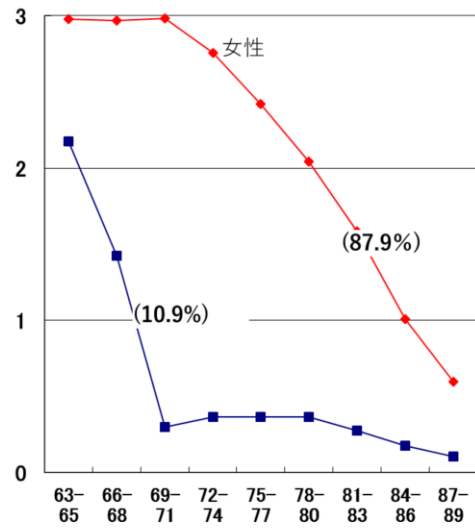
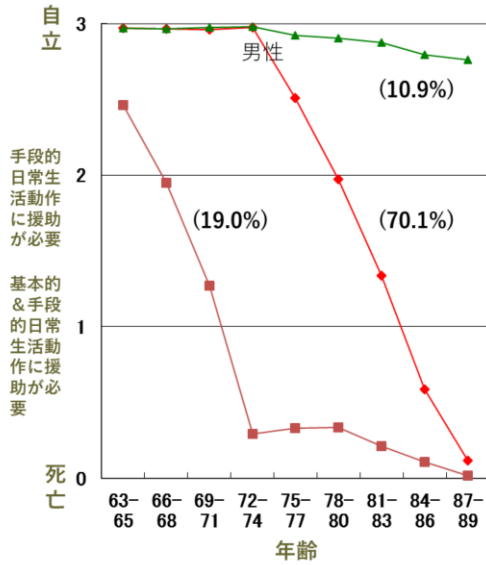


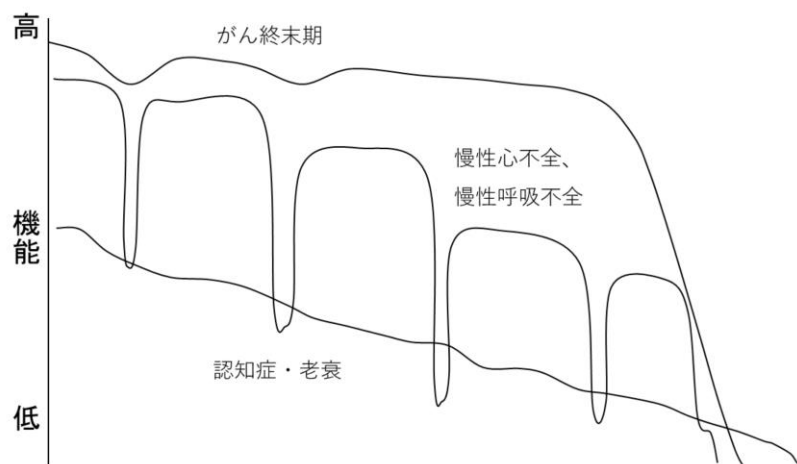
■医師として在宅看取りをどう考えるか

鈴木 央 講師 提供資料

高齢者の自立度の変化パターン



終末期の軌道



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

3

疾病に応じ終末期の軌道は異なるといわれています。

老衰、認知症型では緩やかな下向軌道を描き、ある時点で寝たきりになったとしても、すぐに終末期を向けあるわけではなく、その予後を推測することは困難です。

慢性心不全や慢性呼吸不全といった臓器不全型では急性増悪を繰り返しながら、人生の最終段階に向かいます。

治療あるいは観察を行わなければ終末期かどうか判断困難
どのような治療をどこでどの程度行うのか？

がん終末期

身体機能が低下後数ヶ月の予後

非がん高齢者としての経過とは？

「急な病態変化」とは

- **認知症終末期患者**
 - 誤嚥性肺炎はほぼ必発
- **認知症患者が肺炎を起こしたことは「急変」と呼べるであろうか？**
 - 予測されていた「急な病態変化」
 - すべてに濃厚な治療が必要？
- **がん患者が急に痛みが強くなること**
 - 突発痛
 - これは「急変」？
 - あらかじめ鎮痛薬を準備することで対応
 - レスキュー薬を事前に渡しておく
- **次のどのような状態変化を起こしうるか予測**
 - それを本人、家族とも共有
- **あらかじめ対策を講じておく**
 - 解熱剤や痛み止めを処方しておく
 - 早期往診による抗生物質の投与
- **苦痛がうまくコントロールできるのであれば、自宅で療養することが可能**
 - 経過不良の場合には看取りに移行
 - 本人の思いを引き出せば、このようなケアを望む高齢者は多い

次の状態を予測しておく

- **次のどのような状態変化を起こしうるか予測**
 - それを本人、家族とも共有
- **あらかじめ対策を講じておく**
 - 解熱剤や痛み止めを処方しておく
 - 早期往診による抗生物質の投与
- **苦痛がうまくコントロールできるのであれば、自宅で療養することが可能**
 - 経過不良の場合には看取りに移行
 - 本人の思いを引き出せば、このようなケアを望む高齢者は多い

在宅看取りの基本的な考え方

- **意思決定支援**
 - 本人の意見が最も尊重されるが、周囲の意見も無視できない
- **家族ケア**
 - 患者のケアと同等に重要
 - 家族が困難と判断すれば在宅看取りを行うことは難しい
- **症状緩和がなされていること**
 - 必要に応じてオピオイドやステロイドの使用が行われること
- **生活支援が継続されること**
 - 多職種連携が必要
 - がん疾患では訪問看護は必須
- **生活環境**
 - 近年では独居看取り例の増加
 - 本人の意思確認、周囲の説得により可能
- **スピリチュアリティへの配慮**
 - どのように生き、どのように病と相対し、どのような家族と過ごしているのか
 - 「ものがたり」性への配慮
 - 答えのない哲学的問いかけ
 - 全ての死が不幸なのか？
 - 幸福な人生の最期とは？
- **これらに対応することが医師のミッション**

終末期における症状管理というミッション

・痛み

- ・オピオイドの使用
 - ・状況に応じて投与経路を選べる
 - ・経口、貼付、座薬、持続皮下注
 - ・副作用を最小限度にして使用する
 - ・痛みに応じて、オピオイドを使い分けられる：オピオイドスイッチング
 - ・体性痛や神経障害性疼痛への対応
- ・急な痛み(突出痛)に対する考え方
- ・時には非がん疾患の痛みに対しても使用可能(慢性疼痛)

・呼吸困難

- ・呼吸困難管理の基本
- ・MST(Morphine-Steroid-Tranquilizer)療法
- ・在宅酸素療法

・食欲不振、全身倦怠感

- ・ステロイドが奏功することがあること

・発熱

- ・急な発熱にどう対応

痛みへの対応(主にがんを想定)

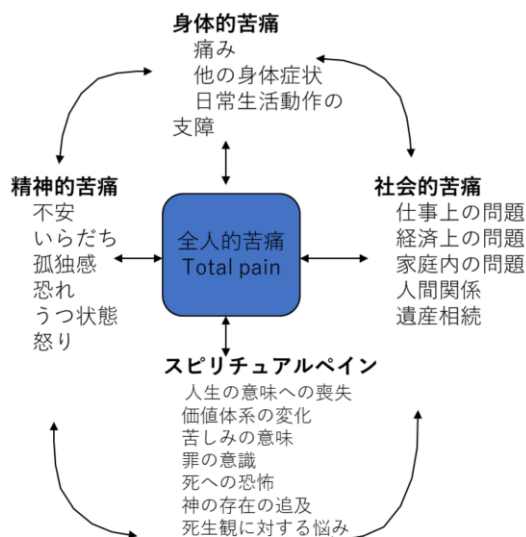
• 適切な鎮痛剤の使用

- NSAID
- 鎮痛補助薬(神経障害性疼痛治療薬)
- オピオイド
 - 弱オピオイド(非がん症例も対象)
 - 強オピオイド(ケースに応じては非がん症例も)

• 不安への対応(痛みの閾値が低下)

• スピリチュアルな痛み(実存的疼痛)への対応

• 時に社会的疼痛(経済的問題、差別、虐待等)



NSAIDsの使用

- 末梢における侵害受容器における刺激を軽減
- 基本的には経口的に使用
- 副作用の少ないものを選択することが基本
 - COX-II 阻害薬(セレコックス®等)
- 時にはシャープなNSAIDsが必要
 - 骨転移等の体性痛要素が大きいもの
 - PPI (タケプロン®等)の併用が望ましい
- エスフルビプロフェン貼付剤への期待(ロコア®テープ)
 - 適応症：変形性関節症における鎮痛・消炎 1日2枚まで
- アセトアミノフェンの併用も可
 - 服薬量が多くなるのが弱点(1500~3000mg程度は必要)

鎮痛補助剤

- **神経障害性疼痛に使用**

- アロデニア (わずかな刺激でも痛み)が生じる例
- しびれや異常感覚を伴う痛み

- **プレガバリン(リリカ®)**

- 保険収載された唯一の神経障害性疼痛治療薬
- 副作用は眠気
- 通常量(150mg/日)でも眠気が頻発

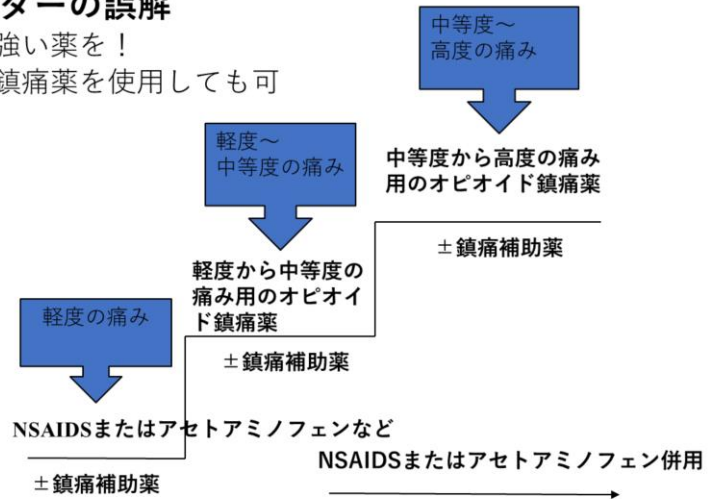
- **デュロキセチン(サインバルタ®)**

- うつ病、糖尿病性神経障害が適応病名
- 欧米ではがん疼痛にも使用
- 服薬量がより少ない1カプセル(20mg)のみで効果あることも…
- 眠気、不眠などの睡眠異常の副作用

オピオイド

• WHO三段階ラダーの誤解

- 強い痛みには強い薬を！
- 最初から強い鎮痛薬を使用しても可



問題は副作用対策

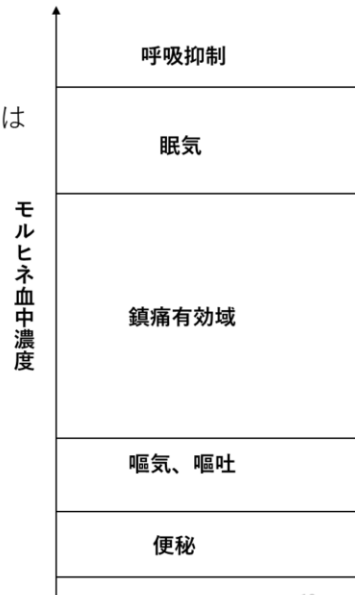
- **嘔気と便秘には必ず対策を行う**

- ヤブ医者方式
- オキシコドンとモルヒネを使用する場合は必須

- **下剤(マグネシウム + 刺激性下剤)**

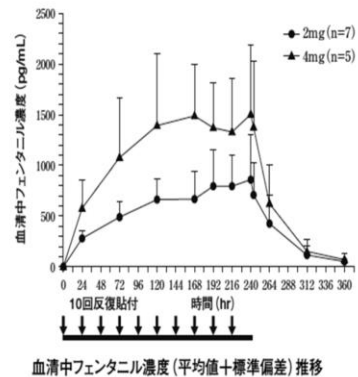
- **嘔気**

- 中枢性向精神薬
 - ノバミン、セレネース
 - 非定型抗精神薬
 - オランザピン(ジプレキサ®)
 - リスベリドン(リスパダール®)
 - ペロスピロン(ルーラン®)
- ジフェンヒドラミン(抗ヒスタミン薬)等



開始量と増量

- **開始量は少なめでよいが、きちんと増量**
 - モルヒネ 40mg/日程度で…
 - オキシコドン(オキシコンチン®)20~30mg
- **いずれも数日単位で痛みへの効果を評価**
 - 副作用はどうか
 - 睡眠が中断されないか
 - 安静時痛はないか
 - 体動時痛はどうか
- **増量は50%ずつを目安**
- **必ずレスキューを処方**
- **フェンタニルは開始時には使用しない**
 - 調節性が不良のため容量調整に適さない



オピオイドスイッチング

• どうしても副作用がコントロールできないとき

- モルヒネにおける嘔気、便秘

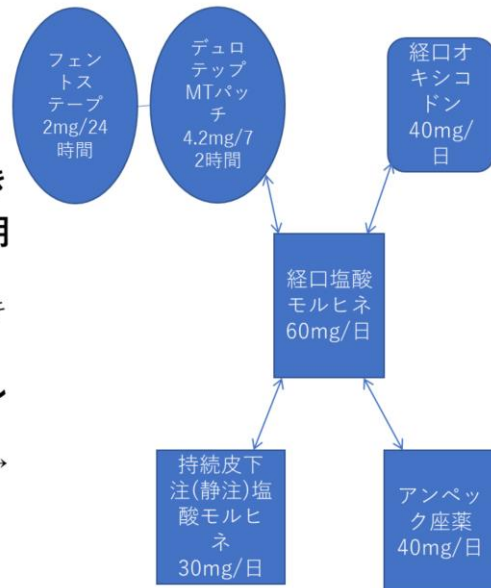
• 痛みへの効果が不十分なとき

• 神経障害性疼痛への効果を期待するとき

- モルヒネ、フェンタニル→オキシコドン、タペンタドール

• ほかの症状をコントロールしたいとき

- 呼吸困難出現 フェンタニル→モルヒネ



オピオイドのTIPS

• フェンタニル

- 腎不全でも大丈夫(肝代謝)
- 消化管系副作用(嘔気、便秘)が少ない
- 貼付してから血中濃度が安定するまで7~9日
- 用量調節が難しい
- 経口薬(バツカル剤、舌下剤)あり
 - 超即効性(5分ほど)
 - 持続は短時間(2時間程度)
 - 調節に注意、高価

• オキシコドン

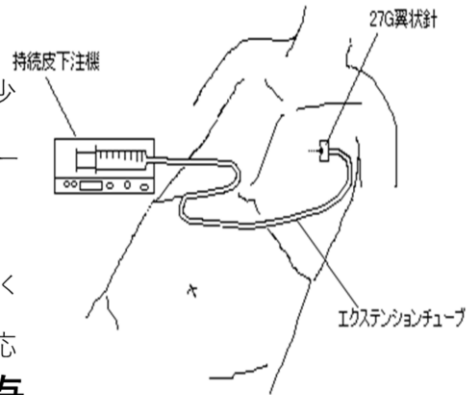
- 腎不全でも大丈夫(肝代謝)
- 神経障害性疼痛にも効果あり
- 便秘はやや強力な印象
- 速放剤、注射剤もあり使用しやすい

• モルヒネ

- 副作用は多いが最も歴史があり、使用法がほぼ確立
- 呼吸困難に効果
- 腎不全では要注意

持続皮下注を使う

- **経口服薬が困難になったとき**
 - 終末期1週間程度のことが多い
 - 持続皮下注射を導入
- **確実に安定した効果**
 - モルヒネを使用しても副作用は少ない
 - 嘔気や便秘を生じさせるレセプターは腸管に多く分布
 - 「何もしていない」という本人、家族の不安にも対応
 - 輸液をしてほしいという依頼がなくなる
 - 痛みのみならず呼吸困難にも対応
- **腸閉塞時のサンドスタチン投与**
- **時には鎮静剤を同時投与可能**



持続皮下注機

シリンジポンプ(テルモTE-361PCA)



流量設定は自由
12mlまでしか注入で
きない PCA(*)機能
あり

ディスポーザルポンプ



60mlまで注入可能
流量変更不可
PCA機能ありの製品も

高性能タイプ



流量設定は自由
50mlまで注入可能
専用輸液カセットは
保険適応外 PCA機
能あり

* PCA(patient-controlled-analgesia) 患者がその痛みに応じてボタンを押してボーナス注入を行うこと

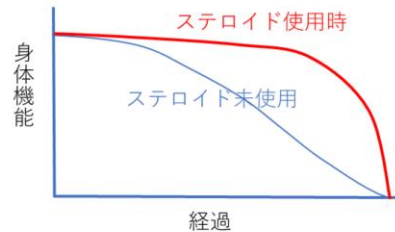
呼吸困難

- 肺がん、肺転移、癌性リンパ管症、胸水、誤嚥性肺炎など
 - 在宅酸素療法
 - 病院との吸入酸素濃度の違い
 - 酸素濃縮器：90～93%
 - 病院で供給される酸素：100%
 - MST療法：**Morphine Steroids Tranquilizer**
 - モルヒネ投与(鎮咳剤としても有効)
 - 多くは疼痛使用の1/3量程度で良いといわれている
 - ステロイド
 - リンデロン2～8mg・プレドニン20～80mg
 - 抗不安薬(トランキライザー)
 - 経口：デパス、ソラナックスなど
 - 注射：ドルミカムなど
 - 座薬：エスケレ座薬、ダイアアップ座薬など
 - その他
 - 抗コリン薬(ハイスコ®、ブスコパン®)
 - 気管支拡張薬
- 一般療養としては
 - 起座位を保つ
 - 在宅酸素をしながら室内を移動できる体制
 - におい、乾燥への対処
 - 気流があること
 - いつでも連絡がつく体制
 - 不安が症状を悪化
 - 頓服薬の準備(モルヒネ等)



食欲不振・全身倦怠感

- ステロイドが奏功することがある
 - 奏功例には軽度の炎症反応を伴う (CRP値の上昇) ことが多い
- 特にステロイドの種類は問わないが、中等量が必要
 - プレドニン 20~40mg
 - ベサメサゾン(リンデロン®)、(デキサメサゾン)デカドロン 2~4mg
 - デカドロン®4mg錠が便利
- ある時期は効果があるが、効果が急速に消失することが多い
- 効果が消失すると急速に身体機能が低下し、看取りに向かうことがある



発熱の原因

• 腫瘍熱

- 発熱以外の症状は伴わない
- ナプロキセンの使用、ステロイドの使用

• 感染による発熱

- 呼吸器感染
 - 誤嚥性肺炎
 - 咳痰の存在
 - 呼吸機能の低下 酸素飽和度測定、呼吸状態の観察
- 尿路感染
 - 背部叩打痛の存在
 - 尿路症状の存在
 - これらの症状を欠くことも少なくない

• その他

- 昏睡状態 + 高熱
 - 中枢性発熱の可能性も…
 - むしろ数日後の看取りに力点を置くべき

発熱の対策

- **発熱は苦痛、不安を強めることが少なくない**
 - 早急に対応
 - 頓服薬として処方しておく
 - NSAIDSあるいはアセトアミノフェン座薬など
- **抗生剤投与が必要なとき**
 - 早い段階で抗生剤を投与
 - 注射：セフトリアキソン(ロセフィン®)等
 - 経口薬：アジスロマイシン(ジスロマック®)等
 - 悪化を防ぐ可能性

家族を気遣う

• 家族にも様々な困難が伴う

- 介護により生活が激変
- 収入も制限されることも
- 疲弊を共感し傾聴
 - 肉体的疲弊
 - 精神的疲弊
 - 社会的疲弊
 - スピリチュアルな疲弊

• 可能な限りレスパイトが可能な体制を構築

- レスパイトを行ってくれる介護施設
 - ショートステイ、小規模多機能型介護事業所など
- バックアップしてくれる病院

家族ケアのポイント

- **さまざまな事情を配慮**

- 家庭内の人間関係
- 遠い親戚との関係性
- 経済状況
- 疲弊の状況

- **まずはこちらから気遣う**

- 「大丈夫ですか？」

- **家族も支援の対象であると認識**

- **感情面に常に配慮し、共感する**

- 「お気持ちはわかります」「あなたもお辛いお気持ちなのですね」

多職種連携（生活支援の視点）

- **在宅にいるには生活支援が必須**
 - 住居・居室・療養環境の整備
 - 保清
 - 食事
 - 排泄
 - 衣類の着脱
- **医療介護連携が必須**
- **介護保険、障害者総合支援法に対する理解が必要**
 - 介護認定審査
 - 地域包括支援センターとケアマネジャー
 - 介護用具専門相談員の存在
- **生活支援は家族支援にもつながる**
- **独居でも生活支援が可能**

独居の看取り

- **本人の意思**
- **周囲の理解**
 - 親族
 - 借家等の場合はオーナー
 - 周囲住民
- **医療介護全体を統括する役割**
 - ケママネジャー、訪問看護師
- **訪問医療医**
- **本人が一人で旅立つ覚悟があれば…**
 - 1日数回 ホームヘルパー
 - 安否確認、おむつ替え等の排泄への対応
 - 1日1～2回 訪問看護
 - 1日1回 訪問診療
- **これは孤独死？**

さまざまな事情を反映させる

- **在宅看取りのアウトカムは？**
 - 生存率がたかいこと？
 - すべてのケースは最終的に看取り(在宅に限らず)になる
- **生存時間が長いこと？**
 - むしろ介護されている時間が長くないほうがベターであることも…
- **問題は満足度や納得度**

満足度や納得度を向上させるには？

- **症状の緩和(肉体的、精神的)**
 - 患者が安楽に過ごす
- **細かい訪問や往診**
 - 状態の変化に細やかに対応する
 - 十分に状況を家族と共有
 - 不安な気持ちに共感し対応する
- **さまざまな事情をケアに反映させる**
 - ナラティブ・ベイスド・メディシン
 - 家族が仕事で昼間不在
 - 昼にヘルパーや訪問看護で対応
 - 夕に医師が訪問
 - 最期は自分の故郷で迎えたい
 - 在宅医療機関の手配
 - 移送手段やその配慮

かかりつけ医師としての役割

- **長い経過から看取りまで(継続性：Continuity)**
 - 生活習慣病
 - 慢性疾患
- **かかりつけ医としての近接性(：Accessibility)**
 - 距離的
 - 精神的
- **さまざまな病気や障害に対応(包括性：Comprehensiveness)**
 - 時には専門医療へのゲートキーパー
- **生活を意識(協調性：Coordination)**
 - 多職種連携が外来でも必要に…
 - 認知症外来診療
 - 難病患者への対応
- **人生の最終段階まで(責任性：Accountability)**
 - 外来段階から行う意思決定支援
 - 通院から在宅、そして看取りまでかわる

かかりつけ医像の変遷

• かかりつけ医が容易に往診した時代

- 病院医療とかかりつけ医療に大きな差がない時代

• かかりつけ医が往診しづらくなった時代

- 病院医療とかかりつけ医療に大きな差が生じる
 - CTやMRIの導入
- かかりつけ医も専門医指向となる
- 医師患者関係の希薄化
- 医療訴訟の増加

• かかりつけ医が訪問診療を行う時代

- 新たな時代へ
- 地域包括ケアの時代
 - 多職種連携の上で生活を支援しながら医療的な介入を行う

• 希望するケースには看取りを行う

- 濃厚な医師患者関係
- かかりつけ医としての最高の責任性