

高齢者の看取り ——患者の生きようとする力へのささやかな助力——

東京女子医科大学大学院看護学研究科 小山千加代

1. はじめに

2012年度の医学哲学倫理学会関東部会のテーマは「高齢者医療と自己決定」である。本稿では、高齢者医療の中でも特に「終末期医療と看護」について取り上げる。経管栄養・気管切開・膀胱留置カテーテルなどの医療処置を施され、「植物状態」と呼ばれる人たちの看護に携わった個人的な体験から、『植物状態』と呼ばれる人たちであっても、患者は生きようとし、看護師は患者の生きようとする力への助力を惜しまない」ということを私見として述べたい。

しかし、本テーマは発表後に考えたテーマであり、発表前は「高齢者の自己決定の尊重」について述べるつもりであった。テーマを変えたのは、治療の選択や退院先の決定の際に、「高齢者の自己決定の尊重」「その人の生き方の尊重」「言葉にならない高齢患者の声の代弁」「本人の希望と家族の希望が合わない時の互いの気持ちへの寄り添い」という看護の基本的な在り方は当然のこととして、一方で、救命の末に「植物状態」になった人たちの看護した体験を整理する中で、やはり看護を必要としている人を前にして、その命が「単に生かされている命」であるとは考え難いという気持ちが湧いてきたからである。

例会では、具体的な体験からの見方・考え方に終始した筆者の発表に対して、参加されていた先生方が物足りなさを感じられた由で、途中から「自己決定の有用性の是非」について議論が展開されていった。ただ、例会の最後に「もし、患者さんに『死なせてください』と言われたら、あなたならどうしますか?」と問われ、「私だったら『一緒に生きましょう』と言います」と応えたところ、一瞬、沈黙があり、その場の雰囲気に変化が生じた、と感じた。筆者には、「死にたい」と瞬きで合図された患者の忘れられない記憶があり、その時「一緒に生きましょう」と応えた言葉には、相当に筆者の情感が込められていたと思う。

本稿においても、そのような個人的な体験という私見の域は超えられない。しかし、「自己決定の有用性の是非」に関する問題については、お読み頂いた個々の先生方に、看護師の体験に含まれる意味と医療現場の一端の理解も含めてお考え頂ければ幸いである。

2. 高齢者の終末期医療の問題——依然として多い病院で迎える死

5人に1人が65歳以上の高齢者で、年間死亡者数が出生数を上回るようになって、高齢者の看取りの問題は今まで以上に深刻さを増している。とりわけ、75歳以上の後期高齢者の単独世帯の増加は顕著であり、社会制度上は在宅看護への基盤整備が進められ、在宅医療支援診療所の新設をはじめとして、訪問看護の24時間対応加算やターミナルケア療養費、緊急訪問看護加算、長時間訪問看護加算などが認められるようになった。しかし、2010年に実施された「終末期における国民の意識調査」においては、約6割の国民が自宅での最期を希望しているにもかかわらず、依然として在宅死は1割強であり、病院死が8割近くを占めている(表1)。

実際、家族が居ても高齢者がその希望通りに最期まで自宅で過ごすことは、家族への介護負担や終末期の患者の病状の変化等によって、それ程容易ではないと考えられよう。また、施設においては「重度化対応加算」「看取り介護加算」が設けられ、生活の延長上としての「看取り介護」が実施されるようになり、施設での死亡の割合は少ないながらも上昇傾向にある。しかし、病状が悪化して看取りの時期になって急遽、医療施設に搬送され、病院で死亡するという転帰をたどる人が少なくないのが現状である。

さて、表2に、高齢者が最期を迎える場所として、病院、福祉施設、自宅という3つを想定して、看取りの際に行われる医療と看護の実情について整理している。当然のことながら、治療が主体の病院では、生活の場である自宅や福祉施設とは異なり、胃ろうの造設から人工蘇生に至るまでの「終末期医療」の実施が可能である。したがって、病院では、疾患や老化による嚥下障害で食事摂取が困難になった時、高カロリー輸液や経管栄養という治療が行われることが多く、生から死という経過の中で、どこまで治療を望むかの選択は、高齢者にとっても、それを見守る家族にとっても、医療者にとっても難しい選択である。たとえ本人が「食べられるだけ食べて、あとは自然に」と希望しても、病状が好転したり悪化したり、気持ちが明るくなったり沈んだりしながら長い経過をたどる高齢者の場合、傍で、ただ衰弱を待つだけの時

間を共にしなければならないのは、とりわけ家族にとって辛いことに違いない。

反面、従来から、高齢の患者にとって負担と思われるような「過剰な医療」に対する批判があり、最近では、日本老年医学会が平成 22 年度厚生労働省老健局老人保健健康増進事業において、「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え中止に関するガイドライン作成に向けた検討」を開始している。そこでの議論は、主として①経管栄養(胃ろう)は患者にとっての最善の医療といえるのかという問題、②特に認知症末期患者に対する胃ろうの造設は本人を苦しめるだけの治療ではないかという問題、③胃ろうを造ることの適・不適についての判断基準の問題、に関する内容であった。すでにそのガイドラインは、平成 24 年 6 月に示されている¹⁾。

ガイドライン作成にあられた先生方の個々の調査結果に基づいた講演録を読むと、高齢者の終焉の時を「静かに安らかに見守りたい」という主張が伝わってきた。しかし、患者の治療と看護の全体の流れから捉えられた意見は少なく、胃ろうの造設という一時点での医療処置のみに焦点が絞られ、人道上の問題として取り挙げられていたことには、少なからず違和感を覚えた。

3. 患者の生きようとする力へのささやかな助力——個人的な体験

筆者が、「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え中止に関するガイドライン作成に向けた検討」に関する議論の中で、少なからず違和感を覚えたことは既に述べた。それは、全ての医療は単に技術的な処置のみに終わるのではなく、弱いながらもその人自身が持つ力とその力を支えるための看護や介護があって、初めて臨終に至るまでの寿命をまっとうできると考えているからである。その人の持つ力とは「生命力」とでも換言できるかもしれない。この「弱いながらもその人自身が持つ力と、その力を支えるための看護や介護」という考え方は、看護師としての個人的な体験に依っている。その体験は非常に情動的なものであり、科学的ではないと言われるであろうが、人間として忘れてはならない大切なことと思われる。

筆者が脳神経外科病棟で勤務していた頃、「植物状態」と呼ばれ半年近く入院していた患者が、一度に 5 人、個人経営の小さな病院に転院したことがある。5 人の患者は自分の全てを看護者に委ね、看護がなくては生きて行けない人たちであった。意思表示を十分にできない患者の看護は、患者からの訴えがないがゆえに、特に注意深い観察が求められたとともに、常に看護師自身の良心を試された。ところが、転院して 1 ヶ月もたたない間に、転院先の病院から患者 5 人の死亡が次々と報告された。死亡の報告を受けた時、転院後に十分な看護を受けられなかったことは容易に想像されたが、「何よりも患者は生きる希望を失った」と筆者は思った。しかし、一方では「亡くなったほうが本人にとっても家族にとっても幸せ」と言う人もおり、「いったい何のために看護しているのだろうか」という虚しさと悲しさだけが残った。このことは、今でも忘れられないでいる。

亡くなった人たちのほとんどは、経管栄養・気管切開・膀胱留置カテーテルなどの医療処置が施され、寝たきりの状態であった。救命救急では「やってみないとわからない」側面がある上に、延命のための医療技術があるのに、その技術をこの人には使い、この人には使わないという判断も難しい。そのような中で、結果的に人の手や器械の手を借りなければ生きて行けない状態になった場合、それは決して本人や家族が望んでいた姿ではないであろうが、それでも傍らで看護する者が、同じ人間として相手の痛みや辛さを自分のこととして共にしながら、聞こえないであろう人に話しかけ、答えられないであろう人に問いかけをするのは、その人が「何かを見つめ、何かを聞いて、何かを言おうとしている」と感じられるからである。そして、そこに「患者の生きようとしている力」を感じとることができるからである。その患者の生きようとする力に、看護はささやかな助力ができるだけのことである。

このような感覚は、看護する者にしか得られない感覚であろう。石牟礼道子の『苦界浄土』という書物の中には、視力、聴力、言語、意識障害が著しく、寝返りも起立も歩行もできない少女の話があり、作者はその少女の母親に次のように語らせている。「ゆりはもうぬげがらじゃと、魂はもう残つたらん人間じゃと、新聞記者さんのかいとらすげな。大学の先生の診立てじゃろかいなあ。そんならとうちゃん、ゆりの吐きよる息は何の息じゃろか。草の吐きよる息じゃろか。・・・ゆりが魂のなかはずはなか。そげん話はきたいこともなか。木や草にあるほどの魂ならばゆりにも宿っておりそうなもんじゃ・・・」²⁾

効率と合理性に価値がおかれる社会においては、このような母親の「深い悲しみに寄り添うことの価値」は見出されないかもしれない。

4. 安らかな終焉を看護る(みまもる)こと——おわりにかえて

ヴァイツゼッカーは、『病と人』という著書の中で「医者にできることは、死を殺すことではなく、死と和議を結んでもう少しのあいだ死を騙しておくことだけなのだ。そこでひとつのディレンマが生じる。この助力は、生きる価値なしと判定された生に対しても提供されるからである。・・・私自身は従来言われている安楽死にすべて反対である。その理由は、生の価値の判定という意味がよく分からないのと、生の個々の価値なら判定できても、生の価値一般の判定など不可能だと考えるからである」³⁾と述べている。また、佐藤は、個々の事例を検討して「水分・栄養補給は人間の義務であり基本的なケアである」という考え方も、「高齢者の終末期に、水分・栄養は必要ではない」という考え方も普遍的な概念とは言えず、「水分・栄養補給の判断においては一般論で語れない難しさがある」旨を述べている⁴⁾。

つまり、水分・栄養補給という一つの医療処置だけ取り挙げて判断しようとしても、個々の心身の状態も、その経過も、その人の人生も異なるのであるから、当然のことながら医療も看護も個々の事例ごとに検討する必要がある、ということであろう。最初から胃ろうを造らなければ、看護や介護の負担や、社会の経済的な負担が軽減されるかもしれないが、そのことが本人と家族、社会にとっての幸せにつながるのだろうか。

経口摂取が出来なくなって胃ろうを造設した高齢者にとって、その後の看護や介護の継続が難しい状況があるならば、むしろ、そのことのほうが、人道的な問題を生じやすいと言えないであろうか。

筆者には、高齢者の静かで安らかな人生の終焉は、その人とともにあって、その人の人生全体を理解することを試みながら行われる看護の過程でこそ見出せるものであると思われる。

文献

- 1) 社団法人 日本老年医学会ホームページに掲載
- 2) 石牟礼道子 苦界浄土 1972
- 3) ヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼッカー著(木村敏訳) 病と人—医学的人間学入門—新曜社 332頁 2000
- 4) 佐藤伸彦 高齢者終末期における意思決定の諸問題、臨床倫理学 3 24-33 2004

表1. 死亡場所の推移

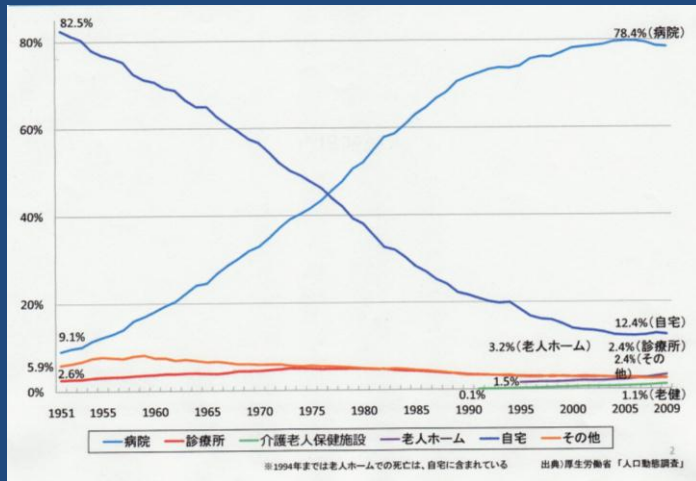


表2. 高齢者の看取り(自宅・病院・福祉施設で迎える死)

| | 自宅 (療養のための) 訪問看護・訪問介護・訪問診療 | 病院 (治療のための) 医療・看護 | 福祉施設 (生活するための) 介護・看護 |
|----------------|---|---|--|
| 高齢者の終末期医療 | 内服薬、注射、ペインコントロール、褥創処置、酸素療法、吸引・吸入、胃ろうの処置、導尿、洗腸など | IVH、点滴、経管栄養（胃ろう、経鼻）、内服薬、気管切開、吸引吸入、尿留置カテーテル、洗腸、褥創の処置、モニターの装着、パルスオキシメーターの装着、昇圧剤の注入、人工呼吸器の装着、心マッサージなど | 内服薬、注射、点滴、褥創処置、胃ろうの処置、吸引・吸入、導尿、洗腸、など |
| 保険 | 介護保険、医療保険 | 医療保険 | 介護保険 |
| ターミナルケア加算 | 有り | 無し | 有り |
| 説明と意思の確認 | 本人と家族 | 主に家族 | 家族と本人(認知症の人が多い) |
| 高齢者の意思の尊重 | ◎ | △ | ○ |
| 自己決定および家族の決定場面 | ■病状悪化の際に入院するか否かの判断が求められる | ■どこまで治療を行うかの判断が求められる | ■病状悪化の際に入院するか否かの判断が求められる |
| 看取り方 | QOL重視(自然に安らかに) | 治療と症状緩和 | QOL重視(自然に安らかに) |
| 課題 | <ul style="list-style-type: none"> ■家族への介護負担 ■在宅診療の不足 ■在宅福祉サービスの不足 | <ul style="list-style-type: none"> ■治療に傾きやすい ■臨死期に至っても何らかの検査と治療は継続される ■機器による監視がされる ■在院日数の短縮化により、経口摂取困難患者には胃ろうが造設され、退院、転院、施設入所が進められる | <ul style="list-style-type: none"> ■施設数が少なく、利用待機者が多い ■医師が常駐していない ■看護師が少ない(100人にNs.3人.) ■現状では看取りの経験の蓄積が少ない ■病状悪化によって職員も家族も気持ちがゆらぎ、救急で病院を受診後、そのまま病院で亡くなることが多い |