

特別養護老人福祉施設（特養）の役割

洛和福祉会 洛和ヴィラ桃山 医務室
福間 誠之

【要旨】

2000年に介護保険が導入され、高齢者の医療と介護の充実が図られるようになったが、慢性疾患をかかえた高齢者が日常生活に介護を必要となった時に特別養護老人ホームでどのような世話ができ、最後を迎える場所として適切であるか考えてみた。

Key words : 高齢者施設、介護保険、看取り、Comfort feeding only、人生会議

1. 高齢者施設

介護保険法の目的は「高齢者が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護を要するものに、尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにする」とされている。症状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者に介護療養型医療施設、症状安定期にあり、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者を対象に介護老人保健施設（老健）、常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、特養）が設置された。それぞれの施設の指定基準として、100人の入所者に対して、療養型医療施設には常勤医師3人、看護師17人、介護要員17人、介護支援専門員1人、老健は常勤医師1人、看護師9人、介護要員25人、理学療法士又は作業療法士1人、介護支援専門員1人、特養には医師は非常勤で1人、看護師3人、介護要員31人、介護支援専門員1人となっていて、各施設内で実施可能な医学的管理の度合いが異なる。

特養の入所者は病院を受診すれば後期高齢者医療保険で必要な医療は受けられ、継続して服薬もできるが、施設内に設置されている医務室は医療施設として登録されていなくて、入所者が日常服用する薬の処方箋は病院から派遣され

る医師にお願いしなければならない。老健に入所している人の注射や服用する薬剤費は介護料に含まれているために、高額な薬剤が必要な医療を続けるのが困難となることもある。

2. 特別養護老人福祉施設（特養）

特養は高齢者が在宅での生活が困難となり世話をする人がなくて入所してくるので、よくなって退所することはなく、長期間施設で過ごす利用者も多く、人生最後までの日常生活を快適に送れるような配慮が必要である。入所者は自立度が異なるが、朝起きると着替えをして、食事の時はリビングルームに出てきて、歩けない人は車椅子でできるようにしている。午前10時ごろから音楽に合わせてリズム体操、それからお茶の時間、午後3時にはおやつで生活に変化を持たせるようにしている。週に2回は入浴をするが、全介助の人は特別な浴槽に介助器具を使って入浴をしている。

入所者は認知症の人が多く、お互いの会話は困難であるが、勝手なことを話して結構楽しそうにしているのを見かけることもある。定期的に音楽療法士が来て、昔の歌を演奏して皆で歌い、書道の先生が来て、半紙に文字をかいたり、作業療法士の指導によりいろいろな物を創作したり、ゲームをして楽しそうにしている。また時々近隣の小学校、幼

稚園の子供たちが訪問し、歌声を聞かせ、時にはドッグセラピーの犬が連れてこられ、入所者が楽しそうに触れている。

3. 入所時の対応

施設に新たに入所された時に本人と家族と一緒に施設でそれぞれの役割を担当する職員、すなわち医師、看護師、介護士、栄養士、理学療法士、介護支援専門員（ケアマネージャー）が同席して、入所後の生活や人生の最後について「意向確認書」¹⁾を基に尋ねるようにしている。入所してくる人は在宅では介護が困難となり、将来的に再び自宅にもどれる可能性はないが、本人も家族も最後をどこで迎えるかまで考えたことがなく、わからないと答えることが多い。入所する人の多くは程度の差はあるが認知症を持っているので、家族の意見を聞き、以前に本人が何か意思表示をしていなかったか確かめるようにしている。

高齢者の一般的経過として次第に自分で自分のことが出来なくなり、食事ができなくなれば介助により援助し、さらに呑み込むことも出来なくなると経管栄養という方法もあるが、これが本人にとって利益となるかどうかを考えなければならない。年齢と共に老化が進み、回復する力も衰えてきた終末期にどの程度まで病院で医療を受けるのか尋ねる。施設で可能な医療は対症療法であり、積極的治療を受けるのであれば、異常症状を早期に発見して早く病院を受診することになる。高齢者の終末期の医療にも限界があり、回復の可能性の低下した人を病院へ連れていき、検査をして積極的治療をしても効果が期待できないことが多くなる。このような時に施設で発熱に対して解熱剤を使いながら最後を迎えることもある。

施設に入所している利用者は日常生活に援助が必要であるが、介護職員は医療行為ができない。厚労省が医療行為でないとしている行為として ①水銀体温計・電子体温計による腋下の体温測定、②耳式電子体温計による外耳道での体温測定、③自動血圧計による血圧測定、④パルスオキシメーターの装着、⑤軽微な切り傷、擦り傷、やけど等についての専門的な判断や技術を必要としない処置、⑥軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、⑦湿布の貼付、⑧点眼薬の点眼、⑨一包化された内服薬の内服、⑩座薬の挿入、⑪鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助があげられている。さらに医療行為

の対象外の行為として ①爪切り、爪ヤスリによるやすりかけ、②歯ブラシや綿棒による歯、口腔粘膜、舌に付着した汚れの除去、③耳垢の除去、④ストマ装着のパウチにたまった排泄物の破棄（肌に接着したパウチの取り換えを除く）、⑤自己導尿の補助としてのカテーテルの準備、体位の保持、⑥市販のデスポーザブルグリセリン浣腸器を用いた浣腸となっている。さらに50時間の講義と実習による研修を受けた介護職員は医療行為とされている口腔内の喀痰吸引や胃瘻からの経管栄養を行うことができるようになった。

4. 特養入所者に必要な医療

特養は慢性疾患をかかえた高齢者が多く入所していて、いろいろな症状を呈する。よく見られる症状としては発熱、嘔吐、下痢、腹痛、失神、皮膚の発赤腫脹、けいれん、転倒・打撲などがあり、病院を受診して診断を受け、必要に応じて入院・加療が行われる。入院が必要となった病名としては誤嚥性肺炎、尿路感染症、胆嚢・胆管結石、胆管炎、癒着性イレウス、S字結腸軸捻転、感染性胃腸炎、頭部外傷、大腿骨頸部骨折、上腕骨折、脊椎圧迫骨折、脳梗塞などがある。がんの疑いがあっても家族が患者の年齢や状態を考えて積極的治療を希望しない時には精査はせずに対症療法を受けて施設に戻り、施設でこれまで世話をうけてきた介護職員に看取られて最後を迎えることもある。中には入浴時に介護士が黄疸に気づき、病院を受診して膵臓がんが見つかり、内視鏡的ドレナージを受け黄疸も軽減して施設にもどり、6カ月後に亡くなった90歳の高齢者もある。

5. 高齢者終末期の介護

2006年の介護保険の改正により特養で高齢者の看取りをするために看取り介護加算がつけられるようになった。その要件として重度化対応加算を算定している施設で ①常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定め、②24時間連絡体制を確保し、必要に応じて健康上の管理を行う体制の確保、③看取りに関する指針を策定し、入所者又は家族に内容を説明し同意を得ている、④看取りに関する職員研修を行う、⑤看取りのための個室を確保すること、があげられている。

病院では苦痛緩和のために緩和医療が行われる専門の緩和病棟や独立した施設（ホスピス）も設置されているが、

入院できるのは癌、エイズ、心不全の末期患者に限られている。認知症末期や多くの慢性疾患をかかえ積極的治療をしない高齢者は特養で対応するのが望ましいのではないだろうか。特養は医療機関でなく日常生活の援助が主なる目的とする介護施設であり、医療が必要となれば病院へ紹介し入院治療を受けるが、高齢の患者で回復力も低下した状態となれば対症療法で対応する。そのために本人の意志を確認することが必要だが、本人の意志表示ができない時は、家族の同意が必要となる。予め家族から「延命措置に関する指示・同意書」¹⁾に署名を求めようとしている。現代医療の進歩の報道に接している家族は何かできることがあるのではないかと期待して、急変時に備えてあらかじめ末期状態になった時にどうするか説明しても、すぐには同意が得られず、とりあえずできることはやって欲しいと言われることもある。しかし本人の状態を診てもらうことで納得してもらえることもある。

6. Comfort feeding Only（楽しみ介助食）

認知症が進行して末期になり、自分で食事がとれなくなった時、以前は経管栄養により補給されることが多かった。経管栄養の一つとして経皮的内視鏡的胃瘻造設術（PEG）は内視鏡を用いて短時間に患者への侵襲が少なく作ることができるので、適応範囲が広げられ急性期の栄養補給を目的として普及した。認知症の末期になって経口摂取ができなくなり胃瘻造設がなされても、誤嚥性肺炎の予防にはその効果は期待出来ず、合併症もあることからあまり薦められなくなった。しかし家族にしてみれば出来ることをしないでおくことに抵抗感があり、とりあえず胃瘻をつけたが、認知症は進み本人は全く分からなくなり単に延命を続けることに疑問を感じるようになっても注入を中止することはできず悩むこともある。Palecekら²⁾は認知症末期になったときの経口摂取を体重維持のための栄養補給ではなく、食べる楽しみを目的とするComfort feeding onlyを提案している。出来るだけ介助による経口摂取に努め、本人の好みにあわせて、食べ易いものを、食べられるだけ食べて、無理にでも食べさせ栄養補給の目的とするのではなく、本人の楽しみを目標とすれば、家族も経管栄養でなく、経口摂取の維持に納得し易いのではないだろうか。

7. 高齢者施設における感染症対策

施設で時々対応に難渋するのは入所者に見られる感染症の集団発生対策である。入所者の世話をする職員をはじめ面会に来る家族に手洗いを励行しているが、感染症は発生し、抵抗力の低下した高齢者は集団発生をきたしやすい。

①インフルエンザ：

インフルエンザに対しては流行シーズンに先駆けて入所者及び職員にたいしてワクチン接種をしているが、それでも感染者が発生することがある。流行期に高熱がでて疑われる患者は病院を受診し、診断がつけば治療をうけるが、複数の患者が出たときには病院の医師と相談して、ほかの入所者に予防的に抗インフルエンザ剤（オセルタミビル）を処方してもらうこともある。

②感染性胃腸炎（ノロウイルス）：

外部から持ち込まれることがある。最近デイサービスの利用者から介護者を介して施設内に拡大したことがある。感染力が強くとくに拡大するが、予後は比較的良好で、2、3日の嘔吐と下痢が収まるとよくなるが、7～10日ぐらいは感染の危険性はあると言われている。

③疥癬：

高齢者施設で拡散しやすい疾患とされ、初期に発見して対策を立てることが必要である。疥癬はヒゼンダニによる感染症で、患部から虫体を検出して診断が確定するが、施設での早期発見は困難である。初期に発見がおけると感染が拡散するのが早く集団発生となり大変なことになる。同じフロアの入所者をはじめ世話をする職員にたいしても予防的にイベルメクチンの内服をして取めたことがある。

8. 高齢者の終末期の予測

高齢者は年月とともに全身が弱ってきて終末期を迎え、傾眠傾向となり、自分で経口摂取が出来なくなり、食事にも介助が必要となる。介助による経口摂取をしてもやがて嚥下困難となり、誤嚥を繰り返すようになり末期状態となる。大小便は失禁し、自力移動は困難で、介助が必要となる。末期にみられる症状としてチェーンストークス呼吸、肩呼吸、あえぎ呼吸、喘鳴、四肢末端のチアノーゼ、四肢冷感、手足指壊死、などがある。

認知症高齢者は自分からの訴えはなく、介助による食事

でも嚥下も困難となるが、食材の工夫や栄養剤を併用することにより経口摂取を続ける。水分も全く入らなくなると7~10日で最後を迎えるが、眠るようで苦しむ様子はない。しかしこのような状態になってから、再び少しずつ食べられるようになり、何カ月も続く人もあり、終末期の予測をつけ難い。年齢だけでも判断できず、100歳を越えても元気になっている人もあり、60歳台のアルツハイマー病末期のひとで、全く意思の疎通ができない状態で5年以上も経管栄養を続けている人もある。

日常生活の介助している担当介護士が利用者の食事摂取量が低下して弱ってきたことを感じる人が多いので、それを参考に家族に連絡をとり、「延命措置に関する指示・同意書」に署名をもらう。発熱などで病院受診を繰り返すようになり、誤嚥性肺炎で入院して施設にもどった時に看取りに関して家族の意向を確かめるようにしている。

9. 看取りカンファレンス

入所者が看取り期になったと考えられる頃に医師の終末期の判断のもと看護師、介護士、栄養士は、どのようなケアをするかカンファレンスをして家族に連絡をするようにしている。本人の状態により経口摂取も進まなければ無理をせず、内服薬も飲めなければ無理に飲ませることはせず、場合によっては中止する。カンファレンスは1カ月ごとから状態の変化にあわせて1週間ごと、最後は毎日おこなって、家族に利用者の状態報告するようにしている。家族によって最期はベッドの横に寝泊まりをして看取することもある。孫や曾孫の小さな子供に囲まれて最期を迎えた人もあり、本人も満足したと思う。小さい子供にも人生の最後を迎える時の雰囲気や記憶に残るのではないかと考える。

我々の施設では看取りをした後、1カ月以内に担当した介護士を中心に看護師も含めて看取り後のカンファレンスを持つようにしている。最初に医師がなくなった方の入所してから経過の概略、最後の経過を紹介してから、担当者に、振り返ってみて本人はどのような受け止め方をしていたと思われるか、家族の反応はどうであったかなどを述べてもらい、最後に芦花ホームで使用している「偲びのカンファレンス評価基準」を参考にして意見を求め、今後のケアの役立てる様にしていく。忙しい業務の中でのカンファレンスは、手間のかかる入所者が多くなると職員が集まるのも

困難となるが、振り返りの中で気づきもあり可能な限り継続すべきである。対応する職員により家族の反応も異なることもあり、職員間の連絡も大切である。

10. 家族との話し合いの重要性

これまで家族と高齢者の終末期の医療についての話し合いで感じることは、タイミングが難しいということで、比較的元気にしている高齢者がどの様な終末を迎えるのか想像ができないと思われる時は、これまでに経験してきた事例を参考に話しても、理解を得るのが困難である。認知症の末期になると自分で食べられなくなり、嚥下も出来なくなることを説明しても、家族の気持ちとしては医学的に何とかできるのではないかという期待がある。食材も豊富になり、少量で高カロリーの栄養剤もあり、いろいろ工夫をすることにより、かなりの期間続けることもある。点滴注射に対する期待感が大きく、高齢者の終末期でも何かよくなるように思われている。しかし高齢者の末期には身体も多くの水分を必要とはしなくなり、点滴注射は水分過剰になるのではないと思う。日頃の世話を施設にまかせているのでよけいに何かをしなればという気持ちになるのかもしれない。

認知症の末期になり家族の希望で再度MRI検査をして脳の萎縮が高度になり効果が期待できなくても新しく開発された認知症の薬の処方を希望され、何か変化があると効果があつたと喜ぶこともある。

11. 高齢虚弱に配慮した処方

施設に入所してくる高齢者の多くはいくつかの慢性疾患をかかえて多種類の薬を服用しているが、身体機能が衰えて寝たきりになれば少し減らせないかと思う。患者が複数の診療科にかかり処方されている場合は他の診療科からだされている薬を減らすことはできず、数が多くなるようである。転倒を繰り返して皮下出血をきたす高齢者の抗血小板剤を中止することもある。高齢となり食事次第に入らなくなった時に、糖尿病の薬はいつまで続けるのか、高血圧のため降圧剤を服用している人も終末期になり服薬を中止しても血圧は上がることはなく、認知症の末期に認知症の薬、高脂血症の薬など、どの時点まで服薬が必要なのだろうか。

12. 人生会議

厚労省は11月30日を「いい看取りの日」として人生会議の日と定め終末期の在り方について考える機会を持つように勧めている。慢性疾患をかかえた高齢者は家族と一緒に①大切にしていることは何か、②自分で日常生活が出来なくなった時にどうするか、③人工的な延命措置を希望するか、④最後は何処で迎えたいか、など人生の最後を迎えるにあたって話し合い本人の意志を確かめることが望ましい。

特養に入所が決まった時点で、かかりつけ医があれば病気のこれからの見通しなどを確かめ、本人の希望を聞いておく。施設に入所した時に医師は初対面で、これまでの本人の経過も分からないので、今後の見通しもつけ難く、延命治療についての話も一般論となる。入所してくる人は慢性疾患も末期に近く、重度の人が多く、特養では緩和医療が中心であり、積極的医療は期待できない。家族が高齢者施設と病院との区別が十分理解されていないことがあり、

医学的にできることを控えるということに納得が得られないようである。また、医療は病院で受け最期も病院で迎えるものと思っている人もあり、病院での最後の状態がどのようなものであるか理解している人は少ない。以前に病院での経験で終末期の患者は個室で点滴注射やモニターがつけられ、家族がベッドの傍についていてもモニターにばかり気がとられ、その動きに一喜一憂しているのを見かけたことがある。

13. 参考文献

- 1) 福間誠之：特別養護老人ホーム（洛和ヴィラ桃山）での看取り。洛和会病院医学雑誌 2017：28：25-31
- 2) Palecek E. J. et al：Comfort-feeding only：A proposal to bring clarity to decision making regarding difficulty with eating for person with advanced dementia J.Am. Geriatr. 2010：58（3）：580-584