

# 施設における高齢者ターミナルケアのあり方

－ 介護施設からホスピスへの転院者の事例を通して －

遠藤 幸子 (看護学)

キーワード：ターミナルケア 高齢者 介護保険施設 ホスピス・緩和ケア

## はじめに

我が国の総人口に対する高齢者の割合は、今、まさに21%を超える場面を迎えつつある。

5人に1人が65歳以上の高齢者、10人に1人が75歳以上の後期高齢者という「本格的な高齢社会」となっている。更に、団塊の世代が65歳に到達する平成24年には、4人に1人が高齢者ということになり、それと同時に「死亡急増時代」が到来する。<sup>1)</sup>

このような現状を受けて、高齢者ターミナルケアの社会的ニーズは急速な高まりを見せ、2006年4月の介護保険制度改定において、特別養護老人ホームでは「重度化対応加算」および「看取り介護加算」が介護報酬に加えられた。医療・介護に関する調査研究(2003年)<sup>2)</sup>によれば、施設内での死亡は約4割であったが、高齢化の急速な進展に伴い、今後は施設内でのターミナルケア、死の看取りの増加が予測される。

これまでの高齢者のターミナルケアの現状としては、施設において終末期のケアを受け入れる体制が整えられないという理由で、看取りの場は大半が病院であり、その役割は看護ケアとして看護師が担っていた。しかし、時代の変化とともに準備態勢も整わないまま制度が改定され、介護の現場ではターミナルケアへの取り組みが急務となっている。

それでは、高齢者のターミナル期の特徴を踏まえたその人らしい尊厳ある死を迎えられるケアとはどのようなものか。特別養護老人ホームから緩和ケア病棟に入院した高齢者の一事例を通し、介護施設を中心としたこれからの高齢者ターミナルケアのあり方について検討する。

## 1. 看取りと緩和ケア

### 1) ホスピス・緩和ケアの歴史

近年、日本でもターミナルケアの場として定着しつつあるホスピス・緩和ケアであるが、その歴史は古い。中世初期、キリスト教の聖地巡礼者のために修道院の一角が宿泊施設とされていたが、そこで暖かい食事を提供するなど、修道士の仕事としてホスピス的な対応をしたのが起源とされる。

ホスピスの語源はラテン語の *hospitium* に由来する。派生した言葉に、*hospice*, *hospital*, *hotel*, *hostel*, *host*, *hostess* などがあり、これらの共通した概念は *hospitality* (親切なもてなし) である。人々を親切で暖かくもてなす、ということがホスピスの原点である。<sup>3)</sup>

近代的なホスピスは1967年、ロンドン郊外のセント・クリストファー・ホスピスが創立されたのが最初である。創立者であるソンドースは、がんで苦しむ人の延命中心の治療に疑問を持ち、ケア (care) 中心の医療のあり方を提案した。<sup>4)</sup>

日本においても、治療中心の医療の場である病院が、安らかに死を迎えるのにふさわしい場であるかという点、そこには多くの疑問や問題が山積していた。そのような終末期医療のあり方に対し、1970年代に入り、シシリー・ソンドースの掲げるホスピスの理念にもとづいた社会運動としてのホスピス運動が始まった。1973年に、淀川キリスト教病院でホスピスチームが誕生し、1981年に聖隷三方原病院に、1984年に淀川キリスト教病院に院内病棟型ホスピス (緩和ケア病棟) ができた。<sup>5)</sup>

ホスピスが世の中に広がる流れのなか、1990年に政府によって緩和ケア病棟入院料が新設され、診療報酬が引き上げられた。医療保険

制度のもとで一定規模の病院においてのみ緩和ケア病棟が組み入れられることになり、この頃から、ホスピスは緩和ケア病棟という呼び方で急速に増加した。当時全国に5つしかなかったホスピス・緩和ケア病棟は、現在では全国各地に誕生し、総数は2008年1月現在で178施設になった。<sup>6)</sup>

## 2) ホスピスから緩和ケアへ

WHO(世界保健機関)では、1990年の緩和ケアの定義を2002年に次のように改定した。

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。<sup>7)</sup>

以前の緩和ケアの定義(1990年WHO)では、「治癒不能な状態の患者および家族に対しておこなわれるケア」と定義されていたため、ホスピス緩和ケアというと「病気が治らない末期状態にならないとケアを受けることができない」という人々の理解が定着していた。

しかし、新しい定義では「疾患の早期から」ホスピス緩和ケアが提供されるべきであると変更されている。これについては、2006年6月に成立した「がん対策基本法」にも、疾患の早期から緩和ケアが提供される体制を作ると明記されている。<sup>8)</sup>

つまり、この改定での大きく変わったことは、ホスピス緩和ケアとは「命の終わりを見据えた医療」ではなく、「病気によって起きている問題や起きてくる問題に対応する医療」である。言い換えると、緩和ケアを受けることと治癒不能の見込みとは関連をもたないということであり、緩和ケアとは、ターミナルケアとしての安らかな死の看取りを目的とするケアとは限らない概念であるといえる。

2004年から進められている「第3次対がん10カ年総合戦略」や、2007年4月施行の「がん対策基本法」によって、全国に多くの緩和ケアチームが作られているが、そのチームで行うべき緩和ケアは、従来の定義ではなく、2002年の定義に沿ったケアの提供であるよう「がん対策基本法」にも明記されている。<sup>9)</sup>

この現状をみると、緩和ケア病棟は国の政策のために「医療施設化」した、苦痛となる症状を緩和する目的で入院する患者のための病棟となり、本来のホスピス理念を実現できるターミナルケアの場からは遠ざかっていることになる。

## 3) がんのターミナルケア

現在、日本人の2人に1人ががんと診断を受け、3人に1人ががんで亡くなっている。がんの初発年齢が高齢化し、がんの医学的診断、治療技術の進歩とともに、がんになっても長く生きられる時代になった。ホスピスにおける入院患者の平均年齢は、淀川キリスト教病院では2006年のデータで68.2歳と20年前に比べると10歳ひき上がり、高齢者が多く占めていることがわかる。<sup>10)</sup>

看護学において、がんは慢性的な健康障害として位置づけられ「病と折り合いをつけ、ともに生きる」という観点からのケアが重要と考えられるようになってきた。がんによる痛みなどの苦痛症状をアセスメントし、症状緩和のための援助を行うことでがんの治療効果を支えること、がん患者の生活活動そのものの安楽性と安全性を確保することが「がんとともに生きる」プロセスにおける看護の役割となっている。

しかし、このようなプロセスの後にはやがてターミナル期が訪れ、誰もが自分の死に直面し、人生における最も困難な旅路をたどることになる。安らかでその人らしい尊厳ある死を迎えるには、周囲のサポートや専門的なケアが必要となる。

2005年12月に、日本ホスピス・緩和ケア協会による「ホスピス緩和ケアの基準と評価指針」にあげられたホスピス緩和ケアの「基

本方針」は次のようである。<sup>11)</sup>

【ホスピス緩和ケアの基本方針】

1. 痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。
2. 生命を尊重し、死を自然なものと認める。
3. 無理な延命や意図的に死を招くことをしない。
4. 最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。
5. 患者が療養しているときから死別した後、にいたるまで、家族が様々な困難に対処できるように支える。
6. 病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。
7. 患者と家族の QOL を高めて、病状に良い影響を与える。

ホスピス・緩和ケアでは、このような方針のもとで、全人的なケアがすすめられている。患者1人に対し、看護師1人の配置であることなど、一般病棟に比べると、内容は非常に充実しているといえるが、ターミナル期の人々のニーズが十分満たされているわけではない。

日本ではホスピス緩和ケアに入院できるのは、がんとエイズに限られており、システム上入院が受け入れられない他の疾患では、病院、在宅、施設での看取りを受けることになる。また、ホスピス緩和ケア病棟が、がんの終末期患者の受け入れをまかなえるだけのものであるかと言うと、年間32.5万人のがん死に対して、現在、全国の病床数は3295床、待機日数が1ヶ月～1ヵ月半ほどあり、数字的にみてもはっきりと限界がある。<sup>12)</sup>治療の見込みがなく、長いターミナル期を送ることになった多くの高齢者は、人生の最期の居場所をなくした「がん難民」となってしまうことになる。

## 2. 緩和ケア病棟における高齢者のターミナルケア

ここで、筆者が以前、看護師として勤務した緩和ケア病棟での一事例を紹介する。N氏は、

入院前は施設で介護を受けながら暮らしてきた高齢者で、他病院からホスピスに転院した多くのがん末期患者とは異なる経緯をもつ。そこで、N氏の生活背景および、緩和ケアにおける入院生活に視点を向け、行われたケアを振り返ることで、ターミナル期における介護と看護の両領域が果たすべき役割を明らかにしたい。

### 1) 事例紹介：入院生活の様子と看護ケア

N氏はX年3月末に特別養護老人ホームからX病院のホスピス緩和ケア病棟に入院した80歳代の男性である。多くの施設がそうであったように、N氏が入所していたホームでは、利用者にとって医療処置が必要な状態になると、家族にその旨が説明され、医療処置を希望するケースは、医療機関に転出するシステムになっていた。N氏の場合もがんの末期症状が出現したために、止む無く慣れ親しんだ環境を後にし、緩和ケア病棟に入院することとなった。

入院時は生まれつきの左下肢の機能障害に加え、加齢による運動機能低下のため歩行困難があり、車イスとベッドでの生活であった。がん末期と診断されたものの、顕著な苦痛症状は見られず、自力でベッドから車イスに移動し、廊下やサロンルームに出ることが可能であった。千代紙を器用に細工してきれいなクス玉や風車を作ったり、テレビで野球観戦をしたり、という入院生活を送っていたが、個室病室という閉鎖的な空間での生活や自由に外出できないことに対し、時折、苛立ちの表情を見せていた。

そこで、N氏のニーズに応えるためのケアとして、車イスでの「お不動さん」への散歩が行われた。病院の敷地のすぐ近くには、通称「お不動さん」と呼ばれる不動堂がある。道中には四季折々の花が咲き、不動堂周辺には木々が生い茂って緑が豊かである。この援助は連日のように続けられ、その回数は4月上旬から7月までの間に合計47回に登った。多くのスタッフがかかわったこのケアは、N氏にとって大切な日課であった。

## 2) インタビュー：N氏のターミナルケア について病棟看護師の思い

N氏のケアに携わった病棟看護師のうち、研究の主旨に同意が得られた8名にインタビューを実施した。インタビューの時期はN氏が亡くなって1ヵ月後である。そのインタビュー内容と看護記録を振り返り、ターミナルケアとしてのN氏への関わりを考察したい。

研究についての倫理的配慮としては、N氏のご家族と看護師8名には研究に関する説明を行い、同意書を交わしている。また、病院にはカルテ開示の許可を文書で得ている。

看護師へのインタビューの方法としては、N氏のQOLを高める援助の視点で、日課になっていた散歩に同行したときに観察した様子と、それに対する看護師自身の思いについて自由に口述してもらった。口述内容は以下のとおりである。

### 〈看護師 A〉

入院当初、タバコが吸いたいという強い希望があったが、思うようにならなくてイライラしていた。それで気分転換にと外に出かけた。

「この前お参りしたら、さっそくいいことがありますよ、お礼を言いに行きたいんです」と言われた。娘さんたちが会いに来てくれたことがうれしかったようで、それがお不動さんのおかげだと言っていた。この「ご利益」がきっかけで、行くことが日課になったのだと思う。そういうNさんの思いがあるのなら、できる限り散歩に行くことがこの人には必要なケアだと思った。他の病棟スタッフも同じ考えだったと思う。生活のペースとして、当たり前のケアになっていた。

状態が悪くなって出かけられなくなってからは、廊下に出て、病棟の不動さんの見える窓のところからお参りしようねと言って、二人で拝んだ。行きたいけれど行けないという状況がよくあった。それくらい、お不動さんに参りたかった人だった。

### 〈看護師 B〉

特別に看護目標をもって深く考えて行動していたわけではない。いつもやっている援助だから、Nさんにとっては必要なことだと思った。散歩は絶対に行く、という日課になっていて、それは生活の一部だった。ナースコールで呼ばれていくと、すでに車イスに乗って準備して、行く気満々だった。Nさんにとっては、お不動さんに行く、というそのこと自体に意味があった。

Nさんと同じ位置に立って一緒にお参りした。お賽銭は替わりに入れてあげた。患者さんと同じ方向を向いていたいと思ってそうしていた。一緒に行くことで心が安らかくなって、ケアする側の看護師としても癒されていた。「子どもの頃わたしの守り神はお不動さんと言われたことがあります」「数珠がほしいので家族に頼んでほしい」と言われたこともある。

### 〈看護師 C〉

行きましようか、と声をかけようと思っていると、もうすでに、タバコの次にお不動さんに出かける態勢で待っていて、それは習慣になっていた。病棟を出るときは、楽しそうに鼻歌を歌いながらエレベーターで降りて行った。

当初は外に出たいという思いだったが、弱りと共にお不動さんに行くことが目的の散歩になっていった。お不動さんに行くことを、精神的な支えとしていた。自分の病気を治してくださいとお不動さんに念じるのではなく、行くこと自体、行けるという事実が支えとなっていた。このケアさえすれば、一日気分よく過ごせる、というケアの押さえどころのようだった。

### 〈看護師 D〉

軽い認知症があって、緩和ケアのことがよく理解できていない人だったので、特養から病院に来て、規則ばかりでつまらないという思いが強かった。朝、車イスで喫煙室に行き、続きにお不動さんに散歩に行く

という援助コースは、どのスタッフも了解していた。その人のペースで生活できないような、味気のない生活だったら、緩和ケアとしては意味がない。ケアのあり方としては当然のことだと考えている。

車イスで散歩できるちょうどよい距離にお不動さんがあることで、Nさんは癒されていた。老人ならお不動さん、といった具合に、お不動さんは患者さんにとって、ちょうどよい存在だった。高齢者にとって心のよりどころとなる空間、場所として、お不動さんの活躍！という感じがすごくする。散歩コースを1周すれば満足して帰ってきた。

#### 〈看護師 E〉

いつもお不動さんに行くのが日課という情報があって、その計画に従った。声をかけると、ニコニコと笑顔でうれしそうに、楽しみにしていると感じた。自分から、散歩いいですかね、と聞かれて行くこともあった。散歩中は何度も何度も「ありがとう」と言われた。出かけていくときや帰ってきたときの様子、表情などを見ていて、散歩に出かける援助は貴重なことだと思った。自分が出かけている間、他の患者さんのことをスタッフに託していく協力体制が必要だったが、一緒に行くことでNさんの深い思いが理解できて、とても大切なケアだと思った。

病気については一度も触れたことはなかった。何気ない日常の会話だけだった。それが自然だった。あえてそこに触れなくてもいいという感じだったし、こちらも触れようとしなかった。生と死に対して自然な感じだった。「この年になってこんないいことがあるなんて、本当にありがたいです」と言われた。

#### 〈看護師 F〉

まず、朝、散歩に行かないとすまない、というふうだった。こちらから、声をかけたこともあったが、それは、きっと行きたいだろうとわかっていたから。朝のうちに

行くように、Nさんを待たせないように段取りして出かけた。

花が大好きで花の咲く所を散歩コースにしていた。花がきれい、緑がきれい、風に当たると気持ちいい、と言って喜ばれた。花や葉に手を触れ、「きれいに咲いてくれてありがとう」と声をかけて楽しんでた。花を取ってきて部屋に飾った。ごく当たり前の風景が、Nさんにとっては貴重なものだったと思う。

病室に帰ってからも、本当にありがとうと感謝を表現された。1日のうちに一番したいことができて大満足のようにすだった。満足してもらえることがわかりやすかったから、看護師としては幸せなことだった。

#### 〈看護師 G〉

朝、挨拶に行くと、散歩に行くのを待っていて、声をかけて欲しい、出かけたばかりの様子だった。楽しみにしていて、ワクワク、ソワソワしていた。行けないときはガッカリしていた。雨の日や、土、日はメンバーが少なく行けないから、そんな日ははさんでいる時は特に行くのを待ちわびていた。すごく喜ばれるから、他の患者さんのことは他のスタッフに声かけて、頼んで行けるよう、調整して出かけた。外に出ると、昔の流行歌を口ずさんで、ニコニコとして嬉しそうだった。

道中で母親のことや子ども時代の思い出をよく語ってくれた。「母親は早く死んで次の母に馴染めなくて、今思うと悪いことをしたと後悔している」「足が不自由でも人生を楽しめたし、靴職人の手仕事が自分に合っていてよく働いたから満足している」と、穏やかな表情で話されていた。

#### 〈看護師 H〉

とても楽しみに待たれているから、他の仕事を段取りよく片付けて出かけた。30分くらいで帰るから、そんなに留守にするわけではないし、他のスタッフも、Nさんの散歩なら、とわかっていたから、ケアとし

て出かけることができた。こちらからいつ行きましょうかと声をかけると、「いいんですかー？」とすごく嬉しそうで、いい表情だった。

「花の命は短い。きれいに咲けるそのときに女の人生を生きない」と言われた。自由に生きることがNさんの望んでいることだったと思う。お不動さんには、長生きすることより自由に楽しく生きたいとお参りしていたと思う。でも、「妻や家族には好き放題やっていたから苦勞をかけてきた」と言われていた。

### 3) 考察：インタビューで得られた

#### ターミナルケアの内容について

N氏のお不動さんに行きたいという意思を尊重した自己決定を支える援助により、N氏はその思いが達成でき満足感が得られた。ハリのある生活が送れたことは、ターミナル期のQOLを高めるケアとして高く評価できる。

不動明王が祀られた小さなお堂への参詣では、緑豊かで静かな場所にたたずむことにより心が安らぎ、一日機嫌よく穏やかに過ごすことができた。仏教への信仰心とは別のところにある、森羅万象に宿る神への畏敬の念を持つことや、現世利益を祈る場所が身近にあることで、心の安寧を保つことができていた。

また、これまでの人生を回想し、生きてきた意味を見出し、自己の存在価値を確認することができた。霊的な関わりとしてのスピリチュアルケアがなされたことで、自らの人生を受け入れ、穏やかな時間を過ごせたといえる。ターミナル期において、最も重要な援助がこのスピリチュアルケアである。

更に興味深いのは、「N氏は散歩中、病気のことについては何も語らなかった」と8人の看護師全員が一様に述べていることである。自然のなかに身を置くことにより、N氏は自然との一体感が持て、そのことを通して、限りある命とはどのような生物にも当てはまり、人生は無常であるということを実感として受けとめていたようであった。病気は老いたためであり、それは仕方がないことである、と

いう受けとめ方であった。

白い壁に囲まれた病室という日常とは異質の生活環境から、四季折々の自然や風物詩を体感できる屋外に出て、緑豊かな不動堂に参詣し自然や宗教的な空気に触れることが、精神的な癒しをもたらし、病状安定につながるということ、この事例が示している。

後期高齢者は心身の老化をその人なりに自覚しており、日々の生活を送る中で死後の世界にも自然に気持ちが向くようになる。この時期に必要なケアは、まず自身のセルフケア能力を活用できるタイミングを逃さないように、可能な範囲で希望をかなえること、すなわち自己実現を手助けすることである。他者に自分の存在価値を認められることにより充実感が得られ、これまで生きてきた意味が確認でき、さらには人生の無常を受け入れることができるようになる。それが実現できる環境とは、日本人の心情を豊かに演出する自然の美しさであり、人間的な暖かい心遣いに包まれる場所なのである。

車イスを押して散歩に出かけるケアは、一見たやすい行為に思えるが、ターミナル期の人の病状がある程度安定しているという条件下で可能となるケアである。スタッフは一日を通してN氏の状態をアセスメントし、実施したケアをその都度評価しながら次の状況を予測している。対象の活動耐性がどの程度なのかを見極め、屋外の気温や日差し、風の状況なども考慮し、どんな散歩をするか判断できる看護の専門能力が必要不可欠となる。

このように、ターミナル期にある人をケアするためには、身体的な側面はもちろんのこと、心理的、社会的、霊的な側面について全人的に理解し、対象の安全と安楽を考慮したケアが実施できる能力を求められることになる。

### 4) 入院カルテの記録より：身体面へのケアの実際

N氏は膀胱がんの末期で、その症状として血尿が持続し、挿入していた膀胱留置カテーテルが血液によって栓塞を起こすことがあった。そのため、血尿の程度や流出状況の観察

がきわめて重要となり、症状に応じて抗凝固剤を使用した膀胱洗浄、カテーテルの交換処置が医師によって行われた。出血に対しては止血剤を点滴静脈注射していた。

また、時々腰痛の訴えはあったが、痛みの強さは、がんの場合に多い耐え難い痛みではなく、「痛さは大丈夫です」と表現される自制内のものであった。N氏の場合、麻薬であるモルヒネの使用は、がん性疼痛に対してというよりは、身の置き所がない倦怠感や、呼吸困難による苦しみに対して使用された。がん性の発熱と思われる38～39℃台の熱が出たときは、その都度、冷罨法により解熱を図っていた。諸症状のための不眠に対しては、状態を見ながらモルヒネ水と併用して眠剤を使用し、投与時間や与薬量は睡眠の状態を見ながら調整していた。がん以外の疾患として、以前より気管支喘息があり、気管支拡張剤の貼付剤、去痰作用のある内服薬を定期的地使用、その他は、便秘を整えるための下剤が投薬された。

看護としては、上記のような苦痛を取り除くための医療処置と経過観察、そして安全、安楽に過ごせるよう、ADLにあわせた日常ケアを行っていた。

経過としては、3月末に入院した後、穏やかな入院生活を送っていたが、7月になってからは、ほとんど食事が喉を通らない状態となった。臨死期を迎えたかにみえたが、徐々に回復傾向に転じ、8月末に行われた病棟行事の納涼会には車イスで参加、焼きそばやスイカなどを自分から進んで食べ、ゆかた姿のスタッフによる盆踊りの光景を楽しむことができた。しかし再び徐々に体力が落ちて腹水貯留や全身の浮腫が生じ、10月末に永眠された。

死に向かうとは衰弱が進む過程でもある。その過程においては、防ぎようのない苦痛症状の出現はある。カルテの看護記録には次のような内容の記事が記載されている。

〔6月30日〕

「徐々に悪くなってきているなあ。年だ

し、仕方がない。色々悪くなっていくでしょう。悪いことも、良いこともしたけど、良いことの方が少ないから、地獄で鬼に追かけられると思う。お不動さんに行って祈っても、虫のいい話ですわ。死ぬことはこわくないですよ。明日にでも迎えに来てもらってもいいです。食事はおいしそうなものが出るけど、あまり食べると吐きたい気持ちになってしまうので、ほんの少ししか食べられません。ジュースも飲みたい気持ちにならんのだわ。ハハハハ・・・(笑)」車イスでお不動さんまで散歩に行く。色々と話される。表情はいつもと変わらず淡々と話され、時々笑いもある。午後から38℃の発熱。血尿は続いており、食欲が低下している。衰弱が進んでいるが、本人はそれを自覚されている様子。咳嗽が時々見られるが、自己排痰はできている。

〔7月2日〕

「もうやり残したことはないですから、穏やかにしていますよ。」夜間はうつらうつら浅眠。見るからにやつれて衰弱しているが、痛みはないと言われる。脈拍130～140と頻脈。寝衣をはだけて胸～腹部をさすっている。冷水をストローで時々飲むのみで食事は摂れない。

今日では、緩和医療ガイドラインである「WHO方式がん疼痛治療法」に従って、苦痛のコントロールがなされる。N氏の場合も症状に応じて麻薬が使用され、苦痛に対する医療処置が施された。亡くなる数日前のカルテ記録には、次のような内容の記事がある。

〔10月18日〕

ストレッチャーでベランダに出る。「あ～、あれは金華山ですかー。いいですねえ」と山を指差している。しばらく景色を眺めていたが、タバコの希望もなく、活気がなく声に元気がない。弱りが進んでいるため、状態の変化に注意が必要。家族を呼ぶ時期が来ているので、連絡を取る。腹部不快感、

腹部の膨満強く「えらいです」という訴えのため、指示の麻薬オプソ 5mg1 / 2 包を使用。

[10月20日]

表情険しく、呻吟(うめき声)あり。苦痛が大きい様子。塩酸モルヒネのCSC(持続皮下注射)開始。

[10月22日]

「いかがですか?」という問いに「大丈夫ですよ」と答えられる。花を飾ると「きれい。何ていうお花?ありがとうございます」と言われる。ジュースをストローでむせず飲まれる。

[10月23日: 亡くなる前夜]

「お水をください。ああ、おいしいです」といった言葉あり。大好きなタバコを1本おいしそうに吸われる。塩酸モルヒネのCSC(持続皮下注射)の効果か、苦痛はなく、呻吟も見られない。

### 5) 考察: カルテの記録にみられる 緩和ケアの重要性について

N氏は10月24日の午前亡くなったが、浅い呼吸のなか、死亡の数時間前まで呼名反応があった。苦痛が全くない状態で死を迎えることは望めないかもしれないが、その状態に応じた適切な身体的ケアが行われたことで、N氏は精神的に穏やかな時間が過ごせたといえる。他者からみればささやかなことであっても、N氏にとっては日々の自己実現が果たせていたと振り返ることができる。ただ命を永らえる医療ではなく、症状をコントロールする医療があったからこそ、心身の消耗が最小限になり、充実したターミナル期を過ごすことができたのではないだろうか。

緩和ケア病棟に入院する人の余命は、数日から数週間というのが通常であるが、N氏の場合は7ヶ月の入院期間であった。

## 3. 施設でのホスピスケアは可能か

### 1) 日本人の望む終の棲家

厚生労働省の平成17年人口動態調査によると、「末期がんなどに罹って終末期医療を受け

るとすれば、どのような場所が理想だと思いますか」という問いに対し、自宅を選んだ人が33.8%、ホスピスなどの緩和ケア施設と回答した人が30.5%という結果が出ている。しかし実際には日本人の死亡場所のうち、自宅は2005年には12.2%に過ぎず、1951年の82.5%から減少し続けている。<sup>13)</sup>

また、全国の60歳以上の男女に行った内閣府の調査(平成18年)では、虚弱化したときに望む住居形態は「現在の住宅に住みたい」と答えた人が62.8%、「介護を受けられる施設に入居する」23.9%、「ケアつき住宅」13.5%であった。このように多くの人が在宅での最期を望んでいる一方、家族の介護力低下により自宅以外の施設やケアハウスを希望する面も見られる。<sup>14)</sup>

本来は家庭で行われていた療養上の世話は、病院においては看護師の役割であった。しかし、病院での生活が期限付きになった今日、ターミナル期にある高齢者の療養の場所は在宅か施設のどちらかという選択になり、それに伴って療養上の世話は介護福祉士が担う部分が大変多くなってきた。<sup>15)</sup>

介護に関する生活者意識データ(2006年4月)によると、介護施設は「終の棲家」になるかという問いに対し、「十分に選択肢として考えられる」25.9%、「選択肢として考えられる」34.1%と答えられており、合わせると6割の人が介護施設での最期を考えていることが示されている。<sup>16)</sup>

高齢者にとっての死は、時間的には近いところにあるかのように、実際にはその進み方が緩慢であるがゆえに、それが現実を訪れるのはいつなのか、どのような形でやってくるのか、という漠然とした不安を抱えながら生活することになる。施設で生活していた高齢者が、看取りの段階で急遽、病院に搬送され、医療施設という緊迫した環境において最期を迎えるよりは、慣れ親しんだ介護スタッフや、一緒に暮らす施設の入所者に見守られて過ごす最期が最も好ましいのは、言うまでもない。

N氏の場合も、このように住み慣れた環境に居ながらにしてターミナルケアが受けられ、



看取られるというのが本来の姿だったのではないだろうか。

## 2) 終の棲家になるための条件

ここで、事例のN氏が、緩和ケア病棟に転院することなく、特別養護老人ホームに入所した状態でターミナル期を送ることが可能だったとしたら、その条件は何であったか、ということを検討したい。

N氏が何よりも望んだのは、特別養護老人ホームのような生活環境であった。一般病棟とは異なり、ホスピスにおいては物的環境も人的環境も特別養護老人ホームに近い状態であることから、N氏にとって適切な生活支援を提供できた。施設においては、たとえ限られた環境であっても、高齢者が趣味や季節の行事を楽しみ、少しでも在宅での生活に近づくように考慮されている。このような生活の質を高める援助を行うことに関しては、施設もホスピスも同じ目標をもっている。そこが一致していることで、N氏が望む生活環境を実現することができた。身体の清潔、更衣、整容、食事、移動、排泄の援助などの身辺介護や環境整備は、緩和ケア病棟のスタッフのメンバーであるヘルパー2級の資格を持つ看護助手の協力があることで実に円滑に行われていた。このような生活援助の部分は看護師との連携により、介護本来の業務としての機能を十分果たせていたと考えられる。

日課となった車イスでの散歩は、N氏の生き甲斐であった。そんなN氏的心情を理解し、チームとして看護に携わったスタッフたちのケアのあり方に目を向けると、ホスピスナースとしての共通した看護観が存在している。N氏の自己実現を可能にするケアとは、第一には症状緩和である。病状の観察や医療処置を適切に行ったうえで、初めて楽しさを満喫できる散歩が可能になってくる。つまり、よりよい介護を行うにはその人の苦痛を和らげるという身体的なケアが最優先であり、そこには看護の専門的な能力がどうしても必要になる。特にターミナル期においては、看護と介護の連携が不可欠である。

施設での看護の役割は、第一に利用者の心身の健康管理である。そのために、あらゆる疾患に対応できる幅広い看護の専門性が問われる。ホスピス・緩和ケア病棟では、疾患は「がん」に限られるが、施設では、「非悪性疾患」に対する看護能力も合わせて必要であり、医療設備が整っていない生活の場における看護実践という点では、在宅看護を担う訪問看護師と共通する技術が必要である。弱りが進みセルフケア能力が落ちた利用者に対しては、身体症状のアセスメントを重視し、その対症療法を進める必要がある。

一方、介護福祉士の役割は、身辺介護や家事援助が中心である。常に利用者への関心をもって観察を行い、利用者の生活機能をアセスメントした上で、その状態に応じた援助技術が発揮されなければならない。

ターミナル期の人のQOLを高める援助が施設において可能になるには、看護の目で利用者の健康状態を、介護の目で生活機能をアセスメントし、それが総合されて利用者の活動耐性の判断がなされる必要がある。しかしそれ以前に、ここに関わる医師が、しっかりとホスピスコンセプトのもとで苦痛の緩和を施すことも条件になる。これらの過程を踏むことができれば、N氏のようなケースでも、特別養護老人ホームでの看取りは可能であったのではないだろうか。

## おわりに

施設においては、医療的な部分を担当する看護力が充実してこそ、日々のよりよい介護実践ができ、その結果、利用者の精神面での満足感、充実感につながっていくという流れになる。このように、日常生活援助のケアの面と、医療処置的な援助であるキュアの面がバランスよく行われることが、ターミナルケアには必要である。

ホスピスケアは、ホスピスという施設や緩和ケア病棟の中だけで行われるものではない。

今日では、在宅においても、一般病棟においても、緩和ケアを推進しようという意識が非常に高まってきている。高齢者の終の棲家である

施設においても、「がん」に限定されない、すべての人に対するホスピスケアが必要である。高齢者のターミナルケアが多職種連携により、ホスピスマインドをもって実践される日が、一日も早く訪れることを強く望んでやまない。

この研究にご協力いただいた緩和ケア病棟の方々、N氏とN氏のご家族に、心から感謝いたします。

内閣府 平成19年版高齢社会白書 ぎょうせい p56

- 15) 川崎千鶴子：平成18年版 看護白書 日本看護協会出版会 84-86 2007
- 16) シニアコミュニケーション「終の棲家と介護に関する調査」対象は全国50歳以上のインターネットユーザー男女 介護サービス統計資料年報 p327 2006

—介護福祉学科—

## 引用文献

- 1) 「平成19年版 高齢社会白書」内閣府 pp2-3 2007
- 2) 「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」報告書 医療経済研究機構 2003
- 3) 柏木哲夫：死の臨床 47 Vol.29No. 1 p.3 2006
- 4) シャーリー・アン・スミス (高橋美賀子 監訳)：ホスピスコンセプト エルゼビアジャパン p13 2006
- 5) 柏木哲夫：定本 ホスピス・緩和ケア 青海社 pp138-139 2006
- 6) 日本ホスピス緩和ケア協会 <http://www.hpcj.org/> 全国のホスピス緩和ケア病棟の施設数
- 7) 日本ホスピス緩和ケア協会 <http://www.hpcj.org/> ホスピス緩和ケアの基準と評価指針
- 8) 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/> がん対策推進協議会報道発表資料
- 9) 前掲書8)
- 10) 日本看護学会 成人II 淀川キリスト教病院 ホスピス・緩和ケア病棟がん認定看護師 田村恵子氏の講演資料より 2007. 8. 29
- 11) 前掲書7)
- 12) 前掲書10)
- 13) 厚生労働省 国民衛生の動向 厚生労働省の平成17年人口動態調査 厚生統計協会 2007
- 14) 「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成18年) 対象は全国60歳以上の男女