

その人らしい最期をささえる場所 ～在宅ケアと緩和ケア病棟～

まもなく、団塊世代が後期高齢者となり、がん罹患者の大幅な増加が予測されている。それに伴い、単身独居や高齢夫婦二人暮らしの世帯も急増すると言われている。やがて訪れる終末期。看取りをどこでどのように支えていくのかは、社会的に大きな問題でもある。看取りの場について、知っておきたいことをまとめた。

「どこで死ぬのか気がかり」という相談

2012年の厚生労働省のデータでは、がんで亡くなる人のうち、79%が病院の一般病棟で最期の時を迎える。残りの21%は、ほんの少しずつの割合で、病院以外の高齢者施設、自宅、ホスピス・緩和ケア病棟が占める。

核家族が進み「お一人様」の暮らしが増えるなど、現代人のライフスタイルの多様化により、終末期医療の構造も大きく変化しようとしているようだ。

Z病院の院内ピアサポートでピアサポーターのHさん(50代・女性)は、70代後半とおぼしき男性がん患者Cさんの相談を受けた。身だしなみのよい紳士で、穏やかな語調でホスピスの相談をされた。

「そろそろ自分もいけない。一人暮らしなのでホスピスに申込みしたいが、主治医が『まだ早い』と言うんですよ」

話しぶりが淡々としているぶん、Cさんの状況が切々と胸にしみたピアサポーターHさんは言う。1時間ほどの話の中で、次のようなことを伝えた。

- ホスピスや在宅療養の静観収集や手続きは早めにしておいた方がいい。
- 主治医に、ご自分が一人暮らしであることや、ご自身の思いを伝えておく
- がん相談支援センターや包括支援センターも相談のつてくれる(相談の仕方を伝えた)
- 同じがん体験者の立場で、お話を伺える場所もある(名古屋市がん相談静観サロン・ピアネットと愛知県がんサポートほっとラインのリーフレットを渡した)

ピアサポート実践の場では、確実にCさんのようなケースが増えている。身近な相談役として、じっくりと相手の話を聴き取り、ともに考え、しかるべき窓口につないでいくために、ピアサポーターが、がん患者の終末期を支援する専門職から学ぶべきことは多い。

平成27年度社会福祉振興助成「高齢がん患者の地域連携・在宅移行支援事業」で実施した連携相談支援・実践講

習会から得た情報をもとに、その人らしい最期をささえるために知っておくこと、考えたいことをまとめた。

■がんの在宅ケアの実際

みどり訪問クリニック(院長・姜琪鎬さん)は、名古屋市緑区で2012年に開業した。緑区の人口は名古屋16区で最大の23万7千人である。

医師数は、常勤・非常勤ふくめ4名。患者数は160名で、ほぼ自宅を対象としている。がん患者が3割近くを占め、年間看取り数は55名にのぼる。

姜院長は、在宅医療は一言で言うと「人が望むところで生きることを支援する医療」だと語る。病院は治すところであるが、在宅医療は治すことを重点におくよりも、ささえる医療であるところが重要だということだ。

高齢者医療においても、これまでは急性期病院で治して、とにかく社会復帰を主眼にしていたが、ささえる医療となると、高齢者の方々はまず生活に復帰するということが大切だ。そのためには、様々なサービスを受けることになる。在宅医療、訪問診療、これらはどのように違うのだろうか。



姜 琪鎬(姜)さん

姜院長 comment 「訪問診療と往診の違い」

「国の定義では明らかに違います。訪問診療は計画的です。計画書を書いた上で医師がお宅へ行きます。良いときも悪いときも、その人の状態をきちんとフォローしながら診ます。往診は、熱が出たから来てくださるように、救急チックです」

では、在宅医療はどのように進んでいくのだろうか。

「医師1人で頑張っても無理なんです。医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、理学療法士など、複数の専門職が関わります。みんな一緒に訪問することはないので点になりがちなのですが、点で支えるのは、まずうまくいきません。カリスマ医師が1人で頑張っても、在宅療養は続かないと考えてください。みんなで力を合わせていくことが重要で、チーム医療が要求されます。理想的なお題目のチーム医療ではなくて、チーム医療をやらないとその家は支えきれないということなのです。面で支えることが非常に重要です」

チーム医療が円滑に機能すれば、介護にあたる家族の身体的負担はかかなり軽減されるだろう。一方で、高齢の単身独居や高齢夫婦二人暮らし、あるいは介護力などの問題により、一定期間を在宅で過ごせたとしても在宅での看取りが難しい場合もある。

■緩和ケア病棟の実際

近年、緩和ケア病棟の数は増えており、社会的にかなり周知されてきた。しかし、『どんなところか』正しく理解されているのだろうか。名古屋徳洲会総合病院の大橋純子さん(がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師)に、緩和ケア病棟を正しく理解するための基本的なことを聞いた。

「最期の場所という認識がまだまだありますが、そうではないということを知っていただきたいと思います。また、“緩和ケア”という場合は、心不全や腎不全なども対象になりますが、“緩和ケア病棟”になると対象は限定されます」

では、緩和ケア病棟では、検査や治療はいっさい行わないのだろうか。「検査・治療については、行う場合と行わな

い場合の基準があり、必要であれば行います。緩和ケア病棟では患者さんの苦痛を取り除くことを重視しているので、医療用麻薬・鎮静剤の使用も積極的に行います。苦しさを和らげるのに必要な鎮痛薬や睡眠薬を使ったとしても、そのために寿命が縮まるということはありません。これは皆さん知っておいてほしいですね」

延命処置について	
延命措置の制限	処置や点滴の制限
昇圧剤の使用 心臓マッサージ 気管チューブの挿入 人工呼吸器の使用 透析など その他延命のみを目的とした処置は行わない	輸血 むくみかひどい人への点滴 患者さんの生活の質の改善につながる場合は行います 必要ならばレントゲンも採血もCTも行います
検査・治療について	
行わない	行う
がんの大きさを確認する 定期的な採血 定期的なレントゲン 侵襲の大きい治療	痛みの原因を確認する 発熱の原因を確認する 栄養の状態を確認する 胸水や腹水を抜く

積極的な治療は行わないが、痛みや不快などの苦痛を取り除くことを重視する。そしてもう一つ、重視するのが「その人らしく生活できるような配慮」だ。

「患者さんの希望を確認し、生活の援助を工夫しますが、押しつけはしません。患者さんの楽しみの実現や大切な人との時間が過ごせるような配慮をします」

- 最期まで自分でトイレに行きたい
- お風呂に入りたい
- 大切な人に会いたい、
- 季節を感じる様々なイベント

「緩和ケア病棟に入ったら死ぬしかない」と思われがちですが、患者さんが望まれる療養場所での療養を支援します。症状が緩和すれば退院もできますし、退院後に調子が悪くなった場合はスムーズに入院できるように配慮します。また、抗がん治療や侵襲の高い治療を行う場合は一般病棟への移動も相談に応じます」と、大橋さん。

名古屋徳洲会病院 緩和ケア病棟の場合、入院した患者の2割弱が退院している。また、退院率5-6割という緩和ケア病棟も全国にはあるという。

「緩和ケア病棟＝最期の場所」というイメージをなくし、「苦痛をとりのぞき、その人らしく生活する場所」として周知が進むよう、患者さんの身近な相談相手であるピアサポーターが理解する必要がある。



大橋 純子さん

「緩和ケア」と「緩和ケア病棟」の違い

緩和ケア：生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対するケア（WHOの定義）。

緩和ケア病棟：緩和ケアを専門的に提供する病棟で、日本では入院対象が下記に限られている。

- がん・HIVの患者さん
- ところやからだの苦痛を抱えた方
※抗がん治療(化学療養・放射線治療・手術療法など)をしている場合は入院できない

膵臓がん末期の義母の告知、在宅、ホスピス



「みんなで考えよう がん患者・家族のためのよりよい地域連携」(2015年11月14日)

体験発表：NPO法人ミーネット ピアサポーター 當田哲正

2015年3月から4月にかけて、妻の母が膵臓がんを患い、本当に短期であったが、家族として告知から看取りまでを体験した。その経過をまとめたので、がん患者さんに関わる専門職の方々やピアサポーターの参考になれば幸いである。

がん告知から2週間で寝たきりに

ことの起こりは3月13日、かかりつけ医から呼び出しがあり、「膵臓がんで余命3カ月」との話があった。リンパ、肝臓、肺、腹膜に転移、腹水もありとても厳しい状態であったが、本人は右下腹が痛い程度で、自覚症状が少なかつたため発見が遅れたとのことだった。かかりつけ医のから紹介状をもらって総合病院を受診したが「すでに末期なので治療の方法がない」とのことだった。

その後の経過は右表の通りであるが、膵臓がん末期の診断を受けて、わずか2週間で寝たきりになるとは予想もしていなかった。慌てて区役所で介護申請をし、かかりつけ医に在宅医の手配を依頼した。その後、本人は「家にいたい」と自宅での治療を希望。在宅医療・介護を開始した後の経過を次ページの表にまとめた。

在宅医療・介護がはじまる

4月3日に初めて在宅医が往診に来てくれた。在宅ケアの開始にあたって必要な契約の多さに疲弊した。在宅医、訪問看護師、薬局、指定居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)、ホームヘルパー2社、訪問入浴介護事業者、介護福祉用具事業者、ホスピス(延命治療はしないことへの確認書)。今後、在宅医関連、介護関連での窓口一本化をはかることを望みたい。

4月4日には症状がまた進み、呼吸が荒く、食事は先細りの状態だったため、ここで在宅医から、「ホスピスへ行くか、自宅に居たいか」について、本人の意思確認をした。本人は「自宅で治療したい」と希望しており、家族は介護

日付	本人	家族	医療機関
3/13	●自覚症状 右下腹が痛い 鎮痛剤	●膵臓がん告知 余命3か月 (本人へは様子見)	尾部 2.5cm腫瘍、 周辺リンパ、肝臓、肺 転移、腹膜癌種、腹水
3/16 ~17	文化センターへ1人で 出かける		●総合病院受診 末期で治療不可
3/21 ~24	亡父墓参り ひ孫も集まり全員で食 事 自力で食事不可に	●家族全員集合 何ができるか相談。 区役所(介護)ホスピ ス(条件確認:本人 告知・同意)	
3/26 ~28	ほぼ寝たきり 自力で動けない 紙おむつ始める	●介護サービス申請	●かかりつけ医へ在宅 医、ホスピスの手配を依 頼

の長期化の負担等を覚悟した。







6日には、水分を口から摂れない状態となったため、点滴を開始した。在宅医に「点滴をしますか」と質問をされたとき、点滴は延命治療ではないというのが私の認識でしたが、後日、別の医師に質問したところ延命治療になるという答えであった。

ホスピスへ入所

4月13日夜から意識が薄くなり、在宅医に電話で相談し、ホスピスの手配をお願いした。痛みをとることを優先し、食事も無理しないようにしてその日は過ごした。翌日にはホスピスに受け入れてもらい、家族としては非常に助かった。そのホスピスは13床とベッドは少ないが、申込順ではなく、症状に応じて受け入れてくれる所だった。

むすびに

後日、がん患者を多く診ている在宅医療の専門医の話を聞いた。終末期を在宅で過ごした様々な事例を聞いて思ったことは、患者は「家で死にたい」のではなく「家で生きたい」という思いで在宅を望むのではないかということである。

日付	本人	家族	在宅医・看護・ホスピス	介護
3/29 ～ 4/2	<ul style="list-style-type: none"> ・食事少なくなり、エンシュア（栄養剤）開始 ・トイレに立ち倒れる。 ・床ずれ、完全に寝たきり ・本人へ告知 ・鎮痛剤：錠剤 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護は家内、対外折衝は私担当 ・介護負担厳しい ・介護用品急遽調達 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医ケースワーカー面談契約 ・ホスピス申請（条件：告知・同意・延命治療なし） 	<ul style="list-style-type: none"> ・いきいき支援センター、ケアマネ、介護評価担当者面談（暫定要介護3） ・ヘルパー、入浴サービス、設備レンタル手配、ベッド搬入 
4/3	<ul style="list-style-type: none"> ・モルヒネ系貼り薬開始（フェントステープ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族負担長期化を覚悟 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医初往診 ・訪問看護、調剤薬局契約 	
4/4 ～ 6	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸が荒く食事さらに減少 ・本人に意思確認 ・在宅医療を希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・座薬鎮痛剤開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医の緊急対応依頼 ・軽い脱水症、点滴開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパー等契約 ・介護サービス開始 ・入浴サービス
4/7 ～ 11	<ul style="list-style-type: none"> ・体調少し回復 ・嘔下厳しい ・寝ている時間がほとんど ・入浴喜ぶ、食事多めに取る 	<ul style="list-style-type: none"> ・座薬入れても効かない 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医・看護師往診 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護タクシー手配 
4/12 ～ 13	<ul style="list-style-type: none"> ・経口食事不可に ・痛み訴える ・意識薄くなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・座薬入れても効かない 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医にホスピス依頼 ・痛みの緩和優先 ・ホスピス受け入れ確定 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護タクシー手配

ピアサポート仲間との Q&A

當田さんとピアサポーター仲間との一問一答をまとめた。

Q 家族として「よかった」と思えたことは？

在宅医との連携が円滑で、ホスピスが早期に受け入れてくれたこと。いきいき支援センターがネットワークを生かして早期に介護の手配してくれたこと。

Q 告知について今はどのように思っているか

かわいそうだと思い、しばらく控えていたが、本人がやりたいことを考える時間が必要だったので、早く話したほうがよかったのではないかと思います。

Q 介護の負担で大きかったことは？

- ①ヘルパーの介助は一日のうち一時間程度。あとは全て家族。特に動けない患者を抱えて行うおむつ替えは介添え側の体力的な負担が大きい。
- ②在宅医の往診は週二回程度で、点滴、薬管理、全身状態の確認と在宅医との連絡など目が離せなかった。
- ③特に食事が取れなくなってきたからは容体の変化が心配で頻繁な容体確認を行う必要があった。
- ④介護サービスが入るようになって人の出入りが多くなり、気遣いも負担であった（家内の感想）。

Q 全体を通して上手くいかなかったことは？

私が理解していたより病状の進行が非常に早かったので、打ち手が全て後手に回った。めまぐるしい状況の変化についていくのがやっとという状態だった。

Q ホスピスのケアについての感想

痛みが緩和され、表情が穏やかになった。定期的な体位変換、おむつ替えなどプロの安定したケアに家族はもちろん、患者自身も満足したのではないかと思います。家族に対するケアもなされた。本人も事前にホスピスの実態を知っておれば自らホスピス入院の決断できたのではないかと思います。

Q ピアサポーターであったことで役に立ったことは？

- ①それぞれの医師からの説明の理解が素早くできた。
- ②膀胱がんの末期、ホスピスの知識習得ができていた。
- ③情報収集の方法もわかっていた。
- ④病状の進み具合、家族でどんなサポートが必要となるか冷静に判断できた。
- ⑤家族への説明と納得が素早くできた。