

平成30年12月7日  
第56回八幡浜在宅緩和ケア症例検討会  
於:八幡浜医師会館  
時間:午後7時～8時30分

多発性脳梗塞で寝たきりとなり、誤嚥性肺炎を繰り返し、終末期は絶飲食で、持続皮下点滴を実施。  
皮下点滴開始後3か月でご臨終を迎えられた一例

旭町内科クリニック  
森 岡 明

【症例】 85歳 男性

【現病歴】 平成12年2月頃、頭痛、耳の痛みがありいくつかの医療機関を受診したが原因は特定できなかった。平成12年3月27日、K病院で小脳梗塞と診断された。右片麻痺と上下肢の失調性歩行に対してリハビリテーションで一定の改善が見られた。

平成12年9月30日退院され在宅生活開始。デイケア週3回、ヘルパーサービス週2回、要介護3。退院後は定期的にK病院に通院。

平成19年K病院からH脳神経外科医院に転院。以後は比較的に安定していた。

平成25年4～12月の期間発熱があるたびに近医(内科)を受診し抗生剤の点滴を受けた。

平成25年12月、低血圧発作でY総合病院に救急搬送されたが問題はなく帰宅。

平成26年2月、全身状態の悪化で要介護4に変更。

平成26年6月、肺炎でY病院へ救急車で緊急入院した。

VF(swallowing videofluorography:嚥下造影検査)で、嚥下困難と判定され経鼻経管栄養が開始された。同年7月、Mリハビリテーション病院に転院。入院時は経鼻経管栄養だったが2か月後の9月には経口摂取が可能となり9月末の退院時経鼻経管チューブを抜去した。

退院後はミキサー食を経口摂取。

平成27年7月、誤嚥が頻発し肺炎を繰り返した。このころから、在宅での吸痰を開始した。

平成27年8月、急な発熱で近医(内科)受診するが、日常の主治医ではないので突然の受診に近医の先生も対応に苦慮したとのこと。

平成28年1月、発熱が続くのでH呼吸器内科受診。抗生剤と解熱薬を飲みながら熱を下げながらデイケア利用を継続した。

平成29年2月、妻と清水ケアマネで今後の対応について検討した。H脳神経外科は平成19年から主治医になってもらっていたがほとんど受診なし。妻が薬を取りに行っていた。妻も本人の状態が悪いのは十分に理解しており主治医を変更することを希望された。

平成29年3月、H脳神経外科医院から当院へ、在宅医療・訪問診療の依頼があった。

# 初診時、身体的状態と生活背景(平成29年3月9日現在)

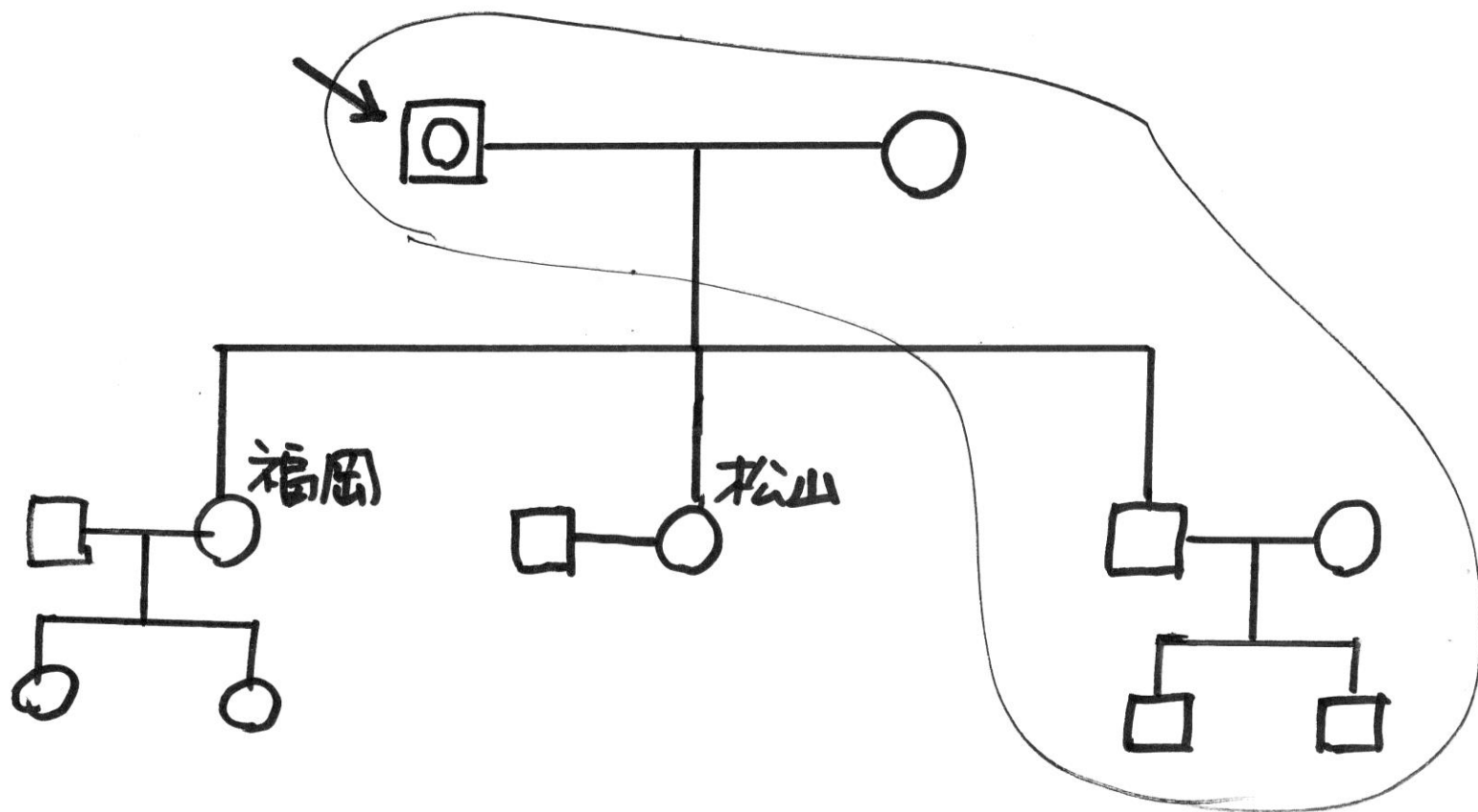
- これまでの主たる傷病名:  
小脳梗塞後遺症、高血圧症、高脂血症
- 日常生活
  - ・右麻痺
  - ・端座位は可 手引きで5mぐらい歩行
  - ・ベッドからの起き上がり 車イスへの移乗介助
  - ・ミキサー食 介助
  - ・尿意 便意なし。定期的に誘導
  - ・デイケアの日は朝6時に浣腸
  - ・着脱:他者の指示で協力動作あり。
  - ・発語少ない。指示は入る
  - ・自宅段差あるが、手引き介助で移動できる
- 介護サービス
  - 週3回:訪問看護 月・水・金
  - 週3回:デイケア(青葉荘)火・木・土
  - 右麻痺、嚥下障害があり肺炎を起こしやすい。近医でジェニナック錠をもらっていて熱が出たら服用するようにしている。
- 誤嚥しやすい為、吸引器も自宅にある。

- 胃ろうは希望しない。
- 奥さんは自宅での看取りは希望しない。  
(警察などが来て大変な事になるし、通院していた病院は、往診に来てもらえないという不安があったので)  
→誤解ですと説明した。  
誤解がなくなり、自宅での看取りを考えられるようになった。
- まだ、発語が出来る頃、本人は施設に入りたくないと言っていた。
- リハビリ入院中なども毎日奥さんは病院へ行っていた。
- 毒:認知がひどい。うつ病と診断されている。吸引をしてから言葉も言わなくなった。本人がうつになったのは自分がきつく言ったせいかも知れないと、ずっと気にしている。

## <H脳神経外科医院からの紹介時処方>

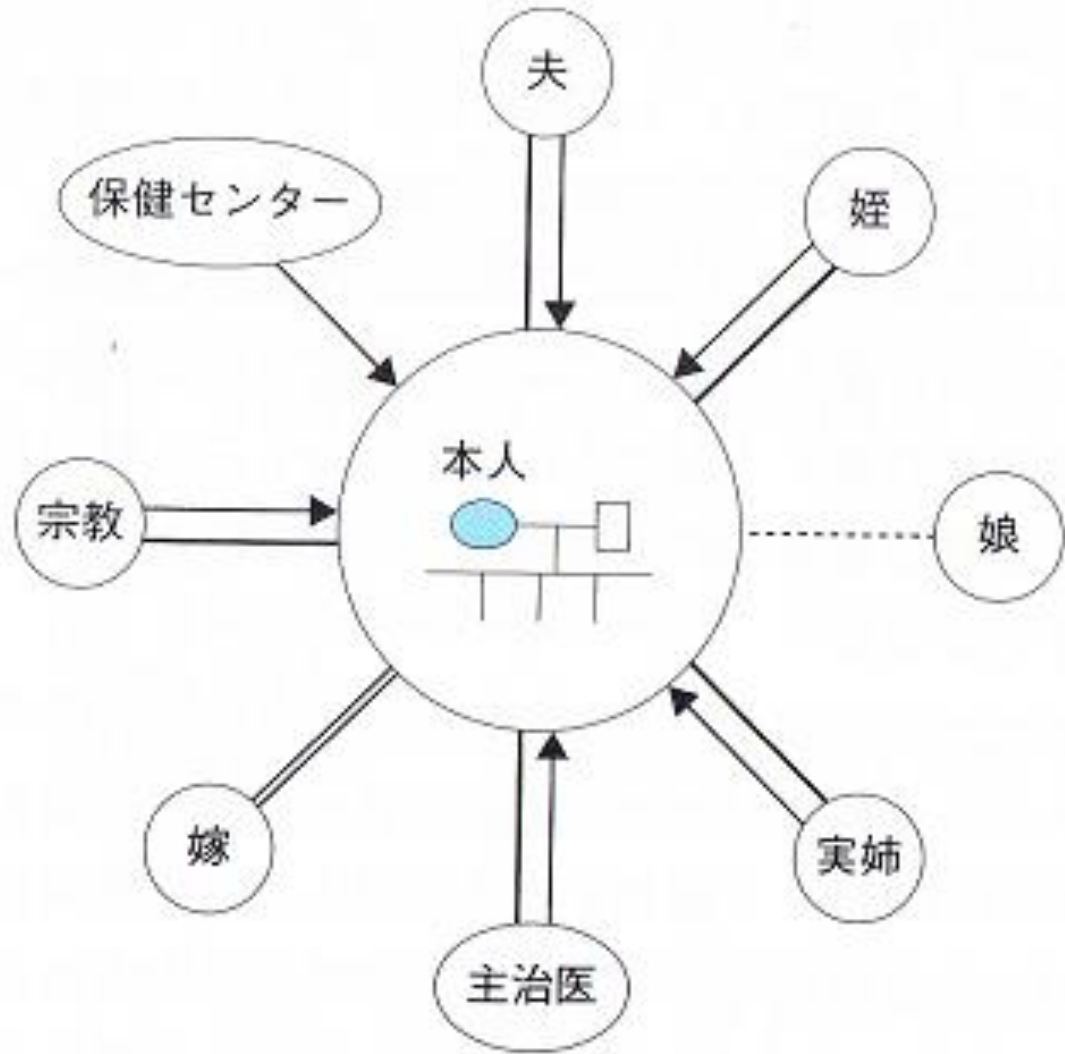
1	パナルジン錠100mg 【般】メコバラミン錠500 セレナール錠10 10mg ルボックス錠25 25mg 分2 朝夕食後	2錠 2錠 2錠 2錠	30日分
2	クレストール錠2.5mg ガスターD錠10mg 分1 夕食後	1錠 1錠	30日分
3	プリンペラン錠5 5mg 分3 毎食前	3錠	30日分
4	プルゼニド錠12mg 分1 就寝前	3錠	30日分
5	プロプレス錠8 8mg 分1 朝食後	1錠	30日分
6	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg 分1 昼食後	1錠	30日分
7	ロキソニン錠60mg 分3 毎食後	3錠	10日分

**家族構成**; 三男家族と2世帯住宅の1階に居住  
主たる介護は妻が一人でこなしている。



# エコマップの記入例

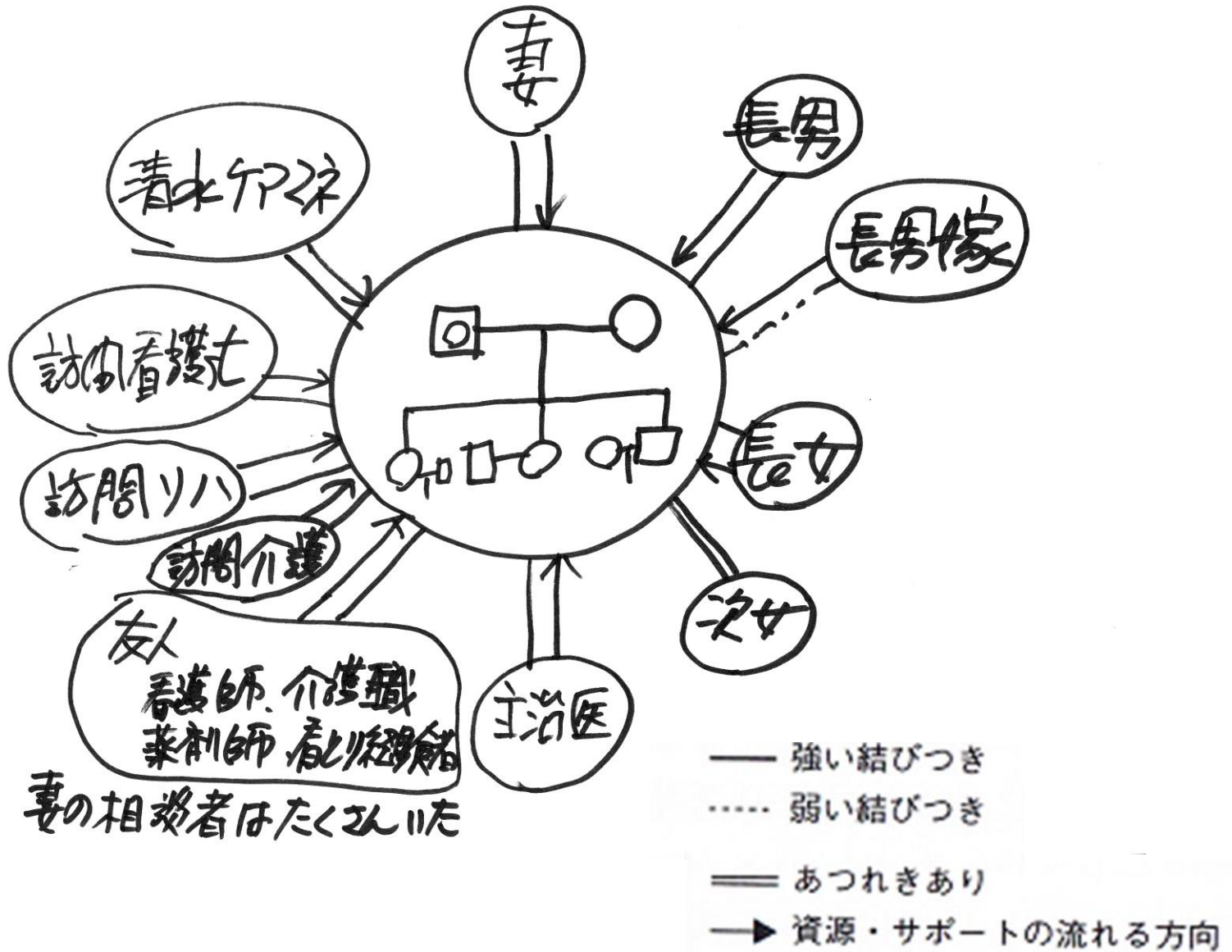
エコマップ (ecomap) とは、要介護者を中心として、その周辺にある社会資源(家族、兄弟姉妹、友人、近隣住民、医師、各種介護関連機関など)との相関関係を、ネットワークとして表現した地図のことです。生態地図とも言われます。



— 強い結びつき  
..... 弱い結びつき

== あつれきあり  
→ 資源・サポートの流れる方向

# エコマップ







# 死亡診断

---

(ア) 直接死因:再発性誤嚥性肺炎;3か月

(イ) (ア)の原因:重度嚥下障害;約1年

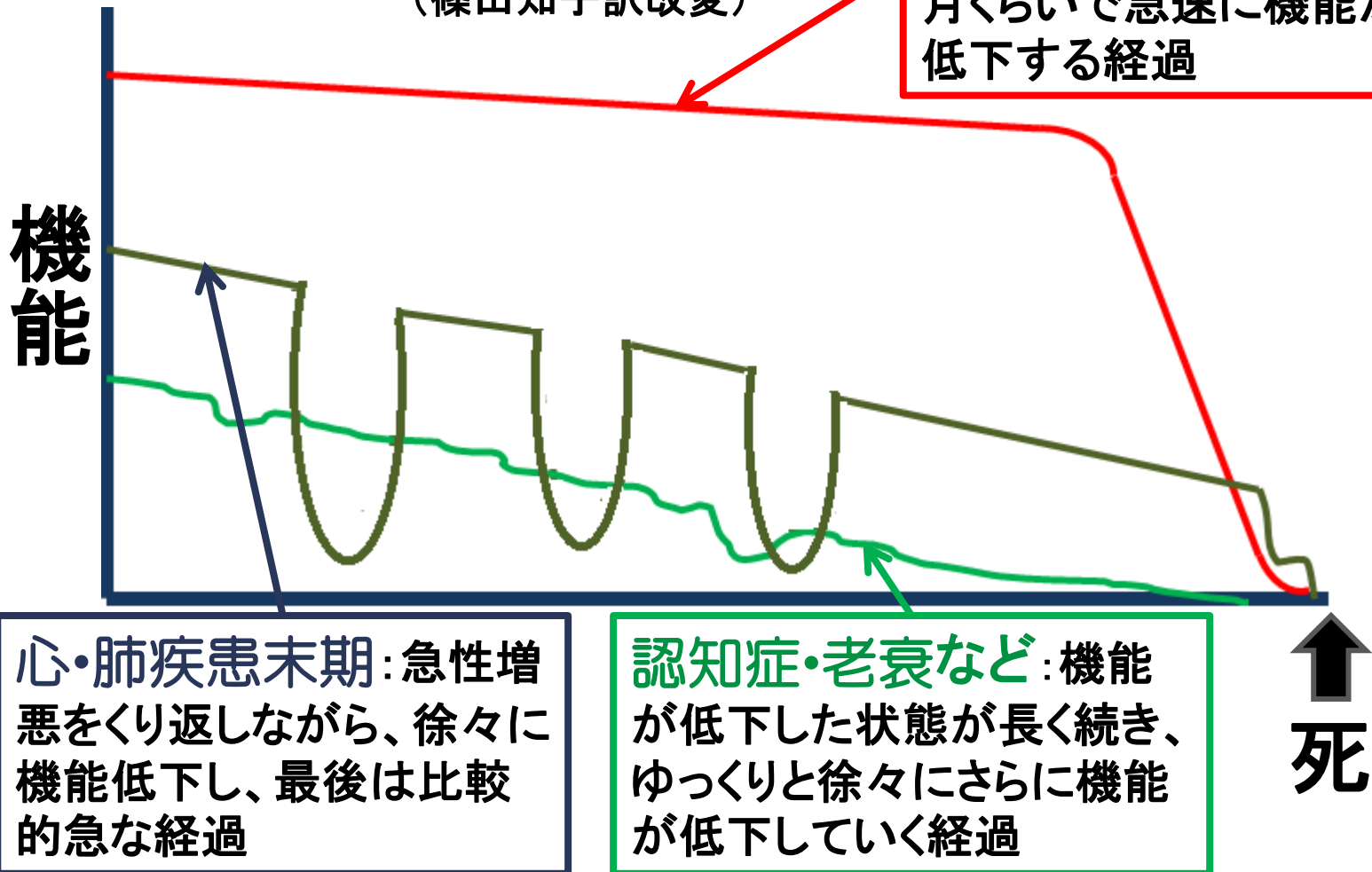
(ウ) (イ)の原因:小脳梗塞後遺症;19年

# 疾患群別予後予測モデル

引用 : Lynn J: Serving patients who may die soon and their families. JAMA, 285; 925-932, 2001.

(篠田知子訳改変)

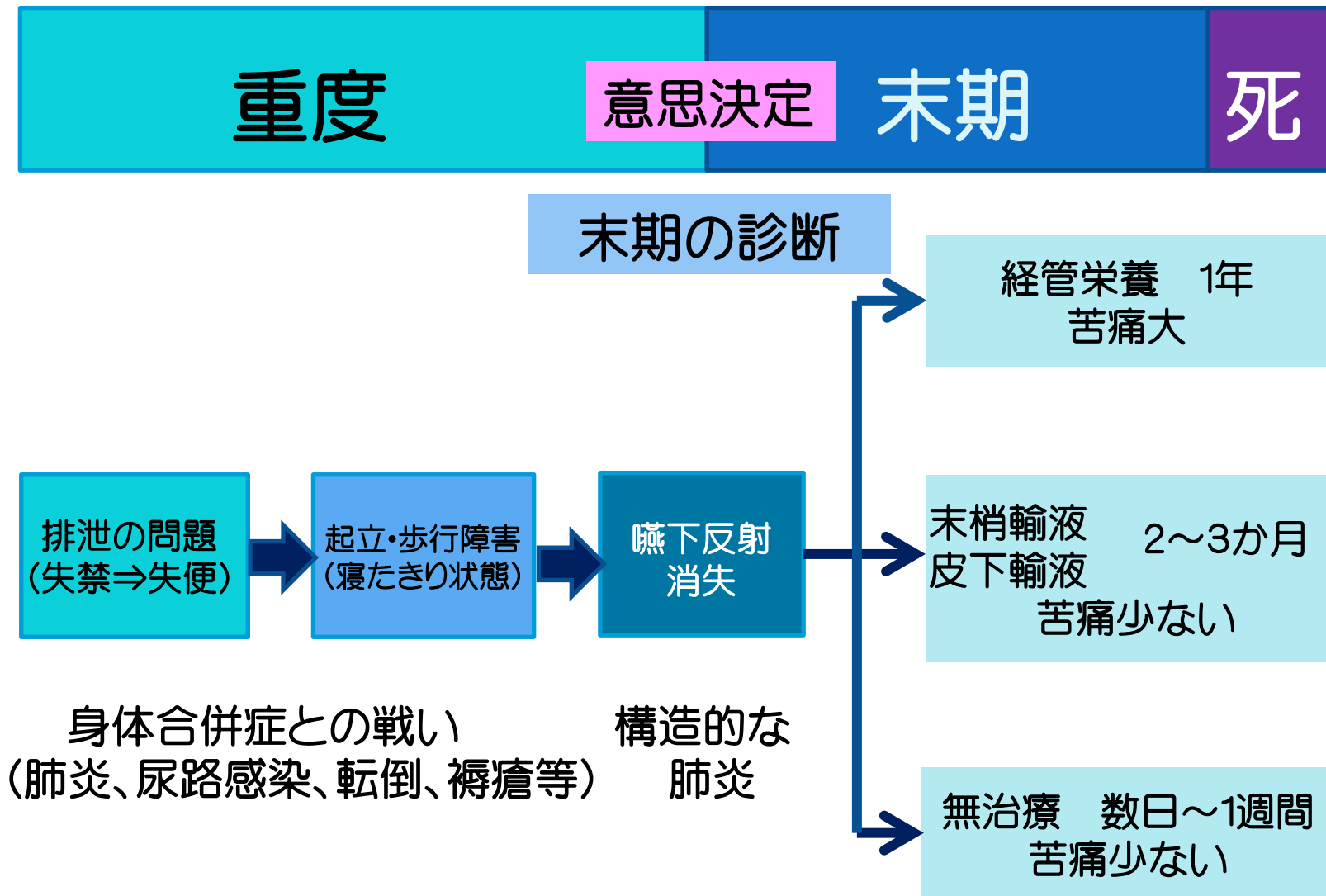
がん: 比較的長い間機能は保たれ、最後の2か月くらいで急速に機能が低下する経過



心・肺疾患末期: 急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

認知症・老衰など: 機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

# 重度から末期 脳血管障害 および アルツハイマー病の経過



(平原佐斗司「認知症ステージアプローチ入門」2013より引用改変)

# 臨床倫理の4分画表

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics--A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992

## Medical Indication

### 医学的適応

(Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害)

#### チェックポイント

1. 診断と予後
2. 治療目標の確認
3. 医学の効用とリスク
4. 無益性(futility)

## Patient Preferences

### 患者の意向

(Autonomy: 自己決定の原則)

#### チェックポイント

1. 患者さんの判断能力
2. インフォームドコンセント  
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否
4. 事前の意思表示(Living Will)
5. 代理決定(代行判断、最善利益)

## QOL

### (Well-Being: 幸福追求)

#### チェックポイント

1. QOLの定義と評価  
(身体、心理、社会、スピリチュアル)
2. 誰がどのような基準で決めるか
  - ・偏見の危険
  - ・何が患者にとって最善か
3. QOLに影響を及ぼす因子

## Contextual Features

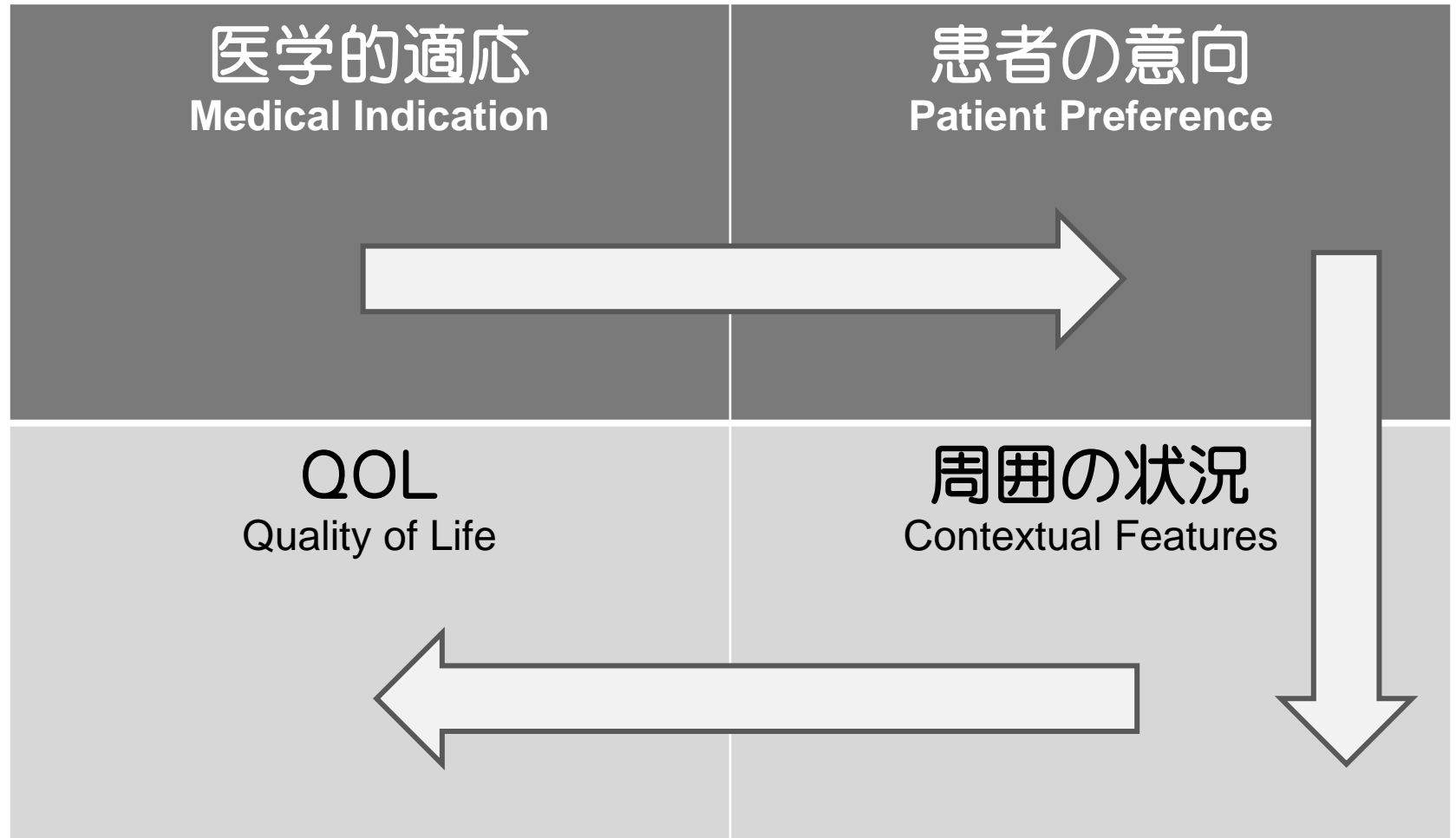
### 周囲の状況

(Justice-Utility: 公平と効用)

#### チェックポイント

1. 家族や利害関係者
2. 守秘義務
3. 経済的側面、公共の利益
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
5. 法律、慣習、宗教
6. その他(診療情報開示、医療事故)

# 臨床倫理4分割表



# 持続皮下点滴導入に際して意思決定支援 臨床倫理の4分画表を使って

## Medical Indication

### 医学的適応

1. 臨床経過から、嚥下反射がほぼ完全に失われた状態と判定。経管栄養導入すれば年単位、末梢からの持続点滴などでは月単位、なにもしない場合は日・週単位と予後予測
2. 治療目標; 発熱がなく穏やかに在宅で過ごせる
3. 輸液を選択した場合; 肺水腫など3rd space への体液貯留がかえって呼吸困難を増悪する
4. 輸液量も1日500ml以内にとどめることが望ましい

## Patient Preferences

### 患者の意向

1. 患者さんの判断能力は消失
2. インフォームドコンセント  
これまで、発熱や呼吸状態悪化時、妻の思いに寄り添い支援してきた経過から信頼関係は構築できていた
3. 治療の拒否: 本人の意向は不明
4. 事前の意思表示: 発語が出来る頃、本人は施設に入りたくないと言っていた
5. 妻が代理決定

## QOL

### (Well-Being: 幸福追求)

#### チェックポイント

1. QOLの定義と評価について: 誤嚥・発熱・窒息の危機がQOLを低下させる
2. 誰がどのような基準で決めるか  
・偏見の危険について: 十分に家族と話し合うこと  
・何が患者にとって最善か: 経口摂取の中止が最善か?
3. QOLに影響を及ぼす因子: 現在の環境変化

## Contextual Features

### 周囲の状況

1. 家族や利害関係者: 妻・子3人
2. 守秘義務: 特記なし
3. 経済的側面、公共の利益: 問題は生じない
4. 在宅医療の継続、入院はさせたくない
5. 法律、慣習、宗教: 特記なし
6. その他(診療情報開示、医療事故)

臨床倫理の4分画表を整理した後



Next Step::誰が、いつ、どう動くか？

①妻が家族と充分相談し、家族全体の意思確認をする

②ケア方針をカンファレンスで、妻・家族・関わる多職種スタッフで確認をする



持続皮下点滴導入

# 皮下輸液

## <利点>

- 1.血管を捜して何度も針を刺さなくて良い。  
部位の変更も1週間に1度程度で済むことが多い。
- 2.生食/ヘパリンロックが不要  
→点滴を接続部分から外せば良いだけなので輸液を外しに再び医療者が訪問する必要は殆どない。

## <欠点>

- 1.直後はかなり浮腫む(御家族には少し大袈裟に説明しないとびっくりされる場合がある)。  
腹部から輸液すると大腿や側腹部、背中の方まで輸液が溜まってしまう事もある。翌日には殆どが吸収される。吸収しきらない時は量を調節したり休みを作ると良い。  
ただし、胸部皮下だとほとんど浮腫は見られない。本症例でも胸部皮下に留置した。
- 2.点滴出来る輸液の種類が限られている。  
本症例では、KN1号 500ml を用いた。
- 3.身体の向き等で吸収が大きく異なる事があり、点滴の時間はかなりアバウトになる傾向。
- 4.現実的には500ml程度の輸液が精一杯



## 振り返って、考察

- 「在宅診療開始時は、妻の誤解から在宅で亡くなったら警察をよばなければならないから、在宅での看取りはできない」の誤解を、適切な説明と在宅支援・緩和ケアなどの支援を通じて、最終的には妻・家族の満足のいく穏やかな看取り支援ができました。
- 本人も、コミュニケーションが可能な時は、病院や施設への入院・入所は拒否していたことから、在宅看取りに問題はなかったと思われました。
- 医療者側の意見が中心になっていないか、場面場面で注意したが、この機会に反省も含めてこの検討会で議論していただければ幸いです。
- 2018年厚生労働省:「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と改訂されました。「最後まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、『終末期医療』から『人生の最終段階における医療・ケア』へ名称の変更」など多くの改定が盛り込まれました。
- ガイドラインでは一人ひとりの命の終わり方についてさまざまなことへの配慮がされていますが、医療の現場で必要な、いつ、どこで、誰が、どのようになったとき、人生の最終段階なのか、特に非がん疾患において曖昧なままです。今後の実践を通じて最善を模索することが重要です。
- 2017年に日本呼吸器学会から発表された「成人肺炎診療ガイドライン2017」では誤嚥を繰り返す患者さんや、臨床背景から“終末期”とコンセンサスが得られた患者さんの肺炎に対して、QOLや患者の意思を尊重して「積極的な治療を差し控える」ことも提示されています。しかしながら、ケアの定まったものがあるわけではないことから、緩和ケアの視点から、終末期の肺炎に対するケアについて事例を積み重ねる必要があると思われます。

# 最後の肺炎を迎えたときに何をすべきか 緩和ケアの観点から

---

## 輸液をどうするか？

- 終末期患者に関する多くの臨床研究から、積極的な輸液は患者のQOLを改善しないことが分かっている。

(Daris M:Stopping nutrition and hydration at the end of life.In:Up To Date.Post TW (ED).UpToDate,Waltham.MA.Accessed on September 14,2018)

- 気道分泌に関しても同様に、積極的な輸液を行っても気道分泌増加によるドレナージ効果はない。

(Morita T.Hyodou I,Yoshimi T,et al:Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer Patients with abdominal malignancies.Ann Oncol,16(4),640-647,2005.)

- 積極的な輸液は生命予後を改善するわけではないことが無作為化比較試験の結果から明らかになっている。

(Bruera E,Hui D,Dalal S,et al Parenteral hydration in patients with advanced cancer : A multicenter,double-blind,placebo-controlled Randmized trial.Jclin Oncol,31(1),111-118,2013)

- 肺炎の有無にかかわらず、臨床的に終末期と考えられる患者の診療にあたっては、積極的な輸液は控えるのが無難。

- 実臨床では多くとも1号補液や5%ブドウ糖500ml/日程度の輸液量に留めておくことが望ましい。

## 家族から「輸液をしてほしい」と言われたら

- ・家族の「輸液をしてほしい」の希望の裏側にある思いを推し量ることが必要。家族のなにもしないことへの罪悪感。文字通り「輸液をしてあげる」が真に求められたケアではない可能性があることに十分注意する必要がある。
- ・こういった背景から家族がその言葉を表出しているのか探ることからはじめる。  
「どうしてそう思われたのですか？」の質問が有効。
- ・その思いに応えるために必要なことは何かを一緒に考えることがケアにつながる。
- ・点滴をしても体の中で水ばかり増えてかえって負担になること。栄養をいれても体の中でエネルギーに変える力はなくなっていることなどを説明する。
- ・本症例では、持続皮下点滴で結果的に夫の死を受け入れる準備期間を確保でき、穏やかな別れを実現できた。

## 呼吸困難や咳嗽に対するオピオイド

- オピオイドは呼吸困難や咳嗽など、患者の主観的な気道症状を緩和する手段として有効。
- 肺炎を伴っている場合、オピオイドは薬理学的に鎮咳作用があるため、喀痰によるドレナージを阻害する懸念があるため、その適応は慎重に(とくに呼吸困難に対して効果の高いモルヒネは鎮咳作用も強い)。
- 著しい呼吸困難の緩和が難しく、臨床的にも終末期であることが多くの医療者からみて容認できる場合は、苦痛緩和を優先してオピオイドを使用することを考慮してもよい。
- 保険適応上、オピオイドは「激しい咳嗽発作」に対して適応があり、呼吸困難に適応があるわけではないので注意が必要。
- オピオイドを必要以上に増量しても症状緩和が期待できないときは、非薬物療法の見直しや抗不安薬の併用も考慮する。

# 吸引

- 死前喘鳴;終末期の肺炎では下気道からの分泌物に加え、口腔内の分泌物が呑み込めないことで生じるのどもとで聞こえるゴロゴロ音。

- 死前喘鳴では、吸引でも十分に分泌物を取りきることは難しい。吸引するとしても、咳嗽反射を誘発するほどの辛い吸引を繰り返すのではなく、反射を惹起しない程度のやさしい吸引にとどめる。

- のどがゴロゴロする理由や、「亡くなる前の自然な現象であること」を家族に伝えることで、寄り添う家族の精神的苦痛の軽減につながる事が期待される。

- 薬物療法として、積極的な使用が推奨されているわけではないが、抗コリン薬(ハイスコやブスコパンなど)を用いることもある。

## 家族ケア

・ケアの対象は患者に限らない。愛する人との死別を経験することになる家族は“第2の患者”であり、彼らの支援もまた、医療者・介護スタッフにとって重要な課題である。家族ケアは患者の死後、家族が故人のいない世界へ適応していくことを支えることにもつながる（ビリーブメントケア、あるいはグリーフケア）。

・ビリーブメントケアが行われるのは患者が亡くなった後とは限らず、患者が死に向かう過程ですでに家族の喪失による悲観は始まっているため、家族によっては同時進行のサポートが効果をもたらす。

・患者との死別を家族が望む形で迎えられるように援助していくことがそのまま家族ケアにつながる。

・看病疲れがある家族には休息を勧めることも重要。「なにもしてあげられない」と感じている家族には、そばに寄り添うことの価値を伝えてあげることが新たな価値を生む。