

後期高齢者の新型コロナウイルス感染症における 意思決定支援の重要性

榊井 和恵¹⁾ 清水 絵美¹⁾ 岩佐 和直¹⁾ 高田 由紀栄¹⁾ 橋本 智哉²⁾

要 旨：当院では2020年10月～2023年9月までに1242人の新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)陽性患者を受け入れた。第3波～第5波は軽症・中等症Iの若年者・中高年の入院患者対応であった。第7波からは高齢者やリスク因子のある患者対応を当院が担った。重症化率は低下したが、死亡した患者は10%に達した。そのため入院条件として蘇生措置拒否(Do Not Attempt Resuscitation:以下、DNAR)の説明と同意に関する書類の取得を必須とした。その中で、DNAR取得が困難な症例や入院後に説明しなおす症例が散見された。制限された環境下で家族が意思決定をするためには、医療者の情報提供や不安の傾聴が重要であった。突然の判断や治療方針を検討しやすくする為には、日頃の人生会議(Advance Care Planning:以下、ACP)の導入も必要であると考えたので報告する。

(福井医療科学雑誌 21:16-20, 2024)

【Key words】 新型コロナウイルス感染症, DNAR, 意思決定支援, 高齢者

緒 言

福井県は2020年3月18日に初めてCOVID-19陽性者が確認された。その後感染は急速に広がり、2020年4月2日には感染者数が全国で2番目に多い都道府県となることもあった。福井県は積極的疫学調査による次なる感染拡大の防止、広範なPCR検査、マスクの徹底、PCR検査と入院の調整を一元管理、マスク会食を推奨する飲食店に奨励金を公布する等して独自のアイデアに基づく施策を全国に先駆けて実施し「福井モデル」として国からも評価を受けた。だが全国的な感染拡大の影響を受け、2021年1月以降は「感染拡大警報」を発令する状況に至った。そこで、福井県下のCOVID-19感染者の収容病床不足を緩和する目的で、当院においても県からの依頼でCOVID-19専用病床として最大64床を確保することとなった。通常診療を圧迫しないように許可病床315床とは別に臨時の医療施設として対応した。携わる医師や看護師を特定化して招集し、患者の増減に対応する厳しい運営状況であった。

第3波～第5波において当病院で対応した患者の状態

は、軽症・中等症Iの若年者・中高年の入院患者であった。日常生活動作(Activities of Daily Living:以下、ADL)自立、酸素飽和度93%以上、酸素投与不要の方が主であった。だが入院後、症状悪化や酸素飽和度低下の際は、福井県ではCOVID-19の重症化した患者対応な病院へ転院を行った。これらは福井県入院コーディネートセンターと連携していた。

次々と出現する変異株は、福祉施設や在宅介護の高齢者の感染者数を増加させ、当院でも高齢者の受け入れという役割を担うこととなった。後期高齢者のCOVID-19感染者は、入院時に、栄養状態不良で二次感染を伴う場合が多く、予後は厳しい状況であった。そのため後期高齢者に対して、第7波から入院条件にDNARの取得を必須とした。そこで、感染病棟看護師の役割として、入院時家族に、ケアの内容説明以外にADL低下や、急変の可能性、DNARを承諾したことで延命処置は行わないことの説明も必要となった。また、医師の代行業務、一般病棟への継続入院に伴う転棟または他院への転院調整も行った。自宅や施設でギリギリまで療養生活をしていたが、最終的に介護困難となり当院に入院になったケースが多

1) 福井総合病院 看護部

2) 福井総合病院 脳神経外科

(採択日 2025年3月)

くみられた。キーパーソンは患者の病態や予後を見通しての DNAR の決断を十分理解できていない人も多かった。当院の役割、できる治療やケア、患者の病態と DNAR についての説明をより詳しく、繰り返し意思確認を行う必要があり 1 人 15 分以上の時間を要していた。今回我々は、後期高齢者の COVID-19 感染症患者の背景および DNAR の意思決定を行う家族への支援のあり方について、事例を通して考える機会を得たので報告する。

対象と方法

対象は 2022 年 7 月～2023 年 3 月に入院した患者 329 人とした。検討項目は、年齢、ADL、介護度、入院前の生活環境、入院前 DNAR 説明者、説明を聞いた人と患者の続柄を項目ごとに検討した。DNAR 取得困難であった例も後方視的にカルテから抽出し同様に検討した。

結 果

1. 第 3 波～第 8 波の年齢別入院数の分析 (Fig 1.)

第 3 波から第 5 波までは 40 歳未満がそれぞれ 50.6%, 63.3%, 68.5% であり若者の入院対応が主であった。第 6 波では 40 歳未満は 38.0% と減少し、40 歳から 65 歳の入院が 40.1% となった。65 歳以上の入院は 21.9% になった。第 7 波では 65 歳以上が 68.1% となり、第 8 波では 65 歳以上は 92.6% にまで及んだ。

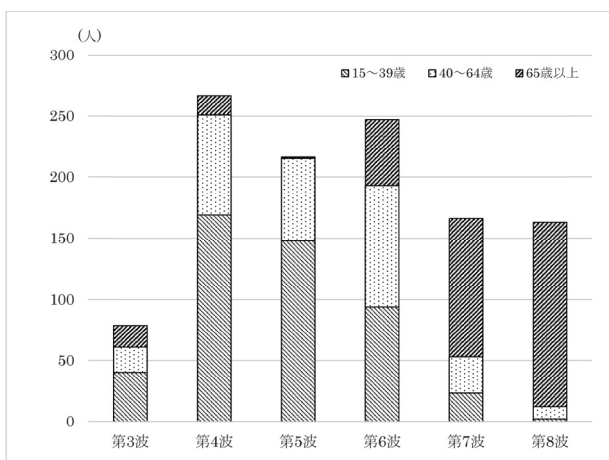


Fig 1. 第 3 波～第 8 波の年齢別入院数

2. 第 7～第 8 波の入院患者の分析

第 7～8 波の入院患者数は 329 人で、平均年齢は 76.4 ± 18.6 歳であった。うち DNAR 取得者は 209 人、平均年齢は 85.6 ± 8.9 歳で DNAR 未取得者は 120 人、平均年齢は 60.4 ± 20.3 歳であった。(Table 1. a) 若年者・中高年は DNAR 取得せず、症状悪化時は転院と説明した。第 3 波～第 6 波の段階では、若年者や中高年の入院が多く DNAR 取得の必要性が低かったが、第 7 波～第 8 波では、高齢者の割合が多くなった為 DNAR 取得も多くなった。

DNAR 取得者 209 人中 117 人で 56.0% は感染病棟看護師が説明し同意を得た。(Table 1. b)

DNAR の説明を受けた方は妻や子供等の家族が 172 人で 82.2% を占め最も多かった。(Table 1. c)

入院前の生活環境においては家族同居、施設が多く、次いで当センター入院中または入所中の方が多かった。(Table 1. d)

DNAR 取得者の ADL を分析すると自立は 78 人で 37% だが、自立以外の何らかの介助を要する人が 127 人で 63% となっている。(Table 1. e)

介護度無、要介護 1、要介護 4 そして要介護 5 は 15% であり、要介護 2 が最も多く 18% であった。要介護 3 は 12% であった。(Table 1. f)

Table 1. 第 7～第 8 波入院患者の分析

a	年齢	
	人数	平均年齢
	第 7～第 8 波入院患者	329 76.4 ± 18.6
	DNAR 取得者	209 85.6 ± 8.9
b	DNAR 取得者 (n=209)	
	人数	割合 (%)
	看護師	117 56.0
	当院医師	49 23.4
c	説明を受けた人	
	人数	割合 (%)
	夫または妻・子供・孫	172 82.2
	子の夫・妻	16 7.7
d	姪甥等 3 親等以上	15 7.2
	後見人	6 2.9

Table 1. 第7～第8波入院患者の分析

d	生活環境		
		人数	割合 (%)
	家族同居	83	39.7
	施設・他病院	68	32.6
	当センター(入院中または入所中患者)	41	19.6
	独居	17	8.1

e	ADL		
		人数	割合 (%)
	自立	78	37.3
	全介助	81	38.8
	一部介助	46	22.0
	その他	4	1.9

f	介護度		
		人数	割合 (%)
	要介護 1	32	15.3
	要介護 2	37	17.7
	要介護 3	26	12.4
	要介護 4	31	14.8
	要介護 5	31	14.8
	無	32	15.3
	その他	20	9.7

Table 2. DNAR に難色を示した患者 34 人/平均年齢 87.0 歳

a	生活環境		
		人数	割合 (%)
	2 人暮らし	10	29.4
	独居	4	11.8
	施設	9	26.5
	家族同居	11	32.3

b	ADL		
		人数	割合 (%)
	全介助	19	55.9
	一部介助	5	14.7
	自立	10	29.4

c	説明を受けた人		
		人数	割合 (%)
	夫または妻・子供・孫	29	85.3
	子の夫・妻	2	5.9
	兄弟姉妹	2	5.9
	後見人	1	2.9

半数以上看護師が DNAR 説明同意を得ていたが、DNAR 取得に難色を示したケースが 34 人(16.3%)あり、その平均年齢 87.0 歳であった。家族背景は独居又は妻や子供などの 2 人暮らしが 41%を占めた。(Table 2.)

3. DNAR 取得困難の具体的症例

[症例 1] 91 歳女性である。長男と 2 人暮らしで、要介護 3 の認定をうけ、長男が介護者であり意思決定者であった。DNAR 説明は当院看護師がおこなった。当院がかかりつけ医であり、過去に何度も当院への入退院を繰り返していた。DNAR について説明したが長男は理解困難であった。そのためケアマネジャーからも説明していただいた。最終的には県外在住の次男へ同様の説明を行い DNAR 取得となった。

[症例 2] 108 歳女性である。施設入所中の寝たきりで要介護 5 の認定を受けていた。意思決定は孫で、DNAR は施設医師より取得済みと当院は聞いていた。しかし、入院説明の電話で DNAR について再確認すると、十分理解できていないことがわかり入院保留を希望された。福井県内の病床状況や当院治療、対応、DNAR について再三説明を行い DNAR 取得となった。

[症例 3] 81 歳女性である。当院入院中の患者であった。要介護 4 の認定を受けていた。意思決定は長男であり、DNAR 説明は医師と看護師で行った。キーパーソンである長男は DNAR を承諾したが、夫は「どうして病院に入院していて感染するのか」「リハビリはできないのか」等の思いがあり受け入れができないような状態だった。傾聴と夫の思いを受容し、情報をスタッフ間で共有して対応にあたった。

考 察

COVID-19 感染症患者はウイルス株の変異で、若年者・中高年の軽症・中等症対応から高齢者対応に推移した。特に第 7～第 8 波ではほぼ高齢者対応となり、DNAR 取得業務が問題になる症例が増えた。

問題点として、医師や看護師は、急変時の説明として DNAR について患者家族に説明を行ったが、「救命しない」「死にそうなのに何もしない」「老人だから救命しない」「医療者にとって楽だから」等の間違ったとらえ方が

あった。DNAR 説明が不十分の場合、入院決定となるまでに多くの時間が必要であった。

誤嚥性肺炎は加齢にともなう嚥下機能の低下によって起こりやすくなるが COVID-19 に感染することで衰弱すると、さらに嚥下機能の悪化となる¹⁾。基礎疾患に慢性心不全があれば感染を機に心機能が低下することで重症化しやすくなる²⁾。COVID-19 の病態として、血栓症や心血管系の合併症との関連が指摘されており、心筋梗塞や脳梗塞、肺塞栓症のような血栓に関連した死亡もありえる³⁾。このような病態を患者や家族は、感染判明時から思い及ばない。また入院中に罹患した患者家族では、病院だから「感染しない」「安全な場所」といった思いがあり、COVID-19 に感染したということに対して納得できない思いを持たれる方がいた。

基礎疾患の悪化や二次感染がおこりやすいといった病態を患者家族は容易には想像できない。日本老年学会では「本人・家族との医療情報共有と積極的な意思決定支援が必要である」⁴⁾と述べている。意思決定に必要な情報提供(COVID-19 の疾患や治療、二次感染の可能性)と当院で可能な治療、患者の現状の説明と、基礎疾患を多数有する高齢患者の延命治療に対する考えの確認が必要である。延命治療に対しては、医療を提供する側がもっている情報を、医療を受ける側が正確に理解することは困難である。DNAR という耳慣れない言葉に戸惑うが、DNAR だから何もしないわけではないことを伝える事が重要であった。

心肺蘇生を行わないという意味確認の上での入院である旨を説明したが、家族には「何もしてくれない」「そのまま様子を見るだけ」という印象だけがのこり、医療者への不信となったように思う。また、患者が入院してくる時点での全身状態を理解できておらず、高齢者の全身状態悪化の可能性が理解できていないということがわかった。基礎疾患の多い患者や、入退院歴を持つ患者家族には「今までも病から回復していた」という思いもあった。入院中の患者や患者家族では病院だから必ず回復すると考えていることがわかった。そこで我々は、感染病棟において可能な治療や看護を実施することを具体的に説明した。心肺蘇生を行った場合でも、高齢で、基礎疾患を有する患者の予後や身体的な苦しみについても説明した。苦痛緩和や介護ケアを行うこと(Best Care Support)、毎日の患者状態報告を看護師が電話で行うことを説明した。

しかし、入院までの時間的余裕のない中で電話での状

況把握は十分に理解することは困難であり、繰り返す説明と家族の理解のすり合わせが必要であった。特に核家族世帯では、精神的負担が大きく、不安や困惑があり、判断に迷う方が多かった。相談すべき家族がいない又は他に家族はいるが介護に普段から参加していないために 1 人で判断しなくてはいけないという家族背景があった。不安や困惑が大きく普段から患者と人生をどう終えたいか話し合っていないことが多く、判断に迷いがあり決断できないケースが多いようであった。患者が明確に蘇生処置を希望している場合以外で、家族は蘇生処置をしないことに納得はしているものの、大事な人の生命を自分自身の判断で決めることの精神的負担が大きかったように思われた。そのため「情報を提供する」「一緒に考える」という姿勢、わかりやすい言葉で説明できる能力と傾聴が重要であった。選択を迫られている家族の負担に注意し、急を要するが急かさないという姿勢が大切と考えた。COVID-19 によって、患者や家族が納得した形で意思決定できることは、パンデミック期においても医療の信頼性維持のために重要であった。入院するかしないかの選択ではなく、COVID-19 についての適切な説明を患者家族に伝え、病状の理解を確認し、これからどのような療養を継続していけるのかを確認していく重要性を感染病棟看護師として感じた。COVID-19 の特徴を考えると、元気であっても突然の感染で外界との接触が制限されてしまう。場合によっては人工呼吸器等の装着により本人の意思決定確認が十分にできない場合も予想される。したがって元気なうちから十分に意思決定ができない状況に陥るかもしれないという気構えのもとに ACP を実践することが理想ではないかと考えた。具体的な医療について考えることができなくても人生観・死生観・価値観等について考え、話し合いができていれば本人の意思を尊重した方針を決定できると思った。家族にとっても精神的負担の軽減につながると考えられた。

第 7 波～第 8 波では多くの高齢者を受け入れた。入院後も家族や施設から得た情報をもとにせん妄や誤嚥性肺炎予防等可能な範囲での ADL 維持や介護ケアが必要であった。また、隔離期間が終了し症状が改善した患者に対して自宅や施設での生活に戻るための在宅療養または回復期リハビリテーションなどの中間施設への移行を行うことも必要であった。しかし、人的資源の不足によりそれらは主に看護師が行っていた。入院受け入れから環境整備、治療、リハビリテーション、介護、退院調整まで

すべてを実施していた。そのため、今後多職種により構成された医療スタッフと共にチーム医療として介入していくこともよりよい医療やケアを提供するためには必要と考えられた。

結 語

病気に対する心構えができないまま、突然選択をせまられる患者や家族に対しては、まずは思いをくみ取り、表出させ受け止める事が必要であった。COVID-19 感染症だけでなく新たな感染症の出現もあるかもしれない。この経験から今後は ACP の導入も必要ではないかと実感した。

謝 辞

ご協力いただいた感染病棟看護師および新田塚医療福祉センター職員の皆様に深謝いたします。

COI 申告

著者全員に本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 蕨陽子, 林健太郎, 森島亮ほか. 神経治療 Vol 39 No.5 (2022) 799-802 COVID-19 回復期における基礎疾患のある高齢患者に対する摂食機能療法の効果の検討
- 2) ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. European Society of Cardiology. 2020 April 21
- 3) 1.Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. Mao L, Jin H, Wang M, et al. JAMA Neurol. American Medical Association; Epub 2020.
- 4) 一般社団法人 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライブに関する小委員会」新型コロナウイルス対策

チーム 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において 高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年学会からの提言—ACP 実施のタイミングを考える—2020 年 8 月 4 日.[2023 Aug 17]

covid_teigen.pdf (jpn-geriat-soc.or.jp)

- 5) 厚生労働省ホームページ.「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」2018 Mar 14. [2023 Aug 17]
000917828.pdf (mhlw.go.jp)
- 6) 厚生労働省ホームページ.「高齢者における新型コロナウイルス感染症の療養の在り方についての見解と提案」2022 Mar 23. [2023 Aug 17]
000917828.pdf (mhlw.go.jp)
- 7) 一般社団法人 日本老年医学会ホームページ.「ACP 推進に関する提言」2019 年 6 月 6 日. [2023 Aug 17]
ACP_proposal.pdf (jpn-geriat-soc.or.jp)
- 8) 福井県ホームページ.福井:福井県内第 1 波の振り返りと今後の対応 (案) 令和 2 年 7 月 30 日. [2024 Jun 20] 資料 1 (fukui.lg.jp)
- 9) 福井県ホームページ. 福井: 福井県内第 3 期 (10 月～2 月) の振り返りと今後の方向性 令和 3 年 3 月 18 日. [2024 Jun 20]
(記入例) (fukui.lg.jp)
- 10) 森雅紀, 森田達也.Advance Care Planning のエビデンス.第 1 版.医学書院; 2020.