

市 民 公 開 講 座

緩和ケア

一緒に考えよう
がん患者さんの「自分らしく生きる」を
支える場所の選択について



日本赤十字社 大阪赤十字病院
Japanese Red Cross Society

<http://www.osaka-med.jrc.or.jp>

目 次

当院における緩和ケア提供体制と療養場所の傾向

大阪赤十字病院 緩和ケア科部長 端 裕之

日本のがん生存率は改善しているが、死亡数は増えている	2
がん療養に伴う苦痛と緩和ケア	3
当院での緩和ケア提供体制	5
がん療養の一般的な経過と意思決定	7
「療養場所の選択」とは、どういうことでしょうか？	7
自分らしい療養場所を選ぶことのむずかしさ	8
希望した療養場所で終末期を過ごしていただくことの大切さ	10
まとめ	11

療養場所を考えるタイミング：自分の希望を大切な人に伝えるために

大阪赤十字病院 がん看護専門看護師 谷口 香織

人生の最終段階における医療についてどれぐらいの人が家族と話し合えているのでしょうか？	12
がん患者さんの身体的変化と日常生活に及ぼす影響	12
どのタイミングで考え、誰に伝えていけばよいのでしょうか？	13
希望する療養場所の変化	13
まとめ	14

在宅での療養を支える制度・サービスとは？

大阪赤十字病院 社会福祉士、精神保健福祉士 野村 美奈子

がんの治療が一段落して、退院することになった…。これからどのように過ごせばよい？	15
療養場所の選択について	15
介護保険で利用できる主なサービス	16
介護保険の利用の仕方	16
在宅医について	17
訪問看護について	17
サービスを利用した場合の費用について	17
入院を検討する場合	18
入院中の費用について	18
在宅療養を行う上で大切なこと	19

当院における緩和ケア提供体制と療養場所の傾向

大阪赤十字病院 緩和ケア科部長 端 裕之

① 日本のがん生存率は改善しているが、死亡数は増えている

私たちにとって、「がん」とはどの位身近な病気なのでしょう？国立がん研究センター情報サービス「がん登録・統計」によると、2016年には101万人が新たにがんと診断され¹、37万人余りががんで死亡し²、当面は増加すると予測されています（図1）。一方で、がんと診断された後、5年後の生存率は、（2006年から2008年にがんと診断された人の最新統計で）がんと診断されていない人と比較して62%³。この数字はがん治療の進歩によりここ10年で約8%改善しており⁴、それから10年経過していますので、現在はさらに改善していると思われますが、それでも生涯のリスクにすると、2人に1人ががんと診断され、5人に1人ががんで死亡している状況です（図2）。

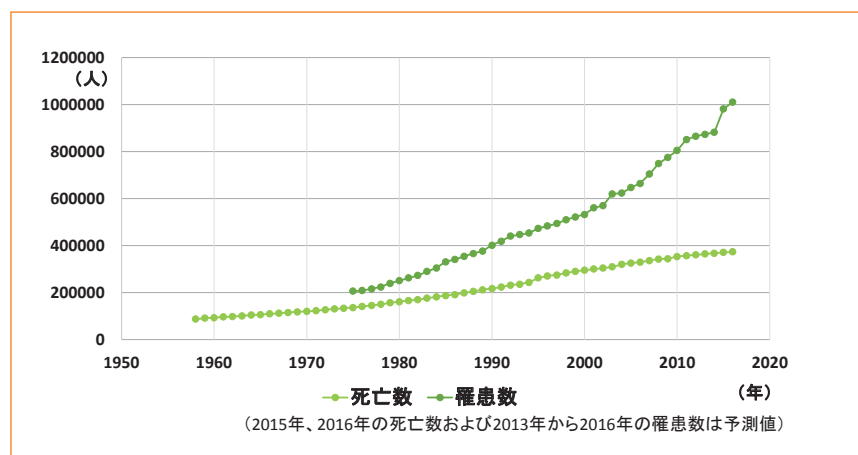


図1：
本邦でのがんの年間罹患数・
死亡数の推移

<5年相対生存率とは>

あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体*で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表します。

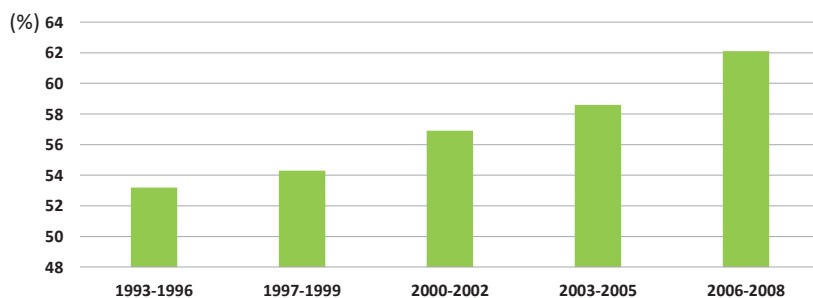


図2：
5年相対生存率の推移

生涯でがんで死亡する確率（累積死亡リスク）は、男性25%、女性16%
（2014年データに基づく）

② がん療養に伴う苦痛と緩和ケア

このように、「2人に1人」が罹患するがんですが、診断されてからの療養の過程で様々な「つらさ、苦痛」が有ることが知られています。「あなたは〇〇がんです」と言われるだけで、“頭が真っ白になり、病院から家まで、どのように帰ったのかも良く覚えていない・・・”“家事や仕事が全く手につかなくなってしまった”“これから先のことを考えると心配で夜も眠れない”など、診断されるだけでも大きなショックを受けることは想像に^{かた}難くないと思います。また、治療が始まると、手術に伴う苦痛、抗がん剤治療による種々の制限や副作用が加わります。病気そのものの進行による痛みや体のだるさなどの症状もあります（表1）。それらの「身体的苦痛」に加えて、「治療費に対する心配」「仕事に対する心配」「日常生活に対する影響」などの社会的苦痛（表2）、「気分がすぐれない」「いらいらする」「先行きの不安」などの精神的苦痛（表3）、「なぜ私だけ」「迷惑をかけたくない」「死ぬのが怖い」などのスピリチュアルな苦痛（表4）も加わります。程度や種類は人それぞれですが、がん患者さんはいくつもの苦痛を抱え、「全人的苦痛³」（図3）という状態での療養を強いられることが多く、そのような状況では、それぞれの「つらさ、苦痛」がお互いに影響し合ってより強く感じられ、軽減・緩和が難しくなる傾向があります。それによって治療の継続が難しくなったり、自分らしく病気に対応していくことが難しくなることもあります。

表1：身体的苦痛

- ・痛み
- ・呼吸困難
- ・倦怠感
- ・口内炎、悪心
- ・不眠
- ・歩行困難

表2：社会的苦痛

- ・治療費が払えるかどうか
- ・病気のために仕事に行けない
- ・家のローンが払えるのか
- ・病院での生活が苦手
- ・新たな人間関係がわずらわしい
- ・家で過ごしたいが可能だろうか
- ・子供に病気をどう伝えたらいいだろうか

表3：精神的苦痛

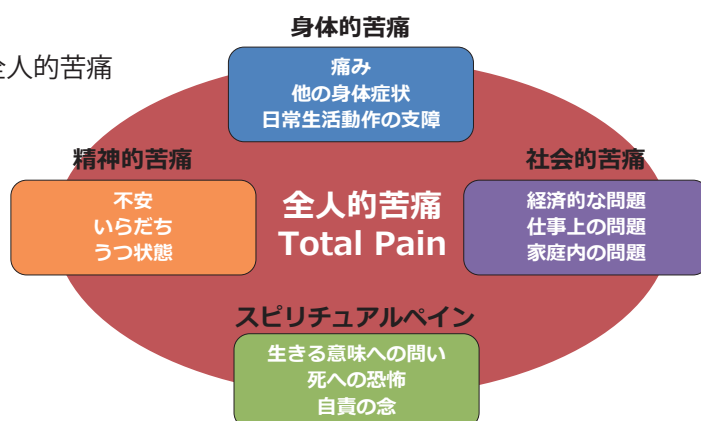
- ・気分がすぐれない
- ・いらいらする
- ・そわそわして何も手につかない
- ・この先どうなるか不安だ
- ・とにかく元気がでない
- ・心配はかけたくない
- ・家族に申し訳ない
- ・家族の今後が心配

表4：スピリチュアルペイン

自分の存在や意味を問うことに伴う苦痛

- ・死ぬのが怖い
- ・自分の人生に価値があったのか
- ・あの時ああしておけばよかった（後悔）
- ・優しくしてもらえない人間ではない（罪責感）
- ・迷惑をかけるばかりだ
- ・なぜ私だけが？

図3：全人的苦痛



緩和ケアとは、命を脅かす病に関連する問題に直面している患者さんやご家族の様々な問題を早期に同定（見つけ出すこと）し、適切に評価して対応することを通して苦痛を予防し緩和することにより、患者さんやご家族の「生活の質（Quality of Life: QOL）を改善する」取り組みと定義されています（WHO：2002年）。ここで言う「様々な問題」は、前出のように医学的な問題だけに留まりません。「適切に評価し対応する」ためには、医師だけでなく看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、心理士や理学療法士、栄養士などの様々な専門職が対応する必要が有ります。そのような多職種チームが患者さんやご家族の気がかりにひとつひとつ対応することで苦痛やつらさを出来る限り軽減すること（表5：チームアプローチ）や、希望や価値感を大切にすることで（図4）、QOLを改善し、その人らしい療養が続けられるように支えていきます。

表5：チームアプローチ

多様な問題に対処するための多職種で構成されたチームでそれぞれの苦痛を一つずつ軽減していく



図4：苦痛を減らすだけではなく、希望や価値観を大切にする



③ 当院での緩和ケア提供体制

当院はがん診療連携拠点病院に指定されており、多くのがん患者さんが治療を受けに来られ、緩和ケアにも積極的に取り組んでいます。院内のがん診療に携わる医師はすべて、日本緩和医療学会の「緩和ケア研修会」を受講し、基本的緩和ケアを身につけています。また、看護師も各病棟の「緩和ケアリンクナース」を中心に苦痛やつらさが強くなっていないかどうかの評価を常に行っています（図5）。また、基本的な緩和ケアでは苦痛の緩和が十分にできない方々に対して、専門的な緩和ケアサービスを提供するチームとして「がんサポートチーム」が活動しており、入院患者さんの問題に対応し、2015年は240名の患者さんに対して平均3週間程度の介入を行っています。

外来では各科の外来主治医・看護師が、また、化学療法室でも同様に苦痛が強くなっていないかどうかの評価を行っています。それらの情報は外来専従看護師を介して外来の各部署で共有されており、さらなる苦痛緩和が必要と判断された場合には、専門的緩和ケアを提供する「緩和ケア外来」を始めとした部署に紹介される仕組みとなっています（図6）。また、患者さんからの相談は「がん相談支援センター窓口」でお受けしています。

外来通院が辛い患者さんは往診や訪問看護、在宅サービスで療養をサポートしながら過ごしていただくのですが、緊急の症状悪化などで急な入院が必要になった場合には、入院できる体制を取っていますので、安心して在宅療養をしていただけます（図7）。

さらに2017年の春からは外来受診時や抗がん剤治療時の苦痛のスクリーニングを開始し、また、地域の医療機関との定期的な緩和ケアに関するカンファレンスを行い、院内および地域の緩和ケアの充実を図っていく予定です。

図5：入院されている方への緩和ケア提供体制

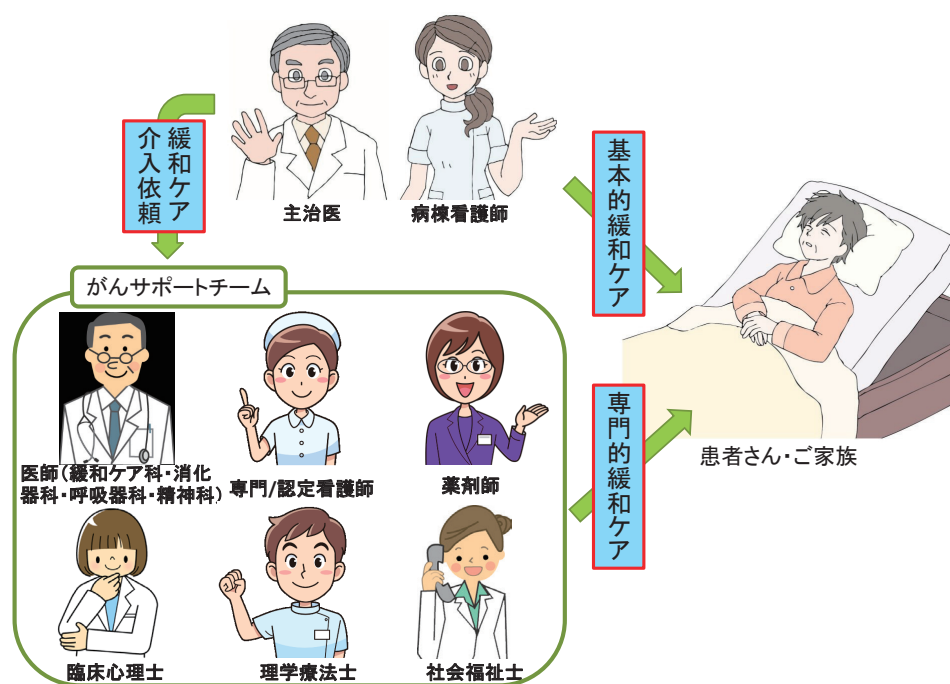


図 6：外来での緩和ケア提供体制

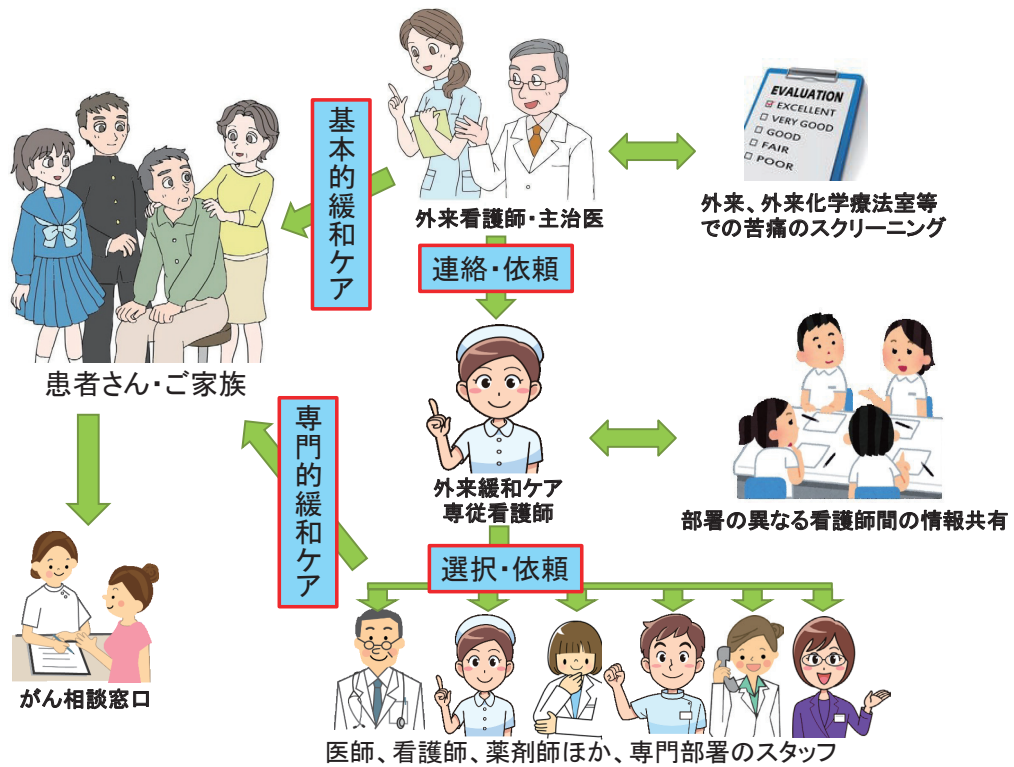


図 7：地域の医療機関との緩和ケアに関する連携体制



④ がん療養の一般的な経過と意思決定

がんと診断されたら、治療を受けるのか、受けないかを含めて、いろいろな選択を求められることになります。治療や療養に関して、いくつかの選択肢の中からひとつを選ぶことを「意思決定」と言いますが、その人らしい治療や療養を進めていく上で、治療や療養の分岐点においてその人らしい意思決定を行っていくことは非常に重要です。

がん患者さん・ご家族が直面することの多い意思決定の場面として「治療内容を決める時」「治療の中断もしくは中止を決断する時」「療養する場所を決める時」などがある⁴ことが知られています（表6）。その中で「療養する場所を決める」ことについて、皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

表6：がん患者が直面することの多い意思決定場面の例

治療内容を決める時

- ・ 治療に伴う侵襲が大きいと予測される場合に治療を受けるか否か
- ・ 術後補助療法を受けるか否か
- ・ 使用する薬剤の選択
- ・ 化学療法と放射線療法の選択

治療の中断もしくは中止を決断する時

- ・ 治療に伴う有害事象が悪化した時に、治療を継続するか否か
- ・ 症状緩和のために使用している薬剤の副作用が出現した時に、内服を継続するか否か
- ・ 再発時にセカンドライン（再発時の治療）・サードライン（セカンドラインの治療で効果が無い場合に薬剤を変更して行う治療）の治療を受けるか否か

療養する場所を決める時

- ・ 治療を受ける医療機関の選択、転院先の選択など
- ・ 終末期ケアを受ける場所として、地域の医療機関・緩和ケア病棟・在宅療養のいずれを選択するか
- ・ 患者の希望と家族の希望が不一致

⑤ 「療養場所の選択」とは、どういうことでしょうか？

「療養場所の選択」という言葉を聞いてもどういうことなのか良く分からない方も多いと思いますので、少し補足説明させていただきます。「療養場所の選択」は、がんが治癒する場合で問題になることは殆どありませんが、病気が進行してきた時には考える必要が出てきます。病気が進んでくると多くの場合、痛みや倦怠感、食思不振などの症状が現れ、そのことが生活に影響を及ぼすようになります。緩和ケアで、苦痛症状を和らげる治療を行い、生活への影響をなるべく少なくしながら療養を続けていただくのですが、さらに症状が進むと、「自力でお手洗いに行けなくなった」「食事が食べられない」「買い物に行けない」「通院が難しい」など、それまでと同じように家で生活を続けていくことが難しくなってきます。皆さんがもし、そのような状況になられたとしたらどうするか、考えて見られたことはありますか？多くの方は「入院する」とお答えになると思います。実際、多くの方は家での療養が難しくなると、入院を希望され、当院に入院されます。当院では療養を目的に入院を続けていくことは難しいため、次の療養先を①在宅療養体制を充実させ、もう一度自宅で過ごす②一般病院・療養病院で過ごす③緩和ケア病棟・ホスピスで過ごす、何れにするかを相談して決めていただくかはなりません（表7）。このように、病状に応じて療養する場所を選んでいくことを「療養場所の選択」と言います。

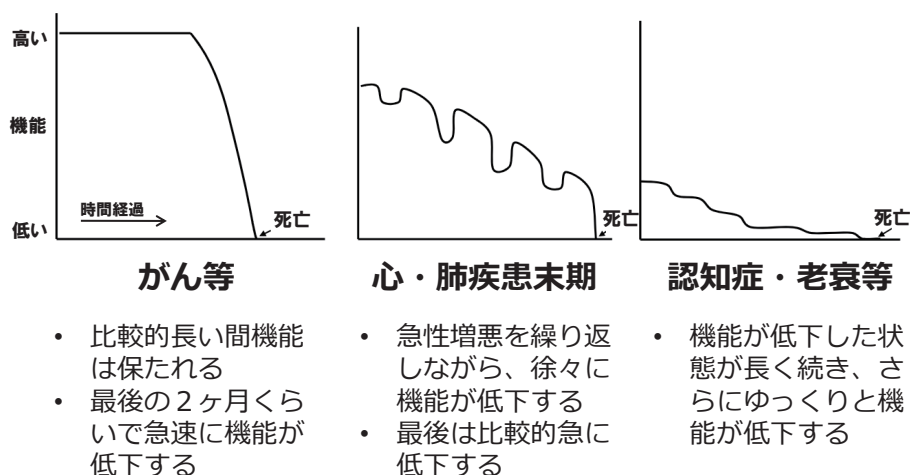
表7：主な療養場所と特徴

	大阪赤十字病院(がん診療連携拠点病院)	<ul style="list-style-type: none"> がん治療を行う病院。治療を受けてきた患者さんにとっては通い慣れている。 療養を目的に入院を続けることは難しい。 在宅療養中の病状悪化による一時的な入院は可能。
	自宅	<ul style="list-style-type: none"> 住み慣れている 通院が難しい場合には往診・訪問看護・在宅サービスを受けることが出来る 急な病状変化にも対応できるが、病院のようにすぐに医療者が来てくれるわけではない。 病状が悪化して在宅療養が難しくなれば、入院することができる。
	一般病院・療養病院	<ul style="list-style-type: none"> 療養目的の入院が可能で、入退院が比較的自由にできる。 自宅の近くの病院を選択できることが多い。
	緩和ケア病棟・ホスピス	<ul style="list-style-type: none"> 終末期の療養の特化した病院・施設 がん治療は出来ない。 患者さんがご自分の病状を理解されていることが必要。 長期入院は通常難しいことが多い。 施設の数が少なく、入院待ちの期間が長いことが多い。

⑥ 自分らしい療養場所を選ぶことのむずかしさ

「家での療養が辛くなってきたら入院する」ことは当然といえば当然のことで、そのことに問題を感じる方は少ないと思います。多くの患者さん・ご家族は「しばらく入院して、体調が回復したら退院しよう」と考えて入院してこられます。担当している医療者が同じように考えていることも多いですが、実は図に示しているように、がんという病気は亡くなる数か月前（2か月くらい前であることが多い）から急速に身体機能が衰えてくる⁵特徴があり（図8）、「入院したいな」と思う時期が、その始まりの時期と概ね一致することが多いです。「少し入院して・・・」と思って入院されている間に新たな症状が出てきたり、倦怠感が強くなったり、日常生活動作が出来なくなったりして家での生活がますます難しくなってきます。現実的にはそのまま退院されずに亡くなるケースも非常に多くなっています。

図8：疾患群別の予後経過

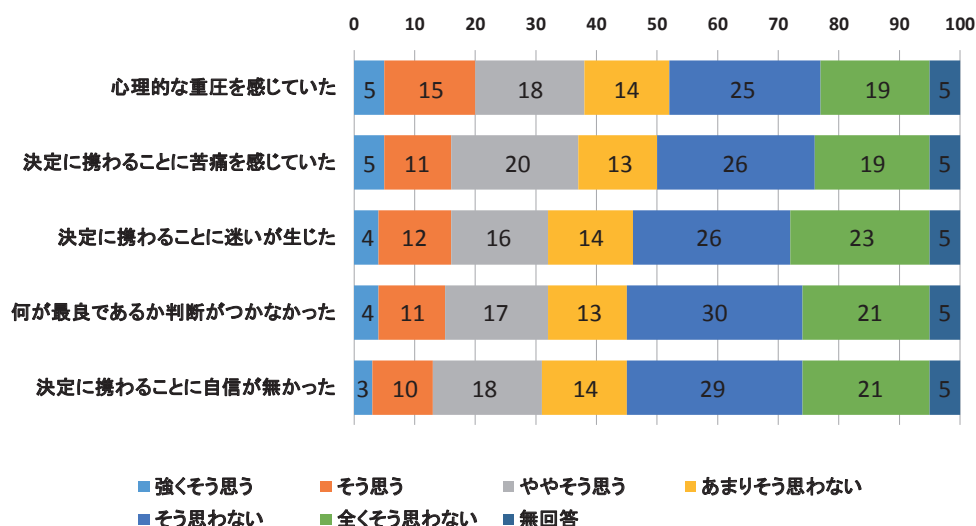


なぜこのようなことになるのでしょうか？皆さんは「自分はどこで最期を迎えたいか」とお考えになったことはありますか？平成20年の厚労省の調査では、最期を自宅で迎えたいと希望されている方は63.3%という数字があります。また、一般病院や緩和ケア病棟で・・・と希望される方もいるでしょう。しかし、そのことを医療者とじっくり話し合っただく機会（チャンス）が実はあまり無いのが現状です。なぜそのような重要な話が、十分なされないか・・・それにはいくつかの複雑な事情があります（表8）。ひとつには、前述した、終末期の病気の進行の速さの問題があります。「少し入院して・・・」と思って入院してから「こんな状況ではとても家では過ごせない」という状況になるまでの数週間は、あっという間に過ぎてしまいます。予後（残りの時間）がどのくらいあるのかを医学的におおまかに見積もることはできますが、そのことを聞きたくないというケースも多いです。お聞きになったとしても、そのことを受け入れるには1, 2週間はかかるのが普通です。次に、症状が進んで体調が悪くなると、倦怠感が非常に強くなったり、眠気が強くなったり意識が遠のいたりして、本人がどのようにしたいと思うのか、判断したり、伝えたりすることそのものが難しくなってしまいます。さらには「最期をどこで過ごしたいか」ということを話し合う事に対する抵抗感があります。「何とか病気を良くしたい」という望みを持ちながら、次々と出てくるつらい症状と闘う状況の中で「最期をどこで過ごすか」というような死を前提とした相談を行うことは難しいことです。先に延ばせば、良いタイミングが訪れるのかと言え、増々話しづらくなるというのが一般的です。大規模な遺族調査の付帯研究の結果を見ても、3割以上の遺族が「療養場所の意思決定プロセスに関わる」ことに関して「心理的な重圧」や「決定に携わることの苦痛・迷い・自身のなさ」や「何が最良であるか判断がつかなかった」などの負担感を感じていた⁶という結果が示されています（図9）。

表8：「自分はどこで最期を迎えたいか」について
医療者と十分に話し合えない主な理由

1. がんの終末期には症状が予想していたよりも急速に悪化すること
2. 眠気や倦怠感、意識の低下などにより本来の意思決定が難しくなること
3. 「最期」に関連したことを話し合うことに対する抵抗感

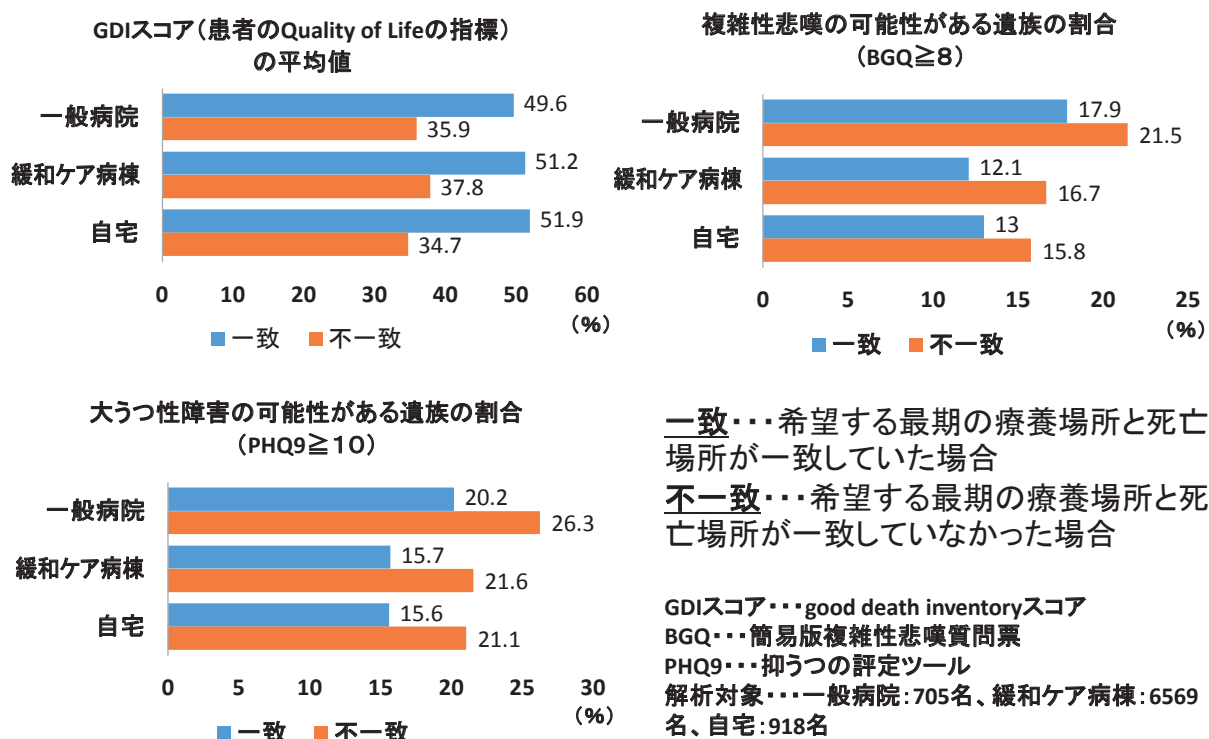
図9：療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感：心理的重圧・苦痛・葛藤 (n=700名)



⑦ 希望した療養場所で終末期を過ごして頂くことの大切さ

皆さんは「自分が希望した場所で最期を迎える」ということにどの程度の意味を感じているでしょうか？このことに関して患者さんに直接アプローチしたデータは残念ながらありませんが、前出の付帯研究と同時に行われた別の付帯研究では、「希望した療養場所と実際の療養場所が一致していた（一致群）」と感じておられる遺族は、「一致していなかった（不一致群）」と感じておられる遺族に比べ、患者のQuality of Life（生活の質）がより高かったと評価しています⁷。また、遺族の悲嘆の評価では、一致群の遺族は不一致群の遺族に比べ、「複雑性悲嘆」や「大うつ性障害」の可能性のある割合が低い⁷という結果となっています（図10）。

図10：希望する最期の療養場所と死亡場所が一致しないと患者のQuality of Lifeが低く、遺族の抑うつ傾向が強くなり、悲嘆も強くなる。



⑧ まとめ

ここまで、日本におけるがん治療の現状と、がん療養における苦痛、それに対する緩和ケアについてご紹介し、がん療養の経過の中での意思決定、特に「療養場所の選択」の難しさとその大切さについてご説明してきました。がん医療においては、長い間「がんを根治する・治癒させる」ということに焦点が当てられてきました。現在でもそのことが大きな目的であることに変わりはありません。一方で、がんで療養中という方も増加し、昨今はがんの療養中でもいかに普段の生活を維持するか、いかに自分らしい生活を続けていくかにも焦点が当てられ、対処の方法も進歩しています。そしてそれは病気の根治が難しくなったり、病気による死をも意識せざるを得ない状況になってきたときに特に重要になってきます。どのような場面であっても「自分らしく」過ごして頂けるように、出来ることを一緒に考えていければと思います。

引用文献

- 1) 国立がん研究センター情報サービス「がん登録・統計」: URL: http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#mortality: 人口動態統計によるがん死亡データ (1958年～2014年) および URL: http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#mortality: 地域がん登録全国推計によるがん罹患データ (1975年～2012年)
- 2) 全国がん罹患モニタリング集計 2006-2008年生存率報告 (国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2016): URL: http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#mortality: 地域がん登録によるがん生存率データ
- 3) 日本緩和医療学会 PEACE PROJECT: PEACE指導者向け継続学習サイト
[<https://education.jspm-peace.jp/>]
- 4) 看護師に対する緩和ケア教育テキスト: 日本看護協会編: p32: 2014年より抜粋
- 5) Lynn J, et al. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA. 2001 Feb 21;285 (7):925-32.
- 6) 荒尾晴恵 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) III付帯研究: 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究.
(公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- 7) 首藤真理子 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) III付帯研究: 療養場所を決定する時に重要視した要因と希望する療養場所と実際の療養場所の一致に関する研究. (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

療養場所を考えるタイミング： 自分の希望を大切な人に伝えるために

大阪赤十字病院 がん看護専門看護師 谷口 香織

① 人生の最終段階における医療についてどれぐらいの人が家族と話し合っているでしょうか？

厚生労働省が2013年実施した調査によると、死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について家族と話し合ったことが全く無いと答えた一般国民は55.9%、また自分で判断できなくなった場合に備えてどのような治療を受けたいかを記載した書面を作成していると答えた人はわずか3.2%でした。将来の意思決定能力の低下に備え、今後の治療・療養について家族とあらかじめ話しあうACP（アドバンス・ケア・プランニング）が近年注目を集めています。日本ではまだまだ話し合っていないというのが実情のようです。ではなぜこのような状況がみられるのでしょうか。がん患者さんの身体的な特徴もふまえて考えていきたいと思います。

② がん患者さんの身体的変化と日常生活に及ぼす影響

がん患者さんを診断期から終末期の4つの段階に分けて見ていきます（表1）。がんが進行するにつれ、身体的な症状が持続してみられるようになり、点滴等の医療的処置も必要となってきます。そのことで日常生活へも影響を及ぼし、介助を要することが多くなってきます。このようにがんが進行し身体的症状があると、患者さんだけでなくその状況を支えている家族もつらい思いをされるのではないのでしょうか。そのような中でどのような治療をうけるか、どこで療養したいかを考えるのは患者さん・家族にとってとても大変なことです。

表1

	身体的症状	必要な医療処置	日常生活動作
診断期	早期であれば無症状のことが多い	なし	がんと診断される前と同じ状態で過ごすことができる
治療期	手術 <div>術後の傷の痛み 機能低下 体力低下</div> 化学療法 <div>食欲低下・味覚障害 嘔気・嘔吐 手・足のしびれ 倦怠感</div> 放射線療法 <div>皮膚のただれ・乾燥</div>	必要時点滴や内服による痛み止めや吐き気止めを使用（起こった症状に対する薬剤投与）	治療前より身の回りのことを行う事がしんどくなる
再発・進行期	痛み 呼吸困難感 食欲低下 嘔気・嘔吐 倦怠感 浮腫 飲み込みの機能低下 <div>↓</div>	症状に応じた薬剤の投与（点滴や内服、医療用麻薬の導入） 点滴や胃瘻や経鼻チューブによる栄養摂取 胃管挿入 酸素投与 <div>↓</div>	身の回りのことに少しずつ介助が必要になる
終末期	身の置き所の無さ	症状緩和にむけた薬剤の投与	身の回りのことが出来ない

③ どのタイミングで考え、誰に伝えていけばよいのでしょうか？

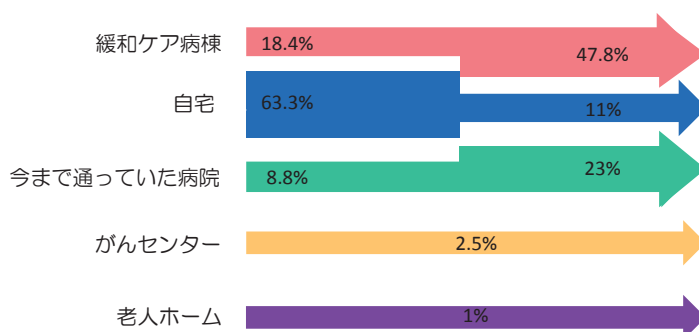
今後の治療や療養場所について話し合うことは必要だと感じていても、きっかけを作ることが難しいと思われる方も多いのではないのでしょうか。がんと診断されていない状況で考えると、TVでがんの話題が出た時や身近な人ががんと診断された、または亡くなられた時など日常生活の中で「がん」という話題が出た時、家族と話をするきっかけにされると良いと思います。健康な毎日を送られている中だと「このようなことを考えるのはまだ早い」と思われるかもしれません。しかし、身体的症状が無く生活を送っている時点から出来るだけ自分の今後について考え、家族と話し合う機会を設けていき、そのような話が出来る関係や雰囲気を作っていくことが、今後の療養場所を決定していく時大切になります。

では、がんと診断された後はどのように考え、話をしていけばよいのでしょうか。がんの診断後は、治療内容を決める、治療の中断もしくは中止を決断する、療養場所を決める等、様々な場面において重要な決定の連続になります。具体的な場面で考えると抗がん剤治療で重い副作用が出現し治療を継続するか中止するかを考える時、「生活に支障をきたし自分らしく生きられないなら治療はやめたい」と中止を希望される患者さんいれば「どんなにつらくても希望を持ち続けたいので治療は絶対にやめたくない」と継続を希望される患者さんもおられます。この決定には治療の意味を患者さんや家族がどのように捉えるか、何に価値をおくかが影響しており、正解はありません。療養場所の選択においてもそうです。「体がしんどくても病院ではなく家族とともに過ごしたい」と在宅療養を希望される方もいれば、「医療者がいる病院の方が安心だから、自宅より病院で過ごしたい」と入院を希望される方もおられます。様々な場面で悩み葛藤しながら自分の望むものが何かを見出し、決定していくことは容易なことではありません。しかし、その過程の中で、自分が大切にしているものは何か、人生や生き方において何に価値を置いているかが明らかとなっていく、何を選べば良いかが見えてきます。最初は具体的なものでなくてもかまいません。様々なことを決定していく中で、まずは患者さん自身がどうしたいかを考えること、そしてその考えを自分自身で伝えることが難しくなった場合、自分の意思をこの人になら代弁してもらいたいと思える相手に伝えておくことが療養場所を決定していく上で大切になります。

④ 希望する療養場所の変化

厚生労働省が2008年に実施した調査を見ると、死期が近づくとつれ希望する療養場所が変化する様子がみとれます（図1）。最初は自宅療養を希望する人が一番多いですが、病状が進むにつれ病院や緩和ケア病棟を望む人が多くなっているのがわかります。同じく2013年に実施した調査をみると、末期でも状態により希望する療養場所が変化している

図1：死期が迫っていると告げられた時、療養生活は最期までどこで送りたいですか？



ことから（図2・3）身体的症状や医療行為の有無・程度により、希望する療養場所が変化していくことがわかります。その理由として症状悪化に対する不安や、医療行為に対する不安、また点滴等医療行為があると家では過ごすことが出来ないという認識から、在宅という選択肢を初めから外す方もおられると思います。在宅医や訪問看護等の医療者の支えによって、身体的症状がある、また医療行為が必要な状態であっても在宅で過ごすことが可能となる場合もあります。今後の療養場所を考える中で、情報が有ると無いとでは選択の幅が変わってきますので、医療者、また医療機関にある相談窓口を活用し、希望する療養場所はどこかを考える手助けにいただければと思います。

図2：末期と診断された時の希望する療養場所
食事がとれ、痛みはなく意識や判断力の低下がない場合

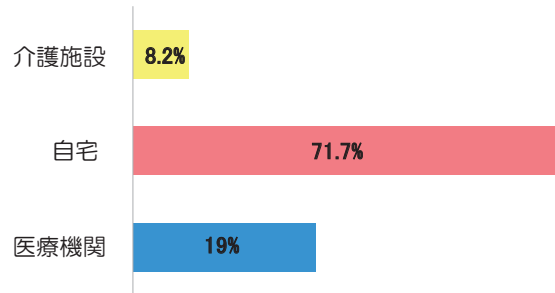
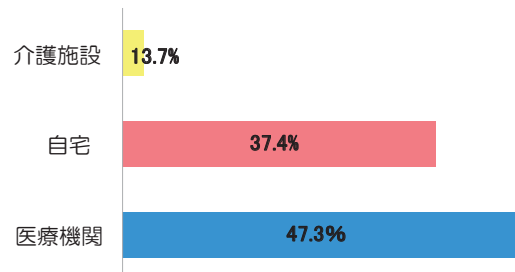


図3：末期と診断された時の希望する療養場所
食事や呼吸は不自由であるが痛みはなく、意識や判断力の低下がない場合



⑤ まとめ

状態が悪くなった時のことは出来るだけ考えたくない、まだ先々のことだから今後ゆっくり考えていけば良いと思われる方も多いと思います。しかし、これまでお伝えしたように、身体的症状が強くなってくると今後について考えること自体しんどくなり、自分自身で決断することが難しくなる可能性があります。今後について考え、自分の思いや希望を家族など大切な人へ伝えることで、これまで知らなかった相手の思いを知り、より関係が深まる場合もありますし、これまでの人生を振り返ることで、自分自身が大切に思うものは何かに気付くきっかけとなる方もおられます。今後のことについて考えるタイミングには、早いということはありません。自分自身で考えていける状況にある今から少しずつ考え、大切な人へその思いを伝えていただきたいと思います。

在宅での療養を支える制度・サービスとは？

大阪赤十字病院 社会福祉士、精神保健福祉士 野村 美奈子

がんの治療が一段落して、退院することになった…。これからどのように過ごせばよい？

「在宅での生活」が想像できない、病状の変化にどのように対応したらよいのかわからないなど、家族としては不安が募ることが多いと思います。

ひとりで悩みを抱え込まず、まずは周りに相談してみることから始めませんか？

在宅療養を行うためにはどのような準備や支援が必要か、相談できる窓口があります。通院先の病院にある医療相談室や地域医療連携室、地域にある地域包括支援センターという窓口もあります。当院では入退院支援課という部署を設けており、入院患者さんが退院にあたり支援が必要な場合は相談に乗り、安心して退院後の生活を送っていただけるよう、調整を行っています。また、当院はがん診療連携拠点病院として、がん相談支援センターも設けており、当院の通院患者さんだけでなく、当院に通院されていない方でもがんに関する様々な相談をお聞きできる窓口を設置していますので、ぜひ活用していただければと思います。

療養場所の選択について

療養場所は自宅だけではなく、療養病院、ホスピス（緩和ケア病棟）、施設（有料老人ホームなど）もあります。自宅で過ごす場合と比べて医療やケアの内容について、必ずしも他の場所より病院の方がよいとは限りません。確かにスタッフや設備の面では病院や施設の方が整備されているかもしれませんが、「生活の場」としての視点でみたときには、住み慣れた自宅で過ごすことの方がよりよい療養場所となるかもしれません。しかし、どこで療養を行っていくか、誰にも強制されるものでもありませんし、それぞれのご家庭の考え方、本人の希望などによっても変わることです。最初は自宅で過ごすことを考えていても、途中でホスピスを選択されたり、いずれはホスピスへと考えていても、自宅で生活する中で、このまま最期まで過ごせそうだなと、その時々で考えは変えてもいいのです。

在宅での療養を医療的・心理的にサポートし、家族の介護負担を軽減し、安心して過ごすことができるよう、地域でどのような支援が受けられるのかをご紹介します。

介護保険で利用できる主なサービス

訪問介護（ホームヘルパー）

◎入浴や排せつ、食事介助などの身体介護や掃除・洗濯・買い物などの生活援助

訪問看護

◎医師の指示により訪問看護師が訪問を行う。療養上の世話や病状観察、必要な医療処置や医療機器の管理、介護を行う家族への介護支援や相談

訪問入浴

◎浴槽を自宅に持ち込んで入浴の介護の提供

訪問リハビリ

◎理学療法（PT）、作業療法（OT）などが訪問し、リハビリの提供

デイサービス（通所介護）

◎デイサービスセンターや施設へ送迎し、入浴や食事の提供などの支援

福祉用具貸与

◎介護用ベッドやマットレス、車いすなどのレンタル

福祉用具の購入

◎ポータブルトイレや入浴時の椅子、浴室の手すりなどの購入

住宅改修

◎室内や廊下、トイレなどの手すりの取り付けや玄関・室内などの段差解消の費用の支給

介護保険の利用の仕方

介護保険を利用できる対象者は、基本的には65歳以上の方になりますが、末期がんと診断されている方は40歳から利用することができます。

お住まいの役所の介護保険窓口や地域包括支援センター、介護支援事業所などで認定のための申請手続きを行います。

認定調査や主治医意見書をもとに審査が行われ、約1か月後に認定結果があります。（要支援1・2、要介護1～5）認定までに時間がかかりますので、早めに申請を検討していく方がよいでしょう。サービスを利用する場合、ケアマネージャーを選定し、自宅の環境や患者さんの状態をふまえ、相談しながら必要なサービスの利用調整を行っていくことになります。

在宅医について

自宅に定期的に訪問してもらい、普段の体調管理、点滴やお薬が必要になったときの処方をしてもらうことができます。訪問診療は平均月2回ですが、病状に応じて訪問回数は増えることもあります。がんの場合、医療用麻薬が処方できることや、24時間連絡体制がある診療所であることが望ましいです。もともと通院している病院があるのに、なぜあえて在宅医が必要なのか疑問を持つ方もおられますが、定期的に訪問診療を行ってもらっている中で、その時々、病状に合わせてこまめに医療的な対応をお願いすることが可能になります。自宅で最期まで過ごすことを希望される場合、看取りの対応もお願いすることができます。最近は大きな病院では定期的な検査などをメインに行い、普段の体調管理は在宅医で行うという二人主治医体制を持つことが一般的になりつつあります。

訪問看護について

在宅医と連携しながら、病状の観察を行い、必要な医療処置を行ったり、療養上のお世話を行います。24時間365日対応しているところが増えています。がんをかかえながらの在宅生活は、ちょっとした体調の変化も心配なものだと思いますが、そのような病状変化に関することも訪問看護に相談することができます。家族への介護方法の指導や相談に乗り、不安の軽減も行っていきます。最期まで自宅で過ごしたいと思われる方には一緒にケアを行っていきます。在宅療養の中心的な支えとなるサービスとなります。

サービスを利用した場合の費用について

介護サービスを利用する場合、介護保険を利用することになりますが、利用したサービスの利用料として1～2割分を負担することになります。介護用ベッドをレンタルした場合、ひと月約1,500～2,500円程度、ヘルパーを週2回利用した場合、概ねひと月4,000円程度かかります（1割負担の場合）。

在宅医が訪問診療を行った場合の費用は医療保険での取り扱いになります。負担割合は70歳以上の方は1～2割負担、70歳未満の方は3割負担になります。定期的な訪問診療を月2回、24時間連絡体制の管理をお願いした場合、1割負担の方でひと月約6,500円、3割負担で2万円ほどかかります。薬剤費は別途請求になります。たとえば在宅中心静脈栄養法を行う必要があり、高カロリー輸液の処方が必要である場合や、医療用麻薬で疼痛コントロールを行う必要がある場合、在宅酸素を行っている場合など、訪問診療の費用に管理料が上乗せされたり、点滴や薬剤費が多くかかることがあります。

ただし、70歳以上の方は負担額の上限が12,000円までとなっており、70歳未満の方は高額療養費の適応を受けることにより、負担の上限額が定められています。

入院を検討する場合

一般病院や療養型病院、ホスピス（緩和ケア病棟）の選択肢があります。

在宅での生活を継続するために、家族の負担も考慮しながら、一時的な入院を検討することもひとつです。在宅医や通っている病院からの紹介で入院相談を行うことが可能です。

ホスピス（緩和ケア病棟）については、抗がん剤治療や放射線治療などの積極的治療が終了している状態であり、ご本人もその状況や現在の病状を理解されていること、予後が概ね1～3か月程度と限られてきていることが入院の条件になります。

入院中の費用について

どの種別の病院においても、医療費は70歳以上の方は一般の方でひと月44,400円、70歳未満の方は高額療養費が適応され、限度額適応認定証を取得することで所得により月額負担上限額は異なり、35,400円から約25万円までの5段階の負担となります。負担額については以下の表を参考にしてください。食事代は1食360円となります。

ホスピス（緩和ケア病棟）については、病床数の半分は無料の部屋とする規定があります。

それぞれの病院によって、おむつや病衣を含めた日用品についてリースでの対応をしている病院も多くあり、医療費以外の費用として1日1,000円～2,000円程度の負担がかかることがあります。

（70歳未満の高額療養費）

所得区分	自己負担限度額	多数該当
①区分ア （標準報酬月額83万円以上の方）	252,600円+（総医療費－842,000円）×1%	140,100円
②区分イ （標準報酬月額53万～79万円の方）	167,400円+（総医療費－558,000円）×1%	93,000円
③区分ウ （標準報酬月額28万～50万円の方）	80,100円+（総医療費－267,000円）×1%	44,400円
④区分エ （標準報酬月額26万円以下の方）	57,600円	44,400円
⑤区分オ（低所得者） （被保険者が市区町村民税の非課税者等）	35,400円	24,600円

（70歳以上の医療費負担）

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来（個人ごと）	外来・入院（世帯）
①現役並み所得者 （標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方）		44,400円	80,100円+（医療費-267,000円）×1% [多数該当：44,400円]
②一般所得者 （①および③以外の方）		12,000円	44,400円
③低所得者	Ⅱ（住民税非課税）	8,000円	24,600円
	Ⅰ（住民税非課税・所得が一定以下）		15,000円

*多数該当とは…高額療養費として払い戻しを受けた月数が1年間（直近12ヵ月間）で3月以上あったときは、4回目（4回目）から自己負担限度額がさらに引き下げられます。

在宅療養を行う上で大切なこと

在宅療養で一番大切なのは、ご本人が最期まで自分らしく過ごせるよう支援することだと思います。患者さんご本人に自宅で過ごしたいという思いがあり、ご家族としてもその意思を尊重しようということでしたら、在宅療養への一歩踏み出していただきたいと思います。在宅支援に関わるチームはその意向を最大限に尊重して支援にあたってくれると思います。病状の進行とともに、ご本人やご家族の考え方も揺れ動くことがあるかもしれません。意向や考えは変わってもよいのです。「在宅療養することを決めたのだからそうしないといけない」ということはありません。その都度、周囲の人々と話し合いを行いながら、今後のケアの方針を決めていければよいと思います。

平成28年度 第13回市民公開講座

著者：端 裕之（緩和ケア科部長）

《著者略歴》

平成 3 年 北海道大学医学部 卒業
平成 16 年 大阪赤十字病院消化管外科医員
平成 19 年 大阪赤十字病院消化管外科副部長
平成 27 年 大阪赤十字病院緩和ケア科部長

著者：谷口 香織（がん看護専門看護師）

《著者略歴》

平成 16 年 日本バプテスト看護専門学校 卒業
がん研究会有明病院 入職
平成 22 年 大阪赤十字病院 入職
平成 25 年 北里大学大学院修士過程 入学
平成 27 年 北里大学大学院修士過程 卒業

著者：野村 美奈子（社会福祉士、精神保健福祉士）

《著者略歴》

平成 9 年 龍谷大学社会学部社会福祉学科 卒業
大阪赤十字病院医療ソーシャルワーカー 入職

