

<カバーレター>

当院では2009年度(2009年4月1日～2010年3月15日)77人の患者の看取りに関わることができた。うち34人は非がん患者であり、うち病院での看取りは11人(32.4%)、在宅看取りは18人(52.9%)、居住系施設での看取りは5人(14.7%)であった。

<看取りの場所についての考察>

居住系施設での看取りは在宅看取りに準じると考えると、在宅看取りと病院看取りの割合はほぼ1:2で、がん看取りの割合とほぼ変わらない結果であった。(ポートフォリオ～がん患者のまとめ～参照)

病院看取りに至った11例を振り返ると、以下の内訳であった。
急に誤嚥でレベルが低下し家族や居住系施設の介護師が救急車を呼び、搬送になった症例→4例(うち3例は同日看取りとなった。)

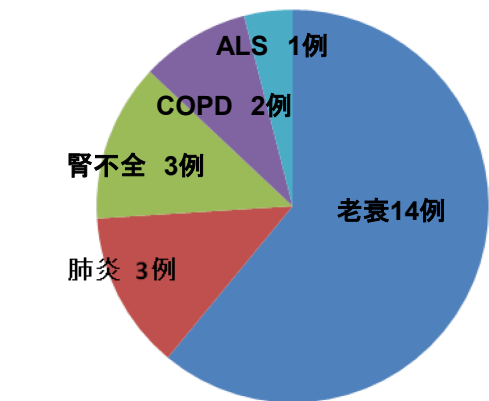
施設利用及び入所中に肺炎、家族と本人の希望で入院した例→2例

原病に関連した合併症が発生し、紹介元病院へ再入院→3例

居住系施設では治療困難な病態が発生し入院→2例

①に関しては、あまりに急激な変化であり、御家族が自診療所に電話をする前に救急車を呼んだ結果の入院であり、もともとDNRを希望している患者家族でも、急変時には救急車をよんでしまうのが現状であった。②-④に関してもやむを得ない対応であったと考える。がんの看取りにハードルとなる“介護力不足”は、療養生活が長期にわたる非がん患者の看取りの際には入院理由になりにくいことが分かり、とても興味深く思った。

在宅看取りの死因(居住系施設含む)



施設看取り5例は老衰の経過をたどっていた。在宅看取り18例のうち老衰9例、肺炎3例、腎不全3例、慢性呼吸不全2例、ALS1例の内訳であった。“老衰”の場合は、在宅看取りが可能である割合が高いことがわかった。

“老衰”の定義は難しく、このまとめでは、数か月の経過で、検索しえた範囲で原因となる病態が見つからず、やせや経口摂取量の低下、意識レベルの低下などの進行を認め、看取りとなった症例を老衰と定義した。

<非がん患者の緩和ケア>

欧米と異なり、現在の日本の医療制度では末期がんとAIDSを対象に施設としてのホスピスから普及した歴史的背景から、非がん患者はホスピス・緩和ケアの対象外とされてきた。しかし、緩和ケアは疾患ではなく病態に必要なものであり、今後さらなる高齢化社会を迎えるにあたって、非がん疾患のホスピス・緩和ケアを充実させることがのぞまれている。

具体的には、症例で実際使用している症状緩和のための在宅酸素やオピオイド使用の保険適応の拡大、ホスピスや緩和ケア病棟への入院適応の拡大、末期がん患者で適応されているような(回数制限のない)医療保険での訪問看護や施設入居者への訪問看護を可能にする、ことなどがあげられる。

これらの実現が難しい理由として、非がん疾患の予後予測が困難であるといわれている。平原左斗司先生は執筆のなかで、非がん患者では比較的長期間の継続診療を行い、患者のさまざまな急性期課題に対処し、自然経過を把握している医師が、食思不振、嚥下障害、安静時呼吸困難、全身衰弱などの全身症状と疾患特有の観察ポイントを組み合わせる上で、改善のための治療と意思決定の支援とを一体的かつ継続的に行うなかで主治医が予後予測を判断できる、と述べている。一方、客観的な予後予測の指標がなければ、社会全体に非がん疾患の緩和ケア拡大をすすめることは困難であると考えられる。

当院でも看取り症例を振り返ることで、予後半年～1年の予測になりえる指標がないか検討中である。

<印象にのこった看取り症例>

非がん患者の場合、在宅療養が長期に及ぶことが多く、1年の研修期間中に主治医として看取りまで関わることもできたのは6例であった。当院では3名の医師が主治医となり、チーム診療を行っており、副主治医として各々の症例に関わることができた。中でも非がん患者の緩和ケアの重要性を強く感じた症例について振り返ってみた。

症例:ALS 80歳女性

2008年3月に筋力低下の原因精査のため入院しALSと診断され、以後外来通院していた。10月よりケアマネジャーの勧めで週1回の訪問看護を導入、10月末の外来時に胃瘻造設を提案されるも、造設しないことを決意した。在宅療養のサポートのため、当院へ紹介があり、11月半ばより訪問診療開始となった。

<家族構成>交通事故の後遺症で片麻痺のある息子さんと二人暮らし、数分と1時間の距離に娘在住。
<生活歴>教師として65歳まで勤務、趣味は海外旅行とビデオ編集、とても活発な性格。

(導入時:11月)

ADL:右手>下肢/左手の筋力低下、歩行可能、排泄と入浴は自立

呼吸状態:血液ガス分析ではPCO2 58torrとCO2貯留傾向

食事:嚥下能力に問題なく、昼食はタクシーで5分くらいの喫茶店で摂取、夕食は配食サービスを利用

紹介時にすでにリビングウィルを作成しており、胃瘻・気管切開・人工呼吸器などの延命処置を希望しないことを明確に決定しておりできるだけ自宅にいたいというお気持ちは強かった。こちらは病状が進行してくると、食事・排泄・移動・入浴など生活を支えるのが息子さんと二人暮らしでは困難になることが予想されるため、今後有料老人ホーム(看護師常勤の)、療養型病床、24時間家政婦などを考慮する必要があることを説明した。

(1月)

室内の伝い歩きが精一杯のADLとなり、ポータブルトイレを設置、食事に加え経口栄養剤を摂取するようになった。

(3月)
呼吸困難感を時々認めるようになり、屯用でオプソを処方。PCO2 50台後半と変わらず。

(4月)
右手が使えなくなる。転倒が目立つようになった。ポータブルトイレの使用頻度も増えた。喫茶店にはほぼ毎日行くがほとんど食べられなくなった。ヘルパーサービスを週2回から5回に増やした。

(6月)
自力では立てなくなり一人でいる時間がないように、娘達が見守りするようになった。

(8月)
経口栄養剤の摂取量が減る。呼吸困難感を始終みとめ、オプソを使用開始、症状緩和のため在宅酸素導入。

(11月)
自力での移動が困難となり、付き添いで移動し排泄後には下着をあげてもらうようになった。夜間はブザーで息子を呼び、息子がポータブルトイレでの排泄を介助した。

日に2-3回オプソ内服、時々O2吸入するようになった。O2吸入が自覚症状には効果があった。

(12月～最終末期)
12月2日より痰がらみが生じ、吸痰が必要になった。同日まで喫茶店に行くことができた。
12月3日午前、呼吸困難があらく様子がおかしいと家族から電話があり往診、O2 1.5LでSpO2 87%と呼吸不全の状態であった。本人の意識レベルは呼びかけるとかろうじて返事ができるレベルであった。訪問看護師同席のもと、家族に“呼吸不全が進行し看取りの時期にきていること”を説明したところ、“本人の希望通り、苦痛のない状態を優先すること”で合意、本人に苦痛のないレベルまでO2投与して症状緩和をはかる方針として、O2 3Lに増やした。
夕刻、下顎呼吸に変化したと報告があり往診、呼びかけると開眼して意思表示できるレベルであった。苦痛が増強するようであれば、O2増量あるいはアンペック座薬10mgを挿肛するよう指示した。
子供3人が見守る中、12月4日朝 在宅看取りとなった。

<症例に関する考察>

同居している息子さんと二人では乗り切れないと予想していた在宅療養であったが、本人のできるだけ自宅でいままと同じ生活を送りたいという強い気持ちに押され、車で約1時間かかるところに住んでいた娘さんが毎日10時から18時まで、近所に住む娘さんが仕事を終えた18時以降は同居している息子さんをサポートすることでなんとか在宅看取りまでたどり着くことができた。ヘルパーサービスや必要な介護保険サービスで補った。ALSの看取りの経過は、緩和ケアという観点からはがん患者の看取りと同じであることを、実感した。