

# 高齢者緩和医療

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】

超高齢社会となった日本では癌末期患者への緩和医療と同様に、これからは高齢者の末期疾患に対しての緩和医療が必要となると考えられる。特別養護老人ホームで入所者の看取りを経験して、施設に入所している虚弱高齢者に適切な緩和医療について考えてみた。諸外国でも末期癌患者への緩和医療から高齢者緩和医療に関心がもたれるようになり、オランダでのナーシングホーム専門医による緩和医療を紹介する。

Key words : 高齢者、フレイル、緩和医療、認知症、特養、オランダ

## 【緒言】

超高齢社会となった日本は2025年には高齢化率は30%で65歳以上の高齢者は3,657万人となり、その内の20%は75歳以上の後期高齢者となることが予測されている。高齢者が増えるに従い認知症患者も増加して2010年に281万人であったのが、2025年には700万人（高齢者の約5人に1人）となることが想定されている。年間死亡者数も2004年に100万人であったのが、2025年には160万人となることが予測されている。人は必ず死を迎え、現在はその内の80%は病院で亡くなっているが、今後増加する全ての死を病院で看取することは不可能であり、病院で死を迎えることは本人にとって必ずしも望ましいことではないと言われ、健康保険や介護保険にも在宅や施設でも看取りができるように改正されてきた。

急性期の医療は救命・延命が目標であったが、超高齢社会となった日本で、多くの慢性疾患を抱えた虚弱高齢者への医療が増加し、個々の疾患の治療の効果が期待できなくなった症例では安らかな終末期を過ごせるような緩和医療への転換が必要な事例もあり、それぞれの事例がどの時点で緩和医療に切り替えるかの判断が困難であると思われる。

## 【特養（洛和ヴィラ桃山）での看取り】

### <方 法>

特別養護老人ホーム（特養）は日常生活に介助が必要と

なり在宅では十分な介護が出来なくなって入所するため、最期を施設で迎える人がほとんどである。入所時に本人と家族に終末期についてどのようにして欲しいか大体の意向を確認するようにしているが、その場では分からないという人が多い。施設で生活をしている間（平均在所要年数約5年）に年齢を重ねると共に衰弱が加わり、さらに肺炎や尿路感染症で入・退院を繰り返すようになると終末期が近いと考えられるので、家族と再度面談して、施設で作成した「延命措置に関しての指示・同意書」について説明して署名を貰うようにしている<sup>1)~3)</sup>。施設では臨床検査はできず、医務室は入所者の健康管理をするのが目的で、終末期に特別な医療はできないが、日常生活の援助の延長線上での看取りケアは可能である。経口摂取の出来る人は最期まで口からの食事を介助し、本人が飲まなくなれば無理には入れないようにして、全く飲まなくなって1~2週間で穏やかに灯火が消えるような最期を迎える。自然死、大往生、平穏死といわれる最期であると思う。

### <結 果>

これまでに施設で看取った人は2004年0人、2005年2人、2006年4人、2007年10人、2008年10人、2009年15人、2010年11人、2011年11人、2012年9人、2013年18人、2014年11人で、家族の希望により病院へ搬送されて亡くなる人もあるが、

末期になった入所者は出来るだけ施設で看取るようにしている。

11年間に施設で看取ったのは101例あり、死因としては老衰76、悪性新生物14、心疾患4、肺炎2、窒息2、脳血管障害1、腎疾患2であった。施設で検査は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、老衰に至る原因はほとんどが認知症で、死因統計の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42、脳血管障害21、アルツハイマー病10、レビー小体認知症1、肺がん5、胃がん3、直腸がん1、大腸がん1、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、ネフローゼ1、腎不全1、慢性心不全1となる。なかには夜間に呼吸停止状態で発見され、心肺蘇生術を施行しながら近くの救急病院へ搬送され死亡が確認された後、検死官から施設で診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、死亡診断書を書いた人が6人あり、警察署まで行って死体検案書を書いた人が1人ある。

入所者が亡くなられた後1か月以内にフロアでケアに関与したものが集まり最終カンファレンスを行ってケアについて振り返り、入所者あるいは家族にとって適切な看取りができたか、このようなことをすればよかったというような話合いをして、次のケアの向上につなげるようにしている。

#### <看取り>

施設では日常生活の援助が主であるが、その中で新たに発病した時の対応が問題となる。感染症、脳血管障害など急性疾患は症状の早期発見、早期受診が必要であるが、認知症の末期で、入退院を繰り返すような状態になると回復の可能性も少なく、家族や周囲の者が納得するのであれば、あえて受診をしなくて最後を迎える選択肢もある。この場合は患者の経過を知っていて看取り後に死亡診断書を書く医師が必要である。施設に専属の医師がいなくても、健康管理をして利用者の健康状態の経過を知っている医師がいれば、施設での看取りも可能である。

施設でなくなった入所者の多くは痛みなどの苦痛の訴えもなく、居室には思い出の写真や品物が掲げられ、昔の懐かしいメロディーが絶えず流れている環境で、小さな子ど

もも含めて大勢の家族に囲まれて息を引き取った人もある。高齢者の場合その人の最期の時期の予測は困難であるが、経口摂取が全く入らなくなってから1～2週間で最期を迎える。回診で訪室してベッド上に穏やかに休んでいるのを見て、1時間後には呼吸停止を発見された人もある。

#### 【虚弱高齢者】

高齢者は生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態となり、2004年にFriedらはこれをフレイルティ (Frailty) という概念でとらえ、判定基準として①体重減少、②主観的疲労感、③日常生活活動量の減少、④身体能力(歩行速度)の減弱、⑤筋力(握力)の低下のうち、3項目が当てはまればフレイルティとしている。日本老年医学会は「フレイル」を提唱し、フレイルに陥った高齢者を早期に発見して適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることを期待している。

高齢者が認知症で末期になると自分で判断が出来なくなり、発語もなく、食事も取れず、歩けなくて移動もできなくなり、大小便は失禁となり日常生活の全てに介助が必要となる。自宅で世話をする人手が不足するようになれば、介護保険の認定を受けて施設に入所することになるが、家族の思いは複雑である。以前に比べて高齢者福祉施設で行われているケアも一般の人への理解もすすみ、入所希望者も増えて、大勢の人が順番待ちをしている現状である。特養は介護保険で要介護3以上を認定されている人でなければ入所できないので、入所者のほとんどは虚弱高齢者に相当すると考えられる。さらに特養の入所者は複数の慢性疾患を抱え末期になり積極的治療は効果が期待できなくなっていることが多く、ほとんどの人にフレイルに配慮した緩和医療が必要になる。

#### 【緩和医療】

WHOの定義によると「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そしてスピリチュアルな問題の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高のQOLを実現することである。末期だけでな

く、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適用すべき点がある」となっている。

これまで日本の緩和医療は1975年にがん末期に痛みで苦しむ患者を痛みから解放する事を目的として日本死の臨床研究会が発足し、その後に緩和医療学会をはじめ緩和医療に関連する学会ができ、主として痛みを苦しむ癌末期患者に対する症状緩和を目的として発達してきたと言える。健康保険で1990年に緩和ケア病棟への入院費が認められるようになったが、緩和ケア病棟はがんとエイズ末期の患者が対象であり、これからは癌以外の末期患者を対象とする緩和医療あるいは専門病棟も必要ではないかと考える。

### 【認知症末期の緩和医療】

認知症のアルツハイマー病は進行性疾患であり、最期は死を迎えるが、がんに比べると病状の進行が緩慢であり、医師や看護師など医療関係者をはじめ家族にも死に至る病であることを理解されていないことが指摘されている。がんの末期は誰が見ても分かるような状態になることが多いが、認知症の末期は見かけ上は何時もと変わりなく、発語はなくなり意思疎通はできず、座る事もできなくて寝たきりとなり、自分では何もできず、食べることから排泄まで他人の介護が必要な状態となる。施設に入所している認知症の入所者でこのような末期状態になっても食事介助など適切な介護を受けることにより数年間を過ごしている人もある。その間に感染症を繰り返し、他の合併症を併発して命取りとなるか、嚥下が出来なくなり最期を迎えることになる。このように自分の意思表示が出来なくなった人への医療やケアをどのようにすべきか多くの問題を含んでいる。欧米では自分で食べられなくなればそれがその人の寿命であり、無理に食べさせることはあまりしないようである。

### 【認知症末期の判断】

アルツハイマー病は進行性疾患で一定の経過をとって自分で自分のことが出来なくなり、認知機能が低下し、発語は無くなり、大小便は失禁し、食事もとれず、寝たきりになるが、脳血管性認知症は発作を繰り返すことにより段階的に悪化する。認知症の予後予測の指標がいろいろ試みられ、Reisberg B. et alにより提唱されたGDS (The Global Deterioration Scale) のStage7c以上を終末期とするものや、

英国のGold Standardによると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、次の何れか1つを有する場合としてA) 原因不明の6カ月間に体重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、E) 反復する発熱、F) 経口摂取減少/体重減少、G) 誤嚥性肺炎、が挙げられている。

認知症の患者が以上のような条件を満たしているような状態になり、新たな症状が見られた場合に原因究明および根治的治療よりも症状の緩和を主体とする医療を提供すべきである。

### 【高齢者末期の緩和医療】

#### ①年齢

高齢者の末期状態に緩和医療を考える際に単に年齢だけで区別することは年齢差別（エイジズム）につながるが、一つの指標として日本人の男女それぞれの平均寿命（男子80歳、女子87歳）を考慮しても良いのではないだろうか。平均寿命を越えた高齢者の疾患を治療する際に、根治的治療を考えるだけでなく、予後を考慮して、余命が少ないと思われるときには苦痛の緩和を優先した治療法を選択するようにするのが望ましい。

#### ②併発症

高齢者で幾つかの慢性疾患を抱えている人では、新たな疾患が加わった場合にどこまで治療をするのが適切であるか考える必要がある。特に認知症を持つ患者は経過が長いので、それに何かの疾患が併発する可能性が高い。

#### ③経口摂取困難

高齢になると多くは認知症を併発して末期になると自分で食事がとれなくなり、さらに進行すると嚥下も出来なくなった時にどのようにするか問題となる。現在では経管栄養、胃瘻造設による栄養補給もできるが、はたして本人にとって本当に必要なことであるか疑問に思う。このような処置が必要になった時点では本人の意思は確認できなくて、家族あるいはその他の人の判断が求められることになる。機会があればあらかじめ本人の意思を確認しておくことが望ましい。

#### ④感染症の治療

高齢者は感染に対する抵抗力が低下していて、肺炎や尿路感染症や蜂窩織炎を併発することが多く、施設では入所者が発熱すると検査もできないので病院を受診し、入院治療を受けることになるが、認知症の患者が点滴注射のために身体拘束を受けているのを見た家族はそれ以上の治療を希望しない場合もある。一旦良くなって施設に戻っても感染症を繰り返すと、その間に全身状態の衰弱もすすみ、回復力も減退して、ある時点では発熱があっても家族は積極的治療を望まなくなる。免疫力の低下した高齢者に新しい抗生剤を使用すると新たな耐性菌をつくる可能性もある。

#### ⑤疼痛緩和

外国の文献をみていると高齢者の末期に疼痛緩和が十分行われていないことが指摘されているが、施設に入所している認知症末期の利用者は痛みを訴えることはあまりなく、痛むような表情も見られない。認知症に癌を併発して末期になった入所者も苦痛の表情を示すことはない。麻薬の必要な場合は施設では対応できないが、痛みを訴える利用者には鎮痛剤の適切な使用が必要である。

#### ⑥悪性新生物の治療

悪性新生物が見つかった場合、その治療のための身体的負担と年齢的な余命と予後の関係、認知症があれば治療のための身体的拘束を何処まで耐えられるか、治療をしなかった場合の自然経過はどうなるかは総合的に判断しなければならない。手術も根治的なものと姑息的なものがある場合には状態によっては緩和医療を念頭に置いて考慮するのが望ましい。癌化学療法もどこまでやるべきか認知症の場合本人の理解が何処まで得られるかにもよる。

#### ⑦急性疾患の治療

##### A. 脳血管障害（脳梗塞、脳出血）

突然発症した麻痺に対して、梗塞であればt-PA治療の対象となり、緊急対応が必要であるが、高齢者の場合には発症の時期が特定できないものが多く、早期に治療しても必ずしも予後は良くないようである。出血の時は回復の可能性は少なく、命取りとなることが多い。

##### B. 心筋梗塞

脳梗塞の再発で集中治療室に入室中の高齢者に心電図モニターに異常が見つかりカテーテル治療を受けていたが、患者の状態や年齢を考慮して終末期の緩和医療に移行しても良いと考える。

#### ⑧慢性疾患末期

##### A. 腎疾患

慢性腎不全の末期になって血液透析を開始するかを判断する際に年齢、他の合併症との兼ね合いをどの程度考慮すべきか、少なくとも平均寿命を超えていて、他に認知症や慢性疾患を合併している場合に残された人生のQOLを考える必要がある。

##### B. 呼吸器疾患

慢性閉塞性呼吸器疾患の高齢で認知症の患者に対して施設内でも在宅酸素療法が行われていたが、検査データの的に酸素療法が必要であっても本人が嫌がるようであればあえてせずに経過をみても良いと思う。

##### C. 心疾患

高齢者でペースメーカー植込みの適応を判断する際に年齢の基準はあるのか不明であるが、6回目の電池交換の時期を迎えた90歳の利用者は認知症が進行していて交換の予定期限がきてもそのまま見て、全身衰弱による老衰で亡くなった事例もある。平均寿命を超えた人に対する装着の前に長期予後を考慮した対応が必要である。

##### D. 肝疾患

原因は明らかでないが高度の腹水で苦しそうにしている入所者があったが、腹水に対する緩和医療があれば良いと思われた。

慢性疾患の生命予後の予測は困難であり、何が緩和医療として適切であるかデータも十分でないと思うが、虚弱高齢者が死を迎える時点で残された人生のQOLに配慮した治療法の選択を考える必要がある。

#### 【オランダの緩和医療】

オランダは本人の意思による安楽死が認められている国で、特に患者の意思を尊重する医療が行われていると思わ

れる。1991年に最初のホスピスが開設され、1995年にはナーシングホームに緩和ケアユニットが開設され、ナーシングホーム専門医が対応する医療が行われている。

2006年オランダでの死亡場所は自宅31%、病院28%、ナーシングホーム25%、高齢者ホーム11%、その他5%となっている。

オランダの人口は1,650万人で、350（65,000床）のナーシングホームがあり、100床に一人の割りで専門医が雇用されている。1990年からナーシングホーム医（nursing home physician）としての3年間の専門医研修が開始され、2007年から老年医療医（elderly care physician）と名称が変わり、2010年には1,500人となりオランダで5番目に多い専門医となっている。ナーシングホームでは積極的な治療も行われているようであるが、緩和医療が主となるのではないかと思われる<sup>4)</sup>。

2001年11月から2003年3月までの16カ月間にオランダの代表的な16のナーシングホームで6週間以内に死亡すると予測される患者について前向き調査を実施して問題点を明らかにしている。この期間に対象となった患者は544人で、急死あるいはその他の理由で除外されたものが272人あった。対象となった患者の多く（82.9%）は7日以内に死亡し、14日以内に92.3%が死亡し、年間100床当り34人のナーシングホーム患者が終末期になり死亡していることになる。高齢者の余命6週間の予測は困難であることが分かった<sup>5)</sup>。

疾患の終末期は水分・食事の摂取が低下し、全身衰弱に、呼吸障害や呼吸困難がみられる。このような状態になる直接の原因は呼吸器疾患（主に肺炎）と全身衰弱であり、終末期の2つの重要な疾患は精神・行動障害と循環器系疾患である。がんはわずかに12%であり、がん患者はがんのない患者とは異なる経過をとった。この研究の結果ケア提供者は終末期の患者の精神的、スピリチュアルなケアに適切な配慮がなされていなかった事が明らかになり、医学教育、看護教育の過程でその教育の必要性を提示している。

#### 【参考文献】

- 1) 福間誠之：特別養護老人ホームにおける看取り介護. 日本医事新報4313号：65-69. 2006
- 2) 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22：43-49. 2011
- 3) 福間誠之：高齢者終末期ケアプラン. 洛和会病院医学雑誌25：1-6. 2014
- 4) Schols JMGA et al：Nursing Home and Nursing Home Physician：The Dutch experience. J. Am. Me. Dir. Assoc. 5：207-212. 2004
- 5) Brandt HE, et al：Symptoms, Signs, Problems, and Diseases of Terminally Ill Nursing Home Patients. A. Nationwide Observational Study in the Netherlands. Arch. Intern. Med. 165：314-320. 2005