

話題 68 介護老人保健施設における「看取り」
～自験 46 症例の臨床的検討～

介護老人保健施設「あけみおの里」
石川清司

【はじめに】少子高齢化社会を迎え、看取りの「場」と「質」の問題は重要な課題となっている。在宅、福祉施設、介護保健施設、病院等での看取り場が想定されるが、個々人と家族の希望に沿った看取りの実現にむけての対応が求められている。

「がん」の緩和医療とは異なり、介護老人保健施設での「看取り」は多彩な経過を辿るため、その経過に対応した配慮が必要となる。加えて、高頻度に認知症を合併するため、取り巻きの家族の満足度の向上を図る対応が求められる。

【看取りの定義】「亡くなる瞬間」のケアではなく、「その人らしい生き方を最期まで支える」ための一連のケアを意味する。

【対象と方法】平成 27 年 1 月から平成 29 年 12 月までの 3 年間に介護老人保健施設「あけみおの里」において「看取り」を実施した 46 例について性、年齢、入所期間、キーパーソン、臨床症状、主病名、死亡時病名、家族満足度について検討を加えた。

【症例の概要】①男性 13 例、女性 33 例で圧倒的に女性に多くみられた。②死亡時年齢は 62 歳～108 歳で、平均 88.6 歳。100 歳以上が 11 例含まれた。③臨床症状から経過を「老衰型」「有症状型」「回復型」「突然死型」の 4 型に分類した（表 1）。④有症状型は慢性疾患の急性増悪(A)と悪性腫瘍(B)に分類できた。⑤老衰型 18 例、有症状型(A) 13 例、(B) 4 例、回復型 4 例、突然死型 4 例であった。⑥回復型は 1 年以内に老衰型と有症状型へ移行する。⑦積極的に治療を行うことで有症状型が増加する（表 2）。⑧認知症、意識障害合併例が約 80% を占めた。⑨在所期間の長短に関係なく、有症状型で家族の満足度が低くなる傾向にあった。⑩疼痛管理に麻薬を用いる必要のない悪性腫瘍症例も老健施設での看取りが可能であった。

【代表的な症例と問題点】

症例 1（老衰型）：100 + X 歳、女性。

キーパーソンは孫。両大腿骨頸部骨折術後。苦痛の訴えが全くなく、2～3 口の食事と水分摂取、電解質補液 500 ml/日により、約 6 か月の経過で老衰死。

問題点：言葉を発することは全く無かったが、手を握ると握り返してくる仕草がみられ、“孤独感”の存在が窺えた。

症例 2（回復型）：80 + X 歳、女性。

キーパーソンは娘。脳幹部梗塞で意識障害、四肢麻痺、経鼻経管栄養。肉眼的血尿を認め、BUN 121mg/dl、クレアチニン 3.98mg/dl。看取りの同意書を得たが補液と利尿剤により回復し、約 1 年間にわたり安定。

問題点：急変も予測されるため、看取りの同意を得るが、回復し安定した症例に対する家族への対応をどのように行うか。

症例3（有症状型A）：100+X歳、女性。

キーパーソンは孫。50歳代より高血圧症、2型糖尿病で治療、認知症合併。慢性腎不全の急性増悪があり、眼振、軽い痙攣を認めたが精査は未施行。

問題点：日頃から「早く死にたい」との弁あり。認知症と関連した表現と思われたが、“孤独感”の存在も疑われた。

症例4（有症状型B）：70+X歳、男性。

キーパーソンは奥さん。食道がんの縦隔リンパ節転移。多発性脳梗塞、くも膜下出血の既往あり。左肺下葉の無気肺による発熱。

問題点：静かな個室での療養を勧めたが、さびしいので大部屋が良いとのことで、最期まで四人部屋で過ごした。

症例5（突然死型）：90+X歳、女性。

キーパーソンは息子。高血圧症。脳梗塞の既往があり、認知症合併。夜半、心肺停止で発見された。その約30分前の巡視の際に本人の歌声が聞かれたとの報告があった。

問題点：全く予測できない症例があり、家族に対して日頃の急変時の対応や看取りに関する心構えについての説明が必要と思われる。

【考察】

「看取り」という用語には、適切な英訳がないとのことである。欧米諸国においては終末期のケアについては、主人公は常に患者さん本人であるが、「看取り」という用語の主体は看取られる側ではなく、医療者や家族などのケアする側が主体となっていることに因る。個人主義の発達した社会と「縁」「絆」を大切にする社会の相違とも考えられる。

基本的に、看取りの課程においては本人の意思が優先されるべきではあるが、認知症の合併が高率にみられる事もあり、自験例においては、自筆による終末期の治療事前指定書が作成されていたのは1件のみであった。沖縄の風土からして、「看取り」においては、患者さんとその家族の両者が同等の比重でもって主役として対応されるべきであり、それが基本姿勢になるものと思われる1）。

介護老人保健施設「あけみおの里」における「看取りに関する手引き書」によれば、看取りとは、「本人の尊厳を保つとともに、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療・看護・介護・リハビリテーション等を行う一連の過程」と定義している2）。「見取り」の過程は、まさしくチーム医療である。老健施設においては、食事・排泄を含めて、患者さんの日常生活のすべてに係わる「介護職」が「看取り」の場においても重要な役割を担う。浮腫、褥創対策、姿勢保持、廃用症候予防のためのリハビリ部門の介入も不可欠であり、病態把握と患者および家族の精神的支えとなる看護職が一連の過程を統括する。そして、苦痛の緩和と安らかな最期への導き、看取りの「時」の判断と家族への対応、最終責任者としての医師の役割がある。

日本老年医学会や全国老人保健施設協会の終末期のケアに関する指針においては、悪性腫瘍の緩和ケアに関する考え方が根底にあって、必ずしも即刻、高齢者の「看取り」に応用できるものではない³⁾ 4)。例えば、個室を準備して静かな環境での対応を推奨しているが、実際には、高齢者特有の“孤独感”の存在が窺われ、個室への移動を好まない場面が多々みられる。

ホスピスや緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者に対する緩和ケアと老健施設における「看取り」の臨床経過は全く異なる。緩和ケアの対象は意識障害を伴わない「有症状型」の患者であり、老健施設においては「老衰型」が大半を占める。しかも、認知症や意識障害を伴う患者が約8割を占める。

人の死に至る経過については、いくつかの考察がある⁵⁾。事故や心筋梗塞等による突然死、悪性腫瘍等による比較的急速な展開、そして慢性の臓器不全、そして老衰のような緩やかな経過の4型に分類されている(図1)。自験例の経過から「回復型」を追加し、その経過に対応した家族への説明書を作成して用いている。

老健施設においては夜間の勤務態勢から、看取りについては制約がかかる。加えて介護保険制度の運用面から、濃厚な治療を必要とする「有症状型」の症例の治療には制限があり、施設の運営方針により看取りの数、特に「有症状型」に増減が見られる(表2)。有症状型の悪性腫瘍症例は、麻薬の管理上の課題から、当面、麻薬を用いることなく疼痛管理が可能な症例を受け入れることにしている。

家族満足度の的確な評価は困難であるが、有症状型Aのグループで低下の傾向にあり、加えて家族間での意思統一がなされていない際に満足度は低下する。経過に対応した、きめ細かな病状の説明と支えが必要である。

【むすびに】一般診療においては根拠に基づいた(evidence based)医療が提供されるが、老健施設においては個々の人生の物語りに即した(narrative based)医療の提供が求められる。一人ひとりの人生を、より美しくまとめる過程は貴重な時間である。業務として、体験としての「見取り」をどうして、看取る側も、自らの生き方を見つめる「時と場」としたい。

【参考資料】

- 1, 石川清司: 医者目で見えた患者学、沖縄タイムス出版部、2010
- 2, 介護老人保健施設「あけみおの里」: 施設での看取りに関する手引き、2017
- 3, 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する老年医学会の「立場表明」、2012
- 4, 全国老人保健施設協会: 介護老人保健施設における看取りのガイドライン、2012
- 5, Royal College of Nursing 2016: Typical death trajectory

なお、本稿は沖縄県医師会報2018年5月号に掲載した。