

4. 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア

百瀬由美子

要約 平均余命の延伸に伴い死亡者の平均年齢が高まり、85～90歳以降の死因順位は成人期とは異なり、がん患者の緩和ケアのみならず、ケアニーズが多様化し、また介護保険制度の導入により、高齢者が終末期を過ごす場の選択肢も増えた。しかし、認知機能や身体機能の障害、文化的価値観などにより、高齢者自身が終末期をどこで、どのように過ごしたいのか意思を把握することが困難な場合も多い。これらの課題を踏まえ、高齢者の尊厳を重視した終末期看護の在り方を検討する。

Key words : 高齢者終末期看護, 施設ケア, 在宅ケア, ケア連携システム, 事前指示

(日老医誌 2011; 48: 227-234)

高齢者の終末期の特徴

1) 高齢者の死因

本邦においては、1970年代以降急速に高齢化が進行し、近年では世界一の長寿国の座を維持している。高齢化率22%を上回る超高齢社会においては、高齢期に死を迎える人の割合の急増とともに、人生最期の過ごし方、死の迎え方に対する考え方も多様になってきている。それには、病院および在宅における医療水準の向上、介護保険制度の施行に伴う生活の場の選択肢の増加などさまざまな要因が影響していると思われるが、高齢化と死因の関連も一要因と考えられる。図1に示すように、悪性新生物が長期にわたって死因第1位を維持し続けているが、高齢がん患者が増加する一方で、年齢別死因を見ると、70歳代以降は、心疾患、脳血管障害、肺炎の占める割合が年齢が増すとともに高くなっている。さらに男性では、90歳以上100歳未満で肺炎が最も多く、女性では、85歳以上100歳未満で心疾患が最も多い。また男女とも100歳以上では、老衰が最も多い(図2)。従来、終末期ケアというと、余命3～6カ月のがん患者が対象であったが、死に至るプロセスががん患者とは異なることは明らかである¹⁾(図3)。もともと高齢者は予備力が少なく、複数の疾患を併せ持っている場合が多く、症状が非定型であるという特徴から、些細な身体機能

の変化から死に至る場合もあり、脳血管疾患や老衰の高齢者の予後や経過予測は難しく、終末期の定義が困難という特徴がある。

2) 高齢者終末期ケアの捉え方

終末期のケアについては、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケア、エンドオブライフケアなど様々な用語が用いられている。それらに共通する原則は、1) 身体的、精神的、社会的、スピリチュアル(霊的)な痛みに対して全人的なケアを提供する、2) 死の瞬間までその人らしく生きるために希望や意思が尊重され、できる限りよりよいQOLを実現させる、3) その実現のために多職種でチームアプローチを行う、4) 患者と家族を対象とし、死別前後の家族の悲嘆へのケアを行うことである²⁾。これらの多くはがん患者に適用されている。その中で堀内は³⁾、高齢者の終末期ケアについて、がんなどの特定の疾患のみならず、年齢、疾患の種類や有無にかかわらず死が近い状態にある人に対して、亡くなるその時までその人の意思決定を尊重し、その人らしく生き生きと生きることができるよう包括的ケアと、そのあとに残される人々までも含めたケアをエンドオブライフケアと捉え論じている。また、日本老年医学会は、「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年学会の「立場表明」において、終末期を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している⁴⁾。終末期をこのように捉え、加齢の影響により変えられない身体機能や病態の現実を受け入れつつ、変えられることに着目し、残さ

End-of-life hospital and long-term care in elderly patients

Yumiko Momose : 愛知県立大学看護学部

れた貴重な時間にその人が何をしたいのかを引き出し、目標を設定し、多様な選択肢の中からその人らしい実現の方法を医療・保健・福祉に携わる多職種が協働し、支援していくことを本論では高齢者の終末期ケアと捉えることとする。

3) 終末期ケアの場の多様化

「治る見込みがなく死期が近い場合、最期はどこで過ごしたいか?」という死亡場所の希望調査によると、「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」人が55.1%と、過半数を占め、「自宅で過ごしたいし、実現可能だと思う」人(23.8%)を合わせると、実現可能かどうかは別にして自宅で最期を過ごしたいと考える人は78.9%

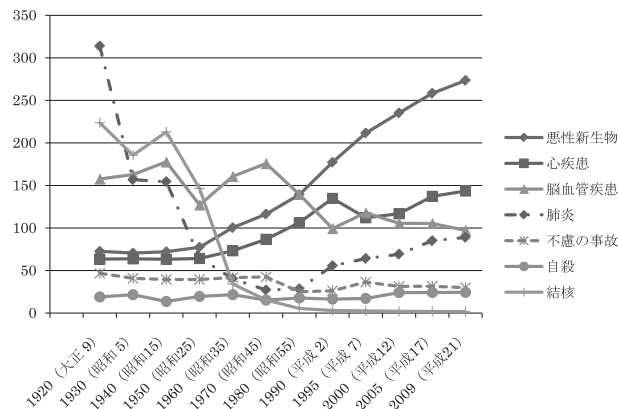


図1 主な死因別にみた死亡率の推移(人口10万対)
平成22年版厚生労働白書 基礎統計資料に基づき筆者が作成

と8割近くを占めている(図4)。しかし、悪性新生物が死因第1位になった1980年代以降、病院での死亡数が在宅死を上回った。その後も、医療費高騰を抑制する狙いもあり高齢患者の在宅療養への移行を推奨した介護保険制度の意図に反し、病院、高齢者施設等での死亡が増え続け、2003年では在宅死は13%にとどまっている(図5)。

4) 欧米諸国の高齢者終末期ケアの動向

欧米諸外国においても終末期の看護はがん患者の緩和ケアに焦点が当てられていることが多い。しかし、このプロセスにおいても、高齢者は苦痛を感じる域値が低いとの医療提供者の認識から、高齢者の終末期における緩和ケアは軽視されてきた。これに対してWHO(世界保健機構)は、2004年に高齢者の緩和ケアに関する報告書として“Better Palliative Care for Old People”を発表した⁵⁾。WHOは、高齢者は苦痛があっても十分なケアを受けていないこと、終末期に希望するケアについての意思決定に関与できず高齢者の意向が反映されていないこと、在宅死を希望しても実現が困難であり、実現しても専門家による適切なケアが受けられない現状を指摘し、国策として多角的に取り組み、包括的医療制度の改革により高齢者の終末期ケアをその中に組み込む必要性を提言している。さらに、高齢者ケアに関わる多職種間の連携や情報の共有、高齢者の緩和ケアに関する研究の推進と成果の活用、スタッフ教育の充実が重要であると述べている。これを踏まえ、イギリス政府は2008年に、

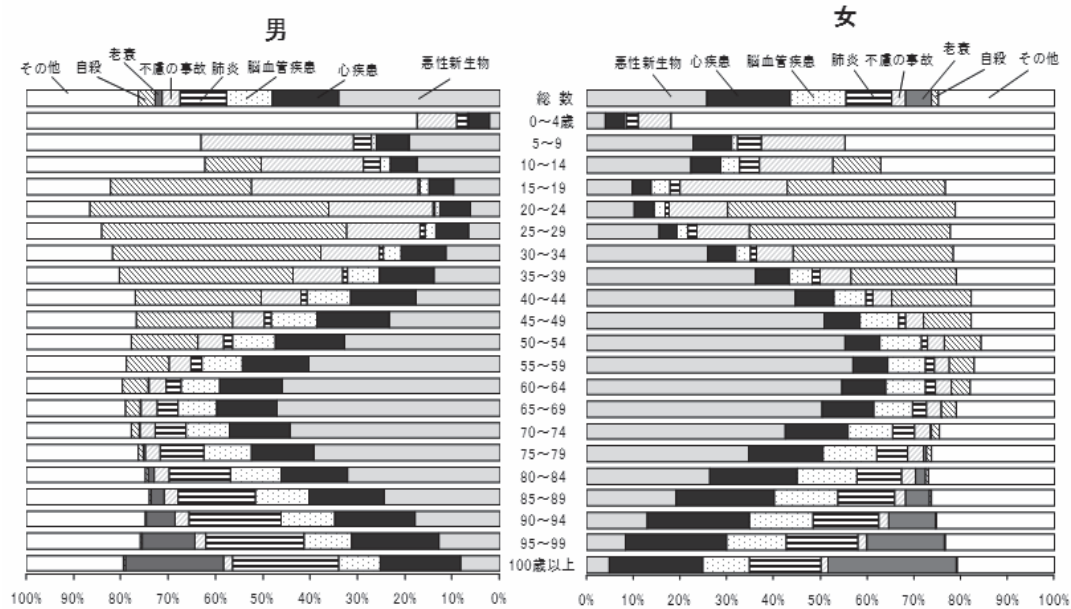


図2 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合(平成21年)
厚生労働省 平成21年人口動態統計

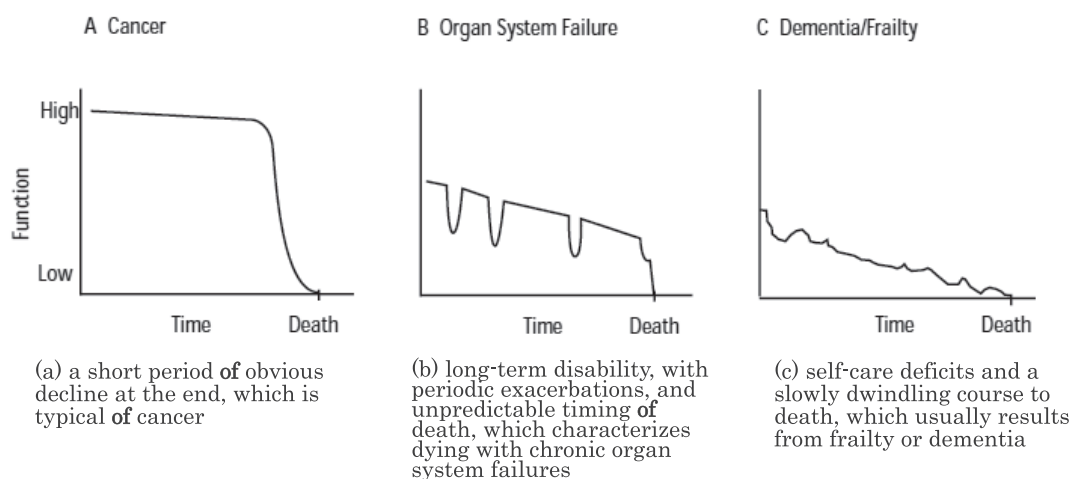


図3 General trajectories of function and wellbeing over time in eventually fatal chronic illnesses

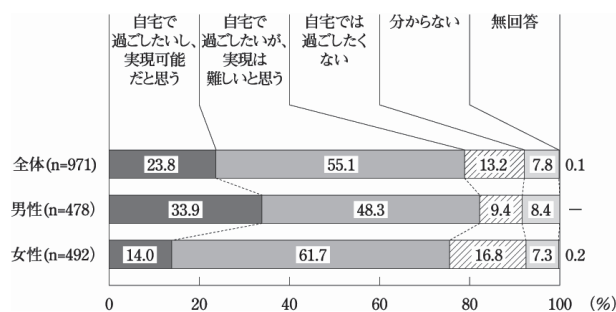


図4 全国の40～69歳の男女990名に聞いた—終末期医療に関する意識調査
LDI REPORT, ライフデザイン研究所, 2002.

「終末期ケア戦略(End of Life Care Strategy)」を発表し、死に対する意識改革という社会的変革への取り組みから、終末期ケアパスの導入により個人レベルの終末期ケアの質向上に向けて取り組みを開始し、さらに人材育成の基盤整備に至る包括的終末期ケア施策を打ち出している。またドイツでも近年国家的取り組みがなされ、2009年にLiving Will法が制定されるなど、諸外国においては高齢者終末期ケア体制の構築に向けた動きや法整備が活発化してきている。

次項より、終末期を過ごす場による違いを検討しながら我が国の高齢者終末期ケアについて述べる。

病院における終末期ケア

1) 病院における終末期ケアの現状と課題

先にも述べたとおり、本人の死亡場所の希望にかかわらず、日本では8割以上の方が主に病院で死を迎えており、また高齢者の死亡数が増えていることから、病院で高齢者終末期ケアのニーズは急増している。病院にお

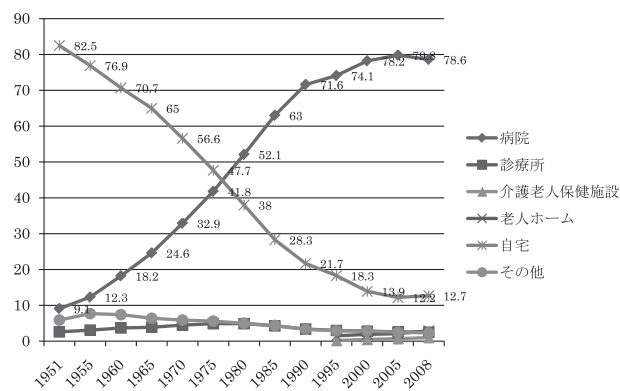


図5 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率；人口動態調査 平成20年人口動態統計(2009) データをもとに著者が作成
注：1988年(平成6年)までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

ける終末期ケアの利点は、必要に応じて疼痛マネジメントが行われ、呼吸困難に対して酸素吸入が施され、尿閉に対しては膀胱カテーテルが留置されるなど、終末期の症状に臨機応変に対応できることであろう。しかし、医療主導型で延命治療が優先されやすいという批判もある。医療行為の多くは家族にわかりにくく、特に緊急時には家族は適切な説明も受けられず、心肺機能の維持や経管栄養などの医療処置が行われる。そのような状況の中で、看護師は死に近づく高齢者の尊厳が守られ、残された家族もその経過に納得のいく看取りができるよう支援することが求められる。看護師は家族の理解不足による不安を軽減するために、現状や今後の状態変化の予測を家族に伝える役割も担っている。また、病院は生活感が乏しい場であり、落ち着いた環境で終末期を過ごせる場

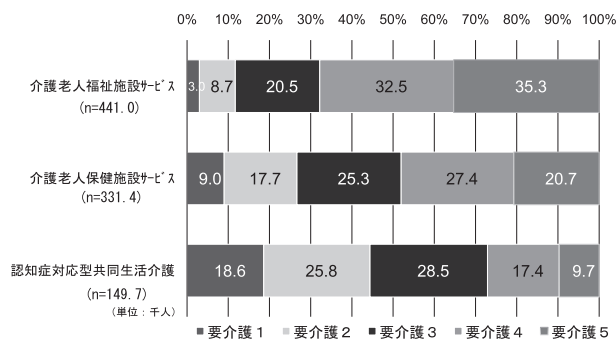


図6 入所者の施設別に見た要介護度比率
厚生労働省介護給付費実態調査月報 (平成22年10月審査分), 平成22年12月21日
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2010/10.html>の数値に基づき筆者が作成

を保障することへの配慮が必要である。これらを達成するためには、終末期ケア技術だけでなく、看護師の死生観を醸成するような教育も必要である。

2) 自己決定の困難な高齢者、家族に対する看護支援
2007年5月に、厚生労働省は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表した⁶⁾。この中で、患者の意思が確認できない場合の医療・処置の決定は、医療・ケアチームが家族と患者にとって最善の方針を話し合い、決定するとされている。高齢患者では、認知機能の低下や脳血管障害の後遺症等でコミュニケーションに障害がある可能性が高いことなどを考えると、終末期に意思確認ができず、この状況に該当するものが多い。そこで、医師、看護師、および多職種が連携し、家族への説明と意思確認のための話し合いを繰り返しながら家族の意思決定への支援を行っていく必要がある。そのプロセスは、医師による終末期判断がされたら直ちに医療チームと家族による終末期ケアカンファレンスを開催し、病状経過や情報を適切に把握し、アセスメントした内容をチーム間で共有し、家族の希望を聴き、現状で可能なケア内容の検討を行う。看護師は24時間、患者、家族に寄り添い、家族と円滑なコミュニケーションを形成し病状や今後の経過予測の説明の理解状況を確認し、また思いを引き出し、患者や家族の希望する医療を代弁できるよう支援する。高齢患者は病状安定と悪化を繰り返し臨死期に向かう。この期間も必要に応じて家族に現状と今後の見通しについて説明し、家族の希望の変更や申し出に対応し、臨終期に備える。中には、最期は自宅で迎えたいと希望されることもある。その場合は、条件が整えば、速やかに在宅看護サービスや社会資源の利用についての情報を提供し、地域の医師、訪問看護師、ケ

アマネージャー、MSWなどと連携し体制を整える。

高齢者施設における終末期ケア

介護保険制度の制定後、介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、地域密着型サービスとして認知症対応型共同生活介護が提供されるグループホームなど、多様な場において終末期ケアが提供されるようになった。

特別養護老人ホームは、ニーズの増加により施設数は増え続け、2009年度末で6,395施設、入所定員数は439,087となった⁷⁾。入所者の半数以上が85歳以上であり、「要介護4」が32.5%、「要介護5」が35.3%と介護ニーズが高いことが特徴である (図6)。また、医療処置を必要とするものが居る施設は98%以上であり、入居期間の延長とともに、何らかの医療処置を必要としながら施設で亡くなる高齢者が増えた。このことから「終の棲家」ともいわれ、終末期ケアのニーズが高まり、介護報酬の面でも「看取り介護加算」が算定できるようになり、これには看護師の配置や看取り介護研修の定期的実施が義務付けられている。

介護老人保健施設は、病状安定期にあり入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者のための入所施設である。1986年の老人保健法などの一部を改正する法律により創設され、家庭復帰を目的とした施設である。しかし、在院期間の短縮に伴い、退院後に在宅療養が困難な医療ニーズのある高齢患者の受け入れ先として入所者が増加している。一方家庭復帰率は暫減し、施設で終末期を迎える入所者が増え、そのケア提供の実態を評価する形でターミナルケア加算が算定できるようになった。入所者の要介護度は、特別養護老人ホームより軽度な高齢者が多い傾向にある。

認知症対応型グループホームは、軽度の認知症高齢者を対象としてきたことから、現在でも要介護度2~3の認知症高齢者が多いのが特徴である。しかし、近年、延命を望まず住み慣れたグループホームで最期まで過ごすことを希望する家族が増える傾向があり、ニーズに対応して看取り介護加算が算定できるようになった。

以上が終末期ケアを実施している代表的な施設であるが、ケアの実施に際してはさまざまな課題がある。以下に課題とその対応を整理する。

1) 人員配置、医療専門職のマンパワーの不足

介護老人保健施設以外は常勤医師の配置は義務付けられておらず、看護師の配置も特別養護老人ホームでは、入所者100人に対して看護師3名と規程されている。グ

グループホームでは看護師の配置も義務付けられていない。そのため、終末期の身体機能の変化への対応や病院への移送、家族支援など少人数の看護師と医療知識が不十分な介護職員で行わなければならない。また終末期の高齢者はケアニーズが多いことから、他の入所者のケアが十分にいきわたらない状況を引き起こしている。

2) 医療連携システムの整備不足

常勤医師が配置されている介護老人保健施設においても、夜間は医師が不在で、夜勤看護師は一人のみの施設がほとんどであり、看護師の責任は重い。特別養護老人ホームやグループホームでは、終末期と判断されて以降の経過で、終末期に必要な医療判断や処置、高齢者や家族の希望に対応するため、訪問看護ステーションや他施設の多職種と連携体制を整備する必要がある。日頃から高齢者の状況や家族の意向に関する情報を連携する施設間で共有し、臨死期に医師や訪問看護師へ連絡するタイミングや、それぞれのスタッフが相互に役割を明確にし、円滑に遂行できるようなシステムの整備が必要である。特に医療職の配置が規定されていないグループホームでは急務の課題である。

3) 終末期ケアに関する教育の必要性

尊厳を重視した高齢者終末期ケアを提供するためには多くの職種が関わり、それぞれの職種の専門性を発揮する必要があるが、職種により終末期ケアにおける課題がある。特に介護職は死に逝く人へのケア経験が乏しく看取ることへの不安が多いことが指摘されている⁸⁾。一方、介護老人保健施設では、看護師の配置は比較的多いが、家族が延命医療を望まない場合でも、臨死期になると、もっと提供すべき医療があるのではないかと倫理的ジレンマに悩むものや、看護師は延命することが役割であるとの認識から、安らかに見守るケアが受け入れ難いものが多くを占める⁹⁾。これらのことから、施設の種類に関わらず看護・介護職員に対して、終末期の身体、心理的变化に対応するための知識・技術、死生観、家族支援、連携システムの円滑な運用、倫理的課題への判断、解決能力など、終末期ケアに関する包括的な教育が必要である。

4) 自己決定ができない入所者への意思確認の困難

死について語ることは、縁起が悪いとされ、事前に高齢者の終末期の希望について確認されていることは少なく、また家族や医療従事者に決定をゆだねたいと考える高齢者も多く、入所者の意思確認は困難な場合が多い。近年、看取り介護加算を算定している施設では、入所時に終末期の希望確認を書面で行う施設も増加傾向にある。しかし、認知症のある高齢者の場合は、入所時の意

思確認もすでに困難である。そのため、看取り介護加算算定要件にもあるように、ほとんどの場合は家族に状況を説明し、合意を得てケアを継続している。後述する事前指示に対する社会の認知・理解と法整備が課題であろう。

5) 家族の意思決定への支援とグリーフケア

本来は、高齢者本人が終末期をどこで、どのように、誰と過ごしたいのか、また延命医療を望むのか望まないのかといった意思に基づき終末期ケアは提供されるべきであるが、前述のように高齢者施設に入所している高齢者は、その意思確認が困難な人が多く、家族の意向に沿うことになる。しかし、事前に本人の意向を確認している家族はごくまれで、家族は意思決定のプロセスにおいて戸惑いや不安が大きい。また、一旦は病院ではなく施設で看取ることを決定した場合でも、その思いが揺れ動く家族も多い。その場合は、まずは家族の決定を肯定し、しかし状況に応じて、変更は可能であることを伝え、コミュニケーションを綿密にとり、家族が納得できるよう支援する必要がある。近年、死の準備教育の必要性が指摘されているが、終末期の高齢者をもつ家族に対して、高齢者の予測される身体機能の変化、死にいたる経過を説明し、変化に動揺せず、静かに見守ることができるよう準備するための死の準備教育が必要である。最後の瞬間を誰とどのように迎えたいかについて、適切な時期に確認し、さらに、死別前後も家族の悲嘆を軽減するグリーフケアも重要である。

6) 高齢者の意向を尊重したケアの重要性

高齢者本人の終末期の希望を確認するのは困難な状況であるが、終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者のQOLについて検討した研究では、終末期にある高齢者が施設での生活で生きがいや喜びを感じられる場面は、家族、友人等の面会が最も多く、なかでも子供との面会が生きがいや喜びへの影響力が高いことが報告されている¹⁰⁾。このことから、面会も少ない家族の連絡調整支援も必要である。また、高齢者が大切にしてきた事柄を家族から聴取し、ケア計画を立案することが重要である。

在宅における終末期ケア

自宅で終末期を過ごす利点は、高齢者自身が慣れ親しみ、望む生活環境が保たれ、終末期といえども家庭における自身の役割を実感し継続でき、家族、友人とコミュニケーションがとりやすく、残された時間を自分らしく過ごせることといえるであろう。しかし、多くの人があるの実現が難しいと思っている要因からもわかるように、

自宅では病状の急変への対応が難しく、家族の介護負担や経済的な負担が大きい事が課題としてあげられる。状態が急変すると、家族は在宅で終末期を過ごす選択をしたことに不安を持ち、動揺することが多い。このような状況を踏まえ、在宅終末期ケアを可能にするために必要な要件を述べる。

1) 利用者側の要件

利用者側の要件として、高齢者が在宅での療養を強く望み、家族が高齢者の意思を尊重し在宅療養に合意し、在宅で終末期を支えるだけの介護力があることが重要である。したがって、ケアマネージャー、訪問看護師は高齢者と家族の意思を確認した上で、高齢者の身体的、心理的状态、利用可能な社会資源、家族の介護力等を総合的にアセスメントし、段階的にケアプランを立案する。その際に、両者の希望をケアプランに反映させる必要がある。

2) ケア提供者側の要件

かかりつけ医があり、医療連携体制が確保されていることが重要である。在宅医療の推進政策とその評価が進み、在宅訪問診療加算や訪問看護ターミナルケア加算が算定できるようになった。その算定要件にもなっているが、かかりつけ医があり、状態悪化時、急変時に備えて24時間緊急医療体制や入院施設が確保されていることが在宅死を支援する際には必要である。また、苦痛を緩和し適切な医療処置を在宅で行い、病状の急変や介護力の変化に応じたサービスを提供するために、医療保険だけでなく、介護保険給付対象のさまざまなサービスを訪問看護師等のケア提供者は熟知していることが求められる。加えて、入院・在宅医療スタッフは相互に情報を共有し、迅速な対応を行う連携システムを確立する必要がある。在宅における終末期ケアのプロセスで、ケア提供者の中心的役割を担う訪問看護師には、病状の変化や介護状況を適切に判断する能力や、死の予測を家族に適切な方法で伝えられるコミュニケーション能力が求められる。平川ら¹¹⁾の調査によれば、在宅終末期高齢者の死亡前48時間にみられた症状で多かったのは食欲不振、疼痛、呼吸困難、昏睡、喀痰・痰の咯出困難などであった。しかし、これらに対する積極的治療や検査は実施されておらず、看護師はこれらの症状による苦痛を緩和するケアを実施することが重要である。また、自身の多様な経験と知識から確固とした死生観を持ちつつ、多様な価値があることを認識し、倫理的ジレンマの遭遇に対し判断し、解決できる能力が求められている。

認知症高齢者の終末期ケア

認知症高齢者は死に至るまでの過程が多様であり、終末期であるという判断もより難しく、認知症のない高齢者のケアに比べ多くの困難を伴う。さらに、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族が望んでいるケア内容を把握するのも困難な場合が多い。それゆえ、先にも述べたとおり、高齢者が十分意思決定できる力を持っているときに、将来ありたい姿、受けたい医療・ケアについて話し合えるシステムを構築することは急務の課題であると言えよう。現段階では、家族の意向により決定されているが、その際には家族の意思がどの程度本人の意向を反映しているかの見極めが大切であり、意思決定には第三者の理解や討議への参加を得るなどして慎重に対応しなければならないと考える。

事前指示に関する法の整備と円滑な運用についての課題

事前指示 (Advance Directives) とは、「現在、意思判断能力が正常な人が、将来、判断能力を失った場合に備えて、医療やケアに関する指示を事前に与えておくこと」である。その主な内容は、1) 終末期延命治療の内容に関する指示 (Living Will) と、2) 終末期医療ケアの決定に関する代理判断者の指名からなる。

事前指示の具体例として、アメリカで開発された“Five Wishes”に日本の事情を反映させて作成された「私の4つのお願い」がある。その内容は、①自分自身で、医療・ケアに関する判断・決定ができなくなった場合に、自分に代わって決定をしてほしい人 (代理判断者) の指名、②自分が望む医療、望まない医療、③残された人生を充実したものにし、快適に過ごすために望むこと、④私の大切な人々に知っておいてほしいことからなる¹²⁾。

事前指示は、医療・福祉領域の専門職においても認知度が低く、意味まで正確に知っていたのは2%に過ぎない。事前指示について「聞いたことがない」76%、「聞いたことはあるが正確な意味を知らない」は22%であったことが報告されている¹³⁾。その理由として、事前指示の存在を知らない以外に、死は不吉であり考えたくない、死の予想ができない、家族の考えや意向が大切だから、医療専門家に方針決定をゆだねるなどがあげられていた。また、一般の中高年齢者を対象に行った調査においても、将来自分が状況判断できなくなった場合にあらかじめ治療についての希望を示すことについての考えを問う質問に対して、その時の状況に応じて医師や家族が治療方針を決めてくれればよいので、前もって希望を伝える

必要はないと回答した者が最も多かった¹⁴⁾。このような価値観や認識は、事前指示書や任意代理人の制度がないことが影響していると考えられる。オランダやアメリカが制定している尊厳死やリビングウィルなど治療判断に関する法整備のプロセスを参考にしつつ¹⁵⁾、日本においても慎重な議論を十分に行ったうえで、早急に法整備を行い、国民に広く周知し、啓発教育を行う必要があると考える。

文 献

- 1) Lynn J: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 2001; 285 (7): 925-932.
- 2) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則編: 高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール, 中央法規出版, 2010, p21.
- 3) 堀内ふき: 高齢者の「End-of-life Care」. 老年社会科学 2006; 28 (1): 35-40.
- 4) 社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. 日本老年医学会誌 2001; 38: 582-583.
- 5) WHO: Better Palliative Care for Old People. 2004 <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>. アクセス日 2011.1.20.
- 6) 厚生労働省医政局: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. アクセス日 2011.1.20.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課: 平成21年の福祉行政報告例結果の概況. 平成22年10月20日.
- 8) 平木尚美, 百瀬由美子: 認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける連携体制と課題. 日本看護福祉学会誌 2010; 16 (1): 53-64.
- 9) 石川 亨: 終末期医療—特別養護老人ホーム看護師に求められること. 臨床老年看護 2008; 15 (5): 25-34.
- 10) 流石ゆり子, 伊藤康児: 終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者のQOLとその関連要因. 老年看護学 2007; 12 (1): 87-98.
- 11) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文ほか: 高齢者の在宅終末期ケアに関する前向き研究. ホスピスケアと在宅ケア 2005; 13 (3): 220-224.
- 12) MBT バイオエシックス研究所: 「私の四つのお願い」. <http://www1.ocn.ne.jp/~mbt/> アクセス日, 2001.1.20.
- 13) 箕岡真子: 事前指示の有用性とその普及における今後の課題. 癌と化学療法 2008; 35: 41-42.
- 14) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文ほか: 終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高齢者の希望に関する調査. ホスピスケアと在宅ケア 2006; 38 (3): 201-205.
- 15) 三浦久幸, 太田壽城: 高齢者の終末期医療—倫理的ジレンマを乗り越えるために—. 日本老年医学会誌 2007; 44 (2): 162-164.

理解を助ける問題

- 問題1. 2009年の日本人の死因順位で正しいのはどれか.
- a 全死亡者数の第2位は脳血管疾患である.
 - b 90歳以上100歳未満の男性では肺炎が第1位である.
 - c 80歳以上90歳未満の女性では老衰が第1位である.
 - d 自殺が不慮の事故より上位である.
 - e 70歳代以降の第1位は心疾患である.
- 問題2. 在宅における終末期ケアで正しいのはどれか.
- a 高齢者本人が在宅死を希望すればその意向を最優先しなければならない.
 - b 高齢者本人の延命治療に対して意思確認できない場合は医師が決める.
 - c 死亡日前14日間にがん末期の高齢者に提供した訪問看護は医療保険の給付対象である.
 - d 家族が延命を拒否した場合はケアプランは立案せず見守る.
 - e 終末期が長期化しても介護保険が給付されるので経済的負担はない.
- 問題3. 高齢者施設の終末期ケアについて誤っているのはどれか.
- a 夜間であっても死亡時刻に必ず医師が死亡確認をしなければならない.
 - b 認知症対応型グループホームは医療施設ではないので看取りはできない.
 - c 全ての施設に看護師が24時間勤務している.
 - d 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では、家族に看取りケアについて説明し、同意を得なければならない.
 - e 高齢者施設で終末期ケアを提供する場合には、医療機関との連携が必要である.

問題4. 高齢者終末期に求められる看護スキルで誤っているのはどれか

- a 臨死期の身体機能の変化のアセスメント
- b 高齢者の意思を尊重したケア
- c 死亡まで家族の不安を軽減する心理的ケア
- d 高齢者の意思が確認できない場合、家族から希望を引き出すコミュニケーションスキル
- e 多職種と連携し必要なケアを調整する

問題5. 一般に自宅での終末期ケアが困難とされている理由で多いのはどれか.

- a 往診してくれる医者がないから
- b 近所に迷惑がかかるから
- c 家族に迷惑をかけるから
- d 介護してくれる家族がないから
- e 入院したほうが適切な医療が受けられるから

(『全国の40~69歳の男女990名に聞いた—終末期医療に関する意識調査』より, LDI REPORT, ライフデザイン研究所, 2002.)
