

2. 高齢者の緩和医療

平川 仁尚

要約 高齢者の緩和医療（ケア）とは、高齢者が人生の最終局面である「死」を迎える際に経験するあらゆる苦痛を軽減するために行われる、「生命倫理」を重視した全人医療（ケア）である。その範囲は身体的・精神心理的・社会的・スピリチュアル領域にとどまらず住民・家族・専門職教育にまで及ぶ。医師にはチームのコーディネーター役として中心的な役割を果たすために、総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が求められる。

Key words : 日本老年医学会の立場表明, 終末期, 教育, ターミナルケア, チームアプローチ

(日老医誌 2011; 48: 216-220)

はじめに

高齢者の緩和医療（ケア）とは、高齢者が人生の最終局面である「死」を迎える際に経験するあらゆる苦痛を軽減するために行われる、「生命倫理」を重視した全人医療（ケア）である。がん・エイズを患う高齢者もその対象に含まれるが、ここではそれ以外の高齢者を対象とした緩和医療（ケア）について概説する。

高齢者の緩和医療に関する用語と定義

一般的に、終末期に行われる医療およびケアは、本稿の題名でもある「緩和医療」をはじめ、ターミナルケア、ホスピスケア、エンド・オブ・ライフケアなど様々な呼び方をされている。そして、これらの用語はほぼ同義語として使用されているが、最近では、看取りの準備が必要な死が差し迫った状況下での医療およびケアに対してのみターミナルケアという用語を使い、ターミナルケアという用語に代わって緩和ケアという用語が使われているようである¹⁾。「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」(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>)によると、高齢者の「終末期」とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、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」とされる。このよ

うに高齢者の終末期の定義は曖昧であり、具体的な期間の規定は行われていない。終末期の始まりの時期を早期に設定しすぎると消極的安楽死ではないかという苦悩が関係者の間で生じる（図1）。

しかし、世界保健機構による緩和ケアの定義（2002年）では、緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族を対象として、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題に関して正しく評価を行い、そうした問題に対して予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフを改善するためのアプローチであることが強調されている。つまり、高齢者の緩和医療とは、死が差し迫った状況になってから開始するのではなく、何らかの介護・ケアを必要とするできるだけ早期の段階から、高齢者本人とその家族に対して、身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、クオリティー・オブ・ライフを改善するためのアプローチであると言える¹⁾。また、高齢者の介護と緩和医療とは連続する不可分なものであるとも言えるであろう。

高齢者の終末期の過程

高齢者の終末期の過程には、次のような4つのパターンとその組み合わせがある²⁾。

1) 急変・突然死（図2）

突然死とは、通常の生活を営んでいた、健康に見える人が24時間以内に急速に死に至ることを指す。原因としては、心疾患が最も多く、次いで脳血管疾患が多いと

Palliative care for elderly patients
Yoshihisa Hirakawa : 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

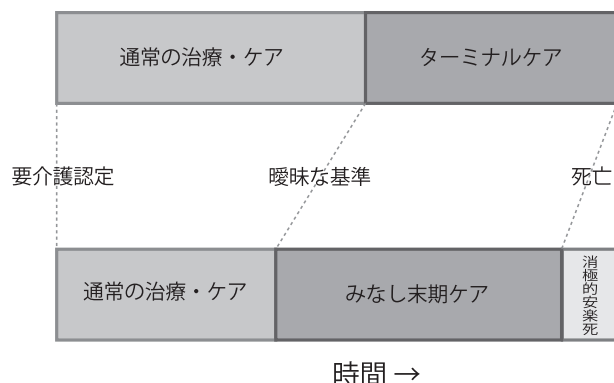


図1 従来の考え方

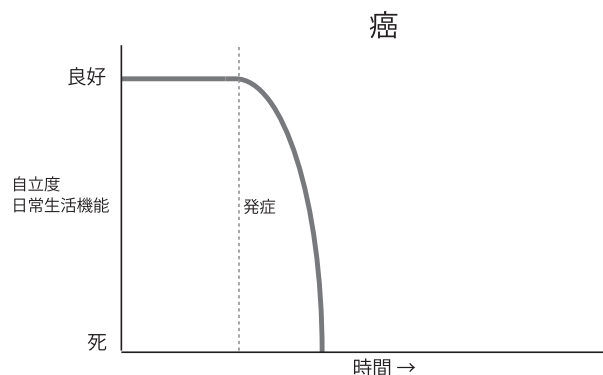


図3 死の過程イメージ

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003, 289 : 2387-2392 より改変引用

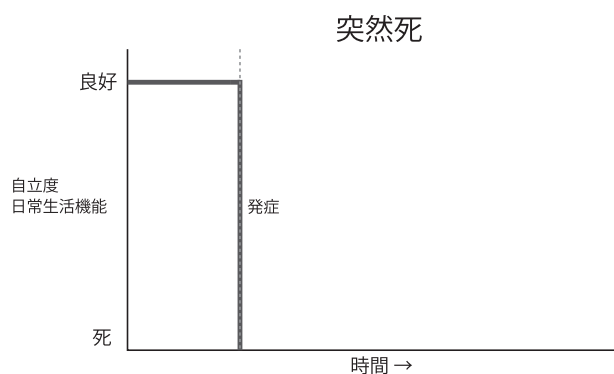


図2 死の過程イメージ

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003, 289 : 2387-2392 より改変引用

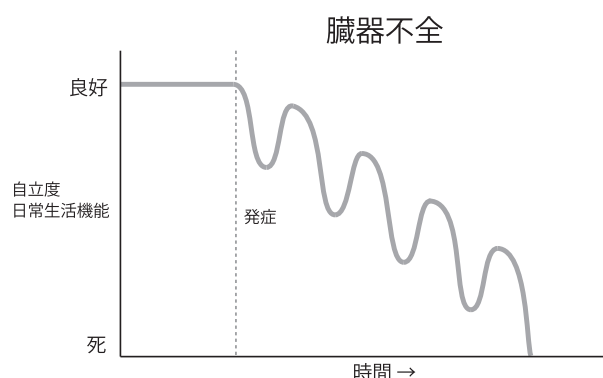


図4 死の過程イメージ

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003, 289 : 2387-2392 より改変引用

される。高齢になるほど、要介護度が高いほど、急変・突然死の危険が高まる。

2) 終末期疾患 (図3)

終末期疾患とは、がんなどのように治癒せずに死亡の原因となる疾患を指す。末期がん患者は、様々な苦痛症状を伴いながら徐々に衰弱し、最期には死に至る経過を辿ることが多い。この場合、全身倦怠感、痛み、食欲不振、喘鳴など身体症状の出現頻度と出現時期や日常生活自立度の低下の度合いなどから、臨床経過と予後を予測することはある程度可能である。

3) 臓器不全 (図4)

慢性心不全、慢性腎不全、肝不全、呼吸不全などの臓器不全の臨床経過の特徴は、進行性の悪化と急性増悪の繰り返しの組み合わせである。つまり、臓器不全においては、臓器の機能が低下すると代償機構が働くが、さらに低下するとその機構が破たんし、急性増悪となる。急性期の治療に反応する場合は機能回復するが、多くは完

全には回復しない。こうした経過を繰り返しながら、最期には非代償性となり、死に至る。

4) 脳卒中・認知症・寝たきり (図5)

脳卒中後遺症などにより寝たきり状態となり、長い経過を経て死に至るパターンである。この場合には、誤嚥性肺炎を繰り返しながら死に至ることが多い。死期の予測が極めて困難であり、期間による終末期の定義はほぼ不可能である。

以上のように、高齢者の終末期の過程の特徴として、恐らくほとんどの国民が自分の問題として、また家族の問題として直面する身近な問題であるという「普遍性」に加えて、死にゆく過程の「多様性」、そして、予後予測が極めて困難であるという「意外性」の3つが挙げられよう。

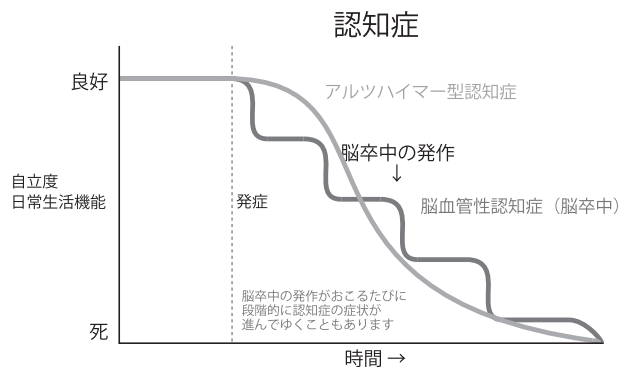


図5 死の過程イメージ

Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003, 289: 2387-2392 より改変引用

緩和ケアの実際

高齢者の終末期には、身体的・精神的・社会的な痛みとスピリチュアルペイン、つまり total pain が出現する。これらを緩和するのが高齢者の緩和ケアである。

1) 身体的ケア

高齢者の終末期における身体的ケアには、身体的苦痛症状のコントロールと日常生活援助が挙げられる。身体的苦痛症状には食欲不振・痛み・呼吸困難・発熱・痰などがあるが、いずれも一般的な原疾患の治療ならびに対症療法で症状緩和が可能である。また、日常生活援助については、食事介助・体位変換など一般的な介護技術で対応可能である。クオリティー・オブ・ライフの維持向上のために、環境整備も重要なケアである。光や音の調整、換気をするなど臭いにも気を配ることも重要である。がん患者の苦痛に関しては様々な緩和ケア法が紹介されているが³⁾、高齢者の場合であってもこれらは参考になる。

2) 精神・心理的ケア

高齢者の終末期の精神・心理的ケアには、認知症とそれに伴う周辺症状、うつ病の緩和などがある。認知症の周辺症状は環境の変化により発症・悪化するため、家族や周囲の人に認知症ケアについて教育し、高齢者本人が過ごしやすい環境を保持することは精神・心理的ケアの一環であると言える。また、うつについては、早期発見・早期治療(介入)が重要である。うつの早期発見には様々なツールが用いられているが、時間がかかる。高齢者には理解しがたい文章表現がみられるなど使い勝手は必ずしも良くない。うつになると不眠を呈することが多いので、「眠れていますか？」などと尋ねることは簡便なスク

リーニングとなる。うつの治療(介入)としては抗うつ薬の投与がその代表であるが、安易に励ましたりせずに共感の態度を示すなどコミュニケーションに気を配ることも重要な介入である。

3) 社会的ケア

日本老年医学会の立場表明でも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とされているように、家族ケアは重要な社会的ケアである。緩和ケアにおいて家族は重要な役割を担うため、病状を説明したり、悲しみを和らげるなど、家族に対して積極的に支援する必要がある。つまり、家族のクオリティー・オブ・ライフは終末期の高齢者本人のクオリティー・オブ・ライフに強い影響を与えるため、家族が抱えるストレスや苦悩を早めに察知し、早期にケアを行うのが重要である。具体的には、家族とコミュニケーションを十分にとり、家族に注意を向けることから始まる。高齢者に対する怒りの表出や不眠・不安・いらいらなどがみられたらストレスが過剰になっている恐れがあり、すみやかにデイサービスやショートステイを利用してもらうなど息抜きや休息を勧め、生活を多方面から支援する。また、家族の物の見方や考え方に対するアドバイスも欠かせない。重度認知症やがんなど終末期疾患に対して「きつとよくなります」というように治癒や病状の回復を期待したり、寝たきり者に対して「歩けるようになって欲しい」などと非現実的な機能回復を期待するなど高すぎる目標を持つと、思い通りにならないことからストレスを感じることがしばしばある。家族と十分に話し合っ、ケアの目標設定を現実的なものにするのが望ましい。

4) スピリチュアルケア

スピリチュアルケアは、その概念自体が理解しがたいこともあり、高齢者の緩和ケアの現場で意識的に行われることはほとんどないのではないだろうか。スピリチュアルペインには、生き甲斐が失われた時などに感じる痛み、認知症の場合にみられる「自分が誰だか分からない」といった自己喪失感、「迷惑をかけて申し訳ない」など自責の念などが該当する。家族が本人に対して感謝の気持ちを伝える時間を持つようにしたり、会いたい人に会ってもらえるように環境整備をするなどはスピリチュアルケアの一例である。

教育的課題

1) 住民教育

高齢者の死は普遍的な問題であるので、この問題に関して住民教育を積極的に行う必要がある。高齢者の緩和ケアは医療倫理的課題に直面することが多いため、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いれた「倫理委員会」を各医療機関や高齢者介護施設に設置し議論を行うと同時に、そこでの議論を広く公開し住民の意見にも耳を傾けるシステムをつくる必要がある⁴⁾。

2) 高齢者と家族に対する教育

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ため、考えられる予後や「終末期の医療やケア」に伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が不可欠である。つまり、高齢者と家族に対してリビングウィルに関する教育を行うことは重要である。ただし、高齢者と家族は、意見が不安定で流動的であったり、自己表明しないこともあることに留意すべきである。

3) 専門職教育

病院外つまり介護の現場での看取りの必要性が増している。介護の現場では、介護スタッフが終末期ケアの主要な提供者となることが多いが、介護スタッフの養成課程において十分な終末期ケア教育がなされていない上、親戚や家族など身近な人の死に直面した経験がない介護スタッフが多い。そのため、終末期ケアの質の向上、スタッフのメンタルヘルスやモチベーションの観点から、高齢者終末期ケアにかかわる介護スタッフの教育に取り組む必要がある。我が国の多くの医療職も終末期医療およびケアについて特別な教育を受けていない。つまり、終末期患者の症状の管理技術、介護技術、患者とのコミュニケーション技術等について、医療職、介護職を問わず、多職種に実践的な教育を行うべきである。また、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をエイジズムと呼ぶが、これは認知症など判断能力が低下している患者において行われる危険性が高い。医療職、介護職を対象にしたこうした人権に配慮した生命倫理教育が必要である。どの項目を学ぶとよいかについては、専門職向け終末期ケア教育ガイドラインを作成したので専門職教育の際に参照されたい⁵⁾。

4) 連携教育

高齢者の緩和ケアは、医師のみならず、看護職、ソーシャルワーカー、介護サービスの担当者、リハビリテーションの担当者、心理士、ボランティア、家族などによるチームケアである。医師にはチームの一員として中心的な役割を果たすために、総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が要求される。特に、チームアプローチを阻害する危険があるモラルハラスメント（他職種の立場への配慮に欠けた言葉を発するなど）には注意が必

要である。多職種カンファレンスへの参加は、他職種との相互理解と共通認識を深めることにつながる。

まとめ

高齢者の緩和医療（ケア）は全人的ケアであり、その範囲は身体的・精神心理的・社会的・スピリチュアル領域に留まらず住民・家族・専門職教育にまで及ぶ。医師にはチームのコーディネーター役として中心的な役割を果たすために、総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が求められる。

参考文献

- 1) 平川仁尚：ターミナルケア。高齢者診療マニュアル（林泰史，大内尉義，上島国利，鳥羽研二編），日本医師会雑誌 2009;138: s312-s315.
- 2) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM: Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003; 289: 2387-2392.
- 3) 柏木哲夫，恒藤 暁，池永昌之，大山直子，新田美鈴：緩和ケアマニュアル—ターミナルケアマニュアル改訂第4版（淀川キリスト教病院ホスピス編），最新医学社，大阪，2001.
- 4) 平川仁尚，葛谷雅文，植村和正：病院内倫理委員会の現状に関する調査. 日本老年医学会雑誌 2007; 44: 767-769.
- 5) 平川仁尚，葛谷雅文，植村和正：高齢者の終末期ケアに関する教育内容について. 医学教育 2009; 40: 61-64.

理解を助ける問題

- 問題 1. 高齢者の緩和ケアについて正しいのはどれか
- a 高齢者の緩和ケアの対象疾患には、がんは含まれない。
 - b 余命 6 カ月と判断された時点から死亡までの期間を終末期と考えるのが一般的である。
 - c 我が国における高齢者の年間死亡者数は、ほぼ横ばいで推移している。
 - d 高齢者の緩和ケアは、死期が迫ってきたときにのみ行うものである。
 - e 高齢者の緩和ケアには、スピリチュアルケアも含まれる。

問題2. 緩和ケアの対象として誤っているものはどれか

- a 認知症
- b 高血圧
- c 肝不全
- d 呼吸不全
- e 脳卒中後遺症

問題3. 誤っているものはどれか

- a Total pain には、身体的痛み、精神心理的痛み、社会的痛み、スピリチュアルペインがある
- b 家族のケアは社会的ケアに含まれる
- c 経済的問題は緩和ケアとは無関係である
- d 高齢者の緩和ケアは、チームアプローチで行われる
- e 高齢者は、若年者と比べて突然死・急変が多い

問題4. 緩和ケアに当たらないものはどれか

- a 鎮痛剤投与
- b 心肺蘇生
- c 昇圧剤投与
- d 傾聴
- e 家族への病状説明

問題5. 緩和ケア教育に当たらないものはどれか

- a 倫理委員会の設置
 - b 地域住民への啓発
 - c 介護予防教室の開催
 - d コミュニケーション教育の実施
 - e 多職種カンファレンスへの参加
-