

## 地域包括ケアシステムの実践

### — 在宅療養者の終末期ケアマネジメントに関する研究 —

高田真澄<sup>1)</sup>、小池万智子<sup>2)</sup>、安江悦子<sup>3)</sup>、瓜巢敦子<sup>1)</sup>、宮田延子<sup>1)</sup>

1) 中部学院大学看護リハビリテーション学部

2) 東白川村在宅介護支援センター

3) 元東白川村地域包括支援センター

#### 【はじめに】

急激な高齢化の進行に加えて、核家族世帯が増加したことによる高齢者の独居、または高齢者夫婦のみの世帯が増加している。このような状況のなか、団塊の世代が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や福祉のニーズが増加すると同時に、個々はもとよりそれぞれの地域特性においてさまざまな内容の支援が予想される。厚生労働省は、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムでは、「医療」、「介護」、「予防」、「生活支援サービス」、「住まい」の5つのサービスが一体的に提供され、高齢者のニーズに合わせた切れ目のない支援が求められる。

60歳以上の高齢者を対象とした調査のなかで、54.6%の高齢者が自宅で最期を迎えたいと回答している（内閣府：平成27年版高齢社会白書）。特に医療や在宅介護の現場では、いつかはおとずれる利用者の最期にかかわりを有する。そのため、医療、介護事業のなかにおいて終末期ケアマネジメントは重要な業務であり、自宅で最期を迎えたいと思う本人の希望、家族の希望に添ってどのような環境が必要か、家族のサポートをどうするかなどの検討が図られている。

本研究では、自宅で最期を迎えたいという本人の希望を受けて、特に医療依存度の高い事例の終末期ケアマネジメントについて、いかなる医療連携、環境整備、家族サポート等のマネジメントが必要かについて実際の事例をもとに検討を行った。

#### 【目的】

終末期ケアマネジメントを効果的に行うために必要な医療連携、家族のサポートのありかたを明らかにする。

#### 【方法】

ケアマネジメント記録から経過をたどり、樋口らの「高齢者の終末期ケアに求められるケ

アマネジメント」の内容に基づき分析を行った。倫理的配慮として所属機関長の使用許可と家族への口頭および文書による説明と同意書によって承諾を得た。

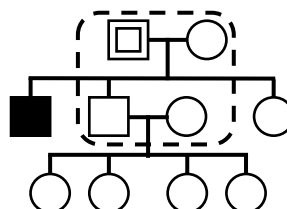
### 【事例1】

自宅での最期を希望していたが、病状の急激な変化のため緊急入院し、病院で最期を迎えたケース：A氏：80歳代 男性

病名：脳腫瘍

家族構成：妻、息子、嫁

キーパーソン：妻



家族構成は妻と息子夫婦。病名は脳腫瘍で介護支援専門員が関わった期間は3カ月。A氏はB病院に入院中、病状が安定したため年末に退院を希望、B病院から継続治療の診療所となるC診療所への退院時情報が伝達できないままでの状態で関わりがはじまった。その後、2カ月半ほどで病状進行によるけいれんと嘔吐の繰り返しに家族が耐え切れず、D病院へ救急入院となった。家族は、この入院が最期となるとは思っていなかったが病院で最期を迎えた。

### 【結果・考察】

樋口らによる高齢期終末期ケアに求められるケアマネジメント12項目の枠組みから検討したところ、在宅の看取り阻害要因として以下の2項目が抽出された。1) 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームの確保 2) 看取り方の揺らぎに対する柔軟な対応であった。1) について、医療機関同士の連携を円滑に進めるため、ケア会議を通して通常時や年末年始の緊急事態対応について、医療機関の窓口（地域医療連携室）と在宅の窓口（介護支援センター）を中心に連携をマニュアル化すること。2) は終末期ステージの進行に伴い、主治医による経過予測説明を繰り返して行ってもらうこと、その受け止めの確認をすること、本人・家族の病状に対する揺らぎを受け止め看取りを支える環境づくりが重要であることが示唆された。