

後日本でも準備すべきだと考えるに至りました。

質の高い終末期ケアの4条件

最後に、在宅エンド・オブ・ライフケアの課題を考えてみたいと思います。

紹介してきた全国調査をやり、イギリスのホスピス・緩和ケア・プログラムに学び、MDS-PC調査や、事例検討会をする公開研究会を重ねてきました。それらを通じて、関わったみんなが「良い旅立ちでしたね」という質の高い終末期ケアを実現する条件を考えてきました。それを表に示した4つにまとめてみました⁵⁾。

ひとつが、ご本人ご家族の明確な意思表示です。家で最後を過ごしたい、あるいはグループホームで、終の住処と思っていた特別養護老人ホームで過ごしたい、そういうご本人やご家族の明確な意思表示があると、職員もみんなでもやろうとまとまります。

2番目が、緩和医学・医療の技術が提供されていることです。やはり痛みがあると質が高いケアとは言えませんから、医療技術もやはり不可欠な要素です。

3番目が、社会的サポートです。言い方を変わると社会的孤立の防止ですね。今回の大会テーマの副題にも「地域コミュニティの場でホスピスケアを」とあります。たとえ家に帰ったとしても、周りの人とまったくつながりがない、コミュニティから孤立して、ただ家で死んだ。それでは、場所が病院でなかっただけで、いい看取りとは言えないでしょう。家族や親族、昔からの友人などが訪ねてきてくれる。あるいは思い出の地や故郷を訪ねたとか、縁のある人々と花見をしたとかがあると、ご本人だけでなくケアする側の納得にもつながる。イギリスでいえば、デイセンターが社会参加の場として機能していました。家族の関わりも重要ですが、今後家族の関わりが薄い場合も増えていくでしょう。だから、その分、医療職・介護職とかボランティアの役割は、大きくなっていくだろうと思います。

4番目が、ケアマネジメントです。以上の

3つの要素がばらばらで結びついていないのではだめです。これらがしっかりとマネジメントされること、ご本人やご家族のニーズをつかんで、緩和ケアの医学的技術や社会的ネットワークなどの社会資源とを結びつけていくこと。それがケアマネジメントの役割です。それを誰がやるのか、どのようにやるのかということが、大事だと思います。

全国調査から引き出し事例検討で検証した 質の高い終末期ケアの4条件

1. 本人の明確な意志表示
2. 緩和医学・医療ケア
3. 社会的サポート(社会的孤立防止)
 - ・旅行・花見・再会・社会参加など
 - ・家族(ただし家族が支えきれない場合も増える)
 - ・職員・ボランティアなどによる

これらをケアマネジメントすること

誰の役割?: 黒字=専門職、明朝=市民

市民の役割

この研究会の特徴は、いわゆる専門職だけでなく、市民も参加していることです。そのことを考えながら、この講演の準備をしていて気づいたことがあります。4つの条件のうち、2番目の医学医療的ケアと4番目のケアマネジメントは、専門職の仕事です。しかし1番目の「ご本人・家族の明確な意思表示」は、どうでしょう。これはご本人・家族以外にはできないことです。専門職にできるのは、ご本人・家族がすでにもっている意思を引き出すことだけです。意思を持つのは一人一人の市民が、自分の最期について考え、死について語ることをタブーにしないで「私はこうしたい」とご家族と共有してくれていないとできないわけです。さらに3番目の社会的サポート、社会的に孤立させないコミュニティづくり、これも専門職だけではできないことです。市民が、コミュニティの資源を豊かにしておくこと、普段から作っておくことが大事です。このように4つの条件を整えるため

に、専門職が担うべきことと市民が担うべきことがある。そのことに、今回、始めて気づきました。専門職と市民の両方の努力や取り組みが、かみ合っていることが、質の高い終末期ケアの条件である。だから、両者が参加する、このような研究会が大事なのだと思います。

在宅エンド・オブ・ライフケアの課題

以上を踏まえ、今後の在宅エンド・オブ・ライフケアの課題を、専門職と市民の課題に分けてまとめたいと思います。

一つ目は専門職の課題です。まず緩和ケア技術をちゃんと蓄積しなくてははいけません。そして自分たちが「良かれと願ってやっているからいいはずだ」ではなくて、ケアの質を客観的に評価する努力もする。その結果、反省すべきところは反省して、さらに技術を高め、それを普及するようなシステムを作る。個人や一事業所の努力ではなくて、それを全体に広げるシステムづくりが専門職の取り組むべき課題だと思います。

二つ目は市民・NPO・社会の課題です。専門家には、「見えやすいところ」しか見えていません。ですから「見えにくくても大切なこと」はしっかりと専門職に対し、意思表示したほうがよいでしょう。それと、つい「政府に〇〇をやるべきだ」と言いたくなります

が、今回の後期高齢者医療制度の終末期相談支援料が凍結になったように、「もっと家で死んでください」とか「どこで死にたいか文書に書き残しておきなさい」などと国が先に言い出したら、反発が起きます。むしろ市民の側から「こういう死のあり方があってもいいでしょう」と声をあげていく。それが違法でないことを、国が追認し、支援策を出す。そういう順番があるべき姿ではないでしょうか。だとすれば、国よりも先に、市民がやるべきこともあるわけです。

以上、4つの課題に専門職と市民の両者が取り組み、それを国が支える仕組みを作ることの大切さを強調して私の報告を終えさせていただきます。ありがとうございました。

参考文献

- 1) 宮田和明、近藤克則、樋口京子編著。「在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ」。東京：中央法規、2004。
- 2) 近藤克則。イギリスのホスピス・緩和ケア・プログラム。「『医療費抑制の時代』を超えて—イギリスの医療・福祉改革」。東京：医学書院、2004：169-195。
- 3) 近藤克則。在宅死の意味を問う—在宅死至上主義を超えて。文化連情報 2004；310：38-46。
- 4) 杉本浩章、近藤克則、樋口京子、他。緩和ケア用MDS-PC日本語版の信頼性と有用性。病院管理 2007；44：243-250。
- 5) 近藤克則。「質の高い終末期ケア」に向けた4つの課題とは何か。シニアビジネスマーケット 2008；No. 2：52-59。

総説

高齢者の終末期をめぐる

●終末期医療・ケア ●緩和医療・
立場表明 ●胃瘻造設

2. 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とその後の展開

SUMMARY

日本老年医学会は、2001年に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明を行った。その中では、ageismへの反対、本人の意思の尊重、QOLの重視、家族ケアの重要性、集学的医療の必要性、医学的根拠の重視、文化的背景への配慮、終末期医療・介護に関する教育と研究の必要性などが述べられている。その後のわずかな期間のうちに、わが国の医療制度は崩壊の危機に瀕すると同時に、後期高齢者医療制度の新設という大きな変化に直面している。こうしたなかで、日本老年医学会はあくまでも高齢者の側に立って、最期までその尊厳を守るために、高齢者にふさわしい医療を推進する責務があると考えられる。

飯島 節

とをお断りする。

はじめに

日本老年医学会は、高齢者医療における倫理的課題を検討するために、1998年に倫理委員会を組織した。その成果として、2001年に「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」を発表した(表1)¹⁾。従来、わが国の学会は自然科学としての学問研究に重きを置き、社会的あるいは倫理的な課題に対しては立ち入らない傾向にあった。しかし、医学はひとを対象とする学問であり、それを医療として実践することにより、ひとの幸福の増進を最終目標にすることは明白である。そこで、超高齢社会を迎えるに当たり、日本の高齢者医療を推進する立場にある日本老年医学会が、高齢者の終末期の医療とケアに関する立場の表明を行ったことは画期的であったといえる。

本稿では、この「立場表明」について概説するとともにその後の方向性について述べる。なお現在、筆者は日本老年医学会倫理委員会委員長を務めているが、本稿はあくまでも筆者の個人的な見解によるものであり、日本老年医学会もしくは同倫理委員会の公式な見解ではないこ

医学会が「立場表明」を表明することの意義

倫理委員会は「立場表明」を表明するに当たり、学術評議員を対象にアンケートを実施した²⁾。その結果、95.5%の回答者が「立場表明」を必要であると回答した。高齢者の終末期医療の現場で様々な課題に直面している学会員から、「立場表明」への支持と多くの期待が寄せられた。しかし、立場表明に反対する意見もあった。すなわち「高齢者の終末期にはいまだ明確な基準がない。時期尚早である。このような時期に学会としての立場を表明すると、医療費抑制のよりどころとして行政に利用されかねない」「高齢者の終末期は老年医学会だけが責任を負うものではない。この国のすべての学会あるいは医師会などが責任を負うべきものである」などである。これらはいずれも正論であり、立場表明においてもその一部は反映されている。ある意味ではその結果として、内容が抽象的あるいは概念的すぎ、具体性に乏しく実効性に欠け

■いいじま せつ(筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻)

表1 日本老年医学会 高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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入れた「倫理委員会」を各医療機関に設置し議論を行なうと同時に、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。
- 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。

るとの批判も受けることになった。しかし ageism への明確な反対(立場1)やQOLの重視(立場3)などをこの時期に表明し、高齢者医療のあり方の大原則を打ち立てたことの意義は小さくないと考えられる。

APPROACHES TO AGEISM

年齢のみを根拠した差別を ageism と呼ぶ。「立場表明」では最初に「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」と述べられている(立場1)。わが国では治療可能な病態であっても、「もう年だから」という表現によって家族が治療を辞退し、また医療従事者もこれを容認するという実態が存在する。また、医療費削減の圧力は高齢者医療に集中しており、高齢者に対する過少医療の横行が危惧される状況である。こうした状況に断固として反対し、高齢者が適切な医療やケアを受け

る権利を守るのが日本老年医学会の立場である。ただし、年齢とは全く無関係にすべて若年者と同じ医療やケアを行うことを主張しているわけではない。加齢に伴って生物学的な変化、すなわち老化が進行することはやむを得ないことであり、医療やケアもそれに合わせてモディファイされなくてはならない。日本老年医学会は、各種臓器の加齢変化や高齢者に特有の疾患などについての科学研究を踏まえて、高齢者にふさわしい医療を確立する責務がある。

後期高齢者医療制度は後期高齢者にふさわしい医療を確保するための制度として立案され、日本老年医学会はこれを推進する立場にある。しかし、「後期高齢者」というネーミングが逆に高齢者の切り捨て、すなわち ageism を連想させる結果となり、マスコミの袋だたきにあってしまった。最終的には長寿医療制度という名称に変更するという極めて日本的な処理に終わったが、このことはむしろ、高齢者という言葉に対する潜在的な差別意識を顕在化させたとも

いえる。日本老年医学会は引き続き断固として ageism に反対し、真に高齢者にふさわしい医療の確立に努めなくてはならない。

高齢者の終末期における 経管栄養の是非

倫理委員会が高齢者の終末期医療に関する議論を始める契機となったのは、高齢者医療の現場で働く学会員からの要請であった。経口摂取が困難となった高齢者における栄養補給のあり方については様々な議論がある。しかし、ある報道機関が経管栄養は不可欠であるかのように誤解して、自然な経口摂取を続ける努力を全面的に否定する報道を行った。これに対して、学会としての見解を明らかにしてほしいとの要請があったのである。

高齢者の終末期、例えば進行した認知症患者における経管栄養が患者の状態を改善するという証拠はなく、むしろ嚥下性肺炎を引き起こすなどの有害作用が指摘されている³⁾。にもかかわらず経管栄養は、終末期の高齢者に対して恣意的ともいえる判断基準により広く実施されている⁴⁾。わが国の web を利用した調査では、脳梗塞で寝たきりの 84 歳の患者に対して、70% の医師が経管栄養を開始すると回答している⁵⁾。近年は、急性期病院において、在院日数短縮のためにできるだけ早く退院できるように、予後を考慮することなく半ばルーチンワークのように胃瘻造設が行われているという指摘もある。こうした胃瘻造設について多くの老年科医は無益(futile)と考えており、ガイドラインを策定してこれを抑止すべきであるという意見が少なくない。しかし、一時的な経管栄養によって体力を回復して再び経口摂取可能となる場合や、胃瘻からの十分な経管栄養と少量の経口摂取を組み合わせることで QOL の高い生活を実現している場合も少なくはない。さらに、たとえ植物状態であっても生きてくれるだけでよいという家族もある。したがって、経管栄養の是非をガイドラインで一律に規定することは事実上不可能である。日本老年医学会としては、むしろ個々

のケースにおける意思決定を支援するために、胃瘻を造設した場合の予後や合併症などのデータを蓄積して、これを提供する努力をする責任がある(立場 6)。

思想・信仰や文化的背景への配慮

わが国の現在の医療のあり方は、欧米先進国の考え方に決定的に影響を受けている。ヘルシンキ宣言をはじめとする欧米の考え方には普遍的な価値があり、インフォームド・コンセントの普及などわが国の医療の向上に大いに寄与した。しかし終末期医療に対する希望は、思想・信仰や文化的背景により強く影響されるため、個人主義やキリスト教を基盤とする欧米の考え方をそのまま輸入するわけにはゆかない。多民族国家の米国においてはこの問題は極めて切実であり、様々な研究がある。終末期を想定した 3 つのシナリオへの対応を、ユダヤ教徒、カトリック教徒、イスラム教徒の間で比較した研究によれば、いずれも共通の起源を有する一神教でありながら、カトリック教徒は経管栄養の差し控えを容認するが、ユダヤ教徒とイスラム教徒はこれを容認しないという⁶⁾。実際の経管栄養の実施頻度の調査でも、イスラエルのユダヤ教徒では 51.7% で実施されていたのに対して、カナダの非ユダヤ教徒ではわずか 3.2% だったという報告がある⁷⁾。自律(autonomy)や事前指示(advance directive)についても、ユダヤ教徒とイスラム教徒はこれをあまり重要視せず、「神の思し召しのままに」という姿勢が強いという⁶⁾。わが国では、誕生直後のお宮参りから葬式まで各種の儀式において宗教は不可欠であるが、医療現場における宗教の存在は希薄である。その一方で地域における伝統や習慣が依然として影響力を有しており、終末期のあり方についてあからさまに議論することを避ける傾向にある⁸⁾。立場表明では、わが国の高齢者のこうした特性や文化的背景への配慮の重要性が述べられている(立場 2, 立場 7)。しかし、仏教と神道が共存し、かつ極めて世俗的なわが国の文化を踏まえた研究は不足しており、欧米諸国

からの直輸入ではない終末期のあり方についての研究の蓄積が必要である。

家族へのケアを含めた 緩和ケアの必要性

立場3ではQOLの重視、立場4では家族へのケアの必要性、立場11では症状緩和に関する研究の必要性がそれぞれ述べられている。これらは、緩和ケアあるいはホスピス・ケアとして実施されている内容である。わが国の診療報酬制度では、緩和ケアの対象はがんとエイズに限定されているが、生命予後に限りがあるという意味ではすべての高齢患者が緩和ケアの対象となり得る(立場10)。欧米では、認知症を含む高齢患者を対象とした緩和ケアに関する研究が数多くなされている⁹⁾。特に認知症患者は、症状をうまく表現できないために十分なペイン・コントロールがなされていないことや、予後の予測が難しく緩和ケア・プログラム導入時期を決定しにくいなどの課題が指摘されている。がん以外の高齢患者に対する緩和ケアに関する研究は、老年医学会の重要なテーマになるう。

研究に関する課題/社会への公開に 関する課題

望ましい終末期の医療およびケアの実現のために、様々な研究が必要である(立場11, 12)。「立場表明」に沿って名古屋大学老年科を中心としていくつかの研究が行われた。医学生や看護学生に対する終末期医療に関する教育は不十分であり、早急に教育プログラムを導入する必要性が指摘された^{10, 11)}。わが国の病院における倫理委員会の設置は遅れており、早急な整備の必要性が指摘された¹²⁾。

今後のガイドライン

日本老年医学会が「立場表明」を表明した2001年以降に、厚生労働省、日本医師会および日本救急医学会から終末期医療に関連するガ

イドラインが公表されている。このうち日本救急医学会の「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」は、文字どおり救急医療の現場に限定したものであり、日本老年医学会の関心とはやや趣を異にしている。しかしながら近年、在宅高齢者が救急車で病院へ搬送される機会が増加していることから、高齢者が救急医学会のガイドラインの対象となる可能性は大きい。救急医療の現場では、年齢や疾病原因に関係なく救命救急医療を行うことが原則であり、認知症の終末期にある高齢者も交通事故に遭った小児と同じように治療される。このことは医療財政にとって負担となるばかりでなく、高齢者自身にとっても必ずしも喜ばしいことではない。これに対して、主治医である老年科医が日頃から本人や家族と終末期のあり方について話し合っておくことが、何らかの役に立つはずである。一方、厚生労働省と日本医師会によるガイドラインは医療そのものを規定するものではなく、治療方針の決定プロセスに関するガイドラインである。いずれも十分なインフォームド・コンセントや複数の専門職者からなる合議に基づくことを謳っている。基本的な考え方は、十分な情報開示(立場2)や集学的医療およびケア(立場5)に示されているように、日本老年医学会の「立場」と違いはない。

QOL

日本老年医学会倫理委員会が発足した当時は、高齢者終末期医療における栄養補給のあり方などについての具体的なガイドラインの策定が期待されていた。しかし、高齢者の終末期自体が極めて多様であること、各種医療行為の効果に関するエビデンスが乏しいこと、また患者や家族の希望が多様であり国民的なコンセンサスが存在しないことなどにより、ガイドライン策定作業は頓挫した状態である。一方、米国のサブプライム問題に端を発する経済危機により、高齢者医療はますます圧迫されようとしている。こうした中で、日本老年医学会はあくまでも高齢者の側に立って、最期までその尊厳を守るた

めに、高齢者にふさわしい医療を推進する責務があると考えられる。読者諸兄のご指導とご支援を賜れば幸いである。

文 献

- 1) 社団法人日本老年医学会：「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」. 日老医誌 38 : 582-583, 2001.
- 2) 井口昭久：「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」を表明するに至った経緯について. 日老医誌 38 : 584-586, 2001.
- 3) Finucane TE et al : Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA 282 : 1365-1370, 1999.
- 4) Teno JM et al : Use of feeding tubes in nursing home residents with severe cognitive impairment. JAMA 287 : 3211-3212, 2002.
- 5) Bito S and Asai A : Attitudes and behaviors of Japanese physicians concerning withholding and withdrawal of life-sustaining treatment for end-of-life patients : results from an Internet survey. BMC Med Ethics 8 : 7, 2007.
- 6) Clarfield AM et al : Ethical issues in end-of-life geriatric care : the approach of three monotheistic religions-Judaism, Catholicism, and Islam. J Am Geriatr Soc 51 : 1149-1154, 2003.
- 7) Clarfield AM et al : Enteral feeding in end-stage dementia : a comparison of religious, ethnic, and national differences in Canada and Israel. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 61 : 621-627, 2006.
- 8) Okuno S et al : Elderly Japanese people living in small towns reflect on end-of-life issues. Nursing Ethics 6 : 308-315, 1999.
- 9) Roger KS : A literature review of palliative care, end of life, and dementia. Palliat Support Care 4 : 295-303, 2006.
- 10) 平川仁尚ほか：終末期医療・看護に関する授業と医学生の死生観との関係. 日老医誌 44 : 247-250, 2007.
- 11) 平川仁尚ほか：終末期医療・看護教育に関する医学生の意識調査. 日老医誌 44 : 380-383, 2007.
- 12) 平川仁尚ほか：病院内倫理委員会の現状に関する調査. 日老医誌 44 : 767-769, 2007.

(執筆者連絡先) 飯島 節 〒112-0012 東京都文京区大塚 3-29-1 筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻

4. 胃ろう造設と家族への教育

小坂 陽一¹⁾ 佐藤 琢磨²⁾ 佐々木英忠³⁾ 荒井 啓行¹⁾

Key words : tube feeding, terminal care

(日老医誌 2009; 46: 521-523)

はじめに

現在我国では、永続的に経口摂取不能となった寝たきり状態の高齢者に対する、経管栄養法（以下経管）の施行が一般的である。その際、患者本人の事前意思の有無・家族の意思、患者の全身状態、基礎疾患、年齢等の要素が考慮される事は少ない。

経管施行の有効性、すなわち嚥下性肺炎・褥創・低栄養の予防・改善、ADL、QOLの向上を示した報告は少なく、施行後の身体拘束・鎮静剤の頻用使用等も認められ、認知症末期の導入には否定的な意見も多い¹⁾²⁾。

経管に関する諸問題の調査をH12～H20年の間、仙台市外縁部に位置する、地域の一般病院と老人病院の役割を担っている施設で行った。(全140床・うち内科92床(療養型32床)、内科常勤医4名、内科入院患者平均年齢は82歳、年間死亡者数は約60名、経管施行患者は常時約50名であった。)

経管栄養法についてのアンケート調査 (H13～14年)

1. 経管が導入されている、患者の家族(N=107)、2. 寝たきり状態だが、経口摂取可能な患者の家族(N=93)、3. 認知機能に問題のない高齢者(N=106)(Total N=306:M=110, F=196:平均年齢:63.4歳)。以上3群の対象者に同様の形式のアンケート調査を行ったところ、永続的に経口摂取が不可能な状態となった高齢者に対して、経管が適応されることを知らない人は、全体で39.5%、65歳以上の高齢者では44.0%であった。また

既に経管が導入されている患者の家族の65%は一応現状を肯定している事が解った。最後に、自分自身が永続的に経口摂取不能な状態になった場合を仮定した質問では、年齢・群にかかわらず90%弱の人が経管を行って欲しくないと回答した³⁾⁴⁾。

導入前情報提供による人工栄養選択の変化 (H14～16)

永続的な経口摂取障害で入院した、65歳以上の患者102名の家族に対して、入院時および経過中に十分な情報提供を行い、2002年6月前後での治療法の選択の変化について調査したところ、経管不選択の希望が33%から73%に増加した³⁾⁵⁾。

経管後・予後の規定因子 H17～19年度 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 分担研究 〈高齢者の終末期ケアに関する研究〉

平成13～19年度、ねたきり状態・認知症合併の高齢者で、経管導入の状態での死亡した患者についての調査で、経口摂取障害の緩徐発症、寝たきり状態となってから長期間後の経管導入、経管導入前の先行感染、導尿カテーテルの留置、経管導入後早期の感染症合併など、経管導入後の予後不良を予測する複数の因子の存在が示唆された。よって以下の検討項目でロジスティック回帰分析を行い、経管導入後1年以内死亡の危険因子を求めた。

調査対象者は①65歳以上、②食事以外のADLも低下、③患者自身の意思決定が不能、④経口摂取併用なし、⑤永続的な導入、以上全ての項目を満たしている事を条件とした。

検討項目を以下に挙げる。○基礎疾患、既往歴(脳血管障害、心・肺・肝・腎疾患、糖尿病、悪性腫瘍の既往等) ○全身状態(気管切開、咽頭MRSA、導尿カテー

Tube feeding in the bedridden elderly patients

1) Yoichi Kosaka, Hiroyuki Arai : 東北大学加齢医学研究所加齢老年医学

2) Takuma Sato : 美山病院

3) Hidetada Sasaki : 秋田看護福祉大学

テル留置, 導入前感染の有無) ○寝たきり状態となつてから経管導入までの日数○導入後感染症を合併するまでの日数. 結果を表1に示す.

経管導入後1年以内死亡のOdds ratioは, 経管導入前寝たきり期間6カ月以上が8.4 (2.3~30.5: P=0.0012), 経管導入後感染4カ月未満が55.0(18.0~168.0: P<0.0001) (95%CI: P-value)であった. 両群共導入後1年以内の死亡率は95%弱であった(図1).

導入時年齢, 心・肺・腎・糖尿病等の慢性疾患の有無は, 影響を認めなかった.

高齢者の経管栄養法の“中断 (Withdraw)”に関する検討

経管施行後, 経管を継続した状態で死亡した163名(継続群: 前研究の調査群に同じ)と, 嚥下性肺炎等の感染症や, 重篤な消化器症状を繰返すため経管を中断(Withdraw)した患者38名(中断群)との比較検討を行った.

発症時(経管中断時)および治癒時(経管再開時)には, 家族(特にキーパーソン)に対して十分な情報提供を行い, 家族がこれ以上の経管の継続を望まなかった場

合に, 経管中断を行った. 中断後も家族には頻回に状態説明を行い, 希望時には経管を再開した. 中断後は維持輸液製剤を使用. 患者の体格・体重等を考慮し1,500~1,200 ml/日より開始. 浮腫の出現・増悪時より徐々に減量した. 総合ビタミン・微量元素を週1回投与した. 長期点滴のため中心静脈(大腿静脈)を使用. 18ゲージ・シングルカテーテルを, 刺入部より20 cmで固定した.

結果として, 経管後予後は 377 ± 35 (2~2,174)日(以下Mean±S.E.), 中断後予後は 80 ± 7 (6~168)日であった. 死亡までの感染数は, 継続群(経管導入~死亡まで) 3.1 ± 0.2 回, 中断群(経管導入~中断まで) 2.6 ± 0.2 回, (中断~死亡まで) 0.8 ± 0.1 回であった. また中断群でカテーテル熱の合併が認められた例は無かった.

死亡原因では, ①肺炎等, 感染症による死亡率は, 継続群78.5% (N=128), 中断群39.5% (N=15)と約半分であり, 有意な低下を示した. (P<0.0001)(以下X²検定) ②DIC(播種性血管内凝固症候群)もしくはMOF(多臓器不全)を合併した死亡率は, 継続群38.0% (N=62), 中断群13.2% (N=5)と約1/3であり, 有意な低下を示した. (P<0.01) ③衰弱死(明らかな症状が無く, バイタルサインが緩やかに低下し死に至った例)は, 継続群9.8% (N=16), 中断群52.6% (N=20)と約5倍であり, 有意な上昇を示した. (P<0.0001) また経管導入後, 初めての感染症合併後の予後は, 継続群 156 ± 16 日, 中断群 156 ± 19 日 (Mean±S.E.)と両群共約5カ月強であり, 差異を認めなかった.

表1 ねたきり状態・認知症合併の高齢者で, 経管導入の状態での死亡した患者163名についての調査

N=163 (M=86, F=77) (人)	(Mean±S.E.)
経管導入時 年齢	80.9±0.6 (歳)
経管導入後 予後	377±35 (日)
寝たきり状態となつてから, 経管導入までの日数	287±37 (日)
経管導入後 初発感染発症までの日数	211±30 (日)
初発感染発症後 予後	156±16 (日)
経管導入後~死亡までの感染発症数	3.1±0.2 (回)

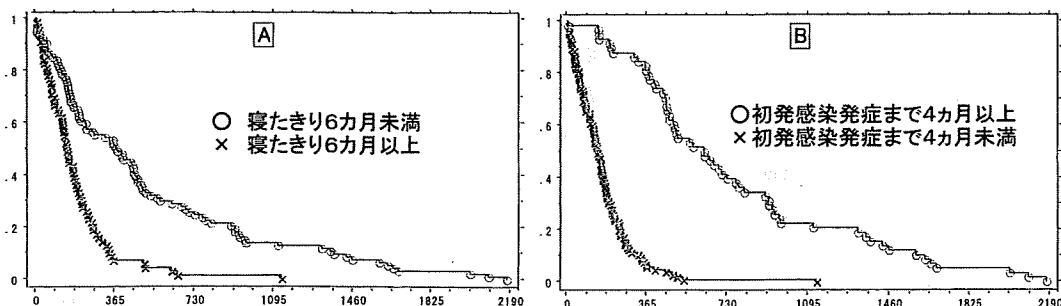


図1 Kaplan-Meier法による生存曲線

A: 経管導入前・寝たきり期間別 B: 経管導入後・初発感染発症時期別

寝たきり6カ月以上の群における死亡率は, 1カ月:13.3%, 3カ月:34.3%, 6カ月:67.6%, 1年:94.3%と6カ月未満の群に比較して有意な低下を示した.

導入後初発感染発症まで4カ月未満の死亡率は, 1カ月:11.6%, 3カ月:33.3%, 6カ月:62.5%, 1年:92.8%と4カ月以上の群に比較して有意な低下を示した.

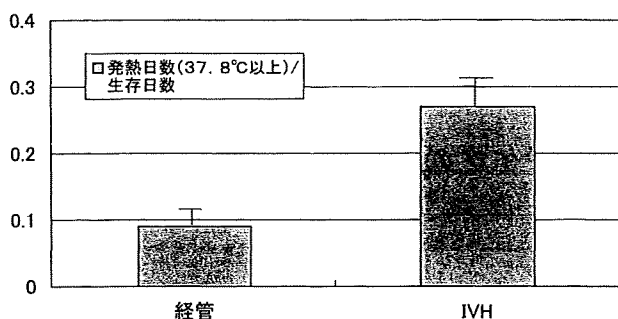


図2 経管, IVH 導入後の発熱日数/生存日数
導入後生存日数に占める, 37.8°C以上の発熱日数は, 経管群 (N = 31): 0.09 ± 0.02, IVH群 (N = 27): 0.27 ± 0.04 (Mean ± S.E.) と, 経管群に比較して, IVH群は有意な増加を認めた. ($p < 0.001$)

高齢者に対する経管施行の問題点・今後の課題

(1) 患者本人の選択で行われていない。

経管についての医療情報の過少が一因となっている。健康な高齢者に対する情報提供による, 個人の事前意思表明の確立が急務と考えられる。

(2) 有効性が証明されていない。機能しない場合がある。

経管が機能せず水分のみの投与でさえ, 嚥下性肺炎, 難知性の嘔吐・下痢等の重篤な症状を呈し, ADL・QOLを損ねる例が少なからず存在している。このような場合は“終末期”と見なして良い状態であり, 場合によっては経管の“中断 (Withdraw)”の選択も, 患者の苦痛緩和の観点から必要となる可能性が有る⁶⁷⁾。経管導入ガイドラインの策定が, 高齢者の終末期・緩和ケアの問題を考慮する際, 重要になると考えられる。

(3) 経管不選択の容認の是非

本人の事前意思が明らかでない場合に, 家族が経管の拒否を選択し, 医師がそれを実行した際, 現行の法律上容認されるのかどうかの問題が明確でない。家族・担当医以外の第三者が評価・裁定する機能が必要と考えられる。本人の事前意思による, 治療後見人・代理人の任命の是非等も含め, 医学に留まらず社会的問題として多方面からの検討が必要と考えられる。

(4) 経済的効果・在院日数短縮のための経管導入, 経管不選択時の中心静脈栄養の増加

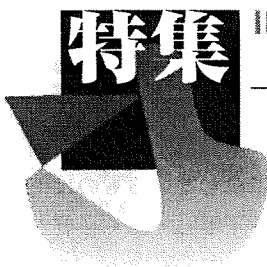
寝たきり状態の高齢者の食事介助にかかる労力と時間の負担は大きい。しかし病院・施設入所の患者の場合, 現状ではそれらが診療報酬に反映されているとは言い難

い。食事介助の負担軽減, 加えて高い診療報酬が得られる事が, 経管の安易な選択に繋がっている可能性が指摘されている⁶⁾。近年在院日数短縮が推奨されている一方で, 転院のため必要な栄養ルートとしてのPEG増設が, 急性期病院において増加している印象がある。また患者家族が経管の不施行を希望した際 (以前に経管患者の介護経験がある場合が多い), 代償として中心静脈栄養が選択される例が増加している。寝たきり状態の高齢者に対する高カロリーの中心静脈栄養施行は, 経管栄養に比較して予後が短いのは勿論であるが⁹⁾, 全身性の浮腫, 原因不明熱持続後のDIC・MOFなど悲惨な合併症を示す例が多い (図2)。その点が十分に説明された上で施行されているかは疑問が残る。

私見であるが, 以上に上げた理由から, 寝たきり状態の高齢者に対する経管施行は現在がピークであり, 将来的に頻度は減少に向かうと考えている。しかし我が国の政治方針が急速に高齢者医療の削減に向かって動いている現状で, その事が悪用され医療不信の一因となる可能性を憂慮している。

文 献

- 1) Finucane TE, Christmas C, Travis K: Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA 1999; 282: 1365-1370.
- 2) Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 2000; 342: 206-210.
- 3) 小坂陽一, 佐藤琢磨, 藤井昌彦, 佐々木英忠: 高齢者終末期医療への提言. 日本老年医学雑誌 2008; 45: 398-400.
- 4) Kosaka Y, Satoh-Nakagawa T, Ohru T, Yamaya M, Arai H, Sasaki H: Tube feeding in terminal elderly care. Geriatrics and Gerontology International 2003; 3: 172-174.
- 5) Kosaka Y, Satoh A, Fukuoka Y, Satoh-Nakagawa T, Sasaki H: Feeding tubes in the terminal stage of the elderly. Geriatrics and Gerontology International 2005; 5: 301-302.
- 6) The A-M, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B, Ribbe M, van der Wal G: Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. BMJ 2002; 325: 1326-1329.
- 7) van der Steen JT, Kruse RL, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G, Heintz LL, et al: Treatment of nursing home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and the Netherlands: An ocean apart. JAGS 2004; 52: 691-699.
- 8) Mitchell SL: Financial incentive for placing feeding tubes in nursing home residents with advanced dementia. JAGS 2003; 51: 129-131.
- 9) Kosaka Y, Yamaya M, Nakajoh K, Matsui T, Yanai M, Sasaki H: Prognosis of elderly patients with dysphasia in Japan. Gerontology 2000; 46: 111-112.



多様なケアマネジメント

高齢者の終末期における ケアマネジメント

大阪市立大学大学院看護学研究科 樋口京子

● 抄録

高齢者の終末期ケアでは、死に至る経過に3つのパターンがあり、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要など特有の課題がある。終末期ケアの質を構成する要素を明らかにするためにアウトカムの評価指標を比較検討した。その結果、ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の主観的な考え方に着目し、高齢者、介護者とその関係に焦点をあてる直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視したケアマネジメントが求められることを明らかにした。特徴的な視点として、①希望と期待度、余命予測に基づく意思決定過程の共有とモニタリング、②残された日々、介護、死別をより肯定的に意味づけるサポート、③死を迎える準備と死別後までをサポート、④死別後までを一貫して支えるインフォーマルサポートのネットワーク化、⑤日々のQOL (quality of life: 生活の質) を高める多職種連携チームおよび緩和ケアチームの編成、組織化、地域資源の創出、の5つを提案した。

Key Words : 高齢者, 終末期, ケアマネジメント, ケアの質, 評価

ケアマネジメント学, (8) : 31-38, 2009

I. はじめに

高齢者の終末期では、慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えることが少なくない。そのため、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要など特有の課題があり、最長6か月のホスピス・緩和ケアの範ちゅうにおさまらない状況が多くみられる。また、高齢者の死の迎え(看とり)方の希望は、長年にわたって培われてきた価値観や、家族や重要他者との人間関係などに基づくものである。したがって、ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の希望や期待度と余命予測に基づき、その生活の延長上にある死をどのように迎え看取るのか、意志決定

過程を共有し目標指向型のプロセスを重視したていねいなケアマネジメントを実施することが求められる。

本稿では高齢者の終末期ケアの定義と特徴、終末期ケアの質を構成する要素、質を高めるために重視すべきケアマネジメントの機能と視点について述べる。

II. 高齢者の終末期の特徴と終末期ケアの定義

高齢者の終末期ケア(エンドオブライフ・ケア)をめぐる議論は1995年前後に始まった。その背景には、高齢化が進みさまざま慢性疾患を抱え死に至るようになったことが挙げられる。Lynnらは、高齢者の死に至る経過に3つのパターンがあることを示した¹⁾。

パターンAはがんなどの場合であり、一般に

Kyoko Higuchi
Osaka City University Graduate School of Nursing
〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-5-17

死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。パターンBは、心臓、肺、肝臓などの慢性疾患をもち増悪と緩解を繰り返し、2～5年で悪化する。経過の後半になると治療して改善するかどうかの予測はむずかしい。パターンCは5年以上の長い期間にわたり徐々に機能が低下する場合で、認知症や老衰である。多くは肺炎などで最期を迎える。

慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えるため、余命予測や意思の確認がむずかしく長期の生活支援が必要であること、慢性疾患の増悪期や肺炎などでは治療が必要であること、など高齢者特有の課題がある。

このようなホスピス・緩和ケアとは異なる高齢者の終末期ケアを、カナダ政府の諮問委員会(2000)では、新たに「エンドオブライフ・ケア」と呼び定義した²⁾。死にゆく人へのケアをめぐる概念の変遷と現在日本で用いられている訳語についても表1に示した。今回は、「終末期ケア」という訳語を用いて展開する。主な特徴は、①ホスピス・緩和ケアと老年医学の理念および原則を受け継ぎ、②がんに特化せず、死の危険性が徐々に高まる進行性や慢性の疾患を対象とするため治療することを含む、③期間を6か月と限定せず時間軸を長くとり、などの特徴をもつ人生の終焉に受けるケアを指す広範囲な考え方である。ただし、アメリカ国立衛生研究所(NIH)の「End-of-Life care」に関する声明(2004)³⁾では、小児から高齢者までを対象としてこの用語が用いられている。

Ⅲ. 高齢者の終末期ケアの質の評価とケアマネジメント

Donabedianは、ケアの質を評価する場合に留意すべきことについて、次のように述べている⁴⁾。

質の定義は本当に難しい。おそらく“質”とは同質の集まりをさすのではなく、さまざまな特性が集まってできた大きな束をいうのである。患者・医師・看護師が重要だと考える質は

明らかに、それぞれに異なるし、一つずつの重みづけも異なる。だから、評価の際はケアのどの側面を評価するのか、そしてそれぞれの側面における“よい質”を構成しているものは何なのかについてあらかじめ了解しておく必要がある。

これは、質を評価する場合には、評価者によって重要だと考える質とその重みづけが異なるので「評価する側面」と「よい質の構成要素」の2つについて合意する必要があることを示唆している。終末期ケアの質の評価についてもこの2つを意識して評価する必要がある。がんの特化しない終末期ケアの評価についての論議は、北米でも1995年前後から本格的に始まった。ケアの質を構成する要素が明らかになり、さまざまな側面からの評価指標の開発やその妥当性の検証がされている段階にある。その結果、患者・家族の視点と医療者の視点による評価は一致しないことなどが明らかになってきている⁵⁾。

そこで、ケアの質の評価指標の構成要素を、まず北米の医療者の視点3文献⁶⁻⁸⁾と患者・家族の視点3文献^{5,9,10)}を比較し、その結果を筆者らが実施した看とり後の介護者の「思い」^{11,12)}を比較することを試みた(表2)。その結果、構成要素は、A患者、B家族、C患者・家族両方、D人間関係、E行った治療やケア、の5つに分類できた。医療者・家族両方の視点で共通していた項目は、①患者の尊厳と自己決定の尊重、④家族の負担の軽減、⑤死別前および死別後の家族へのケア、⑧患者と家族、社会との関係、⑨ケア提供者との関係、⑩症状マネジメント、⑪過不足のない治療、⑫ケアマネジメントに関すること、の8項目である。含まれる要素は共通しているが、医療者の視点は、抽象的な表現のままであり、患者・家族の視点は、より具体的で分かりやすく、どのような思いが残ったかなどだれもが同じイメージを描きやすい表現が用いられていた。本人・家族の主観的な思いを重視し、インフォーマル・フォーマルサポートを問わず、かかわったすべての人と共有できるア

表1 死にゆく人々へのケアをめぐる用語とその定義

用語 (訳語)	定義
Terminal care ターミナルケア 終末期ケア	死にゆく人の症状を軽くさせ、患者と家族の両方をチームで支えようとするケアである。死の瞬間まで、身体機能や精神機能の潜在能力を引き出しできるだけ限り自律して生きることをサポートする。イギリス Saunders (1983)
Hospice care ホスピスケア	死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的 (spiritual) ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援サービスの調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティア多職種医療チームを構成して、サービスにあたる。患者の死後、遺族に対して死後の援助を行う。全米ホスピス協会によるホスピスの定義 (1987年改定)
Palliative care 緩和ケア	緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全人的なケアである。疼痛やその他の症状コントロールなどの身体的問題とともに、精神的・社会的・スピリチュアルな問題に対してもケアが行われる。緩和ケアの最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好なQOLを実現させることである。(WHO) ※2002年にWHOは、「早期からの苦痛緩和と予防によって患者のQOLを向上させる手段」と定義し、緩和ケアはがん患者だけではなく、すべての疼痛や苦痛をもつ患者に拡大している。
Hospice and Palliative care ホスピス・緩和ケア	ホスピス医療、ホスピスケア、緩和医療、緩和ケアは、違う用語であるが、すべて同じ構成要素をもつ。アメリカ Davito (1990) The American Journal of Hospice & Palliative Careの巻頭言 治癒不可能な状態にある患者および家族のクオリティーオブライフ (QOL) の向上のために、さまざまな専門家が協力してつくったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 (1997)
End-of-Life care エンドオブライフ・ケア 終末期ケア	生命をおびやかす進行性あるいは慢性の状態で生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支える、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣に配慮する必要がある。さらに、死別前後の、家族や友人に対するケアを行う。カナダ政府の諮問委員会 (2000)

ウトカムになっていることが分かる。Teno は、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に大事な点をケア提供者が追加した多軸で評価する重要性を指摘している⁹⁾。

一方、筆者らが行った調査結果 (1999年から全国訪問看護ステーションを対象に三次にわたる調査を実施)でも、看とりを終えた介護者のべ800人の「思い」や「満足度」は5つの要素 (①高齢者、②介護者、③その関係、④行った治療やケアやインフォーマルサポート、⑤死別の意味づけ)と5つの時期 (介護以前、介護開始前後、安定期、臨死期、死別後)に分類できた。構成要素は北米の5つの要素とほぼ同じであった。①項目

を比較すると、日本では「家族・社会との関係」をより重視する傾向があり、逆に不足していたのは、安定期からの「症状マネジメント」や、「日々のなかでの自己決定の保障」であることが明らかになった。②また、“どのように死を迎えたか”という臨死期前後の状況だけではなく、“どのような希望や期待をもって療養を始めたか”“高齢者がどう過ごしどう介護したか”“介護者が死別の準備ができたか”“死別をどう意味づけたか”など、介護以前の関係から死別後まで多岐にわたる出来事をどのように受け止めていたかという主観的なとらえ方に基づき、評価していることが明らかになった。

表2 高齢者の終末期ケアの質の評価指標の構成要素の比較

要素	項目	医療者の視点	患者・家族の視点	看とり後の介護者の「思い」
A 患者	①患者の尊厳と自己決定の尊重	人間としての尊厳と自尊心を守るために自己決定を尊重する	自分の意思で物事を決定できること	在宅療養を始めた理由や希望がかなえられた
		心理的な状態（自己統制感・尊厳など）	医療処置や日常生活方法を死にゆくものが自由意志で選べた	死の迎え方の希望がかなえられた
		心理的な状態、霊的状态・信念	人生の最期まで生ききったという感覚を味わえたか	介護者への気がね、慮る様子があった
	②全般的QOL	全般的QOLが良好に保てる		
	③死にゆく過程の全般的な状況	死にゆく過程の全般的な状況		見守りのなかでの死であった 予測どおりの臨死期の経過であった
B 家族	④家族の負担感の軽減	家族の精神的・経済的負担感への対策	愛するものへの重荷を軽減させること	介護の見通しに沿ったサポートがあった
		死別前の家族の健康状態と感じ方	愛するもののために費やしたケアの苦労をいつも癒してくれた	介護者の介護負担軽減のためのインフォーマルサポートがあった
		経済的必要・ケア提供のニーズ	家族のニーズに対する情報提供があった	
	⑤死別および死別後の家族へケア	死別後の家族をもケアする	死別の準備ができていたか	死別に対する準備や心構えができた／死別後に慰めの言葉を受けた
		死別後の家族の健康状態と感じ方	死ぬ前だけでなく死別後も家族の精神的支えになってくれた	肯定的に介護や死別を意味づけることができた 尽きない思いが残った
C	⑥希望と期待	希望と期待		
A B 両方	⑦満足度	患者と家族も満足（残された期間をいかに実りあるものにして過ごせる機会を与えられたか）		在宅療養に対する本人の希望や介護への期待、看とり方の希望に応じて満足度を評価
D 関係	⑧患者と家族・社会との関係	社会関係・サポート	愛するものとの心の絆を深めること	最期まで心の絆が深められた 本人の希望の実現や死別後も慰めてくれるインフォーマルサポートがあった／孤立せず社会とつながるサポート 介護以前から人間関係や介護の長期化による変化に配慮があった
		⑨ケア提供者との関係	患者のケアに対する感じ方（満足度を含む）	ヘルスケアの専門家とよい人間関係であったか／患者へのケアをサポートし信頼感が増した 愛するものの在宅ケアの方法を自信を持ってできるよう教えてくれた
E 行った治療・ケア	⑩症状マネジメント	QOLを損なう身体的・精神的症状の管理	痛みと症状に対して十分な治療を受けること	安らかな死であったか
		身体機能	症状コントロールがなされていたか	
		身体的症状	死にゆく人が身体的に苦しまなかった	
	⑪適切な治療	死が間近になれば積極的な治療は避ける 医療資源が不足して死が安易に受容されないようにする	いたずらに死期を長引かせない	医療資源の不足からの自宅での死亡は、みなし末期になる可能性があること
	⑫ケアマネジメント（継続したケア、一貫したケアができるための調整）	ケア提供者が高い技術を継続的に提供する 一貫したケアができるように事前にケアを立てる	意思決定の過程を共有 ケアの調整と継続したケアの提供	意思決定の過程を共有 ゴール設定の共有やゆらぎのモニタリングがあったこと

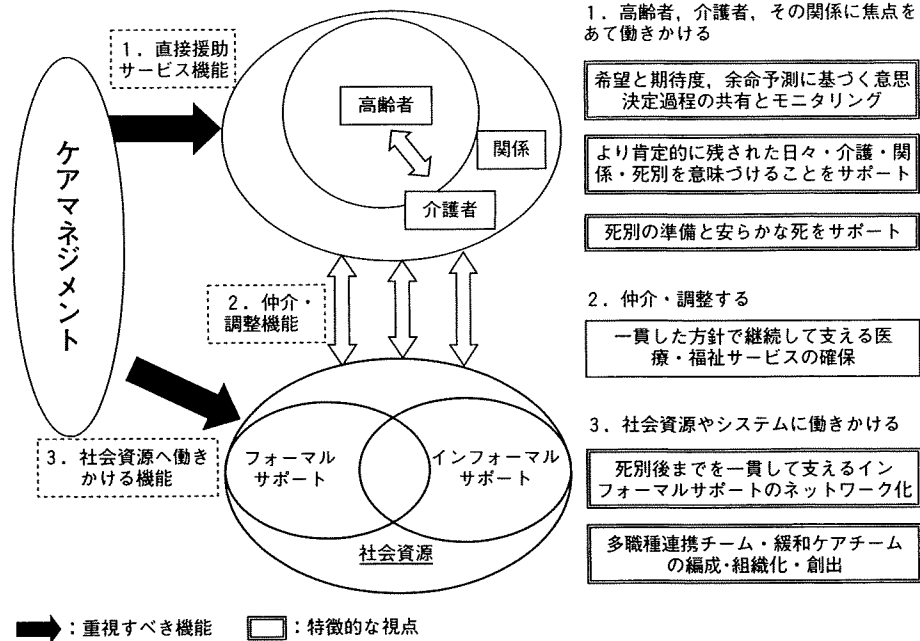


図1 高齢者の終末期ケアで重視されるケアマネジメントの機能と視点

これらの結果から、ケアの質を高めるためには、質を構成していた要素と要素間の関係に働きかけ、プロセスを重視したていねいなケアマネジメントを実施することが重要である。このケアマネジメントでは、仲介・調整の機能ばかりではなく、高齢者や家族の主観的なとらえ方に着目し高齢者、介護者とその関係に焦点をあて働きかける直接援助サービス機能と、社会資源やシステムに働きかける機能を重視することが求められる。高齢者の終末期で重視すべきケアマネジメントの機能と視点を図1に示した。

IV. 高齢者の終末期ケアの質を高めるケアマネジメント

次に、終末期ケアの質を高めるために、重視すべきケアマネジメントの機能と特徴的な視点について具体的に述べる。その際、ケアの質の評価指標を構成する要素を比較検討した結果を含めて展開する。

1. 高齢者、介護者とその関係に焦点をあて働きかける直接援助サービス機能

1) 希望と期待度、余命予測に基づく意思決定過程の共有とモニタリング

(1) 高齢者のいまの希望や死の迎え方の確認

いまここで実現したい希望（食事、入浴、出かけた場所、会いたい人、もう一度やりたいことなど）をまず聴き、その延長上にある死の迎え方の希望（家で死にたい、現在いる場所で死にたい、入院（転院）しないなど）とその理由を確認する。また、出合いの段階で、本人が意思表示は無理な場合でも家族が過去に把握していないか確認する。

北米の指標では、患者・家族と医療者の視点ともに、「高齢者の自己決定が尊重されること」の内容は、アメリカホスピスケア協会（1997）のような死にかかわる自己決定を直接指してはいなかった¹³⁾。「自分の意思で物事を決定できること」「医療処置や日常生活方法を自由意志で選択できたこと」など、日々の生活のなかでの自己決定を重視している。また、Steinhauserは、「人生の最期ま

で生ききったという実感を味わっていたか¹⁴⁾」を挙げている。その思いに至るように、かかわるすべての人がそれぞれのできることで支えていく。そのことが医療者の視点の「人間としての尊厳と自尊心を守ること」につながるであろう。

一方、筆者らの結果では、「日々のなかでの自己決定を保障」する視点が不足していた。「介護者への気兼ね、慮る様子」その裏返しの状況を示しているともいえる。また、日本の高齢者は死の迎え方について自己表明しないことも多く、家族の意向がより重視されるなどの課題がある。しかしながら、「死の迎え方についての自己決定」の過程を共有することはアメリカの高齢者においてもむずかしいことが報告されている^{14,15)}。北米の指標のように、気がねなく日々の生活目標をいいあえる環境をつくり、それらが実現する実感をいっしょに積み重ねていくことこそがその延長上にある死についての希望の表出につながると思われる。

(2) 介護者の期待度の確認と生活や人間関係を歴史的構造的にとらえるアセスメント

終わりのみえない長期にわたる介護役割をどうになっていくかの期待度は、介護以前からの関係や家族内での役割変更の程度に影響される。筆者らの調査でも、生活の連続性や経済・労働状況などの影響から、「できる限りの介護」と「できる範囲の介護」のように期待度に違いがあった。家族がどのように歴史を刻んできて、そしてこれからどう刻もうとするのか、歴史的構造的に生活や人間関係をアセスメントする必要がある。

「満足度」は、質を評価する際のアウトカム指標として用いられることが多い。Mohonは、終末期ケアの質を「満足度」で測定する場合、死を迎える過程における介護に対する期待は、一定であったかどうかについて考慮する必要があると指摘している¹⁶⁾。その意味においても「期待度」をまず確認することは重要である。

(3) 意思決定過程を共有しゴールを設定

高齢者本人の希望を中心に、家族の介護に対する「期待度」や、高齢者の死に至る経過の

3つのパターンの特徴を踏まえた医療者の余命予測をもとに、高齢者・家族・ケアチーム間で意思決定過程を共有しゴールを設定する。

2) 残された日々、介護、関係をより肯定的に意味づけるサポート

(1) 高齢者の希望の実現をサポート

「介護者の満足度」にもっとも関連していたのは、在宅療養に関する高齢者本人の「望みの実現度」であった。本人の希望どおり自宅で死を迎えるまで過ごすことは医学的な理由で最期の最期にむずかしくなる場合が多い。それならば、安定期にいかにか希望をかなえつつ張り合いをもち過ごすか、家族や友人・知人との絆を深め過ごすことができるかは本人だけではなく介護者の満足度も高め、死別後、介護を肯定的に意味づけるきっかけになると思われる。

(2) 高齢者・介護者の関係に配慮

「患者と家族、社会との関係」で、Singerは「愛する人との心の絆を深めること」⁵⁾を挙げている。また、Byockの「死に直面することが、当事者である患者にとっても家族にとっても、成長と親密さと和解と関係の終結といった大切な機会を提供する」¹⁷⁾という文献を引用し、死にゆく過程を共有することで相互に成長する機会となると指摘している。初めから必要と思われる十分なサービスを導入しすぎて、家族が変化・成長するチャンスを奪ってしまうこともある。Ingersollも「最初から問題を解決するよりも、むしろいい関係を築くことに力を注ぐべきであり、とにかくゆっくり物事を進めることが肝要である」¹⁸⁾という。家族のSOSの時を見逃さず、タイミングを見計らって対応するマネジメントが求められる¹⁹⁾。

介護以前からの高齢者本人との関係や介護の長期化による関係の悪化などのマイナスの感情は、表出されにくい。どこにも表出せず心の奥深くに閉じこめて介護者がその後の人生を送ることがないよう関係の変化をモニタリングし再調整する支援が必要であろう。

3) 死を迎える準備と死別後までをサポート

死を迎える準備について、医療者は、余命予測に基づき「死別の心構えができた」という思いを介護者（ときにケアスタッフ）に残る教育を実施する。

臨死期への移行期では、看とり方の揺らぎのモニタリングや介護者・家族全体の余力の再アセスメントが重要になる。看とり方の希望や看とる意思は死別のそのときまで揺らぎが繰り返される。変化するのが当然と受け止め、モニタリングし合意形成を再度行う。また、療養場所の変更が予測される場合、高齢者本人と家族の焦点を「どこで」「どのように」迎えるかに関心を変化させていくアプローチが重要である。

臨死期では、見守りのなかで安らかな死を迎えられたことは、介護者に安堵感を与え満足度を高めることになる。一方、突然死や死にめに会えなかったこと、苦しみながらの死や死にかかわる対応をしたことは、悔いが残り病的な悲嘆を引き起こすことにもなる。したがって、医療者の予測に基づく専門的なアプローチを行えるよう主治医訪問看護と連携し、夜間緊急時の対応を調整する必要がある。また、死別期にグリーフケアが確実に実施され、一定期間を経たあとの介護者の評価がフィードバックされるようなプログラムの整備が必要である。

2. 仲介・調整、社会資源やシステムに働きかける

1) 一貫した方針で最期までサポートできる医療・福祉チームの確保

高齢者の場合でも臨死期に至る過程で病状の急激な変化による療養場所の移動も起こりうる。自分たちの施設やサービス事業所では、なにができて、なにができないかというリスクマネジメントを行い一貫した方針でサポートできるよう調整が必要である。

2) 死別後までを一貫して支えるインフォーマルサポートのネットワーク化

インフォーマルなサポートは、高齢者本人の生活の質を高め、張り合いや生活目標をもてること、最期まで人とつながり、絆を深めながら生きること、を長期にわたって支える存在となる。家族にとってもフォーマルサポートのかかわりが終結したあとも支え癒し悲嘆からの回復をサポートする人々をネットワーク化することは重要である。

3) 多職種連携チームおよび緩和ケアチームの編成・組織化

日々のQOLを高め、高齢者の望みを実現するために多職種連携チームを編成する。死に至る経過のパターンに応じて、ADLの低下や廃用症候群の予防のためにリハビリ専門職の評価、嚥下・摂食に障害がある場合は栄養士や言語聴覚士などチームを編成する。地域資源としてない場合は、創出できるようにマネジメントを実施する。

「症状マネジメント」については、北米では対象ががん以外の慢性疾患患者でも、「患者・家族、そして介護者が回避可能な苦痛や苦悩を感じなくてもよい」というレベルで評価していた。一方、筆者らの結果では、臨死期に苦痛がなく「安らかな死」の項目はあるが、安定期からの苦痛の緩和や症状マネジメントは挙げられていない。

したがって、日本の高齢者においても疾患や療養している場所を問わず、緩和ケアに関する情報を正しく伝えることを保障し、安定期から一貫して高齢者や家族が、「痛みや症状に対して十分治療を受けた」という思いが残るケアが求められる。また、チームメンバー間で、ケアを振り返る機会をもちチームや地域がどのように変化し成長したのか、その理由や課題を明らかにする。地域資源を組織化しない場合は創出できるようシステムに働きかけることが求められる。

V. おわりに

高齢者の終末期ケアの質を高めるためには、主観的なとらえ方に着目し長期の生活支援と死を迎える準備・死別後の悲嘆までをサポートし、社会

資源に働きかけるケアマネジメントが求められる。今後、ケアの質の評価指標の作成やプロセスの質を高めるためのツールの有用性の検証を行うことを課題としたい。

【文 献】

- 1) Lynn, J., Adamson, D.M.: Living well at the end of life. WP-137. Rand Corporation (2003).
- 2) National Advisory committee (カナダ政府諮問委員会) A Guide to End-Of-life Care for seniors, University Of Toronto and University of Ottawa (2000). (岡田玲一郎監訳: 高齢者のEnd-Of-life ケアガイド. 厚生科学研究所 (2001)).
- 3) NIH State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care, 21(3): 1-28 (2004).
- 4) Donabedian: A The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press (1980).
- 5) Singer, P.A., Martin, D.K. and Kelner, M.: Quality end-of-life care; patients' perspectives. *JAMA*, 281(2): 163-168 (1999).
- 6) Lynn, J.: Measuring quality of care at the end of life; a statement of principles. *J Am Geriatr Soc*, 45(4): 526-527 (1997).
- 7) Field, M.J. and Cassel, C.K.: Approaching death; improving care at the end of life. National Academy Press, Washington, D.C. (1997).
- 8) Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L.: The promise of a good death. *Lancet* 351 (Suppl 2), 21-29 (1998).
- 9) Teno, J.M., Casey, V.A. and Welch, L.C. et al.: Patient-focused, family-centered end-of-life medical care; views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage*, 22(3): 738-751 (2001).
- 10) Steinhauer, K.E., Clipp, E.C. and McNeilly M. et al.: In search of a good death; observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132: 825-832 (2000).
- 11) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編: 高齢者の終末期ケア. 中央法規出版, 東京 (2004).
- 12) 樋口京子: 高齢者のエンドオブライフにおけるケアマネジメント. 介護支援専門員, 8(4): 13-18 (2006).
- 13) National Hospice Organization.. A pathway for patients and families facing terminal illness: Self-determined life closure, safe comfortable dying and effective grieving, National Hospice Organization, Alexandria, Virginia (1997).
- 14) Travis, S.S., Bernard, M. and Dixon, S. et al.: Obstacles to palliation and end-of-life care in a long-term care facility. *Gerontologist*, 42(3): 342-349 (2002).
- 15) Sheehan, D.K., Schirm, V.: End-of-life care of older adults. *Am J Nurs*, 103(11): 48-58 (2002).
- 16) Mahon, P.Y.: An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs*, 24(6): 1241-1248 (1996).
- 17) Byock, I.: Dying Well Peace and Possibilities at the End of Life. NY Riverhead Books, New York (1997).
- 18) Ingersoll, B. Cambel, R., 黒川由紀子ほか訳: 高齢者のカウンリングとケアマネジメント. 283, 誠信書房, 東京 (2004).
- 19) 渡辺裕子: 長期療養を支える家族ケア. 6, 医学書院, 東京 (2006).

