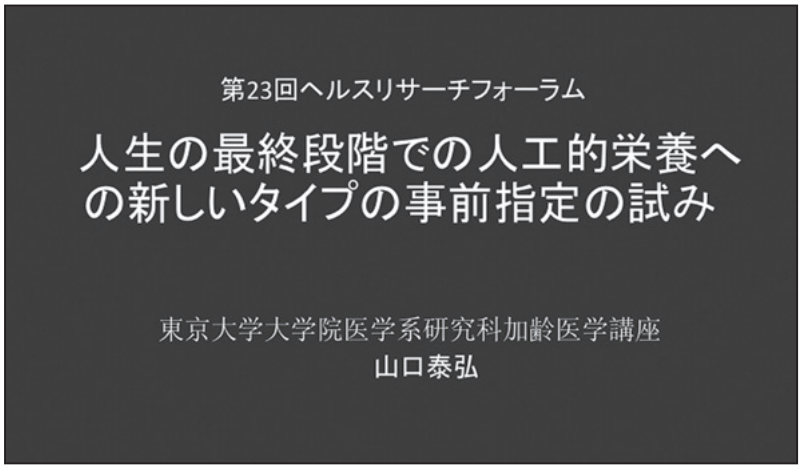
人生の最終段階での人工的栄養への新しいタイプの事前指定の試み

山口　泰弘
東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座　講師

スライド１



今日は、このような発表の機会をいただきましてありがとうございます。

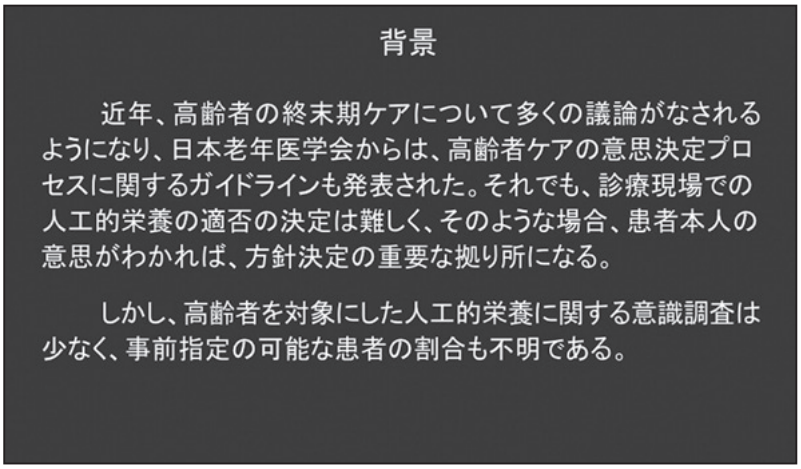
【スライド1】

私は、人生の最終段階での人工的栄養に関する意思決定、事前指定のようなものをすることによって、それがどれぐらい、どういう形で実践できて、どの程度有効性が期待できるかということについてアプローチしました。

【スライド2, 3】

もちろん現在、非常に重要な課題であり、そういう意思決定支援のガイドラインも出ていますが、それでもやはり臨床現場においては、終末期に人工的栄養をするかどうかということは非常に難しい判断であって、ご本人さんがどう考えているかということが分かれば、確かに重要な拠り所にはなり

スライド２



ます。そんなに単純なものであるかどうかという面もありますが。

【スライド4】

調査の内容です。まず背景の説明。

これは実際に患者さんに対して説明をした内容です。患者さんに対して、「病気のために、もう歩いたりお話しすることもできなくなって、食事も十分取れなくなったときに、どのような治療を選択するか、いろいろあるので、聞きたい」ということです。「あくまでも仮定の話である」ということを、説明しています。これは病院でやっていますから、今の自分の病状と混同されないようにしました。

これは当然かもしれませんが、「分からない」という回答の選択肢も残しました。

医療従事者にこういう調査をしているものはほかにあるわけですが、やはり私は、高齢者自身が自分のこととしてどうであるかということを考えてほしいと思い、そういう意味で診療録に残したい、残してよければ残したい、ということを面談の場で伝えて、そういう気持ちで考えていただきました。

【スライド5】

面談の前に一つ分かったことがあります。面談に参加した人と、不参加の人の特徴も重要と思って調査をしましたが、そうしますと、はじめからMMSEが21点以上の人を対象に

スライド 3

方法

＜対象＞

面談式

2012年9月から当院老年病科の75歳以上の検査入院患者でMMSE 21点以上の者を連続的に対象とした。

アンケート式

2014年3月から2014年6月までの、当院老年病科の75歳以上の外来患者で認知症でない者を対象とした。

ただし、活動性の悪性腫瘍の患者や、その他、予後2年未満と思われる疾患を有する患者は対象外とした。さらに、易怒性や抑うつの強い患者は、主治医もしくは調査担当者の判断で除外した。

○ 本調査は東京大学医学部倫理委員会の承認をえて施行した。

スライド 4

調査内容

① 背景の説明

病気のため、自身で歩いたり、十分な会話をしたりできなくなった状態にあり、さらに、食事も十分とれなくなったと仮定。このようなときに、どのような治療を選択するかは、様々である。

② 本調査の特徴を説明

・ 今回の質問は、あくまでも仮定の話であり、差し迫った問題ではなく、もし将来このような状態になったと仮定して考えること。

・ “わからない”との回答でもよいこと。

・ ただし、今回の調査の特徴のひとつとして、了解があるなら、回答を診療録に残したいこと（面談の場合のみ）。

スライド 5

面談調査対象患者の特性

	面談に参加 n = 76	面談不参加 n = 23	*P* 値
Age, Yr	80.9 (4.5)	83.3 (6.1)	0.100
男性 / 女性	38 / 38	9 / 14	0.360
認知機能			
MMSE 点数	26.9 (2.4)	25.8 (2.5)	0.066
MMSE 点数 ≤23	6.6%	26.1%	0.018
抑うつ			
GDS15	4.7 (3.1) (n=74)	5.9 (4.1)(n=23)	0.252
GDS15 点数 ≥10	8.1%	21.7%	0.082
ADL			
Barthel Index	94.5 (12.6) (n=74)	93.9 (8.2) (n=22)	0.223
Lawton IADL (男性)	4.6 (0.9) (n=37)	3.7 (1.2) (n=9)	0.036
Lawton IADL (女性)	6.4 (1.7) (n=37)	6.5 (2.2) (n=13)	0.729

MMSE, Mini-Mental State Examination　GDS, Geriatric Depression Scale

しているのですが、21点から23点の人は26パーセントが面談に参加しなかった。ここに有意差が出ましたし、ADLでも有意差が出ました。つまり、やはり認知機能がだんだん低下してくると、こういう面談に参加してくれなくなる。アパシーとか、いわゆる依存が出てきて、あまり自分で決定をしたくなくなるというのが一つ見えました。

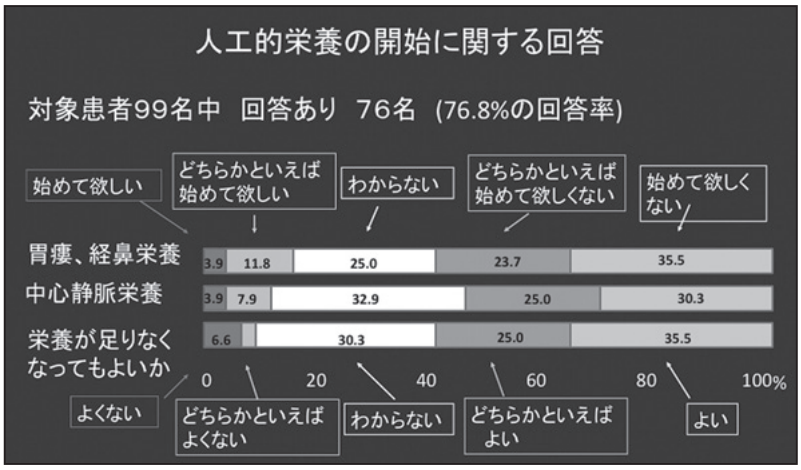
【スライド6】

これが実際の回答です。

99名のうち76名が参加をしてくれて、既存の報告のように、いわゆる胃ろうとかを「始めてほしい」とか、「どちらかといえば始めてほしい」という割合は、「始めてほしくない」という人たちに比べて圧倒的に少ないのですけれども、同時に、3割から4分の1くらいは「分からない」という回答であって、「始めてほしくない」という方向の回答者は5割ぐらいです。これを多いと見るかどうかは考え方によりますが、そういう結果でした。

あとは、胃ろうとか中心静脈栄養とか、あと、「栄養が足りないことで亡くなってしまうということも構いませんか」という質問について、それぞれの分布に大きな差は無かったです。

スライド 6

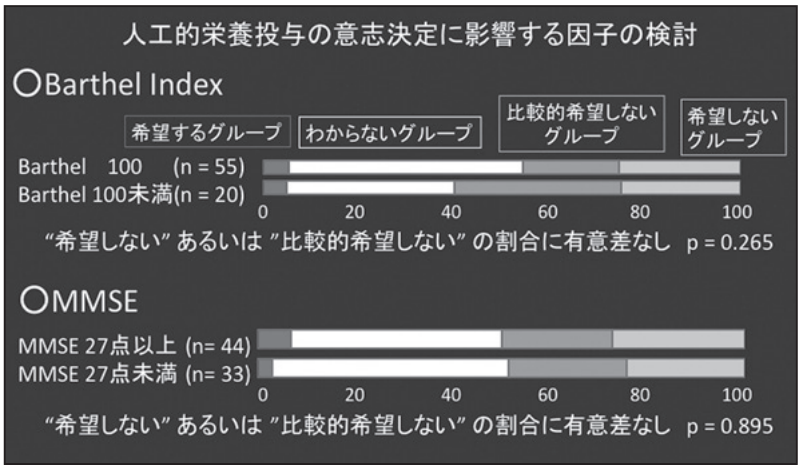


【スライド7】

次の一つの発見がこちらです。

では、だんだん弱ってくると、やはり回答が変わってくるのかどうかということを見ました。Barthel Indexというのは基本的ADLの指標です。基本的ADLが落ちていても落ちていなくても、回答の分布には変わりありませんでした。

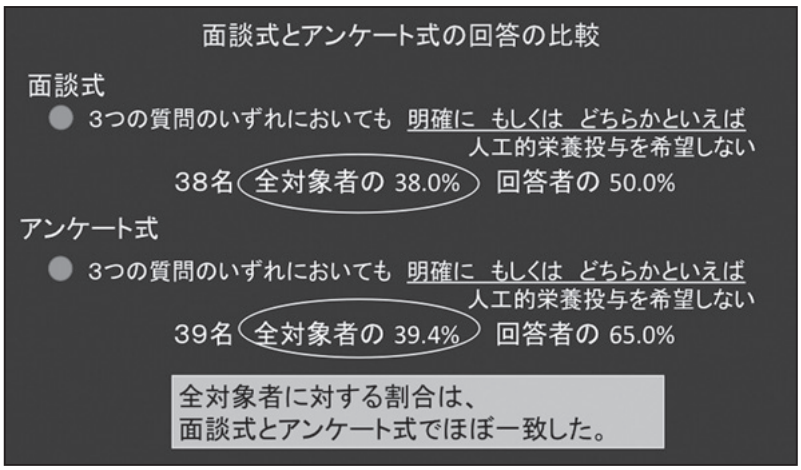
スライド 7



先ほどのMMSE、つまり認知機能についても、認知機能が落ちると参加しなくなる傾向なのですが、実際に参加してくれた人については、MMSEの点数と回答の分布には全くといっていいほど差が無かったということです。

【スライド8】

スライド 8



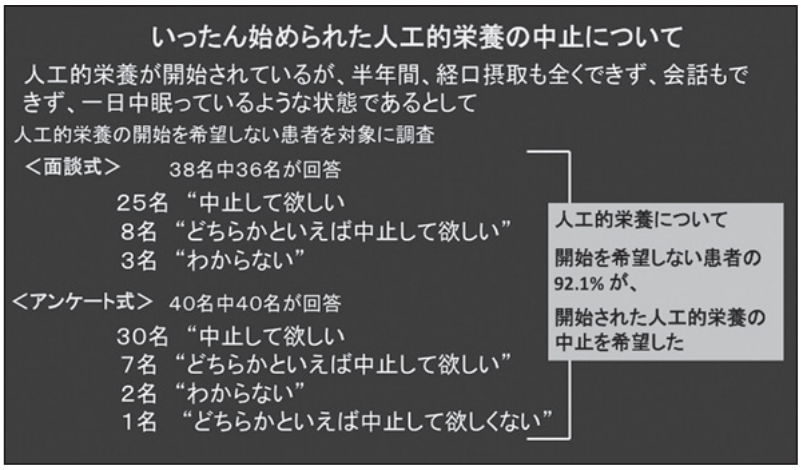
方法のところでしっかり述べませんでしたけれども、同じ調査を面談式とアンケート式で、別の患者さんでやっています。アンケート式は外来の患者さんで行ったということです。内容は、全く同じ内容を書いたものを渡しています。

そうしますと、先ほどの3つの質問のどれかについて明確に、あるいは、どちらかといえば「人工的栄養の投与を希望しない」という方向で回答をした人が、面談式で全対象者の38パーセント、アンケート式でも全対象者の39.4パーセントでしたので、これはどういう方式を取っても、ほとんど回答の分布の割合は変わらなかった。ただし、アンケート式の場合には「分からない」という回答が減るので回答率が減り、解答者の中で言うと、アンケート式の場合のほうが、「希望しない」割合は増えますが、全対象を母数にすると約4割が、「どちらかといえば希望しない」方向の回答ということです。

つまり面談式もアンケート式も、ほとんど変わらなかったなというのがもう一つの発見です。

【スライド9】

スライド 9



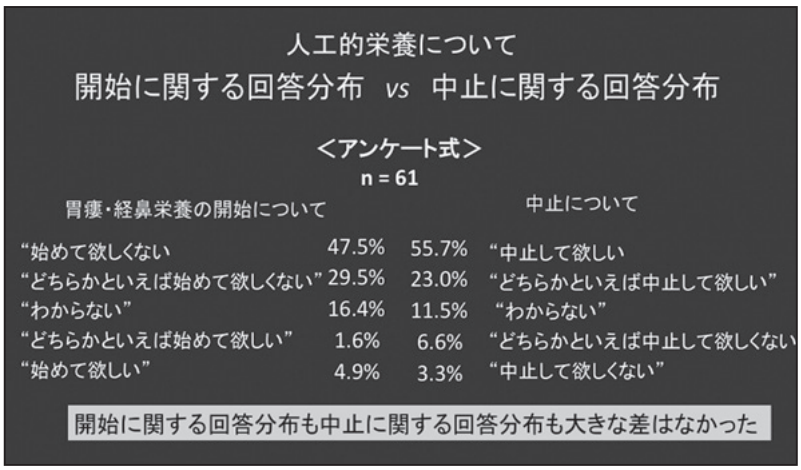
次に、これは、特に重要なポイントとしてしたわけではないのですけれども、人工的栄養の中止についても聞いてみました。つまり、人工的栄養が開始されているけれども、半年間、経口摂取も全くできないし、会話もできないし、一日中眠っているような状態である。「そのときにどうしてほしいですか」ということを聞きました。

ここで気付いたことは、思いの外、「中止してほしい」という回答がほとんどで、あまり「分からない」の回答が増えないということでした。人工的栄養開始を「希望しない」患者の92.1パーセントですから、9割以上が開始された人工的栄養の中止も希望したということです。

【スライド10】

実際そういうことで、胃ろうや経鼻栄養の開始について「始めてほしくない」という人の割合と、始まったものは、「もう始まってしまっていれば中止してほしい」という人の割合は特に変わらなかった。これをどう解釈するかは、まだまだいろいろな課題があると思いますが、そういう結果になりました。

スライド 10



【スライド11】

次に、面談式で1回回答をしていただいた人で、引き続き私どもの外来に通院している人を対象に、約2年後に同じ質問を、そのときは書面でしました。

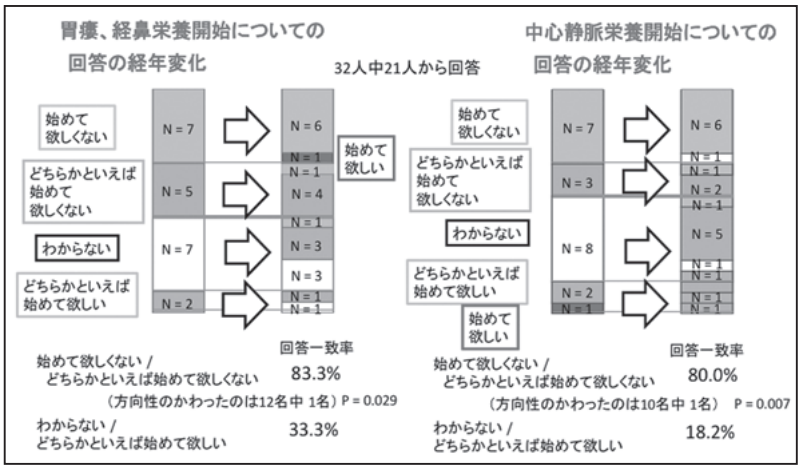
その回答の変化を見たのが、ちょっとビジーなスライドですが、こちらになります。

これで一つ言えることは、もともと「始めてほしくない」という方…ちょっとnが少ないのですが、7名のうち回答が変わったのは1名だけ。「どちらかといえば始めてほしい」というのでも1名変わっていますが、これは、「どちらかといえば始めてほしくない」というのが「始めてほしくない」に変わっただけです。従って、いわゆる胃ろうとか経鼻栄養を「始めてほしくない」方向の回答の人が2年たって「分からない」になったり、「どちらかといえば始めてほしい」に変わった人というのは、実はほとんどいなくて、完全に回答が一致した率も83.3パーセントです。

一方で、最初のときに「分からない」とか、「どちらかといえば始めてほしい」と回答していた人の回答は、2年後にはかなりばらついていて、一致していた人は33.3パーセントしかいませんでした。

中心静脈栄養についても全く同じで、「始めてほしくない」とか「どちらかといえば始めてほしくない」と言っていた人は、ほとんどのケースで同じ方向の回答です。「分からない」とか「どちらかといえば始めてほしい」というほうは、2年後には

スライド 11

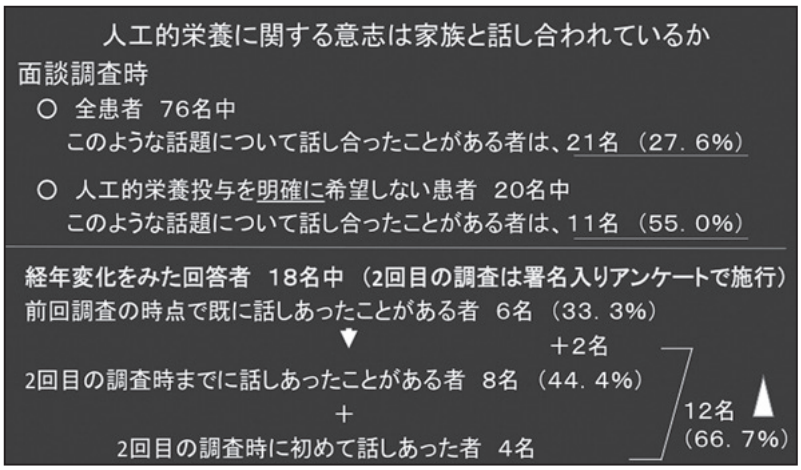


かなり回答はばらついていました。少なくとも何のイベントもない2年間ということであれば、「始めてほしくない」という意見は変わらずに維持されていたということであります。

【スライド12】

あと1点重要なことは、面談調査のときに76名中、このような話題について家族と話し合ったことがある人は21名、27.6パーセントしかいませんでしたし、3つの質問で、「明確にしてほしくない」といった人、つまり胃ろうもしてほしくない、中心静脈もしてほしくない、もう栄養不足で亡くなってもいいという、「どちらかといえば」という選択肢さえなかった20名でも、半分の人しかこういうことについて話し合った方はいなかったということです。

スライド 12

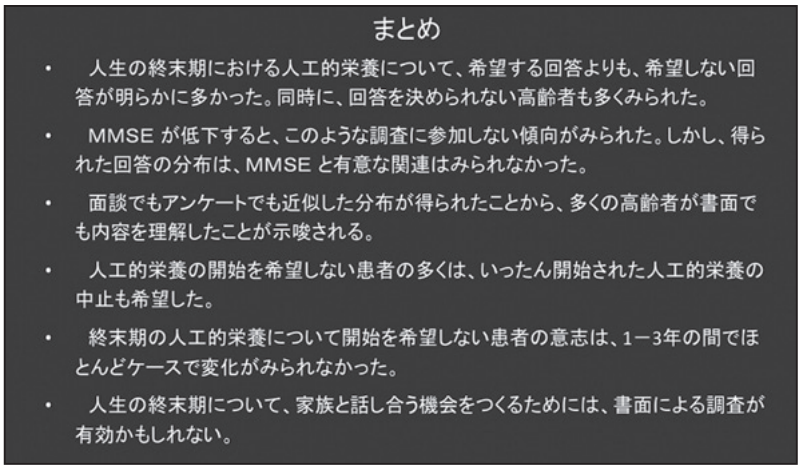


それについて経年変化を見たときに、随時話し合ったことがあるかどうかを聞いていくと、最初のインタビューで話し合ったことがある人が33.3パーセント。2回目の調査のときまでに話し合った人が44.4パーセントで2名増えていました。2回目の調査は書面で持って帰ってもらって、ご本人に書いてきてくださいと言ったのですが、そのときに初めて話し合ったという人が4名いて、非常にnが小さいデータで言っているので何とも言えませんが、やはり持ち帰ってもらったほうが、そこできちんと話し合ってもらえる。なおかつ、持ち帰ってもらって書面で調査をしても、インタビューで調査をしても、あまり回答は変わらなかったので、だからインタビューの意味がないわけではないかもしれないけれども、あえて言うなら、書面で十分で、あるいは書面のほうが副次的な効果が得られるのかなという気もしました。

【スライド13】

まとめは、それぞれのところで述べさせてもらいましたが、一つは「分からない」という回答もやはり結構あるということと、MMSEが悪くなると参加しない傾向があるけれども、実際の回答はMMSE、つまり認知機

スライド 13



能とは影響はしない。

それから、否定的な意見は1から3年ではあまり変わらない、家族で話し合う機会をつくるには書面による調査のほうがいいかもしれないといったことであります。

質疑応答

会場： 1点、お伺いしたいのですが、これは人生の終末期における高齢者の方の栄養についての調査だと思うのですが、質問項目に、「栄養不足による死」というような表現をなさっているのですが、高齢者の終末期の状況になった場合、「栄養不足による死」は、果たして本当に栄養不足なのか、もう本当に栄養が必要ではなくなった状況というか、栄養も摂取できなくなった状況か、というように考えると、「栄養不足による死」という表現が、反対に調査を受ける側としては迷うような質問になるのではないのだろうかと、私は疑問に感じましたので、その点を教えていただきたいと思いました。

山口： ありがとうございます。この質問項目を入れた理由は、「胃ろうはどうですか」といえば「胃ろうなんか嫌だ」、「中心静脈栄養も嫌だ」という話になり、それだけではやはりいけないだろうということです。胃ろうなどをしなれなければ、「それはデメリットもあるかもしれないですよ」という意味を入れました。実はそれに加えて、もう少しきちんとイラストなども付けて説明はしています。なので、その栄養不足という表現に、先生がおっしゃるような深い意味はなくて、マイナス側も何か入れたいと思ったというのが正直なところです。ですから、もう少しいろいろ考えるべきこともあるかもしれません。

ただ結果として言うと、先ほど言ったように3つの質問に対する回答は全然分布も変わらないし、例えば、「胃ろうは始めてほしくないし、中心静脈栄養も始めてほしくないけど、栄養不足で死ぬのは嫌だ」という回答は非常に少数例です。なので、逆に言うと、結果としては、高齢者の方も実はそういうことはある程度分かっている。さらに言えば、あえてああいう質問項目を入れる必要はなかったのかもしれないということも示唆しているかもしれません。すみません、回答になっていたか分かりませんが。

会場： ご家族の方が「栄養不足で殺すのは、見殺しにしているようで嫌だ」と思うのでは。ご本人に聞けば「要らない」とおっしゃるのだけど、家族に聞くときには、すごくそこがとまどいの要因になる言葉なんだなと、体験上感じていたので質問させていただきました。

山口： そうですね。おっしゃるとおりで、現場で私が臨床でやっているときの、家族の考え方としての回答の分布と、高齢者が本人のこととして回答するときに気になることと、やはり違うのかもしれないと思いました。

会場： ありがとうございます。

会場： 今のご質問とほとんど重なっていたのですけれども、これはがんでない病気を想定しているということですか。

山口： 歩けなくなって、お話しすることもできなくなって、ご飯も食べれなくなって、ということで、あと例として、“物忘れも進んでくる、そういうときに”ということを書いてあります。明確には言っていませんが、想定としては非がんの認知症の終末期を想定しています。

会場： 面談のときは、ご家族も一緒に入られているのですか。

山口： いや、入れないようにしました。今回、入っていないです。

会場： 結局は、家族がいろいろ言われて、家族の意向に従うという人がすごく多いかなと思うのです。自分でそう思っていても、いろいろ現場では問題になるところがありますので、やはり家族の希望というのも一緒に合わせて調査すべきかなと思うのです。

山口： そうですね。全くそのとおりですが、始めたときには、家族と一緒に話し合うと、結局家族の意見が圧倒的に強くなってしまって、そうすると、どちらを見ているのか分からない。実践段階としては、それは確かにちょっと非現実的なのかもしれないけれども、一応、あえて本人だけに聞いたらどうなるかを今回は見ました。

会場： 分かりました。

山口： 家族が加わると一気に変わるのは十分にあると思います。先ほどの経時調査でも、1名だけ意見がガラッと変わった人がいるのですが、あの人は、このとき初めて家族と話し合ったと言っているので、やはり家族と話し合ったら意見が180度変わりました。

会場： これをカルテに残していくということは、リビングウィルとして残したいという先生の思いもあるということですか。

山口： そうですね。リヴィングウイルとして役に立つかどうかまで私は今ここで提示することはできないのですが、家族の意見なしに、取りあえず自分が考えた意見は

こうですということが残っている意味もあるかなというのもあって、一回、あえて家族を外した状態で聞いてみたということです。

会場： 分かりました。

座長： 「あなたはどこで死にたいですか」といった世論調査も必要ですが、こういうしっかりしたデータが出る研究は大変意義があると思いますので、同じ質問形式で家族のキーパーソンの意識調査も併せて行っていただきたい。そしてその結果をぜひ次のファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成公募に出していただきたく思います。日本では医療決定権が家族の手にあるのが現実ですから今日のデータと合わせて議論することは重要だと思います。