

特別寄稿

在宅ホスピスの実際

～在宅リハビリテーションとの関わり～

川西 祥宏

川西診療所

要旨：

典型的な末期がん患者の経過は、自立した生活が続いたのちに、亡くなる1か月ほど前から急に食事量やADLの低下が出始め、週から日の単位で進行性に病状が悪化していく。そのため機能維持を目的とするような在宅リハビリテーションが関わることは比較的少ないと思われる。一方で、がんに伴う脳梗塞や骨転移によって比較的早い段階で日常生活が制限され、病院での治療を継続しつつも在宅リハビリテーションを受けたり、もともと認知症や脳卒中で在宅リハビリテーションを受けていたりする方に進行がんが見つかるなどして、むしろ月単位で関わることもあると思われる。とはいえ、余命1～2か月程度のがん終末期に入ると、急な状態変化とよりよい看取りに目的が変わることで、これまでのケアの方向性が異なるため、対応に苦慮されていることも多いと思う。そのためにも在宅ホスピスの特徴などを知っておくことが重要と思われる。

I. はじめに

京都府民の死亡場所のうち悪性新生物では令和4年度では23.5%とおおよそ5人に1人が自宅での最期を迎えられている。コロナ禍という社会状況を反映していると考えられ今後の推移を注視する必要があるが、統計のでている平成24年度以降をみて年々増加していることは事実である¹⁾ (図1)。

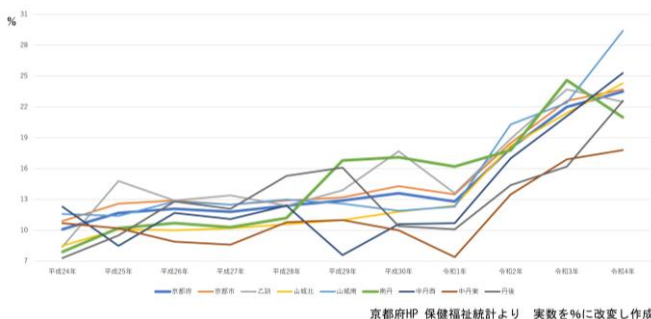


図1 がん患者の自宅死亡 医療圏別

がんをかかえていても患者と家族が安心して自宅での療養・看病ができるように、可能な限り苦痛を緩和し生活そのものをサポートし、またその延長線上に患者と家族が納得できる形で自宅での死を迎えられるようにチームで

支援していくことが在宅ホスピスであり、ほかの在宅医療と同じく多職種でサポートしていく。

しかしながら、どうしても在宅ホスピスは医師と看護師が中心となりやすく、ほかの職種の役割はまだまだ手探りの状況であり、在宅リハビリテーションも同様である。

本稿では、在宅リハビリテーションがどのように関わっていけばよいかを、まずは在宅ホスピスの特徴を知ってもらうべく概説する。

II. 在宅ホスピスの特徴

典型的な末期がん患者の病みの軌跡は、身体機能が比較的維持されたまま経過し、余命数週から2か月程度になると進行性に病状が進行し、それとともに日常生活動作や食欲が低下していき死に至る^{2) 3)} (図2, 図3)。

身体機能が維持されている間は、患者は通院しており、在宅医療が開始となるのは身体機能が低下し始め、通院していた病院にいったん入院している間や、または外来のまま現在の病状や今後の療養場所についての話し合いがなされた後に在宅ホスピスが開始となり、その時点ですでに1か月前後の余命であることが多い。当院においても2015年4月から2024年3月で517名の末期がん患者を訪問し、

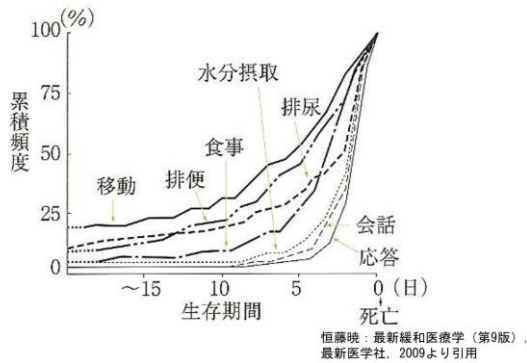


図2 日常生活の障害の出現からの生存曲線（206例）

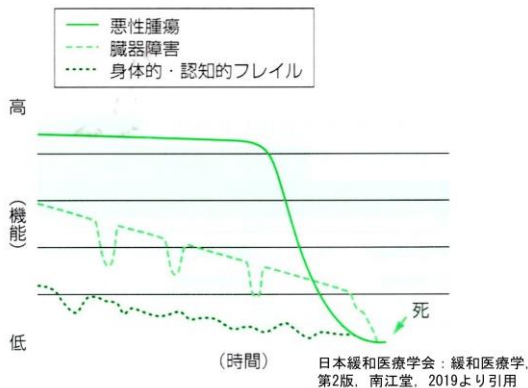


図3

416名を自宅で看取っているが、その診療中央値は26日で、約30%が診療期間14日未満である（図4）。

このように多くの在宅ホスピスは短期間であり、日常生活動作は不可逆的に悪化していくため、機能維持を目的としたような在宅リハビリテーションとの関わりは比較的少ないのではないと思われる。

Ⅲ. 在宅ホスピスと在宅リハビリテーションとの関わり

では、在宅ホスピスに在宅リハビリテーションが関わらないかといえば全くそういうわけではなく、以下のようなケースが想定される。

○認知症や脳卒中などの慢性疾患による在宅医療のため、もともと在宅リハビリテーションが介入していた患者に進行がんが見つかった。

○悪性腫瘍の脳転移やTrousseau症候群に伴う脳梗塞による左右の片麻痺、脊椎転移による下半身麻痺、骨転移による痛みや保持力低下によるADL低下などで、日常生活に制限はあるものの予後はまだ月単位を見込めるようなもの。

むしろこれらのケースでは、リハビリテーションが在宅ホスピス医より先だって関わっていることも多く、患者や家族と最も深く関係性を構築できている医療者である場合もあると思われる。

1. 慢性疾患患者に進行がんが見つかるケース

慢性疾患の在宅医療においては、状態は大きく変わらず安定期を自宅や時に施設を利用しながら過ごし、予期しない病状の悪化時には入院し改善すれば退院することを繰り返し、死を前提とせず長期にわたることが多い。そのようななかで進行がんが判明してもすぐに末期ではな

がん 訪問診療総数 517人
在宅みとり 416人（81.6 %）

診療期間中央値 26日
診療期間14日以内 126人（30.3 %）

2015年4月～2024年3月

図4 在宅ホスピスの期間（当院の実績）

慢性疾患 = 普通の在宅医療（長期間）

死を前提としない
安定しているときに自宅で過ごす
（常に）介護が必要で長期に及ぶ
悪くなれば入院し よくなれば退院
上手に施設を利用する（介護離職は避ける）

究極目標 家族が疲弊しない

がん末期 = 在宅ホスピス（短期間）

死を前提としている
ぎりぎりまで自宅で過ごせるように
状態が日に日に変化 専門的対応が必要
介護が必要なのは限られた期間
入院すると退院してこれられない可能性
施設はほとんど利用できない

究極目標 家族が看取ることができる

図5

いことはあり、これまでのケアが継続される。しかしいずれかの時点でなんとなく食欲や元気が低下してきたなどから始まる病状進行を来すタイミング、すなわちホスピスへの移行が必要となる時期がおとずれる。

慢性疾患の在宅医療と比較すると在宅ホスピスは、死を前提とした短期間の関りが多く、患者の状態は安定せずに進行性に悪化し、しかし一度入院すると退院できない可能性があるため、ぎりぎりまで自宅で過ごすためには、医療者も家族もギアチェンジをしてがんばる必要性が出てくる（図5）。

シームレスに在宅ホスピスに移行するには、状態が変化し始める前後にいかに在宅ホスピス医に繋げるかがポイントになるが、それまで近くで関わっている医療者が、ちょっとした変化に気づき連携をはかれるかが重要であり、訪問看護師や在宅リハビリテーション技師がそれにあたるとされる。そのために日々の観察が重要になることはもちろんのこと、進行がんが分かった段階で、急ぐことなく本人や家族の死生観や家庭の状況などをその時点の在宅チームと共有し、在宅ホスピス医に繋いでいくことも大切である。

そして病状の変化が出始める時期になると目的が、生活と機能を維持することから看取りを前提としたホスピスケアにシフトチェンジするが、そこにリハビリテーションとして一種のジレンマが生じることがあると思われる。例をあげる。

進行がんのある高齢の男性、過去の入院時にせん妄による抑制歴がある。これまではベッドに臥床しがちもトイレには行けていた。食欲が乏しくなり、予後は2か月

程度と推測され、また今以上の回復は望みにくい。現在、誰かが支えれば何とかトイレ歩行は可能であると評価できるが、家族の介護力は乏しい。本人は、なるべく下の世話はいけなく、自宅のトイレには行きたいと希望し、数回の転倒をしており、本人はリハビリテーションでトイレに行けることを望んでいる。家族は、病状は理解したうえで、過去の入院での抑制をみて入院にはかなり消極的で、ベッドで寝ているならなんとか看病できるが、これ以上トイレに歩かされてしまい負担が強くなるなら入院はやむを得ないとも感じている。

このような場合に一方の希望を優先すれば一方の希望を諦めざるを得ないということが起こりえる。トイレ歩行を諦めてもらえば、介護負担は軽減される。入院は、自宅に居たい希望を諦めてもらうことになる。家政婦に頼むことは、金銭的負担がでる。

回復の見込みがなく病状が進行していくのみの、しかしそれでもがんばりたい本人の気持ちと負担に耐えられない家族とのなかで、優先することと犠牲にすることをチームのなかで情報共有したうえで整理をし、患者と家族に説明し納得してもらうことが重要になる（図6）。

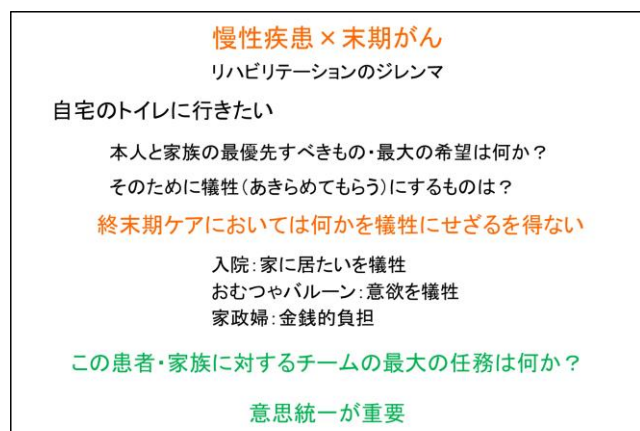


図6

2. がん関連疾患でADLが低下するも予後が数か月は見込めるケース

イベントが発生した段階で入院し、入院中にリハビリを開始されているケースが多いと思われるため、リハビリ間の病院 - 在宅連携が重要である。

体の機能としては、どれくらいまで回復が見込めるか、骨転移の場合にどれくらいまでの荷重が可能なのか、など終末期のシフトチェンジまでは多くの場合で慢性疾患の在宅リハビリと大きな変わりはないと思われる。しかし、精神的な変化ががん患者では異なるかもしれない。月単位の予後とは言え、おそらく年単位では難しいことは多く、活動範囲が限定されたうえでそう遠くない死を大なり小なり意識させられている。

一般的なショック期、否認期、混乱期、努力期、受容期と移行していく障害受容の段階に否認、怒り、取引、抑うつ、受容と変遷する死の受容過程が絡み合っており、例えば患者にとってリハビリはがんばれている気持ちやがん

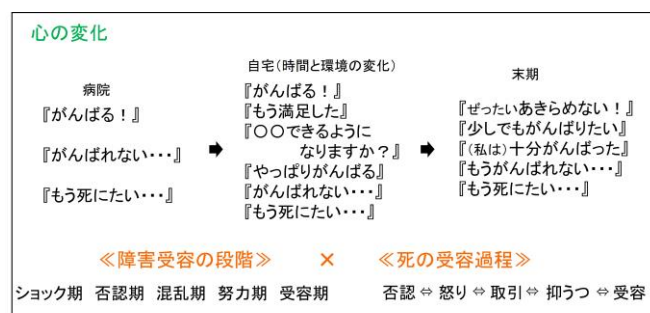


図7 心の変化

への克服の象徴に転換されることがあるため、過度にがんばるようなことも起こりえる（図7）。

一方で、死期が近い人からもう死にたいなどと言われるような、励ますことが容易ではない場面に直面することもあると思われる。そのような場合にはホスピスケアにおけるコミュニケーション技法を学んでおくことが一助になる。ただし、最も大切なのは、医療者側も苦しいかもしれないが、患者から逃げないこと逃げようとしないことである。

またいよいよ終末期になると多少なりとも寿命を縮める可能性のある身体的負荷を希望されることもあるが、ホスピスにおいては命の永さのみが焦点ではなく、患者や家族が覚悟できれば、リスクを承知のうえで希望を優先させることはあり、各専門職の知識および情報共有が重要になる。

骨転移による痛みは、体性痛や神経障害性疼痛をおこすが、リハビリテーションが大変重要な役割を担うことがある。

体性痛の場合には体動時の痛みの増強が強くなるが、労作時刻が分かっている場合には、鎮痛効果が効いているであろうと思われる時刻をみこして、数十分前にレスキュー（定期内服とは別に痛みがあるときに追加内服する即効性の医療用麻薬）を飲むことは可能である（図8）。そして重要なのはその効果であり、それこそが実際にベッドサイドにいる現場の評価になる。評価としては痛みと眠気のみでももらえればひとまずよく、すなわち ①痛みがとれ眠気もない ②痛みはとれるが眠くなる ③痛みはとれずに眠くなる ④痛みもとれずに眠くもならないの4パターンのどれかを教えてもらいたい。

また神経障害性疼痛の発見を助けてもらえる場合がある。頸椎転移による肩関節周囲や腰椎転移による骨盤や股関節周囲の痛み⁴⁾（図9）や右横隔膜下周囲の腫瘍による右肩への関連痛など、腫瘍の局在と離れた部位の痛みを訴えることがあり、特に関節周囲の痛みは単に関節痛として捉えられることがある。がんをみている主治医は非整形外科医であることが多く、通常の関節痛との違和感に気づきにくいと思われ、そのような場合にリハビリテーション技師の経験や感性に救われることがあり、まさにお互いを補完しあうチーム医療を実感する一面である。

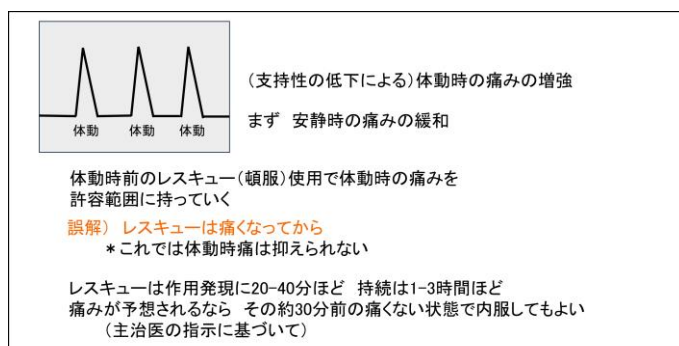
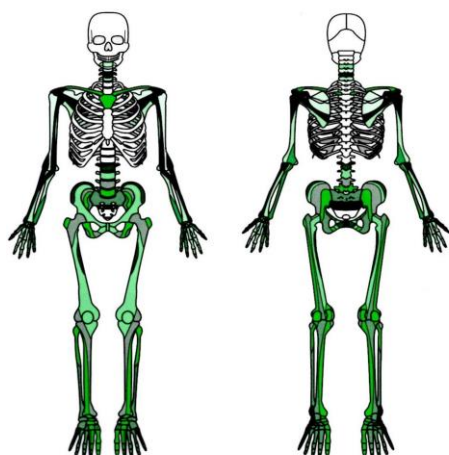


図8 骨転移による体性痛



日本緩和医療学会：緩和医療学，
第2版，南江堂，2019より引用

図9 オステオトーム

IV. おわりに

在宅ホスピスの実際とリハビリテーションの関わりについて述べた。役割がまだまだ手探りの部分は多いかもしれないが、よりよい在宅ホスピスチームをめざすために各医療職が専門家としての責任のもと患者と家族のために何をすればよいのかをチーム内で情報共有と協議をして目標実現のために全力を尽くしていくことがとても重要である。

本稿は、第18回京都在宅リハビリテーション研究会の発表要旨である。

【参考・引用文献】

- 1) 京都府福祉関連統計情報 .
<https://www.pref.kyoto.jp/hofuku-tokei/index.html>
(令和7年1月8日引用)。
- 2) 恒藤暁：最新緩和医療学，第9版，最新医学社，大阪，pp20，2009。
- 3) 日本緩和医療学会：緩和医療学，第2版，南江堂，東京，pp9，2019。
- 4) 日本緩和医療学会：緩和医療学，第2版，南江堂，東京，pp62，2019。