

プライマリ・パリアティブケア

特別養護老人ホーム洛和ヴィラ桃山 医務室
福間 誠之

Primary Palliative Care

Specific Nursing Home for Elderly Rakuwa Villa Momoyama Medical Room
Seishi Fukuma

【要旨】

パリアティブケア（緩和ケア）は原疾患を治癒することが困難となり、主として疾患による苦痛を緩和することを目的とする医療で、原疾患はがんだけでなく慢性疾患も含まれ、特に高齢者医療では重要となる。介護を要する虚弱高齢者は診療の初期の段階からパリアティブケアが必要であり、プライマリケアの中にパリアティブケアが含まれてくる。救急医療の現場でもパリアティブケアが必要である事が指摘され、これからの医学教育や臨床研修の中にパリアティブケアは必須であると考えられる。

【Abstract】

Palliative care is aggressive treatment of a patient's symptoms, when cure might not be possible, in order to provide the greatest quality of life, for as long as possible.

Palliative care is an important, complex aspect of primary care, requiring a multi-disciplinary approach. Developing palliative care services in primary care is essential for realizing the expectations of dying people.

Primary palliative care occurs when emergency physicians appropriately address the physical symptoms or psychosocial needs of a patient with a terminal illness in the same evidence-based manner as a palliative medicine specialist.

Primary care physicians have a unique opportunity to practice and teach exemplary end-of-life care and to be role models for medical students and residents in mastering this demanding, but rewarding aspect of clinical practice.

Key words : プライマリケア、パリアティブケア、虚弱高齢者、老年症候群、事前計画書
primary care, palliative care, frailty, geriatric syndrome, advance care planning

【プライマリケアからパリアティブケア】

日本の医師養成制度として第二次世界大戦後の1948年に米国の指導で導入された実地修練制度（インターン制度）は、形ばかりで内容を伴わず、実地修練生（インターン）は大学を卒業しても医師免許はなく、経済的保障もなくて生活のためにアルバイトをしなければならないという中途半端

な身分であった。全国の医学生がインターン制度反対闘争を起して大学学園紛争にまで発展して、1968年に実地修練制度は廃止されて新たな臨床研修制度が発足した。1978年に厚生省の医道審議会医師臨床研修部会は医師として基本的な臨床能力を身につけるにはプライマリケアを修得することが必要であるとの見解を示したが、研修内容に関して

大学病院と一般病院での受け入れ方が異なっていた。2004年に大学卒業後2年以上の臨床研修を必須として身分保障をする現在の臨床研修制度が発足し、臨床研修内容は医師としての基本的な診療能力を修得するためにプライマリケアの研修を組み入れた現在の臨床研修カリキュラムが作成された。

がん治療の進歩は目覚しく治療成績も向上しているが、日本国内のどこでも、より多くの患者が効果的な治療を受けられるようにするために、2007年4月に「がん対策基本法」が施行された。治療効果がなくて亡くなる患者やがん末期患者に対するケアを充実させるため治療初期の段階からパリアティブケア（緩和ケア）を考慮に入れ、同年6月に出された「がん対策推進基本計画」の中には、地域がん診療連携拠点病院の指定要件に緩和ケアの提供体制を持つ事が求められている。2011年2月の時点で緩和ケア病棟を持つ施設が全国で225施設、緩和ケア病床数は4472床、がん診療連携拠点病院64施設、地域医療支援病院33施設となっている。

英国では終末期の患者に対するホスピスケアがかなり普及しているが、がん患者の65%は自宅で最期を迎えることを望んでいても30%でしか適えられていない。それを改善するためにプライマリケアの中にパリアティブケアを取り入れることが必要と考えられ、2002年にChariton R.¹⁾の編集によるPrimary Palliative Careが出版された。2004年Murray SAら²⁾はプライマリ・パリアティブケアの必要性を訴える論文を発表し、さらに2008年Gisoni MAら³⁾は救急医療の中にパリアティブケアを必要とする患者が多くあり、救急医療の専門医教育カリキュラムの中にパリアティブケアを取り入れなければならないことを述べている。

【パリアティブケア】

人生の最期を看取る施設として19世紀にアイルランドのダブリンにマザー・メアリ・エイケンヘッドが創設したホスピスがあった。近代ホスピスとして1967年にC.ソンダースはロンドンにセントクリストファーホスピスを設立し、苦痛の緩和に重点を置いたホスピスケアを提供し、それからホスピス運動は世界に広がった。WHOの定義では「パリアティブケアとは、治癒を目指した治療が出来なくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的そしてスピリチュアルな問題の解決

が最も重要な課題となる。パリアティブケアの目標は患者とその家族にとってできる限り可能な最高のQOLを実現することである。末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適応すべき点がある」とされている。日本では1981年に浜松聖隷三方原病院にホスピス病棟が認可され、1990年には健康保険で緩和ケア病棟入院料が認められるようになった。しかし緩和ケア病棟にはがん末期とエイズ末期の患者しか入院させることができなくて、高齢者の慢性疾患の末期患者は対象外となっている。

世界的な流れとしてパリアティブケアはがん末期患者だけでなく、慢性疾患の末期患者もケアの対象とし、米国のホスピスケアは余命6カ月以内と診断された患者を対象として在宅患者へのチームケアを提供している。

プライマリ・パリアティブケアはプライマリケアの中にパリアティブケアをも含めるもので、超高齢社会となった日本で高齢者の診療に携わる医師にとって必要な基本的診療能力であると考えられる。これまでの医学教育では疾患の症状や徴候による診断・治療を主に学習していたが、複数の慢性疾患を抱えた高齢者が多くなり、患者の年齢や状態による治療の限界や予測される終末期に対する対策まで教育する必要がある。患者の持つ疾患を治療するだけでなく、治癒不能となった症状だけでも緩和する知識があれば、治療の限界を超えた高齢患者の症状を緩和して余命を快適に過ごせるような配慮ができるのではないかと思う。

【虚弱高齢者のパリアティブケア】

高齢になると加齢と共に体力が衰え、抵抗力が無くなり、転倒しやすく、病気に罹りやすく治り難くなるが、一方では元気な高齢者もあり個人差が大きく、この差は虚弱（Frailty）によると考えられる⁴⁾。虚弱は身体の多系統の進行性生理的機能減退により、生理的予備能力の消失と疾患や死亡への抵抗力が減退した状態で、急性疾患、転倒、身体障害、施設への入所、死亡が起こりやすくなる。虚弱の臨床的な表現型には消耗（筋肉量と筋力の低下、体重減少）、忍耐力の消失、バランスと活力の低下、緩慢な行動、活動性の低下、認知機能の低下が含まれる。虚弱に関しての世界共通の定義はないが、「虚弱とはストレスに対する予備力や抵抗力が低下した生物学的症候群で、多系統にまたがる機能の低下が蓄積したものであり、か弱さ（脆弱）の原因となって不

利な結果をもたらす。」とされている。Friedら⁵⁾は虚弱の「判定基準」として以下のものを挙げている。①意図しない体重減少、②歩行速度の緩慢、③自覚する疲労感（疲労困憊）、④エネルギー消耗の減退、⑤筋力低下（ひ弱さ）。そして3項目以上あれば虚弱、1～2項目は前虚弱、0項目は非虚弱と分類した。米国のある地域住民の調査をして65歳以上の人口の約7%、80歳以上の人口の25～40%が虚弱であったことを報告している。Brody（1997）の報告では65歳以上の人の4.8%、90歳以上の56.3%が虚弱であった。Mayo Clinic（2000）の報告ではRochesterに住む65歳以上の人の6～15%、80歳以上の男性の40%、80歳以上の女性の18%の人の筋肉量が減少していた。

虚弱を来す原因として4つが挙げられる。①遺伝的異常：遺伝的な異常が筋肉や骨、神経奇形に影響を与える。②疾患と傷害：急性疾患や傷害が虚弱を発生させる大きな因子となり、これらは急激に起こるが幸い可逆性のものである。③生活習慣：ライフスタイルが虚弱に大きく貢献していると考えられ、栄養問題では取りすぎや少なすぎが影響する。④加齢：加齢そのものが筋肉虚弱発生に影響している。

虚弱の中心となっているのは弱弱しさと疲労であり、筋繊維減少（骨格筋量の減少）がこの症候群の要素となっている。高齢虚弱者にみられる筋肉量と強度の減弱には内分泌の変化が推進的に作用している。女性では性ホルモンレベルの減少は閉経時に急激にみられるが、男性ではテストステロンの減少はより急激ではない。成長ホルモンレベルもまた年齢と共に減少する。虚弱高齢者では性ホルモンの硫化デヒドロエピアンドロステロンとインシュリン様成長ホルモン（IGF-1）により刺激される伝達分子が非虚弱高齢者に比べると低レベルになっている。炎症の影響として炎症のマーカーが虚弱症候群において見られる。インターロイキン6（IL6）とC反応蛋白（CRP）の血漿レベルの上昇が虚弱高齢者に認められる。IL6は筋肉減少、体重減少や感染への感受性を増すという負の生理的影響を与える。

老年医学では高齢者に特有にあらわれ、疾病ではないが、「生活機能（ADL）」を障害し、日々の「生活の質（QOL）」を低下させるような状態を老年症候群⁶⁾とし、老化が進行し、身体および精神機能の低下した高齢患者においてよく見られ、認知症、せん妄、転倒、褥瘡、寝たきり、誤飲・誤嚥、

医療性疾患などを一括して総称している。

このような虚弱あるいは老年症候群をもつ高齢者が急病や外傷により診療所や病院を受診した場合にプライマリ・パリアティブケアが必要となる。プライマリケア医は初診で患者さんの状態を把握して、その後の診療計画を立てなければならない。その際に年齢や延命措置への意思表示などにより、本人にとって適切な医療が実施されるようにする。救急医のGisoni（2008）³⁾は救急の現場での迅速なパリアティブケアのアセスメントとして次のような項目を挙げている。症状の不安定な患者に対してはABCD評価（advance directive, better symptoms, care-giver history, decision-making capacity assessment）（事前指示書、症状改善、介護者歴、意思決定能力評価）、安定した患者にはNEST評価（needs assessment, existential issues, symptom assessment, and therapeutic goals）（要求評価、実存問題、症状評価、治療目標）を用いる事を勧めている。救急患者の病態把握のためは種々の検査が必要であるが、虚弱な高齢の救急患者に対して何を何処までやるか難しい問題となることもある。

特別養護老人ホームに入所している高齢者は日常生活に介助が必要な要介護者、すなわち虚弱あるいは老年症候群をもつ高齢者で、プライマリ・パリアティブケアの対象となる。認知症末期で、本人は意思表示が出来ず、家族も積極的な延命措置を望まない時は発熱が見られた場合に解熱剤の内服で経過をみるが、家族によって病院での検査を希望することもある。利用者の家族、あるいは日常のケアに当たっている介護士も利用者の元気が無くて食欲がなくなってきた時に病院へ行くとか何かできるのではないかと考えることもある。このような高齢者に疾患が見つかったとしても治療には限界があり、改善の見込みはないので、なるべく日常生活援助で快適な生活が送れるように介助する。発熱で受診し入院して検査や点滴注射などが行われ、軽快・退院して、何回か発熱を繰り返す中で、家族も限界を感じて、受診を希望しなくなり、施設で看取る事もある。

【パリアティブケア教育】

これからの臨床に携わる医師にとってプライマリケアと同時にパリアティブケアの臨床能力を修得する必要がある。特に高齢者を対象とする場合には最初のプライマリケアか

らパリアティブケアが始まることもある。そのために医学生や研修医への教育が必要であるが、1997年に米国の専門医会より発表された終末期医学教育に関するコンセンサスは次の様な内容となっている⁷⁾。

パリアティブケア教育の基礎的な内容としては次のような項目が挙げられる。①身体的、精神的及びスピリチュアルな苦悩の経験を理解し、語り合う、②診断、予後、治療法選択とケアのゴールについて患者・家族との効果的な慈悲深いコミュニケーション、③疾患末期に良く見られる痛みやその他の症状の効果的な処理、④急性期病院ケアの代わりとして利用できる高度のホーム及びホスピスケアの提案、⑤多職種チームとの共同作業による積極的治療と緩和ケア選択の間を利用して、適切なQOLが得られるような包括的、共同的なケアの提供、⑥看取りケアにおける倫理的問題を理解し、患者の個人的価値観を尊重する、⑦文化的、言語的、スピリチュアルな相違や多様な個人のスタイルを理解し、対応する、⑧精神社会的、実存的、スピリチュアルな苦痛を認識し、患者はこれらの問題に関連するカウンセリングを何時の時点で受けるのが良いか、⑨患者・家族に対する死や死別のプロセスについての教育、⑩死や喪失に関する個人の態度や感覚、期待の認識を高める、⑪死に行く人と仕事をする職業人の個人的なストレスの認識と反応を理解する。

全てのプライマリケア患者に対してパリアティブケアが必要であると考えられ、プライマリケアの場面は全ての患者に関連した看取りケアに関する分野の学習を目指すには良い現場となる。①老年患者と慢性疾患を持つ患者に対してゴールへ向けての事前ケアプランと治療との駆引き、②慢性疾患を持つ患者のQOLを適切にするために痛みや症状のコントロール、③病気の進行により予後が変化した患者と同様、新たな診断を受けた患者に対して悪い知らせを伝えること、④重篤な可能性の高い疾患に対する診断検査に伴う恐れや不確実性の扱い、⑤疾患や死に伴う過去の鮮明な経験を引き出すことと死の過程に関する患者の期待と恐怖についての経験が与える影響、⑥重篤な疾患の最中に個人のゴールを充足させることを認識する機会を得る。

【看取りケアプラン（事前計画書）】

超高齢社会となった日本では今後益々高齢者の終末期を

どこでどのように看取るのが大きな問題となり、どのような医療を提供するのが適切であるか、医療経済も含めて考えなければならない。そこで大切な事は看取りを受ける本人の考え方であり、機会がある毎に家族も含めて話し合う必要がある。特別養護老人ホームに入所してくる方には、入所時に看取りの話や家族と一緒にしているが、明確な意思表示をすることは少ない。しかし何時かは分からないが、人は必ず死を迎えることになるので、なるべく具体的に今後の見通しや予測される経過について説明しているが、理解を得るのが難しい。

介護が必要となり施設に入所した高齢者は虚弱高齢者であり、いくつかの末期の慢性疾患を抱えている事が多く、発熱などで病院を受診した時にどこまで延命措置を希望するのか、本人と家族にあらかじめ話をするようにしている。延命措置に関してもより具体的な医療行為、例えば気管内挿管による人工呼吸器装着、心マッサージ、人工呼吸、血液透析、中心静脈栄養、経管栄養、胃瘻造設、抗生剤治療、集中治療などを説明して理解を得る必要がある。

いくつかの慢性疾患をかかえている高齢者の最期はどのように看取るのが本人にとって適切であるのか、価値観の相違があり、簡単ではない。医療費の問題、宗教観、生命への価値観など複雑な問題があり、各専門家を交えた議論が必要であるが、臨床医として考えなければならない問題を指摘しておきたい。認知症末期患者への経管栄養あるいは胃瘻造設、脳血管障害や心肺停止後脳障害による植物状態患者への経管栄養の継続、心疾患末期高齢患者のカテーテル治療やペースメーカー植込み、呼吸器疾患末期高齢患者への酸素療法や人工呼吸器装着、腎疾患末期高齢患者の血液透析、糖尿病末期高齢患者の食事制限やインシュリン注射、大腿骨頸部骨折など高齢患者の手術適応、高齢者がん患者の診断と治療、高齢者の感染症(肺炎、尿路感染)の治療などが挙げられる。これらの問題は出来れば医師だけでなく、看護師、介護士などメディカルコワーカー、法律家、倫理学者、宗教家、一般市民も含めて、議論しなければならないと思う。話し合った結果は事前計画書として文章にして残して置く必要がある。出来れば延命措置の具体的な方法に関しての指示が示されると、急変時の対応に参考となる。

【参考文献】

- 1) Chariton R. : Primary Palliative Care. Radcliffe Publ. 2002
- 2) Murray SA : Developing primary palliative care. BMJ 2004 : 329 : 1056-1057
- 3) Gisoni MA. et al : Palliative and end-of-life care in the emergency department. Emergency Medicine & Critical care Touch Briefings 2008 : 46-48
- 4) Espinoza S. et al : Frailty in older adults: Insights and interventions. Cleveland Clinic J. Med. 2005 : 1105-1112
- 5) Fried LP et al : Frailty in older adults : evidence of a phenotype J. Gerontol. Med. Sci. 2001 : 56A : M146-156
- 6) 鈴木隆雄:老年症候群 – 要介護への原因 理学療法学: 2003 : 18 (4) : 183-186
- 7) Block SD et al : Incorporating palliative care into primary care education. JGIM 1998 13 : 768-773.