

「家で死ぬこと」が普通になる時代は来るか

"Medifare" 2000 Winter VOL.2 No3 より

だいとう循環器クリニック 院長

日本ホスピス在宅ケア研究会 代表世話人 大頭 信義

1. 「家で死ぬ」のに適した疾患は

私の手元に、皆さんにもなじみの深い厚生省作成の図表「主要死因別にみた死亡率の年次推移」(平成11年度・厚生白書)がある。昭和25年以来の主な死亡原因となった疾患がグラフ化されたものである。平成9年度のデータでは、よく知られているように、死亡率の高い疾患は順に、「悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の事故」となっている。

現代の日本では、通常の場合、死を意識するような心身の状況では何らかの形で医療機関と接触し、よほどの医療嫌い以外は、死を迎える頃にはある程度は医療・福祉サービスを活用するといえよう。

そのように考えるとき、死亡率の高い ~ の疾患の中で、「家で死ぬ」のに適した疾患は何であるかと考えてみよう。 の心疾患と の不慮の事故では、最期まで家で療養することはほとんど考えられない。

重症の心疾患は、家庭療養は苦しすぎるし、専門医療機関では回復の機会が多い。不慮の事故も、救急病院以外は適切な場所ではなからう。また、 の脳血管疾患、 の肺炎はどうか。特別の高齢者かあるいは、重大な既往症、合併疾患があって最大の治療努力をしないという選択をした場合を除けば通常は家庭での療養を選ばない。

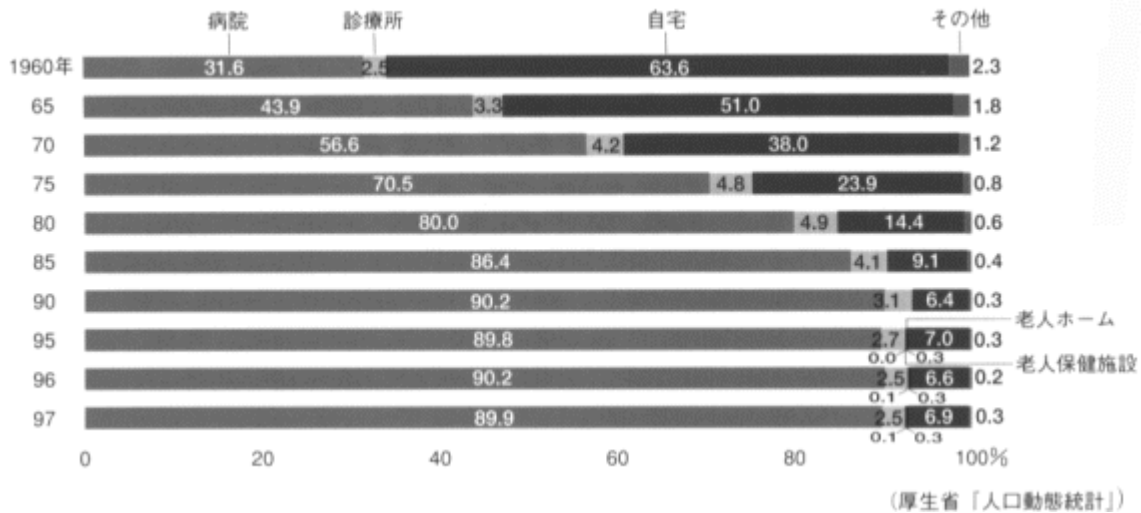
2. 進行したがんは在宅療養が優れている

がんの場合には、様相は全く異なってくる。私は以下のような理由から進行したがんの療養には在宅が優れていると考えてきた。(参考文献 1)

- 1) モルヒネ剤その他の活用で在宅での痛みのコントロールが進んできた
- 2) がんの場合には家庭での介護力を結集しやすい
- 3) 療養期間が比較的短く、介護をする家族が疲弊しない
- 4) 専門医療機関、ホスピス病棟、ボランティア、時には宗教者の支援が期待できるなら、修練を積んだ医者・ナースその他小さい医療チームで対応できる

以上のように考えてくると、「家で死ぬ」ことに積極的に優れているのは「がん」ということになる。

図1 死亡の場所別にみた悪性新生物死亡数構成割合の年次推移



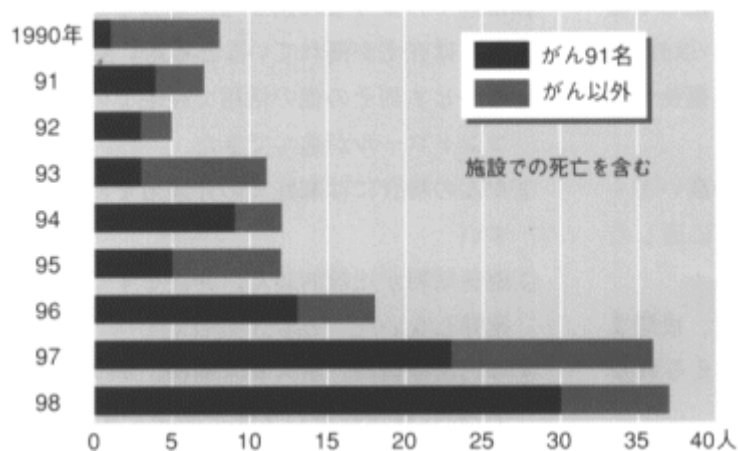
(図 - 1)は、がん患者の最終的な療養場所のデータである。昭和35年にはがんでさえも63.6%が自宅での療養の末になくなっておられたが、平成2年にはこれが6.4%となった。その後は少し増加に転じていると思うが、10%に達するには時間がかかろう。医療機関の努力とジャーナリズムの「がんは、早期発見、早期治療」というキャンペーンがこのような療養場所の激しい変化をもたらしたといえる。

しかしながらこの数年、がんのターミナルケアは姿を変え、わが国でも施設ホスピスの建設・活動はめざましく、99年夏にはその数は全国で60施設を突破した。それに伴って、全人的ケアを掲げる在宅での療養 在宅ホスピスケアも全国的に注目されるに至った。

3. 私たちのクリニックの場合

(図 - 2)(図 - 3)には私たちのクリニックでの経験を示した。

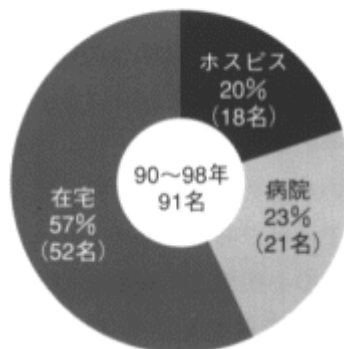
図2 在宅療養で亡くなった人数



(図 - 2)は、在宅療養ののちに亡くなられた患者数を示す。(最終的には、施設に入院して死亡した数も含んでいる。)参考のために、がん以外の場合の死亡数も示した。この統計が開始された1990年は、経口モルヒネ剤MS コンチン錠が市販され利用できるようになった年であって、いわば在宅ホスピスケア元年

というべき年であった。

図3 最期の療養場所



(図 - 3)には、91名の在宅療養の最終療養場所を示した。介護力不足、呼吸障害、消化管出血・通過障害などの治療のためなどに、最終的には専門医療機関(21%)や施設ホスピス(20%)に入院して死亡された方々と、59%は最期まで在宅にいたという人々のデータである。9年間を見渡すと、在宅ホスピスケアを希望し、実践される方は次第に増え、とくにこの2、3年は増加が著しい。私たちのクリニックのサービス体制が整ってきたこともあるが(訪問ナース増員、在宅リハビリ要員配置、行政との連携など)、それ以上に患者側の意識や、医療供給側の変化にも大きなものがある。

4. 患者と家族の意識は在宅を志向する

がんの療養には「早期発見、早期治療」が絶対的に求められた時代が経過し、肺がんのように検診があまり有効でない点が指摘され、化学療法や外科手術に関しても治療の選択肢が提示されて患者・家族がそれを自己の責任で選ぶとする機運が少しずつ高まっている。21世紀は、5年生存率が20%に達しないいわゆる難治がん(たとえば肺がん、食道がん、肝がん、膵胆がん)の割合が増え、このような例では、がんを「克服」するよりも「共生」の道の選択がより考慮される必要がありそうだという主張も現実となってきた。

医療者がこれまでも、その時代の最高レベルの医療を提供しているつもりであったとしても、再発・進行したがんを抱えた患者にとっては、病院での療養生活はじりじりと自己の存在感を薄くしていくだけの過程であることが多い。これに対して在宅では、いざという時の対処がしにくいと言う不安はあるが、家族の肉声を身近にして、自己の生命は引き継がれていくのだと実感して、心を癒すという点ではその可能性が濃い。

人権意識が高まると共に、在宅療養を望む指向性はますます強くなると予想される。ただ実際の場合では、自宅での長期療養となると、家族に過度の負担を強いることになるのではないかと心配して、施設での看取りを選ぶ意向も、療養に関する様々なアンケート調査では読みとることが出来る。

5. 医療者の事情も在宅を推奨するだろう

3～4年前と違って、進行期の医療に対する医療者の意識は大きく変わりつつある。クリニックでのがん

患者の在宅療養の平均日数を最近3年間で調べてみると、97年は83.8日、98年は49.1日、99年8月までの資料ではなんと17.4日と短縮してきたのである。とりわけ99年8月までの資料では19名の中で退院後10日以内に死亡された患者が9名を数えた。超超・末期での在宅開始である。この数字の意味するところは何か。

がん患者が、退院して在宅療養を開始するということは、現段階ではまだ、病院での療養生活に疲れ果てた結果の選択肢ということが大多数なのである。多くの患者は、病院が居心地の良い場所ならば通常、退院をしてこない。もう疲れてしまって、どこかに適当な療養の道は残されていないかと考えめぐねて、家族、親族、友人の誰かが思いついて、ナースに相談した結果、適当な近郷にがん患者でも往診してくれる医療チームがあると判って話しが進み実現にこぎ着けるのだ。

医療者は、しばしば在宅療養を選択肢として提示しない。患者からの申し出があったときに、あえて反対しなくなったと言う点が変わったのである。

それでも、これは大きな変化である。数年前ならば、主治医が「退院するなんてとんどない、こんなに点滴やら他にもいろんなチューブが体についているのに、帰りの救急車の中でさえ命の危険がある。」と頭から拒否したものであった。

ところが、医療保険上の事情から、入院日数の短縮がどの病院でも至上命令となるとともに超・末期になってからも退院が推奨されるに至った。本来ならば、抗がん剤の使用やその結果を検討している時期から在宅療養の可能性を考えていきたいものである。

しかしながら、この医療者側からの在宅療養を示唆し、推奨するという姿勢は今後次第に強くなってくると予想される。

6. 介護力がキーワードとなる

在宅療養における最大の隘路はいうまでもなく「介護力」であろう。わたしたちのクリニックで、最期まで在宅療養を通したのは59%と述べた。そして、その施設入院することとなる理由の最大のものは「症状コントロールが困難」ではなくて「介護力不足」なのである。核家族化、さらには独居者の増加、介護者の高齢化という療養環境の悪化の中で、「介護の社会化」は必須である。在宅ホスピスケアを支援する医療チームの増加とともに巡回型でもよいからホームヘルパーの頻回の訪問が欲しい。

99年に入って、私たちは、直接には家族がケアしない2名のがん患者を最期まで在宅で看取った。民間の24時間ヘルパーに依頼した。ただし、亡くなるおおよそ1週間前から24時間ヘルパーを2名にしていた。ヘルパーは通常、ターミナルのケアに慣れてないし、終末期の患者が何を語ったかなど、後に親族間で問題になりそうな社会的側面に対応するためである。

がん患者の在宅療養が増えるかどうかを解く鍵は「介護力」であろう。「介護の社会化」がどのように実現していくかが重要である。

<参考文献> 1.「がん患者は家に帰ろう」:大頭 信義著、エピック社、1998年