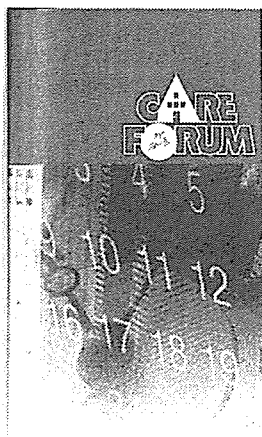


山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 他 4 名(2002): 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連, 日本公衆衛生雑誌, **49**, 660-671.

横田良子, 榎本香織, 下村裕子(1998): 在宅要介護高齢者の介護継続に関する研究介護に対する満足度と介護体験の意味について, 慶応義塾短期大学紀要, **8**, 77-87.



特集 24時間365日の在宅ケアを実現するには

24時間365日体制を支えるチームアプローチと連携のあり方

川越正平 *Kawagoe Shohpei*

千葉県松戸市・あおぞら診療所 所長

はじめに—なぜ24時間365日の体制が必要とされるのか

あおぞら診療所は1999年6月、千葉県松戸市に医師3名による在宅医療中心の診療所として開設され、当初より24時間365日の安心を保証してきた。人口47万人、面積61km²の松戸市全域を守備範囲としている。およそ直径10km、車で30分程度で到達可能な範囲である。2004年には市内に分院を開設し、現在では常勤医師5名、研修医が常時2名ローテート、看護師14名の態勢に拡充し、2つの診療所で合わせて400名以上の在宅患者の診療を担当している。

■End of Lifeを住み慣れた地域で暮らし続けるために

老いを迎え足腰が弱くなるとともにしばしば認知症を呈する、疾患や事故のため障害を抱えるに至り生活に何らかの援助を要する、がんと診断され命に限りがあることが判明するなどの局面に、大多数の人はいずれ遭遇することになる。End of Lifeと称されるこのような時期を迎えるにあたって、当事者にとっては、残された人生をどのように生き、どこに住まい、どのように暮らし、そしてどのように死を迎えるのが重要なテーマとなる。医療やケアに従事する

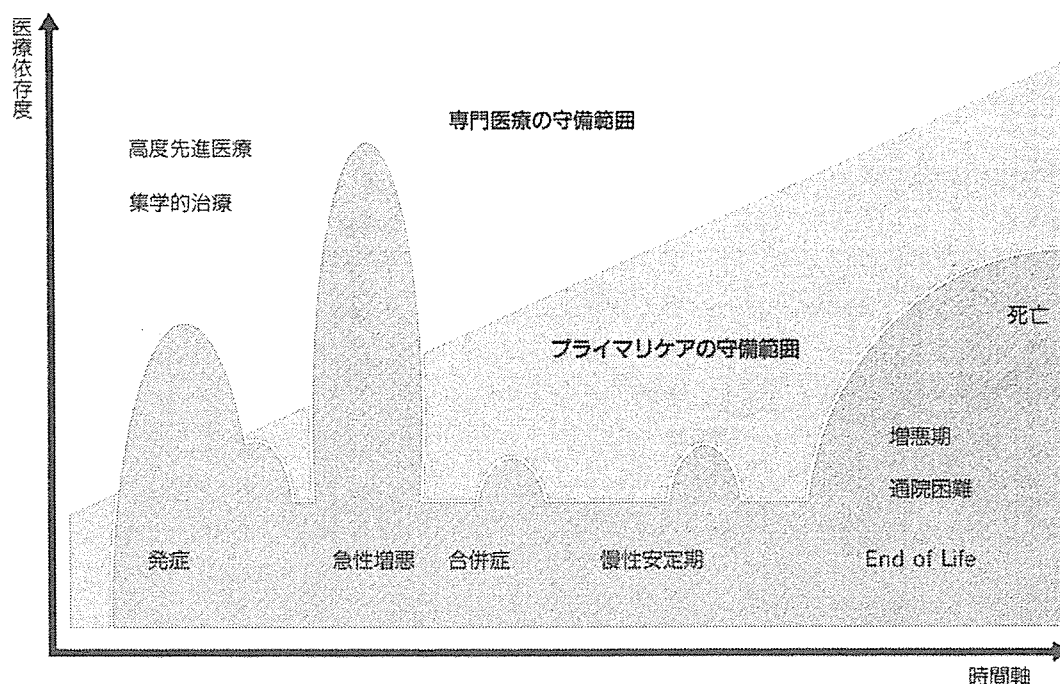
者にとっては、その方々をどうやって支えていくのかが問われることになる（図1）。

平均在院日数短縮化の流れにともない、在宅で療養する要介護者の医療ニーズは確実に増している。本来、在宅医療は在宅ケアの一要素にすぎないが、電気・ガス・水道と同様、在宅ケアにとって欠くことのできないライフラインの一つと言っても過言ではない。このように、療養者の「生命と生活を丸ごと支える視点」に立脚し、介護や医療を提供すべきである。当事者に寄り添い、生活にも深くかかわって、医療のみならずケアを提供する、そして命を最期まで支える、そのような包括的地域ケアシステムが必要とされている。

■高齢社会のインパクト—要介護者や独居高齢者の急増

2004年時点で65歳以上の高齢者は2,488万人、高齢化率は19.5%である。一方、介護保険における要介護認定者の総数は2006年4月時点で435万人であり、このうち、居宅サービス利用者は約6割の263万人にのぼる。高齢化は今後さらに進展するが、なかでも重要なのは75歳以上の後期高齢者が今後20年間急増し続けることである（2004年の1,107万人から2020年には2,026万人にまで倍増するという）。要介護者の

図1 医療依存度と時間軸の関係



出現率は前期高齢者の6%に比し、後期高齢者では32%にも及んでいることから、要介護者は今後20年間増加の一途をたどることになることが確実である。また、独居世帯の増加も著しい。独居世帯は2000年時点で303万世帯であったが、2025年には680万世帯にまで倍増すると予測されている。老老世帯や日中独居など、独居世帯と類似の困難を抱える世帯も含めると、過半数の高齢者が介護力の乏しい条件での生活を余儀なくされることになる。

■「大量死時代」を迎えて

1960年には日本人の7割が自宅で亡くなっていた。ところが、その後のわずか30年あまりの間に病院での死亡が急増するとともに、自宅での死亡は2000年時点で13.8%にまで激減している。さらには、高齢化の進展とあいまって、死亡者数自体が急増するという事に注目すべ

きである。1990年に82万人であった年間死亡総数は、2000年には96万人まで増加した。それにとどまることなく、2038年には170万人にまで激増すると予測されている（図2）。

このような超高齢社会の到来を鑑み、将来にわたって破綻をきたすことなく適切な介護や医療を提供していくためのキーワードが「24時間365日の安心」と言うことができるだろう。End of Lifeを住み慣れた地域で暮らし続けるために、そして、死にゆく場所を自ら選びとる権利を保障するためには、どのような基盤整備が必要なのかという命題について、官民をあげて真剣に取り組んでいく必要がある。

共通の理解基盤に立つ

■「点」のかかわりを重ねるなかでの情報共有

在宅ケアは訪問型のサービスが基本となる。訪問診療や訪問看護、訪問介護という「点」の

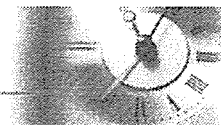
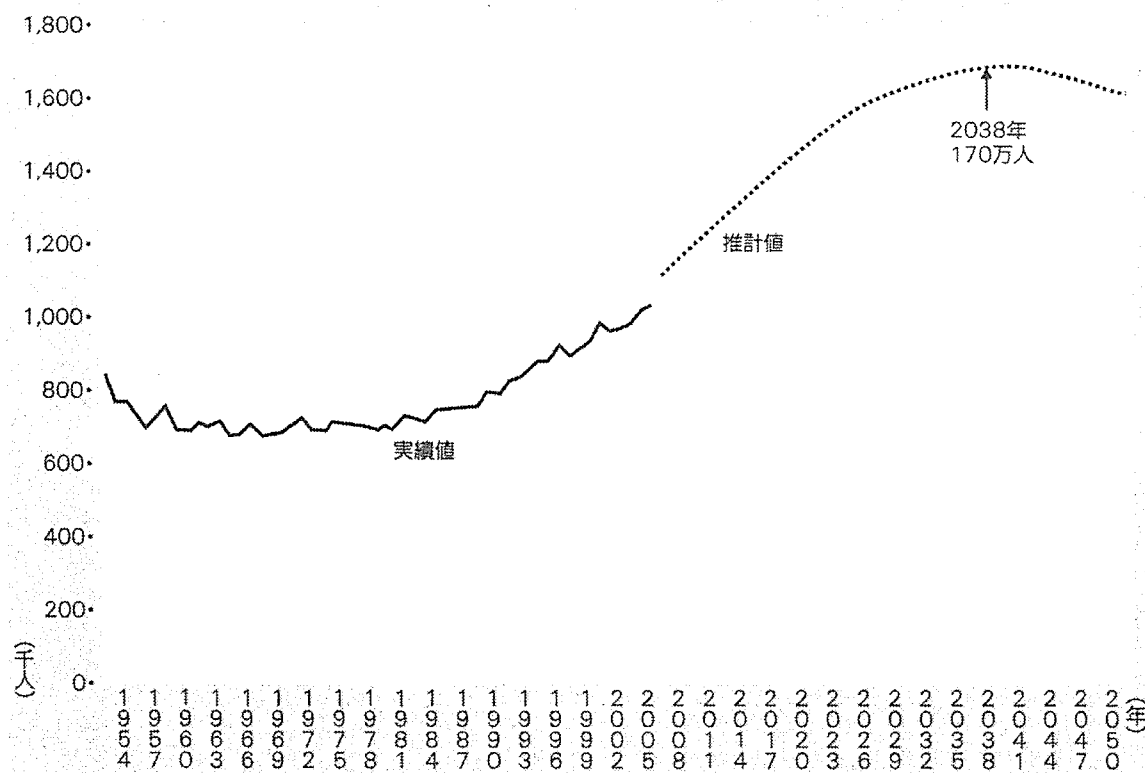


図2 死亡数の年次推移



資料：2004年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
2005年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2002年1月推計）」（中位推計）

かわりを積み重ねるなかで、刻々と変化している状況を把握するとともに、適切な介入を行わなければならない。この制約を乗り越えるためには、すべてのスタッフが周到に情報を共有し、チーム一丸となって治療やケアにあたる必要がある。チーム内、さらには地域ネットワークにおける情報共有の重要性を忘れてはならない。

■介護者からの情報が手がかかりとなる

在宅においては、医学知識をもちあわせていない患者や介護者、またはホームヘルパーからの報告を手がかりにして、患者の病態変化を察知しなければならない。だからこそ、どんな病態変化や合併症、事故が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告すべきかを、患者や介護者に日頃から指導しておくことがきわ

めて重要である。

とくに重要となるのは、対応を急ぐかどうかの判断である。夜間や週末だからという遠慮から第一報が遅くなってしまった場合など、すでに重大な病態に陥ってしまっている恐れもあるため、「迷ったらとりあえず連絡」するよう指導しておくことが肝要である。相談しやすい関係を構築することも、医師・看護師の力量だということ意識したい。

当院では、在宅導入後はじめての問い合わせに対しては、軽微な変化であってもひとまず診療に赴いたうえで緊急性はないことを確認するよう心がけている。患者、家族にそのような経験を重ねてもらうことによって、在宅における24時間対応の実際への理解が深まると考えているからである。

■在宅ケアの密室性を打破するために

在宅ケアの最大の欠点は、診療やケアが自宅という密室で行われ、担当者の独善的なものに陥りかねないということにある。過不足のないカルテ記載や家族に立ち会いを求めることは一法だが、それだけでは不十分である。

当院では、この問題を打破するため、複数の医師と複数の看護師によるチームで対応すること、医師の診療に看護師や事務員が立ち会い、生の診療情報を共有することを原則としている。

また、全職員が参加するカンファレンスにおいて、事務員も含めた多職種が発言し、各自の視点から得た情報を共有することに少なからぬ時間を割いている。そして、院外のさまざまな医療機関や事業所に対して、ソーシャルワーカーのみならず、医師・看護師・事務員すべての職種がソーシャルワーク機能の一端を担っているとと言っても過言ではない。

また、医学生・看護学生・研修希望者など外部からの検証を常日頃から拒むことなく受け入れることが独善を防ぎ、自らの診療やケアを相対化するためにきわめて有効であると認識し、積極的に受け入れている。

365日の在宅ケアを一貫して支える

■24時間365日体制の一端を担う

ケアマネジャー

ケアマネジャーは、介護支援専門員という名称のとおり、担当する要介護者の背景や希望を踏まえて、どのような介護を提供すべきなのかをみきわめ、ケアプランを作成することが一義的な任務である。しかし、しばしば複数の疾患を有し医療の必要性も高い要介護者においては、お決まりのケアプランを毎月提供していればよいなどと短絡することはできない。

感染症を生じたなど、要介護者の病態の急激な変化に際して、必要となる介護の中身が大幅

に変化することもしばしばである。そのような場合、医療を担当する主治医や訪問看護師と密接に連携し、遅滞なくケアプランを変更させる必要が出てくる。また、老老世帯の増加とともに、要介護者本人の病状のみならず、介護にかかわっている家族の体調がわるくなったなどの事態に際し、ケアプランを急遽変更させる必要が出てくることも少なくない。

今日、在宅医療を提供する側に24時間365日の対応が求められるに至ったことが必然であることを鑑み、連携するケアマネジャーにも24時間365日体制の一端を担うという認識のもと、弾力的な対応を期待してやまない。

■ネットワーク構築の鍵は顔の見える関係づくり

当院では、5名以上の患者を協同で担当している訪問看護ステーションと、月に一度合同カンファレンスを行うこととしている。連携ステーションの看護師には、当院医師の携帯電話の番号を周知し、患者の病状変化その他に遭遇した場合、「いつでも現場から相談してほしい」との旨の徹底をお願いしている。

一方、ケアマネジャーとの連携については、2006年4月の介護報酬改定において、居宅療養管理指導の内容を主治医から文書で報告することが義務づけられたことによって、まがりなりにも医師とケアマネジャーが定期的に文書を取り交わす仕組みができた。この仕組みだけでは地域ネットワーク構築にはほど遠いが、「敷居が高い」と思われがちな医師との連携の端緒となることが期待される。

「尾道」方式は、ケア担当者会議を100%近く実施していることで名高いが、その本質は、わずか15分間であっても関係者が一堂に会することによって、「顔の見える関係づくり」が積み重ねられ、結果として連携が深まり、「石が玉」



に変化していったことが成功の秘訣であったと考えられる。地域ごとにさまざまな事情があったとしても、このような「顔の見える関係づくり」を企図することこそ、地域ネットワーク構築の鍵とすることができよう。

■医療行為への弾力的な対応

2005年7月に「医師法第17条の解釈について」として「原則として医療行為ではないと考えられる行為」が厚労省医政局長通知として公表された。これにより、医療に関連する行為について、以前に比してホームヘルパーも弾力的に対応することが可能となった。しかしながら、「(硝酸薬経皮吸収剤の貼付や吸入用ステロイド薬の吸入は)記載されていないため実施できない」とか、一方で「(服薬の介助は)記載されているから可能」などという不毛な論争はいまだに存在している。

このような場合、たとえば「硝酸薬経皮吸収剤の貼付にともなう危険性はほとんど皆無なので可能」「気管支喘息に対する吸入用ステロイド薬の吸入はホームヘルパーが介助する危険性に比し、実施しない場合の危険性のほうが高いので、正確に援助できるべく手だてを講じるべき」「(週に2日間だけ内服するなどの)変則的な指示が出されている経口抗がん剤の服薬介助については医師・看護師の監視のもとで行う」など、それぞれの行為が安全なのかどうか、危険性をはらんでいるのかどうかに応じて、個別ケースごとに判断するのが妥当であろう。

24時間の安心を提供するために 必要な医療と連携

■「地域を病棟」ととらえる

在宅医療の先駆者として名高い堀川病院の早川一光が指摘したごとく、自宅を病室、道路を廊下とみなし、「地域が病棟である」という認識

のもと、24時間365日の対応が必要とされるに至った。病院と同じく、在宅でも医師、看護師、薬剤師などさまざまな職種が活躍しており、診療所は病棟のナースステーション、訪問診療は病棟回診に相当する。

■患者背景を熟知した医師と

訪問看護師が24時間の安心を提供する

通院が困難となった患者の場合、急病を生じた際に救急外来を受診すること一つをとっても多大な労力を要する。また、新たな病状変化に遭遇した患者、家族が医学知識に乏しいなか、救急搬送を依頼すべきなのかどうかを判断することにはかなりの困難をとまなう。患者の病状をよく把握している医師や訪問看護師に24時間いつでも相談し、居ながらにして判断を仰ぐことができるという点では、病院の救急外来を受診して初対面の当直医の診察を受ける以上のメリットがある可能性もある。

■在宅ケアの根幹を担う訪問看護

在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションがどのような体制や形態をとるにせよ、1人の患者に対して複数の医師や複数の看護師が連携してかわかることによって、より多くの患者に24時間365日にわたる盤石な態勢を提供することができる。冒頭に述べたごとく、要介護者や独居高齢者の急増、「大量死時代」という超高齢社会に突入する日本において、介護と医療の双方について深い理解を有する訪問看護師こそ、在宅ケアの根幹を支えるスタッフであると言えることができる。

■24時間対応を行う高機能型訪問看護 ステーション

患者数50名程度までの規模の訪問看護ステーションの場合、看護師3名体制の場合が多い。

24時間のオンコール体制を構築するためには、それぞれのスタッフが3日に一度オンコールを担当しなければならず、かなりの負担と言える。患者数80名程度にまで規模が拡大すれば、看護師5名体制も可能となり、安定的に24時間対応が可能となる。

訪問看護ステーションにおける24時間対応にはこのようなスケールメリットが存在することから、2006年診療報酬改定で創設された在宅療養支援診療所にならい、常勤換算5名の訪問看護師を配置し24時間対応を行う高機能型訪問看護ステーションを在宅療養支援ステーション（仮称）などと称して高く評価することが望ましいと考える。

■在宅療養支援診療所における 診療所訪問看護

在宅療養支援診療所において診療所訪問看護を行う場合、同一診療所から訪問診療と訪問看護を行うことになるため、一患者一カルテの形式をとることが可能となり、より迅速に、より正確に情報を共有することができるという利点がある。

また、訪問時に患者の病態変化に遭遇した場合には、現場から携帯電話でただちに医師に状況を報告し、指示を仰ぐことが容易である。速やかに初期対応を開始することができるとともに、看護師の心理的負担も軽減される。治療方針決定に苦慮するような困難例については、主治医とプライマリナースが、朝と夕方に、直接顔をつきあわせて議論を重ねることができるため、細やかな治療・ケアを遂行することも可能である。

■調剤薬局への期待

地域に根づいた薬局は、日常的に地域の人々の健康相談、医療相談、そして介護相談を引き

受けており、そのようなよろず相談所機能、そして介護保険におけるケアマネジャーとしての機能を発揮する素地を有していることを指摘しておきたい。

一方、24時間365日対応する在宅医療の重要な連携先として、調剤薬局にも今後は切れ目のないサービス提供が求められる。それぞれの調剤薬局が訪問薬剤管理指導に取り組むこと、麻薬取り扱い薬局となること、患者の利便性を考慮し開局時間を設定することなどが重要となる。とくに、正月やゴールデンウィークに長期休局となるなどの困難が存在しており、365日にわたる継続性をどう確保するかは調剤薬局にとって喫緊の課題である。地域薬剤師会をあげての今後の取り組みに期待したい。

おわりに—世代間の連携としての 教育や人材輩出

医療、ケアの質を最終的に規定するのは、機器やシステムではなく、ソフトたる人材であるということは論を待たない。とくに在宅医療の場合、ハード面の要素が施設医療と比較して少なく、その傾向は顕著だと言える。生命と生活を支える視点を持ち、患者本位の姿勢を貫く医師や訪問看護師を養成し輩出していくことが、在宅医療の最重要課題であると認識している。

ここまで、当院の7年半の活動を踏まえ、24時間365日体制を支えるチームや連携のあり方について考察した。諸外国に類をみない速度で超高齢社会に突入する日本は、世界に先駆けて未知の試練と直面することになる。地域の実情を熟知した小規模の医療機関や介護保険事業者が各地に根づき、地域ネットワークを構築していくことによって、日本固有の在宅ケアが整備されていくと確信している。

56 救急事態への備えと臨床決断

- 在宅医療の現場において、救急事態に適切に対処するために表56-1のようなポイントがある。
- 在宅における救急事態を論じるにあたっては、問診や理学所見、そして機器を用いた診療情報収集だけでは十分とはいえない。
- 検査が十分に行えず、診断能力に限界があるなかで対応しなければならないからこそ、なすべき重要なポイントの多くが救急事態に遭遇する前に存在するといえる。患者ごとに予測可能な急性増悪や合併症、事故を想定しつつ、日頃から療養指導を行うことが肝要である。

●表56-1 在宅における救急事態に適切に対処するためのポイント

①在宅医療導入に際して把握すべき患者背景
②全身状態把握のためのルーチンワーク
③救急事態への備え
④在宅における診断能力の限界と臨床決断の重要性
⑤全身状態の診方

ポイント1 在宅医療導入に際して把握すべき患者背景

患者が生活する世帯の構成等の家族背景（最重要）

- ▶主介護者は誰なのか、適切なキーパーソンを選定したうえで（主介護者とは限らない）、その介護者やキーパーソンの理解力をも把握しておく必要がある。
 - ・1世帯あたりの平均構成人員は、全国的にみても年々低下する傾向が顕著であり、高齢者のみで構成される高齢者世帯も増加の一途をたどっている。これらを背景に、老老介護や独居（または日中独居）が社会問題化している。

家屋構造

- ▶玄関周囲のアプローチ、屋内の段差、ベッドから食卓やトイレまでの動線、浴室、手すりなどの家屋構造については、初回訪問時に把握するよう努めるとともに、適切なアドバイスを開始するべきである。

経済的問題

- ▶療養生活を支えてゆくにあたっては、経済的問題についても避けて通ることをしない。
- ▶プライバシーに配慮しつつも、家庭内の事情をある程度把握するとともに、活用可能な社会制度について適切なタイミングでアドバイスするべく努力する。

ポイント2 全身状態把握のためのルーチンワーク

身体診察

- ▶ 診察にあたっては、介助が必要であったとしても座位をとってもらおう。
 - ・身のこなしを観察することができるとともに、寝たきり患者にとって重要な背部の聴診も容易となる。
- ▶ 一般的な血圧測定や胸部の聴診に加え、パルスオキシメータを用いて経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO₂) を測定する。
- ▶ 要介護者がトラブルを生じやすい皮膚 (全身) や口腔内、四肢 (とくに足部)、爪などの観察を習慣づける。
 - ・浮腫や末梢循環不全、湿疹や褥瘡、歯周病、白癬、蜂窩織炎、陥入爪などを見逃さない。
- ▶ 立位や歩行が可能な患者には、実際に立ち、歩いてもらうことが望ましい。
 - ・このとき、可能なら体重測定を行う。
- ▶ 定期的に測定された酸素飽和度や体重の値は、のちに生じうる肺炎や心不全、栄養状態の変化などに際して重要な判断材料となる。
- ▶ 同様に、正常所見や陰性所見を含む正確なカルテ記載を心がける。

問診

- ▶ 生活の基本となる食事、排泄、睡眠に関連した質問を投げかけるよう習慣づける。
 - ・「ごはんはおいしいですか?」、「お通じはきちんと出ていますか?」、「夜はよく眠れていますか?」など。
 - ・そのときどきの気候や直近のニュースなどを話題に取り上げるのも一法である。
- ▶ これらの問いには、できる限り患者自らの言葉で答えてもらう。
 - ・その目的は必ずしも答えそのものにあるのではない。むしろ、それらのやりとりのなかで患者の生活実態や、知的活動性、意欲、周囲への関心、家族のかわり方や心情をうかがい知ることにある。
- ▶ 身体所見に加え、このような会話を通じて、患者、家族との信頼関係を構築するとともに、患者の全体像とその変遷についての感触を日頃からつかんでおくことが重要となる。

ポイント3 救急事態への備え

起こりうる急性増悪や合併症、事故についての指導

- ▶ 在宅においては、医学知識を持ち合わせていない患者や介護者、またはホームヘルパーからの報告を手がかりにして患者の病態変化を察知しなければならない。
- ▶ だからこそ、どんな急性増悪や合併症、事故が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告するべきかを、患者や介護者に日頃から指導しておくことがきわめて重要である。
 - ・たとえば、心不全や気管支喘息、誤嚥性肺炎など、臨床経過からある程度予

測可能な急性増悪や合併症発症については、起こりうる症状をあらかじめ説明しておく。

- ▶ また、家屋構造や障害に由来する転倒などの事故、装着している胃瘻や尿道カテーテルに関連したトラブルなど、予見可能なことも少なくない。
- ▶ このような患者ごとのリスクを事前に想定し、十分に説明のうえ、住宅改造をすすめたり、交換用の尿道カテーテルを自宅に預けておくなどの備えが有益である。

報告のタイミングやスピード感

報告してもらう際にとくに重要なのは、そのタイミングやスピード感である。

- ▶ 夜間や週末だからという遠慮から第一報が遅くなってしまった場合など、すでに重大な病態に陥ってしまっている恐れもあるため、「迷ったらとりあえず連絡」するように指導しておくことが肝要である。
 - ・ 相談しやすい関係を構築することも医師の力量だということを意識したい。
- ▶ 在宅医療導入後はじめての問い合わせに対しては、軽微な変化であってもひとまず診療に赴いたうえで緊急性はないことを確認するのも一法である。
 - ・ 患者、家族に上記のような経験を重ねてもらうことによって、在宅における24時間対応の実際への理解が深まる。

患者の真のニーズを追求する努力

- ▶ 患者・家族のニーズを把握することがきわめて重要である。
 - ・ しかしながら、単に患者や家族の言葉に耳を傾けるだけでは不十分である。
 - ・ 患者はしばしば意欲障害や認知機能の低下を有しており、患者の口から発せられる言葉が真のニーズたりうるのかをよく吟味する必要がある。
 - ・ (デイサービスのような交流の場は)「人見知りするので好きではない」といっていた患者が、カラオケをきっかけに喜んでデイサービスに参加するようになった、などという例は枚挙にいとまがない。
- ▶ 患者と家族の利害の対立にも注意する。
 - ・ 患者が自宅で療養生活を続けたいと考えるのはごく自然な欲求かもしれないが、その希望は家族にとって肉体的にも、精神的にも、そして金銭的にも深刻な負担となる恐れもある。そこに、家族間の感情の軋轢や虐待が存在する場合もある。
 - ・ 日頃から半ば介護放棄に近い劣悪な条件で生活している患者がなんらかの病態変化を生じた場合など、病態そのものは軽微であっても、これを機に入院やショートステイなどのサービスを利用し局面を打開するなどの戦略もありうる。

救急事態を想定しての話し合い

- ▶ 方針決定に際して、前述のような病態の重篤さや病態変化の速さだけを判断材料とすればよいということではない。
 - ・ 悪性腫瘍の終末期にあり自宅で最期を迎えたいという目的のもと療養生活を送

っている患者の場合など、どんなに重篤な状態に陥ったとしてもその病態の重篤さだけで入院を判断することはない。

- ・ 高齢者、とくに寝たきり患者の場合、診断のみならず、病院を受診すること自体の困難さや、入院により生活環境を変化させることによりせん妄や転倒事故を生じる危険性等をも勘案する。
- ・ 患者にとって最も現実的で有益な方針を決定することができるように、患者、家族と十分な時間を共有しておく必要がある。そして、治療方針を決定するにあたっては、上記のような周囲の状況をもふまえて、患者の真のニーズをいかに引き出し、実現することができるかを追求することを忘れてはならない。

ポイント4 在宅における診断能力の限界と臨床決断の重要性

在宅における診断能力の限界

下記のように、在宅においては診断能力に限界があるといわざるをえない。

▶ 画像診断。

- ・ 在宅においても携帯型のX線装置や超音波などの検査が可能であるが、CTスキャン等の大型機器を要する患者検査を実施することはできない。

▶ 検体検査。

- ・ 地域により条件の違いはあるものの、外注する形でおおむね可能であろうが、アンモニアのように迅速な運搬や検体処理を要する項目は困難である。
- ・ また、患者の協力なしに検体を採取することがむずかしい喀痰等の検査を実施するにあたっては困難を伴う場合も多い。

臨床決断の重要性—診断は困難だが決断は可能

- ▶ 上述のように在宅では正確な診断は困難な場合も多いが、だからといって治療自体が不可能だというわけではない。

- ・ たとえば、38℃の発熱、咳、痰を呈する患者の場合、気道感染症が疑われることは自明であろう。しかし、在宅という医療現場においては、診断が肺炎かどうか最も重要な判断基準だとは限らない。たとえ肺炎を生じていたとしても、全身状態が保たれており、介護する家族などの条件に恵まれれば、在宅で治療が可能な場合も少なくない。逆に、当初は咽頭炎や上気道炎等の医学的には軽度の病態であったとしても、それを契機に急速に全身状態の悪化や合併症の併発を生じる場合もときに経験する。重要なのは、正確な診断には至らないとしても、その気道感染症が生命や生活を支えるにあたってどの程度支障をきたすのかということである。その点を見極め、在宅での治療を継続するのか、それとも入院治療に切り替えるのかを決断する必要がある。

- ▶ 患者の希望を汲みつつ、「診断は困難だが決断は可能」ということを念頭に、それぞれの場面での最善の方針を決定することが重要である。

正確な理解は困難であっても「納得」を得る努力を怠らない

- ▶ 認知症を有する要介護高齢者は年々増えている。また、意識障害に陥っている患者はもちろんのこと、失語症など問診が困難な場合もある。患者のみならず、介護する家族の高齢化も進んでいる。病状説明に際しては、正確な理解を得たうえで治療方針についての合意や決定を行う必要があるが、救急事態に直面した場面においては、言葉を尽くしたとしても、うろたえた患者・家族に病態を正確に理解してもらうことは困難なことも多い。
- ▶ そこで重要になるのが、初診時より地道に築きあげてきた患者や家族と医師との信頼関係である。
- ▶ そして前述したように、起こりうる急性増悪や合併症、事故についての指導、救急事態を想定しての話し合い、患者の真のニーズを追求する努力などの「救急事態への備え」である。仮に、正確な理解は困難であったとしても、「納得」を得る努力を怠らないということを肝に銘じたい。

ポイント5 全身状態の診方—寝たきり患者が急にぐったりしたとき—

- ▶ 高齢者は一般に症状に乏しく、あったとしても非特異的な症状を呈することも多い。
 - ・ だからこそ、“療養日記”を関係者全員で記すとか、定期的に体重を測定するなどの情報蓄積を常日頃怠らないこと、そうすることによって介護者やホームヘルパーを含めたチームが状態変化を見逃さない戦略が重要である。
 - ▶ 全身状態を把握するにあたって有用な指標を表56-2に掲げる。
- #### 全身状態を最も反映する指標としての「食欲」
- ▶ 表56-2に掲げた5項目はいずれも重要だが、全身状態を見極めるうえで最もたいせつな指標を一つあげるとしたら「食欲」であろう。
 - ・ たとえば、同じように咳と痰を呈する患者であっても、「38.5℃の発熱があるものの、三食食べることができている患者」と「37℃前半の微熱だが、食欲がなく食べられない患者」では、後者のほうが重篤な病態である可能性が高い。
 - ▶ このように、急な病態変化を呈する患者には、「食事や水分がとれているか?」、「次の食事を食べたいと思うか?」を問うことが全身状態を把握するための大きな鍵となる。

「意識の状態」と「身のこなし」

- ▶ 次に重要なのが「意識の状態」や「身のこなし」である。
 - ・ 日頃清明な患者の意識が混濁しているならそれは看過できないし、いつもは車椅子に軽介助で移乗できる患者が、下半身に力が入らず移乗できないとしたら、その事実は重く受け止める必要がある。

「体温」と「呼吸の仕方」

- ▶ バイタルサインが全身状態把握に有益な情報であることはもちろんだが、在宅におい

●表56-2 全身状態把握に有用な指標

食欲
意識の状態
身のこなし
体温
呼吸の仕方

ては医学知識を持ち合わせていない患者や介護者、ホームヘルパーからの報告をもとに判断する以上、話はそう単純ではない。そもそも、バイタルサインを測定しようにも患者宅に測定機器がなければ不可能である。介護者の力量にもよるが、血圧や脈拍を正確に測定し報告してもらえることは少ない。

- ▶そこで、「体温」と「呼吸の仕方」に注目してもらうのが現実的であろう。
- ▶体温については測定の部位や方法が不適切であったり、予測式の電子体温計を用いているにもかかわらず測定時間が短すぎる場合など、実際より低い値がでてしまう恐れもある。そのような事情を理解したうえで、実際の体温が報告してもらった数値より低いことはないだろうという予想のもと、判断材料の一つとすることは可能である。
- ▶一方、呼吸数のカウントも、慣れていない介護者には困難である。そこで、あくまでも介護者やヘルパーの主観をもとに、「苦しそうな呼吸かどうか?」を報告してもらうことによって、病態把握の一助となる。

療養指導のポイント

- ▶裏を返せば、全身状態のバランスを維持するために、表56-2に掲げた項目についての的確な指導を日頃から行っておくことが肝要である。
- ▶食事をとれない場合、「二食までは許容範囲だが、三食続けて食べられない場合には、原因によらず輸液等の医療的介入が必要だ」などと具体的にアドバイスする。
- ▶水分摂取については、とくに高齢者は脱水に陥りやすいことから、日頃から飲水を励行することが望ましい。その場合、摂取すべき水分量は、体格の差はあれ1日におおよそ1000mLであることを指導しておきたい。これに関連して、コップ1杯の水は約200mL、吸い飲み1杯は150mLなどと具体的に指導する。
- ▶排泄については、尿量は必要飲水量と同様に1日1000mL以上が望ましい。正確な尿量については、尿道カテーテルを留置している患者以外は把握困難だが、オムツの重みや排尿回数、尿の濃さなどから、いつもどおりの尿量が保たれているかどうかを推測する。
- ▶いずれの項目も日頃の状態と比較することの重要性を強調しておきたい。

「なんとなくおかしい、元気がない」「not doing well」

- ▶問診は不可能であり、身体所見をとるにあたってもかなりの困難を伴う新生児科の医師が、救急で運ばれてきた新生児にどこまで侵襲的な精査を行うかを判断する際に最も重視するのが“not doing well”と称する直感であるという。在宅において寝たき

り患者の全身状態を把握するにあたっても全く同様のことがいえる。

- ▶「食欲」、「意識の状態」、「身のこなし」、「体温」、「呼吸の仕方」などの指標をふまえたうえでの「なんとなくおかしい、元気がない」という直感力を磨くべく、臨床経験を積み重ねる必要がある。

時間軸を重視した病態把握

- ▶ もう一つポイントをつけ加えるとすれば、「時間軸」の視点である。症状に乏しく、非特異的な所見しか認められない寝たきり患者の重症度を判断しかねる例は少なからずある。
- ▶ その場合、6時間後、12時間後、そして24時間後の状態変化に着目する。この間に時間を追って徐々に状態が悪化するようなら、当然のことながら重篤な病態だと察知できる。
- ▶ 逆に24時間後、48時間後にも大きな変化を認めなかったり、しだいに改善をみるようなら、重篤な病態ではなかったということが判明することになる。

(川越正平)

特集

高齢者に有終の美を—終末期ケアと緩和ケア

5

疾患別にみた終末期ケア・緩和ケアの実際

2) がん

宮腰重三郎* 大田 雅嗣*

KEY WORD

高齢者悪性疾患
高齢者血液疾患
緩和・終末期ケア
対症療法的化学療法
患者学

POINT

- 高齢者悪性疾患の緩和・終末期ケアは、チーム医療が重要である。
- 高齢者血液疾患の緩和・終末期ケアは、他の固形がんのそれとは異なる。
- よりよい医療には、暗黙知を形式知する患者学が必要となる。

0387-1088/06/4500/論文/JCLS

はじめに

高齢者社会に移行し、その死因として悪性疾患が第1位を占めるようになって久しい。また、悪性疾患の治療の進歩も著明であるが、その恩恵にあずかる症例は若年者に限られる場合も多いのが現状である。さらに高齢者特有の認知症、脳梗塞や心筋梗塞をはじめとする臓器障害を合併していることもまれではない。

本稿では、がんの緩和・終末期ケアに関して、特に血液悪性疾患を中心に記載したいと思う。

高齢者の悪性疾患の緩和・終末期ケアについて

悪性疾患に対する治療方法は、根治的療法として手術、放射線療法、化学療法およびその組み合わせが存在する。しかしそれらの治療が無効で、必ず“死”を迎えることがはっきりした

時点からいわゆる“終末期”と定義するならば、その判断は極めて難しい。一般的に高齢者の場合、悪性疾患の進行速度が緩慢で、“終末期”が6カ月以上経過することは珍しくはない。また、経過が長くなれば高齢者特有の合併症、例えば、誤嚥性肺炎、心不全や中枢神経合併症など急性疾患の併発も少なくなり、その経過を予測することはさらに困難になる。一方、血液悪性疾患の場合は、高齢者だからといって、緩慢な経過を示すことは他の固形がんに比して稀で、加えて急性疾患(感染症や出血など)の合併が極めて高い特徴をもっている。さらに多くの血液悪性疾患に対して、治療は目指さないものの、痛みや悪性疾患に伴う諸症状を軽減する目的で、化学療法や放射線療法を行うことがあり、その治療に伴う副作用が上乗せされることが多い。

終末期医療を施行するに当たり、若年者もそうであるように、悪性疾患を克服することはいやうことではないが、考えられる治療法を模索する必要がある。多くの悪性疾患の治療方法は、レベルの高い臨床研究で確認された、いわゆる EBM(evidence based medicine)に沿った治

*みやこし しげさぶろう, おおた まさつぐ: 東京都老人医療センター血液科

療がなされることが多い。しかし、その臨床研究の対象年齢が高齢者を除いている場合がほとんどで、症例を高齢者に限った臨床研究は残念ながら少ない。そのため、EBMに則って治療を進めていくことが難しく、医師の臨床経験が重要な要素とならざるを得ない。さらに、色々な治療法の利点や効果と欠点や副作用に関しても十分に説明し、本人自身が受けたい治療方法の選択の助けになるようにすべきである。そのためには、患者本人、家族と医療スタッフが十分に話し合い、治療方法を決定することが望ましい。むしろ、その中に緩和・終末期ケアも当然含まれてくる。ただ単に高齢だからといって、十分な医療が受けられないという状況はあってはならない。

■ 高齢者血液悪性疾患の特殊性

固形がんの多くは、早期発見により外科的手術で治療に導くことができる可能性がある。一方、血液悪性疾患の場合は、固形がんと異なり初期より全身へ悪性疾患の進展が認められる場合があること、化学療法への反応がある程度期待できることなど、外科的治療より内科的治療が治療の主役であり、複数の化学療法剤を組み合わせる多剤併用化学療法が標準的な第一選択として採用されることがほとんどである。しかし、年齢上昇が、悪性リンパ腫や白血病の予後不良の因子となることは知られており^{1,2)}、必ずしも多くの症例が治療に導かれるものではない。したがって、一時的な効果は認められたとしても、再発、再燃を繰り返す症例が多い。再発、再燃症例では、若年者であれば同種造血幹細胞移植などの次なる治療法が存在するが、高齢者血液悪性疾患では、現状同種造血幹細胞移植を施行することは難しい。以上のように、血液悪性疾患をもつ高齢者においては、治療の目標が若年成人と異なり、完全寛解や治癒ではないことが多いことが特徴である。つまり、治癒を目指した強力な化学療法が施行できない、あるいは施行することが、逆に生存期間を短くしてしまうことが、若年者血液疾患より多いと

いうことである。社会的な生活から既に引退した多くの高齢者症例において、治療を行う一般的な目標は“在宅での療養の実現”という場合も決して少なくないが、その実現は困難を極める。

高齢者のもう1つの特殊性としては、経済的にも心理的にも自立していないことが多いことである。認知症は程度の差こそあれ、ほとんどの症例で考慮すべき特殊性であり、患者の後見人である近親者をどのように位置づけるかは、血液悪性疾患に限らず普遍的な問題である³⁾。

このような状況下で、実際、患者本人そして家族が医療にどのような恩恵を望んでいるか意識することは重要である。例えば、1カ月以上にわたる入院生活を余儀なくする化学療法は、腫瘍量を減らせたとしても、限られた余命のQOL(quality of life)の改善がなければ意味のある治療法とはいえない。逆に、血液学的には治療効果が不十分と判定される化学療法でも、短期間の自宅退院などの恩恵をもたらすのなら、試みる価値のある意味のある治療になり得ると考える。しかし、どの化学療法が治療を目指すもので、どの化学療法が緩和効果を目指した治療かに関して、はっきりとしたevidenceがない。使用する化学療法剤の減量や休薬期間の延長は、高齢者の化学療法においてよく用いるテクニックである。また、ある症例に固有な薬剤のQOLを損なう副作用を回避するために、多剤併用の組み合わせを一部変更することもある。これら多くの工夫は、その化学療法の強さ(intensity)を弱めるものであるが、その治療のもつ緩和療法としての意味合いをより強めるものである。

このように化学療法の副作用が、悪性疾患のコントロールによる、例えば疼痛や発熱などの全身症状の改善が勝る場合が多々経験される。この点が、化学療法の効果が極めて乏しく、QOLを損なう副作用ばかり目立ってしまう進行期固形がんとは異なる点である。

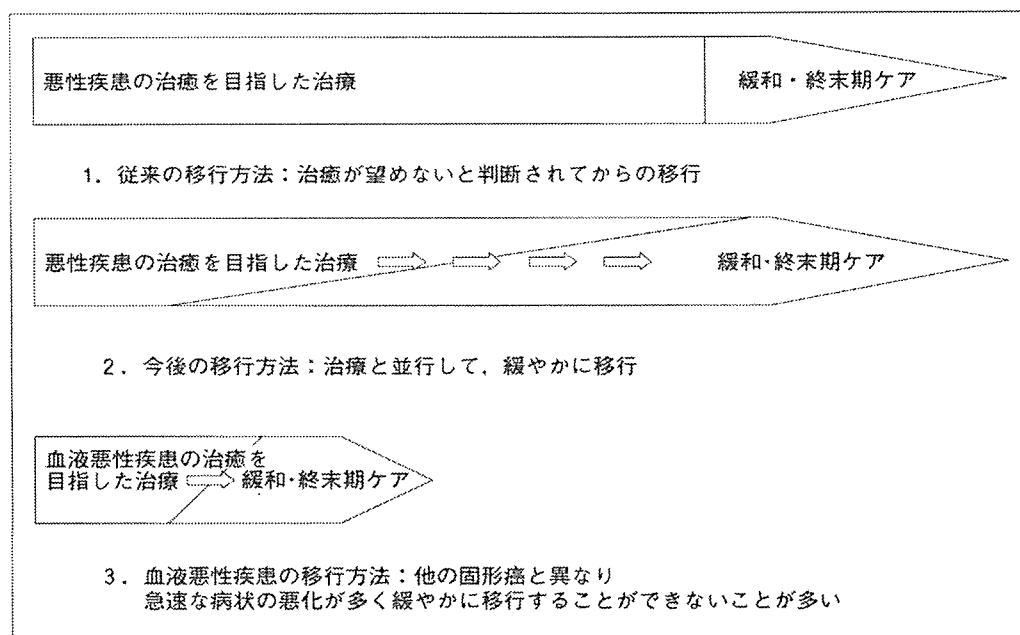


図1 悪性疾患医療における緩和・終末期ケアへの移行

■ 緩和・終末期ケアへの移行時期について

高齢者血液疾患でも、寛解達成が望ましいことは当然であり、治療を目指す治療がまず優先されるべきである。単に高齢だからという理由で、寛解導入療法を治療選択肢から外してはならない。しかし、現実問題として、完全寛解への導入を目標とした厳格な化学療法は、高齢者の場合には種々な理由で、実行が困難であることはよく経験される。寛解導入を目的とした化学療法を行った場合の副作用が、それによりもたらされる恩恵よりもはるかに深刻であることが予想されるならば、その実施は当然避けるべきであろう。残念ながら高齢者において、どのような状況が強力な化学療法を避けるべきか十分に判明しているとはいえない。今後の検討が必要であり、現在一部は進行中である。

一般的な緩和・終末期ケアへの移行時期は、図1-1に示すように従来は、治療が望めなくなった段階で、終末期・緩和ケアに突然移行することが多かった。しかし、図1-2に示すように、

1989年のがん疼痛治療と積極的支援ケアに関するWHO専門委員会は、早期から積極的に緩和ケアを適応すべきと報告している。早期から治療を目指した治療と並行して段階的に緩和ケアを導入し、終末期にはその比重を重くするという方法である。今後はこのような移行方法が行われるようになって考えられる。一方、図1-3に示すように、血液悪性疾患では、固形がんとは異なり、その予後が極めて不良で、何段階かのステップを経て、ゆっくりと緩和・終末期ケアに移行することは難しい症例が多く、場合によっては図1-1のように、突然緩和ケアに移行したかのような経過を取ることがある。がん種によって臨床経過が異なるように、緩和・終末期ケアへの移行もがん種によって異なることが予想される。今後はがん種別の移行方法が必要になると思われるが、最終的にはがん種以上に各患者個人や家族の意向や希望が反映されるような移行方法が望ましい。

血液悪性疾患における緩和・終末期ケア移行が他の固形がんとは異なる理由は、多剤併用化学療法の副作用や繰り返す化学療法による骨髓機

能の疲弊や血液悪性疾患自体による骨髄抑制が挙げられる。

悪性リンパ腫に対する化学療法による骨髄機能不全は、白血球減少が必発であり、また輸血を必要とする貧血や血小板減少が認められる。高度の血球減少を認めた症例の予後は、骨髄抑制期の感染症や出血、悪性リンパ腫の進行による腫瘍死を遂げていたり、化学療法を減量しても、重篤で致命的な骨髄抑制を来すことがあり、生命予後は極めて不良といえ、さらに高度な血球減少が起こった症例は、骨髄機能不全に伴う治療関連死亡や骨髄回復までの間に悪性リンパ腫の進行が認められることにより、予後が短縮されることになる。緩和ケアへの移行は、骨髄機能不全が起こったときが1つの指標になり得るが、その後の経過があまりにも短く、十分な時間のある終末期ケアができないことが残念ながら多い。

■ 血液悪性疾患における緩和ケア・終末期ケアの実践

1. 対症療法的化学療法：血液悪性疾患に伴うQOLを低下させる症状に対する化学療法

ある特定の化学療法を、寛解導入を目指した根治的化学療法と対症療法的化学療法のいずれかに分類するのは難しく、また区別すること自体に意味がない。

また、在宅療養を行う場合など、経口投与が可能な化学療法剤があるが、内服剤であるからといって、注射剤よりも副作用が少ないとはいえず、逆に副作用によりQOLを下げることもある⁹⁾。

対症療法的化学療法には、疼痛緩和の目的を含んでいる。一部の固形がんのように、化学療法に効果がない症例に無意味に使用することは避けるべきである。しかし、急激な白血病細胞の増加により全身骨痛などが出現する場合では、鎮痛剤を使用しても効果が十分ないことが多く、化学療法の使用や併用により、寛解に至らずとも苦痛が大いに軽減することがある。経口化学療法剤の連日投与やアントラサイクリン系薬剤

などの注射製剤を、同様の目的で数日間経静脈的に投与するのも有効である。しかし、同時に正常の血液細胞も減少し、致死的な感染症や出血などが起こり得る薬剤であるため、投与には慎重を期するが、最適な投与量や期間は症例ごとで異なり、かなりの熟練を要する。このため、いかに対症療法的化学療法といえども、安易に血液科医以外の医師が化学療法剤を血液悪性疾患に使用することは避けるべきである。また、血液科医であっても、例えば白血病症例で末梢血中の白血病細胞が多くても、それに伴う自覚症状がない場合、あるいは悪性リンパ腫症例で自覚症状や周囲の臓器障害を認めないリンパ節腫大に対して、対症療法的化学療法は、同様な理由で、行うべきではないと考える。

2. 輸血療法

貧血と血小板減少は、血液悪性疾患の緩和・終末期ケアの実践に当たり無視できない大きな問題である。貧血による易疲労と血小板減少による出血傾向は、特に在宅療養を実現する上で大きな障害となる。現状、クリニックや診療所および在宅診療において、輸血療法を施行しているところは極めて少なく、輸血依存になった高齢者血液悪性疾患の在宅医療の大きな妨げになっている^{9,10)}。

輸血療法の適応は、赤血球輸血の場合貧血の自覚症状がなければヘモグロビン 6.0 g/dL (高齢者では 7~8 g/dL と少し高めの方がよい場合がある) を維持すること、また血小板輸血の場合には血小板数 1.0~2.0 万/ μ L を維持することが目安とされる。しかし、慢性の経過で貧血が続いている高齢者では、ヘモグロビン 6.0 g/dL 以下であっても、十分に ADL を維持できる場合もある。また、同じ血小板数 2.0 万/ μ L でも、何らかの化学療法を行った後で骨髄抑制の極期に向かう場合と、それから回復しつつある場合では意味合いが異なり、前者では血小板輸血を積極的に考えるべきである。少なからず、常時血小板産生があると考えられる症例では、血小板数にこだわらず、臨床症状を重要視している。皮下出血のみでは安易な血小板輸血は避

けるべきであるが、全身に急速に進展する点状出血、粘膜出血(口腔粘膜出血や両側からの鼻出血など)や重篤な出血(消化管出血、眼底出血、中枢神経出血など)は、速やかに、かつ十分量の血小板輸血を必要とする⁹⁾。

輸血療法での副作用は、血液を介した感染症などの後期副作用の他に、輸血当日の発熱や蕁麻疹様皮疹などの急性期の副作用にも注意が必要である。これらの既往がある患者に、副作用予防目的で副腎皮質ステロイドを輸血前に投与することで予防可能である。ただし、副作用を見逃さない十分な看護体制は不可欠であり、安易に外来で行うのは避けるべきかもしれない。当科では一部の症例で、日帰りあるいは1泊といった短期間入院による輸血療法を実施している。

3. 対症療法

1) 疼痛への対処

がん末期の患者の症状のなかで、疼痛は積極的に対処されるべきものである。血液悪性疾患においても、腫瘍細胞の急増に伴う白血球の全身痛、リンパ腫の腫瘍性病変に伴う局所痛、骨髓腫の骨痛などが緩和医療の際に問題となる⁹⁾。

対症療法的化学療法の項目でも述べたように、他の固形がんとは異なり、化学療法単独あるいは鎮痛剤との併用で効果が認められる場合が多い。放射線療法も血液悪性疾患に有効であることが多く、疼痛治療として選択される場合があり、効果がある。

一般的な鎮痛剤の使用法に関しては、教科書などを参照していただきたい。

2) 血液悪性疾患緩和・終末期ケアにおける副腎皮質ステロイド

副腎皮質ステロイドは、リンパ系の悪性腫瘍に対して、1つのキー・ドラッグとして多剤併用療法の一翼を担っており、単独でも一時的な効果が得られることが多く、また骨髄抑制などの一般的な化学療法剤と異なり、副作用が許容範囲内である。

血液悪性疾患の緩和・終末期ケアにおいては、副腎皮質ステロイドは対症療法的化学療法とは

異なった側面がある。感染症や腫瘍の進行に伴い、高度の発熱を来して全身状態が悪化することをしばしば経験する。これに対する原因療法は、感染症の場合は適切な抗菌剤であり、腫瘍熱の場合は抗癌剤の投与に他ならない。しかし、原因療法の実施が困難な場合に対症療法としての副腎皮質ステロイド投与は、全身状態の改善に有効であり、ADLが短期間に改善する症例が多い。しかし、多くの場合は一過性の効果であり、長期的な効果は望めない。

4. チーム医療

以上に述べた個々の治療方法を実践するには、様々な職種のスタッフによるチーム医療が必要でかつ重要である¹⁰⁾。

家族による支援は患者にとって最も心強いものであるが、最近は高齢一人暮らしの症例が非常に多い。そのような症例ではケース・ワークの介入はますます重要な意味をもち、在宅療養を目指す場合には、ホームヘルパーや訪問看護・訪問診療の体制の充実が望まれる。入院中は、血液悪性疾患の有する独特の合併症に精通したエキスパート看護師の存在は、安全で有効な緩和ケアに必須である。また薬物の投与が末期まで欠かせないことの多い血液悪性疾患の症例にとって、薬剤師からの薬剤に関するわかりやすい説明は患者や家族に大きな安心感を与える。

■ 患者学からみた緩和・終末期ケア

患者学とは、いかによい患者であるべきかを問う学問ではなく、医療スタッフ、患者本人そして家族をそれぞれ頂点とした三角形をいかに正三角形に形作るかを問う学問である。

その三角形は、色々な情報や状況の変化で時々刻々変化し、形を変えるものである。この関係は、終末期医療だけではなく、一般日常診療にも深く関わっている。多くの「患者学」は、賢い医師へのかかり方、賢い薬の飲み方やよい医師の見つけ方などなど患者中心に考えられ、ある一面からのアプローチであるが、三角形を形成する「患者学」は、三者の協力があり、よい

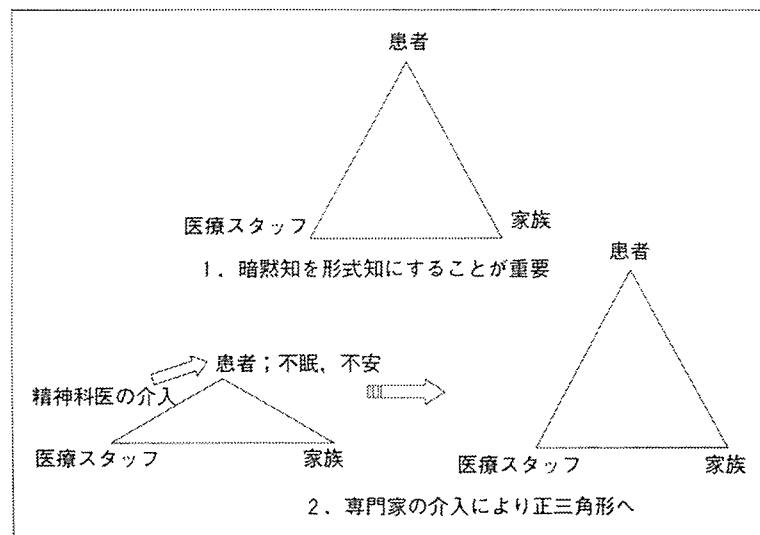


図2 患者学からみた緩和・終末期ケア

医療がその中心に位置するものである。そのためには患者、家族と医療者のそれぞれの本音を表に出す(暗黙知を形式知にする)ことが大切である。よい医師はみつかるものではなく、お互いによりよい関係を作り、よい医師、賢い患者になることにある(図2-1)。

緩和・終末期ケアにおいても、悪性疾患そのものによる苦痛もさることながら、人間関係、家族関係も含め、多くの精神的要因が絡み合っている。そのために精神科医の介入も必要である場合がある。つまり歪んだ三角形を正三角形に形作るために、精神科医が介入するという考え方である(図2-2)。よくあるケースでは、患者本人の希望というより家族の希望が強い場合、第3者が介入する場合、例えばこの漢方薬が効くとか、これを飲めばがんがよくなるや、あそこの病院ならよいケアが受けられるなどのたぐいの介入などである。さらにがん末期＝ホスピスと勘違いしている事例もある。このようなケースは、家族にかかる負担をホスピスに預けることで家族の負担の軽減目的にしていることや、患者がホスピスで亡くなることに家族自身の単なる自己満足である場合もある。残念ながらこのように、患者本人が不在になっていることがまま見受けられる。特に高齢者で認知症がある

場合は、このようなケースになることがある。この関係は正三角形ではなく、必ずしもよりよい緩和・終末期ケアとはいえない。そこに存在する三角形をいかに正三角形にするかを具体的に相談することが、よりよい医療、緩和・終末期ケアにつながると考えられる。

■ 今後の終末期医療：在宅医療と緩和・終末期ケアについて

厚生労働省人口動態調査によると、1950年代前半には8割の人が自宅で亡くなっていたが、2004年の調査では12%が自宅、80%が病院となっており、緩和・終末期ケアはほとんどの場合、病院で行われているのが現状である。もちろん緩和・終末期ケアを在宅医療で行っている医師もいるが、患者本人が自宅での最期を希望しても、すべての患者の希望を適えるには、その数は不十分である。例外的に高度先進医療などは全国から患者が集まってくる場合もあるが、地域の中核病院には、図3のように虎の門病院の血液悪性疾患の紹介元をみると、ある限られた地域から患者が紹介されていることが多く、距離も意外と遠くない(図4)。他の中核病院も同様な傾向を示すと考えられる。つまり、