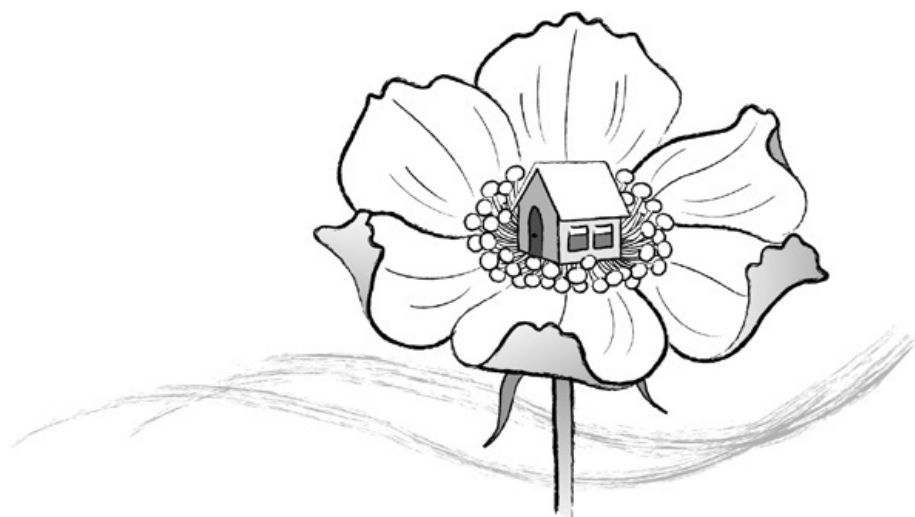


# アットホーム ホスピスケア

住み慣れた家で最期まで過ごすために



表紙絵：吉田 恵子さん画

さくらいクリニック

## この冊子を読んでもいただける方へ

この冊子は、私が2004年から2005年にかけて「居宅ケアサービス」(日総研出版)に掲載した原稿をまとめたものです。また挿入してあるコラムは同時期に神戸新聞「800字の処方箋」に執筆したものです。

基本的にケアサービスを提供する方、ヘルパー、ケアマネージャー、看護師などにむけて、私のホームホスピスケアについての考えを書き連ねたものとなっていますので、一般の方、ケアを受けられるご本人や、ご家族の立場の方が読まれると、多少違和感があるかもしれません。

しかし、医者も含めたさまざまなスタッフが住み慣れた家で最期までゆったりと過ごす、というあたりまえのホームホスピスケアを支えるためにいろいろ悩んだり工夫したりしている、ということも知っていただいて、利用者にとってより良いケアを考えていくきっかけになればと思います。そんなケアを媒介とした双方向の対話の中から、アットホームなホスピスケアを創っていくことができれば幸いです。

2006年2月



**著者：さくらいクリニック 桜井 隆**

医学博士、内科専門医、整形外科専門医  
リウマチ専門医、リハビリ認定医、  
東洋医学認定医、介護支援専門員、  
大阪大学医学部非常勤講師、  
大阪市大医学部非常勤講師  
阪神ホームホスピスを考える会代表世話人

# 1. ホームホスピスケアとは？

## はじめに

住み慣れた家で最期までゆったりと過したい。たとえ病気や障害があっても、病院は人生の最期を過す場所ではない。もう二度と入院したくないという消極的な選択ではなく、積極的に在宅での終末期のケアを望む人が確実に増えてきている。

あなたも私も、一日の仕事が終われば、家へ帰る、あたりまえのことだ。“人生という仕事”が終わる時、住み慣れた我が家に帰る。自宅でゆったり過すというあたりまえのことを往診、訪問看護といった医療が、環境整備やヘルパーの家事援助、といった介護がふわっと支援する。そのようなあたりまえの在宅ケアの延長線上に自然にある在宅での死。住み慣れた家で、畳みの上で死にたい、という人生最期の希望はそんなに贅沢でかなわぬ夢なのだろうか？

病院での死が在宅での死を超えたのは昭和 54 年、今からたった 25 年前でしかない。21 世紀の現在では全国で年間に死亡する人約 100 万人のおよそ 81%以上、癌患者にいたっては 93%以上が病院および施設で最期を迎えている。(図 1)人類数千年の悠久の歴史のなかで、自宅以外のところで人が死ぬようになったのはたったこの最近 25 年間でしかない。にもかかわらずそれがあたりまえのことになってしまった。

## 死を日常に取り戻す ホームホスピスケア

1. 病院 2. 診療所 3. 老人保健施設  
4. 助産所 5. 老人ホーム 6. 自宅 7. その他  
何の順序かわかりだろうか？  
死亡診断書(死体検案書)の「死亡したところ及びその種類」の欄に書かれた順番である。

自宅はなんと 6 番目になっている。住み慣れた御自宅で亡くなって逝く方をお見送りし、とりあえず医師としての最後の勤め、死亡診断書を書く時 6 番目の自宅の欄に丸をつけながら、なんだか違和感を感じてしまう。本来、自宅が 1 番目であってしかるべきなのに。

20 世紀後半の圧倒的なテクノロジーの進歩と共に進歩した医療技術、感染症は克服され(たように見え)、癌や生活習慣病でさえ治せるのでは、永遠の健康でさえ夢ではない、我々は、そんな幻想をいただいているかのようだ。すべてを手に入れたいにしへの権力者達が最後に必ず不老不死の薬を求めたように、そんな幻想を抱いている。そんな中で、病に倒れ、障害を持ち、そして老いて死んでいくことは敗北であり、忌み嫌うべきこと、と日常からだんだんと隔離されていった。ほんの 20 年前まで日常であった死が医療に管理され、病院、病室という箱の中に閉じ込められ、人々の目から遠ざけられていった。

かつては家で年老いた老親の死を、子供が、孫が、ひ孫が見守る、という当たり前の光景が家の中で見られなくなっていった。マンション生活ではペットの死でさえ実体験できない。死の喪失。子供達にとっての死とは、TV やパソコンゲームの画面の中のできごとで、リセットすれば元通りになる、バーチャルな死にすぎない。

そんな死を再び日常に取り戻すのに、自宅はとってもいい場所だ。病院、医療の管理からはなれて自由になれる場所だ。そこでは決して他人に管理されない、あたりまえの日常の空気が流れている。そしてその流れの中でゆったりと最後の時を過ごし、有終の美を飾ることができる。

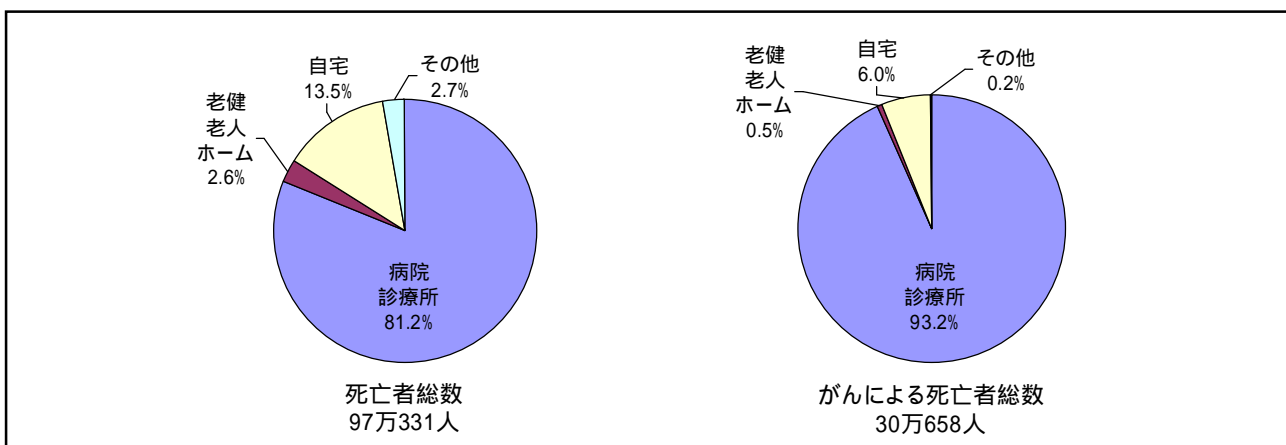


図 1 死亡者全体およびがん患者の死亡場所



そんな、その人らしい人生の最後を、医療者として仕切るのではなく、介護者としてでしゃばるのでもなく、やさしくふわっと支える、それがホームホスピスケアだ。

住み慣れた家での看取りをあえて、在宅ターミナルケアでも、在宅ホスピスケアでも、エンドオブライフケアでもなく、“ホームホスピスケア”と呼びたい。ホーム、アットホームという思いを込めて。

### いわゆる癌末期の場合と痴呆、そして老衰による最期

1989年に日本で最初のホスピスが誕生してから15年、2005年末で150箇所のホスピスが稼働してはいるが、ホスピス病床数は約3,000で、癌の死亡者のおよそ5-6%にすぎないという。30万人以上が癌で亡くなっていく21世紀、病床削減のあたりも受けて人々は死に場所を求めてさまざまことにもなりかねない。さらに、諸外国のホスピスと違って、日本の施設ホスピスが対象としているのは癌とAIDSと保険診療で規定されている。したがって難病、慢性疾患や痴呆、老衰による最期に関してはケアの対象とならない。

一方、ホームホスピスケアでは原疾患に関係なく人生の最期を迎えようとしているすべての人が対象となる。その方に寄り添い、症状を緩和してゆったりと残された時間を過していただくために、必要な医療、福祉、介護のサービスをいかにうまく提供できるか、ということが課題だ。

しかし積極的治療は意味がない、とのコンセンサスを得られた癌末期（もちろんこれもそう簡単にどの時期で抗癌剤、放射線、手術といった積極的治療から症状緩和の治療へスムーズにギアチェンジしていくかの決定は難しいことも多い）と違って良性疾患の末期の場合、高齢や老衰といったいわゆる“みなし末期”の場合はどの時点で延命治療を中止するか、といった問題は極めて微妙である。100歳以上長寿者が2万人を越えて増え続けている今、超高齢者のケアの問題も避けては通れない。具体的ケースでイメージしていただければと思う。

### 超高齢者のホームホスピスケア

コトばあさん、103歳。1900年、明治33年生まれ、ということはなんと19世紀最期の年の生まれ。20世紀をまるごと生き抜き、21世紀の今、

有終の美を飾ろうとしている。5年前に大腿骨頸部骨折、寝たきり状態で入院、次第に経口摂取困難となり、誤嚥性肺炎を繰り返すためIVHポート設置、高カロリー輸液、あるいは経鼻経管栄養を受けていた。痴呆が進行、経鼻チューブを自己抜去するため入院中は抑制されることもあったようで、見かねた娘さん（といってもかなり高齢、御自身も要介護認定を受けられそう）が在宅療養を決意、2週間前に退院、当クリニックで在宅ケアの支援を開始した。下肢拘縮のため寝たきり。「どうでっか?」「へえ、おかげさんで。」程度の会話のみ可能。経口摂取は困難で、がんばってゼリー等1日100-200cc程度、2年前に設置のIVHポートはつまって使用不可能。娘さんは「手をしばってまで鼻から管を入れてほしくない（胃ろうは以前入院中に勧められたが断った）が食べられないのに、何もしないで見ているのは、ちょっと可哀想・・・。」とのこと。

コトばあさんの治療方針には、4つの選択肢があった。

- なんとか経口摂取のみでがんばる
- 末梢からの点滴のみおこなう  
(皮下点滴という方法もある)
- 経鼻経管栄養をする

いったん入院してIVHポートや胃ろうを作って、再度在宅ケアへ戻す

いわゆる在宅医療の現場での臨床倫理の問題ともいえるだろう。もちろん正解はない。もしあるとすれば本人の希望が、正解といえるだろう。しかしこういったケースで、終末期となってからは本人の希望を知るのは難しい。かつて入院した知人を見舞った時に、「私はああいった意識がない状態での点滴はいやだ、して欲しくない。」と本人が言っていた。だから、といったように本人の希望を家族が推測し、さらに医療者が寄り添う形で決定が行われていくのが望ましいだろう。

家族ともいろいろ話しするなかで、基本的にはの方針で望み、なんとなくをあきらめきれない家族や若い当院の担当ナースの気持ちに、一歩下がって寄り添いながら決して方針を押し付けず、一緒に揺れていた。家族の希望で2-3度点滴を試みたが、血管確保が困難で継続できなかった。やがてほとんど嚥下できなくなり、意識はほとんどなくなってはいたが、お風呂が好きだったコトばあさんは、親戚みんなの見舞いを受け、ゆったりと訪問入浴でくつろいだ翌日、ナースが定時の



訪問看護に訪れた、ちょうどその時を待っていたかのように下顎呼吸となり、ずっと息を引き取られた。訪問看護を始めて半年のナースは、家族に囲まれて、自宅で自然に息を引き取られるその瞬間を初めて見た、と涙をためて感動していた。死亡診断書を書きながら思った。死因に『老衰』と書いてはみたもの、どうも失礼な言葉のように感じた。大往生、天寿全う、卒生、枯死、老成、老熟……。なんかいい表現はないものだろうか？

### 介護保険は、支援費制度は、 ホームホスピスケアを支援できるか？

介護保険が開始されて5年以上が経過した。増え続ける保険料、相変わらず不足するサービス、そしてやっと問われ出した利用者の視点でのサービスの質の評価と自由選択、さらにささやかれる支援費との統合など、山積される問題とは裏腹に、現場では介護保険制度そのものはあまりトラブルなく運営されているかのように見える。

しかし、介護保険法第2条にうたわれているように「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮しなければならない。」ということになっているのだろうか？実際は介護保険開始後、居宅を離れ施設入所する要介護高齢者が増加している。

平成15年11月の実績では介護保険利用者総数約300万人の25%の施設サービス利用者が介護給付総額の53%を使用しているという。

癌末期の在宅での緩和ケアによる在宅死以外の、老衰などによる在宅死が介護保険開始後、あまり増えていない傾向がある。(図2)は当クリニックでの年度別の看取りの推移である。癌による在宅死の増加に比べて、癌以外の良性疾患、いわゆる老衰による在宅死が、介護保険制度開始後、予想外に増えていない傾向が見て取れる。

この傾向は当クリニックだけでなく、2002年に在宅ケアを行っている全国200余りのクリニックに対して行ったアンケート調査でも同様の結果が明らかとなった。

施設シフト、それが必ずしも本人の自己決定によるものでなく、介護保険が在宅で本人及び家族双方のQOLを確保し、自立を支援することができない、という制度自体の欠点によるものとするれば介護保険は本来の目的とは違った方向へ進んでいることになる。さらに癌末期のホームホスピスケアでは、65歳という1号保険者の壁が立ちほかかる。65歳以下の癌患者さんは介護保険が受けられないという問題だ。あるいは、癌によって身体障害者となっても(たとえば脊椎転移による下肢麻痺)原則として身体障害者手帳の獲得まで支援費は適応とならず、時間的余裕のない癌末期患者さんは最大の援助を必要とする時期に、何の社会的支援も受けられないというケースも多い。癌末期患者さんのホームケアの現場での介護保険、支援費のスムーズな適応が必須だ。(山口市では全国に先駆けて癌末期患者さんへの介護保険の適応を認めたという。拍手を送りたい。)

### 医療はホームホスピスケアを支えられるか？

住み慣れた家で死ぬ、というあたりまえのことをあたりまえに支援するアットホームホスピスケアに医療がどのように関わるのか、ということも大きな問題だ。本来、死ぬのに医療はいらない。しかし死亡診断書、あるいは死体検案書がなければ、医師の診断がなければあの世に逝けないことになっている。生、老、病、死のすべてを取り仕切ってしまった医療、病室という密室の中にすべてを閉じ込めて来た医療の束縛から逃れるのに、住み慣れた家はとってもいい場所だ。病院から離れて自由になり始めた生、老、病、死を医療が再び囲いこまないよう、一歩、二歩下がって支える、そんなホームホスピスケアができればいい。

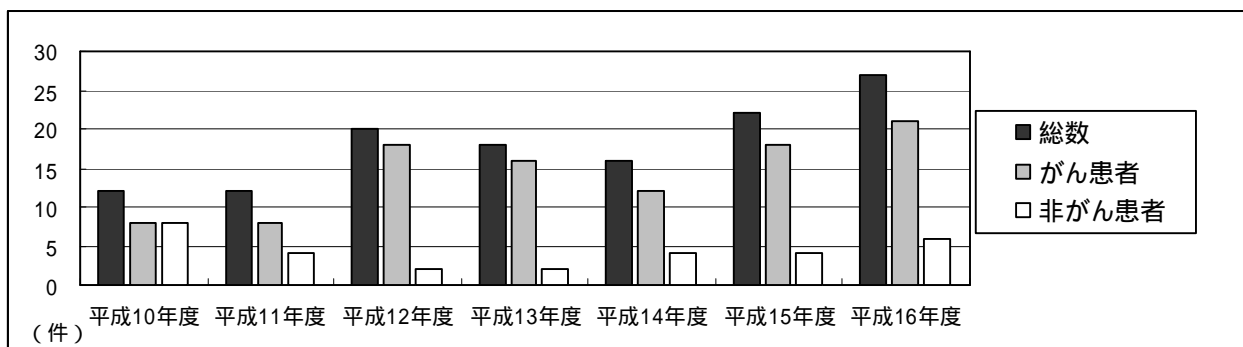


図2 当クリニックにおける在宅死の件数

## 2. ホームホスピスケアのスタート

### ホームホスピスケアをはばむもの

『仕事を終えた時は家へ帰る。それと同じように人生という仕事が終わる時は家に帰る。』

本来自分の住む家に帰るのはあたりまえのことだ。それなのに家へ帰るといことがむずかしくなってしまったのは何故なんだろう。死を非日常化し、病室へ閉じ込めた医療。死を敗北と考えた医療は、1分、1秒でも、と言う大義名分をかかげて(本当のところ、誰も望んでいなかったかもしれないのに・・・)延命治療に全力をかたむけ、痛みや症状のコントロールなど顧みることなどなかった。

一方、世間の人々も「死」を病院に、医療にゆだねてしまうことでその現実から逃れようとしていたかのようだ。そして死そのものの恐怖より死にいたる過程での痛みや苦しみがいっそう死を恐ろしいものとしてしまった。病院で、医師や看護師に診てもらっていても、あの壮絶な末期癌の痛みとの闘い・・・。ましてや家に帰るなんてとんでもない。しかし、病院では延命治療だけで、痛みに対する緩和ケアはなされていなかったのだ。

考えてみよう、太古の昔から癌で死ぬ人はいたはずだ。その数は少なかったとしても。しかし壮絶な痛みと闘って・・・といった記述、小説などがあまり残されていないのは、昭和後期に至って医学の進歩が延命を可能にするまで、癌末期患者は不必要な延命治療をほどこされることなく、自然に脱水死、餓死していたからではないだろうか。たぶん脱水、飢餓は自然の鎮静(セデーション)だ。

今、やっと緩和ケアの概念が広がりつつあり、癌末期の痛みや苦しみがコントロール可能となっている。痛みや症状のコントロールが可能であれば、住み慣れた自宅は最期までゆったり人生を過ごす最良の場であるはずだ。

家に居るのが当然という立脚点での発想、当たり前前に家にいるために、という視点で問題点を見ていきたい。

### ホームホスピスケアのスタートの実際

病院在宅医療部等からの紹介

以前から当クリニックへ通院中で検査、治療のため入院していたが、再発、転移などでホームホスピスケアに移行する場合

紹介やインターネットなどで本人、家族から当クリニックへ直接依頼がある場合  
当クリニックでのホスピスケアの場合、上記のような経緯でのスタートが多い。

の病院の在宅医療部や地域医療室からの紹介でホームホスピスケアをスタートするケースが一番多いが、最近は、の患者や家族自身が直接アプローチしてくるインターネット、ホームページ経由のアクセスは年々増える傾向にある。

本来は医療サイドがこういった地域の医療社会資源の情報提供をきちんとおこなって、入院、施設、ホスピスカ、在宅ケアか、という選択を支援すべきだろう。医療サイドがそういった情報提供に手間取っている間に、インターネットの発達はそのを超えた情報流通を可能とし、患者自身の自己選択、自己決定を予想以上に押し進めている。今後もこういった自己選択によるホスピスケアへの導入は増えるだろう。

家庭医としてはの以前から通院していた、というケースが本人を含めて家族ぐるみの関係が構築されていて、とてもスムーズに在宅ケアに導入できることはいうまでもない。

### ホームホスピスケアの条件

住み慣れた家に帰るのに条件なんかいない、と筆者は思う。「家に帰りたい。」なんてわざわざ言う必要があるのは、迷子の子供か、癌患者さんぐらいだろう。

そうはいつでもできれば、

患者本人が在宅を希望する

家族が納得し支援する

医療、看護、介護のサポートがある

痛みのコントロールが可能

ある程度の居住環境と経済状態

緊急時の受け入れ病院が確保できる

同居していない親戚などに強い反対がない

といった条件がクリアできれば望ましい。

もちろんすべてをクリアしなければホームホスピスケアを開始できない、といったものではなくとりあえず始めてみて、こういったことを考えていけばいい、という程度のものだ。この条件をあまりに厳密に考えてしまうために帰宅できない、ということも多い。とりあえず帰って見て、ダメならまた入院すればいい、といった気軽な気持ちでスタートした方がうまくいくことが多い。



## 1. 患者本人が在宅を希望する

本人が在宅ケアを希望しない一番の理由は、家族に迷惑をかけたくないからであって、もしその条件がクリアできるなら、自宅で過ごしたいと望むのが通常であろう。(中には最期は病院、施設ホスピスへの入院を自己選択として決めている方もある。)あるいは家族関係が破綻しており、とても在宅ケアどころではない、という家庭環境の方もあるかもしれない。そんな状況でも最期ぐらいいは円満に、というのはこちらの勝手な思いで、決して押し付けてはならない。

また本人が予後について本当のことを知らされておらず、「治療を続けたい。もっと良くなってから帰る。」という希望のため在宅への移行が困難になるケースも多い。正確な病状、予後の告知を在宅ケアの必須条件とするホスピス医もいるが実際にはむずかしく、一度帰宅して体調を整えて、などというあいまいな形でスタートせざるをえないことも多い。在宅ケアの導入時に必ずしも病名や予後を正確に知らせる必要はなく、家族が告知を望まないなら、無理矢理に押し勧めることもないだろう。状態があまり良くないことは本人が気づいていることが多い。在宅ケアがスタートし、患者、家族が一息ついた後で少しずつ一緒に考えていけばいい。

## 2. 家族が納得し支援する

家族がためらうのはほとんどが在宅ケアについての情報不足が原因で、適切な支援が受けられ在宅でのケアがそれほど困難ではない、さらに癌末期の場合は期間限定で頑張れることを理解してもらえれば、よほど家族関係が悪い場合を除いて在宅ケアのスタートは可能である。憎たらしい姑でも、癌の末期であと数ヶ月と聞くと、かわいそうになって面倒を、と思うのが人情だ。しかし、主たる介護者となり得るのはやはり奥さん、娘さんといった女性が多く、夫や息子は少なくなってしまうのが現状だ。

## 3. 医療、介護のサポートがある

在宅ケアを行う医療機関は増えており、24時間対応の訪問看護ステーションや麻薬を処方する調剤薬局、ヘルパーステーションなど福祉のサポートも充足しつつある。しかし65歳以下では介護保険の対象にならず、身体障害者手帳による支援費制度も利用できない若年癌患者への社会資

源のサポートは少ない。今後の問題点だ。

病状が短期間で激しく変化する癌末期患者に対しては迅速で適切なケアマネジメントが必要とされる。介護保険が使えたとして短期間で臨機応変に適切なケアを提供できるケアマネジャーの資質が必要とされる。

『ターミナルケアマネジメント』という新しい概念での対応が必要だ。

## 4. 痛みのコントロールが可能

残念ながら癌末期のペインコントロールが病院で十分に行われているとは言いがたく、ペインコントロールが不十分なため帰宅できないケースも多い。日本でも使用可能な麻薬の剤形も徐放剤、座薬、貼り薬、水薬とそろって、在宅でも十分な疼痛管理が可能となった。筆者の経験でも疼痛コントロールができないために在宅から入院となったケースはほとんどない。痛みのコントロールは適切な緩和ケアをおこなえば在宅でもほぼ可能とっていいだろうが、担当する医師の力量が大きい。

## 5. ある程度の居住環境と経済状態

もともと本人が居たところに帰れないはずはないのだが、長期入院している間に当人の居場所がなくなってしまう、居住環境というより家族関係の問題であろうか。経済的問題は正確な情報がないため、在宅ケアでは負担が大きい、とあやまって認識されていることもある。ほとんどのケースで入院費用より安い。ただ、ほとんどの民間の癌保険が入院でないと給付されない、といった問題はあ

## 6. 緊急時の受け入れ病院が確保できる

緊急時には退院してきた病院への再入院が可能であれば望ましいが、病院機能によっては困難なことがある。バックアップの病院として他の緩和ケア病棟やホスピス病棟との連携が必要となる。なにかあれば入院できる、という安心感があれば、実際に入院が必要となるケースは少ない。在宅主治医の休暇や出張などの不在時の緊急避難先、といった意味合いが強い。

## 7. 同居していない親戚などに強い反対がない

積極的な延命治療はしない、と同居の家族と了解を得てホスピスケアを行っていたところ、親戚



から「あんなに弱っているのに何故入院させない。」と怒鳴り込まれた経験がある。家族会議に参加するなどして場合によっては親戚一同の了解を得ておく必要がある。

### ホームホスピスケアを始めるために

とりあえず帰ってみる、というところから始めてみるといい。

「家に帰れてよかった・・・。」という患者さんの笑顔とそれを見て安堵する家族の微笑みは、すべての条件を凌駕する。そして困ったらまた入院し、体勢を立て直してまた帰る、そんなあたりまえのことに臨機応変によりそう医療サイドの柔軟性が欲しい。残された短い時間を有効に過ごせるように、我々医療サイドはできるだけ努力をするべきだろう。

## コラム 800字の処方箋 ～ 本当の情報に基づいた自己決定を ～

神戸新聞 平成16年5月3日掲載  
さくらクリニック 院長 桜井 隆

「退院しますか？なんて、どうして先生は私に聞くのかしら。そんなこと私、わからないわ。先生が決めることでしょ、退院の日は。今まではそうだったし。」

胆嚢癌末期のSさんはこうつぶやいて退院の日を決められませんでした。

「良くなってから退院するからあわてなくていい、と言うので。」できれば自宅へ連れて帰りたいという御家族は悩んでおられました。

「家族だけが呼ばれて『末期癌です、余命は数カ月、御本人に伝えますか？』と聞かれたので、『伝えなくていいです、とிட்டんです。』だって、先生がまず家族だけ呼ぶってことは本人に内緒にした方がいいってことですよ。」

本当の病状と御本人の認識は今となっては天と地ほど離れてしまいました。「今さら『癌末期あと数週間だから早く家へ帰ろう。』なんてとても言えない・・・。」と娘さんは涙ぐんでおっしゃいました。

“告知”という特殊な言葉で呼ばれる癌であること。また再発、転移があることの伝え方に関して、我々医者も受け取る患者さんや家族もあまり上手とはいえません。どうも伝える、伝えないと白黒ははっきりさせすぎてしまうようです。

「いきなりすべてをお話するのは無理、としても本当のことで御本人の認識の差を少しでも縮めることから始めてみては？すぐには良くなる状態だ・・・というように。」とお勧めしました。結局、「やっぱりちょっと帰ってみようかな。」とおっしゃったお母さまを御家族ががんばって連れて帰られ、少し薄れていく意識の中で「ああ、やっぱり家がいいね。」とおっしゃった翌日、御自宅で息をひきとられました。

悪い知らせを伝えるもの本当につらいことですが、知らせないで隠しているのも大変なことです。病気に関しては本人に伝えないで隠しておこうという風潮が今だに根強いようです。その一方で情報開示、自己決定、なんていうことが声高に叫ばれ、むぞうさに情報が垂れ流されています。

そして自分で決めて、都合の悪い事態を招いてしまうと自己責任だ、なんて批判されてしまいます。我々の社会全体がそういった情報に基づいた自己決定、そして自己責任、といったことに未熟であるような気がします。日常の中で小さな自己決定の練習を積み重ねて大きな自己決定につなげる、そんなことから始めるしかないようです。



### 3. 在宅での症状コントロール(その1)

#### ホームホスピスケアでの痛みのコントロール

癌が他の疾患と違って一番に恐れられるのは“堪え難い痛みと闘った末、壮絶な最期!”といった間違っただイメージがいまだにつきまといっているからであろう。WHO方式がん除痛法が最初に発表されたのは1982年、それから20年以上経ってはいるが、残念ながら日本では癌性疼痛に対するペインコントロールが十分ではない。オピオイドと呼ばれる麻薬系薬剤の使用量も単位人口あたりいまだに欧米の5~7分の1程度にしか過ぎない。日本人が7倍がまん強い?のではなく、7倍がまんさせられているに違いない。

さらに在宅ケアの現場で十分な緩和ケアが行われているとは言い難い。しかし89年の硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)、91年の塩酸モルヒネ座薬(アンペック)の発売に始まって、2002年のフェンタニルパッチ、2003年のオキシコドンと欧米にはるかに遅れてはいるが在宅で使用しやすいオピオイドも増え、名実ともにオピオイドローテーション(状況に応じてオピオイドを順次変更する方法)もやっと可能となった。病院から住み慣れた家へ帰るだけでも痛みが柔らくことも少なくない。どのような癌の末期であっても適切な緩和ケアを受ければ在宅でも十分な症状コントロールが可能で、住み慣れた家で最期まで過ごすことが可能である。

#### 全人的痛み(Total Pain)とは?

癌患者の痛みについて語るときよく引用されるのが、以下のような痛みの分類である。

身体的な痛み(physical pain)

精神的な痛み(mental pain)

社会的な痛み(social pain)

霊的な痛み(spiritual pain)

もちろんこういった痛みは癌だけに限ったことではない。医療スタッフは病気や障害をかかえた患者の痛みや訴えにこのような複雑な背景がある、ということ常々認識しておくことは必要だろう。

しかしすべての痛み“全人的痛み”に対して医療スタッフの対応が可能だろうか?あるいは患者、家族はそれを求めているのだろうか?もし求められたとして我々は対応可能なのだろうか?それぞれの対応を専門家に任せるといふ手法も

状況によっては必要だろうが、は医師、看護師、薬剤師が対応、は精神科医や臨床心理士、はソーシャルワーカーや弁護士、は宗教家と、それぞれの専門家が介入することが最善の策だろうか?

とにかくの身体的痛みのコントロールが第一であることはいうまでもない。少なくとも我々医療スタッフは痛みを訴える患者を目の前にして、この人の全人的痛みは、など考えている暇があったら、薬剤を用いてきちんとペインコントロールすることが先決だろう。そうすればおのずとの痛みは患者本人が、家族、友人、知人達の支援を得て、解決策を見つけだしていくのが本来の姿だろう。それでも抱えきれない痛みが表出されるなら、それぞれの専門家へのアクセスをアドバイスする姿勢は必要だ。

#### プラセボ(偽薬)

癌性疼痛に限らずすべての治療でプラセボ、偽薬の使用はルール違反である。(患者が承諾した二重盲験の治験のみ例外)絶対にしてはならない。偽薬を処方する医師とそれを調剤する薬剤師、患者に提供する看護師は自分が痛みを持ったときにもプラセボを飲むべきだ。

#### 身体的な痛みをコントロールする

##### 1. 痛みの評価

痛みは本人にしかわからないし、検査器機で測ることもできない。他人の痛みなら3年でもがまんできる。本人の訴える痛みをそのまま無条件に信じることから始めるしかない。「そんなに痛いはずがない、おおげさな、薬をだしているのに」といった医者の過小評価が患者の痛みの表現をますます覆い隠してしまう。「疼痛あるも自制内」といった看護記録も“痛がっているけど我慢させている”ということの裏返しに過ぎない。筆者は日本と欧米とのオピオイド使用量の7倍の差は、文化的な違いもさることながら、患者-医者間の力関係の差でもあるのでは?と思っている。

WHO方式がん疼痛治療法では「痛みの診断のための9原則」が示されている。

痛みの訴えを信じること

痛みについての話し合いから始めること

痛みの強さを把握すること

痛みの経過を詳しく聴くこと



心理状態を把握すること  
理学的な診察をていねいに行うこと  
必要な検査を行い、検査結果を判定すること  
薬以外の治療法についても考えること  
鎮痛効果を監視すること

痛みの評価法としては「痛くない～我慢できないほど痛い」と言葉で表す方法の他、直線上に痛みのレベルに応じてマーキングしてもらい Visual Analog Scale や笑顔～泣き顔の顔のイメージを選択してもらおうフェイススケールなどを用いるが、もちろん問題となるのはその人個人にとっての相対的な痛みの変化であって絶対値は問題ではない。

## 2．痛みの治療目標

以下の3段階に分けて設定し、日常生活を維持できるようにする。

睡眠が痛みで妨げられない  
安静時に痛みがない  
動いても痛みがない

## 3．痛みの治療の実際

WHO の提唱するがん疼痛治療法は3段階であるが、日本の現状では通常の消炎鎮痛剤（NSAIDs）の効果が十分でない場合にオピオイドを加えるという2段階に、鎮痛補助薬を上乗せするというのが現実的だろう。WHO 方式第2段階のコデインが規制外で処方しやすい諸外国と違って日本では麻薬扱いであり、第2段階を区別する意味合いがあまりないことによる。できるだけ経口投与から始めて、経皮、直腸内、注射と選択順序を考える。

## 4．モルヒネの悪いイメージをどう払拭するか

「痛みに対してモルヒネを使いましょう。」というと本人や家族が見せる困惑の表情。もうこれが最期の薬、習慣性があるって、廃人になる・・・という麻薬、モルヒネの持つ悪いイメージを払拭するためには十分な説明が必要である。残念ながら医療サイドにもそのような迷信が残っているのも事実である。その点で、モルヒネと名の付かないオキシコドンやフェンタネストは処方しやすいが麻薬であることには違いなく、きちんとした説明が必須だ。「強い痛み止めです。」と麻薬であることの説明なしに処方することは絶対に慎まなければならない。以前、病院から説明を受

けずに処方されたモルヒネを家族が痛み止めとして流用して飲んでいたケースを経験した。

必ず麻薬であることを説明し、癌性疼痛に対してきちんと使えば効果が副作用をはるかに上回るよい薬であること、痛みが我慢せず軽減させた方がよく眠れ、体力も回復することをきちんと本人、家族に説明する必要がある。さまざまなパンフレットやインターネットの情報も参考になる。

モルヒネなど麻薬の処方には麻薬処方医の資格が必要であるが年1度地域の保健所に届けるだけでOKである。筆者は麻薬のみ院外処方している。調剤薬局で麻薬を扱うところも増えてきており、地域の薬剤師会に問い合わせれば取り扱い薬局を教えてくれる。薬剤師が在宅ケアチームの一員として、患者宅を訪問して訪問薬剤指導で麻薬の管理をしてくれるところもある。

## オピオイド使用の実際

### ～レスキューは必須～

癌による痛みがあり NSAIDs で鎮痛が困難な場合は、できるだけ早期にオピオイドの使用を開始するべきだ。抗癌剤治療中や術前、術後であっても漫然と NSAIDs を使用せず、早期にオピオイドの使用を考えるべきだ。モルヒネなどオピオイドの使用時には、持続的につかう MS コンチン、オキシコンチン（コンチンは continue、持続の意味）と同時に、必ず痛みが強くなった時（突出痛）に屯用として使うレスキュー（rescue）の準備が必要で、オプソ内服液、アンペック座薬といった速効性のモルヒネを使う。オピオイドの使用開始時からこのレスキューと副作用対策を説明し、疼痛のセルフコントロールがきちんとできるようにしておかないと、モルヒネが効かない、と否定的になって使いにくくなってしまう。





痛みが襲ってきそうだったら躊躇せずにレスキューを使うこと、追加してもいいことをきちんと伝えておく。モルヒネには有効限界はなく（いくらでも増量可能）標準使用量は存在せずその人の痛みが消える量が適切な使用量である。薬をできるだけ飲みたくない、とがまんしていると痛み

が強くなって、強い痛みを抑えるために結局多くの薬が必要となってしまう、たくさん薬を飲みたくなければ早く飲む、ということが必須だ。レスキューを使用したときの痛みの状態と時間をノートなどに記録しておいてもらおうとベースの持続性麻薬の増量や変更を考える指標になる。

表2 よく使われるオピオイド

商品名	一般名	作用
MS コンチン	硫酸モルヒネ徐放剤	腸溶剤で 12 時間毎、1 日 2 回で安定した血中濃度が保たれ、鎮痛効果が維持できる。モルヒネの吸収が開始されるまで約 1 時間、最高血中濃度に達するまで約 3 時間。割ったり噛み砕くと薬が急激に吸収されるので危険。
カディアンカプセル、スティック	硫酸モルヒネ徐放剤	1 日 1 回で 24 時間鎮痛効果が持続する。経管投与が可能。
アンベック坐剤	塩酸モルヒネ坐薬	吸収が早く、約 30 分で効果が発現する。疼痛時のレスキューとして使用することが多いが、8 時間毎の定期使用で血中濃度を維持することも可能である。
オプソ内服液	塩酸モルヒネ	水溶液で使用量の調節が可能、吸収が早く（10 - 15 分）レスキューとして用いる。
オキシコンチン	オキシコドン	モルヒネとほぼ同じ性質のオピオイドであるが、腎機能低下に影響を受けにくい点、5mg の低用量があり早期から第一選択オピオイドとして使用しやすい利点がある。欧米ではモルヒネ徐放剤より多く処方されている。日本では速放剤が使用できないためレスキューはモルヒネを使用せざるを得ない。オキシコンチン速放剤の早期の認可が待たれる。
デュロテップパッチ	フェンタニール	経皮吸収型の貼付剤で、効果発現まで 12 - 24 時間かかるが、72 時間鎮痛効果が維持でき、3 日に 1 回の貼りかえで効果が持続する。吐き気、便秘、傾眠などの副作用が少なく使用しやすい。経口摂取が困難でも使用可能。日本ではモルヒネからの切り替え（ローテーション）としてのみ保険適応となっているが、海外では開始薬としても使用されている。



## コラム 800字の処方箋 ～ モルヒネは危険な麻薬？ ～

神戸新聞 平成 16年 3月 14日掲載 より引用  
さくらクリニック 院長 桜井 隆

癌などの痛みの治療に使われるモルヒネが日本ではいまだに欧米の 1/7 程度しか使われていない、ということをご存じでしたか？ 不思議なことにこのモルヒネの使用量が日本国内でもかなり地域差があるのです。県別の人口当りのモルヒネ使用量を見ると、概して東高、西低です。特に関西地方が低いのが目立ちます。関西人はがまん強い(?)とは、とても思えませんなぜなのでしょう？

日本で癌性疼痛に対してのモルヒネの使用量が先進国中最低なのは、医者にも、一般人にもまだまだモルヒネに対する誤解、危険な麻薬で習慣性があるって使うと命を縮める、という誤った認識があるせいだとされています。癌の疼痛コントロールに関しては WHO (世界保健機構) のガイドラインがありそれに添って、時刻を決めて、効力の順に痛みに応じて段階的に、患者ごとの個別の量を適切に使用すれば安全に癌末期の痛みを緩和することができます。

モルヒネを使う時、私は患者さんに次のように説明します。「小学校の時の理科の実験で、リトマス試験紙というのがありましたよね、酸性なら赤、アルカリ性なら青。たとえば酸性を癌の痛みとすれば、モルヒネはそれを中和するアルカリ。ちょうど中和されて透明な状態が痛みもない安定した状態です。痛み、酸性が強ければアルカリのモルヒネを増やして中和する。そういった状態と考えてください。」

もちろん吐き気や便秘、眠気といったモルヒネの副作用への対策も忘れてはなりません。これをきちんとしないと副作用のためにモルヒネが使えなくなってしまいます。さらにモルヒネが効きにくい痛みもあります。神経に癌が直接浸潤しておこる痛みなどです。これにはさまざまな鎮痛補助薬が使われます。適切な緩和ケアが行われれば、癌末期の痛みはほとんどコントロールできるといいでしょう。

最近は座薬や貼り薬、飲みやすい液体の薬もあって在宅でも癌末期の痛みのコントロールは十分可能です。もちろん患者さんの痛みにはこういった薬では対応できない、心の痛みというものがあることを忘れてはなりません。御本人や御家族などまわりの方がよけいなことを気にしないで、こういった心の痛みにしっかり向き合えるような環境をつくるのが我々医療者の役割だと思っています。



## 4 . 在宅での症状コントロール(その2)

### ホームホスピスケアでのQOL向上のために

適切なペインコントロールを受ければ、ほとんどの癌性疼痛が在宅でも十分に緩和可能であるが、薬剤では緩和しにくい全身倦怠感、呼吸困難、せん妄などの症状が患者、家族を苦しめることがある。さらにホームホスピスケアの継続を困難にするのは、患者、家族の極度の不安や焦燥感、そして肉体的、精神的疲労である。病院と違って自由であるというメリットとは裏腹に、患者自身がパニックに陥った時、家族がそれを抑えられず同調して不安をつのらせ舞い上がってしまうと対応が困難になる。また、比較的期間限定でがんばれるとはいうものの、介護する家族の疲労で在宅ケアの継続が困難となってしまうケースもある。ホームホスピスケアの継続にはどのような配慮が必要だろうか？

### オピオイドの副作用対策

モルヒネの副作用、便秘、吐き気、眠気についてきちんと説明し理解してもらい、モルヒネの使用開始時から緩下剤、制吐剤などを用いて適切な対処をしなければ、患者は作用を恐れて使用拒否につながる。

#### 1) 便秘

モルヒネは腸液分泌と蠕動運動を抑制し、肛門括約筋の緊張を高めるため便秘は必発の副作用である。浸透圧緩下剤(酸化マグネシウム、ラクツロース)や大腸刺激緩下剤(アローゼン、プルゼニド、レシカルボン座薬)さらに浣腸などを当初から適切に用いて排便コントロールをおこなう。便秘はモルヒネを使うかぎり続くので、便秘対策は継続的に必要である。

#### 2) 吐き気

初期にきちんと対応しなければ、食欲、経口摂取量の低下に直結し、患者、家族、共にモルヒネに対する拒否反応を持ってしまう。吐き気は2週間ぐらいで耐性が生じて軽減してくるので、それまでの間吐き気止め(ノバミン、セレネース、プリンペラン、ナウゼリン、トラベルミン等)を用いてコントロールする。便秘が吐き気の原因となる場合もあるので同時に対応する。

#### 3) 眠気

全身状態のあまり良くない方や、高齢者に出現率が高い。少量のオキシコンチンやデュロテップパッチでスタートした方が眠気は出現しにくい。3~5日で軽減することが多いので、あらかじめ伝えておくことで対応可能なことも多い。痛みがとれた結果として睡眠が可能になった、という好ましい状況もありえる。コーヒー、緑茶などが有効な場合もある。

眠気が長引く場合は精神刺激剤、リタリンを使用するが、末期の症状の進行による傾眠傾向の場合もあるので、無理に取り除く必要がないことも多い。

#### 4) せん妄

残り時間が週単位、という末期では程度の差はあれ、せん妄、錯乱といった精神症状があらわれることも多い。昼夜逆転、時間や場所、知人や家族が認識できないといった記憶障害や見当識障害などあらゆる精神症状がみられる。

幻聴、幻視や何度もトイレに行こうとするとか興奮して意味もなく動き回ろうとしたり、一時も目を離せない状態となってしまう家族、介護者を悩ませることもある。まずは家族に前もって“せん妄”という状態が起こり得ることを説明しておくことが大切である。それだけで、家族が落ち着いて対応でき、あわてて救急車を呼んで入院、といったことにならないですむ。

疾患自体の進行からくる電解質異常、高カルシウム血症、肝性脳症などが誘因となることもあるが、多いのはモルヒネの副作用である。モルヒネの減量やオピオイドローテーションが可能であればいいが、なかなか困難である。筆者の経験では比較的若年で“生きたい”という思いの強い方に激しい、せん妄がみられることが多いように思う。“生と死が軋む”とでもいうのだろうか。

抑えるにはセレネースなど向精神薬を使うか、鎮静、セデーションを考えるしかないが、コントロールは難しいことも多い。

「生きたい、という主人の気持ちがそうさせるんだと思います。これ以上、鎮静しなくてもいいです、私ができる限り付き添っていますから。」



朦朧とした意識の中で、夜間も必死で起き上がり、動き回ろうとする御主人に寄り添っておられた奥さんの言葉が印象的だった。

隣の病室を気にしなくていいホームホスピスケアではこういった対応も選択肢に入れてもいいかもしれない。

## オピオイドの苦手な痛み、は鎮痛補助薬の出番

### 1) 神経因性疼痛

癌が直接神経に浸潤、障害することによっておこる神経障害性の痛みにはオピオイドが効きにくい。

このような痛みには鎮痛補助剤として、

ステロイド剤：プレドニン、リンデロン、デカドロン

抗うつ剤：トリプタノール、トフラニール

抗けいれん剤：テグレトール、デパケン・リボトリール

抗不整脈剤：メキシチール、キシロカイン

などを用いる。

骨転移による痛みに対しては アレディア、テイロック（ビスフォスフォネート）の点滴が有効なことがある。（保険適応は高カルシウム血症）

### 2) 全身倦怠感

だるい、しんどい、といった倦怠感は痛みがコントロールされた後も残ることが多い。対応はなかなか困難だが、ステロイドホルモン（リンデロン2~4mg、プレドニン5~10mg）がある程度有効なこともある。

不眠のコントロールも大切。基本的な日常生活動作の援助（在宅酸素の導入、車椅子、ベッドやポータブルトイレ、訪問入浴など）を必要とする場合もあるだろう。「苦しいぐらいしんどい。カニになった私から身だけ抜き取られたよう・・・。」などという訴えは、“痛みはきちんとコントロールしているはず”という医療者に対して、身体的な痛み以外のトータルペインを表出する術、としての患者の思いが込められているのかもしれない。

## 生活支援の実際

### 1) 食事ケア

食欲、そして食事の量はすべての人にとって一番わかりやすい健康のバロメーターだ。体重、体温、血圧、脈拍、酸素飽和度といったバイタルサインは測定しなければ異常がわからないが、食事は料理を作って後かたづけをする家族が一目

瞭然と知り得る指標だ。外出など社会参加の機会が限られる末期癌患者にとっては食べる、ということ自体が日常生活の中でQOLの大きな部分を占めている。

しかし一方で全身状態の悪化に伴って必然的に経口摂取量が減ってくるのも仕方ないこと。末期では食べたいのに食べられない、のではなく身体がエネルギーを受け入れられないために、食事が減ってくる。家族にしてみれば少しでも食べて元気になって欲しい、と願うのは当然だが、過剰な期待は返って患者自身にとっての負担となる。

「先生、お願いだから家族にこれ以上、食べる、といわないように伝えて欲しい。」と患者に懇願された経験がある。もちろん家族にしてみれば食べて欲しい、生きて欲しいという精一杯の心の表現ではあるのだが・・・。

「日常生活で元気に活動している我々が“10”食べる、とすれば身体全体の機能が弱ってこられて、ほとんどベッドで休んでおられる患者さんは“2か3”食べれば十分なのですよ。」といった説明が必要な場合もある。もちろん食べやすいもの、好きなものをなんとか食べてもらう工夫は必要である。末期で嚥下困難となると、ゼリーやとろみ食などで対応するが、無理に食べさせると誤嚥性肺炎をおこしてかえって患者を苦しめることになってしまう。

経口摂取が減って来た時点での点滴や経管栄養については本人や家族の意向を配慮し、十分に相談が必要だが、末期癌患者への過剰な延命処置は、浮腫や喀痰の増加などあまり好ましい結果を招かないことが多いことも説明する。「食べられなくなって、このまま何もしないでいいのだろうか・・・。自宅でもせめて点滴ぐらいは・・・。」という家族の気落ちに寄り添って、一緒に揺れ動く中で、点滴という延命処置の是非について本音で話しあえるといい。

### 2) 排泄ケア

排便、排尿といった排泄行為に際して他人の介助を必要とする状態は、著しく本人の尊厳を損なう。ケアする方にそういった本人を気づかう気持ちが必要だ。

癌末期患者は比較的最後までADLが保たれていることが多く、トイレへの移動等が全く不可能となってしまういわゆる寝たきりの期間は約1週間



前後と短期間である。寝た状態でのおむつへの排泄も人によっては困難なことが多い。できれば避けたいが、バルーンカテーテルの留置が、本人や家族の負担を軽減することもある。

### 3) 身体清潔保持

入浴は風呂好きな人にとっては、末期の状態でもとてもQOLを高められるイベントである。家族にとっても、湯舟で患者が見せるくつろいだ表情は介護疲れを忘れさせてくれる。

しかし当然リスクはつきものである。リスク管理ばかり強調して、バイタルサインのみで入浴を規制するのは末期癌患者にとってはふさわしくない。シャワーチェアなどを用いた通常の介助入浴が困難となれば、訪問入浴を導入する。もちろん訪問入浴でも危険はあるが、「万一入浴中に・・・。」といった自体も起こり得ることを、家族や訪問入浴スタッフと共有できれば素晴らしい。

### 4) 口腔ケア

末期癌患者では経口摂取の低下、唾液分泌低下などのために口腔内に清潔が保ちにくくなる。口内炎、舌炎、義歯のトラブルはさらに食欲を低下させてしまう。うがいやブラッシング、といった口腔ケアをこまめに行う必要がある。場合によっては歯科医師、歯科衛生士の訪問診療などを依頼する。

### 5) 褥創ケア

末期癌患者の褥創は治癒がむずかしく、痛みのために患者を苦しめることも多い。皮膚の清潔を保ち予防に努めるとともに、さまざまな除圧マットを用いる。ただし、エアマットなどは浮遊感のためベッド上での移動が困難となり、患者があまり好まないことも多いので、完治が望めない癌末期の褥創では、臨機応変な対応が求められる。褥創の処置は患者に疼痛などの負担が少なく、家族でも比較的容易にケアが可能な、洗浄した後、サララップなどを貼る“ラップ療法”が適している。

### 悪化する症状の説明

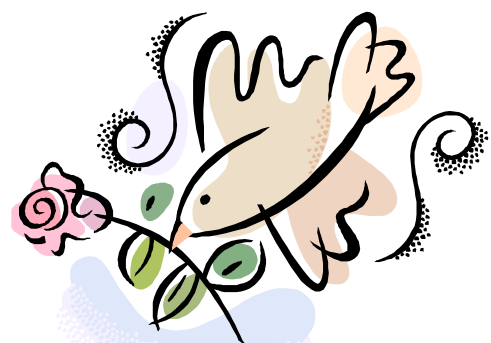
援助者として、末期癌患者のケアにたずさわっていて、一番のストレスが、癌末期であることや余命について尋ねられたらどうしよう、という

不安かもしれない。これは基本的には、患者本人にのみ真実が伝えられておらず、家族やケアするスタッフは事実を知っている、という情報の不均衡からおこってくること、といえるだろう。実際には援助者として介入しているスタッフに対して本人が「私はもうすぐ死ぬのですか?」といった直接的な問いかけるケースはほとんどない。しかし、本人が本当のこと、残された時間が少ない、ということ伝えられていない、という事実を知っているスタッフが、そのような状況を仮定して、いたずらに過敏になっていることはよくある。

万一そういった「もう死にたい。」といった問いかけに遭遇した場合は「そうですね、とてもつらい思いをなさっているんですね。」という共感を示すのが適切で「なにを言ってるんですか。そんな弱気ではだめですよ、がんばりなさい。」という一方的な励ましは逆効果、と教科書的には言われている。が、はたして、すべてのケースで本当にそうだろうか。

「私、美人じゃないし、頭も悪いから。」という彼女に「なるほど、そう思うのですか。」と共感する彼はいないだろう。問題は一方的な押し付けによる対話の断絶である。相手が求めるコミュニケーションを継続することができるのなら、どのような対応でも、たとえ励ましや、叱咤激励であってもOKだろう。

そんな時こそ、援助者としてではなくひとりの人間として死に逝く人にどう真摯に対峙できるか、といった人間性が問われるに違いない。もしその時、たとえあなたが何も言えなくてフリーズしてしまったとしても、そんな未熟な援助者のあなたに、あなたがケアを提供している、とされているまさにその人や家族が、やさしい言葉をかけてくれるに違いない。ホームホスピスの現場はそういったコミュニケーションのワンダーランドなのだ。





## コラム 800字の処方箋 ～ 藁はつかんでも ～

神戸新聞 平成16年8月23日より引用  
さくらいクリニック 院長 桜井 隆

「藁（わら）はつかんでも溺れますよ。」

思わず出てしまった言葉はその場を凍らせてしまったかのようでした。

「明日、往診に伺いますので、とにかく痛みのコントロールをした方が・・・。」

話題を変えてごまかすしかありませんでした。

胃癌末期の御主人をなんとか助けたいという気持ちはわかるのですが、あまりにも理不尽な民間療法を信奉し、モルヒネ等による痛みのコントロールさえ忌み嫌う奥さん。

「末期と言われた癌患者の家族にとっては本当に少しでも可能性があるのならどんなことでも試してみたいのです。溺れるものはわらをもつかむ、という心境です。」

瀬戸際に追いつめられた奥さんを崖から突き落とすような私の言葉にもじっと耐えていたのでしょう。 ”これで絶対に助かる、医者薬を飲んだら効果がなくなる ” という我々から見たらとうてい許し難い〇〇療法を選んだ奥さんに迷いはありませんでした。

歯を食いしばって痛みに耐える御主人に、耳もとで奥さんには内緒でこっそり、

「痛み止めを出しましょうか？」とささやいてみましたが、答えはNOでした。

私は何もできず、ただ見守っているだけでした。やがてその御主人にも永遠の安らぎの時が訪れました。

後日、挨拶に来られた奥さんに、あえて尋ねてみました。

「絶対に助かる、という〇〇療法、やっぱりだめでしたね。」

「ダメなのはわかっていたつもりです。でも〇〇療法は最後の半年間私達に希望の光を見せてくれたのです。先生達は助かる可能性は10%、とかあと3ヶ月、とか失望することしか言ってくれなかった。最後まで希望を持って私達は幸せでした。」

本当に「私達は」だったのでしょか？今となっては尋ねてみることもできません。

残された時間が少ない末期癌の方に希望を持っていただくことは、

たとえそれが幻想であっても、すばらしいことなのかもしれません。

我々医者は正直に事実を伝えようとすればするほど希望の光を消し去ってしまうかのようです。

でも偽って回復を約束することはできそうにありません。

「あちこちの病院で見捨てられて来たけれど、先生は最後まで

付き合ってくれてうれしかった。」という奥さんの言葉だけが救いでした。





## 5 . ホームホスピスケアマネージメント (その1)

### ホームホスピスケアを支える社会資源

ホームホスピスケアを支えるための最低条件は、医療チームによる疼痛、症状コントロールであることはいうまでもないが、さらに日常生活を支えるケア、援助が必要とされる。しかし末期癌患者に限らず、進行形で現在闘病中の癌患者、あるいは癌サバイバーと呼ばれる癌闘病からの生還者達に対しても、社会的支援システムは十分とは言えない。

現在のところ 65 歳以下の癌末期患者に対しては介護保険の適応にならず、身障手帳の獲得が必要条件である支援費制度の利用も困難で(地域差もあるが身体障害者手帳の獲得には申請から 1~2 ヶ月を要することが多く、介護保険と違って申請時に遡っての利用も困難、症状変化の激しい癌末期患者では間に合わないことも多い)福祉、介護の社会的支援が得にくい状況である。ようやく平成 18 年度の介護保険制度の見直しで、40~65 歳の末期癌患者が 2 号被保険者として認められ、介護保険が適応となりそうだ。

比較的短期間に状態が急激に変化し、疼痛ケアを含めて医療依存度が高く、死に至る人生最期のステージを駆け抜ける患者と最愛の家族を失う、という人生最大の苦悩に直面しつつ介護を行う家族。こういった究極の状態におかれた人々を援助するためには、ケアの主治医であるケアマネージャーにもかなり高い能力と力量が問われることとなる。身体障害者手帳の取得が前提条件である支援費制度の利用も、市町村の担当者との交渉次第では前倒しで利用可能な場合もある。こういった交渉能力もケアマネージャーに求められる。

### ホスピスケアマネージメント

医療依存度の高い癌末期患者に短期間に適切なサービスを即座に提供し、しかも援助者として、とてもテンションの高い状態におかれた利用者、家族に人間関係のストレスを感じさせないでむしろ癒すことができる存在としてかわかることが、ケアマネージャーを始め、福祉、介護系サービス提供者にも求められる。

ケアのエッセンス、ともいえる洗練、凝縮されたサービスの提供が必要とされる。残り時間が限られている、という究極の状態で生きる利用者、や家族にとって、サポーターは空気や水のように当たり前利用できる存在であって、始めて心地

よい環境が維持される。

「だんだん立ち上がりが困難になって、トイレに行けなくなって来た、助けて欲しいが、誰に何を言えばいいのだろうか。まず医者に？ とりあえず看護師さん？ ヘルパーさんに助けてもらおうか？ こんなことケアマネージャーに相談していいのだろうか？」そう心配すること自体が患者、家族のストレスとなってしまう。

「ヘルパーは痰の吸引はできません。医療行為だから。」「看護師はおむつ交換はしません。それは介護だから。」などと自らの職業倫理を楯に領域争いなどしている場合ではない。利用者にとっては、助けてくれれば役にたってくれば、医者だろうと、看護師だろうと、ヘルパーだろうと、資格なんか所属なんかどうでもいいのだ。援助者として必要なところを助けてくれればそれでいい。

### ケアスタッフのかかわる時期

ホームホスピスケアへの移行時、退院前に病院スタッフを交えた退院前ケアカンファレンスを、病院スタッフ、在宅での主治医、担当ナースそしてケアマネージャーが参加して開くことができれば在宅ケアへの移行、そしてその後のケアもスムーズに運ぶ。早い時期から在宅でのケアの提供者が関わって、患者家族に余裕のあるうちにコミュニケーションが構築できれば介入しやすい。

サービス提供サイドとしては、近い将来、身体状況が悪化し、さまざまな支援がいる状態が近いということを察知して早期介入したい所だが、患者、家族にとっては、そんな援助はまだまだいらない、自分達でできるという思いも強く、援助者としてかわり始める時期はとてもむずかしい。

先のことを考えてと訪問看護やヘルパーを前倒しで派遣しようとして、患者、家族とぶつかってしまう、といったこともあり得る。そういった状況に介入する我々援助者は、基本的には本人、家族の希望に寄り添いながら、専門家としてどうしてもゆずれないところは説得を試み介入する、といった微妙な距離感の取り方が求められる。

ホスピスケアでは時間的余裕が少なく、気長に待っているということがしにくい。本人、家族がサービス利用にあまり積極的でない場合は、とりあえず、サービスを使ってみましょう、どうしてもいらないなら中止できますから、といった対応でサービスを導入してしまう、という方法もある。



## ケアカンファレンスの重要性

限られた時を生きる、という状況を考えれば、ホームホスピスケアの現場に介入する援助者はできれば少ない人数の方が、本人や家族が新しい対人関係の構築に割くエネルギーやストレスが少なくいいだろう。医師、看護師に加えて、ケアマネージャー、日替わりで複数のヘルパー、介護保険の認定調査員が来るは、ベッド、エアマットなど福祉用具搬入のスタッフ、訪問入浴のスタッフ、在宅酸素の業者、などなどこれだけであつという間に 10 人を超えてしまう。あなたの家庭に数日間で 10 名以上の他人が介入する、という状況を想像できるだろうか？おそらく室内のリフォーム工事中であなたは不自由だが短期間だから我慢している、という状況ぐらいかもしれない。

また、介入するチームのチームワークも大切だ。お互いが初対面で顔も見たことがない、という関係でのまはスムーズなサービス提供はむずかしいだろう。比較的安定している高齢者、障害者のケアと違って癌末期患者では医師、看護師、薬剤師の医療系チームが把握している病状や今後の変化といった情報が、他のケアスタッフに十分理解でき、形で伝わっていないことが問題となることが多い。ケアマネージャーは積極的に医療情報を把握して、わかり易い形でケアスタッフに伝えることが必要だ。できればケアカンファレンスを開いてチーム全体が顔の見える関係を築き、さらにはそのカンファレンスに患者自身や家族も参加してもらえればその後のケアはとてもしやすいだろう。

筆者はできれば利用者宅でのケアカンファレンスが望ましいと考えている。効率からいうと主治医のクリニックや、ケアマネージャーの所属する施設が集まり易いだろうが、ケアを提供している現場、利用者宅にサービス提供スタッフが一同に会することで、利用者自身もリラックスして発言が可能で、一番援助者とのつながりを実感できるのでは、と思う。

癌末期である患者本人に本当のことがはっきり伝わっていない、という状態では、ケアチームが本人、家族を交えてディスカッションする、ということにとまどいを感じるかもしれない。しかし利用者が求めているのは、今日、明日、来週必要なケアであって、数週間以上未来のことではない。今ここにある困難を支援してほしい、という

切羽詰まった要望であり、その解決手段を求めているのだ。カンファレンスで今ここにある問題を解決する糸口がつかめればいい。

ケアカンファレンスの重要性は、平成 18 年の介護保険制度の改正でも強調されるだろう。短時間で効率の良いカンファレンスを繰り返すことでケアの質の向上のみならず、参加したケアスタッフの力量アップにもつながる。利用者や家族から、ケアカンファレンスを開いて欲しい、という要望がなされる時代は近い。

## 生活者としてささえる視点

癌末期患者のケアでは、医療系援助者の医師、看護師が果たす役割が大きい、と皆が思いがちである。でも果たしてそうであろうか。もちろん疼痛緩和など症状コントロールがホームホスピスケアの最低条件で、それなくしてはホームホスピスケアがなりたたない。だから癌末期患者や神経難病患者のケアは医療系スタッフの独断場、なのだろうか？医療依存度の高いそういった人々に対して、介護、福祉系のスタッフがかかわりを躊躇する気持ちはわからないでもない。特に日本のターミナルケアでは医師の果たす役割が大きい。

日米の死生観の違いを研究する東北福祉大講師 服部 洋一氏はその著書「米国ホスピスのすべて ~ 訪問ケアの新しいアプローチ ~」(ミネルヴァ書房)の中で、“日本のホスピスケアでは医師主導という性格が強く、医師は病人の身体ケアを細部にわたって監督するだけでなく、病人、家族の心理社会面を支える役割になっている。この活躍の多面性は、医師に大きな負担をかけるだけでなく、他の専門職の自立を妨げる要因にもなっている。スタッフ全体にどうやって仕事と責任を割り当てるか、それに見合った信頼をどうやって育てるかが、今度の大きな課題になるだろう。”と日本のホスピスケアの問題点を指摘している。医療者は所詮、医療の提供者である。医療行為によって病人である患者の症状に対してアプローチすることは可能だろう。

しかし住み慣れた家で暮らしているのは患者ではなく、病気を持った生活者である。その生活を支えるのが援助者の役割といえる。そう考えると、癌末期患者のケアではなく、たまたま末期の癌を持った生活者の日常をケアする、通常のサポートができればいいのだ。



## 緊急時のスタッフの対応

あまり過剰な延命処置をおこなわないホームホスピスケアの場合、基本的な症状コントロールが十分行われ、予測される症状の変化に対する対応が本人、家族に十分なされていていれば、急激な症状の変化でも自宅では対応できないという緊急事態に遭遇する確率は低い。急変時に、家族やケアスタッフがあわてて救急車を呼んでしまった、という事態を防ぐためにも事前の症状に対する説明は必須である。患者に残された時間が、月単位、週単位、日数単位、そして時間単位と短くなっていくそれぞれの節目で、状況把握と対応を患者家族およびケアスタッフ間で共有しておく必要がある。予後予測は時として困難で、思わぬほど早く逝かれたり、逆に長引いて家族が疲れて

しまう、ということもおこりえる。ホームホスピスケアの継続を困難にする一番の要因は、患者、家族の不安である。症状の変化に際して、不安から過換気症候群になったり、せん妄状態の本人に対して、家族が冷静に対応できず、パニック状態に陥ってしまうことがある。そこに同席するケアスタッフが動揺してしまうと、ますます患者、家族の不安をあおってしまう。

病院と違って医師、看護師が常時そばにいることのできない在宅では、家族やケアスタッフの落ち着いた対応が患者自身の安心につながる。そして最期の刻まで自宅で過すことを、家族と共にケアチームでささえることができたなら、お別れの悲しさを超えて、ケアすることの達成感を得ることができるだろう。

## コラム 800字の処方箋 ～ 寄り添う、とは言うけれど・・・～

神戸新聞 平成16年11月8日より引用  
さくらクリニック 院長 桜井 隆

「私はいっさい薬を飲みません。」

Mさんの決意はほんとうに固いものでした。

咳と呼吸困難で病院へ受診してはみたもののすでに胸に水が貯まっており、癌性胸膜炎、との診断でした。いっさいの治療を断って自宅へ帰られたMさんはひとり暮らし、どういった理由からか息子さんともほとんど絶縁状態でした。

「最後はこのままこの家で死にたい。」

その希望を実現するために生活支援のケアマネージャーとヘルパー、医療サイドから医師である私とナースが在宅ケアに参加しました。自宅での生活が始りましたが、肺癌はずでにかなり進行しており、日に日に弱って歩くのも困難になっておられました。酸素吸入はなされたものの、相変わらずいっさいの薬を拒否なさいます。おそらく進行した肺癌はかなりの痛みを伴っていたはずで、すべての薬を拒否なさる理由を尋ねてみると、若いころ、薬の副作用で全身の皮膚がただれて死にかけたことがある、とのことでした。その後も医者に大丈夫だ、と言われて飲んだ薬でまた薬疹が出たことが2度、それ以来、医者とは信用しない、とのことでした。

「癌の痛みを緩和するモルヒネ等はそういった副作用はほとんどないのですが。」と何度も説得を試みましたが、答えはいつも同じでした。

痛そうに顔をしかめているMさんを前に本当に何もできない私は、いろいろなケアを提供できるヘルパーやナースをうらやましく思いました。「寄り添う」と言葉では言いますが、本当に寄り添うのはとてもむずかしい、ということ思い知らされました。いつもは癌の痛みをとる、という大義名分を掲げている治療することで、寄り添っているつもりになって逆にこちらが満足しているんだ、ということ。

やがて薄れていく意識の中でそれでもやっぱりいっさいの薬を拒んでおられたMさん“心頭滅却すれば火もまた涼し”という言葉が浮かびました。やがて自然に火が消えていくように、ヘルパーに看取られて逝かれました。

亡くなる3日前、「あの子に伝えたいことがある。」というお電話で会いに来られた息子さんとお話できた後、彼女の顔が少し柔らかいように見えたのはケアをさせていただいた私達の勝手な憶いだったのかもしれませんが。

## 6 . ホームホスピスケアマネージメント (その2)

### “最期のとき”を支えるケア

#### ～ 家族が遺族に変わるとき ～

“最期のとき”が訪れる。ホームホスピスケアの集大成ともいえる別れのとき。予期せぬ突然の別れ、Tunami のようになんの前触れもなく一気に押し寄せてすべてを奪い去ってしまう別れと違って、癌など慢性疾患による別れは台風のようにある程度予測が可能で暴風雨にも前もって準備して耐えることができるのかもしれない。

しかし、悲しみを分散して予期しながら受け止めるか、突然一気に襲ってきて打ちのめされるのかという時間軸の違いはあっても、結果として揺さぶられる感情の積算は同じなのかもしれない。

感情のダメージを時間軸で分散しているだけかもしれないが、予期悲嘆を経験すると、その瞬間は台風の目の中の無風状態のように、穏やかに別れを噛みしめることが可能なようにも思う。そのためには適切な台風の進路予想が不可欠だ。

資料 死のプロセスの説明書

### 死のプロセスの説明

死を身近に経験しなくなってしまった一般人に、死のプロセスを説明することが医者にとっても大切な仕事になってしまった。

本来、死に逝く過程を医者が説明する、ということ自体が奇妙なのだが。本人、家族のセルフケアが大切なホームホスピスケアに際しては、この死に行く過程の説明と理解がなければ混乱、パニックを招いてしまう。この説明は時期が遅ければなんの意味もない。

台風が過ぎ去ってからの台風情報は不用どころか、腹が立つだけだ。場合によっては家族だけでなく本人にも死に行く過程を説明することもある。眠るように楽に逝けると聞いてとても安心した、という反応がほとんどだ。

次に、筆者が家族に説明用として渡している死へのプロセスの説明書を示す。

#### 【住み慣れた御自宅で御家族を看取られる方へ】

さまざまな御苦勞を乗り越えて御自宅での療養をつづけてこられました。症状の変化から少しずつお別れの時が近づいて来ていることが、御家族の皆さまにも察していただけたと思います。人生最後の時を住み慣れた御自宅で、御家族や御近所の方に囲まれてゆったりと過ごし有終の美を飾る、いろいろな思いが走馬灯のように駆け巡ると同時に、これからの症状の変化にどのように対処すればいいのか、いろいろな心配になる時期とも思います。できる限り落ち着いてゆったりとお別れできるように心の準備をしていただければと思います。

残された時間が週単位から日数単位になったと予想される場合、必要なら医師または看護師ができる限り毎日お伺いさせていただきます。御心配なことは何でも遠慮なく相談してください。

#### 【死が近づいてきた時の様子】

外の世界に対する関心がなくなり、御自分の世界に入っていられるようになります。新聞、本、テレビ等に興味がなくなり、御一緒におられる御家族以外の方との面会をあまり好まれなくなってきます。うとうと寝ていることが多くなりますが、呼ぶと目をあけて反応なさいます。食事の量が減り、頬や目などの痩せが目立つようになります。食物や水分が飲み込みにくくなりむせることがあります。

(プリンやゼリーなどつるつとしたものが飲み込みやすいこともあります。)

わけのわからないことをしゃべったり、興奮したりすることがあります。

便や尿を失敗することがあります。

口が乾燥して言葉が出にくくなり、痰がきれにくくなります。

(氷やぬらした綿棒などで口をしめらせると少しはしゃべれることもあります。)

手足が冷たくなってきます。(血圧が下るため)





### 【いよいよ死が訪れ息をひきとられる時の様子】

ほとんど眠っておられるようになってきます。そのうち、呼んでもさすっても反応がなく、ほとんど動かなくなります。

大きく呼吸をした後 10～15 秒止って、また呼吸をする波のような息の仕方になります。肩や下顎を上下させて浅い呼吸をするようになります。（少し苦しそうに見えますが、ご本人はすでに意識がなく苦しみはないと思われます。）

呼吸が止り、胸や顎の動きがなくなります。

脈が触れなくなり心臓が止ります。（医師、看護師がそばにいない場合はだいたいこの時間を亡くなられた時間として、記憶にとどめておいてください。）

手足が冷たくなり次第に固くなって来ます。（室温などによりますが急に固くなってしまうことはありませんので、あわてずゆっくり最期のお別れをなさってください。）

どの時点で医師を呼ぶかは御家族の判断におまかせいたします。

連絡先          クリニック

電話番号：          -          -

携帯電話：          -          -

### 最期の“とき”ケアスタッフとしての心得

亡くなっていく過程を事前に知り得ることで、家族は比較的冷静に対応し、落ち着いて最期の別れのときを過すことができる。最期の臨終のときは親しい御家族や友人だけで過すことを希望なさるケースが多い。一般に十分ケアをしてかかわってきた家族は死を受容しており、取り乱すことなく別れの時間をゆったり過すことができる。関わりが少なかったり、末期であることを十分理解していなかった親戚や知人の方がショックを受けることが多い。

日本人はいわゆる死の瞬間、心停止、呼吸停止、瞳孔散大の瞬間に立ち会うことを重要視する傾向がある。「そんなことをすると親の死に目に会えない。」というやつだ。生から死への流れは瞬間ではなく、長い時間の経過であり、その中で看取ることが大切であることを説明しておいた方がいい。大切なのは死ぬ瞬間に間に合うことだけではなく、それまでの過程の中にこそある。死の概念は時代や文化によっても異なる。外界とのコミュニケーションがとれなくなった時点でその精神は死んでいる、という考えもあるだろうし、心停止、呼吸停止しても、各々の細胞すぐには死なない。そしてその人が生きた、という事実も消えることはない。

援助者として臨終の場面に遭遇することもあり得るだろう。その時は 2、3 歩下がって見守る姿勢が大切だ。

医者は最期の場面に必ずしも同席する必要はないと考える。家族がゆっくり別れの時間を過した後で、死亡確認と死後の処置を行えばいい。最期の臨終の時は必ず駆け付ける、というホスピス医もいれば、深夜 12 時～6 時に亡くなった時は朝まで待ってもらおう、という医者もいる。筆者はどの時点で医師を呼ぶかは家族に判断してもらっている。援助者としての最低限の距離感を保った上で、ケアをしてきた方とのお別れをひとりの人間として悲しむ感情は表出してもかまわない。悲しければ家族と一緒に泣いてもいい、ということだ。そして家族に「よく最期までご自宅で介護なさいましたね。」と、ねぎらいの言葉をかける。ホームホスピスケアのほとんどは家族によるケアであって、我々援助者はちょっとお手伝いさせていただいたに過ぎない。医師は最期のお別れに死亡診断書を書く。看護師やヘルパーは最期に御遺体のエンゼルケアを御家族と一緒にこなう。（場合によっては葬儀屋に依頼してもいいだろう。）死後のケアもそれまでのケアとなんらかわることはない。



葬儀などへの関わりは個人的な判断となるだろう。筆者は援助者としての立場にこだわり、あえて葬儀などへは参列しない。1~2週後に霊前にお花を届ける。

## グリーフケア

「遺族」という名称はあまり良くないように思える。患者が死者となったとたんに家族は遺族と呼ばれるが、実体にはそんな変化はないし、ある意味で身内を亡くしたものが遺族なら、生きている人全員が遺族と呼ばれてもいいはずだ。一生のうちで身内との死別を経験しない人はほとんどいないだろう。愛する人との死別を経験した人を遺族とひとくくりにし、悲嘆にくれるのは病的で専門家の援助が必要と考えるのは余計なお世話ではないだろうか？何かあると、すぐに心のケア、それも専門家による、という展開があたりまえで、素晴らしい対応とされているようだ。もちろん、死別の悲嘆から自力では立ち上がれずうつ状態や不安状態が長く続き、そのことを本人がとてもつらいと思って援助を求めている場合は何らかの支援が必要だろう。その時でもとりあえず必要なのはその人を日常的にとりまく人達の支援だ。そういった日常の支援でも支えきれない場合、あるいは本人が自ら求める場合に始めて専門的な心のケアが必要となってくるのだろう。

筆者は御遺族に対してこちらからは積極的なアプローチは一切行っていない。家庭医として日常診療する中で、遺族となった家族が引き続いて受診なさっている。「先生、最近眠れなくて・・・。」という言葉に愛する御家族の命日が近いことを察知し、一緒に苦労して看取った思い出をスタッフと共に語ることで、そのこと自体が自然なグリーフケアになるのだと思う。

## 在宅ホスピスケアにおける家族の心理、社会ニーズ

関西労災病院ソーシャル・ワーカーの徳山 磨貴氏は、当クリニックを含めた3つのクリニックで在宅ホスピスケアを利用して、がん患者と共に生活した経験のある遺族177名の心理、社会的ニーズをアンケート調査で分析している。<sup>1)</sup>それによると、自宅で最期までケアできたことに対する遺族の満足度はかなり高い。さらに基本的な痛みや症状のコントロール、医療スタッフとの良好な関係といった「医療者に求める要因」が満

たされた時、その次に家族が求めるものとしては「患者への不安対処要因」「家族の生活の質を保持する要因」「介護負担を軽減する公的支援」というニーズが満足度に影響していることを明らかにしている。すなわち医療スタッフが癌患者の症状コントロールと援助者との人間関係の構築といった基本的役割をきっちり果たすならば、その次のステップとして家族が求めるのは、「不安や心配を落ち着いて話せる人がいる」「患者以外の家族や友人と良好な関係を維持できた」「気分転換に外出できた」「介護負担を軽減できるフォーマルサポートへアクセスできた」などといった基本的な生活の維持、社会とのつながりであるといえる。そこには「介護者」としてではなく「生活者」としての家族の心理、社会的ニーズが表出されている。極論すれば、医療スタッフがその役割をきっちり果たして初めて、家族が求めるソーシャルワーク的視点が浮かび上がってくる。そのニーズの表出を助け、またそれを充足するための援助に結び付けることが我々医療、福祉スタッフに求められている。

1)参考:徳山磨貴:在宅ホスピスケアにおける家族の心理、社会的ニーズ;その構成因子と満足度との関連  
第52回日本社会福祉学会 2004.10月

## 住み慣れた家で死ぬということ ~ 死の日常化へ向けて ~

『あなたも私も、仕事が終われば、家に帰る。それと同じように人生という仕事が終わるときは家に帰る。』そんな当たり前のことを、ふわっとささえるケアができればよいと思う。住み慣れた家で、街で、有終の美を飾ろうとする人を、家族や、近所のおばちゃんや、ナースや、ヘルパーやケアマネや、街医者達が、ちょっとあわてたり、悲しんだり、微笑んだりしてお見送りする、そんな死の日常化へ向けてゆっくりと進んでいきたい。





## コラム 800字の処方箋 ～ 家にいてよかった ～

さくらいクリニック 院長 桜井 隆

「ああ、入院させないで、家にいてよかった。父に抱きしめられたその時、ほんとうにそう思ったんです。」

微笑んでいるかのようにも見える M さんの横顔を、蛍光灯と窓から差し込む朝日が半分ずつ交じった不思議な光りが照らしていました。

胃癌が進んでこれ以上の積極的治療を望まない、住み慣れた家でのんびり過したい、という M さんをお嬢さんは小さい子供さんの面倒をみながら懸命に支えていました。

「とてもきっちりして、厳しい父でした。」という娘さんの言葉どおり、M さんは痛みや苦しみをあまり表現なさらない方でした。だんだん食事がとれなくなって弱って行くお父様を自宅で介護するのがつらくなったのか、お嬢さんは何度も入院を勧めておられました。私もホスピス病棟の案内をしたこともあったのですが、できれば最期まで御自宅で、と願わずにはおられませんでした。御本人は入院するのはあまり気がすまないようでしたから。

いよいよ状態が悪くなって歩くことさえ困難になっても M さんは用意したポータブルトイレには目もくれず、トイレまでお嬢さんにつかまるようにして 1 日に数回、必死で歩いておられたようです。わりと大柄なお父さんを支えきれなくなったお嬢さんが、

「もう無理です。父をトイレに連れていくのは、だから入院して専門的な看護を受けさせてあげたい。病院だったら管を入れておしっこを採ってくれるし、その方が楽かもしれない。」と涙をためて訴えられたその夜のことでした。

「またトイレに行こうとしている。でも、もう無理だわ、支えられない。お願いだからお父さん・・・。」その瞬間、彼女はお父様がトイレに行くために立ち上がろうとしているのではなく、彼女を抱きしめてくれているのだ、ということに気づいたのです。もうしゃべることさえままならない。でも精一杯の気持ちを伝えようと抱きしめてくれているのだと。

「父に入院を説得してくれない先生をうらんだこともあった。」と、彼女は不思議な光りに照らされたお父さんの横顔を見ながら正直におっしゃいました。

夜明けに呼ばれて眠い目を擦りながら患者さんのお宅へ急ぐ。

そんな夜明けの黎明の中、家で、家族に看取ることの素晴らしさを教えてくれたお嬢さんと、M さんのことを憶います。

### 【 引用・参考図書 】

- 1) 「痛み止めの薬」のやさしい知識 財団法人がん研究財団発行
- 2) 「がんの痛みはとることができます～がんの痛みをおそれているあなたへ～」 J P A P ペイン情報センター
- 3) 「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」 武田文和 訳 金原出版
- 4) 「がんの痛みを救おう！ WHO がん疼痛救済プログラムとともに」 武田 文和 医学書院
- 5) 「誰でもできる緩和医療 総合診療ボックス」 武田 文和 医学書院
- 6) 「がん疼痛治療のレシピ」 的場 元弘 春秋社
- 7) 在宅ホスピスハンドブック 関本 雅子 医薬ジャーナル社
- 8) 在宅ホスピスのススメ 二の坂 保喜 木星舎

## さくらクリニック

〒661-0043

尼崎市武庫元町2丁目12-1 フェルティ武庫元町

TEL 06-6431-5555

<http://www.reference.co.jp/sakurai/>