

在宅医療地域ケア通信

在宅

医療と介護の今

今号の主な内容

- 施設での「看取り」、現状と課題を聞く
— 特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、(認知症)グループホームで座談会 1面～3面
- 今から考える終活・医療編 — 第8回在宅医療推進フォーラム開催 4面
- 第3回在宅医療地域ケア会議開催 — 終末期の費用は?(西萩)、病気・症状を取り上げる(井草) 4面

■施設での「看取り」、現状と課題を聞く — 特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、(認知症)グループホームで座談会

東京都の推計によると、東京都の在宅医療の需要件数は2013年の約1万件が2025年には約2万件に倍増します。この推計の「在宅」には自宅以外の生活の場である特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの「施設」も含まれます。これまで本通信は「施設」での医療・介護についてはあまり取り上げてきませんでした。本号では「施設」における看取りをテーマに、4人の関係者の方に座談会で話していただきました。

参加者は特別養護老人ホームから社会福祉法人「サンフレンズ」常務理事の土屋俊彦さん、「マイルドハート高円寺」施設長の鈴木木世さん、有料老人ホームから「アライブ浜田山」ホーム長の佐藤早苗さん、グループホームから「そんぼの家GH堀内」管理者の池本亮二さん。司会は杉並区在宅医療・生活支援センターの阿部和幸係長(在宅医療・介護連携推進担当)です。(「特養」は特別養護老人ホーム、「有料」は有料老人ホーム、「GH」はグループホームの略)



●それぞれの施設での看取りの現状は

土屋(特養)：「上井草園」(従来型多床室)の今年度の看取りは入居者75人のうち18人。平成27年度から入居対象が要介護3以上となり、上井草園での看取りを希望する方が増えてきている。看取りは家族がキーパーソンなので、入居した時から随時意向確認を行っている。上井草園では、本人が自宅での最期を希望していても、結果として自宅での看取り(退所支援)の事例は殆どない。自宅で見取るには本人、家族と情報共有して、それを目標に準備する必要がある。

鈴木(特養)：どのような最期を迎えたいかは、可能であれば本人から、でなければ家族から聞くようにしている。特養は医療設備がないので、(施設での)看取りが希望でも本人の痛みなどの状況によっては病院に搬送することもある。その一方、専門の医師に来てもらったり、施設側で可能な

時はそのまま看取らせてもらったりしている。3～6カ月でも施設での普通の生活を希望されれば、それに沿うようにしている。

佐藤(有料)：有料老人ホームには在宅生活の限界を超えた方や病院での治療を終えた方などが入居する。病気によっては入退院を繰り返す方もいるが、家族との話でこれ以上病院の検査・治療で苦しませたくないということであれば、ホームで痛みや不安を取ってできる範囲で最期まで看取りをする。ここ2年くらいはホームで生き抜く方が多く、病院での看取りは2割もない。

池本(GH)：「ここが終の棲家」と自然の形で最期を迎えられるようにしている。ただ、事前に延命治療はしないことを確認していても、ぎりぎりになって家族・本人の希望で病院に運ばれ、戻れなくなるケースはある。要介護3以上

になったら、次の場所へ進むという選択肢もある。グループホームではスタッフ3人で9人の認知症の入居者をケアしている。終末期の方や要介護5の方が増え、そのケアで人手が足りなくなるようでは本末転倒。そのバランスが管理者、施設としても難しい。終末期がんの方の入所は考えていない。

●看取りに当たっての課題は

鈴木（特養）：看取りで一番必要なのは、遺族に安らぎの言葉を掛けられるドクター。そうした嘱託医を見つけ、自分たちが目指す看取りが行えるようになったのはここ5、6年のこと。家族と本人、スタッフが看取りで後悔、心残りがないように多職種によるカンファレンスと家族への報告、意向確認を徹底していきたい。医療が必要な方をもっと受け入れたいが、例えば吸引の資格を持つ介護職スタッフを毎日夜勤させる余裕はない。更に、夜勤看護師常駐に関しては、経営面で踏み切れないのが課題。

土屋（特養）：15年以上、地域の3名の開業医に嘱託医として、入居者の医療面をサポートしてもらっている。また、難病の種類によっては、指定医の資格がないため、難病指定の助成が受けられない場合がある。その場合は、本人や家族に丁寧に説明をしている。

佐藤（有料）：ホームでは在宅診療の医師と家族が契約をする形で、在宅で看取ると同じ感覚。家族にとっては医師もさることながら、(毎日ケアしてくれる)ホームの看護師と介護士が大事だ。ケアマネジャーやホーム長も例えば夜間吸引ができないことのリスクなどをきちんと家族に説明する必要がある。

池本（GH）：介護度が上がっても穏やかに動けなくなる方であれば、グループホームでの看取りは可能だ。逆に、入居者はたった9人なので、いろいろなところに目が届くのが強み。例えば脳梗塞の方に対し訪問歯科医と連携して口



「マイルドハート高円寺」の鈴木員世さん

腔ケアと入れ歯チェックをしたところ、栄養状態が改善しADLが上がって自分で歩ける状態まで戻ったことがある。

●多死社会へ向けた施設としての将来像は

土屋（特養）：最近の入居者は平均在園期間が2年8カ月ほどと短くなっていて、入居して間もなく看取りになるケースが増えている。現在、上井草園のあるサンフレンズ上井草の在宅サービスは、重中度になっても、「ほぼ在宅」という国の方針に沿って、デイサービス「上井草ふれあいの家」を小規模多機能型居宅介護事業に転換する計画を進めている。順調にいけば、2019年4月1日にオープン予定。特養と小規模多機能型居宅介護事業と地域の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業とのコラボで、重中度になっても、在宅でも、施設でも、本人の望む場所で看取りができるようにレベルアップし、地域の福祉に今まで以上に貢献したい。



「サンフレンズ」の土屋俊彦さん

鈴木（特養）：杉並区内では待機者ゼロを掲げて特養がたくさん建設中だが、3年後にすべての特養がオープンしてベッド数が2100ほどになったとしても、人員確保や環境整備等、課題が解決できないままでは満床は難しいだろう。また、施設側が特長、個性を出さないと選んでもらえない時代に入った。地域でそれぞれの特長を尊重し、協力していく時代だ。

佐藤（有料）：競合他社が進出している中で15年やってきているのは、ホームでの暮らしを選んでもらっているということ。在宅での独り暮らしが限界を超えても、特養に入れる要介護3はもらえず、ケアマネの世話で入居するケースが増えている。競争激化の中で生き残るには、地域のケアマネや協力医療機関との連携も必要になる。

池本（GH）：うちはまだ待機者がいる。ホームで認知症ケアをすることによって、それまで自宅でボーッと過ごしていたのがいろいろな活動ができるようになって、自分らしさを取り戻したりできる。それが難しくなってきたら次のステップへ移る。その時は他形態の施設と連携を強めていければと思う。

●看取りに関する職員の研修、人材育成は

鈴木（特養）：入職した全職員を対象に、看取りの指針やそれに基づくチームによる対応などの研修を年間計画で行っている。入職当初のスタッフの看取りは、私を含め上司と一緒に付いて行く。それを繰り返すことで知識と経験を積んでもらう。看取りの後は多職種が全員集まり、良かったこと、心残りだったことなどを報告して共有している。

土屋（特養）：多職種によるターミナルケア委員会があり、そのメンバーの介護職員を中心に研修を頻繁に行っている。例えば浴風会ケアスクールの看取り研修に参加し、その内容を他の職員向けに伝達研修を行っている。また、家族が看取りに関わることがとても大事で、家族と一緒に看取りや誤嚥、胃ろうなどの医療処置についての学習会を、今後定期的に開きながら共に理解を深めていきたい。



「アライブ浜田山」の佐藤早苗さん

佐藤（有料）：居室担当者が入居者データのこれまでの歴史（家族構成、好きな物、発癌前後の性格など）を記録していて、看取りが近づくと記録に基づいて入居者の安心できる「やってさし上げたいことリスト」を作る。それに沿って全職員が自分は何ができるかを考える。ただ、看取りが多く



司会の阿部和幸係長

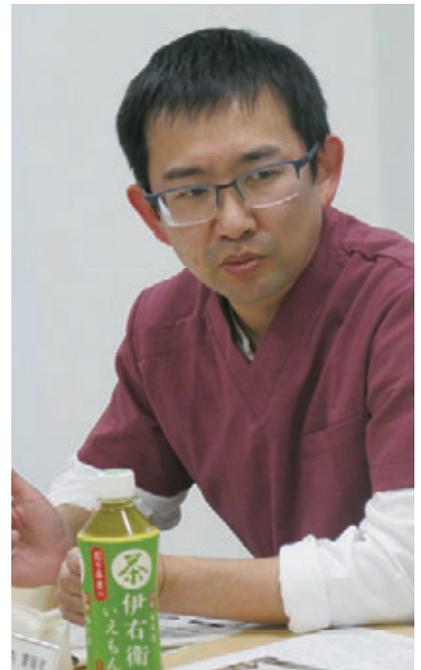
なるとバーンアウトで職員が退職するリスクはある。ホームでは、往診医による看取り、歯科医による口腔ケア、葬儀社によるエンジェルケアの各勉強会を開き、専門知識を学ばせている。

池本（GH）：グループホームは認知症ケアが中心なので、看取りの経験と知識、職員への教育が足りない。要介護3の方が普通にいるグループホームだと、看取りの心構えがある職員や体制、施設も整っていて、看取りの件数が増えている。当施設の場合、要介護3になったら次のステップ（施設）に移っていただくことが多いので、看取りという点ではまだまだなのかなと思う。

●在宅医療推進で区民へメッセージ

池本（GH）：施設に入居されるときには、認知症が進行するとどのような状態になり、いずれ終末期を迎えるという現実をご家族に話をして、心構えをしてもらおう。その時が来た時にご家族がバタバタしないようにするためだ。こうしたことを理解してもらって普及活動を進めていくべきではないか。

佐藤（有料）：親が高齢になってきたら、終末期をどう過ごしたいかを聞いてほしい。延命について家族間で話し



「そんぼの家 GH 堀ノ内」の池本亮二さん

合うことの必要性をもっと啓蒙してよいのでは。救急搬送の際、家族が最初に聞かれるのが「延命するか」。病院では「気管切開するか」と聞かれる。ホームでは看取りの際に「救急搬送しませんね」と確認している。

鈴木（特養）：特養なので在宅との関わりはショートステイ。利用者との関わりの中で気になるのは薬の量の多さ。必要な薬は飲んでもらうが、薬の副作用で転倒するリスクがあることを知ってほしい。薬や病気の経緯、終活といったことが家族間で普通に話題になってほしい。

土屋（特養）：ACPの普及活動はかなり以前から行われているが、あまり浸透していない。やっと「人生会議」という名前も付けられ、多職種でロールプレイをしているようだが、ACPは施設に入る時、あるいはその前からやる必要がある。

■ 今から考える終活・医療編 —第8回在宅医療推進フォーラム開催

8回目を迎える在宅医療推進フォーラム(杉並区、杉並区医師会・歯科医師会・薬剤師会共催)が1月13日、区民や医療・介護関係者らが参加してセッション杉並で開催されました。「今から考える終活・医療編」をテーマに基調講演と対談を行い、前回に引き続いて「終活」の在り方について考えました。テーマや講師への関心が高く、約580席のホールはほぼ満席になりました。

基調講演の演題は「痛くない死に方～穏やかな最期を迎えるために知っておきたいこと～」。これまでに2,200人以上を看取り、在宅医療について精力的に発言している長尾クリニックの長尾和宏医師が登壇しました。長尾医師は、大量の点滴と鎮痛剤を投与され、人工呼吸器を付ける延命治療を経る死を「溺れて死ぬ」と表現。一方、在宅などで延命処置をせずに穏やかに迎える死は「枯れて死ぬ」と形容し、参加者に「どちらの死を望むか」と問いました。終末期の現場では、自分で最期を決められるケースが2%しかないことを指摘し、予め自分の意志を記しておくリビングウィルの重要性を強調。多くの看取りの体験談を交え、参加者を大いに笑わせつつ「穏やかな最期」を熱く訴えました。

と形容し、参加者に「どちらの死を望むか」と問いました。終末期の現場では、自分で最期を決められるケースが2%しかないことを指摘し、予め自分の意志を記しておくリビングウィルの重要性



長尾和宏医師

を強調。多くの看取りの体験談を交え、参加者を大いに笑わせつつ「穏やかな最期」を熱く訴えました。

■ 第3回在宅医療地域ケア会議開催 —終末期の費用は?(西荻)、病気・症状を取り上げる(井草)

平成30年度の第3回在宅医療地域ケア会議が一覧表のように各圏域で開催されました。これで第2期(平成29～30年度)のケア会議が終了し、31年度からは第3期(31～32年度)が新しい体制でスタートします。第3回ケア会議のうち、西荻圏域の「How much?～在宅で最期を迎えるために必要な費用のマネジメント～」と井草圏域の「排尿について～排尿トラブルについて多職種で連携し、支援方法を考える～」が目を引きました。

西荻圏域は、在宅でさまざまな医療・介護保険サービスを受けながら終末期を過ごす場合、どの程度の経済負担になるのかを計算してみる…という試み。企画委員は「他の圏域では取り上げられておらず、意外と知られていない分野を選びました。電卓を片手にお互いに考える演習、それによって連携感が深まれば…という想いが込められています」と説明します。

井草圏域では、今回の「排尿」をはじめ「摂食・嚥下」「浮腫」という具体的な症状・ケアの課題をテーマに取り上げました。「医療職だけでなくそれぞれの職種が普段から現場で見て、対応しているものです。医師による講義で知識を学ぶと同時に、各現場の課題やそれへの対応について情報共有することで、議論が活性化することを期待しました」と話しています。



西荻ケア会議

■ 平成30年度 第3回在宅医療地域ケア会議 開催一覧(開催順)

圏域名	日時	テーマ
荻窪	12月6日	「医療と介護の地域ケアマップづくり」
高円寺	1月15日	「医療の専門職に学ぶ」～訪問看護師からみた多職種連携について～
西荻	1月22日	『How much?～在宅で最期を迎えるために必要な費用のマネジメント～』
井草	1月23日	「排尿について～排尿トラブルについて多職種で連携し、支援方法を考える～」
高井戸	1月23日	認知症全般の課題や対応を考える
阿佐谷	2月13日	訪問介護の現場から～医療・障害・定期巡回の支援について～
方南・和泉	3月6日	「病院と医療介護多職種チームの連携」を深める①震災救援所の役割について②災害時の多職種連携について

★次号は平成31年6月発行予定です。