

## はじめに

高齢化の進行に伴い、多死社会が到来し、医療介護連携や多職種協働の意義が叫ばれるようになった。平均寿命と健康寿命の間には短くない差異が存在している。高齢化の進展や生活習慣病の増加とともに、認知機能障害を有する方も増加の一途をたどっている。

20世紀に医療が飛躍的な進歩を遂げたことは間違いない。その恩恵として、多くの患者の命が助けられ、健康を取り戻すという成果をもたらした。しかしながら、一命は取り留めたものの障害が残る、疾病が慢性化する、徐々に悪化する、という事態に陥る患者も増加した。このような人生後半の下り坂の時期に必要なケアを **End of Life Care** という。健全な人に疾病が発生した時とは異なり、この **End of Life** に侵襲的な治療行為を実施することは、患者にとって過度の負担となりかねず、その適応には慎重な検討を要する。さらに、侵襲的な治療行為の継続なしには生存を維持できない状態に陥る患者も時に生じることになる。

ここで、胃ろう造設にまつわる問題を例示したい。我が国で胃ろう管理を行っている患者の数は40万人とも、70万人とも言われている。この数字は、世界的に見ても突出した数に上っており、その適応が適切に検討されているかどうかについて議論がある。摂食嚥下障害に陥った患者が自らの意思を表明できない場合、「経口摂取が困難」、「医学的に実施が可能」、「家族は反対していない」という条件を満たしていれば、ややもするとそれ以上の深い検討がなされることなく、胃ろう造設術が施行されてきた結果かもしれない。

近年、「胃ろう問題」が注目されるようになり、さまざまな議論が行われるようになった。そして、2012年6月に日本老年医学会が「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」を発表した。このガイドラインは、本人の尊厳を重視する立場から、高齢者ケアの現場にふさわしい「意思決定プロセス」や「いのちとその価値」について、真摯に論考を深めたものである。しかしながら、このガイドラインが公表されて以降、読む人によっては、「胃ろうは延命治療であり、実施すべきでない」というような負のイメージを持ってしまう場合があり、明らかに胃ろうの適応がある患者がその造設を拒否するという事態も現場では生じている。

さらに、2014年度の診療報酬改定において、胃ろう造設にまつわる診療報酬が大幅に見直された。その骨子は、胃ろう造設術に関する診療報酬の適正化と施設基準の新設、胃ろう造設時嚥下機能評価加算と経口摂取回復促進加算の新設である。漫然と胃ろうを造設することを防ぎ、術前に嚥下機能を評価した上で胃ろう造設術の適否を判断することや、造設後の摂食嚥下リハビリテーション実施を促進するねらいが込められている。

しかしながら、想定外の展開も生じている。新たな施設基準に基づく減算を恐れる医療機関が胃ろう造設術を避けるようになり、安易に経鼻経管栄養管理や中心静脈栄養管理を導入するという事例が少なからず発生しているという。胃切除後などの適応外症例を除けば、経鼻胃管が胃ろうよりも優れているという理由は存在しないにもかかわらず、別の思惑で経鼻胃管が選ばれたら遺憾と言わざるを得ない。また、中心静脈栄養管理を選択した場合、後にその管理を担当する医療機関が算定する診療報酬が大幅に増額となる点は、モラルハザードを生じかねない要素となっている。

ここまで胃ろうを例に話を進めてきたが、食をめぐる課題が胃ろう管理にとどまらないことは自明である。たとえば、摂食嚥下障害を有する患者が誤嚥性肺炎を生じて入院した場合について考えてみたい。その場合に、医師からの指示で経口摂取を禁止されることも少なくない。医学的見地から経口摂取が危険であると判断されたなら、それは当然の医学的判断だと思われるかもしれないが、たとえば嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査の結果がその根拠であったとしても、ことはそう簡単ではないという点に留意したい。なぜなら、食形態、座位姿勢（シーティング）、介助方法、歯科口腔疾患、口腔衛生状況等のさまざまな要素によって、その検査結果は大きく異なってしまうからである。さらに、前述の要素に加えて、摂食嚥下リハビリテーションの実施、栄養状態や全身の筋肉減少症（サルコペニア）の改善、食欲を引き出す工夫（味や見た目、香り、環境設定）、認知機能障害への薬物的アプローチ等の継続的な介入により、摂食嚥下機能は変化しうる。

また、胃ろう造設後にも、食支援の取り組みは継続しなければならない。人の唾液は一日に1～1.5L分泌されるという。つまり、胃ろう管理継続中で、肺炎で死亡せず現在生存しているすべての患者は、常時分泌されている少なくない量の唾液を、臨床的に問題となるほどは誤嚥することなく、嚥下できているはずである。そうだとすればなんらかの流動物を経口摂取できる可能性が残されていると言える。

「食べること」はいのちに直結する根源的な活動である。「食べること」は、いのち、そして人生観にたどりつく命題であり、そこでは本人の尊厳や意向が最大限尊重されるべきである。そして、**End of Life**の時期にある人が生きていくためには、医療面からの評価や介入だけでは不十分であり、疾病管理と生活の継続の双方を視野に入れてサポートする必要がある。そのために、医療と介護の連携、そして多職種協働が求められる。前段で述べた食形態、座位姿勢、介助方法、歯科口腔疾患、口腔衛生状況、栄養状態、リハビリテーションなどに対する多面的なアプローチなしに、「食べること」の尊厳を生命の最後の瞬間まで支え続けることはできない。

以上のような背景に基づき、本事業は食支援に焦点を当てて、先進的な食支援に関する地域活動を展開している全国7か所についてヒアリングを行った。認知症やがんへの対策などの重要命題以上に、この食支援活動こそ地域における多職種協働を象徴する臨床領域だと言えよう。「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」においても、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化として、「口腔・栄養管理に係る取り組みの充実」が挙げられ、施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図ることが明記された。具体的には、施設等入所者の経口維持加算算定要件が、多職種による食事観察（ミールラウンド）やカンファレンス等に基づく口腔・栄養管理に係る取り組みに変更された。このように複数の医療介護従事者が協調して介入することによって、患者に優れた支援が提供できる。そして、関与する従事者自身が多職種協働の意義を体感し、地域における包括的ケアの実現をイメージできるようになる。本報告書がその一助になれば幸いである。

平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

摂食嚥下障害を有する高齢者の地域支援体制の取り組み収集、分析に関する調査研究事業

検討委員会委員長

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 理事長 院長 川越正平