

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の終末期ケアと医療と福祉の分担と連携に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 勝又 義直（名古屋大学大学院医学系研究科）

平成18（2006）年3月

目 次

I. 総括研究報告

高齢者の終末期ケアと医療と福祉の分担と連携に関する研究

勝又 義直 ----- 1

II. 分担研究報告

1. 高齢者の終末期ケアの倫理と尊厳に関する研究

勝又 義直 ----- 6

2. 病態別決断分岐図を用いた高齢者の標準的終末期ケアの確立に関する研究

三浦 久幸 ----- 9

3. 高齢者の感染症の終末期ケアに関する研究

中島 一光 ----- 11

4. 痴呆症、神経内科疾患患者の終末期ケアに関する研究

武田 章敬 ----- 14

5. 在宅終末期ケアにおけるホームドクターの役割に関する研究

山本 楯 ----- 17

6. 高齢者の終末期ケア 看護・介護と家族支援に関する研究

南 美知子 ----- 19

7. グループホームでの高齢者終末期に関する研究

井上 豊子 ----- 22

8. 高齢者がん患者へのターミナルケアにおける問題点

丸口 ミサエ ----- 24

I. 総括研究報告

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総括）研究報告書

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の連携と分担に関する研究

主任研究者 勝又義直 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

日本における高齢者の終末期医療や福祉の現場では、患者本人は意思を表明することができないことが多く、事前指示書もほとんど書かれていないためにどのように対応すべきかについて医療や福祉の現場の苦悩は深い。ただ、この問題については、重要であるにもかかわらず実証的な研究が少なかつた。本研究では、地域基幹病院での終末期医療の実態調査や、看護師や施設職員、あるいは施設利用者・家族などへのアンケート調査により高齢者の終末期の医療と福祉の実態を把握し、それに基づいて適切な対応を考えていくことを試みた。この研究では、患者・家族とのコミュニケーションを継続し、本人の自己決定を支援していくことの重要性が明確となり、そのための支援ツールとして書きやすい事前指示書書式が工夫された。

三浦 久幸 国立長寿医療センター 医長
中島 一光 国立長寿医療センター 医長
武田 章敬 国立長寿医療センター 医長
山本 楯 山本医院 院長
南 美智子 金沢医療センター附属
金沢看護学校 副校長
井上 豊子 介護老人保健施設
ハリス大府 部長
丸口ミサエ 国立看護大学校 教授

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアは高齢者医療で極めて重要であるが、高齢者に限らず日本では、自らの終末期医療に対してどのような医療を望むかについての、いわゆる事前指示書

を用意している例は乏しい。まして高齢者では認知症の頻度も高く、またそうでなくても判断力が低下している場合が多く、終末期に近づいた段階で自らの意思を表明できないことが多い。したがって、終末期で容態が急変した場合、人工呼吸器を装着するなどの救命処置を行うかどうかの判断に迷う例が多い。また、終末期においては、人工呼吸器による呼吸管理に限らず、栄養補給や水分補給、あるいは抗生物質の投与などの生命維持を中止ないしレベルダウンすることの是非や、苦痛を取り除くための強力な薬剤の持続的投与の是非などについて患者本人の意思が不明な例がほとんどであり、医療現場の苦悩は深い。一方、日本

における終末期は、介護保険制度の導入によって介護の比重が高まっている。しかしながら、在宅や介護施設で死を迎える場合には、本来必要な医療をしなかったのではないかとの不安や非難がありうるので、結局は病院へ搬送され病院で死を迎える例が少なくないのが実情である。ただ、高齢者の医療と福祉の現場における実証的な研究は乏しいのが実情である。本研究では、このような日本における終末期の実態を実証的に調査し、それを踏まえて、適切な終末期医療のあり方と、医療と福祉の連携を図っていく方策を検討することを目的としている。

B. 研究方法

本研究では、平成 16 年度に続き、日本における高齢者の終末期の実態について、個々の医療記録の調査を積み上げた。具体的には、地域の基幹病院である国立長寿医療センター病院における入院患者と救急外来患者での死亡例について引き続き調査した。これらにつき、個々の診療録からレトロスペクティブに、事前指示の有無、救命処置の実施、IVHの実施、緩和医療の有無、さらに医療を継続した場合での蘇生の有無等につき、症例ごとに時系列で医療判断を記録し、匿名化した上で整理した。また、愛知県内の特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームなどの介護施設についてアンケートを実施し、これらの施設における終末期ケアの実態を調査すると共に利用者や家族の終末期についての意識調査を実施した。さらに、別の医療センターの病棟勤務の看護師約 170 名に対する高齢者の終末期医療に対するアンケート調査を行

った。

さらに、高齢者の終末期医療における倫理的、法的、社会的問題 (ELSI) について日本におけるこれまでの動きを整理するとともに、地域基幹病院において、判断能力のある時期に比較的簡単に「事前指示書」を作成できるよう、解説を付した事前指示書書式を作成した。また、この課題について長寿医療振興財団から援助をいただいた国際共同研究の一環として、各州で自然死法が定められている米国で、終末期の医療と福祉について特に実績のあるメリーランド州ジョーンズホプキンス大学と、カリフォルニア州のカリフォルニア大学サンフランシスコ校を訪問し、終末期における医療と福祉についての現地調査を実施した。

C. 結果

地域基幹病院である国立長寿医療センター病院における症例の調査で浮かび上がってきた実態は、①終末期前に事前指示の確認がなされていた例はまれであること、②終末期では自己決定能力がない症例が多く、治療方針の決定にあたって家族に頼らざるを得ないこと、③予後の判定が比較的明確で、症状の悪化が緩やかに進むことが多い悪性腫瘍例のほか、急激に悪化して突如終末期となるような予後の判定が困難な例が多いこと、④心肺停止による救急受診後に死亡した例では、事前に CPR 不要と診療録に記載があった例が少数あったものの、いずれも救急隊によって病院搬送時にすでに CPR が行われていたことなどである。また、まれながらあらかじめ人工呼吸器装着などの救急処置はしないとの「事前指示」が家族から得られていた症例が、容態の急変に

よる救急搬送時点では、そのことを知らない救急隊員や当直医師によって救急処置がなされていたことから、急激に終末期を迎える例でも事前指示が明確になるような工夫が必要であることが認識された。この点については、事前指示の作成過程を検討し、容態が急変した場合でも症例周辺の家族や医療スタッフができるだけ事前指示に沿った対応が出来るよう、事前指示について話し合いを十分に行うなどの工夫が必要と考えられた。

一方、愛知県内の介護施設に対するアンケート調査では、これらの施設における終末期での介護の取り組みは始まったばかりであり、一部で熱心な取り組みが散見されるが多くの利用者が終末期に病院に送られていることが確認された。やはり、実際に終末期に近づいたとき、医療が手薄な施設で最後まで看取することは、それほど容易ではないようである。なお、この調査では、施設利用者とその家族について、それぞれ終末期ケアを受けるのを希望する場所、終末期ケアでの希望する処置などについても調査した。利用者や家族の希望する終末期ケアとしては、自然の経過で家族に看守られて穏やかな最後を迎えるというものがいずれも70%以上と非常に多いことが確認された。また、病棟看護師に対する終末期医療に関するアンケート調査では、患者・家族の自己決定支援が不十分である実態が示された。それでも、個人の人生経験、臨床経験、看護を迫及する姿勢により支援活動に差が見られた。

ELSI についての検討では、患者の「事前指示」のあり方が検討された。終末期に事前指示が残されていることがほとんどない

状況からは、意思を表明できる時点で終末期の医療についての事前指示書を作成することをサポートすることが重要と考えられた。そのため、試験的に終末期における医療判断を明確に示しやすい「事前指示書」の書式を作成した。この書式は、米国で300万人が利用している Five Wishes や、ミネソタ州の自然死法に基づいて作られたメイヨークリニックの書式などを参考に、日本の実情に合わせて作成されたものである。その中では、終末期に希望する医療を記入する欄のほか、終末期に意思を表明できないときに自分に代わって判断することを委任する「医療代理人」を選定する欄を加えた。

D. 考察

国立長寿医療センター病院における調査からは、予後の判定が比較的明確で緩やかに終末期を迎える場合と、急激に終末期を迎える病態を分けて検討する必要があると考えられた。比較的緩やかに終末期を迎える病態では、終末期に向けて患者・家族との話し合いが行われやすいが、急激に終末期を迎える病態では、早い段階から事前指示書の作成支援などを積極的に行う必要があると考えられた。

日本の施設に対する終末期の調査では、施設で終末期になってきた場合には多くが病院に送るという実態が明らかとなった。この点は、ドイツやオランダとは大きく違っている。すなわち、これらの国では、養護施設利用者の終末期はほとんどがその施設で迎えており、病院へ移送される例は極めて少ない。その場合、施設における必要な医療はかかりつけ医が対応するなどの制

度的な工夫がなされている。急速に高齢化が進んでいる日本においては、個人の努力に頼るだけでなく、制度の上でも福祉と医療の適切な連携と分担を工夫していく必要性がますます高まっていると考えられる。

今回開発された事前指示書と説明文書は、患者・家族の自己決定のための支援ツールとして実際に運用しつつさらに検討を進めたい。残念ながら日本では、自然死法はなく、本人の意思が不明な例がほとんどで、死を早める恐れのある医療の実施はもちろんのこと、一度始めた延命医療を中止する処置は行いにくいのが実態である。しかし、本人の明確な意思と本人が指定する医療代理人の明確な説明が保障されれば、困難な判断も可能となる場合もありうると思われる。これまでの患者の事前指示内容は、日本尊厳死協会の尊厳死宣言書に見られるように、“一切の延命処置をお断りします”といったようなあいまいな内容になることが多い。このことは、「事前指示」を書くだけでは必ずしも問題の解決にならないことを示している。「事前指示」は、問題解決の重要なステップであるが、折に触れて家族、医療スタッフなどと話し合い、事前指示の内容について十分に話し合い、強固にしていく必要があるように思われる。そして、緩やかに終末期を迎える状況だけでなく、容態が急変したときにも「事前指示」にできるだけ沿った対応が取れるようにしておく必要がある。医療側の対応としては、「事前指示書」書式を提供するサポートを行うほか、常に事前指示について話し合うなど意識の強化を継続的に行う工夫が必要と考えられる。

また、まだまだ圧倒的に多い「事前指示」

のない例についての対応をも考えておく必要がある。米国等におけるいわゆる自然死法のような、「事前指示」を尊重することが法的に明確にされていない日本の状況では、たとえば「事前指示」に従ったとして安易に人工呼吸器を止めれば殺人とみなされる危険がないわけではなく、まして「事前指示」がない状況での医療継続の中止は注意を要する。今後、海外の状況も勘案しつつ、検討を進めていきたい。

E. 結論

地域の基幹病院における高齢者の終末期に関する症例の分析をすすめたところ、ことに後期高齢者医療の現場で患者本人の自己決定が明らかになされ、診療・ケアの方針決定に有用であった症例が少ないことが明確となった。したがって、高齢者の終末期ケアの現場では、患者本人の意思が不明のまま医療判断を行わなければならず、苦悩している状況がある。また、愛知県内の種々な介護施設における終末期ケアの取り組みなどにつき、アンケート調査を行った。これらの施設における終末期での介護の取り組みは始まったばかりであり、一部で熱心な取り組みが散見されるが多くの利用者が終末期は病院に送られていることが確認された。研究班では、終末期ケアをできるだけ患者本人の意思に沿ったものとするべく、患者本人が意思を表明できる時点で、自らの終末期医療についての事前指示書を作成できるよう、試験的に「事前指示書」書式と説明文書を作成した。今後、この書式をもとに、患者や家族と終末期のあり方を継続的に話し合い、サポートしていく工夫をしていきたい。最後に、高齢者の

終末期ケアについては今後も継続的な検討 | が必要であることを強調したい。

II. 分 担 研 究 報 告

高齢者の終末期ケアの倫理と尊厳に関する研究

分担研究者 勝又義直 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

日本における高齢者の終末期医療や福祉の現場では、患者本人は意思を表明することができないことが多く、事前指示書もほとんど書かれていないためにどのように対応すべきかについて医療や福祉の現場の苦悩は深い。本研究では、従来医療の側ではあまり行われなかった事前指示書作成の支援活動に資するため、記入しやすい事前指示の書式を作成した。また、現在の日本の終末期医療の抱える困難な状況を含め、終末期における事前指示の重要性などを解説した説明文書も作成した。ただ、現在の終末期医療においては、一度始めた延命医療を中止することは殺人行為とみなされる危険があり、これらの行為の法的な位置づけに踏み込んだ検討が必要と考えられる。

A. 研究目的

日本では、自らの終末期医療に対してどのような医療を望むかについての、いわゆる事前指示書を用意している例はほとんどない。また、高齢者では認知症の頻度も高く、また判断力が低下している場合も多いので、終末期に意思を表明できないことが多い。したがって、終末期に人工呼吸器を装着するなどの医療判断が困難な例が多く、医療現場の苦悩は深い。ただ、患者本人の終末期医療に対する希望を明確化し、文書に残すことに対するサポートは、これまで医療側から積極的になされてこなかった。一方、欧米各国では自然死法を定めていることが多く、医療機関に対し、事前指示書作成についての情報を患者に伝える義務を

課している例も少なくない。本研究では、医療の側からはこれまであまり行われてこなかった事前指示書作成に対するサポートのツールとして、終末期医療の希望を整理して記入しやすい書式を作成することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、平成16年度に調査したメイヨークリニックの事前指示書書式のほか、米国で300万人が利用しているといわれる「Five Wishes」や、その他の事前指示書書式を参考として、日本における高齢者の終末期の実態を考慮しつつ、記入しやすい書式と説明文書の案を作成した。そして、班会議で検討して修正を加え、さらに医療現

場の医師やコメディカルスタッフの意見を聞くなどして修正した。さらに、米国メリーランド州のジョンズホプキンス大学フィヌケン教授など海外の研究者と意見交換を行い、修正した。このような海外との意見交換のためと、日本で暮らす外国の患者に向けて、書式や説明文書の英訳を行った。なお、この書式では、欧米出普及している医療代理人のシステムも取り入れた。医療代理人は、本人の意思が表明できなくなった場合に備えて、本人が代わりに医療の判断を委任できる人を本人が指定するものである。

C. 結果

事前指示書は、大きく分けて3つのパートからなる。一つは医療代理人を指定するパートである。ここでは、本人が最も信頼している人を指定していただくことになる。欧米の例では配偶者や家族が多いが、そうでない場合もあり、個々に判断をしていたが、判断していただく際の留意事項も書き込まれている。もちろん指定しないこともある。次のパートは、本人の終末期の希望を示すパートである。ここでは、死期が近い終末期のほか、意思表示が不可能な永続的植物状態の場合も含めている。そして、医療への希望としては、人工呼吸器の装着を含む心肺蘇生措置、人工透析などの選択肢から辞退したい医療を選ぶこととした。医療の辞退は、終末期であるか、永続的植物状態になったときに適用される。この希望は、すでに始まった医療の中止をも求めるものとなっている。最後のパートは、本人の署名と証人の確認の署名をする部分である。また、この書類が作られた背景、

日本の終末期医療の現状、とりわけすでに始められた延命医療を中止することの困難さ、書き直すときの注意などを詳細に説明した説明文書も作成した。これらの書類については英訳を含めて資料に添付した。これらの書類は、病院における自己決定支援のツールとして利用されることを想定しているが、実際の利用については今後細部を詰めていくことが必要となる。

D. 考察

事前指示の説明文書に記載されているが、医療現場では、一度取り付けた人工呼吸器を取り外す行為は殺人行為とみなされる恐れがあるためできないと考えられている。実際に、人工呼吸器を取り付けられた筋萎縮性側索硬化症の患者本人の度重なる取り外し要請に医師が応じなかった症例で、見かねて取り外した母親に嘱託殺人罪が宣告された裁判例がある。一方、欧米各国では、自然死法があり、終末期には過剰な延命措置を辞退する患者の権利が認められている。このように自然死法は、患者の過剰な延命措置を辞退する権利を認めている法律であるが、同時に人工呼吸器を取り外すなど、患者の意思に沿った医療の中止を行った医師を法的に保護している点は重要である。

また、米国などでは多くの判例が積み上げられており、例えば終末期や永続的植物状態で人工呼吸器を取り外して死亡した場合、死亡原因は取り外した行為ではなく、終末期や永続的植物状態を経て自発呼吸がなくなった原因となった病態を死因とすることが法的に確立している。すなわち過剰な延命医療を辞退して、人工呼吸器を取り外すのは尊厳死であって安楽死ではないと

いう法的判断が確立している。しかしながら、日本では、人工呼吸器の取り外しは死の原因とみなされる例があり、尊厳死と安楽死の概念について法的に混乱が見られる。このような状況では、過剰な延命措置を辞退するといわれても医療者はそのような措置に踏み切りにくいのは当然である。したがって、事前指示書で過剰な延命医療を辞退する意思を書くことのみでは、現在の日本の終末期医療が抱える困難な状況は打開できないと考えられる。今後は、事前指示書を書くことと共に、現在の不安定な状態に置かれている日本の終末期医療の法的な位置づけに踏み込んだ検討が必要と思われる。

E. 結論

現在の日本の終末期医療の現場で遅れている患者本人の事前指示書をサポートするツールとして、記入しやすい事前指示書と説明文書を作成した。今後、この書式等を用いて病院でのサポート活動が活発になることが期待される。ただ、現在は、終末期医療、特に人工呼吸器などの延命医療を中止することに対する法的判断が明確でなく、殺人罪に問われる危険性があることも事実である。したがって、事前指示書を書くことのみでは、現在の日本の終末期の困難な状況の打破は望めない。今後は、終末期医療の法的な位置づけに踏み込んだ検討が必要と思われる。

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究

—病態別決断分岐図を用いた高齢者の標準的終末期ケアの確立に関する研究—

分担研究者 三浦久幸 国立長寿医療センター 第1外来総合診療科

研究要旨

平成16年及び17年度の分担研究では、個々の病態に対する終末期治療・ケアの決断分岐図を作成し、レトロスペクティブ研究によりその有用性・問題点を明らかとし、今後の標準的終末期ケアの方向性を検討した。本研究では国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとにインフォームドコンセントやリビングウィルの現状評価を行った。この調査で高齢者の臨死期において患者本人の意思表示の確認が少なく、蘇生の有無を患者家族と主治医の判断のみで行っているケースが多い実態が明らかとなった。今後、事前指示書等の導入により、本人の事前の意思表示の確認を行う必要があると考えられた。

A. 研究目的

終末期ケアにおける医療に関しては解決すべき課題が山積し、地域や医療現場での使用に耐えるマニュアルは存在しない。そこで本研究においてはより実証的手法を用いて終末期ケアの方向性を検討した。具体的には終末期の高齢者に特徴的な個々の病態に対して、インフォームドコンセントの結果をふまえた決断分岐図を作成し、レトロスペクティブ研究により終末期における個々の治療・ケアの効果（効用値）を検討し、現在行われているターミナルケアにおける医療判断の分析やケアの有用性、問題点を明らかとすることを目的とした。H16年及びH17年度の本分担研究ではレトロスペクティブなデータに基づいて、決断分岐図を作成し、国立長寿医療センターの死亡症例の疾患、インフォームドコンセント、リビングウィル、蘇生の有無についての実態調査を行った。本研究は高齢期終末期ケアのあり方に一定の基準を付与し、その有効性と妥当性ととともに、医療経済的な側面も検討できる。この研究を通じ、高齢者終

末期における医療と福祉の分担と連携の地域モデルのあり方を検討した。

B. 研究方法

H16 及びH17 年度においては個々の病態に対する終末期治療・ケアの決断分岐図を作成し、レトロスペクティブ研究によりその有用性・問題点を明らかとし、今後の標準的終末期ケアの方向性を検討した。

倫理面への配慮

本研究はもともと終末期ケアを扱い、倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書を手続きして、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

決断分岐図を用いた、国立長寿医療センターにおける実態調査では、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認が少なく、蘇生の有無を患者家族と主治医の判断のみで行っている症例が多い実態が明らかとな

った。また、疾患の違いにより終末期の迎え方が異なることや、インフォームドコンセントにおける内容や質の違いが、その後の家族の反応、治療の縮小の有無、蘇生の希望に影響すると考えられた。さらに救急患者においては事前にDNRの意思表示があった患者に対しても、救急隊による蘇生が行われた後、死亡している症例が複数あり、これら为了避免するためには、事前指示書等による明示的な意思表示が一般に認められる必要があり、さらに、この意思表示が救急隊スタッフにすぐに伝わるようなシステム作りが必要であると考えられた。

D. 考察

本研究では国立長寿医療センターの実証的現状調査をもとに、今後の在宅医療における終末期医療の方向性を明らかとしていくことを主体とした。この結果、患者の意思表示の確認のない状態での最終的な医療判断が行われている症例が多いことや、事前に指示があった場合にもその意志が現場の医療に生かされていない実態が明らかとなった。今後の高齢者終末期医療において、より標準化したものを求める場合には、本人の明示的な事前指示が最低必要であると考えられた。

E. 結論

国立長寿医療センターの実態調査に基づき、今後の高齢終末期医療において、意思表示ができる時点での本人の明示的な意思表示（事前指示書）の存在が、必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

高齢者の感染症の終末期ケアに関する研究

分担研究者 中島一光 国立長寿医療センター 呼吸器科

研究要旨

平成 16 年度から平成 17 年度の 2 年間に、当院呼吸器科から死亡退院された 111 症例において、終末期に心肺蘇生術（CPR）や侵襲的人工呼吸療法を希望されたのは 3 例のみであった。1 例は心筋梗塞での急変時であり、もう 1 例は 57 才の間質性肺炎で比較的若年であった。残りの 1 例は非定型抗酸菌症の症例で、家族の意見が一致せず、本人の意思を代弁すべき代理人を誰にするのか明確な事前指示が望まれた。気管内挿管を必要とする従来の侵襲的人工呼吸療法に比べ、鼻マスクを用いた非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）は終末期でも比較的容易に受け入れられた。平成 17 年度の新規 NIPPV 導入患者は 9 例であったが、そのうち 7 例は生存しており、NIPPV の有用性を認めることができた。

分担研究者 中島一光
国立長寿医療センター 呼吸器科
研究協力者 千田一嘉
国立長寿医療センター 呼吸器科

A. 研究目的

我が国では高齢者における肺炎、肺がん、肺気腫などの呼吸器疾患の増加にともない、終末期に呼吸不全を来すことが多くなってきたが、高齢者の終末期の呼吸不全治療において、気管内挿管を必要とする人工呼吸器の装着を希望しない患者も増えている。今回我々は昨年度の研究をさらに継続検討して高齢者の終末期ケアの医療を考え、患者や家族が望む終末期呼吸不全治療のありかたについて検討した。

B. 研究方法

昨年度に引き続き、平成 16 年から平成 17 年度に国立長寿医療センター呼吸器科において、肺炎などの呼吸器疾患で死亡退院した患者を対象に、終末期における人工呼吸器の装着や心肺蘇生術に関する患者の意思をレトロスペクティブに調査し、さらに気管内挿管を必要とせず鼻マスクを用いる非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）を適用した症例についてさらに詳しく検討した。

C. 結果

平成 16 年から平成 17 年度の当科死亡退院患者数は 111 例（男 89、女 22 例）であった。その内訳は、肺悪性腫瘍が 71 例、非悪性腫瘍が 40 例であった。

悪性腫瘍症例では、心筋梗塞を合併して

急変した1例を除くと、人工呼吸器装着や心肺蘇生術(CPR)を希望した例はなかった。一方、非悪性腫瘍症例でも間質性肺炎の1例と非結核性抗酸菌症の1例以外に人工呼吸器の装着を希望する者はなかったが、NIPPVであれば希望する者が8例あった。そのうち3例は結果的にマスク装着を受容できずに導入中止となって亡くなったが、5例はNIPPVを導入後に亡くなった。なお、気管内挿管による人工呼吸器の装着を希望した2症例のうち、間質性肺炎の症例に関しては患者の年齢が57才と若く、患者本人も家族も人工呼吸器装着希望は明確であった。一方、非結核性抗酸菌症の症例では終末期治療に関する本人の意思は終始あいまいであった。近くに住む次男は人工呼吸器の装着に対して否定的であったが、長期出張の留守を任されていた長男の嫁が人工呼吸器の装着を強く要望したため、最終的には心停止時にCPRも施行された。この症例においては患者本人に代わって意思決定をする代理人が誰であるのかが明確ではなく、結果的に患者本人の意思がきちんと反映されたのかどうかについて疑問が残った。

NIPPVを装着してもその甲斐なく亡くなる症例も多いが、当院における平成17年度のNIPPV装着患者の入院は17例25回であった。平均年齢は 77.5 ± 5.8 才(69-88才)で男性に多く(男12例、女5例)、基礎疾患としては肺結核後遺症10例、COPD5例、間質性肺炎1例、塵肺1例であった。17例中新規NIPPV導入例は9例であり、そのうち4例はその後症状改善により離脱して退院し、3例がそのまま家庭でNIPPVを継続している。死亡例は9例中2例だけであった。

D. 考察

今回我々はこの2年間の症例をレトロスペクティブに調査したところ、当センター呼吸器科に入院し死亡退院された症例においては、昨年報告したように高齢者が必ずしもその終末期に積極的な人工呼吸器の装着やCPRを希望していなかったことが確認された。もともと肺機能が低下している高齢者の呼吸不全治療においては、いったん人工呼吸器を装着するとその離脱が困難となり、気管切開下に長期臥床を余儀なくされることも十分覚悟しなければならない。そういう形でのいわゆる延命治療に対する患者本人の拒否感には医療者側も無視できないものがあり、そのような事態が予測される場合には患者からのインフォームドコンセントが特に重要である。ただし何らかの理由で患者本人が治療に対する意思ができない場合には、家族になどの近親者に意見を求めることも現実にはよく行われている。この場合、家族内で意見が一致すれば何ら問題は無いが、家族内で意見の一致がみられなかったり、あるいは意思決定が患者の意思の代弁ではなく家族の希望であったりするなど、問題となるケースもみられる。そのため、事前に患者自身が自ら代理人を指名することが重要となってくる。今後は1. 自分の終末期医療のあり方に関する明確な指示と、2. 代理人の指名の両方を持ち合わせた“事前指示書”の作成が望まれる。

さて、今年度は高齢者において、いかにNIPPVが有用性であるのかを確認するための調査もおこなった。NIPPVを導入して呼吸不全の急性期を乗り越え、引き続き家庭

で継続使用する、あるいは離脱して家庭復帰したりする生存症例が、死亡症例よりもはるかに多く、NIPPV の有用性が確かめられた。今後高齢者の呼吸不全の終末期治療において、NIPPV はまず試すべき価値のある治療法であろう。

E. 結論

高齢者の呼吸不全の終末期には積極的な人工呼吸器の装着や CPR を希望しない症例が多かったが、NIPPV については受け入れられやすく、有用であることも確認された。今後は“事前指示書”により自分の終末期のありかたを明確に表明するだけでなく、家族や近親者の中でよく話し合い、自分にかわって自分の意思を代弁してくれる代理人を指名しておくことも重要と思われた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

痴呆症・神経内科疾患患者の終末期ケアに関する研究

分担研究者 武田章敬 国立長寿医療センター 第一アルツハイマー型痴呆科 医長

研究要旨

当院神経内科に入院され、死の転帰をとった 5 症例について終末期の医療の方針決定と実際に提供されたケアの内容を調査した。高齢の症例で事前指示のある症例は一例もなく、御家族の意向が方針決定に重要な役割を果たしていた。高齢でない筋萎縮性硬化症の患者においては事前指示が有効に機能していた。終末期の栄養の方針決定に関して、御家族の意向、医療側の混乱、施設入所の条件などが影響し、複雑な問題があることが示された。

分担研究者 武田章敬

国立長寿医療センター 第一アルツハイマー型痴呆科 医長

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアの方針決定に関する明確な指針は存在せず、医療や福祉の現場に混乱を招いている。昨年度の本研究において、当院神経内科に入院され、死の転帰をとった 6 症例につき調査を行い、事前指示のある症例が一例もなく、御家族の意向で方針が決定されていたこと、予期せぬ急変時には心肺蘇生や他の積極的治療が行われていたことを報告した。

本年度の研究においても引き続き、現在行われている終末期ケアの方針決定と実際に提供されたケアの現状を調査し、問題点を明らかにして、指針構築のための基礎的なデータを提供することを目的とする。

B. 研究方法

平成 17 年度に当院神経内科に入院し、死の転帰をとった患者を対象として、終末期の医療に関する方針決定の状態と実際に行われた医療について、診療録および主治医へのインタビューをもとに検

討を行った。

C. 研究結果

対象となった症例は 5 例であった。症例を提示する。

症例 1 (96 歳、女性)

アルツハイマー病にて意思表示は困難であったが、ショートステイ中に左片麻痺を来し脳梗塞の診断で入院となった。治療により麻痺は改善傾向となったが、食事摂取は不良であった。患者の事前指示はなく、御家族は胃瘻、経鼻胃管、中心静脈栄養による栄養管理を希望されず、末梢点滴のみで水分、栄養補給を行った。徐々に末梢点滴確保が困難となったが、御家族は中心静脈栄養などの処置に同意されず、末梢点滴が取れなくなったら、口を湿らすなどの経口摂取を試みるということで自宅へ退院となった。退院当日、自宅にて死亡された。

症例 2 (86 歳、男性)

アルツハイマー病に脳梗塞を合併し、高度の失語を来し、意思表示が全くできない状態であった。重症肺炎のため、当院入院となった。抗生剤による治療を開始したが、御家族は急変時の心肺蘇生を希望されず、夜間に心肺停止し、死亡された。

症例 3 (98 歳、女性)

脳血管性認知症にて施設入所中に左片麻痺を来とし、脳梗塞の診断で入院となった。患者自身の意思表示は困難であった。入院時、御家族は急変時には心肺蘇生を行わないこと、食事摂取不良時には胃瘻や経鼻胃管を希望されないとのことであった。脳梗塞に対して治療を行い、症状は改善傾向となったが、食事摂取は不良であった。施設へ帰るためには胃瘻または経鼻胃管が必要とのこと、再度御家族と相談し、御家族で食事介助を行っても経口摂取困難であれば、胃瘻を望まれるということとなった。御家族の介助にても食事摂取は難しく、また、消化器科医師より高齢のため胃瘻も困難とのことであったため、三度御家族と相談し、まず経鼻胃管を試し、難しければ中心静脈栄養という結論となった。しかし、その直後に全身状態悪化し、死亡された。心肺蘇生は行われなかった。

症例 4 (85 歳、女性)

原因不明の認知症にて施設入所中、意識障害を来し入院。肝性昏睡によるものと判明し、治療により意識状態は改善傾向となった。その後、慢性硬膜下血腫を来し、御家族の希望もありドレーナージを行い、徐脈に対してもペースメーカー装着された。徐々に肝不全が進行し、御家族は急変時の心肺蘇生を望まれず、徐々に血圧低下し死亡された。

症例 5 (58 歳、男性)

筋萎縮性側索硬化症にて療養中徐々に呼吸困難、食事摂取が不良となった。本人との話し合いで胃瘻と BiPAP は希望されるが、気管切開、人工呼吸器装着は希望されなかった。呼吸不全を来し、その時点で再度本人と相談し、人工呼吸器は希望されないが、BiPAP は希望されたため装着となる。しかし、数日で呼吸状態更に悪化し、BiPAP では救命困難であり、人工呼吸器装着の他には救命の方法がないことを説明するが、本人、御家族とも

希望されず、BiPAP のみの治療を続行し、死亡された。

D. 考察

本年度の 5 症例はいずれも心肺蘇生を行わなかった点で共通している。症例 5 を除き、本人の意思は確認できなかったが、事前に御家族との話し合いの機会があり、心肺停止時の処置についての方針が明確であったことが原因と考えられる。

今回報告した症例における大きな問題点は栄養の問題である。症例 1 のように本人が意思表示ができず、御家族が胃瘻、経鼻胃管による栄養、中心静脈栄養のいずれも望まれず、末梢点滴の継続も困難となった場合の医療に関する明確な指針がなく、現場の混乱を招いている。また、症例 3 のように施設入所のための条件として胃瘻や経鼻胃管が要求されることも多く、御家族の意向が左右されることもしばしば経験されることである。

症例 5 は高齢者ではないが、筋萎縮性側索硬化症で事前指示が有効であった症例として報告した。しかし、今回は死の直前まで本人および御家族に何回も確認した意思が変化しなかったため問題が生じなかったが、状況によって意思に変更が生じた場合に新たな問題が生じる可能性がある。また、これまで筋萎縮性側索硬化症や睡眠時無呼吸症候群に使用されていた BiPAP が肺炎などの疾患にも使用されつつある現状があり、新しい技術の導入とともに新しい指針の導入が必要となってくるものと考えられる。

E. 結論

高齢の症例において自分の意思を事前に表明した症例はなく、全例において御家族の意向が方針の決定に重要な役割を果たしていた。高齢ではないが筋萎縮性側索硬化症の症例においては事前指示が有効に機能した。

終末期における栄養の問題において御家族の意向と医療側の葛藤、施設入所の問題が影響し、多

くの課題が残されている。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし