

## 緩和医療

## 終末期患者の緩和ケアと在宅療養移行

東京女子医科大学病院在宅医療支援・推進室

沼田久美子

(受理 平成18年12月29日)

## Palliative Care

## Palliative Care and Transfer of Home Medical Care in Terminal Stage Patient

Kumiko NUMATA

Department of Home Care Support/Promotion, Tokyo Women's Medical University

Of all inpatients at Tokyo Women's Medical University Hospital (TWMUH) in 2005, 25% had malignant neoplasms, and 70% of patients who died had malignant neoplasms. The mean length of admission was 35.6 days. We established a palliative care team consisting of multi-disciplinary voluntary members in 2005 and worked with home care support/promotion teams to provide high-level quality of life (QOL) care to patients and their families. Home care was requested by 400 patients, 66% of whom had malignant neoplasms. Home care transfer patients accounted for 64%, 21% died in TWMUH, and the remaining patients were transferred to another [OK?] hospital. After home care transfer, 23% died at home and 60% died after reentering the hospital. The mean term of home care was  $49.0 \pm 48.1$  days and 45% of the patients died within one month of home care. The following factors need to be taken into consideration when transferring patients with terminal-stage malignancies to home care: 1) palliative care 2) desire to receive home care 3) understanding of the patient's disease 4) nursing care system 5) local cooperation. Patients who are cared for in hospital until death also require adequate palliative care. The work of the palliative care team has to meet the high expectations of patients, their families and the medical staff. Efficient coordination of a large number of staff is essential to achieve high-level QOL care for terminal-stage patients.

**Key words:** home care transfer, died at home, terminal medical care, home care, local cooperation

## はじめに

疾病構造の変化や高齢化とともに、癌患者は増加しており、現在死亡原因の30%は癌<sup>1)</sup>である。今後もこの割合は増加していくことが予想される。また、病院機能の分化により急性期病院は入院期間短縮が命題となり、患者は次の療養方法を選択せざるを得ない状況である。特に終末期の患者にとって、限りある時間を何処で、誰と、どのように過ごすかは重要な問題である。在宅療養は選択肢の一つであり、住み慣れた地域での生活を望む人は多い。

これまでの調査報告<sup>2)3)</sup>をみても、最期は家で過ごしたいと希望する人は多いが、実際に平成15年度の

在宅看取りは20%弱であり、死亡原因の1位である癌患者の在宅看取り率<sup>4)</sup>を見ると癌死全体の6%に過ぎず(ホスピス看取りは2.5%)、多くの患者は病院で亡くなっている。癌患者の在宅看取りは種々な意味でハードルが高いことが伺われる。

一方、緩和ケア病棟を持たない急性期病院では、一般病棟入院の終末期癌患者が十分な緩和ケアを受けられているのか？ スタッフが終末期ケアや看取りの対応に可能な状態であるのか？ など多くの課題を抱えていると考えられる。

終末期医療の目的は、心身の苦痛・苦悩の緩和により患者のQOLを維持・向上させることにあり

いえる。これらを踏まえ、当院では、平成17年に各科医師、看護師、薬剤師、心理士などの多職種ボランティアによる緩和ケアチームを設立し、患者にとってQOLが高い院内外での療養を構築できるように、推進室とも共同で活動を進めている。

今回、入院患者の多くを占める、癌終末期患者の在宅移行や緩和ケアチームの係わりについての現状調査を行うとともに、よりQOLの高い終末期療養を行うための留意点について検討した。

### 1. 家で行う在宅医療処置とは

保険点数上認められている在宅医療処置は、一番多いインシュリン注射などを行う自己注射（平成15年約51万件）、酸素療法（HOT）、中心静脈栄養法（HPN）、経腸栄養法（HEN）など13種類が認められている（表）。在宅医療の基本は自己（家族）管理である。実際に患者、家族が医療処置手技を修得して在宅で継続的に行うことで、療養生活が可能となる。しかし、手技の実行が難しい場合は、訪問医師や看護師などの医療者が援助する体制を整えることが必要となる。

### 2. 当院入院患者の状況

平成17年度の入院統計を図1に示した。新入院患者数は22,548人、その内癌患者は5,386人で約1/4を占めた。また、当院看取りの患者（687人）の70%を癌患者が占めていた。当院の平均在院日数は17.0日であったが、当院看取り癌患者の平均在院日数は35.6日と長期になっていた。

緩和ケア病棟を持たない当院にとり、入院の終末期癌患者を支えるためにケア内容、加療期間面などに課題を抱えていることが十分推測される。

### 3. 推進室の活動

平成17年度、各科からの新規依頼総数は400件、依頼対象者は65歳以上が約65%を占め、家族背景も介護状況の厳しい、独居や日中独居、老人世帯が多い。依頼者の疾患名では、癌が66%と多くを占め、そのほとんどが終末期患者であった。

推進室が関わった医療処置を図2に示した。HPN、HENなど栄養に関する処置対応は多く、一人の患者が複数の医療処置を行っている場合もある。また、癌患者の在宅医療処置の継続割合が高いことがわかる。

癌患者の退院支援における、院内外連携の内容を図3に示した。緩和ケアチームの介在した事例は46例であった。連携の良し悪しで在宅療養のQOLが大きく左右されるため、不安の払拭や医療者同士の

表 診療報酬で認められている「在宅医療」

1. 在宅自己注射
2. 在宅自己腹膜還流（CAPD）・在宅血液透析
3. 在宅酸素療法（HOT）
4. 在宅中心静脈栄養法（HPN）
5. 在宅成分栄養経管栄養法（HEN）
6. 在宅自己導尿
7. 在宅人工呼吸（HMV）・在宅持続陽圧呼吸療法（CPAP）
8. 在宅悪性腫瘍患者の鎮痛療法、又は化学療法
9. 在宅寝たきり患者処置
10. 在宅自己疼痛管理
11. 在宅肺高血圧症患者のプロスタグランジンI2製剤療法
12. 在宅気管切開患者
13. 寝たきり老人訪問

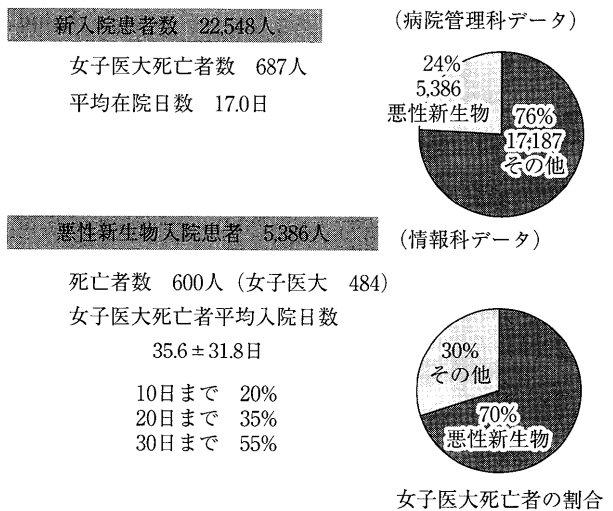


図1 平成17年度女子医大病院入院統計

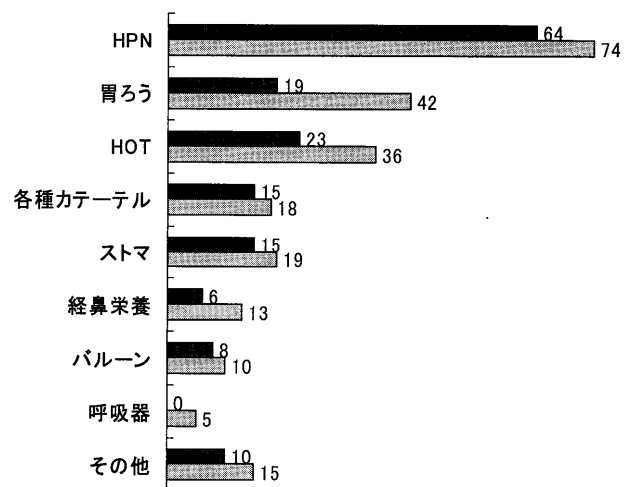


図2 在宅医療処置数

■：悪性新生物者（n=255）、■：全依頼者（n=400）。

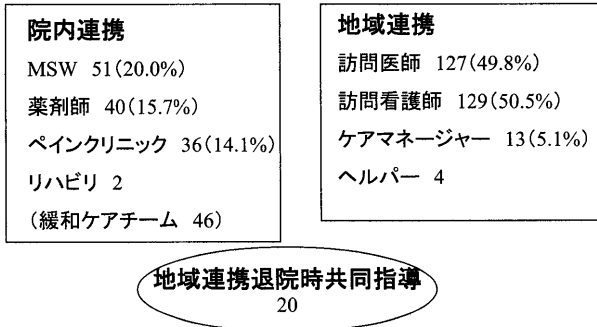


図3 悪性新生物患者退院支援連携数 (n=255)

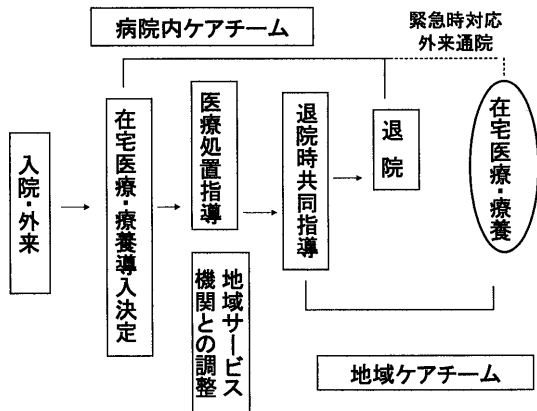


図4 退院支援の流れ

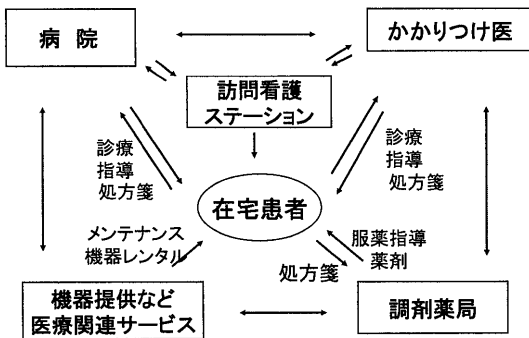
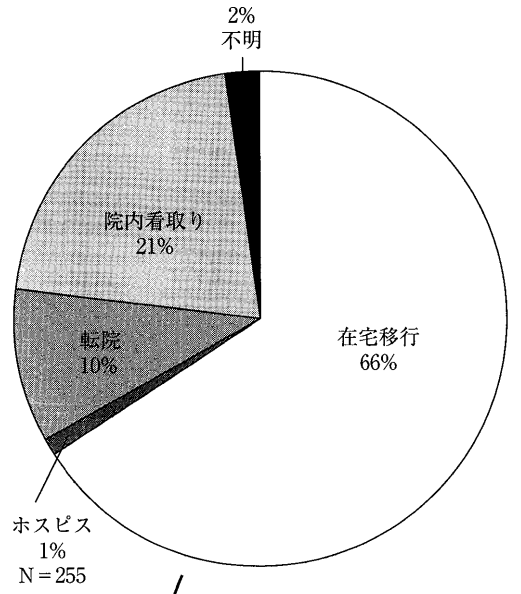


図5 在宅医療システム

情報共有の場として、地域連携退院時共同指導も重要となってくる。

当院での在宅療養依頼から移行までの流れを図4に示した。また、地域で医療や療養をする患者、家族を支える体制を図5に示した。在宅療養に不安を持っている患者や家族を支えるためには、訪問看護、訪問医師、薬局、機器メーカーなど相互の十分な連携が必要となる。終末期患者は症状緩和のために医療処置も多く、地域医療機関との連携はさらに重要



在宅移行後看取りの場所

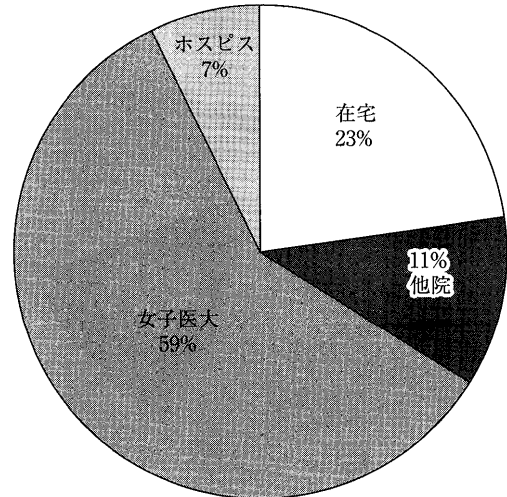


図6 平成17年度依頼悪性新生物患者調整結果(n=115, 平成18年5月現在)

である。

#### 4. 在宅移行の現状

当院における平成17年度の癌患者の在宅療養移行数および経過の調査結果を図6に示した。移行は依頼患者の66%であった。ホスピスや他院への転院は10%であり、患者、家族の不安が強い、独居など介護環境が厳しい場合に多く見られた。入院継続し死亡した割合は21% (54人)であった。

また、在宅移行後の看取り場所は在宅が23%、再入院後の当院が60% (68人)であった。再入院となる要因としては痛み、出血、呼吸苦、強い嘔気・嘔

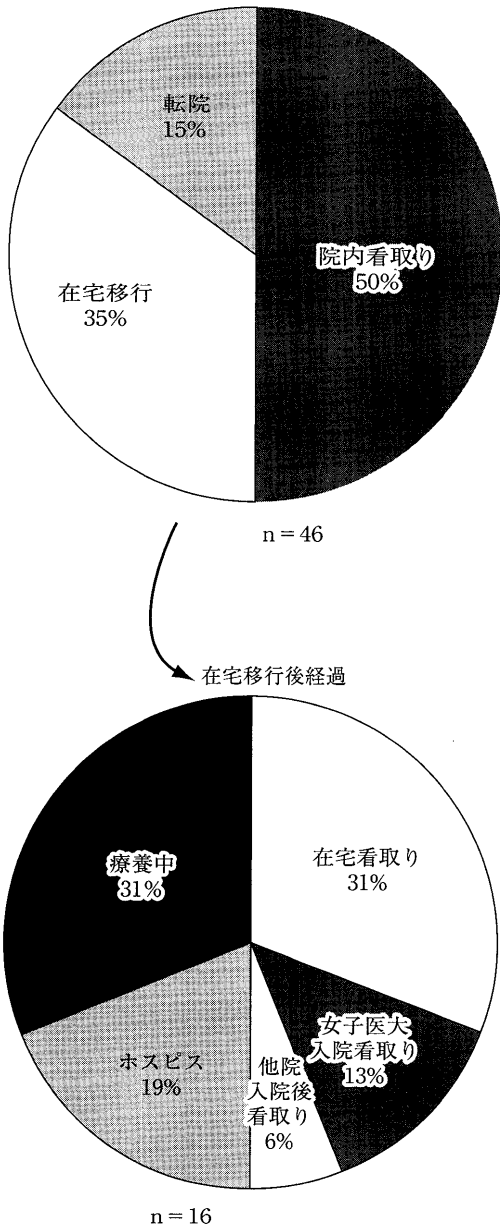


図7 平成17年緩和ケア介入症例

吐などの病状の悪化や精神症状，介護の破綻などであった。緩和ケアチームの関わった症例46の経過を図7に示したが，当院での看取りの割合は50%と高い。この原因は，病状が進行し心身の症状緩和やスタッフの対応困難を示すなど，専門的対応が求められる症例が多いためと考えられる。実際に病棟では多くの困難症例があると思われる。症状緩和や退院を見据えた，早期からの緩和ケアや在宅専門のスタッフ介入は患者のみでなく医療者の負担軽減にもなり，重要と考えられる。

各科の依頼を受けてから各種調整を行い，退院するまでに経過した期間を調査した(図8)。平均は

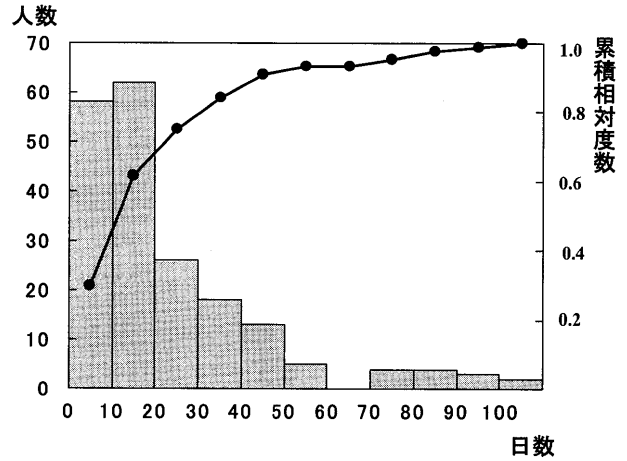


図8 悪性新生物患者介入から退院までの期間  
平均日数 22.8±21.9

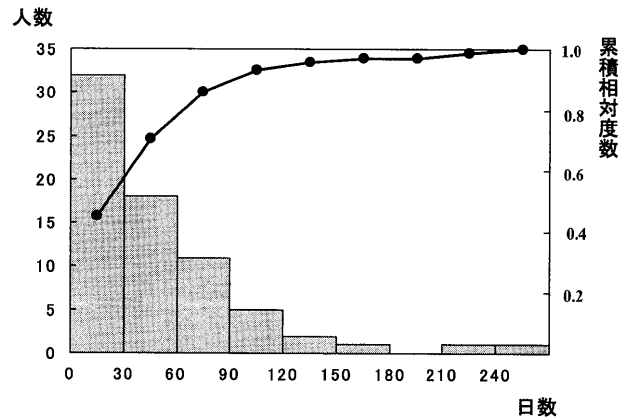


図9 悪性新生物患者在宅期間  
平均日数 49.0±48.1

22.8±21.9日であるが，10日までに30%，3週間までには60%が退院していた。

在宅で過ごした期間を図9に示した。平均在宅日数は49.0±48.1日であり，30日までには45%（60日までは70%），3ヵ月までにほとんどが亡くなっていた。また，在宅療養中の病状悪化や介護負担増などにより当院へ再入院するケースでは，多くが1週間以内に亡くなっている。

宮本ら<sup>5)</sup>はアンケート調査の結果で，自宅介護期間は1ヵ月以上6ヵ月未満が最も多く，この期間では，家族は「短かったが心残りはないと感じている」と報告している。また，訪問専門医の「在宅療養が3ヵ月あれば，患者・家族と良い関係が作れて在宅看取りができる」との経験報告もある。患者，家族の満足度から考えれば，癌終末期患者の在宅期間としては3ヵ月以上が望まれよう。

## 5. 当院での患者・家族の在宅移行事例

### 1) 事例1：家族が看取りを希望した事例

60歳の卵巣癌患者。夫・長女との同居であった。残存病変があり、化学療法を施行した。当初、患者は「家に戻り、調子が良くなったら治療をしたい」、家族は「苦痛を少なくして欲しい、在宅で看取りたい」と希望した。在宅でHPNと週1回の腹水穿刺を行い、退院1ヵ月後在宅で家族に看取られた。

在宅療養や看取りは望む人が居て成り立つ、特に、「在宅で過ごさせたい」という家族の意向は重要となる。心身の苦痛緩和は最重要課題である。

### 2) 事例2：地域での連携により在宅で看取られた病名未告知の事例

80歳代の胃癌、腹膜転移の女性。夫とは死別し次男家族との同居。当初、家族は転院を希望した。しかし、本人の強い在宅療養希望があり、家族は「可能な限りは自宅で看るが最期は入院」と変化した。次男の希望で「腹膜炎で炎症が強い」との説明が患者になされ、HPNを持ち自宅での生活が始まった。「家は良い、気兼ねがないし、孫達にも会える」と喜んでいた。病状は進んで行き、患者は「なぜ良くなるのか？」と不信感を訴えるようになった。家族は対応に困り、入院を考えるようになった。退院1ヵ月後、訪問医、訪問看護師、家族で話し合いを持ち「病名は言わない、在宅で看取る」の確認がなされ、その1ヵ月後、孫3人と子供夫婦に看取られた。

地域医療者の連携・支援により、患者、家族が在宅で満足のいく看取りができた。在宅療養に当たり、患者が病気や病状を理解していることは、限られた時間を高いQOLで過ごすために必要である。

### 3) 事例3：外来で自宅療養の方針を立てた事例

60歳代の乳癌、リンパ節転移（反回神経麻痺）の女性。認知症の夫と2人暮らし、同市内に息子夫婦が在住している。患者は「認知症の夫を一人にはできない」と外来での治療を希望した。短期入院で胃瘻による栄養療法を導入し、地域連携を行い、在宅療養へ移行した。病状は進み、6ヵ月後息子宅へ夫婦で同居し、その10日後に在宅看取りとなった。

在宅療養期間を延長するためには、早い時期から（患者の体力、気力がある時期に）予測を立て、準備を進めていくことが重要で、家族の協力も必要である。外来での在宅療養相談、緩和ケアチーム介入事例も増えており、今後さらに増加することが考えられる。

### 4) 事例4：医療処置を持ち外来化学療法を継続した事例

50歳代の胆管癌、腹膜播種、肺転移の男性。妻、息子の3人家族。患者は「仕事を続けたい」と希望し、家族は「本人の思うとおりにさせたい」と考えていた。HPNを施行しつつ、通院で化学療法が継続された。その間、調子の良いときには職場へ出かけていた。5ヵ月後呼吸苦あり、近医へ入院し2日後亡くなった。

当院（急性期）の特徴と思われるが、通院で癌に対する積極的治療と症状緩和が並行して行われた。

上記した事例は一部にすぎないが、①在宅療養の希望、②苦痛の緩和、③地域連携、④病状理解、⑤家族の協力などの介護環境、⑥早期からの対応など、在宅移行の留意すべき点が示されており、それらは諸報告<sup>67)</sup>とも一致する。

## 6. 在宅療養に希望するもの

家に帰った患者・家族は在宅療養移行をどう思っているのか？訪問診療医師や訪問看護師対象のアンケート結果<sup>89)</sup>によると、患者、家族は、夜間や緊急時の医療対応や病状、介護環境、医療処置などに不安を持っていることがわかった。

患者、家族が安心して在宅療養を開始し継続するためには、夜間や緊急時の医療対応、すなわち、時間を選ばない地域医療機関の対応や急性期病院の受け入れなどの地域連携の充実および医療者による判り易い病状の説明などが重要である。宮本らのアンケート調査<sup>5)</sup>でも、退院時に介護者が不安に思うことは病状悪化、介護に関する事であるが、24時間の訪問医療体制により解消されたことが報告されている。

### まとめ

在宅療養の希望がある患者と家族が安心して在宅へ移行し、より長期間、QOLの高い療養を行うための要件は種々あるが、心身の症状緩和は必要不可欠であり、担当科を含む多職種構成チームによる早期からの患者支援が有効と考えられる。

また、多くの終末期癌患者が当院で看取られていることが明らかとなったが、終末期を当院で過す患者に対しても、急性期治療とは異なった十分な心身の緩和ケアが必要である。今後、急性期医療を担う大学病院という特性を踏まえつつ、担当医療者と緩和ケアチーム、推進室が多角的な連携を持って、終末期患者、家族のQOLを高くする方法を構築していく必要がある。

## 文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：国民衛生の動向—人口動態. 厚生指標 53 (9) : 2005
- 2) 小谷みどり：在宅ホスピスを躊躇される要件. ホスピスケアと在宅ケア 11 (3) : 314-317, 2003
- 3) 日置敦己, 田中 耕, 和田明美：勤労世代男女の死生観と終末期のケアへの期待. 厚生指標 52 (3) : 19-23, 2005
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成 15 年度人口動態統計. 厚生統計協会, 東京 (2003)
- 5) 宮本圭子, 中林伊世子, 大西 史ほか：在宅で終末を看取った家族へのアンケート調査. 訪問看護と介護 11 (5) : 498-503, 2006
- 6) 鈴木 央, 鈴木壮一：何が在宅での看取りを可能にするのか. プライマリ・ケア 28 (4) : 251-260, 2005
- 7) 谷亀光則：宅医療の地域展開の方法論と実地に関する研究. 医療と福祉 38 (2) : 32-43, 2005
- 8) Numata K, Nagai H, Ohori Y: Coordination issues for incurable patients between home care physicians and acute care physicians. J Tokyo Wom Med Univ 76 (1): 53-60, 2006
- 9) 長井浜江, 大堀洋子, 沼田久美子ほか：癌終末期患者の在宅療養における病院看護師と訪問看護師の連携のあり方. 癌と化療 32(suppl I) : 41-43, 2005