

高齢者施設における看取り

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】

超高齢社会を迎えた日本では年間の死亡者数が134万人を超え、さらに予測される増加に病院だけでは対応できないと考えられ、在宅あるいは高齢者施設で看取りをする必要性がまし、対策が採られている。特別養護老人福祉施設での経験をもとに問題点をまとめてみた。

Key words : 高齢者施設、事前指示書、延命措置に関する指示・同意書、POLST

【はじめに】

1950年ごろまでは80%の人は人生の最後を自宅で迎えていたが、次第に入院して亡くなる人が増え1977年を境に病院の方が多くなり、1990年には全死亡数の80%を超えるようになった。2004年に年間死亡者数は100万人を超え2017年には134万人となり、今後さらに増加して、病院だけでは対応し切れなくなると予測され、在宅あるいは施設での看取りを進めるような政策がとられてきた。特別養護老人ホームの医務室に勤務して高齢者の看取りに立ち会い、家族の気持ちは複雑でさまざまな対応が必要であると考え、これまで経験してきたことを紹介してみたい。

1. 特別養護老人ホーム（特養）

介護老人福祉施設は介護保険法に基づいて、介護保険が適用される介護サービスを手掛ける施設で、これらの施設は老人福祉法に基づく市町村による入所措置の対象施設となっていて、特別養護老人ホーム（特養）と呼ばれる。介護を必要とする人が家庭の代わりとして暮らすことのできる公的な施設で、介護保険が適応され、自己負担額が比較的安い介護施設となっている。そこでは施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介助その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。本人に必要な医療は高齢者医療保険が適応され、入所前の医

療は継続的に受けられる。老人保健施設（老健）では医療費も介護保険に含まれるため高額医療を受けるのは困難となる場合がある。

2006年から以下の条件をみたせば看取り介護加算が算定できるようになった。すなわち重度化対応加算を算定している施設で ①常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定め、②24時間連絡体制を確保し、必要に応じて健康上の管理を行う体制の確保、③看取りに関する指針を策定し、入所者または家族に内容を説明し、同意を得ている、④看取りに関する職員研修を行う、⑤看取りのための個室を確保、となっている。

在宅で訪問介護・看護やショートステイなど利用して生活している高齢者が、介護をする人も限界となり施設への入所を希望することになる。入所するために本人は介護保険の要介護度3以上の認定を受けていることが必要である。各施設では申込者の中から入所者を決めているが、入所判定は外部の人（地域の民生委員）の入った入所判定会議で、本人の介護必要度、家族の介護能力度、経済状態などを参考にして判定し順番を決めるが、当施設では待機者が200人～300人もあるので入所を希望してもすぐには入れない。

2. 事例

80歳後半の男性、肝転移を認める直腸がんのため人工肛

門を造設、前立腺がんも認め、10年ほど前に脳梗塞、心臓弁膜症と言われたという。長男は遠方に住んでいて、妻と2人で階段を上らなければならない2階に住み、訪問看護・介護を受けていたが、妻が世話をするのが困難となり入所してきた。これまで受けてきた医療に関する詳しい情報はなく、妻の話が主で、本人に聞いても妻が先に答える。入所時に本人と妻に医師、看護師、栄養士、理学療法士、介護士、相談員が集まって、入所後のことについて話し合った。本人も妻も進行がんであること、自宅で生活が出来なくなったことは理解して、延命措置は希望しないということで意向確認書に基づいて、本人の意向を尊重しながら、チェックを入れてもらい、本人と妻の署名、捺印を頂いた。

3. 入所時の対応

入所が決まって入所するときはできるだけ本人と家族も一緒に、入所してからの生活について話し合い、「意向確認書」¹⁾を記入してもらうことにしている。特養は自宅で介護が出来なくて入所してくるので、よくなって自宅に帰ることはなく、終の棲家となるのが一般的であるが、入所してきたときに亡くなることまで考えている家族はほとんどない。施設に入所する前にあらかじめ誰もが迎えなければならぬ死について考え、どのような最期を望むのか本人も含めて家族で話し合っておくことが必要である。

家族にしてみれば高齢者が年を重ねていくとどうなるか予測し難く、認知症末期にどのような状態になるか想像ができない。経過とともに自分で自分のことが出来なくなり、食べるのも困難で、嚥下が出来なくなることを説明するがなかなか理解してもらえない。説明しても実感として感じなければ、経管栄養をするかどうかについても判断ができないようである。本人がまだ元気にしていて、自分で食事が取れているような状態のときに終末期にどのような医療を希望するか意見を求めても分からないと答えることが多い。

4. 事前指示書 (Advance Care Planning) (ACP)

2018年に厚生労働省が公表した終末医療指針「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」のなかでも終末期にどのような医療を希望するか本人の意見を書面で残しておく事前指示書を勧めている。事前指示

書は本人の死生観やどのような最期を望むかなどを基に終末期の医療に関しての要望を書面にするものである。

新たに施設に入所してきたほとんどの人は人生の最後まで過ごすことになるので、これから先の将来のケアに関して計画を立てるためにはその人の健康状態、病歴、既往症など身体的情報が必要であるが、多くの人は長期療養病棟や老健施設からきて、本人の現在の状態やこれまで受けてきた医療に関するデータなど詳しい情報が少ない。当施設では入所後に関連病院で一応全身的なチェックをお願いしている。

癌を含め慢性疾患の終末期の経過に関する医学的資料があまりなく、これまでの医学教育では疾患の診断・治療に関しては教育されてきたが、疾患がどのような経過で終末期を迎え、それらに対する対応に関する情報はなかった。今後、癌を含め慢性疾患の終末期、老衰に併発した疾患に対する医療の費用効果も含めたデータが必要であると思う。

5. 生命維持治療に関する医師による指示書

《Physicians Order for Life-sustaining Treatment (POLST)》

1991年に米国のオレゴン州で実施されるようになった制度で、余命が1年以内と推定される終末期の患者が、病態急変時に心肺蘇生を含むすべての応急処置を行い病院へ搬送されることのないような法制化が行われた²⁾。医療専門職により1年以内に死亡が予測されるような重症・進行性疾患に罹患している人に、本人の願望を確認して、急変時の措置に関しての指示を書面で示すものである。これには本人の意思があまりとり入れられず医療関係者だけの判断になる可能性があり、反対意見もある。我々の施設ではこれを参考にして、本人あるいは家族の意向を含めて次の「延命措置に関する指示・同意書」を作成して使用している。

6. 延命措置に関する指示・同意書

入所者が自分で自分のことが出来なく、食事も入らなくなり余命が数か月と予想される頃に家族と面談して「延命措置に関する指示・同意書」¹⁾を説明することになっている。このような状態になった時には認知症が進行していて本人の意思を確認することはできないことが多いので、日常生活の中から推定するようにする。家族も本人の衰弱が進行して終末期が近づいていることは認めても医療的処置をし

ないでおくことに抵抗感があるようである。また現在の状態を見ながら終末期の状態を想像することが難しく、その様なきにどこまで医療をするべきか考えられないようである。

呼吸停止で発見されたときに心肺蘇生術をするか、急変時に病院へ搬送するかを確認し、延命措置を希望しない患者は救急車で病院へ搬送することのないようにしている。とりあえず病院へ搬送して欲しいという家族もある。人工呼吸器の装着については希望することはほとんどない。経鼻経管栄養あるいは胃瘻造設を希望するかについて認知症末期の高齢者ではこのような経管栄養をしても自分で食べられるようになる可能性はない。せめて点滴注射はして欲しいと言われることが多いが、末期状態の患者ではかえって水ぶくれになることを説明している。

7. 楽しみ介助食 (Comfort feeding Only) (CFO)

Palecekら³⁾は2010年に介助による経口摂取を栄養補給ではなく、食べる楽しみを目的とするComfort feeding only (CFO)を提案し、認知症末期に自力で経口摂取が出来なくなった時に、家族や介護者が経管栄養をするか否かの決断をするときの選択肢としている。高齢で認知症の末期になり自分で経口摂取ができなくなるのは自然の経過であり、如何に栄養補給をしても体重減少は防止できないと考えられ、食事の目的を楽しみとすれば、介護者も本人の食べ具合に合わせて量を加減でき、注意深いケアとなる。家族にとっても寝た切りになった高齢者に何もしないのではなく、食事の席に着かせ、介助により本人が受け入れるだけを経口摂取で摂る手厚いケアを受けることになり、味も匂いも感じることはない経管栄養をしないことに納得できるのではないだろうか。

病院に入院した高齢患者の急性期に自分で食事ができない間は経管栄養が行われ、認知症の患者はチューブを自己抜去しないように身体拘束が必要となる。治療を終えて施設に戻ってきた患者への経管栄養の注入は医療行為であり、介護士はできないので、看護師が勤務している時間内に終えなければならない。経鼻経管栄養チューブは1カ月毎に交換して確認のためにXP検査をしなければならないので、施設で継続は困難となる。

8. 終末期医療

高齢者の終末期医療に関しては慢性疾患も多く、そこに老衰が加わり個々の事例で異なると思われる。90歳を超えた認知症の患者に胃がんが見つかり、家族も積極的治療は望んでいなかったが、発熱が続くため受診した際、高度の貧血を指摘され輸血をすることになった。血液は献血者の好意によって提供される貴重なもので薬剤とは違い、適応は慎重にすべきではないだろうか。輸血によって改善される症状と病気の予後などを考慮しなければならない。以前にも高度貧血の患者に輸血を繰り返して亡くなった高齢入所者があったが、輸血のために病院へ行くのが却って負担になるようにも思えた。状態によっては高度貧血で終末を迎えても本人の苦痛は少ないのではないだろうか。

9. 生命維持治療に関する裁判

米国では生命維持治療の中止を求めて裁判が行われているので参考のため紹介する。

①アン・カレン・クインラン事件⁴⁾

1975年4月にアン(21歳)は友人とのパーティで意識を失って倒れ呼吸不全に陥り救急搬送された。人工呼吸器を装着されたが意識の回復はなく、5カ月を経過して両親は人工呼吸器の取り外しを求めたが、病院医師は応じなかったために、裁判所の判断を求められることになった。1976年1月ニュージャージー州最高裁の判決では死ぬことのできるプライバシー権を認め、人工呼吸器は外されたが、自発呼吸でその後9年間経管栄養を受けてナーシングホームで過ごして1985年6月11日になくなった。この事件を受けて1977年にカリフォルニア州では自然死法(Natural death act)が成立している。

②ナンシー・クルーザン事件⁴⁾

1983年1月自動車を運転中に道路わきの溝に転落して、救急隊が到着したときは心肺停止の状態、心肺蘇生術を受けながら病院へ搬送された。自発呼吸は戻ったが意識の回復はなく、昏睡状態が3週間続いたあと持続性植物状態の診断をうけた。1988年に両親は回復の可能性はなく経管栄養の中止を求めたが、病院側は拒否したため裁判所の判断が求められた。米国最高裁判所で死と死に行く過程についての最初の決定がなされ、判断能力のある患者には治療を受けない権利があることは認めるが、明

確な本人の意思表示がなかったため却下され、再度ミズリー州の裁判所で審議された。新たに本人がカレンのような状態では生きていないと話していたことを証言する友人が現れ、経管栄養は中止されて人生を終えた。この事件のあと1990年に患者自己決定法（Patient self determination act）が成立している。

③テリー・シャイボ事件

1990年2月自宅で心肺停止状態を発見され、救命救急措置により自発呼吸は再開したが、意識の回復はなく3カ月後に持続性植物状態の診断を受け、いろいろの治療が試みされたが、意識の改善はなく、1998年に夫は以前に本人がこのような状態になった時は生きていたくないと話していたことがあり経管栄養の停止を裁判所に求めた。2001年4月にチューブの取り外しが認められたが、本人の両親は中止に反対する裁判で再びチューブ栄養が継続された。2005年3月に最終的な中止の決定で18日に中止し31日に死亡している。2005年には英国で精神能力法（Mental Capacity Act）が成立して、自分で自分のことが決定できる間に、事前指示書を書くことを勧めている。

10. 延命措置を希望しない条件

日本には終末期医療に関する法律がなく、延命措置をしないことで訴えられる可能性があり、人工呼吸器や経管栄養がつづけられている。これまで家族に延命措置に関して説明をして、どのような場合に延命措置を希望しないか挙げてみた。

①本人の年齢

施設に入所している100歳を超えて毎週のリハビリテーションで歩くのを楽しみにしている人もあり、年齢だけでは末期状態と考えられないが、一般的に日本の平均寿命である、女性で88歳、男性で80歳を超えると受け入れやすいのではないかと思う。

②意思疎通

認知症の末期には意思の疎通はなくなり、家族の判別もつかなくなり、本人の意思を確認することはできなくなる。脳血管障害による意識障害が回復せずに遷延性意識障害（持続性植物状態）のため経管栄養で施設に入所して20年経過して80歳を超える高齢になり、どこまで積極的な治療が必要か判断の困難な例もある。

③悪性疾患（がんなど）の合併

認知症の末期になって発熱などで病院を受診して肺癌が見つかることがある。家族も癌の疑いがあると聞かされると末期状態であることを受け入れやすいのか、何かあるとすぐに病院受診を希望していた家族が延命治療はしないことを受け入れたこともある。

④繰り返す感染症

高齢者は肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎などを発症することが多く、入院して治療を受けても、再三繰返すようになり、衰弱が進行して治療の限界となる。施設で感染症が疑われても家族の同意があれば受診せずに、手元にある薬剤を使用して経過をみることもある。

⑤全身衰弱

年齢とともに全身の衰弱が目立ち老化現象が明らかになった状態をみれば家族も納得するようになるが、元気にしてきた高齢者は外見からは分り難いこともある。日常生活の介助をしている介護士が衰弱に気がつくことが多く、それらの情報を元に家族に説明する。

⑥本人の想い

高齢で入所している利用者の中には85歳を越えても自分が次第に衰えていることを受け入れられない人もある。歯が痛いので病院で抜いてもらえればしんどいのも良くなると思いい病院歯科を受診したが、リスクが大きく抜歯の適応で無いと判断されている。

⑦医療の限界への挑戦

病院へ行けば何とかなるのではないかという過剰な期待を持つ家族もある。現在の状態から判断して回復の可能性は少ないと考えても、施設では検査もできず経過からの判断になるので理解を得難い。

⑧年金受給者

入所者の年金をあてにして住宅ローンを返済している家族にとって本人が活着していることが必要で、何かがあればすぐに病院へ搬送を望まれたこともあった。

⑨兄弟姉妹間の考えの差

姉妹の間で考え方の差があり、感染症はできる限り治療することを望んでいる妹と積極的な治療は限界と考えている姉との間で調整が困難なこともある。

⑩意識がしっかりしている入所者への看取りケア

70歳後半で介護度も低く、家庭の事情で以前から入

所している男性に、終末期医療について話をしたときに「延命措置は希望しないが、救命はして欲しい」と言われた。

⑪医療費の削減

無駄な延命措置は医療費の高騰を招くだけで批判の対象となるが、費用削減のために延命措置をしないとすると抵抗もある。医療行為が無駄であるか否かの判断はあくまでも本人にとって利益があるか否かを第一に考慮しその処置が終末期の患者の苦痛緩和にならないのであれば無益な措置となる。

⑫医療の目標

全身衰弱が加わり寿命が近いと考えられる時の医療の目標は延命でなく安らかな死を迎えることになり、本人にとって苦痛となることは出来るだけ除去する緩和医療が主体となる。

⑬話し合いの場

誰もが迎えなければならない人生の終末期について、

本人や家族と医療関係者が話し合う機会は少ない。高齢者が病院へ入院する時や高齢者施設に入所する時は一つの機会であると考えられる。

【参考文献】

- 1) 福間誠之：高齢者終末期医療と同意書。洛和会病院医学雑誌2011：22：43-49
- 2) Brugger, C. et al : The POLST paradigm and form : Facts and analysis. The Linaevre Quarterly 90 (2) : 103-138 2013
- 3) Palecek EJ, et al : Comfort-feeding only : A proposal to bring clarity to decision- making regarding difficulty with eating for person with advanced dementia. J.Am. Geriatr.Soc. 2010 : 58 (3) : 580-584
- 4) グレゴリー・E・ペンス著、宮坂道夫、長岡成男 訳：医療倫理1：41-59 2000年 みすず出版、東京