

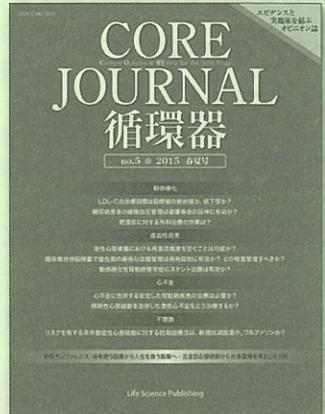
Current Opinion & Review for the Next Stage

CORE Journal 循環器

no.5 ● 2015 春夏号

リニューアル

日常臨床の疑問を解決するためのステップがみえるわかる



A4変形判、128頁
定価（本体3,200円+税）
ISBN 978-4-89775-334-8

- 偏らない情報収集（PubMedで文献を検索）
- 論文の怪しいところを見抜く（データを盲信しない）
- ほんとうに臨床に役立つか？を考える

これが本誌の3本柱です。

今号の 榊原カンファレンスレポート は

「左室自由壁破裂から社会復帰を果たした1例」

- 内容：手術内容／術後経過
- 心リハの経過／看護の実際
- ここでのケア／患者手記

動画
見られます

The diagram shows a flow from a clinical question about LDL-C treatment goals to a systematic review of evidence, followed by summarizing the evidence into a table, and finally applying the findings to a specific patient case.

現場のリアルな疑問

論文をテーブル化

論文の怪しいところを見抜ける

実践的な方針がわかる

この場合、P<0.05で有意は通用ないです

今回も辛口ですね

LS ライフサイエンス出版

URL <http://www.lifescience.co.jp/>

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町8-1
TEL. 03(3664)7900 FAX. 03(3664)7734
e-mail info@lifescience.co.jp

INFORMATION

わが国は2007年に高齢化率が21.5%に達し、超高齢社会に突入した。高齢者人口の急速な増加はその後もとどまるうことなく、2025年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上の“後期高齢者”になるため、“2025年問題”として、多くの領域でそれぞれの視点で対応が急がれている。

2025年問題を考える

エンドオブライフ・ケア協会設立記念シンポジウム

(2015年6月28日・東京)



全体セッション風景

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会は、「国内外の現場でエンドオブライフ・ケアに関わる医療・介護職の皆さまや、多様な関係者の皆さまの知見や実績を蓄積し、行政との連携や市民への啓発活動などを行うことにより、地域包括ケアのますますの発展に寄与すること」をめざして、2015年4月21日に設立された(<https://endoflifecare.or.jp/>)。同年6月28日に開催された同協会設立記念シンポジウム「2025年問題を考える」では、定員約200人の会場は、北は北海道、南は奄美大島、全国から参加した医療・介護の関係者が満席となり、同協会への関心の高さがうかがわれた。

同シンポジウムは、前半の講演と後半の全体セッションから構成され、前半では、田口空一郎氏（同協会専務理事・一般社団法人フューチャーラボ代表理事）の進行で、地域医療にかかわる4人の講演者が登壇した。

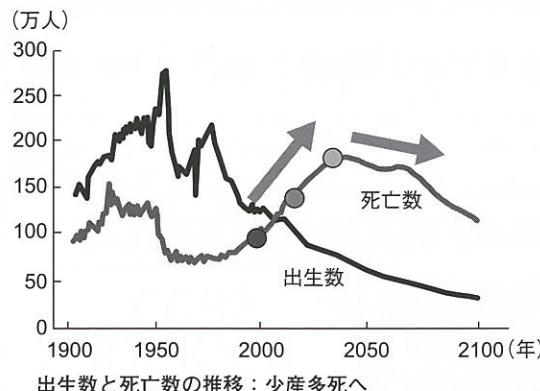
■ 2025年問題と平穏死

長尾和宏 氏

(同協会理事・長尾クリニック院長)

長尾氏は、11年間の勤務医時代を経て、大阪・尼崎で開業した。日常診療のかたわら、在宅医療支援診療所連絡会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本慢性期医療協会理事、日本

尊厳死協会副理事長などを務めている。長尾氏は、枯れて死ぬ“平穏死”を推奨し、“待てない”医療から“待つ”医療への転換が重要であると述べた。



勤務医と実地医家のあいだの認識の差

現在、年間死者数は約120万人だが、2025年は160万人に増えると推定されている。長尾氏は、機会があれば医師たちに「死者数は増えているか、減っているか」と質問している。返事の多くは「わからない」だが、ときには「減っている」という答えさえも返ってくる。医学・医療の急速な進歩ばかりが知られ、急性期病院の医師の多くは、現在が多死社会であることを認識しにくい現状がある。また、勤務医の多くのが、延命処置を当然のことと考え、何の疑いも持たず実施している。長尾氏の勤務医時代も同様であったが、延命を望まない患者との出会いが契機となり開業に至った。

平穏死の推奨

長尾氏は、開業以来、在宅で800人以上を看取ってきた。『「平穏死」10の条件』の著者でもあり、日常診療において市民の「平穏死」への関心の高まりを肌で感じている。平穏死とは、過剰な延命処置をせずに自然な経過に任せた先にある死で、脱水を容認することにより枯れて死を迎えることである。自然死ともいえるが、延命処置の中止を含む尊厳死とは少し異なる。一方、対局にあるのが「延命死」で、簡単に言えば、高カロリー輸液などによる「溺れ死」である。平穏死が、点滴を控えて枯れて死ぬことに対し、延命死とは、いわゆる「スパゲッティ症候群」を経て死くなることで、平穏死と延命死とでは遺

体の重さに10kg以上差があるという。

“待つ医療”への転換

終末期医療は待ったほうが得する場合が多いという長尾氏は、医療の現状を「バイタルサイン依存症」と表現する。それは、一定時間ごとにバイタルサインを測定して、その対応に右往左往しているという意味である。脱水なら点滴、低栄養なら胃ろう、貧血なら輸血、腹水なら腹水穿刺など、即座に処置が行われ、「待てない」のである。長尾氏は脱水を、是正すべきか、すべきでないかで、2つに分類する。後者は終末期の脱水をさしており、自然な省エネルギー モードへの移行であり、平穏死を迎えるための重要なプロセスである。「枯れて死ぬ」と聞くと、苦痛を伴い早く死に至ると誤解される可能性があるが、長尾氏は自身の経験から、苦痛はより少なく、より長く生きられるとする。ただ、長尾氏も200ccの点滴だけは行っている。そうでないと、患者が平穏死を望み納得していても、家族に餓死させたように思われるからだ。

医療・介護の専門職のスキルアップが不可欠

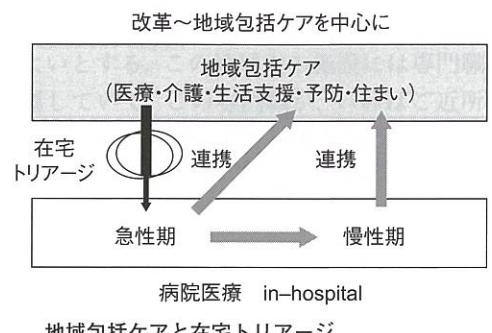
リビングウイルとは、不治かつ末期に陥った際に過剰な延命治療を避けたいという生前の意思表示である。米国では全人口の41%の人が登録しているが、日本ではわずか0.1%である。また、世界で法的根拠がないのは日本だけで、それは終末期の定義ができないという理由からである。副理事長を務める日本尊厳死協会は現在、12万人の書類(リビングウイル)を管理している。

長尾氏は、関西国際大学および東京医科大学の客員教授でもある。学生を対象にして、「死の授業」を行っている。突然死を除き、約95%の人が終末期を経て死に至る。生まれた人はみな、いつかは死を迎える。大切なことは、死をタブー視することなく、患者から嘆きを聞いたときに応じることができるスキルを医療・介護の専門職が身につけることで、同協会は、そこに貢献することを大きな使命としている。

■救急医療の立場から

山本五十年 氏

(湘南真田クリニック院長・東海大学医学部客員准教授)



山本氏は、東海大学病院高度救命救急センターに勤務し、神奈川県湘南地区メディカルコントロール事業に深く携わってきた。2001年からの10年間で、わが国の救急車での搬送人数は91万人も増加しており、高齢化社会の到来を、救急出動件数・搬送人員の増加で実感した。日本救急医学会の指導医として、地域包括ケアシステムという新しい社会システム構築の流れのなかで、救急医療の在り方を追究している。

地域医療の円環構造

地域医療で発生した患者の多くは、病院前医療を通して急性期病院へと搬送され、病院医療で治療を受ける。治療が終われば、地域にもどり病院後医療を受けることになるが、病院後医療の場は同時に病院前医療の場もある。つまり、医療は円環構造になっている。そのため、受け皿となる慢性期の医療と介護の充実が進めなければ、急性期病院での病床確保も困難となり、深刻な入口問題と出口問題につながっていく。また逆に、急性期医療が麻痺すれば、慢性期/在宅医療・介護を安心して遂行できなくなり、地域医療が危機的な状況に陥る可能性がある。このように、救急医療と地域医療は密接に関連している。

救急搬送・受け入れ困難事例発生の地域格差

救急医療体制は充実の一途をたどってきたが、一方で出動件数、搬送人員の急増により、受け入れ困難事例も多発している。神奈川県が2013年11月25日～12月2日に調査したところ、救急搬送・受け入れ困難事例は県全体で12%であった。二次医療圏別では、地域格差が大きく、地域内に種々の問題があることが示唆された。また、背景因子の調査から、一人暮らし、飲酒、精神疾患、認知症、施設入所者、薬物など、社会基盤にかかわる諸問題との関連が示された。山本氏は、社会の問題が救急医療関係者にしわ寄せされていると考えている。

地域包括ケアにおける救急医療

当然のことながら、高度急性期医療システムの強化、メディカルコントロールの充実といった従来の救急医療システムの継続的な発展を図るのは、日本のセーフティネットの前提である。同時に、地域医療、在宅医療、介護システムと連携した尊厳のある高齢者医療を構築して、多元的な救急医療を整備することも重要である。山本氏は、その実現により、従来の救急医療へのしわ寄せ、すなわち負荷を軽減することができるとする。

病態急変時の在宅トリアージ

山本氏は以前から、患者の病態急変時に在宅トリアージを実施すべきと提言してきた。その担い手は介護士・訪問看護師・介護支援専門員・かかりつけ医/在宅医で、患者とその家族の意思を尊重したうえで、在宅医療の継続、看取りプロセスに入るか、専門診療科を受診させるか、救急医療システムを活用するかをトリアージする。メディカルコントロール体制の整備もシステムの負荷を軽減できる。

エンドオブライフ・ケアの基礎は 対人コミュニケーション

地域包括ケアシステムの構築では、救急医療と、高齢者医療・介護との連携・協同の推進が不可欠になる。特に、国民のだれもが納得できるように、心肺蘇生の対象と有効性に関する

データ解析や、不搬送プロトコールに関する見直しが必要だと、山本氏は考えている。また、山本氏は新たな試みとして、異文化コミュニケーションをテーマにして訪問診療や介護体験などの地域医療コースを設け、臨床研修医教育

として1年前から提供している。大切なことは、地域を知る、相手を知る、高齢者の尊厳を守ることであり、相互の共感が重要であり、エンドオブライフ・ケアの基礎は対人コミュニケーションにある。

■資源不足の立場から：一人一人の力を高めて、内面の支援を

小野沢 滋氏

(同協会理事・北里大学トータルサポートセンター長)

小野沢氏がセンター長を務めるトータルサポートセンターは、地域の中核病院である北里大学病院で、地域連携の要として設置された。また、“トータルサポート”とは、「患者さんを全人的にさまざまな面からサポートを行う」という意図が込められた造語である。死亡者と接する経験の減少とともに死を考える機会が減り、その一方で多死時代を迎えた現在、社会資源不足への対応策として、小野沢氏は“社会的包摶”を提言している。

団塊の世代を生み出した若年死者の減少

厚生労働省発表の生命表(完全生命表)において、折れ線グラフで示された生存数の曲線は、男女とも1947年の第8回調査と1950～1952年の第9回調査で線の間隔が大きく開き、生存数の増加を示している。これは団塊の世代の誕生とほぼ一致する。小野沢氏は、団塊の世代をつくった原因に、多産ではなく、ペニシリンにより感染症での死者が減少したことをあげた。新生児死亡率はそれまでは15%と高率であつ

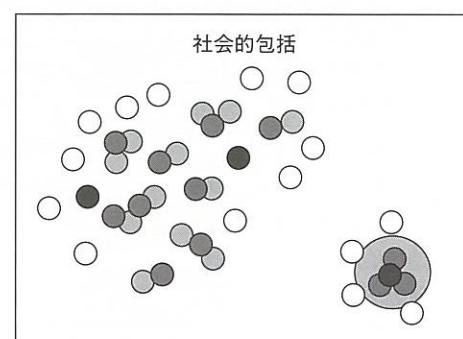
たが、それ以降、激減し、わが国では身近な人の死を経験することが少なくなり、死を恐れる風潮が生まれてきたとする。

多死社会での社会資源不足

相模原市における調査では、年間死者は現状の5800人から2020年には7300人に増加すると推定されている。だが、市の火葬の最大能力は6300人分しかないため、このままでは1000人分が不足する。この問題は相模原市に限らず、全国の、特に首都圏の市町村が同様に抱えている。要介護者数の推定では、2010年の19600人が、2035年には44100人、2059年には45700人と増えていく。一方、生産年齢を18～69歳として算出すると、該当者は、現在の50万人が、2035年に41万人、2059年に28万人と減っていく。要介護者を支える若年者が不足するのは明白だが、これは地方にはあてはまらないという。小野沢氏は、要介護者が増加しても、地方では近隣の市町村が協力すれば解決できる範囲に収まり、状況が全国一律ではないことを問題視している。

専門職不足への対応

介護福祉士の養成学校の定員は全国で年間19000人だが、実務をしながらホームヘルパーの資格をとる人を含めると、ヘルパーの資格取得者は年間93000人になる。だが、相模原市の専門職をみると、ホームヘルパーは735人だけである。また、生産年齢者数を要介護者数でわり、2015年を1にすると、2025年に0.6、その後、最低では3割をきり、人材確保がさらに困難になる。これまで、特に福祉の現場では、身体障



社会的包摶のイメージ

害者、知的障害者をはじめ、いわゆる弱者を別の場所に移して、まとめて専門職がケアするという方針をとってきた。小野沢氏は、要介護者の急増という問題は、これまでの対応策では解決は困難で、地域包括ケアを真剣に考えるなら別の視点が必要だと述べた。

社会的包摶と専門職のレベルアップ

小野沢氏は、急増する要介護者を専門職だけで支えるのは難しいため、要介護者の近隣にいる人々が寄り添っていくこと、つまり“社会的包摶”が解決策になるとを考えている。これを「挑戦」と表現した。住み慣れた地域での生活によ

り認知症の進行が緩徐になることが示されている。だが、要介護者は緩徐ではあるが死に向かっているので、近隣の人々だけでは対応が困難になる時期は必ず来るはずである。そのときに、地域内の施設に移し、地域全体でみていくべきとする。この地域内の施設には専門職も所属していて、この専門職が、いわばご近所さんを支えながら協働していくという構図を、小野沢氏は描いている。そして、少数の専門職をいかに高機能にするかが鍵ではないかと考えている。ここにも、同協会が人材育成に力を入れる理由がある。

小澤竹俊氏

(同協会理事・めぐみ在宅クリニック院長)

うでないものとがある。穏やかでない理由が痛みであれば、速やかに対応できる。そばに医師や看護師がいなくても、適切な薬剤を手配しておけば、最期の段階でも再入院の可能性は低い。穏やかでない理由が答えられるものであれば、相手も答えてくれるはずで、それには即座に対処したいという。

だが、最もむずかしいのは、理由に含まれる次のような問い合わせである。「夫の面倒を見て、見送ってから私が逝くはずだったのに、私のほうが先に具合が悪くなってしまった。くやしい。子どもの顔や孫の顔をみていたい。なぜ、私がこんな目にあうの？」

「苦手意識」を“関わる自信”へ

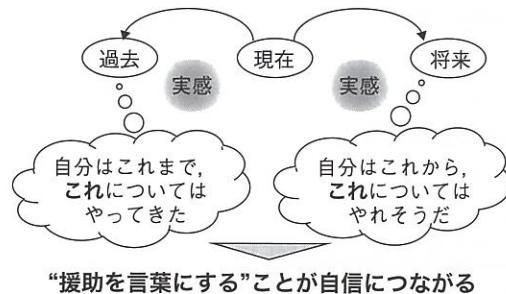
人生の最終段階の人とかかわるということは、大きな苦しみを抱えた人とかかわることである。買い物、入浴、トイレなど、これまで一人でできたことが徐々にできなくなつて家族の手を煩わせなければならない。このような要介護者の悩みには、安易な励ましは通用しない。周囲の者は返す言葉がなく、無力であることを痛感する。

小澤氏は、この際の対応がまさにスピリチュアルケアであるとし、人々に共通する気持ちを

注目すべきは顔の表情

小澤氏は、要介護者と接する際には顔の表情に注意を払う。表情が穏やかか、穏やかでないか。穏やかであれば、それでよいのではなく、穏やかな理由を問い合わせ、その回答に対して「なるほど、○○さん、そういう理由で、こういう病状ですが穏やかなのですね。」と、言葉にしていく。さらに、その理由を多職種で応援する。

穏やかでない理由には、答えられるものとそ



「援助を言葉にする」ことが自信につながる

援助を言葉にする意味-2日間の養成講座のねらい-

「苦手意識」と表現した。これまで、この解消のための教育介入に腐心してきた。症状緩和、意思決定は、関係者の努力により、ある程度の指導体制ができあがっているが、それだけでは不十分であるという。要介護者が、胃ろうをつくりない、救急搬送せずに自宅で最期を迎えると意思決定を行っても、その後、だれが亡くなるまで、どのようにかかわるのかを考えると、各論まで学べるところはほとんどないという印象を、小澤氏はもっている。

「援助を言葉にする」ことが自信につながる

それでは、表情が穏やかでない理由が答えられないものであった場合には、どうすべきか。小澤氏が心がけているのは、穏やかになれる条件を探すことである。また、穏やかになれる条件を探し、それらを応援できる職種には、医療職に限らず、介護職や家族も含まれるという。要介護者の穏やかになれる理由を大事にして、その支えを介護職も含めて多職種で応援できるのであれば、応援された人は、今後どのような困難を抱えても、継続してかかわっていく可能性がある。周囲にいる人たちが、各自できることをみつけて援助を言葉にできると、その人たちとは要介護者に対して自信をもって接することができるようになる。

養成講座の受講者一人ひとりが、それぞれの地域包括ケアのチームや事業所にもどり、「あなたにできることにこれがありますね。」「私にできることにはこれがあります。」と、援助を言葉にできたとき、それは自信につながっていく。

小澤氏は同協会として、要介護者が「どのような困難な状況でも、こんな私でも生きてきてよかった」と思える援助を、職種を超えて学べる可能性を追求したいと考えている。

ケアの提供者にも支えが必要

同協会の養成講座は、医療職のみならず介護職の人々も対象にして、次の7つのテーマをパッケージにして提供される。

- ① 課題背景(2025年問題に備えて)
- ② 人生の最終段階に共通する自然経過
- ③ 苦しむ人への援助と5つの課題
- ④ 意思決定支援
- ⑤ 自宅・介護施設で求められる症状緩和
- ⑥ 多職種連携で「援助」を言葉にする(マクロ)
- ⑦ 1対1で対応する(ミクロ)

特にスピリチュアルケアは、③、⑥、⑦が関連している。なかでも、③の5つの課題は、(1)援助的コミュニケーションの基本、(2)相手の苦しみをキャッチする、(3)相手の支えをキャッチする、(4)どのような自分であれば、相手の支えを強めることができるのかを知り実践する、(5)支えようとする自らの支えを知る、である。

苦しんでいる人は、自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい。上から目線ではない援助的コミュニケーションを理解したうえで、相手の苦しみ、希望と現実の開きをキャッチして、健康時には気づかない支えを見つけ、援助していく。特に(4)については、どのようにすれば、要介護者の支えとして選ばれるのかを、1:1のロールプレイや多職種の事例検討などで学ぶ。(5)は、養成講座の受講者側の支えのことである。なかには病状を認めない要介護者も存在する。たとえば、「具合が悪くなるのは、医療者がいけない」と、周囲の人々を責めるような人である。そういう現場で最期まで逃げることなくかかわっていくためには、自分自身にも支えが必要になるということである。小澤氏は、「いのちの授業」で生徒に言われた「誰かの支えになろうとする人こそ、一番、支えを必要としています」を座右の銘にしている。

● Information

日本循環器学会 第9回プレスセミナー (2015年6月29日・東京)

カテーテルインターベンションの進歩と展望

司会 赤阪 隆史 (和歌山県立医科大学 循環器内科 教授)

第9回プレスセミナーでは、川崎医科大学 上村史朗氏から、高齢化社会を迎える冠動脈疾患の治療について、冠動脈インターベンション(PCI)に焦点を当て、その進歩と課題が紹介された。司会の和歌山県立医科大学 赤阪隆史氏からは、PCI施行のガイドとして冠動脈病変を評価する血管内超音波(IVUS)、光干渉断層法(OCT)、心筋血流予備量比(FFR)の有用性が解説された。



冠動脈インターベンションの進歩

上村 史朗 Shiro Uemura
川崎医科大学 循環器内科 教授

高齢者で増加する冠動脈疾患

冠動脈は粥状硬化を起こしやすい血管である。わが国の血管障害による死亡数は、男性では50代から徐々に増え、70代でピークに達する。一方、女性の死亡数は60代から増加し、70代後半を超えると男性よりも多くなる。日本人の死因の第一位はがんであるが、60代後半以降の女性では、がんよりも心臓病、脳卒中による死亡が上回る。また、わが国における人口動態予測によると、今後総人口は減少するが、高齢者数は増加すると推定されている¹⁾。今後高齢者の冠動脈疾患にどのように対応していくのか、社会的な問題として長期的に考えていく必要がある。

一般に、冠動脈で動脈硬化による狭窄が慢性的に進行すると狭心症になり、動脈硬化plaquesが突然破裂して血栓が形成されると、冠動脈が閉塞して急性冠症候群(ACS)を発症する。本講演では、冠動脈疾患の治療について、特に経皮的冠動脈インターベンション(PCI)に焦点を当て、その進歩と課題について解説する。

冠動脈疾患の治療

1 PCIの臨床応用

冠動脈疾患の診断と治療の歴史では、1901年に心電図、1929年に右心カテーテルが開発され、1941年にカテーテル検査、1961年に選択的冠動脈造影が初めて行われた。さらに1967年の冠動脈バイパス手術に続いて、1977年にスイスのGruntzigにより経皮的冠動脈インターベンション(PCI)が初めて臨床試験に成功した。このとき行われたのは、カテーテルに付けたバルーンを冠動脈の狭窄部位で膨張させることで、閉塞した冠動脈を拡張させるバルーン拡張術である。この方法では、急性リコイルや血栓形成による急性冠閉塞、さらに血管平滑筋細胞の増殖や血管再構築による慢性期再狭窄が起こる確率が高いという問題があった。

2 冠動脈ステント

上記の問題を解決してPCIの治療効果を高めるために、1986年にSigwartらにより、金属(ステンレスやコバルト合金)で作られたメッシュ