

4) 在宅ホスピスケア

新潟県立がんセンター新潟病院

(現新潟県立吉田病院) 坂田 安之輔

Home Hospice Care at Our Hospital

Yasunosuke SAKATA

*Niigata Prefectural Cancer Center Hospital and
Niigata Prefectural Yosida Hospital*

Some 129 far-advanced cancer patients were taken care of at home by the visiting care team of our hospital since 1994 to 1997. Eventually, 116 patients already died, of those 50 at home (group A) and 66 at the hospital (group B).

Twice as many patients in group A took nutritional medication (drip infusion or intravenous hyperalimentation) than group B. More patients in group A used oral or suppository morphin than group B. In group A, 70% of patients (56% in group B) had more than two persons looking after at home.

It is essentially important for the local center hospital to construct network system in collaboration with the individual primary physician and the visiting nurse stations all around which coordinate multiple services, dealing with the rapidly changing conditions of the patients. Moreover, education of the primary physicians specialize in visiting patients at home is particularly expected.

Key words: Home hospice care, Terminal home care, Network system for home hospice care

在宅ホスピス, 在宅ホスピスのネットワーク作り, 在宅ターミナルケア

はじめに

日々進歩し続ける現代の医療の下でも、がん患者の半数は、そのがんが原因で死亡している。そして、「がん」が不治で、余命が限られていると分かった時、約半数の人が在宅療養を希望するといわれるが、現実には90%以上が病院で人生の最後を迎えている。末期がん患者の身体的苦痛を、在宅で管理することは困難だと信じられていることが大きな理由であった。

しかし、以前と違い、在宅での麻薬の使用が容易になり、また、本人や家族が管理して、中心静脈内に輸液、栄養、薬剤の注入を行い、あるいは、在宅酸素療法を導入することが技術的に安全になり、保険適応も認められたこと、あるいは訪問診療や訪問看護が診療報酬上で評価され、在宅ケアをやるという意欲を持つ医師・看護婦が増えてきた状況などを考えれば、末期がんであっても自宅で療養し、自分らしさを全うしようとするのは、大きな選択肢である。

Reprint requests to: Dr. Yasunosuke SAKATA
Sakai-sunayama 3-12
Niigata City, 950-2044 JAPAN.

別刷請求先: 〒950-2044 新潟市坂井砂山3-12
坂田安之輔

在宅ホスピスケアの総括

演者らは、平成4年度から県立がんセンター新潟病院において、在宅療養を希望する末期がん患者に対して在宅ホスピスケアを開始した。当初は病院としての事業ではなく、細々とした活動であったが、次第にその意義が認知されてきて、2年後の平成6年度には、訪問看護室が創設され、MSW、薬剤師を含めたチーム医療を開始することが出来た。県立がんセンター訪問看護室における平成9年までの実績をお借りして、ここに紹介する。

1. 対象

平成9年12月末までに、県立がんセンター新潟病院で実施した末期がんの訪問診療・訪問看護実施者のうち、死亡された患者は116例である。うち、在宅での死亡は50例、在宅療養中に状態悪化のために再入院して病院で死亡された患者が66例であった。以下、在宅で死を迎えた群と、在宅療養を中断して入院し、病院で死亡した群とに分けて、両者を比較する。

2. 疾患分類

在宅死群、病院死群共に、肺がん、乳がん、胃がん、前立腺がん、大腸がんの順の症例数であった。肺がんに関しては、他の疾患に比べ病院死が多かった。そして、肺がんの再入院の大きな原因は、呼吸困難であった。

3. 疼痛コントロール

在宅死群で7割、病院死群で6割に麻薬を中心とした鎮痛剤が使用された。麻薬は、経口的、持続硬膜外、また、少数例で点滴あるいは持続皮下注で使用され、腹部内臓の疼痛緩和には著効を示した。骨転移の疼痛に関しては、麻薬の効果は不定で、消炎鎮痛剤の坐薬が効果的であった。

4. 栄養補給

在宅期間中の栄養管理は、中心静脈栄養法、点滴、経管栄養などにより行われるが、在宅死群では60%でなんらかの栄養補給が行われ、一方、病院死の群で栄養補給が行われていたものは34.5%にすぎなかった。

5. 告知率

がん告知されていたものは在宅死群で66%、病院死群で66.7%とほぼ同じであった。

6. 介護者数

介護者が2名以上居たものは、在宅死群で68%、病院死群で56%と、在宅死群で多い傾向が見られた。

7. 再入院の理由

病院死した患者の再入院の理由は、熱発や呼吸困難、経口摂取困難、疼痛コントロール困難、症状悪化で患者

や介護者の不安が増大などであった。

8. 開業医の支援

在宅死群では94%と、ほとんどが開業医の支援を受けていたが、病院死の群では80.3%と、やや少なかった。

考 察

以上、在宅療養を完結できた群では、入院死群に比べ、栄養補給、麻薬の使用率が高く、介護人や開業医の支援も多いという結果であり、症状が比較的穏やかでサポート態勢が確保されることが、在宅療養を全うできる大きな要因であることを示している。

終末期の医療に関しては、入院して行う医療のほとんどは、在宅でも行える時代になった。そこで、在宅療養を支援するシステム作りと、「在宅ホスピスケア」を有意義にする「がん告知」にしばって、若干の考察を行う。

1. 在宅ホスピスケアのシステム作り

末期がんでは、突然の疼痛発作や呼吸困難、あるいは出血など、予期しない事態が起こりうるし、輸液、麻薬の注入、あるいは酸素療法などの種々の機器が用いられるため、トラブルが発生すれば直ちに対応できるシステムが必須であり、これなしには在宅療養は不可能である。しかし、患者・家族は、実際に訪問を受けなくとも、電話で相談し、あるいは自分たちが行った介護が正しかったかどうかを確認できれば安心して在宅医療を続けることが出来る(表1)。また、訪問の際に機器操作や疼痛発作時の麻薬のワンショット注入などを十二分に説明しておけば、深夜の往診や訪問看護婦の出動はほとんど経験しなかった。患者の最後が近づけば医師や看護婦が頻回に訪問し、家族に「死の準備教育」を十分に行い、ほとんどは、家族だけで死を看取ることが出来た。

末期患者の在宅療養を支える方式に2通りが考えられる(図1)。一つは、病院が全ての機能を持つパターンであるが、必要に即応して患者宅を訪れるスタッフを準備することは不可能に近く、出来たにしても、患者宅が病院の周辺にある場合に限られよう。より現実的には、

表1 「在宅ホスピス」を支えるシステム

-
1. いつでも全てのことを受けとめて相談にのる「24時間ケア」。
 2. 必要な時にすぐ往診し、訪問看護をするシステム。
 3. 家で困難な事が起ったら、直ちに入院させてくれるシステム。
-

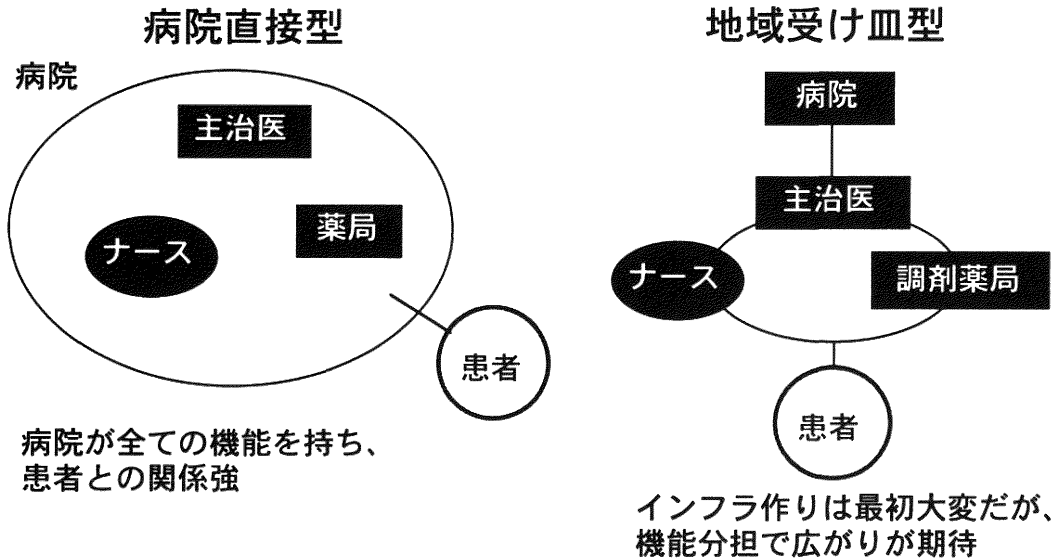


図1 在宅診療のパターン

渡部 誠ら：癌と化学療法25, suppl. 4, 1998.より改変

その患者の住む地域の開業医に委ね、訪問看護ステーション、調剤薬局、あるいはボランティアなどとの連携をコーディネートしてもらい、患者を支えるネットワークを作ることであり、病院はその主治医をサポートする。地域・地域にこのようなネットワークを構築できるなら、病院は非常に広い範囲を把握した、後方支援病院となりうる。将来的にはこの方向へ進むと思われるが、現在は、がん末期を看取っていただける開業医に限られること、また、開業医としても、外来診療を中断して患者宅へ駆けつけるわけにはいかない。在宅医療を専門とする開業医の出現に、多いに期待したい。さらに、院外処方箋では保険適応とならない注射薬が多いことなども弊害となっている。現状では、病院からポイント、ポイントの訪問と薬剤の供給を行い、地元医師を中心としたチームが頻回に患者宅とコンタクトをとるといふ、2つの方式を組み合わせたやり方を当分は続ける必要がある。

その場合、地域の医師の立場に立つなら、患者がぎりぎり切羽詰まった状態で引き継ぐのではなく、本人の意識がまだはっきりしていて、本人の希望や意志を把握することが出来、また、家族ともお互いに理解し合える時間的な余裕を持って関わり始めることが、仕事の遂行感を育む上で大切であろう。このことは、次に述べる「がん告知」の問題と密接な関連があり、患者と家族が在宅

で療養する意義を理解して、初めて充実した在宅ホスピスケアが達成されることになる。

2. 「がん告知」について

高齢者の場合には、多くは高齢による身体の衰えと穏やかに受けとめる人が多いので、求められなければ積極的に告知はしないであろうが、一般的には、診断が確定して治療に移る際に告知されるであろう。しかし、根治不能であった際の再告知は、ほとんどなされない。根治できなかったにも関わらず、患者自身は根治したと告げられ、不幸な終末期を迎えた例があまりにも多い。再告知も重要な課題である。

患者と家族は病気をよく理解し、不治で予後が限られていることを認識する必要がある。この認識がないと、患者の頭の中は、決して治ることがない「がん」を治すということだけに占められ、精神的に実に貧しい生活を強いられる。

病状を正確に認識していれば、病状について疑心暗鬼に陥り、不安にさいなまれている状態に比較して、心理的に安定する。患者が在宅医療を受け入れるには、自分の病気はもはや治る見込みがないということ、病院にしがみついても病気は良くならないということを理解していることが必要である。その段階では、自分がこれまでに追い求めてきた世俗的な事柄は意味を失い、これまで見過ごしてきた自然との触れ合い、家族との静かな

団欒を楽しむ、黄金の日々を手にすることが出来よう。

おわりに

末期がん患者の「在宅ホスピスケア」の実践を総括した。在宅療養をサポートするシステム作りに立ち後れが顕著であり、一層の努力が必要である。

司会 坂田先生ありがとうございました。以上で予定していました、4名のシンポジストの講演が終了しました。どなたかご質問はございませんでしょうか。小山先生どうぞ。

小山 今私は直接臨床をやらない立場なものですから、勉強をさせていただくためにきました。確かにターミナルケアというのは大事だと思います。私の病院は今まで、外科と消化器内科がなかったものですから、一般のお年寄りとか脳の手術後の方とか沢山いて、今のお話をすぐうちの病院へ持ち込むのは大変だなと思いました。どなたでも結構ですが、ターミナルケアというのは癌の患者さんだけの言葉なのでしょうか、というのがまず一つ伺いたいと思いました。

小越 長期の神経疾患だとか、有効な治療法がないような場合とか、積極的に使われている言葉ですが、癌がほかと違うのは、余命が後どのくらいかということが、目の前にぶら下がっているということです。

小山 ありがとうございます。確かにおっしゃるとおり、うちの患者さんは、いつどうなるか分からないような長期の患者さんが沢山いて、そういう方を自宅に帰して在宅医療をやるというのは、坂田先生おっしゃるように、地域の先生とのコミュニケーションがなかなかうまくとれないとか、今この在宅ケアの問題は、日本で一番大きな問題の一つだと思っていますが、クレブス以外の患者さんも含めてですね。厚生省はなにを考えているのだから、一緒に丸めて扱うと片づく方が多くなってゆくと、私は経験上思います。これから、うちでも癌の患者さんが増えると思いますが、そういったことをこれからやっていきたいと思っています。

司会 ありがとうございます。ほかにご質問ございますか。どうぞ。

今井 坂田先生にお伺いしますが、私は病院に来る人しか接点がないので思うのかもしれませんが、最近家で最期まで看取るという自信を持っている家庭というのはほとんどないと思いますが、先生は death education をされて、家族だけで看取る家庭が増えているというお話をされていますが、具体的にどういうことをされてい

るのでしょうか。

坂田 モルヒネを中心としたいい薬ができてきたといえながら、やはり、老人が自分の衰えを自覚しながら穏やかに死んでいくというのと違ひまして、がんの死というのは苦しいですね。それを見ている家族の方は揺れ動きます。これだけ苦しんでいるのに、家に置いておいていいのだろうか、病院に連れていかなければいけないのではないか、家に置いておけば死を待ち望んでいるのかなどと思うようになり、罪の意識にさいなまれるといった事がありまして、そういうときに行って少しお話をし、もう少し様子を見ましようということになります。翌日になってまた家族会議が開かれるなど気持ちが大変揺れ動きます。こういうときに、看護婦なり医師なりが話をします。素人と違い、患者の予後に対してははっきりとした見通しを持っているというのがプロだと思います。今こういう状態ですが、もう少しすると呼吸がこうなるというような話をします。たとえば、飛行機が空気の薄い高いところを飛んでいるときは、音もなく飛んでいるが、次第に死という飛行場が近づいて、そこに着陸しなければいけないときに、どうしてもがたがたと揺れが起こってくる。最期に死という飛行場に到着するまではすべての人にこのような状態が起こるもので、呼吸が苦しそうに見えるけども、意識はないので苦しいわけではない。せこせこするようなら、こういった方法で痰を取ってくださいと教えます。これ以上の方法は病院に行ってもないということを伝えます。家族の方が枕元に集まって静かに看取ってあげましよう、直前にはなくて徐々に家族にいつてあげるといようなことで、やっています。それでもやはり中には、土壇場で病院に運び込むということがあります。よくあるのは家族は納得していても、親戚が来て、何でこんなに状態が悪いのに家に置いておくのかと言われ、お嫁さんが介護の中心になっているものですから、やりずらくなっていくことがあります。関連してお話したいことは、私は、自宅で死にたい、尊厳死を選びたいと患者自身がそう希望し、家族もそれに納得して在宅医療を始めたということがあって、何例か見ていくうちにつきあつた症例で、あと2~3週間かなというお話をすると、患者さんと家族は病院で死にたいとおっしゃいました。私たちは意外でした。患者さんはそれほど苦しくはありませんでした。当時は生意気にも在宅で尊厳死を選ぶといった人が、突然そういうことを言い出すのはどういうことかと不思議には思っていました。それでも言われるままに病院に引き取りました。亡くなった後、奥さんが話をされまし

て、最期の10日間は黄金の日々であったと云われました。それまでは患者の介護のことでいろいろな気を配りながら、仕事をやったりお客さんの相手をしたりバタバタしたけども、病院に入れてもらってそういうバタバタから解放され、最期の10日間はお父さんの枕元に付き添って手を握りながら、お互い話をするのが尽きるくらい話ができて本当によかったと言われました。それを聞きながら在宅ホスピスは家で看取ることだという考えはやめました。患者や家族の好きな様に、つまり、家で看護するならそうしてやり、病院に入りたくないなら入れてあげると、方針を変えました。

司会 ありがとうございます。どうぞ。

丸山 坂田先生のおっしゃるとおりだと思いますが、うちの病院なんかでは、いつもいっぱい24時間いつでも引き取るといふわけにはいきません。そういう状況の中でどういう風にそれを受け止めていけばよろしいのでしょうか。

坂田 実際問題としてはそういうこともあるでしょう。そういうときは、なにも先生の病院でなくても、気心の知れた、最期まで見てくれる、そとの先生に頼んで引き取ってもらうのもいいと思います。これは大事なシステム作りだと思います。特にがんセンターのように遠くから患者さんがこられる病院はあちこちにそういう病院を持つ必要があると思います。実際問題としてそれは苦勞です。そういうことに理解を持ってくれる先生が少ないのです。若い先生に徐々にそういった機運もできていますので、これから期待しております。

司会 坂田先生、栄養供給についてはどうしていらしゃいますか。

坂田 中心静脈栄養とか点滴とかですが、在宅でやる場合は長々と延命治療をするわけではないので、必要な水分や電解質バランスなどを考えて入れることもありますが、中心静脈から濃い栄養を入れることは原則としてしません。実例を挙げますと、一つは娘さんがお母さんを見ていたという事例ですが、癌告知はしてありました。娘さんは在宅でも高カロリーの栄養を希望されました。お母さんの方は病院で十分やったので、あまり希望されませんでした。しかし、娘さんが強く希望されたので中心静脈栄養を続けました。お母さんが傾眠がちになったときに、娘さんが、もし私のために注射をやっていたら、もうやめていただいて結構ですと言われました。たしかに私たちは娘さんの意向に添ってやっていたのでした。逆の場合もあります。末期で家で過ごされて、食べられなかったのですが、元気で

した。毎日中心静脈栄養を自分で管理され、自分で車を運転して釣りに出かけたりして、好きなことをやっていました。口からはいっさい食べられませんでした。点滴で十分活動されていました。そういう生活を一月続け、その後次第に弱られて亡くなりました。高カロリーの栄養補給をしないのは基本でしたが、ケースバイケースだと思います。

小山 在宅栄養を日本の保険が認めるようになりしたのは、アメリカでは3ヶ月くらいをめぐりにやっているのに倣って、3ヶ月くらいでやるのが多いと思います。一つ伺いたいのは、今、在宅介護や在宅の介護保険とかのいろいろな体制づくりが始められていますが、癌の末期の患者さんの在宅介護に関するケアも度数を決めたりするような検討をされているのでしょうか。

坂田 たとえば在宅の癌の患者さんがいて、介助がなければ風呂に入れなないとしますと、65歳以上であれば介護保険の対象になります。治療は医療保険の対象になると思います。どの程度、介護保険でやってくれるのか分かっていませんが、風呂に入れなかったり、おかずが作れなかったら、ヘルパーさんが来ておかずを作ってあげるといふことは、周りの人が大変でできなければ介護保険で何とかかなという気はしています。まだ一時間いくらということも決まっていませんし、詳しいことは分かりません。問題なのは、介護する人が来れば介護保険で何とか解決できますが、家の人がそれをやれば全くお金になりません。日本では家族がいくら患者を介護しても全くお金になりません。また、勤めを休んだり辞めたりして介護をした場合、亡くなった後、以前の職場へ戻れません。これらは非常に問題だと思います。

司会 ほかにございますか。では一つづつ質問させていただきます。張先生、化学療法をやっているときに、一般的な副作用として悪心とか嘔吐とか必ずでてくると思いますが、どう対処なされていますか。

張 消化器症状に対しては、現在いい吐き気止めがあるので、静注で使用するものと副腎皮質ステロイドを投与します。経口の摂取が少なくなりますので、中心静脈栄養を併用しますが、抗癌剤が多くなれば、ほとんどの症例ではIVH管理としています。

司会 悪心嘔吐があった場合、数年前には化学療法を止めてくれというようなことがあったわけですが、止めたとしても後に引くことはあったのでしょうか。

張 そうですね。シスプラチンなどを使った場合は、遅延性の消化器症状が強くなります。そういう場合は長期にわたって管理が必要となります。

司会 ありがとうございます。小越先生、もちろん doctor の dignity も必要ですし、患者の dignity も必要だと思いますが、日本人の尊厳について先生はどうお考えですか。

小越 私がここで尊厳ともしましたのは、特別な意味合いではなく、ただ人間らしくと言うことです。私が昔から感じておりましたのは、50～60歳代で癌で亡くなる方で社会的に非常に地位の高い方がおられます。まだ元気の時はいろいろな方がお見舞いに来られたり、それなりの対応をされておられますが、その方が末期に意識が朦朧としてきて、自分がコントロールできなくなったり、また先ほどたこ足配線と申しましたが、いろいろなチューブでベッドに張り付けられ、うめき声を上げたり、そういう状態を見ますと、本人が意識がしっかりしていればそういう自分の姿を他人に見せたくないだろうと思うと思います。また家族の人も大変つらいだろうと思います。尊厳ということをどう捉えるかということより、人間を人間らしくいかに最期まで本人と周りの人たちの関係で保つかという事が重要と思います。それが尊厳の本質だと私は考えています。

司会 ありがとうございます。丸山先生、麻薬はまだあまりうまく使われていないというご主旨でございませぬ。どこがいけないのでしょうか。

丸山 いろいろ問題はあると思いますが、一つ取り上げるなら、全体的にまだモルヒネの使用量が少ないというのが、共通した問題点だと思います。そして、その原因はペインコントロールをする人の意識の問題かもしれません。たとえば、医師と看護婦の間で、患者の痛みに関する意識はかなり異なります。先ほど言ったように、おしなべて言えば、看護婦の方が痛みに関する意識は遥かに高いですね。医師は朝来て麻薬の処方をし、夕方来て「具合どうですか」と聞いて「いいです」と答えればそれっきりで、あの患者のペインコントロールはうまくいっていると判断します。ところが、実際には患者の痛みは一樣ではない、その一瞬をとらえて評価しても、全体で見ればそんなにうまくいっていないケースが多いのです。そこで看護婦はもっと医師と話し合いの時間をもちたいと思っていますが、医師は忙しいと言うこともあって、なかなかそれに乗ってきてくれないと言うのが実状だと思います。ではどうすれば良いかと言う話になると、先程小越先生の話にでてきたホスピスとか緩和ケア病棟を造らなければと言うような話にすぐ飛躍してしまいます。しかし、県立病院などでは、逼迫した財政を考えれば、何年先になってもそのようなことが実現

しそうにもありません。ですから、もっと現実的に、患者のペインコントロールに関して、医師と看護婦が、少なくとも週に一度でも話し合いを持って、同じ土俵に立って、患者を把握する努力をすれば、それだけでも大分違ってくるのではないかと考えております。

司会 ありがとうございます。坂田先生、何か付け加えることはございますか。

坂田 先ほど小越先生のお答えになった尊厳については大賛成でして、たとえば、その人が苦しみが取れて家にいるだけで、その人のなす役割があるわけですね。家長としての役割があって、何か困ったことがあれば指示できます。病院でターミナルを過ごせば全くそれは無視されます。そういうものを尊厳かといいますと難しくなりますが、家庭内での自分の役割を果たせるということは大事だと思います。

司会 ありがとうございます。どうぞ。

小越 これは実は私の父のことなのですが、肺癌でなくなりましたが、亡くなる一月前くらいに、私が週に1～2回実家に行って、ああだこうだと病状について話して、つまり告知していなかったのです。私が帰るときに母に、「うちのせがれはやぶだ。何にも分かっていない。」と愚痴をいって周りの人に当たったり、家族に八つ当たりをしていたりしました。それを見ていた母は、もし自分が癌だったら必ず告知してくれと聞いていました。幸か不幸か癌でない病気でなくなりましたが、そういうことも含め、人格を保ってやることがその人にとって一番大きな事ではないかなと思います。

司会 ほかによろしいでしょうか。

市井 私のように診療所に勤務していますと、先生方のお話を聞いていますと、かなり選ばれた患者さんの様な気がしてしょうがないので、実際診療所にいますと、全く身寄りが無いとか最近の傾向としましては核家族化して、ご家族が遠方にいらっしやったり、縁切れたとか、高齢の方ですとある程度ほげがありますので、こういう人たちが癌になりますと、尊厳というのはいったい誰がどう考えてやればいいのか、その辺を先生方にお聞きしたいです。

小越 先ほど尊厳についてもうしましたが、それはひとりひとりについて異なった対応が必要だと思います。更に病名告知に関わることで、病名告知はその人にとって利益があるときのみ行うのが原則だと思います。本人に告知しても利益がないときは全く意味がありません。かえって苦しめることになります。これらのことを判断しながら話をします。誰がするかということは非常

に大きな問題です。私は、はっきりとした治療法があるときは誰にも相談しないで病名を告げます。治療法があまり有効でないとき、殆ど無効なとき、医者が勝手にこの先どうするかを決めるのは不遜だと思います。相談したときに、された人が正確に判断できるかどうか分かりませんし、今先生のおっしゃったことは非常に難しい問題だと思います。医者がやはりいろいろな人に相談し

ながら決定を下すためにリードしていくコンダクターと云うことしか答えられません。その場で考えるしかないと思っています。

司会 ありがとうございます。今日は尊厳から文化の話まで幅広く語られ、非常にいいシンポジウムだったと思います。シンポジストの方、ここに集まっていた方にお礼を申し上げます。先生方ご苦労様でした。
