



Japanese Journal of Geriatrics

VOL.51
NO.6
2014
November



一般社団法人日本老年医学会

日 老 医 誌

Nippon Ronen Igakkai Zasshi

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインに沿って、 胃瘻からの栄養補給法の中止を検討した1例

沖田 将人¹⁾ 日下部明彦¹⁾ 秋葉 涼子¹⁾ 八木 宏章²⁾ 田村 陽一²⁾

要約 94歳女性、アルツハイマー型認知症の末期、寝たきり、意思疎通は不可能。胃瘻からの人工的水分、栄養補給法（以下、AHN）を行っている患者の娘からAHNの中止を求められた。そこで、日本老年医学会が発行した高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（以下、ガイドライン）¹⁾にそって、約2カ月の時間をかけて複数医師の診察、家族、訪問看護師ステーション責任者、ケアマネージャー、訪問介護事業所責任者、訪問入浴事業所責任者、介護用具貸出事業所責任者と話し合いを重ねた末に、AHNの中止を決断した。その後患者はインフルエンザに罹患し、肺炎を併発したため、AHNは中止せずに肺炎発症から7日目に永眠した。今回の症例で、胃瘻を中止することが命を断ち切る心の葛藤に家族は悩まされることや意思疎通のできない患者の本人らしさをどのように引き出すのかの難しさをあらためて実感した。今までにガイドラインにそってプロセスをふみ、AHNの中止を検討した報告はなく、今後の課題などを考察して報告する。

Key words : 胃瘻, ガイドライン, 尊厳, 認知症, 中止

(日老医誌 2014; 51: 560-563)

緒言

重度の認知症、寝たきりで意志の疎通が全くできない患者に対するAHNに関してはその是非に関してさまざまな議論がなされている。今回我々は、94歳女性、アルツハイマー型認知症末期の患者のAHNの中止を家族から強く希望された。ガイドラインにそってプロセスをふみ、中止までの決定を行い、家族の心の問題など、ガイドラインだけでは解決しない問題も経験したので報告する。

家族に対する倫理的配慮

AHNの中止による脱水症状の進行や低栄養にともなう身体的変化を主治医から十分に説明を行った。また、一度決定した医療の内容はいつでも撤回できることも十分に説明した。

介護職に対する倫理的配慮

多職種カンファレンスを行い決定した医療を行った際

1) M. Okita, A. Kusakabe, R. Akiba: みらい在宅クリニック

2) H. Yagi, Y. Tamura: ゆう在宅クリニック
受付日: 2013.12.12, 採用日: 2014.7.29

の医療的責任は医師にあり、介護職にはないことを保証した。

症例

94歳女性。80歳ごろより、妄想、健忘が出現し、近医でアルツハイマー型認知症の診断。89歳ごろより誤嚥性肺炎を繰り返し発症したため、90歳の時に胃瘻造設し、その後老人保健施設に入居。92歳のときに介護老人保健施設を退所した。退所後、発熱などで病院への緊急搬送、入退院が増えてきたため、ケアマネージャーの勧めもあり、平成24年6月に在宅医療目的に当院に初診。受診時の診察では、身体的所見は血圧117/65、心拍数72回/分、体温36.6度、体重は34.5kg、身長は極度の全身の拘縮のため測定は不可能。呼びかけに対して全く反応がなく、認知症検査の長谷川式簡易知能評価スケールを含め認知度を判定することは不可能。アルツハイマー型認知症のFAST分類は7-f。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸を認めない。心音、呼吸音に異常を認めない。腹部は平坦で、触診上軟であり腫瘤は触知しない。腸音に異常はない。両下腿に浮腫を認めない。褥瘡はなし。四肢関節、手指の拘縮著明。各種の反射も拘縮が強く所見をとることが困難であった。

介護状況

主介護者である娘は昼間は貧困者支援のボランティアをやりながら患者の介護をおこなっていた。介護サービスは平日の娘の生活をなるべく維持できるように1日3回から4回、休日は1回の訪問介護サービスが入っていた。夜間、深夜も週に6回訪問介護が入っていた。

初診時からAHNの中止決定までの経過

胃瘻を用いたAHNはトラブルなく成立していたが、訪問診療のたびに、患者の関節の拘縮の進行、廃用の進行に対して、娘から「母はこれでいいのでしょうか？母は苦しいのではないかと、母にとっては拷問だと思います。」という発言が聞かれていた。これに対しては、家族による介護に加え、訪問リハビリテーションや訪問看護師を導入して症状改善の努力をした。しかし患者の状態に変化はなく、関節の拘縮、廃用はさらに進行し、娘の訴えにも変化は見られなかった。さらに訪問診療を続けていく間に徐々に娘と主治医にも信頼関係ができたためか、娘の発言に「これを母はいつまで続けないといけないのかしら」という言葉も聞かれ始めた。そこで、平成24年12月に主治医から、日本老年医学会から“高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン”¹⁾が公表されたことを告げ、患者のことを第一に考え、十分議論を重ねた上で、胃瘻からのAHNを中止が可能なことである旨を介護者である娘に伝えると、「それができるならば是非やってあげたい。」と即答され、胃瘻からのAHN中止の実行への議論が開始された。それまでも幾度となくガイドラインの存在を伝える機会があったが娘の考えに変化がないことを確認しておきたかったこと、また、伝えれば即座に議論を開始し、実行へと結びつくであろうことに多少の恐れを医師として感じていた部分で伝えることをこちら側が躊躇していたことは否めない。12月は頻りに訪問診療を重ね、娘さんの意志がわかりないことを確認した。1月初旬に院内の医師2人と連携するクリニックの医師2人にAHNの中止を求める患者の存在を周知し、ガイドラインに沿ってAHNの中止を進めていくことに医師全員が賛同できるか確認し（後述）、全員の賛同をえることができた。また1月は主治医以外に2人の医師による診察を行った。主介護者の娘以外の近親者は、孫と遠方に住む長男であった。孫とは主治医が1月20日に面会し、遠方に住む長男は面会が困難であり主治医から電話で主旨を説明した。最終的に孫は「母に後悔が残らないのであれば母の判断に一任したい」という返事を頂いた。長男は「母のことはすべて妹に一任

しているので妹の判断に任せる」という返事であった。以下がお二人への説明の主旨である。

主旨

- ・患者の意識レベル、現在の活動レベル、経口摂取回復の可能性がほぼゼロであること。
- ・主介護者である娘さんが現在のANHが本人のおもい患者にとって苦痛を長引かせるだけであるという強い思いを持っていること。

- ・ANH中止のガイドラインが発表されており、これにそってしっかりと段取りを踏めば中止は可能であり、決定に際して行われた医療的責任は医師がとること。

2月8日に複数医師の診察、娘、訪問看護師ステーション責任者、ケアプラン作成事業所責任者、ケアマネージャー、訪問介護事業所責任者と主任、訪問入浴事業所責任者、介護用具貸出事業所責任者カンファレンスを予定した。しかし、同時期の2月1日に38.8度の発熱で往診したところインフルエンザA型陽性の反応と痰絡み著明、Spo2 88%と低酸素も認めた。抗インフルエンザ薬と抗生物質、解熱剤の投与を行い胃瘻からの水分注入を行った。水分については、インフルエンザ感染症による腸管の吸収障害が予想されたためスポーツドリンクなどを一日500~1,000ml程度注入した。在宅での可能な限りの治療にもかかわらず、痰絡みと呼吸状態は徐々に悪化し、予定していたカンファレンスの日を迎えた。カンファレンスでは訪問看護事業所の責任者から「なぜいま胃瘻からの栄養中止をしなくてはならないのかわからないが、娘さんが決めたことなら支援します」という発言がみられた。この疑問に関しては、娘さんがご自身の介護が大変だからではなく、前述のように、AHNによって命をながらえている本人のためであることなどを説明した結果、「最期までいままでとかわらない介護で一杯支援します。」という言葉で終わった。他は参加者すべてがAHNの中止に対して疑問の声は上がらず、カンファレンスで主治医がAHN中止の決定を行った。AHNの中止の時期は主治医と娘さんの判断に一任していただくことでカンファレンスを終えた。しかし、カンファレンスから2日後に肺炎が改善せず永眠され、結果的にAHNの減量はおこなったものの、中止には至らなかった。

死後1カ月後に患者宅を訪れた。涙ながらに娘は様々なことを語られたが、「私が母の命を断つという決断をしていいのかという迷いは大きかったが、でもそれを母のためにやらざるを得なかった。母は私に過ちを犯させないために旅だったのだとおもいます。」という言葉がいつまでも心に残っている。胃瘻からの栄養中止を強く求

め続けていた娘さんも実際に「自分が母の命を断ち切った」ことへの罪悪感を背負い続けていたことを強く再認識させられた。

院内の医師によるカンファレンス

医師は当院の医師2人と連携クリニックの医師2人の計4人で、うち、1人は在宅医療経験が1年の日本緩和医療学会の専門医、2人が在宅医療経験は7年以上でいままでに300人以上の在宅ターミナルケアに関わってきた医師、残りの1人は在宅医療経験が2年目の医師であった。当院は主治医制をとっており、連携クリニックとのカンファレンスは毎週開催されており、医師は年齢、経験に関係なく自由に意見が言える環境は常に心がけている。

AHNの中止を求められたことに対して院内医師で以下の事項に対して確認をした。

1. 患者の意識レベル、活動レベルの回復の可能性の評価方法

当院は前医から診療情報提供書を受け在宅医療を開始した。脳のCTをはじめ、嚥下機能の再評価を行うかを議論した。長い病歴から現在は認知症の進行による廃用症候群の状態に至り、発語はなく意思疎通も全く不可能であることから、病院での検査そのものが患者に与える苦痛を考えると認知症の末期状態の患者の診察経験を多数有する複数の医師が診察することにより、機能回復の可能性がないことを判断することが一番望ましいと判断した。

2. 患者の苦痛を取るための方法はとられているか

今回の症例では胃瘻からの栄養注入は全く問題なく成立しており、嘔吐、下痢などの消化器症状は診療期間を通じて1回もなかった。苦痛表情は体位交換やおむつ交換の時に拘縮した関節に力が加わることにともなう痛みの時だけであった。しかし、拘縮部位や指間へのクッションなどの緩衝材を使用しており、苦痛除去はなされていた。また、頻回の体位交換により褥瘡形成は認められなかった。しかし、娘からは前述のように「母はこれいいのでしょうか？母は苦しいのではないか、母にとっては拷問だと思います。」という発言が聞かれていた。

3. 本人の意志、死生観を取り込めるか

娘の言葉で患者は意識がしっかりしているころ延命医療を望んでいないという言葉が聞かれたが、医師、看護師、介護すべての職が患者の意思疎通が不可能な状態から関わっており、医療者、介護者側はこれを直接本人から確認する術はなかった。

4. 主介護者以外の親族も決断を共有できるか

患者の親族は主介護者の娘、その息子、及び遠方に住む長男であった。息子、長男とも直接話を行い、「母が介護をしているのだから、後悔がない選択をすればその決断に自分は何かをいうつもりはない」と聞いた。

5. 介護者のネグレクト、精神異常状態はないか

主治医が訪問診療していた経過中にネグレクトや精神異常状態を疑う事象は一度もなかった。ただ、もし、ネグレクトや精神異常があった場合の記載はガイドラインではなく、介護者の状況と本人らしい生を考えるとこれを関連付けるべきなのか、医師のカンファレンスでも結論はでなかった。

考 察

今回我々は、平成24年6月に公表されたガイドラインに従い、慎重かつ迅速にAHNの中止の決定までを行った。振り返ってみて、ガイドラインにプロセスをしっかりと踏めば責任を問われるものではないと明記されているため、我々医療者側にいままでにはなかった一定の安心感を与えてくれた反面、やはりガイドラインだけでは解決しない介護者のこころの問題が大きいことがわかった。

今回我々は一番に「患者本人のことを第一に考えて進められるべき」というガイドラインに従った。多職種を交えたカンファレンスでも介護者からの意見は概ね、娘の決定を支援したいというものであったが、その中で、なぜ今、AHNがうまく行っている患者にこのようなことを議論しなくてはならないのか分からないというのは正直な意見である。AHNを受けている意思表示ができない患者本人がどのように感じているかというのは、患者との関わりの度合い、判断する人の死生観、文化などさまざまなことに影響を受けるため非常に難しい。認知症の末期で廃用の状態であり、天涯孤独で老人ホームなどでAHNによって生きている人、ネグレクトを含めた虐待に近い状態で在宅で介護を受けている人と、逆に介護状況は万全で意志の疎通はできなくても、まばたきをしてくれるだけで愛おしいと感じる家族では、第3者として見た場合の印象や責任が大きく違う。また、今回は介護状況に問題のない症例であったから、家族が主導して、ガイドラインにそって進めていくという結論になったが、ここに介護放棄や孤独という問題があった場合、また、強く中止を希望する家族がいない環境の人に対しては議論が開始されないと本人らしい生をどのように考えるかは現在のガイドラインだけでは難しい。

それは、AHNによって維持された命であっても、介

護をする側にとってそれが日常になった場合、あえて中止するという考えにはなりにくいことなどあげられると思うが、やはり、一番の理由は、順調に行われている経管栄養を中止することは、判断をするものが最終的に命を断つ決断をしなくてはならないことにつながっているからではないだろうか。この点に関しては、今回、公開でカンファレンスを行い、患者の介護、医療に携わるものの多くが娘の希望に同調できることを認識していただき、心の負担を分散する努力は最大限にした。しかし、患者が永眠したあとに訪問した際にも、「私が母の命を断つという決断をしていいのか」という迷いは大きかったが、でもそれを母のためにやらざるを得なかった。母は私に過ちを犯させないために旅だったのだとおもいま

す。」という心が痛む言葉を娘さんから頂いたことから明らかである。

今後、さらに「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」が国民的な議論を重ねて、高齢者の終末期医療を支える有意義なものになることを切望する。

最後に

現在でも複雑な心境であるにも関わらず、症例報告の承諾を快くいただいた娘様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 社団法人日本老年医学会：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: 633-645.

A case of an elderly woman with dementia in whom nutrition via gastrostomy was discontinued after considerable discussion according to the guidelines

Masato Okita¹⁾, Akihiko Kusakabe¹⁾, Ryouko Akiba¹⁾, Hiroaki Yagi²⁾ and Youichi Tamura²⁾

Abstract

A 94-year-old woman with Alzheimer's disease had been receiving nourishment via gastrostomy for three years and in a state in which communication was not possible. Upon the family's request for consultation and advice, and after a considerable discussion according to the guidelines, the decision was made to stop the gastrostomy feeding. The patient subsequently coincidentally contracted influenza one week later and died due to pneumonia. Based on our experience of making the decision to stop nutritional supplementation via gastrostomy according to the guidelines, there are various issues, such as the psychological distress of the family, which cannot be resolved based on the guidelines.

Key words: *Gastrostomy, Guideline, Dignity, Dementia, Stop*
(Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2014; 51: 560-563)

1) Mirai Zaitaku Clinic

2) Yu Zaitaku Clinic