

「老年医学」 ライフ・サイエンス社

特集 高齢者に有終の美を一終末期ケアと緩和ケア 疾患別に見た終末期ケア・緩和ケア

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

認知症

1. はじめに

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る。

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、99年には100万人、2012年には140万人を越えると予測されている。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われない。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ない。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ろう。癌による死亡者もさることながら、老衰、認知症など高齢のともなう疾患による死亡者がますます増えていくことであろう。

筆者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（旧呆け老人をかかえる家族の会）に関わってから26年目になる。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る。在宅酸素療法、CAPD（持続携帯式腹膜透析）、在宅人工呼吸療法、在宅IVH、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た。毎年30～40名を自宅で看取っている。

認知症高齢者の看取りも多い。自然に衰弱して老衰として死を迎える患者もいれば、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もいる。

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高齢者の介護は、介護家族にとって負担が非常に大きい。しかし、認知症高齢者の終末期は、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ある。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たくなるのである。

「認知症高齢者のケアはドラマである」と筆者は考えている。ドラマの展開を良いものとするためには、認知症に関する正しい知識と、介護者への支援の輪をしっかりと形成する

ことであると考えている。

2. 認知症の自然経過について

認知症高齢者は、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、最後に終末期に至る。終末期に近づくにつれて医療的なケアが家族にとって深刻な問題となる。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らなくなる。在宅で見ていく場合には、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ってもよい。

ところで、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る。

(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、徘徊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する。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ある。

(2)精神症状多発期：記憶障害、見当識障害、被害的念慮、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ある。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る。

(3)身体症状合併期：活発だった認知症高齢者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くる。膀胱炎や気管支炎などの感染症にかかりやすくなる。筋力が低下して転倒し骨折などを起こしやすくなる。

(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する。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る。褥瘡などができやすくなる。また、突然の変化が介護者にとって心配になるようになる。

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

3. 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、8～9p)によれば、アルツハイマー型認知症の終末期を、「病的には大脳皮質機能が広範に失われた状態で、失外套症候群(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、従つ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。従つて癌の末期とは定義が違ふことになる。」とされている。

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。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、衰弱により死の転帰を迎えることになる。

しかし、その時点では認知症の人本人が治療法についての意思決定は困難であるので、介護者が、本人の意思を考慮し、医師などのスタッフと相談しながら、治療法の選択を行わなければならない。

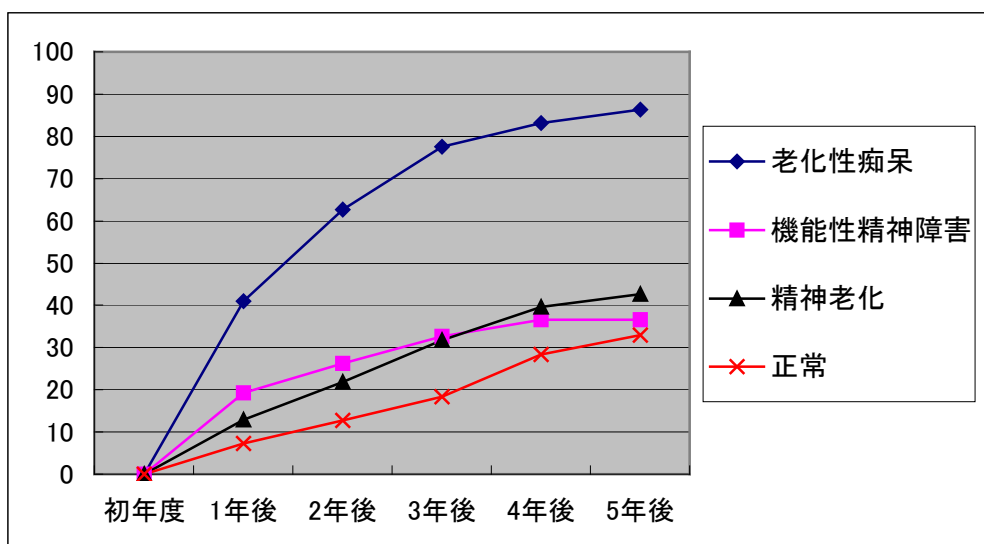
4. 認知症高齢者の身体的な変化の進行と終末期ケアの必要性

認知症高齢者の身体的な変化は普通の高齢者と比べて速いので、初期には体力のあった人であっても徐々に動けなくなり、いずれ終末期を迎える。

長谷川和夫（認知症介護研究・研修東京センター長）らが東京都の依頼で行った老年者診断別死亡率調査によると、「老化性痴呆」のグループの年次死亡率の推移は、「機能性精神障害」「精神老化」「正常」のグループの比較すると、顕著に高いことが分る。およそ、2～3倍のスピードで全身衰弱が進んでいくといえる。

老年者診断別死亡率(初年度人数に対する死亡率%)

長谷川和夫ら(日老医誌、7:630,1980)



5. 認知症高齢者の終末期ケアの特徴

社団法人認知症の人と家族の会（旧呆け老人をかかえる家族の会）代表理事である高見国生氏が母親を看取った場面である。社会的な理解も援助もない約20数年前のことである。

「四月下旬のある雨の朝、いつものように私は様子をみに、母の部屋をのぞきました。母は、亡くなっていました。布団の上に、寝たままの姿でした。」

このところ急激に衰えてきてはいましたが、まだ一年くらいはと思っていました。前夜も、特別変わったようすもなかったのに、不意を突かれたような気持ちで、一瞬信じられず、『あれっ』と思い、続いて、『ああ、終わったー』と思いました。」（高見国生著『ぼけ老人と家族——女の負担 男の出番——』ふたば書房、1994年より）

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つてよい。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苦痛や不安を訴えることがほとんどないからであろう。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ない。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るが、言い換えれば、人工的に認知症状態を作るわけである。したがって、認知症高齢者はターミナルケアが最もしやすい人であるとも言えよう。

筆者は、30年以上にわたって内科医として入院、外来、訪問診療に携わってきて、たくさんの方の死に立ち会ってきた。その経験から、他の疾患と比べると、認知症高齢者を看取った家族の嘆きは軽いように感じられる。

その理由として、

- ① 発病して死に至るまでの期間が長いため、症状の緩やかな変化、家族の心理的な変化(受容)などにより、死を受け入れやすい気持ちが作られる。
- ② 介護の負担が大きい精神症状の激しい時期を経て、精神症状が徐々に落ち着いて身体症状が出てきて、動けなくなり、終末期を迎える経過の中で、十分な介護をしてきたという家族の思いがある。
- ③ 医療や福祉の専門家などとの接触をもつことにより、受け止めやすくなる

他方、

- ① 介護の混乱期に、もっと上手に介護をしてあげればよかったという反省
- ② 愛する人がなぜ認知症になったのかという受け入れがたい感情
- ③ 家族の顔もまったくわからない状態のまま別れてしまったという思い
- ④ 施設や病院にいれないで、身近なところで見てやりたかったという思いなどの嘆きもある。

これに対して、心筋梗塞、脳卒中、事故などの急性期疾患による死の場合は家族の受け止めが難しいことが多いのである

6. 認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアについて

2002年12月、厚生労働省により「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)発足して、「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」実態調査が行われた。

その結果から、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った。このことは、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くことを示していて、現実的に看取りが行われていることを示している。

さらに、グループホーム側でも、「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%あったが、「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、条件を整えば援助したい」のように積極的な姿勢を66.9%のホームがもっていた。

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よう。

末期であっても治療や診断を受けないで最後を迎えることは、おそらく本人にとっても家族やケアワーカーにとっても耐えられないことであろう。発熱したり食事がとれなくなると脱水状態になったとき点滴などを自宅で実施することで、状態が改善することがしばしばある。一旦改善して再び衰弱し、点滴などで再び改善するというよう経過をたどって最終的に治療に反応しないで静かに看取られていくのである。痰の吸引、褥瘡の処置なども必要になるケースも少なくない。

在宅ではこのような「医療的ケア」を家族や訪問看護師が行っている。グループホームや施設においてはケアワーカーなどが「医療的ケア」が実施できないため、看取りが行われているグループホームでは看護師が職員としてケアを行っているところが多い。しかし、看護師が配置されているグループホームは約半数しかないことも調査で明らかになった。また、職員の看護師も末期になって24時間対応となると勤務的に困難になる。

したがって、①グループホームにも訪問看護が受けられること ②ケアワーカーが医療的ケアをおこなえるようになること ③看護師のいないグループホームのために看護に関して相談・指導が受けられるようグループホームに訪問看護師の嘱託を置くことができるようにすること ④緊急対応できる医療機関の確保 などが必要条件となるであろう。

認知症になっても安心して住みなれた地域で生活できることは、誰もが認知症になりうる今日の高齢社会では大きな関心事である。多用な援助形態があつて介護は安定すると考えているが、グループホームにおける看取りもその重要な要素であると思っている。グループホームを「第2の自宅」ととらえるなら、また適当な施設や医療機関が見つからないことなどから、要介護状態の幅が終末期までに拡大することが考えられるであろう。

7. おわりに

たとえ、認知症になっても尊厳あるケアをいつまでもどこでも受けられるようにすることが、今後ますます認知症が急増して、誰もが認知症にならないと言えない状況の中で、私たちの老後を不安のないものとする条件となるろう。

参考文献

- 1 「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、8～9p)
- 2 高見国生著『ぼけ老人と家族——女の負担 男の出番——』ふたば書房、1994年
- 3 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報告書：医療経済研究機構、平成15年3月
- 4 杉山孝博著『新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則』リヨン社、定価1300円

キーワード

認知症、

認知症高齢者の終末期

認知症の自然経過

認知症高齢者家族の死の受容

認知症高齢者グループホームにおける終末期ケア

ポイント

- 1) 認知症高齢者の終末期は、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ある。
- 2) 認知症高齢者の身体的な変化は普通の高齢者と比べて速いので、初期には体力のあった人であっても徐々に動けなくなり、いずれ終末期を迎える。
- 3) 共同生活が可能な状態で認知症高齢者が入所している認知症高齢者グループホームにおいても、終末期ケアが現実的な問題となっている。