

事例報告

レビー小体型認知症患者の
アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援
— 疾患特性を踏まえた患者本人との対話から —

Advance care planning and decision-making support for patients with
Lewy body dementia: Analysis of medical workers-patient dialogue based
on disease characteristics.

齋藤朝子¹⁾、小林良太²⁾、櫻井耕²⁾、鈴木昭仁²⁾、工藤幸子¹⁾
Tomoko Saito¹⁾, Ryota Kobayashi²⁾, Osamu Sakurai²⁾,
Akihito Suzuki²⁾, Sachiko Kudo¹⁾

要旨

DLB患者本人とACPおよび意思決定を行った事例から、疾患特性を踏まえた効果的な介入について考察した。その結果、i) 認知機能の変動を踏まえ、覚醒度がよく注意が維持されるタイミングで対話を行う、ii) 残存するエピソード記憶や認知機能を最大限に活用し、患者の嗜好や価値観を対話によって引き出す、iii) 対話中に覚醒度の低下や注意低下を認めたら途中で切り上げる、iv) 人物誤認に留意しながら患者にACPの対話相手として認識してもらう、v) 抑うつ出現に注意し、意思決定への影響を確認する、vi) パーキンソン症状等の身体症状の出現に備え早期にACPを開始し、症状出現時に医療に係る話題に触れ意思決定につなげる、の6点がDLB患者の疾患特性を踏まえた効果的な介入であると考えられた。DLBの疾患特性を踏まえ患者本人とACPを行うことは、患者の自律性と意思を尊重した意思決定につながり、より良い終末期の医療ケアを提供する上で意義がある可能性が示唆された。

キーワード：レビー小体型認知症、アドバンス・ケア・プランニング、意思決定支援、
パーキンソン症状、身寄りがない

1) 山形大学医学部附属病院看護部

2) 山形大学医学部精神医学講座

受領日：2022年12月8日

採択日：2023年1月4日

英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

責任著者：齋藤朝子

山形大学医学部附属病院看護部

〒990-2332 山形大学医学部附属病院看護部

電話番号：023-633-1122

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング (Advance care planning; ACP) は「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義され¹⁾、認知症患者においてもその重要性が高まっている。近年、認知症患者の意思決定において、認知機能に応じた対話を用いて患者の価値観や嗜好を引き出しながら、日常生活・社会生活における意思形成・表明・実行支援を行う手法が広がってきている^{2,3)}。一般的に、認知症の進行にともなう認知機能と身体機能の重症度は一致し³⁾、認知症の初期や中期では、患者とその家族は、認知機能障害や精神症状などに戸惑い、将来のことを話し合う余裕がない^{3,4)}。認知症の病状進行の不確実性もあり、医療者側も課題を先送りするうちに、身体機能が衰弱・悪化し、終末期には患者本人の意思確認ができなくなる⁴⁾。そのため、患者本人と終末期医療について話し合った研究報告は少ない^{4,5)}。また、認知症における緩和ケアの必要性が高まっており、認知症の種類や病期を踏まえたACPが求められている^{4,6)}、具体的な実践報告は見受けられない。

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies; DLB) は、認知機能や精神的疾患特徴として幻視や妄想、抑うつ、覚醒度や注意の変動があるが^{5,7)}、アルツハイマー型認知症に比べエピソード記憶が保たれるため⁷⁾、現在の病状を理解し意思を言語化できる可能性がある。さらにDLBの身体的疾患特性としてパーキンソン症状や自律神経障害があり⁷⁾、日常生活動作能力低下により介護度が高くなり、他の認知症と比べて予後が短い^{8,9)}。そのためDLB患者においては、身体的介護にともなう療養先、身体的に重症化した際にどのような積極的治療や延命治療を行うかなど、他の認知症より終末期の医療ケアに係る意思決定が早期から必要になると考えられる。

今回われわれは、DLBの疾患特性である幻視や妄想、抑うつ、認知機能の変動に加えて、早期からパーキンソン症状による嚥下障害が顕著に表れた患者について、身寄りがないゆえに、ACPと終末期の医療ケアに関する意思決定を患者本人

と行った事例を経験した。本報告では、事例におけるACPの介入のタイミングや回数、臨床症状および患者との対話内容、意思決定の経過をもとに、DLB患者との疾患特性を踏まえた効果的なACPと意思決定支援を考察する。

対象と方法

1. 症例の概要

患者A (以下A) は、60代後半の未婚女性、教育歴18年、医療専門職の職歴があった。Aが50代のときに、同居していた父母が病死し、身寄りがなくなった。Aは、複数の身体疾患(慢性心不全、慢性腎不全など)を罹患し、定年より早く退職して生活保護を受給し、(X-2)年より身体機能の低下から介護ヘルパーを利用していた。X年9月、生活保護担当の行政ケースワーカーによく似た男性が家に来て嫌がらせをされたと、カプグラ症状(対象人物が偽物に入れ替わっているという人物誤認^{9,10)})および被害妄想で警察署に駆け込んだことを機に、ショートステイを利用開始した。施設入所や後見人制度の導入などが検討されていたが、X年11月、ショートステイ内で転倒し、大腿骨頸部骨折のためB病院で手術を受けた。術後せん妄を併発し、幻視や妄想、興奮などが著しく一般病棟では管理困難であり、身体疾患が複数あることから、X年12月に総合病院である当院精神科病棟に転院となった。転院後もしばらくせん妄が続いたが、画像検査の結果および繰り返す幻視や注意障害、覚醒度の変動、易転倒性から、DLBと診断された。

2. 倫理的配慮

患者は既に死亡し、身寄りがないため、研究同意取得は不可能であった。本報告は国の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に則り、個人情報に配慮し一部情報を改変し、故人の尊厳への配慮に努めた。本報告は、山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(承認番号2022-S-23)。

3. 方法

1) 用語の定義

国内におけるACPのコンセンサスやアウトカム指標は十分明確になっていない¹⁾。本報告では先行文献¹⁻³⁾を踏まえ、ACPを「患者の認知機能に応じた対話により、将来の医療ケアに関する患者自身の価値観や嗜好を引き出し、実際の医療ケアに係る意思決定および医療ケアにその情報を反映させる意図的な試み」とし、将来の医療ケアに係る価値観や嗜好が明確に表明された場合、「有効なACP」と評価した。また、意思決定支援を「患者に将来の医療ケアに係る選択肢を提示し、意思を形成・表明・決定できるよう最大限支援し、表明された意思が実現できるよう実行支援すること」とした。

2) 介入方法

DLBの疾患特性である覚醒度と認知機能の変動を考慮し、患者の理解が良好な時間を見計らい、将来の療養や医療に係るACPと意思決定支援を患者本人と行った。ACPは同一看護師(著者ST)が対話を用いて行い、その際の精神症状などを詳細に記録に残した。医療に係る意思決定支援は、身体症状の出現・悪化のタイ

ミングで医師(著者SO)と看護師(著者ST)とで患者の理解度を確認しながら行った。患者と行った意思決定を踏まえ、医師、看護師、病棟看護スタッフ、看護補助者、精神保健福祉士、理学療法士などで、各種ガイドライン¹²⁻¹⁴⁾を活用しながら意思決定の妥当性を確認し、医療ケアを実施した。

3) 検証方法

本事例で行ったACPと意思決定支援について、介入の時期・タイミング・回数、患者との実際の対話内容を、診療・看護記録から抽出し、DLB患者の疾患特性を踏まえ効果的であったと考えられた介入方法を考察した。

結果

Aの認知・身体機能の経過およびACPと医療に係る意思決定支援を行ったタイミングを模式図(図1)に示す。また、ACPと意思決定支援の実際の対話と考察から抜粋した記録を表1に示す。同一の看護師による意図的な対話は13回、そのうち、将来の療養や医療ケアに係る価値観や嗜好、意思が表出され有効なACPと評価できたのは7回であった。入院後0か月では、せん妄、幻覚妄

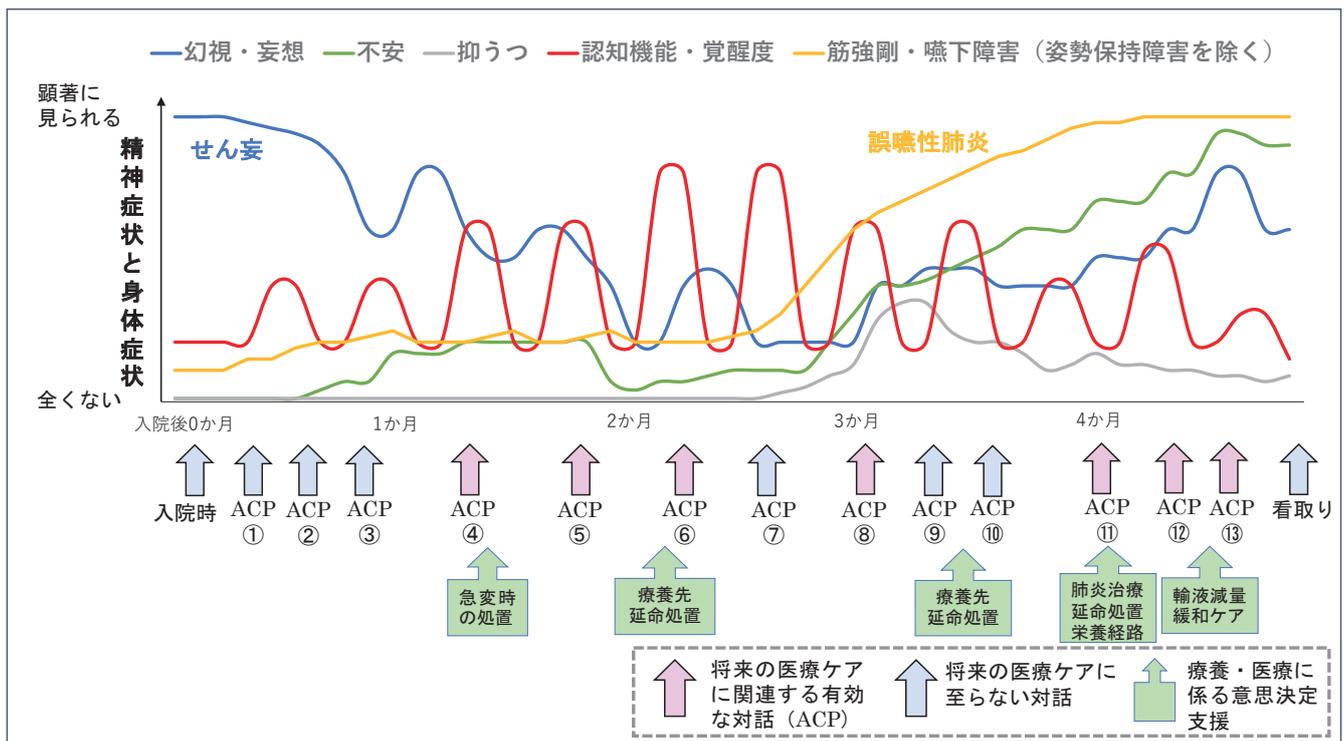


図1 Aの認知・身体機能の経過とACP・意思決定支援のタイミング模式図

想、注意力の低下から対話が成立せず、有効な ACPにはならなかった(ACP①②③)。入院後1か月、せん妄が改善すると、Aは対話相手として看護師を認識し、覚醒度が高いタイミングでは、自らの身体症状や将来の不安を語った(ACP④⑤⑥)。またこの時期に療養先や急変時の処置などの医療に係る意思決定が行われた。覚醒度が良く対話を開始したものの、ACPの内容以外に注意

が逸れてしまい(注意の変動)、対話を切り上げたこともあったが(ACP⑦)、注意が維持できるタイミングでは、理解力が良好で持続した対話が可能であった(ACP⑧)。入院後3か月、パーキンソン症状の進行による疲労感や、抑うつ、覚醒度の低下から対話が続かなかつたが(ACP⑨⑩)、覚醒度がよい状態を見計らい療養先や延命処置に関する意思決定が行われた。入院後4か月、筋強

表1 Aと医療者(主治医; Dr、看護師; Ns)との対話内容およびACP、意思決定支援の考察

	対話内容 ※ () は対話前後の患者の様子	ACP、意思決定支援の考察
入院後 0か月 後半 ACP③	(訪室すると、看護師の顔をみてニコニコするがせわしなく手を動かしている) A: あら、奥さん、いつもどうもね。あんたご飯食べて行きなさいよ。 Ns: (中略) 体調がよくなったら今後について色々相談していきましょう。心配なことはありますか? A: あーここだね。××さんに頼んであるから大丈夫。ねえ、奥さん(窓の外を向く)。	看護師を少しずつ認識しているが、誤認なのか不明。機嫌はよいが、せん妄が残存し見当識障害、幻視に伴う妄想、注意の変動が激しく対話が続かない。
入院後 1か月 前半 ACP④	(訪室すると、座位でテレビを見ている。同意を得てテレビの音量を下げて側に座り、本日の出来事など尋ね、覚醒度が良いことを確認) Ns: (中略) 治療とか一通り終わったら、その後どうしていくか相談していきましょう。 A: そうなの、私それを心配していた。もうお家もないしね、どうしたらいいかと思っていた。親も亡くなったし。病気が悪くなったときに、しこたま治療するのどうかなと思って。 Ns: そこまで考えてらっしゃったのですね。 A: じゃあ、明日さっさと家まで乗せていってもらえる? ××の… (会話の途中で、突然、見当識障害を認める返答がかえってきたため、家に行きたい理由など尋ねながらも対話を切り上げる)。	せん妄消失し、認知機能の変動と幻視が主体となり、疎通が良好なタイミングで対話を行っている。MMSEは19点、軽度の健忘や見当識障害、注意障害を認め、GDSは0点。注意が向けられるよう工夫して対話をはじめ、短時間ではあるが将来の療養に係る対話が成立している。
入院後 1か月 前半 意思決定/ 急変時処置	(今日の体調などを尋ね、疎通が良いことを確認) Dr: もし今後の自分自身の身に何か起きた時のことは考えていますか?例えば急に心臓が止まるとか。そうしたときにどのような医療を受けたいか。 A: 延命はして欲しくない。その様な時はそれが寿命だと思っています。 Dr: そう考えているわけですね。こうしたことは別の医療者や私からも、別の機会に話を聞かせてもらうかもしれません。 A: はい。先生、ところでこの旅館を抜けるためにはいくら必要ですか? (話し合い終了)	覚醒度が良いタイミングで、急変時の対応について尋ね、延命を希望しない意思があることが確認されている。対話の後半には注意が途切れ、見当識障害を認め、話し合いを終了している。
入院後 2か月 前半 ACP⑥	(療養先について医師、看護師、行政ケースワーカー、友人Dさんと話し合いを行い、施設入所・後見人制度申請を決定。夕方に訪問するとベッドでテレビを見ている) Ns: 今日の話し合いはどうでした? Dさん喜んでらっしゃいましたよ。 A: 久しぶりにDちゃんと話せてよかった。私元々素直じゃなくて、気持ち伝えるのが下手だったんだと思うけど、今は言えるようになったのよ。 Ns: 施設の話はどうでした? A: 施設は前も見学に行って、静かでいい所だったけど、雰囲気合わないかなって思って。住んでいた所に近い施設がいいなって伝えたの。 Ns: 後見人の申請をすることになりましたね。 A: 全部お任せできるしね、お願いしたの。あとは骨になるだけだけだね (肩をすくめて笑う)。	療養先の話し合いの後に、行政ケースワーカー、友人Dに感謝の言葉を伝え、施設入所や後見人制度の理解を示している。対話により、終末期の療養の嗜好が引き出されている。
入院後 3か月 ACP⑧	(看護補助者から「今日のはっきりして調子いいみたい。お話ししたいって待っているよ」と情報があり夕方に訪室。看護師を見て笑顔を見せ、今日の出来事など一通り話し、覚醒度、疎通が非常によい) A: 忙しいところにごめんね。今後何を心の拠り所とするか。残りの人生をどのように終わらせるか。そういうことを相談しようと思っていたの。 Ns: 施設入所とか、最後のお身体のこと話し合いましたね。色々不安になりましたか?誰かに相談したいですか? A: 他の人にはそこまで話してなかったの。むしろ、ここでそういうことも話してみたいな、根源的なことなだけで、話していかないと、いい最期を迎えられないんじゃないかと思って。 Ns: 人生の後悔とかありますか?死への不安とかですか? A: 後悔もあるね...人間関係とか...でも、それで落ち込むとかじゃないのよ。色々考えている。100%の人生じゃなくても、まあまあだったなって思って死にたいの。そういうのをこうやって笑顔で話せるのがいいなって思っているの。	覚醒度が良いタイミングで医療ケアチームで捉え介入できている。Aが、看護師をACPの対話相手として認識している発言が認められる。対話により、終末期の過ごし方について価値観が引き出されている。
入院後 3か月 前半 ACP⑨	(訪室すると臥床しているが、看護師の顔をみるとゆっくり起き上がる) A: 今日のリハビリは神経痛がひどくて帰ってきてしまいました。身体が思うように動かなくて、それで何となく元気がでないという落ち込む感じ。でもお話できたのは嬉しいです。 Ns: 身体が動かなくて辛いですね。私たちがお手伝いしますよ。少し頭がぼんやりしたり、あれ?ということはありますか? A: 自分としては大丈夫だと思うんだけど...自分の勉強もしなきゃでしよ...何だったかな...ほら...仕事の... (ぼんやりとした表情で、口調もゆっくりで言葉がでてこない)。	Aは、自発性の低下や動作緩慢を自覚し不安を語っているが、健忘の進行、覚醒度の低下により、将来の医療ケアに関する話題に至っていない。

MMSE : Mini-Mental State Examination

	対話内容 ※ () は対話前後の患者の様子	ACP、意思決定支援の考察
入院後 3か月 中期 意思決定/ 療養先・ 延命処置	(覚醒が持続せず日中のほとんどを寝て過ごす。中でも覚醒度が良いタイミングを捉え面談室に車椅子で移動) Dr: 最近身体が動きにくいのかを感じますか? 今後施設に入って、定期的に輸血に通うことなどを話していましたが、移動ができない場合は、輸血に通うのが大変になりますね。輸血ができない場合についてどう考えますか? A: そのときは来るかもしれないけど、致し方ない。 Ns: さらに先のことだけれど、施設に入って、何か医療的な治療が必要となるときに、病院に行きたくないって人もいるし、出来る限り処置をして欲しいという人もいるけど、どうですか? A: そこまではなくていい。 Ns: 最善のことはできないかもしれないけれど、これだけは嫌ということはないか? A: 痛い治療、苦しいのはしたくないかな。 Ns: こういった話をするのは辛いですか? A: こういふことを話せるのはありがたいです。身体が動かなくて、腕があがらないし、首も痛い。この頃咽るようになったの。 Ns: 辛いですね。肺炎になったら大変だから気を付けていきましょうね。 A: 誤嚥性肺炎だね… (ぼんやりした表情で覚醒度が低下し、面談終了)	覚醒度が低下しているが、Aが身体機能の低下を認識しているタイミングを捉え、意思決定の場を設定している。GDSは8点だが希死念慮等は認められず、意思決定内容への影響は低いと考えられる。Aは、医師の説明内容を十分理解し、意思表明をしている。対話の最後の方には覚醒度が低下し、対話終了としている。
入院後 4か月 ACP①	(自分で起き上がることはできず、顔を天井に向けたまま、声をかけると看護師の名前を呼ぶ) A: 身体動かせなくなっちゃった。口も震えて。お話ししたくても動かないの。 Ns: (中略) 肺炎の治療で辛いね…口から食べられなくて、お鼻から管を入れて栄養とか薬を入れる、とか言われたら辛いかな。 A: それは嫌。 Ns: 胃ろうとかかって聞いたことある? A: 胃ろう。わかる。絶対嫌。 (会話が途切れ、マッサージをしながら安楽な体位を整えたと眠り始める)	誤嚥性肺炎や筋強剛など身体症状が悪化し、覚醒している時間がさらに短く、せん妄も出現しているが、看護師のことは認識し、短時間ではあるが対話は成立している。本人の身体症状悪化への自覚に伴い、今後の医療処置についての話題に触れており、理解度や希望が確認されている。
入院後 4か月 意思決定/ 肺炎治療・ 延命処置・ 栄養経路	(眠っているところに医師、看護師とで訪室。声がけに開眼する。仮面様表情でゆっくり話す) Dr: 今は肺炎でとくに苦しい状態になっていると思いますが、原因はレビー小体型認知症の進行で、嚥下が悪くなっているからではないかと考えています。 A: そうですか? Dr: 嚥下状態が改善しない場合は、前にもお話した、胃ろう、鼻からチューブを入れて栄養や薬を摂取する、肺炎で呼吸ができない場合は人工呼吸器をつける、という選択肢があります。 A: そういうのはしたくないです。 Dr: 今、食事がとれないので点滴を入れていますが、そういった水分を身体に入れていることで苦しくなることがあって、痰を減らすために水分量を減らすという方法もあります。これは身体の状態を悪くしてしまう可能性もありますが、苦しいのを少なくする場合もあります。これについては、どのように考えますか? A: 苦しくないようにして下さい。 Ns: 先生のお話で、わからないことはありますか? A: 大丈夫。苦痛がないようにして下さい。	筋強剛と体動困難や嚥下障害、誤嚥性肺炎による痰貯留が認められ、さらに身体状態は悪化している。一方で、医師と看護師の医療処置の説明に理解を示す発言があり、明確に意思表示している。多職種で医学的および倫理的に積極的治療や延命処置は控え、今後は苦痛緩和を図ることの妥当性が検討される。本人が求める苦痛緩和のための薬剤調整や、理学療法士による拘縮予防やマッサージを中心としたリハビリ、褥瘡予防などの医療ケア計画が立てられる。
入院後 4か月 中期 ACP②	(ベッドで眠っているが、声がけし軽く触ると開眼する) Ns: 体調はどうですか? お薬きいたかな。 A: 頭痛が良くなった。身体が固くなる…今日マッサージしてもらった (事実)。今日は宅急便が届くと思うんだ… (妄想) Ns: 困っていることは? A: あなたと会えないこと。口が乾くこと。 Ns: 何か食べたいものはありますか? A: リンゴのシャーベット。アイスだと咽ると思う。シャーベットだと大丈夫かなって。リンゴのあの匂いが好きなの。	覚醒度が下がり、ほとんど眠って過ごし、せん妄や幻視による声だしなども認めるが、看護師をみると認識している様子で、短時間の対話が成立し、希望を述べている。患者がACPで希望した苦痛緩和のための医療ケアが提供されている。
入院後 4か月 中期 意思決定/ 輸液減量・ 緩和ケア	(眠っており、DrとNsの声がけに開眼。唾液が多く口腔内持続吸引中) Dr: 今日、耳鼻科の先生に、飲み込みの検査してもらいましたが、唾液でさえも誤嚥してしまう状態で、今後、身体に必要な栄養を口から食べるのは難しいそうです。 A: 耳鼻科の先生もそう言っていました。 Dr: 今も唾液が溢れてくる状態なので、以前もお伝えしたように水分量を減らすことを考えています。 A: わかりました。 Dr: 何かお楽しみ程度に口に入れることは許可します。身体の苦しさがなるべく少なくなるよう調整していきましょう。 A: ありがとうございます。	耳鼻科で嚥下評価を行い、不可逆的な嚥下障害と診断される。覚醒度は低いが、耳鼻科の検査内容を理解した発言がある。ACPおよび意思決定の内容を踏まえ、輸液減量、コンフォートフィーディングなどの医療ケア計画がされている。
入院後 4か月 後半 ACP③	(ほぼ眠って過ごし、時折「お母さん」など声を出す。声をかけると、看護師の名前を呼ぶ) Ns: リンゴゼリー買ってきましたよ。凍らせてみたの。ちょっと飲んでみる? A: 飲み込むのが怖いね (とおいながら口に含む)。無理みたい (介助でティッシュに出す)。久しぶりに味がするもの食べた。リンゴのいい匂いだね。 …個室に入ったから寂しい。音楽が聴きたい。静かな音楽がいいな。…父も母も6、7年前に亡くなって、お葬式してもらって、私の番が来たんだね。父母が亡くなって頼る人がいなくて不安だった。今も不安で、何を頼りにしていいかわからない。私はお金もないし、人も誰もいない。 Ns: ずっと不安だったのですか? A: でも神様は必要となるときに必要な人を与えてくれるんだって。良くしてもらっている (看護師の手を強く握り続ける)。 Ns: 私たちがいますよ。最後まで、見守らせて頂きますよ。 (しばらく側についていると、眠り始める)	終末期に伴う全身衰弱を認め、ほとんど眠っており、せん妄を認める。短時間の覚醒したタイミングでは、看護師を認識し、希望したコンフォートフィーディングが試みられている。途切れ途切れに人生の最終段階の不安や死を意識しているような内容が語られている。この後死亡までの数日間、ACPで希望した施設での療養が叶わない代わりに、身体的苦痛の緩和を図り、地元の写真を掲示して音楽を流しながら、覚醒度が良いときは看護師が側に居られるようするなど、患者の価値観や嗜好を反映した心理的ケアが行われていた。

剛、嚥下障害を認め、誤嚥性肺炎の併発により全身状態が悪化し、覚醒度の低下やせん妄、不安の増強を認めた。しかし、タイミングによっては短時間のACPは可能であり(ACP⑪⑫⑬)、終末期の医療ケアに係る意思決定でも、医師の説明内容を十分に理解し、治療方針(肺炎治療・延命治療・輸液減量・緩和ケア)に対する明確な意思表示をした。表明された意思をもとに、多職種で意思決定内容の妥当性と治療ケア方針を検討し、患者の希望にそった終末期ケアが実施されていた。

考察

1. ACPと意思決定支援におけるDLBの疾患特性を踏まえた効果的な介入方法

成本⁶⁾はDLB患者とのACPにおける留意点として、状態の変動性について述べているが、本事例を通じた考察から、より具体的なACPの留意点が明確になった。DLBにおいて、注意や覚醒度などの認知機能の著明な変動は中核的特徴であり^{5,7)}、本事例でも、覚醒度が良い時と悪い時では、会話の成立や語られる内容が明らかに違い、注意の持続性なども日によってさまざまであった。本事例の結果から、認知機能の変動を踏まえ、覚醒度がよく注意が維持されるタイミングと環境で対話を行うこと、残存するエピソード記憶や認知機能を最大限に活用し、患者の嗜好や価値観を対話によって引き出すことが重要であるとわかった。さらに、意図したACPの13回のうち7回が有効であったことから、対話の途中で認知機能の変動が起きることに留意し、繰り返しACPを試みて患者の注意が向く話題を取り上げること、患者に将来の医療ケアに関する対話相手と認識してもらうことも重要であると考えられた。なお、本事例では人物誤認が発病のきっかけとなっていたこともあり、経過では看護師に対する人物誤認は認められなかったが、DLB患者とのACPにおける対話では、疾患特性である人物誤認や妄想の出現も念頭に置く必要性が考えられた。また、病識があるDLB患者本人と将来の医療ケアについて話し合うことは、身体症状の悪化や死についての話題を取り扱う必要があり、患者の不安増強や抑うつを招き、意思決定の選択内容

に影響する可能性が懸念された。本事例でも、経過の中でDLBの疾患特性の一つである抑うつ⁶⁾が出現したが、Geriatric Depression Scale-15日本版では8点で罪業感や希死念慮は認めず、抑うつが意思決定内容に影響をおよぼした可能性は低いと考えた。Aは意思決定(療養先、延命処置)場面で「こういうことを話せるのはありがたいです」と語り、患者本人との意思決定が継続されたが、DLB患者との意思決定において抑うつの出現や悪化に十分留意する必要がある。

DLBの身体的疾患特性としてパーキンソン症状があり、本事例では、筋強剛や嚥下障害を患者自身が自覚し言語化したタイミングで、ACPでの対話の中で話題に触れ、患者本人と終末期の医療ケアに係る意思決定につなげていた。患者が症状を自覚したタイミングは、今後の医療ケアへの関心が高く注意が集中しやすいため、ACP介入のタイミングとして重要であると考えられた。

以上から、DLB患者の疾患特性を踏まえたACPと意思決定支援で効果的な介入として、i) 認知機能の変動を踏まえ、覚醒度がよく注意が維持される環境とタイミングで対話を行う、ii) 残存するエピソード記憶や認知機能を最大限に活用し、患者の嗜好や価値観を対話によって引き出す、iii) 対話中に覚醒度の変動や注意低下を認めたら途中で切り上げる、iv) 人物誤認に留意しながら患者にACPの対話相手として認識してもらう、v) 抑うつの出現に十分留意し、意思決定への影響を確認する、vi) パーキンソン症状等の身体症状の出現に備え早期からACPを開始し、症状出現時に医療ケアに係る話題に触れて意思決定につなげる、の6点が挙げられた。

2. DLB患者の疾患特性を活かしたACPと意思決定支援の意義

DLBにおける疾患修飾療法は現時点ではなく⁹⁾、出現する症状は多彩であり、病状進行の時期や重症度も事例によって異なるため、個別に合った症状マネジメントや医療ケアを選択する必要があると考えられる。一方で、DLB患者の生命予後について、患者や家族における認知度は低く⁹⁾、終末期ケアについて患者や家族と医療者が有益な話し合いが行われている割合は低い^{4,5,9)}。そのた

め、終末期に患者の意向を確認することができず、家族などの代理意思決定者や支援者に葛藤や後悔、苦悩や重責といった心情を生じさせる可能性がある¹⁵⁾。

本事例患者は、複数の身体合併症をもち、60代という年齢、高学歴で元医療者、両親の介護経験などの要因がACPの促進要因¹⁶⁾として関連した可能性がある。しかし、DLB患者は他の認知症と比較して認知機能が保たれることがあるため⁷⁾、認知症を発症していても、患者本人とACPを行うことができる可能性が示唆された。また、本事例では早期からパーキンソニズムが出現したが、人工栄養経路や肺炎治療にともなう延命処置など、患者本人とACPを行い意思確認できたことは、認知症患者の意向を尊重し自律性と尊厳を守るために意義があったと思われる。そして、本報告で示したような疾患特性を活かした対話の手法を患者の家族に紹介することで、DLB患者と家族の終末期ケアに関する対話が成立しやすく、よりよい意思決定や緩和ケア、家族支援につながるかもしれない。なお本事例では、筋強剛や嚥下障害が出たタイミングでACPの対話で医療ケアの話題に触れ、医療に係る意思決定につながったが、今後はDLBの診断の段階で、患者や家族に疾患特性と予後について説明し、より早期からのACPを行う取り組みとその効果検証が必要であると考える。

近年、認知症患者の緩和ケアの重要性が高まっており⁴⁾、国内でも末期認知症高齢者の肺炎の苦痛緩和の必要性が報告されているが¹⁷⁾、末期認知症患者は自らの苦痛や程度を言葉で伝えることが困難であるとされる^{3,17)}。DLB患者は、疾患特性であるパーキンソニズムや自律神経障害などによりさまざまな身体的苦痛が生じ、誤嚥性肺炎のリスクも高く、早期からの緩和ケアが必要であると考えられる。そのため、本事例のように疾患特性を踏まえた対話を用いて病期の進行に合わせたACPを行うことで、患者本人から表出された具体的な身体的・精神的苦痛に対する、より個別性が高い緩和ケアを提供できる可能性がある。

本事例報告は急性期病院で行った短期介入であり、患者の人生の一部しかとらえていないこと、対話内容の解釈に著者の主観バイアスが入ること

から、一般化には課題がある。しかし、パーキンソン症状などは施設入所後に出現してくる症例もあるため¹⁸⁾、DLBの疾患特性を踏まえたACPの意義は、認知症ケアの従事者に広く共有されるべき課題である。

COI開示：なし

謝辞：本症例に関わった医療関係者、行政や地域支援者の皆さまに深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 一般社団法人 日本老年医学会：「ACP推進に関する提言」2019. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>. 2022.12.4アクセス.
- 2) 高紋子：認知症の人とケア提供者との対話の重要性. 認知症plus意思表明支援(長江弘子監修), pp18-24, 日本看護協会出版社, 2021.
- 3) 繁信和恵：「その人らしさ」を支えるということなぜ認知症の診断時から終末期ケアが必要なのか. 認知症plus終末期ケアとACP. pp2-6, 日本看護協会出版社, 2021.
- 4) Suzanne T, Siobhan F, Jonathan D, et al: Palliative care for older people with dementia—we need a paradigm shift in our approach. *Age and Ageing* 51(3): afac066, 2022. doi: 10.1093/ageing/afac066.
- 5) Armstrong MJ, Alliance S, Taylor A, et al: End-of-life experiences in dementia with Lewy bodies: Qualitative interviews with former caregivers. *PLoS ONE* 14(5): e0217039, 2019.
- 6) 成木迅：意思決定支援のプロセスにおける意思表明支援の重要性. 認知症plus意思表明支援(長江弘子監修), pp2-8, 日本看護協会出版社, 2021.
- 7) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1): 88-100, 2017. doi: 10.1212/WNL.0000000000004058.
- 8) Christoph M, Pinar S, Arvid R, et al: Survival time and differences between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease following diagnosis: A meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Review* 50: 72-80, 2019. doi: 10.1016/j.arr.2019.01.005.

- 9) Melissa JA: Advances in dementia with Lewy bodies. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* 14:17562864211057666, 2021. doi: 10.1177/1756286421105766.
- 10) 松田実: 患者さんと語り続けた40年: 認知症の人物誤認症状を考える. *高次脳機能研究* 40(3), 239-249, 2020.
- 11) 大濱 悦子、福井 小紀子: 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察. *Palliative Care Research* 14(4), 269-279, 2019.
- 12) 厚生労働省: 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>. 2022.12.4アクセス.
- 13) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>. 2022.12.4アクセス.
- 14) 日本老年医学会: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—. https://www.jpn-geriatricsoc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf. 2022.12.4アクセス.
- 15) 牧野公美子、杉澤秀博、白柳聡美、他: 日本における高齢者の終末期医療に関する家族による代理決定についての文献レビュー. *老年看護学* 23(1), 65-74, 2018.
- 16) 稲垣安沙、高野純子、野口麻衣子、他: 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実施状況と関連要因: 横断研究. *日本看護科学会誌* 40: 56-64, 2020. doi: 10.5630/jans.40.56
- 17) 平原佐斗司、山口泰弘、山中 崇、他: 末期認知症高齢者の肺炎の苦痛に関する系統的レビュー. *日本老年医学雑誌* 58(4): 610-616, 2021.
- 18) 井関栄三: レビー小体型認知症—臨床と病態—, pp26-27, 中外医学社, 2015.