

臨床

# Sarcopenia の対策

— 予防と治療 —

小池 晃彦\* 葛谷 雅文\* 井口 昭久\*

## KEY WORD

レジスタントトレーニング  
 パワーリハビリテーション  
 栄養療法  
 テストステロン  
 ビタミンD

## POINT

- レジスタントトレーニングは、超高齢者でもその有効性が示されている。虚弱高齢者に対しては、パワーリハビリテーションとよばれる手法が、近年注目されている。
- 適正なカロリーおよび蛋白質摂取をし、体重を維持することが Sarcopenia 予防上肝要である。また、テストステロンなどのホルモンや、ビタミンDが、Sarcopenia に対する薬物療法となる可能性がある。
- 正式なトレーニングができない場合でも、高齢者では、より活発な社会活動を営むことが、Sarcopenia の予防となる。

0387-1088/04/N500/論文/JCLS

## はじめに

Sarcopenia とは、加齢に伴って起こる筋肉の量的減少、質的变化による筋力低下や耐久力低下と定義される。しかしながら、Sarcopenia は、加齢(遺伝子)による生理的要因に加えて、慢性疾患罹患や廃用などの病的要因が複雑に作用しあって進行する。高齢者では、廃用性筋萎縮が、安静臥床により急速に起こる。この場合、文字通り筋肉の使用が対策となるが、急性疾患罹患時には、困難なことも多い。急性疾患罹患時にすでに Sarcopenia があれば、予後に大きな影響

を与える。以上のことから、Sarcopenia の予防は、高齢者の予後を決定する重要な因子であり、また、健康な加齢(healthy aging)や QOL の向上にとって重要視すべき課題である。Sarcopenia に対する対策としては、運動療法、栄養療法、薬物療法があるが、現在のところ、レジスタントトレーニングとよばれる筋力改善に焦点をあてた運動が中心となる(図1)。

## 運動療法

### 1. レジスタントトレーニング

運動療法には、呼吸・循環器系の改善に焦点をあてた有酸素トレーニングと筋力改善を狙ったレジスタントトレーニングがある。有酸素トレーニングは、心肺機能を高め、最大酸素摂取

\*こいけ てるひこ, くずや まさふみ, いぐち あきひさ: 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座(老年科学)

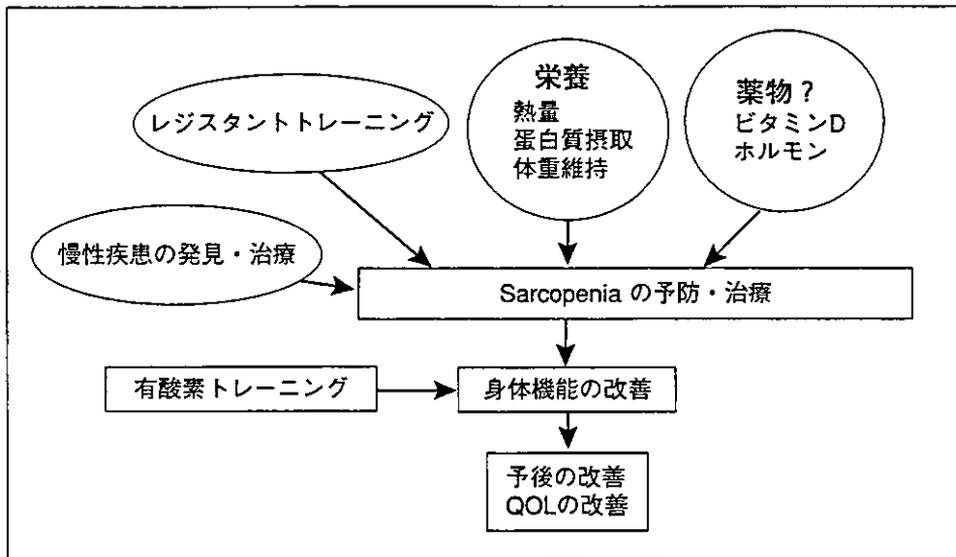


図1 Sarcopeniaの予防・治療のまとめ

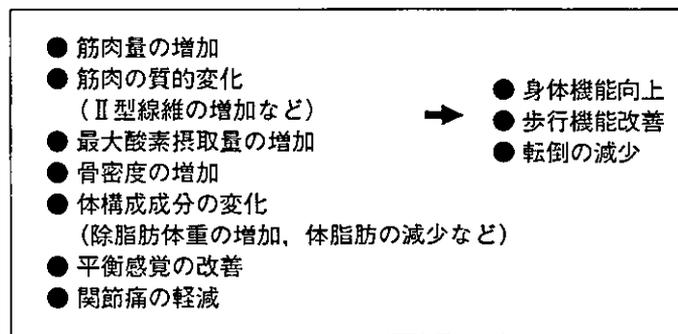


図2 レジスタントトレーニングにより期待される効果

量をも高める効果があるが、とくに筋力低下が著明な場合には、レジスタントトレーニングにおける筋力向上が、有酸素トレーニングでの事故防止などの役割を果たす。

レジスタントトレーニングで期待される効果には、筋肉量の増加による筋力の増強に加え、最大酸素摂取量の増加、骨密度の増加、体構成成分の変化、平衡感覚の改善、関節痛の軽減などがあり、歩行、身体機能の改善、転倒の減少から、QOLを上げる(図2)。

レジスタントトレーニングは、超高齢者においても、効果的と報告されている<sup>1)</sup>。Fiataroneらは、平均87歳の虚弱なナーシングホーム居住者にレジスタントトレーニングをすることで、筋力の増加、歩行速度の上昇、階段を昇る力の向上といった身体機能の向上、ならびに筋肉量

の増加を起こしたことを示した<sup>2)</sup>。また、レジスタントトレーニングにより、主要な筋肉蛋白質であるミオシン重鎖のmRNAレベルを上げることがも示されている。Balagopalらは、平均24歳のグループと比較して、平均71歳のグループでは、ミオシン重鎖のⅠ型アイソザイムの転写レベルは、有意な低下を認めなかったが、高齢者ではⅡ型アイソザイムが低下していることを示した。さらに、レジスタントトレーニングは、Ⅰ型アイソザイムの転写レベルを上げたが、Ⅱ型アイソザイムのレベルはむしろ下げたと報告している<sup>3)</sup>。

虚弱高齢者を対象としたトレーニングとして、近年、パワーリハビリテーションという手法が注目を浴びている<sup>4)</sup>。パワーリハビリテーションは、動けない人に対するトレーニングである。

健康高齢者に対する筋力トレーニングは、筋力強化理論に基づけばよいのであるが、動けない人では、動作学的理論が必要で、筋力だけでなくたとえば神経と筋肉の協調性の問題を重視する必要があることが強調されている。そのためには、準備運動、ストレッチ運動、マシントレーニング、整理体操という、一連の流れが必要である。筋力強化が、高齢者にとっても有効な手段であることは確立したと考えられるが、対象が虚弱高齢者になれば、複合的な要因を克服しなければ、臨床的な改善にまで至らないということであろう。今後、運動療法も対象者別に、専門的なチームアプローチが要求される。

## 2. メディカルチェック

運動療法を始める前のメディカルチェックについては、糖尿病などの治療を目的とする場合では、心血管疾患などの合併も多く必須である<sup>5)</sup>。無症状の健康高齢者の場合でも、一般採血、検尿、心電図、胸部X線などの検査をし、心血管疾患、糖尿病、腎疾患、眼疾患などに関しチェックを受けるべきである。慢性疾患をもつ症例では、適切な治療と、それぞれの疾患の進行を起こすことがないような運動療法を指導する。

## 3. レジスタントトレーニングの処方

高齢者医療の公理である“start low, and go slow”は、運動トレーニングを開始するにあっても、強調されなくてはならない。レジスタントトレーニング処方では症例の目的に応じて設定されるべきである。処方では、負荷の大きさなどの強度、持続時間(セット数)、頻度が設定される。

強度の基準となるのが、その人の「最大筋力」であり、「1RM(1 Repetition Maximum)」は、その人が1回しか反復できない重さ、つまり、その人にとっての最大負荷重量のことを意味する。低負荷(たとえば、1RMの60%)では、筋持久力が向上し、高負荷(たとえば、1RMの80%)では筋肉肥大が起こり筋力が高まると考えられている。この理由は、高負荷ではⅡ型線維を多く含む速筋が使われるのに対し、低負荷

では、Ⅰ型線維が主体の遅筋が活動することと、トレーニングによる筋肥大効果は、Ⅱ型線維において大きいことによると説明される。このような観点からは、高齢者でもⅡ型線維を鍛えるためには、強度の高いトレーニングが必要になる。しかしながら、高齢者では、息ごらえが必要になるほどの強度の高い運動は避けるべきである。

持続時間は、一定の回数を数セット行う。頻度は、トレーニングにより断裂、破壊された筋線維が回復し、修復される時間に基づき、48~72時間間隔で行う。しかしながら、損傷された筋肉の回復は、高齢者では、若年者と比較し低下していることもあり、トレーニング効果を評価しながら調整していく。

## 栄養療法

一般に、加齢により摂食量は低下する。この生理的な食欲低下は、胃内容排出能の低下やコレシストキニンの作用が関連すると考えられている。また、男性ではテストステロンの低下によりレプチンレベルが上昇することが示されているし、加齢による高齢者の虚弱化を引き起こすサイトカイン(たとえばIL-6)も生理的な食欲低下においては作用することが知られている<sup>6)</sup>。このような加齢に関わる食欲低下促進因子に加えて、様々な病的な要因、たとえば、うつは高齢者の食欲低下と体重減少の原因として重要である。外来通院中の高齢男性で、意図的でない4%以上の体重減少がみられた群(全体の約13%)では、体重を維持した群と比較し、有意に死亡率が高かったことが報告されており、体重減少は、独立した生命予後危険因子であることが示唆されている<sup>7)</sup>。

カロリー不足、とくに不十分な蛋白質の摂取は、窒素バランスが負となり筋肉の崩壊と喪失につながる。高齢者で体重減少を目的とし、食事を制限すると、脂肪のみならず筋肉量の低下を起こし、結果的に脂肪優位な体構成となってしまうことになるので注意を要する。高齢者でのダイエットは、明確に治療を目的とする場合

に限るべきで、意図的であっても予後を悪化させる可能性があることが示されている<sup>7)</sup>。

## 薬物療法

### 1. ホルモン

筋肉の蛋白質合成に関わる同化ホルモンであるテストステロン、成長ホルモン(GH)、インスリン様成長ホルモン-1(IGF-1)、dehydroepiandrosterone(DHEA)は、加齢により低下する。ホルモン補充療法は抗加齢対策として、理にかなっている。しかしながら、閉経女性に対するエストロゲン補充療法が、Women's Health Initiative(WHI)の結果、心血管疾患の減少や認知機能の改善を認めず、逆に発癌、血栓症の増加を起こすことが発表され、ホルモン補充療法の実施は困難になると予想される。ちなみに、エストロゲン補充療法による筋肉量増加効果は、示されていない。

テストステロンは、筋肉量を増やすという効果においては、最も有望視されている。しかしながら、医学的、社会的により重要な効果、たとえば、転倒・骨折の減少、施設入所の減少、ADLの改善などについては明らかではない。男性の性腺機能低下症症例では、テストステロン治療により、筋肉の機能改善や骨量の維持効果、男性としての性的特徴の発現などがみられるが、加齢による生理的なホルモン低下に対して、薬物的濃度のテストステロンの長期的投与は、有害な効果を引き起こし得る。実際、テストステロンにより、冠動脈疾患、前立腺癌、過粘稠度症候群(高ヘマトクリットによる)を起こす可能性があり、現時点では、筋肉量を増やすという観点からのテストステロン投与に正当性は認められない。

GH、IGF-1の筋肉量ならびに筋力の増加に対する効果の評価は一定しておらず、長期的な投与による危険性についても、明らかでない。高齢者では、GH、IGF-1の補充が、手根管症候群、女性化乳房、浮腫、関節痛を引き起こすことが報告されている。

### 2. ビタミンD

ビタミンDの筋力増強作用が、近年注目されている。Bischoffらは、ビタミンD投与が転倒を予防するとの報告をしており、主に筋力増強作用によるものとしている<sup>8)</sup>。ビタミンD欠乏によって生じる骨軟化症では筋力低下が主症状にあり、ビタミンDの補充により筋力低下は劇的に改善するとのことである。ビタミンD欠乏時には、II型筋線維の障害が起こるとされる。多くの高齢者において、慢性的なビタミンD欠乏があることがわかってきており、骨粗鬆症に対する対策とあわせて、ビタミンDの投与がSarcopeniaの予防、治療となる可能性がある。

## まとめ

以上総合すると、Sarcopenia対策には、レジスタントトレーニングを中心として、十分なカロリーと蛋白質の摂取をすすめるとともに、ビタミンDなどのサプリメントを摂取することである。さらには、活動的な社会生活を持続し、肉体的だけでなく、精神的にも健康な生活を心がけることが、ホルモン、サイトカインの複雑なネットワークが引き起こしていると考えられるSarcopeniaの予防になる可能性がある。Sarcopenia対策において、健康な高齢者へのアプローチと虚弱者、慢性疾患罹患者もしくは超高齢者へのアプローチは必然的に異なるであろうが、いずれにせよ包括的なチームアプローチが必須と思われる。

## 文 献

- 1) Greenlund LJS and Nair KS : Sarcopenia-consequences, mechanisms, and potential therapies. *Mech Ageing Dev* 124 : 287-299, 2003.
- 2) Fiatarone MA et al : Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 330(25) : 1769-1775, 1994.
- 3) Balagopal P et al : Age effect on transcript levels and synthesis rate of muscle MHC and response to resistance exercise. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 280 : E203-E208, 2001.

- 4) 竹内孝仁ほか：パワーリハビリテーション No. 1, 介護予防・自立支援・パワーリハビリテーション研究会編, pp6-19, 医歯薬出版, 2002.
- 5) 押田芳治ほか：運動療法のやり方と効果. 日内会誌 93 : 726-732, 2004.
- 6) Morley JE : Anorexia, sarcopenia, and aging. Nutrition 17 : 660-663, 2001.
- 7) Wallace JI et al : Involuntary weight loss in older outpatients : incidence and clinical significance. J Am Geriatr Soc 43(4) : 329-337, 1995.
- 8) Bischoff HA et al : Effects of vitamin D and calcium supplementation on falls : a randomized controlled trial. J Bone Miner Res 18(2) : 343-351, 2003.

(執筆者連絡先) 小池晃彦 〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座(老年科学)

Geriatric Medicine 8月号予告

**特集** アンチエイジングの新しい動向①—サプリメントを中心に—

巻頭言

1. イチョウ葉
2. CoQ<sub>10</sub>
3. ソバポリフェノール
4. L-カルニチン
5. DHA
6. 金線蓮
7. 大豆イソフラボン
8. 植物ステロール
9. 抗酸化サプリメント

- |           |                 |        |
|-----------|-----------------|--------|
| 京都府立医科大学  | 生体機能制御学         | 吉川 敏一  |
| 京都府立医科大学  | 消化器病態制御学        | 内藤 裕二  |
| 東京工科大学    | バイオニクス学部        | 山本 順寛  |
| 富山医科薬科大学  | 和漢薬研究所          | 横澤 隆子  |
|           | 東京都老人総合研究所      | 田中 康一  |
| 東京海洋大学大学院 | ヘルスフード科学        | 矢澤 一良  |
| 東京海洋大学大学院 | ヘルスフード科学        | 山口 宏二  |
|           | 京都大学名誉教授        | 家森 幸男  |
|           | 理研ビタミン(株)ヘルスケア部 | 仲野 隆久  |
| 明治製菓(株)   | ヘルス・バイオ研究所      | 越阪部奈緒美 |

Case Study

紅麹(天然スタチン)

東邦大学医学部臨床検査医学 芳野 原

Short Topics

- |           |               |       |
|-----------|---------------|-------|
| 1. シリマリン  | (株)ファンケル中央研究所 | 宮田 智  |
| 2. 大豆サポニン | (株)ファンケル中央研究所 | 小野衣里日 |

Round Table Discussion

「アンチエイジングの新しい動向—サプリメントを中心に—」

出席者：辻 智子 (株式会社ファンケル中央研究所)

(50音順) 山本 順寛 (東京工科大学バイオニクス学部)

司 会：吉川 敏一 (京都府立医科大学生体機能制御学)

(予定者・敬称略)

## 1. 大学病院における老年医学専門医の役割ならびに問題点

葛谷 雅文

Key words : 老年医学, 大学病院, 退院支援, 高齢者医療, 老年医学専門医師

(日老医誌 2004 ; 41 : 378—380)

## はじめに

大学病院の主要な役割である「診療」、「教育」、「研究」について高齢者医療専門医ならびに老年医学講座の役割, 問題点さらに将来の方向性につき, 私なりに考えていることを述べたいと思う。多分に思い込みや独断がある可能性があり, ご批判いただければ幸いである。

## 大学病院における診療

高度先端医療を求められる特定機能病院である大学病院は, 平成 16 年からの独立行政法人化が迫っており, それにともない今までの赤字経営の是正が求められていることは言うに及ばず, 厚生労働省のすすめる病院の機能分化, さらに包括医療制度により, 大学病院も他の病院と同様, 在院日数の短縮化, ならびに地域連携を推進して行かざるを得ない状況になってきている。確かに大学病院は高度先端医療の場として重要であるが, 先端医療のみを期待して受診している患者だけではないことは明らかで, 大学病院に受診, 入院している患者の多くはいわゆる common disease である。さらに, 社会の高齢化にともない, 大学病院通院患者, 入院患者の高齢化も顕著であり, 高度に専門性を持った科の集団である大学病院では多くの高齢者はその狭間で困惑している事例が多くある。

老年科医師は「ある特定の疾病だけを見るのではなく, 患者さんを横断的に診療し, かつ全人的にみる必要がある」とことは, 日本において老年医学講座ができて以来の共通の概念である。実際に日本において老年医学講座ができた背景と言うのも, 高齢者は多くの疾患を抱え, ある一つの臓器を専門に見る専門家だけでは対処で

きないというコンセプトであると聞いている。図 1A のような状況では誰が一人の高齢者の責任を負うのかはなはだ不明瞭であり, 利益よりむしろ高齢者は医療によって QOL を損なうケースがまれではない。多臓器に問題を抱え, しかも多くの障害を抱える高齢者は老年科医が中心になって責任者となり, 多くの専門医の先生方と協調して包括的に診療してゆく体制が望ましい (図 1B)。従って大学病院だけの話ではないが, 多くの一般病床で老年科医は高齢者の generalist としての専門性を確立し, 他の専門医たちと強調しながら包括的に医療を行う責任者としての位置づけが望まれる。さらに今まで高齢者医療の専門家が関与することは大事だと言いながら, その実利的メリットを私どもを含めて病院ならびに社会に提示できていなかったのではないかと反省がある。今後, 老年科医師が関与することにより, 高齢者の在院日数の短縮, 再入院率の低下, 予後の改善, ADL, QOL の向上などを示してゆくことが極めて重要である。かつて 1980 年代欧米で老年科医が包括的総合機能評価を導入し, 高齢者の予後を著しく改善したことより, 老年科医師が脚光を浴びたように, 今後我々の関与によるメリットを積極的に提示してゆく必要がある。

病院中に高齢者は存在し, しかも彼らは一つの疾患により入院したとしても, 多くの併発症を抱えている。病院中のそのような高齢者を老年科の病棟で診療することは物理的に困難であることを考えると, 今後積極的にコンサルテーション機能を充実してゆく必要があると思われる。また老年科医は高齢者の退院支援に積極的に関与すべきである。今後大学病院も, 在院日数の短縮化, 地域連携を強化してゆく必要が求められており, 在院日数短縮化により, 医療途中で退院をさせざるを得ないケースもでてくる可能性がある。高齢者の場合も例外ではない。その意味で今後ますます継続医療, 継続看護は重要になってくることが予測できるし, 高齢者の場合充分な退院支援を行い, 地域医療の現場に引継ぎをする必要が



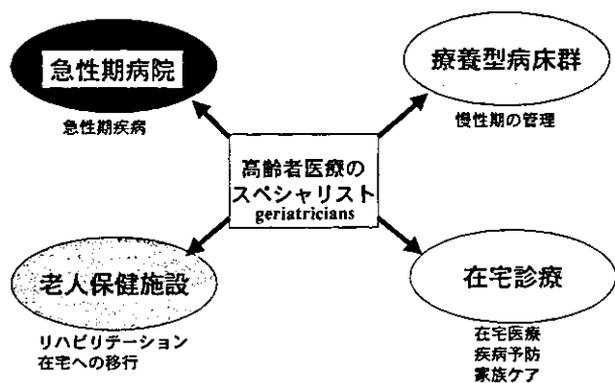


図3 高齢者診療のスペシャリストの育成場所ならびに将来の活躍の場

る。1999年の調査では、研修指定病院において一施設で研修を行っている病院では何と1割しか老年医学研修が行われていないこと、さらに多くの病院は1999年時点では今後も老年医学研修を予定していない、とのことである。しかしながら平成16年からの医師卒後研修の必須化にあたり「地域保健・医療」での研修が必須となり、今後社会福祉施設、老人保健施設などでの研修が推進することが期待できる。そのような施設において老年医学、高齢者医療について教育ができる十分なスタッフがいるかどうか危惧する向きもあるが、前進であることは間違いない。老年科医師はそれらの卒後研修に積極的に関わるべきである。

最後に高齢者医療に志を持つ医師のトレーニングは今後の日本の高齢者医療をになう優秀な人材育成という意味で極めて重要である。一つは高齢者医療に関する研究者の育成、もう一つは高齢者診療のスペシャリストの育成である。もちろん研究者の育成と言っても研究者においても現場を知らずして世の中の役に立つ研究はできないため、臨床トレーニングに関しては共通のコアを持つべきである。トレーニングの場として急性期医療の現場、療養型病床、老人保健施設、さらには在宅医療の現場の4つの全ての場での研修が望まれる(図3)。そのような

場でトレーニングを受けた医師は、現場でどのような研究が望まれているか、どのようなエビデンスを提示する必要があるかなど身重って知ることができる。またその4つのトレーニング場所は彼らの将来の活躍の場となり、後輩の指導に当たることになる。

### 大学病院における老年医学研究

老年医学の研究分野はそれこそ無限にあるが、大学の老年医学講座は今まで老年病に関する基礎医学分野に力を注ぎ多くの実績を積み上げ貢献してきた。しかし、若干社会医学的テーマに弱く、高齢者医療の現場に直ぐに還元できる研究分野に弱い傾向がある。私の独断と偏見だが、今後老年医学講座の研究は、「高齢者医療における種々のエビデンスの確立」「科学的手法を用いた社会医学的研究」にも力を注ぐべきだと思う。その成果は高齢者医療の現場に還元でき、高齢者医療のみならず高齢社会に関する政策提言にもつながるはずである。老年医学の研究分野は健康な高齢者からヒトの死まで膨大であるが、多くのテーマは医学のみで独立せず、他の多くの研究分野と協調する必要性、または協調できる可能性がある。

### おわりに

よりよい高齢社会を目指すには老年医学の発達是不可欠である。しかしよりよい高齢社会を目指すには老年医学だけでは不十分であるのはいうまでもない。老年医学の究極の目的は高齢者患者さんのQOLを高めることであることを考えれば、多くの他分野、例えば現在も望まれている、福祉分野、看護分野との連携、さらには今後心理、経済、工学、法律、など様々な分野の方々と協調してゆく必要がある。老年学を「老いの問題を多角的側面から研究することにより、高齢者福祉政策や援助体制の改善に役立てようという学問」と定義するならば、老年医学は今後老年学に関連するその他の分野との協調、統合を目指すべきだと思う。

## 6) 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する 日本老年医学会の「立場表明」

植村 和正

Key words：高齢者，終末期医療，立場表明，倫理委員会，日本老年医学会

(日老医誌 2004；41：45—47)

### はじめに

日本老年医学会では平成10年9月より倫理委員会が発足し、老年医療分野における終末期医療に関する倫理的諸問題について議論が始まった。第一回の倫理委員会で浮き彫りになった問題点は、①高齢者への差別、いわゆるエイジズム、②高齢患者の自己決定、③家族・介護者の意向、④技術的な問題、⑤終末期医療および看護教育、⑥医療経済、⑦医療過誤などの法律問題、であった。倫理委員会では、以上の諸問題に対して日本老年医学会の「立場表明」を作成する方向で討議を進めた。その目的は、「すべての人が有する最善の医療を受ける権利を擁護・推進する」ことにある。

### 「立場表明」発表までの経緯

平成13年6月の日本老年医学会学術集会で「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学科会の「立場表明」が表明されたが、この間、倫理委員会は5回開催されている。また、最初の倫理委員会案の作成から「立場表明」公表までに以下のプロセスを経た。

- ①平成11年9月の「老年医学」市民公開講演会における意見聴取
- ②平成12年6月の日本老年医学会学術集会で討議
- ③以上の議論を踏まえ、修正を加えた「立場表明案」に対する、日本老年医学会の学術評議員全員へのアンケート調査
- ④アンケート結果を踏まえて倫理委員会での最終案作成

### 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」

#### 1. 基本的立場

「人の老化と死に向かい合う老人医療は、生命科学で得られた成果を基盤にした生命倫理を重視した全人医療であるべきである。」

立場—1—：高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する。

(論拠) 適切な医療およびケアを受ける権利は侵すことのできない基本的人権である

立場—2—：高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行われなければならない。

(論拠) 病名や病態に関する情報開示が高齢者である、あるいは患者個々の価値観や思想・信仰の故に、不十分であってはならない。考えられる予後や「終末期の医療やケア」に伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が必要である。話し合いでは患者が希望することを尊重すべきである。

立場—3—：終末期医療では、患者の生活の質(QOL)の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。

(論拠) 患者のQOLを維持、向上するための医療やケアが終末期の医療およびケアの主体となるべきである。終末期の医療およびケアとは、「痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者のQOLを向上させる医療およびケア」であると考えられる。

立場—4—：終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。

(論拠) 終末期の医療およびケアにおいて、患者の家族は重要な役割を担う。患者の病状を家族に説明するとともに、そのことにより生じた家族の悲しみを和らげる

表1 倫理委員会委員

委員長	井口 昭久	名古屋大学老年科教授
委員		
飯島 節	筑波大学心身障害学系教授	
井藤 英喜	東京都多摩老人医療センター院長	
遠藤 英俊	国立療養所中部病院内科医長	
加藤 正弘	江戸川病院院長	
小出 五郎	NHK 解説委員	
佐々木英忠	東北大学老年・呼吸器内科教授	
袖井 孝子	お茶の水女子大学生活学部教授	
鳥羽 研二	杏林大学高齢医学教授	
野口美和子	自治医科大学看護学部教授	
松下 哲	勝楽堂病院 (元東京都老人医療センター副院長)	
(幹事)		
植村 和正	名古屋大学病態内科学講師	
顧問	高村 浩	高村法律事務所 弁護士

など、医療者は家族に対して積極的に支援する必要がある。ここで述べる「家族など」とは、家族、患者の友人や介護者など患者の終末期に関わる人たちのことを言う。

## 2. 技術的課題

立場—5—：終末期における医療およびケアは医学のみならず看護・介護、社会・心理など、幅広い領域を含む集学的医療およびケアである。

(論拠) 終末期において死にゆく患者を対象とした医療およびケアは集学的に実施されることが望ましい。集学的チームのメンバーには、医師、看護師、ソーシャルワーカー、介護サービスの担当者、リハビリテーションの担当者、臨床心理士、ボランティア、家族などが含まれる。各々チームのメンバーは、患者の死にゆく過程で持ち得る知識と技術のすべてを患者の必要に応じて提供すべきである。

立場—6—：終末期医療およびケアにおいて施行される医療処置は、患者への利益が医学的に保証されたものであるべきである。

(論拠) あらゆる医療処置やケアに関して、「得られる利益に関する科学的裏付け」の獲得、および「標準化」を目指す努力が継続されるべきと思われる。「標準化」は医師の「恣意性」を排除して、患者の「自律性」を保証することを目標としたものになるであろう。

立場—7—：患者の「尊厳」や「自律性」の尊重は、個々の文化的背景などに配慮すべきである。

(論拠) 日本人には、医療の専門家に対する従順性や自らの境遇に対する運命論的受容など、欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景がある。高齢者では、情報が開示されることを拒絶する場合すらある。

このような背景を無視し、十分な援助の準備もない告知は単に死の通告に他ならない。

## 3. 教育的課題

立場—8—：終末期患者が最善の医療およびケアを受ける権利を保障するために、医療者は実践的な教育を受けべきである。

(論拠) 終末期患者の症状の管理技術、介護技術、患者とのコミュニケーション技術等について実践的な教育がなされるべきである。

立場—9—：「終末期の医療およびケア」は、終末期患者のQOLの向上に役立つものであることを、国民が理解することが望まれる。そのためには国民に対しての「終末期の医療およびケア」および「死の教育」が必要である。

(論拠) これにより、「終末期の医療およびケア」が終末期患者の尊厳を損なうものではないことが理解されるであろう。

## 4. 医療制度的課題

立場—10—：あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、社会制度的支援が不可欠である。

(論拠) 包括点数による診療報酬請求体系等の現行の医療制度があるべき高齢者の「終末期の医療およびケア」の実現を阻んでいる側面がある。

## 5. 研究に関する課題

立場—11—：十分な資金提供のもとに、あるべき「終末期の医療およびケア」の実現を目指す研究の推進が必要である。

(論拠) 症状緩和に関する研究、高齢患者の「自律性」を重んじた「終末期の医療およびケア実現」の方策、QOLの客観的評価法、在宅終末期医療およびケアの研究、などが必要である。さらに、日本人の「死生観」に根差した社会・心理的研究が必要とされている。

## 6. 国民的合意/社会への公開に関する課題

立場—12—：終末期における医療やケア行為の是非を検証できるような、第三者をいれた「倫理委員会」を各医療機関に設置し議論を行うと同時に、そこでの議論を広く公開し国民の意見にも耳を傾けるシステムをつくるべきである。

## 7. 「立場表明」の位置づけ

立場—13—：この立場表明は過渡期的な意見表明であって、今後科学的な手法を用いた検討により、この立場表明の妥当性自体が検証されるべきものである。

(論拠) 現在の我が国における「高齢者の終末期の医療およびケア」を取り巻く課題には、単に医学的見地のみからでは結論の出せないものが多くある。日本老年医

学会は学術団体として、これらの諸課題に対する調査・研究を行い、その結果を国民に提示し、議論を喚起する責任を負っていると考え、日本老年医学会の「立場表明」の公表は、あるべき「高齢者の終末期の医療およびケア」を実現するための活動の第一歩であると考えている。

### 倫理委員会の今後の活動方針

以上、「立場表明」を概述したが、今後はこの「立場表明」を踏まえて、さらに理想的な終末期医療実現のための活動が求められる。今後の倫理委員会の活動方針について述べる。

#### 1. 高齢患者の自己決定実現に向けての活動

まずは、「インフォームド・コンセント」の現状把握から始めたい。最終的には「インフォームド・コンセント」のガイドライン作成を目指している。

#### 2. 終末期医療やケアの診療ガイドラインの作成に向けての活動

これがおそらく最も困難な活動になると考えられる。なぜなら、個別性の高い終末期医療において、一律の診療指針はときに患者の人権を侵しかねないからである。まずは、地道な実証的研究が必要となろう。具体的には、①高齢者終末期の症候、徴候の把握、②高齢患者への病状説明の現状把握、③実際に施行されている医療措置の把握、などがその対象となると考えられる。最終的には

疾患ごと、あるいは症候や徴候ごとの診療ガイドラインの作成に取り組めれば望ましいと考えている。

#### 3. 終末期医療やケアの教育の充実と改善に向けての活動

まずはやはり現状調査から始めるべきであろう。具体的には、終末期医療に関する教育カリキュラムの有無とその内容に関する調査を踏まえ、最終的には終末期医療・ケア教育のモデルカリキュラムの作成に向かいたい。

#### 4. 各医療機関の「倫理委員会」活動に対する支援に向けての活動

これも現状調査を先行させたいと考える。「倫理委員会」の設置状況、活動内容の調査に加えて、具体的事例の収集などがその対象となろう。高齢者の終末期医療に関する「倫理委員会」のネットワークが構築できれば望外の喜びである。

### 文 献

- 1) 社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」, 日老医誌 2001;38:582—583.
- 2) 日本老年医学会倫理委員会委員長井口昭久：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」を表明することに至った経緯について, 日老医誌 2001;38:584—586.