

## 〔研究論文〕

## 高齢者高度医療専門病院における死亡前 1 ヶ月間における高齢者の苦痛

水野敏子\* 坂井志麻\* 小長谷百絵\* 會田信子\*\*

PHYSICAL SUFFERING AMONG GERIATRIC PATIENTS IN THE MONTH  
PROCEEDING DEATH AT THE GERIATRIC ADVANCED MEDICAL HOSPITAL

Toshiko MIZUNO\* Shima SAKAI\* Momoe KONAGAYA\* Nobuko AIDA\*\*

癌患者の終末期ケアについての研究は多いが、高齢者の特性を踏まえた終末期ケアについては明らかにされていない。多くの高齢者は病院で最期を迎えている現状から、質の高い高齢者医療施設において、終末期における高齢者の状態、特に苦痛について実態を把握することを目的として調査を行った。その結果から医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアの課題を見出す。

2003年10月から4ヶ月間に、高齢者高度医療専門病院の呼吸器、循環器および脳神経病棟において死亡し、入院1週間以上の75歳以上の高齢者について、看護師より情報を収集した。

得られたデータは35例であり、平均年齢は81.5歳、男性19名(54.2%)、平均在院日数は23.1日で、うち癌患者は14名(40.0%)であった。身体的苦痛は便秘(71.4%)、浮腫(66.6%)、呼吸困難と疲労感・倦怠感(45.7%)、疼痛(34.3%)の順に多かった。

入院時に混乱ありが16名(45.7%)、興奮あり9名(25.7%)であった。癌患者を有する患者と有しない患者を比較した結果、癌患者の苦痛が強いという結果は示さなかった。呼吸困難についても2群で同様の傾向を示しており、呼吸困難ありは全体で45.7%であった。酸素療法を実施していたのは82.9%であり、呼吸困難の訴えは酸素療法実施者の割合に比べ少なかった。入院時に認知障害ありが82.8%、意識障害ありは71.4%であり、認知に障害のあった人が多いことが呼吸困難の訴えを少なく捉えていたのではないかと考えられた。

高齢者は認知機能が低下してからの入院であったことから、入院早期の興奮や混乱への対応が重要である。さらに意識レベルが早期から低下することへの対応や、認知の障害のある高齢者の苦痛を把握する方法の開発が必要であることが示唆された。

キーワード：終末期、高齢患者、苦痛、病院

Key words : end of life ,geriatric patients , hospital , suffering

## Abstract

This study clarifies reality of health condition of geriatric patients in end of life, especially characteristics of suffering experienced by them in hospital providing advanced medical treatment and seeks high quality of care in end of life that will meet the elderly person's special needs. The research method is Univariate Descriptive Studies. Nurses were asked by questionnaire regarding diagnosis, health condition, pain, treatment, ADL, cognitive functioning, and mental status of patients over 75 years old and who had been hospitalized more than a week and died. The nineteen men and sixteen women studied had an average age of 81.5 and were hospitalized for an average of 23.1 days. Patients who suffered from cancer were fourteen (40%). "Constipation: 71.4%", "edema: 66.6%", "respiratory distress and fatigue /weariness: 45%", "pain: 34.3%" were recognized as physical pain. When admitting to the hospital, 45.7% of the patients confused and 25.7% of the patients were agitated. According to the result of research regarding terminal care for patients with malignant tumor, pain increased among cancer patients 48 hours before their death. However, geriatric patients with cancer did not have severe pain than non cancer these in this study. Patient experienced respiratory distress was the same in these two groups. Due to reduced consciousness, the suffering of elderly is not as strong. Therefore, only 45.7% experienced respiratory distress despite of an 82.9% rate of oxygen therapy. It is important to take care of geriatric patients with suffering related to their admission of hospital. When patients were cognitively impaired and unable to complain, it was often concluded that they were not incurring pain and distress. Development of care method in order to understand and treat suffering will be effective for geriatric patients in their end of life.

\*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

\*\*名古屋大学医学部保健学科 (Nagoya University, School of Health Sciences)

## I. はじめに

2055年には高齢化率が40.5%と予測されており、将来2人に1人が高齢者となる時代が到来する。それ故、高齢期に人生の最期をどのように締めくくることができるかは重要な課題となる。多くの高齢者は穏やかな死を望んでいる（厚生労働省医政局総務課,2006；水野,2002）が、必ずしも、多くの高齢者が望んでいる穏やかな死を迎えることができるわけではなく（上條,2000）、終末期医療の体制整備が進められているところである（厚生労働省医政局総務課,2008；日本病院協会,2008）。

緩和ケアやホスピスケアの普及により終末期ケアが少しずつ改善されてきてはいる（厚生労働省保健局,2008）が、その多くは癌患者の終末期ケアであり、加齢に加え、慢性的、複合的な疾病や徴候を抱え、生活機能の低下を伴い、自己決定が困難であるという高齢者の特性（Fisher et al,2000）を踏まえた、終末期ケアについては明らかにされていない。2000年、カナダの国家諮問委員会が、全ての療養場所に適用できる高齢者の終末期ケアガイドラインを作成している。このガイドラインは基本的な指針を理解する上では有用であるが、日本で活用するには限界がある。日本の現状に即した具体的なガイドラインの作成が必要であると考えられる。

現在、多くの高齢者は在宅ケアを継続しながら、入退院を繰り返し、病院で最期を迎えている現状（厚生労働省大臣官房統計情報部,2008）であり、医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアの充実是不可欠である。しかしながら高齢者が入院している医療施設においては、ホスピスケアプログラムを持たず、本人の意向に添った最期を迎えることが困難な状況が見られる（Ventafriida et al,2008；篠田,2005；上條,2000）。そして看護者も終末期の高齢者ケアに苦慮し、多くの葛藤を抱えている。医療施設における終末期医療については、延命医療への疑問や、看取りの場としての問題等が述べられているが、医療施設において終末期に高齢者がどのような経過を経て終末を迎えているのかについて具体的には明らかにされていない（村上,2005）。

本研究は医療施設における高齢者の特性を踏まえた終末期ケアプログラムを開発するため、第一段階として終末期の実態を調査する。質の高い高齢者医療を提供している医療施設における高齢者の終末期とはどのようなものであるのかについて、終末期における高齢

者の治療・処置、高齢者の状態、特に苦痛について実態を把握することを目的として調査を行った。その結果から今後改善する、あるいは介入の必要のある内容について明らかにする。本結果は療養型病床群や一般病院における高齢者の終末期ケアにおいても参考になるものと考えられる。

## II. 目的

高齢者高度医療専門病院における高齢者の終末期の苦痛はどのようなものか、看護師はどのような終末期を迎えていると認識しているのかその実態を調査し、高齢者終末期ケアプログラムを作成する際に対応すべき課題を見出す。

## III. 用語の定義

### 1. 終末期

一般的には日本老年医学会が「病状が不可逆かつ進行性で、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。

医療とのかかわりにおいては死亡に直接つながるような、身体的な問題が生じるようになった時期として「死亡直前期」として死亡の数日前からの1ヶ月前後と考えられている（上條,2000）。以上を踏まえ、最期の入院となる期間や、看護師が想起しやすい期間をも考慮し、本調査では死亡1ヶ月前以降を終末期と定義した。

### 2. 苦痛

苦痛とは症状に伴う身体的、精神的現象、状況、あるいは状態の変化である。本調査では看護師が観察や判断可能な終末期に生じやすい身体的、精神的症状を苦痛とした。霊的苦痛は把握が困難であるため除外した。

## IV. 研究方法

### 1. データ収集方法

死亡前1ヶ月から死亡までの治療、ケア、状態について、患者のカルテや看護記録を参考にしながら看護師が患者の死亡後1ヶ月以内に調査票に記載した。さらに看護師が認識していた患者や家族の終末期の状況について回答を求めた。

## 2. 調査内容

最期の入院前までの経過の概要、病名、症状、苦痛、治療、処置、看護、ADL、認知機能・意識レベルであり、さらに、安寧度、家族の苦痛・看取り満足度に関する看護師の認識について回答を得た。患者の認知機能は観察可能で簡便な柄澤式の「老人知能の臨床的判断基準」を用いた。褥瘡は2002年に日本褥瘡学会学術教育委員会が開発した評価表を使用した。なお、解析には統計パッケージSPSS.Ver15を用い基本統計量を算出した。

## 3. 分析対象患者

前年度に亡くなった高齢患者が多い病棟順に呼吸器、循環器、脳神経病棟の3カ所の病棟に入院した患者であり、2003年10月から4ヶ月間に亡くなった、75歳以上、かつ入院1週間以上の高齢者について、看護師より情報を収集した。

## V. 倫理的配慮

3病棟の看護師に文書を用いて研究目的と研究参加は自由意志であり、参加しなくても不利益は生じないこと、途中で研究協力を辞退しても構わない旨説明し、同意が得られた看護師に調査を依頼した。患者の情報は、受け持ち看護師が記載し、研究者は患者が特定できないように院内で匿名化された。匿名化された個人情報情報はフロッピーディスクに保存し、研究責任者が保管した。なお本研究は当該病院の倫理委員会で承認を得た。

## VI. プレテスト

記載方法の統一を図るためプレテストを行った。その結果、具体的な患者の苦痛や、状況が表現されなかったことから、症状・苦痛の項目に「死を看取る一週間」(柏木ら, 2002) や「Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)」、在宅ホスピスケアガイドライン 医療者用」(厚生省健康政策局・日本医師会, 1996)などを参考にして具体的な症状を書き加え、患者の観察・確認項目を詳細に設定した。終末期ケアを実施できる期間を考慮し1週間以上入院している人とした。

## VII. 結果

得られたデータは35例であり、呼吸器病棟28名、神経内科病棟5名、循環器病棟2名であった。性別は男性19名、女性16名であり、平均年齢は81.5歳、平均在院日数は23.1日であった。

### 1. 高齢者の疾患 (表1)

高齢者の疾患は複数回答の結果、肺炎が12名(34.3%)で最も多く、次いで肺の悪性新生物、慢性閉塞性肺疾患がそれぞれ10名(28.6%)を占めており、その他の悪性新生物が9名(25.7%)と続いていた。呼吸器病棟の高齢者が多かったため肺炎や慢性閉塞性肺疾患が1/3を占めていた。脳神経疾患ではALSや脳梗塞、パーキンソン病などがあった。そして、各々表1に示すように複数の疾患を有していた。

### 2. 主な治療・処置 (表2)

主な治療や処置については、輸液が1名を除いて34名に行われており、IVHの実施は25.7%であった。喀痰吸引が91.4%に実施され、酸素療法は82.9%の人に実施されていた。酸素カニューレに比べ、酸素マスクは高齢者の苦痛になることが多くあった。バルンカテーテル留置が45.7%になされており、鎮痛薬の使用は31.4%、麻薬の使用は8.5%と少ない傾向にあり、セデーション実施者も少なかった。

輸液量の推移を図1に示した。輸液量の平均値の推移をみると死亡14日前は1145.0 ± 406.5ml/日であったが、死亡1日前には933.9 ± 419.0ml/日になっていた。輸液量は1001 ~ 1500ml/日が最も多く、500ml/日以下が死亡2日前には2名から4名となり、輸液を中止する人が2名いた。しかし死亡前7日以降1500ml ~ 2000ml/日の人が3名いた。

酸素流量については、平均酸素流量は死亡14日前の5.5 ± 5.3 ℓ /mlから、死亡1日前には8.8 ± 5.1 ℓ /mlに変化しており、全体的に酸素流量が多かった。死亡前日には15.0 ℓ /ml以上が8名(22.9%)であったが、主にバイパップ(NIPPV)使用者であった。

### 3. 高齢患者の苦痛

入院時のADLは全介助が移動88.6%、排泄77.1%、おむつ使用57.1%、食事が摂取できない高齢者が77.1%であった。1ヶ月間にあった高齢者の身体的苦痛症状の中で最も多く見られた症状は便秘であり、71.4%に見られた。次いで浮腫が66.6%、呼吸困難と疲労感・倦怠感がそれぞれ45.7%、疼痛は34.3%と1/3にあった。その他口腔内乾燥、冷感、睡眠障害の順であり、悪心・嘔

吐や腹部膨満感は少なかった。褥瘡は7名(20.0%)にあったが、死亡時まであったものは2名であった。呼吸困難は45.7%にあったが、酸素療法を実施していたのは82.9%であり、酸素療法実施者は暫時増量するものが多かったにもかかわらず呼吸困難の訴えは少なかった。睡眠障害は20名(57.2%)に認められた。そのうち29日間と15日間の長期にわたり睡眠障害が持続していた2名は呼吸困難が強かった。吸引回数については、死亡7日前に吸引を行っていた人は26名(74.2%)であり、死亡48時間前では32名(91.4%)であった。その中で特に1日に10回以上の人が8名(22.9%)であり、閉塞性肺疾患等に肺炎を併発している人や、人工呼吸器装着の人であった。

看護師から見て高齢患者の最期が穏やかだったか否

かを尋ねた結果は、看護師が終末期を穏やかに迎えることができたと認識していた患者は42.9%であり、穏やかではなかったと認識していた患者は22.9%、不明が34.2%であった。

#### 4. 高齢患者の認知状態

入院時混乱ありが16名(45.7%)、興奮した人が9名(25.7%)と入院時に混乱を示していた。入院時の認知障害の程度については、認知障害なしが5名(14.3%)と少なく、「軽度から中等度」が10名(29.4%)、「高度」と「最高度」をあわせた障害の重度な人が19名(55.9%)と半数以上を占めていた。認知障害「軽度」は通常の家内での行動はほぼ自立しているが、同じことを繰り返したりミスが目立つようになる。「中等度」は知能の

表1 高齢者の主な疾患

疾患名	n=35	
	人	(%)
肺炎 *1	12	( 34.3 )
肺の悪性新生物 *2	10	( 28.6 )
慢性閉塞性肺疾患 *3	10	( 28.6 )
呼吸不全	3	( 8.6 )
その他の悪性新生物(肝腫瘍、膀胱癌) *4	9	( 25.7 )
神経性の疾患(ALS、脳梗塞)	6	( 17.1 )
心疾患(心不全、Atrial Fibrillation)	5	( 14.3 )
その他(腎不全、糖尿病)	7	( 20.0 )

複数回答  
合併症

- \*1 慢性閉塞性肺疾患(4人)、肺の悪性新生物(1人)、その他の悪性新生物(1人)  
心疾患(1人)、神経性疾患(1人)
- \*2 その他の悪性新生物(3人)、慢性閉塞性肺疾患(3人)、心疾患(1人)
- \*3 その他の悪性新生物(3人)
- \*4 腎不全(1人)、神経性の疾患(1人)

表2 主な治療・処置

治療・処置内容	n=35	
	人	(%)
輸液	34	( 97.1 )
IVH	9	( 25.7 )
喀痰吸引	32	( 91.4 )
酸素療法	29	( 82.9 )
酸素マスク	12	( 34.3 )
NIPPV	4	( 11.4 )
IPPV	1	( 2.9 )
バルンカテーテル	16	( 45.7 )
鎮痛薬	11	( 31.4 )
麻薬	3	( 8.5 )
輸血	1	( 2.9 )

複数回答

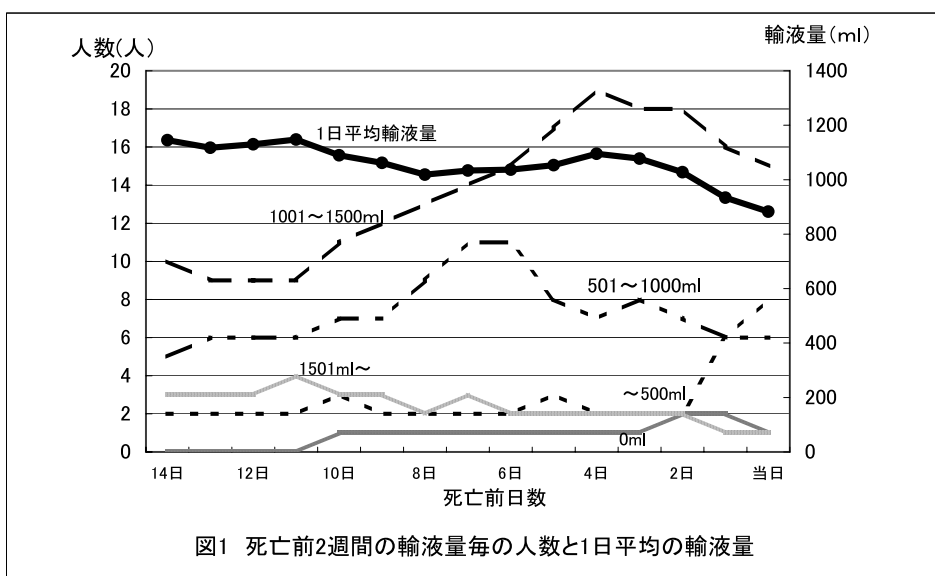


図1 死亡前2週間の輸液量毎の人数と1日平均の輸液量



低下のため日常生活が一人ではおぼつかず、助言や介助が必要となる。「高度」は日常生活が一人ではできず、失敗行為が多く目が離せない状態である。「最高度」は自分の名前を忘れ、身近な家族と他人の区別がつかない状態である。

認知障害と呼吸困難との関連については表3に示したように入院時に認知障害が高度から最高度の重度な人は認知障害なしから中等度の軽度な人に比べ、呼吸困難なしが有意に多かった (p=.036)。認知障害のある人に興奮や混乱が多い傾向があったが、統計的に有意ではなかった。

5. 癌患者と癌以外の疾患を有した患者の比較

癌患者は 14 名 (40.0%)、非癌患者は 21 名 (60.0%)

であった。最期の入院期間を両群で比較すると癌患者群は平均入院期間 (m ± SD) が 19.9 ± 4.1 日、非癌患者群が 26.1 ± 15.6 日であったが有意な差はなかった。苦痛については表4に示したが、入院時に疼痛がある人は、有意に癌患者に多かった。(p=.031)。

入院による治療にもかかわらず疼痛がみられたのは、癌患者では 2 名 (14.3%)、非癌患者 6 名 (28.6%) であり、両群に差は無かった。疼痛の程度も両群とも強くなかった。鎮痛薬の使用は癌患者が非癌患者に比べ多かった (p=.042)。呼吸困難のある率は両群に差が無く、約半数に見られた。

意識レベルについては、表5に示すように死亡3週間、2週間、1週間前までは癌患者が非癌患者に比べて意識レベルが高い傾向を示した (p=.051,p=.007,p=.055) が、

表3 認知障害と呼吸困難

		呼吸困難		p=.036
		あり n (%)	なし n (%)	
認知障害	なし～中程度	10 ( 66.7 )	5 ( 33.3 )	
	高度～最高度	5 ( 26.3 )	14 ( 73.7 )	

Fisherの直接確率法

表4 癌患者と非癌患者の苦痛・治療比較

	癌患者 n=14 (%)		非癌患者 n=21 (%)		p
	あり	なし	あり	なし	
苦痛 入院時の疼痛	8 ( 57.1 )	6 ( 42.9 )	4 ( 19.0 )	17 ( 81.0 )	p=.031
入院中の疼痛	2 ( 14.3 )	12 ( 85.3 )	6 ( 28.6 )	15 ( 71.4 )	
入院中の呼吸困難	6 ( 42.9 )	8 ( 7.1 )	10 ( 47.6 )	11 ( 52.4 )	
治療 鎮痛薬の使用	6 ( 42.9 )	8 ( 57.1 )	2 ( 10.0 )	19 ( 90.0 )	p=.042
セデーション	3 ( 21.4 )	11 ( 78.6 )	2 ( 10.0 )	19 ( 90.0 )	
モルヒネ使用	2 ( 14.3 )	12 ( 85.7 )	1 ( 5.0 )	20 ( 95.0 )	
酸素療法	12 ( 85.7 )	2 ( 14.3 )	16 ( 76.2 )	5 ( 23.8 )	

Fisherの直接確率法

表5 癌患者と非癌患者の意識レベルの推移比較

	癌患者 n (%)				非癌患者 n (%)				p
	0	I	II	III	0	I	II	III	
死亡前48時間	1 ( 7.1 )	1 ( 7.1 )	6 ( 42.9 )	6 ( 42.9 )	1 ( 4.8 )	6 ( 28.6 )	6 ( 28.6 )	8 ( 38.1 )	n.s.
死亡前1週間	6 ( 42.9 )	5 ( 35.7 )	3 ( 21.4 )	0 ( 0.0 )	2 ( 9.5 )	12 ( 57.1 )	4 ( 19.0 )	3 ( 14.3 )	p=.055
死亡前2週間	12 ( 85.7 )	1 ( 7.1 )	1 ( 7.1 )	0 ( 0.0 )	7 ( 35.0 )	9 ( 45.0 )	3 ( 15.0 )	1 ( 5.0 )	p=.007
死亡前3週間	13 ( 92.9 )	0 ( 0.0 )	1 ( 7.1 )	0 ( 0.0 )	12 ( 60.0 )	6 ( 30.0 )	2 ( 10.0 )	0 ( 0.0 )	p=.051

癌患者はn=14名、非癌患者の死亡前48時間と死亡前1週間はn=21、死亡前2週間と死亡前3週間はn=20である。意識レベルはジャパコーマスケール(JCS)による。意識レベル0=0 I=1 II=2 III=3 として算出した。Mann-Whitney検定

死亡 48 時間前では両群に差はなかった。癌患者は死亡 2 週間前までは意識の清明な人が 12 名 (85.7%)、を占めていたが、非癌患者では 7 名 (33.3%) であった。ADL については両群に差がなく、全介助が多かった。輸液量や酸素量についても両群同様の傾向を示していた。

## 6. 家族の看取りと苦痛 (表 6)

看取りに関する家族の受け止め方について看護師に聞いたところ、十分看取れた家族は約半数であり、心に何らかの悔いが残っている人は 8 名 (22.9%) だった。家族の苦痛として看護師が把握している例は少なかったが、介護疲れや患者の突然の悪化に対するショック、息苦しさや衰弱していく高齢患者を見守ることなどであった。衰弱していく高齢患者を見守る家族のなかには「無理に生かしているような気がする」と表現していた例もあった。

表 6 家族の看取りと苦痛(看護師の認識)

n=35	
項目	人 ( % )
<b>家族の看取り</b>	
十分看取れた	16 ( 45.7 )
悔いが残った	8 ( 22.9 )
熱心ではなかった	2 ( 5.7 )
その他	1 ( 2.8 )
無回答	8 ( 22.9 )
<b>家族の苦痛</b>	
介護疲れ	2 ( 5.7 )
高齢者の突然の死	3 ( 8.6 )
高齢者の辛い姿をみる	4 ( 11.4 )
無回答	26 ( 74.3 )

## VIII. 考察

本調査は呼吸器病棟の患者が 65.7% を占めており、呼吸器疾患を有する高齢患者の終末期の特徴が示されていた。高齢者の終末期は複数の疾患を有していることから複雑で予測がつきにくく、感覚閾値の変化から疼痛を感じにくいといわれているが、実証はされていない。これまで癌の患者の終末期についてはいくつか経過を追った研究が見られる ( 柏木ら, 2002 ; Ventafridda et al, 1990 ; Lichter et al, 1990 ) のでこれらの研究と比較しながら本研究結果の特徴を述べていく。

### 1. 高齢患者の苦痛

癌患者では ADL の低下が生命兆候の指標として重要であり、死亡 5 日前に急激に ADL の低下が認められた ( 柏木ら, 2002 ) が、高齢者ではすでに入院時に全介助

がほとんどを占めていた。従って高齢者の入院の場合には症状のコントロールに加え、日常生活への援助が非常に重要な要素を占めていることが理解できる。

輸液量については、死亡直前において 1500 ~ 2000ml/ 日の輸液を行っていた人が少数みられた。高齢者の場合には死亡数週間前の輸液量については、ほとんどの状況において 1000ml/ 日を超える量は必要ではなく、過剰な輸液に伴う体液貯留症状を生じないように調整することが重要であり、輸液量は控えたほうが苦痛は少ないとして 1 日 500ml 程度の輸液量で十分であると述べている ( 林, 2006 ; 柏木, 1994 )。高齢者の低下してきている心肺機能の負担になり、呼吸困難、浮腫などの増強をもたらす、苦痛を増すことが多いことや、自由な活動を制限し、家族を遠ざける ( 酒井, 1997 ) と述べていることから慎重に行うべきであると考えられる。

癌患者の調査 ( 柏木ら, 2002 ) では、患者の 75% に疼痛が見られ、特に死亡 48 時間前に疼痛が増強していたが、本研究の結果では、入院時の疼痛が 34.3% に認められるものの、治療によって 22.8% に減少していた。そして疼痛の程度は強くはなかった。呼吸器疾患を有している高齢者が多かったこともあり、疼痛よりも呼吸困難が苦痛として大きかったことに加え、高齢者は意識レベルが早期から低下していたことなどにより疼痛を把握しにくかった、もしくは高齢者自身が疼痛として感じていないことが考えられる。むしろ入院時の興奮、認知能力の低下、中期の呼吸困難や処置による苦痛への対応が求められていた。

さらには、入院時に認知障害のある人は 82.8% と多かったが、認知障害が重度の高齢者は軽度の高齢者に比べ、呼吸困難ありとは判断されにくいという結果であった。今回、呼吸困難を有した高齢者 45.7% のうち、酸素療法により酸素量を増加する必要があるにもかかわらず、呼吸困難があると認識されなかった高齢者が 20% 以上あったことから呼吸困難が把握されにくいことが理解できる。高齢者の意識レベルが低下していたことや、認知障害が重度なため、苦痛の程度が表現されにくかったことによると考えられる。呼吸困難があるにもかかわらず直接高齢者が苦痛を訴えない場合には疼痛や苦痛がないと看護師に判断されている例もあったと考えられる。モルヒネ等の麻薬の使用は 3 名のみと少なく、医師の判断でセデーションの実施が決定されていた。しかし看護師が、穏やかに最期を迎えられたと感じていた高齢者が半数以下であったことから、さらに積極的に苦痛を取り除く援助が求められて

いた。意識を回復した患者への調査から、意識が低下していても、聴力が残っていることや、疼痛があることも実証されている (McCaffery et al, 1999)。認知症や意識が低下している時には疼痛があっても表現できないことを理解し、個人の示している行動の変化を読み取りながらケアをおこなうことが求められる。落ち着きの無さ、意味のない四肢の運動、表情など身体で表現していることが多いことから、これらに注目して意識的に関わっていく必要がある。認知症高齢者においても苦痛スケールの使用が有効であることが実証されている (McCaughey, 1999) ため、これらの活用も有効であると考えられる。

## 2. 癌患者と癌以外の疾患を有した患者の比較

高齢者の場合には癌患者は他疾患を有した患者に比べ、入院時には疼痛のあるものが多かったにもかかわらず、入院中に非癌患者に比べ疼痛や呼吸困難が多いという結果は示されなかった。鎮痛薬の使用は癌患者への使用が非癌患者に比べ多かったことから、鎮痛薬によってコントロールされうるとも考えられるが、鎮痛薬を使用しない癌患者も半数以上あったことから、癌患者であっても疼痛そのものが強くない可能性が考えられる。癌患者は意識レベルが死亡1週間前頃から低下するものが多いことから、それ以前に苦痛の緩和や家族を含めたケアが重要となる。非癌患者の場合には呼吸器疾患であることもあり、意識レベルが早期から低下していることから、入院早期の興奮などへの対応や、意識の比較的明瞭な早期に本調査で示された苦痛等に対して積極的な対応が必要となる。認知症は癌患者、非癌患者ともに同様に多かったため、認知症のケアを行いながら入院生活における日常性の確保や苦痛の把握が重要と考えられる。

## 3. 家族の看取り

看取りに満足していたと考えられる家族は45.7%であった。樋口ら (2001) の、入院により亡くなった家族の55.1%が満足していた結果に比べ、やや満足度が低かった。樋口らの結果は本人が回答したものであり、本調査は看護師が推測したものであることを考えると概ね看護師が推測できていることを反映しているとも考えられる。悔いが残る例として、少数例ではあるが、苦痛が取れない場合や、抑制されること、治療による苦痛、延命治療に関することや、急変、介護疲れ等が示されたことから、今後家族ケアとして配慮すべき内容である。

## IX. おわりに

本調査の結果から、高齢者の終末期については、入院当初から日常生活の援助を通じた日常性の確保や、認知症がある場合には苦痛が把握され難く、入院時の興奮や混乱への対応が重要であること、高齢者は早期に意識レベルが低下するため早期の苦痛の軽減や家族を含めた終末期ケアを実施する必要があることが示唆された。以上高齢者のケアプログラムを作成する際に加えるべき新たな高齢者特有の視点を見出すことができた。今後これらの視点を反映するプログラムを作成していく予定である。

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。なお本研究は平成15年度科学研究費 基盤(c)の助成を受け実施したものである。

## 引用文献

- Coyle, N., Adelhardt, J., Foley, K.M. and Portenly, R.K. (1990): Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life, *J Pain Sympt Manage*, 5, 83-89.
- Fisher, R., Ross, M.M., Maclean, M.J., (2000) / 岡田玲一郎: 高齢者の end-of-life ケアガイド ときには治し、しばしば慰め、つねに癒す, 厚生科学研究所, 東京.
- 林章敏 (2006): ターミナルステージで医師のすることできること, 緩和ケア, 16 (5), 386-393.
- 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康他 (2001): 在宅療養高齢者の見取り場所の希望と「介護者の満足」に関連する要因の検討, 厚生指標, 48 (13), 8-15.
- 上條俊昭 (2000): 終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書, 1, 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構.
- 柏木哲夫, 今中孝信監修 (2002): 死を看取る1週間, 医学書院, 東京.
- 柏木哲夫 (1994): 老人医療とターミナルケア, からだの科学, 179, 71-75.
- 厚生省健康政策局・日本医師会監修 (1996): 在宅ホスピス・ケアガイドライン 医療者用 総合健康推進財団, 東京.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2008): 人口動態調査 死亡場所別に見た年次別死亡百分率 (平成18年) Retrieved September 9, 2008, from [http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2006/toukeihyou/0006067/t0134553/MC060000\\_001.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2006/toukeihyou/0006067/t0134553/MC060000_001.html)

- 厚生労働省大臣官房統計情報部（2008）：人口統計資料  
将来推計人口年齢構造に関する指標：2005～55年  
Retrieved September 5,2008, from  
[http://www.ipss.go.jp/site-ad/index\\_Japanese/  
population.html](http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/population.html)
- 厚生労働省医政局総務課（2008）：終末期医療に関する  
ガイドライン（たたき台）に関する意見の募集に  
ついて， Retrieved September 5,2008, from  
[http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0915-  
2.html](http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0915-<br/>2.html)
- 厚生労働省医政局総務課（2006）：終末期医療に関する  
調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方  
について－平成16年7月 厚生労働省医政局総務  
課.
- 厚生労働省保健局（2008）：「訪問看護療養費に係わる  
指定訪問看護の費用の額の算定方法」の制定等に  
ついて， Retrieved September 5,2008, from  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1c.pdf>
- Lichter I, Hunt E（1990）：The last 48 hours of life, J Palliat  
Care , 6（4）, 7-15.
- McCaffery M.& Pasero C.（1999）：PAIN CLINICAL  
MANUAL, Mosby, St. Louis.
- 水野敏子, 守屋治代, 浅川典子（2002）：高齢者の療養  
生活に関する意向, 平成13年度大東町調査報告書,  
43-48, 大東町福祉課・吉岡彌生記念館・東京女子  
医科大学看護学部.
- 村上國男（2005）：ターミナルケア・ガイド, 関西看護  
出版, 大阪.
- 酒井忠昭（1997）：在宅ターミナルケアの問題,  
Geriatric Medicine,（8）, 1097-1101.
- 篠田知子（2005）：アメリカの高齢者終末期医療制度  
の研究, 第12回ヘルスケアフォーラム講演録,  
134-140.
- （社）全日本病院協会（2008）：終末期医療の指針,  
[http://www.ajha.or.jp/about\\_us/activity/zen/  
071219\\_1.pdf](http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/<br/>071219_1.pdf)（2008/9/9）
- Ventafriidda V, Ripamonti C, de Conno F, et al.（1990）：  
Symptom prevalence and control during cancer  
patients' last days of life, J Palliat Care, 6（4）, 7-15.
- Ventafriidda V, De Conno F., Ripamonti C, et al;Quality-of-  
life assessment during a palliative programme. PDQ®  
日本語版（専門家向け）Copyright TRI All rights  
Reserved（2008, June,25）. Retrieved September 9,2008,  
from  
<http://mext-cancerinfo.tri-kobe.org/database/pdq/>