

## 連載

## 高齢者保健・福祉(3)

## 「認知症高齢者ケア、終末期ケア」

茨城県立医療大学  
堀内 ふき

## 1. はじめに

高齢者ケアを取り巻く社会状況は、高齢者数の増加や家族状況の様々な変化により、高齢者ケアをどこでどのように担っていくのが良いか、高齢者といっても個人差の多い人々に対してどのようなケアが行われるべきなのかなど、課題が多い。

ここでは、それらの多くの課題の中から、特に認知症高齢者ケアと終末期ケアに焦点を当てて述べる。

## 2. 認知症高齢者ケア

認知症は、加齢に伴って発生率が高くなり、60代では1.5%程度とされるが、85歳以上になると発生率は30%を超え、高齢者が増加することは認知症高齢者の増加を意味する。そして、ケアの問題は、認知症によって種々の症状・行動が起こってくることで、それらに対するケア方法がまだ十分にわかっていないこと、高齢になることによって対象者数が増加するため家族介護力が低下している環境の中に多く発生することなどである。

## 1) ケアの理念

従来は脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の二つについて議論されてきたが、最近ではレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症なども、鑑別診断されるようになった。また、現在は、認知症の進行を遅らせたり、状態を改善する治療薬も開発され、より早く、適切な診断を受けることが重要になっている。このように診断がはっきりすることによって、状態の変動が激しい認知症や、転倒を繰り返したり、幻覚が顕著に現れる認知症など、それら疾患に応じたケア方法が検討されるようになってきた。そして、一つ一つの症状や行動に対してケアをするというのではなく、その症

状・行動を持った人として捉え、その症状・行動はどのような意味があるのか、背景には何があるのかなどを検討し、対応方法を考えることが重要となった。これは、個性性を大切にケアであり、認知症を、性格や精神性と同じように、すべてを含めたその人の個性として捉えてケアすることである。

## 2) 認知症高齢者の意思

認知症は、病気によって、徐々に自分の気持ちを伝えられなくなるが、最初から病識がないとか、状況の判断ができないというのではない。苦悩しているその人自身が自らの気持ちを講演によってあるいは著書によって伝え、私たちは本人の声が聞けるようになったのである。

このことはまた、病名を告知するかどうかを議論する際の重要な背景になっている。これまでは、認知症の人に病名を直接伝えるなどということは全く議論されてこなかったが、いまや、認知症は病気であり、きちんとした説明を受けるのは権利であると考えられるようになった。その人の尊厳を考えるならば、認知症であってもこの問題は例外ではなく、本人や家族に対し、より丁寧な分かりやすい説明が求められている。しかし、癌が告知されるまでに時間がかかったように、また、認知症の告知割合は少ないのが現状である。知ったことによる戸惑いや不安などへのサポートや、状態が変化したときに新たに起こってくる課題を提示し、その都度相談に乗りながら告知は行われなければならない。

認知症は、その病気が分かったときから徐々に進行し、最後は死に向かう病気である。すなわち、病名を知ると言うことは、徐々に自分は死に向かうということを知ることでもあり、このこと

を知ってケアに臨まなければならないのである。

この認知症高齢者の意思をどのように尊重するかについては、2000年に始まった成年後見制度の活用も、今後さらに重要になってくるものと思う。

### (3) 日常生活と行動・心理症状へのケア

毎日の生活は、身体的な障害によって自立した生活が営めなくなるといふより、判断力や認知能力の低下という中核症状に加えてさまざまな身体状態や環境要因によって周辺症状が起こり、自律した生活が営めなくなってくることによる。

快適な日常生活を送ることは、新疾患を予防するばかりでなく、認知症の周辺症状を穏やかなものにする事ができる。認知症は、認知機能の面だけでなく、身体状態も同様に変化しているものであり、易感染状態であったり、平衡感覚を崩しやすくなって転倒の危険性が高まるなど、様々に影響が及んでいる。出来る力を見極め、それを活かす、支援することが重要である。

認知症の症状は、誰にも起こってくる記憶障害、判断力の障害、問題解決能力の障害、実行機能障害、構成障害、失語などの高次脳機能障害を中核症状としている。これに対して、それらから二次的に起こるものに、周辺症状すなわち、BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) がある。このBPSDは、様々な行動や症状を引き起こし、認知症高齢者本人の苦痛や、介護者の負担を増す原因になっている。

BPSDは、孤立や不安、不適切な住環境・ケア・コミュニケーション、身体的合併症、睡眠障害、不適切な治療などによって起こってくる。これらの要因を取り除くこと、適切なケアを実践すること、すなわち環境や健康状態を把握し、個々にあったケアを実践することによってBPSDは軽減できるのである。

BPSDには薬物療法以外の、回想法やリアリティ・オリエンテーションも活用される。高齢者の生活歴や考え方を理解することは、現在を、過去からの継続として捉え、未来に繋いでいくことになり、個別的ケアの実践につながることである。また、リアリティ・オリエンテーションは、認知症高齢者のみならず、閉鎖的な環境で長期入院・入所をしていることによって現実社会との接点が希薄化し現実認識が低下しているような高齢者にも有効である。特に、スタッフと高齢者が相互作用

を通して現実認識を高めていくという24時間リアリティ・オリエンテーションは、毎日のケアにその考え方を活かすことで有効なケアといえる。

これらの対応の効果を客観的に測定することはなかなか困難である。しかし、本人の表情や言葉数・ADLの変化、介護負担や介護者の意欲の変化など、様々な視点から評価し、効果が認められてきている。

また、認知症のケアは、多くの保健・医療・福祉専門職の協働 (collaboration) によって成り立っている。具体的には、介護職や看護職をはじめ、医師、作業療法士や理学療法士、歯科医師、栄養士、ケアマネージャーなど、高齢者本人と家族を中心としてチームを形成してケアを行うチームアプローチが重要である。互いの専門性を基盤としつつ、同じ目的に対して協働することでケアがより効果的になっていくものと考えられる。

## 3. 終末期ケア

### 1) 高齢者の終末期ケアの現状

高齢者の終末期ケアの基本は、特定の疾病の有無にかかわらず、死が近い状態にあるとき、その人が最期までその人らしく生き、自分の人生を良かったと思って最期を迎えられるケアにある。

わが国では、亡くなる人の8割は65歳以上であるが、これは、終末期ケアのほとんどは高齢者ケアに含まれ、高齢者ケアは終末期ケア抜きには論じられないということである。

現在は、病院・診療所で亡くなる人が8割を超え、人々の意識も、人の死は病院にあるものと考えられるようになってきている。一人暮らし高齢者や老夫婦世帯がますます多くなってきていることを考えれば、在宅で亡くなることは一層困難になることが予想される。今後もし、病院・診療所での死亡が少なくなるとしたら、それは、在宅への移行ではなく、介護施設などが最期の場所として選ばれていくのではないだろうか。特別養護老人ホームばかりではなく、介護老人保健施設やグループホームにおける看取りの在り方を検討していくことが求められている。

### 2) 在宅での看取り

人々は、それまでの住み慣れた場所こそリラックスでき、安心して、自分らしく亡くなる事が出来るならば、在宅での看取りが本人の望むとこ

ろであろう。しかしながら、人が亡くなるときは、多くに呼吸苦や食事摂取困難がおり、全身状態が低下し、何らかの医療者の関わりが不可欠になってくる。そのため、現在の地域医療体制では、病院での看取りが多くなるのは無理の無いことかもしれない。在宅での看取りには、往診してくれる医師の存在が重要であるとされ、在宅療養支援診療所の配置によって在宅での看取りを推進するために医療制度改革も行われているが、なかなか進んでいない。訪問看護などによる頻繁な支援、必要なときの短期入院・入所が併せて重要である。在宅だけで看取りを果たそうとするのではなく、在宅と施設とが連携しつつ看取りを考え、本人と家族へのサポート体制を整えていくことが課題である。

### 3) 施設における看取り

施設における看取りはまだ少なく、2~3%に過ぎない。しかし、2003年に行われた全国の特養老人ホームを対象とした調査では、特別養護老人ホームから死亡退所した人のうち、37.2%が施設内死亡であり、今後はさらに施設内死亡が増加していくのではないかと予想される。

特別養護老人ホームやグループホームは、原則的には看護師の夜勤はなく、医療設備も不十分である。医療体制の不十分なかでの看取りは、時には本人の苦痛を取り除くケアを困難にさせる。

また、介護職員は看取りに対する知識も十分とは言えない。このように考えると、施設での看取りを実践するためにはまだまだ課題が多い状況である。

### 4) 残された家族へのケア

残される人へのケアは、看取りのその時に行われるのではなく、介護を行っている時から始まり、亡くなった後にも継続的に行われる必要がある。家族に看取りに直接関わってもらおうようにして、少しずつ看取りへの覚悟をしてもらうことが必要である。そして死後のケアに参加してもらうこと、亡くなった後にその人のことを話題にして思い出す機会をつくることなど、継続的な関りが必要である。

## 4. おわりに

高齢者ケアの課題は様々に関連している。認知症高齢者も最期はどのように終末期ケアを行うかであり、排泄や食事をどのようにマネージメントしていくかにつながっている。このことはまた、高齢者の意思の尊重や倫理的な課題などとも関連する。高齢者ケアは、一つ一つの課題を少しずつでも明らかにすることが重要である。様々な職種と協働しながら今後も進めていきたいと考えている。