

平成23年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

認知機能レベルに応じた高齢者への 効率的な栄養マネジメントに関する 国際比較研究報告書

平成24年3月

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター研究所

(表紙裏)

調査研究組織

○主任研究者

金 憲経 東京都健康長寿医療センター 副部長

○研究者

枝広あや子 東京歯科大学 オーラルメディシン・口腔外科学講座

金 美芝 東京都健康長寿医療センター

斉藤京子 東京都健康長寿医療センター

千葉由美 ペンシルベニア大学

平野浩彦 東京都健康長寿医療センター

(50音順)

事業概略書

認知機能レベルに応じた高齢者への効率的な栄養マネジメントに関する国際比較研究

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 事業概略書

事業目的

近年日本では認知症終末期における栄養マネジメントに関して注目が集まっている。この課題を検討するためには、終末期だけではなくそれ以前の段階からの、本人・家族の栄養マネジメントに対する“意思決定”に焦点をあてる必要があると考えられる。本調査では、複数国（アメリカ、イギリス、韓国、中国、台湾、タイ）の情報（医療保障を含む社会保障制度、意思決定ツール、宗教感など）を渉猟、さらにアンケートを通し、認知機能レベルに応じた、さらにエンドステージに向けての効率的な栄養マネジメント案の基本データを作成することを本調査の目的とした。

事業概要

各国の当事業課題に精通した有識者（主に医療関係者）を選択し、ヒアリングを行った。ヒアリングは、有識者を日本に招聘する形式（アメリカ、イギリス、韓国、中国）と、現地へ来訪する形式（韓国、中国、台湾、タイ）をとった。また、作成した調査票を用い協力が得られた国において、医療・介護従事者を対象にアンケート調査を行った。

1、アメリカ調査

認知症高齢者に関する組織は、The Older Americans Act（高齢アメリカ人法）、the Community Long-term Care Program（地域長期ケアプログラム）、Medicare、Medicaidである。終末期の認知症高齢者に対しては、Medicare（Part A）でナーシングホームと在宅の両方でホスピスケアが提供される。認知症高齢者に対する多職種チームは一律でないが、通常、医師、看護師、栄養士、ケアマネジャー、理学・作業療法士などで、ソーシャルワーカー、聖職者、およびレクリエーション療法士（ナーシングホーム）である。認知症の重症度は、MMSE、Mini-Cog、FAST、医師、ナースプラクティショナーによる診断が用いられ、対応の際、認知症のアルツハイマー型などの分類は明確にされている。全てのナーシングホームで食事の安全、衛生的保存は法律に準拠しなければならない。居住者の体重減少は、ナーシングホームを評価する際の基準として用いられて

おり、罰金を科せられたり、閉鎖させられることがある（F-tag325）。1990年のOmnibus Reconciliation Act（包括的調整法）でナーシングの居住者は、Advance Directive（AD）（事前指示書）（Heath Care Proxy：ヘルスケア委任状とLiving Will：リビングウィルの書類）を書くことが求められる。重度/末期の認知症高齢者への栄養選択決定の際に、家族の決断を導くためにいくつかの主な問題がある。軽度、中等度の段階で、チームにより患者・家族にアプローチされた結果としてコンセンサスが得られれば問題は生じないが完全というわけではない。軽度、中等度の認知症レベルにある高齢者に対し、決定を確認するための手続き的なアプローチが行われている。また、食事の中断は、重度の場合でも介護を通じての社会的相互関係を断つことを意味しており、中等度の認知症高齢者に対して低栄養管理の視点からPEGを一時的に用いることも考える。

2、イギリス調査

英国の医療保険（健康保険）：NHS（National Health Service）と呼ばれている全英をカバーする医療制度がある。NHSは税金でまかなわれており、医療費は無料である。全英の1%ぐらいが民間の医療保険も使っている。近年の動向として、民間の医療部門の需要が伸びてきている。NHSの需要が十分満たすことができないため、NHSが民間を雇い、民間から医療を提供してもらっている。NHSのシステムを極限まで使っており、システムの維持が危機的状況である。そのため認知症高齢者のケアに関しては、優先順位が低くなっている。

法律的背景：重度認知症（終末期）のArtificial Nutrition and Hydration（ANH）の議論は、イギリスでも同様の問題を抱えており、当該課題と沿同様な課題（ANH中止による死亡）に関する審問会が2005年に行われ全英の注目が集まった（ヒアリング対象者自身もその審問会出席）。審問会に提訴は、患者家族ではなく現場医療スタッフであった。ここでの論点は、実際に行われた行為が殺人かどうか、さらに過失による死亡であったかであった。審問会の後、司法手続きに移行の段階で、審問会で糾弾された医療スタッフは最終的に無罪となった。それは医療専門家証人の意見（認知症が重度化することによる摂食・嚥下困難は不可避）が大きく反映された結果と思われる。

自己決定について：イギリスではLiving Willsに関するガイドラインが整備されている。イギリスでは、患者の自然経過に任せるのが普通である。本人の意思も尊重されるが、認知症重症例に積極的な人工的な栄養支援はほぼ行われず。家族の意向がある場合であっても、医師の判断が必要となる。イギリスでは終末期のガイドラインと栄養に関するガイドラインが策定されているが、認知症に関しては言及されていない。しかし胃瘻をする選択肢は低く、経鼻胃管を行うことの方が多いとの回答であった。

3、韓国調査

調査1 ソウル北部病院を訪問し、医療スタッフ4名（院長、精神科長、栄養室長、社会福祉室長）とのヒアリングおよび論議を行った。

(結果) 認知症高齢者のための主な社会保障システム: 2007 年から「老人長期療養保険法」と、2010 年から「障害者年金法」が制定されている。支援事業は、一段階: 予防プログラムとしての支援、二段階: 診断調査、三段階: 治療システムとして病院での治療やケアの段階、四段階: 長期療養施設や在宅での事業として身体的(挙動)レベル別にケアプランを立てた支援。II. 認知症の患者に対する臨床的アプローチ: ソウル北部病院では、経鼻胃管栄養法利用患者 22 名、PEG10 名である。長期療養施設では、利用者 157 名のうち、アルツハイマー型認知症 1 名が経鼻胃管栄養法を、1 名が PEG を採用。

調査2 ソウル大学看護学部を訪問し、専門家1名(学部長)とヒアリングおよび論議を行った。

(結果) 認知症予防のためのソウル市の対策: ソウル市は認知症センターを設立し、事業の企画、事業開発、人材育成、情報を各地区の認知症支援センターに提供する。認知症支援センターは各区の保健所に設置され、予防事業、早期健診事業、登録管理事業、地域支援事業、情報システム構築などの事業を展開している。事業展開の問題点および改善点: 認知症支援センターが設置されているが、認知症担当の専属職員が配置されていない、認知症関連資料不足、家族の理解を高める取り組みが必要、低所得層認知症患者への支援策不足等々

調査3 ソウル北部病院医療スタッフ招待2名(院長、精神科長)ヒアリングおよび論議を行った。

(結果) 認知症重度/末期、人工的な水分・栄養補給法についての日韓国医療スタッフの論議

日本: 「末梢点滴を継続し、自然の経過をとる」50% or 「PEG」50%、日本では、施設での入院期間が長くなるので、PEGが多い。韓国: 「末梢点滴を継続し、自然の経過をとる」50% or 「経鼻経管」50%、ソウル北部病院では、PEGを手術したアルツハイマー型認知症の患者さんはいない。癌の患者さんが多い。韓国ではキリスト教や仏教等の宗教家に来て、祈祷・説法を行う。韓国では終末期の患者に宗教的影響を及ぼすものである。

4、中国調査

調査1: 中国における重症/終末期の認知症患者に対する栄養マネジメントの方法、医療従事者(看護)の考え方などを調査票にて聞き取り調査を行った(質的調査)。

調査2: 中国における重症/終末期の認知症患者に対する栄養マネジメントの方法、医療従事者の考え方などを、認知症関連の科や職種別に調査票を用いて聞き取り調査を行った(質的調査)。

四川大学華西病院で調査票を配布: 四川大学華西病院の認知症に関わる科(老人科、精神科、神経内科等)で調査票によるアンケートを実施した(量的調査)。調査対象者は 51 名であった(医師 13 名、看護師 13 名、その他 1 名、不明 1 名)。

以上の調査から以下の情報を得た。中国の高齢化は世界と比べ総人口が多いため、高齢者の人口規模も大きく、経済が発展する前に高齢化が進んでいる。現時点で国の政策は、高齢者に対する、医療、介護、終末期、生命倫理、社会保障、法律的なシステムの整備が十分に行われてない(一部は進行中)。認知症患者に関しても、社会的に十分認知されていない可能性が高いことが示唆された。

認知症患者の終末期の栄養マネジメントにおいて、医療従事者及び患者・家族は、経鼻・経管栄養を行う事例が多く、胃瘻の実施は少なかった。医療従事者は胃瘻を選択（治療として選ぶ）が、患者家族が胃瘻を避け、経管・経鼻栄養の選択をすることが多いことがわかった。また栄養法の選択には、医師、看護師、栄養士が患者・家族に提案をするが、栄養法を決定するのは患者及び家族の意思が尊重されている。患者中国は総人口に占める高齢者の割合が2010年から明らかに上昇することが分かっており、認知症高齢者及びその栄養マネジメントに関する問題は、今後の中国社会で大きな問題となることが予想され、政府の法的、人的、施設整備等の支援・推進の対策が望まれることが示唆された。

5、台湾調査

医療・介護保険制度：1995年に「全民健康保険」を実施した。この保険制度は強制加入の社会保険で、全国民に対して平等に医療の機会を提供することを目的としている。介護保険制度は、当初2009年末に立法し2011年度実施予定だったが、先頃2012年度の立法に先送りされ、総統選挙後である本年2012年に具体的なアクションがあるものと予想されている。

認知症関連：台湾における認知症は15～20万人と推計されており、今後20年間で倍増すると推定されている。台湾失智症協会（台湾アルツハイマー病協会）などが主体に認知症に関連した啓発活動を行っている。ただ日本のように介護施設、病院さらに認知症などを視野入れた介護制度（サービス）などの整備が十分でない事も、高齢化に伴い今後急増する台湾における認知症患者への対応が深刻化しつつある要因となっているとの意見であった。急速な高齢化が進む台湾でも近い将来、認知症患者への告知を含めた倫理的な問題に直面することが予想される点について議論もされているが優先順位としては低い印象であった。医療従事者らの意見としては、「確かに認知症は重要な課題であるが、まだ先の話」との印象を持っている者がほとんどであるのではないかとの指摘もあった。

終末期医療と認知症：終末期医療の取り組みで特徴的なのは、2000年に制定された「安寧緩和医療条例」で、「末期患者が自ら自然死を選べる」ことを法的に整備したものである。現場では施行されているもの、現場ではなかなか円滑に運用されていない状況のようであった。重度認知症の対応に関しては、医療者（医師、看護師）の一部では本条例を基軸に、重度認知症の終末期（特に食べられなくなった際）の対応に関して問題提起を行っているとのことであった。特に、既存（台湾）のがん患者への緩和ケア基準（ガイドライン）のみでは認知症患者（家族）への緩和ケアは困難である点についての議論が一部で行われているようであった。その議論の中では、認知症の終末期は医療的な介入が主体ではない以上、ナーシングホームなどが認知症の緩和ケアには適しているのではないかとの意見が提示されていた。以上の議論の広がりには正確には比較できなかったが、認知症の栄養マネジメントに関しては同様の課題を認識し議論が行われていることが把握された。一方で「こういった議論が行われているのは事実であるが、まだまだ大きな問題となるのは先の話」

とのコメントが多かった。

6、タイ

医療・介護保険制度：2002 年国民医療保険制度が制定され、約タイ国民の 7 割が加入している保険である。当該保険は一人当たりの予算設定が低いため、ハイリスクな患者の際には、円滑な対応ができない病院、当該保険を適応していない病院（主に民間病院）も多くある。その他の保険、公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS：Civil Servant Benefit Scheme）、民間企業被用者に対する保険制度（SSS：Social Security Scheme）が整備されている。同国の急速な高齢化を鑑み、介護保険は導入が積極的に議論されているが現在は整備されていない。現状としては、個人が看護師などを雇用し、在宅でケアするケースが一定以上の所得者層ではほとんどである。

認知症治療・ケア：認知症に関する関心はあるものの、基本的には大きな課題としては扱っていない印象である。医師からのヒアリングでも、薬物療法（アリセプトなど）に関しては興味があるが、ケア（特に非薬物療法）に関しては興味が無く、看護師などメディカルの仕事ととらえている。年齢階級別の認知症割合データでは、85 歳以上は日本と近似した割合であったが、それ以下の年齢層では低い割合に留まっていた。

高齢者終末期（EOL）ケアについて：保健省による EOL 研修は、頻度が低いものの、医師、看護師を対象に行われていた。一部認知症の EOL に関しても記載があったが主な対象疾患は、がん、老衰であった。EOL では、痛みなどの患者の苦痛を除去するのが医療の役割で、それ以上は医療の仕事ではなく、宗教（仏教）の世界を重視するとのことであった。病院にも宗教関係者が多く関与しているとのことであった。

EOL の理念として、患者の心地よいこと（comfortable）なことは行うが、それ以外はやらない。したがって、経鼻経管栄養は comfortable でないので行わないとのコメントがあったが、介護現場では多くの ADL 低下した入所者が経鼻経管栄養を行っている様子が見られた。EOL に関して医療現場と介護現場では、その対応において差がある印象を受けた。胃瘻（PEG）に関しては、手術を必要とすることから、「何故そこまでリスクを負わせてまで胃瘻を行うのか？」との質問が多く出た。タイにおいては、重度認知症高齢者に対して、食べられなくなった際に胃瘻の選択はほとんどないとのコメントであった。

終末期の意思表示（Living Wills）に関しての法的整備は行われているが、認知症終末期に使用されることは経験がないとのヒアリング結果であった。タイでは Living Wills が明確に整備された背景には、タイ国政府がメディカルツーリズムに力を入れている点が指摘されていた。したがって、タイ国民にとって Living Wills は広くは認知されていないとの印象であった。

事業結果

- 1、 認知機能レベルに応じた、さらにエンドステージに向けての効率的な栄養マネジメント案の基本データとして以下の情報を得た。
- 2、 Living Wills の必要性：調査した複数国（米国、英国、台湾、タイ）では明確なガイドライン（条例）が存在した。自分の将来を明確に意思決定する文化が日本になじむか等の課題はあるものの、認知症（ADなどの変性疾患）の栄養マネジメントを行う際には有効なツールと思われた。
- 3、 要介護高齢者栄養マネジメントガイドラインの必要性：明確な当該ガイドラインを整備していたのはアメリカのみであった。認知症が重度化し、摂食・嚥下障害などが発症した時点で“低栄養”の対応に対峙するのではなく、認知症の早い段階から予知性を持った栄養マネジメントを行うためには、当該ガイドラインの整備は有効と思われた。
- 4、 非がん疾患への緩和ケア：今回調査した国で、当該ケアについて明確なコメントを得られたのは、台湾とタイであった。特にタイはエイズへの対応が国家戦略として行われており、エイズへの緩和ケアの視点が養われていた。認知症（ADなど）は非がん疾患の緩和ケアの対象疾患と考えた場合、円滑なケアを行う上では、認知症に対する理解の広がり是不可欠である。エイズ予防目的に行われているタイでのエイズ教育の手法は、この点において参考になった。
- 5、 終末期ケアへの宗教専門職のかかわり：日本においては、宗教専門職の終末期ケアへのかかわりはあるものの多くはない。調査した複数国（米国、英国、韓国、台湾、タイ）において、宗教専門職の終末期ケアのかかわりは標準的な対応として行われていた。特に、タイにおいてはガイドラインこそ無いものの、その必要性が明確に提示されていた。認知症栄養マネジメントに直接かかわる視点では無いが、“食べられなくなった”認知症高齢者を持つ家族に対してのrespite careの視点では有効と思われた。
- 6、 重度認知症高齢者へのPEG選択：今回対象の国では重度認知症高齢者が“食べられなくなった”際に、PEGは選択されない傾向があったが、その背景には相違があった。高齢化率がそれほど高くない国（韓国、中国、台湾、タイ）では、認知症に関しては問題視しているものの、将来の問題との認識の印象であった。アメリカに関しては、認知症も含めた要介護高齢者への栄養マネジメントのガイドラインなどの整備が細かく行われている。その整備された栄養に対する対応を行った上で、“食べられなくなった”際のANHを差し控えるか否かの議論が行われている印象であった。以上から中等度認知症からの積極的な栄養マネジメント行うことが、終末期の円滑な栄養マネジメントを行う重要な要因の一つと示唆された。

【 目 次 】

本調査の背景：金 憲経、平野浩彦	7
第1章：アメリカでの状況：千葉由美	11
第2章：イギリスでの状況：平野浩彦	26
第3章：大韓民国での状況：金 憲経、金 美芝	51
第4章：中華人民共和国での状況：斎藤京子	87
第5章：台湾での状況：平野浩彦	111
第6章：タイ王国での状況：平野浩彦、枝広あや子	127
調査票	153
◆調査票：英語	
◆調査票：韓国語	
◆調査票：中国語（簡体字）	

本調査の背景

【目的】

本調査は、認知機能レベルに応じた高齢者への栄養マネジメントにおける国内外の相違の背景を検索する視点として、本人・家族の栄養法選択に対する“意思決定”に焦点をあて、実際に各国（アメリカ、イギリス、韓国、中国、台湾、タイ）で“どの場面で”“誰が”“どのように”栄養マネジメントを行っているかを調査した。

わが国では、認知症終末期における栄養マネジメントに注目が集まっているが、前述した複数国のデータ渉猟し、認知機能レベルに応じた、あるいはエンドステージに向けての効率的な栄養マネジメント案の基本データを作成することを本調査の目的とした。

【背景】

日本において、60歳以上の高齢者のうち低栄養の高齢者は20%（低栄養予備軍10%、認知症5%、寝たきり5%）を占める(平成19年度)。また認知症高齢者数の増加に伴い、認知機能低下により食行動に困難を示す高齢者の増加が予測される。認知機能低下のある高齢者では、栄養マネジメントを行う際に中核症状やBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を含む認知機能のアセスメントも重要項目となる。特に認知機能障害が重度化した場合、栄養摂取量低下によるPEG造設の適否が問われ、現在では日本でも本人・家族の栄養法選択に関する“意思決定”が重要となってきた。日本と諸外国では、高齢者の状況、民族、個人的要因、文化的背景、医療制度などの違いから、栄養法選択への考え方も異なると予測される。またインフォームドコンセントにおける決断には、多くの倫理的・経済的・社会的課題が含まれているため、日本においても意思決定の過程を支援することは今後の重要課題である。

“意思決定”については、A. O’ Conner氏が開発した、患者自身が健康に関する“意思決定”を行う場面で必要十分な情報を獲得し、最終的に納得できる決断をするための「意思決定ガイド」をはじめとした様々なツールが展開されている。Ottawa Hospital Research Instituteでは、様々な状況を想定した意思決定ガイドが提供されており、終末期におけるAHN(Artificial Hydration and Nutrition：人工栄養)を受けるかどうかの自己決定や、認知症の家族を施設に入所させるかどうかの家族の意思決定

などもみられる。しかし、これらにおいて患者自身の理解力や判断力が十分であることが前提であり、意思決定する者自身の判断力障害の要素を含むツールは開発されていない。

栄養法の選択に対する本人・家族の“意思決定”は、認知機能低下のある高齢者の余命に影響する可能性があることから、様々なジレンマを伴う。特に、本人以外の第三者が栄養法を選択・決定しなければならない場合もあり、本人の意思確認や余命に対する関係者間の考え方に齟齬を生じることが多々見られる。高齢者のエンドステージに向けて本人・家族が栄養法に対する“意思決定”を効率的に行うためには、どの認知機能レベルの時点で、どのようなタイミングでどのような準備を行うと良いかといった具体的方法の構築が必要である。そこで、本事業では、諸外国の状況について、本人・家族の“意思決定”に焦点をあて、意思決定プロセスの関連背景を探索し基礎的データを収集した。

【調査概要】

対象と方法：日本、韓国、中国、台湾、タイ、アメリカ、イギリスにおいて各国の高齢者への医療・介護に関して精通した専門職にヒアリングを行う。さらに、ヒアリングを通じて文献・資料レビューの結果に基づき、高齢者本人・家族の“意思決定”に関連する事項について具体的な場面構成や関連情報を収集する。

内容：①高齢者の認知機能レベルに応じた具体的な栄養法の選択・決定のプロセス（各国で認知機能レベルなどをマッチングする）、②個人的要因（認知機能、居所、個人の価値観など）③組織・社会的要因（医療制度、社会資源、宗教、慣習など）以上の項目について、経験に基づき具体的に情報を収集する。

なお本調査で使用した調査票は、平成22年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」（老年医学会）の調査票を一部参考に作成したものである。

第 1 章

アメリカ合衆国での状況

I.アメリカ合衆国の状況

ヒアリング対象者：Elaine J. Amella, PhD, RN, FAAN

Professor Medical University of South Carolina College of Nursing

1. 国の特徴と高齢者

アメリカ合衆国は、北アメリカ大陸、および北太平洋に位置する連邦共和国で、本土48州とアラスカとアリューシャン列島（アラスカ州）、ハワイ諸島（ハワイ州）の50州からなる。本国の他にプエルトリコやグアム島といった海外領土を領有している。現在のアメリカ合衆国の人口は、308,750,000人（2010年4月現在）で、国土962.8万平方キロメートルを有する¹⁾。調査当時（2008年現在）の総人口中、65歳以上の高齢者は総人口の12.4%（3730万人）で、75歳以上の後期高齢者の割合は6.1%である（1830万人）²⁾。居住している人種は、主に白人、アフリカ系（黒人）、アジア系である。宗教は、プロテスタント、カトリックが多く、ユダヤ教、イスラム教、仏教、不可知論、無神論、ヒンドゥー教、ユニテリアンなどが混在する。英語を公用語として使用している州は30程度で、スペイン語なども使われている。

2. 医療・長期ケアに関連する制度

現在の保険制度は、公的保険と民間の保険会社が混合して提供している。一般国民は民間の医療保障プランに加入することが必要で、民間被用者保険（勤務先の会社が雇用者の保険の一部を負担）と民間保険（個人で加入）がある。民間医療保証プランは、Fee for Service（出来高払型）とManaged Care（マネジド・ケア）（管理医療型）に分けられる。1990年初めまでは、出来高払型が主であったが、医療費を圧迫化したことから、医療費抑制を試みた管理医療型（マネジド・ケア）へと変化を遂げている。1970年代には政府支援のもと、管理医療型の促進が進み、Health Maintenance Organization（HMO）（健康維持法）がもっとも一般的となっている。マネジド・ケアによるデメリットは、受診医療機関の制限、治療内容管理の厳しさ、コスト削減などで、医療に関する訴訟が多いのも特徴である。また、医療費は統一価格ではなく、州によって医療費はかなり異なってくる。保険未加入者も少なくなく、6人に1人程度とされている。

公的保険では、社会保障部分を担っており、高齢者及び障害者に対する自己負担の少ない「Medicare（メディケア）1965年制度化」と低所得者、身体障害者対象の「Medicaid（メディケイド）1965年制度化」がある。メディケアは連邦政府が管轄しており、Part A から Part D に分類されている。Part A では、年齢65歳以上の高齢者に対し、主にHospital Insurance（急性期の入院費用）を保証する。財源は社会保障税で、本人、配偶者が最低10年間税を支払うことにより受給資格を得る。また、メディケイドは、州と連邦政府が費用の共同負担のもと、州が運営を担っている。

3. 認知症高齢者への栄養マネジメントのあり方

アメリカ合衆国では、終末期の認知症高齢者に対して Artificial Nutrition and Hydration (ANH) による積極的な治療が推奨されないことは、一般的によく知られる内容である。ガイドライン化された内容は、リサーチエビデンスによって裏付けられている。しかし、実際、認知症の多くは進行性の経過をたどり、終末期に至るまでに患者・家族ともにさまざまな状況を体験することになる。当然、この経過の中では、専門家によるチームアプローチが実践されており、最終的に高齢者は、終末期をスタッフや患者の家族とともに迎えることになる。実際の活動を例に見た際、単に終末期の栄養問題や倫理的問題に焦点化しているわけではなく、終末期前から身体的、心理的、社会的な要素を包含した終末期に向けての準備が行われているという現状がある。また、これらの高齢者に関わる専門家は、医師や大学院マスター以上でないと取れないライセンスを有する多職種が含まれており、ケアが提供される時点で、すでに認知症のタイプ（アルツハイマー病、レビー小体型認知症など）や認知レベルが明確にされている。

施設における高齢者への栄養マネジメントの規則も厳しく、ケア不足が原因で低栄養による褥瘡が発生した場合などは時として施設が訴えられ、施設閉鎖につながることもある。様々な情報がインターネットなどで公開されており、監視の目は厳しい。

今回、アメリカ合衆国における回答者は1名にとどまったが、認知症高齢者の食事・栄養問題に精通している第一人者であることを付記し、以下に調査結果を示す。

◆結果

調査について

1. 回答者の背景

回答者は、長年にわたる臨床経験を有し、長期療養施設においても10年以上、臨床家および研究者として携わられたエキスパートである。ライセンスは、Registered Nurse（登録看護師）の他、Geriatric Nurse Practitioner（老年のナースプラクティショナー：GNP）を有する（GNPは、高齢者施設で認知症の診断などが可能）。

2. ケアシステムに関する情報

1) 認知症高齢者を支援する国や地方自治体の組織について

アメリカ合衆国では、the Older Americans Act（高齢アメリカ人法）、the Community Long-term Care Program（地域長期ケアプログラム）（the Alzheimer's Association：アルツハイマー協会が研究と政策的リーダーシップを担う）、Medicare（メディケア：連邦政府）そして Medicaid（メディケイド：連邦政府と州による）を通じて、国による高齢者の管理が実施されている。また、いくつかの私的な基金によっても、地域、あるいは全国的にケアが支援されている。

2) ヘルスケアサービス、社会サービス、高齢者サービスのシステムについて

メディケア（Part A）（65歳以上の全高齢者に対して連邦政府が資金を補う）では、終末期の認知症高齢者に対して、ナーシングホームと在宅の両方でホスピスケアを提供している。

- メディケアホスピスベネフィット (Medicare Hospice Benefits - [Medicare.gov](http://www.medicare.gov)) (資料 1)
www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02154.pdf
- アルツハイマー型認知症の人へのメディケアホスピスベネフィット (Medicare's Hospice Benefit for Beneficiaries with Alzheimer's ...) (資料 2)
www.alz.org/national/.../medicare_topicsheet_hospice_benefit.pdf

さらに、いくつかの私的に購入された長期保険はアルツハイマー病ケアをカバーする。また、いくつかの州は、認知症を含むことができる介護保険の購入を支援するためにオフセットを提供している。

- 州のアルツハイマー病計画：長期ケア ([STATE ALZHEIMER'S DISEASE PLANS: LONG-TERM CARE](http://www.alz.org/national/documents/stateplan_longtermcare.pdf)) (資料 3)
www.alz.org/national/documents/stateplan_longtermcare.pdf

アルツハイマー病協会は、認知症高齢者とその介護者を支援するため、さらなる基金の提供に向けての活動が盛んである。

- 長期ケア資金調達 (Long-Term Care Financing) (資料 4)
www.alz.org/join_the_cause_long_term_care_financing.asp

高齢アメリカ人法 (アメリカ合衆国の法律) を通じて、高齢者への地方エリア政府機関がメディケイドの対象となる人々 (医療的な弱者—貧困) に対し、地域長期ケアを提供する。これは在宅、あるいは入居者に対してケアを提供するメカニズムである。しかし、基金には限界がある。サイトは、地域長期ケアに関するサウスカロライナ州の例である。

- 地域長期ケア (Community Long-term Care) (資料 5)
www.scdhhs.gov/openpublic/insidedhhs/bureaus/BureauofLongTermCareServices/CLTCOverview.asp

レスパイトケアは、社会的モデルを通じて、地域に今なお居住する認知症を有する人々に対するケアで、1日平均4時間が提供されている。これらのプログラムはしばしば支払者連合—私的基金 (主に Brookdale 基金)、メディケイド (連邦政府) 特例条項、州の補助金、私的基金収集、そして家族への費用によって賄われている。ここにアルツハイマー協会と Brookdale 基金からの国の見解を示すウェブサイト、そしてチャールストンで私が研究をした地方レスパイトセンター (ここには国を通じてこれらの多くがある) の内容を示す。

- Respite Care (レスパイトケア) (資料 6)
www.alz.org/living_with_alzheimers_respite_care.asp
- The Brookdale Foundation Group (Brookdale 基金) (資料 7)

www.brookdalefoundation.org/Respite/respitaprogram2008.html

- Respite Care Charleston(レスパイトケアチャールストン) (資料 8)

www.respitecarecharleston.org/

PACE プログラム (高齢者のための包括的ケアプログラム) は、メディケイドが賄っており、地域で資格のある人にナーシングホームタイプのサービスが提供される。このプログラムは、医療モデルを使用しているため、参加するための資格として与えられる最初の診断は認知症というわけではない。しかしながら、もし認知症の高齢者が他の医療問題、例えば心臓病を有した場合、これらのプログラムに参加することができる。これらは高齢者を施設に連れていき、1日8時間、週5日間、多くのヘルスサービスを受けることが可能なプログラムである。ここにメディケイドからの詳細を示す。

- Program of All-inclusive Care for Elderly (高齢者のための包括的ケアプログラム) (資料 9)

www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Integrating-Care/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE.html

3. 認知症ケアチームに関する内容

1) 認知症高齢者に対する多職種チーム

認知症高齢者に対する多職種チームは存在する。これは、アメリカ合衆国で一律というわけではなく、急性期ケア、あるいはプライマリーケアの場面では必要とされていない。しかしながら、病院、急性期ケア、長期療養ケア施設の場において、国を通じて開始された非常に成功したモデルがいくつかある。これらの多くは高齢者がケア場面を移行する時、費用削減の必要性から運用されてきた経緯がある。

ここにアルツハイマー病協会のチームケアに関する勧奨を示す。なお、この勧奨は、強制力を発せず、単なる推奨に過ぎない。

- Dementia Care Practice Recommendations (認知症ケア実践の勧奨) (資料 10)

www.alz.org/professionals_and_researchers_dementia_care_practice_recommendation_s.asp

チーム構成は、通常、医師、看護師、栄養士、ケアマネジャー、理学・作業療法士、ソーシャルワーカー、聖職者、およびレクリエーション療法士 (ナーシングホーム) である。

2) 認知症高齢者の意思決定を支援する多職種チーム

認知症高齢者の意思決定を支援する多職種チームが存在するが、組織、そのケアモデル (医療モデルか、社会モデル)、資金、対応される患者のタイプなどによる。

メディケアとメディエイド（アメリカではかなり少ないが全て）から資金を得ている長期療養施設では、高齢者が承認される時や90日毎、あるいは状況の主な変化があった時（例として病院から戻るなど）にケアプラン会議が必要とされている。これらの会議は、参加希望があれば、家族員もまた参加する。ここにチーム会議を説明したジョージア州のウェブサイトを示す。

- “What is a resident care plan meeting?”（居住者ケアプランミーティングとは何か）
www.atlantalegalaid.org/fact7.htm（回答者の明示ありもリンクせず）

高齢者サービスが提供されるメディカルセンターの特別なサービス—特に、もしフォローアッププログラムがあれば—しばしばチーム会議を設けられる。看護は、ACE（Acute Care for the Elderly）ユニット（国を通じての高齢者急性期ケアプログラム）を促進する中で、リーダーの役割を担った。何度も入院する認知症高齢者は、スタッフが行動や家族問題に対応できる時—高齢者へのケア焦点化チームがある—、これらのユニットに入院させられる。ここにカリフォルニアのある病院の例を示す。

- San Francisco General Hospital Foundation(サンフランシスコ一般病院基金)（資料 11）
www.sfghf.net/programs/ace_project.html

チーム構成は、通常、医師、看護師、栄養士、ケアマネジャー、理学・作業療法士、ソーシャルワーカー、聖職者、およびレクリエーション療法士（ナーシングホーム）である。

3) 認知症の重症度評価のためのガイドラインやプロトコール

Center on Aging（高齢者センター）を有するが、メディカルセンターには重症度評価のための一律のものはない。しかし、自分が調査を実施したレスパイトセンターでは、Mini-Cog、FAST、医師、Nurse Practitioner(NP)による診断を用いていた。また、調査した別のナーシングホームでは、MMSE、FAST、医師、NP の診断を用いていた。

4) 認知症高齢者への栄養マネジメントに関連するガイドラインやプロトコール

すべてのナーシングホームで、食事の安全、衛生的保存に関連した連邦政府、州の法律に準じなければならない—これをコントロールしている連邦政府機関は、メディケア、メディエイドのためのセンターで（Centers for Medicare & Medicaid (CMS)、それは、cabinet -level Department of Health and Human Services (DHHS)の監督下にある。

ナーシングホームはまた、居住者における栄養面での健康を促進しなければ、指摘され罰金を科される。これは、認知症終末期の段階にいる個人の体重を維持するために経管栄養を使用することに関する論争を引き起こし、この状況を批評する多くの研究や出版物を生む出す結果を導いた（アメリカの学術的な医学出版物の中で多くが出版された）。興味深いことに、体重減少は、ナーシングホームを評価する時に、消費者のための比較項目として用いられている。私は、ナーシングホームを選択する際に利用できるように一国や州のレベルに対する施設における体重減少を比較できるように地域のナーシングホームから引用した Nursing Home Compare（ナーシングホーム比較）を張り付けています。

ここに一般的にナーシングホームでの栄養問題を議論しているメディケアからのウェブサイトを示す。

- Nursing Home Awareness Campaigns (ナーシングホームの認識運動) (資料 12)
www.medicare.gov/nursing/Campaigns/NutriCareAlerts.asp

ナーシングホームへ与えられている実際の召喚は“F-tags”(F タグズ)と呼ばれる規制による準拠ではない。栄養問題に対する第一のF タグは、F タグ 325 である。ナーシングホームは、たいてい複合した健康あるいは安全の問題が生じた場合、規制の準拠を逸脱したために罰則を科せられることもあるし、閉鎖させられることさえある。もし、居住者がたとえば栄養に関連づけられる床ずれといった‘否定的なアウトカム’を有するとしたら、時として家族はナーシングホームに対して法的な手段をとることにもなり得る。私は、栄養失調に関連した民事あるいは刑事訴訟において、家族、あるいはナーシングホームともに弁護できるようにするために弁護士からのウェブサイトを張り付けている。

- Starvation - significant weight loss - under nutrition (餓死-重大な体重減少-栄養において) (資料 13)
hamill-law.com/starvation%20weight%20loss.html

以下は、栄養と水分補給の問題を捜すカンザス州の検査規制からの内容である。これらの領域の失敗は、F タグ 325 やいくつかの罰則、あるいは数種類の懲戒に帰着する。

- [Nutrition, Hydration, Tube-Feeding Status CE](#) (栄養、水分補給、経管栄養の状態) (資料 14)
www.aging.ks.gov/Manuals/.../CMS-20093_Tube_Feeding_CE.docx

私が働いた、あるいは調査したことのあるメディカルセンター、ナーシングホーム、あるいはレスパイトセンターには、公式に支持されたガイドラインはない。それぞれの提供者が、もし決断の資格があるのであれば、臨床的評価や家族、認知症高齢者との相互関係に基づき決定をする。上記の注意の上、ナーシングホームは、居住者の体重変化、食事量の割合を監視するシステムや、修正計画が必要とされる。しかしながら、計画それ自体は、連邦や州政府から命ぜられるものではない。

5) 認知症高齢者の栄養法(経口摂取、チューブ栄養など)の選択は主に誰が行うか

在宅では、Speech Language Pathologist (SLP) が実施し、長期ケア施設では Occupational Therapist (OT) が実施する。

6) 認知症高齢者が、自身の終末期の栄養法・ケア方法について意思表示できる段階であらかじめ意思決定をするシステム

1990 年の the Omnibus Reconciliation Act (包括的調整法) 以来、メディケア、メディアエイド基金を受けているすべてのヘルスケア施設では、すべての患者(ナーシングホームの居住者)に対して、

Advance Directive (AD) (事前指示書) を完成するよう提案しなければならない。この法律の強制力が知られてなかったために、これらの形式が有効でないために、いくつかの政府機関がこれまで起訴されてきた。1990年代になって、これらをナーシングホームや病院以外で提示されたり使用されたりするのを見ることはかなり珍しかった。地域のクリニックやプライマリーケアの場に設置されるようになった。

ウェブサイトや出版物においてこれらの形式の完成を促進することが、the older adult and dementia advocacy organizations (AARP とアルツハイマー協会) (高齢者と認知症の人権擁護組織) によって主に重点化された。やがて決断行動能力が失われる認知症の人は、このターゲットとなった。一般の公衆はかなり認識しており、遺産計画を行うために弁護士を探索したり、will (遺言) を準備する際に、たいていこれらの書類を完成させる。AD の2つの共通する書類は、Health Care Proxy (ヘルスケア委任状) と Living Wills (リビングウィル) である。これらの書式が欠落すると、認知症を有する人の家族は、認知症の人の価値に対する知識や優先的選択—“substituted judgment” (代理判断)、これは通常、許容されるが—をもとにして、何がしたいと思うかについて尋ねられる。私は、州や基本的なウェブサイトからの例を張り出している。

アルツハイマー協会のパンフレットには、とても素晴らしい例がある。

- [legal plans - Alzheimer's Association](http://www.alz.org/national/documents/brochure_legalplans.pdf) (法的プラン-アルツハイマー協会) (資料 15)

[AARP は、膨大な会員の中で、これを強く擁護している。](#)

- Advance Directives: Creating a Living Will and Health Care Power of Attorney (事前指示書：弁護士のリビングウィルとヘルスケア体制) (資料 16)
- www.aarp.org/relationships/caregiving-resource-center/info-11-2010/lfm_living_will_and_health_care_power_of_attorney.html

Five Wishes は、このプロセスを促進している良く知られた組織で、書式を有する。

- Aging with Dignity (資料 17)
- www.agingwithdignity.org/five-wishes.php

なぜヘルスケア委任状が必要なのか、どのように完成させるかに関するニューヨーク州ヘルス局からのウェブサイトを示す。

- Who Will Speak for you? (資料 18)
- www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/

サウスカリフォルニア州におけるヘルスケア委任状とリビングウィルの書式を示す。

- Living Will and Health Care Power of Attorney (資料 19)
- aging.sc.gov/legal/Pages/LivingWillAndPowerOfAttorney.aspx

代理判断に関する Robert Wood John 基金からのウェブサイトを示す。

- Substituted Judgment (資料 20)

www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=35698

ヘルスケア委任状とリビングウィルのどちらも有さない人が多くいるということに触れることがなかったら、怠慢になっていたかもしれない。学術的な医学出版物においても広く典拠されており、サウスカロライナとニューヨークでの私自身の終末期研究でこれを見てきた。主要なアメリカ住民の中で書類の準備が少なかったグループはアフリカアメリカンであった。

7) 認知症の重症/末期の方に対する考え方

設問 12 項目について同意レベルの高い回答から順に並べた。(() 内は項目番号、右端は点数 1-4 点)

- | | |
|--|------|
| (11) 本人の意思が不明でも、家族が望めば人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは可能と考える。 | 3.8 |
| (12) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、人工的な水分・栄養補給法を差し控えても法的責任は問われる恐れはない。 | 3.8 |
| (1) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えて枯れるように死ぬことは自然と考える。 | |
| 3.25 | |
| 補給法を差し控えても法的責任は問われる恐れはない。 | |
| (2) 病院（施設）では人工的な水分・栄養補給法を施行せざるを得ないと考え。 | |
| 2.75 | |
| (4) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、患者（利用者）の親戚（身内）が反対する。 | 2.75 |
| (9) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、マスコミ が騒ぐ可能性がある。 | |
| 2.75 | |
| (10) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、点滴だけを行い、自然経過にゆだねることは可能と考える。 | 2.5 |
| (5) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、病院（施設）スタッフが反対する。 | 2.25 |
| (8) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは、患者 を餓死させることと同じだと思う。 | |
| 2.25 | |
| (7) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、法的な責任を問われる恐れがある。 | |
| 1.75 | |
| (3) 本人の意思が不明な場合の胃瘻栄養法は非倫理的と考える。 | |
| 1.50 | |
| (6) 少しでも延命の可能性があるのであれば、人工的な水分・栄養補給法は行うべきである。 | 1.50 |

12 の設問の回答する中で、ひとつは、アメリカ合衆国は多くの文化、宗教、人種、民族を伴う多種の国であるという理解をしなければならない。人工的な栄養や水分補給についての決定は、何度か、家族の関わりの部分で十分な事前考慮なしに行われている。そして、上記を考慮した上で、もし家族が一

律の決定ができるならば、代理判断はこれらの事態に用いられる。人工的な栄養や水分補給についてのメディアにおける多くの論争は、数種類の外傷性脳損傷、あるいは植物状態におかれた他の代謝異常を有する若い人についてであって、終末期にある認知症高齢者のことは含んでいない。

8) 過去1年間で認知症による摂食障害が原因で栄養法の選択決定を強いられた件数。特に認知症の重度/終末期の状態にあった件数

各3件

9) 栄養法の選択のプロセスにおいてケア方法の合意をとる上で、過去1年間で問題やジレンマを生じた場面

高齢女性の家族が、経管栄養についての利益と苦痛について不確かであった。現存する研究や過去の臨床経験をもとに説明したあと、家族は個人が好むものすべてを提供するといった心地よい栄養摂取を続けることを決断した。その内容とは、ほとんど甘いか、柔らかいもの（アイスクリーム、プリン、はちみつが入ったソフトシリアル）、甘い温かい飲み物（ミルク入りの紅茶）そしてエンシュアであった。

10) 重度/末期の認知症高齢者への栄養選択決定の際に、優先される内容とは。また、決まった判断基準や書式について

すでにホスピスケアに受けている人を受託する際に、家族とともにこれらの問題を解決するための適応できるガイドラインがない。家族の決断を導くために扱う主な問題は以下の通りである。

1. Advance Directive documents（アドバンスディレクティブドキュメント）（事前指示書）
2. 終末期に対する希望に関わる高齢患者によって作成された優先的な陳述
3. 家族の文化的、宗教的価値
4. 高齢者と家族のためのケア提供システムの存在、特にホスピスを進んで利用する

ここにケア提供者と家族のためのガイドラインを伴う評判の良いウェブサイトを示す。

- National Institute on Aging page on end of life decisions with Alzheimer' s:
（アルツハイマー病に伴う終末期のページが綴られた全米エイジング研究所）（資料 21）
www.nia.nih.gov/alzheimers/features/alzheimers-disease-and-end-life-issues
- Alzheimer' s Association - look at 'eating' 'end of life decisions'（アルツハイマー病協会－食事と終末期決定－）（資料 22）
www.alz.org/alzheimers_disease_publications_care_topics.asp
- Robert Wood Johnson Foundation on tube feeding presenting the evidence（Robert Wood Johnson 基金のエビデンスが存在する経管栄養）（資料 23）
www.chcr.brown.edu/dying/CONSUMERFEEDINGTUBE.HTM
- American Geriatric Society on tube feeding with further references at end（AGS の終末におけるさらなる引用のある経管栄養）（資料 24）
www.healthinaging.org/public_education/pef/tube_feeding.php

11) 認知症高齢者への栄養法の選択に関する家族との話し合いの難しさ

たいていはいない。しかし、家族が彼らの意見を修正したとしたら、とても吟味されるようになる。

12) 認知症高齢者への栄養法の選択に関して、家族が意思決定をする為の支援はだれ（職種）がどのように行うか

チーム全体が家族を支援することが理想的である。しかしながら、たいていは看護スタッフ、聖職者とソーシャルワーカーである。

13) 認知症高齢者への栄養法の選択に関して、本人の意思を確認することが難しいか

もし、本人の決定の能力が欠けていたら難しい（負担と利益が明確にできない場合）。

14) 認知症高齢者への栄養法の選択に関して、その時点での本人の意思確認が困難な時はどうするか

個人の決断の能力が欠けているとしたら、私達はヘルスケア委任状に頼る。もし、書類のようなものがなければ、本人の意思決定やケアにもっとも明確に精通している家族員あるいはパートナーに頼る。

15) 認知症が軽度の段階で、終末期の栄養法を含めたケアの方法について、自己決定を促すことはあるか。また、どのようにするか。

実際に、軽度、中等度の認知症レベルにある高齢者の介護者支援グループで、このことについて教えている。ほとんどの軽度レベルの認知症高齢者の介護者は、終末期にいったい何が起こるかが認識できない。将来を予測した時に、実際にこの情報を欲していると思われるグループは、中等度の認知症を持った人々の介護者である。

16) 認知症重症度別に終末期の栄養法の自己決定に関するガイドラインやプロトコールなどは必要か。

軽度の場合には認知症高齢者は、まだ決定能力を有し、その能力も疑いがない。また、中等度の場合には介護者のための内容が必要となる。この件は、項目 10)、資料 21-24 で示したウェブサイトのページが参考となる。

17) 認知症高齢者の終末期栄養法と自己決定についての意見

アメリカ合衆国の多様性は、このトピックを挑戦的な内容の一つにした。しかしながら、ますます高齢化しているので、もし、彼らが自らのために話すことができなかつたとしたら、ケアに関する彼らの希望をすべての人に知ってもらうようにすべきであると認識している。すべてのヘルスケア提供者は、人工栄養と水分補給に関する決定を包含した終末期ケアを率先して議論する必要がある。ANH が認知症の人が生きるための唯一の事柄ではないということと同時に、それはまた大きな苦しみを与え、認知症によってなくなっていく人の介護者との食事の共有といった社会的な相互作用を奪うことになる。これは、愛情のあるケアと個人の尊厳の両方の大きな損失となる。

さらに、これは米国における大きな政策問題である。最近のヘルスケア修正の議論は、終末期の決断を議論するために行うケア提供者への支払いの問題が“死パネル”に代価を払うためのものであるということに注意が向けられ、この部分の分割が強調された。明らかに人の死亡率と事前指示書の必要性の

因果関係については理解の欠落がある。大部分のメディケアドルがこの人生最後の数カ月で人へのケアのために費やされている。このことを正当化することはできない。

4. 重度/末期・中等度の認知症事例について

事例1 (重度/末期) Aさん

Aさんの事例で専門職としての第一選択とするのは、「1. 抹消点滴を継続し、自然の経過をとる」であった。また、アメリカ合衆国においての一般的な選択も「1. 抹消点滴を継続し、自然の経過をとる」であった。これらの選択をするのは、医師、家族、患者（もし事前指示書で意思がわかる場合）との回答であった。また、このような重度/末期の事例に栄養法を選択する際、「1. 患者の納得は得られている」「2. 家族の納得は得られている」といった状況で実施されていた。

このような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択で、意思決定が困難になる時とは、患者のケアゴールについて、家族の意見が分かれた時である。もし、コンセンサスが得られていれば、たいていは、医師による決断に到達することができる。

回答者が仮にAさんの立場だったら、「4. 全て差し控え自然の経過とする」を第一選択にすると回答していた。

事例2 (認知症中等度) Bさん

Bさんの事例で専門職としての第一選択とするのは、「5. その他」—チーム会議を持つことである。栄養士には、食事の改善や考えられるタンパク質源を加えてもらう、栄養摂取技術について看護スタッフに指導してもらうといったことをしてもらい、作業療法士には適切な道具について尋ね、栄養摂取プログラムにBさんを登録する。もし、チューブを留置したら、Bさんが誤嚥しないという保証はない。私はこの時の高齢者への食事による社会的相互作用を否定することができない。

また、嚥下障害があるBさんについては、第一の食事経路について、これまでの個人の好みに合わせるために、家族を含めた多職種チームによって徹底的に患者評価することである。Speech and language pathologist (SLP) あるいは言語療法士は、チームに方向性を示すことについて主に責任を請け負うことになるであろうし、家族はケアへの攻撃性について患者の以前の状況について質問を受けることになる。中等度の認知症では、PEG または NG による栄養はほとんどの場合、最後の手段になる。

また、Bさんのような症例に対して、アメリカ合衆国では、「5.患者の終末期に関する意思について議論し、彼らの意思を探索する」「6.その他—Bさんの継続的な栄養摂取を支援するために何ができるかを決めるためのチーム会議を実施する」といったことが一般的な回答となる。これらの栄養法選択は、通常、医師、家族、患者によって行われている。また、このことについて「1. 患者の納得は得られている」「2. 家族の納得は得られている」状況で実施されていた。

このような中等度の認知症高齢者の栄養法選択で、意思決定が困難になる時とは、脳卒中、パーキンソン病、あるいは他の神経学的な弊害といった他の合併症状がある場合、あるいは、急性期の病気や他の健康問題（例：大腿骨骨折）に発展した場合であり、よい栄養摂取は、回復のための鍵となる。その後、NG あるいは PEG を短期間留置するか、口からの昼間の食事を補うために夜でのみ使用するかもしれない。

回答者が仮にBさんの立場だったら、「5. その他」一経口摂取口を可能にするケア支援計画を考案するために多職種チーム会議を行ってもらおう。余分なカロリーが絶対に必要な場合には、昼間食事に加えて夜間のPEG栄養に合意するかもしれない。

5. その他の意見

回答者が書いた数年前にアップデートした AHRQ (National Clearinghouse Guidelines) (2008) を参照して頂きたい。自身の博士課程で再び改定する予定で、まだ出版されていないが新しいエビデンスを補給する予定である。それらは、認知症の人だけでなく、食事の内容や介護者に働きかけることに注目する食事の治療的なアプローチを強調するものである。

- National Guideline Clearinghouse(アメリカ合衆国のガイドライン情報センター)(資料 25)
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12267&search=amella>

- 2012 年改定 ベストプラクティスのためのエビデンスに基づいた高齢者看護プロトコール
Amella, E. J. & Aselage, M. B. (2012). Mealtime difficulties. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker, (Eds.) Evidence Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (4th ed) (pp.453-468). New York, NY: Springer Publishing Co

<参考文献・引用>

- 1) <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/usa/data.html>
- 2) U.S. Administration on Aging (2008). A Profile of Older Americans 2007.
(資料4)

Long-Term Care Financing (長期ケア計画)

The annual cost of a nursing home for a person with dementia averages \$42,000 and can easily exceed \$70,000 in many places. Changes in the marketplace, with more reliance on community options, may help control costs.

However, relatively few families will be able to pay for all of the care that is needed without impoverishing themselves or raiding savings for their children and grandchildren. Once a person has Alzheimer's disease, it is too late for them to buy long-term care insurance.

Most Alzheimer families will have to exhaust their resources to become eligible for Medicaid. Preserving the long-term care safety net that Medicaid provides is essential. However, it is not the sole solution to meeting long-term care needs.

Recent changes in tax law clarify the deductibility of long-term care expenses and help families who pay for care out of pocket or who purchase long-term care insurance. In addition, some argue for more tax incentives, for private long-term care insurance. These tax incentives help families plan for future long-term care needs and help individuals protect their assets.

If Congress is to provide such tax expenditures for long-term care, it must first assure market stability and consumer protections, so that people who purchase these policies will have the protection they paid for when they need it.

The Alzheimer's Association proposes a set of modest policies that can be enacted now to support and sustain family caregivers, maintain and improve the existing safety net and develop more shared responsibility for long-term care.

(資料5)

Community Long Term Care (地域長期ケア)

Community Long Term Care (CLTC) offers programs to help individuals who want to live at home, need assistance with their care, and are financially [eligible](#) for Medicaid.

1. Community Choices

CLTC can help individuals remain at home and avoid unnecessary or premature nursing home placement. CLTC services are available for persons age 18 years or older who are unable to perform activities of daily living such as bathing, dressing, and toileting due to illness or disability. In order to meet the qualifications to enroll into the Community Choices waiver the individual must meet the same level of care that is needed to enter a nursing facility. Services offered in the Community Choices waiver include:

Personal Care I	Provides assistance with general household activities.
Personal Care II	Helps with activities such as bathing, dressing, preparing meals, housekeeping, and observing health signs.
Attendant Care	A client directed service to provide personal care assistance.
Companion	Services that provide short-term relief for caregivers and needed supervision of clients.
Environmental Modification	Pest control services and minor physical adaptation to the home.
Home Delivered Meals	Regular or special diet meals delivered to the client's home.
Adult Day Health Care (ADHC)	Medically supervised care and services provided at a licensed day care center. Transportation to and from the home is provided within 15-miles of the center.
ADHC Nursing	Limited skilled nursing procedures as ordered by a physician may be provided by the ADHC nurse at the center
Respite Care	Temporary relief for the client's caregiver by admission to an in-patient facility (nursing home or hospital) or community residential care facility (CRCF).
Personal Emergency Response System (PERS)	Provides an electronic device which enables high risk individuals to secure help in the event of an emergency.
Limited Incontinence Supplies	Provides limited supply of diapers and underpads.

- [Community Choices waiver reports and statistics](#)
- [Community Choices waiver document](#)
- [Applying for waiver services](#)
- [Applying to become a provider of Community Choices waiver services](#)

2.HIV/AIDS

CLTC may be able to help individuals of any age who have HIV/AIDS and are considered to be at risk for hospitalization.

Personal Care I	Provides assistance with general household activities.
Personal Care II	Helps with activities such as bathing, dressing, preparing meals, housekeeping, and observing health signs.
Attendant Care	A client directed service to provide personal care assistance.
Companion	Services that provide short-term relief for caregivers and needed supervision of clients.
Environmental Modification	Pest control services and minor physical adaptation to the home.
Home Delivered Meals	Regular or special diet meals delivered to the client's home.
Private Duty Nursing	Provides skilled medical monitoring, direct care and intervention in order for health care needs to be maintained through home support.
Foster Care	Provides a supplemental payment based on the individual needs of children in DSS Foster Care diagnosed with AIDS.
Prescription Drugs	Provides two additional prescription medications above State Plan limit per month.
Limited Incontinence Supplies and Nutritional Supplements	Provides limited supply of diapers, underpads, and nutritional supplements.

3. Mechanical Ventilator Dependent

This program can assist persons age 21 years or older who are dependent upon mechanical ventilation.

Personal Care I	Provides assistance with general household activities.
Personal Care II	Helps with activities such as bathing, dressing, preparing meals, housekeeping, and observing health signs.
Attendant Care	A client directed service to provide personal care assistance.
Environmental Modification	Pest control services and minor physical adaptation to the home.
Private Duty Nursing	Provides skilled medical monitoring, direct care and intervention in order for health care needs to be maintained through home support.
Personal Emergency Response System (PERS)	Provides an electronic device which enables high risk individuals to secure help in the event of an emergency.
Prescription Drugs	
Institutional Respite Care	Temporary relief for the caregiver by admitting the client to an inpatient facility (nursing home or hospital).
In-Home Respite Care	Provides temporary relief for the primary caregiver and maintains the client at home to avoid institutionalization.
Specialized Medical Equipment and Supplies	Medical supplies to assist with care at home.

4. Palmetto Senior Care

A program of the Palmetto Health Alliance that serves frail elderly (55+ who meet nursing home level of care).

5. Mental Retardation or Related Disabilities

Waiver services are available for individuals with mental retardation or a related disability, who meet the ICF/MR level of care. Those services include the following:

Personal Care I	Provides assistance with general household activities.
Personal Care II	Helps with activities such as bathing, dressing, preparing meals, housekeeping, and observing health signs.
Private Duty Nursing	Provides skilled medical monitoring, direct care and intervention in order for health care needs to be maintained through home support.
Adult Day Health Care (ADHC)	Medically supervised care and services provided at a licensed day care center. Transportation to and from the home is provided within 15-miles of the center.
Psychological Services	Mental health services that are designed to serve the needs of the disability population.

Behavior support		A mental health service that identifies problem behaviors and with the use of appropriate interventions and supports prevent or reduce the problem behavior.
Institutional Care	Respite	Temporary relief for the caregiver by admitting the client to an inpatient facility (nursing home or hospital).
Non-Institutional Respite Care		Provides temporary relief for the primary caregiver and avoids institutionalization.
Residential Habilitation		Assistance with acquisition, retention, or improvement in skills related to the activities of daily living.
Day Habilitation		Assistance with acquisition, retention, or improvement in self-help, socialization and adaptive skills that take place in a non-residential setting.
Prevocational Habilitation		Services are aimed at preparing an individual for paid or unpaid employment, but are not job-task oriented.
Supported Employment		Services that consist of paid employment for persons for whom competitive employment at or above the minimum wage is unlikely, and who, because of their disabilities, need intensive ongoing support to perform in a work setting.
Adult Companion		Services that provide short-term relief for caregivers and needed supervision of clients.
Environmental Modification		Physical adaptations made to the clients home to ensure health, safety, and welfare and enable the waiver client to have greater independence while residing in the home.
Private Modification	Vehicle	Modifications made to privately owned vehicles driven or used to transport MR waiver recipients to enhance independence in the community.
Specialized Equipment		Equipment provided to MR waiver clients to ensure health, safety and welfare and/or increase independence in the home and community.
Specialized Supplies		Supplies covered by the MR waiver include but are not limited to incontinence supplies, Hearing Aids, wipes, etc.
Personal Response (PERS)	Emergency System	Provides an electronic device that enables high-risk individuals to secure help in the event of an emergency.
Prescribed Drugs		MR waiver clients are eligible for two extra prescriptions above the Medicaid state plan limit.
Vision Services		MR waiver clients are eligible for vision services including glasses.
Therapy Services		MR waiver clients are eligible for Speech, Physical, Occupational Therapy and Audiological services.
Dental Services		MR waiver clients are eligible for routine and emergency dental services.

第2章

イギリスでの状況

イギリス報告

以下の記載する内容は、以下のヒアリング対象者との事前の電子メールなどでの情報交換とヒアリング内容から得られた情報をまとめたものである。

日時：2012年1月20日金曜日

14時～17時 ヒアリング（公開）

ヒアリング対象者

Roger Watson： Editor-in-Chief, Journal of Advanced Nursing The University of Sheffield,

18時～20時 レクチャー（公開）

イギリスにおける認知症高齢者に対する栄養マネジメント：イギリス資料参照

I 英国の高齢者を取り巻く環境

1. 基本状況

イギリスの人口は6160万人（2009年）で、人口増加は今後も緩やかに進むことが予想されている。高齢化率は16.5%（2010年）であり、今後2030年には20%を超え、2050年には23.2%に達すると予測されている。

1) 医療保険制度

国民保険サービス法（National Health Service Act：NHS法）に基づき、国民保険サービス（NHS）が整備されている。財源は税金で賄われ全国民に無料（歯科一部負担あり）で医療サービス（予防、リハビリなど含む）が提供されている。以上の管轄はDepartment of health 行っている。実際の地域住民に対するサービスはPrimary Care Trust（政府から独立した公共事業基金団体の一つ）が行っている。

2) 社会（介護）保障サービス

日本の介護保険制度と異なり、Councils with Adult Social Services Responsibilities（CASSRs：地方自治体における社会（介護）保障サービス部門）が税収を財源に提供されている。サービス提供にともない自己負担が発生するが、その負担割合は各自治体によって異なる。

3) 認知症ケアおよび終末期関連

2007年現在、イギリスには約70万人の認知症患者が存在するとされ、その数は、2021年には94万人、2051年には174万人に増加すると推計されている。85～89歳で20%、90歳以上ではやく3割が認知症であり、日本の統計よりやや少ない割合である。認知症の所在は、6割が自宅に住み4割が施設におり、日本の自宅の割合が5割であるのと比較しやや高い印象であった。当然のことであるが、認知症が重度になるに従い施設入所割合が高くなる傾向であった。

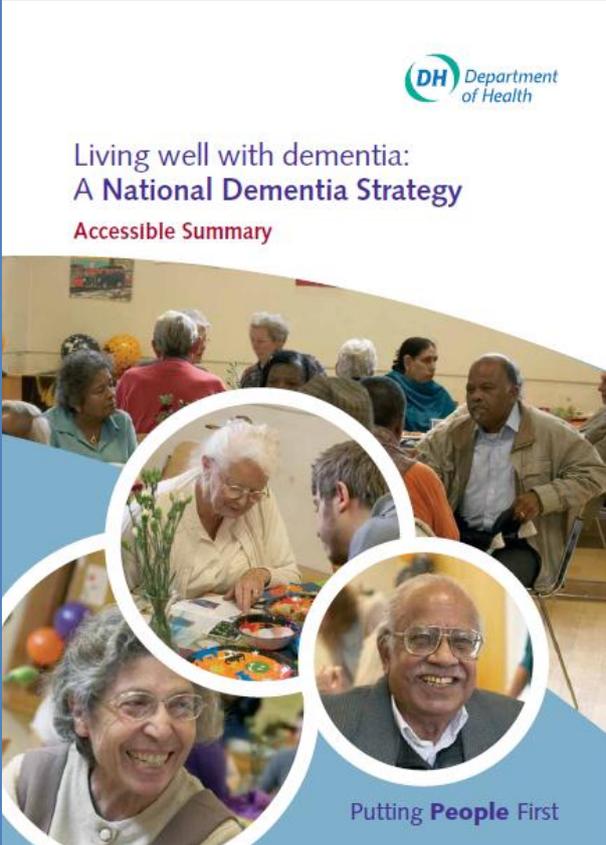
認知症のケアの質の担保を目的とした、Care Quality Commission（CQC）が2009年から導入されている。これは認知症ケア、サービスに対してだけでなく、全ての社会保障サービスに対するものである。

CQC は、ケア利用の際にサービス内容を評価分析、地方自治体の成果、その他サービスの情報収集評価を行っている。以上の結果を Comprehensive Area Assessment にフィードバックしている。また以下に示す、National Dementia Strategy（認知症国家戦略）の評価も行うといった、独立したチェック機能の役割を果たしている。

2009年イギリスでは Living well with dementia: a National Dementia Strategy（認知症国家戦略）を保健省から打ち出した。その中には17項目からなる戦略の記載がある。

（National Dementia Strategy

<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/NationalDementiaStrategy/index.htm>）



DH Department of Health

**Living well with dementia:
A National Dementia Strategy**
Accessible Summary

Putting People First

Contents

- Useful words 4
- What is this booklet about? 6
- What is dementia? 7
- What is the effect of dementia? 9
- About the Strategy 11
- Ensuring better knowledge..... 13
- Ensuring early diagnosis 14
- Developing services 15
- Objectives and outcomes 17
- How to find out more..... 23



3

1. 認知症への理解を向上させ手助けを得られるようにする
2. 認知症の人とその家族への丁寧な説明および良質で、早期診断のできる支援と診療
3. 認知症の人とその家族への良質な情報の提供
4. 診断後のケア、サポート、相談への容易なアクセス
5. ピアサポートと学習ネットワークの開発
6. 在宅の人への生活支援の向上
7. 介護者支援策の実施
8. 総合病院における認知症の人へのケアの質の向上
9. 認知症の人への中間ケア（退院援助・リハビリ）の向上
10. 認知症の人とその家族へのハウジング・サポート、テクノロジー、遠隔ケアの検討
11. ケアホームにおける認知症の人へのケアの質の向上
12. 認知症の人への終末期ケアの向上
13. 認知症の人の介護従事者の教育と配置
14. 医療とソーシャルケアが共同で戦略を進める
15. アセスメントと規則を改善する
16. 研究結果の公開
17. 政府が各地域サービスをサポート

以上の国家戦略が出される前より、イギリスでは認知症ケアロジックで広く知られている「パーソンセンタードケア」がある。ここで本ロジックについて解析することは割愛するが、Tom Kidwood により提唱されたケアロジックであり、イギリスでも認知症高齢者ケアの標準的なものと位置づけられているとの認識であった。今回のヒアリングで、メジャーな意見ではない可能性はあるものの、必ずしもイギリスの認知症ケアを評価する際に「パーソンセンタードケアの発祥の地だから認知症ケアに関して理解が進んでいる」というイメージは正しくない印象を受けた。一方、アルツハイマー協会などの政府とは独立した団体が積極的に情報発信等のプロモーションを行っている。

終末期の対応に関しては、Living Will に関するガイドラインが提示されている。

http://www.direct.gov.uk/en/Governmentcitizensandrights/Death/Preparation/DG_10029429
http://www.direct.gov.uk/en/Governmentcitizensandrights/Death/Preparation/DG_10029429

また高齢者に対する対応もなされている。

<http://www.ageuk.org.uk/money-matters/legal-issues/living-wills/>

3) 認知症ケアに関する課題

これまでの情報から、イギリスでの認知症ケアは高度に進んでいる印象がある。しかし、イギリスにおいても、認知症一般的なイメージは決してポジティブなものでなく、ヒアリングの印象ではほぼ日本と同様のイメージとの印象であった。このようなネガティブなイメージが、整備された認知症ケアサービスへのアクセスを障害していることも少なからずあるとのことであった。また、認知症の発症を疾患としてとらえず、加齢変化の一つとの認識も根強くあり、認知症の早期発見、早期対処を遅らせているケースも多いとのことであった。

Ⅱヒアリング

1) ヒアリング内容概要

1. 日本の認知症患者の栄養マネジメントの現状について

日本における認知症患者の重症度別、レベル別の栄養ケアについての説明

2. 英国の医療保険（健康保険）に関して

英国の医療保険の状況について、Watson 氏より説明がなされた。

- 英国は医療保険、健康保険という制度がない。
- NHS（National Health Service）と呼ばれている全英をカバーする医療制度がある。
- NHS は税金でまかなわれており、医療費は無料である。
- 全英の 1%ぐらいが民間の医療保険も使っている。
- 近年の動向として、民間の医療部門の需要が伸びてきている。NHS の需要が十分満たすことができないため、NHS が民間を雇い、民間から医療を提供してもらっている。これは、NHS は全ての病気や病気の程度をカバーしている訳ではないため、一部を民間で賄わないとならないことが背景にある。
- NHS の予算は、英国内の 9-10 の地区で分配されており、その中で医療サービスの内容や治療、管理などが複雑に決められている。しかし一般市民は、その仕組みや自分たちの生活にどのようにそれらが関わっているか理解してないと考えられる。
- NHS のシステムを極限まで使っており、システムの維持が危機的状況である。そのため認知症高齢者のケアに関しては、優先順位が低くなっている。

3. 法律的な背景について（日本とイギリス）

食事・栄養問題として、食べられなくなった場合、人工的な Artificial Nutrition and Hydration（ANH）を行うが、ANH を止める場合は死に直接つながる。特に日本では、餓死をさせているというイメージが強く、ANH の問題がすすまない。

イギリスでも同様の問題を抱えており、餓死に関する審問会が 2005 年に行われ全英の注目が集まった（Roger Watson 先生自身もその審問会に出席された）。審問会に提訴したのは、患者の家族や親戚ではなく、現場の状況をみた医療スタッフであった。この提訴は、医療スタッフの中で決定した意見に異を唱えたことが背景にある。審問会の後に、実際、司法手続きに移行することになったが、審問会の段階で糾弾された医療スタッフは無罪となった。それは専門家証人の意見によるものであったためかもしれない。大多数の意見は、認知症で摂食・嚥下困難になるという状況は、避けがたいことでもあるというものであった。この問題を取り扱った際に、実際に行われた行為が殺人かどうかを審問しており、過失による死亡であったか否かが論点であった。

4. 以下の事例がでた場合は専門家としてイギリスではどのように対処（対応）するか？

A さん（80 歳女性）

- 疾患：アルツハイマー型認知症（重度/末期） MMSE（不可）
- 誤嚥性肺炎の既往が複数回あり、その他の疾患、合併症は見られない。

- 本人との意思疎通不可、寝たきりで食事、排泄、移動、更衣、清潔動作など全介助
- 嚥下機能は低下し、飲み込み困難。摂食、嚥下とも自発動作は見られない。現在は末梢点滴。
- 言語聴覚士による嚥下リハビリを受けてきたが改善は見られない。
- 人工的な水分・栄養補給法に関するAさんの事前の意向は確認できていない
- 夫は5年前に他界、他の家族の意向も不明

イギリスでは、患者の自然経過に任せるのが普通である。人工的な栄養支援はほぼ行われない。家族の意向がある場合は、医師の判断が必要となる。胃瘻や ANH にする選択はないとは言えない。ANH をするかどうかの選択に関しては、患者の状況、患者が改善する見込みがあるかどうかによる。人工的な栄養、水分で治療をおこなっても効果がない、無益であると思えば行わない。

日本では、アルツハイマー病等の治癒の見込みがない疾病に、胃瘻等を選択するケースが多い。これは医師等の医療従事者の身を守るために、選択されている場合もある。また終末期のこのような事例の明確なガイドラインがないため、自然経過に任せるといったことが行いにくい。

なお、イギリスでは終末期のガイドラインと栄養に関するガイドラインが策定されている。そして、イギリスの終末期のガイドラインは、法律に反映されている。イギリスの栄養ガイドラインは植物状態に陥った人等であって、認知症に関しては言及されていない。

イギリスでは、認知症によって自分で摂食できない場合は、医師側はさらに介入することを躊躇する。しかし胃瘻をする選択肢は低く、経鼻胃管を行うことの方が多い。

2) ヒアリング詳細

(本ヒアリングは公開として行ったことから、その内容について全て記載する。)

(平野)：この問題は非常に難しいので、認知症の重症度別、レベル別に少し検討し、これからいろいろディスカッションさせていただきたいと思います。

ディスカッションの前に平野から、日本での先行調査の結果および現状の説明がなされた

(Roger Watson)：サンプルは、全国からとったサンプルなのでしょうか。サンプルの内容について、教えてください。

(平野)：対象は、老年医学会の専門医です。具体的な数字は忘れましたが、千人単位だと思います。

(Roger Watson)：では、全国ということですね。

(平野)：そうですね。

(Roger Watson)：家族は、例えば病状や進行に関して詳しく伝えられていないという意見が出たわけですが、一般的に、家族には何と伝えるのでしょうか。家族はどういうことを聞いているのでしょうか。

(平野)：おそらく医師としては伝えているつもりだと思います。けれども、それが伝わっていない、または理解できないような説明になっているのではないかと想像しています。

(Roger Watson)：これは、けっして治癒しない死に至る病気であるということを伝えなければいけないわけですが、それがおそらく私のいる英国以上に、日本の社会では伝えるのが難しいのではないかと思います。

(平野)：そうだと思います。

(Roger Watson)：英国も同じようなところがあります。オーストラリアはもう少し対応が進んでいます。認知症になった患者に対するケア、さらに家族に対し、最終的にどういうことになるかということに関して、きちんと準備を整えられるよう促すような対応ができている部分は、オーストラリアの方があるかもしれません。ホスピスケアという概念は、日本では発達しているのでしょうか。

(平野)：あるか無いかと言えば、あります。

(Roger Watson)：しかし、がんなど一部に限定されているのではないですか。

(平野)：そうです。

(Roger Watson)：英国でもホスピスケアという考え方は、まだ発展しつつあるところですが、必ずしもがんに限らず、がん以外でも終末期ケアを提供する場として、ホスピスの動きが広がっています。では、実際にどれぐらい普及しているかという正確な数字はわかりませんが、がんだけではなくパーキンソン病や認知症なども対象に入るようになってきているようです。同じ欧州でも、たった2時間飛行機で飛んだ先のスペインへ行くと様子はまったく異なります。ホスピスというともう、もっぱらがんに限定されているという状況です。したがって、欧州の中だけでも相当違いがあります。

(平野)：なぜ、欧州の中でも違うのでしょうか。日本から見ると、何となく宗教の違いかと思うところもありますが、そうではなく、それは国の保険システムの違いなのでしょう。

(Roger Watson)：英国とスペインの違いを比較すると、おそらく私が欧州内で、英国以外で一番馴染みがあり、知っているのはスペインだからなのですが、その違いの1つの大きな理由は宗教です。スペインは英国と違って、カトリックが非常に盛んな国です。

(平野)：私は宗教のことはよくわからないのですが、どうして変わってきてしまうのですか。

(Roger Watson)：いい質問ですが、認知症からは少し脱線していますね。では、なぜスペインではホスピスががんに限定されているのかはわかりません。それは少し置いておきましょう。こういう概念があります。がんの聖域性というのでしょうか。がんは聖域であると見られるところがあり、それだけ例えば慈善団体への資金や寄付なども、がんであると効果的に集めやすいという側面があります。

(平野)：では、また認知症の話に戻しましょう。先ほどのところで少し言い足りなかったことがあるのですが、日本では脳卒中が原因の摂食・嚥下障害に関するディスカッションが非常に進んでいます。しかし、認知症の摂食・嚥下障害に関するディスカッションは少し遅れています。そして、日本でいま一番注目されて議論しているのは、先ほどお話しした終末期の食べられなくなってきた時にどうするかという問題です。それがメインで語られています。今回のテーマとは少し外れるのですが、私が一番興味のあるところは、認知症の食べられない人をどうケアするかというところであり、それが私の興味領域です。そこで今回は終末期だけではなく、少し前の段階の摂食・嚥下障害についても、今回ヒアリングの中でケースをつくり、少しおうかがいしてみたいと思いました。

(Roger Watson)：英国では、いわゆる健康保険や医療保険という制度ではなく、NHSと呼んでいますが、全英国をカバーする医療制度があり、これは税金によってまかなわれています。そして、医療の提供地点では無料の医療制度となっています。そして、高齢者のためのケア、あるいは認知症の高齢者に特化したようなケアのための制度、あるいは資金手当といったものは特にありません。医療保険もあることはあり、一部の雇用主や個人で支払ってそのような保険を付保している人たちもいないわけではありませんが、おそらく全人口の1%未満と非常に限られていると思います。また、民間の医療部門が伸びてきています。なぜかというと、国の制度であるNHS自体が需要を十分満たすことができず、追いつかないためにNHSが民間を雇い、民間から医療を提供してもらっているために伸びているわけです。

(平野)：そういう意味なのですか。

(Roger Watson)：したがってNHSは、そういう意味では、医療のニーズに十分対応しきれていないところがあります。急性期のケアやエレクトィブな外科手術などに関して十分需要を満たすことができているため、民間に一部を依存せざるを得ないし、場合によっては患者をスペインなど他のヨーロッパ諸国に送らざるをえない状況も発生しています。

(平野)：質問ですが、ベーシックなところはNHSがカバーしていて、病気の種類や程度によって民間の保険がカバーしてくるというイメージでいいですか。

(Roger Watson)：はい。急性期、短期的な急性期等の症状の処置などのために使われるのであり、慢性期に関しては使われていないということになります。

(平野)：NHSは急性期のところで、慢性期なところは民間ということですか。

(Roger Watson)：急性期も慢性期も基本的にはNHSですが、急性期に関しては、とにかくNHSが賄いきれていないということで、急性期に関しては、一部を民間に頼らざるを得ないということです。急性も慢性も基本はNHSです。

(平野)：わかりました。その使い分けは、誰がどのようにするのですか。

(Roger Watson)：それぞれの地方で決定されています。英国全体で戦略的な保健当局といわれる当局が9~10カ所あり、そこへそれぞれ予算が与えられています。その予算の範囲内で、物理的にはその患者のケアに対応できないけれども予算は割けるといった場合に、例えば他の地方にお金を払って患者さんを診てもらおう。あるいは民間を活用する。または、他の欧州の国に患者を委ねるといった判断をするわけです。

(平野)：やはり日本のように皆保険の国の人間からは、なかなかそのイメージが湧かないですね。

(千葉)：今のところで少し付け加えると、9~10カ所あるのはNHSトラストといていたような気がするのですが。

(Roger Watson)：当局内にトラストがあるということです。トラストが1カ所の病院を監督している場合もあるし、病院の1グループを見ている場合もあるし、プライマリーケアの施設を見ている場合もあるということですが、トラストはその戦略保健当局内にあるということです。非常に複雑なシステムです。ボトムアップのシステムになっており、ナショナルヘルスサービスということで、全英国をカバーしているという名前が付いているわけですが、制度としては非常に複雑です。例えば、資金がプライマリーケアのトラストに与えられるわけですが、そのプライマリーケアのトラストは、病院のトラストからサービスを購入しています。したがって、資金の流れが非常に複雑なのです。かつてはトップダウンだったわけです。国から地方の保健当局に対して予算が配分され、それが病院に落ちていくという感じだったのですが、今ではそれが20年経って完全に逆転し、ボトムアップ式になっています。その試みの主旨として、NHSという国のシステムではあるのですが、その中で民間市場のようなものを創出し、競争を促進しようというイデオロギーです。そうすることで改善を図れないかと考えたのです。これは本当に純然たる政治の話であり、一般の市民たちは、そういう仕組みになっていることはまったく知らないし、だから自分の生活に直接どうだということもないということです。つまり最後にこの答えを完結するために申し上げたいこと、そしてまた政治の話をせずにシステム全体をご説明するために欠かせないのは、何と言っても、我々は今までこのシステムを極限にまで引き延ばしてきたということで、もうこれ以上は何もすることはできません。キャパもなく、危機的状況であって、本当にぎりぎりまで来てしまっている状況だということです。つまり、そのような危機的状況にある国で、認知症の高齢者のケアというのは底がはるかに下へ行くような優先順位になってしまいます。

(平野)：そういった中で、やはり病気の予防は大事な問題になってくると思います。日本でもかなり

広く、特に成人病予防、例えばがん、脳卒中、心臓病、糖尿病です。そういったものの予防も、非常に広く中年期のうちから行われています。要は、日本もやはり皆保険ではありますが、非常に医療経済は厳しいわけです。だからこそ、自分の国は自分で守れといったことが今さかんに、国民にはそこまで伝えていませんが、結局、そういうことを日本はやっています。効果も出ています。しかし、ここで問題なのが認知症です。特に脳血管障害を原因とする認知症ではなく、アルツハイマーに代表するような変性疾患を原因とした認知症の問題です。なおかつ先ほどお示したように、ロジャー先生の国でも同じだと思いますが、認知症の数は急激に増えています。そのため、プライオリティーとしては低いかもしれませんが、国として避けては通れない話ではないかと私は思うのですが、いかがですか。

(Roger Watson)：その通りです。

(平野)：とくにその中で食事、栄養の問題は、やはり食べられなくなったときに人工的な ANH をやめるということは直接死につながる。特に日本では、餓死をさせているというイメージが強く、なかなかその ANH の問題が進まないところがあります。そういった視点はどう思われますか。

(Roger Watson)：英国も同じ問題を抱えています。実際にそういう状況で、他の逆になっている状況もあります。例えば最近では、2005年に英国でこのような餓死の問題に関する審問会が開かれたことがあります。これは英国においても、実際に最も注目を浴びた審問会でした。実際に私も鑑定人としてこの審問会に出席し、証言もしたのですが、ここで興味深いのは、実際にこの提訴を行ったのは患者の家族や親せきではなく、実際にその状況を見ていて、そして他の医療スタッフの決定について意見を異にした医療スタッフが行ったものであったということです。実際にこの審問会の後で、司法手続に至ることが法律的には行われるはずだったのですが、そこまでは至らなかったということで、実際にその審問会の段階で糾弾された医療スタッフは無罪となりました。それが専門家証人としての私の意見でもあり、その他の委員の意見でもあったわけです。つまり、あくまでも認知症で摂食・嚥下困難になるという状況は、避けがたいことであるという意見が多数を占めたので、そのスタッフは罪とならず、結果的にその審問会の結果はよかったということです。

(平野)：その裁判の論点の1つとして、例えば日本ではインフォームド・コンセントの問題があり、それを本人にできなければ家族にしたのか、誰にしたのかといったことがかなり大きな問題になってくると思うのですが、その時のケースはいかがでしたか。

(Roger Watson)：これは、そうはなりません。つまり、この審問会の制度では、実際に行われた行為が殺人としてとれるかどうかを審問するだけのための手続きだからです。つまり、過失による死亡であったか否かが問われました。その点だけです。ただ、実際にこの審問会が行われてから、以前に比べて、リビングウィルをつくる人たちが増えてきたように思います。どれだけ増えてきたかはわかりませんが、以前に比べると、こういう状況になった場合には、どのような医療を求めるかということについて書き記す人が増えてきたと思います。

(平野)：なるほど、よくわかりました。

(千葉)：質問をよろしいですか。今の裁判は誰が起こしたのですか。

(Roger Watson)：警察です。実際にこの死亡事件については、警察に報告されてから、警察の手続きが 1995～2005 年までかかり、その結果として法律ができました。その 10 年の間、訴えられていた 4 人のスタッフは、仕事ができず、しかも給与は全額支払われているという状況で、何百万ポンドというお金もかかり、警察の証拠固めもかなり時間がかかりました。

(平野)：では、一般的なそういった認知症の特に終末期の方々に対する ANH に関して、少し質問させてください。ケース 1 について、どう思われますか。いろいろな先生のお考えだけでなく、英国の中で一般的にはこのようになるのではないかということ、少し教えていただきたいと思います。

(Roger Watson)：そうです。私も、英国であれば通常はこういう答えになるというお答えをしようと思い、準備しました。通常の場合、一旦このように IV を始めると、それはもうやめない。ずっと続けていき、患者さんの自然経過に任せるという状況が普通だと思います。つまり、患者さんが自ら引き抜いてしまわない限り、スタッフがそれを取るということは、やりたがらないのが普通です。

(平野)：それは、終末期のこういった患者さんに関して、ということですね。

(Roger Watson)：そうです。

(平野)：では、少し話を変えて、もし本人に意思の決定はなく、家族が強く望んだ場合は、どのように進められるのが一般的でしょうか。

(Roger Watson)：やはり、このように終末期の場合は、最終的に医師の判断に従わなければいけないというか、医師に対して、家族の方が何か介入をしろと押し付けることはできないので、この場合に限っては医師の判断になります。もちろん無いとは言いません。ときとして、例えば PEG にする、ANH にするといったことが無いとは言えません。

(平野)：私も、先ほどのスライドの中で、家族の強い希望があったので ANH をやめたという事例をお話ししました。しかし、日本でもし訴えられたら、それはまったく医者を守る理由にはなりません。

(Roger Watson)：このような事例は、極めて異例ではないかと思います。したがって、全面的な司法手続きにいたってしまった事例というのは、私自身は思いつかないところです。判事自身もおそらく、これは医療の問題だからという風に、差しかえすのではないかと思います。ちなみに、私は法律の専門家でもありません。私はいろいろと問題を見てきたので、判事がどのような判断をしがちであるか、裁判官としてどう言うだろうか、わかっているつもりです。

(平野)：すみません。私も、今日は法律の問題をディスカッションしようとは思っていません。あとは、例えばこのようなケース 1 の時に、ANH をするかしないかという最終決定の最も大きな決定因子としては、どういったものがありますか。

Case 1: Severe/terminal stage dementia patient

Mrs. A, an 80-year-old female

- Diagnosis: Alzheimer-type dementia (severe/terminal)
- MMSE: not available
- Medical history indicates repeated episodes of aspiration pneumonia. No other conditions or complications.
- Not able to communicate with the patient. Bed-ridden and requires full assistance (feeding, excretion, ambulation and transfer, dressing, bathing and personal hygiene, etc).
- Due to decreased swallowing function, the patient experiences difficulty in swallowing. Both feeding and swallowing reflexes are not observed. Currently on IV.
- The patient has been in therapy with a Speech-Language-Hearing therapist to improve swallowing but no improvements have been observed.
- Mrs. A's decision regarding artificial nutrition and hydration has not been obtained beforehand.
- Her husband passed away 5 years ago and the wishes of the other family members are unknown.

(Roger Watson) : 患者さんの病状、それから患者さんに改善する見込みがあるかどうかということです。人口的な栄養、水分で。その治療を行っても効果がない、無益であると思われれば行わないということです。日本も同じだと思います。

(平野) : ただしこのケースでは、アルツハイマーなので治癒の見込みはもう無いということ。それから変性疾患なのでどんどん病状が悪化する。この2点が考えると、1つの考え方としては、ANHをやっても意味がないということは、ほとどの医師もそういった意見を持つと思います。けれども、やはりPEGのようなものを選択するケースが多いです。それは、やはり医師自身の身を守ることが一番上位にくる。それから、明確なガイドラインがないということもあると思います。ロジャー先生の国では、ガイドライン的なものは多少あるのか、もし無いとそれをつくろうという動きはあるのかという点をお聞きしたいと思います。

(Roger Watson) : ガイドラインはあります。終末期のガイドラインと栄養に関わるガイドラインがある (British Medical Association: Withholding and Withdrawing Life Prolonging Medical Treatment Guidance for Decision Making) わけですが、終末期のガイドラインというのは、法律にほぼ反映されているといえますか、解釈できる余地はもちろんあるわけですが、法律のような扱いになっています。それとは別に、栄養、食に関するガイドラインもあります。栄養のガイドラインと言い

ましたが、終末期の栄養のガイドラインということです。ただし、これらはあくまで全般的な、一般的なガイドラインにすぎず、具体的に認知症に限ってどうであるということは一切言及をしていません。特に終末期の栄養、摂食にかかわるガイドラインは、認知症に関しては、特に言及をしていません。例えば、植物状態に陥ってしまったような患者さんはどうするかといった内容にとどまっています。

(平野)：なるほど。

(Roger Watson)：したがって認知症の終末期に関して、具体的にどのようにすべきかに関して、何か策定しようという動きはありません。そのように私は理解しているのですが、これに関しては、帰国したらもう少し詳しく調べてみて、そうであると、そういう動きはないということの確認をしておきます。

(千葉)：1つ確認なのですが、日本では終末期の定義があり、だいたい亡くなる6カ月前を定義するのですが、英国ではどのような。

(Roger Watson)：同じような定義があったと思います。明確に覚えているわけではないのですが、ただいつ亡くなるかわからないので、そういう意味では定義はあっても、あまり意味はないといえると思います。予測であって、おそらくあと6カ月以内でと予測しかできないわけです。本当にいつ亡くなるか、亡くなってみないとわかりません。これは最近、マスコミメディアで取り上げられることになりました。それは例えば、もうあなたは余命6カ月だと言われたような患者さんが、ならば自ら選択して死にたいということを医師に要請したということが問題になり、取り上げられました。最近、英国でそういう事例があります。したがって、終末期の定義というのは認知症にも適用されるはずですが、それをどういう風に例えば適用するかといったことがマスコミメディアで問題になったことはありません。例えばマスコミメディアで取り上げるのは、きちんと意識がはっきりしていて認知症ではなく、例えば死ぬ権利を自分は行使したいのだという患者さんが対象だからです。

(平野)：なるほど。少し質問を変えてもいいですか。認知症のイメージに関してですが、日本の場合、医療者ではなく一般の人が認知症に対して一番問題意識を持つのは、中等度の時のさまざまな問題行動、特異的な行動、認知症による問題行動の部分が非常にクローズアップされています。しかし、アルツハイマー型認知症に代表される変性疾患が原因の認知症は、最終的には死に至る病なのだというイメージは、当たり前ですが、やはり国民の中にはまったく浸透していません。一方で、がんといえば死ぬかもしれない病気だという意識は、当然皆さん持っています。そこでやはり終末期ケアということをディスカッションしようとする、その中の対象として認知症は少し落ちてしまいやすいということも、先ほどからディスカッションしている終末期の問題で、認知症の問題がうまくかみ合わない原因の1つではないかと私は思います。

(Roger Watson)：英国でも、まったく同じです。一般市民の間ではそうです。先ほど言ったように、がんということになると皆どんどんお金を出してくれる。それはやはり、親戚でがんにかかった人がいる、あるいは自分もがんになるかもしれないという恐怖感にさいなまれている人が多いからですし、がんは聖域視されている部分があります。がんということになると、それは支援しなければいけない

となるわけです。ところが、アルツハイマー病ということになると、自分の親や配偶者がアルツハイマーをやった人でないと、ではお金を出そうとか、寄付をしようとか、そういうことにつながらないのです。最近になるまで、例えばアルツハイマーなどが死因になるという認識すら薄かったとお思います。私自身、臨床に25年ぐらい前、かかっていたことがあります、そのGPがスタッフの一員として働いていたわけですが、そのとき初めてその病気を死因として死亡証明書に書いたことがあり、その当時としては非常に異例でした。ほとんどそういう認識がなかった時代です。米国もほぼ同じような状況だと思います。過去の一時期においては、死因として記載することすら許されていなかったと思いますが、それ以降、変わっていると思います。

(平野)：日本と英国に大きな違いがあるのではないか思った理由は、英国はキッドウィッド医師によるパーソンセンタードケアが生まれた国なので、認知症に対する視点が違うのではないかというイメージがありましたし、また違うということ英国へ行った人たちから聞いたのですが、いかがでしょうか。

(Roger Watson)：トム・キッドウッドのロジックは、いい面、悪い面があると思います。まず彼のやったよいことというのは、このパーソンセンタードケアという概念を打ち立てたということです。それはよい考えだったと思います。ただ問題は、その結果として、ある意味でもう本当に反宗教的な進歩者のグループをつくりあげてしまったということで、その人たちは本当にはっきりとした認知症の定義もなしに、そのパーソンセンタードケアという定義もなしに、いわゆる彼らが考えるパーソンセンタードケアというものを認知症の人たちに行ったということです。ところが、まったくそこに確固たる定義やコンセプトはなかったということが問題です。つまり、よいこともやったのですが、悪いことは、実際にこれがよいと考えてやったことのいくつかがナンセンスであったということです。そのナンセンスのうちの一つは、この概念のもとでは、認知症の人といえども認知症という1人の個人の中に、元からあったその人の性格を見て、元の個人を支援しようとするようなケアを行うべきだという考え方です。この考え方がナンセンスだというのは、認知症になると、その人の個性や性格がまったく変わってしまうということを見逃しているからです。例えば認知症にかかると、今まで毎日ゴルフをしていた人がまったくやらなくなってしまう。それでわかるように性格自体、個性自体もまったく変わってしまうのが認知症であるにもかかわらず、元の個人の性格をそのまま取り入れ、そこに支援を行おうとする考え方がナンセンスです。つまり、その人があたかも元の人格を持っているかのように装ってケアを行うのはナンセンスだと思います。問題だと思います。そして、それと関連してトム・キッドウッドが行ったのは、彼がつくりあげた反数学的な枠組みです。その枠組みの中でつかった変数の一つに、社会的病理という変数があります。すなわち、このように社会の環境が認知症の原因となると。したがって、その原因に対して治療を行うという考え方なのですが、実際に認知症というのは治療できるものではありません。しかし、それにもかかわらず、そのような社会的な要因を取り除けば治療できるという考え方を彼は導入しました。それがナンセンスだったと思います。そして、さらにそれが問題となるのは、実際に私の知っている看護職の人に対して、実際にそういうことが理由であるから、認知症というのは疾病ではないのだということを信じさせてしまったということだと思います。それはナンセンスであり、認知

症は疾病であり、実際に基質的な疾患であるのに、そういう逆のことを信じさせたという弊害がありました。

(平野)：それはイメージが変わりました。パーソンセンタードケアは日本では本当に有名です。だから、それができた母国である英国は認知症ケアが大変進んでいるといったことを聞いています。しかしネガティブなご意見を教えていただいたのでよかったですと思います。

(Roger Watson)：もう 1 点は、英国が認知症介護の最前線にいるわけではありません。オランダがかなりよいと思いますし、オーストラリアはエクセレントだと思います。

(平野)：では、オランダのことを教えていただこうと思います。たしかオランダは、認知症の治療に関して、最初は GP がみて認知症と診断されると、認知症の専門医でないと薬、治療ができないというシステムがあるとうかがったのですが、それは、そういったシステムなのでしょうか。

(Roger Watson)：私は実際にはっきりとは知りません。

(平野)：どういった点が、先生から見て進んでいると思われませんか。

(Roger Watson)：私が観察したところ、また経験したところでは、英国と比べてオランダの方がずっと認知症専門の施設は優れていると思います。ただ、そこへたどり着くまでに、患者さんがどういうプロセスを経るかということについては知りません。オーストラリアでは、この点については基盤が非常にしっかりしていると思います。つまり環境をしっかりとして作りあげてきたのがオーストラリアのよい点であり、患者さんは今まで住み慣れた土地でパートナーとも一緒に住みながら、最初の社会環境の中でのケアからナーシングケア、そしてターミナルケアに至ることができるような環境、基盤ができています。ただ、これはほとんど民間のシステムです。

(千葉)：質問をよろしいですか。以前、米国ではアフリカ系の方の多い州で PEG の割合が多いのですよね。それはおそらく保険システムの問題で、結局、PEG をつくと GP はお金をとれるわけです。日本はそういう理由ではないのですが、終末期の認知症の人にいろいろな方法を施せるので、それを提供する医療者はすごくジレンマがあるのです。最善なものが何がわからないので、何を基準にして今のことをよしとして考えればよいか、医療者側も悩んでいるわけです。英国には、医療者側にそういうことはないのでしょうか。

(Roger Watson)：もちろん PEG も認知症の患者さんについてオプションの 1 つとはなりますが、ほとんど使われていません。

(平野)：それはどこで。

(千葉)：英国。

(Roger Watson)：そうです。実際に PEG の利用は、以前よりも減っていると思います。

(平野)：そのお答えを受けて、このケース 1 の際に最も選択されやすい方法としては、IV ですか。

(Roger Watson)：はい。脱水状態であれば IV だと思います。例えば塩水やブドウ糖など。まず試すと思います。

(平野)：しかし、おそらくもう口から食べられないわけなので、パーマネントの方法では、非常に短

い 1 週間あるいは数日ごとにさしかえることになるわけですが、それでもその選択肢なのでしょう。

(Roger Watson) : そうです。おっしゃるとおり、患者さんが自ら引き抜いてしまうかもしれないし、それをとめるような方法もないので。

(千葉) : IVH はいかがですか。

(Roger Watson) : 認知症では、ほとんどありません。過去の一時期において、PEG で例えば拘束して強制的に行ったことはあったのですが、最近ではもう拘束はしないということで PEG もほとんど使いません。

(平野) : では、今の英国では、こういったケース 1 の場合、こういったチョイスが。

(Roger Watson) : 少し質問の聞き方が難しい部分があると思うのですが、選択肢としてはすべて存在するのです。あくまで選択肢としてはあるのですが、このような終末期の患者さんで、こういう支援が必要になるならば、おそらくは介護施設などに入所していて、食べさせようとしたのだけれども一切もう摂食をしようとしません。もちろんそういった施設では点滴はできませんので、救急ということで病院に搬送されてきて、そして IV ということになると思います。したがって、救急病棟でまず点滴を受け、一般病棟に移ってから自然経過をたどるように IV は続けてみていくという形になると思います。ですから、実際には IV 以外の方法はあくまで選択肢としては存在するけれども、ほぼ使われないということだと思います。少しコメントいたしますが、英国では、こういう事態にいたるまでの歴史的な経緯があったのです。20 年ほど前には、高齢者のための長期介護施設が存在しました。軽症から中等程度程度の認知症の高齢者が、こうした長期介護施設に入所していたわけです。精神病院であったり、普通の医療施設であったり、あるいは社会的な施設として、こうした長期介護施設が存在していたわけですが、軽症から中等度ということで、ある程度の認知機能がまだ残っている患者さんの場合は PEG を入れ、それが徐々に進行していき、最終的に終末期いたるという例は、かつてはありました。しかし、いまや 20 年前に存在したこのような長期介護施設は廃止され、もうありません。そして、長期の精神病院というものも現在はありません。ですから、このような患者さんがどこにいるかということ、地域社会、コミュニティに住んでいるわけです。したがって、緊急事態で搬送されてしまうという事態が起きるわけで、そのような事例はますます増えています。

(平野) : 長期療養施設というのは、日本でいう特別養護老人ホームだと思います。日本のシステムとしては、積極的な医療介入が必要でない、病気は慢性状態の方のケアハウスがあります。それが長期療養なのですが、そういったシステムはもう英国にはないということですか。

(Roger Watson) : ナーシングホームというコミュニティベースの施設はありますが、いわゆる医療機関としては存在しません。

(平野) : わかりました。同じステーションのようですね。

(Roger Watson) : はい。例えば、隣の老人病院のような規模ではけっしてありません。ああいうものがあったのですが、今はありません。

(平野) : しかし、日本でもあれはもう珍しいです。

(千葉)：質問があります。1つ目は、認知症の患者さんがIVを抜いてしまう場合、何もしないという選択をどこで決めるのか。要するに、脱水があったとしても患者さんがそういう行動をしてしまうので、もう何もしないと選択することがあるのでしょうか。それは一体、どのように決めていくのでしょうか。例えば、もう何回も抜いてしまって、エマージェンシーに行っていて、この患者さんは何をやってもまた抜いてしまうと諦めてしまうこともあると思うのです。そういうケースはあるのでしょうか。それをどうやって決めるのでしょうか。もう1つは、認知症の末期の人に実際にご飯を食べさせるための具体的なケアの開発は、されているのでしょうか。例えばポジションを変える、介助の方法を変えるなど、そういった研究の発展や工夫はあるのでしょうか。

(Roger Watson)：1点目については、ガイドラインのようなものは一切存在しません。これは、あくまで最終的に医師の判断次第ということで、IVを続けるのか、やめるのかは医師の判断です。明らかに医師の判断の範疇内にあります。1つの選択肢として沈静化させる方法はあるかもしれませんが、場合によってはそれが死にいたってしまうということもありますので、それに十分耐えられる場合ばかりではないことを考えると、これもあまり使われません。2つ目の質問については、端的にノーです。2番目に、私は別に自分のことを誇張しようとか、大きく見せようというつもりで言っているつもりでは決してありませんが、英国で認知症の患者さんに関する摂食、実際に食べるという行為に関する研究を行っている研究者は唯一、私だけです。栄養は別にして、栄養学の分野ではいるのですが、それ以外の摂食行動に関して研究しているのは、私だけです。いろいろな助言なるものは、ふんだんに存在しますが、どれもエビデンスベースには決してなっていません。それが実情です。言語聴覚士や栄養士といった職業の人たちはいますが、これらの分野はろくにエビデンスがないというのが実情です。認知症患者における摂食の問題に対して予算・資金を割いてもらえるように、大変な努力をしてくれているわけですが、どうも他に誰も関心をもってくれておらず、今のところ失敗をしています。お金はなかなかとれていません。非常に怒っています。

(千葉)：ではコメントなのですが、日本で今それをやっている共同研究者がいるので、そのトライアルを日本でやる可能性があります。

(Roger Watson)：ありがとうございます。台湾でそういう動きがあります。台湾にも関与してもらっている話を、後ほどまたプレゼンの中で報告したいと思います。強調をしたいのですが、そうはいっても、認知症の高齢者が急性期に入院をしてくる症例数が英国では増えています。NHSで医療を提供されている人たちの間で非常に大きな不満の原因となっているのが、こうした認知症の高齢者たちの栄養のあり方です。例えば親族である認知症の高齢者がNHSによって急性期に入院したけれども、ひどい扱いを受けている。ろくに栄養を与えられていないではないかといった非常に大きな不満が国民の間で高まっていることもあり、新聞では毎日のように取り上げられています。ですからこの問題は、この先あまり長いこと無視し続けること、ないがしろにすることはできないと思います。では、なぜそれが不満となり、問題となってきているかということ、結局ナースがどういう対応をすればよいのかわからない。エビデンスがほとんどないからです。したがってこの問題は、間もなく大きく変わっていく可能性

があると思います。

(平野)：もう時間も経ちましたので、最後の質問にします。日本と英国が同じかどうか、お聞きしたいと思います。ケース 1 に近いのですが、ケース 1 で、少しだけ自分で食べられていたということに変えます。その人が例えば、胃潰瘍で当院のような急性期に入院しました。そして 2 週間で、いちおう胃潰瘍は治りました。しかし、認知症が進んだために口からは一切食べられなくなりました。急性期病院は、約 2 週間で退院となります。もともと、その方はご自宅にいました。それで自宅の人たちは、口から食べられないのであれば家でのケアは無理ということで、そこで我々とのディスカッションが始まります。どうすると思いますか。その時、家族はナーシングホームを希望しました。しかし、ナーシングホームも口から食べられない人は駄目、IV も駄目ということです。その時のファーストチョイスとして、PEG になることが多い。それが日本の現状です。いかがでしょうか。

(Roger Watson)：PEG の手前まで、ほぼまったく同じです。英国で起きていることを説明されているように思いました。

(平野)：ここだけ違うのですね。

(Roger Watson)：おっしゃったように日本と英国は同じで、自分で食べられないということであれば、やはり老人ホームにも入れてもらえません。だからといって、PEG で食べさせるかということ、その可能性は低いと思います。

(平野)：なぜですか。

(Roger Watson)：認知症であって、もう物理的に自分で摂食できないということであれば、医師側としては、その先へ介入していくことには相当躊躇があります。それは私自身の見解であるということ、付け加えておきたいと思います。私は医師ではないので、医師側のご意見をお聞きになると、違いかもかもしれません。

(平野)：しかし、その意見はおそらく多数派だと思うのですが、いかがですか。

(Roger Watson)：そう思います。可能性として、NG を試みることはあるかもしれません。

(平野)：経鼻胃管ですね。

(Roger Watson)：経鼻胃管はやるかもしれません。ですから、何かトライをしないわけではなく、おそらくトライはするのです。ただし、患者さん側がそれに従ってくれない。コンプライアンスがない。認知症が進んでしまうと、なかなかうまくいかないと思います。

(平野)：非常にイメージがわかりました。良いディスカッションができたと思います。ありがとうございました。

(終了)

第3章

大韓民国での状況

以下に記載する内容は、対象者（認知症専門家）との事前の電子メールなどでの情報交換と、現地訪問・施設視察およびヒアリング内容から得られた情報をまとめたものである。

※ 韓国ソウル市

日時：2012年2月27日（月曜日）10:00～17:00

場所：Seoul Bukbu Hospital 院長会議室

出席者：

Shin Young Min 院長（Seoul Bukbu Hospital）、Lee You Ra 精神健康医学科長（Seoul Bukbu Hospital）、Jun Hyeon Jeong 栄養室科長（Seoul Bukbu Hospital）、Kil Min Jeong 社会福祉室科長（Seoul Bukbu Hospital）

URL：<http://www.bbhosp.go.kr/>

I 韓国の高齢者を取り巻く環境

1. 基本状況

韓国の人口は、2011年に5000万人を超えている。韓国における高齢化が早いスピードで進行している。2000年以降出生率の低下が著しく、現在の高齢化率11.7%である。日本が高齢化社会（高齢化比率7%）から高齢社会（高齢化比率14%）への移行に24年間かかったのに対し、韓国は18年というスピードで高齢社会を迎え、2020年には高齢化比率が15%にまで達する見通しである。そして、2026年には超高齢社会（高齢化比率20%超）に、2050年には34.2%と世界でもトップレベルの水準になると予測されている。このように急速な高齢化が進んでいる背景には、韓国における平均寿命の延長が影響していると推測できる。

2009年において、韓国人の平均寿命は80歳で、女性が83歳として世界18位、男性は76歳と、先進国並みに進展している（WHO, 2009）。

2. 医療・介護保険制度

韓国では、1963年に医療保険法が制定され、全面的に医療保険制度は1977年から実施された。現在の医療保険は1999年に制定された国民健康保険法であり、国民が加入して、診療時の自己負担率は、外来の場合は30～50%と入院の場合は20%である。

2008年7月から日本の介護保険制度と同制度（正式名称：老人長期療養保険制度）が施行されている。現行制度では、要介護度は等級で示され、重い順に1等級（最重症）、2等級（重症）、3等級の3段階となっている。被保険者は、65歳以上の高齢者および64歳以下の老人性疾患患者がサービスを受けている。保険者が国民健康保険公団に申請して、国民健康保険公団の職員が、サービス利用申請者の自宅を訪問し、長期療養認定調査票に基づいて調査を行い、「標準長期療養利用計画書」を作成して、在宅・施設サービスを受けている。現在、急速な高齢化に伴い高齢者の医療費の支出が急増したことで、

「2011年健康保険主要統計」によると、 昨年の65歳以上の高齢者の医療費が全体の33%に達したと報告している。

以上の背景から、韓国政府は高齢化に対する対策を講じるのに万全を期しているところである。また、研究者の間でも高齢者関連研究に関する関心が高まっている。

・韓国の認知症高齢者の社会保障システム (Lee You Ra 精神健康医学科長)

韓国では、認知症高齢者のための主な社会保障システムとして、2007年から「老人長期療養保険法」と、2010年から「障害者年金法」が制定されている。支援事業は4段階に分けて事業別に違う内容である。

一段階目は、予防プログラムとして支援やパブリックヘルスセンターから認知症のスクリーニング、MCIプログラム、家族の支援などを実施している。

Q スクリーニング方法は主に何を使っているのか？

A 主にMSSEの質問紙を使用している。年齢と学歴を調整した標準化したものを使っている。

二段階目は、認知症の環境システムとしてベースの病院から診断調査を2時間程度に係る三つのテスト①MRI・CT、②身体機能テスト、③医師のインタビューを行っている。政府から認知症のレベルによって0~100%検査料の支援を受けている。三段階目は、治療システムとして病院での治療やケアの段階であり、国民健康保険から治療費の支援を受けている。四段階では、長期療養施設や在宅での事業として身体的(挙動)レベル別にケアプランを立てて支援している(二つの事業を本人から選択できる)。費用は老人長期医療保険から受けている。

健診の結果に基づいて二つの処置をしている。「Dementia group」は、認知症患者登録管理である(保健センター情報システム)。その内容は老人長期医療保険サービス、認知症治療管理費支援、認知機能リハビリプログラムなど、または他の認知関連情報を提供する。「Normal & MCI group」は、認知症予防プログラムと連携である。内容は高血圧、糖尿病、肥満、うつ病など治療管理プログラムと、運動プログラムなどに参加できるように支援する。

3. 医療機関について

韓国の医療機関は、診療科目の数と設備の規模によって、三のタイプに分けられている。3次診療機関を利用するためには、1次または2次診療機関の医師の所見書が必要となる。所見書なしに直接3次診療機関を利用することもできるが、その場合は医療保険が使えず、高い医療費を負担することになる。

・1次診療機関:

1次診療機関には民間医院と保健所が含まれる。1次診療機関は診療分野が限られ、病気の初期予防や治療のための総合的サービスを提供する。

・2次診療機関:

2次診療機関は、4つ以上の診療科目があり、入院患者と外来患者の両方を診療する。2次診療機関の規模は、30から500の病床が一般的であり、救急医療にも対応している。

・3次診療機関:

総合病院、もしくは医科大学付属病院を称する。この病院はすべての医療分野にわたって専門医が常勤し、500以上の病床があり、救急患者のための専門的医療サービスを支援している。

♣ 2次診療機関である Seoul Bukbu 病院の役割 (Shin Young Min 院長)

「Seoul Bukbu」病院は、韓国で国から保健福祉部の認証を受けた医療機関であり、高齢者専門病院である。韓国の市民の健康増進を目指した公立病院でもあり、高齢者の身体状態やニーズにあわせた病院である。主な利用者は65歳以上の高齢者で、急性期治療を終えた脳卒中、高血圧、糖尿病、心臓病、関節炎、認知症、または末期がん患者に対する様々な医療リハビリテーションサービスや教育プログラムを実施している病院である。この病院の特徴は、高齢者の急性期病院と慢性期病院の架け橋の役割を実行する亜急性期(subacute)病院の形態で医療伝達システムを目指している。現在、職員は161名で、病室は200床、患者はソウル市民が78%くらい、他は近隣市町村からの患者である。

4. 高齢者保健福祉の対策

高齢者福祉政策としては敬老年金の支給、高齢者の社会的雇用創出を支援しており、高齢者の共同作業場の設置・運営、高齢者のボランティア活動及び余暇活動の支援による高齢者の社会活動参加の支援などがある。2006年7月に発表された「低出産・高齢社会基本計画」(5年計画)においては、安定した老後所得保障体系の構築、健康で活気に満ちた老後生活保障などを内容としている。

5. 認知症治療・ケアについて

韓国は、高齢化に伴う認知症の有病率と認知症患者の増加している。2008年に、65歳以上の高齢者のうち認知症の有病率は8.4%である。これらは2030年9.6%、2050年13.2%に増加することが推定できると報告している(Seoul Dementia Center, 2010)。韓国政府は、高齢化に伴い認知症の患者が増えていることを受けて、2012年2月5日から「認知症管理法」が施行され、これまでの患者とその家族の責任に一任していた認知症を国が体系的に管理していくことになっている。政府はこの認知症管理法に基づいて、5年ごとに認知症管理のための総合計画を樹立し、認知症の予防と治療のための研究、認知症の検診、認知症に伴う医療費を支援する。認知症の専門的な研究を進めるための中央認知症センターを設置し、認知症を予防し、患者を管理するために地域の保健所に認知症相談センターを設置する。重症の認知症患者の場合、医療費の支出が初期の患者の9倍に及び、予防と初期の治療が重要だとされている。認知症は患者だけでなく、介護や医療費の支出などで患者の家族にも大きな負担となっています。政府はすでに60歳以上の高齢者は無料で検診を受けることができるようにし、認知症と診断された場合は一定の医療費を支援している。

♣ 認知症の患者に対する臨床的アプローチ (Lee You Ra 精神健康医学科長)

現在、Seoul Bukbu 病院では、経鼻胃管(Levin tube)栄養法を利用している患者は22名で病名はCVA、PDD、Hypoxic brain damage、他の内科的疾患である。PEGは10名で病名はCVA(4名)、PDD(3名)、Hypoxic brain damage(3名)である。長期療養施設では、利用者157名のうち、アルツハイマー型認知症である1名が経鼻胃管栄養法を利用している。また、アルツハイマー型認知症の1名がPEGをしている。Seoul Bukbu 病院では、PEGの指示はESPENのガイドラインに従っている(Clinical Nutrition 24, 2005)。なお、患者の栄養失調の予防策として、嚥下困難がない方は、行動修正・基礎疾患の治療・食欲増進薬などをおこなう。一方、嚥下困難がある方は、経口サプリメント、粘剤増粘剤、IVサプリメント、経鼻胃管などをおこなっている。

♣ 韓国のお年寄りの栄養管理 (Jun Hyeon Jeong 栄養室科長)

Seoul Bukbu 病院での特殊性に応じた栄養管理は、亜急性期の患者さんを対象に疾患の治療および回復、退院後の正常な社会回復を目指して栄養管理をやっている。全体的な患者さんの栄養管理は、Seoul Bukbu 病院のコンピュータのシステム管理を活用している。

例えば、総合医療情報システムを利用して、入院患者さんの栄養検索結果を確認した後、摂取力および食事関連要因を分析し、栄養判定結果を皆と共有する。栄養判定結果を担当医師に通知して、他科依頼による栄養教育をする。

個別に患者の咀嚼能力のレベルに応じた食事を提供している。VFSS 検査食を用いて検査後、嚥下困難の段階による手順を変更している。そして、その手順に従って食事を提供している。なお、集中的な栄養管理面では、経腸栄養法、非経口栄養療法、経鼻胃管、経口サプリメントなどをおこなっている。認知症の患者の栄養管理は、病院と家族との交流会を開いて情報交換をする。

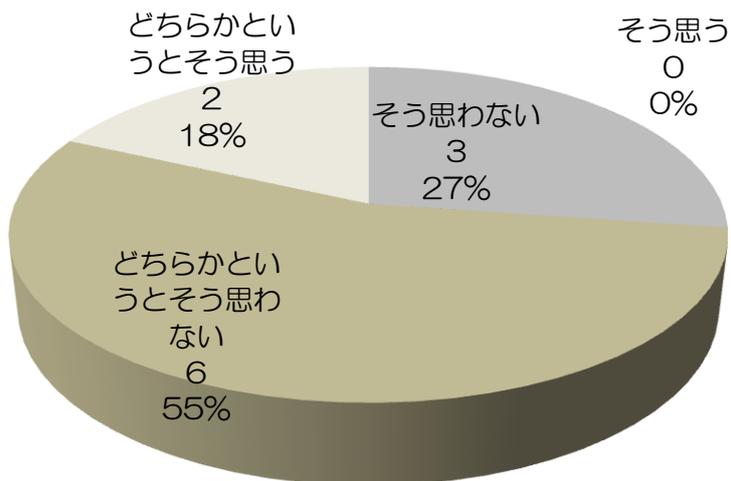
II 調査結果

※ 回答者の職種

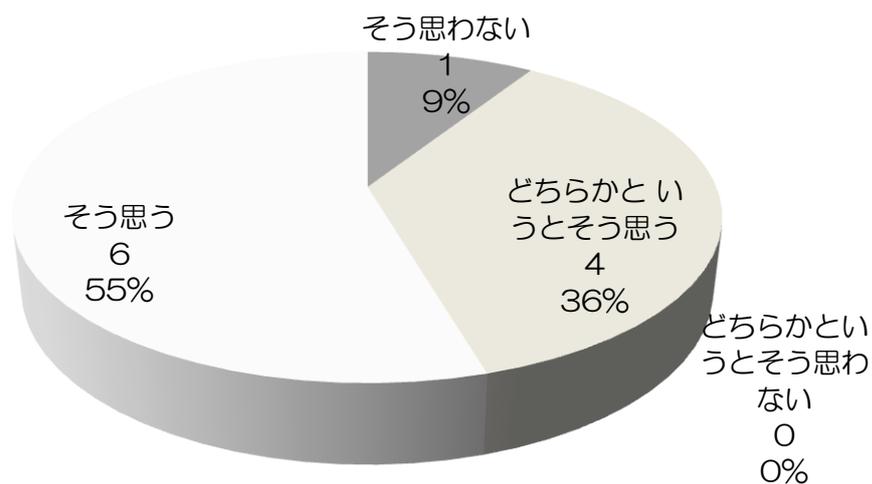
医師（3名）、看護師（4名）、栄養士（3名）、介護福祉士（1名）

調査票結果 - 1 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

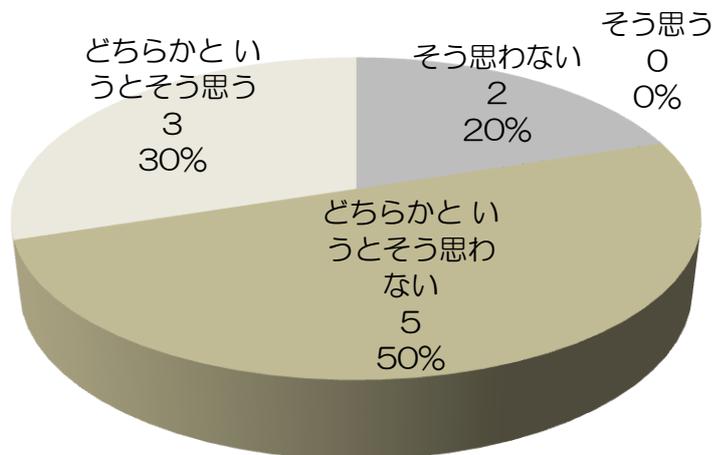
1) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えて枯れるように死ぬことは自然と考える。



2) 病院（施設）では人工的な水分・栄養補給法を施行せざるを得ないとする。

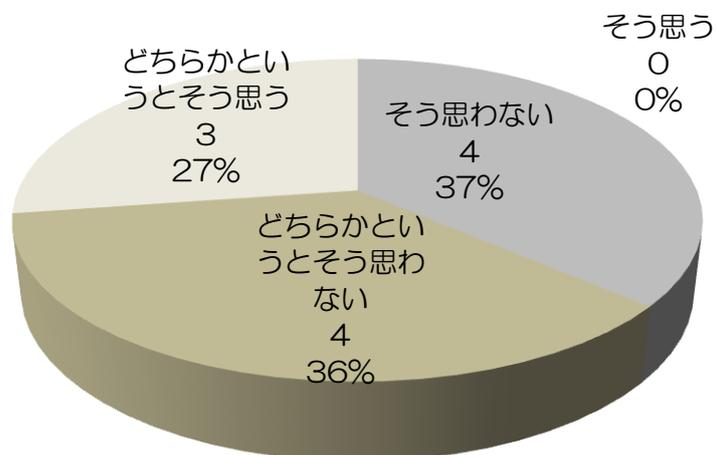


3) 本人の意思が不明な場合の胃瘻栄養法は非倫理的と考える。

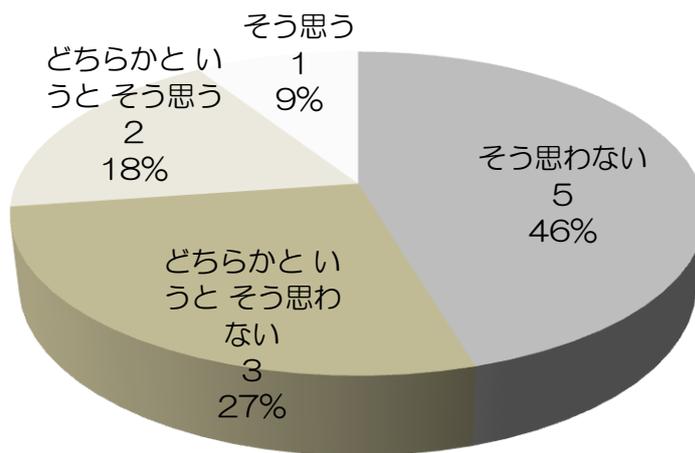


欠損値 1 名

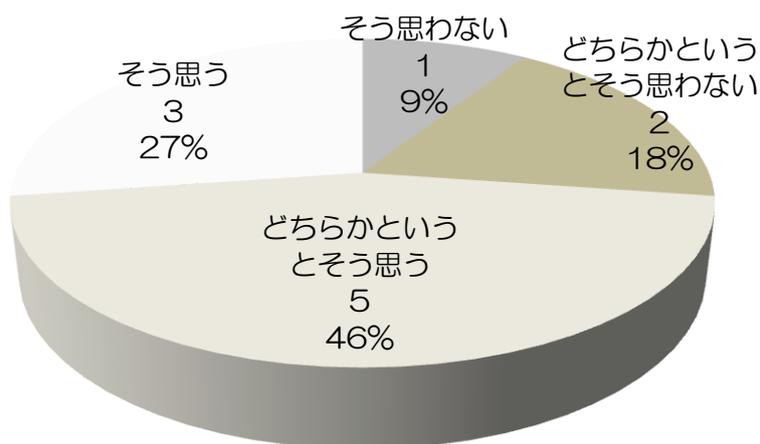
4) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、患者（利用者）の親戚（身内）が反対する。



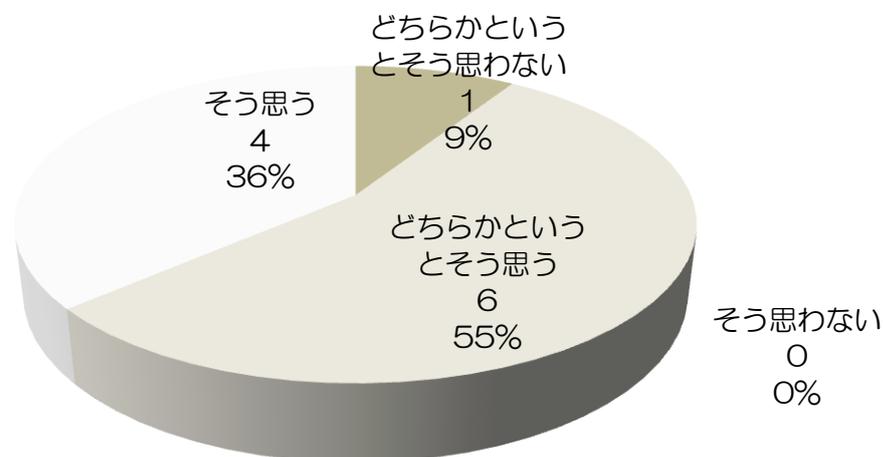
5) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、病院（施設）スタッフが反対する。



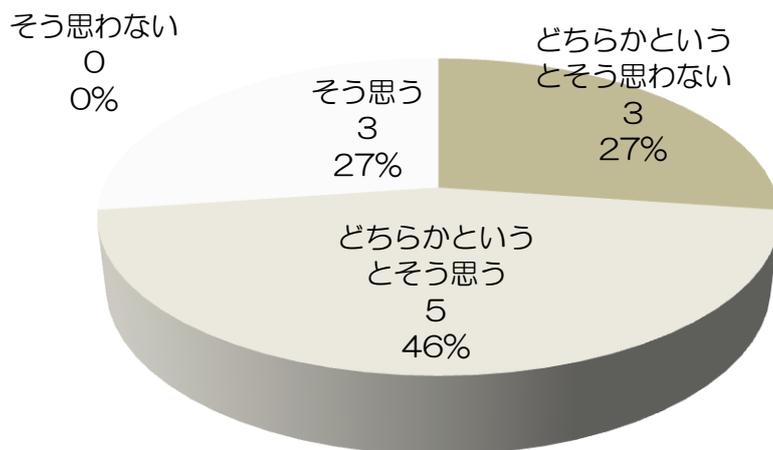
6) 少しでも延命の可能性があるのであれば、人工的な水分・栄養補給法は行うべきである。



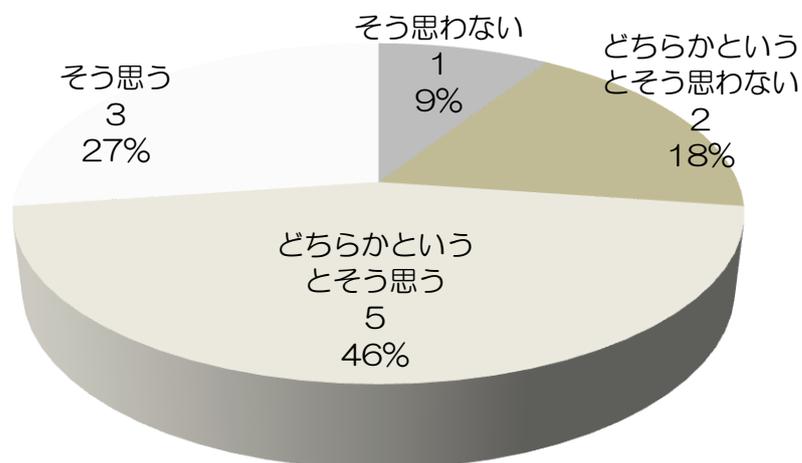
7) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、法的な責任を問われる恐れがある。



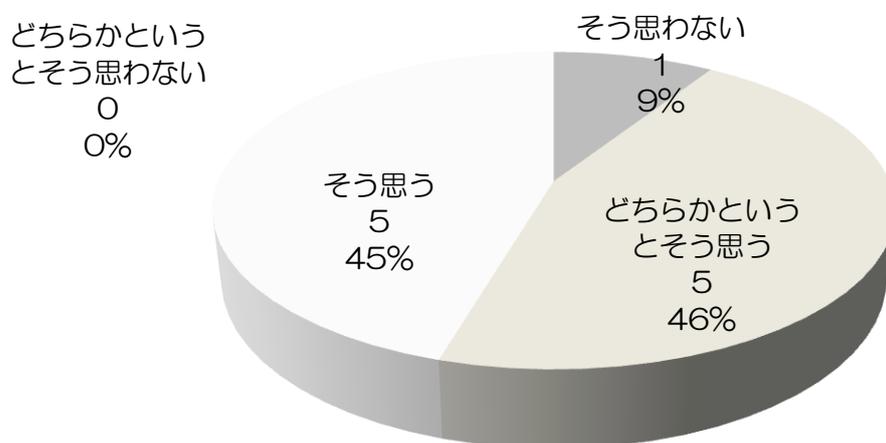
8) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは、患者を餓死させることと同じだと思う。



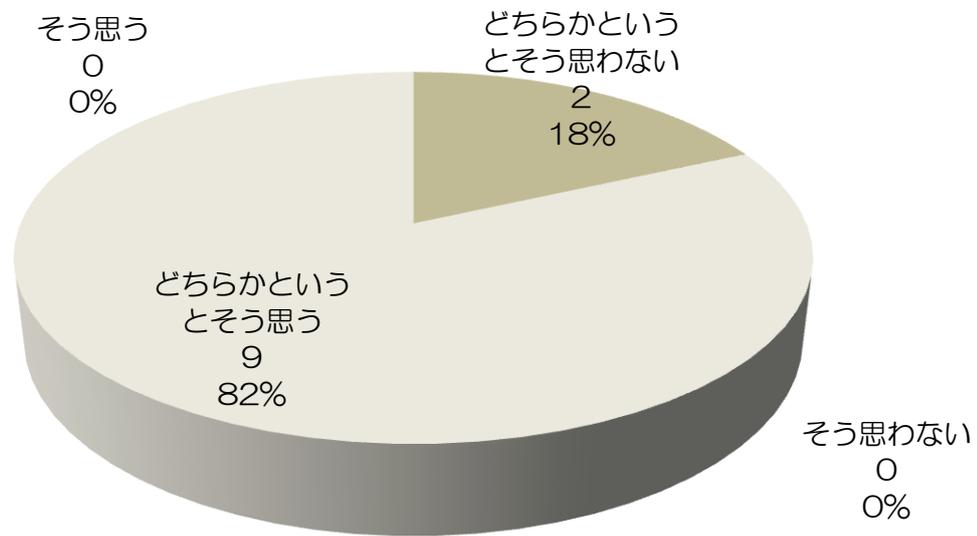
9) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、マスコミが騒ぐ可能性がある。



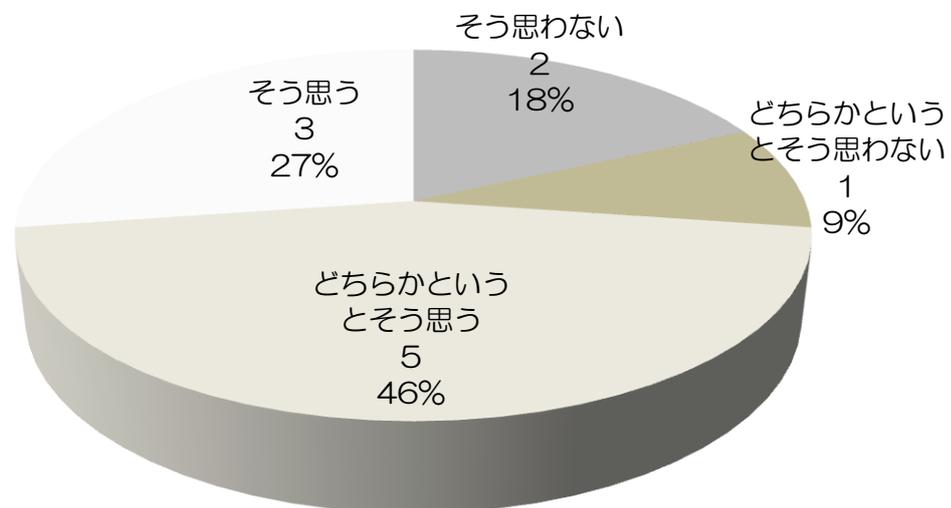
10) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、点滴だけを行い、自然経過にゆだねることは受容できる。



11) 本人の意思が不明でも、家族が望めば人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは可能である。

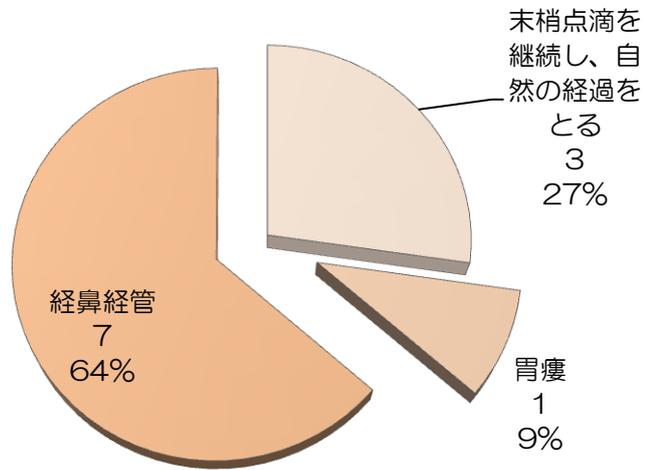


12) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、人工的な水分・栄養補給法を差し控えても法的責任は問われる恐れはない。

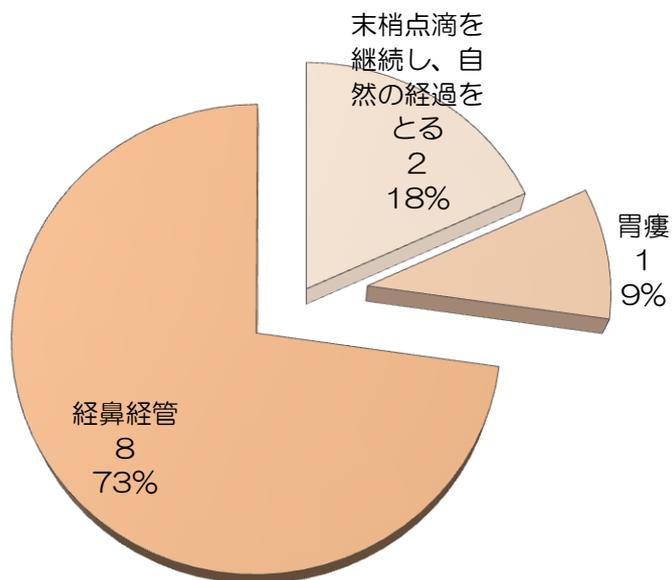


調査票結果-2 事例（認知症重度/末期）に対する返答

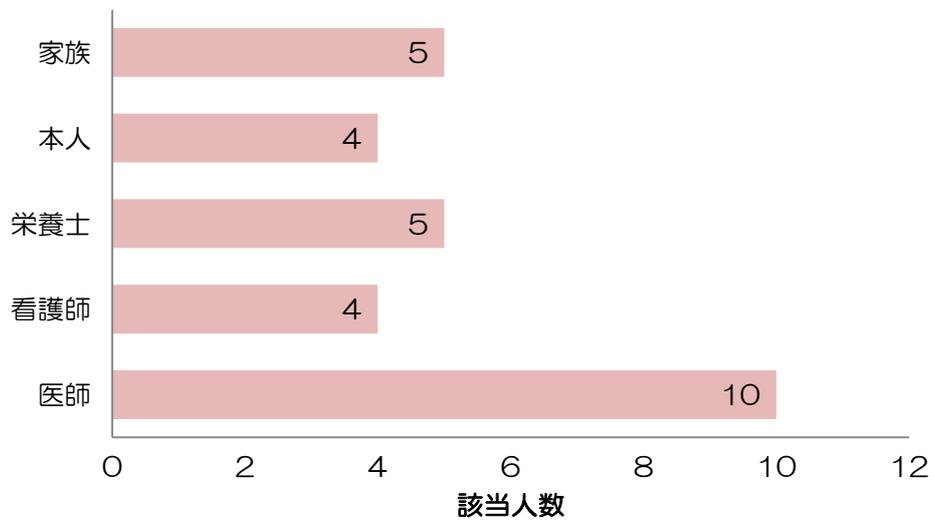
1) あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



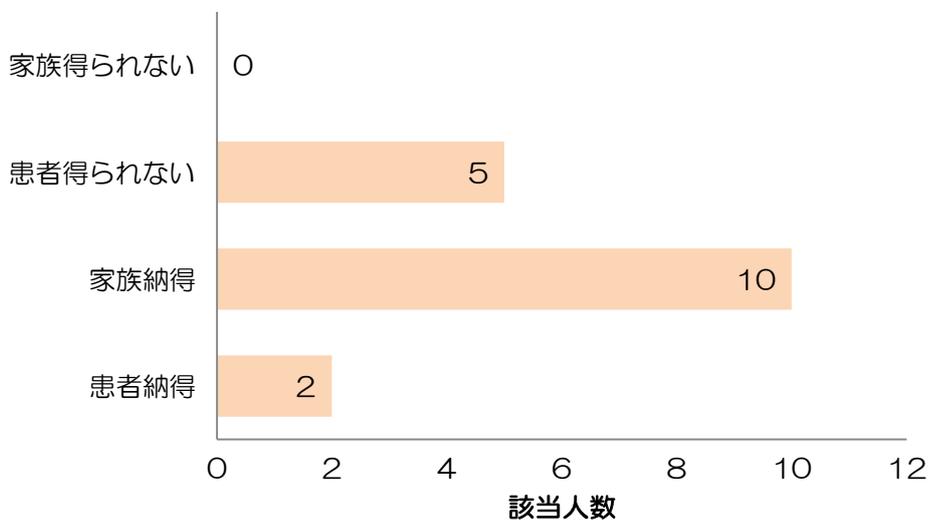
2) 貴国では本事例では実際にどのような例が多いですか。



3) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。



4) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。

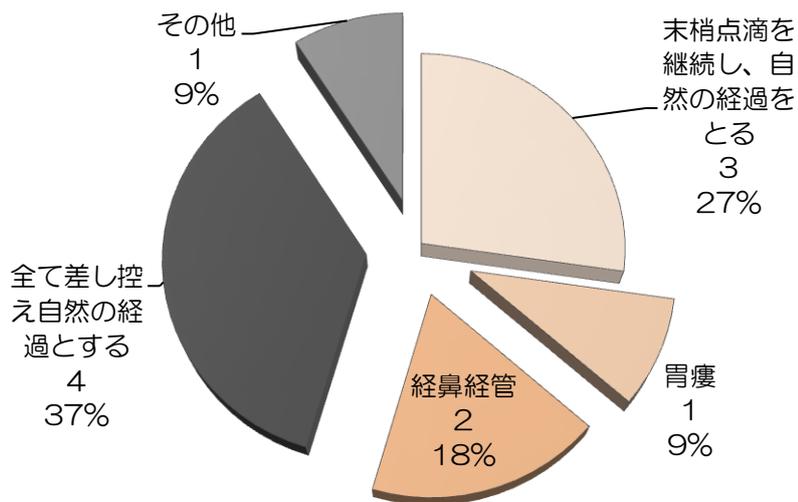


5) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択で、意思決定が困難になるのはどのような時ですか。

※ 具体的な例

- 家族と医師の意見が違う時（この例が多かった）
- 本人との意思疎通ができない時（MMSE 不可など）
- Aspiration pneumonia または 深刻な負の栄養バランスを経験して、再度に回復して口腔摂取を維持できると信じている患者の家族との意思疎通の問題
- 医師は経鼻経管で栄養補給しなければならないと、考えているにも関わらず家族が納得していない時

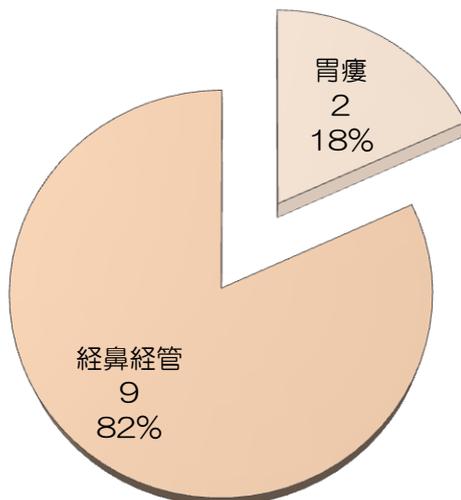
6) あなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。



その他：医療者の勧誘

調査票結果-3 事例（認知症中等度）に対する返答

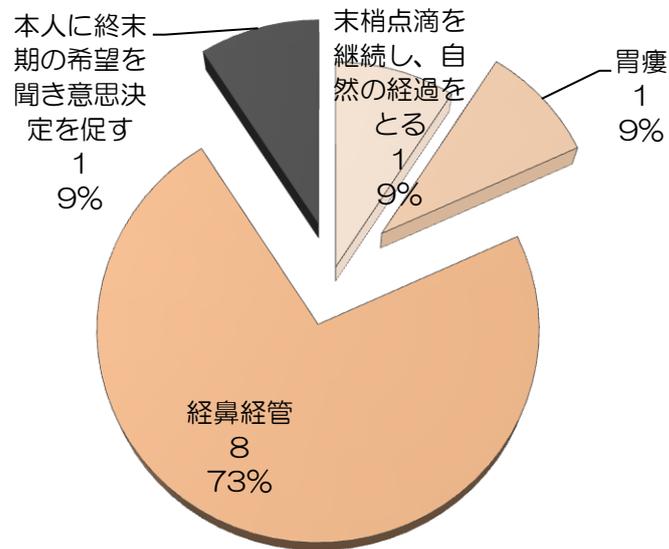
1) あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



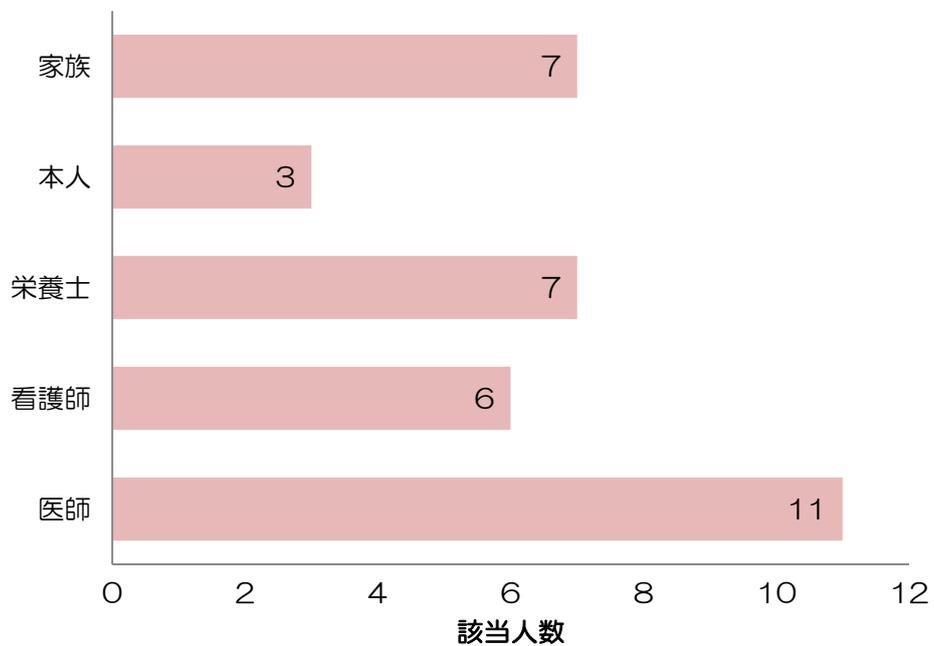
2) 嚥下障害のある中等度認知症高齢者への今後の栄養選択決定の際に、あなたはどのような内容が優先されると感じますか。

- 本人の意思が重要である。1
- 安全性（誤嚥性肺炎肺炎など）
- 安全性（誤嚥性肺炎肺炎の再発防止）
- 後遺症発生
- 今後の患者の経口摂取の可能性
- 本人や家族の意思
- 本人の意志や、水分・栄養補給法の苦痛と不便
- 栄養状態や嚥下困難

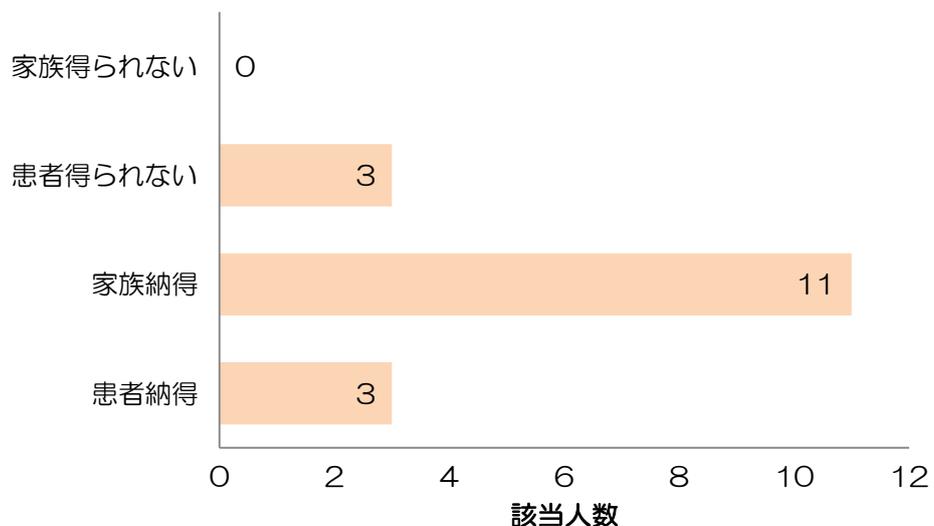
3) 貴国では本事例では実際にどういう対応をとることが多いですか。



4) 本事例のような中等度認知症高齢者の、その時点での栄養法選択は通常、誰が主にを行っていますか。



5) 本事例のような中等度認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。

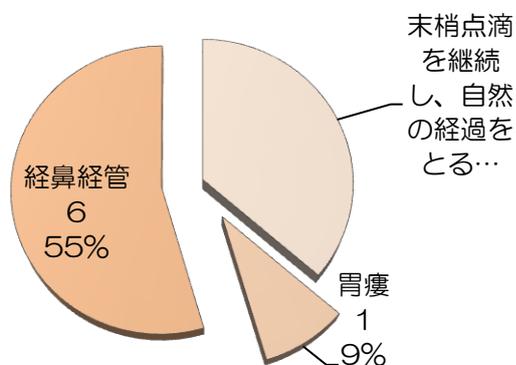


6) 本事例のような中等度認知症高齢者の栄養法選択で、意思決定が困難になるのはどのような時ですか。

※ 具体的な例

- 家族と医師の意見が違う時
- 経鼻経管栄養を家族が決めたにも関わらず、患者さんの本人の理解力不足による鼻経管の維持が困る時
- 家族と栄養法を選択したが、患者さんの本人拒否する時
- 家族たちの意見が一致しない時

7) あなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。



調査票結果 - 4

インタビュー (Lee You Ra 精神健康医学科長, Seoul Bukbu Hospital)

Q 認知症をもつ人が、食べたり、飲んだりできなくなった時に、ケア提供者はどうしたらよいのでしょうか？それは重度/末期と中等度の場合とで、どのように異なりますか？

回答：原因を evaluation ① 初期の場合は motivation intervention
② 重度/末期の場合は dysphagia intervention

Q 本人の意思確認ができない状況では誰が医療的な決定をするのでしょうか。また、どのように治療やケアをすすめますか？それは重度/末期と中等度の場合とで、どのように異なりますか？

回答：すべての場合、医師の評価および治療勧誘と家族の同意。

Q 意思決定の過程における高齢者の代理人（代理判断者）の役割は何でしょうか？

回答：患者の意思決定ができない時は、家族の同意が必要。

Q 話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき、どうしたらよいのでしょうか？

回答：すべての場合、誰かの同意を得られない時は、治療やケアを進めない。

Q 治療をしないことと、何もしないことの違いは何でしょうか？それは、重度/末期と中等度とで、どのように異なりますか？

回答：時には、何もしないことが治療になる可能性がある。

Q 認知症の高齢者の意思を尊重するのはどうしたら良いのでしょうか？それは、重度/末期と中等度の場合とで、どのように異なりますか？

回答：治療を進める前に患者の意思を聞いてから、または、医師と家族との話し合い。

Q 静脈注射や点滴についてどのように思いますか？それは、重度/末期と中等度の場合とで、どのように異なりますか？

回答：case-by-case

※ 韓国ソウル市の認知症支援管理事業および訪問健康管理システムについて

日時：2012年2月29日（水曜日）14：00～17：00

場所：ソウル大学看護学部会議室

出席者：

ソウル大学：Lee Insook ソウル大学看護学部長

東京都健康長寿医療センター研究所：金憲経

Q1 ソウル市の認知症患者の推移について

A 2008年度ソウル市の総人口は10,192,710名であり、高齢者人口は844,839名として高齢化率は8.28%である。認知症高齢者は2008年度に7万程度と推定されたが2020年ごろには約12万人に増えると予想される。特に注目すべきことは、認知症患者の中で、重症認知症患者が約22.0%（15,240名）と高いことである。年度別の認知症患者の推移は次の通りである。

2008年度：69,276人

2009年度：72,984人

2010年度：77,200人

2011年度：80,900人

2012年度：85,160人

2020年度：120,580人

Q2 認知症予防のためのソウル市の対策について

A ソウル市認知症センター（Seoul Metropolitan Center for Dementia）を設立し、事業の企画、事業開発、人材育成、情報を各地区の認知症支援センターに提供する。

Q3 認知症支援センターの機能について

A 認知症支援センターは各区の保健所に設置され、予防事業、早期健診事業、登録管理事業、地域支援事業、情報システム構築などの事業を展開している。

Q4 各事業の具体的説明

A 各事業について簡単に説明し、資料を提供する（添付資料3参照）

- ① 認知症予防及び認識改善事業：この事業の意義は早期健診事業、予防登録事業、地域支援事業の円滑な遂行のために必要な事業として、ソウル市の認知症事業を市民に広報するとともに市民の意識

改善を目的とする事業である。主な内容は教育、資料作成および配布、各種行事開催などを通して、ソウル市の認知症予防事業の内容と方向性を知らせ、認知症予防事業の理解を深める。

今後の計画：認知症予防及び広報プログラムの拡大実施、認知症関連従事者認知症関連専門教育の拡大、認知症関連行事

- ② 早期健診事業について：2007年12月まで4箇所の認知症支援センターで6,026名を対象に健診を行い、140名の認知症患者を新たに見つけた。しかし、健診不参加者集団に認知症有症率が高いことが指摘されていることから、訪問健診の必要性が浮き上がっている。

事業の手順

1 段階：選別検査：MMSE 使用 ⇒ 保健所

2 段階：診断健診（神経認知検査、専門医診療等々） ⇒ 連携病院

3 段階：鑑別検査（血液検査、脳映像撮影等々） ⇒ 連携病院

今後の計画：弱者層地域優先健診を実施し、認知機能低下者の早期発見

- ③ 登録管理事業：認知症登録管理事業は早期健診事業は密接に関わっていることから、早期健診事業を通じて、認知症の分類、認知症の危険度別に分類し、適切な予防と管理を行うのが事業の目的である。また、地域センターに認知機能センターを設け、認知症の危険性が高い高齢者を対象とした作業療法、音楽療法、園芸などのプログラムを提供し体系的に管理することが事業の要である。しかし、この事業は地域に定着し十分活用されている段階には達していないのが現状である。

今後の計画：認知症患者登録率の向上、脳健康プログラムの拡大実施、認知症家族支援拡大

- ④ 認知症地域支援強化事業：地域差はあるものの地域支援センター中心に医療機関との連携体制が構築されつつある段階である。主な連携体制は、次の通りである。

SungBook 区：建国大学校病院 神経精神科

SungDong 区：HanYang 大学校病院 精神科

Mapo 区：YoiDo 聖母病院 神経科

KangDong 区：翰林大学校 精神科

ToBong 区：ToBong 病院 神経科

SongPa 区：ソウルアサン病院 精神科

DongDaeMoon 区：KyungHee 大学校 精神科

YangCheon 区：梨花女子大学病院 神経科

EunPyung 区：市立西北病院 神経科

SeoCho 区：ソウル聖母病院 精神科

KanAk 区：ソウル大学病院 神経精神科

今後の計画：連携機関との定期的な情報交換の拡大、ボランティア養成および支援、Smile Network for Dementia 協議体設立。

- ⑤ 情報システムの構築：この事業の目的は、ソウル市認知症事業の効率を高め、事業参加者、施設従事者、認知症患者の家族および一般市民に迅速かつ正確な情報提供が出来るように情報システムを構築した (www.seouldementia.or.kr)。

今後の計画：高齢者利用施設への情報提供強化

Q5 事業展開の問題点および改善点

A 初期段階なので問題点が山積し、解決に時間を要する困難な問題もある。具体的には次の点が挙げられる。

- ① 認知症支援センターが設置されているが、認知症担当の専属職員が配置されていないので、事業が負担になっている。専門教育を受けた職員の配置が課題である。
- ② 認知症関連資料不足のため、効率的な事業展開に限界がある。
- ③ 1次健診で認知症と診断された者について、精密検査のための家族の同意が得にくくなっている。家族の理解を高める取り組みが必要である。
- ④ 低所得層認知症患者が利用可能な施設が必要である。
- ⑤ 貧困層一人暮らしの認知症高齢患者の場合には、経済的な問題で適切な治療や支援を受けることが困難な状況である。
- ⑥ 認知症事業担当職員不足のため、患者発見後の管理活動が円滑に行われてない。
- ⑦ 登録されている患者の支援に必要な予算の不足のため、新規患者への支援が困難である。
- ⑧ 認知症患者の家族支援センターの設立が必要である。
- ⑨ 認知症支援センター外に相談室設置が必要である。
- ⑩ 認知症専門職員の不足のため、認知症事業は兼業の形をとるので、業務増の原因になっている。
- ⑪ 認知症事業担当の人材養成のための1年過程のEMIP教育あるいは専門看護師支援制度が必要である。

Q6 韓国で実施している高齢者長期療養保険について簡単に説明

A 高齢者長期療養保険の全体説明のためには時間的限りがあるのでポイントだけ簡単に説明する。

- ① 必要性
 - A. 不必要な入院のため高齢者医療費の増加：治療の目的より、高齢者介護に必要な家族などの人手不足のため医療機関に長期入院（療養病院急増）
 - B. 低出産、核家族化、女性の社会活動拡大：家庭内療養保護放置、施設入所後連絡短絶、認知症親の殺害等々
 - C. 高齢者人口増に伴う認知症患者の急増：介助必要高齢者の著しい増加
 - D. 高齢者介護費用の負担増：認知症家族を抱えている家計の負担減が必要
- ② サービス利用手続き

- A. 長期療養認定申請及び訪問調査 ⇒ 国民健康保険公団
- B. 等級判定 ⇒ 公団支社長期療養等級判定委員会
- C. 長期療養認定書、標準長期療養利用計画書通知 ⇒ 国民健康保険公団
- D. 長期療養給与利用契約・給与提供 ⇒ 在宅、療養施設

③ 等級判定基準

A. 長期療養 1 等級

- a. 判定基準：日常生活における全面的な介助が必要な者として長期療養点数が 95 点以上の者
- b. 状態：1 日中ベッドで生活する寝たきり状態、食事、排泄、着替えの基本動作の全介助
- c. 調査票：体位変更、食事、起立・座りなど ADL の 6 項目以上で全介助

B. 長期療養 2 等級

- a. 判定基準：日常生活における相当部分の介助が必要な者として長期療養点数が 75 点～95 点未満の者
- b. 状態：食事、排泄、着替え等々で相当の介助が必要、車椅子利用して日常生活維持、昼間は主にベッドで生活
- c. 調査票：食事、起立、洗顔、歯磨き等々の ADL5 個以上で部分介助必要

C. 長期療養 3 等級

- a. 判定基準：日常生活における部分的に他人の介助が必要な者として長期療養点数が 55 点以上 75 点未満の者
- b. 状態：歩行補助器などを利用して移動、外出時に他人の介助必要
- c. 調査票：歯磨き、洗顔等々の ADL3 個以上で部分介助

④ 財源

A. 長期療養保険：健康保険料の 6.55%

- a. 長期療養保険介入者は国民保健介入者と同一、健康保険料と統合徴収
- b. 長期療養保険率：保健福祉部長官所属長期療養委員会の審議を経て大統領令として明示

B. 国庫補助

- a. 長期療養保険料の予想収入額の 20%国庫負担
- b. 医療給与受給権者の長期療養給与費用、医師所見書発給費用、訪問看護指示書発給費用中公団が負担すべき費用及び管理運営費の全額は国や自治体が分担

C. 本人負担

- a. 施設給与 20%（給与費：食材料費、理髪・美容料費は本人負担）、在宅給与 15%
- b. 医療給与受給権者等低所得層はそれぞれ 50%に軽減（施設：10%、在宅：7.5%）
- c. 国民基礎生活受給権者は無料

Q7 2012 年度訪問健康管理事業について

A 2012 年度訪問健康管理事業はかなり膨大で幅広い事業なので簡単に説明した上で、資料を提供する。

** 事業の概要

A. 目的：弱者階層に対する健康平等に関する配慮、健康寿命延長

B. 目標：健康意識の涵養、健康知識向上、生活習慣の改善、虚弱予防等々

C. 事業内容

a. 対象者：健康に問題を抱えている弱者階層に適切な健康サービスを提供する。

b. 内容：健康問題把握、健康猪管理サービス提供、保健所との連携支援

c. 区分

・ 集中管理群：健康危険群として集中管理が必要なケース：8 回訪問

・ 長期管理群：健康危険要因及び健康に問題を抱えているが調節可能な（危険群）ケース：1 回以上訪問

・ 支援群：健康危険要因及び健康に問題を抱えているが調節可能な（正常群）ケース：1 回以上訪問

D. 虚弱予防

a. 長期療養等級判定外者に対する虚弱判定評価

b. 認知症早期鑑別検査実施：長谷川式尺度採用

対象者：65 歳以上

調査周期：1 年

判定および処置

正常：18 点以上

認知症支援センター紹介：17 点以下

c. 予防プログラムの提供：運動、栄養、口腔管理、尿失禁、認知機能強化、転倒予防プログラムの提供

d. 口腔機能（咀嚼、嚥下、発音、唾液分泌等々）向上のための体操指導

口腔健康は次の 4 問を使用して調査する。

問1 口腔健康状態は（5 段階で評価）

かなり良い、良い、普通、悪い、かなり悪い

問2 歯磨き方法について（正否で評価）

正しく磨いている、正しく磨いてない

問3 入れ歯の使用（はい、いいえで評価）

はいの場合：昨日入れ歯を何回磨いたのか

寝るときに入れ歯をどうするか

入れ歯使用の不便さ

問4 残存歯数（4段階に評価）

20個以上、10～19個、10個未満、無

e. 季節別健康管理指導

=====

※ 日本でのヒアリング

日時：2012年3月24日（土曜日）10：00～16：00

場所：東京都健康長寿医療センター研究所 来賓室

出席者：

Seoul Bukbu Hospital：Shin Young Min 院長、Lee You Ra 精神健康医学科長

東京都健康長寿医療センター医師2名（リハビリ科A医師、耳鼻咽喉科B医師）

=====

Q1 韓国の高齢化の問題または認識？

A 高齢化に関して関心が多くなっている。日本より急速な高齢化が進んでいる韓国は深刻な問題である。

Q2 韓国の国からの対策は？

A

- ① 2008年7月から日本の介護保制度（老人長期療養保険制度）が施行されている。
- ② 低出産の対策
- ③ 2012年2月から「認知症管理法」が施行されて、認知症の問題に関して政府から対策を立てている。

Q2-1 2012年の認知症管理法とは？ 具体的には？

A モデル事業として、5年前からソウル市で開始して、認知症支援センターと予防センターをソウル市の25区で実施している。2012年から全国的に拡散して、認知症のスクリーニング、検査、治療などを支援する。

Q2-2 認知症支援センターとは？

A 保健センターとは、別の組織として連携して作られている。施設は別にしているが、認知症支援センターは大学病院であり、ソウル市の25区は保健センターで実施している。ソウル市は、市内にある大学病院に依頼して支援している。

日本の場合も、全国に認知症疾病センターを約 100 所、既存の病院で実施する予定である。

Q3 韓国の病院の在り方？

A 民間病院と公共病院（国立、市立、県立）は、15%程度である（ベッド数を基準）。最近、民間病院が増加している。そのためにベッド数を増やしている。

Q4 病院の特徴？

日本は、急性期病院、慢性期病院、リハビリテーションに区別しているが、韓国は？

A 韓国は三つに区別している。

1 次診療機関（クリニック、50 病床以下医療機関）

2 次診療機関（200～300 病床、大型病院）

3 次診療機関（大学病院）

*Seoul Bukbu Hospital は 2 次診療機関である。

1 次と 2 次との違いは、病床と医療分野の違いである。また、2 次診療機関は Intern、Resident を受け入れできない。最初から 2 次と 3 次診療機関に行って診療を受けたい人が増えている。

Q5 保険制度の区別？（民間保険と公的保険）

A 保険制度（医療）：民間保険、公的保険が二つある。全国民が入る健康保険がある。公的保険（1981 年）は医療費の 60%しかカバーできない。保険料の 40%のためにはプライベート保険に入る人が多い。特定疾患に関して入院した場合は、国が 95%カバーする。他の疾患が入ると問題が出てくる。選挙が近いために野党が 90%以上カバーするといっている。特定疾患：がん、精神疾患、透析等 40 種類である。

Q6 認知症を扱う科は？

A 認知症を扱う科：神経内科、精神科

- 日本では「物忘れ外来」で診療をしている。
- 韓国では、政府から認められていない場合は、新たな診療科を作ることができない。
- 日本での物忘れ外来では、精神科、老人科、色んな診療科と関連している。物忘れ外来は正式な診療科ではない。日本も韓国と同じに厚生省が認めない診療科は表現化できない。ただ、患者さんが分かりやすくするために、このような診療科の名前を自由に作っている。
- 加齢による病気と、疾患による病気を区別するために、このように区別して作っているのか？
では、日本では加齢による認知症のみ診療しているのか？

「物忘れ外来」では、診断するために色々な検査をする。
日本ではスクリーニングセンターと言える。韓国でも日本と同じに検査して、内科
や精神科と連携して治療している。

Q7 認知症の治療は？

- A 韓国は 2011 年から色々な治療薬が増加している。
認知症の治療は Donepezil が 70%、その他、Rivastigmine、Aridept など、
- 日本は認知症の薬の認可が遅い。
 - 韓国は 2000 年から Aridept 薬が認可している。
 - 最近は、日本と韓国は同じである。

Q8 韓国の認知症有病率は？

- A 韓国は、2011 年、ソウル市 65 歳以上高齢者、9.8%

調査票結果-6 ヒアリング_事例（認知症重度）に対する返答

事例1（認知症重度/末期）

Aさん（80歳女性）

- 疾患：アルツハイマー型認知症（重度/末期） MMSE（不可）
- 誤嚥性肺炎の既往が複数回あり、その他の疾患、合併症は見られない。
- 本人との意思疎通不可、寝たきりで食事、排泄、移動、更衣、清潔動作など全介助
- 嚥下機能は低下し、飲み込み困難。摂食、嚥下とも自発動作は見られない。
現在は末梢点滴。
- 言語聴覚士による嚥下リハビリを受けてきたが改善は見られない。
- 人工的な水分・栄養補給法に関するAさんの事前の意向は確認できていない
- 夫は5年前に他界、他の家族の意向も不明

1) あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。

- 日本：B医師（末梢点滴を継続し、自然の経過をとる）
A医師（全て差し控え自然の経過とする）ただ、少しでも水やアイスクリームを与える。）
- 韓国：Shin 医師（全て差し控え自然の経過とする）
Lee 医師（経鼻経管、またはその他）
- Lee 医師の意見は、認知症のコンディションを見てから判断する。経鼻経管をしてから経過を見て再度評価して、治療方法を選択する。最後に選択するものは PEG かもしれない。ただ、家族の同意を得ていないと、PEG は手術なので医師の判断で PEG ができない。韓国の場合は、医師より家族の意見が重要である。
- は、この事例の場合は、1ヶ月程度に経過を見てから他の治療方法を選択する。そして、経鼻経管を選択する。医師はこの状況で栄養補給を止めることができない。どのような方法をとっておくべきだろう。そのために家族と医師との意見交換が大事である。

2) 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。

- 日本：「末梢点滴を継続し、自然の経過をとる」50% or 「PEG」50%
日本では、施設での入院期間が長くなるので、PEGが多い。
- 韓国：「末梢点滴を継続し、自然の経過をとる」50% or 「経鼻経管」50%
Seoul Bukbu Hospital では、PEG を手術したアルツハイマー型認知症の患者さんはいない。
癌の患者さんが多い。
- 日本では、食道癌の場合は PEG が多い。家族が同意すれば、嚥下困難や食道を取り切った後に PEG をする。日本では PEG が全国的に行っている。一般病院でも急性期の患者が入院することで、入院期間を短くして、他の施設に行くために、PEG すると施設から入所を受け入れてくれる。PEG が全国的に利用している。医療行為ではなくシステムの PEG が実施している。

- 韓国の Shin 先生の見解は、内科で手術をする必要があるので、認知症患者はあまり手術をしない。一般的ではない。韓国で PEG をする医師が少ない。文化的に韓国では食べることが重要である。だから、食べするために努力する。どのような方法取って食べさせる。

日本のナチュラルコースは、アイスクリームやキャンディーを与える。韓国では PEG の手術は、いろいろリスクであり患者の負担が大きいと考える。患者はチューブを取る可能性がある。そのため再評価することが良いと考える。文化的背景が大きい。何も与えないで餓死状態は社会からの批判が多いと思う。倫理委員会で最終判断をする。

日本でも同じだと思う。しかし自分の症例では NG は彼らがしたがらない。医師が決めるのは厳しいため、倫理委員会を通す前に死んだ。彼女は家に帰るなら OK だが、そうでない場合は治療すべきであると考え。医師、家族のコミュニケーションが良ければいいが、そうでない場合は、日本は、自然経過、胃瘻、経鼻が多い。ただ最近は末梢点滴か胃瘻が多い。それは施設や引取り先の病院が胃瘻を望むから。韓国では点滴か、経鼻が多い。

日本のがんの場合は胃でなければ PEG をする。家族の意向が不明でなければ、家族がどうしても食べさせたい意向があれば、喉頭閉鎖（声帯を閉じて、誤嚥させないようにしている）。声がでなくてもよい。日本は胃瘻の適応が特殊。悪い方法ではないが使い方の問題。胃瘻の乱用が日本では起こっている。

韓国ではキリスト教や仏教等の宗教家が来て、祈ったり説法を行う。ボランティアで宗教家が来ている。韓国では終末期の患者に宗教的影響を及ぼすものである。

3) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。

- 日本：医師、看護師、後見人
 - 韓国：医師
- 韓国でも法的後見人が必要であるが、実際は難しい。

4) あなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。

- 日本：「全て差し控え自然の経過とする」A医師、すべてを差し控えることはしない。
- 韓国：「全て差し控え自然の経過とする」

調査票結果-7 ヒアリング_ 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

1) 枯れるように死ぬことは自然

- 日本：B医師（そう思う）
A医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師（そう思わない）
Lee 医師（どちらかというと思わない）

2) 病院ではやらざるを得ない

- 日本：B 医師& A 医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師& Lee 医師（そう思わない）

3) 本意志不明の際には非倫理的

- 日本：B 医師&A 医師
（どちらかというと思う or どちらかというと思わない）
- 韓国：Shin 医師（どちらかというと思わない）
Lee 医師（どちらかというと思う）

4) 身内が反対する

- 日本：B 医師&A 医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（どちらかというと思う）

5) 病院スタッフが反対する

- 日本：B 医師&A 医師
（どちらかというと思う or どちらかというと思わない）
- 韓国：Shin 医師（どちらかというと思わない）
Lee 医師（どちらかというと思う or そう思う）

6) 延命に行うべき

- 日本：B 医師&A 医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（どちらかというと思う）

7) 法的な責任を問われる

- 日本：B 医師&A 医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（そう思う）

8) 餓死させることと同じ

- 日本：B 医師&A 医師（どちらかというと思わない）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（どちらかというと思う）

9) マスコミが騒ぐ

- 日本：B 医師&A 医師（どちらかというと思う）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（そう思う）

10) 十分話し合い後自然経過は妥当

- 日本：B 医師&A 医師（そう思う）

- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（そう思う）

11) 家族が望めば妥当

- 日本：B 医師（どちらかというと思う）
A 医師（そう思う）
- 韓国：Shin 医師&Lee 医師（どちらかというと思う）

12) 十分話合後の際は法的に妥当

- 日本：B 医師&A 医師（そう思う）
- 韓国：Shin 医師（そう思わない）
Lee 医師（そう思う）

Ⅲ 考察

急速に高齢化が進む韓国における認知機能低下者に対する様々な制度の整備や医療機関の対応策が講じられている韓国の医療・介護制度、専門家のヒアリング、専門医療施設の訪問から把握できた韓国の現状について簡単に論議する。

韓国の制度あるいはシステムは大きく分けて二つの側面からの考察が必要と考える。一つは在宅高齢者に対する認知症の早期発見・支援システムの構築であり、二つ目は重症認知症患者に対する施設支援である。

まず、在宅高齢者に対する早期診断システムである。早期診断システムはソウル市あるいはソウル市近郊地域には確立されているが、全国的展開は進んでないのが現状である。認知機能低下者管理目的である早期発見、早期治療、持続管理を実現するための取り組みは 2007 年度からソウル市の認知症支援センターで健診が始まり、有症率は約 8%であると推計している。しかし、認知症の有症は年齢との関連も強いことから、ソウル近郊都市で調べた報告によれば 65～69 歳 2.6%、70～74 歳 3.7%、75～79 歳 8.5%、80 歳以上 32.6%と急増する傾向を示している。上昇一途傾向の認知症を支援するためのセンターは区の保健所に設置され、総合病院あるいは大学病院と連携し、対応している状況である。しかし、問題点も山積している模様である。認知症支援センターという名目上のセンターは保健所に設置されているが、認知症関連業務を担当する専門家も配置されていないことから職員の業務増大につながり、認知症支援事業展開のための資料不足が深刻な問題として浮き上がっている。さらに、認知症と認定された方の管理に必要な施設が不十分な状況である。一次健診で認知症の疑いがあると診断された場合、精密検査のための家族同意が困難なケース、認知症担当職員の頻繁な交代により事業の継続性や専門性に欠けている点、認知症需要の増加に伴う予算不足、専門職員による認知症事業の担当ではなく兼務により業務増の要因となっている。このような状況を踏まえて、施設拡充と専門家の養成、専門部署の設置、予算の確保、認知症支援専門家養成プログラムの開発、認知症支援センターの運営とともに相談室の設置、相談専門家の養成、経済的に困難な患者の支援策、家族支援センターの運営および家族教育システムの開発、重症患者治療費支援方法の工夫、専門機関との円滑な連携の構築が急務であることが推察された。

このような疾病構造の変化に適応するための制度として「老人長期療養保険制度」を策定し、老人性疾患のため日常生活機能障害者に対する支援を拡大している。支援ターゲット疾患の一つは認知症である。支援は療養等級によって異なり、1 等級（最重症）、2 等級（重症）、3 等級（中等症）に分けている。1 等級は日常生活における全面的に他人の補助が必要な者として長期療養認定点数が 95 点以上の者（ほぼ寝たきり状態、食事・排泄・着替えなどで全面介助が必要）、2 等級は日常生活における相当他人の補助が必要な者として長期療養認定点数が 75 点以上 95 点未満の者（食事・排泄・着替えなどで相当の介助が必要、車いす使用日常生活可能）、3 等級は日常生活における一部介助必要長期療養認定点数が 55 点以上 75 点未満の者（食事・排泄・着替えは自立、生活管理能力の低下により時々支援

必要)。韓国の長期療養保険制度は、日本の介護保険制度と類似面が多いと判断できた。韓国の長期療養保険制度の財源は、長期療養保険料：健康保険料の 6.55%、長期療養保険加入者は国民健康保険加入者と同一、健康保険料は統合徴収、国の支援：長期療養保険料予想収入の 20% 国庫負担、医師意見書発給費用、訪問看護指示書発給費用中公団が負担すべき費用および管理運営費の全額は国と地方自治体が負担、本人負担：施設給与 20%、在宅給与 15%、低所得層は 50% 軽減（施設 10%、在宅 7.5%）、国民基礎生活保護者は無料である。

次は、重症認知症患者に対する支援制度である。一部施設あるいは病院に限りはあると考えますが、重症の認知機能低下者に対する対応は日本とほぼ同様に充実しているのではと推察された。我々が訪問したソウル市立北部病院では、前述した通りに経鼻胃管（Levin tube）栄養法を利用している患者は 22 名、PEG は 10 名であった。長期療養施設では、利用者 157 名のうち、アルツハイマー型認知症である 1 名が経鼻胃管栄養法を利用している。また、アルツハイマー型認知症の 1 名が PEG を利用している。専門病院で PEG の指示は ESPEN のガイドラインに従っている状況である。

重症患者の栄養管理には嚥下機能を維持している患者と嚥下困難な患者に対する対応が大きく異なることから、嚥下機能と栄養管理は非常に密接に関わっている。重症患者に対する栄養失調の予防策として、嚥下困難が生じてない方は、行動修正・基礎疾患の治療・食欲増進薬などにより対応している。嚥下困難が生じている患者の場合は、経口サプリメント、粘剤増粘剤、IV サプリメント、経鼻胃管などをおこなっている。特に、我々が訪問したソウル北部病院では患者の特殊性に応じた栄養管理としては、亜急性期の患者を対象に疾患の治療および回復、退院後の正常な社会回復を目指して栄養管理を行い、全体的な患者の栄養管理は、病院のコンピュータのシステム管理を活用しているのが特徴的であった。病院の総合医療情報システムを利用して、入院患者の栄養検索結果を確認した後、摂取力および食事関連要因を分析し、栄養判定結果の情報を共有し、栄養判定結果を担当医師に通知して、他科依頼による栄養教育を実施する。さらに、個別に患者の咀嚼能力のレベルに応じた食事提供が出来るように配慮している。VFSS 検査食を用いて検査後、嚥下困難の段階による手順を変更している。そして、その手順に従って食事を提供している。なお、集中的な栄養管理面では、経腸栄養法、非経口栄養療法、経鼻胃管、経口サプリメントなどをおこなっている。認知症の患者の栄養管理は、病院と家族との交流会を開いて情報交換をするなど、病院と家族が絶えず協力して、患者の栄養管理を最適に実現しようとする姿勢は高く評価できると考えた。このような重症患者の栄養管理システムの良さを他施設や地域へどのように普及して行くかが課題と推察された。

IV 結語

高齢化が益々進む韓国社会における認知症患者の急増に対応するために、早期診断、早期治療、継続支援システムの構築に向けて都市部を中心に様々な制度の整備や医療機関の対応策が講じられているが、施設不足、専門家不足の問題解決とともに専門医療機関との円滑な業務連携の推進が必要であることが推察された。一方、重症患者に対する医療の充実や的確な栄養管理システムはかなり整備されてい

ると状況である。しかし、重点医療機関の優れるシステムをどのように広範囲の地域や他医療機関へ普及していくかが今後の課題と言える。

資料

** 資料 1 の内容：ソウル北部病院ヒアリング資料

韓国認知症高齢者のための社会保障システムについて

事業主体別の事業内容：1 段階、2 段階、3 段階

健診結果に基づく処置：Dementia 群、MCI 群

認知症治療費支援事業の流れ

参考情報の取得

お年寄りの栄養管理 ⇒ ソウル市北部病院

システムの内容

北部病院の特殊性に応じた栄養管理

北部病院の給食システム

病院給食の特徴について

入院患者の栄養管理手順

入院患者の栄養判定の手順

総合医療システムについて

自動検索プログラムの事例

臨床栄養療法

栄養判定結果の医療スタッフへ通知

他科依頼による栄養教育の事例：他科依頼確認⇒体組成分析⇒栄養相談と教育

他科依頼による栄養管理の事例：体重を考慮するか判断

他科依頼による栄養管理の事例：食事名、教育内容、意見

栄養教育資料

入院患者の栄養判定手順

栄養教育後の意見聴取

咀嚼能力を考慮した食事提供

VFSS 検査食

嚥下困難食の段階変更：3 段階⇒5 段階

嚥下困難食の段階別提供

調理室患者管理事例

栄養集中支援業務の流れ

栄養集中支援管理

疾患別栄養メニュー：糖尿、高繊維食、一般、腎臓、透析、その他

認知症家族会

日本リハビリテーション病院栄養相談室訪問

** 資料 2 の内容

認知症管理の目的：早期発見、早期治療、持続管理

ソナン市認知症有病率：65～69 歳 2.6%、80 歳以上 32.6%

需要者中心：必要—欲求充足 認知症 ⇔ 地域拠点センター

需要者中心：必要—欲求充足 地域拠点サービスセンター管理

需要者中心：治療—管理

標準化基盤：MMSE

標準化基盤：道具標準化、遂行標準化、基準標準化

モデル事業：目標 認知症管理標準化、認知種王管理専門化、認知症管理効率化

モデル事業の結果： 選別検査 精密検査 教育 予防管理 認知リハ

認知症精密健診及び予防管理事業

戦略：サービス支援、医療費支援

診断段階：対象者接近戦略 拒否者管理体系 追跡管理体系

治療段階：サービスの多様化および専門化、人材育成、サービスの開発、支援連携

家族教室 長期入院中の重症認知症患者のための家族教室

** 資料 3 の内容：2007 ソウル市認知症管理事業総評および提言

1. 認知症予防及び認識改善事業
2. 認知症早期健診事業
3. 認知症予防登録管理事業
4. 認知症地域社会資源強化事業
5. 認知症統合管理情報システム構築・運営事業
6. まとめ
7. 保健所認知症相談センター支援機関
8. その他の事業及び問題点、改善事項
 - (1) 区別問題点及び解決要望事項

第 4 章

中華人民共和国での状況

以下の記載する内容は、以下のヒアリング対象者との事前の電子メールなどでの情報交換と、現地を訪問して現場視察およびヒアリング内容から得られた情報をまとめたものである。

日時：2月8日13時～17時、2月9日10時～15時までヒヤリング

場所：東京都健康長寿医療センター研究所

出席者：胡秀英氏（四川大学華西看護学部華西病院）

2月9日16時～19時 2月10日10時～19時：胡秀英氏と中国語調査票の作成

日時：3月21日11時～18時までヒヤリング

場所：四川大学華西病院

出席者：胡秀英（四川大学華西看護学部華西病院）、四川大学華西看護学部華西病院より精神科（医師、看護師各1名）、神経内科（看護師2名）、老人科（医師1名、看護師2名）、

URL：<http://www.cd120.com/>

Ⅰ 中国の高齢者を取り巻く環境

1. 基本状況

中華人民共和国（中国）は世界最大の人口を持つ国であり、国土はロシア、カナダに次ぐ面積で、アジア大陸の東部、太平洋の西海岸に位置している。領土は、北は漠河以北の黒竜江の中軸線から、南は南沙諸島の一部、東は黒竜江とウスリー川の合流する地点、西はパミール高原ま広がっている。近隣諸国は東は朝鮮民主主義人民共和国、北はモンゴル、北東はロシア、北西はカザフスタン、キルギスタン、タジキスタン、西と南西はアフガニスタン、パキスタン、インド、ネパール、シッキム、ブータン、南はミャンマー、ラオス、ベトナムと接し、東部と東南部は韓国、日本、フィリピン、ブルネイ、マレーシア、インドネシアと海を挟んで接している。

今回調査を行った四川省成都市は西南部に位置している。中国西南エリアの商業、貿易、金融、農業が中心の都市。交通の要衝でもある。人口1112.3万人（2007年成都ホームページより）である。

中国の人口及び平均寿命

人口1,348万人（男性700万人、女性648万人）：2011年現在 UN, World Population Prospects: The 2008 Revision

URL：<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

平均寿命：73.9歳、（男性72.2歳、女性75.8歳 WHO Global health observatory Data repository）

中国の高齢化率：65歳以上は7.1%（60歳以上16-17%）：2000年現在

認知症患者：推定600万人（認知症患者が潜在的に存在する可能性が高い）

2. 医療・介護保険制度

中国の社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、都市部においては政府機関や国有企業等の従業者に対する年金給付、医療給付等が制度化された。農村部では人民公社等の生産団体等に互助制度のよ

うな形で社会保障が整備されている。基本的には、都市戸籍と農村戸籍の区分、公務員、企業従事者、農民と言った職業区分により制度化が進められている。しかし広大な国土と膨大な人口、経済発展と経済格差により社会保障制度の単一化の構築が難しい。

医療以外の社会保障制度に関しては、都市部では労働している者に、年金、失業、労災、出産の各分野において社会保障制度がある。農村部では年金のみの社会保障制度が実施されている。農村部の医療に関しては農村合作医療制度が実施されている。中国には介護保険制度はない。

1) 医療保険制度

①制度の種類と特徴

中国の医療保険制度の特徴は①都市企業従業員及びその退職者に対する都市従業者基本医療保険制度、②公務員に対する公務員医療補助制度、③農村住民に対する農村合作医療制度がある。都市部と農村部では、医療保険機能及びカバー率に違いがある。

都市企業従業者基本保険制度、公務員医療補助制度は約 50 年の歴史があり都市の人々の健康、経済発展と社会安定に重要な役割を果たしてきた。近年、新たに都市住民（非就業者）に対する都市住民基本医療保険制度が導入されていることになり、2008 年末で全国 317 都市において試行的に実施され、2009 年からは全国で実施されている。

農村合作医療制度は、1940 年頃に始まった地域医療保険制度であり、1976 年までに全国の 85% に設立した。経費は主に集団の公益金で、農民が一部負担した。この制度は農民の健康向上に重要な役割を果たしている。しかし生産請負方式や市場経済導入以降、農村合作医療は急速に減退し、各家庭は自らの負担で医療を受けざるを得なくなった。政府は合作医療の再建を推奨するものの、比較的沿岸部の経済水準の高い地域では普及しているが、中西部では再建が困難な状態になっている。近年、中国政府による農村重視施策や SARS（重症急性呼吸器症候群）流行により、農村の医療保障の問題が課題となった。そのため農村合作医療制度の再建に取り組んでいる。2008 年末に 8.14 億人が制度に強制加入し 91.5% の加入率である。政府は 2010 年までに全国の農村でカバーすることを目標と定めた。保険の基本的負担額は毎年一人 100 元（政府負担が 80 元：中央政府 40 元、地方政府 40 元、個人負担が 20 元）である。支払われる医療費は、各地の農家の平均月収の 6 倍が基準である。

2004 年、伝染病防治法改正において、農村部を中心とした医療保障制度の遅れが感染症流行につながっていることを受け、貧困な生活困難者に対して伝染病治療に関わる公費医療制度を規定した。

現在、中国政府は医療制度改革を行っている。この改革の背景として、中国の急激な経済発展から政府が中心となって行っていた医療保障の整備や医療機関に対する補助が減り、都市と農村の医療資源の格差、脆弱な医療保障制度及び公衆衛生サービス、医療費の個人負担の増大というような問題が出てきた。中国政府は 1997 年から都市部労働者の基本医療制度及び農村合作医療制度の改革を行っている。しかし 2005 年の段階でこれらの改革が成功していないことを政府がみとめ、2006 年には国の 16 部門からなる「医薬衛生体制改革横断作業チーム」を設け、改革案の再検討を行った。2009 年から 2011 年までに基本医療衛生サービスの普及率を高め、住民の医療費負担を軽減し、「看病難、看病貴（病院にかかることが難しく、高い）」問題を緩和することにしている。2010 年までに制度としてある程度めどをつけ、2020 年までには全国民をカバーした公的医療保険制度の実現を目指している。

3. 医療機関について

中国政府は、基本的な医療・衛生機関の設置を今後、強化する予定である。中央政府は 20000 力所の県級病院の建設を重点指示している。これは各県に少なくとも 1 力所の県級病院が整備される。また 2009 年

には中央政府が 2.9 万カ所の郷鎮衛生院の建設を支持しており、計 5000 カ所（各県 1～3 カ所）の郷鎮衛生院の拡張・改善を行う予定である。村衛生室の整備も始めており、全ての村に衛生室があるようにする。

2008 年時点で中国における医療機関は、その機能及び役割により等級別に分類・管理されてピラミッド構造となっている。医療機関の区分（2008 年現在）、病院（30 床以上）と施設があり、病院は 1 級（50 床以上：4989 施設）、2 級（100 床以上：6780 施設）、3 級（500 床以上：1192 施設）、級無し（6751 施設）とされている。グレードの 3 級は、複数の地区に専門性の高い医療サービスを提供し、高等教育、技術的任務を有する病院とされ、もっとも 3 級がグレードの高い病院とされている。一方 1 級は、一定の人口規模を有するコミュニティに予防、医療、保健、リハビリテーションサービスを提供する基礎病院とされ、グレードの低い病院となっている。しかし級なしも多数存在するため医療機関は 4 区分されている。等級内でも分類があり、3 級病院では「特級」「甲級」「乙級」「丙級」のグレード、2 級、1 級病院では「甲級」「乙級」「丙級」の 3 グレードに分類されるため、合計 11 グレードに分けられる。医療機関の等級に応じて、病床数、病床当たりのスタッフ数等の基準も異なる。医療機関の管轄は 3 級病院のみが中央の衛生部管轄であるが、それ以下の病院は行政レベルに応じて管轄が異なる。

地域を担う医療機関としては、コミュニティ衛生サービスセンターと衛生院等がある。前者は診療所と保健所を足し合わせたような機能を持ち、病気の予防、健康教育、保健関連の活動を行う。後者はコミュニティ衛生サービスセンターの管轄を受けている。これらは主として農村部に存在する小規模医療機関である。農民の多くは村の衛生室や衛生院を受診することが多いが、衛生院等の医師は正式な資格を持たない者が多くおり、農村には大学で医療を勉強した医師が極端に少ないのが現状である。

実際、中国では急性期から慢性期疾患の対応は 1 つの病院（3 級及び 2 級病院）で賄っている。慢性的な疾患や長期的な治療を要する疾病に対する、施設や保健施設等がほとんどない。またグレードの低い医療機関（衛生院等）の医療水準の低さに対する住民の不信感等もあり、大規模医療機関への住民の一極集中状態を生み出した。

今回調査を行った四川大学華西病院は、3 級病院である。病床数は 4 千床であるが、現在 4 千 500 床になっている。地域の病院に対する需要が高く、今後、4 千 700 床に増やす予定である。

4. 認知症治療・ケアについて

四川大学華西病院において老人科、神経内科、精神科では認知症の診断基準はあるが、しかし他の科では重要視されていないのが現状である。老人科や神経内科、精神科では MMSE、ICD10 などで認知症の診断をしている。

病院は認知症患者に投薬治療のみを行い、認知症患者・その家族に対するサポートはない。また地域においても認知症患者を継続的に支援する施設やセンターは存在しない。そのため認知症患者はコミュニティに戻り生活をしている。

中国では、高血圧、心臓病、がん、糖尿病等の生活習慣病が多いため、生活習慣病の治療が中心である。認知症に関してはほとんど手付かずの状態である。四川大学病院は省内で一番大きい大病院であるため様々な科がある。そのため老人専門の科や神経内科、精神科等があるため認知症患者や高齢者に対応できる。他の病院では認知症や高齢者特有の疾病に対して適切な対応ができていないとは思わない。認知症患者が病院にかかる時は、他の疾病を患っており、他の疾病を治療を受ける時に認知症の治療も行う。

現在、中国で高齢者の問題として関心を持たれている題材は、老年症候群（転倒、嚥下障害、尿失禁）である。認知症に関しては他の疾患の一部として考えられているため重要視されていない。中国の認知症患者は高齢者特有の老化として一般的に受け入れられている。そのため医療従事者の知識・専門技術の普及が重要であると考える。一般住民、地域においても、認知症に対する知識の普及、健康教育を行うことが望まれる。

中国は2000年から高齢化社会に突入している。中国政府の一人っ子政策の提唱により出生率の低下及び死亡率の低下により少子高齢化が急速に進んでいる。中国の高齢化は世界と比べ総人口が多いため、高齢者の人口規模も大きく、経済が発展する前に高齢化が進んでいるという特徴がある。総人口に占める高齢者の割合が2010年から明らかに上昇することが分かっており、大規模な高齢者問題の解決は、今後の中国社会で重要な課題である。

中国の認知症患者は推定600万人いると言われている。認知症高齢者の終末期に関する栄養法選択は、中国政府や医学会から明らかな指針（ガイドライン、プロトコル）等がでていないことが今回の調査で分かった。2003年、国際老年痴呆症協会中国が設立されており、ホームページなどで一般向けの認知症に関する情報が発信されている。しかしながら国際老年痴呆協会中国による認知症の重症度評価や栄養マネジメントに関する情報の記載はなかった。

現在の中国政府及び医療現場では、高血圧、肥満、がん、心疾患、糖尿病等の生活習慣病、感染症（エイズやSARS）の治療や予防に力を入れている。高齢者の健康問題（老年症候群、認知症、終末期医療等）、予防やケアに関することは、手つかずの状態である。医療現場において認知症患者を扱う場合は、すでに他疾患で通院及び入院しており、他疾患の治療から認知症の治療を行っている。認知症単独の通院・入院治療を行う症例はほとんどみられない。一般的に認知症が高齢者特有の呆け症状という認識が強く、認知症が疾病であることに気づかないため、認知症を治療するという意識がない。認知症を患っている患者は、他疾患の治療や入院が終わると、地域に普通に帰っていることが分かった。そのため一般住民に対する認知症の知識、ケアの方法等の情報の普及が医療従事者から強く望まれている。また医療現場のスタッフも認知症の専門知識や技術の習得を行うことで、認知症の早期発見・早期診断、一般住民に対する情報発信もできると専門の医療従事者からの声があがった。

中国における認知症患者への栄養法選択は、主に患者とその家族が決定していた。重度/末期の認知症患者は、家族が栄養法を選択を行っている。医療従事者（医師、栄養士、看護師）は、患者や家族に対して栄養法の提案し、栄養法選択決定には関わらないことが多いことがわかった。栄養士は医師や看護師より、患者とその家族に栄養法の説明をすることが多いことが医療スタッフの聞き取りから分かった。今回の調査では、栄養士からの聞き取り調査が出来なかった。重度/末期の認知症の多くが経鼻・経管栄養を選択する事例が多く（86%）、胃瘻の選択が少なかった（9%）。医療従事者の中でも、重度/末期の認知症患者には胃瘻の選択が良いと考えている者が多く存在している。しかしながら現実（現場）では、経鼻・経管栄養の選択をしていることが分かった。中国では、手術を行うことや患者の体内にチューブが繋がれることへの抵抗が強く、患者及び家族が胃瘻の選択を行わないことが多い。また患者家族の経済的な理由から、できるだけコストのかからない治療方法を選択する場合も多く見受けられるようであった。

実際、患者は病院で診察を受けるため「前払金」を支払わなくては診察が受けられない。医療保険のカバー率は加入している保険で異なるため、患者・家族の経済状況により受けられる（受けたい）医療が決まることも多い。1970年の時点で国民皆保険制度により都市部住民は100%、農村住民約85%が加入していた。しかし1980年代から市場経済の導入により、中国の社会構造が大きく変革した。そのため医療制度が崩壊し、病院経営への市場原理導入に伴い医療費が高騰した。都市では民間や外資企業の従業員が増え、派遣・契約社員、さらには出稼ぎ農民も大幅に増加し、医療保険でカバーできない住民が増大し社会問題となった。また経済改革により農村では1992年までに約85%の農民が自費で医療を受けなくてはならない状態になった。5年に一度行う調査（国家衛生サービス調査分析書報告書：NHSS、2003年）によると、病気の自覚があるにも関わらず病院に行かなかった人の割合が調査を重ねるごとに都市部及び農村部で増加していることが示されている。またNHSS2003年によると、農村は都市に比べて医療負担が重いことが記されている。農村は都市部

に比べ、入院が必要でも入院しない者の割合が高い。農村では所得が制約となり、必要とする医療を受診できない状況に陥っている可能性が高い。現在、中国政府は都市部及び農村における新しい社会保障・医療保険制度の運用・構築を行っている。一方で裕福な人々の間では、国の保険制度を頼らず、企業の保険に加入する者が多くなっている。特に経済発展が進んでいる上海市、北京市、深圳の一人あたりの収入保険料は、他市・他地区よりも突出して多く、普及も進んでいる。医療や社会保障制度の地域格差が、不健康を助長していると言える。

中国では医療を受ける（治療する）ことが第1優先となり、高齢者に対する医療、介護、終末期、生命倫理等の問題が置き去りにになっている。特に中国の差し迫った高齢化社会の問題は、専門知識を有する医療従事者の中で非常に危惧されており、政府の法的整備や支援を強く望んでいる。

世界一の人口を持つ中国では、急激な高齢化が進んでおり、様々な高齢者の問題は、大きな社会問題になることが分かっている。そのため現在、政府は社会保障制度の整備及び運営を行っているが、広大な国土と人口規模の大きさから、その制度が浸透するまでに時間がかかるとされる。

中国では認知症に対する意識が低く、国の法的、人的、設備整備及び支援の推進が必要であることが分かった。

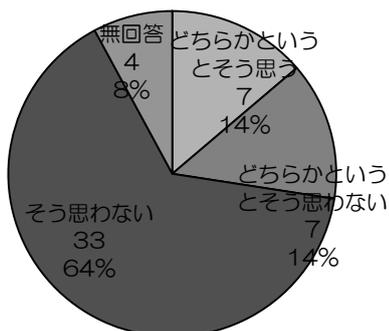
II 調査結果

※ 回答者の職種

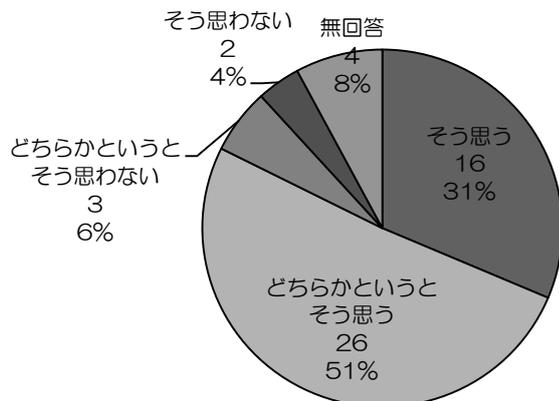
医師（13名）、看護師（13名）、その他（1名）、不明（1名）

調査結果-1 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

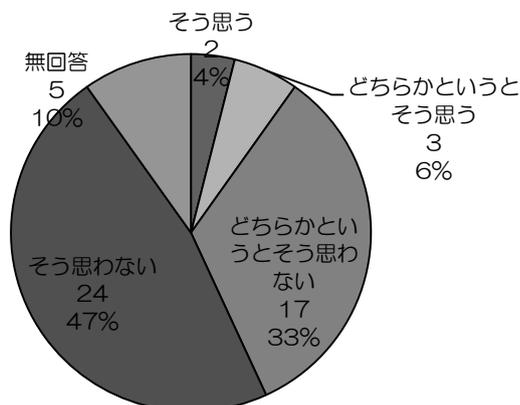
1) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えて枯れるように死ぬことは自然と考える



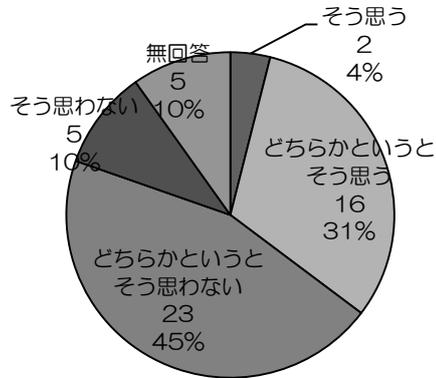
2) 病院（施設）では人工的な水分・栄養補給法を施行



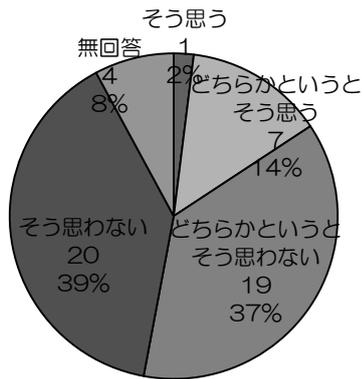
3) 本人の意思が不明の場合の胃瘻栄養法は非倫理的



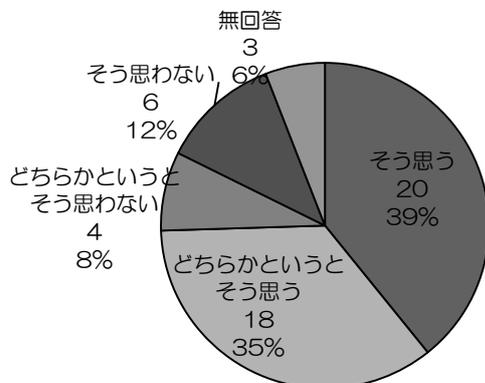
4) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、患者の親戚（身内）が反対する



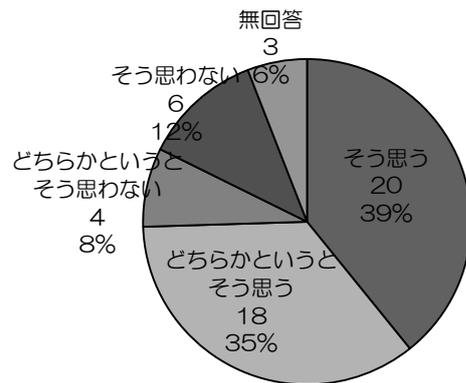
5) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、病院スタッフが反対する



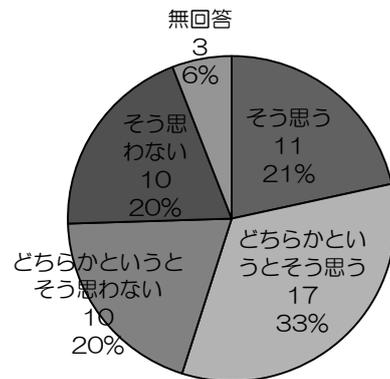
6) 少しでも延命の可能性があるのであれば、人工的な水分・栄養補給法は行うべきである



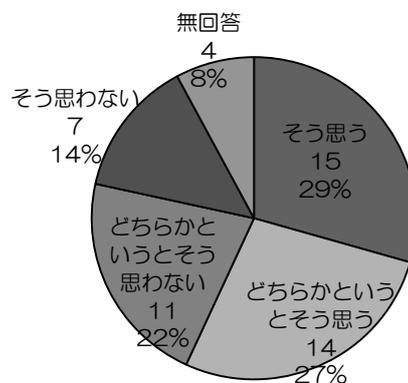
7) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、法的な責任を問われる恐れがある



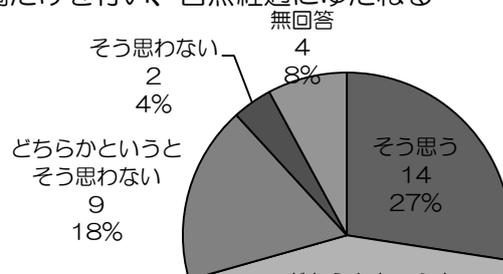
8) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは、患者を餓死させることと同じだと思う



9) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、マスコミが騒ぐ

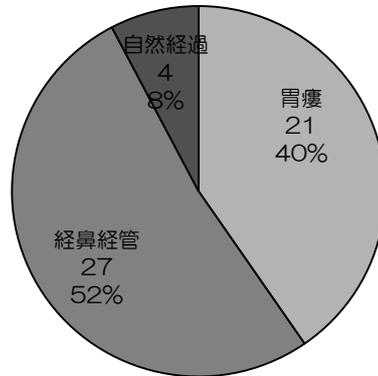


10) 医療スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、点滴だけを行い、自然経過にゆだねる

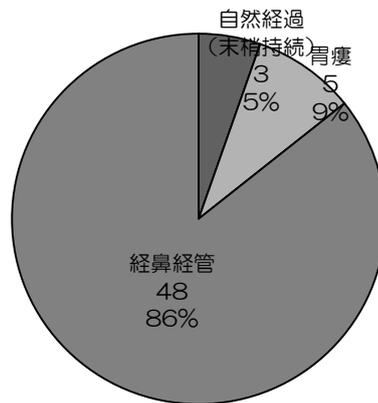


調査結果-2 事例1（認知症重症度）に対する返答

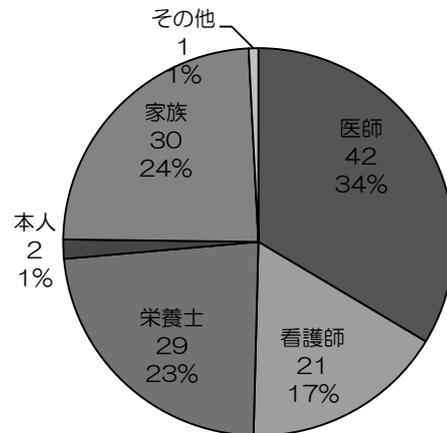
Q あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



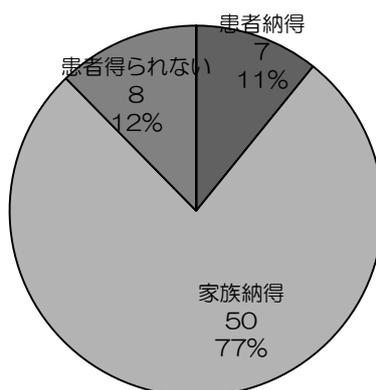
Q 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。



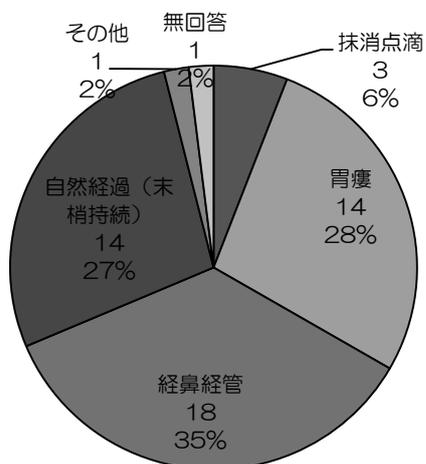
Q このような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。



Qこのような重症/末期の認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。

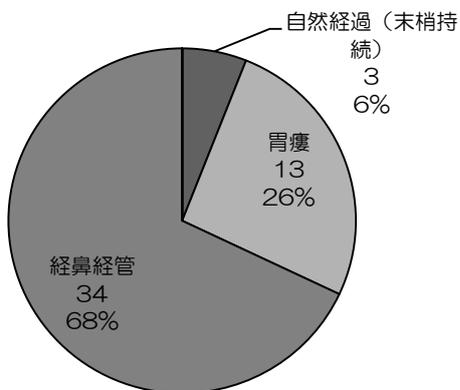


Qあなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。

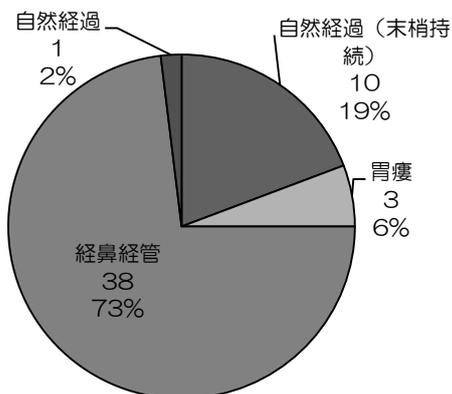


事例2（認知症中等度）に対する返答

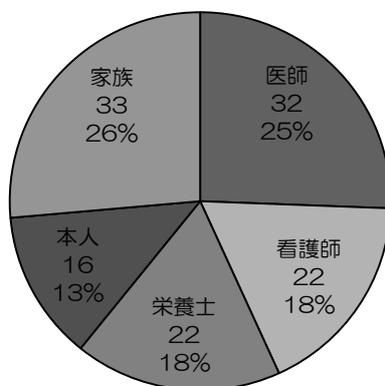
Q あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



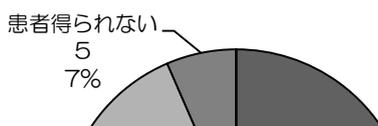
Q 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。



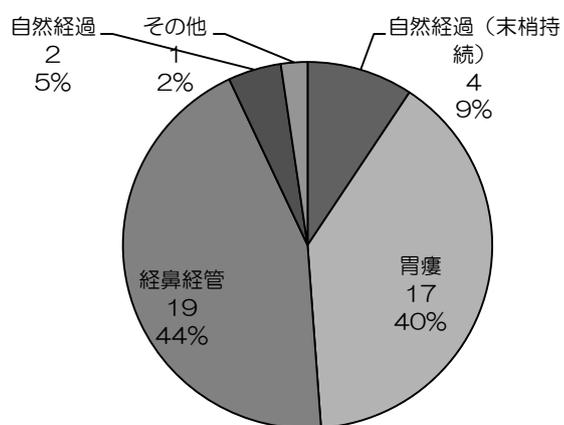
Qこのような中等度認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。



Qこのような中等度認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。



Qあなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。



インタビュー（胡秀英：四川大学華西看護学部華西病院）

1. 中国人の認知症患者の終末期における栄養マネジメントに関して

(1)口から食べられない場合

点滴、鼻チューブ、経管栄養、胃瘻を行うと思う。

(2)病気は安定しているが食べられない場合

中国の場合、老人ホームはない。急性病院から慢性病院（明確ではないが）に移り、点滴など行う。食べられない時は在宅に戻さない。栄養摂取に関しては、患者意識があるときは本人の意思に基づいて医師が判断。点滴や経管栄養が多い。若干であるが胃瘻が増えてきている。

(3)自分の意思が表示できない（重度認知症）患者に対する対応

家族に相談→医師、看護師が状況説明

家族が最終決断をし、なんらか処置をする時には同意書をもらう。

(3)家族の選択にパターンがあるか？

中国では食べられなくなった場合、経鼻・経管栄養、胃瘻、点滴等、なんらかの形で人工栄養をする。なにもしないという選択肢はない。

2. 事例検討

Aさん（80歳女性）

- ・疾患：アルツハイマー型認知症（重度/末期） MMSE（不可）
- ・誤嚥性肺炎の既往が複数回あり、その他の疾患、合併症は見られない。
- ・本人との意思疎通不可、寝たきりで食事、排泄、移動、更衣、清潔動作など全介助
- ・嚥下機能は低下し、飲み込み困難。摂食、嚥下とも自発動作は見られない。
現在は末梢点滴。
- ・言語聴覚士による嚥下リハビリを受けてきたが改善は見られない。
- ・人工的な水分・栄養補給法に関するAさんの事前の意向は確認できていない
- ・夫は5年前に他界、他の家族の意向も不明

1. 中国では上記の事例に関してどのような栄養選択を行うか？

事例1の患者の生活の質は非常に良くないと思う。中国では医師及び看護師が家族に状況を説明し、今後この患者にどのような処置をした方が良いか選んでもらう。法律的な問題も考えないとならない。

一方で延命だけの処置では納得できない患者・家族もいる。病院は治療を行い回復させる場所と考える人が多い。そのため医療スタッフは、治療を行うようにしている。

中国では、胃瘻という選択肢が非常に少ない。それは家族が納得できないため。特に高齢者で胃瘻を選ぶケースは少ない。患者及び家族が胃・体に穴をあけることをためらうため。中国では手術は大変な状況だという認識が強い。胃瘻は簡単な手術を行うが、体に穴が開くことから、家族や患者が選択しない。胃瘻はイメージが悪い。そのため経鼻・経管栄養や点滴等が多い。

基本的に食べられなくなった人は在宅にはしない。必ず病院にいる。

2. 中国で胃瘻になる時はどのようなケースか？

経管栄養で誤嚥性肺炎になったり、逆流してむせてしまう人が胃瘻になる。

3. 中国ではどのような疾病の人が胃瘻になるか？

脳血管障害、パーキンソン病など

消化器系のがんは胃瘻、腸瘻をしている。消化器系疾患は除く、呼吸器系を含む。

4. どのような疾病の人が胃瘻になるか？

脳血管障害、パーキンソン病など、

消化器系のがんは胃瘻、ちょうろうをしている。消化器系は除く、呼吸器系を含む。

5. 中国の保険のシステムについての説明

保険システムは都市部と農村部では異なる。また省によっても異なる。農村部は合作医療（日本では混合診療）、プライベートと公的な保険を一緒にしている。家庭の経済状況が良い人は慢性病院にいる。中国で在宅診療は、あまりみられない。中国は治療に必要な人もただの寝たきり状態の人も病院にいる。1つの病院で急性疾患も慢性的状況の者も対応している。

6. 中国の終末期は誰かが何を選択するのか？

中国の場合：判断は医師、選択するのは家族、本人インフォームドコンセントをしっかりとる。その上で、患者の終末期を話し合う。

胡先生が考える終末期：栄養状態、身体機能（バイタルの状況・血圧や生化学、呼吸が不規則、脈がふれない）、生活の自立性を見て、前の状態に戻せるかどうかを見て、家族に相談する。

7. 在宅で食べられなくなった認知症患者はどのように対処しているか？

(1) 病院に来れば必ず人工的な栄養治療を行う。家族が同意しなければなにもしない。経済的にできない人は、病院に来ることはない。（やむを得ず）家にいる。病院はお金がかかるため来院しない。

(2) 最初から病院に行ってもしょうがないと考えている可能性がある。

(3) 人工的な栄養の選択肢があることを知らない可能性が高い。経済的な問題（貧困）と知識がない可能性が高い。

(4) 日本と比べて中国は医療サービスなどの普及がまだ広まっていない可能性がある。

(5) 日本では食べられなくなった場合は自然死という選択もあるが、中国ではなんらかの医療を施す（しかしそれは経済状況や知識にもよる）。

8. 中国における認知症に関するガイドライン等はあるか？

中国では認知症に関する細かいケアのガイドはない。

胡先生の病院では、亡くなる時はできるだけ自然死にする。栄養状態が低下（餓死）という感じにならない。低栄養状態により、感染症や肺、心臓等の他の疾患にかかりお亡くなりになる場合が多い。

9. 経済、社会保障制度は関連しているか？

中国は経済と社会保障制度が結びついている。保険はイギリスに近い。イギリスの医療保険システムは、みんな一緒に受けることができるが、中国はみんな一緒（同じ）医療を受けられない。

お金持ちは保険を選べる（保険会社）。昔（文化革命前）は、みんなが同じ医療を得られた。

10. 医療の法的なことについて感じること

患者の権利意識が強くなってきている。そのため医療スタッフは慎重になっている。医療関連の裁判もまれにある。

患者さんの同意のサインや家族の同意サインを必ずもらう。

病院に先にお金を払う。国の保険制度ができてない。

11. 終末期の倫理観、国民性、宗教観の違い

医療従事者は、患者の終末期のことを家族に詳しく教えるようにしている。

中国は、家族がどんな状態でも生きている（存在している）という意識が強い。

高齢者の一部では、自分の終末期を迎えた場合を考えており、家族（娘や息子）に伝えている。救命処置をどこまでするかなどを話している。しかし終末期の状況（患者の状態）を前にして家族が迷う時があり、看護師などに相談にくる。

胡先生の事例：患者の意識ある時、本人から「なにもしないでほしい」と言われていた。しかし意識がなくなったら、苦しそうな状況を家族がみて、家族がどうしたらよいかわからなくなった。家族は延命処置や救急処置をした方がよいのか判断できなくなった。その時、看護師に相談があり看護師は患者さんの家族に「患者さんの側にいて見守ってほしい。」と話した。家族も納得し、患者さんの側について状態を見守った。患者さんは、そのままの状態（自然経過）にした後、お亡くなりになった。

12. 宗教は儒教：死生観

万事を尽くして天命を待つという感じ。仏教、儒教の流れが強いと思う。

13. 日本と中国の緩和ケア（がん以外、パーキンソンなど）に関して

日本では患者さん視点と家族の視点を含めて考えるようになってきていると思う。

中国も日本と同じ状況だと考えられる。（ただ地域によっては異なる可能性は高い）

中国ではそのままの状態でもしないうで見守って亡くなるのは非常に難しい。

また日本と中国の緩和ケアや終末期医療が異なる状況であるのは、社会保険制度が違うため。

中国ではお金がかかるから処置を選べない。そのためそのまま亡くなるケースが多数。

14. 日本と中国の緩和ケア（がん以外、パーキンソンなど）

日本では患者さん視点と家族の視点を含めて考えるようになってきている。

中国も日本と同じ状況だと考えられる。（ただ地域によっては異なる可能性は高い）

中国ではそのままの状態でもしないうで見守って亡くなるのは難しい。

また日本と違うのは、保険制度が違うため。

中国ではお金がかかるから処置を選べない。そのためそのまま亡くなるケースが多数。

15. 中国における認知症ケア

認知症治療（急性期）は、薬の調整、認知行動療法など

認知症ケアは患者の安全を優先（迷子、転倒、転落、ご飯食べる時の窒息、日常生活の世話、入浴、排泄など）。食に関しては介助。食形態は、日本ほど食べ物の形状調整は行ってない。

16. 中国における認知症に関する制度

(1) 中国では認知症患者に関する制度が現在ない。そのため認知症の専門医師と相談し患者のケアについ

て考える。

- (2) 認知症専門医療センター：中国は認知症専門病院ができている。（国の制度はない）
中国の認知症は少なくとも600万人といわれている。アメリカは500万人。
- (3) 中国では認知症が自然の老化として考えている可能性が高いため、認知症患者に関する制度がまだ確立していない。

調査票結果 - 4

インタビュー 四川大学華西看護学部華西病院より精神科（医師、看護師各 1 名）、神経内科（看護師 2 名）、老人科（医師 1 名、看護師 2 名）

1. 中国の高齢者の栄養管理

中国の高齢者に対する栄養法の選択に関して、高齢者に対する中間施設（介護施設等）がないため医師と看護師のみの意見であることを注意する必要がある。

老人科医師：軽度、中度、重度の認知症患者に対する栄養法の選択は、患者や家族に対して、栄養士が提案している。患者の栄養法に関しては医師や栄養士が提案を行い、患者と家族が栄養法を決める。医師や栄養士の提案が 40%、患者と家族が 60%であると思われる。

精神科医師：一人の患者さん 80 代、重度認知機能、人工栄養を与えてない症例があった。中国の現状は医師や医療従事者の意見より、家族の意見が重要、家族や患者が栄養法を決める。この症例は家族が積極的なことをしたがるらないため自然経過をたどった。家族は人工栄養を行うことが、患者の身体的、心理的な負担が多くなると考えたため、自然な状態を望んでいた。このような上記の事例が多い。また経済的な理由から治療を行わない可能性も多い。

神経内科看護師：神経内科は重度の患者は入ってこない。軽度、中度、重度の認知症患者に対する栄養療法を決めるのは家族や患者。もし人工栄養を行うならば経鼻栄養を行うだろう。また医療従事者は経鼻栄養を選択する可能性が高い。

老人科：中国も認知症患者が多くなり今後、様々な問題がでると考えられる。特に大学は優遇されている。診療科も多い上、スタッフも多い。しかし一般病院は認知症の食に関する問題を含め認知症等に関する高齢者の対応が難しいと考える。中国は認知症に関するマニュアルも政策もないため、今後、高齢者が著しく増加するため認知症患者も増加する。中国も認知症患者の食に関することは問題になってくるであろう。認知症患者に対するスタッフに教育が必要と考える。また一般の人々に対する認知症に対する知識や健康教育が重要だと思う。中国では主に家族の意見が重要なため、人々の知識を上げるような努力が必要。

2. 認知症は治る治る可能性がないが、そのような認知症患者の人工栄養はどうしたらよいか？

中国政府は、認知症に関する対策や施策を打ち出していない。現状の把握ができていないと思う。そのため認知症患者は推定 600 万と言われているが、潜在的にもっと多くいると思われる。

病院、地域において、認知症患者を特別にサポートすることはない。他の疾患と同じ扱いをしている。認知症患者は他の疾病が多い（高血圧、糖尿病、骨折などからあるから）、疾病治療が中心でそれに伴い認知症の治療を行う。

老年病のスタッフは認知症のことを考えているが、他の科は自分の仕事（疾患の治療）を主に考えており認知症の治療等は二の次である。

認知症に対する関心（世の中）：知識が少ないため認知症という認識が少ない。それは中国の文化だと考える。仏教等の宗教が影響していると考えられる。

3. 事例検討

Aさん（80歳女性）

- ・疾患：アルツハイマー型認知症（重度/末期） MMSE（不可）
- ・誤嚥性肺炎の既往が複数回あり、その他の疾患、合併症は見られない。
- ・本人との意思疎通不可、寝たきりで食事、排泄、移動、更衣、清潔動作など全介助
- ・嚥下機能は低下し、飲み込み困難。摂食、嚥下とも自発動作は見られない。
現在は末梢点滴。
- ・言語聴覚士による嚥下リハビリを受けてきたが改善は見られない。
- ・人工的な水分・栄養補給法に関するAさんの事前の意向は確認できていない
- ・夫は5年前に他界、他の家族の意向も不明

Q1. あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。

A1. 老人科医師：理想的には胃瘻を行った方が良く考えている。胃瘻が行わない場合は経鼻栄養。

その他スタッフ：病院の現状では経鼻・経管が多い。胃瘻は手術になるため、患者や家族が胃瘻を選ばない。

（家族がいない場合：医師が末梢点滴か経鼻・経管栄養を選ぶ）

医療スタッフが胃瘻の説明を丁寧に時間をかけて行っても、患者や家族が胃瘻は手術で大変なことだと考える。中国人にとって、体にメスを入れることは重大なことであり大きな手術とってしまう傾向がある。そのため患者や家族が胃瘻を選びたがらない。

2) 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。

A2. 経鼻・経管栄養のケースが多いと考える。末梢点滴を継続し、自然経過をとる場合も多数ある。もし患者がチューブを取ってしまった後も再度つける。認知症患者は、認知症のみの治療で入院していない。他の疾病を患っているため病院にいる。そのため他の疾病の治療を行う家庭で、薬剤等の点滴と一緒に人工栄養を入れることができる。

3) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。

A3：医師、栄養士、家族であるが、主に家族が選択を行う。医療スタッフは提案をするのみである。

看護師：看護師も栄養法の選択に関して提案する時に参加したいが現状ではあまり参加していない。たまに看護師も参加することもある。経鼻・経管栄養を行う場合は医師、看護師が患者や家族に対して説明を行う。

4) このような重症/末期の認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと実施されていると思いますか？

A4. 家族の同意は得られていると考える。

5) このような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択で、意思決定が困難になるような時はどのような時ですか？

A5. 誰も意思決定が出来ないときが本当に一番困る。誰もいない場合はやむを得ず医師が決定する。また家族

がいる場合、家族間で意見が一致しないときは、医療スタッフが非常に困る。場合によって医師が栄養法の提案を行うこともある。できるだけ医療スタッフが患者家族に知識を与え選択してもらえようとする。

6) あなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。

A6.全てを差し控えて自然の経過とする。

4. 中国における地域医療に関して

中国では訪問看護はない。患者は必ず病気になると病院に来る。最近、コミュニティー病院、コミュニティーセンター（看護、健康教育）ができてきた。しかし訪問看護に関しては行われる場合はまれである（VIPはあるかもしれない）。

5. 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

1) 枯れるように死ぬことは自然

- ・そう思う

2) 病院ではやらざるを得ない

- ・そう思う又はどちらかというそう
病院ではなんらかのことはした方がよいと思うから。

3) 本人意志不明の際には非倫理的

- ・そう思う

4) 身内が反対する

- ・どちらかというと思わない

病院に来たら生きるのが目的。病院でなにもしないと家族が病院に来たのになにもしないことを不思議に思う。そのためなんらかの治療はするべきである。

5) 病院スタッフが反対する

- ・と思わない

病院に来た患者に対して栄養を控えるのは難しいと考える。家族や患者も医療従事者もなんらかのことはした方がいいと考えているため。

6) 延命に行くべき

- ・そう思う

7) 法的な責任を問われる

- ・そう思う

8) 餓死させることと同じ

- ・そう思う

9) マスコミが騒ぐ

- ・そう思う

10) 十分話し合い後自然経過は妥当

- ・そう思う

11) 家族が望めば妥当

- そう思う

12) 十分話し合後は法的に妥当

- そう思う

具体的な説明をする。認知症および食に関することは改善の見込みがないことを説明する。医療の現場で終末期の状況の説明をする。インフォームドコンセントを取る。経済問題があるのでサポートを選べない可能性もあると考える。

第5章

台湾での状況

台湾報告

以下の記載する内容は、以下のヒアリング対象者との事前の電子メールなどでの情報交換と、現地を訪問して現場視察およびヒアリング内容から得られた情報をまとめたものである。

2012年3月6日

10時～12時ヒアリング

孔繁錦医師、看護師1名

玉里醫院溪口復健園區：Sikou Rehabilitation Campus <http://ji.zhupiter.com/dw/cht-185943/> 行政院衛生署玉里醫院溪口復健園區/

14時～18時ヒアリング

孫效儒院長、李新民副院長、張松齡総看護師長、林俐社MSW主任、栄養士2名

行政院衛生署玉里醫院：Yuli Hospital

<http://www.ttyl.doh.gov.tw/>

I 台湾の高齢者を取り巻く環境

1、基本背景

台湾の人口は2300万人（高齢化率10.3%）である。高齢化率増加のスピードは速く、1960年高齢化率は2.5%であったが、1995年に「高齢化社会」（WHO定義：7%以上）に到達し、2005年には9.7%、2020年には15.8%になり「高齢社会」（WHO定義：14%以上）となり、2030年には23.9%になると推定されている。また、2050年には日本の高齢化率とほぼ近似し、上回る可能性も示唆されている。

2、医療保険制度

1995年に「全民健康保険法」が設立され、本法に基づき全「全民健康保険」を実施した。この保険制度は強制加入の社会保険で、全国民に対して平等に医療の機会を提供することを目的としている。2004年から健康保険ICカードが全面的に導入され、全民健康保険加入後健康保険ICカードが配布される。本保険は交際的にも低負担で一定以上の医療の質を維持しているが、保険料の負担率の増加を今後どのようにしていくかが課題となっているとのことであった。

3、介護保険制度（長期介護サービス制度）

台湾の要介護高齢者は33万8000人と推定されている。これは高齢者人口の9.5%（2006年）であり、2020年には10.0%に達すると推定されている。介護を目的とした施設はベッド数8.5万床ほど整備されて

いるが、その使用率は約7割と、日本と比較すると著しく低い。この背景には、高齢者は“家族が面倒を見るのが当たり前”との風潮があることが一つの要因とのことであった。一方で、高齢者住まい方は変化しており、高齢者とその子供の同居率は61.7%（2002年：台湾内政府「老人状況調査」）であるが、近年減少傾向にあり、介護施設の利用率は今後増加し、近い将来不足することが懸念されている。

一方で、介護のマンパワーとして、台湾では現在約17万人の介護などを担う外国労働者がおり、一般家庭での家事、介護を行っている者が約16万人、施設勤務している者が約1万人とのことであった。

先にも述べたが、台湾は2007年時点で高齢化率は10%を超えており、他国との比較で特筆すべきことは、高齢化率の増加スピードが早く、7%から15%まで増加するのに26年間しかかからないとの推計が出ている。こういった状況を踏まえ、2004年から長期介護サービス制度に関するWGが設置された。2006年に高齢者介護政策関連の制度改正が行われ、2007年に老人福祉法が改訂されその中で介護関連サービスに関する枠組みが固められた。

介護保険制度は、当初2009年末に立法し2011年度実施予定だったが、先頃2012年度の立法に先送りされ、総統選挙後である本年2012年に具体的なアクションがあるものと予想されている。

3、認知症関連

台湾における認知症は15~20万人と推計されており、今後20年間で倍増すると推定されている。台湾失智症協会（台湾アルツハイマー病協会）などが主体に認知症に関連した啓発活動を行っている。ただ日本のように介護施設、病院さらに認知症などを視野入れた介護制度（サービス）などの整備が十分でない事も、高齢化に伴い今後急増する台湾における認知症患者への対応が深刻化しつつある要因となっているとの意見であった。

認知症関連のイベントやメディアでの周知活動、TV番組の放映、さらには認知症関連の日本映画（明日の記憶：2006年日本上映）上映などにより、認知症への啓発を行っている。本映画の上映は、ある程度の反響があったようで、特に医師の間で様々な議論をする契機に少なからずなったとのコメントであった。資料として、「台湾女医師協会：告知と不告知—失智症的倫理議題（告知すべきか否か—認知症の倫理的課題）」が紹介された。この中で、「幾個月前在台灣上演的「明日的記憶」電影中，那位失智的先生被醫生告知有阿茲海默症（老年失智症）時，激烈的反應，以及他妻子的悲哀，相信引起許多觀眾的共鳴。失智症的診斷應直接告訴病患嗎？還是只告訴家屬（照顧者）？如何告知？目前台灣健保的規範，只有神經科或精神科醫師才能開立抗失智症藥物（乙醯膽鹼抑制劑），因此其他科別醫師告知失智症診斷的機會並不多，但在其他國家並非如此。台灣老年人口急速成長，失智症患者將越來越多，各科醫療人員遲早都要面對這個倫理問題。（抜粋）」との記載があり、「明日の記憶」のストーリーを引用し、急速な高齢化が進む台湾でも近い将来、認知症患者への告知を含めた倫理的な問題に直面することが予想される点について警鐘を鳴らしている。また、日本の認知症疾患センター構想と近似した（詳細は不明）アルツハイマー病センター（仮称）も開設されているようである。台湾でのアルツハイマー型認知症の治療は、薬物療法がメインで複数（4種類）の治療薬採用が日本より早く行われている。一方で、医療従事者らの意見としては、「確かに認知症は重要な課題であるが、まだ先の話」との印象を持っている者がほとんどであるのではないかとの指摘もあった。さらに台湾国民の認知症への認識としては、現実的な社会的な問題として捉えている者は多くないのではないかとの意見がほとんどであった。

4、終末期医療と認知症

台湾における終末期医療の取り組みで特徴的なのは、2000年に制定された「安寧緩和医療条例」（資料1）であろう。本条例は、米カリフォルニア州で成立（1976年）した自然死法と近いもので、「末期患者が自ら自然死を選べる」ことを法的に整備したものである。以上の施行には規定された書類（同意書）を作成することが必要である。本人が作成できる状況でない際には、法的に定められた代理人（配偶者、親族など）が作成できるもととしている。日本の公的な制度としては整備されていないことから、医療現場での順守または利用状況に関してヒアリング等を通して情報収集を行った。結果としては、「安寧緩和医療条例」が施行されているもの、現場ではなかなか円滑に運用されていない状況のようであった。その背景として、①死というデリケートな問題を杓子定規に規定しにくい。②患者および家族が本条例の理解が進んでいない。③医療者側も患者側の理解が進んでない以上本条例に沿った医療行為は困難であるし、その場で説明をしている時間が無い。などの意見が聞かれた。台湾政府健康局のがん治療に関連する資料（2000～2006年の累計数）によると、がんによる死亡者数は約24万人で、そのうち平均約1/4が終末期に気管挿管、約3%が人工呼吸器使用、約1割が心肺蘇生術等を受けていたとのことであった。また、当該疾患死亡時に救急医療および蘇生処置は増加傾向にあるとのことであった。以上のデータを受け、健康局では「安寧緩和医療条例」に基づくDNR（Do Not Resuscitate）シートの活用の促しと安寧な終末期（臨終）への対応の啓発を行っているようだ。その一方、医療現場の意見としては、前述した背景（円滑に運用されていない事由）がある点、さらに現時点での終末期医療の在り方に現場において、医療者および患者側も大きな問題を感じていない点が指摘され、政府の考えと現場とは少なからず温度差がある印象を受けた。

本調査の一つのテーマである、重度認知症の対応に関して情報を収集した。医療者（医師、看護師）の一部で「安寧緩和医療条例」を基軸に、重度認知症の終末期（特に食べられなくなった際）の対応に関して問題提起を行っているとのことであった。

紹介されたのは、台湾老年医学会における劉秀枝教授（国立陽明大學）のコメントであった。「由倫理觀點看阿茲海默症（老年失智症）」（アルツハイマー型認知症の倫理的視点：老年期認知症）を主題にしたものであるが、①要不要告訴病人他得了阿茲海默症（To tell or not to tell）：疾患に関する告知の問題。②是否要使用乙醯膽鹼酶抑制劑呢？（To treat or not to treat）：治療に関する問題。③重度阿茲海默症的照顧：重度アルツハイマー型認知症への対応 ④重度失智症的照顧與家屬的困境（To lie or not to lie, To die or not to die）：重度認知症を持つ家族への支援の問題。以上の点が述べられていた。特に、重度認知症では食事が摂れなくなり、栄養を経鼻経管などの人工的摂取法にするかなどを考える（おそらく家族のために）との内容であった。一方、台湾での認知症患者家族に対する調査（n115）では、6割が積極的な治療を望み、緩和ケア的対応を望んだ家族は3%であったことから、重度認知症への理解は、家族も十分にされていないし、医療者側も十分でないとの意見であった。劉教授資料の最後には、「希望不久的將來會有許多本土的研究資料以及一個達到共識、適合臺灣所有民情的準則（Guideline）以供大家參考及遵循。」（近い将来、台湾での調査なども基にした認知症の倫理的問題に対するコンセンサス（ガイドライン）ができることを期待する。）との言葉でまとめられていた。また、非癌疾病末期安寧療護研討會（非がんの緩和ケア研究会）の資料提示もあり、その中では明確に「安寧緩和医療条例」を引用しての議論が行われていた。もっとも興味深かったのは、「什麼人

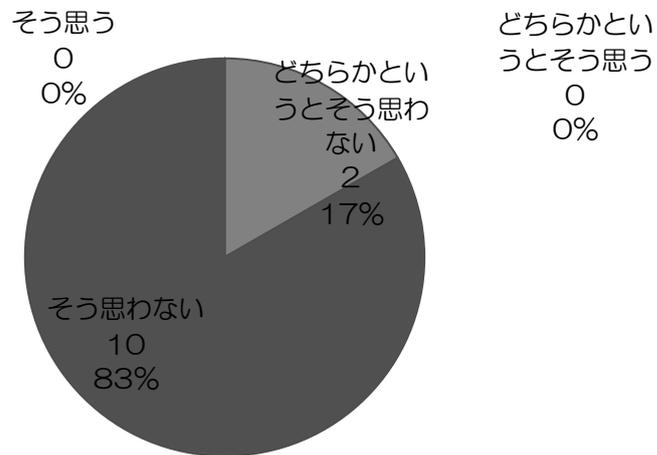
可以接受安寧緩和醫療？」（緩和ケアの対象は？）との投げかけがあり、既存（台湾）のがん患者への緩和ケア基準（ガイドライン）のみでは認知症患者（家族）への緩和ケアは困難であることが述べられていた。「失智症病人安寧緩和照護的困境」（認知症患者への緩和ケアの困難さ）として、①家屬和病人對失智症病程發展的認知（認知症の進行に関する患者、家族の知識）、②病程難以預測（認知症の病状の予測が困難）、③何時進入安寧緩和照護（いつ緩和ケアに入るか）、④誰決定是否進入安寧緩和照護（誰の決定で緩和ケアに入るか）が挙げられており、この点は日本と同様の視点との印象であった。さらに「極重度失智症是末期疾病嗎？」（重度末期認知症はターミナル疾患か？）との問題提起がなされており、認知症の終末期は医療的な介入が主体ではない以上、ナーシングホームなどが認知症の緩和ケアには適しているのではないかと意見が提示されていた。

以上の議論は、日本でも平原氏らが展開している「非がんの緩和ケア」に近いビジョンであり、議論の広がりには正確には比較できないが、認知症の栄養マネジメントに関しては同様の課題を認識し議論が行われていることが把握された。ただ、ヒアリング対象者からは、「こういった議論が行われているのは事実であるが、まだまだ大きな問題となるのは先の話」とのコメントが多かった。

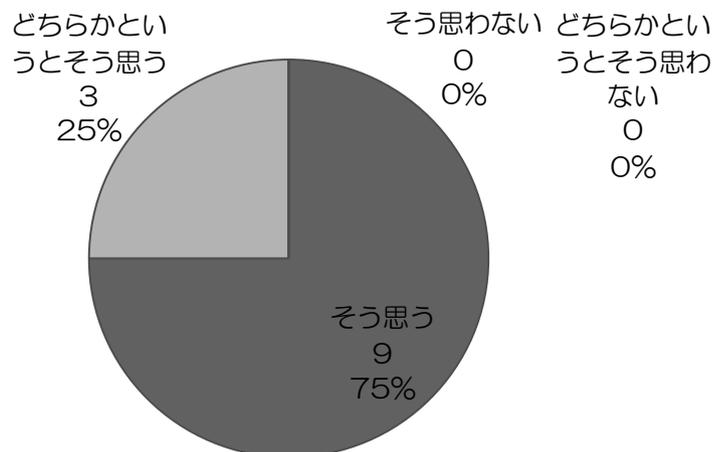
Ⅱ 調査結果

調査票結果 - 1 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

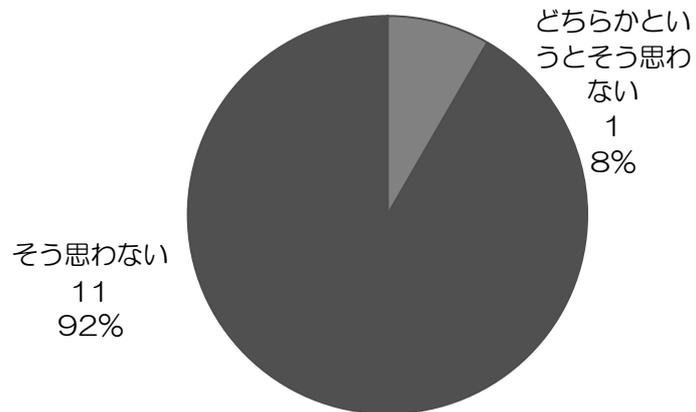
1) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えて枯れるように死ぬことは自然と考える。



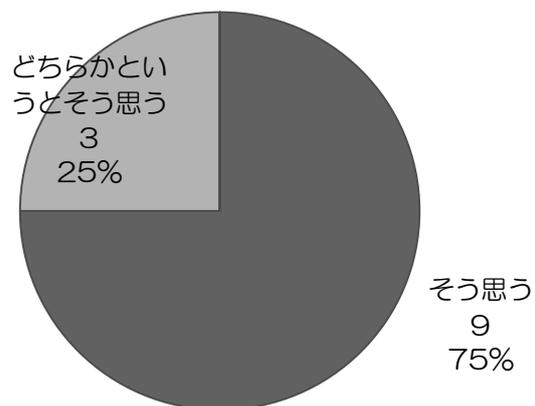
2) 病院（施設）では人工的な水分・栄養補給法を施行せざるを得ないと考える。



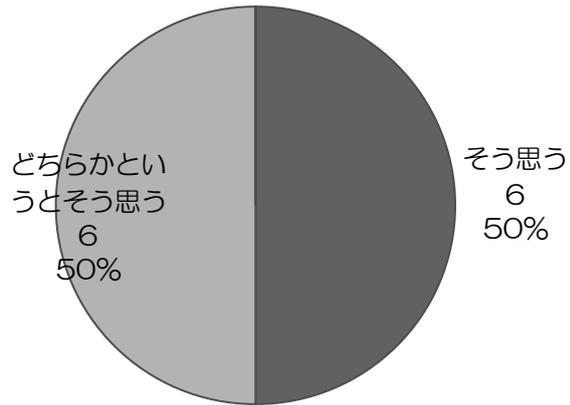
3) 本人の意思が不明な場合の胃瘻栄養法は非倫理的と考える。



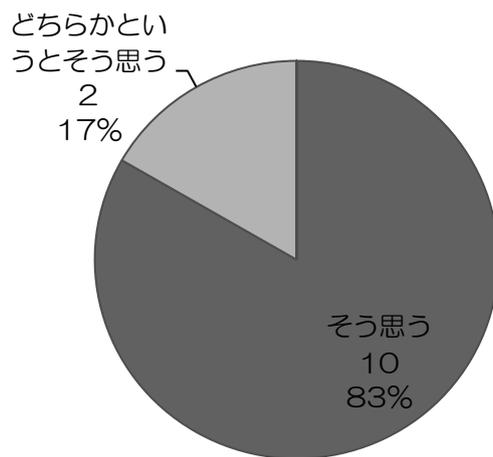
4) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、患者（利用者）の親戚（身内）が反対する。



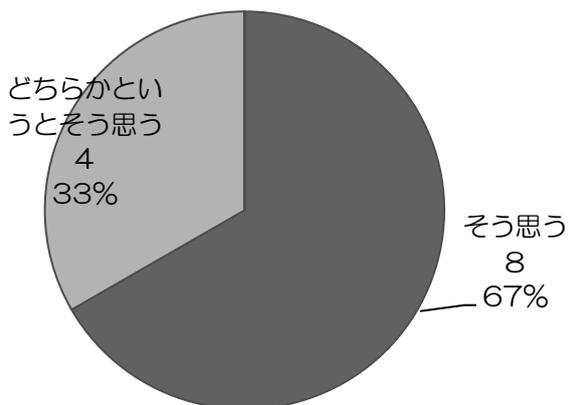
5) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えの提案へ、病院（施設）スタッフが反対する。



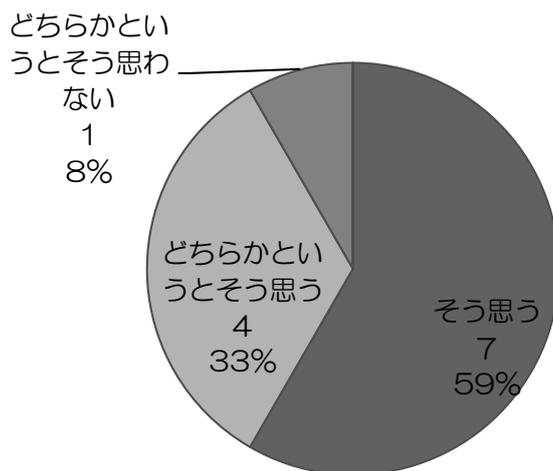
6) 少しでも延命の可能性があるのであれば、人工的な水分・栄養補給法は行うべきである。



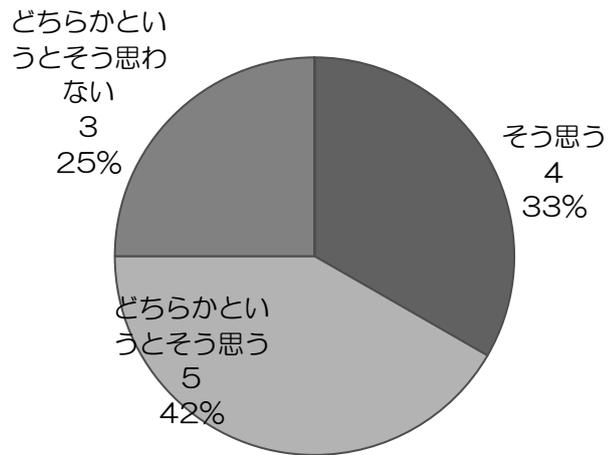
7) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、法的な責任を問われる恐れがある。



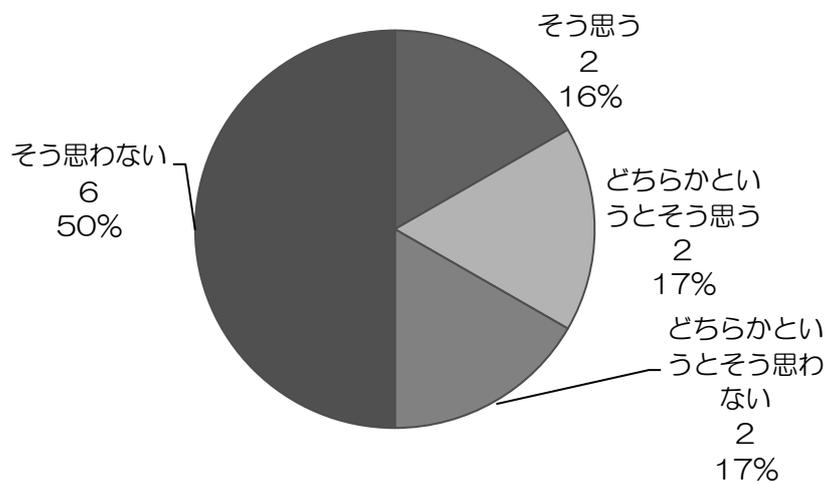
8) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは、患者を餓死させることと同じだと思う。



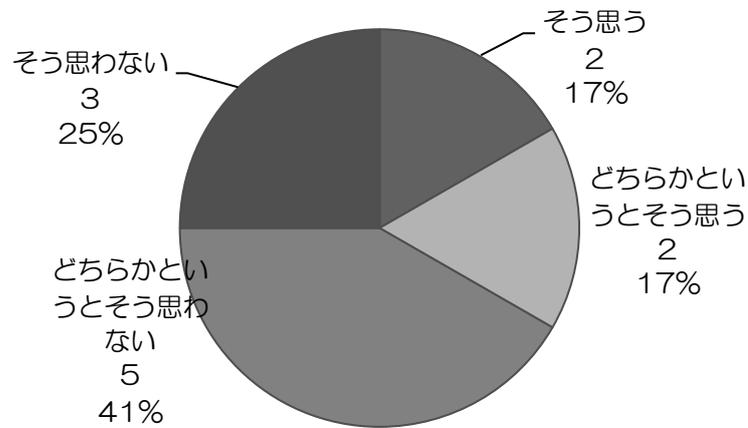
9) 人工的な水分・栄養補給法を差し控えると、マスコミが騒ぐ可能性がある。



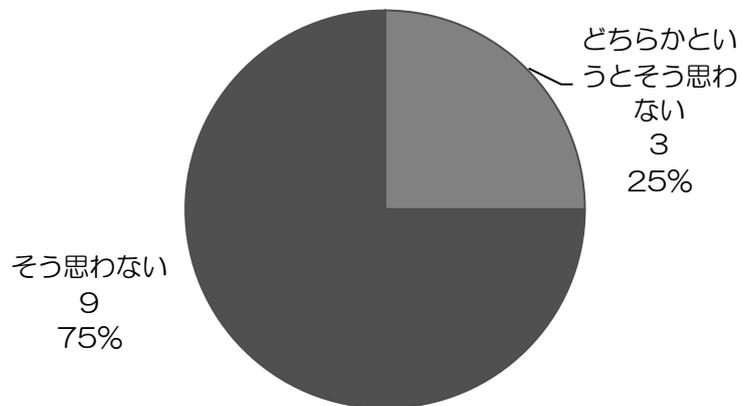
10) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、点滴だけを行い、自然経過にゆだねることは受容できる。



11) 本人の意思が不明でも、家族が望めば人工的な水分・栄養補給法を差し控えることは可能である。

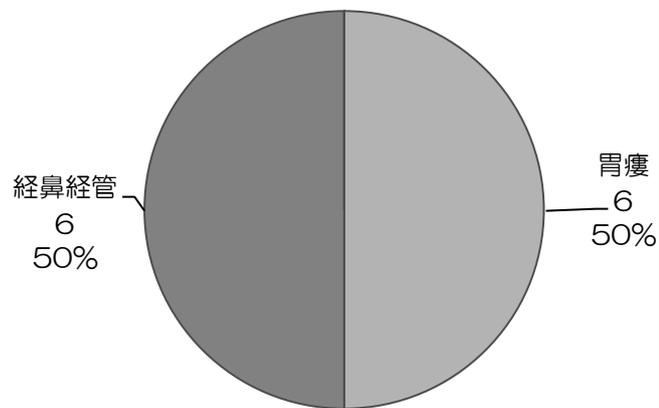


12) 医療（介護）スタッフと家族が十分に話し合った結果であれば、人工的な水分・栄養補給法を差し控えても法的責任は問われる恐れはない。

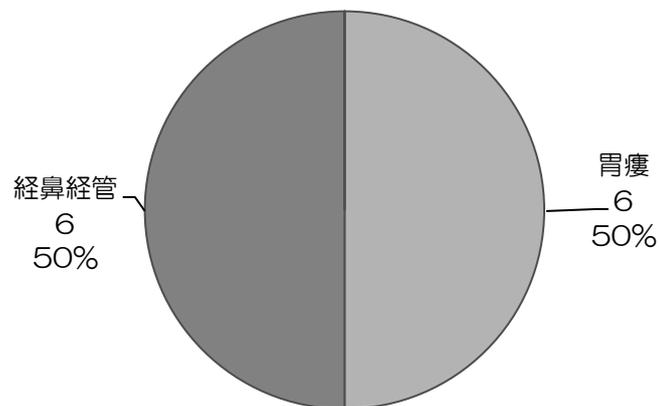


調査票結果-2 事例（認知症重度/末期）に対する返答

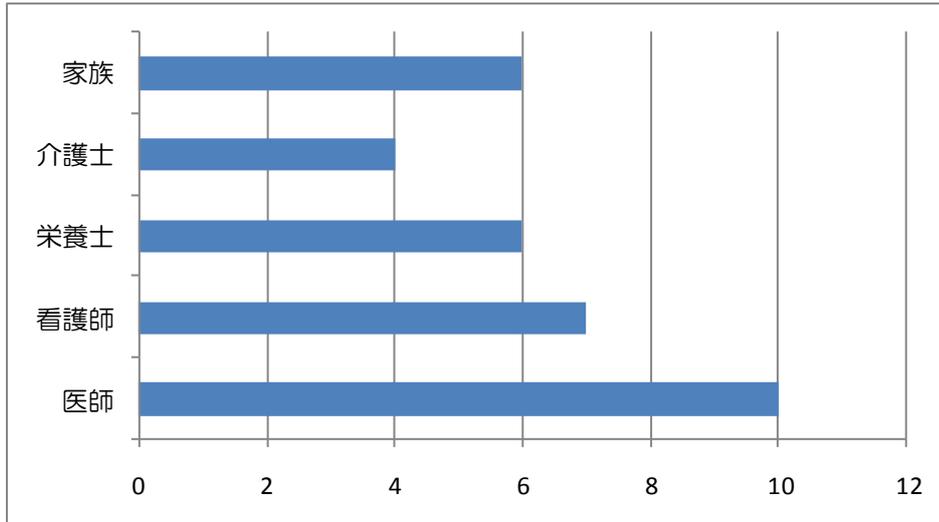
1) あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



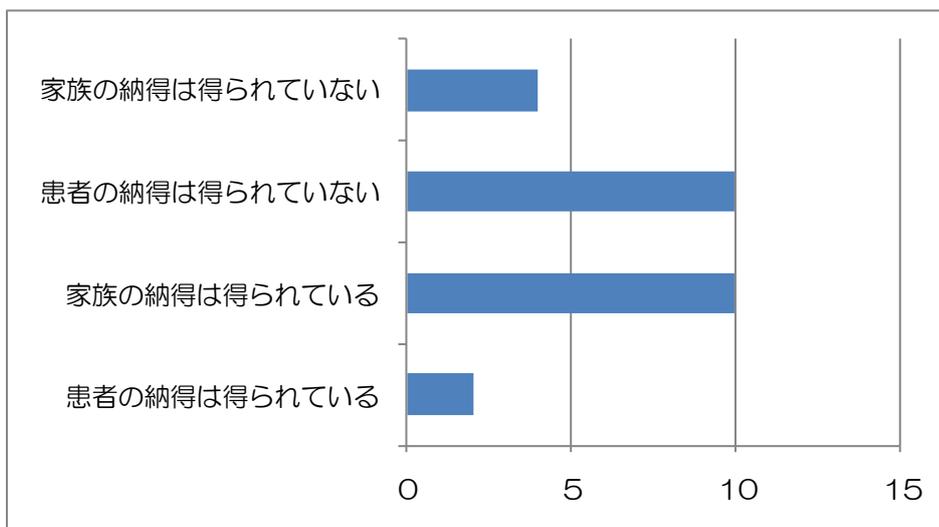
2) 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。



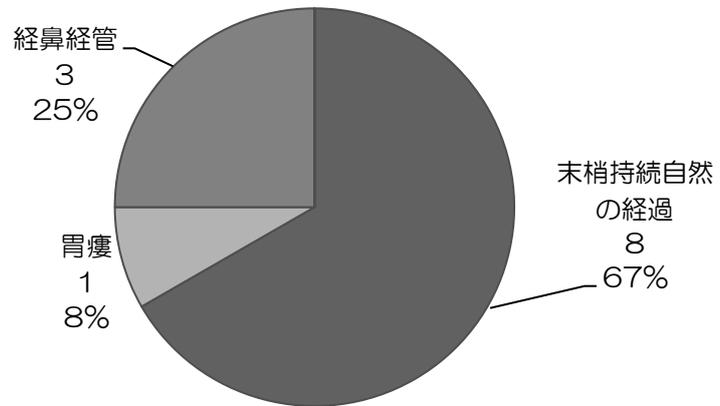
3) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。



4) 本事例のような重症/末期の認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。



5) あなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。



第6章

タイ王国での状況

タイ王国報告

以下の記載する内容は、以下のヒアリング対象者との事前の電子メールなどでの情報交換と、現地を訪問して現場視察およびヒアリング内容から得られた情報をまとめたものである。

3月18日 17時～21時までヒアリング

Takada Minako : Department of Medical Services Ministry of Public Health

3月19日 9時～13時までヒアリング

Chalermchat Vanapruks : Geriatrician The Senior Healthcare Co., Ltd

Navarat Vanapruks : Manager The Senior Healthcare Co., Ltd

3月19日 15時～18時までヒアリング

Jitisaak Poonsrisawat: Thailand Center Excellence for Life Science

I タイの高齢者を取り巻く環境

1. 基本状況

タイ王国（以下タイ）は、東南アジアに位置する立憲君主制国家であり、東にカンボジア、北にラオス、西にミャンマーさらに南はマレーシアと隣接するロケーションである。人口は6,640万人（2010年）、首都はバンコクである。バンコクの人口は687万人であり、タイの全体の人口の約1割が首都バンコクに集中している。

タイの高齢化率（60歳以上：タイ政府の高齢者統計は60歳以上）11.0%である。WHOの定義である高齢化社会（7%）を2001年には突破し、高齢化率14%に至るまでの期間は、タイ政府の推計によると22年と、日本の経験した高齢化スピード（24年）よりも速いスピードで高齢化が進んでいる。

直近のデータによると、平均年齢は、男性：69.5歳、女性：76.3歳である。

2. 医療・介護保険制度

1) 医療制度

①国民医療保険

2002年4月に、所謂30パーツ制度として国民医療保険制度が制定された。これは、当該保険制度に加入したタイ国民が、医療機関（主に保健省管轄病院）を受診した際に、30パーツを支払うことにより医療を受けられる、日本の皆保険に近似した制度である。約タイ国民の7割が加入している保険である。現在は、30パーツを支払わず無償で医療受給ができるように推移している。ただ、当該保険は一人当たりの予算設定が低いため、ハイリスクな患者の際には、円滑な対応ができない病院、当該保険を適応していない病院（主に民間病院）も多くある。本来、安価に標準的な医療サービスを提供する目的で設定された保険であったが、現状としては、安価で質のある程度制限された医療サービスが提供されているのが現状である印象を受けた。

②公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS：Civil Servant Benefit Scheme）

当該保険は、公務員の福利厚生制度として整備されており、受診時の一部負担割合なども設定されていない。対象は、公務員本人、配偶者、両親、子供である。家族も給与対象者になる点が後述する民間企業の被用者保険（SSS）と異なる点である。医療給与内容は出来高制になっており他の保険制度に比べ広い範囲でサービスがカバーされているのが特徴である。

③民間企業被用者に対する保険制度（SSS：Social Security Scheme）

当該保険制度は、保険料拠出による社会保険方式を採用し、医療分野だけでなく、出産給付、障害年金などの広範な社会保障分野をカバーする包括的な制度構造を有している。本制度は、加入者がある一定以上の保険料を支払える民間の大企業に勤務する、経済的な担保のとれている従業員を対象とした保険制度であり、医療サービスとしての適応範囲も広い一方、加入者が5.5%と低率な保険でもある。

2) 介護保険制度

同国の急速な高齢化を鑑み、介護保険はタクシン政権下で導入が積極的に議論されていた。現政権では、議論が先送りにされている。以上から、現時点では、公的な介護サービスは現存しない。現状としては、個人が看護師などを雇用し、在宅でケアするケースが一定以上の所得者層ではほとんどである。また、一定以上の所得者層では住宅事情に余裕（部屋が多い）があることから、病院で長期療養するよりも、サービスの質的にも良好であることから、本形態サービスを利用するケースが多いとの印象であった。

2) 病院の在り方

タイの病院は、民間病院と保健省管轄病院の2種類存在する。民間病院で扱う患者は国民医療保険以外給付者がほとんどであり、保健省管轄病院で扱う患者は国民医療保険給付者が主である。民間病院は大都市（バンコク、プーケットなど）に集中している。保健省管轄病院はタイ全国の病院の63%程度を占めるが、都市と地方の病院機能の質格差が極めて大きいようである。

4) 診療所のあり方

ヘルスセンター（政府管轄）とクリニック（民間経営）の2種類が存在する。ヘルスセンターは従来医師が常在していなかったが、近年医師を常在させる PCU（プライマリーケアユニット）のシステムを構築したが、実際は円滑に機能していない。都市にはクリニックは皆無。ほとんどの市民は病院に行く傾向がある。民間病院は都市では飽和傾向で、競争が激しく、宣伝も広く行われている。また、医療（メディカル）ツーリズムが盛んで、バンコクホスピタルなど大規模で、高機能を有した病院が都市部に存在する。

3. 高齢者対策

第1次高齢者福祉施策（1982～2001年）が行われ、第2次高齢者福祉施策（2002～2021年）が行われている。高齢者福祉施策は保健省などを中心に高齢者に関する情報が収集され、その対策に関し中核機関を通し当該情報がトップダウンで地域に流されるが、具体的なアクションは展開されていない印象との関係者からのコメントであった。日本の保健所（保健センター）のような機能部署は無く、前述保健省管轄病院が当該機能を包含し活動して活動を行っている。

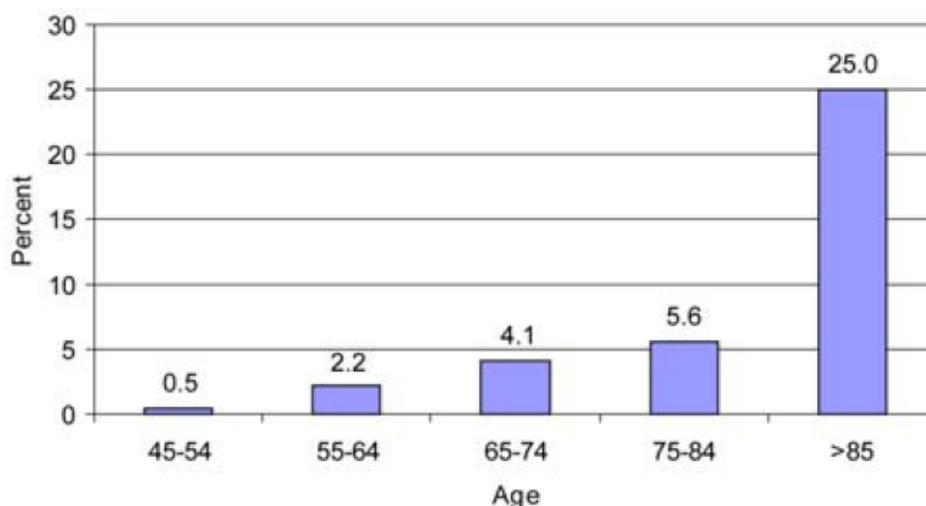
4. 認知症治療・ケアについて

認知症に関する関心はあるものの、基本的には大きな課題としては扱っていない印象である。具体的な認知

症高齢者数は把握されていないが、今回ヒアリングを行った Takada 氏によるナコンラーチャーシーマーで行った、基本チェックリスト（日本語をタイ語へ翻訳）を用いた地域在住高齢者 300 名を対象とした調査では、半数以上の高齢者が認知機能低下の疑いがある結果であった。医師による診断ではないことから、この結果の解釈は慎重を要するが、認知症高齢者が一定割合（日本より高率の可能性もあり）に存在することを示唆するデータであった。一方、平均寿命が低いことから、社会的な問題としてメジャーな課題では無い印象を受けた。医師からのヒアリングでも、薬物療法（アリセプトなど）に関しては興味があるが、ケア（特に非薬物療法）に関しては興味無く、看護師などコメディカルの仕事ととらえている。

地域（ブーケット：タイで最も医療の質の高い地域の一つ）によっては、“認知症は全く問題でない”と言っている医師もいる。その背景は生活環境が整えば、認知機能低下があっても周辺症状（問題行動）が顕在化しないという意味での発言ともとれた。パーソンセンタードケアの理念に近いと考え、当該理念を基軸に質問を行ったが明確な返答は得られなかった。また、環太平洋アジアアルツハイマー型認知症カンファレンスが 2011 年にバンコクで開催された。当学会プログラムでは、主に薬物療法に関するプログラムが多く、認知症ケア（非薬物療法）のディスカッションは少ない印象であり、ヒアリングを行った医師からもその点についてはコメントを得られなかった。

一方タイにおいても認知症に焦点を当てた調査はあり、年齢階級別の認知症割合データでは、85 歳以上は日本と近似した割合であったが、それ以下の年齢層では低い割合に留まっていた。



Suparus Wangtongkum : Prevalence of Dementia among Population Age Over 45 Years in Chiang Mai, Thailand, J Med Assoc Thai Vol. 91 No. 11 2008

5. 高齢者終末期ケア（End of Life Care for elderly : EOL）について

保健省から出されている研修会資料を基に情報収集を行った。EOL 研修は、医師、看護師を対象に行う目的で作成されていた。その中に、一部認知症の EOL に関する記載があったが主な対象疾患は、がん、老衰であった。EOL では、痛みなどの患者の苦痛を除去するのが医療の役割で、それ以上は医療の仕事ではなく、宗教（仏教）の世界を重視するとのことであった。病院にも宗教関係者が多く関与しているとのことであった。

EOL の理念として、患者の心地よいこと（comfortable）なことは行うが、それ以外はやらない。したがって、経鼻経管栄養は comfortable でないのでほとんどしないとのコメントを得たが、介護現場では多くの ADL

低下した入所者が経鼻経管栄養を行っている様子が見られた。また、介護関係に係わる医師からは、食べられなくなった際の第 1 選択は経鼻経管栄養とのコメントを得たことから、EOL に関して医療現場と介護現場では、その対応において差がある印象を受けた。胃瘻（PEG）に関しては、手術を必要とすることから、患者にとって comfortable な方法では無いとの意見が多いことと、「何故そこまでリスクを負わせてまで胃瘻を行うのか？」との質問が多く出た。タイにおいては、重度認知症高齢者に対して、食べられなくなった際に胃瘻の選択はほとんどないとのコメントであった。

終末期の意思表示（Living Wills）に関しての法的整備は、Thailand National Health Care Act 2007 でなされており、そのフォーマットも準備されている。

(<http://www.samuiforsale.com/family-law/living-wills-thailand.html>)

しかし、このフォーマットが認知症終末期に使用されることは経験がないとのヒアリング結果であった。タイでは Living Wills が明確に整備された背景には、タイ国政府がメディカルツーリズムに力を入れている点が指摘されていた。メディカルツーリズムの対象は、アラブ諸国、日本さらにヨーロッパの国々がターゲットとなっていることから法的整備が行われているとの推察であった。したがって、タイ国民にとって Living Wills は広くは認知されていないとの印象であった。

6. エイズ対策

タイではエイズ対策を国家として積極的に取り組んでおり、その対策の効果として近年は最悪の状況から半数の感染率となり現在も減少傾向にある。EOL の理念は、がん患者へのケアを基軸に始まり近年は、非がんの EOL の概念も日本では広く議論されている。高齢期において非がんの代表的な原因が、老衰であり認知症である。一連の非がんの EOL 理念の情報を収集する目的で、タイにおいて非がんの EOL の代表的疾患であるエイズに対する対応に関してヒアリングを行った。

最も印象的であったのは、エイズに関する教育を小学生、中学生時点から積極的に行っていることである。実際にエイズを対象としたホスピスを訪問し、エイズ EOL を肌で感じる授業も広く行われている。また、高校教育では、コンドーム使用に関する授業が広く行われており、“相手（恋人）がコンドーム装着を拒否した場合の対応をどうする”などの具体的な場面を設定したディスカッションが教育の場面で行われている。

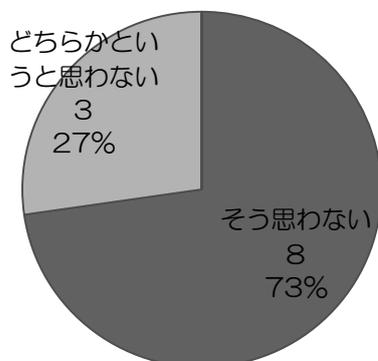
また治療に関してのガイドライ等は確立されている。(Thai national guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2010

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/thailand_art.pdf#search='Thai%20National%20HIV%20Guidelines%20Working%20Group')

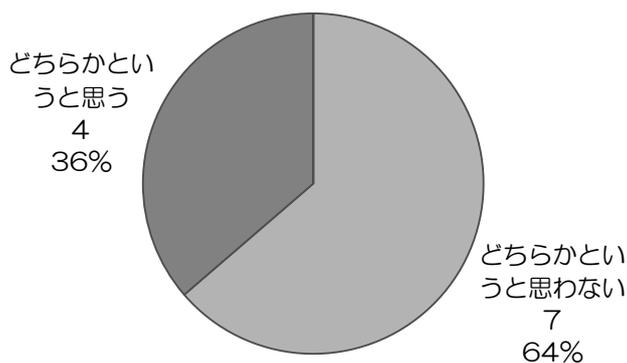
Ⅱ 調査結果

調査票結果-1 貴国の文化として、認知症の重症/末期の方に対する考え方

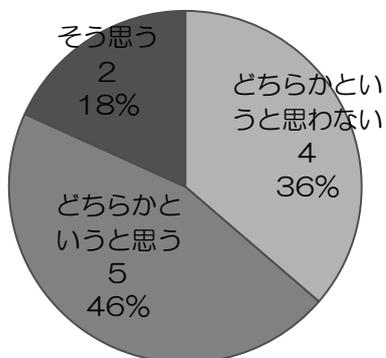
1) 枯れるように死ぬことは自然



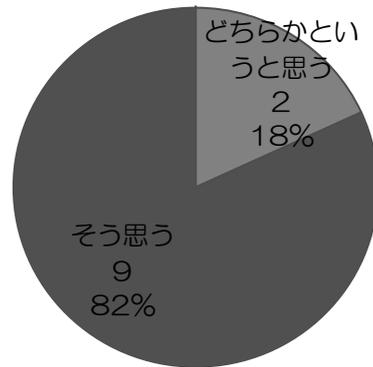
2) 病院ではやらざるを得ない



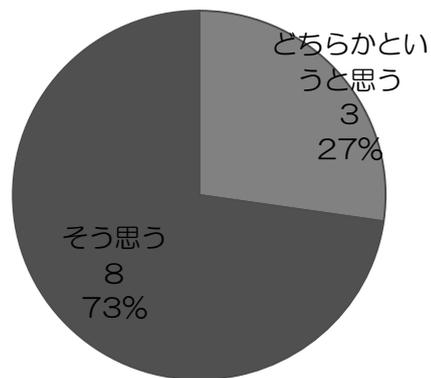
3) 本意志不明の際には非倫理的



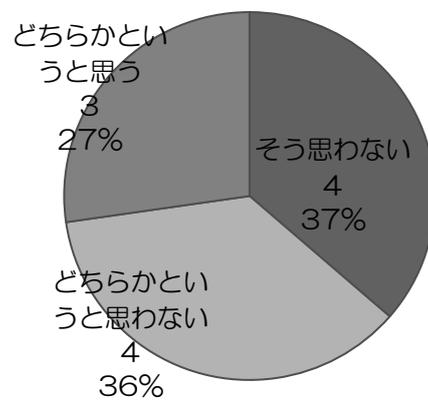
4) 身内が反対する



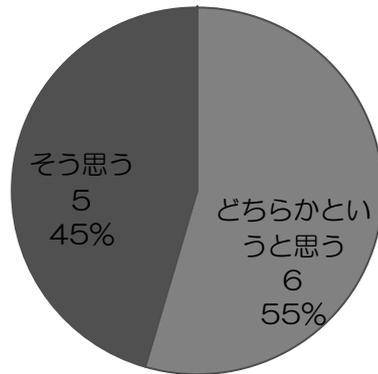
5) 病院スタッフが反対する



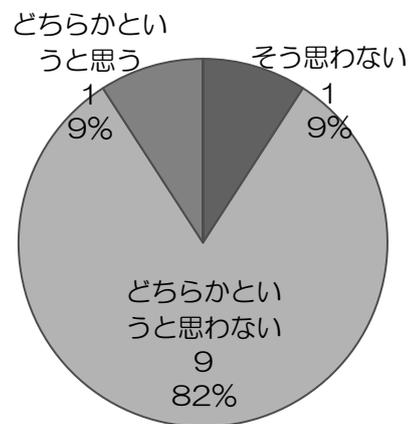
6) 延命に行うべき



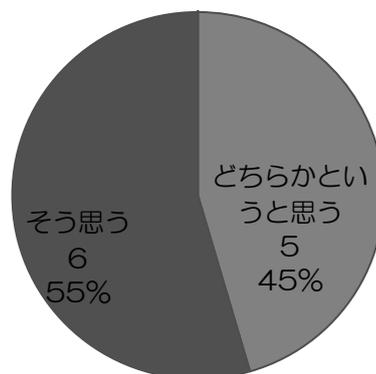
7) 法的な責任を問われる



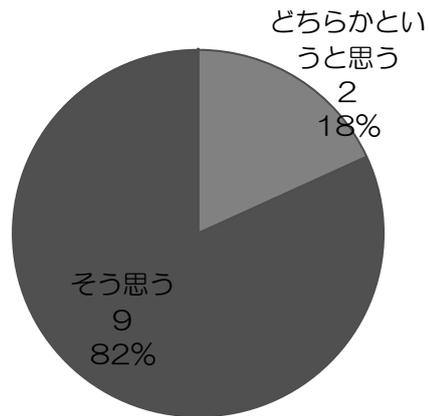
8) 餓死させることと同じ



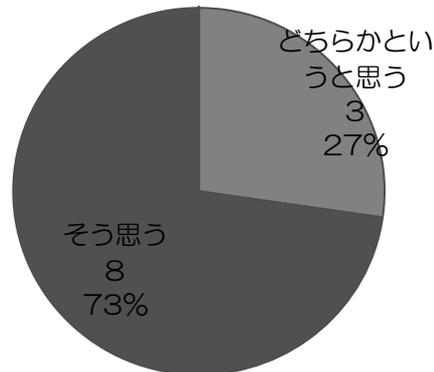
9) マスコミが騒ぐ



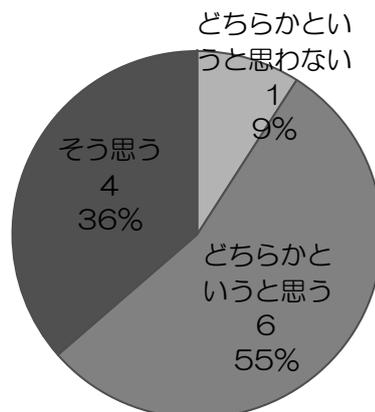
10) 十分話し合い後自然経過は妥当



11) 家族が望めば妥当

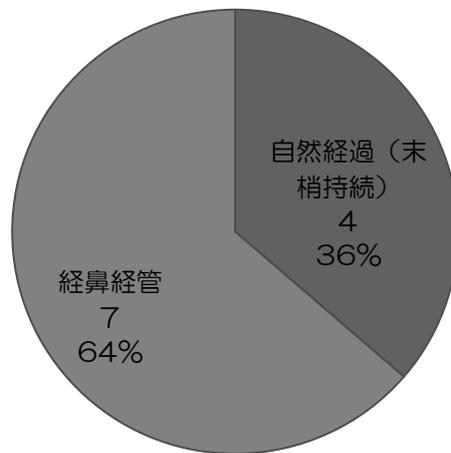


12) 十分話し合い後の際は法的に妥当

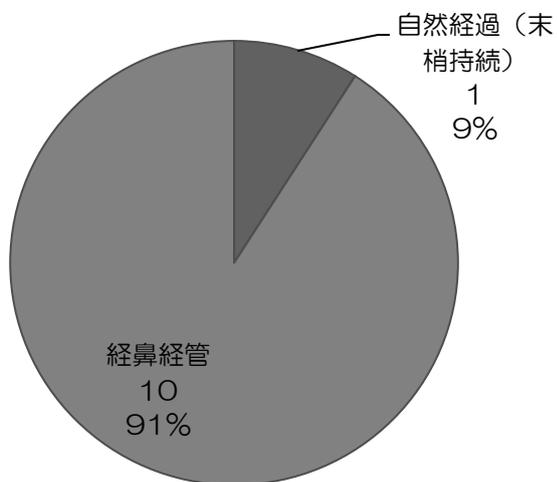


調査票結果-2 事例（認知症重度例）に対する返答

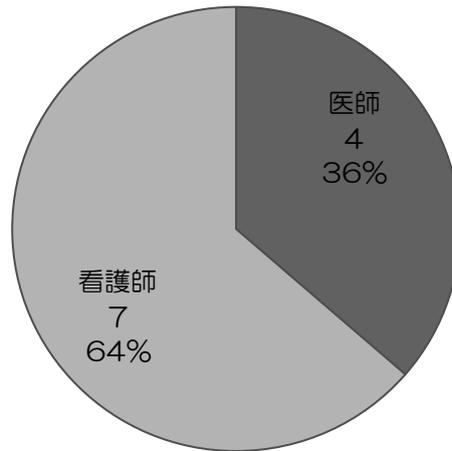
Q あなたはプロフェッショナルとして、本事例の人工的な水分・栄養補給法の第一選択としてどのような方法を選択されますか。



Q 貴国では本事例では実際にどういう例が多いですか。



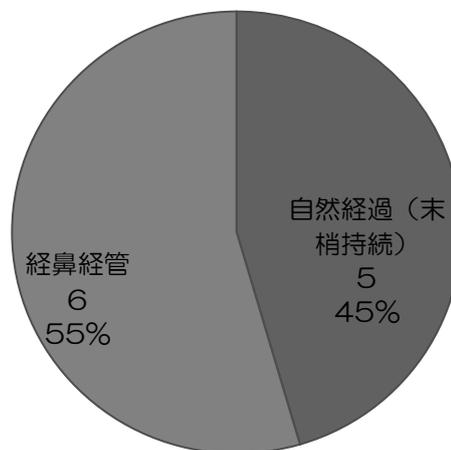
Qこのような重症/末期の認知症高齢者の栄養法選択は通常、誰が主に行っていますか。



Qこのような重症/末期の認知症高齢者への栄養法選択は、患者、家族の納得のもと、実施されていると思いますか。

100%が“家族の同意”との返答でその他の回答は無かった。

Qあなたが本事例の立場だったら、何を第一選択としたいですか。



調査票

調查票：英文

An international comparative study on efficient geriatric nutritional management based on cognitive function levels

**Geriatric Health Promotion Program
Ministry of Health, Labour and Welfare, 2011**

Currently in Japan, 80% of families with elderly members suffering from dementia do not wish to use tube feeding in the terminal phase. However, many elderly dementia patients living in long-term care facilities die of pneumonia following percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube placement. In fact, many elderly people undergo PEG tube placement at acute hospitals before being admitted to long-term care facilities without themselves and their family members thoroughly understanding the consequences. Currently, 60% of the elderly at long-term care facilities and their families have not expressed their preferred end-of-life care options.

Japanese elderly persons are often reluctant to proactively express their wishes for the terminal phase. Even when an elderly person with dementia is able to express his/her opinion, it is very difficult to obtain his/her wishes, which are of utmost importance. Hence, family members of the elderly with dementia face overwhelming stress, because they must make decisions in the terminal phase. Subsequently, care providers at long-term care facilities offering support for such family members are feeling the strain. It is not common in Japan to state one's wishes in a legal document, which poses a challenge to obtaining a written declaration of an individual's wishes for the terminal phase. Much improvement in this area is needed in the future.

In this context, we wish to learn about the current situation and policies in your country as well as in your long-term care facilities.

Study Participation Request

Prior to participation, please note the following:

- As a general rule, please complete the following questionnaire after receiving an explanation from a member of our research team. For further information or questions, please contact us at the address below.
- Information collected from respondents and patients will be anonymously transferred into digital data in order to prevent personal identification. All questionnaires will be stored and managed at the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology.

Contact information and return address for the completed questionnaires:

Mr. Hirohiko Hirano
Self-reliance and Care Prevention Research Team
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku
Tokyo, 173-0015
Japan
Tel: +813-3964-3241 (Ext: 3111)
Email: hhirano@tmig.or.jp

Please provide information about the respondent * Please fill in the blanks and circle the response that best describes yourself.

1. Basic characteristics of the respondent

1.1 Sex (Female, Male)

1.2 Age () years

1.3 Occupation

Physician, Nurse, Assistant Nurse, Dietitian, Pharmacist, Certified Care Worker
Care Attendant (Home Helper Grade 1), Care Attendant (Home Helper Grade 2)
Administration/Clerical Work, Others ()

1.4 Licenses (multiple answers are possible)

Certified Physician, Specialist Physician (Area of Specialty:),
Nurse (Registered Nurse, Assistant Nurse, Others ()), Nurse Aide
Certified Social Worker, Certified Care Worker, Care Manager
Care Attendant (Home Helper Grade 1), Care Attendant (Home Helper Grade 2), Dietitian,
Pharmacist, Others ()

1.5 Total years of experience (actual years of professional practice) () years)

1.6 Number or years working at a long-term care facility or unit-care home
for the elderly () years)

How many years out of the years mentioned above have you worked for a long-term care
facility or unit-care home specializing in dementia? () years)

Please provide information about the care system in your country

2. In your country, are there national or municipal organizations and systems that support
elderly people with dementia? (Yes, No)

If yes, who leads them?

i) national, ii) prefectural, iii) provincial, iv) municipal, or
v) other () government bodies

- 2.1 Describe the systems that are in place to provide health care services (health insurance system), social services (long-term care coverage system), and geriatric services (long-term care facilities, at-home and community care). Also, include details on social insurance systems, taxation regimes, private contracts, etc. Please include detailed names of pertinent services.

* Please attach links to websites or information booklets describing the organizations and systems, if available.

Please provide information about the organizational structure of dementia care teams in your country

3. Care system for elderly people with dementia

- 3.1 Availability of multi-disciplinary teams that outline the details of the care plan for elderly dementia patients, practice settings, and team composition

- 1) Availability of a multi-disciplinary team (Yes, No)

Key organization and team name:

Practice settings: long-term care facilities, at home, hospitals, others ()

- 2) Team composition

Physician, nurse, dietitian, care manager, others ()

- 3.2 Availability of multi-disciplinary teams that support the decision-making process of elderly dementia patients, practice settings, and team composition

- 1) Availability of a multi-disciplinary team (Yes, No)

Key organization and team name:

Practice settings: long-term care facilities, at home, hospitals, others ()

- 2) Team composition

Physician, nurse, dietitian, care manager, others ()

3.2 Which guidelines or protocols are used for staging dementia severity in your working place or area?_

(National guidelines, local guidelines, protocol/ clinical pathway, worksheet, others ())

3.3 Are there guidelines or protocols for nutritional management for elderly people with dementia? If so, which guidelines and/or protocols are in use?

(National guidelines, local guidelines, protocol/clinical pathway, worksheets, others ())

* Please attach links to websites or information booklets, if available.

3.4 Who is primarily responsible for choosing the feeding method for elderly dementia patients (e.g. oral and tube feedings, etc)? Please answer based on your experience. Circle all that apply.

Staging of dementia	Mild dementia	Moderate dementia	Severe/terminal dementia
At Home	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()
Long-term care facility	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()
Hospital	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()
Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()	Physician, Nurse, Dietitian, In person, Family, Others ()

3.5 Is there a re-evaluation guideline or protocol for elderly dementia patients using nasogastric (NG) tube feeding and PEG tube feeding?

* Please attach a website link or information booklets, if available.

3.6 Is there a system in place where elderly dementia patients are able to make their own end-of-life nutritional and care plan beforehand while they are still able to make decisions? What kind of system is it?

* Please attach a website link or information booklet, if available.

3.7 Circle the number that best describes your country's cultural opinion towards people with severe or terminal dementia

	Agree	Slightly agree	Slightly disagree	Disagree
1) Withholding artificial nutrition and hydration and dying a slow death is natural	4	3	2	1
2) Artificial nutrition and hydration are inevitable once admitted to a hospital or long-term care facility	4	3	2	1
3) PEG tube placement is unethical if the patient's wishes are unknown	4	3	2	1
4) Family members or relatives of the patient object to recommendations for withholding artificial nutrition and hydration	4	3	2	1
5) Hospital/long-term care facility staff object to recommendations for withholding artificial nutrition and hydration	4	3	2	1
6) Artificial nutrition and hydration should be used if there is the slightest possibility to prolong the patient's life	4	3	2	1
7) Legal consequences may result if artificial nutrition and hydration are withheld	4	3	2	1
8) Withholding artificial nutrition and hydration is the equivalent of letting a patient die of hunger	4	3	2	1
9) Withholding artificial nutrition and hydration may attract media attention	4	3	2	1
10) If the decision is derived after a thorough discussion between the medical/care giving team and families, then solely providing an IV and letting the patient's condition take its natural course is acceptable	4	3	2	1
11) Even if the patient is incapable of making decisions, withholding artificial nutrition and hydration is possible upon request from family members	4	3	2	1
12) Withholding artificial nutrition and hydration will not lead to legal liabilities if the decision is derived after a thorough discussion between the medical/care giving team and families	4	3	2	1

Please respond based on your experience

4.1 In the past year, how many times have you had to make a decision on a dementia patient's feeding method as a result of eating problems? (cases)

↓

Out of the above, how many cases were in the severe/terminal stage of dementia? (cases)

4.2 In the past year, were you ever faced with a problem or a dilemma in obtaining consent for a care plan in the process of selecting a feeding method? (Yes, No)

Please describe the issue.

4.3 In your opinion, which issues take precedence in deciding the feeding method for an elderly patient with severe/terminal stage dementia? Please attach any pertinent guiding criteria or form documents.

4.4 Have you ever found it difficult to discuss the feeding method of an elderly dementia patient with his or her family members? (Yes, No)

4.5 Who (i.e. occupation) supports the family members that have to decide the feeding method for the elderly dementia patient? How are they supported?

4.6 In deciding a suitable feeding method, have you ever found it difficult to obtain consent from the elderly individual with dementia? (Yes, No)

4.7 What do you normally do when you face difficulty in obtaining consent from the elderly individual with dementia in regards to their feeding method?

4.8 Do you ever discuss and request from the individual a care plan that includes feeding methods for the terminal phase when they are still in the mild stages of dementia? If so, how do you do it?

4.9 Do you think a dementia stage-appropriate guideline or a protocol for self-decision making of an end-of-life nutrition care plan is needed?

Even if such guidelines already exist, please circle “needed” if you think so.

(Very much needed, a little needed, not much needed, not needed at all)

↓

For those who chose “needed”, at what stage do you feel it is mainly needed?

(Mild, Moderate, Severe/Terminal stage)

4.10 Please provide us with any other comments regarding end-of-life nutrition care and self-decision making processes in the elderly with dementia.

Please respond based on case-specific examples

5. The following are case-specific examples of elderly patients with severe/terminal and moderate Alzheimer-type dementia. Please provide your answer based on your experience on how you would normally respond to patients at the same stages of dementia.

Case 1: Severe/terminal stage dementia patient

Mrs. A, an 80-year-old female

- Diagnosis: Alzheimer-type dementia (severe/terminal)
- MMSE: not available
- Medical history indicates repeated episodes of aspiration pneumonia. No other conditions or complications.
- Not able to communicate with the patient. Bed-ridden and requires full assistance (feeding, excretion, ambulation and transfer, dressing, bathing and personal hygiene, etc).
- Due to decreased swallowing function, the patient experiences difficulty in swallowing. Both feeding and swallowing reflexes are not observed. Currently on IV.
- The patient has been in therapy with a Speech-Language-Hearing therapist to improve swallowing but no improvements have been observed.
- Mrs. A's decision regarding artificial nutrition and hydration has not been obtained beforehand.
- Her husband passed away 5 years ago and the wishes of the other family members are unknown.

- 5.1 In your professional opinion, which artificial nutrition and hydration method would be your first choice for Mrs. A?

1. Continue IV and let things take their natural course
2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Others ()

- 5.2 In your country, which is a common course of action for patients like Mrs. A?

1. Continue IV and let things take their natural course
2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Others ()

- 5.3 In elderly patients with severe/terminal dementia as in this case, normally, who is primarily responsible for deciding the feeding method that is suitable at that particular stage Circle all applicable answers.

Physician, nurse, dietitian, care worker, pharmacist, family, the patient, others ()

5.4 Do you think that feeding plans for such severe/terminal dementia patients are implemented with the consent of the patient and family members?

Circle all applicable answers.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. The patient has given consent | 2. Family members have given consent |
| 3. The patient has not given consent | 4. Family members have not given consent |
| 5. Others () | |

5.5 In selecting feeding methods for elderly patients with severe/terminal dementia as in this case, when does decision-making become difficult? Please give detailed examples.

5.6 If you were Mrs. A, what would your first choice be?

1. Continue IV and let things take their natural course
2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Others ()

Case 2: Moderate stage dementia patient

Mrs. B, an 80-year-old female

•Diagnosis: Mixed-type dementia (moderate Alzheimer-type dementia and vascular dementia)

MMSE score: 11; able to name places and objects and could follow directions.

•Capable of independent living with partial assistance in feeding, excretion, ambulation and transfer, dressing, bathing and personal hygiene, etc.

•Medical history indicates repeated episodes of aspiration pneumonia. She has just recovered from an episode of pneumonia.

•Due to decreased swallowing function, the patient experiences difficulty in swallowing. Currently on IV. Aspiration may occur again in the future.

•Mrs. B has been in therapy with a Speech-Language-Hearing therapist to improve swallowing but no improvements have been observed.

•No other medical conditions or complications have been observed.

•Mrs. B is losing her ability to comprehend, but she can still engage in a conversation, and she is partially able to express her wishes.

•Mrs. B's decision regarding artificial nutrition and hydration has not been obtained beforehand.

•Her husband passed away 5 years ago, and the wishes of the other family members are unknown.

6.1 In your professional opinion, which artificial nutrition and hydration method would be your first choice for Mrs. B?

1. Continue IV and let things take their natural course
2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Others ()

6.2 What do you think are the priorities in selecting a subsequent feeding method for an elderly patient with moderate dementia experiencing dysphagia? Please attach any pertinent guiding criteria or form documents.

6.3 In your country, what is a common course of action for patients like Mrs. B?

1. Continue IV and let things take their natural course

2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Discuss the patient's wishes regarding end-of-life care and seek his/her decision
6. Others ()

6.4 In elderly patients with moderate dementia such as Mrs. B, who is normally primarily responsible for deciding the feeding method that is suitable at that particular stage? Circle all applicable answers.

Physician, nurse, dietitian, care worker, pharmacist, family, the patient, others ()

6.5 Do you think that feeding plans for such moderate dementia patients are implemented with the consent of the individual patient and family members?

Circle all applicable answers.

1. The patient has given consent
2. Family members have given consent
3. The patient has not given consent
4. Family members have not given consent
5. Others ()

6.6 In selecting feeding methods for elderly patients with moderate dementia as in this case, when does decision-making become difficult? Please give detailed examples.

6.7 If you were Mrs. B, what would your first choice be?

1. Continue IV and let things take their natural course
2. PEG tube feeding
3. NG tube feeding
4. Withhold artificial nutrition and hydration and let nature take its course
5. Others ()

If you have any comments or suggestions regarding feeding methods and the decision making process of elderly people with dementia, please let us know.

Thank you for your cooperation.

Interviewer's Guide

(Excerpt from an international comparative study on dementia care, p. 236)

1. What should a care provider do when people with dementia lose the ability to drink and eat by themselves? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
2. Who makes all the medical decisions when individuals are not able to make such a decision themselves? What type of treatment or care would you recommend? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
3. What is the role of the guardian (surrogate decision maker) of an elderly patient in the process of decision-making? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
4. When a conflict arises during a discussion and one is dissatisfied with an issue, what should one do? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
5. What is the difference between “not treating” a patient and “not doing anything” for the patient. What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
6. How should we value the wishes of an elderly dementia patient? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
7. What do you think of intravenous injections and drips? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?
8. What do you think is the difference between withholding and discontinuing tube feeding? What are the differences between severe/terminal and moderate dementia cases?

調査票：韓国語

인지기능 레벨에 따른 고령자 대상의 효율적인 영양 매니지먼트에 관한 국제비교연구

(2011년도 후생노동성 노인보건건강증진 등 사업)

현재 일본에서는 인지증 고령자의 종말기에 있어서의 경관 영양은 희망하지 않는다고 하는 가족이 80%를 차지하는 한편, 시설이용 인지증 고령자의 대부분이 위루증설 후에 폐렴으로 사망하는 현상이 일어나고 있습니다. 또한, 시설에 들어가기 전의 급성기 병원에서 본인이나 가족이 충분히 이해하지 않은 채 위루증설이 되어 시설이용 고령자의 60%가 종말기의 의사 확인에 있어서, 본인과 가족 양쪽 모두의 의사 확인이 되어 있지 않은 상황입니다.

일본인 고령자는 종말기의 희망을 적극적으로 표명하고 싶어하지 않는 경향이 있으며, 인지증 고령자가 의사 표시를 할 수 있을 때라도, 가장 중요한 본인의 의사 확인을 하는 것이 매우 어려운 상황에 있습니다. 이에 따라 인지증 고령자의 가족이 종말기의 의사결정을 하는 스트레스는 크고, 시설의 케어 제공자는 그 지원에 어려움을 느끼고 있습니다. 일본에서는 의사 표시를 계약에 의해 나타내 보이는 것에 익숙하지 않기 때문에, 서면에 의한 종말기 의사 확인을 진행시키기 어려워 향후의 개선이 필요합니다.

이번 기회에 귀하의 국가 및 시설의 상황과 방침에 대해 여쭙고자 합니다.

조사 협력의 부탁

[대답해 주시기에 앞서]

- 기본적으로 본 사업 조사원의 설명을 들으신 후에 기입을 부탁드립니다.
또한, 의문사항 등이 있으시면 아래 문의처로 연락해 주십시오.
- 대답해 주신 분 및 환자님의 정보는 데이터화할 때 익명화하여, 개인이 특정되지 않도록 처리하겠습니다. 조사표는 도쿄도 노인종합연구소에서 보관 및 관리하겠습니다.

[문의처 · 조사표 반송처]

(우)173-0015 도쿄도 이타바시구 사카에초 35-2
도쿄도 노인종합연구소 자립축진과 개호예방 연구팀 히라노 히로히코
전화 03-3964-3241(내선 3111)
전자메일 hhirano@tmig.or.jp

회답자에 대해 질문을 드립니다

1 회답자의 기본 속성

1-1 성별 (여성 · 남성)

1-2 연령 () 세

1-3 직종

(의사, 간호사, 준간호사, 영양사, 약사, 개호복지사, 홈헬퍼 1 급, 홈헬퍼 2 급, 사무직, 그 외())

1-4 면허 ※복수회답 가능

(인정·전문의(영역), 간호사(정·준·그 외()), 간호조수, 사회복지사, 개호복지사, 개호지원전문원(케어 매니저), 홈헬퍼 1 급, 홈헬퍼 2 급, 영양사, 약사, 그 외())

1-5 합계 경험 연수(실무 연수) (____년)

1-6 고령자 대상의 입소시설·유닛에서의 근무경험 연수 (____년)

상기 중 인지증 전문시설·유닛에서의 근무경험 연수 (____년)

귀국의 제도에 대해 질문을 드립니다

2 인지증 고령자를 지원하는 국가 또는 지방자치단체의 제도와 체제는 있습니까?

(있다·없다

→ 주체가 되는 것은 국가·광역자치단체·기초자치단체·기타())

2-1 보험의료서비스(의료보장제도), 사회서비스(개호보장제도), 고령자에 대한 서비스(시설, 재택, 지역케어)의 방식으로 대해서, 사회보험 방식, 세금 방식, 개인계약 등에 대해 구체적인 서비스 명칭도 포함해서 대담해 주십시오.

*제도와 체제에 관련된 website 또는 책자 등이 있으면 추가적으로 기재 또는 첨부해 주십시오.

귀국의 인지증 케어 팀 구성에 대해 질문을 드립니다

3 인지증을 지닌 고령자에 대한 케어 체제

3-1 인지증 고령자의 케어 내용을 제안하는 다직종 팀의 유무, 활동장소 및 구성 직종

1) 팀 (있음 · 없음)

(기반이 되는 제도 및 팀명 :)

(활동장소 : 시설 · 재택 · 병원 · 그 외())

2) 구성 직종

(의사, 간호사, 영양사, 케어 매니저, 그 외())

3-2 인지증 고령자의 의사결정을 지원하는 다직종 팀의 유무, 활동장소 및 구성 직종

1) 팀 (있음 · 없음)

(기반이 되는 제도 및 팀명 :)

(활동장소 : 시설 · 재택 · 병원 · 그 외())

2) 구성 직종

(의사, 간호사, 영양사, 케어 매니저, 그 외())

3-3 인지증 중증도 평가를 위한 가이드라인이나 프로토콜은 무엇을 사용하고 있습니까?

(내셔널 가이드라인, 로컬 가이드 라인, 프로토콜/패스, 워크시트
그 외())

3-4 인지증 고령자에 대한 영양 매니지먼트에 관련된 가이드라인 또는 프로토콜은 있습니까? 있다면 무엇을 사용하고 있습니까?

(내셔널 가이드라인, 로컬 가이드 라인, 프로토콜/패스, 워크시트
그 외())

*website 또는 책자 등이 있으면 추가적으로 기재 또는 첨부해 주십시오.

3-5 인지증 고령자에 대한 영양법(경구섭취, 튜브영양 등)의 선택은 주로 어떤 분이 행하고 있습니까? 귀하의 경험을 토대로 대답해 주십시오. 선택하는 분이 많은 경우에는 그 전원에게 ○ 표시를 해 주십시오.

인지증 단계	경도	중등도	중도/중말기
재택	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()
시설	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()
병원	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()
그 외 ()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()	의사, 간호사, 영양사, 본인, 가족, 그 외()

3-6 경비경관 영양법 또는 위루 영양법을 실시하고 있는 인지증 고령자에 대하여, 영양법의 재평가를 실시하는 가이드라인이나 프로토콜은 있습니까? 그것은 어떠한 것입니까?

*website 또는 책자 등이 있으면 추가적으로 기재 또는 첨부해 주십시오.

3-7 인지증 고령자가 자신의 종말기 영양법 또는 케어 방법에 대하여 의사표시를 할 수 있는 단계에서 미리 의사결정을 하는 시스템은 있습니까? 그것은 어떠한 것입니까?

*website 또는 책자 등이 있으면 추가적으로 기재 또는 첨부해 주십시오.

3-8 귀국의 문화로서 인지증 증증/말기의 분에 대한 인식으로 해당되는 내용에 ○를 표시해 주십시오.

	그렇게 생각한 다	굳이 말하자면 그렇게 생각한다	굳이 말하자면 그렇게 생각하지 않는다	그렇게 생각하 지 않는다
1) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하고, 시들어 가는듯 사망하는 것은 자연스럽다고 생각한다.	4	3	2	1
2) 병원(시설)에서는 인공적인 수분·영양 보급법을 시행하지 않을 수 없다고 생각한다.	4	3	2	1
3) 본인의 의사가 불분명한 경우의 위루 영양법은 비윤리적이라고 생각한다.	4	3	2	1
4) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하자는 제안에 환자(이용자)의 친척(가족)이 반대한다.	4	3	2	1
5) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하자는 제안에 병원(시설) 스태프가 반대한다.	4	3	2	1
6) 조금이라도 연명의 가능성이 있다면, 인공적인 수분·영양 보급법은 실시해야 한다.	4	3	2	1
7) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하면, 법적인 책임을 추궁당할 우려가 있다.	4	3	2	1
8) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하는 것은 환자를 아사시키는 것과 같다고 생각한다.	4	3	2	1
9) 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하면, 대중매체가 크게 이슈로 삼을 가능성이 있다.	4	3	2	1
10) 의료(개호) 스태프와 가족이 서로 충분히 이야기한 결과라면 링겔주사만 실시하고 자연적인 경과에 말기는 것은 가능하다고 생각한다.	4	3	2	1
11) 본인의 의사가 불분명해도 가족이 바라면 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가하는 것은 가능하다.	4	3	2	1
12) 의료(개호) 스태프와 가족이 서로 충분히 이야기한 결과라면 인공적인 수분·영양 보급법을 삼가해도 법적책임을 추궁당할 우려는 없다.	4	3	2	1

귀하의 경험을 토대로 대답해 주십시오

4-1 과거 1 년간 인지증에 의한 섭식장애가 원인으로 영양법 선택 결정을 강요당한 케이스는 몇 건 있었습니까? () 건



그 중에서 특히 인지증 중증/중말기 상태에 있었던 건수는? () 건

4-2 영양법의 선택 프로세스에 있어서 케어 방법 합의를 얻을 때 과거 1 년간 문제나 딜레마가 발생한 경우는 있었습니까? 어떠한 내용입니까?

(예 · 아니오)

4-3 중증/말기에 있는 인지증 고령자에 대해 영양선택 결정을 할 때 귀하는 어떠한 내용을 우선시해야 한다고 생각하십니까? 또한, 정해진 판단기준이나 서식이 있는 경우에는 첨부해 주십시오.

4-4 인지증 고령자에 대한 영양법 선택에 관하여 가족과의 대화가 어렵다고 느낀 적은 있습니까?

(예 · 아니오)

4-5 인지증 고령자에 대한 영양법 선택에 관하여 가족이 의사결정을 하기 위한 지원은 누가(어떤 직종의 사람이) 어떻게 실시했습니까?

4-6 인지증 고령자에 대한 영양법 선택에 관하여 본인의 의사를 확인하는 것이 어렵다고 느끼신 적이 있습니까?

(예 · 아니오)

4-7 인지증 고령자에 대한 영양법 선택에 관하여 그 시점에서 본인의 의사 확인이 곤란한 경우에는 어떻게 하십니까?

4-8 인지증이 가벼운 단계일 때 종말기 영양법을 포함한 케어 방법에 대하여 자기결정을 하도록 권유를 하시는 경우는 있습니까? 어떻게 하고 계십니까?

4-9 인지증 증증도별로 종말기 영양법의 자기결정에 관한 가이드라인이나 프로토콜 등은 필요하다고 생각하십니까? *가이드라인 등이 있는 경우라도, 필요하다고 느끼고 계시는 경우에는 ○ 표시를 해 주십시오. (매우 필요함, 굳이 말하자면 필요하다, 굳이 말하자면 불필요하다, 전혀 필요하지 않다)

↓

필요하다고 대답하신 분은 주로 어떤 스테이지에서 필요하다고 느끼십니까?

(경도 · 중등도 · 중증/종말기)

4-10 인지증 고령자의 종말기 영양법과 자기결정에 관하여 의견이 있으시면 기입해 주십시오.

1. 말초 링겔주사를 계속하고 자연의 경과를 본다
2. 위루
3. 경비경관
4. 모든 것을 삼가하고 자연의 경과에 맡긴다
5. 그 외()

사례 2(인지증 중등도)

B 씨(80 세 여성)

- 질환 : 혼합형 인지증(알츠하이머형 인지증(중등도) + 혈관성 인지증)
- MMSE(11 점) : 장소, 물품명, 지시에 따르는 것은 가능
- 식사, 배설, 이동, 갱의, 청결동작 등 반 개호로 자립 가능.
- 오연성 폐렴이 반복되고 있으며, 현재는 폐렴이 개선된 상태.
- 연하기능이 저하되어 삼킴 곤란. 현재는 말초 링겔주사. 앞으로도 오연을 일으킬 가능성 있음.
- 언어청각사에 의한 연하재활훈련을 받아 왔지만 개선은 보이지 않음.
- 그 외의 질환 및 합병증은 보이지 않음.
- 본인의 이해력은 저하되고 있지만, 회화나 부분적인 의사 확인은 가능.
- 인공적인 수분·영양 보급법에 관한 B 씨의 사전의향은 확인되어 있지 않다.
- 남편은 5년 전에 타계, 다른 가족의 의향도 불분명.

6-1 귀하는 프로페셔널로서 B 씨의 앞으로의 인공적인 수분·영양 보급법의 제일 첫번째 선택지로서 어떠한 방법을 선택하십니까?

1. 말초 링겔주사를 계속하고 자연의 경과를 본다
2. 위루
3. 경비경관
4. 모든 것을 삼가하고 자연의 경과에 맡긴다
5. 그 외()

6-2 연하장해가 있는 중등도 인지증 고령자에 대한 향후의 영양선택 결정시에 귀하는 어떠한 내용이 우선 시된다고 느끼십니까? 또한, 정해진 판단기준이나 서식이 있는 경우에는 첨부해 주십시오.

6-3 귀하의 국가에서는 B 씨의 증례에서 실제로 어떠한 조치를 취하는 일이 많습니까?

1. 말초 링겔주사를 계속하고 자연의 경과를 본다
2. 위루
3. 경비경관
4. 모든 것을 삼가하고 자연의 경과에 맡긴다
5. 본인에게 종말기 희망을 듣고 의사결정을 촉구한다.
6. 그 외()

6-4 B 씨와 같은 중등도 인지증 고령자에 대해서, 그 시점에서의 영양법 선택은 통상적으로 누가 실시하고 있습니까?

해당되는 것 모두에 ○ 표시를 해 주십시오.

- (의사, 간호사, 영양사, 개호사, 약사, 가족, 본인, 그 외())

6-5 이러한 중등도 인지증 고령자에 대한 영양법 선택은 환자나 가족의 납득 하에서 실시되고 있다고 생각하십니까? 해당되는 것 모두에 ○ 표시를 해 주십시오.

1. 환자의 납득은 얻고 있다
2. 가족의 납득은 얻고 있다

인터뷰 가이드(인지증 케어의 국제비교에 관한 연구에서 인용. P236)

1. 인지증이 있는 사람이 먹거나 마시거나 할 수 없게 되었을 때, 케어 제공자는 어떻게 하면 좋습니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?
2. 본인의 의사 확인을 할 수 없는 상황에서는 누가 의료결정을 하는 것입니까? 또한, 어떻게 치료나 케어를 진행시킵니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?
3. 의사결정 과정에 있어서 고령자의 대리인(대리 판단인)의 역할은 무엇입니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?
4. 대화를 하다가 의견이 갈라져 납득할 수 없는 점이 발생했을 때는 어떻게 하면 좋습니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에 어떻게 다른지?
5. 치료를 하지 않는 것과 아무것도 하지 않는 것의 차이는 무엇입니까? 그것은 중증/말기와 중등도에서 어떻게 다른지?
6. 인지증 고령자의 의사를 존중하기 위해서는 어떻게 하면 좋습니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?
7. 정맥주사나 링겔주사에 대해 어떻게 생각하십니까? 그것은 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?
8. 튜브에 의한 영양보급(경관영양)을 하지 않는 것과 중지하는 것의 차이는 무엇이라고 생각하십니까? 중증/말기와 중등도의 경우에서 어떻게 다른지?

調査票：中国語（簡体字）

提供基于老年人认知水平的有效营养管理国际比较

调 查 表

被调查者回答以下问题

1 被调查者的基本情况

1-1 性别 (女性 · 男性)

1-2 年龄 ()岁

1-3 专业

(医师·护士·护生·营养师·药剂师·照料人员-福利·家政服务员—1級·家政服务员—2級·行政后勤人员·其他())

1-4 资格 ※可多选

(医生(亚专业)·护士(正式工作·实习·其他())、护工、社会福利人员、照料福利人员、照料支援人员(健康管理者)、家政服务员—1級家政服务员—2級、营养师、药剂师、其他())

1-5 总计工作经历(实际工作年数) (年)

1-6 在老年人住院的设施或单元工作的年数 (年)

其中, 在痴呆专科设施或单元工作的年数 (年)

关于国家的制度

2 有支援痴呆老人的国家或地方的制度或体制(措施)吗?

(有 · 没有 → 主要的是国家 · 省 · 市 · 区 · 其他())

2-1 请填写关于医疗保险服务(医疗保险制度)、社会服务(照料保险制度-中国没有)、老年人的医疗保健服务(中间设施内·家庭·社区保健)的方式、社会保险方式、纳税方式、个人签约等具体的服务的名称。

* 如有制度和体制相关的网站、小册子, 请附上。

关于国内的痴呆医疗小组的构成

3 关于痴呆老人的医疗体制与团队

3-1 有无为痴呆老人的医疗护理内容提供建议的多学科团队、活动场所和专业人员

1) 团队 (有 · 无)

(所依据的制度和团队名称 :)

(活动场所:中间设施 · 家庭 · 医院 · 其他 ())

2) 专业人员组成

(医师、护士、营养师、健康管理者、其他())

3-2 有无支持痴呆老人做决定的多学科团队、活动场所和专业人员

1) 团队 (有 · 无)

(所依据的制度和团队名称 :)

(活动场所:中间设施 · 家庭 · 医院 · 其他 ())

2) 专业人员组成

(医师、护士、营养师、健康管理者、其他())

3-2 对于痴呆程度的评价，所使用的的指南或流程是什么？

(国际指南·地方指南·评价流程/路径·表格·其他())

3-3 有关于痴呆老人的营养管理的指南或流程吗？如果有请写出使用的是什麼？

(国际指南·地方指南·评价流程/路径·表格·其他())

* 如有网站或小册子，请附上。

3-4 关于痴呆老人的营养摄入法（经口摄入、管喂等）主要由谁来选择？根据您的经验来回答，如果有多个选择者，请全部画上○。

痴呆老人所在场所	轻度	中度	重度/终末期
家庭	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()
中间设施	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()
医院	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()
其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()	医师、护士、营养师、病人本人、家属、其他()

3-5 对于使用鼻饲法或胃造瘘法的痴呆老人，其营养的再评价有指南或流程等吗？有的话请填写在框内。

* 如有网站或小册子，请附上。

3-6 对于痴呆老人，是否有在意识尚清楚阶段由自身决定其终末期的营养方法·护理方法等相关的体系？其内容是什么？

* 如有网站或小册子，请附上。

3-7 根据贵国文化，对于痴呆重症期/终末期的患者您怎么考虑？请在您认为合适的项画圈○。

	这样认为	基本上这么认为	基本上不认为	不这样认为
2) 不给予人工的水分·营养补充，干枯而亡被认为是自然。	4	3	2	1
2) 认为在医院(设施)内，不得不考虑进行人工的水分·营养补充	4	3	2	1
13) 认为在患者本人意识不清时给予胃造瘘营养法是有违伦理的。	4	3	2	1
4) 对于控制人工的水分·营养补充法的建议，患者家属或监护人会反对。	4	3	2	1
5)对于控制人工的水分·营养补充法的建议，医院或设施工作人员会反对。	4	3	2	1
6) 只要有延长生命的可能性，就应该进行人工的水分·营养补充。	4	3	2	1
7) 如果控制人工的水分·营养补充法，有可能被追究法律责任。	4	3	2	1
8) 认为如果控制人工的水分·营养补充法，就等于饿死患者。	4	3	2	1
9) 如果控制人工的水分·营养补充法，有可能引起媒体的骚动。	4	3	2	1
10) 如果是医疗(照护)人员与家属充分商量的结果，只是进行输液，顺其自然的方法是可以接受的。	4	3	2	1
11) 即使患者本人的意识不清，只要家属要求，控制人工的水分·营养补充是可能的。	4	3	2	1
12) 如果是医疗(照护)人员与家属充分商量的结果，控制人工的水分·营养补充是不会被追究法律责任的。	4	3	2	1

根据您的经验回答以下问题

4-1 在过去 1 年间，由于痴呆引起的摄食障碍而需要选择营养方法的有多少例？
()例

↓

其中，特别是患者处于痴呆重度/终末期的有多少例？ ()例

4-2 在选择营养方法的过程中，为了与医疗护理方法达成一致，在过去 1 年间有发生过问题或感到矛盾的场合吗？请问是什么内容？。
(有 · 没有)

4-3 在选择**重度/终末期**痴呆老人的营养方法时，您认为优先考虑什么内容？另外，如果有判断标准或书面内容，请附上。

4-4 关于痴呆老人的营养方法的选择，与其家属商量时有感到过困难的时候吗？
(有 · 没有)

4-5 关于痴呆老人的营养方法的选择，支援家属做决定的专业人员（职种）是哪些？是如何进行的？

4-6 关于痴呆老人的营养方法的选择，对于确认患者本人的想法，您有感到过困难吗？
(是 · 没有)

4-7 关于痴呆老人的营养方法的选择，对于确认患者本人的想法感到困难时您是怎么做的？

4-8 在痴呆轻度阶段，对痴呆老人在**终末期**的营养方法等治疗方法方面的自我抉择进行过支援吗？是如何进行的？

4-9 您认为有必要建立关于痴呆不同程度（阶段）时期**终末期**营养方法的自我抉择的相关指南或流程等吗？*有相关指南的也请在您认为合适的项目上画圈○。
(非常必要 · 基本上必要 · 基本上没有必要 · 完全没有必要)

↓

回答必要者，您认为主要在哪个阶段必要？。
(轻度 · 中等度 · 重度/终末期)

4-10 关于痴呆老人的终末期营养方法和自我抉择，如果您有什么建议请写在下面。

案例分析

5 下面的案例是有关阿尔茨海默病型痴呆老人（**重度/终末期·中度**）的情况。对于与本案例相似的情况，平常您是如何处理的？请根据您的经验回答以下问题。

案例1(痴呆重度/终末期)

A 患者(80岁, 女性)

- 疾病:阿尔茨海默病型痴呆(重度/终末期) MMSE(不能进行)
- 有反复误吸性肺炎的既往史, 未见其它疾病和并发症。
- 与患者本人交流沟通困难, 卧床不起、饮食、排泄、移动、更衣、清洁等需要全部护理。
- 吞咽功能低下、饮水困难。不见摄食与吞咽的自主动作。现在进行着外周静脉输液。
- 语言治疗师(ST)进行了吞咽康复训练, 但未见改善。
- 关于人工的水分·营养补充法, 未能在事前与A患者进行确认。
- 其丈夫在5年前去世, 其他家属的意向也不明。

5-1 作为专家, 您认为A患者的人工的水分·营养补充方法应该首选哪种?

1. 继续进行外周静脉输液, 顺其自然
2. 胃造瘘法
3. 鼻饲法
4. 什么都不做, 顺其自然
5. 其他(_____)

5-2 在贵国, 像A患者的案例, 实际上以下哪种方法用得最多?

1. 继续进行外周静脉输液, 顺其自然
2. 胃造瘘法
3. 鼻饲法
4. 什么都不做, 顺其自然
5. 其他(_____)

5-3 像这样重症/终末期的痴呆老人营养方法的选择, 通常主要由谁进行? 请在您认为的所有的人员上画圈○。

(医师、护士、营养师、照护人员、药剂师、家属、患者本人、其他
(_____))

5-4 像这样重症/终末期的痴呆老人营养方法的选择, 您认为是在患者和家属认可的基础上实施的吗? 请在您认为是的所有项目上画圈○。

1. 得到患者的认可
2. 得到家属的认可
3. 没有得到患者的认可
4. 没有得到家属的认可
5. 其他

(_____)

5-5 像这样重症/终末期的痴呆老人营养方法的选择, 抉择困难主要是什么时候? 请描述具体的事例。

5-6 如果站在 A 患者的立场，哪项将成为您首要选项？

1. 继续进行外周静脉输液，顺其自然
2. 胃造瘘法
3. 鼻饲法
4. 什么都不做，顺其自然
5. 其他(_____)

案例 2(中度痴呆)

B 患者(80 岁, 女性)

·**疾患:**混合型痴呆(阿尔茨海默病型痴呆(中度)+血管性痴呆)

MMSE(11 分):地点、物品名称, 能够听从提示。

- 饮食、排泄、移动、更衣、清洁等需要部分协助可自理。
- 反复发生误吸性肺炎, 现在已经改善。
- 吞咽功能低下、饮水困难。现在进行着外周静脉输液。仍然有误吸的可能性存在。
- 语言治疗师(ST)进行了吞咽康复训练, 但未见改善。
- 未见其它疾病和并发症。
- 患者本人的理解力低下, 但是对话和部分意思能够确认。
- 关于人工的水分·营养补充法, 未能在事前与 B 患者进行确认。
- 其丈夫在 5 年前去世, 其他家属的意向也不明。

6-1 作为专家, 您认为 B 患者的人工的水分·营养补充方法应该首选哪种?

1. 继续进行外周静脉输液, 顺其自然
2. 胃造瘘法
3. 鼻饲法
4. 什么都不做, 顺其自然
5. 其他(_____)

6-2 在选择有吞咽困难的中度痴呆老人今后的营养方式时, 您优先考虑的内容是什么? 另外, 如果有判断标准或书面内容, 请附上。

6-3 在贵国, 像 A 患者的案例, 实际上以下哪种方法用得最多?

1. 继续进行外周静脉输液, 顺其自然
2. 胃造瘘法
3. 鼻饲法
4. 什么都不做, 顺其自然
5. 根据本人意思决定
6. 其他(_____)

6-4 像 B 患者这样的中度痴呆老人, 对于营养方法的选择, 通常主要由谁进行? 请在您认为的所有的人员上画圈○。

(医师、护士、营养师、照护人员、药剂师、家属、患者本人、其他
(_____))

6-5 像这样的中度痴呆老人营养方法的选择, 您认为是在患者和家属认可的基础上实施的吗? 请在您认为的所有项目上画圈○。

1. 得到患者的认可
2. 得到家属的认可
3. 没有得到患者的认可
4. 没有得到家属的认可

5. 其他

()

6-6 对于这样的中度痴呆老人在选择营养方法时、抉择困难主要是什么时候？请描述具体的事例。

6-7如果站在 A 患者的立场，哪项将成为您首要选项？

- 1. 继续进行外周静脉输液，顺其自然
- 2. 胃造瘘法
- 3. 鼻饲法
- 4. 什么都不做，顺其自然
- 5. 其他(_____)

关于如何选择痴呆老人营养方式，请写下您其他的宝贵建议。

感谢您的支持！

访谈提纲（引用痴呆患者护理国际比较的相关研究第 236 页）

1. 痴呆患者在不能自主进食水时，护理人员应该怎么做？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
2. 在不能确定本人的意思时，医疗决定取决于谁？应该怎样进行治疗和护理？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
3. 在决策过程中，老人的代言人（法定代理人）有什么作用？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
4. 当意见有冲突，意见不能被认同时，应该怎么做？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
5. 不进行治疗和什么也不做之间有什么区别？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
6. 尊重痴呆老人的意思是否是好的？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
7. 对于静脉注射及输液有什么看法？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？
8. 没有管喂（肠内营养）等营养供给与停止治疗之间有什么区别？如果是处于重度/终末期以及中度程度时，处置方式有什么不同？