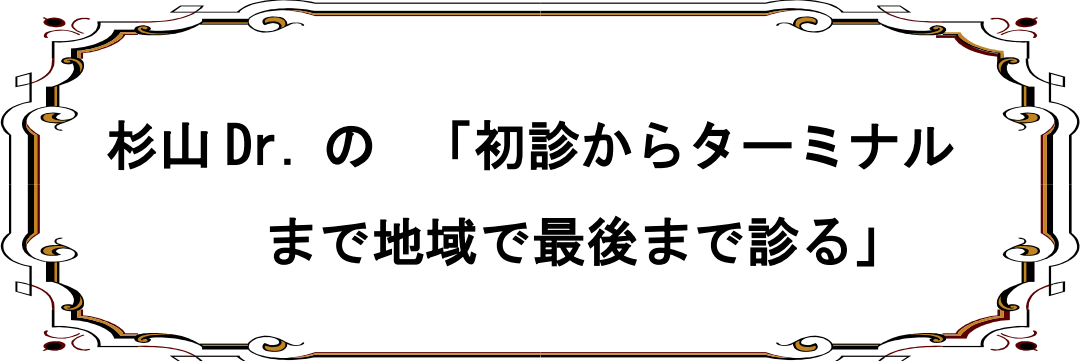




杉山 Dr. の 「初診からターミナル まで地域で最後まで診る」

社団法人認知症の人と家族の会 機関紙「ぽーれぽーれ」
No. 321 (2007 年 4 月号) から No. 326 (2007 年 9 月号) まで連載

Lesson 1. 認知症とターミナルケア

Lesson 2. 一人暮らしの認知症の癌ターミナルケア

Lesson 3. 認知症の穏やかな看取り

Lesson 4. グループホームにおける看取り

Lesson 5. ターミナルケアをめぐる問題を考える—その 1

Lesson 6. ターミナルケアをめぐる問題を考える—その 2

社団法人認知症の人と家族の会 顧問
川崎幸クリニック 院長

杉山 孝博

Lesson 1. 認知症とターミナルケア

私が訪問診療を始めてから27年目、社団法人認知症の人と家族の会に関わってから26年目になります。現在訪問診療をしている患者は常時110名ほどで、その約6～7割が認知症の症状を示しています。在宅酸素療法、CAPD（持続携行式腹膜透析）、在宅人工呼吸療法、在宅IVH（中心静脈栄養法）、癌の疼痛緩和療法など高度の在宅医療に早くから取り組んできましたので、患者・家族の希望と意欲があれば、どのような状態であっても最後まで自宅で過ごせるような援助を早くから行ってきました。2006年だけでも、49名を自宅で看取っています。

認知症の人の看取りも少なくありません。自然に衰弱して老衰として死を迎える患者さんもいれば、脳卒中、癌、肝硬変、慢性心不全、慢性呼吸不全などを合併して死を迎える患者さんもいます。

ひどい物忘れ、物盗られ妄想、便失禁、家族の顔もわからなくなる見当識障害など、理解しがたい言動に振り回され、また24時間見守りが必要な認知症の人の介護は、介護家族にとって大きな負担がかかりますが、認知症の人の終末期は、癌があってもモルヒネを使った例はほとんどないと言ってよいほど、苦痛の訴えがないのが特徴です。認知症は終末期の苦痛や不安を、ベールを被せるように軽くする仕組みでもあるのではないかと思います。

「認知症の人のケアはドラマである」と私は考えています。ドラマの幕引きにあたるターミナルケアに対する関心は非常に高いと感じています。

本シリーズでは、さまざまな症例を通して、また施設やグループホームにおける終末期ケアの実態と問題点を通して、認知症の人のターミナルケアを考えていきたいと思います。

若年性認知症（前頭側頭型認知症）の初診からターミナルまで

●初診時、および前頭側頭型認知症の診断

Hさん（51歳、男性）が、両親とともに私の外来を受診したのは、平成16年9月でした。

全身に震戦がみられ、落ち着きがなく、言葉がもつれていて聞き取りにくく、身長173cm、体重55.0kgでやせていました。物忘れが著しく、家族の顔すら分からなくなっていました。昼夜を問わず徘徊して、警察に3回保護されたことがありました。失禁が始まったためオムツを使っていました。

大学を卒業後、旅行会社、建設会社、警備会社など職業を転々と変えた後、9年前に家を出てしまってから音信不通となっていました。家を出てから初めの5年間の生活は不明でしたが、4年前からある県の建設会社で仕事をしていたということでした。

直ちに頭部CTを行ったところ、前頭葉と側頭葉に著明な萎縮が認められました。病状経過と現在の症状および頭部CT所見から、若年性認知症のひとつである、前頭側頭型認知症

と診断しました。

治療としては、アルツハイマー病やアルツハイマー型認知症が適応になっているアリセプトは処方しないで、パーキンソン症状に対して抗パーキンソン剤を処方しました。たとえば、アルツハイマー病の診断であっても、病気の進行状態から判断して、アリセプトが有効な状態と思われないので、処方しなかったでしょう。

●精神的、身体的な衰弱が急速に進行

その後、Hさんの病状は急速に進行していきました。体力が低下して、激しかった徘徊はなくなり、初診から3ヵ月後には、椅子に座って一日中過すようになりました。

平成17年2月から2週間に1回の訪問診療を開始しました。「食事はとれているが、スプーンを使って口の中に入れないと食べられない。スプーンを噛むので手間がかかる。話しかけても応答はない」状態でした。それでも介護家族の負担軽減のためデイサービスを週2回利用していました。3月にはものを飲み込むことも難しくなり、粥、プリン、ヨーグルトなどを少しずつ口に入れて飲み込むのを確認して、次に入れるように摂食介助に非常に手間がかかるようになりました。異常な叫び声をあげ、言葉は出てこなくなりました。

さらに5月25日になると水分も取れなくなって、微熱が続くようになりました。訪問診療や訪問看護による、自宅での点滴が必要になったのです。

点滴をするとしばらく食事が取れるようになり、再び食事が取れなくなる、という状態が続くようになりました。

6月下旬から四肢の痙攣が出現したため、抗けいれん剤を処方しましたが、痙攣は続いていました。認知症が進行すると、痙攣が出現することが時々あります。おそらく神経細胞の萎縮、変性が進行して痙攣発作を誘発するためでしょう。

痰が絡み自力で排出できなくなったため、吸引機を導入して家族に使用法を指導しました。

●在宅ターミナルケアを実施

その後も衰弱が進行し、寝たきりになった。呼びかけても開眼する程度で水分すら摂取できなくなりました。痰の量が多くなって、吸引の回数が増えました。介護家族は鼻腔からの吸引も上手で、適切な痰の吸引がなかったなら、抗生物質入りの点滴を毎日続けても呼吸器感染症は急速に進行したと思われます。在宅ターミナルケアを行うためには痰の吸引は必須です。7月末日までには痙攣も見られましたが、8月に入ってから昏睡状態になって痙攣もなくなりました。訪問診療や訪問看護により連日の点滴が続きました。

8月4日訪問診療の折、呼吸が乱れて、軽い下顎呼吸が始まっていました。家族に、「この状態ですと、後半日か1日の寿命かも知れません」と説明しました。

午後11時頃、家族が痰の吸引をしたあと、まもなく呼吸が穏やかになり静かに停止しました。

死亡確認の時、家族は、「こんなに穏やかに自宅で看取ることができるとは思いませんで

した。初めの頃、何がなんだか分からずに、家族全員が振り回されていました。先生や看護婦さんが、変化があるたびに丁寧に教えてくださったおかげで、受け入れる気持ちが出てきました。こんなに早く亡くなるとは思いませんでした。これも本人の運命だったと受け止めています」と話していました。悲しみよりも見取りをしたという満足感が強く感じられました。

（出典：社団法人認知症のひとと家族の会機関紙「ぼーればーれ」No. 321、2007 年 4 月号）

Lesson 2. 一人暮らしの認知症の癌ターミナルケア

「認知症」「一人暮らし」「癌終末期」「在宅看取り」の言葉を並べると、「難しい」「不可能だ」などの意見がどこからも出されてくると思います。

私が今年 3 月に看取った C さん（89 歳、女性）はまさにこれに当てはまるケースです。

C さんは、平成 11 年に卵巣癌の手術と抗がん剤による化学療法を受けましたが、平成 14 年 11 月に肺転移が明らかになって再び抗がん剤の治療が始まりました。しかし、胸部 CT 検査では改善が見られないまま抗がん剤の服用を中止し、15 年 2 月以降通院も自ら中止してしまいました。その後、18 年 2 月に呼吸困難を訴えて自宅近くの医院を受診。6 月に近医の紹介状を持って川崎幸クリニックに受診しました。このときはヘルパーに付き添われて車椅子で来院。週 3 回のヘルパーとデイサービスを利用しているとのことでした。胸部 XP 検査では肺に多数の腫瘍陰影が認められ、経過から卵巣癌の多発肺転移と診断し、心不全に対する対症療法を行いました。

その後 C さんは定期的に車椅子で通院していましたが、自宅内で 2 度も転倒し、通院自体が困難となったため、12 月より訪問診療と訪問看護による在宅ターミナルケアに切り替えることになり、筆者が主治医となりました。

治療経過を診療録や訪問看護記録から見ていきましょう。

12 月 7 日、初回訪問診療。「体がふらついて頭を打った。食事があまり取れない。」

12 月 21 日、訪問診療時、トイレで動けなくなっているのを発見。「トイレに行って、便器から下りようとして動けなくなった」という。

12 月 28 日、クリニックで弟さん、いとこ、ケアマネジャーに予後について話す。「予後としてせいぜい 3 ヶ月間」と説明。

1 月 4 日、訪問診療。「食事は取れている。這って移動している。腰が痛む。動悸しやすい。胸は苦しくない。」

2 月 8 日から下痢が始まり、訪問看護、訪問診療により毎日自宅で点滴を実施する。

2 月 19 日の看護記録。「何がなんだか分からない。今日は、調子がいいわ。もう 100 歳になるから、いつ死んでもいいから、いっぱいしゃべるとかなきゃあね。ご飯はたべれますわよ。」「ずっとしゃべりつづけている。四肢末端冷感あり。足底チアノーゼあり。足背浮

腫あり。昨夜、緊急通報ベルを本人が押し、騒ぎになったとのこと。」

2月21日、肩や背中を痛がり始めたという連絡が入った。デュロテップパッチ2.5mg（モルヒネの添付薬、3日ごとに貼り替え）3枚処方。結局、使用したのは2枚のみであった。

3月9日、訪問入浴サービス担当の看護師から、川崎幸クリニック訪問看護室に「血圧、体温測定不能。下顎呼吸となっており、呼びかけに反応がない」と連絡が入ったため、午後に訪問診療を行う。午後、緊急訪問診療。診察すると、呼吸、心停止状態。同室にいて見守っていた親戚、ヘルパーも呼吸停止しているのが分からなかった。穏やかな最後。

訪問看護師の看護記録：「家族、ヘルパーとともに死後の処置施行。いとこさんより、皆さんに来て頂きCさんは幸せだったと思うと話される。独居だが、主治医指示のもとサービス関係者の連携がとれ、不安も少なく看取りまで出来たと思われる。」

Cさんのケースを通して、認知症の人への、癌のターミナルケアを考えますと、

- 1) Cさんは認知症の程度は軽い方でしたが、全身状態の悪化と共に、認知症の症状も進行。それに伴い苦痛や不安が軽くなっていきました。しかし、室内転倒が目立つようになり、動けるうちはベッドではなく、床に布団を敷いて寝るようにしました。
- 2) 在宅で最後まで過ごしたいという本人や家族の希望と、それを支える医療・福祉関係者のしっかりした理念が重要であると思います。主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、親族などが適時連絡を取り合うことが重要です。
- 3) 本人の苦痛や不安を軽くするため、鎮痛剤、点滴、抗生物質の投与、痰の吸引など必要な処置が在宅で実施できることが重要な条件です。
- 4) 地域の理解と協力が大切です。Cさんは横浜市の高齢者用の集合住宅に住んでいて、同じ住民からの援助が得られました。一人暮らしの場合、ヘルパーなどの公的サービスでは十分にカバーできない支援が地域から得られました。
- 5) 私の臨床経験では、一般的に認知症の人は、終末期には苦痛が少ないように思います。2005年全国研究集会で基調講演をされた大井玄東京大学名誉教授は、都立松沢病院外科病棟の進行癌患者のカルテ調査で、認知症のない患者（23名）では、痛みの記載があるのは21例（91%）、麻薬使用が13例（57%）であるのに対して、認知症のある患者（20例）では、それぞれ、4例（20%）、0例（0%）であったということです。

（出典：社団法人認知症の人と家族の会機関紙「ぼーれぼーれ」No. 322、2007年5月号）

Lesson 3. 認知症の穏やかな看取り

「おばあちゃんは、苦しまないで静かに逝くことができました。私がおむつを替えた後、振り返ったら呼吸が止まっていました。先生や看護婦さんのお蔭で、両親とも家で看取る

ことができまして本当に感謝しております」

看取ったばかりの姑（Aさん、享年90歳）の死を嘆くというより、むしろ無事穏やかに看取れたという満足感を感じさせられる表情で、介護者である嫁は、午前0時頃に死亡確認のため臨時往診をした私に対して感謝の言葉を述べたものでした。

Aさんは、脳卒中後遺症と前立腺肥大症のため膀胱にカテーテルを留置した夫を嫁とともに介護していました。私が訪問すると、「おじいちゃん、先生がいらっしゃいましたよ。挨拶をして」と、言語障害をもつ夫にやさしく話しかけ、少しでも言葉を話させようと促していました。しかし、その夫も衰弱が徐々に進行して、最後は自宅で看取られました。

Aさんは、夫を看取って数年後に、コタツに入っただけでじっとして動かなくなりました。失禁も始まりましたが、本人はそれを認めず、着替えも入浴もしなくなりました。ある日、大便を失禁したため無理やり入浴させようとしたら、腰痛と膝痛を強く訴えて寝たきりになってしまいました。

家族の依頼により、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ（筋力評価と家族へのリハビリ指導のため）が開始されました。そして、入浴サービスなど介護サービスの導入も行いました。最初に訪問したとき私が、「久しぶりですね。ご主人を往診していた杉山ですが、覚えていますか。」と話しかけても、「さあ、どなたですか」とあいまいな返事を返すのみでした。

2週間に1回の訪問診療でしたが、医師である私が促しますと、ベッド脇に座ることが出来るようになり、支えれば歩行が出来るまでに改善しました。それとともに、認知症の症状が改善して、トイレに行くことが出来、「先生、おじいちゃんのお世話になりました」としっかりした話もできるようになりました。他方、「赤ちゃんが足元にいる」「変な虫が這い回っている」などの幻覚もみられましたが、介護者には認知症の特徴やその対応法を説明していましたので、介護上の混乱はほとんどありませんでした。体力が改善したのはよいのですが、一人で動き回って転倒することが多くなり、夜中に冷蔵庫の食べ物をあさったり、タバコを隠れて吸うようになり、心配事も増えました。

しかし、発症満4年目になって麻痺はないが、急にろれつが回らなくなり、食事のとり方が低下し、踵に褥瘡が出来てきました。

その後食事水分の摂取量が急速に低下して、意識混濁と全身状態の悪化が進んだため、たまたま年末年始にあたっていました。訪問介護と訪問診療により毎日自宅で点滴を実施しました。ターミナルの段階であると説明した後、家族からは最後まで自宅で看たいという希望がありました。

この頃の訪問看護ステーションの記録は次のようになっています。「意識レベルは傾眠傾向であるが、覚醒時は笑顔やうなずきあり。経口摂取はクリニミール（注：濃厚流動食）3口やアイス数口程度はほぼ毎日可能。仙骨部の発赤みられるが褥瘡の形成なし。1日おき程度のKN3B（注：点滴の種類で500ml）で、水分確保している」

約2ヶ月間自宅で毎日あるいは1日おきに点滴をしていましたが、1日水分が500ml程

度摂取できるようになったので、点滴を中止することができました。その後約1ヵ月半状態が安定していました。再び経口摂取できなくなり、点滴を開始。4日後から意識レベルが低下し、無呼吸とチアノーゼ（酸素不足のため口唇や指趾などが紫色に変色すること）が出現して、そのまま苦しむことなく、その3日後に呼吸が停止したのです。

このケースを通して、考えられることをあげますと、

1) 認知症の人も心筋梗塞、癌などの合併症で亡くなる人もいますが、食事が摂れなくなり自然に衰弱して亡くなる人も少なくありません。最終的に呼吸器感染症が合併するにしても私は、死因を老衰として死亡診断書を作成しています。

2) 終末期とは、不可逆的に経口摂取ができなくなった時と考えるのがよいでしょう。

3) 水分の摂取ができなくなった時、医療をどこまで行なうかが問題になります。胃瘻や経管栄養を機械的に増設することもあります。点滴などで水分を補う、あるいは全くしないこともあります。この問題については別の機会に考えたいと思います。

4) 食事が取れなくなっても、1日あたり500mlの水分（食べ物を含めて）が補充できれば、生命の維持は可能です。Aさんは意識がなくなっからは点滴を中止しました。それでも4日間、頑張りました。

（出典：社団法人認知症のひとと家族の会機関紙「ぼーれば一れ」No. 323、2007年6月号）

Lesson 4. グループホームにおける看取り

認知症高齢者グループホーム「T」は、2ユニット定員18名で、3年前に設立されて以来、川崎幸クリニックが協力医療機関としてかわりを持ってきました。入居者で医療の必要な人の大部分は、筆者の外来に、グループホームのスタッフがつれてきています。3～4名のグループで受診するのですが、その中でも、Mさん（96歳、女性）は、非常に元気でおしゃべり好きな人でした。順番がきて呼び入れると、診察室に入る前から、「先生、いつもお世話になります。私はここに来るのが楽しみです。よろしくお願いします」と大きな声で挨拶します。診察が終わると、「ありがとうございました。私はあなたが好きですよ」と微妙な表現で挨拶して診察室を出て行かれます。

グループホームの生活においても、買い物に行くのも料理を手伝うのも積極的で、入居者の中では一番器用であったといいます。96歳という年を感じさせないMさんでした。

そんなMさんですが、急に元気がなくなったのが平成19年2月の頃で、長男、長女が相次いで亡くなったことがきっかけだったようです。同じ月に室内で転倒して右大腿部頸部骨折を起こして入院。術後経過が悪く創部感染を起こしてしまい、食欲などの全身状態が悪化しました。さらに、もともとあった腎機能障害も悪化して浮腫が強くなり、気管支炎を併発してしまいました。その状態をどうやら切り抜けたのですが、5月中旬になって急に貧血が進行し、体全体に浮腫が見られるようになりました。

血液検査で、血色素が基準値の半分以下になり、腎機能も非常に悪化していました。黒色便が出ていましたので、上部消化管からの出血を考え、内視鏡検査を検討しましたが、意識状態など全身状態の悪化もあって断念。その代わり腹部エコーを実施して胃の中などに粗大病変はないことを確認しました。血清カリウムの値も高いので、輸血は難しい（輸血すると血球からカリウムが大量に漏れ出てカリウム値が上昇するため）と判断して、胃癌であっても潰瘍であっても効くだろうと考えて抗潰瘍剤の点滴を外来で続けてみました。

抗潰瘍剤の効果があって貧血の進行が止まりましたが、腎機能の悪化がますます進行して、場合によっては血液透析が必要な状態になってきました。意識レベルの低下も急速に進行していきました。

この段階で、家族およびグループホームのスタッフと今後の治療について話し合いをしました。透析を開始してもその後の改善が望めないこと、いったん透析を開始したら中断することが難しいこと、全身状態が悪化していることなど、および、以前から本人が延命治療を望んでいなかったことなどの理由により、できるだけ苦痛を少なくしながら住み慣れたグループホームで看取することを治療方針としました。

5月26日には意識レベルが低下して呼びかけにも反応しなくなりました。この段階で、点滴も中止しました。5月29日より毎日、グループホームへの訪問診療と訪問看護を行いました。「意識はないが、呼吸は穏やか。手をよく動かす。目を開けることがあるが、声を出さないし、苦痛の表情はない」（診療録より）など、穏やかな状態のまま、びっくりするほどの生命力を発揮して、6月1日午前10時15分に、慢性腎不全で亡くなりました。水分、栄養の補給なしで6日間も生きながらえたのは見事なものです。

Sさんの娘さんは、数日間をお母さんのベッドサイドで過ごしましたが、「こんなに長い時間母と一緒に過ごしたことは何十年ぶりでしょうか」と話していました。また、クリニックの訪問看護室から渡してあった死後の処置の仕方のパンフレットを参考にしながら、グループホームのスタッフとともに、清拭や化粧をしたことは、「すばらしい経験です」とも話していました。

- 1) グループホーム「T」は、平成16年4月に開設された2ユニット18名定員の認知症高齢者グループホームですが、死亡退所はMさんが5人目といます。ただし施設内で看取られたのはMさんが最初です。
- 2) グループホームでの看取りの可能性を話し合ったとき、グループホーム側も家族も受け止めが非常に前向きでした。筆者がSさんの主治医として初めからかかわってきたこと、グループホームにおける看取りの問題を筆者が積極的に取り組んでいるのを看護職でもある施設長やスタッフがよく知っていることなどがその背景にあるのではないかと考えています。
- 3) Mさんと同じ時期に入居した人たちも、動きが悪くなって車椅子を利用する人が多くなっています。スタッフに付き添われて通院することが難しい人も出てきて、筆者が

訪問診療している人もいます。

- 4) 問題はたくさんありますが、医療とのかかわりがうまくできれば、グループホームでの看取りはそれほど難しくないのではないかと感じています。

(出典：社団法人認知症のひとと家族の会機関紙「ぼーればーれ」No. 324、2007 年 7)

Lesson 5 ターミナルケアをめぐる問題を考える—その1

これまで、4つのケースの実践を通して認知症の人のターミナルケアについて考えてきました。今回と次回は、認知症の人のターミナルケアに関する様々な問題をひとつひとつ取り上げて考えていきたいと思います。

1. 認知症の自然経過について

一般的に、認知症の人は、発病してから精神症状が多出する時期をへて、身体症状合併期、最後に終末期に至ります。終末期に近づくにつれて医療的ケアが家族にとって深刻な問題となります。どの段階で入院治療をうけるのか、あるいは在宅でどこまでみていけるかを考えなくてはなりません。在宅でみていく場合には、訪問診療や訪問看護による支えがあるかないかで在宅ケアの可否が決まると言えるでしょう。

以上のように、認知症の病状経過を考えると、およそ4つの病期に分けることができます。

(1)発病期：それまではしっかりしていた人に物忘れ、被害妄想などの症状が出現するため、家族など周囲の者は「とまどい・否定」の気持ちに陥り混乱します。発病のきっかけとして環境の変化などの二次的要因に対する考察が重要です。

(2)精神症状多発期：記憶障害、見当識障害、被害的念慮、妄想、徘徊など介護を困難とする様々な精神症状が出るのが特徴です。身体的にはしっかりしているため、精神症状とのギャップに家族は振り回されることになります。

(3)身体症状合併期：活発だった認知症の人も動きが次第に鈍くなり、食欲が低下し、失禁などの症状が出てきます。膀胱炎や気管支炎などの感染症にかかりやすくなります。筋力が低下して転倒し骨折などを起こしやすくなります。

(4)終末期：いよいよ寝たきりとなり、食べ物もとれなくなつて衰弱が進行します。呼吸器感染症を起こしやすくなつて、咳や痰などが絡みやすくなります。褥瘡などができやすくなります。また、突然の変化が介護者にとって心配になるようになります。

一般的には、上の4つの過程を通りますが、認知症の原因によって多少異なり、例えば、脳卒中発作後の認知症であれば初めから身体症状を合併することになります。

2. 認知症の終末期とは

「認知症高齢者の在宅生活の継続を支える地域の医療支援システムに関する調査研究Ⅱ

報告書」(NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、平成17年3月)によれば、アルツハイマー型認知症の終末期を、「病理的には大脳皮質機能が広範に失われた状態で、失外套(しつがいとう)症候群(例:四肢の随意運動、発語、追視、表情がみられず、尿便失禁の状態)といえる。(略)この時期になると嚥下障害(誤嚥)が見られ、経過と共にその頻度が増して、経口摂取が不能になる。嚥下不能のため、経管栄養を行うことも多く、従ってこの期間は数ヶ月から数年と続くこともあり、期間を限定することは出来ない。従って癌の末期とは定義が違ってくる。」とされています。

つまり、不可逆的な嚥下障害が始まった時期以降を「終末期」と捉えてよいでしょう。点滴、経鼻カテーテルや胃瘻による栄養法、中心静脈栄養法(IVH)など強制的な栄養法をとらなければ、まもなく脱水、衰弱などにより死の転帰を迎えることになります。

在宅認知症の人の死因として、肺炎 36%、突然死・事故死 27%、老衰 25%、心不全・腎不全12%(60例、苛原ら)の報告のように、合併症が原因で死を迎えるものも少なくありません。その場合には、それらの疾患の治療と終末期ケアが問題となります。

3. 認知症の終末期の特徴

認知症の人の場合、大部分のケースでは最後が穏やかであるといえると思います。意識レベルと身体レベルがほぼ平行して衰弱が進行していくため、終末期では苦痛や不安を訴えなくなるからです。筆者の経験では、癌を合併していても認知症の人に麻薬を使った例はまずありません。しかし、意識のはっきりしている肺癌などの患者ではモルヒネによる鎮痛のみではなく、呼吸困難や恐怖感などの軽減のため強力トランキライザーも使って意識レベルを下げる必要なケースがしばしばありますが、言い換えれば、人工的に認知症状態を作るわけです。したがって、認知症の人はターミナルケアをしやすい人であるとも言えるでしょう。

Lesson 2でも紹介しましたが、大井玄東京大学名誉教授は、都立松沢病院外科病棟の進行癌患者のカルテ調査で、認知症のない患者(23名)では、痛みの記載があるのは21例(91%)、麻薬使用が13例(57%)であるのに対して、認知症のある患者(20例)では、それぞれ、4例(20%)、0例(0%)であったということです。

今回は、「看取りをどこで—在宅か、施設か、病院か—」「施設での看取りの問題」「胃瘻を造るか、造らないか」「医療・介護を取り巻く問題を考える」「グループホームにおける看取り」などについて考えたいと思います。

(出典: 社団法人認知症の人と家族の会機関紙「ぼーればーれ」No. 325、2007年8)

Lesson 6 ターミナルケアをめぐる問題を考える—その2

1. 看取りをどこで—在宅か、施設か、病院か—

高齢者介護研究会報告書（2003. 6. 26）によれば、2001年では、全死亡の81. 2%が病院・診療所、2. 0%が施設、13. 5%が自宅で死亡しています。

「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」（主任研究者池上直己、平成15年3月、医療経済研究機構）によると、1,730特養施設の1年間の退所者18,744人のうち、約75%が死亡退所で、死亡場所は、死亡者全体の中で、病院・診療所等が62.1%、施設内が37.2%、自宅が0.6%だということです。また残り約25%の退所者も死亡に結びつかない病気などで入院あるいは他の施設に移っても結局はしても自宅に帰ることなく施設からの死亡退所となる例が少なくないと考えられます。つまり、特別養護老人ホームは「終の棲家」になっていると言えます。

「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究」委員会（筆者が委員長）の「グループホームにおけるターミナルケアの可能性について」実態調査報告（2003年3月）によれば、開設後3年以上のグループホームの内29.9%、2～3年未満では17.1%、1～2年未満では15.8%のグループホームに看取りの経験があり、開設後1年未満のグループホームですら6.7%が経験していることが明らかになりました。共同生活が可能な状態で入所した認知症高齢者の状態が変化して看取りが必要な状態に予想以上に急速に変化していき、現実的に看取りが行われていることを示しています。

さて、団塊の世代の高齢化と75歳以上の高齢者人口が著しく増加することによって、死亡数が急増し、年間死亡数は、80年までは70万人代、2000年には約100万人、2012年には140万人を越えると予測されています。病院機能がますます高度化して診療報酬上平均在院日数の短縮が至上命題になっていることを考えても、高齢者のターミナルケアを病院が今後これまでのように担っていけるとは思えません。また、高齢者一人一人に対する尊厳あるケアが病院で必ずしも実現できるものでもありません。したがって、在宅、あるいは第2の家庭としての施設やグループホームで死亡するものが増えていくことになると思います。

本人・家族の希望、医療の必要性、介護力、地域や施設における医療的支援水準および終末期に対する社会的な理解などの要因によって、ターミナルケアの決まってくるのではないかと思います。筆者自身は在宅あるいは施設におけるターミナルケアに強い関心を持ち取り組んでいますが、どの形がよいと一律に決めることはできないと思っています。

2. 高齢者福祉施設やグループホームでの看取りの問題

前記の2つの調査で、「施設内で亡くなることも含め、対応したい」（65.0%）あるいは「条件が整えば対応を考えていきたい」（16.8%）と考えている特養管理者が全体の81.8%もあり、グループホームでも、「看取りを行う体制や力量を整えることは困難である」「看取りまで行う必要はない」と考えるグループホームも22.4%ありましたが、「ケースごとに整え

ながら前向きに援助していきたい」「制度上、条件が整えば援助したい」のように積極的な姿勢を66.9%のグループホーム管理者がもっていたことを考えますと、高齢者ケアの現場では終末期ケアが積極的にとらえられていることが明らかになったと思います。

終末期ケア実施にあたっての課題として、特養施設長の回答では、「医師、医療機関との関係強化」が54.7%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（38.1%）」「居室の環境整備（34.8%）」でした。

施設やグループホームなどにおける看取りを可能とするための条件を考えてみると、
(1)本人の状態として苦痛などがなく末期においても必要な医療やケアをうけられること
(2)グループホームでの終末期ケアに主治医の理解と協力が得られること
(3)ある程度の医療や医療的なケアがグループホームで受けられること
(4) 家族やグループホームの職員が看取りについて理解と熱意をもつこと
などをあげることができるでしょう。

3. 胃瘻を造るか、造らないか

最近、支部のつどいや研修会で、「胃瘻を作るべきか、どうか」という質問が多くなりました。「食欲＝生命力です。自然経過で全身の衰弱が進行して、意識レベルも低下しているなら原則的には、胃瘻を作らないで、点滴などをしながら見ていきます。その場合は一般的には穏やかな最後を迎える方が多いと思います」と答えます。

しかし、胃瘻を造るかどうかの決断が迫られるのは、呼吸器感染症などで入院して元の病気は治っても経口摂取が改善しないため、胃瘻を造ることで退院にもっていききたいという主治医の意向が家族に伝えられる場合が多いと思います。栄養が摂取できない状態では施設も受け入れてくれないし、自宅でも点滴などの治療が受けられる在宅医療支援体制がないと在宅にも移行できないというジレンマに家族がさらされるわけです。

胃瘻造の設備は、脳血管障害、パーキンソン病や神経変性疾患などの難病、口腔や食道などの消化器疾患などより、嚥下障害が起こっているものを対象としています。しかし、内視鏡的胃瘻造設術により容易に胃瘻を造ることができるようになってから、老衰などにより衰弱が進行して、点滴などの治療をしても食欲の改善しない患者さんも対象とされて範囲が非常に広がっています。

私が訪問診療を行っている患者さんにも、経管栄養や胃瘻を行っている患者さんは多くいて、中には10年間近く続いている患者さんもいます。半年前に点滴を毎日続けても状態が改善しなかった認知症と脳梗塞のある患者が胃瘻を作ってから会話ができるほど改善した例も最近ありました。

胃瘻などによる栄養補給により延命効果はありますが、末期になって消化吸収力が低下すると、全身浮腫、呼吸器感染症、褥瘡あるいは下痢などの消化器症状などが出現して介護の手間が非常にかかるようになる場合が少なくありません。本人にとっても幸せな状態といえないと思います。

このような経験から、在宅で必要と思われる医療を24時間提供できる体制をとっている

筆者は、本人・家族の意向を尊重しながら、認知症のターミナルでは胃瘻を作らないようにしています。

ちなみに、胃瘻を作っても経口摂取が十分できるようになったとき胃瘻を閉鎖することは簡単です。また、経管栄養はよいが、胃瘻は医療に属するので受け入れない特養ホームもあるので注意が必要です。

(出典：社団法人認知症の人と家族の会機関紙「ぽーればーれ」No. 326、2007 年 9)