

平成 22 年 1 月 31 日新潟ユニゾンプラザにて、『地域ホスピスケア・緩和ケア研修セミナー～地域ホスピス・緩和ケアの現況～新潟でいまできること・できないこと』との演題で、訪問診療所の立場からパネルディスカッションに参加してきました。

大腸がん末期の患者さんが、がん拠点病院から勧められたホスピス病院へ一時入院するのですが、やはり最期は自宅で迎えたい、その希望をかなえるためには、今、新潟ではなにができるのか・できないのかを仮想症例を通してのディスカッションでした。

ご本人の家へ帰りたいたいという強い意志、それを受け入れる家族の介護力そしてそれらを支える開業医を中心とした受け皿としての医療体制がきちんと整えれば、誰もが望む自宅や居心地の良い環境で最期を迎えられるのです。私たち『みとりびとチーム』は、それを可能にしてきました。

新潟の多くの開業医がその受け皿となれるようにとの思いで、お話ししました。

症例は 59 歳男性で、上行結腸がん。基幹病院であるがんセンターで主病巣は摘出できたものの既に肝転移、肺転移、脳転移、腹膜転移がみられました(スライド②)。種々の化学療法を行ったのですが、緩和ケアチームより化学療法の終了とホスピス・緩和ケア病棟をすすめられ、白根大通病院・ホスピス病棟へ転院。本人の治療が中断されたやるせなさや自宅へ帰りたいたいという思い、妻と娘もその希望を叶えてあげたいという気持ちから、在宅療養へ移行することとなりました。

クリニック医師・看護師、訪問看護ステーション看護師、居宅介護支援事業所ケアマネージャー、介護用品供給業者そしてご家族より選択された訪問薬剤師を在宅チーム（みとりびとチーム）として、病院での退院時共同カンファレンスに参加(スライド③)。

病院側からは、主治医、担当看護師、MSW、リハビリスタッフ、そしてご家族として奥様と娘さんが参加されました。

病棟ではどのように生活されたのか、トイレは、入浴は、睡眠は、食事はと確認(スライド④、⑤)。自宅へ戻られてもスムーズに自宅でのケアが

移行されるようにと話し合いが行われるのです。また、ご本人が末期がんではあることは知っているが、余命がどの程度かは認識していないこと、いかに死に至るかが不安であることをお聞きしました。最後に病室へ向かい診察。病棟チームから安心して私ども在宅チームへと引き継ぎが行われることをご本人の前で確認。

退院日に第一回目の訪問。ついにご自身の意志が叶えられ自宅に帰ってきましたね、と。ご家族へは在宅チームが全力を挙げてサポートすることを伝え、また、これまでの予期的悲嘆、必要となる介護技術、生活の変化についても説明(⑥)。

在宅療養開始 1 週間以内は、必ずとっていいほどいろいろな出来事が起こります。発熱が突然みられても、速やかに対処することで、ご本人やご家族を安心させることができます。ただし、経口からの食事や水分摂取が既に困難となっていること、肝転移による肝不全状態にあること、腫瘍の消化管内浸潤による便汁様排泄物があり、また消化管内分泌が亢進していることから、中心静脈リザーバー (CV ポート) を造設し (⑦)、ネオパレン 1 号 1000ml 内にサンドスタチン 100mg、デカドロン 4mg、ブスコパン 1 A、ラシックス 1 A 混注。言葉に表現しづらい内臓痛に対し、デュロテップ MT パッチ (フェンタニル・オピオイド) 2.1mg 開始。また、肝不全によるものなのか、これまで使われてきた薬剤によるものなのか、その原因は不明でしたが、せん妄状態が時としてみられることから、セレネース 0.75mg を頓服として開始。

2 週目を迎える頃になると在宅生活に慣れ、また緩和ケアによる病状の安定も得られるようになります。この時に、ご本人へは、ご自身のこれまでに辿られてきた人生を尋ねることになります。お仕事は？奥様との出会いは？お子さんが生まれた時のこと、お酒は好きだったか？たとえ肝臓が悪くとも、今飲みたいのであれば試してみよう (スライド⑧)。

ご家族へはこの安定した時期に、あえて看取りの準備についてお話しします。今後起こりうる病態、それへの対応。今、ご主人がしたいこと、ご家族がしてあげたいことを確認します。

亡くなる 10 日から 1 週間前になると (スライド⑨)、少しずつ終末へ向かっていることを自覚し始め、たとえ苦しくとも入院はしたくないと。

最期まで、痛みがないようにケアにあたることを説明します。あくまでもご本人やご家族の意志決定に従うこと、在宅チームはご本人とご家族に寄り添う関係であることを何度もお話します。もし緩和ケア病棟への入院を希望されればそのように手配するのですが、ご家族より、本人の希望通り、自宅での最期をとの同意が得られました。

予想されたように突然の転移性肝がんの破裂(スライド⑩)。右季肋部の激痛、腹膜刺激症状がみられたことから、モルヒネ注射液の持続注入を一日あたり 10mg で開始。突出痛へは一時間あたりの量を注入することで対応。痛みは軽減されたのですが、荒々しい呼吸となり本人およびご家族からの要望で、ドルミカム 100mg によるセデーション開始。

数時間以内と予想され、東京在住の息子さんや親類、知人へ連絡(スライド⑪)。高速道路走行中の息子さんからの電話や知人による最期の祈り際には、ドルミカムを中断し、意識を回復。『気をつけて来るんだよう』、と三度大きな声。最期のお祈りでは、『あとから我々も行きますから、安心して』と。『自分の死を、伝道に使ってほしい。』

呼吸が荒くなり、再度ドルミカム開始。呼吸は努力様からしだいに下顎呼吸へ。

4 時間余りの高速道から、ようやく息子さんが到着。『父さん』との呼び掛けに口元を動かした瞬間、呼吸停止。息子さんの到着を待っての最期でした。甲府の緩和ケア診療所・内藤いづみ先生の、在宅ホスピスはありがたいとさよならが一つとなるどころ、との言葉が頭をよぎった瞬間、妻をはじめ娘さん、息子さんから、『父さん、ありがとう、さよなら』と。

一番頑張ったのはもちろんご本人で、とてもつらかったと思いますが、本当に頑張りました、そして、それを支えた奥さんと娘さんには、それ以上に頑張ってくださいました、本当にご苦労さまでした。

クリニック看護師と訪問看護ステーション看護師によるエンゼルケアが妻と娘さんの手を借りながら行われました。

2 週間後のグリーフケア。訪問チームで祭壇に最後のお別れ。

私たちが在宅チームが行ったこと。メンバーすべてが刻々変わる状態の変化について同じ認識を共有していたこと、月曜日ごとの全体ミーティングや、必要時には、クリニック内で担当者同士のディスカッションがされていたこと、速やかに投与薬剤の適正使用が訪問薬剤師から提案されていたこと（スライド⑫）。

齋藤内科クリニックでなぜ在宅ホスピスケアができたのか（スライド⑬）？

在宅を広い意味での病床と考えること、そうすると午前も午後も外来診療に費やすとなると時間的に困難。片手間に訪問診療はできない、病院の先生方と同じように、午前中は外来もしくは検査が予定され、午後は病棟での診療にあたるという当たり前のことを、クリニックでも行うべき。平成19年10月より、外来診療は午前のみとし、午後および木曜日は終日訪問診療にあたることにしました。保健所へも診療時間の変更届を提出。訪問診療のみをされる先生や午前の診療に引き続き午後4時までを訪問診療とし、午後5時から6時までを外来診療時間とされている先生もいらっしゃいます。午前と午後の診療の合間にとか、夕方、外来終了後に訪問するとしたら、やがて医師が自爆することは明白です。

小児科の先生を除き、すべての開業医がこのような体制・理念をもって訪問診療にあたることができたらと考えます。

2番目に大切なことは、在宅緩和ケアにおいては、痛みのない在宅療養を約束することです。末期で治療の施しようがないと、病院の先生方は、患者さんにオピオイドと痛みどめの座薬を持たせ、悪くなったらいつでも病院に来ていいよとの言葉を授け、自宅に帰します。確かに、現在の新潟では、それらの患者さんの受け皿となるべき開業医や訪問チームが容易に見つからないのが現実です。

私どもは、CVポート造設のために、新潟南病院外科早見先生のご協力をいただいています。ポートを利用することで訪問薬剤師とともに、痛みのない、またQOLの保たれた緩和医療を即座に施すことができます。

さらには、患者さんの皮膚トラブルも大変多くみられることから、しむら皮膚科クリニック志村先生より往診していただいています。

そして最も大切なのは、現場で速やかな判断を迫られる訪問看護ステーション看護師とは、いつでも携帯電話で連携が取れるようになっていることです。

医師は在宅ケアにおいて必要な手技について研修し、常にプロフェッショナルでなければならないのですが、オールマイティである必要はありません。多職種のプロと連携を取ればよいのです。

在宅ホスピスケアを可能にするためには（スライド⑭）、ご本人の強い意志と、それを支えるご家族の介護力、そしてそれを支える、安心の受け皿となるべき医療体制を整えることです。そして、ご家族の介護や医療体制に対して、適切な多職種の協働があれば、誰もが望む、在宅死が可能となるのです。

たとえ、基幹病院やホスピス・緩和ケア病棟での最期を希望されても、その病床数には限界があります。広い意味で、在宅を大きな病棟・病床と考えること、そして、住み慣れた地域で、居心地の良い人達に囲まれ、居心地の良い場所で最期をむかえられること、これこそが一番大切なことなのです（スライド⑮）。

在宅ホスピスケアにおいて、新潟だからできないこと、などないのです。受け皿となるべき開業医が、緩和ケア・在宅ホスピスケアにきちんと向き合うことで、避けられない悲嘆の気持ちを和らげてくれる在宅で、人間の尊厳を全うできるのです。

新潟ではなぜ、発展しないのか？それは、本日の研修会で明白となっています。本研修会については、あらかじめ新潟市医師会報でもアナウンスされたのですが、残念ながら参加された診療所の医師は、125名中、わずか3人（スライド⑯）。平成18年4月に制定された在宅支援診療所に登録されたのは、平成21年10月時点で120診療所ですが、実際に稼働しているのはその3分の1にも満たないのが現況です。

この事実最大の問題があること、それを速やかに解決しなければならない時期に来ていること、開業医は地域で多くの方の命を預かるという責務・使命に目覚めなければならないこと、早急に対処しなければならない

のです。

本日は、がん末期の患者さんの仮想症例とのことでしたが、白根大通病院・本間先生よりお話があったから、年齢の違いはありましたが、ほぼ同様の患者さんのご紹介がありました。

新潟市民病院外科・山崎先生より、化学療法も終了したがん末期の患者さんの在宅での看取りでした。12月16日、ご本人、奥様そして従弟の3人で外来へ尋ねて来られました。主治医より、がんの転移についての説明があり、余命もそう長くはないと。亡くなった友人は皆、笑顔でお別れをされたので、自分もそう願っていると。

食欲が低下していること、そのため早晩、栄養や水分の摂取が困難となること、内臓痛も徐々に現われており、緩和ケアにはモルヒネを用いなければならぬこと、それらのためにCVリザーバー造設が必要なことなどをお話しました。

年末に家族が集まるので、そこでお別れをしたいので、それが可能となるようお願いしたい、と。

新潟南病院・早見先生の外来診察後、CVポートを造設。一週間後の抜糸時、既に経口摂取量が低下し、早急に24時間点滴開始。オキシコンチン20mg、突出痛に対してはオキノーム散頓用。しかし、その回数も増加。

12月30日、ネオパレン1号1000ml内にデカドロン4mg、サンドスタチン100mg、ブスコパン1A混注。開始1時間後より劇的に痛みが改善。

12月31日には、ご家族が一堂に会され、1月2日の朝までに多くの言葉を残されました。その際の、身内に講話をされている様子(スライド⑰)と笑顔でお別れをされた最後の家族写真です(⑱)。東京から駆けつけた息子さんの呼びかけに頷いた直後に息を引き取られました。平成22年1月15日午前0時55分永眠。

娘さんから頂いたメールをご紹介します。

お忙しいところお騒がせしてすみません。

今日(平成 22 年 1 月 29 日)は先生のお顔を拝見し、あの頃を思い出して少しつらくなりました。でも父が「自分の死を伝道に使いなさい」と大西先生たちに言ったことを思い出し、斎藤先生にも使ってもらおうと思い立ちました。

平成 18 年度まで県庁の介護事業係にいたので、ずいぶんいろんな方々の講義をお願いする機会がありました。中でも柏崎市で在宅診療を長年続けておられる五十川医師の講義はスライドの中にいつも素敵なお顔の患者さんが登場して心を打つものがあったので、実際の写真の意味は大きいと思います。

斎藤先生に出会えたのも神様の「縁」ですので、医療や福祉のネットワークにお役に立てたらと思っています。ありがとうございました。

訪問診療所として、緩和ケアに対してどのようなことができるのかを発表する機会に、ぜひ実際の写真を披露してほしいとの申し出で、ご許可をいただいています。

年末の 12 月 28 日から 1 月 3 日までの訪問時、ご本人は敬虔なクリスチャンであること、性格は大変我慢強いところがあり、泣きごとなど言ったことはないが、がんになってしょうがないとあきらめる一方で、なんで自分ばかりがんになったのかなと思うことがあり、気持ちが行ったり来たりしていること、がんになってみて、当たり前なことだが、がんのヒトの気持ちがわかったことなど、話されました。

2 年前、山形・天童で大切に育てたサクランボと梅の木の根元にがんができた、あれは自分への暗示だったのかもしれない。

小林秀雄氏が早稲田大学の講義で、霊があるのはあたりまえでしょうと話されたが、自分がどのように死に至るのかが不安であると。ただ、亡くなった友人たちはみな、最期まで笑っていて、死に際が大変よく、自分もそれにあやかりたいと思っている。

今、朝、起きた時はがんばろうとするが、そのうち気力が落ちて何もできない、やるべきことがあるのだがと。それは、何か肉体的にし残したというよりも、精神的な、妻にも言えないような（理解できないと思うが）ことだが、きちんとやり遂げようとする気力がなくなってしまった。

主人と私（妻）は、最期まで頑張ると約束したので気持ちを強く看病したい、と。

鹿島建設で、山北にダムを作っているときに世話になったお宅の娘さんが奥様とのことでした。1月3日、山北から届いたトチモチをいただきました。

住み慣れた居心地の良い場所で、居心地の良い家族や人たちに囲まれて、痛みを和らげながらの最期がこのように迎えられたこと、在宅ホスピスケアは、新潟だからといってできないことは何もない、ということをお示しして、発表を終わらせていただきます。