

特別養護老人ホーム（洛和ヴィラ桃山）での看取り

特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ桃山 医務室
 福間 誠之

【要旨】

特別養護老人ホームは日常生活に介護が必要となり、在宅では世話が出来なくなった高齢者が入所する施設で、入所者の多くにとって終の棲家となり、死亡診断書を書く医師があれば施設で最期まで看取る事が出来ます。特養医務室の常勤医師として12年間に114例の高齢者を看取った経験から、終末期を迎えた高齢者に必要な医療を考え、余命が永くないと判断した時点で家族に本人への積極的治療の効果が期待できないことを理解して頂き延命措置に関しての同意書を得ることが大切であることを強調したい。

Key words : 特養、高齢者、看取り、認知症、同意書

日本は2013年に65歳以上の高齢者の比率が全人口の25%を超える超高齢社会となり、年間の死亡者数も120万人を超え、2040年にはその数が170万人になると予測されている。統計によると死亡者の75.6%が病院で亡くなっているが、現状では今後の増加に対応できなくなることが予測され、在宅あるいは施設での看取りを進めるような施策として2006年の介護保険の一部改正により、特別養護老人ホームでの看取りができるようになった。特養の常勤医師として看取りを経験した事例から問題点を考えてみたい。

【特別養護老人ホーム（特養）】

特養は日常生活に常時介護が必要となり、介護力不足から在宅での生活が困難となった要介護3以上の人が入所できる施設で、現在多くの入所希望者が待機している状態である。特養の医師は常勤でなくてもよく、看護師は100床につき3人、介護職員は31人という基準が制定されていて、夜間に医療職はいない状態になる。2006年の介護保険法の一部改正で看取りのための重度化加算の要件として、専属の看護師を決め、24時間連絡が取れる体制をとり、看取りに関する指針を策定して、入所者または家族に内容を説明し同意を得ていて、個室を用意し、職員には研修をすることが求められている。これらの要件をみたし、さらに医師が

入所者の回復可能性は無くなったと判断した時に看護師、介護職員と共同してケアプランを立て、必要に応じて本人または家族への説明を行い、同意を得て看取りが行われた場合に一ヶ月を限度に看取り介護加算が算定でき、最期まで看取った時の加算が大きくなるように設定されている。

【洛和ヴィラ桃山での看取り】

社会福祉法人洛和ヴィラ桃山は1998年に設立され、入所定数は80床、ショートステイ20床、障害者施設20床、デイサービス、訪問看護、訪問介護、介護支援などを行っている。特養に医師1人、看護師4人、介護職員34人、理学療法士1人、管理栄養士1人が勤務していて、常勤医師が勤務するようになった2004年より施設での看取りに取り組んできた。

それまでは入所者が終末期になると関連病院へ搬送し、病院で最期を迎えていたが、2005年より施設で看取る事例が増えて、現在では本人・家族の同意が得られた場合は施設で最期を迎えるようにしている。現在、当施設の開設以来入所している入所者が2人、平均在所期間は5.3年、年齢は62～100歳、平均介護度は3.8となっている。

施設で看取った事例は2004年にはなく、その後2005年に2人、それから4人、10人、10人、15人、11人、11人、9人、18人、11人、2015年は13人で、家族の希望により病院へ搬

送されて亡くなる事例もあったが、末期になった高齢者は出来るだけ施設で看取るようにしてきた。12年間に施設で看取りが出来たのは114人で、施設で看取った事例の死因は老衰87、悪性新生物16、心疾患4、肺炎2、窒息2、脳血管障害1、腎疾患2であった。施設では検査ができないので臨床経過からの死因病名となる。入所者の多くには認知症があり、老衰に至る要因のほとんどは認知症で、死因を認知症として入所時の病名を基に分類し直し、悪性新生物の内訳もみてみると、認知症50、脳血管障害22、アルツハイマー病11、レビー小体認知症1、肺がん6、胃がん3、直腸がん1、大腸がん2、膵がん1、乳がん1、腎がん1、胆嚢がん1、心筋梗塞2、急性心不全2、窒息2、統合失調症2、肺炎2、ネフロローゼ1、腎不全1、慢性心不全1となる。

【認知症と老衰】

認知症の一つであるアルツハイマー病は進行性疾患で死に至る疾患であり、通常2～20年、平均8年で死を迎えるとされている¹⁾。施設入所の認知症高齢者はケアが良いためか長生きしているように感じられる。施設の利用者の多くは認知症があり、入所してからも次第に認知機能が低下して歩行ができなくなり、大小便は失禁、発語もなく、開眼することなく寝たきりの状態となり、食事は自分で取れなくなっても介助で嚥下はみられ、全介助による経口摂取となった状態で5年以上も経過している高齢者もある。認知症の経過は個人差が大きく、自分で食べられなくなって半年位で嚥下ができなくなり、全く水分・栄養を受けつけなくなると、1～2週間で枯木が倒れるように息を引き取る。英国では認知症の終末期で緩和ケアの対象となる目安として表1のような基準を紹介し、適合する人には終末期ケアの一つとしてリパプール・ケア・パスウェイが適応されるようである²⁾。

認知症高齢者は認知症の進行と共に身体各臓器の老化による機能低下が加わり死を迎えると考えられるが、最期はチェンストークス呼吸になって呼吸が停止する人や夜間に訪室した介護士と話を15分後に呼吸をしていないのを発見された場合もある。中には看取り期に38℃ぐらいの発熱、喀痰、咳嗽がみられ、解熱剤の内服により解熱して一時的に良くなり、1週間位で息を引き取ることもある。施設では検査ができないので確定診断はできないが、このような場合死亡診断書の死因は老衰とするのか、肺炎とする

のか、あるいは認知症とするのか迷う³⁾。家族は施設での死亡原因が老衰であることに納得しているようである。

表1 認知症末期 (Gold standards framework)

- | |
|---|
| 1) 補助なし歩行困難
2) 大小便失禁
3) 意味ある言語による意思疎通困難
4) 介助なしの着衣不能
5) バーテル係数3以下
6) 日常生活実施能力低下
に加えて以下の何れか1つ
a) 原因不明の6か月間に体重10%減少
b) 腎盂腎炎、尿路感染症
c) 血漿アルブミン25g/l
d) 重度の褥瘡(Ⅲ/Ⅳ期)
e) 反復する発熱
f) 経口摂取減少/体重減少
g) 誤嚥性肺炎 |
|---|

【救命救急と急死】

施設の入所者が急変した時に救急対応をする際、認知症末期の高齢者で救命の可能性が少なく、看取りの段階に入っているのであればそのまま施設で経過を見るが、その判断に困ることもある。心肺停止で発見された場合に看取りの同意書がない時は蘇生の可能性はなく肋骨骨折を生ずるだけであっても心肺蘇生術を施行しなければならない。認知症末期の高齢者が寝ている間に呼吸が停止しているのを発見して救急車で近くの病院へ搬送した時、心肺停止で蘇生に成功しなければ異状死として警察に届けられる。検視官から施設に入所して経過をみていたのであれば死亡診断書を書けないか問い合わせがあり、診断書を施設で記入した事例がこれまでに7例ある。これらの多くはあらかじめ延命措置に関する同意書が得られていれば、救急搬送せずに施設で看取りができた事例と思われる。食事中に急変して家族の希望でERへ搬送し、心拍は再開したがすぐに停止した96歳の高齢者もあり、医療の限界を予測するのは困難であり、あらかじめ家族の同意を得るのが難しい例もある。

延命措置に関する同意書(表2)を家族に説明して、その同意を得る時期の判断が難しい。余命6カ月と思われる状態になったところが適切と考えるが、認知症高齢者の末期判断が困難で余命の予測は難しい。比較的元気になっている時

表2 延命措置に関する指示・同意書

延命措置に関する指示・同意書

この指示書は入所者（ ）について医師より現在の状態の説明を受け、緊急時に救命可能性が少なくなった時の生命維持療法に関して同意します。

1. 基本的な希望（希望の項目をチェックして下さい）

- ①痛みや苦痛について 出来るだけ抑えて欲しい
自然にして欲しい

- ②終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設

2. 終末期になった時の希望（希望の項目をチェックしてください）

A.心肺蘇生術（CPR）：脈が触れず呼吸をしていない人

- 蘇生する（CPR） 蘇生をしない（DNR/no CPR）

B 心肺停止でなければ、次の指示に従う（脈を触れ、呼吸をしている人）

医学的介入：

- ①病院への救急搬送 して欲しい して欲しくない
②延命のための人工呼吸器 つけて欲しい つけて欲しくない
③抗生物質の強力な使用（静注） 使って欲しい 使って欲しくない
④胃瘻による栄養補給 して欲しい して欲しくない
⑤鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
⑥点滴による水分補給 して欲しい して欲しくない
⑦その他の希望（自由にご記載ください）

本人署名（ ）

家族署名（ ） 関係（ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

記載年月日 年 月 日

説明医師 医療機関名 特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ桃山 医務室

氏名 印

施設立会人 職種

氏名 印

には本人の年齢も関係するが、家族も看取りに同意するのが容易でなく、延命措置に関して、食べられなくなった時点で経管栄養をするか否か家族の判断を求めても、如何したら良いのか決断するのが困難なことが多い。以前は肺炎などで入院した時に胃瘻造設をうけることが多かったが、最近は無理な延命は希望しなくなっているようである。しかし水分も取れなくなったのであれば、せめて点滴注射をと希望する家族は多い。高齢者が何回か入退院を繰り返す内に、治療の限界を受け入れて施設での看取りに同意する家族もある。

【高齢者終末期医療】

施設に入所している高齢者は日常生活に介護が必要な人で、ほとんどの人は認知症を持っていて、自分の意思表示ができなくて末期になり、合併症を併発した時にどこまで治療をすべきか迷う。施設入所者は感染症予防法による毎年胸部X線検査を受け、検査で肺がんが発見されることがある。家族に相談して精密検査を受けても積極的治療を望まないのであれば、そのまま経過を見ることになる。入浴の介助をしていた介護職員が入所者の皮膚が黄色いのに気づき、病院を受診して検査で膵臓癌が発見され、内視鏡下にステントが挿入され、黄疸は一時軽快したが6か月後に87歳で死亡した事例や、脳梗塞後の右片麻痺と失語症の入所者が何回か腸閉塞の症状で受診し検査でS字結腸がんが見つかり、人工肛門造設で元気になり施設で4年ほど過ごして79歳で最期を迎えた人もある。高齢者の癌末期患者は痛みの訴えも少なく、特に医療的介入の必要なく看取りが可能な例も多いが、本人は施設での看取りを希望していても最期に痛みのため緩和ケア病棟に入院した肝臓がん末期の93歳の人もあった。

認知症の入所者が発熱で病院を受診して肺炎、尿路感染など感染症の診断で入院すると身体拘束を受けて点滴注射による治療を受け、よくなれば2週間ほどで施設に戻ってくる。再三感染症を繰り返し、認知症もさらに進行して末期となり看取りの同意書があれば、感染の疑いがあっても、解熱剤など対症療法で最後を看取することもある。100年ほど前にW.オスラーは「肺炎は老人の友達である」という言葉を残し、「高齢者の肺炎はいかようにも救命し難いものであり、また安らかな死をもたらすクロロフォルムのようなも

のである」とも言っている⁵⁾。

オランダではナーシングホームに入所している認知症末期の患者が肺炎を併発したとき、医師は積極的な抗生剤による治療をひかえる選択もあり、2002年の調査では23%の患者は治療を控え、積極的治療は69%で、8%は緩和的治療であったと報告し、肺炎の合併は患者が自然死への機会ととらえる考え方も紹介されている⁶⁾。

認知症の末期に経口摂取が困難となった高齢者が誤嚥性肺炎で入院すると、経管栄養になってくることが多かったが、最近では減ってきているようである⁷⁾。

KellerとRockwood (2013) は高齢者の終末期医療にFrailty (虚弱性) を顧慮して、これが高度になれば積極的な治療よりも緩和医療に重点をおくことを提案している⁸⁾。

【看取り期の判断】

高齢者が施設に入所し、時間の経過と共に老化が進み、自分では何も出来なくなり全介助となるが、看取りの時期の判断は難しい。多くの慢性疾患を持っている人や、個人差も大きく、施設では検査もできないので日常生活の観察の中で判断しなければならない。次の様なことを参考にし、総合的に判断する必要がある。

①自分で食事ができなくなり介助が必要となる、②歩けなくなる、③大小便は失禁状態、④発語が少なく、会話ができなくなる、⑤活気がなくなる、⑥嚥下が困難となる、⑦体重が減少する、⑧褥瘡になりやすくなる、⑨短期間に入退院を繰り返す、⑩ベッドで寝ている事が多くなる、⑪手足に浮腫がみられる、⑫感染症(誤嚥性肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎など)を繰り返す、⑬喀痰が多くなる、⑭椅子に座れなくなる、⑮手足にチアノーゼが見られる

【本人の意思と家族の同意】

施設で看取りを行う場合には本人あるいは家族の同意が必要であるが、入所者の多くは認知症を持っていて、本人の意思を確認することが出来ない場合が多い。入所した時に終の棲家となる人が多いので家族に終末期医療に関しての意向(表3)を尋ねるようにしているが、本人がまだ元気であり自分で食事ができるような状態では終末期のことに関しては分からないという回答が多い。入所後時間を経過して認知症の末期と考えられる状態(表1)となった頃に家族と面談して、アルツハイマー病も癌と同じように死に至

る病であり、末期となっていることを説明し、「延命措置に関する指示・同意書」(表2)に署名をもらうようにしている⁴⁾。中には本人が尊厳死協会のリビングウイルを持っている利用者、あるいは以前に新聞に出ていたリビングウイルを写して署名をしていた人もあったが、ほとんどは家族の同意になる。

利用者によっては入所してきた時点でキーパーソンは元気であったが、入所期間が長くなるとキーパーソンが先に亡くなって、いとこや血縁のない人に代わり、全くいなくなる人もあり、そのような場合に看取りの同意書を誰にもらえばよいのか困ることがある。施設では入所者を決める際に外部から地域の民生委員に入ってもらっているの、委員会で看取りの同意に関して検討できないかきいたことがあるが、同意は得られなかった。入所者によっては成年後見人がついている場合もあるが、延命措置に関する指示・同意書には署名はもらえないので困る事もある。

【特養で医師の役割】

特養の設置基準では医師は常勤でなくてもよいことになっているが、医師の役割についてまとめてみたい。

①入所者の健康管理

介護を必要とする高齢者は幾つかの慢性疾患を抱えて終末期を迎え、時には発熱、痛み、発疹などで、病院受診が必要か否かの判断しなければならない。終末期になり積極的治療の効果があまり期待できない状態であれば対症療法で経過をみることもある。

②死亡診断書作成

入所者の日常生活状態の経過を見ていれば、終末期になり余命の予測も可能であり、死亡を確認すれば死亡診断書を作成することができる。しかし比較的元気になっていた入所者が急変した場合には施設では検査ができないので、救急搬送しなければならない。夜間に亡くなった時には出来るだけ早く死亡を確認して死亡診断書を書くようにしている。

③入所時に本人・家族の終末期の意向確認

新たな入所者が入所する時に特養は終の棲家となることが多いので、本人と家族と一緒に今後の施設での生活と最期を迎える場所、終末期の医療について何を希望するか尋ねる。延命措置に関しても家族と共に考え、でき

るだけ本人の意思を聞くようにしている。

④看取り期の判断

日常生活の介助をしている介護士や看護師からの情報を得て、入所者の食事が入らなくなり、寝ている事が多くなると終末期に近い事が予測されて看取り段階になったと判断して家族に連絡を取り「延命措置に関する指示・同意書」について説明して署名を貰う。

⑤末期状態と医療の限界を家族に説明

老衰の進行した高齢者への医療効果は期待できないこと、終末期の点滴注射は本人には負担をかけることになるのを家族に理解してもらうことが必要である。

⑥診断書（介護保険主治医意見書、成年後見制度診断書）

施設入所者の介護保険のために定期的に主治医意見書を書かなければならない。時に本人が認知症のために判断が困難な場合に成年後見制度の診断書が求められる。

⑦病院受診の紹介状

入所者が初めて病院を受診するとき紹介状を書く必要がある。

⑧施設内委員会（感染対策、安全対策、食事サービス、褥瘡予防、身体拘束対策、入所判定、人権擁護）

施設には種々の委員会が設置され、定期的に開催されて医師の出席を求められるものも多い。

⑨職員教育（看取り、感染予防）

施設に勤務する職員に対しての教育を分担しなければならないこともある。看取りをした後にカンファレンスを持ち、自分たちの行ってきたことを振り返りから次のケアに繋げることが必要である。

【参考文献】

- 1) Volicer L. & Hurley A. 村井淳志 監訳：重度痴呆性老人のケア 終末期をどう支えるか。医学書院 2000年 9-26頁
- 2) Pace V et al, 武田雅俊 監訳：認知症の緩和ケア—診断時から始まる患者と家族の支援。新興医学出版社 2015年93-94頁
- 3) 今永光彦：死亡診断書の死因の書き方。日本医事新報 4811号61-62 2016
- 4) 福岡誠之：高齢者終末期プラン。洛和会病院雑誌 2014：25：1-6
- 5) Esther-Lee Marcus et al：Clinical Infectious Diseases 2001：1697-70

- 6) van der Stern JT et al : Arch. Intern. Med 2002 162 : 1753-60
- 7) 会田薫子：延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃瘻の医療倫理。東京大学出版会 2011年 147-215
- 8) Keller K. et Rockwood K : Frailty in older adults : Implications for end-of-life care. Clev.Clinic J. Med. 2013 : 80 : 168-174