

REVIEW ARTICLE

在宅緩和ケア
—自験 553 例の検討から—

大岩孝司¹

Home Palliative Care
—Analysis of 553 Terminal Cancer Cases—

Takashi Oiwa¹

¹Medical Corporation Shuseikai Sakusabesakadori Clinic, Japan.

ABSTRACT — **Objective.** To promote an understanding of home palliative care, and to demonstrate that it is the most appropriate choice for treatment in the terminal stage of cancer, especially lung cancer. **Method.** We analyzed the following factors related to care quality in 553 patients who received home palliative care: 1) mortality at home, 2) maintenance of walking ability, as an ADL-related factor, 3) communication using spoken language, 4) maximum narcotic dose and change in dose at end of life, as an assessment of the alleviation of suffering (e.g., pain, dyspnea). **Results.** 1) Mortality at home was 96.1% overall (lung cancer: 96.3%, non-lung cancer: 96.1%). 2) Examination of walking ability in patients who had been able to walk on their own at the start of home care revealed that, overall, 46.4% and 32.6% of the patients had gone to the bathroom, albeit with assistance, 2 days before death and on the day before death, respectively (lung cancer: 45.2% and 35.5%, respectively; non-lung cancer: 46.9% and 31.5%, respectively). 3) Examination of communication in patients who had been able to talk at the start of home care revealed that, overall, 87.3% and 75.7% of the patients were capable of communicating using spoken language 2 days before death and on the day before death, respectively (lung cancer: 86.0%, and 76.9%, respectively; non-lung cancer: 87.8% and 75.2%, respectively). 4) 165 of the patients, or 34.9%, did not use narcotics to alleviate their suffering, and the symptoms of most of those who used narcotics were alleviated by 200 mg/day or less of oral morphine equivalents. Moreover, the doses were not increased at the end of life in most of the patients. **Conclusion.** It was demonstrated that terminally ill cancer patients can be cared for at home until they die, and that the quality of care received at home is high. Home palliative care should therefore be actively promoted as the preferred method of care in terminal-stage cancer patients.

(JLCC. 2009;49:339-348)

KEY WORDS — Home palliative care, QOL, Relief of suffering, Support of autonomy, Lung cancer

Reprints: Takashi Oiwa, Medical Corporation Shuseikai Sakusabesakadori Clinic, Office 21 Sakusabemachi-biru 101, 658-1 Sakusabemachi, Inage-ku, Chiba-shi, Chiba 263-0014, Japan.

要旨 — **目的.** 在宅緩和ケアの考え方の理解を深め、肺癌を含めたがん終末期の療養形態の選択枝として優れていることを明らかにする。 **研究方法.** 在宅緩和ケアを行った自験例 553 例 (肺癌 152 例, 非肺癌 401 例) について、ケアの質に関わる要因として、以下の解析を行った。 1) 在宅死亡率, 2) ADL に関わるものとして歩行機能の維持, 3) 言語によるコミュニケーション, 4) 苦痛症状緩和の評価として、麻薬の最大使用量および臨死期の

麻薬使用量の変化。 **結果.** 在宅死亡率は全体としては 96.1% (肺癌例: 96.3%, 非肺癌例: 96.1%) であった。訪問開始時に自立歩行をしていた患者の死亡 2 日前および前日の歩行機能を見ると、全体では 46.4%, 32.6% (肺癌例: 45.2%, 35.5%, 非肺癌例: 46.9%, 31.5%) が介助下とはいえトイレに行っていた。コミュニケーションについては、訪問開始時に話をしていただいた患者のそれぞれ 87.3%, 75.7% (肺癌例: 86.0%, 76.9%, 非肺癌例: 87.8%,

¹医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所。

別刷請求先: 大岩孝司, 医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所, 〒263-0014 千葉県千葉市稲毛区作草部町 658-1 オフィス 21

作草部町ビル 101.

※第 47 回日本肺癌学会総会シンポジウム「緩和ケア」。

75.2%)が、死亡2日前および前日に言語によるコミュニケーションが可能であった。疼痛、呼吸困難などの苦痛症状の緩和では、麻薬未使用例が165例、34.9%あり、麻薬使用例のほとんどがモルヒネ内服換算200mg以下で症状緩和され、ほとんどの症例で臨死期に投与量の増量はなかった。結論、がん終末期の患者が最期まで自宅で

療養することが可能であり、自宅での療養の質が高いことを実証した。したがって在宅緩和ケアは、肺癌をはじめとするがんの終末期の療養形態として積極的に選択すべきである。

索引用語——在宅緩和ケア, QOL, 苦痛症状緩和, 自律支援, 肺癌

はじめに

超高齢時代を迎え、年間50万人ががんに罹患し、32万人ががんで亡くなる¹という現状の中でがん対策基本法が施行された。がん治療の質の向上・均てん化をはかるとともに、緩和ケアの重要性を指摘している。がんと診断された時から緩和ケアが関わるべきであるということ、がんの在宅医療（以下在宅緩和ケア）を推進することが法律の文言に表現された。一方、患者・市民だけでなく医療関係者の多くは、がん患者が自宅で最期を迎えることができるとは考えていない現実がある。特に肺癌は呼吸困難などの症状の緩和が困難であり、最後まで自宅での療養を継続することは無理と考えられている。在宅緩和ケアの広がりのためには、このような問題を解決していくことが必要である。

今回、在宅の現場で関わってきた立場から、在宅緩和ケアのがん終末期医療としての質の高さを明らかにし、その意義について検討した。

目的

在宅緩和ケアは、その理念・実情がほとんど理解されていない。在宅緩和ケアの考え方を少しでも理解してもらい、肺癌を含めたがん終末期の療養形態として優れていることを明らかにするために、自験例のレトロスペクティブな解析から、以下のことを検討した。1)在宅緩和ケアの対象として、肺癌は他臓器原発癌に比べて違いがあるか、2)がんの終末期に最期まで自宅での療養を継続すること(在宅死)は可能であるか、3)在宅緩和ケアは質の高い医療・ケアであるか、の3点である。

対象と方法

1. 診療対象および背景

1) 診療対象

診療の対象とする前提は、悪性腫瘍の診断を受けていること、患者自身が最後まで家にいたいという希望があり、家族がそのことを受け入れていることである。

2) 診療手順

診療手順の最初の段階は、家族に対する面談である。

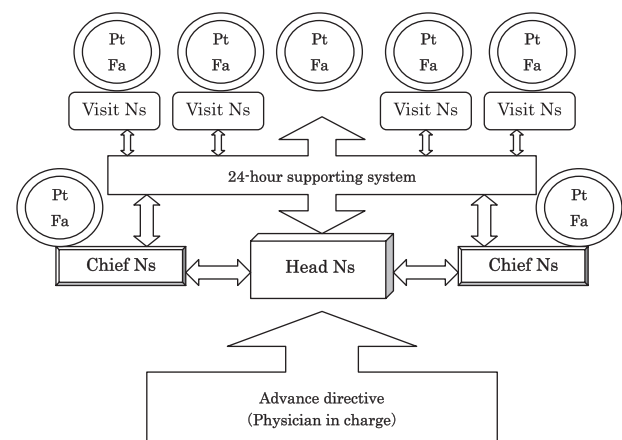
家族との話では、それまでの治療経過における疑問点の解決、家族が抱えている不安の解決、家族の病状理解を確認し、求めている医療と提供可能な医療の調整などを行い、訪問を開始する。在宅緩和ケアでは家族の存在・役割が大きく、患者中心の医療を貫くためにも、診療をはじめに当たってあらゆる方向性についての家族と医療側の認識、思いを共有することが重要である。²

3) 診療体制

当院は在宅緩和ケアに特化した診療を行っており、ケアに関わる診療体制は以下である(Figure 1)。医師・看護師が一体となったチームケアとして提供している。医師はヘッドナース(看護師長)に事前の指示を行い、³ヘッドナースがそれぞれの訪問看護師に訪問の状況に応じた指示を出している。ヘッドナースは配下にチーフナースを置き、自身が訪問を行うと同時に訪問看護師の相談、アドバイスをを行っている。⁴実際の訪問は週4日(訪問診療:週1日、訪問看護:週3日)を原則とし、患者の状況に応じて、適宜調整する。

4) 診療の目標

具体的な目標は、苦痛症状の緩和と生活支援である。この目標を達成するために、患者本人の自己決定を支援する。このことを筆者らは自律支援として、提供するケ



Pt : patient Fa : Family Ns : Nurse

Figure 1. Our home-based care system.

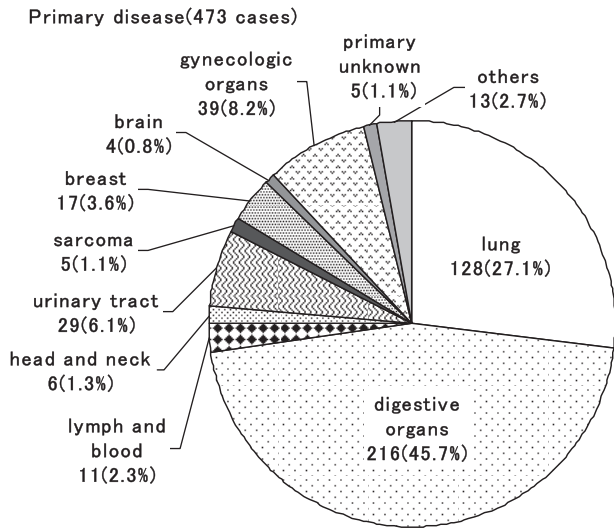


Figure 2. Primary disease.

アの基本に据えている。自律とは自らのことをよく知り、自身の価値観に基づいて、自身に関する方向性を選択し、決められるということである。がん終末期という厳しい状況で、一日の大半を自宅で患者と家族だけで過ごすためには、24時間365日の体制での支援とともに、このような視点で患者・家族の自己決定を可能にするための支援（自律支援）が必須である。

II. 研究方法および結果

患者背景因子とともに、後述する日常生活動作 (activities of daily living, 以下では ADL) ・苦痛症状緩和などについて、肺癌症例と非肺癌症例との比較検討を行った。

1) 背景因子の比較検討

2001年9月15日の診療開始以来、当院で在宅緩和ケアを行ったがん終末期の患者は667例であるが、今回、対象としたのは過去5年間（2003年7月1日から2008

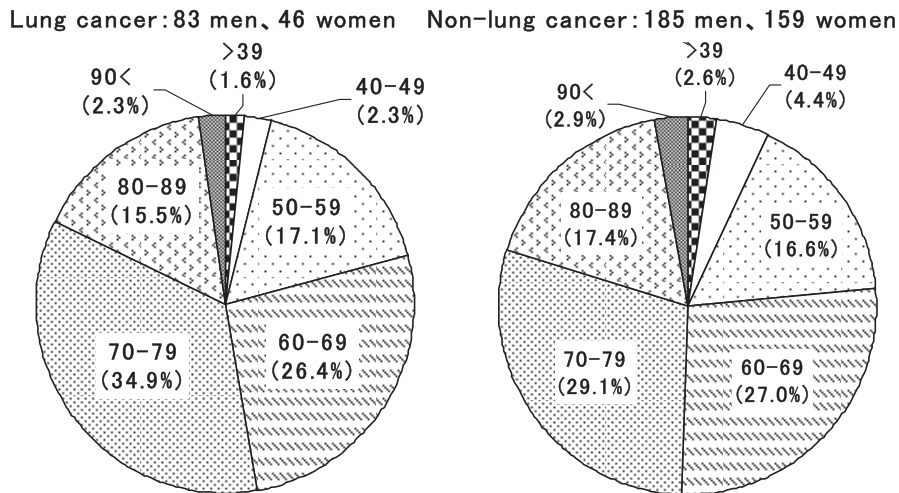


Figure 3. Distribution of age and gender.

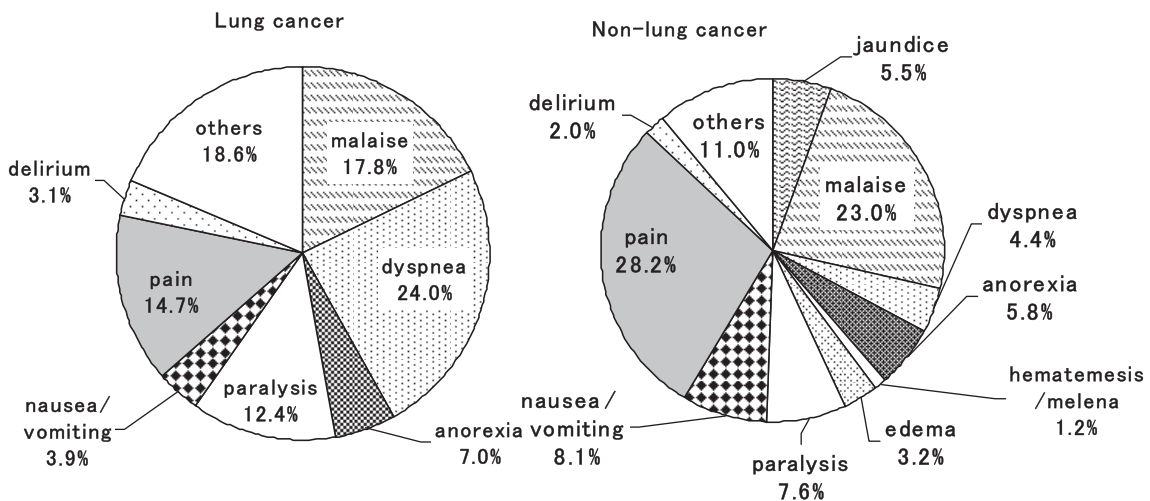


Figure 4. Principal symptoms on presenting.

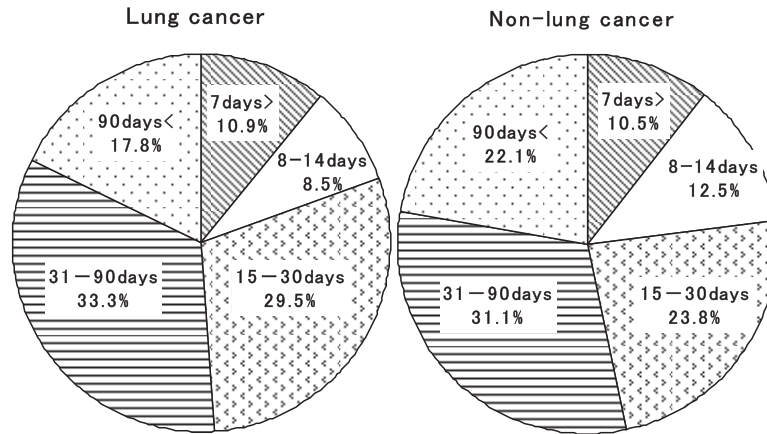


Figure 5. Duration of home-based care.

Table 1. Mortality at Home

[Calculation method]			
Mortality at home of the all patients	$= b/a - c$		
Mortality at home of patients hoping to die at home	$= b/\{a - (c + d)\}$		
	LC case	NLC case	
a: Number of patients receiving home palliative care in past 5 years	152	401	
b: Number of patients of home death	129	344	
c: Number of surviving patients receiving home palliative care at the time of the study	7	21	
d: Number of patients confirmed at the time of the study to have survived for at least 2 weeks after the discontinuation of home palliative care	11	22	
[Result]			
	LC case (%)	NLC case (%)	Total case (%)
Mortality at home of the all patients	89.0	90.5	90.1
Mortality at home of patients hoping to die at home	96.3	96.1	96.1

年6月30日)に訪問診療を行った553例(肺癌152例, 非肺癌401例)のうち,在宅死の473例(肺癌129例, 非肺癌344例)である。

原発臓器別に見ると,肺癌と消化器癌をあわせると全体の72.7%であったが,単一臓器としては肺癌が128例,27.1%で最も多く,在宅緩和ケアの対象として重要であることが示された(Figure 2)。

年齢・性,苦痛症状,訪問期間を肺癌,非肺癌に分けてFigure 3~5に示した。性別では,肺癌・非肺癌ともに男性がやや多かった。苦痛症状を見ると,肺癌に呼吸困難の発症頻度が高かったが,ほかの症状は肺癌,非肺癌の両群間に大きな違いはなかった。訪問期間は30日以内が全体では47.4%(肺癌48.8%,非肺癌46.8%),31~90日は31.7%(肺癌33.3%,非肺癌31.1%)であった。

2) 在宅緩和ケア継続(在宅死)の検討

療養している患者本人が落ち着いていれば,自然の経過として自宅で最期を迎えることになる。在宅死率,在宅完結率を見ることで,在宅緩和ケアの継続の可能性を検討した。それぞれの算定方法は,Table 1に示した式に従った。在宅死率と在宅完結率を分けたのは,①患者・家族が家で最後まで療養したいと思っていたにもかかわらず,提供するケアの問題などで入院した場合と,②提供するケアの質とは別に,抗がん治療をあきらめきれないなどの理由で中断になる症例を分けるためである。つまり在宅死率は前者を反映し,在宅完結率は,一度でも訪問診療を行った患者を対象とするために後者を含んだ患者を反映することになる。在宅死率は,全体で96.1%,肺癌例では96.3%,非肺癌例では96.1%とほぼ同じであった。在宅完結率は全体では90.1%,肺癌例,非肺癌例

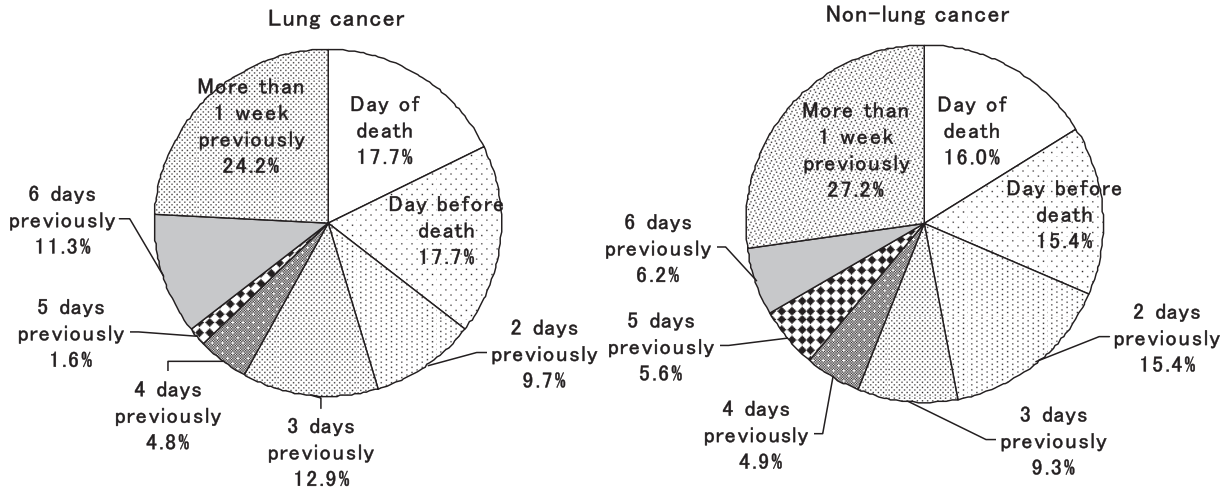


Figure 6. Maintenance of walking ability.

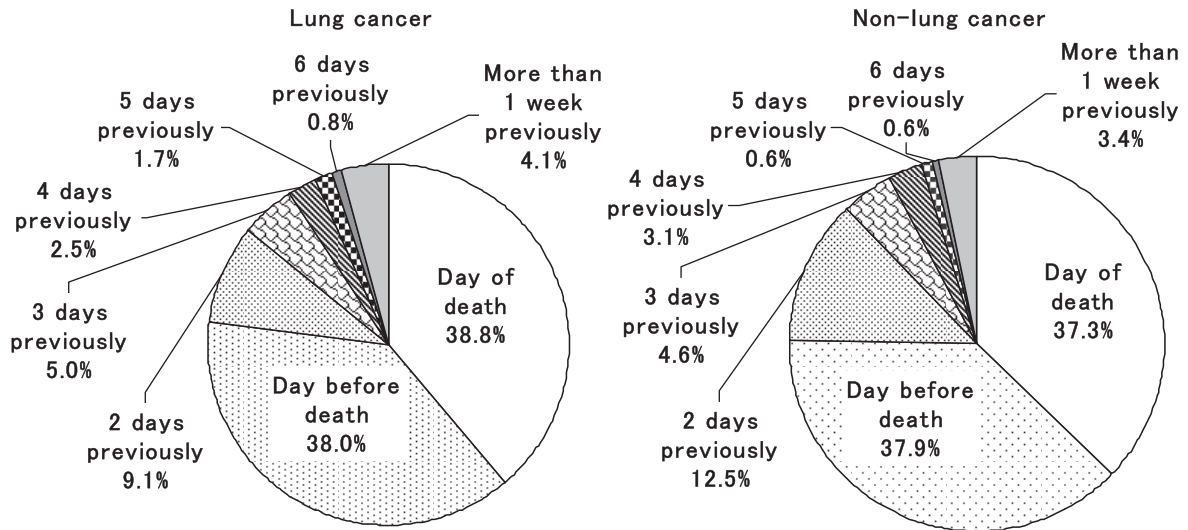


Figure 7. Maintenance of communications in spoken language.

ではそれぞれ 89.0%, 90.5% と両群にほとんど差はなかった。このことは適切な医療・ケアが提供できれば原発部位に関係なく、最後まで自宅で療養を継続することが可能であることを示している。

3) 緩和ケアの質の評価

提供したケアの質は、苦痛症状の緩和および患者の身体的、精神的な状態に反映される。在宅緩和ケアの継続に当たって重要な場面は、訪問開始前後と、臨死期である。特に臨死期の患者の状況は、それまでのケアと同時にこのような状況にどう対応したかの結果を示すものである。

訪問診療開始時と、死亡前 1 週間の ADL、コミュニケーションの変化、苦痛症状の緩和(麻薬使用量の変化)を肺癌、非肺癌に分けて検討した。

① ADL (歩行機能) および言語によるコミュニケーション

ン

これらの要因は、訪問看護後に毎回記録し、毎週のカンファランスでの検討を基に、その評価を確定した。

・歩行機能

歩行機能は、自立歩行/伝え歩き/補助具使用/人の手による介助/いざり這い/車椅子/全介助などに分けて評価した。訪問時自立歩行をしていた 224 例(肺癌 62 例、非肺癌 162 例)について、死亡前 1 週間の状態で、室内での歩行(全介助を除く)、具体的にはトイレに行くことがいつまで可能であったかを評価したものである (Figure 6)。死亡 6 日前まで、73.7% (肺癌 75.8%, 非肺癌 72.8%) の患者が訪問開始時と同じように自立歩行の状況にあった。急激な変化は死亡前 1 週間に集中していたが、全体では死亡 2 日前および前日に 46.4%, 32.6% (肺癌例: 45.2%, 35.5%, 非肺癌例: 46.9%, 31.5%) が介助下とは

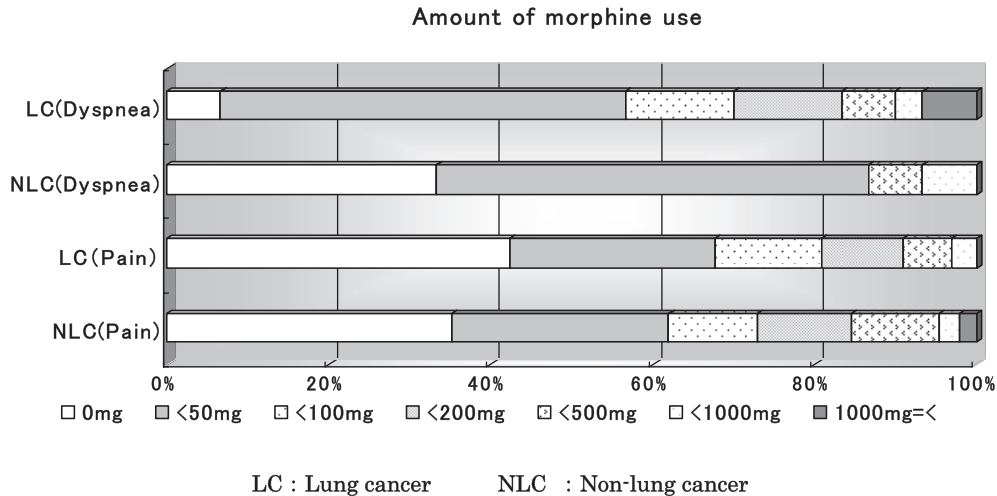


Figure 8. Amount of maximum oral morphine use per a day according to symptoms (pain and dyspnea).

いえトイレに行っていた。このような状況は、施設・病院と比較するとかなり異なるのではないかとと思われる。

・コミュニケーション

訪問開始時、言葉によるコミュニケーションが可能であった448例に対して、それがいつまで可能であったかを見た。言葉によるコミュニケーションとは、言葉による問いかけに対して、発語あるいは表情による反応を明確に示すことができる状態とした。訪問開始時に話をしていた患者のそれぞれ87.3%、75.7%（肺癌例：86.0%、76.9%、非肺癌例：87.8%、75.2%）が、死亡2日前および前日に言語によるコミュニケーションが可能であった（Figure 7）。

一般的に臨死期には意識が遠く、あるいは意識がなくなるという理解がされているが、このような状態はごく一部を除いてはケアの内容、コミュニケーションスキルの問題との関わりで考える必要がある。過剰な薬物投与がされていない患者のほとんどは、呼吸が止まる時まで意識はあり、言葉によるコミュニケーションが可能であった。

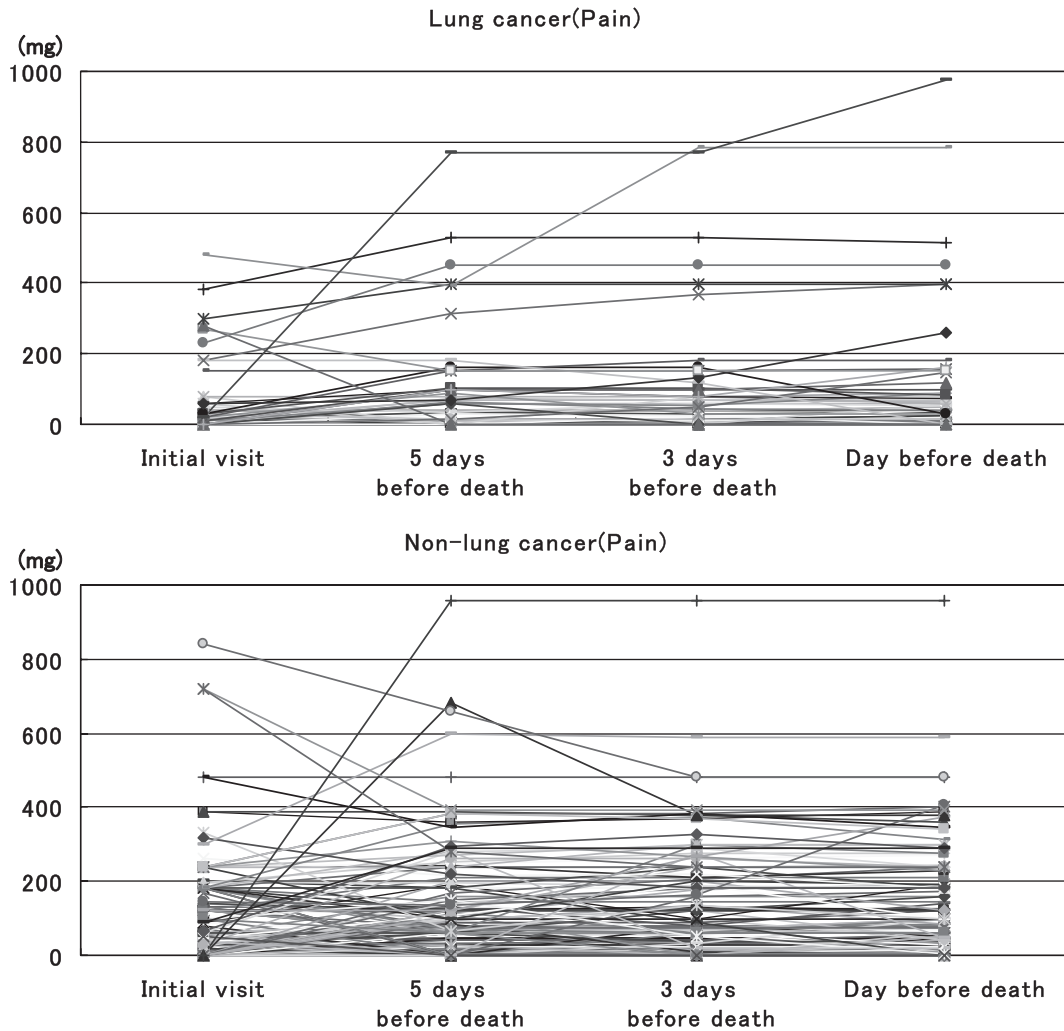
②苦痛症状の緩和（臨死期の麻薬使用量）

疼痛緩和の評価は一般的にはVAS（visual analogue scale）、NRS（numeric rating scale）などの相対的、主観的なものにならざるを得ない。痛みは主観的な感覚であるから、その意味では妥当であるが、疼痛緩和のスキル向上という観点から見るといくつかの問題がある。このことの議論は別の機会に譲ることとし、今回は、麻薬使用量およびその変化を見ることで、疼痛緩和の客観的、間接的な評価を行った。使用した麻薬はモルヒネ、オキシコドン、フェンタニールパッチ、投与方法は内服、坐薬、貼付剤、筋注、持続皮下注であった。麻薬使用量は、

以下の換算方式に従い、モルヒネ内服総投与量として表現した。モルヒネ内服60mg、オキシコドン40mg、フェンタニールパッチ2.5mgを同等とし、筋注・皮下注・静注は投与量の倍量で、坐薬は同量で計算した。

麻薬使用例は308例（肺癌85例、非肺癌223例）であった。投与した主な理由は、疼痛270例（肺癌57例、非肺癌213例）、呼吸困難38例（肺癌28例、非肺癌10例）で、麻薬未使用の症例が165例、34.9%であった（Figure 8）。

麻薬の使用目的を、疼痛と呼吸困難に分けて最大使用量と臨死期の使用量の変化を見たものがFigure 9、10で、以下の結果が得られた。i) 疼痛緩和を目的とした1日最大麻薬使用量は、50mg以下が全症例中63.6%で、93.4%の症例が200mg以下であった。ii) ほとんどの症例で死亡前1週間の使用量の大きな変化はなかった。しかし1000mg以上の大量使用者が非肺癌の5例に見られ、このうち4例は臨死期に使用量の急激な増量が見られている。この4例はいずれも3年以上前の症例で、最近はこのような傾向を示すことがほとんどなくなってきた。今回非肺癌に大量使用例が見られた原因についての詳細を分析することはできないが、原発臓器の違いというよりは臨死期の病状変化を患者自身がどう受け止めるかなどの要因が大きいと考えている。臨死期の急激な疼痛増強の原因の一つはがんの浸潤による身体的な疼痛ではなく、病状の増悪に伴う全身状態の低下を患者自身が実感することに関わるものである。このことに対してはさらに解析をする必要があるが、実際にはいわゆるトータルペインの視点で、患者自身が抱えている問題・苦悩を具体的な事柄として捉えることを意図することで、麻薬使用総量および変動幅の減少をもたらす、経年的に見ると次第に比較的安定した投与量になってきた。呼吸困



Example of a large amount of morphine use per a day (1000 mg or more)

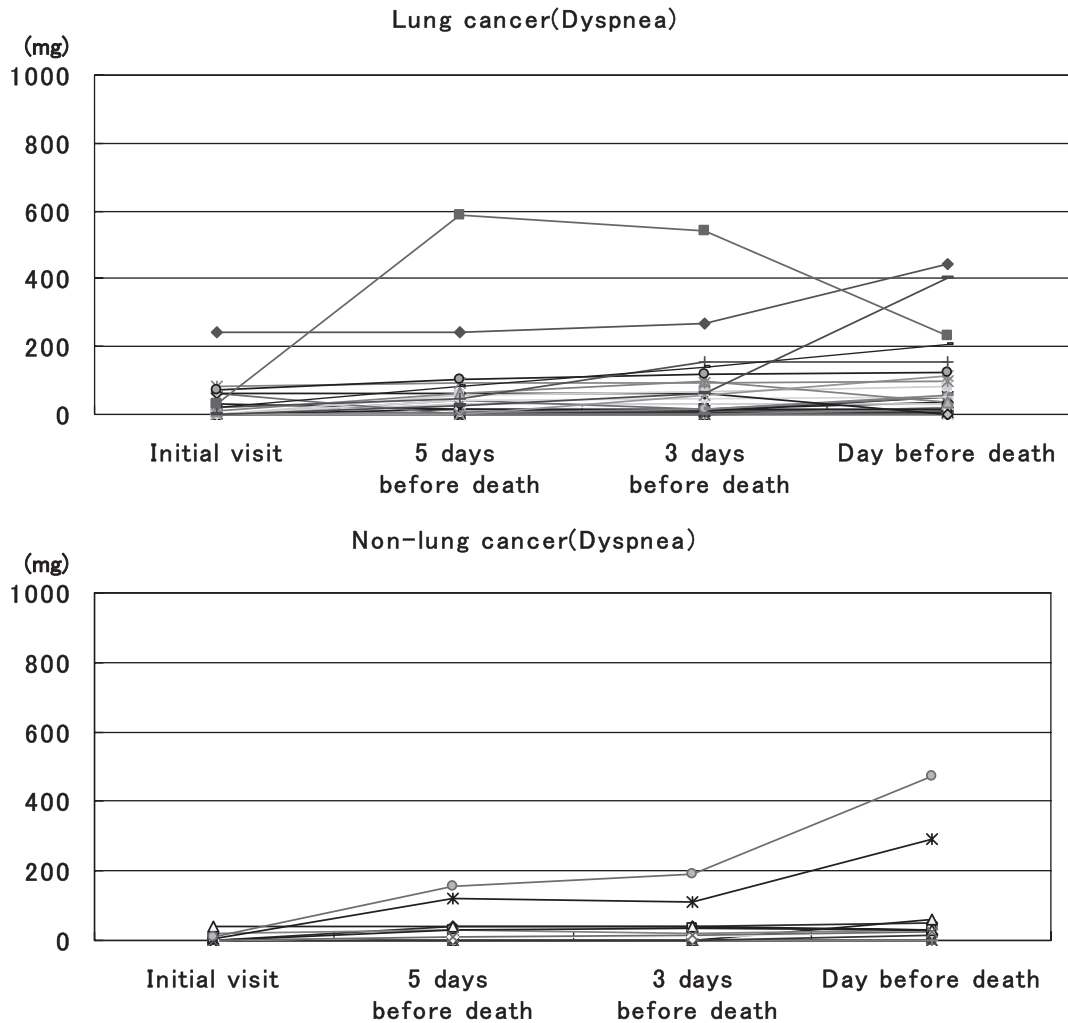
CASE	Initial visit	5 days before death	3 days before death	Day before death
NLC1	1680 mg	240 mg	240 mg	240 mg
NLC2	70 mg	1536 mg	1920 mg	2396 mg
NLC3	50 mg	768 mg	768 mg	1920 mg
NLC4	0	5760 mg	5760 mg	5760 mg
NLC5	0	50 mg	200 mg	1200 mg

NLC=Non-lung cancer

Figure 9. Amount of morphine use per a day and change at end of life in cases of pain.

難の治療の考え方は、酸素吸入の問題を含めて別の機会に譲り、今回はモルヒネ投与量だけで検討した。疼痛治療に比べて、投与量は比較的少なく、臨死期の投与量の変動に大きな違いがない。肺癌例のグラフ欄外表の症例は中枢気道の狭窄に基づく呼吸困難例で、臨死期に使用量の増加が顕著であるが(Figure 10)、患者自身はおおむ

ね落ち着いており、通常のコミュニケーションが可能であった。中枢気道の狭窄、低酸素血症に代表される、呼吸困難を来す病態の治療には疼痛治療と比べても多くの困難が伴うが、疼痛緩和と同様にモルヒネの投与に習熟することで十分な対応が可能であった。今回の検討では、肺癌、非肺癌に関わらず、疼痛・呼吸困難などの苦痛症



Example of a large amount of morphine use per a day (1000 mg or more)

case	Initial visit	5 days before death	3 days before death	Day before death
LC1	120 mg	210 mg	346 mg	1958 mg

LC= Lung cancer

Figure 10. Amount of morphine use per a day and change at end of life in cases of dyspnea.

状緩和不成功のために入院をした症例はなく、原発臓器によって症状緩和の困難さに違いはなかった。苦痛症状の緩和の課題については、今後さらに詳細な解析を行う予定であるが、今回検討した自験例は全ての症例においていわゆる鎮静の方法をとることはなかった。

考案

肺癌をはじめとするがん患者は、治癒が望めないことがはっきりした段階で、死と向き合う必要のあることを実感することになる。がん診療に関わる医師は、この厳しい現実を考えた時に、抗がん治療が有効でなくなった

後の療養のあり方に大きな責任があり、重大な関心を払うべきであることは自明である。抗がん治療の方法がないことを認識した患者の多くは、可能であれば住み慣れた家にいたいと思うことは自然のことである。しかも家にいたいと思う人が、住み慣れた家において療養を継続することの意義は、一般に考えられているよりも大きい。⁵

今回、肺癌症例と非肺癌症例の終末期における背景因子、QOLに関わる要因について比較し、大きな違いは見られなかった。しかし症状としては、肺癌は呼吸困難の患者が多く、消化器症状を示すことは少ないという傾向があった。呼吸困難の緩和は疼痛緩和よりも高い技術水

準が要請され、そのことが肺癌の在宅の継続を少し困難にしていることは否めない。しかし緩和ケアは症状緩和に徹することが基本的な視点であり、非肺癌症例も肺など胸腔内転移により呼吸困難を来すことは少なくなく、その場合の治療の内容に具体的な違いはない。このように在宅緩和ケアの考え方、提供するケアの内容には、原発巣による違いはないので、以下では肺癌ということにこだわらないで、在宅緩和ケア一般のこととして論じていく。

今回の検討で、住み慣れた家にいることは、苦痛症状の緩和に大いに資することになるなど、医療環境としても優れていることが明らかになった。筆者は在宅緩和ケアを「自宅で苦痛を感じる症状を和らげ、その人の尊厳を保ちながら生活すること・生きることを支援する」と考えている。WHOは緩和ケアを実践する計画例の段階的な目標の核として、5年以内に提供するケアを在宅(home-based care)で行うようにすることとしている。⁶つまり緩和ケアを提供する場合は、在宅が前提である。

しかし在宅緩和ケアを単に緩和ケアを自宅で行うという捉え方では、その意義が半減する。理念としては、緩和ケアの理念、実践プログラムと在宅ケアの理念、実践プログラムの二つの要因を統合することが求められる。

緩和ケアの医療提供の視点は、症状の緩和に徹することである。酸素飽和度80% (room air)の低酸素血症の患者を診療することを想定して、実際の診療の考え方を述べる。通常の医療であれば患者本人の苦痛症状の有無に関わりなく、臓器保護の観点からも酸素吸入を行う。さらに酸素飽和度低下の原因をはっきりさせ、原因疾患に対する治療を考える。これに対して緩和ケアでは、本人に呼吸困難感がなければ酸素吸入は必ずしも必要としない。呼吸困難を感じ、症状を緩和して欲しいという希望があれば、1) モルヒネなどの薬物投与、2) 酸素吸入、3) その両方、を行うのである。原因をはっきりさせるための検査を否定するものではないが、必ずしも必須ではない。この症状緩和の視点を徹底するという考え方は、療養の場が施設・住み慣れた自宅に関係なく、同じである。しかし在宅ケアに関わる要因は、住み慣れた自宅にいて計画的な医療ケアを提供するというだけでなく、自宅という場でケアを提供することの問題点を解決し、良さを生かすためのプログラムが必要である。そのために第一に必要なことは、がん終末期という厳しい状況にある患者が、一日のほとんどの時間を医師・看護師が不在の中で家族とともに落ち着いて過ごすことに対するケアである。このことの基本は、24時間365日の支援体制は必須のこととして、患者・家族が病状・苦痛症状のこと、症状増悪時の対策をよく理解していることが必要である。具体的には、そのために必要な情報を提

供あるいは共有することであり、筆者はこれを“自律支援”としている。⁷第二には、住み慣れた家での療養は、生活の場での療養と言い換えることができるので、この生活を支援する視点を基本に据えることである。緩和ケアの最終的な目標はQOLの向上をはかることであると考えた時に、住み慣れた家の方が施設よりは生活の質の向上そのものに直結するという点で、緩和ケアの目的によりかなった療養形態であり、意義のある時間を過ごすことができるのは明らかである。

今回の検討において、QOLにつながる要因としてADL、コミュニケーション、症状緩和の間接的表現としての麻薬使用量およびその変化などを取り上げて検討した。これらの指標が妥当であるか否かの論議は別にして、ほとんどの要因で満足できる結果が得られ、在宅緩和ケアを受けることの意義が改めて明らかになったと考えている。症状緩和は、疼痛緩和・呼吸困難を取り上げて検討したが、自宅でも十分というより、自宅だからこそより効率的に緩和できるということを強調したい。

このように在宅緩和ケアはQOLの向上が得られるということをはじめ、優れた点が多いにも関わらず、その普及はまだ不十分である。多くのアンケート調査によると、がんで治らないといわれたら家にいたいと考える人が大多数を占めるが、実際に可能かということになるとほとんどの人が無理と考えている。その理由として病状急変時の対応と家族の介護負担をあげている。⁸このことは一般市民に限らず、在宅ケアに関わる医療関係者を含めて、多くの人たちの共通認識となっている感がある。筆者はこのような要因を、在宅緩和ケア継続の阻害因子と捉えているが、在宅療養が困難となる要因(阻害因子)に対して一歩踏み込んで考え、対応していくという作業を行うことこそが在宅緩和ケアだと考えている。^{9,10}在宅緩和ケアを継続していくためには、患者・家族とケアチームが相談をし、一体となって、このような要因を解決するという視点でケアを積み重ねることが必要である。

多くの腫瘍医は緩和ケア、特に在宅緩和ケアに対する理解が残念ながら乏しいという現実がある。これは腫瘍医の怠慢という面もあるが、1) 在宅緩和ケアの理念が必ずしも明確ではなく、一般に受け入れられているといえないこと、2) 在宅緩和ケアの実体を理解する機会がないこと、3) 提供するケアの質の評価基準がはっきりしないなどにも一因があると考えている。したがって在宅緩和ケアの理解・広がりをはかるためにも、提供する質の評価のわかりやすい指標、主観的・感覚的な評価ではなく、客観的・数量的な指標が必要である。WHOの定義⁶にあるように、QOLの評価をすることが基本である。しかし緩和ケアのQOLを評価する指標で一般に受け入

られているものはない。一般的な要因は、健康志向 QOL の意味合いが強く、病状の進行・ADL の縮小が避けられないがん終末期の患者に対しては必ずしも当てはめることはできないという問題もある。¹¹ この点を勘案した調査研究では遺族調査、あるいは家族・市民に対する意識調査に基づいて、その目標となるものを確立しようとするものがある。¹² しかし患者自身の評価・指向あるいは患者の状況を客観的に評価しているといえるものは見当たらず、その意味でも今回取り上げた要因の意義は大きいといえる。

在宅緩和ケアの役割の一つに自宅での看取り（以下在宅死）がある。在宅死は日常のケアの結果であって、特にがん終末期の場合、ただ自宅にいるということだけで達成できるわけではない。少なくとも自宅に最期までいたいと願う患者が、病院信仰の強い日本で、しかも医師・看護師の常駐しない自宅で最期を迎えるということそれ自身が、患者および家族が一定の水準で落ち着いているということができ、提供するケアの質を表現するものであるといえる。このように在宅死亡率は、その内実とともに、数値で表現することができるという意味でも重要な指針となるのではないかと考えている。在宅死亡率の意義を見直し、在宅緩和ケアの質の評価として認識することのコンセンサスが得られれば、提供するケアの質を客観的に表現することができる。このような客観的な指標を基に、実践プログラムの策定、システム構築を行うことが在宅緩和ケアの質の向上・普及に大きく資することになると考える。

おわりに

在宅緩和ケアはがん治療の後始末的な役割を担うものであると考え、その質と役割についてきちんと議論をされてこなかった。その意味でも日本肺癌学会のシンポジウムに緩和ケアが取り上げられたことの意義は極めて大きい。本論文では、がん終末期在宅緩和ケアの実情を報告し、自宅で最期まで過ごすことが可能であり、しかも高い QOL が得られることを明らかにした。がん治療に

関わる医師をはじめとする医療関係者が在宅緩和ケアの重要性を認識し、がん治療のプログラムの中で位置づけることを願うものである。

在宅緩和ケアは、施設の緩和ケアともいささか異なり、従来の日本医療にはない新しい分野ということもできる。病院を中心とした従来型の医療で積み重ねられてきた認識に固執することなく、がん治療の新たな地平を切り開くという視点での取り組みが必要である。

REFERENCES

1. 厚生労働省. 厚生指標 国民衛生の動向. 東京: 財団法人厚生統計協会; 2007:49.
2. 大岩孝司, 鈴木喜代子. より良い在宅終末期医療を進めるために. *Medical Practice*. 2008;25:97-102.
3. 川越 厚, 岡部 健, 下山直人, 瀬戸山修. 在宅療養患者の看取りにおける訪問看護師と医師の連携—疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討—. 厚生労働科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業) 分担報告書. 2007: 53-58.
4. 大岩孝司. 在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究. 在宅医の早期参加による意義と問題点の検討. 厚生労働科学研究補助金 (がん臨床研究事業) 平成 19 年度総括研究報告書. 2008:14-32.
5. 大岩孝司. 緩和ケアを考える—在宅緩和ケアの現場から—. *微研ジャーナル友*. 2005;28:16-21.
6. WHO. Cancer Control Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Palliative Care. 2002.
7. 大岩孝司. がんの在宅終末期ケア—自律支援の視点から—. *癌と化学療法*. 2008;35:94-96.
8. 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—. 2004.
9. 大岩孝司. 在宅緩和ケアの普及に向けて—その阻害要因の検討—. *微研ジャーナル友*. 2005;28:12-18.
10. 大岩孝司. 在宅緩和医療に関わる要因の検討. 在宅緩和ケアの現状と阻害要因の考察. 在宅医の早期参加による在宅緩和ケアの質的評価のために. 厚生労働科学研究補助金 (がん臨床研究事業) 平成 18 年度総括研究報告書. 2007:13-32.
11. 清水哲郎. 医療現場に臨む哲学. 東京: 勁草書房; 1997: 21-68.
12. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007;18:1090-1097.