

高齢者終末期ケアプラン

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高齢者にとって終の棲家となり、終末期のケアプランが必要となる。当施設では余命が長くないと判断した時に「延命措置に関する指示・同意書」を用いて利用者・家族と面談して、本人にとって最適な最期を迎えられるように努めて来た。施設利用者の多くは認知症のため本人の意思を確認するのが困難で、家族に代理の判断を求めるが、終末期医療をどこまで積極的に受けるか決断できない事がある。高齢者の終末期ケアプランを作成するに際しての留意点を考慮し、本人にとって苦痛のない最期を施設で迎えることを目標にしている。

Key words : 高齢者、終末期、ケアプラン、延命措置、同意書

【はじめに】

2009年に65歳以上の高齢者が総人口の21%を超える超高齢社会となった日本では今後高齢者の終末期医療のあり方が問題となると考えられる。施設に入所している高齢者が終末期となり医療効果もあまり期待できなくなった場合は、病院ではなく施設でその人らしい最期までケアができるのではないかと考える。施設において通常の日常のケアとともに必ず迎えなければならない最期をどのように過ごすか、そのための終末期ケアプランの作成が必要となる。

特養には医師は常勤でなくてもよく、看護師は入居者100人に3人の割合で、夜間は勤務していない。生活援助の場であり、医療施設ではない。しかし、2006年の介護保険法の改定で、施設における看取りができるようになったが、そのための条件として表1のような項目が挙げられ、表2のような加算がされることになっている。

表1 重度化対応加算

重度化対応加算を算定されている施設
①常勤の看護師を1名以上配置し、看護に関わる責任者を定めている
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、入所者又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

【1. 施設での看取り】

2011年に日本の年間死亡者数は110万人を越えて、今後さらに増加して2050年には170万人を越えることが予測されている。これら全てを病院で対応する事は不可能であると考えられ、在宅あるいは施設での看取りができるように健康保険・介護保険の改正がなされてきた。

特別養護老人ホーム（特養）は常時の介護が必要で、在宅生活が困難となった要介護高齢者を対象とし、入所した人の多くは終の棲家となり、施設で最期を迎えることになる。

表2 看取り介護加算

以下の基準に適合する看取り介護を受けた入所者	
①	医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断したもの
②	入所者又は家族の同意を得て、当該入所者の介護に関わる計画が作成されている
③	医師、看護師、介護職員が共同して、必要に応じて本人又は家族へ説明を行い、同意を得て、介護が行われている
◆看取り介護加算	
死亡の4日前から30日以内	80単位/日
死亡の前日と前々日	680単位/日
死亡日	1280単位/日

洛和ヴィラ桃山は1998年に開設された特養で、2004年から医務室に常勤医師が勤務することになり、2006年から看取りが可能となったので、それまで入所者の最期は病院へ

送っていたのを、なるべく施設で看取るようにした。

施設の新たな利用者が入所して来た時に本人と家族に誰もが迎えないといけない終末期に関して確認書(表3)をもとに話をしているが、施設が終の棲家になることは理解していても、まだ元気にしている本人を前にして、終末期のことは分からないという回答が多い。利用者の中にはリビングウイルを持っている人もあるが、稀である。

施設では検査はできないので、入所者の日常生活の状況、活動状況、食事の摂取量、嚥下状態、発熱などから、全身的な衰弱を推定する。慢性疾患を抱えている場合も進行は徐々に、余命6カ月という予測は困難であるが、終末期が近づいたと考えられる頃に、家族を含め、看護師、介護職員と共にこれから予想されることに対するケアプランについて話し合いをして、延命措置に関する指示・同意書(表4)に家族から署名をもらうようにしている。

これまでに施設で看取った例は年々増加し、認知症の終

表3 「洛和ヴィラ桃山」終末期の看取り等について(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)	
利用者の皆様へ 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希望に対しては、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。 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。	
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)	
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。	
平成 年 月 日	
利用者氏名	印
身元引受人	印
身元引受人	印
職員氏名	印
職員氏名	印

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。	
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	<input type="checkbox"/> 出来るだけ抑えて欲しい <input type="checkbox"/> 自然にして欲しい
② 終末期を迎える場所について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 蘇生する(CPR) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
② 延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> つけて欲しい <input type="checkbox"/> つけて欲しくない
③ 抗生物質の強力な使用(静注)	<input type="checkbox"/> 使って欲しい <input type="checkbox"/> 使って欲しくない
④ 胃瘻による栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
⑤ 鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
⑥ 点滴による水分補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> 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
説明年月日 年 月 日	
(改正 2012.4.6)	

末期の高齢者で家族の同意を得ている場合には、なるべく病院を受診しないようにして、最期は施設で迎えるようにしてきた。日常世話をする介護職員も経口摂取が減ってくると、病院へ行けば点滴をして元気になるのではないかと期待するものもあるが、かえって利用者の自由を奪って拘束をすることになり、本人にとって決して利益とはならないことを説明する。

これまでに施設を死亡退所した人の内訳は以下の表5の通りであり、施設で看取る例が多くなっているが、病院で最期を迎える人もある。

表5 洛和ヴィラ桃山死亡退所者

	桃山	病院	合計
2004年	0	9	9
2005年	2	13	15
2006年	4	6	10
2007年	10	13	23
2008年	10	4	14
2009年	17	5	22
2010年	8	6	14
2011年	12	3	15
2012年	9	0	9
合計	72	59	131

【死因】

老衰	53
悪性新生物	9
肺炎	3
心疾患	3
脳梗塞	1
ネフローゼ	1
貧血	1
窒息	1
合計	72

【2. 終末期ケアプランニング】

認知症高齢者の終末期の予測は非常に困難であり、本人の意思を表示できる間は、家族はその時の状態の想像ができず、終末期ケアプランの作成が困難であることが多い。入所してから施設の生活にもなれ、施設で提供されるケアを家族にもある程度理解され、さらに利用者が弱ってき

て、自分で自分のことができなくなったころ、すなわち認知症末期となった頃に家族と可能ならば本人も入れて「延命措置に関する指示・同意書」について説明するようにしている。これは1991年米国オレゴン州で開発されたPOLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)¹⁾を参考に作成したもので2006年より当施設で用いて、それに基づいて終末期ケアプランを作成する。その際、高齢者がどのような経過を経てどのような末期になるかを予測して話し合うようにしている。

認知症の末期は傾眠傾向となり、食事の摂取困難や嚥下障害により経口摂取ができなくなって、枯れ木が倒れるような最期となることが多い。痛みなどを訴えることは少なく、口渇を和らげるため水分を口唇に浸すだけで、死期喘鳴はほとんどない。

施設で看取りをする場合に入所者の寿命が近づいていることを家族、介護職員が認め、積極的な医療の対象でなく、生活援助が主であることを納得する必要がある。本人にとってどうすればその人らしい最期を迎えることができるか目標を設定して、プランを立てることが大切である。高齢者の看取りは日常生活の援助の延長線上にあり、経過は長期間にわたり、本人・家族と共に介護者も満足できるものを目指すものでなければならない。

認知症末期の虚弱高齢者は誤嚥性肺炎や尿路感染症などに罹患し易く、熱が出て病院を受診して検査をすれば何か異常が発見され、予後や検査のリスクを考えると、それをどこまで治療するか問題となる。病院を受診することは治療を受けることが前提で、末期で治療効果はあまり期待できない状態であれば、あえて病院を受診せずに、発熱に対して解熱剤による対症療法で対応する事も考えられる。世間も回復可能性のほとんど無くなった状態での治療を差し控えることは認められると思うが、まだ一般的な考えとはなっていないかもしれない。

【3. 急変時の対応】

入所中の高齢者は多くの慢性疾患を抱えて継続治療中であるが、感染症をはじめ急性疾患を併発することはしばしば見られる。施設では検査や医療ができないので救急搬送することになるが、認知症で終末期に近い入所者で家族の同意も得られている場合はそのまま施設で看取することもあ

るが、判断の困難な場合がある。

一般的には急変時、例えば意識障害の出現、高熱、麻痺の出現などの症状がでた時には病院を受診すると、検査して診断をつけ、治療を受けることになるが、施設に入所している利用者は高齢で、完全に回復することは期待できないと思われ、日常生活援助で生活可能な状態にまで回復すれば、完全に治癒していなくても受け入れるようにしている。しかし気管切開をしてあれば、夜間に喀痰吸引を介護職員は出来ないことになっているので、受け入れられない。現在介護職員も喀痰吸引ができるようにするための教育・実習が行われ、国のほうでも医療行為の範囲の改正が考慮されているようである。

【4. 最終カンファレンス】

入所者の看取りをした後、1カ月以内に介護職員を含め関係者が集まって、振り返りのカンファレンスを持ち、チェックリストを基に反省をして、関係職員の教育をかねて、よりよいケアができるように心掛けています。介護職員の中には初めて人の死に立ち会った者もあり、いろいろな経験談、反省を聞くことにより、その後の看取りに役立つ事になると思う。家族の気持ちの変化、最期にようやく利用者の死を受け入れる過程などの話を聞いて、家族に悔いが残らないように配慮する事の大切さを確認する。介護職員間でも受け止め方に差があり、話し合っただけで明らかになることもある。終末期の身体状態の変化など医学的な解説も加えるようにして、介護職員の教育の場となるように努めている。

【5. 事 例】

80歳台前半の女性で、病名は認知症、右大腿骨骨折、変形性腰椎症、高血圧性心不全、胆嚢手術後、下腿潰瘍、肺がんである。15年前に夫を亡くしてからは長女と3女と同居し、4年前から認知症の症状が見られ、老健に入所して、3年前に施設に入所してきた。物取られ妄想、徘徊、弄便など不潔行為がみられた。入所後肺炎や下腿蜂窩織炎のため入退院を繰り返していて、次第に全身衰弱が目立つようになり、1年前に娘に延命措置に関する指示同意書を説明し署名をもらったが、3人の娘の間で意見の相違があったようである。4カ月前に肺炎で入院した際、胸水からがん細胞が検出され、肺がんの診断を受け、緩和ケア病棟の話もあった

が、本人に特に苦痛もなく、3人の娘の意見も一致して施設に戻ってきた。7日前から食事が全く入らなくなり、唇をお茶で濡らすようにし、発熱に対しては解熱剤で対処し、傾眠傾向となって1週間後に長女に見守られながら静かに息を引き取った。死後、看護師と長女によりエンゼルケアを施され、用意された死に装束を身につけて退所した。最期の入院でがんの診断を受けたことから、3人の娘の死を受け入れる思いが一致したのではないかと考えられる。

【6. ケアプラン作成時の問題点】

認知症高齢者からあらかじめ終末期ケアに関しての意思表示を確認することは困難である。認知症が進行して全く分からなくなる前に、できれば本人の意向を知る必要があると考えて、意思表示が可能な間に家族に話しても、どのような状態になるか想像し難いようである。例えば経管栄養に関しても、それをしなければ日干しになって最期を迎えると思うようだが、実際には徐々に脱水、衰弱がすすみ、枯木が倒れるように亡くなる例のあることを説明するようにしている。近年は自宅で家族を看取することはほとんどなく、自然死がどのような経過をとるか知る機会がないので、一般の人にも高齢者が施設でどのような経過をとって寿命を全うするか知ってもらう必要がある。心肺蘇生術に関しても親の死に目に会いたいという気持ちを表明する家族もいて、病院へ救急搬送された患者が、人工呼吸器をつけて、意識の回復の可能性がなくなっても、外すことができなくて戸惑っている例もある。

一般の人には点滴注射に対して期待感が大きく、「せめて点滴でもして欲しい」というのを聞くことがあるが、終末期に水分補給をしても本人に負担をかけるだけで、むしろ死期喘鳴をきたし、手足の浮腫を生じることもあることを説明している。

この指示・同意書は家族に説明した後、家族に自宅にもって帰って、よく読みなおし、他の家族にも見てもらって、チェックをいれて貰うようにしている。説明を受けた時にはわかったような気持ちになって、後で読み返してみると異なる結果になることもある。特に病院へ搬送しない事については迷いがあるようである。施設での看取りに同意が得られない場合は、さらに経過を見て、本人が衰弱してくれば、家族もやがて終末期にあり、いかなる医療もあまり

効果が期待できないことを納得して、再度同意書をもらう事もある。

終末期ケアプランを作成するに際しての留意点をまとめてみると次の表6のようになる。

表6 高齢者終末期ケアプラン作成の留意点

<ol style="list-style-type: none"> 1. 終末ケアプラン作成のタイミング (余命6カ月) 2. 本人の意思の尊重 (認知症?) 3. 本人の人生観、死生観を尊重 4. 家族の思いに配慮 5. 単なる延命医療は受けない 6. 環境の整備 (音楽、写真、絵画など) 7. 好きだったものを食べる (すし、うどん、すいか) 8. 面会自由、付き添い可能、子どもも、動物も 9. できる限り入浴 (特殊浴槽) 10. 死に装束の準備 11. 介護職員の気持ちにも配慮 12. 家族と介護職員の信頼関係、緊密な連絡

【7. 考 察】

医学・医療技術の進歩は目覚ましく、複数の疾患を抱えた病人も長生きをするようになり、医療の現場で複雑な選択をするに際し、病人や家族の判断を求め、価値観の多様化する社会で、困難な話し合いが必要となる。英国²⁾、カナダ³⁾、オーストラリア⁴⁾では緩和医療の普及を図る政策の一環として事前ケアプランニングを進める方略を公表し、米国ではオレゴン州ではじまったPOLSTが他の州にも広がり、終末期の患者にとって不適切で、単なる延命医療が行われないようにしている。

日本では厚労省の「終末期医療のあり方に関する懇談会」は2010年12月に全国の一般国民、医師、看護職員及び介護施設職員を対象に意識調査を実施した結果を報告している⁵⁾。終末期医療に対する関心は高いが、延命治療について家族で話し合った事のある者は半数程度(48~68%)であり、治る見込みがないと診断された場合、延命医療に対しては消極的で、自分自身の延命医療に比べて、自分の家族には延命医療を望む傾向にあることが述べられている。また、死期が迫っている場合、延命医療を中止して自然に死期を

迎えさせるような医療・ケアを望むものが多くなり、苦痛を和らげることに重点を置く医療・ケアを望む者が半数以上を占める(52~71%)。延命医療に関して51~67%の者が、医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと考えている。

終末期医療に関して坂総合病院倫理委員会が2006年に出した「終末期医療における考え方と行動指針」に高齢者の終末期の判断基準に関して次のように述べられている⁶⁾。

「高齢者の終末期」の判断基準は明確になっておらず、疾病の要素のみ、あるいは年齢的な要素のみから「いまの状態が終末期かどうか」を判断するのは困難であることが多く、その判断が時として患者、家族の感性に強く影響されることも多いと思われる。しかしそのような場合においても、疾病が引き金になって身体状態やQOLなどの諸条件が悪化していく中で当事者や親族、医療関係者などが、個々の状況を「人生の終焉」(寿命)と考え、その判断が両者間で共有された時をもって、「高齢者の終末期」状態と認識、それに対応した医療が提供されるべきである。「終末期医療」と判断された以降の医療方針は、疾病とたたかうという視点だけでなく、意義ある生、寿命を全うするというQOLの視点、すなわち「緩和医療の理念」に基づいた医療が提供されるべきである。”

超高齢社会となった日本で高齢者の終末期ケアに何が必要で、本人にとって質の高いケアはどのようなものであるか考える必要がある。近藤(2004年)⁷⁾は「質の高い終末期ケア」として、①本人や家族の明確な意思表示があること、②ケアを支える介護力や周りの人々のサポートがあること、③終末期ケアを支える医学医療ケアが受けられること、④本人や家族の願いを実現するために利用できる資源を結びつけるケアマネジメントがなされていることを挙げている。

終末期ケアプランの最期に看取りをした後に最終カンファレンスを実施しているが、看取りに参加した全ての職種ものが会して、事例を振り返り、それぞれの立場からの意見、感想を述べることにより、あらたな発見があり、今後のケアに非常に参考になる事が多い。

看取り後のカンファレンスの必要性に関して介護職員の看取り後の悲嘆心理をアンケート調査した報告(早坂寿美2010)⁸⁾によると「利用者の死やお互いに感情を共有し、悲嘆を軽減するために有効である。死別という辛い体験が同

時に人間的の人格的な成長という貴重な経験をもたらす。お互いの感情や行ってきたケアについて話し合うことは、正常な悲嘆過程を取り上げる上で大切な事だと思われる。バーンアウトや精神的に不健康に陥る前に、否定的な感情やケアに対する不全感なども誰かに話せる体制を作る必要がある」ということである。

【8. 参考文献】

- 1) Morrison RS et al ed. : Geriatric Palliative Care : 364-367 Oxford Univ. Press. 2003
- 2) NHS : National end of Life Care Programme : Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness. www.endoflifecareforadults.nhs.uk
- 3) Canadian Hospice Palliative Care Association : Advance Care Planning in Canada : National Framework.
- 4) NSW Department of Health : Advance Planning for Quality Care at End of Life. Strategic and Implementation. www.health.nsw.gov.au.
- 5) 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書 平成22年12月
- 6) 坂総合病院倫理委員会報告書「終末期医療における考え方と行動指針」2006年2月3日
- 7) 杉本 浩、近藤克則：特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題 社会福祉学 2006：46（3）：63-74
- 8) 早坂寿美：介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理～看護師との比較から～ 北海道文教大学研究紀要 2010：34：25-32