

1 在宅ケアの理念

1 在宅ケアの対象とその理念

①地域に居住するあらゆる患者を対象とする

在宅ケアの対象とは、当該地域に居住する通院が容易でないあらゆる患者である。論じるにあたり、在宅ケアはがん患者に限定する営みではないことは自明である。ただし、これまでの様々な施策の検討などが、がんについて先行して進められてきた歴史を鑑みて、本項でもがんを多く例示しつつ在宅ケアの理念について解説する。その上で、在宅医療は本来すべての疾患やあらゆる患者を対象とした営みであり、「生活の視点」を有し「疾病の軌道」を熟知した在宅医が果たしうる役割について論じたい。そして最後に、緩和ケア領域における国際的議論と同様に、在宅ケアはすべての医療ケアに通底する基本理念だということを確認する。突きつめると、在宅医療の経験を有するかかりつけ医には、そのノウハウを活かして、外来診療においても「生活の視点」を有し「疾病の軌道」を熟知した診療を提供することをも期待できる。さらには、在宅ケアの理念を入院医療の現場でも共通認識とすることができれば、患者にとって有益で豊かな医療が提供されるだろう。

②あらゆる患者のあらゆる時期を対象とする

在宅ケアはあらゆる患者を対象とする。たとえば、がんの場合、その種類によって分け隔てをしない。確かに、乳がんにおける表面に露出した皮膚病変の処置や、頭頸部がんが気管や大血管に影響を及ぼす病状のように、特殊な対応を要するものの、疾患頻度が低い場合経験値を高めることが容易でない病態も存在する。在宅医は、臨床経験を少しずつ積み重ねながら、そのような難しい事例についても対応力を高めていく。

同様に、年齢によって分け隔てをしない。若年や小児の患者ががんや難病を病む事例は、どの地域であれ少ないながらも存在するはずである。残念ながら治療の余地がなくなった段階で在宅での療養を希望するケースが多いことから、自分が担当する地域からの依頼があれば、まずは相談に応じるスタンスを堅持しておきたい。

さらに重要なのは、終末期に限定することなく、可能なら治療のできる限り早い時期から伴走する姿勢である。特に、もともとかかりつけの患者ががんや難病と診断され、専門医への通院を継続している場合、上気道炎などで自院を受診した機会などを逃すこ

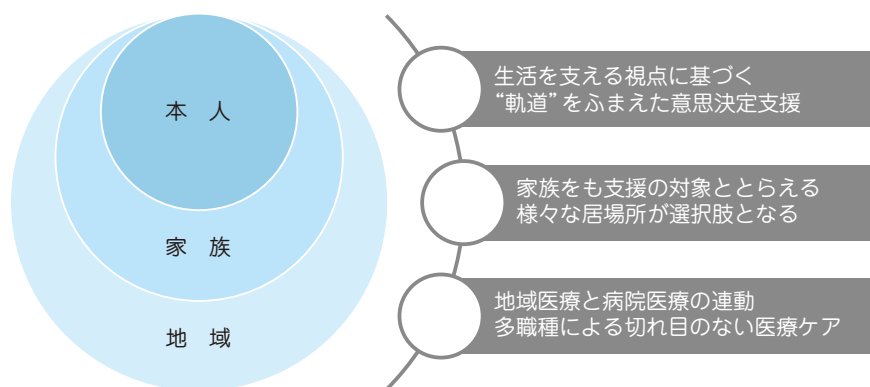


図1 本人・家族・地域に軸足を置く

となく関わりを持ちたい。そうすることによって、必要に応じて診療の一部を担当するとともに、専門診療の補助や患者の意思決定に伴走するなどの重要な機能を果たしうる。

③ 本人・家族・地域に軸足を置く在宅ケア

本質的な立場をもう1つ示す。すなわち、当事者たる患者「本人」を対象とすることはもちろんだが、取り巻く「家族」、そして居住する「地域」をもケアの対象としてとらえるというスタンスがきわめて重要になるという点である(図1)。

「本人に軸足を置く」とは、「生活を支える視点」に基づき、「疾病の軌道」をふまえて、患者の生活といのちを一貫して支える姿勢のことである。

次に、「家族に軸足を置く」とは、様々な意味での「主体」として患者に関わる家族をも支援の対象とする立場のことである。さらに、様々な家族の形がありうるということも含む。

そして、「地域に軸足を置く」とは、地域での医療と病院医療が連動し、必要なときに必要な場所で必要な治療ケアを提供すること、切れ目のない医療ケアを提供するために複数の医師や複数の専門職種が重層的に関わる医療機関間の連携や多職種協働のことである。

2 患者の生活といのちを一貫して支える医師の役割

① 専門医の役割

日本の医療はフリーアクセスをその大きな特徴としており、専門医をかかりつけとしている患者は相当な割合に上る。しかし、高齢多死社会の進展、家族構成や社会構造の変化により、患者が抱える臨床命題は複雑化する一方である。

たとえば、認知症者を認知症疾患医療センターに紹介すれば万事解決するわけではな

い。同様に、がん患者においては化学療法や支持療法さえ提供されれば問題が生じないというわけでは決してない。認知症の確定診断が容易でないことは確かであり、がん治療において治療方針や支持療法が決定的に重要な位置を占めていることも事実だが、長い臨床経過の中で患者にとって必要になるケアやアドバイスは狭義の治療以外にも数多く生じうる。このことは神経難病患者においてもまったく同様である。診断が決定的に重要な領域ではあるが、その後の長い臨床経過においては、狭義の診断や治療以上に、継続的なケアや合併症の管理、意思決定支援などが重要な位置を占めることになるからである。

② かかりつけ医の役割

前述の認知症者に対して専門医が果たす役割とは、その診断の詳細に迷う場合などに行う緻密な診断や分類、行動心理徴候 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) をはじめとした難しい臨床局面において薬剤の使用方法についてアドバイスを提供するなどコンサルタント機能であろう。

実際には、認知症者の長い臨床経過において、合併症コントロール、喫煙や飲酒への指導、運動や口腔ケア励行などの生活習慣改善、薬剤管理、非薬物介入など、生活に密着した重層的な指導のウエイトがかなり大きい。これらの介入は自宅や地域という文脈において、多職種の協力を得なければ提供することが難しい内容であり、在宅医療のノウハウを有するかかりつけ医がその中心となって、医療ケア全般の指揮を執る意義が大きい。

そしてもちろん、認知症者であれ、がん患者であれ、しばしば糖尿病や高血圧、脂質異常症などの生活習慣病管理や、慢性腎臓病、心不全などの併存疾患の管理、上気道炎から肺炎まで併発しうる様々な急性疾患の予防や初期対応などの医療を必要とする。特定の疾患管理を担当している専門医にこれらの役割すべてをゆだねることは現実的ではない。

③ 「疾病の軌道」をふまえて早期から看取りに至るまで支援する

がん患者を例に、疾病の軌道をふまえて、早期から看取りに至る最期まで支援する医療ケアの営みについて解説する。

図2は、長い臨床経過(軌道)をふまえた支援のあり方について、全経過中に4種類の化学療法を行った進行がん患者を例に、その臨床経過を曲線で示したものである。縦軸はがんの進行度合いを表している。がん患者の場合、狭義の治療や支持療法だけでなく、そのほかに必要となるアドバイスやケアが数多く存在する。たとえば、①がんという疾病やその特徴を知り、症状や治療の副作用について適切に理解すること、②起こりうる症状変化への対応や「がんと共存する」というセルフマネジメントの考え方、③望ましい食事などの生活面や不適切な民間療法を選んでしまうなどの不幸な事態を回避す

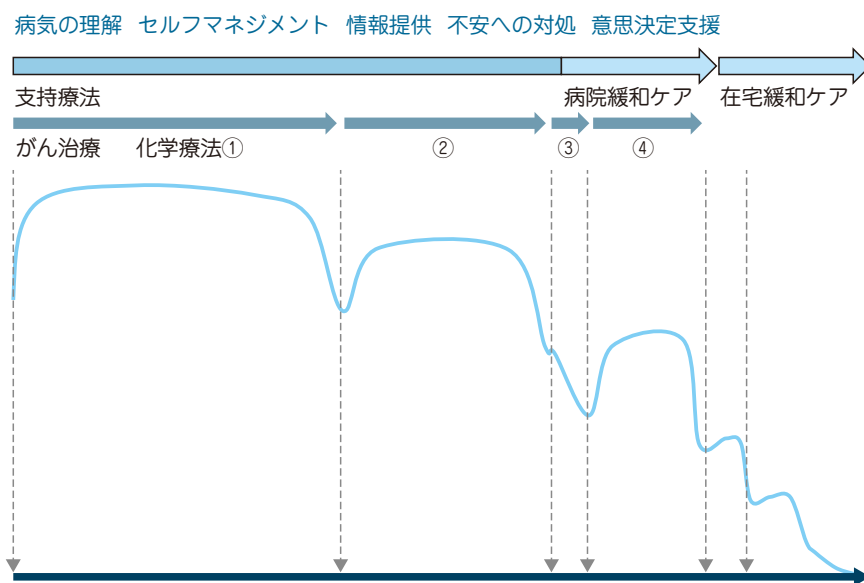


図2 がんの軌道をふまえた早期からの支援

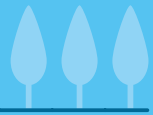
るために必要な情報提供，④がんを患っていることにより本人・家族に生じる様々な不安や困難（就労や医療費など）への対処，⑤療養場所や命の尊厳に関する意思決定支援などである。

病院の相談支援部門や地域連携部門がこれらの患者ニーズすべてに対応することは難しいかもしれない。しかし、在宅医療に取り組み生活の視点を有するかかりつけ医と連携する多職種チームなら、このような不安や困難に対して、疾患の軌道をふまえつつがん治療の早期から看取りに至るまで、生ある限り支援するという伴走機能を提供できる可能性を有している。

3 本人だけでなく家族丸ごと支える

在宅緩和ケアの本質とは何か？ 緩和ケア病棟に入院中の患者への緩和ケアと異なることがあるのか？ 両者を対比することがその問いへの鍵となる。そもそも、緩和ケアの理念は、提供する場所が自宅であろうが、緩和ケア病棟であろうが異なることはないが、決定的に異なる点が1つ存在する。それは、家族の立ち位置である(図3)。

病院に入院している場合、患者は医師や看護師の管理下で療養している。家族が宿泊できる設備が整えられていたとしても、病棟において家族は「訪問者」として存在している。しかし、自宅の場合には状況が異なる。患者は家族とともに自宅で暮らすことになる。そこで家族は、あるときは介護職員の役目を担い、またあるときは病院の看護師に近い役回りを果たすことも生じうる。さらには、患者と一心同体のような感覚に陥る



2 痛み

1 在宅・病院医療で変わらないこと

在宅医療におけるがん疼痛マネジメントを考える場合、病院医療と同じように考えることと、「在宅」という場の違いのために、同じようには考えられないことがあるが、まず、病院医療と同じように考えることは以下の①～④である。

①がん疼痛マネジメントのポイント

病院であっても在宅であっても、がん疼痛を緩和するためのポイントは変わらない。ポイントを以下に示す。

- 患者に痛みを我慢させない
- 患者が痛みを気軽に訴えられるように配慮する
- 日常の診療で、痛みについて常に患者と話し合う
- なるべく早くから痛みに対応する
- 医療用麻薬を開始するときには、患者・家族の不安や気がかりに丁寧に対応する

②がん疼痛マネジメントの目標

WHOでは、がん疼痛マネジメントの目標について、以下のようにまとめている¹⁾。

第1目標：痛みを妨げられない夜間の睡眠

第2目標：安静時の痛みの消失

第3目標：体動時の痛みの消失

これらの目標は、病院であっても在宅であっても変わらない。また、目標が達成できているかを判断するためには、(1) 痛みの分類と性状、(2) 痛みの強さ、(3) 痛みのパターンを適切に評価することが必要である。

(1) 痛みの分類と性状

痛みは大きく侵害受容性疼痛と神経受容性疼痛にわけられ、痛みの性状にもそれぞれ特徴がある(表1)。

(2) 痛みの強さ

痛みの強さを評価する主な方法を表2に示す。

表1 痛みの分類と性状

痛みの分類		痛みの性状	表現例
侵害受容性疼痛	内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど、局在があいまいで鈍い痛み	(肝転移によって) 右季肋部に「ズーン」と重く鈍い痛みがある
	体性痛	骨転移など局在がはっきりした明確な痛み	(L4への骨転移で) 腰椎下部に「ズキッ」とする明確な痛みがある
神経受容性疼痛		神経叢や脊髄の領域に感じる知覚過敏・鈍麻や電撃痛	(骨盤神経叢や脊髄に浸潤したため) 下肢にビリビリ電気が走る、または、ジンジンする痛みがある

表2 痛みの強さを評価する主な方法

NRS (numerical rating scale)	「症状がまったくないときを“0”、これ以上ひどい症状が考えられないときを“10”とすると、今日の症状の強さはどれくらいになりますか?」と聞いて、痛みの強さを評価する
VAS (visual analogue scale)	10cmの直線を書いておき、「左端が痛みがない、右端を想像できる最悪の痛み」と定義してどれくらい痛いかを患者に指し示してもらい、左端から患者の指したところまでの距離を測定して痛みの強さを評価する
VRS (verbal rating scale)	数値ではなく、言葉による表現で評価する方法。「今の痛みを言葉で表現するとすれば、次のうちどれに当てはまりますか?」と聞き、①痛みなし、②少し痛い、③痛い、④かなり痛い、⑤耐えられないくらい痛い、から選んでもらう 高齢患者でNRSの理解が困難な場合や認知機能が低下している場合には、VRSが有用なこともある

(3) 痛みのパターン

痛みのパターンは大きくわけて「1日中痛い」「ときどき痛くなる」にわけられる。痛みのパターンと表現例を表3に示す。

③ 鎮痛薬の投与方法

WHOでは、鎮痛薬を投与するときを考慮することとして以下の5つを挙げている¹⁾。

- ① 経口的に (by mouth)
- ② 時刻を決めて規則正しく (by the clock)
- ③ 除痛ラダーに沿って効力の順に (by the ladder)
- ④ 患者ごとの個別的な量で (for the individual)
- ⑤ その上で細かい配慮を (with attention to detail)

この5項目で特に大切なのは、②と③である。痛みが出てから鎮痛薬を投与する頓用方式だけでは、痛みが消失した状態を維持できないため、時刻を決めて規則正しく投与することが必要である。また、予測される生命予後の長短にかかわらず、痛みの程度に応じて躊躇せず必要な鎮痛薬を選択すべきであるため、除痛ラダー(後述)に沿って効



1

在宅医療における各種カテーテルの交換と管理

在宅医療における各種カテーテルの交換は、原則として医療機関における交換に準ずるが、在宅では機材やマンパワーが限られるという「医療機関との相違点」をふまえる必要がある。これをふまえた上で、交換するか否かについて、一律ではなく患者サイドに十分な説明をし、同意を得て決定するプロセスが求められる。

カテーテルの管理は、各種カテーテルを使用しながら在宅療養するという視点で患者・家族への指導や「療養環境の調整」を行うことが求められる。

本項では、在宅医療における各種カテーテルの交換と管理について、在宅医療に特有の事項に絞って概説する。これらは、まず医療機関において十分な経験を積んだあとに行うことが前提であり、詳細は成書も参照されたい。

1

医療機関との相違点

在宅医療でカテーテルを交換する際に、医療機関と同様の方法ではカテーテルの挿入部位を確認できない場合がある。たとえば、胃瘻や胃管カテーテルのX線による先端確

Column

各種カテーテルの適応

在宅医療の開始時は、既に各種カテーテルの導入が意思決定されたあとであることが多く、在宅医はその意思決定プロセスに関与しないことが多いと考えられる。しかし、開始後にカテーテルに伴う様々な臨床的問題が生じうるので、在宅医はその導入意義について評価と修正を繰り返すようにしたい。

その際に最も重要なのは、在宅で管理・交換する上での患者・家族や各職種への負担、患者・家族のQOLの観点を慎重に査定することである。そして、医学的適応はもちろん、導入されるまでの経緯や患者・家族の意向をふまえた柔軟な対応を行う。外的根拠として各種ガイドラインは参考になるが、多くは在宅医療ではなく医療機関を念頭に置いた内容であることに留意する。さらに、他職種の意見もふまえるとよい。

認は在宅では原則困難である。

医療機関では看護師などの介助者とともに行う交換を、医師1人で、時に家族の協力も得て行うことがある。これまでの交換の際に家族が立ち会い熟知していることが多いため、手際の悪さなどで誤解をまねかないよう配慮を要する。

カテーテルを管理する際に、医療機関では看護師などが担っている役割を介護職や家族へゆだねる必要性も出てくる。カテーテルの日常管理は家族・介護者に行ってもらうことが前提となり、家族・介護者にもカテーテルに関する知識を伝えておかなければならない。

有事、特に緊急性を伴うトラブルが発生した際の対応は、在宅では医療機関に比べ不利であることは明らかである。各種カテーテルの交換と管理に関連して、個々の患者へ一定以上生じうる事象とその対応についてシミュレーションしておく。

2 療養環境の調整

① 家族への指導

在宅医療におけるカテーテルの管理では家族・介護者の役割が多岐である。「日常管理」「医療職へ連絡すべき状況」について、なるべくシンプル化することを前提に説明していく。その上で、個々の家族の負担度に合わせて訪問看護師などがサポートする体制を構築していく。なお、カテーテル管理に必要な衛生材料は、「紹介元と在宅サービス側の物品の整合性」「患者の経済的負担の観点」を含め、医療事務、薬局などと連携して調整する。

② 多職種との連携

在宅医療におけるカテーテル管理には、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護スタッフなど多職種との連携が欠かせない(表1)。

表1 多(他)職種との連携

訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・環境調整 ・一部のカテーテルを交換 ・トラブル発生時の連絡窓口
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の投与方法(たとえば胃瘻・経鼻胃管の患者)の相談 ・簡易懸濁法*などの患者サイドへの直接指導
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問系サービス、通所系サービスに関係するすべての職種へ、ケア時における情報提供(例:入浴時のカテーテルの取り扱い方法など)
医療事務	<ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル管理に必要な衛生材料の調整 ・算定方法や患者負担についての調整

*:錠剤・カプセル剤をそのまま温湯に入れ崩壊させ投与方法