

高齢者終末期医療と同意書

特別養護老人ホーム洛和ヴィラ桃山 医務室

福間 誠之

Palliative medicine for elderly and advance care planning

Special Nursing Home for the Elderly Rakuwa Villa Momoyama Medical Room

Seishi Fukuma

【要旨】

日常生活で常に介助が必要となり特養に入所している高齢者は幾つかの慢性疾患をかかえ末期となったときにどのような医療を提供すべきか判断に迷うことが多い。

特養に勤務して6年間に100名あまりの死亡退所者を経験して、高齢者の終末期医療を考えるときに家族の同意の重要性を痛感し、高齢者本人の意思を確認できる間に看取りに関して家族と共に考え、利用者の希望する終末期医療に関する同意書を作成することが望ましく、利用者・家族および介護者にとって満足できる施設での看取りも可能となる。

【Abstract】

Majority of people who live in special nursing home for elderly suffer from advanced illness and sometimes will have acute symptoms, such as fever, unconsciousness, or vomiting. If prognosis is poor, palliation of symptoms and enhancement of comfort may be more important to the patient than the application of burden-some interventions directed at life prolongation or cure.

Advance care planning focuses on the process of communication, negotiation, and formulation of contingency plans among dying patients, family members and care providers, and are expected to reduce futile medical treatment for elderly patients who are end-stage of chronic illness.

Key words : 高齢者末期医療、看取り同意書、特別養護老人ホーム、延命措置、終末ケアプラン

Geriatric palliative medicine, advance directive, special nursing home for elderly, life-prolong treatment, advance care planning

2007年に65歳以上の高齢者が総人口の21%以上を占める超高齢社会となった日本では、2040年には年間の死亡者数が166万人になると予測され、これは現在の約1.5倍となり、すべての終末を病院で対応することは不可能と考えられて在宅あるいは施設での看取りができるような施策が行われようとしている。

日本人の死亡原因の約三分之一を占めるがん患者の終末期医療については2007年に施行されたがん対策基本法のが

ん医療の均てん化の促進のなかで、がん治療の早期から積極的に緩和医療も参加するようになっているが、多くの慢性疾患を抱えた高齢者の末期医療に関しては特別な指針もなく、急変時の対応に問題があるのではないかと思う。

【特別養護老人ホームでの看取り】

特別養護老人ホーム（特養）は日常生活に介助が必要となり介護保険で要介護度1以上の認定を受けた高齢者が入所

し、ほとんどの人はここが終の棲家となり、多くの高齢者は幾つかの慢性疾患を抱えて医療の継続を受けているが、発熱などの急変時には救急患者として病院を受診し治療を受け、最期は施設で看取りをすることになる。

洛和ヴィラ桃山は1998年に設立された社会福祉法人洛和福祉会の経営する定数80人の特別養護老人ホームで、現在入所している利用者の平均年齢は87.0歳、平均介護度は3.8、平均在年数は5.3年となっている。死亡退所者は施設配置医師が常勤で医務室に勤務するようになった2004年が9人、05年が16人、06年は12人、07年は24人、08年は13人、09年23人で合計97人あり、施設で看取った利用者は2004年0人、05年2人、06年5人、07年14人、08年は10人、09年18人合計48人（49.5%）あり、年々施設での看取りの比率が高くなっている。

病院で死亡した人の病名は肺炎21、心不全5、老衰4、心筋梗塞3、脳血管障害3、悪性新生物5、敗血症2、急性膵炎1、急性腸炎1、窒息1、解離性動脈瘤1、イレウス1、多血症1の49名。特養で亡くなった人の死因は老衰33、悪性新生物5、心不全2、心筋梗塞2、肺炎2、呼吸不全1、貧血1、ネフローゼ1、急性腎不全1の計48例となっている。特養で検査はできないので、死亡原因は正確でないかもしれないが、経過を見て慢性疾患が進行し、それに全身衰弱が加わったと考えられる例が多い。施設では高齢者が夜間にベッドで呼吸が停止しているのを発見されることや、朝食後に自室へ車椅子で帰った利用者が心停止で発見される例もある。急変して24時間以内に死亡した突然死と考えられる事例は17例で、この内病院へ搬送したのは6例、死因は心筋梗塞が3例、脳出血1例、イレウス1例、窒息1例で、施設で看取った人はほとんどが老衰である。発熱などで入院して治療を終え、あるいは家族が積極的な治療は希望しなくて施設に戻って看取った人が13人あり、入院期間は4から86日、退院後死亡までの期間は2日から628日とばらつきがある。入院の病名は肺炎3、尿路感染2、大腿骨折1、心筋梗塞1、小脳梗塞1、急性腎炎1、ネフローゼ1、慢性心不全1、胃がん1、肺がん1で、ほとんどの人は施設で家族も満足される最期を迎えることができた。

【高齢者の死因】

高齢者の死亡原因に関してスイスのジュネーブ大学老人

病院および継続ケアセンター施設で1972年1月から1992年3月までに死亡した6,842名中、剖検した3,000例の報告がある¹⁾。これは大学病院とその関連施設という環境で死亡した症例であるので、我々のような老人施設での事例とはかなり異なる点もあると思われる。

3,000例の内訳は男性1,242名、女性1,758名、年齢は62歳から102歳まで、平均80.3歳で、直接死因は次のような順位が示されている。感染症1,635（54.6%）、悪性新生物843（28.1）、肺血栓・塞栓635（21.2）、急性心筋梗塞588（19.6）、急性脳血管障害194（6.5）、急性肺水腫173（5.8）、内出血165（5.5）、うっ血性心不全99（3.3）、急性腸虚血92（3.1）、肝硬変60（2.0）、薬物過敏症49（1.6）、腎不全末期39（1.3）、自己免疫疾患35（1.2）、気胸22（0.7）、全身衰弱15（0.5）、外傷14（0.5）、気道閉塞（異物）14（0.5）、DIC13（0.4）、代謝疾患10（0.3）、変性神経疾患7（0.2）、合計4,703（156.9%）となり、死因が重複しているものもある。これらの中で臨床的に診断がつけられていなかったものは肺血栓・塞栓471（74.1%）、急性心筋梗塞434（74.1%）、急性腎盂炎160（87.0%）、肝硬変74（48.1%）、敗血症49（48.1%）、急性腸虚血症80（87.0%）、結核31（66.7%）、穿孔性大腸憩室37（78.7%）、急性心筋炎32（100%）、急性心内膜炎23（91.7%）、破裂大動脈瘤14（58.8%）、急性壊死性胆嚢炎13（81.3%）、心タンポナーデ10（58.8%）、化膿性胆嚢炎13（81.3%）、急性偽膜性心内膜炎13（87.0%）、副腎大出血4（100%）、ウエグナー肉芽腫3（100%）、全身性結節性動脈炎1（100%）となっていて、病理解剖によって始めて診断が可能なものもかなりある。

高齢者は突然死亡する例も多く、岩崎ら（1990）の報告²⁾では東京養育院附属病院で1972年8月から1979年5月までに60歳以上の連続剖検例1,564例中、急変から6時間以内に死亡した急死例は230例（14.7%）あり、直接死因は心臓死70（30.4%）、窒息48（20.8%）、肺炎25（10.8%）、大動脈破裂17（7.4%）、脳血管障害15（6.5%）、消化管出血12（5.2%）、その他9（3.9%）、不明34（14.8%）となっている。この内病院外死亡例が55例あり、その中で特養での死亡が33例で、死因としては心臓死4（12.1%）、窒息12（36.4%）、肺炎4（12.1%）、脳血管障害4（12.1%）、大動脈瘤2（6.1%）、不明7（21.2%）となり、窒息が多い。窒息は喀痰による気道閉塞が多いことを述べているが、恐らく老衰のため喀痰を排出する力がなくて気道に詰まり窒息となった可能性もあると思われる。

高齢者の突然死に関して松下哲（1991）の報告³⁾によると心臓死が多いが表1にあげたその他色々な原因があり、老年者突然死の特徴として表2のようなものが挙げられている。突然死の予測はかなり困難であると思われるが、特養に入所している高齢者の家族にはこのようなことが起こりうることを十分理解して頂く必要があり、だんだん衰える高齢者の終末ケアプランを立てる時にも考えておかなければならない。

【高齢者終末期医療】

慢性疾患の末期症状を判定する指標はそれぞれの疾患毎に提示されているものもあるが⁴⁾、このような末期状態になった高齢者が、発熱など症状が急変した場合にどうすればよいのだろうか。病院を受診して検査の結果細菌感染による肺炎あるいは尿路感染症が診断されれば治療が可能であり、また脳梗塞や心筋梗塞の合併であれば治療効果もあり期待できないこともある。あらかじめ家族から施設での看取りの同意を得ている場合、診断は確定できないが施設で看取することも考えられる。

病院では救急で搬送されてきた患者は急性疾患の診断をつけ治療可能であれば治療することになるが、高齢で慢性疾患末期状態であれば全身状態から総合的に判断して、適切な治療を選択する必要がある。限られた医療資源を有効に活用するためには治療効率も考慮に入れ、家族の納得を

得て治療を選択する必要があるのではないかと思う⁵⁾。

認知症末期で経口摂取が出来なくなった時に経管栄養（PEGなど）をするのは本人にとってメリットになるのだろうか。人間は最期まで口から食べる楽しみを持っていて、認知症末期になって、自分で食べられなくなっても介助に時間をかければかなりの期間経口摂取が可能であるが、治療に専念する病院では出来ないのかもしれない。経管栄養となれば味わうことが出来なくなり、誤嚥性肺炎の予防にもあまりならないと言うデータもある。

末期症状と判定された利用者が施設で発熱などの急性疾患を併発したときにどのような対応をすべきか問題となる。認知症末期に嚥下障害が加わり、再三誤嚥性肺炎を合併するのは認知症の自然経過であり、病院で治療を受けても何れは死を迎えるのであれば、施設であえて特別な治療をせずに亡くなっても許されるのではないだろうか。このように末期と考えられる状態、すなわちその人の寿命であると考えられる時に医師は家族と日常の世話をしている介護士も含めて十分話し合っ、施設で看取することも納得してもらっておく必要がある。

【終末ケアプラン】

特養に入所される方はほとんどが日常生活に介護が必要で、いくつかの疾患を抱え、在宅での介護も限界に達して終の棲家としてこられ、入所時に表3を用いて将来に関して

表1 突然死が老年者に多い原因（松下哲）

<p>1. 老年者自身に内在する因子</p> <p>①発症から死亡までが短い疾患の増加 急性心筋梗塞、心破裂、大動脈解離、大動脈瘤破裂、脳出血、脳動脈瘤破裂</p> <p>②器官予備力の低下 代謝能力低下、免疫力の低下（感染の急激な進展）</p> <p>③自律機能の低レベル化 睡眠無呼吸、圧反射の低下</p> <p>④自覚閾値の上昇（病惱期の短縮） 肺炎、無痛性心筋梗塞</p> <p>2. 環境因子 他人による認識の低下 核家族化、1人暮らし、隠遁的生活、交際範囲の縮小</p>

表2 老年者突然死の特徴（松下哲）

<ul style="list-style-type: none"> ・心血管疾患死以外がかなりある ・急死する疾患でないのに突然死がみられる 無熱性肺炎、急性肝炎、急性膵炎、自覚閾値の上昇、潜在性にみえる ・心血管疾患では壮年と同じく虚血性心疾患が多いが、肥大型心筋症、一次性心室性不整脈の突然死は少ない ・大動脈瘤破裂、大動脈解離が壮年より多い ・臨床正診率が低く、解剖しないと分からない脳出血は例外 ・窒息が多い 餅を詰まらせる、料理屋での狭心症発作 ・剖検しても不明のものがある。機序の解明が必要 例：肺気腫、高度亀背での突然死、睡眠呼吸障害
--

全般的な本人あるいは家族の意向を確かめることにしているが、入所時に終末期医療について説明しても実感として理解され難く、どのような医療を希望するか分からないという回答が多い。入所後施設の生活にも慣れ、家族も施設でのケアの状態を理解して、加齢に伴って全身衰弱が進行し、あるいは肺炎、尿路感染症などで入院・退院を繰り返す間

に末期となって、余命が少なくなったと思われる時期に再度家族と介護士を交えて表4により終末期ケアについて話し合うようにしている。本人は認知症の進行によりほとんど自分の意思表示は困難で、一般に延命措置とされる行為は医療者の考えるものと異なる可能性があり具体的な医療行為に関して家族の意向を伺うことにしている。

表3 事前確認書

「洛和ヴィラ桃山」終末期の看取り等について（事前確認書）	
<p>利用者の皆様へ</p> <p>当施設では、ご希望される方に精神面でのケア（緩和ケア）を中心とした、看取り介護を行っています。利用者の方の容体が悪くなられた時に、利用者ご自身が、こうして欲しいというご意思やご要望に対しては、倫理的に問題のない限りにおいて、できるだけ反映させていただきたいと考えております。</p> <p>つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が看取り介護に対してどのようなお考えをお持ちなのかお伺いしますので、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い申し上げます。</p>	
1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 洛和ヴィラ桃山で最後を迎えたい <input type="checkbox"/> 自宅に戻って最後を迎えたい <input type="checkbox"/> 入院を希望する <input type="checkbox"/> 今はわからない
2. 終末期の医療は、どのような形を望まれますか？	<input type="checkbox"/> 積極的に受けたい（入院対応） <input type="checkbox"/> 緩和ケアを希望する（施設対応） <input type="checkbox"/> 今はわからない
3. 急変時（心停止・呼吸停止）の蘇生を希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 今はわからない
4. 病気について全てをお知りになりたいですか？	<input type="checkbox"/> 知りたい <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今はわからない
5. その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）	
<p>注）上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付けください。 また、本紙記載は入所にあたって必ずご記入いただく性質のものではありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 印 身元引受人 印 身元引受人 印</p> <p>職員氏名 印 職員氏名 印</p>	

表4 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。

最初この指示に従い、次に医師または看護師に連絡する。

この指示書は個人の医学的状态と希望に基づくものである。

全ての人は尊厳と敬意を持って治療されるべきである。

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
自然のままでもいい
- 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 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 () ご関係 ()

() ()

() ()

() ()

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

1) 心肺蘇生術

全身衰弱のみられる高齢者が夜間に居室のベッドで呼吸停止の状態で見られた時に蘇生術を施行しても利用者の年齢、疾患の経過などから回復の可能性はほとんどなく、むしろ肋骨骨折などの合併症がみられることを説明して勧めないようにしている。

2) 救急搬送

夜間や休日に利用者が急変した場合に、心肺停止でない状態であるときに救急搬送するか否かあらかじめ意向を聞いておく。時間的な余裕があるときは家族に電話連絡をしてその時点で救急搬送について再度確認するようにしている。もしも状態が急変して救急車を呼んで近くの救急病院へ搬送され蘇生できなければ異常死として警察に届けられる。刑事が来て事件に関係ないと判断されて、これまで経過を見ていた施設の医師に死亡診断書の記入を依頼されたこともある。

3) 人工呼吸器の装着

呼吸不全などで呼吸困難になった時点で、気管内挿管・人工呼吸器の装着をするかどうかを判断するために、現在の利用者の状態と期待される治療効果などを分かりやすく説明する必要がある。次第に弱ってきた利用者を見てあえて人工呼吸器まで希望する家族はほとんどない。

4) 経管栄養

認知症が進行して末期になり嚥下障害が見られるようになった時点で経管栄養を行うかどうか難しい判断をしなければならない。経管栄養をしても認知症や嚥下障害がよくなることはなく、食べる楽しみを奪って単に延命することになり、経管栄養にしても誤嚥性肺炎の防止にはならず、再三肺炎を繰り返す人もあることも説明する。施設では、経口摂取が困難になってきた利用者には介護士と栄養士が食材や食形を工夫し、長時間かけてわずかも経口的に摂取する努力をし、最期には傾眠傾向になり、口をぬらす程度になっても、本人は苦しむ様子もなく静かに息を引き取った人の話をする。発熱などで病院へ入院すると経口摂取が困難となれば、早期に胃瘻造設を受けて退院して、施設にもどってから時間をかけて介助することにより経口摂取が可能となった人もある。

5) 抗生剤注射

肺炎や尿路感染症などの感染症を積極的治療するのであ

れば、点滴注射で抗生剤を投与する必要があり入院しなければならない。感染症で入退院を繰り返して回復の可能性が少なくなった人に対しては対症療法としての解熱剤の投与は出来ることは説明している。

6) 看取りカンファレンス

利用者が終末期に近づけば頻回にカンファレンスを行って、本人にとって何が大切で、苦痛がなく快適に過ごすにはどうすべきかを考え、入浴も出来るだけ行い、経口摂取は無理に入れることはせず、口唇を水分でぬらすような計画を立て、その都度家族に連絡をとるようにしている。本人が好んでいた音楽を絶えず部屋の中に流し、思い出の写真や絵画を飾り、出来るだけ心地良い環境を整える。いよいよ最期になると判断される時には希望により家族が臨終の場に立ち会えるよう部屋に簡易ベッドを用意することもできるが、家族も高齢のため、自宅で待機することが多い。中には子供や孫が10人ほどベッドの周りで見守るところで息を引き取った人もある。

【考 察】

個人の意思を尊重する米国では、医療に関してあらかじめ急変時にどのような対応を求めるか書面による意思表示、たとえばリビングウィル（生前発行の遺言書）や持続的委任状などを書くことが行われ、1990年に患者自己決定権法（Patients' Self Determination Act）、英国では2005年に成年後見法（Mental Capacity Act）が制定され⁶⁾、さらに終末期の具体的なケア計画を作成しようという試みも行われている。

米国のオレゴン州で行われている延命措置に関する医師の指示《Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)》は当施設で使用している看取り同意書の作成に際して参考にした形式であるが、ナーシングホームに入所している高齢者で、慢性疾患の末期となり、急変しても救命可能性のない場合の処置として、あらかじめ担当医が書面で指示を記載し、そのことに関して同意を得ておくというもので、急変時に施設から病院へ救急搬送することを減らすことが出来たという報告もある⁷⁾。

英国では医師会と専門学会が中心となって慢性疾患の末期症状、予後指標ガイダンスを作成し、その様な状態の患者に対してAdvance Care Planning（事前ケア計画）を作成

するためのガイドラインを作成している⁸⁾。そこで強調されているのはケア計画に際して医療者と患者や家族とのコミュニケーションの重要性で、特に予後不良のケア計画は難しいが、時間をかけて、何回も面談する必要があるとされている。また米国では慢性疾患を抱えた患者が比較的元気な間に担当する医師が疾患の予後を含めて将来に向けてのケアプランを立てることを勧めている⁹⁾。

施設利用者の本人あるいは家族と終末期ケアに関するプランを話し合うことは、本人が元気にしている間は、差し迫った実感が無いためか、わからないという返答が多く、入退院を繰り返し、全身衰弱が加わり、もう先が長く無いと思われる時期に家族と話し合うと、具体的な判断が得られるが、このような時期は本人の意思表示はできなくなっている。本人の意思を確認するのが基本であるが、認知症の利用者が判断可能な間に終末期ケアプランに関してどこまで話し合いができるか難しい問題である。日常生活の世話をしている間に本人の生き方や考え方を知るようにして、それを参考にして、本人にとって何が最善かを判断するようにするのが望ましい。

施設で看取りを実践するためには家族や介護士がそれぞれ各利用者の寿命を適切な時期に受け入れることが必要である。寿命は年齢だけではなく、それぞれ各自が持って生れたもので短い人や長い人があり、その人が食べられなくなり、認知症であれば意思の疎通ができなくなり、傾眠傾向になり、発熱を繰り返すようになれば、その人の寿命が近いと考えるべきである。これに対して経管栄養や静脈注射で延命を図るのは自然の摂理に反し自然な死ではなくなるのではないだろうか。このことを家族にもまた日常の世話

にあたっている介護士にも理解してもらい、本人にとって苦痛となることはなるべく取り除くようにして、自然な最期を迎えられるように状況を整えるようにしたい。

【参考文献】

- 1) Mac Gee W. : Causes of death in a hospitalized geriatric population : an autopsy study of 3000 patients. *Virchows Archiv A Pathol, Anat.* : 423 : 343-349, 1993.
- 2) 岩崎勤、蔵本築、松下哲、三船順一郎、坂井誠、赤星正純、満木信人、杉浦昌也、村上元孝、大津正一：老年者における急死例の検討－連続剖検1564例について－。日本老年医学会雑誌：18：19-23, 1981.
- 3) 松下哲：老年者の突然死。診断と治療 72：291-299, 1991.
- 4) Old JL. & Swagerty DL : A practical guide to palliative care. 97-104 Wolters Kluwer Philadelphia 2007.
- 5) Morrison RS & Siu AL : Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* : 284 : 47-52, 2000.
- 6) Alzheimer's Society : Mental Capacity Act 2005 www.alzheimers.org.uk.
- 7) Dunn PM, Tolle, SW, Moss, AH & Blacj JS : The POLST : Prospecting the wishes of patients and families. *Ann. Long-Term Care* : 15 : 33-40, 2007.
- 8) Concise guidance to good practice No.12 Advance care planning National Guidelines. Royal College of Physicians 2009.
- 9) Messinger-Rapport B. Baum EE & Smith M. : Advance care planning : Beyond the living will. *Cleveland Clinic J. Med.* : 76 : 276-285, 2009.

(本論文の要旨は第34回日本死の臨床研究会 [盛岡、2010.11.6] で発表した)