

在宅医療におけるエンド・オブ・ライフの様相の研究

吉田 賢史

医療法人社団公朋会 西嶋医院

【スライド1】

まず始めに、今回の研究に助成いただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団様に感謝申し上げたいと思います。

【スライド2】

私どもは、主に臨床で看取りを行っている者です。その対象となる方々が、さまざまな疾病によって、どのように生活機能、ADLに変化を来し、また、どの程度の予後が見込まれるのかということを常に考えながら臨床をしています。それを裏付けるデータがほとんどないのが実態です。

介護保険の給付は、評価時点での状態で決定されていることが多いのではないかと思います。介護保険は本来、恐らく徐々に弱っていく方をまず念頭に置いて考えられた制度だったと思うのですが、そこにがんをはじめとしたさまざまな疾病によってADLが低下した人たちが入ってくることによって、なかなか合う部分と合わない部分とが出てきていると考えています。

この会場には緩和ケアや看取りを扱う分野でない方のほうが多いと思いますので、簡単に、我々の今回の研究の背景をご説明させていただきたいと思います。

緩和ケアでは、2000年に至るまでに、がんに関しては多くのことが分かってくるようになりました。その結果、がんはADLがかなり最後の時間まで保たれていて、最後の数カ月で急速に衰えるということが分かるようになってきました。ところが、がん以外の疾病にも緩和医療が考えられるようになってきた辺りで、その非がんの方々の最期はどのように迎えるのかということがあまり分かっていないということで、その点に急速に関心が高まってきました。

スライド 1

在宅医療における End Of Lifeの様相

医療法人社団公朋会 西嶋医院

吉田 賢史

共同研究者: 小野沢 滋 松尾 恵太郎
小柳 友理子 大川 薫

スライド 2

背景・目的

高齢者が種々の疾病によって

- ・ どのように生活機能の変化を来すのか？
- ・ どの程度の予後が見込まれるのか？

介護する上で重要だが、殆ど知られていない。

そのため、介護保険給付額は
評価時点の状態で決定されていることが多い。

【スライド3】

2000年代初めの頃に、死亡のパターンはこの4つの図のように大まかに分類されるといった仮説が提唱されました。

左上が急死です。右上が悪性腫瘍によって亡くなる場合です。これも比較的ADLが保たれていて、急速に下がるという状態です。左下は臓器不全、呼吸不全や心不全等で亡くなる場合の亡くなり方で、これはADLが比較的保たれていた状態から急速に、例えば急性増悪によって急速に

下がるけれども、持ち直すことでいったん戻る。だけど元のベースにはなかなか戻らずに少し弱って、また時間がたつと、また急性増悪によって急速にADLが落ちて、また改善するけれども、さらに以前よりも衰えるということを繰り返して、いずれ亡くなると考えられるようになりました。

右下がFrailtyと書いてありますが、虚弱。認知症や脳梗塞もこのようになるのではないかと考えられています。

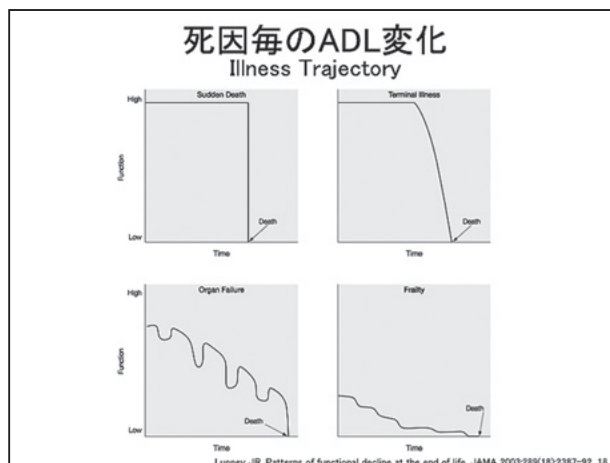
実際に、これを2000年代になって実証するような研究報告がなされるようになってきましたが、多くのものが最後の1年間に限って報告するもののみに、しかもそれは死因ごとにどのようなADL変化を来したかということを報告することがほとんどでした。

ですが、私たちが実際の臨床で「この方がどうなるのだろう」と考える対象は、この病気で亡くなるかどうかは確定していないけれども、この病気で明らかにADLが低下したという人たち、それぞれに関してです。ですので、私どもはそういった方々がどのような経過をたどるのかを明らかにしたいと考えました。

【スライド4】

私の現在の所属は町田市のクリニックですが、この研究を計画したときに、千葉県亀田総合病院という所で働いておりました。都心から車で2時間ぐらいですが、半ば陸の孤島のような所です。亀田総合病院は1000床規模の病院ですが、そこ以外にはほとんど大きい医療機関はなく、介護事業等の事業所もなかなかないので、ほとんど自前で訪問診療からケアマネジメントセンター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションといったものを

スライド3



スライド4

対象

- 2000～2009年に亀田総合病院在宅医療部でケアマネジメントを開始
- 定期的にADL評価が行われた
- ADL低下の主因疾患が診療記録で明らか
- 2015年までに死亡が確認されている
- 要介護となった主因疾患を5群に分類
(悪性腫瘍・臓器不全・神経疾患・筋骨格系疾患・高齢虚弱)

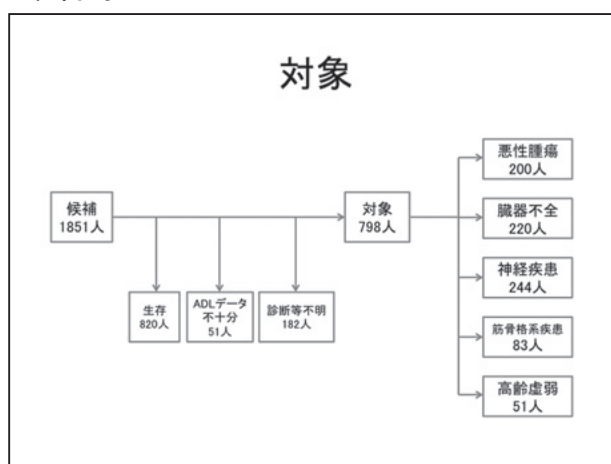
揃えてサービスを行っています。そういった方々が定期的にADL評価を受けていますが、それらのデータと病気が結び付いていなかったのもので、私どもはそこを結び付けて、今回研究としました。

2000年から2009年に亀田総合病院でケアマネジメントを開始して、定期的にADL評価を行った方、ADL低下の主因疾患がカルテで明らかにできる方を、3人の医師で「この疾患で明らかにADLが低下しただろう」というものを分類しました。それが5疾患で、悪性腫瘍、臓器不全、神経疾患…これは認知症や脳梗塞を含みます…、筋骨格系疾患…これはほとんどが大腿骨骨折ですが、その他、膠原病も入っています…、それから高齢虚弱です。

【スライド5】

この間に候補が1800人いました。生存820人としていますが、死が最終的に確認できなかった方が800人ほどおり、その他、データ等が不十分な方がいて、最終的に解析の対象にしたのは800人弱です。悪性腫瘍が200人、臓器不全が220人、神経疾患が244人、筋骨格系疾患が83人、高齢虚弱が51人です。

スライド5



【スライド6】

ADLの評価の基準も多々ありますが、私どもはケアマネジャーが行ったADL評価を基に、スコアを計算しています。

このケアマネジャーの評価の方法も幾つかあるのですが、私どもの施設では国際的な評価に耐えられるようなものということで、MDS-HCというものを利用しています。これはこの左側の10個の動作に関して、3日間、自立から全面依存まで点数を付けていきます。私たちは、これを合計して項目数で割った平均点を出してADLのスコアを見ました。

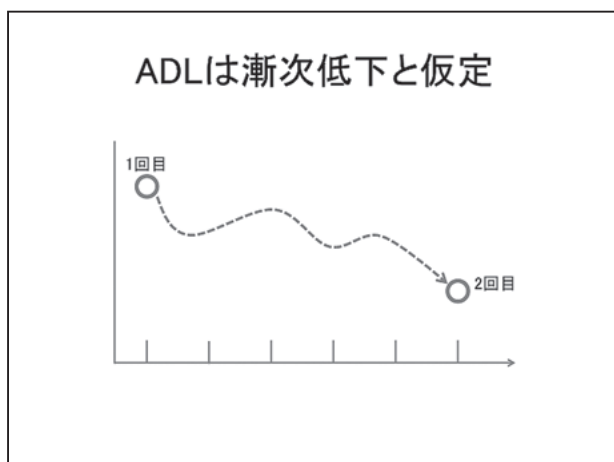
ちなみに、例えばここで言う「部分援助」というのは、「援助なしで50%以上自立」と書いてありますが、体幹を支えてあげれば着替えはほとんど自分でできるとか、そんな程度です。

最後の1年とかというようなこれまで行われてきた研究・報告では毎月ADLが評価されているのですが、私どもはケアマネジャーが行った評価基準にしています。これは最低6

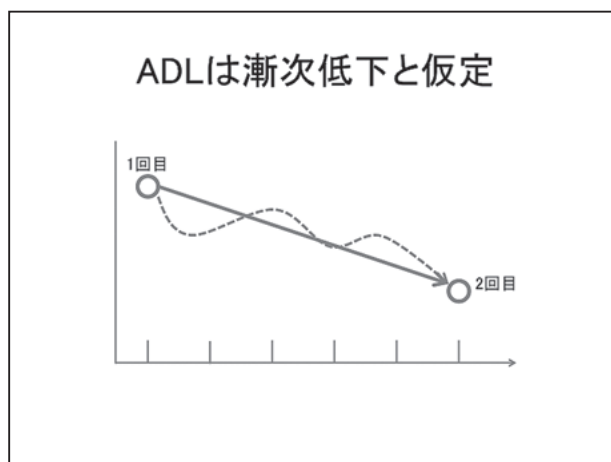
スライド6

ADL評価																																			
日本版MDS-HC2.0 (Minimum Data Set - Home Care)																																			
<table border="1"> <tr><th colspan="2">ベッド上の動作</th></tr> <tr><td>移乗</td><td></td></tr> <tr><td>屋内移動</td><td></td></tr> <tr><td>屋外移動</td><td></td></tr> <tr><td>上半身の着替え</td><td></td></tr> <tr><td>下半身の着替え</td><td></td></tr> <tr><td>食事</td><td></td></tr> <tr><td>排泄</td><td></td></tr> <tr><td>保清</td><td></td></tr> <tr><td>入浴</td><td></td></tr> </table>	ベッド上の動作		移乗		屋内移動		屋外移動		上半身の着替え		下半身の着替え		食事		排泄		保清		入浴		<table border="1"> <tr><td>0</td><td>自立</td></tr> <tr><td>1</td><td>準備のみ</td></tr> <tr><td>2</td><td>見守り・誘導</td></tr> <tr><td>3</td><td>部分援助(援助無しで50%以上自立)</td></tr> <tr><td>4</td><td>広範援助(援助有りでも50%以上自立)</td></tr> <tr><td>5</td><td>最大援助(援助有りでも50%未満の自立)</td></tr> <tr><td>6</td><td>全面依存</td></tr> </table>	0	自立	1	準備のみ	2	見守り・誘導	3	部分援助(援助無しで50%以上自立)	4	広範援助(援助有りでも50%以上自立)	5	最大援助(援助有りでも50%未満の自立)	6	全面依存
ベッド上の動作																																			
移乗																																			
屋内移動																																			
屋外移動																																			
上半身の着替え																																			
下半身の着替え																																			
食事																																			
排泄																																			
保清																																			
入浴																																			
0	自立																																		
1	準備のみ																																		
2	見守り・誘導																																		
3	部分援助(援助無しで50%以上自立)																																		
4	広範援助(援助有りでも50%以上自立)																																		
5	最大援助(援助有りでも50%未満の自立)																																		
6	全面依存																																		
最低6ヶ月毎 又は顕著なADL変化があった際に再評価																																			

スライド 7-1



スライド 7-2



カ月ごと、もしくはADLに大きな変化があったときに評価し直しているものです。

【スライド 7-1, 7-2】

大きな変動があるかもしれませんが、今回はこれを毎月で割って、直線的に低下、もしくは改善したというように考えました。

【スライド 8】

各疾患群の背景ですが、全体で年齢中央値が78歳、女性の割合が約半分ぐらいでした。

ここでは、筋骨格系が女性の割合が顕著に高いです。それから高齢虚弱で年齢中央値が顕著に高いです。

【スライド 9】

それでは生存曲線をお示しします。

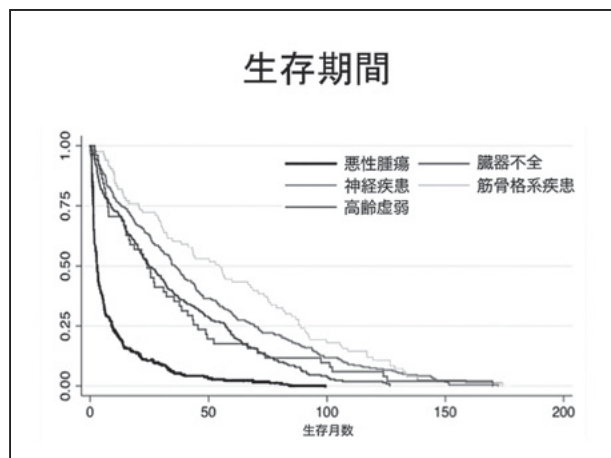
悪性腫瘍は、以前から知られているように、かなり急速に落ちて低下が見られています。筋骨格系疾患が最も生存曲線の落ちが緩くて、そのほか3つのものは、ほぼ同じような軌跡を示しています。

スライド 8

各疾患群の背景

	全体	悪性腫瘍	臓器不全	神経疾患	筋骨格系	高齢虚弱
人数	798	200	220	244	83	51
年齢中央値	78.2	76.1	77.9	78.2	80.4	84.7
女性割合	0.48	0.40	0.47	0.45	0.82	0.47
平均初回ADL	2.35	2.61	1.68	3.12	1.62	1.75
死亡までの期間中央値(月)	21.1	2.7	25.0	35.8	54.2	24.1

スライド 9



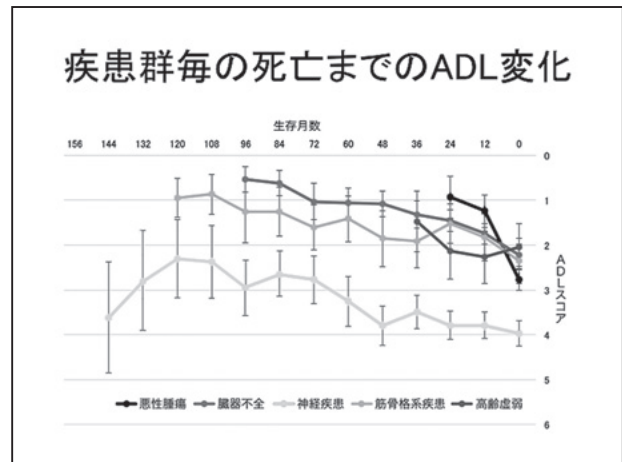
【スライド10】

疾患群毎の死亡までのADL変化の平均を見ました。

ここでは亡くなったところを0ヶ月として、最も低い点数、悪い点数が6点ですので、逆転させて数字を並べています。右側に行くほど参加者が多くなります。亡くなった時点を、この0ヶ月にそろえています。

そうすると、やはりがんが急速にADLが下がっています。あとは大体緩やかに下がっているのですが、神経疾患では総じてADLが低く、かつ長い経過と見られました。

スライド 10



【スライド11】

最後に私どもは、最初に介護保険を導入したときと、それから2回目のADLの評価の時点で低下が見られた方もしくは改善が見られた方が、死亡のリスクがどのように変わるのかということを見ました。

1回目と2回目で不変だった方を基準にすると、悪化した群で死亡のリスクが高まっていることが分かりましたが、改善が見られた群では有意差は見られませんでした。

スライド 11

ADLスコアの変化と死亡リスク

	悪化	不変	改善
症例数	110	304	66
粗ハザード比	1.39 (1.10-1.77)	1.00 (基準)	0.96 (0.72-1.27)
調整ハザード比①	1.47 (1.16-1.86)	1.00 (基準)	0.98 (0.74-1.30)
調整ハザード比②	1.50 (1.18-1.90)	1.00 (基準)	1.08 (0.81-1.43)

悪性腫瘍患者は除く
調整ハザード比① 年齢・性別で補正
調整ハザード比② 年齢・性別・主因疾患・初回ADLスコアで補正

【スライド12】

まとめです。

悪性腫瘍は急速にADLが悪化し、介護を受ける期間は短い。

非がん疾患ではADLが緩徐に悪化し、介護を受ける期間は長くなります。

介護保険導入当初の数ヶ月でADLが悪化した場合は予後が短い可能性がある。

疾病毎の見通しを踏まえて、診療・介護計画を今後考えていく必要があると考えられました。

スライド 12

まとめ

- 悪性腫瘍は急速にADLが悪化し、介護を受ける期間は短い
- 非癌疾患ではADLが緩徐に悪化し、介護を受ける期間は長い
- 介護保険導入当初の数ヶ月でADLが悪化した場合、予後が短い可能性
- 疾病毎の見通しの違いを踏まえて、診療・介護計画を考える必要がある

質疑応答

座長： まず非常に印象的なのは、在宅療養支援病院というのは2010年創設ですから、2000年から2009年という診療報酬の優遇がない時代ですよね。診療所は2005年からありましたが。ですから、今みたいな高い診療報酬の優遇がない段階で、こういうことをやられていたということです。それからもう一つは、介護保険の給付は将来を見越して決めるべきであるということです。例えば神経疾患だったら、今は少し悪くても、そう急に悪くならないから給付はほどほどにしておこうとか、がんだったら急激に悪くなるから、今はちょっと元気そうだけでも給付をたくさんしようとか、そういうところまで推し進めて考えておられると解釈してよろしいのですか。

吉田： そこを明らかにしたいと思って今回検討いたしました。

座長： 在宅医師が将来を見越して、治療を行ったり、介護給付の必要性も検討するということですね。

吉田： そうですね。各自治体でそれぞれ異なりますけれども、亀田病院のある自治体では、「末期がん」とついた方が介護保険を導入すると、給付額は最大となるように行政と折衝して決まっております。しかし、今、私が働いているクリニックの自治体ではまだ、「末期がんで、予後が2カ月から3カ月程度」と紹介状に書いてある方が、そこから介護保険申請して、1とか2といった介護度がつくことが、まれではありません。