

1. 救急・集中治療

中村 俊介* 有賀 徹*

(*昭和大学医学部 救急医学講座)

はじめに

救急診療を開始する場面において、ただちに緩和ケアの実施を考慮することは少ない。生命の危機に直面する重症患者に対して救急・集中治療が展開される現場では、まずは状態の改善および安定化を図るために積極的な蘇生や治療が進められる。しかし、時には回復不可能な病態に陥っていることが明らかであって、治療早期の段階から終末期の医療を意識しなければならない場合もある。救急医療の現場で遭遇する終末期は多様であって、そこで進められる医療は、がん患者に対して行われる終末期の医療と比べると、背景にある状況が大きく異なる。

本稿では2007年11月に日本救急医学会が公表した「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〉」¹⁾について概説し、さらに救命救急領域における終末期医療の実際について紹介する。

終末期医療におけるガイドライン

近年、いくつかの終末期医療に関するガイドラインが公表された。日本集中治療医学会では、2006年に理事長名で「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」²⁾が示されている。他にも、厚生労働省による「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」³⁾、日本医師会によるグランドデザイン2007の「終末期のガイドライン」⁴⁾、グランドデザイン2009の「看取りの医療『終末期医療に関するガイドライン2009』」⁵⁾、さらに全日本病院協会による「終末期医療に関するガイドライン」⁶⁾などがある。し

かし、これらは終末期医療の方針決定にあずかるプロセスを詳述するものであって、その後の対応や方針について具体的な内容を示すものではない。

日本救急医学会では、救急医療を展開する場において遭遇する終末期医療の諸問題について検討するため、2004年に「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」が組織された。2007年2月には学会ホームページ上に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言〈ガイドライン〉」(案)が示され、日本救急医学会会員ならびに非会員から意見を募り、それらを参考とし、同年10月に開催された評議員会での意見などを反映させて、11月に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言(ガイドライン)」¹⁾(以下、提言〈ガイドライン〉)が公表されるに至った。これは、検証可能で妥当な終末期状態の判断と延命措置の中止基準が必要であるとの考えから作成されたものであり、そこには延命措置を中止する方法や診療録の記載という実臨床に沿った具体的内容が示されている。

救急医療における終末期

救急医療の現場では、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故によって死が切迫する事態となった患者に対して、全力で救命のための蘇生や治療が行われる。しかしながら、救急医療にも限界がある。適切な医療の実施にもかかわらず救命が不可能で、死が間近に迫った状態となった場合、救急医療における終末期として判断されることになる。提言〈ガイドライン〉では、それを表1¹⁾のように定義し、その判断は主治医と主治医以外の

表1 終末期の定義¹⁾

突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下の1)～4)のいずれかのような状況を指す。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
- 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
- 3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

複数の医師によって客観的になされる必要があることを示している。

救急医療の臨床現場における典型例として、表1の1)は重篤な脳外傷など、2)および3)は敗血症や多臓器不全などで救命不可能となった状態が想像できる。4)については、詳細な情報のない中で初期診療が行われ、その後に関係者から情報が得られることで判明するといった場合などで、しばしば経験するものである。

悪性疾患や回復不可能な疾患について、医師から告知され、繰り返し説明を受けている場合、患者自身は終末期に受ける治療やケアについて考えることができる。さらに、家族も本人の希望するような最期を迎えられるように協力ができる。一方、救急医療における終末期では、患者自身が意思や希望を述べることもできず、家族は動揺している状況にある。救命のために装着された生命維持装置や行われている治療が「単なる延命措置」となってしまった場合、医療を提供する側の価値判断のみで取り外すことには問題がある。しかし一方で、一度開始したら中止することができず、「単なる延命措置」が続けられることも、患者の尊厳を損なうことになる。

そこで提言〈ガイドライン〉では、終末期における延命措置への対応について、以下の「考える道筋」を提示している。

延命措置への対応について

終末期であると判断した場合、主治医は家族や関係者（以下、家族ら）に対して、予後が絶対的に不良であること、治療を継続しても救命の見込みがまったくない状態であることを説明し、理

解が得られるよう努めることになる。その後、患者本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示書）を確認し、あればそれを尊重して延命措置への対応を行う。これは、「患者にとって最善の選択肢は、患者の自律的な意思表示による」という考え方に則っているものである。

家族らが積極的な延命措置を希望する場合は、あらためて「きわめて重篤で救命が不可能である」ことを説明した後に、意向を再び確認する。その後も家族らが積極的な対応の継続を希望している場合は、その意思に従うのが妥当であり、現行の措置を継続することが一般的である。

一方、家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合については、まず本人の有効な advanced directives が存在し、家族らがこれに同意している場合はそれに従う。本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止することになる。本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合は、主治医を含む医療チームは患者にとって最善と思われる対応を検討し、それを選択する。

家族らの意思が明らかでない場合や、家族らでは判断できない場合は、延命措置中止の是非、時期や方法などの対応は医療チームの判断に委ねられる。この際も、患者本人の事前意思がある場合は、それを考慮して医療チームが判断することになる。延命措置を中止する方法の選択も含め、医療チームの行う判断および対応については、家族らの理解と承諾が前提となる。

本人の意思が不明で、身元が不詳であるなどで家族らとの接触ができない場合も、医療チームが

表2 延命措置を中止する方法についての選択肢¹⁾

<p>すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal)、またはそれ以上の積極的な対応などしない方法 (withholding) について、以下、(1)~(4) などを選択する。</p> <p>(1) 人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などを中止、または取り外す (注：このような方法は、短時間で心停止となるため原則として家族らの立会いの下に行う)</p> <p>(2) 人工透析、血液浄化などを行わない</p> <p>(3) 人工呼吸器設定や昇圧薬投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する</p> <p>(4) 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する</p>

慎重に判断することになる。ここでも、医療チームによる判断や対応については、患者にとって最善の対応であることが前提となる。医療チームで判断がつかない場合は、院内の倫理委員会などにおいて検討し、判断することになるが、現場の医療チームに判断がつかない時に第三者の倫理委員会などが踏み込んで判断することは困難であるとの指摘もある⁷⁾。

延命措置を中止する方法としては、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal) と、それ以上の積極的な対応をしない方法 (withholding) がある。提言〈ガイドライン〉では、具体的な選択肢として、表2¹⁾に示す(1)~(4)を示している。ただし、いずれにおいても、薬物の過量投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。つまり、安楽死を許すものではないというものである。

救命救急領域における終末期医療の実際

提言〈ガイドライン〉に示された救急医療における「終末期」の定義および延命措置への対応は上述の通りである。しかし、救急医療の現場では、その定義に含まれていない「終末期に相当する状態」の患者に遭遇することも多い。

高齢者の院外心肺停止などはその一例であり、実施する救命処置について苦慮することがある。たとえば、寝たきり状態にある後期高齢者が自宅で心肺停止状態となって救急搬送されてきた場合、どこまで救命処置を行うことが倫理的に正しく、また患者本人にとって最善の治療となるのか、それを瞬時に判断することは困難である。

蘇生処置を行わなければ、短時間で不可逆的な全脳機能不全に陥る。適切な処置によって以前の状態まで回復する可能性はある。ただし、蘇生率は高くない。たとえ蘇生に成功しても、大多数は元の状態に回復することなく、さらなる障害を抱えることになる。また、そのような状況で患者本人に「蘇生処置を希望しない」というリビング・ウィルがあったことを確認できたとしても、ただちに蘇生を中止することはできない⁸⁾。患者の家族らは、「なんとかしてほしい」という思いがあるからこそ救急車を要請しているのである。死後変化の出現などの明確な医学的根拠がなければ、家族らの理解と同意なしに蘇生中止の判断はできない。

かかりつけの主治医から十分な説明を受け、急変の可能性を理解している家族であっても、状態の変化に動揺し、救急要請がなされ、結果として無益な救命処置が継続されることも多い。そのような現状の中で多くの救急医は、まず救命のための蘇生処置を行い、家族らに病状と経過を説明し、提言〈ガイドライン〉に準拠する形で「救命救急領域の終末期」における判断と対応を行っている。

救急科専門医への課題

日本救急医学会の「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」では、提言〈ガイドライン〉を公開した1年後と5年後に、救急医療従事者に対してアンケート調査を実施している^{9,10)}。その結果において、「主治医の判断が軽視されていると感じる」とした救急科医専門医が存在していたことを受けて、主治医を含めた医療チームで判断や対応を行うことを妥当とする終末

期医療のあり方について、これからも啓発が必要であることを述べている。さらに、そこでは今後、他の学会との共同ガイドラインなど、ガイドラインそのものの改訂がありうることや、救急医療従事者の意識について追跡調査する必要があることが述べられている¹⁰⁾。

日本救急医学会総会・学術集会において、終末期医療や高齢者救急についてシンポジウムやパネルディスカッションなどで議論が重ねられている。救急科専門医は、関連する学会や学術団体でなされている議論や取り組みについても情報収集し、最近では他の学術団体とも協議を始めている。引き続き、それらをふまえて救急医療を実践していくことが求められるものと考え。

おわりに

終末期における医療では、チームによるアプローチの重要性が示されている。多職種で形成されるチームが有機的に医療を展開できる存在となるためには、まずチームを構成する医療従事者がおおのこの領域において専門性を深め、成熟する必要がある。

救命および延命を至上とする医療が進められてきた一方で、生存期間の延長のみが医学的、倫理的、また社会的に正しいのかといった議論がなされるようになった。今後、救命救急領域においても、終末期における医療を含む「全人間的医療」に関する見識の豊かな医療従事者を育成することが重要と考える。

文 献

- 1) 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会：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〉について. 2007 [http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf]
- 2) 日本集中治療医学会：集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. 2006 [http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html]
- 3) 厚生労働省 終末期医療の決定プロセスに関する検討会：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf]
- 4) 日本医師会：グランドデザイン 2007 —国民が安心できる最善の医療を目指して—各論. p.68-71, 2007 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070829_1.pdf]
- 5) 日本医師会：グランドデザイン 2009 —国民の幸せを支える医療であるために. p.67-70, 2009 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf]
- 6) 全日本病院協会 終末期医療に関するガイドライン策定委員会：終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために. 2009 [http://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf]
- 7) 有賀 徹：救急医療における終末期医療. 日臨 69：730-5, 2011
- 8) 福田龍将：院外心肺停止患者における DNAR. 日救急医学会誌 23：101-108, 2012
- 9) 有賀 徹, 石松伸一, 木下順弘, 他：「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）」に関するアンケート結果報告. 日救急医学会誌 19：1116-1122, 2008
- 10) 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会：「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）」に対する救急医療従事者の意識の変容—2008年と2012年でどのように変化したのか. 日救急医学会誌 24：37-50, 2013

2. 循環器疾患

野々木 宏*

(*静岡県立総合病院)

はじめに

循環器領域では、移植医療や人工心臓をはじめとする補助循環の導入で、これまで致命的であった症例が救命可能となり、さらには植え込み型の補助人工心臓が使用可能となり、移植適応症例が植え込み後に在宅で待機できるようになった。その装置を移植適応でない末期心不全例に使用する destination 治療が欧米で実施され¹⁾、今後わが国でも対応が求められている^{2,3)}。また、高齢化に伴い手術不能の大動脈弁狭窄が増加しているが、そのような症例には経カテーテル大動脈弁植え込み術が実施されている^{4,5)}。

そのような新しい治療法の適用を検討していく中で、適応や中断条件などについて超高齢化時代に即した治療体系が必要とされている。そこには、がんを中心とした終末期医療対策と異なった、医学的また社会的なコンセンサスの確立が必要である。その中には、循環器医療における末期的な状況に対する治療的介入について、緩和ケアも含めた統合的な取り組みが必要である。

循環器疾患末期状態の定義と取り組み

循環器疾患の末期状態 (end-stage) とは、最大の薬物治療でも治療困難な状態である。その状態に対して、侵襲的治療として人工呼吸や血液浄化に加え、大動脈内バルーンポンピング、経皮的人工心肺装置、補助人工心臓、臓器移植、人工透析、ペースメーカー植え込み、植え込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillator ; ICD) などがある。さらには、移植医療の提供がある。

終末期 (end-of-life) は、循環器疾患での繰り返

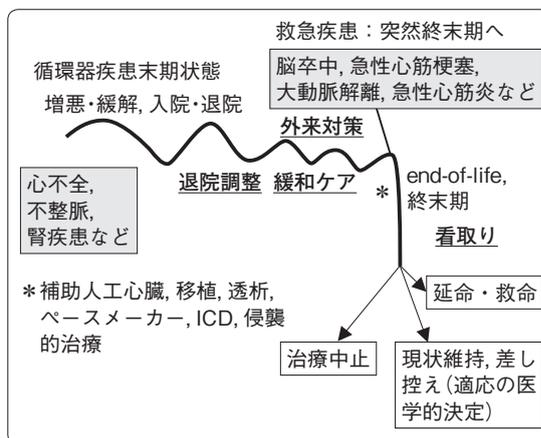


図1 循環器疾患の末期から終末期

返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態を指す。また、循環器疾患には繰り返す緩解・増悪を経て最終的に終末期を迎える場合と、急激な発症により突然、終末期を迎える場合がある。緩和ケアにおいても、両者への対応を検討する必要がある。

① 末期状態

心不全（心筋症、弁膜症、虚血性）、不整脈、腎疾患など慢性に経過する疾患があり、増悪と緩解により入院を繰り返すようになる（図1）。専門医による治療と同時に、今後の治療手段（適応決定）や見通し、終末期のことを十分に説明・相談し、意思確認が必要である。循環器疾患に対する緩和ケアはこの時期から開始し、症状への対応や精神的支援、治療方法の選択支援など他の支援療法に関する説明が必要である。

治療目標は、症状のコントロールとQOLを保持することに移行し、最終的には終末期緩和ケアとして、患者と家族の精神的・心理的ケアを提供

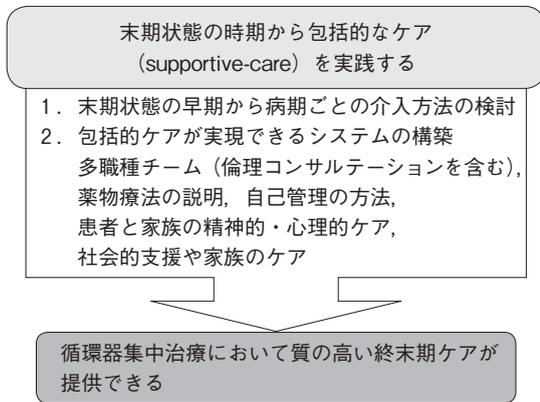


図2 循環器疾患患者・家族の終末期ケア

することになる (図2)。特に心不全末期患者では、蘇生に対する考え方が変化すること、院内蘇生率がきわめて低いことなどから、事前に心肺蘇生の指示の確認をとり、末期医療とホスピスの役割を説明することが推奨されている。欧米では、患者自身により意思決定が可能うちに、自らの意思決定が不可能になった場合の代理人を選定することが推奨されている。

② 終末期

死を間近にした状態であり、慢性的な経過からの移行と、脳卒中、急性心筋梗塞、急性心筋炎、大動脈解離などにより突然、終末期を迎える場合がある。後者は、救急医療や集中治療で対応が問題となる症例である。本人の意思の確認をすることはできず、家族との連携や多職種による討議により判断される必要がある。家族との討議には一定の指針が必要であるが、各施設において個々のケースを議論できるチームやシステムが必要となる。

日本集中治療医学会のガイドラインでは、担当医は末期状態であると推定した場合、患者あるいは家族の意思を把握した段階で、末期状態であることの判断について施設内の公式な症例検討会などで合意を得るべきであると勧告している。また、意思決定の透明性を高める方策について、複数の医師が患者本人と家族の意思を確認すること、末期状態の判断について施設内の公式な症例検討会などに付議すること、診療録に経過を記載することが、不可欠な要件として勧告されてい

る。さらに、このような生命倫理に関する施設での検討に対して、末期医療に関わる倫理アドバイザーや倫理アシスタントの育成が勧められている。非がん疾患の緩和ケアにおいてオピオイドを使用する場合には、多職種による検討という透明性を確保しておくことも必要と思われる。

末期循環器疾患への緩和医療—国内外の現況

欧米では心不全における末期医療に関するガイドランがまとめられ、急性心不全の成書にも巻末には必ず末期医療の項目が記載されている。末期医療における取り組み方は、各国の医療制度、心臓移植治療の状況、文化的背景に強く影響されるため、本来はわが国における実態をふまえた検討が必要である。特に米国では、急性心不全で入院した場合には、3～4日の入院期間で退院するため、入院時からチーム医療で専門看護師を中心としたチーム医療により退院前教育が行われ、家庭での患者・家族によるセルフケアに重点が置かれ、再入院予防や転帰の改善、さらには社会的なサポート、終末期の説明などが含まれる⁶⁾。

緩和ケアは、決して終末期のケアのみではないことを医療従事者に浸透させる必要がある。心不全治療の経過中に現れ、QOLを低下させる疲労感、呼吸困難、痛みなどの肉体的な苦痛、また、うつ状態などの精神的な苦痛、経済的な問題などの生活環境における苦痛を改善することがケアの中心となる。緩和ケアが支持療法ともいわれるゆえんである。これらのケアは、入退院を繰り返す末期状態からチーム医療として開始する必要があるが、終末期における処置や突然死のリスクを話す場合に、患者の生きる希望を打ち砕く危惧や、終末期について話す方法が不確かなことへの不安などにより、積極的な取り組みが妨げられている。がんなどの緩和ケアの経験を共有することが必要で、多方面の取り組みが期待される。

WHO (世界保健機関) が2002年に示した緩和ケアの定義では、緩和ケアの対象はすべての疾患とされ、2007年にヨーロッパ緩和ケア学会で定められたブダペスト公約において、緩和ケアはが

ん以外の疾患をも対象にするという共通の前提に立っている。しかし、わが国では緩和ケアはおもにがんを対象に普及し、がん以外の疾患での末期医療ではほとんど取り組みが行われていないのが現状である。日本循環器学会ガイドラインで、「循環器疾患における末期医療に関する提言」³⁾において緩和ケアの必要性が提言され、それを受けて「急性心不全治療ガイドライン」の最終章で、緩和ケアについて初めて取り上げられた⁷⁾。

2008年に実施された循環器専門施設504施設に対するアンケート調査の結果、心疾患への緩和ケアが実施されていた施設は15%であり、緩和ケアチームがあるのは2%にすぎないことが明らかとなった³⁾。心不全の末期状態の診断がつけば、早期に緩和ケアチームと患者・家族の話し合いが開始されることが望ましいため、がん以外の疾患への取り組みが可能な緩和ケアチームが養成されることが待たれる。

米国では、2005年から米国心臓協会（AHA：American Heart Association）ガイドライン（2009年改訂）として、心不全終末期において考慮すべきことが次のように具体的に勧告されている⁸⁾。

①継続的に、患者と家族に機能予後と生命予後について指導すること

②患者と家族に事前指示の確認を取り、末期医療とホスピスの役割を説明すること

③植え込み型除細動器（ICD）の非作動に関して説明と検討を行うこと

④入院治療から外来治療への継続性に関する重要性を説明すること

⑤塩酸モルヒネなどの麻薬処方を含めた適切な苦痛緩和の方法とホスピスの役割を説明すること

⑥心不全患者の治療に従事する者は最新の「終末期の過程」を理解し、末期医療と終末期ケアに適切に向かい合うことが挙げられている。

また、亡くなる直前の数日に、侵襲的・積極的治療手技を行うことは適切ではないと明記されている。

2013年に改訂されたAHA心不全ガイドラインでは、心不全の入院患者と外来患者の診療手順を、初回評価から緩和ケアに至るまで包括し、セ

ルフケアを含めた患者・家族への教育、運動療法、うつ状態の評価を含めた社会心理学的な取り組み、長期ケアのための診療チームの構成、社会的経済的な支援体制、緩和ケアなど患者本位のアウトカムについて、よりいっそう焦点が当てられている⁹⁾。がんの取り組みと同様に、心不全患者においても早い段階で緩和ケアの概念を取り入れることで、生命予後やQOLを改善させる可能性が指摘されている。末期心不全患者における、植え込み型人工心臓や心臓移植の適応評価においても、その治療選択いかんにかかわらず、「緩和ケア」の相談が含まれるべきであることが強調されている。

循環器各疾患の末期医療

日本循環器学会では、心不全、不整脈、循環器集中治療、蘇生後脳症、腎不全、集中治療での呼吸管理、心臓血管外科、脳卒中、看護、補助循環での末期医療の問題について提言を行った³⁾。そのうち代表的なものについて概説する。

① 心不全

心不全末期状態の主たる治療内容は、疼痛緩和とQOLの向上であることはがんにおける末期医療と同じであるが、心不全末期では最新の治療目標を設定する必要がある。治療目標には、薬物療法や機械的補助療法以外に、患者や家族（介護者）との繊細なコミュニケーションをとることも含まれる。心不全の終末期治療では、患者の意に反し、急激に病態が変化した場合に、安らかな死を損なう状況が生じうる。その状況を回避することも、心不全末期の重要な治療目標に含まれる。

欧米では、事前に患者本人の蘇生指示の意思を明確にすることが推奨されている。心不全の進展と治療の変更は繊細な事柄であり、十分注意して対応し、積極的治療と緩和ケアのバランスを考慮することも重要である。それゆえ、心不全末期患者の治療においては、QOLを保つために症状をコントロールするとともに、患者と家族を包括した繊細なコミュニケーションをとることにより、死亡後の介護者のケアを行うことも治療の一環と

して提唱されている。

心不全末期状態の支援体制を確立するためには、薬物療法、自己管理の方法、支援体制の利用を促すために、多面的チームとして取り組むことが必要である。この時期に、患者に正確な病名、病因、治療および予後を含めた状態に関して明確な説明が必要である。入院を繰り返すため、専門医による心不全治療と同時に、緩和ケアおよび他の支援療法に関する説明を行うことが推奨される。治療目標は、症状のコントロールとQOLを保持することに移行し、最終的には終末期緩和ケアとして、患者と家族の精神的・心理的ケアを提供することになる。

心不全末期治療に携わる場合には、継続的に患者とその家族に機能予後と生命予後について指導することが必要である。

② 不整脈疾患

近年、致死的心室性不整脈例、あるいは低心機能例にICDや再同期機能付き植え込み型除細動器（cardiac resynchronization therapy-defibrillator；CRT-D）の植え込みが増加している。このような症例では、高齢化あるいは病状の進行により回復不能な心不全状態または末期状態といたることがまれではない。その場合に、心臓移植適応がなければ、デバイス機能を停止させるか否かが問題となってくる。また、適応についても十分な検討が必要である。

このようなデバイスを植え込む時には、終末期を迎えた場合には、停止が可能なことや代替治療法の支援があることを患者や家族へ情報の提供をする必要がある。また、突然終末期を迎えることがまれではないため、事前に停止を含めた蘇生処置の可否に関する患者本人の意思確認が必要である。

③ 腎不全における血液透析

高齢化に伴い、透析非導入については医療者と患者側で十分話し合いを行い、緩和ケアも含めた代替治療について今後の検討課題である。わが国では、透析の中断に関する基準は定まっていない。患者が重篤な状態で、透析を継続することが

困難か不能で苦痛に満ちたものであり、患者自身の明確な中止の意向か代理人の意向を最大限に尊重して決定されるものである。今後、基準が確立されることが望まれる。

④ 脳卒中における末期医療について

国内外で、脳卒中後のDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）オーダー例が増え、最適な治療のチャンスを失う可能性が懸念されている。したがって、国内外のガイドラインでは積極的にDNARや末期医療に踏み込んだガイドラインはないのが現状である。原則的には、すべての脳卒中患者に対して最善の治療が施されるべきであり、予後予測が困難なことから、脳出血発症後第2病日が経過するまでDNARオーダーは差し控えることが勧告されている。

⑤ 補助循環における末期医療について

終末期に至り、治療を継続しても治療効果を得ることができない場合には、経皮的人工心肺装置（percutaneous cardiopulmonary support；PCPS）の回路交換を実施しないことも選択肢となる。急性心不全では、本人の意思確認が得られない状況で、補助循環の適用を行わざるをえない場合が多い。家族に対して、治療効果が見込めないことを十分説明し、終末期であることを多職種チームで検討し、家族の受容があれば補助循環を中止する。代替治療は続行し、緩和的なケアを行うことを十分説明する。

循環器疾患における緩和ケア

末期状態（最大の薬物治療でも難治性の症状が出現し、心不全ではステージDに当たる時期）から、入院あるいは外来にて、予後への説明を行い、最悪の事態に備えてどのような治療を望むのか患者と家族の意思決定の支援を行うとともに、家族の喪失への衝撃を最小限にするための精神的な支援を行うことが、終末期に向かうプロセスで重要な緩和ケアの一環といえる。肉体的・精神的な苦痛の緩和が重要であり、最善の症状コントロールとQOLの維持が目標となる。この時期に

は、患者と家族ともに今後の予後や死を現実的に捉えられていないことが多いため、現実を受容できるようなチームによるコミュニケーションや配慮が必要である。

最後の迎え方を話し合う前に末期状態となった場合、患者本人への意思確認は困難なため、入院後の早期に医療者と家族との話し合いの場を設定する必要がある。その場合には、家族の中で患者本人の意思を代弁でき、治療の意思決定に積極的に参加が可能なキーパーソンを特定しておく必要がある。

また、心疾患の終末期には望ましい死や安らかな死が提供されるように、あるいは最後まで治療を希望する場合にあっても、意思を尊重しながら苦痛緩和を積極的に検討する必要がある。その場所として集中治療室が適切であるのか、あるいはそのような集中治療室内あるいは別に設けるのか今後の検討課題である。

さらには、家族への悲嘆の援助を重要となる。死にゆく過程の中で、愛する者が安らかに尊厳をもって死を迎えることができるような取り組みが必要であり、終末期の家族ケアとして重要なことである。

末期医療から終末期医療における患者と家族も含めたチーム医療は、循環器領域ではこれからの課題が多く、本稿が少しでもお役に立てることを願っている。

文 献

1) Brush S, Budge D, Alharethi R, et al: End-of-life decision making and implementation in recipients of a destination left ventricular assist device. *J Heart*

Lung Transplant 29: 1337-1341, 2010

- 2) Kyo S, Minami T, Nishimura T, et al: New era for therapeutic strategy for heart failure: destination therapy by left ventricular assist device. *J Cardiol* 59: 101-109, 2012
- 3) 野々木宏. 循環器疾患における末期医療に関する提言. 日本循環器学会, 2011 [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf]
- 4) Thourani VH, Gunter RL, Neravetla S, et al: Use of transaortic, transapical, and transcatheter aortic valve replacement in inoperable patients. *Ann Thorac Surg* 96: 1349-1357, 2013
- 5) 大北 裕. 弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン (2012年改訂版). 日本循環器学会, 2012 [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2012_ookita_h.pdf]
- 6) Weintraub NL, Collins SP, Pang PS, et al: Acute heart failure syndromes: emergency department presentation, treatment, and disposition: current approaches and future aims: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 122: 1975-1996, 2010
- 7) 和泉 徹. 急性心不全治療ガイドライン (2011年改訂版). 日本循環器学会, 2011 [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_izumi_h.pdf]
- 8) Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al: 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 119: e391-479, 2009
- 9) Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 128: e240-319, 2013

3. 神経難病・難病

荻野 美恵子*

(*北里大学医学部 神経内科学, 北里大学東病院 神経内科)

はじめに

神経内科の領域には、診断した時から治癒が望めず、さまざまな困難に直面する疾患が少なくない。その多くは難病と呼ばれ、中でも比較的短期間で致命的となる疾患においては、進行の過程や死に至る時までさまざまな苦悩がある。また、神経疾患は身体障害をきたすため、単に医療的対応のみならず、介護や社会的な問題も重要な課題となる。わが国の難病医療はその両者に配慮して制度と共に発展してきており、その点では世界に誇れるものであるが、終末期の苦しみに対する薬物療法の点では欧米諸国と様相が異なっていた。

本稿では、神経難病に対する緩和ケアの薬物療法の変遷について、神経関連学会の取り組みについて報告する。

神経難病における緩和ケアの変遷

近代ホスピスの始まりといわれる英国 St. Christopher's Hospice では、1967 年開設当初から「がん」に限らずすべての疾患が対象であり、患者の 10% は神経難病を含んでいた。しかし、欧米でも緩和ケアの歴史は「がん」が中心であった。その概念が見直されるに従い、終末期だけのものでも、「がん」だけのものでもないことが認識され、2002 年には WHO (世界保健機関) の緩和ケアの定義も改訂され、すべての疾患が対象と明記された。

わが国における緩和ケアも基本的に「がん (悪性腫瘍) を対象として発展してきたため、各種オピオイドの適応疾患もおもに「がん (がん性疼痛)」であり、ホスピスの診療報酬上の扱いであ

る緩和ケア病棟や緩和ケアチームの対象疾患も「がんまたは AIDS」となっている。

筆者は、神経難病の中でも特に重症である筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis ; ALS) 患者を多くみており、少なからずの患者が終末期に呼吸苦を経験することに直面していた。かつては、苦しみが強い時には、睡眠剤やマイナートランキライザーを使用して、意識状態を低下させて対処していた。しかし、2003 年 12 月に初めて参加した International Symposium on ALS/MND (ALS に特化した国際学会) では当たり前のようにオピオイドが使用されていることを目の当たりにし、わが国においても試すべきではないかと考えるようになった。

ALSにおけるオピオイド使用のエビデンス

海外では、1980 年代には ALS の緩和ケアの記載があり、ほぼがんの緩和ケアと並行して行われてきた。エビデンスについては、ALS では約 50% が呼吸苦を自覚し¹⁻⁴⁾ (エビデンスレベル IV b : Minds 診療ガイドラインによる、以下同様)、オピオイドの使用により 81% で緩和されると報告されている¹⁾ (エビデンスレベル IV b)。また、進行期には 40~73% が関節の拘縮や筋痙攣、不動による圧迫により痛みを訴える^{1-3,5)} (エビデンスレベル IV b)。

痛みについては WHO のがんにおける痛みのコントロールに準じて治療することが推奨され、55% はオピオイド以外の抗炎症剤や抗痙縮剤などでコントロールでき、80% はオピオイドが有効であったと報告されている¹⁾ (エビデンスレベル IV b)。EBM の概念が確立する以前に使用され、有

効性および安全性が確認された治療であったため RCT（ランダム化比較試験）は行われておらず、エビデンスレベルは決して高くはないが、米国ではアメリカ神経学会（American Academy of Neurology：AAN）が1999年に⁶⁾、欧州では EFNS task force が2005年に⁷⁾ガイドラインを提唱し、終末期のオピオイドの使用について記載しており、少なくとも欧米諸国においてはスタンダードな治療として扱われていた。

わが国においては、ALS に対するオピオイドの使用は1990年代後半頃から先駆的な一部の医療機関で使われ始めた。症例報告としては1996年の根本、今井らによる ALS の疼痛に対する塩酸ブプレノルフィンの使用⁸⁾や、今井、難波らによる緩和ケアの報告⁹⁾などがあるが、系統的な研究は少なかった。わが国においても2002年に日本神経学会から ALS 治療ガイドラインが策定され、その中で緩和ケアとして AAN のガイドラインを一部改変しオピオイドの使用について推奨した。しかし、保険適応が認められていないことから、2002年当時においては「モルヒネの使用に際しては現段階では各施設の倫理委員会を通して対応すべきである」と記載されており、通常の治療としての位置づけにはなっていなかった¹⁰⁾。

当院のオピオイド使用の取り組み

前述した2003年12月の国際学会の参加をきっかけに、実際1年かけて日本の緩和ケア医や欧米の専門家に相談しながらプロトコルをつくり、2005年3月からオピオイドを使い始めてみると意識を落とさずに楽になることが分かり、必要な治療であることを実感した。

使用経験については2005年から2年間で使用した ALS 患者17例中88%で有効であり、副作用は便秘程度で安全に使用できたという結果を報告した¹¹⁾。当時、病院（北里大学東病院）の了承を得て、保険上は症状詳記をして使用開始したが、わが国においては保険適用外の薬剤は使用しづらい仕組みになっているため、なんとか保険適用がとれないか検討を開始した。

学会における保険適用取得への取り組み

筆者も委員を務めていた日本神経学会と日本神経治療学会の医療保険関係の委員会で提案し、オピオイドの必要性について検討した結果、保険適用に向けて提案するという事になった。

当時、学会から保険適用を働きかけるには3通りの方法があった。①内科系保険連合から厚生労働省に提案（ただし、薬品については正式には検討対象外）、②医師会の疑義解釈委員会にて提案、③厚生労働大臣に直接要望書として提案する方法などがあった。まずは、一番困っていた ALS について保険適用をとるべく、2006年の診療報酬改定の提案書から2年ごとの改訂ごとに要望をし、大臣宛の要望書も提出した。

さらに、2009年にはドラッグラグ解消のために、厚生労働省が新たに立ち上げたばかりであった「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」にも要望書を作成した。当初は諸外国で保険適用になっていることを条件に公知申請（治験を行わなくても保険適応にするという制度）を認めるというものであった。

実際に欧米諸国では ALS に対するオピオイドは保険で用いられていたが、わが国でいう保険適応とは異なり、何かの疾患で保険適応をとっているものは、他の疾患については保険者の許可次第という制度設計であった。そのため、厳密に保険適応をとらなくても、事実上の保険適応になるという国が多かった¹²⁾。保険システムの違いを勘案して検討すべきであると思われたが、われわれの要望はいずれも海外での保険適応が確認できないとして却下された。

しかし、そのような点が認められたためか、2010年からは海外の保険適応だけでなく、ガイドラインなどで標準的治療と認められているという条件も適用されるようになった。そのため、2010年もその点を強調して提出したが、今度は企業の開発意思がないということ、適応ではない他の薬剤を拡大解釈して使用できるのではないかという理由で却下となった。

事前に企業との交渉はしないようにという指導があったため、確認しないまま提案したが、企業

としてはALSのような希少疾患では採算が合わないと判断されたものと想像する。また、要望書には現在わが国で使用できる薬剤を取り扱っている各社を公平に挙げたが、意見を聞かれた企業は先発品を販売している企業のみであった。錠型から実際に使用できる薬剤は後発品であったので、意図が伝わりにくかったと思われる。申請してもヒアリングなどはないため、検討会議の結果としていきなり回答書が提示されるという状況で、議論する余地がないという問題点がある。

日本神経学会員に向けた終末期医療についての意識調査およびシンポジウム

筆者は、2009年に日本神経学会の専門医全員(4,478名)を対象に、ALS終末期ケアに関するアンケート調査を行った。幅広い世代から合計1,495名(33%)の回答を得た。年間ALS症例数は半数以上(53%)が3名以下で、ALSにモルヒネを処方した経験のある医師は21%であったが、そのほとんどが(77%)が経験数は5例以内であった。使用開始も47%が「独学で開始した」と回答し、使用したことがない理由(複数回答)として、「該当症例の経験がない」(65%)、「使用経験がない」(47%)、「保険適応がない」(38%)であったが、今後使用するかどうかについては47%が「保険適用の有無にかかわらず必要であれば処方する」と回答しており、「保険適用になれば使用する」とした38%を上回っていた¹³⁾。

モルヒネの保険適用については、「ALSや筋ジストロフィーのような疾患でも適用となるべき」26%、「すべての疾患の終末期の苦しみに対して適用となるべき」63%と、「現行のがん終末期のみの適用でよい」5%を大きく上回っていた。

本調査の高い回収率は、神経内科医のこの問題に対する関心の高さを表し、モルヒネの使用も2007年の14%(共同通信)に比べ、徐々に増加してきている。そして、これまで以上にALSの呼吸苦に対するモルヒネや、ホスピスの適用拡大を求めていき、使用経験が少ない専門医が多いことについては安全な使用方法や適用についての教育・研修が必要と考えた。

この結果を受け、2010年には日本神経学会学術大会にてシンポジウムとして取り上げられ、アンケート結果の報告、ならびに保健活動の状況説明を行った。その後も学会企画の教育講演などで複数回取り上げられ、普及の啓蒙と教育に努めた。

事実上の保険適用を取得「保険上査定しない」

さまざまな方面からの働きかけを行っていたことが奏功したと思われるが、2011年9月26日付けで社会保険診療報酬支払基金審査情報提供事例にて「保険上査定しない」と認められ、9月30日付けで厚生労働省からも「医薬品の適用外使用に係る保険診療上の取り扱いについて」で周知するよう通達が行われた。これにより『原則として、「モルヒネ塩酸塩【内服薬】・【注射薬】・【外用薬】」を「筋萎縮性側索硬化症(ALS)」「筋ジストロフィーの呼吸困難時の除痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』および『原則として、「モルヒネ硫酸塩【内服薬】」を「筋萎縮性側索硬化症(ALS)」「筋ジストロフィーの呼吸困難時の除痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』とされた。

本制度は診療報酬上保険で使用できるが、医師の責任のもと使用するという扱いであり、保険適用とは異なる。しかし、足掛け6年かかったが、公に認められた治療となったことで、使用しやすくなった。これを受け、学会として保険上の扱いの変更点をメーリングリストなどで学会員に周知を行った。

2009年と同様の調査を2012年3月(保険の取り扱いの変化はまだ出ていないと思われる時期)に行ったが、モルヒネ使用経験者は32%に増加していた。今後、保険上の扱いの変化で普及率がどのように変化するかについて、数年ごとに調査を行う予定である。

教育・研修について

前述のように複数の学会(日本神経学会、日本

神経治療学会, 日本緩和医療学会, 日本緩和医療薬学会, 日本在宅医学会, 日本難病医療ネットワーク学会, 日本難病看護学会など)で講演の機会を得ていることのほか, 著書¹⁴⁾や総説など多数の原稿にて啓蒙・教育を行っている。また, 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業(難治性疾患克服研究事業)『希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究』班の事業として難病緩和ケア研修研究会を2011~2013年度に開催し, 自己啓発的な緩和ケア教育方法の研究を行うと同時に, 各地で難病緩和ケア教育のリーダーとなる人材の養成に努めた。

新 ALS 診療ガイドラインについて

日本神経学会として10年ぶりにガイドラインを改正することとなり, その中にも ALS 終末期ケアのスタンダードとしてモルヒネなどオピオイドの適正使用について記載をした¹⁵⁾。まだ2013年12月に発行されたばかりのため, 今後普及に寄与すると思われる。

おわりに

がん以外の緩和ケアにおいては, オピオイドの有効性や安全性について高いエビデンスが少ないため, 保険適用取得が非常に難しいのが現状である。われわれは学会を上げて社会的コンセンサスを得る努力をし, 保険行政に精力的に働きかけた結果, 6年の歳月はかかったものの, 変化を起こすことができた。まだ不十分な点もあり, 今後も継続的な運動, 啓蒙, 教育が必要である。

文 献

- 1) O'Brien T, Kelly M, Summers C: Motor neurone disease—a hospice perspective. *BMJ* 304: 471-473, 1992
- 2) Oliver D: Ethical issues in palliative care—an overview. *Palliat Med* 7 (Suppl 4): 15-20, 1993

- 3) Saunders C, Walsh TE, Smith M: Hospice care in motor neuron disease. In: Saunders C, Summers DH, Teller N eds: Hospice—The Living Idea. Edward Arnold, London, p.126-147, 1981
- 4) Voltz R, Borasio G: Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *J Neurology* 244 (Suppl 4): S2-S10, 1997
- 5) Newrick PG, Langton-Hewer R: Pain in motor neuron disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48: 838-840, 1985
- 6) Miller RG, Rosenberg JA, Gelinas DF, et al: Practice parameter—the care of the patients with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review)—report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology—ALS Practice Parameters Task Force. *Neurology* 52: 1311-1323, 1999
- 7) Andersen PM, Borasio GD, Dengler R, et al: EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis—guideline for diagnosing and clinical care of patients and relatives. *Eur J Neurol* 12: 921-938, 2005
- 8) 根本有子, 今井尚志, 青墳章代, 他: 筋萎縮性側索硬化症患者の緩和ケア—痛みに対する塩酸ブプレノルフィンの効果(会議録). *臨神経* 36: 1457, 1996
- 9) 今井尚志, 難波玲子, 高橋桂一: 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の緩和ケアの現状—全国国立療養所神経内科のアンケートから(会議録). *臨神経* 37: 1333, 1997
- 10) 日本神経学会治療ガイドライン Ad Hoc 委員会: ALS 治療ガイドライン2002. *臨神経* 42: 669-719, 2002
- 11) 荻野 裕, 荻野美恵子, 飯ヶ谷美峰, 他: ALSにおけるモルヒネの有用性について(第2報). *臨神経* 47: 1160, 2007
- 12) Sykes N: End of life care. In: Oliver D, Borasio G, Walsh D eds. *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis: from Diagnosis to Bereavement*. 2nd ed, Oxford University Press, Oxford, p.287-300, 2006
- 13) 荻野美恵子. 神経内科領域における終末期の倫理的問題—ALS 終末期ケアに関するアンケート調査結果. *神経内科* 74: 170-175, 2011
- 14) 難波玲子, 高橋貴美子, 荻野美恵子, 他 著, 成田有吾 編: 神経難病在宅療養ハンドブック—よりよい緩和ケア提供のために. p.71-78, メディカルビュー社, 2011
- 15) 日本神経学会 監, 「筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン」作成委員会 編: 筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン2013. p.46-74, 南江堂, 2013

4. 高齢者ケア—日本老年医学会の3つの指針

清水 哲郎*

(*東京大学大学院 人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座)

高齢者ケアの領域における緩和ケアへの取り組みとしては、日本老年医学会が『立場表明 2012』(2012年1月)、『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として』(2012年6月)、そして『高齢者に対する適切な医療提供の指針』(2013年3月)と、次々とガイドラインないしこれに類する文書を公表して、積極的な姿勢を示している。

以下、これらの文書を、ガイドラインを中心に緩和ケアという観点を念頭におきつつ概観する。

『「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 2012」』^{1, 2)}

これは日本老年医学会が2001年6月に発表した『「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、10年経って見直し、改訂したものであり、簡略には、日本老年医学会『立場表明 2012』と称される。

全体は同学会の「立場」を11項目にまとめて提示しているが、そのいくつかを次に挙げておく——「年齢による差別(エイジズム)に反対する(1)」「個と文化を尊重する医療およびケア(2)」「本人の満足を物差しに(3)」「家族もケアの対象に(4)」「チームによる医療とケアが必須(5)」「緩和医療およびケアの普及(9)」。

以上のうち、特に第3, 4, 9項は明確に緩和ケアの考え方を示しており、第3項では「苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限の配慮」が、第4項では、「家族の悲しみを和らげる」「患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケア」に言及されるが、これらの項目に限らず、随所にQOLを重視

する考え方が提示されている。

このことと連動して、「最善の医療およびケア」を「単に…(略)医学的な知識・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とし、人文・社会科学の知見も結集することをうたっている。また、上述の第2項では、「わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重して」というように、最善の医療・ケアのためには、個々人の生き方・考え方を考慮に入れる必要があるとする。

総じて、医療を人の生物学的ないし身体的生命に注目する医学の領域のみを視野に入れて行うあり方を脱して、人文・社会科学が対象とするような人の人生・生活を視野に入れ、そこでの個々人とその家族にとっての良いあり方を目指すことを訴えたものとなっている。

このような文脈で緩和ケアを高齢者ケアの領域に導入するということは、単に緩和ケアの医学技術的な面に注目し、人の身体的問題に取り組むのではなく、心理的、社会的、さらには精神的(スピリチュアル)問題にも取り組むという意味で、緩和ケアの全体を理解しつつ、それに学ぶ姿勢を示したものであることができる。

『「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」』^{2, 3)}

ここ何年かにわたって、メディアは高齢者が食べられなくなった時に人工的な栄養補給をどうするかをめぐる問題をたびたび取り上げ、胃ろうにして良かったケースと良くなかったケースを報道

した。提起された問題の本質は、「人工的な栄養補給をして生命維持をすることが、ある場合にはかえって本人にとってつらい人生の最期になってしまう」ということであった。だが、それが「胃ろう」問題として流布した結果、多くの市民が「胃ろうは良くないらしい」という印象をもち、そのために経鼻経管を選ぶといったおかしなことが生じてしまっている。

そのような中で、日本老年医学会を含む6学会からなる日本老年学会理事会の合意に基づいて、複数の学会から出た委員に、倫理学・死生学、宗教学、法学の専門家、介護・福祉関係者、一般市民を加えたワーキング・グループおよび検討委員会がつくられ、2010年度に関係者の意識調査を行ったうえで、2011年度にガイドライン原案を作成した(2012年3月公表)。これを受けて、日本老年医学会理事会は2012年6月に、ほぼ原案通りに同学会のガイドライン(以下、本ガイドライン)として承認するに到ったのである。

本ガイドラインは、「意思決定プロセス」に関するものであり、厚生労働省から出された『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(2007年5月)の系譜に属している。本ガイドラインが提示するような意思決定プロセスを経て決定・選択することにより結果の倫理的適切さが担保されるので、本ガイドラインに沿って選択したことについては法的に責を問われることはないとしている。実際、この見解を支持する元最高裁判事5名を含む法律家29名のリストも附されている。

本ガイドラインは、①医療・介護の意思決定プロセス、②いのちについてどう考えるか、③AHN(人工的水分・栄養補給)導入に関する意思決定プロセスをめぐる留意点、の3部から成っている。このうち、①と②は医療・介護全般にわたる一般的な指針であり、それを高齢者ケアにおけるAHN問題に適用したものが③である。

① 皆で一緒に決める

第1部「医療・介護の意思決定プロセス」では、「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通

して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す」(第1部概要)というように、関係者がコミュニケーションを通して、相互の情報のやりとりおよび話し合うプロセスを通して合意を目指すことを提示している。ここには、「医療者は選択肢を提示し、説明するが、決めるのは本人(ないしはその代理としての家族)である」といった考え方になりがちであったわが国の医療現場に対して、医療・介護従事者は、どれを選ぶかに到るまで本人・家族と共に考え、一緒に決めるというあり方を推奨したという特徴がある。

「本人が決める」ことに違いはない。しかし「本人だけで決める」のではなく、「皆で決める」のである。こういうことが成り立つためには、関係者の相互信頼関係が前提となる。したがって、そういう関係を築きながら意思決定プロセスを進めるという倫理的あり方も示唆されていることになる。もちろん、いつもこのような仕方でも円満に合意に達するとは限らないので、合意できない場合にどうするかについての指針もついている(1.10—本ガイドライン本文に付された番号。以下、同様)。

「皆で決める」という考え方は、本人の意思確認ができる場合・できない場合の対処にも現れている(1.4)。本人の意思確認ができる時であっても、そこで選択されることが家族の生活に影響するかぎり(1.3)、家族も当事者として参加する——他方、意思確認ができない場合でも本人がなんらかの意思表示できる場合は、本人に残っている力に応じて説明し、本人の気持ちを大事にするといった対応がふさわしい。また、こうしたプロセスで「本人だけが決める」のではないという考え方は、「本人の意思ないし意思の推定」だけに基づいて決めるのではなく、これと「本人にとっての最善」についての関係者の判断との双方で決定を支えることを奨めている(1.5)。

② 人生のために生命を支える

次に、第2部「いのちについてどう考えるか」では、「人生」と「生命」を区別し、「本人の人生をより豊かにしうる限り、生命はより長く続いたほうが良い」とする(第2部概要)。「生命」は医

学的介入によって働きかける対象であり、本人の人生を支える土台である。「人生」は、本人が周囲の人々と関係しながら、「これまでかく生きてきた」——「これからかく生きたい」と自ら物語りを創りつつ生きるものである。そこで、ガイドラインは、その人生が「より豊かになる」ことが見込まれるなら、生命がより長く続くように、またQOLがより良くなるようにと、生命に働きかける医学的介入が妥当となる、とする。言い換えると、「人工的栄養補給をすれば、生命が延びる」ということだけでは、それを選択する理由にはならないのであって、それによって延びた人生が「良い」と評価されるかどうかによって、選択するかどうかに分かれるのである。

ある治療が当該の本人に適切なものであるかどうかは、医学的には、延命効果と本人の一般的QOL（一般的価値観を物差しとした評価）の見込みによって判断される。これを基礎としつつも、本人の人生にとって最善かどうか（より豊かにしうるかどうか）を考えるためには、本人の人生の事情、人生観や、個人的QOL（個人的価値観を物差しとした）の見込みを考えなければならない。意思決定プロセスにおいては、この点を考えつつ、本人と周囲の者との合意を目指すことになり、生命維持効果が見込まれる医学的介入について、こうした要素を組み合わせた、意思決定プロセスの流れが示されている（2.1, 2.2, 2.3）。

③ 人工的水分・栄養補給（AHN）への適用

最後に、第3部で、以上の考え方をAHNに適用しつつ、AHNに特徴的なポイントを付加して、意思決定プロセスを進めるうえで考慮すべき点を挙げている。

特に、「見直し」が重要である（3.3）。検討のプロセスをたどった結果、胃ろう造設を選択したとする。それによって相当の期間、良い人生を続けることができたが、やがて身体全体が衰えてきて、もう一度プロセスをたどり直したところ、「残された時間を快適に過ごす」ことだけを目指すのが最善となった。このような場合、「人生の延長」は目的ではなく、胃ろうによる栄養補給は終了することになる。これが報道されている

「胃ろうの中止」の意味である。これは決して「死の選択」でも、「餓死させる」ことでもなく、本人（の人生）にとって最善の道を選んだというだけのことなのである。

最後に、高齢者のAHN選択をめぐっては、家族の都合、受け入れ施設の条件といった要素の故に、本人の人生にとっての最善が実現しにくい状況がしばしばある。本ガイドラインは、そういう現実を無視した建前を語るのでも、現実に流されるのでもない道を次のように（ガイドラインらしくない語り方で）示している：「現在の環境の許容範囲内で行えるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする」（3.4）——そういう道はみつからないかもしれないが、努力はしてみましようよ、というわけである。

④ 緩和ケア

以上のことから推察されるように、本ガイドラインも『立場表明2012』と同様、緩和ケアを理解し、これを導入する内容をもっている。本文2.2, 2.3が明示的に言及し、これに対する解説34では、WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義の解説まで行って、生命を延ばすこととQOL保持との間で、後者を優先する考え方を提示している。

ただし、歴史的にはがん患者の人生最期の段階をモデルにして形成された緩和ケアの考え方は、あっさりとした高齢者ケアの場面に導入された（完了形）わけではない。がんの場合、終末期になったら「徒な延命」はしないということは比較的分かりやすい選択である。たとえ「徒な延命」をしたとしても、そう長くは死を先延ばしにできないのである。これに対して、非がんの1つの典型である、高齢者の老衰（frailty）の場合、人生の最終段階（end of life careの時期）かどうかについては「人工的栄養補給をすればまだしばらくは生きられます。2年くらいかもしれません。水分補給だけだと1月半くらいでしょう」と、選択により違いが出てくる。

論理としてはWHOの緩和ケアの考え方は高齢者ケアに確かに妥当するのだが、現場感覚として

当たり前に感じられるようになるには、それなりのディスカッションと時間が必要といえるかもしれない。今まさにそのことがなされ、あるいは起きつつある。

『高齢者に対する適切な医療提供の指針』⁴⁾

最後に2013年3月に公表された『高齢者に対する適切な医療提供の指針』は、厚生労働省の「長寿科学総合研究事業」の研究班(H22-長寿-指定-009, 代表: 秋下雅弘)によるものであり、日本老年医学会のwebサイトで公開されている。同指針には「緩和ケア」という用語は1回しか使われていないが、内容的には緩和ケアの考え方が貫かれている。指針は7項目から構成されているが、その表題を見るだけで緩和ケアの考え方だと分かるものが第2, 3, 6項と3項目ある。

まず、第2項の表題は「QOL維持・向上を目指したケア」であり、その下に附せられた要旨は「生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す」である。次の第3項は「生活の場に即した医療提供」であり、要旨として「患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり…」と、「生活の場に即した医療提供」ということが、QOL維持という目標のもとでいわれていることが分かる。また、第6項は「家族などの介護者もケアの対象に」とあり、内容を見てみると、高齢者ケアにおける介護者の負担への配慮がその眼目となっているが、そのことを「家族もケアの対象だ」というまとめ方をしている点で、緩和ケアの定義に(少なくとも結果として)沿った理解を示している。

そのほか、必ずしも緩和ケアに固有の特徴ではないが、第5項「患者の意思決定を支援」(要旨は「意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める」)、また第7項「患者本人の視点に立ったチーム医療」(要旨に

「患者もチームの一員であることを理解し…」の表現あり)と、前出の『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的・水分栄養補給の導入を中心として』が示した、関係者が共同で意思決定プロセスを進め、合意を目指すという考え方が踏襲されている。このようなコミュニケーションを通して進める意思決定のプロセスを重視するあり方も、緩和ケアが他の医療の領域に先立って採ってきたものである。

おわりに

以上のように、高齢者ケア・医療の領域において、緩和ケアの考え方が積極的に導入され、日本老年学会のリーダーたちの間では、高齢者ケア全体が、非がん患者に対する緩和ケアの1つの大きな領域といっても過言ではない状況になりつつある(末端にまで浸透するにはまだしばらく時間がかかるであろう)。このことは、わが国が今や超高齢社会になっていることを考慮に入れば、緩和ケアが医療全体の中で占める重要性が非常に高くなっていることを意味するのである。

文献

- 1) 日本老年医学会:「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf]
- 2) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 医学と看護社, 2012
- 3) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf]
- 4) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究(H22-長寿-指定-009) 研究班: 高齢者に対する適切な医療提供の指針, 2010 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf]

5. 在宅医療

平原 佐斗司*

(*梶原診療所)

学術大会での取り組み

一般社団法人 日本在宅医学会は、前身である「在宅医療を推進する医師の会」の1994年の立ち上げからおよそ20年の活動実績をもっている。他の在宅医療系の学会・研究会も同時期に誕生したものが多。

日本在宅医学会設立の精神は、初代会長である佐藤智氏が学会創設時に『在宅医学』に記した文章に表現されている。

「南インドの農村で学んだ『医とは何か』という問いの答えは『自然の中で生まれ死んでいく人が、その人らしくあり得るように支えていく学問である』という単純なものでした。…(中略) 今こそ『医とは何か』を問い直すために、人間の生きる基盤である『在宅の医学』の本質を求め、それを樹立し、具体的な『在宅医療の推進』をしてゆくべき大切なときです」

「在宅医療を推進する医師の会」は、15回の集会を重ねた後、1999年2月に日本在宅医学会の設立大会が開催され、2013年まで16回の大会が開催された。

第3回大会の柏木哲夫氏による特別講演「ホスピスケアの真髄」をはじめとして、各大会において、緩和ケアや在宅での看取りをテーマとした特別講演や教育講演、シンポジウムなどが企画されてきた。発足当初から、在宅緩和ケアは学会の中心テーマであった。

日本在宅医学会の活動で特徴的なのは、2007年の超高齢社会突入した前後から、非がん疾患の緩和ケアに関する報告や研究が増加してきたことであろう。また、2002年に専門医制度創設を決定し、2004年頃から制度設計に着手し始めたこ

とを背景として、在宅医の研修・教育に関する企画も増加している。最近では、がんの在宅緩和ケアにとどまらず、神経難病など非がん疾患の緩和ケア、小児在宅医療、独居の看取りなど、幅広く緩和ケアや看取りの課題をとりあげるようになってきている。

教育・研修

① 専門医教育—日本在宅医学会 在宅医療研修プログラム

1. 在宅医療研修プログラムの社会的意味

超高齢社会、多死社会、需要爆発という言葉で表される21世紀前半の日本社会を支える医療システムを構築するためには、在宅医療・地域医療への人的資源のシフトが必須であり、在宅医の育成においても専門医制度も含めた教育システムを確立していく必要性が高まっていた。

日本在宅医学会が在宅医療研修プログラムを創設した最大の理由は、このような背景の中で在宅患者と家族に対する質の高い在宅医療の提供がわが国の地域医療の最重要課題となったことである。質の良い在宅医の研修システムの創設が、国民がわが国のどの地域に住んでいても、権利として標準的な在宅医療を受けることができる社会をつくることにつながると考えたのである。さらに、在宅医の研修システムをつくることは、これから在宅医療を目指す若い医師に在宅医になる道筋を示すという点で、きわめて重要と考えたからである。

2. 専門医制度と研修プログラムの概要

日本在宅医学会は2002年度に「認定専門医制度」を創設、2005年度から経過措置による専門

表1 日本在宅医学会 在宅医療研修プログラムのポートフォリオ領域

医学的領域	社会的領域
<p>I. 老年医学領域 認知症, 栄養障害, 摂食嚥下, 排泄, 褥瘡, フットケア, リハビリテーション</p> <p>II. 緩和医療学領域 疼痛管理, 他の症状緩和, 非がん緩和, スピリチュアルケア, グリーフケア, 臨死期の対応</p> <p>III. 内部障害・小児, 障害者領域 神経難病, 呼吸不全, 小児, 障害者</p> <p>IV. 在宅医療の諸相 急性期アセスメント, 急性期治療, 入院適応, 在宅医療導入, 看取り</p> <p>V. 生物・心理・社会モデル 困難事例への対応</p>	<p>I. 社会保障制度の理解 医療保険・介護保険, 支援費, 難病</p> <p>II. 患者中心の医療と家族ケア コミュニケーション法, バッドニューステリング, ナラティブベースドメディシン, 家族ケア</p> <p>III. チームアプローチ サービス担当者会議, IPW (専門職連携) 実践, チームづくり, 他職種理解など</p> <p>IV. 臨床倫理・意思決定の支援 延命治療の選択, 終末期の意思決定の支援</p> <p>V. 質改善, 地域づくり 地域づくり, 在宅医療質改善プロジェクト, 経営, 地域連携, 病身連携のアプローチ, 居住系施設での在宅医療</p>

医認定を開始し、研修プログラムの指導者を生み出すことを目的に、2009年度までに約160余名の経過措置による在宅医療専門医を認定した。その後、2008年10月から在宅医療研修プログラムと在宅医療研修施設の募集を開始、現在では北海道から沖縄まで75プログラムにのぼっており、全国の各地域で在宅医を育成するシステムができあがった。専門医試験は2010年7月に第1回専門医試験を実施し、2013年12月現在まで4回の専門医試験を実施している。

本研修プログラムの特徴の1つは、内科や家庭医療と同等の後期研修の位置づけにはせず、それらを修了した各専門医のフェローシップとして位置づけて、制度設計を行ったことである。なぜなら、在宅医療は総合的応用的学問であり、その基礎領域は老年内科を含む内科領域、家庭医療、そして緩和ケアであることが明確であったからである。

2つ目は、学会として、ポートフォリオ学習（自ら目標を定め、自らの意志で前向きに学ぶことを援助する学習方法）を推奨し、総括的評価にもポートフォリオを取り入れたことである。

日本在宅医学会では、在宅医が身につけるべきコンピテンシー（高い成果を生み出す、人の行動特性）を検討し、研修プログラム研修期間中に作成するポートフォリオの領域を大きく医学的分野と社会的分野に分け、表1のような10の領域を設定している。

研修者は、研修プログラムでの研修中に、疼痛管理と認知症を含む15のポートフォリオを作成し、専門医試験申請時に提出する（表1）。

この領域設定は、在宅医療あるいは在宅緩和ケアを実践するために必要なコンピテンシーをよく表している。在宅医療で求められる緩和医療の範囲は、がんだけでなく、高齢者や小児、非がん疾患も含む幅広いものになっていること、生活の中での医療であるため、より社会的側面の重要性が増すなどの特徴がある。

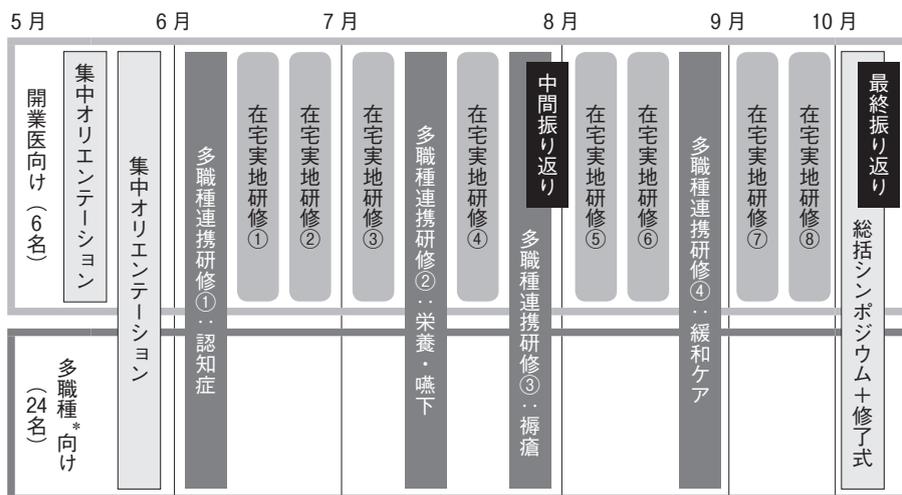
学会として研修期間中に作成するポートフォリオの領域を指定することによって、在宅医のコンピテンシーについて偏ることなく学ぶことができる。また、提出用（凝集）ポートフォリオを作成する過程を通じて、実践的省察ができ、暗黙知を実践知に変えていくことができる力を身につけるのである。

3つ目には、教育研修の質を規定するものは、試験ではなく、全国各地につくられた特徴あるプログラムの教育内容そのものであると考えており、在宅専門医育成の質、内容を保証するために、研修プログラムの質、指導医の役割を重視していることである。

② 医師を含めた地域における多職種研修の展開—柏在宅医療研修プログラム

年間8,000人以上の医師が誕生する中で、最終的には約半数の医師が地域医療に従事すると推定

開講期間：2011年5月21日～10月1日



* 歯科医師，薬剤師，訪問看護師，介護支援専門員，病院退院調整部局スタッフ

図1 東京大学・柏在宅医療研修試行プログラム

表2 在宅医療推進のための共同声明（在宅医療推進フォーラム）

1. 市民と共に、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊重を大切にした医療を目指す
3. 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
4. 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する
5. 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった在宅医の養成を積極的に支援する
6. 日本に在宅医療を普及させるために協力する
7. 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する

されているが、そのほとんどがプライマリアケアや在宅医療の教育を受けていない。一方、地域医療を実践する医師を育成する専門医の研修システムがその国に根づき、文化となるまで、20年、30年の年月を要するであろう。しかし、わが国の高齢化は教育システムの成熟を待ってはくれない。超高齢社会と多死社会、需要爆発を迎えつつためには、医療の供給システムを、急速に在宅医療を中心にした地域医療へシフトさせる必要がある。

そのためには、すでに地域で活動している開業医や病院で働く勤務医が在宅医療に踏み出すための、実効性のある短期研修システムの開発が不可欠であった。このような中、2010年度から東京大学高齢社会総合研究機構は、在宅医療参入のための短期研修プログラムの開発を開始し、2011

年に千葉県柏市において試行プログラムを実施した(図1)。現在では、がんの緩和ケアを含めた6つのモジュールが開発され、これらを用いた多職種研修、さらには訪問診療の同行研修といった教育効果の高い参加型の手法が取り入れられたプログラムが実施されている。その教育効果の高さはすでに実証され、実践者の研修システム、あるいは地域の多職種研修として全国の各地域で取り入れられている。

学会、学術団体の提言

2005年より、毎年11月23日に開催される「在宅医療推進フォーラム」(公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団主催)において、日本在宅医学

会をはじめ、在宅医療に関わる11の学会や団体が「在宅医療推進のための共同声明」(表2)を採択している。

2007年に国立長寿医療センターのもとに、日本医師会をはじめとした在宅医療に関わる諸団体が招集され、在宅医療推進会議が開催された。実際の検討は、①在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会、②-1 在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し、国民・医療関係者に示す部会、②-2 急性期医療と連携を検討する部会、③在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどの能力強化方策に関する部会、④新たな在宅医等の人材養成に関する部会、などに分かれて検討され、それぞれの部会から在宅医療推進のための提言が出されている。

ガイドライン、研究について

在宅医療の領域においては、圧倒的にエビデン

スが不足している状況にある。したがって、2008年の第10回の記念大会(静岡)を記念して、専門医向けのテキストとして発刊された『在宅医学』についても、エキスパートオピニオンをまとめた形にしかっていない。

在宅医療には研究すべき課題が数多くあるにもかかわらず、在宅医療領域の研究は未成熟な状態である。当面は、観察研究などエビデンスレベルが低いもの、あるいは小規模な研究でもよいので、敷居を低くして、多くの在宅医の研究への参加を促すことが重要であると考えている。近い将来、多施設の前向き研修が、在宅医の負担が少なく実施できる研究ネットワークの構築が必須であろう。

日本在宅医学会では、研究委員会による若手研究者の育成をねらった支援や倫理委員会の設置などの援助を充実させていく方針を確認しているところである。