

# 家で死ぬということ

在宅緩和ケアに薬剤師はどうかかわればよいのか

在宅療養支援診療所 笠井医院  
笠井博人

# 病院で死ぬということ



著者：山崎 章郎 医師

現ヶアタウン小平クリニック院長

1990年 刊行

1993年 映画化

人はいつか必ず、死に至る。  
病院は生を追求する場所である。  
生を追求する中で迎える死は苦痛に満ちている。

# 病院で死ぬ？ 家で死ぬ？

- 病院で死ぬということ
  - ⇒ 病院死はハッピーエンドではないことが多い。
  - 病院死を否定的に描いた。
- 家で死ぬということ
  - ⇒ 在宅死はハッピーエンドであることが多い。
  - 在宅死を肯定的にとらえる。
- 共通点
  - = 人は必ず最期は死に至る。
  - 死というものを意識して過ごすことが大切である。

# 人間の三つの願い

## 1. 死なないこと

(1) 今死なないこと

(2) ずっと死なないこと

# 人間の三つの願い

## 1. 死なないこと

(1) 今死なないこと

⇒医療の発展、病院機能の発展

(2) ずっと死なないこと

⇒不可能

# 人間の三つの願い

1. 死なないこと

(1) 今死なないこと

(2) ずっと死なないこと

2. 死が避けられないなら苦しくないこと

# 人間の三つの願い

## 1. 死なないこと

(1) 今死なないこと

(2) ずっと死なないこと

## 2. 死が避けられないなら苦しくないこと

⇒ 緩和ケアの発展、ホスピス・在宅医療の発展

# 人間の三つの願い

1. 死なないこと
  - (1) 今死なないこと
  - (2) ずっと死なないこと
2. 死が避けられないなら苦しくないこと
3. 死を恐れずに生きること



# 人間の三つの願い

## 1. 死なないこと

(1) 今死なないこと

(2) ずっと死なないこと

## 2. 死が避けられないなら苦しくないこと

## 3. 死を恐れずに生きること

⇒ 哲学・宗教の発展

緩和ケアとは

= WHOの定義 2002年

生命を脅かす疾患に起因する問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題に関して的確な評価を行い、治療やケアを行うことで、苦しみを予防し和らげることによってQOLを向上させるアプローチである。

# 在宅緩和ケアとは

- 緩和ケアの概念は日に日に拡大している。
  - 対象の拡大：癌、非癌
  - 時間軸に逆行した拡大：早期からの\_\_、診断がついた時からの\_\_
- 緩和ケアとはQOL改善を目指して行われる行為の総称である。
- 在宅緩和ケアとは在宅療養生活のQOL改善を目指して行われるすべての行為のことである。
- 在宅医療は在宅緩和ケアに（ほとんど）包括される。
- 在宅医療は在宅緩和ケアの（ほんの）一部にすぎない。

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？

# 死は避けられないのか？

- 積極的医療介入の適応はあるか？
  - 原疾患の予後予測は？
  - 救急医療にゆだねるべきか？
  - 病院を受診すべきか？
- 本人の意思はどうか？
  - 意思表示は可能か？
  - 意思表示はなされていたか？
  - 信頼のおける代理意思はあるか？

急性期医療

意思決定

# 意思決定のプロセス

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成26年 厚生労働省）

## 1.人生の最終段階における医療及びケアの在り方

医療従事者から**適切な情報の提供と説明**がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、**患者本人による決定を基本**として終末期医療を進めることが重要。

人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる**医療・ケアチーム**により、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

## 2.人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、**患者が意思決定**を行い、その内容を**文書にまとめて**おく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。

患者の意思が確認できない場合には、**家族が患者の意思を推定できる場合**には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

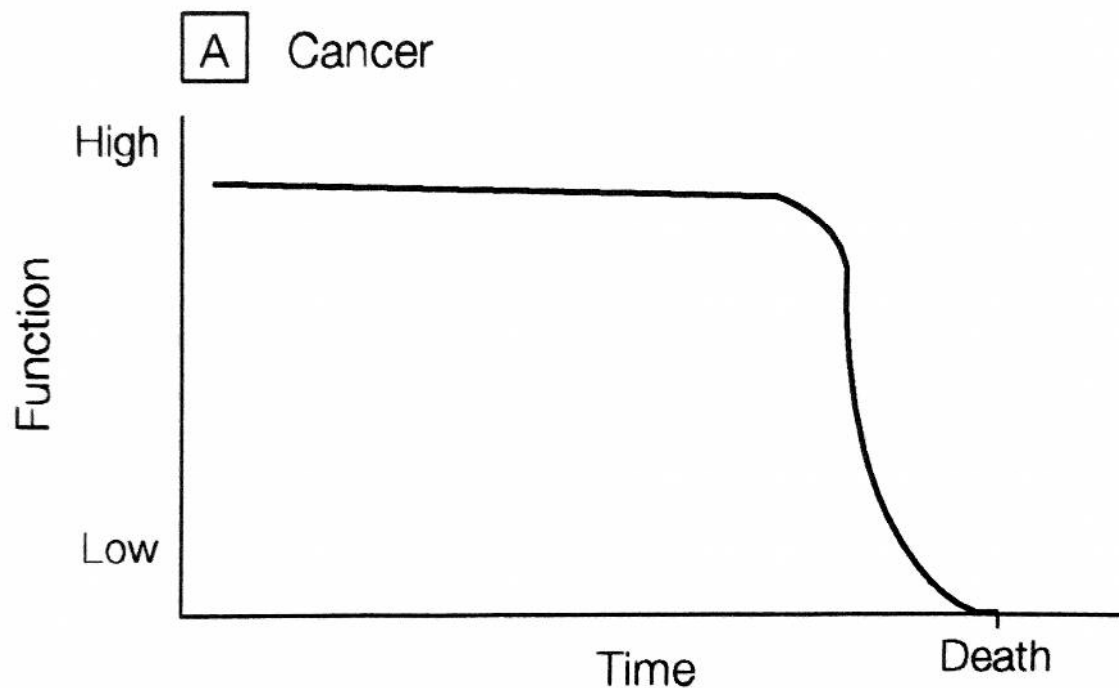
患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について**合意が得られない場合等**には、**複数の専門家**からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？



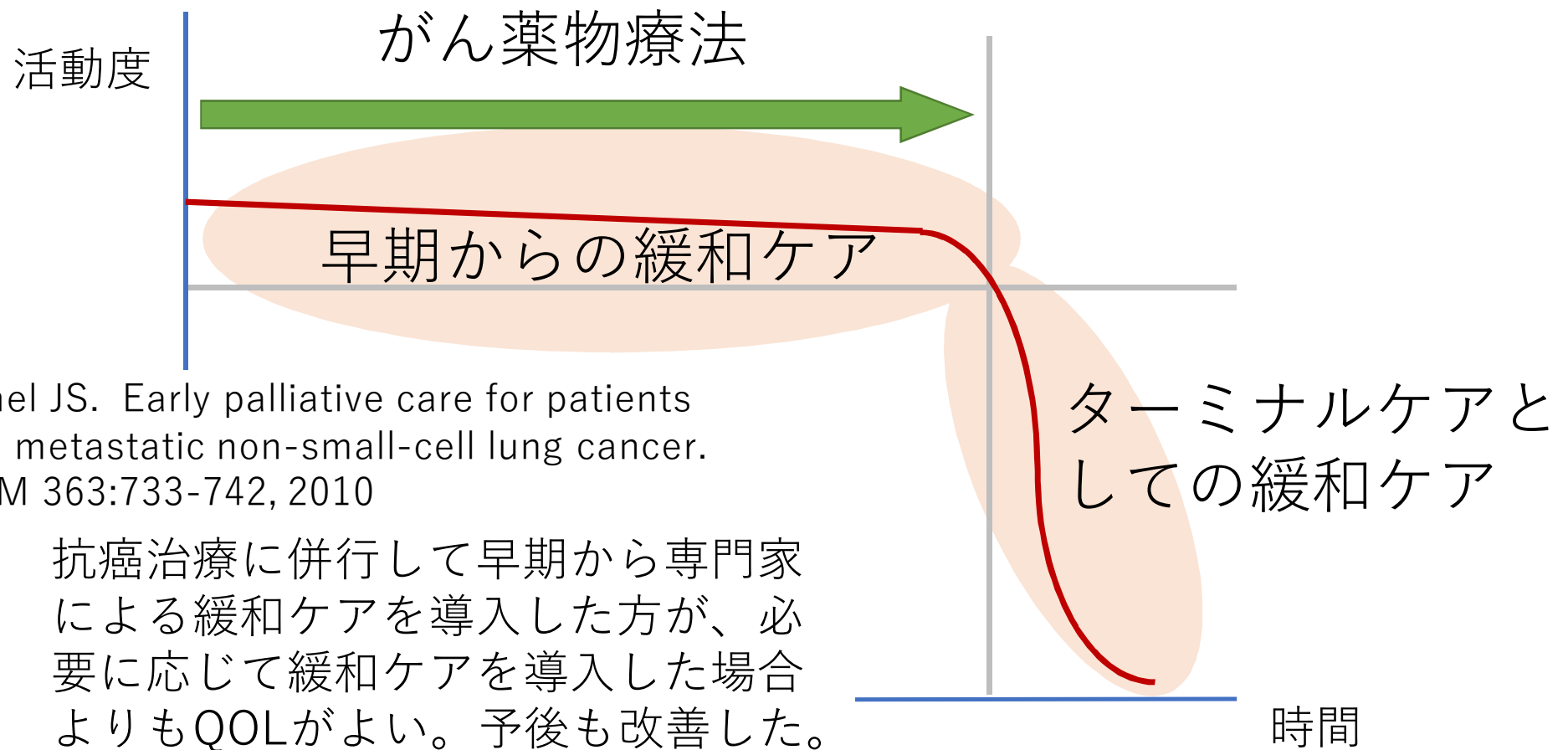
# どのように死んでいくのか？ = 癌疾患の場合



進行癌の患者は最期が近づくまで活動性が保たれている。最期の数週間で状態が急速に悪化し死に至る。

Lynn J. Perspective on care at the close of life.  
Serving patients who may die soon and their families  
: the role of hospice and other services.  
JAMA 285 : 925-932, 2001

# 早期からの緩和ケア

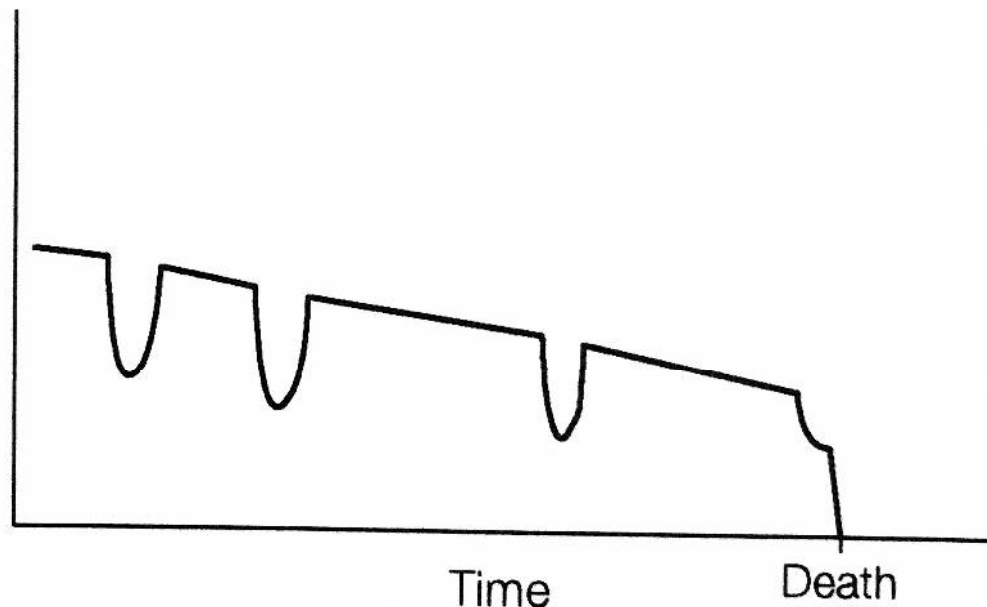


Temel JS. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. NEJM 363:733-742, 2010

抗癌治療に併行して早期から専門家による緩和ケアを導入した方が、必要に応じて緩和ケアを導入した場合よりもQOLがよい。予後も改善した。

どのように死んでいくのか？  
= 慢性臓器不全の場合

**B** Organ System Failure

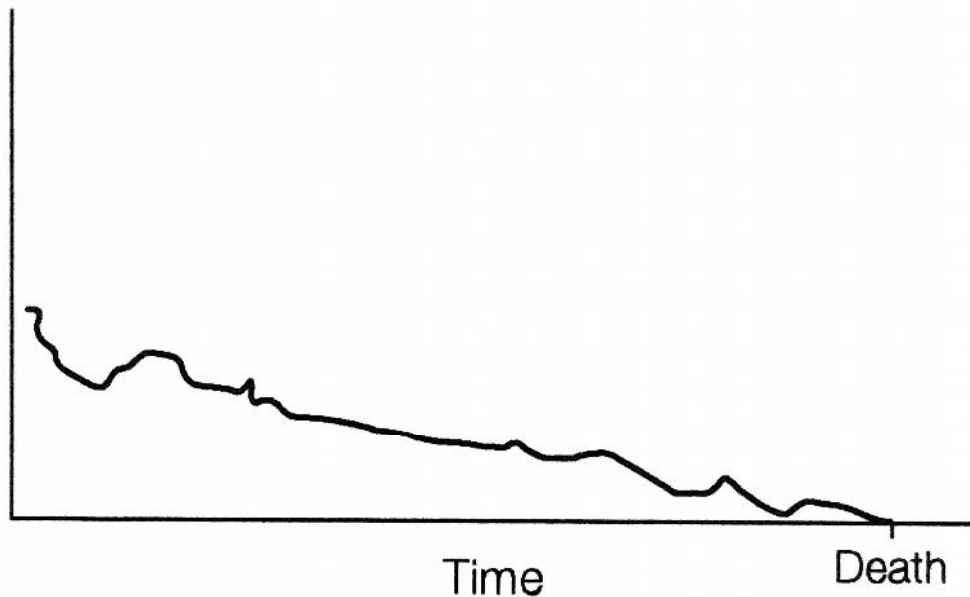


臓器不全の患者は経過中数回急性増悪を繰り返す。適切な医療を施すことである程度回復するが、何回目かの急性増悪時に死に至る。

Lynn J. Perspective on care at the close of life.  
Serving patients who may die soon and their families  
: the role of hospice and other services.  
JAMA 285 : 925-932, 2001

どのように死んでいくのか？  
= 認知症、老衰の場合

C Dementia/Frailty



認知症や老衰の患者は、活動性の低い状態（= 要介護状態）が長期間続く。ゆっくりと機能が低下し、ゆっくりと死に至る。

Lynn J. Perspective on care at the close of life.  
Serving patients who may die soon and their families  
: the role of hospice and other services.  
JAMA 285 : 925-932, 2001

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？

# いつごろ死が訪れるのか？

- 進行癌・再発癌の予後
  - 病期による予後予測、5年生存率
  - PPI(Palliative Prognosis Index)
- 心不全の予後
  - 高齢者の慢性心不全は根治が望めない進行性かつ致死的な疾患である。
  - 末期的心不全 = 最大限の薬物治療、非薬物治療を施しても治療困難な状態。
- 認知症の予後
  - アルツハイマー病の自然歴は10-15年。
  - ナーシングホーム入所後は平均5年で死亡する（米国）。

# いつごろ死が訪れるのか？

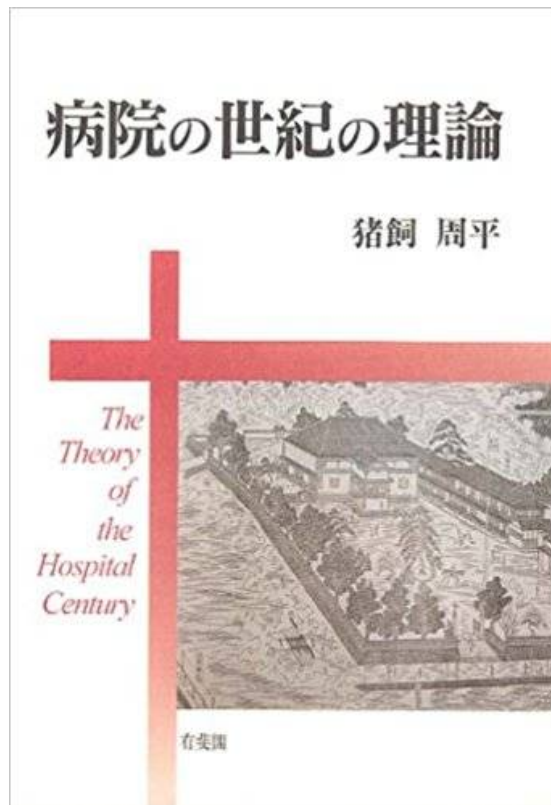
- 癌性疾患は比較的予後を予測しやすい。
- 癌性疾患においては死期を予測する研究がなされている。
- 医師は予後を実際より長く予測するものである。
- 臓器不全においては、最大限の治療を行っているかどうか死を予測するうえで重要である。
- 認知症の進行期においては、積極的医療介入は予後を改善しない。

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？



# 病院医療から在宅医療へ



著者：猪飼 周平

一橋大学大学院社会学研究科

総合社会科学専攻教授

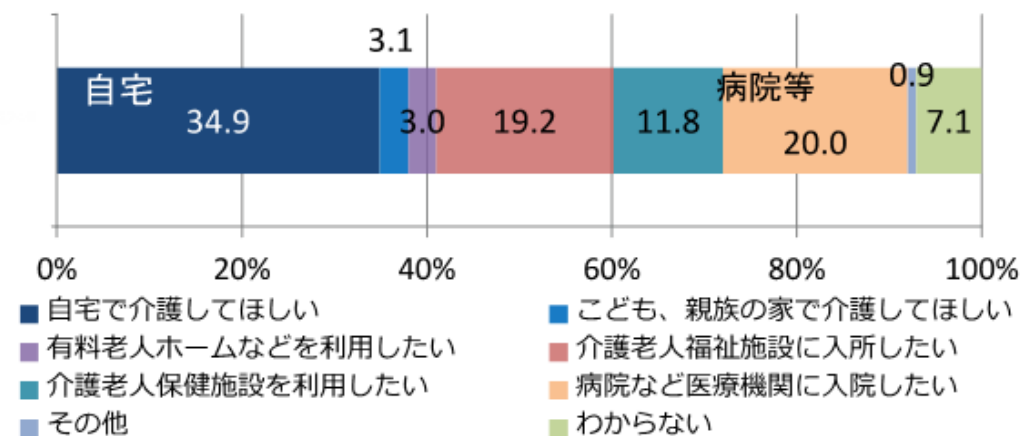
2010年 刊行

20世紀は「病院の世紀」だった。  
21世紀になり、地域包括ケアの時代になった。  
病気を治すことを目的とした「疾病モデル」から、QOLの改善を目的とした「生活モデル」に変化した。

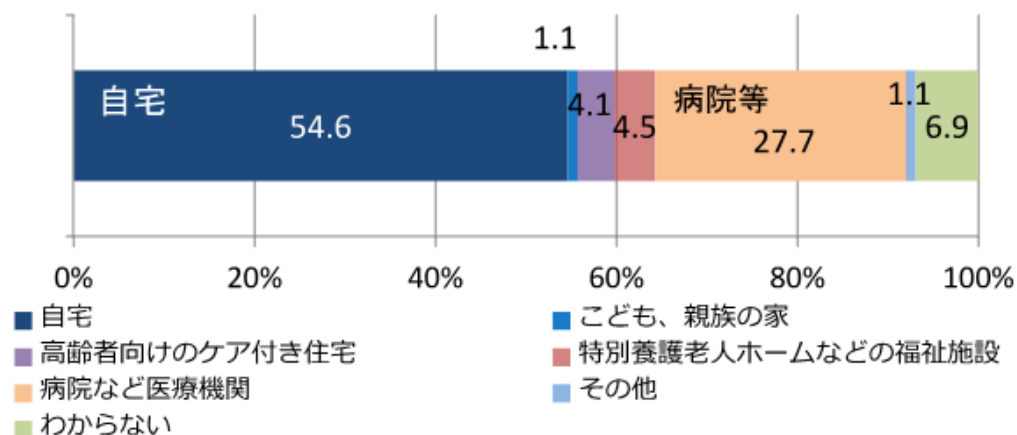
# 人生の終盤の過ごし方

- 自宅で最期まで過ごしたいと考える人は多い
- 最後は病院でという人も多い
- 在宅死はそれほど増えていない

(図表4) 介護を受けたい場所



(図表5) 最期を迎えたい場所



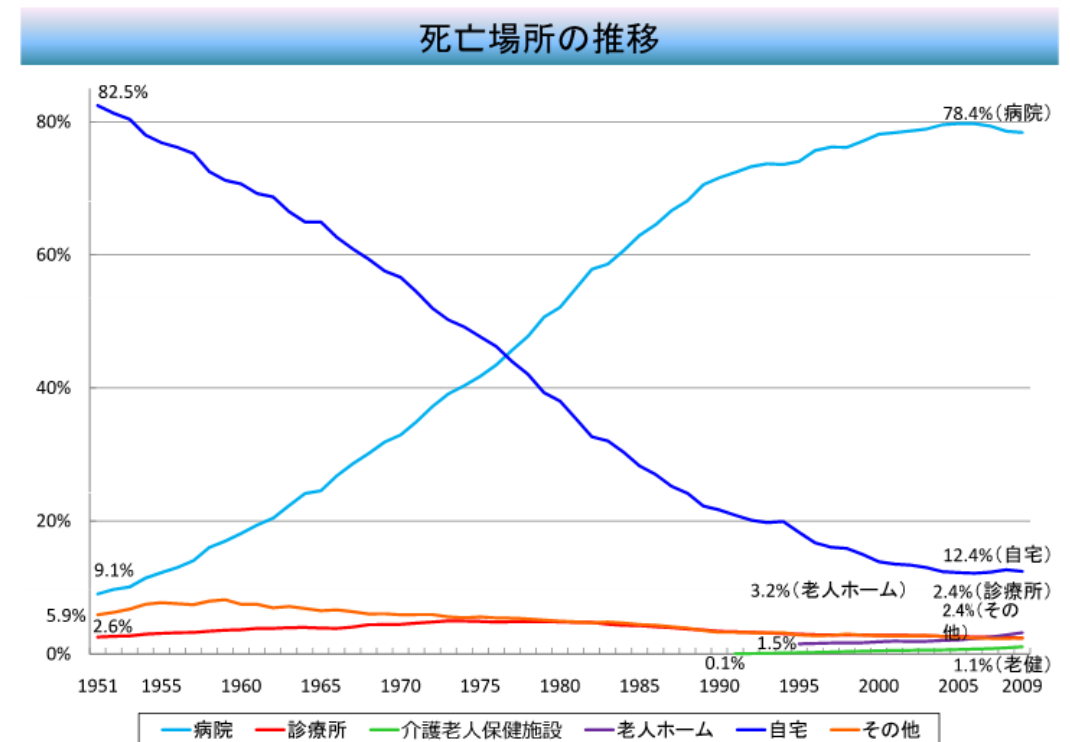
出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

# 自宅で最期まで療養することが困難な理由

- 介護してくれる家族に負担がかかる
- 症状が急変した時の対応に不安がある
- 症状急変時すぐに入院できるか不安である
- 経済的に負担が大きい
- 往診してくれる医師がいない
- 訪問看護体制が整っていない
- 居住環境が整っていない
- 介護してくれる家族がいない

# どこで死を迎えるか？

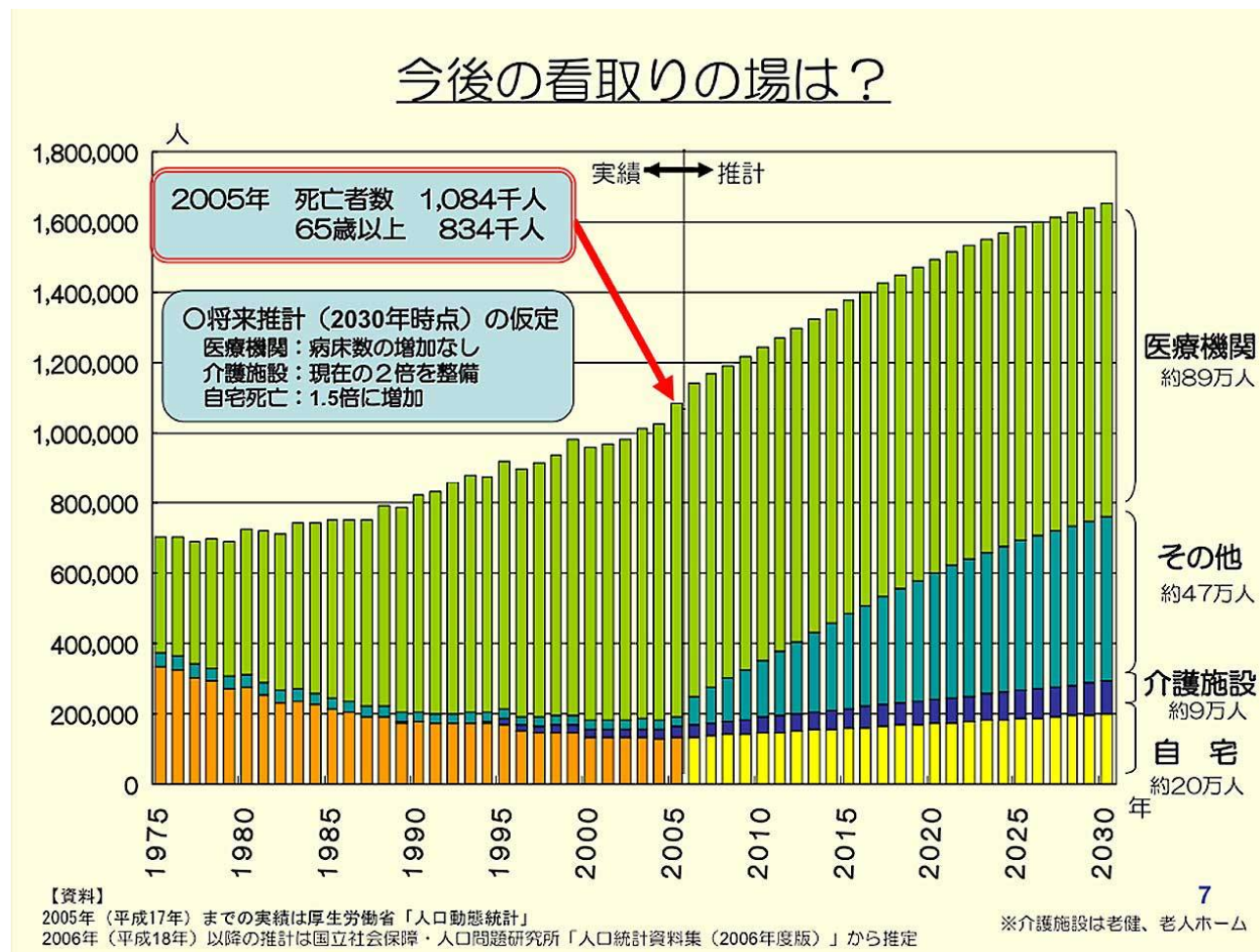
- 1970年代に死亡場所が逆転した。
- 親を自宅で看取っていない世代が高齢者になった。
- 家の中で死に接したことの少ない世代が看取る時代。



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている 出典)厚生労働省「人口動態調査」

# 看取り場所の不足

- 現在より毎年30万人程度死亡者数が増えていく。
- 病院のベッド数は増えない（むしろ減る）。
- 最期を迎える場所の確保が難しい（看取り難民）。
- 自宅での看取りを増やしたい。



# (死を見据えた) 在宅療養の支援 = 在宅緩和ケア

- 在宅医療（訪問診療）
- 訪問薬剤管理
- 訪問看護
- 訪問介護
- 訪問リハビリテーション
- 訪問歯科診療
- 訪問栄養管理

急性期病院  
専門病院  
ホスピス  
調剤薬局  
介護施設  
包括支援センター

多職種連携

# 在宅医療とは

- 外来医療、入院医療とは違う第三の医療体系。
- 外来医療を家に持ち込むのではない。
- 入院医療を家に持ち込むのでもない。
- 在宅医療はもっとも包括的な医療である。
- 在宅医療は生活に密着している。
- 人生の最終段階に適した医療である。

# 多職種連携

- 在宅緩和ケアには多くの職種が関与する。
- それぞれのスタッフが専門性を持って関与する。
- それぞれのスタッフは別個の事業体に属している。
- 職種間の連携がなければ在宅緩和ケアは成立しない。
- 自分の職務に対する責任と自信がなければならない。
- 他職種に対するリスペクトがなければならない。
- 前に進まなければならない。



# 情報を共有するということ

- 自分が職責を果たしているということを伝える。
- 他職種が職責を果たしていることを知る。
- 問題点を共有し、それぞれの立場で解決に向かう。
- 情報共有にはそのためのツールが必要である。
- アナログな方法とICTな方法がある。
- ICTはアナログを決して越えられない。

究極的には、「私はあなたのことを知っています」と言えること。

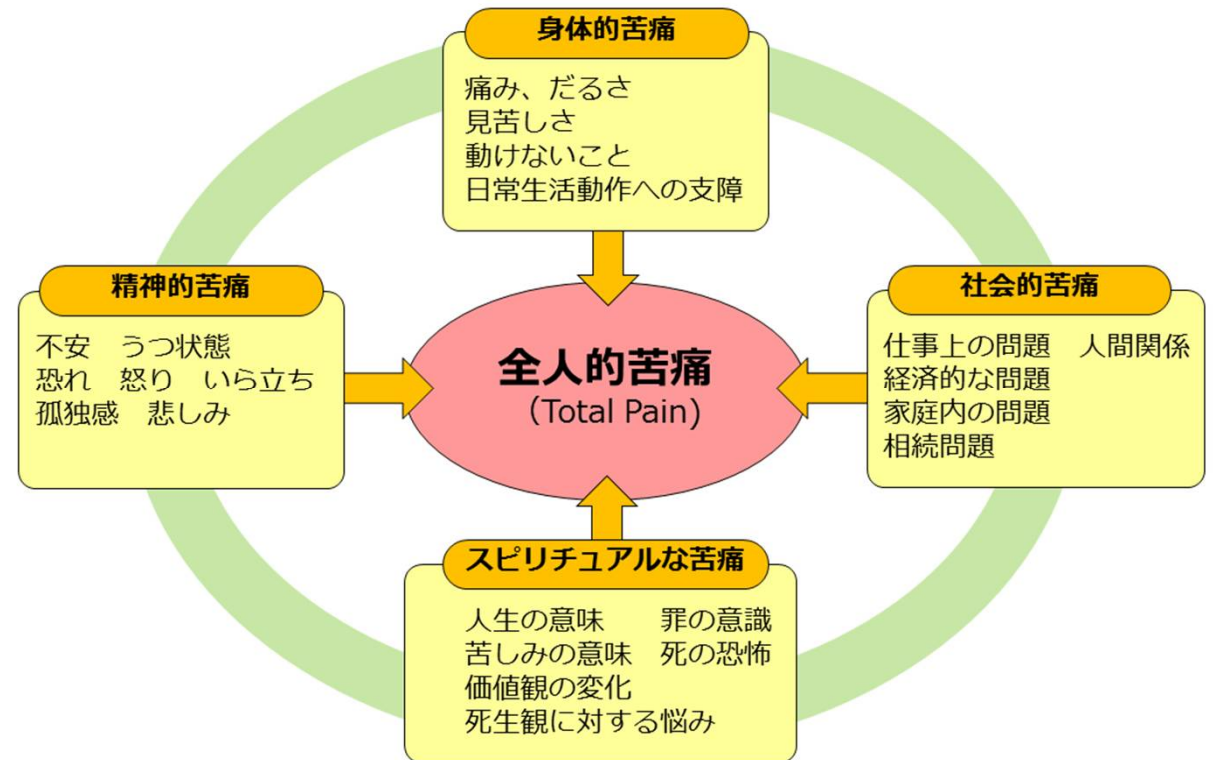
死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？

# 苦痛を減らすことはできるか？ = 緩和ケアの本質

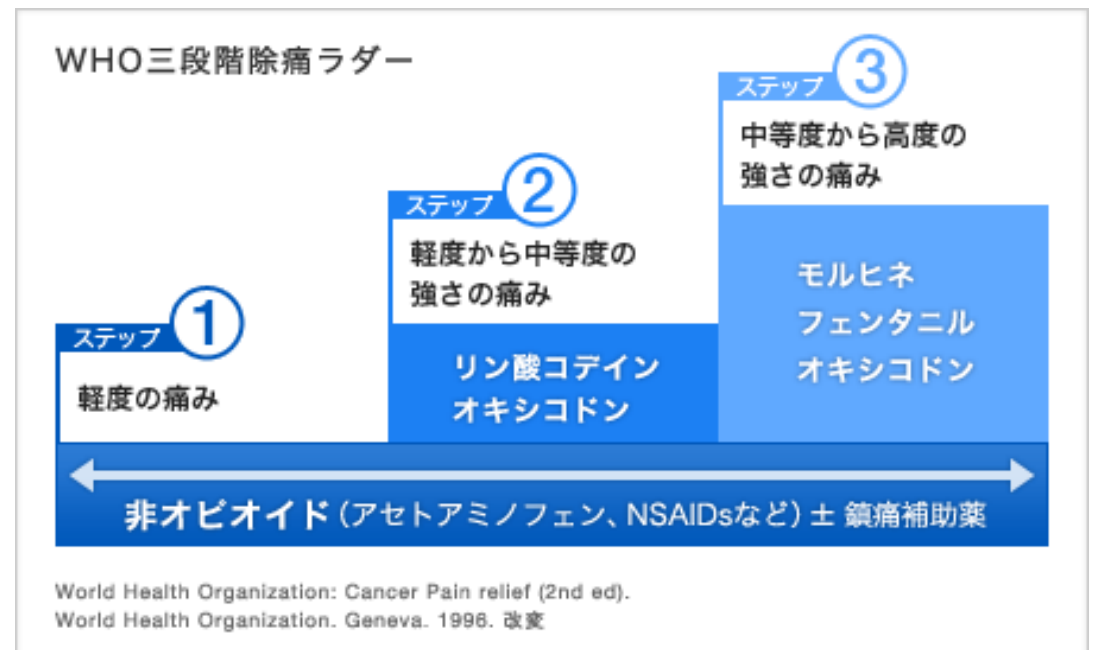
## 全人的苦痛

- 身体的苦痛
- 精神的苦痛
- 社会的苦痛
- スピリチュアルな苦痛



# 身体的苦痛の軽減

- WHO方式：三段階、ステップラダー
- 主役は強オピオイド
- タイトレーションが必要
- レスキュー管理が必要
- 副作用対策が必要
- 鎮痛補助薬の投与



# 在宅でのオピオイド投与の課題

- 誰がどうやって管理するか？
- どのように調達するか？
- タイトレーションはどのように評価して行うか？
- レスキューの適切な服用は可能か？
- オピオイドローテーションはどのように行うか？
- 注射薬の導入、管理はどのように行うか？
- 不要薬剤の廃棄はどのように行うか？

## 在宅緩和ケアにおける薬剤師の役割（私見）

- 在宅療養中の患者は薬局には行かない。
- 在宅療養中の患者に接するためには家に行かねばならない。
- 薬剤を服用している患者に直接接することは、薬剤師にとって有意義だろう。
- 『服薬』という行為は、生活の一部である。
- 家に行けば生活を知ることができる。
- 家に行けば服薬状況を確認することができる。

死んでいく人々に対し、われわれは何ができるだろうか？

- 死は避けられないのか？
- どのように死んでいくのだろうか？
- いつごろ死が訪れるのだろうか？
- どこで死を迎えるべきか？
- 苦痛を減らすことはできるだろうか？
- 死に対する恐怖心を減らすことができるだろうか？

# 死に対する恐怖心を減らせるか？

- 最終的にはここに至る。
- むしろ哲学的、宗教的な問題である。
- 緩和ケアとは深く関係している。
- 科学的ではない。
- 自分たちの主業務からは外れた行為である。
- そこに真髓があるのかもしれない。



# 自分の役割を超えた部分で

- 家で患者さんと接するということ
- 家で家族と接するということ
- 患者さんのナラティブに参加する
- 生活の一部を共有する
- 苦痛の種を見つける
- 癒しの種を見つける
- 時間の経過を意識する

# 私たちに何ができるだろうか

- 「あなた」という固有の存在を「わたし」の中に刻みこみました。
- 「あなた」は「わたし」の中で生き続けます。
- 「わたし」は「あなた」に会うことで影響を受けました（変化しました）。
- 「あなた」と「わたし」はつながっているのです。

ということを表現する。

## まとめ = 家で死ぬということ

- 時代の流れに乗っている。
- 緩和ケア的には質が高い。
- 死が生活の中にある。
- 看取りを文化ととらえることも可能である。
- 在宅看取りを経験することで、自身の死に対する恐怖心を減らせるかもしれない。

ご清聴ありがとうございました。

