

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2017年度（前期）指定公募
「市民の集い開催への助成」
指定内容：「看取り」での経験を語る会

完了報告

平成30年4月7日開催

テーマ： がん、非がんの緩和ケアと看取り事例を学ぶ

申請者： 近藤康男
所属機関： NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会
提出年月日： 平成30年4月12日

1 講座概要

1) メインテーマ

がん、非がんの緩和ケアの内容と、非がんである「認知症」の看取り事例を学ぶことが、本講座のメインテーマである。

2) 講座講師

在宅医として、また緩和ケア医として高名な、大田区鈴木内科医院鈴木中央院長を講師にお願いした。

認知症看取りは市民講師であり、夫を看取った谷正子氏と、その支援者（在宅医探索などを支援）久保欣一氏。

3) 講座日時、場所等

講師選定、場所選定にやや時間を要した。

また講座参加者募集に時間を掛けることとし、開催日を年明けとしたが、であれば春爛漫がよいとして4月開催とした。

詳細は後、記載のチラシを参照されたい。

2 当日配布資料

講座レジメの印刷冊子と、勇美記念財団指定のDVD&冊子。

これに講師久保欣一氏が財団に取り寄せを要請した冊子の、計4点。

3 講座の感想

1) 認知症看取り事例報告

L y y nらの提唱モデルによると、認知症と老衰はQOLがほぼ同じ経過を辿る。本事例は「認知症患者の老衰」事例であり、好事例の一つと言える。

患者が子、妻を忘却して行く中、妻は最後に看護婦のいない施設に泊まり込みを行い看取った事例。死因は「老衰」。

今日的テーマ、内容であった。

2) がん、非がんの緩和ケア

鈴木院長いわく、

- ・医療従事者の多くが緩和ケアに無関心
- ・国民の理解もあまりすすんでいない
- ・在宅緩和医は全国で300人程度

とのこと。

数年前、近くの在宅医に「緩和ケア出来ますか」と聞いたら「それは〇〇病院（近くの大病院）でやっています」であった。
在宅医＝緩和ケア医、の誤解が瓦解した瞬間であった。

なお非がん疾患の緩和ケアには、ケアの手法、特に保険適用等で制約がなおあるとのこと。

最近医療関係者に関心が高まりつつある、と言われたのがせめてもの救い。
そして非がん疾患の呼吸困難には「モルヒネ」が効く、は収穫でした（酸素しかない、と思っていたので）。

4 反省点

テーマが重いせいか、参加予定者が高齢化のせいか、開催主催者の勧誘等不手際のせいか、今後の分析によりますが、当日欠席者が少なからず2桁に近い数でした。

5 謝辞

要介護者の3割が施設、7割が在宅の現状。
が、市民の在宅療養への、また高齢一人ないし二人世帯の適切な対処への、理解不足、知恵不足が蔓延。
そして高齢者、高齢社会への、自身ニーズアピールが大いに不足している。

このなかで「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成はニーズのアピール、また市民への幅広い認識の共有に、おおいに役立つ助成です。
今後ともよろしくお願い致します。

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による。

がん、非がんの緩和ケアと看取り事例を学ぶ

がん対策基本法に基づきホスピスや緩和ケアが用意されております。
がん疾患の場合は「疼痛（痛み）」が主な緩和ケアの対象とされています。
非がん疾患（心疾患、脳卒中、肺炎等）の場合は「呼吸困難」が頻度高い緩和
ケアの対象とされていますが、ホスピスがない等「対策の遅れ」もあるようです。
緩和ケアにつき、がん疾患を主に、非がん疾患も含め、現状と将来を学びます。
また非がん疾患の一つである認知症の看取り事例を学びます。

日時 平成30年4月7日(土)13:30～16:00予定（13:00開場）

場所 JR神田駅東口から1分 エッサム神田ホール1号館2F201

定員 40名（無料）

主催 NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会

<http://saitama-sla.at.webry.info>

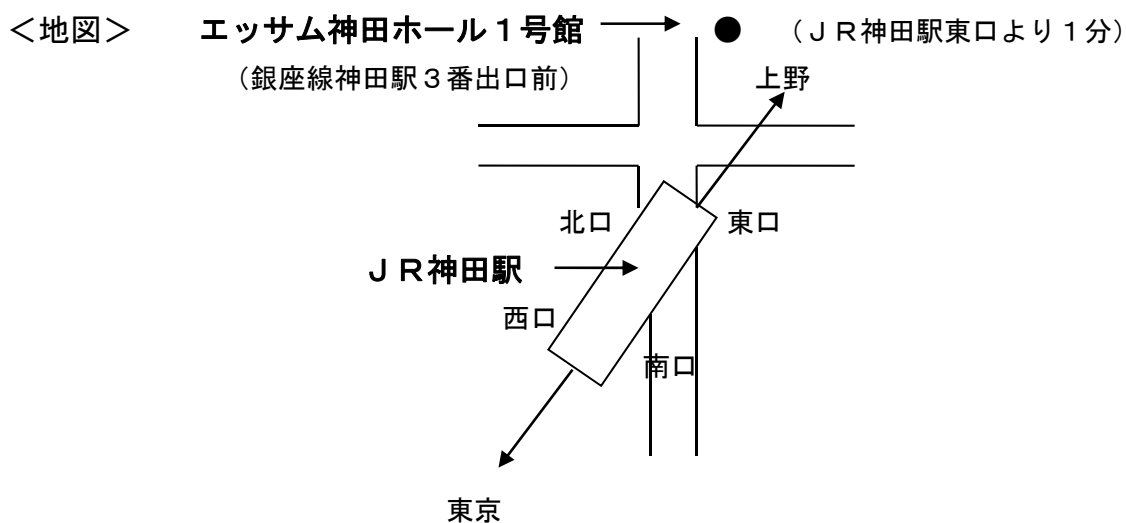
～ 本講座は 公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団 の助成によるものです ～

第1部 13:30～14:20 認知症の看取り事例報告

インタビュアー NPO法人関東シニアライフアドバイザー協会 久保欣一
事例報告者 同 谷正子

第2部 14:30～16:00 予定 緩和ケアの現状と今後（非がん疾患の場合の概略を含む）

鈴木内科医院 鈴木中央院長（在宅医）



鈴木院長プロフィール

医院は、地域の人々が利用する診療所として 50 年以上の歴史を持つ。鈴木院長の実父でもある鈴木 莊一医師は、1970 年代に単身イギリスへ。近代ホスピスの祖とされるシシリー・ソンドース医師から、当時の日本にはなかった在宅型ターミナルケアのノウハウを学び、帰国後は在宅医療の先駆者として地域の人々を支えてきた。

鈴木院長は 1999 年に診療所を引き継ぎ、在宅療養支援診療所として、365 日 24 時間対応で在宅患者のケアに当たっている。平均して、常時 3~4 人が在宅でがん疼痛管理を受け、外来で緩和ケアを受けている人もほぼ同数いる。それ以外の在宅ケアを受けている人が 30~40 名前後。もちろん緩和ケア以外にも、外来通院が難しい患者の場合は、在宅診療を実施する。

緩和ケアの目的は、単に痛みを取るだけではない。痛みを和らげることができれば、精神面のケアを進めることができ、生活にもゆとりが生まれる。苦痛が消えることで食欲が出る人もいるなど、決して消極的な治療ではない。

事例報告者 谷正子氏プロフィール

67 歳で認知症と診断 (AD)、73 歳より施設で暮らすご伴侶に対し、在宅医をアサインし、最期迄医療・介護面で支援を行った。ご伴侶は施設にて妻であることを忘却していた。享年 81 歳、老衰。谷正子氏は「看取りは怖いことではない」と言う。

インタビューアー 久保欣一氏プロフィール

在宅医を探してほしい、という谷正子氏 (事例報告者、同一 NPO 法人の同僚) の要請に対し、関東信越厚生局に対し「地域の在宅療養支援診療所」の資料開示を要請することにより在宅医リストを得、探しあて側面支援を行った。

参加申込書

F A X、またはメールにより申し込み願います (メールを歓迎)。

F A X 048-831-8619 M a i l kondou-ryu@kbf.biglobe.ne.jp

フリガナ * 氏名		性別	男	年代	
			女		歳代
* 電話番号		* 住所	〒		

* 記入必須項目です。なおメールの場合、電話番号は記入不要です。

問い合わせ先 T E L 048-831-8619 近藤康男

認知症の夫を看取る 報告

平成30年4月7日 谷正子

I 病気の経過

- 1998年 夫である谷雅夫、不安を自覚（在職中64歳）
～海外出張の荷物が作れない～
（1～2年前から物忘れ、見当識不安等が生活の中で見られた）
- 2001年秋 アルツハイマー型認知症の診断
- 2004年 介護保険申請（要介護1）
- 2005年 妻、介護施設を探し始める
- 2006年 妻、成年後見人申請
- 2006～7年 前立腺ガン併発（ホルモン療法開始）
- 2007年 施設入居（介護施設イリーゼ 73歳）
- 2010年 妻への認識喪失（介護度4）
- 2014年 自身と「谷雅夫」との区別がつかなくなる
- （この間の入院歴：
- 2008年 食事不摂取のため精神科50日入院
- 2014年 肺炎で10日間入院）

II 在宅医師と看取り人

- 1) 2014年肺炎入院後、施設に在宅医療と看取りを要望。
返事は「夜間看護師不在のため不可」であった。
- 2) このため在宅医、訪問看護ステーションを自ら探すことを決意。
- 3) 在宅医については近さのみならず、看取り実績も併せて知りたく、
“関東信越厚生局 東京事務所審査課”にて
「行政文書開示請求」(添付)を行う（5月16日請求、6月11日入手）。
（東京事務所：新宿スクエアタワー11F、tel 03-6698-5447）
- 4) 入手した8つの在宅療養支援診療所のうち6つを下見し、2～3に絞る。
- 5) ここで入居施設の提携医師に趣旨を伝えたところ、実は在宅医でもあることを知り、提携医師に在宅医療を依頼することとした。
- 6) 依頼にあたり、
「事前指示書」(例添付)を元に、延命拒否を相互確認
“在宅医が死亡の瞬間に立ち会うことは困難”を相互確認し、
その際には妻正子自身が宿泊対応（17時～8時）することを決意した。

Ⅲ 看取り

2015年

1月19日 精神科、泌尿器科（がん治療）への通院日

精神科では以下の日常生活を報告し、服薬中止を求めた。

- ・傾眠傾向
- ・関節がかたくなる（肩、ひじ、手首、足も同様）
- ・食事困難

泌尿器科では、体力が低下しており、ホルモン注射中止を求めた。

医師とは同意見であった。

2月 食事量、水分摂取量減少

ウトウト時間が長くなる

痰がからまる

3日 妻正子、夜間付添い開始（17時～8時）

3月 手足が冷たい

チアノーゼが見られる（血行不良による皮膚の青紫色への変色）

発熱（アイシングを行う）

呼吸不安定

吸水は行う（吸い飲み量極小、砂糖水は拒否）

14日 夕刻、呼吸停止。医師に連絡。

医師来る、死亡診断「老衰」。

81歳であった。

Ⅳ 看取りについて思うこと

1) 無理に何とかしない、本人意思が働かないことはしない

- ・食べられなくなったら水も無理しない

（ヘルパーさんらに依頼したら、夜静かに眠るようになった。）

2) 在宅医ら医師との認識の共通化、共有

3) 看取りについて思うこと

- ・看取りは怖いことではない

（何事もなく息が止まる）

以上

行政文書開示請求書

平成 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

(行政機関の長)

氏名又は名称： (法人その他の団体にあつてはその名称及び代表者の氏名)

住所又は居所： (法人その他の団体にあつては主たる事務所等の所在地)

〒 TEL ()

連絡先：(連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号)

行政機関の保有する情報の公開に関する法律第4条第1項の規定に基づき、下記のとおり行政文書の開示を請求します。

記

1 請求する行政文書の名称等

(請求する行政文書が特定できるよう、行政文書の名称、請求する文書の内容等をできるだけ具体的に記載してください。)

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書(平成24年報告)
(「 」住所地区所在の医療機関のみ)

2 求める開示の実施の方法等(本欄の記載は任意です。)

ア又はイに○印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。
<実施の方法> ① 閲覧 ② 写しの交付 ③ その他()
<実施の希望日>
○イ 写しの送付を希望する。

開示請求手数料 (1件300円)	ここに収入印紙をはってください。	(受付印欄)
---------------------	------------------	--------

*この欄は記入しないでください。

担当課	
備考	

(例) 事前指示書・・・私は延命治療を拒否します

作成日時 _____年 _____月 _____日

氏名 _____

住所 _____

延命治療拒否の意思表示にあたって

家族は、私に正常な判断力が無い場合、意思表示できない場合、緊急時等、必要に応じて医療関係者にこれを提示して、私の意思どおりの（私の自己決定権を尊重した）死を迎えられるよう努めて下さい

私は、医師がこの延命治療拒否一事前指示書にそって延命治療を差し控え、又は中止し、私の死期が早まることがあっても、医師や関係者が法的責任を負わないことを希望します。

家族全員が私の意思を尊重してくれるよう、家族がこの「延命治療拒否一事前指示書」を精読し確認した旨の署名を添えておきます

基本的な考え方

私は、私が治療不可能な傷病におかされ、回復の見込みがなく死が避けられない状態にある時、延命のための治療を拒否し、自然な人間的な死を希望します。ただし、副作用により死期が早まることがあっても、緩和措置を優先し、十分に苦痛を緩和してくれることを希望します

個別の医療行為に関する意思表示

なお、この希望はいつでも撤回、または変更することができます。

- | | | |
|---------------|----------|-----------|
| ① 輸液 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ② 中心静脈栄養 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ③ 経管栄養（胃瘻を含む） | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ④ 昇圧薬の投与 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑤ 人工呼吸器 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑥ 気管切開 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑦ 人工透析 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑧ その他の蘇生術 | (1) 希望する | (2) 希望しない |
| ⑨ その他の希望 | _____ | |

私の家族について

私の家族について：私の家族は_____

家族内の決定権優先者私の意思を代弁してもらう権限を_____与えます。

確認者署名：上記を精読し本人の意思を確認しました。

_____年 _____月 _____日 続柄 _____ 氏名 _____

住所 _____

_____年 _____月 _____日 続柄 _____ 氏名 _____

住所 _____

注：電話番号も必要だろう

在宅緩和ケアの現状と今後

勇美記念財団理事
鈴木内科医院 鈴木央

なぜ在宅医療もやることになったのか

- もともとは父親が「ターミナルケア」を行っていた
 - 鈴木荘一
 - 日本における終末期医療のバイオニアの一人
- 当初は自宅医院に「ミニホスピス」3床を造る
 - 当時、高校生だった私も様々なことで手伝う羽目に…
 - 血管確保のためのカッタウン時、照明持ち
 - 吐血患者のケアを看護師と手伝う
 - 自分の両親を自宅で看取る
 - 母親の死因が分からず病理解剖
 - 祖母の解剖の見学・立会
- やがてシシリー・ソーンダース医師の勧めで在宅ケアに移行
 - 当時は大学生(医学部)
 - 休日は学会、講演会などで不在
 - 看護師と独居終末期患者の見守り
- 医師10年目になり病院在宅医療部の立ち上げ
- その4年後に自宅に戻る(1999年)
- 平成26年12月6日 鈴木荘一逝去

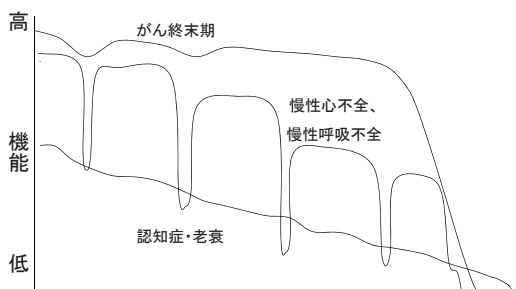


自己紹介

- 東京都大田区 医師1名の普通の町医者
- 午前午後外来診療
 - 訪問診療はその合間に行なう
 - 特別な施設や事業所の併設なし
- 訪問時は自院看護師と訪問
- 訪問エリアは自転車で行ける範囲
 - 訪問範囲は半径2Km程度
- 在宅療養支援診療所
 - 24時間 365日対応
 - 40名前後の患者さんを訪問診療
 - 年間20名前後の方を看取る



人生の最終段階の軌道は疾病ごとに異なる



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families.
JAMA 285:925-32,2001 一部筆者改

緩和ケアの定義

WHO 2002年改定

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に対して、病気の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、霊的問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOL (生活の質・人生の質) を改善するためのアプローチである。

世界における緩和ケアの潮流 1/2

➤最終目標・目的

本人・家族のQOL(生活の質、人生の質)の向上
人間としての尊厳の維持

* 症状緩和は手段であり目的ではない

➤提供時期

生命を脅かす疾患であるとの診断時
生命予後が限定されていると判断時

➤対象疾患

「がん疾患・エイズ」だけでなく「生命を脅かす疾患(神経難病、病状が進行した慢性疾患、認知症、高齢者)」も含める

世界における緩和ケアの潮流 2/2

➤対象者

患者だけでなく家族も含める

➤提供場所

病院・緩和ケア病棟だけでなく、地域の施設、自宅、居宅も含める
(むしろ地域・コミュニティが中心: **地域緩和ケア**)

➤提供者

医療従事者だけでなく介護従事者も含める(医療介護福祉関係者による多職種協働)そして地域住民も参加

緩和ケアに関する日本の状況

- 多くの人が緩和ケアが受けられない状況にある
- 緩和ケアががん疾患に特化している
- 緩和ケアの普及ががん拠点病院を中心に進められており、地域での緩和ケア提供体制が未整備
- 医療従事者の多くが緩和ケアに無関心であり、国民の理解もあまりすすんでいない

プライマリ緩和ケア (Primary palliative care)

プライマリ緩和ケアとは、生命予後が限定された病気、そして／あるいは人生の最終段階に関連する複雑ではないニーズをもつ患者に、緩和ケア的アプローチを用いて、臨床的マネジメント、ケアコーディネイト、そして照会することである。

緩和ケア的アプローチでは、専門的緩和ケアとの公的な連携(照会、コンサルト、必要に応じた専門ケアへの紹介等)が必要とされる。

専門的緩和ケアサービス (Specialist palliative care services)

専門的緩和ケアサービスとは、その中核となる活動として緩和ケアの提供に限定したサービスである。

これらのサービスには、より複雑な要求度の高いケアのニーズをもった人に対するケアを含む。

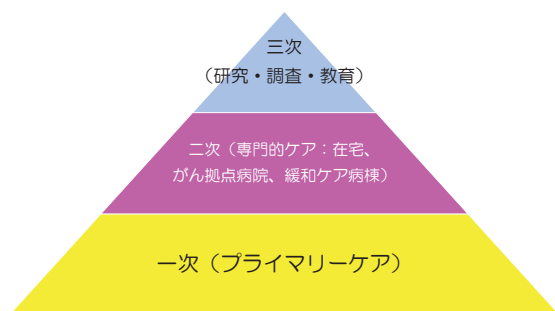
専門的緩和ケアサービスは、病院および地域の医療専門家により提供されるケアで補完されるべきものである。

地域緩和ケアの定義 (地域緩和ケア普及プロジェクトチーム案)

参考資料

生命を脅かす疾患及び生命予後の限られた疾患や状態にある人(小児から高齢者まで)、及びその家族に対し、病気の全経過において提供されるケアである。その特徴としては、生活の場としての地域を視野におき生活する人の視点に立ち、地域の医療者介護者及び地域住民によって提供される全人的ケア(身体的問題、精神的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に対するケア、死別・悲嘆に対するケア)である。ケアの目標は、その人と家族の生活の質、人生の質の改善、維持することである。

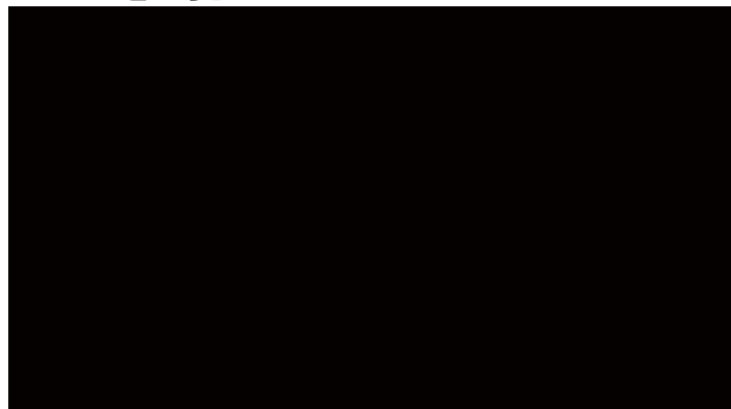
地域緩和ケアの構図



在宅緩和ケアの現場

- 症状緩和のみならず、その人全体を見る
- チームケアである
 - 医療：医師、看護師、薬剤師、リハビリ職、歯科医師等
 - 介護：ケアマネジャー、ヘルパー、生活相談員等
- 命を短くもしない、無理に伸ばしもしない
- その人や家族の気持ちが変わっても受け止める

ビデオをご覧ください



ケース

- 57歳 肺がん再発
 - 腹膜転移、胸膜転移
 - 抗がん剤施行も効果なし
 - 強い胸痛、腹痛を伴う
- 大学病院ならではの濃厚な治療
 - 鎮痛剤の増量
 - 持続皮下注射(当時の最新機器)の導入
 - 食欲不振
 - 高カロリー輸液
 - 呼吸困難
 - 大量の酸素投与
- なぜかさらに症状が強くなる
 - 病院にいてもよくなるのでは…
- ある日自宅に帰ることを決心

自宅で療養できる？

- 奥様と二人暮らし
 - 奥様は日中パートに出かける
- 日中は独りで過ごす
 - もし日中に何かあったら？
- 強い症状を抱える
 - ひどく苦しむことになりはしないか？
- 本人の強い意志
 - 「ここにいてもよくなるしない」

ある「物語」

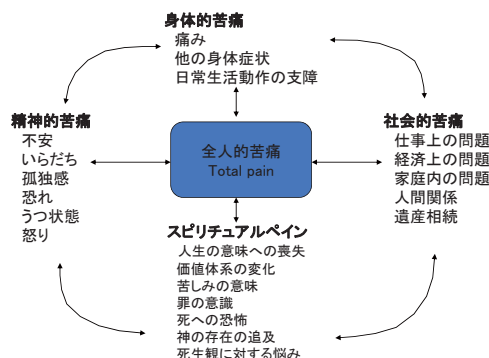
- 自宅に帰ると症状が改善
 - 痛みもよくなり
 - 酸素も入院中ほど吸わなくとも苦しくなく過ごすことができる
- 「お金の心配がなくなったあ」
 - 話を聞いてみると
- 水道工事の自営業
- 病気で仕事が減り
- 入院で収入がなくなる
- 「しんどい」というとどんどん最新の治療
- どんどんお金が出ていく
- どんどん苦しくなる

お金のかからない治療を行う

- 最新の注射器で行っていたモルヒネ注射
 - 1日5回の飲み薬に切り替え
 - 費用は約1/5に…
- 高カロリー輸液も中止
 - 意外と食事も摂取できていた(1/2量)
- 酸素の機械を2台用意していた
 - 酸素も分量にする:1台のみにする
- 訪問診療も週2回程度
 - たくさん来るとお金がかかる
 - 必要時にはいつでも往診
- 奥様は日中パートに出かける
 - 独りの時は愛犬とともにゆっくり過ごす
- 1か月後静かに永眠



全人的がん疼痛



スピリチュアルケア

- スピリチュアルペインに対するケア
 - 人間として生きることの意味の喪失
 - 自分の人生の意味を喪失
 - 自らの存在と人生の意味が脅かされたときに出現
- 在宅ホスピス・緩和ケアで最も強力な領域

存在とは(村田理論)

- 時間存在
- 関係存在
- 自律存在

時間存在

- これからの時間(未来)を喪失してしまう
- 人生の目標の喪失
- 同時に現在までの人生の意味も見失ってしまう

- 自分を越えた存在(宗教的)
- 家族の中で永続する存在
- 幸福論

ライフレビュー

- 自己の存在を確かめるための一つの方法
- ただ人生を振り返るだけでなく人生を肯定的に捉えるように振り返っていく

- 「今まで一番楽しかったことは何ですか」
- 「子供の頃はどんなことが好きでしたか」
- 「夫婦の馴れ初めは？」
- 「子供が生まれた時の気持ちは？」
- 「つらい経験をよく乗り越えましたね」

自律存在

- 自分のことが自分で世話できない
- 無意味な自分、無価値な自分
- 生きている意味がない自分

- 家族とは
- 幸福とは
 - これという方法は見当たらない
- 選択

現状を肯定してもらおう

- 「あなたはこのような病気に苦しみ、幸福とはいえないかもしれない」
- 「しかし、家庭で家族から暖かい世話を受けているあなたを見ていると、あなたは少なくとも不幸ではないと私には思える」
- 「もし人生の最後が、不幸でなく過ごせるのであれば、その人生はどんなものだったのでしょうかね…」

関係存在

- 自分が消えると家族や社会としての関係も消失してしまう
- このため自分は家族・社会にとって既に意味のない存在であり生きている価値がない

- 家族中での位置づけが重要
 - 自宅では家族との関係は保たれる
 - 時には社会的関係も保たれる
- 実は自分の存在が家族の絆となっている(在宅ホスピス・緩和ケアの場合)
- 家族の受け皿が壊れた場合、強いスピリチュアル・ペインが発生

選択すること

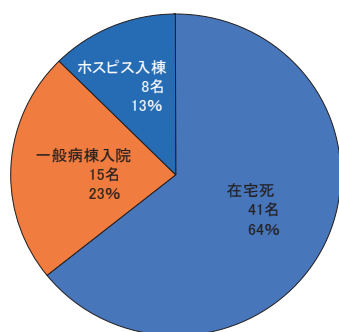
- 選択の重要性
 - どこで療養する？
 - どこで最期を迎える？
 - どんな治療やケアを選択する？

- これを尊重することは重要な意味が…

- そのためには事実が告げられていることが必要

- 不確かな情報も必要になることも…

転帰(当院でのケース)



在宅死にとって最も影響の大きな因子は？ (当院での研究結果)

検討項目	有意差		有意差	オッズ比
男/女比	なし (χ ² 検定)	苦痛の解決	あり (χ ² 検定)	3.25
年齢(歳)	なし (t検定)			
週あたりの平均訪問回数(回/週)	なし (t検定)	訪問看護導入	あり (χ ² 検定)	3.87
疼痛の合併	なし (χ ² 検定)			
強オピオイド使用	なし (χ ² 検定)	介護者の有無	あり (χ ² 検定)	10.8
ステロイド使用	なし (χ ² 検定)			
輸液施行	なし (χ ² 検定)	在宅死への希望(本人)	あり (χ ² 検定)	16.8
病名告知	なし (χ ² 検定)			
退院前カンファレンス	なし (χ ² 検定)	在宅死への容認(家族)	あり (χ ² 検定)	76.1
経済的困窮	なし (χ ² 検定)			

意思決定の重要性

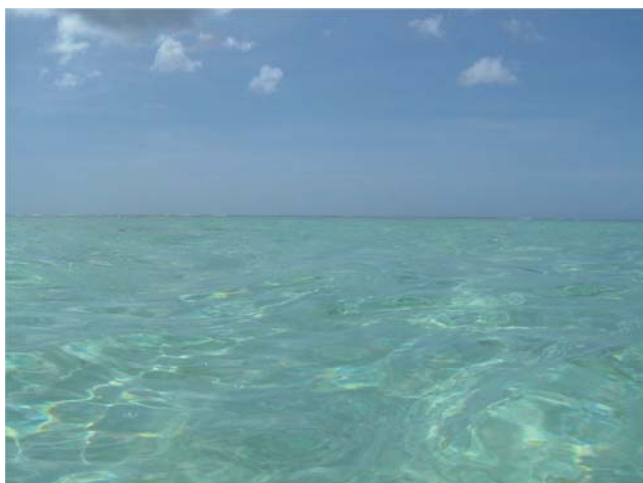
- 本人の意思も大事だが、家族の意向も重要
 - 本人と家族と一緒に考えていることが大切
 - 家族がいない場合は、信頼されている援助者が真剣に考えること
- 意思決定が果たすスピリチュアルケア上の意味
 - 選択という自律存在をささえることができる
 - 家族との協働にて居場所が与えられる
 - 「少なくとも不幸ではない」
- 意思決定には支援が必要
 - 家族もケアの対象
 - 多くの家族にとって退院時には最期まで見る自信はないことがほとんど
 - その後サポートの状況によって意思決定が大きく左右される
 - 家族をサポートする体制を可能な範囲で整える

家族の存在

- 介護者として極めて重要
- スピリチュアルケアの大きな支えになる
- 二面性
 - 状態を観察する役割、簡単な支持を実行する役割
 - 冷静な観察力、事実を直視する力
 - 愛する家族を失いつつある
 - 傷つきケアを必要とする
- 家族ケアは在宅ケアの大きなテーマの一つ

非がん緩和ケアの実情

- 心不全の緩和ケア
- 呼吸器疾患の緩和ケア
- 神経難病の緩和ケア
- いずれも呼吸困難や痛みに対するオピオイド(特にモルヒネ)の有効性が指摘
- 長い経過に寄り添うこと
 - 予後については正確な予測が困難
- 急性増悪の予防と早期対応の重要性



ケース

- 75歳 慢性閉塞性肺疾患 男性 元喫煙者
 - 30年前から胃潰瘍、咳、痰などで通院中
 - 再三の注意にも関わらず禁煙が出来ない
 - 歩行時に呼吸苦しくなるため、訪問診療開始
- 日中独居
 - 自宅2階のみで生活(階段歩行が困難)
 - 3階に息子(三男)が住むが、ほとんど交渉はない
- 要介護2
 - ケアマネジャー、訪問看護、訪問看護導入
 - デイサービスは固く拒否



どんな状況かというところ

- 生活歴と性格
 - 福祉業務者(管理者)として活動
 - 妻とは20年前に離婚
 - 子供は4名(3名は近隣に在住)
 - 病院が嫌い
 - 話し好き、さみしがり屋
 - 近隣には親族が複数在住
- 近年の状況
 - 階段歩行困難(酸素を吸っていても…)
 - 在宅酸素吸入にて酸素は人よりも少し少ない程度
 - 自宅内での移動(階段歩行以外)はほぼ自立
 - トイレ歩行入浴も自立
 - 訪問時に10分ほど雑談をするのが楽しみ



その後

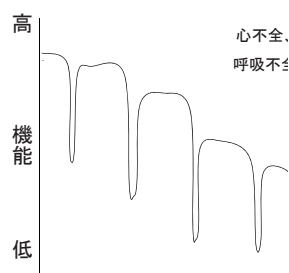
- 介護保険更新(要介護1に改善)をきっかけに抑うつ症状が出現
 - 食欲減退・食事摂取不良
 - 不眠・不安
 - 呼吸困難(酸素飽和度96%→91%程度まで低下)
 - 体動困難
 - 寝たきり状態となる
- うつ状態は抗うつ剤を使用し徐々に改善
 - 食事量も改善傾向
- 生活はベッド上の状態へ
- そんなある日、急な発熱(39.0°C)と呼吸困難感が出現
 - おそらく呼吸器感染と呼吸不全(酸素が入らない)
 - 本人は病院搬送を強く拒否
 - 「ここで死んでもかまわない」「先生の膝の上で死にたい」

もう少しこのひとについて

- 当院に30年以上通院(父の代から)
 - 兄は開業医(自宅のすぐそばで小児科医として開業)
 - 常に劣等感(その兄も3年前に亡くなる)
 - 子どもの頃は子役俳優として映画出演
- 離婚を20年ほど前に経験
 - 大量飲酒で吐血を繰り返す
- 数年前もCOPD急性増悪で入院したくないと搬送先病院で押し問答
 - このころから死ぬときは主治医の膝の上で…と
- 4人の子供
 - 素直に話せない雰囲気
 - あの時(離婚時)以来父にわだかまりが…
 - 一人はケアマネジャー、一人は看護師に

どうする？

- まだ終末期かどうかわからない
 - もう少し治療し、栄養管理とリハビリをすればまだ頑張れる可能性大
 - また急に悪くなる可能性もある
 - 治療をしても回復しない可能性も…
 - すべてを本人と家族が理解した上で…
- どこで療養するのが本人の幸せか？
 - 自宅で療養する選択肢もあり
 - 病院ほどのことはできないが…
 - 毎日訪問し、抗生剤注射
 - 回復後のリハビリ



Lynn J. Serving patients who may soon and their families. JAMA 285:925-32,2001 一部筆者

在宅で治療することに

- COPD急性増悪と考えた
- 連日静注で抗生剤投与+ステロイド投与を行う
 - 酸素流量も少し増やした
- 毎日訪問看護が入る
- その後1週間程度で症状は回復
 - ステロイドを減らしながら、2週間まで毎日訪問、
- その後は週3回の訪問へ

リハビリテーションの導入

- 訪問リハビリテーション(理学療法士) 1回/週
- それ以外に当院訪問時(3回/週)にリハビリを実施
 - 横足挙げ各10回
 - スクワット20回
 - 呼吸状態の改善
 - 歩行の安定化
 - 自律性の回復
- 自宅内で移動自立



意思決定

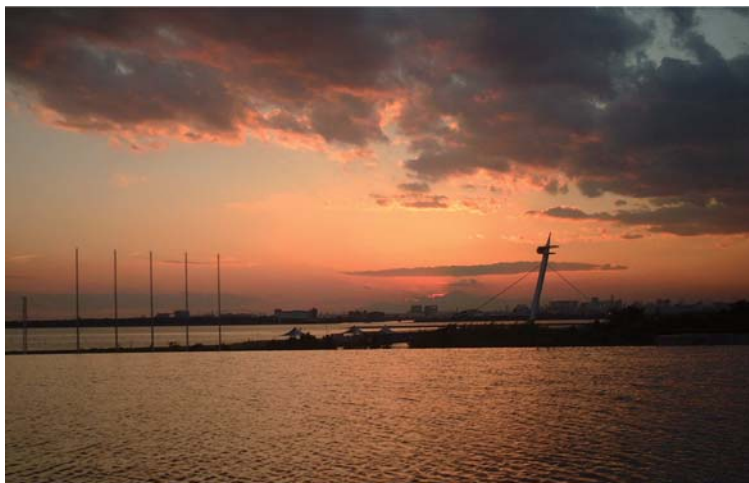
- 本人の意向を踏まえ、家族と今後のことを相談
 - 可能な範囲の治療を行うこと
 - 十分な緩和ケアを行うこと
 - 今後の予後はかなり不良であるとの判断
- 呼吸不全は急速に悪化
- 塩酸モルヒネ持続皮下注射を開始
 - 少量ずつ使用
 - 痛みと呼吸困難を緩和

その後

- その後も時に急性増悪あるも抗生剤＋ステロイド投与で対応室内自力歩行も可能となる
- 6か月後自宅内で転倒
 - タンスの角に胸をぶつける
 - 強い疼痛と呼吸困難
 - 訪問したところ皮下気腫著明
 - 肋骨骨折および外傷性気胸を発症と臨床診断
 - 今後急性増悪がありうる
 - 生命予後は不良と判断
 - 本人の意向「病院には行きたくない」

その後

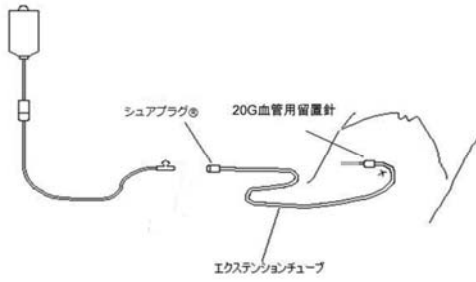
- 1週間後、自宅で看取る
 - モルヒネにて傾眠傾向であるが、痛み・呼吸困難はコントロールされていた
 - 発熱も徐々に改善
 - 呼吸状態は改善せず
- 長女、長男が泊まり込み
 - ほかの弟たちも、可能な範囲で付き添う
- 別れた奥様も訪問
- 少なくとも本人はさみしくはなかったはず



誤嚥性肺炎と経管栄養

- 89歳 男性
- 10年前より脳梗塞にて脳血管性パーキンソニズムにて加療中
- 2か月前に誤嚥性肺炎で入院
 - 入院中、食事再開したところ誤嚥性肺炎再発を繰り返す
 - 主治医は、胃瘻あるいは高カロリー輸液を勧める
 - 家族、本人は不自然な延命に反対
- 看取りも視野に入れながら在宅で療養することになる
- 方針
 - 皮下輸液で最低限の水分を補給しながら摂食嚥下訓練

皮下輸液



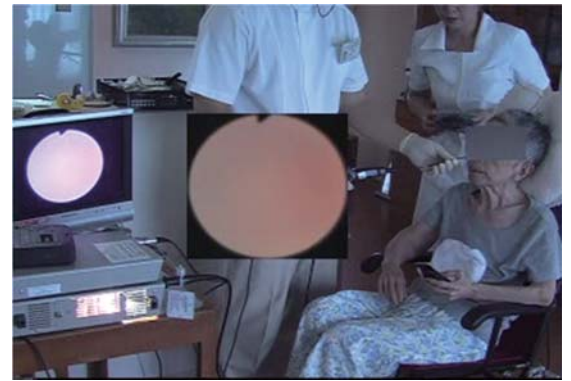
皮下輸液その2



チームビルディング

- 医師
 - 歯科医師
 - 歯科衛生士(大田区保健所)
 - 訪問看護師
 - ケアマネージャー
 - デイサービス生活相談員(回復後)
 - 家族(計5名)
- 共通のグループウェア上で情報を共有

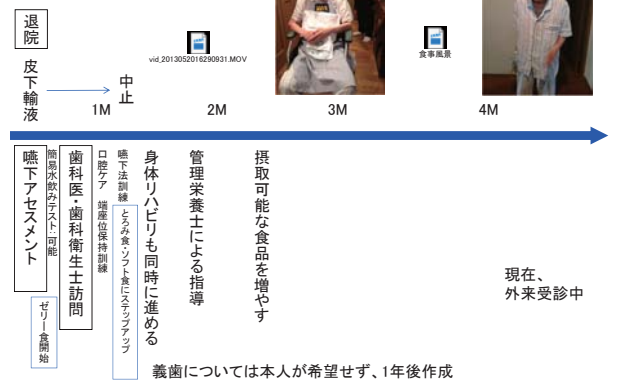
在宅VEの実際



在宅嚥下内視鏡の実際 その2



内科の関わりと経過





在宅医や緩和ケア医を見つける

- 在宅緩和ケア医はさほど多くない
- 習熟している医師は全国で300人程度
 - 麻薬使用経験がない医師も多数
- 今後地域緩和ケア教育が必須
 - 現在マニュアルがほぼ完成
- 現状ではインターネット、出版物等で探す



「できることをできるだけ」

- 「そうは思っているけど心配」
 - ひどく苦しむことになるのでは？
- 家族の最期を身近で看取るのは初めて
 - ものすごく悲惨なことになるのでは？
 - ものすごく苦しませてしまうのでは？
- そんな時につぶやく言葉
- 患者さん、家族、スタッフ全てに
 - 「何ができるのか」が問われる
 - 自らのできること、できないことを明確に
 - できないことをやろうとしない
 - できないことは支援者に頼む
 - 「どこまでできるのか」を常に問い続けること
 - できることから一歩ずつ

治す医療から支える医療に

治す医療(治癒モデル)

- 病院で入院して治す
 - 高度医療が前提
- 不自由な生活も我慢
- 治れば満足
- 治らないのは失敗・あるいは敗北

支える医療(生活モデル)

- 生活の場(自宅、介護施設など)で展開
- 生活そのものを前提
 - 生活を障害する医療行為は行わない
- 高度医療は必要ないことが多い
- 心とからだを丸ごと診る必要

治らない病気には対応できない

- がん難民などの問題

治らない病気・障害にも対応可能

- 多職種の協働が必要
- 結果よりプロセスが重要

やさしい医療

従来型医療(治癒モデル)

- 口は悪いが腕は良い
- 自らの専門性を誇りとして
- 専門外の医療は行わない
- 病気を取り除くことを第一に考える
- 医学的証拠に沿った医療を行うことが第一
- 患者や家族の感情は二の次

やさしい医療(生活モデル)

- 穏やかな言葉と態度で
- そのひとの人生を知り
- 本人の望みと生きる力を引き出し
- 家族の不安や悩み、ものがたりを受け止め
- 知りうる限りの知識と技術を尽くし
- 病気と共存する道も考え
- 穏やかなやさしい時間を共に過ごす

在宅での人生の最終段階とは

• 自分なりの生活を送ることができる

- 病院では1人の病人
 - 不測の事態がないように管理される
 - 不自由な生活や苦痛も「治る」ために耐える
- 自宅では、病人から家族の一員に戻る

• 痛みや症状が軽くなることが多い

- 死が「敗北」ではなく、納得感や満足感を有した「到達点」に変質しうる

• 「少なくとも不幸とはいえない」

