

症例に学ぶ

# 在宅における 緩和ケアの実際

No.1



## 診療所における 在宅指導のポイント



- 症例1 自医院に通院歴のある患者  
～先発－完投型 家庭医“あなたの専門医”をめざして～
- 症例2 病院地域医療室等からの依頼  
～退院前カンファレンスの重要性～

さくらクリニック  
院長

桜井 隆 先生

総監修

医療法人友誼会彩都友誼会病院  
副院長

後明 郁男 先生

# 診療所における 在宅指導のポイント



## はじめに

病気や障害を持っていても病院や施設ではなく住み慣れた家で、地域でゆったりと過ごしたい、そしてできればかつて祖父母たちがそうであったように最期は我が家で有終の美を飾りたい、と願う人たちが増えている。近年、医療費削減、ベッド数削減で退院を余儀なくされた結果としてではなく、積極的に住み慣れた家で過ごすということが可能になってきている。在宅ケアを支える社会システムとして、在宅医療、介護保険を始めさまざまなサポート体制がまだ十分とはいえないが、整いつつある。

年間 110 万人強の死亡のうち 3 分の 1 を占める末期がんの患者さんはその予後がある程度予測可能である。しかも、重度の介護を要するいわゆる“寝たきり状態”が短期間という点で、終末期がはっきりとは見えない心疾患、肺疾患、そして認知症、老衰といった、がん以外の良性疾患よりも在宅ケアに向いている、といってもいいだろう。がんの末期はある意味、期間限定で、短期間に適切なケアを受けることができれば患者本人も家族や周りの人たちががんばれるからである。

しかしその大前提として必須なのが症状コントロール、疼痛緩和ケアである。適切な疼痛緩和なくして、在宅ケアはあり得ないのである。

在宅ケアの受入れを始めるにあたって、最初は自医院の通院歴のある患者さんの受入れから始めることが勧められる。また、医療施設からの依頼時は、退院前カンファレンスが移行のカギとなる。ここでは、診療所における在宅指導のポイントを、さくらクリニックにおける症例をもとに紹介する。



さくらいクリニック 院長  
桜井 隆 先生



## 自医院に通院歴のある患者さんの在宅ケア指導 ～先発—完投型 家庭医 “あなたの専門医” をめざして～

### Point

自医院に通院歴のある患者は在宅ケアへの移行が容易（先発—完投型！）

#### 症例 1

肺がんが再発・転移し、緩和ケアに切り替えたAさん 70歳

インフルエンザの予防注射や、風邪をひいたなど、ときおりクリニックへ受診していたヘビースモーカーのAさん 70歳。折に触れて禁煙をすすめてはいたが、なかなか踏み切れないでいた。長らく咳と血痰で妻に付き添われてやっと受診、XPにて肺がん疑いでB病院に紹介、肺扁平上皮がんの確定診断の後、右肺下葉切除術、術後化学療法を受けて退院、社会復帰した。しかし1年後、がん性胸膜炎にて再発、多発骨転移。「これ以上の積極的治療は困難」と病院医師に宣告され途方に迷ってしまう。



### 街の家庭医は、「あなたとあなたの家族の専門医」

・がん治療専門医と患者さん・ご家族との通訳として介在として機能し、治療を円滑化

・終末期には、患者・家族のよき理解者、隣人としてサポート

家族ぐるみで顔見知りの日常の関係でケア可能

街の家庭医は、臓器別、時期別の専門医ではない「あなたとあなたの家族の専門医」である。

馴れない初めての海外旅行に付き添う添乗員のように、旅行者の希望を優先し、効率的そして安全にエスコートする、医療の現場にそんな存在としての家庭医や看護師がいるとよい。

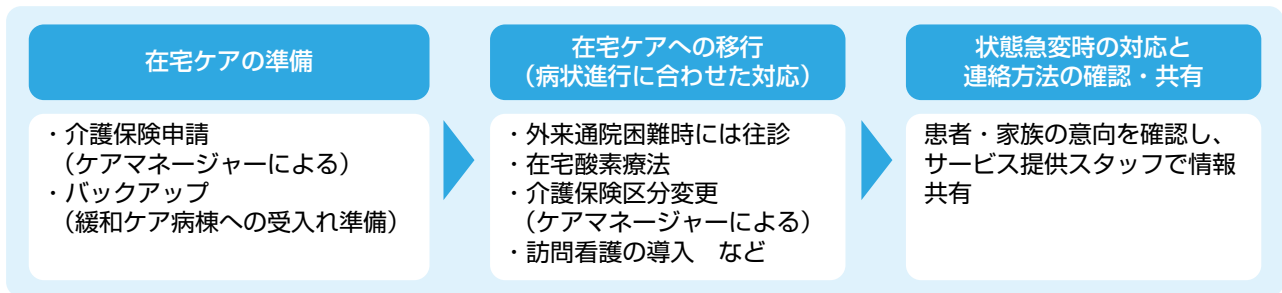
患者さんががんになる前から自院に通院し、その家族にも日常診療からかかわる。そして、その延長線上でがん向き合う患者さんをサポートする場合、家庭医は患者さんがその人らしい暮らしを続けられるように、専門医、多職種のコメディカル、家族とともに作るチームの中央に立つ。

まず、家庭医は専門病院への紹介、がん治療の専門医と患者・家族の間に通訳として介在して双方の理解を助け、治療をスムーズに運ぶための触媒となる。

そして、もうこれ以上積極的治療は困難という終末期には患者・家族の感情のよき理解者、隣人としてサポートできる。家庭医が外来診療の延長として、そんな在宅ケアを担当できれば、それが理想的である。

そうすれば、患者のがん末期という自己のアイデンティティの崩壊の危機に立たされた状況で初めて医療者に会おうのではなく、家族ぐるみで顔見知りという日常の関係の中でのケアの継続が可能である。

## 在宅ホスピスケアの実際



患者さんが願うなら、終末期をホスピス病棟ではなく住み慣れた家で過ごす在宅ホスピスケアという選択肢を提示でき、自然にサポートできる。患者さんの体調次第でクリニックへの外来通院が困難となれば、家庭医が往診すればよい。そして訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーという地域の在宅ケアの仲間たちに応援をたのめばよい。

在宅ホスピスケア、馴れない間はがん性疼痛、症状緩和にもちょっと腰がひけてしまうかもしれないが、ある程度予測される症状への対応はいくつかのマニュアル\*があれば大丈夫だ。麻薬の処方保健所に届け出て、各都道府県の麻薬施用者免許を受ければ院外処方入手可能であるし、さまざまな勉強会、あるいはメーリングリストなどで緩和ケア専門医のアドバイスをすることもできる。

\* 1. トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版 医学書院  
 2. がん疼痛治療のレシピ 2007年版 春秋社  
 3. がん緩和ケア ガイドブック 2008年版 日本医師会

### Aさんの在宅ホスピスケアの実際

肺がん術後再発、がん性胸膜炎に対して化学療法、分子標的剤内服、腰椎転移に対して放射線療法 30Gy を受けたが、腰痛、下肢筋力低下のため病院外来への通院が困難となってきた。もう入院したくないという本人の希望で、病院の地域医療室を通じて病院主治医に連絡、情報提供を受けてクリニックの外来にて骨転移に対するゾレドロン酸（骨吸収抑制剤）の点滴を継続、クリニックへの外来通院へと移行した。

本人がはっきり病状、予後についてはっきり聞きたい、とのことで妻の同席の機会に病院主治医からこれ以上の積極的治療は困難で予後数ヶ月、と伝えられていた。

この時点で胸部痛、腰痛の増強が見られたため、病院医師処方のNSAIDに加えてオピオイドの使用を開始した。

処方	セレコキシブ 200mg
	オキシコドン塩酸塩錠 80mg
	ベタメタゾン 2mg
	ブロクロルペラジンマレイン酸塩 10mg
	ファモチジン 20mg
	センノシド 屯用
レスキュー	オキシコドン塩酸塩散 5mg

### 在宅ケアの準備

この時点ではクリニックへ徒歩の外来通院が可能な状態であったが、先を見越して地域包括センターのケアマネジャーに依頼して介護保険の申請を行い、在宅ケアのサービス導入に備えた。さらに緩和ケア病棟を有する病院の緩和ケア外来に家族に受診していただき、万一の場合の受け入れ入院が可能となるようにセッティングした。万一の場合は入院できるという安心感を持っていただくことにより、最後まで在宅で過ごしていただくためのバックアップ体制を確保した。

### 在宅ケアへの移行

しばらくは安定していたが、腰痛、体動時の呼吸困難が増強、クリニックへの外来通院も困難となったため往診を開始、在宅酸素療法をスタート、ゾレドロン酸の点滴も在宅で行うことにした。

この時の介護保険の要介護認定は要支援2であったが、地域包括ケアマネジャーに区分変更を依頼すると共に、『腰椎転移による腰痛、下肢筋力低下のため床からの立ち上がりが困難でベッドが必要』との意見書を書いて、まず介護用ベッドを

導入。ヘルパーの導入、訪問看護ステーションに依頼して訪問看護もスタートした（がん末期のため訪問看護は医療保険）。

在宅ケアサポートチームが円滑に機能するように、Aさん宅でケアカンファレンス（サービス担当者会議）を開催。医師、看護師、調剤薬局薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパーステーション責任者が集まってAさんの在宅ケアへの希望、妻の介護負担を考えたケアプランを作成した。

同時に状態変化時の対応や連絡方法を確認、できるだけ最期まで在宅で過ごしたいというAさんの意向をサービス提供スタッフ全員で共有した。

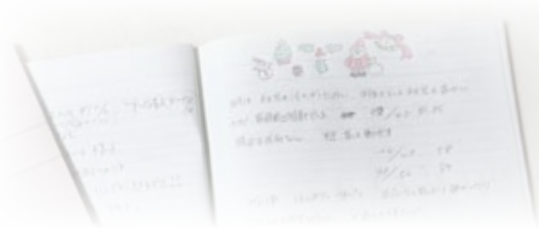
### ● 家庭で迎える終末期

レスキューのオキシコドン塩酸塩散が1日3～4回と増加したため、オキシコドン塩酸塩錠を40mgまで増量したが、夜間の疼痛による不眠が見られたため眠前にパシーフ30mgを追加し、夜間の突出痛を抑え、睡眠を確保した。妻の介護疲れの軽減のためにヘルパー派遣を増員、訪問入浴も利用した。

その後、全身状態は次第に悪化。残された時間が短い日数単位と思われた時点で、奥様と娘さんに看取りについての説明を行なった。

往生儀に関する適切な情報提供がないと、家族は病院と違って医療者が常に側にいない在宅での看取りを安心して行なうことができない。タイミングがむずかしいが、予後が短い週単位から日数単位と予測される時に、十分時間をとって看取りに関するきちんとした情報提供を行い、看取る家族、ケアスタッフを含めた周囲の人たちの理解を得ておくことが必須である。

しだいにうすれていく意識の中で妻や娘さんへの感謝とまだまだ生きてかった、という無念の気持ちを語った2日後の深夜、Aさんは息を引き取った。ゆっくりお別れしたご家族は朝になってから連絡をしてこられ、外来診療前に訪問して死亡確認させていただいた。



## 病院地域医療室等からの依頼 ～退院前カンファレンスの重要性～

### Point

**医療施設からの依頼患者は退院前カンファレンスが移行のカギ**

#### 症例 2

抗がん剤を中止し、在宅の疼痛緩和治療に移行したBさん 56歳

Bさんは、男性、胃がん、肝転移、リンパ節転移（STAGE 4）にて胃全摘、（B-2再建）肝外側区域切除術施行。

術後TS-1内服開始したがいったん正常化していた腫瘍マーカーが6ヵ月後に再上昇。CTにて脾門部リンパ節増大を認め、シスプラチン、イリノテカン塩酸塩、さらにパクリタキセル、ドセタキセルを順次使用したが奏功せず。患者はさらなる抗がん剤治療を希望したが、腫瘍マーカー再上昇、腹腔内リンパ節の増大および頸部リンパ節の腫脹、腹部、背部痛が出現したため病院医師はこれ以上の抗がん剤治療は困難と判断。本人、家族と相談の上、在宅ホスピスケアへと移行した。



## 病院や、入院中患者の家族から退院後の在宅ケアの依頼を受けた時

病院の地域治療連携室等や、入院中患者の家族から退院後の在宅ケアを依頼された時には、出来る限り退院前カンファレンスを行なう

退院後、必要ならば、処方の見直しと説明、患者に合わせた服薬指導を行なう

病院の地域医療連携室や、家族から入院中の患者の退院後の在宅ケアの依頼があった場合は、万難を排して病院を訪れて患者、家族、主治医、ナースといったスタッフとカンファレンスを行うことが必要と考える。多忙なスタッフが顔をあわせるのは困難かもしれないが、外来開始前の午前8時や終了後の午後8時にでもできれば退院前のカンファレンスを行いたい。

### ● 痛み治療開始からの経過

Bさんは、在宅でのホスピスケアを目的として病院の退院支援室から当クリニックへ紹介受診となった。

初回往診時、患者・家族は手術、抗がん剤と2年にわたる懸命のがん治療にもかかわらず再発し、これ以上の積極的治療は困難というきびしい現実に向き合っていた。さらに病院から在宅ホスピスケアに移行したという不安、悲嘆が強く、混乱し、病院医師処方のオキシコドン塩酸塩錠の内服も不定期で、安静時痛もあり睡眠もさまたげられているという状態であった。

これまでの経過と闘病生活の苦労を傾聴し共感を示すと共に、痛みを我慢することが最大の消耗となることをお伝えした。若干オピオイド使用に対する抵抗感も見られたことから、がん性疼痛に対するオピオイドの有効性と副作用について十分説明した上で、当初はオキシコドン塩酸塩錠使用を強要せず、まずはNSAID（エトドラク400mg分2）、倦怠感に対してステロイド（ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム1mg分2）、レスキューとしてジクロフェナクナトリウム50mgをスタートした。

翌日に電話で問い合わせたところ倦怠感、夜間安静時痛は若干軽減したものの、体動時痛のため日中もほとんど寝たきり状態、とのことで往診した。

オピオイドの使用に関して、入院中に少し内服管理指導を受けていた（朝8時、夜8時の定時の内服が必要、レスキュー使用時は疼痛管理ノートへの記載が必須、といった）ためにかえって拒否反応が出

ていた感があり、あなたの痛みに応じた“てきとう”な使用法でいいよ、と説明、納得を得てオキシコドン塩酸塩錠10mg分2を開始した。同時に突出痛のレスキューとしてのオキシコドン塩酸塩散（2.5mg/回）使用、さらに副作用対策、吐き気止め（プロクロラジンメシル酸塩）、下剤（酸化マグネシウム、センノシドA・Bを適宜調節）の使用についても十分に説明した。

3日後の往診時には安静時痛、体動時痛も軽減、便秘、吐き気は軽度、若干の眠気はあるものの、経口摂取は可能であった。食後や体動時の疼痛緩和のために1日2回のオキシコドン塩酸塩散使用で突出痛のセルフコントロールも可能であった。

その後、在宅療養にも慣れて精神的にも安定、経口摂取量も若干増加、体調良好となり15分程度の愛犬の散歩のために近所に出かける気力もでてきたが、体動時痛のレスキューとしてのオキシコドン塩酸塩散使用が1日4～5回となったためベースのオキシコドン塩酸塩錠を20mgに増量した。

さらにおよそ12時間ごとのオキシコドン塩酸塩錠服用前の痛みが目立つようになり、オキシコドン塩酸塩散使用回数が再び増加したため、通常の使用法とは異なるが、オキシコドン塩酸塩錠30mg分3、およそ8時間ごと（起床時、午後3時頃、寝る前）として疼痛コントロールを行った。軽度の疼痛のため早朝覚醒がみられオキシコドン塩酸塩散を必要としたため眠前にパシーフ30mg使用、これによってオキシコドン塩酸塩錠のレスキュー（オキシコドン塩酸塩散）1日1～2回の使用で安静時痛、体動時痛ともに軽減している。



## 在宅ケアへの移行期は、患者・家族の不安が強くなる時期

帰宅による症状の緩和  
移行期における患者の不安増強の解消

適切な疼痛ケア、症状コントロールが必須

### ● 入院から外来、在宅ケアへの移行期とは

病院から開業医へ、入院から外来、在宅ケアへの移行期には積極的治療から緩和ケアへの切り替えという大きな節目にあたることも多く、患者、家族は「もうこれ以上の治療はできない、医療から見捨てられるのでは」という不安が強い時期でもある。もちろん積極的治療から切れ目のない継続した緩和ケア、というコンセプトは大切ではあるが現実として、抗がん剤の中止、オピオイドの開始そして治療の場が病院から在宅へ、担当が病院医師から開業医師へと変わる時点で患者、家族はパラダイムシフトを迫られることになる。この時期に適切な病診連携によるケアを提供しなければ患者家族は不安のためにさらに身体、精神的状態を悪化させてしまう。

住み慣れた家に帰ることで疼痛、症状が緩和される、家庭の風味としての一杯のみそ汁が患者の痛みを癒す、というのは適切な疼痛ケア、症状コントロールがなされるという最低条件を満たした上での話であろう。

このケースも在宅ケア移行後に、疼痛コントロールに関しては仕切りなおしとしてNSAIDからスタート、すぐにオピオイドを追加し、増量により比較的良好なコントロールを得ることができた。患者、家族の理解もよく、痛みの状況やレスキューの使用ノートへの記載などセルフケアをスムーズに行うことができた。便秘、吐き気、眠気の副作用も軽度でプロクロルペラジンメシル酸塩は1週間で減量し、中止可能であった。

### ● 痛み消失後の患者さんの生活状況

在宅ケアに移行してから積極的に疼痛日記をつけるなど疼痛、症状のセルフコントロールが可能となり、愛犬の散歩や娘さんの運転によるドライブなどが可能となった。妻や娘に対して夫として父として、日常生活を送りながら、不安に揺れる心を日記に記す、また身辺整理をするなど、来るべき別れに対しても前向きに取り組む姿勢が見られるようになっている。

### 在宅ホスピスケアでの疼痛治療のあり方

- ・ 痛みの訴えは無条件に信頼する。
- ・ 痛みや苦痛は過小申告されていると考える。
- ・ 医療者の仕事はまず身体的苦痛を取ること。(全人的苦痛を考える暇があったら、まず身体的苦痛を取る)
- ・ 在宅ケアでは先手、早めの対応、次の一手の置き薬を。
- ・ 痛み止め。たくさん飲みたくなければ早く飲む。
- ・ 麻薬(モルヒネ)の説明はきっちりと。
- ・ 痛みをとるために最善を尽くすとはっきり伝える。

当クリニックで行なっているご家族への看取りについての説明の一部をご紹介します。

### 旅立ちまでの体の変化

食べものや飲みものをとる量が少なくなります。眠っている時間が長くなります。場所や人をとりがちがえたり、変なことを言ったりします。時に、せん妄という錯乱状態が起こります。

このような変化は、人の体が幕を引くための準備であり、誰にでも起こり得る自然なことです。その様子を「樹が枯れていくように…」とたえる人もいます。

医療が人の死の場面に今ほど深くかかわっていなかった頃には、人は誰も、このような形で、旅立ちの時を迎えていたようです。

呼吸がだんだんと弱くなり、小さくなったりします。聞きなれた人の声はこの段階でも聞こえているといわれています。そして顎をしゃくるような息。ちょっと苦しうに見えますが、意識はありません。血圧が下がるために手足がだんだん冷たくなってきます。そして息づかひも次第に小さくなって、旅立ちます。

どの時点で医師・看護師を呼ぶかは、まわりの人の判断です。あわてて連絡する必要はありません。旅立ちの時間を覚えておいてください。もちろん一人きりだったり、心細い場合はいつでも連絡してください。在宅医が継続してかかわっていれば、24時間以内に診察していなくても死亡診断書は書いてくれます。(警察に通報する必要はありません。)

## 監修者から一言

### 「かく ありがたい」

医療法人友誼会 彩都友誼会病院

副院長

後明 郁男 先生



大阪府北部の民間がん専門病院で緩和ケア病棟（40床 常勤医師4名体制）を運用している立場から、一言申し添えます。まず・・・「かく ありがたい」。

私どもの施設は、内装や設備を工夫し、ボランティアの方々にお手伝いいただき、できるだけ「病院病院」しないように演出していますが、病院は病院であって、しばしば患者さんや家族に寂しい思いをさせていると痛感しています。

一方、施設ケアの強みは、とりわけ症状が厳しい場合、24時間体制で密度の濃い緩和ケアを提供できることにあります。豊富な医療器材と緩和医療に特化した人材を集中的に投入して短期間で、納得いただける程度まで症状緩和を進めることができます。

症状が緩和されると自宅に帰ることを希望する方も多く、施設ケアは在宅ケアとの連携があって成り立ちます。桜井先生のクリニックのような在宅医療拠点が各地にでき、そこと連携することで、施設に閉じこもらない「面としての」緩和ケアができることを夢見ています。

## Profile



さくらいクリニック

院長

桜井 隆 先生

〒661-0043

尼崎市武庫元町2丁目12-1

フェルティ武庫元町 TEL 06-6431-5555

整形外科、リウマチ科、リハビリ科、内科

<http://www.reference.co.jp/sakurai/>



武田薬品工業株式会社

〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

<http://www.takeda.co.jp/>