

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

事例検討 認知症の緩和ケア

その後の経過について①

- 今後の療養の場や延命治療について、長女夫婦と孫、北海道の次女も含めて、話し合いを行った。
- 今までの療養の経過を説明し、ご本人の延命治療に対しての明確な意志はわからないが、重度のアルツハイマー型認知症であり、過去が消失していくとともに未来という概念も本人の中にはすでになく、何かのために長く生きたいという感覚もないことを説明した。

その後の経過について②

- 一方、脳の中で苦痛を感じる部分（辺縁系）の機能は、ある程度保たれており、苦痛なく穏やかに過ごせることがご本人にとって、最も価値のあることであろうということを説明した。
- 苦痛を伴う治療行為は、本人にとって苦痛を我慢する意味は理解できず、ただの拷問になりかねないことを説明した。
- その上で、充分話し合った結果、胃瘻は実施しない方針とし、少量の輸液だけを継続し、自宅で最期まで見る方針を確認できた。

その後の経過について③

物忘れ
出現



13年後
3月

13年後
5月

- X+13年3月21日から少量(一日500ml以下)の皮下輸液に切り替えた。
- 訪問看護に加えて、巡回型ホームヘルプを導入、ホスピスケアのための介護体制をつくった。
- 5月6日早朝、家族全員に見守られながら穏やかにお別れをした。
- 自宅で最期まで過ごせたことに、長女をはじめ、家族はとても満足されていた。

ミニレクチャー

認知症の緩和ケア

1990年代にスウェーデンのBeck-Friis Barbro博士が、
がん患者に対する緩和ケアの理念が認知症の症状緩和にも当
てはまることに気づき、認知症の緩和ケアの概念を確立した。

認知症の緩和ケアの柱

- ① 症状の観察と緩和
- ② チームアプローチ
- ③ コミュニケーション
- ④ 家族の支援

<http://www.dcnet.gr.jp/campaign/campaign2004/kouen.html>

認知症の末期とは？

Hospice eligibility (米国)

- FAST分類の7(高度のアルツハイマー病)-Cを超える状態(一人で移動できず、意味のある会話ができず、ADLはほぼ依存、便失禁や尿失禁がある状態。)
- 誤嚥性肺炎、尿路感染症、敗血症、悪化傾向にある多発性の3～4度の褥瘡、抗菌薬投与後の繰り返す発熱、6カ月以内の10%以上の体重減少などの合併症を併発

平原佐斗司編: チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア, 南山堂 (2009)

FASTの分類

Stage	臨床診断	特徴
1	正常	主観的にも客観的にも機能異常なし
2	老化	物忘れや仕事が困難の訴え、他覚所見なし
3	境界域	職業上の複雑な仕事ができない
4	軽度AD	買い物、金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない
5	中等度AD	TPOにあった適切な服を選べない、入浴を嫌がる
6	やや高度AD	a) 服を着られない b) 入浴に介助必要 c) トイレの水を流せない d) 尿失禁 e) 便失禁
7	重度AD	a) 語彙が6個以下 b) 語彙が1個 c) 歩行不能 d) 座位不能 e) 笑顔の喪失 f) 頭部固定不能、意識消失

(Reisberg, B., et al. Ann NY Acad Sci , 1984)

認知症の末期とは？

Gold Standard Framework (英国)

- 介助なしには全く歩けない
 - 尿失禁と便失禁
 - 意思疎通ができない
 - 介助なしに着替えができない
 - Barthel score が3未満
 - ADLが悪化している
 - 以下のうち少なくとも一つ
- ①6ヶ月で10%以上の体重減少 ②腎盂腎炎や尿路感染症
③血性アルブミン低値<2.5g/dl ④重度の褥瘡
⑤繰り返す発熱 ⑥体重減少や経口摂取の減少
⑦誤嚥性肺炎

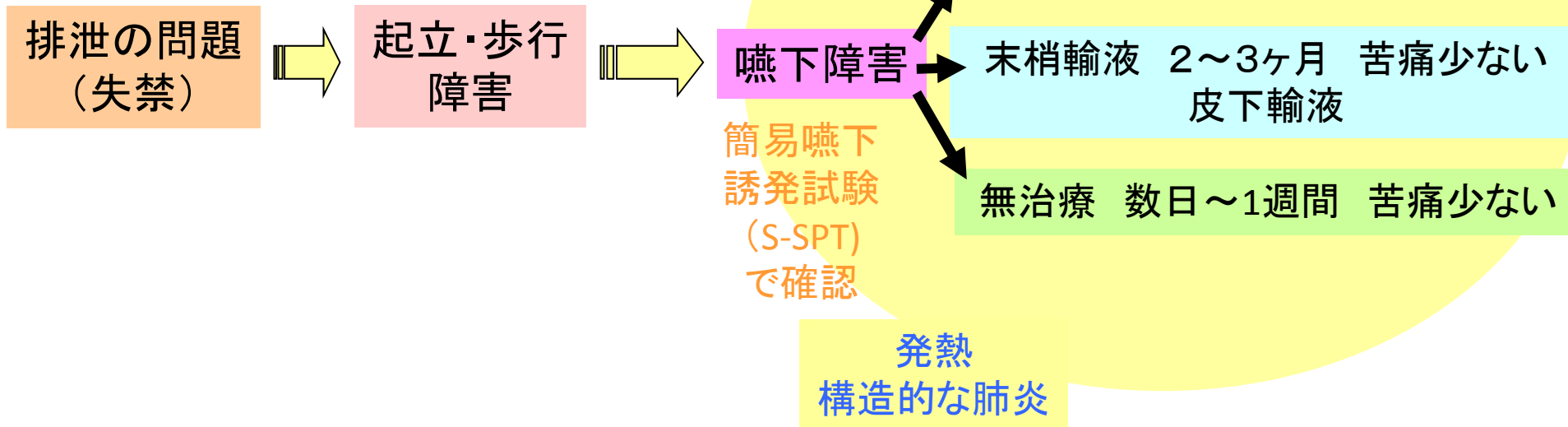
平原佐斗司編: チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア, 南山堂 (2009)

重度から末期のアルツハイマー型認知症 ～身体症状と治療法と予後～



末期の診断

意思決定



認知症末期の苦痛

米国ナーシングホームでの研究

(死亡前120日以内のMDSに基づく)

出現する症状	(n=1609)
嚥下障害	46%
著明な体重減少	26%
毎日の痛み	16%
褥瘡	15%
便秘	14%
発熱	13%
肺炎	11%
息切れ	8%
繰り返す誤嚥	3%

認知症末期の苦痛

日本の在宅医療の多施設共同研究

主治医が終末期に緩和すべきと考えた症状	(n=32) 3つまで選択可
嚥下障害	27.6%
呼吸困難	17.2%
喀痰	17.2%
食思不振	17.2%
発熱	6.9%
褥瘡	6.9%
喘鳴・口渇・譫妄・疼痛・咳	3.4%

最後の一週間に出現した症状	(n=32) 3つまで選択可
嚥下障害	75.9%
発熱	65.5%
むくみ	62.1%
食思不振	62.1%
咳嗽	55.2%
褥瘡・喀痰	51.7%
呼吸困難・便秘 だるさ	37.9%
疼痛・譫妄	27.6%

平原佐斗司ら：非がん疾患のホスピス・緩和ケアの方法の確立のための研究
(2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成)

重度認知症患者が食べられない原因

- 合併症
 - － 肺炎、尿路感染などの感染症
 - － 口腔内トラブル
 - － 便秘(腸閉塞)
 - － 脳卒中やがんの合併
 - － 薬の副作用、
 - － 電解質異常
 - － うつ状態や心理的な反応
- 認知症の進行
 - － 失行
 - － 口腔顔面失行
 - － 嚥下反射消失

治療orケア

終末期の
緩和ケア

苦痛の評価

- 苦痛評価の基本は**主観的評価**
 - 中等度認知症までは、主観的評価が可能
 - 「痛いですか？痛くないですか？」「とても痛いですか？少し痛いですか？」と質問を単純化する
- 重度となり、言語にて苦痛を表現できなくなった場合は、**客観的評価法**によって苦痛評価を行う。
 - 例) PAINAD (呼吸、ネガティブな発声、顔の表情、ボディ・ランゲージ、慰めやすさの5項目、それぞれ0～2点の10点満点で評価)
Warden V, et al: JAMDA 4(1) p9-15 (2003)

PAINAD

(Pain Assessment IN Advanced Dementia)

	0	1	2
呼吸 (非発生時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過呼吸	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
ネガティブな啼鳴 (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
顔の症状	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 そわそわしている	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、気おそらしたり、 安心させたりできない

(Warden, Hurley, Volicer. JAMDA, 4(1):9-15, 2003(平原佐斗司訳))

認知症の末期の胃瘻の効果

- 重度認知症の経管栄養の有用性については、倫理的な理由から、RCT等のエビデンスレベルの高い研究はされず、胃瘻造設後の生存期間をレトロスペクティブにみたものが主。

Finucaneらの重度認知症の経管栄養に関する総説
末期認知症患者の内視鏡的胃瘻造設術(PEG)を含む経管栄養は、「誤嚥性肺炎の予防にならない」「栄養状態を改善しない」「予後延長にならない」「褥瘡の治癒促進にならない」ことを報告。欧米ではこの時期の認知症に対する経管栄養は、基本的には実施すべきではないというコンセンサスが形成。

Finucane TE, et al: JAMA 282 p1365-70 (1999)

末期の胃瘻の延命効果については正確なエビデンスがない。
予後データにかなりのばらつき(他の因子の影響も考慮)
胃瘻の効果は個人差が大きい

高齢者の意思決定について

- 米国の高齢死亡者の4人に一人以上が、自分自身の終末期医療に関する決定能力を欠いていた。
- 事前ケア計画のある群は、患者の終末期の希望が認識され、尊重される傾向にあり、死亡した患者の遺族のストレスや不安、うつも対照群に比べ少ないと報告しており、可能なかぎり早期から意思決定を支援することを推奨。

Detering KM, et al: BMJ 23(10) 340: c1345(2010)

- 患者本人に代わる意思決定を行った代理人の3分の1超が精神的に負の影響を受けている。(40件の研究のシステマティックレビュー)

Wendler D, Rid A: Annals of Internal Medicine 154(5) p336-346 (2011)

終末期ケアについての話し合い コンセンサスベースドアプローチ

1. 意思決定に参加する人を決定

- 直接介護に関わっていない遠方の息子なども含め、なるべく全員

2. 患者がどのような経過でこのような病にいたったかを説明

- アルツハイマー型認知症の自然経過の説明、発症から今日に至る経過
- どのように介護され、どのように治療してきたか

3. 今後患者の病がどのように推移するかという見込みを伝える

- アルツハイマー型認知症の自然経過として、嚥下反射が消失
- 口から食事ができなくなること、治らない誤嚥性肺炎を起こすこと

Karlawish, et al: Annals of Internal Medicine 130(10) pp835-840 (1999)

終末期ケアについての話し合い コンセンサスベースドアプローチ

4. 患者のQOLと尊厳について代弁

- 脳の中の状態を説明 情動や苦痛を感じていらっしゃるということ
- 未来のために長く生きたいと言う感覚は患者さんの中にあること
- 医療や命に関わるエピソードから、患者さんの推定意思を話し合う

5. 最後にデータと経験に基づいたガイダンスを与える

- 延命治療についてのエビデンス、「私だったら……」

Karlawish, et al: Annals of Internal Medicine 130(10) pp835-840 (1999)