

ターミナルケアとメンタルヘルス  
—知的障害者福祉施設におけるターミナルケアの実践に関する一考察—

Terminal Care and Mental Health  
—A Study on Practice of Terminal Care at Residential Care  
Facilities for Mentally Handicapped Persons—

上 平 忠 一\*

UWADAIRA Chuichi

目 次

- I はじめに
- II 事例提示  
事例 70歳代の男性、胆のうがん、転移性肝臓がん、知的障害  
第1回カンファレンス ～ 第7回カンファレンス
- III 考察  
(1) 事例の特徴とメンタルヘルス  
(2) チーム・カンファレンス  
(3) 今後の課題と対策
- IV おわりに
- I はじめに

現在のわが国における三大死因は悪性新生物、心疾患、脳血管障害であり、さらに肺炎、および不慮の事故と自殺を含めた外因子がこれに続いている。

悪性新生物の死亡数は、2003年は前年に比べ4,897人増加し、30万9,465人となって、全死亡者数の3人に1人の割合である。悪性新生物の死因順位は1981年以来第1位となっている。2002年の部位別死亡数は、男性で肺がん、胃がん、肝臓がん、大腸がんの順に多く、女性では胃がん、大腸

がん、肺がん、肝臓がん、乳がんの順に多い。肺がんは男女とも顕著に上昇し、1955年と比べると男性では5.8倍、女性では4.2倍である。女性の乳がんが上昇しているのに対して、子宮がんは低下している。

国にがん対策を推進する基本計画の策定を義務づけることなどを柱とする「がん対策基本法」が、2006年6月に成立し、2007年4月に施行された。2007年6月に「がん対策推進基本計画」の計画案が発表され、がんによる死亡率を今後10年以内に20%減らすことや、患者・家族の苦痛軽減と療養生活の質の向上の2つの目標が提示された。そのなかで、目標実現のために3つの重点課題をあげた。1つ目は放射線療法と化学療法（抗がん剤治療）の充実、2つ目は痛みを軽減する緩和ケアの推進、3つ目は患者の予後などを調査する「がん登録」の整備である。

近年一般病院やホスピスでのターミナルケアが関心を集め<sup>2,3,21)</sup>、総合病院緩和ケア病棟<sup>4)</sup>におけるターミナルケアが注目を集めている。現代社会におけるより良い生と死を求めてこれまで多数の報告や研究<sup>1,3,10,11,13-19,22,23)</sup>が積み重ねられてきているが、なお検討すべき問題や課題が数多く存在する。私たちはこれまでに知的障害施設におけるターミナルケアについてアンケート調査を同施設

\*社会福祉学部教授

X年月日	9/12	10/2	11/3	12/1	1/1
身体症状	癌発見				+
痛み		●	●●●	●●●	●●●
食欲不振				●●●	●●●
全身倦怠感				●●●	●●●
不眠			●●●	●●●	●●●
ADLの障害					
移動					●●●
排便・排尿					●●●
食事				●●●	●●●
水分摂取				●●●	●●●
外泊		↔ ↔		↔ ↔	↔
マッサージ(M) レベタン座薬		M	M	M +	M M M ++ +++ +++++
カンファレンス	①	②	③ ④	⑤	⑥ ⑦

図1 臨床経過

の看護師とともに研究発表したり<sup>22)</sup>、精神疾患を有する患者への緩和医療の経験を報告してきた<sup>23)</sup>。今回、福祉施設における緩和ケアの可能性を探る目的で、私たちは知的障害者更生施設において、がん発見から死亡時まで施設で看取ることができた事例について、カンファレンスを中心にターミナルケアとメンタルヘルスの実践を報告し、若干の考察を加えた。

ここで言うターミナルケアは「不治の病に罹患し、余命が6ヶ月未満の状態にある患者に行われる全人的なケアである」と規定される<sup>4,22)</sup>。

## II 事例の提示

事例 70歳代の男性、(図1 臨床経過図)

【診断】胆のうがん、転移性肝臓がん、知的障害(重度、IQ31)

【生活史】中部地方の農家に6人同胞の第3子、次男として出生する。幼少時から知的障害がみられ、名前が書ける程度(数概念や曜日の理解不能)で高等小学校を卒業した。その後、農業の手伝い、日雇いの作業をしていた。

39歳のときに、A知的障害者更生施設に兄と一

緒に入所する。

56歳のときに、B知的障害者更生施設に転入した。障害年金1級および療育手帳A1を取得している。

性格は従順、対人的には嫌人的拒否的傾向が強く、対物的には固執性・常同性が強い。

【家族歴】兄が知的障害者で施設入寮中である。弟も、知的障害を有している。姉がキー・パーソンである。

【既往歴】低血圧症、肺炎で内科病院に入院。

【現病歴】X年夏に、頬がこけ、痩せが目立ち、体重も4-5kg減少していた。

X年9月中旬の嘱託医の診察時に、腹部診察にて肝臓の腫脹が指摘される(表1)。そのときに、D病院内科を紹介され、CT検査および超音波検査を施行した。その結果、胆のうがんを原発とし、肝臓に多数のがん転移を認め、手術の適応はなく、対症療法的な治療しかないといわれ、姉にがんの告知がされる。

【がん発見からその後の経過】がんの発見からすみやかに嘱託医がリーダーとなりカンファレンスを開き、今後の対応について検討した。約3ヵ月

表1 臨床検査成績の推移

基準値	X年	X年	X年	X年	X年
	1月11日	5月15日	9月12日	11月5日	12月19日
<b>血液検査</b>					
白血球 (3900-9800)	3,900	5,200	9,400	<u>13,200</u>	9,400
赤血球 (427-570)×10 <sup>4</sup>	442	452	<u>373</u>	<u>320</u>	<u>352</u>
ヘモグロビン (13.5-17.6)g/dl	14.3	13.9	<u>11.9</u>	<u>10.5</u>	<u>12.3</u>
ヘマトクリット (39.8-51.8)%	43	41.8	<u>35.8</u>	<u>31.6</u>	<u>36.5</u>
血小板 (130-369)×10 <sup>3</sup>	210		233	204	<u>116</u>
<b>血液生化学</b>					
TTT (4.0以下)			1.3	3.4	
ZTT (2.0-12.0)			14.5	<u>21.9</u>	
GOT (10-40)IU/l	25	30	<u>53</u>	<u>115</u>	<u>125</u>
GTP (5-45)IU/l	18	26	<u>48</u>	<u>80</u>	<u>57</u>
ALP (110-360)IU/l		<u>530</u>	<u>1,415</u>	<u>3,437</u>	
γGTP (75以下)IU/l	15	32	<u>148</u>	<u>286</u>	
LDH (115-245)IU/l	<u>465</u>		<u>693</u>	<u>1,138</u>	<u>1,966</u>
CPK (50-250)IU/l					
TCho (150-220) mg/dl	203	205			
総蛋白 (6.7-8.3)g/dl	6.8	7.3			7.5
アルブミン (3.8-5.3)g/dl	4.1				<u>2.6</u>
BUN (8-22)mg/dl	<u>26</u>	20			<u>27</u>
クレアチニン (0.7-1.3)mg/dl	1.1	1.1			1.3
尿酸 (2.6-7.5)mg/dl		6.2			
CRP (0.3以下)mg/dl				<u>5.04</u>	
空腹時血糖 (60-110)mg/dl		105			
ビリルビン (総)(0.2-1.1)mg/dl			0.6	0.8	<u>2.1</u>
ビリルビン (直)(0.4以下)mg/dl			0.2	0.4	
Na (134-147)mEq/l					140
Cl (98-108)mEq/l					101
K (3.6-5.0)mEq/l					4.4
Ca (8.2-10.4)mEq/l					
P (2.5-4.6)mEq/l					
<b>腫瘍マーカー</b>					
CEA (5.0以下)ng/ml			<u>700</u>	<u>1,830</u>	
アルファフェト (10.0以下)ng/ml			2.9		
<b>尿検査</b>					
蛋白		-		-	-
糖		-		-	-
ウロビリノーゲン		±		±	±
潜血		-		-	-

半の全経過中の計7回のカンファレンスが開催された。

ここに、第1回から最終回までの全カンファレンスの記録を記載する。

第1回カンファレンス(9月中旬)

・出席者：嘱託医、看護師、T担当支援員

- ・役割：司会 嘱託医
- ・記録：看護師、報告 嘱託医
- ・検討課題

① 現状の把握

胆嚢癌を原発とし、肝臓への転移を認め、根治的治療が不可能であり、今後は保存的にケアをする。

## ② 今後のケアについて

カンファレンスを開き、職員間での共通の認識や一致したケアを行えるように情報の共有化を促す。

癌発見後、本人の日常生活に変化は見られなかった。

## 第2回カンファレンス（9月下旬）

- ・出席者：姉、看護師、T担当支援員、I支援員
- ・役割：司会 看護師
- ・記録 看護師、報告 看護師
- ・検討課題

## ① 現在までの経過と現状

## ② 今後のケアについて

姉の考えでは、自宅で看取るには不安がある。とくに、腹水や激しい痛みの発生時の対応がわからない。このまま施設で見て行ってほしい。食事も摂れず、動けなくなったら、A中央病院にお任せしたい。

施設での対応を看護師から姉に説明する。その説明は、次の通りである。本人の状態が悪くならない限り、現状の施設生活を援助する方針である。また、食事が摂れなくなったり、痛みや腹水の出現、寝たきりになった時には、A病院への入院の可能性がある。また、出血等の容態の急変時には、看護師の出勤や救急車の出動要請がある。

## ③ 具体的な今後の方針

経過観察を容易にする目的と、兄と同室とし、男性支援員の即応対応のために居室改築（中央を仕切り、出入口を増設）を行い、そこに本人を移動する。

10月初旬、家族（姉、弟）とともに、1泊2日の北信濃温泉旅行を楽しむ。

10月中旬のある2日間ともに午後9時頃に、腹痛を訴え、職員が腹部マッサージを行う。

10月中旬に、3泊4日の自宅に外泊する。帰省中は、食事も取れ、落ち着いていたとの姉からの報告がある。

## 第3回ケースカンファレンス（10月中旬）

- ・出席者：嘱託医、看護師、A担当支援員、G支

## 援員

- ・役割：司会 嘱託医、
- ・記録：看護師、報告 看護師

## 検討課題

## ① 嘱託医から現状報告

## ② チームアプローチの重要性

## ③ 職員の現在の不安、疑問の解消（Qは質問事項、Aは回答事項である。以下同様）

Q 家族の延命処置を希望せずの意向にどう考えるか？

A 家族の意向に沿うように援助していく。

Q 寝たきりになったとき特別の付き添いは必要か？

A その必要はなく、家族の希望があれば家族の付き添いはよいだろう。

## ④ 家族と嘱託医の面接予定：10月下旬

## 第4回ケースカンファレンス（10月下旬）

- ・出席者：姉、嘱託医、看護師
- ・役割：司会 嘱託医
- ・記録：看護師、報告 嘱託医

## 検討課題

## ① 家族の意向の確認

施設にお任せしたい、延命処置は希望しない。

## ② 今後の方針の再確認

施設で、ターミナルケアを行う方針。

11月初旬に、新に指導員室の横に兄と隣り合わせの居室を造作し、そこに居室の移動を行い、兄と隣り合わせで生活を始める。このことにより、指導員が頻回に訪室したり、緊急時の対応が取れやすい状況が作られた。

新しい居室に慣れるまで、廊下の徘徊、他者の部屋を覗いたりあるいは女性の部屋に入り込んだりする行為があり、落ち着かない様子が見られた。この頃に、午前中居室内にあった芳香剤を多量に服用し、処置が施される。

11月初旬のある日、Eクリニック受診。食事はある程度摂取している。腹水や黄疸は認められない。血液検査施行（表1）。

## 第5回カンファレンス（11月初旬）

- ・出席者：嘱託医、看護師、担当支援員、A支援

員、B 支援員、C 支援員

- ・役割：司会 嘱託医
- ・記録：看護師、報告 担当支援員
- ・検討課題

#### ① 告知の課題

- Q 施設で看取るならば、本人に告知をする必要があるのではないかという問題
- A 利用者は、重度知的障害であり、がんという病気が理解できず、受容能力がないと思われる。また、がんという病気を本人に告げて、何らかの良い変化があれば告知をするが、告知をしてもななら変化が期待できず、現状では告知をせずに今まで通り接していくことが良いと考える。仮に告げるならば、段階的告知をとることが必要である。

因みに、がん告知の4条件を列挙する。(厚労省試案)

- ①告知の目的がはっきりしていること  
たとえば、・病名を知りたいという本人の希望を満たす、・精神的な不安定を解消する、・仕事や家族や財産に関してなすべきことを済ます
- ②患者に受容能力(自分にとって不都合なことのなかにも、自分が人間らしく生きているという証を見ることができる能力)があること
- ③医師と患者・家族の間に十分な信頼関係があること
- ④告知後の患者の身体面および精神面でのケアの支援ができること

#### ② 今後の対応で、職員間における不安の解消の課題

- Q 大量出血の場合に、どのような対応ができるかどうか不安である。
- A 現状では、大量出血の可能性は少ないと思われる。しかし、大量出血があれば、すぐに救急車を呼び、病院に搬送することが良いだろう。

#### ③ 疼痛の対処課題

- Q 痛みの対応は？
- A 現在では、痛みは80~90%は除去できる。飲み薬から、座薬までいろいろな方法がある。Eクリニックから塩酸ブプレノフィン

座薬(レベタン座薬0.2mg、以後レベタン座薬と記す)の服用が指示されている。

- Q 痛みの時に、いつ薬を与えるかどうかの判断に迷うことがある。
- A 痛みに対しては、すぐに投薬をするのではなく、痛みの箇所を摩る等の身体的接触(マッサージ)を試みる。10~15分程度様子を見る。その後、痛みが続き、本人が希望すれば、与薬する。しかし、苦悶状の顔貌や痙痛の時にはすぐに薬を与える。

#### ④ 精神症状の出現時の対応課題

- Q 幻覚妄想、せん妄に対する対処は？
- A 末期の1~2週間に出現することが多い。そのときには、少量の抗精神病薬の投与が考えられる。

#### ⑤ その他

- Q 本当に最後まで利用者と向き合っているかどうか心配だ。
- A 職員の不安や心配を取り除くために、カンファレンスを実施している。死と向き合うことが生を一層理解することになると説明する。

11月上旬に、2回の腹痛の訴えあり、5~10分間のマッサージを受け、職員がそばにいることを希望する。

11月中旬に、6回の腹痛を訴え、その都度背部マッサージを実施する。同時に、Eクリニックから、疼痛に対して、「レベタン座薬0.2mg」を1日2回、8~12時間間隔で投与するように指示を受ける。

11月の中旬のある日、休診のために、同伴した看護師と一緒に市内を1時間ドライブしたら、表情も良く、鼻歌が聴かれた。その後は腹痛を訴えなくなるというエピソードがあった。

11月中旬から下旬に、自宅に1週間外泊する。外泊時、腹痛の訴えは多少あったという。

11月下旬に、1回腹痛を訴えるが、外泊後、疼痛の訴えは減っている。

この頃のケアの中心は、精神的ケアであり、同時に身体的ケアが実施された。

12月初旬、昼間、ベッドに横になって過ごしている時間が多い。

この頃、腹痛を1回訴え、腹部マッサージを実施する。

#### 第6回カンファレンス（12月初旬）

- ・出席者：姉、嘱託医、看護師、T担当支援員、D指導員、E指導員
- ・役割：司会 嘱託医
- ・記録：看護師、報告 T担当支援員

#### 検討課題

- ① 終末期（寝たきり状態）の家族の付き添い
  - A 姉の付き添いの承諾が得られる。
- ② 病名告知
  - A 姉に本人の病名を確認し、本人に告げるかどうかを質問されると、「告げても、わからないと思う」と姉は応える。姉は本人に告知することを積極的に賛成しなかった。入所している兄に対して、姉は「弟が癌で死ぬことを知っていると思う」と言い、同時に「二人は通じている面がある」とも言う。しかし、同居の弟には本人の癌の話はしていないという。また、いつ話していいか迷っているという。
- ③ 急性ショック時の対応
  - A 延命処置はしないことを承諾してもらい、施設で出来ること（死後の処置）を確認する。
- ④ 今後の経過の予測
  - A 黄疸が出現した場合には、急速に悪化することがあるだろうと予測する。
  - A 診断書は、嘱託医が記入の方針。それが不能のときに、Eクリニックが代替となる。
- ⑤ 葬式の準備
  - A 自宅で行いたい旨を確認する。X村のY宗Z寺の檀家である。遺体の運搬は葬儀社の車で行う。
  - A 施設のお見送りや施設としての葬儀参加を考える。

12月初旬の所見は、食欲の低下が認められ、おにぎりや刻み食で1日1回は食堂にて摂っている。以前に比べ、横になっていることが多くなる。黄疸なし。腹部の腫瘍は前に比べて大きくなり、手拳大である。姉の面会時帰宅願望を訴え

る。その結果、1週間自宅に外泊となる。

外泊中に1度レパタン座薬の使用がある。

12月中旬の頃から、疼痛の訴えが頻回となり、その時間も長くなる。また、食事摂取量も減少傾向である。これまでのADL記録（食事摂取状況、排泄状況、援助記録）も行いながら、同時に、居室への訪問記録用紙を居室の入り口に設置する。これにより、より細かい観察記録が得られることになった。

12月中旬のある日 朝から疼痛が出現し、午後12時半にレパタン座薬0.2mgを投与する。その後、12時間以上熟眠し、覚醒後に、朦朧とした意識で、起立時のふらつきや四肢の震えが認められた。レパタン投与による副作用として、起立、歩行時に悪心、嘔吐、めまい、ふらつきが現れやすい。また、眠気、めまい、ふらつき、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が生じることがあると書かれている。

その翌日の夕食後、廊下にて転倒し、顔面を強打し、鼻出血を生じ、G外科にて処置をする。同日以降はレパタン座薬0.2mgを半分にして投与する。

その頃に、車椅子にて、Eクリニックを受診し、血液検査を実施する（表1）。

12月下旬、身体的レベルの低下が目立ち、ほとんど寝たきりの生活になり、全介助状態となる。同時に食事が極端に低下した。

#### 第7回ケースカンファレンス（12月下旬）

- ・出席者：嘱託医、看護師、T担当支援員、F支援員、B支援員、C支援員、Q栄養士
- ・役割：司会 嘱託医、記録 看護師、報告 看護師

#### 検討課題

- ① これまでの経過の報告、現状報告
 

12月下旬頃から、身体的レベルの低下が目立ち、ほとんど寝たきりの生活になる。

嘱託医が訪室すると、患者は布団に横になっていた。声をかけられると、応じ、意識は清明であった。

診察をすると、腹部の腫瘍は腹部の半分を占め、前回よりも大きくなっていった。しかし、黄疸や腹水は認められなかった。自覚的には、とくに

訴えはなく、困ることは何もないという。小便の希望があり、職員が介助して、ポータブルトイレにて少量排尿する。この時も、起立することができず、職員に介助されて行う。

## ② 今後のケアについて

### ・身体的ケア

水分補給を十分に行うこと、本人の好きな液体（コーラ、エンシュアリキッド）を摂取させること

食事の摂取に関しては、栄養士の協力を得て摂取カロリーを計算したり、トロミをつけたりして工夫をして、必要なカロリーを確保する努力をする。

### ・精神的ケア

QOL (Quality of Life) を考えて、ケアを行うこと。具体的には、他のメンバーとの交流（コミュニティ）も考えて、ケアをし、入り口のドアを完全に閉めないで、開けて、他にメンバーとの交流を図る、あるいはDルームにて交流を図るようにする。

### ・スピリチュアルケア

スピリチュアルペインの表出は見られない。

## ③ 正月外泊について

12月末から、自宅への外泊が4泊5日で予定されている。この外泊の取り扱いについて話し合う。家族との連絡を密に保ちながら、本人と家族の意見を尊重し、外泊を決定する。

## ④ 質疑応答

Q 座薬以外の薬はあるか？

A 経口薬があるが、使用は考えていない。当面座薬を使用し、疼痛を緩和していく。現在、鎮痛剤としてレベタン座薬0.2mgを使用している。それでも、痛みが強くなれば、塩酸モルヒネ（アンベック座薬）などを用いていく。

Q 座薬の投与時間は？ 現在午後8時過ぎに使用しているが、次の日の午前中まで薬が効いている感じで、眠気がある。

A 座薬の副作用が考えられるので、投与時間を早めるなどの工夫をするか、投与量を半分にするなどの対応を試みる

12月下旬、1ヶ月前より体重が4Kg減少し

36.1Kgなる。バイタルサインは 血圧 100/60 mmHg、脈拍 78/分、緊張良好。車椅子にて過ごす。しかし、ほとんど眠っている状態である。

夜間不眠があり、周囲に人がいないことを気にして、あるいは腹痛を訴えて、時折大声を上げて職員を呼ぶ行為がある。その都度職員が対応する。

12月末、自宅に外泊する。姉はこのまま家で看取りたいとの希望を述べる。

外泊中食事はエンシュアリキッド50mlを摂取したのみである。尿量が減少してきた。

外泊中に2回ずつレベタン座薬0.1mgを使用する。しかし、強く苦痛を訴えることもなく、幻覚妄想を認めず、せん妄状態に陥ることもなく、また黄疸や腹水を認めなかった。

正月元旦に死亡する。その日の朝に兄を伴って、嘱託医、看護師、T担当支援員、F支援員、H支援員が自宅を訪問し、死後の対応を行う。兄は、弟が死亡したことが理解できたようであった。姉は精一杯ささやかに送り出してやる事ができたと感謝の気持ちを示す。

1月上旬 告別式に施設長、看護師、担当支援員、および数名の利用者が参加する。

## III 考察

### 1. 事例の特徴とメンタルヘルス

事例の特徴として、(1)72歳の男性で、知的障害者更生施設に入所中に胆のうがん、転移性肝臓がんを発症し死亡した。(2)悪性腫瘍の発症と経過を述べると、X年夏頃から、痩せが目立ち、9月の診察時に肝臓の腫脹が指摘され、精査を受け、胆のうがんを原発とする転移性肝臓がんと診断された。(3)胆のうがんは、手術の適応を認めず、対症療法的な治療で余命3ヶ月しかないといわれ、死亡時までの施設でターミナルケアを実施した。その際に、カンファレンスを実施し、延命治療を行わないことを確認した。延命治療には人工呼吸器の装着、心臓マッサージ、電気的除細動（カウンターショック）、蘇生薬や昇圧剤の使用、高カロリー輸液、点滴、輸血などの処置が考えられる<sup>17)</sup>。

メンタルヘルスは、人の精神的不健康状態の早

期発見・治療を目的とするのみでなく、予防ならびに人の一層の精神健康維持・増進を目標とする幅広い実践的活動である。その個別的課題への取り組みの一つとして、ターミナルケアがあげられている。ターミナルケアの目的は、患者とその家族によってQOL (Quality of Life) の向上を可能な限り尊重することである。その際に、疼痛、その他の症状のコントロール、心理的、社会的、スピリチュアルな課題への対応が要諦である。QOLは人生の質、生活の質、生命の質、生きがいなどと多義的に理解されている。本論文では、生命の質と理解している。

ターミナルケアの実践的活動において、次の3つの要素が重要となる<sup>7-9)</sup>。

まず、①症状のマネージメントがあげられ、疼痛のコントロールが最も重要な因子である。次に、②コミュニケーション。これには患者のスタッフのコミュニケーション、患者と家族のコミュニケーション、患者同士のコミュニケーションが含まれる。最後に、③家族ケアがある。取り残された家族のグリーフケア (grief care) が必要となる。

本事例では、疼痛のマネージメントに薬物療法とマッサージ療法を併用して対応した。薬物療法は、Eクリニックが担当し、塩酸ブプレノフィンの服薬<sup>20)</sup>がされ、塩酸モルヒネの投与が考慮された。マッサージ療法では、疼痛時腹部マッサージや背部マッサージを実施し、患者に寄り添っているようにして不安や恐怖を除去するように努めた。疼痛時には、その都度マッサージを試み、痛みの軽減が図られた。マッサージにより痛みが止まらなかった場合に、薬物が投与されるという併用療法を試みた。マッサージは、手で身体に触れることにより血液とリンパの液の流れを改善し、筋肉のこわばりと痛みをもたらず毒素を流しだす直接的効果を与えるといわれる。その結果、マッサージは心と身体をリラックスさせる<sup>5)</sup>。

コミュニケーションでは、カンファレンスを開催することによって職員間の意思疎通が維持された。また、頻回の外泊や面会を重ねることにより、患者と家族のコミュニケーションを図った。

ここで、嘱託医と主治医の関係について述べる。今回、ガンの身体的治療はEクリニックの

主治医が担当し、嘱託医は緊急時の対応およびカンファレンスのリーダーやスタッフに対する医学的スーパーヴィジョン、セカンドオピニオンなどを行い緩和医療チームの総括責任者を担当するという役割分担制をとり、お互いに連絡を蜜にとり、協力して患者のケアを担った。ここでも、次の節で取り上げられるチームアプローチの重要性が指摘できる。

## 2. チーム・カンファレンス

多くの医療サービスのなかで、ターミナルケアはチームアプローチが最も必要な分野の一つである。チームアプローチの利点として、柏木<sup>8)</sup>は次の4点をあげている。

- ① チームを組むことによって、患者の状態を総合的に判断できるので、よりの確なアプローチが可能となる。
- ② 患者の身体的ニーズのみならず、精神的ニーズ、社会的ニーズ、霊的ニーズを専門家の協力によって満たすことが可能となる。
- ③ チームを組むことによって医師は医師としての本来の任務を、看護師は看護師としての本来の任務を遂行することができる。ここで注意をしなければならないことは、チームメンバーが自分の責任の所在をはっきりと認識し、他のチームメンバーに責任を転嫁しないことである。
- ④ 医師と看護師が十分なコミュニケーションをとり、チーム全体がケアの方針を話し合うことにより方針の一致したケアをすることができる。

今回、私たちは、事例に対してチーム全体がケアの方針を確認し、施設指導員を中心にチームアプローチをとってケアを実施してきた。

一方、立場や専門が異なる専門家がチームを組んでケアにあたる時行うカンファレンスをチーム・カンファレンス (以後カンファレンスと記す) と呼び、次に記載するようにそのカンファレンスの目的には種々の意味がこめられている。

- ① 患者の理解をより深めること。
- ② チームにおけるケアの目的、ケア計画の設定、確認。
- ③ チーム間の連携を図ること。

- ④ 職員間のケアに対する統一性や調整の保持。
- ⑤ ケアの方針を共有し、一致したケアを可能にすること。
- ⑥ 嘱託医からの患者の病気、経過、治療、ケア、予後について説明があり、これによって、スタッフの知識や技能が深まり、不安や恐怖が解消すること。
- ⑦ カンファレンスを通じてお互いに話し合いの機会を持ち、職員の持っている不安や恐怖、抵抗を減少させること。

ここで、本事例におけるカンファレンスの目的に言及すれば、⑥嘱託医からの患者の病気、経過、治療、ケア、予後について説明があり、④職員間のケアに対する統一性や調整の保持により、職員の持っている不安や恐怖を解消することにより、利用者に対する支援・保護をより良い内容にすることである。

即ち、カンファレンスの目的は、チームスタッフ間や家族との間において共通の認識および情報を共有し、利用者に対する支援・援助をよりよいものにすることである。

本ケースでは、合計7回のカンファレンスが開催され、その都度ケアの方針や経過の報告を行った。カンファレンスの参加者は、嘱託医、看護師、担当職員が主であり、必要に応じて家族や他の職員が加わった。それにより、職員や家族の不安や疑問を改善するように努め、チームアプローチやオープン・コミュニケーションの重要性を強調した。

カンファレンスを通じて判明してきた、施設職員がターミナルケアにおける施設職員の抱く恐れや不安、疑問は次のようである。

- ① 家族が延命処置の希望を持っているかどうかの確認。
- ② 寝たきり状態になったときに、家族の付き添いが可能かどうか。
- ③ 告知の問題。
- ④ 一番恐れていたのが、出血の場合にどのようにするかである。
- ⑤ 次に、痛みの対応ができるかどうかであった。
- ⑥ さらに、精神症状が出現したときに、どう

すればよいか。

- ⑦ 最後に、利用者と最後まで向き合っているかどうか。

これらは大きく3つのグループに分けることができる。本人の問題で、緊急時の対応の課題や告知、精神症状の出現時の課題である。次に、家族の課題であり、家族の希望や付き添いに関する課題である。最後に、職員自身の課題である。

以上のような疑問、不安、恐れを素直に表現できるオープン・コミュニケーションがカンファレンスにおいて開示され、受容された。私たちの報告は施設指導員が感じた困ったことやジレンマと言える。

G県における知的障害者更生施設のターミナルケアの実態を調査した報告<sup>6)</sup>によれば、看護師が困ったこと・ジレンマでは、「看護師がいない夜勤帯や不在時の緊急時の対応」から、「異常の訴えができない者の状況判断の困難さ」「痛みの程度の判断の困難さ」が指摘されている。これらの結果、夜勤帯や昼間の緊急時の対応や痛みの対応の困難さがクローズアップされ、今後の課題としてとりあげることができる。

### 3. 今後の課題と対策

福祉施設でターミナルケアを実施していくうえで、次のような課題と対策が列挙できる。

最初に、施設の制度上の課題として、福祉施設は医療・ケアを行える医療施設ではないので、医療関係者とくに嘱託医や看護師に大きな負担を強いることになる。多くの施設で1名の看護師が配属されているに過ぎず、少ない人数での昼夜のケアは非常に限界がある。24時間体制の制度を構築するなど医療職員の不足が解消されないとターミナルケアを実効ある内容にすることは困難である。

次に施設支援員には、医学的知識が乏しく、また医療的な技術もないことからケアに対する不安が強い。医療技術面の不足が指摘できる。これには簡単な医療技術の修得が必要である。

あるいは環境上の課題として、個別対応の必要性が認められ、個室対応が求められ、施設の医療設備にも不十分さや不足がある。

さらに、職員の心の問題として、ターミナルケ

アを行うことへの精神的不安が強い点があげられる。そのバックアップを支援する体制として、カンファレンスの存在意義を見出すことが可能である。

現在8割の人々が病院で死亡し、自宅で亡くなった人は10数%であり、老人ホームや介護老人保健施設で死亡する割合は数%である<sup>12)</sup>。知的障害者更生施設のターミナルケアおよびメンタルヘルスは、病院でのケア(病院死)と在宅でのケア(在宅死)とすきま部分に相当し、今後もっと研究されるべき領域である。

#### IV おわりに

知的障害者更生施設におけるターミナルケアの実践を述べ、チーム・カンファレンスの重要性を強調し、知的障害者更生施設におけるケアが病院死と在宅死の隙間を埋める可能性を示唆した。同時に、同施設でのターミナルケアの限界や今後の課題と具体的対策を指摘した。

最後に、本論文の要旨は2005年5月に大宮で開催された第101回日本精神神経学会総会において発表した。

#### 文 献

1. Chochinov, H. M., Breitbart, W. 『Handbook of psychiatry in palliative medicine』(内富庸介監訳『緩和医療における精神医学ハンドブック』星和書店、東京、2001年)
2. 福江真由美、内富庸介、皆川英明「がんへの適応に関わる要因」山脇成人監修『サイコオンコロジー. がん医療における心の医学』診療新社、大阪、2000年、4-7頁
3. 平山正美『死生学とはなにか』日本評論社、東京、1991年
4. 堀川直史、山崎友子、川本恭子ほか「: 総合病院におけるターミナルケアへの精神科医の関与」臨床精神医学 第22巻 1993年、1157-1165頁
5. ジョアン・ジョンソン(清水富弘、前川利広訳)『イラストでみるスポーツマッサージ』大修館、1997年、7-10頁
6. 兼松恵子、古川直美、小野幸子「G県における知的障害者更生施設のターミナルケアの実態」岐阜県立看護大学紀要 第2巻、2002年、90-96頁
7. 柏木哲夫『死にゆく人々のケア-末期患者へのチームアプローチ』医学書院、東京、1978年
8. 柏木哲夫『死にゆく患者の心に聴く. 一末期医療と人間理解一』中山書店、東京、1996年
9. 柏木哲夫「ターミナルケア. 三好功峰」前田 潔編『総合診療における精神医学』臨床精神医学講座 S7、中山書店、東京、2000年、153-161頁
10. 形浦昭克、郷久敏二編『より良い生と死を求めて-現代におけるターミナルケアのあり方一』南山堂、東京、1999年
11. 北村隆人「終末期患者の事例研究-くやしさと宗教的ケアについて-」精神科治療学、第19巻、2004年、911-915頁
12. 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成14年度人口動態統計』厚生統計協会、2002年
13. 長野大学産業社会学部編『いま、生と死を考える-豊かないのちを育む地域』郷土出版社、松本、2002年
14. 長野大学編『いのちの対話-ふたたび生と死を考える』郷土出版社、松本、2006年
15. 永田勝太郎『<死にざま>の医学』NKHブックス、東京、2006年
16. 中川恵一、養老孟司、和田秀樹『命と向き合う-老いと日本人とがんの壁-』小学館、東京、2007年
17. 大津秀一『「死学」-安らかな終末を、緩和医療のすすめ-』小学館、東京、2007年
18. 曾野綾子、アルフォンス・デーケン編『生と死を考える』春秋社、東京、2000年
19. 立川昭二、佐藤 智『死から学び、生を考える』日本評論社、東京、2001年
20. 恒藤 暁『最新緩和医療学』最新医学社、大阪、1999年
21. 内富庸介、福江真由美、皆川英明『がんに対する通常反応』山脇成人監修『サイコオンコロジー. がん医療における心の医学』診療新社、大阪、2000年、8-19頁
22. 上平忠一、竹内美鈴、宮崎まさ江「知的障害者施設におけるターミナルケアについての評価」長野大学紀要 第24巻、2003年、501-513頁
23. 上平忠一「ターミナルケアが実施された統合失調症患者への援助-精神疾患を有する患者に対する緩和医療の精神科病院の経験から-」長野大学紀要 第27巻、2005年、12-30頁