

ゆたか

2005/10 October / no.42



巻頭言	岩尾 貢 1	論説：福祉の国デンマークからのメッセージ	
特集：老いと死を考えるⅡ		ーケアを求める介護者たちへー	小島ブンゴード孝子 14
「老いと死」ー認知症高齢者についての考察ー	室伏君士 2	認知症ケアの理解と原則	16
介護施設における高齢者のターミナルケアのあり方	時田 純 5	認知症介護をめぐる動き：平成18年度老人保健福祉関係	
「生」に執着する気持ちを尊重した介護	大塚俊男 8	予算概算要求の概要	19
意識は老いるか	大東祥孝 10	「全国GH協」だより	20
		介護報酬改定に関する要望	21

特集

老いと死
を考える
(その2)

介護施設における高齢者の ターミナルケアのあり方

時田 純●高齢者総合福祉施設 潤生園 園長

高齢者のターミナルケアの現状

わが国の高齢化率が世界一になり、75歳以上の後期高齢者の死亡数が、年間総死亡者の約6割を占める時代になった。

ターミナルケアとは一般に「治癒の見込みのない、死を間近にした人の生命の終焉に関わる援助」とされているが、近年、人生のフィナーレをどこで迎え、だれにどのように看取られるかについて、著しく関心が高まっている。

その原因のひとつは、延命治療の結果として病院死が一般化し、上から下までチューブにつながれて亡くなっていく姿に対し、残された家族が後悔したり、他に方法がなかったのかなど、疑問を投げかける人が増えているからであろう。

佐藤純一氏はすでに10余年前、医療思想史の研究者の立場から、ターミナルケアを考える視点として、次のように提起していた。

すなわち「わが国では現在、ほとんどの人が死期をなんらかの形で近代医療の管理下で迎え、70%以上の人々が近代医療の病院で死んでいる。そこでの臨死の状態は、死に逝く人が『今、自分が死に臨んでいる』ことを知らされないまま、家族から切り離され、人工呼吸器と点滴チューブと白衣に囲まれて、死んでゆくのが一般的になっている」と。

そして、「近代医療のもとでの生と死をめぐる状況は、医療技術を用いる専門職集団の治療的介入にほとんど依存し、自分の生死を左右する重大な決定を他人委せにして、死に赴く高齢者の8割近い人が、病院の管理されたベッドで死を迎えているのが現実である」と。

しかし、このような状況は現在もほとんど変わっていないのではなかろうか。

終末期医療に関する意識調査の 結果から考える

現在のような臨死の状態について、人々はどのように考えているのであろうか。

厚生労働省が平成15年3月、医師・看護職員・介護職員および一般国民合計、1万3,794人を対象に実施した意識調査によれば、「あなたは終末期医療に対して悩みや疑問を感じた経験がありますか」との設問に対し、医師の30.4%、看護師28.4%、介護士18.0%が「頻繁に感じる」と答え、「たまに感じる」を加えると医師の86.0%、看護師の90.5%、介護士の83.5%が、悩みや疑問を感じた経験があると答えている。多くの医療関係者や介護職は、現在の終末期医療のあり方について、悩みや疑問を感じているといえよう。

また、「自宅で最後まで療養できるとお考えですか」との設問に対しては、「実現可能である」と答えたのは医師28.8%、看護師34.1%、介護士21.2%であり、一般国民ではわずか8.3%にすぎなかった。また、「現実には困難である」という回答が、医師で51.6%、看護師で47.5%、介護士で55.7%あり、一般国民では65.5%もが否定的であった（第4回：終末期医療に関する調査等検討会報告書・平成16年7月より）。

これらからわかることは、現在わが国では、自宅で最後まで療養できる条件はほとんど整っていない。そのため在宅死を期待しても、サポート体制はきわめて不十分である。とくに、必要なときに必要なだけ、保健・医療・福祉サービスが一体的に利用できることが不可欠でありながら、緊急時に対応してもらえない医師の確保ひとつをとらえても、至難の業であるといえよう。これらの結果が、現在の状況をもたらしている大きな要因だが、解決の目途はまったくたっていない。

ターミナルケアは理念と目標・明確な ケアの方針が重要

特養ホーム入所者の高齢化・重度化の進行と併せて、近年、前述のような要因も重なり、特養ホームはどこの施設でも、終末期のケアに直面せざるを得なくなっている。

平成14年度に医療経済研究機構が実施した「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」によれば、調査時点における過去1年間の特養ホーム退所者数1万8,744人のうち、施設内での死亡者は5,352人で全体の28.6%であった。また、施設内での死亡率が高い特養ホームの特徴として、

- ①「原則として施設内で看取る」ことを、基本方針として明確にしている。
- ②入所時に基本方針を説明し、入所者・家族の希望があれば、ターミナルケアを原則的に受け入れている。
- ③施設内で対応できる医療処置の範囲が広く、いざというときの対応ができる。
- ④亡くなることに備えた専用の部屋がある。
- ⑤終末期のあり方について職員に共通の理解がある。

などが報告されている。これらからわかるとおり、一口に「介護施設」といってもその運営には、理念をはじめ設備構造やスタッフの資質、人員配置や専門性、あるいは経験の蓄積など、施設ごとに大きな差異があり、とくにバックグラウンドに医療機関があるかないかで、対応はまったく異なるといえよう。

端的にいえば、特養ホームやグループホームなどでは、どのような状態の人のターミナルでも看取れるわけではない。

たとえば、病態が常に変動していて医療依存度

が高く、いつなにか起きるかわからない人を看取るのは危険であり、専門性を疑わざるを得ない。また、少しでも治癒の可能性が期待できるのであれば、医療機関に委ねるのが必然であろう。したがって、これらの介護施設でターミナル期を看取れる人は、「高齢で治癒の見込みがなく、しかも痛みを伴う疾患がない人」などに限定されよう。

要するに、介護施設側に熱意さえあればターミナルケアができるなどという単純なものではなく、運営主体がターミナルケアについて、基本的には明確な理念や目標・ケアの方針等を確立している必要がある。そのうえで介護現場の多職種が協働し、統一した認識のもとにかかわることが重要であろう。

潤生園の臨床経験からの提言

潤生園での27年間にわたるデータによれば、施設利用者がターミナル期をよりよく生き、安らかな終わりを迎えられるか否かは、終末期ケアの良し悪しに左右される。そのためには、終末期の高齢者とはどのような状態像の人なのか理解しておく必要があるが、長年の経験からまとめるとおむね次のとおりである。

- 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出血傾向や壊死を起こしやすくなり、褥瘡^{じよくそう}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^{えんげ}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能が低下し、呼吸機能も低下する。
- ⑥たえず失禁し脱水が起きやすく、体液と電解質が喪失する。

ときた じゅん●1977年社会福祉法人小田原福祉会設立、理事長に就任。78年特別養護老人ホーム潤生園を創設、施設長に就任し、今日に至る。現在、神奈川県国保連合会介護給付費審査会委員、小田原市介護認定審査会会長職務代理者、神奈川県立保健福祉大学他非常勤講師、日本認知症ケア学会理事・認知症ケア専門士認定委員等。

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みられなくなる。

したがって、このような人の看取りは、「褥瘡ゼロ・脱水ゼロ・チューブゼロ」など手厚いケアが重要であり、医療はむしろ生活の下支えという位置づけが望ましい。

しかも、特養ホーム入所者の全国平均年齢は86歳を数えるほど高齢化し、多臓器の機能低下や免疫能が低下して、医療依存度も低下するのが一般的である。そのため積極的な医療を行うと負荷が大きく、かえって副作用が発生しがちであり、医療はなるべく最小限にとどめ、人が人を自然に看取るほうが、肉体的にも精神的にもストレスが少ないように思われる。

グループホームは ターミナルケアに耐えられるか

グループホームというまでもなく、介護度が比較的軽い人を対象とし、施設内でターミナル期を看取することを想定していない小規模施設である。

そのため人員配置にも当然余裕がなく、しかも他の在宅サービスの自由な利用が認められないなど、制度的に融通のきかない施設である。

したがって手に余ることがあれば、後方支援機能として特養ホームや老健などのバックアップが期待されている。しかし、それも十分に体制が整っているとは言い難い現実がある。

近年、グループホームにおけるターミナルケアについて、内外から議論が高まっているが、対象者はどのような人か、どのような体制を整えれば看取りができるのかなど、ほとんど整理されていないのではなかろうか。そのような状況下で無理をすれば、先に石川県で起きた悲惨な事件の二の舞が、再現するのではないかと危惧される。

それだけでなくグループホームは、認知症ケアの切り札として期待が高く、それに比例してスタッフのストレスも高いのが現実であり、これ以上現場に負担をかけるのは「酷」というべきであろうと思われる。

参考文献

佐藤純一：現代社会におけるターミナルケア。看護実践の科学、8:20 (1991)。