

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

認知症の症状が進んできた段階における
終末期ケアのあり方に関する調査研究事業
報告書

平成 30 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会
高齢者医療・介護保険委員会

はじめに

日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会では昨年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業」を実施した。入院している重度認知症患者（CDR3）、1004症例の大規模調査を実施、入院後3ヶ月での認知症に伴う心理・行動症状（BPSD）は高い改善率を示し、抗認知症薬投与例数も減少していた。認知症医療の専門科である精神科医は適切な薬物療法と多職種チーム連携、環境調整により早期退院を実現していた。

昨年度に引き続き高齢者医療・介護保険委員会では平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（テーマ番号85）「認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業」を受託した。地域包括ケアシステムの構築が進められている中、日本の高齢化はますます進み、近年は高齢多死社会の進行に伴い、病院だけでなく、在宅や施設での療養や看取りの需要が増大している。人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援は重要である。

認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方には多くの問題が含まれている。終末期にはどのような医療を受け、どのようなケアを望むかは、本人の自己決定が尊重されなければならない。それは本人の意思を確認することから始まる。しかし、本人の意思がないか、不明の場合は事前に本人が人生の最終段階あるいは一般的な治療に対してどんな考え方をしていたのかが重要となる。

今回は以下の事業について調査を行った。

1) エキスパートヒアリング

4名のエキスパートを選定、「認知症のエンドオブライフ・ケア」、「人生の最終段階の医療について 最新の動向」、「認知症の人の意思決定支援について」、「認知症の緩和ケア」の講義を頂き、検討を行った。

2) 家族介護者への聞き取り調査

認知症の人と家族の会の3県の支部（大分県、群馬県、福井県）の協力を得て、各地域3～4家族からヒアリングを実施した。各ケースで考え方の違いはあるが、本人と家族とのコミュニケーション、医療・ケアスタッフとの事前の話し合いが大切であるとの意見であった。「痛み軽減や治る合併症の治療は行ってほしい」、「ただ延命のための胃瘻や酸素などは希望しない」等、本人の希望や意思の確認、意思決定支援の準備は必要である。

3) 「認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業」に関する継続検討調査

非定型抗精神薬投与例数は入院後微増していた、また睡眠薬使用数も増加していたが非ベンゾジアゼピン系が使用されていた。抗不安薬使用は全体の10%以下であり、精神科病院における薬物使用は適切であるといえる。

認知症の終末期医療・ケアで最も大切なことは、本人の意思を尊重し、本人と家族等、医療・ケアチームが十分に話し合い合意を得られなければならない。また認知症緩和ケアについても今後十分議論する必要がある。

調査にご協力いただいたエキスパートの先生方、認知症の人と家族の会の皆様、会員病院の皆様方には大変お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

〈目次〉

I 事業概要	1
---------------	---

II エキスパートヒアリング（講義内容要約）	11
1 「認知症のエンドオブライフ・ケア」（会田薫子先生）	13
2 「人生の最終段階の医療について 最新の動向」（三浦靖彦先生）	20
3 「認知症の人の意思決定支援について」（五十嵐禎人先生）	27
4 「認知症の緩和ケア」（小川朝生先生）	34

III 家族介護者への聞き取り調査	43
1 実施概要	45
2 ヒアリング項目	45
3 ヒアリング記録の整理(要約)	48
4 ヒアリングを終えて（委員会での総括）	53

IV 認知症の症状が進んできた段階における薬物療法のあり方 ～ 平成 28 年度事業(テーマ番号 88)継続分析より ～	57
1 追加の結果要約と継続分析の方向性	59
2 継続分析の視点	62
3 継続分析の項目	62
4 継続分析の結果と考察	63
5 まとめ	77

V 総括	79
1 エキスパートヒアリングについて	81
2 家族介護者への聞き取り調査について	95
3 まとめ ～精神科医療の立場から～	97

資料編	101
------------	-----

I. 事業概要

I 事業概要

テーマ番号	85
-------	----

①事業名	認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業
②事業実施目的	認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアとして、身体合併症、緩和ケア、意思決定の能力等について、その支援のあり方および仕組みを検討し、提言する。
③事業概要	新オレンジプランの「人生の最終段階」において、認知症の症状が進んだ段階、いわゆる重度認知症患者にはどのような支援が必要なのか、医療と介護の仕組みについて一つの提言を行う。事業内容として、重度認知症における身体合併症の治療のあり方、認知症の症状が進んだ段階における認知症の緩和ケアの内容、この段階での意思決定の支援の仕組み等について検討を行い、あるべき姿や方向性を明確にする。その際に、精神科病院に入院となっている重度認知症患者の身体合併症治療や緩和ケア的対応の実態をヒアリングすることにより、事業を進めていく予定とする。また、ヒアリングは認知症家族や本人の視点を加味する。ヒアリングにより、モデル的施行されている医療機関や地域があれば聞き取り調査を行い紹介する。なお、重度認知症患者のBPSDおよび身体合併症等に関するデータや家族の意見は平成28年度老人保健健康増進等事業88番の報告書も参考とする。
④事業実施 予定期間	内示日 から 平成30年3月31日 まで
⑤事業実施 予定場所	日精協会館・協力施設
⑥事業の効果 及び活用方法	<p>①地域包括ケアシステムを念頭においた認知症対策として「人生の最終段階」における認知症の症状が進んだ段階の重度認知症患者に対する支援システムモデルを提言できる可能性がある。</p> <p>②重度認知症患者に対する緩和ケアのあり方という新たな視点を提言できる可能性がある。</p> <p>③重度認知症患者への意思決定の支援のあり方を提言できれば、地域包括ケアにおける人権意識を高めるのに有用であると考えられる。</p>

<p>(続き)</p> <p>⑥事業の効果及び活用方法</p>	<p>④認知症の症状が進んできた段階において</p> <ul style="list-style-type: none"> * 身体合併症の治療のあり方 * BPSDへの対応 * 終末期ケアのあり方 * 看取りのあり方 * 薬物療法のあり方 <p>これらについて、検討や提言を行うことで、地域包括ケアにおける認知症システムの最も大きな問題（重度認知症患者）について方向性を示すことが可能となる。</p> <p>⑤認知症と診断された時から、認知症の緩和ケアは始まるとの考え方を基本とすれば、地域包括ケアにおける認知症の対応に新たな視点を導入できる。</p>
---------------------------------	--

【ヒアリング調査等計画】

調査名	認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業	
調査対象	調査対象地区等	全国
	調査対象者等	精神科病院に入院中、または通院中の重度認知症患者及びその家族
	悉皆・抽出の別	<p>（抽出）抽出方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①委員会を組織し、幅広い分野から複数のエキスパートを選出する。 ②委員会によるそれらのエキスパートからのヒアリングを行い、エキスパートコンセンサスを作成する。 ③エキスパートコンセンサスの内容は、重度認知症患者の身体合併症問題とBPSD、認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアとして薬物療法のあり方、重度認知症患者に対する緩和ケアという視点とそのあり方、意思決定支援のあり方、本人および家族の視点の捉え方などを網羅した内容とする。

	<p>調査方法</p>	<p>①エキスパートコンセンサスをもとに、精神科病院において認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方のモデルとなるような取り組みを施行している医療機関を抽出する。</p> <p>②抽出した医療機関にヒアリングを施行する。また、その際には、本人および家族にも施行する。</p> <p>③さらにはエキスパートコンセンサスをもとに、地域において認知症の症状が進んだ段階の重度認知症患者を支えているモデルを選出し、聞き取り調査を施行する。</p> <p>④認知症の症状が進んだ段階の重度認知症患者の意思決定の支援の仕組みについては平成27および28年度老人保健健康増進等事業91番「認知症の人の意思決定能力に応じた支援のあり方に関する調査研究事業」の報告書も参考とする。</p> <p>⑤重度認知症患者の身体合併症、家族の意見、BPSDに対する薬物療法のあり方などについては平成28年度老人保健健康増進等事業88番の報告書を参考とする。</p>
	<p>調査客対数</p>	<p>聞き取り調査：有識者（5名程度）、当事者家族（3名程度）、調査対象病院・施設等（6名程度）より聞き取りを行う。</p>
	<p>調査内容</p>	<p>（主要調査事項及び内容）</p> <p>重度認知症における身体合併症の治療のあり方、認知症の症状が進んだ段階における認知症の緩和ケアの内容、この段階での意思決定の支援の仕組み等についてのあるべき姿や方向性を明確にする。その際に、精神科病院に入院となっている重度認知症患者の身体合併症治療や緩和ケア的対応の実態をヒアリングすることにより、事業を効果的に進めていく。また、ヒアリングは認知症家族や本人の視点を加味する。ヒアリングにより、モデル的施行されている医療機関や地域があれば聞き取り調査を行い紹介する。なお、重度認知症患者のBPSDおよび身体合併症等に関するデータや家族の意見は平成28年度老人保健健康増進等事業88番の報告書も参考とする。</p>
	<p>調査時期</p>	<p>内示日 から 平成30年 3月31日</p>
	<p>調査結果の主要集計項目</p>	<p>①終末期ケアとして薬物療法のあり方</p> <p>②重度認知症患者に対する緩和ケアという視点とそのあり方</p> <p>③認知症本人ならびにその家族の状況や意向</p> <p>④重度認知症患者に対する緩和ケアという視点とそのあり方</p> <p>⑤意思決定支援のあり方、本人および家族の視点の捉え方 等の事例</p>

1 事業名

認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業

2 事業の目的

認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアとして、身体合併症、緩和ケア、意思決定の能力等について、その支援のあり方および仕組みを検討し、提言する。

3 事業の内容

3-1 エキスパートヒアリング

検討委員会において検討したヒアリングのテーマ設定に沿って、エキスパート候補から4人のエキスパートを選定した。

それぞれから1時間程度の講義を頂き、その結果を取りまとめた。事業の方向性や取りまとめの検討において、周辺情報を加えて、報告書として取りまとめる。

第1回 エキスパートヒアリング

講師：会田薫子先生

日時：平成29年9月7日 16:00～18:00（日精協会館）

演題：「認知症のエンドオブライフ・ケア」

第2回 エキスパートヒアリング

講師①：三浦靖彦先生

日時：平成29年9月8日 10:00～11:00（日精協会館）

演題：「人生の最終段階の医療について 最新の動向」

講師②：五十嵐禎人先生

日時：平成29年9月8日 13:30～14:30（日精協会館）

演題：「認知症の人の意思決定支援について」

第3回 エキスパートヒアリング

講師：小川朝生先生

日時：平成29年10月5日 13:00～15:00（日精協会館）

演題：「認知症の緩和ケア」

3-2 家族介護者への聞き取り調査

検討委員会委員より担当を設定の上、大分会場、群馬会場、福井会場のそれぞれにおいて認知症の人と家族の会の各県支部のご協力を得て、3～4 家族からのヒアリングを実施した。

認知症の身体合併症の入院治療に関する状況や、本人の意思決定支援やコミュニケーションの状況などを中心にヒアリングをし、現状把握の材料として取りまとめる。

第1回 家族ヒアリング（大分会場：4 家族）

日時：平成 29 年 10 月 24 日 16:00～ 大分県医師会館

第2回 家族ヒアリング（群馬会場：3 家族）

日時：平成 29 年 11 月 23 日 13:00～ 群馬県社会福祉総合センター

第3回 家族ヒアリング（福井会場：3 家族）

日時：平成 29 年 11 月 26 日 13:30～ カドノ薬局木崎店

4 実施体制（検討委員会・事務局等の設置）

4-1 検討委員会 委員名簿

	氏名	所属	役職
委員	堀井 茂男	日本精神科病院協会 慈圭病院	副会長 院長
委員	渕野 勝弘	日本精神科病院協会 緑ヶ丘保養園	常務理事 理事長・院長
委員	田口 真源	日本精神科病院協会 大垣病院	理事 理事長・院長
委員	横山 桂	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 横山記念病院	理事 理事長・院長
委員長	中川 龍治	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 嬉野温泉病院	委員長 理事長・院長
委員	森 一也	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 さっぽろ香雪病院	委員 理事長・院長
委員	武田 滋利	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 西毛病院	委員 理事長・院長
委員	吉永 陽子	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 長谷川病院	委員 院長
委員	玉井 顯	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 敦賀温泉病院	委員 理事長・院長
委員	安藤 啄弥	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 松蔭病院	委員 理事長
委員	佐藤 仁	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 こころの医療センター五色台	委員 理事長・院長

〈敬称略〉

4-2 事務局

- ①事業担当者 事業部課長 大竹 正道
事業部事業推進係 瀬尾 直樹
- ②経理担当者 財務部主任 松本 明子

5 検討委員会の実施状況と主な議事

検討委員会では、事業全体の進行に関する検討および作業工程の確認等を行った。エキスパートヒアリングの講師選定、家族ヒアリングの項目や協力依頼など、委員会における検討を経て実施、各まとめについても評価・検討を実施している。

第1回 検討委員会

日時：平成29年7月14日 11:30～13:00（日精協会館）

議事：①具体的計画案について

②ヒアリングのスケジュールおよび内容について

第2回 検討委員会

日時：平成29年8月4日 10:30～11:30（JALシティ田町会議室）

議事：①作業枠組み整理案、目次案の確認

②進め方の基本骨格の確認

③エキスパートヒアリング講師からの資料確認

第3回 検討委員会

日時：平成29年10月6日 10:00～12:00（日精協会館）

議事：①エキスパートヒアリング（1,2回目）の確認

②身体合併症治療の状況について（委員報告）

③家族ヒアリングの内容について

第4回 検討委員会

日時：平成29年11月10日 10:00～11:30（日精協会館）

議事：①エキスパートヒアリング（3回目）の確認

②家族ヒアリング（大分会場）の確認

③身体合併症治療の状況について

④報告書における提言と今後の進め方について

第5回 検討委員会

日時：平成29年12月15日 15:00～16:00（日精協会館）

議事：①エキスパートヒアリングおよび家族聞き取り調査のまとめについて

②事業報告書（提言）について

第6回 検討委員会

日時：平成30年1月19日 10:30～13:30（日精協会館）

議事：①事業報告書案について

②その他

第7回 検討委員会

日時：平成30年2月16日 11:00～12:00（日精協会館）

議事：①事業報告書案について

②その他

第8回 検討委員会

日時：平成30年3月2日 10:00～11:00（日精協会館）

議事：①事業報告書案について

②その他

5 事業実施期間

平成29年6月6日（内示日）～平成30年3月31日

Ⅱ. エキスパートヒアリング(講義内容要約)

II エキスパートヒアリング（講義内容要約）

1 第1回（平成29年9月7日）

会田薫子 先生（東京大学大学院人文社会系研究科死生学応用倫理センター 特任教授）

「認知症のエンドオブライフ・ケア」～人工的水分・栄養補給法をめぐる問いを中心に～

【人工的水分・栄養補給法（専門分野から）】

- 最終段階で人工栄養を行わないことは餓死に相当するかという、医学・生理学の文献によると、通常、一般の人が連想するような餓死には全く相当せず、苦痛が少ない最期のためにはかえって人工栄養をやらないほうがよいことが報告されている。したがって、差し控えたり、一旦始めてもやめることが、医学的にも倫理的にも適切なことであると報告されている。

終末期の人工栄養の差し控えは餓死？

医学文献によると、苦痛の少ない最期のためには

「人工栄養は不要、かえって苦痛を増す」
「差し控え・中止は医学的にも
倫理的にも適切」

(Printz 1988, Sullivan 1993, Ahronheim 1996, 植村 2000)

3

- 日本でガイドラインを出す前に、西洋の世界では随分とガイドラインが出ている。オーストラリア政府が2005年に発表したガイドラインは、高齢者介護施設や療養施設での緩和ケアのガイドラインである。その中の認知症の緩和ケアガイドラインの中に、「認知症の最終段階で経管栄養や輸液はやらないように」「胃ろう造設もしないように」ということが推奨されている。

終末期の人工栄養の差し控えは 緩和ケア

・脳内麻薬(βエンドルフィン)やケトン体の増加
⇒ 鎮痛鎮静作用

・気道内分泌減⇒気道閉塞のリスク低下
吸引回数減

6

- 最終段階は人工的水分・栄養補給はしない。経口で食べられる、飲むことができるだけの水と栄養をとってもらおう。そのようにすると、最終的には自然死になるわけだが、自然死、老衰死の実体は、脳内にモルヒネ様物質が分泌される。意識レベルが下がって自然に麻酔効果があるものが出てくるので、モルヒネや人工的なものを注射しなくても、最後は楽に亡くなっていくことができる。これは現在、かなりの数のドクターたちが言うようになってきたかと思う。

「自然死」・「老衰死」の実体

「飢餓」・・・脳内にモルヒネ用物質が分泌される
「脱水」・・・意識レベルが下がる
「酸欠状態」・・・脳内にモルヒネ用物質が分泌される
「炭酸ガス貯留」・・・麻酔作用あり

「死に際は、何らの医療措置も行わなければ、
夢うつつの、気持ちのいい、穏やかな状態になるという
ことです。これが自然のしくみです。私達のご先祖は
みんなこうして無事に死んでいったのです」

(中村、『大往生したけりや医療とかかわるな』p49)

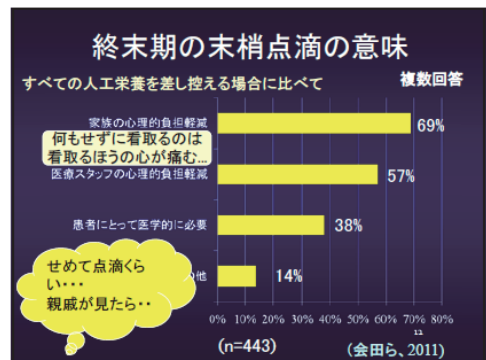
●最終段階について、人工栄養をしないということは、では、ほかにどういうことをするのか。これは水分や食べ物に特化しての話だが、口腔ケアは重要なので適切に行うようにということは、アメリカの老年医学会のガイドラインでは推奨されている。口腔ケアの専門は、歯科医、歯科衛生士なので、その方たちにかかわってもらって口の中の清潔状態を保つことが大事だと言われている。

人工栄養に関して最期のケアは

- 適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい
- 人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない

米国老年医学会

●アルツハイマーの最終段階や老衰の末期で、日本の病院では最終段階ではほとんど末梢点滴をしている。なぜ日本のドクターは最終段階にあるお年寄りに末梢点滴をしているのか。全ての人工栄養を差し控える場合に比べて、「点滴をしていると家族の心理的な負担が軽くなる」と思っておられるドクターが7割で一番多い。「医療やケアのスタッフの心の負担も軽くなるから」というのが2番目で、「患者にとって医学的に必要だからやっている」というドクターは4割いなかった。(複数回答の調査)



●家族の方からも、「せめて点滴ぐらいしてください」と言われる。これを「せめて点滴」と言っているが、このせめて点滴がやられているのが、日本の終末期医療の現場で通常見られることである。本人にとってはよくないことであろう。日本的な看取りの風景でずっと続いてきているが、これはぜひ、先生方にリードしてもらって精神科病院では改革をお願いしたい。

この場合の「末梢点滴」の意味

「患者家族とスタッフの心理的負担を軽減」

点滴ボトルのさがつた風景が
家族と医療・介護スタッフの情緒をケア

→ 先行研究の質的調査 (Aita, et al. 2007) と量的調査 (会田ら, 2008) の知見を支持

日本的な看取りだが、緩和ケアに反するのでは？

【終末期か否かの判断】

- 脳血管疾患などの場合、「終末期かどうか、医学的に判断できない状態だったら、どう考えるべきか?」。人工栄養をすると生命予後が延びる場合である。人工栄養を行うと生存期間を年単位で延長できると思われる。しかし、そうした場合、本人の人生の集大成という意味で疑問がある。本人がつらくなる。本人らしさが損なわれる。尊厳が損なわれるという言い方をしても同じだと思うが、この場合、どうしたらいいのか。
- 従来、生存期間が延長できる医療行為があるのであれば、それはするのだということが言われてきた。本人らしい人生の集大成ということはあまり言われてこなかった。しかし、さまざまな医療技術で最終段階の生存期間を少し延ばすことが可能な、しかも、その技術を組み合わせるとある程度延ばすことが可能な現代社会では、「本人らしい人生の集大成」のほうが重要だと思う。本人らしい人生の集大成を医療者としてどうやって支援するのか。生存期間の長さではなく、本人の人生という視点から考え、本人の価値、人生観、死生観を見て、本人らしい最期を実現することを考えていただきたい。
- Aさんは60歳のときにリビングウィルを書いた。書きっぱなしではなく、折々、内容を確認してきた。延命医療は要らない、そうやって生きるのは私らしくないと繰り返し家族に話してきていた。家族も了解していた。Bさんは、何を決めるときも家族に任せてきた。「私のことはみんな家族が決めてくれるの。私はこれで幸せなんです」、これがBさんである。体の状態は同じだが、考え方、価値や最終段階の生き方にはかなり違いがある。

難しい問題

生命予後が延長可能な場合

・例えば、人工栄養を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、疑問がある。生存期間を延ばしても、本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか?

生存期間の延長 < 本人らしい人生の集大成

* 本人の人生という視点から考える

➡ 価値、人生観、死生観

この2人について考えてください

AさんとBさん: 85歳女性

SAH、遷延性意識障害(1年)、胃ろう栄養

診断: 生命予後は年単位、意識回復の見込みなし

Aさん: 60歳の時にリビング・ウィルを書き、折々、内容を確認していた。延命医療は不要と繰り返し語っていた。

Bさん: 何を決めるときも家族に任せてきた。

以前にがんの手術をするかどうかというときも、夫と息子が医師と相談して決めたとおりにして、満足していた。

●日本人の実態は、リビングウィルは総論賛成。でも、自分は用意しなくてもいい、というのが大体の考え方で、家族に任せるといふ方も依然として多く、特に 80 代、90 代の方はこういう方が非常に多い。

●本人らしさや QOL を重視したら、AさんとBさんの今の体の状態は同じでも、これからの生存期間は違ってもいいのではないか。Aさんの胃ろう栄養を終えて看取ることが本人の人生の集大成を支援する、本人を人として尊重する、本人の人生の尊厳を維持する、そのような医療になると思う。この2人の生存期間は、この後、大きく違っていくわけだが、このときの違いは倫理的な意味は持たない。倫理的に適切であろうと思う。なぜなら重要なのは人生の充実だからである。

【本人の意思が不明の場合】

●本人に会ったとき、疎通困難の場合はあるが、目の前のこの方がどういう人なのか、本人像にどう迫っていかうかということを医療者が考える。本人が大切にしてきたことはどういうことなのか。どんな考え方をどんな局面で示してきたのか。どんな人生を送ってきたのか。本人はどんなときに幸せだと言い、どんなときに怒っていて、こんなのは嫌だと言っていたのか。そういう話を家族から聞いてもらおうと、目の前のこの方が何も話さなくても、胃ろうにするかどうかということとは判断できる。

本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・QOLを重視すれば

- ・ 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある
異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから
- ・ 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

- ・ 死は敗北？ 身体だけに注目すると常に敗北
- ・ 人生の充実に貢献できれば、常勝！

本人の意思が不明なとき

- ・ 本人にとっての最善をどう知るか？
➡ 本人像にどう迫るか？
- ・ 大切にしてきたことは？ 考え方？
どんな人生を送ってきたか？ 家族は？
本人の幸せは？ などなど… (石垣)

家族らとスタッフ間の
コミュニケーションのプロセスにおいて探る

●家族らとスタッフ間のコミュニケーションのプロセスにおいて探る。本人の価値を探っていただくコミュニケーションを家族とすると、実はこれは家族ケアにもなることもわかってきている。家族は、医療者が本人に関心を抱いて、「この方はどういうお考えなのですか」「このことを、今、どういうふうにおっしゃるでしょうね」と、過去のエピソードを聞きながら質問してもらえると、家族はこの医療者は関心を持ってきている、すごくいい医療者だと思ってくれる。これは家族ケアにもなる。

●疎通困難な方について、周りのみんなで判断しても、本当によいのかどうか、本人にとって最良なのか、なかなか確信が持てないと思う。そのときは、臨床倫理の考え方では、「家族やスタッフのコミュニケーションのプロセスにおいて、本人にとっての最善をめぐって一緒に考え、悩みながら決める」。このように決めることは、決定の倫理的妥当性を担保することになる。本人にとってどうすることが一番いいかを実現する姿勢で、医学的に適切に判断して決めたプロセスも、決まったことも倫理的に適切である、と考えている。

【ガイドライン等の動き】

●老年医学会が終末期の医療とケアのガイドラインとして出している、「立場表明 2012」があるが、この中で、最終段階は、命がどれだけ延びるかという話ではなく、「本人の満足を物差しに」する。

また、「立場表明 2012」の中では、本人の最善に資する医療及びケア、本人たちはこういうものを受けられる権利があるということが宣言されている。何らかの医療が本人の尊厳を損なったり、苦痛を増したりする可能性があるときは、治療の差し控え、行わなくてもいいし、一旦始めた治療を撤退してもよい。治療からの撤退も選択肢である、こういう考え方も示している。

何が「良い」意思決定か
確信がもてないとき

家族ら&スタッフのコミュニケーションのプロセスにおいて、
本人にとっての最善をめぐって
一緒に考え悩むことが
決定の倫理的妥当性を担保
納得の源泉にも

日本老年医学会「立場表明2012」

「本人の満足を物差しに」

高齢者の医療およびケアにおいては、
苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大
限の配慮がなされるべきである。

日本老年医学会「立場表明2012」

「最善の医療およびケアを受けられる権利」

何らかの治療が、患者本人の尊厳を
損なったり苦痛を増大させたりする可
能性があるときには、治療の差し控え
や治療からの撤退も選択肢として考
慮する必要がある。

●ガイドラインでは、もう一つ重要なこととして、「緩和医療およびケアの普及」を挙げている。緩和医療は、日本の保険点数の中ではがんとエイズで点数化されているが、そればかりではなく、慢性疾患でも認知症でも緩和ケアがこれから重要であるということを、このガイドラインの中で示している。

日本老年医学会「立場表明2012」

「緩和医療およびケアの普及」

高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。

●老年医学会は、2012年にまた別の「人工栄養の意思決定プロセスガイドライン」を出した。この中で、本人の人生をより豊かにすること、少なくとも、より悪くしないを目指してほしい。本人の人生にとっての益と害の観点で評価し、考えてほしい。本人・家族とスタッフが、本人の最善をめぐってよりよいコミュニケーションをとり、納得できる合意形成・共同の意思決定をしてほしいということを勧めている。

日本老年医学会
人工栄養の
意思決定プロセスガイドライン

- ◆本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す
- ◆人工栄養法の導入・差し控え・導入後の減量・中止について、本人の人生にとっての益と害の観点で評価
- ◆本人/家族らとスタッフが本人の最善をめぐってよりよいコミュニケーションを取り納得できる合意形成/共同の意思決定へ

25

●日本ばかりではなく、世界でも、患者の自己決定に頼らない共同の意思決定が臨床倫理で重要なことだと言われている。

●厚労省のガイドラインのポイントは3つで、医師単独ではなく医療・ケアチームで判断する。本人の意思を尊重し、みんなで決定した合意主義によって判断すること。そして、緩和ケアが重要であること。がんでなくても、認知症でも、緩和ケアが大事であると言っている。2015年に、最期まで本人の尊厳を尊重すること、これに着目した医療を行うという意味で、「人生の最終段階における医療」と用語を変更した。

厚労省ガイドラインの趣旨

- ①医師単独ではなく医療・ケアチームに対応すること
- ②本人の意思を尊重し、本人と家族と医療・ケアチームが徹底した合意主義によって意思決定すること
- ③緩和ケアを充実させること

厚労省「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」(2015)

34

【法的観点からの評価】

- 人工栄養のガイドラインを発表する際に行った法律家を対象とする調査で、「このガイドラインにのっとってプロセスを進め意思決定されたものについては、司法の介入はあり得ないと思っている。もしあったら、極めて不適切だと考えている。これについて如何か」、との質問をした。答えの中でも、「ガイドラインの主張に賛同します。支持者リストに私の名前を連ねてくださって構いません」という答えが多かった。

- 患者のためなのか、話し合っ合意形成すれば、それは倫理的に適切な決め方なのであって、現場が倫理的に適切に決めたことについて法律が問題にすることはない（東大：樋口教授）。これは樋口先生の個人見解ではなく、厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の趣旨でもある。

【現場のリスク】

- 本人の人生の尊厳を擁護するためには、治療は終わっていただくこともある。しかし中には、本人の周りに本人を思わない家族しかいない場合もある。権利擁護と権利侵害の境界は危ういものがある。このときに本人を守るのはチームアプローチ、先生方を守るのもやはりチームアプローチである。過少でも過剰でもないあり方を複数の医療者と家族で判断し、ぜひ記録をつけておいてもらいたい。

人工栄養の終了に
関する刑法上の懸念は杞憂

「ガイドラインに沿えばOK」と表明する法律家が多数

「各現場で複数の医療者・患者家族間で、
どうすることが患者のためなのか話し合っ
合意形成すれば、法的問題にならない」
（樋口）

↑

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関する
ガイドライン」(2007)の趣旨

29

本人の生命の尊厳を
擁護 or 侵害

擁護 ← 医療行為の終了 → 侵害

擁護と侵害の危うい境界

患者を守るのはチームアプローチ
医療ケアスタッフを守るのもチームアプローチ
過少医療でも過剰医療でもないあり方を
複数のスタッフ・家族で判断、記録

36

2 第2回①（平成29年9月8日）

三浦 靖彦 先生（東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 診療部長

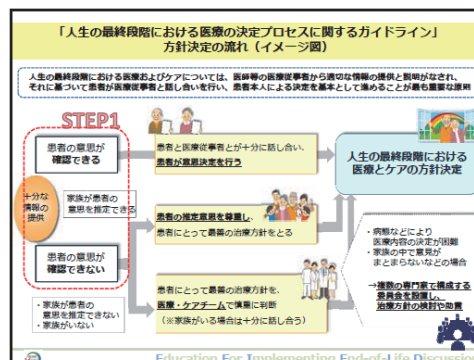
／東京慈恵会医科大学 准教授）

「人生の最終段階の医療について 最新の動向」

【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】

①全体像

- 厚労省のガイドラインは、まず、患者の意思が確認できるか、できないか。（STEP1）患者の意思が確認できる場合は、「患者と医療従事者とが十分に話し合い、患者が意思決定を行う」に流れる。患者の意思が確認できない場合は、さらに「家族が患者の意思を推定できるか」「できない」か、で分かれる。



- 患者の意思を家族が推定できる場合は、その推定意思を尊重し、家族と話し合いながら最善の治療方針をとる。患者の意思が推定できない場合は、患者にとっての最善の治療方針を医療・ケアチームで話し合う。ここに家族が入るか、入らないかはあるが、最善の治療方針を考えるための話し合いをして最終決定をする。このときに複数の専門家で構成する委員会を設置し、迷った場合には、病院内倫理委員会や病院内倫理コンサルテーションチーム、つまり多職種で構成された委員会で話し合うことが推奨されている。

②意思能力の評価

- まず、患者自身が十分な意思決定能力を持っているかどうかを評価する。例えば、意思決定の内容が複雑である場合、決定内容が深刻な結果につながる場合、こちらから見ると、理にかなわないような自分の要望を出している場合、患者が表明する内容が相手によって異なる場合、患者の意思決定能力に関する意見が、評価者の中で異なる場合、患者と評価者との間に利害対立がある場合、評価者の評価に対し本人が異議を唱えている場合、などである。

講義

- 患者自身が十分な意思決定能力を持っているかどうかについて評価する

Education For Implementing End-of-Life Discussion

- その際の注意は、認知機能の低下や精神症状の存在自体が意思決定能力の欠如を示すわけではない、という大前提がある。そして、年齢、病名、様子、行動、社会的背景などからの憶測ではない。評価の前に意思決定能力を高める努力をする。いわゆるエンパワーメントである。それから、求められる意思決定能力のレベルは、治療方針のリスクによって異なる。十分・不十分と白黒で分けることはできない。

特に認知症の方の意思決定能力のエンパワーメントは重要である。

③エンパワーメントの重要性

- 一般的には、意思決定能力の強化とエンパワーメントは、情報開示の質を高める。複数回の説明をする、文章、図、通訳をつける。家族や友人に同席してもらう。心理的サポートにより不安や恐怖を緩和する。特にこれは、あのとき脅迫されているような状態にあったからこう答えたのだと言われた瞬間に、インフォームド・コンセントは成立してなかったとなってしまうので、ここも大事である。

- その場で答えてもらうのではなくて、1日たつと忘れてしまうような人が対象では難しいが、そうでない場合は、その日のうちに、その場で答えをもらうのではなく、数日後に最終決定をもらうということも一般診療の中では大切だと言われている。

評価と判定にあたっての注意

- 認知機能の低下や精神症状の存在自体が、意思決定能力の欠如を示すわけではない
- 年齢、病名、様子、行動、社会的背景などからの憶測ではない
- 評価の前に意思決定能力を高める努力を
- 求められる意思決定能力のレベルは、治療方針のリスクによって異なる
- “十分/不十分”に明確に二分することはできないという前提で評価を行う

Education For Implementing End-of-Life Discussion 7

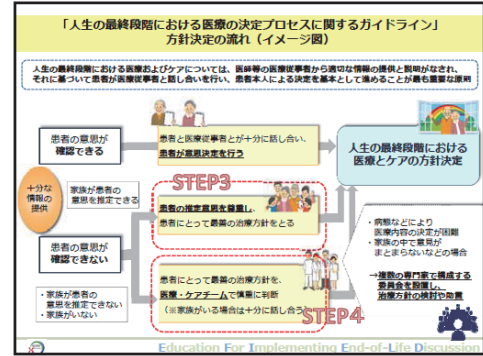
意思決定能力の強化とエンパワーメント

- 情報開示の質を高める
- 例えば、複数回の説明、文章、図、通訳等の活用
- 家族や友人に同席してもらう
- 心理的サポートにより不安や恐怖を緩和する
- 熟考を促し、決定を遅らせる

Education For Implementing End-of-Life Discussion 11

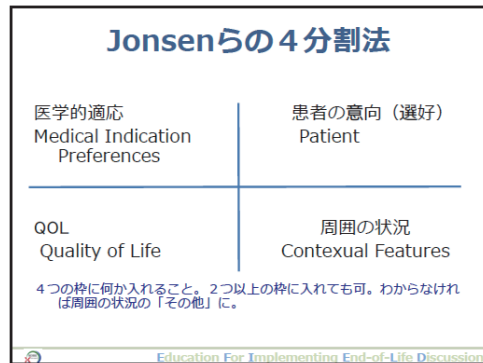
④意思能力がない場合（患者の意思の推定）

●次に、患者さんの意思決定能力がないと分かったときにどうするか。患者さんの意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重する。患者の意思が確認できない、しかも家族が患者の意思が推定できない場合は、医療・ケアチームで慎重に判断し、できれば委員会を使って、患者さんにとっての最善の治療方針を決める。



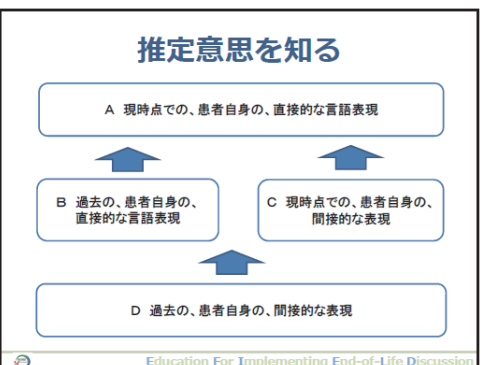
●委員会ではどんなことをやるか。多くの人たちは、Jonsen の 4 分割表を使っている。こちらは非常に簡単だということもある。

医学的状況が左上、右上に患者さんの意向が入る。右下に、周囲の状況。ここは家族の状況などが入る。（左下の）患者の QOL は、医学的適応があって、今何かをしようということに対して、それはいいのだろうか、悪いのだろうかと相談することになるので、A という選択肢をとると患者さんの QOL はこうなる、B という選択肢をとると QOL はこうなる、ということが入っている。



●医者は医学的適応しか分からないので、他を多職種みんなで埋めていって結論を導こうというのが、Jonsen の 4 分割表である。

●患者の推定意思を知るために、過去の患者さんの間接的な表現がある。過去の患者さん自身の直接的な言語表現もある。口には出せないが、現時点で患者さん自身の間接的な表現がある。現時点での患者自身の直接的な言語表現がなくても、このようにいろいろと遡って調べることが推定意思を知るためのプロセスであると推奨している。



⑤ アドバンス・ケア・プランニング

● 患者の過去の直接的な言語表現としては、アドバンス・ケア・プランニングがある。これが特に明記された事前指示、メモや録音記録は直接的な情報として参考になる。かかりつけ医の証言、家族の証言、これはやや間接的だが、こういうものも参考になる。

● 認知症になってしまった人のアドバンス・ケア・プランニングはどうか。本人の意識清明なころのアドバンス・ケア・プランニングが優先されるべきだと。人格というのは常に一本線で統合性があり、これが優先されるべきという考え方。他方、現在の意思表示のほうが優先されるべきであって、過去の自分と現在の自分は違うのだという考え方もある。

哲学の先生たちはいろいろなことを言うが、結論は私たちに与えてくれていない。そういう意味で、どちらもあると思いながら、この人の場合はどちらだろうと考えるしかないのではないかな。

● 医療者は、目の前にいる患者にとって、それが本当にふさわしいかどうか、立ち止まって考えましょうというのが最近のキーワードになっている。これを、「立ち止まって考えるナラティブ・エシックス」と言っている。

精神科病院の中でも、「その人のナラティブを考えて」というものが出てくるとよいのではないかな。これが、昔から言う患者中心の医療をまさに立ち止まって考えるナラティブ・エシックスだと思う。

B.過去の、患者自身の、直接的な言語表現

- Advance Care Planning
- 明記されたAdvance Directive
- メモや録音記録
- かかりつけ医の証言（やや間接的）
- 家族の証言（やや間接的）

認知症の人のACPIは？

本人の清明な頃のACPが優先されるべき
人格の統合性 ドゥーキン

現在の意思表示(?)が優先されるべき
過去の自己と現在の自己 Dresser

医療者は、ついつい、自分の知っている最新・最高の医療をすべてつぎ込もうと考えがちである。

自分の推奨する医療に反対する患者を、「理解が悪い患者」と思いがちである

目の前にいる患者に、それがふさわしいのか、立ち止まって考えましょう！

立ち止まって考える
ナラティブ・エシックス
Patient Centered Care

●アドバンス・ケア・プランニングが大切だという話であるが、特に家族と話し合っておくことが大切で、本人の強い意志と、周囲が叶えてあげたいという強い意志が一致することが大事である。

もつとも、日本では法的には認められていない。でも、それは法的に強要するものではなく、みんなが共有するために使うものである

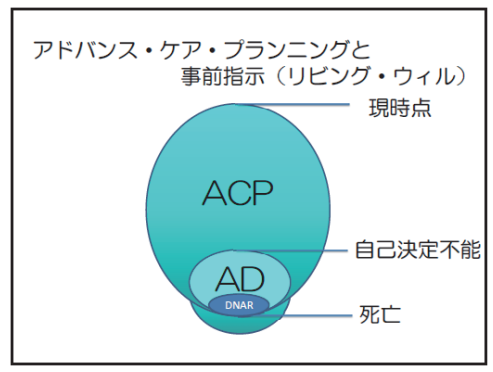
患者と家族のものがたりを知る事が大事なので、普段から話し合っただけで死生観を共有しましょう。

リビングウィル・ACPが大切
 家族と話し合っておくことが大切
 本人の強い意志と、周囲が叶えてあげたいという強い意志が一致することが大切。
 法的効力云々でなく・・・
 強要するためのものではなく、共有するために！
 患者さんと家族のものがたり（ナラティブ）を知ることが大切なのです。
普段から話し合い、死生観を共有しておく
 死後の家族の心のケアにも：グリーフ・ケア

●アドバンス・ケア・プランニングとは、これからの自分の生き方を考えること。どこで、誰と住んで、どのような生活をして、どのようなケアを受けて、どのような最終段階を迎えるかということ、医療従事者、介護関係者と一緒に考えることがアドバンス・ケア・プランニングと言われている。

アドバンス・ケア・プランニングは、明日からどうやって生きて、どうやって過ごすかということ。現時点から死亡、死亡した後、さらに、遺言めいたこととか、亡くなった後の家族のことも含めるかもしれないので、これぐらい広い概念と思ってほしい。

DNARというのは、心臓停止のときに心肺蘇生をするか、しないか、であり、死亡の直前のところである。



●Advance Directive（事前指示）は、自己決定ができなくなってしまったときから死亡までの間を、どんな医療を受けるか、受けないかを自分で指示しておくことである。

昏睡状態、植物状態、重度の認知症などで、自分が受ける医療行為について、自分で決めることができなくなってしまったときに備えて、意識がはっきりしているうちに、自分の受けたい、受けたくない医療行為についての希望を表明する。これを文書に残したのがリビング・ウィルである。

事前指示（Advance Directive）

昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることが出来なくなってしまったときに備えて、意識がはっきりとしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為についての希望を表明しておくこと。

リビング・ウィル（文書として残す）
 代理人指名
 口頭で伝えておくだけでも有効（米国の自然死法）

⑥臨床倫理コンサルテーション

- 倫理コンサルテーションは、主に医療従事者が、臨床現場において生じた倫理的問題に関する不安や対立を解消するため、個人やグループにより助言を与えているものと定義されている。
- 集まった多職種から出される「自分のできる限りのことをしてあげたい」を総合して、「この患者・家族にとって一番いいのは何だろうか」という形にするための助言である。倫理コンサルテーションはこれからの社会で非常に望まれるのではないか。

⑦まとめ

- 自分の望む形の終末期を過ごしたいという人がいるのであれば、事前に指示をする。それから、死生観を共有するための話し合いをしようということにつながる。
- ただ、尊厳死に関するもので日本に文書化されたものがあるかという点、尊厳死宣言書のみであった。「私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、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しますが、苦痛を和らげる措置は最大限してください」。不治の状態の病気とは何か。死期が迫っているというのはどんなものか。徒に死期を引き延ばすための延命治療とは何のことか。よくわからない。しかも、これは、やらないでくれという一方向的な宣言書である。尊厳死宣言書を患者がどのような背景、価値観、死生観から書いたのかわからないということで、なかなか使い切れない。

臨床倫理コンサルテーション (病院内倫理コンサルテーション)

倫理コンサルテーションとは、主に、医療従事者が、臨床現場において生じた倫理的問題に関する不安や対立を解消するために、個人やグループにより、助言を与えるものと定義されている

柏病院に
臨床倫理委員会
臨床倫理コンサルテーションチーム
2014年6月に正式発足
お気軽にご相談ください
miura-gm@jikei.ac.jp

**自分の望む形の終末期を過ごしたければ、
事前に指示しておくしかない！**

死生観を共有するための話し合いを大切に！

しかし、尊厳死宣言書だけでは、救急の現場で困ることが多いのも事実です。

- ・この状態は、終末期と言い切れない
- ・この状況において、無駄な延命治療とは何を指すのか？
- ・患者さんが、どのような背景・価値観・死生観から尊厳死宣言書を書いたのかが不明

●そこで、日本臨床倫理学会で日本版 POLST をつくった。
チェック項目で、人工呼吸器をする、しないとか、胃
ろうをつける、つけないというチェックが入ってい
ても、実際に現場では迷う。

●この具体的な状況だったらこの人は何を希望するか
ということがわかると、医療者も家族も助かる。これ
は、人生観、価値観、死生観といったナラティブなも
のがわかってこないと、終末期の中での選択がうまく
できないということがわかってきた（それらの共有が
重要）。

必要なのは具体的な指示ではなく・・・

この具体的な状況だったら、この人は、
何を希望する（どう判断する）だろうか？
が解ると、医療者も家族も助かる

人生観・価値観・死生観

ものがたり・ナラティブ

3 第2回② (平成29年9月8日)

五十嵐 禎人 先生 (千葉大学社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門教授)

「認知症の人の意思決定支援について」

【意思決定と本人の判断能力】

●意思決定支援とは、スライドのような定義になっている。これの内容を、人生の最終段階の決定でどうやって行うか。このプロセス自体、要は意思決定支援として重要なことになると思う。

●意思決定を構成する要素として、「本人の判断能力」、「意思決定支援が必要な場面」、「人的・物理的環境による影響」、この3つの要素から意思決定はなる。意思決定支援が必要な場面は、ガイドラインを見てもらうと詳しいことは書いてある。基本的には日常生活のこういう場面とか、それ以外ではこういう場面というのが例示されている。

人的・物理的環境による影響とは、要するに、周りにいる人やサービスの提供者、そういう人の影響をいう。最初に来るのは本人の判断能力である。本人がどれくらい判断できているかどうかの査定が重要になる。

●認知症の人と意思決定の関係は、認知症の人の人権を尊重し、その尊厳を守るためには何よりもその人の意思決定を尊重することが重要になる。認知症の場合、記憶障害や実行機能障害がある。また、もっと進んでBPSDが出てくると、本人の意思決定だといって尊重するわけにはいなくなる。認知症は判断能力に問題がある可能性が高いので、判断能力の査定を考えないといけない。

意思決定支援の定義 (障害者総合支援法)

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

障害福祉サービスの提供に係る意思決定支援ガイドライン (厚労省通知)

意思決定を構成する要素

1. 本人の判断能力
2. 意思決定支援が必要な場面
3. 人的・物理的環境による影響

認知症の人と意思決定

- 認知症の人の人権を尊重し、その尊厳を守るためには
- その人の意思決定を尊重することが重要
- 認知症
 - ⇒ 認知機能障害 (記憶障害・実行機能の障害など)
 - ⇒ 判断能力に問題のある可能性

- 意思決定と判断能力との関係は、基本的に、自分のことに関しては自分の好きなおりにしてよい。ただし、2つ条件があって、一つは、他人に迷惑をかけること。他人に危害を及ぼさない限り、要するに「社会との関係」という限定がつく。

もう一つ、大前提として、自己決定の権限を持つのは判断能力のある大人であるということ。判断能力があるということは、認知症も、軽度のうちは判断能力が保たれている方が多いが、中等度、重度、最重度になってしまうと、判断能力はなくなってくる。そうなると、本人の希望があるといつて、それを必ず尊重しなくてはならないということではなくなる。

意思決定と判断能力

「文明社会のどの成員に対してにせよ、彼の意志に反して権力を行使しても正当とされるための唯一の目的は、他の成員に及ぶ害の防止」にあり、「いかなる人の行為でも、そのひとが社会に対して責を負わねばならぬ唯一の部分」は、他人に關係する部分であり、「個人は彼自身に対して、すなわち彼自身の肉体と精神に対しては、その主権者なのである」

- ① 判断能力のある大人なら、
- ② 自分の生命、身体、財産に代わって、
- ③ 他人に危害を及ぼさない限り、
- ④ たとえその決定が本人にとって不利益なことでも、
- ⑤ 自己決定の権限をもつ

(引用元：『民法の基礎』、東京大学出版会、1997年、197頁より引用)

- 一般に法律用語として、適切な自己決定を行う前提として必要とされる判断能力、精神能力のことを意思能力と呼んでいる。

意思能力のある人の行動選択は、他人に危害を与えない限り本人の自己決定として尊重されなければならない。その一方で、意思能力がない人の行動・選択は、自己決定として常に無条件に尊重されるわけではない。

意思能力

- 適切な自己決定を行う前提として必要とされる判断能力、精神能力
- 意思能力のある者の行動・選択は、他人に危害を与えない限り本人の自己決定として尊重されなければならない
- 意思能力がない者の行動・選択は、自己決定として無条件に尊重されるわけではない
- 通常、成人については、意思能力がないと判断されない限り、意思能力があると推定される（意思能力推定の原則）

- 意思能力と自己決定の関係をもう一度整理すると、判断能力が完全な人は、自分に不利益な決定をする自由（愚行権）がある。愚行権があるかわり、万が一不利益が生じた場合は全部本人が引き受ける。これが大前提である。

判断能力が全くない人の場合は、法的にはその意思決定は無効と考えられる。判断能力が不完全な人の場合、どのように考えるのか。これは究極的には、その人の自己決定を尊重する立場と本人保護とのバランスを考えて決めるしかないことになる。

では、判断能力の評価をどのようにするかというのが次の課題として出てくる。

意思能力と自己決定

- 判断能力が完全な人
 - 自己に不利益な決定をする自由(愚行権)がある
 - 不利益は本人が引き受ける
- 判断能力が全くない人
 - 法的には無効
- 判断能力が不完全な人は？
 - 自己決定の尊重と本人保護とのバランス
- 判断能力の評価をどのようにするか

●判断能力の評価のパラダイムシフトとして、ノーマライゼーションが進展し、自己決定の尊重が非常に強調されるようになってきている。ノーマライゼーションは、精神科の入院に対する考え方にも影響している。

もう一つ、認知症関係では、「痴呆」から「認知症」へ呼称が変わったが、これは、認知症に対する医療者、社会全体の考え方の変化を反映している。

認知症に関しては早期発見・早期治療が可能となり、診断がついても、実際に他害行為もなければ問題行動もほとんどなく、せいぜい本人が困っているぐらいという人がたくさんいる。認知症という診断だけではわからないから、どうやって判断能力を評価するかということが重要である。

判断能力の評価のパラダイムシフト

- ノーマライゼーション
障害者権利条約⇒意思決定支援
- 自己決定の尊重
- 「痴呆」から「認知症」へ
- 認知症に関する啓発（早期発見・早期治療）
⇒MCIや軽度のうちに診断される人の増加
⇒認知症と診断されても判断能力に大きな問題のない人も

●意思能力判定の方法は3つの方法があると言われる。

1つ目は、結果判定法である。意思決定の結果が常識に合っているか否か、合理的か否かという結果だけを見て考える考え方である。

2つ目の状態判定法は、能力評価の対象者が、一定の状態、年齢とか、病気があるかないか、で決めていく。

3つ目は、機能判定法と呼ばれ、意思決定が行われるときの本人の頭の中での思考のプロセスに踏み込み、ちゃんと判断できているかどうかを見る方法である。ノーマライゼーションの推進された今の社会では、この方法が一番適切な判定方法だと言われる。

意思能力判定の方法

- 結果(outcome)判定法
- 状態(status)判定法
- 機能(functional)判定法
- 法律行為一般ではなく、領域特定の(domain specific)・課題特定の(task specific)に判定する

【治療同意の場面にフォーカスして】

●認知症の人の治療同意について考える場合、重要なことは、本人の希望・意向を確認することである。医療は、法律では一身専属的と言われ、自己決定が最も重視されるべき決定である。

認知症の人の治療同意

- 本人の希望・意向を確認する
 - 自己決定がもっとも重視されるべき決定
 - 家族の同意に法的根拠があるわけではない
- 本人の理解の程度を確認する
 - HDS-RやMMSEの得点だけでは不十分
 - 本人の選択の結果だけで判断しない
 - 本人が理解した内容を自身の言葉でいってもらう
- 認知症の重症度との関係
 - MCI～軽度
 - 中等度～重度
- 治療拒否⇒治療同意能力の判定

●本人の希望、意向を確認する場合には、本人の理解の程度を確認することが重要になるが、長谷川式、MMSEの得点が何点だから治療同意能力がある、ないというのは言えない。説明して本人の理解を確かめるために、理解した内容を本人自身の言葉で言ってもらおうと、どのくらい理解しているかがわかるのではないか。

問題は、本人の希望、意向を確認したときに、医療者側がこの治療をしたほうがいいたろうというのを本人が拒否したときが問題である。そうすると、本人の治療同意能力が十分にあるかどうかを判定しなくてはいけないことになる。

●治療同意能力の基本構造であるが、機能的能力の段階としては、「意思決定に関連する情報を理解する」、「意思決定の行われる状況や意思決定の結果を認識する」、「得られた情報を論理的に操作」、「意思決定の結果を他者に伝達する」、の4要素から治療同意能力を考えることはかなりスタンダードである。

「理解」は、治療に関連する情報の性質と目的を一般的な意味で理解していることで、病気の状態、診断名、提案されている治療の内容・治療の効果と副作用、提案されている治療以外の選択肢などを、わかりやすい言葉で説明し、説明した内容を、患者自身の言葉でもう一度言ってもらおうことで評価する。

「認識」は、治療の行われる状況や治療の結果を認識していること。情報について、意思決定を行うときのわが身の状況に置きかえてわかっているということである。

「論理的思考」は、治療に関するさまざまな選択肢の利益とリスクを比較することで、意思決定のプロセスに焦点を当てた評価である。

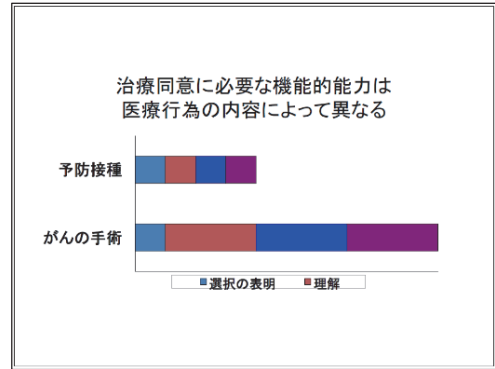
「選択の表明」は、ある意思決定の結果を他者に伝達することである。

治療同意能力(機能的能力)の基本構造

- 意思決定に関連する情報を理解 (understanding)
- 意思決定の行われる状況や意思決定の結果を認識 (appreciation)
- 得られた情報を論理的に操作 (論理的思考 reasoning)
- 意思決定の結果 (選択) を他者に伝達する (選択の表明 expressing a choice)

Appelbaum, P. S., Gruneir, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine* 319, 1620-1624. doi:10.1056

●ただし、理解や認識、論理的思考を行うときに、使うべき情報の量が、がんの手術と予防接種では全く違う。それはもともとリスクによっても違う。結局、治療同意に必要な機能的能力は医療行為の内容によって異なることになる。



●治療同意能力（キャパシティ）の段階の判定というのは、医療保健福祉専門家によって判定される臨床的狀態である。

●治療同意なしと判定された場合は、薬剤の影響、身体合併症など、治療同意能力低下の要因を検討する。改善可能であれば、そうしたものを改善した上で判断する。

- ### 治療同意能力なしと判定された場合
- 治療同意能力低下の要因を検討
 - 薬剤の影響 抗コリン剤、ベンゾジアゼピン、オピオイド
 - 身体合併症
 - ⇒改善可能であれば、その後には再評価
 - 改善可能性がない場合
 - 本人の意思を推定
 - 家族・介護者等も交えた検討
 - 本人の生活状況・信条に配慮
 - 成年後見人等は、診療契約の代行は行えるが、医的優遇に対する同意（＝インフォームド・コンセントの代行）は行えない

●改善の可能性がない場合は、本人の意思を推定することになる。家族や介護者、本人に身近に接していて、本人がそれまでどんなふうを考え、生活してきたかということ踏まえて評価するしかないのです。そうしたものをよく知っている人から話を聞くことが重要である。本人の生活状況や信条に配慮して、治療をするか、しないかということになる。

●認知症の人の意思決定支援の工夫というのは、最近の判断能力の評価の一つの方向性として、評価をするときには、なるべく本人の判断能力を高めるように、引き出すように（エンパワーメント）、面接なりの工夫をして評価をすること。

- ### 認知症の人の意思決定支援の工夫
- 聴取
 - 聴覚がある場合はなるべく後方してもらう
 - 本人の正面から口の形を見るように促し、大きく口を開けて発音して見せる
 - 必要以上に大きな声で伝えると、聴覚を悪化させる場合がある（騒音暴露）。適宜、筆談を用いる
 - 注意
 - 人の出入りや他の人の話し声などが気にならず集中できる環境
 - 話す前に名前を呼んで注意喚起
 - 記憶
 - 一文を短く区切る。キーワードとなる言葉は一文に1～2個程度が理想
 - 字や図など視覚的な補助を使うと、記憶に残りやすい。説明の時に使ったメモや図を、後日の確認の時に使うと思い出しやすい
 - 理解
 - 平易で簡単な言葉、馴染みのある表現で繰り返す
 - 説明内容のポイントを分かりやすく書いて指し示す実際の病変の部位を確認しながら説明する
 - 選択
 - 選択肢を2つに絞る⇒「はい」「いいえ」で答えられる質問
- 加藤佐佳、成本 迅、治療同意にかかわる意思決定の支援、老年精神医学雑誌 26(9): 1005-1009, 2015

【人生の最終段階の意思決定支援】

- エンド・オブ・ライフの決定も、基本的には医療行為と同じで、自己決定が尊重されることになり、本人の意向を確認することから始まる。

本人の意向がないか、不明の場合は、事前に本人がどのようにエンド・オブ・ライフ、あるいは、一般的な治療に対してどんな考え方をしていたかということを探ることが重要になってくる。

- 一つは、アドバンス・ディレクティブという事前指示書のようなもので、終末期になったら積極的な治療はしないでほしいなど、そういう意向を示しておく。そういうアドバンス・ディレクティブが法制化されている国では有効だが、我が国ではそれが無い。ただ、そういうものがあればそれに従う。

- 主にながの医療や看護から始まったと思うが、アドバンス・ケア・プランニングというのは、これから先、完全に治るといよりは、ある意味、死に向かっている病気であるから、病気の治療と同時に、将来どういう状況になったらどんなケアをしてもらいたいのか、どんなやり方がいいかということ、医療者、本人、場合によって家族を交えて考えていく。そうしたものがあれば、そこで示された意思に従う。

- こうしたものが全くないときは、結局どうするかというと、専門職と家族によって、どういう方向性にしようかということを決めていくしかないと思う。本人の信条やこれまでの生活状況から、本人の意思を推定することになる。

- 日本老年医学会が出した、人工的水分・栄養補給の導入に関するガイドラインである。内容は結構よくできている考え方ではないかと思う。

エンド・オブ・ライフの決定

- ・ エンド・オブ・ライフの決定
医療に関する同意と同様に、自己決定が重視される
- ・ エンド・オブ・ライフ ケア
診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること

エンド・オブ・ライフの決定の考え方

- ・ 本人の意向の確認
- ・ 本人の意向がないか・不明な場合⇒事前の意思表示
- アドバンス・ディレクティブ
- アドバンス・ケア・プランニング
- ・ 事前の意思表示がない場合
- 専門職と家族による合意形成
- 本人の信条やこれまでの生活状況から、本人の意思を推定

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン： 人工的水分・栄養補給の導入を中心として (日本老年医学会)

- ・ 医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。
- ・ 本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する
- ・ 経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する。
- ・ AHN導入に関する諸選択肢(導入しないことも含む)を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ・ 本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン(人工的水分・栄養補給の導入を中心として)
日老医誌2012; 49(5): 632-645
http://www.ia-tokyo.ac.jp/08/49eth/guideline/1203GL_final_0312c.pdf

●結局、最終的には本人の自己決定を尊重する観点から、本人ならどのようにこのときに判断したかを推測する。それは、その人がそれまでどのような生活を送り、どんな生活信条で生きてきたか。それについての情報がないとわからないので、そういう情報を収集する。社会の中で生きていく人は、いろいろな人がその人に関与しており、医療者は医療者なりの見方、介護の人は介護の人、福祉の人は福祉の人で、それぞれの専門的な立場からいろいろな見方があると思う。そうした意味で、本人に関与するいろいろな職種の人が集まって、そこで収集した情報をもとに議論した上で、この人の場合はどうしたらいいかということを考えていく以外にない。

●イギリスの Mental Capacity Act 2005 では、Code of Practice (行動指針) が策定されており、意思決定能力の低下している人の意思決定支援をどのように行っていくべきかについて、かなり詳しく書かれている。日本の障害福祉サービス等の提供に係わる意思決定支援ガイドラインは、イギリスの行動指針を参考にしてつくられている。

本人の意思確認が困難な場合の対応

- 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。
- 本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することは、職員が本人の意思を推定するための手がかりとなる。

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

●意思決定支援ガイドラインでも、例えば表情、感情、行動だけではなく、生活、人間関係などを把握し、根拠を明確にしながら意思及び選好を推定する。家族関係も含めて理解する。そうしたものから本人の意思を推定することが書かれている。

最善の利益の判断はメリット・デメリットの検討、相反する選択肢が両立するかどうか、自由の制限の最小化等が掲げられているということで、我が国もそういう方向には来ていると思う。

最善の利益の判断

- メリット・デメリットの検討
- 相反する選択肢の両立
- 自由の制限の最小化

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

4 第3回（平成29年10月7日）

小川 朝生 先生（国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長

・先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野長）

「認知症の緩和ケア」

【緩和ケアの定義】

●緩和ケアというのが何を指すのかは、長い歴史を解くと、基本的には主に全人的な支援を中心に、疾病単位というよりは、苦痛なり患者自身の状況を通じて支援するというのが多分大きな流れになると思う。

●WHOが2002年に「緩和ケアの定義」というのをを出して、緩和ケアとは、「生命を脅かす疾病に関する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価し、対応することを通して、苦痛を予防する取り組み」ということになっている。

●ポイントは、1点目が生命を脅かす疾患に関連する問題として、日本では緩和ケアというのがんのイメージが非常に強いが、概念としては別にがんに特化するものではない。実際に海外ではがん以外の、例えば心不全とかCOPD、あるいは認知症、神経難病等、生命に関係するような疾患全てに適応されている。

2点目のポイントで強調される点は、苦痛を予防し、緩和するということである。本来の緩和ケアというのは、苦痛がどのように起こり得るかというのを予測して、そしてそれを起きないようにするという、少し先を見通した取り組みがポイントになってくる。

●緩和ケアという言葉は、緩和ケア的アプローチと、基本的緩和ケア、専門的緩和ケアに分かれる。緩和ケア的アプローチとは、緩和ケアの考え方を広く、いろいろな場面に応用していく考え方になる。実践となると、基本的緩和ケアと専門的緩和ケアとに分かれる。

WHO: 緩和ケアの定義(2002)

- ・緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛(suffering)を予防し緩和することにより、患者と家族のQuality of Lifeを改善する取組である

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

言葉の整理

- ・緩和ケア的アプローチ：
緩和ケアの考え方を疾患やステージを越えて適応すること
- ・基本的緩和ケア：
医療者であれば誰もが実践すること
- ・専門的緩和ケア：
複雑な問題に直面する患者・家族に対して、多職種による専門家が対応すること

- 基本的緩和ケアというのは、医療者であれば誰もが実践することが望ましい。例えば痛みを取り除くというのが代表的なものになるが、全ての医療者が達成するものということで掲げられている。一方、専門的緩和ケアというのは、緩和ケアチーム、あるいは専門職が対応する、少し複雑な問題にやや特化したものというイメージである。

緩和ケア的アプローチというのは何が特徴かという
と、大体この5つが挙げられると言われる。(スライドの1~5)

緩和ケア的アプローチ

1. QOLの重視
2. 全人的なアプローチ
3. 家族を含めた包括的ケア
4. 自立と選択を尊重する態度
5. 率直かつ思いやりのあるコミュニケーション

NCHSPCS Occasional Paper:
Education in Palliative Care, Feb. 1996

【がんと認知症】

- 緩和ケアを考えるとイメージしやすい「がん」と「認知症」の関係をみる。幾つかこれが適用されるという点で共通点というのが言われる。

まず1つは、がんも認知症も最終的には死に至る病だということ。2つ目は、患者、家族の苦痛が大きいということ。そして、3つ目が、特に診断時からの支援ということで強調されるが、意思決定の支援が結構大事だということ。

がんと認知症

- ・ 共通点
 - 確実な治療法がなく緩徐に進行し死に至る病
 - 患者と家族の苦痛が大きい
 - 意思決定の支援を要する
- ・ 相違点
 - がん：
 - 身体機能は予後1ヶ月程度まで保たれる
 - 経過がかなり正確に予測可能
 - 認知症：
 - 進行が年単位
 - 身体合併症が重なり予後予測に難しさ


- 一方、がんと認知症は当然相違点もある。がんというのは、一番の特徴は予後予測がかなり細かい、日単位までできるというのが特徴であるが、認知症の場合は、認知症とはいっても誤嚥性肺炎等の身体合併症が重なりながら予後が変わっていくので、そこを予測するというのはまだ現在でも課題として残っているというのは確かだと思う。

【認知症の緩和ケア】

●認知症に対して、もともとがんの領域で生まれてきた緩和ケアの概念をどのように適用していくのか。ポイントになるのかについて、特徴として出てくるのは、多分予後予測というところとか、心理的な支援、そして医療チームの教育、社会・倫理的問題になるかと思う。

認知症の緩和ケアとは：
欧州緩和ケア学会 (EAPC)からの提言

- 認知症の緩和ケアに関する提言
(White paper defining optimal palliative care in older people with dementia)
- 11領域57の提言
- 1. 認知症に対する緩和ケアの適用可能性
- 2. パーソンセンタードケア、意思決定の共有
- 3. ゴール設定、事前の相談
- 4. ケアの継続性の確保
- 5. 予後予測と死の認識
- 6. 過度・無益な治療の回避
- 7. 治療の最適化、快適さの確保
- 8. 精神心理的支援
- 9. 介護者へのケア
- 10. 医療チームの教育
- 11. 社会的・倫理的問題

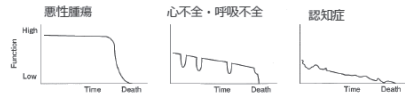


European Association for Palliative Care
Not Governmental Organisation (NGO) recognized by the Council of Europe

●主要な項目を幾つか紹介する。

最初は、疾病の予後予測である。これはいろいろな高齢者の死に至る経過を模式図で示したもので、認知症の場合は、全体に大きな山はなく下っていきと言われている。大事なのは、ある程度の先を見通しつつ、今はどの段階にいるのかということと、今後どういうことが起こり得るのかということのを、少しずつ話し合いを重ねながらイメージを患者、家族と共有していくところになるかと思う。

疾患の経過 (illness trajectory) の認識 (予後予測)



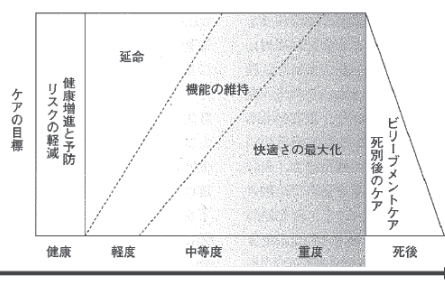
- 患者が疾患の経過のどの位置にいるかを把握
- 患者がどのような体験をするかを予測し、起こりうることを見越して対応
- 今後起こりうることに對してどのように対応するかを繰り返し患者と共有、方向性を検討
- 特に正確な経過予測は、患者・家族の意思決定に欠かせない

(Lynn, 2001)

●認知症の場合は、その中で模式図にあるように、認知症の進行に伴ってそれぞれの課題が出てくると言われる。

健康なところでいけば予防ということになる。
軽度の段階であれば、機能の維持というよりは、延命を含め可能な限り今の生活を維持する。中等度になってくると、延命というよりは、患者の機能維持、リハビリテーションに焦点が当たる。重度になってくると、それよりは患者の不快をいかに取り除くかがメインになる。この時点から、家族を含め死別後どうするかを含め対応を準備していくことになる。

治療の最適化、快適さの確保



ケアの目標

健康増進と予防
リスクの軽減

延命

機能の維持

快適さの最大化

死別後のケア

健康 軽度 中等度 重度 死後

認知症の進行

【認知症の緩和ケアとは】

- 認知症の緩和ケアというときに、多分まず最初に強調されるのが、**患者に対しての心理的な支援**というのが出てくる。これは特に初期の時点の問題が中心なので、高度に進行した最終段階というよりは、どちらかという告知前後の対応が中心となる。

- 大事なのは、患者の苦痛に配慮しつつ、そして認知機能に対応する。特に中核症状を意識しつつコミュニケーションを図るというのが、ここの課題になるかと思う。

- 中等度から高度に進んできたところでのポイントとして一番強調されるのが、**身体的苦痛の緩和**ということになる。認知症というと、どうしても精神的な問題ということで、心は心、体は体みたいに切り取られがちだが、認知症の場合は体の痛みを適切に訴えること、伝えることができないために、痛みというのが結局、医療者に過小評価されて、そして放置されているということが繰り返し指摘されている。

- まず痛みの問題はないかとか、身体的苦痛がないかというのを、医療者が積極的に拾い上げて、そして痛みをきっちりと取り除くということが強調される。現実には痛みと呼吸困難のあたりが、今課題としてフォーカスが当たっているところになるかと思う。

認知症の緩和ケアとは：

1. 患者への心理的支援

- ・ 認知症の罹患に伴う精神心理的苦痛
 - 認知症では本人が認識できないとの先入観から見落とされる
 - 軽度認知症：
 - ・ 疾患に対する違和感・苦痛
 - ・ 自律性の喪失の恐れ
 - 中等度・高度認知症においても配慮
- ・ 予後予測を踏まえた意思決定支援 (Advance Care Planning)

認知症の緩和ケアとは：

2. 身体的苦痛の緩和

1. 疼痛緩和
 - 認知症の人の疼痛は過小評価される
 - BPSDと誤解される危険性
 - 客観的な疼痛予測法の検討
2. その他の身体症状緩和
 - 呼吸困難
 - 吐き気
 - 倦怠感
 - 常に過小診断・過小治療のリスク

●支援・ケアというところでは出てくるのは、**食事と感染**の問題がある。

認知症の場合は食事の問題というのが大きく、特に軽度の段階から既にセルフネグレクトで体重減少などの問題が起きると言われているので、それにいかに気づくかということ。そして、中等度に進行してくると、注意の障害、失行などが前面に出てくるので、それをいかにカバーするかというのは、やはり看護と介護のレベルアップが課題になるかと思う。

●感染に関しては、誤嚥を予防するとか、そういう活動が中心になるが、もう一つ重要になってくるのが、尿路感染等の重症の感染を予防するような取り組みである。

●4点目は**家族への支援**になる。緩和ケアのアプローチというのは家族を一つのセットとして見るアプローチなので、本人とあわせて家族にも病状なり、今後の見通しを伝えていくというのが強調される。最近では、アドバンス・ケア・プランニングといって、早い段階から今後起こり得る問題を本人、家族と話し合っ、可能な限り本人の意向とか希望を酌んだ治療ケアをしていこうという動きが出ているが、そのときには家族教育というか、家族に対するさまざまな情報提供というものも結構大事になる。

認知症の緩和ケアとは：
3. 適切な支援・ケアの提供

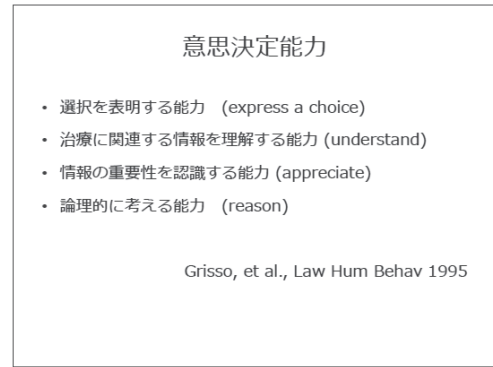
1. 低栄養・食思不振
 - セルフネグレクト・アパシー
 - 視空間認知能力の障害
 - 失行
 - 神経変性に伴う誤嚥
2. 感染
 - 認知症患者の予後を規定する要因（一般に3-6年と短い）
 - 気管支肺炎
 - 尿路感染（失禁）
 - 重症化（自覚症状の取得が困難）

認知症の緩和ケアとは：
4. 家族への支援

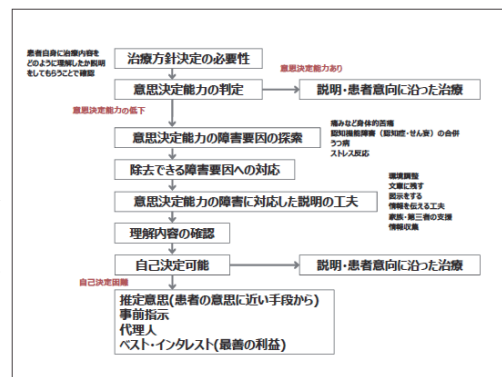
- 認知症の経過、関連する健康上の問題（特に身体合併症）について、ほとんどの家族は理解をしていない (Caron, J Applied Gerontol 2005)
- 予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談
- 意思決定代理に伴う苦痛
- スティグマ
- 介護負担

【意思決定能力の評価】

- 最後に、意思決定の流れについて、幾つか緩和ケアのほうで中心に考えているところをご紹介したい。
- どのように支援をしていくかというときの意思決定能力の評価ということになるが、単に理解のあるなしでいうと、なかなか十分な評価が客観的にしにくいということもあって、今、基本的にはこの4つの能力を中心の評価をされている。



- 意思決定能力の確認というと、どうするのかというのがまだ標準的な方法が見えてきていない面はあるが、基本は担当医が患者に、今説明した内容をどれぐらいしっかり理解しているのかを知りたいので、患者自身の言葉で、どのように理解したか、考えているかを説明してほしいという中で、2〜3分で話をしてもらうということが行われる。



- その上で、意思決定能力の判定をして、難しい場合には、まずエンハンスメントといって、本人が決められるように可能な限りサポートをしていくということが取り組まれる。このあたりは、特に認知症の場合は、やはり数が多いということもあって、代理というよりも、まず可能な限り本人が決められるようにサポートをするというのが医療者の役割として強くなるかと思う。

特に認知症でいくと、注意力とか集中力の低下が強いので、例えば痛みなどの阻害要因をきちっと取り除くとか、せん妄がまざっている場合には、そのせん妄をしっかりと取り除くとか、そういうところが最初に出るし、その上で認知機能障害に応じた説明方法の工夫というのも試みられればと思う。

- エンハンスメントをして、なおかつ本人が決められるかどうか。決められないとなると、そのときには推定意思といって、患者の意思が本人から直接聞けないとなると、本人の意向に近いものから本人の意思を推定していくというプロセスに入っていく。これは人生の最終段階のガイドライン等にも出ているが、まずは本人が残した文章、あるいは本人がこういう場面でこのように言っていたとか、そういうものから拾っていく。それが無い場合には、代理人。そして、最終的にはベスト・インタレストという流れになっている。

【意思決定の支援】

- 認知症の場合、意思決定の問題でポイントとなるのが、認知症の診断と本人が決める・決められないという問題が混同されてしまうという点と、医療者がどうしても時間がかかるということもあって、家族と決めがちというところである。認知症の診断と意思決定というのは別の次元の話であるということを医療チームがしっかりと確認するということと、家族にもこの辺の問題の啓発が大事になるかと思う。

意思決定

- 適切な治療を受ける権利が守られていない危険性
 - 「認知症」と診断がつくと「本人は何もわからない」と誤解
 - 家族と医療者のみで治療を話し合い決めてしまう危険性
- 認知症と気づかれずに治療が進み、本人や家族に負担を強いる結果を招く危険性がある
 - 認知症に対する認識がまだ低いため、治療開始時に見落とされる（リスクの見落とし）
 - 治療が進み、予定通り進まないことで初めて気づかれることがある
 - せん妄の合併
 - 食事摂取の低下、リハビリの遅延（アパシーによる）
 - コンプライアンスの不良（経口抗がん剤の内服、ストマ・ケア）

悪性リンパ腫の治療開始時点で25%に意思決定能力の低下がある（Sugano, 2015）
肺がんの薬物療法開始時で24%に意思決定能力の低下（厚生科研 2012）

- 認知症の人の意思決定能力というところできくと、長谷川、MMSE で大体 15 点ぐらいまではある程度好き嫌いが言えるというので、そこまでは可能な限り拾っていこうということが言われる。ポイントとしては、記憶ができないというのも当然出てくるが、治療の場面でいくと、今後の見通しが想像できないという実行機能障害が強いので、そこのサポートがメインになるかと思う。

高齢者の意思決定能力の評価

- 希望の表明ができないことはほとんどない
- 簡易認知機能検査との相関はそれほど高くない（MMSE 15点くらいまでは、中等度の意思表示は可能）
- 障害は主に、記憶と比較困難
 - 記憶できない（説明を覚えていない、罹患した事実を覚えていない）
 - 比較できない（選択肢の参照ができない）
 - 今後の見通しを想像できない（自宅に戻ってから何が必要になるか判断できない）

●意思決定支援のポイント等も、普段の臨床でされていることが多々あるかと思うが、集中しやすい場面とか、本人がリラックスして十分聞ける場とか、あるいは安心して聞けるような場ということで、友人や家族がいる場で話し合うというのがある。また、意向を確認するときも、一度ではなくて可能な限り繰り返し確認をする、また、人を代えて確認をするというプロセスが推奨される。

認知症の意思決定を支援するためには

- ・ 話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- ・ リラックスできる環境で説明する
- ・ 言葉以外のコミュニケーション、うなずくことや手振り、笑顔からも読み取る
- ・ 友人や家族と一緒にいるときに話し合う
- ・ 繰り返し確認する（時間を置いて確認する）
- ・ 複数の人から尋ねる

(Dementia, from Advanced Disease to Bereavement)

●最後に、現実には日本で重要なのはベスト・インタレストになる。本人が決められないとなると、医療チームと、場合によっては家族とか関係者を巻き込んで、可能な限り本人にとって最善の形の治療とケアは何かを考える、その話し合いのプロセスがベスト・インタレストということになる。

ベスト・インタレストとはなにか

- ・ 意思決定権限者に対する行為規範
(全ての行為は本人の「ベスト・インタレスト」に即して行われる必要。反する行為は損害を与えた場合に法的責任を問われる)
- ・ 「ベスト・インタレスト」は一義的に定義はされない。行為指針として示し、意思決定権限者に裁量を与えて柔軟な支援を推奨
- ・ 注意すべき点は、「ベスト・インタレスト」の判断基準は「本人」であり、単に客観的な視点で本人のためになると一般的に考えられる「標準的」な結論を導くことは異なる。
何が本人にとって最善かは、本人しか判断できず、たとえ客観的にみて賢明でない判断だとしても、家族の意思や見解、専門家の意見、社会常識よりも優先させるという立場を貫いている。

●ベスト・インタレストの主要なポイントは、基準は本人目線にあるということである。日本だと、何となく医療者と家族が話し合っ、この場面でいくと一般的な落としどころはこんなところだろうみたいな感じで決めがちな部分だが、ベスト・インタレストの本来の趣旨というのは本人目線であって、今、本人が決められないけれども、もしも本人が決められるとしたら何を望むのか、そういうものを多職種で考えようというのが、ベスト・インタレストの本来の趣旨になる。意思決定支援はこの流れが中心になりつつあるので、ここをどう日本で考えていくのかというのが課題になる。

Ⅲ. 家族介護者への聞き取り調査

Ⅲ 家族介護者への聞き取り調査

1 実施概要

第1回 家族ヒアリング（大分会場）

日時：平成29年10月24日 16:00～ 大分県医師会館（会議室）

参加：4家族（協力：認知症の人と家族の会 大分支部）

担当：渕野常務理事、佐藤委員、事務局

第2回 家族ヒアリング（群馬会場）

日時：平成29年11月23日 13:00～ 群馬県社会福祉総合センター

参加：3家族（協力：認知症の人と家族の会 群馬支部）

担当：武田委員、吉永委員、事務局

第3回 家族ヒアリング（福井会場）

日時：平成29年11月26日 13:30～ カドノ薬局木崎店（認知症カフェ）

参加：3家族（協力：認知症の人と家族の会 福井支部）

担当：田口理事、玉井委員、事務局

2 ヒアリング項目

(1)現在の状況（介護時の状況）

- ①現況
- ②所在（変遷）
- ③関係（本人との続柄）
- ④症状（認知症、身体合併症）

(2)認知症重度における治療実施・継続について（実際の状況を含め）

- ▶治療、継続判断
（胃ろう造設、酸素吸入、経鼻栄養、点滴、救命など）
- ▶認知症重度（意思決定が難しい程度）のときの医療・治療の受け方

(3)終末期に向けた意思確認・意思決定支援について（実際の状況を含め）

- ▶日常生活上の本人とのコミュニケーション（したいこと、食べたいものなど）
- ▶医師・医療者を交えた検討（コミュニケーション）
- ▶終末期に向けた話し合い、意思確認、家族調整、医療者の関与・助言

(4)“認知症患者への緩和ケア”について（本人の意思や家族の思い）

- ▶身体合併症にかかる治療について（緊急手術、たくさん投薬）
- ▶痛みをとること、苦痛を伴う治療の要否
- ▶治療をしない、という選択についての考え方

家族ヒアリングシート（改訂版）

主なご質問内容（概要）

- ① 現在の状況（介護時の状況）
 - ①現況、②所在（変遷）、③関係（本人との続柄）、④症状(認知症、身体合併症)
- ② 認知症重度における治療実施・継続について（実際の状況を含め）
- ③ 終末期に向けた意思確認・意思決定支援について（実際の状況を含め）
- ④ “認知症患者への緩和ケア”について（本人の意思や家族の思い）

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 会場 _____

ヒアリング担当者 _____

① 現在の状況（介護時の状況）

	ご家族のご意見・考え方など	委員のコメント・感想など
①現況		
②所在（変遷）		
③関係（本人との続柄）		
④症状		
▶ 認知症(診断、程度)		
▶ 身体合併症(内容、症状)		
▶ 要介護度(日常生活の程度)		

② 認知症重度における治療実施・継続について（実際の状況を含め）

	ご家族のご意見・考え方など	委員のコメント・感想など
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 治療、継続判断 （胃ろう造設、酸素吸入、経鼻栄養、点滴、救命など） ▶ 認知症重度（意思決定が難しい程度）のときの 医療・治療の受け方 	

③ 終末期に向けた意思確認・意思決定支援について（実際の状況を含め）

	ご家族のご意見・考え方など	委員のコメント・感想など
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 日常生活上の本人とのコミュニケーション （したいこと、食べたいものなど） ▶ 医師・医療者を交えた検討（コミュニケーション） ▶ 終末期に向けた 話し合い、意思確認、家族調整 医療者の関与・助言 	

④ “認知症患者への緩和ケア”について（本人の意思や家族の思い）

	ご家族のご意見・考え方など	委員のコメント・感想など
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 身体合併症にかかる治療（緊急手術、たくさん投薬） ▶ 痛みをとること、苦痛を伴う治療の要否 ▶ 治療をしない、という選択についての考え方 	

3 ヒアリング記録の整理(要約)

(1) 現在の状況(介護時の状況)

- 対象 10 家族 (3 会場)
- 現在 看取り後 4 介護中 6 (在宅:1 入所・入居:5)
- 続柄 配偶者 4 子 6
- 診断 アルツハイマー型認知症 7 (うち若年性 2)、DLB 1、FTD 1、不明 1

(2) 認知症重度における治療実施・継続について

①急変の場合の対応

【要旨】

- ◎急変や痛みがある場合には一定程度の治療を受けてもらいたい、とするのが共通する。
- ◎本人と家族の希望が一致している部分といえる。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 急変しても救急車は呼ばなくてよい。
- ▶ 急変再入院時に、積極的な治療はもう行わないと決めていた。
- ▶ 合併症・急変対応は内容によるが長期入院になるような場合は考える(本人の負担面でも、経済的な面でも)。
- ▶ 骨折や急変など、ある程度予想はしているが、治療などの判断はその時になってみないと難しいかもしれない。
- ▶ 合併症による救急搬送や応急処置があったとしても、その継続(延命措置を行うこと)は考えてしまう。
- ▶ 点滴はいろいろあるので、痛い・苦しいを緩和するものはやってもらいたいと思う。その時の状況によって変わってくるのではないかと思う。どういう目的の点滴か、などは医師等とコミュニケーションをとっていきたい、そうしてほしい。
- ▶ 急変、発熱・骨折などの入院・治療等は希望している(痛みをとる、治るものを治すことはやってほしい)。
- ▶ 骨折や肺炎など急変の場合、治療は受けさせたい。
- ▶ 本人は「痛みを止めてもらえたらいい」と言っていた。
- ▶ 往診・訪問診療はあり。軽度な骨折・肺炎などはあったが、積極的に入院治療は行わなかった。終末期の症状ではなかったため、医師との話し合いなどもなかった。

②胃ろう造設や点滴等の処置

【要旨】

- ◎状態維持、継続を目的とする胃ろう造設や経管栄養などの対応は望んでいない。
- ◎一方で、介護家族間での考え方の違いもみられた。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 点滴はしていた。胃ろうや鼻腔栄養などは行わなかった。
- ▶ 誤嚥性肺炎の治療はするが、胃ろう造設などの延命措置はしない。
- ▶ 食べられなくなったときは胃ろう・経管栄養などは行わないつもり。
- ▶ 胃ろうはしたくない。点滴は内容によるが、延命のためだけならばしたくない。
- ▶ 胃ろう造設、酸素吸入などは、どうしようかと思っていた。実姉は看護師ということもあり、「そういうのはしない」と考えていたようだが、私は心情的に「やってほしい」と思っていた。
- ▶ 父(夫)は、「できることはしてあげたい」と思っていたと思う。

(3) 終末期に向けた意思確認・意思決定支援について

①本人への意思確認

【要旨】

- ◎終末期の医療やケアについて、本人の意思を確認することは難しい。
- ◎介護家族としてだいたいの予測と方針は持っていても、確認するまでには至っていない。
- ◎一方、希望や意思の表明があったり、本人と話し合いをして確認している場合もあった。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 延命に関する意思表示としては、入所当初より「特に延命は望まず自然に亡くなりたい」との意思表示があった。
- ▶ 本人の意思は事前に聞いておけばよかったかと思う（若年で悪化の進行が早かった）。
- ▶ 退院後の在宅のとき、本人との間で最終段階に向けた話し合いなどは無かった（症状によってできなかった）。
- ▶ 入院したらこうして欲しい、や、終末期などの話し合いなどは全く無し。
- ▶ 本人とも話し合い（意思確認）をして、そのように思っている。
- ▶ 今は、本人と治療や看取りについて話をすることは難しい。
- ▶ 看取りの希望は本人には確認していない、そのような話を症状が出る前にしたこともなかった。

- ▶ 本人とはもう少し話をしておけばよかった、という思いはある。
- ▶ サービスを変えるときやグループホーム入居のときも、本人は分かっているので、きちんと説明しなければと思っている。
- ▶ 家族（自分と息子）では決めているが、本人には聞いている訳ではない（話そうとしない）。
- ▶ 本人が元気で生活しているときにもそういう話をしたことはない。
- ▶ 本人とは、延命措置についての話はしたことがなかった。
- ▶ 本人の意思を確認できない中で、家族として治療・処置を「行わない」、「徐々にやめていく」という判断はできない（命をコントロールするみたいだから）。
- ▶ 終末期の医療について話し合った、というようなことはない。
- ▶ 本人は、悪い状態になったら、胃ろう・栄養や酸素などの延命対応は行わないことを希望していた。
- ▶ そうなったときには「任せる」とも言っていた。

②医療者とのコミュニケーション

【要旨】

- ◎終末期の対応について医師等との十分な意思疎通があるとは必ずしも言えない。
- ◎介護家族は医師等からの説明や判断にあたっての助言を希望している面もある。
- ◎説明・同意にとどまらず、介護家族と医療者の十分なコミュニケーションが求められる。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 老健の医師からは、症状が変わるたびに意思確認はあったが、本人の事前指示書のようなものはない。
- ▶ キーパーソン(参加者)は、老健スタッフとのコミュニケーションを密にとっていった。
- ▶ 医師(老健：内科)とのコミュニケーションはよかった。
- ▶ 看取りにあたって、点滴、胃ろう、心臓マッサージなど細かい項目で意思確認があった。
- ▶ 処方内容についての希望（薬を止めたいなど）は、施設の相談員から配置医師に伝えるなど、医師と直接のコミュニケーションが取れないときもある。
- ▶ 治療や処方などの今後の対応について、説明をしてくれたり、決めるのを助けてくれるようなものがあればいいだろう。
- ▶ 治療などの判断はいろいろなことを考えた末なので、意思決定の支援は迷っていない限り不要ではないか。
- ▶ 現在の特養から看取りなどの話し合いなどは特になし。

- ▶ 入院せずにグループホームでの看取りを希望するが、委託医(主治医)は勤務医なのでグループホームでは難しいとなった。開業医を主治医にするようにした(ただし、コミュニケーションはない)。
- ▶ 老健や主治医とも、特に終末期の医療について話し合ったことはないが、今後は必要かもしれない。
- ▶ 主治医とは、終末期の医療については何も話をしていない。

(4) “認知症患者への緩和ケア” について

【要旨】

◎症状が進んだ段階では、延命的な対応は一様に望んでいない(治療への希望に同じ)。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 酸素吸入も延命と思う。退院時に酸素マスクを着けていたが、家族で話し合っ、「次は着けない」と決めていた。
- ▶ 症状が進行し、痛みを伴う合併症の際は、苦痛は取ってあげたいが延命はしない考え
- ▶ 看取りは有料ホームでしたい(肺炎の入院などになれば、それはしたい)。
- ▶ 認知症の症状が重度になる前は管とかはせずに自然にしてほしいと言っていた。
- ▶ 症状が進んだ段階では、点滴や胃ろう・経管栄養は基本的にやりたくない。
※親族がガン末期の際に緩和ケアを選択したのを見て、本人がとても楽そう(苦しくない)で、その印象があるから。
- ▶ 将来的に、身体症状が重篤になったときには、胃ろう、酸素吸入などの延命措置は行わないと家族は決めている。

(5) その他

【要旨】

- ◎医療者の精神的な支えが必要とされていて、専門職のレベルアップも期待されている。
- ◎精神科医療が強みを発揮できる可能性にも意見がある一方で、一般病院を含めて医療機関に対する不安にも意見があった。

【ヒアリング記録(ご家族の声)】

- ▶ 家族会に参加していて、先の不安はあまりなかった。
- ▶ 看護師など、医療スタッフの認知症に対するレベルアップを望む。
- ▶ 医師(総合診療科)からの労いなどはすごく励みになった。
- ▶ 医師には、医療の面の適切な指導を他の職種にしていくことを望む(上下ではなく専門

職として)。

※精神科の医師は割と話ができるというイメージがある。

※精神科病院のデイサービスなど、精神科病院でしかできない対応もあるのでは、と思う。

- ▶ 認知症があると入院できない病院も多いので、それは不安。

※精神科病院への入院は拘束されるイメージがあるので希望しない。

※相談員や配置医師は施設の人なので、中立的・客観的であればよい。

- ▶ 認知症という病気が一般的になってきた今、「精神科病院」という名称に抵抗感があるかもしれない。

※精神疾患と認知症は異なる、というイメージが強いのではないか。

- ▶ グループホームでの看取りについて、管理者から手順等の説明があり、サインをして「お願いします」としてある。

4 ヒアリングを終えて（委員会での総括）

3ヵ所、10家族のヒアリングを終え、認知症の本人や介護家族の状況はさまざまではあったが、認知症の症状が一定程度進んだ段階、また、身体合併症の治療が必要になったとき等の医療の現状や課題について、各会場を担当した委員を中心に、委員会において意見交換・講評を行った。

その際の主な意見を以下に整理する。

(1) 本人・家族と医療者のコミュニケーションについて

◎意思表示をするのが、認知症ということを知るから始まって、結構ハードルが高くて、治療を話し合うということも多分ドクター側は一生懸命していると思う。精神科医だけではなくて、一般科の先生方も一生懸命説明しているが、家族の方ほとんどしてもらっていない、というギャップがいまだにある。

◎ヒアリングの場などのときには「こんなふうに先生は説明してくれなかった」、「薬も何を飲ませてくれているかわからなかった」みたいなことを言えるけれども、現場の診療のときには、何年も通っているのに言えないというのがあって、ずっと説明してくれなかった、となってしまうのだろう。聞いたらいいのには思うが、やはり言えない雰囲気がある中で、それが受診している本人や家族と医療者とのギャップとなって、まず治療を決めにくい理由になっているのかと思った。

◎かかりつけの先生のインフォームド・コンセントや意思決定支援についての考え方をもう少し向上させなければいけないかと思う。ヒアリングのケースでは、かかりつけ医は認知症ではないと言い切っていた。奥さんが認知症だろうと相談しているのに、「いや、まだ大丈夫だ」みたいなことを言って取り合ってくれないようなことを言っていた。

(2) 終末期、延命措置についての意思表示(表明)について

◎延命治療は基本的にしてほしくないという人がほとんどである。1秒でも長く生きたいという人はすごく少なく、なるべく楽に自然にということでは言われていたが、実際には、結構延命治療に近いような、点滴をしたりということもチョイスとしてあるようだ。重症化したときにどうしたかという、やはり総合病院に入院している。延命だけのための治療はやめてくださいと言いつつ、実際になると治療を受けさせたいというようなことが、いろいろなところで同じように行われている。

◎家族で話をするテーマとして重過ぎて話題にしないというのが一般的なのかと改めて思った。

◎やめるとか、しないという選択肢はあるということは知っていても、実際には本人との話し合い、家族の中での話し合いがなかなかできない。そういう決断はできれば一人で抱え込みたくないというような意見を看取られた方は思うし、しないという判断をしたいと思っていた家族でも、振り返ってみると、客観的に言うと延命的なことをほぼしているという状況になっている。

◎家族は、全ての人が意思表示したいという訳ではなくて、自分の意見とかは言いたくない場合も多い。本人は当然認知症になっていて言えないのに、今は、言え言えばかりの啓蒙活動ではないか。でも、言いたくない自由もある。決めにくくて、苦しいので、という。その権利保障があまりないような気がする。言うべきだというような意見ばかりが多い。

◎老老介護から認認介護に近いような状況で、配偶者にその意思決定を代行しろというのは酷だなと。決めろ、決めろという圧力をかけると、結局どちらを選ぶかといえば、そのときの世間のコンセンサスで、しないならしないという方向にステレオタイプに決まっていくということしかないのではないか。

◎全然意見を聞いてくれなかったという意見も逆にある。意見を言わされて嫌だったという意見と、意見を聞いてくれなくて、全然教えてくれなくてというのがあって、その部分で言うと、やはり認知症も死に向かっているので、大事なことをあなたは決める権利があるのだから、一緒に考えていくということを書いてあげたほうがいいケースもある。聞かれて嫌な人にはあまり言わないほうがいいだろう。

◎延命治療というものの概念が、身体合併症の治療というのをどこまで考えているのかが曖昧で、例えば病気が進んで、仮性球麻痺を起こされて、嚥下障害を起こすようになったら、そこで経管をするか胃ろうかという一つの問題が起きる。それも含めるのか。大抵の患者は何かの形で肺炎を起こすが、そこにまた合併症として捉えて治療するのか、全くしないのか、ある程度するのか、それも延命になるのか。どこから延命とするかという概念は、家族も医療者もはっきりしていないから、ぐちゃぐちゃになるのではないかと感じる。

(3) 本人・介護家族への支援について

◎進んだ段階におけるというよりも、その前の、認知症が診断されて、そこでの治療をどうするかというほうがすごく長くて、言いたいことがたくさんあったようだ。全体の印象としてはそちらのほうがあった。認知症そのものに対する家族の認識とか啓発、それがまだまだなのだなという印象が先にあった。認知症疾患医療センターの働きであるとか、初期段階からの支援をしないと、とても進行した段階までは行き着かないなというのがあった。

◎認知症ということをまず認めるための相談機関が、診断はされるけれども、本当なのだろうかというようなこと、どうしたらいいのかといったときに、頼りになるのが家族会だったと、そういう家族が3つあった。そういう経過で、一体どこに相談したらいいのかわからなかったと。そのときに、こういう経験のある家族会の方々と情報交換することによって安心できる部分もあったという。

◎グループホームも、どういう形で医療機関と結びついているかというのは全くばらばらなので、精神科病院でも、グループホームとつながりを持っているところはしょっちゅう受診もするし、こんなことで困ったと相談に来るが、そうでないグループホームは全く来ない。なので、認知症に対応するためのグループホームであるにもかかわらず、認知症に対する対応力の違いというのは、グループホームによって相当違う。

◎外来でも、家族の予防なり、終末期のこれからのこと、初期段階から本当に何もなかったころからのことも家族は考えているので、そこに精神科病院も対応していくことが必要だろう。家族にこれからどう話していくか、もちろん本人のこともだが、これから家族のことも一緒に考えたり、多職種がもっと入って考えないといけない。

外来に初診で来た方などは、家族会も取り巻いて、むしろ医療者が考えている以上にずっと考えている。ただ、医療に関する様々な決定というのは難しい面もあるので、一緒に考えていかなければいけないのかなと思った。

IV. 認知症の症状が進んできた段階における
薬物療法のあり方
～平成28年度事業(テーマ番号88)
継続分析より～

IV 認知症の症状が進んできた段階における薬物療法のあり方

本事業では、認知症の症状が進んできた段階における薬物療法のあり方についても検討することと計画した。日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会では平成 28 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 88）「認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業」を受託し、報告書（以下 88 番報告書）を作成した。認知症の症状が進んできた段階における薬物療法のあり方を検討するに当たり、88 番報告書およびその元データを再分析することで、抗認知症薬ならびに向精神薬について、より詳細な使用状況を把握し、知見を得ることを目的とした。

88 番報告書の P134 に調査研究結果の概要と総括にてまとめを行っている。しかし、88 番報告書を入念にみていくと、認知症の行動および心理症状=BPSD (behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (以下 BPSD) 並びに薬剤に関して以下のような更なる結果の要約が可能であった。

1 追加の結果要約と継続分析の方向性

重度認知症患者の BPSD、抗認知症薬、向精神薬等の調査を施行した。1004 例について入院時、および入院 3 ヶ月後の状態について調査ができた。結果は非常に有用なものであった。以下に追加の結果要約を示す。

- (1) CDR3 相当の重度認知症患者でも、1004 例のうち 3 ヶ月後には 493 例、約半分（49%）が退院していた。
- (2) BPSD 全 22 項目のうち 11 項目において改善率が 50%を超えていた（図 1）。特に、攻撃、暴言、不穏、不眠、幻覚、完全な昼夜逆転などにおいて改善率 60%を超える高い数値となった。全体数が少ないわけではなく、例えば、攻撃は入院時 403 名から入院 3 ヶ月後は 95 例（改善率 76.4%）、暴言は 448 名から 146 名（改善率 67.4%）、不穏は 471 名から 168 名（改善率 64.3%）、不眠は 415 名から 164 名（改善率 60.5%）、幻覚は 161 名から 51 名（改善率 68.3%）、完全な昼夜逆転は 88 名から 12 名（改善率 86.4%）と入院時にみられた症状は多くの患者で改善、消失していた（図 2）。さらに最も顕著な症状では、攻撃は 137 例から 9 例に、暴言は 135 例から 11 例に、不穏は 131 例が 22 例になど著明な改善数を示した（図 3）。

なお、図 1、図 4 にて無気力のみが改善率でとらえるとマイナスとなっている。実数では 24 名の増加となっており、BPSD の症状として増えた項目はこの 1 項目だけである。原因として推測されるのは、

- ①治療薬、特に定型抗精神病薬による過鎮静の影響も注意深く検討する必要がある。
- ②BPSD が収まり、症状の激しさが表面化しなくなると、無気力に見える可能性がある。
- ③退院群(28 名→45 名)に無気力が 17 名増加しているの、BPSD が改善され、状態は安定

したため、無気力への対応は、施設等の非薬物療法を中心とした地域ケアおよびリハビリに託された可能性があることが推測される。(入院では32名→39名)

これらの対策として

- ①過鎮静の影響を常に考え、注意深く最小限の投与と漸減を徹底すべきであること。
 - ②認知症の症状が進んできた段階の症例においても、入院中に積極的なOTや非薬物療法を中心としたリハビリテーションを導入する意義があると考えられる。
- (3) 3ヶ月後の継続入院群と退院群のBPSDの改善率を比較すると、ほとんどすべての項目において退院群のBPSDが改善されていた(図4)。
- (4) 抗認知症薬については、コリンエステラーゼ阻害薬は入院時に1004例のうち345例が服用中で、3ヶ月後には218例(うち継続153例、新規65例)に減少した。また、メマンチン塩酸塩は入院時に1004例のうち296例が服用中で、3ヶ月後には293例(うち継続158例、新規135例)となっていた。メマンチン塩酸塩使用中の重度認知症患者においては、抗精神病薬への変更はあるものの、BPSD等の認知症症状に対する継続投与と新規投与により、ほぼ同数となった。重度認知症患者に対するメマンチン塩酸塩の必要性を裏付ける結果となった。(コリンエステラーゼ阻害薬との比較においてという前提のもと)
- (5) 向精神薬においては、定型抗精神病薬も非定型抗精神病薬も使用数は増加していた。しかし、定型抗精神病薬において増加していた薬剤はチアプリド塩酸塩であり、非定型抗精神病薬ではクエチアピン、リスペリドン、アリピプラゾールがそのほとんどを占めていた。抗不安薬においては1004例のうち93例から43例に減少しており、そのほとんどがベンゾジアゼピン系の薬剤が中止されていた。睡眠薬においてはスボレキサント、ラメルテオンが増加していた。抗うつ薬においてはトラゾドン塩酸塩の投与が多くなっていた。これらの結果は、BPSD等の認知症治療において、理にかなった薬剤使用がなされていると言える。

以上のように、精神科医療における認知症医療は、その専門性を十分に発揮している現状であると確認できたと思われた。

図1 BPSD入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内退院時)の改善率(n=1004)

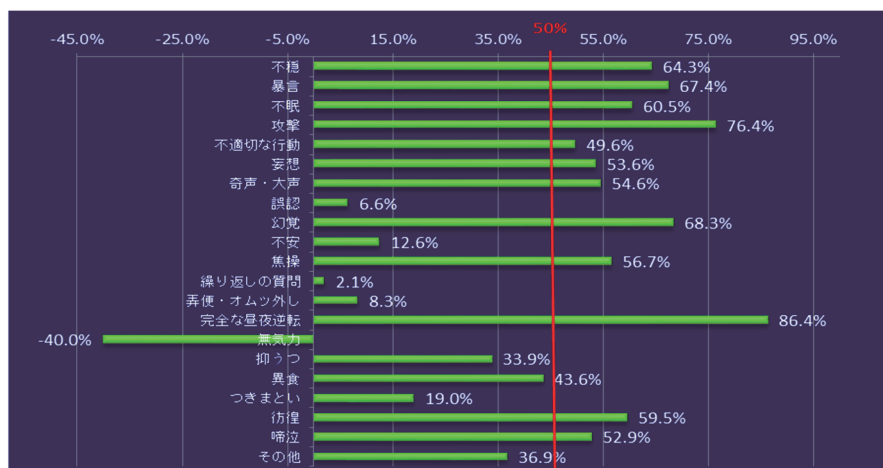


図2 BPSD入院時と入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内退院時)の比較 (n=1004)

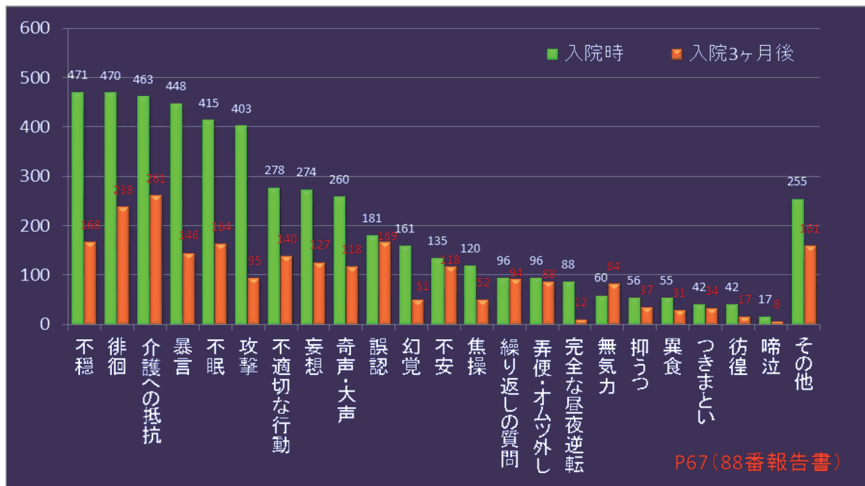


図3 顕著なBPSD症状の入院時と入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内退院時)の比較 (n=1004)

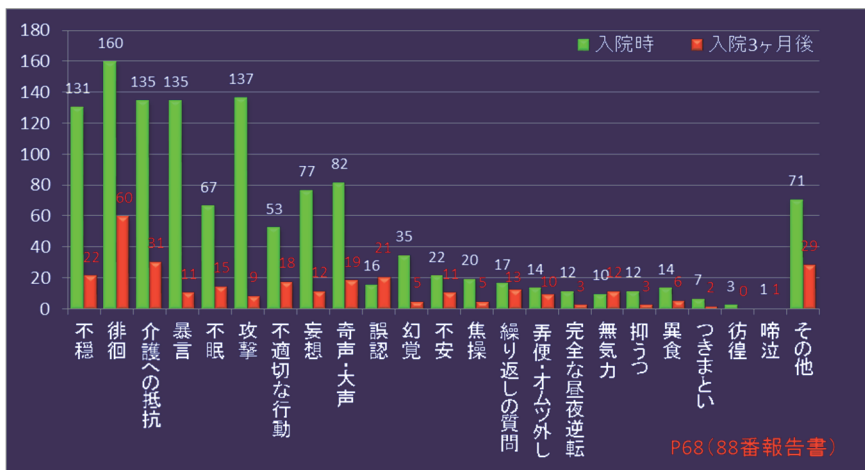
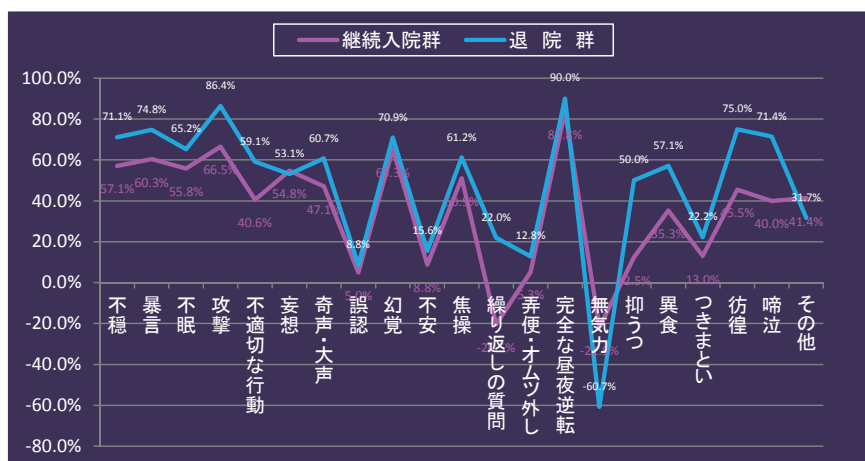


図4 BPSD入院3ヶ月後:継続入院群と退院群の改善率の比較 (n=1004)



2 継続分析の視点

今回、テーマ番号 88 に関する継続分析として、抗認知症薬と一部の向精神薬について更なる分析を施行した。その理由および方針は以下の点を中心とした。

- ①入院時と入院 3 ヶ月後（または 3 ヶ月以内の退院時）の薬剤数の比較は、あくまでもその時点の比較であり、入院時の服用者を追跡したものではない。
- ②よって、入院 3 ヶ月後（または 3 ヶ月以内の退院時）の薬剤数には継続者数、新規服用者数が含まれている。入院時には服用していたものの中止された数が不明である。
- ③抗認知症薬について、CDR3 相当の重度認知症に必要とされているかどうかということを検討するための作業として、1 例、1 例を個別に追跡するには至っていなかった。
- ④現在市販されている抗認知症薬 4 剤について、1004 例個別の使用状況の詳細を分析し検討することが 88 番事業の抗認知症薬調査の最終目標と設定する。
- ⑤BPSD に対して、高頻度に使用される向精神薬について、個別の使用状況の詳細を分析し検討する。

以上の視点で、テーマ番号 88 事業について、生データを分析し、更なる分析を施行した。

3 継続分析の項目

① 抗認知症薬コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤の服用状況の分析

*コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤の服用の内訳の変化

- ② 入院後に抗認知症薬メマンチンを新規服用したケースの入院 3 ヶ月後の状況
- ③ 入院 3 ヶ月後の状況を継続入院群と退院群に分けた抗認知症薬 4 剤の比較分析
- ④ 定型抗精神病薬の服用状況の分析
- ⑤ 非定型抗精神病薬の服用状況の分析
- ⑥ 入院後にクエチアピンプマル酸塩（以下クエチアピン）を新規服用したケースの入院 3 ヶ月後の状況
- ⑦ 抗不安薬の服用状況の分析
- ⑧ 抗うつ薬の服用状況の分析
- ⑨ 抗てんかん薬の服用状況の分析
- ⑩ 睡眠薬の服用状況の分析

4 継続分析の結果と考察

*なお、下記におけるページ数は 88 番報告書におけるページを示す。

*図にページ数を示した図 2、3、5 の 3 枚以外のすべての図表は、今回の 88 番報告書の継続分析報告用に新規作成したものである。

(1) コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤の服用状況の分析

*コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤の服用の内訳の変化

図 5 抗認知症薬及び向精神薬等の処方数 (n=1004)

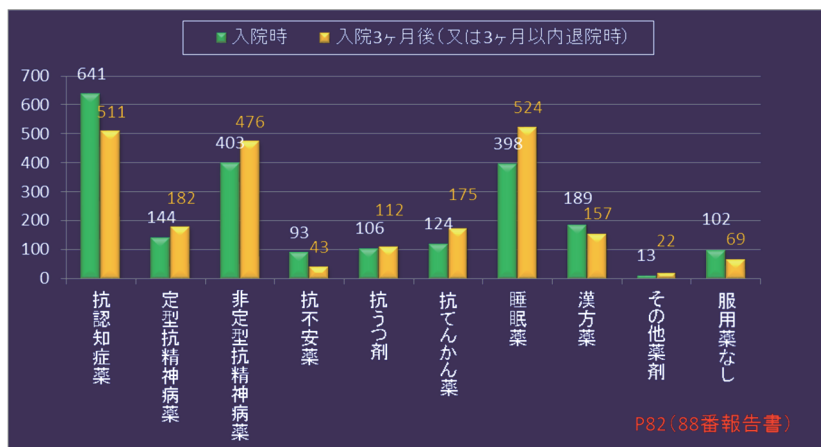
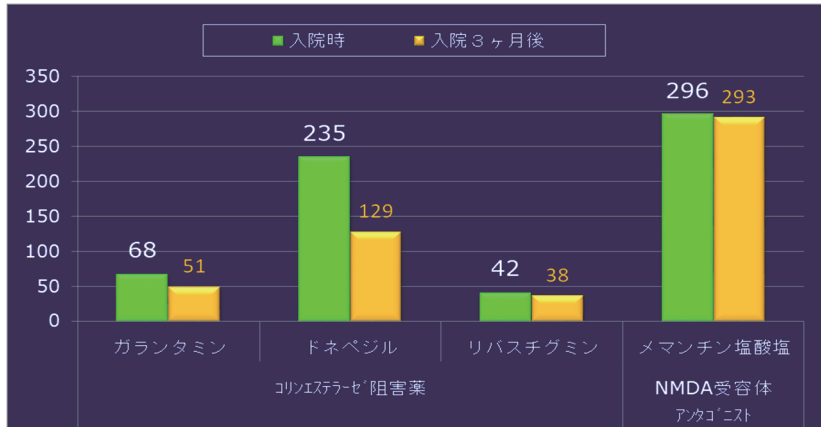


図 6 抗認知症薬の内訳の比較(入院時と入院 3 ヶ月後) (n=1004)



①図 5 に 1004 例における抗認知症薬、向精神薬の入院時と入院 3 ヶ月後（または 3 ヶ月以内の退院時）の処方数の比較を示す (P82)。

②図 6 に抗認知症薬 4 剤の内訳を分析し、今回新たに示した。

コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤と NMDA 受容体アンタゴニスト＝メマンチン塩酸塩(以下メマンチン) の入院時と入院 3 ヶ月後の比較である。コリンエステラーゼ阻害薬は 3 剤全てが減少しているが、メマンチンの数はほぼ変わらない。コリンエステラーゼ阻害薬は 3 剤のそれぞれは、ガラントアミン臭化水素酸塩 (以下ガラントアミン) は 17 名の減、リバスチグミンは 4 名の減、ドネペジル塩酸塩 (以下ドネペジル) は 106 名の減となっていた。メマンチンは 296 名から 293 名と見かけ上にほとんど変化はなかった。

表 1 抗認知症薬服用状況の経過詳細(入院時と入院 3 ヶ月後)

	入院時	入院3ヶ月後		
	計	計	内 訳	
			継続服用	新規服用
コリンエステラーゼ阻害薬	345 (単剤236剤 68.4%)	218 (単剤154剤 70.6%)	153	65 (併用13含む)
メマンチン塩酸塩	296 (単剤187剤 63.1%)	293 (単剤230剤 78.5%)	158	135 (併用26含む)
上記2剤併用	109	63	32	31
未服用	475	557	345 (継続の未服用)	212 (新規未服用)

※入院時コリンエステラーゼ阻害薬服用数 345 件中、入院 3 ヶ月後(又は 3 ヶ月以内退院時)における中止者は 191 件であった。

※入院時メマンチン塩酸塩服用数 296 件中、入院 3 ヶ月後(又は 3 ヶ月以内退院時)における中止者は 138 件であった。

表 2 コリンエステラーゼ阻害薬3剤の服用状況の内訳と経過(入院時と入院 3 ヶ月後)

入 院 時		入院3ヶ月後	
薬 品 名	服用者数	服用状況	服用者内訳
ガラントアミン	68	服用者数 51	継続服用者 29
			新規服用者 22
		中止者数 33 (他コリンエステラーゼ阻害剤への変更者6名除く)	入院時未服用 11 他薬剤より移行 11
ドネペジル	235	服用者数 129	継続服用者 85
			新規服用者 44
		中止者数 150	入院時未服用 10 他薬剤より移行 34
リバスチグミン	42	服用者数 38	継続服用者 19
			新規服用者 19
		中止者数 23	入院時未服用 11 他薬剤より移行 8

③そこで、表 1、表 2 ではその内訳を 1 例ずつ追った。

表 1 ではコリンエステラーゼ阻害薬 (3 剤計)、メマンチン、コリンエステラーゼ阻害薬とメマンチンの併用、抗認知症薬未服用者における入院 3 ヶ月後(または 3 ヶ月以内の退院時)の継続服用数、新規服用数を示した。抗認知症薬の未服用者数は 475 名から 557 名と 82 名が何らかの抗認知症薬を中止したこととなり、未服用者数が過半数を超えることとなった。(なお、表中の単剤は抗認知症薬が単剤という意味である)

表 2 ではコリンエステラーゼ阻害薬 3 剤ガラントアミン、ドネペジル、リバスチグミンの内訳を 1 例ずつ追った結果である。3 剤全て減少しているが、その内訳となる。3 剤の継続服用数、新規服用数、中止者数、さらには新規服用数における入院時未服用者と他剤よりの移行者を算出した。

<考察>

特筆すべきことは、コリンエステラーゼ阻害薬 (3 剤計) は入院 3 ヶ月後には 218 例の服用数となり、全体の 22%であった。服用中止者は 191 例にも及んでいた。中でも、ドネ

ペジルは入院時服用者数 235 名のうち、150 名が中止していた(表 2)。ドネペジルは認知症が進んだ段階では認知機能改善には効果がないとの判断とともに、ドネペジルの賦活作用が BPSD の一つの要因として考えられ、中止したケースも多いと推察できる。CDR3 相当の重度認知症患者では、過半数 78%において、コリンエステラーゼ阻害薬は必要ないと判断されている実態がある。新規服用者が 65 名はいるものの、これらは、BPSD が改善し、症状が安定したため、新たに服用対象となったものと推察される。認知症が進んだ段階における抗認知症薬の投与について、重症度に基づいて正しい判断が現場にてなされていると考える。

メマンチンにおいては入院時の 296 例服用者は、継続服用数 158 名、新規服用数 135 名、中止者数 138 名となっていた。メマンチンに関しては、他の抗認知症薬と異なり、BPSD の治療薬としての効果を期待されているため、コリンエステラーゼ阻害薬のように認知症の重症度により、投与決定の判断がなされていないであろうという前提を推定として、検討した。その結果、継続服用者も新規服用者も多く、入院 3 ヶ月後も 293 名の服用と数がほとんど変わらなかったことは BPSD に対して、一定の効果を示したものと推察できる。なお、中止者も 138 名と多いが、BPSD に対する治療として効果がないと判断され、他の向精神薬に切り替えられたと想像される。今回は、この中止者の例を追うまでには至らなかった。その代り、メマンチンの純粋な効果を判断するために更なる分析を試みた。

(2) 入院後にメマンチンを新規服用したケースの入院 3 ヶ月後の状況

表 3 メマンチン塩酸塩新規服用者(入院時未服用)における併用薬の内訳

メマンチン塩酸塩新規服用者(入院時未服用)			
135	メマンチン塩酸塩単独服用者		
	37	睡眠薬	8
	向精神薬併用者		
	98	定型抗精神病薬	19
		非定型抗精神病薬	73
		抗不安薬	7
		抗うつ薬	21
		抗てんかん薬	24
		睡眠薬	15
		抑肝散	27

表 3 に入院時メマンチンを服用していなかったが、入院 3 ヶ月後にメマンチンを服用していた例は 135 例であった。このうち睡眠薬以外の向精神薬を未服用であった例を調べたところ 37 名であった。非定型抗精神病薬など何らかの向精神薬を併用していた例は 98 例であった。表 3 には併用向精神薬の内訳を示した。メマンチンとの併用は、やはり非定型抗精神病薬が 73 例と一番多い。そのうちクエチアピンが 31 例であった。抗てんかん薬は 24 例であるが、うちバルプロ酸ナトリウムが 17 例であった。定型抗精神病薬は 19 例で、うちチアプリドが 11 例であった。(いずれも、コリンエステラーゼ阻害薬の併用は可とした)

図7 メマンチン塩酸塩新規服用者(入院時未服用・睡眠薬のみ併用は可)で単独服用者における入院時と入院3ヶ月後のBPSD比較(n=1004)

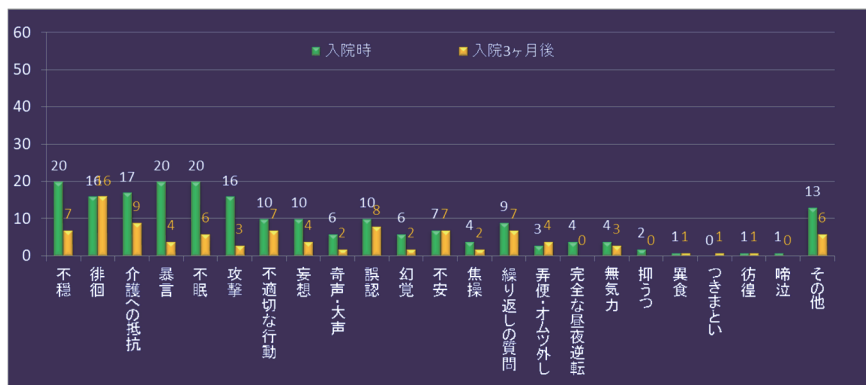
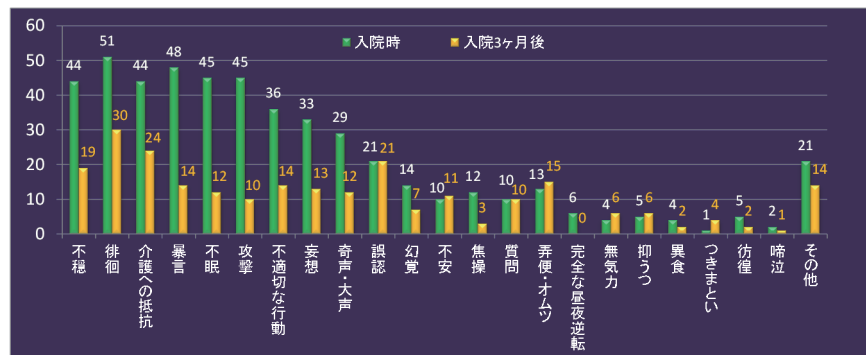


図8 メマンチン塩酸塩新規服用者で、向精神薬併用者における入院時と入院3ヶ月後のBPSD比較(n=1004)



入院時メマンチン未服用者が、入院3ヶ月後の調査時にメマンチンを新規服用し、治療されたケースの結果を1例ずつ追跡した。

図7はメマンチンのみでBPSDを治療しようとしたと思われる37例の入院時と入院3ヶ月後(または3ヶ月以内の退院時)の比較である。不穏、暴言、不眠、攻撃、妄想などで入院3ヶ月後(または3ヶ月以内の退院時)に改善されていた。

図8は新規メマンチン投与かつ向精神薬併用例の98例についてのBPSDの比較である。不穏、暴言、不眠、攻撃、妄想、奇声・大声などの症状が改善されていた。

表4 メマンチン塩酸塩新規服用者(入院時未服用)におけるBPSDの改善率比較(単独と併用)

		不穏	徘徊	介護への抵抗	暴言	不眠	攻撃	不適切な行動	妄想	奇声・大声	誤認	幻覚
メマンチン塩酸塩単独服用(37例)	入院時	20	16	17	20	20	16	10	10	6	10	6
	入院3ヶ月後	7	16	9	4	6	3	7	4	2	8	2
	改善率	65.0%	0.0%	47.1%	80.0%	70.0%	81.3%	30.0%	60.0%	66.7%	20.0%	66.7%
向精神薬併用者(98例)	入院時	44	51	44	48	45	45	36	33	29	21	14
	入院3ヶ月後	19	30	24	14	12	10	14	13	12	21	7
	改善率	56.8%	41.2%	45.5%	70.8%	73.3%	77.8%	61.1%	60.6%	58.6%	0.0%	50.0%

表4は図7と図8におけるグラフ項目を改善率にして、比較した表である。統計学的処理を施行しておらず、母数も37例と98例の比較であるので、断定的なことは判断できないが、両群の改善率の比較と特徴的な点を検討した。メマンチン新規服用者において、併用向精神薬：未服用⇔服用で主要なBPSD項目を比較すると、不穏65.0%⇔56.8%、徘徊0.0%⇔41.2%、介護への抵抗47.1%⇔45.5%、暴言80.0%⇔70.8%、不眠70.0%⇔73.3%、攻撃81.3%⇔77.8%、不適切な行動30.0%⇔61.1%、妄想60.0%⇔60.6%、奇声・大声66.7%⇔58.6%と両群とも改善率でみると高い。図1の全体の改善率と比較してもほぼ同じ、項目によってはメマンチン単独、またはメマンチンと向精神薬併用例が高いものも多い。

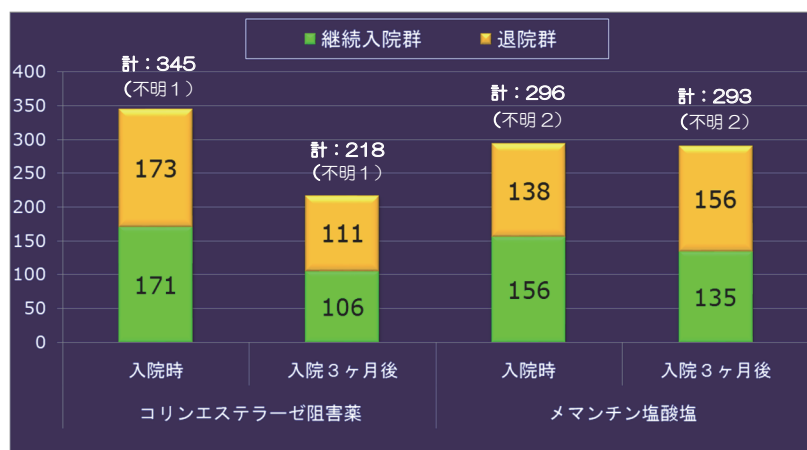
<考察>

推測として、臨床的に治療目的のBPSDに対し、メマンチン投与後に効果が得られなければ、向精神薬併用という形が一般的と考えられる（ただし、当然、メマンチンを中止したケースもあるとは思われる）。つまり、断定的には言えないが、併用した向精神薬により、メマンチン単独では治療効果が得られなかったBPSDに対し高い改善が得られたと考え得る。また、メマンチン単独投与でも、向精神薬併用と同等の高い改善率が期待できる重度認知症患者のBPSD項目もあると思われた。なお、表4にて併用向精神薬：未服用⇔服用で、徘徊0.0%⇔41.2%、不適切な行動30.0%⇔61.1%、と大きな差がみられたBPSD項目があった。これは、興味深い結果であり、メマンチンのBPSDに対する効果の限界と向精神薬併用例に鎮静効果が強いものを効果ありとみていないかどうか留意すべき所見ともとれた。

(3) 入院3ヶ月後の状況を継続入院群と退院群に分けた抗認知症薬4剤の比較分析

(なお、この図・表の中の不明者数は、入院3ヶ月後に継続入院群か退院群か不明だった数である)

図9 抗認知症薬の服用状況：継続入院群と退院群との比較(n=1004)



①図9は入院3ヶ月後に継続入院群と退院群に分けて、入院時から、コリンエステラーゼ阻害薬とメマンチンを比較したものである。上記のように服薬状況は変化しているのに、入院時に継続入院群と退院群に区別する意味はあまりないと思われるが、結果的にはコリンエステラーゼ阻害薬は入院時も入院3ヶ月後も両群の割合はほぼ同じである。また、メマンチンにおいては入院時と入院3ヶ月後はその割合に大きな差はないものの両群の割合が逆転しており、退院群が増加している。これらの詳細をみるために、1例ずつ追った下記の分析を施行した。

表5 コリンエステラーゼ阻害薬服用者の服用経過と継続入院群・退院群の比較

入院時服用中の抗認知症薬	入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内の退院時)の服用状況	継続入院群 退院群別		人数	服用中の薬=○	
					コリンエステラーゼ阻害薬	メマンチン塩酸塩
コリンエステラーゼ阻害薬 n=345 メマンチン塩酸塩併用者 (109含む)	コリンエステラーゼ阻害薬のみを単剤継続者	継続入院群 45	退院群 44	89	○	
	併用中のメマンチン塩酸塩を中止し、コリンエステラーゼ阻害薬のみを単剤継続者	継続入院群 6	退院群 7	13	○	
	服用中のコリンエステラーゼ阻害薬を中止し、メマンチン塩酸塩単剤へ切替えメマンチン塩酸塩のみ服用者	継続入院群 12	退院群 19	31		○
	併用中のコリンエステラーゼ阻害薬を中止し、メマンチン塩酸塩のみの服用者	継続入院群 12	退院群 8	20		○
	コリンエステラーゼ阻害薬服用中にメマンチン塩酸塩服用を開始し、二剤併用となった服用者	継続入院群 9	退院群 9	18	○	○
	両剤の併用服用を継続した者	継続入院群 11	退院群 20	32	○	○
		不明者 1				
	入院後、コリンエステラーゼ阻害薬の服用を中止した者	継続入院群 74	退院群 66	140		
	入院前にコリンエステラーゼ阻害薬の2剤併用者	継続入院群 2		2		
	合計	継続入院群 171	退院群 173	345		
	不明者 1					

②表5は入院時にコリンエステラーゼ阻害薬を服用していた345例が、抗認知症薬使用において、入院3ヶ月後にどのような服用経過であったかを追跡し、さらに継続入院群と退院群に分けて分類した結果である。表1にてコリンエステラーゼ阻害薬の継続服用が153例であったが、その内訳は単独継続が89例、併用していたメマンチンを中止し継続した例が13例、メマンチン併用継続が32例、新たにメマンチン併用し継続した例が18例であった(不明1例)。全ての項目において両群に大きな差はみられないと言ってよいと思われる結果であるが、両剤を併用継続した例において退院群20例、継続入院群11例と若干の差がみられた。合計では継続入院群171例と退院群173例と差はなかったと言える。

表 6 メマンチン塩酸塩服用者の服用経過と継続入院群・退院群の比較

入院時服用中の抗認知症薬	入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内の退院時)の服用状況	継続入院群 退院群別		人数	服用中の薬=○	
					コリンエステラーゼ 阻害薬	メマンチン 塩酸塩
メマンチン 塩酸塩 n=296 コリンエステラーゼ 阻害薬併用者 (109含む)	メマンチン塩酸塩のみを単剤継続者	継続入院群	42	101		○
		退院群	58			
		不明者	1			
	併用中のコリンエステラーゼ阻害薬を中止し、メマンチン塩酸塩のみを単剤継続者	継続入院群	12	20		○
		退院群	8			
	服用中のメマンチン塩酸塩を中止し、コリンエステラーゼ阻害薬単剤へ切替え、コリンエステラーゼ阻害薬のみ服用者	継続入院群	5	7	○	
		退院群	2			
	併用中のメマンチン塩酸塩を中止し、コリンエステラーゼ阻害薬のみの服用者	継続入院群	6	13	○	
		退院群	7			
	メマンチン塩酸塩服用中にコリンエステラーゼ阻害薬服用を開始し、二剤併用となった服用者	継続入院群	4	5	○	○
退院群		1				
両剤の併用服用を継続した者	継続入院群	11	32	○	○	
	退院群	20				
入院後、メマンチン塩酸塩の服用を中止した者	継続入院群	76	118			
	退院群	42				
合 計		継続入院群	156	296		
		退院群	138			
		不明者	2			

③表 6 は入院時にメマンチンを服用していた 296 例が、表 8 同様に抗認知症薬使用において、入院 3 ヶ月後にどのような服用経過であったかを追跡し、さらに継続入院群と退院群に分けて分類した結果である。表 1 にてメマンチンの継続服用が 158 例であったが、その内訳は単剤継続が 101 例、併用していたコリンエステラーゼ阻害薬を中止し継続した例が 20 例、コリンエステラーゼ阻害薬併用継続が 32 例、新たにコリンエステラーゼ阻害薬併用し継続した例が 5 例であった。全ての項目において継続入院群と退院群の両群に大きな差はみられないと言ってよいと思われる結果であるが、メマンチンの単剤並びに両剤を併用継続した例（つまりメマンチンを入院時から継続した例）において継続入院群計 53 例、退院群計 78 例と若干の差がみられた。合計では継続入院群 156 例と退院群 138 例と 18 例の差はあるが、何かその要因を推察できる差ではなかったと考える。

表 7 抗認知症薬入院時未服用者の服用経過と継続入院群・退院群の比較

入院時の抗認知症薬服用状況	入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内の退院時)の服用状況	継続入院群 退院群別		人数	服用中の薬=○	
					コリンエステラーゼ 阻害薬	メマンチン 塩酸塩
未服用者 n=475	コリンエステラーゼ阻害薬開始者	継続入院群	21	45	○	
		退院群	24			
	メマンチン塩酸塩開始者	継続入院群	41	78		○
		退院群	37			
コリンエステラーゼ阻害薬、メマンチン塩酸塩併用開始者	継続入院群	4	8	○	○	
	退院群	4				
未服用者	継続入院群	継続入院群	169	344		
		退院群	168			
	不明者	継続入院群	7			
		退院群	7			
合 計		継続入院群	235	475		
		退院群	233			
		不明者	7			

④表 7 は抗認知症薬を服用していなかったケースがコリンエステラーゼ阻害薬、メマンチン、および両者の併用、そのまま未服用を調査し、継続入院群と退院群の両群に分類したものである。新規服用者はコリンエステラーゼ阻害薬 45 例、メマンチン 78 例、両者併用開始 8 例、そのまま未服用が 344 例であった。継続入院群と退院群との比較では、各項目に差はみられないと言ってよいと思われた。合計でも継続入院群 235 例と退院群 233 例と差はなかったと言える。

〈考察〉

コリンエステラーゼ阻害薬新規服用者 45 例においては、BPSD が改善し、安定した状態になったため投与されたとも推察された。そのため、退院群が多いと予想したが、実際にはほぼ同数であった。退院群の中には、3 ヶ月を超えてから退院したケース、また、安定はしたものの受け入れ先がないためこのような結果になった可能性もあると考えられた。

メマンチンは中止したケースも 118 例と多いと言える。また、この項目では継続入院群 76 例、退院群 42 例と差がみられると考えられる。前述にてメマンチン塩酸塩新規服用者（入院時未服用）における効果の検証を行い、その有用性が示唆された。しかし、ここではメマンチンを中止して、BPSD に対して向精神薬等で十分対応しなければならなかったケース群と推察され、治療期間として 3 ヶ月が短かったことが考えられる。また、一方で、入院が長期化する一つの目安として、BPSD にメマンチンの効果というものが指標として示唆されると検討することもできると思われた。

(4) 定型抗精神病薬の服用状況の分析

図 10 定型抗精神病薬の服用状況 (n=1004)

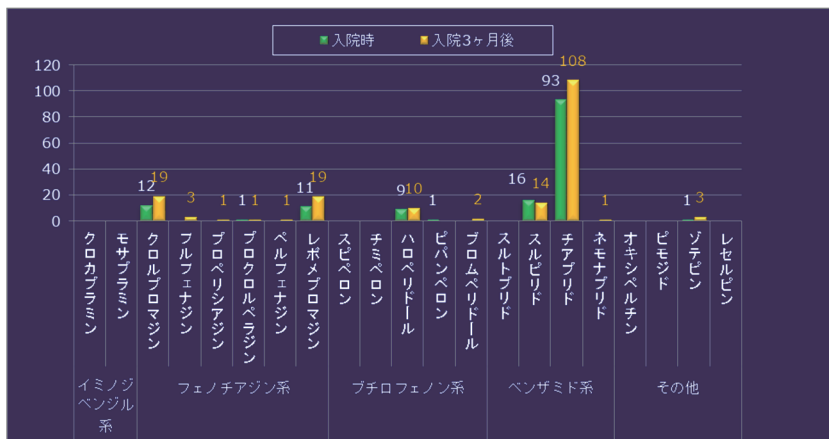


図 5 に示すように定型抗精神病薬において、入院時 144 例と入院 3 ヶ月後 182 例で 38 例の増加となっている。図 10 にその内訳を示す。フェノチアジン系薬剤が合計 24 例から 44 例と 20 例増加しているが、この 20 例のうちクロルプロマジンが 7 例、レボメプロマジンが 8 例となっている。ベンザミド系抗精神病薬のチアプリド塩酸塩(以下チアプリド)投与は定型抗精神病薬の入院時処方 144 例のうち 93 例、入院 3 ヶ月後処方 182 例のうち 108 例である。15 例が新たに処方されたことになる。38 例のうちクロルプロマジン、レボメプロマジン、チアプリドの 3 剤で 30 例となる。今回、BPSD の改善率で「無気力」のみ入院 3 ヶ月後に増加していたが、その原因が定型抗精神病薬によるものかもしれないと推測した。その意味では、チアプリドの患者の BPSD の推移を検討すべきだったが、そこまでの分析の施行には及ばなかった。

〈考察〉

結果と考察的には 88 番事業報告書と基本的な相違はない。定型抗精神病薬の使用数の増加を一般名および商品名（今回グラフにはしていない）まで追跡し、一般名の分でグラフ化した。1 例ずつを追跡し、継続投与、新規投与、服用中止までの結果表示はできなかった。定型抗精神病薬における増加はクロルプロマジン、レボメプロマジン、チアプリドの 3 剤が主であり、定型抗精神病薬に占める割合はチアプリドが 60%であり、クロルプロマジン(同 10%)、レボメプロマジン(同 10%)は増加したと言っても増加数も全体数も少ない。チアプリドは、臨床現場では BPSD に対する副作用の少ない薬剤の一つとして選択がなされていると推察された。また、入院 3 ヶ月後におけるクロルプロマジン 19 例の使用量は平均 29.2m g で、25m g 以下の使用例が 10 例と過半数を超えていた。一方、入院 3 ヶ月後におけるレボメプロマジン 19 例の使用量は平均 9.0m g で、5m g 以下の使用例が 10 例と過半数を超えていた。クロルプロマジン、レボメプロマジンは睡眠補助として少量使用されたと推察される。精神科医療における入院治療で、適切な定型抗精神病薬の使用がなされていると考え得る。

(5) 非定型抗精神病薬の服用状況の分析

図 11 非定型抗精神病薬の服用状況(1)(n=1004)

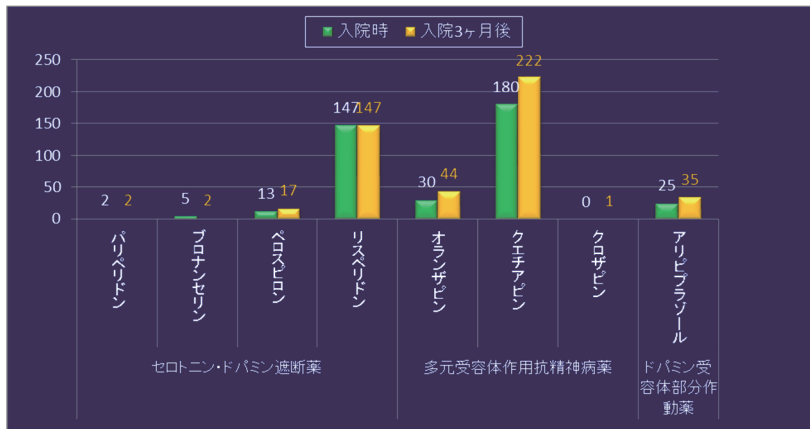


図 12 非定型抗精神病薬の服用状況(2)(n=1004)

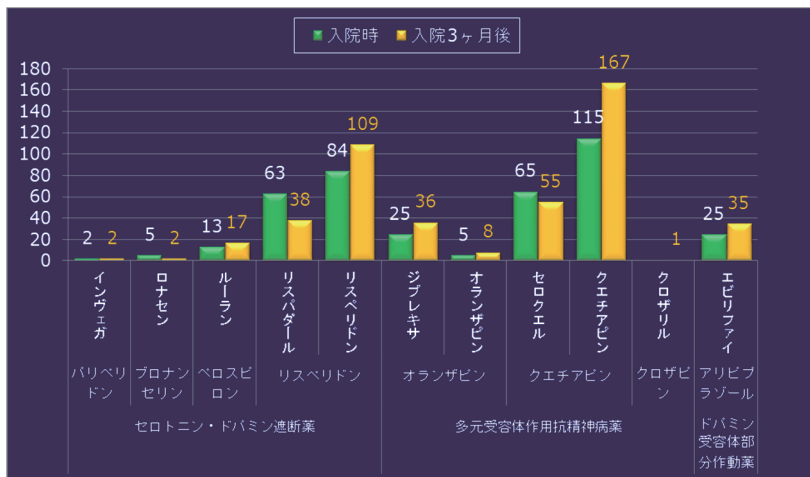


図5に示すように非定型抗精神病薬においては、入院時403例と入院3ヶ月後476例で73例の増加となっている。図11に一般名での分類で内訳を示す。リスペリドンが入院時147例、入院3ヶ月後147例と同数だが、図12商品名での分類の内訳に示すように、内容的に入院治療によりリスペリドンは25例、クエチアピンは52例のジェネリック薬剤が増加している。クエチアピンは入院時180例が、入院3ヶ月後222例と42例増加している。これは上記のように非定型抗精神病薬が73例増加のうちの42例がクエチアピンだったこととなり、臨床現場で重視されていると判断できる。そこで、クエチアピンの使用状況を詳細に調査した。

(6) 入院後にクエチアピンを新規服用したケースの入院3ヶ月後の状況

表8 クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩の入院時および入院3ヶ月後(又は3ヶ月以内退院時)の服用状況と継続入院群・退院群の比較

入院時		入院3ヶ月後					
クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩 未服用者	824	服用開始者	132	継続入院群	62		
					退院群	68	
		未服用継続者	692			不明者	2
						継続入院群	344
				退院群	341		
				不明者	7		
クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩 服用者	180	継続服用者	90	継続入院群	22		
					退院群	68	
		服用中止者	90			継続入院群	48
						退院群	42

①表8に入院時および入院3ヶ月後のクエチアピンの服用状況を示す。入院時クエチアピンをすでに服用中の例は180例、服用していない例は824例であった。入院後に新たにクエチアピンを開始した例は132例に及ぶ。入院3ヶ月後の断面的なクエチアピンの増加数は、上記のように42例であるが、新規服用者は132例であった。継続入院群と退院群でみると、クエチアピンの継続服用90例において、継続入院群22例、退院群68例と差があるととられてもよい結果が出ている。他の項目においての差はないと言える。

表9 クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩新規服用者における併用向精神薬の詳細と継続入院群・退院群の比較

入院後に(入院前未服用) クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩 服用開始者 132名	継続 入院 群	62	併用向精神薬無し	9
			メマンチン塩酸塩	19
			定型抗精神病薬	4
			非定型抗精神病薬(クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩除く)	6
			抗不安薬	3
			抗うつ薬	4
			抗てんかん薬	14
			睡眠薬	34
			漢方薬	11
	退 院 群	68	併用向精神薬無し	5
			メマンチン塩酸塩	30
			定型抗精神病薬	10
			非定型抗精神病薬(クエチアピントリフルアセチル酪氨酸塩除く)	8
			抗不安薬	2
			抗うつ薬	6
			抗てんかん薬	12
			睡眠薬	32
			漢方薬	18

②表 9 は表 8 に示したクエチアピン新規服用者 132 例の継続入院群 62 例と退院群 68 例について、併用薬剤について 1 例ずつ追跡調査を施行した結果である。両群の各項目に明らかな大きな差はみられないが、それでもメマンチンの併用は継続入院群 19 例 30.6%、退院群 30 例 44.1%と項目の中では高い数値と考えられる。また、睡眠薬も両群において 34 例 54.8%、32 例 47.1%と高い。

表 10 クエチアピンプマル酸塩新規服用者(132 例)における併用向精神薬の内訳

併用向精神薬無し	14	10.6%	抗うつ薬	10	7.6%
メマンチン塩酸塩	50	37.9%	抗てんかん薬	27	20.5%
定型抗精神病薬	14	10.6%	睡眠薬	66	50.0%
非定型抗精神病薬(クエチアピンプマル酸塩除く)	15	11.4%	漢方薬	30	22.7%
抗不安薬	5	3.8%			

③表 10 はクエチアピン新規服用者 132 例において、入院 3 ヶ月後の併用薬の割合を算出したものである。メマンチン、睡眠薬、抗てんかん薬の併用率が高いことがわかる。

<(5)、(6)の考察>

結果と考察的には 88 番報告書と基本的な相違はない。非定型抗精神病薬の使用数の増加を一般名および商品名まで追跡し、グラフ化した。全体的には 1 例ずつを追跡し、継続投与、新規投与、服用中止までの結果表示はできなかったが、クエチアピンのみ 1 例ずつを追跡し、分析した。

クエチアピンやリスペリドンなどジェネリック薬品がある薬剤については、結果的にジェネリック薬品への移行傾向が示された。

クエチアピン 1 例ずつを追跡した結果だが、新規服用者 132 例には継続入院群と退院群に差はみられなかったが、継続服用者で両群の比較で退院群の方が 46 名多かった。クエチアピンとの併用薬との効果か、クエチアピンの量の調節で BPSD 改善に繋がったことが予想できる。クエチアピン新規服用者 132 例において、併用薬についての検討を行ったが、メマンチン、睡眠薬、抗てんかん薬で併用率が高い結果が出ているが、併用向精神薬の数は全体的に少なく、メマンチンとの併用で BPSD に対処し、睡眠薬のみで睡眠の確保が難しいときに、抗てんかん薬(バルプロ酸ナトリウム)を補助的に使用した用法と推測できる。当然、BPSD に対する併用であったこともあるとは考えられる。クエチアピンの併用薬が数は少ないとはいえ、多岐にわたったので、BPSD の改善率までの追跡は施行しなかった。

(7) 抗不安薬の服用状況の分析

図 13 抗不安薬の服用状況 (n=1004)

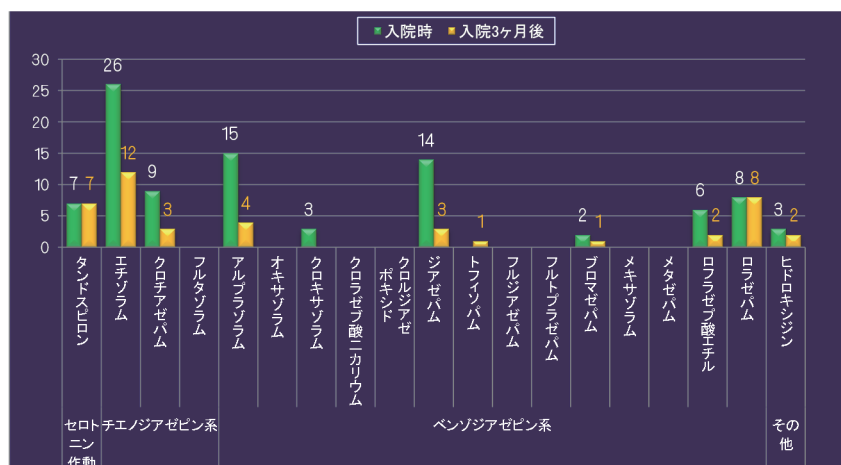


図 5 に示すように抗不安薬においては、入院時 93 例、入院 3 ヶ月後 43 例であった。図 13 は一般名にて追跡し、グラフ化したものである。結果と考察的には 88 番報告書と相違ない。抗不安薬は入院時 93 例、入院後 3 ヶ月で 43 例と 50 例で中止されていた。そのうち、ベンゾジアゼピン系は 48 例から 19 例と、29 例の中止が認められた。抗不安薬はもともと投与されているケースは 10%以下でさらに、入院治療で投与者はその半分の症例数となっている。

<考察>

抗不安薬はもともと投与されているのは 93 例と少なかった。さらに入院治療後には、ベンゾジアゼピン系を中心に抗不安薬は必要最小限の投与となるよう、精神科医療における臨床的な努力がなされていると考えられた。

(8) 抗うつ薬の服用状況の分析

図 14 抗うつ薬の服用状況 (n=1004)

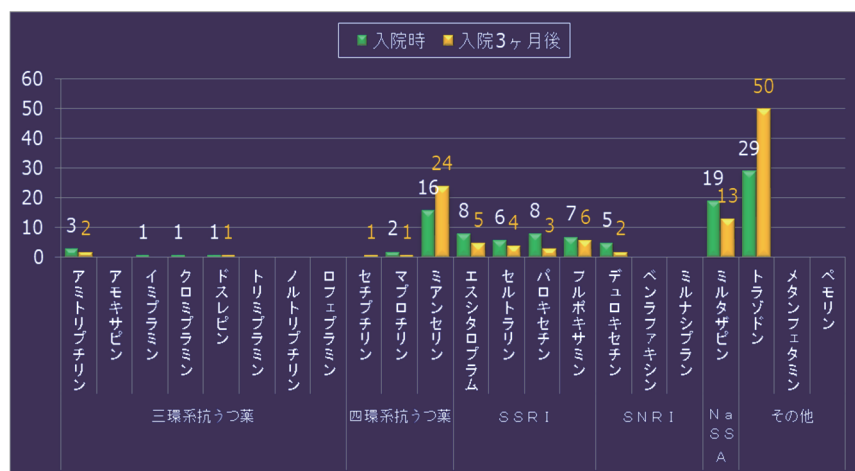


図 5 に示すように抗うつ薬においては、入院時 106 例、入院 3 ヶ月後 112 例であった。図 14 は一般名にて追跡し、グラフ化したものである。結果と考察的には 88 番報告書と相違

ない。抗うつ薬で特徴的なことは、その他の抗うつ薬に分類されるトラゾドン塩酸塩が 29 例から 50 例に 21 例増加していることである。

<考察>

せん妄治療薬としてトラゾドン塩酸塩が使用されているという可能性が高いとも考え得る。また、睡眠の質改善に信頼の高い薬剤としても評価があるため、睡眠薬の補助的使用としての増加の可能性もある。

(9) 抗てんかん薬の服用状況の調査

図 15 抗てんかん薬の服用状況 (n=1004)



図 5 に示すように抗てんかん薬においては、入院時 124 例、入院 3 ヶ月後 175 例で 51 例の増加であった。図 15 は一般名にて追跡し、グラフ化したものである。結果と考察的には 88 番事業報告書と相違ない。抗てんかん薬にて特徴的なことはほぼバルプロ酸ナトリウムが選択されていることである。入院時 81 例、入院後 3 ヶ月で 130 例と、新たに 49 例も投与されており、抗てんかん薬新規投与者のほとんどを占めていた。

<考察>

バルプロ酸ナトリウムは入院後 3 ヶ月で 130 例と 74% を占めていた。情動調整薬としての位置づけは、BPSD への対応、睡眠の補助として重要な役割を果たしていると考えられる。今回、1 例ずつを追跡し、継続投与、新規投与、服用中止までの結果表示はできなかったこと、BPSD の改善率、使用量の分析などができなかったことは残念であった。

(10) 睡眠薬の服用状況の調査

図 16 睡眠薬の服用状況(n=1004)

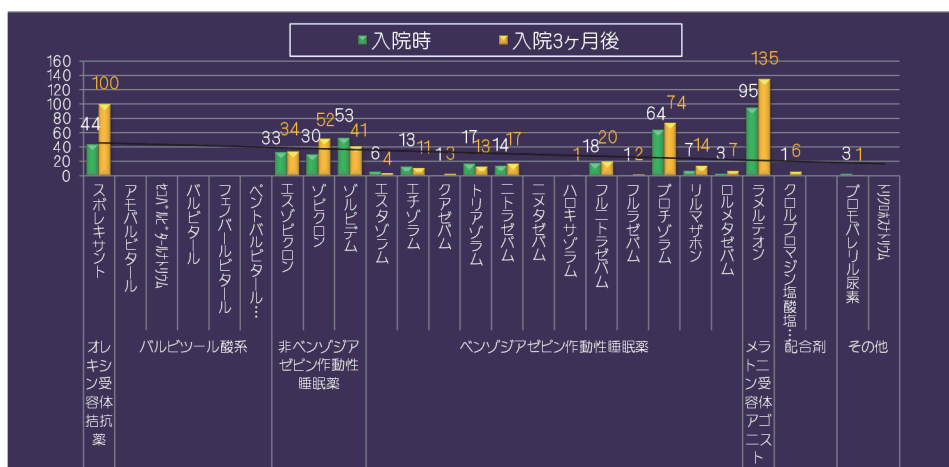


図 5 に示すように睡眠薬においては、入院時 398 例、入院 3 ヶ月後 524 例と 126 例の増加であった。図 16 は一般名にて追跡し、グラフ化したものである。結果と考察的には 88 番報告書と相違ない。オレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）が入院時 44 例、入院後 3 ヶ月で 100 例と 56 例の増加、メラトニン受容体アゴニスト（ラメルテオン）が入院時 95 例、入院後 3 ヶ月で 135 例と 40 例の増加で、この両剤で 56 例+40 例の計 96 例が新たに開始されており、新規投与の大半を占めていた。

全体の数は入院時 398 例、入院後 3 ヶ月で 524 例と 126 例が新たに開始されていた。つまり、半数は睡眠薬を服用している数値と言える。ベンゾジアゼピン系は 21 例が新規に投与されているが、プロチゾラム、リルマザホン、ロルメタゼラムなどの短時間作用型睡眠薬が 21 例増加しており、そこに含まれていることになる。中間型の睡眠薬の代表とも言えるフルニトラゼラムは入院時 18 例、入院後 3 ヶ月 20 例のみの使用であった。同じく中間型のニトラゼラムは入院時 10 例、入院後 3 ヶ月も 12 例であり、使用頻度、新規投与も極めて少ない結果であった。

<考察>

入院時においても、長時間作用型の睡眠薬は相対的に少なく、入院後においても中間型のプロチゾラムが若干増加している程度である。増加した睡眠薬は短時間作用型睡眠薬とオレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）とメラトニン受容体アゴニスト（ラメルテオン）が大半を占め、筋弛緩作用や過鎮静を考慮すれば、極めて理にかなった傾向と言える。

5 まとめ

①抗認知症薬コリンエステラーゼ阻害薬3剤について

入院3ヶ月後に過半数78%において、コリンエステラーゼ阻害薬は必要ないと判断されている実態がある。認知症が進んだ段階における抗認知症薬の投与について、重症度に基づいて正しい判断が臨床現場にてなされていると考え得る。

②抗認知症薬メマンチン塩酸塩について

メマンチン塩酸塩に関しては、他の抗認知症薬と異なり、認知機能改善効果より、BPSDの治療薬としての効果を期待し投与決定の判断がなされているであろうという前提を推察し検討した。その結果、継続服用者も新規服用者も多く、入院3ヶ月後も293名の服用と数がほとんど変わらなかったことはBPSDに対して、一定の効果を示したものと推察できる。また、入院時メマンチン塩酸塩を服用していなかったケースが入院後に新たに服用した例について、入院3ヶ月後の追跡の分析を施行したところ、BPSDに対する一定の効果を確認できた。さらにメマンチン塩酸塩と非定型抗精神病薬を併用したケースでも、BPSDに対する一定の効果を確認できたが、併用による過鎮静傾向も留意すべき点があると推察された。

③抗認知症薬における入院3ヶ月後の継続入院群と退院群の比較について

抗認知症薬であるコリンエステラーゼ阻害薬服用者345例とメマンチン塩酸塩服用者296例の計641例について1例ずつ経過を追い、入院時服用していたケース入院3ヶ月後に継続入院群と退院群とに分け、その結果を比較したが、入院中に抗認知症薬を未服用であった475例を含めて、すべての項目において継続入院群と退院群に大きな差異はなかった。このことはメマンチン塩酸塩においても、BPSDに対し一定の効果を期待できるものの、それによって優位に退院へと導くものでもないと推察された。

④定型抗精神病薬について

定型抗精神病薬において、入院3ヶ月後に182例使用されていたが、その内チアピド塩酸塩が60%と多くを占め、BPSDに対する副作用の少ない薬剤としての選択がなされていると推察された。その他の定型抗精神病薬については、使用頻度、使用量とも少なく、睡眠補助剤などとしての用法が中心であろうと思われる結果であった。

⑤非定型抗精神病薬について

非定型抗精神病薬は入院3ヶ月後に476例で、その内、リスペリドンが147例、クエチアピンプマル酸塩222例で、計369例で75%を占めていた。また、両剤は入院治療によって、ジェネリック化される傾向にあった。クエチアピンプマル酸塩222例のうち、入院後に新規投与されたケースは132例と多かった。その1例ずつの追跡分析を施行したが、クエチアピ

ンの有効性を示す結果は明確には得られなかった。ただ、使用実績から言っても、臨床現場では、認知症が進んだ段階における BPSD に対する治療薬として、安全性が高いものとして位置づけがなされていると推察される。

⑥その他の向精神薬について（抗不安薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、睡眠薬）

抗不安薬については、入院 3 ヶ月後には 53 例のみで、ベンゾジアゼピン系を中心に必要最小限の投与となるよう、精神科医療における臨床的な努力がなされていると考えられた。

抗うつ薬については、入院 3 ヶ月後には 112 例の使用で、その内トラゾドン塩酸塩が 50 例と半数近くとなっていた。これは、せん妄治療、睡眠の質改善薬として使用された可能性が高いと推察した。

抗てんかん薬については、入院 3 ヶ月後には 175 例の使用で、その内バルプロ酸ナトリウムが 130 例と 74%を占めていた。情動調整薬として、BPSD への対応、睡眠の補助薬として重要な役割を果たしていると考えられた。

睡眠薬については、入院時 398 例、入院 3 ヶ月後 524 例と 126 例の増加であった。入院 3 ヶ月後オレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）が 100 例と 56 例の増加、メラトニン受容体アゴニスト（ラメルテオン）が 135 例と 40 例の増加で、この両剤で計 96 例が新たに開始されていた。ベンゾジアゼピン系の薬剤は短時間作用型を中心に使用され、これらの副作用の少ない薬剤により睡眠確保に努めている精神科医療の臨床現場というものが推察された。

V. 総括

V 総括

1 エキスパートヒアリングについて

(1) 「認知症のエンドオブライフ・ケア」において精神科医療のできること

我が国の認知症患者の入院治療において、一般に食事摂取量、水分摂取量が低下した場合、人工的水分・栄養補給は医療行為として日常的に選択されていると思われる。その選択は家族の希望のみならず、医療サイドとしても「せめて点滴ぐらいはしてあげたい。」との言葉に代弁されるように本質的な患者のエンドオブライフを考え、充実したものにするための選択というよりも、医療者として水分や栄養補給をしないで放置することに対する恐れや自己正当化の手段となっている可能性がある。今回の会田薫子先生のエキスパートヒアリングにおいて現在、日本の医療界で行われている最終段階をむかえた認知症患者の点滴、経管栄養という形の延命処置の意味について改めて考えさせられた。少し立ち止まって精神科治療中の経管栄養という延命治療の必要性について検討する必要がある。認知症により失見当識、記銘力、判断力も重度に障害された、発語もままならない人物が本当に延命を望んでいるのか医療者として真摯に向き合わなければならない。「安易に点滴、経管栄養を選択してはいないか？」さらに掘り進めると「点滴、経管栄養を行う際、認知症の症状によりそれらの管を自己抜去してしまうため、やむを得ず行う四肢拘束等の処置は患者の人生の最終段階を充実させるために寄与できているのか？ 苦しい四肢拘束の向こうには幸せな人生が待っているのか？」我々治療者は選択した治療について考えなければならない。また家族に選択した治療について説明を行わなければならない。

我々医療者と同じように家族の意思決定過程においても同様の機序が働いている可能性がある。「点滴や経管栄養を行わない選択を自分がすると自分が家族の死期を早めさせてしまうことになる。そんな責務は負いたくないので点滴ぐらいはしてほしい。」家族にとっても死と向き合う作業は苦しいものである。

「水分摂取、栄養摂取が低下した患者は脱水等で苦しんでいるので緩和ケアの観点からも点滴、経管栄養は必要ではないか？」その問いに対して会田先生は「最終段階において人工的水分・栄養補給はしない。経口で食べられる、飲むことができるだけの水と栄養をとってもらう。そのようにすると、最終的には自然死になるわけだが、自然死、老衰死の過程において脳内モルヒネ様物質が分泌される。意識レベルが下がって自然に麻酔効果を発揮するため、あまり苦しまずに亡くなることができる。これはこれまで人類が経験してきたこと」と説明されている。

治療方針を決定するにあたり、認知症患者特有の検討課題があると思われる。まず最終段階時点での患者自身の意思の確認が極めて困難な点である。よって認知機能が低下する前の状況を知る家族等の供述に基づき検討されることになる。また患者自身の論理的な意思表出が困難であるとは言え、意思がないわけではなく、表面的とはいえそれぞれの患者の発する

言葉をその治療にどれだけ反映するかも検討する必要がある、どちらの言葉に重きを置くかにより、全く違った治療方針が導き出される可能性があることも事実である。

また人間はその時その時で人生観も変化し、同様に希望される治療も流動的である。よって病前に健康的な人生を送っていた人物が家族に「自分は病気になっても延命はしない。」と語っていたが、病気を患い入院すると「少しでも自分は長く生きたい。」と病前とは異なった治療方針を希望することも十分あり得る。その心の変化を責めることは誰もできない。同様の变化は認知症患者でも生ずると考えたほうがよい。「自分は長生きするためにはどんな治療も積極的に受けたい。」と病前に語っていた認知症患者が延命処置のため行われていた点滴に顔をしかめながら払いのける行動を見せた場合、認知機能の正常であった時の意思を優先するのか、認知症に陥っていても「治療は苦痛で嫌である。」との意思表示を読み取り点滴を中断することが患者の意思を優先することになるのかの判断は極めて難しい問題である。治療方針を決めるにあたり、認知症発症前の認知機能が保たれていた時点での患者の意思と認知症発症後、自らの気持ちを論理的に語るができなくなった現時点の意思とが変わりなく同一と考えることは危険である。発症前の患者の発言や思考のみにとらわれないように注意する必要がある。

いずれにせよ最善と思われる治療方針を決定しなくてはならない。医療従事者が専門的な知識を提供することは重要であるが、会田先生は「患者本人、家族、医師を含めた治療関係者が十分話し合い、お互いを尊重し合い、最善を求める過程がより重要である。」と述べられている。人生の最終段階における治療方針として完璧な正解は無いのかもしれない。しかしその最良のエンドオブライフをチームとして検討する過程を経ることにより、少しでも正解に近づくことができるかもしれない。

延命治療最優先という治療方針から人生の最終段階をいかに充実したものにするかという治療に舵を切った時こそ、精神科治療の本領が発揮できるように思われる。これまでの患者の人生を振り返り、生い立ち、家庭環境、仕事、家族、友人関係を把握し、人としての患者に共感し、寄り添い、言葉にならない言葉に耳を傾け、表情を読み取り、また家族の思いを把握し、本人と家族、家族間での異なる意見に耳を傾け、調整し、現在の患者にとって最も良いと思われる治療メニューを選択する。まさしく精神科治療の最も得意とする分野である。

(文責：佐藤委員)

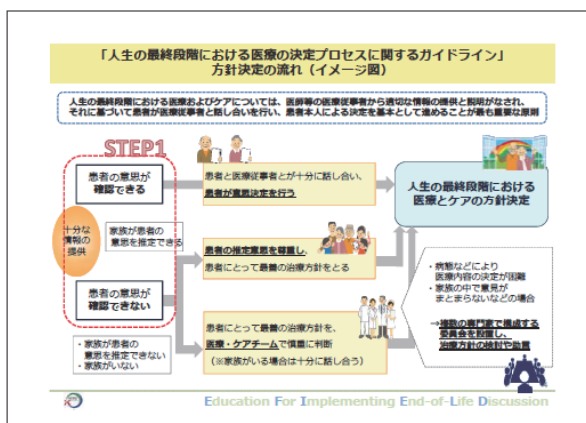
(2) 「人生の最終段階における医療について」

65歳以上の人口が7%を超えると高齢化社会、14%を超えると高齢社会、21%を超えると超高齢社会と定義されているが、国勢調査によると、それぞれ、1970年（昭和45年）、1995年（平成7年）、2007年（平成19年）に到達している。2013年（平成25年）には25%を占め、4人に1人が65歳以上となった。日本は、諸外国に比し、平均寿命、高齢者数ともに高く、さらに高齢化社会から高齢社会までが、フランスが126年、イギリスが46年、ドイツが40年であったのに対して24年と類をみない速度で進んでいる。

終末期に関連したガイドラインは、1994年に日本学術会議によって『死と医療特別委員会』の報告書がまとまったのが最初であるが、これは、高齢社会に到達する前年のことである。超高齢化社会に達した2007年に厚生労働省（以下厚労省）が「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」を作成しているが、これは平成27年3月に改定されてこれが最新のものである。

わが国における終末期に関連したガイドライン	
1994年	日本学術会議 『死と医療特別委員会』報告書
2001年	日本老年医学会 『高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明』
2006年	日本集中医療学会 『集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告』
2007年	厚生労働省 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』
2007年	日本医師会 『終末期医療ガイドライン』
2007年	全日本病院協会 『終末期医療の指針(案)』
2007年	日本救急医学会 『救急医療における終末期医療に関する提言』
2008年	日本学術会議 『終末期医療のあり方について－亜急性期の終末期について－』
2014年	日本循環器学会・救急医学会・臨床救急医学会 『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』
2015年	厚生労働省 『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』に改訂

どのガイドラインでも「十分なインフォームド・コンセントを」本人の意思を尊重し」と、謳っている



しかし、実際の医療現場に浸透しているとはいいがたく、厚労省は2016年から患者の意向を尊重した意思決定のための指導者研修会を各地で開催している。この中で重要なことは、患者自身が十分な意思決定能力を有しているか否かを評価することである。そのプロセスは、

評価と判定にあたっての注意

- 認知機能の低下や精神症状の存在自体が、意思決定能力の欠如を示すわけではない
- 年齢、病名、様子、行動、社会的背景などからの憶測ではない
- 評価の前に意思決定能力を高める努力を
- 求められる意思決定能力のレベルは、治療方針のリスクによって異なる
- “十分/不十分”に明確に二分することはできないという前提で評価を行う

Education For Implementing End-of-Life Discussion

精神科臨床と類似している点が多い。

評価と判定にあたっての注意において、第一に認知機能の低下や精神症状の存在自体が意思決定能力の欠如を示すわけではないとされている。これは、病識はなくても病感があれば、そこが治療の糸口となることについて精神科臨床を目指す者に最初に教える点である。また、十分/不十分に明確に二分することはできないという

前提で評価を行うという点においても、精神疾患患者が時と場所、対象によって発話内容が違ふのは当たり前であり、それ故に充分なる時間と検討を重ねて診断し、治療計画をたてる必要性についての理解はむしろ、わざわざ注意点として明記するまでもなく日常のことなの

である。特に認知症についてはすでに実践していることそのものである。

患者の背景とナラティブ

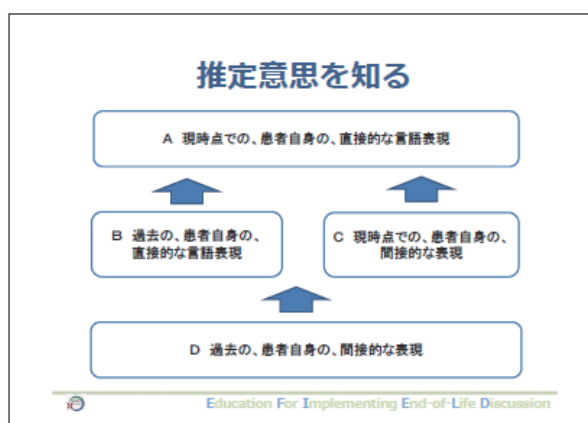
<ul style="list-style-type: none"> ● 医療に対する見解 <ul style="list-style-type: none"> - 医療に対する期待 - 診療アドヒアランス ● 文化的背景 <ul style="list-style-type: none"> - 信仰 - 伝統や家族内、地域内での慣習 ● 人生観 <ul style="list-style-type: none"> - 死生観 	<ul style="list-style-type: none"> ● 人間関係 <ul style="list-style-type: none"> - 家族との関係 - 友人や、近隣との関係 ● 経済状態 <ul style="list-style-type: none"> - 介護保険、年金 - 生活の継続に対する不安
--	--

Education For Implementing End-of-Life Discussion

意思決定能力の強化とエンパワーメントについては、通常、一通りの説明ではなかなか理解をえることができない相手に対して、どうすれば通じるのかを日頃から苦心している点である。

ユマニチュード、ナラティブについても馴染みのあるタームである。

外科手術をするのに患者の家族がどのような土地でどのような人たちとどのような人生を歩んできたのかを聞くことはしないが、推定意思を知るために、患者自身の直接的な言語表現、間接的な表現を導き出すのは精神科のルーチンである。そこには、ある患者の背景とナラティブをいかに導き出すのかに精神科における専門性が問われる。



言語的表現に限らず、非言語的表現、表情、容貌、身だしなみ、態度、立ち居振る舞い等を客観的に観察しそこから推定意思を導き出すことは、精神科看護に携わるもの、認知症においては 2016 年から養成がはじまった認知症認定看護師がその技術に長けているといえるだろう。ここに疾病否認、治療者に対する抵抗といった心理的要素を考慮する必要があるだろう。「自分の推奨する医療に反対する患者を「理解が悪い患者」と思いがちである」ことが指摘されているが、精神科においてはむしろ、薬を飲まない患者の方が多く、それを「理解が悪い」とは解釈せず、それが症状の一部であることが前提なのである。しかし、認知症患者において多くの身体合併症への対応をする際には、一般科、あるいは身体科の治療チーム

医療者は、ついつい、自分の知っている最新・最高の医療をすべてつぎ込もうと考えがちである。

自分の推奨する医療に反対する患者を、「理解が悪い患者」と思いがちである

目の前にいる患者に、それがふさわしいのか、立ち止まって考えましょう！

立ち止まって考える
ナラティブ・エシックス
Patient Centered Care

リビングウィル・ACPが大切

家族と話し合っておくことが大切

本人の強い意志と、周囲が叶えてあげたいという強い意志が一致することが大切。

法的効力云々でなく・・・

強要するためのものでなく、共有するために！

患者さんと家族のものがたり（ナラティブ）を知ることが大切なのです。

普段から話し合い、死生観を共有しておく
死後の家族の心のケアにも：グリーフ・ケア

必要なのは具体的な指示ではなく・・・

この具体的な状況だったら、この人は、
何を希望する（どう判断する）だろうか？
が解ると、医療者も家族も助かる

人生観・価値観・死生観

ものがたり・ナラティブ

との共同作業は欠かせないため、すでに精神科医が獲得し乗り越えてきた、病識のない患者、治療を拒否する患者への対応などについて共有する作業が求められることになる。また、アドバンストケアプランニングについては、緒についたばかりであり、研鑽をつまなければならない課題である。

認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアの在り方を検討するに際して、1対1対応となるとこれが正解と言う明確な答えを導くことはできない。身体をみていく臨床は殆どがより健常な状態をとりもどすべく進歩する医学モデルの中でアプローチをしてきた。それは、現代の医学において難病といわれる疾患や高血圧症や糖尿病のような生活習慣病もしかりである。歴史を遡れば、西洋医学は“病気を「身体的」もしくは「心理的」のどちらかとみなすことになる”“デカルト的二元論者たちの遺産によって科学者と哲学者は感情を無視し、意識的で合理的な思考を強調すべきだと推奨”¹⁾してきた。認知症初期、あるいはMCIにおいてはその方法で良いのだが、認知症への対応、特に症状が進んできた段階においては対応できない。精神科においては、変わるべきは社会の方であるという社会モデルのアプローチで対応する人々、例えば、精神科ソーシャルワーカー（PSW）を交えた医療を行ってきた。ここに、チーム医療という単語は同じであっても精神科におけるチームと身体科におけるチームとの圧倒的な違いが存在する。故に正しい答えの存在ではなく、より納得した答えを導くための過程を重視する精神科医療チームこそが終末期ケアの在り方についての検討するメンバーとして適任であると思う。

参考文献 ¹⁾ Paul Martin 著 「病を起こす心。病を癒すところ」

（文責：吉永委員）

(3) 「認知症の人の意思決定支援について」

認知症の人の人権を尊重するためには、何よりもその人の意思決定を尊重することが重要である。ところが、認知症の場合は判断能力に問題がある可能性が高いので、判断能力の査定を考えないといけない。

認知症は、軽度のうちは判断能力が保たれている場合が多いが、重度になるに従い判断能力が失われていく。判断能力が全くない人の場合は、法的にはその意思決定は無効と考えられる。判断能力が不完全な人の場合には、その人の自己決定を尊重する立場と本人保護とのバランスを考えて決めるしかない。

認知症の早期発見・早期治療が可能になってきたため、認知症という診断だけでは判断能力があるかどうかはわからず、どうやって判断能力を評価するかということが重要である。判断能力があるかどうかを判定する一番適切な方法は「機能判定法」だと言われている。常識的であるとか、合理的であるとか、年齢や病気の有無で決めるのではなく、ノーマライゼーションの推進された今の社会では、意思決定が行われるときの本人の頭の中の思考のプロセスに踏み込み、きちんと判断できているかどうかを見る方法が適切だと言われている。

認知症の人の治療同意について考える場合、本人の意向を確認することが重要である。長谷川式、MMSE の得点が何点だから治療同意能力が「ある」「ない」とは言えない。MCI～軽度の場合は、認知症の人であっても治療同意能力のあることが多いが、中等度～重度になると、治療同意能力がないと考えられる場合が多い。本人の意向を確認したときに、医療者側がこの治療をした方がいいだろうというのを本人が拒否したときが問題である。そうすると、本人の治療同意能力があるかどうかを判定しなくてはならないことになる。

治療同意能力なしと判定された場合は、薬剤の影響、身体合併症など、治療同意能力低下の要因を検討し、それらを改善した上で判断する。改善の可能性がない場合は、本人の意思を推定することになる。家族や介護者、本人に身近に接していて、本人がそれまでどんな風に考え、生活してきたかということをよく知っている人から話を聞いて推定することが重要である。

認知症の人の意思決定支援の工夫として、判断能力を評価するときには、なるべく本人の判断能力を高めるように、引き出すように（エンパワーメント）、面接なりの工夫をして評価を行うということが、最近の判断能力評価の一つの方向性として挙げられている。

人生の最終段階の意思決定支援においては、基本的には医療行為と同じで、自己決定が尊重されることになり、本人の意向を確認することから始まる。本人の意向がないか、不明の場合には、事前に本人がどのような考え方をしていたかということを探ることが重要である。終末期に積極的な治療はしないしてほしいなどの意向を、事前指示書のような形で示しておくアドバンス・ディレクティブという仕組みが法制化されている国では有効であるが、我が国ではそういう仕組みがない。また、アドバンス・ケア・プランニングという、将来どうい

状況になったらどんなケアをしてもらいたいのか、どんなやり方がいいかということを医療者、本人、家族等を交えて考えておいたものがあれば、そこで示された意思に従うことになる。そうしたものがまったくない場合には、専門職と家族によって、その人がそれまでどういう生活を送り、どんな生活信条で生きてきたかという情報を収集し、本人だったらどのように判断したかを推測して決めていくしかないと思われる。

イギリスの Mental Capacity Act という制度では、意思決定能力を喪失している人に対しては「ベスト・インタレストの原則」と「最小制限の原則」に基づいて代行決定を行う仕組みになっている。「代行決定を行うにあたっては本人のベスト・インタレストを基準とする」ことが法律の中に掲げられている。

ベスト・インタレストの判定にあたっては「本人はその意思決定に関して普段どのように考えていたかを探る」「本人自身をその意思決定に最大限関与させる」「確認可能な過去及び現在の本人の希望と感情を探る」「本人の意思決定に関係したと思われる信条や価値観を探る」「本人が相談すべき人として指名した人、本人のケアや福祉に関与している人、永続的代理権の受託者、法定代理人等への相談」これらをきちんと行った上で判定する。

また「最小制限の原則」として、本人の権利や行動の自由の制限については最も制限の少ない方法を考える。

Mental Capacity Act 2005 では、意思決定能力を喪失している人に対し、本人のベスト・インタレストであると信じるに足るだけの証拠があれば、日常の介護行為等に関してやったことについて法的責任は問われない。それをやったからといって訴訟にはならない。

こういうことは我が国でも重要なことだと思われる。例えば、大きな手術をする等、そうしたことに関しては、人を集めて十分に議論した上で行うことはできるが、極端な場合、日常のいろいろな意思決定を代行するとき、大まかな原則が決まっていなくて介護等はできなくなってしまう。こういうことは我が国でも法制度的に担保した方がいいのではないか。

Mental Capacity Act 2005 には、こういうときは実際にどのようにやりなさいという行動指針がかなり詳しく書いてあり、日本で障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドラインを作るときも、かなりそれを参考にして作られている。

意思決定支援ガイドラインでも、本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活場面や事業者のサービス提供場面における表情、感情、行動に関する記録等の情報に加え、これまでの生活史、人間関係など様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら意思及び選好を推定する。最善の利益の判断はメリット・デメリットの検討、相反する選択肢が両立するかどうか、自由の制限の最小化等が掲げられている。我が国においても、意思決定支援を行う上で本人のベスト・インタレストを基準とする方向に来ている。

(文責：森委員)

(4) 「認知症の緩和ケア」

1. 緒言

認知症は今や common disease であり、2025 年には 700 万人に急増することが予測されている。それに伴い診断、治療、ケアの研究実践、また地域支援体制の整備が新オレンジプランを始めとする国家プランによって始まっていることは周知の通りである。一方我が国の死因の第 1 位が、がん（悪性新生物）となったことも国家的問題となっている。

末期がんの終末期状態に対し緩和ケアと言われる医療及びケアの手法が近年用いられることも既にコンセンサスを得ている事実である。

そのような状況から、緩和ケアといえは末期癌の終末期を通常は連想されるものと思われる。しかしながら WHO による 2002 年の定義によれば「緩和ケアとは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者に対して、痛みやその身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって苦しみを予防し、和らげることで生活の質（QOL）を改善するアプローチ」と定義されている。つまり認知症も現在のところ有効な治療法を見出せない死につながる終末期の疾患であると見なせば（現実にはまだそのような認知が乏しいが）、緩和ケアのアプローチが適応できる疾患と考えられる。既に欧米では緩和ケアの対象はがんから血管、呼吸・循環器、認知症疾患等まで拡大してきている。

2011 年に英国で Dementia—from advanced disease to bereavement—と題された本が出版された。これは英国の精神医学、老年医学、高齢者看護の専門家によって執筆され、認知症の発症時から終末期までの各段階における緩和ケア、疼痛管理、BPSD・合併症対応、終末期管理、介護者への支援などがまとめられている。その後、我が国でも 2015 年に武田、小川、篠崎らによって翻訳監修され「認知症の緩和ケア」と題されて新興医学出版から刊行された。

編者の一人である小川は自身の「認知症の緩和ケア」（精神神経学雑誌 第 118 巻第 11 号（2016））と題した論文で緩和ケアの目標は「苦痛の予防と苦痛からの解放」にあり、また「生活の質の向上」を目指して取り組むことを挙げている。翻って我々の日常臨床において、ともすれば BPSD への対応や精神状態の安定などの専門家としてのニーズが優先され、患者の身体的苦痛や内面の苦悩に対しての視座が欠けてしまいがちになることも否めないであろう。小川は緩和ケアの目指す「生活の質の向上」とは「認知症の早期においては患者個人の生活の質そのものとなる、認知症が進行するにつれて身体や精神機能の維持、併存症に伴うさまざまな苦痛の除去も加わる。さらに疾病の経過を通じて認知症を持つ人とその家族の支援ニーズはより具体的になるため、それらを把握し対応する」と述べている。その中でも心理的支援は重要であるが、これから認知症の終末期における意思決定支援（アドバンス・ケア・プランニング、advanced care planning:ACP）についての理解も

深まってくると思われる。国の言う、「人生の最終段階における医療（ケア）」の論議が端緒についた所であることも時宜に適っていると思われる。以上のような状況から慢性に徐々に死に向かって進行する疾患としての認識に立った緩和ケアのアプローチを同書を参考に本稿では概説し、さらに我が国での実践についての問題点について検討する。

2. 認知症の緩和ケアの理解のための必要事項

- a. ケアに関わる大多数は主たる身体疾患の合併症として認知症を患い死ぬと見なしていることが多いため、認知症を死につながる終末期の疾患であると見なすことがまず必要である。
- b. 高度認知症患者は既にフレイル（脆弱）であり重篤な合併症がなくとも、多くの疾患を合併し、それらが合わされば重い障害が生じる。
- c. 身体疾患に対しての診療を基本としたケアモデルでは認知症によるフレイルは見落とされる可能性がある。
- d. 認知障害はあらゆる生活の観点に影響し全人的かつ多角的な観点からマネジメントをすることが求められる。

3. 緩和ケアの定義

緩和ケアとは「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者に対して痛みやその身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって苦しみを予防し、和らげることで生活の質（QOL）を改善するアプローチ」と定義される。（2002 WHO）

認知症も現在のところ有効な治療法を見出せない死につながる終末期の疾患と見なせば緩和ケアのアプローチが適応できる疾患と理解が可能である。緩和ケアの対象疾患（欧米）：がん、血管、呼吸・循環器、認知症疾患等。しかしながら緩和ケアは我が国では末期がん、AIDS が保険診療で認められるのみであり、緩和ケアと聞くと末期がんを連想する一つの要因と思われる。

4. 非がんに対するホスピスプログラム

NHPCO(National Hospice and Palliative Care Organization)による2013年のデータによれば、プログラム利用者（154万人）のうち、63%は非がんが占める。内訳は、悪性腫瘍：36.9%、老衰：14.2%、認知症：12.8%、心疾患：11.2%、呼吸器疾患：8.2%であり、認知症は約1割を占めている。

5. 緩和ケアの概要

緩和ケアとは死期が近づく患者が死を迎えるまで健やかな生活を送れるようにするものである。通常の基本的な緩和ケアとしては、

- a. 症状のコントロール
- b. 患者や家族に対して一人の人間として接する意識

c. 患者の自主性に対する敬意

d. オープンかつ慎重なコミュニケーションの方針に重きを置くことがあり、実際の緩和ケア的アプローチとして、症状のコントロールは、即ち生活の質 (QOL) の重視と言える。

次に患者や家族に対して一人の人間として接する意識は全人的アプローチと言え、患者の自主性に対する敬意は自立と選択を尊重する態度と考えられる。

また、通常は一般的な介護者によってケアが提供されることも多いが専門的な緩和ケアが必要になることも多い。その場合は専門家による他職種チームにより複雑な問題を抱えた患者に直接ケアを提供し、他のサービスに助言や教育が行われる。

6. 認知症患者の緩和ケアとは

認知症患者は進行した認知症が原因で、または認知症を長期に患ったまま緩徐に死を迎える。症状にあわせた細やかな管理や死を意識したケア、そして患者と家族に対する包括的なケアを提供することは彼らにとって大きな恩恵を与えるものであろう。認知症及び認知機能障害を患う人々が専門的緩和ケアを受ける理由は2つある。1つはがんや心疾患を患っている人が認知症を併発した場合と2つ目は主たる疾患が認知症末期の場合である。

しかしながら認知症末期のケアには特異性がある。それは経過が長期で緩徐に進行するため、社会的問題を多く伴うことである。

7. 認知症の苦痛（肉体的・精神的）

認知症患者のすべてが苦痛を抱えているわけではないが、認知症であることはすでに患者と家族の両方にとって苦しい体験になり得るものである。特に認知症末期の患者は自分の苦痛の原因を言葉で表現できない。苦痛には肉体的、精神的そして実存的苦痛が考えられる。

肉体的苦痛として疼痛、呼吸困難、便秘、排尿障害他が挙げられる。精神的苦痛としては抑うつ、精神病症状、恐怖と不安（状況が理解できない他）、不眠、飢えと食生活、退屈・孤独等が挙げられる。実存的苦痛としては自身の存在意義、社会的役割の喪失が考えられる。

8. 身体症状の評価

認知症患者には身体症状を的確に訴えられない患者が多い。

また、終末期患者の場合は多臓器疾患や他の複数の疾患を抱えていることが多い。

症状コントロールは重症度、出現パターン、症状による影響の評価が必要である。症状管理に対する目標を定めずにとりあえず行う方法は衰弱した患者には有害無益なことが多いことを知っておく必要が有る。

9. 身体的苦痛の緩和

身体的苦痛には疼痛とその他の身体症状による苦痛がある。

①疼痛緩和

認知症患者の疼痛には関節炎、拘縮、褥瘡他によるものがあるが見逃されやすい。また疼痛の訴えの表現により BPSD（行動・心理症状、以下 BPSD と略）と誤解されやすい。

また、客感的程度の評価予測の問題があるが認知症が高度でも半数は自己評価は可能であり、評価スケール（PAINAD）もある。

②その他の身体症状

吐き気や呼吸困難、また、便秘、排尿障害他の身体症状も苦痛を伴うものであることに留意しておく必要がある。

10. 精神的苦痛と心理・行動の問題

精神的苦痛（身体的苦痛も伴う）を言葉で表現できないときに現れるサインは以下のようなものがある。

- a. 怒り/欲求不満 b. 攻撃性/不穏 c. 怖れ/不安 d. 落ち着きのなさ
- e. 不眠 f. 叫声/啼鳴 g. 徘徊 h. 自律神経興奮症状、発汗、頻脈、高血圧

また、BPSD は精神的・身体的な苦痛の原因となるものから生じる症候の集合と考えられる。

- a. 不穏 b. 高揚 c. 不安 d. 易怒性 e. うつ f. 脱抑制
- g. アパシー h. 幻覚 i. 妄想 j. 睡眠・食欲の問題

問題行動、即 BPSD と判断する前に痛み・苦痛のチェックをする必要がある。

11. 適切な支援・ケアの提供における問題

適切な支援・ケアの提供において以下のような問題が認められる。

①認知症が進行すると低栄養・食思不振という状態が出現する。

それにはセルフネグレクト・アパシー、視空間認知能力の障害、失行、神経変性に伴う誤嚥といった要因が関わっている。

②感染は認知症患者の予後を規定する要因である。

（誤嚥性）肺炎、尿路感染他の感染症の適切な治療が必要である。

（国立がん研究センター 小川先生の厚意による）

12. 介護者（特に家族への支援）

家族は認知症の経過、身体合併症について理解が乏しい。

さらに身体的負担（睡眠、疲労感他）、精神的負担（罪悪感、うつ、怒り、孤立、焦燥、苦悩他）、経済的負担ものしかかる。そこで介護者支援の必要性があり、それには介護負担の軽減やストレス・マネジメント支援が重要である。その為に予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談しておくことやまた意思決定代理に伴うストレスも配慮すべきである。

13. 終末期

死に至る疾患の死にゆく段階はその経過の中で最も大切な時期である。

そして、尊厳、ケア、そして適切な方法による看取りが最も重要である。特に看取り期

をきちんとマネジメントすることは家族の精神的苦痛の予防にも重要である。

具体的には、

- ①終末期医療に関して望むことを聞き出しておく。
- ②患者・家族の過去の言い表した希望に最大限配慮しケアについて責任を持って意思決定を行う。(リバプール・ケア・パスウェイ:ケアのモデル (英))
- ③症状抑制に必要な薬剤のみを継続する。
- ④蘇生: ガイドライン (英)、蘇生を行わないことは治療をおこなわないことではないこととの説明、蘇生の意思表示は必ず書面に残すこと。

等に留意する。

14. 緩和ケアにおける重要な問題

- ①身体症状の評価
- ②痛みと痛みのコントロール
- ③精神的苦痛と心理・行動の問題
- ④認知症による(身体・生活)機能障害への対応
- ⑤終末期の身体管理
- ⑥終末期の対応(看取り、家族の死別ケアを含む)

最も困難で重要なことはどこまで治療を行うかを決定することである。

15. 適切なケアの提供

認知症が進行すると在宅、ケアホーム(介護施設)、病院(精神科)、(ホスピス)等でケアを受けることになるが「施設の都合で移動させると6か月以内の死亡率が30%(英)」という報告もありケアの場を移動することは問題が生じやすい。

ケアの場にはそれぞれ利点とリスクがある。また、認知症ケアへの緩和医療モデルの適応は従来の緩和ケアの対象の急性期のケアとは基本的に異なる点がある。

- a. 進行が非常に緩徐
- b. 終末期が明確でない
- c. 本人の状況の理解が乏しい、言語的コミュニケーションがとりにくい
- d. 時期により心理行動面、身体症状のコントロールの比重が変わる
- e. 適切なケアの技術が他の疾患と異なる。精神、身体両面のケアが必要

16. 認知症患者の自己決定

認知症患者がどのようなケアを受けるか、自身のケアの決定については診断がつくと本人はわからないと判断され、家族と医療者が治療を決定する危険性がある。

できる限り本人に意思決定させるが、判断能力が低下している場合は最善のケアが提供されるように調整することが望まれる。

- a. 希望の表明は重度に進行しても可能なことが多い。

- b. 認知機能検査との相関はそれほどない。(MMSE15点くらいまでは可能)
- c. 障害は主に記憶と比較困難(選択肢参照など)、また今後の見通しを想像するのは困難なことが多い。

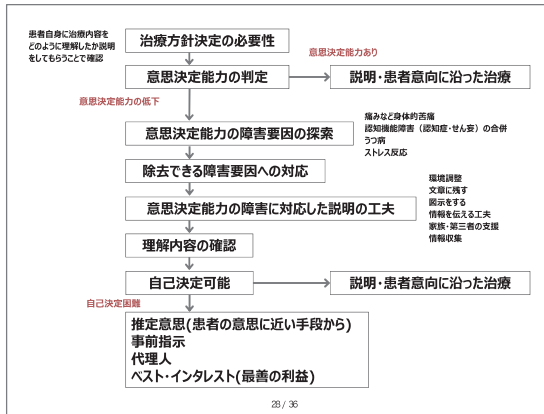
17.

意思決定能力の評価		
以下の項目について、本人から理解を尋ねる		
項目	小項目	具体的な内容
疾患についての理解		診断、疾患の特徴、経過について、患者の理解の度合を確認する。
疾患についての認識		説明した疾患の内容が、 自分自身に関連していることと認識しているか を確かめる。
治療とその危険性・苦痛についての理解	治療についての認識	治療の名前、 治療の特徴を理解しているか を確認する
	利点・危険性の理解	利点・危険性を理解しているか を確認する
治療についての認識		治療について患者がどのように考えているか を確認する
代替治療		名称、特徴、利点、危険性
論理的思考	選択と理由づけ	患者の希望を確認する
	結果の推測	治療による影響についての理解を確認する
	最終的な選択	
	論理的な一貫性	

(国立がん研究センター

小川先生の厚意による)

18.



(国立がん研究センター

小川先生の厚意による)

19. 進行した認知症の自己決定

適切な認知症ケアではできる限り本人に意志決定に関与させるが、同意能力に欠ける人に対しては認知症の経過全体を通じて適切な意思決定と最善のケアが提供されるようにする。英国ではアドバンス・ケア・プランニング (ACP) と言われる、本人に影響する可能性のある選択肢について認知症の初期のうちからじっくり考える機会をつくる試みがなされている。(英国圏では希望と意向に関するアドバンス・ステートメント等のアプローチや治療拒否の事前決定 (ADRT)、法的な意思決定を行えなくなった際の永続的代理権等の法的枠組みも存在している。)

自己決定困難時：

事前指示

推定意思 (患者の意思に近い手段から)

代理人 (意思決定能力法 (英) : 成年後見法では財産に関する代理のみで

生命に関するものはなし)

ベストインタレスト (最善の利益)

20. ベストインタレスト

英国では意思能力を欠く人々のために意思決定の枠組みを構築することを目的とした意思決定能力法 (Mental Capacity Act:MCA, 2005) が制定されている。

その条文の中で、

第4原則：ベスト・インタレストの原則

意思決定能力を欠く本人のために（代わりに）この法律にも基づいて行われる行為または下される決定は本人にとって最大の利益とならなければならないと定めている。（意思決定権限者に対する行為規範。これに反する行為は損害を与えた場合に法的責任を問われる。）

21. 緩和ケアについてのまとめ

- a. 認知症は緩徐に死に向かう終末期の疾患である。
- b. 言葉で表現できない苦痛（精神的・身体的）を抱えている。
- c. 家族負担、社会的な問題も併存する。

以上の理解の上で、認知症緩和ケアとは

- a. 発病初期から終末期、家族のケアまで見据えた包括的なマネジメントを行う。
- b. 苦痛の緩和を第一に生活の質（QOL）を重視する。
- c. 終末期まで自己決定を尊重し全人的アプローチを行う。

22. 結語

認知症緩和ケアは今後、社会的必要性が高まっていく可能性がある。

発病の最初の段階から最終段階まで、疾病の経過、次に起こることの予後予測について説明し各専門家とケアに関する本人の希望や意思を確認しておくことや周囲がある程度類推できる（意思決定支援）ように準備することが必要である。加えて適切で安定したケアの提供が必要であろう。

我が国の国民性のなかにコンセンサスを得ていくためには相応の時間が必要とされると思われるが現状を考慮すると猶予はあまりない。そのためにはこれからの国の認知症施策の中でまず看取りを含めた終末期のケアに（ケアの場も含めた）緩和ケアアプローチが組み込まれていくよう図られることを希望するものである。

[参考文献]

- 1) 認知症の緩和ケア (From Advanced Disease To Bereavement;V. Pace 他 2011)
；武田、小川、篠崎編 新興医学出版 2015
- 2) 認知症の緩和ケア；小川朝生 精神医学雑誌 第118巻第11号 (2016)

本稿作成に関し資料の使用等につき快くご協力いただきました国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 小川 朝生先生に深甚の感謝を申し上げます。

(文責：横山委員)

2 家族介護者への聞き取り調査について

認知症患者への緩和ケアに関する一考察

—認知症家族介護者へのヒアリング調査から—

日本における認知症サポーター数は、2018年2月現在1000万人に達し、「認知症」に対する啓発は世界からも高い評価を受けている。しかし、いざ自分や家族が認知症に罹患した場合に、それを受け容れる心の準備や環境は整っていると言えるだろうか。こうした点を重視し、今回ヒアリング調査を行うに至った。

(1) ヒアリング調査のまとめ

今回は10家族を対象に調査を実施した。ヒアリングの内容は、①現在の状況、②重度認知症における治療実施・継続について、③終末期に向けた意思確認・意思決定支援について、④認知症患者への緩和ケアについて、⑤その他、であった。以下にそれぞれの結果を記す。

①10家族の内訳は、看取り後の家族が4、介護中の家族が6であった。

②急変時や疼痛がある場合には一定の治療を受けて欲しいというのが、本人と家族の希望が一致している部分であった。胃ろう造設や点滴等の措置に関しては、現状維持・継続を目的とする胃ろう造設や経管栄養などの積極的治療は望んでいない一方、介護家族間における考え方の相違も見られた。

③本人への意思確認として、終末期の治療や処置について本人の意思を確認することは難しく、家族介護として大まかな予測と方針は持ちながらも、確認するには至っていないケースが見られた。その一方で、希望や意思表示が見られたり、本人と話し合いの上確認しているケースもあった。医療者とのコミュニケーションに関しては、終末期における対応としては、医師等との十分な意思疎通があるとは言えないケースがあり、家族介護は医師等からの説明や判断の助言を希望している側面も見られた。また、説明・同意にとどまらず、家族介護と医療者の十分なコミュニケーションを求める声が聞かれた。

④症状が進んだ段階では、延命措置的対応を望む家族はいなかった。

⑤医療者の精神的サポートを必要としており、専門職のレベルアップも期待する声が多く聞かれた。精神科医療が強みを発揮できる可能性に関しては、精神科の医師は話しやすいというイメージがあったり、精神科病院ならではのデイサービスを期待する声が聞かれた。

その一方、精神科病院への入院は拘束されるイメージがあるので希望しないという声が聞かれた。その背景には、「精神科」病院という名称に抵抗感を覚えたり、精神疾患と認知症は異なるという本人および家族の考えがあった可能性もある。家族としては、医療者の精神的サポートを必要としており、専門職のレベルアップを期待する声が聞かれた。また、精神科医療が強みを発揮できる可能性に言及する声があった一方、一般病院も含めた医療機関に対する不安の声が聞かれた。認知症を本人や家族が受容することはハードルが高く、治療に対する話し合いを精神科の医師側は誠意をもって行っていたが、精神科ではない医師は説明を一生懸命行ってくれたが、認知症に対する専門性を発揮してもらえなかったと考えている家族があった。今回はヒアリング調査の場であったためこのような意見を述べることはできたが、実際の臨床の場ではなかなかこのような自由な意見を表明することが難しいという意見が聞かれた。また、認知症は家族で話をするには重すぎるテーマであることを改めて感じたという意見もあった。

(2) 今後の展望

今回のヒアリング調査から、認知症の終末期における積極的延命治療を望まない傾向があること、認知症に罹患することや罹患後の明確なビジョンについて家族と事前に相談しているケースが少ないことがわかった。認知症はすでに common disease であるが、認知症に特化した緩和ケアの在り方はまだ模索段階である。しかし、他疾患と同様に、告知の段階から看取りまで段階に応じた緩和ケアを提供することが重要である。また、認知症は多領域にわたる医師が関与する疾患であり、それ故に、他科との連携、地域連携、福祉との連携、OT、PSW、心理士などの多職種連携という重層的な連携の実現が不可欠である。また、告知の段階からカウンセリングマインドをもって本人、家族や介護者と関わることは非常に重要なことである。上記のように広範囲に及ぶ包括的なケアを行うことこそ精神科の強みであると同時に、精神科に求められる役割なのではないだろうか。精神科だからこそ可能な緩和ケアを今後も模索することが重要である。

また、精神科は受診しにくいというイメージが根強く残っている可能性も否定できないため、精神科に対するネガティブイメージの緩和にも努める必要があるだろう。認知症は認知領域の潜行性の発症と緩徐な経過をたどる。MCI と軽度の認知症は確定診断が難しいこともある。告知段階から終末期まで医師は、緩和ケアの視点を持って患者と接すること、「指示ではなく支持 (not direction, but support) 」に基づいて患者と関わり合うこと、患者の個別性を尊重したケアを提供することを常に念頭に置くことが、認知症緩和ケアにおける今後のあるべき姿と言えるのではないだろうか。

(文責：玉井委員)

3 まとめ

～精神科医療の立場から～

- ①認知症は認知症と診断されたら、進行性の不可逆的な疾患であることを意識する必要がある。病状の進行が「早い」、「遅い」の個別差はあっても、不可逆的に必ず進行していくことは事実である。そのため認知症と診断されたら、終末期ケアを考慮しながら支えていくべき疾患である。
- ②その疾患の性質から、緩和ケアという概念を取り入れて、認知症を捉える動きがある。いわゆる「認知症の緩和ケア」である。認知症と診断された時から認知症の緩和ケアは始まるという考え方は、認知症における人生の最終段階を考えた意思決定支援等を検討する場合に、非常に有用な考え方のアプローチであると推察される。
- ③「認知症は認知症と診断された時から認知症の緩和ケアは始まる」は精神科医療における多職種チームによる支援と相通じる。つまり、精神科医療においては初診時または入院時から退院支援、生活支援、就労支援を見越して多職種により検討している。実際、認知症医療においても、同様な取り組みを行っている医療機関も多い。認知症初期における精神科医療的アプローチを重要視すべきである。
- ④がんの緩和ケアにおける疼痛への対処の問題と同じように、人生の最終段階、認知症が進んできた段階における問題の一つに「心の痛み（疼痛）」が考えられる。喪失感、喪失体験により不安の真ただ中にいる認知症の人に対して、また、もの盗られ妄想など認知症特有の BPSD 等により、アイデンティティに苦しむ認知症の人に対して、症状の奥に潜む「心の痛み（疼痛）」を理解できるのは精神科医療の視点である。
- ⑤例えば精神科医療では、他の科にはない問診の取り方を行っている。出生時状況、幼少時期、学童期、青年期の生育状況ならびに家庭状況、家族歴、生活歴、職業歴、既往歴、現病歴、病前性格などについて詳細に、医師、ソーシャルワーカー、看護師、心理士が聴取し患者を総合的に理解する努力を普段から深めている。簡単なことのように見えるが、時間をかけるシステム、専門知識、専門職がいなければできないことである。加えて、BPSD が著明な状態にどのような治療や援助が必要かを理解している精神科医療(多職種)による認知症のアドバンスケアプランニングを作成する支援や人生の最終段階における「心の痛み(疼痛)」への対応は非常に有用であると考えられる。

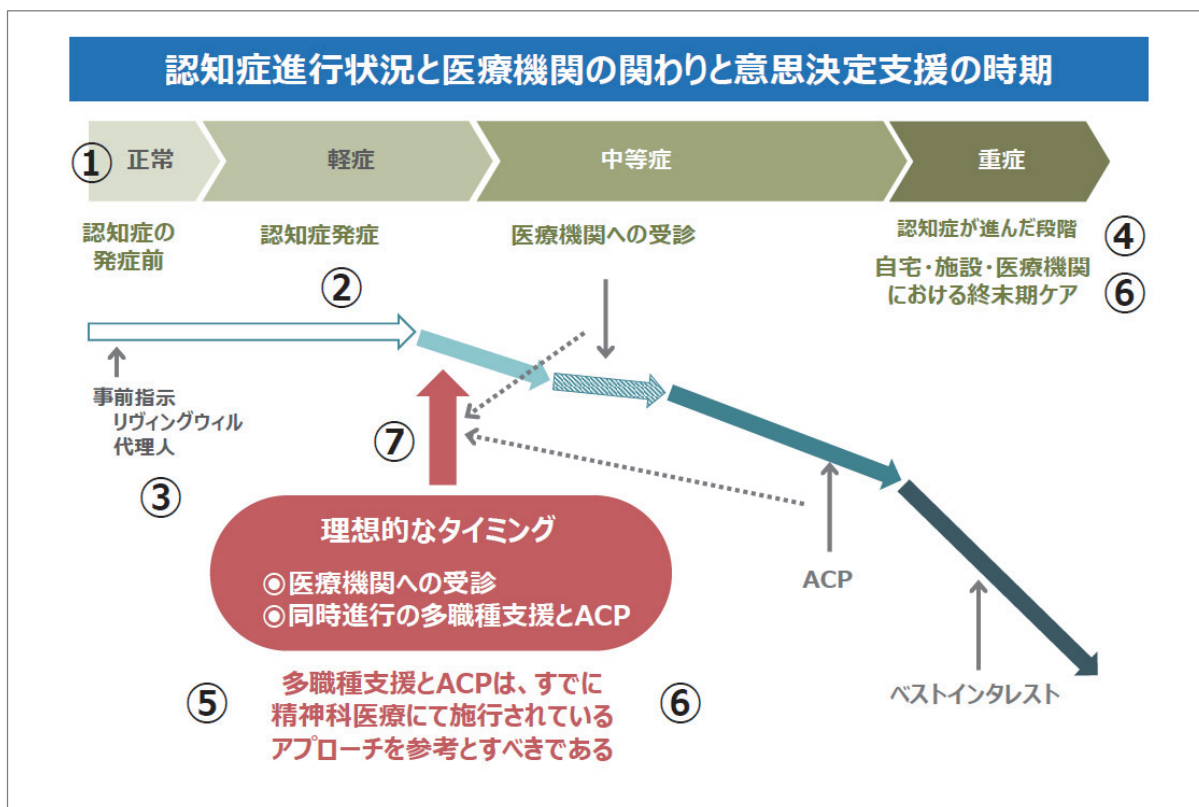
⑥認知症の症状が進んできた段階、重度の認知症の身体合併症と看取りについては、実際に、どこで対応するのか不明である。現状では地域包括ケアだけでは支えきれない課題と考えられる。一般医療でも、救急以後のシステムは存在しない。BPSD+身体合併症治療が必要な重度認知症患者の治療・ケアシステムは精神科医療を軸にして、地域包括ケア・地域医療構想の中で検討すべき事項であるとする。

⑦結語

認知症と診断される時期は早まっているとは考えられるものの、まとめの図のように一般的には医療機関、特に専門医療機関への受診は中等症レベルとなり、周囲が本人の認知症症状に困惑してからのケースが多いと考えられる。また、ACPとして、認知症の症状が進んできた段階で、本人の意思を尊重した支援が行われているケースは精神科医療を除いてはまず施行されていないのが現状であると推察される。

認知症緩和ケアの考え方を軸に、認知症の診断をより早期にできるようにすること、そして、診断された時から関わるができることが重要である。なおかつ図に示す「理想的なタイミング」において、精神科医療の臨床現場にて施行されているあり方にて、多職種支援とACPを早期に実施することが、認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアにおける様々な問題に対処する上で、最も重要なことであると主張したい。

<まとめの図>



<用語の整理>

***事前指示(Advance Directive)**：病気のない状態で、終末期医療・ケアにおけるあり方について、自分自身の意思を示す手段として、リビングウィル、事前指示書、エンディングノート、代理人という方法がある。（参考：本文 P24、93）

***ACP(アドバンスケアプランニング)**：今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。患者が望めば、家族や友人とともに行われる。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましいとされる。ACP の話し合いは以下の内容を含む。患者本人の気がかりや意向、患者の価値観や目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する意向や選好、その提供体制を含む。（「第 1 回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」2017 年 8 月 3 日より）（参考：本文 P23、24、38、93）

***ベストインタレスト**：イギリスにおける意思決定能力を欠く本人のために(代わりに)「ベスト・インタレストの原則」と「最小限の原則」に基づいて代行決定を行う仕組みのこと。（参考：本文 P41、87、94）

資料編

【資料編】エキスパートヒアリング 各回講演資料

日本精神科病院協会 ヒアリング

2017/9/7

認知症のエンドオブライフ・ケア

～人工的水分・栄養補給法をめぐる問いを中心に～

会田薫子

東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座

ある事例

Eさん、90代女性。アルツハイマー型認知症(AD)。長女夫婦と同居していたが、BPSDがひどくなり、特別養護老人ホームへ入所(X年)。X年+3年：誤嚥性肺炎を繰り返しながら特養で生活。摂食量は非常に少量に。長女と認識できなくなる。活動性も低下。寝ていることが多くなる。FAST7(c)～(d)。発熱と咳嗽が続き、総合病院へ入院。入院初日：診断は肺がん、転移なし。主治医は経鼻経管栄養法を行う方針。胃管をみてEさんは「イヤ、イヤ」。採血も嫌がって看護師の手を払いのける。胃管なしで済ます方法はないかと長女が医師に相談したら、医師は「餓死させるつもりか」と発言。

ある事例 続き

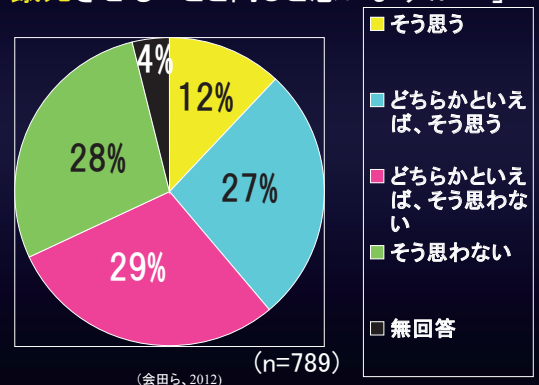
入院2日目：Eさんは再度、胃管をみて「イヤ」。好物をほんの少し「おいしい」と食べる。その後、経鼻胃管が挿入されたが、Eさん自ら抜く。再挿入するも再抜きしミトンで抑制される。長女が胃管の再々挿入はやめと依頼。医師は再度「このままでは餓死しますよ」と話したが、再々挿入せず、過ごすことに。

入院5日目：意識レベルが低下。

入院7日目：永眠。最期は苦痛を訴えることなく、長女に看取られた。長女夫婦は、医師からの「餓死」の説明には悩んだが、家族の願いを実現してくれた医療スタッフに感謝と発言。

日本老年医学会医師会員対象調査

「AD末期患者における人工栄養の差し控えは、**餓死**させることと同じだと思いますか？」



終末期の人工栄養の差し控えは餓死？

医学文献によると、苦痛の少ない最期のためには

「人工栄養は**不要**、かえって**苦痛を増す**」
「差し控え・中止は**医学的にも倫理的にも適切**」

(Printz 1988, Sullivan 1993, Ahronheim 1996, 植村 2000)

終末期の人工栄養の差し控えは緩和ケア

- ・脳内麻薬(βエンドルフィン)やケトン体の増加
⇒ 鎮痛鎮静作用
- ・気道内分泌減⇒気道閉塞のリスク低下
吸引回数減

「経管栄養法や輸液は有害」

オーストラリアの認知症緩和ケアプログラム

「脱水のまま死に向かわせることは悲惨であると信じていることが輸液を行う理由だが、緩和ケアの専門家によると、**経管栄養法や輸液は害が大きい**」
 「死が迫った高齢者に**胃ろう造設は不快である**」

「高齢者介護施設における緩和ケアのガイドライン」
 (オーストラリア政府、2005)

ガイドライン本体: 275ページ
 文献のシステムティック・レビュー: 145ページ
 表: 316ページ

7

「自然死」・「老衰死」の実体

「飢餓」・・・脳内にモルヒネ用物質が分泌される
 「脱水」・・・意識レベルが下がる
 「酸欠状態」・・・脳内にモルヒネ用物質が分泌される
 「炭酸ガス貯留」・・・麻酔作用あり

「死に際は、何らの医療措置も行わなければ、夢うつつの、気持ちのいい、穏やかな状態になるということです。これが自然のしくみです。私達のご先祖はみんなこうして無事に死んでいったのです」

(中村、『大往生したけりや医療とかかわるな』p49)

延命医療と臨床現場

人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学

会田薫子 [著]



東京大学出版会

(会田)

「平穏死」のすすめ

石飛幸三

三枝成彰氏 絶賛!

安らかな「看取り」を考える

【特賞】常勤配薬医が初めて提言

(石飛)

人工栄養に関して最期のケアは

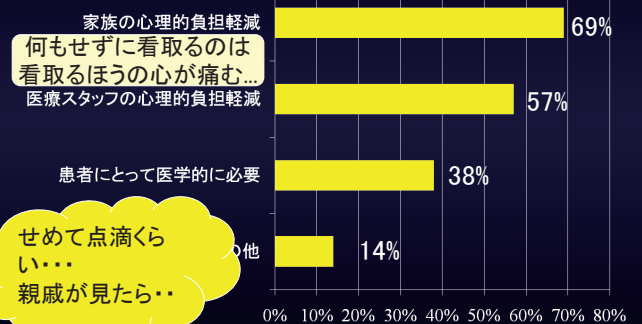
- 適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい
- 人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない

米国老年医学会

終末期の末梢点滴の意味

すべての人工栄養を差し控える場合に比べて

複数回答



せめて点滴くらい...
 親戚が見たら...

(n=443)

(会田ら、2011)

この場合の「末梢点滴」の意味

「患者家族とスタッフの心理的負担を軽減」

点滴ボトルのさがった風景が
家族と医療・介護スタッフの情緒をケア

→ 先行研究の質的調査 (Aita, et al. 2007) と
量的調査 (会田ら, 2008) の知見を支持

日本的な看取りだが、緩和ケアに反するのでは？

13

難しい問題

終末期かどうか、医学的に
判断できない状態だったら、
どう考えるべきか？

難しい問題

生命予後が延長可能な場合

・例えば、人工栄養を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、疑問がある。生存期間を延ばしても、本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか？

生存期間の延長 > 本人らしい人生の集大成

難しい問題

生命予後が延長可能な場合

・例えば、人工栄養を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、疑問がある。生存期間を延ばしても、本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか？

生存期間の延長 < 本人らしい人生の集大成

* 本人の人生という視点から考える

→ 価値、人生観、死生観

この2人について考えてください

AさんとBさん: 85歳女性

SAH、遷延性意識障害(1年)、胃ろう栄養

診断: 生命予後は年単位、意識回復の見込みなし

Aさん: 60歳の時にリビング・ウィルを書き、折々、内容を確認していた。延命医療は不要と繰り返し語っていた。

Bさん: 何を決めるときも家族に任せてきた。

以前にがんの手術をするかどうかというときも、夫と息子が医師と相談して決めたとおりにして、満足していた。

本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・QOLを重視すれば

・ 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある

異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから

・ 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

・ 死は敗北？ 身体だけに注目すると常に敗北

・ 人生の充実に貢献できれば、常勝！

本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・QOLを重視すれば

- ・ 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある
異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから
- ・ 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

天寿はそれぞれ、延命の是非もそれぞれ

本人の意思が不明なとき

- ・ 本人にとっての最善をどう知るか？
→ 本人像にどう迫るか？
- ・ 大切にしてきたことは？ 考え方？
どんな人生を送ってきたか？ 家族は？
本人の幸せは？ などなど… (石垣)

家族らとスタッフ間の
コミュニケーションのプロセスにおいて探る

事例

Bさん(85歳):脳梗塞を繰り返し、寝たきり、摂食嚥下困難、疎通困難、経鼻栄養、生命予後:年単位

- ・ 経鼻チューブを頻繁に抜く
- ・ 家族は胃ろう造設に反対(身体観に反する)

問:今後の人工栄養をどうすべきか？

- 選択肢
- ① 経鼻栄養の継続
 - ② 家族を説得して胃ろう造設
 - ③ ポートを造設して中心静脈栄養
 - ④ 終末期なら末梢点滴

本人の最善を探る⇒人生のエピソードを探索する

日本老年医学会「立場表明2012」

「本人の満足を物差しに」

高齢者の医療およびケアにおいては、**苦痛の緩和とQOLの維持・向上**に最大限の配慮がなされるべきである。

日本老年医学会「立場表明2012」

「最善の医療およびケアを受ける権利」

何らかの治療が、**患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。**

日本老年医学会「立場表明2012」

「緩和医療およびケアの普及」

高齢者のあらゆる終末期において、**緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。**

日本老年医学会
人工栄養の
意思決定プロセスガイドライン

- ◆本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す
- ◆人工栄養法の導入・差し控え・導入後の減量・中止について、本人の人生にとっての益と害の観点で評価
- ◆本人/家族らとスタッフが本人の最善をめぐるよりよいコミュニケーションを取り納得できる合意形成/共同の意思決定へ

25

日本老年医学会
人工栄養の
意思決定プロセスガイドライン

- ◆本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す

臨床倫理の要諦

- ◆本人/家族らとスタッフが本人の最善をめぐるよりよいコミュニケーションを取り納得できる合意形成/共同の意思決定へ

26

何が「良い」意思決定か 確信がもてないとき

家族ら&スタッフのコミュニケーションのプロセスにおいて、本人にとっての最善をめぐる一緒に考え悩むことが決定の倫理的妥当性を担保納得の源泉にも

人工栄養の終了に 関する法的懸念??

日本老年医学会と朝日新聞の共同調査

「4割が法的な責任を問われるとの不安は残る」

朝日新聞2012年6月28日

28

人工栄養の終了に 関する刑法上の懸念は杞憂

「ガイドラインに沿えばOK」と表明する法律家が多数

「各現場で複数の医療者・患者家族間で、どうすることが患者のためなのか話し合って合意形成すれば、法的問題にならない」



(樋口)

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007)の趣旨

29

延命医療中止か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に塩化カリウムを注射

判決:殺人罪、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に筋弛緩剤を注射

判決:殺人罪、懲役1年6月、執行猶予3年

2004年、北海道立羽幌病院「事件」

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例・・・不起訴

30

延命医療中止か殺人か

1991年、東海大学附属病院事件

がん末期患者に**塩化カリウムを注射**

判決：**殺人罪**、懲役2年、執行猶予2年

1998年、川崎協同病院事件

気管支喘息発作で意識不明患者に**筋弛緩剤を注射**

人工栄養でも、透析でも、その他でも同じ

2001年、北海道立病院事件

誤嚥でCPA、心拍再開「脳死状態」、人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例で初の書類送検・・・不起訴

2006年、富山県射水市民病院「事件」

末期患者から人工呼吸器を外して看取り

延命医療中止事例・・・不起訴

31

不要な治療を終了して看取ること

- ・ 厚労省「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」(2007)
- ・ 日本救急医学会ガイドライン (2007)
- ・ 日本老年医学会「立場表明2012」(2012)
- ・ 日本老年医学会「人工的水分・栄養補給法の意味決定プロセスガイドライン」(2012)
- ・ 日本透析医学会ガイドライン (2014)
- ・ 救急・集中治療・循環器学会合同(2014)

厚労省ガイドラインの趣旨

- ① 医師単独ではなく**医療・ケアチーム**で対応すること
- ② **本人の意思を尊重し**、本人と家族と医療・ケアチームが**徹底した合意主義**によって意思決定すること
- ③ **緩和ケア**を充実させること

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007)の趣旨

33

厚労省ガイドラインの趣旨

- ① 医師単独ではなく**医療・ケアチーム**で対応すること
- ② **本人の意思を尊重し**、本人と家族と医療・ケアチームが**徹底した合意主義**によって意思決定すること
- ③ **緩和ケア**を充実させること

厚労省「**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**」(2015)

34

用語の更新の意味

終末期医療



人生の最終段階の医療

最期まで尊厳を尊重した
人間の生き方に着目した医療

本人の生命の尊厳を 擁護 or 侵害

擁護



医療行為の終了



侵害

擁護と侵害の危うい境界

患者を守るのはチームアプローチ
医療ケアスタッフを守るのもチームアプローチ
過少医療でも過剰医療でもないあり方を
複数のスタッフ・家族で判断、記録

36

人生の最終段階の医療について

最近の動向

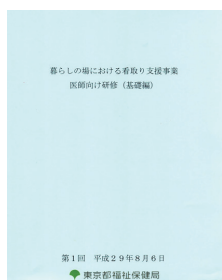
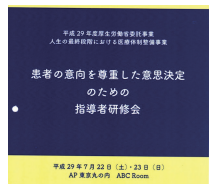
東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 診療部長
 / 東京慈恵会医科大学 准教授
 三浦 靖彦

わが国における終末期に関連したガイドライン

- 1994年 日本学術会議 『死と医療特別委員会』報告書
- 2001年 日本老年医学会 『高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明』
- 2006年 日本集中医療学会 『集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告』
- 2007年 厚生労働省 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』
- 2007年 日本医師会 『終末期医療ガイドライン』
- 2007年 全日本病院協会 『終末期医療の指針(案)』
- 2007年 日本救急医学会 『救急医療における終末期医療に関する提言』
- 2008年 日本学術会議 『終末期医療のあり方について－重急性型の終末期について－』
- 2014年 日本循環器学会・救急医学会・臨床救急医学会 『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン』
- 2015年 厚生労働省 『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』に改訂

どのガイドラインでも「十分なインフォームド・コンセントを」「本人の意思を尊重し」と、謳っている

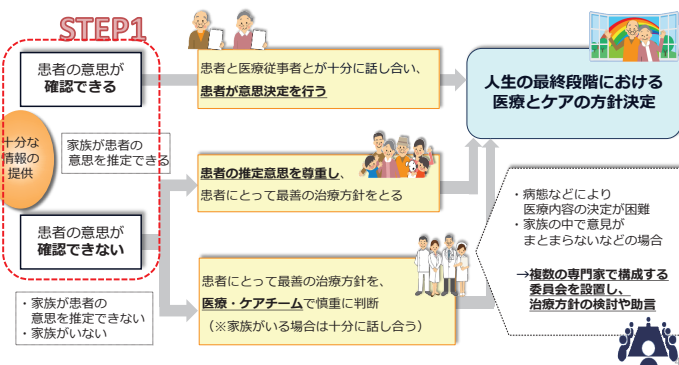
厚生労働省 「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」



東京都
「暮らしの場における看取り支援事業 研修会」

「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」 方針決定の流れ (イメージ図)

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



講義

- 患者自身が十分な意思決定能力を持っているかどうかについて評価する

意思決定能力の慎重な評価が必要な状況

- 意思決定の内容が複雑である
- 決定内容が深刻な結果につながるかもしれない
- 患者が自分に危害や苦痛となる決定を繰り返す
- 患者が表明する内容が相手によって異なる
- 患者の意思決定能力に関する意見が、評価者の間で異なる
- 患者と評価者との間に利害対立がある
- 評価者の評価に対し本人が異議を唱えている

(イギリス2005年意思能力法・行動指針)

評価と判定にあたっての注意

- 認知機能の低下や精神症状の存在自体が、意思決定能力の欠如を示すわけではない
- 年齢、病名、様子、行動、社会的背景などからの憶測ではない
- 評価の前に意思決定能力を高める努力を
- 求められる意思決定能力のレベルは、治療方針のリスクによって異なる
- “十分/不十分”に明確に二分することはできないという前提で評価を行う

7



ユマニチュード

バリデーション

タクティール・ケア

すなわち・・・

- 「認知症だから」「統合失調症だから」という理由で、「意思決定能力がない」と判断するべきではない。
- 特定の当事者の、特定の状況における、特定の臨床判断についての意思決定能力についてアセスメントする。
- 「ある/ない」で二分するのではなく、アナログで考える。

9



10

英国意思決定能力法の5原則 Mental Capacity Act

- ① 意思決定能力存在の推定の原則
 - 「ない」と判断する側にそれを証明する責任がある
- ② エンパワメントの原則
 - 十分な意思決定支援のうえでの評価が大前提
- ③ 「不合理な選択」の尊重原則
 - 周囲からみて不合理な選択だからといって「能力がない」とは判断してはならない
- ④ ベスト・インタレストの原則[略]
- ⑤ 必要最小限の介入の原則[略]

菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自立支援の法理』(ミネルヴァ書房, 2010年)



意思決定能力の強化とエンパワメント

- 情報開示の質を高める
 - 例えば、複数回の説明、文章、図、通訳等の活用
- 家族や友人に同席してもらう
- 心理的サポートにより不安や恐怖を緩和する
- 熟考を促し、決定を遅らせる

11



「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」 方針決定の流れ (イメージ図)

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

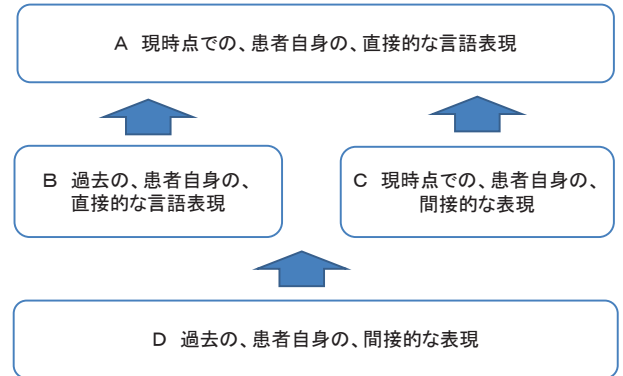


Jonsenらの4分割法

医学的適応 Medical Indication Preferences	患者の意向（選好） Patient
QOL Quality of Life	周囲の状況 Contextual Features

4つの枠に何か入れること。2つ以上の枠に入れても可。わからなければ周囲の状況の「その他」に。

推定意思を知る



A.現時点での、患者自身の、直接的な言語表現

- 常に患者が自分自身の選好を何らかの形で表現できる機会はあると考える
- 合理的判断が可能な状況においてはもっとも強い根拠
- 合理的で自由な選好を何らかの形で表現できる環境を整える
- 誘導的な操作を行わない

B.過去の、患者自身の、直接的な言語表現

- Advance Care Planning
- 明記されたAdvance Directive
- メモや録音記録
- かかりつけ医の証言（やや間接的）
- 家族の証言（やや間接的）

C.現時点での、患者自身の、間接的な表現

- 侵襲的なケアの一時的な拒否は、誰でもある
 - 身体拘束
 - 吸痰の拒否
 - 経鼻チューブの抜去
- 再現性を観察する
- 抑うつやせん妄などの影響について考慮する

D.過去の、患者自身の、間接的な表現

- 自由に対する考え方
- 死や、死にゆくことに関する考え方
- 医療や健康に対する考え方
- 医療や健康サービスへのアクセス
- 家族などから見た印象や理解
- 「延命治療」等のテーマに関するエピソード

認知症の人のACPは？

本人の清明な頃のACPが優先されるべき
人格の統合性 ドーキン

現在の意思表示(?)が優先されるべき
過去の自己と現在の自己 Dresser

患者の背景とナラティブ

- 医療に対する見解
 - 医療に対する期待
 - 診療アドヒアランス
- 文化的背景
 - 信仰
 - 伝統や家族内、地域内での慣習
- 人生観
 - 死生観
- 人間関係
 - 家族との関係
 - 友人や、近隣との関係
- 経済状態
 - 介護保険、年金
 - 生活の継続に対する不安



Education For Implementing End-of-Life Discussion

医療者は、ついつい、自分の知っている最新・最高の医療をすべてつぎ込もうと考えがちである。

自分の推奨する医療に反対する患者を、「理解が悪い患者」と思いがちである

目の前にいる患者に、それがふさわしいのか、立ち止まって考えましょう！

立ち止まって考える
ナラティブ・エシックス

Patient Centered Care

リビングウィル・ACPが大切

家族と話し合っておくことが大切

本人の強い意志と、周囲が叶えてあげたいという強い意志が一致することが大切。

法的効力云々でなく・・・

強要するためのものでなく、共有するために！

患者さんと家族のものがたり（ナラティブ）を知ることが大切なのです。

普段から話し合い、死生観を共有しておく
死後の家族の心のケアにも：グリーフ・ケア

臨床倫理コンサルテーション (病院内倫理コンサルテーション)

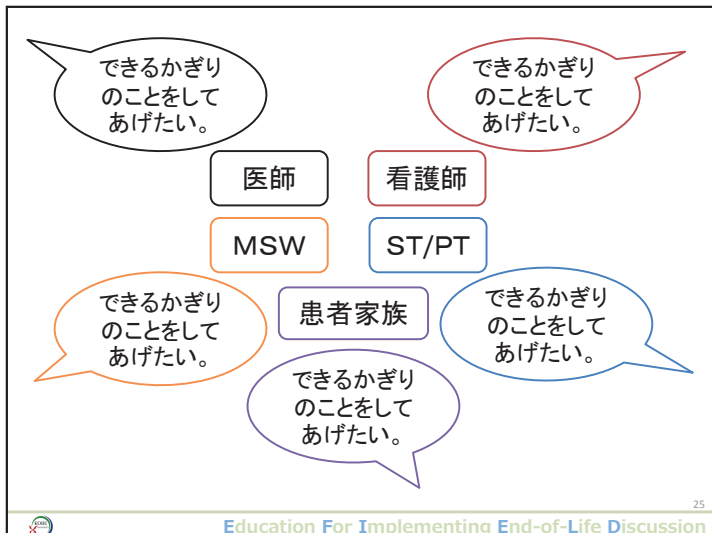
倫理コンサルテーションとは、主に、医療従事者が、臨床現場において生じた倫理的問題に関する不安や対立を解消するために、個人やグループにより、助言を与えるものと定義されている

柏病院に
臨床倫理委員会
臨床倫理コンサルテーションチーム
2014年6月に正式発足
お気軽にご相談ください
miura-gm@jikei.ac.jp

POLST作成・適用において



臨床倫理コンサルテーションも活用して！



これからの自分の生き方を考える

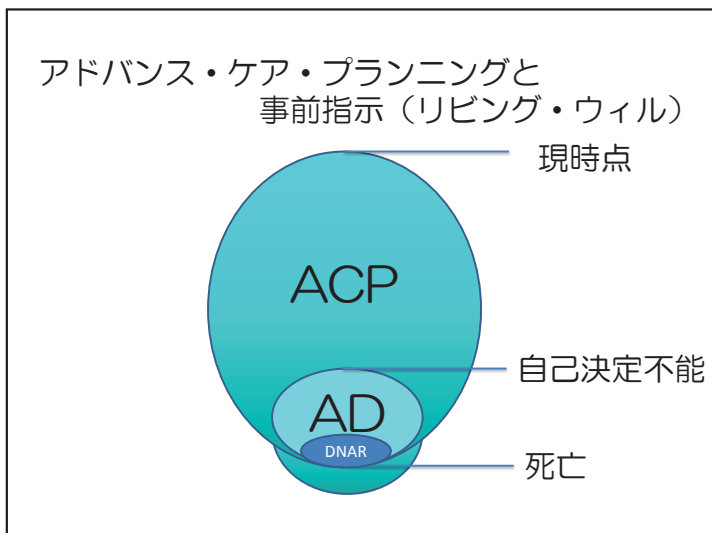
アドバンス・ケア・プランニング

どこに、誰と住んで、どのような生活をして、どのようなケアを受けて、最終的に、どのように最終段階を迎えるかなど・・・

これからの自分の逝き方を考える

リビング・ウィル・事前指示

終活・老い支度



事前指示 (Advance Directive)

昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為について、自分で決めることが出来なくなってしまったときに備えて、意識がはっきりとしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為についての希望を表明しておくこと。

リビング・ウィル（文書として残す）
 代理人指名
 口頭で伝えておくだけでも有効（米国自然死法）

「肺の病気（慢性呼吸不全）で長年通院中。病気が悪化したときは、人工呼吸器の使用を含め、考え得るすべての医療行為を行ってほしいと、配偶者に伝えておく」

「具体的な医療行為は想像できないが、自分が判断能力のない病状に陥ってしまったら、自分に行われる医療行為に関するすべての決定権をAという人物に任せると、指示しておく」

「癌の末期状態で、治癒の見込みがなくなったら、痛みを抑える治療は十分して欲しいが、いわゆる延命治療はして欲しくないと文書にして残しておく」

事前指示に関する過去の研究

JAMA 276 : 1652-1656, 1996
 AJKD 37, 1216-1222, 2001
 AJKD 47, 122-130, 2006

医師は、患者・家族の希望を取り入れたいという意識は、日本、米国、ドイツに共通していた。

日本の透析患者は、事前指示をしたいと考えている。

日本の透析患者は、自分の希望を、家族や主治医は理解してくれていると思っている。

米国の研究では、患者の終末期に対する希望を、家族・主治医は全く理解していなかった。



以心伝心



あうん



事前指示に関する研究

AJKD 47, 122-130, 2006

残念ながら、家族も主治医も、患者の希望を理解していなかった。

自分の望む形の終末期を過ごしたければ、事前に指示しておくしかない！

死生観を共有するための話し合いを大切に！

日本尊厳死協会 尊厳死の宣言書 (リビング・ウィル Living Will)

私は、私の傷病が不治であり、且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次の要望を宣言いたします。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。従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、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- (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なわないでください。
- (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。
- (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。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さった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。

年 月 日

自署

フリガナ

氏名

住所

〒□□-□□

印

明治 大正 昭和 年 月 日生

一方的
不明確

しかし、尊厳死宣言書だけでは、救急の現場で困ることが多いのも事実です。

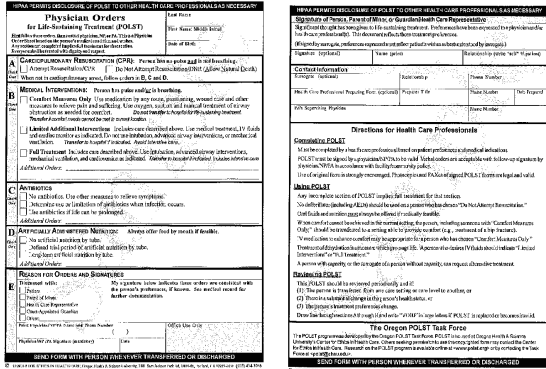
- この状態は、終末期と言い切れない
- この状況において、無駄な延命治療とは何を指すのか？
- 患者さんが、どのような背景・価値観・死生観から尊厳死宣言書を書いたのが不明

II 透析患者における事前指示書（私案） 文数 3時一版改定

<p>本紙を提出するに当たって、あなたの健康状態が以下の状態に陥ったと想定してください。その際に、あなたが透析治療の継続を希望するか、また、心臓病状態になった場合に延命治療を受けるか否かを希望・拒否・不明のいずれかに決まっています。</p> <table border="1"> <tr> <th>健康状態</th> <th>透析治療</th> <th>心臓病状態</th> </tr> <tr> <td>健康状態</td> <td>希望・拒否・不明</td> <td>希望・拒否・不明</td> </tr> <tr> <td>健康状態</td> <td>希望・拒否・不明</td> <td>希望・拒否・不明</td> </tr> <tr> <td>健康状態</td> <td>希望・拒否・不明</td> <td>希望・拒否・不明</td> </tr> <tr> <td>健康状態</td> <td>希望・拒否・不明</td> <td>希望・拒否・不明</td> </tr> </table> <p>備考：以下の欄に、あなたが希望または拒否をする具体的な治療行為が記されています。</p> <p>私の希望は、右記代理人の意見が相違なかった場合、以下のように対応してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 私の希望を優先する 代理人の意見を優先する 	健康状態	透析治療	心臓病状態	健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明	健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明	健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明	健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明	<p>代理人1氏名</p> <p>私、自分自身が受け入れられない治療行為について決定できない状況に陥った際には、以下の希望に基づき代理人の選択を決定する代理人として指名します。</p> <p>代理人1</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>(代理人を複数指定している場合、以下に記載してください)</p> <p>代理人2</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>代理人3</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>私が指定した代理人の中で、意見の相違があった際には以下のようにしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 代理人1の決定を優先する。 代理人の中で多数決で決定する。 	<p>この事前指示書の作成に当たり、前もって医師から十分な説明を受け、十分に理解したうえで作成したものであることを証明します。また、この事前指示書は私の希望に即したものであることを証明します。</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>日付</p> <p>本人の同意</p> <p>私は、上記記載者が正常な判断能力を有して、この事前指示書の作成に同意したものであることを証明します。</p> <p>証人1</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>日付</p> <p>証人2</p> <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>日付</p>
健康状態	透析治療	心臓病状態															
健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明															
健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明															
健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明															
健康状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明															

三浦靖彦、浅井篤ほか：より良いインフォームドコンセントのために、2003

オレゴン州POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)



POLST, MOLST：米国では法的効力あり！

日本版POLSTを作成しました



日本版 POLST (DNAR 指示を含む)
POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment)

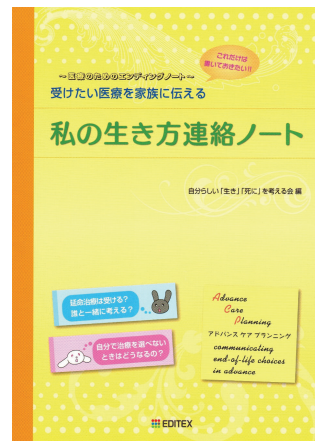
「生命を脅かす疾患」に直面している患者の
医療処置（蘇生処置を含む）に関する医師による指示書

- ★これは日本臨床倫理学会によるPOLST (DNAR 指示を含む) の作成指針です。
- ★患者さんのためにPOLST (DNAR 指示を含む) を作成する医師であれば、どなたでも使用することができます。

必要なのは具体的な指示ではなく・・・

この具体的な状況だったら、この人は、何を希望する（どう判断する）だろうか？
が解ると、医療者も家族も助かる

人生観・価値観・死生観
ものがたり・ナラティブ



「自分らしい生き死にを考える会」が考案した「私の生き方連絡ノート」です。
自筆で書き込む形式をとっており、自分の人生を振り返りながら、今後を考えるものです。
左ページには例示が載っており、初めての人にも書きやすいように考えています。

2010年 EDITEX社 483円（税込み）

＜(2) 判断力のない場合の記入に考えたい項目と記入例＞
① 緊急時は？
② 蘇生処置（気管挿管・心臓マッサージなど）を望むか？
③ できるだけ集中治療（手術・透析・輸血・人工呼吸器などICUのレベルの集中治療）を望むか？
④ 一般病棟でできるレベルでの治療を望むか？
⑤ 食べられなくなったら、そのままにしてほしいか？
⑥ 食べられなくなったら、鼻からのチューブで栄養を入れてほしいか？
⑦ 心臓蘇生の処置・蘇生からの処置を望むか？
⑧ その時の年齢による判断の思いは？
自分にとって区切りの年齢（歳）を過ぎていたらどうするか
★A) B) C) について「今はわからない」と書くこともできます。

医療は日々進歩しています。今の状況が変わることも考えられます。その時に応じた決定を、信頼できる人に頼むことも一つの選択肢です。ただしその場合、自分自身はつきりしている限りだけは、その可能性も含めてしっかりと考えますよ。と伝えたい。
★どんな状況になっても、医療の最善を尽くしてほしい。
★蘇生の処置ができない状態では生きていくのが、治療はないで自宅を最善と考えたい。
★治療の最善がない状況になったら、自宅に帰って出来るだけ家族と共に過ごしたい。
★認知症になったら、専門の施設に入りた〜い。などです。
★未かかっている病状の情報は、自分から積極的に自分の今の状況、考え方を伝えておいてもらいましょう。

- (2) 判断力のない場合
- A) 急病・事故などで意識が不明でないとき（急性期）
- B) 認知症が進んだとき
- C) 病状・事故等の病状が長期間続き、かつ意識表示が出来ないとき（慢性期）
- D) 上記の場合、判断を任せたい人います
- 氏名 () 職柄 () 年 月 日 記入
- 氏名 () 職柄 () 年 月 日 記入
- 氏名 () 職柄 () 年 月 日 記入



2015年09月21日 読売東京朝刊 生活A 12版 15頁





プログラム

総合講師 石橋 謙 (神田大学大学院人文社会科学部研究科特任教授)
 主催機関 石橋 謙 (神田大学大学院人文社会科学部特任教授)
 講師 坂元 直典 (徳田学園女子大学人間健康学部教授) 認知症の人と生きようつながる
 三浦 謙 (東京理科大学保健福祉学部保健福祉総合学際部部長) 認知症の人に対する暮らし支援
 柳川 雅也 (株式会社おんまの代表取締役) 認知症の人との「デジタルフレンド」
 コーディネーター 認知症と暮らしの方
 総合司会 石橋 謙 (神田大学大学院人文社会科学部特任教授) 大野 幸子 (神田大学大学院人文社会科学部特任教授)
 総合講師 宮下 孝一 (中央大学大学院法政研究科教授)

その人らしく生きられる社会へ向けて

公開シンポジウム

現在日本では、新オレンジプランのもと、認知症とともに生きる人を中心とした、暮らしやすい社会の構築が図られています。本日は、新オレンジプランが掲げられている社会課題としましては、認知症の人とともく生活していくための暮らし、労働、学びのうち学びが必要とされるのでしょうか。このシンポジウムでは、こうした問題を、認知症の人の生活に響かせていけるか、また、認知症と暮らしの観点から考えていきたいと思います。

と き 2017年10月14日(土) 14:00~17:00

と ころ グランシップ10階会議室 (1001-1)
 東京駅前駅南口より徒歩3分 <http://www.granship.or.jp/parking/>

参加費 以下の料よりお申し込み下さい。
 定員 100名 (申込上数量、締切とさせていただきます。
<http://goo.gl/49897f>)

参加費 無料

主催 神田大学
 後援 公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団、財団法人認知症予防・軽減推進財団、東京工科大学/認知症予防推進部
 協賛 公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団
 協賛 公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団
 協賛 公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団
 このシンポジウムは、公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団の協賛により開催されています。
 このシンポジウムは、公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団の協賛により開催されています。
 このシンポジウムは、公益財団法人認知症予防・軽減・対応・支援推進財団の協賛により開催されています。

認知症の人の意思決定支援について

千葉大学社会精神保健教育研究センター
五十嵐 禎人

意思決定支援の定義 (障害者総合支援法)

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるように支援し、本人の意思の確認や意思及び嗜好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び嗜好推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

障害福祉サービス等の提供に係る 意思決定支援ガイドライン (厚労省通知)

意思決定を構成する要素

1. 本人の判断能力
2. 意思決定支援が必要な場面
3. 人的・物理的環境による影響

認知症の人と意思決定

- 認知症の人の人権を尊重し、その尊厳を守るためには
- その人の意思決定を尊重することが重要
- 認知症
 - ⇒ 認知機能障害 (記憶障害・実行機能の障害など)
 - ⇒ 判断能力に問題のある可能性

意思決定と判断能力

「文明社会のどの成員に對してても、唯の行爲にせよ、彼等の意志の成るに及ぶるに對しては、一防の止むを得ず、他人の個人自由を侵害するに至らざるを要す。』」

- ① 判断能力のある大人なら、
- ② 自分の生命、身体、財産に
- ③ 他人に危害を及ぼさない限り、
- ④ たとえその決定が本人にとって不利益なことでも、
- ⑤ 自己決定の権限をもつ

(Mill JS: On Liberty 1859 - 掲げ公明;
木村健康 (訳) : 自由論, 岩波書店, 1971
より引用)

(加藤尚武: 現代倫理学入門 講談社 1997
より引用)

意思能力

- 適切な自己決定を行う前提として必要される判断能力、精神能力
- 意思能力のある者の行動・選択は、他人に危害を与えない限り本人の自己決定として尊重されなければならない
- 意思能力がない者の行動・選択は、自己決定として無条件に尊重されるわけではない
- 通常、成人については、意思能力がないと判断されない限り、意思能力があると推定される (意思能力推定の原則)

法律学における意思能力

- 法律関係を発生させる意思を形成し、それを行為の形で外部に発表して結果を判断、予測できる知的能力
- 意思能力の有無は「画一的、形式的」ではなく、個々の法律行為について具体的に判断される」
 - ⇒意思能力は法律行為ごとに異なる
- 通説では、7～10歳程度の精神能力
- 意思能力のない者のした法律行為は無効
 - ⇒取消し可能

行為能力

- 自らの行為によって法律行為の効果を確定的に自己に帰属させる能力
- 法律行為を単独で行うための法律上の資格
- 20歳未満の者は行為無能力
- 制限（行為）能力者が単独で行った法律行為は一定の条件のもとで常に取消し可能
- 同意権・取消権による保護
 - ⇒成年後見制度・未成年後見制度

意思能力と自己決定

- 判断能力が完全な人
 - 自己に不利益な決定をする自由(愚行権)がある
 - 不利益は本人が引き受ける
- 判断能力が全くない人
 - 法的には無効
- 判断能力が不完全な人は？
 - 自己決定の尊重と本人保護とのバランス
- 判断能力の評価をどのようにするか

判断能力の評価のパラダイムシフト

- ノーマライゼーション
 - 障害者権利条約⇒意思決定支援
- 自己決定の尊重
- 「痴呆」から「認知症」へ
- 認知症に関する啓発（早期発見・早期治療）
 - ⇒MCIや軽度のうちに診断される人の増加
 - ⇒認知症と診断されても判断能力に大きな問題のない人も

意思能力判定の方法

- 結果(outcome)判定法
- 状態(status)判定法
- 機能(functional)判定法
 - 法律行為一般ではなく、領域特定の(domain specific)・課題特定の(task specific)に判定する

意思能力判定の構造

レベル		判定
機能的能力	functional ability	認知機能 ⇒ 次元的（連続量）
キャパシティ	capacity	臨床的状态 ⇒ 範疇的（あり・なし）
コンピタンス	competence	法的身分 ⇒ 範疇的（あり・なし）

五十嵐禎人(2005)意思能力について:精神医学的立場から,司法精神医学 第4巻 民事法と精神医学,松下正明編,中山書店,42-52,一部改変

医療行為の法的性格と治療同意能力

- 民法上の準委任契約
- 「十分な説明に基づいた同意」(インフォームド・コンセント)に基づく治療
- 診療が医学上適切に行われた場合でも、患者の同意のない医療行為(専断的医療行為)は違法
 - ⇒不法行為として賠償責任を負う
- 治療同意能力=インフォームド・コンセントを与えるために必要とされる判断能力

認知症の人の治療同意

- 本人の希望・意向を確認する
 - 自己決定がもっとも重視されるべき決定
 - 家族の同意に法的根拠があるわけではない
- 本人の理解の程度を確認する
 - HDS-RやMMSEの得点だけでは不十分
 - 本人の選択の結果だけで判断しない
 - 本人が理解した内容を自身の言葉でいってもらう
- 認知症の重症度との関係
 - MCI~軽度
 - 中等度~重度
- 治療拒否⇒治療同意能力の判定

治療同意能力(機能的能力)の基本構造

- 意思決定に関連する情報を理解(understanding)
- 意思決定の行われる状況や意思決定の結果を認識(appreciation)
- 得られた情報を論理的に操作(論理的思考reasoning)
- 意思決定の結果(選択)を他者に伝達する(選択の表明 expressing a choice)

Appelbaum, P. S., Grisso, T., (1988) Assessing patients' capacities to consent to treatment. New England Journal of Medicine 319: 1635-1638 より引用

理解(understanding)

- 治療に関連する情報の性質と目的を一般的な意味で理解していること
- 病気の状態、診断名、提案されている治療の内容・治療の効果(メリット)と副作用(デメリット)、提案されている治療以外の選択肢(治療)などを、わかりやすい言葉で説明する
- 説明した内容を、患者自身の言葉でもう一度いってもらう

認識(appreciation)

- 治療の行われる状況や治療の結果を認識していること
- ただ情報をわかっているだけではなく、その情報を、その意思決定を行う時のわが身の状況に置き換えてわかっているということ

理解と認識

- 認知症に関する知識を十分に持っている
- 実際に認知症と診断されても、あるいは認知症に基づくBPSD(たとえば物盗られ妄想に基づく家族とのトラブル)が出現しても、自分は認知症ではないと考える人
- 認知症に関する一般的な知識をわかっているが、その知識をわが身の問題に置き換えて活用することはできない
- 疾病としての認知症を理解してはいても、自分の認知症については全く認識していない

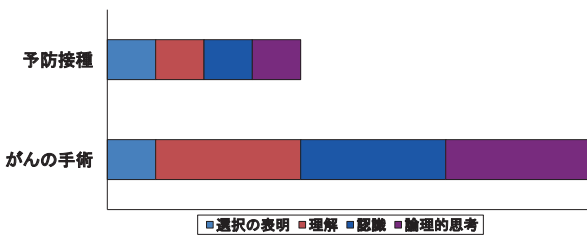
論理的思考 (reasoning)

- 治療に関する様々な選択肢の利益とリスクを比較すること
- 意思決定の結果そのものではなく、意思決定のプロセスに焦点をあてた評価が必要
- 意思決定の結果は、内的に首尾一貫したものであり、その人が元来もつ信条とも整合性のとれたものである必要がある

選択の表明 (expressing a choice)

- ある意思決定の結果を他者に伝達することができる
- 伝達の方法は言語的なものに限らない
- 意思決定の結果を単純に他者に伝達できるということだけでなく、意思決定の結果が一定である必要
- 二律背反した考えをもっている場合、決めたことを理由もなしにころころ変えるような場合には、選択の表明ができないと考えられる

治療同意に必要な機能的能力は 医療行為の内容によって異なる



治療同意能力 (キャパシティ) の判定

- 医療保健福祉専門家によって判定される臨床的状态
- 次元的現象 (連続量) である機能的能力に閾値を設定することによって範疇的現象 (「あり」か「なし」かの判定) に変換する作業
- 閾値の設定

治療同意能力 (キャパシティ) の判定

「機能的能力」の4つの下位能力

- それぞれが平均以上
→「キャパシティ」あり
- それぞれが平均以下
→「キャパシティ」なし
- 総合的に平均以下
→「キャパシティ」なしの可能性

治療同意能力 (キャパシティ) の判定

- 閾値の設定
 - 客観的に設定されるものではない
 - 意思決定を行う状況・背景要因を考慮
- 個別の臨床的評価こそが「Gold Standard」
- 本人の自己決定の尊重 (自律性) と本人の最善の利益 (保護)
- 治療による利益とリスクを比較衡量する
- 患者の選択と医師が患者の最善の利益と考えて推奨する治療方法と異なる場合には、患者にはより高い判断能力が必要とされる
- 患者がどのような疾患に罹患しているか

治療同意能力(コンピタンス)の判定

- 法律家・裁判官が判定する法的身分
- 「あり」か「なし」かの二分法
- 「キャパシティ」の判定結果を参考に行われる
- 「キャパシティ」の判定と完全に一致するものではない

治療同意能力なしと判定された場合

- 治療同意能力低下の要因を検討
 - 薬剤の影響 抗コリン剤、ベンゾジアゼピン、オピオイド
 - 身体合併症
 - ⇒改善可能であれば、その後に再評価
- 改善可能性がない場合
 - 本人の意思を推定
 - 家族・介護者等も交えた検討
 - 本人の生活状況・信条に配慮
 - 成年後見人等は、診療契約の代行は行えるが、医的侵襲に対する同意(=インフォームド・コンセントの代行)は行えない

認知症の人の意思決定支援の工夫

- 難聴
 - 聴器がある場合はなるべく装着してもらおう
 - 本人の正面から口の形を見るように促し、大きく口を開けて発音して見せる
 - 必要以上に大きな声で伝えると、難聴を悪化させる場合がある(騒音暴露)。適宜、筆談を用いる
- 注意
 - 人の出入りや他の人の話し声などが気にならず集中できる環境
 - 話す前に名前を呼んで注意喚起
- 記憶
 - 一文を短く区切る。キーワードとなる言葉は一文に1~2個程度が理想
 - 字や図など視覚的な補助を使うと、記憶に残りやすい。説明の時に使ったメモや図を、後日の確認の時に使うと思出しやすい
- 理解
 - 平易で簡単な言葉、馴染みのある表現で繰り返す
 - 説明内容のポイントを分かりやすく書いて指し示す実際の病変の部位を確認しながら説明する
- 選択
 - 選択肢を2つに絞る→「はい」「いいえ」で答えられる質問

加藤佑佳, 成本 迅, 治療同意にかかわる意思決定の支援. 老年精神医学雑誌 26(9):1005-1009, 2015

エンド・オブ・ライフの決定

- エンド・オブ・ライフの決定
医療に関する同意と同様に、自己決定が重視される
- エンド・オブ・ライフ ケア
診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること

エンド・オブ・ライフの決定の考え方

- 本人の意向の確認
- 本人の意向がないか・不明な場合⇒事前の意思表示
 - アドバンス・ディレクティブ
 - アドバンス・ケア・プランニング
- 事前の意思表示がない場合
 - 専門職と家族による合意形成
 - 本人の信条やこれまでの生活状況から、本人の意思を推定

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン： 人工的水分・栄養補給の導入を中心として (日本老年医学会)

- 医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。
- 本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン:人工的水分・栄養補給の導入を中心として.
日老医誌2012; 49(5): 632-645.
http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/guideline/1203GL_final_0312c.pdf

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン： 人工的水分・栄養補給の導入を中心として (日本老年医学会)

- 経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する。
- AHN 導入に関する諸選択肢(導入しないことも含む)を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- 本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン:人工的水分・栄養補給の導入を中心として。
日老医誌2012; 49(5): 632-645.
http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/guideline/1203GL_final_0312c.pdf

意思決定能力の定義

- 「意思決定能力がないとは、自らに関する意思決定を行う時点で、精神(mind)あるいは脳(brain)の障害や機能不全のために、自らに関する意思決定を行うことができない状態をさす。」
 - 障害や機能不全の原因が一時的なものか永続的なものかは問わない
 - 本人の年齢、外見、行動のみで意思決定能力を判定してはならない
 - 意思決定能力の有無の判定は蓋然性の原則(balance of probabilities)

意思決定能力の定義

- 意思決定に関する情報を理解(understand)できない
- 意思決定に関する情報を保持(retain)できない
- 意思決定の過程で、意思決定に関する情報を活用(use)し重み付け(weigh)することができない
- 意思決定の結果を(手話などを含めたいかなる手段をもってしても)他人に伝達(communicate)することができない

Mental Capacity Act 2005

- ①意思決定能力存在推定の原則
 - 意思決定を行う能力がないと判定されない限り、意思決定能力があると推定されること
- ②残存能力活用の原則意思
 - 決定を行う能力がないと判定する前に、意思決定を行うために必要な援助を提供されるべきであること

Mental Capacity Act 2005

- ③結果判定法の否定
 - 意思決定の結果が賢明でないということだけで意思決定能力がないと判定してはならない
 - 愚行権の保障
- ④ベスト・インタレストの原則
 - 代行決定を行うにあたっては、本人のベスト・インタレスト(Best interests: 最善の利益)を基準とする

ベスト・インタレストの判定

1. 本人はどのように考えていたか
2. 最大限に本人自身を関与させる
3. 確認可能な過去および現在の本人の希望と感情
4. 本人の意思決定に関係したと思われる信条や価値観
5. 本人が相談すべき人として指名した人、本人のケアや福祉に関与している人、永続的代理権の受託者、法定代理人への相談

Mental Capacity Act 2005

⑤最少制限の原則

- 本人の権利や行動の自由の制限については最も制限の少ない方法を考える

Mental Capacity Act 2005

- 意思決定能力存在推定の原則
- 残存能力活用の原則
- 結果判定法の否定

→ 意思決定支援

意思決定能力喪失

- ベスト・インタレストの原則
- 最少制限の原則

→ 代行決定

MCA2005 5条

- 治療やケアなどを提供する者
 - 本人が意思決定能力を喪失している
 - その行為が、本人のベスト・インタレストである
- 「合理的に」信じたことが証明できれば、法的責任を問われない

本人の意思確認が困難な場合の対応

- 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。
- 本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することは、職員が本人の意思を推定するための手がかりとなる。

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

最善の利益の判断

- メリット・デメリットの検討
- 相反する選択肢の両立
- 自由の制限の最小化

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

認知症の緩和ケア

国立がん研究センター東病院
先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野
小川朝生

WHO: 緩和ケアの定義(2002)

- 緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛(suffering)を予防し緩和することにより、患者と家族の Quality of Lifeを改善する取組である

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

言葉の整理

- 緩和ケア的アプローチ:
緩和ケアの考え方を疾患やステージを越えて適応すること
- 基本的緩和ケア:
医療者であれば誰もが実践すること
- 専門的緩和ケア:
複雑な問題に直面する患者・家族に対して、多職種による専門家が対応すること

緩和ケア的アプローチ

1. QOLの重視
2. 全人的なアプローチ
3. 家族を含めた包括的ケア
4. 自立と選択を尊重する態度
5. 率直かつ思いやりのあるコミュニケーション

NCHSPCS Occasional Paper:
Education in Palliative Care.Feb.1996

非がんに対するホスピスプログラム

- プログラム利用者(154万人)のうち、
 - 63%は非がんが占める
- 悪性腫瘍: 36.9%
老衰: 14.2%
認知症: 12.8%
心疾患: 11.2%
呼吸器疾患: 8.2%

NHPCO Facts and Figures, 2013

近代ホスピスの誕生

- 1950年代の英国
1900初頭 65歳以上の人口は1%
1950年代 65歳以上の人口は10%
- Memorial Foundationの調査(1951)
自宅にいる7000人のがん患者の調査
 - 貧弱な環境
 - よりよい施設ケアの提供の必要性
 - 「在宅ケアは望ましいものの、病気で他者に依存しなければ生活できない人たちの面倒を、家族がどこまで気持ちよくみられるのか」との議論
(コミュニティの崩壊と家族扶助ネットワークの崩壊)
- 英国の文化である強力な社会システム上に
医療的援助外で構築



ホスピスの発展

- 施設ホスピスの拡大
建物のほうが理念の象徴として目にふれやすく、寄付や賛同を得やすかったから
(Lewis, the highest giving in the community, 1989)
- 施設から地域へ
ホスピス建築への反省
「死に行く人を、既存の地域サービスから遠ざけ、「特殊なホーム」に隔離することへの反省から地域チームへ
(Wilkes 1980)

ホスピスから公衆衛生的なアプローチへ

- 公衆衛生的アプローチを重視
 - 地域の実情に関する細やかな配慮のない対応は地域住民の益にならない
- 人の生死に当たっての「苦悩からの予防」を目標
(WHO Cancer and Palliative Care Program)

認知症の緩和ケア提供モデル

- The Croydon model**
 - St Christopher's Hospiceが2006-2010にかけておこなった認知症患者に緩和ケアを提供するプロジェクト
 - 200名の患者が参加し、2/3がcare home、1/3が自宅
 - CNSが精神保健の専門家とプライマリケアチーム、在宅チームと密接に連絡を取り、アセスメントをとりつつ、症状コントロールのアドバイス、コーディネーション、家族へのケア・アドバイス
 - CNSの介入は、医療チームと家族とのコミュニケーション、患者が意向を伝える機会を増やした
 - チームの提供するケアの質が向上し、最終的には90%が自宅で看取られた

がんと認知症

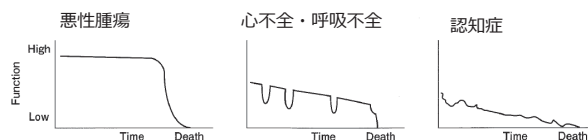
- 共通点
 - 確実な治療法がなく緩徐に進行し死に至る病
 - 患者と家族の苦痛が大きい
 - 意思決定の支援を要する
- 相違点
 - がん：
 - 身体機能は予後1ヶ月程度まで保たれる経過がかなり正確に予測可能
 - 認知症：
 - 進行が年単位
 - 身体合併症が重なり予後予測に難しさ

認知症の緩和ケアとは： 欧州緩和ケア学会 (EAPC)からの提言

- 認知症の緩和ケアに関する提言
(White paper defining optimal palliative care in older people with dementia)
- 11領域57の提言
 - 認知症に対する緩和ケアの適用可能性
 - パーソンセンタードケア、意思決定の共有
 - ゴール設定、事前の相談
 - ケアの継続性の確保
 - 予後予測と死の認識
 - 過度・無益な治療の回避
 - 治療の最適化、快適さの確保
 - 精神心理的支援
 - 介護者へのケア
 - 医療チームの教育
 - 社会的・倫理的問題



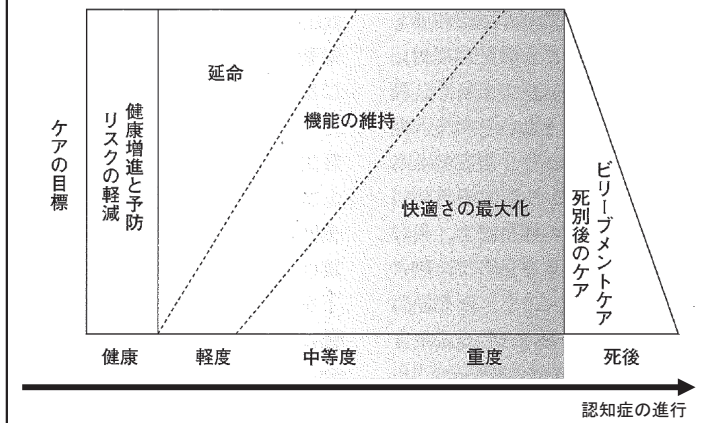
疾患の経過 (illness trajectory)の認識 (予後予測)



- 患者が疾患の経過のどの位置にいるかを把握
- 患者がどのような体験をするかを予測し、起こりうることを見越して対応
- 今後起こりうることに對してどのように対応するかを繰り返し患者と共有、方向性を検討
- 特に正確な経過予測は、患者・家族の意思決定に欠かせない

(Lynn, 2001)

治療の最適化、快適さの確保



認知症の緩和ケアとは：

1. 患者への心理的支援

- 認知症の罹患に伴う精神心理的苦痛
 - 認知症では本人が認識できないとの先入観から見落とされる
 - 軽度認知症：
 - 疾患に対する違和感・苦痛
 - 自律性の喪失の恐れ
 - 中等度・高度認知症においても配慮
- 予後予測を踏まえた意思決定支援 (Advance Care Planning)

認知機能障害（認知症、せん妄）のある患者との接し方の工夫

コミュニケーションをはかる上で一番問題になるのは“注意の障害”
(注意障害：注意・集中を向けることができない、維持できない)

いかに負担なく注意を向けてもらえるかがポイント

- 視野の中に入って声をかける
(視野の外(後ろ)から声をかけても、意識がわかない)
- 正面から声をかける
- 普段よりも一歩近いところから
(注意の維持がしやすいように、より近くははっきりと見えるところから)
- 複数の刺激を用いる (ケアの道具を見せる、タッチングをする、など)
- アイコンタクトをとる
(注意がそれるのを防ぐ)
- 視線は患者より低めに
- 手で顔を覆わない

認知症の緩和ケアとは：

2. 身体的苦痛の緩和

1. 疼痛緩和
 - 認知症の人の疼痛は過小評価される
 - BPSDと誤解される危険性
 - 客観的な疼痛予測法の検討
2. その他の身体症状緩和
 - 呼吸困難
 - 吐き気
 - 倦怠感
 - 常に過小診断・過小治療のリスク

身体的苦痛の緩和 認知症患者の痛みの評価

- 認知機能障害が軽度または中等度
 - 疼痛の評価尺度を使える可能性が高い
 - 一番あったやり方を見つけたら工夫 (VRSが進行していても使える可能性が高い)
- 認知機能障害が高度
 - 約40%で自己評価尺度の使用が可能
 - 痛みに関する発言が疼痛を自覚している兆候となる
 - 詳細な評価には耐えられないことが多い

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、短期間の過換気	雑音が多い努力性呼吸、長期の過換気、チェーンストークス呼吸
ネガティブな発声	なし	随時のうめき声、ネガティブで批判的な内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、大声でうめき、苦しむ、泣く
顔の表情	微笑んでいる、無表情	悲しい、怯えている、不機嫌な顔	顔をゆがめている
ボディランゲージ	リラックスしている	緊張している、苦しむ、行ったり来たりする、そわそわする	剛直、握ったこぶし、引き上げた膝、引っ張る、押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気をそらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、安心させることができない

平原佐斗司：認知症の緩和ケア，緩和医療学,11 (2) ,P36,2009

身体的苦痛の緩和 痛み・不快さを示唆する行動

表情・行動

- ・涙を流す、泣き叫ぶ
- ・落ち着きがない、動揺する
- ・緊張
- ・パニック
- ・中途覚醒、睡眠パターンの変化
- ・身構える
- ・動作を繰り返す

自律神経症状

- ・血圧
- ・脈拍
- ・発汗

*問題行動=BPSDと決めつけない
BPSDと判断する前に、痛み・苦痛の見落としがないか確認*

認知症の緩和ケアとは： 3. 適切な支援・ケアの提供

1. 低栄養・食思不振
 - セルフネグレクト・アパシー
 - 視空間認知能力の障害
 - 失行
 - 神経変性に伴う誤嚥
2. 感染
 - 認知症患者の予後を規定する要因
(一般に3-6年と短い)
 - 気管支肺炎
 - 尿路感染 (失禁)
 - 重症化 (自覚症状の取得が困難)

ケアの提供 -食事- 体重減少・食欲低下・悪液質

- ・ 摂食低下を伴うことが多い
 - 軽度認知症：行動障害 (セルフネグレクト、買い物をおぼえる)
 - 中等度認知症：失行、食事に注意が続かない、貯食
 - 高度認知症：嚥下障害
- ・ 2つのパターンに注意をする
 - 緩徐な減少： 認知機能障害、社会的要因
 - 急激な減少： 疾病罹患、虐待

「食べない」= 食欲不振 ではない

食べない時に考えること

- ・ 注意が向かない・それる
- ・ 食器が使えない
- ・ 注意がそれる
- ・ 食事を口元にもっていけない
- ・ 食事時間を忘れる
- ・ 興奮
- ・ 習慣の乱れ
- ・ 食事との認識が困難
- ・ 食物の滞留
 - 歯がない
 - 義歯があわない
- ・ 口腔乾燥
- ・ 口腔内感覚低下
- ・ 皮質延髄路の障害
- ・ 薬剤性パーキンソン症状
- ・ DLBによるパーキンソン症状

認知症の緩和ケアとは： 4. 家族への支援

- ・ 認知症の経過、関連する健康上の問題 (特に身体合併症) について、ほとんどの家族は理解をしていない (Caron, J Applied Gerontol 2005)
- ・ 予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談
- ・ 意思決定代理に伴う苦痛
- ・ ステイグマ
- ・ 介護負担

説明義務

1. インフォームド・コンセントの柱
治療行為の前に必要
説明義務違反： 民事・刑事訴訟
2. 医療の質 (意思決定)
3. コミュニケーションの質

意思決定が困難な場合→ 原因への対応
決定を支援する取り組み

意思決定能力

- 選択を表明する能力 (express a choice)
- 治療に関連する情報を理解する能力 (understand)
- 情報の重要性を認識する能力 (appreciate)
- 論理的に考える能力 (reason)

Grisso, et al., Law Hum Behav 1995

意思決定能力の認識

大学病院

- 入院患者302名を対象に判定面接
- 72名 (24%) は意識障害
- 50名 (31%) は同意能力障害と判定
- 主治医が“障害あり”と認識できたのは12名(24%)だった (Raymont, et al., Lancet 2004)

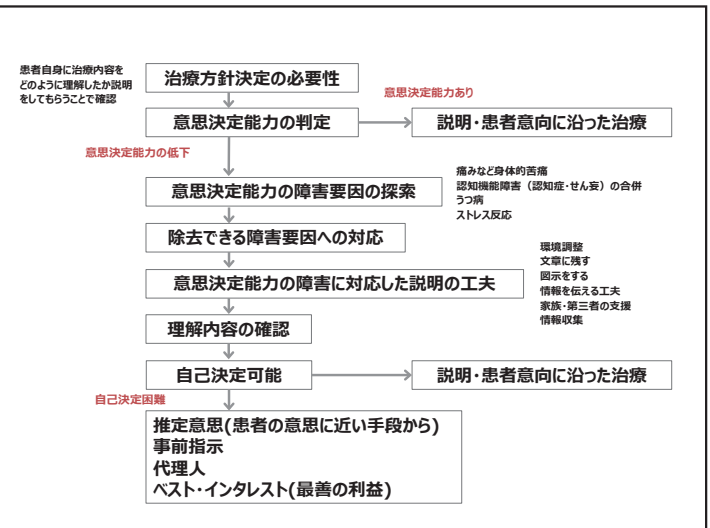
急性期一般病院

- 入院患者195名を対象に判定面接
- 38名(19.5%)は意識障害
- 14名(7.2%)は同意能力障害 (Fassassi, et al., BMC Medical Ethics 2009)

意思決定能力の評価

以下の項目について、本人から理解を尋ねる

項目	小項目	具體的な内容
疾患についての理解		診断、疾患の特徴、経過について、患者の理解の度合を確認する。
疾患についての認識		説明した疾患の内容が、自分自身に関連していることと認識しているか否かを確認する。
治療とその危険性・苦痛についての理解	治療についての認識	治療の名前、治療の特徴を理解しているか確認する
	利点・危険性の理解	利点・危険性を理解しているか確認する
治療についての認識		治療について患者がどのように考えているか確認する
代替治療		名称、特徴、利点、危険性
論理的思考	選択と理由づけ	患者の希望を確認する
	結果の推測	治療による影響についての理解を確認する
	最終的な選択	
		論理的な一貫性

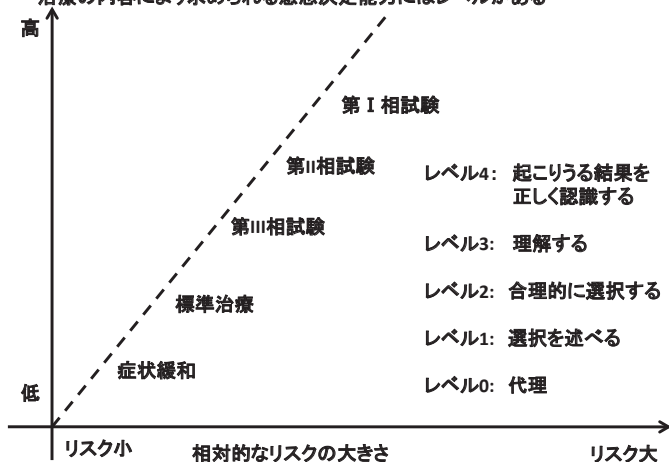


意思決定

- 適切な治療を受ける権利が守られていない危険性
 - 「認知症」と診断がつかず「本人は何もわからない」と誤解
 - 家族と医療者のみで治療を話し合い決めてしまう危険性
- 認知症と気づかれずに治療が進み、本人や家族に負担を強いる結果を招く危険性がある
 - 認知症に対する認識がまだ低いため、治療開始時に見落とされる (リスクの見落とし)
 - 治療が進み、予定通り進まないことで初めて気づかれることがある
 - せん妄の合併
 - 食事摂取の低下、リハビリの遅延 (アパシーによる)
 - コンプライアンスの不良 (経口抗がん剤の内服、ストマ・ケア)

悪性リンパ腫の治療開始時点で25%に意思決定能力の低下がある (Sugano, 2015)
 肺がんの薬物療法開始時で24%に意思決定能力の低下 (厚生科研 2012)

治療の内容により求められる意思決定能力にはレベルがある



高齢者の意思決定能力の評価

- 希望の表明ができないことはほとんどない
- 簡易認知機能検査との相関はそれほど高くない
(MMSE 15点くらいまでは、中等度の意思表示は可能)
- 障害は主に、記憶と比較困難
 - 記憶できない
(説明を覚えていない、罹患した事実を覚えていない)
 - 比較できない
(選択肢の参照ができない)
 - 今後の見通しを想像できない
(自宅に戻ってから何が必要になるか判断できない)

認知症の意思決定を支援するためには

- 話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- リラックスできる環境で説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、うなづくことや手振り、笑顔からも読み取る
- 友人や家族と一緒にいるときに話し合う
- 繰り返し確認する(時間を置いて確認する)
- 複数の人から尋ねる

(Dementia, from Advanced Disease to Bereavement)

代理意思決定 (health care proxy, durable power of attorney for health care)

- 患者に医療に関する意思能力がないと判断された場合に、意思決定を代わりにする代理人
- プロセスが大事。代理人同席でACPを進めることが、患者の意向を反映させる上で重要

代理意思は難しい

- 代理人と患者のペア
2595組のメタ解析
- 患者と代理人の判断の一致率は68%

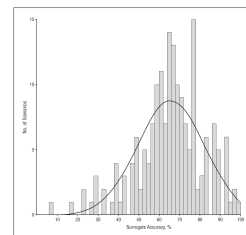


Figure 2. Distribution of surrogate accuracy in individual scenarios. Each column represents the number of

Table 3. Surrogate Accuracy: Effect of Method of Surrogate Selection

Method of Surrogate Selection	Accuracy, %	95% CI
Patient designated*	69	63-74
Legally assigned†	68	59-75

Abbreviation: CI, credible interval.

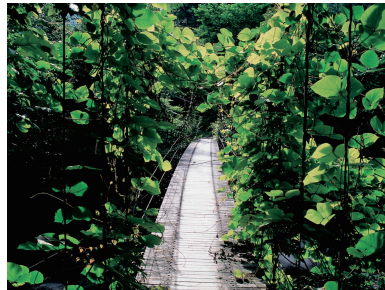
*Surrogates selected by the patient; 108 scenarios, 2068 surrogate-patient pairs.

†Surrogates assigned using legal hierarchy of appropriate state; 43 scenarios, 527 surrogate-patient pairs.

Shalowitz, Arch Int Med 2006

ベスト・インタレストとはなにか

- 意思決定権限者に対する行為規範
(全ての行為は本人の「ベスト・インタレスト」に即して行われる必要。反する行為は損害を与えた場合に法的責任を問われる)
- 「ベスト・インタレスト」は一義的に定義はされない。行為指針として示し、意思決定権限者に裁量を与えて柔軟な支援を推奨
- 注意すべき点は、「ベスト・インタレスト」の判断基準は「本人」であり、単に客観的な視点で本人のためになると一般的に考えられる「標準的」な結論を導くことは異なる。
何が本人にとって最善かは、本人しか判断できず、たとえ客観的にみて賢明でない判断だとしても、家族の意思や見解、専門家の意見、社会常識よりも優先させるという立場を貫いている。



ご清聴いただきありがとうございました
ご意見・ご質問ございましたら
E-mail: asogawa@east.ncc.go.jpまで気軽にお願いいたします

参考資料

- 1) 自分らしい「生き」「死に」を考える会 編著：私の生き方連絡ノート．有限会社 EDITEX 発行，東京，2010.
- 2) 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：厚生労働省，2015.
- 3) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015：日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究 研究班・日本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ，2015.
- 4) BPSD に対応する向精神病薬使用ガイドライン(第 2 版)：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 認知症に対するかかりつけ医の向精神病薬使用の適正化に関する調査研究班作成，2015.
- 5) 認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業報告書：平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分 公益社団法人日本精神科病院協会作成，2016.
- 6) 自分らしい「生き」「死に」を考える会 編著：自分らしい「生き」「死に」を考えるー「私の生き方連絡ノート」を活用してー．有限会社 EDITEX 発行，東京，2016.
- 7) 人生の最終段階における医療のガイドライン(第 4 版)：佐賀県医師会，2017.
- 8) 第 X V 次 生命倫理懇談会答申 超高齢社会と終末期医療：日本医師会 生命倫理懇談会，2017.

参考文献

- 1) 明智 龍男：精神療法. 臨床精神医学 39(7) : 897-901, 2010.
- 2) 江原 嵩, 河上 靖登：認知症治療薬の投与はいつまで続けるか. 仁明会精神医学研究 14(1) : 29-40, 2017.
- 3) 林 真由美：認知症とともに生きる人々のための権利と権利ベースのアプローチ. 精神医学 59(8) : 739-748. 2017.
- 4) 井藤 佳恵：認知症高齢者の身体治療に関する意思決定のあり方. 老年精神医学雑誌 27(4) : 382-389, 2016.
- 5) 齊藤 正彦：精神科病院における身体合併症医療－東京都立松沢病院の実践－. 老年精神医学雑誌 27(4) : 375-381. 2016.
- 6) 繁田 雅弘：アルツハイマー型認知症の精神療法－もの盗られ妄想を題材として－. 臨床精神医学 46(11) : 1415-1419, 2017.
- 7) 清水 哲郎：認知症患者の end-of-life care. 老年精神医学雑誌 25(2) : 127-134, 2014.
- 8) 西村 美智代：看取りに向き合える人材育成を目指して. 老年精神医学雑誌 25(2) : 144-152, 2014.
- 9) 小賀野 晶一：意志決定プロセスと法的整備. 老年精神医学雑誌 25(2) : 170-192, 2014.
- 10) 小川 朝生：認知症の緩和ケア. 精神神経学雑誌 118(11) : 813-822, 2016.
- 11) 小澤 竹俊：人生の最期にどう向き合うか 苦しみの中でも“穏やかになれる” 援助の在り方とは. 週刊医学界新聞 3246. 医学書院, 東京, 2017.
- 12) 武田 雅俊 監修, 小川 朝生・篠崎 和弘 編集：認知症の緩和ケア, 新興医学出版社, 東京, 2015.

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

**認知症の症状が進んできた段階における
終末期ケアのあり方に関する調査研究事業
報告書**

発行日 平成 30 年 3 月

発行 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>

