

「在宅におけるターミナルケア時のケアマネジメントについての提言をします。」

一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会
理事長 青地千晴

我が国は、世界に類を見ないスピードで超高齢化社会に向かって突き進んでおり、同時に「多死の時代」を迎えていきます。現在、自宅での看取りを希望している人は多いにも関わらず、見取りの場所は約80%近くが病院であり、在宅や施設での看取りが増えていかない限り、亡くなる方の人数が病院のベッド数を上回る為、病院で最後を迎えたいと思っても入院できず、死に場所が無くなっていくとも言われています。「地域包括ケアシステム」が盛んに推奨されているように、今後は在宅での看取りができる受け皿が必須です。その中で、医療と介護・福祉の架け橋となって、より良いターミナルケアを個々にマネジメントを行っているのが介護支援専門員です。

私たち介護支援専門員は、高齢者の生活を支援するためアセスメントを行い、介護保険制度・医療保険制度・インフォーマルなサービス等を含めたケアマネジメント（サービス調整等）し、ご自宅等で高齢者ご自身の希望する自立した日常生活を維持できるように、ケアプランを作成しています。広い意味では、関わる時間の長短はあっても、常に人生のターミナル期に寄り添っているとと言えます。ずっと長年にわたり担当ケアマネジャーとしてかかわっていた利用者の方が、末期になり自宅での看取りを希望されるケースもあれば、病院の医療ソーシャルワーカー・地域包括支援センター等から紹介され、末期がんで短い関わりの利用者等、ターミナルケアと言っても関わり方は様々です。

本来終末期の支援は、医師や看護師等が、医療保険制度で対応することが現在のところ主流にはなりますが、医療のできるケアは疼痛コントロールや医療的な処置が主体という限界があります。そこには終末期に向けた生活もあるため、高齢者本人やご家族等の精神的なフォローも含めて、介護支援専門員が最後までその人らしく過ごせるように終末に向けた在宅生活を支える為のケアプラン等の対応をしてきています。

ただし、関わりは持つことができたが請求等まで至らないケースも少なくありません。多くの介護支援専門員より終末期のケアプランの負担の大きさや、ご本人ご家族等への関わり方の濃厚さ、通常のケアプラン以上に医療との連携の必要性を感じているのではないかと推測し、今回神奈川県内の介護支援専門員に対してアンケートによる実態調査を行いました。結果として、通常業務量以上に多くの業務を行っているとの結果を得ることができましたので、ここに報告させていただきます。

今後在宅で看取りを迎えたいと希望するご本人・ご家族、または長期入院ができない急性期の医療機関から次の居場所を選択する中で、介護支援専門員が自宅での終末期の暮らしを医療従事者と共に支えていく役割を積極的に担っていただけるように、終末期を迎えるためのケアマネジメントに対する評価（報酬）について検討をお願いしたいと思います。

以下は、今回の提言とはいたしません、今回の調査の中からうかがえた神奈川県内のケアマネジャーの声を集めてまとめたものです。提言と併せて今後の参考にして頂ければ幸いです。

○在宅ターミナルケアの準備に対するケアマネジメントの評価

在宅でターミナルを迎える利用者はもちろんであるが、ターミナル期におけるケアマネジメントプロセスの途中で、残念ながら退院できずに他界したり、すべての支援が医療保険での対応となり介護保険における給付管理が発生せず、介護支援専門員は無報酬となるケースも見受けられる。無報酬で終了してしまうことは、「在宅ターミナルケアの準備」の段階から積極的に関わるケアマネジャーとして、在宅ターミナルケアの推進を躊躇させる原因の一端になりかねない。

○在宅ターミナルケアを支える体制

また本調査において、今後「家族の理解や覚悟が影響すること」・「独居あるいは家族の協力が希薄な高齢者への支援」が、在宅ターミナルケアを推進するにあたり課題となる可能性が高いことが、在宅ターミナルケアに関する意見から見えてきた。本課題はケアマネジャー特有の課題ではないが、「地域包括ケアシステム」から見れば、在宅ターミナルを支える極めて重要な視点である。他の調査等も参考にさせていただいた上で、介護支援専門員のケアマネジメントだけではなく、ターミナルケアを展開するチーム全体として他職種との連携や協力体制に対する評価をする仕組みが必要であることが考えられる。