

福岡東在宅ケアネットワーク・東区医師会・東区保健福祉センター共催

平成27年度 第2回(通算第10回)症例検討会

テーマ：病院自宅以外での看取りの場について～グループホームや老人ホーム等での事例検討～

日時：平成28年3月23日(水) 場所：福岡リーセントホテル

症例1. 認知症グループホームでの88歳女性 認知機能低下による摂食困難の看取り例

症例2. 老人ホームでの80歳男性 脳梗塞再発による機能低下で誤嚥性肺炎発症の看取り例

上記2症例を元に参加者は18グループに分かれて①症例について、②施設での看取りについて共通の問題点や認識の確認、各職種での意見を違い等を話し合い、その後全体発表をおこないコメントターのご意見を頂いた。追加資料として高齢者住宅など生活の場＝看取りの場を一覧にして配布した。

<各グループ簡易まとめ>

1 グループ：施設は看護師不在のため不安、スタッフ教育や訪問看護等との連携、家族の協力が必要。制度的にも不備なため条件付きでの受け皿広げとならざるを得ない。家族の思いを受け止めるためにも、終末期になって判断するのではなく事前に関係性を作る事が大事ではないか。胃瘻は死生観と一緒に色々な考えがあり統一した価値観や考え方がないため判断できない家族のケースもある。

2 グループ：施設によって医療行為は何処までするのか基準があるし限度がある。医療従事者不在は家族の不安も大きくなるし、訪問連携とは云っても外部スタッフから指示を出しにくい事もある。他の入所者へのグループケアも必要になり当事者だけの問題ではない。家族の気持ちの変動に臨機応変な対応が出来るような体制が必要。施設で看取るためには家族・介護職の「死の教育」や他職種連携、変動時対応できるいつでも入院できる病院などのバックアップか看護師配置などの安心できる療養環境が必要。出来る事出来ない事を事前にご家族に明確にし事前リスクを共有する必要がある。

3 グループ：外部サービス導入は費用負担で困難な事もあるのではないかと。食事が出来なくなり点滴や胃瘻などの処置をしない時、衰弱する中での迷いや揺らぎがあり心残りになる事が有る。本人意思決定支援、家族の思い、誰が看取るのかなど制度面での限度の中で事前に話し合っても変化するため頻回な話し合いと家族協力が欠かせない。介護職の心のケア等も必要。家族の迷いがある中で、施設の職員が看取りに前向きになり、トラブルにならないように職員を守るには医師の態度が重要。本人の意志確認や看取りが出来る家族か、信頼や連携が出来る時間的な余裕や体制がとれるかなど施設毎、症例毎に検討必要。

4 グループ：看取りに至るには、各職種からの専門的な予後予測や連携体制などの事前検討が必要。在宅医からの看取りの講習などの提案や急変時の処置対応・連絡先の整理なども欠かせない。施設職員全体の理解や協力、ケア体制も必要。

5 グループ：看護師の配置が無く、職員の看取り教育が出来ていない中での施設看取りは出来ない(時間的予算的な余裕がないのが現状)。他の利用者も看ながらの看護や看取りは困難。多死社会到来のなか医療からの切り捨てや、医療・入院へのクレームも有り医療方針と家族希望の調整も必要。看取りを希望する方が増えて来るであろう現状では介護職の相談の場としても訪問看護や医師の積極的な関わりは必要。家族の思いは変化するから何回も話し合いが必要になる。スタッフの精神的負担軽減を担うのは医師の責任。デスカンファなどによる看取り環境作りやチームで関わる事で当事者の負担軽減(施設内だ

けでなく施設間も)が出来るのではないか。

6 グループ：栄養失調のまま看るよりも胃瘻に賛成。ただ老人ホームでは胃瘻の管理が困難なので、受け入れてくれる施設を探さないといけないので大変。揺れ動く家族の気持ちをくみ取って家族の希望を聞いて胃瘻について決断することが大事。また本人の意思が確認できない場合は意思決定代理人が必要。

7 グループ：胃瘻は基本看護師不在の施設では自己抜去時も含め対応困難。看取りは施設毎に基準を作る必要有るが、夜間や急変時などの対応、訪看との連携、医師不在時の対応など、何処まで家族が理解できるのか施設側だけの説明では不十分。医師と本人、後見人を含めた家族、スタッフとの話し合いが欠かせない。老人ホームはグループホームと違い外部サービスが使えるという強みを生かした対応が出来る。役割分担などの連携が出来れば看取りが出来たという充実感を得られる事もある。

8 グループ：吸引や急変時一定の対応が出来る介護士教育が必要。点滴など医療行為を望む家族（でも入院はさせたくない）に対して、医療効果の正確な説明・話し合い（出来れば医師から）が必要。症例で共通するのは痛み・苦痛のコントロール(安らかに逝かせたい)、看取りまでのケア方法や死の受容の問題。医療が提供出来ない時間帯などの制度の縛りや夜間対応の困難さ等現状の問題点を家族とも共有する必要がある。在宅医療を行っている医療機関の選び方大切(受け持っている患者数や疾病、看取りの実績、電話対応などがポイント)。利用者と元気な時からどうやって死を迎えるのか考え話し合う時間を持つ事も大事。

9 グループ：夜間の対応は困難な事多くスタッフ教育や経験が必要だが、個人の努力だけでなく制度や環境面でも検討が必要。急変時などに慌てないように事前確認や医師看護師との連携が必要。医療機関や家族への連絡方法の確認を常日頃から行う事が大事。家族へ病院と施設の違いを説明納得して頂く事が大事。

10 グループ：グループホーム等施設のハード面での環境問題や人員配置、時間的ゆとりのなさ等の問題がある。職員の立場や役割を明確にする必要がある。死に対する学びの場やスタッフの知識技術のサポート体制なども大事。看取り時は家族立ち合いが大切、特に夜間などスタッフの少ない面での家族協力が可能かも重要。「最後の手引き」などの資料も参考になる。胃瘻や吸引の手技を看護師がいない時何処までするのか、処置をしないで欲しいとの希望にどう対応するのか（何処までは治療でどこからが延命？）。

11 グループ：胃瘻は施設対応や家族の認識の差がそれぞれに大きい。施設側のスキルの問題もある。利用者・家族との信頼を築き、公開のない毎日の過ごし方を考えた対応が出来ているのか等も重要。看取りや医療処置に対し道具が無い、経験がない等の不安や恐怖がある。医療ニーズが高い方の受け入れは、施設側の教育だけでなく外部との連携やサポートが必要で、研修などに対し行政支援の検討等もして欲しい。デスカンファによるチームとしての共有が大事。家族・医療との連携はケアマネージャの役割が大きい。

12 グループ：看取りなどを行うには介護スタッフなど施設職員の意思の統一が必要。周囲の人全員が本人像の共有・一致が出来ているかも大事。本人の気持ちを全員が知る機会を細かく持てるような関わりを持つ取り組みが必要。胃瘻などの問題は食べられなくなってきた時にどうしたいのか、本人や家族の意志を確認（悩んだり変化する気持ちに寄り添いながら対応する）事が必要だが介護職が何処まで出来るのか、医療側が何処まで対応してくれるのかが問題。施設スタッフだけでは本人の病状変化に気づく事が難しい。現場で直接関わる介護職は情報収集（本人・家族・医療側など）を意識して行う事が大事。

13 グループ：施設としては、看護師が常勤でない、介護職員が看取りに慣れていないなどが問題が多い。一方で、やはり慣れた環境で最後まで見てあげることが、家族や本人の希望だけではなく施設の気持ちでもある。今回のように途中で気持ちが変わった場合、あるいは急変時にどう対応すべきかが問題？死に対する教育、看取りに対するパンフレット作り、話し合いを行い、チームで何でも言えるような環境づくりをすることが大事。

14 グループ：看取りなどをするには夜勤者の人員配置や訪看などの医療サービスへの医師の指示書の活用などが必要。介護スタッフの医療行為に対する資格取得への助成があると良い。摂食状況と本人の病状変化で胃瘻への受け止め方は変化するため家族の精神面のサポートが出来るような介護スタッフのスキル向上も大事。

15 グループ：医療行為が必要な利用者に対する施設スタッフの育成だけでなく医療側のサポート体制など十分な連携を取るための協議が必要。グループホームでも訪問看護などの医療系サービスが利用しやすいように制度の見直しもして欲しい。介護必要度に応じたスタッフ配置が出来る制度や看護職の常勤化もあると良い。24 時間体制の医療サポート（看護医師とも）が充実すると施設対応も改善する。デスカンファ等での看取りの質の向上が期待できる。個々のスキルアップと細かな情報共有、密な連携が必要。

16 グループ：看取りは医療者と家族のコミュニケーションが大事。胃瘻など医療処置の有る方は入居できる施設に限られる（受け入れる施設間格差がある）。「胃瘻は作りたくないが栄養失調で死ぬのはかわいそう」と思うなど、家族の揺れる気持ちに寄り添い納得した死になるための方法を考えるためのサポートが出来るような連携や体制が必要。医師から医療的な予後やプロセスの具体的な説明をきちんとして欲しい。施設の看取りが当たり前になるには体制や環境整備、夜間看護職の確保などが必要、足りないところを準備していく事が大事。各施設に応じた「緩和ケアマニュアル」や「看取りのマニュアル」等のマニュアル作成や対応の習慣化が必要。事前に、出来るかどうかの確認は必要で、その方に沿ったラインを他職種で話し合っ決めていく必要がある。直前に気が変わる事も有り、いざという時は入院という選択肢がある事は家族の安心になる。「検死」にならない対応の確認も必要。在宅で出来る事を施設でしないとは言えないはずだし、「看取り」は生活の場で在宅療養の延長にあると考えて対応すれば誰でも出来るはず。キーパーソンを軸にして同意書をもらい自分達を守るためのリスク管理（家族の要望や不安、気持ちの整理に付き合うなど）も必要。

17 グループ：胃瘻などの医療行為には看護スタッフが必要。誤嚥性肺炎を繰り返しても胃瘻拒否する方の日頃の摂食介助やケアをどう継続していくのかも問題。CMだけのカンファや対応には限界があり、気軽に相談できる連携体制と急な対応に答えてくれる連絡体制などが必要。施設側はスタッフの心理的負担への配慮が必要。デスカンファや死の教育は家族も巻き込んだ方が良い。本人・家族間での意志の統一が出来ていない時、施設側も振り回される。日頃の家族関係や看取りについての思い、専門職同士や専門職と家族との情報と方針の共有が大事。

18 グループ：家族・医療・施設が本人の意志を踏まえた密な連携を取る。死を前に家族だけでなく職員も不安になる。家族の思いを優先すると施設看取りの希望が増えると思うがハード面や夜間の人員配置など対応できる体制が整っているとは言い切れない。本人の意志確認はどうするのか？家族の意志の食い違いはないのか？介護職のスキルは十分か？他職種間での意思の統一や連携方法は周知されているのか？など問題は多い。最後をどのように迎えたいかの決断は大事だが変化するものであり(話し合いやサ

ポート面での)時間的負担は大きい。経験する事が大事で看取り後は必ずミーティングを行い職員の心理面のケアをする事が大事。

<全体発表>

1. スタッフの死に対する経験の差が看取りの現場での不安などにもつながる。勉強会などでの対応が必要。
2. 本人・家族（身内・親しい方等）との意思の確認や連携が重要。
3. 施設スタッフの経験だけでなく、医療との連携や医療と連絡が取れない時間の対応の工夫などが必要（特に緊急の場合の対応など）。
4. 施設職員は医療行為ができないので行政などのサポート（研修費用の助成や負担など）があれば対応能力の向上につながる。
5. 細かい情報共有、話し合いや(変化する場面に応じた)細かな対応の決定を事前に決めていく。
6. 夜間の対応などに対して、「介護施設の緩和ケアマニュアル」など施設の実情にあったマニュアル化をしていくことで職員の対応が統一できる。
7. 心の負担などもあるため介護職員のサポート，ケアも重要。
8. 想定された見取りだけでなく，急変などの想定外の事態に対しての看取り？対応？をどうするかも大事。
9. 医療や介護者の連携だけでなく，残された家族のケア等も重要。
10. 制度上の問題などもあり，家族の希望が先になりご本人の考えが十分と取り入れられないこともあり得る。
11. 処置や病状への対応などで施設内対応が困難となってくる症例に対してどうしていくのか，変化していく際の対応に対する検討も必要。
12. デスカンファレンスなどで死に対する話し合いを重ねていく事で，死を受け入れる素地ができる可能性がある。
13. スタッフなど職員側の情報を共有(統一)したうえで，ご家族へ情報を伝えていく等の工夫も必要。

<コメンテーターから>

川崎純也先生

同様の経験が有るが，ご家族の決断の過程で肺炎など症状変化で苦しんでいる時はご家族の看取りの受入れが困難な時がある。繰り返し入院している例なら，入院時の経験から，医療措置よりも看取りが苦しくないと判断できたのかも知れないし，苦しみを乗り越えたからこそ看取りに向き合えたかもしれない。胃瘻造設の症例に関しては，迷いが苦痛を生んだ可能性もある，ご家族が迷っている場合の施設側からの提案が良かったのかどうか判断が難しい。

原祐一先生

(特養嘱託医のアンケート結果をスライドで報告)

- ・看護師がいる施設や定期的にかかわれる施設としない施設との差はある
- ・全体のリーダーシップが取れる人がいるかどうかも重要

- ・グループホームの住宅環境などでバリアーが多いところでの最後のケアは大変
- ・若い職員は死を目の当たりにすることのショックはあるので当初はサポートが必要
- ・看取りの際の死亡診断の制度上の問題もある（主治医・かかりつけ医の対応できない場合など）、救急隊員は死亡確認の際は警察への届け出義務がある

以上、簡単に内容をまとめています。御参考下さい。

<最後に実行責任者から>

施設での看取りについて、施設のスタッフの教育、話し合い、心構え、マニュアルなどの必要性が議論されたが、それだけではなく、制度上の問題で、例えば胃瘻などは施設で行うことが難しいことも明らかになった。また、患者家族が胃瘻を造るかどうかで悩むことは当然であり、我々としてはその意向にできるだけ沿うことが大事である。胃瘻を造ることで療養の場や看取りの場が制限されることはあってはならないと考える。なお、看取りについては、医師法 20 条および 21 条の問題が存在するためインターネットなどで情報を確認してもらいたい。かかりつけ医が深夜であろうとも看取りの場に駆けつけることが望ましいが、不可能な場合でも翌日の朝に診て死亡診断書を書けばよいはずと考える。

（あらかしホームクリニック 荒木）

高齢者が自宅生活困難となり各種在宅型の施設が増加している現状で、死を迎える場面に立ち会うのが家族や医療関係者だけでなく介護スタッフや施設職員など多岐にわたっている事が分かりました。現場の切実な声は家族関係だけでなく職員全体の意思の統一という面でも深刻な面が有るようです。その中で、それぞれの専門職のエキスパートとして関わる姿勢等が問われているなか家族の問題にどこまで介入するのかという微妙な問題も伺えました。全体で解決策を探る事でより良い望まれた対応が出来る仕組みが出来上がっていけばいいかと思えます。私事ながら医師としての責任の重さも再自覚する機会になりました。

（福岡みらい病院 佐久川）