

「超高齢社会」「需要爆発」「多死社会」という未曾有の事態に直面して

非がん緩和ケアとしての認知症ケア

在宅症例を通して考えたこと

旭町内科クリニック 森岡 明

八幡浜市から来ました旭町内科クリニックの森岡でございます。

本日は、このような場で発表させていただける機会をいただきまして、谷向先生はじめ関係された方々にお礼申し上げます。

私は、南予の八幡浜で開業医として在宅医療、外来診療を通じて認知症の方と関わる機会が多くあり、その経験から最近考えたことをお話しさせていただこうと思います。

在宅がん緩和ケアにも取り組んでいることから、がんの方に緩和ケアの方法論が確立しているのなら、同じように非がん疾患、とくに認知症のケアにおいても同じような思想が求められるのではないかと常日頃考えているところであります。そのような観点からお話させていただこうと思います（スライド1）。

< 2015.9.19(土) 愛媛認知症サミット >

「超高齢社会」「需要爆発」「多死社会」という未曾有の事態に直面して

非がん緩和ケアとしての認知症ケア

在宅症例を通して考えたこと



<在宅医療支援診療所>
旭町内科クリニック
森岡 明

日本内科学会総合内科専門医
日本プライマリケア連合学会認定医・指導医
日本プライマリケア連合学会認定医副指導医
厚生労働省認知症対応サポート医
日本心療内科学会 登録医
日本老年医学会 登録医
日本心身医学会 登録医

(スライド1)

【症例】95歳、男性、混合型認知症

【病歴】平成24年4月、介護保険認定のため受診。諸検査より混合型認知症と診断。それ以後は受診せず経過。要介護1。
平成25年2月20日初診。
独居で、猫2匹と暮らしている。身寄り、義理の甥(妻の妹の子)で唯一の親戚になる。高齢と物忘れが進行し、かかりつけ医を持っておきたいとの希望で受診された。中年期から株取引で銀行に行くのが趣味だが、受診当時は取引はしないう銀行に行くのが日課だった。
失禁もあり尿臭がつねにしていた。その後衰弱が進み、平成25年9月肺炎で入院するも夜間せん妄や治療への抵抗が激しく、CRPが改善したところで退院。この入院ですい臓がんが発見されたがこれについては緩和ケア主体に対応することになった。
平成25年10月より在宅医療を開始。
介護保険;区分変更:要介護9へ。
老衰も進み、毎日1日3回の身体介護、週2回の訪問看護、2週に1回の訪問診療、甥が経営する会社の職員が1日1回見守りに訪問。隣の方も1日1回は気にかけて声をかけるなど、包括的ケア計画を実施。
平成26年1月下旬ころから食事も極端に少なくなり、本人は相変わらずどうもない」というものの衰弱は確実に進行。2月18日、見かねた甥が自宅に転居させた。その後、静かに衰弱は進行し、2月21日午前8時20分に永眠された。

(スライド2)

まず、症例を提示させていただきます。

95歳、男性、混合型認知症の方です。

平成24年4月、介護保険認定のため受診。諸検査より混合型認知症と診断。それ以後は受診せず経過。要介護1。

平成25年2月20日初診。

独居で、猫2匹と暮らしています。身寄り、義理の甥(妻の妹の子)で唯一の親戚にあたります。高齢と物忘れが進行し、かかりつけ医を持っておきたいとの希望で受診されました。中年期から株取引で銀行に行くのが趣味でしたが、受診当時は取引はし

ないが銀行に行くのが日課でした。

失禁もあり尿臭がつねにしておりました。その後衰弱が進み、平成 25 年 9 月肺炎で入院するも夜間せん妄や治療への抵抗が激しく、CRP が改善したところで退院。この入院ですい臓がんが発見されましたがこれについては緩和ケア主体に対応することになりました。平成 25 年 10 月より在宅医療を開始。

介護保険；区分変更：要介護 3 へ。

老衰も進み、毎日 1 日 3 回の身体介護、週 2 回の訪問看護、2 週に 1 回の訪問診療、甥が経営する会社の職員が 1 日 1 回見守りに訪問。隣の方も 1 日 1 回は気にかけて声をかけるなど、包括的ケア計画を実施。

平成 26 年 1 月下旬ころから食事量も極めて少なくなり、本人は相変わらず「どうもない」というものの衰弱は確実に進行。2 月 18 日、見かねた甥が自宅に転居させました。

その後、静かに衰弱は進行し、2 月 21 日午前 8 時 20 分に永眠されました。

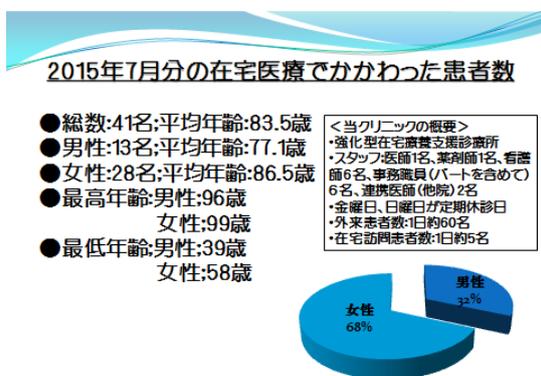
この症例をなぜ先に提示したかといいますと、これから次のスライドの説明にあたっての問題提起と考えていただければ幸いです（スライド 2）。

私のクリニックの概要を含めて、今年度 7 月に在宅医療・訪問診療で関わった患者様の数です。約 1 ヶ月に 40 名から 45 名の方のお宅に月 2 回訪問しております。性別・年齢分布などはご覧の通りで、男性が 32%、女性が 68% をそれぞれ占め、女性の方が男性より長寿ということもあってか、圧倒的に女性が多い傾向にあります。

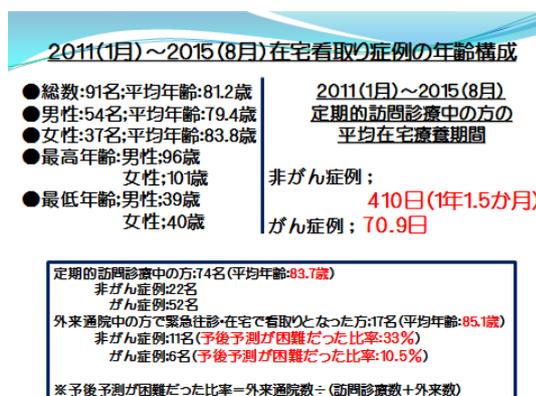
男性の平均年齢は 77.1 歳、女性の平均年齢は 86.5 歳を示しております。

最高年齢では男性が 96 歳、女性が 99 歳、最低年齢では男性が 39 歳、女性が 58 歳でした。

また、当院は強化型在宅療養支援診療所でありまして、スタッフは医師 1 名、薬剤師 1 名、看護師 6 名、事務職員（パートを含めて）6 名、連携医師（他院）2 名、金曜日、日曜日が定期休診日、外来患者数は 1 日約 60 名、在宅訪問患者数は 1 日約 5 名であります（スライド 3）。



(スライド 3)



(スライド 4)

当院は2011年1月1日に開業しましたが、今年の年末で満5年になります。

2011年（1月）～2015年（8月）在宅看取り症例の年齢構成を示したものです。

4年8ヶ月での看取り総数は91名で平均年齢は81.2歳です。内訳は男性が54名で平均年齢は79.4歳、女性は37名で平均年齢は83.8歳でした。最高年齢は男性が96歳、女性が101歳、最低年齢は男性が39歳、女性は40歳でした。

2011年（1月）～2015年（8月）定期的訪問診療中の方の平均在宅療養期間は、非がん症例で410日（1年1.5か月）、がん症例では70.9日を示しました。

そこで、在宅医療を看取りまで継続するためには、ある程度の予後の予測が立たないと在宅での介護を継続するご家族の不安をぬぐいきれず、経過中急性期の病院へ入院、結局は病院でお亡くなりになるケースが多くあります。

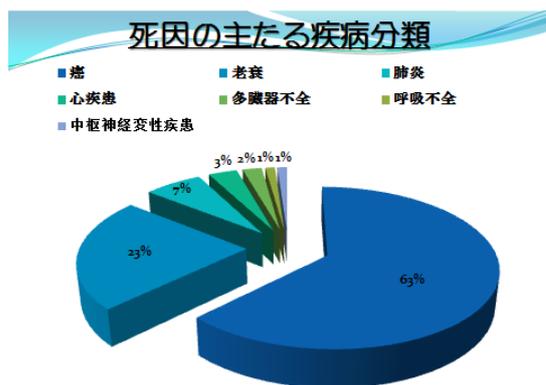
そこで、私の試みではありますが、予後予測が困難だった比率を、訪問診療中である程度予後が予測された方と予後予測が不可能で外来通院、突然の往診依頼後亡くなられた方との比をもって予後予測が困難だった比率を以下の計算式で算出しました。

予後予測が困難だった比率＝外来通院数÷（訪問診療数＋外来数）

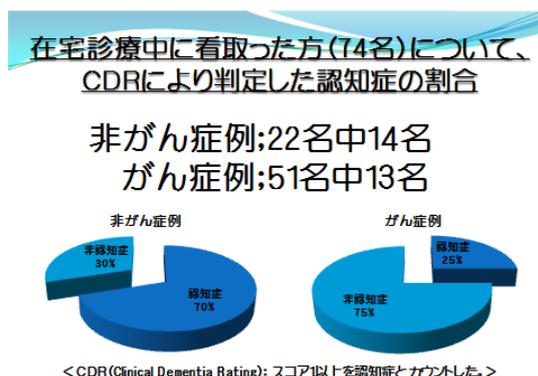
これを計算すると、がん症例では予後予測が困難だった比率が10.5%であったのに対して、非がん症例では予後予測が困難だった比率が33%を示しました。

このことは、非がん疾患の方の予後予測ががんの方の予後予測と比べて約3倍難しいことを物語っていることとなります（スライド4）。

次に、在宅看取り症例91例の主たる疾病を分類したもののグラフです。がんが63%を占めトップですが、続いて老衰が23%、その次に肺炎、心疾患、多臓器不全、呼吸不全、中枢神経変性疾患と続きます（スライド5）。



（スライド5）



（スライド6）

計画的に在宅診療中に看取った方74名についてCDRを使用してスコア1以上を何らかの認知症ありと判定した方々の割合を示しました。

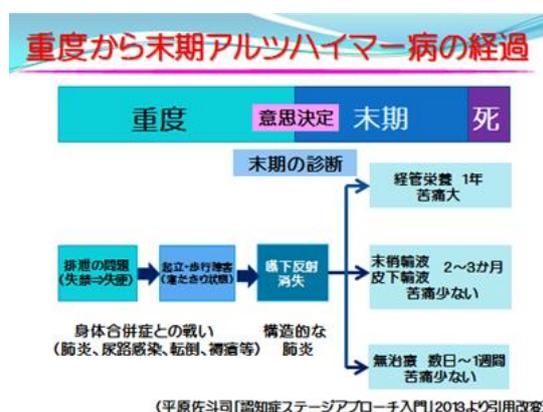
非がん症例では70%の方に何らかの認知症ありと判定されました。それに対して、がん症例では25%が認知症ありと判定されました。非がん症例ではがん症例の約3倍認

知症の方を含んでいることとなります。したがって、とくに非がん疾患の方を在宅診療するとき常に認知症を念頭に置きながら、診療内容を細かくご本人・ご家族の意向を尊重しながら進めていかなければなりません（スライド6）。

このスライドは、アルツハイマー病の自然経過を示したものです。従来ADでは、病識がないと思われていましたが、早期のAD患者さんでは、家族が気づく前に患者さん自身が自分の中で起こっている変化に気づいていることが多いと言われています。自分の中に何かまずい状況が起こっていると気づき、不安になります。一方でその理由づけを行い（取り繕い）、ときに否定しつつも、やがては病気ではないかと確信することになります。軽度の時期は、数分前から数日前の近時記憶の障害が主体の時期で、生活の障害を認めるようになります。軽度から中等度に進行するにつれ、記憶障害は近時記憶から、即時記憶や遠隔記憶へと進んでいきます。見当識障害は、時間、場所、人の順に障害されます。中等度の時期は、日常生活の機能が次々と失われていき、やがて生活全般にケアが必要な状態となります。ADが重度の時期になると、身体合併症との闘いが始まります。この時期になると、肺炎などの感染症や転倒・骨折などの急性疾患が急増し、全身管理や身体症状の緩和が重要となります。AD発症後約7年で失禁が出現し、その後しばらくすると歩行障害が出現、最後の半年から2年は寝たきりで過ごすこととなります。多くの場合、このタイミングで診療形態が外来から訪問診療に、ケア形態も通所主体から訪問サービス主体に移行します（スライド7）。



(スライド7)



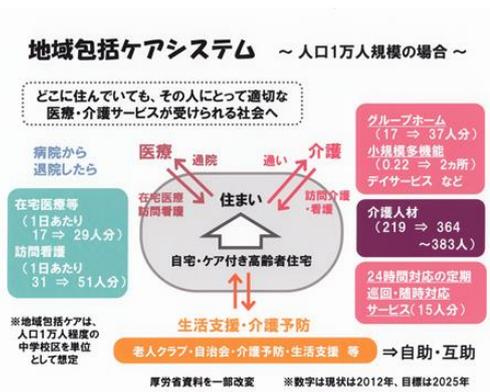
(スライド8)

合併症がない、純粋なADの自然経過では、重度の時期の身体症状は、排泄の障害→起立・歩行障害→嚥下障害の順で多くの場合出現します。それぞれの期間ないしは間隔は個人差が大きく、症例によってまちまちであります。

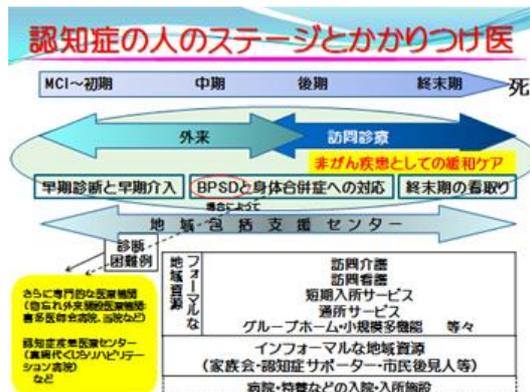
嚥下障害が極度に低下あるいは消失し、飲み込みができなくなると、治療に抵抗する誤嚥性肺炎を繰り返し、最後は治らない（構造的）肺炎と多臓器不全によって死に至ります。嚥下反射が消失し、経口摂取ができなくなった時点で、何もしなければ予後は1～2週間、末梢輸液や皮下輸液を行った場合は2～3か月以内、胃瘻などの経管栄養を行

っても1年で約半数が死に至るとされています(スライド8)。

そこで、2025年問題の解決に向けて国は、地域包括ケアシステムを全国の自治体に構築する方針です。それに呼応して、各自治体で地域包括支援センターを中心に地域の特性に合った形で様々な取組がなされています(スライド9)。



(スライド9)



(スライド10)

地域包括ケアシステムの中でも、認知症の人の関わり方をまとめたスライドであります。認知症では、先ほども述べましたが認知症のステージに応じてケアに工夫をしなければなりません。ステージが進行するにつれ、外来から在宅への流れに変化するにつれて、提供されるべきサービスについて工夫が必要となってきます。訪問診療となった段階で非がん疾患としての緩和ケアの視点が重要となってきます(スライド10)。

このスライドは、私たちが活動する八幡浜市での2009年認知症高齢者どこにいるの? ネットワーク「おじいちゃん、おばあちゃんになっても、そして少々ボケても住み慣れた八幡浜のまちを歩きたい!」のポスターであります。

八幡浜市では、月1回に認知症相談会、また2か月に1回「認知症ケアパス」作成委員会を開き八幡浜市独自の認知症ケアパス作成に向けての作業が鋭意進行中です(スライド11)。



まとめ

- 多くの報告によれば、2025年には65歳以上の認知症の人は5人に1人、65歳以上でがん罹患する人は2人に1人、65歳以上で独居の人は3人に1人と推計されます。
- この推計に従えば65歳以上の人で30人に1人は独居で癌を併発した認知症の方となります。
- 冒頭で提示した症例がその典型であり、認知症の人のステージに応じたケアプランと包括的ケアのために多専門連携・協働・協学を推進する必要があります。
- 在宅診療の現場で、非がん疾患の方、特に身体合併症のある認知症の方の予後予測は先の見えない介護からの脱却を意味しており、より安心・充実した介護を続けるためにも、今後予後予測のためのツールを作り上げていかなければならないでしょう。
- 認知症の方は、過去が無くなると同時に未来の概念もない世界で生きています。このことから、倫理的に「緩和ケア」が提供されるべき「唯一のケア」であり、非がん疾患としての認知症ケアの実践と方法論の開発や制度的課題の解決が望まれます。

ご清聴ありがとうございました

(スライド 11)

以上、まとまりのないお話をしてしまいましたが、あえてまとめさせていただきます。多くの報告によれば、2025年には65歳以上の認知症の人は5人に1人、65歳以上でがん罹患する人は2人に1人、65歳以上で独居の人は3人に1人と推計されます。この推計に従えば65歳以上の人で30人に1人は独居で癌を合併した認知症の方となります。

冒頭で提示した症例がその典型であり、認知症の人のステージに応じたケアプランと包括的ケアのために多専門職連携協働・協学を推進する必要があります。

在宅診療の現場で、非がん疾患の方、特に身体合併症のある認知症の方の予後予測は先の見えない介護からの脱却を意味しており、より安心・充実した介護を続けるためにも、今後予後予測のためのツールを作り上げていかなければならないでしょう。

認知症の方は、過去が無くなると同時に未来の概念もない世界で生きています。このことから、倫理的に「緩和ケア」が提供されるべき「唯一のケア」であり、非がん疾患としての認知症ケアの実践と方法論の開発や制度的課題の解決が望まれます。

ご清聴ありがとうございました。

(スライド 12)