

日本と世界の看取りの課題

from JAPAN

日本における看取りの課題と今後の方向 臨床の立場から

福間誠之

医師、社会福祉法人洛和福祉会 洛和ヴィラ桃山医員

超高齢社会となった日本で現在の年間死亡者数は110万人あり、死亡場所は病院が81.6%、自宅が13.0%、施設その他が5.4%となっているが、2040年には160万人となり、病院では対応しきれなくなることが予測される。慢性疾患の末期となった高齢者を在宅あるいは施設で看取れるようにするため、健康保険法の改正による在宅療養支援診療所の新設や、介護保険法の改正で特別養護老人ホームや老人保健施設でも看取りができるようになった。

1 ● 特別養護老人ホーム(洛和ヴィラ桃山)での看取り

当施設は社会福祉法人洛和福祉会の経営する特別養護老人ホームで1998年に開設され、定数80人、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、平均在所要数は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、10年13人の合計110人、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13人、08年は10人、09年18人、10年10人で合計58人(52.7%)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24、心不全6、悪性新生物5、心筋梗塞3、脳血管障害3、敗血症2、その他9の52名。特養で亡くなった人の死因は老衰39、悪性新生物7、心不全2、心筋梗塞2、肺炎3、呼吸不全1、貧血1、ネフローゼ1、急性腎不全1、脳梗塞1の計58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、経過を見てい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。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15人あり、その方たちの

入院期間は4日から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、膵臓がん1、脳梗塞再発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。

印象に残った事例

事例 1 ● 91歳の女性。入所1年後に肺炎のため入院したが、元気になって退院し、その年の夏に娘たちと一緒に1週間ほど子どもの頃に過ごした北海道へ旅行して、普通だった学校を訪問してきたことを話していた。帰って1月後に小脳梗塞を発症して入院し、嚥下障害のため鼻腔栄養となって40日ほどで退院したが、自分でチューブを抜去し、それから経口摂取となり、1月後に夜間胸痛を訴えた後心停止状態で発見された。

事例 2 ● 87歳の女性。5年前に入所し、4年後にチアノーゼが見られ入院。軽快して帰ってきた時点で、家族に看取りの話をして同意書を渡し、娘姉妹で相談して1月後に署名してきた。両下肢の浮腫が著明となり、ネフローゼの精査目的で入院して中心静脈持続注射を受け、手足をベッドにくくり付けられているのをみた家族はそれ以上の検査は希望せず、注射を止めると数日の命といわれ施設に戻ってきた。娘が交代で来て世話をし、車椅子で施設周囲の散歩をしたりして1月後に、娘や孫が10人ほどベッドの周りで見守る中静かに息を引き取った。

2 ● 高齢者の終末期医療

慢性疾患の末期症状をかかえて入所している高齢者が、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で細菌感染による肺炎あるいは尿路感

福岡誠之 Seisbi Fukuma

1934年生まれ。京都府立医科大学卒業後、同大学第一外科助手、京都第一赤十字病院脳神経外科部長、明石市立市民病院長を経て、2000年より済和会老健イリオス、04年より現職。著書に「脳死を考える―新しい医療倫理を求めて」(日本評論社)、「臓器移植法ハンドブック」(共著、日本評論社)、「往生考―日本人の生・老・死」(共著、小学館)他。

感染症が診断されれば治療が可能であるが、脳梗塞や心筋梗塞の合併であれば治療効果もあまり期待できないこともあり、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。

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いうデータもある。定期的に交換しなければならない鼻腔チューブによる経管栄養は、交換後のX線検査によるチェックができないため施設に帰れなくなるので胃ろうになるが、認知症末期の患者への胃ろう造設は問題である。

3. 看取り同意書

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る。加齢に伴って全身衰弱が進行し、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家族と介護士を交えて終末期ケア・延命措置について話し合うことにしている。

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つかっ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、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る。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た利用者には栄養士・介護士が食材や食形を工夫し、長時間かけてわずかでも経口的に摂取する努力をし、最期には傾眠傾向になり、口唇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。

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るが入院しなければならないが、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。

4. 理想の死と看取り

高齢者の理想とされる死はどのようなものであろうか。施設利用者からは「寝ている間にあの世へ行きたい」とか「コロッといけるクスリはないですか」と冗談交じりに言われることがある。家族にしてみれば自分が世話をすることができなくなって施設に入れたという負い目があり、少しでも長生きして欲しいという気持ちから延命措置を希望することもある。本人、家族それに世話をしている介護者が満足できる死が理想であると思う。その人らしい、苦痛のない、最後まで人間らしく、清潔を保ち、出来れば世話になった人たちに囲まれて、枯れ木が倒れるごとく静かに息を引き取る「自然死」が理想と言えるのではないだろうか。