

かった」と「そう思わなかった」の合計はそれぞれ24.4%、22.0%であり、それらの理由として「突然の心停止で急きょ病院から電話があった」「面会して帰宅した直後の死亡」「何度も最期であると説明されて病院に駆けつけた」「医師の予想より死期が早かった」などと記載されていた。

看とり後の気持ちについては、「満足である」「十分なことができた」「安らかな死であった」「心の準備ができていた」「悔いはない」について、「非常にそう思った」と「そう思った」の合計はそれぞれ46.4～68.3%であった。一方、「まったくそう思わなかった」と「そう思わなかった」の合計はそれぞれ9.8～22.0%であり、悔いが残った理由として「もっとよいケアの受けられる病院に早く転院させられなかった」「ゆったりと接してあげられなかった」「死に目に会えなかった」「気管切開や胃瘻をしたが、本当はされたくなかったのかもしれない。病気について元気なときに一度も話し合っただけでなかった」「いろんな面で十分にできなかった」「できるだけ在宅でと思っていたが、不安になり、最期は病院に入院させた」「精いっぱい看護したが、もっといろんな方法があったのではないかと思う」「入院翌日から経鼻栄養になった。歩いて入院したのに翌日から抑制された。入院時期の判断を誤った」「入院をいやがっていたのに点滴のために入院し、すぐに退院できるつもりであったのがそのままとなった」「夫の看病のため母親を特別養護老人ホームに入所させた」などが挙げられていた。なお、「悔いはない」かどうかと嚥下障害の治療後の生存期間との関連では、明らかな関連性はなく(χ^2 検定： $p=0.5234$)、治療方針の決定時の家族と医師の関与の程度と満足度との関連性も明らかではなかった(χ^2 検定： $p=0.6979$)。

9. 本人の意思表示と家族自身の告知希望

本人が意思表示をしていたのは10例(24.4%)であり、その方法の内訳は「ことば」4例(40.0%)、「書きおき」1例(10.0%)、「日ごろのようす」4例(40.0%)、「無回答」1例(10.0%)であった。本人の

意思をかなえることができたかについては、「十分できた」と「ほぼできた」の合計が9例(21.9%)であり、一方、「あまりできなかった」が2例(4.9%)であった。無回答は30例(73.2%)であった。この結果と本人の意思表示の有無との関連では、本人の意思をかなえることができたと感じている9例中8例で本人の意思表示があり、かなえることが「あまりできなかった」と回答した2例とも本人のことばによる意思表示が残されていた。無回答の30例では、全例で本人の意思表示は残されていない。また、本人が意思表示をしていた10例の介護者は全例が女性であり、年齢は50代が3例、60代が5例、70代が2例、本人との続柄は7例が「親」、3例が「舅・姑」であり、「親」で多い傾向があった。

家族自身の告知希望については、「希望する」が22例(53.7%)、「希望しない」が7例(17.1%)、「現時点では分からない」が4例(9.8%)、「無回答」が8例(19.5%)であった。

10. 終末期治療に関する意見

1) 認知症の医療制度

①現在の認知症に対する医療体制、介護保険制度、社会資源は介護家族の負担や不安を考えるとまだまだ不十分であることを指摘した内容が10例(認知症高齢者の受け入れ病院や施設の拡充が必要、専門医やカウンセラーの増員を希望など)、②長期入院が困難であることの指摘が2例、③認知症で受診する診療科が不明瞭であることが1例、④精神科では全身状態不良時の内科的治療が困難であり、病院格差を指摘した記載が1例あった。

2) 医師や看護師、ケアにあたる職員

①医師や看護師の対応に関する不満、あるいは認知症に関する知識を高め、入院中の患者への対応を改善してほしいという要望が16例、逆に、②入院した病院での医師や看護師の対応に満足 of 気持ちを表した記載が9例あった。

3) 終末期治療

①延命や負担になる検査は不要という意見が10例, ②終末期には心のケアや交流が大切という指摘が2例, ③ホスピスのような場所, あるいは穏やかに安心してすごせる施設の希望が4例, ④終末期に関する情報提供の希望が2例あった。

4) もっと知りたいこと

①病気の経過や, 予想される病状変化について4例, ②経口摂取が困難になったときの対応に関することが2例, ③ターミナルケアについて1例, ④新薬について1例, ⑤認知症自体について1例であった。

5) 全般的な意見や感想

①本人への思い(最期まで自分のことを分かってくれていた, 幸せな最期であったと思う, 後悔の念など)が4例, ②家族自身のこと(介護疲れによる身体不調や複雑な思い, 告知について, 自らの意思表示の希望, 認知症についての知識を得たいなど)が9例, ③介護時の状況(治療状況, 介護時のこと, 家族関係の問題, 施設での出来事, 施設での食事への不満など)が13例であった。

IV. 考 察

今回の調査では, 認知症高齢者は認知症の原疾患自体の進行による経口摂取困難や肺炎などの合併症や, 他疾患の合併・増悪により最期を迎えることが多く, その場合, 自宅で自然経過のままに最期を迎えることもあるが, 多くは一般病院や介護型病院に入院し, 認知症の専門医以外の医師に終末期治療を受けながら, 多くは6か月以内に最期を迎えていたことが分かった。また, 多くの家族は無理な延命を望まず, 自然な最期を迎えてくれることを希望しており, 看とり後もおおむね満足していることもうかがえた。

1. 認知症の診断

認知症の診断については, 認知症専門医に本人が認知症の精査診断を受けたのは半数以下であっ

た。これは, 看とり時期が10年近く前である例も含まれており, 一部の例では認知症を取り巻く状況が現在とは随分異なっていたことも一因と考えられる。認知症の診断時期に関しても, 認知症がかなり進行した段階で診断された例が含まれており, こういった例では認知症の症状自体のために受診したのではなく, 他の身体的事情のために受診し, その時点で認知症であると診断された可能性がある。認知症の告知に関しては, 82.9%の例で行われておらず, 数例を除いてそれでよかったと回答していた。その理由のほとんどが本人には理解できないから, あるいは受け入れられないからというものであり, もし, 早期に認知症の診断を適切に受けていれば事情は違っていた可能性もある⁵⁾。また, 家族が自分の場合で告知を希望する率は53.7%であり, 別の調査に比べると低かった⁵⁾。これは, 別の調査対象となった介護家族では, 本人が専門外来を通院できている初期～中期段階の認知症である例が多く, 家族の認知症に対する認識や受け止め方も違っていたためかもしれない。

2. 終末期の状況と家族の認識

今回の調査で認知症高齢者の終末期は, ①原疾患自体の進行により嚥下困難となり, 肺炎や脱水などの合併症で最期を迎える場合, ②脳血管障害などの他の重篤な疾患を併発して, そのために最期を迎える場合, ③癌などの他疾患が悪化して最期を迎える場合に大きくわかれ, ①の場合がもっとも多かった。そのような状況で, 本人がどのような状態に至った場合に家族が終末期であると認識したのかについては, 「経口摂取不良」になったときと「寝たきり」になったときという回答が多く, 医師側の判断と大きなずれはなかった。最期を迎えた場所については, 自宅が22.0%であったが, それ以外の例ではほとんどが一般病院へ入院したり, 介護型病院で最期を迎えていた。そして, いずれの場合も, 終末期であることの説明や, その際の治療方針に関する説明は7割以上

の例で入院先の一般病院の医師が行っていたことが分かった。つまり、ほとんどの例で、当初は認知症に関して専門医がかかわることはあっても、長い経過中にさまざまな身体合併症の併発や増悪のために、そのような治療を提供する一般病院の医師がその後の治療から終末期の治療的対応まで行うことになると考えられる。また、その際の医師の説明にもほぼ満足していることが伺えた。

3. 終末期治療の決定時の家族の意向

終末期に至ると、家族は長い経過のなかでそろそろ最期が近いことを認識し、そのことを受け入れられるようになっていく場合が多く、その際の治療内容の決定に際しても、あまり無理な延命を求めず、「苦痛のない」穏やかで「自然な最期」を迎えてくれることや「家族自身が悔いを残さない」ことを重要な判断の根拠にして決定されていた。また、そこでは大きな迷いや家族間の判断の食い違いもほとんどないことも示された。その一方で、意思表示が困難な「本人の意思を反映していること」や「認知症であること」は、あまり重要視されていないようであった。これは、本人が何らかの意思表示を残していた例が24.4%とまだまだ少数であったこととも関連していると考えられる。さらに、「本人の意思の実現」の程度を問うた質問の無回答例では、全例で本人の意思表示がなく、本人の意思を確認すること自体がまだ一般化しておらず、家族も思い至らない場合が多いことをうかがわせる。認知症高齢者の意思を確認することがむずかしい問題であることを考えると、今後、認知症に限らず、高齢者本人が最期を迎える時の意思表示をあらかじめ何らかの方法で残していくことも検討課題であろう^{2,4-6)}。

今回、「自然な最期」という言葉を用いたが、それがどのような最期であるかということをおおまかじめ想定したわけではなく、家族がどのような意味合いで受け止めたかについては分からない。「自然な最期」とはなにかについては議論のあるところであるが、今回はその点を議論することが主旨

ではないことを明記しておきたい。

4. 終末期治療の内容

治療内容について、今回の調査では終末期の治療と嚥下障害に対する治療とにわけて質問したが、認知症自体とは別の疾患の併発例や急性増悪例を除くと、実際には終末期という事態と嚥下障害は重複していた例が多かったのではないかと推測される。いずれにしても、治療的対応として「点滴」のみが最多で、嚥下障害への対応についても「できるだけ工夫して経口摂取を継続する」という回答が34.1%あり、人工栄養(経鼻チューブと胃瘻の合計)は34.2%であった。そして、人工栄養が行われた一部の例を除くと、ほぼ3~6か月の経過で最期を迎えていた。今回の治療内容の結果を既報告の別の調査と比較することは、調査対象が異なるため、単純にはできないが⁷⁾、寝たきりに近い重度の認知症高齢者という共通点があるものの、今回の調査では人工栄養が少ない印象を受けた。これは本人の年齢が今回の調査ではより一層高齢であったこと、家族が認知症について認識できていたために、あらかじめ無理な延命を希望しないという意向がはっきりしていたと推測されること(とくに家族会所属の家族や認知症専門の診療所に通院していた家族)などが理由として考えられる。

5. 看とり後の家族の状況

上記のような控えめな治療的対応を受けていた例が多いにもかかわらず、看とり後の気持ちについては7~8割の家族が満足、あるいはとくに問題を感じなかったという回答であった。また、治療方針の決定に際しての家族と医師の関与の程度と満足度などとの関連は明らかでなく、それぞれの関与の程度だけでなく、両者の信頼関係が重要な要因になることも伺えた⁸⁾。ただ一方では、終末期の治療を受けた一般病院の医師や看護師の認知症に対する認識度の低さ、認知症に対する無理解や偏見、人間性を尊重しないような対応を指摘

する回答が16例から寄せられ、認知症高齢者の終末期治療に当たることが多い一般病院の医療関係者の今後の課題であると考えられる⁹⁾。

なお、アンケートへの回答状況として全般に無回答もあったが、その理由として看とり後からの期間が10年以上と長い例もあり、家族の記憶があいまいで記載できなかったこと、質問の意図が十分に伝わらず、家族も答えにくかったこと、心理的に踏み込んだ内容であったために答えにくかったことなどが考えられる。最後に、全般的な事柄として、今回の回答者は家族会の所属者が70.7%を占めており、認知症に関する認識度が高い家族が多く含まれていたと推測される。また、アンケートに協力できた家族は、好ましい看とりができたからこそ回答できたという側面もあることは考えておかなければならない。その意味で、今回の結果は認知症の終末期治療に対する考え方一般や現状を必ずしもありのまま反映しているとは言えないことを付記しておく。

V. 今後の課題

認知症高齢者が認知症であることに十分に配慮された適切な医療的対応を受けるには、できれば早期に専門医の診断を受け、本人の意思表示を確認しておくことが望まれる。また、最終的に本人の意思の代理人となる家族も認知症の経過について正しく理解し、さまざまな知識や情報を得て、あらかじめ十分な時間をかけて、終末期の対応や最期の迎え方を考えておき、専門外の医師にも自分たちの意向を伝えられるようにしておくことが望ましい。また、専門医は認知症の診療経過中に終末期のことも視野に入れた説明を行い、家族が適切な決定を行えるように援助する必要があると同時に、専門外である一般病院の医療関係者も、

認知症に関する理解を深めることが切に求められる。

<付記>

本研究は、認知症介護研究・研修大府センター健康増進等事業助成金を受けて行われた。また、本内容の主旨は第21回日本老年精神医学会2006年7月東京にて発表した。

【文 献】

- 1) Volicer L, Hurley A: Hospice care for patients with advanced progressive dementia. Springer, New York (1998). (村井淳志監訳: 重度認知症老人のケア; 終末期をどう支えるか. 医学書院, 東京(2000).)
- 2) 橋本 肇: 高齢者医療の倫理; 高齢者にどこまで医療が必要か. 148-190, 中央法規出版, 東京(2000).
- 3) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編著: 在宅高齢者の終末期ケア; 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ. 中央法規出版, 東京(2004).
- 4) 小林敏子, 藤野久美子: 障害をもつ老人のターミナルケアと医療に関する意識調査. 笹川医学医療研究財団研究業績年報, 8(1): 77(1992).
- 5) 山下真理子, 小林敏子, 松本一生, ほか: アルツハイマー病の病名告知と終末期治療に関する介護家族の意識調査. 老年精神医学, 15(4): 434-445(2004).
- 6) 小林敏子, 山下真理子, 藤野久美子: 認知症高齢者の人生の終え方の意思表示について. ホスピスケアと在宅ケア, 12(1): 46-50(2004).
- 7) 山下真理子, 小林敏子, 松本一生, ほか: 高齢者の嚥下障害発症後の治療的対応. 老年精神医学, 16(1): 59-66(2005).
- 8) 相羽利昭, デービス・アンJ, 西恵美子: 家族が捉えた死の迎え方の倫理的意思決定の過程とその要因の探索. 生命倫理, 12(9): 84-91(2002).
- 9) 山下真理子, 小林敏子, 藤本直規, ほか: 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応; 一般病院における現状と課題. 老年精神医学, 17(1): 75-85(2006).