

在宅等における高齢終末期がん患者や慢性進行性疾患患者に対して
病院が行うべき支援のあり方に関する研究 (23-21)

主任研究者 西川 満則 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部・
呼吸機能診療科、緩和ケア診療部、病院在宅連携医療部 (医師)

研究要旨

本研究は、モデル的な在宅医療、終末期医療の提供体制の構築と関連して実施された研究である。背景は、高齢者のがんや慢性進行性疾患患者の居住系施設を含む在宅における苦痛緩和や意思決定支援が終末期医療のバリアになっていることであり、目的は、これらに関連して病院が行うべき支援のあり方を明らかにすることであった。研究班において、苦痛緩和については、西川が呼吸困難に、松浦が栄養に、村上が疼痛に焦点をあてて現状の介入ポイントを抽出した。意思決定支援については、西川が居住系施設の看取りに関する予備的検討を行い、介入方法を考案した。苦痛緩和に関しては以下の結論に至った。呼吸困難、栄養、疼痛に関連した苦痛症状の緩和において、非がん性呼吸困難に対するモルヒネの保険適応、呼吸困難、栄養、疼痛に関する普及教育、治療デバイスの普及が重要な介入ポイントであると結論した。意思決定支援については、介入方法は以下の3つの戦略が重要であると結論した。Optimized strategy：居住者や家族が望まない医療処置を選択しないことを許容すること、Proactive strategy：アドバンス・ケア・プランニングに関する講義を行い、早い段階から看取りについて考える機会を提供すること、Reactive strategy：特定の看護師が日常生活動作の低下傾向にある虚弱な居住者を選択した後に、系統的カンファレンスを行うこと、これら3つの戦略からなる介入方法を考案した。

主任研究者

西川 満則 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部・呼吸機能診療科、緩和ケア診療部、病院在宅連携医療部 (医師)

分担研究者

松浦 俊博 国立長寿医療研究センター 消化機能診療部 (部長)

村上 敏史 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 (医師)

A. 研究目的

研究の背景は、高齢者のがんや慢性進行性疾患患者の居住系施設を含む在宅における苦痛緩和や意思決定支援が終末期医療のバリアになっていることである。研究の目的は、これらに関連して、苦痛緩和の問題点を明らかにして介入ポイントを抽出し、意思決定支援の介入方法を考案する中で、病院が行うべき支援のあり方を明らかにすることであった。

B. 研究方法

西川は、高齢者の終末期において、がんや非がん性慢性進行性疾患において呼吸困難の緩和が重要だと言われているが、非がん疾患では欧米諸国では通常で使用されているモルヒネの使用が普及していない現状を鑑み、在宅療養支援診療所医師に対して、モルヒネの

使用の認識に関するインターネット調査を行った。

松浦は、高齢者の終末期において、特に消化器疾患を有する患者の終末期において、経口摂取不能となる場合に補液が必要となる場合がほとんどである現状を鑑み、国立長寿医療研究センター消化器科に、入院している主な要因が輸液で、それ以外の症状は内服加療などで比較的安定している患者であるが、在宅補液の導入が難しかった症例を検証して、その問題点を整理しその解決法を検討した。

村上は、国立がん研究センター入院中に緩和医療科に診療依頼が出された症例の患者背景、介入期間、介入終了時の状況、症状マネジメントの状況、介護できる成人同居人の人数について後ろ向きの実態調査を行うことで、高齢がん患者の在宅移行の実態と家族の介護力や症状マネジメントの状況などを明らかにした。2008年4月1日より2011年12月31日までに緩和医療科に診療依頼が提出された国立がん研究センター入院中のがん患者 1188人を対象とした後ろ向き調査を行った。

また、西川らは特定の居住系施設（特別養護老人ホーム）の施設管理者、看護師、ソーシャルワーカー、国立長寿医療研究センターのエンド・オブ・ライフケアチームのメンバーとカンファレンスを重ねる中で介入方法の素案を考案した。

（倫理面への配慮）

アンケート調査については、いかなる個人情報も外部にもれないように細心の注意がはらわれた。後ろ向き調査で得られた調査内容については、患者が特定できないように、研究に関する倫理指針、臨床研究に関する倫理指針を遵守した。名前と診療番号は表により施設症例番号と連結させ、照合表は施設で管理した。研究担当者は、個人を識別することが不可能な連結可能匿名化をはかった。照合表は副院長が管理した。したがって、当研究によって対象者が社会的不利益を受けることはないと考えられた。研究成果の公表にあたってプライバシーが公表されることはなく、対象者個人の情報としてではなく、全体のまとめとして発表が行われた。

C. 研究結果

西川は、以下の結果を提示した。在宅療養支援診療所にインターネットアンケート調査を行い、220件から回答を得た。結果としては、非がん性呼吸困難に対してモルヒネの使用経験は22.9%と低値であったが、がん患者の呼吸困難に対するモルヒネ使用の教育歴のある在宅療養支援診療所医師は、教育歴のない医師に比して、非がん性疾患の呼吸困難に対するモルヒネの使用経験が多かった。また、非がん性疾患に対する保険適応が認められれば、呼吸困難に対してモルヒネを使用すると考える医師は、保険適応がなくてもモルヒネを使用する医師に比して有意に多かった。

松浦は、以下の結果を提示した。対象は、過去3年間で以下の要件を満たす症例のうち、在宅補液の導入が難しかった75歳以上の後期高齢者の12症例を抽出し検討した。（要件1. PS \leq 2であること、要件2. 生命予後として一ヶ月以上の在宅輸液が可能と考えられる患者、要件3. 心、腎機能が比較的安定していて、過剰輸液の症状が出にくい患者、要件4. 輸液によりある程度のQOLの改善が期待できる患者、要件5. 訪問医療などのバックアップ体制が整ったなど項目を満たす患者）その結果は、在宅補液導入困難の理由として、独居が3例、高齢夫婦のみの家族が4例、癌が未告知で同意が得られなかった2例、施設入居者2例、その他1例であった。また、10例で患者自身が在宅補液を希望されて

いた。

村上は、以下の5つの結果を提示した。1. 75歳以上の高齢者では75歳未満の若年者と比較して転院を選択することが多く、在宅移行例における介入期間が長くかかる。2. 在宅移行例は転院症例と比較して疼痛以外の問題症状の合併率は低く、呼吸困難やせん妄が持続している症例での在宅移行率が低い。3. 同居成人の人数別比較では、同居人数が1名以下では在宅移行率が低い、2名以上だと在宅移行率が高くなる。在宅移行の阻害要因としては病状、介護力、病院側の要因があげられる。後者については、メディカルソーシャルワーカーの介入、受け入れ先の選択、使用薬剤、使用デバイスなどの要因があった。

西川は、意思決定支援については、介入方法は以下の3つの戦略が重要であると考えた。Optimized strategy: 居住者や家族が望まない医療処置を選択しないことを許容すること、Proactive strategy: アドバンス・ケア・プランニングに関する講義を行い、早い段階から看取りについて考える機会を提供すること、Reactive strategy: 特定の看護師が日常生活動作の低下傾向にある虚弱な居住者を選択した後に、系統的カンファレンスを行うこと、これら3つの戦略からなる介入方法を考案した。

D. 考察

以上の結果より、各分担研究者は以下のように考察した。

西川は、がんの呼吸困難に対する症状緩和の教育が、非がん性疾患に対しても有用であり、保険適応が認められれば在宅療養支援診療所医師は非がん性呼吸困難にたいしてモルヒネを選択する可能性が高いと考察した。

松浦は、正確な情報によるインフォームドコンセントが必須であることが再認識させられると同時に、近年の核家族による介護者不在が在宅補液の導入を困難にしている実態が浮き彫りとなったと考察した。また、在宅においても栄養補給が良好に行えれば、とくに高齢者においては、病気の進行が緩徐のこともあり、在宅での比較的安定した長期療養が可能であると考えられ、患者のQOL、ADL向上を図る意味でも、在宅輸液にたいするインフォームドコンセントと患者／家族の不安解消のための指導、および介護者が不在あるいは高齢者でも安心できる体制作りを整備する必要があると考察した。

村上は、疼痛そのもののコントロールだけでなく、問題となる症状の合併が在宅移行への選択的阻害要因であり、特に呼吸苦やせん妄などが問題となるため、身体症状のコントロールのみならず、せん妄などの精神症状を適切に評価・対処できる精神科医の存在が不可欠であり、在宅医療の場に精神科医を今後増やす必要があること、同居人数がゼロまたは少ないと介護力の低下につながり、在宅移行への障壁となる。また、これらを理由に転院を希望する患者が少なくないため、介護力の低い独居または老老介護となっている状況でも在宅移行を円滑に進めるためには、身体症状のマネジメントは必須だが、更に介護力をカバーするような具体的なアクション、制度、システムづくりが必要であること、これらの構築により最初から転院希望であった症例においても転院を選択する理由が解消され、より在宅に移行しやすい環境となることが期待されることを考察した。

西川は、意思決定支援について3つの戦略の重要性について考察・考案した。

E. 結論

苦痛緩和に関しては、呼吸困難、栄養、疼痛に関連した苦痛症状の緩和において、非がん性呼吸困難に対するモルヒネの保険適応、呼吸困難、栄養、疼痛に関する普及教育、治

療デバイスの普及が重要な介入ポイントである。意思決定支援については、3つの戦略からなる介入方法を考案した

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

平成 23 年度

1. 論文発表

(西川満則)

1. 高齢者総合機能評価とがん医療～アドバンス・ケア・プランニングによる治療選択と在宅緩和ケア～西川満則、三浦久幸、松浦俊博、武田淳、芝崎正崇、千田一嘉、洪英在、横江由理子、久保川直美、奥村直哉、中島一光、癌と化学療法 2011 年 10 月第 38 巻 (第 10 号) 1577-81

(松浦俊博)

1. 松浦 俊博 : 「高齢がん患者に対する治療選択に影響する因子～内科医の立場より」; 日本老年泌尿器科学会 巻: 24 頁: 26 (2011)

2. 洪 繁、木村 宏之、松浦 俊博、京兼 和宏、山田 理、後藤秀実、機能的消化器疾患の診断及び治療効果判定における Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) の有用性; 消化器科 (in press)

(村上敏史)

なし

2. 学会発表

(西川満則)

1. Advance care planning in Japanese nursing homes

Nishikawa M, Nakashima K, Miura H, Endo H, Toba K

2nd ACPEL conference London, BMJ Support Palliat Care 2011;1:94

2. Investigation on the use of advance directives for patients attending a hospital in Japan

Miura H, Nishikawa M, Nakashima K, Hong YJ, Detering K, Jones D, Silvester W

2nd ACPEL conference London, BMJ Support Palliat Care 2011;1:99

3. 在宅緩和ケアにおける意思決定支援と技術支援～医療依存度の高い在宅医療にどう向き合うべきか～ (シンポジウム)、西川満則、久保川直美、奥村直哉、横江由理子、洪英在、三浦久幸、中島一光、第 21 回日本医療薬学会 神戸 2011 年 10 月

在宅緩和ケアにおける苦痛緩和と意思決定支援～在宅医療を支援する病院が薬剤師に期待すること～ (シンポジウム)、西川満則、久保川直美、奥村直哉、洪英在、三浦久幸、中島一光、第 5 回日本緩和医療薬学会 千葉 2011 年 9 月

4. 多様な療養の場における End of life care の実践～特別養護老人ホームにおける緩和ケア～入居者・家族の意思決定支援～ (ワークショップ) 西川満則、吉田康男、山本清美、川野三加、菊池伸枝、安井美緒、山内麗子、三浦久幸、遠藤英俊、中島一光

第 16 回日本緩和医療学会学術大会 札幌 2011 年 7 月

5. 国立長寿医療研究センターにおける高齢者の在宅医療と緩和ケア推進の試み (ミニフォー

ーラム)、中島 一光、西川 満則、洪 英在、松浦 敏博、横江 由理子、尾崎 充世、久保川直美、奥村 直哉、三浦 久幸、鳥羽 研二、第 22 回日本在宅医療学会 名古屋 2011 年 6 月

6. 高齢患者の意思の尊重とエンドオブライフケアにおける医療者の役割、横江由理子、尾崎充世、庄司吉昭、三浦久幸、西川満則、中島一光、第 16 回日本緩和医療学会 札幌 2011 年 7 月

7. 在宅緩和ケアにおける薬-薬連携に向けての取り組み、久保川直美、奥村直哉、西川満則、中島一光、三浦久幸、第 5 回日本緩和医療薬学会 千葉 2011 年 9 月

8. 在宅医療支援病棟における在宅支援システムと今後の課題、洪英在、三浦久幸、瀬瀬伸子、石川真理子、中村孔美、中島一光、西川満則、新畑豊、第 53 回 日本老年医学会 東京 2011 年 6 月

(松浦俊博)

1. 奥村直哉、久保川直美、榊原早苗、松下智美、勝見章、松浦俊博、野呂岳志、高齢者施設における外来化学療法室の現状、第 9 回日本臨床腫瘍学会総会、横浜 2011 年 7 月

2. 佐藤はるか、伊藤豊美、高木茜、松浦俊博、高齢者が理解しやすい全身倦怠感に関する評価スケール表の作成、第 16 回 日本緩和医療学会学術大会、札幌 2011 年 7 月

(村上敏史)

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし