

# 認知症末期を自宅で看取ったエンド・オブ・ライフ・ケア

～「何かちょうだい」が口癖だったA氏を支えて～

社会医療法人河北医療財団 あい訪問看護ステーション

看護師 竹内 千恵

**【背景】**「高齢化社会の到来と慢性疾患患者の増大に伴い終末期ケアのあり方が模索されている昨今、誰もが安心して人生の終焉を迎えるためには、従来のがん患者の疼痛・症状管理に焦点化した『緩和ケア』や終末期に特化した『ターミナルケア』だけでは十分といえず、医療機関のほか、自宅、特別養護老人施設での看取りなど、地域における患者とその家族の生活に合わせた終末期ケア体制を確立する必要がある。」<sup>1)</sup>「エンド・オブ・ライフ・ケア（以下EOLCと省略）とは診断名、健康状態、年齢にかかわらず、(中略)生が終わる時まで最善の生を生きることが出来るように支援すること」<sup>2)</sup>

今回9年間関わった利用者が、認知症終末期を迎え、認知症の行動・心理症状（以下BPSDと略す）が強く、家族は持病が悪化し、在宅と病院での看取りの間で揺れていた。最終的には本人がいつも呼んでいる家族の傍にいたり「何かちょうだい」という食欲の希望を叶える為、自宅看取りを決意し、最期まで多職種で支援することができた。その過程に関わり、EOLCの視点から振り返る。

**【目的】**A氏・家族のEOLCを考察し、実践したケア内容を分析する。

**【方法】**事例を振り返りEOLCの文献と比べて考察する。

**【対象期間】**X年2月～7月

**【事例紹介】**80代。認知症等があり、X-9年8月訪問診療、訪問リハビリ・看護開始。その場の意思疎通は可能だった。就労していた家族と同居。家族の負担軽減の為、老健施設や病院のレスパイトを定

期的に利用。自宅では家族が朝昼の食事を準備し、訪問ヘルパーが朝・昼の食事介助等を実施。訪問看護は尿道管交換の為2週間に1回訪問。褥瘡の発症と治癒を繰り返した。新型コロナウイルス感染症が蔓延し、面会制限の為にレスパイトの利用を一時断念した。その後事情にて1度入院するも独語や大声を出す等BPSDが悪化。予定より早く退院。

いつも家族の名前と「何かちょうだい」と連呼。家族と食べ物を要求し家族が居ればゼリーやケーキ等を食べさせていた。

**【経過】**①X年2月全身浮腫や褥瘡が悪化。この時期は週1日で訪問。②3月中旬より、褥瘡処置のため、特別指示書の下に、医療保険にて週5日に訪問回数を増加し、褥瘡・家族ケアを実施。残りの2日は訪問入浴にて褥瘡処置を実施。褥瘡の悪化を防ぐため、訪問リハビリの介入でポジショニングの工夫・指導を実施。家族は身体・精神的に不安定で、自宅看取りの決意が出来ておらず、その都度家族の言動を傾聴した。③6月頃より発語が減少、経口摂取も低下、時々微熱があった。週5日の訪問看護は継続。主治医より「いつも家族の名前を呼んでいて、本人にとって家族と一緒に居られる自宅で看取ることが良いのではないかと幾度か提案があり。「本人にとっては家がいいですよ。苦しむところを見なければ頑張れると思います。」と家族が看取りを決意。④7月より苦痛表情出現、内服摂取困難があり、プロマゼパム等の坐薬が処方され、適宜使用。7月中旬、家族より「食べようとしなさい、どうしたらいいか」

と担当看護師に相談あり。咽頭喘鳴、吸引にて痰が中量あったため「経口摂取すると痰が増え苦しくなるので、無理して経口摂取しなくていいのでは」と返答。その言動に家族が混乱し、ケアマネジャー（以下CMと省略）に相談した。CMから看護師に連絡し、看護師から主治医に相談するよう提案した。主治医に相談したところ、「食べさせるかどうかは、家族に考えさせるように。」と指導有り。それを看護師がCMに返答し、家族にはCMから説明。その結果、家族から「やはり誤嚥のリスクがあっても、本人が食べたいと言ったら、食べさせたい。そこで熱が出たら仕方がない」との発言あり。経口摂取の継続をCM・医師・看護師・ヘルパー間で共有。その数日後、本人から「何かちょうだい」と訴えあり、スープを二口摂取できた。⑤翌日ヘルパーより連絡あり。看護師が対応し、家族が急いで仕事から戻った直後に息を引き取られた。

後日、主治医・CM・訪問ヘルパー・訪問看護師等とデスクカンファレンスを実施。家族の努力や思い、経験談を共有。最期まで経口摂取をする、自宅で看とることで揺れる家族への支援を、多職種が連携し、継続した結果、A氏らしい自宅看取りを実現できたことを共有した。

**【考察】**EOLCにおける死の時期を①終末期前期：X年2月～3月中旬②中期：3月中旬～6月初旬③後期：6月初旬～7月初旬④臨死期：7月初旬～中旬⑤臨終期：7月中旬に分け、各時期に必要なケアが出来たか振り返る。「終末期前期は痛みやその他の症状の緩和、介護負担への配慮」<sup>3)</sup>とある。経済的なことも考慮し、CMとも協議して、訪問回数を週1回に増回し、症状の推移や家族の体調・介護状況を把握できた。終末期中期から、医療保険で週に5日訪問に増回し、症状の観察・褥瘡処置・ポジショニングの改善と、家族の介護負担の軽減、本人や家族の言動を

傾聴した。終末期後期、自宅看取りへの医師の提案と、日々看護師が介入したことで、家族との信頼関係が構築され、精神的な安定が図られ、自宅で看とる決意ができたと考える。臨死期、家族より、食べられなくなったことへの不安表出に対し、担当看護師による「誤嚥性肺炎による苦痛を回避するために、経口摂取は無理にしない方が良い」との発言が、家族の混乱を招いた。「どうしたいのか」という家族の内面の思いに寄り添えなかったが、多職種の連携の力で、家族の混乱を解消できた。これがきっかけで、家族が、臨終期まで食べさせたいという思いを言語化して表出でき、その結果、A氏らしいEOLCが明確となり、共有し実現できたと考える。

**【まとめ】**長江弘子氏は、EOLCの特徴について「この視座で重要なのは『その人のライフ（いのち、生活、人生）に焦点を当てる』『家族とともに目標とする』ということである。」と述べている。<sup>4)</sup>「何かちょうだい」が口癖だったA氏のEOLCは、誤嚥性肺炎による身体的苦痛を回避することではなく、A氏の訴え、A氏を一番支えている家族の訴えに、耳や心を傾けることが重要で、それは最期まで食べたい思いを満たすことだった。このA氏らしいEOLCを実現できた要因は、A氏と家族の努力と多職種の連携の力だった。本人がいつも呼んでいた家族の傍で息を引き取ったことが、A氏の死と向き合う家族にとって慰めであることを切望する。

**【引用・参考文献】**<sup>1～2、4)</sup>長江弘子 看護実践に生かすエンドオブライフケア、日本看護協会出版会 第2版、2018、257p p2.4.5  
<sup>3)</sup>林ふり子他 患者さんと家族を支える End of Life ケア 照林社 2023年 223p 非がん疾患のエンドオブライフ・ケア (EOLC) に関するガイドライン作成研究班非がん疾患のエンドオブライフ・ケア (EOLC) に関するガイドライン 日経BP 2021年 143p