者であれば、目薬の点眼や軟膏の塗布、予め分包されている薬の服用、鼻の穴から薬剤を吸入するネブライザーの介助も認められた。軽い切り傷や擦り傷、怪我などのガーゼ交換もできるようになった。

医療的支援に関して GHスタッフの役割と必要な知識

- 看取りの意義について、スタッフ、家族などの共同認識
- 認知症高齢者の特徴とその対応の仕方についての理解
- 終末期における基本的な医療処置の理解
- 何かあった場合の対応方法の理解と連絡方法の理解
- 基本技術の習得
- 家族などへの支援の仕方 等

平成 18 年度老人保健健康増進等事業（厚生労働省補助事業）
認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書

2007 年 3 月発行

発行 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会
東京都新宿区本塩町 8-2 住友生命四谷ビル
TEL 03 (5366) 2157 FAX 03 (5366) 2158

禁無断転載