

発刊にあたって

1997年の「厚生白書」で、89.1%の老人が自宅の畳の上で死にたいと思っていますが、実際には80%の人が、病院あるいは施設で亡くなったと報告されています。

人生の最期を迎えるに当たり心温かな家族親しい友人たちに囲まれ、見慣れた自宅の庭や部屋を眺めながら、心ませ、ゆったりとした穏やかな日々を送ることが最も理想的です。

また残された時間を自分のやりたいことに費やせば幸福でしょう。

しかし、自宅で最期を迎えるとしても、毎日のケアをどうすればいいのか、最後は病院へ入院しなければならないのか、いろいろと不安で切実な難問題を解決していく必要があります。

倉敷中央病院でがんにより亡くなる人は年々増加し、年間400人に達しています。2001年10月、緩和ケアチームを立ち上げ、院内あるいは在宅での緩和ケアの実践、検討、講演会の開催などの活動をしております。

今回、医療の現場から、患者さま、ご家族、医療従事者の皆様に「緩和ケア」「在宅ホスピス」に関する情報を発信して、ご理解を深めていただくためにこの冊子を発刊する運びとなりました。

皆様のお役に立てれば幸いです。

緩和ケアチーム代表

倉敷中央病院院長補佐 小笠原 敬三

「緩和ケア」とは何を緩和するのか

日本人の末期がん（治癒不能ながん）に対する意識調査（緩和ケアに関する調査）によると、「ホスピス」という言葉を知っている人は87%、「緩和ケア」は42%「在宅ホスピス」は44%という結果が出ました。

<ホスピスとは？>

中世ヨーロッパ西部で誕生したホスピスは、旅人や巡礼者に安らぎと憩いを与える施設でしたが、19世紀になると治療不可能な病人に安らぎと慰めを与える施設が、ホスピスと呼ばれるようになってきました。

<緩和ケアとは>

末期の患者さまに対する全人的なケアです。

<全人的なケアとは>

現代ホスピスの母と呼ばれるシシリー・ソンドース女史が、人間を形成している要素を、「身体」、「心」、「社会性」、「霊性」の4つに分けていますが、それら4つからそれぞれの痛みが生じます。

- ・身体の痛み = 病気による肉体的苦痛
- ・心の痛み = 不安・迷い・悩み
- ・社会的な痛み = 会社の長期欠勤・失業や経済・遺産問題
- ・霊性の痛み = この世からいなくなることにに対する不安

末期の患者さまの身体の痛みのみならず精神的、社会的、霊的な痛みを全人的 = トータルな痛みとして理解して行うケアが、緩和ケアです。

「在宅ホスピス」とは何か？

「死」を人生の終着点として前向きに考え、家族が主体となって患者様を看取る「在宅死」。患者さまとご家族の「死」の受容と覚悟が必要になりますが、訪問看護師が、在宅ケアの手助けをして、ご家族と共に患者さまの最期を自宅で看取ります。

緩和ケアの役割分担



医師：

死にゆく患者さまが、悔いのない最高の死を迎えるためには、ご家族、友人、医療従事者の強力なバックアップが必要です。

さらに往々にして患者さまの身体や心の痛みに対して感性の鈍い医者が、患者さまを苦しめる最大の原因になるという最悪のケースもあります。生命の重さをかみしめながら医療のプロとして苦しみのない終末を迎えることできるように患者さまの苦痛緩和、症状軽減のお手伝いをする、精神的なサポートをなす。「死」を医者まかせにせずみんなで考え、取り組んでいきたいと思えます。



病院看護部：

医師、その他の医療従事者と絆（きずな）の強いチ

ームを組んで、その人らしい人生をまっとうできるように「尊い生命」を見守っていきたいと思います。

そのためには患者さまの苦痛を緩和し、ご家族と共に穏やかな療養生活が送れるよう、患者さまとのパートナーシップを大切に、患者さまとご家族の精神的な支えとなるケアを目標にしています。



訪問看護ステーション：

「畳の上で死にたい」という願望がありながら、家族の負担、緊急時の不安などから最期の場所に病院を選ばれる方が多いです。

「安らかな死」についての定義は千差万別ですが、訪問看護のケアを受けた患者さまの4割が自宅で安らかに最期を迎えています。最期をどこでどのように迎えるか？患者さまの望む日々を作っていけるようにご家族といっしょに考えて取り組んでいきたいと思えます。



薬剤部：

古代から痛みを和らげる薬効が知られているモルヒネは、現在、WHO（世界保健機構）方式のがん疼痛治療法の主軸をなす鎮痛薬として頻用されています。

健康な人がモルヒネを乱用すれば、精神的依存、身体的依存、禁断症状などの麻薬中毒が現れるので法律で禁止されていますが、痛みがある患者さまが適量を使用すれば、麻薬中毒の症状は現れず、苦痛が緩和されて、穏やかに過ごすことができます。正しく使えば、モルヒネは決して怖い薬ではありません。患者さまの症状に応じて、鎮痛薬の種類、剤形、使用量や使用方法を適切に設定すること、また、吐き気や嘔吐、便秘などの副作用症状の対策を行うことで、患者さまと看護されるご家族の負担を軽減して、健やかに暮らせるように、取り組んでいきたいと思えます。



医療福祉相談室：

医療福祉相談室では、医療ソーシャルワーカー（MSW）により種々のご相談にのらせていただいております。ソーシャルワーカーとは、主に制度やサービスなどの物的な資源、家族や人などの人的な社会資源を

組み合わせて、患者さまの生活の質を高める援助者です。患者さまの自己決定に力を添えるべく、必要な情報を提供、助言するほか、時に患者さまの声なき声を代弁して、社会に働きかける機能を持ち、医療の現場にあっては医療と患者さまの間を媒介する役割を担います。

患者さま、ご家族の方の心配事や制度上の問題などに対応できるよう、一緒に考えていきたいと思えます。お気軽に声をおかけ下さい。



リハビリテーション科：

緩和ケアにおけるリハビリテーションの目的は、機能訓練や日常生活動作の指導、周囲の環境整備を行うことにより、患者さま個人とそのご家族の生活を援助することにあります。

次第に低下する機能や役割を最大限に引き出すことにより、快適さを保ち、障害や機能低下による自主性の低下を防ぐことで、依存を減らし、独立性を高めることに努めます。また、介護している人に容易な介助法を指導することにより、ご家族や介護者のQOL（生活の質）を高めることを目指して取り組んでいます。



歯科：

がんの末期、は口腔内が乾燥して、飲み込みが悪くなり、口から食べられなくなる。そしてますます全身状態が悪化するという悪循環に陥りやすいです。また歯周病の悪化が、全身に悪影響を及ぼすこともあります。食べ物の飲みこみをよくする口腔ケアの重要性が見直されており、口腔ケアの必要性をドクター、看護師、歯科医、患者さまやご家族に広めていきたいと考えております。

ケアチーム内で検討した事例紹介

事例1 「一緒に食べる幸せ…」

リハビリテーション科



51歳の男性の患者さまが、脳腫瘍（右側頭葉）により、検査でも明らかに嚥下困難な状態となりましたが、残された時間の少ない患者さまに好きなものを食べさせてあげたいというご家族と病棟からの要望で

嚥下訓練（食べ物をうまく飲み込む練習）を行いました。どのような対処をすべきか悩みながら、ご家族の愛情と熱意に支えられ嚥下訓練をすすめました。食事を楽しむためにも開始当初は自力摂取してもらいましたが、経過とともに水分でもむせるようになり食事時間も大幅に延長、家族に介助してもらう方法や食形態（食物の硬さや大きさなど）の指導などが必要になりました。この事例では、「いつも一緒にご飯を食べていたから、こうやって食形態が違って夫婦で一緒に同じものを食べることができました。そのことは私の幸せだったわ」という奥様の言葉が忘れられません。一般的には「誤嚥（食べたものが誤って気管に入ること）するから食べさせたくない」という場合が多いのですが、「一緒に食べられる幸せ」について考えさせられた貴重な症例でした。

事例 2「自分で声を出して 食べること」

歯科



6年前より多発性骨髄腫で闘病中の71歳男性。最後の入院前から歩行困難になり、しだいに食欲も低下していきました。入院後、食事はせいぜい10口ぐらいでむせることも多く、誤嚥による肺炎もあって絶飲食になりました。

がんの終末期において、唾液が十分に出ない、発熱するという悪条件が重なり、口腔内が乾燥して、舌はひび割れ、口を動かすことも、話をすることも困難になる患者さまがたくさんいます。この患者さまも唾液分泌がほとんどなく、口腔内が乾燥して、舌がひび割れ、嚥下も困難で、うがいをすることすら危険な状態でした。

そこで歯科のスタッフによる口腔ケアが開始されました。まず装着されている上下の義歯をはずして、柔らかな歯ブラシとスポンジブラシで清掃、ネブライザー（口腔内の加湿器）で加湿してからアクロマイシン・オリーブ・ワセリンを口腔内に塗布。これを週3回行っていくと、まず肺炎が改善され、喘鳴もとれ、唾液が分泌され、口腔内が潤うようになりました。唾液を嚥下することができるようになり、舌や頬の動きも滑らかになり、しゃべる言葉も明瞭になりました。そしてリハビリにより嚥下訓練が施され、むせること

なく氷片、ゼリーを食べるまでに回復しました。

それからまもなく患者さまは他界されましたが、わずかの間でも自分で声を出して、食べることができた患者さまは、家族とともにとても喜ばれていました。

事例 3「在宅で過ごすということ」 訪問看護ステーション



肺癌・癌性胸膜炎を伴う90歳男性。家族の希望で本人へは、胸水の貯留のみを告げ、外来で、1回/週胸水を抜き呼吸苦も軽減しました。

2ヶ月後、多量の胸水のために呼吸困難が出現。入院して胸水を抜き、貯まらないように胸膜癒着術を行い、状態が落ち着き退院しました。

退院後は自宅に電動ベッド、車椅子、ポータブルトイレを借り受け、入院前から受けていた週1回のデイサービスも継続、介護タクシーで2週間毎に通院していました。

糖尿病があるために我慢していた甘味も「好きな物を食べさせてあげたい」という家族のたっでの希望で、在宅でのインシュリン（血糖値を下げるお薬）の自己注射をマスターして、叶うことができました。

その後、お正月を無事に迎えることができ、家族から「できるだけ家で過ごさせてやりたい」という要望が出され、その方向でケアが進められました。

4月になると痛みが出て食欲も落ちてきました。そこで緩和ケアに理解があり、力を注いでいる近所の開業医のドクターに往診を依頼して、訪問看護チームを新たに組み、精力的に往診、自宅での点滴が行われました。

7月、食欲不振に加えて下肢の筋力が低下、開業医のドクターから入院を勧められましたが、「病院へ行って入院したら帰れなくなる」という患者さまの強い不安から在宅ケアを続行することに決まり、在宅酸素療法が開始されました。

8月、食事が全く摂れず、身体を動かすこともまもなくなくなり入院しましたが、入院して3日後に安らかに永眠されました。診断から1年以上経過して迎えた死でしたが、その間のほとんどを患者さまは自宅で家族と共に過ごすことができました。

募集

編集部では、「緩和ケア」、「在宅ホスピス」について、患者さま、ご家族のご意見、ご要望、体験談を募集しています。400字詰め原稿用紙1枚前後でお寄せ下さい。

採用された方には謝礼を申し上げます。

編集後記

最良の死とは？

人間の死という超ヘビーなテーマ、さらに人生観、価値観が多様化している現在、この問いかけに対する明確な答えはありません。しかし誰しもが直面する永遠の課題です。

患者さまが、このレターを通して緩和ケアの実態を知り、病に倒れた時、自分の人生の選択を決める指標になれば幸いです。

そして答えなき答えを探りつつ日夜、死に瀕している患者さまと接して奮闘している医療従事者の一助になることを祈っています。

このレターは、地にまかれたばかりの一粒のタネ。将来、大きく育てて豊かな実をつけることを期待しています。

M.N.

窓口

このレターに対するご意見やご感想がありましたら、下記連絡先までお寄せください。

原 恵里加

通院治療室 内線:2680 PHS:3767

e-mail: es5976@kchnet.or.jp

発行元：財）倉敷中央病院

編集委員長 小笠原敬三

編集委員

庭野元孝（外科医師）徳田衡紀（薬剤師）

里見史義（作業療法士）谷妃美恵（医療相談）

光島モトエ（看護師）原恵里加（認定看護師）

