

<特集>第19回日本在宅医療学会学術集会

## がんの在宅終末期ケア

—自律支援の視点から—

大岩 孝司\*

[*Jpn J Cancer Chemother* 35(Suppl 1): 94-96, December, 2008]

Home Palliative Care for a Terminal Stage Cancer Patient—A View Point of Autonomy Support: Takashi Oiwa (*Sakusabesaka-dori Clinic*)

### Summary

To recuperate from terminal stage cancer at one's dear old home is like a patient spending his time all day long with the family. Therefore, it is necessary for a patient to know his state of well being, and to comprehend how to cope with the expected change in cancer stages. In other words, the patient has to make his own decision as to what he wants to be cared for in the homecare environment, and he should provide information to the family and to caregivers. The author expresses such kind of a relationship as autonomy support, and it is an important viewpoint of home palliative care. Moreover, the idea of autonomy support was effective as well as relieving a severe pain of the disease from the patient. In our case for example, we experienced not only the amount of narcotic usage to control pain has decreased but the increase in narcotic amount at the near death period has also declined. In addition, we compared a home palliative care to a home recuperation of the senior citizen. As a result, the followings were emphasized: 1) In order to improve in the quality of home palliative care, it is important to catch the difference in subtle changes between the cancer patient and the senior citizen. 2) To note the problem of the sense of loss related to the welfare tools introduction. In this article, the problem of the cancer end stage caring was compared with the senior citizen homecare, and found that an autonomous support is clearly important. **Key words:** Home palliative care, Support of autonomy, Senior citizen home care

**要旨** がん終末期に住み慣れた家で療養することは、1日のほとんどの時間を患者と家族だけで過ごすということである。したがって、患者自身が自らの状況をよく知り、予想される病状変化についてどうすればよいかをわかり、対応できること、つまり自己決定ができるようなかわり、情報提供が必要である。筆者はこのようなかかわりを自律支援と表現し、在宅緩和ケアのたいへん重要な視点と考えている。また自律支援の考え方が苦痛症状の緩和にも有効である。自験例においても麻薬使用量の減少と、臨死期における麻薬使用量の増大が少なくなるという結果をもたらした。さらに、高齢者在宅療養との比較検討を行い、病状変化のとらえ方の違いと福祉用具導入などにかかわる喪失感の問題に留意することが、在宅緩和ケアの質の向上に重要であることを強調した。

本稿では、自律支援の視点の重要性を明確にし、さらにがん終末期ケアの問題を高齢者在宅ケアとの比較のなかで整理した。

### はじめに

本邦の緩和ケアは、欧米のホスピスが在宅支援を目的とするのと異なり、施設を中心に発展してきた経緯がある。在宅緩和ケアはこのような背景のなかで、在宅という療養の場と、症状緩和を目指す緩和ケアの間に必ずしも整合性があるとはいえない現状がある。このような背景が、がんで最後まで家にいることを難しくしている理由の一つといえる。今回は、在宅緩和ケアにおける自律

支援の意義を明らかにするとともに、高齢者の在宅ケアと比較検討するなかでその考え方の整理を試みた。

### I. 背景

**診療の目標:** 症状緩和と生活支援をとおして、生きることの支援をすること。

**実績:** 当院は、図1の診療体制で2001年以來、在宅緩和ケアに特化した診療を行ってきた。現在まで677人のがん患者の訪問を行い、582人を自宅で見取り、在宅死

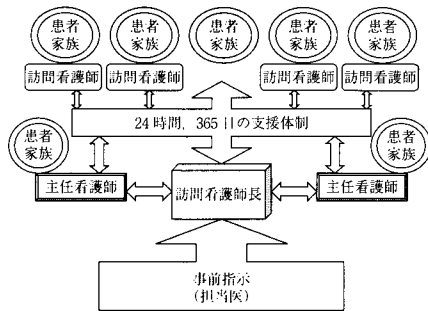


図1 さくさべ坂通り診療所の診療システム

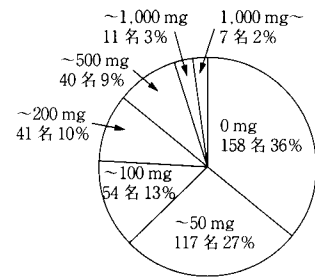


図2 過去5年間の1日当たりモルヒネ最大使用量 (2003年7月~2008年6月)

率は97%、在宅完結率は90%であった<sup>1)</sup>。

## II. 在宅緩和ケア

在宅緩和ケアとは、緩和ケアの理念・実践プログラムと在宅ケアの理念・実践プログラムの二つの要因を統合するものである。緩和ケアは、がんによってもたらされる身体的、精神的な苦痛を和らげることであり、その意味では自宅においても施設・病院においても提供するケアの内容に違いはない。在宅ケアは、住み慣れた家において計画的な医療・ケアを提供することであるが、自宅にいることのよさを生かすことが必要である。住み慣れた家での療養は、生活の場での療養であるので、生活支援の視点が在宅ケアの基本である。がん終末期の患者は日常生活を営むことに困難さを感じるようになる。食事・排泄の問題あるいは起居動作ができないなどである。これに対するケアがうまくいかないと、一度緩和された痛み・嘔気などの症状が再燃することが少なくない。つまり生活支援は緩和ケアそのものなのである<sup>2)</sup>。

## III. 自律支援

住み慣れた家での療養は、1日のほとんどの時間を患者と家族だけで過ごすということである。したがって自宅で療養している多くのがん終末期の患者は、適切な医療・ケアのかかわりがなければ、結果として入院する可能性が高くなる。がん終末期の患者は、死と向き合う厳しさのなかで混乱し、自身を保つこと、判断することが困難になり、入院に至ることが少なくない。その原因として、1) 起きていることの原因がわからない、2) 起きていることへの対応がわからない、3) 身体的・精神的な辛さをわかってももらえない、などが考えられる。患者自身が自らの状況をよく知り、予想される病状変化の対応がわかり、そしてできること、つまり自己決定ができるようなかかわりがあれば、自宅での療養を継続することが可能となる。筆者は、これを自律支援と表現し、在宅緩和ケアの基本をなす重要な概念と位置付けている<sup>2)</sup>。死を現実の問題として向き合っている患者を対象

とする在宅緩和ケアでは、患者・家族およびケアチーム側はともに、自律支援についての共通の理解とその徹底した対応が求められる。

## IV. 苦痛症状緩和にも自律支援は重要

自律支援の考え方は、痛みなどの苦痛症状の緩和、ADLの維持、コミュニケーションの継続にも有効である<sup>3)</sup>。ここでは苦痛症状の緩和について述べる。痛みの原因および対策、そして使う薬のことをよく知ってもらった上で、WHO方式に基づいた基本的な内服方法の確認をする。その上で、実際に内服する/しない、増量する/しないは患者自身の判断にゆだねる。その結果を常に評価し、その都度患者と相談をしながら、患者が満足できる症状緩和を目指す。疼痛緩和の主治医は患者自身という考え方に立って、一方的に鎮痛剤の内服を指示するのではなく、適切な情報提供を基にして患者自身が判断できるようにする。このようにかかわることで、患者が必要以上に痛みに対する恐れ、不安を抱くことを防ぐことができる。自律支援の考え方の成果が、苦痛症状に対する麻薬使用量および臨死期の使用量の安定化を示すことにつながったと考えている<sup>3)</sup>。図2は、死亡1週間前のモルヒネ使用量の変化を、訪問期間中の最大使用量とともに、モルヒネ内服換算でみたものである。注目すべきは訪問診療患者の30~40%で麻薬を使用していない、つまりがんであっても痛みが大きな問題になっていない患者が多くいるということである。また、ほとんどの患者は1日200mg以下の使用量で疼痛緩和ができており、その上臨死期にモルヒネ使用量が増大するというのではなく、一定であることを示している(図3)。

がんは痛みが最大の問題で、緩和ケアは痛みを取ることでだと認識している人がほとんどであるといっても過言ではない。皮肉なことに、このような認識が、がんの疼痛緩和を難しくしている要因の一つになっている。がん終末期に痛みがでると、「これからこの痛みはどれほど強くなるのだろう」、「最後の場面での強い痛みを抑えるのは難しいと聞くと、これがその始まりか」と患者・家族

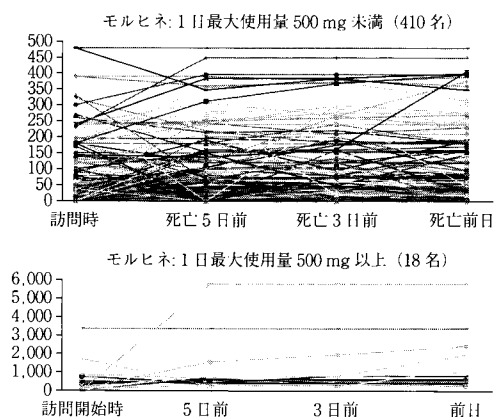


図3 臨死期のモルヒネ使用量の変化  
(2003年7月～2008年6月)

だけでなく医療関係者の多くが、不安な気持ちを増大させることになる。患者・家族だけでなくケアスタッフ自身が、がんの痛みとその対策について正しい認識を持ち、がんは痛いという思い込みを持たないで冷静に対応できれば、疼痛緩和の成果がいつそう上がると考えている。疼痛緩和に対する麻薬の使用が十分ではないという現実がある一方で、このような思いが患者の痛みを誘発することが多いという事実を認識すべきである<sup>4)</sup>。

#### V. 高齢者の在宅ケアとの違い

自律支援の考え方を生かし、住み慣れた家での療養を継続するためには、ケアチームが脳梗塞などのいわゆる高齢者ケアで蓄積されたノウハウをそのまま適用するのではなく、高齢者・難病の在宅ケアとがん終末期の在宅ケアの比較をしながら、その違いを認識することが重要である。考慮すべき要因として、①訪問開始時期および患者の状況、②死に対する現実感、③疼痛などの苦痛症状、④終末期・臨死期のとらえ方、⑤福祉用具導入の意義、⑥訪問期間などをあげることができる。在宅緩和ケアは、多くの場合がんの進展が全身状態に影響を及ぼすようになった時期にかかわることになる。がん患者の多くは、亡くなる1か月くらい前までは病状が安定し、ある意味では普通の生活を送っている。その後急速に状態が変化し、特に亡くなる1～2週間前の変化は激しさを増す。この時期になると、患者も家族も改めて死を現実のものとして強く意識し、いつそう苦悩を深める。そして同時に痛みなどの苦痛症状の増悪を伴うことが多く、病状の安定している時期にかかわる高齢者に比べて医療的なかわりがより濃い密度で必要になる。

このような急激な症状の変化の対応は、高齢者とがん終末期の場合とでは少し異なる。高齢者の在宅ケアでは、病状変化に対して治療が必要となることが多いのに対して、がん終末期の場合の症状の急激な変化は臨死期に問

題になることが多く、がんの進展に伴う自然の変化で、治療の対象にならないことがほとんどである。また福祉用具の導入は、在宅緩和ケアにおいては、高齢者のケアにおけるより慎重に対応すべきである。高齢者の在宅においては、福祉用具導入時のADLの拡大にとどまらず、将来の拡大、さらには自立へとつながる可能性をもてるものであり、好ましいものとして受け入れられることが多い。それに対してがん終末期においては、全身状態の低下に伴い、今までできていたことができなくなる、すなわちADLの縮小の過程であり、死を現実のものとして実感する時期に必要なことが多い。つまり、福祉用具は、喪失感の象徴であり、死を現実のものとして突き付けられるものでもある。この認識を強く持たないと、ADLの拡張あるいは維持を目的として導入することが精神的な衝撃を与えることになり、逆効果になることが少なくない。

高齢者との比較で重要な要因は、病状の急激な変化および喪失感についての考え方の二点をあげることができ、このことの認識を深めることが重要であることを強調したい。

#### おわりに

自律支援の基本は患者の求めている情報の適切な提供であるが、決して一方向ではなく双方向のコミュニケーションの結果としてなされたものでなければその意義を生かすことはできない。双方向のコミュニケーションはケアチーム内の問題としても、多職種間の問題としても極めて重要であり、そのケアの質向上の根幹をなすものである。本論文が、緩和ケアにかかわっている、あるいはこれからかかわろうとしているケアチームの質向上にいささかでも役に立てれば幸甚である。

本論文は第19回日本在宅医療学会学術集会において発表した。

#### 文 献

- 1) 大岩孝司: 在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究, 在宅医の早期参加による意義と問題点の検討. 厚生労働科学研究補助金(がん臨床研究事業), 平成19年度総括研究報告書, 2008, pp14-32.
- 2) 大岩孝司, 鈴木喜代子: より良い在宅終末期医療を進めるために. *Med Practi* 25: 97-102, 2008.
- 3) 大岩孝司: 在宅緩和医療に関わる要因の検討, 在宅緩和ケアの現状と阻害要因の考察, 在宅医の早期参加による在宅緩和ケアの質的評価のために, 厚生労働科学研究補助金(がん臨床研究事業), 平成18年度総括研究報告書, 2007, pp13-32.
- 4) 日本医師会・監修: がん緩和ケアガイドブック. 日本医師会, 2008年10月.