

高齢者ケアと医療がわかる

月刊

GPnet

ジューピーネット

2007 February

2



表参道物語・アウディ・フォーラム・トーキョー

特集

高齢者のターミナルケアの課題

井口昭久、時田 純、中川 翼、原 健二、照沼秀也、吉橋信一

好評連載

お年寄りにありがちな病気の話 信濃毎日新聞編集委員 飯島裕一

ケアは一人ひとりの天寿を支える ためにある。人生の終幕を託され る介護者は、最高の誠意で応える

高齢者総合福祉施設潤生園園長 時田 純

今や死は確実に高齢化したという 認識が重要

2004年のわが国の年間総死者数は102万8,600人で、うち65歳以上の高齢者が83万4,200人を数え、死者の実に81.1%までが高齢者で占められている。これを1920年の統計と比較すると、当時の年間総死者数は142万2,000人、うち65歳以上の死亡者は27万6,700人であり、その割合は19%であった。

なお、当時は死亡者のうち51万7,800人(36.4%)もの多くが、0歳から4歳児までの乳幼児で占められており、今日と比較すると子どもや若年者の死亡が、圧倒的に多かったことが理解できよう(表、図)。

しかし、現在は死亡者の大多数が高齢者であり、ほとんどの人が年を重ねて、余命が尽きた結果の老衰死であるとか、多臓器不全で生体機能が維持できなくなった結果として、生死に関わる治癒不能の病気が出てきて、避けようのない自然死である場合が多い。しかもこの傾向は、今後ますます増加が予想され、この急増する大量の高齢者の看取りを、どこ

で誰がどのように行うのかが、今後の医療・介護を含めて、社会保障分野のきわめて大きな課題になってきた。

また、これまで死は医療のものという認識が一般的であったが、高齢者のターミナルケアについては、医療的なものだけで捉えるのではなく、良質な介護や情緒的配慮まで含めて理解が必要であるという認識が関係者のみでなく国民の間に広がってきたように思われる。そうなれば、高齢者の終末期医療やケアのあり方は、当然変わらなければならないであろう。

今回、政策転換の具体策の一つとして、介護療養型医療施設の廃止が決まったり、特別養護老人ホーム(以下、特養)の看取りに加算が創設されたのも、そのような認識が現実化したものと理解したい。

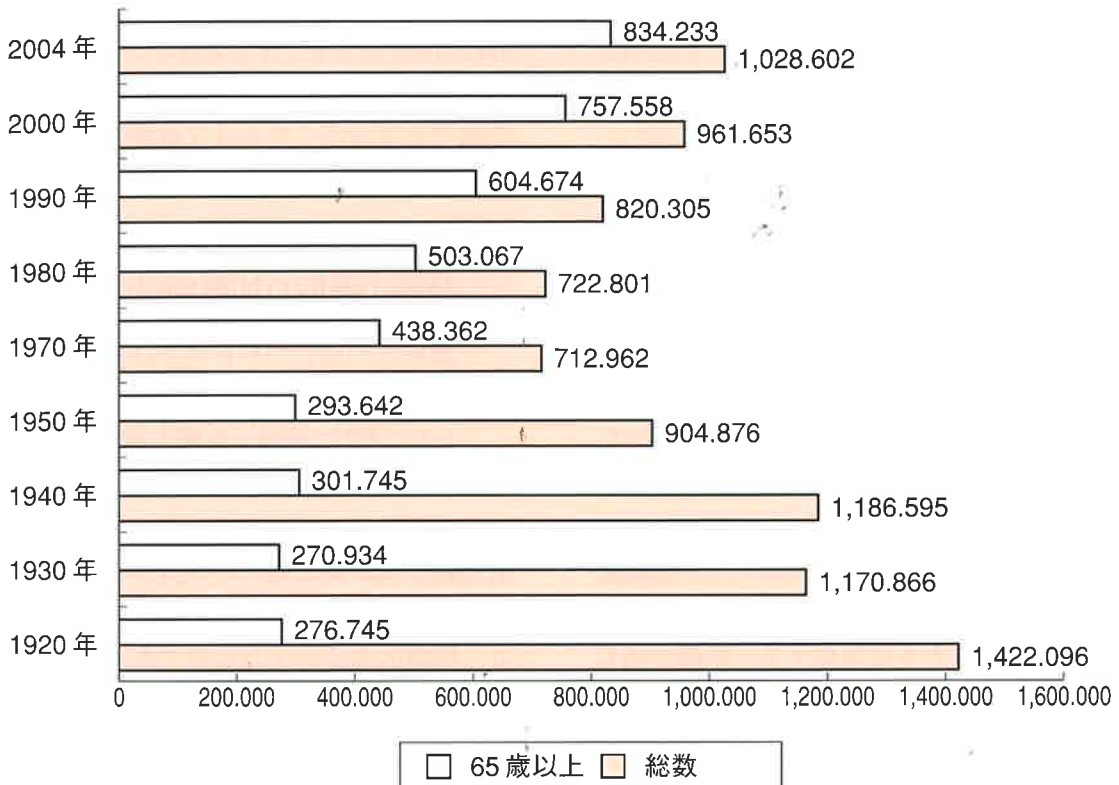
医療機関における 終末期ケアの現状と評価

ところで、死亡構造がこのように大きく変化しているにもかかわらず、医療機関でのターミナルケアは、実際にはあまり大きく変化していないのではなからうか。特に、高齢で死を迎

表 わが国の死亡者数に占める65歳以上の死亡者数比較：1920～2004年

年齢区分	1920年	1930年	1940年	1950年	1970年	1980年	1990年	2000年	2004年
総数	1,422.096	1,170.866	1,186.595	904.876	712.962	722.801	820.305	961.653	1,028.602
65歳以上	276.745	270.934	301.745	293.642	438.362	503.067	604.674	757.558	834.233
%	19.46	23.14	25.43	32.45	61.48	69.6	73.71	78.78	81.1

図 わが国の死亡者数に占める65歳以上の死亡者数（1920～2004年）



える場合、認知症に侵されている人が多いのが現実である。そのため、最終的な判断を自己決定できない人が少なくない。その結果、家族も多くの場合判断できないため、自分の生死を左右する重大な決定が他人任せになり、医療者の介入にほとんど委ねているのが現実であろう。そのような事情から、死に赴く8割

近い高齢者が、医療機関の管理されたベッドの上で、終末期ケアを受け死を迎えているのである。

そこでは高齢者の終末期にも関わらず、まだがんの緩和ケアと同様な終末期医療が実際に展開されているように思われる。たとえば、死の直前には必ず呼吸不全の症状が出現する

が、気道の確保のために気道内挿管を行ったり、場合によっては、呼吸停止に対して人工呼吸などの操作が行われる。これらは、高齢者の死に際して、本当に必要なのだろうか。

また、循環不全に対しては各種のモニタリングを行い、強心剤や昇圧剤、利尿剤などの投与が行われ、心停止に際しては心マッサージなども行われる。これらの処置も高齢者の死に際しては、必要ないのではないだろうか。むしろ、死に逝く高齢者にとっては迷惑であり、倫理的にも控えなければいけないのではないだろうか。それより最も大切なことは、「共感的な態度」であろう。

このような実態に対して近年、治る見込みのない患者に対しては、単なる過度の延命のための治療よりも、Quality of life (QOL) を尊重したケアを重視すべきだという主張が次第に強くなっている。

たとえば、太田秀樹氏（在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク世話人）は、Home Care Medicine (2000.10) の中で次のように述べている。

「医師は医学が科学的であることや、当時それがスタンダードであったことを理由に、医療の行き過ぎや過ちを正当化する。医療の過ちを認めることをせず、科学性のもとに自分たちの医療を巧みに合理化・正当化しているのが、今日の医療の姿ではないだろうか。死を医学的な敗北と捉える病院の医療には、治せない病気と対峙し、人間らしく命を閉じるための哲学がない。それに比べて患者と共に治せない病気と向かい合い、最も適切な医療を提供できる在宅医療こそ、病院医療よりはるかに質が高い」と。

また、植松正氏（前・日本尊厳死協会会長、一橋大学名誉教授）は、「尊厳死とは、人間らしい尊厳性を保持して、死を迎えることを意味する。自然にまかせれば当然に程なく死の

致来は必至であり、延命措置を施すことによって、若干の死期遷延を図ることは可能であっても、その遷延は一時的にとどまるのみならず、患者にとっては単に死苦の延長に過ぎないので、医師の判断により最も患者の意志に合うと思われる措置として、延命措置を捨てて速やかな死の実現に委ねることが、最も合理的・人道的であると認められる」と、尊厳死のあり方について提唱している（尊厳死とその法理：植松正、老年医学1991-9 vol.29no.9 ライフサイエンス）。

まさに高齢者の終末期ケアに必要なのは、尊厳死を支えるこのような倫理観ではないだろうか。

介護療養型医療施設の廃止と特養の看取り加算創設の意味

介護保険の施行から6年が経過し、要介護高齢者の実態が統計的に把握できるようになってきた。また、介護と医療の間にあったさまざまなグレーゾーンが、次第に解明されてきている。その一つが、要介護認定を受けた高齢者の約5割が要支援・要介護1の軽度者であることや、要介護認定者の8割に認知症があり、医療的介入により治癒できる可能性が乏しいこと、そして、高齢者については医療よりも介護の必要性が高いことなどの認識が深まってきた。

その結果、人生の最期を医療の管理下に置かなくてもよいのではないかと、医療の介入が濃厚なほど、不幸な終わりが増えているのではないかと、病院死が増えたことによって、人は幸せに死ぬるようになったのか、むしろ高齢者のQOLを実現する上で、医療機関での終末期ケアは適切ではないのではないかなど、厳しい批判を反映して、先ごろ介護療養型医療施設の廃止が決断されたのではないと思われる。

なお、18年4月の介護保険改革に伴い、新

たに特養でのターミナルケアに対し、介護報酬による看取り加算が創設された。その結果、これまで「生活の場」として位置付けられてきた特養は、終末期ケアの不可欠な機能として、位置付けられたといえよう。

したがって今後、特養は生活支援にとどまらず、看取りまで含めたターミナルケアを希望する利用者や、介護家族の期待に応える使命を改めて認識しなければならないであろう。その上でこれからの特養は、特養だからこそできる、福祉理念を明確にしたターミナルケアが求められる。それは決して病院モデルのターミナルケアではないであろう。人生の完成を意味するターミナルケアを託された以上、その重大な付託に応えて、利用者はもとより、家族も含めて満足が得られるような、全人的ケアの提供に努めなければならない。

特養における ターミナルケアの取り組み

特養が終末期ケアに携わる利点は、終末期に特化して関わる医療機関と違って、介護者が利用者をそれまでの関わりの中で熟知していること、利用者の思いや個性を生かしてあげられることで、より人生の最期にふさわしいケアが提供できる場なのではなからうか。

しかし、医療経済研究機構が平成14年度に実施した「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年間の特養退所者のうち、施設内での死亡者は全体のわずか28.6%であったと報告されている。

また、施設内で終末を看取る割合が高い特養の特徴としては、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こと、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こと、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こと、④亡くなることに備えた専用の部屋があること、そして、⑤終末期のあり方について、職員に共通の理解があることなどである。

それではこのような条件さえ整えば、どこの特養でも終末期ケアができるかといえば、多くの困難が山積し現実にはそう容易ではない。たとえば、ターミナルケアに当たっては、まず死に逝く人に共感し受容する態度がなければならぬことはいままでもない。その上で、通常の食事・排泄・入浴・清潔保持などの生活支援に加えて、終末期の状態に関するさまざまな知識が必要である。中でも、死に向かう過程でどんな変化が身体的・精神的に現出するのか、それに対してどんなケアが望ましいのかといった知識は不可欠である。

具体的には、意識や呼吸の観察を始め、バイタルサインや状態の変化に対する気配り、呼吸困難時の安楽な体位の保持の方法、病気の経過や薬物の知識などが当然求められる。さらに、利用者の希望を汲み取ったり洞察する能力や、不安を和らげる言葉掛けにも、慎重な配慮が求められる。

そのようにして死を迎える瞬間まで、よりよい生活が送れるようなケアに努めたいものである。しかし、福祉系機関では現在、これらの知識を教育する場がほとんどない。特に福祉的ターミナルケアの実践は、先行例がきわめて少ないのが事実である。そのため、医療的介入によるターミナルケアとどこが違うのかなど、事実即した教育をする場や、教育できる人が乏しいのが現実である。そのため、現場の介護者はさまざまな不安や葛藤の中で、実務に携わっているのが実態であろう。

したがって、介護者にとってはストレスが高く、精神的にも肉体的にも負担が重いので、なるべくなら避けたいのである。また、利用者

の死を実際に看取ると、亡くなった人とは多くの場合、平均数年間も生活史をともにした関係から、深い喪失感を味わう心理的な負担も避けられない。その意味で、介護職に対するメンタルケアは欠かせないのである。しかし、介護職の死生観まで含めて、精神的・教育的サポートはきわめて不十分であり、今後の大きな課題といえよう。

潤生園のターミナルケアと終末期を支える倫理観

1978年に特養潤生園を創設して以来、2006年9月までの約28年間に、入所者のうち延468名が亡くなられ、うち約7割、313名の方を施設内で看取らせていただいた。その経過を分析すると、1978年5月から1991年末までは施設内での看取りは、概ね定員の2割程度であった。しかし、1992年から施設内での看取りの希望が増え、現在では死に逝く大多数の方が、施設内での看取りを希望され、希望に応じて看取らせていただいている。

その原因は、入院を経験された方の入所が増え、再び入院は望まないという方が増えてきたこと、口コミで潤生園の終末期ケアを評価する人が増えてきたこと、そして、1991年に日本栄養改善学会から評価され、学会賞の受賞に輝いた介護食の開発により、終わりまで経口摂取を可能にしたことにより、嚥下障害で入院する必要がほとんどなくなったことなどが、大きく影響しているように思われる。

潤生園における28年間の経験とデータによれば、入所者が終末期をよりよく生き、終わりを安らかに迎えられるか否かは、ターミナルケアの質にかかっているといえよう。QOLの高いケアが、よりよい終末を支えられるのである。そのためには、高齢者のターミナルステージは、どのような状態像なのかを深く理解している必要がある。当園の長年の経験をまと

めると、概ね次のとおりである。

- ① 常時寝たきり状態になり自力で体位変換ができなくなる。
- ② 絶えず失禁し脱水が起きやすく、体液や電解質が喪失する。
- 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 嚥下障害が起き、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 多臓器不全により全身衰弱が進行し、体重が減少する。
- ⑦ 出血傾向が強まり壊死しやすく、褥瘡ができやすくなる。
- ⑧ 傾眠状態が続き、精神反応がほとんど見られなくなる。
- ⑨ 恒常性バランスが崩れ、バイタルサインが不規則になる。

なお、悪性腫瘍などがあっても痛みを伴うことは稀であり、ほとんどの人が平安な死を迎えるのを実感している。

ところで、人は長生きすればするほど、終末が安らかに迎えられるように思われる。長寿の素晴らしさは不安も恐れも苦痛もない、理想の死が得られるからではないだろうか。高齢者は終末期を迎えると、認知症や悪性腫瘍・ALSなど、その人なりの、複合的な疾病が現れる。それは天寿（寿命）が終わりを告げる証しであろうと思われる。年を重ねた高齢者の死は、「自然の摂理」であると受け止め、莞爾として死に赴く覚悟が大切ではなからうか。

人には一人ひとり天寿があり、ケアはその天寿を全うしていただくための手助けではないかと思われる。人生の終幕を託される介護者は、最大の信頼の証であると自戒し、最高の誠意で応えなければならないであろう。