

# Forum 2009

2009年 LPC国際フォーラム

---

## 高齢者の終末期における 緩和ケアの新しいアプローチ

New Paradigm of Palliative Care  
in the End of Life of the Elderly

財団法人ライフ・プランニング・センター

ing Center

# はじめに

道場 信孝

教育研究部最高顧問

## ■はじめに

財団法人ライフ・プランニング・センター (LPC) では1975年以来「医療と教育に関する国際セミナー」を開催してきましたが、1997年からはより小規模で身近な問題を議論する「国際フォーラム & ワークショップ」が行われています。今回は「高齢者の終末期における緩和ケアの新しいアプローチ」をテーマに、2009年7月4日・5日の両日、聖路加看護大学ホールにおいて開催いたしました。参加者は医師、看護師、医学・看護学教育関係者、介護士、PT・OT、マッサージ師、福祉関係者、学生など261名で多岐な分野にわたっており、社会的関心の高さがうかがわれました。

日野原重明理事長が2000年9月に新しい老人の生き方を主導する「新老人の会」を立ち上げて以来、LPC 健康教育サービスセンターでは高齢者の医療に関する啓蒙活動を展開してきました。今回は、わが国で差し迫った需要があり、そしてもっとも関心の高い高齢者の終末期（エンド・オブ・ライフ）におけるケアの問題を取り上げて、医療者が今後多くの困難に遭遇する中でしっかりとゴールを見据えながら問題の解決に取り組むことに役立つ教育活動の一環として、このフォーラムを企画しました。外国からはニューヨーク・マウントサイナイ医科大学マイヤー教授の推薦で国立緩和ケア研究所所長のシーン・R・モリソン医師とジェーン・モリス看護師のお二人の講師をお招きすることができました。また、国内からはケアタウン小平クリニック所長山崎章郎先生、そして青梅慶友病院の看護・介護開発室長桑田美代子先生に加わっていただきました。

## ■フォーラムのねらい

現在わが国において高齢者の医療が適切に行われていないことは衆目の一致するところですが、もっとも医療の現場で差し迫った課題は「誰を、

誰が、どこで、どのように看取るか」の問題であると思います。看取りは既にソクラテスの時代から論じられていたことですが、現代のわが国においては医学や看護の分野で十分な教育が行われていません。そのような意味から最も死に近接していて、最も多くの人たちの関心事である高齢者の臨死のケアについて共通の理解をもち、直面している問題の解決に対して方向性を示すことが必要と考えました。米国では高齢者のための保険制度であるメディケアを対象として緩和ケアが体系化して行われており、臨床のプラクティスの中でその有用性が広く認識されてきていますが、その先鞭をつけたのがマイヤー教授のグループです。

## ■フォーラムの構成と内容

まず、高齢化社会における緩和ケアの役割、重要性、将来へ向けての提言をモリソン先生に紹介していただきました。高齢者人口の増大は先進諸国においては共通の問題であり、緩和ケアの需要は確実に増えています。対象となる高齢者は血管性認知症、II型糖尿病、酸素依存性の慢性閉塞性肺疾患、心不全、変形性関節症、ADL障害による依存、頻回の入院などの健康障害を有する脆弱化が特徴ですが、がん患者と大きく異なる点はその終末が予測できないことです。がん患者では終末の徴候が現れればその死はおおよそ3カ月以内ですが、脆弱高齢者の場合には年余にわたることも少なくありません。しかし、終末期における両群の症状や徴候は驚くほどよく一致しています。そのことは両群での緩和ケアのあり方には基本的に大きな差はないのです。言い換えれば、高齢者の場合にはケアが不十分であればそれだけ苦痛が大きくなり、また、ケアギバーの負担も大きくなります。これらの重篤な疾患を有する患者とその家族の苦痛を和らげ、そして、QOLを高めることを目的とする多職種連携の専門的ケアである緩和ケアこそすべての適切なケアを同時に提供する有力

な対応策となるのです。

終末期高齢者に対する緩和ケアが最も強く求められる臨床状態の一つが認知症です。そこでこの問題についてまずモリス先生より「沈黙の中の苦痛：認知症患者のケアの改善」のタイトルで話題が提供されました。脆弱高齢者の多くが認知症患者であることから日常のケアの現場では多くの問題に遭遇します。モリス先生の話では症例を中心に通常ケアと緩和ケアの場合の結末に大きな相違の生じることが示されました。まず骨折や肺炎などの疾患に対する治療が両群でまったく異なり、同じ疾病でも認知症では苦痛に満ちた死亡が極端に多く、それが沈黙の中の苦痛なのです。このような苦痛を表現することができない対象者へどのようにアプローチして問題を解決するかについては確立された方法はありませんが、有用なガイドラインが示されています。すなわち、行動的、観察的の両手から苦痛を評価して苦痛の緩和を図ることです。それには依存的でコミュニケーションのとれない患者のケアに意義を見出すことが重要であって、これらをもとにチームケアをより効果的に行うプログラムの向上を目指して絶えず努力することが求められます。

次いで、「わが国のエンド・オブ・ライフの課題」については「高齢者施設の現場から」のタイトルで桑田美代子先生、そして「在宅医療の現場から」のタイトルで山崎章郎先生に講演していただきました。いずれも先進的な取り組みで、高齢者の緩和ケアを目指す人々には有用な方向性を示す内容であって、モリソン、モリス両先生からも賛意が示されました。

パネルディスカッションは「わが国における高齢者緩和ケアを成功させるために」のタイトルで行われましたが、それに先だってモリソン先生からは院内の、そして、モリス先生からはコミュニティでの緩和ケアモデルが示されました。その詳細は、LPCの機関紙『教育医療』(vol.35)に紹介されていますので、ご覧頂ければ幸いです。

第2日目は緩和ケアのより具体的な技術的アプローチとしてモリソン先生からは「疼痛と非疼痛症状のマネジメント」、モリス先生からは「臨死における患者と家族のケア」について講演がありました。いずれも臨床の現場ですぐに役立つ内容

であり、わが国においてもがん患者での経験があるので、理論性、具体性、実践性の上でコンセプトの整理と方向性の理解に役立ったと思われます。その他、モリソン先生から緩和ケアの研究に関する米国での現状が紹介されました。エビデンスベーストで科学的な研究方向が求められる中での困難な問題点が示されました。

また、今回のフォーラムではモリス先生が米国マッサージ療法の有資格者であったことから、講演、実技供覧、実習による特別なセッションを企画しました。マッサージはわが国でも広く行われていますが、系統的、理論的、実践的に教育される機会がないことから大変好評でありました。今回紹介されたマッサージは伸長反射を利用した緊張緩和とタッチによる心理・精神的効果を兼ね備えた手法であり、理解が容易で、だれにでもでき、患者や家族の教育にも有用であることが示されました。

なお、本誌にはテーマの理解に役立つと思われましたので、フォーラム当日、講演者に寄せられた参加者の質問とそれに対する講師の答えも収録いたしました。

## ■ 今後の課題

2005年度には高齢者の健康の維持・増進、そして2009年度は高齢者終末期の緩和ケアの問題を取り上げましたが、残された課題として高齢者医療のあり方を問い直す必要があります。医療のすべてがそうであるように、質の高い医療が適切な評価のもとに行われなければなりません。そこで2010年の国際フォーラムは「質の高い脆弱高齢者の医療を目指して」のタイトルで実施する予定です。

本誌は、2009年度の国際ワークショップ(2009.7.4-5、聖路加看護大学ホールで実施)を例年通り、日本語に訳して収載したものです。いずれの講師も多くの図表を用意してそれぞれのテーマにアプローチされましたが、全部を掲載するのは編集の都合上不可能なので、一部を除き割愛いたしました。なお、モリソン先生およびモリス先生の講演は、当日通訳を担当された(株)ディプロマットのスタッフによるものをもとにしたものであり、図表は道場先生に日本語訳をしていただきました。

# 未来へのプラン

## ——高齢化社会における需要への提言\*

シーン・モリソン\*\*

\* Planning for Our Future—Addressing the Needs of an Aging Society

\*\* R. Sean Morrison, MD

Director, National Palliative Care Research Center

Hermann Merkin Professor of Palliative Care

Professor, Geriatrics and Medicine

Vice-Chair for Research

Brookdale Department of Geriatrics & Adult Development Mount Sinai School of Medicine

### ● 高齢化社会の需要に対する ● 変化の必要性

#### 1. 高齢者の実情

米国においても、高齢化社会におけるニーズは日本とも共通しているものと思います。

米国でもそうですが、人間の平均寿命は飛躍的に延びています。紀元前3万年前から現在に至るまで人間の寿命はほとんど変わりませんでした。30歳から70歳まで生きられればいいほうだったのです。3万年間も寿命はその程度で止まっていたのですが、ここ100年くらいで飛躍的に延びました。

2009年の米国人の平均寿命は78歳です。どうして平均寿命がこのように延びてきたのでしょうか。抗生物質のおかげでしょうか、現代医学の進歩によるのでしょうか。実は衛生状態がよくなったからです。1800年代半ばに上水道と下水道を分けたところで、平均寿命が2倍に延びました。

さらに米国の例では65歳の生存者の平均死亡年齢は82歳（日本は男子83歳、女子88歳）、80歳の生存者の平均死亡年齢は88歳（同男子88歳、女子91歳）、85歳以上の人口は2030年までに2倍となり、9,000万人に達すると予測されています。

皆さんも普通であれば65歳までは生きられるでしょう。65歳まで生きられれば、大概是82歳まで生きられます。そして82歳まで生きれば、その半数の人たちは88歳まで生きられます。88歳まで生きることができれば4分の1強の人たちの平均寿命は90台半ばということになります。退職する年齢が65歳ということになりますと、それから20年間はまだまだ生産的な人生が送れるはずですよ。

私の祖父はニューヨークでビールの醸造に携わっていましたが、55歳で定年退職しました。その後15

年くらいは生きられるかと思ったのですが、今、85歳ですが、メイン州の別荘で悠々自適の生活をしています。ただし私たち子孫全員が祖父のよい遺伝子をもっているわけでもなく、正しい食事をしてるわけでもありませんし、運が悪ければ必ずしも祖父のように生き生きとはしてられないかもしれません。

一方、私の祖母はすでに亡くなりましたが、血管性認知症、II型糖尿病、そして肺疾患をわずらっていて、一日中酸素吸入が必要でした。心不全と変形性の関節症もあり、ADLはほかの人に頼らざるを得ませんでした。お風呂に入るのも着替えをするのも、また、ベッドから起きるのもすべて他の人に頼っていました。1年間に4度入退院を繰り返し、最後の入院は尿路感染症と肺炎によるものでした。米国では私の祖母のように老人施設ではなく地域社会、つまり家庭にいて日常生活を思うように送れない人が700万人もいますが、2040年にはそれが2,400万人になり、そのうち1,500万人は機能的障害ばかりでなく認知症ももつことになります。映画の主演であるスーパーマンですら、年をとってしまふと窓から飛び出す時には、「あれ、どこへ行くのだったかな?」と思わざるを得ないような状況になってしまうということです。その上、重篤な心不全や肺疾患、がんなどを抱えているとなるとどうなるのでしょうか。

表1は、イギリスのSealeとCartwrightの研究です。亡くなる前の1年から6カ月までの間、がんとその他の肺や心臓病など重篤な疾病を抱えている人の死因から、その症状を見たものです。疼痛や呼吸困難、吐き気や嘔吐、睡眠障害、食欲低下、褥瘡、失禁などの症状が出現しています。私たちはこのような症状をたいていは緩和することができますから、重篤な症状を抱えている人については看護師

表1 終末期における症状：がんと他の死因との比較

	がん	その他
疼痛	84%	67%
呼吸症状	47%	49%
悪心と嘔吐	51%	27%
睡眠障害	51%	36%
混迷	33%	38%
うつ	38%	36%
食欲不振	71%	38%
便秘	47%	32%
褥瘡	28%	14%
失禁	37%	33%

Seale & Cartwright, 1994

表2 米国アカデミック医療センター5施設における重症入院患者の症状負担（入院8-12日における中等度～重度の疼痛を有する患者について）

大腸がん	60%
肝不全	60%
肺がん	57%
終末期臓器不全+がん	53%
終末期臓器不全+敗血症	52%
慢性閉塞性肺疾患	44%
心不全	43%

Desbiens & Wu. JAGS 2000.

や医師等がチームで介入していかなければならないと思います。

## 2. 疼痛を訴える疾患

表2は、患者はどのような疾病で疼痛を訴えるかということをも米国の質の高い5つの施設でみたものです。9,000人の重篤な病気を抱えている入院8日目と12日目において中等度もしくは重度の疼痛を有する患者について調査したのですが、大腸がんや肝不全では60%が疼痛を訴えていますし、肺がんは57%、終末期臓器不全+がんは53%、終末期臓器不全+敗血症は52%、慢性閉塞性肺疾患44%、心不全43%というようになっています。43~60%の人が中等度と重度の疼痛を訴えています。また、集中治療を受けている重篤ながん患者は、34~75%の人たちが不快感、口渇、不眠、不安、痛み、飢餓感、うつ、呼吸困難などの症状を訴えています。

米国では、重症患者のケアは治療を受けている患者本人ばかりでなく、患者の家族にも影響を与えています。米国では2,500万人の患者の家族が1週間平均18時間を自分の仕事のほかに家族の看病に追われていることになります。そして、87%の人は誰かに手伝ってほしいと訴えており、33%の人は自分の健康状態さえも侵されていると訴えていますし、また深刻なうつ病や死などのリスクを抱えています。

表3 患者の家族に与える重篤な疾病のインパクト

必要とされる家族の大きなケアギビングの量	34%
家族の蓄えのほとんどの喪失	31%
主要な収入源の喪失	29%
家族の生活の大きな変化	20%
ストレスから生じる家族の疾病	12%
少なくとも上記のいずれか一つ	55%

SUPPORT, JAMA, 1994

そして、無給で行っている介護者の費用は一人当たり1時間8ドルで換算すると1,940億ドルにもなります。

このような家族が抱えている介護の負担は表3に示すようであり、介護者は大きな負担を強いられています。米国の医療制度は介護には資金を回していないため、ほとんどが家族の貯蓄を切り崩しながら介護に当たっていることとなります。つまり、医療給付がないために自己負担で介護をしているということです。その上、29%の人は病気になった本人が一家の大黒柱であったり、あるいは自分の仕事を辞めたり、大学に行けなくなったりして介護に当たらなければならない状況になっています。

また、家族のほうでも私たちが提供している病院医療に決して満足しているわけではありません。私の同僚の Teno 教授の調査によると（JAMA2004；291：88-93）、①医師と十分に話し合いができなかったというのが78%、②情緒的な部分に関する支援が不十分であったというのが51%、③死のプロセスについて満足できる情報が十分ではなかったというのが50%、また、④家族への気持ちの部分への支援が十分ではないと感じた人が38%、そして、⑤症状に対する関わりが十分でないと答えた人が19%と報告されています。

## ヘルスケアの費用と質

米国の財政状況ですが、2007年の支出は2.2兆ドルで、GDPの16.3%にあたっており、年間6.7%ずつ上昇すると予測されています。米国には65歳以上を対象にしたメディケアという保険制度がありますが、この部分の支出は急増しており、2007年の426億ドルから10年後の2017年には844億ドルに増加すると予測されています。

このたび、新しい大統領になって議会でも論議されているところですが、お金をかけているのに結果

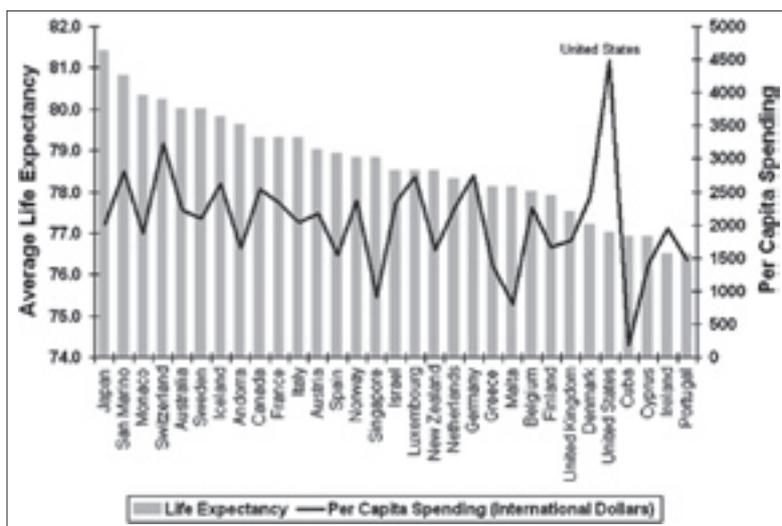


図1 ヘルスケアの費用と質：2008年1月

が出ていないということなのです。医療費を質の面から見ると、これだけのお金を投下しているにもかかわらず、十分とはいえないということがわかります。たとえば、一人当たりの医療費は米国が抜きん出て高いのに、質の指標では20位、寿命では27位であり、WHOのヘルスケアシステム全体の質のランキングでは米国は37位となっています(図1)。

2000年というミレニアムに入り、重症疾患に対するケアがどのような変換期にあるのかを見ていきたいと思います(表4)。多くの国々では、かつてないほど寿命が延びています。このこと自体は非常に素晴らしいことです。もし私が日本人であればおそらく80歳半ばまで生きられると思えること自体は非常によいことだと思いますし、西欧諸国では幼児の死亡率が低いということも喜ぶべきことです。

死因についてはどうでしょうか。今後は急性の突然死から慢性の疾患へシフトしていくと予測することができます。このことは米国のデータからもうかがい知ることができますが、西欧あるいは日本のデータを見てもわかります。しかし、米国では特にこのようなケアへのアクセスの格差が非常に大きく、ヘルスケアに従事する専門家のトレーニング不足も大きな課題になっています。どの国を見ても、高齢者医学の分野で訓練を積んでいる人材はまだまだ少ないのが実情です。特に米国では無責任なヘルスケアシステムがコスト増にもつながっています。

● **重篤な疾患をもつ患者は  
● 何を求めているのか**

では、今後はどのようにしていけばいいのでしょ

表4 世紀の変換期における重症疾患に対するケア (2000)

- ・ 空前の寿命の延び：脆弱高齢者とそれらのケアギバーの数と需要の急上昇
- ・ 死因：急性の突然死から慢性の予測できない疾患へのシフト
- ・ 治療されない身体症状
- ・ 満たされない患者／家族の需要
- ・ ケアへのアクセスにおける不均衡
- ・ ヘルスケアプロフェッショナルの訓練不足
- ・ 増加する莫大な支出に対応できないヘルスケアシステム

うか。ヘレン・ケラーは1903年に、「世の中は苦悩に満ちているけれども、同時にそれらを克服する多くの方法がある」と語っています。

では、私たちには何ができるのでしょうか。医療に携わる専門家として、重篤な患者に提供するケアでは何を改善することができるかということを見ていきたいと思います。

第一に、患者とその家族の声を十分に聞くことです。

カナダの Singer 医師が重篤な疾患を有する患者グループ、たとえばがんや HIV、心疾患などですが、それらを対象にして、その家族の苦痛をどのように和らげることができるかを見ました (JAMA, 1999)。それは、①疼痛管理を含めて痛みをとってほしいということです。そして、②不適切な生命の引き延ばしは避けてもらいたいと感じていることでした。

死にたくはないのですが、ただ単に命を引き延ばしたいとも思ってはおらず、死を迎えるからには平和な死を迎えたいと考えているということです。

また、重篤な病気をもっている患者は、症状をコ



図2 緩和ケアではないもの

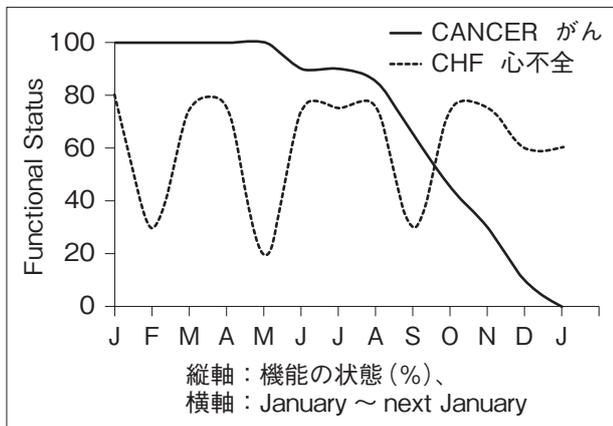


図3 終末期における1年間の実情

ントロールしてもらいたいと思っています。そして、どのような処置を受けているのかについて、自分自身がある程度コントロール権を握っているという感覚をもってもらうこと、つまり自律感をもたせることです。そして家族への負担を軽減し、愛する人たちとの関わりをより強めてあげることです。

これをどのように実現するかということですが、これにはいくつかの方法があります。その一つが緩和ケアです。

### 1. 緩和ケアとは

緩和ケアの定義を見ていきましょう。

米国で行った国勢調査の結果でもあるのですが、そこから緩和ケアの定義を導き出しました。これはカナダの緩和ケア協会とヨーロッパの緩和ケア協会でも用いている定義ですが、「重篤な疾患を有する患者とその家族の苦痛を和らげ、そしてQOLを改善することを目的とする多職種が連携する専門分野である」ということです。

この定義についてみなさんが抜けていると思う言葉はありますか。

英語では4つあります。1つは、「死」という言葉が入っていないということ、また「終末期ケア」という言葉も、「ターミナル」という言葉もありません。また、「緩和ケアは、同時にその他の適切な

医療処置とともに提供されなければならない」ということも書かれていません。

では、なぜ「死」とか「終末期」という言葉が入っていないのでしょうか。これには理由があります。米国の社会に特化していることなのかもしれませんが、緩和ケアは、「終末期（終末期）ケア」ともいいます。

まず、古いモデルを示しましょう（図2）。緩和ケアといった場合、あるいは緩和ケアを思い浮かべた場合、疾病は根治もしくは延命のためのケアとしてスタートしますが、これがどんどん進んでいく中で、もう駄目ではないかという時期が到来します。その時から終末期ケア（ホスピスケア）という時期に入っていきます。

これが何を意味するかというと、ある時点で医療の専門家や患者、家族が死んでいくということを認識する段階に入ってきます。また、突然この部分に移行する場合があります。要は、生きているという状態から、死に向かっているその転換期は突然起こることもあるからです。私の同僚は次のように言っています。「がんと診断された場合には、他の臓器へ転移していくということもある。たとえば朝の8時にはまだ生きていて、転移しているということを告げると、そこから急に悪化していくというケースもある」と。

この古いモデルの問題点は、多くの人たちはモデル通りにきちんと死を迎えるわけではないということです。

図3は終末期における1年間の経緯を見たものです。健康な人間を100として、ゼロを死とします。この図の実線は大腸がんの患者ですが、当初は比較的よい状況が続きます。そして最後の6カ月くらいから徐々に機能が低下していき、ある段階になるとここが終末期ケアをするところだという線引きをすることができます。しかし、点線で示した進行性心不全の患者では、少し健康が損なわれているところから始まり、いったん具合は悪くなるけれども、また回復し、また具合が悪くなって救急病院に運ばれ、また状態がよくなって……というように繰り返していきます。このような患者の場合には、この患者が死に向かっているという線引きをどこでできるかということです。

このモデルの問題点をもう一つ指摘しますと、これもおそらく他の国とも共通しているのではないかと思うのですが、映画監督でもあり俳優でもある

ウッディ・アレンが、「私は自分の仕事を通じて不朽の名声を達成するのではなく、むしろ死なないことによってそれを達成したい」と語っていますが、人は死にたくないという永遠の願いをもっているのだということです。

## 2. 緩和ケアの新しい方向

緩和ケアを考えた場合、これは死にゆく人へのケアだということのように考えていると思うのですが、多くの患者や家族がこのような緩和ケアを必要としているのにアクセスできないという人もいます。機能していないモデルに人々を追い込むか、あるいはモデルそのものを変えてしまうのかということですが、私はやはりモデルを変えたほうが人にやさしいのではないかと思います。

新しいモデルを図4に示しました。病気の当初にはやはり延命回復のための治療を行います。その一方で、治療をしていても回復しなければどうするかということになります。人によっては終末に向かう治療についても話したいと思うでしょう。病気がだんだん悪くなっていきますと、医療のゴール、到達点の再評価が必要になってきます。ゴールが変わると、緩和ケアの部分、つまり延命回復のバランスが変わってきます。ホスピスはどこで介入してくるかということ。米国のホスピス制度ではほとんどが緩和ケアを中心にしたケアになっています。このモデルで大切なのは、ケアは死亡の時点では終わらないということです。それ以後も介護者や家族に対して死後のケアが行われます。緩和ケアは、患者ばかりでなく、家族や介護者にも与えられるべきだと私たちは考えています。

緩和ケアには次の4つの存在理由があります。

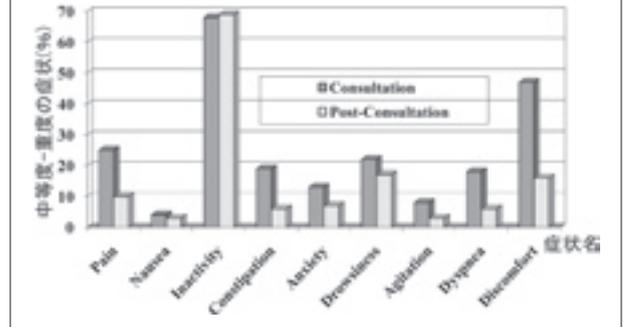
- 1) 臨床における質の改善
- 2) 患者と家族の希望を必ず聞き入れる
- 3) 医師が患者のニーズを満たすことができるように側面から支援する

4) 病院の経営上の負担を軽減する手助けをする  
メタアナリシスでプールされた8つの研究と1つのクラスター無作為対照研究と、これまでの通常のケアと緩和ケアとの比較から、疼痛を緩和し、非疼痛性の症状も緩和し、患者や家族の満足度も高まり、入院の長さや院内死亡を少なくすることができることがわかりました (Jordhay et al, Lancet 2000)。これをグラフにしたのが図5です。3,491人のがん患者に対するコンサルテーション前後の症状



図4 緩和ケアの新しい方向性

5US 病院における3,491例のがん患者に対するコンサルテーション前後の症状の変化 (前 vs 72-96時間)。コンサルテーションまでの平均日数: 9.6日。



Morrison et al, in submission

図5 緩和ケアは患者の症状を改善する

の変化を患者に自己報告してもらったもので、中等度以上の強い痛みを訴えています。緩和ケアのチームが相談にのるまでのデータが黒の柱、緩和ケアチームが相談にのった後はグレイの柱で表されています。そして、緩和ケアの相談を受けるまでに9.6日間入院していた人たちです。このような人たちが痛み、吐き気、動けない、不安感、便秘、眠気、呼吸困難、不快などについて緩和ケアの相談をしましたが、緩和ケアチームが解決できなかったのは動けないことと疲労感だけでした。患者は非常に満足してくれていますが、動けないことと疲労感には効果的な治療法は見つからないという、現代医学の限界を物語っています。

ニューヨーク市の中心にある2,000床のマウントサイナイ病院では、緩和ケアチームは約2,000人の患者に毎年サービスを提供しています。緩和ケアのコンサルテーションを受けている患者の家族に面会してどのくらい満足してくれたかを尋ねてみました。その結果として疼痛が管理されて満足しているという人が95%、非疼痛性症状のコントロールができていたというのが92%、患者のQOLの支援ができていたというのが89%、緩和ケアプログラムで提供している全体としてのケアでは95%という結果でした。他の病院と比べてみると、私たちの病院では、普通のケアを受けた人に比べて、介護者や家





うことになるのです。

私はよく医学生に話すのですが、このような緩和ケアのプログラムに携わる中で、重篤な患者の場合は3つのことを考えなさいといえます。1つは、きちんと疼痛の処置と管理ができているかどうか、2つは、不適切に死を引き延ばしているのではないかとことを考えなさいということ、そして、3つは、自律性をいかに維持していくことができるか、そして、家族への負担をいかに取り除き、愛する人たちとの絆をいかに強めてあげることができるか。これらを自問自答した結果、「イエス」と自分で確実に言えるのであれば、重篤な患者のニーズをきちんと満たしていることにつながると思います。この中のどれか一つでも疑問に感じるものがあれば、それはニーズを満たしていないことになります。

シカゴ大学のKass医師は、30年以上も前になりますが、次のように書き残しています。これは患者によいことは何かということです。「もし医学が健康や苦しみの緩和ではなく、死の予防を目指すとしたら、また、もしすべての死を早すぎるとし、それが今日の医学の不完全性によるもので、明日の医学では避けられるとするならば、それは暗黙裡に医学の真のゴールが身体的な不死を主張していることになる。……医学は治るものを癒し、維持できるものを維持させ、常にいずれは死が到来し、健康は死すべき運命にあって、肉体を与えられた生物としてのわれわれは脆弱な存在であり、医学があってもなくても早晩いのちが尽きるものであることを認めながら、主たる仕事にその目を向け続ける努力をしなければならぬ」(JAMA 1980)。

それでは質問をお受けしましょう。

## 質疑応答

**質問** 80歳の男性患者で糖尿病をわずらっています。インシュリンを30単位用いて、ヘモグロビンA1cを6%に維持している患者の場合ですが、時に低血糖の危機にさいなまれます。これは80歳の男性にとっては重篤なものです。緩和ケアという観点からみると、この患者に関してはインシュリンの投与量を減らして、ヘモグロビンA1cを高めることによって低血糖の危機を避けるのが緩和ケアなのでしょうか。

**モリソン** それに対しては2つの答えがあります。

1つは、患者と対峙して、彼にとってのQOLと

は何なのかということとを徹底的に話し合うことです。というのは、延命ということを考えても、もちろん長ければ長いほどいいという場合もありますから、80歳の男性における血中グルコースレベルをいかに管理するかによってそれを実現できるかということを見極めることも重要かもしれません。しかし、低血糖を避けたいと考えている患者もいる場合があるということです。低血糖になると、早い段階で処置をしないと脳の障害が出てくる場合があります、最終的には入院となる場合があります。この患者がどのようなQOLを考えているのか、できれば入院はしたくない、家族と一緒にいたいという考えをもっているのであれば、血糖レベルは多少高くてもそれを維持していいのではないかと。それはリスクかもしれませんが、そのような考えをもっている患者の場合に、家族と一緒に自宅にいたいというのであれば、入院をさせるよりもそうするほうがいい場合もあります。糖尿病患者の場合もリスクはわかっている、できる限り生存率を高めたいという場合などは、患者の意向を汲むことは重要だと思います。

しかし、そういう判断をいきなりするのは患者も大変だと思いますから、突然そのような質問をするのではなく、「あなたの人生観はどのようなものなのでしょうか」「人生において何を重要視していますか」ということを聞いていくことが大切です。それを聞き出した上で、その目標を満たすための医療的な治療を施すことが必要だと思います。「先生に決めてほしい」といわれると厳しいのですが、自律ということを考えて、目標は何なのかを見極めた上で、自分の医療知識をもってそれを決められるようにもっていききたいものだと思います。

**質問** もしこの患者にアルツハイマーの初期的症状が見られるという場合、彼が生きたいということとをどのように扱ったらいいのでしょうか。というのは、アルツハイマーにはそれに関連したさまざまな症状が出てくると思うからです。

**モリソン** 認知症をもっている人たちの目標をどう設定するかということですが、私は3つのステップに分けて考えます。1つは、事前にどのような希望があったのかということ、そして2つめは、その希望をきちんと聞き出したのかということです。通常、このようなことは話していないことが多いのです。もし認知症の初期症状の場合、その

人たちの生活の質は何なのかということ聞き出せない場合は、3つめとして、家族に聞きます。家族はどう考えるのかを聞き出します。生きる意味をできるだけ聞き出しておきたいと思います。このような質問は患者がどのような価値観をもっているのか、そして最終的に何を目標としているのかを探ることができます。この可能性はかなり高いでしょう。医師として特に難しいのは、このようにアルツハイマーを抱えた患者の場合です。

**質問** 緩和ケアについて確認したいと思います。先生は緩和ケアチームのことをいっているのでしょうか、あるいは緩和ケアという概念について話しておられるのでしょうか。「緩和ケアが病院を助ける」というような場合はどういう意味なのかということです。

**モリソン** 緩和ケアというのは概念というよりは専門領域というように考えてください。米国、英国、カナダ、ヨーロッパ、オーストラリアにおいては学際的な専門領域で、医学の一分野だということです。緩和ケアチームはどのような形で患者や家族にサービスを提供するかということです。これは2種類の場面設定で行われます。病院内の緩和ケアチームによって提供される場合もあります。緩和ケアチームは、看護師、医師、ソーシャルワーカー、チャプレン、その他の医療スタッフが入っています。たいていは病院に常駐しており、入院中の患者に面会します。給与は病院から支給され、外部から派遣されてくることもあります。もう一つは、別の形で外部の人が入ってきて、ホスピスという高齢者保障制度の中で緩和ケアを行う専門家がいますが、特に在宅の患者に対してはそのようなケアが提供されます。ホスピス、長期療養施設、医療施設、在宅においてネットワーク的なケアを提供することができます。

緩和ケアのネットワークにない人、入院していない人にはどのように医療を提供していくかということですが、カナダでは地域社会のプログラムが行われています。

**質問** 在宅にいるがんでない患者の終末期症状には、疼痛よりも呼吸困難を中心としたより多彩な症状が患者を苦しめているというように実感しています。文献では痛みが強調されているのですが、がんの場合とがんでない患者の場合では症状がかなり異なるという印象をもっています。おそらく呼吸困難を中心として多彩な症状に対しての

総合的な緩和ケア、時にはケアだけでかなり症状がやわらげられることもありますし、ある時にはかなり集中的な介入が必要なこともあります。そのあたりの具体的な緩和ケアの方法についてはどのように考えられるでしょうか。

**モリソン** 根拠に基づいたケアのあり方が求められている分野ではないかと思います。疼痛についてはかなりわかっていますし、全部わかっているわけではありません。疼痛に関しても効果的な神経障害の痛みなどについてはわかっていますし、オピオイド以外にも効果的な薬剤があることもわかってきました。しかし、高齢者にとっては強い副作用が出てきます。そういう意味では、今後EBMに基づいた医学が大切になってきます。私たちは現在重点的にこの問題に取り組んでいるところです。いろいろな重篤な高齢者の症状で呼吸困難は非常に難しいものです。また、特に小児で重篤な症状を抱えている場合には、けだるさ、疲れ、子どもたち同士で遊べない、学校に行けないなどということに効果的な対処法はまだありません。やらなければならないことはまだいくつもあるということです。

**質問** 米国の医師は積極的に緩和ケアチームを活用していく方向にあるのでしょうか。

**モリソン** 両手を挙げて歓迎してくれるといいたいところですが、米国でもそうではありません。私たちがやろうとしていることは、その障壁を取り除くことです。緩和ケアは死ということと関わってきますので、医師は緩和ケアをあまり歓迎しません。自分の能力が見限られたような気がするのでしょうか。また、自分が患者をあきらめたように感じてしまう、負けを認めたくないと思うのでしょうか。

緩和ケアはいのちが脅かされる病気に苦しんでいる人のためのもので、終末期の人のためだけではないというように考え方を考えていかなければならないと思います。終末期の治療という考え方が変わらない限り、私たちが歓迎してはくれないと思うからです。現状では看護師を通じて門戸を開いてもらっているということになります。看護師が呼んでくれると、緩和ケアチームが効果的な治療ができるということをわかってくれると、医師も理解を示してくれるからです。

**司会** たいへんよくわかりました。ありがとうございました。



には非常な拒否反応が見られました。硫酸モルフィンの静注を開始し、大量の薬用量によって興奮状態は解消することができました。そして、睡眠と覚醒のサイクルもよくなり、摂食するようになりました。移動への抵抗もなくなり、このような治療によって身体拘束や鎮静剤は止めることができました。

骨への転移が広範に認められましたが、ホスピスケアのためにナーシングホームへ戻されて、硫酸モルフィンの経口使用が継続されました。しかし、ケアプランがきちんとありましたので、がんに対するニーズに対応する計画が立てられました。乳がんがありながら、それが診断されていなかったというケースですが、このようなことは本当に不幸なことでした。患者のニーズは何かということを知るために複雑なアセスメントをすること、症状管理を確実に行うことの必要性が認められる残念なケースでした。

現在の患者のニーズは何か、将来のニーズは何かということをもっと考えなければならぬということから緩和ケアが必要と考えられるケースです。問題は、認知症がターミナルな症状かどうかということになります。

### ● ● ● ホスピスに在院している ● ● ● 認知症患者の生存時間

ホスピスにいる47名の患者について行った前向き研究の結果についてお話しします。全員が重篤な認知症で、中央生存値は4カ月、患者の38%は6カ月以上生存しました。6カ月以上生存した人たちの平均生存期間は16カ月でした (Luchins and Hanrahan, JAGS 1997)。もう一つの調査は、65歳以上の人たちを対象としたもので、やはりホスピスにいる認知症の患者ですが、中央生存値は2.5カ月、患者の35%が6カ月以上生存しました (Christakis and Escarce, NEJM 1996)。この2つの調査から、認知症の死亡率が高いということがわかります。

もう一つ大切なことは、ナーシングホームに入居する重篤な認知症患者の発熱がどのように治療されているかということです。ナーシングホームの認知症のある患者104例についての調査ですが、抗生物質による治療を受けても6カ月の死亡率に関して何も効果が見られず、もう一つ大事なことは、ルーチンケアに割り当てられた患者群では、緩和ケア群に

比べると鎮痛薬の使用が少なかったということですから。ルーチンケアはコストが高く、ナースの判定では患者にはより苦痛であったということですから (Fabiszewski et al, JAMA 1990)。

### ● ● ● 重度の認知症患者への ● ● ● ケアの実態について

モリソン先生と一緒にいった調査についていくつか紹介したいと思います。モリソン先生は認知症患者のケアについて多くの調査をしていますが、脆弱な認知症患者で次の2つの急性期の疾病、一つは肺炎、もう一つは大腿骨骨折が生じた場合には、不快が著しく強くなってしまいます。

この調査の対象となった患者は、肺炎が119例、大腿骨骨折が97例でした。肺炎患者には抗生物質が投与されました。大腿骨骨折患者は3例を除いて全員に手術的修復がなされました。延命治療は8例で中止され、そのうち6例が進行した認知症患者でした。延命治療の中止は、本当に死が間近に迫っている時のみ適用しました。

この調査の結果では、認知機能が正常な患者の場合には、きわめて生存率が高くなっています。98%が65カ月元気でした。ところが認知症患者の場合は結果がよくなく、50%の人が6カ月で亡くなりました。肺炎を患った場合の生存については、認知機能が正常な患者ではきわめてよい結果が出て、ほとんどの人が6カ月以上生存しています。それに対して認知症患者では肺炎を生じると、50%が6カ月未満で死に至っています。

この研究から得られることは、認知症患者の場合にはホスピスでケアを受けても、抗生物質が投与されても、あるいは他の延命治療を行っても、生存率は限られていることがわかります。そして、半数の患者は6カ月未満で亡くなっています。このグループの中で、誰が生き延びて、誰が死亡したかはわかりませんが、しかし、確かなことは、緩和的アプローチをした患者にはよい結果が得られること、つまり不快ではなく快い日常が送れたということです。

認知症のケアについてはモリソン先生が既にお話しになりましたが、介護者に対して財政的にも心理的にも大きな負担がかかってきます。介護者の20～40%がうつに陥っています。また、ストレスを伴う介護者の死のリスクは1.5倍も高いという結果が出



表1 病院で通常施行される16の手技に対する痛みの評価 (165例)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 重度 (8-10)</li> <li>• 動脈血液ガス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 軽度 (1-3)</li> <li>• IM/SC 注射</li> <li>• 尿道カテーテル</li> <li>• 機械的拘束</li> <li>• ベッドから椅子への移行</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 中等度 (4-7)</li> <li>• 中心静脈ライン挿入</li> <li>• 経鼻胃管挿入</li> <li>• 末梢IVライン挿入</li> <li>• 静脈切開</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• なし (0)</li> <li>• IVカテーテル</li> <li>• 胸部 X-線</li> <li>• バイタルサインズ</li> <li>• 処置への移動</li> <li>• 検査や処置への待機</li> <li>• 経口与薬</li> </ul>

Morrison et al, JPSM 1998

投与すると、かえってせん妄がおさまってしまったという例も報告されています。

疼痛に関して自己報告できなかった患者に関して同じようなことがわかりました。メペリジンを投与された患者は非常に高い確率でせん妄を引き起こしてしまいました。

終末期の認知機能が正常で肺炎を患っている39例の調査によると、そのうち50%は少なくとも1回はひどい呼吸困難の発現に苦しんでおり、50%が中等度から重度の不安を経験していました。また、40%は中等度から重度の痛みと咳を、そして20%が重度の吐き気を経験していました。このようなことは、私たちが肺炎をもっていることが認識できない患者に対して、なかなか探し当てにくい症状です。

病院で通常施される16の手技に対する165例の痛みと不快についての評価を見てみましょう (表1、2)。それぞれ0から10のスケールで評価してもらったものです。痛みについては、たとえば動脈血液ガスの処置は非常に痛みを伴います。中等度の痛みには中心静脈ラインの挿入、経鼻胃管挿入、末梢IVラインの挿入、静脈切開などがあります。指先から血液を採ることも痛みを伴います。定期的な処置であるIVカテーテル、胸部 X線撮影、移動なども軽度ではあっても痛みを感じたと報告されています。

次に不快についてです。痛みはないけれども不快を感じるということです。もっとも不快なのは経鼻の胃管、機械式の人工呼吸、機械的拘束を受けること、静脈の中心ライン挿入などで、中程度の不快では、動脈血液ガスと尿道のカテーテル挿入ということです。このようなことから入院中の認知症の重篤な患者に対してどれだけこれらが頻繁に行われているかということを考えてみなければなりません。

表2 病院で通常施行される16の手技に対する不快の評価 (165例)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 重度 (8-10)</li> <li>• 経鼻胃管</li> <li>• 機械式人工呼吸</li> <li>• 機械的拘束</li> <li>• 中心ライン挿入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 軽度 (1-3)</li> <li>• 末梢IVライン挿入</li> <li>• 静脈切開</li> <li>• 静脈カテーテル</li> <li>• IM/SC 注射</li> <li>• 処置への待機</li> <li>• ベッドから椅子への移動</li> <li>• 胸部 X-線</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 中等度 (4-7)</li> <li>• 動脈血液ガス</li> <li>• 尿道カテーテル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• なし (0)</li> <li>• 処置への移動</li> <li>• バイタルサインズ</li> <li>• 経口与薬</li> </ul>

Morrison et al, JPSM 1998

私たちがあまり考えないでやっていることがどういう結果をもたらしているのか、本当に必要なのか、IVラインを入院中ずっと入れておくことが必要なのか、静注はずっと必要なのか、それから膀胱にカテーテルを入れ続けることが本当に必要なのか。そもそもはじめから不要ではなかったのか。なぜそうしたのか、それは本当に必要なのかということを考える必要があるということです。ケアをするといながら患者に負担を強いてしまっていることはないのか、そしてそれによってストレスが増してしまっているのではないかと考える必要があるのです。

身体的な症状の結果として、不必要な苦痛を経験させてしまっているのではないのでしょうか。うつや不安、移動や歩行の障害、睡眠障害、そして社会的行動を制約してしまうという結果を招く結果、かえってヘルスケアの利用が増えてしまい、認知機能が低下してしまうことになります。

認知症患者のその他の苦痛としては、人間性が失われてしまったと感じる、主体性がなく、自律性が失われてしまった、生きることの意義を見出せなくなった、そして、自分が愛する人たちの重荷になっているのではないかという気持ち、つまり自分が身体的・財政的・情緒的・霊的にも愛する人たちの苦痛の原因になっているのではないかとことがあげられます。

その他に言語による反応が可能な軽度から中等度の325例の認知症患者を対象とした疼痛の調査があります (Farrell B et al, JPSM 1996)。それによると62%が痛みを訴えたとあります。この人たちをケアするに当たって大切なことは、現在のニーズについて語り合うことです。そしてその人たちに適用で

表3 認知症患者に対する疼痛管理のガイドライン

- ・痛みを言語で表現できないときでも、すべての人はすぐに気づいて疼痛の治療が受けられる
- ・痛みの評価法を定める
- ・疼痛評価の階層法を用いる
- ・痛みのあることを推測する
- ・経験的な試みを用いる
- ・再評価して記載する

[www.aspmn.org/Organization/position\\_papers.htm](http://www.aspmn.org/Organization/position_papers.htm)

表4 認知症患者の疼痛を治療する

- ・患者の訴え（可能なら）
- ・以前の疼痛の既往歴
- ・疼痛診断
- ・行動の指標
- ・観察者の評価
- ・経験的な治療に対する反応

表5 疼痛診断／痛みの既往歴

- ・変形性関節疾患
- ・変形性椎間板疾患
- ・脊柱管狭窄
- ・骨粗鬆症／圧迫骨折
- ・糖尿病
- ・がん
- ・带状疱疹
- ・褥瘡／外傷

きるような評価スケールを作ってそれを一貫して使うことで定期的に疼痛の評価をしていくということが大切です。

私はよく考えるのですが、患者がベッドにいる時には快適そうに見えるのですが、それを評価すると、触られていない時には痛みを感じてはいないかもしれないけれども、体位を変える、移動する、治療をするという段になると、じっと寝ている時とは違うわけですから、そういう時に痛みを感じているかどうかの評価をしなければならぬということです。言語による報告をしてもらい、それに応じて患者を見ていくことが大切なのです。

重度の認知症患者の場合は、自分で報告することができないのですから、痛みがある時の行動は微妙で、しばしば見逃されたり、ほかのことと勘違いしてしまうことがあります。先に紹介したA・Sさんの場合は興奮によるものだったのですが、痛みのために強く興奮したのです。重度の認知症、神経的な疾患が進行してしまった人、死が迫っている人、脳血管障害がある人、発達障害をもっている人、せん妄に陥っている人、このような患者は自分の感情を伝えることができず、こういう痛みだと言えない人

表6 行動的／観察の手がかり

- ・しかめ面、たじろぎ
- ・身構える
- ・防禦する
- ・こする
- ・活動レベルの変化
- ・睡眠障害、不穏状態
- ・移動への拒否
- ・引っ込める／無関心
- ・増大する興奮状態、怒りな
- ・食欲低下
- ・叫ぶ

表7 疼痛行動評価法

- ・非言語性疼痛チェックリスト (CNPI) …Feldt, 2000
- ・NOPAIN…Snow et al, 2003
- ・PAIN-AD… Warden et al, 2004
- ・重度認知症高齢者に対する疼痛評価スケール (PACSLAC) …Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004
- ・話せない高齢者における疼痛評価法の最新レビュー：  
<http://www.cityofhope.org/prc/elderly.asp>

たちです。そして、このような患者に関するガイドラインは実はとてもシンプルで、痛みを言語で表現できない時でもすべての人が疼痛治療を受けることができるのです。痛みがあるだろうと仮定して、痛みがあると思えたら、それを治療することが大切です。そして、それによって行動が変わったかどうかをきちんと観察する必要があります。

認知症患者の場合には、疼痛の総合的な評価をするためにはガイドラインに従い（表3）、順次フォローしていかなければなりません（表4、5）。疼痛を生じる状態、たとえば便秘や下痢、食べ物のつかえ、拘縮、褥創、それから尿路感染症なども患者行動の観察の手がかりとなります。

表6は、言葉で訴えられない症状を見極める手がかりです。たとえばしかめ面をしたとか、身構えたとか、自分を防御するよう見えるとか、何かをさすっている、こすっているなどです。最近見た重度の認知症の患者ですが、座っていつも足をこすっていました。そこが痛いということは明らかです。そしてその痛みを治療するとその行為はすぐに止まりました。

その他の症状としては、行動のレベルによって痛みで変わることもありますし、食欲が減るとか、やたらに声高に叫ぶこともあり、無関心ということもあります。

疼痛についてはいろいろな評価法がありますが、自分が患者を定期的に診断する時にいちばんいいと思うものを選んで、それを終始一貫して使うという

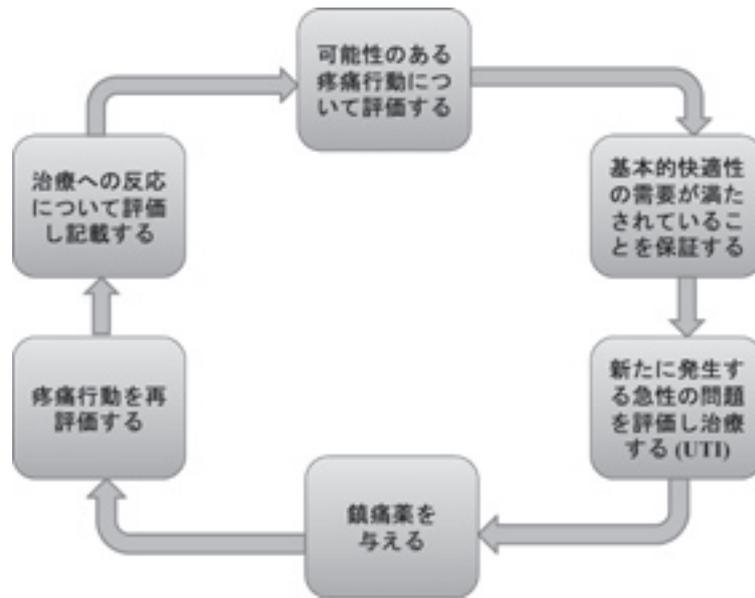


図1 疼痛に対応するためのサークル

ことが大切です。認知症患者に対する疼痛管理のガイドラインも参考にしてください（表7）。

また、興奮を評価する尺度にはピッツバーグ興奮スケールがあります。常軌を逸した叫び、運動性興奮、攻撃的態度、ケアに対する抵抗などに関する症状の強さはこの尺度を使うととてもよくわかります。これは興奮状態を0から16に分類して評価します。

また、興奮状態を評価する行動モデルは、ABCで表されます。ちなみにABCとは、A (Antecedent = 前触れ)、B (Behavior = 行動)、C (Consequences = 結果) です (Volicer & Hurley, 1999)。A・Sさんの事例にあてはめてみると、彼女の体の痛い部分を触診すると興奮状態となり、その結果、A・Sさんにはきちんと治療されていない痛みとそれによる苦しみがあるということがわかりました。

認知症の患者の痛みを評価する時には、血圧が上がっているか、呼吸数が増えているかというようなことも痛みの徴候として捉えていかなければなりません。一時的な痛みを評価するには心拍数、呼吸数だけでもいいのですが、認知症患者の慢性的な痛みを推し量るには心拍数や呼吸数をみることだけでは不十分です。先ほども言いましたが、なかなか鎮痛剤が効かなくなっているというのが認知症患者の特徴です。介護者がいちばんよく患者を見ているから、この患者は微妙にいつもと日常の行動が違うというようなことが非常に大きな判断材料になります。介護者の報告や申し送りなどから、病気が進む過程でこのようなことがキャッチできるということ

も考慮に入れておかなければなりません。

## 介護者の役割と行動

どうしても強調しておきたいのですが、このサイクルをぜひ皆さんも身につけてください（図1）。

まず、痛みが疑われる行動があったら、それを素早く分析する。そして、快適であるための基本的要求が満たされているのだろうかということを考えていただきたい。新しい急性期の問題はないかということの評価し、それを治療する。そして、鎮痛薬を与える。それからもう一度鎮痛行動を評価する。

先ほども言いましたが、認知症患者の場合には鎮痛薬が効きにくくなっているということがありますから、増量が必要な場合もあります。そして、患者の反応を書き留めるといふことが必要です。

認知症患者に対しては次のような配慮をしなければなりません。

- 1) 薬剤を使わない痛みの介入、たとえばめがね、義歯、補聴器を与えて使ってもらおう
- 2) 静かで過ごしやすい環境を与える
- 3) 定期的にトイレに連れて行く
- 4) 社会的な交わりをさせる
- 5) コミュニケーションをとる
- 6) 穏やかで安心させる声で話す
- 7) 簡単でわかりやすい言葉を使う
- 8) いたわりの気持ちを触ることで伝える

新たに生じた痛みや一時的な強い痛みがあると、

どこかで転んだのか、新しい感染症なのか、便秘のせいでお腹が痛いのか、あるいは新しい腫瘍ができつつあるのか、骨粗鬆症によって圧迫骨折が生じているのか、それとも褥創なのか、これらのことを察することです。

何か治療ができるのであれば、鎮痛薬をただ処方するのではなく、根治治療を行うことも必要です。その痛みの元になっているところから治していきましょう。

経験的なアプローチですが、行動がどうもおかしいとか、ちょっと痛いのではないかといった場合にとりあえず鎮痛薬を与えます。鎮痛薬を与えるということに私たちは躊躇してしまうところがあります。もし効かなかつたらということを考えてしまうからですが、もしその後で異常な行動が治まったり、元の行動に戻ったら、おそらくそれは痛みによるものであったということがわかります。

認知症の患者に対しては、必ず懸命に話しかけ、そしてその患者の異常行動について周囲の人に伝えることです。その時間の経過とともに、たとえば鎮痛剤を与えたいけれども、その結果、患者の行動がどうなったかということを知りの人に伝えていくというコミュニケーションが必要になります。それは施設の中でケアをするに当たっては、申し送りをきちんとするということです。どうしても小刻みで断片的になりがちなケアに一貫性をもたせるためにはそれらをカルテに書いて伝えていくといった申し送りは必須な手段なのです。

私たち介護者として大切なことは、一人では何もできない、言葉も発することができない患者のケアをすることに意味を見出すことです。そして、自分たち自身が燃え尽きないように、自分たち自身のケアも怠らないようにすることです。そして、多職種間の連携チームが結束して機能することによって緩和プログラムを充実したものにしていくことです。いろいろな職種の人たちとの連携チームによって、複雑な症状を抱える患者とその家族に最善のケアを行うにはいろいろな人の才能を発揮して事に当たることにもチームケアの意義があるのです。

## 質疑応答

**質問** 時々、突然、認知症から神経の障害を発症するといった患者に出会います。いきなり言語障害のために話せない状態で診察室に来ます。このよ

うな場合、痛みをどのように察してあげればいいのでしょうか。そのような患者の痛みを評価する、あるいは痛みを感じているのかどうかを判断するにはどうしたらいいのでしょうか。

**モリス** 患者が医師の質問に答えて痛みを評価できるというのであれば問題ありません。認知障害があつてきちんと伝えられないのであれば、非言語尺度を使います。つまり、他の患者がどうだったかというデータを使うことです。他の患者のデータを使って、認知障害の患者も多分似たような体験をしているのではないかと推察します。認知障害の患者であつても痛みを感じていないというデータは出ていませんので、これまでの指標、痛みを感じる段階とか、手技、症状、回復期の痛み、治療方法で感じる痛みがどのくらいのものであるとか、それを自分の患者群にどのように適用していくかを仮定するのです。痛みがある時には、それを適切に治療する必要があります。

**質問** 今のお答えは痛みについて伝えられない患者についての評価でした。モリソン先生は、このような場合はどのようにして痛みを評価しているのでしょうか。

**モリソン** 言語で訴えられない患者の痛みをどのように探り当てるかということはとても難しいことです。新たな病気によって痛みを生じている患者もいるし、既存の病気から痛みがあることもあり、さらに手技とか処置によって苦痛が生じることもあります。最初に、「痛みはありますか」という質問をして、尺度を使うこともあります。私たちは視覚に訴えるスケールを使っていますから、単純に「痛いですか」、「痛くないですか」というあたりは認知機能障害の程度によっても知ることができる場合があります。

モリスさんの話した2つ目のポイントで、きちんと話せない場合はその頻度を探ります。うめき声があるかどうかというようなことから察することが必要です。また、採血をした時に感触をつかむとか、グローバルにいろいろな検査をした時に、どのような処置が辛いのか、一般的に中程度の苦痛を伴う検査は何なのかなどということがわかります。

比較的正常な機能の人の場合は、その痛みを我慢させてもその処置をする価値があるか否かを判断することができますが、認知症の患者では定期的に血液採取をしてまで糖尿病を管理していく必

要があるのかなどなどのバランスを考えていく必要があります。その場合には時間をかけて判断するわけですが、その過程でこの処置によってどの程度に痛みが生じるかということがわかってきます。

**モリス** 自分は日々の業務として一日に4回も5回も指の先に針を刺す血液検査を繰り返しやっているとはいえ、それが初めてという個人の観点からすれば見方も違ってきます。やはりもう少し気をつかってやってあげること、また、それをすることによって個人がどう思うかということを考えることが大切ではないかと思えます。

**質問** 私がこのような質問をしたのは、患者の家族の目があるからです。家族はこのような状況を見て心配したりします。そして、それが徐々に増幅してきます。それについての質問でした。

**日野原重明** 私は長い間、老人患者をみてきました。糖尿病をもっている狭心症患者や心筋梗塞の患者は、胸痛を訴えません。むしろ冷や汗が出るとか、足の裏がねっとりしているとか、吐いたりするなどです。「痛いですか」と聞いても、それは痛みではないのです。何かショックを起こしているような感じです。それが実際は心臓の発作であったりする。吐くから消化器の病気とは断定せずに、ショックというのは吐いたり、めまいがしたり、冷や汗が出たりすることが多いということです。それから認知症患者は痛みを表現することができません。しかし、触ると痛いという表情をすることがありますが、それは痛いのではなく、間もなくヘルペスが出る、それで嫌な感じがするのはヘルペスの前兆だということもよくあります。やはり、バイタルサインをみることに以外に、皮膚がどうなっているかをみることによって隠れた症状を発見できることがあります。言葉では表現しなくても、別の現れ方をすることがありますから、どうしても幅の広いプライマリ・ケアの臨床経験がなければなりません。これはナースにも求められる大切なテクニックだと思います。

**質問** 痛みをどう処置するかということに関してはいろいろと学ばせていただきましたが、コミュニケーションの部分についてコメントしたいと思います。認知症がかなり進んでいる患者に対してですが、医師が患者をみる際の態度、それが患者からすると安心感にもつながるのではないかと思えます。痛みに関しても、患者が理解していてもし

ていなくても、痛みがあるかどうかという話し合いをするという医師側の態度が重要であり、これがケアの重要な部分ではないかと思えます。

またこれは質問ですが、腰椎骨折や大腿骨骨折などのあとの症状の悪化があまりにも速いということです。合併症を起こすことが原因なのでしょうか。あまりにも悪化の進行が早いので驚くのですが、これについて教えてください。

**モリソン** 最初のコメントについてですが、確かに医師と患者やその家族とのコミュニケーションが大切であるというのは私もその通りだと思います。これは重要度からいっても、リストのトップにあげるべきものだと思います。

2つ目の質問ですが、死因に関しては、アルツハイマーが直接の原因で亡くなるわけではありません。先の講演で生存カーブについて話しましたが、アルツハイマーとか認知症でどうなるというのではなく、院内死亡は10~15%くらいにすぎません。肺炎や大腿骨骨折があることと直接関係しているわけではないということです。認知症の人で最後には肺炎になるということがあったとしても、それが必ずしも直接死亡の原因ではないということだと思います。どのような人たちが長生きするのか、逆にどのような人たちが6カ月未満で亡くなるのかというのを識別することは難しいことです。特に重篤な疾病をもっていて、死亡率が高いと思われる人たちに対しては、とにかく適切なケアをするということです。

**質問** 私は男女にかかわらず、また認知症があるなしにかかわらず、その人たちの感情はどうなのかということを知りたいと思っています。それを知ることで、どういう状態を体験しているかということがよりよくわかると思うからです。それについての感度をいかに高めるかということが重要ではないかと思えます。

米国では認知症患者も緩和ケアの対象になるとのことですが、どのような症状が出てきたらホスピス病棟に移ることになるのか、その基準があったら教えてください。

**モリソン** 以前に作られた基準はあるのですが、常に進化して変化しています。いつが正しい時期なのかはなかなか見当がつかないのです。それは米国のホスピスプログラムのせいかもしれません。6カ月の予後というのが一つの基準になっていますが、それが障害になってホスピスに入れない人

もいます。ホスピスの必要な人が疎外されるということ。基準は進行した患者で寝たきりであるとか、摂食していないので食べさせてもらっている、コミュニケーションのスキルもほとんどない、ADLについてほとんど依存しなければならない、そして感染によって入院したというようなことでしょうか。重度の認知症患者を私はホスピスで見っていますが、6カ月を超えて、16カ月あるいはそれ以上長らえる患者もいます。システムでは患者が安定している、ケアが必要ではあるけれども感染症はない、入院する必要もないということになると、安定した状況だからとか、ADLができるとホスピスには早すぎるというのでホスピスのプログラムから外されることになります。ケアはずっと提供されるべきなのですが、ホスピスに入れて政府の作った制度に乗せるということになると、先ほど示した基準ということになります。

**質問** 誰がホスピスに入れるということを決定するのでしょうか。

**モリソン** 決断するには2つの基準があります。1つは、医師が、患者は6カ月未満で寿命がつかると判断した場合、2つはその患者、もしくは家族がもう根治治療はあきらめた、快適に残りを暮らしたいといった場合です。米国での基準は現在まだ議論されているところ。幅広い、柔軟な基準であるべきだという方向です。私たちの専門的なケアを必要とする患者が増えているからです。

**質問** 私は老人保健施設の看護師ですが、私の施設では100床のうち認知症ベッドが40床で、ほとんど満床です。介護者自身が高齢になっています。先日こういうことがありました。C型肝炎の患者で、長い間、痛みを訴えなかったのですが、吐き気が生じて病院で診てもらったところ肝臓がんの末期でした。私のところは老人保健施設なので提携病院に送りました。病院のほうでは根治治療はしないのだから老健に引き取ってくれといわれました。私たちはどこまでみたらよいのかということで、食べられなくなったので点滴をしましたが、家族は、患者は高齢だから何もしないでほしいという希望です。そうするとこの患者は難民と同じです。最後は病院に帰ってもらって1週間亡くなりました。認知症があると病院では四六時中みてもらえないので施設でみてほしいというの

がほとんどです。認知症患者の場合は特にそうです。認知症であるために病院から出されてしまうという現実があって困惑しているところです。

**モリス** 米国でもそうです。システム同士はつながりがないので、ケアを継続して患者に提供できないということですね。慢性的な疾病をもっている人は、それぞれ切り離されています。患者を長期間でみるサービスの流れがありません。患者が施設をあちこち移らなければならないというのは患者にとっても負担ですし、家族にとっても大変です。ケアの移行期、ケアを変えること自体が大きな問題になっています。

**モリソン** ヘルスサービスの研究者としては、ヘルスケアがどのように供給されているのか、患者や家族のニーズが満たされているかどうかを調査しているのですが、米国でも病院、ナーシングホーム、ホスピスとそれぞれ違ったタイプの患者をみえています。それぞれのサイトで患者をどこかに嵌め込もうとしているわけです。ところが、長期に慢性病をもっていてしかも認知症も加わってくる、それに家族も高齢化してくるとなると、その人たちは社会の作ったシステムにはまらないのです。それが現状です。日本で起こっていることは、ヘルスケアのモデルが高齢社会のニーズに追いついていないというところにきているのではないかと思います。私は研究者として、ヘルスケアを改革し、どのように設計しなおして、社会のニーズにどう応えていくかを研究しているところです。今の資源とは別の資源が必要です。病院でもケア施設でもニーズを満たしてもらえない。自分はどのようなケアを受けたいのかという観点から施設を作っていく必要があるのではないかと思います。

**山崎章郎** 今のお話にあった日本の現実、解決できる方向があると思っています。その方がとりにあらず病院に行って検査をして、治療の困難な病気であるとか、不可逆の状態であるということがわかれば病院での治療は限界になるわけですから、その人はどこで過ごすのかということに焦点が合わされてきます。ただし、その方ががんによるさまざまな症状をもっているのであれば、その症状を緩和する人たちが、たとえばそちらの施設に外付けで結構ですから、入ってくるようにする。ホスピスにいても在宅にいても、適切な症状緩和が行われれば、あとはその人たちの暮らしをどのよ

うにして支えるのかということになりますから、介護がしっかりあればほとんど生涯その場にいることができます。介護さえしっかりして、そこに専門的な緩和ケアの医療が足りないのであれば、そこを外から入れられるような仕組みを作っていけば、いまのようなことは防ぐことができます。

それから、具合が悪くなって病院に戻って大体1週間で亡くなるということは本末転倒です。あと1週間しかないのであれば、逆に病院から自宅

に戻ってくる、病院から勧められて施設に戻ってきてそこで最期をみてあげるような仕組みを作っていけばいいのであって、それは可能なことだと思っています。

日本で十分緩和ケアがいきわたっているかといえばそうではないので、これからのことではないかと思うのですが、決して絶望的なことではないと思っています。

司会 たいへん前向きのご意見をいただきました。ありがとうございました。

# わが国のエンド・オブ・ライフの課題

## ——高齢者施設の現場から

桑田 美代子

青梅慶友病院看護介護開発室長  
老人看護専門看護師

### はじめに

終末期の医療について、私の働いている青梅慶友病院の現場を通して今後の日本の高齢者施設の課題についてお話いたします。

### 日本の高齢社会の現状

青梅慶友病院は療養病床です。日本と米国は制度が異なっているかもしれませんが、あくまでも私が実践している中というお話いたします。

まず、日本の高齢社会の現状についてそして今後についてお話ししたいと思います。

平成20年度の高齢社会白書によりますと、2055年の将来推計では日本の平均寿命は、男性は83.67歳、女性は90.34歳まで生きられると予測されています。みなさんは2055年には何歳になっておられるでしょうか。

日本は少子高齢化ということで多死社会を迎えています。2055年には死亡率が17.3%に上昇するといわれています。施設で死ぬのか、あるいは自宅で死ぬのか、自分はどこでどのように亡くなりたいのかということも考えなければならないのではないかと思います。

そのような社会状況に対応して制度はどのようになっているかを見てみますと、2011年度末までに、現在ある38万床の療養病床を約6割削減する、つまり、現在の医療型病床25万床を22万床にし、約13万床の介護型病床を全面廃止するといっています。そして、介護型病床が介護療養型老人保健施設への転換を迫られているのが施設ケアの中での現状です。

平成18年度、介護報酬の改定時に、特別養護老人ホームでの「重症化対応加算」と「看取り介護加算」とが新たに創設されました。平成21年度、今年の4月からの介護報酬改定では、「重症化対応加

算」が廃止され、特別養護老人ホームでは「看護体制加算」が新設され、「看取り介護加算」（平成18年度創設）の見直しがされており、さらに老人保健施設・居宅系施設においては「夜勤職員配置加算」と「ターミナル加算（老健施設）」の新設と、「看護職員配置加算」の新設がなされました。しかし、これを申請するためにはいろいろと書類を書いたり、準備をしなければならないことがあります。つまり、お金はもらえるけれども、本来の仕事とは違うことに時間を費やさなければならないという現状が起きていると思います。しかし、日本の現状でいうならば、実際、このような施設における看取りの拡大、看取りの場の充実ということが社会の中では迫られているのではないかと思います。

しかし、高齢者といっても65歳以上ということになりますと年齢幅がある日本の現状を踏まえ、今日はその中でも85歳以上の超高齢者に焦点を当ててお話ししたいと思います。といいますのも、私が勤務している青梅慶友病院の患者の平均年齢は約88歳であるからです。

### 青梅慶友病院における看取りの取り組み——大往生の創造——

#### 1. 青梅慶友病院の概要

青梅慶友病院は1980年2月に開院しました。ベッド数は736床、そのうち医療保険病床（療養病床）が497床、介護保険病床が497床です。

看護単位は14病棟で、職員数は非常勤を含め763名、常勤換算にすると579名ということになります。当院では食事の介助だけを専門にする短時間パート、入浴介助だけを専門にする短時間パートというようにケアの必要なところにスタッフを投入するというようなマネジメントも行っています。入院患者の現状は、男性が23%、女性が77%です。平均年齢は87.6歳で、80歳以上が87%、90歳以上が41%で、100歳以上の人18名います。そして、平均在

院期間は3年5カ月といった社会状況とは逆行している病院です。

入院患者の中で、認知症患者が約80%で、2008年1年間で亡くなられた人は285名でした。

当院は1980年に開院しています。理事長が当院を開院する際に、「自分は医学部で教えられてきたとおりに患者さんに点滴をしたら、どんどん患者さんの体調が悪くなった。こんなになるのだったら何もしないほうがいいのではないかと考えてそれを止めたらどんどん元気になった。自分は多分、高齢患者に水を入れすぎていた」と話しています。したがってこれからお話しすることは何かのエビデンスに基づいてやってきたものではなく、私たちの実践知に基づくケアなのです。超高齢者の人たちは病いをもっている人ととらえるのではなく、生活している人だと考えて、いろいろと環境を整えたり、療養のプログラムを考えたりすることがいちばんの治療ではないかというのがこれまでの実践を通して考えてきたことです。

介護保険を機に、在院者の平均年齢が下がりました。そして、最近入院してくる患者さんの傾向は、認知症があつて悪性腫瘍があるという人、認知症があつて慢性疾患をもっている人、そして在宅ではなかなか難しいというような人たちが急性期病院からダイレクトに入ってくることもあつて3週間くらいで亡くなる人もいます。2008年12月頃から、亡くなる人の人数が少し増えてきました。入院してくる患者像が変わってきたような印象も受けます。特別養護老人ホームや老人保健施設でも入所してくる人たちの状態が少し変化しているという現状があるのではないかと考えています。

## 2. 当院の理念と目標

理念は、「老後の安心と輝きを創造する——豊かな最晩年をつくる」というものです。

目標は、「新しい“医療”“介護”“生活・文化”の仕組みを創り、高齢者の日々の生活の質の向上に奉仕する」シンプルに言えば、「自分の親もしくは自分を安心して預けることができる施設をつくらう」というもので、考える基準は、「自分がされて嫌なことは」、「自分の親がされて嫌なことは」ということです。

また、当院では原則として退院を迫ることはありません。なぜかといえば、あちこちの病院で転入院を繰り返しようやくここにきたという人が多いから



図1 当院における超高齢者・家族を支える職種

です。家にはなかなか帰れない、そして急性期病院の入院期間が短くなっていて、その後の行き先を見つめるため家族も疲れている。ですから家族にとっても安心できる施設、そして自分の親を預けて親孝行をしたといわれるような施設をつくらうと考えています。人生最後を過ごす場としているため、9割が亡くなり、平均在院日数も長期化しているということになります。このような理念を持ち施設運営をするということも大事ではないかと私自身は考えています。

当院の機能としては、1) 高齢者にふさわしい医療の展開、2) 残存する能力の活用による生活の再構築、3) 質の高い豊かな生活、4) 大往生の実現、そしてそれを5) 社会に提言していくというようなことを考えています。

また、当院の考える大往生としては、1) 自分のもてる能力を使い切り、周囲の人にも覚悟ができること、2) 家族をはじめ周囲に惜しまれて見送られること、3) 最期が穏やかで静かであること。少なくとも惨めな姿でないこと、4) 見送ったあと、関わったすべての人々に“よい余韻”があること、以上の4つの要因がそろった状態を大往生と考えています。

## 3. 当院の超高齢者・家族を支える職種

当院にはいろいろな職種の者がいます(図1)。もちろん医師、看護職、介護職、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー等々ですが、生活の場ということでは、余暇支援を専門にするレクリエーションワーカーや、おそらくみなさんは初めて耳にするのではないかと思います。生活を活性化させる生活活性化員という職種があります。これは若い男性です。入院患者の8割は女性ですし、私たち職員も

活性化させてもらうようにと考えています。

当院は、スタッフ側の安易な理由のみでチューブケアをするのはやめようと考えて取り組んできました。その一つとして“口から食べる”ことを重視し、ケアを実践してきました。当初、転入院してくるケースは経鼻チューブが多かったのですが、2001年くらいから胃瘻の人も増えてきています。実際に当院に入院して胃瘻をつくるという人は年間2～3人でそれほど多い数ではありませんが、胃瘻をつけて入院してくる人が多くなっているという現状があります。しかし、食事は楽しみの一つと考えて口から味わってもらうようにケアしています。みなさんも好きなもの、おいしいものは食べるし、嫌いなものは食べたくないのではないかと思います。だから、好きなもの、おいしいものを味わってもらう。口から食べて味わうことも一つの緩和ケアと考えて取り組んでいます。それによって、胃瘻をつくって入院してきたけれども、入院後に胃瘻を閉鎖したというようなケースもあります。

#### 4. 当院におけるサービスの組み立て

先ほどもお話したように、高齢者を病気をもった人としてではなく、生活をしている人としてみるということです。ですから、“医療”が大きくあるのではなく、“生活”“介護”が大きな位置を占め、その上に“医療”があると考えています。私は2003年に老人看護専門看護師の認定を受けました。療養病床で活動している老人看護専門看護師として高齢者ケア施設の役割、サービスを考えますと、医療・生活・介護に精通しているのは看護職のみです。高齢者ケア施設における看護職の役割は大きいのではないのでしょうか。そして、人生最後の時に「痛い、苦しいのは嫌」という願いを満たすには、やはり生活・介護の裏にも黒子のように医療があるということは大変大きな安心感につながるのではないかと思います。そこで看護職の役割は大変大きいと、今、実際に活動をしながら思っているところです。

2008年に死亡退院された入院患者の約80%弱の方が300～500mlほどの点滴を行っていたというデータが出ています。超高齢者の終末期に大量の点滴を行うことは決して患者にとって楽ではないということを実践の場で私たちは学んでいます。しかし、日本の文化の中では家族は何もしないということに大変負い目を感じるのも事実です。自然な形で亡く

なっていくということでは、家族とどのようにコミュニケーションをとっていくのかということがポイントになります。当院では状態の変化や今後の予測、亡くなり方など家族と頻回に話し合いを行っています。この役割は病棟師長が中心となり、家族、医師や他職種などの調整をしています。ケアの最高責任者は病棟師長であると考えており、「患者にとって苦痛なことは止めてくださいと言ってもよい」という取り決めをしています。ですから、大量の点滴のオーダーが出れば、医師に対して「先生、それは多すぎます。これでは患者さんが苦痛です」と師長や看護師が伝えていきます。高齢者にふさわしい医療の展開についてはこれからも追求していかなければならないと思っています。

さて、Aさんのケースを紹介しましょう。Aさんは10年間入院して100歳になり、101歳を目前に亡くなりました。100歳の時には、ただ一人の家族と病棟スタッフが一緒に誕生日を祝いました。101歳の誕生日を目前にして徐々にレベルが落ちてきました。この時にはすでにその家族も具合が悪く入院している状況で病院に来ることはできませんでした。師長が顔見知りのスタッフに様子を伝えたところ、大勢のスタッフがAさんのところに見舞いにきました。そのたびにAさんは「ありがとう」と言っていました。この方からは私たちのほうがパワーをいただくのです。亡くなりそうな時にも、5人部屋におられました。私は師長に「個室に移さないのですか」と尋ねたところ師長の答えは、「この方にとっての家はここだから、周りの患者さんも家族だし、私はここで看取りたいと思う」という意見でした。私もそれでいいと思いました。そして、101歳の誕生日まではむずかしいと思うので、何日か前にお祝いを計画しました。みなさんはスタッフ側の自己満足ではないかと思われるかもしれませんが、この患者さんの口癖は「ここが私の家だから、みんなが私の家族だから」ということでした。そして、亡くなる時には、主治医、師長、そして新卒のナース、私ともう一人のスタッフとで看取りました。とても静かに亡くられました。この時は点滴もしていませんでした。反対に苦痛が増すということで師長と主治医が話し合っただけで医療職の判断の下、点滴は止めました。亡くなる少し前でしたが、他の病棟のイベント「蟹を食べる会」に参加して、蟹の足を賞味されたということです。

ここは当院の霊安室です（写真略）。9割の方が

亡くなる病院ですから、仏式、キリスト教式、神道など、宗教にも合わせられるようにと考えています。余談ですが、職員には仏式のお焼香の仕方、キリスト教式や神道はどのようにするのかなど、生活援助技術講座で指導しています。そして、ご出棺の時は、「ご出棺はどのような仕事よりも優先する」と考えています。霊安室は病院の裏ではなく、いちばん人通りの多いところに設置しており、担当病棟、理事長、院長、事務局長、リハビリスタッフがいる時には必ず一緒にお見送りをします。また、その場に遭遇したスタッフは足を止めてお見送りするということになっています。

## ● 私の考えるエンド・オブ・ライフの課題

### 1. 超高齢者の終末期の見極めの困難さ ——老いと病いの見極め

これは施設ケアばかりでなく在宅ケアも同じです。日本では「がん＝緩和ケア」という認識が強いのではないかと思います。また、「緩和ケア＝終末期ケア」なのだろうかと疑問に思っています。意思が確認できる患者の意思を尊重することは当然です。しかし、意思がなかなか確認できない場合や、自己決定をどのように考えていくのかということは非常に難しいことだと思います。

超高齢者においては、老いと病いの見極めをどのように考えていくのか。当院の場合は医療施設ですから、医療職が見極めを行い、治療を行うことと実施しないことを天秤にかけて判断します。生活の質が低下するか、治療することでその先はより生活の質が上がるのか、それによってこのまま様子を見ることが最善であると判断する場合があります。

三宅貴夫先生の認知症ターミナルの定義(表1)では、期間については触れられていません。人によっては認知症のターミナルを「食べられなくなったら」「歩行ができなくなったら」、広義では「認知症と診断されたらターミナルケア」という方もあります。

私が考えるには、見極めが難しいのは当たり前であって、看取る側、施設でケアするスタッフ側の覚悟、「自分たちが看取るのだ」という覚悟をもってケアをすることが大事なことではないかと思います。「具合が悪くなったから病院に転院させましょう」とか、「レベルが下がってきたから医療施設

表1 認知症ターミナルの定義

■ 狭義 (次の①②③④すべての状態を認める)

- ① 認知症である。
- ② 意思疎通が困難か不可能な状態である。
- ③ 認知症の原因疾患に伴い、嚥下が困難か不可能な状態である。
- ④ 上記の①②③の状態が非可逆的である。

■ 広義 (次の①か②を認める)

- ① 狭義の状態である。
- ② 非可逆的な認知症であり、認知症とは直接関係ない身体的疾患がターミナルである。

三宅貴夫：終末期認知症の医療に関する意思決定、  
老年精神医学雑誌, 10 (10) P1225-1229, 1999.

へ」というのではなく、診察してもらうのはかまわないのですが、私たちケアする側に看取ろうという覚悟がなければならぬと思います。この覚悟は看護職のみでなく、そこで働くスタッフすべてにもってほしいと考えています。

### 2. 高齢者ケア施設における医療

老いて終末期となり、治療はしてほしくないが、「痛い」、「苦しい」という苦痛はとってほしいと自分でも思います。その場合に医療がどのように介入していくのかということが問題です。私は、医療施設と福祉施設の役割について最近、特に考えるようになりました。今日、話題になっている「介護職が吸引をするのか、経管栄養をするのか」というような医療行為をどのように考えていくのかということにも関係してきます。先ほど日野原先生も話されましたが、看護職自身、いっそうの能力向上を考えなければいけないのではないかと考えています。「苦痛のない吸引の方法」など、もっと私たち看護職のスキルをアップしていくことも大事だと思います。なおかつ介護職との連携も外すことができないことです。介護職もちろん専門職です。看護と介護がどのように連携し、そこにリハビリスタッフも入りますし、地域の医療機関ともどのように連携をとっていくかということが必要だと思います。

### 3. 尊厳の保持——最期まで人間らしさを保証する

大田仁史先生は「終末期リハビリテーション」ということを言っています(表2)。定義は、「最期まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動」ということです。そして、「最期まで」というのは「茶毘にふされるまで」と定義しています。人は誰しも最期まで人間ら

表2 尊厳の保持

終末期リハビリテーションの定義とその意味  
 定義：加齢や障害のために自立ができず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように、医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動  
 意味：「最期まで」とは、茶毘にふされるまでという。医学的な死があっても、ご遺体があるかぎり最期とはしない。「死体」は生物体の死だが、「遺体」は社会的な意味、すなわち遺族や親しい人々との関係性に依拠する意味と言われる。だから、「ご」がつく。

大田仁史：終末期リハビリテーションと緩和ケア。  
 緩和ケア18 (3), 195-198, 2008

しい姿でいたいというように思うだろうと考えています。つまり、そのためにも日々の生活援助が非常に大事になってくるということになります。先ほど「スキルアップ」と言いましたが、これは医療行為のスキルアップばかりでなく、生活援助におけるスキルアップも含まれます。私たちは高齢者に苦痛を与えないために生活援助を行います。言葉が発することが困難になってしまった人たちの苦痛をどのように想像するかということです。自分で自分の体を動かすことができなくなった時の苦痛とはどのようなものなのか、褥瘡予防のために体位変換しますが、身体を勢いよく動かされたらどのような苦痛があるのか。お風呂に入れてもらう時、勢いよくお湯をかけられたらどうなのか。自分で動かせなくなって、だんだん拘縮がひどくなってきた、そういう姿で自分は亡くなりたいのか、ということ（図2）。

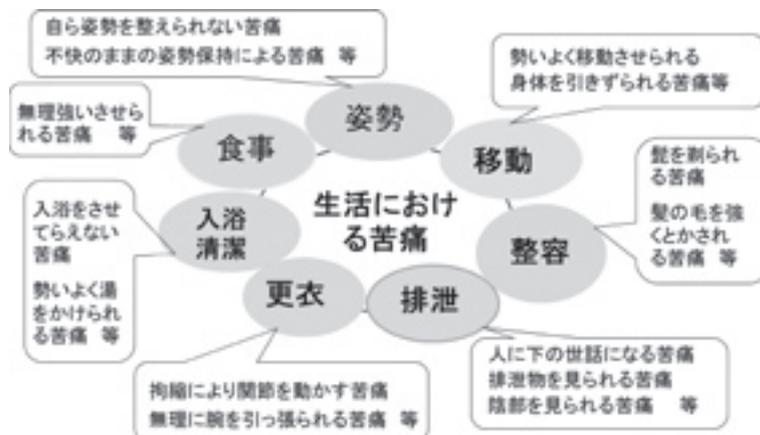
映画『おくりびと』によって死が注目されるようになりました。しかし、超高齢者の死が注目されているのでしょうか。亡くなってからのご遺体をきれいにすることはばかりではなく、亡くなる前からきれいに生活援助をしっかりと実施してこそが重要であると思います。

当院は「拘縮予防プロジェクト——ケアに活かそう拘縮対策」の取り組みを2007年6月に始めました。「最期まで人間らしい“美しい寝姿”」という取り組みです。これは特に難しいことではありません。関節を動かすことを意識してケアすることです。私たちの身体は関節で動いているわけですから、生活援助を通して、怖いと動かせないのではなく、意識して関節を動かしていく。そして、最期に茶毘にふされるまで人間らしい姿を保つことをしていく。それは当院が目標としているケアではないかと考えているわけです。他職種とともに研修会を開いて、お互いがお互いの役割を知り、機能を知り、そして共に同じ目標に向かって活動をしていくというような取り組みをしています。

#### 4. 家族によい余韻を残す

##### ——スタッフも納得できる死

高齢者施設に勤務するスタッフはよい旅立ちを調整する役割を担っていると考えています。当院では「尊厳の保持」を、①苦痛がない、②惨めな姿ではない、③大切にしてもらっていた、この3つがそろって保たれるものだと言っています。もちろんご本人が「自分の人生はこれでよかった」と最期の瞬間を迎えられるように納得できるようなケアをした



桑田美代子：豊かないのちの看取り—生活の中のケア—。  
 緩和ケア, 17 (2), 97-101, 2007

図2 生活援助における高齢者の苦痛

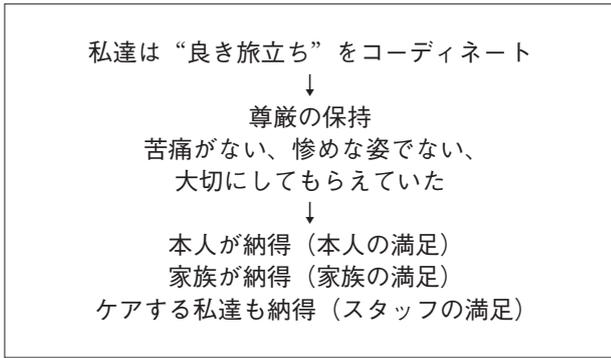


図3 家族により余韻を残す

い。しかし、これについては絶対に答えを聞くことはできません。家族の方は施設に預けているという後ろめたさをもっている方も少なくありません。当院では、亡くなった患者のご家族に退院後アンケートを行っています。「最期まで母の尊厳を守ってくれてありがとうございます」というような言葉を多くもらいます。介護はいつ終わりがくるかわかりませんし、亡くなった後、ご家族自身に「自分たちはよく頑張った」と思えるよい余韻を残すことは重要です。そのような家族の満足があると、自分たちも本当によく頑張ったとか、自分もこのように死にたいと思えるよい余韻が残せるのです。

ケアをする私たちもよく頑張ったと納得できる死、私たちスタッフも満足できる亡くなり方が大切です(図3)。それは、その思いが次のケアのパワーになると思うからです。

当たり前のことを当たり前に行っていくことはそう簡単ではなく至難の業です。しかし、その当たり前の日々のケアの中で価値を見出すことはとても大事なことだと思います。

施設に勤務しているスタッフは、当院ばかりではなく、どこの施設のスタッフもよく頑張っていると思っています。ですから、もっと自分たちの実践しているケアを認め、そしてより質を上げてほしいと思います。

「看取りの心得と作法17ヶ条」というのは藤腹明子先生の著書で出会ったものです(表3)。とても共感を覚えましたのでここでご紹介します。藤腹先生がおっしゃっていたことは、「自分の最期をどのようにケアしてもらいたいのか、それを考えてあなたたちもしてほしい」ということでした。自分がされて嫌だと思うことはしない、自分だったらどのようなスタッフにケアしてほしいのか、そのことをぜひ考えてほしいということです。

表3 看取りの心得と作法17ヶ条

- 第1カ条：看取りの基は「いのち」への限りなき畏敬と  
思い遣りなり
- 第2カ条：看取りの最初の心得は、看取りし者もいつ  
か必ず死を迎えると自覚することなり
- 第3カ条：看取りは、死の前に無力なる自分自身を知  
ることから始まるなり
- 第4カ条：看取られる者は、末期がん患者のみならず  
死を臨む人すべてなり
- 第5カ条：看取りの期間に長短あれども、およそ三月  
が大事と心得よ
- 第6カ条：看取り・看取られる者共々に、真実を語り  
合うことこそ大事なり
- 第7カ条：看病・看死・葬送は、切り離しては考えら  
れぬものと心得よ
- 第8カ条：看取りは、この世からあの世への橋渡ししな  
り
- 第9カ条：病者の「願い」を第一に、看取ることが大  
事なり
- 第10カ条：看取る者は、己が役割・立場を心得て臨む  
ことが大事なり
- 第11カ条：看取りは、病者本人のみならず、家族も含  
めて見護ることなり
- 第12カ条：看取られる者・看取る者共々に、最期の瞬  
間に「救い」をめざすべし
- 第13カ条：看取りの在りようを左右するは、看取る者  
の生死観なり
- 第14カ条：看取りの善し悪しは、本来看取られる者が  
言い得ることなり
- 第15カ条：人の臨終・死後処置にかかわるは偶然でな  
く必然なり
- 第16カ条：看取られる者・看取る者共々に、心残りや  
憂い無きよう励むべし
- 第17カ条：看取りとは、看取り後も続くものなり

藤腹明子著：青海社

### ● 有終の美を飾る超高齢者の ● エンド・オブ・ライフ

超高齢者の死とは、生活の延長線上の死であろうと考えています。私たちはもっと超高齢者の死について言葉に出して語ったほうがいいのではないかと考えています。どのような亡くなり方を自分自身がしたいのか、私たちはそのことをもっと考えるべきなのではないでしょうか。年老いたら自分の家で死にたいのか、施設で死にたいのか、どのような形で死にたいのか、それはその瞬間になった時に考えるのではなく、日本は超高齢化社会なので、それについてはもっと若い時から考えていく必要があります。超高齢者のエンド・オブ・ライフは生活の延長線上にあるものだと私は考えています。一人の人間として、自分自身の存在を尊重してもらい、そ

して尊厳を保つ。それは当たり前のようなことではありますが、実際に実践していこうと思ったらとても難しいことだと思っています。

私たちは生活をしているのです。自分自身で生活が営めなくなった時に、どうしてほしいのかということをもっと考えるべきではないでしょうか。それは地域も施設も関係ないかもしれません。しかし、自分が老いた時、どこで死にたいのか、それは看取る私たちも覚悟をしなければなりません、看取られる側も覚悟をしなければならないことではないでしょうか (図4)。

これで私のお話を終わります。

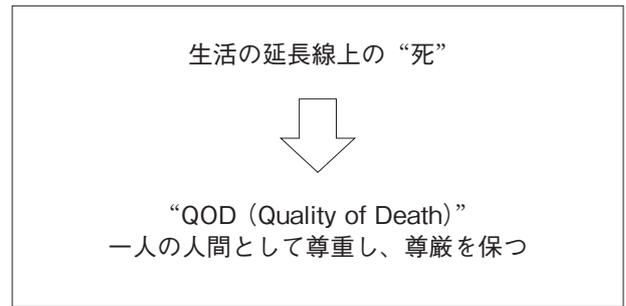


図4 有終の美を飾る超高齢者のエンド・オブ・ライフ

# わが国のエンド・オブ・ライフの課題

## ——在宅医療の現場、とくにケアタウン小平の取り組みから

山崎 章郎

ケアタウン小平クリニック院長

### はじめに

ただ今、桑田さんから青梅慶友病院のお話をうかがいましたが、平均在院期間が3年5カ月と聞き、それが果たして病院なのかと思いました。生活を重視しているとのことでしたので、入院しているというよりも入居しているというような感じを受けました。青梅慶友病院というよりも、青梅慶友村とか青梅慶友タウンというように考えてもいいのではないかと思ったりしました。

桑田さんは映画『おくりびと』の話もされましたが、私はまだ見ていないのですが、遺体を家族や納棺師が心をこめてきれいにして見送るストーリーだと聞いています。それはまさに生きている時に散々苦勞してきた方たちに対しての愛情の現れでもあろうと思うのですが、しかしちょっと待てよと思うのです。亡くなってからのていねいなケアも大事かもしれないけれども、亡くなる前のケアのほうがもっと大事ではないかと思うのです。もしもこの方たちが自分でまだ何かを感じられるような時に、今ここでこのように生きていることに喜びを感じられるようなケアがあれば、あえて“おくりびと”というような仕組みはいらないのではないかと。むしろ“おくりびと”というのは、日本の社会が終末期における介護や医療がとても貧しかったことの現れではないのか、そこでしか自分たちの誠意を尽くせないでそのようになってしまったのではないかという気がしてならないのです。

これをまったく別の話でいってみましょう。みなさんも「ピンピンコロリ」という言葉をご存知かと思いますが、まるでこれを一つの理想のように語る人たちがいます。それが理想であってもよいのかもしれませんが、これはまた日本社会の貧困を現しているのではないかと思うのです。「ピンピンコロリ」などと死ぬことは、そう簡単にはいかないのです。むしろそれを望まなければならないほどの大変

な状況が日本の医療や介護の現場にあって、だからその姿を見ている人たちは、「こんなに惨めな姿になって」とか、「こんなに家族に苦勞をかけて死ぬのであれば」、「ピンピンコロリと死にたい」という、まさにそれは裏返しであると思っています。そういうことがいいことだと喧伝される社会はとても貧しい社会といえるのではないのでしょうか。

### 勤務医からホスピス、そしてケアタウンへ

私は現在、東京都小平市で在宅専門の診療所を開いて4年になります。さまざまの職種の人たちとチームを組んで在宅療養を希望する方たちのお手伝いをしていますが、それ以前の14年間は施設ホスピスで仕事をしてきました。そして、それ以前の16年間は外科医として一般の病院で手術をしたり、患者さんの診療に当たってきました。

一般病院の仕組みは、療養環境ではあるかもしれませんが、人が亡くなっていくことを支える場所ではありません。それに代わるものが見えなかったのですが、ちょうどその頃、ホスピスケア、最近は緩和ケアという言葉を使うようになりましたが、緩和ケアの思想や考え方や実践に触れ、私は「これだ!」と思いました。緩和ケアの考え方こそが、人生の終末を迎える人たちにとっての適切なケアではないかと思い、働く場所をホスピスに移したのです。そして施設ホスピスに14年間いましたが、今は在宅診療をしているということは、施設ホスピスケアに限界を感じたからです。しかし、それは緩和ケアの考え方に限界があるからということではありません。むしろ緩和ケアはとても普遍的なケアの形態だと思っています。

表1 WHOの緩和ケアの定義（2002年）

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOLを改善するためのアプローチである」

## WHOの緩和ケアの定義

まず、緩和ケアの定義をみなさんと共有したいと思います。2002年にWHOが提案した緩和ケアの定義です（表1）。これはその通りだと思います。しかし、この定義では「疾患の早期より」となっていて、これはこれでとても大きな意味があるのですが、しかし、わが国の緩和ケアの概念の中にはここだけを取り出して少し歪んでしまっている緩和ケアの取り組みもあるということがありますが、この場では触れません。いずれにしても生命を脅かされる立場になった人たちは、当然、身体的な問題だけではなく、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題に直面します。これは病気が治ろうが治るまいが当然そうなるのですから、「疾患の早期から」ということは、疾患の早い段階で治療すれば治るような状況であったとしても、たとえばがんというような命を脅かされるような病名を伝えられた人たちは、この4つの問題、身体的、心理・社会的、スピリチュアルの問題に直面せざるを得ないのです。たとえばがんの痛み、肉体的な痛みをとることがとても大事だということは他の講師も強調されましたし、もちろんその通りではありますが、肉体的な痛みをとったから緩和ケアであるなどとはいえないのです。トータルとしてのケアこそが緩和ケアなのであって、このような観点に立たなければ、肉体的な痛みをとることは緩和ケアの一部を行っているにすぎないということになるのであって、そこを忘れてはならないと思うのです。

## ホスピスで学んだこと

私はホスピスで14年間働いてきました。ホスピスで学んだことはたくさんあります。今日は細々したことを話すつもりはないのですが、おおまかにいうと、とりあえずは4点に絞ることができると思います

表2 ホスピスで学んだこと

- ・苦痛症状緩和の大切さ（WHO方式など）
- ・インフォームド・コンセントの大切さ
- ・チームケアの大切さ
- ・ボランティアとの協働の大切さ
- ・生きる意味を見失ってしまった人びとへのケア（スピリチュアルケア）の大切さ

す（表2）。

苦痛を緩和することは当然です。

真実を共有することもそうです。真実を共有しなければ患者さんたちの自己決定、自己選択ができません。もちろん、認知症などで自己決定や自己選択が難しい人は大勢いるとは思いますが、それはそれで家族からその人の人生歴を十分に聞いていくことによって見えてくるものがあるでしょう。

チームケアの大切さについてですが、医師や看護師だけで緩和ケアができるはずはありません。身体症状を緩和したり、身体的なケアをすることは基本的なケアであって、しかし、痛みがとれたとしても、またていねいなケアが行われたとしても、今、自分の置かれている困難な状況を生きる意味が見えなくなっている人がたくさんいます。むしろそこが大切なところではないかと思うのです。大勢の人々の人生と同行してきましたが、患者さんたちは、自分が末期のがんと診断されたからといって絶望的になったりはしないのです。一時的にはそうなるかもしれませんが、現実にはその場面が変わらないのであれば、その場面の中で精一杯生きようとしていきます。その場面を支える人がいればきちんと生きることができるのです。もちろんそのベースとして身体的苦痛を緩和するのは当たり前のことですが、自分の尊厳は守られている、自分は一人の人間として尊重されてケアを受けているのだということがわかれば、やはり前を見て生きることができるのです。

しかし、肉体的苦痛が緩和されていたとしても、残念ながらがんは進行していく病気ですから、必ず体力は落ちていきます。その結果として直面することは、排泄の問題です。トイレで排泄したいのにトイレに行けなくなってしまいます。トイレに行こうと思って失敗してしまう。あるいは毎日清潔を保ちたいのに風呂にも入れなくなってしまいます。好きなときに好きなものを飲んだり食べたりしたいのにそれがかなわない。今、カーテンを自分で閉めて暗い空間で休みたいと思っても自分でカーテンの開け閉めもできない。その人がかろうじて保ってきた日常



表3 在宅緩和ケアの条件

- ① 本人および家族が在宅での療養を希望していること。
- ② 介護保険上の訪問介護士も含め、在宅療養中の介護力があること。
- ③ 24時間対応可能な訪問診療、訪問看護があること。
- ④ 苦痛症状の緩和ができていないこと。
- ⑤ 介護力の限界や症状緩和の限界など何らかの理由で、在宅療養が困難になったときに入院可能なバックアップベッドが確保されていること。
- ⑥ がんなど、疾患の状態や経過などを理解するケアマネージャーの存在

それから在宅での介護は家族が中心になりますが、家族には必ず限界がありますから、訪問介護などは介護保険をフルに使うということです。在宅介護には介護力がなければ限界がきます。また、在宅で療養している患者さんや家族の不安は、夜間、日曜日、休みの日などにもし何か変化があった場合にはどうすればいいのかということです。ですから、24時間対応可能な訪問診療、訪問看護があることが基本になります。もちろんこれに24時間対応可能な訪問介護があればさらによいと思います。当然、苦痛症状の緩和ができていなければ難しいでしょう。それから家でずっと看たいと思っても、何らかの理由で、たとえば介護する家族が病気になってしまったり、看るはずだったけれども疲れ果ててしまったりした時に、レスパイトでもいいのですが、入院できるようなバックアップベッドが確保されていることによってさらに安心して在宅療養ができるのではないかと思います。

在宅や在宅ホスピスもそうですが、専門性をもった緩和医療もとても重要ですが、しかし、生活を支えるわけですから、十分な介護が確保されなければ難しいのです。日本の介護保険制度のもとではケアマネージャーの役割がとても大きいのですが、ケアマネージャーにはさまざまなバックグラウンドがありますから、がんの患者さんたちがどのように変化していくかということを十分に理解していないと適切なケアプランを提案してもらえないこととなります。

がんの患者さんが、生活が不自由になってきたので、介護保険を利用しようと思う。そして、申請をする。大体それは亡くなる1～2カ月前です。そして、認定調査が入って、結果が出るのに約1カ月かかります。しかし、介護保険というのは、病気の重症度ではなくて、動けるか動けないかが基準になり

ますから、がんの患者さんの場合は亡くなる1～2カ月前でも動けますから、その時点で認定されると「要支援」くらいになってしまうのです。そして、結果がきた時にはもう亡くなってしまったということも決して稀ではないのです。がんの患者さんたちが日常生活にそろそろ破綻をきたしていろいろな人の力が必要だと思ったような状態になってしまっから、そういう状態でおそらく1カ月以上生きることは難しいのです。そういうことをわかっていて、どんどんケアプランの前倒しをやらないと間に合わないということです。現在の介護保険のやり方では、多分、がんの末期の患者さんは十分にその恩恵を受けることは難しいと思います。

いくつか問題のあるうちの一つは、「要支援」では地域包括支援センターの扱いになってしまいます。しかし、症状はあつという間に悪くなってしまうので、そうすると一般のケアマネージャーに代わっていく。それも何かとてもロスが多いので、これも課題ではないかと思っています。

ほかにもさまざまな課題がありますが、それらを一つずつクリアしていくことによって、在宅での緩和ケアはある程度お手伝いできるのではないかと考えています。

こういうことを背景にして、私たちの取り組みをお話ししていきます。

## ● ● ● ケアタウン小平の取り組み

従来の在宅ネットワークとは、家を中心にして、その家に訪問する訪問診療や訪問看護、訪問介護、あるいはケアマネージャーというように、患者さんの家を訪問する仕事があり、なおかつ在宅での療養は訪問してくれる人だけでは患者さんも家族も息が詰まってしまうし、家族にも介護疲れがありますから、少しでも家を離れられるようにデイサービスがある。そういうものが組み合わされて在宅が支えられていくのだろうと思います(図1)。

しかし、私たちはこのモデルには問題があると思っています。何が問題なのでしょう。それは別々に訪問して、別々の場所に戻ることが多いから、どのように情報を共有するかということが問題です。情報を共有する時間のロスが多いからです。何年にもわたって療養している緩やかな経過を辿る患者さんの場合には若干情報の共有が遅れたとして

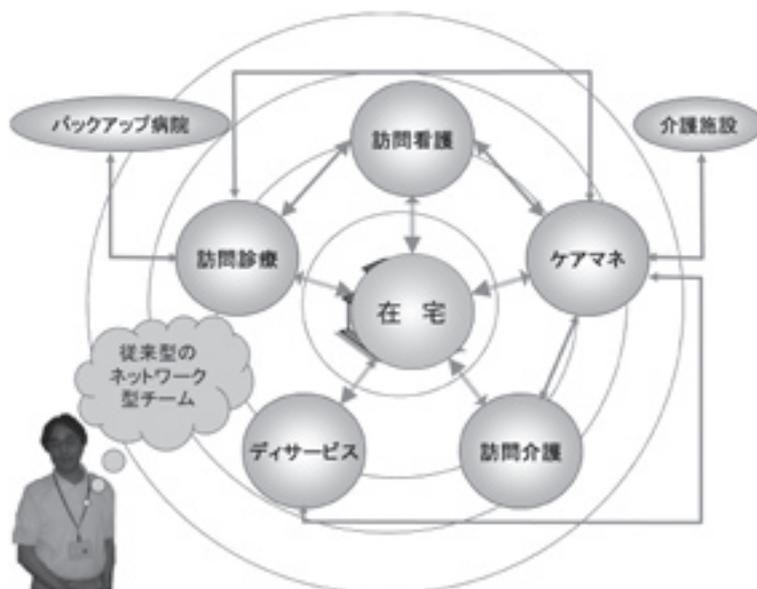


図1 従来型のネットワーク型チーム

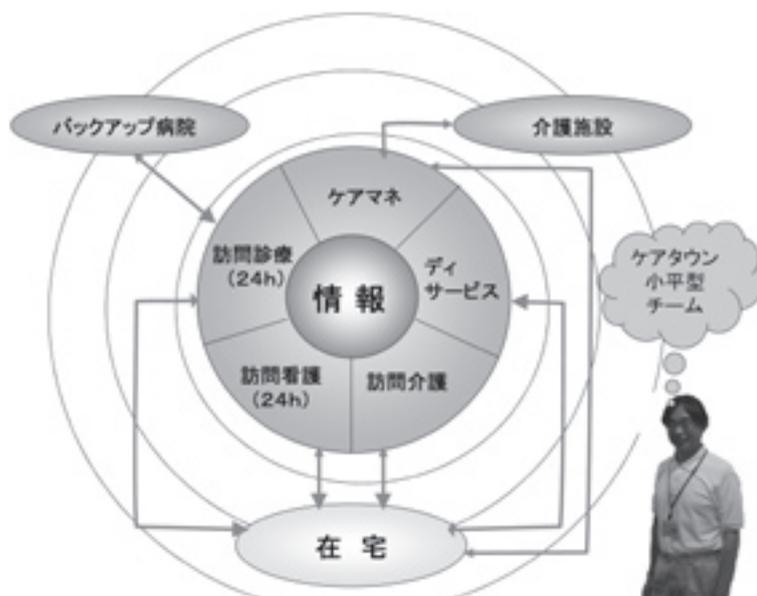


図2 ケアタウン小平型チーム

もそれは許されるかもしれませんが、先ほども言いましたが、がんの患者さんが在宅で療養していて、患者さんや家族も最後まで自宅で過ごすとしたとしても、その後の変化は階段を下りるように急なことが多いので、情報の共有がスムーズでなければ適切な緩和ケアは難しいのです。まさにチームケアというのは情報の共有を速やかにいき、それに基づいてカンファレンスを随時行って、そしてその時にいちばん適切なケアを提供できる職種がまずその役割を担うということです。情報の共有とその速やかさというのがチームケアの原点だと思います。在来の仕組みでは、情報の共有に問題があると思います。

### 速やかでスムーズな情報の共有

そこで私たちの考えたのはこういうことです(図2)。

在宅に訪問する各職種が別々に訪問しても、戻ってくる場所が同じであれば情報の共有は早いと考え、そこでそのような仕組みはできないかと考えたのです。別々に行っても、戻ってくる場所が同じであれば、顔と顔を合わせて情報の共有ができるということです。情報の共有はメールやフックス、電話などでももちろんできますが、同じ患者さんを見て

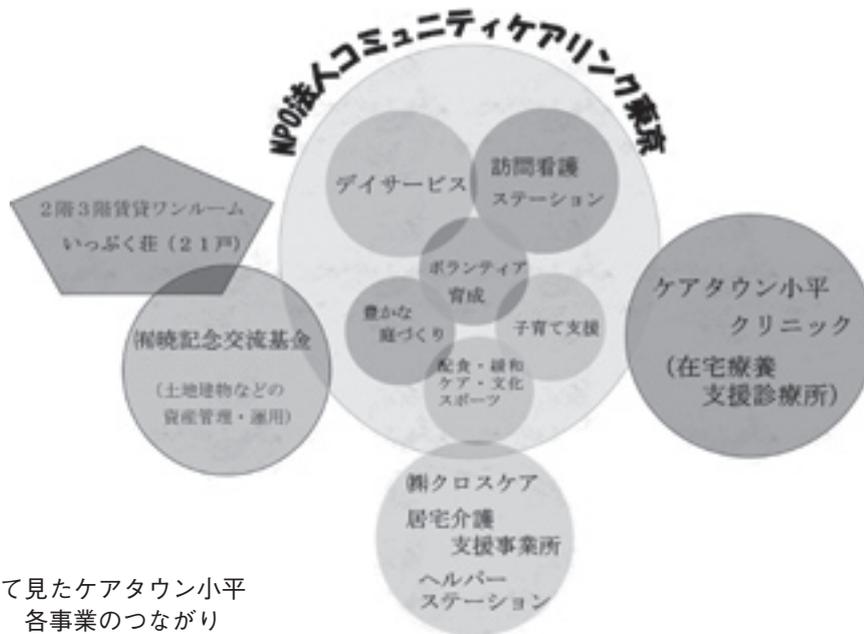


図3 組織として見たケアタウン小平での連携 各事業のつながり

いる人たちは、言葉にできないさまざまな感情のニュアンスを感じ取るはずです。同じチームであっても、文書にしてしまえば単なる情報になってしまい、どんな思いでその情報を書き込んでいるのかということまではなかなか察知することができません。不安そうだったり、嬉しそうだったりするようなことは、顔と顔を合わせているからわかることです。チーム同士で対話ができるような情報の共有が大事だと思ったのです。

これを具体化するためにはどのように取り組めばよいのか。

私がホスピスで学んだことはチームケアですから、チームがうまくいくためのものを考えました(図3)。

ケアタウン小平の各事業所とのつながりをみていきましょう。

「ケアタウン小平クリニック」というのは、私が個人で開業している診療所です。次にホスピスで学んだことは、地域のみなさんがチームに参加することによってよいケアに結びついたということを実感していましたので、在宅ケアを展開していく上でもボランティアと一緒にやっていきたいと思いましたから、ボランティアが参加しやすい事業体は非営利のものではないかと考えて、NPO 法人を立ち上げました。NPO 法人で運営可能な事業体はデイサービスと訪問看護ステーションでしたので、「NPO 法人コミュニティケアリンク東京」がこの2つを担っています。その中にはボランティア育成、子育て支援、豊かな庭づくり、配食・緩和ケア・文化スポー

表4 ケアタウン小平の特徴

- ・運営主体の違う、既存事業体が一ヶ所に集約したチーム。
- ・税金の補助や助成を受けていない。
- ・NPO 法人が中核事業体
  - 1：NPO 法人理事は無償ボランティア。
  - 2：現場の収入は現場に返す。
  - 3：寄付は地域ケアと現場環境の向上に。
  - 4：ボランティアとの協働が要。

ツが含まれます。これも私たちの緩和ケアの視点では密接につながってくるものです。

それから居宅介護支援事業所、これはケアマネジャーの事業所ですが、私たちには訪問介護や居宅介護支援事業の経験はありませんでしたので、私たちの考え方に共鳴してくれた株式会社と一緒にやることにしました。「圏クロスケア」といいます。そのような動きをしていくためにはハードが必要なので、仲間の一人が「有限会社曙記念交流基金」を立ち上げて、土地建物などの資産管理・運用をすることにしました。ケアタウン小平は、この4つの事業体によって成り立っています。その特徴を文章にしますと表4のようになります。

一つに、運営事業体の違う既存の事業体が1カ所に集約したということは、先ほども言いましたように、チームの情報の共有を速やかにするというのが最大の目的です。

2つ目は、税金の補助や助成は受けていません。

3つ目は、NPO 法人が中核の事業体であるということです。NPO 法人の理事は、全員無償ボラン



図4 1階平面図

ティアです。デイサービスや訪問看護の収入は単価が決まっていますから、収入は決まっています。大きな企業でやっているところもありますが、大きな企業になればなるほど現場で働いたお金はいろいろなところに分散してしまい、現場にあまり残らないのは当たり前のことです。介護のような地域事業はNPO法人のようなものが地域でやっていくのがふさわしいような気がします。そんなに高いお金は出せませんが、少なくとも働かない人にはお金がいくようなことはないわけです。そして、NPO法人は寄付を受けることができますから寄付を受け、地域ケアと現場環境の向上に振り向けます。そしてボランティアと協同する。それが私たちのケアタウンの特徴になります。ケアタウン小平は3階建てですが、これは1階の平面図です(図4)。

在宅療養支援診療所は私のやっている個人開業の診療所です。24時間365日、地域での在宅ケアを担っています。医師が3名います。NPO法人の訪問看護ステーションは常勤看護師が6名でやっています。居宅介護支援事業所とヘルパーステーションは株式会社でやっています。1階に基本的な在宅を支える事業所を集約しました。私たちはこのの大家さんに家賃を払って借りていることになります。

この建物の2階と3階はアパートになっています。障害をもつ人や、高齢で医療や看護や介護のサービスがあれば一人で暮らすことのできる人たちが居住しています。この建物の管理運営をする会社は1階の家賃収入と2・3階の家賃収入で運営されています。

これは(写真略)まだ開設したばかりのある日の夕方ですが、訪問看護ステーションのスタッフが引き継ぎをしているところに私たち医師が参加して、いつでも情報の共有やカンファレンスができます。

これは(写真略)デイサービスで月に一度行われているカンファレンスです。一般的なデイサービスでは断られてしまうような気管切開をしていたり、胃ろうをつけていたり、さまざまな医療的なニーズがあって従来のデイサービスが受けられない人、そして家族が24時間頑張って介護している人たちになるべく利用してもらおうという考えをもっていますから、スタッフには看護師が多くなっています。そして医療ニーズの高いデイサービスの利用者は、実は訪問看護の対象であったり、訪問診療の対象でもあったりしますし、当然、介護保険を使っての利用になりますから、ケアマネージャーも参加します。同じ場所ですから簡単に集まることができます。

この取り組みをしていく時に、私たちは東京都小平市という人口17万人の人口密集地帯でできる一つのモデルを作りたいと思ったので、私たちのできる範囲の活動にしました(図5)。デイサービスには送迎がありますから、ケアタウン小平を中心にして、半径2 km以内の人たちを対象にしました。

訪問看護ステーションはもう少し距離が広がります。開設当時に訪問看護ステーションのスタッフとどのくらいの距離であれば訪問できるかと話し合ったところ、半径3 km だったら何とかかなというので半径3 km としました。訪問診療なども半径3 km にしたいと思っていますが、実際にはこの地域



図5 活動範囲



2005.10~2009.5 ケアタウン小平クリニック

図6 死亡患者 死亡場所 内訳

に訪問診療施設が少なかったということもあり、半径4～5 kmまで往診に行くこともあります。いずれにしてもこのエリアの中で、在宅で療養したいと願っている方、それはがんの方もそうでない方も私たちのチームがお手伝いをしていきたいと思っています。

図6は、ケアタウン小平を開設した2005年10月から2009年5月までの3年8カ月の間に、私たちが関わって亡くなった患者さんです。全部で271人います。そのうちがん患者さんは221人、そのうち人生の最期を家で迎えた人は157人、71%でした。64人(29%)は病院で最期を迎えました。この中にはホスピスも含まれます。入院した人のほとんどは家族介護の限界ということでした。もし介護保険の制度が充実して、たとえば夜間8時間だけでも滞在する介護士がいて、夜、家族が休めるような態勢が整え

ば、もっと多くの方が家にいられたのではないかと思います。さらに患者さんが自分で動くのが大変になってから亡くなるまでは1カ月くらいの期間ですから、このくらいの期間は必要に応じて何時間でも介護士がいてくれるようになるなどで、介護さえ充実すれば独り暮らしの人であっても、ほとんどの人は家にいられるのではないかと思います。

がんでない人たちも50人が亡くなっていますが、そのうち36人(72%)はそのまま在宅で亡くなっています。ですから、このくらいのチームがあれば7割くらいの方は最後まで家にいられるのではないかと思います。

ただ、がんの患者さんの場合と違って、がんでない患者さんの場合は経過がそれぞれで、判断が難しいことがあります。がんの患者さんを基準にして、もうそろそろかと思っても急に元気になったりする

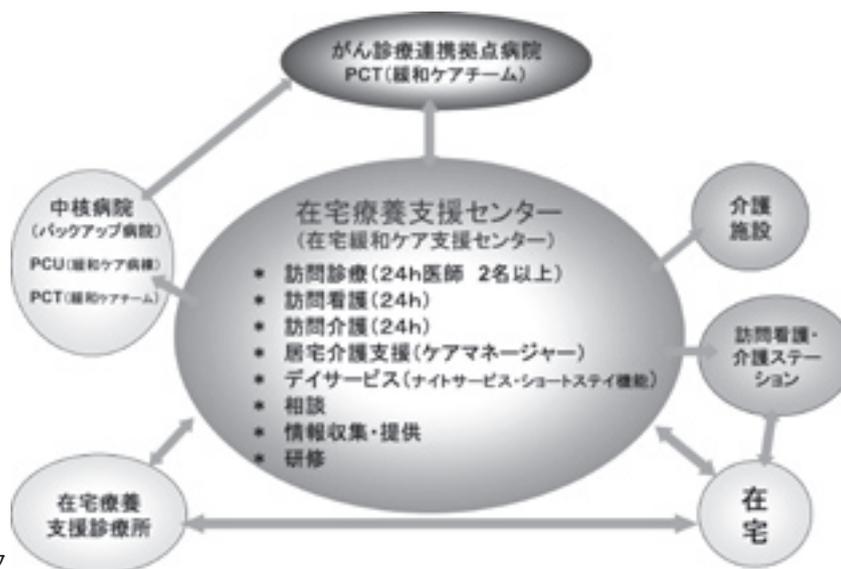


図7 地域在宅ケア (緩和ケア) ネットワーク

こともありますから、ここが難しいところです。私たちはがんでない患者さんの場合には、その変化が不可逆的なのか可逆的のかがわかりにくい時はもちろん相談の上、入院してもらいます。そして、元気になって自宅に帰る人もいますし、残念ながらそのまま亡くなる人もいます。

最近では、入院して亡くなりそうになった人の場合には家に帰ってきてくださいと言います。病院からもう限界と言われたような場合には、そのまま病院にいてもただ病院という空間の中で死を待つだけです。それだったら「私たちがお手伝いしますから家に帰ってきてください、最期は家で看てさしあげます」と言います。通常の病院医療の関係では、限界がきてもそのまま病院にいてそこで死を迎えることになります。私たちはそれとは逆のことをしていることになります。

さて、私たちの取り組みの中でも足りないものがあるということに気づきました。それはショートステイ機能です。やはり家族には日中だけでなく、一定期間介護から解放する機能を持つことができれば、もっと多くの患者さんとその家族を支えることができるのではないかと思います。

### ● 地域在宅ケア (緩和ケア) ネットワーク

図7は私が考えた仕組みです。現在、がん治療に関していうと、がん診療連携拠点病院が中心となって、緩和ケア病棟とか在宅療養がネットワークを創

ることがよいといわれていたのですが、在宅に軸足を置いてよく考えてみると、治療する病院が中心になっているのはおかしいということになります。生活の拠点は本来、自宅ですから、在宅を中心に見て、病院はあくまでも臨時の場所であるという視点で、在宅を基点にしてどのような医療機関と結びつけばいいのか、そしてまた在宅に戻ってくる。このように考えれば中核はがん診療連携拠点病院ではないということです。ただし今は在宅といっても非常に不備ですから、がん診療連携拠点病院のように地域の中に在宅療養支援拠点センターのようなものができればいい。そこでは、実際に24時間にわたって訪問診療、訪問看護、訪問介護をしますし、デイホスピスを含めたデイサービス、そしてショートステイ機能ももちます。複数の医師や看護師がいて、それぞれ個別の負担を減らしながら取り組めるようにする。そこはさまざまな資源が集約されているところですから、研修機関にもなることができますし、いろいろな相談機能をもつこともできます。そのようなセンターができて、それが個別の在宅療養支援診療所をサポートしたりしていく。そのようなことができればいいと思うのです。

これは(写真略)2007年12月、小平市にある公民館でのご遺族との交流会です。ホスピスや病院はある一定期間入院していると、家族同士がいろいろな接点をもって、お互いに情報交換をしたり、交流が生まれてきます。ところが在宅ではそこで完結してしまうので、なかなか他の人たちと接点がありません。それなりに満足感があつたとしても、大切な家族を亡くした喪失の悲嘆は変わりません。そうい



ちゅう遊びにくるようになりました。そうすると、デイサービスの高齢者とも交流が始まっています。つい先日は、保育士が幼児を2人連れて、最近は遊ぶ場所がなくなったのでここに遊びにきたと言っていました。

このようなことから私たちのケアタウン小平の取り組みは、地域のみなさんにも応援してもらっていますし、私たちもまた地域のみなさんの役に立っているのではないかと考えています。

2007年11月3日には「ケアタウン小平応援フェスタ」を開きました。これは互いに応援し、協力し合っていくことをお祭りのように演出した催しです。午前中は雨でしたが午後には晴れましたので、屋台を出したり、バザーを開いたり、子どもたちはゲームをしたりして、地域の老若男女が集まって、楽しいお祭りでした。メインイベントとして、1000個の風船の一つ一つに、このフェスタに来た人と在宅で療養している人、デイサービスを利用している人、あるいは遺族の人たち、それぞれの願い事を書

いて入れました。それを大空に飛ばしたのです。風がなかったので、まっすぐ天に向かって飛んでいく風船が点になるまで見送ることができました。

この時感じたのは、現在、緩和ケアは提供する人の都合に合わせた解釈で、部分ごとに切り取られて提供されているけれども、もっと長い目で見ていくことができれば、本来の緩和ケアは地域で生きるということ、それはまさに老若男女それぞれの人たちが共に生きるということですから、その人たちが一緒になってここで生きているのだと実感できるようなその取り組みのベースになれるのだということです。

私たちが目指しているのは、安心して暮らせるコミュニティ、それは自分たちが最後まで住みたいコミュニティ、たとえがんの末期であったとしても、認知症であったとしても、最後までそのコミュニティの中で尊厳と自立をもって暮らせることを保証するコミュニティであるということです。これが私たちの目指している緩和ケアの取り組みです。

# 疼痛と非疼痛症状のマネジメント\*

シーン・モリソン\*\*

\* Management of Pain and Non-Pain Symptoms

\*\* R. Sean Morrison, MD

## はじめに —— 痛みの管理

疼痛と非疼痛の評価と管理に関しては一般的なガイドラインがあります。病歴をとり身体所見を診ることにより、難しい症状の原因はある程度わかってきます。その原因がわかってから、治療の選択について患者と話し合って意思決定をします。それから、患者と家族に対する教育と支援を継続して行うということです。それが疼痛管理であっても、非疼痛管理であっても、各職種の連携チームで関わってやっていくことが随時求められます。

疼痛症状の管理は頻繁に再評価をすることが必要です。最初の評価よりもそれ以後の頻繁な再評価が大事だということです。

## 症例から痛みの管理を検討する

スミス夫人、79歳

軽度の認知症があり、心不全、高血圧、甲状腺機能低下症、転移性の乳がんがあります。

ADL 依存で車椅子の生活です。

スミス夫人は、背中と肋骨と股関節に強い痛みを訴えています。

## 疼痛の評価

何度も言いますが、まず患者の訴えを聞いて、それを信用するという事です。それ以外に疼痛を評価する方法はありません。重篤な疼痛を訴える患者の場合は特にそうです。これについては明らかなデータがあります。患者は痛みを過小評価し、実際よりも控え目に訴えることが間々ありますから、とにかく患者の訴えを信用することです。

医療と介護において重要なのは、評価のための系統的アプローチをすることです。そのためには、疼

痛の病歴、身体所見、つまり疼痛箇所の所見をとる、そして診断的な検査をきちんと行うことです。原因が何かということを理解し、そして、先ほども言いましたが、頻繁に再評価をすることです。

米国では、痛みがあるという鎮痛薬を処方しますが、医師は身体所見もとらなければ、総括的な検査もしないで処方をしてしまいがちです。疼痛を訴える時にはよくそういうことが行われます。

疼痛評価の標準的なものとしては視覚的なアナログのスケールがあります。この場合、「痛みなし」というところから重篤な「最重度の痛み」まで線を引いて、「あなたの痛みはどの程度ですか」と尋ねます。これによってとてもよく疼痛度を理解することができます。しかし、それが患者にはなかなかうまくできないことがあります。特に認知機能が低下している患者にはやりにくいことがあります。そこで数字による評点で、「1～10の間でどれくらいですか」と聞くこともあります。成人の5人に1人はこれを使うことができます。つまり、20%は数字によるスケールが使えるということになります。言語表現と数字による表現の2つを使うことが大事だと思います。「まったく痛くはありませんか」、「軽度ですか」、「中程度ですか」、「重度ですか」、「最重度ですか」というように確認していくことが必要です。

ベース・スケールとか、表情スケールをご存知でしょうか。それは小児のために作られたものですが、認知機能が低下している人には有用です。小児のために作られたものであればどれも認知機能の低下している人にも使えるかといえ、それはとんでもない間違いです。悲しい表情を見て、痛みがあるから悲しいとか、これは悲しい表情だとかということはやはり相当の認知能力がなければ使えません。スケールは使えなくても、「痛みがありますか」という聞き方は認知機能が相当退化するまで使うことができます。

## 疼痛への対処

軽度から中程度までの痛みは、10スケールの中では1～3です。これにはアセトアミノフェンやNSAIDsを使用します。しかし、4～6ぐらいの中度になりますと、オピオイドが必要になります。これは明らかなことです。中程度の痛みには、短時間作用のオピオイドを段階的に使用して容量を評価することが必要です。ある程度安定した容量が決まってから、長時間作用型のオピオイドに変えていきます。

では、強い痛みをもっている患者はどうでしょうか。同じアプローチですが、迅速に短時間作用型のオピオイドを段階的に容量評価する必要があります。とにかく迅速にということが大切です。1日かけてというようなことではなく、30分から1時間ぐらいの間で行います。1時間ぐらいで安定容量に達した後、長時間作用型のオピオイドに切り替えます。これが一般的な手順ということになります。

非オピオイドの鎮痛薬には、アセトアミノフェン、アスピリン、NSAIDs、Cox- II 阻害薬があります。Cox- II 阻害薬が普通の鎮痛薬以上に効くということはありませんし、伝統的なNSAIDsより安全性が高いということもありません。ですから、Cox- II 阻害薬は使わないようにと私は言っています。しかし、中程度の疼痛には有用です。オピオイドと併用すると付加的な鎮痛作用があり、オピオイドの量を減らすことができます。また、鎮痛薬には天井効果があり、ある用量まで高めていくと、それ以上に効果がきて鎮静効果が増さないということがありますが、非オピオイド鎮痛薬にはそれはありません。増やしていくことによって疼痛管理をよくすることができます。

オピオイドは、今のところ鎮痛効果がもっとも高い薬です。しかし、オピオイドに関してもいろいろな神話がありますし、また懸念もあります。それは副作用が多いからです。その場合、特に容量が重要になってきます。

オピオイドの使用に関する原則は、重篤ながん患者の疼痛の場合、オピオイドの容量を増やしていきますが、その際、①十分な鎮痛効果が得られるか、あるいは②耐えられない副作用が生じてくるまで増量します。したがって、最大容量というものはありません。ですから、重篤ながん患者の場合に

は、容量は大変多くなります。時には恐ろしいほど増えることもあります。持続性あるいは頻繁に繰り返す生じる疼痛には24時間持続して与えます。

また、痛みというのは一定ではなく、ひどい時もあるれば、緩和する時もあります。そして、痛みによって脆弱化が進んだり、疲労が増すことがありますから、疼痛がよくコントロールされている場合には長時間作用型のオピオイド、たとえばモルフィン除放剤、オキシコドン、経皮フェンタニルの使用は避けます。特に高齢者には長時間作用型のオピオイドを避けるほうが良いといえます。

継続的に疼痛がある患者には、疼痛管理によって痛みを和らげることが必要です。私たちはオピオイドのレスキュー容量と呼んでいますが、これは緊急救助のためのもので、1日量の5～10%を使います。たとえば患者でモルフィン除放剤を8時間ごとに投与するというようになった場合、この人には大体18mgということになります。経口で1、2時間ごとに与えるか、もしくは静注によって15～30分ごとに行います。ある程度の時間を経ても効かないのであれば、さらなるオピオイドの投与が必要になります。

これをどのように調整するかということですが、やはり非常に少ない量から始めていきます。

スミス夫人の場合では、経口のモルフィン除放剤を10～15mg投与し、そして、十分な鎮痛効果がみられるか、もしくは耐えられないぐらいの副作用が生じてくるまでは暫時容量を増やしていきます。その際、30～50%ごとにふやしていくという方法が安全です。ある程度この容量を入れてもうまく効かない場合は、更に30～50%ごとに増やしていきます。基礎容量が増加するということはレスキュー用量も増えるということですが、それは1日量の5～10%に保つことが重要です。私の病院では、鎮痛のために必要な容量というのはスタート時の容量を見るわけですが、適切な量を基礎容量として8時間ごとに最大で100mgまでふやしていくというやり方をしたとしても、それでもうまくいかない場合には、これはレスキュー容量とはならないということになります。

## オピオイドの有害効果

### 1. 鎮静と認知機能障害

副作用としての有害効果について話したいと思います。

私は学生にこのように言います。「疼痛管理にオピオイドを使用した場合、50%には鎮痛効果があるけれども、残りの50%は副作用の処置になる」と。

鎮静、認知機能障害、そして、オピオイドの有効効果というものをみていきましょう。特にこれは高齢者において重要だと思うからです。

オピオイド使用によって患者に非常に眠いという症状が出てきた場合、オピオイドの使用を止めるというのは誤った対応です。ひどい痛みをもっているためにオピオイドの使用を始めた場合には、少し混乱状態があったり眠気が生じたりすると、すぐにそれを止めるということがこれまでであったと思います。米国では今でもこのようなことが非常に多く行われていますが、しかし、それは正しいことではありません。

では、どうするかということですが、まずあらゆる他の薬を試みていきます。中枢神経に作用するものがあるかどうか、代替薬が使えるのかどうかということですが。

他の可能な原因を評価して治療できるのかどうかを見ていくことも大切です。鎮静には精神刺激薬、せん妄には精神弛緩薬を試みます。あるいは別のオピオイドに変更するか、全身的なオピオイド需要を減らすために侵襲性もしくは非侵襲性的の方法を試みます。鎮痛効果が適切であれば、その容量を下げていくこともできます。大体25%ずつ下げていきます。

鎮痛効果が不十分な場合には他にもいくつかの方法があります。

### 2. 便秘

便秘はよくみられる有害効果です。2歳から100歳くらいまで普通に出てくる問題です。これに対処することも重要になります。

医師が処方箋にオピオイドと書くときには、下剤は処方しないほうがいいといわれています。そうした時にはたとえば繊維などの多い食品は避けるようにしてほしいと思います。重篤な患者が繊維の多い食事をとるときには、よほど多く水を飲まないとい

秘になります。

### 3. 吐き気、嘔吐、依存性、耐性

これは治療の開始時に多く見られますが、7日から10日で耐えられるようになってきます。吐き気や嘔吐を止める薬は7日か10日以後には出す必要はなくなります。

また、耐性と依存性についてですが、有害効果のために容量を減らすようなことになった場合、または拮抗薬を使用したような場合、それによって生じる禁断症状が依存性です。オピオイドによる治療後、2～3日で生じる場合があります。しかし、きちんと薬物を減らしていけば問題にはなりません。

依存性というのは、抗うつ剤やステロイドでも見られます。他の薬物でも依存性があることを理解しておく必要があります、オピオイドもそれらと何ら変わりがないのです。また、たとえばがん患者で放射線治療などを行うという時にはオピオイドの量を減らしていくことが重要です。減らすことは簡単です。たとえばオピオイドの1日量の50%量にしていくというやり方です。モルフィンの量を1日30mg以下に抑えていくということをしていけば、徐々に減らすことに成功します。

耐性というのは、容量と反応関係の変化であって、効果を維持するために高い容量が必要になる場合をいいます。鎮静やその他の効果に対して現れる場合もありますが、こうしたケースは非常に稀です。疼痛が管理されていないというのであれば、むしろその病気の進行の度合いを見たほうがいいわけです。耐性というのは、有害効果が出てきた時に見られる現象で、48時間後にオピオイドによる呼吸の抑制が生じる場合があります。5日くらいしますと、オピオイドを使うことによる傾眠に悩まされることが多くなります。しかし、多くの人は5日くらいするとこのような傾向はなくなり、7～10日で吐き気も治まってきます。便秘に耐えられるというのは本当に最後の状況です。

### 4. 常用癖

これについてはもっとも誤解が多いようです。常用癖は脅迫的に使用し、コントロールできなくなって使用しつづけるということです。これは患者以外の家族についてもそうです。常用癖のリスクは、たとえばドラッグやアルコールなどと同様に誤って使ってしまうことです。しかし、多くの研究では



図1 吐き気／嘔吐の病態生理

0.1%以下で、リスクは低いということです。私たちのチームは1年間に緩和ケアの患者1,000人を診ており、その人たちにはオピオイドを使用する人が多いのですが、その中で依存性になる人はほとんどありません。これには警告の症状をきちんと見極めることが大切です。予定の時間よりも早くその薬がほしいと言っているかどうかをみていくということです。どの段階でそれをきちんと認識することが重要なのです。

また、偽りの常用癖にも気を配る必要があります。この行動は痛みによって生じるもので、適切な鎮痛薬によって消失します。きちんと疼痛が管理されていれば症状がなくなるか否かでその違いがわかります。24歳の時から15年間、白血病で骨の痛みがあるという女性患者でしたが、薬を引き出しにずっと保管しており、常にその薬をもっとほしいと要求していました。しかし、それを飲んだところで痛みが完全にコントロールできていなかったようです。緩和ケアチームは、彼女の状況を見て、オピオイドの量を3倍にしました。それによって疼痛は緩和され、これまでのように薬をほしがるといことはなくなりました。疼痛の処置をする場合はこのような状況をよく見極めなければならないということです。

### スミス夫人の経過①

オピオイドの投与を始めて疼痛は管理されたのですが、5日後に吐き気と嘔吐がひどいと再受診してきました。これは痛みよりももっとひどいということで私たちを責めました。

吐き気と嘔吐があるのが問題なのです。これには鑑別診断が必要です。嘔吐と吐き気の原因は違うの

表1 吐き気／嘔吐の原因

・ 転移	・ 機械的閉塞
・ 髄膜刺激	・ 腸蠕動
・ 便秘	・ 代謝性
・ 精神的不安	・ 病原菌
・ 使用薬物	・ 心筋虚血
・ 粘膜刺激	

ですから、その原因を鑑別するためには違う薬物を処方しなければなりません。吐き気と嘔吐の原因が、ある場合はオピオイドかもしれないし、そうでないかもしれないからです。鑑別診断をせずに鎮吐剤を処方することは患者にとってよくないことだと思います。

吐き気というのは、主観的・自覚的なものです。胃腸の粘膜が刺激されることによって起こることもありますし、化学受容器の引き金帯によって刺激されることもあります。前庭器官や大脳皮質の刺激などによっても生じます。これに対して嘔吐の場合は、神経筋の反射です。

吐き気と嘔吐の病態生理を図1に示しました。この4カ所が刺激されたことによってこれらの症状や徴候が起きるのです。なぜ病態生理の話をするのかというと、いちばんよい処方というのは原因を突き止めることにあるからです。そして薬物を選んで4つの領域を正しくターゲットとして処方することが必要だからです。セロトニンとドーパミンは消化管に、アセチルコリンとヒスタミンは前庭器官、大脳皮質にはヒスタミンと多少のドーパミンが影響するかもしれません。

吐き気と嘔吐の原因を表1に示しました。単にオピオイドが処方されていることだけが症状や徴候の原因ではないということです。したがって鎮吐剤も原因によって使い分けなければなりません。

あまり知られていないことですが、オピオイドによって前庭器官の機能が障害され、それによって吐き気を来します。オピオイドで吐き気が生じているということをきちんと知らせてもらうことが必要です。

### スミス夫人の経過②

これでスミス夫人の疼痛も吐き気と嘔吐もきちんと緩和されました。担当医師やナースは「ああ、よかった」と思いました。

表2 疲労と衰弱の原因

- ・栄養障害：
  - －エネルギー消費と供給に対する腫瘍の直接効果
  - －液性とホルモン性因子
  - －傍腫瘍性症候群
  - －貧血
  - －慢性感染症
  - －睡眠障害
  - －体液・電解質障害
  - －薬物
  - －過度の努力

そこに娘さんから電話がかかってきました。母親の食欲がなくなって、1カ月で10ポンドもやせてしまったということです。

食欲不振と体重減少は病気が進行している症状であり、非可逆性であるということです。これらについては効果的な治療法はほとんどありません。嚥下が難しくなるとか、嚥下の時に痛みを感じる、義歯の具合が悪い、口内の乾燥、口内炎、せん妄、心疾患、未治療の甲状腺機能低下症ということもあります。薬物療法の影響ということもありますし、感染症があるかもしれません。単純に摂食を助けてあげる必要があるのかもしれませんが。

合併症で治療できるものは治療していくことになりますが、まず、こういう状況は何に基づくものかということをお患者や家族と話すことです。

しかし、通常は病気の進行によります。重篤になりますと、心疾患の場合には呼吸困難に陥ることがあります。ケアと愛情を、ただ食べ物を口に入れること以外で表現する方法を考える必要があります。食べたくないという患者には高カロリーのドリンクなどを与えることもできますし、少量ずつ頻繁に食べさせることができるかもしれません。お酒も食事とともに飲みたいというのであればそれもOKです。自分で食べられなければそれを補うことも必要で、いろいろな薬物も考えられます。

### スミス夫人の経過③

スミス夫人は以前より食べられるようになり、体重の減少もなくなりました。しかし、疲れと無力感を訴えるようになりました。娘さんによると、お母さんはもうあきらめていてこれ以上闘いたくないようだと言ってきました。そうなってくると、母親と

表3 疲労と衰弱の管理

- ・もっとも苦痛が大きく、そして、難治である。
- ・副腎皮質ホルモン
  - －2-20mg/d
  - －健康感をもたらし、力が増す
  - －この効果は4-6週間には減弱するかもしれない
  - －死亡するまで続ける
- ・精神刺激薬
  - －メチルフェニデート2.5-5mg q am と q noon
  - －衰弱した患者に用いられる
  - －振戦、食欲低下、頻脈、睡眠障害をきたすこともある

娘の間にもストレスが生じてきます。これに関してはどのようなアプローチがあるのでしょうか。

疲労の原因は複数考えられます(表2)。

これらにはどのように対処したらいいのでしょうか。対症療法はいろいろとリストアップされていますが、これといったものはありません。緩和ケアにおいてもさらなる研究が必要だと考えています。重篤な病気を持つ人たちにとっては、これがもっとも解明されていない部分だからです。トライして見ることはいろいろあります。薬物療法として可能性があるといえるもの、また手助けにはなるというものなどがあります。1つは副腎皮質ホルモンですが、これは1カ月くらいしか効きません。もう一つが精神刺激薬です(表3)。

### スミス夫人の経過④

また、娘から電話が来ました。母親が呼吸困難になっているということです。救急部で会いました。母親はストレッチャーに寝かされて100%酸素マスクをつけていました。患者はマスクを外そうとするので拘束しなければなりません。パルスオキシメータは96%を示していましたが、なお強い呼吸困難を訴えています。医師は動脈血液ガスを測定しようとしています。これはもっとも苦痛を感じるものですし、また挿管だけは止めてほしいというのが娘の訴えでした。

表4 呼吸困難の原因

・不安	・肺塞栓症
・気道閉塞	・粘稠な分泌物
・気管支痙攣	・貧血
・低酸素血症	・代謝障害
・胸水	・虚血性心疾患 / 心不全 / 心膜疾患
・肺炎	・家族 / 経済的 / 法的 / 霊的 /
・肺水腫	その他の問題

表5 呼吸困難の管理

<ul style="list-style-type: none"> <li>原因の治療           <ul style="list-style-type: none"> <li>—気管支痙攣には気管支拡張薬の吸入</li> <li>—腫瘍の閉塞にはステロイド</li> <li>—胸水貯留には胸腔穿刺</li> <li>—肺水腫には利尿薬</li> <li>—分泌抑制の治療</li> </ul> </li> <li>対症療法           <ul style="list-style-type: none"> <li>—酸素</li> <li>—オピオイド</li> <li>—抗不安薬</li> <li>—非薬物的介入</li> </ul> </li> <li>酸素：           <ul style="list-style-type: none"> <li>—パルスオキシメトリーは役立つ</li> <li>—医学的治療の強力なシンボル</li> <li>—費用がかかる</li> <li>—扇風機でも同じ効果がある</li> </ul> </li> <li>オピオイド：           <ul style="list-style-type: none"> <li>—軽減は呼吸数とは関連しない</li> <li>—苦痛を和らげるために用いるときには倫理的、あるいは、職業的に障壁はない</li> <li>—少量用いられる（オピオイドに慣れていない患者では）</li> </ul> </li> </ul>
--

## 呼吸困難への対処

このような状態のスミス夫人をサポートするにはどのような対策がとれるのでしょうか。

まず、呼吸困難に陥った原因をみていかなければなりません。これにはいろいろな要因があると思います（表4）。

どうすべきでしょうか。ここで2つのアプローチがあります。1つは治せるところは治していくということ、2つめはもしうまく治せないというのであれば、対症療法をいかにうまく行うかということです（表5）。

安心感を与える、手を握る、一緒に呼吸をする方法を教える、ゆっくり大きく呼吸ができるようにペースをつかませてあげるといったことなどは非常に

表6 呼吸困難の管理

少量のオピオイドの使用が必要である（オピオイドになれていない患者では）

—軽度の呼吸困難：

- ・開始の用量：モルフィン 5 mg PO Q4h と 5 mg PO Q1h prn
- ・良くならない軽度～中等度の呼吸困難では25～50%毎漸増して適量に至る

—重度の呼吸困難：

- ・経静脈あるいは皮下使用する
- ・モルフィン 2 mg IV Q5-10min（症状がとれるまで）
- ・良くならない重度の呼吸困難には50-100%毎漸増して適量に至る
- ・上述の急速適量測定法で症状緩和に要する総量を求め、それをt Q4h で用いる
- ・24h 量の5-10%量を Q1h prn で与える。

シンプルな形での介入です。このような場合にはパルスオキシメトリーはほとんど役に立ちません。

酸素というのは、強力な医学的シンボルでもあるようです。テレビを見ている時に酸素をつけているというのはみんなが期待することですが、肺気腫がなければ呼吸困難にはあまり効きません。ただ単に顔にマスクをつけているにすぎません。呼吸困難という中枢の部分の部分をどうかしない限り、意味はないということです。

オピオイドはあらゆる薬物療法の中で呼吸困難を解決するにはいちばんよいものかもしれませんが、一般的には多くの誤解があります。呼吸数とは関係していません。まず少量から始めます。どのようにオピオイドの量を決めるかということを表6に示しました。

不安になる。不安になると息が切れる。そうするとまた不安になるということで、どんどん深刻化することがあります。この悪循環をいかに断ち切るかが重要になります。

## まとめ

疼痛以外にも多くの治療可能な症状があります。がんもしくはがんでない患者でも、治療できる症状はまだまだあるということです。痛みだけを取り上げて焦点を当てるといったのではなく、もっと広く見るということが重要です。そして、管理には十分な検査も必要ですし、患者や家族の教育とともに頻繁に再評価をするということも重要です。再評価を

しばしば行って介入していくほうが効を奏するということもあります。

痛みをきちんと管理することも大事ですが、有害効果を管理することも同様に重要です。吐き気や嘔吐に関してもきちんとした鎮吐薬を選択する、あるいは脳に刺激を与える、末梢に刺激を与えることによってそれを抑えることができます。

食欲不振や体重低下についてもいくつかの基本的なアプローチを示しましたが、これはほとんどの場合、疾病の進行の兆候と捉えることのほうが可能性が高いといえます。

疲労感や衰弱をケアするのはたいへん困難です。薬物療法で効く場合もあれば、そうでない方法が効くこともあります。このような分野については、家族の手助けがもっとも重要なカギとなってきます。

呼吸困難は治療可能ですが、痛みは患者本人の訴

えによるものですから、そこに集中していくことです。呼吸数やマシンによる情報だけを頼りにして治療していくものではなく、本人の訴えのみが唯一信頼できる情報であるということをしっかり認識していただきと思います。

## ● ● ● 緩和ケアの研究

非疼痛症状においてはリサーチがまだまだ必要です。科学者として医師としてお話ししてきましたが、苦痛に伴うさまざまな症状に対して、これは効くというものをお話しすることはできないのです。このような分野はまだいろいろな問題があるということで、今後も看護や医学の分野で共に研究していかなければならないと思います。

# 臨死における患者と家族のケア\*

ジェーン・モリス\*\*

\* Caring for Imminently Dying Patients and Their Families

\*\* Jane Morris, MS, RN, ACHPN

## 最後の時間をどのように準備するか

残り数日間、あるいは数時間というように死が迫っている患者と家族のケアについてお話したいと思います。

患者には生理学的な変化が起きていますし、家族には心の準備が必要になります。患者には亡くなる時の特有の症状が出てきます。家庭であれ病院であれ、死を迎える場での特別な配慮が必要ですし、死の兆候を認識して、その際にどのように対応をしなければならないかということも考えていかなければなりません。

残り数時間という時にどのように準備をするかということについては、家族を啓蒙する、家族のカウンセリングをするということがまさに成功のカギであり、そしてまた核とならなければなりません。知識があると力が与えられますし、家族にこれから大切な人に何が起るかということ教えることによって、事態が正常化して、死に対する心の準備ができ、よりよく対処することができるようになります。

家族をカウンセリングする際に常に出てくるのは、自分の大切な人はあとどのくらい生きるのかという質問です。死を目前にしてもなかなかこれに答えることは難しいことです。これを知りたいということには特定の理由があったり、遠くにいる人が間に合うように来たいとか、また計画したいことなどがあるからです。家族は地理的に離れたところにいるので駆けつけたいとか、家族がどうしても死ぬ前に会いたいのであれば、すぐに来るように、あと2、3日かもしれないし、週末までもつかもしいし、あるいは持ち直して回復状態が続くかもしれないけれども、とりあえず来てくださいと言います。あとどのくらい生きられるのか心の準備をしたり、心が動揺することもあるでしょう。場合によって症状が持ち直したりすると、その状況をどう捉えたらいいのか困惑することもあります。亡くなるプ

ロセスにおいて不安を感じることを解決しておくことが大切です。

患者は自宅で死にたいと思っても、家族がそれを支えることができるかどうか分からないという場合や、不安や恐れをもっているかもしれませんし、それを解決して支援していかなければならないかもしれません。つまり1年中、豊富な知識を有する熟練したスタッフが待機していることが必要になります。それは患者と家族のためだけでなく、他のスタッフが困った時に、私たちに問い合わせがすぐできるようにするということでも大切なのです。

ニューヨーク市のような文化的にも人種的にも多様な人たちが住んでいるところですから、私たちは日々異なる文化、宗教、伝統の人たちと接しています。私は患者や家族の世話をする上で、あらかじめそういうことをすべて知っておきたいと思っています。私の知らないことはないか、スタッフに伝えておかなければならないことがあるか、またその人の死に間に合うように準備しておくことはないかということを知っておく必要があります。

## 病院内での配慮

患者が死にふさわしいと思うような環境を配慮する必要があります。病院にとっては独特の課題が出てきます。病院でもなるべく自宅に近いような環境を作りたいと思います。医学的な技術でも患者にとっては利益にならない、あるいはもうその人のケアにとって必ずしも最優先課題でないものは取り除くようにします。また、普段見慣れている置物や写真を置くということにも気を配ります。それは家族にとっても安心材料になりますし、スタッフにとっても心が和むからです。私たちが病室に入っても、患者に接する時の気持ちが違います。患者というよりは生活者なのだということ、その人を大切に思う人たちがいて、そこからいろいろなストーリーが流れてくることによって、患者とより深

いつながりを持つことができます。私たちは、もう言葉が話せないとか、死に近くなった時に初めて会う人がいるからです。

なるべく静かで、プライバシーが守れる環境を作るようにします。病院ではなかなかそのような環境を作ることは難しいのですが、なるべく個室を用意して、患者も家族も時間を気にせず長く側にいてあげられるようにします。スタッフもなるべくいつも同じ人がつくようにします。いろいろなスタッフが交代で入ってくると思いますが、こういう時だけは同じ顔ぶれで接してあげることが家族にとっては安心材料にもなると思います。

大切なのは、医療スタッフと積極的なコミュニケーションをとるということです。病院では大勢の患者を担当していますから、健康回復とか治療が優先課題になります。同じ病棟にはまったく違うゴールの人がいますから、その病室に入っていくと雰囲気は違います。知っておかなければいけないことは、この患者が亡くなる時には蘇生はしてはいけないのだということです。マニュアル通りにいくと蘇生することになってしまうことがありますので、それは必要ないということを確認しておく必要があるということです。

## ●●● 家庭での配慮

さて、家で亡くなる場合にも配慮が必要です。それには意欲的な介護者が必要になります。それには目まぐるしく変わっていく環境に対応できる人でなければなりません。また、介護者を支えるための追加的なリソースも必要になります。他の人の支援を受けずに変わっていくニーズや大きくなっていくニーズを支えていくのは難しいと思うからです。ほかに助けてくれる介護者がいるか、あるいは外部から来てもらうことも必要になってくると思います。

症状の複雑さと安定性についても理解しなければなりません。家族は大変素晴らしい力をもっていますから、しっかり教えると複雑な治療法もできるようになりますし、新しいケアの方法も私たちが驚くほど上手に身につけることができます。しかし、必ずしもどの家族もそうであるとは限りませんので、きちんとモニターして、家族ができるかどうかを観察していかなければなりません。

患者の死にゆくプロセスが早まることになります

と、それに対応できる能力も変わってくるかもしれません。ケアチームからの介入の仕方を変えとか、ケアプランを変えとか、必要な場合には他にも選択肢があるのだということも提示していくことも必要です。病気が進行しますと生理学的な変化が出てきます。家族にはこれを理解してもらわなければなりません。私たちの観察と解釈について家族に話をするとか、啓蒙の資料を使ってそういう話を補うことができます。

臨死になると機能が劇的に変わってきます。急激に衰退するのはある意味では家族にとってショックです。

患者は日常動作においてとても依存的になってきます。そして動くことができなくなり、寝たきりになってしまいます。体位変換にも手助けが必要になります。痛みや苦痛に加え、褥創が進むこともあります。食欲も落ち、摂取量が減ってきます。これは介護する家族にとっては辛いことです。ここまで病気が進行していれば、食べ物を食べないのも不思議なことではないし、今はお腹が空いていないのだから無理に食べさせると気持ちが悪くなるということの説明します。家族を啓蒙しても、家族としては患者が食べないということで落ち込んでしまうので、私たちもこれまでの経験で食べ物が患者にとっては苦痛を与えることになったり、あるいは家族間の確執の原因になってしまうことがあります。家族はどうしてももう一口というように勧めます。私たちが訪問看護に行きますと、患者が食べないと訴えられたり、逆に患者からは無理に食べさせられて辛いなどと訴えられたりして、雰囲気がとても暗くなってしまいます。

水分の摂取も最小限になります。家族は脱水を心配したり、輸液をしてもらいたがったりしますが、必ずしも脱水で苦痛が生じるわけではありません。脱水というのはある意味では落ち着いた心地いい状態を作り出すことがあって、輸液をしたりするとかえって今の落ち着いた状態をかき乱してしまうこともあります。輸液は快適な状態ではありません。咳、呼吸困難、分泌の過多などもあります。それらをいろいろ家族に話しても、大事な人だからやはり輸液をしたほうがいいのではないかとこともあります。そのような場合には、そのことが患者を苦しめることなくまた症状を悪化させることもなく、しかも針を何回も刺すこともなければ、輸液をしてもいいのかもしれないかもしれません。摂食が減っていきま

すから、口内、唇、鼻、眼瞼を清潔に保つことが必要です。

嚥下の難しさもあります。そうすると分泌液が溜まってしまふことがあり、ガラガラと音をたてた呼吸とか、パチパチという音が生じることがあります。患者本人は苦しくはないのですが、息ができなくなっているのではないかと、体液の中でおぼれてしまっているのではないかと不安になって家族は耐えられない気分になります。これには具体的な介入の方法があります。いくら家族が吸引しても口内や咽頭に効果があるものではありませんし、かえって患者にとっては辛いことで、ナースはそのことを知っているはずで

死が近くなると心機能の異常も出現します。末梢循環が減少してきて、皮膚の色も変わってチアノーゼになり、末梢が冷たくなり、頻脈になり、血圧も低下します。同時に腎機能も低下して、尿量が減少し、最終的には無尿となります。意識レベルも低下し、傾眠状態になり、眠っている時間が長くなり、話も少なくなります。目を閉じることができなくなります。目が開いたままになりますと、目を乾燥から守るために処置をする必要があります。覚醒させることができなくなり、反射機能も低下し、手を握ったり口内の清潔のために綿棒を入れますと、噛んだり、うめいたりすることがあります。この時点で大事なのは、うめきというのはせん妄のせいでもなければ、痛みのせいでもないということを家族にはしっかりと伝えることです。

### ● 意識のない患者と家族との ● コミュニケーション

だんだん意識がなくなって、反応する能力がなくなつてはきますが、気づきはあるのですから、家族が「ここにいますからと安心してね」と言ってあげることが大事です。聞こえているということを知っておく必要があります。「ありがとう」ということや、「旅立ってもいいですよ」ということを伝えてあげることが大切です。体に触れることも大切だと思います。マッサージの仕方を家族に教えてあげることです。

呼吸も変わっていきます。呼吸も浅く、頻繁になります。無呼吸も周期的に起こり、補助筋を使った無呼吸になっていきます。それから下顎呼吸になります。家族がそれを見るのは辛いものです。空気が

入らないのではと心配するのですが、それは普通なのだということを家族にわかってもらうことが大切です。それは死の一つのサインであるということです。呼吸困難を薬物で助けることは大切ですが、酸素を提供することはこの時点では必要ではありません。

死への兆候のプロセスとしては、眠っていきように亡くなることもありますし、せん妄、混乱、うめき、意味のない動きをすることもあります。そのような錯乱した患者を見ていくことは辛いでしょうし、家庭ではなかなかマネージができない難しいところといえます。せん妄はなるべく早く完治させないと、家族は一生せん妄に陥った状態を思い出すこととなります。この段階では症状管理のために家を離れてホスピスなどの施設に行くことも意味があるのかもしれませんが、しかし、せん妄というのはなかなか戻りませんし、体液が溜まることもどうしようもないことです。

とにかく、死に近い状態においては快適にしてあげること、安らぎを感じるようにしてあげることが大切です。ケアの目的、ケアの計画は、本人が安らかであるということに大事にして、意味のない薬物は止めること、今までやったことに意味がなければ止めるということです。このような状況で薬物を投与する場合には経口でします。坐薬も家庭では考えてもいいのかもしれませんが。皮下や静脈に注射をすることは減多に行いません。代謝作用が変わってしまっているため、むしろ害になってしまうからです。

精神的・霊的なサポートを患者本人と家族に対して提供していくことが大事になります。

実際に死が訪れた時には、亡くなったことをきちんとわかってもらうことも大事です。その時には家族に注意を移すべきです。誰に電話をかけたらいいいのか、アメリカのホスピスでは誰かが家庭まで行って死を確認して、医師にそれを告げるという役割を果たします。家庭で亡くなる場合にはそういう方式がとられることが当たり前になっています。愛するものが亡くなったあとの家族を大事にすることが、介護者の大切な役割でもあります。何が起きたかということを自分なりに理解すること、死に間に合わなかった家族が病院やホスピスに来て会うことができるようにする場を設定することも必要です。

## ● ● ● ● ● まとめ

エンド・オブ・ライフのケアはいろいろなセッティングで提供されます。家族にしても専門の介護者にしても、全体を通じて何が起きるかということを十分に知らされて、サポートされていることが大事です。

プライマリの介護者には何が起きるかということ予測できるような状況であること、状況が変わった場合や問題が起きたときに医師やナースに連絡がとれるということ、進行の症状がどうなるかという兆候の知識が与えられていること、そして、終生期のケアの質を高くするためにも死に至るプロセスを知っていることが大事であるということを強調したいと思います。

# ケアのゴール、治療の継続と中止の決定\*

シーン・モリソン\*\*

\* Establishing Goals of Care and Without/Withdrawing Treatment

\*\* R. Sean Morrison, MD

## 医師や看護師の役割

緩和ケアの難しさについてお話ししたいと思います。ケアのゴールを設定するという、そしてまた、患者や医師が治療を止めるにどうすればいいかということです。

これには3つの目標を達成しなければなりません。

医療従事者は患者や家族が意思決定をするのに手助けできないものかということですが、ここで海図のようなものを提供して、みなさんが患者や家族が、ケアの目的にかなわないような治療の中止とか、休止について意思決定を行うのにどのように寄り添っていけばいいのかについてお話ししたいと思います。

死が迫っている時に心の備えをすることができるようにしていくことです。悲しい知らせや診断を伝えることで、あらかじめ計画ができそして目標を達成することができる必要があります。いつ、どの時点でどうするかということです。そこで、どのようなケアを患者や家族が求めているのか、どのようなケアをすることで残りの時間に何を達成したいのかというケアのゴールをたて、「ゴールにかなわないような治療は止めていきましょう」というように話をもっていかなければいけません。

ここでまた葛藤が生じた場合には、それを話し合いで何とかしていかなければなりません。治療についても葛藤が生じてきます。

## ケアのゴール

では、どのようなケアを望んでいるのかということです。私たちは個人的に自分の生活でそれぞれ異なる目標をもっています。自分はどのようなことをしたいのか、また自分はどのようなことをコントロールしたいのか、自分で全部意思決定をしたいの

か、場合によっては他の人に意思決定をしてもらいたいのか、私たちはそれぞれ好みも望んでいることも違います。家族に加わってほしいということも異なっています。

また、希望、目標、夢など、私たちが期待するのは病気とともに変わっていきます。私たち医療提供者としてはそれを理解して、そのゴールを明確なものにして、場合によっては治療を変えることも必要になります。もちろんゴールが変わったら、それに合わせて治療も変わっていかなければなりませんし、何がゴールなのかについても話をしなければなりません。

治療の目的を確立するためには、きちんと予後伝えることです。予後というのは不確かなものですが、患者が知りたい時には知らせる必要があります。そして、達成できるようなゴールを設定しなければなりませんし、それに向かって患者が進んでいけるように導かなければなりません。場合によっては、意味のない、そして実現不可能な目標もあるのだということについてもです。たとえば膵臓に転移してしまったとか、体中にがんが転移してしまったような場合は、孫娘が結婚する1年後まで生きているという目標はかなわないことです。それを目標に頑張るといっては酷な目標ということになります。また、家族が適切な目標を達成することも必要になってきます。

## ケアのゴールを話し合うための8段階のプロトコル

私は同僚とともに、ケアのプロトコルを作りました(表1)。まず、ケアの目標は何なのかということをお患者や家族と話し合うことが必要です。家族や患者にストレートに「どういうことを知っているのですか」「病気について何を知っているのですか」と聞くことです。そして、「どのくらい知りたいのですか」と聞いてみます。「どのくらいの情報が必要ですか」「全体像が知りたいですか、それとも細



ますか」

「手を尽くしたほうがいいのでしょうか」

家族がこの最後の質問に対して「いいえ、結構です」とは言いません。日本でも医師はこのようなことを言ったりするのでしょうか。もともと私たちはよくしてあげよう、患者を助けてあげたいと思うから言うのですが、患者や家族にしてみれば少しきつい表現と受け止めるのでしょうか。

それではもっと代替的な表現を紹介しましょう。こういう言い方もあるという例です。

「最善のケアを提供したいと考えています」

「お父さまの QOL を改善したいということに私たちは努力いたします」

「家に帰って家族と過ごせるように、皆さんが治療の目的を達成するためにすべて私のほうで提供させていただきます」

「十分なよい人生が生きられるように、そして皆さんが残された時間に意義深い人生が送れるようにお手伝いさせていただきます」

「お父さまが必要としている治療を提供したいと思います」

「お姉さまが快適でそして尊厳が守られるような入院の仕方ができることが私の最優先課題です」

「私はお母さまのゴールにかなった治療に専念しますので、そのゴールの達成に役に立たない治療は止めさせていただきます。みなさんの症状を治療することに最善を尽くします」

それを全部言う必要はありません。しかし、頭のどこかにこのことを入れておいてください。必要な時に口から自然に出るようにしておきます。根治の治療から、延命、緩和ということに目標を変えていくことは積極的なよいメッセージなのです。患者を楽にする方法なのです。

## 主治医としての役割

まず、患者の意思を聞きます。そして、どういう選択があるかということを明らかにし、質問に答えます。そして、こちらからいろいろと尋ねます。それによって患者の気持ちを理解することができるからです。医師は患者や家族に質問するのが怖いのです。私たちが無知であるとか、何もできないから質問しているのではないかと思われたくないからです。しかし、質問することによって、患者をよりよ

く知ることができるのですから。

薬物も患者の意向に合ったものに変えます。それには患者を楽にするという一つの目的のために医療や看護チーム全員に集まってもらい、もし薬物を止めるという決断をするのであれば、患者や家族とともにもっと時間を使う用意がなければなりません。

患者と家族に治療を止めるということをどのように話すのかということですが、それには言葉遣いが問題です。治療は止めるのです。しかしケアを止めるのではないのです。ケアの目標についてまず話し合うことです。ゴールに合った治療をしていくわけですから、治療を止めるのはそのゴールの実現に意味をなさないからです。患者や家族と一緒にもう一度ゴールを見直すことです。なぜ、この時点でそういうディスカッションをすることになったのか、何がどう変わったのかを明らかにします。それは状況が変わったからです。治療が目標達成に役立たなくなったからです。具体的な治療について話し、またそれを止めるということについても話すのですが、それは目標を達成するためにという枠の中で話をするわけです。「治療を止めるのは、一緒に立てた目標達成に役に立たないからです」ということを、患者や家族と話し合うのです。「どんな気持ちですか」「何を心配しているのですか」「何がどう変わったのですが」と、常に聞いていくわけです。そしてプランを立てて実行していきます。いつ、どのように行うのかという時間のスケジュールも立てます。

## 水分補給と人工栄養

どの国であってもこれは重要な問題です。子どもを育てるための人工栄養や水分補給をここで止めるということ、患者をここで放棄することは残虐だと見なされてしまうことがあります。誰もが飢えた経験をもっていますから、人工栄養や水分補給を止めるということは飢餓にさらすことになると思ってしまふのです。誰もが飢餓に苦しむ人の映像を見たことがあってそれが頭に浮かびますから、人工栄養を止めるということはなかなか言いにくいし、実際に行うことは困難です。特に認知症の場合には人工栄養や水分補給を止めるという時には誤解が生じるのはよくあることです。

終末期の認知症の患者は、飲食をしたがらないことが多いのです。長期にケアを受けている人たち

表2 誤った認識への対処

・食欲低下と疲労の原因	・飢餓
・口内乾燥の除去	・誤嚥
・せん妄	・体重減少
・尿量	・延命

は、無理に摂食させると、拒否されたり、あるいはポケットに入れられてしまったりすることがあるという経験をもっていると思います。そこでチューブを通して鼻から入れるというようなことをしますが、これは患者にとっては辛いことです。短期にやるにしても、胃ろうというのは大変辛いことです。チューブを入れることも不快で痛みを伴います。スプーンで食べられなくなると、十分に摂食できませんし、味、匂い、感触などありません。最終的に拘束の度合いが増えてしまうことになります。それは患者や家族のケアに対する希望や目的に一致しているかどうかということになります。人工栄養を経鼻もしくはチューブ、あるいは胃ろうからとるようになる前に、全体のケアのゴールは何かを考え、それをどう確立するかということが問題です。ゴールのケア全体を適切に決めてあれば、人工栄養や水分補給がそのゴールを達成することに寄与するのかどうかは明らかです（表2）。

なるべく長く生きたいというのがゴールであるならば、人工栄養や水分補給をすることは意味があるかもしれません。食欲低下と疲労の原因は何か。これは病気が進行しているためですから、人工栄養をしても何の意味もありません。

それでは餓死しますか。そんなことはありません。重篤な患者は飲むことも食べることも止めてしまいます。がん患者は食欲がなくなります。それは明らかです。そして誤嚥や嘔吐をすることがあります。人工栄養は延命にはつながりませんし、体重も増えないことがわかっています。人工栄養を止めることをどう家族に納得してもらうかです。何が心配なのかを聞いてみることです。ある家族が言いました。「やらないことは正しいとは思いますが、父が餓死するのはとても自分を許せない」と。なぜ餓死というのですか。その餓死という言葉の使い方が適切でないことについて話し合うことによって、家族は納得しました。

表3 決断を支援する

- ・ 感覚的、情緒的な需要を確認し明示する。
- ・ ケアすることを説明する他の方法を確認する。
- ・ 自然の死がどのようなものであるかについて話す：
  - － 身体と心の緩やかなシャットダウン
  - － 食欲の低下
  - － 経口水分摂取の減少、嗜眠傾向の増加、昏睡

## 自然な死

食べさせるということのほかに、触る、音楽を聞かせる、側に静かに座っているということはケアにつながることで。無理に食べさせることではないケアがあるということを知ることが大切です。現代はテクノロジー社会になってしまって自然な死に方を忘れてしまっています。体、意識、脳が自然に扉を閉じていくということがあるのです。お腹も空かなくなり、血中のナトリウムも低くなって、静かに死を迎える用意ができています。

このように、患者が平和に自然に死ぬことができるのを助けてあげる医療と看護が可能なのです。

## まとめ

治療を止めるという話し合いを国家レベルでどう始めるかということが差し迫った問題です。ケアのゴールを家族や患者と共に決めるところからまず始めることです。医学生や若い医師に言うのですが、どうも私たちは治療の話を先にしてしまうのです。蘇生にしても人工呼吸器にしても、人工栄養にしても、水分補給にしても同じことです。「お母さまの蘇生についてお話ししたいと思いますが……」、「胃ろうについてお話ししたいと思いますが……」というように話をもっていってしまいます。それは技術を中心とした話し方です。そうではなく、ケアのゴールから口火を切ったらどうでしょう。「お母さまの自然の症状の成り行きについて、どういうことをご存知ですか。それを踏まえてどういうゴールを設定することがいいと思いますか」と。どのような複雑な決断であっても、私たちは患者と家族をサポートしますと話すのです（表3）。ゴールを達成するために立てたゴールに合った治療を私たちは提供していくのです。

止めたい治療、またはゴールに合わないから始まらない治療、まだ十分に考えていない治療というものもあるかもしれません。どのような死であってもよい死というのはありません。若い人の死でよい死などというものはほとんどありません。そして102歳の患者であっても、その人の死はよい死とはいえませ

ん。

本人は安らかに命を終えることができても、いなくなって寂しいという人がいます。愛する人が亡くなるのを見守った家族が、混乱やストレス、恐れなどを感じることなく、「静かな死だったね」ということが記憶に止まればいいということです。

# 緩和ケアと老年医学研究の未来像\*

シーン・モリソン\*\*

\* The Future of Research in Palliative Care and Geriatrics

\*\* Sean Morrison, MD

## ● 世紀の転換点（2000年）における ● 重症患者のケア

生命の危機に追いやられるような病に苦しんでいる方々にどのような対処をすればいいのか、そしていかに患者本人あるいは家族に平和的な死を体験してもらえるかという重要性について話してきました。

緩和ケアのプログラムを導入している医療機関が近年、飛躍的に増えています。また、一般市民にも緩和ケアが必要であるという認識が高まってきましたし、社会においても認識が得られるようになってきました。

さらには、国際的な観点からも緩和ケアが、医療、看護、その他の分野においても本当に必要で重要な専門分野であるといわれるようになってきました。20年前は、今回のようなフォーラムが行われることもありませんでしたし、もし行われたとしても会場には10人くらいの人しか集まらなかったのではないかと思います。これは大きな政策的な変化が影響していると思います。これは財政面においてまた政策的な面に関して大きく変わってきたということが、患者に緩和ケアを提供することにつながってきたのではないかと思います。

このような大きな変化があったとはいえ、真のエビデンス・ベストの成果、もしくは臨床ケアの部分が依然としてはっきりしていないところもあります。痛みに関してはエビデンスがあります。しかし、ニューヨークの私のオフィスで、85歳の女性が高血圧で受診したとしても、血圧に対処するには何百という薬があります。しかし、この人ががんの疼痛をもって訪れた時には、まず真っ先に考えるのはオピオイドです。これには副作用があります。また、非疼痛性の症状に対処するにはまだまだエビデンスは十分ではありません。

さらに、死別のプロセスに関しても、十分とはいえません。今後、よりよく改善できる可能性が非常に多い分野だと思えます。いかにして患者を亡くし

た家族の悲嘆に対処することができるかという部分に関しては、まだまだ未知の分野といえます。また、ケアを供給する研究も欠如しています。病院などの医療機関も十分ではなく、ケアのシステムも十分ではなく、システムが患者のニーズにマッチするものになっていないのも実情です。さらには、科学的な研究、たとえば細胞レベルの研究も不十分です。どのように痛みを経験できるかというのは細胞レベルでは解明されていません。呼吸困難にどのように対処したらいいのか、どのように治療したらいいのか、さまざまな症状を抑えるにはどうしたらいいのかというようなことが細胞レベルではまだ十分には解明されてはいないのです。

また、強固なエビデンスという基礎がない専門的な分野は、おそらくこうすれはうまくいくであろうというところから進めていくわけで、まだ科学的な証明がなされていないのです。また、学問的な場がない専門的な分野ともいえるでしょう。米国には多くの大学があつて研究が行われていますが、緩和ケアという分野で積極的な研究が行われない限り、社会のニーズにマッチした医療従事者を次世代に送り出すことはできません。

## ● 緩和ケア研究の未来

米国では医学部は4年間で卒業します。3年目が臨床の1年目になりますが、Gelfmanは1年間休学して緩和ケアについて徹底的に調査をしました。これはすでに出版されている文献です。米国のNIH（National Institute of Health）は、2001年から2005年まで緩和ケアの研究にどのくらい資金が使われているかを見ていきました。NIHに問い合わせ、どれくらいの助成金や基金が緩和ケアの分野に与えられたのかということの研究したのです。そしてこれがその結果です（表1）。がっかりするような結果です。がんについて1万4,000の文献が出ましたが、緩和ケアについては1,000に満たないというこ

表 1 緩和ケアに対する NIH からの資金供給  
(2001-2005)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・申し込まれた2,212の名前のうち109の名前が418の受賞の中に確認された</li> <li>・ NIH 受賞のタイプ： <ul style="list-style-type: none"> <li>－69 (17%) 件は経験を積むための奨学賞 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 44件はジュニア研究者</li> <li>・ 17件は中等度経験／シニア研究者</li> <li>・ 8件は研究者の状態が確認できなかった</li> </ul> </li> <li>－275 (66%) 件は研究に対する賞 (80% R01s, 20% R21/R03s)</li> <li>－49 (12%) 件は教育賞</li> <li>－25 (5%) 件はその他の資金供与の理由による</li> </ul> </li> </ul>
Gelfman LP, Morrison RS. J Palliat Med, 2008

とがわかりました。われわれの研究分野を見てみますと、トータルでは375件あるということがわかりますが、150件は研究に一切研究費がつかないという状況の中で行われています。要は、自分たちの仕事の合間を縫ってその研究をするという程度でしか行われていないということです。

緩和ケアは非常に必要だということはわかっているのですが、米国でもそれが必要だという論文は他の分野よりも多く出ています。政府関係も多くのレポートを出して、同じように緩和ケアの必要性を説いています。

医師の団体でもホスピスおよび緩和医療の学会があります。私は今度その会長を務めることになりました。これまでも2回研究発表をしました。全米国立衛生研究所も同じようなカンファレンスを2回行い、もっと研究費が必要であることを訴えています。何が障壁になっているのでしょうか。研究費が足りないということです。それは連邦政府から研究費を出してもらえない、研究者、治験担当者がいない、中間管理職的な研究者がなかなか育っていないということです。

## 緩和ケア研究の問題点

医学の領域では、症状はあまり大切ではないというような考え方があります。臨床医が診断を行う上で参考になるのであれば、症状に注目することは大切なのだが……というのが医学の前提です。これはいわずもがなですが、きちんとした診断は症状を見ることで辿り着くことができます。きちんと診断ができれば、治療も適切に行うことができます。そし

て、病気を治療することができれば、症状もなくなるのです。

ここで何が問題かという、もし疾病を治すことができなかつたらどうなるのかということです。緩和ケアの患者を対象にした研究というのはたいへん難しいのです。あまりにもさまざまな症状とさまざまな問題を抱えているので他の問題から切り離して単一の問題について研究するということできません。病気は非常に進んでいますから、2時間も彼らに質問するというようなことは拷問に近いものです。また、スタミナが十分でないので、面接にも応じてもらえませんし、死亡率も非常に高くなっています。ほとんどの研究で、治験対象者の50%が亡くなるということになりますと、これは緩和ケアではごく当たり前のことですが、大変悪い結果ということになります。亡くなってしまいうことでデータも完全に不足してしまいます。あるいは評価が完結するまでの間に患者が弱ってしまうことになります。そして、死というのは緩和ケアの研究をする上で、あまり望ましくないアウトカムです。別のアウトカムを持ってこないといけないという状況があります。

## 緩和ケアの課題

緩和ケアを行う上で5つの課題があると思います。まず、それぞれ異なる施設における緩和ケアプログラムはどういうものでなければならないかということです。老健施設、病院、地域社会、あるいは家庭で緩和ケアをするにはどのようなものがいいのでしょうか。どのような緩和ケア介入がアウトカムを改善するのでしょうか。どのように研究すれば通常のケアに組み入れることができるのでしょうか。そして、研究は何をしていかなければならないのでしょうか。単一もしくは多施設における研究が必要であり、また国際的な研究も必要です。予後に基づくものではない明確に定義された研究対象で、疾病に特有な要素に見合ったニーズに応じて研究がなされなければなりません。しっかりと定義され、実現可能な一般化できる治療でなければなりません。

ではどのようにしてそれを行っていけばよいのでしょうか。

政府もしくは財団に対して緩和ケアの研究のための資金を要求することです。それを提出する時に、



2009年 LPC国際フォーラム

高齢者の終生期における緩和ケアの新しいアプローチ

---

発行日 2009年12月25日

編集 (財)ライフ・プランニング・センター 健康教育サービスセンター  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館5F  
TEL 03-3265-1907 FAX 03-3265-1909