

在宅医療と各種ケア

# 末期がんのケア／在宅緩和ケア

大岩孝司 鈴木喜代子

さくさべ坂通り診療所(千葉県)

## プライマリ・ケアにおけるポイント

在宅緩和ケアは、がん終末期に家で生活することを、医療・介護面から支えることである。家での療養を継続するのに困ること、わからないことを、①住み慣れた家で、②そのよさを生かしながら、③患者の視点で、④症状を和らげ、⑤家族をケアチームの一員と捉え、相談・解決していく。

より高いQOLを得、維持するためには、訪問開始時のケアと、病状が急速に変化する臨死期のケアが、とりわけ大切である。臨死期の病状変化のほとんどは、全身状態の急激な低下によるものであり、死に至る自然の過程で治療の対象ではない。かかりつけ医・ケアチームとして、この認識をもち対応できれば、在宅での看取りの可能性が高くなる。

プライマリ・ケアにおいて、身につける必要のあるスキルの基本は、疼痛緩和にかかわるWHO方式の基本的な考え方と実践、患者の求めに応じて、患者が必要とする情報を患者自身がわかるように伝えることのできるコミュニケーション力である。

## はじめに

2006年に「がん対策基本法」が制定され、緩和ケア、在宅緩和ケアの重要性が明記された。病院の緩和ケア、在宅緩和ケアの整備・理解とともに、在宅の現場の整備とシステム構築が、患者の視点で行われる必要がある。在宅緩和ケアは専門性の高い領域である。一方で、急速に進行している高齢化とがん患者・がん死の増加を考えると、多く

のがん終末期の患者に対してかかりつけ医の立場で、一人でも多くの患者の看取りが可能となる裾野の広がりも重要である。

本稿では、在宅緩和ケアの考え方と、自宅での療養を継続できるために何が重要かということ、実際の在宅の現場で実感したことを述べる。

## I 在宅緩和ケアとは何か

### 1 基本概念

筆者は、在宅緩和ケアを「住み慣れた家において、苦痛と感じる症状を和らげ、その人の尊厳を保ちながら生きること・生活することを支援する」と考えている。住み慣れた家にいることは、それ自体が生活することである。生活を支えるために医療/看護/介護が何をするか、何ができるかという視点、つまり生活支援と症状緩和が在宅緩和ケアの基本となる。緩和ケアの最終的な目標はQOLの

向上を図ることであると考えたときに、自宅は生活する、すなわち生きる場そのものであり、がん終末期に療養する場所として最も適している。住み慣れた家にいたいと願っている人にとって、在宅緩和ケアは意義のある時間を過ごすことに資するのは明らかである。

### 2 在宅緩和ケアの理解のために

緩和医療がほかの医療と決定的に違うのは、死

を見据えた医療ということである。質の高いケアを提供した結果は、一般の医療では生であるのに対して、緩和ケアでは死である。このことを受け止めることで、今の時間を濃密なものとする事ができる。いい換えると、よく生きることができる。また、患者が家にいたいという希望が明確な場合、病状変化などの問題が起こったときに、ほかの医療ではその解決の場が病院であるのに対して、在宅緩和ケアではその場が自宅である。必然的に、ゴールは自宅での安らかな死であるということができる。

### 3 高齢者の在宅ケアとの違い

在宅緩和ケアは多くの場合、がんの進展により全身状態が低下し、ADL(日常生活動作)が縮小する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ヵ月くらい前までは病状が安定し、その後急速な状態変化が生じる。とくに、亡くなる1~2週間前の変化は激しさを増し、一日一日と様子が変化する。このことは、患者・家族に死を現実のものとして強く意識させることになり、苦悩が深まる。病状の安定している時期にかかわる高齢者に比べて、苦痛症状の緩和など医療的なかわりがより必要である。

福祉用具の問題も重要である。高齢者にとって

表1 がん終末期患者と高齢者の在宅療養の違い

	がん終末期患者	高齢者
かかわる時期	病状が悪化していく時期	安定期
病状の変化	急激	穏やか
死の意識	強く実感	乏しい
在宅療養期間	短い (1ヵ月以内)	長い (年単位)
福祉用具	衰弱を実感 (死に向かう喪失感)	回復過程 (自立=生)

ベッド・車いすなどの福祉用具の導入は、多くの場合ADLの拡大、さらには自立へとつながる可能性がもてるものであり、積極的に受け入れることができる。それに対して、がん終末期の患者にとって福祉用具の導入は、最後の段階で、それまでできていたことができなくなることを日々実感して苦悩している状況で必要になる。つまり、福祉用具は、時にはこのような苦悩を逆なでし、喪失感の象徴である死を現実のものとして突きつける結果となることが少なくない。この認識を強くもたないと、ADLの拡大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対する認識のあり方をあげることができる(表1)。

## II 在宅緩和ケアの実際

当院の診療手順を示して、その意義について述べる(図1)。診療の申し込みを受けて、訪問開始前に家族面談を行う。在宅緩和ケアにおいて、家族は患者と濃密にかかわることになり、その影響力は考えているよりも大きい。筆者は、家族とケアチームがケアの目標などを共有することが重要と考え、患者本人が家にいたいという意志が明確な場合は、まず家族との面談を行う。具体的には、図1にある項目について家族の話聞き、家

族が抱えている不安・問題を解決し、在宅療養を継続するための必要条件を整える。家族とケアチームの思いが共有できれば、患者の療養の質は飛躍的に向上する。在宅緩和ケアを行うに当たり、24時間・365日の継続的な対応は当然として、訪問開始前後と臨死期のケアの内容がきわめて重要である<sup>1)</sup>。その意味でも、訪問前の家族面談と初回訪問での患者の診療に、時間をかけて患者・家族の思いを受け止めるようにしている。チー

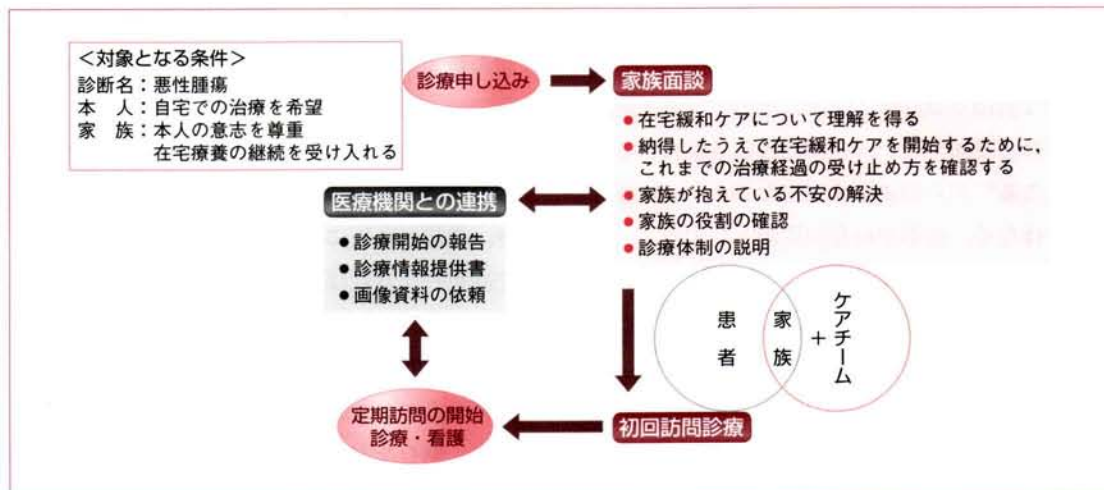


図1 診療開始までの条件および手順

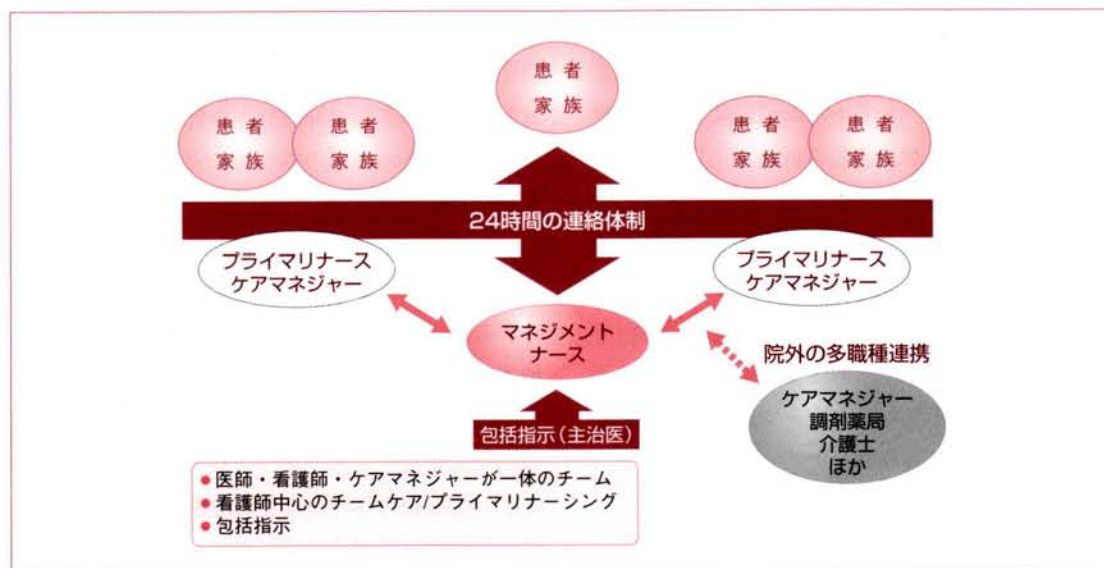


図2 院内連携システム

ムケアのあるべき一つの形としては、医師および看護師を中心とした多職種連携が望まれる<sup>2)</sup>。当

院では図2のような形で院内の連携システムを構築している。

### Ⅲ 在宅緩和ケア継続の要因

#### 1 自律支援

最期まで家にいるためには、いくつかのハードルを乗り越える必要がある。緩和ケア病棟・病院などの施設と大きく異なるのは、一日のほとんど

の時間、医療スタッフが患者の側にいないことである。患者と家族だけで過ごすことになるので、起こり得る変化に患者・家族が冷静に対応できることが必要である。家にいることは目標ではあつ

ても、目的ではない。辛い思いに耐えて無理に家にいるのではなく、家にいることが安心であり、精神的な自由を享受するなど、そのよさを実感できなければ意味がない。そのためには家にいることで起こる問題の解決をすべてケアチームに任せるのではなく、患者が自身の問題として捉え、自分で決められるかが鍵となる。

当診療所では、この自己決定にかかわる支援をケアの第一義的な目標(自律支援)としている。患者自身が自律することにより生きていることに価値を見だし、生活を整えることができ、結果として苦痛症状の緩和も容易なものになるからである。多くのがん患者は、厳しい状況に置かれ苦悩しているが、求めている情報が提供されないと、現実を認識することが困難となり、自ら判断する力が衰退していく。ケアチームが相談・情報提供をいかにできるかが、患者の自律を支える。患者にとって必要な情報を提供するために、患者の思い・苦悩を引き出すコミュニケーション技術を高めることが、ケアチームの課題である。

このように自律とは、身体的な機能の「自立」を意味するものではなく、あくまでも精神的なものであり、死に向かって日々衰えていくがん終末期の患者にとって重要な概念である<sup>3)</sup>。

## 2 継続の阻害要因

一般に、ケアチームのスタッフ、患者・家族ががん終末期に自宅で最期まで療養することが困難と考えられている理由として、①家族の介護負担の問題、②病状急変時の対応の2項目がある。これらは在宅緩和ケアの阻害要因ともいえるが、筆者はこれらの要因を一步踏み込んで考え、整理することで在宅緩和ケアの本質が明らかになると考えている。いい換えると、この問題を解決することが、ケアの質を高め、自宅での療養を継続する大きな鍵を握ることになる<sup>4,5)</sup>。

### a. 介護負担

がん終末期の在宅療養において、介護の身体的な負担は一般に考えられているよりも少なく、期間も短い。家族にとって大変なことは、患者の衰えや苦悩している姿をいつも側で見ていることであり、病状の進行に伴って死をより現実の問題として直視しなければいけないことである。家族は自身のこのような辛さに加えて、目の前にいる患者にどう接してよいかわからず、どのようにしたら家での有意義な時間を過ごすことができるのかを模索し悩むなど、精神的に疲弊をすることが少なくない。家族だけでこのような問題を解決することには多くの困難を伴う。適切なケアチームのかかわりで家族の心理的な負担が軽減できれば、自宅で療養することの大きな障害の一つが解決される。また、家族の介護負担を軽減する一番の基本は、患者本人が落ち着いていることであることを忘れてはならない。

### b. 急変

一般的には、「急変」という言葉でひとくくりにされるが、病状の変化・増悪と苦痛症状の変化・増悪に分けて考える。そのほとんどは前者で、臨死期の全身状態の低下によるADLの縮小と、呼吸の変化を意味している。これらは、がんの進行によってもたらされる自然の経過であり、苦痛症状を緩和する以外は治療の対象にならない。このことをきちんと認識するだけで、その対応は可能であり、不必要な入院がなくなり、自宅での看取りが増えることになる。なお、当院では「家族にだからできること」という小冊子(いわゆる、看取りパンフレット)を作成している<sup>1)</sup>。

痛みなどの苦痛症状の増悪も、急変とされることが多い。症状緩和にかかわる重要な問題であるが、冷静に考えると、病状が進行し最期の段階で急に痛みが強くなることはない。臨死期の痛み我代表される身体的な苦痛症状のかなりの部分は、患者の苦悩あるいはいろいろな意味での不足感の

表現と考えている。この不足感は入院をしても軽快するよりは増悪する場合が少なくないので、最大限自宅で解決できるように努力を積み重ねることが必要である。痛みなどの苦痛症状は、急に起こったとしてもWHOの基本的な方式に従うことと、患者が「痛い」ということで何を表現しているのかを考えることができれば、痛みは緩和できると思われる<sup>2)</sup>。

しかし、患者・家族だけでなく医療関係者の多くが、がん終末期に、「これから痛みはどれほど強くなるのだろう」、「最期の場面での七転八倒の痛み・苦しみが始まるのではないかと」、不安な

気持ちを増大させ、自宅での療養の継続は無理と考えている現実がある。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、ひいては自宅での看取りを困難にしているという理解をすべきである。

多くの苦痛症状が死を実感させることになるとともに、死を実感することが苦痛症状を増悪させる。疼痛緩和は緩和ケアの要因の一つであり、緩和ケアはこの死に対する恐れ・苦悩に対するケアが本質である。

## おわりに

家にいることを望む人にとっては、自宅が一番のくつろげる場所であることは間違いない。しかし、がん患者あるいはその家族だけでなく、医療関係者の多くが在宅緩和ケアの実情を知らないし、正しい情報が提供されていない。がん終末期

であっても、住み慣れた家で、安心をして自宅での療養、そしてその人らしい生活が可能であることを認識し、かかりつけ医として在宅緩和ケアの提供を、一人でも多くの患者に実践してほしいと切に願うものである。

## 参考文献

- 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,14-32,2008.
- 2) 千葉県健康福祉部健康づくり支援課:千葉県がん対策推進計画—ちからを合わせてがんのうち克つちば—,千葉県,38-43,2008.
- 3) 大岩孝司:がんの在宅終末期ケア—自律支援の視点から—,癌と化学療法,35:94-96,2008.
- 4) 大岩孝司,鈴木喜代子:よりよい在宅終末期医療を進めるために,Medical Practice,25:97-102,2008.
- 5) 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,13-32,2007.