

別添4-5

高齢障害者の看取り支援のための医学知識の整理と  
多職種連携の必要性

分担研究報告書

令和5年度厚生労働科学研究費補助金  
(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))  
障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の  
支援を行うための研究(23GC1008)

分担研究報告書

高齢障害者の看取り支援のための医学知識の整理と多職種連携の必要性

分担研究者 鶴岡 浩樹 (日本社会事業大学大学院)

研究要旨

高齢障害者の看取り支援については、黎明期であり、標準化されたものはない。一方、いわゆる高齢分野では、様々の疾病の看取り体制が確立されつつある。そこで本研究では、高齢障害者の看取りおよび終末期の支援体制を確立するため、老年医学および緩和医学等の分野で一般的に知られている看取り支援の知見を収集し、研究班で共有することを目的とした。老年医学、緩和医学、在宅医療、多職種連携などのテキストおよびマニュアル、関連論文をハンドサーチし、終末期に関わる知見を収集し、高齢障害者の看取り支援に役立つと思われるトピックを抽出した。結果として、加齢による身体の変化、緩和ケアの定義、緩和ケアの概要、死のプロセス、症状の捉え方、治療とケア、多職種連携の7項目が抽出され、これらを整理し、まとめた。高齢障害者の看取り支援においては、早期の老化、特性を理解、意思決定支援のあり方など様々な配慮を要するが、看取りに関する基本的な医学知識は実践の礎となる。本研究が、今後のマニュアル作りや調査の基礎資料となることを期待する。

A. 研究目的

高齢障害者の看取り支援については、黎明期であり、全国的に標準化されたものはない。一方、いわゆる高齢分野では、緩和医学の進歩と在宅医療の普及、さらには介護保険サービスの質の向上や各自治体が構築する地域包括ケアシステムにより、末期がんに限らず、様々の疾病の看取り体制が確立されつつある。

そこで本研究では、高齢障害者の看取りおよび終末期の支援体制を確立するため、老年医学および緩和医学等の分野で一般的に知られている看取り支援の知見を収集し、研究班で共有するとともに、アンケート作成やマニュアル作成の基礎知識としてこれらの知識を整理することを目的とする。看取りだけでなく、これに関わる多職種連携や、加齢による身体の変化などについても含むものとした。

B. 研究方法

老年医学、緩和医学、在宅医療、多職種連携

(Interprofessional work: IPW)などのテキストおよびマニュアル、関連論文をハンドサーチし、終末期に関わる知見を収集し、高齢障害者の看取り支援に役立つと思われるトピックを抽出した。

本研究を踏まえ、2023年8月30日に東京で開催された本研究班の第2回検討会で班員と共有した内容を本報告書として整理する。

C. 研究結果

加齢による身体と精神の変化、緩和ケアの定義、緩和ケアの概要、死のプロセス、症状の捉え方、治療とケア、多職種連携について整理する。

1) 加齢による身体の変化

ヒトは誰でも加齢に伴い、各臓器が衰え、老年症候群と呼ばれる症状を呈していく。壮年期にはじまる生活習慣病は、継続して予防と治療を行う必要がある。加齢により脳血管疾患や心血管疾患のリスクはさらに高まるからである。

前期高齢者（65歳から74歳）では、老年症候群の中でも、慢性関連疾患、すなわち認知症、視力低下、関節変形、食欲不振、便秘、腰痛、脱水などが見られることが多くなる。軽度認知機能障害（MCI）にも注意したい。後期高齢者（75歳以上）にさしかかるとADLが急速に低下し、命に関わる疾病を発症する頻度が増す。すなわち、老年症候群の中でも、廃用症候群疾患が多く見られるようになる。例えば、骨粗鬆症、椎体骨折（圧迫骨折）、筋萎縮、尿失禁、頻尿、せん妄、うつ、嚥下困難、褥瘡、難聴、低栄養などである。

障害者は一般の方よりも老化現象が早いとされている。先述のような60歳代で起こるような身体の変化が、40歳代から生じると認識してアプローチする必要がある。

また、同じ疾患でも高齢者の場合は、青年期や壮年期と病態像が異なる。高齢者の場合は、各臓器の機能が低下している上に、複数の慢性疾患を有しており、病態が複雑である。個人差も多く、症状は定型的ではない。つまり、高齢者の疾患の二大特徴は多病性と非定型性であるといえる。

## 2) 緩和ケアの定義

看取りに関わる用語は、緩和医療、緩和ケア、ターミナルケア、終末期医療など複数認める。世界的に最も知られている定義はWHOによる緩和ケアの定義で、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」としている。この定義はWHOより2002年に発せられ、日本緩和医療学会が翻訳したものである。

## 3) 緩和ケアの概要

看取り支援、すなわち緩和ケアの概要としては以下の特徴があげられる。これもまたWHOによるものである。

- ・痛みやその他のつらい症状を和らげる
- ・生命を肯定し、死にゆくことを自然の過程と捉える
- ・死を早めようとしたり、遅らせようとするものではない
- ・心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- ・患者が最後までできる限り能動的に生きる

れるような支援体制

- ・患者の病の間も死別後も家族が対処しているような支援体制
- ・患者と家族のニーズに応えるためのチームアプローチ
- ・QOLを高め、病の経過に良い影響を及ぼす
- ・病気の早い段階からはじめ、積極的な治療と並行して適用する

## 4) 死のプロセス

看取り支援を行う上では、すべての疾病が同じ経過をたどるわけではなく、疾病によって死のプロセスが異なることをおさえる必要がある。

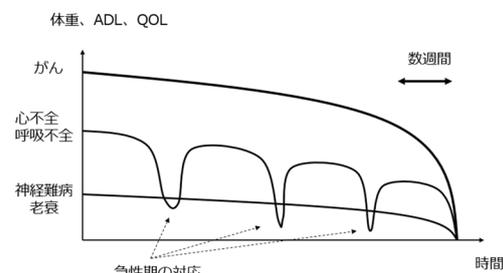
老衰や認知症、神経難病などは寝たきりの時間が長く、枯れていくように亡くなる。

心不全や呼吸不全は急性増悪を繰り返し、何度目かの急変で亡くなる。

末期がんは最後の数週間で急激にADLが低下する。

下記に「病いの軌跡 (Illness Trajectory)」として図式化したので参照されたい。

## 病いの軌跡 (Illness Trajectory)



(Lynn J. 285: JAMA, 925-32, 2001を改変)

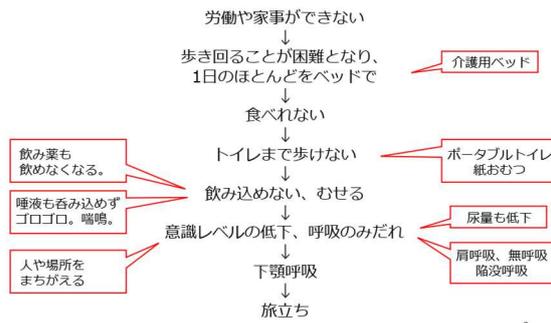
1

日常生活の変化という視点から、死のプロセスを見ると、次のような経過をたどる。

仕事や家事ができなくなり、ベッドで休むことが多くなる。1日のほとんどをベッドで過ごすようになる。食欲が低下し、食べられなくなってくる。足腰の弱まり、トイレまで歩けなくなる。嚥下機能も低下し、むせたり、飲み込めなくなる。食事だけでなく薬も飲み込めない。尿量も低下する。意識レベルも徐々に低下し、努力様呼吸など呼吸の乱れが生じる。旅立ちの直前に認められる特徴的な呼吸が下顎呼吸であり、数時間で旅立ちとなる。このプロセスを図式化したものが、次の図である。

## 死のプロセス

(鈴木央, 在宅医学, 2008を著者改変)



老衰などではこのプロセスがゆっくりと進むが、末期がんではわずか数週間という短期間で進むため、介護サービスが追い付かないことがある。

### 5) 症状の捉え方

終末期における痛み、つらさ、苦痛などを全人的苦痛 (total pain) として捉えることが一般的である。全人的苦痛は、①身体的苦痛、②精神的苦痛、③社会的苦痛、④スピリチュアル・ペインの4つの痛みから構成されており、それぞれアプローチの方法が異なる。

身体的苦痛は、痛みだけではない。疼痛のほか、倦怠感、呼吸困難、便秘、食欲不振、嘔気など終末期に見られる様々な症状を含めた概念である。

精神的苦痛は、抑うつ症状や不眠など精神的な症状による苦痛を指す。死を受容するまで経過を知り対応する。

社会的苦痛とは、仕事ができない、経済的に困窮する、社会的責任を全うできないなど、死を目前としたときに生じる様々なによる心の痛みを指す。

スピリチュアル・ペインとは、生きる意味への問いなどがもたらす苦痛で、抽象的な概念である。しかし現場では、時間失われることや、人間関係が失われること、自律できなくなることに対する苦痛をスピリチュアル・ペインと捉え、対応している。

### 6) 治療とケア

身体的苦痛に対する疼痛のコントロールはWHOの指針に則り、消炎鎮痛剤 (NSAID) とオピオイド (医療用麻薬) を併用することが世界的なスタンダードとなっている。オピオイドは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル等の薬

剤が知られており、緩和ケア病棟だけでなく、在宅医療においても普通に使用されている。突発的な痛みには、レスキューと呼ばれる即効性オピオイドを適宜投与する。オピオイドは内服、坐剤、貼り薬、点滴などの形態がある針を刺すことも苦痛と捉え、在宅では貼り薬に変えていくことが多い。最期までオピオイドは切らせないことが重要である。

身体的苦痛の症状でも倦怠感や食欲低下に対してステロイド剤が奏功することがあり、現場では一般的に使われている。

精神的苦痛では、抑うつ状態には抗うつ剤、不眠には睡眠剤を使う。キューブラー・ロスの「死の受容」と呼ばれる精神の変化、すなわち、がんを宣告されたから「否定」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」という5つのステップがあることを認識して対応することも重要である。

社会的苦痛に対しては、投薬などの医療的処置などでは対応困難なことが多い。家族のほか、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護職、行政など様々な専門職が介入する場合もある。

スピリチュアル・ペインについては、事故の存在と意味の消滅から生じる苦痛と説明されている。残りの時間が限られていること (時間存在) への苦痛に対しては、ライフレビュー想起法など用いて現在の肯定をはかる。人間関係が失われる (関係存在) ことへ苦痛には、家族や周囲の関わる人達との関係が旅立ちの後も続くことを認識させるような対応を目指す。自分ことができなくなる (自立存在) に対しては、他人に迷惑をかける自分にたいする苦痛が根底にあり、当事者の選択を尊重する対応をとる。

予後の評価については、末期がんの場合、医師の予後予測がほぼ当たることが多い。一方、老衰などは予後予測が難しく、ゆっくりと数年かけての場合もあれば、急変の場合もある。

当事者が旅立たれた後に、残された家族の悲嘆を和らげるケアを、グリーンケアという。緩和ケアの考え方で近年重視されているのが、グリーンケアである。家族だけに限らず、看取り支援を行った施設職員や在宅ケアチームの専門職にとってもグリーンケアが必要とされている。

### 7) 多職種連携

看取りの現場では、病院でも、施設でも、在

宅でも様々な専門職がチームをつくり支援に当たっている。介護保険がはじまって23年が経過し、2025年問題への施策として提唱された地域包括ケアシステムは、各自治体で構築されつつある。地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域で最期まで暮らせるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体化して有機的なサービスを提供しようとする仕組みである。その核となるのが、多職種多機関連携といえる。

退院支援の現場では、病院の医療ソーシャルワーカー・病棟主治医・病棟看護師・薬剤師・理学療法士など、在宅側はケアマネジャー・在宅医・訪問看護師・介護福祉士・福祉用具専門員などが一堂に会しカンファレンスを実施することが当たり前の風景となった。在宅ケアの現場でも、多職種を集めてケアプランについて話し合うサービス担当者会議、さらには自分らしい最期を尊重するための人生会議が日々の実践で行われている。

一方で、多職種が集まると同じ疾病を見ても、言葉の違い、職種の違い、立場の違いから、見解やアプローチが少しずつ異なる。時にはコミュニケーションがとれない場合もある。これらが積み重なり、各専門職は多かれ少なかれジレンマを抱えている。地域包括ケアシステムにおいては、多職種・多機関連携が核であり、これがうまく行くか否かで、ケアの質に差がつく。その背景には、各専門職が受けてきた教育が大きく関わっている。

多職種連携の理論は英国に端を発する。英国では、多職種が連携することを Interprofessional Work (IPW) と名付けた。Interprofessional は造語で、専門職が相互作用し合う学習の上に成り立つ関係を意味する。IPW に相当する日本語は、多職種連携、多職種協働、専門職連携、専門職協働などがある。日本の IPW の定義は埼玉県立大学が提唱したものが知られており「複数の領域の専門職者(住民や当事者も含む)が、それぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動」としている。IPW の実践的な能力をつけるための教育を Interprofessional Education (IPE) と呼び、日本語では多職種連携教育、専門職連携教育、多職種協働教育と呼ばれている。

る。IPE の定義は CAIPE によるものが知られており「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質の改善するために、同じ場所でもに学び、お互いから学び合いながらお互いのことを学ぶこと。」である。

したがって、多職種連携 (IPW) が円滑に進むためには、多職種連携教育 (IPE) が重要となってくる。施設内で、地域で、様々な専門職が一堂に会し一緒に学ぶ機会を増やす取組みと、その積み重ねが IPW と地域力のアップにつながる。

IPW の実践にあたっては、近年、ICT (Information and communication technology) を使用した連携が実践されはじめてきている。特に SNS を活用した Medical Care Station (MCS) などは、日常の多職種連携だけでなく災害時にも運用でき注目されている。

#### D. 考察

本研究では、高齢障害者の看取りおよび終末期の支援体制を確立するため、老年医学および緩和医学等の分野で一般的に知られている看取り支援の知見を収集し、整理し、報告書としてまとめた。

障害者は、早期に老化現象が起こることが知られており、40歳代より、本稿で記した加齢による身体の変化が見られる可能性があり、それらを意識しながらケアに当たる必要がある。また、それぞれの障害の特性があり、これを理解して、環境を整え対応しなければならない。さらには、多くの場合、当事者と円滑なコミュニケーションがとりにくく、ご本人の意思を把握することが難しい。生活を支える制度の観点から見ても65歳から「障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律」(障害者総合支援法)から介護保険法に切り替わる、いわゆる65歳問題がある。したがって、高齢障害者においては、本稿で記した以上に、配慮が必要となってくる。

様々な配慮が必要とはいえ、看取り支援に関する基本的な医学知識は、ケアを行う上での礎となる。そのような意味で、本研究で整理した事項が今後のマニュアル作りや調査の基礎資

料となることを期待する。

地域包括ケアシステムという視点から見ると、障害者もまた当事者のひとりとして、このシステムから排除されてはならない。今年度実施されたヒアリングのデータからは、施設によって、また地域によって、社会資源や体制が異なり、それぞれを上手に活用しながら看取りを行っていると感じ取れた。今後は、障害福祉や高齢福祉など制度上の垣根を取り払い、地域包括ケアシステムから、地域共生社会への展開を目指すことが望ましい。そのためには、これまで以上に、多職種多機関連携（IPW/IPE）を推進し、地域課題を抽出し、対策を検討する必要がある。

## E. 結論

本研究では、老年医学および緩和医学等の分野で一般的に知られている看取り支援の知見を収集し、これを整理し、研究班で共有した。高齢障害者の看取り支援においては、早期に老化すること、特性を理解すること、コミュニケーションが困難な中での意思決定支援のあり方、制度上の課題など様々な配慮を要する。しかし、様々な配慮が必要とはいえ、看取り支援に関する基本的な医学知識は、支援を行う上で礎となる。本研究で整理した事項が、本研究における今後のマニュアル作りや調査の基礎資料となることを期待する。

## 【文献】

- 1) 林泰史「老年症候群」『日本医師会雑誌』127巻, 2002年, 1815頁
- 2) WHO. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 3) Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. 285: JAMA, 925-32, 2001
- 4) 日本在宅医学会編. 『在宅医学』メヂカルビュー社、2008年
- 5) 粕田晴之、高橋昭彦、村井邦彦、泉学、益

子郁子編『こうすればうまくいく 在宅緩和ケアハンドブック第3版』中外医学社、2019年

- 6) 日本医師会監修.『新版 がんの緩和ケアガイドブック』青梅社、2017年
- 7) キュブラー・ロス『死ぬ瞬間』中央公論社 2001
- 8) 埼玉県立大学編.『新しいIPWを学ぶ：利用者と地域とともに展開する保健医療福祉連携』中央法規、2022年

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし