

月刊シニアビジネスマーケット

超高齢社会のライフスタイルをデベロップする経営情報誌

SENIOR BUSINESS MARKET

2008
February
no.043

02

【特集1】

拡大するショートステイ

在宅介護「レスパイト」ニーズをつかめ!

【特集2】

脱病院——求められる最期の場とは

終末期ケアを目指す住宅・施設づくりの実際

「データをもとに、その方の生活の質を優先したターミナルケアを行なっています」

時田純氏
Jun Tokita

社会福祉法人小田原福祉会
高齢者総合福祉施設潤生園
理事長・園長

神奈川県小田原市郊外の丘陵地に築かれた高齢者総合福祉施設潤生園は、今年創立30周年を迎える。この間に約580人が退所、うち320人を施設内で看取っており、わが国有数のターミナルケア実践法人である。豊富なデータを駆使したターミナルケアの実際を理事長・園長の時田純氏に伺った。

「畳のうえで死ぬ」ことを望みながら、なぜ「病院」なのか

——まず、高齢者施設におけるターミナルケアのあり方について、どのようなお考えでしょうか。

時田 ●ご承知のとおり、現在、高齢者の8割以上は医療機関で亡くなっております。ターミナルケアはまさに医療のカテゴリーで、人間最期の看取りは医療の手で行なわれていると考えるのが当然という時代になっています。それでは、医療の手の中にある看取りがその人にとって本当に幸せなのか、どうか。おそらく、本人は望んでいないと思われます。病院ではほとんどの方が集中治療室などで上からも下から

もチューブを入れられ、モニタリングされた、いわば医療技術に管理された死を迎えます。これが死の看取りとして、ふさわしいのかどうか——この問いかけは、私が当園を開設して以来、関心をもつて取り組んできたテーマで、エビデンスに基づくさまざまなデータを蓄積してきました。

——ターミナルケアを医療の手から、福祉の手へ、ということですか。

時田 ●それは日本の現実があるからです。病院で亡くなる方が8割であるにもかかわらず、「どこで死にたいか」というアンケート調査では、どのデータを見ても「自宅」と答える高齢者が圧倒的に多い。それでも畳のうえでは死ねないのが現実です。なぜなのか。

畳のうえで死ぬことは、人間として普通の終わり方の方はずです。病気で苦しみ、痛い、辛いとか、つた悲惨な死は、誰も望んでいないからです。誰もが安らかに死にたい。「畳のうえ」とは安らかな死の象徴なのです。多く人の期待はそこにあるのに、現実はずせを許さないのか——こういう問いかけが私のなかには常にあります。

——なぜなのでしょう。

時田 ●まず、自宅や福祉施設には死を迎える環境が整っていません。ひとつには、今の人は「人の死を看取る」という経験がない。自宅で家族とともに看取るという経験が非常に乏しくなっています。現代は核家族が進んで、同居世代が少なくなっています。その

結果、一般の人にとって死とは、怖いもの、あまり触れたくないもの、死は病院で、という認識ができています。

それでは自宅で看取るために必要なものは何か、という問いが導かれます。たとえば、死の診断は医師の専権事項で、死亡診断書は医師しか書けませんからまずドクターが必要です。ところが、看取りの段階におけるドクターの役割というのは、実はほとんどありません。高齢者の場合は特にそうです。若い人の死はほとんど医療の手の中にありますが、高齢になればなるほど、人間の死は医療から遠ざかります。なぜかという、原因が老化だからです。老化は医療の対象ではないのです。老化は手の施しようがなく、自然そのも

自宅では介護力に限界がありますから、 私どもが家庭に近い環境を提供します



Profile

ときた・じゅん / 1977年(昭和52年)社会福祉法人小田原福祉会を設立、理事長に就任。78年特別養護老人ホーム潤生園開設、施設長に就任。高齢者総合福祉施設潤生園園長に就任、現在に至る。主な役職として、神奈川県老人ホーム協会会長、神奈川県社協理事、全国老人福祉施設協議会副会長、厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会委員、神奈川県立保健福祉大学他の非常勤講師、日本認知症ケア学会理事などを務める。著書に『介護・生命やすらぐ日々を』(生活思想社)、『高齢者の在宅ターミナルケア』(編著・御茶ノ水書房)ほか、多数。

のです。シワ一本、医療では治せません。

見方を変えると、疾病分類別の死亡率で最も高いのは呼吸・循環器系、つまり、心臓と血管の病気が根本にありますから、全身が脆くなり衰弱しています。もう医療を施しても意味をなさない状態(図表1)にありますから、高齢者のターミナルステージは、むしろ本人の尊厳とQOL(生活の質)を尊重したケア(図表2)、つまりごく自然な終わり方を考えるべきだと、私は考えています。

老化による自然な死、ですか。

時田 死に赴くことは老化の過程です。ここをどう看取るか。たとえ、床ずれを作らない、脱水症状を起こさない、適切な食事と栄養管理をする、清潔を保つ——こうしたケアが重要になりますが、自宅では介護力に限界があります。そこで、私ども福祉施設が家庭に近い環境とサポート体制を築き上げ、手厚いケアに基づくより良い看取りを行なう必要があるわけです。その向こうに理想に近い死があると思います。

ターミナルケアを行なう前提条件は

「良いケア」の実践

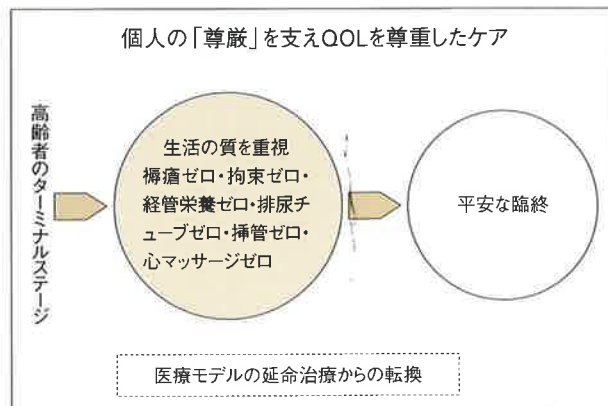
——本特集のテーマである有料老人ホ

■図表1 終末期を迎えた高齢者の状態像

- ①寝たきり状態になり、自力で体位変換ができなくなる
- ②出血傾向や壊死しやすくなり、褥瘡もできやすくなる
- ③感染症に罹患しやすく、発熱や肺炎を繰り返すようになる
- ④嚥下困難になり、口からの栄養素や水分摂取が難しくなる
- ⑤低栄養による生体の再生機能が低下し、呼吸機能も低下する
- ⑥絶えず失禁し、脱水が起きやすくなる
- ⑦多臓器不全により、全身衰弱が進行し、体重が減少する
- ⑧傾眠状態が継続し、精神反応がほとんど見られなくなる

出所：社会福祉法人小田原福祉会理事長・時田 純氏の研究データ

■図表2 潤生園が目指すターミナルケア



「良いケア」を確立しない限り、

良いターミナルケアはあり得ません

ームを含むケア付き住宅においても、そのことが根底にあるわけですね。

時田 有料老人ホームであれ、グループホームであれ、さらに自宅でさえ、ターミナルケアを行なうためには、良いケアを提供できるという前提がなければならぬのです。「私どものホームなら、最期まで同じお部屋で暮らせます」と謳う施設があるなら、それを可能にするケアがあることが条件です。

——「良いケア」とは何でしょうか。

時田 それを整理すると数限りなく課題があります。たとえば、私どもでは96年から介護の現場に電子手帳「ザウルス」をスタッフに持たせて、一つひとつのケアの様子をその場で入力します。食事介助なら、そのときの主菜・副菜の種類や量、水分量などのデータをそのつど入力します。これによって栄養摂取量に対して、どれだけ栄養補給ができたかがわかります。このデータは排泄介助の際のデータともなります。排尿量、排便量もわかります。こういう食事の出入りから始まって、24

時間ケアを行なう全過程を分刻みで記録します。これがその方にどういうケアをしたか、という証明になります。

どのような会話が交わされたかも、事細かにデータ化されます。

こうして得たデータは文章化し、グラフ化して、家族の方にごらんいただきます。私どももさらに良いケアを目指す参考にします。これらが良いケア、良いお世話をしているという証明になります。「私たちは良いケアをしています」といくらいっても、何の意味もありません。私どもは事実としてデータとして、それを証明します。つまり、「良いケア」とは、第三者が本人の状態やデータをごらんになって、これなら結構ですと納得していただくことが大事なのです。これを日常的に積み上げることで、ご家族と私どもとの信頼関係が築かれていきます。「うちのおばあちゃん、このごろどうですか」と、ご家族から聞かれても、即座にデータを取り出して説明できます。良いケアを確立しない限り、良いターミナルケ

アはないということです。

ターミナルケアは

総合的な介護力があってこそ

——どの施設に良いケアがあり、QOLに基づいて死を迎えられるか、大きなテーマになってきますね。

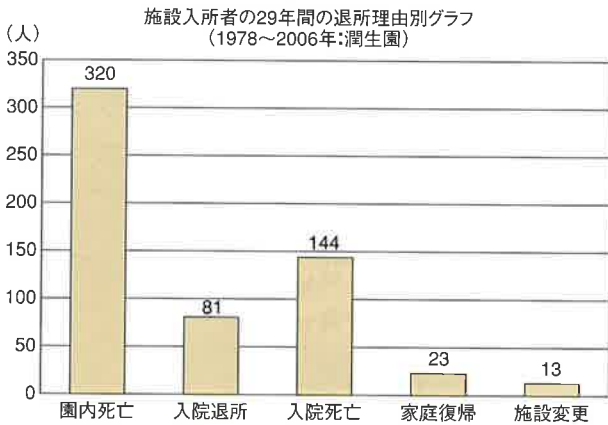
時田 そうです。柏木哲夫さん（大阪大学人間科学部教授・日本ホスピス緩和ケア財団理事長）は、死の看取りでは日本の第一人者であると、私は考えておりますが、「誰にどこでどういうケアを受けて、死を迎えるかで、死の質は異なる」と、説いておられます。私もそう思います。身体中にチューブを差し込まれて、誰もいないようなところで淋しく死を迎えるのか、家族が寄り添って終わりを迎えるのか、どちらが良いかは歴然としているでしょう。

私は死の看取りのモデルは家庭にある、それも大家族が当たり前だった昔の家庭にあると考えています。昔はいよいよというときに、お布団の周りを見届けたものです。医師には死亡診断書を書いていただきますが、医療の介入は基本的には脈をとる程度でした。死は誰にでも訪れることですから、誰もが当たり前のこととして受け止めてい



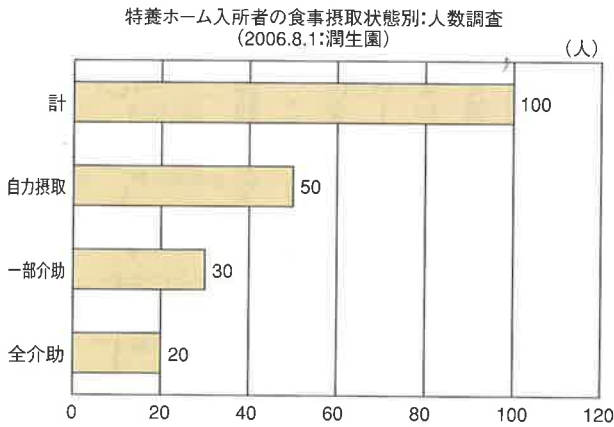
味もよく、彩りも豊かな潤生園の介護食

■図表3 潤生園における看取り



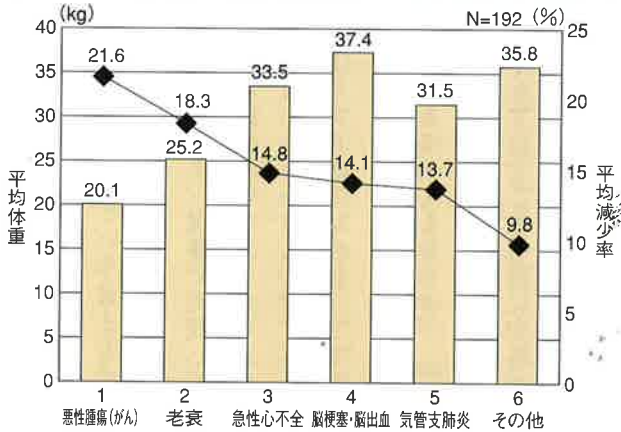
たわけです。ところがいまの社会には、そういう認識はあまりありません。私もターミナルケアを、創立以来30年間にわたって実践してきました(図表3)。20~30例ほど、いよいよというときにご家庭に帰して、長くても1週間以内に在宅でそのまま静かにお亡くなりになっています。もちろん、これを可能にするには家族の了承が必要で、さらにご家庭で終わりを迎えるためには、総合的なサポート体制が必要不可欠になります。訪問看護、訪問介護、訪問入浴、通所や短期入所など、さまざまなサービスを提供する組織と地域のネットワークを整備しなけ

■図表4 介護施設の看取りの決め手は食事ケア



ればなりません。つまり、ターミナルケアだけを単独のテーマとして議論するのは間違いだと私は思います。ターミナルケアを可能にするのは、ハード・ソフト・人を含む総合的なサービスシステムがあつてこそだからです。
——潤生園の場合のスタッフ体制はどのようになっているのでしょうか。
時田 ● それぞれのエリアのスタッフがチームを組みます。おおむね20数人(交代要員を含む)。看護職(4人)を中心に介護職(10数人)、管理栄養士、調理師、これらのスタッフが、たとえばAさんについての情報を共有し、かつ情報交換しながら、24時間交代でお世話しま

■図表5 施設内死亡者の疾病別平均体重と体重の減少率



す。スタッフの役割は、床ずれしないよう絶えず体位変換をする、体温を計り、脱水がないか注意しながら水分補給を行なう、身体を常に清潔に保つよう週2回の入浴、入浴できない場合は全身清拭を行います。点滴をする場合もあります。本人の気持ちがあることを優先します。
——食事ケアも重要なようですね。
時田 ● 高齢者ケアに関しては介護食が非常に重要です(図表4)。人間としての終わりを支える食事は、いかにあるべきか。私が開発した介護食によって、経口的に栄養と水分の補給ができるようになり、嚥下障害で入院する方が少

待機者は定員の5倍おられますが、在宅支援を強化して対応しています

なくなりました。その結果、施設内での看取りが大きく増えました。栄養摂取量を考え、「うまそうだ。食べてみたい」と思ってもらえるよう彩りと味を工夫したものです。食事ケアの基本は、まず食べていただくことですからね。

——ターミナルケアにおけるスタッフの資質というのには特にありますか。

時田 ● スタッフは日常的なお世話を毎日繰り返すわけですが、必要なことは感受性と判断力です。お年寄りの息づかいや状態から、その方が何を欲しているか、どのようにしてほしいか気付くこと、気遣いが大切なんです。経験を積んで会得することも多いですが、最近は気遣いができる人が少なくなってきました。いうまでもなく、ケアは医療ではありませんが、状態から必要なときは病院にお連れすることもあります。医学的知識も当然必要です。

しかし、ターミナルケアで非常に大きな役割を果たすのは、やはり家族です。言葉をかけてあげる、手を添える、

いわゆる孤独にしないために寄り添ってあげる。こういうことは家族が最も大きな力になります。それを多くの専門職がサポートすることで、静かな看取りが行なわれます。病院内の集中治療室は家族を遠ざけてしまっています。また、私どもの施設内での医師の役割は、オーケストラのコンダクターのように全体をリードします。ドクターはターミナルケアに理解のある方に参加していただいています。ただ、こういうドクターは少なくなっています。ここにも大きな課題があります。

——寝たきりの方が看取りレベルへ移行する、その目安はどこにあるのでしょうか。

時田 ● いちばんわかりやすいのは、体重の減少率です(図表5)。病気の種類によっても異なりますが、一般に痩せぎすの方はターミナルの期間が短く、太り気味の方は長いというデータがあります。ターミナルの定義は、日本医師会や厚生労働省で出していますが、当園の場合、さきほどの状態像に加え

て、「高齢者のターミナルステージにおけるナチユラルケアの3段階(病態変化↓重篤↓死後)」という考え方で病態変化と死期の予見をし、それをナチユラルケアとして、現場で実践しています。きめ細かなマニュアルを基に臨機応変な対応を行なうものです。

——ターミナルケアは今後、さまざまな高齢者施設や住宅で日常的に行なわれるようになるのでしょうか。

時田 ● 死は日常的なことですから、ターミナルケアはどこでも誰にでもできるともいえますが、その方法はさまざまでしょう。先ほどの柏木さんの「どこで誰にどのよう^に看取られるか」、これによって、死の質は異なっています。ですから、家族は施設を選びます。施設側としては、どうい^うしつらえをすることがポイントです。ただ、「行為の背景に哲学ありき」なので、ターミナルケアの理念や哲学、目的などを明確に掲げ、運営方針をはっきりさせること。そのうえで、本人にも家族にもベストな人づくりを含むサポート体制を整備することでしょう。

現在、全国の特別養護老人ホームでターミナルケアを実践しておりますが、看取りの人数そのものはまだ微々たるものです。大半の方はその終わりを病



満床が続く短期入所施設「れんげの里」



丘の上に立つ高齢者総合福祉施設潤生園

高齢者総合福祉施設潤生園グループの概要

法人名称	社会福祉法人小田原福祉会
所在地	神奈川県小田原市穴部377番地
理事長	時田 純
法人創立	1977年
従業員数	340人(2008年1月1日現在)
関連施設	特別養護老人ホーム潤生園(定員100人)、短期入所サービス事業所(2カ所、定員合計70人)、通所介護サービス事業所(10カ所、定員合計173人)、居宅介護支援事業所(2カ所)、訪問介護サービス事業所(3カ所)、訪問入浴介護事業所、配食サービス事業所、人材養成事業、第3地区地域包括支援センター

院に委ねています。もちろん、家族や本人が病院を望むなら、施設側には否定する理由はありません。私どもでもそうしてきました。ただ、当園の最近の傾向としては、ほとんど施設内で看取っています。高齢になって入所する方が増えたこと、入所前に多くの医療機関を経てきて、ここを終のすみかとして、ここで看取って欲しいと希望する方が圧倒的に多くなっています。

——高齢者は、病院での死が次第に難しくなっています。

時田 ●医療制度改革で、入院日数が長引けば診療報酬は下がる仕組みです。症状が改善したらすぐ退院ですからね。

レセプト(診療報酬明細書)の審査でも、看取りに関しては査定がほとんどなかったたので、この部分に膨大な医療費がかかっています。この反省が医療制度改革に強く出てきていますね。退院して行き場をなくした方が特養を希望されるのは当然でしょう。

——潤生園の場合の待機者数、それと入所者の状況について教えてください。

時田 ●待機者は定員100人に対して、その5倍、約500人ですが、私どもでは短期入所介護施設「れんげの里」、

「やすらぎの里」や小規模の「やすらぎの家」、グループホーム、デイサービスセンターなど、在宅支援サービスを充実することで対応しておりますが、それでも入所希望者は増えるばかりです。入所期間は平均4年、平均年齢は87歳、要介護度は平均4.2、重度で家庭には帰れない方がほとんどです。1年間にざっと2割の方が退所(死亡含む)されて、新しい方と交代します。2カ所ある短期入所介護施設も、常に満床という状況です。

——潤生園は今年、創立30周年を迎えますが、経営面ではいかがですか。

時田 ●介護保険制度によって、経営内容は大きく変わりましたが、当園でも各事業所に独立採算制を導入して、管理者は経営者として事業統括するシステムを考えています。しかし、報酬減額や制度改定で前期の経常収支率は遺憾ながら落ち込みました。とはいえ、地域の方々の期待とニーズは今後とも非常に強いものがありますので、施設・在宅・通所系、さらに相談機能や情報ネットワークを強化することで、挽回していきたいと考えております。

——ありがとうございます。



別掲 高齢者総合福祉施設潤生園の関連データの一覧(一部)

- ・潤生園29年間の終末期の看取りグラフ
- ・介護施設の看取りの決め手は食事ケア
摂取状態別人数/摂取量と摂取者数/食事時間
- ・口腔ケアが肺炎死の予防に効果
- ・施設で亡くなった方の性別比/年齢構成比/疾病別分類
- ・終末期ケアの施設内における医療処置
- ・施設内死亡者の死亡時の平均体重と減少率
- ・施設内死亡者の疾病別平均体重と体重の減少率
- ・県内・特養・老健における看取りの実態
- ・県内介護施設における「終末期」の看取りの人数、ほか多数

出所:「特養ホームで自然な経過を看取る高齢者の終末期ケア」
—高齢者総合福祉施設潤生園園長 時田純—よりタイトルのみ抜粋。