

今すぐ始めたい

## 婦人科

# がん領域における 緩和医療の実践

- 別刷 -

### COLUMN 7

婦人科領域の在宅がん緩和ケアの実際

川崎高津診療所 松井 英男

#### 〈編集〉

鈴木 直  
聖マリアンナ医科大学 産婦人科学

宮城悦子  
横浜市立大学附属病院 産婦人科

藤村正樹  
東京医科大学茨城医療センター 産婦人科

東口高志  
藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座

金原出版株式会社

## 婦人科領域の在宅がん緩和ケアの実際

川崎高津診療所 松井 英男

### 地域包括ケアとしての在宅医療

当院は、神奈川県川崎市の在宅療養支援診療所として、人生の最後を家で過ごしたいというがん患者さんの希望に添うために、日々訪問診療を行っている。

昨今、地域包括ケアということが重要視され、医療のみならず、介護や看護を結び付けたケアの実現に向けた努力が各地でなされている。

この地域包括ケアという考えは、もとは介護領域から出てきた概念である。すなわち、地域に住む患者を中心として、介護、医療、介護予防、住まい、生活支援などのサービスを、30分以内に提供できる生活圏を作ろうというものである。我々は、主として医療の提供ということで診療を行うわけだが、より複合的なサービスが提供できるように、ケアマネジャーのいる介護支援事業所、訪問看護事業所を併設している。また、実際の医療を行う上では、病院との連携（病診連携）は必須のものと考えている。がん患者を例にとると、それまで治療を継続していた病院があるわけで、その病院との連携を強化するようしている。

### がん緩和ケアとQOL

がん緩和ケアでは、患者ならびに家族のQOLを重視する。緩和ケアによって、このQOLを向上させることができるのであるためである。ところが、ここでいうQOLにはいろいろな意味が含まれており、ある人は、「生活の満足度」というかもしれないし、一方では「人生観」を思い浮かべる場合もある。一般的には、質問紙法によってこれを評価することが多いわけだが、国などの違いや文化的な側面も影響すると言われている。

そこで当院では、在宅医療によって、特に患者のご家族のQOLが改善するかを検討した。BIC-11という方法を用いたが、残念ながら在宅医療の導入前後でQOLの向上はみられなかった。これは、一人ひとりの患者に対するケアの捉え方が、家族によって様々であるためである。すなわち、さほどつらを感じていない場合と、つらくてたまないと捉えている場合があって、在宅医療の導入効果が不明であった。

肺がんの研究で、早期から緩和ケアを行う群と、亡くなる直前から行う群とで患者の生存率の比較をしたところ、早期からの緩和ケアを行った患者の生存率が延長していたという報告<sup>1)</sup>がある。すなわち、早期からの緩和ケアには、QOLの向上だけでなく、延命効果があることがわかった。しかし、亡くなる直前には抗がん薬治療を受けている方が多く含まれており、これが死期を早めているのではないかという指摘もある。

亡くなる直前の抗がん薬治療は、予後を改善しないばかりか、最後のQOLも損なう可能性がある<sup>2)</sup>。早期からの緩和ケアは、抗がん薬治療を行う上でも車の両輪のようなものであるが、抗がん薬治療を中止して、患者のQOLを重視していくタイミングを見計らうのも医師として大切な技量であると思う。

### 介護の環境と病診連携

このため、在宅医療が導入されるがん患者さんは、化学療法は中止し、終末期を家で過ごしたいという意向をもつ方になる。もちろん、家での介護体制が整っていることも重要である。がん患者は高齢の方が多いわけだが、家に帰っても配偶者だけであり、面倒をみている方が先に倒れて入院してしまった、ということもある。家での緩和ケアでは、ご家族の協力は必須であるが、介護面でどうしても無理ということで入院を余儀なくされる場合も多い。

また、身よりもなく、経済的な理由もあって、独居で終末期を迎える方への対応が必要になることがある。その場合は、介護、看護、近所の方、行政の方との相談の場をもって緊急時の対応を事前に打ち合わせておく必要がある。患者にコールボタンを持たせることや、場合によっては遠隔モニタリングなども必要ではないかと考えている。

がんの症状が落ち着いている場合は良いが、痛みがひどかったり、呼吸困難の増強、大出血など、見るに見かねる状態が起こることがある。当院の考え方としては、このような場合には病診連携をとって、決して無理はしないようにしている。主治医は何人いてもよく、病院と診療所にそれぞれ先生がいるという体制であれば、患者はより安心する。また、苦しい状況であっても治療可能な病態ということもあるわけで、QOLが改善し、より長く生きる可能性も出てくる。当院の経験では、肝転移の破裂による腹痛とショック状態が入院治療で改善し、再び在宅医療に復帰できた、という例がある。

実際、終末期がん緩和ケアで、入院治療を併用した群とそうでない群とで予後を比較したところ、入院治療併用群の生存期間（中央値）は約3週間延長していた<sup>3)</sup>。これをどう考えるかは、議論の分かれどころだが、すぐに鎮静に移行してしまうのは、安樂死に抵触することもあるし、医療を放棄することにもつながりかねないと考えている。

### がん終末期医療の予後

当院で在宅がん終末期医療を受けた患者100名の内訳は、消化器がんが最も多く61%を占め、婦人科領域は7%であった。これらの患者の予後を検討したところ、生存期間の中央値は39日であり、1年生存率は11.5%であった。したがって、在宅での緩和医療は、最後の1ヵ月程度の診療を行っていることになる（図1）。また、年齢別の生存期間（中央値）を比較してみると、80歳以上の患者は58日に対して80歳未満は42日であり、生存率でも有意差を認めた（log rank test, p = 0.006, 図2）。高齢な患者のがんの進行が遅いことは、日常の診療で何となく感じていたことであるが、このデータはそれを裏付けて

図1 在宅がん緩和ケア患者の生存曲線

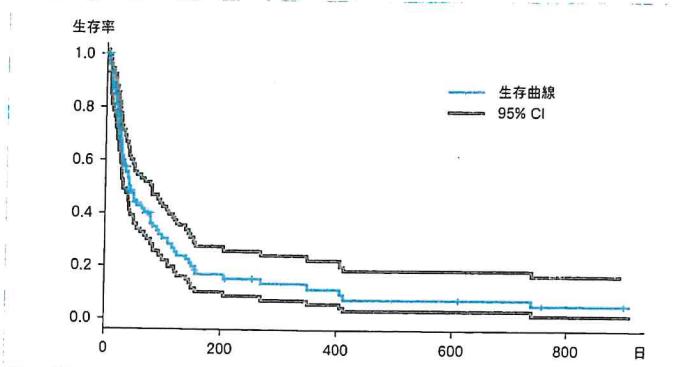
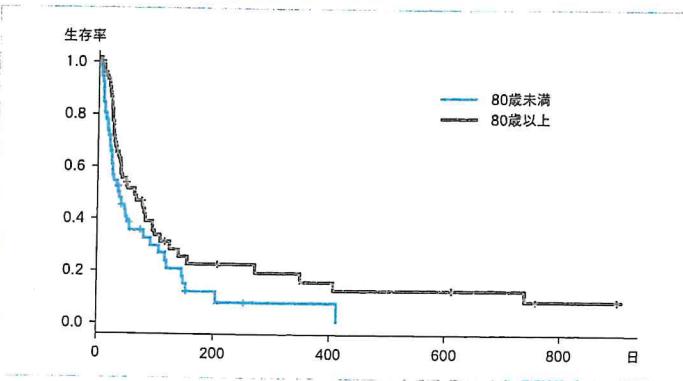


図2 年齢別（80歳以上と未満）の生存曲線



いると考えている。

#### 婦人科領域のがん終末期医療の実際

婦人科領域のがんで終末期医療を行う疾患としては、子宮がん・卵巣がんがある。これらの患者7名の年齢の中央値は72歳で、在宅患者全体の年齢の中央値85歳に比べると低い傾向であった。また、生存期間の中央値は125日（7~281日）であった。特徴的なことは、これらの患者のうち6名が、がん性腹膜炎によるイレウス症状を伴い、オクトレオチドないしは減圧管による対応が必要であったことである。また、1例で体表の転移リンパ節が自壊し、出血を伴ったために止血処置が必要であった。イレウス患者では、経口摂取ができなくなるが、点滴治療をどこまで行うかは難しい問題である。予後が1カ月以上

望めるのであれば、高カロリー輸液などの適応もあると考えているが、がん悪液質を呈している症例では、栄養が十分利用されないばかりか、炎症反応を助長したり、胸腹水や浮腫を増強することもあるので、最終的には中止することもある。また、疼痛コントロールも経口投与ができないので貼付剤や坐剤を用いることが多いと思う。

40代の患者は、幼い子どもの世話をしながらの闘病生活であった。夫は仕事があるため、実家から母親が来て家事の手伝いをしていた。また、小さなお子さんへの心のケアも必要であり、ある程度のことは打ちあけて日常の生活を共に送っていました。このような、「こころのケア」のために病院のカウンセラーの協力を仰ぎ、在宅での緩和ケアを充実させることができた。

また、70代の患者は、脳梗塞後遺症で訪問診療をしていたが、突然水腎症に伴う急性腎不全を併発し、入院になった。その後の検査で卵巣がんの腹膜播種ということがわかり、腎瘻を造設し再び在宅療養にもどることができた。このように、在宅療養を受ける高齢の患者は、がんの好発年齢であることも念頭において診療を行うことが重要と考えられた。

#### おわりに

がん緩和ケアにおける在宅医療の実際について、婦人科領域がんの経験も踏まえて概説した。本稿の内容は、あくまで川崎高津診療所での経験であり、在宅医療の形態は地域によって様々ではないかと思う。これからも、理想的な在宅がん緩和ケアを模索しながら、日々の診療を続けたいと思っている。

#### ●文献

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742
- 2) Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol* 2015; 1: 778-784
- 3) わたしの町の在宅クリニック 13. 川崎高津診療所. がんサポート 2015; 146: 92-93