

# 高齢者の終末期ケア

秋山 正子\*

## KEY WORD

高齢者  
終末期ケア  
デス・エデュケーション  
在宅ケア  
遺族ケア

## POINT

- 高齢者には、いつ終末期になるかわからない状態であり、常日頃より、「死」に対する考え方を本人・家族に聞き、デス・エデュケーションしておく必要がある。
- 終末期ケアの実際は、最期まで「身体的存在」として人間らしくあることを保障すべきであり、在宅ケアでの経験は施設ケアにも生かされる。
- 高齢者であっても、遺された家族へのケアは個別に応じて計画されなければならない。

0387-1088/06/4500/論文/JCLS

## はじめに

2006年4月の医療保険・介護保険同時改定の中に、終末期ケアは病院ではなく、在宅や在宅に近い施設での看取りの推進が盛り込まれている。医療保険は全体でマイナス改定となり、この4~5月ではかなりの医療機関が医業収入の減収となったり、少しでも減算を避けるために人員確保の面で奔走していると聞いている。

そんな中で、在宅での看取りの推進も視野に入れた在宅支援診療所の創設は、その具体的な運用もまだまだ戸惑いの中ではあるが、唯一プラスの改定として注目されている。

地域の中で、24時間常時連絡でき、なおかつ往診に応じられる体制をとり、病院との切れ目のない情報の共有を含んだ連携体制や、訪問看護やケアマネジャーを含む他機関との連携が必須とされている。

これは、これからますます増えてくる高齢者のターミナルステージ=終末期を担える医療機関を地域に増やし、急性期病院のみならず、医療費の高騰につながる長期療養型ベッドの占有を減らしていこうとの意図でもあるとされている。

変化に富む時代の流れの中、21世紀は「多死の時代」といわれている。超高齢化社会の中で高齢者の最期をどのようにケアしていくのか、訪問看護の立場からその終末期のケアについて述べてみたい。

## 高齢者の終末期を年齢別に見直す

高齢者の終末期を考えるときに、高齢者と一口にいってもその年代により、終末期における経過がかなり違いがあることは、在宅でのケアをしながら感じることが多い。

前期高齢者と呼ばれる65~74歳までと、後期高齢者と呼ばれる75歳以上とは経過が異なるのは異論がないであろう。今般、この年齢の

\*あきやま まさこ：(有)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション所長

高齢者はまだまだ体力もあり、治療を積極的にしていこうと考えていて、その結果起こる最終的なターミナルステージのケアにどう取り組むかは、病気の内容も踏まえ個別性に富むものである。

75歳以上であっても、75～84歳までと85歳以上とはまた様子を異にしている。85歳以上の多くの場合は、疾病による変化もさることながら、老化に伴う身体機能の低下により心肺機能や嚥下機能の低下による回復不能な状態の結果、死に至ることが多い。そのプロセスを1人ひとりの介護状況に応じて考えながらケアして看取ることが多い。

75～84歳まではその中間であるため、基本となる疾病の経過や、もともとの身体基礎能力、心理・社会的状況や介護状況でかなり個別性がある。

90歳を超えると様々な病名が付いていようとも、大雑把のようだが「老衰」「天寿」といった言葉がぴったりの最期を迎えられることが多い。このように、年齢別に見直すことも重要である。

## ■ 死に対するとらえ方

ただし、高齢者をめぐる関係者(多くは、家族)の「死」に対する考え方に終末期に対する対処は左右される。もちろん、その大前提には高齢者本人の「死」に対する考え方がある。

戦争の直接経験者の多くが75歳を超え出した今、「死」を身近なものとして真剣に考えることの機会がなく過ぎてきた人が多くなってきたように思うのは、筆者だけだろうか？

いつまでも死なない幻想を抱いている状態の方に、身近に迫った死の話を普遍的なものとして考えていただくのは、とても骨の折れることである。

戦後すぐは100%に近かった在宅での死が、20年後の1965年ごろより病院で亡くなる人の数が、家で亡くなる人の数を超えたことも関係しているように思える。

病院で亡くなる時「死」は、それが高齢者

の穏やかな死に方であっても、間近に、身近に感じられずに、蚊帳の外での出来事となる。

先日、93歳の母親を看取ることになった62歳の娘さんに、身近に迫った実母の死に対して、数年前に先立った実父の例を出し、「お父様が亡くなられたときに、お母様はご自分のときはどうしたいかなど話題に上りませんでしたか？」と問うと「兄弟が皆長生きだからそんなことは考えなかったし、『長生きしたいね、死ぬときはころっと逝くから』という母が死ぬことなんて考えなかった」と答えられた。

病院での退院前の連携・調整場面でのことあり、それまで病院側は十分に説明をし、同意を得ているとのことでのやり取りであった。

93歳という年齢であっても、それぞれの「死」に対しての受け止め方を本人がたとえ意思表示できなくなっていたとしても、それまでの考え方や生き方から聞いて確かめることが必要であるし、介護する人からもその人の「死」に対する受け止め方や、イメージを聞く作業がいることを再認識させられた。

病院の中では、このような話をざっくばらんにお互いに聞く機会をもちにくいだが、在宅においては、ケアしつつ話を引き出しながら、人間いつかはお別れのときがくるけれども、どうもそれが迫ってきているようだ、それぞれの段階に応じて具体的に話ができるのが利点である。

ただし、こういった話がケアの中でできるためには、いち早く信頼関係を構築する必要があり、コミュニケーションスキルの向上がないと本音の部分を引き出せない。

## ■ デス・エデュケーション

高齢者のケアに当たるものとして、いずれ訪れるお別れ＝「死」をまだまだ元気なうちから話題として取り上げ、自分の最期はどうしたいかを、折に触れて聞いておける関係作りが必要である。

このような話をすることは「死の準備教育」＝デス・エデュケーションとも呼ばれ、癌末期の患者や家族へ向けてのときによく使われる。高

齢者においても、このことは重要ではないだろうか。

この話題を取り上げるきっかけは、身近な人の「死」を経験した後や、軽い風邪などでも回復はしたとしても、いつでも状況が急降下する状況の後など、次に悪くなったときに、どうするのかなど余裕をもって話題に取り上げ、共通理解を得ておくとその後はスムーズである。

具体的には、

- ① 在宅か病院か(できればという希望も含めて)あるいは施設か
- ② その内容は、とことん加療してもらうのか、そうでないのか
- ③ 加療してもらうとしてもどの範囲なのか
- ④ 症状緩和の手段としての例示(在宅酸素療法を含む)とその選択の意志
- ⑤ 食べられなくなったときの考え方
- ⑥ 介護体制を整えるときの方法
- ⑦ 経済的な負担の範囲
- ⑧ いざというときのキーパーソンが遠くにいる場合にその人の考え方
- ⑨ 亡くなった後、葬儀を含めてどうしたいのか?
- ⑩ 遺言書を含み遺産相続などでの考えがしっかりしているか
- ⑪ ⑩を踏まえ、大切なものをきちんと委ねる人はいるのか
- ⑫ 会いたい人や、遣り残したことを、伝えておきたいことなどはないか
- ⑬ 遺影の準備・最期に着たい・着せたい衣服

その他、それぞれの個別の状況に応じて追加したりしながら話し合っておくと、いずれ来べき終末期に対しての心構えもできるようになる。

⑫などから、これまでの人生で語り残したいこと・遣り残したことはないんでしょうかと、高齢者の生きてきた過程に敬意を払いながらじっくりと話を聴くところから入ると、初心者でも会話がスムーズかもしれない。

②, ③, ⑤などは、いざというときに、ことに話題に上げやすい。具体的に急変に近い状況

のときには、急ぎその場で再確認している。以前よりこうしてほしいと聞いていれば、動揺する家族にも、このような希望を述べておられたと伝えることができる。

最近では、子どものいない老夫婦で、どちらかに先立たれると、事務的なことがさっぱりわからず混乱してしまう例も経験した。⑨, ⑩, ⑪なども、ケアに当たる者は折りがあれば聞いておければよいが、昨今の詐欺まがいに受け取られかねないために、司法書士や弁護士に専門的に関わってもらったケースもある。

また独居の場合は、特にどうしたいのかを聞き意思確認をしておくことが大切であり、亡くなったあとの委ねる先の確認は必須である。

単身の子どもが高齢者の介護を担い、高齢者と考え方が違い、超高齢であってもいつまでも生きてほしいあまり、本人の望まない状態を最後に希望される場合もあり、子どもの立場の考え方よく聞きながら、本人の意向を尊重ができ、なおかつ、遺される方が悔いなく見送れるように調整が必要となる。

## ■ 終末期ケアの実際—そのポイント—

日本老年医学会は「終末期」を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可逆となった状態」と定義している。高齢者の場合は、前述したように、老衰の域に達していて誰がみても納得して見送れる場合と、高齢者といえども、まだまだ体力もあり治療にかけようと思っていたのに、病状として進行し緩和ケアの段階から終末期を迎える場合など様々である。

大田らは『終末期リハビリテーション』の中で、人は最期まで「身体的存在」としても人間らしくあるように、自立ができなくても医療・看護・介護とともにリハビリテーションを行い、その状態を保障しようと述べている<sup>1, 2)</sup>。

そして具体的方法を提示し、①清潔を保つ、②不動による苦痛の解除、③不作為による廃用症候群の予防一例：褥瘡予防、④著しい関節の

変形拘縮の予防, ⑤呼吸の安楽—肺理学療法の導入, ⑥経口摂取—嚥下リハビリテーション, ⑦尊厳ある排泄—オムツはずし, ⑧家族へのケアの8点を挙げ, 「死」を大切にすることは生を大切にすることであり, 最期まで「身体が人間らしくある」よう手助けすることで, 最期の最期まで人間らしく生きられることが必要ではないかと力説されている. 筆者も全く同感であり, これらのケアをその場所が在宅であれ, 施設であれ, そして病院であれ行う必要があるのではないかと考える.

もちろん, ここに介護力の問題が生じるので, いかにかチームを組むか, ケアの質を上げる意味で, 高齢者の場合, ことに重要となってくる.

平成18年4月の医療保険・介護保険の改定で, グループホーム・ケアハウス・有料ホームをはじめとして特養にも, 場合によってはターミナルケアのために在宅からの訪問看護のサービスを導入できるようになった. 従来, できるだけ人間らしく個別に対応してきた訪問看護ステーションでの終末期看護のノウハウを活用していただくと, 施設での看取りも条件次第で可能となり, またケアの内容の見直しも図れるのではないかと期待している.

## ■ 認知症高齢者の終末期ケア—事例—

90歳頃より軽い認知症状が出始め, 70歳を超えた実娘が同居しながら97歳までみていた事例での終末期を具体的に提示して考える.

明らかな基礎疾患はなく, 昔から頭痛もちであったと聞くが, きちんと調べてもらったことはない. 以前, 娘婿が肺癌で療養するために一時ミドルステイをしたときに検査を受けたが, 大きな病気はなく習慣性の便秘と軽い嚥下障害程度であった.

94歳頃より, 習慣性の便秘でどうしても排便がうまくいかないこと, 入浴を怖がってしないことなどから訪問看護の導入となり, 介護相談も含めて週1回の訪問から始まった.

全体に痩せていて, 血液検査でヘモグロビンが9.8と低めで栄養状態はあまりよくはないが,

腎機能・肝機能問題なく, 褥瘡もできそうできずに経過. 食事は気が向くと食べるが認知症状が進むと口を真一文字に結んで介助者の手を払いのけるようにし, 好物のうなぎの汁かけご飯のときは匂いがわかるのか食べるのに, 普段は1時間以上掛かってしまう状態で2~3年経過し, 夏になると脱水に傾き, 95歳を超える頃から, 夏が越せるかと, そのつど往診医を交えて家族と話し合っていた. 排尿パターンも1日に2~3回, ひどいときは1回という状態で, 本人の訴えがわからず, ひたすら訪問時の観察や, 家族の行動観察に基づく報告を聞きながら年齢を重ねていた.

入浴介助を45歳になる孫娘と協力して行っていたとき, 見逃してもいいほどの短さで一瞬, 痙攣様の発作を起こした. すぐに回復したが, 主治医にも報告し, 様子を見てもらった. その後, なんとなく元気がない日が続く, 痰がからんだような咳をするようになり, 本人には嫌がられながら口腔ケアや胸郭を広げるようなマッサージを兼ねながらの他動運動などを訪問時行い, 家族にも指導した. ひょっとして, 新たな変化が起きるかもしれないと家族に話しながらの97歳, 夏の終わりのことである.

それから3週間ほど経って, 「何かつままったわけではないのに, 突然息が止まって脈も触れない」と孫娘より緊急電話が入った. 医師にも連絡し, 心停止しているだろうと予測しながら緊急訪問. この間30分は経過していた.

家族が水泳のときに習ったという心マッサージをし, 呼吸は回復しているが呼名反応はなく, もともと低めの血圧も80台やっとの状態だった. 医師から「高齢でもあり, 後は時間の問題です」と説明され, 病院に連れて行くかどうかを再度確認され, もともと病院があまり好きではなく, 今から連れて行って何を期待するかというときに苦痛ばかりの状態しか考えられないから, 家族で看取りたい意向を確認できた.

口腔ケアの方法, 誤嚥の危険が高いので表情などみながら小さな氷片などで口の中を湿らせることなど, 一緒にケアしながら家族にも実施してもらった.

1両日と思ったのに、それから12日間生き抜かれた。家族の声にときどき反応するかのようになり表情が穏かになったり、眉間にしわを寄せたり、じっと顔を見つめて追視したりした。1～2時間もかけて食事介助をしていた介助者の娘は、はじめは食べさせなくてもいいのかと看護者に質問があったが、今は却って危険で、こうして反応をみながら一匙ずつ丁寧にあげることの方が、本人の状態に合っていることを話すことと納得し、従兄妹や孫の協力を得て、十二分にケアに当たることができた。「今までは、食べさせなくてとは、毎日義務のように食事食事と思っていたのがうそのようで、こうしてゆっくり母の傍で皆と語り合えるのが本当にありがたい」としみじみ語ってくれた。亡くなる当日の朝は血圧68 mmHgと低下。軽い発熱があり脈も不整が目立つようになり医師に報告。家族にもいよいよだと話し、親しい方々で声を掛けながら労うように見送り、「息を引き取りました」と連絡を受けたのが17時30分。

この間、点滴も酸素も使わずの状態、清拭やマッサージや体位変換やらの本来のケアは十分に行っている。褥瘡もできかかっていたのも直り、皮膚はドライであるけれども清潔に保たれていた。

念のため、吸引器のみ傍に置き、口腔ケア時に使用した。医療機器は、これのみである。

皆の納得が得られるために、長すぎず、短すぎない時間が与えられたと考えられる。超高齢者のしかも認知症のある事例で、たまたま介護力があつたとはいえ、ケアを中心にするだけでも十分な納得が得られることを実証してくれた。

## 遺族のケア

終末期のケアには遺された家族＝遺族へのケ

アが必要となる。超高齢者で長い介護期間を経た後の終末期の場合は、やり終えた満足感が残る場合もあり、しばらく経って健康破綻を来していないか、空の巣症候群のように介護の対象を失い、かえって生きがいを失ったりしていないかを、訪問したり電話相談するなどで確かめることにしている。

しかしながら残念なことに、在宅で頑張ろうと思っていたけれど、病院に送り、思わぬ状態となって亡くなった場合や、急変して息を引き取られた場合、病状の深刻さをまだまだとらえきれない状態で、精神的な準備が整わないままに亡くなったりと、遺された家族の状況は高齢者であっても様々である。それぞれの状況に応じて、遺族ケアの計画を立てて実施している。

## おわりに

急性期治療を行う医療機関から退院を急ぐあまり、今後のことを吟味せずにすべてのケースが胃瘻になって帰ってくることもある。人生の最期を飾る時間が、介護の手間を省くためだけの手段で決められないよう、必要な医療処置ももちろん視野に入れつつ、病院・施設・地域の中で、よりスムーズな情報交換のもと、よりよいコラボレーションができ、安心して看取れる地域を協働して作っていききたいものである。

## 文 献

- 1) 大田仁史監修：終末期リハビリテーション。荘道社、東京、2002。
- 2) 大田仁史監修：実技・終末期リハビリテーション。荘道社、東京、2003。