在宅緩和ケア

ひだまりクリニック

福田幹久

H22.7.14

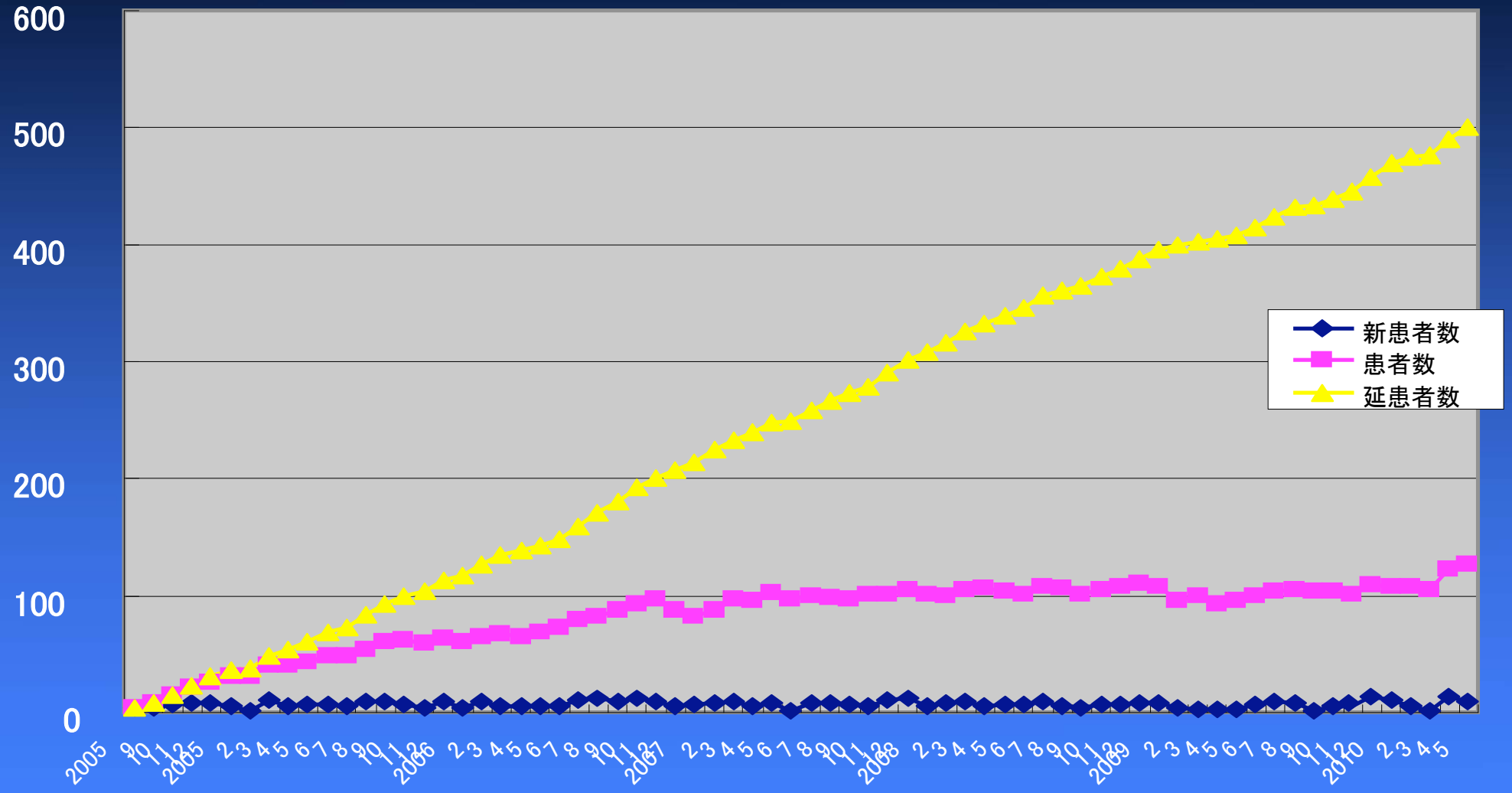
在宅医療の対象患者

- 終末期の患者
- 退院するのに不安のある医療度の高い患者
- 外来通院が困難な、寝たきりか寝たきりに準じる患者

在宅医療対象患者

平成16年8月から平成22年6月までの5年11ヶ月間に訪問診療を行った506例

月別患者数と延べ患者数



癌終末期の緩和ケア

平成16年8月から平成22年6月までの5年11ヶ月間に訪問診療を行った504例のうちがん緩和ケアを行った患者171例

その後の経過

現在在宅療養中	7人
在宅で看取り	78人
入院で看取り	86人

在宅で看取りを行った例

90歳　女性

左肺癌の診断で

H20.10.16　胸腔鏡下、左肺部分切除。

術後UFT、TS-1内服。

H21.3　より腫瘍マーカー上昇認め、

局所＋縦隔リンパ節転移の診断。

H21.6.24　労作時呼吸困難、左胸部癌性疼痛のため入院。

癌性胸膜炎、無気肺　と診断。

一日でも家に帰りたいとのことで、今回退院予定となった。

H21.7.31　退院前ケアカンファレンス

出席者：家族、主治医、看護師長、
　　在宅主治医、ケアマネージャー、訪問看護師

病状説明、家族の同意、連絡体制、訪問日時

入院中　酸素　安静時１L　労作時２Lであった
退院後も引き続き在宅酸素使用。
経口摂取低下してきている。
　今後、呼吸困難が強くなる可能性あり。
便秘あり、腹満感強いため、カマグ　プルゼ　ラキソＧＥ使用。便出れば食欲やや増加
便秘はオキシコンチンの影響もあるかもしれないので、退院までにデュロテップMT　2.1mg　オプソ5mg に変更する。予後は数週間。

ひだまりクリニック

家族娘さんから　1日でも生きたいという意志あり。
家で気持ち良い状態を作ってあげたい。
お腹の張りあり、ご飯の飲み込み悪いが、少しでも食べ物を口に入れさせてあげたい。
本人は先、先を考え心配される。不安が強そう。
どういうとき病院入院を考えたらいいか？
－不安の方が強く、最後まで家で看ることにまだ考えが及んでいない様子

医療側から　予後数週間。入院については、帰られてからその時の状態を見ながらその都度相談していきましょう。
告知してあり、在宅での看取りを考えていくが、呼吸困難強くなれば入院も考慮。
食べれなければ点滴も検討

ひだまりクリニック

経過

8月4日退院。在宅療養の不安が強いので、最初の1週間は、
週1回の訪問診療に加えて、訪問看護が毎日訪問

8月5日　腹痛を訴えオプソを服用の指示

8月19日　息苦しさもない。食事も順調。
・娘さん　完治することのない肺癌になってしまい、
死を待つだけ、ということを受け入れてはいるものの、
いつまでも受容しきれない部分が、疼痛２～３という表現に
なっていると思う。実際に疼痛があるわけではないと
思うとのこと。
麻薬を増量するのでなく、できるだけ傾聴し、不安や思いを
聞いていきます。

8月25日　移動時呼吸困難と足の腫れあり往診

ポータブルトイレの使用も困難になったため、尿バルーン留置した。
排便が困難とのことであったが、ラキソベロンで現在排便のコントロールは良好となっている。

・家族へ話：状態今後悪化していく
酸素は安静時２Lだがえらそうなら移動時、移動後は３L
までＯＫ。
痛みはないようだが　強くなれば、デュロテップを
増やしていく。
足の腫れ　ラシックスで様子見る
最後まで在宅で看ることをベースにすること確認

ひだまりクリニック

8月26日　褥瘡　仙骨　発赤　フィルム貼付。エアマットに変更

・娘さん　家でスーと楽に眠るようにいってほしい。

・娘さんへ説明　食べられなくなったときの点滴は、浮腫増悪や、痰の増量起こりうるので点滴なしで行く予定で、全く食べられなくなったらその時にまた相談しましょう

8月27日　呼吸困難で酸素５Ｌに増量

・娘さんに説明　呼吸のえらさに対して、酸素濃度上げるためにもう一台酸素の機械を頼みます。痛みも徐々に増強してくるのでデュロテップも4.2mgにします。これにより傾眠状態になったり呼吸が弱くなるかもしれませんが本人にとっては楽なので増やしていきます。

ひだまりクリニック

9月16日　身体全体がしんどい。
まったく熟睡できない。えらさをとってほしい。
→　デュロテップを6.3mgに増量
・娘さんに　食事摂取が困難になる可能性、今後急変する可能性について説明。
・娘さん　予後については理解しておられ、苦しさがないようにしてほしいと。

9月20日　1日中トロトロしていることが多くなったが、苦痛なく夜間も良眠できている。食事は果物等、少し。
・ご本人　　娘さんともゆっくり話し合うこともできて“今が人生で最高に幸せ”とのこと。
・娘さんと話　今後食べられなくなった時には点滴をせず、静かに苦痛なく看取ることを確認。

デュロテップMT増量

9月26日　8.4mg　　9月30日　10.6mg　　10月9日　12.6mg

11月1日　16.8mg　　11月8日　21mg

11月10日　呼吸状態悪化で往診。呼びかけに応答あり様子観察。

11月14日　水分とらずにこのまま見ていくのが忍びないということで午前中に往診。

・娘さんに　　苦痛だけはデュロテップしているので無いこと、オプソは飲めないこと説明。

呼吸が止まったら連絡してください。

16時50分　死亡確認

ひだまりクリニック

最初は初めてのことなので、未知のことに対する不安もあったが、その都度話をしながら解決していき、苦痛に対して、麻薬の増量を行っていき、いつでも入院もできるということで安心感も得られ、最後は家で看取ることができた。

入院での看取り－86例

在宅療養が困難となった原因

介護する人が限界
呼吸困難進行
頻回の吸引必要
嘔吐が頻回
腹痛、イレウス症状
腫瘍から出血、徘徊
急激に足腰が麻痺
高熱持続

在宅での看取りが困難になった例

69歳　男性

H13.3.　鳥大で前立腺癌、骨転移　stage Ⅰ Ⅴにて
ホルモン療法リュープリンＳＲの治療を開始。
H16.6　その後癌の再燃あり鳥大入院。
オキシコンチンetcにてコントロール可能に
H16.11.9 リハビリ目的にて総合病院入院。
症状安定し、家族の方の希望もあり、
H17.3.19 退院。

ひだまりクリニック

ケアカンファレンス

出席者：主治医、家族、看護師長、在宅主治医、
ケアマネージャー、訪問看護師

病状説明、家族の同意、連絡体制、訪問日時
疼痛管理：オキシコンチン（20）　2T　2×
在宅での体制：訪問診療：週１回
訪問看護：週4回。
各関節の拘縮が強くうち2回はリハビリ。

ひだまりクリニック

在宅での経過

H17.6.1 の検査で　ＰＳＡ　**49**　と上昇。本人家族の希望で
H17.7.4～7.7検査入院。
　　ＣＴで、左寛骨、下腿部、椎体に骨硬化性病変認められ、
　　転移性変化考えられた。
H17.9.5～左鼡径部の痛みの訴え。
　　これが骨転移によるものか、他の原因によるものかで、
　　本人家族精査を希望
H17.9.26～9.30入院。ＣＴ、**MRI**　骨シンチグラフィーによる検査で
　　疼痛は転移からくることが判明。
　　リハビリ積極的に行わない方針とする。

。

H17.12.23 次第に食事摂取困難となり右大腿部より穿刺行いＨＰＮ管理。
フルカリック２号**1003ml**　を　**40ml/day**　で　滴下。

H18.1.6　呼吸状態がおかしいと連絡あり往診、**SPO2 80**に低下したため同日在宅酸素を導入し、２**L**　で開始。

1.8　朝息が苦しそうと連絡あり往診。のどの痰がなかなかとれないため吸引の指導をし、**O2** ４**L** にアップして**SPO2 95%**まで上昇。

- 奥さんへは、状態が悪化していること、在宅で起こりうることを説明し、今後の方針は家族の中でも話し合ってください、と伝え往診を終了。
- 家族で話し合った結果、呼吸状態が悪く頻回吸引を家で管理するのが限界とのことで入院となる。

ひだまりクリニック

途中、不安、家族の迷い、介護の限界に来たとき、入院できる体制を説明。

実際に入院をおこない、癌による疼痛かどうかの鑑別を行うことができ、リハビリを積極的に行わないという、方針を決めることができた。

最終的には、最後の看取りは病院になったが、
1年8ヶ月間は自宅で過ごせた

家での看取りを進めるには

すべての方を家で看取りをすることは困難かもしれないが、一定の条件と、家族、本人の希望が強いとき、それを支える体制があることを説明。在宅サービスを利用すれば家で看取ることができることを理解してもらう。

在宅緩和ケア実施の条件

患者本人が強く在宅を希望している
同居家族が在宅を認めている
同居以外の家族の反対が無いこと

医師による在宅医療のサポート体制があること
訪問看護との連携がとれていること
入院出来る体制が整っていること
疼痛コントロールが出来ていること

患者本人が強く在宅を希望

告知してない場合－患者は直るために苦しみに耐えながらも治療を希望するかもしれない。その場合入院は受け入れられるが、在宅は選択肢に入らないことも。

告知している場合－精神的肉体的に悩み苦しみながらも、無用な治療の選択肢は消え、残された時間をいかに安楽にかつ有効に使うか、最後をどのように過ごしたか考えるチャンスができる。在宅緩和ケアが選択肢に入る。

治療をせずに緩和ケアをすることは、
あきらめではなく来るべき時に対して、
それまでの時間をいかに有意義に過ごすか、
ということ
そのためには告知が必要

同居家族が在宅を認めている

患者本人にとっては住み慣れた環境であり一番理想的。
介護する家族に気を使い、在宅でのケアを言いにくい方もおられる。

家族の方の協力が不可欠だが初めてのことを行うわけで未知のこと、どういう症状が出るかわからない、それに対する対処法が分からない、と不安にかられることが多い。

それに対して医療側は、最初に今の病状、状況を説明し、あらゆる症状を想定してそれに対する対処法をあらかじめ説明。

在宅での体制、連携を説明し、分からないときはいつでも連絡して、必要な場合はいつでも往診できる体制を説明。

その前提で、少しでも在宅で見ることに対する不安、反対意見がある場合はそれに対する説明を合意が得られるまで行う。
不安はあるが何とかやってみようという気になられた場合はＯＫ。

それでも不安あり合意が得られない場合は、在宅は不可能と判断し、ホスピス、病院への入院の説明、その場合の経過について説明する。

医師による在宅医療のサポート体制があること

在宅療養支援診療所の要件

1. 保険医療機関たる診療所であること
2. 24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
3. 患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
4. 訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
5. 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること

各種サービスとの連携

訪問看護ステーション：医療依存度が高い場合、
毎日の連携必要

訪問介護ステーション：家族の介護負担が大きいとき－
掃除、洗濯、食事の世話等

訪問リハビリ、言語聴覚療法士、歯科衛生士　福祉用具

医療機関：眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、心療内科、歯科等

薬局：配達

訪問看護との連携がとれていること

日頃のケアーとしては訪問看護師の力が大きい。

24時間、365日機能する必要

全身のケア、食事、苦痛等に対するアドバイス、援助を行い精神的な支えになる。

医師と訪問看護との密接な連携が必要。

日頃のケアは訪問看護が中心になって行うが、
必要時には医師が臨時往診を行い、
訪問看護ステーションのバックアップ（支援）を行う

入院施設との連携

途中、不安が大きくなってきたとき、家族に迷いが出てきたとき、家族の介護が限界に来たとき、入院できる体制をとっておくと、不安感が消え安心できることも。

状況によっては実際に入院し、現状の評価を行うこともひとつの選択肢。
その後再び自宅にもどるかどうか選択：在宅に帰ってより信念が強くなる場合も。

在宅緩和ケアでの管理

疼痛管理

非ステロイド性消炎鎮痛剤：ロキソニン、ボルタレン座薬等

麻薬：モルヒネ注射薬はあまり用いられない（管理が難）

デュロテップパッチが在宅では用いられやすい

（モルヒネに比べ副作用少なく3日間と長時間作用性。

経口摂取困難な場合）

換算–デュロテップMTパッチ4.2mgが　ＭＳコンチン60～90mg

オキシコンチン40～60mg

アンペック座薬30～45mg

塩酸モルヒネ注15～30mg　に相当

疼痛時のレスキュー：デュロテップMTパッチ4.2mg使用時

－オプソ10mg　アンペック座薬10mg　目安

ひだまりクリニック

ケアマネジャーの役割

各種在宅サービスとの連携

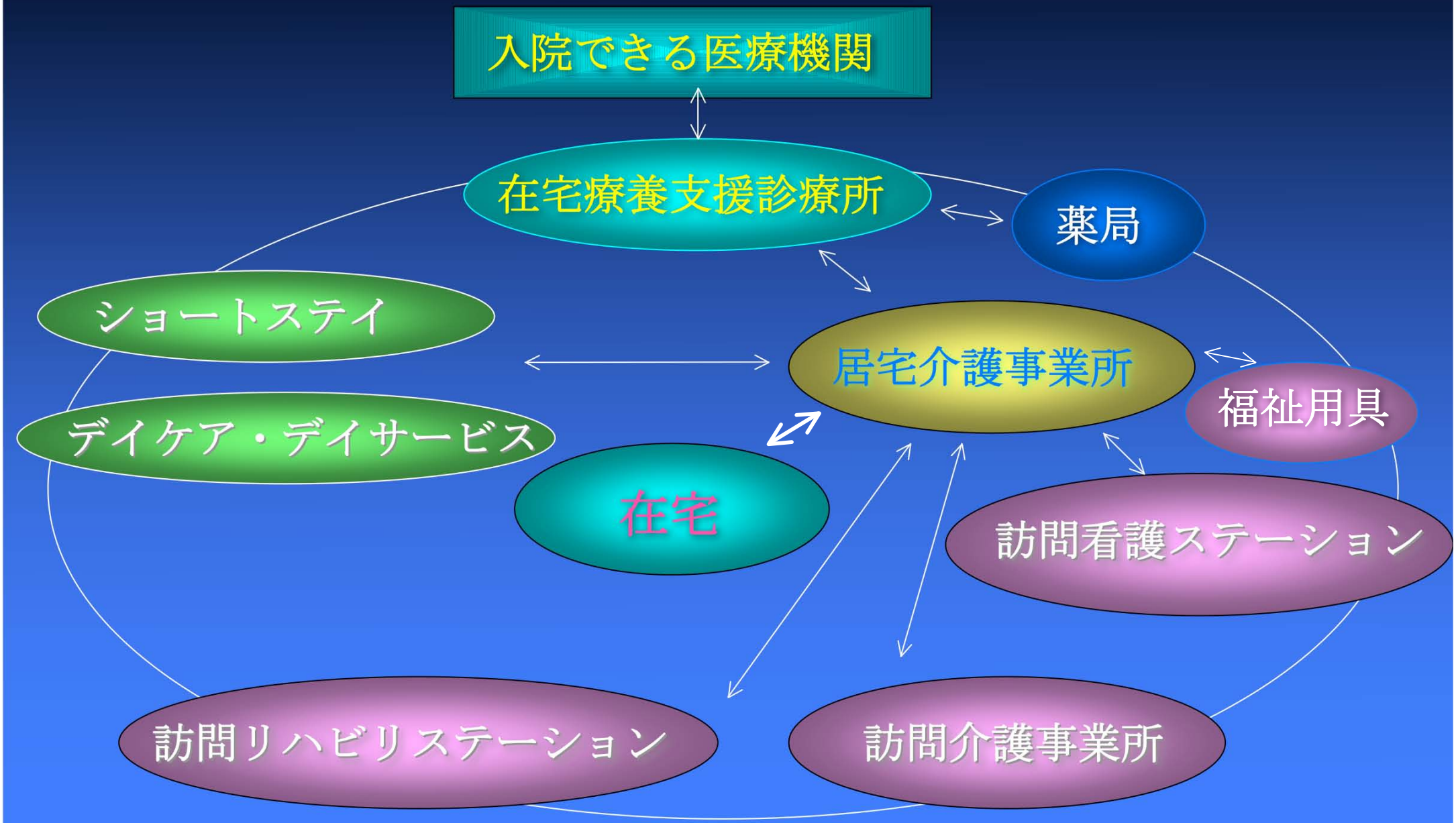
チームづくり

コーディネーション（調整）

各組織間の境界に橋をかける

患者家族への、状況に合った情報提供

在宅での 医療・福祉の連携



病院にたとえるなら

自宅＝病室。

在宅クリニック＝医局。

訪問看護ステーション＝詰め所

自宅へつながる道路＝病室へつながる廊下

ナースコール＝携帯電話

家族が常に付き添える状態。

まとめ

癌終末期を自宅で過ごす場合、患者様一人ひとりの背景がかなり違う。

在宅を決意された段階で、それぞれの現場にあった在宅サービスを提供することが必要と考える。