

医学教育 2009, 40(1): 61~64

## 報告

## 高齢者の終末期ケアに関する教育内容について

平川 仁尚<sup>\*1</sup> 葛谷 雅文<sup>\*1</sup> 植村 和正<sup>\*2</sup>

## 要旨:

- ・高齢者の終末期ケアに関する医学科・看護学科用系統的教育プログラム作成のための基礎資料を得ることを目的に、全国の医学科・看護学科の教科案内(シラバス)の調査を実施した。
- ・作成されたモデル以外に、エイジズム(年齢による差別)や高齢者の終末期の定義を教育項目に盛り込む必要があると考えた。
- ・高齢者総合機能評価 comprehensive geriatric assessment (CGA) を含めて、高齢者の quality of life に関する項目が教育上重要であった。

キーワード: 高齢者, 緩和ケア, 医学教育, 教育カリキュラム

## Topics of medical education concerning end-of-life care for the elderly

Yoshihisa HIRAKAWA<sup>\*1</sup> Masafumi KUZUYA<sup>\*1</sup> Kazumasa UEMURA<sup>\*2</sup>

- ・ We conducted a survey of syllabuses of Japanese medical and nursing schools to develop a comprehensive educational program to teach undergraduates of Japanese medical and nursing schools about end-of-life care for the elderly.
- ・ In addition to the program we developed with the present survey, teaching about ageism and the definition of the end of life of the elderly is necessary.
- ・ The present survey suggested the importance of teaching about the quality of life of the elderly, including the items of comprehensive geriatric assessment.

Key words: elderly, palliative care, medical education, curriculum

## 目的

高齢者の看取りが増加すると予想されており、医学生・看護学生にこの分野の基礎知識の習得が求められている<sup>1)</sup>。そのため、高齢者特有の状況を加味した系統的終末期ケア教育プログラムの開発が必要であろう。しかし、我が国では、その際

の手本となる系統的教育プログラムを持つ医学科・看護学科はほとんどない<sup>1)</sup>。そこで、高齢者の終末期ケアに関する医学科・看護学科用系統的教育プログラム作成のための基礎資料を得ることを目的に、全国の医学科・看護学科の教科案内(シラバス)の調査を実施した。

<sup>\*1</sup> 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学, Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, 65 Tsuruma-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi, 466-8550, Japan.

[〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞65]

<sup>\*2</sup> 名古屋大学医学部附属総合医学教育センター, Center of Medical Education, Nagoya University School of Medicine, 65 Tsuruma-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi, 466-8550, Japan.

受付: 2008年2月21日, 受理: 2008年11月25日

## 対象と方法

医師と看護師は終末期ケア全般において中心的な役割を担うため、その教育機関である医学科と看護学科を調査対象とした。全国の医学科・看護学科に、電話で平成18年度もしくは19年度のシラバスの送付を依頼した。ただし、看護学科については、医学科と比べて終末期ケアに関する教育カリキュラムが系統立てられていると考えたため<sup>1)</sup>、全体の半数を無作為抽出した。医学科79校、看護学科110校のうち、各々57校、52校よりシラバスを得た。

次に、高齢者の終末期ケアに関する教育項目・内容を網羅的に抽出するため、「高齢者」「終末期(ターミナル)」「緩和」「生命倫理」「認知症(痴呆)」「栄養(投与方法)」をキーワードとして選定した。「生命倫理」を選定したのは、生命倫理は終末期の問題を包括する広い学際的学問領域であり、これをキーワードとして選定することで重要な教育項目・内容が抽出作業の過程で漏れる可能性が低くなると考えたからである。また、「認知症(痴呆)」と「栄養(投与方法)」を選定したのは、重度認知症患者への経管栄養療法の是非など、この2つのキーワードがしばしば高齢者の終末期ケアに特徴的な問題として取り上げられるからである。そして、収集した医学科・看護学科のシラバスを精読し、キーワードと関連する用語に印をつけた。その箇所の教育項目・内容を精査し、再度高齢者の終末期ケアと関係のあるものを抽出した。この作業には、高齢者の終末期ケアを専門とする老年科医師の指導の下、名古屋大学医学部医学科の学生が当たった。

最終的に得られた教育項目・内容の整理のため、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する老年医学会の「立場表明」<sup>2)</sup>の策定に主導的役割を果たした医師と上記の老年科医師が協議し、「立場表明」の内容を次の11領域に分類した：生命倫理；終末期の定義；インフォームドコンセント；患者の生活の質の維持・向上；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；社会制度；その他。そして、この11領域を用いて教育項目・内

容を分類し、重複などの調整を行った。なお、看護関連学会に日本老年医学会の立場表明に該当する綱領はないが、日本看護協会(<http://www.nurse.or.jp/index.html>)の「看護者の倫理綱領」(2003年)では、人間としての尊厳の維持、健康と幸福の保持増進、自己決定の権利の尊重、他の保健医療福祉関係者との協働、保健医療福祉及び看護に関する制度への関わりなどの重要性が謳われており、今回分類された11領域は看護教育の立場にも矛盾するものではないと考えた。

## 結果

最終的に作成された高齢者の終末期ケアに関する医学科・看護学科用教育プログラムのモデルを表に示す。

## 考察

今回作成されたモデルは日本老年医学会が掲げる高齢者の終末期ケアに不可欠な領域を広く網羅していたが、次に述べるように、いくつかの領域が含まれていなかった。

生命倫理について、高齢者の終末期に特有な「エイジズム ageism」が含まれていなかった。エイジズムとは、年齢による差別ともいわれ、適切な医療により病状の改善が見込まれる高齢者に対して、「高齢」であることを理由に医療の提供を差し控えることを指す<sup>3)</sup>。倫理的に重要な問題であり、教育項目に盛り込まれるべきであろう。

また、終末期の定義に関しても該当項目がなかったことが課題として挙げられた。日本老年医学会の「立場表明」<sup>2)</sup>では、「高齢者の終末期」とは「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とされている。このように「高齢者の終末期」の定義は曖昧なものであるが、重要な課題であるため、教育項目として追加すべきであろう。

「認知症の終末期」、「終末期の人工栄養療法」は高齢者の終末期において重要な項目であるが、今回のモデルでは単独の項目として選定されなかった。「1. 生命倫理」「3. インフォームドコン

表 高齢者の終末期ケアに関する医学科・看護学科用教育プログラムモデル

1. 生命倫理	1) 安楽死・尊厳死
2. 終末期の定義	
3. インフォームドコンセント	1) 高齢者への告知 2) リビングウィル・アドバンスディレクティブ 3) 自己決定できない場合の患者・家族の意思決定の支援
4. 高齢者の生活の質	1) 高齢者総合機能評価
5. 家族ケア	1) 社会支援システム 2) 家族との信頼関係の構築（高齢者や家族に共感する態度） 3) グリーフケア 4) 病状説明
6. チーム医療・ケア	1) チーム医療（栄養サポート、褥瘡対策・スキンケア、緩和ケアなどにおける） 2) 他職種・他機関・地域との連携・調整
7. 緩和医療・ケア・技術	1) 疼痛のメカニズム・高齢者の痛みの特徴・慢性疼痛 2) 全人的痛みとケア 3) 疼痛治療（WHO 癌性疼痛対策を含む） 4) 終末期の医療行為（延命治療と緩和治療） 5) 心理過程（死の受容プロセス）
8. コミュニケーション	1)（認知症・失語症をもつ）高齢者とのコミュニケーション 2) 家族のQOLを尊重するコミュニケーション 3) 告知
9. 死の教育 （デスエデュケーション）	1) 自分の死を考える 2) 死の概念と定義 3) 死の兆候 4) 高齢者と死 5) 死生観の歴史 6) 日本人の信仰と死生観 7) 死のあり方に対する社会的・法的な考え方
10. 社会制度	1) 社会支援システム（老人保健・医療・介護保険・虐待防止） 2) 高齢者介護施設・病院・ホスピス・在宅の歴史・理念・機能・体制） 3) 権利擁護制度 4) 死亡診断書

セント」「6. チーム医療・ケア」「7. 緩和医療・ケア・技術」「8. コミュニケーション」などに包括されている可能性があるが、老年医学に関する教科書においては、独立した項目として取り上げられることが多い<sup>3,4)</sup>。

一方、今回のモデルには、高齢者の終末期に特有の項目もいくつか挙げられた。例えば、「3. インフォームドコンセント」において、「自己決定できない場合の患者・家族の意思決定の支援」が項目として選定された。「10. 社会制度」の中に「権利擁護制度」がみられたように、高齢者に多い認知症や脳卒中により自己決定能力が低下した

患者に関連した内容と考えられる。また、「4. 高齢者の生活の質」の項目の中に「高齢者総合機能評価」が含まれた。高齢者総合機能評価 comprehensive geriatric assessment (CGA) とは、高齢者の疾病の診断、病歴だけでなく、機能形態障害、能力障害、社会的不利をも含めて生活全般を総合的に評価し、多職種による介入を目指すものである<sup>5)</sup>。緩和ケア一般についてもいえることだが、高齢者の終末期においても生活の質 (quality of life: QOL) の維持・向上が目標となる。CGA は老年医学分野では QOL に関する不可欠な評価・介入手法であり、高齢者の終末期においても

広く用いられるべきであると考え。

ただし、高齢者のQOLにとってスピリチュアルペインの緩和、すなわち高齢者の生活史・価値観に基づいた生き甲斐作りの支援は重要であるにも関わらず、CGAがスピリチュアルペインに関する評価を包括していない点には注意が必要である。

#### 謝 辞

本調査にご協力いただいた名古屋大学大学院医学系研究科老年科学教室の佐野典子氏、篠田純子氏、三吉野玲子氏ならびに名古屋大学医学部の学生に深謝する。

#### 文 献

- 1) 平川仁尚, 益田雄一郎, 植村和正・他. 全国の医学科・看護学科における終末期医療・看護教育の実態調査. 日老医誌 2005; 42: 540-5.
- 2) 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 2001; 38: 582-3.
- 3) 植村和正: 終末期医療—高齢者の終末期医療の特徴. これからの老年学 (井口昭久編), 名古屋大学出版会, 名古屋 2000, p302-5.
- 4) 平川仁尚, 益田雄一郎: 終末期の対応と倫理. ベッドサイドの高齢者の診かた (葛谷雅文, 秋下雅弘編), 南山堂, 東京 2008, p271-87.
- 5) 葛谷雅文: 高齢者の評価法—CGA. ベッドサイドの高齢者の診かた (葛谷雅文, 秋下雅弘編), 南山堂, 東京 2008, p225-8.

## Letters to the Editor

## 在宅介護家族の情報ニーズについて

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・  
キャリア形成支援センター  
平川仁尚, 植村和正

今後、一般・療養病床数の減少・削減や高齢者・家族の希望などにより、要介護度や医療の必要度が高い高齢者が在宅で生活する場面が増えていくことが予想されている。そうすると、高齢者の在宅介護を担う家族（在宅介護家族）の役割が重要になっていくであろう。在宅介護家族に、正確で、分かりやすく、かつ知りたい情報を提供することは、介護の質の向上のみならず、家族の負担の軽減にも資するであろう。

しかし、テレビ・新聞など各種メディアや知人など医療機関以外から健康情報を得ている国民が多いといわれる。高齢者、特に要介護度や医療の必要度が高い高齢者は、その健康状態には多様性が大きい。従って、在宅介護家族に、メディアなどから得られる一般的な情報だけでなく、かかりつけの医療機関から個別性の高い情報を提供する必要がある。在宅介護家族の情報源（情報ソース）を把握し、家族教育の在り方を検討すべきである。また、医療者が在宅介護家族に知っておいて欲しい情報を提供するだけでなく、在宅介護家族が知りたい情報、つまり情報ニーズを把握することも在宅介護家族の学習効果を高める上で重要である。

そこで、在宅介護家族を対象とした教育の在り方を議論するための基礎データを得ることを目的に、(財)名古屋市高齢者療養サービス事業団の訪問看護ステーションを利用している在宅要介護高齢者の主介護者を対象に情報ソースと情報ニーズに関するアンケート調査を2009年1月に実施した。475人の主介護者から回答が得られた。その結果、情報ソースとして、医師(249人)やケアマネジャー(291人)が多いことが分かった(表参照)。情報ニーズの内容は、「認知症」「応急処置」「介護保険サービス」「病院へ連絡・受診させる(救急車を呼ぶ)タイミング」「消費生活の基礎知識」「薬・健康食品」「食事・栄養・食品の基礎知識」「介護ストレスの発散法」「運動やリハビリの見守り方」「生活習慣病(糖尿病・高血圧・高脂血症)」を調査項目とし、認知症、応急処置、介護保険サービスが上位に挙げられた(表1参照)。表には示さないが、認知症においては「世話の仕方」を挙げた者が多かった。また、食事・栄養・食品や生活習慣病

表1 在宅介護家族の情報ソースとニーズ  
(n = 475)

情報ソース	人
ケアマネジャー	291
医師	249
新聞・雑誌	197
家族・親族	154
知り合い・近所の人	153
看護師	151
介護職員	108
病院・薬局にある冊子	59
インターネット	55
医学書	31
ボランティア	3
その他	0
情報ニーズ	人
認知症	309
応急処置	281
介護保険サービス	261
食事・栄養・食品の基礎知識	224
生活習慣病(糖尿病・高血圧・高脂血症)	203
介護ストレスの発散法	196
病院へ連絡・受診させるタイミング	187
薬・健康食品	180
運動やリハビリの見守り方	169
消費生活の基礎知識	60

に関する学習ニーズが高いことも分かった。

在宅介護家族にとって、医師やケアマネジャーの情報源としての役割は大きい可能性が示唆される。今回の結果を情報提供の際の参考にされたい。

文献：1) Beaver K, Witham G: Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2007; 11: 16-25. 2) Curry LC, Walker C, Hogstel MO: Educational needs of employed family caregivers of older adults: evaluation of a workplace project. *Geriatric Nursing* 2006; 27: 166-173. 3) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al.: Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31: 306-316.

(受付日: 2009.7.13)

## 2. 疾病からみた退院支援の現状と問題点

### 1) 脳卒中、特に寝たきり患者の退院支援

#### SUMMARY

- 退院支援において病状説明や予後予測などの面で医師の果たす役割は大きい。
- 脳卒中ではまず回復期リハビリテーション病棟への転院の可能性を検討する。
- 安易に転院を勧めるのではなく、在宅医療・介護の可能性を検討する。
- カンファレンスなどを通じてチームを形成することが成功のコツである。

山口 潔  
飯島 節

#### はじめに

退院支援は、急性疾患あるいは慢性疾患の治療・ケアという流れの中で、医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなど多職種が連携して行うものという認識を再確認する必要がある。特に医師による病状説明は重要である。脳卒中と寝たきり患者における疾病からみた退院支援が本稿のテーマとなっているが、医師に必要な退院支援の知識、退院支援チームにおける医師の役割を意識しながら述べることにする。

#### なぜ転院しなくてはならないのか？

急性期病院からリハビリテーション病院へ転院する。急性期病院で研修をしている若手医師には当たり前聞こえるこの説明であるが、この背景を理解するためには、病院の機能分化を理解することが必須である。診療報酬点数表により、入院基本料は、①病棟の種類、②平均在院日数、③看護配置と看護比率によって規定される<sup>1)</sup>。まず病棟には種類があり、「一般病棟」、「療養病棟」、「結核病棟」、「精神病棟」、「特定機能病院」など9種類に分けて設定されている。そして、それぞれの種類ごとに、入院日数ごとに診療報酬が変化する場合としない場合がある。

例えば、一般病棟や特定機能病院では入院してから14日以内では算定点数が最も高いが、それを超えると段階的に低くなっていくという具合になっており、一方で療養病床では、医療区分やADL区分により算定点数が変化するが、入院日数では変化しない(ただし最長6カ月という制限はある)。その結果、一般病棟では、患者ごとの入院期間(あるいは平均在院日数)が短くないと経営が成り立たなくなり、入院日数に影響を受けない療養病床へ素早く転床させなくてはならなくなる。なぜ転院しなくてはならないかの答えは、決して「病状が安定したから」というわけでも、「転院先の病院の方がリハビリテーションは充実しているから」でもない。あくまで、一般病床が中心の急性期病院において、長期に入院する患者が増えると病院の経営が難しくなるからである。早く転院してもらいたいという本音を隠して、上述のような期待をもたせるような説明をした結果、転院先病院と患者・家族がトラブルを起こすというようなことは避けなければならない。

#### 回復期リハビリテーション病棟

これらの病棟の種類とは別に、施設基準の届け出医療機関において、特定の症状・疾患の患者に対して、一定の期間算定するために設定さ

■やまぐち きよし(東京大学医学部附属病院地域医療連携部助教) / 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リハビリテーションコース教授)

表1 回復期リハビリテーション病棟の適応と入院期間

- ① 脳血管疾患・脊髄損傷・頭部外傷などの発症後または手術後2カ月以内の状態→算定開始日から150日を限度として算定。ただし高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害などでは180日を限度として算定
- ② 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節・膝関節の骨折の発症後または手術後2カ月以内の状態→算定開始日から90日を限度として算定
- ③ 廃用症候群を有している手術後または発症後2カ月以内の状態→算定開始日から90日を限度として算定
- ④ 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節・膝関節の神経、筋または靭帯損傷後1カ月以内の状態→算定開始日から60日を限度として算定

れた特定入院料という設定がある。救急医療や周産・小児医療に関する病棟や、「緩和ケア病棟」、「特殊疾患病棟」（脊髄損傷、重度意識障害、神経難病、筋ジストロフィー症患者が8割以上）に加え、脳卒中に最も関係するのが、「回復期リハビリテーション病棟」であろう。「回復期リハビリテーション病棟」とは、回復期リハビリテーションの必要性が高い患者が8割以上入院し、病棟に専任医師1名以上、専従の理学療法士2名、作業療法士1名以上、看護職員配置は常時15:1以上などの要件を満たした上、届け出をした病棟である。回復期リハビリテーションでは、少なくとも1カ月以上の入院が必要となるケースが多いわけだが、1日当たりの算定点数は、療養病棟や一般病床の1カ月以上の長期入院例と比較すると高めに設定されており、設定された入院期間までの入院が可能なので、リハビリテーションに力を入れる多くの病院でこの病棟への転換が図られた。

しかし、脳卒中の患者がすべて入院できるわけではない。いくつかの制限があり、まず発症または手術から転院までの期間が問題となる(表1)。また、これらの病棟に移ってからの退院患者のうち、他医療機関へ転院した者を除く患者の割合が6割以上との制限もあり、社会的背景上、在宅への退院が難しい患者や、合併症などがあり病状が不安定な患者では転院ができない。さらに最近、成果主義という考え方も導入され、入院時重症(日常生活機能評価10点以上)だった患者で、退院時に日常生活機能指標が3点以上改善している人が3割以上であった場合には加算がされるという制度も始まった<sup>2)</sup>。

その結果、認知症合併例などリハビリテーションの効果が得られにくいと考えられる患者も転院が難しくなってきた。

いずれにしても脳卒中患者においては、まずこの「回復期リハビリテーション病棟」へ転院できないかを検討する。適応がない場合は、次項で述べる「療養型病棟」か「在宅」への退院を検討する。

#### 医療と介護の違いは?

主治医から地域医療連携部(退院計画部門)への退院支援依頼票を拝見すると、「リハビリテーション病院」へ転院させてほしいとか、「長期入院できる病院」へ転院させてほしいという依頼を多くみかける。確かに特定機能病院で仕事をしていると、老人ホームに入所するより病院へ転院したいという患者、家族の希望も多く聞かれる。おそらく病棟医師は、退院支援依頼票を提出する際に、患者・家族と面談し、「退院後どうしたいですか?」という質問をし、患者・家族は、「自宅で看るのは難しいので、転院先を探してほしい」とか、「もう少しリハビリテーションを続けさせてほしい」というような答えをするので、とりあえずそのように記入するのである。では、そこですべてのケースで「では、転院先を探しましょう!」と面談を終わらせていいのであろうか? 答えは否である。

長期の療養が想定されるとき、病院としては療養病棟への転院を検討することになるが、療養病棟にも様々な制限がある。まず、入院期間

表2 療養病棟における医療区分(算定期間に限りがないもののみ)

医療区分3	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷などの重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー症などの患者、中心静脈栄養、人工呼吸器、ドレーン法または胸腔もしくは腹腔の洗浄、酸素療法などの医療処置が必要、感染症の治療の必要性から隔離室での管理が必要など
医療区分2	筋ジストロフィー症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(H-Y分類 stage 3以上、生活機能障害Ⅱ度以上)、脊髄損傷、慢性閉塞性肺疾患(HJ分類Ⅴ度)などの患者、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流または血漿交換療法、悪性腫瘍で麻薬などの薬剤投与による疼痛コントロール、1日8回以上の喀痰吸引、気管切開または気管内挿管などの医療処置が必要な患者、褥瘡(2カ所以上)、創傷、皮膚潰瘍、末梢循環障害による下肢末端の開放創、肺炎、蜂巣炎、膿などの感染症、うつ症状に対する治療を実施している状態、他者に対する暴行が毎日認められる状態など
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

である。一般病棟よりは長期に入院できるといっても、最長で6カ月、病院によっては3カ月あるいはそれより短く設定されている。いつかは退院しなくてはならないわけで、予後が6カ月以上で、障害が継続し得るような患者では、単に問題を先送りしているだけと認識すべきである。もし自宅での介護が将来にわたって不可能であるならば、療養病棟を退院した後の施設への入所の準備をすべきであり、終身で入所できる施設は、特別養護老人ホーム、介護つき有料老人ホームとなる。特に特別養護老人ホームは、費用負担が比較的軽いため入所希望者が多く、すぐには入所できない。

次に、療養病棟における医療区分(表2)やADL区分の問題がある。療養病棟の診療報酬は、医療処置の多い患者、ADLに介助を多く有する患者において高く設定されているため、多くの療養病棟では、少なくとも医療区分の高い患者でないと入院できない。また、そもそも、療養病棟は長期入院できる分、入退院の回転は一般病床よりゆっくりのため、転院の受け入れが決まっても、待機が1カ月あるいはそれ以上かかる場合がある。さらに、高齢社会に伴い療養病棟のニーズも高くなっているため、最初は個室から入院してもらうという病院も多く、差額ベッド代としてかなりの費用負担がある場合も多い。

在宅での介護・医療は、どんな患者・家族に

とっても負担であることは間違いない。しかし、このような療養病棟の現状を知れば、安易に療養病棟への転院を勧めるのではなく、まず在宅介護・医療を検討した方がよいと考えられる。今日、看取りも含めて在宅医療で対応できる場合もあり、在宅での社会資源の確保に困難を来すことは少なく、結果として少ない入院期間で退院できることも多い。たとえ自宅での介護が難しくても、「自宅でない在宅」といわれる介護付き有料老人ホームでは、以前より費用も低めに設定されているところも増えており、場合によっては療養病棟よりも費用負担が少ない場合すらある。

さて、患者・家族にとって医療と介護は必ずしも明確に分離できていない。確かに、急性期病院では医療も介護も高密度で提供されており、医療保険と介護保険の区別はない。しかし、患者・家族にとっては介護保険のサービスを理解していないと在宅での療養は想像すらできないものである。少なくとも介護保険が利用できる、在宅でもサービスを受けながら療養している人が多数いることを医師がまず説明すべきであろう。さらに、退院後に必要になる医療は何かという説明も重要である。患者・家族にとって、急性期病院では急変してもすぐ対応してくれる安心感がある一方で、療養病棟、在宅では急変時にすぐ対応してくれないのではないかと不安感がぬぐえない。その不安を軽減す



表3 急性期病院の退院支援における状態分類と対応法

- 1 群 急性に障害が生じたが回復が期待され、リハビリテーションが必要である。  
生命予後は長期であることが予測できる。  
対応法→回復期リハビリテーション病棟への転院を検討
- 2 群 慢性進行性に障害が生じ、リハビリテーションによる回復の可能性は低い。  
生命予後は長期であることが予測される。  
対応法→在宅療養への移行を検討>>療養病棟への転院を検討  
療養病棟へ転院する場合には、転院先を退院した後のことを考える  
自宅が難しい場合、介護保険で利用できる施設を検討する
- 3 群 慢性進行性に障害が生じ、リハビリテーションによる回復の可能性は低い。  
生命予後は短期であることが予測される。  
対応法→在宅療養への移行を検討＝療養病棟への転院を検討  
現状の医療区分が高い場合は療養病棟の方が無難か
- 4 群 悪性疾患であり、緩和ケアが必要である。  
生命予後は短期であることが予測される。  
対応法→在宅医療への移行を検討＝緩和ケア病棟への転院を検討  
いずれも患者・家族の意向を重視
- 5 群 そのほか

るためには、現状でどの程度の医療が必要になっているかの説明が必要である。例えば脳卒中であれば、発症直後は急変・再発の可能性が高いが、発症から時間が過ぎるとその可能性は低くなる。また、入院中から退院・転院後に行われる医療を想定し、医療の内容を意識的に変化させる必要がある。例えば、入院中はインスリンを1日4回注射することは問題ないが、退院後在宅で療養するなら1回の注射でコントロール可能かを検討するなどである。

以上まとめると、「介護が必要だから療養病棟へ転院」という考え方は誤りであり、「介護は介護保険で」「高度な医療処置が必要なので療養病棟を検討せざるを得ない」という理解と説明が医師には求められる。

**急性期病院の退院支援における  
状態分類**

以上のような背景を基礎に、急性期病院の退院支援における状態分類を表3のように提案する。この分類を紹介するに当たり最も強調したいのは、医師による、生命予後の予測、医学的リハビリテーションの効果予測、必要となる医療の予測というのが退院支援においては極めて

重要であるという点である。さらに、これらの点を患者、家族に十分説明する必要がある。退院支援は、将来病気に伴い起こり得る問題を解決するための準備である。患者家族に対して自分の将来の問題を予測できるような手助けがないと、退院支援の必要性すら認識できない。特に、慢性進行性の疾患があり、今後も障害が悪化することが予測されるにもかかわらず、「リハビリテーションで改善するかもしれない」という安易な説明をすることはトラブルの元である。これら予測と説明までも医療ソーシャルワーカー(MSW)や退院調整看護師任せにするのは避けるべきである。医師の診立てが間違っていると、退院支援全体が誤った方向に進んでしまう。全身を診て判断を行う必要がある場合も多く、老年病専門医にとっては、専門性の一部と認識すべきである。

この分類では、脳卒中の多くは1群に属するが、アルツハイマー型認知症や高度の内臓機能障害の合併例(例：肝硬変、末期腎不全)では、2群や3群での対応となる。寝たきり患者も、認知症や悪性腫瘍などの合併疾患がどのような重症度でもっているか、いずれかの群に分類されることになる。脳卒中で入院したといっても、どのような合併症があるか、その合併症の予後

表4 退院支援カンファレンスで発表してもらう内容

病棟担当医師……	必要な医療、機能的予後の予測、生命予後の予測、説明の内容
病棟担当看護師…	ADL、必要な看護処置、心理的・社会的背景、在宅介護の準備状況
連携部 MSW ……	提供できる社会資源の有無(転院先、ケアマネジャー、訪問看護師、往診医など)

がどうかということが重要である。

#### 退院支援カンファレンスの勧め

東京大学医学部附属病院老年病科では、週1回看護師が病棟でカンファレンスを行っている昼食後の時間帯に、その日の日勤看護師、病棟担当医、地域医療連携部のMSWに参加してもらい、「退院支援カンファレンス」を行っている。入院時に看護師が判定した退院支援スコア(総説2. 長野の稿にて紹介)の高い症例(当科入院患者の半分程度)が対象となっており、1週間の進捗情報が報告、検討される。退院支援のためのチームワークの形成に重要な役割を果たしている。表4に、それぞれの職種がカンファレンスで何をプレゼンテーションしたらよいかの目安を示す。新人研修医が来るたびに、医師が退院支援で何を果たすべきかの教育が必要となる。病棟担当医も慣れていないと、とりあえずMSWに教えてもらった転院先候補の病院名を羅列してしまう方がいるが、そもそも退院支援カンファレンスは転院先が決まってスタッフが安心する場ではなく、患者にとってどのような退院支援が適切かを議論する場である。

#### おわりに「予防退院支援」の勧め

脳卒中の退院支援は今、急性期から回復期、維持期を結ぶ地域連携クリティカルパスによ

て、地域医療ネットワークの構築が図られ、より効果的で効率化となった<sup>2)</sup>。しかし、高齢者医療では、脳卒中単独ではなく同時に多くの慢性疾患を合併している場合が多く、いまだ個別の対応が必要である。前述のようなカンファレンスにより、専門的な退院支援が必要な症例が、より早期に退院支援部署に紹介されるようになった。今後は病棟だけでなく、外来主治医が入院前より入院後に退院支援が必要になる可能性を念頭に置き、早期に介入するシステムの構築が課題である。外来主治医は、外来患者が進行性あるいは慢性の疾患に罹患していた場合、入院後に退院支援が必要になる可能性を認識できる唯一の立場にある。さらに高齢者では、骨折、肺炎など感染症、脳卒中・心筋梗塞などの急性疾患に罹患する可能性も高い。入院時に介護保険の要介護度が決まっている患者と決まっていない患者では、退院支援にかかる期間が異なる。入院前、急性疾患発症前から、患者の将来を予測することこそ老年病専門医の重要な役割である。

#### 文 献

- 1) 青山美智子：診療報酬完全攻略マニュアル08-09年版。医学通信社、東京、2008。
- 2) 藤本俊一郎編著：改訂版 地域連携クリティカルパス。メディカルレビュー社、東京、2009。

(執筆者連絡先) 山口 潔 〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部附属病院地域医療連携部

## 序文：誰もが経験すべき老化と死

飯島 節

わが国の年間総死亡数は、終戦直後には100万人以上であったが、その後急速に減少し、高度成長期を通じて70万人前後で推移した。しかし、高齢化の進展とともに再び増加し始め、2003年に100万人の大台を超え、昨年は110万人に達した。死亡数の増加は今後も続き、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成50年(2038年)頃には170万人に達するとされている。

さて、戦後の死亡数の減少は、結核による死亡数の減少と乳幼児死亡率の低下によるところが大きかった。ストレプトマイシンやペニシリンに代表される現代医学の威力には目を眩らせるものがあり、これにより医学・医療は生命を救うものであるとする位置づけが揺るぎないものとなった。逆に患者の死は医学・医療にとって明確な敗北を意味するものとなり、死はあってはならない現象とみなされるようになったのである。

ところで、死因の第1位を占めていた結核対策においては、結核予防法を中心とする「予防」も大きな役割を果たした。さらに、結核に次いで日本人の死因の第1位を占めるようになった脳血管疾患においても、血圧のコントロールをはじめとする予防的な医療が有効に働いた。「予防」を中心とした疾病対策は、今日のがん対策基本法にまで引き継がれている。こうした実績に基づいて、「予防」に対する国民の信頼と期待は、死一般が予防できるかもしれないという錯覚を生むとともに、「介護予防」などという摩訶不思議な概念まで生み出した。ここでは要介護状態の最も重要な原因が脳血管疾患だとして、脳血管疾患対策が改めて強調されている。しかし、現在の脳血管疾患による要介護状態とは、まさしく脳血管疾患の予防に大成功した結果であることが忘れられている。かつては、夥しい数の働き盛りの人々が突然倒れて短期間で亡くなっていた。文字どおり「ピンピンコロリ」と亡くなっていたのである。これに対する予防策が効を奏したことにより発症年齢が上昇し、また軽症化して、その結果、多くの要介護高齢者を生み出すことになったのである。

一方、戦後の総死亡数の減少と軌を一にして、日本人の死亡場所は自宅から病院へと大きく変化した。すなわち、死は日本人の日常から切り離されたみえない場所での出来事となった。その結果、死はますますあってはならない存在となってしまった。しかし、はじめに述べたように、超高齢社会に突入することにより、総人口は減少するのに総死亡数は増加し続ける状態となり、死は再び人々にとって日常の現象となり始めた。すなわち、死は人間にとって必然であり、決して予防し得ないというごく当たり前のことが再認識されるようになった。医学・医療にとっても死は敗北ではなくなり、医学専門雑誌が死に関連するテーマを取り上げることが全く不自然ではなくなってきたのである。

■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教授)

さて、高齢者の死を自然なものとして受け入れるには、それに至る老化の過程をも肯定的にとらえる必要がある。人が成人になるまでには極端に長い時間がかかり、その間に多くの人の世話にならなければならない。同じように、人が生殖年齢を過ぎてから死を迎えるまでには、ほかの生物とは比較にならない長い時間がかかる。この生殖能力を失ってからの長い老後は、人間以外のほかのどんな生物にも認められないものであり、人間を人間たらしめている大切な時間であるともいわれている。この間に、成長するときと同じようにまた多くの人々の世話になることはごく自然なことである。介護予防やアンチエイジングなどは無駄な抵抗というべきである。「コロリ」とではなく、多くの人々に支えられながらあるいは迷惑をかけながら、死を迎えることの方が人間らしいといえる。

本特集では、高齢者の終末期をめぐって、今日、医療従事者が直面している問題を中心に取上げた。死は、1人の人間の存在のすべてが一点に集束する瞬間である。したがって、死は医療だけではとうてい対応しきれない課題であり、学際的な幅広い取組みを必要とする。本特集は、そのほんの一断面を取り上げたにすぎないが、高齢者の終末期をよりよいものにするためにわずかでも寄与できれば幸いである。

# 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

### 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)<sup>1)</sup>。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

とをお断りする。

### 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<sup>2)</sup>。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な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。

#### AGEISM AND CARE

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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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と 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いる。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ろう (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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>8)</sup>。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 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<sup>9)</sup>。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ろう。

### 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が指摘された<sup>10, 11)</sup>。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<sup>12)</sup>。

### 日本老年医学会のガイドライン

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。

### おわりに

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<sup>1)</sup> 佐藤 琢磨<sup>2)</sup> 佐々木英忠<sup>3)</sup> 荒井 啓行<sup>1)</sup>

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<sup>1)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

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 $377 \pm 35$  (2~2,174)日(以下Mean  $\pm$  S.E.), 中断後予後は $80 \pm 7$  (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) $3.1 \pm 0.2$ 回, 中断群(経管導入~中断まで) $2.6 \pm 0.2$ 回, (中断~死亡まで) $0.8 \pm 0.1$ 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 $156 \pm 16$ 日, 中断群 $156 \pm 19$ 日 (Mean  $\pm$  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

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

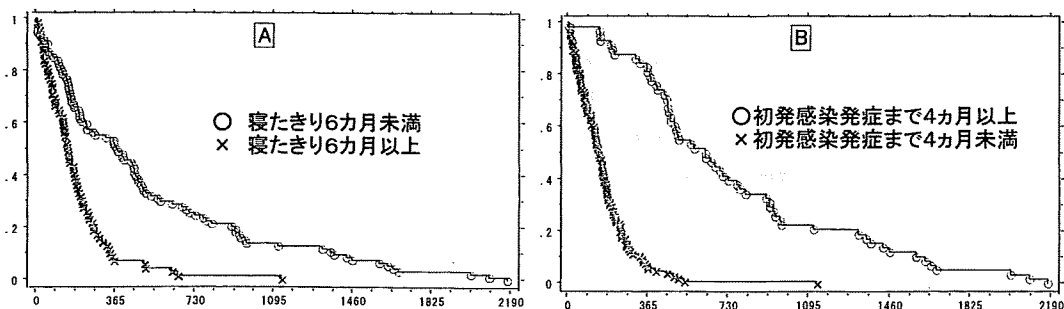


図1 Kaplan-Meier法による生存曲線

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.

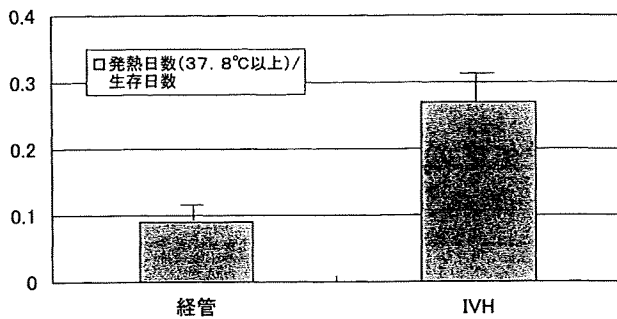


図2 経管, IVH 導入後の発熱日数/生存日数  
導入後生存日数に占める, 37.8°C 以上の発熱日数は, 経管群 (N = 31) : 0.09 ± 0.02, IVH 群 (N = 27) : 0.27 ± 0.04 (Mean ± S.E.) と, 経管群に比較して, IVH 群は有意な増加を認めた. (p < 0.001)

### 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. 健常な高齢者に対する情報提供による, 個人の事前意思表示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<sup>67)</sup>. 経管導入ガイドラインの索定が, 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<sup>8)</sup>. 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<sup>9)</sup>, 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, Pasma 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.