

事例5：認知症の進行、身体合併症、入院、在宅介護の継続、看取り

石田花子さんは79歳、持ち家でひとり暮らしをしています。10年前にご主人は他界、子供がいなかったため遠くの甥をかわいがり、甥も時々会いに来ていました。

4～5年前、「ゴミ出しの日を間違える」「大好きな庭いじりもしなくなる」など、引きこもりがちになりました。近医を受診し、「軽度の認知症」といわれ、地域包括支援センターが関わるようになりました。その後もご近所関係が良好であったため、特に問題なく生活していました。

ある日、腹痛が起こり、近医受診。△△総合病院を紹介され、精密検査後、末期の胃がんと診断され、手術が適応にならないとのことでした。入院後、ADLが低下し、興奮し、点滴も抜いてしまうため、痛み止めの貼り薬（麻薬）を処方され、退院することになりました。退院前カンファレンスでは、地域包括支援センター、ケアマネージャー、訪問看護師で今後のことを話し合いました。帰宅すると、穏やかな表情で過ごされました。

痛み止めの貼り薬（麻薬）の管理のため、訪問介護と看護で対応しました。しばらくすると息苦しさが現れ、在宅酸素療法を開始しました。しかし、酸素チューブを付けるのを忘れる。チューブをハサミで切る。痛み止めの貼り薬（麻薬）を何枚も貼ってしまう。食事摂取量も次第に減り、再入院することになりました。

しかし、「家に帰りたい」と訴え落ち着かず、身体拘束が実施されました。甥と相談し、自宅で看取することにしました。

1. 訪問看護ステーションの視点と役割

財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長 平原優美

1. はじめに

超高齢社会は認知症だけでなく、悪性腫瘍の発生も増加していると言われる。つまり、認知症があり、悪性腫瘍を患う人が増えるのである。しかし、認知症の人ががんに罹患した場合、在宅療養支援は困難を極める。医療者や介護サービスといったフォーマルなサービスでは限界であり、どれだけインフォーマルなサービスの開拓を行い、在宅での24時間療養を支えることができるかが重要な課題となる。このような人たちを地域でどのように支えていくのかは、チームの力量が最も問われるのである。

その中で、「医療」と「介護」の両方の視点でアセスメントが行え、ケアの提供ができる訪問看護ステーション・訪問看護師は、看取りケアにおいて重要な役割を担っている。

2. どのようにアセスメントを行うか

(1) 在宅ケアを支えるためのチームのアセスメント

退院前カンファレンスにおいて、治療の継続、石田花子さんにとっての異常とは何か、それを早期発見するための注意事項、どのような生活支援体制が必要か、ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパーはもちろんであるが、地域包括支援センターと病院での情報共有及び起こり得る状態についても話し合うことが必要である。看取りを見据えた在宅ケアを実践していくため、チームによるアセスメントがまず必要となる。

(2) 認知症に関すること

石田花さんの場合、死を見据えた具体的なケア計画が必要となってくる。本人の望みを叶えるためにも、認知症の進行がどの程度なのかを把握しておく必要がある。

入院中の様子から認知症の進行を判断する場合、病棟の看護職にはこちらから意図的に質問し、情報を得ることが必要である。認知症患者は、看護職の体制上のことを理由に、退院を迫られるケースが多い。つまり、在宅ケアに必要な情報が得られにくいためである。

悪性腫瘍だけが原因ではなく、認知症が重度となり、嚥下機能障害や身辺自立の機能低下が現れる可能性もある。本人の治療に対する意思決定にも関係してくる。通常、がんと診断されると治療内容についての説明と同意が求められる。認知症が進行すると、自ら決定できないことにより不利益を生じる恐れがあるため十分注意する。化学療法を行う場合、認知症の進行や病状の具合により、どのような状態になったら通院では難しいかということについて、病院主治医の意見を確認しておく必要がある。

(3) 身体状態について：痛み

早期から訪問診療を利用することが重要となってくる。認知症と同様に医療的な判断はでき

なくても、いつもと違うと気がついて知らせてもらえるだけで在宅療養は継続しやすくなる。現在の胃がんの進行、今後現れることが予測される症状や痛みについてアセスメントし、共通認識を得ておくことが必要である。

また、痛み止めの貼り薬（麻薬）の使用上の注意事項及び管理方法についても関わる全てのチームメンバーが知っておくことが、石田さんのリスク管理にもなる。その場合、医師や薬剤師の関与がどの程度可能なのかを確認しておく。そして、本人への緩和ケアは認知症の症状とがんの検査結果を総合して判断し、苦痛の予測と予防的緩和ケアを行っていく必要がある。

（４）家族について：一人の時間をどうするか

歩ける場合は、認知症のデイケアなど看護師がいる通所サービスを利用して、そこで日中過ごすこともある。動けなくなった場合は、ヘルパー、訪問看護師以外の近所の友人や民生委員、ボランティアなどの支援をかりて見守りを行う等、サービスの隙間を埋めるための地域の資源の確認も必要となる。

甥は、在宅で看取することをどのように考えているのか。甥だけでなく、在宅の全てのサービスやインフォーマルなサービスに関わる多数の関係者による情報共有が重要となる。甥が遠方に居住し、仕事もあるためコミュニケーションをとることが難しい。いつでも連絡がとれる方法・体制を確認しておくため、携帯メールやラインなど現代社会の手段の了解を得る。一人で過ごす時間がある場合、甥の携帯電話を遠隔操作し、本人の様子を、カメラ機能を利用して確認することもできる。

3. どのような支援(ケア)を行うか

（１）緩和ケア：生活を支える

ヘルパーと訪問看護師は本人の不安を軽減するリラクゼーションケア中心の緩和ケアと、食事、排泄、清潔など基本的な生活支援を行うときに、変化の共有は重要である。

具体的には、麻薬の量も表情や身体的変化、呼吸抑制など副作用の表れ方を判断して医師に報告し、便秘などによる苦痛もケアによって緩和しスムーズに排泄ができ、水分や食事も無理のない範囲で本人が楽しめるようにヘルパーへの説明も行う。

在宅酸素もマスクやカヌラ（鼻からの吸入）は本人には息苦しさの緩和とは理解できないことが多い。支援者は火やハサミの管理も行い、在宅酸素のケアに入った時、十分に酸素吸入ができるようにする。低酸素状態になると脈拍数が増え身体への負担が大きく、全身倦怠感や苦痛が増加してしまう。苦痛表情を訴えることができない認知症の人の早期の緩和ケアは、訪問看護師と往診医が中心となり、多職種チーム全体でケアに当たる。

（２）在宅サービスの資源の活用

在宅サービスの社会資源量は急には増えず、地域性もあり、この地域で認知症のがん患者を在宅で看取りをするための支援について、ケアマネジャーへ協力をしながらも近隣住民や民生委員、地域包括支援センターへの協力要請などを行う。病院から往診医に切り替わる時、これ

までの経過を伝え在宅医療チームへ往診医がスムーズに入れるような配慮を行う。往診医は同行し、本人の代弁も行う。

（３）意志決定を支える

看取りに向けて、甥へ緩和ケアについて十分な説明を行う。食事摂取量が少なくなっても、過剰な点滴治療などは反対に苦痛が増加することを甥に具体的に説明する。病院への入院は、せん妄やBPSDの発症、認知機能レベルの低下を招く恐れがある。石田さんの意志を支え、在宅での看取りが行えるような調整を行う。甥が最後の療養場所を在宅に決定したことを後悔しないよう、在宅での看取りの説明を訪問看護師がわかりやすく行い意思決定支援を行う。石田さんは住み慣れた我が家の環境で不安も少なく、安心することができる。

（４）看取り

看取りが近くなった時、ヘルパーが困惑しないよう24時間緊急対応とする。尊厳を尊重し看取りとエンゼルケアを行う。看取り後は病院の主治医にも報告しフィードバックを行う。

（５）グリーフケア

ケアマネジャー、ヘルパーなど福祉職に倫理葛藤がおきないような情報共有と支援方法の伝達をする。看取りに向かった甥や支援者の悲嘆（グリーフケア）も行う。

訪問看護師は、石田さんが十分訴えることができない苦痛を察知しながら尊厳を保ち、在宅ケアチームの一員として医師やヘルパーへの情報提供を担い、それと同時に24時間（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）の対応を行いながら在宅看取りを行う。看取り後は、甥やかかわったチームメンバーの悲嘆のアセスメント、ケアも必要となる。

4. どのような連携を行うか

訪問看護師が代弁し、病院の治療方法・認知症の進行や不安・その人らしい考え方やこれまでの人生について、十分チーム内でディスカッションが行えるようにする必要がある。

ケアマネジャーはヘルパーサービスの調整に大変苦慮すると予想される。連携しながら、看取りのできるヘルパー事業所への協力を得て、緊急時の対応は訪問看護師が行うことを理解してもらいサービス提供をしてもらう。具体的に看取りまでどのようなプロセスをたどるかを説明し、往診医と訪問看護師との連携で緊急対応を行い、看取りをすることの意志一致を行う。慌てて救急車を呼んでしまうと、『救命の意思表示』とみなされることが多い。これまで受診したことがない病院の救急センターに搬送された場合、がんターミナルであっても延命処置が施されることがある。希望の穏やかな看取りは提供できない。そのような救急対応にならないよう、チーム内に十分周知しておく必要がある。

往診医とは、認知症の石田さんがこれまで暮らしてきた生活になるべく合わせた方法を取り入れて、医療的な処置も緩和ケアとして必要か十分甥と話し合い不必要な医療が新たな苦痛を生まないように話し合うことが大事である。

2. 一般病院看護師の視点と役割

東京都健康長寿医療センター 認知症看護認定看護師 白取絹恵

1. はじめに

終末期医療の考え方や緩和ケアの普及により、緩和ケアチームや緩和ケア病棟を設立する施設が増えている。それと同時に、住み慣れた自宅で最期を迎えることが身近なこととして検討されるようになってきた。しかし、認知症の人にとっては、「本人の意思確認ができない」「一人では無理」など、乗り越えなければならない課題がある。

“認知症だから” “独居だから” “終末期だから”、在宅ケアは難しいという先入観を捨てること。そして、“本人は何を望んでいるのか” “家族はどうしたいのか”、当事者の思いを聴くこと。自宅での最期を迎えるため、その地域の力をどのように活用するのかを検討すること。様々な意思決定の場面には、情報をタイムリーに提供することが必要である。認知症の人の意思を言葉で確認できない場合、その人をよく知る人々が集まり、方針を検討・決定していくことが求められる。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 意思決定支援について

終末期の患者に対してどこまで治療するのか、症状緩和の必要性など、一般病院の役割は大きい。患者の意思決定支援においては、本人の意思が最優先されることが至極当然である。しかし、認知機能の低下があるという理由から、意思が確認できず、家族が意思決定することは少なくない。本人への告知を含め、治療方針の決定については、その人をよく知る家族を中心に、地域の担当者を交えて検討することが必要である。

石田さんは、認知症と診断されていないが、75歳頃から引きこもりがちとなり、生活機能障害も生じている。引きこもりがちとなった背景や、他にどのような生活機能障害がみられているのか、地域包括支援センターや甥から情報を得ながら、石田さんの認知機能を把握する。そのうえで、告知や説明にはそのような工夫が必要か、意思決定支援の方法について検討することが重要である。

(2) 症状緩和について

身体疾患で入院した患者が、せん妄を発症するケースはよくある。認知症を有している場合は、より発症率が高くなるといわれている。石田さんの場合も、初回の入院時に“興奮”し、点滴などの治療が行えなかった。また、病状の悪化にともない、自宅でも息苦しさが出現し、酸素チューブをハサミで切ったり、貼り薬（麻薬）を何枚も貼ってしまうなど、せん妄症状と考えられる混乱がみられていた。

せん妄は、可逆的であり病状が改善されると、せん妄も改善するといわれている。しかし、なかには改善できない疾患や症状（非可逆的）もある。せん妄ケアと同時に、本人の苦痛を緩

和する薬物療法が実施されることがある。石田さんは、最初の入院時は、腹痛と環境の変化などによってせん妄を発症したことが考えられた。退院後は、自宅の慣れた環境で生活することで穏やかに過ごすことができていた。しかし、病状の悪化により、不安と混乱が増強し前記のような行動に至ったと考えられる。

せん妄患者に対し、医療者は症状を改善することだけに集中しがちであるが、その要因を探ると、その人の心身を脅かしていることを探り当てることができる。そのため、せん妄発症時の言動にも耳を傾ける必要である。また、せん妄の直接要因である身体的苦痛に対しては、症状緩和のための薬物療法の選択も必要となる。そして、私たちのケアも忘れてはいけない。薬物療法の効果を上げるためにも、生活援助に対するケアを意識する必要がある。

3. どのような支援を行うか

(1) 安心できる環境を提供する

認知症の人は、日常から生活機能障害を呈しているが、病院という“非日常”の環境での生活は、わからないことが多くなり、不安や混乱が増強しやすい。そうになると、今までできていたことができなくなり、より不安が増強する。そのため、その人の認知機能に合ったコミュニケーションを工夫し、安心できる環境を提供することが必要である。

一方、食事への支援として、本人の好む食べ物や食形態を検討することは重要であるが、石田さんの場合は、進行性の胃がんという疾患を考慮する必要があり、無理強いしないようにする。

(2) 症状緩和とせん妄への対応

認知症の人は、苦痛を適切に表現することが苦手だといわれている。石田さんについてもどのような形で苦痛を表現するのか観察し、キャッチすることが必要である。また、病状から、今後どのような症状が出現する可能性があるのか予測することも、苦痛を早期にキャッチすることにつながる。せん妄を発症していると、その症状への対応に終始してしまう傾向があるが、苦痛が軽減することでせん妄症状も改善しうることもあるため、症状緩和は重要となる。ただし、薬剤によってはせん妄を助長させる可能性があるため、観察が必要である。

(3) 本人の意思決定支援と今後の治療方針の決定

石田さんのように身体不調で入院し、その後全身状態が悪化した患者は、家族の強い希望がない限り「自宅退院」か「転院か」を迫られ、仕方なく転院を選択する家族が多いのが現状である。「もう何もしないで、家で静かに逝かせてあげたい」と思っているにもかかわらず、現実的な問題に直面すると、転院を選択せざるを得なくなる。

石田さんのケースも、キーパーソンである甥が判断を任され、甥が声をあげない限り独居の自宅に戻るという方針にはなりにくい。しかし、終末期であると告げられた（告げた）最初の入院時から、石田さんの意思は確認できるのか、今後何をすることが本人にとって最善なのかについて、地域の担当者を含めた多職種で検討することが必要ではないかと考える。その結果、

家族の意思が優先された場合も、その意思を支えていくことが求められる。「この人は、自分で意思決定することができるのだろうか？」と一見疑問に感じられる人も、よく聴いてみるとしっかりとと言えることもあるため、まずは本人に聴いてみることを試みて欲しい。

4. どのような連携を行うか

石田さん本人の「帰りたい」思いに沿うにはどのようにしたらよいか。多くは院内の職種のみで家族の意向を確認し、転院方向となるなど退院先が決定してから地域の担当者とカンファレンスを開催することになる。しかし、本人の意思が確認できない場合や、本人の意思に沿うことが難しいと思われる場合、地域の担当者から本人の思いを聴き、果たして自宅で看取することは可能なのか「退院先の決定前に相談できる体制作り」を構築することが、認知症の人の意思決定を支えることにつながると考える。

3. 地域包括支援センターの視点と役割

立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長 山本繁樹

1. はじめに

石田花子さんのように、認知症の発症後も周囲のサポートを受けながら地域生活を継続し、在宅での看取りを迎える方も今後増加していくと考えられる。認知症の進行後も、身体合併症の発症、入院を経て退院後の在宅介護の継続、自宅でのケアチームによる看取りという流れを本人の生前の望みどおりに丁寧に行っていける地域社会を形成していけるかどうかは、今後の認知症ケアの一つの鍵となる。本稿では、認知症の進行、身体合併症、退院後の在宅介護の継続、看取り、といった事例に対して、地域包括支援センターが地域の関係者と協働してどのような対応を行っていくのか、必要となる地域レベルのケア体制構築と併せて解説する。

2. どのような相談受付とアセスメントを行うか

石田さんの事例の場合における地域包括支援センターの視点からの相談支援のポイントは下記の通りである。

(1) 一人暮らしとなったとき以降から次第に引きこもりがちになっていった時期

この時期の石田さんは、リウマチや認知症の初期症状の出現等の複数の要因が重なって引きこもりがちになっていったと考えられるが、引きこもりがちになる以前からの予防的アプローチが出来ることが望ましい。地域の社会福祉協議会等が推進している「ふれあい・いきいきサロン」のような地域のグループ活動に多くの方が参加できる地域環境を作っていくことが出来れば早期の予防的対応が可能となる。

(2) 胃がんによる入院から退院カンファレンスを経て、在宅療養移行支援の時期

この段階においては、入院中の食欲低下、急速なADLの低下、興奮状態等により、退院カンファレンスを経て在宅療養への移行となるが、要介護状態も変化しているため要介護認定の変更申請を行う。担当する介護支援専門員を明確にして、退院後の在宅療養生活のサポートを行っていく。

(3) 再入院から退院後の看取りの時期

基本的には担当する介護支援専門員が中心となって看取りのケアマネジメントを行い、入院先の病院、訪問診療を担う診療所の主治医、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、薬剤師、歯科医師、親族等との調整を行っていく。地域包括支援センターは、地域の総合相談支援機関として、介護支援専門員と連携を保ちつつ、必要に応じてケアマネジメント支援を行っていく。

3. どのような支援を行うか

(1) 早期対応による地域の社会資源とのつなぎ支援

石田さんの事例の場合は、引きこもりがちになっていった以降に、地域包括支援センターがかかわるようになったが、この時点では本人の状態像により、①自治体の配食サービス等の一般福祉施策による支援、②介護保険サービスによる訪問サービスや通所サービスの組み合わせによる支援、③金銭管理や契約行為の支援、といった組み合わせを調整していく。リウマチ等の持病もあり服薬管理も課題となるため、訪問看護サービスや居宅療養管理指導等との連携による医療連携を早めに行っていく。

③の金銭管理や契約行為の支援は、石田さんのように子どもがいない一人暮らし高齢者に認知症状が出現した場合には、その後の医療サービス利用、介護サービス利用等のいずれにおいても必須の取り組みとなる。石田さんの場合、支援してくれている親族とも連絡調整を行いながら、認知症の状態が軽度で契約行為が可能な場合は日常生活自立支援事業の利用、判断応力が低下してきた場合には成年後見制度の利用支援を行う。また、本人が元気なうちから自ら考えていけるように、遺言書の作成や医療・介護サービス利用等に関する事前指示を残しておくこと等の必要性を伝えていくことも重要となる。

(2) 医療連携における留意点

石田さんの事例の場合には、認知症により服薬管理も課題となるため、訪問看護サービス等との連携による医療連携を早めに行っていく。ADL、IADL、食事、水分補給の状況、日常生活の様子の把握と、かかりつけ医への日常生活の状態報告・共有等の取り組みが重要となる。かかりつけ医や甥とも連絡調整を行いながら、必要に応じて専門医への受診支援を行う。

4. どのような連携を行うか

本事例が教示してくれる地域レベルの連携の仕組みづくりには、下記のような留意点がある。

(1) 医療・介護・福祉連携

①病院内の相談室・地域医療連携室⇄地域の総合相談窓口としての地域包括支援センター⇄地域の介護支援専門員やケアチーム間の連携強化、②医師会とも連携した自治体・地域包括支援センターによる地域医療資源の収集・整理と支援活動への活用。特に在宅療養支援診療所、認知症専門医や対応医療機関の情報の整理と周知、③地域の各種専門職の顔合わせの機会づくり、④関係機関の協力によるケア関係者向け多職種協働研修や認知症ケア研修の充実、といった諸点が挙げられる。また、一人暮らしや高齢者同士の介護世帯の増加を踏まえて、入院時からの退院後の在宅の介護状況を見据えた退院支援計画の策定、介護者への在宅介護や認知症対応の知識・技術の伝達、本人が主体という原則の確認が重要となる。

(2) 在宅の看取り体制の土台となるネットワーク形成

石田さんには既にリウマチ等の治療を担当しているかかりつけ医がおり、必要時の専門病院への紹介・連携もとれていた。また地域包括支援センターと介護支援専門員との連携、入退院支援、関係者によるカンファレンスの実施も行われ、同居家族がいなくとも自宅での看取りを行っていく方針が立てられ、関係者の協働による在宅での穏やかな看取りにつなげていくことが可能となった。地域の実践現場において、例えば親族が遠方に暮らしている独居者であっても、このような穏やかな看取り体制が構築できるようにしていくためには、前述①の地域レベルの連携体制の構築が行われていく必要がある。一方で、急な退院調整が行われる場合や、今回の石田さんの事例における甥のような協力的な親族がいない場合もあり、地域包括支援センターは、多様な事例に対処できるように、地域の社会資源の情報把握、ネットワーク構築、利用者と社会資源との関係構築の支援を行っていく。

(3) 地域連携

石田さんの場合には、入院先で不穏状態となり、在宅に戻ると落ち着くといった本人なりの意思表示、「家に帰りたい」といった願いを関係者がよく汲み取り、在宅療養移行、自宅での看取り支援を行えた。本事例のように関係者には認知症とともに歩む本人の意志や願いの確認が最大限必要となる。

一方で今後の地域社会において必要となることは、「自分の最後をどの場所で、どのように迎えていきたいのか」、「終末期にどのような介護サービスや医療サービスを受けていきたいのか」、「自分の財産は誰にどのように残していきたいのか」、「死後の事務はどのように行ってもらいたいのか」といった事前の意思表示の仕組みづくりだと考えられる。高齢期は実は意思決定の連続の時期とも言え、私たち関係者には「自己決定支援」「意思決定支援」の取り組みが必要とされている。在宅での看取り支援は今後増加していく。地域の在宅医療機関をはじめとした関係機関間の連携、看取りに関わる社会資源やケアの仕組みについての地域住民への分かりやすい広報・普及、地域住民自身による多様な学び等の取り組みへの支援が重要となっていくだろう。

4. 在宅療養支援診療所の視点と役割

医療法人社団至高会 たかせクリニック 院長 高瀬義昌

1. はじめに

在宅療養支援診療所とは、24時間体制で往診や訪問看護、訪問診療、電話対応等を実施する診療所で、平成18年の医療法改正で新設された。自宅でのターミナルケア（終末期ケア）や慢性疾患の療養などへの対応が期待されている。そのため、高齢者対象の在宅医療（在宅療養支援）は病院以外の看取りの医療といえる。

さて、在宅療養現場では高齢者の患者・家族は通常の診察では見られない様子を見せることがある。何気なく語られる昼・夜の生活状況や室内の状況を見ると、もしかしたら“認知症の一症状かもしれない”と思うポイントは多い。同時に高齢者の認知症者に多いとされる「せん妄」のリスクについても評価しておく必要がある。

2. どのようなアセスメントを行うか

高齢者対象の在宅医療は概念的には3つの段階を踏んで行くと考えられる。

第一は高齢者特有の症状を総合的に判断することによる診断推論。

第二は注意深い薬剤とケアの最適化（チームによってPDCAサイクルをまわすことによる）。

第三に最適化にあたってはQOL、場合によってはQOD（Quality of Death）、ADLを定期的に評価し、同時に医療経済的な視点におけるさらなる最適化を目指す。

このプロセスを遂行するためには十分なヒアリング・カウンセリング・コーチングの能力が必要とされるが、これについては一朝一夕で会得されるものではなく、不断のスキルアップ・トレーニングを要する。これらのプロセスを踏んで、患者・家族のみならず構成メンバーの満足度の高い解決に向かうことが理想的である。

（1）石田花子さん：症例に合わせた解説-どのようなアセスメントを行うか

医師・看護師として最も気を配らなければならないことは、在宅療養空間の医療面・看護面での安全管理と安定化である。当然のことながら、生活支援に根ざしたものである必要があり、介護側との詳細かつメリハリのある連携は最低条件である。（実際にはなかなか困難であるが…）

この症例の場合、安全管理と安定化の観点から、最初に評価しなければならないのは「せん妄」のリスクである。最も在宅療養の継続を困難にするものは、この症例をみるべくもなく「せん妄」である。既述したとおり、高齢・認知症・脳血管障害が素因で、悪性腫瘍や薬物などが直接因子となり、さらに促進因子として心理的ストレス（環境変化・拘束・輸液など）となることは周知であるが、実際の病医院の臨床現場で意識されることはむしろ少ない。この症例の場合は惜しむらくは最初の段階での「せん妄」の評価がおざなりにされていた可能性があることである。

この症例については早い段階でベテランの在宅医に紹介があれば、「せん妄」のリスクについてより注意喚起がなされ、入院の選択の可能性が減ったと考えられる。実際の在宅現場における医療面接の中で、外来専門の診療所や病院からの診断面、治療面さらには介護面での収集可能な有益情報はできる限り集め、患者にとって最も身近なヘルスレコードを知っておく必要がある。

同時に、キーパーソンの介護力、意思決定の能力についても評価していく必要がある。この症例では無用だが医療保護入院の場合は家族の同意は必須となる。キーパーソン（家族）へ病状と環境については十分に説明し、同意をとる必要がある。

また、多職種協働についても、個々の症例毎にメンバーが変わり、各メンバーの理解・熟達度には差異があることは否めない。患者・家族のみならず、各メンバーに対しても生活支援の立場から粘り強く、愛護的に関わる必要がある。この症例については結果的には在宅での看取りとなったが、そのプロセスについては検討の余地が残る。

認知機能に関しては簡単なスクリーニングを行うとともに、認知症の行動・心理症状（BPSD）の有無の把握に努める。BPSD とは、認知症に伴う行動症状や心理症状のことをいい、行動症状としては暴力、徘徊などが、心理症状としては不安、うつ症状、幻覚、妄想などが主な症状としてあげられる。認知症者の QOL や介護者の負担度は行動・心理症状による影響の方が大きいとさえ言えるほど、大切な症状概念である。

さて、認知症であっても、それらの原因やタイプによって、大なり小なり改善をみたり、進行を遅らせることができることも多い。

また、BPSD の程度や種類を見極めながら、適切な薬剤を用いることで、症状の軽減や生活への適応力回復を期待することができる。冒頭で述べたように、何気なく語られる生活状況や室内の状況、あるいは本人の言動から、石田さんの場合は、少なくともせん妄のリスクは有しているものと考えられるが、それがいつどのような時期にどのような形で現れるかには個人差も大きく予測が困難である。

訪問を行う中で、日々そのような症状をこまやかに把握していく視点をスタッフ皆で共有しておく。それにより、認知症の重症度やタイプの絞り込みや推移の把握に努めていく。

加えて、胃がんという原疾患にまつわる症状や、その他日常的に可能性のある肺炎などの、「よくある病気」の罹患症状など、日々の訪問の中からいつもと異なる症状や兆候の発現や進行を見逃さずに確認していくよう努めていく。具体的には、ADL に大きく寄与する骨折・脳卒中・心血管系疾患へのリスク把握や軽減のために、骨粗鬆症や血管状態、生活習慣病の有無に対するアセスメントも重要である。よりよい看取りにつなげるためにも、それらに応じて日々の地道なコントロールにもあわせて心を砕いておきたい。

3. どのような支援を行うか

どの時点で訪問診療を開始できるかによって出来る支援が異なるが、石田さんの場合退院後に訪問診療を開始しており、キーパーソンや介護者もある程度定まった状態からの関わり合いとなっている。この場合に重要となるのは、ご家族・ヘルパー・訪問看護師、ケアマネジャーの訪問

可能回数から見守りのローテーションを組み立て、チーム・モニタリングをしていくことである。また、通常在宅療養支援診療所は、月2回定期的に患者宅を訪問して診察を行う（緊急対応は24時間可）が、特に容体が不安定なときや終末期においてはその限りではなく、追加的に往診を行う場合もある。

石田さんの場合には、胃がんの終末期にあたるため、診療報酬の枠組み上からも月2回よりも多くの訪問スケジュールを組み入れやすいと言える。病院でも「家に帰りたい」と落ちつかずに身体拘束がなされたような経緯を鑑みても、介護・福祉の仕組みを最大限に活かしながら自宅での日々が安心して過ごしやすいものとするよう、手厚い見守りができる体制をつくることに努める。その上で、遠方のキーパーソンである肉親（甥）への心理的な負担にもしっかりと目を配っておきたい。終末期や高齢というのみで、それらに不随する医療的な合併症のリスクも多く、石田さんの場合にはリウマチという慢性疾患ももちあわせている。特にステロイドの服用が問題となるそれらのリスクや起きうる不安をご家族ともあらかじめよく共有しておくことは大切な支援のひとつである。リスクや不安をこまやかに汲み取り適切な対応を施せるよう『チームでモニタリングを行っていく』との意識をもって、質の高い看取りを実現していく。

4. どのような連携を行うか

先に述べたチーム・モニタリングが支援の根幹にあるとの意識をまず共有しておくことが重要である。石田さんにおいては、ケアマネジャーや訪問看護師、地域包括支援センターを交えてのカンファレンスなどを重ねた経緯もあり、ある程度の支援者同士は連絡しているケースと考える。在宅介護の継続や看取りを良いものとしていくポイントのひとつとして、患者さんに対してそれぞれの役割にいるスタッフらが行ったことを、互いに共有しておくことがあげられる。

具体的には、各種連絡ノートを活用や、日常的な気付きや変化の様子といったものを電話やITを用いてこまめに連絡しあう。多職種が介入する支援であるだけに、患者・家族の不安や希望を、各スタッフが大きな偏りなく把握し同じ方向性をもってそれぞれのスキルを活かしていけるよう、必要に応じてカンファレンスやそれに代わる方法にて方針や課題点の共有・刷新を行っていく。

5. 居宅サービス事業所の視点と役割：最期まで、認知症の人を在宅で支える

東京都認知症介護指導者会 会長 井上信太郎

1. はじめに

認知症の人を在宅で看取るという本事例をチームとしてどのように連携したのか、何を大切に考えたのかという事を、本事例から考えてみる。また、本事例の中で、認知症の人を在宅で看取る過程において、身体拘束を余儀なくされたが多職種によるカンファレンスにおいて、その方針が大きく変わったことは注目すべき点である。多職種におけるカンファレンス次第で、認知症の人が置かれている環境や、生き方そのものに大きな影響を与える可能性がある事をわたしたち居宅サービス事業者は認識しておかなければならない。

2. どのようなアセスメントを行うか

本人の認知症の症状が重くなり、周囲の人に自分の思いや考えを上手く伝えることが出来なくなってしまうような場合、その人に親族などがいない場合をはじめとして医療や介護などの専門職がチームとなり、今後のその人の生き方について考えていかななくてはならない。そして、たとえば認知症になったとしても、その人が今後、どこでどのように暮らしていきたいのかを、私たちは本人から直接聞くこと、またそれらを代弁することが大切であると言える。そのためには日頃から出来る限り情報を集めておく必要があるのである。前述したが、私たち専門職が、認知症の人の生き方、暮らし方に大きく影響を与えることがあることを忘れてはならないのである。

本事例の中に「我が家に戻ると、穏やかな表情で、大声を上げることはなくなりました。」とある。安心できる環境は、その人にとっては住み慣れた「我が家」であり、病院という環境ではなかったのかもしれない。本人の体調の変化などにより、在宅での看護・介護の限界も感じ、病院へ再入院するも、身体拘束を余儀なくされて、周りの人達はとても悩んだに違いない。しかし甥も含め多職種間で、今後の方針について話し合われた考え方こそが、「パーソンセンタードケア」その人を中心にした考え方だったのかもしれない。在宅生活において医療とケアの両立を果たした体制づくりは容易ではないが、「自宅で見守る」という方針を打ち出し、それを多職種によって形成されたチームが共有し、密接な連携を図りながら実践したというところに、本事例から多くの学びを得ることが出来るのである。

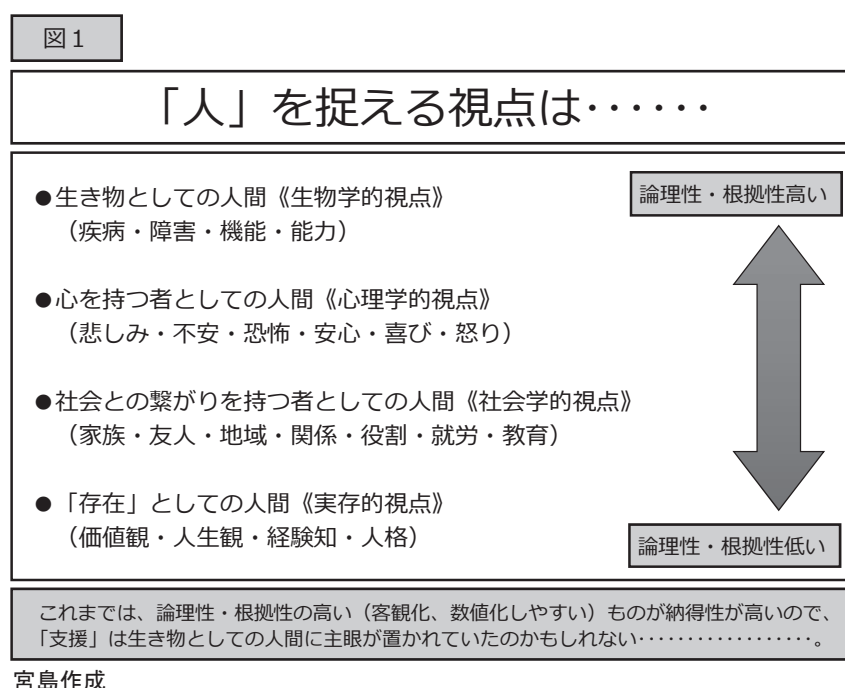
時に私たちは何が正しくて、何が本当に良い事なのかについて、本人を中心に考えれば考えるほど正解を見いだせない場面に遭遇することがある。そんな場面が訪れた時には本人の「～したい」という思いをひとつのキーワードとして大切に考えて行くことが解決の糸口となることがある。人の捉え方には4つの視点（図1）が求められる。

例えば、糖尿病による食事制限のある方が「もう死んでもいいから好きなだけ食べたい！」とおっしゃられる、高血圧の方が「もっと熱いお湯にゆっくり浸かりたい！」などとおっしゃられる場面がある。“生物学的な視点”から見ると本人の訴え通りの支援をすることは極めて難しいことであろう。しかし、本人の信念や生き方とも言える、“実存的視点”で見ると、この限りで

はないのである。重要なことはこれら4つの視点を全て排除せず、その時の状況によって多職種が話し合いを重ね、方針を立てることなのである。特に居宅サービス事業者としては本人との関わる時間が長いことから、本人の考えや思いを正しく伝えていくことが求められる。決して事業者の主観で語ってはならないことにも注意が必要となる。

デマンドとニーズをしっかりと捉え、専門職である多職種間で知恵を出し合いながら協働することによって、本人の叶えられるべき「～したい」という思いに届くかもしれない。

パーソンセンタード、その人を中心に、その人らしさを常に忘れずに、認知症の人の思いに耳を傾け、話し合いを重ねることが求められる。



宮島作成

図1 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 参考資料
(出典：宮島 渡(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 副代表)作成)

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合

例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護というサービスについて考えてみる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、在宅の要介護者に日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う地域密着型サービスであり、平成24年に新しく創設されたサービスである。

本事例のように自宅でのターミナルケアを行う場合、介護・看護を組み合わせたサービスが短時間でも24時間の中で、日に複数回受けられ、また、必要な場合には随時対応が可能という事は、本人や家族にとって、精神的にも安心を得られるであろう。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに限らず、居宅サービス事業者として24時間の生活を支えていくために、現場スタッフとサービス担当責任者による緊急時の連絡方法や、対応方法をあらかじめ打合せしておくことが大切である。また、他職種間の連絡方法等についても同様のことが言える。

4. どのような連携を行うか

在宅でのターミナルケアでの多職種協働において、特に医師とは連絡体制について綿密な連携が必要となるだろう。その場合も、何を伝えるべきなのかについて情報を整理しておくべきである。例えば、具合が悪そうな状況があったとき、単に「具合が悪そうです」と伝えても相手は困るのである。どのあたりが？どのように？いつごろから？等々といった現在の状態像をしっかりと伝えることが必要である。また日頃から医療職からの指示を待つだけでなく、不安なことは積極的に確認するなど、わからないことをわからないままにしておかないということも重要である。特に、多職種間において責任の所在がはっきりしないからといって放置することは最も避けるべき行為と言える。必ず事業所の責任者や関係者等にハウレンソウ（報告・連絡・相談）を行い、円滑なチームケアを目指す必要がある。本人、そして家族の不安を少しでも取り除き、在宅でのターミナルケアを支えていくことも、これから求められる多職種協働ケアと言える。

6. 介護支援専門員の視点と役割

特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事 石山麗子

(東京海上日動ベターライフサービス株式会社 営業部 シニアケアマネジャー)

1. はじめに

がん末期、在宅看取りの相談を受けると介護支援専門員は、準備から在宅生活スタートまでの調整を、タイミングを逸しないため通常の何倍ものスピードで実施する。短時間で本人と家族を支えるチームを結成し、援助の方向性を統一する必要がある。ケア開始後も本人の状態の変化によるさまざまな動揺が生じるため、家族全体を含め支援を行う。

ケアプランは一日単位で変更が必要な時期がくるが、めまぐるしい変化に合わせたサービス提供に馴染まない介護保険制度のルールによって、本人や事業所が不利益を被ることのないよう、がん末期のサービス提供環境を整えることが求められる。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 本人に関すること

1) 本人の意志を確認することを第一とする

認知症だからわからないと決めつけるのではなく、本人の希望や安心できることを言葉、表情、体の緊張度などから推察する。

(2) 体を観察する

脱水、便秘、口腔内の状態、痰がらみ、皮膚、褥瘡、爪、掻痒感、下肢の浮腫、発熱、呼吸、一日のうち覚醒と眠っている割合、不安感、せん妄の有無等を観察する。石田さんは胃がんでもあり、日々変化する食べられるものを随時アセスメントしていく。

(3) 家族に関すること

同居・別居に関わらず、関係性の遠い親族も家族全体を支援する。

どのような最期の関わりを希望するかは、個々の関係性や家族歴によって異なる。家族の現状認識、本人との関係性、看取りに関する考えや希望、他に関わる家族の有無や考えを確認する。限られた時間の中で本人にしてあげたいこと、毎日をどのように過ごさせたいか、医師からの説明は、十分に理解できているかなども確認する。

(4) 環境に関すること

介護用ベッドではなく馴染みのある寝具を利用することがある。これまで使った馴染みの掛布団も状態により重く感じたり、皮膚に刺激となる場合もある。馴染みのものもあらためて確認する。

3. どのような支援を行うか

(1) 本人に対して

1) 継続的な支援は看取りを確かなものにする

本来ならば、石田さんが75歳で鍋を焦がすようになった時点で関わりが必要だった。看取りは最期の短期間ではなく、暮らしの延長にあるものである。会話が可能な時期に石田さんと話ができていれば、石田さんの価値観や想いに添った支援が可能であった。

2) 意思決定の支援

アセスメントにも述べたとおり、最大限に本人の意思を引き出す。介護支援専門員が本人の意思をつかみたいという視点で感性を研ぎすまして観察しなければ見落とす小さな表情もある。

3) 代理判断は本人の立場にたって考える

本人の意思確認が難しい場合には、代理判断が必要である。たとえ家族であっても本人以外の他者の判断であるため、『本人のために』ではなく『本人の立場にたって』考える。もし家族やチーム一員の判断に偏りがあると感じたら率直な意見交換が可能なチームの関係形成が最期まで本人の尊厳がまもられる大切な要素の一つである。

4) 身体的なケア

石田さんにとってのケア、予測される変化、変化が生じたときの対応を訪問看護、訪問診療、訪問介護等で共有・統一し、日々刻々と変化する状態に対応する。ヘルパーで行えない医療行為は、訪問看護の24時間体制で対応する。

5) 胃がんである石田さんが食べたいときに食べたいものを食べられるような準備、ケアプランの工夫を行う。

(2) 家族に対して

1) 家族の気持ちや考えを整理する

介護支援専門員は、石田さんの立場にたって語られない想いを想像する。甥から石田さんと甥のエピソードを聞き出す。特に男性は自らエピソードを語ることは少ないため、介護支援専門員から問いかける。甥は語ることで石田さんとのエピソードを振り返り、甥自身の想いが整理される。本人にしてあげたいこと、本人に十分にしておきたい辛さがないか引き出す。遠くに離れた家族が自分の手で直接本人にしてあげられない場合、専門職や地域のサポートでできることを探し、情報提供し、看取った後に家族が「もっとこうしてあげればよかった。」と後悔がないよう支援する。

2) 意思決定支援に関わる際は、中立的であるよう留意する

意思決定に対する選択肢を提示する際、『在宅での看取りが良いこと』、あるいは『病院が安心である』といった支援者自身の価値観が無意識的にも反映された説明にならないよう留意する。

4. どのような連携を行うか

(1) 医療との連携

医師から病名、病状、予後、告知の有無を確認する。

緊急時の連絡先や方法を確認すると共に、在宅看取り、病院入院の両方を想定して準備すること等を医師や看護師と確認する。

(2) チームとの連携

1) 本人・家族の価値観に添った迅速なチーム結成

ターミナルケアは本人や家族の価値観に添った繊細な関わりが求められる。短時間で石田さんにマッチする訪問看護事業所、訪問介護事業所、福祉用具事業所等を選択しチームを結成する。

2) 援助方針を共有する

行うケアの根拠は身体状態だけでなく、告知の有無、本人・家族の想い、その家族の価値観も重要な根拠であり、これらの情報を共有し、ケアの意思統一を図る。緊急時の具体的対応と連絡ルートを共有し、自宅の良く見えるところに貼り出しておく。

3) 変化する状態をスピーディーに共有する

日々刻々と変化する本人の状態に対するケアの変更が著しいため逐次電話でスピーディーに「担当者全員で」情報共有する。ICTの使用が可能な環境であれば、連携はスムーズである。

4) 看取りにむけてメンバーのケアをする。

最近では独居高齢者の自宅への入室時に死亡が発見される状況が増加している。ヘルパーをはじめとする介護職は『死』に直面する機会があり、知識や経験の不足から、死へのショックや自責の念を感じやすい。訪問看護からこの方にとっての観察やケアのポイント、この方にとって起きうる「何か」とはどのような状態かなど、あらかじめ共有しておく必要がある。

7. 薬剤師の視点と役割

公益社団法人東京都薬剤師会 常務理事 大木一正

1. はじめに

認知症の進行による、服用薬の種類増加による薬剤の服薬支援が必要となる。具体的には、服用し易いように、一包化の実施を図り、嚥下が上手くいかなければ、粉碎による対応を図る。次に、相互作用の確認事項、特に麻薬を使用する場合の事項は、項目が多く発生する。身体合併症の発現によりその状態での服薬介助方法の応援として、①理解力・服薬拒否等の対応策については、服薬指導を理解して頂くまでまた、どうして服薬拒否をしてしまうのかその原因を探り解決する。②嚥下能力・身体的能力が劣っている方に対する対応策は、適切な剤型の選択を検討し、簡易懸濁法・粉碎法・速崩壊性薬剤の選択・ゼリー剤の選択・経皮吸収型薬剤の選択・とろみ添加栄養補助食品の使用・服用ゼリー、水分補助ゼリーの使用等による服薬介助で応援していく。

医薬品だけの対応だけではなく、医療材料の提供、介護備品の提供、消毒薬等の使用方法及び提供が、薬剤師の役割となっている。

入退院の際に、急遽入院することになる場合には、入院患者は、それまで服薬している薬剤を持参するしないしは、お薬手帳の情報を持参して、入院することになると考える。しかし、持参しないでそのままに自宅に保管されていることも多く、その場合、薬の整理を薬剤師が行うことが必要と考える。退院時の多くは、退院処方として持ち帰ってくることが多く、その薬剤が、入院時と違っていたり、一包化されていなかったりしていることが多い。また、入院する前のお薬が、多く残ってしまっていることが多い。それら手持ちのお薬、退院時のお薬を整理し、服薬の援助、処方に関しての日数調製、同一系統の薬剤の整理、相互作用の確認等、薬剤師による、介入が必要と思われる。

最期の看取りに関しては、薬剤師の役割は見守りと、残薬の回収をきちんとすることと考える。特に麻薬の残薬回収は、その廃棄処分を責任をもって薬剤師がすべきである。

2. どのようなアセスメントを行うか

症状の進行に伴い、各職種介入回数、訪問回数も増加する。多職種の連携が非常に重要になってくる。特に、処方薬の変更などの伝達は、こまめに行うべきと考える。また、その時点での必要な項目は、お薬手帳・伝達ノート等、目でお互いが理解確認できる方法を実施し、ケアレスミス未然に回避すべきである。

3. どのような支援を行うか

(1) 癌性疼痛のコントロールについて

以下の点について医師・看護師・介護専門員と確認を行う。

- 1) 癌性疼痛の特徴と癌患者への基本対応
- 2) 癌患者の疼痛コントロール：①薬物療法 ②心理療法
- 3) 痛み以外（副作用）の諸症状への対応
 - ①摂食障害 ②排泄障害 ③睡眠障害 ④発熱 ⑤口腔症状 ⑥呼吸器症状
 - ⑦神経・精神症状 ⑧消化器症状 ⑨尿路症状 ⑩皮膚症状
- 4) 在宅患者における疼痛コントロール
- 5) 麻薬の取り扱いについて
- 6) 看取りの後の残薬

（2）その他の看取りにおいて薬剤師が行える支援

疼痛の管理に、麻薬が使用されることが多い。基本的な使用方法を、介護者・家族・本人（認知症の方の場合は、ご本人が理解される範囲で）にも、的確に伝えることが重要である。薬剤（麻薬）取り扱いは、日常生活での注意点をわかり易く説明することが大切である。

薬剤師が看取りに関与する場合、終末期の薬剤管理が重要である。この時期は、訪問回数も増え、経口薬剤が摂取しにくい状況が推測できる。その場合、坐薬・注射剤・貼り薬・吸入剤等その剤型の選択が重要になる。看取り後は、その薬剤の回収、特に麻薬の薬剤回収は、薬剤師に課せられた重要な務めである。

介護備品に関しても、薬剤接種の為の備品から、介護に必要な衛生材料も含めて、多くの薬剤及び介護備品が、薬剤師によって供給されることになる。在宅における、消毒薬の使用方法も重要な薬剤師の仕事となる。消毒は使用目的により、使用器具・手指など方法により消毒薬を選定していくことが必要となる。

4. どのような連携を行うか

認知症で痛みがあるケースの場合、薬剤の内服方法に関して、多職種で情報の共有化を行うことが必要となる。医療職ばかりが関与するわけではないため、実際に内服する薬剤の注意点を紙面にわかりやすく示すことで、その薬剤の重要性を伝えることができる。

麻薬のパッチ（貼り薬）の注意点の示し方の一例を述べる。

（1）この薬の効果は？

- ・この薬は、持続性のがん疼痛・慢性疼痛治療剤と呼ばれるグループに属する貼り薬です。
- ・この薬は、皮膚を通して少しずつ体内に吸収され、痛みを伝える神経組織や痛みの中枢に働きかけ、痛みをやわらげます。

（2）この薬の使い方は？

1) 使用量および回数

- ・使用量は、あなたの症状などに合わせて医師が決めます。

- ・ 1 回に複数枚使用することもあります。
 - ・ 貼る部位：痛い場所に貼るのではなく、胸・腹・上腕または大腿部のいずれかの部位にパッチ（貼り薬）を貼ってください。
 - ・ パッチ（貼り薬）を貼る手順は以下の通りです。
 - ①外袋には3カ所の切り込みがあります
 - ②外袋を手で破ります⇒両側に切り込みがある方から破ります
 - ③残った切り込みを手で破ります
 - ④外袋を引きはがすようにあけて中のパッチ（貼り薬）をとりだします
 - ⑤パッチ（貼り薬）を引っ張り出さないでください
 - ⑥添付のシールに油性マジックペンでパッチを貼る日付と時間を記入し、パッチ（貼り薬）の表面に張ってください⇒理由：貼った日時を忘れないようにするため。3日間（約72時間）たったなら新しいパッチに貼り替えます。※貼り替えの時間は薬剤に応じて異なります。薬剤師に確認してください
 - ⑦貼る部位：胸、腹、上腕、または大腿部のいずれかの部位。痛い場所に貼らないでください
 - ⑧かゆみやかぶれを防ぐために、貼る部位を毎回変えて下さい
 - ⑨パッチ（貼り薬）をハサミなどで切って使用しないでください
 - ⑩傷ついたパッチは使用しないでください
 - 2）パッチ（貼り薬）がはがれた場合の対応
 - ・ パッチ（貼り薬）がはがれそうときは、再度、手で押しつけてください。
 - ・ パッチ（貼り薬）がはがれた場合は、直ちに同用量の新しいパッチ（貼り薬）に貼り替えて3日間貼ってください。
 - 3）パッチ（貼り薬）を貼り忘れた場合の対応
 - ・ 2回分を1度に貼ってはいけません。
 - ・ 貼り忘れや3日を超えたにもかかわらず貼り替えていないことに気がついたら、すぐにパッチ（貼り薬）をはがし、通常の手順に従って貼ってください。
 - 4）パッチ（貼り薬）の薬の量を、多く使用した時（過量使用時）の対応
 - ・ 重篤な換気低下（酸素の吸収が十分に行えないために起こる、考えがまとまらない、判断力の低下、頭痛などの症状）があらわれることがあります。
 - ・ このような症状があらわれたら全てのパッチ（貼り薬）を剥がし、すぐに受診してください。
 - ・ 家族の方は、このような症状が現れたらゆり動かしたり、話しかけたりして目を覚まさせてください。
- （3）この薬の使用中に気をつけなければならないことは？
- ・ この薬を使用するにあたって患者さんや家族の方は副作用、使用方法などを十分理解できるまで説明を受けてください。※重度認知症の方の場合、ご家族の方に説明をお願いします。

- ・呼吸抑制（呼吸ができない）や意識障害（声をかけても意識がもうろうとしている）などの症状があらわれた場合は、ただちに医師に連絡してください。
- ・この薬は、発熱や激しい運動によって体温が上がると体内へ吸収されやすくなります。そのため、この薬を使用している間は外部熱源（電気パッド・電気毛布・加温ウォーターベッド・赤外線灯・こたつ・集中的な日光浴・サウナ・湯たんぽ等）の使用、熱い温度での入浴を避けてください。
- ・他の医師を受診する場合や、他の薬局で薬を購入する場合には、必ず薬を服用していることを伝えてください。また、医療職だけでなく、他の職種にも、薬剤の使用方法を伝えておくことが重要です。

また、薬剤によっては、糞便中に残渣が排泄されるものがある。代表は、塩酸オキシコドンである。有効成分が抜け出た後の錠剤の殻が糞便中にそのまま排泄されることがあるため、他の職種にもそのことについて十分伝えておくことが必要である。

最後に、残薬（特に麻薬）の回収は薬剤師に依頼し、絶対に独自で廃棄をしないように伝えることが重要である。

8. 歯科医師の視点と役割

公益社団法人東京都歯科医師会

地域保健医療常任委員会委員長 高齢者保健医療常任委員会委員長 細野純

1. はじめに

認知症が重度になると、食事や口腔のケアにかかわる問題はさらに大きくなる。アルツハイマー型認知症の経過においては、進行に伴い、失禁、歩行障害などが出現する時期から、嚥下障害を意識した食支援を開始することが必要となる。

石田花子さんの場合、胃がんの進行による食欲不振、食事摂取量の減少やるい瘦が想定されるが、食べる量が減少した時点で残存する摂食嚥下機能の再評価も行い、食環境の調整やその機能に対応した食事形態、介助方法の確認が必要である。

がん治療においては、口腔粘膜炎、口腔乾燥、味覚障害、歯科疾患の増悪など多様な口腔内合併症や摂食・嚥下障害などがおこることも多く、患者にとって身体的、精神的な大きな苦痛となっている。がん診療拠点病院などでは、がん治療を開始する前から地域の歯科医療機関と連携し、口腔機能評価、そして歯科治療や口腔のケア指導など口腔管理を行い、口腔衛生状態を改善すると共に、術後の口腔のケアに関する連携事業が行われている。

その結果、口腔粘膜炎や肺炎の発症頻度低下、入院期間の短縮などが報告されており、口腔環境の改善は生活復帰に向けて、栄養改善や気道感染予防などにも重要な役割を果たしている。現在、東京都においても東京都福祉保健局と東京都歯科医師会が連携し「東京都周術期口腔ケア体制基盤整備事業」が実施され、地域医療連携の推進が図られている。

人生の最終段階のケアにおける口腔内環境の整備、口腔のケアの充実は緩和ケアとしても重要である。歯科治療や専門的口腔衛生処置により、口腔の環境が維持改善し、食事の問題や口腔内の疼痛や不快感などが軽減されることは、小さな進歩であっても、直接的に生活意欲、療養生活の質の向上につながると考えられる。石田花子さんのように酸素のカニューレを外すなどがあると、口呼吸となり開口状態が長くなり、口腔乾燥が進み、口臭の増加や口の中に痛みや不快感を生じたり、歯肉などの炎症が起きやすくなる。

また、唾液の粘性が強くなり痰や剥離上皮の固着にもつながる。したがって、病院から退院後には、歯科専門職による訪問診療を早期に導入し、在宅医や訪問看護師などと連携しながら、常に口腔を湿潤にした快適な状態に保持し、安楽で爽快感を得られるような専門的口腔衛生処置が必要である。

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症の進行に伴い、痛みや不快感を正しく伝えることができなくなる場合があるので、口腔領域を良く観察することが大切である。

- (1) 急に食べなくなる
- (2) 開口/閉口しなくなった

- (3) 口腔のケアを拒否したり、食事以外のケアにも拒否がでている
- (4) 冷たいもの、熱いものを嫌がる
- (5) いつもとちょっと違う感じがする
- (6) 手や指を口に持っていくなど

これらの動作が認められた場合には、口腔内に何らかの問題がある場合もあるので、歯科専門職につなげることが大切である。修復物の脱落、歯の破折やそれによる口腔粘膜の損傷は急に食欲が減る原因となる。

また顎関節の脱臼により、顎の開閉が不自由になって食べられなくなった事例もあり、急激な変化は局所的な要因を考える必要がある。口腔内の乾燥状態、唾液分泌や嚥下の状態は常に変化をきたす可能性があり、口腔機能の評価を定期的に行う必要がある。

3. どのような支援をするか

人生の最終段階のケアにおける歯科からの支援の中心となるのは、口腔内の多様な症状緩和と口腔のケアの充実、最期まで口から食べることへの支援である。

介護者に、全介助による口腔のケアの方法についての具体的な指導を行う。口腔のケアで誤嚥させないような注意と、口腔乾燥がある場合には、口腔用の保湿剤、湿潤剤などを適切に使用し、常に口腔内の保湿に留意することが大切である。また、歯科専門職による口腔衛生処置も継続する。嚥下機能評価から、経口摂食が極少量でも可能な状況では、食事形態や介助方法などの検討を行う。

身体状況にあわせて、食事量や水分量が過剰にならないような配慮が必要であり、睡眠、覚醒リズムを見極めながら、しっかりと覚醒したときに身体状況にあわせて、食事姿勢の確保、食事形態や量を調整しながら、食事摂取を行う。アイスクリームやゼリー、スープの氷片など、たとえ数口であっても無理なく飲み込みやすく楽しめるような支援を行う。

嚥下反射が消失し、唾液が飲み込めなくなり、口腔や咽頭へ貯留している状況であれば吸引をし、口から食べることは控えるようにする。口から食べていなくても、安楽で少しでも快適な口腔のケアを続けるようにする。

また、家族も不安やストレス、生活上の混乱などもあり、ご自身の健康管理ができなくなったり歯科治療などを中断したり、あきらめたりするケースもある。家族の生活機能低下は介護力にも影響することから、家族の口腔のケアやグリーフケアについても配慮し支援する必要がある。

4. どのような連携を行うか

在宅歯科医療は要介護者に対する口腔機能管理として、歯科治療、専門的口腔衛生処置、摂食・嚥下リハビリテーションなどを生活の場において、多職種と連携協働して提供される包括的な歯科医療である。平成20年度より、在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置づけ、地域における在宅歯科医療を担う核となることが期待されている。

今後は、認知症の人の人生の最終段階のケアにおいて、口腔のケアの充実や食への支援についても、地域における在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどと在宅療養支援歯科診療所が連携し、緩和医療や緩和ケアにかかわるシステムづくりが必要である。訪問歯科医からは、口腔内状況や摂食嚥下の状態について、在宅医や訪問看護師などへ情報提供を行い、口腔のケアの方法などを共有する。また、オピオイドやビスホスフォネート剤などの処方に対して在宅医や保険薬局との連携も重要である。

<参考・引用文献>

- *厚生労働省老健局老人保健課：介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月
- *平野浩彦、本間昭監修：実践！認知症を支える口腔のケア、東京都高齢者研究・福祉振興財団、2007
- *山田律子：認知症の人の食事支援 BOOK、食べる力を発揮できる環境づくり、中央法規、2013、5月
- *平野浩彦他：平成23年度厚労省老健事業、認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究
- *枝広あや子、平野浩彦、山田律子、千葉由美、渡邊裕：アルツハイマー型と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告第一報 ―食行動変化について―、日老医誌 2013, 50, 60, 651-660
- *杉原一正、岩淵博史監修：口腔の緩和医療・緩和ケア 末永書店、2013年10月

9. 家族支援の視点と役割

特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン 理事長 牧野史子

1. はじめに

身体合併症のある認知症の患者さんが終末期を迎えるとき、入退院を繰り返すなど、家族はさまざまな治療や医療的処置を受けながら、都度重要な選択を迫られる場面に出くわすことになる。多くは、家族にとっては初めて聞く知らないことばかりの連続で大変悩み、混乱をきたす。特に胃ろうなどの医療処置は家族にとって大変葛藤する事柄になる。またこの時期は普段会わない親類がやってきて決定場面に口を出すこともあり、それぞれの立場やさまざまな考え方、価値観がぶつかり、意見が食い違う場面も生じる。日頃接している家族にとって、普段とは違うストレスも増している。とりわけ本人の意志が確認しづらいことも重なり、親類や家族同志の意見をストレートにぶつけることも多くなる。このような場合には、医師や看護職、あるいは医療機関からの丁寧な説明と納得のいく選択ができるための調整や説明、支援が望まれる。

これからは在宅での看取りも増えていくだろう。訪問医療と看護、介護の連携による家族を交えたカンファレンスがますます重要になる。できるだけ早め早めに次に起こるだろう事態や、対応などの情報を家族に伝えていくことも重要な支援のひとつといえる。

2. どのようなアセスメントを行うか

- (1) 本人の意志は確認できるか。意思表示はかつてあったか。
- (2) 関わりのある家族は誰か。キーパーソンは誰なのか。
- (3) 家族や親類同士のコミュニケーションはとれているか。
- (4) 看取ることへの準備はどうか。

3. どのような支援を行うか

- (1) 家族には今の本人状況を丁寧に伝える。
- (2) 想定できる事態や可能性については早めに伝え、どのような処置や対応があるのかをできるだけわかりやすく伝える。
- (3) 判断が必要な場合には、メリット、デメリットなどを都度説明する。
- (4) 退院後の過ごし方や家族の関わり方についても、介護と相談しながら家族へより具体的に伝える。

4. どのような連携を行うか

医療と介護が家族を中心に連携しながら、迅速にコミュニケーションが取れる体制を整えておくことが大切である。

【家族への目線について】

～家族介護者支援のスタンス～

これまで、一般的な“家族支援”の前提としては、まず認知症患者本人の権利擁護や生活支援優先の観点から、家族へは、当然のことながら、本人への適切な対応や介護が求められる“「ケアパートナー（＝ケアラー）」としての適切な役割”を期待されることが現場では常であったと思う。

しかし、現状では家族介護者自身が高齢で支援が必要であったり、病気を患っていたり、認知症や精神障害であったりする＝支援の必要な当事者（隠れた患者）であることも多く、介護者であるという立場であるために、そのことがともすれば見逃されてしまいがちになる。

さらに、介護者本人も“自分自身に支援が必要である”ことに気づかず、病気であってもさまざまな理由で病院にも行くことができず、睡眠も不足し、疲弊困憊しながらも介護に埋没している場合もあり、目には見えにくい、大きな虐待のリスクをはらんでいる場合もある。

家族介護者支援の立場としては、家族の側に立つスタンス＝ひとりの人間として「あなたも大事なひとりです。」「あなたの人生や生活を大事にしてほしい。」というケアやメッセージを伝えつつ、抱えている介護者自身の不安や落胆や葛藤に丁寧に向き合う支援態度を望みたい。特に認知症の介護では、家族は毎日理不尽なことや予測できない事態にさらされ、心は傷つき、不信感や猜疑心で神経がとがっており、被害的にもなりがちである。患者本人によかれと思っただけの指導的な示唆だけでは家族介護者の心は動かないどころか閉じてしまう。それでは、専門職側との良好な信頼関係はできず、介入を拒み、サービスを断ってしまったたり、さらにひとりで抱え込み、その結果、認知症患者本人にもよい影響を及ぼさないこともある。

家族介護者をひとりの人間として尊重し、家族関係の中で培われた長年の歴史や価値観を視野に入れつつ、介護者の性格や置かれた立場を加味し、よき理解者としての目線で必要に応じタイミングを見計らい、きめ細やかな情報や知識を提供するといった状況判断や対応が、多職種のチーム連携によってより可能になるのではと期待したい。

10. ケアの統合に向けて

医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長・老人看護専門看護師 桑田美代子

1. はじめに

わが国は超高齢多死社会を迎えている。1950（昭和26）年は自宅死亡が8割を超えていたが、その割合が徐々に低下し、1976（昭和51）年には、病院の方が多くなった。そして、一人暮らし世帯が今後も増加する傾向にある。人生の最晩年をどの場所で、どのように過ごすのかは、誰にとって大きな課題でもある。

花子さんご夫婦にはお子さんはなく、夫が他界後、一人暮らしを送っていた。軽度の認知症と診断された後も、ご近所などのなじみの関係の中で生活ができていた。認知症があり、悪性疾患を併せ持つ場合、本人の意思をどのように汲み取り、苦痛の緩和を図るのか。

多職種で死を見据えたケアを実践して行かねばならないケースである。

2. ケアの統合に向けて

（1）本人の望みをチームで支える

本ケースの場合、認知症であろう花子さんの望みを叶えるために、各職種が自らの役割の視点からケアを提供する内容が記述されている。人生の最晩年、認知症が進行し、言葉で意思を表すことが難しい中、花子さんの意思を汲み取り、チームで同じ目標を持ちながら活動する姿は、看取りケアの醍醐味でもある。認知症の有無に関係なく、本人の望み、意思決定を支えることは当然ではある。しかし、認知症の場合、“本人の意思はわからない”“意思決定が難しい”と捉えられる傾向もある。だが、認知症の人達は、日々の生活の中で微弱なサインを発している。それを我々がキャッチし多職種間で共有し、本人の望みを支えるケアの統合に活かし、実践していく必要がある。

（2）医療と介護の連携 - 緩和ケアの提供

望みを支えるだけでなく、死を見据えた苦痛を緩和する医療と日々のケアの提供も重要である。認知症の人の場合、苦痛を言葉で訴えることが困難になる。BPSDは苦痛のサインと考えても良い。そのため、苦痛を軽減する身体管理が必要となる。花子さんの場合、往診医や薬剤師との連携、日常生活を安楽に過ごせるための訪問介護や看護との連携に関するケアの統合が重要となる。そして、忘れがちであるが、緊急時の搬送先である。予期せぬ緊急時に対する対応方法、搬送先に関しても決めておくことが大事である。今後、花子さんに現れる症状についても、地域の人々、ヘルパーにも事前に伝え、その時の対応を指導しておくことが重要である。その人たちの不安の軽減も含めた、医療と介護、緩和ケアの提供に関するケアの統合を考えていく必要がある。

（３）地域連携 - 資源の活用

地域により社会資源の活用も異なる。また、インフォーマルな人材も活用しながら、地域の中で連携をとっていくことが看取りには必要となる。地域包括支援センターやケアマネからの情報を得て、上記にも述べた医療と介護の連携に反映させることが大切になる。

（４）家族とケア・家族もケア

看取った後、家族に後悔が残らないように注意する必要がある。家族はチームメンバーの一員でもある。しかし、家族はケアの対象であることを私達は決して忘れてはいけない。家族の価値観は千差万別である。だからこそ、ケアする側の思い込みや「〇〇あらねばならない」等の私達の価値観で対応することは十分注意した方が良い。家族の個性に配慮し、家族にわかる言葉で丁寧にコミュニケーションをとる。そして、家族の心の準備のためには、早期から家族に説明するようにする。家族へのケアも多職種で関わるからこそ、隙間を埋めることにつながるのである。

（５）グリーフケア - 家族・スタッフ

甥のグリーフケアも必要であるが、私達ケアスタッフへのグリーフケアも重要である。人は必ず亡くなる。しかし、私達はどこかで「死は怖いもの」と思いがちである。しかし、多死社会を迎えている中、今後、地域での看取りは増加するであろう。

看取りの体験は、私達ケアスタッフを成長させる機会にもなる。多職種の役割を認識する機会ともなり、次への看取りケアへのきっかけにもなる。花子さんの場合も、多職種協働連携が実現できたからこそ、自宅での看取りが行えた。しかし、忘れてはいけないのは、ケアを提供した側も喪失体験をしていることである。亡くなれば寂しいと感じ、ケアを提供した側にも心残りがあるかもしれない。だからこそ看取った後、関わった多職種メンバー、そして、可能ならば家族も交えケアを振り返り、語る場があることが望まれる。

3. ケアを統合するための仕組みを創り出していくために

死は敗北ではない。自然の摂理である。そして、看取りの場もその人にとっての最良・最善をチームで考えていくことが必要である。また、本人が望む通りにならないこともある。また、本人が望んだことが最良でないこともある。「家」であっても、「施設」であっても、「病院」であっても、その人にとっての最善を尽くし、有終の美を飾る終焉の時を創り出していく必要がある。そのためには、まず私達が死を語ることをする必要があると思う。