

表 2 尊厳死の宣言書(リビングウィル; Living Will)

年月日	年	月	日
<p>私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々につきの要望を宣言いたします。</p> <p>この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。</p> <p>したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しないかぎり有効であります。</p> <p>(1) 私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことわりいたします。</p> <p>(2) 但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。</p> <p>(3) 私が数カ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。</p> <p>以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さいの方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			

3. 終末期医療の中止

終末期に患者の原因疾患の治療をしても病氣そのものが治癒するわけでもなく、また病状が軽快するわけでもない。場合によってはその治療がかえって苦痛を与えたり体力を消耗させたりして患者にとってプラスにならない場合がある。そのような治療を患者が自らの希望で中止することで、いたずらに延命治療を受けずに自らの意思で自然死を迎えたいとする社会的な動きがある。これらを“尊厳死”とよんだりするが、わが国では法制化されていない。日本尊厳死協会が独自の“尊厳死宣言書”を発行し(表 2)、その法制化に向けて活動を行っている。その会員数は 10 万人を超えているが、その解釈に関しては主治医と大きな認識の違いがあることが明らかになっている⁹⁾。つまり患者である宣言書保有者が主治医にその宣言書をみせても、主治医側が患者の意図を認識しない場合が散見されるのである。その原因のひとつに、“終末期の定義が困難であること”があげられているのである⁹⁾。今後、われわれ実地医家も、“尊厳死宣言書”なる文書を患者に提出され、その扱いに思慮深さが要求されることもあろう。

高齢者のターミナルケアの今後の課題

急速に超高齢社会に移行していくであろうわが国であるが、その 1 年間の死亡者数は今後増加の一途をたどることになる。1990 年代は死亡者数が 90 万人台で推移したのが 2000 年代に入り 100 万人を超えるようになってきている。いまから 35 年後の 2039 年には死亡者数がおよそ 170 万人になる。65 歳未満の死亡者数は 20 万人当りであり変動がないとの予測があり、死亡者の増加は高齢者の死亡者の増加と言い換えることができるのである。つまり 21 世紀は“高齢者のターミナルケア”の時代が到来する世紀なのである。

今後増加する高齢者の死亡者の増加は、わが国の病院での死亡者の割合の変化に決定的な変化を与える可能性がある。つまり病院で死亡することのできない高齢者が出現する可能性があり、その可能性に対して何らかの備えをする必要があるであろう。また、高齢者やその家族のなかには自宅や高齢者施設での看取りに関心を持ったり、“患者の自己決定”の浸透により自らの死に場所を自分で選択する高齢者も増加していくであろう。その際に彼らは自分の死に場所として病院を選択せ

ず、自宅や高齢者介護施設を選択することも十分ありうるのである。

そこでわれわれが考えなければならないのが“高齢者介護施設でのターミナルケア”および“在宅でのターミナルケア”である。わが国はそれらの場所での“終末期ケア”の経験にきわめて乏しいのである。

“高齢者介護施設でのターミナルケア”や“在宅でのターミナルケア”のあり方というのは、“高齢者のターミナルケア”を解説することよりさらに困難である。その経験の乏しさは知識の集積の欠如をもたらしている。過去に、それらの場所における“ターミナルケア”の実情を詳らかにした調査研究もほとんどないのである。今後、老年医学を専門にしている医師にとって、これらの問題は重要なものとなるであろう。

文献

- 1) 日本医師会第三次生命倫理想談会：「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告。1992.
- 2) 植村和正：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」。日本老年医学会雑誌，41(1)：45-47，2004.
- 3) 村井淳志：終末期医療。救命・延命の医療と終末期医療。新老年学，第2版(折茂 肇編)。東京大学出版会，1999，pp.1273-1275.
- 4) 横内正則：高齢者の終末期とその周辺，みなし末期は国民に受け入れられるか。社会保険旬報，1976：13-19，1999.
- 5) 大友栄一：長寿科学総合研究平成3年度研究報告，4：245-247，1992.
- 6) AGS Ethics Committee：The care of dying patients：A position statement from the American Geriatric Society. *JAGS*，43：577-578，1995.
- 7) 星野一正：医療の倫理。岩波新書，1999.
- 8) 益田雄一郎，井口昭久：米国の死ぬ権利の現状—Advance Directive に焦点を当てて。海外社会保障情報，118：29-41，1997.
- 9) Masuda, Y. et al.：Physicians' reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. *J. Med. Ethics.*，29：248-252，2003.

* * *

〈原 著〉

緩和医療の行われていない療養型病床群2施設における 痴呆性高齢者の終末期医療に関する研究

平川 仁尚¹⁾ 益田雄一郎¹⁾ 木股 貴哉²⁾
植村 和正²⁾ 葛谷 雅文¹⁾ 井口 昭久¹⁾

〈要 約〉 わが国では高齢化に伴い痴呆性高齢者が増加しており、痴呆性高齢者の終末期医療のあり方について議論する必要がある。本研究は、長期療養型病床群における痴呆性高齢者の終末期医療の実態を明らかにすることを目的とした。対象は、2001年1月から2002年12月の2年間に、名古屋市及びその近郊のT市内の療養型病床群2施設において死亡した65歳以上の全患者123人とした。対象者の属性・痴呆の有無・死亡前6カ月間に行われた積極的医療（心臓マッサージ、気管内挿管、人工呼吸器、抗生物質、昇圧剤、輸血）・緩和医療（酸素、麻薬系・非麻薬系鎮痛薬）・人工栄養（高カロリー輸液、チューブ栄養）・鎮静（鎮静剤）に関して後ろ向きに調査した。その結果、昇圧剤の投与と栄養チューブの留置以外の医療行為の施行は、痴呆の有無により影響を受けていなかった。また、痴呆の有無に関わらず、人工栄養は広く行われ、鎮静はほとんど行われていなかった。痴呆性高齢者に対しては、緩和医療に重点を置くなどの配慮が必要である。終末期痴呆の医療に関する実証データの蓄積し、それに基づいた幅広い議論を行うことで、国民的なコンセンサスを形成する取り組みが必要と考えられた。

Key words : 療養型病床群, 痴呆, 高齢者, 終末期医療

(日老医誌 2004; 41: 99-104)

緒 言

わが国は世界でも類を見ない速さで高齢社会を迎えている。そして、高齢化に伴い痴呆性高齢者が増加している。医療行為に対するインフォームドコンセントの必要性が叫ばれる今日¹⁾⁻³⁾、治療に同意する能力が低下している痴呆性高齢者の希望にかなう医療を提供していくことは、洋の東西を問わず重要な問題である。欧米諸国の文化的背景には個人主義があり⁴⁾、医療行為に対する自己決定権を尊重する傾向がある²⁾³⁾⁵⁾。そのため、高齢者の終末期医療のあり方に関して、国民的コンセンサスを得る取り組みがなされてきた²⁾。なかでも、医療行為に対する「自己決定」の能力が低下している痴呆性高齢者の権利をいかに守るかには重大な課題となっている²⁾⁶⁾。一方、わが国は医師や家族に医療行為に関する決定を委ねる傾向が強く⁷⁾、“患者の自己決定権”という考えが浸透し始めて日が浅い³⁾⁸⁾。痴呆性高齢者の終末期医療に関する実証研究も少なく⁹⁾、国民のコンセンサスを得るための十分な議論が行われてきたとは言えない²⁾。

人々の終末期医療に対する考え方は、生活している社

会の文化的背景や社会システムに影響を受ける¹⁰⁾¹¹⁾。わが国と異なる欧米諸国の議論は、わが国の実情と合わない可能性がある。わが国においても高齢痴呆患者の終末期医療のあり方に関する研究・議論を重ねていく必要があると考える。

本研究の目的は、長期療養を必要とする患者の入院施設と位置づけられている療養型病床群において、痴呆性高齢者に対する終末期医療の実態を明らかにすることである。

対象と方法

2001年1月から2002年12月の2年間に、名古屋市及びその近郊のT市内の療養型病床群2施設において死亡した65歳以上の全患者123人を対象とした。対象の2施設とも緩和医療の推進など特徴的な方針を唱えていない療養型病床群であり、病床数は150床および101床である。両施設とも診療体制は主治医制ではなく、常勤・非常勤医によるグループ診療制度である。すなわち、同一の患者に対しても複数の医師が患者及びその家族と治療方針について話し合う機会があると考えられる。

調査項目は、対象者の属性、入院期間・死因、痴呆状態の有無、死亡前6カ月間の積極的医療・緩和医療・人工栄養・鎮静に関する医療行為の実施の有無とした。医療行為を積極的医療および緩和医療に分類する際、先行

1) Y. Hirakawa, Y. Masuda, T. Kimata, M. Kuzuya, A. Iguchi : 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学

2) K. Uemura : 同 病態内科学

受付日 : 2003. 5. 22, 採用日 : 2003. 8. 5

研究・文献³⁾¹²⁾を参考にした。そして、積極的医療は「苦痛を伴う生命維持を目的とした医療」と定義し、緩和医療は「苦痛を取り除くことを目的とした対症療法」と定義した。人工栄養や鎮静は上記の積極的・緩和医療の定義にしたがって明確に分類することは困難と考え、あえて分類を避けた。詳細は以下に示す。

①対象者の属性

- ・死亡時年齢
- ・性別
- ・家族構成 (入院前の同居人数・配偶者の有無・生存している子の人数)

②入院期間・死因

③死亡日の6カ月前における痴呆状態の有無

④死亡前6カ月間における積極的医療

- ・心臓マッサージの施行
- ・気管内挿管による気道確保
- ・人工呼吸器の使用
- ・抗生物質の全身投与
- ・昇圧剤の投与
- ・輸血の施行

⑤死亡前6カ月間における緩和医療

- ・酸素の投与
- ・麻薬系鎮痛薬の投与
- ・非麻薬系鎮痛薬の投与

⑥死亡前6カ月間における人工栄養に関する医療行為

- ・中心静脈ラインの確保
- ・高カロリー輸液の点滴施行
- ・栄養チューブ (胃瘻チューブ・経鼻チューブ・その他) の留置
- ・チューブからの栄養注入

⑦死亡前6カ月間における鎮静

- ・鎮静剤の投与

さらに、中心静脈ラインおよび栄養チューブに関しては臨死期に留置してあったかについても調査した。

医師2名により、保管されていたカルテから後ろ向きにデータ収集を行った。

死因は死亡診断書に記載されているものとした。入院前・入院中にあらゆるタイプの痴呆と診断されている者、もしくは主治医意見書など医師の記載より死亡日の6カ月前の時点が痴呆であったと推定される者を痴呆性高齢者と定義し、痴呆群に分類した。それ以外の対象者を非痴呆群に分類した。アルツハイマー型や脳血管性など痴呆の病型については、記載されていないカルテが多かったため、解析・検討に行わないこととした。

医療行為の実施は、カルテに明記されているか、明記

されていない場合にはカルテに記載されている入院経過からその医療行為が実施されていることをデータ収集に当たった医師が確認できる場合と定義した。

解析にあたって、statview5.0日本語版を使用した。死亡時年齢に関してはt検定を、それ以外の連続量に対してはWilcoxon符号付順位と検定を用いた。離散量に関しては χ^2 乗検定を用いた。p<0.05を統計学的に有意差があるものとし、痴呆患者群と非痴呆患者群を比較・検討した。

結 果

①対象者の属性 (Table 1)

対象者123人のうち、痴呆性高齢者は全体の71.5%を占めた。平均死亡年齢は両群で有意差はみられなかった (痴呆群 83.6±6.9歳 vs 非痴呆群 83.4±7.0歳)。性別は両群とも女性が多かったが、両群間で有意差はみられなかった。

家族構成に関しては、入院前の同居人数、生存している配偶者の有無、生存している子の人数のいずれも両群間で有意差はみられなかった。

②入院期間・死因

痴呆群の死亡原因は、痴呆群で肺炎・心不全の順に多く、非痴呆群で心不全・肺炎の順に多かった。統計学的に有意差はなかったものの、痴呆群で肺炎による死亡が多い傾向がみられた。

平均入院期間は痴呆群 545.3±766.5日、非痴呆群 475.3±563.6日であり、両群間で有意差はみられなかった。

③死亡前の6カ月間に行われた医療行為

積極的医療の施行頻度を表に示す (Table 2)；心臓マッサージ、挿管、人工呼吸器、抗生物質の全身投与、輸血については有意差がみられなかった。昇圧剤の使用について痴呆群で有意に頻度が高かった。

緩和医療の施行頻度を表に示す (Table 3)；麻薬系鎮痛剤の投与、非麻薬系鎮痛剤の投与、酸素投与のいずれも両群間で有意差はみられなかった。

④人工栄養

死亡前の6カ月間に行われた人工栄養に関する医療行為の施行頻度及び死亡時に施行してあった頻度を示す (Table 4)；死亡前の6カ月間において、栄養チューブの挿入では痴呆群で有意に頻度が高かったが、それ以外の医療行為では有意差がみられなかった。

また、死亡時に施行してあった医療行為では、いずれも両群間で有意差はみられなかった。さらに栄養チューブの種類に関しても、経鼻経管チューブ・胃瘻チューブ

Table 1 Characteristics of study subjects

属性	痴呆患者 (N = 88)		非痴呆患者 (N = 35)		P 値
	人数もしくは平均値 (中央値)	%	人数もしくは平均値 (中央値)	%	
死亡時年齢 (平均値 ± SD) 歳	83.6 ± 6.9		83.4 ± 7.0		n.s
性別 (女)	60	68.2	19	54.3	n.s
死亡原因					
心不全	36	40.9	13	37.1	n.s
肺炎	39	44.3	9	25.7	n.s
悪性腫瘍	4	4.5	4	11.4	n.s
その他	9	10.2	9	25.7	n.s
入院期間 (中央値 (最小値, 最大値)) 日	241.5 (5, 3506)		219 (0, 1894)		n.s
同居人数 (中央値 (最小値, 最大値))	3 (0, 7)		4 (0, 8)		n.s
配偶者 (有り)	32	36.4	10	28.6	n.s
子の人数 (中央値 (最小値, 最大値))	2 (0, 7)		3 (0, 6)		n.s

Table 2 Prevalence of aggressive treatments during the last six months

積極的医療 (重複回答あり)	痴呆患者 (N = 88)		非痴呆患者 (N = 35)		P 値
	人数	%	人数	%	
心臓マッサージ	23	26.1	12	34.3	n.s
挿管	15	17.0	9	25.7	n.s
人工呼吸器	12	13.6	7	20.0	n.s
抗生物質	35	39.8	18	51.4	n.s
昇圧剤	76	86.4	20	57.1	.001
輸血	12	13.6	4	11.4	n.s

Table 3 Prevalence of palliative treatments during the last six months

緩和医療 (重複回答あり)	痴呆患者 (N = 88)		非痴呆患者 (N = 35)		P 値
	人数	%	人数	%	
麻薬系鎮痛薬	0	0	0	0	—
非麻薬系鎮痛薬	8	9.1	2	5.7	n.s
酸素	84	95.5	32	91.4	n.s

Table 4 Prevalence of artificial nutrition during the last six months

栄養投与 (重複回答あり)	痴呆患者 (N = 88)		非痴呆患者 (N = 35)		P 値
	人数	%	人数	%	
死亡前 6 カ月間 中心静脈ライン (有り)	70	79.5	23	65.7	n.s
高カロリー輸液 (有り)	67	76.1	12	34.3	n.s
栄養チューブの挿入 (有り)	41	46.6	9	25.7	.03
経腸栄養投与 (有り)	26	29.5	10	28.6	n.s
死亡時 中心静脈ライン (有り)	70	79.5	24	68.6	n.s
栄養チューブ留置 (有り)	47	53.4	13	37.1	n.s
経鼻経管チューブ	26	29.5	7	20.0	n.s
胃瘻チューブ	22	25.0	7	20.0	n.s
その他のチューブ	0	0	0	0	—

とも両群で有意差はみられなかった。その他の栄養チューブの留置は両群ともにみられなかった。

⑤鎮静

鎮静剤の投与に関しては、痴呆群3人、非痴呆群1人と両群とも他の医療処置に比べて低く、両群間で有意差がみられなかった。

考 察

痴呆は不可逆的に進行して末期には死に至る疾患である。すなわち、悪性腫瘍と同様に、痴呆にも終末期という考え方が存在する⁹⁾¹⁴⁾。痴呆の終末期には、心肺蘇生や抗生物質の全身投与といった延命を目的とする積極的医療より、苦痛緩和などによる生活の質の向上に努めるべきかもしれない¹³⁾¹⁴⁾。

今回の結果では、明らかな痴呆を認めない患者に比べて、痴呆患者で積極的医療が差し控えられる傾向はみられなかった。また、緩和医療・人工栄養・鎮静の施行についても痴呆患者で特徴的な傾向はみられなかった。Morrison¹³⁾らや Evers¹²⁾らも、侵襲性の高い医療行為・積極的医療および緩和医療の施行率は、重度の痴呆と認知機能正常の患者との間に差がみられなかったと報告している。痴呆の終末期においてこうした医療行為の施行に特徴がみられない理由として、医療者が不可逆的に進行して死に至るといった痴呆の経過を十分に理解していないこと¹³⁾、医療者が痴呆患者や家族らと終末期医療の方針について十分に議論を行っていないこと¹²⁾¹³⁾、家族らが積極的医療を行ってでも患者に長生きしてもらいたいと考えていること⁹⁾などがあげられる。医療者は、痴呆に関する正しい知識を持ち、国民に広く普及することで、痴呆の終末期医療に関する議論を喚起していく必要がある。しかし、今回の対象施設においては複数の医師が方針について患者や家族らと議論しているため、議論の成熟の度合いを推察することは難しい。

また、痴呆の終末期において抗生剤は広く使用されているが¹²⁾、今回の結果でも非痴呆患者と同様に広く使用されていた。抗生剤の投与により生存期間を延長することができるという根拠に乏しいばかりでなく¹²⁾¹⁴⁾、腎機能の悪化¹²⁾・痴呆の進行¹⁴⁾などの副作用が出現する可能性すらある。終末期の抗生剤の投与はそうした点を十分に考慮して慎重に行うべきであろう。

積極的医療のうち、昇圧剤の投与は痴呆群で多く行われていた。痴呆群の死因として肺炎が多い傾向がみられたことから、痴呆と合併した疾患に影響を受けた可能性は否定しきれない。また、アルツハイマー病は自律神経系に障害を来す疾患であり、血圧に影響を与えた結果

昇圧剤が多く使われた可能性も否定できない。こうした痴呆終末期の病態・症候に関する研究は少なく、今後の検討が待たれる。

緩和医療の中で、酸素投与は痴呆状態の有無に関わらず広く行われていたが、麻薬系・非麻薬系鎮痛薬の使用は痴呆・非痴呆の両群とも10%未満と低率であった。この結果は、対象の2施設が緩和医療を積極的に行っている施設ではないことを裏付けるものである。しかしそれ以外にも理由は考えられる。痴呆患者は認知機能の低下により痛みを寛容であるといわれる¹⁵⁾が、痛みを伝えることができないことで鎮痛剤の投与が低くなる傾向があるという意見も多い¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。非痴呆患者においても鎮痛剤の使用率が低かったことは、非痴呆群においても意思疎通能力が痴呆以外の疾患で妨げられていたかもしれない¹⁴⁾。痴呆患者のみならず、疼痛を訴える能力が低下している非痴呆患者においても疼痛に対する配慮が必要であろう。

非痴呆群と同様に痴呆群において人工栄養が広く行われていた。その理由として、終末期痴呆においても人工栄養には延命の効果があると医療者が考えていること¹⁶⁾、人工栄養を行わないことが法律的な問題に発展することを医療者が恐れていること¹⁷⁾、人工栄養を差し控えることに対して家族が罪悪感を持っていること¹⁴⁾¹⁷⁾、介助による食事より人工栄養の方が効率的であること¹⁷⁾などが考えられる。人工栄養を行うことにより、終末期の痴呆患者の生存期間を延長する、低栄養状態を改善するという根拠は乏しい¹⁸⁾。一方、栄養チューブや中心静脈ルートを留置する際に苦痛を伴い¹⁷⁾、鎮静や身体抑制が必要となる場合も予想される。さらに、経管栄養の際の肺炎・下痢¹⁶⁾¹⁸⁾、高カロリー輸液の際のルート感染¹⁹⁾など合併症の危険もある。人工栄養の適応に関しては慎重であるべきである。

さらに、痴呆患者に対する栄養チューブの挿入行為が行われた時期は、終末期6カ月間が多かった。痴呆では重度に至るまで傾口摂取が可能な場合が多いといわれる。こうした痴呆の自然経過のほかに、最後まで経口摂取を行うなど終末期の方針があったことなども理由として考えられるが、今回は理由について調査していない。さらなる調査が必要と考える。

鎮静剤は痴呆群・非痴呆群ともほとんど使用されていなかった。痴呆性高齢者には、暴力行為など周辺症状の抑制のため鎮静剤が使用されることが多いとされる。そして、活動性の低下がみられる終末期に過剰な鎮静剤が使用される過鎮静の問題が指摘されている。この点においては、対象施設では鎮静剤の使用が適正であったとい

えるかもしれない。しかし、身体抑制により痴呆患者および非痴呆患者への鎮静剤投与を控えることができた可能性は否定できない。痴呆患者で身体抑制が行われやすいという意見¹³⁾²⁰⁾や高齢であることも身体抑制を受けやすい要因であるという意見がある³⁰⁾。今回は後ろ向き研究であることから身体抑制に関するカルテ記載が不十分である可能性があった。そのため身体抑制の有無を調査項目には加えなかった。行動制限の必要がある症状との関連も含めてさらに検討が必要である。

今回の研究結果の正確性およびその限界について述べる。対象者の属性のうち、終末期医療の内容に影響を与える可能性がある項目と考えた年齢・性別・家族構成・入院期間・死因などにおいて痴呆群と非痴呆群の間に統計学的に有意な差をみとめなかった。しかし、死因については疑問が残る。痴呆群・非痴呆群とも、死亡診断書の死因として心不全が4割を占めていた。これは正確な診断がついていないことを示唆するものである。

痴呆を正確に診断することは難しいといわれる。今回の調査では、医師がカルテから得られた介護保険の主治医意見書などの情報をもとに痴呆の診断を行ったが、痴呆診断の難しさに加えて後ろ向き研究であることから診断の正確性に限界があることは否めない。さらに今回の調査では痴呆の重症度を調査することは困難であったため、痴呆状態の有無だけを調査した。すなわち痴呆群の対象者全員が死亡時に終末期痴呆であったとは限らない。その結果、痴呆群は非痴呆群と同様に、心不全・肺炎など他疾患の終末期状態に影響を受けたかもしれない。

また、今回の調査では対象施設が2施設と少なく、対象者の8割以上が1施設に集中した。1施設の実情が大きく反映されたと考えられ、今回の結果をわが国の終末期医療の実情として一般化することは難しい。今後は対象施設を増やして検討する必要があるだろう。

まとめ

療養型病床群において、痴呆性高齢者に対する終末期医療の実態を調査した。結果は痴呆状態の有無により、終末期医療の内容に差がみられなかった。医療者は痴呆に関する正しい知識を持ち、痴呆の終末期医療のあり方について患者や家族と十分な議論を行う必要がある。さらに、実証データに基づいた幅広い議論により国民的なコンセンサスを形成する取り組みが必要である。

謝辞：本研究は、大和証券ヘルス財団による研究助成を受けて実施した。また、本研究に際して多大なご助言を頂いた医療法人早蕨会福祉村病院の山本孝之先生および伊莉弘之先

生に感謝致します。

文 献

- 1) 鷺尾昌一, 石橋直明, 荒井由美子: 臨牀指針 高齢者の終末期医療とインフォームド・コンセント—非医学系短大生に対するアンケート調査より. 臨牀と研究 2000;77:95—98.
- 2) 植村和正: IV—5—1 高齢者の終末期医療の特徴. これからの老年学 (井口昭久編), 名古屋大学出版会, 名古屋, 2000, p302—305.
- 3) 星野一正: IV—5—2 終末期医療と自己決定. これからの老年学 (井口昭久編), 名古屋大学出版会, 名古屋, 2000, p305—309.
- 4) 橋本宏子: 現代日本における老人観—高齢者福祉と法. 老年精医誌 2002;13:508—514.
- 5) 藤川徳美, 古田敏江, 秋田幸子: 痴呆患者のターミナルケア—医学的介入に関する看護スタッフの意識調査. 精神医 2000;42:761—767.
- 6) Post SG, Whitehouse PJ: Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: A clinical summary. J Am Geriatr Soc 1995;43:1423—1429.
- 7) 津谷喜一郎, 長澤道行: 医師と診療ガイドライン. 日医雑誌 2003;129:1793—1803.
- 8) 渡邊祐紀, 赤林 朗, 池田智子, 富田真紀子, 渡邊直紀, 甲斐一郎: 健康な中・高年齢者における心肺蘇生法に関する意思決定について. 生命倫理 2000;10:111—119.
- 9) 藤川徳美: 痴呆患者のターミナルステージにおける医学的介入と身体抑制. 精神医 2001;43:1097—1103.
- 10) 丸山マサ美, 安藤満代, 松尾智子: 告知に対する死生観の比較研究. 生命倫理 2000;10:100—110.
- 11) Chen WT, Wang SJ, Lu SR, Fuh JL: Which level of care is preferred for end-stage of dementia? Survey of Taiwanese caregivers. J Geriatr Psychiatry Neurol 2002;15:16—19.
- 12) Evers MM, Dushyant P, Daniel P, Khalid K, Marin DB: Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. Psychiatr Serv 2002;53:609—613.
- 13) Morrison RS, Siu AL: Survival in end-stage dementia following acute illness. JAMA 2000;284:47—52.
- 14) Shuster JL: Palliative care for advanced dementia. Clinics in Geriatric Medicine 2000;16:373—386.
- 15) Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM, Morris JC, Miller JP, Smith MC: Dementia and response to pain in the elderly. Pain 1996;68:413—421.
- 16) 桂 秀樹, 山田浩一, 木田厚瑞: 高齢者における反復した顕性誤嚥症例の臨床的研究. 日老医誌 1998;35:363—366.
- 17) Hoffer JM: Making decisions about tube feeding for severely demented patients at the end of life: Clinical, legal, and ethical considerations. Death studies 2000;24:233—254.

- 18) Finucane TE, Colleen C, Kathy T: Tube feeding in patients with advanced dementia-A review of the evidence. JAMA 1999; 282:1365-1370.
- 19) Pearson ML, Elias A: Reducing the Risk for catheter-related infections: A new strategy. Ann Intern Med 1997; 127:304-306.
- 20) 齊藤真弓, 新澤安江, 松岡恵子, 中 義行, 木之下徹, 宮原文子ほか: 精神科老人専門病棟における身体拘束の決定要因に関する検討. 老年精医誌 2001; 12:1057-1062.

Abstract

Terminal care for elderly patients with dementia in two long-term care hospitals

Yoshihisa Hirakawa¹⁾, Yuichiro Masuda¹⁾, Takaya Kimata¹⁾, Kazumasa Uemura²⁾,
Masafumi Kuzuya¹⁾ and Akihisa Iguchi¹⁾

A byproduct of the aging of the population has been a dramatic rise in patients with dementia. The aim of the present study is to clarify the use of aggressive and palliative treatments, artificial nutrition and sedation in long-term care hospitals in Japan. We assessed 123 deaths in people aged 65 and older who died in two long-term care hospitals in and around Nagoya from January 2001 to December 2002. All deceased were divided into two groups according to their diagnosis of dementia. Data on the particular characteristics of the deceased, diagnosis of dementia, aggressive treatments (including CPR, intubation, mechanical ventilation, the use of systemic antibiotics and blood transfusion), palliative treatments (including oxygen, narcotic and nonnarcotic pain medication) artificial nutrition (including hyperalimentation and tube feeding) and sedation during the last six months of their lives were collected from medical charts. The prevalence of aggressive and palliative interventions did not vary significantly with the diagnosis of dementia except for the use of vasopressors. Artificial nutrition was prevalent and few patients received sedatives in either group. Patients with and without dementia received similar treatments in the end-stage. A greater understanding of the course of dementia is needed to further discussions on the terminal care of people with dementia. A national consensus on how to treat end-stage demented patients is also needed.

Key words: Geriatric hospital, Dementia, Elderly, Terminal care

(Jpn J Geriat 2004; 41: 99-104)

1) Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine

2) Department of Internal Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine