

dependents. There are two possible explanations for our results. First, in Japan, the number of group homes for patients with dementia, which are small home-style facilities covered by public long-term care insurance, has recently increased dramatically (Hirakawa et al., 2006c). Some demented elderly who require professional psychological support might give up living in a community setting and opt for a group home for patients with dementia instead. Second, according to the abstractor's assessment, 90% of the caregivers used sufficient formal care among the three dementia groups (data not shown in the tables). It is possible that the sufficiency of care lessened the dementia caregiver burden and narrowed the gap in caregiver burden between caregivers of dependents with dementia and without dementia. However, our database does not include informal dementia care by community, which is needed to obtain a precise analysis of the impact of the social situation on the caregiver burden of dementia. Future studies should examine how adequate stage-related intervention for dementia caregiving might reduce caregiver burden within the home.

The current study has several limitations. First, the NLS-FE does not include the complete spectrum of home elderly patients in the Nagoya area, because the participants were groups of users of home nursing stations using home visiting nurses or care planning services. Second, our database may not have captured the full extent of important measures that might influence the level of caregiver burden, including informal care-giving or community care. Lastly, the omission of detailed assessments of health or socio-demographic status among caregivers limits our study results, because caregiver characteristics are possibly associated with perceived caregiver burden.

5. Conclusion

We conducted a sub-analysis of a large-scale observational study in Japan. This study focused on differences in caregiver burden of the elderly according to dementia status in community settings. Our results indicated that there were no differences in caregiver burden between caregivers of dependents with dementia and without dementia.

References

- Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Hisamichi, S., 1997. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 51, 281–287.
- Asada, T., Kinoshita, T., Morikawa, S., Motonaga, T., Kakuma, T., 1999. A prospective 5-year follow-up study on the behavioral disturbances of community-dwelling elderly people with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 13, 202–208.
- Coen, R.F., Swanwick, G.R.J., O'Boyle, C.A., Coakley, D., 1997. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 12, 331–336.
- Conlin, M.M., Caranasos, G.J., Davidson, R.A., 1992. Reduction of caregiver stress by respite care: a pilot study. *South. Med. J.* 85, 1096–1100.
- Donaldson, C., Tarrier, N., Burns, A., 1998. Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 13, 248–256.
- Hart, D.J., Craig, D., Compton, S.A., Critchlow, S., Kerrigan, B.M., McIlroy, S.P., 2003. A retrospective study of the behavioural and psychological symptoms of mid and late phase Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 18, 1037–1042.

- Hirakawa, Y., Masuda, Y., Kimata, T., Uemura, K., Kuzuya, M., Iguchi, A., 2005. Effects of home massage rehabilitation therapy for the bed-ridden elderly: a pilot trial with a 3-month follow-up. *Clin. Rehabil.* 19, 20–27.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Masuda, Y., Enoki, H., Iwata, M., Hasegawa, J., Iguchi, A., 2006a. Evaluation of gender differences in caregiver burden in home care: Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). *Psychogeriatrics* 6, 91–99.
- Hirakawa, Y., Masuda, Y., Kuzuya, M., Kimata, T., Iguchi, A., Uemura, K., 2006b. End-of-life experience of demented elderly patients at home: findings from DEATH project. *Psychogeriatrics* 6, 60–67.
- Hirakawa, Y., Masuda, Y., Uemura, K., Kuzuya, M., Kimata, T., Iguchi, A., 2006c. End-of-life care at group homes for patients with dementia in Japan—findings from the analysis of policy-related differences. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 42, 233–245.
- Kameda, N., Hattori, A., Nishinaga, M., Tuchimochi, H., Nakahara, K., Oouchi, A., Matsushita, T., Kanemaru, K., Yamanouchi, H., Orimo, H., 2001. Quantitative evaluation of the burden of those giving home care for senile dementia of Alzheimer type subjects using the burnout scale of pines. *Jpn. J. Geriatr.* 38, 382–387.
- Kawamoto, R., Okamoto, K., Yamada, A., Oguri, T., 1999. A study of the degree of burden and subjective sense of wellbeing in caregivers involved in home care. *Jpn. J. Geriatr.* 36, 35–39.
- Kuzuya, M., Masuda, Y., Hirakawa, Y., Iwata, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S., Iguchi, A., 2006. Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 21, 740–745.
- Lee, H., Cameron, M., 2004. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* (2), CD004396.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H., Iguchi, A., 2005. Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 41, 159–168.
- Zarit, S.H., Stephens, M.A., Townsend, A., Greene, R., 1998. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *J. Gerontol. B: Psychol. Sci. Soc. Sci.* 53, S267–S277.

4. 高齢者介護施設における終末期ケア

平川 仁尚

Key words: 高齢者, ターミナル, 介護老人保健施設, 認知症高齢者グループホーム, リビングウィル

(日老医誌 2008; 45: 612-614)

はじめに

高齢者の死亡数が増加しているため、高齢者の終末期ケアの在り方が議論されている。現在、国民の多くは病院で最期を迎えているが、高齢者の希望や医療財政的な問題から、今後は、病院以外の場所つまり高齢者介護施設や在宅で最期を迎える高齢者が増加していくと考えられる。特に、高齢者介護施設における看取りの取り組みの歴史は浅く、多くの課題があると考えられるものの、議論に必要な基礎データが乏しい。そのため、我々はこの分野に関する調査を継続して行ってきた。本稿では、それらの結果を基に高齢者介護施設における終末期ケアの現状と課題について考察する。

調査・研究の概要

1. 全国の認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアに関する調査

認知症高齢者グループホーム（以下グループホーム）は、特に公的介護保険制度導入後より増加している。グループホームは軽度の認知症高齢者を対象としてきたが、グループホームでの看取りを希望する高齢者・家族が増えているといわれている。そこで、全国のグループホームの終末期ケアへの取り組みを明らかにするため、2003年当時3,701カ所あった全国のグループホームの管理者に対してアンケート調査を実施した¹⁾。アンケートの内容は、自身のホームで終末期ケアを提供できるかどうか、実際に提供した経験の有無、提供するために必要な条件などであった。回収率は45.6%であった。回答があったグループホームの約22%が終末期ケアを提供

できると回答し、約47%が条件付きで提供できると回答した。その条件として、その入居者が医療的ケアを必要としないこと、他の入居者・家族及びスタッフが本来は終末期ケアの提供を想定していないグループホームでの看取りに関して理解・協力してもらえることなどが挙げられた。そして、実際に終末期ケアを提供したことがあるグループホームは全体の約17%であった。つまり、条件付きながら多くのグループホームが終末期ケアの提供に前向きであったが、その方針は必ずしも経験に裏付けされたものではなかったといえる。そして、グループホームでの終末期ケアの提供には、外部の医療機関との連携の強化や入居者・家族・スタッフを対象にした教育・啓発が不可欠である可能性が示唆された。

2. 全国の介護老人保健施設における終末期ケアに関する調査

介護老人保健施設は、常勤医師1名以上を配置する医療型介護施設で、入所者の在宅復帰を支援することを目的としてきた。しかし、介護老人保健施設も今後看取り場所となることが求められてくると予想される。そこで、前述のグループホームの調査と同様に、全国の介護老人保健施設の終末期ケアへの取り組みを明らかにするためにアンケート調査を実施した²⁾。調査実施時（2003年）に社団法人全国老人保健施設協会に所属する2,876施設の施設長を対象とした。回収率は40.3%であった。その結果、回答した施設長の約40%が、自身の勤務する施設で終末期ケアを提供することに前向きであった。一方、終末期ケアの提供が不可能であると回答した理由として、医師・看護師の不足、管理用個室など施設構造上の問題、外部の医療機関との連携不足などを挙げていた。以上より、介護老人保健施設で終末期ケアを提供できるかどうかについては当事者間で意見が分かれていることが分かった。また、終末期ケアの提供には、施設内の医療スタッフの増員か外部の医療機関との連携の強化が

End of life care at long term care facilities for elderly
Yoshihisa Hirakawa: 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学

不可欠である可能性が示唆された。ただし、医療スタッフの増員は難しいため、介護スタッフと医師・看護師の連携や外部の医療機関との連携の強化が現実的な対応策と考えられる。

3. 高齢者介護施設の終末期ケアの課題に関する調査

高齢者介護施設、特に介護老人保健施設や特別養護老人ホームにおいては、医師や看護師など医療スタッフが病院に比べて少なく24時間体制での配置が困難であることや、医療設備が限られていることなどから、施設内で実施できる医療的ケアの範囲は限られている。そのため、高齢者介護施設での看取りには様々な障壁があると考えられる。この障壁を明らかにするため、2007年に名古屋市内の高齢者介護施設214施設（内訳：療養型病床群36施設、介護老人保健施設53施設、特別養護老人ホーム57施設、特定施設入所者生活介護68施設）の施設長を対象にアンケート調査を実施した。その結果、高齢者介護施設で質の高い終末期ケアを提供するための条件として、スタッフ教育、ケアを提供する時間、病院やホスピスとの連携（終末期ケアの提供に適した）静かな環境・個室、医師・看護師の24時間体制、心理カウンセラーの配置、医療・介護スタッフの増員、ピア・サポート体制の整備などが多く挙げられていた。

課題と展望

以上より、高齢者介護施設の終末期ケアには、職員（特に医療スタッフ）の増員、外部の医療機関との連携、入所（居）者・家族・スタッフへの教育・啓発が必要であることが示唆された。ここでは、論点を絞って、終末期の教育と啓発に関して述べる。

1. スタッフを対象とした終末期教育

スタッフ教育は、終末期ケアの質の向上は勿論のこと、仕事に対する満足度の向上にも資すると考えられる。また、入所者の死に直面する際に受ける精神的ストレスの軽減に繋がるものと期待される。スタッフ教育の実施に当たっては、教育内容・項目の選定を行う必要がある。我々の行った調査によると、職員が学習したいと考えている項目として、患者（入所者）の意思決定（事前指図書など）、患者（入所者）・家族とのコミュニケーション、終末期に関する法的制度、終末期認知症患者ケアの方法、遺族ケアの方法、疼痛などの苦痛症状のコントロール、死にゆく患者の心理過程、終末期に関する社会的諸問題への対応、経口摂取が不可能になった場合の栄養投与（経管栄養を含む）、身体ケアの方法、終末期に関する国内外の現状などが挙げられた。また、高齢者の終末期ケアに関する教育内容・項目を網羅的・包括的に抽出

するため、全国の医学科・看護学科に平成18年度もしくは19年度のシラバスの送付を依頼した。そして、シラバスの内容を精査し、高齢者の終末期ケアと関係のあるものを抽出した。その結果、生命倫理（安楽死・尊厳死など）、終末期の定義、インフォームドコンセント、高齢者の生活の質の評価、家族のケア、チーム医療・ケア、緩和医療・ケア・技術、コミュニケーション、死の教育（死の概念と定義、死の兆候、日本人の信仰と死生観、死のあり方に対する社会的・法的な考え方など）、社会制度（高齢者介護施設・病院・ホスピス・在宅の歴史・理念・機能・体制、死亡診断書）などが選定された。

以上のような高齢者介護職員の学習ニーズに関する調査や教育目標に関する調査の結果を参考にして、また、ホスピスへの訪問・グループ討論などの教育方略の検討も行い、スタッフ教育のモデルを作成する必要がある。

2. 高齢者・家族を対象とした終末期教育

高齢者介護施設の入所者は要介護者であり、予想外の急変が多い状態の高齢者と考えられる。そのため、高齢者介護施設に入所する高齢者及び家族にとって、心肺蘇生や急性期病院への搬送のメリットとデメリットについて知っておくことが望ましい。そして、我が国ではリビングウィル・アドバンスディレクティブは法制化されていないが、書面に残しておくかは別にして、スタッフと高齢者・家族で終末期ケアに関する方針を確認しておくことが重要である。この際に、スタッフの恣意をできるだけ排除することが必要である。療養型病床群で行った我々の調査⁹⁾では、説明の仕方を統一していない状態では、医師の経験や人生観が患者・家族の心肺蘇生の希望や急性期病院への搬送の希望に影響を与える可能性が示唆された。人工呼吸器など延命処置の内容やその適応は一般の人には理解しにくいことも影響していると考えられる。説明の標準化の試みとして、名古屋大学医学部附属病院老年科病棟において、日本内科学会発行のガイドラインを参考に漫画やイラストを用いた正確で分かりやすい終末期ケアに関する説明書を作成した。リビングウィルの説明を不快に思う患者が存在することを念頭に置き、リビングウィルの作成は勿論のこと説明書を読むことについても患者の自由であることを明記し、かつ、自分の死期が迫っているのではないかと患者が誤解するのを防ぐために、原則老年科病棟入院患者全員にパンフレットを渡していることを明記することの2点に留意した。今後、当科では、様々な患者・家族向け教育用ツールの開発を行っていく予定である。

文 献

- 1) Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Kuzuya M, Kimata T, Iguchi A: End-of-life care at group homes for patients with dementia in Japan—findings from the analysis of policy-related differences. Arch Gerontol Geriatr 2006; 42: 233-245.
 - 2) Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Uemura K: Director perceptions of end-of-life care at geriatric health services facilities in Japan. Geriatr Gerontol Int 2007; 7: 184-188.
 - 3) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正: 療養型病床群1施設における心肺蘇生および急性期病院への転院に関する家族の希望. 日老医誌 2007; 44: 497-502.
-

5. 高齢者終末期医療への提言

小坂 陽一¹⁾ 佐藤 琢磨²⁾ 藤井 晶彦³⁾ 佐々木英忠⁴⁾

Key words: Tube feeding, terminal medicine, dysphagia

(日老医誌 2008; 45: 398-400)

はじめに

高齢者が老年症候群になり、要介護老人と言われる状態になり、ついに半年前から食がしだいに細くなり、寝たきりで、こちらからいくら呼びかけてもまともな答えも返ってこない、終末期を迎えたとき、欧米ではほとんどの人が延命治療は行わず、そのまま食べられなくなると、それ以上のことは何もしない方針がほとんどである。

それに対して、日本のある関連老人病院で同じような状態になったとき、末梢静脈点滴のみで何もしないでそれきりにした人は約10%で、あとの90%は何とかがして下さいと言う、そこで70%の人に経管栄養を施行し、20%の人は中心静脈栄養を施行した¹⁾。

何もしない人は2カ月で死亡したが、中心静脈栄養では8カ月、経管栄養では平均1.5年生きた。家族はこの間疲弊するし、医療費はかかるし、結局消耗したのは医療側と家族であり、患者本人もこれでよかったのか否か判定に困る状態であった(図1)。

家族の希望

次に終末期で経管栄養をしている患者の主介護者の家族にアンケート調査を施行した。第一にこの経管栄養をどう思いますかとの問いには60%の人がやむを得ないですね、これしかないですからと答えた²⁾。

それでは、この経管栄養をあなた自身又は現在健康な両親が同じようになったとき実行しますかとの問いには90%は否と答えた(表1)。経管栄養を実施している両親又は肉親を介護することによる、疲れ、肺炎を中心と

する感染のくり返し、褥瘡、尿路感染症のくり返し、そして、時に浮腫など悲惨なものがあるためと考えられた。

経管栄養実施率の推移

ある関連病院で経管栄養を70%の終末期要介護老人に実施していた。2002年から同様に家族と相談して経管栄養実施するか否かを決める際、表1の成績を呈示して、終末期の要介護老人を介護している御家族は90%の人が否定的意見を述べていますが、いかがいたしましょうかと問うたところ、経管栄養実施率は約半分に減少した(図2)。

日本人は皆がそうしているというと安心して本当に実行したい事ができる。90%というほとんどの人が経管栄養は反対なのだという実績から否定にまわる人が増えたことを意味する³⁾。以前は、ほとんど食べられなくなれば機械的に経管栄養を入れていた時代もあったが、家

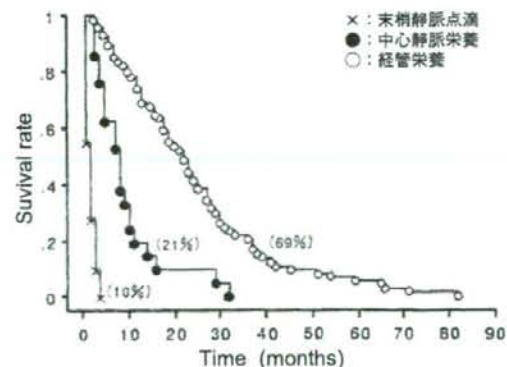


図1 終末期の要介護老人における延命治療は10%が放置、20%は中心静脈栄養、70%が経管栄養であった。(文献1より)

Terminal medicine in geriatrics

1) Yohichi Kosaka: 光ヶ丘スベルマン病院内科

2) Takuma Satoh: 美山病院

3) Masahiko Fujii: 山形厚生病院

4) Hidetada Sasaki: 秋田看護福祉大学

表1 終末期の要介護老人の主たる家族介護者へのアンケート調査。経管栄養をどう思うかとの問いに60%はやむを得ないと答えた。しかし、自分自身や現在健康な両親への経管栄養実施は90%が否定した。(文献2より)

Group	No	F/M	Age (year) Mean \pm SD	Do you want to continue tube feeding the patient (%)				Do you want to start tube feeding when your family member suffer dysphagia (%)				Do you want to start tube feeding to yourself when you suffer dysphagia (%)			
				Yes	Inevitable	No	Not Determined	Yes	Inevitable	No	Not Determined	Yes	Inevitable	No	Not Determined
A: (family care givers to patient with tube feeding)	62	42/20	57 \pm 13	3	66	18	13	15	26	43	16	2	1	84	13
B: (family care givers to patients feeding themselves)	64	42/22	58 \pm 13					2	10	74	14	1	0	88	11
C: (elderly out-Patients)	90	53/37	74 \pm 7					4	8	74	14	3	1	88	8

経管栄養の推移

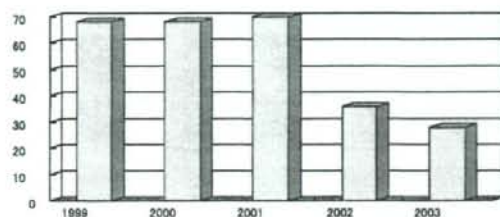


図2 ある関連老人病院における経管栄養実施率の経過。従来70%は終末期の要介護老人において経管栄養を実施していたが、介護家族のアンケート調査をみせ相談したところ、経管栄養を実施する人は2002年より半減した。(文献3より)

族との同意が必要な現在、家族が合理的に判断できる資料、客観的成績が必要である。

経管栄養を実施しない人には末梢静脈点滴1,000 ml + ビタミン剤を実施し、平均2カ月で死亡した。一方、経管栄養実施者は1年2カ月平均生存した。この間肺炎をはじめとする感染症はほとんどの人が罹患した。

日本で経管栄養実施者は1年間7万人と厚生労働省から報告されている。その内要介護老人の終末期に6万人が経管栄養を実施している。要介護老人に経管栄養して1年2カ月で医療費は900万円平均費やした。一方末梢静脈点滴のみでは2カ月で平均100万円費やした。その差800万円である。もし、表1が日本全国で実行され、経管栄養を実行する要介護老人が半減したとすれば、6万人から3万人になり、3万人 \times 800万円=2,400億円の医療費が費やされないことになる。

今後の動向

欧米並に要介護老人の終末期をほとんど何もしないということも日本には適応できないし、納得しない人が多いと考えられる。しかし、従来のように経管栄養を一応やってみて肺炎をくり返し、本人にも苦痛を与え、家族も疲弊する状態になってから、もういいですとするのもよくないと考えられる。欧米と日本の中間的な落ちつき先の模索が必要であり、これは誰も決定していない点である。

西洋と東洋の宗教に立脚した考え方の相違が相反する終末期の決定方法につながっているのかもしれない。西洋はあきらめの文化に対して、東洋は老化を認めない、あらがう文化とも言われている。西洋では理性的に意識のない終末期を延命しても何の意味があるのかとするのに対し、東洋では固い家族の結びつきから、死を客観視できないなどが原因であろうか。臓器移植も西洋では多いが、日本では少ないことも、最先端医療の遅れというよりは文化的差によると考えられる。

経管栄養実施した後、肺炎が死亡の原因になる例は90%である。ある例は肺炎をくり返し、ある例は最後は肺炎で死亡するが、くり返さない例もある。このような予後調査を十分行い、家族が合理的に延命治療を判断できる材料が不足している。

従来、要介護老人は福祉・介護にまかせ、医療者側は十分取組んでこなかったきらいがある。開業医が在宅医療を担い要介護老人の終末期医療を行っているが、それでは新しいやり方を開発して、よりよい終末期医療を改良していく客観的成績を誰が出すのか。一方、臓器別専門医の役割ではないと思われるので、老年科医がこの役割を果さなくてはならない。

表1という単純な成績のみで2,400億円の経済効果と考えられることは、更に追及して終末期の国民の納得する成績を出すことが急務であろう。医療費の高騰をおさえるために老人医療を軽視し、結果として肺炎をくり返し、抗菌薬をはじめとする膨大な医療費を終末期に使用している現状からの脱出のために、更なる客観的資料の呈出が求められている。本成績はその第一歩であろう。

文 献

- 1) Kosaka Y, Yamaya M, Wakajoh K, Matsui T, Yanai M, Sasaki H: Prognosis of elderly patients with dysphagia in Japan. *Gerontology* 2000; 46: 111-112.
- 2) Kosaka Y, Satoh-Nakagawa T, Ohru T, Yamaya M, Arai H, Sasaki H: Tube feeding in the terminal elderly care. *Geriatr Gerontol Int* 2003; 3: 172-174.
- 3) Kosaka Y, Satoh A, Fukuoka Y, Satoh-Nakagawa T, Sasaki H: Feeding tubes in the terminal frail elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2005; 5: 301-302.