



Title	多様化する看取り : 緩和ケアを通して見えてくるもの
Author(s)	松永, 美佳子
Citation	癌と人. 2013, 40, p. 16-20
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/24913
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

多様化する看取り—緩和ケアを通して見えてくるもの

松永美佳子*

私たち千里ペインクリニックは、神経ブロック治療を中心とした痛みの外来と共に、在宅ホスピスを専門としています。在宅ホスピスとは、がん患者様のご自宅に訪問し、24時間体制で医療、看護を提供するものです。

2004年に千里中央で開業し、現在まで8年半の間に約900人のがん患者様のご自宅を訪問し、7割の方をご自宅で看取りました。様々な看取りを経験する中で、現代社会における看取りの多様化を感じます。

全疾患における日本人の死亡場所は、1975年あたりを境に自宅死と病院死の割合が逆転し、現在8割近い方が病院で亡くなっています。昔は家で死ぬのが当たり前でしたが、今は家で死ぬことは難しくなりました。

10年前、大阪の北摂地区では、がんの患者様をご自宅で看取することはほとんどありませんでした。入院しているまま亡くなれるか、退院していても、次第に通院できなくなり入院して亡くなるか、ぎりぎりまで自宅におられ、亡くなる直前に病院に運ばれて亡くなるというケースがほとんどでした。

開業した頃、病院から依頼されてご自宅を訪問すると、痛みやその他の苦痛にさいなまれて悲惨な状況で自宅におられ、1週間前後で看取りになることが多々ありました。病院へはかなり前から通院できなくなっており、家族のみが受診していましたが、症状緩和に効果のない薬をもらい苦しんでいました。そのような方が亡くなる直前に病院に運ばれていたのです。病院内でも、末期のがん患者様は無医村状態でしたが、病院の外でも無医村状態でした。手術や抗

*千里ペインクリニック院長

がん剤などには熱心でありながら、効果のなくなった末期の患者様へは無関心という現代の医療の不均衡さに憤りを感じたものです。

あれから8年が経過し、世の中の状況も変わってきました。3,4年前からは世の中で「緩和ケア」という言葉がしばしば登場するようになったし、病院は、入院期間をどんどん短縮し、それを正当化するように、自宅で過ごすことよさが訴えられるようになりました。10年前は、病院に棲みついている(?)ような方をよく見かけましたが、それもかなわぬこととなりました。

厚生省はがん患者の自宅での看取り率の目標を12%にするよう指導していますが、全国平均は7.3%(2008年)です。入院期間を短縮することで医療費の削減を図る計画ですが、そのしわよせは自宅に來ます。「自宅のよさ」は改めて説明する必要はなく、誰もが自分の家ほどくつろぐ所はなく、死ぬときは自宅で死ぬたらいと思っています。しかし、重病人が自宅のよさを満喫するには、病院なみの医療がそれを支える必要があります。10年前に比べ、往診を専門にする開業医が増え、がん患者様の自宅を訪問する医療スタッフは増えましたが、がんの末期は症状も多彩で変化が早く、自宅で看取りまで行うには、緩和ケアに慣れた医療スタッフが24時間体制で支える必要があります。開業医は一人でしていることがほとんどで、365日24時間体制で医療を提供することは非常に難しいことです。また、医師や看護師をたくさん雇うことも経営的には難しいことです。こうした状況の中で、在宅を支える側はまだまだ

だ不十分でありながら、一方で病院から難しい病気を抱えて自宅療養を勧められる患者様やご家族の負担は増すばかりで、自宅での生活を安心して楽しめる状況とは程遠いと思われま

日本の病院では、がん治療は三大治療（手術、放射線療法、抗がん剤）のみ行われており、それらの効果がなくなると、緩和ケアを勧められます。しかし、欧米に比べ、緩和ケアを提供している医療機関は少なく、同じ病院で受けられるケースは稀です（図1、2）。

図1: 緩和ケアを受けている状況

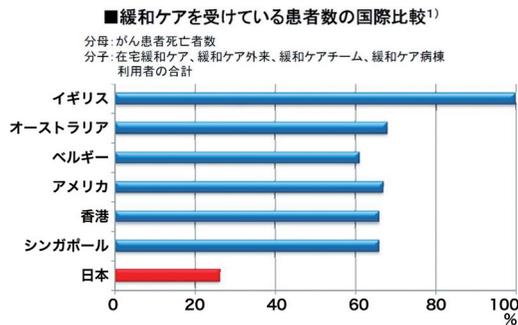
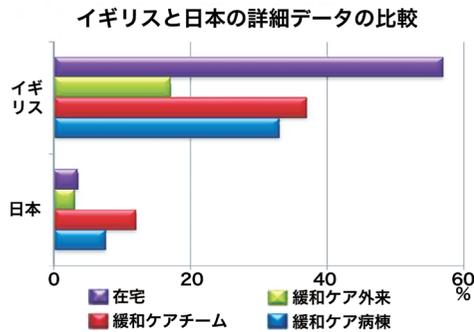


図2: 日本の緩和ケアの提供体制



病院の担当医もどこでしているかわからないで患者に勧めていることがしばしばです。宛名のない紹介状を渡されて、自分で探すように言われたり、地域連携室なるところを紹介されるわけですが、院内の地域連携室の質も様々で、院外の緩和ケアを行う医療機関と必ずしもうまく連携がとれているとは限りません。そもそも、病院外での緩和ケアを行う医療機関が非常に少

ないので、連携も取れにくいわけです。どこに行ってもいいかわからない、希望を捨てたくない、三大治療以外の治療法についてもよくわからない、将来どうなるかもわからない。わからないづくめで、右往左往する患者様、ご家族のことをがん難民と呼びます。現在、がん難民は非常に増えているのです。

治ることを信じて、主治医に従っていた患者様やご家族は、ある日突然引導を渡されて戸惑います。あるいは、化学療法などの治療をしないのであれば入院は長くできないと言われ、退院を迫られます。このように、日本では、ある時を境に突然、緩和ケアが始まるのが現状で、これは緩和ケア本来の有るべき姿ではありません。緩和ケアとは、がんと宣告されたときから始まるものです（図3）。

図3: がん治療の理想



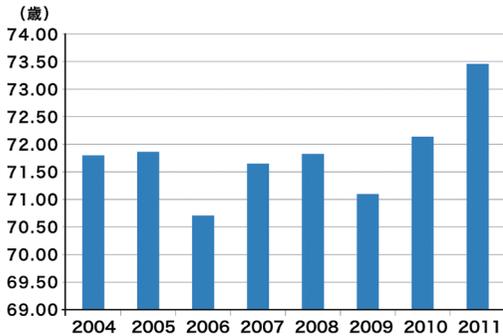
治療と平行して緩和ケアをすすめていくことが理想的！

身体的サポートのみならず、精神的サポートも重要な緩和ケアであり、一見お元気そうで、なにも問題なさそうに見える癌患者様でも、心の中に大きな問題を抱えていることは多々あります。また、化学療法で通院中の方にも、十分な緩和ケアが必要です。3分診療の主治医の前では、一見お元気そうで、何も問題なく見える患者様も、その副作用を自宅で抱えて苦しんでおられることが多々あります。また、治療が効かなかったときのことを考えて、不安や恐怖でさいなまれ苦しんでいる方がいます。誰にも相談できないで困っている方が多いのです。そうした患者様を自宅で支えるご家族の肉体的、精

神的疲れや不安も非常に大きなものになります。こうした中で、病院での治療と並行して身体や心の治療や看護、介護を提供する緩和ケアは、臓器や病気だけを診るのではなく、その人全体を見て、その人の生活全体を支えるものでなくてはなりません。つまり、家族を支えることも必要となります。病院の中からだけでは支えきれない問題であり、病院を出て、地域に密着した緩和医療が必要です。

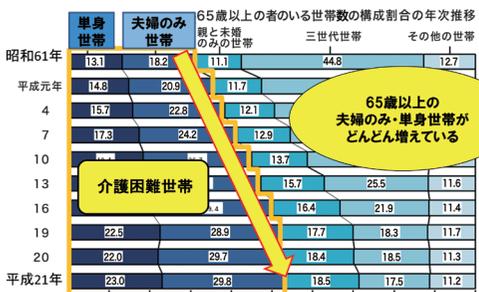
さて、こうした厳しい状況の中で、自宅での療養を続ける癌患者様とご家族ですが、彼らの年齢は年を追うごとに高齢化していています。次のグラフは、当院が訪問した患者様の平均年齢の推移

図4: 当院が訪問した患者様の平均年齢の推移



均年齢の推移を示します(図4)。また、平成20年に発表された「日本の世帯数の将来推計」(国立社会保障・人口問題研究所)においても、単身世帯、65歳以上の夫婦のみの世帯が年々増えていて、平成21年には全体の半数に達し

図5: 65歳以上・一人暮らし世帯の増加

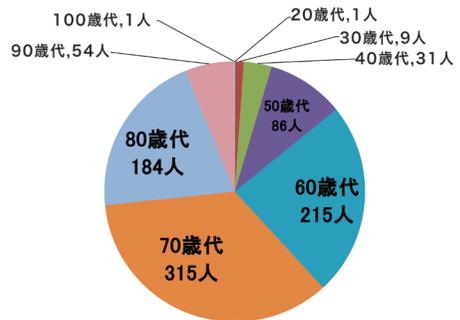


注:平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。
資料:「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」(平成20年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

ています(図5)。

昔は家族が何世代も一緒に暮らし、子が親の面倒をみて、近所付き合いもあり、なじみのホームドクターがいる中で看取りが行われてきました。しかし、現代は核家族化し、子供は遠方に住み、共働きで忙しく、親の面倒をみる余裕はありません。地域のつながりは薄く、隣の人の顔を何カ月も見ないことも当たり前。どちらかが病気になれば、老々介護となります。また、都会では、医療機関が充実しており、高度な医療を簡単に受けられるため、より長生きします。図6は当院が訪問した患者様の年齢を現わしたものです。70歳以上の方が半数以上を占め、高齢化が一目でわかります(図6)。

図6: 年齢別訪問患者の割合(n=896人)



介護者が少ない中、自宅で重症ながん患者様の看取りを行うことは大変です。看取り前の2週間程度は、訪問も毎日必要となり、夜間の電話連絡も増えます。夜間に訪問することもあります。当院が訪問した患者様の約3割は、こうした手厚い医療を受けていたにも関わらず、自宅での看取りが困難でした。自宅では、訪問する医療がしっかりしていても、介護力が伴わなければ看取りまで行くことは難しいのです。自宅を離れる理由のほとんどが介護破綻によるものでした。病状が悪化する中、介護が大変となるのです。半数はかかっていた病院に引き取られ、半数はホスピスと言われるところへ行きました。しかし、病院によっては、終末期での入

院を好まない病院もあります。特に大病院は、治療中心であり、治療以外のことは受け付けません。有名な大病院にかかっている人ほど、癌難民になるのです。

一方、ホスピスはまだ十分な数がなく、混んでいると1ヵ月程度待たされることがしばしばです。また、ほとんどのホスピス病棟では、抗がん剤を続けたり、免疫療法を受けに行ったりすることはありません。病名の告知も必要となります。世の中では「死に行くところ」というイメージがあります。そうした雰囲気は好まない患者様もいます。

我々は、様々なニーズに対応できることを目指して、平成23年11月に民間型ホスピス「アマニカス」を立ち上げました。ハード面は、ウィークリーマンションのように、自宅風で、生活するために必要なものはすべてそろっています。ご家族も寝泊まりできるようになっています。出入りは24時間自由で、ご家族が夜遅く仕事から帰って来られ、朝早く出勤されたりもしています。お酒やたばこも自由です。ペットも許可されています。一方、ソフト面は病院と同じ対応ができるようになっています。看護師、医師とも24時間体制で対応します。ご家族が付き添わなくても、アマニカスのヘルパーが身の周りのお世話もします。アマニカスから病院に通院して、化学療法を続けられる方もいますし、免疫療法をされる方もおられます。アマニカスが目指すことは、●最期まで生活できる場所●最期まで治療できる場所●十分な緩和ケアが受けられる●患者・家族の心のサポート●安心、信頼して自分らしく生きる●介護する家族が安心して介護できることです。病院でも家でもない「第二の我が家」です。

こうした新しいタイプのホスピスに入居される方も増えています。昨年1年間で約70名のがん患者様が入居されました。また、同時に、ヘルニアや圧迫骨折、帯状疱疹など強い痛みで

困っている方も約50名入居されました。訪問中の患者様がレスパイト入院されることもあります。

さて次に、自宅で医療の訪問を受け自宅で亡くなるケース、介護破綻して病院や病棟のホスピス病棟、アマニカスに来られる方以外のパターンをご紹介します。

いろいろな施設を転々としたケースです。ある70歳代の男性は膀胱がんと診断を受け、再発を繰り返し、肺や骨に転移しました。この方は病院での治療を嫌い、主に免疫療法を熱心にされていました。次第に痛みが強くなり、当院を受診されたため、ご自宅への訪問を開始いたしました。しばらくご自宅で痛みの治療をしていましたが、次第に病状も進み、もともと痴呆のあった奥さまの介護ができなくなり、介護付きマンション（高専賃）に2人で入居されました。奈良から時々娘さんが介護に来られていました。我々は、その高専賃に訪問に伺いましたが、病状が悪化し、病院に入院され治療。その後、再び高専賃に帰られましたが、介護体制が充分ではなく、自分で生活できなくなり、アマニカスに入居されました。しかし、入居直後に腎臓を自己抜去されました。看取りに近い状態でしたが、遠方におられた息子さんと娘さんが治療を希望されたため、病院へ。最終的には別の病院のホスピスへ転院され、10日後に亡くられました。お子さんたちは最期まで病院にこだわっておられました。

老人ホームからアマニカスに来られる方もおられます。老人ホームで体調を崩し、病院を受診するとがんが発見されることがあります。以前は、そのまま病院に入院し続けることができましたが、今はそうしたことが難しくなりました。高齢でもあり、手術や抗がん剤ができないことになると、退院を迫られます。また、年を取ると、病院に入院したくないという方も多いのです。それで、いったん老人ホームに帰ることになりますが、多くの老人ホームは緩和ケア

ができる医師やナース、ヘルパーがいません。当院でお世話した90歳代の女性は、5年前老人ホームに入居。去年から発熱があり、病院で検査するとすい臓癌でした。老人ホームでは看取りは困難と言われ、ご家族が探してアマニカスに来られました。終の住処として選ぶ老人ホームですが、重い病気に対応する能力を持った施設は少なく、今までのように病気になったら病院に送ればいいでは通用しません。これからは、老人ホームが重症の患者の看取りまで行う必要がありますが、スタッフの雇用や育成には時間がかかるでしょう。

最後に見つかったときはすでに手遅れで始めからがん難民になるケースを紹介します。70歳代後半の女性ですが、食欲低下、体重減少、腹痛があり、近所の病院を受診、検査したところすい臓癌が見つかりました。肝臓にもすでに転移しており、余命数カ月と宣告されたのです。ご主人とお子様3人はパニック状態になりました。痛みがあったので、すぐ当院を紹介され、その日からご自宅に訪問させていただくことになりました。市民病院も受診しましたが、すでに手遅れで手術や抗がん剤は適応ではなく、病院に来てもすることがないと言われました。ご家族は何度も当院へ足を運ばれ、今後の相談を行い、結局、丸山ワクチンと食事療法を選ばれました。しばらくすると、急性腹症を発症し、消化管穿孔が疑われました。夜中に往診し、病院に運ぼうとしましたが、周囲の大きな病院は、末期患者は手術の適応がないと相手にしてくれません。なんとか頼んでM病院に受け入れてもらえましたが、検査の結果、十二指腸に穴が開いており、それを内視鏡で塞ぐことができま

した。患者様は一命を取り留め、しばらくして退院。以後、看取りまで3ヶ月半の間、自宅で穏やかに過ごされました。ご家族にとっては、貴重な時間だったでしょう。この患者様のように、がんが見つかったときから、すでにターミナル期であると、病院では相手にされず、いきなり、広い海に投げ込まれたような状態になります。この方は当院に紹介されたのでよかったものの、一般的には、がん難民となり右往左往して大変な状態になります。

50年前の日本では、看取りは家で行い、医療も発達していませんでした。次第に看取りは病院に移って行きましたが、大変な部分は病院にまかせばいいという単純なものでした。しかし、現在は、今までの看取りを担ってきた家や病院ではない第3の看取り場所が必要になってきており、看取りに向かうまでの過程が非常に複雑になっています。また、患者様やご家族のニーズが多様化しています。これから、ますます高齢化社会となり、医療や福祉が削られる中、いったいどうやってこれらの問題を解決していくのか……。多くの場面で、がんと言えば、治療のことしか語られませんが、がんになった方の半分以上が再発して末期を迎え、日本人の2人に1人ががんで死ぬという時代になっており、もっと「死に方」についても議論なされるべきです。「終わりよければすべてよし」と言うように、人生の終わり方は非常に大切な問題です。早い遅いの違いがあっても、誰もが経験する「人生の終わり」を考えることは、決して暗いことではなく、よりよく生きることへつながります。できれば、最期まで自分らしい生き方をしたいものです。