

# Pharma Medica

February

2013

Vol.31

No.2

# 2

特集

## 緩和医療 — 現状と課題

### ■ 特集

特集にあたって 東口 高志

- わが国における緩和医療の歴史
- 社会のニーズからみた緩和医療の現況と課題
- 緩和ケア病棟の現況と課題
- 緩和ケアチームの現況と課題
- 在宅緩和ケアの現況と課題
- 緩和ケアにおける地域連携の現況と将来
- 医師からみたわが国の緩和医療の現況と課題
- 薬剤師からみた緩和医療の現況と課題
- 診療報酬からみた緩和医療の将来構想

### ■ 座談会

- パーキンソン病 最新の治療
- 地域で活躍する糖尿病の病診連携と新規治療薬の展開
- 抗うつ薬の治療継続を考える
- パーキンソン病における夜間・早朝の問題点について
- 末梢動脈疾患を考える
- パーキンソン病の病態理解に基づく薬物治療の実践に向けて：非ドパミン系薬の位置づけと使い方
- Total Vascular Controlを考える
- “長期的視野”を重視した小児てんかん治療・小児患者と家族のQOLを考える

### ■ 対談

- 脳卒中治療最前線
- COPD患者におけるデバイス選択の新たな視点
- Young Investigator's Interview (4)  
多発性硬化症と腸管免疫
- 新規抗凝固薬の適正使用

# 在宅緩和ケアの 現状と課題

医療社団法人裕和会長尾クリニック 長尾 和宏

## KEY WORDS

- 在宅ホスピス
- 非がん
- 終末期医療
- リビングウィル

## I. 在宅緩和ケアの現状

### 1. 在宅ホスピス思想の普及

2006年、がん対策基本法が施行されてから、地域においても緩和ケアが普及した。しかしいまだに緩和ケアというと、施設ホスピスを連想する医療者や市民が多いだろう。筆者は「NPO法人日本ホスピス在宅ケア研究会」の理事を拝命している。この団体の最大のコンセプトは市民参加である。市民部会があり、市民や患者がホスピス啓発の旗を振っている。本研究会や実践シンポジウムは常に市民参加の下で行われてきた。会員の合言葉は「ホスピスマインド」である。全国組織である本研究会の活動を通じて「在宅ホスピス」という思想が普及し、言葉がようやく市民権を得てきたと感じている。

### 2. 使いやすくなったオピオイドデバイス

最近のオピオイドデバイスの充実ぶ

りは、在宅緩和ケアにとって頼もしい追い風となっている。しかしデバイスが増えるということは、それだけより正確な知識が要求されることであり、定期的な緩和ケアの勉強会への参加が必須である。幸いなことに、在宅スタッフを対象とした地域での緩和ケアの勉強会は年々充実してきている。診療報酬を得るための緩和ケア研修のみならず、研究会や製薬会社が主催する研修会に、在宅ホスピススタッフは積極的に参加している。

### 3. 広がる、非がんの在宅緩和ケア

非がんの緩和ケアにもオピオイドの門戸が開かれたことは、在宅ホスピス医にとっても福音であった。腰部脊柱管狭窄症に代表される運動器疾患（ロコモティブシンドローム）で、通院ができなくなり在宅医療に移行する患者は少なくない。そんなロコモティブシンドローム在宅症例以外にも、線維筋痛症などの疼痛関連疾患により在宅療

養を余儀なくされている患者が街中に隠れている。そんな非がん疾患で苦しむ在宅患者に、適切な緩和ケアを提供することはもちろん、緩和ケアの啓発活動も地域の開業医の責務になってきている。当院のような外来と在宅の両方を行うプライマリケア医が、徐々にではあるが若い世代の医師も含めて増えつつある。早晩、緩和ケアはプライマリケア医に必須な基礎領域となると感じている。

#### 4. 緩和ケアは「地域」にある

自宅に居ること自体が最大の緩和ケアである、と筆者は考えている。これはおそらくすべての在宅医の実感ではないだろうか。緩和ケアは、決してがん拠点病院や施設ホスピスのなかだけの存在ではない。緩和ケアは「地域」にある、と考える。そうした空気の変化をキャッチするかのように、各地域において在宅緩和ケアの勉強会がますます充実してきたことを喜んでいる。

## II. 多職種連携による在宅緩和ケア

### 1. 在宅緩和ケアにおける訪問看護師の役割

在宅緩和ケアにおいて訪問看護師が果たしている役割はきわめて大きい。在宅ホスピスにおけるオピオイドのタイトレーションは、施設ホスピスでは時間単位で行われるが、在宅(当院の場合)においては1日単位で行っている。痛みの評価や増量指示は、事前指示の範囲内で訪問看護師が行う。便秘や吐き気など、副作用対策も訪問看護師が担う部分が多い。専門看護師の資格をもつ訪問看護師は、まだごくわ

ずかしかない。むしろ一般の訪問看護師への最新緩和医療教育の必要性が高まっている。現在7:1病院に偏在している看護師は、やがて20:1病院や地域の訪問看護ステーションへと誘導されることになろう。その際、地域において緩和ケアを勉強できることは、大きな魅力となるであろう。

### 2. 地域包括ケアに欠かせない緩和ケア

地域包括ケアとは、おおむね中学校区の「地域」を「ひとつの病院」と見立てて、在宅医や訪問看護師、訪問リハビリなどの社会資源を活用して地域での尊厳ある生活を支援することだ。多死社会がピークを迎える2025年問題は、もはやハコモノ政策ではなく地域包括ケアという概念でしか乗り切れない。今後の在宅医療は、地域包括ケアの一部と捕えるべきであろう。さらに地域における認知症ケアが地域包括ケアの大きな課題になることは必至であろう。糖尿病を筆頭とした生活習慣病という共通基盤が存在する認知症と末期がんの合併例が、これから増加するであろう。患者や家族を中心に医療・介護の多職種が集まり療養や終末期の意思決定をする会議は「ケア会議(サービス担当者会議)」と呼ばれている。ケアマネージャーが必要に応じて患家ないしクリニックに召集する。ケア会議において、最期までの支援についてあらかじめ具体的に話し合う。その際、緩和ケアという視点は欠かせない課題となる。

### 3. 介護職への緩和ケア教育

服薬管理や麻薬の管理という視点においても、ホームヘルパーやケアマネージャーとの連携の必要性が高まってい

る。たとえばフェンタニルパッチには、1日タイプと3日タイプがあるという介護職への教育が必要である。ヘルパーがオピオイドを服用させることも多い。また独居の末期がん症例が増加している。訪問看護師が毎日入れないときは、ケアマネージャーを介してヘルパーにオピオイドの服薬管理を依頼することも増えている。病院と異なり、在宅ホスピスではオピオイドをベッドサイドに置いている。それは便利な反面、介護職をも含めた十分な教育を前提としているはずだ。今後、2006年に創設された在宅療養支援診療所が中心となり、在宅ホスピススタッフはもちろん、介護職への教育を各地域で行うことになろう。

### 4. 代替療法による緩和ケア

代替療法による緩和ケアとして、在宅ホスピスにおいて最も行われている方法の1つは、アロマセラピーであろう。アロマセラピー以外には当院の在宅ホスピスでは、タッチケア、音楽療法、動物療法などが提供されている。在宅ホスピスという「場」は、代替療法による緩和ケアが行いやすい場所でもある。その利点を最大限活かす知恵や工夫が、在宅ホスピススタッフに求められる。在宅という場には特に制限はない。「統合医療」という視点での緩和ケアも可能である。

## III. 緩和ケアと終末期医療

### 1. 摂食嚥下・口腔ケアという緩和ケア

老衰や認知症終末期の摂食・嚥下障害への対応が国家的課題になっている、といえは太袈裟だろうか。10年間で10倍に増加し、現在40~60万人とも

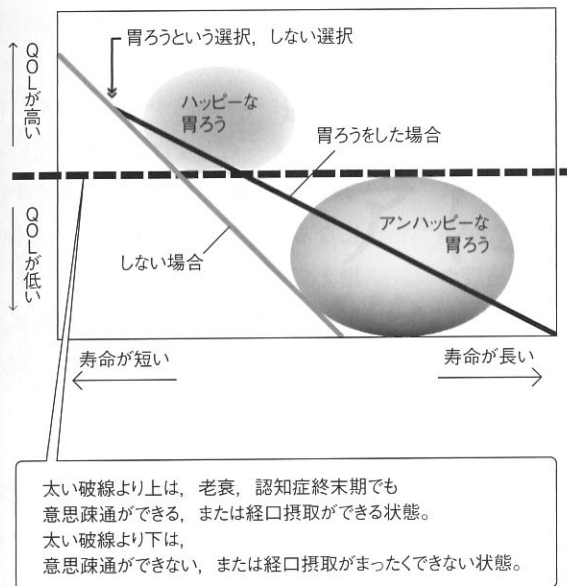


図1. 「Happyな胃ろう」と「アンハッピーな胃ろう」；QOL(命の質)と寿命の関係  
(長尾和宏：胃ろうという選択, しない選択「平穏死」から考える胃ろうの功と罪. 東京, セブン&アイ出版, 134-135, 2012より引用)

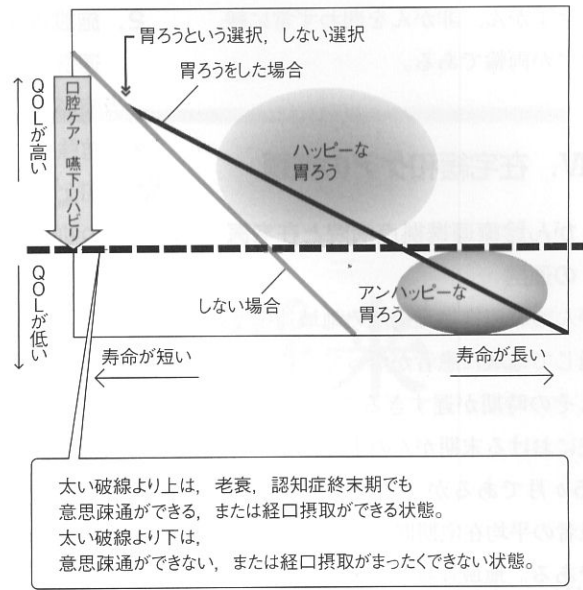


図2. 「Happyな胃ろう」の時間を延ばすには；口腔ケア, 嚥下リハビリによるQOL(命の質)の変化  
(長尾和宏：胃ろうという選択, しない選択「平穏死」から考える胃ろうの功と罪. 東京, セブン&アイ出版, 134-135, 2012より引用)

いわれる胃ろう患者の現状をみると、決して大袈裟とはいえないだろう。筆者は、そうした現状を書籍という形で啓発している。「胃ろうという選択, しない選択」(セブン&アイ出版)という拙書のなかで「Happyな胃ろう, アンハッピーな胃ろう」という表現で、摂食嚥下と口腔ケアの重要性を説いた(図1, 図2)。当院の管理栄養士は、訪問栄養指導も行い在宅栄養サポートチーム(nutrition support team: NST)活動にも従事しているが、そうした活動はまだ一般には普及していない。しかし、今後加速する超高齢・多死社会を想定するなら、地域におけるNST活動の意義は高まるばかりである。歯科医、歯科衛生士、管理栄養士への期待は大きい。在宅NSTによる摂食嚥下と口腔ケアは、緩和ケアの一環とし

て捉えていいのではないかな。

## 2. 外来抗がん剤治療と在宅ホスピス

抗がん剤治療を病院の外来で行う機会が増加している。大腸がんに対するFOLFOXやFOLFIRI療法を在宅チームが支える機会がここ数年増加している。ボクシングのセコンド係である。病院と在宅の2本立ては、やがて在宅ホスピス1本に移行する機会が多い。そうしたケースは、比較的早期から関わられるので、患者にとってもわれわれ在宅ケアチームにとっても対応しやすいケースである。今後、このような外来抗がん剤治療と在宅ホスピスチームとの連携需要が増えるであろう。

## 3. リビングウィルと緩和ケア

リビングウィル(living will: LW)

とは、自分の終末期の医療に対する文書での意思表示である。社団法人日本尊厳死協会に入会するのが一般的であるが、最近は事前指示書を書かせる病院も増えてきた。ただしLWの表明率は、米国では41%であるのに対して、日本では0.1%である。わが国において、「終末期の意思決定」はいまだ未熟である。私はこれまで約700人を在宅で看取ってきた。がんが約7割である。自然死、尊厳死であり、延命治療とは無縁であったため、実に穏やかな最期が多かった。本人と家族が自然死を希望された結果である。終末期における在宅と病院の文化の差が存在するのが現状ではあるが、患者の生き方に寄り添い「納得死」「満足死」を目標としている。LWや意思決定プロセスの啓発と医介連携が今後の課題である。いず

れにせよがん、非がんを問わず常に緩和ケアが両輪である。

## IV. 在宅緩和ケアの課題

### 1. がん診療連携拠点病院と在宅医の連携

がん診療連携拠点病院の地域連携室を通じて地域に患者が帰ってくる。しかしその時期が遅すぎることが多い。当院における末期がんの平均在宅期間は15ヵ月であるが、地域連携室経由の患者の平均在宅期間は、その半分程度である。地域連携室を経由すると、退院支援や調整に時間がかかり過ぎる場合が多い。退院時カンファレンスまで進んでも、実際には自宅に帰らないケースが多い。十分余裕をもった連携が望まれる。そのためには、在宅ホスピス側からがん診療連携拠点病院への積極的な情報提供も行うべきであろう。双方が、緩和ケアや終末期医療への文化の差を埋める努力を試みたい。

### 2. 施設ホスピスと在宅ホスピスの連携

当院がある阪神間には、施設ホスピスの勉強会、病院スタッフを中心とした緩和ケアの勉強会、そして在宅ホスピスの勉強会と、3種類の勉強会が存在する。それぞれ発足当初は、施設ホスピススタッフ、病院スタッフ、在宅ホスピススタッフが入り混じり議論していたが、気がつけばいつの間にか、三者間の交流が乏しくなっている。三者がそれぞれの想いで勉強会を展開しているが、交流が途絶えることはよくない。施設や病院系では、細かな薬物動態やスピリチュアルケアに偏りがちである。一方、在宅ホスピスが中心の勉強会では、施設での看取りといった話題が中心になるなど、興味のあるテーマが病院と在宅で分離してきていることは、少し気になる点である。

### 3. 開業医を巻き込む緩和ケア戦略

緩和ケアは、あらゆる疾患に悩む患者のために、各地域で取り組むべき概念である、と考える。緩和ケアを受け

ている患者の日常生活動作 (activities of daily living; ADL) が低下すれば、必然的に外来通院から在宅医療に移行する。そうした受け皿を担っている開業医への緩和ケア教育はますます重要になる。緩和ケアに関する相談事例も増えている。緩和ケアは在宅ホスピス医だけでなく、地域の一般開業医を巻き込んだ普及戦略をとるべきであろう。

### 4. 早期からの緩和ケアの導入

早期からの緩和ケアの導入、充実が明記されて20年が経過した。しかし現実には、そうした概念とはほど遠い患者を地域で散見する。病院の主治医は、化学療法に気をとられ緩和ケアにまで気が回っていないようである。たいてい家族からの依頼で在宅緩和ケアがスタートする。オピオイドの導入で、再び食欲が回復し笑顔が戻りホッとして病院の外来化学療法に送り出していることが多い。早期からの緩和ケアの導入とは、早期から地域の医療資源と連携しておくことであるとの啓発が急務である。