

長寿医療研究開発費 平成25年度 総括研究報告

高齢者のモデル的終末期医療の提供と支援体制の構築に関する研究（24-5）

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療研究センター（内科総合診療部長）

研究要旨

高齢者医療において終末期医療は医療の質や倫理的な側面からも重要であり、過剰でもなく過小でもない適正な終末期医療とケアの提供は喫緊の課題である。そこで本研究班ではエンドオブライフケアチーム（EOL ケアチーム）と日本初となるアドバンスケアプランニング（ACP）を導入と共に実践し、その有用性に関する研究を行った。その結果日本において三段階のEOLケアのシステムが必要であることが示唆された。すなわち第一段階では年余にわたるEOLの支援システムであり、第二段階では事前指図書導入の確立である。第三段階では救急時の本人の意志確認のシステムである。さらにはデスエデュケーションの現状や看取りの文化の形成も同時に重要な要素である。また分担研究者と共に終末期ケアの質の評価をし、終末期医療とケアの体制について、施設や地域での実践研究を行った。さらに日本老年医学会等の研究者や介護現場、行政の協力を得て、釜石、大船渡、陸前高田地区を中心に被災地における高齢者医療や介護施設における医療とケアの支援を開始した。

主任研究者

遠藤 英俊 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 部長

分担研究者

三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長

西川 満則 国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部

高橋 龍太郎 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長

飯島 節 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局 局長

研究1. 介護支援専門員に対する在宅看取りに関する調査

A. 研究目的

多様な施設における看取りが進められているが、在宅の看取りの状況を把握することを目的に今年度は介護支援専門員に対するアンケート調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

愛知県内の介護支援専門員に対する調査

2. 調査方法

アンケート方式

配布：平成24年10月15日 ～ 回答〆切：平成24年10月31日

3. 調査項目

①事業所票

②看取りに関する調査

③看取りの疾患、家族背景調査

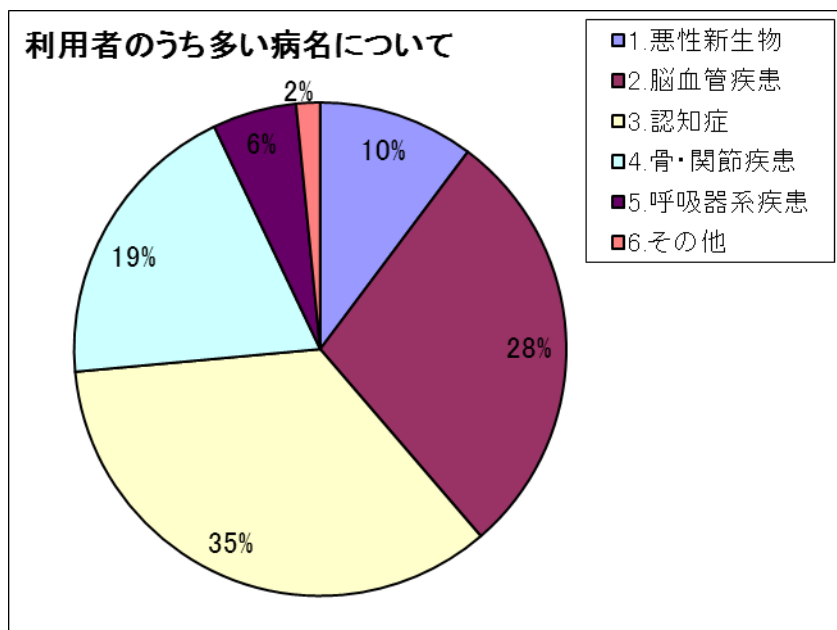
(倫理面への配慮)

国の指針に基づき、患者個人を対象とせず、介護支援専門員に直接調査記入を依頼した。

C. 研究結果

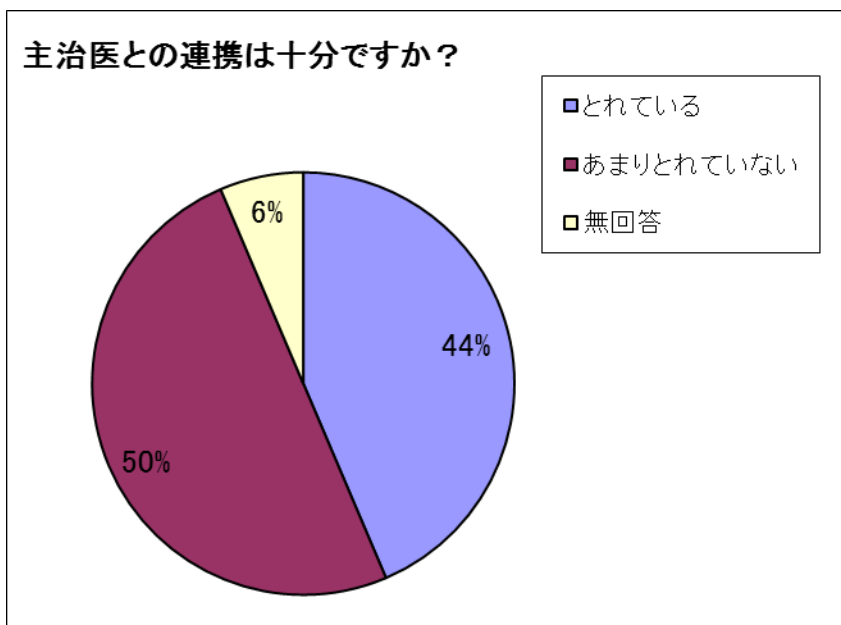
1. 利用者の背景

在宅介護支援専門員において、利用者の背景疾患の内訳は以下の通りであり、認知症、脳血管障害、骨・関節疾患が多かった。



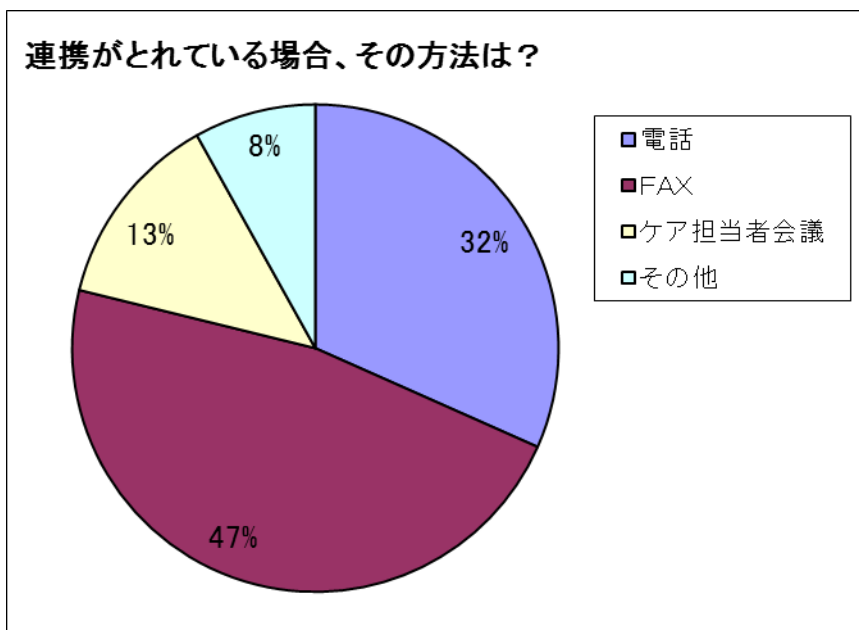
2. 主治医との連携

主治医との連携は十分とれている（44%）より、とれていないほう（50%）が多かった。本来はケア担当者会議などを通じて、介護支援専門員とかかりつけ医の連携が求められているが、現実において連携は十分でなかった。ただしこの結果は地域差がある可能性があるため、判断は慎重に行う必要がある。



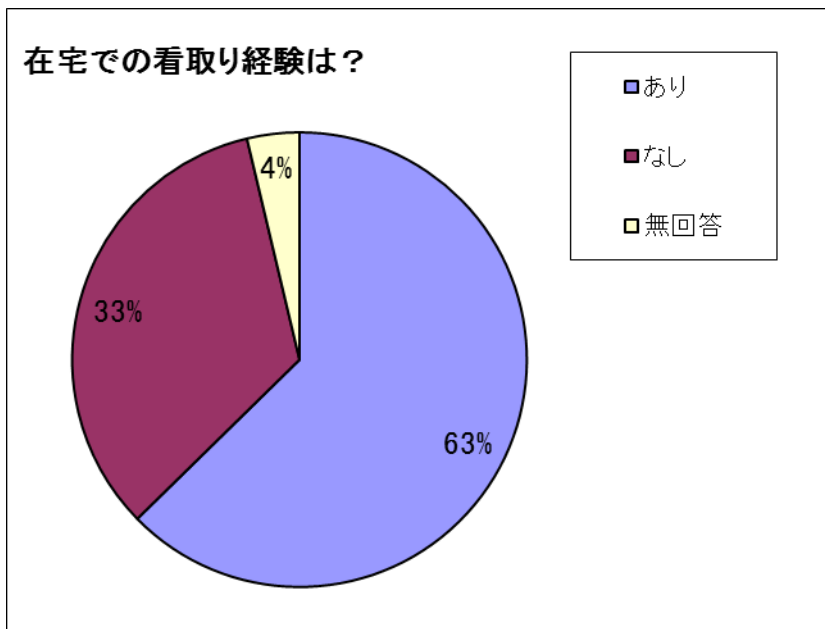
3. 主治医との連携の方法

連携方法は FAX の利用が 47% と圧倒的に多く、ついで電話、ケア担当者会議の順であった。



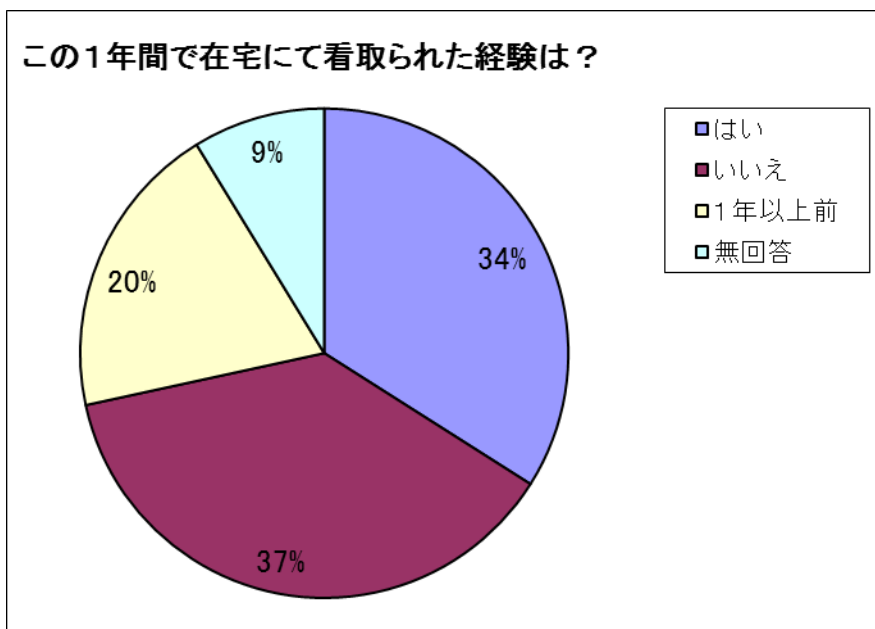
4. 在宅での看取りの経験の有無

介護支援専門員において、在宅看取りの経験は63%であり、かなり高い割合を示した。



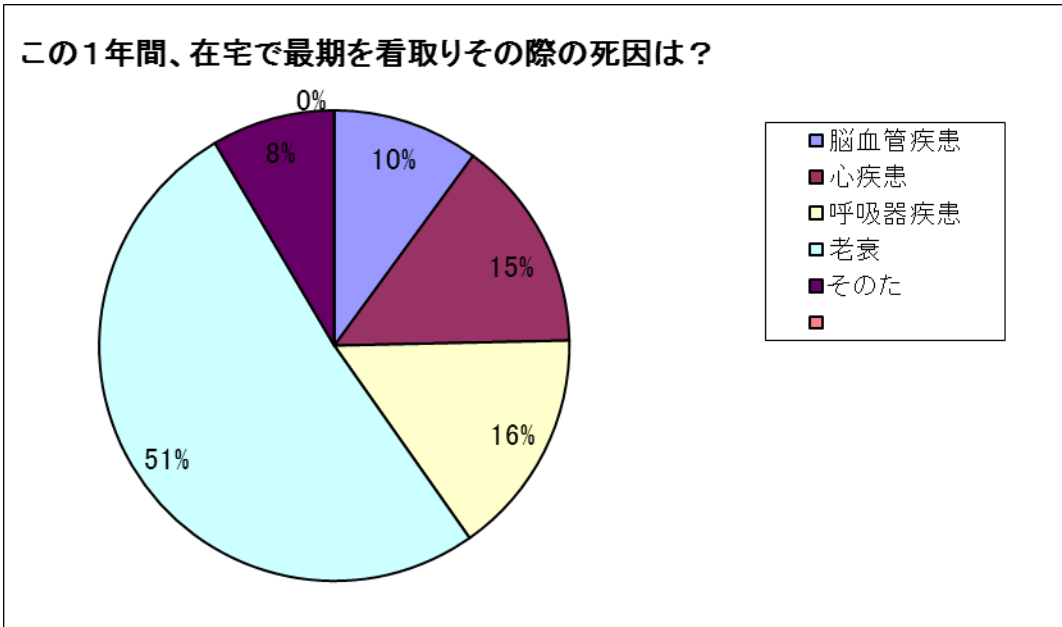
5. 過去1年間での看取りの経験

過去1年間に限っての看取りの経験を問うと、経験者は34%であった。この数値は地域や主治医にも影響をうけるが、経験のない人よりも少ない割合であった。



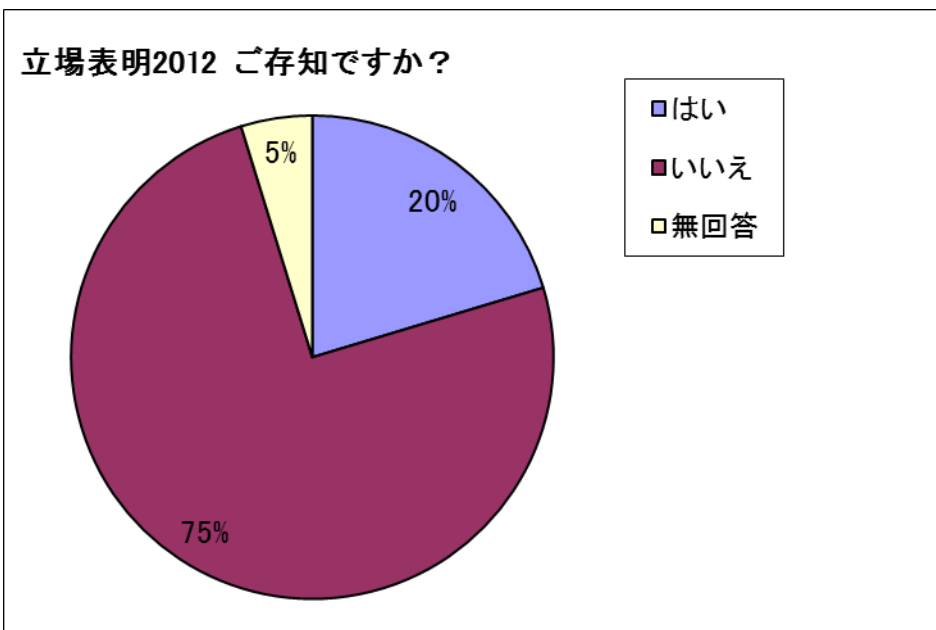
6. 看取りの死因

看取りをした人の原因は老衰、呼吸器疾患、心疾患、脳血管疾患の順に多かった。老衰の診断が多いのは在宅の高齢者で病院ほど十分な検査が行われていないことも要因になっているものと思われる。



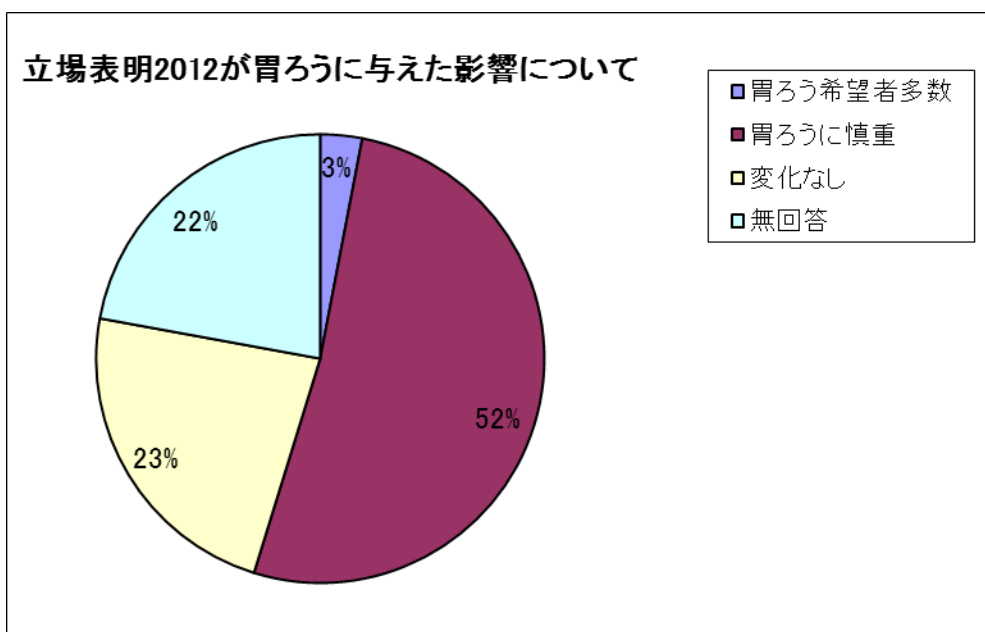
7. 日本老年医学会の立場表明について

立場表明の認知度は20%で多いとはいえなかった。



8. 立場表明と胃ろう造設

立場表明と胃ろう造設に関する因果関係は明らかではないが、胃ろうに慎重な利用者は23%であり、どちらかといえば積極的な利用者は52%を占めていた。



検討1. 事前指定とアドバンスケアプランニングの相違点

国立長寿医療研究センターで行っている事前指示書「終末期の希望調査」とアドバンス・ケア・プランニングの違い

	終末期の希望調査	ACP
リビングウィル、事前指示書の利用	あり	あり
終末期の定義	あり	なし
医療同意に関する代理人の指名	あり	あり
延命処置の差し控えの意思表示	あり	あり
延命処置の中止の意思表示	なし	あり
文書による意思表示の利用に関するアルゴリズム	あり	なし
口頭による意思表示の記録	なし	あり
意思表示内容の電子化・アラート	なし	あり
Respecting Patient Choices®等、意思決定を支援する組織	なし	あり
意思表示内容の地域での共有	なし	あり
スタッフ・一般の方への研修・教育制度	なし	あり

検討2. 非がん疾患患者に対する人工栄養法に関する意思決定支援

非がん疾患患者(人工栄養法)

人工栄養法に関する意思決定支援 48件

現在の嚥下障害等による人工栄養の意思決定 38件

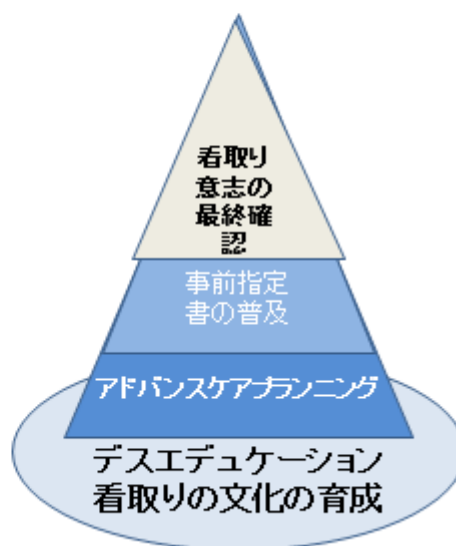
胃瘻	6件
経鼻胃管栄養	2件
中心静脈栄養	1件
末梢静脈栄養	13件
皮下輸液	0件
人工栄養は行わない	14件
経口摂取(お楽しみ程度)	12件
非経口摂取(看取り方向)	2件

将来の人工栄養による意思決定(ACP) 10件

まとめ

- **Advance Care planningの国内導入について具体的検討を行った。具体的には日本版ACP-Jの指針・ガイドラインの作成、延命処置に関する指針・ガイドラインの作成を行い、スタッフ研修するためのモジュールの作成を行っている**
- **EOLケア(終末期ケア)チームの実践報告した**
- **在宅終末期医療における介護支援専門員の役割に関する調査研究を行った**
- **介護施設における終末期ケア研究とその標準化に関する研究を開始した**
- **被災地における高齢者の終末期医療の提供と支援体制の構築に関する研究を行っている**

モデル的終末期医療の概念図



研究2. 被災地における終末期医療とケアの支援

昨年度に引き続き、大船渡、陸前高田、仙台を中心に平成26年2月末に訪問し、介護施設、行政、地域包括支援センターや社会福祉協議会とタイアップし、被災地における終末期医療とケアにおける現状を把握し、必要なニーズについて、意見交換した。今年度はその支援の優先順位をつけ、来年度以降の支援を行う、また分担研究④で行っている。介護施設支援モデルを継続する計画である。

視察報告

1. グループホームなつぎ埜を訪問

代表取締役 蓬田さんから被災時の様子から現在に至るまでの話を伺った。

- 小学校での避難生活では、住民のみなさんも職員も誰もが混乱している状況において、慣れない環境の中での認知症のある高齢者の共同生活の難しさがあった。せん妄やBPSDによって、他の避難している住民に気を使い、避難所生活から自宅の生活をやむなく選ばざる得ない家族の方もいた。

→在宅の人を受け入れられる施設が必要

- 元の施設は津波の影響で生活できるような状態ではなかったため、もう一か所の施設で、約倍の人数が狭い空間の中で生活をしていた。生活の中では、役割を少し分けてもらう

といったようにして、認知症のある高齢者の生活を維持してきた。

- ・認知症のある人は、地震があったことについては忘れてしまっているかもしれないが、その後の余震や地震に対しての反応は早くなった。また、利用者の家族も被災している状況であり、なかなか面会にも来ることができなくなった家族もいた。そのことで、認知症の症状が悪化した人もいた。

→家族とのつながり

- ・地域としては、若い人が地域から出ていくことが多く、地域全体が年寄りになってきている。
- ・施設職員の中では、利用者を助けられなかったという思いから辞職をした人も数名いる。職員の精神的フォロー、PTSD に対するフォロー、当時のことを話す機会、吐き出す場が必要と感じている。施設職員の変化としては、これからいつ何があるかわからないので、今しないと後悔する、という自分自身の家族に対する対応が変わってきている。

－施設の状況－

- ・現在は仮設、3月中旬には新しい施設へ引っ越し予定。
 - ・ユニットは2つ。各9名（計18名）
 - ・Nsは不在。24時間の訪問看護を利用。（重症の人は、2週間で限度／1ヶ月の訪問看護を受ける）
 - ・訪問看護と連携し、看取りも行っている。
 - ・グループホームはPEGある人は入居できない。
 - ・職員より、20秒コメント、小さなことでもうれしかったことを言ってもらう。そのことにより、小さな出来事にも関心が向くようになる。入所時は写真を持参してもらい、コミュニケーションのきっかけとしている。
 - ・日中は蛍光灯をつけない、生活リズムを作るため。眠剤も必要ない状況になった。徘徊はない。
 - ・転倒はあるが、ヒヤリハットなど施設職員で情報共有するシートを利用している。
 - ・家族とは、最低でも月に1回の面談で現状などを伝えている。家族の力、家族との関係性を保つ。
 - ・15分の訪問より、1分を15回訪問すること。
 - ・役割をもってもらう。居場所があるという認識を持ってもらう。
- 成果→入所により介護度が改善した人も多い。（認知症の人は環境が3割ケアをされると言われている。）

2. 東北薬科大学病院 病院長、看護局長、NP 黒澤さん同席 瀬戸看護局長より話

ー施設説明ー

- ・ 451 床 Dr89 名、Ns380 名 看護助手 20 名
- ・ 回復期リハビリ病棟 50 床（心臓リハも含む）、精神科閉鎖病棟 46 床
- ・ 地域支援病院、災害拠点病院（H9～）などの役割

A. 震災当時の状況

- ・ 一斉放送は入らず、PHS、または人から人への伝達方法しかなかった
- ・ 外部との連絡は MCA 無線機を使用した
- ・ 揺れがあるときは、Ns はベッドサイドへ向かうようになっている
- ・ 混乱状況の中では、指示するリーダー的役割、采配できる人が必要
- ・ 被災当日は随時情報を聞いていなかった（ラジオで確認など）
- ・ 病院が高台ということもあり、病院に避難した住民が 1300 人ほどいた。
- ・ HOT、車椅子、介護の必要な人に対するケアが物資不足などの影響で大変であった。同じ部屋に集めてケアをしていた。
- ・ 避難してきた住民への炊き出し、食料の提供、また、指定避難所への誘導など行った
- ・ 救急搬送されてくる患者は亡くなってきた人が多かった。
- ・ 搬送されてきた人の名簿をあいいうえお順に並べて掲示した。
- ・ トイレについては、尿は数回ごと、便はその都度、紙は流さず、ゴミ箱へ、というようなルールも作り対応
- ・ 帰宅困難な職員は寄宿舍を提供。また、現金の貸し付けなども行った
- ・ 入院患者は被災後約一週間で近隣の病院への転院し 354 名→20 名に。
- ・ 病院から避難所への救護行ったが、どの病院がどの避難所に行くのか、など決まっていなかった。
- ・ 精神科 Dr も救護に。精神的フォローを行った。

B. 震災後の変化ー

- ・ 机上シミュレーション（エマルゴ）
- ・ 防災マニュアル改訂
- ・ 各セッションごとの訓練（OP 室、など）
- ・ 備蓄を 3 日→5 日へ
- ・ 指示命令系の訓練
- ・ 病院そのもので自立できる体制が必要（ライフラインも含めー自家発電、汚水への対応、地下水の利用、LP ガスなど）。少なくとも、3～5 日間程度は必要

→他院との連携

アクションカードの作成

- 火災訓練と地震訓練は異なる
- 薬の確保の必要性
- 震災時の住民のお薬手帳の扱い
- ・震災後、Dr2名退職（PTSDのため）

D. 考察と結論

以上の調査から愛知県内の介護支援専門員においては、在宅看取りの経験が63%であり、予想より多い数値であった。疾患としては老衰が多かったが、死亡前検査の課題もあることが理解された。なお日本老年医学会のだした終末期医療の立場表明の認知度は20%と高くはなかった。今後立場表明の普及にはさらに検討が必要である。グループホームや病院における震災関連の現状と対応についても調査した。その結果今後の震災対策に有益な情報を得た。今後この経験と情報を共有し、事前に対応することの重要性を学んだ。

E. 健康危険情報

今回は施設管理者へのアンケート調査のため、身体的な介入はなく、健康危険被害は認められなかった。また分担研究者においても特別な健康危険情報は認めなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 遠藤英俊 アルツハイマー型認知症治療薬の薬剤選択基準 新薬と臨床 62(1), 2013
- 2) Masahiro Akishita, Shinya Ishii, Taro Kojima, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hidenori Arai, Hiroyuki Arai, Masato Eto, Ryutaro Takahashi, Hidetoshi Endo, Shigeo Horie, Kazuhiko Ezawa, Shuji Kawai, Yozo Takehisa, Hiroshi Mikami, Shogo Takegawa, Akira Morita, Minoru Kamata, Yasuyoshi Ouchi, Kenji Toba Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly JAMDA 14(7):479-484, 2013
- 3) Hiroyuki Umegaki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Masafumi Kuzuya, Hidetoshi Endo Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan Archives of Gerontology and Geriatrics 58:130-133, 2014
- 4) Kenji Toba, Yu Nakamura, Hidetoshi Endo, Jiro Okochi, Yukiko Tanaka, Chiyako Inaniwa, Akira Takahashi, Naoko Tsunoda, Kentaro Higashi, Motoharu Hirai, Hiroyuki Hirakawa, Shizuru Yamada, Yohko Maki, Tomoharu Yamaguchi and Haruyasu Yamaguchi Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan Geriatr Gerontol Int 2013 May 6.

2. 学会発表

- 1) 梅本充子、神保太樹、柴田悦代、遠藤英俊（内科総合診療部） 地域在住高齢者における匂いを使った回想法の有効性. 第 28 回日本老年精神医学会, 2013 年 6 月 5 日, 大阪府
- 2) Shohei Kato, Hidetoshi Endo, Risako Nagata, Takuto Sakuma, Keita Watanabe.
Toward Personalized Cognitive Training for Elderly with Mild Cognitive Impairment Using Cerebral Blood Flow Activation The 27th Annual Conference of Japanese Society for Artificial Intelligence (人工知能学会第 27 回全国大会) Toyama, June 4-7, 2013 Session: IOS-1 COGNITIVE TRAINING AND ASSISTIVE TECHNOLOGY FOR AGING
- 3) 清家理、住垣千恵子、武田章敬、櫻井孝、遠藤英俊、鳥羽研二. 認知症介護当事者に対する「介護者支援人材育成プログラム」の効果測定研究 -内発的動機づけに主眼を置いた「家族教室アドバンストコース」からの考察-. 第 14 回日本認知症ケア学会大会, 2013 年 6 月 2 日, 福岡県
- 4) Shohei Kato, Hidetoshi Endo, Akira Homma, Takuto Sakuma, Keita Watanabe.
Early Detection of Cognitive Impairment in the Elderly Based on Bayesian Mining

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