

# 終末期がん患者の在宅医療を可能にするための地域医療と 福祉のシステム構築

鳥取大学医学部保健学科 成人・老人看護学講座

平松喜美子, 谷村千華, 吉野明子

## Development of a regional medical and welfare system enabling the care of terminal cancer patients at home

Kimiko HIRAMATSU, Chika TANIMURA, Akiko YOSHINO

*Department of Adult and Elderly Nursing School of Health Sciences,  
Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503 Japan*

### ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the possible establishment of a regional medical and welfare system enabling the care of terminal cancer patients at home. The subjects were 61 home doctors and 163 inhabitants who responded to our questionnaire. As a result, there were more inhabitants who wanted to stay at home as cancer patients than under terminal care in an institution. However, it was indicated that there were some inhibitory factors: lack of medical information for both a home care system and emergent medical treatment for each terminal cancer patient; and a lack of functional cooperation between medical treatment and the welfare system. Based on these observations, a new regional medical care system enabling home care was suggested for patients with terminal cancer.

(Accepted on May 6, 2005)

terminal cancer patients, palliative care, home care

### はじめに

医療の高度化や先進医療, 疾病の予防, 救命・延命と医療分野は幅広く, 専門化される中で, 人々は健康に対する関心が高く, 大病院志向が強い. さらに地域医療を支える開業医は, 診療のために日常生活が拘束されることが多く, 医師の生活居住地と診療地域を変えたり, 時間外診療があまりなされない等, 地域に密着した医療システムが困

難になってきている<sup>1)</sup>. 一方, 家庭では年々核家族化が進み, 家族内で介護時間や心理的負担を分かち合うことが困難になっている.

昭和26年には在宅死が82.5%であったが, 平成14年には13.4%に減少し<sup>2,3)</sup>, 在宅死の減少が著しい. 特になが患者に関しては, 高度の専門技術を必要とするため在宅で看取る割合は6.2%と少ない<sup>2,3)</sup>. さらに保険医療制度の改正により, 在院日数は短縮化の傾向にあり, 長期療養を必要と

表1 地域住民の属性

		人数 (n=163)	%
性別	男性	42	26%
	女性	121	74%
年齢	40歳代	86	53%
	50歳代	68	42%
	60歳代	4	2%
	70歳代	5	3%
家族構成	核家族	88	54%
	三世帯世帯	66	40%
	単独世帯	6	4%
	その他	3	2%
看取り経験	有	35	21%
	無	128	79%

する患者や終末期のがん患者は大病院では受け入れ難い状況である。2000年に導入された介護保険により患者の退院後の生活も大きく様変わりし、開業医の診療体制も変化している。

近年、尊厳死・脳死・患者の権利が強調される時代の到来とともに<sup>4)</sup>、がん患者が望むより自分らしい生活の実現に目が向けられるようになり、人生の最期を在宅で過ごしたいと考える人は多くなってきている。がん患者が在宅で迎える死は家族にとっても看取り後の心残りが少ないといわれている<sup>5)</sup>。しかし、患者・家族ともに緊急時の対応・病状悪化に対する不安や家族の介護による心身疲労といった問題が残されているのも現実である。これら在宅医療を支援する医療システムは十分とはいえず、特になん患者への在宅ケアの配慮は乏しく、在宅療養が実現できない場合も少なくないようである<sup>6-8)</sup>。このような中で、これまでの研究では実際に在宅療養に関わる開業医の認識や問題点、地域住民と医療者との在宅療養への認識の違いについて明らかにしているものは少ない。

本研究の目的は、がん患者が在宅で終末を迎えるためにはどのような問題があるのか、住民と開業医を対象に在宅療養に対する認識と実際の受け入れ状況を調査し、必要とされているシステム構築について一案を提示するものである。

## 研究方法

開業医の対象者は鳥取県米子市で開業している内科・外科医61名と、米子市周辺および近郊の地域住民163名で、著者らによる質問調査票を作成し郵送留め置き法を用いて調査した。

質問紙の内容は、対象者の年齢、性別、家族構成などの属性と希望する人生の終焉の場所を問うものである<sup>9)</sup>。その中で、地域住民そして開業医に共通のアンケート項目は、在宅が可能と思われる要件20項目と、在宅での看取りの限界感6項目、在宅介護が困難な理由の8項目である。

倫理的配慮として、研究の目的やプライバシーの保護を記載した説明書を質問調査票と一緒に郵送し、返送をもって研究協力への同意とみなした。

分析方法は統計ソフトSPSSを使用し、開業医と地域住民の関係については、 $\chi^2$ 検定を用いて解析し、5%の水準で有意差を判定した。

## 結 果

アンケート回収率は開業医67%、地域住民は81%であった。

### 地域住民の属性

表1に示すように、地域住民は男性26%、女性

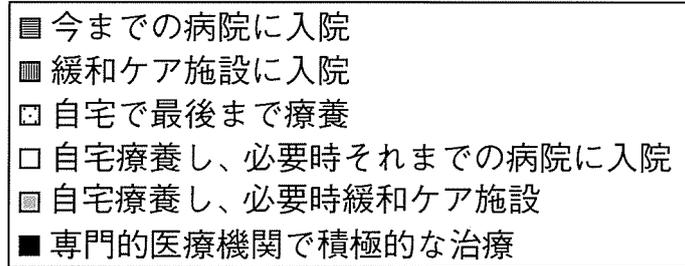
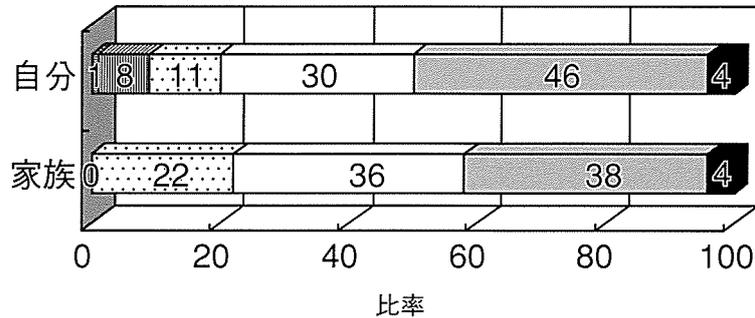


図1 地域住民が抱く終焉の場

(平成9年末期医療に関する意識調査検討委員会報告と同様な調査項目)

74%，平均年齢は49.5±5.7歳であった。家族構成は核家族54%，三世帯世帯40%であった。そのうち、在宅でがん患者を看取った経験のある者は21%であった。

#### 地域住民が希望している終焉の場

図1に示すように、がんに罹患した場合に自分や家族が終焉を迎える場については、両者共に70%以上が在宅療養を主とし、状態に応じて医療機関を選択していた。両者間で違いが見られたのは、自分自身の場合、最後まで自宅で終焉を迎えたいと希望する人は11%，家族に対しては22%であった。その理由として自分の場合は「家族に迷惑をかけたくない」ためと回答し、家族に対しては「できるだけ長く家にいてほしい」と回答していた。

図2-aに示すように、家族が在宅を希望した場合の対処方法として肯定的に受け入れている人は54%で、そのうち図2-bに示すように、67%の人は医療処置が必要となった場合でも「支援があれば在宅で生活させたい」と回答し、自分自身と家族の終焉場所の選択は両者ともほぼ一致していた。

一方、図2-cに示すように否定的に捉えている人は46%で、そのうち75%は「緊急時に何が起こるかわからないので入院させたい」と回答し、終焉の場所についても自分自身の場合と家族で差が見られた。

#### 開業医の属性

開業医の属性を表2に示した。診療科は内科が70%，外科が10%であった。施設状況としては、往診体制がある施設が84%，緊急時に対応できるネットワークがある施設は52%，24時間緊急時の体制が整備されている施設は28%，入院施設があるのは15%であった。

がん患者の終末期医療に興味がある医師は52%，実際にがん患者の医療に携わっている医師は49%であった。医療処置ではIVH（中心静脈栄養法）の管理を行っている医師は31%であった。

終末期医療を行う際、障害となる要因（複数回答）は、61%が人員不足、54%が専門の設備がない、49%が時間がないと回答した。

#### 地域住民と開業医の共通点・相違点

がん患者が在宅で終焉を迎えることを阻害して

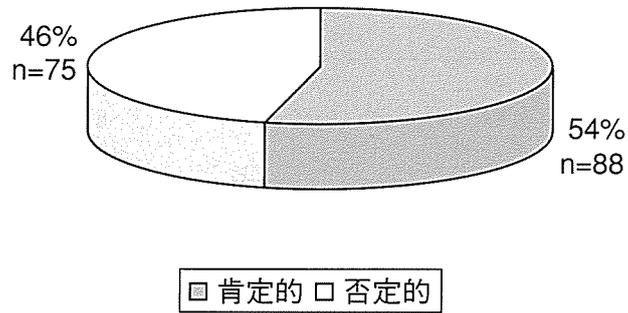


図 2 - a 患者が在宅を希望した場合の家族の受け入れ

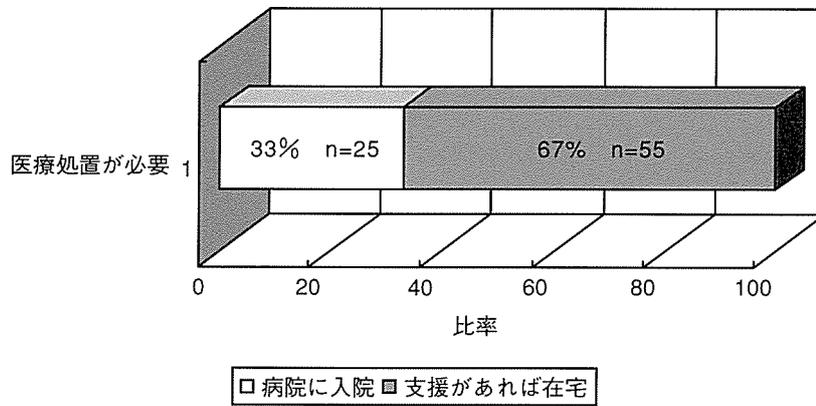


図 2 - b 肯定的受け入れ

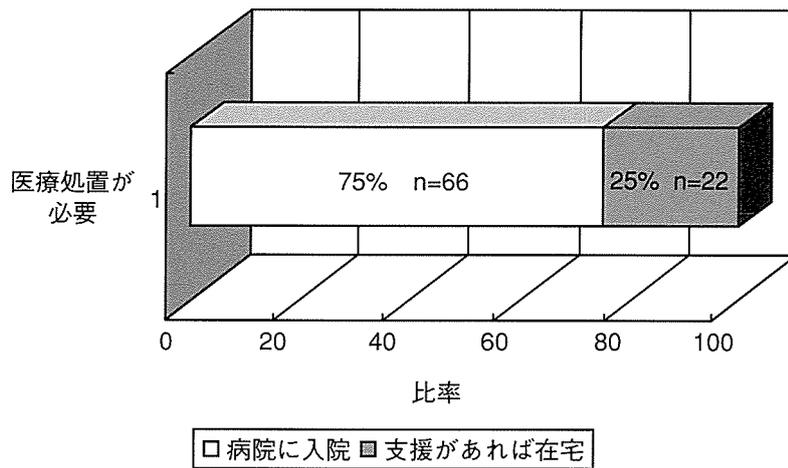


図 2 - c 否定的受け入れ

図 2 家族が在宅で終焉を希望した場合の対処方法

表2 開業医の属性

		人数(n=61)	%
診療科	内科	43	70%
	外科	6	10%
	その他	12	20%
医療体制 (複数回答)	往診体制	51	84%
	ネットワーク	32	52%
	救急時の体制	17	28%
	入院設備	9	15%
医療処置 (複数回答)	点滴	53	88%
	褥創の処置	42	69%
	酸素吸入	41	67%
	吸引器	41	67%
	麻薬処方および疼痛緩和	36	59%
	気管カニューレの交換	29	48%
	人工肛門の処置	25	41%
	バルンカテーテル	39	64%
IVH の処置	19	31%	
終末医療に興味	有	32	52%
	無	29	48%
終末医療実施	実施している	29	48%
	実施していない	32	52%
終末医療の障害 (複数回答)	人員不足	37	61%
	設備がない	36	54%
	時間がない	30	49%
	ネットワークがない	23	38%
	経済的に成り立たない	15	25%

いる要因について表3に示した。地域住民と開業医との認識の間に有意差がみられたのは「家族の大病院志向」, 「在宅ケアを行う医師がいないこと」や, 「医療・福祉のネットワーク不備」であった。また, 「病名・告知がされていない」, 「在宅での介護者がいない」, 「患者の大病院志向」, 「医療制度の不備」, 「福祉制度の不備」には, 両者の認識の程度に有意差はみられなかった。

### 考 察

日本ホスピス・在宅ケア研究会報告では, 「ここ数年, がん終末期には病院で治療を受け, 苦し

い思いをするよりも, 残されたときを自宅で過ごしたいと考える患者が増えてきた」とされているが<sup>10)</sup>, 本研究では, 「自宅で最後まで療養」を希望する人は, 自分の場合は11%, 家族の場合は22%であった。介護者の側面から考えると, 本研究会が述べるように, 介護者には「体が疲れる」, 「自由になる時間がない」といった身体・精神的負担があり, 在宅死の積極的な受け入れを阻害していると考えられる。黒子らは, 在宅に移行する際の医療者の説明不足などにより, 患者や家族が十分に病気や病状を理解しておらず, 心構えができていないことや, 医学的な知識, 技術を持って

表3 在宅終末期ケアを阻害している要因

項目	住民 (n=163)		開業医 (n=61)	
	はい	いいえ	はい	いいえ
家族の大病院志向	90(55%)	73(45%) **	51(83%)	10(17%)
在宅ケアを行う医師がいない	150(92%)	13( 8%) **	40(65%)	21(35%)
病名・告知がされていない	98(60%)	65(40%)	25(49%)	36(51%)
在宅での介護者がいない	155(95%)	8( 5%)	59(96%)	2( 4%)
患者の大病院志向	85(52%)	78(48%)	50(77%)	11(23%)
医療制度の不備	143(88%)	20(12%)	41(68%)	20(32%)
福祉制度の不備	150(92%)	13( 8%)	42(69%)	19(31%)
医療・福祉のネットワーク不備	152(93%)	11( 7%) **	34(56%)	27(44%)

\*\*P&lt;0.01

調査項目は平成14年に早坂裕子のがん患者の在宅ターミナルケアを実施する医師に関して行った調査内容である。

いないため、病状に関しての不安が過度に大きいことをあげている<sup>11)</sup>。家族は、自宅で近親者の死を間近に体験することが少ないため現実が理解し難く、どのように対処してよいのか解らない状況と言える。

医療体制からみると、厚生省・日本医師会は緊急入院ができるための「病診連携」の欠如や「かかりつけ医」の不足により在宅療養を阻害していると示唆している<sup>12)</sup>。今回の調査で、住民は在宅でがん患者を見るためには、「病状が安定していること」をあげている。「かかりつけ医」があっても入院設備がないという医療環境の不備、また半数以上の住民が居住地に緩和ケア病院があるか否か知らないことや、在宅ターミナルを行う医師がいないと答えるなど在宅療養に関する情報不足も考えられる。

本研究では、がん患者の終末医療に興味があると回答した医師は過半数を超えているが、実際に24時間対応している開業医は28%、緊急入院が可能な体制を持っている施設は15%に留まっている。1992年に医療法が改定され、在宅関連の主な医療、看護、リハビリといった分野の経済給付が進み、在宅医療支援の形態が整えられつつあるが、がん患者の終末期医療を行う上で障害となる主要因に、開業医は「人員的・施設の・時間的に成り立たない」ことをあげ、終末医療を行うことは経営が困難になると考えている。

米子市内においては、介護保険導入により65歳以上の高齢者は老健施設や特別養護老人ホームの入所が比較的容易となり、開業医に入院することが少なくなって、経営的に成り立たないために入院の受け入れを中止する開業医もある。

また在宅療養を阻害している要因を家族環境や社会環境からみると、回答者の95%は壮年期に属し、そのうちの74%が女性で、家族構成は54%が核家族であることを考えれば、職場や地域で多様な役割を担っている人々である。この人々は緊急に仕事を休んだり、在宅療養により現在の役割や家族の生活が変化することに不安をおぼえ、在宅療養を躊躇させていると考えられる。高齢者介護と大きく異なる家族環境は、高齢者の場合は主たる介護は65歳以上の配偶者かまたは嫁の場合が多いが、がん患者の場合は、配偶者は職業を有し、子供達は就学年齢であるため、介護者が在宅にいないということに特徴がある。

がん患者を看取る家族は呼吸困難や食事が取れない場合、疼痛が終始継続する場合、腹水がある場合など、到底家族のみでは対処できないことが予測される。たとえ往診の体制があっても、核家族化が進み、患者は日中一人で過ごさなければならず、患者および家族も不安であり、そのため家族は仕事を辞めることとなる。患者は家族に迷惑をかけるという思いが強くなり、家族は経済的にも精神的にも負担を感じる。このような家族環境

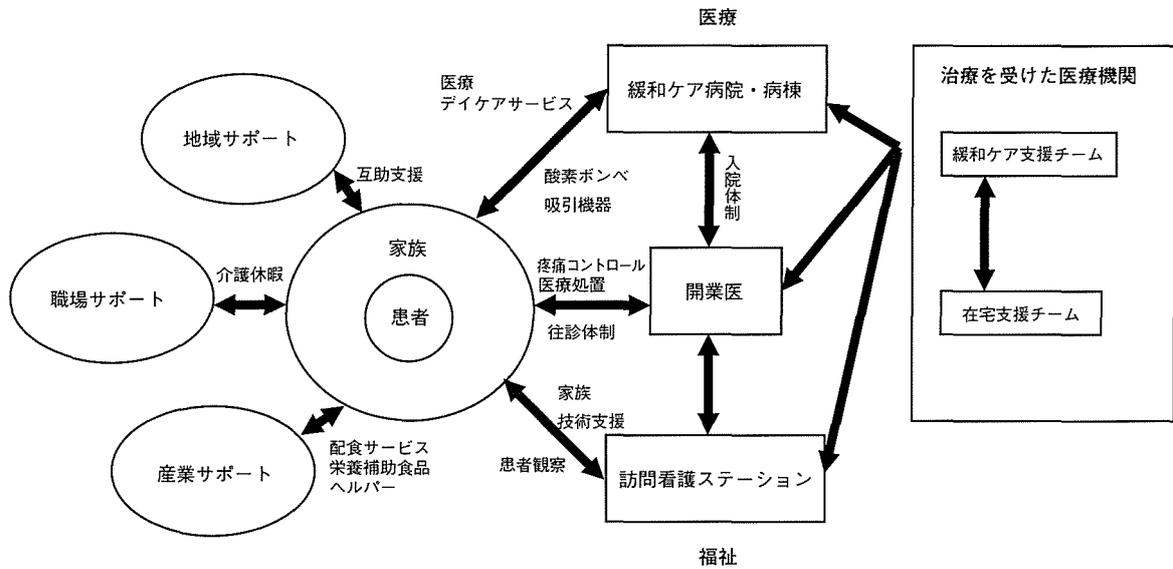


図3 医療と福祉のネットワーク

は本当に終焉の場に相応しいと言えるかどうか疑問である。

家族関係をみると、がん患者より家族の方が決定権を持っている場合が多い。患者が在宅を希望しても家族は積極的に患者を受け入れられないと答えたように、医療処置が必要となった場合は病院に入院させたいと考え、在宅療養の継続が困難となりやすいことが示されている<sup>13-17</sup>。核家族化、少子化、男女共同参画時代を迎え、患者や家族に対しては高齢者介護と同様な介護問題がおきることが予測されるが、がんの発症年齢からみると壮年期が多く、高齢者介護の場合より深刻な問題を抱え、終末期のがん患者の在宅ケアはより困難となり、患者は退院しても家に一人居る状況となってしまうのである。

がん患者の終焉において一番問題なのは、介護保険サービスの狭間の年代である65歳以下の壮年期の患者である。壮年期のがん患者の場合は、医療費免除となる特定疾患が合併していなければ訪問看護や医療器材などのサービスを受けることができないため、家族の負担が大きい。

そこで、地域における壮年期の終末医療のネットワークとして図3のような体制を考えた。

終末期のがん患者の介護は高齢者の在宅介護と異なり、医療処置が多く、また呼吸困難や疼痛などの症状が現れるために在宅での終焉は困難であ

る。本研究でも緊急時の対応に不安をおぼえていることから推測すると、家族は医療設備のない在宅より、医療機関に入院させたいと思うであろう。その場合には大病院のように治療を最優先し、包括定額制が導入された医療機関より、終末期医療を目的とした緩和ケア病棟あるいは施設の設置が求められる。しかし、このような病棟は鳥取県内には5施設のみであり、医療内容はそれぞれ内容が異なり、鳥取県西部地区には1施設もみられなかった。

施設間相互のネットワーク、そして医療と福祉のネットワークの3つの構築を本研究では考えている。第1の施設内相互のネットワークは、同施設内の「在宅支援サポート」と、現時点では施設内に設置されていないことが多いが「緩和ケアチーム」の連携が考えられる。現在は疼痛管理と在宅での医療処置の手技についての指導が主体であるが、「死生観」についての患者・家族に対する教育なども必要である。

第2の施設外では、「治療を受けた病院」と「緩和ケア病棟」そして「開業医」と「訪問看護ステーション」とのネットワークが考えられる。現在では医師相互による個人のネットワークにより退院施設が決定されているがシステムとして確立する必要がある。

福祉の面では、壮年期患者にも訪問看護が適応

されるような対象者の拡大と、医療面では現在西部地域にはない緩和ケア病棟の設置と、その施設の中に新たに医療処置に対応できるデイケアサービスを設けること、疼痛緩和を専門とした医師および看護師の教育を重視することが求められる。

第3は企業連携や地域住民によるNPOシステムの構築である。消化管通過障害を伴う場合は例外であるが、経口摂取ができないからといって安易にIVH（中心静脈栄養法）や胃瘻などに依存するのではなく、高栄養な補助食品の開発や配食サービスなどの産業サポートが求められる。また家族不在時の近隣住民による互助支援を主とした地域サポートや、介護休暇が受けられる職場サポートなどの体制確立が必要と思われる。

### 結 語

本研究では開業医61名と地域住民163名にアンケート調査を実施し、終末期がん患者の在宅医療を可能にするための医療と福祉のシステム構築について検討した。

地域住民には在宅で終焉を迎えたいと希望するものが多いとしても、在宅で介護することには、各種の阻害因子があることが示された。具体的には、がん患者の在宅医療に必要な医療情報、がん患者についての医療知識や急変時の対応、福祉システムと医療システムの連携などについての欠如が指摘された。

これらに基づいて、がん患者の在宅医療を可能にする新しい地域システムの構築について一つの提言を行った。

本研究は平成15年度鳥取大学医学部研究助成金「恵仁会研究助成金」の交付によるものである。

### 文 献

- 1) 桜井隆. (2001) 住み慣れた家で死ぬということー死の日常化に向けてー. ターミナルケア11 (4), 279-284.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2002) 平成14年人口動態統計. 厚生統計協会. pp. 136-137, 東京.
- 3) 厚生統計協会. (2002) 衛生の主要指標. 国民衛生の動向. 49 (9) pp. 37, 東京.
- 4) 松岡寿夫. (1992) デス・エデュケーション, pp45-46, 医学書院, 東京.
- 5) 川越厚. (1991) 家庭で看取る癌患者ー在宅ホスピス入門, pp. 131-133, メヂカルフレンド社, 東京.
- 6) 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康, 久世淳子, 樋口京子, 杉本浩章, 宮田和明. (2003) 在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求める支援. ターミナルケア13 (5), 404-411.
- 7) 川越厚, 松浦志のぶ, 川越牧子. (2003) 在宅ホスピス相談外来の実態と役割. ターミナルケア13 (6), 494-498.
- 8) 大川二郎, 鳥居久美子, 河野通雄. (1998) がん在宅医療の現状と問題点. 兵庫県立成人病センター紀要15, 55-59.
- 9) 早坂裕子. (2002) がん患者の在宅ターミナルケアを実践する医師の調査. 日本医事新報4071, 25-30.
- 10) 日本ホスピス・在宅ケア研究会. (1995) 退院後のがん患者支援ガイド. pp. 8, プリメド社, 東京.
- 11) 黒子光一, 武谷広子, 横浜孝子, 長田尚夫, 赤塚恵美子. (2000) 訪問看護ステーション, 在宅診療部における在宅死の取り組み. 死の臨床23 (1), 122-126.
- 12) 厚生省・日本医師会編. (1997) 末期医療のケアーその検討と報告 初版8刷, pp. 3-16, 中央法規出版株式会社, 東京.
- 13) 南友子. (2000) チーム医療のあり方を考えるー末期癌患者の在宅ターミナルケアを通してー. 地域医療第38回特集 531-534.
- 14) 富田智子, 谷口みさ子. (2000) 癌非告知例からの考察ー医療従事者アンケートを中心にー (会議録). 地域医療第38回特集 528-531.
- 15) 尾崎千鶴, 藤井たけ, 近藤良子. (2001) ターミナル患者の在宅療養を可能にする条件と今後の課題. 日本がん看護学会誌15, 166.
- 16) 梁勝則. (1999) がん患者が在宅で終末を迎える条件. 臨床と薬物治療 18 (3), 230.
- 17) 日野原重明, 山本俊一. (1995) 生と死のケア, pp. 83, 医学書院, 東京.