

高齢者医療における緩和ケア

脆弱高齢者に対する質の高い医療の実現へ向けて

Toward the Quality Care of Vulnerable Elders:
What do we have to learn and change?

目次

セミナーのねらいと総括 道場 信孝・ 2

講演 1

脆弱高齢者のためのケアモデル Mary Ersek・ 4

講演 2

高齢者の緩和ケアに必須の質の高さ Nathan E. Goldstein・ 12

講演 3

脆弱高齢者のケアにおける多職種連携チームの重要性 Mary Ersek・ 20

講演 4

高齢者の脆弱化 Nathan E. Goldstein・ 25

講演 5

わが国における卒前・卒後の老年医学教育の現状と将来への展望 大内 尉義・ 32

講演 6

わが国の脆弱高齢者のケアにおける現場での問題点 松本 佐知子・ 44

講演 7 認知症患者の緩和ケア

I. 重症認知症患者の症状評価
—疼痛の症例について Mary Ersek・ 52

II. 人工的な水分補給と栄養 (AHN) に関する
決定をする際の家族への支援 Nathan Goldstein・ 55

III. 患者と介護者に対するスピリチュアルケア
の必要性 Nathan Goldstein・ 58

本誌は2010年7月17日・18日の両日、東京・田町の女性と仕事の未来館において行われた当財団主催の国際フォーラムの各講師の講演をまとめたものです。なお、Ersek, Goldstein 両講師の講演の日本語訳は当日同時通訳を担当した(株)ディプロマットによるものから作成しました。

高齢者医療における緩和ケア 脆弱高齢者に対する質の高い医療の実現へ向けて

道場 信孝

研究教育部最高顧問

1. はじめに

社会の高齢化がこの先も一段と加速される現状において、高齢者医療の充実は必須の社会的課題であり、少なくとも10年先を見据えた問題解決への道筋を立てて実践へ移していかなければなりません。今回は、昨年終末期高齢者の緩和ケアから、脆弱高齢者の緩和ケアへと話題を展開して、一段と質の高い医療を目指すフォーラムを企画しました。参加者数は150名で、2/3が看護教育施設の教育者と高齢者ケアに関わっている看護師で占められていました。

わが国における高齢者医療は、老年医学を専門とする医師や看護師をはじめとする医療者によって行われているわけではなく、すべて経験的に高齢者を多く扱う医療機関やかかりつけ医が医療の主役であり、したがって一貫した方向性に欠けるといった問題があります。すなわち、高齢者医療がどこへ向かってどのように医療を充実させ、質を高めるのかの戦略に欠けているのが現状です。

2. フォーラムのねらい

高齢者の医療は根治の医療から緩和の医療へとシフトしていくことから、緩和ケアそのものに対する十分な理解を持つことが重要であり、加えてケアの質の向上をはかることも常に心がけていかなければなりません。そのようなことから、医療システムやその運用において先行している米国における高齢者に対する緩和ケアを学ぶことによって方向性が見えてきますし、質の向上をどのように実現するのかの戦略をたてることも可能になると思われまます。今回は講師としてニューヨークにあるマウント・サイナイ医科大学老年科のゴールドシュテイン医師とペンシルバニア大学看護学科のアーセック看護師を招きました。

3. フォーラムの構成と内容

プログラムは講演とテクニカル・セッションの2部からなり、講演から順を追って解説します。

①脆弱高齢者のケア・モデルについてまずアーセック氏が話されました。ケアのモデルは対象や医療環境、あるいは、文化・宗教的な種々の要因から多くの選択があり、その中でももっとも普遍

的に行われている3つのタイプが紹介されました。第1がPACEで1970年代にサンフランシスコの中華街で中国人を対象に始められ、それなりの成果が得られました。第2が過渡的ケアモデル(TCM)といわれるもので、これは病院でのケアから家庭へのケアへスムーズに移行させるためのモデルです。つまり居住地で行われる多職種連携のプログラムで、家庭でのケアが質の低下をきたすことなく行われ、QOLを高く維持し、患者と介護者の満足度を高めることが実証されています。そして第3があらゆる医療環境で行われる緩和ケアなのです。緩和ケアはこのフォーラムの中心的課題であり、基本的にはわが国でも行われているがんやエイズを対象とするケアのシステムを高齢者に適合させたものになります。高齢者にはがんやエイズとは異なった問題がありますので、それらが身体的、心理・精神的、社会的、霊的、宗教的、文化的、倫理・法的側面、また医療施設内、外来、地域など医療環境の相違によってどのような特性を持つかが話されました。そして、緩和ケアによって症状の緩和、患者や家族の満足度の向上、患者の選択にマッチしたケア、そして医療費の節減の効果が得られることが示されました。

②高齢者緩和ケアに必須の質の高さに関するゴールドシュテイン氏の講演では、医療の質をどのように評価するか、評価の仕方の適切性、そして質の高い医療がどのような結果をもたらすかが話されました。質が問われる理由の第一は医療過誤の問題があり、ケアを供給することの利益がリスクを上回るものでなければならないこと、苦痛の緩和が可能であること、医療資源の利用が適切になること、だれもがその利益を共有できること、適時にケアが供給されること、供給される医療の質の均一性が重要であることが述べられましたが、結局、緩和ケアがこれらの条件を満たすものであり、そのエビデンスとして症状の緩和、患者と家族の満足度の向上、医療費の削減のデータが示されました。

③脆弱高齢者のケアにおける多職種連携型チーム医療の重要性に関するアーセック氏の講演では、多くの高齢者が種々の健康障害を有しているために、ケアのプロセスが複雑になります。したがっ

てケアのプロセスがスムーズになり、合併症の予防、早期発見による医療機関受診の頻度の減少、医療費の削減が可能になるなど、多職種連携型のケアの利点が述べられました。

④高齢者の脆弱化はこのフォーラムの主題であり、ゴールドシュテイン医師が医学的な観点から解説しました。脆弱化はいわゆる老衰に至る過程であり、医学的な表現では、筋力の低下、体重減少、活力の低下、身体活動の低下、緩慢な動作のうち3つ以上の要件を満たす場合に脆弱化と診断されます。しかし、このように診断されてもいつ寿命が尽きるかは全く予想が困難であり、多面的で複雑なケアが必要になります。問題は脆弱化の診断基準が明確でないことから、研究の分野でも臨床の現場でも病態の把握に混乱が生じていますが、脆弱化は現実存在するのです。原因はともあれ、今後の超高齢化社会ではこの状態が健康障害の主役を占めることは疑いありません。今後の課題としては、この状態を生じる原因を解明し、診断の基準を定め、そして予防、治療の方針を確立することが挙げられます。

以上が導入部ということで、高齢者の健康がどのように損なわれ、種々の病気が加わって複雑なケアが必要になることが理解できたと思います。それでは、いまのわが国において十分な医療が準備されているでしょうか。

⑤わが国における医学教育が、老年医学についてどのように行われているかをアンケート調査に基づいて東京大学医学部老年医学科の大内尉義教授に解説していただきました。国立大学では大きな変動がなく、老年医学科を有する大学がほぼ30%であるのに対して、私立大学ではこの数年の間に10%程度に減っています。授業時間が減って、ベッドサイド教育が増えている傾向にありますが、従来、地域医療施設で行われていた臨床実習はむしろ減少しています。多くの大学が老年医学教育の充実を必要であるとしていますが、具体的な対応が見られません。他方、看護教育がどのように変わっているかは今回のフォーラムでは直接取り上げていませんが、看護サイドの講師をお願いした寿泉堂総合病院法人看護部の老人看護専門看護師である松本佐知子氏の解説によれば、専門看護師認定者541名中、老年看護専門看護師はわずか24名(4.4%)となっています。そして、松本氏の悩みの一つに老年医学の専門医がないことが挙げられています。

以上の講演を踏まえて、わが国における高齢者医療の質をどのように高めていくかのパネル討論を行いました。討論に先立ってアーセック氏とゴールドシュテイン氏より米国での老年医学教育の現状について紹介がありました。老年医学教育はほ

ぼ100%の医学校で行われていますが授業時間数はほぼ同等で、今後増えていく需要を満たす専門医療者の供給はどの分野においても不足する見通しであるとのことでした。その大きな理由としては老年医療の魅力が少なく、また、収入面でも大きな差があることが原因となっているようです。もともとのこの討論では現状の認識を共有することであり、解決の答えを出すことは期待しておりませんが、わが国と米国の差は教育システムの有無によるとする日野原先生の意見がすべてを物語っていると思われました。結局、現在の需要が今後さらに増大していくことは明らかであり、質の高いケアの目標が示されているのですから、この需要を満たすにはプライマリケア医への再教育と多職種連携の実践を医師と看護師が中心となって積極的に進めていくことが現実的な対応と考えます。

⑥認知症患者の緩和ケアについては、ゴールドシュテイン氏とアーセック氏がそれぞれ症状評価、栄養・水分補給の決定における家族への支援、スピリチュアルケアについて講演しました。対象が認知症であることが重要な点で、患者の尊厳性を重視するというケアの原点において、患者のみでなくケアギバーを含めたスピリチュアルケアの重要性は参加者への啓蒙の意味で大きなインパクトを与えたと思います。

⑦テクニカル・セッションとして、「高齢者の症状評価とマネジメント」を今回のテーマに選びました。アーセック氏主導のもとにゴールドシュテイン氏が協力するというかたちで行われ80名が参加しました。アーセック氏の基調講演に引き続き、新しいタイプのロールプレイが行われました。これは患者、患者の妻、症状評価をするナース、そしてナースをサポートし、かつ書記役も兼ねる人の4人を一組とするロールプレーで、40分かけて1症例の問題に取り組む作業を行いました。参加者の能力も優れていたことから、その後の討論では活発な意見の交換があり、指導者、参加者のすべてが充実した時間を過ごすことができ、大きな成果が得られたと思います。

4. まとめ

2006、2009、そして2010年と3回にわたって高齢者の健康の維持・増進、終末期ケア、そして今回の脆弱高齢者に対する質の高いケアの実現をテーマに、LPC国際フォーラムを開催してきました。これらを通じて高齢者ケアの方向性は十分に明らかにされ、目標到達への理論的、そして、実践的道筋を示すことができたと思います。あとは効果的に問題解決への努力を重ねながら10年後の成果を期待したいと思います。

脆弱高齢者のためのケアモデル

Geriatric Care Models for Frail Older Adults

Mary Ersek, PhD, RN, FAAN

Assistant Professor, University of Pennsylvania School of Nursing

1. はじめに

米国で用いられている脆弱高齢者のケアモデルを紹介する中で、高齢者ケアの最善の方法をグローバルに考えてみたいと思います。図1は、国別の65歳以上人口の割合を表したものです。みなさんもよくご存知の通り、世界中で高齢化が進んでいます。日本は高齢化においては世界のトップに位置していますから、日本にはさまざまなチャンス（挑戦）と同時に課題もあるということです。

2. 高齢者の包括的ケアのプログラム

1) PACE (Program for All-Inclusive Care for the Elderly)

このモデルは1970年代初めから米国全土で使われているものです（図2）。米国西海岸のサンフランシスコ市のチャイナタウンで始まったものです。チャイナタウンは中国から米国に渡ってきた人たちのコミュニティですから、文化的背景は米国とは異なります。このモデルでは、アジアで何世代もの家族が一緒に住んでいたという背景から生まれてきた中で試みられたケアのモデルであって、それが米国に移住してきたことによって少し変化したものです。このようなアジア型のケアの方法は、これまでの米国では見られなかったものでした。中国から米国に来た人々には息子や娘と一緒に住めない一人暮らしの老人も増えてきたために、このような高齢者をコミュニティの中でどのようにケアしていけばよいかということが問題になったわけで、脆弱高齢者の長期的なケアのニーズに対応することを目標としています。

PACEの特徴は、包括的なケアであるということです。つまり、予防的ケア、プライマリケア、急性期ケア、そして慢性期ケアのすべてを含みます。米

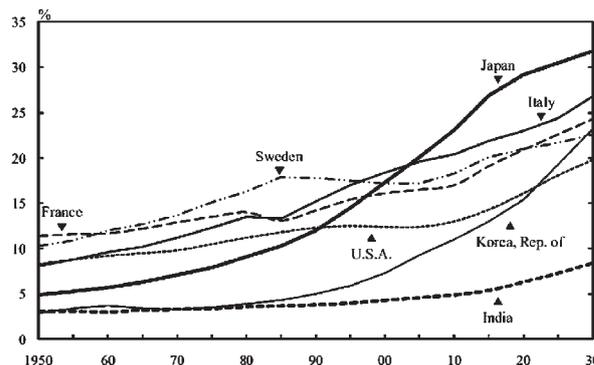


図1 人口の高齢化
(国別の高齢者人口の割合：65歳以上)

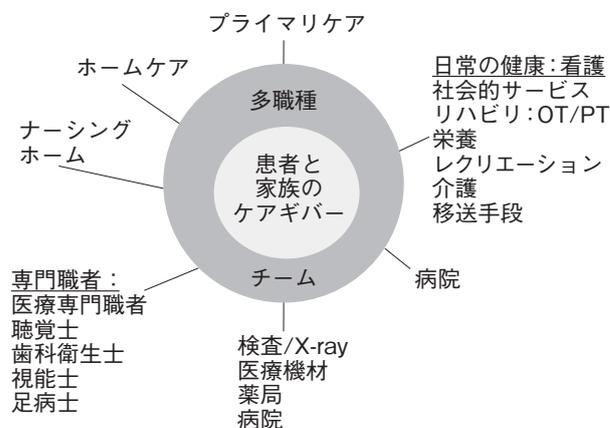


図2 調和のとれたケアモデル (PACE)

国には1万6,000以上の介護施設があつて、100万人以上の人たちがここに入居して生活しており、そのうち25%の人がそこで亡くなっていますが、現在ではPACEのようなより長期のケアモデルを採用していく方向に進んでいますし、学際的なケアと呼ばれるものでもあります。

現在、米国には72のPACEプログラムが導入されています。したがって、米国でかなり広範に使われているモデルともいえますが、米国全土をカバーしているというわけではありません。支払いシステム

は人頭割りによって政府が一定の資金を拠出するもので、コスト効果を考慮したプログラムです。PACE ではデイケアが中心で、高齢者を1日預かって、そこで介護サービスが提供され、夕方には家族のもとに戻るといったものです。

a) 対象者の適格性

PACE は緩和ケアに類似しているところはありませんが、緩和ケアそのものではありません。PACE は患者と家族など介護者に対するサービスであって、医師や看護師のためのものではないということです。米国ばかりでなく世界のどの国でも、ヘルスケアの受益者は患者とその家族なのですから、そこにフォーカスを当てなければなりません。このモデルに組み込まなければならないのは、さまざまな文化的背景・社会的背景を持つ個人の人生をトータルに理解しなければならないということです。つまり、その個人のニーズに応じたケアを提供しなければならないのです。PACE プログラムの最も重要な点は「日常の健康」ということです。看護、介護、ソーシャルサービス、リハビリ、栄養などいろいろありますが、これらすべてがデイケアの中で提供されています。入院が必要な場合には、病院でのケアを提供するわけではありませんが、ケアのコーディネイトはしますし、きわめて包括的なモデルということになります。

b) 平均的な PACE 加入者

対象者は、55歳以上で、PACE サービスが提供されている地域に居住していなければなりません。そして、介護施設レベルについて州の認定を受けなければなりません。米国では介護施設に入る人が多いのですが、それを徐々に変えていくための一つのモデルがPACEということになります。そして、登録時にはPACEのサービスを受けながら、自宅で生活できる人でなければならないという条件もあります。つまり、介護者が家にいるか、あるいは頻繁に自宅訪問してくれる人がいるということが条件となります。

55歳以上が適格者となっていますが、このプログラムはメディケア、メディケイドでカバーされており、メディケアはある一定レベル以下の所得者を対象にしたものですから、このプログラムの加入者の平均年齢は80歳で、内訳は75～84歳が74%、85歳以上が33%で、それらのうち75%が女性であって、平均1人で7.9の主として慢性疾患を抱えている人たち

表1 PACE の結果

- 比較的低い熟練度の訪問健康管理
- 入院が少なくなる
- ナーシングホームへの入所が少なくなる
- 生命予後がよくなる
- 社会で暮らす日数が増える
- 健康状態と身体的機能がよくなる
- QOL が改善される
- より高い満足度

Weiland et al, JAGS, 2000

Temkin-Greener et al, JAGS, 2002

Sands, et al, J Gerontol, 2002

Mukamel, et al, Gerontologist, 2006

Grabowski, et al, Med Care Res Rev, 2006

Friedman et al, Gerontologist, 2005

です。寿命が延びているのは日本も米国も同様ですが、このケアを受けている人たちは単に高齢であるばかりではなく、低所得であるということから社会的にみても弱者ということになります。

c) PACE の結果

このプログラムのアウトカムを見ていきたいと思えます。米国において、最大のアウトカムはコストの削減と同時に、質の高いケアを提供するということです。米国のGDP成長率は医療費の伸びに追いつかず、他の国より大変高くなっています。日本においてもどこかでコストの削減を行い、コストに対して効果の高い形でケアを提供しなければならないと思えます。ここであげているアウトカムは、入院や介護施設への入居が減少し、コミュニティで過ごす日数を長くするということと、介護施設で亡くなる人を減らしていくということです(表1)。

ペンシルベニア州は高齢者が多いのでいくつかのPECEプログラムがありますが、私たちがペンシルベニア大学で行っているPACEプログラムは「LIFE」と呼ばれており、これはとても重要なプログラムです。ペンシルベニア看護学校がこのPECEプログラムを所有し、管理していますが、私も誇りにしているプログラムです。

学際的なケアが重要であると話しましたが、米国ではこのケアの中心に据えられているのは看護師ということが少なくありません。看護師が社会的・医学的ケアに目を向けつつ学際的なケアを提供しているということで看護師の重要性が増しています。

2) 過渡的ケアのモデル (TCM)

TCM (Transitional Care Model) は、厳しい研究のもとに審査を通過したケアのモデルです。ペンシルベニア看護学校の私の同僚がつくったモデルで、大変優れたものです。この TCM モデルと PACE とはとても似ていますが、焦点は少し違ったところに置かれています。これらはいずれもインターネットで見ることができます (<http://www.caretransitions.org>)。

TCM で重要な点は、「過渡的なケアを提供する」ということです。“過渡的”という表現について説明しますと、米国には日本の健康保険制度のように統合されたヘルスケアシステムはありませんので、いろいろなプログラムが互いに重なり合わないようにならざるを得ず、プログラム間の連携もありません。病気の急性期から在宅ケアやナーシングホームに至る一連のケアがうまく連携していないので、米国ではその問題を緩和するモデルをつくる必要性があるのです。したがって、これまで複雑な状況に置かれた高齢者は、さまざまなケア施設をあちこち行き来することになるために、ケアの質を落とすことなくケアの場の橋渡しをするという意味で“過渡的ケア”と呼ばれます。

過渡的ケアには、入院するか在宅にいるかということの間にはっきりした境界線があるわけではありません。もちろん症状が悪化したら入院しなければなりませんし、あるいは転倒したというような場合にはまた状況が変わってきますが、このようにケアが変わる時のケアをいかによくしていくのかというのが過渡的ケアモデル (TCM) の目的です (図3)。中心にいるのは医師でも看護師でもなく、患者と家族などケアの受容者です。患者や介護者が求めているサービスを、私たちが積極的に協働して提供していきます。健全な高齢化を促進するためには、家族や患者、施設間、そしてケア提供者間の協働が必要になります。これはホスピスチームとの協働、ナーシングホームチームとの協働ということにもなります。この過渡的モデルでは、ケアを過渡的時期に調整するということから共同作業が大事になってきます。

図3にあげられている事項はそれぞれに重複しているところがあります。米国では州によって医師や看護師、あるいはナースプラクティショナーや臨床看護師などの業務の自由度が異なっていますので、これらは過渡的なケアを提供するのに適した人たち

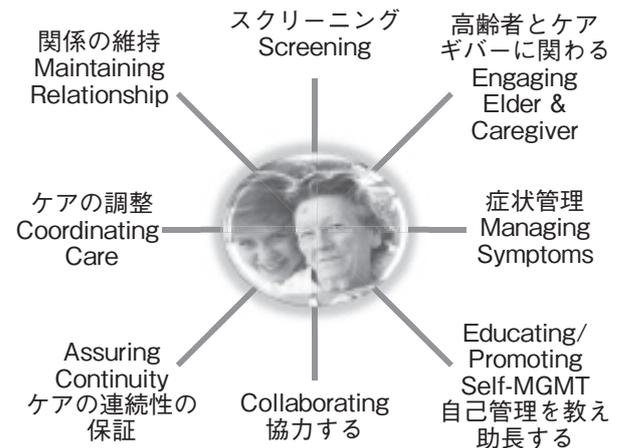


図3 過渡的ケアモデル (TCM)

だといえるかもしれません。州によってはたとえば十分な処方箋がなされていなかったという場合でも、ナースプラクティショナーがいちいち医師に電話して相談しなくとも、直接処方することができる場所もあるわけです。また、skilled nursing facility (SNFs) という熟練ナースがいる急性期病院とナーシングホームの中間というような施設もありますが、ここでは EBM のプロトコルが使われており、週7日のサービスが提供されています。これも過渡的なケアモデルの成果といえるものです。

過渡的ケアモデル (TCM) が提供されているところでは再入院の数が減少していることがわかります。これによって大幅なコストの削減ができます。再入院や救急室への搬送、あるいはクリニックに行かないですむ人たちが増えているということで、コスト/効果比がよいモデルといえるものです。もちろん QOL も改善されますし、患者の満足度も向上します。

3) 緩和ケアモデル

私がいちばん関与しているのは緩和ケアモデルです。緩和ケアモデルにも重複するところがあります。脆弱高齢者にとって大事なケアは何かといえば、患者と家族を中心としたケアということになります。このケアモデルでも中心にあるのは患者とその家族です。障害を予測し、予防し、治療することによって QOL を最適化していきます。そして、疾病の全過程を通じて行われる緩和ケアは、身体的、知的、情緒的、社会的、そしてスピリチュアルなニーズに的を絞って提供されます。

これも患者とその家族が求めるケアを提供するものであって、私たちが提供したいケアではないとい



図4 疾病の経過における緩和ケアの位置づけ

うことです。ですから、ケアの目標についても患者とその家族が決めていくわけですから、彼らを選択できるような情報を提供していかなければなりません。

米国での緩和ケアの歴史はせいぜい20年くらいですから、容易にできることではないと思います。米国では、看護師、医師、ホスピス経営者、ソーシャルワーカー、プライマリケア提供者もしくは一時的なケアの提供者、そしてホスピスケアと緩和ケアの関係者などが一緒にガイドラインをつくり、緩和ケアについて定義をしています。これらをすべて満たす緩和ケアプログラムはまだありません。この『National Consensus Project』は2004年に出版され、2009年に第2版が出ていますが、ケアの考え方、哲学などがガイドラインに掲載されています。この緩和ケアモデルは、米国以外の国でもよく引用されています。

日本では緩和ケアはがんが中心になっているようです。米国でもかつてはそうでしたが、現在のホスピスケアでは、終末期のがん患者は半分かそれ以下になり、がん以外の重篤な慢性病、つまり慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性気管支炎、喫煙、心不全、アルツハイマー病、糖尿病などが対象となります。今の段階では治癒が望めないという状態にある時に、患者が何を求めるかによってケアの目標が変わってきますし、そして、緩和ケアに重点が置かれるようになります。治癒や治療ではなく、その段階で患者が何を欲しているかということが問題の核心です。積極的な治療はもう受けたくないとか、入院しつづけるのは嫌だ、家族と共に家にいて、庭いじりもしたい、教会にも行きたい、普通の生活をしたいと患者は言うかもしれません。病気のために何が必要なのかということではなく、生きるために何をしたいのかということが重視され、そこで緩和ケアへ移行することになります（図4）。図では一直線に線が引かれていますが、そう簡単にはいかないのはみなさんご存知の通りです。最後まで延命治療をしたいという考えの人もいますが、このモデルでは延命治療は最後まで行いません。実生活においても最後まで治

表2 緩和ケアとホスピスの比較

【緩和ケア】	【ホスピス】
<ul style="list-style-type: none"> ● 進行する疾患の全経過を通じてどのような状況にも対応するが、特に急性期のケアが重要 ● 根治的治療も行われる ● 終末期ではない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 生涯の最後の6カ月 ● ケアは家庭で行われる ● 患者は延命的治療を受けないことを決めている ● 終末期にある

療を続けるというわけにはいきません。緩和ケアにおいては、今までやってきたことについていったん手を休めて、患者は何をしたいのか、何を求めているかということを考え直すことが大切です。

3. 緩和ケアとホスピスケア

米国では、ホスピスを緩和ケアの一環として捉えています。図4で緩和ケアとホスピスが切り離されているのは、米国では緩和ケアとホスピスは切り離して行われているからです（表2）。ホスピスケアは、ある意味ではこれまでの医療に反するような考え方で行われてきました。1970年代に愛する人が病院で苦しんでいる、そういう姿をただ症状の緩和を図るだけで家族が見守るという中でホスピスが生まれてきました。

緩和ケアは入院して受ける人が多いのですが、ホスピスケアは資金的にもホームケアのほうから提供されています。また、ホスピスのケアは患者の死によって終わるものではなく、ケアの対象には家族も含まれます。家族はずっと生きつづけるわけですから、患者が亡くなってからも配偶者や子どもたちは残るので、その後の死別のケアも提供します。これは社会・心理学的に喪失の現実を克服することをサポートしていくものです。現実を消し去ろうとするわけではありませんが、愛する人を亡くした今、これまでずっと一緒に生きてきたのに、これからどのようにして生きていけばいいのかということを支えていくことになります。

日本でも長寿化が進んでいますが、米国でも多くの高齢者が、がんばりではなくさまざまな病気を持つ

表3 緩和ケアの8領域

- 構造とプロセス
- 身体的側面
- 心理・精神的側面
- 社会的側面
- 霊的（スピリチュアル）、宗教的、そして実在的側面
- 文化的側面
- 臨死患者のケア
- 倫理的そして法的側面

ています。ホスピスケアは終末期の最後の6カ月を自宅で提供するもので、経管栄養や生命維持装置、化学療法などの積極的な治療は受けないということです。

一方、緩和ケアですが、これにはホスピスケアも含まれますが、より広い概念で括られるものです。私たちは常に、その患者が疾患のどの段階にあるかということに注目し、その段階で患者の求めているものが何かということを見極めていかなければならないのです。身体的な痛みや苦痛にも目を向け、同時に患者や家族が経験している喪失のケアも行っていきます。アルツハイマー病やがん患者が、病気のためにもう仕事ができないというような喪失感をいかにして受け入れていくことができるのかに対してもケアしていくことです。米国では緩和ケアはさまざまな環境で提供されますが、特に入院時の急性期のケアが重要とされ、そのような場合には根治的な治療が要求されるのが特徴です。緩和ケアというのは必ずしも終末期のケアだけではないということです。

米国では死の話はタブーになっています。おそらくほとんどの文化圏がそうかもしれません。ここで私が強調したいのは、「生きるという話をしている」ということ、「今、人生の最後まで生きるということ」を話しているのだということ」を理解してほしいと思います。

4. 緩和ケアの8領域

最後に『National Concept Guideline』についてお話ししたいと思います。緩和ケアでは8つの領域が特定されています（表3）。これらは先ほどのPACEとTCMという2つのモデルと似たところもありますが、これらの領域が何を意味するかを見ていきたいと思います。

表4 身体的徴候

- 疼痛
- 呼吸困難
- 筋力低下と疲労
- せん妄
- 食欲低下、嚥下障害、吐き気、嘔吐
- 尿失禁と便失禁
- 皮膚障害

1) 構造とプロセス

「構造とプロセス」で重要なのは、まず「互いに話をする」ということで、それは過渡的な時期にある患者のケアを適切に継続させることが目的であり、満たされていない患者のニーズをカバーしていくということです。たとえば病院の医師と介護施設のヘルスケアチームとホームケアのチームの連繋がとれるように、互いに話し合いを進めていこうということです。これには学際的なチームとして取り組んで患者や家族の状況を評価することが必要です。一つの要素だけを見てケアプランを決めるわけではありません。もちろんケアプランの中には臨床的な情報を組み込んでいきますから、診断や予後についての情報を除外しているわけではありません。しかし、そこに最後の何週間か何カ月間かに、人生をどのようなものにしたいのかを組み込んで考えていくということです。患者や家族と一緒に、何を望んでいるかという話をしていきます。そして患者と家族のニーズに応えるためにそれらに学際的なチームとして取り組んでいくというわけです。

また、チームメンバーの教育や感情面での支援を行います。米国でも核家族になっていて、祖父母とは一緒に住んでいない場合が多くなっており、近くに住んでいる娘や息子が頻繁に見に行くという形になっていますから、看護師が家族のサポートをするコーチの役割を果たすこととなります。たとえば野球の監督のようなものです。監督はグラウンドでプレーはしませんが、チームが試合に勝つためにはよい監督が必要です。ですから、看護師は野球監督のように家族をコーチすることになります。家族が自信をもってケアが行えるようにしむけるということです。そして、ケアの質を評価してアウトカムに注目していかなければなりません。

2) ケアの身体的側面

身体的症状については別途お話ししますので、ここでは省きます。緩和ケアの質のスタンダードは身

表5 ケアの心理・精神的側面

- 悲嘆や死別を含めた疾病に関連する心理的反応を支援する
- 問題処理の方策について患者や家族を支援する
- 精神的疾患に対応する：重症うつ，自殺念慮，不安，せん妄
- 併存する精神疾患を有する患者に対するケア
- 適切な他科への紹介

体的な症状をみるということです(表4)。これらの症状に対処することは緩和ケアではとても重要になってきます。がんではない患者もいますからほかの症状もあるので、これらの症状を特定して治療していくことになります。

3) ケアの心理・精神的側面

ケアの心理・精神的側面についても高齢者のケアにおいては重要な仕事です(表5)。また、ケアの提供者のサポートも確実にしなければなりません。患者は仕事を失ったり、旅行にも行けなくなるなどのさまざまな喪失を経験して世界が狭くなっていますから、そこにも目を向けていかなければなりません。

4) ケアの社会的側面

社会的側面については既にいろいろお話ししてきましたが、家族などの介護者にも目を向けることが大切です。私たちが「家族」といった場合は核家族をイメージするかもしれませんが、米国は大変多様な社会ですから、家族の定義もとても幅広くなります。したがって、患者に「あなたの家族は誰ですか」と確認しなければなりません。それは教会のコミュニティーかもしれませんし、あるいはルームメイトかもしれません。必ずしも血のつながりがある人ばかりとは限りません。私たちは患者の話す家族の定義に従っていかなければなりません。

5) 霊的・宗教的・文化的ケアの側面

これについてもまた別途話しますが、とても重要な問題です。人生の最後にさしかかって霊的・宗教的なサービスが慰めを与える場合もありますし、強さを与える場合もあります。しかしこれも大変多様なものです。霊的な信念を持つ意味は人それぞれですし、まったくそのようなものを持たない人もいます。それから人生の終末期にさしかかって宗教的な信念を疑問視する患者もいます。私たちに「自分の苦痛の意味は何なのか」「自分はどのようにして苦しまなけ

表6 倫理的・法的側面

- 多職種連携チームのメンバーはヘルスケアの意思決定の倫理的、法的、そして規則的側面に関して知識があり、慣れている
- 決定能力のある成人は、意思決定やコミュニケーションにおける家族の関わりレベルを決める
- 暫定的な意思決定に対する法的、そして倫理的立場に関して意思決定の代理人を支援する
- 多職種連携のチームは、治療の継続、あるいは中止、DNR指示の施行、そして鎮静薬の使用といった介入に関する倫理的ジレンマを防ぎ、見極め、そして解決することを目指す

ればならないのか」というような質問をします。

6) 倫理的・法的側面

これについても私たちは注意を払わなければなりません(表6)。社会文化と深く関わる問題でもあり、どの国に住んでいるかも大きく関係してきます。米国では、常に患者や家族に対して医療者は持っている情報のすべてを伝えなければならぬといわれていますし、倫理的には真実を話すということが重視されています。しかし、何度も言いますが、米国は多様な社会ですから、真実を知りたくないという場合もあります。また、すべての情報がほしいと言わない患者もいます。化学療法や外科手術の際にはその内容を文書にして、それに署名してもらわなければなりません。それらがすべて書かれていなければ、あとで弁護士を呼ばなければならぬというような問題になる場合もあります。しかし、あとで法的な問題になるからということだけでなく、倫理的にすべて教えなければならぬという価値観があります。すべての情報を手にしないで、患者はどうして決定することができるのかということです。しかし、多くの人がすべてを知りたがっているわけではありませんので、「あなたは私に真実を伝えているのではなく、真実を強制しているのだ」と言う人もいます。そのように情報を強制されるのを望まない人もいますから、それを理解することはとても重要です。

緩和ケアの重要な部分というのは、患者や家族と一緒に座って、ケアの目的について話し、それを文書化し、その目的に添うようなケアを提供していくということです。後ほど事前の指示書(advanced directive)について話しますが、これは患者の希望を書面として記載したものです。たとえば、私自身が認知症、あるいはがんのために何を求めるかとい

うことが判断できなくなったり、疾病が進行してしまったりした場合、「自分で意思表示ができなくなっている場合はこうしてください」と書いておくようになります。それから代理人を立てるという方法もあります。自分の代わりに意思決定をする人を立てておくことです。これは多くの国で提供されているサービスだと思います。

長男あるいは配偶者が決めるところもありますが、米国では患者自身が指示します。私は5人兄弟ですが、母が亡くなった時には父に何か起きたら、私たち5人兄弟が法的に意思決定をする権利があるわけです。私が看護師であるために、父は私にその決断権を委ねましたので、「お父さんの依頼を受けて私が最終的に決定するけれど、みんないいわね」と他の兄弟に伝えました。

決断する能力があるかないかも大事なポイントです。病気が進行すれば意思決定をすることが難しくなります。患者はどうしてほしいと思うのか、何を求めているのか、認知機能が低下した時には何をしてほしいのかということが言えなくなっていますので、そういう時にどうするかということです。ケアのモデルが変わっていけば、そういうことも大事になっていくと思います。

7) 施設で行われる緩和ケアプログラム

米国では、施設で行われる緩和ケアは地域によってさまざまです。緩和ケアは病院で提供されることが多いのですが、医学校や看護学校に付属している教育病院、そして数は限られていますがナーシングホームでも提供されています。生存期間が限られている時に行われますが、急性疾患で亡くなることは少なく、複雑な状況の下で慢性病で亡くなる人が多いため、患者は脆弱化しています。

日本でもいろいろなモデルがあると思いますが、米国では「適宜ベッドユニット」というものがあります。緩和ケアを提供されている人が、適宜ベッドユニットに移されるわけです。それからユニットの中に特定のベッドがあって、緩和ケアに精通した医師や看護師がみることもあります。また、空いているベッドに患者を移すということもあります。それは救急室やICUである場合もあります。外来患者に対する緩和ケアプログラムは限られており、通常は平日に行われます。

8) 地域における緩和ケアプログラム

地域でのプログラムもあります。これは地域で「この人には緩和ケアが必要だけれど、ホスピスには行けない」というような場合です。米国のヘルスケアシステムの中では、ホスピスに入院するには、診断されてある程度の予後が明確にされた場合、つまり医師が余命は6カ月以内と診断した場合です。しかし、そう診断されない患者、例えばアルツハイマー病や心不全などの場合にも緩和ケアは大切だと言われています。これらの疾患では必ずしも6カ月で亡くなるというわけではありませんので、それぞれの地域社会が、どの人が緩和ケアを必要とするかを決めるわけです。通常、米国では大きな病院が引き受けることになります。

5. 提供される緩和ケアプログラム

プログラムにはどのような要素が盛り込まれるかは、それぞれの組織がどのような資源を持っているかによって変わってきます。米国では、基金がしっかりある財団などではプログラムの中味も変わってきます。マウントサイナイ病院やペンシルベニア大学病院などでは、管理者、医師、看護師、あるいはソーシャルワーカーなどが、緩和ケアプログラムについて発言しています。

緩和ケアプログラムは統一されているものではないために、病院によっても違いますし、誰がケアを提供するかによっても異なります。PACEのプログラムの場合には、看護師あるいは看護学の教授が提供しますし、病院では医師や看護師が中心になって提供されます。米国では地域の需要とニーズによって提供されるプログラムも違ってきます。ペンシルベニア州にあるペンシルベニア大学病院とカリフォルニア州のサンフランシスコ、あるいはニューヨークのマウントサイナイ病院ではそれぞれプログラムが異なります。日本のヘルスケアに関しても、地域の病院または地域のヘルスケアで何ができるかということを見ていくことが大事かもしれません。

6. 緩和ケアの提供者

緩和ケアについては、患者の予後、ヘルスケアシステム、家族の満足度はどうなのかという成果をきちんと出さなければなりません。患者が亡くなった後に、遺族の喪失感や心痛をケアすることによって

心が満たされれば、それがコストの節約にもなっていくわけです。多職種によるケアであるということでは高齢者ケアと共通の特徴がありますが、ケアの目標では必ずしも一致しないところもありますし、逆のこともあります。保険の支払いをどうするかという問題もあります。しかし、ケアがコーディネートされていなければならないということ、そして成果が得られなければならないという点では同じだと思います。

7. まとめ

緩和ケアの課題としては、米国のケアチームは高齢者を対象にした特別な訓練がなされないことが多いというのが現状です。米国でも日本でも寿命は延びています。少なくとも65歳を超えた人たちがヘルスケアシステムを利用するということになりますが、訓練されているスタッフは少なく、医師でさえも緩和ケアとは何かについてきちんと知っている人は限られています。したがって、グローバルなレベルで

の緩和ケアが課題であるということを情報として提供していく必要があります。

緩和ケアの提供については決まったモデルがあるわけではありません。たとえばマンウトサイナイ病院やペンシルベニア大学病院でそれぞれプログラムをつくることはできますが、その間でコミュニケーションをとることは容易ではありません。しかし、脆弱な高齢者によりよいケアを提供するにはどうしたらよいかということを考えていかなければならないということについては米国でも日本でも変わらないと思います。

日本と米国では人種的にもヘルスケアシステムでも異なっています。いろいろモデルがあるとしても、最終的にはケアを提供する上では何がいちばん大切かということを考えることです。脆弱な高齢者、死について語りたくない人たちに対して、終末期のケアをどのように提供するのか、その資金をどうするかなど、課題は山積しているというのが現状ではないかと思います。

高齢者の緩和ケアに必須の質の高さ

The Quality Imperative for Palliative Care in Older Adults

Nathan E. Goldstein, MD

Assistant Professor, Departments of Geriatrics and Palliative Medicine
Hertzberg Palliative Care Institute Mount Sinai School of Medicine

1. はじめに

私は高齢者の緩和ケアの“質”に注目したいと思います。どのようにして質を評価していけばよいのでしょうか。Ersek先生は、「自分たちはよい仕事をしているつもりではあるけれども、医療ケアの分野ではどうかということデータを数値で裏付けなければなりません」と述べています。私たちのやっていることがどのような意義を持っているかについて、実行可能な計測方法はあるのでしょうか。間違った評価の仕方をしてしまうと、大切なものに力を入れていくようになるかもしれません。ここでは緩和ケアのデータに基づいてどのように高齢者のケアを改善していくことができるかをお話したいと思います。

2. なぜ質が大切なのか

私たちがいかによりよい仕事をしているつもりであっても、医療にはミスがつきものですし、リスクのほうがケアのよい面を上回って、逆に苦痛を増加させてしまうことがあります。不適切な治療のためにかえって苦痛を生み出してしまうことがあるからです。また、不適切なやり方で資源配分をするなど、必ずしも適切でないところにお金を使ってしまい、社会にとって不要なコストを強いたり、個々の患者が大きな犠牲を払わざるを得ないこともあります。特に米国は国民皆保険制度がありませんから、自分たちが支払える能力に応じてケアの質が決まってしまうこととなります。もう少し早くケアが提供できれば治療効果が高められるということや、またどこに住んでいるか、どの医療機関に行くかによって、ケアの質が変わってきてしまうという問題もあります。

現代米国の哲学者でありエッセイストでもあるH. L. Menchenは次のように述べています：「それぞれ

の複雑な問題に対しては、単純で、巧みな、あるいは正しくない方法で解決される」と。解決策は容易に考えつくものではあるけれども、それがいつも正しく適切なものであるとは限らないということです。まずケース・モデルを示しましょう。

● Dr. M (89歳の精神分析医) のケース

Dr. Mは、マンハッタン病院で私が同僚と一緒に担当した患者です。病歴を紹介しましょう。

- ・強皮症と進行性の腎不全で入院
- ・血液透析を拒否：血液透析を拒否する患者の能力を評価し、また患者が自殺を望んでいないことを確かめる目的で緩和ケアコンサルタントが呼ばれた。
- ・入院5日後、自宅でホスピスケアを受けるために退院。
- ・4カ月間は自宅で良好な状態を保って、オペラや美術館に行くなど活動的に過ごし、自宅で長く付き合っていた患者の診療にも当たっていた。
- ・患者、息子、友人に別れを告げた3日後に穏やかに死亡。

Dr. Mからは、時間が残されていないのでとにかく質の高い生活を送りたいという明確な意思表示がありました。Dr. Mは質の高い緩和ケアを受けたのでしょうか。

3. 質の高い緩和ケアとは何か

米国的な考えでは、「それは見ればわかる！」ということ。正しいことを行ったという感覚があれば絶対に正しいのだ——これはいかにも米国文化とも思える発言ですが、もし患者と家族が信頼できる高い質の緩和ケアを受けるとすれば、何とかそれを測定する方法がなければならぬと思います。

では、どうすればその質が測定できるのでしょうか

か。測定の目的は2つあります。一つは外部からの外的評価、もう一つは院内での内的評価です。

1) 外的な質の評価

支払い者や監査人は、その緩和ケアがタイミングよく症状を評価して治療しているかについて、それらの質や費用の有効性に基づいて選択的に支払ったり認定したりします。私たちのサービスがある一定の水準に達していれば対価を支払ってもらえるということで、内的な質の評価とはまったく違った次元でなされています。

2) 内的な質の評価

私たちが考えているようなよい仕事を行っているかどうかということについて、もっと内部的に複雑な問題を扱うこととなります。自分たちはきちんと仕事ができているのか、患者をきちんと診察し治療できているのか、患者や家族をサポートできているのかといったことです。仕事の目的は、外部からの質的な評価と、自分たちは何をするのか、どんなことをすればいいのかということが鍵になります。また、医療者としてやる気をもって患者や家族を積極的にケアできているのかということも評価の対象になります。日本でも同じような考え方があるようです（日本における家族によって評価された質の指標, Miyashita M. J Pain Symptom Manage. 2009. 37(6): 1019-26.)。

指標として適切であると同意した家族の意見としては、①痛みやその他の苦痛を治療するための医師による指示（78%）、②緩和ケアチームやスペシャリストによる診察があること（83%）、③ERがあること、あるいは患者の希望によって時間外にみてもらえること（80%）となっています。

また、医療としてよくないとされた項目は次のようなものです。①ERへの頻繁な受診、あるいは時間外の診察が少ない（14%）、②化学療法から死までの時間が短い（17%）、③家で死を迎えることが少ない（15%）。

ヘルスケアにおける質の定義には以下のように核となる考えがあります。

- 1) 患者を中心としたケアであること
- 2) 有用であること
- 3) よいタイミングで提供されること
- 4) 安全であること
- 5) 公平で正当であること

6) 効率がよいこと

これらについて見ていくことにしましょう。

4. 緩和ケアは患者や家族を中心に行われているか

この質問に答えるためには、重篤な疾患を有する患者がわれわれのヘルスケアシステムに何を望んでいるかを知らなければなりません。

1) 重篤な疾病を持っている患者は何を求めているか

- ①痛みや症状のコントロール
- ②死へのプロセスを不適切に長引かせない
- ③自律性の維持
- ④家族への負担を軽減する
- ⑤愛する人たちとの絆を深める

この中でも興味を引くのは②から⑤の4点です。これらはコミュニケーションに深く関わってきます。臨床医として私たちが効果的に患者や家族とコミュニケーションをとって、病気のフォローアップをし、愛する人たちに疼痛症状のコントロールができるという考え方を持たせて、それによって愛する人たちの絆を深めることです。

米国ではこれらについて教える時に、すべての人たちに「終末期が近い」というストレートな言い方ではなく、以下のような情報の与え方を示します。全部を知りたいというのであれば知らせますが、「全部は知りたくないで家族に知らせないでください」とか、「私は知りたくないで家族に知らせておいてください」という方もいます。このような意見は私たちがなるべく尊重するようにします。

数年前に、若い乳がん患者の担当医が次のように言っていました。「彼女は自分の症状は全部わかっているのに、彼女の症状を緩和できる方法はないか」と尋ねてきたので彼女に会ったところ、実はあまり情報を得ていないということがわかりました。「これから何が起こるかを知りたいのですか?」と聞いたところ、知りたいということでした。いろいろな選択肢を与え、また警告もしました。「あなたが思っているよりも短い時間しか残されていないことを知りたいですか?」と聞きましたが、絶対に知りたいと言うのです。入院で観察したところでは余命は1週間くらいでしたのでそれを伝えたところ、「信じられない」と言って、怒ってしまいました。「それほど短

いとは思っていなかった」と言うのです。彼は自分でも最悪の医師だと思ったそうです。

ところが、翌日彼女のところに行ったら家族がみんな集まっていた。彼はみんなが怒るかと思ったのですが、「先生、本当にありがとうございました。これだけの時間しか残されていないということがわかって、みんなでこの人はどのようなことを望んでいるのか、残される子どもをどうするのか、葬式には何を着たいとか、そのようなことをいろいろと話しました」と言われたそうです。米国人のすべてがこのような情報の与え方を望んでいるかどうかはわかりませんが、このような情報を必要としている患者や家族もいますから、どのような情報が必要かということになるべく人間的にかつ安全な方法で伝えていく必要があると思います。

2) 介護者は何を望むか

死別1～2年後の475家族に、「家族（介護者）は何を求めているか」を尋ねた調査があります（Tolle et al. Oregon report care. 1999 www.chsu.edu / ethics）。回答は以下のようなものでした。

- ①愛する人の願いが尊重されること
- ②決断のプロセスに加わること
- ③家でのサポートと支援
- ④実用的な支援（送迎、服薬、備品、機器）
- ⑤個人的なケア（入浴、摂食、排泄）
- ⑥正しい情報
- ⑦24時間アクセスできること
- ⑧傾聴してくれること
- ⑨プライバシーの保護
- ⑩死後にも覚えていて接触してもらえること

マウントサイナイ病院では上記の点を重要視しています。たとえば個室を提供するとか、医療的手当の方法を教えるとか、できるだけ家族と一緒に過ごせるようにするなどの配慮をしています。また、亡くなられた後は、必ず電話をするようにしています。病院で患者が亡くなり、そのまま縁が切れてしまうのはよくないことだと思いますので、翌日だけではなく、翌週、あるいはソーシャルワーカーが行く時などに連絡をとるようにしています。更に年に2回、家族を集めて「メモリアルサービス」を催し、愛する人を亡くした人たち同士と一緒に話し合ったりしています。

3) 介護者の死亡率が高くなる

介護者にとっては、介護することはとても大変なことです。2つの研究について説明しましょう。

1つは、「看護師の健康に関する研究」です（Lee et al. Am J Prev Med 2003; 24: 113）。5万4,412名の看護師のさまざまな問題を取り上げてフォローアップしました。看護師の仕事について尋ねているのではなく、看護師であってその配偶者が自宅で療養している場合で1週間に9時間以上の介護をしているというケースです。看護師であるにもかかわらず、配偶者の死後には死亡のリスクが高まるということが示されています。

もう一つは、「住民を対象としたコホート研究:家庭での介護者400例と対照群400例」というものです（Schulz et al. JAMA 1999. 282. 2215.）。この場合もやはり自宅で介護をした場合、介護者の死亡率を高めるという結果が出ています。このように、患者に与える影響についてはよく話題になりますが、介護者への影響も考えていかなければなりません。

5. 緩和ケアは有用か

これについては、家族や患者の重篤な疾病の経験を理解して、患者や家族の状況が改善されているかどうかを評価しなければなりません。

Eric Cassell はこのように言っています。「真摯に患者のケアをすることに従事する者にとって、苦痛の緩和と疾患の治癒は一对の義務である。医師が苦痛の本質を理解しなければ、苦痛を緩和することはできないばかりか、それがたとえ技術的には適切であったとしてもその介入自体が苦しみのもととなることもある」と。患者のためによかれと思って行うことであっても、実際にはそれが苦痛のもととなってしまう場合もあるわけです。

1) 重篤な疾患を有する患者の疼痛

それでは、入院している患者の痛みについて何がわかっているのでしょうか。数年間にわたる多施設における大規模調査において、次のような結果が明らかになりました（Desbiens & Wu. JAGS 2000; 48: 5183-186.）。

5,176名の患者を対象にしたもので、中等度と重度の痛みを入院後8～12日の間に抱えている患者についての調査です（表1）。大腸がん、慢性の肝不全、肺がん、肺疾患、心不全などでは痛みを訴える患者

表1 病院内で重篤な疾患を有する患者の疼痛

入院後8～12日の間に中等度から重度の痛みを訴えた患者5,176例のパーセント：	
大腸がん	60%
肝不全	60%
肺がん	57%
慢性閉塞性肺疾患	44%
心不全	43%

Desbiens & Wu. JAGS 2000 ; 48 : S183-186.

が多いということが分かります。2週間以上入院している場合は、やはり痛みを緩和することを重要視しなければならないということですが、1週間以上入院している患者は痛みを抱えているというように理解してもよいと思います。

2) ICUでのケアは満足度を低める

ICUで亡くなった患者とICU以外で亡くなった患者の満足度について、患者の家族に電話で尋ねたデータです (Teno et al. JAGS 2005 ; 53 : 1905-11)。患者の死亡後、ICUの利用率が高い地域と低い地域の患者の家族に調査を行った結果をみると、ICUの利用率が高い地域ではやはりICUで亡くなる率も高いということがわかります。つまり、最期の何日かはICUに移されたということです。しかし、患者の家族は、十分な生命維持のための治療は行われなかったと考えていることが示されています。ICUの利用率が高い地域で死亡する場合、家族は、①十分に感情面のサポートは得られなかったと感じていますし、②意思決定に関与できなかった、③どのようなケアを受けるべきかについて情報をもらえなかった、④何が起こるかについての情報も足りなかった、⑤家族は尊重されていなかったなど、全体としての満足度は低かったということでした。つまり、ICUでケアを受けている患者の家族にとって、必ずしもケアの質が高いとは見なされていないということがわかります。

3) 病院がケアの最期の場として満足できるか

もう一つ似たようなデータですが、病院で亡くなった患者の家族2,000名を対象にした米国での調査ですが (Teno et al. JAMA 2004 ; 291 : 88-93)、やはり、①十分に医師と関わるができなかった (78%)、②感情面でのサポートは患者についても家族についても不十分であったとされています (それぞれ51%と38%)。そのほかには、③痛みや呼吸困難

への対応が十分ではなかった、④死のプロセスで何が起こるかについての情報が不十分である、などがあげられています。

米国では半数が病院で亡くなり、25%は介護施設で亡くなっていますから、大半は病院で生まれて病院で亡くなるという状況です。病院や施設で亡くなることが多くなっているの、死がなかなかわかりにくいものになってきています。したがって、死に関する情報を適切に家族に提供することがとても重要なこととされています。

4) ホスピスと緩和ケアは明らかに有用か

ホスピスや緩和ケア病棟は一般病院とどのような違いを生み出すことができるのでしょうか。①症状が軽減されている、②患者と家族の満足度が向上する、③コストの削減につながっているといったデータが示されています。

また、緩和ケアが家族の満足度を高めることについては、緩和ケアサービスを受けた患者の家族は、①疼痛のコントロール (95%)、②非疼痛性の症状のコントロール (92%)、③患者のQOLへの支援 (89%)、④患者のストレスや不安へのサポート (84%)、⑤患者の終末症状の説明の仕方についてもマナーがよかった (88%) と答えており、全体としては95%の人が満足しているということでした (Post-Discharge / Death Family Satisfaction Interview, Mount Sinai Hospital)。このように緩和ケアについてはかなり高い満足度が得られているということです。

緩和ケアを受けなかった患者の家族の満足度は低かったという調査結果がありますが、このような結果を母子ともに健康な場合の病院のマタニティーセクションにおける満足度と比較すると大きな違いがあり、これは単に症状もしくは疾患を治療するというのではなく、満足度についてはケアの質が重要になるということがわかります。

5) ホスピスに関する観察研究

ホスピスケアを受けた夫を持つ妻と、受けなかった夫を持つ妻の18カ月間の死亡率の比較では、ホスピスケアを受けた夫を持つ妻のほうが低く (4.9%と5.4%)、また、介護施設で亡くなった人は死までの48時間にオピオイドなどの疼痛緩和治療を受けた可能性が有意に高かったということがわかっています (Christakis & Iwashyna, Soc Sci Med, 2003, Miller

et al, Jpsm, 2003)。

先ほどもお話ししましたが、ホスピスケアに関わる家族の満足度を見てみると、ホスピスがケアの最期の場合として選ばれた場合の家族の満足度は痛みや感情面でのサポート、医師との接触、尊厳性、家族へのサポート、何が起こるかということについての説明、あるいは全体的な質という面では71%と高かったのに対して、介護施設、在宅、病院でケアを受けた時には50%以下と低くなっています (Teno et al. JAMA 2004 ; 291)。

日本でのデータもあります (Sanjo M et al. J Pain Symptom Manage. 2008 Mar ; 35 (3) : 275-82.)。2,500名の一般住民を対象にした調査ですが、緩和ケア病棟について25%はまったく知らず、よく知っていたのは38%となっていますが、これは米国よりもずっと高く、緩和ケアというのは、平穏に人生を送り、かつ家族を支援するものであると理解しているというのですが、これは米国でのイメージよりもよいものだと思います。しかし、日本人にも緩和ケアというのは患者をコミュニティから隔絶し、死を待つだけの場所であると考えていた人がいました。このことから、米国だけではなく日本においても国民や家族に向けて、緩和ケアとは何かということ、そしてどのようなケアが提供されるのかについてもっと教育していかなければならないと思われま

6. 緩和ケアはタイムリーに提供されているか

患者がホスピスへ紹介されてくるタイミングについてですが、13.7%は紹介が遅すぎたと回答しています (Schockett, Teno, Miller, Stuart. JPSM 2005)。この人たちの満足度はやはり低いものですし、満たされないものが残っているために信頼も低く、コーディネーションに関する懸念も多く見られました。ホスピスに紹介されてきて初めて、ようやくいろいろなことがわかるわけですが、もっと早く紹介されればよかったと思うと、多くの人が述べています。

マウントサイナイ病院の緩和ケアでは在院期間の中央値は22日です。本来は余命6カ月という患者が対象ですが、実際は数週間しか過ごしていない人が多いということになります。わずか1週間しかホスピスで過ごさなかったという人が35%もいます。そして、緩和ケアのコンサルテーションを受けるまでの入院期間の中央値は18日ということですから、紹介が遅すぎるといえることがわかります。もっと早く

紹介するようにしなければなりません。

日本のデータですが、661例のがん患者の死別家族の調査では、家族の半分が緩和ケア病棟への紹介が遅すぎたと述べています (Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. J Pain Symptom Manage. 2009 Aug ; 38 (2) : 191-6.)。また、実際に緩和ケアを受けた家族は遅すぎたと感じる率がずっと低かったということがわかります。そして、多くの家族は、緩和ケアが症状のコントロール (93%)、感情面でのコントロール (90%)、家族に対する支援 (92%)、ケアの調整 (87%) に優れていたと感じています。

7. ホスピスもしくは緩和ケアは安全か

これらに関する医療過誤の研究は現在のところまだありません。緩和ケア病棟あるいはホスピスの患者と通常のケアの患者とを比較した場合、死亡率もしくは死亡のタイミングに差は出ていません。この点について心配する患者や家族がいますが、私たちが医師として直面する大きな問題としては、積極的な治療は止めるわけですから、患者は早く亡くなるのではないかと思うのですが、データを見るかぎりそのような見解は正しくないということになります。緩和ケアに患者を紹介して、症状管理によって不安を取り除いていけば、結果はより長く平穏に生きられる人が多くなるということがわかっています。つまり、質の高い生命維持のための治療を始めることができるわけです。たとえば吐き気がひどいから、あるいは疼痛がひどいので化学療法を止めてしまったとしても、延命の治療はすることができるのです。そして、あまり不安を抱かずに、より快適に、そして、うつ状態が回復するようにすれば心身とも苦痛が和らげられ、生活も楽になります。そうなればQOLも向上し、同時に治療も進むということになり、その結果、延命が可能になるといった研究によって安全性が実証されることが望まれます。

8. ホスピスと緩和ケアは公平に与えられているか

米国は白人が75%、アフリカ系アメリカ人が12.3%、ヒスパニックが12.5%、ほかにアジア系などさまざまな人種からなる多民族国家ですが、ホスピスケアを受けた人たちは白人が78%、アフリカ系ア

表2 病院緩和ケアコンサルテーションに伴う費用と結果 8病院研究

費用	生存退院			死亡退院		
	一般ケア	緩和ケア	P	一般ケア	緩和ケア	P
総額 / 日	\$ 1,450	\$ 1,171	< .001	\$ 2,468	\$ 1,918	< .001
直接費 / 入院	\$ 11,124	\$ 9,445	.004	\$ 22,674	\$ 17,765	.003
検査費	\$ 1,227	\$ 803	< .001	\$ 2,765	\$ 1,838	< .001
ICU	\$ 7,096	\$ 1,917	< .001	\$ 15,542	\$ 7,929	< .001
調剤	\$ 2,190	\$ 2,001	.12	\$ 5,625	\$ 4,081	.04
画像検査	\$ 890	\$ 949	.52	\$ 1,673	\$ 1,540	.21
ICUでの死亡	X	X	X	18%	4%	< .001

Adjusted results, n >20,000 patients
Morrison et al. Arch Internal Med. 2008. 168 (16) .

メリカ人は8%, ヒスパニックは6%となっています。ホスピス・緩和ケアコンサルタントサービスに関するデータはありません。このような状態には改善の余地が残されているといえます。

9. 緩和ケア・ホスピスケアは効率的か

緩和ケアではどのようにして入院期間を減らし、費用を削減することができるかということについては明確なデータがあります。

患者や家族にあらゆる処置をしたほうがいいのかどうかを尋ねると、家族はそれを希望しますから、そのような質問ではなく、「あなたにとってこの時点でいちばん大切なことを教えてください。どのようなサービスを希望しますか」と聞きます。患者によっては、家族とつながりを保っていたいと言います。介護施設に入りたくない、あるいは他の人に頼りたくないということもありますし、とにかく心臓が動いていれば希望があるような気がするという人もいます。ですから私たちは、患者にとってどのようなケアが適切かを医療者が決めるのではなく、患者や家族が何を求めているかを聞き出すことが大切だと信じています。私の指導医は、患者の運命を医療者たちが決めるべきではないと言いました。他のヘルスケアスタッフに協力してもらい、医師はとにかく時間をかけて患者や家族と話します。米国でも頭の固い医師が多く、「どうして患者はこういうことを望んでいるのか」というようなことを言いますが、患者が望んでいることを引き出すことが重要で、医師の考えを押し付けるべきではありません。

どのような治療がその目標に見合うのかを考えましょう。患者は「私がいちばん望んでいるのは家族となるべく長いつながりを保っていくことです」と

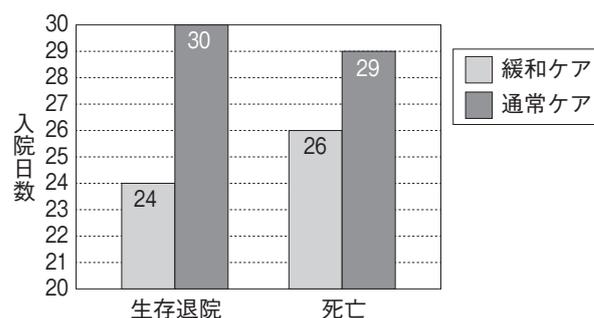


図1 マウントサイナイ病院における入院期間 (LOS) 比較: 緩和ケアと一般ケア (2006)

いう場合があります。人工呼吸器をつけることは、年をとった人や重症の人にはあまり有効には機能しません。ですから、その治療法の効果が患者にとって負担のほうが上回るのであれば、「あなたの病気はとて進行していますから、これまでのようには効果が期待できません」ということを患者や家族に説明すると、それは自分たちが決めることではなく、最後は神に委ねたいというような決断になったりします。治療的な化学療法が、ある患者にとって効果があるからといって、別の患者にも効果があるとは限りません。何が患者にとって適切で、何が目標に沿うものなのか、また生命の長さを考えて退院の決定や治療の中止、場合によっては一時停止するというような相談にも関わっています。

入院日数の比較では、緩和ケアを受けるか受けないかで入院日数が大きく違ってくることがわかります(図1)。また費用について比較したデータもあります(表2)。8病院の調査ですが、費用がかなり節減されていることがわかります。緩和ケアを提供することによって1患者あたり2,000ドル、病院は5,000ドル節減できたこととなります。死亡が早まるのではないかと懸念がありますが、個人にとっても施設にとってもコストは低くなるということは事実です。

10. 緩和ケアとホスピスケアはケアの質を改善するか

次の6項目に関する結論は以下の通りです。①患者中心か=はい、②有益か=はい、③タイムリーか=いいえ、④安全か=データなし、⑤公平か=いいえ、⑥効率的か=はい

緩和ケアを受けた患者は必ずしも早く死ぬということはありません。公平かということでは、現在の米国では公平とはいえません。さまざまな患者グループがいて、それぞれ緩和ケアやホスピスケアを受けられるパーセンテージが違ってきます。効率的でしょうか。それはその通りです。家族の希望も叶えますし、医療費も節減できます。

以上のことから、緩和ケアとホスピスはケアの質を改善します。患者中心であり、効率的でもあります。患者の安全を保障するために何か欠陥があればそれを改善していかなければなりません。サービスの提供についてはもっとタイムリーにさまざまな民族にとって公平でなければなりません。それではどのように具体策を練っていったらよいのでしょうか。それにはいくつかの測定基準を設定する必要があります。測定は結果と相関しなければなりません。

1つはケアの妥当性です。患者の意思が書面で示されていない、患者が自分の医療上の決定を誰に委ねるのかについて書き残したものがなければ、患者が自身で決断できなくなった場合、私たちは患者の受けているケアが本当に望んでいるものなのかどうかを考えることなく、医療者の立場で判断することになります。したがって、病院は何人の患者がこのような書類を残しているのかについて厳密に調査して、患者が受けているケアが希望に沿ったものかどうかを確認するなどの内的監査を行う必要があります。

また、外的な質の測定も行わなければなりません。その一つは拘束です。拘束は転倒防止に効果はないばかりか、むしろ失禁につながったり、怪我を負ったり、疼痛を強めたり、不快な思いをさせたりすることが知られています。拘束は本来、患者が自身を傷つけないようにするためのものなのに、逆に自分で自分を傷つけてしまうことがあります。米国のナーシングホームでは、ケアの質を拘束の使用と転倒の回数によって評価するためのデータを報告することが義務づけられています。その結果、拘束が減ることによって、転倒やその他の障害は増えなかったこ

とが証明され、拘束をしなないということがケアの質の評価においてよい指標になりました。

しかし逆の結果をもたらす場合もあります。外部からの質の測定のもう一つに体重の減少があります。①栄養障害が高齢者の罹病率と死亡率を高め、②介護施設に入所している人たちは栄養障害と脱水のリスクが高いという観点から、体重減少をケアの質の指標として最小データセット(MDS = minimum data set)を選んで施設をモニターしました。このようにしてケアの質の指標として体重減少を取り入れた結果、①経管栄養が増え、②病院への移送が増えたという結果を招きました。このような不適切に選ばれた測定指標によって予測しない結果、つまりケアの質はかえって悪化することになりました。

患者や家族にとって何が最も適切であるかは、私たちが決めなければならないのです。私たち脆弱高齢者の専門家が実行可能で信頼性があり、すぐに適用できて明らかに質の改善につながるような方法を開発してテストしなければならないのです。そうでなければ先に示したような適切でない測定法を押し付けることによって好ましくない結果を生じることになるのです。

2006年に公開された緩和ケアとホスピスに関するNQF(National Quality Forum)の報告書があります。質の高さが具体的に示されたものです。たとえば①専門家が疼痛その他の症状のコントロールをする、②霊的・宗教的なケアがある、③学際的チームの構成要員は誰なのか、そして④今後、これらの問題に対して研究を促進していかなければならないということです。ケアをすること以外に、同時に研究を進めながら、よりケアの充実を図っていくことが大切です。ケアと研究を統合してさらによりよいケアの方法を考えるということによって、受益者の利益を高めていかなければなりません。このようなことから、いま私たちにとって最も重要なことはケアの質の適切な評価基準を決めることなのです。

11. おわりに

最初に紹介したDr. Mの評価に戻ります。Dr. Mの受けた緩和ケアは質の高いものだったのでしょうか。

まず、患者中心でした。症状コントロールもありましたし、合併症もありませんでした。有益であり、ケアもタイムリーに提供されました。また望まない

透析は受けずにすみましてし、入院して高度な医療を受けずにすみましてから、余計な医療費もかかりませんでした。

ヘレン・ケラーは「世の中は苦痛に満ちているが、同時にその克服にも満ちている」と述べています。

質問 介護施設では入所者の体重減少が一つの評価基準になると言われましたが、経口摂取ができなくなった人の経管栄養に関してはどのように考えておられますか。

回答 私は患者の家族によく次のように言います。「末期のがん、認知症、もしくは心疾患の患者で食事がとれなくなった場合、その基礎疾患があるからそうになっていくのです」と。たとえば認知症は進行性の疾患で、終末期にある認知症の患者は口渴感や空腹感を持ちません。これはその疾患の自然な経過の一環であるということです。米国では食事にとっても注目しており、飲めないとか食べない患者がいたとしても、その患者がケアを受けていないかといえそうですがではないということです。経管栄養は利点もありますが、往々にしてそれは負担になり得るということを患者や家族に対して教育することが大切です。不快感、浮腫、また終末期においては腎機能も停止するために肺浮腫を起こしたりもしますから、経管栄養をする利点よりも負担を与えることが多いということを伝えます。患者は栄養不良で亡くなるのも脱水症状で亡くなるわけでもありません。心疾患、がん、あるいは認知症で亡くなるのであって、これは餓死ではないということを説明します。これは自然な疾患の経過であるということです。このような説明が重要なのです。患者が喉が渇いていると言わ

ない限り、そのケアは必要ないのです。舌を清潔に保つようにするだけで十分なのです。一口食事を与えただけで十分だということもあるわけです。経管栄養は患者を助けるものではありません。与えないからといって、患者を見捨てているわけではないということを十分に家族にも理解してもらわなければなりません。与えないからといって、見殺しにしているわけではなく、疾患の自然な経過であることを理解してもらうことが重要です。しかし、実際にこれらのことを家族に理解してもらうことは難しい問題だと思います。

家族にこう言われたことがあります。「先生、おっしゃることはよくわかりますが、そんなことはどうでもいいのです。でもやはり母にそうしてください。私はそうしなければならないと感じるのです」と。私は「よくわかりました。それはあなたにとって重要なのですね。しかし、お母さんが亡くなられたあと、自分ではできることを全部やったという満足感のためですね」と。このような場合は、経管栄養が必要かもしれません。2週間後、患者が再入院してきた時に、家族はまた「先生、母はまったくよくなりません。経管栄養はしているのですが、母は負担に感じているのかイライラして引き抜こうとしていますから、もう抜去してください」と言われました。それはそれでいいのです。家族はやってあげたことをしたのですから。

私はこの患者の死後数十年間も家族が後悔したまま生きていくことを医師としては避けたいと思います。患者のケアはとても重要ですが、それと同じように家族のケアも重要だと思うからです。

脆弱高齢者のケアにおける多職種連携チームの重要性

The Importance of the Interdisciplinary Team in Caring for Frail Older Adults

Mary Ersek, PhD, RN, FAAN

1. はじめに

自分の仕事においていちばん充実感を覚えるのは素晴らしい同僚に恵まれたことではないでしょうか。私は老年医学や緩和ケアに関係していますが、私自身が看護師であることから、医師やソーシャルワーカー、PT、看護助手などと協働して仕事をしています。私はそれをたいへん楽しんでやっていますが、協働はケアの質を高めます。そのような実態についてお話ししたいと思います。

Goldstein 先生も述べていましたが、患者がどうしてほしいかということ事前に文書で残しておくことが大切です。これは米国ではとても重要なこととされています。その1枚の紙、リビングウィルであったり、法律家に託した代理人の文書であるかもしれませんが、大事なものはその1枚の紙ではなく、プロセスなのです。つまり、それが患者と患者が大切に思う人たちとの間のよいコミュニケーションの結果であるということのほうが重要なのです。

2. 多職種連携のケア

多職種の連携がなぜケアを提供する人たちにとって大事なのでしょう。誰とどのように連携するのでしょうか。いろいろな専門分野がありますから、その幅広い専門力をうまく使うということが大事です。それはケアの提供者である私たちのためではなく、もちろん患者のためです。多職種連携ケアチームの中でモチベーションがあるということが大事です。終末期にチームが一生懸命にケアを提供するという理念とスキルが大事です。これは経験の中から学び、力をつけていくということになると思います。自分よりも経験のある同僚、あるいはスキルの高い同僚から学ぶことが多いのです。PT から自分の知

表1 多職種を取り込んで行う臨床プラクティスの特性の説明

Multi-disciplinary	多職種の人たちが関連してはいるが別個のゴールへ向けて並行して作業する	サラダボール	適切ではない
Inter-disciplinary	多職種の人たちが同じゴールへ向けて作業する；境界が鮮明でない部分がある	るつぼ	成功する可能性がある
Trans-disciplinary	それぞれの職種を超えた包括的アプローチへ向けて、自然、社会、健康科学を統合する	ケーキ	まだ存在しない

らないことを学ぶこともあります。それにはお互いの価値を大切にしなければなりません。

多くの人たちが専門力を持って集まってきます。それぞれ言い分は違うことがあるかもしれません。多くの人たちが携わることによって、ケアがよりよくなったのかどうかを検証することも大事です。それぞれの職種間の専門力を集めるということは、ただ人数を集めればよいということではありません。病院に入院してきた患者あるいは外来に診察を受けにきた患者はそれぞれが問題を持っています。患者に対するケアの成果がそれぞれの専門力を発揮することによってよくならなければなりません。

多職種連携ケアチームのメリットは、それぞれ違う専門から得られるケアであるということです。疼痛管理に通じた人たち、化学療法の専門家、そのような専門力を集めなければチームの成果は上げにくいのです。それを表に整理してみました(表1)。サラダボールのようなケアでは高齢者のケアということにはなりません。米国は人種のるつぼですが、それぞれのアイデンティティーは尊重しながらも米国の生き方に適応していくことです。私は看護師で医

師ではありません。看護師としての経験はあり、医師の専門力と重複するところもあります。身体的診断は医師と相談することもあります。医師と同じ教育を受けているわけではないので診断はできません。それぞれの専門家が協働することは、臨床ばかりでなく研究を行う上でも必要です。ケアモデルをテストする上でも、それぞれが異なった専門力を持ち寄って全人的な立場から問題にアプローチします。患者や家族に対してそれぞれが異なる目標を持っていても、重要なことは症状の緩和や病気の治療ということになるのですが、最終的には彼らの社会的・法律的な問題をどのように助けていくのかということと統合した全体的なケアが提供できるかということになります。みなさんにもケーキ作りのような多職種チームによるアプローチをしていただきたいと思います。

なぜケアの質が大事かという、臨床に携わっている人たちが気持ちよく感じるから大事だということではなく、いろいろな専門力を持ち寄ることによって脆弱な高齢者のケアがよくなるためです。脆弱な高齢者の症状は多様ですから、ケアはますます複雑になります。ケアのプロセスを円滑にするためにケアを提供できるリソースがあればよいのですが、なかなかそうはいきません。グローバルに見ても、高齢化が進めばケアのニーズはますます高まることになります。

一般的なヘルスケアシステムはどこ国でもその傾向は似通っています。80歳以上で1つの疾患しか持っていない人は少ないのです。長期の糖尿病、腎疾患などいろいろな病気を伴っているために、多くのケアサービスを使うことになります。米国や日本など高齢化が急速に進んでいる社会ではこれが大きな問題になっています。

医師や看護師、ソーシャルワーカーなどが集まって高齢者のためのケアプランを作るのは、楽しいからやるのではなく、それが必要だからです。高齢者は慢性的な疾患をいろいろ持っています。転倒する回数も多くなり、調理ができないための栄養不足ということもあるかもしれません。終末期であるということだけではなく、アルツハイマーが進んだために調理ができなくなって栄養障害に陥っているということもあるかもしれません。自己ケアや意思決定に参加する能力に限界があるというような認知機能障害を有する可能性もあります。このような症状は日々コントロールしにくくなっていき、痛みも強

くなります。このような経過においてうつ病や不安感なども現れてきます。これまでできていたことができなくなる、ADLができにくくなると、それに伴って自分の身づくりをすることすらも難しくなってきます。

3. 高齢者ケアの有用性

多職種連携ケアによってどのようなことが可能になったかについてはさまざまな研究があります。たとえばさまざまな領域が連携することによって、高齢者の自立性を高めることができたということがあります。高齢者であっても人に頼って生きていきたいという人はいないのです。世界中どこでも人に頼ることをよしとする文化はありません。人間として自分に何ができるということはとても大切な要素です。自立性を高めることによってうつ症状が減り、活動性が高まります。それに伴って全体としての健康状態が高められ、介護者の健康も改善されます。

4. ケアのプロセスを促進する必要性

脆弱な高齢者のケアは経済面だけでなく、患者や介護者の健康にとっても負担が大きいものです。そして特に、移行時のケアのプロセスには多くの問題が生じます。高齢者は医療環境の中で受けるケアにおいてさまざまなレベルで移行を経験します。プライマリケアと特殊ケアを行ったりきたりさせられます。私の父は、プライマリケアを受ける一方で、心臓外科に行き、フットケアスペシャリストにも関わってもらっています。また、糖尿病のための栄養相談、運動のクリニックにも行って、理学療法も受けています。とにかく父がなるべく自立して生きられるようにサポートしてもらっていますので、高いQOLを保つことができています。これは医療費を最小限にすることにもつながっています。

米国ではICUと緩和ケア病棟を行ったりきたりさせて、この患者の目標に見合うようなケアを提供できる環境に回したり、緩和ケアモデルの中で、治療的な枠組みから将来どのようなケアが必要かという枠組みに移っていくことがあります。地域社会においてもどのようなケアが提供できる場所があるかを考えてうまく移行させていくことが必要になってきます。

うまくいかない移行については、病院と自宅を行っ

たりきたりすることだけではなく、急性のケアと緩和ケア間の移行、あるいは専門科のケアとプライマリケア間の移行などということがあります。患者がその間を移行することによって医療過誤も起きやすくなったり、症状が不安定になるかもしれません。また苦痛につながって、患者は不安を感じ、それが介護者のストレスにもなります。更に緊急時の搬送手段を使うので社会にとっても経済的負担になります。

5. ヘルスケアの削減とコスト削減

日本の傾向と似ていますが、米国では2004年の65歳以上人口は12%であったにもかかわらず、医療費は34%を占めていました。日本では2015年までに65歳以上人口は現在の22%が30%を超すといわれています。このような問題は、文化や社会を超えて大きな問題になっています。2008年度に米国では終末期の2カ月間に500億ドルの医療費が使われており、メディケアの支払いの30%は亡くなる5%の患者に費やされています。このように医療費はどんどん増えていくことになり、それが悪いと言っているわけではありませんが、それがもし患者が必要としないケアや治療であったり、また目標にそぐわないケアであったりはしないかということです。患者の目標が家に帰りたいというのであれば、ICUにお金を使うのではお金の使い道が間違っているということになりますし、それでは医療費が高くなるということになります。

多職種連携チームのエビデンスとしては、看護師、医師、ソーシャルワーカーが上手に連携してケアの総合的な目標を決めると、①入院の減少、②入院期間の短縮、③ナーシングホームへの入居が遅くなる、④ナーシングホームへの入居が減少するということが示されていますので、ヘルスケアの利用とコストの削減がなされることになります。

6. 専門医療職者の不足

米国では老年医療の専門医療職者が不足しています。これからさらに不足していくといえると思います。というのは、供給が増えていないのに、需要は増える一方だからです。日本でもまったく同じ傾向を辿ると思います。どうして増えないのでしょうか。緩和ケアでも人手は不足しています。米国では、選

ぶことができるのであれば老いていくよりも死んだほうがましだと考える人が少なくありません。悲しいことですが、年をとることのほうがよほど怖いと思われているようです。老いることは華やかなことではないばかりか、たとえば心臓外科医はもっとお金を稼ぐことができるけれども、脆弱高齢者を担当する医療者は収入が少ないといえます。これは看護師でもそうです。脆弱高齢者施設で働く看護師の給料は急性期病院の看護師よりも安いのです。決してスキルが低いということではありません。残念なことですが、脆弱高齢者へのケアサービスは価値が低いと考えられています。

大部分の医療従事者は高齢者ケアを担っているのですが、老年医学のトレーニングを受けている人はほとんどいません。圧倒的に多いのは慢性疾患をもつ高齢者であって、公的資金は65歳以上の人たちのケアに回されているのですが、それにもかかわらず老年医学あるいは緩和ケアのトレーニングを受けない人がそれに当たっているということです。どのように医療の仕組みを変えていくかは簡単なことではありませんが、米国では老年差別主義がみられますので、文化自体が変わっていく必要があるのかもしれない。

7. チームのコア

緩和ケアチームのコアはどのような人たちなのでしょう。医師、ナースプラクティショナー、看護師、ソーシャルワーカー、そして患者とその家族です。ナースプラクティショナーはプライマリケアの医師と多少視点は違いますが、ほぼ同様なケアを提供します。そして薬剤師、作業療法士、理学療法士、栄養士も必要です。その他のメンバーには、歯科医、心理学者、看護助手、牧師もしくはスピリチュアルカウンセラー、弁護士、ボランティアなどがあります。音楽療法士、アロマセラピストなども大きな役割を果たすことがあります。

それでは、ホスピスの多職種メンバーはどのような人たちなのでしょう。米国では、看護師、医師、牧師、ソーシャルワーカー、ボランティア、死別カウンセラー、言語療法士、理学療法士、作業療法士などです。ボランティアはとても重要です。家族の人たちが少しの時間休息したりするにも、またテレビを一緒に見たりすることもボランティアができるからです。

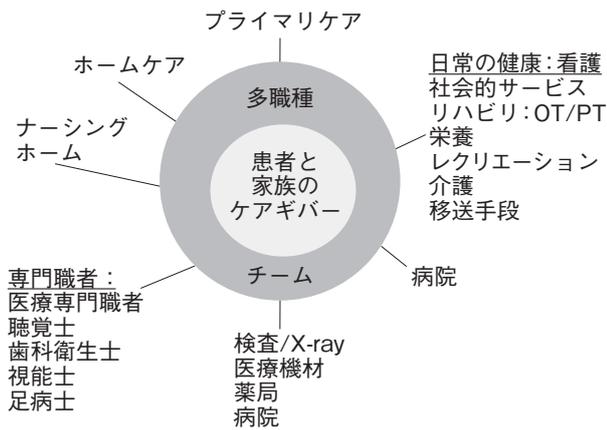


図1 調和のとれたケアモデル (PACE)

8. 調和のとれたケアモデル (PACE)

先の講演でも示しました通り、ケアには実に多くの職種が関わります(図1)。医療チームのリーダーは通常は医師ですが、いろいろなケアのモデルがありますから、ホスピスではケースマネジャー(看護師もしくはソーシャルワーカー)がリーダーになることもあります。リーダーというのは、ピラミッドのトップに座る人ということではなく、患者のニーズにいちばん近い人ということです。

現在、ヘルスケアの保健モデルに組み入れられているものに高齢者のうつに対するメンタルケアの提供プログラムがあります。加齢によってうつが増えていく傾向があるからです。このプロジェクトはケアマネジャー(看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど)がリーダーを務めています。彼らが薬を処方し、カウンセリングを行い、そして地域のリソースにどのようなものがあるかを査定して、必要なサービスが提供できるようにオーガナイズしています。それぞれのプロジェクトの成否は、それぞれの地域でどのような人材が得られるかに大きく依存しています。高齢者医療に関心を持っている看護師であることもありますし、ソーシャルワーカーの場合もあります。高齢者の評価とケアのための老年医療資源の利用については、ナースプラクティショナーとソーシャルワーカーが共同して行ったケースもあります。

「グリーンハウス」というモデルは、施設のイメージを変えていこうという運動です。まだ小さい運動ですが、これから大きくなっていくと思います。家庭のようなセッティングで人が集まってくるというモデルで、ディレクターは医師でも看護師でもなく、看護助手の資格を持った人です。高齢者の一人を賢

人として知恵を借り、医師や看護師も協力して行っています。通常のケアでは医師がリーダーになるのが普通ですが、この場合には診断をするわけではなく、ヘルスケアを提供するわけでもないので、むしろ日常的に患者が何を求めているかを評価して必要な資源を提供するプログラムなのです。

緩和ケアが提供される現状を見ますと、チームのリーダーが医師であったりナースプラクティショナーであったりしますが、患者の需要によって変わることはいまでもありません。米国でも日本でも高齢者医療の専門家は不足していますから、ITの技術を駆使し、電話あるいはテレビなどを活用していくことも考えられます。

9. システムをよく機能させるためには

多職種チームはそれぞれの目的とゴールを共有している場合にはたいへんよく機能します。特に緩和ケアや老年医学においては、私たちの共有する目標は患者に対するものでなければなりません。たとえば経管栄養について医学的な見地からすればそれが必ずしも私たちが考える目標に一致するものではなく、非常に進んだ認知症患者の場合には延命効果をもたらすことはないのですが、患者や家族が強く求めている場合に、医師がこの治療法は意味がないからといって止めてしまい、上からの目線で話をするのは決してしてよい結果をもたらさないことは明らかです。患者にとって何が大切なのかということを話し合い、あらゆる手は尽くしたのだということを理解してもらうことが大切です。宗教的な信条や考え方で意思決定が影響されるということを念頭に置き、その上で役割と責任を明確にすることが大切です。

多職種間の連携では多くの仕事の領域が重なり合っています。たとえば病院のチャプレンが患者のところで霊的な話をしてその帰りに私のところに来て、「あの人の疼痛はあまりよく管理されているとは思いませんね」と言ったような場合には、私たちは共有された目標がありますから、そのチャプレンの話はよく聞きますし、看護師として症例マネジメントを担当していますから、なるべく早く病室に出向いて患者の様子を見ます。

それぞれのメンバーが互いに信頼しあうということが必要です。これが難しいと思うのは、役割分担というよりは、人格が問題になることです。多職種

チームを組織して維持するためには、私たちは質を管理するのに日本の自動車関連企業の品質管理をモデルにしています。企業では各チームが目標を達成するためには機能を最大限に発揮していかなければならないからです。

老年医学や緩和ケアの教育はペンシルベニア大学でも行われていますが、すべてに多職種が関わっています。マウントサイナイ病院には看護学校がないので限界があるのですが、私たちのプログラムでは医師も看護師も同じメッセージを聞かなければなりません。同じ部屋で同時に教育を受けることが重要なのです。多職種のモデルはまさに自分たちの仕事のやり方が適切なのだということに気づいてもらえるシステムだと思います。また、学生を連れてきて手本を見せることです。医師と看護師が対等に話しているところを見せることです。医師はこの点について考慮していないので、もっと患者の立場を考えてほしいと看護師が訴えることです。学生に見せるためにも、私は自分の意見を主張もしますし、医師の意見も尊重します。そしてまた自分たちがどういう態度をとるかということも大切です。医師は必ずしも種々の社会的資源が必要ということにまで考えが及ばない場合もありますので、多職種連携チームでは医師が社会的資源にまで見方を広げ、そこに流動性を発生させて互いに結果がよりよいものに完成

品としてできあがるような協力が必要です。

確かに互いに対立しあうこともあります。私はICUで一晩中仕事をしていたことがあります。難しい患者を抱えていたのですが、入ってきた医師は、「患者の状態はとていいようだ」と言いました。私は休む間もなく仕事をしていましたのでから怒りをぶちまけたくなったのですが、医師が「患者は改善している」というように見ること、つまりいろいろの見方があるというのはいいことだと納得するのです。

チームワークがうまくいっていても必ず対立は生じます。そのような対立を話し合っただけでそれを解消していかなければなりません。そういうスキルも必要です。専門家の意見は認め、それを斟酌しながらさまざまな職種を超えて話し合う余地を持ち、そしてうまくいった仕事については互いに誉めることです。これも上からの目線で誉めるのではなく、患者の立場でよかったということを誉めるのです。

また、成功と失敗を共有することも必要です。チームで最善を尽くしたにもかかわらず、患者のケアで失敗してしまった場合もそうです。複雑なそして心理・社会的、医学的、霊的な必要性を持っている医療チームメンバーが、表面的ではなく相手の心を気遣う形でケアをしていくことが大切だと思っています。

高齢者の脆弱化

Frailty in Older Adults

Nathan E. Goldstein, MD

1. はじめに

Dr. Kenneth Boockvar は、「脆弱高齢者のための緩和ケアにおいてはできる限りのことをしようと思っても、それ以上できないことが多くある」と述べています (JAMA, 2006 Nov 8 ; 296 (18) : 2245-53)。

米国の医学生教育でいちばん難しいことは、健康的に年齢を重ねるといふ概念です。医学生が目にしてはいる高齢者は、病院に入院している病人です。もっと健康的に年を重ねている高齢者を医学生に見せていかなければならないと思います。さて、このセッションでは、私は健康的に年齢を重ねることができていない人たちについて話をすることになります。

2. 脆弱化とは何か

まず、健康的に年を重ねるとはどのようなことなのか考えてみましょう。病院で医学生に話す時に私は次のように言います。「病院から患者を退院させますが、必要なのは数週間後にもう一度コミュニティにいるその患者を目にすることである」と。つまり回復した後の患者を見ることです。しかし、現在の教育制度では、退院後の患者を見ることはありません。マウントサイナイ病院で、既に引退した私の同僚が脳内出血で長期に入院しました。幸いに回復して退院して元の状態に戻ったのですが、悲しいことにレジデントや医学生は、この人をほとんど意識もなく自分のケアもできないという状態で見えていなかったということです。彼の自宅に行けば、まったく違った姿を見ることができるとは思っています。私たちが目している患者は、病院での姿でしかないのです。そこに教育の仕方に問題があると思っています。そしてもう一つの問題は、「高齢化＝脆弱化」と捉えられて

いることです。

3. 脆弱化の臨床像

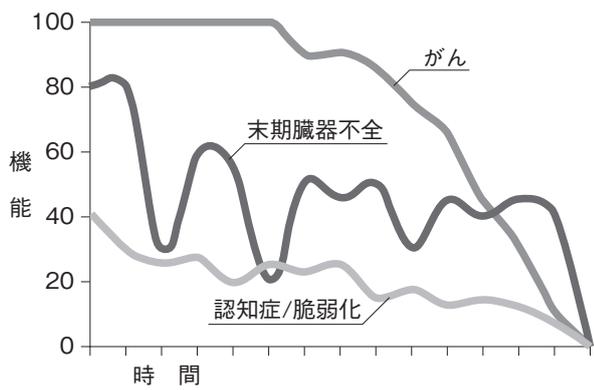
● 症例：Kさんの場合

Kさんは89歳の女性で、冠動脈疾患、心房細動、心不全などの問題を抱えており、1985年以来、T医師にかかっています。息子と同居しており、調理、入浴、着衣は自分でできるのですが、診察の予約や日々の日常生活では息子のサポートが必要になります。では、Kさんが健康的に年を重ねている状況から脆弱化していったのは一体いつからなのかということが問題です。

2005年の初頭に転倒してから、服薬の管理が困難になり、体重も55.8kgから49.5kgに減少しました。4カ月の間に3回も心不全とそれに伴う合併症、そしてさらに譫妄がみられたので入院しました。それからT医師の診察を受けに行くことができなくなり、T医師が往診するようになりました。Kさんはもう病院には入院したくないし、ホスピスにも行きたくないと言いました。これはKさん自身が自分の状態を終末期とは考えていなかったからです。

脆弱化とは何かといえば、米国的な考えではそれは「見ればわかる」ということでしょうか。病院でよく使う概念では「先細りの状態、あるいは老衰」という言い方かもしれません。これはあまりよい言葉ではないと思います。機能が失われているということの意味しているとか、あるいは、何かがおかしいけれどもどこがどのようにおかしいかがはっきりわからないということかもしれません。

実は臨床的に脆弱化に対しては次のような厳格な定義があります。「有害な健康上のアウトカムリスクに患者をさらすようなストレスに対する抵抗性の低下」ということです。つまり、日常生活の自立状



(slide adapted from Joanne Lynn, MD, Rand Health/CMS)

図1 疾病の軌跡

態から病気の状態への移行期ということにもなると思います。特に脆弱化した患者の場合、健康であるという状況から介護が必要な状況までの間の幅が狭くなっていくことになります。そして、これは進行性の状況であって、がんや心不全など他の慢性疾患が関連していることがあります。加齢とともに悪化して、着替え、入浴、料理など日常生活の自立から、椅子に座ったままの状態になるとか、寝たきりになるというように、介護者に依存する状態へ移行していくことになります。

5,000人のコミュニティに暮らす人たちを対象にした調査では、以下のような5つの脆弱化の臨床像があります (Linda Freed)。

- 1) 筋力低下
- 2) 体重減少
- 3) 活力の低下
- 4) 身体活動の低下
- 5) 緩慢な動作

筋力低下というのは、実際に握力が低下するとか、椅子から立ち上がれないなどというように定義されています。また、動作の緩慢さについても、何分間で何メートル歩けるかというようなことで定義されています。これらの項目のうち3つ以上に該当すると脆弱ということになります。調査対象者5,000人のうち脆弱とされたのは6%でした。1つもしくは2つ該当するのは脆弱化の予備軍で、これに該当する人は47%でした。

上記以外の脆弱化の特徴には以下のものがあります。

- 6) 認知機能障害
- 7) バランス・運動障害
- 8) 気分障害

- 9) 健康に対する低い自己評価
- 10) 社会的資源の欠如
- 11) しばしば併存疾患を伴う

認知機能障害は“イコール脆弱化”ではないとしても、同時に生じる場合が多く見られます。気分障害にはうつ病などもありますし、自分の健康に自信がないということもあります。ある調査で、脆弱化と判定された人に「ご自分の健康状態はどうですか？」と尋ねると、自分は健康ではないと答える人が多いということです。そこで重要なことは、「脆弱化とは通常加齢のプロセスの一環ではなく、それ自体独立した臨床的な状態である」ということです。

疾病の進行状況(軌跡)はさまざまです(図1)。がんの軌跡はよく知られているように機能の低下が始まるとおよそ3カ月で終末になります。心不全、腎疾患、肺気腫、肝疾患などの末期の臓器不全の軌跡をみると、全体として機能は落ちていきますが、悪化と寛解を繰り返しながら徐々に死に至ります。このように脆弱化や臓器不全では死に至る軌跡を予測することはたいへん難しく、統計的には説明ができて個人個人に当てはめることはできません。認知機能障害の場合は急激ではなく、徐々に低下していきます。日常的にはあまり変化が見られないので、同居している介護者にとって機能低下をはっきりと見定めることは困難です。

4. 生物学的にみた脆弱化

これはただ病気が悪化するということではなく、生理に大きな変化が生じるということです(図2)。

- 1) 骨格筋の減少
- 2) 女性ホルモン、男性ホルモン、成長ホルモン、ICF-1(インスリン様成長因子)の減少
- 3) IL-6(インターロイキン6)とCRPの増加

脆弱化を診断するための検査法は存在しません。このような脆弱化における悪循環のサイクルがいったん始まると、時間の経過とともにますます進行していくことになります。脆弱化は健康障害の一つです。先の調査の結果ですが、脆弱という診断を受けた人は転倒する率が高くなり(1.29)、活動性が低下し(1.50)、ADL機能が減退し(1.98)、入院(1.29)や死亡(2.24)も増えてきます。脆弱化と死亡率の関係を見ると、はっきりと違いのあることがわかります(図3)。

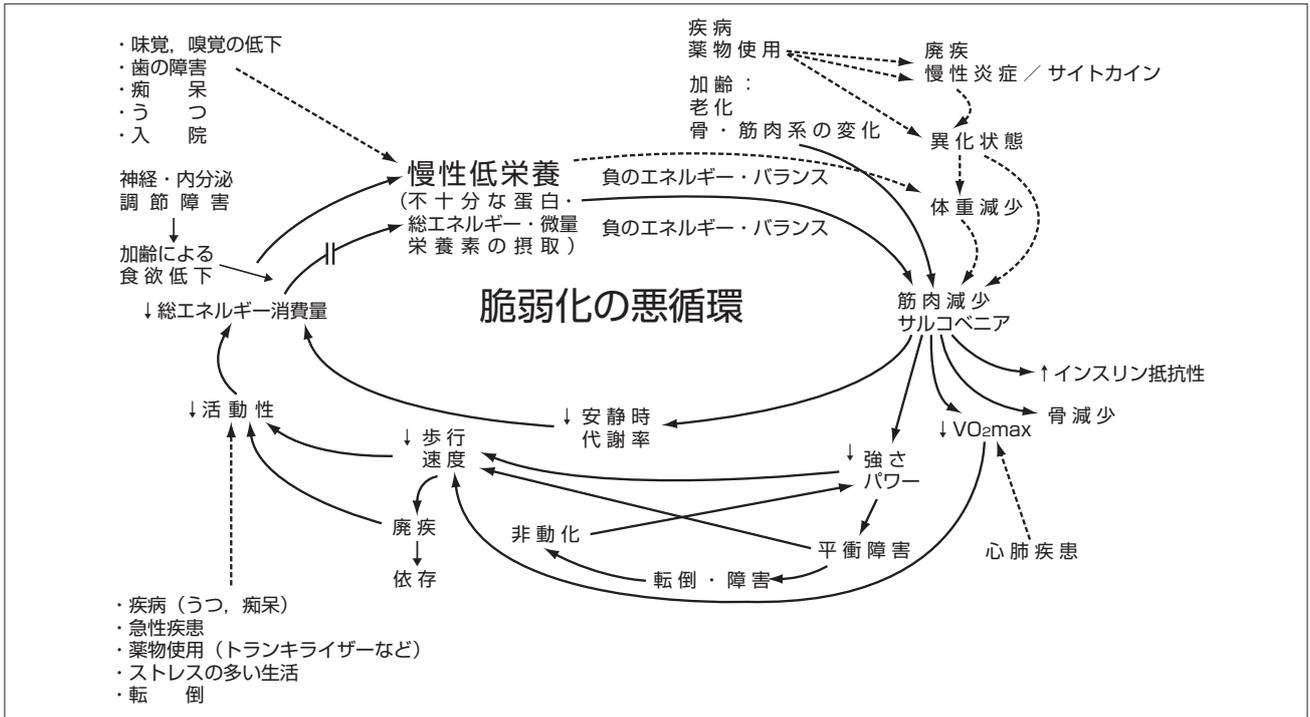


図2 脆弱化のサイクル

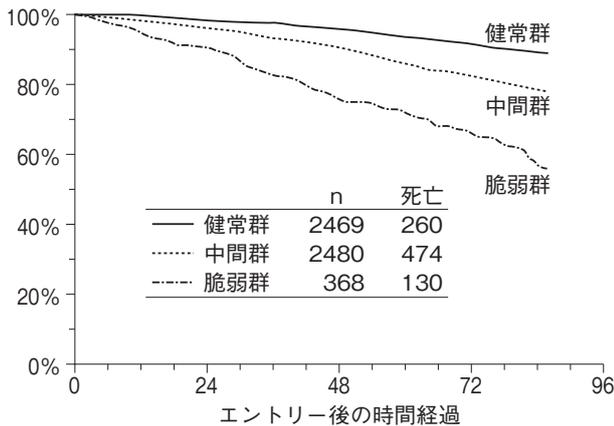


図3 脆弱化と死亡率

5. 脆弱化をもたらす潜在的要因

脆弱化のみが唯一の障害要因という人もいますが、悪性腫瘍、うつ病、感染症、胃腸疾患、薬剤によるものなど、多くは他の医学的な疾病が脆弱化を進行させます。

原発性の原因と二次的な原因の相互関連を示したのが図4です。見えるものと見えないものが合わされて脆弱化を辿っていくということになります。繰り返しますが、脆弱化は通常の老化現象ではありません。みなさんはどの分野にいるにしても、脆弱化について常に評価しなければなりません。それは診断と治療に関わってくるからです。脆弱化の診断とステージは表1、表2の通りです。

表1 患者は脆弱化しているか？

- 筋力低下
 - ・握力の低下；5回続けて椅子から立ち上がれない
- 体重減少
 - ・1年間で5%以上、あるいは10ポンド(4.5kg)以上の体重減少
- 精力(活気)の減退
 - ・「精力(活気)にあふれているか？」の質問に対する回答が「No」
- 緩慢な動作
 - ・15 feet(約4.6m)を6秒以内で歩けない(身長の高い者では7秒)
- 身体活動の低下

表2 脆弱化のステージ

早期	ADL 障害なし
中期	ADL 障害の始まり；転倒
後期	ADL 障害あり；繰り返しの入院；生命に対する危機的状態の疾患

6. 脆弱化への対応

脆弱化と判定された場合の対応を以下に示します：

- 1) ケアの目標を決め、意思決定を支援する
- 2) 背景の原因を明らかにして治療する
- 3) 症状を治療する
- 4) 患者と介護者の需要に見合ったケアを調整する

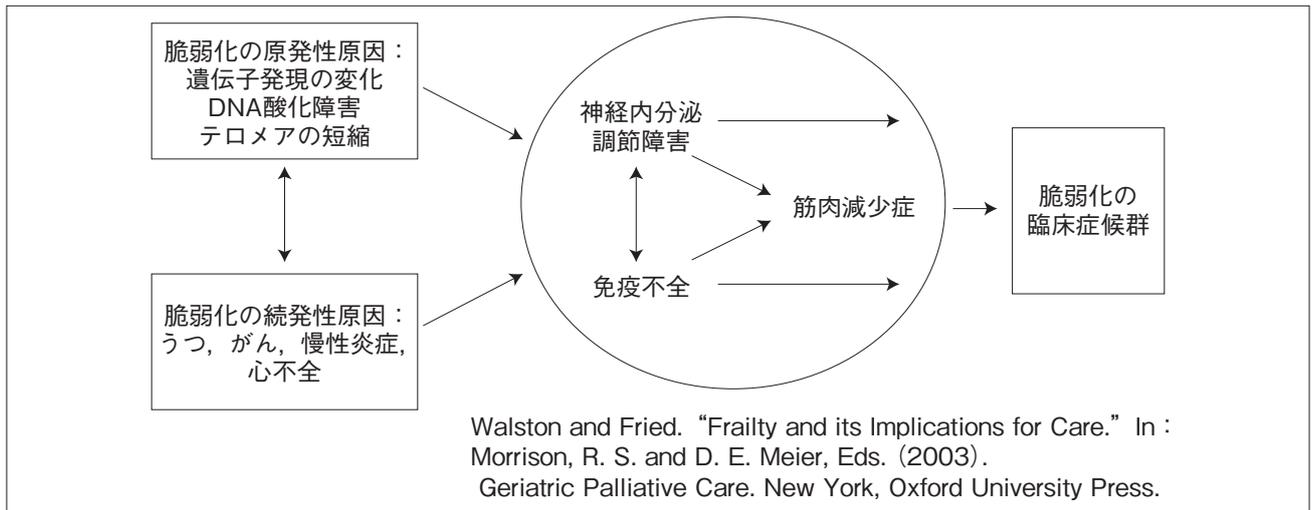
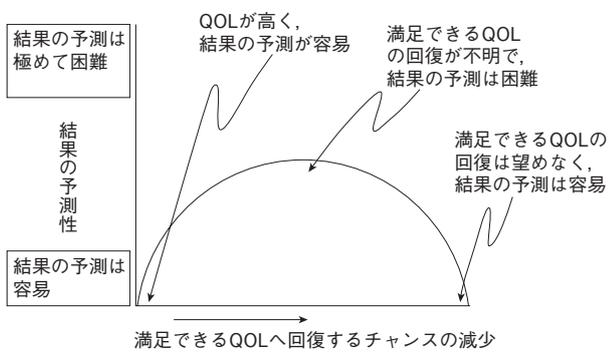


図4 脆弱化発症の生物医学的メカニズム



Goldstein, N. E. et al. Arch Intern Med 2008 ; 168 : 1733-1739.

図5 脆弱化の結果を予測することは困難

5) 適切な支援プログラムを紹介する

これらは医師、看護師、ソーシャルワーカーが単独でやるのではなく、看護師や理学療法士などと共に、チームとして計画を立案していきます。

7. 脆弱化のケアの目標を設定する

目標を設定する場合、単にどのようなテストをするかということではなく、テストの結果をどうするかということが大事です。健康状態に応じてそれぞれに適したコースや目標について話し合い、あわせて診断的検査や治療に関する利点と負担についてまとめます。患者によっては治療などしてほしくないということがあるかもしれませんし、患者や家族によっては現実を知りたいということかもしれません。また化学療法は嫌だということかもしれません。加齢によって脆弱になっているだけだといっても、テストしてほしいという人もいます。これらは時間をかけて相

互に納得できる状態を進めていきます。患者にとってはその時点で意味あることであっても、時間の経過によっては意味がなくなることがあるかもしれません。脆弱化の結果を予測することは非常に困難ですが、図5はそれを概念化したものです。

8. ガイダンスの調整

ガイダンスは早期に行うもの、中期あるいは後期に行うものと順を追って進めます。

まず早期には、患者が選択できるようにリスクと利益について情報を与えなければなりません。

中期には、期待する結果について話し合いながら患者と家族を指導し、これらのゴールに沿って治療を個別化し、現時点での決定に関する将来の懸念についても話しておきます。経管栄養については別にお話ししますが、患者、特に家族の将来の後悔に繋がることのないような慎重な対応が大切になります。ある時点で何らかの決定をした場合、数年後に患者の家族がその時点で異なった決定をしていればよかったというような後悔をする可能性がありますので、患者や家族の決定を援助するだけでなく、その決定に伴う将来的な心理的葛藤についてもこの時点で話し合っておくことが大切です。

後期の段階では、既に患者が亡くなるということが確実な状態なので、ケアプランの決定をするというよりは、死に際して、あるいは死に伴う苦痛を和らげるためのサポートに移行します。

9. 脆弱化に伴う症状・徴候

1) 症状評価の一般的原則

成人の場合はスクリーニングを行うことによってがんや心不全を診断しようとするのですが、高齢者の場合にはスクリーニングの意味が違ってきます。新しい疾患を探すのではなく、症状を評価することです。「痛みはありますか?」「体重はありますか?」などと聞きます。50歳の場合には検査を受けることになるかもしれませんが、80歳や85歳になって、3度も転倒したことがあるという人のような場合には、「気分はありますか?」「疲労感はありますか?」「体重はありますか?」「痛みはありますか?」などの症状評価が重要です。

このように症状の有無のみではなく、その程度を知ることでも必要です。慢性疾患を有する場合には、それによって日常生活がどのように妨げられているかということも聞かなければなりません。「買い物には行けますか?」「デイケアに行くことはできますか?」「外出はできますか?」といった質問が有用です。またそれぞれの疾病について新たな症状や徴候が見られる場合には、その原因となる病態を明らかにして、それに関連する薬の処方なども特定していかなければなりません。

2) 脆弱化の評価に必要な症状・徴候と対応

a) 体重減少

診断基準は5%以上、もしくは4.5kg以上ということになります。その対応は、胃腸に作用する薬を飲んでいるのであれば中止します。食事内容についても提案します。これまでは低コレステロール、低脂肪、低塩分に注意してきたとしても、「食べたいと思う時に、好きなものを食べたらいいですよ」という表現に代えていき、少量を頻回に食べるようにし、一度に胃を充満させないようにします。

米国では高齢者に栄養サプリメントが多く使われており、大きなビジネスにもなっています。しかし、それがよい影響を与えているとは限りません。もし嘔むことができなければ体重は減ってしまいます。いつでも食べ物が手近にあるか、あるいはそれを取り手できるかということも聞かなければなりません。

薬物療法では Megestrol という薬がありますが、結果はよいものではありません。服用すると少し体重は増えますが、死亡率を下げるといった効果はありませんし、足に血栓ができるといった有害効果も

示されています。また、これを服用してもQOLが高くなることはありません。食べることには社会意義や文化的な背景が密接に関わっていますので、誰かと一緒に食べることがなければ孤立してうつになるというようなこともあります。家族や知人と食べることで、うつを避けることもできます。単に食べるということが重要だということではなく、人との関わりが深いほどメリットが大きいといえます。

b) 筋力低下と緩慢な動作

診断基準は椅子からの立ち上がり、握力、歩行速度などが参考になります。対応は関連する薬の中止、あるいは用量を減らすこともあります。特に降圧薬では起立性のめまいを起こすことがあるからです。ウォーキングや筋力トレーニングも考えられます。太極拳などはバランスをよくしますので、転倒の回避に役立ちます。またリハビリテーションや理学療法を勧めることも大切です。

c) 疲労感

診断は活力があるかどうかを聞くことです。対応としては、疲労を引き起こすような薬物（降圧剤もその一つ）を中止します。また、エネルギーを保存することも重要です。これは患者に自分の活動も一度考え直してもらうことです。起きて朝食を食べて、少し休んでからシャワーを浴びるというように順序を変えたり、あるいは電話をソファの側に移したりすることです。また、心不全、貧血、低酸素血症、睡眠障害など治療が可能なものについては対処が必要です。疲労感のある患者には短時間の昼寝も有効です。また、場合によっては身体活動を増やすということも考えられます。

Methylphenidate, Modafinil, Dextroamphetamine などの薬剤は高齢者には効き過ぎるということがありますが、用量を適切に調整していかなければなりません。

d) 疼痛

診断は「痛みはありますか?」と聞くことです。対応としては、耐えられない痛みに対しては鎮痛薬の必要量を適宜もしくは定期的に使用することです。薬を取りに行くことすらできないということもありますから、前もって対処しておくことが必要です。

鎮痛薬の副作用については患者教育がきわめて重

要です。患者や家族には薬の副作用について十分に伝えておかなければなりません。またチャプレン、ソーシャルワーカー、スピーチセラピスト、マッサージ師などの専門職が関与したほうがよい場合にはそれを手配することも重要な役割となります。

e) うつ

診断は「気分はどうですか？」と質問することです。若い時のように元気がないのは当然だという人がいますが、うつ状態は正常な状態ではないということです。食べたくない、家族に会いたくない、孫の顔を見るのは楽しくないなどということがあれば、治療をしなければなりません。そのような場合には、頻回に訪問してよく話を聞き、適切な薬の処方をすることも重要です。抗うつ剤はいくつもあります。効果は高くても効き始めるのに数週間かかりますから、それを患者や家族によく説明しておかなければなりません。薬に関しては、うつが改善しても1年くらいは続けて飲むことを勧めています。心理療法も重要です。

f) 転倒

診断は「転倒したことがありますか？」「最近転びましたか？」という質問です。

対応は骨粗しょう症であればbisphosphonateやビタミンDを処方します。また、転倒の原因となる薬の服用を中止します。SSRIはうつには効きますが、三環系抗うつ薬は転倒を引き起こすといわれていますので中止します。また、神経疾患、心疾患、視力、疼痛などの原因疾患があればそれらを治療します。

家で転ぶというような場合には自宅を訪問することでその原因を知ることができる場合があります。また、バランスを強化する運動も効果が期待できます。

10. 診療所以外でのケア

まず一つは「ホームサポート」です。これにはホームヘルパーや訪問看護師などのホームケアサービスと医師の往診などがあります。

買い物に行ってもらったり、洗濯、着替え、食事の世話などをはじめ、一人にしないということも重要です。たとえばうつの場合、何かが起こったら助けてあげる誰かがいるということが大切です。それから訪問看護師、在宅ケアサービスなどを使うこと

もありますし、それ以外の自宅訪問もあります。

マウントサイナイ病院にも大規模な自宅訪問プログラムがあり、医学生やレジデントが行うものもあります。病院とは環境が違うので、多くのことに目を開かされるということがあります。薬を処方した場合など、自宅を訪問すると2週間後なのに同じ薬がテーブルの上にあることがあります。これでは血圧が下がるはずがありません。どうして服薬が難しいのかを理解するためにも自宅を訪問することは大切です。

ある特定のプログラムを取り入れることもとても重要です。総合高齢者評価のプログラム、ケアのプログラム、介護施設への入居など多くの対応が可能です。自宅でケアができればそれに越したことはないのですが、しかし、金銭的にも家族にとっても施設に入居させるほうが楽だということで入居を勧められる場合もあります。ホスピスについても話しましたが、ホスピスはがん患者か末期の患者のために利用されますが、だからといってすべての治療を放棄することではありません。症状を改善するというメリットもありますし、入院コストが削減されることもあります。

家庭で死を迎えたいかどうかを聞くことも大事です。家族の誰かが自宅で亡くなった時に家族は大変だったから、自分は自宅で死にたくないという人もいるでしょう。ですから、患者と家族にどうしてほしいかを聞く必要があります。聞くことは難しいことですが、聞かなければならないということです。それによって、患者や家族の満足度を高めることができるからです。

Kさんの場合——あとかぎ

Kさんには心不全の再発があって自宅で治療しました。医師はKさんと息子に予後についていろいろと相談し、早い時期にホスピスに登録するのがよいということで合意ができました。Kさんは、具合のよい日と悪い日を繰り返していましたが、週2回ホームヘルパーとホスピスナースが訪問しました。だんだん衰えてきて摂食・水分摂取も減り、傾眠状態になり、ホスピス登録6カ月後に自宅で死亡しました。

脆弱化は単なる気力、活力の低下以上のものであって、予後不良な臨床的症候群といえます。

第一段階は、自分の患者が脆弱化しているかどうかを自問しなければなりません。そして、決断を導

く支援をし、ケアのゴールを明確にすることです。症状は可能な限り治療しますが、不必要な薬物療法は中止し、なるべく自宅でケアを提供することが大事です。そのためには、家事の支援、訪問看護などの社会的資源を最大限に活用する必要があります。「高齢者=脆弱」ではないということ理解してください。

質問：脆弱化というのは進行性のものなのか、あるいは可逆性のものなのでしょうか。加逆性でないとすれば、脆弱化は治療によってQOLもしくは延命に効果はあるのでしょうか。

回答：脆弱化は難しい問題で、加逆性があるとは思えないとしかいえません。身体のシステムが徐々に劣化していくことについてはいろいろな研究がされていますが、これに成功すれば延命も可能になりQOLもよくなるとはいえるでしょうが、その結果はまちまちです。多少は改善されても大きな改善にはなりません。痛みを治療することはできる、外出ができるようになる、うつを治療することによって喜びを感じることができるようにはなりますが、QOLを満足させるかといえばそれを実証することは困難です。治療する努力はしても複雑ですから、治療の対象は何なのかということが問題となります。

質問：緩和ケアというのはどの時点で入ってくるのでしょうか。脆弱化を治療する上での緩和ケアはその一部なのか、あるいは脆弱化とは関係のないプログラムなのでしょうか。

回答：すべての緩和ケアは脆弱化とつながっています。健康なのかそうでないかの境界線は曖昧で、症状は治療するけれども、実際によくならないとい

うことがあります。早期のがんで治療可能だったのですが、痛みのためにうつになり、死にたいと言っていました。痛みを止めるとうつはなくなりました。もう生きていたくないといった理由はがんのためではなかったのです。緩和ケアチームの診察を受けるまでは、がんの専門家にみてもらっていてもうつは改善されませんでした。したがって緩和ケアは早期に、そして頻繁に行わなければなりません。

質問：脆弱症候群はゆっくり進行するというのですが、慢性疾患の症候群がそれに加わり、徐々に脆弱化が進み、それと併行して緩和ケアに関わる症候群があると考えているのですがいかがでしょうか。

回答：その通りです。だからこそ難しいのです。心不全があるから脆弱だと特定できる患者もいますし、一方でその原因は不明でも脆弱である人もいます。しかし、それらの患者が辿る軌跡は常に同じ悪化です。心不全で脆弱な人に対しては心不全の治療はするということになります。筋肉量が低下しているとか頻脈があるという場合には体重が減りますので、基礎疾患があるかないかにかかわらず、予後の軌跡は常に同じということになります。車椅子を使いたいという患者には私は「いったん車椅子を使うと、もう使わないということではできなくなります」と言います。むしろ「家で足を上げる訓練をしましょう」と言っているのです。それは大きな効果が望めるからです。筋肉量が減ると悪化が急速に進みます。多くの人は脆弱化するのですが、それがすべての高齢者に起こるわけではありません。その違いは小さいかもしれませんが、その意味するところに大きな差があると私は考えています。

わが国における卒前・卒後の 老年医学教育の現状と将来への展望

大内 尉義

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授

はじめに

私は東京大学医学部では加齢医学講座を、そして病院では老年病科 (geriatric medicine) を担当していますが、本講演では日本における老年病の専門医を育てる老年医学専門医教育と、大学医学部における老年医学の教育がどのようになっているかその現状についてお話しいたします。

超高齢社会の到来

日本の人口ピラミッドの予測図を見てみましょう (略)。小児は14歳まで、15-64歳を成人、65-74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者といいます。ちなみに90歳以上を超高齢者という場合もあります。2005年には65歳以上の高齢者が20%でしたが、現在は22%を超えています。では、2030年にはどうなるかといいますと、前期高齢者はあまり増えないのですが、後期高齢者は倍になると予測されていますから、超高齢社会が目の前に迫っています。一方では少子化がさらに進みますから、高齢者を支える人口はどんどん減っていくことになります。これらは表裏一体の問題ですが、今日は高齢者に限って話を進めていきたいと思えます。

100歳以上の方の数を見てみますと、2005年には2万5,000人、2009年9月には4万人を超えました。それが2030年になると27万人、2055年には63万人になります。

このような高齢化は日本だけの現象ではなく、韓国、シンガポール、それにつづいて中国、インドなどアジアの国々が続々と高齢化を迎えます。中国とインドは人口が10億人を超えていますので、高齢化率は20%という4億人以上ということになります。高齢化は従来は欧米社会の現象でしたが、日本がそれに追いつき追いつき越して、今度はアジアの国々が高

齢化を迎えるというグローバルな現象です。

社会の高齢化に伴い、いろいろな現象が生まれます。その一つが、高齢者の医療・医学をどのように発展させるのか、また介護の体制をどう構築するか、高齢者に優しい社会づくり、高齢者が住みやすい社会、町づくり、家づくり、どのようにして移動するか、あるいは社会参画をどうするか、それから高齢者の暮らしを守る法体系の整備という問題です。これが日本では非常に遅れています。米国ではエルダリー・ロウという高齢者の法体系ができつつあると聞いていますが、一つの例が昨年の道路交通法の件で、高齢者の運転免許制度が変わりました。これに代表されるような高齢者の権利を守る、あるいは高齢者の暮らしを守るという法体系も大きな問題になります。

健康寿命を延ばす

間もなく迎えようとしている超高齢社会を乗り切るにはどうしたらよいのでしょうか。もちろん、その領域により具体的な方法は異なりますが、医学の面からいいますと、健康寿命を延ばすということになります。これは寿命というよりは、健康で長生きをする期間を延ばすということです。英語では Successful Aging といいます。したがって、これからますます老年医学の重要性は増していくと思われます。

ところが、このような超高齢社会の医療や介護を担う専門家の養成が急務であるということは誰も反対する人はいないと思えますが、必ずしも日本ではこのような専門家の養成コースがうまく機能していないという事実があります。特に後期高齢者の疾病は多臓器にわたるために、いわゆる内科の臓器別診療、たとえば循環器、呼吸器、消化器というようには対応しきれないのです。老年医学の知識、たとえば老年症候群といわれるような転倒、虚弱の有無な

表1 大学医学部における老年医学教育の実態に関する調査

平成21年3月、日本国内の国、公、私立大学医学部の当該講座または医学部長／教務委員長にアンケートを送付し、平成15年に行った結果と比較検討した。	
前回：平成15年 (日本老年医学会卒前教育 ワーキンググループ)	今回：平成21年
全80大学(含大学校)中 67大学より回答 国立：36大学 公立：6大学 私立：25大学	全80大学(含大学校)中 74大学より回答 国立：40大学 公立：6大学 私立：28大学

表2 老年科が独立して存在する大学

		国立大学 (%)	公立大学 (%)	私立大学 (%)
前回	老年科あり	33	25	23
	特定科	7	0	17
	不特定科	46	50	47
	回答なし	14	25	13
今回	老年科あり	34	12	10
	特定科	11	12	20
	不特定科	48	50	67
	回答なし	7	25	3

表3 老年科がない大学における老年医学教育

前回	複数科がコーディネーターの下で担当	19 (%)
	複数科が各科の責任で担当	78 (%)
	その他	3 (%)
今回	複数科がコーディネーターの下で担当	36 (%)
	複数科が各科の責任で担当	64 (%)
	その他	0 (%)

ど体の機能を評価してそれが落ちないようにする、あるいは向上させていくというように、臓器の病気の治療だけでなく、体全体の機能に注目する必要があります。それから、たとえば一人暮らしで糖尿病があつて、網膜症で視力が落ちている人にインスリンを自己注射してもらうことなど無理な話ですから、このような患者さんの置かれている社会的な状況を考えて治療方針を決めるという考え方も重要になります。

ところが、本日お話しする卒前教育では、高齢者の医療について学生の教育にあたる老年科というのは、日本には医学部が80校ありますが、そのうち25%にしかなりません。これ以外の学校で老年医学をまったく教育していないということではないのですが、単純に考えると、7割以上の医学生が卒前教育の段階で高齢者医療の特殊性を学ばないまま医師になる可能性が懸念されます。

また、卒後教育体制に関しても体系立ったものはほとんどなく、日本老年医学会、これは私が理事長をしています、ここが実施している老年医療の専門医制度、あるいはその更新制度もまだ十分とはいえません。

日本の大学医学部における老年医学教育の実態に関する調査をこれまでに2回実施しましたが、その

結果を紹介することで、日本の卒前の医学教育がどのようになっているかということをご理解いただきたいと思います。前は平成15(2003)年、2回目は昨年(2009年)実施し、かなりの大学から回答を受け取っています。

大学医学部における老年医学卒前教育の実態調査から

実態調査の内容について順次報告していきましょう(表1)。

1. 老年科が独立して存在する大学(表2)

2. 老年科がない大学における老年医学教育(表3)

老年科があるところはいいのですが、老年科がない大学ではどのようにやっているかという、いちばん多いのは、老年医学に精通したコーディネーターが複数科の医師を組織して行っているところで、それが今回は少し増えているということです。次は、複数科が各科の責任で担当しているというのですが、これはオーガナイザーがいないというのですから、各自がバラバラにやっているということです。

表4 授業時間数 系統講義

前回	平均8.3時間	今回	平均8.8時間
3年生	2	1年生	1
3-4年生	1	2年生	1
3-5年生	1	3年生	8
4年生	22	4年生	18
5年生	1	5年生	1
5-6年生	1	6年生	0
6年生	1		

表5 授業時間数 臨床講義

前回	平均5.3時間	今回	平均2.5時間
4年生	3	3年生	1
4-5年生	1	4年生	9
5年生	4	5年生	3
5-6年生	2	6年生	3
6年生	3		

表6 院外実習（往診・在宅医療・訪問看護・老健施設での実習）

前回 (%)		今回 (%)	
あり	75	あり	55
	必修 64 選択 36		必修 65 選択 35
なし	25	なし	45

3. 授業の内容

系統講義（表4）は多くの場合医学部の4年生時に行われるものですが、「老年医学とはどういうものか」「高齢者の病気にはどういう特徴があるか」「心臓はどのような加齢変化が起こって、それがどのような病気に結びつくか」「薬の使い方をどうするのか」などの講義をするのですが、平均すると8.3時間が8.8時間というようにほぼ横ばいです。ちなみに東大では8時間（8コマ、1コマが50分）にすぎません。

臨床講義というのは、具体的な患者さんについて診断の筋道と治療の立案を考えるという講義ですが、減少している傾向が見られます（表5）。

それから意外だったのですが、往診・在宅医療・訪問看護・老健施設など院外の実習を行っている大学が多いということです（表6）。これは選択制のところもありますし、必修のところもあります。主な実習先は開業医、デイケア、訪問看護ステーション、民間の病院・診療所、老人病院、老健施設などに見学に行くということをしています（表7）。

臨床実習については平均8.5日だったのが、今回は12.6日と増加しています。（表8）。

担当教員数は、老年病の専門科が減っていること

表7 主な院外実習先

実地医家（開業医）
デイケア施設見学
医師会訪問看護ステーション（担当看護師とともに在宅の掃除・入浴などを行う）
訪問診療実習
民間病院・診療所（外来・デイケア・介護入浴・食事介助・口腔ケア・往診同行）
老健施設見学
老人病院
ホスピス・在宅医療・病診連携受け入れ病院
施設実習
院外自習（BSLの3日間のうち半日）
臨床実習
小グループの体験学習

表8 授業時間数 臨床実習

前回	平均8.5日	今回	平均12.6日
4年生	1	2年生	1
5年生	13	4年生	1
5-6年生	8	5年生	17
6年生	2	6年生	4

表9 担当教員数（老年科）

前回		今回	
平均人数		平均人数	
教授	1.8	教授	1.6
助教授	1.6	准教授	0.9
講師	2.1	講師	1.7
助手	2.1	助教	1.7
その他	(1.2)	その他	(1.3)
合計	7.6	合計	5.9
老年病専門医 2.8人 (合計 90人)		老年病専門医 3.3人 (合計 104人)	

もあって少し減り気味ですが（表9）、日本老年医学会が認定している老年病専門医が担当しているのが増えています。これは結構なことだと思います。

老年医学の教育にどのような教科書を使っているかということでは、老年医学会が専門医の試験のための標準的なテキストとして出版している『老年医学テキスト』を使用しているところが3分の2でした。これは前回に比べても増えています。そのほか東大出版会発行の『新老年学』も使われています（表10）。

表10 老年医学教育に使用されている教科書

	前回 (%)	今回 (%)
老年医学テキスト	39	63
他の教科書	6	6
特に指定しない	55	31

他の教科書：『これからの老年医学』（名大出版），
『新老年学』（東京大学出版会）

4. モデル・コア・カリキュラム

10年ほど前に、医学部でどのような教育をすべきかという項目を文科省が作りました。今は改訂版ですが、表11はその中から老年医学関係事項をピックアップしたものです。「高齢者における治療上の理由が説明できる」「栄養摂取の特殊性を説明できる」「老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）の病態の治療と予防を説明できる」などというものです。ただし、△印は必修ではなく、「覚えておくほうが望ましい」という項目です。それから診療の基本には「在宅医療」がありますし、「医学・医療と社会」に「老人保健」、および「医療・福祉・介護分野の連繋について説明できる」ということが上げられています。「高齢者を診察でき、総合機能評価ができる」というのは、改訂版で初めて入りました。内容はまだまだ不十分ですが、これは文科省が医学教育の標準コースとしてとして定めていますので、これを意識して講義の項目にしているところが多いようです（表12）。

もう一つは、医師国家試験にも先の文科省のモデルカリキュラムと同様に、老年医学という独立したジャンルはありません。私たちはこれをぜひ作りたいと思っています（表13, 14）。中には「社会と医療」とか、「人の構造と機能」「介護」「加齢と発達（加齢現象とはどういうものか、高齢者の生理的特徴、疾患の特徴、診察、評価）」などが一応、各分野にいろいろとちりばめられていますが、独立してまとまったものはありません。

老年科がある大学では、老年医学教育については「満足」というところが12%で、「ほぼ満足」というのが47%となっています（表15）。前回に比べ「満足」が増えている理由はわかりませんが、いずれにしても「改善すべき点が多い」というのが41%もあるというのは問題です。

では、どういうところが改善すべきなのかといいますと（図1）、「スタッフの数が不十分」「大学の診療教育施設（老年科の病床数が不十分、授業時間が不十分）」「地域医療の側面が強い老年医学を教育す

表11 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける老年医学関係の事項

D. 全身におよぶ生理的变化, 病態, 診断, 治療
6 加齢と老化
一般目標：老化に伴う生理的变化, 老年者に特有な疾患の概念と介護に関わる問題を学ぶ。
到達目標：（△は卒業までの到達目標）
1) 高齢者の心理・精神の変化を理解し, 対応できる。
2) 加齢に伴う臓器の構造と機能の変化を説明できる。
3) 高齢者における病態・症候・治療の特異性を説明できる。
△4) 高齢者における治療上の留意点を説明できる。
△5) 高齢者の栄養摂取の特殊性を説明できる。
△6) 老年症候群（誤嚥, 転倒, 失禁, 褥瘡）の病態, 治療と予防を説明できる。
△7) 高齢者における総合機能評価法（CGA）を説明できる。
△8) 高齢者の生活支援の要点を概説できる。
E. 診療の基本
(11) リハビリテーション
一般目標：リハビリテーションの基本を学ぶ。
(12) 介護と在宅医療
一般目標：介護と在宅医療の基本を学ぶ。
到達目標：
1) 介護の定義と種類を説明できる。
2) 日常生活動作（排泄, 摂食, 入浴）の介護と環境整備の要点を概説できる。
3) 在宅医療（酸素療法, 栄養療法, 透析療法）を概説できる。
F. 医学・医療と社会
(2) 地域医療
4) 地域における, 保健（母子, 老人, 精神, 学校）医療・福祉・介護分野の連携及び多職種間の連携の必要性について説明できる。
(5) 保健, 医療, 福祉と介護の制度
一般目標：保健, 医療, 福祉と介護の制度の内容を学ぶ。
到達目標：
1) 日本における社会保障制度を説明できる。
2) 医療保険と公費医療や介護保険を説明できる。
3) 高齢者福祉と高齢者医療の特徴を説明できる。
G. 臨床実習
【小児と高齢者の診察】
到達目標：
2) 高齢者を診察でき, 総合機能評価（CGA）ができる。

表12 モデルコアカリキュラムをどのようにとらえているか

	前回 (%)	今回 (%)
必修項目を考慮	62	72
考慮しないが網羅している	19	22
考慮せず教えていない項目あり	16	6
その他	3	0

表13 医師国家試験における老年医学関連項目と出題割合

【必須の基本的事項】

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| 2. 社会と医療 (2%) | A. 医療制度, 医療経済 (介護保険制度など) |
| 5. 人の構造と機能 (3%) | G. 老年期 (身体機能, 精神機能, 日常生活動作 (ADL)) |
| 13. 治療の基礎と基本手技 (3%) | G. 介護 (ADL, 精神的ケア, 住居など) |
| 14. 死と終末期ケア (2%) | C. 終末期ケア (患者とのコミュニケーション, 家族ケアなど) |
| 15. チーム医療 (3%) | B. 地域医療でのチームワーク (保健, 福祉, 介護) |

【医学総論】

- I. 保健医療論
- 3. 保健・医療・福祉・介護の仕組み (1.5%)
 - 4. 保健・医療・福祉・介護の資源 (1.5%)
 - 5. 保健・医療・福祉・介護関係法規 (1.5%)
- II. 予防と健康管理・増進
- 6. 高齢者保健 (ケアプラン, 廃用症候群, 介護予防など) (0.5%)
- IV. 生殖, 発生, 成長, 発達, 加齢
- 8. 加齢, 老化 (1.0%)
 - A. 細胞・組織の加齢現象 (細胞数の減少, アポトーシス)
 - B. 加齢による臓器・機能の変化, 疾患の特徴 (皮膚, 感覚器, 呼吸器, 心臓, 脈管, 腎, 泌尿器, 生殖器, 神経, 運動器 (骨, 軟骨, 関節, 筋), 血液, 造血, 内分泌, 代謝, 免疫)
 - C. 高齢者の生理的特徴 (予備力, 適応能力, 抵抗力)
 - D. 高齢者の心理的特徴 (記憶力, 学習力, 知能, 感情・意欲・性格の変化, 行動の変化)
 - E. 高齢者の疾患の特徴と頻度の変化 (非定型的症状, 多臓器疾患)
 - F. 寿命 (ライフサイクル)
- VII. 診察
- 2. 高齢者の診察と評価 (2.2%)
 - A. 高齢者の診察 (一般的診察, 診察時の注意)
 - B. 高齢者の評価 (認知症の診断と重症度判定, 日常生活動作 (ADL) 能力の評価, 介護の必要度の判定, 排尿障害の有無, 運動器障害, 嚥下障害の評価)

表14 国試出題基準

	前回 (%)	今回 (%)
老年医学に関する項目を考慮	43	47
考慮しないが網羅している	33	38
考慮せず教えていない項目あり	24	15

表16 不特定科が担当する大学における老年医学教育について

	前回 (%)	今回 (%)
満足	6	6
ほぼ満足	24	47
改善すべき点が多い	70	47

るための地域との連携が確立されていない」「学生のモチベーションが不十分」「大学当局の理解が不十分」「高齢者の診療に必要な総合診療が教えられていない」ということが上げられています。

老年科がない大学ではどうかといいますと、これも半分近くが改善すべき点が多いということであり、改善すべき点も先と同じような理由になっています (表16, 図2)。

それでは高齢者医療に関する専門科を作る必要が

表15 老年科, 特定科が担当する大学における老年医学教育について

	前回 (%)	今回 (%)
満足	0	12
ほぼ満足	40	47
改善すべき点が多い	60	41

表17 不特定科が担当する大学において専門科の必要性

	前回 (%)	今回 (%)
必要	59	48
必要ない	16	16
わからない	25	36

あるかといいますと、半分程度は「必要」と答えているのですが、「わからない」が3割程度, 「必要ない」が16%ということは、老年科が必要だとは思いますが、大学としてはなかなか新しく作ることが難しいし、自分の責任でできるとはいえない、というような意味の答えではないかと思えます (表17)。

専門科は必要ないというのは少ないのですが、では実際に作るかどうかといいますと、「予定はない」「わからない」というのがほとんどです (表18)。先

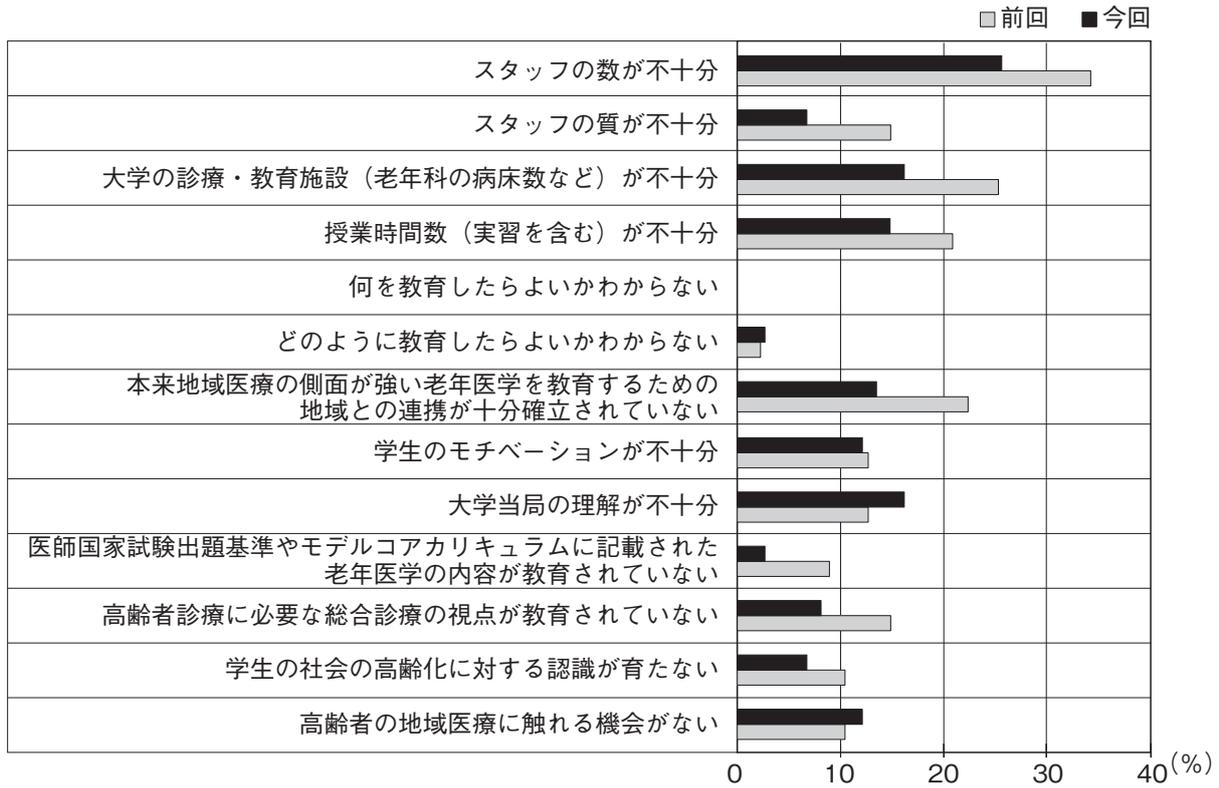


図1 改善すべき点

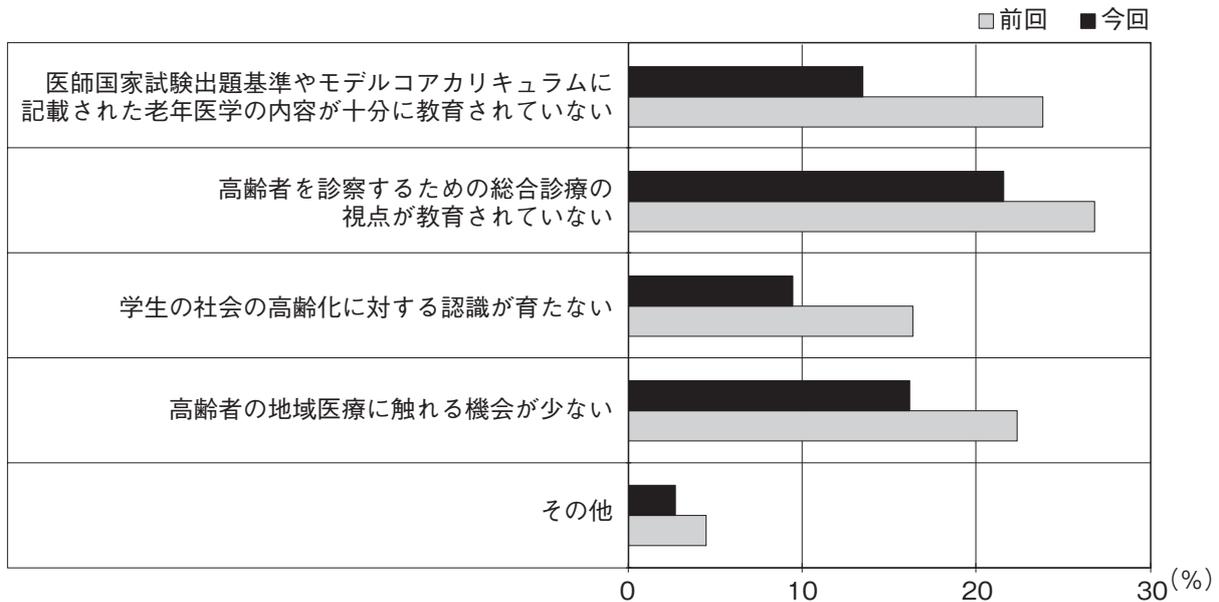


図2 不特定科が担当する大学において改善すべき点

表18 不特定科が担当する大学において専門科の新設予定

	前回 (%)	今回 (%)
あり	13	3
既存の科を専門に割り当てる	3	6
なし	61	65
わからない	23	26

表19 不特定科が担当する大学において老年科の新設予定がない理由

	前回 (%)	今回 (%)
不要	5	9
余裕がない	79	73
その他	16	18

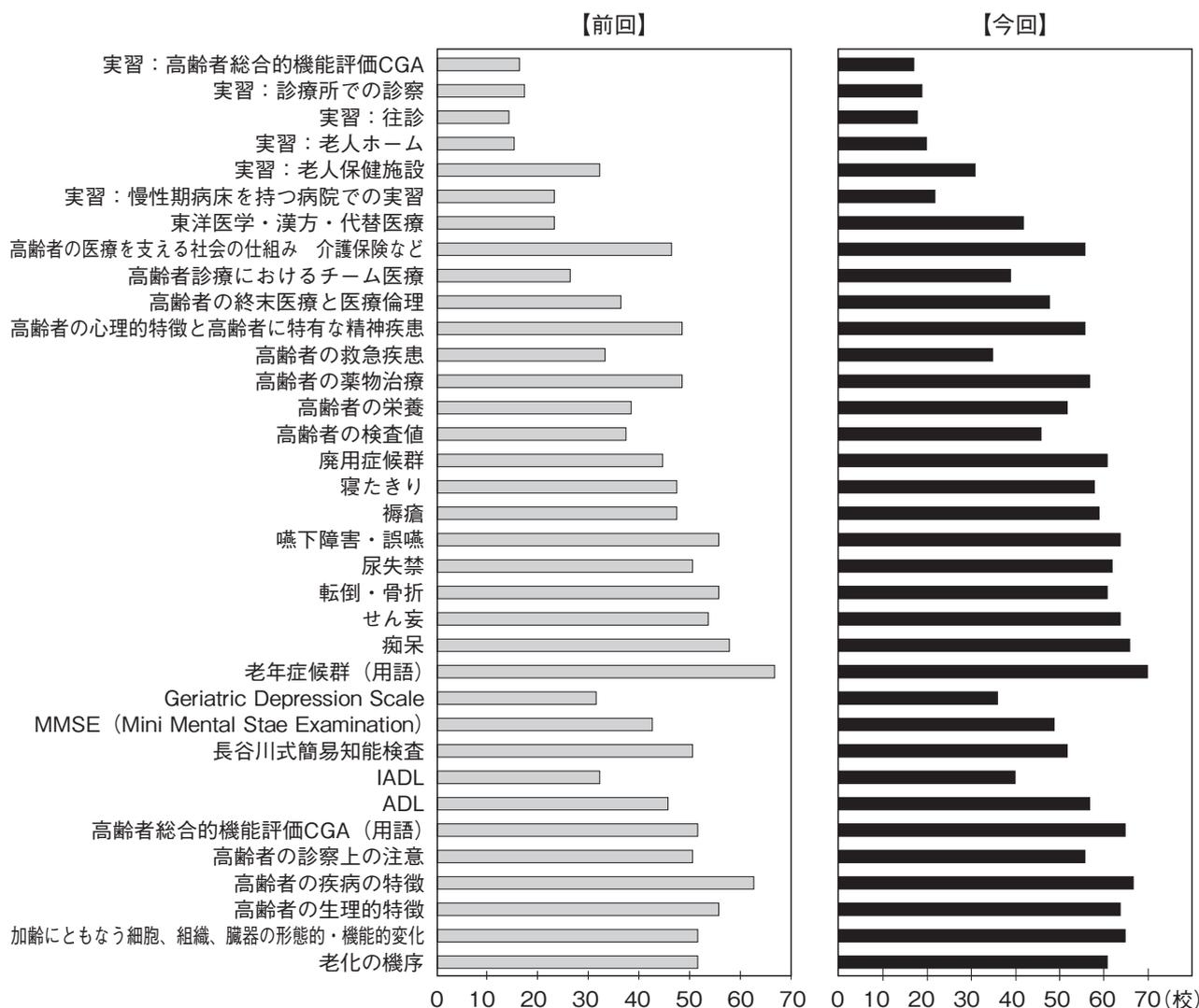


図3 卒前教育の内容

ほどいったように、現在大学は非常に流動的な状況で、責任ある回答ができないというのが本当のところだろうと思います。その理由としては、「余裕がない」「その他」で、「不要」というのは少ないので、やはり多くの方が必要だとは思っているのですが、なかなか今の大学の現状では難しいとされていることがベースにあるのではないかと思います（表19）。

図3は卒前教育の内容です。「高齢者の特徴」「総合機能評価」「社会との関連」などについて教育しているということで、前回との大きな違いはありません。

5. 調査結果のまとめ

- 1) 老年科の有無にかかわらず老年医学教育は必要と認識されている。
- 2) 老年科の設置されていない大学においては、オー

ガナイザー主導のもと複数科が協力してカリキュラムを組むところが19%から36%と増加した。

- 3) 系統講義時間は前回と同じであるが、臨床講義時間が減少し、臨床実習時間が増加した。

（これは一般的な医学教育の最近の傾向でもあります。）

- 4) 系統講義では、高齢者の生理・心理機能変化と老年疾患、老年症候群、CGA、高齢者の介護・福祉などが多く取り上げられていた。

- 5) 老健施設、介護施設、在宅医療など、高齢者医療の現場における実習の必要性が認識されているが、地域医療機関との連携不足や大学の理解不足により実際には困難である（55%が行っている）、スタッフ数、病床数の不足などを問題としてあげる大学が多かった。

- 6) モデル・コア・カリキュラム、国試出題基準を考慮して老年医学教育にあたっている大学が多い。

表20 東京大学老年病科で行っている講義・実習

1) 系統講義	M2 (医学部4年生) 対象: 老年医学の講義 (8コマ)
2) 診断学—高齢者診断学	M2 対象: 高齢者の診察法・生活機能診断などの実習
3) 介護学総論, 実習	M2 対象: 療養型病院や介護施設における実習
4) BSL	M3 (医学部5年生) の病棟実習 (Bed Side Learning)
5) クリニカルクラークシップ	M3 対象: BSL より実践的な病棟実習。1ヶ月間病棟チームに配属。
5) 臨床統合講義等	M3, M4 (医学部5・6年生) を対象とした講義。認知症をはじめとした老年症候群を他科専門家も交えて講義する。
6) 基礎臨床社会統合講義	基礎医学や社会医学も含めたテーマでM2, 3, 4の学生向けに複数科で講義する。
7) 大学院講義	当科の研究内容を医学系研究科の大学院生向けに講義。
8) フリークォーター	M2 学生の研究室配属。夏休みに2週間, 基礎研究を指導。

表21 老年病科系統講義

- 医学部のM2 (4年生) を対象として, 毎年6月に行われる。
1コマ50分の講義を8回行う
- 老年医学に関する基礎的知識 (老化・老年病の疫学, 成因, 各臓器別の生理的老化・病的老化) を学習し, 高齢者疾患の特徴について理解することが目標
- 5年生以降の臨床実習 (BSL, Clinical clerkship) に備える

平成22年度の講義内容

1. 10.6.7 (月3)	老年病学総論— Aging Science と臨床 (大内教授)
2. 10.6.8 (火1)	高齢者の病診連携と在宅医療 (辻講師, 山口助教)
3. 10.6.8 (火2)	老年疾患に対する予防的アプローチ (江頭講師)
4. 10.6.8 (火3)	脳の老化と認知症 (大内教授)
5. 10.6.9 (水1)	呼吸器系の加齢と疾患, 嚥下の機序と障害 (山口講師)
6. 10.6.9 (水2)	基礎老化研究のアプローチ (飯島講師)
7. 10.6.9 (水3)	高齢者における薬物療法の注意点 (秋下准教授)
8. 10.6.10 (木1)	骨の加齢と骨粗鬆症, 転倒 (小川講師)

表22 高齢者診断学

- M2 (4年生) を対象として, 実習班ごとに少人数で行う演習
- 診察時における高齢者特有の注意点・着眼点について講義
- 認知機能評価や生活機能評価を病棟で実際に行う
- 日本老年医学会が作成した Case study を用いた実習も行っている

介護学総論・実習

- M2 (4年生) を対象とした介護学の講義および実習
- 医学部健康科学・看護学科との協力, 連携により, 老年介護学の講義を行った後, 少人数ごとに介護施設にて1週間, 高齢者介護の現場で職員の指導の下に介護を体験する。

識, 高齢者疾患の特徴を教え, 5年生以降の臨床実習に備えます。詳細は表21の通りです。

4年生になると診断学実習があります。循環器の診断学, 呼吸器の診断学というように臓器別に分かれています。その中で小児診断学, 婦人科診断学とともに, 高齢者診断学を教えます。それから介護学総論・実習を行います (表22)。4~5名を1グループとして, 老年介護学の講義を行ったあとに, 介護施設で1週間, 介護の現場を見学し, その後実習をします。これはある意味では early exposure の要素もっています。

医学部の5年・6年生の2年間, 特に5年生ですが, BSL (bed side learning) といって病棟に数名の学生が来て, 2週間一人の患者さんを受け持って, 主治医と一緒に診断と治療を考える実習をしています (表23)。これも従来は見学型の実習が多かったのですが, 数年前から Clinical Clerkship という実習を始めました (表24)。5年生を対象とした病棟実習で1カ月間, 希望診療科を選択してより実践的な病棟実習を行うというものです。採血をしたり, カルテを書いてもらったりする参加型の実習です。しかし, 参加する学生が限られていて, 一昨年は5名, 昨年

東京大学医学部における老年医学の卒前教育

東大ではどういうことをやっているかといいますと (表20), 「系統講義」として50分の講義を8回, 以前は90分の講義時間でしたが, 数年前から学生に余裕を与えるということで一律50分になりました。この中でいかにコンパクトに納めるかということに苦勞しています。その中で老年医学に関する基礎知

表23 BSL (Bed Side Learning)

- M3 (5年生)を対象とした病棟実習。月曜日より翌週水曜日まで10日間。助教, 非常勤医の2人が指導担当となる
- 老年病科病棟に入院中の患者を期間中受け持ち, 最初の1週目は, 毎日カルテをまとめることが課せられる。2週目の月曜日には, 回診における受持症例の発表, 水曜日には症例に関連するテーマの発表も行う
- 高齢者終末期医療に関するロールプレイを用いた医療におけるコミュニケーションの実習, 性差医学のセミナーなど当科特有のクルズスも特徴である。

スケジュール

第1週	月	オリエンテーション
		入院症例カンファランス
	火	高齢者終末期医療のロールプレイ
	水	入院症例カンファランス
	水または金	性差医学セミナー
第2週	月	入院症例カンファランス・症例発表
	水	入院症例カンファランス・課題発表

表24 Clinical Clerkship

- M3 (5年生)を対象とした病棟実習。1月から3月の間に, 1ヶ月ずつ希望診療科を選択し, より実践的な病棟実習を行う。
2008年度は, 1月に3名, 2月に2名, 2009年度は1月に1名, 2月に1名の学生が老年病科を選択し, 実習を行った。
- 実習において学生は, 病棟のチームに配属され, 入院中の患者さん複数名を実際に受け持ち, 診察やカルテ記載, 医師の監督のもとに簡単な検査などを行う。(参加型実習)
- 採血や末梢点滴などの手技を身につけられる点, 入院時から退院時にわたって比較的長期に患者さんの診療をマネージメントできる点, 病棟において当科の医師とより密接にコミュニケーションをとれる点が, BSLと比較した際の特徴である。

が2名ということで, 今年度はどうなのかまだわかりませんが, 学年によってもかなり波があります。

「臨床統合講義」(表25)は, 従来の臨床講義に相当するものですが, 最近コマ数が減って, 1年に2回しかしていません。その中でも私たちは「高齢者の低栄養」とか, 「認知症」, 特にアルツハイマーというよりはむしろ内科疾患に伴う認知機能障害をテーマにして行っています。

「基礎・臨床・社会統合講義」(表26)というものが別にありまして, 集中講義ですが, 「老化研究の進歩とアンチエイジングの展望」「血管と老化」というようなことを企画しています。

大学院での講義はもう少し研究的色彩の濃い講義をしています。

私どもの老年病科では, 4年生を対象とした系統講義の試験で, 10年以上前から試験問題のはじめに次の問題をずっと出し続けています。それは, 「老年

表25 臨床統合講義

M3 (5年生) およびM4 (6年生)を対象とした90分の講義。
特定のテーマについて, 他科の専門家も招き, 横断的に論じるのが特徴。
老年病科では, 例年, M3で認知症, M4で老年症候群をテーマとした講義を行っている。

平成21年度講義

老年症候群

(高齢者の低栄養) 6/26

- 1: 老年症候群とは (大内教授)
- 2: 症例提示
- 3: 症例の解説 (蛋白漏出性胃腸症)
- 4: 高齢者の低栄養 (野村医員)
- 5: 高齢者の栄養投与方法 (野村医員)
- 6: 内視鏡的胃ろう造設術の適応と禁忌 (胃食道外科)
- 7: まとめ (大内教授)

認知症

(腫瘍随伴性辺縁系脳炎) 11/27

- 1: 認知症とは (大内教授)
- 2: 症例提示①
- 3: 症例提示②
- 4: 腫瘍随伴性脳炎 (神経内科)
- 5: 認知症の診療 (東助教)
- 6: まとめ (大内教授)

病科の系統講義を受けた後, 老年医学あるいは老年医療に対して, 今まで自分が持っていた考えやイメージが変わったかどうか, いずれか該当するほうに○をつけ, “変わった”と答えた者は講義前後でどのように変わったかを述べ, “変わらなかった”と答えた者は, 自分の持っている考え方あるいはイメージがどのようであるかについて述べよ」というものです。100点満点のうちの10点をこの問題に当てていますが, 講義に対する評価とか, 学生がどうい

表26 基礎・臨床・社会統合講義

- M2, 3, 4 (4-6年生)の3学年を対象とした講義
臨床統合講義よりもさらに広い視野から、横断的に一つのテーマについて、複数科の専門家が論じる。
- 老年病科は、2005年に「老化研究の進歩とアンチエイジングの展望」、2009年に「血管と老化」を企画
- 2010年度は「東洋医学」というテーマを企画している。

大学院講義

生殖・発達・加齢医学の大学院講義を4コマ (90分授業) 担当。

平成21年度講義内容

- 1) 血管石灰化の分子機序
- 2) 加齢に伴う骨代謝の変化と骨粗鬆症
- 3) エストロゲンの分子医学
- 4) 老年学における他研究領域への貢献

フリークォーター

- M2 (4年生)を対象とした研究室配属実習。夏休み期間を利用して、2週間、当科スタッフの指導の元に基礎研究を行う。
- 昨年、老年病科で研究を行った学生は、フリークォーターで行った実験の成果を本年5月の第9回日本抗加齢医学会総会においてポスター発表を行った。

感じているかというアンケート調査という意味があります。

最近5年間の学生の回答を見ますと(表27)、9割以上の学生が変わったと答えています。その主な理由は下記の通りです。

- 1) 機能の衰えというネガティブなイメージから、サクセスフル・エイジングというポジティブなイメージに変わった。
- 2) 身近に高齢者がいないため、遠い話だと講義前までは感じていたが、高齢者の特徴を踏まえた上で専門医療を提供する確固とした分野であることに気づいた。
- 3) 高齢者の病態や薬物作用の特殊性がよくわかった。
- 4) そもそも老年病科という科があるのを初めて知った。
- 5) 臓器別という医療側のくくりではなく、「老年病」という患者に合わせた方式の講義であった。
- 6) 多臓器にわたる疾患を診る必要がある老年医学は、システムの複雑系を相手にしなければならない高度な医学であることがわかった。
- 7) 老年医学とは終末医療とほぼ同じものだと思っていたが、そうではないことがわかった。
- 8) 高齢者を扱う診療科という漠然としたイメージ

表27 学生の回答 (2006-2010)

	2006年 (%)	2007年 (%)	2008年 (%)*	2009年 (%)	2010年 (%)
変わった	97人 (95.1)	93人 (92.1)	86人 (89.6)	98人 (96.1)	98人 (96.0)
変わらなかった	5人 (4.9)	8人 (7.9)	9人 (9.4)	4人 (3.9)	4人 (4.0)

*無回答1

表28 老年医学サマーセミナー

- 国立長寿医療研究センターと日本老年医学会共催の学生向けのセミナー
- 夏休み期間中に1泊2日で行われる。第1回は平成19年に長寿医療センターで行われ、第2回以降、軽井沢プリンスホテルにて開催
- 老年科のない医学部の学生を優先的に16名程度の学生を対象に、老年医学の専門家が講義
- 平成22年度：8月5日(木)、8月6日(金)に開催予定(参加学生17名)

平成21年度セミナー・カリキュラム

- | | |
|-------------------|--|
| 総論①：高齢社会と老年医学 | 各論⑥：高齢者における栄養アセスメントについて |
| 総論②：老年医学の研究とは | 各論⑦：終末期医療について |
| 各論①：骨折・転倒の予防と治療 | 各論⑧：アンチエイジングの医学 |
| 各論②：認知症患者にどう向き合うか | 総合演習：症例から学ぶ老年医学 |
| 各論③：在宅医療の現状と展望 | 特別講演：北京研究、認知症 |
| 各論④：認知症研究の最前線 | |
| 各論⑤：高齢者の肺炎と嚥下障害 | コーヒーブレイク懇話：
若者が「老い」を知ることについて
フリーディスカッション |

から、個人差や検査結果の解釈、病態、薬剤反応性、治療目標が若年者と異なること、個人が多くの疾患を有することを学び、老年医学を学ぶ意義を理解することができた。

これらの答えからも、やはり老年医学の系統講義はきっちりやるべきだと思います。

「変わらなかった」と答えた者も、ある意味では同ような答えをしているといえると思います。

以上の内容から、日本の大学では老年医学教育がどのように行われているかを理解していただけたと思います。

今後の老年医学卒前教育の方向性

今後どのような方向で行くべきかについて、私も学会の理事長としていろいろ考えているのですが、一つは、医師国家試験では500問についてマルチプルチョイスで答えますが、そのうち高齢者に関する問題は、認知症の精査とか、アルツハイマーと譫妄の鑑別、転倒リスクを高める薬剤などというような、いわゆる老年医学の範疇に属するような問題が31題しかないのです。これをもっと増やさなければならぬということです。あとは、老年科のない医学部の学生にももう少しアピールするために、国立長寿医療研究センターと老年医学会が共催して、3年前から8月の第1週に軽井沢で16~20名の学生を集めて老年医学サマーセミナーを実施しています(表28)。このように老年科のない大学で学ぶ医学生にいかん老年医学を知ってもらおうかという努力をしています。これをさらに拡充していきたいとも思っています。

1. 老年医学教育の未来に向けての提言

老年医学教育は大学によってカリキュラムがまちまちですので、ベースラインは統一したほうがいいと思いますし、また、国家試験で老年医学を独立科目にするということもぜひ国に働きかけていきたいと思っています。

日本ではますます高齢者が増えていっているのに、教育時間はむしろ減っているという現実があります。これは大学が老年医学の教授のポストを基礎医学のポストに使うというように、将来の日本の医学・医療がどうあるべきかという議論がまったくなされずに、その大学のそれぞれの短期的な都合によって行われているということが大きな原因だと考えています。

表29 老年医学の卒後教育

- 日本老年医学会認定老年病専門医 (厚労省認定)

〈取得の要件〉

- ①内科学会認定医取得後3年、カリキュラムにそって高齢者の診療に従事、
- ②多臓器疾患を有する高齢者30例の入院病歴サマリー、研修達成度評価表 (自己、指導医)
- ③試験

〈更新の要件〉

学会出席・発表、教育企画出席、論文発表、他学会出席・発表、高齢者医療に関する研究会出席等で、5年間に50単位取得すること

- 日本老年医学会主催 高齢者医療研修会 (後期高齢者医療制度における保険請求の要件)

- 日本医師会雑誌の高齢者医療特集号

- 各種研究会

これらを以下のように改善していかなければならないと思っています。

まとめますと、

- 1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける老年医学分野の充実をはじめ、老年医学教育のカリキュラムの統一を目指す。
- 2) 医師国家試験において老年医学を独立科目にするなど、老年医学分野の問題数を増やすようにしていく。
- 3) わが国で老年科のさらなる設置推進を目指し、老年医学教育スタッフ、老年病専門医の充実による教育、啓発を一層強化していく。

2. 老年医学の卒後教育

卒後教育も日本では不十分です。日本老年医学会において老年病専門医の資格を取得してそれを更新するというのがある意味では卒後教育の代表的なものとなっています(表29)。

3. 高齢者医療(老年病)専門医研修会(表30)

4年ほど前から厚労省が認定して老年病専門医を広告してもよいということになりました。また、後期高齢者医療制度で保険請求をするための要件として日本医師会、日本老年医学会等が主催する研修会に参加することが義務づけられました。大勢の医師がこの研修会に参加しています。

表30 高齢者医療（老年病）専門医研修会

- 2008年に始まった後期高齢者医療制度（長寿医療制度）においては、高齢者の心身の特性を総合的に診療でき、医療の流れの核として支える「高齢者担当医」の養成が重要である。
- 本制度において、総合評価加算を請求するにあたり、高齢者医療に関する研修（日本医師会、日本老年医学会、その他関係学会等が主催する）を受けた常勤の医師または歯科医師が1名以上いることを義務付けている。
- 研修の内容は高齢者医療に関する一般的知識（8時間）と事例検討を含む演習（8時間）と規定されている。
- 日本老年医学会は2008年より、高齢者医療の卒後教育を目的とした研修会を、日本各地区で開催している（一部、病院協会と共催）。

老年学の教育

老年学（gerontology）の定義は、「医学・生物学・心理学・社会学・法学・経済学・工学などを総合して、加齢現象、老化に関わる諸問題の解決を探求する学際的な学問分野である」とされています。高齢者あるいは高齢化にはどの領域でも研究されていますが、包括的に知識を抽出して融合しないと、高齢者の問題は解決しないということから、老年学という研究分野があるわけです。老年医学は、老年学の一分野といえるわけです。

老年医学の教育・研究に当たる期間が少ないことを述べましたが、老年学を研究する部門はほとんどなく、唯一桜美林大学の大学院に講座が設けられました（表31）。

昨年、東大に高齢社会総合研究機構という老年学の研究機関ができました。前身は2006年に企業の寄付講座として作られたものですが、それが3年後に東大の正式な組織として誕生しました。目的は①老

表31 日本における老年医学／老年学の教育・研究機関

- | | |
|---------|----------|
| ● 大学医学部 | 24→22/80 |
| 国立大学 | 16→14 |
| 公立大学 | 2 |
| 私立大学 | 6 |
- 桜美林大学（老年学）
 - 東京都
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
（旧東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所）
 - 国立長寿医療センター
（National Center for Geriatrics & Gerontology）

年学の人材育成、②研究の推進、③社会連携・国際連携ということです。目的は、「高齢社会の諸問題を解決するために、老年学を学んだ人をいろいろなところに輩出し、高齢者の問題を包括的に解決しよう」というもので、私が運営委員長を務めています。機構長は工学部出身の鎌田実先生、厚労省事務次官を務められた辻哲夫先生、社会心理学が専門の秋山弘子先生の3名が中心となり、いろいろな学部の人たち21名が運営委員となって参加しています。

研究活動では、従来の研究活動に加えて、千葉県柏市にフィールドを設置して、ここで在宅医療と、高齢者の家づくり、町づくり、移動手段、24時間訪問看護・介護、プライマリ・ケア体制など、地域のモデルをつくる準備をしています。東大の柏キャンパスに老年学の研究所が3年後に完成しますので、その前にフィールドを設定して2010年7月から活動を開始する予定です。

今後、このようなことから老年医学の教育研究機関は東大以外にもたくさんつくるような方策を国がとるようにぜひ働きかけて、老年学の教育と研究を日本全国に広めていきたいと考えています。

わが国の脆弱高齢者のケアにおける現場での問題点

松本 佐知子

財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院法人看護部老人看護専門看護師

私が働いている施設は、福島県郡山市にある総合病院で、一般病床（寿泉堂総合病院・305床）と療養病床（寿泉堂香久山病院・250床）を有しており、私は週の半分を一般病床で、あとの半分を療養病床で働いています。

今回私がお話するのは、脆弱化がいつそう進んだ寝たきりの高齢者へのケアの現場における課題についてです。

寿泉堂総合病院の概要（表1）

在院日数などは他の急性期病院と大体同じですが、新規の入院患者では高齢者の割合が半分以上を占めています。

郡山市は福島県の中でも高齢化率は低いほうで、19%くらいです。ただし、特養や老健などの長期ケア施設の入所者の体調が悪化のための入院もありますから、急性期病院の中にも寝たきりの人が大勢いるという状況です。

寿泉堂香久山病院（表2）

寿泉堂香久山病院は私が週の半分を勤務している療養病床です。250床で、福島県でも最大規模の療養病床となっています。昨年からそのうち47床を回復期リハビリテーション病床に転換し、残りの153床を医療保険適用の療養病床、さらに残りの50床を介護保険適用の療養病床としています。将来的には介護保険適用の療養病床は廃止が見込まれていますので、病院としてはその転換をどのようにしていくべきなのか、現在入院中の50名の患者さんの居住場所をどうするのか課題となっています。

診療科目は内科と整形外科、平均在院日数は一般病床の13.4日に比べ、医療保険適用病床は216.5日、

表1 施設紹介

寿泉堂総合病院 ●救急告示病院 （2次救急対応） ●一般病床：305床 ●診療科目：27科 ●平均在院日数：13.4日 ●看護体制：7対1看護 ●新規入院患者における高齢者の割合 65歳以上：52.1%，75歳以上：32.0%

表2 施設紹介

寿泉堂香久山病院 ●療養病床250床：回復期リハ47床， 医療保険適用病床153床， 介護保険適用病床50床 ●診療科目：内科，整形外科 ●平均在院日数：医療保険適用病床216.5日， 介護保険適用病床265.4日 ●障害老人日常生活自立度：B50.0%，C28.6% ●入院患者平均年齢：80.1歳 ●死亡退院：37.4%（回復期リハ除く）
--

介護保険適用病床は265.4日です。全国平均と比べると医療保険適用病床は若干長く、介護保険適用病床が20日ほど短くなっています。入院患者のADLレベルはほぼ寝たきりの人が8割、平均年齢は80.1歳、平均してみていますと35～38%が死亡退院です。

ここからもわかるように、香久山病院は脆弱化の進んだ寝たきりの方々の終の棲家と考えてよいのではないかと思います。

一般病床で働く医療者にとって、療養病床の状況はあまりよく知られていないようですので、その概要を説明します。

療養病床の対象者と人員基準

先にも述べましたが、療養病床は医療保険適用病床（医療療養）と、介護保険適用病床（介護療養）に別れています（表3）。医療保険対象者のほうが医

表3 療養病床の対象者と人員基準

	医療保険適用の療養病床（医療療養）	介護療養型療養病床（介護療養）
対象者	病状が安定している長期療養患者のうち、密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者	病状が安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者
人員基準 (患者100人あたり)	医師：3人 看護職員：20人 看護補助者：20人 その他 薬剤師、栄養士 等	医師：3人 看護職員：17人 介護職員：17人 介護支援専門員：1人 その他 薬剤師、栄養士 等

表4 療養病床の診療・介護報酬

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL 区分1	764点	1,220点	1,740点
ADL 区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL 区分3	885点	1,344点	1,740点

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
負担額（1日）	704単位	815単位	966単位	1,123単位	1,164単位

表5 診療報酬における医療区分

医療区分3	医療区分2
【疾患・状態】 スモン、医師および看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 【医療処置】 中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレーター使用、ドレーン法、胸腹腔洗浄、発熱を伴う状態の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケア	【疾患・状態】 筋ジス、MS、ALS、パーキンソン病関連疾患、難病、脊髄損傷、COPD、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、褥瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日みられる状態、リハビリが必要な疾患が発症して30日以内 【医療処置】 透析、発熱または嘔吐を伴う場合の経管栄養、喀痰吸引、気管切開、気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア
医療区分1：上記に該当しない者	

学的管理が必要です。人員基準は患者100人当たり医療療養では看護職員が20人、看護補助者が20人です。介護療養のほうは看護職員、介護職員それぞれ17人ということになっています。このように少ない状況で患者さんのケアをしているのが現状です。実際、日勤でどれくらいの人数でケアをしているかといいますと、50人の患者に対して、看護職は責任者が1人とそれ以外に3～4人、介護職は5～6人となっています。

高齢者はいくつもの病気を持っていますので、たとえば歯科を受診して入れ歯の調整をしたい、泌尿器科や眼科に行きたいという場合には、その都度、看護職や介護職が付き添って他の病院を受診することになりますから、実際は更に少ない人数で患者さんをみることになります。

診療報酬と介護報酬

スタッフの配置によって介護報酬などは変わってきます(表4)。医療区分1と3ではかなり点数に差があり、医療依存度が高い医療区分3に該当する患者さんのほうが病院の収益が上がります。そのためにどこの病院も、医療区分2や3の割合が高くなっているという状況です。私も当院に就職して5年目になりますが、以前より医療ケアを必要とする人の割合が増えてきています。

医療区分3には、中心静脈栄養、24時間持続点滴、気管切開、酸素療法など、医療区分2では、難病のほか、褥瘡、肺炎、尿路感染というような高齢者に多くある疾患、それから医療処置としては気管切開、1日8回以上の喀痰吸引などが含まれます。それ以外の人、たとえば落ち着いている経管栄養の人は医

表6 寝たきり高齢者の特徴

- 重度認知症あるいは遷延性意識障害により、意思が伝えられない
- 拘縮や筋力低下のため、身体をほとんど動かさない
- 老化と慢性疾患の重複に、医原性の問題が加わり、心身の機能低下が著しい
- 様々な症状による苦痛に加え、生命維持や安楽のためのケアさえも苦痛の原因となる
- 寝たきり期間が、数ヶ月～数年間に及ぶ

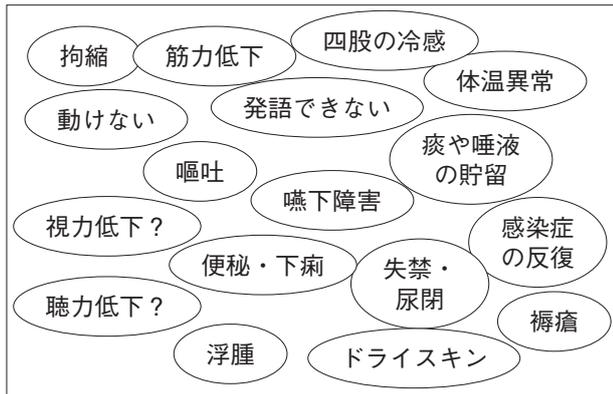


図1 寝たきり高齢者の抱える問題

療区分1に入ります(表5)。スタッフが努力をして経管栄養を経口摂取にもっていくようにしても、医療区分は1のみで、看護職、介護職やリハビリスタッフの努力が評価されない、点滴のままにしておくほうが病院の経営には寄与するという診療報酬になっていることは残念に思います。

寝たきり高齢者の特徴

先ほど当院は寝たきり高齢者の終の棲家となっているとお話ししましたが、表6に特徴を示しました。

彼らの抱える具体的な問題を図1に示します。

ほとんどの人に重度の嚥下障害があって経口摂取できません。また、発語がなく、コミュニケーションがとれない、排泄や皮膚のトラブル、慢性化した肺炎と尿路感染、痰や唾液が嚥下できないために常にゴホゴホしているというように苦痛を伴う症状を重複して持っています。

それらに対しても対症療法的に行う医療としては図2のようなものがあります。さまざまなカテーテル類が挿入されていたり、薬物療法では相互作用を起こしやすいといわれている5種類を超えることがほとんどで、10種類以上服薬している人も少なくありません。また、排便コントロール、褥瘡ケアが必

表7 医療ケアを受けている患者数

- 経管栄養：75人 (40.8%)
 - 中心静脈栄養：30人 (16.3%)
 - 吸入：18人 (9.8%)
 - 吸引 (1日8回以上)：24人 (13.0%)
 - 気管切開：13人 (7.1%)
 - 酸素療法：10人 (5.4%)
 - 褥瘡・創傷処置：26人 (14.1%)
 - ストマパウチ交換：4人 (2.2%)
 - 留置カテーテル：61人 (33.2%)
 - オムツ(リハビリパンツ含む) 着用：174人 (94.5%)
- *回復期リハ病棟を除く

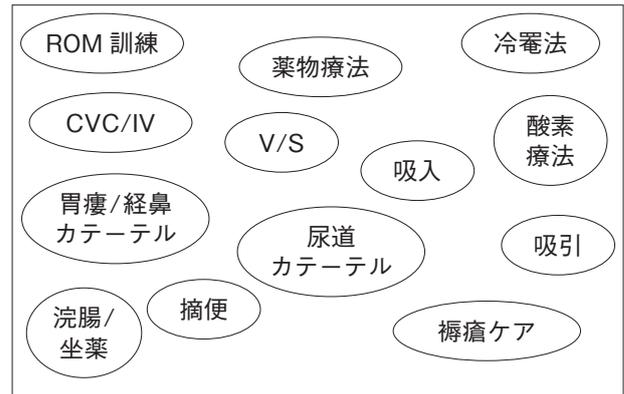


図2 行われることの多い医療ケア

要なケースも多いです。

医療ケアを受けている患者数をみますと、経管栄養は約4割、中心静脈栄養が約2割です(表7)。当院で中心静脈栄養をしている人の特徴は、経管栄養を何年もつづけていたものの全身の衰弱が著しく、下痢や嘔吐を繰り返す、つまり消化管の機能が失われた状態にあるということです。私が就職した時にはこのような人も10人ほどでしたが、今はその倍以上に増えています。

そのほか吸入、吸引、気管切開、酸素療法、褥瘡・創傷処置、ストマパウチ交換、留置カテーテルなどの処置が多く行われています。

療養病床という場合は、いろいろな自宅や介護保険施設で生活していた高齢者が感染症など何らかの疾患が増悪して急性期の治療を受けた結果、医療依存度が高くなって、元いた施設に戻れない、自宅では介護できないといった場合に入院し、人生の終末を迎える場なのです。

また、医療ケアではないのですが、オムツ着用者が9割を超えてしまっていることも私たちの施設の大きな問題であり、これからは排泄ケアを見直していかなければならないと考えています。

図3は、桑田美代子さんの図をもとにしたものですが、寝たきりの人は生活そのものが苦痛になって

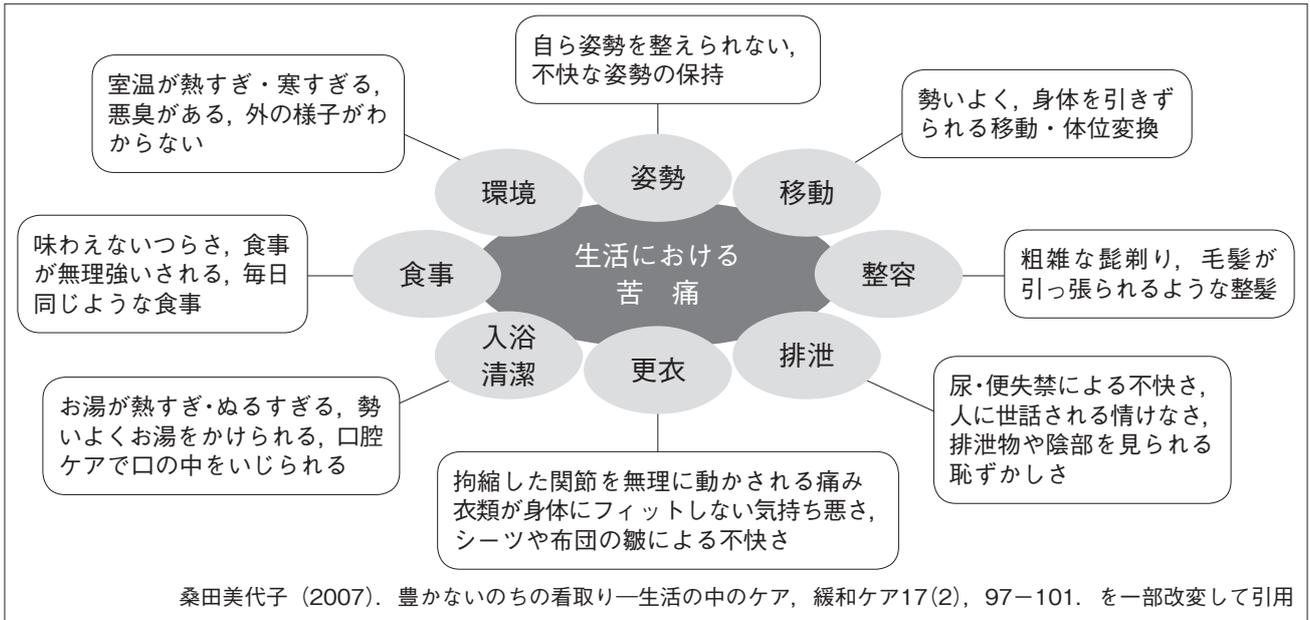
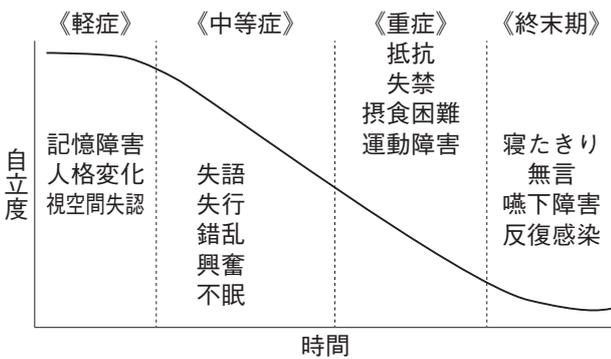


図3 寝たきり高齢者からみた生活上の苦痛



村井敦志監訳 (2000) / Volicer, A. & Hurley, A. (1998). 重度痴呆性老人のケア—終末期をどう支えるか, p.2. 医学書院. より引用

図4 認知症の経過

います。たとえば姿勢ひとつにしても自分の思うように直せない、介助者2人で行う移動も身体に衝撃を与えてしまう、髭剃りにしてもシェーバーが引っかかって痛みを生じてしまうことがあります。このように私たちの行っている日常のケアは、寝たきりの人にとっては不快であったり、苦痛になったりすることが多いと思います。しかし、それ以上に問題だと感じているのは、私たちが寝たきり高齢者の人間らしさを見失いがちなのではないかとことです。

「人間らしさ」を見失われる高齢者

寝たきりの人は食事を口からとらなくなると筋肉も衰えて、表情が乏しくなりますし、体も拘縮して

表8 ケア提供者の苦悩

- 高齢者の意思がわからない
- 入院時から寝たきりなので、人となりが想像つかない
- よかれと思ってしているケアも、自己満足に過ぎない
- 「モノ扱い」してしまう自分に、後ろめたさを感じる
- 状態改善の兆しが少なく、悪化と死が避けられない
- 高齢者が「今の状態」で生きていることへの疑問
- 高齢者の生命を支え続けることへの葛藤
- 医療ケアが増えると、高齢者に触れるのが怖い
- 「預けっぱなし」の家族への怒り・不満
- 自分の仕事・行為が周りから認められにくい

変形してきます。身だしなみも整えてもらえず、布団や毛布をかけていてもきちんとしていない、寝巻きの合わせがきれいに合わされていないというように、寝姿がきれいでないというようなことがよくあります。そのほか、会話ができない、反射的なわずかな動きしかできないようになっていきます。

このように患者さんの反応が見えにくくなるというように、人間らしさを私たちが見失ってしまう原因ではないかと思う反面、この状態を正視できないというケア提供者の心の動きもあるのではないかと思います。

図4は認知症の経過です。認知症が進んできて健康状態が安定しない、医療が必要になる重症期になると、療養病床に入院します。中等症期から療養病床に入院している人もいます。いずれの状態でも、私たちがどのように頑張っても、機能低下や死に向かっていることを止めることができないこ

とは、ケア提供者、特に看護職や介護職、リハビリスタッフの苦悩になっているのではないかと感じています。

表8にケア提供者の苦悩をまとめてみました。必要だと思ってしているケアが本当にその人のためになっているかがわからない、自分のやることが自己満足ではないかと思ってしまう。また、反応が見えにくいからこそ、乱暴に身体を動かしてしまう。そうしてモノ扱っていることに気づくと、後ろめたさを感じてしまいます。

もう一つの大きな問題が、施設を転々とした後に療養病床に入院となりますので、多くの方が入院時には寝たきりの状態ですので、その人となりがわからないということがあります。もちろん、入院時に家族から人となりや趣味などその人のプロフィールについては尋ねますが、目の前にいる患者さんの姿とが結び付きにくいのです。したがって、何をすればいいのか、とにかく日常の必要な業務をこなすだけになってしまいがちではないかと思えます。そのほか、状態改善の兆しが少ないこと、「今の状態」で生きていること—たとえば唾液が流れ出して首のあたりがいつも濡れているとか、常に喘鳴があるとか、チューブだらけになっている状態—これで生きていることが幸せなのかと思う状態を自分たちは支えなければならぬという葛藤を感じます。

それから介護職とリハビリスタッフからチューブ類が入ったり、重症になると触るのが怖いとよく言われます。看護職は、その状態をきちんと説明し、彼らができることをアドバイスしなければならないと思います。これまで長くお世話してきた中で自分が関わられなくなるのはとても悲しいことだからです。このようなスタッフの不安を軽減させたり、更に前向きになっていけるような働きかけも、看護職の大事な役割ではないかと考えています。

言葉が適切ではないのですが、「預けっぱなし」の家族への怒りや不安が、時に噴出します。入院期間が数カ月から年単位に及んできると、その間に家族の足が遠のいてしまいがちです。そうすると、どうして自分たちばかりがケアをしなければならないのかと怒りが湧いてくるスタッフもいます。また、洗濯物を取りにきた家族に、「今日はこんなことがありましたよ」と報告しても、無反応で足早に帰られたりすると、誰からも自分たちのやっていることに自信がもてない、あるいは認められなくて辛いという思いを抱くこととなります。これらは長く働いて

表9 寝たきり高齢者への医療の問題点

- 「生命の神聖さ (SOL ; sancity of life)」を見失いがちになる
- 予後の見きわめの困難さと、その経過の不確かさ
- 「ナチュラルコース」「無理な延命はしない」という言葉のイメージの先行
- 本人の「意思」の決定は、いつ誰がどのように行うのか

いく中で多くのスタッフが抱える悩みです。

寝たきり高齢者への医療の問題点

表9に医療の問題点をまとめてみました。寝たきり高齢者へのケアでは、QOLだけではなく、SOL (sancity of life = 生命の神聖さ) も問題となります。生きていることそのものが苦痛になっている上に、毎日接していると、その方の生きている価値を見失いがちになってしまうことがあります。

また、予後の見極めが難しいこともあります。医療を提供すると元気になる方もいれば、ちょっとしたことで、あっという間に亡くなる方もいます。

それから、その方の最期について家族と話す時、「ナチュラルで」「自然で」とか、「延命はしないで」という話がでます。しかし、寝たきり高齢者の場合の「ナチュラルに」とは、一体どのような状態なのかわからなくなることがあります。たとえば予後予測がしやすいがん終末期の人の場合、昇圧剤を使うのか、挿管するのかといった延命治療をどうするかは、比較的クリアに決定できます。しかし、寝たきりの人の場合、予後が読めない長い期間があり「ナチュラル」や「延命」とはどういうことなのかについてのコンセンサスは得られていないのではないのでしょうか。

それから意思決定を「いつ」「誰が」「どのように」行うのかという課題もあるように思います。もちろん本人が元気なときには「こうなったら管を入れないでほしい」と言っている場合もありますが、一般に日本ではきちんと話し合いもしないまま寝たきりになって時間が経過することがまだまだ多いようです。また、10年前に認知症がなかったときに表明していた意思が、10年後にもそのままなのだろうかという疑問もあります。本人の意思を一体どのように汲み取ったらよいか非常に悩まされます。

ここでケースを2つ紹介し、終末期ケアの課題を考えたいと思います。

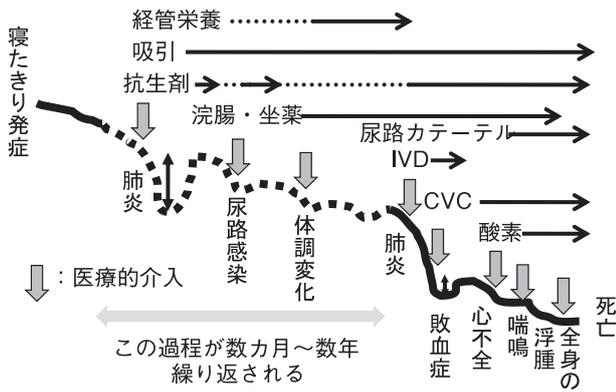


図5 Aさんの経過

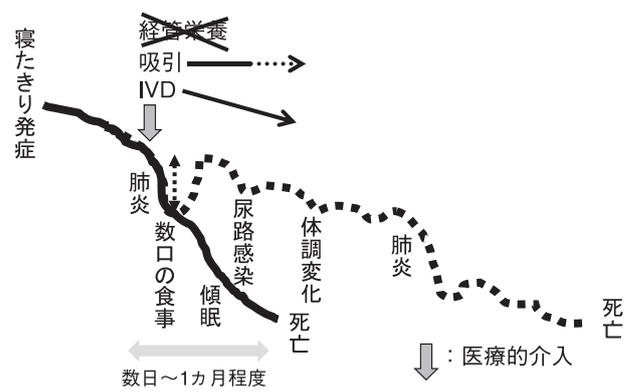


図6 Bさんの経過

●ケース1・脳梗塞後に寝たきりになったAさん

これは一人のケースではなく、いろいろな入院患者さんの事例からイメージした患者像です。当院にはこのような人がかなり入院しています。

Aさんは急性期病院から転院してきた時点で寝たきり状態で、意識レベルが混濁していました。声をかけると返事はするというレベルです。経口摂取は何回か試みたのですが、誤飲をしてしまうので経管栄養になりました。唾液の誤嚥による肺炎を繰り返しており、気管切開部や口腔からも一日10回以上吸引しなければなりません。

また、皮膚がとても弱く、駆血帯で縛ったりするとそのまま剥けてしまいます。入浴時にちょっと何かに当たってもびらんになってしまいます。それに拘縮があって体を自由に動かすことができません。

図の中ほどに「体調変化」と記したところがあります。詳しい検査をしていないので明らかな診断はできないのですが、Aさんのような人は少し具合が悪そうだという状態を数カ月から数年繰り返し、次第に状態が悪化していきます。そしてその間に経管栄養、吸引が必要となり、感染症を起こすたびに抗生剤の投与を繰り返します。排便のための浣腸や坐薬も使います。最後は経管栄養も受け付けなくなって点滴になり、末梢ルートがとれなくなったらCVCになり、敗血症から心不全、そして全身に浮腫が生じて死に至る。こういう経過を辿る場合が少なくありません。

図を見てもわかる通り、次々と何らかの医療ケアが追加されていき、最終的にはたくさんの医療が介入しているという状態です。さまざまな問題のきっかけとなるのが感染症の発症です。肺炎などの感染症自体は抗生物質を使えば治療が見込めるものですが、それによってどの程度回復できるかはやってみなければわかりません。したがって、その都度この

人にはこれがいいとか必要だと医師や看護職が判断した医療的ケアをしていきます。その間に、医原性の問題や老年症候群がからみあって、どんどん状態が悪くなっていき、それに対応して医療もますます濃厚になっていくことが、現場ではよく起こっています。

また、亡くなるまで数ヶ月から数年という長い経過を辿りますので、その間、患者さんは苦痛に満ちた生活をしなければなりません。

このような状態になると、医療を止めてしまえば生命を維持できなくなりますから、医療の中止ができなくなり、そのために苦痛の緩和も難しくなっているという問題が生まれています。

●ケース2・重度認知症でほぼ寝たきりのBさん

次は80歳の男性のBさんです。1カ月前に風邪で寝込んだのを契機に寝たきりになりました。自宅ではおかゆとヨーグルトを家族の介助で食べていたのですが、脱水と肺炎を併発して入院となりました(図6)。重度の認知症があり、食物の認知と嚥下障害があり、経口摂取だけでは生命維持が困難でしたが、Bさんと家族は経管栄養は望んでいないというケースです。ただし、家族は点滴だけはしてほしいと望んでいましたので、末梢からの点滴は行っています。

肺炎に対しては抗生剤も使いましたが、治療には至っていません。経管栄養は拒否していましたから、末梢輸液を時々行いながら、口から数口食べて、眠るようにして亡くなりました。医療的介入は少なく、傾眠状態であり、見た目は苦しそうではありませんでした。

このケースの課題は、経口摂取ができないことを不可逆的ととってしまっているのかということです。脱水と肺炎をうまくコントロールして全身状態が改善してくれば、経口摂取が再びできるようになる人

も少なからずいるからです。ですから、短期間での状態評価から経口摂取できないことが不可逆的、つまり終末期と判断してよいのかという悩みがあります。

もう一点は、「意思」という点についてです。経管栄養を望まないというBさんと家族の意思をどのように捉えたらよいかということです。経管栄養について亡くなっていく過程で家族がどのようなイメージや考えを持っているかをきちんと確認する必要があります。経管栄養を望んでいないからしなくてもいいというわけではありません。間違ったイメージを持っていたり、家族の誰かが経管栄養を行わなかったことにひどく後悔している場合もありますので、拒否した理由に耳を傾けることが大切です。

2つのケースに共通する課題

これらのケースを通して思うのは、終末期の見極めは大変難しいということです。私たちが十分なアセスメントやディスカッションを行わずに終末期だとみなして医療を差し控えてしまう「みなし末期」か、生命を無理に引き延ばす「無理な延命」の両極端に傾いているように感じます。

もう一つは、「命を支えていくこと」への心構えを私たちが持っているのかということです。医療者や福祉関係者にとって「老い」や「生死」は考えると辛くなってくるために、そこを見ないで逃げてしまうということもあるのではないのでしょうか。

最後に、寝たきり高齢者を看取る最善の医療とは、ケアとはどういうものなのかについて、知識と技術がまだまだ不足しているということが挙げられると思います。

寝たきり高齢者の日々の生活を支えるケア

図7にまとめてみましたが、「生命を維持するケア」と「身体的苦痛の予防・緩和」と「人間らしさを支えるケア」の3つに分類されると考えています。

生命を維持するケアというのは、その人が生命過程のどの段階にいるのかアセスメントを十分にすること、また必ずしも医療を行う場合は、治癒がゴールなのか、維持がゴールなのか、たとえば肺炎は何とか治癒させられても褥瘡は治癒が難しいので維持をゴールにするということもあります。

医療だけに片寄るのではなく、生活の側面から、

【人間らしさを支えるケア】
親しみや大切にされている
感覚がもてるようにする
心地よい穏やかな生活の提供

【身体的苦痛の予防・緩和】
侵襲が少ない治療・ケアを選択する
起こりうる苦痛を予測する

【生命を維持するケア】
呼吸、循環、体温、食事、排泄などの援助
* 医療的介入も含む

図7 寝たきり高齢者の日々の生活を支えるケア

呼吸を整えるとか、体温を整えるというケアをするのも看護職の大切な役割です。

身体的苦痛の予防・緩和

起こりうる苦痛の予測が大切です。更に苦痛の要因とタイプを見極め、アセスメントし、先を見越して対応することも必要です。

日常的なケアそのものが苦痛の原因になってしまいますから、できるだけ苦痛を生じさせない触れ方、動かし方、処置の方法に留意します。

人間らしさを支えるケア

どのような人にとっても心地よい穏やかな生活を送ることは大切ではないでしょうか。身だしなみや環境を整え、五感に心地よい刺激を与えるケアを提供します。特別なことではなく、よい香りや、外の風を病室に入れたりする、何気ない気づかいも大切です。当院は緑豊かな場所にありますが、窓を開けていると季節によって風の感じが違ったり、花の香りが漂ってくることもあります。

また、高齢者が親しみや大切にされているという感覚がもてるようにすることも忘れてはならないでしょう。私たち自身の気持ちがかちんと高齢者に向かっていること、そして私たち自身が高齢者と関わることを楽しむこと、つまり和やかな温かみのある雰囲気をつくれるような関わりが重要だと思っています。

ケア提供者に必要な視点・能力

まず、QOL（生活の質）とSOL（生命の神聖さ）を尊重することです。

2つ目は、高齢者のありのままの姿を認めること、3つ目は、高齢者の潜在能力や可能性を信じることです。私たちは高齢者が寝たきりになってしまったらおしまいと思いがちですが、私たちの目の前の患者さんは生きてそこに存在しています。あるがままの姿を受け入れ、その人の可能性や潜在能力を私たちが信じなければ、寝たきり高齢者のよりよい生を支えるケアは不可能なのではないかと思っています。

それから適切な身体アセスメントに基づいた症状

マネジメントの力も欠かせません。

更に、ふつうの生活における感性を研ぎ澄ませることです。寝具が整っていて気持ちいいとか、温かい食事や飲み物にホッとするというような心地よさの感覚に私たちが敏感であることは、患者さんのケアに必ず生きてきます。

寝たきり高齢者はいつ亡くなるのかわかりません。それは数年後かもしれませんし、今夜かもしれません。ですから、その瞬間瞬間のケアがかけがえのないものになってきますし、そこで一人の人間として私たちが共に過ごす時間は高齢者にとって心の支えになるのではないかと信じています。

これで私の話を終わります。

重症認知症患者の症状評価——疼痛の症例について

Assessing Symptoms in Persons with Advanced Dementia : The Example of Pain

Mary Ersek, PhD, RN, FAAN

1. 疼痛の評価は患者に聞くこと

この課題についてはまだ問題が解決されているわけではありません。コミュニケーションをとることができない重症認知症患者について疼痛を評価することは大変難しいことなのです。他にも、主観的な不安や失望など症状評価の難しい問題はいろいろありますが、特に疼痛の測定と評価は大きな課題となっています。臨床の場にいる者は患者を信じるように教育されてきましたが、客観的な痛みのスキャナーがあるわけではなく、MRIやPETでも痛みのレベルを知ることはできません。あくまでも本人に聞くしかないのです。

疼痛の研究者は、疼痛を「感覚的・情緒的に細胞の破壊を含むものである」と定義していますが、症状は主観的な問題ですから直接患者本人に聞かなければなりません。とにかく「疼痛の評価は患者に聞きなさい」ということです。しかし、患者がどのような痛みなのかを表現できないのであれば問題は違ってきます。

表1 認知症の患者では疼痛が異なって進行し、異なって感受されるか

- 認知症では末梢の侵害性受容体反応、あるいは、疼痛の伝達が障害されているというエビデンスはない(感覚閾値)
(Cole et al., 2006; Lints-Martindale et al., 2008; Gibson et al., 2001; Kunz et al., 2009; Schuller, 2004)
- 中枢神経系の変化が疼痛の伝達を増強、あるいは、減じているかもしれない(感覚低反応)
(Benedetti et al., 2004; Kunz et al., 2009; Scherder & Bouma, 2000; Scherder et al., 2005)
- 急性の疼痛に対する耐性は増しているかもしれないが、疼痛に対する閾値は変化していないようである
(Benedetti et al., 1999; 2004)

2. 痛みのモデル

図1は痛みのモデルですが、痛みがいかに複雑なものであるかがわかります。同じ痛みであっても、がんの痛みと分娩の痛みとは違います。また、情緒も深く関わってきます。このように複雑な疼痛を測

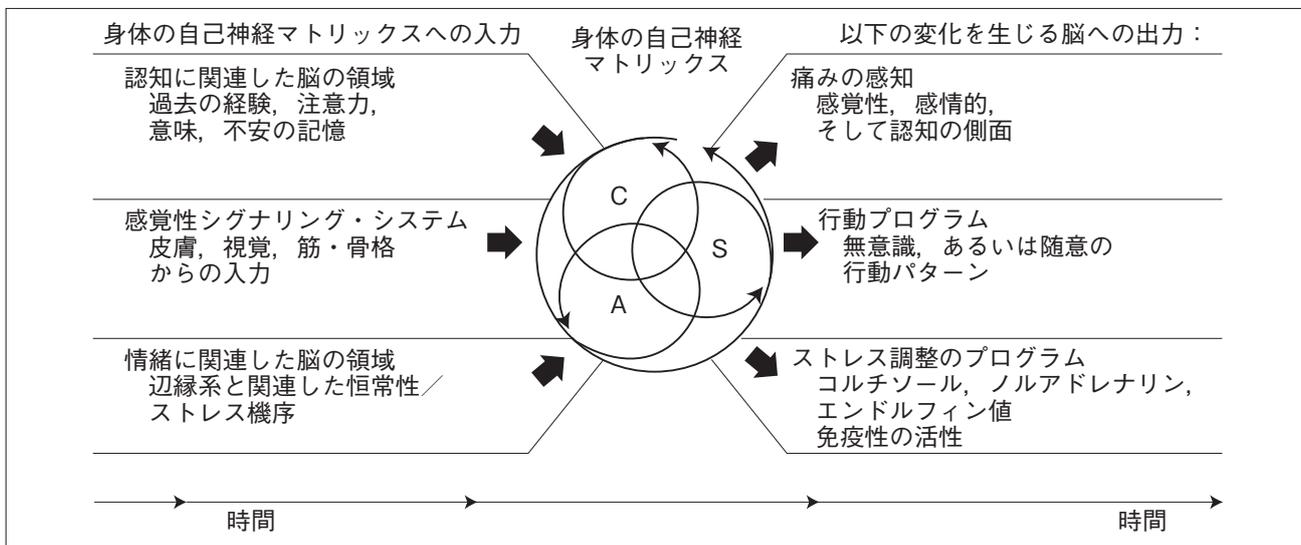


図1 痛みのモデル

表2 疼痛評価のヒエラルキー

<ul style="list-style-type: none"> ● 患者のリポート ● 疼痛の原因（急性と慢性） ● 疼痛の状態（短かく／包括的に；よくあるもの／あまりないもの） ● 中間的な報告（行動をチェックあり／なし） ● 一般的な治療に対する反応 <p>他にになにかあるとすれば“APP” (amyloid precursor protein)</p>
Herr et al Assessment of Pain in Nonverbal Patients, Pain Mgmt Nurs, 2006

定するには、これらすべての要素を複合して適切に行わなければなりません。それに加えて自分の痛みを表現できないということであれば、多くの部分はブラックボックスになってしまいます。私たちはそのブラックボックスの中から、本人が表現できないものを引き出していかなければならないのです。

認知機能障害があるということは必ずしも言語がないということではありません。認知症患者のチャートには疼痛の記載が少なく、鎮痛薬の処方も少なく、したがってその使用頻度も低いのが普通です。痛みをどのように感じているかという客観的証拠はありません。ほとんどの場合、認知症が重症であるためにナーシングホームに入居しているというのが現実なので、疼痛の評価はきわめて重要な問題です。さまざまな調査がありますが、問題は認知症患者では疼痛が異なって進行し、異なって感受されているかということです（表1）。

3. 疼痛評価のヒエラルキー

表2は疼痛評価のモデルです。5つの項目があります。まず1つは患者の報告ですが、私たちは認知症患者が痛みを伝えることができないと思い込んでしまうところがあります。また、米国では患者に代わって介護者に尋ねますが、それは間接的な情報です。それから経験的に治療に対する反応をみるという方法もあります。また、痛みが他の状況で感じられているのかもしれない。APP (amyloid precursor protein) のアプローチを用いるのは、現在の科学レベルではこれがベストであると思われるからです。一般的に、認知症患者について痛みが臨床レベルでは通常過小評価されているといえます。図2によると、認知機能が低下すればするほど自己報告が少なくなっていることがわかります。

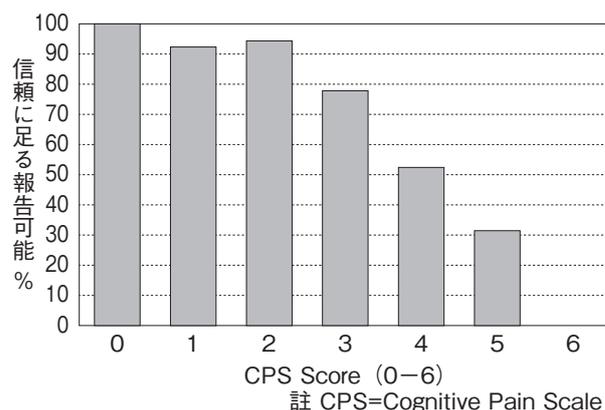


図2 認知機能障害のレベルと疼痛の自己申告能力
(高いCPS → 高い障害)

4. 痛みをどう評価するか

痛みの測定については、まず信頼性があるかどうかをみななければなりません。どのような診断法を用いても必ずしも信頼性があるとはいえません。たとえば転倒してレントゲンを撮ったところ骨折があるというのであれば痛みがあることはわかります。しかし、転倒による骨折の痛みと慢性の痛みとは全く異なります。慢性的な痛みにはひどい時とそうでもない時とがあり、それをスクリーニングすることが大切で、そうでなければその人に痛みがあるかないかはわかりません。

また、生理学的な指標もあります。しかし、生理学的な痛みに対する反応は重要ですが、認知症患者では反応が鈍くなっているということもありますので、血圧が正常だから痛みはないはずだと考えてはいけません。疼痛に関連した行動についてもさまざまな研究があります。行動について観察することは重要ですが、がんではない高齢者では筋肉や関節を動かしたり、痛いところへ触れると顔の表情や不快感を表す行動をとるなどのことから痛みの有無を推測するなどの手法が経験的に行われています。しかし、それによって痛みのレベルを測ることはできません。痛みのレベルの評価には行動の変化が物差しにはならないということです。また、文化の違いによっても痛みの表現は違いますし、認知症の種類によっても異なります。

代理人が患者に代わって痛みがあるかないかを報告することもあります。医師や看護師、家族、そしてナーシングホームでは看護助手ということになります。痛みの評価についてもナーシングホームの入居者の自己申告と看護助手とでは、看護助手のほう

が痛みを軽く評価する傾向がありますし、家族など介護者と自己報告できる患者本人の痛みの評価の場合には、家族など介護者のほうが過大評価するという傾向がみられます。これは本人の痛みというよりは、ケアを提供している人のストレスに伴う自身の痛みなのかもしれません。

5. 鎮痛薬による診断プロセス

鎮痛薬を使用して、その後の行動がどのように変化するかをみていきます。その行動を事前に同定しておき、それで変化が見られればそれは痛みによる行動だったということになります。

6. まとめ

痛みは複雑な症状であり、それにはいろいろな原因があります。今後、さらにより客観的な指標が考案されると思いますが、現段階では臨床的な判断が大切です。臨床的判断を正しく行うためには、スキルに長けた臨床医、看護師、看護助手、その他痛みに対して感度の高い人たち、そして家族の言うことを記録し、適切に判断をしていかなければなりません。

痛みはQOLに大きな影響を与えます。痛みの緩和によってその人の気力を増し、運動能力を高め、さらに社会的な機能を向上させることによって介護者のストレスも軽減されるかもしれません。

人工的な水分補給と栄養 (AHN) に関する決定をする際の家族への支援

Helping Families Make Decisions about Artificial Hydration and Nutrition

Nathan Goldstein, MD

1. はじめに

水分の補給と栄養を与えるということとはまったく別の問題であるという前提でお話しします。ここでは、進行した認知症患者にその家族が食事を与えるということではなく、医学的処置として人工的に水分や栄養を与えるというテーマが中心になります。

食事を与えるということは文化的・社会的な価値観と関わってきますので、医学的な処置との距離のとり方に難しい問題があります。臨床医には標準化されたカリキュラムを使って教育します。マウントサイナイ病院では私の同僚が緩和ケア教育を担当しているのですが、例えば、気管挿管をする場合には1件20分くらいの時間で数十万円の医療費になりますから、病院にとっては収益につながります。しかし、患者やその家族の立場からすれば別の配慮が必要になります。

2. 経管栄養の是非

マウントサイナイ病院でも医療者に対する教育によって医療行為への正当な判断が下せるように努力を続けていることですが、臨床の場にいる医師は経管栄養が必ずしも患者のためにはならないと考えるようになってきました。マウントサイナイ病院では、緩和ケアを担当する Chang 医師が家族に対して、進行した認知症患者には経管栄養が必ずしも利益に繋がらず、むしろ負担になるということを時間をかけて丁寧に説明します。

最も難しい問題は、教科書に書いてあることと臨床の場で行われていることが大きく異なるということです。教科書には明確に経管栄養の不利益が書かれています。経管栄養については倫理的にも法的にも義務づけられているわけではありません。しかし

患者の家族にとっては、経管栄養を始めないということと、改善がみられない場合にはそれを中止するという事の間には大変な違いがあります。いったん入れられた管を抜くということの決断は家族にとっても勇気が必要となります。

米国では家族に対して、最善の治療ではないけれどもとりあえず経管栄養を始めることをしばしば提案します。それでは何のためにわざわざ提案するのかということになります。期間を限定して、「とりあえずやってみましょう。そして経過を見て、それから再度評価しましょう」という会話は成立するのですが、「ではしばらくやったあとはどうなるのですか」という質問に、「今のところ変化がみられないのでもう少し続けましょうか」というように、期間を限定し、そしてその後にもう一度そのことの利益と不利益について話すことになると、かえって家族に精神的な負担をかけることになります。なぜかといえば、それについて話し合うことはなかなか難しいからです。栄養を与えるということは、社会や宗教の違いではなく、相手を愛しているから、そして、気にかけているから行う行為であって、人工的に食事を与えることは法的に義務づけられているわけではありません。

また、これについてはいろいろな誤解があります。胃ろうは誤嚥の予防につながるかということですが、これにはそれを支持するエビデンスがありません。経管栄養設置後の誤嚥性肺炎のデータが報告されています (Finucane T, Bynum J. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. Lancet 1996; 348-1421-1424)。誤嚥性肺炎はよく用いられる診断名ですが、「健康成人の50%、そして意識の低下した患者の70%は唾液を含む口内物を誤って肺に吸い込んでいる」といわれていますから、誤嚥そのものにはそれほど問題があるわけではなく、それが肺炎を發

症するという事とは別の議論であって、チューブは必ずしも誤嚥のリスクを減ずるものではありません。また、誰が安全に正しく嚥下のテクニックを習得できるかといえば、意識のはっきりした患者に対しては指導することはできますが、進行した認知症患者には指導することはできません。

さらに胃ろうは必ずしも栄養状態を改善しません (Kaw M, Sekas G. Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 738-43.)。321日間で46症例を観察したところ、機能的改善が認められた患者はいなかったと報告されています。カロリーを補給しても体がカロリーを摂取できないのです。胃ろう設置後の全体としての生存状態では、65歳以上の8万1,105例の調査によると、在院時にもまた退院後にも死亡率が高く、3年目には80%が亡くなっていました。チューブを入れたために亡くなったのではないのですが、栄養を補給するために挿管が必要であるということよりも、チューブ栄養とは関係なく病気が進行したため、つまり基礎疾患によって死亡したということです。胃ろう設置後の生存期間の平均値は7.5カ月でした (Grant MD, Rudberg MA, Brody JA. *Gastrostomy placement and mo*)。

その他多くの研究からも重症認知症では生存上の利点は認められません。患者によっては、経管栄養によって延命が期待できる人もいますが、認知症患者には全く当てはまらないのです。頸部がんや食道がん、化学療法のために嚥下が困難な状況、進行したエイズ、ALSなど神経性疾患の患者には胃ろうによって延命効果が期待できます。しかし、経管栄養によって認知症の進行を遅らせることはできませんし、管を入れると認知症患者は自分で抜管したりすることもありますが身体拘束が必要になり、また濃縮度の高い栄養剤を与えると下痢のリスクも増します。その結果、電解質のバランスが障害されて褥瘡の原因にもなります。また満腹感も感じないために与えすぎてしまうこともあります。自己抜管による出血、水分の過剰供給で肺水腫や腹水の貯留が起り、脚がむくんだり、全身性浮腫が出現したりします。医療者にはそれらの不利益がわかっているのですが、家族の理解がそれに追いつかないことがあります。

3. なぜ胃ろうが過剰に用いられるのか

医師を対象に行ったアンケート調査によれば、以下のようなことを期待しているということがわかります (Hanson L.C. et al. *physicians' expectations of benefit from tube feeding*. *J. Palliat Med.* 2008; 11 (8):1130-4), (Carey T. S. et al. *Expectation and Outcome of Gastric Feeding Tubes*. *American Jnl Med* 2006; 119 (6): 527.)。

- | | |
|-------------|-----|
| 1) 栄養補給 | 93% |
| 2) 水分補給 | 60% |
| 3) 延命 | 58% |
| 4) 与薬が容易になる | 55% |
| 5) 誤嚥が少なくなる | 49% |

これらはすべて間違いなのです。家族も、延命効果があり、機能が改善すると思っていますが、それを支持するデータもありません。結局、それについて十分な説明を受けていないことが問題なのです。

人工栄養補給や水分補給については法律上も複雑です。患者が飢餓で死ぬのではないかと心配することがありますが、栄養が足りないからではなく、基礎疾患である認知症が進んだために亡くなるのです。認知症が進むと摂食しなくなり、また水分も必要でなくなるからです。これは認知症が死に至る自然なコースなのです。チューブをつけているほうが介護施設に入りやすいということがありますが、それは介護施設の評価基準が挿管されているほうが都合だという理由からです。

家族には食欲がなくなるのは自然な経過なのだと説明し、食欲刺激薬を処方するとか、あるいはゆっくりと口元に食物を運び、飲み込むように呼びかけることのほうがより自然なケアなのです。

4. 何ができるかを家族に教える

食事を与えること以外にもケアはできるということを家族に話します。たとえば、少量の食べ物を頻回に与えたり、飲み込むことを思い出させたり、口を湿めさせたり、食べられなくても好物を持ってきて見せてあげるのもいいかもしれません。食事の選択を自由にし、患者の好みに従ったり、飲み込んだ後で咳をさせたりすることが大切です。水分や栄養補給を中止したところで、患者がそれほど苦痛を感じているようには見えませんし、医師の自殺幫助が問われることもありません。

5. 終末期における人工補液

チューブを入れることは患者に負担をかけることになり、苦しみを増すこととなります。末梢の浮腫によって皮膚が傷害されますし、息切れの原因にもなり、抜管するためには身体拘束が必要になり、痛みも生じます。口内の清潔を保つことだけが安らぎを与えられることのすべてということです。

症例でみてみましょう。

【症例1】

87歳の重症認知症の男性です。

ADLはすべて介護者に依存しており、3度目の誤嚥性肺炎のためにナースিংホームから病院に入院となりました。この患者には経管栄養を与えたところであまり意味はないと思います。延命効果は得られませんし、誤嚥性肺炎も予防されません。もしナースিংホームに戻ったとしても身体拘束がつづくこととなります。

【症例2】

58歳の女性で、リハビリ中に心肺停止を起こしました。患者は心肺蘇生をされ、心臓も動き始めましたが、著しい低酸素性脳症を生じました。現在は植物化の状態にあり、単に侵害刺激にのみ反応するという状態で人工呼吸器につながっています。目標が延命であるならば、人工栄養を与えれば生命を保ち

つづけることはできますが、損傷を受けた脳の部分は不可逆性ですから、どのようなケアの目標を持つのかということが問われます。

【症例3】

54歳の女性で、最近舌の扁平細胞がんと診断され、照射療法を始めるに当たって担当のがん専門医から胃ろう設置のために紹介されてきました。患者はふつうの生活をしていますが、痛みは部分的にモルヒネによってコントロールされています。診察所見によると、やせてはいますが悪疫質ではありませんでした。こういう人には、頸部と頭部に放射線治療をすると嚥下が困難になるので経管栄養が必要です。そして、頸部の腫瘍が小さくなれば、経管栄養を終えることができます。

この3つの症例からわかるように、患者によっては経管栄養が必要なこともありますが、認知症の患者についてはまったくその効果は期待できないということです。

人工栄養や補液は、延命や合併症に効果があるものではないのですが、それにもかかわらず終末期には依然として広く行われています。このような問題について家族と話し合うことは非常に難しいのですが、説明にあたっては言葉を注意深く選ぶことが大事であると考えます。

患者と介護者に対するスピリチュアルケアの必要性

Spiritual Care for Patients and the Needs of their Caregivers

Nathan Goldstein, MD

1. はじめに

患者のスピリチュアルケアと介護者のニーズについて話を進めます。認知症についても触れますが、進行性の疾患であればすべてに関係してきますし、また脆弱高齢者については大変重要な問題でもあると思います。

2. 宗教とスピリチュアリティ

まず宗教とスピリチュアリティの違いについてお話しします。宗教とは、「構造化された信念体系で、普遍的な霊的疑問に答えるものであり、存在の意味を理解するための枠組みを与えるものでもある」ということです。そして霊的表現の具体的な方法を与えるものでもあります。教会へ行く、お寺に行く、瞑想するなどによって、心霊体系に従うことを求めるものです。ある教義に従うことで崇高な力との関係を見直すことができます。さまざまな宗教によって、崇高な力の呼び名や概念は違ってきます。

それに対してスピリチュアリティは、「人生に超越した意味を与える誰か、もしくは何か」ということになります。宗教的な表現になることもありますし、崇高な力との関係として表現されることもありますし、また他の表現、例えば、自然、エネルギー、力、もっとも善なるものへの信仰、家族やコミュニティの重要性という形で現れることもあります。

このようなことを言った患者がいました。「神からの声が聞こえて、大丈夫だと言われた」と。この場合、この患者は神という宗教性とスピリチュアリティ、世界に対する希望を内的に与えるものを組み合わせ話していると思います。スピリチュアリティというのは、人間の本质で、その人をその人たらしめているものと定義することができます。個人の霊性こそが情緒的・身体的、そして知的生活に完全な体系をもたらすことができます。

私たちの仕事（緩和ケア）においてスピリチュア

表1 Spirituality = 意義

だれが？ (だれがあなたの生活において有意義か?)
なにが？ (何があなたの生活に意義をもたらすか?)
どこに？ (どこにあなたの生活の意義が見いだせるか?)
いつ？ (いつあなたの生活に意義を見いだしたか?)
どのように？ (どのようにあなたの生活に意義を見いだせるか?)
なぜ？ (なぜこのことがあなたの生活に意義をもたらすと思うか?)

リティはとても重要です。というのも、信念や価値観というのは人がどのように他の人と付き合うのか、そして治療に対処するのかということに大きく関わっているからです。スピリチュアリティは健康な時も病める時も、すべての段階においてとても重要です。スピリチュアリティや宗教的要因は特に末期疾患において、そして死へのプロセスにおいてとても重要になります。

スピリチュアリティは存在の意味を求めるものです(表1)。スピリチュアリティの有無は、どのような終末期のケアを求めるかについての決定と満足度に深く関わってくるといわれています。したがって、宗教的な信念以外に、「あなたのスピリチュアリティはどのようなものですか」ということを聞くことが大切です。それを聞くだけでケアの満足度が上がります。聞いたところで治療が変わるわけではありませんが、聞くということが大事なのです。そして、個人が生活のスタイルを変えることを可能にするものでもあります。そして、そのことによって新しい対処のメカニズムを導入することが可能になります。つまりこれまでのやり方がうまくいかないということになった場合、新しいやり方が可能になるのです。たとえば、「何かが変わった。だから私たちはこれから病気との付き合いも変えていかなければならないと思っています」ということができるのです。

表2 大きな Spirituality に関する質問

- なぜ私が？
- 神は存在するのか？
- どうして私がまだここにいるのか？
- 私は罰せられるのか？
- 死んだ後はどうなるのか？
- 私の“いのち”にどのような意味があるのか？
- 私の死に何か意味があるのか？
- 私が最愛の人の病の原因だったのか？

3. 自らに問いかけることの必要性

「時に癒やすが、和らげることはしばしばできる。だが、病む人に慰めを与えることはいつでもできる」。これは16世紀の外科医、アンブローズ・パレの言葉です。

私たちは聖職者やチャプレンと協力して、できる限りの取り組みをしています。特に医師にとって重要なのは、自分の専門領域が何であれ、医療を提供するということと、患者から大切な質問をされた時の対処の仕方はまったく異なるということです。私たち自身が何ものなのかということと、患者の質問とは大きく関わってくるということです。そして、大切なのは自らのスピリチュアリティや宗教観を振り返ってみることで、患者とやりとりする場合にはそのことが大きく影響してきます。患者と話す時には自らの宗教観を見直して確かめておき、自らの信念が患者や家族とのそれに介入しないようにしなければなりません。

私の体験ですが、患者と共に祈ることを求められた時に、私たちはどうしたらよいのでしょうか。これは宗教とは関係がありません。患者が私たちに共にいてほしい、サポートしてほしいと求めていることで、自分の人生にとって大切なこの時に、あなたと一緒にいてほしいということを表示していることなのです。ですから、この場合は患者と必ず一緒にいるようにします。何も言葉を発せず、静かに一緒にいます。その時を共に過ごすことが大切なのです。患者の人生にとって祈るということがとても大切なことであることを理解することが重要なのです。

ここにスピリチュアリティに関する大きな問題が掲げられています(表2)。これらの質問には答えることはとても難しいと思います。このような質問が患者からなされたときに重要なことは、私たちがそれらに対して答えを持っているかどうかではありません。答えが期待されているのではないのです。そのことについて対話することが求められているので

す。したがって、「それについてはどのように思っているのですか?」と聞き返せばいいのです。患者の中には、それらに関心のない人ももちろんいますので、そのような場合にはそれ以上追求する必要はありません。しかし、患者の側からこのような話が持ち出された場合は、それを続けることが重要だと思います。

スピリチュアルな痛みは、意義の喪失、希望の喪失、主体性(役割・活動・自立)の喪失、そして関係(家族・自身・神・世界)の喪失によって生じます。そして、スピリチュアルに癒やされるということは、生きる意義を取り戻すことであり、新たな希望が生まれることであり、感情を表現でき、未完の仕事に再度取り組めることであり、神・家族・友人との調和を図り、内的資源を開拓していく能力を回復することです。

私たちは患者の喪失感を取り戻してあげることができません。しかし、どのような希望があるかについて話すことはできます。「あなたの疾患を治すことはできませんが、あなたの母親が認知症になりこれまでの活動ができなくなったとしても、あなたとあなたの母親と一緒に一つの部屋で過ごすことができないわけではありません」と言うこともできます。

患者や家族は言葉を失うことがあります。どのような言葉を使ったらよいかわからないということもあります。一つお勧めするとすれば、以下の5つの言葉を口にするということです。シンプルな言葉ですが、これを発することで患者や家族は大きく救われます。

- 1) あなたを愛しています
- 2) あなたを許します
- 3) 私を許してください
- 4) ありがとう
- 5) さようなら

関係がどのようなものであれ、それは複雑なものであって、対立は必ず生じているものだからです。それが表現されなくても感じられているということは分かります。ですから、「ありがとう」「さようなら」という言葉がとても重要になります。こういう言葉を口にするのができない人もいます。あるいはこういうことを言うのがとても難しいことのように感じる人もいます。どのように言ったらいいかわからないという患者や家族には、それが助けになることもあれば助けにならない場合もありますが、私は先の5つの言葉を口にするように提案します。

4. 人生の振り返り

それでは、認知症の患者についてはどうなのでしょう。話ができなくなるということは、家族にとっては何かが終わったという感覚を持ちにくくなるかもしれませんが、だからといって患者は反応していないわけでも、聞こえていないわけでもないということをお伝えします。かなり進行した認知症患者であっても家族はわかります。聞きなれた声、タッチなどを感覚でとらえて、ちゃんとそこにいるということがわかっているのだと私は信じています。単に患者が聞こえていなくても、語りかけることが重要です。これを覚えておいてほしいと思います。

患者や家族にとって重要なことは、人生の振り返りということです。患者の人生を振り返って、よかったこと、悪かったことを考えてみるということです。これは story telling（語り）ということですが、それによって個々の人生の独自性が確認できることになります。

誰もが自分の死や終末期について話することに自信を持っているわけではありません。私はすべての患者や家族に対してこのような対応をしていますが、中にはこれが助けになる人もいればそうでない人もいます。

私は、「あなたの人生について教えてください」と言います。「あなたの人生の中で自慢に思えることは

何でしたか？」「振り返ってみて、あなたが達成したものの中でいちばん大きいことは何でしたか？」と質問するようにしています。誰がこのような話についてくるのか、あるいはついてこないのかを予測するのはとても難しいことですが、このような質問をするだけで大きく患者の助けになることがあります。

認知症患者の場合にはどうすればよいのでしょうか。誰の人生にも語るべき何かはありますから、患者と振り返ることができないのであれば、家族とそれをすればいいのです。「あなたのお母さんについて教えてください」と言えば、「母はダンスがとても好きだったのです」というような話が出てきます。愛する人の人生について家族が話をするのは、家族にとっては大きな慰めになります。

介護施設で行っているのは、患者の部屋のドアに20年か30年前の患者の写真を貼ることです。私たちは進行した認知症をもっている寝たきりの話のできない患者の姿しか知らないのですが、ドアにはまだ健康なときの患者の姿があると、患者への見方も変わってきます。認知症であったとしても、そうでなかった頃の姿を知るだけで、家族ばかりでなく私たちの助けにもなります。

以上が私の日常行っているスピリチュアルケアの概要です。

2010年 LPC 国際フォーラム
高齢者医療における緩和ケア
脆弱高齢者に対する質の高い医療の実現へ向けて

発行日 2011年2月10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