

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

痴呆性高齢者の施設における緩和ケアモデルへの提  
言：アメリカナーシングホームの実践を通して

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 守本, とも子, Schreiner, Andrea.S., 原, 等子, 寺門, とも子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/491">https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/491</a>

## 痴呆性高齢者の施設における 緩和ケアモデルへの提言

アメリカナーシングホームの実践を通して

日本赤十字九州国際看護大学教授 Andrea S. Schreiner

奈良県立医科大学教授 <sup>もりもと</sup> 守本 <sup>こ</sup> とも子

日本赤十字九州国際看護大学講師 <sup>はら</sup> 原 <sup>とうこ</sup> 等子 同助手 <sup>てらかど</sup> 寺門 <sup>こ</sup> とも子

### はじめに

現在、アルツハイマー型痴呆症（以下AD）の発症者は日本では100万人、米国では、400万人と推定されており epidemiological 研究報告によるとアメリカと日本のADの発症率はだいたい同じである（Yamada et al., 1999）。

また、厚生労働省の「1994年、痴呆性老人対策に関する検討会報告」では、痴呆性高齢者は2000年には65歳以上の7.2%、約156万人に達すると予測されている、その痴呆の中でもっとも多い病気がADである。

アメリカでは、85歳以上の高齢者の約50%が、ADを発症していると考えられている（NIA, 2000）。85歳以上の人口がますます増加する中で、ADで死亡する高齢者の数は、引き続き増加していくことが予測される。また、ADは、アメリカでは65歳以上の高齢者の主要死亡原因の第7位に位置している（Minino AM. & Smith BL., 2001）。しかし、この順位は、死亡診断書の回収方法の不備で、かなり過小評価であることが明らかにされている（同上）。ナーシングホーム入所者の死亡原因の1つに、かなり高い率でのADがあることは、明らかである。（日本においては、痴呆か否かの具体的な把握方法については今なお検討すべき点が多く、新たな全国的大規模調査をただちに行なうこと

は困難であるため死亡順位は不明である）。

アメリカにおけるAD末期患者の大多数は、ナーシングホームに入所しており（NIA, 2000）、深刻な症状になると施設から病院に搬送されることが多い。多くは、本人および家族が望まない治療を受け、多くは気管支炎を罹患して病院で死亡する（Keene et al., 2001）。一般に、高齢者の病院における医療費は高額である。すなわち、高齢患者が死亡寸前に頻りに医学的治療を受けているという事実が示唆される（Stoker et al., 2001）。多くの場合、医学的治療は、高齢患者の死亡を早めたり、痛みや苦しみを増加させる（Mittal. & Flaherty., 2001）。

高齢者の主な死亡の場は、依然として病院であり続けられると思われるが（Lynn, Teno, Phillips et al., 1997）、近い将来、ナーシングホームがより大きな役割を果たすことになると思われる。現在、アメリカの高齢者の20～25%がナーシングホームで死亡している。2020年までに、高齢者の死亡の40%がナーシングホームで発生することになるかもしれないと報告されている（Brock. & Foley., 1998）。施設入所者の60%が、ある種の痴呆症を発症しているため（Keene et al., 2001）、痴呆症をもつ入所者に対する終末期ケアの改善を図るガイドラインの整備が強く求められている。

このような現況や経過は、おそらく日本においても同じであると考えられる。将来、日本のナーシングホームで緩和ケアを受ける状況が増えてくると、高齢患者のもっとも安楽で尊厳に満ちた死を可能とすることができる。それは高齢患者を看護する私たちのチャレンジでもある。

調査によると、AD患者に対する終末期ケアの質が懸念されるのは、AD患者に対する医療が標準に達していない疑いがあるからである。骨折や肺炎で入院したAD患者は、AD以外の患者よりも高い死亡率を示している (Morrison. & Siu., 2000)。さらに、ナーシングホーム入所のAD患者の受ける治療は、他の患者に比べて少ないことも報告されている (Burton et al., 2001)。全体的に、AD患者に対するケアの質は、他の患者に対するものよりも低い可能性がある。

ナーシングホームで働く医師、看護師、介護者に対し、施設における穏やかな死のためにもっとも不可欠なものは何かということについて質問した最近の調査で、入所者に対する望ましい終末期ケアのために必要な3つの主要なテーマが明らかになった (Hanson et al., 2002)。

すなわち、1. 個別ケア、2. 事前ケア計画、3. チームワーク (表1) である。この調査に協力した医師は、「一般に、施設での死亡は、ほとんど、病院の場合とは対照的で、穏やかな死である。家族が死は避けられない状態であるという事実を認め、延命処置をやめる決心をするかどうかによって、事態は大きく変わる。患者の死を管理することができれば、たいていの

ターミナル期における状況はうまく進行する」と述べている。

## 1. 個別ケア

末期患者の多くは、激痛、肺浮腫、抑うつなどへの反応として、不穏、呼吸困難、食欲不振、心理状態の変化など、非特異的な兆候を示す。入所者を熟知している介護者であれば、これらの特定されない症状に気づき、より深刻な問題の兆候として解釈することができるはずである。

また、個別化されたケアは、近くに慰めてくれる家族のいない多くの末期患者が感じる孤独感や恐れを静めるためにも不可欠である。このように、個別化されたケアは心理精神的サポートを含むものである。

## 2. 事前ケア計画

世間一般の考え方によって、保健医療従事者は、家族と死について、率直に話し合うことを避ける傾向がある (表2)。しかし、家族は終末期においては、医師や他のケア提供者と、もっとコミュニケーションをとりたいと望んでいる (Mitchell, Berkowitz, Lawson, & Lipsitz, 2000; Stewart et al., 1999)。しかし、ほとんどの家族は、ケア提供チームから十分な支援やコミュニケーションを受けたとは感じていない。家族は、治療の選択に困って、患者にどうしてやればいいのかわからなかったと報告している。また、終末期の医療やケアについて、正しい決

表1 ナーシングホームにおける穏やかな死の特徴

1. 個別ケア—個人に合ったケアを提供するために、終末期での変化に対する熟練したアセスメントが必要である。アセスメントを行なうにあたって、末期患者の人間性や行動モデルを十分理解する必要がある。
2. 事前ケア計画—「アドバンスド・ダイレクティブと呼ばれる事前指示(患者及び家族が望む終末期ケアを具体的に文書化したもの)」の作成のために、事前ケア計画には十分なコミュニケーションが必要である。「事前指示」があることによって決定を下すことができ、チームワークも促進される。特にAD患者のケースに有効である。
3. チームワーク—優れた終末期の実現には、関連する専門職・職員全員が入所者に対し、同じ目標をもつことや入所者へのケアに対し同じ理解を示すことが必要不可欠である。ここでも、コミュニケーションが重要となる。チームワーク改善の方法として、症状緩和ケアモデルを採用し「事前指示」を活用することが挙げられる。

表2 終末期においてコミュニケーションを妨げる一般的な考え方

1. 末期患者とその家族は、明るい話題しか話したくない。
2. 死について話すか抑うつになる。
3. 死について質問すると患者や家族は混乱したり怒ったりする。
4. 患者や家族は死や喪失について質問されたくない。
5. 人は普通自分の死期を知らない。
6. 末期患者は自分の懸念や恐れを伝えることができない。
7. 末期患者は家族や大切な人達に迷惑をかけたくない。
8. 末期患者の質問に正直に答えないことによって、患者の感情を混乱させないようにする。

定をしなかった、といったことや望んだケアを患者が受けられなかったと感じている家族は、多くのストレスを経験するということが、調査によって明らかになっている (Tilden, & Tolle., 2002)。

一方、意思決定に当たって、事前指示を拠り所にできた家族は、心の平安を感じ、最良の終末期ケアを受けたと感じている (Tilden, & Tolle., 2002)。

つまり、予後や死に対する心理的あるいはスピリチュアルな準備について、患者や家族と、はっきりと話し合うことが必要不可欠である。

Hanson らによる調査 (2002) の参加者は、包括的事前計画への2つの主な障害例を示した。すなわち、1. 患者や家族に回復への虚偽の希望を与えられたケース、2. 医師が予後を家族にはっきり知らせず、家族と医師が終末期について話し合う時間をもたなかったケースである。

質の高い終末期コミュニケーションは長時間を要し、医師の側に高度の技術が要求される。ナーシングホーム入所者を担当するある大学病院の医師は、「ナーシングホームでの話し合いは、何にもまして技術が要求される」と述べている (Hanson et al., 2002)。したがって、終末期ケア改善には、医師が家族と終末期の要望について話し合うのに必要なコミュニケーション技術を身につけることも緊急の課題である。

全米医療協会倫理研究所 (AMA-The Institute for Ethics for the American Medical Association) は、終末期に事前ケア計画を話し合うため、「話し合いによる同意モデル」

によるコミュニケーション法を開発した (表3)。このモデルは、AMA によって数年前に開発された終末期ケアにおける8原則に基づいている (表4)。

#### 1) 話し合いによる同意モデル (Negotiated Consent Model) による終末期コミュニケーション

「話し合いによる同意モデル」によるコミュニケーションは、医師やケア提供者と家族との間で、相手の意見を聞いたり、説明したり、話し合ったりして、家族の望む治療計画を立案するためのコミュニケーション法である (Karl-awish JHT et al., 1999)。

結果的に、医師は、実際に家族が話す言葉だけではなく、非言語的行動や表情という観点から、家族の気持ちに対応することを学ばなければならない。終末期の話し合いは、家族のプライバシーが配慮され、自由に自分の気持ちを話すことができる個室で行なうべきである。医師は往々にして個人の問題を他の患者やスタッフの前で話すきらいがあるが、家族にとっては落ち着かず恥ずかしいことを知っていなくてはならない。次のステップとして、医師は入所者の状態について家族が何を理解しているかを正確に知らなければならない。家族は問題となっている疾病の予後や進行について、はっきりと理解しているのか、家族は「理解している」と答えることが多いが、それは医師の説明を聞くのが怖いといったことも考えられる。医師が家族に入所者の状態が現段階に達するまでのようす

表3 話し合いによる同意モデル (Negotiated Consent Model) : 終末期の家族の決定を助けるステップ

ステップ	会話の事例
1. 入所者に関する決定で大きな役割を演じる人物を特定。	「あなたの奥さんのケアについていくつか決めなければいけないことがあります。これから何をすべきかを考えるに当たってご意見をいただける方々はおそろいですか」
2. 主要人物に入所者が現症状にいたった道筋を説明してもらう。 医師が病歴を知っている場合、医師は右のように話してもよい。	「よろしければ奥さんがどのように変わってしまい、ご主人にとってそのことがどのような経験であるかについて話していただけませんか？」 「何年もあなたの奥さんのお世話をしてきたのですが、よろしければ奥さんのこれまでのようすや、お二人にとってどのように事態が推移したのか話して下さると助かります」
3. 患者の疾病の予想される臨床コースについて主な決定者に説明する。	「奥さんは、回復の見込のない進行性の病気です。奥さんはアルツハイマー病で、あとどれくらいとは明言できませんが、病状の深刻さを見れば、そう遠くはないでしょう」
4. 患者のQOLと尊厳を擁護する。	「彼女が亡くなった後、彼女が尊厳と敬意を払われたといえるようなケアをすすめるべきではありません」
5. 実際のデータと臨床経験を基にしてガイドランスを提供。	「〇さんの場合、管を入れても肺炎の危険性はあまり低くなりません。私の経験では、言語療法士に聞けば、口で食べ続けることができるような食べさせ方のいいヒントをくれると思います」

表4 AMAによる終末期ケアにおける原則

1. 患者は、終末期ケアについての、話し合いや立案の機会をもつべきである。	1. Patients should have the opportunity to discuss and plan for EOL care.
2. 心身の苦痛に十分注意を払い、快適さの確保に向けた処置が行なわれるべきである。	2. Physical and mental suffering should be carefully attended to and comfort measures put in place.
3. 個人の尊厳が優先事項となるべきである。	3. Dignity should be a priority.
4. 患者が延命処置を希望しない場合、その意思は尊重されるべきである。	4. Preferences for not receiving life-sustaining treatment should be respected.
5. 終末期患者本人の望み(達成目標)に注意が向けられるべきである。	5. Attention should be given to the personal goals of the dying person.
6. 家族や周囲の人達の負担になっているという患者の思いは、最小限に抑えられるべきである。	6. The patient's sense of being a burden to family and others should be minimized.
7. 医師は、患者のケアマネジメントを、最期まで放棄することなく継続すべきである。	7. The doctor should continue to manage care of the patient until they die (no "abandonment"—this is a medical/legal term).
8. 介護提供者は、家族が悲しみに対処し、事後に適応していけるよう、支援すべきである。	8. Care providers should help the family cope with grief and adjustment.

を説明する目的は、疾病及び入所者の状態に対する家族の理解度の情報収集をするためである。家族の価値観やケアの目標、さらに家族が予想する患者の望みについて話し合わなければならない。家族間で、最善の治療について意見が一致しないことも多い。例えば、経管栄養を開始すべきかどうかなどである。このような意見の不一致で、当事者が非常に感情的になること

もある。医師は、家族が選べる選択肢やどのような治療を行なうことができるのか、そしてそれらについての彼らの意見をゆっくりと時間をかけて家族と話し合う。ここでも、医師の主な役割は聞き手に回り、家族の話を促すことである。話すことによってのみ、家族は本当に入所者のために望むことを発見することができる。医師は入所者に関連した具体的な事例を挙げて、

家族にとって好ましい治療を特定して話せるようにすべきである。

仮に、症状の進んだAD入所者を○さんとする、彼女のケーススタディの例で、「取り決めによる同意モデル」をわかりやすく説明することができる。○さんはADの末期段階で、もはや食べることができず、嚥下が困難で、嚥下障害による肺炎で治療を受けている。また、自力歩行はできない。彼女の夫は、7年間ずっと彼女の昼食を施設に運んできた。経管栄養を行なうと、その大切な人間的絆が失われることになり、彼女は食事のにおいや味を失う。家族は医師と率直な話し合いをもち、管を挿入すれば患者のQOLを大きく損なうという結論に達した。

医師は、夫に、嚥下障害をもつAD患者への食事の与え方について新しいテクニックを教えることができる言語療法士がいるので、その言語療法士に会うようすすめた。夫は言語療法士と会い、安全により多くの食物を妻に与える方法を知った。夫は非常に満足することができ、妻はなんとか肺炎から回復した。

数か月間の安定期の後、再び、妻に痛み、咳、熱、不安といった症状が出現したし、嚥下障害が悪化した。家族はまた医師と面接をもち、話し合ったが、やはり、経管栄養は否定した。そのかわり、快適さに焦点を置いたケアプランが作成された。つまり、彼女はお気に入りの食物や飲物を味わい、香りを楽しむことができ、口腔や皮膚を清潔に保つケアも受けた。同時に、体位変更やマッサージといった人との係わり合いを多くもつケアも今まで以上に受けることになった。しかし、人工的な流動食および栄養補助は与えられなかった。

7日後、彼女は穏やかに死を迎え、努力の甲斐あって、彼女の死が尊厳に満ちていたことで、家族は満足を感じることができた。

家族と終末期ケアについて話し合った後の、1つの重要なステップは、医師が将来治療を決

定する際に拠り所とする家族の要望を明白に文書化することである。理想的には、終末期の要望を事前指示文書に含めるとよい。入所者が病院に搬送される場合は、その文書も一緒に送ることになる。POLSTとは、患者／家族の要望が、医師の指示する治療という形で書かれている文書である。POLSTは、ナーシングホーム入所者の終末期治療に対する要望を保護するのに、非常に有効であることが明らかにされている(図)(Tolle et al., 1998)。

## 2) POLST

POLSTとは、“Physician Orders for Life-Sustaining Treatment”を意味し、「生命維持治療の指示」と訳される。オレゴンヘルスサイエンス大学内のヘルスケア倫理センターは、ナーシングホーム入所者が家族の意思に反し病院に搬送され、望まない治療を受ける問題にどう対処すべきかという研究を重ね、POLSTを開発した。多くのナーシングホームのカルテには、人工蘇生をしないようにという指示が書かれている。つまり、入所者及び家族は心臓停止や呼吸停止の場合、心肺蘇生(CPR)を望まないということが明記されている。しかし、病院側は、この人工蘇生をしないようにという指示を無視することが多い。

終末期ケア改善のためによりよいシステムが望まれ、研究と議論を重ねた後、委員会はPOLSTを開発し、実施した(Dunn et al., 1996)。10年間の大規模調査によると、終末期ケアの不満足からおこる法的問題のリスクが減少したという状況からみても、POLSTが患者の希望を守るのに非常に効果的であり、患者と家族のケアに対する満足感を改善したことが明らかになった(Lee et al., 2000)。

POLSTは両面印刷の1枚からなり、考慮すべき医学的治療に関するセクションがある(図)。シートの色は、カルテの中で見つけやすいように明るいピンク色となっている。ナーシ

移動、退院する場合は患者・入所者とともにこの書類を送付してください	患者・入所者 氏名
生命維持治療のための医師指示書 これは医師の指示用紙です。患者・入所者のご希望と医学的状態にもとづくものであります。あらゆる事前指示についても要約してあります。チェックされていないSectionについては完全治療を行ないます。必要な事態が起こった時には、まず始めにこの書類の指示に従い、その後、医者に連絡をしてください。	生年月日
Section A 一箇所にのみ チェック	<p><b>蘇生術</b> 患者・入所者が脈拍および呼吸がなくなった場合</p> <input type="checkbox"/> 蘇生術を行なう <input type="checkbox"/> 蘇生術を行なわない Do Not Resuscitate (DNR) 心肺停止でない場合は、Section B, C および D の指示に従ってください。 <p><b>医学的処置</b> 患者・入所者が脈拍、呼吸のいずれかあるいはどちらもあってもある場合</p> <input type="checkbox"/> 緩和処置のみ可 患者・入所者は意識を失われ、尊重して過され、清潔を維持し、暖かくよく乾いた清潔なりネンなどの援助を受ける。 口から食物や流動物が無理のない方法で与えられ、衛生的な注意が払われる。 薬物治療、体位、創傷ケア、その他の処置が痛みや苦痛を和らげるために用いられる。 酸素吸入、気管内吸引、気道閉塞のための処置は苦痛を和らげるために必要となるときのみ行なう。これらの処置は、患者・入所者がどこで生活していても行なわれる。 その患者・入所者は緩和処置が失敗しない限り入院しない。 <input type="checkbox"/> 限定的な処置を追加する 上記のケアを含む。心電図と経口および経静脈的薬物治療が含まれる場合もある。 一般的には集中治療は行なわれない。もし必要な事態が起これば病院へ搬送してください。 しかし気管挿管あるいは長期延命処置は行なわれない。 <input type="checkbox"/> 完全治療を行なう 上記のケアに付け加えて気管挿管および電気的除細動を行なう。 その他の指示：
Section C 一箇所にのみ チェック	<p><b>抗生物質</b> 緩和処置が常に提供される</p> <input type="checkbox"/> 全く抗生物質は使わない <input type="checkbox"/> 抗生物質を使用する その他の指示：
Section D 一箇所にのみ チェック	<p><b>人工的な流動食および栄養補助</b> 緩和処置が常に提供される</p> <input type="checkbox"/> 栄養チューブ挿入や経静脈的栄養は一切しない <input type="checkbox"/> 栄養チューブ挿入や経静脈的栄養の施行期間を限定する <input type="checkbox"/> 長期的な栄養チューブ挿入および経静脈的栄養を行なう その他の指示：
Section E	<p>医学的状態の要約</p> <p>フィスカッション参加者：</p> <input type="checkbox"/> 患者・入所者 <input type="checkbox"/> 未成年者の親 <input type="checkbox"/> 健康管理責任者 <input type="checkbox"/> 法的保護者（成年後見人） <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他： <p>医師名 ふりがな</p> <p>医師 電話番号 日中： 夜間： 記入日</p>

移動、退院する場合は患者・入所者とともにこの書類を送付してください  
© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health Sciences University, 3181 Sam Jackson Park Rd, LHM-86, OR97201-3098 (503) 494-4466  
日本赤十字九州国際看護大学老年研究センター, 福岡県宗像市アステイ1, TEL&FAX (0940) 35-7507  
<http://www.jrckicn.ac.jp/> rkkc/ e-mail: n-hara@jrckicn.ac.jp

図 医師指示書 (POLST) 例 (生命維持治療のための医師指示書例)

移動、退院する場合は患者・入所者とともにこの書類を送付してください	この書類を再検討しなければならぬ場合 この書類 (生命維持治療のための医師指示書) は、定期的に、あるいは以下のような場合に再検討が必要である： ● 患者・入所者があるケア施設あるいはあるケアレベルから他の施設あるいは異なるケアレベルに移った場合、また、 ● 患者・入所者の健康状態に大きな変化が起こった場合、また、 ● 患者・入所者の治療に対する要望が変わった場合								
Section F	<p>1. Section A から F までを再度確認する 2. Section G を記入する この書類内容を無効とする場合は、書類前面に太文字で「無効」と記し、新しい書類に記入すること。</p> <p><b>患者・入所者 (未成年の親) の選択</b> 私は生命維持治療について熟慮しました。 私は私の選択を私の主治医や医療従事者に示しました。 この終末期の質を高めるための医師指示書は治療に対する私の選択を示しています。 以下は私の要望についての追加情報です。</p> <p>事前指示 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>裁判所が任命した保護者 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>私の健康状態に以下のような大きな変化が起こった場合には、どうぞこの書類を更新してください。 死期が近くなってきたとき がまんできないほどの苦痛があるとき 状態が改善したとき 永続的昏睡になったとき 進行性疾患が悪化している場合</p> <p>患者・入所者、未成年の親、保護者あるいは健康管理責任者の署名 ふりがな _____ 印 記入日 _____</p> <p>書類を準備した人の署名 ふりがな _____ 印 記入日 _____</p>								
Section G	<p><b>検討記録</b></p> <table border="1"> <tr> <th>日付</th> <th>再検討者</th> <th>再検討した場所</th> <th>再検討結果</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 変化なし  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし  <input type="checkbox"/> 変化なし  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし  <input type="checkbox"/> 変化なし  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし  <input type="checkbox"/> 変化なし  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入  <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし                 </td> </tr> </table>	日付	再検討者	再検討した場所	再検討結果				<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし
日付	再検討者	再検討した場所	再検討結果						
			<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類へ記入 <input type="checkbox"/> 書類無効、新規書類はなし						

移動、退院する場合は患者・入所者とともにこの書類を送付してください  
© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health Sciences University, 3181 Sam Jackson Park Rd, LHM-86, OR97201-3098 (503) 494-4466  
日本赤十字九州国際看護大学老年研究センター, 福岡県宗像市アステイ1, TEL&FAX (0940) 35-7507  
<http://www.jrckicn.ac.jp/> rkkc/ e-mail: n-hara@jrckicn.ac.jp

ングホームの全員のカルテにこのシートがはさまれており、看護師の責任の1つは、シートが適切に記入され、署名があるかを確認することである。この書類は医師の指示書となり、主治医による署名が必要不可欠である。一般に、生命維持治療は、以下のように分類される。CPR、経管栄養、人工呼吸、手術、透析、輸血、人工的な流動食および栄養補助、診断テスト、抗生物質、その他の薬品及び治療である。

AD入所者にとって、家族の望みに関連して事前の意思決定を必要とする主要な医学的治療分野には以下のものがある。家族が、CPR、医学的治療、快適さのみを望むか、入院を望むか否か、抗生物質を望むか否か、人工栄養や点滴を望むか否かである。これらがPOLSTの主な分類項目である。セクションBには、病院への搬送を望むか否かについての指示が含まれている。

現在、痴呆症のある入所者で、何らかの事前指示を受けていると報告されているのは、14%のみである (Mezey et al., 2000)。事前指示は、患者がADの初期から中期の間に作成され記録されるのが理想的である。最近の研究によると、重度の痴呆症患者でさえ指示決定はできるといわれている (Feinberg & Whitlatch, 2001)。

### 3. チームワーク

ナーシングホームにおいて、AD入所者に限らず全入所者の終末期ケアの質を高めるためには、緩和ケアチームをもつことが1つの方法である。緩和ケアとは、死を人生の一部として受け入れ、患者に快適さを提供することに焦点を置いたケアモデルであり、考え方である。緩和ケアとはケアの種類である。ホスピスとは緩和ケアを提供する組織のことである。緩和ケア自体は、ケア提供者が緩和ケアを治療チームの目標の1つとして行なうことが確認されれば、

どのような状況でも発生しうる。したがって、ナーシングホームでも、個人の家でも、一般病院でも、特別に作られたホスピスであっても、緩和ケアを行なうことができる。

緩和ケアの目的は、延命に重きを置く医学的治療とは違って、痛みや症状の緩和を焦点にしている。医学的モデルでは、死は医療の敗北を意味する。緩和ケアの目指すものは、末期的兆候に対してケアを行ない、同時に、疾病が患者とその家族に及ぼす情緒的、社会的、スピリチュアルな影響に対処することである。緩和ケアにはチームアプローチが必要とされ、チームは、医師、看護師、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー、および宗教家やボランティアなどで構成されることが望ましい。緩和ケアは、死を医療の敗北ではなく人生の一部と見て、患者と家族が穏やかに死を迎えられるように支援することを目指している。

複数の研究により、ホスピスケアや緩和ケアは患者の終末期の質を改善するだけでなく、経費の軽減にもつながることが報告されている。高齢社会において、経費の軽減は重要な倫理的懸案である (Emanuel, 1996)。しかし、アメリカにおいてホスピスケアを受ける患者はまだ少ない (Ahronheim et al., 1996)。このホスピスケアのほとんどは家庭におけるもので、ナーシングホーム入所者でホスピスケアや緩和ケアを受けるものはほんの少数である。

### 4. 結論

今日、保健医療専門職者が直面する多くの倫理的ジレンマの1つは、最善の終末期ケアをどのようにして提供するかである。AD患者の場合、その人自身が治療上何を優先するのかについて他人に知らせる能力を失ったため、問題はより困難になる。ほとんどの高齢者は、事前指示 (advanced directives) や遺書 (living wills) を用意していないし、法的代理人とい



った医療・ケア内容の決定権保持者を指定していない。

しかし、事前の意思決定が終末期を改善し、家族が愛する人の死を受け入れ、納得できるように機能するのは、研究により明らかである。

ナーシングホームが、彼らが重要な決定を下す際に支援を行なうことは、入所者やその家族に提供することのできるすばらしいサービスの1つであるのは明白である。POLSTのような事前指示の活用が、ナーシングホームにおいて日常実践となり、考える最高の終末期ケアを推進する手助けとなることが望まれる。

一方、日本においても85歳以上の人口の増加および痴呆の罹患率は高くなっており、2030年には痴呆性高齢者は360万人になると推計されている。また、高齢者の多くは在宅での死亡を望んでいるが、病院で死亡することが圧倒的に多い。しかし、医療費の高騰、介護保険の導入により、死亡場所は特別養護老人ホームや老健施設などの介護保険施設で迎える可能性も出てきている。

#### 参考文献

- 1) Ackermann, RJ. (2000). Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment. *American Family Physician*; 62(7) : 1555-1560.
- 2) Ahronheim, JC, Morrison, RS, Baskin, SA, Morris, J, Meier, DE. (1996). Treatment of Dying in the Acute Care Hospital. *Arch Intern Med* 156 : 2094-2100.
- 3) Brock DB, & Foley, DJ. (1998). Demography and epidemiology of dying in the US with emphasis on deaths of older persons. *Hosp J* 13 : 49-60.
- 4) Burton LC, German PS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, & Magaziner J. (2001). Medical care for nursing home residents: differences by dementia status. *Epidemiology of Dementia Nursing Homes Research Group. J Am Geriatr Soc* 49(2) : 142-7.
- 5) Dunn, PM, Schmidt, TA, Carley, MM, Donius, M., Weinstein, MA, Dull, VT. (1996). A method to communicate patient preferences about medically indicated life-sustaining treatment in the out-of-hospital setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 785-791.
- 6) Emanuel, EJ. (1996). Cost savings at the end-of-life. What do the data show? *JAMA* 275(24) : 1907-14.
- 7) Feinberg, LF, Whitlatch, CJ. (2001). Are persons with

cognitive impairment able to state consistent choices? *Gerontologist* 41(3) : 374-82.

- 8) Hanson, LC, Henderson, M, & Menon, M. (2002). As individual as death itself: a focus group study of terminal care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine* 5(1) : 369-77.
- 9) Keene J, Hope T, Fairburn CG, Jacoby R. (2001). Death and Dementia. *Int.J.Geriatr Psychiatry* 16(10) : 969-74.
- 10) Karlawish JHT et al. (1999). A Consensus-Based Approach to Providing Palliative Care to Patients Who Lack Decision-Making Capacity. *Annals of Internal Medicine*, v. 130 (10) : 835-840.
- 11) Lee, MA, Brummel-Smith, K, Meyer, J, Drew, N, London, MR. (2000). Physician orders for life-sustaining treatment (POLST) : outcomes in a PACE program. *Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Journal of the American Geriatrics Society* 48, 1219-1225.
- 12) Meier, DE, Ahronheim, JC, Morris, J, Baskin-Lyons, S, Morrison, RS. (2001). High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. *Arch Intern Med* 161 : 594-599.
- 13) Mezey, MD. et al. (2000). Advance Directives: Older Adults with Dementia, *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 16 (2) : 255-268.
- 14) Mittal, M. & Flaherty, JH (2001). Hospice and Palliative Care. *Cyberrounds Geriatric Conference*, Albert Einstein School of Medicine. <http://www.cyberrounds.com/geriatrics/conferences/1001/conference.html>.
- 15) Mitchell, SL, Berkowitz, RE, Lawson, FM, & Lipsitz, LA. (2000). A cross-national survey of tube-feeding decisions in cognitively impaired older persons. *J Am Geriatr Soc* 48(4) : 391-7.
- 16) Morrison, RS & Siu, AL (2000). Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* Jul5 ; 284(1) : 47-52.
- 17) National Vital Statistics Report, Vol. 49, No11 October 12, 2001. CDC.
- 18) NIA, Progress Report on Alzheimer's Disease, 2000. National Institutes on Aging, National Institutes of Health Publication No. 00-4859.
- 19) Stewart et al (1999). The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. *Journal of Pain and Symptom Management* 17(2) : 93-108.
- 20) Stoker T et al (2001). Costs in the last year of life in The Netherlands. *Inquiry* 38(1) : 73-80.
- 21) Tilden, V. & Tolle, S. (2001). Center for Ethics in Health Care, Oregon Health Sciences University. The Role of Advanced Directives in Relieving Family Stress at the end-of-life. <http://www.ohsu.edu/news/031301tolle.html>
- 22) Yamada, M. et al. (1999). Prevalence and risks of dementia in the Japanese population: RERF's Adult Health Study Hiroshima Subjects. *Journal of the American Geriatric Society* 47 : 189-199.