

特別養護老人ホームにおける入所者のその人らしさを尊重した看護援助の検討

—死の看取りを含むターミナルケア実践事例を通して—

小野幸子 坂田直美 奥村美奈子 原 敦子 林 幸子 (大学)
酒井晶子 鈴木敬子 (ピアンカ) 池田すみこ (寿和苑) 吉村久美子 保木平史子 (恵翔苑)
井亦昭子 (やすらぎ苑) 安川豊子 (サンイン美濃白川) 松波紀子 坂倉伸司 (友和苑)
高木明美 (白鶴荘) 三枝喜代子 (県立寿楽苑) 中村恵子 清水恵子 (県立飛騨寿楽苑)
中島初美 (喜久寿苑) 脇田久美 (飛鳥美谷苑) 朝倉京子 高田和代 (あすわ苑)
西崎啓子 (千寿の里) 大橋貞子 (サンイ彦坂) 上見小夜子 (さくら苑) 片桐一茂 (瑞光苑)
久野美智江 (サビレッツ 新生苑)

<はじめに>

全国の特別養護老人ホームにおいて、ターミナル実施設が54.5%、年間死亡率が14.3%、病院死亡率が58.1%、施設内死亡が40.8%、施設内死亡者の平均死亡年齢が85.0±7.92歳、主な死亡疾患が肺炎(27.3%)、心臓疾患(20.3%)、老衰(14.8%)、突然死(25.7%)、死亡直前に何らかの医療処置を実施が87.9%、であり、その内訳は酸素吸入(64.5%)、点滴(58.2%)、吸引(44.4%)、麻薬使用(0.3%)、救急蘇生術(25.2%)の調査結果がある。岐阜県の特養66施設の看護職を対象にした看護実践研究指導事業より得た死の看取りに関する施設方針の実態として、利用者や家族の求めに応じて死の看取りをする方針の施設は33(50.0%)施設、死の看取りをしない方針の施設は26(39.4%)施設、明確な方針なしの施設は7(10.6%)施設である。このようなことを背景に、【特別養護老人ホームに(以下、特養と省略)における看護活動に関する検討会】において、特養における「死の看取りを含むターミナルケアの実践例」に関して検討課題の一つにし、そのあり方を追求している。

今回、死の看取りを含むターミナルケアを実施しない方針の、ある施設(定床80床)の看護職がケアを実践しながら「看取りの場の要望」について聞き取り調査を実施した。対象はHDS-R10点以下で、意思疎通が困難なため回答が得られない21名を除く59名利用者である。利用者の看取りの場の要望は、「身寄りがないので施設で皆に看とってほしい(2名)」、「家では息子夫婦が良くしてくれるが、施設が安気で良い(2名)」、「病院へ入院するまでは施設で(2名)」、「帰る所がない(1名)」、「帰る所はあるが、嫁が冷たく、優しくしてくれない(1名)」、「施設は適温、世話をしてくれる人がいない(1名)」を理由に『最期ま

で施設で』が18名、「ここにいるしかない」を理由に『施設で最期を迎えるしかない』が13名、「常に帰宅願望の状態(5名)」「自宅への願望はあるが、言語化しない(3名)」「可能であれば自宅で(1名)」などを理由に『自宅に帰りたい』が16名、『どちらでも良い』12名であった。この結果から、施設での看取りを希望している利用者が予想以上に多く驚きであったこと、また、多かつたことから、看取らない施設方針ではあるが、看護職として、利用者の求めに応じて取り組む必要があるのではないか、その可能性について、看取りをしている施設の取り組みに関して情報を得て考えたいことがだされた。

一方、利用者や家族の求めに応じて死の看取りをする方針の施設において、経口摂取困難(拒食?)なため、経管栄養に踏み切ったものの、誤嚥と思われる発熱を繰り返す入所者(妻)の状態に対し、配偶者より栄養チューブ除去の要望が出されたが、医師より要望を聞き入れることは殺人になるとの判断で、最期まで除去せず死の看取りになった事例が提示された。事例提供者は、看護職として、適切性の視点から疑問・ジレンマとして残っているターミナルケアの実践事例であり、利用者にとっても、看護職にとっても適切で満足できるものするために、どのように判断・実践する必要があったか検討したいということであった。

今回の討論の会において、この事例を提示し、看護職としてのあり方を討議することは、今後、施設での取り組みを考えていく上で意義あることと考えた。

<事例紹介>

K.T.氏, 79歳, 女性

「病名」: 老年痴呆, てんかん(結婚して30年

のうち 20 年は病院暮らし)。「既往歴」:平成 11 年, 右大腿骨骨折。

「入所年月日」:平成 12 年 1 月 26 日。

「家族構成と背景」:夫と 2 人暮らし, 子供なし。

夫:年齢?利用者より年上, 健康状態は特に問題なく, ほぼ週に 1 度は面会のために来所, 入所前, 20 年間でんかんで入院していた利用者の療養上の世話を実施してきている。

「ADL の状態」:入所時は介護度 3 であったが, 徐々に機能が低下し, 介護度 5 になる。

・立位は, 入所時は介助で可であり, 車椅子も自立して移動可能であったが, 徐々に低下し, 寝たきりになる。

・食事は普通食を自己摂取していたが, 困難になる(拒否?とも受け取られた)。

「コミュニケーション」:入所時, 意思疎通がかなりできて可能であったが, 徐々に困難になる。「利用者とその家族の状態及び医師, 看護・介護職の対応の経過」:H13. 7. 17.

・食事摂取困難(拒食?)になり, 経鼻経管栄養(アイソジェン 200ml, 3P/日, 900Kcal, 白湯 800ml)開始。

・時々発熱, 咳, 痰などがあつたが, 吸引や抗生剤と薬で軽快。

H15. 8. 16 頃より

・38℃前後の発熱が続き, 解熱目的で坐薬使用

・経管栄養注入後, 咳, 痰が増加するようになったため, 注入前に吸引し, 注入速度を遅くするなどの対応。しかし, 解熱せず, 咳, 痰の頻度・量も軽減見られなくなる。

H15. 8. 19.

・囁託医より抗生剤(ジスロマック)処方。

H15. 8. 21.

・看護職同席のもと, 医師より夫に現在の状態の説明と今後の治療について話し合う

→夫は, 入所時より積極的な治療を望まず, 「施設での看取りを希望」する。

* 医師の説明:「誤嚥性肺炎が疑い。病院で点滴などの治療を受ければ改善される可能性もあるが, 再度肺炎を繰り返すことが考えられる」

→夫は, 病院受診を強く拒否。「このまま自然に見送りたい, できればチューブを抜去してほしい」。

→医師は, 「チューブの抜去はできない」H15. 8. 23.

・経管栄養注入開始により喘鳴出現, 苦痛様表情が強い

→夫は, 再度「本人がえらそうならチューブを

抜いてやってくれ」

→看護師:「看護師のみの判断では抜去できない, 医師に相談する」

H15. 8. 26.

・医師廻診時, チューブ抜去の許可出ず。本人の喘鳴の状態を見ながら注入の量を加減するよう指示。

・医師より夫に「チューブを抜くと痙攣止めの薬を注入できない, 内服中止よる痙攣出現の可能性が大きく中止はできない」

* 以後喘鳴が軽減しないため, 徐々にアイソジェンと水分の量を減量し, 9 月 3 日より白湯のみの注入とする。

H15. 9. 7.

・意識レベルⅢ-100~200 に低下, 夫に夜間付添いを依頼。

H15. 9. 8.

・BP60~70 代, 意識レベルⅢ-300, 22:00 往診依頼。

H15. 9. 9. 7:30

・BP86~/触, KT38, 2℃, 意識レベルⅢ-300. 11:30, BP40~/触, KT38. 3℃で時々無呼吸. 12:15, 瞳孔反射なし, 四肢冷感チアノーゼ著明. 12:23, 呼吸停止, 心停止。

<事例提示者の問題提起>

発熱と喘鳴により注入量を加減することを夫に説明をしてから, 夫はチューブ抜去を頻繁に要望。しかし, 医師と看護師 3 名は, 「妻(利用者)の苦しむ顔を見たくない気持ちはよく理解できるが, 点滴もしないでチューブの抜去はできない」というのが, その当時の共通した意見であった。日頃から夫と看護・介護職とのコミュニケーションが大変良好であったことから, 看護師の意見を聞き入れてもらえたと思っている。しかし, 注入量減量は, チューブ抜去につながることであり, 看護職として, 適切な対応であったであろうか?

<事例検討会における討議及び意見>

☆ 死が避けられない人の場合, 安楽な最期を迎えられるために, ちょっと点滴をすることがある。点滴により少し経口摂取が可能になり, また摂取できなくなるということを繰り返して, 徐々に弱り, 最期を迎えるといった経過が, 今のところ一番安楽な最期だと思っている。

☆ 親を看取った経験から, 意識がなく人工呼吸器と強心剤の点滴で生かされ, 過剰医療とも捉

えられたため、医師・看護職に相談したが、最期まで治療が継続された。今でも過剰医療であったと捉えられるが、法的面からやむを得ないと考え、医者責めすることも、医師に働きかけなかった看護職を責める気にはなれない。

☆ 経管栄養は食事とみなされてきたが、延命処置と考える動きが出てきている。☆ 本事例のように判断を医師のみに任せてしまわず、利用者の立場から、その時々で皆で話し合って選択し、皆で責任を持つ姿勢で取り組んでいく姿勢が必要ではないか。

☆ 現在の法解釈では、経管栄養チューブを抜去して何もしなかったら殺人罪になると文献で読んだ。何が正しいのかわからない。医療関係者だけでなく、他領域（弁護士など）の解釈も必要ではないかと思う。

☆ 長期に渡って生活を共にしていない夫婦であり、夫はどのような思いで妻を看ていたのだろうか。夫が「早く抜いてくれ」と言う時に、妻をどのように考えていたであろうか。

→ 事例提示者：夫と看護・介護職はコミュニケーションが取れており、関係は良かったと記憶している。しかし、チューブ抜去を要望することは気になっていたが、何故そのような要望になったのか踏み込んで聞いたことはなかった。よく話を聞くことが必要であった。ただ、その当時、看護職として、確信を持って「じゃあ、抜きましょう」となれない何かがあったのだと思う。夫のこれまでの思いや現在の思いを知り、納得できれば、医師への働きかけ方が変わっていたかも知れない。納得できるまで話し合いが必要であったと思う。本人の代弁者としてより、夫の看るに耐え難い思いがそういう言葉になっているのかも捉えていたのは事実。

☆ 夫がどんな思いで妻（利用者）や職員と接していたのか、遺族面接できないだろうか。今後のヒントが得られるかもしれない。

→ 事例提示者：夫は現在体調を崩して入院中と聞いている。

☆ この事例について、嘱託医師や施設職員と検討することはできないか。看護職も苦悩し、揺れていることをオープンにして他の職員に伝えることは、お互いに分かり合える場になるのではないだろうか

<討論の会における参加者との討議内容>

Q：経鼻経管栄養チューブではなく、胃ろう造設による栄養補給にすると、誤嚥の防止や苦痛も

回避できると考えるが、移行できなかったのか？

A：胃ろう造設も考えたが、夫が病院への入院治療を強く拒否していたことから困難であった。

<まとめ>

本報告は、特養における死の看取りを含むターミナルケアの実践に関して、全国調査の結果や岐阜県の特養の看護職を対象とした看護実践研究指導事業の実態をもとに、利用者や家族の求めに応じて施設での死の看取りを実践する方針をもつ特養における「死の看取り」の事例検討の結果を示したものである。

ターミナル期にある高齢者への経管栄養チューブによる栄養補給の適用の是非、また適用された場合の利用者やその家族、医療従事者にとっての意味、家族からチューブの抜去を求められたことをどのように捉えるか、看護専門職としてどのような対応が適切かといった人間の生死に直結し、倫理的かつ法的な判断をも必要とし、容易に解答が得られる事例ではなかった。

討論の会においては、参加者が少なくなかったが、活発な意見交換にはならなかった。しかし、「特養看護職がおかれている現状や医師が常駐する病院とは異なり、看護職が重要な役割を果たしている現状を理解できた」「高齢者の看護の専門家として、是非頑張してほしい」などの意見が聞かれ、特養に働く看護職の現状の一旦を理解してもらった機会になったと考える。

今回の事例について、十分な意見交換ができなかったが、特養において、現実に直面していることであり、看護職として避けることのできない課題といえる。日本老年医学会における高齢者のターミナルケアの立場表明を踏まえるとともに、看護職のみでなく、医師及び法的・倫理などの専門家を交えた討議を通じて、看護職としての立場を明らかにしていく必要があると考えている。