

終末期がん患者の在宅療養調整における特徴と注意点

松本 仁美

キーワード：相談，在宅療養調整，終末期がん患者

I. はじめに

わが国では悪性新生物が1981年から死因の第1位を占め、2015年の予測値としてのがん死亡者数は370,900人（男性219,200人，女性151,700人）となっている¹⁾。また、罹患数（新たにがんと診断されるがんの数）についても、982,100例（男性560,300，女性421,800例）となっている¹⁾。死亡者の死亡場所については、1960年では70.7%以上が自宅で死を迎え、病院では18.2%が死を迎えていたが、1980年には病院で死を迎える人が52.1%，自宅で死を迎える人が38.0%となり、その頃より自宅での死亡は減少し病院での死亡が増加している²⁾。2005年の自宅で死を迎える人の割合は12.2%を低値として、自宅で死を迎える人の割合はわずかに増加している²⁾。死亡場所別の年次推移は図1に示す²⁾。

この背景として、2002年WHOの緩和ケアの定義変更により【早期からの緩和ケアやQOLを考慮したがん治療の重要性】が述べられた³⁾。また、医療機器や技術の進歩による低侵襲手術等の治療方法の実施や、新規抗がん剤や分子標的薬、がん化学療法に伴う有害事象に対する支持療法薬の開発が進むことで、入院期間短縮と延命期間の延長がみられた。2002年の診療報酬改定において、『在宅ターミナルケアにおける加算』が新設され、4年毎の改定がすすめられている。さらに、2006年の介護保険制度の改定で、特定疾患の範囲に『がん末期』が追加された⁴⁾。2007年のがん対策基本法の施行に伴うがん診療連携拠点病院の整備、緩和ケアの強化、がんになっても安心して暮らせる社会の構築としての在宅療養環境整備がはかられたことにより、終末期がん患者であっても、住みなれた自宅で死を迎えたいと希望すれば療養環境を整備することが少しずつ可能になってき

た⁵⁾。

がん治療水準の向上，緩和ケアの充実，在宅医療の支援，がん患者・家族等に対する相談支援，がんに関する情報収集・提供等の機能を備え，地域におけるがん医療の充実をはかるために，がん相談支援センターはがん診療連携拠点病院の指定要件として設置されている⁶⁾。がん相談支援センターは，かかりつけ病院かどうかは問わず，無料で，がん患者とその家族のがん相談に対応している⁷⁾。それぞれのがん相談支援センターの活動の実態については，今後明らかにされていく段階にある。私は，がん患者だから入院というようなパターン化された調整ではなく，患者・家族の状況や意思決定に応じた療養生活支援を創造していくことが重要であると考えている。療養環境調整はパターン化するものではなく，患者の意思決定を実現する能力であり，実践での学びを蓄積し共有することが重要である。

【目的】

本稿では，がん相談支援センターで，終末期がん患者の在宅療養の相談や連携調整について，日々の経験から作成した模擬事例を提示することにより，終末期がん患者の在宅調整におけるポイントを明らかにするとともに，がん相談支援センターでの活動への理解が深まることを期待する。

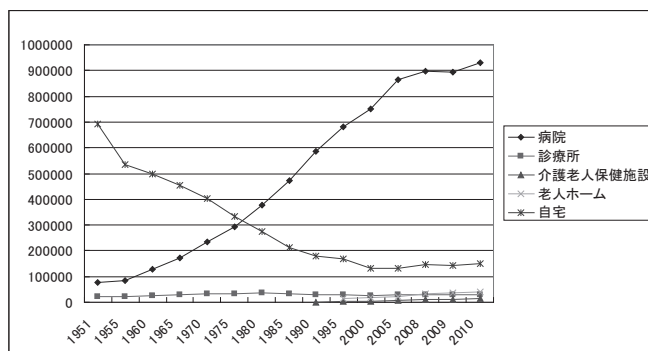


図1 死亡場所別にみた死亡数の年次推移

Hitomi Matumoto
製鉄記念広畑病院

II. 事例紹介

- 1) 氏名・年齢・性別：A氏，70歳代，男性
- 2) 家族構成：妻（70歳代），娘（40歳代）3人暮らし
- 3) 現病歴経過：200X年5月食欲不振，体重減少を認め近医（Bクリニック）を受診する。精査目的にて，がん拠点病院（C病院）を紹介受診する。精査の結果膵臓癌ステージⅣと診断される。治療方針としてBSC（best supportive care）となりBクリニックへ逆紹介となる。Bクリニック外来では，腹痛に対してAAP（acetaminophen）やNSAIDs（Non-Steroidal Anti-inflammatory Drug）の処方と食事摂取困難に対しては外来における補液で対応をされていた。
- 4) 事例のテーマ：がん拠点病院から紹介された在宅医のもとで在宅療養を続けていたが症状緩和が困難となり，患者・家族の意向に対応できる在宅医を再調整することが必要になった事例である。

III. 看護の実際

1. 相談の内容と経過

1) 電話相談から面談までの経過

娘からの匿名の電話相談。A氏の苦痛の増強を家族として，どうすることも出来ない状況に直面し，苦痛緩和の方法や在宅療養を継続できる方法があるかどうかの情報を求めるという依頼から相談を開始した。

娘はA氏がC病院でがんの積極的な治療の対象ではないことを理解して自宅療養を行うためにBクリニックでの継続受診をしている状況であった。そのため，受診歴のないがん診療連携拠点病院に，相談をして対応してもらえるかどうか分からないことへの不安と，がん相談をうけることでBクリニックの医師へ不快な思いをされることで受診継続が困難になる心配など不安と警戒心があつた。

娘の不安に対して，がん相談支援センターを利用することによりBクリニック医師からの不利益を受けることがないことを保証した上で，心理的サポートとして傾聴を行った。そして，本当に困っている問題点を明確にして共有できるように，娘の語りを整理した。

娘の語りとして，AさんはC病院での膵臓癌の末期の診断を受けて，がんに対する積極的な治療

は希望せず在宅療養を希望していること。在宅療養目的でBクリニックに紹介をされたが，十分な症状緩和が得られていないこと，今後の在宅療養が継続できるのか不安であること。C病院との関係はBクリニックに紹介された時点で途絶えており，Bクリニック以外の医療者と関わるということがないということであった。

短期間のうちに心構えのないままに診断がつき，現状の厳しさと向きあうために，心の安定や生活調整のための情報収集をする猶予もないままに，在宅療養の意思決定がなされた状況が明らかになった。そのため，在宅看取りも選択肢として考えられているか，家族自身が在宅療養できる心身の状況にあるか，在宅療養が可能な物理的な環境が整っているかというの確認が必要であると判断し，娘だけではなく妻，本人との面談を調整することを提案した。また，痛み等の症状緩和についても，在宅でどのように過ごしたいか，いつまで在宅を希望するかにより在宅医に期待する医療が異なるため，早急に面談の日程を調整した。Bクリニック，C病院を具体的に伝えられたり，ゆっくり言葉を選ばれている様子だった話し方から，声のトーンも明るくなり，返答も自然に行われるようになっていくことによって，娘の警戒心や不安の軽減がはかれていくのが感じられた。

2) がん相談支援センターにおける面談

家族としては可能な限りA氏の希望する在宅での生活を継続したいという思いが強く，症状緩和が出来れば在宅看取りも不可能なことではないという家族の思いが確認できた。ここでの問題としては，在宅療養支援を期待しているBクリニックが，Aさんの在宅療養支援が可能かどうかについての情報を整理することであつた。

患者・家族の情報より，Bクリニックについての情報を整理した。疼痛緩和の方法としてオピオイドの処方は出来ない。往診や訪問診療は行っていない。医師は一人で診察をしている。がん患者よりも非がんの患者を専門とされている印象をうけている。妻はかかりつけ医として生活習慣病のフォローを受けている。Bクリニックの医師は，Aさんや妻に「紹介状はいつでも書くので，疼痛緩和が出来るところに変更してよい」と伝えられている。

これらのBクリニックの在宅支援体制では、今後予測されるA氏の症状や病態の変化への対応と今後期待する在宅療養支援を受けていくことは困難であることが判断できた。そこで、かかりつけ医との関係性変化の可能性について配慮を行ったうえで、苦痛症状の緩和と看取りも可能な在宅療養支援体制を整備する目的で、在宅医の変更について提案を行い、患者・家族の意向を確認した。

患者・家族が在宅医の変更を希望したため、具体的に療養生活が想像できるように、Aさんの生活や妻や娘の生活について語り合うことで、在宅療養体制をどの程度整備していくことが必要であるかを、Aさんと家族が判断できるように関わった。療養環境として福祉用具のレンタルが可能になるように【がん末期】での介護保険申請を至急で行うこと、訪問看護師によりA氏の心身の状態観察と支援や症状管理、日常生活援助、生活環境の調整だけでなく、家族の心理的サポートが受けられることについて情報提供を行った。

その結果、Aさん、妻、娘から「自分たちが望むことを実現できるような方法があったのですね。紹介されたBクリニックにかかっていたので、別のところに変わっていいといわれてもどのように変わればよいか、変われば何か変わるのかわからなかった…」と、解決方法が見つからず困惑していた状況から、生活に見通しが立ったことにより、安堵の表情をされ、肩の力が抜けていく感じが感じられた。患者・家族の同意を得た上で、在宅医、訪問看護師へAさんの在宅支援の依頼を行っていき、在宅支援体制を整えていくことの説明を行い、面談は終了した。

3) 在宅療養体制の調整と連携

今後痛みが増強した場合にオピオイドを用いた疼痛緩和が行えるように、オピオイドを処方できて、なおかつ、在宅看取りが行えるための往診を行っている医師で、A氏の居住地が訪問診療可能で、できれば、がんの終末期患者を看取ってきた経験がある医師として選定を行った。結果として、A氏の居住地から往診可能な医師は選択できる医療環境にはなく、Dクリニックのみが該当という状況であった。

実際の調整としては、Dクリニックの医師へA氏の在宅診療支援を依頼した。A氏の確定診断に至った検査データをDクリニック医師が希望し

たため、C病院の地域連携室へ連絡をとり、Dクリニック宛ての診療情報提供書と画像データを依頼した。Dクリニック医師へ、在宅看取りを選択肢としてA氏と家族の心理面のサポートという視点からも、訪問看護師への訪問看護指示書と介護保険の医師意見書の作成についても依頼した。訪問看護は、A氏の居住地が訪問看護対象エリアであり、Dクリニックの医師と在宅看取り経験があるE訪問看護ステーションに依頼し、E訪問看護師ステーションへ居宅介護支援事業所の調整を依頼した。家族へは、B病院に情報提供書を受け取りに行った後、Dクリニックを受診すること、E訪問看護ステーションから連絡があることを連絡し今回の相談事例に関する調整を終了した。

その後、A氏は疼痛緩和がはかられ家族に見守られて、ご自宅で逝去されたこと、がん相談支援センターに相談できたことについて家族から感謝の気持ちが聞かれたことを訪問看護師より連絡があった。

IV. 考察

1. がん相談支援センターにおける相談の特徴

がん相談支援センターの相談の方法として、電話やメール、FAXによる相談または面談による相談がある。相談という介入は、相談者である患者や家族の【相談をする】という行動から始まる。相談者の相談ニーズが明確ではなく、本事例のように現状に満足できない状況や、現状の生活に困惑しながらも対処方法が分からないといったような漠然とした相談として介入を求められることが少なくない。また、匿名での相談や、受診歴がないがん拠点連携病院のがん相談支援センターに相談される場合もあるため、相談者から提供される情報について事実の部分と相談者の認識や仮定の部分であるかを判断しながら情報を整理し、真の相談ニーズを相談者と共に明確にして共有することが必要になる。病院に受診歴がある患者であっても、相談者とは関係性の構築がなされていないことが殆どであり、同時に関係性構築をはかっていく必要がある。

本事例においても【真の相談ニーズは在宅療養を希望しており、在宅療養環境の整備が不十分なため希望を叶えるための環境調整をはかること】ということを確認し共有することであった。限られた情報と関係構築がない中で真の相談ニーズを相談者と

共に明確化する過程が、がん相談支援センターにおける相談技術やケアの特徴といえる。この過程で用いるコミュニケーション技術として、積極的傾聴の態度が重要である。積極的傾聴により『患者自らが患者自身の考え、思考、感情に出会う』⁸⁾と述べられているように、がん相談支援センターでは、相談者が納得できる意思決定とその決定に応じた行動を支援することが求められていると考える。

2. 終末期がん患者の在宅調整での注意点

がん相談支援センターでの役割のひとつとして、【在宅療養体制整備のための調整】を行っている。この役割を担っている職種としては、看護師またはMSWである。がん終末期患者においては、残された時間を有意義なものとするように、残される家族が遺族となった時に後悔や苦悩の体験とならないためにも、終末期の在宅療養体制整備の調整は重要なものである。しかし、本事例のように、紹介先の医療機関の医療体制や在宅支援の限界と患者・家族が求める支援、患者の予測される状況が合致しないことにより、再調整が必要になることも少なくない。鈴木⁹⁾の文献でも述べられているが、在宅支援を行っている診療所では、物理的制約からくる限界の中で在宅緩和ケアが実践されている⁹⁾。また、杉琴によって終末期医療における在宅療養の課題として述べられているように、終末期在宅医療では患者・家族の【在宅療養を希望する】という思いと、在宅医療福祉資源の活用や代替介護者の存在、介護者への精神的支援の状況、在宅医療に関わる医療者の認識といった様々な要因が関係しながら行われている¹⁰⁾ことを知っておく必要がある。

がん終末期として問題となる急変の可能性や症状緩和の状況、ADLの低下は、個々患者の病態や支援体制により全く異なる。志真が『エンドオブライフケアにおける担うべき役割として人生の終わりとその過程におけるつらい症状を緩和すること、死が近づいた時適切なケアを提供すること、これらはやはり医療者の誰もが担うべき役割』¹¹⁾と述べているように、今後患者に予測される可能性を考慮して、在宅療養の調整を行うことが大切である。

終末期在宅調整を行う医療従事者が以上のことを意識して調整を行うことにより、適切な専門職者への連携や患者・家族のQOLを考慮したサポートができる¹²⁾と考える。地域または病院で働く医療者が、各々の仕事の強みと弱みについて共通理解を深める

ことで、お互いが役割を補完することができ、患者の状況に応じた調整の可能性を広げることができると考える。

V. まとめ

がん相談支援センターの相談の特徴は、①利用者であるがん患者・家族が相談ニーズを認識し、相談するという行動が起こることによって介入が可能になる。②認識された相談ニーズを満たすだけでは問題の解決にならないこともある。③真の相談ニーズを相談者の語りの中から、相談者と共通認識していくことが重要である。

また、終末期がん患者の在宅療養支援のための調整を行うときの注意点は、①患者の病態を理解して今後起こることを予測した上で、調整を行うことは重要である。その他、②がん患者・家族の在宅療養への意向を確認することである。また、③家族支援の限界（例えば、療養スペースや介護にかけられる時間、介護能力、経済的な限界、家族の心理的支援者の存在など）④医療者の限界（例えば、医療用麻薬が処方の有無、訪問診療や往診の実施状況、診療体制、専門性、周辺の医療機関との連携体制など）⑤制度利用の限界（介護保険の対象や認定区分、年齢や疾病、病態など）があることを知って調整することである。

VI. おわりに

この実践を支えてくれる地域医療の実践者である医師、訪問看護師、介護・福祉関係者の方々に感謝します。本事例のように、医療者の調整によって困惑する患者・家族が相談できる場所として、また、誤った調整がなされないように、がん患者・家族から行われた相談事例を臨床知として還元できるようにしていきたい。

引用文献

- 1) 国立がん研究センター (2016)
http://www.ncc.go.jp/jp/information/press_release_20150428.html
- 2) 厚生労働省 (2011年), 人口動態統計年報第5表死亡の場所にみた死亡数・構成割合の年次推移, 2016年6月15日,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suui10/>
- 3) 国立がん研究センターがん情報サービス (2015年), がんの療養と緩和ケア, 2016年6月13日,
<http://ganjoho.jp/public/support/>

- [relaxation/palliative_care.html](#)
- 4) 厚生労働省 (2013年), 特定疾患の選定基準の考え方
<http://www.whlw.go.jp/toics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>
 - 5) 厚生労働省 (2014) がん対策推進基本計画, 2016年
6月13日,
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
 - 6) 兵庫県 (2016年) がん診療連携拠点病院, 2016年8
月3日,
https://web.pref.hyogo.lg.jp/hw12/hw12_000000141.html
 - 7) 国立がん研究センターがん対策情報センター: がん
になったら手にとるガイド (第1版), 29-33, 学
研メディカル秀潤社, 東京, 2013.
 - 8) 太湯好子: 患者の心に寄り添う聞き方・話し方-ケ
アに生かすコミュニケーション (第1版), p100,
メジカルフレンド社, 東京, 2002年.
 - 9) 鈴木央: 一般診療所で行う在宅緩和ケア, 19 (5),
414-416, 2009.
 - 10) 杉琴さやこ, 古賀友之, 西垣千春: 終末期医療にお
ける在宅療養の課題, 社会学研究, 27 (1), 2009.
 - 11) 志真泰夫, 山岸暁美: 死が近づいた時の症状マネジ
メントの重要性, 緩和ケア24. 4.256-260.2014