

長寿医療研究開発費 平成 25 年度 総括研究報告

認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援に関する研究（24－7）

主任研究者 高道 香織 国立長寿医療研究センター 看護研修室長・CRC 室長

研究要旨

本研究では、肺炎で入院した65歳以上の高齢者のうち、Clinical Dementia Rating3.0かつ改訂版水飲みテスト3点以下の基準を満たす者に対し、清水・会田の開発した意思決定支援ツール「高齢者ケアと人工栄養を考える～本人と家族の選択のために～」を用いた人工栄養導入に関する意思決定支援（看護介入）を行い、どのような意思表示がなされるか調査し、認知症高齢者本人とその家族の意思表示のプロセスや内容についてアクションリサーチの手法によって明らかにする。

平成25年度は、新たに2事例の介入事例が増え、全7事例となった。新たに介入した2事例の医学的転帰に関しては、どちらも肺炎が軽快し経口摂取を確立して退院した。本人による意思表示は、2事例のうち1事例は、嚥下機能検査で経口摂取可能と評価を受けていたことや、体が痩せたことを本人が気にかけている言動もあり、人工栄養導入に関する話し合いを行うタイミングが見出せなかった。あと1事例は、非常に高度の認知機能低下を呈する状態であり、本人との言語的な意思疎通が困難で聞き取ることはできなかった。キーパーソンによる意思表示については、2事例のうち1事例は年齢が高いため自然な経過で見ていきたい、胃ろう造設等はしないと意思表示された。あと1事例は、現在本人は食べられるので胃ろう造設はしないが、次の入院で胃ろう造設が必要となれば考えると述べられた。キーパーソンとの面談で意思確認を行っていく際には、2事例ともに、認知症の病いの軌跡を書き記して対話を行った。予後予測は困難でも、時間軸の未来に看取りの時が来るという現実について、認識が共有されることで、本人にとっての最善の医療とケアに関して、十分なコミュニケーションを図ることを促す効果があると考えられる。

研究協力者

齊田 綾子	富岡地域医療事務組合公立七日市病院	看護サブマネジャー
高梨 早苗	国立長寿医療研究センター	看護師
桑田 美代子	青梅慶友病院慶成会	青梅慶友病院慶成会看護介護開発室長・ 青梅慶友病院看護部長代行
田中 由利子	国立長寿医療研究センター	副看護部長
町屋 晴美	国立長寿医療研究センター	副院長・看護部長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	総長
会田 薫子	東京大学	特任准教授
清水 哲郎	東京大学	特任教授

A. 研究目的

清水・会田が開発した意思決定支援ツールの「高齢者ケアと人工栄養を考える～本人と家族の選択のために～」(「清水・会田の意思決定プロセスノート」)を用い、摂食・嚥下機能の低下した認知症高齢者に対する人工栄養導入に関する意思決定支援を行うと、どのような意思表示と選択がなされるか、その過程や内容について明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

【1】 研究デザイン

本研究は、肺炎で入院する認知症高齢者の人工栄養導入に関する意思決定支援を実践し探求するアクションリサーチの研究デザインである。パイロットスタディとしての位置づけで調査・介入を実施する。

【2】 意思決定支援の実施

1. 対象者の抽出

2012年7月1日～2014年3月31日の期間中、肺炎によって入院となった65歳以上高齢者で、入院から10日間以内に初回の訪室を行い、Clinical Dementia Rating (CDR) 3.0かつ改訂版水飲みテスト (MWST) 3点以下の事例を本研究における対象者とする。

2. 意思決定支援をねらいとした看護介入

(1) 対象者への基本となる4つの看護介入 (図1)

対象者の入院した病棟の看護チームと共に、①肺炎の回復過程を促進する看護介入、②摂食・嚥下機能の維持向上にむけた看護介入、③本人と家族の自律を支える看護介入、④地域との連携を結ぶ看護介入の4つの看護介入について実施する。

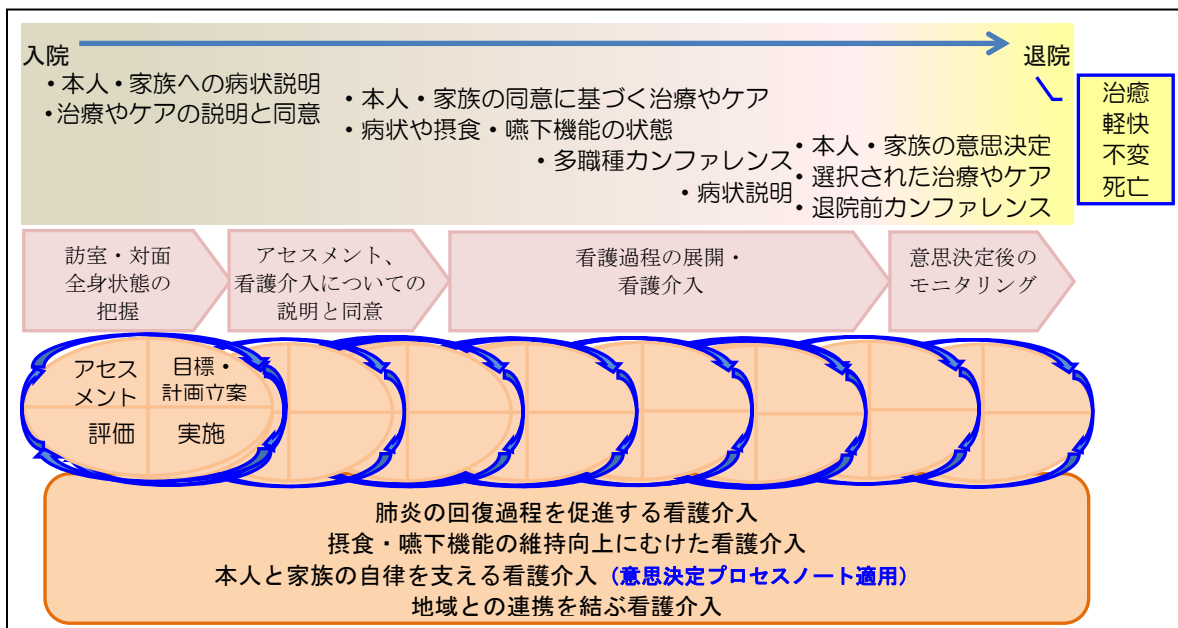


図1 肺炎で入院した認知症高齢者に対する基本となる4つの看護介入と展開イメージ

(2) 本人と家族の自律を支える看護介入

本人と家族の自律を支える看護介入においては、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用し、本人・家族とコミュニケーションをとる。

「清水・会田の意思決定プロセスノート」は、本人・家族が医療者と合意に基づく意思決定を行うことを支援するツールである。2部構成になっており、Part 1は選択肢となる人工栄養法に関する情報提供パンフレット、Part IIは本人の意思を中心に記載する自記式ノートである(表1)。この本人と家族の自律を支える看護介入については、老人看護専門看護師がアクションリサーチにおける専門型の調査者の立場でもって介入する。看護師としての実践的立場と、臨床現場における研究課題を解決するために必要なデータの収集や分析を行う調査者の立場の両面を備える。

表1 清水・会田の意思決定プロセスノートの内容

Part I 人工的水分・栄養補給法に関するパンフレット
1. 経腸栄養法…胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、OE法 2. 非経腸栄養法…中心静脈栄養法、末梢点滴、持続皮下注射 3. 人工的水分・栄養補給は行わない(自然にゆだねる)
Part II 意思決定プロセスノート
1. 本人について(氏名、年齢、家族構成など) 2. これまでの経過、病状説明内容、決定すべきこと 3. 本人の生き方と希望(人柄、大事なこと、心配事、現在の生活、居心地など) 4. 本当に食べられないの確かめる、人工的水分・利用補給法を選択する 5. 本人・家族と医療者で合意となった内容

(3) 本人と家族の自律を支える看護介入の留意点(下線は特に配慮をする点)

本人へのアプローチでは、本人のバイタルサインが安定していて、体調や気分の良いときに行う。「清水・会田の意思決定プロセスノート」の内容を基本にし、本人の認知機能を考慮して言葉を伝え、反応を見ながらコミュニケーションを発展させていくように意図する。本人の反応として非言語的な反応を捉えることも研究者は意図的に行う。コミュニケーションの過程において、研究者は繊細さを持って本人に対する反応を示し、脅威にならないように留意する。予め、聞き迫るようなことは避けることを保障し、疲労や不快のサインがあれば、すみやかに機会を改めて声をかけることを伝える。本人にとっての体力と気力の消耗が無い、あるいは最小限にとどまるように時間的な長さや場所も考慮する。本人から疲労や不快を示す反応があれば、コミュニケーションの中止を行う。

家族へのアプローチでは、摂食・嚥下機能の維持・向上にむけた看護介入によって、アセスメントも行い終えた頃を目途に、ご家族の都合のよい時間や日程を優先して面談の調整をする。面談では「清水・会田の意思決定プロセスノート」

を本人・家族に紹介・提示する。「清水・会田の意思決定プロセスノート」の内容を基本にし、家族の反応を見ながらコミュニケーションを発展させていくよう意図する。面談中、人工栄養に関する説明を行う際は、「清水・会田の意思決定プロセスノート」のPART1の部分をパンフレットとして活用して行う。家族の不安を高めたり、不信を招かないような言動に配慮して説明する。家族からの質問があれば、理解が得られるよう、わかりやすい説明で応じる。家族の感情やさまざまな反応にも留意し、気持ちを汲むように努め、丁寧に応じる。

【3】 データ収集

1. 対象者の属性、身体状況
年齢、性別、診断名、要介護度、入院前の療養場所、家族背景、キーパーソン、血液データ、体重、身長、BMI、CDR、摂食・嚥下グレードなどをカルテより転記した。
2. フィールドノートの記述
看護介入を行う際はフィールドノートを準備する。フィールドノートには、看護介入によって観察された対象者の言動や反応、看護介入した場面の背景にある対象者の個人的状況・背景、主治医や受け持ち看護師の治療及びケアの方針、診療録や看護記録の内容など、様々な情報を自由に記載する。フィールドノートは意思決定に際して影響した背景・文脈を分析するための情報源とする。
3. 意思決定プロセスノートの作成
「清水・会田の意思決定プロセスノート」の書き込み部分も、意思決定に際して影響した背景・文脈を分析するための情報源とする。

【4】 データ分析

【3】-1～4を基に、事例を振り返り、最終的に意思決定された内容に至った背景や要因、影響したエピソード、介入内容の要点などを検討し、各事例の意思決定に至る経過を分析する。

【5】 倫理的配慮

本研究は、長寿医療研究センターの倫理利益相反委員会の承認を得ている。研究対象者とその家族に対し、研究の目的や趣旨を十分に説明し、同意を得ている。

C. 研究結果

(1) 対象者の属性 (表2)

調査期間中、本研究の対象者の条件と合致し、同意の得られた対象者は昨年度の報告から2事例増え、7事例となった。事例1～5は前年度に報告しているため、以下【事例6】と【事例7】に関して報告する。

【事例6】と【事例7】の年齢はどちらも後期高齢者であった。【事例6】は、インフルエンザ肺炎で8日間入院の後、在宅復帰されたが、その翌朝発熱を認め、食事や水分の摂

取がほとんどできない状態だった。そのため受診したところ、誤嚥性肺炎との診断を受け再入院となった。【事例7】は脱水症となっているが、肺炎で100日間入院し、退院した翌日に再入院している。再入院の経緯としては、自宅へ退院した後、昼食も夕食も数口程度しか摂取されず、さらには夜中より発熱を認めたため、退院翌日に受診し再入院となった。認知症の種類は両事例とも、アルツハイマー型認知症であった。対象者の要介護度は、要介護4と要介護5であった。キーパーソンは両事例とも子（長男、次女）で、入院前の療養場所も、両事例とも自宅であった。

表2 対象者の属性

事例	性別 年齢	病名	認知症に関連する病名	CDR	MWST	要介護度	キーパーソン	入院前の療養場所	施設の 入所期間
事例 6	男性 90代前半	誤嚥性 肺炎	アルツハイマー 型認知症	3.0	実施 せず	要介護 4	長男	自宅	-
事例 7	女性 70代後半	脱水症	アルツハイマー 型認知症	3.0	3	要介護 5	次女	自宅	-

(2) 対象者の来院方法と来院時における心肺蘇生に関する意向 (表3)

【事例6】も【事例7】も来院方法は家族介助であった。心肺蘇生の意向に関する記載は両事例ともなかった。来院当日の人工栄養の導入や選択に関する説明に関しても、両事例ともなかった。

特記事項として、【事例6】は、来院当日に嚥下機能の精査に関する説明が行われ、VE検査日程が入院当初から決定した。【事例7】は、来院当日ではなく、前回の入院中に人工栄養の導入に関する説明が行われていた。前回の入院中、【事例7】には拒食があり、経口摂取が不良な状況が続いていた。補液が継続されていたものの、徐々に血管確保が困難な状況に推移していたため、家族に対して胃ろう造設やCVポート挿入の説明が行われていた。

表3 対象者の来院方法と心肺蘇生に関する意向

事例	性別 年齢	来院方法	心肺蘇生の意向に関する記載	来院当日の人工栄養導入や 選択に関する説明
事例 6	男性 90代前半	家族介助	記載なし	なし (誤嚥性肺炎にて、嚥下機能検査を行い、経口摂取が可能かどうか評価を行う。)
事例 7	女性 70代後半	家族介助	記載なし	なし (※前回入院72日目 摂食不良の原因について頭部CTや胸腹部CTを行ったがわからない。末梢点滴の確保が困難になってきており、生命の維持を第一と考えるならば胃ろうや中心静脈栄養の手段がある。)

(3) 対象者の入院時の状態と退院時の状態 (表4)

【事例6】も【事例7】も、肺炎あるいは脱水が軽快し、高カロリー飲料や食事を経口より摂取することが可能となって退院した。

在院日数については、【事例6】は入院期間20日、【事例7】は43日であった。【事例7】は拒食が緩和されるまでに20日ほど期間を要し、それから在宅復帰にむけての調整や家族への指導も行い43日間の入院期間となった。

表4 対象者の入院時と退院時の状態

事例	性別 年齢	入院時の 絶食指示 (期間)	VE 評価*	人工栄養導入 の有無と 栄養摂取方法	在院日数 及び転帰	退院後の療養 場所	Barthel Index	
							入院時	退院時
事例 6	男性 90代前半	あり (5日間)	DSS 3~4	なし 経口	20日 軽快	自宅	0	45
事例 7	女性 70代後半	なし (0日間)	実施 なし	なし 経口	43日 軽快	自宅	5	5

※ VE評価…Videoendoscopic evaluation of swallowing 検査の評価には、Dysphagia Severity Scale (DSS; 摂食・嚥下機能障害の臨床的重症度分類)を用いている。DSSは、7段階に分かれており、DSS1 唾液誤嚥、DSS2 食物誤嚥、DSS3 水分誤嚥、DSS4 機会誤嚥、DSS5~7は誤嚥なしとなっている。

(4) 人工栄養導入に関する意思について (下線は意思表示された場面に関する内容)

【事例6】本人

再入院3日目の訪室時、体温は解熱していたが、意識レベルはI-1でどこもなくもうろうとしていた。挨拶を交わしたり会話をとっていくと、徐々に覚醒度が改善してきたが多弁になり、唐突に戦時中の体験談を、涙を流し話される様子があり、せん妄状態を呈していると判断した。顔面の頬の委縮や口腔内の舌苔、会話中の湿性咳も観察でき、再入院4日目にはリハビリ医による嚥下機能評価が予定されていたため、3日目の訪室時には口腔ケアのみ実施し、水飲みテストは実施しなかった。人工栄養に関する話題も、せん妄が改善した後に行うほうがふさわしいと判断し行わなかった。入院10日目になると、訪室した際は、声かけに対し容易に開眼される様子となっていた。インフルエンザ肺炎後の再入院で、CRP22.0代だったデータは0.5へと低下していた。しかし、起座の声かけに対しては、倦怠感強い表情で「このまま寝てるわ。」と返答された。【事例6】の体格が、体重は37.0kg、BMI14.7とるい瘦がある状態で、37.0℃台前半の微熱が時々あるという状況、VEの結果、DSS3~4という結果で嚥下食Ⅲから食事開始していたが摂取量は1~2割程度と少量で終了することが多いことなどから考えて、肺炎後の回復過程の途上であるが、起座位で会話ができるほどの体力がついていないということを察した。「肺炎は良くなってきています。少しずつ食べられるようになって、体重が増えて体力がついてくるといいですね」と【事例6】に声をかけたところ、「体重が40kgあると調子がいいんだ。痩せてしまった。」という言動で応じられた。この言動と【事例6】の入院している現在の状況とを合わせて、人

工栄養導入に関する話題について【事例6】と行うことは控えた。本人が痩せていることを自覚し、入院生活を過ごしていることを把握したことと、VEの結果、誤嚥のリスクはあるが経口摂取可能という判断にて、摂食嚥下リハビリテーションを開始しているという状況があったからである。摂食嚥下リハビリテーションは、嚥下食Ⅲを開始し、慎重に食事摂取の状況を見守り、食事時に十分に摂取できないカロリーについては、入院前からの【事例6】の生活習慣の中に、コーヒー味の高カロリー飲料（エンシュアリキッド®）のを好んで摂取されているという背景があったので、それを入院中も間食に取り入れて経過をみていた。そのような取り組みを行っている状況下では、人工的水分・栄養補給のうち、胃ろうやCVポートの挿入はなされず、経口摂取で退院できる可能性のほうが高いことを判断した。【事例6】の摂食嚥下機能が安定するよう整えることが優先されることだと判断した。口腔内を観察すると、毎日の口腔ケアを実施しているものの、上顎に痰がこびりついている状態で、口腔内環境の整えについて検討の余地があることが把握できた。

【事例6】キーパーソン長男

キーパーソンの長男は、ほぼ毎日、日中に面会があった。入院4日目、これまでの食事面での好みや、エンシュアリキッド®の摂取の量や時間帯、介護保険のサービス利用状況などの会話をしている中で、胃ろうやCVポートに関しては、「もうずいぶん年齢もいっているから、できるだけ口から食べて自然に、というのが希望。胃ろうや点滴だけでというのは、希望しない。」と話された。「それよりも、早く自宅に退院できないかと思っている。」と話された。長男が【事例6】の退院を早くにと希望される背景や理由として、まずは同居している【事例6】の妻の存在があった。妻は夫が家に居ないことを心配され、繰り返し同じことを尋ねてくるので、長男はその都度説明をしなければならない状況が生じていた。【事例6】の妻も要介護状態であるが、夫婦2人が揃って自宅で過ごしている時には、繰り返し同じことを聞いてくるような様子はなかった。長男が早く退院をと考えるもうひとつの理由として、前回の入院と今回の再入院の約3週間のうちに急速に体力が落ちていると感じていたので、臥床して過ごすことが多い長期の入院になると、衰えて歩けなくなることが起こるのではないかという心配をされていた。元々【事例6】は、多くの人の中で調和的に交わるタイプであり、いつも通っていたデイサービスを利用しながら、夫婦2人で揃って在宅で過ごしていることが、家族にとっても、本人にとってもバランスがとれている状況だったと考え、早期の退院を望まれていた。施設への入所は、急に体調が変化することがあるということを、身近な親戚のエピソードで聞いているので、自宅で過ごすことがいいという考えを持っていた。

入院17日目、【事例6】の全身状態としては、炎症反応もおさまり、経口摂取も行えるようになり、退院が可能な状態になっていた。しかし、体重の増加はなく、臥床がちに過ごしている様子は続いていた。再入院のリスクは高く、繰り返しの入院退院の経過をとる中で徐々に体力が低下していくことが予測された。今すぐに臨終が迫ってくるということはないが、自宅で療養を継続しながらも、いつでもそのような時期に推移していく可能性があることも予測された。在宅復帰にあたってそのような予測について、老人看護専門看護師から長男に対し、病いの軌跡の図を示して説明し、「清水・会田の意思決定プロセスノート」に説明した内容について記載した。摂食嚥下機能の維持に向け、訪問歯科の調整と連

携に関しても同意が得られ、退院となった。

【事例7】本人

再入院14日目、ベッドサイドを訪れ【事例7】に対して声をかけると、臥床したまま、何らかの返答は聞かれた。声は聞こえても、【事例7】が言い表したいことの理解は困難な状況であった。「あら、ねえ…、おお…ねえ…娘がいる、でもない…ねえ…」という調子で、ところどころ聞き取れる言葉をつないで理解をしようと努めても、【事例7】が話す内容について理解が難しい状況であった。しかし表情は、声かけや視線が合うなど瞬時の状況によって、笑顔になったり、真顔、泣き顔、怒り顔など、ころころと変化が認められた。表情を手がかりにコミュニケーションをとろうと試みても、十分に意思疎通を図れるとは言い難かった。また、【事例7】はほぼ寝たきりの状態で、食事、排泄、保清、移動などADLは全介助を要する状態であることが一見して把握できる状況であった。【事例7】はFASTで評価すると7dの、非常に高度の認知機能低下を呈する状態であることを判断した。人工栄養の導入に関する話題については、認知機能の低下によって聞くことはできなかった。

前回の入院から、食事摂取量が少なく、再入院後も嚥下食Iと高カロリー飲料（エンシュア・ハイ®）が1日3缶処方されて摂食嚥下訓練を継続していたが、食事介助中に急に介助者の手を払いのける動作が認められたり、食物を飲み込まずに吹くようにして口から出してしまふ様子もあつたりして、食事介助が困難であった。摂取量が数口程度で終わることが多く、補液が必要な状況であった。だが、経過を全体的に眺めてみれば、エンシュア・ハイ®は1日2缶ほど間食で促してみたりして、摂取している状況があつた。人工栄養導入に関する意思については、【事例7】本人の意思を推定できるキーパーソンとのコミュニケーションを十分にとり、【事例7】の食事介助が困難な状況でも、本当に経口摂取が困難な状態であるのかどうか、嚥下機能や食事介助の方法などを見極めていくプロセスを踏まえて検討していくこととした。

【事例7】キーパーソン次女

再入院19日目、夕方、仕事の帰りに面会に来られる次女の来院に合わせ、胃ろう造設に関する思いについて伺ってみた。次女は、胃ろう造設に関して前回の入院中に主治医から説明を受けたものの、再入院後の状況を見て、「割と（エンシュア・ハイ®）飲めてるみたいだし、（胃ろう造設を）しなくても退院できるかなと思う。」と話された。食事介助中、【事例7】が介助者の手を払いのけたり、食物を吹き出したりすることもあつても、次女としては、前回の入院中に比較すれば飲めていると感じていた。また、「元々食べることが好きだったから、食べられないなら胃ろうを考える。次に入院した時に、土壇場で胃ろうを希望するかもしれない。ただ、胃ろうをすると車椅子にも乗れなくなって、寝たきりになるイメージがあるからやめたほうがいいのかしら。」と話された。話を伺っていく中で、医療者側から見れば、【事例7】の状態は要介護5の寝たきりの状態であるが、次女にとっては、寝たきりの状態ではなく、「寝たきり」の言葉は、次女と医療者とでは異なっていることを察知した。また、次女の「胃ろう」に対する理解も、栄養を充足するためのルートを確保する処置としては考えられているようだったが、非常に高度の認知機能低下を認める状態の【事例7】本人が胃ろうを選択するかどうか、その意思決定を代理で行うというこ

との難しさを悩んでいたり、胃ろうのメリットとデメリットバランスよく認識して選択している訳ではないようであった。清水・会田の意思決定プロセスノートの Part 1 - 様々な人工栄養の方法に関するパンフレットを用いて、特に胃ろうに関して重点を置くように説明を行った。胃ろうを選択し実施しても、車椅子に乘れなくなることはほとんどないことを付け加え、さらに、今後予測される病の軌跡を図示し、現在の病期について共有しながら、できるだけ経口摂取をしていくという選択をする場合は、徐々に低栄養状態が進み弱っていき、さらに食べにくくなることが予測され、終末期に移行し看取りを迎えるプロセスがあることを伝えた。認知症という病気の看取りまでのプロセスは、老衰のプロセスのようでもあると言われていることがあり、胃ろうをすることがかえって苦痛になる場合もあることを告げ、終末期には緩和医療を行う、できるだけ苦痛除くようにする医療をするという選択肢があることを説明した。次女と対話しながら説明をすすめることに留意し、説明には1時間近くかかった。説明の最後には、次女が一人で決定する内容ではなく、【事例7】のいのちにかかわる重い決定をすることでもあると考えるので、説明の内容は、長女家族や次女の夫などに伝えて、これからのことをきょうだい・家族で話し合って決めていくことを促した。【事例7】の身近な親戚に認知症を有する者はおらず、【事例7】が元気な頃に、胃ろうについて語られていたこともなく、家族でも話し合ったことはないということで、意思決定に迷って相談が必要な場合にはいつでも応じることを保障した。

入院 24 日目、病棟で主治医、病棟看護師長、病棟看護師かつ認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師でカンファレンスを行った。エンシュア・ハイ®や水分補給となる嚥下ゼリーを、食事時と間食時に摂取を介助するようにしている状況で、経過全体をみるとエンシュア・ハイ®を1日2缶は飲めていることが主治医とも共有できた。補液せずとも退院できる可能性はあるが、在宅で補液のない状況下で生活を送ると2週間程度で再々入院ということは十分に可能性としてあるということも共有した。今後も入退院が繰り返され、その都度徐々に体力低下していく経過をたどることも予測し共有した。今後の方向性として、次女が在宅復帰を希望している状況もあるため、次女に食事介助方法や口腔ケア、吸引などの手技を覚えていただけるよう在宅介護の指導をかかわって、在宅復帰に向けた介護保険サービスやインフォーマルな支援の調整を行っていくこととなった。

入院 27 日目、次女より長女と話し合ったということ話をされた。「胃ろうについては、姉もまだいいと言っていて、必要になったら考えようという感じです。もし胃ろうをすると、看てもらえるところあるでしょうか…。家でずっとというのはね…色々あると思うし…。母がだんだん弱っているのは仕方がないことだと姉も思っています…。でも、私は母が、元気いっぱいだなと思ってみえます。このごろ一番ひどかった時、歩けていた頃のことを思えば、穏やかになったと思います。こんなことを思うなんて、よくないかもしれないけれど、少し楽になった気持ちがしているんです。」次女とともに話していくと、【事例7】の認知症の経過の中で、数か月前までは徘徊が大変激しく興奮気味で、ショートステイを利用しながらでも負担感が募っていて、その時期の在宅介護は本当に疲労困憊していたが、現在では徘徊の心配がなくなって、在宅介護は楽になっていると次女は認識し受け止めていた。それで、経口摂取で在宅復帰の意向を示された。

次女の意向を受け、病院で補液をせずに2週間経過を見てから退院という方針となり、その間に次女へ介護指導を行い、入院 33 日目、退院前カンファレンスを開催した。これま

でのケアマネジャーやショートステイ先の相談員、受け持ち看護師、病棟看護師かつ摂食嚥下障害看護認定看護師、退院調整看護師、老人看護専門看護師が出席し、食事介助の要点、意思決定の経過と内容、今後のサービス提供、再入院の可能性やリスクなどを情報を共有し、入院から43日目に在宅復帰をした。

表5 認知症高齢者本人の人工栄養導入に関する問いかけへの反応

事例	性別 年齢	人工栄養導入に関して本人が語った内容	本人の語った内容を受け看護師が把握したこと
事例6	男性 90代前半	特になし	本人に確認する適切なタイミングが入院中にはなく、聞けていない。
事例7	女性 70代後半	特になし	非常に高度の認知機能低下を認め、十分に答えられない。

表6 キーパーソンの人工栄養導入に関する問いかけへの反応

事例	性別 年齢	キーパーソン	人工栄養導入に関してキーパーソンが語った内容	キーパーソンの語った内容を受け看護師が把握したこと
事例6	男性 90代前半	長男	もうずいぶん年齢もいっているから、できるだけ口から食べて自然に、というのが希望。胃ろうや点滴だけというのは、希望しない。	胃ろうはしない。 年が大きい。 できるだけ自然に。
事例7	女性 70代後半	次女	元々食べることが好きだったから、食べられないなら胃ろうを考える。次に入院した時に、土壇場で胃ろうを希望するかもしれない。ただ、胃ろうをすると車椅子にも乗れなくなって、寝たきりになるイメージがあるからやめたほうがいいのかしら。	寝たきりのイメージが次女と医療者とでは異なっている可能性がある。 胃ろうは栄養を充足するためのルートを確保する処置としては考えられている。 本人が胃ろうを選択するかどうか、その意思決定を代理で行うということの難しさを悩んだり、胃ろうのメリット・デメリットをよく認識して選択している訳ではない。

D. 考察と結論

肺炎で入院となった認知症高齢者で、摂食・嚥下機能低下を認める事例において、「清水・会田の意思決定プロセスノート」を用いて意思決定支援を行ったところ、新たに追加となった2事例とも経口摂取で在宅復帰をした。これで現在までに介入した7事例の転帰は、6事例は肺炎が軽快し、経口摂取を確立して退院し、1事例は全身状態が悪く、死亡の転帰をたどった。

新たに追加となった事例においては、人工栄養の導入について、嚥下機能評価の結果

を受けて経口摂取で退院できると評価ができ、痩せを気にしている本人に、人工栄養の導入に関する意思を確認することがふさわしいタイミングではないと考え、摂食嚥下リハビリテーションを促す介入を強める方向性でかかわった。もう1事例は、アルツハイマー型認知症の重症度評価FAST7d（非常に高度の認知機能低下）で、嚥下機能よりも摂食障害、食事介助に困難があり、胃ろう造設についての意思決定が必要な事例であったが、認知機能の低下によって、本人との意思疎通を図ることは困難で確認することはできなかった。

キーパーソンとの関わりを通じて、2事例中1事例のキーパーソンは、本人の年齢が90歳を超えていて、年齢が高いのでできるだけ自然に経過するよう、胃ろうはしないと希望された。もう1事例は、身近な親戚に認知症の者がおらず、終末期にどのような医療を受けるかという話し合いも家族内でしたことがないということで、本人が食べられないならば胃ろうは必要だと考えているが、現在は食べられるのでしないという意思を表された。どちらの事例のキーパーソンにも、経口摂取を継続していくことを選択した場合に、どのような経過が予測されるのか、現在の病期とその後の経過がイメージで共有できるよう、病いの軌跡のモデル図を書き示して説明を行った（図1）。すると、そのような軌跡の線を描きながら推移していくことには、ある程度気が付いていたり、仕方がないという言葉が聞かれたりした。そして2事例とも、入院前と同じ暮らしができるようにという思いや、現在の状態ならば在宅介護ができると思うと言われて、在宅介護を継続することを希望された。

病いの軌跡をキーパーソンとの面談で使用した経験を通じて、高齢者のエンドオブライフ期の意思決定支援に関する介入の一つの方法として有用なのではないかと考える。

- ① 病いの軌跡を書くことで、医療者と対話の相手(本研究ではキーパーソン)との間で、現在の身体的な状態や状況を総合的に見て、自然経過としてどのようなコースをたどるのか、視覚的に明らかになる。そのことによって、これから先の将来、未来を予測的に考えることが可能になる。
- ② 時間軸の未来にある死が、現時点からの余命がはっきりと告げられなくても、やがては訪れるという避けられない現実であり、真実であることの認識を促す。
- ③ 時間軸の未来の側から現在を考えると、死を迎えようとする本人の残された時間を最善の軌跡・コースをたどる治療やケアを提供していこうという思いが強まったり、関係する人たちの間で共鳴し合うことが可能になる。
- ④ 本人中心に、本人と共に如何に過ごすかと、現在の時点から共に考え、コミュニケーションをとることを促す。

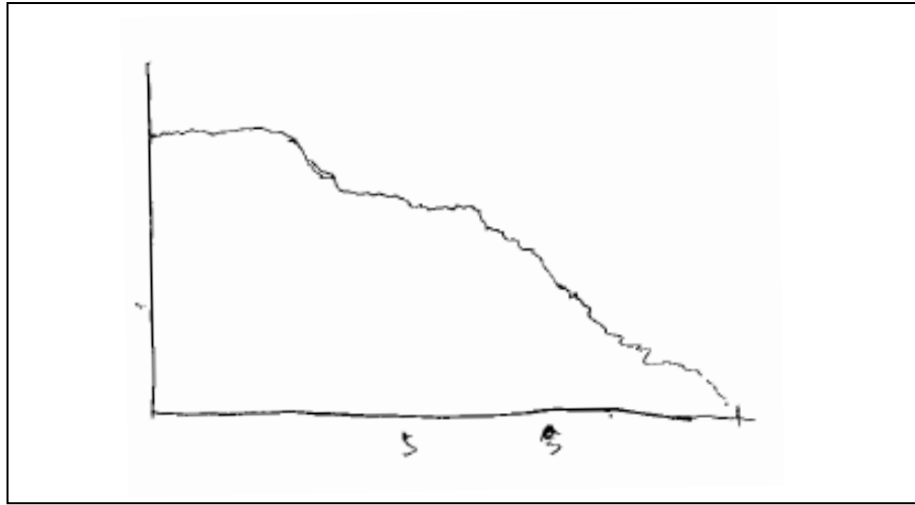


図1 キーパーソンと面談した際に記載した病いの軌跡のモデル図（研究フィールドノートより）

縦軸は日常生活動作のレベルや生命維持能力を示す軸だが、特に目盛りは無い。横軸は時間経過を表す。【事例7】のキーパーソンとの面談時に使用。

横軸の“5”と書いてあるのはおよそ5年前、“今”は現在、目盛りを打ってある時点が看取りの時。対話しながら書き入れ、現在の状況の認識を促したり、共有し、最善の医療とケアを共に考えていくようコミュニケーションをとる。

肺炎で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援の中で、「本人と家族の自律を支える看護介入」があるが、高齢者本人との意思疎通を過小評価せずコミュニケーションを図ることも重要だと考えるが、認知機能の低下している本人との意思疎通が困難なことは事実であり、本人を支えるキーパーソンには代理で意思決定をしてもらう場面がしばしばある。肺炎を繰り返す認知症高齢者の場合、その病期は終末期を迎えているという場合もある。しかし、がんではない疾患においては、その疾患の予後予測は難しいと言われている。いつ看取りという瞬間がやってくる、その人中心に最善の医療とケアを提供していて、残された家族やその人と関わってきた人びとが、これで良かったという安寧なプロセスが構築されるために、本人を中心に関係する人々の間で、十分なコミュニケーションを図ろうとする様々な取り組みも重要だと考える。

E. 健康危険情報

該当なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 高道 香織；困難事例の誌上コンサルテーション 認知症におけるエンド・オブ・ライフ・ケア，ナーシングトゥデイ 28(3)，49-51，2013

2. 学会発表

1) 高道香織，桑田美代子，寺西正美，天津栄子，会田薫子，清水哲郎；肺炎で入院した認知症高齢者の人工栄養に関する意思決定支援のプロセスの実際～「清水・会田の意

思決定プロセスノート」を適用しての臨床経験報告～，日本老年看護学会第 18 回学術大会，2013 年 6 月 2 日，大阪府大阪市

- 2) 高道香織，桑田美代子，寺西正美；肺炎で入院した認知症高齢者の意思決定支援についての検討～「清水・会田の意思決定プロセスノート」を適用し表出された家族の語りより～，第 18 回日本緩和医療学会学術大会，2013 年 6 月 22 日，神奈川県横浜市
- 3) 高道香織；高齢者支援における総合病院の役割 「“私は私になる”を支えるために」，第 26 回日本総合病院精神医学会総会，2013 年 11 月 30 日，京都府京都市
- 4) 高道香織；認知症を有する高齢者の意思決定支援-清水・会田の意思決定プロセスノートを適用して-，人生の最終段階のケアを支える文化の創成に向けてシンポジウム，RISTEX 研究開発プロジェクト「高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創成」，2013 年 2 月 9 日，東京大学

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし