

多職種による認知症高齢者の終末期の検討

木村 典子
愛知学泉短期大学

An Examination of End of life that the dementia elderly person by healthcare occupations and the welfare occupations

Noriko Kimura

キーワード：人生の最期 End of life、認知症高齢者 dementia elderly persons 、
グループワーク examination

1. はじめに

認知症によって、自分の意思が伝えられない状態になった時、今後の生活、医療などに、どのような対応をしていくとよいかといった問題がある。また、高齢者の単独世帯の増加で、病気・介護が必要になった場合、だれがキーパーソンとなり、責任をもつのかといった問題がある。日々、医療・介護現場では悩まされている。

厚生労働省の高齢者施策である「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）、新オレンジプランでは、認知症ケアの重要課題とし、認知症高齢者の意思を尊重した支援をあげている。意思を尊重したケアとはどのように考えていけばよいのだろうかと頭を悩ませる。認知症であると、意思が確認できないと考えられ、家族の意向が、認知症高齢者、本人の意思であるかのように医療やケアが進められている。平澤(2007)は認知症高齢者の家族は終末期医療で90%以上が延命治療を望まないと答えているが、それが本人の意向であると答えた割合が少ない。木村(2016)の認知症高齢者グループホームを対象とした調査では、認知症高齢者に入居時に今後の生活、終末期に意向確認を20%程度しか行われていなかっ

た。

厚生労働省(2007)の終末期の医療決定プロセスでは、患者の意思確認ができない場合には、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本し、家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。終末期において、高齢者を中心に、家族と医療・福祉の多職種が連携して、対処していくことが必要となる。お互いが話し合いをして、コンセンサスを得るには、かなりのスキルを要することが考えられる。多職種間において、どのような話し合いがされるかを知り、今後の多職種間での話し合いの仕方、連携の在り方を考えていく必要がある。多くで関わりをもつことで、責任の所在が不明確な状況になることも考えられた。

今回、認知症高齢者の終末期事例をもとに、多職種間での意見交換会を実施した。どのような反応、考え方をし、対処方法を現場の医療・福祉職の人たちは導き出すのかを知り、その上で、終末期ケア

研修の方向性を考える資料を得るために、調査を行ったので、報告をする。

2. 研究方法

(1) 対象者

A市認知症ケアネットワーク研修会に参加した医療・福祉職。

(2) 方法

参加者に、5～6名を一つのグループとして、事例「一人暮らしの認知症の方の終末期 一摂食、嚥下障害」の課題「この事例に出てくる甥の立場であったら、どうしますか」、「援助者として、甥にどのようにかかわりますか」について、20分程度、グループワークしてもらう。次に、その話し合いの過程をICレコーダーに録音し、逐語録として記述し、分析する。

(3) 分析方法

グループごとの話し合いの過程の逐語録をテキストマイニングソフト、KH coderを用いて分析した。KH coderは、テキストデータを、多変量解析を用いて、テキストデータの要約・提示し、コーディング規則を作成し、探索的に分析できる。分析には、関係のない助詞、句読点を削除し、意味が共通する単語に置き換え、データクリーニングをし、出現した語で、3回以上でてきたものを頻出語とし、このリストを用いて、語句と語句の結びつきを表示する共起ネットワーク二種類を作成して、分析した。中心性の共起ネットワーク分析では、それぞれの語句がどの程度、中心的な役割を果たしているかを分析し、サブグラフ検出の共起ネットワークでは、強く結びついている語句を分類して、内容を検討した。

(4) 調査期間

2015年9月

(5) 事例の内容

事例「一人暮らしの認知症の方の終末期 一摂食、嚥下障害」は、今後、ますます増加をする認知症、一人暮らしの高齢者、終末期、意思決定について、考えることができる事例を作成した。実際に使用しスライドを示す。

基本情報

80歳代 女性 Aさん 要介護4

病名:アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の混合型、高血圧、腰椎圧迫骨折、骨粗しょう症

現病歴:

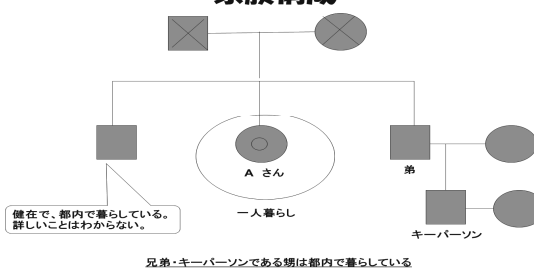
70歳から、高血圧で内服治療。

75歳、脳梗塞にて入院治療。左上肢に痺れが残ったが、大きな後遺症がなく、一人で自宅暮らしを続けた。

80歳、再度、脳梗塞を発症し、入院となった。

左片麻痺、歩行困難、流えんも多くなり、さらに、緑内障の悪化で、視力低下をきたし、意欲低下のある状態であった。入院中、つじつまの合わないことを言うことも多く、認知症と診断された。

家族構成



特別養護老人ホーム入所に至るまでの経過

脳梗塞の後遺症、認知症で、一人暮らしは難しいと考えられ、本人と身内である弟の了解のもと、退院後は、老人保健施設に入所した。

要介護状態になってからは、都内に住んでいる弟がキーパーソンとなり、いろいろな手続きや金銭管理をしていた。弟も高齢のため、弟の長男(甥)も手伝っていた。二年後、特別養護老人ホーム(以下特養)に入所した。入所後、キーパーソンは甥に変わり、弟は面会も来なくなった。

生活歴

東京で生まれ、愛知県の大学を卒業し、その後、愛知県で、マンションを購入し、住み続けていた。

結婚はしていない。

仕事は中学校の音楽の教員をしていた。吹奏楽部を全国大会で優勝させるなど、業績がある。定年まで、教員として働いた。

親が健在の時は、兄弟と、盆・正月・彼岸などで交流があった。親が亡くなった後、遺産相続の問題が浮上り、疎遠となっていた。

退職後は自宅週2回、ピアノ教室をおこなっていた。老人会の旅行、ゲートボールの練習には参加していた。カラオケ教室、茶道・華道教室に通っていた。

特技は、ピアノでクラシックの曲を弾くことであった。

ADLの状況

移動:

左片麻痺。立位は可能であるが、歩行は困難なため、車いすを使用。

衣類の着脱:

着ることも、脱ぐこともできない。好みの服を見せると選ぶことは可能。

コミュニケーション:

施設に来た時には、自分から話をするとはほとんどなかった。「はい」「いいえ」の問いには、首を振る程度であった。表情より、快・不快は読みとることができる。

キーパーソンについて

弟の長男(甥)(40歳代)
都内に住んでいる。
仕事が忙しいため、施設にあまり来ない。
施設から連絡を拒絶することはないが、話し合いの機会をもつことはできにくい状況である。
Aさんとの関係について、
「伯母といっても、小さい時、たまに年に一回も遊でもらったかな？ そんなに親しくしていたわけでもなかったしね。」と言っている。

特養入所後の経過

特養入所当初はとろみ食を箸とスプーンで自分で食べていた。食物のかき込み、早食いのため、セッティングや声かけをしていた。早食いのためむせ込みもよくあった。
入所1年を経過したころから、むせ込みや口腔内に食物の残渣が多く、食事時間が延長、食事量の低下、体重減少がみられてきた。
その後、誤嚥性肺炎のため、〇病院に入院をした。嚥下造影検査の結果、嚥下機能の低下のため、今後、経口での栄養摂取は困難と告げられた。

(6) 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、研究への自由参加、匿名性の保持、調査目的以外では使用しないことについて口頭で説明し、同意を得た。

3. 結果

(1) 対象者の概要

A市認知症ケアネットワーク研修会に参加した医療・福祉職で、3グループに研究の協力の許可を得た。訪問看護ステーション、認知症高齢者グループホーム、デイサービス、訪問介護、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で働く、看護師、介護福祉士、ケアマネジャーであった。

3グループのグループ名をA、B、Cグループとする。

(2) Aグループの話し合いの逐語録

頻出語の上位55語を表1にあらわした。頻出語は共起ネットワーク(中心性)で、円が大きく、表されている。また、共起ネットワークでは、語句間の関連が分かる。多く頻出語としてある語り文章を記した。他のグループにおいても、同様に記す。

頻出語を《 》で示し、語り文章を斜線で記した。

《看取り》と《退院》の語り文章には、

「102歳の高齢の方看取りしたときは、そんなかたちをとらせてもらって、施設でなんとかかというかたち」

「看取りで今、プランを作るので、今日退院という方があって、病院の判断は医療従事者なので、大体流れは分かると思うですよ。私も看取りというのは、あんまりやっていないので、娘さんも、もちろん家族も初めて・・・」

「看取りで今、プランを作るので、今日退院という方があって、病院の判断は、もう八十五六の女性の方なので」

「誤嚥性肺炎って。もうかわいそうだと、誤嚥肺炎が。もうなんにも無しで、退院しましょうということで、事例から、今までかかわった利用者のことを語っていた。

《説明》では、「どういう選択肢があるのかということも、きちっと施設のほうから、説明を受けるとか、病院側からとかしないと、決められないわけです。」

「まずはやっぱりきちんと病院から、説明を聞いて、そういう選択肢を並べてもらうことが、・・・」

「甥御さんだけの責任ではなくて、そうやって説明を受けた上で、みんなで決めたんだよ」

「方法は幾らかあるから、それをきちっと説明を受けて、じゃ、どうしようというのがやっぱり必要なんじゃないですか」

本事例の対応策として、まず、十分な説明を病院の医療者が提供したうえで話し合いが必要で、甥だけの責任にしないような体制が必要であると語られていた。

(3) Bグループの話し合いの逐語録

《意見》の語りの文章には、

「Aさんが、自分の意見を言っていたかどうか親族に確かめる」

「他の親族さんには、Aさん自身もうこうしたらいいんじゃないかという意見を具体的に聞いてもいいですね。」

「弟さんが一番の近場にいたので、その意見を聞くことというのは、すごく大事だと思う」

「あとの親族からの所見なんかもすごく大事になってくると思うので、このへんの意見を共有してどうするか」

「たぶんこの甥の立場だと、すごく難しいと思うんですけど。総合的な意見でやっていくしかないですよね」

対応策を考えていくうえで、弟・親族・元気だったときのAさんの言っていたことから、判断して、意見を総合して考えていくことが必要と語っていた。

《考える》では、

「弟も巻き込んで、皆さんでちょっと話してというところで決めていくのがいいと考えます。」

「甥御さんに、先ほどもちょっと言われたように、全ての責任があっけたりというところがないように、一緒に考えていけるようにというところまで…」

「ケアマネジャーとしては、ご家族の関係している前で一緒に考えていけるように、ご相談して一緒に考えていけるように」

今後、Aさんの意思を過去の関わりの中でなかったか考え、対応策を親族など一緒に考えることが語られた。

《看取り》では、

「胃瘻を作ってもらえないというと、点滴では難しい。看取りする特養もありますけど。」

「Aさんの入っている特養が、看取りをやってくれるかどうかというのがありますが、まだ少ないですもんね。」

Aさんの嚥下障害から、認知症の終末期を想定して、今後の暮らしの場についての語りであった。今、自分たちの見えてきている特別養護老人ホームの現状が語られていた。

表1 頻出語、上位55語

Aグループ		Bグループ		Cグループ	
抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
やっぱり	26	思う	26	思う	27
言う	25	ある	22	甥	21
もう	24	甥	19	施設	17
思う	20	今	14	お願い	14
そう	19	言う	11	人	14
やる	19	はい	10	東京	14
人	19	やっぱり	10	もう	13
胃	16	難しい	10	愛知	12
本当に	16	そう	9	いい	11
食べる	15	ちょっと	9	ちょっと	11
瘻	15	もう	9	決定	11
ちょっと	14	胃瘻	9	言う	10
できる	14	考える	9	今	10
甥	13	本人	9	ケア	9
お父さん	12	お願い	8	特養	9
誤る	11	たぶんない	8	入る	9
病院	11	意見	8	話	9
娘	11	家族	8	たぶん	8
嚥	11	作る	8	栄養	8
そうですね	9	説明	8	家族	8
ない	9	あと	7	後見人	8
今	9	いい	7	出る	8
肺炎	9	いる	7	本人	8
分かる	9	食べる	7	しれる	7
いい	8	弟	7	やる	7
延命	8	相談	6	よろしい	7
判断	8	聞く	6	胃	7
いる	7	いい	5	経口	7
すごい	7	かなり	5	考える	7
家族	7	しれる	5	食事	7
感じ	7	できる	5	生活	7
こう	6	見る	5	瘻	7
嫌	6	現状	5	あと	6
施設	6	自然	5	ない	6
自分	6	状態	5	一番	6
状態	6	特養	5	環境	6
選択肢	6	病院	5	経	6
特	6	なかなか	4	決める	6
方法	6	もし	4	支援	6
本当	6	一緒	4	自分	6
いい	5	皆さん	4	状態	6
おばさん	5	感じ	4	摂取	5
なんか	5	看取る	4	あまり	4
意思	5	決定	4	いける	4
介護	5	時間	4	お話	4
経口	5	自分	4	アドバイス	4
決める	5	社会	4	音楽	4
今日	5	状況	4	会議	4
説明	5	親族	4	確か	4
退院	5	成年	4	看取る	4
点滴	5	発表	4	住む	4
入院	5	医療	3	重大	4
栄養	5	栄養	3	親族	4
選ぶ	4	ありがとう	3	責任	4
相談	4	かかる	3	対応	4

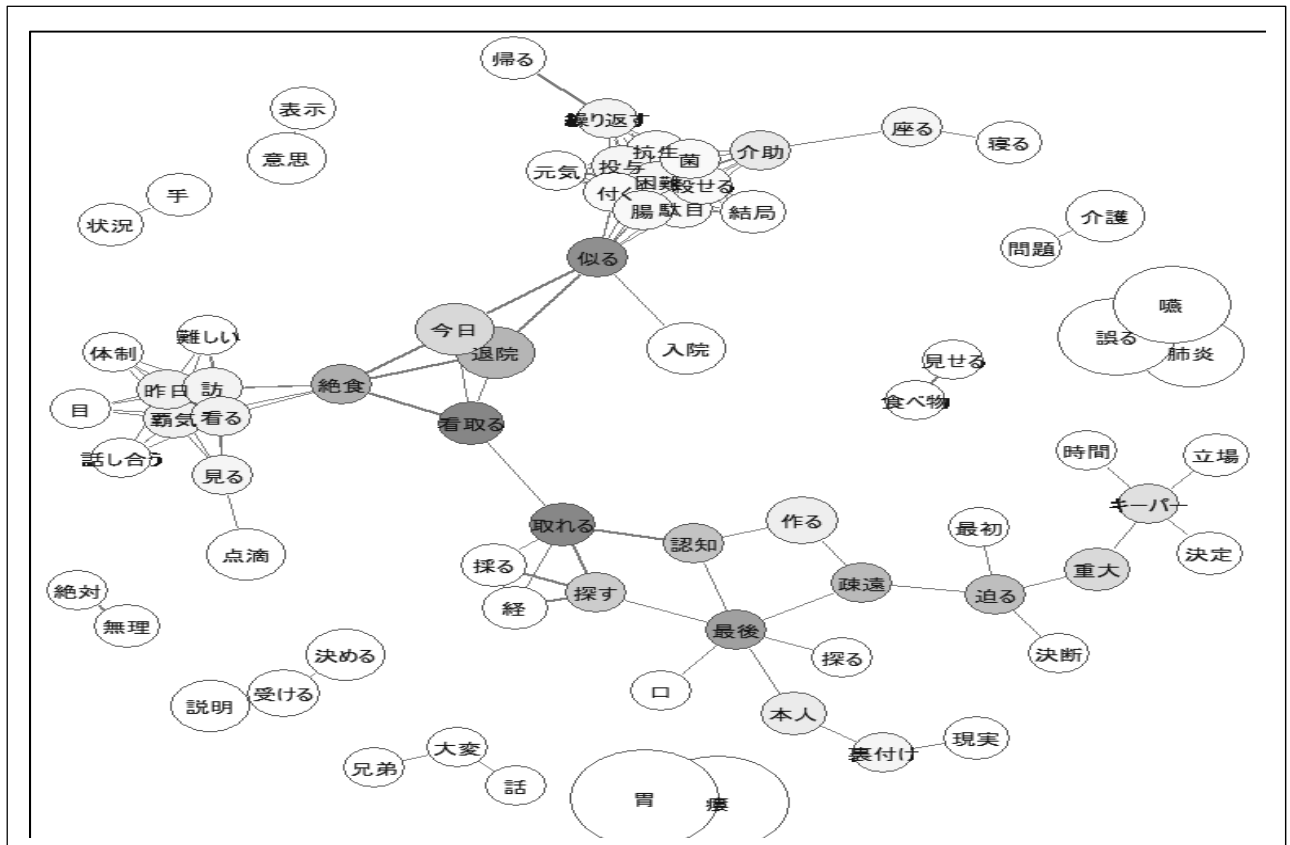


図1 Aグループ 共起ネットワーク分析 (中心性)

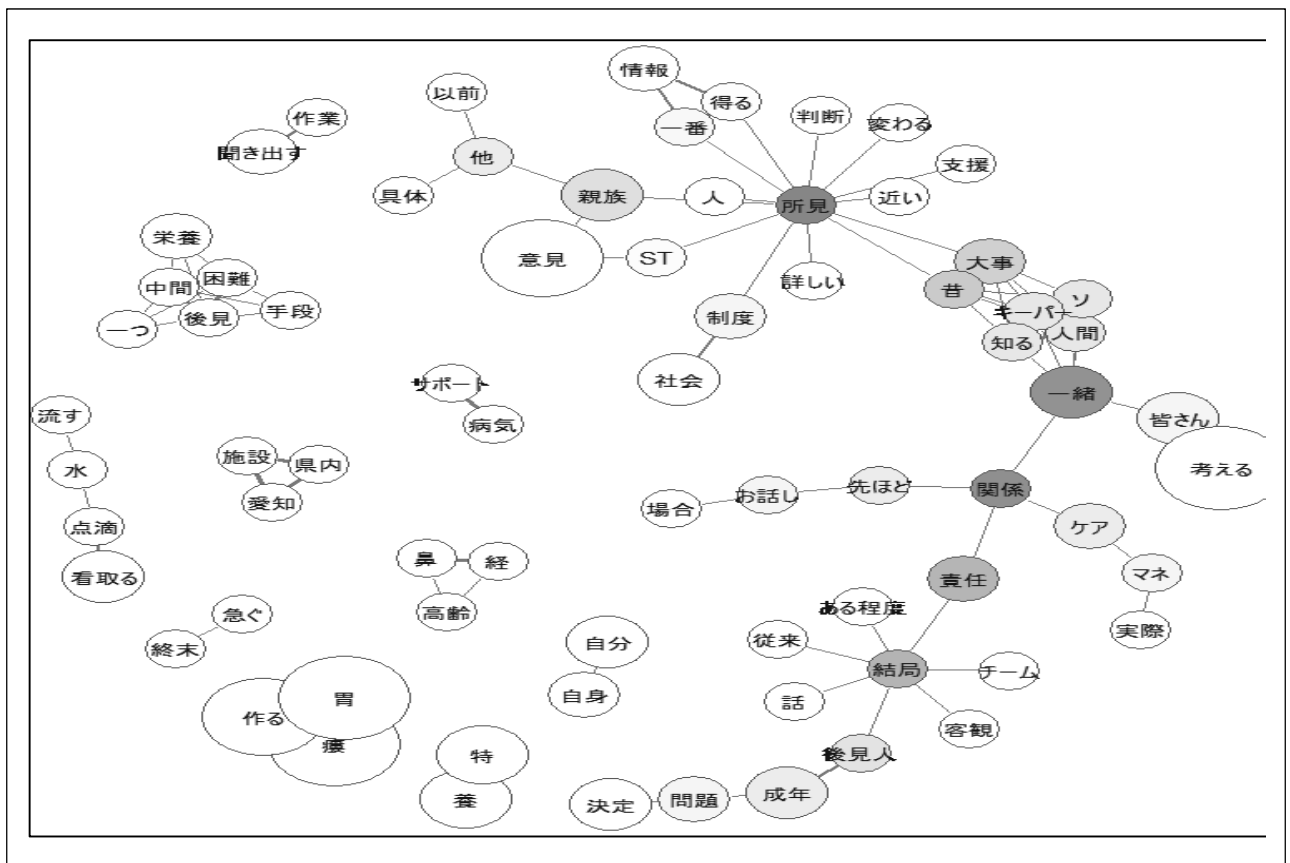


図2 Bグループ共起ネットワーク分析 (中心性)

《看取り》では、
 「特養が、看取りまでする特養かどうかということでも、看取りまでする特養だったら、経管栄養を毎日するなり・・・」
 「愛知県にいたということであるならば、愛知県で、せめて、看取りをしてくれるようなところの特養を探すのか」
 「施設の機能といますか、看取りが可能かどうかということの観点から、施設にするのか」
 看取りに関しては、終末期を迎える場をどうしていくかという語りがあった。

4. 考察

「一人暮らしの認知症の方の終末期—摂食、嚥下障害—」の課題「この事例に出てくる甥の立場であったら、どうしますか」、「援助者として、甥にどのようにかわりますか」の話し合いの過程を逐語録として、テキストマイニングソフト、KH coder を用いて分析した。

同じ事例であっても、さまざまな意見が出ることが分かった。最終的に、同一といった考えには至らなかった。例えば、嚥下障害があり、経口摂取がむずかしいとなっても、本当に経口摂取が難しいのかとか、経口摂取が難しいことから、看取りと結びつけ、看取りの場をどうするのかといった意見がでていた。

医療倫理四原則に、「無危害」「善行」「正義」「自律尊重」がある。出てきた意見をこの四原則に立ち返り、考えていくことが必要となる。

今回の事例のような、高齢者本人に意思が確認できなく、また、一人暮らしで、本人の考えを代弁できる家族のいないケースは今後、増加していくことが予想される。そのようなときには、高齢者のそばにいる医療者・介護職が、本人の意思を探り、最善の方法を考えていくことが必要になる。ここで、医療倫理の原則に立ち返ることは大切な方法と言える。

5. おわりに

今回の調査より、同一事例であっても、さまざまな方向から意見がでることがわかった。実際の場面では、家族の理解不足、本人と家族、親族との関係性などといった問題がでてくる。

家族が高齢者の意思を推定できない場合には、高齢者にとって何が最善であるかについて家族と医療・福祉の多職種と十分に話し合い、高齢者にとっての最善を考えていかななくてはならない。話し合いをして、コンセンサスを得るには、医療倫理の四原則に立ち返ることが必要である。今後、話し合いの過程で、医療倫理に立ち返る方を伝える研修が必要となる。

参考文献

- 1)平澤秀人他：認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査，入院・外来患者について，老年精神医学雑誌，18，8，884-889，(2007)
- 2)木村典子：認知症高齢者グループホームで行われている看取り，看取りに携わった看護師から調査，ホスピスケアと在宅ケア，64，24.1，11-15(2016)
- 3)<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>，認知症オレンジプラン
- 4)http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf，認知症新オレンジプラン
- 5)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> 終末期医療の決定プロセスガイドライン
- 6)流石ゆり子，牛田貴子：高齢者の終末期(End of life)のケアにおける看護職の悩み・困難，A 県下の介護保険施設に勤務する看護職の調査から，保健の科学，849-856 (2007)