

<カバーレター>

家族がいなかったり、介護ができない状況下で要介護状態となったとき、急性期の医療が必要な人は病院、慢性期だが医療的なケアが必要な人は療養型病床などに入院するが、そのほかの人たちは、生活を主体とする“施設”で暮らすことになる。その場合、容態が急変したり終末期になると、救急車で病院に搬送されることが多かった。近年、特別養護老人ホームや認知症高齢者のグループホーム(以下GH)での看取りの重要性が増し、2008年度に国は診療報酬改定の中で、自宅でも医療施設でもない施設を“居住系施設”として位置づけ、訪問診療などを行う際の点数を定めた。GHは認知症の要介護高齢者が入居する居住系施設であるが、長く暮らす間には歩行ができなくなり、寝たきりになるなど、重介護状態に陥る入居者も増加している。当院でも3か所のGHほか、居住系施設へ定期往診しており、年々看取り経験が増加している。

病歴

認知症以外に糖尿病と脳梗塞の既往があり、3年前より月2回の定期往診。2009年5月21日突然右不全麻痺の症状が出現し、病院受診したところ、頭部CT検査で転移性脳腫瘍と診断、可能な範囲の検査では原疾患不明、高度の認知症では積極的な治療は困難と判断され、GHへ退院。

家族面談

家族は病状を理解した上で、GHで療養継続を希望。

看取りまでの関わり

医療連携体制加算あり、週1回の訪問看護と24時間の臨時対応あり末期がん病名であることから、制限なく、医療保険で定期の訪問看護と週1回以上の訪問診療を計画した。右麻痺、構音障害や嚥下障害が進行、それによる誤嚥性肺炎を併発し適宜抗生物質の点滴や必要最小限の輸液を行った。意識レベルも徐々に低下、衰弱も進行し7月11日に看取りとなった。

病歴

独居が困難となり、2006年6月にGH入居、それを機に月2回の訪問診療開始。2009年になり下痢や発熱を繰り返し、1月、3月、5月、7月と入退院を繰り返し、炎症性腸疾患が最も疑われるも確定診断には至れず、準じた加療を行うも効果不十分で食事形態の工夫と下痢を止めるための内服薬調整を行っていた。経口摂取量が徐々に減り、今後全身衰弱が進行していくことが、予想された。

家族面談

回復という望みをかけて、再度病院で精査することを、患者と家族が希望し、11月入院となった。約1カ月の入院中にほぼ経口摂取不能となり、患者と家族よりGHで最期過ごしたいと希望があり、12月1日退院となった。

看取りまでの関わり

2009年11月より医療連携体制加算で入居者の週1回 定期訪問看護を導入。必要時には特別指示書を提出し、補液を行った。下痢症状がひどくならないように可能な範囲で経口摂取を楽しんで過ごしてもらった。徐々に全身衰弱が進行し、12月27日お看取りとなった。

<居住系施設で終末期ケアを実現するために>

(1) 医療と介護の連携～訪問看護の重要性

医師による訪問診療だけでは不十分であり、定期的に訪問看護が関わることでケア水準を高く保つことができる。とくに終末期では24時間にわたる訪問看護との連携が不可欠であり、GHは医療連携体制構築の必要がある。

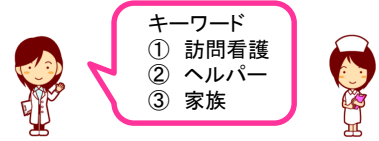
<訪問看護の関わり方の具体例～ケアの側面>

**褥瘡ケア**・・・終末期ではADLが低下することや低栄養により褥瘡ができてしまうことも少なくない。予防のみならず、できてしまった褥瘡の治療ケアを行うのみならず、処置方法をヘルパーに指導する役目を担う

**口腔ケア**・・・口腔ケア終末期に摂食困難になると口腔ケアの重要性は増す。日々行うべきケア方法をヘルパーに指導する。また意識レベルや嚥下力の低下がみられるようになると痰がらみを生じることがあり、在宅療養中であれば、医療者指導のもと家族介護者に吸痰処置を実践してもらうことが法的に可能であるが、ヘルパーは医療行為とみなされ行うことができない。看取りの場面では吸痰処置が必要な時期があり、夜間・休日を問わず臨時的訪問看護で対応せざる得ないことがある。

<Next Step>

充実した終末期ケアを居住系施設で提供するためには、医療者はヘルパーに看取りに際して必要な知識を提供し、緩和ケアへの理解を深めてもらう必要がある。今後、施設**ヘルパー向けのレクチャー**などを行いながら、ヘルパーが直面している困難さを抽出し、介護する側の不安や負担を軽減することも主治医の役割だと考えている。また家族への病状理解を深め、より顔の見える関係を作るために、**家族会への参加**も検討している。



<症例② GH-b 94歳女性 肝細胞がん・認知症終末期の場合>

認知症とC型肝炎の病名があり、2001年12月より月2回の訪問診療を開始、要介護度は1→2→3→4と上がり、認知力も低下し、2007年GHに入所。2008年4月腹水貯留が目立つようになり、病院にて腹部エコー検査を施行したところ、肝細胞癌の診断を受ける。治療の適応はなく、症状緩和を行う方針となった。同年12月 肺炎で加療してからは全身状態の悪化を認めた。

2009年1月 肝機能や意識状態が以前より悪化しており、急変の可能性や残された時間は、多くて数か月であると予想されることを説明。GHで最期まで過ごさせてあげたいので、点滴などは行わず、可能な限り自然な状態でと家族から希望があった。

医療連携体制が未整備で、定期の訪問看護の導入なしがん病名であり、医療保険で回数の制限なく訪問看護に行くことが可能3月より寝たきりのADLとなるがん末期なので医療保険で訪問看護を導入し、褥瘡ケアを行ったり、介護負担を考慮し、尿道カテーテルを留置したり、症状緩和に努めた。GHヘルパー側からは、施設で看取りをすることに抵抗を示す声もあったが、訪問看護や訪問診療の回数を増やし、ヘルパーの不安を少しでも軽減できるよう対応した。4月9日 お看取りとなった。

<症例⑤93歳女性 住居型有料老人ホーム認知症終末期の場合>

2003年4月当施設へ入所、それを機に定期訪問診療月2回開始となった。看護師不在であり、外部のステーションに当院が委託する形で定期の訪問看護。2007年10月～12月右大腿骨頸部骨折のため、手術を含め入院加療。入院中に心筋梗塞と心不全を発症し、寝たきりのADLとなって退院。2008年5月 誤嚥性肺炎で加療、その後ミキサー食しか食べられなくなった。2009年2月 誤嚥性肺炎で再度加療、その後ますます食事は減少し、やせや認知力の低下(家族の顔もわからなくなってしまった。)進行を認めた。

同年6月 今後の療養場所について家族と面談を行った。家族は、最期まで住み慣れた場所で過ごせることを希望。

7月～8月右大腿骨骨幹部骨折を発症して入院加療。退院後はさらに寝たきりとなり、褥瘡を形成した際は特別指示書を提出し、訪問看護の回数を増やした。10月に誤嚥性肺炎を発症してからはさらに全身衰弱が進行し、経口摂取はより困難となった。再度家族と面談し、最終末期であることを説明。必要最小限な補液をしてほしいという希望に添うなかで、11月28日 お看取りとなった。

(2) 情報共有と緩和ケアへの理解

**情報共有のバリア**・・・居住系施設ではヘルパーが交代勤務で介護にあたっており、訪問診療や訪問看護に際して、同席するヘルパーがそのつど異なってしまう。工夫① 医療者の訪問時にはバイタル表や申し送りノートを持参で同席してもらう。問題点や現状を把握してもらうとともに、処方や処置の変更点を記載する。工夫② 施設長やリーダーが勤務しているときには、率先して同席してもらうことで情報共有を確実なものにする。**看取りに対する不安**・・・ヘルパーは医療者とは異なり、病院看取りが多い現代、自分の家族の看取りも含め、看取り自体の経験がほとんどないことも多い。つまり、衰弱が進行して最期を迎えるまでどのような経過をたどるかを具体的にイメージすることができないがゆえに不安が強い。工夫① 医療者は、今おきていることの説明だけでなく、どのように変化していくかを、知らせておく。先が見通せることが不安軽減につながる。工夫② どのような症状が出現したときに、医療者に連絡するか、など具体的に伝えるとともに、心配があればいつでも連絡していいことを念押しし、24時間365日安心を保証する。



<症例③ 89歳女性 GH-c 認知症終末期の場合>

認知症と高血圧で1年半前より月2回の定期往診を開始、嚥下困難で食事が減り、認知症の終末像に近づいた。



家族は面会頻度も多く、認知症の長い経過の中で終末期を迎えたことを理解し、数年暮らしたGHで最後まで過ごさせてあげたいと希望。

医療連携体制が未整備で、定期の訪問看護の導入なし。2009年7月20日意識レベルが低下した時点で、特別指示書を提出し、当院の看護師が吸痰、抗生剤点滴や補液を行った。誤嚥性肺炎を併発し、適宜抗生物質の点滴や必要最小限の輸液を継続したが、経口摂取可能なレベルまでには改善できず9月1日看取りとなった。夜間も息子二人が交代で付き添う中での穏やかな最期であった。

<症例⑥85歳女性 介護付有料老人ホーム認知症終末期の場合>

看護師が日中常勤しており、年間平均10名前後の看取りを行っているホーム。認知症で自宅での生活が困難となり約6年前よりホーム入所。2009年6月に血性嘔吐を認め、緊急入院、検査と加療を行うも嚥下困難となり、経鼻栄養を行うようになった。家族の住み慣れたホームでより自然な状態で最期を過ごさせてあげたい、という希望に添い、7月29日ホームに退院。

往診導入の際の家族面談では、経鼻栄養や胃瘻造設を今後も希望せず、施設でできることを訪問診療で行ってほしいと希望された。

8月1日初診、再度嘔吐を認めたということで、補液と胃薬(PPI)を開始した。その後、奇跡的に流動食は摂取できるようになり、14日に補液を中止した。月2回の定期往診し、食事摂取もいったん安定したが、12月28日朝食時に誤嚥し、肺炎を発症、食止め、抗生剤点滴および補液を施行、低酸素血症に対してO2投与を開始した。1週間の加療で肺炎は改善したが、嚥下困難は改善せず、全身状態は衰弱し、2010年1月15日お看取りとなった。最期の数日は家族が交代で付き添い、大勢の家族に囲まれて旅立たれた。

(3) 認知症患者の尊厳と家族の存在

在宅療養であれば家族が介護者であることが多く、長期間寄り添って暮らしていると、終末期の状態であることを家族が感じ取ることができることが多い。**認知症は“緩徐ではあるが年単位でADLの悪化を認め、十数年の経過で死に至るやまい”**であるが、施設入所している患者の家族の面会頻度は様々であり、離れて暮らしていると、緩徐に進行している“衰え”を感じるのには難しく、医療者やヘルパーにとって“長い経過の末に訪れた終末期”であっても、家族にとって突然訪れた終末期、と受け取られることも少なくない。居住系施設の患者の家族には、可能な限り(2～3か月に一度でもいいので)定期的に訪問診療に同席してもらい、病状について理解を深めてもらうようにし、急病や病状の変化した臨時往診の際は、可能なかぎり同席してもらうよう電話連絡をしている。また歩行が困難になった、食事が減ってきた、飲み込みが難しくなった、認知力がさらに低下している、など“衰えがワンステップ進んだ”と思われるときにはできるだけ家族と面談し、医療行為の必要性について家族の希望も考慮しつつ十分な吟味を行うことを心がけている。

