

[臨床研究]

## 悪性疾患終末期在宅医療の現状と今後 - 当院大腸がん終末期からの検討 -

尾道市立市民病院 <sup>1</sup>外科, <sup>2</sup>薬剤部, <sup>3</sup>栄養科, <sup>4</sup>精神科, <sup>5</sup>看護部

小野田 正<sup>1</sup> 木村 圭佑<sup>1</sup> 岡田 昌浩<sup>2</sup> 中司 佳代<sup>3</sup> 村山 直子<sup>4</sup>  
黒河 香織<sup>5</sup>

**要 旨** 当院における大腸がん術後死亡患者を時代の変遷に伴う家族背景および死亡場所から検討し、悪性疾患終末期患者の在宅看取りについて考察した。過去9年間に当科で手術を施行し悪性疾患(原病死+癌死)が死亡原因であった大腸がん患者102名を対象とした。死亡時平均年齢は77歳で生活形態は独居が17%、核家族世帯が70%、三世帯世帯は8%であり、最終的な看取りの場所は医療機関が91%で自宅は4%であった。前半5年間で後半の4年間で生活形態に大きな違いはなく、医療機関死亡率もほぼ同程度であったが、当院での死亡は69%から49%と減少しており近年終末期医療を院外医療機関に依頼している傾向がみられた。自宅死4例のうち3例は配偶者と2人の核家族世帯でいずれも男性であった。子供がいる患者が85%で、同居している世帯は40%であったが、子供の現在の所在地と自宅死との関連は認められなかった。2016年現在国内において悪性疾患による年間死亡者数は約37万人程度であり、終末期患者の意識調査によれば50%以上の国民が人生最後の場所として自宅を希望している。一方で日本国内における65歳以上の者のいる世帯数は全世帯数の約半分、30年前の2.5倍、2492万世帯であるが、その半数は独居か夫婦のみ世帯である。尾道市における現状も今回の対象患者における現状も同様であった。この支援家族の不足している状況下では国の支援や指導があっても患者の希望通りに悪性疾患の在宅看取りを進めていくのは困難ではなかろうか。実際国内において悪性疾患の自宅死率はいまだ11%でしかなく、無理な在宅看取りを推し進めていくことは孤独死や不審死の増加を招きかねないと思われる。終末期にはACPを繰り返し必要時にはすぐに入院できる体制を整えたうえで、可能な範囲で在宅療養をそして熟慮の上で在宅看取りを考慮することが望まれる。

Key words: 悪性疾患終末期, 自宅死, 家族背景

### はじめに

現在日本国内における年間の死亡者数は進行する高齢化に伴い増加する一途であり、2003年には

100万人を超えた後、2016年は130万人に達し、2030年には160万人に達すると推定されている。また2018年の人口は1億2441万人で世帯数は

---

The current situation and the future of the home medical care in the terminal phase of malignant disease -Consideration from colorectal cancer terminal phase at our hospital-

Department of <sup>1</sup>Surgery, <sup>2</sup>Pharmacy, <sup>3</sup>Nutrition Management, <sup>4</sup>Psychiatry, <sup>5</sup>Nursing Onomichi municipal hospital

Tadashi ONODA<sup>1</sup> Keisuke KIMURA<sup>1</sup> Masahiro OKADA<sup>2</sup>

Kayo NAKATSUKA<sup>3</sup> Naoko MURAYAMA<sup>4</sup> Kaori KUROKAWA<sup>5</sup>

5099 万世帯, 1 世帯当たりの平均人数は 2.44 人で単独世帯と核家族世帯が 90% 以上を占めている。その中で一般市民の半数からそれ以上が人生の最期を自宅で迎えたいと考えているとした報告が多く認められており, また医療費の高騰とあいまって政府も在宅医療の体制構築に係る指針などにおいてその目標を住み慣れた自宅や介護施設等, 患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保することとして在宅看取りを後押しする政策を打ち出している。現在自宅や老人ホームでの看取りが増加傾向にあるとはいうものの, 2016 年の自宅などでの死亡割合は 2 割程度で, 医療機関での死亡が全体の約 8 割を占めている。悪性疾患においてはさらに医療機関での死亡が多い傾向にあり, 人生最後の場所として自宅という希望が叶っている患者はわずかではないようである。はたして在宅死は叶う希望であるのか, さらには叶えるべき希望であるのか, 当院における現状を悪性疾患である大腸がん患者を対象に検討した。

## 対象と方法

2010 年から 2018 年の 9 年間に当院外科で大腸がんの手術を受けた 503 例のうち, その後死亡された 141 例を対象に死亡原因を検索し, さらに死亡原因が悪性疾患(原病死+癌死)であった 102 名の患者を対象に, 2014 年までの 5 年間を前期, 2015 年以降の 4 年間を後期とし死亡場所, 家族背景, 自宅死患者の環境とそれらの変遷を検討した。

## 結果

- ① 全死亡患者は 141 名であり, 心疾患, 肺炎などの非癌死が 37 例, 原病死と癌死を併せた悪性疾患による死亡が 102 例であった。悪性疾患による死亡患者のうち原病死は 87 例(再発 28 例, 非根治 59 例), 癌死は 15 例であった。手術施行時の平均年齢は非癌死 82 歳, 悪性疾患が 75 歳であった。悪性疾患死亡患者の術後平均生存日数は約 2 年 3 か月であった。
- ② 悪性疾患における全死亡患者 102 例の死亡場所は当院が 60 例 (59%), 院外医療機関が 33 例

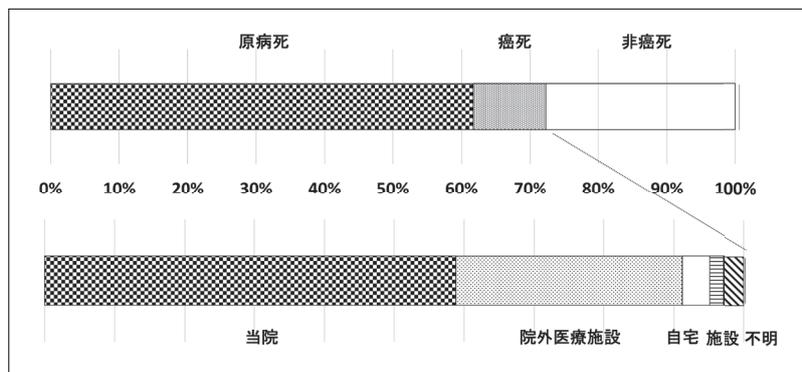


図 1 大腸癌術後死亡原因と死亡場所

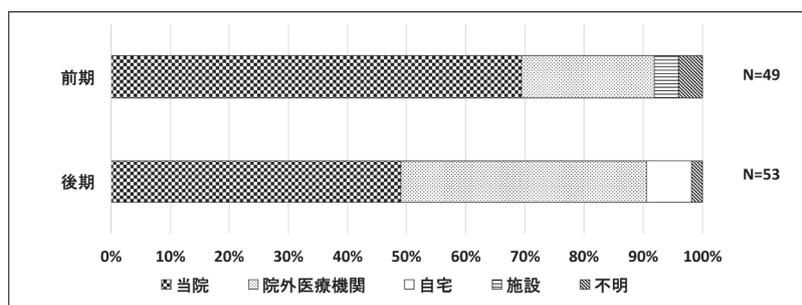


図 2 当院における死亡場所の変遷

(32%) で医療機関死率が 91%と大半を占めていた。自宅死・施設死亡の占める割合はそれぞれ 4%・2%であった(図 1)。

前期と後期の比較では医療機関における死亡率は 92%と 90%とほぼ同程度であったが、当院死亡は前期 69%、後期では 49%、院外医療機関死亡は前期 23%、後期 41%であった。自宅死は前期 0%、後期 8%、施設死は前期 4%、後期 0%であった(図 2)。

患者の生活形態は不明者を除いた 98 世帯を対象とし、前期と後期で形態はほぼ変わっていなかったため前後期を合わせての検討とした。世帯の内訳は厚生白書では、1. 単独世帯 2. 核家族世帯 (a 夫婦のみの世帯 b 夫婦と未婚の子のみの世帯 c 片親と未婚の子のみの世帯) 3. 三世代世帯 4. その他の世帯となっているが本集計では未婚の子を単に子供として集計した。単独世帯(独居)が 17 世帯(17%)、核家族世帯が 69 世帯(70%)、三世代世帯が 8 世

帯(8%)、その他が 4 世帯であった。核家族世帯のうち約半数の 32 世帯が夫婦のみの世帯で、9 世帯が片親と子どもの世帯であった。

子供に関しては同居 39 例、別居 46 例(市内在住 26 例、県内在住 12 例、県外在住 8 例)、子供なし 15 例であった。

自宅死は 4 例で患者年齢は 70 代が 3 例、80 代が 1 例であった。自宅死の生活形態および性別は、配偶者と 2 人の核家族世帯が 3 例でいずれも男性、三世代世帯が 1 例で女性であった。自宅死における子供の所在地は同居、市内、県内、県外各 1 例であった(表 1.2.3)。

考 察

わが国では死亡者数が年々増加しており 2016 年現在で 130 万人、2030 年には 160 万人に達すると推計されている<sup>1)</sup>。死亡場所としては 1951 年では自宅死率が 82.5%、医療機関(病院 + 診療所)死

表 1 死亡場所と家族背景

|        | 当院 | 院外医療機関 | 自宅 | 施設 | 不明 | 総計  |
|--------|----|--------|----|----|----|-----|
| 単独(独居) | 9  | 7      |    |    | 1  | 17  |
| 夫婦     | 19 | 8      | 3  |    | 2  | 32  |
| 夫婦と子ども | 22 | 6      |    |    |    | 28  |
| 片親と子ども | 4  | 5      |    |    |    | 9   |
| 三世代    | 4  | 3      | 1  |    |    | 8   |
| 施設     | 1  | 2      |    | 1  |    | 4   |
| その他    | 1  | 2      |    | 1  |    | 4   |
| 総計     | 60 | 33     | 4  | 2  | 3  | 102 |

表 2 死亡場所と子供の所在地

|    | 院内 | 院外医療機関 | 自宅 | 施設 | 不明 | 計   |
|----|----|--------|----|----|----|-----|
| 同居 | 29 | 15     | 1  |    |    | 45  |
| 市内 | 14 | 8      | 1  |    | 1  | 24  |
| 県内 | 3  | 6      | 1  | 1  | 1  | 12  |
| 県外 | 6  | 2      | 1  |    |    | 9   |
| なし | 8  | 2      |    | 1  |    | 11  |
| 不明 |    |        |    |    | 1  | 1   |
| 計  | 60 | 33     | 4  | 2  | 3  | 102 |

表 3 自宅死患者

| 年齢 | 性別 | 家族形態 | 子供の所在地 | 病悩期間  | 病期     |
|----|----|------|--------|-------|--------|
| 76 | M  | 夫婦   | 県外     | 8 か月  | IV a   |
| 79 | M  | 夫婦   | 市外     | 5 か月  | IV c   |
| 86 | M  | 夫婦   | 市内     | 34 か月 | IV a   |
| 73 | F  | 三世代  | 同居     | 25 か月 | IV 非手術 |

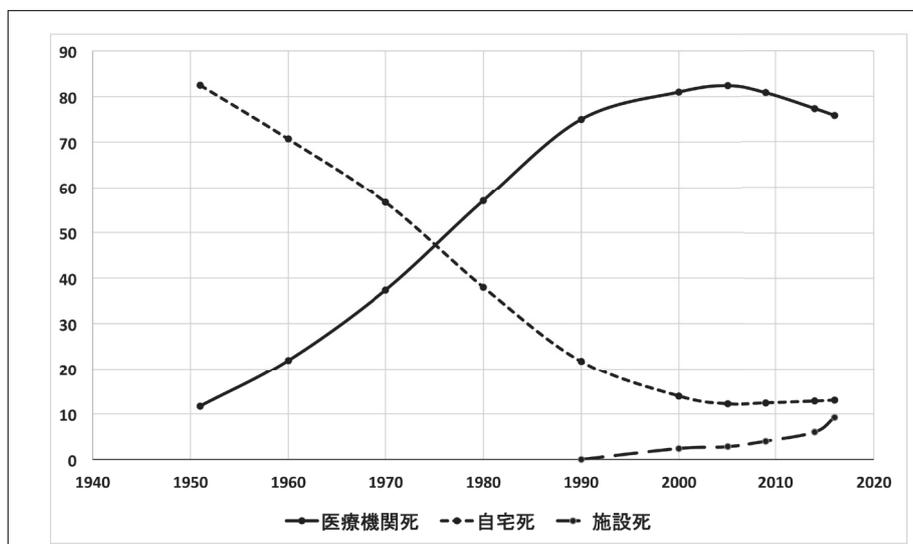


図3 国内における死亡場所の変遷

率が11.7%であったが、その値は1976年を境に逆転し、2005年には自宅死率12.2%、医療機関死率は82.4%と医療機関死率がピークを迎え、2016年現在国内においては医療機関死率は漸減傾向75.8%、自宅死率はほぼ横ばいの13.0%で、新たに施設死率が9.2%と増加傾向にある(図3)<sup>2)</sup>。ただし自宅死には不審死、孤独死も含まれており、年々その数は増加しており<sup>3)</sup>、実際に自宅で誰かに看取られながら亡くなることのできた患者は統計よりかなり少ないのではないかと推察される。

悪性疾患による死亡は国内死亡者の28%、約37.3万人であり、自宅死率は良性疾患の場合より低く国内で11%、広島県内ではさらに低く9.4%である<sup>4)</sup>。

さて当院であるが大腸がん患者の自宅死率は2010-2014年(前期)0%、2015-2018年(後期)8%で後期の大腸癌患者の自宅死率8%は、広島県において標準的であると思われる。前後期をあわせた過去9年間の当院大腸がん患者の医療機関死率は91%と広島県の悪性疾患患者の死亡率86.6%と比較して若干高く、前期92%、後期は90%と大きな変化は認められなかった。しかしながら当院内での死亡は前期69%、後期では49%、院外医療機関死亡は前期23%、後期41%と近年になり院外の近

郊医療機関に最終医療を委ねることが増加していた。患者希望もあるが、厚生省主導の医療の役割分担とDPCにおける在院日数の制約が大きく関係していると考えられる。また悪性疾患の施設死は県内で2.8%、当院では前期4%、後期0%で、良性疾患における県内の施設死亡率12.2%に比較しかなり低率であった。後述するように悪性疾患における種々の身体的症状(疼痛、胸水、腹水、黄疸その他)と短期間の変化を施設でそのまま受け入れることの困難さが表れている数字と考えられる。

自宅死となった4例のうち3例が配偶者と2人の核家族世帯でいずれも男性患者であった。一方で配偶者以外の同居家族がいる45世帯のうち自宅死は1例にとどまっていた。高齢者の術後在宅復帰率は家族が多いほど有利<sup>5)</sup>であったがそれとは逆の結果であり、病気の治療を終えた段階と末期を看取るとでは違いが生じる。同居家族の若年者はおそらく仕事に出かけており多くの場合日中あるいは夜間も患者を配偶者と2人あるいは患者1人にしてしまうことを同居しているがゆえ一層不安に感じるためであろうと考える。子供の所在地と自宅死にも関連は認められず、子供が近くに住んでいることが自宅死にとって有利に働くことはなかった。

1950年ころには一般的であった自宅での看取り

は徐々に減少し、1976年を境に医療機関死率が自宅死率を上回るようになった。要因としては高度経済成長期における核家族化移行によるマンパワーの不足とその後現在に至るまで続く産業構造の変化（東京一極集中など）や人口の都市化、転勤などの物理的事情により、子ども世代が、長寿化してきた親夫婦と同居が困難になっている現状が要因と考える。さらに医療面では1969年に東京都で施行され1973年に老人福祉法として国の政策となり、1983年の老人保健法の施行まで続いた老人医療費の無料化政策が一因と考えられる。当時の豊富な財源を背景に施行された老人医療費の無料化政策により経済的負担を気にせず家族の死亡を家庭内で手を掛けることなく、より便利なサービスを求め病院に任せることが出来るようになった。そして個人に時間的な余裕が生まれそれが豊かな暮らし方であると思込むような風潮がこの頃に生まれ、そのため家で親の面倒をみることは子供の義務であるといったかつての家族としての繋がりが希薄化してしまっただけのように思われる。実際2009年第8回世界青年意識調査において年老いた親を養うことに対しての質問に“どんなことをしてでも親を養う”と答えた日本青年は28.3%でしかなくアメリカ、イギリスの65%、フランスの50%に比較し大きく劣っていた。

さて2016年現在の悪性疾患患者の自宅死率は国内で11%である、一方で自宅死の希望は50%を上回っている<sup>6)</sup>。実際に悪性疾患患者の自宅死は可能であろうか。自宅死を可能とするためにはいくつかの条件が必要とされる。たとえば医療者側の因子として①在宅医療体制の充実②身体的苦痛のコントロールなどであり患者側の因子としては①患者・家族の希望と理解②在宅における家族の介護力③個人の経済力などが考えられる。

医療者側の因子として在宅医療体制に関して、厚生労働省は2005年に社会保障審議会医療保険部会において、2025年を目途に在宅医療提供体制を充実し、地域における高齢者の多様な居住の場を整備して患者の意思を尊重した適切な終末期医療を提供し自宅などでの死亡割合を4割にすることを目

標とするとしていた。主として医療費削減を目的とした施策であったが、さすがに現在は取り消しており、2012年の医政指発0330第9号による在宅医療の体制構築に係る指針では数値目標ではなく次のように漠然とした指針である。つまり我が国の看取りに関して都道府県は、地域の実情に応じて柔軟に設定するとし、目標を住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること、そして在宅医療に係る機関に求められる事項として終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること・患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること、また入院医療機関に求められる事項として在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れることとしている。具体的には2006年から始まった在宅療養支援診療所、2012年からは機能強化型の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院などがその担い手として期待されているのであるが、24時間往診体制や24時間連絡を受ける体制の確立が困難なため在宅療養支援診療所の届け出は2018年で未だ13%と低率である<sup>7)</sup>。

疼痛、体液貯留などの身体的苦痛のコントロールは緩和医療の教育、麻薬製剤などの普及に伴いある程度は可能となっているが、悪性疾患の場合は急変および自覚症状が多岐に現れるためまた疾患によって症状もことなりコントロールに難渋することも多いと思われる。在宅対応困難時の後方支援に関しては、国は地方における公的病院の再編統廃合と病床数の減少を進めており、かつて終末期を支えてくれていた有床診療所も激減している状態での統廃合では後方支援は以前より難しくなりそうである。

一方患者側の因子としては患者、家族の希望は必須であるが何よりも今後どんな終末期を過ごすつもりなのか、その過程でどのようなことが起こりうるのか十分に理解したうえでの希望が重要と思われる。そのためには何度もACPを繰り返す必要があ

表4 国内65歳以上の者のいる世帯

|      | 世帯数<br>(万) | 総世帯に対する% | 独居<br>% | 夫婦<br>% | 親と子供<br>% | 片親と子供<br>% | 三世帯<br>% | 世帯人数 |
|------|------------|----------|---------|---------|-----------|------------|----------|------|
| 1989 | 1077.4     | 27.3     | 14.8    | 20.9    | 11.7      | 5          | 40.7     | 3.1  |
| 1998 | 1482.2     | 33.3     | 18.4    | 26.7    | 13.7      | 5.3        | 29.7     | 2.8  |
| 2018 | 2492.7     | 48.9     | 27.4    | 32.3    | 20.5      | 7.2        | 10       | 2.44 |

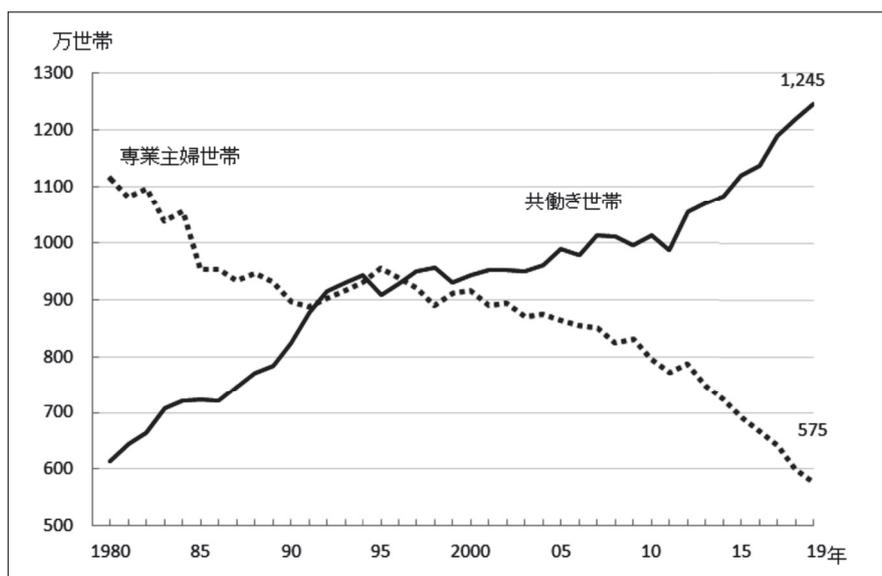


図4 国内における共働き世帯の変遷

る。介護力に関してであるが、厚生労働省の国民生活基礎調査<sup>8)</sup>によると、2018年のわが国の65歳以上の人口は3,557万8千人で、65歳以上の者のいる世帯数は1989年には約1000万世帯であったものが、2018年には2492万7千世帯に増加し、全世帯数の49%にのぼっている。単独世帯と夫婦のみ世帯がそのうちの51.5%（独居27.4%、夫婦24.1%）を占め、最も介護力が期待できる三世帯が同居している数は249万3千世帯、10%にしか過ぎない。当院における集計でも単独世帯と夫婦のみ世帯が50%、三世帯世帯9.5%とほぼ同様であった。くわえて1989年には45%程度であった共働き世帯が2018年には約70%に上昇しており<sup>9)</sup>日中から夜間にかけて自宅に継続的にいることのできる人数は三世帯世帯の家庭においても激減していることは容易に想定される(図4)。家庭における介護力は

圧倒的に低下していると考えられる。COVID-19による小中高校の休校の際に元気な子供が日中自宅にいることに対する家庭での混乱を考えれば、終末期で日常生活能力の低下した高齢者を24時間受け入れることの困難さはそれ以上であろう。経済力に関しては少なくとも患者個人が過ごす居住空間の確保は必要であり、ある程度生活スペースに余裕がないと困難であろう。以上のように医療者側の因子はもとより患者側の因子が平成初頭と比較してもきわめて厳しくなっている。前者の一部は時代の流れとともに改善していく余地はあると思うが、後者に関してはますます条件は厳しくなっていくように思われる。

近年良性疾患においては増加している施設における看取りに関しては経済的に余裕があれば介護付き有料老人ホームなど民間施設を利用すること

は可能であるが、公的施設の特別養護老人ホームなどでは介護認定が必要でまた長期間の待ち時間が費やされるため生存期間の短い悪性疾患には不向きである。さらに最初から悪性疾患の看取りを念頭に置いた受け入れは困難であろう。

時代は昭和とも平成とも大きく変わってきており、親の面倒をみることは子供の義務であるといった精神論が崩壊してしまっている今、悪性疾患において在宅看取りが正しい方向性なのかは今一度再考の余地があると思われる。医療者側が患者背景を十分考えず、やみくもに在宅医療、在宅看取りを押し進めることにより一部自治体のように孤独死や不審死が増加するような事態は招いてはいけない。終末期には丁寧にACPを繰り返し、Palliative Prognosis Score<sup>10)</sup> や Palliative Prognostic Index<sup>11)</sup> で予後を予測し最終段階においては本当に可能な患者のみに在宅医療そして在宅看取りを勧めるべきであると思う。現在向かっている悪性疾患に対する終末期医療が正しい方向なのかどうかは死亡者数がピークを迎える2040年頃には判明することになるであろうが、看取りまでの終末期医療が可能な入院施設をもった病院、診療所は前述のように今後ますます減少していくと思われ、高度急性期病院での終末期の受け入れは実際不可能となり、回復期、慢性期病院での受け入れは医療スタッフの人員配備からも難しくなりそうである。経済的に十分な余裕があれば施設利用も可能であるかもしれないが、看取り目的での公的施設の利用は難しそうである。そういう状況になれば今後は高度急性期病院ではない急性期病院が自院患者はもちろん、他院の患者の受け皿とならざる負えなくなる状態が生じるのではないだろうか。もちろんそこには国の政策が大きく関与することになる。

2013年に池上らは大切なことは死亡する場ではなく、終末期ケアの質である<sup>12)</sup>と述べているが、まさにそのとおりであり終末期をどこで過ごすかではなくどのように過ごすか、どこで死を迎えるかではなくどのように死を迎えるかを考えることが今後一層重要になってくると思われる。そのためにもTenoらの開発した遺族満足度調査のToolkit<sup>13)</sup>などを参

考に、我々も終末期において自宅と同程度あるいはより過ごしやすい環境を提供できる病院体制を将来に向けて構築していく必要があると考える。

## 文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年推計)
- 2) 厚生労働省「人口動態調査・人口動態統計」
- 3) 金涌佳雅：孤立(孤独)死とその実態 日医大医会誌 14 (3), 2018
- 4) 広島県緩和ケア支援センター平成29年度事業報告, 資料8-1 平成28年死亡場所別死亡者数 (保健所・市町別・医療圏域別)
- 5) 川崎誠康, 奥村哲, 革島洋志 他:高齢者大腸がん治療の社会的背景を含めた臨床的検討. 日臨会誌 77(1):8-16,2016
- 6) 平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査結果 (内閣府)
- 7) 篠原 拓也:在宅療養支援診療所の展開 ニッセイ基礎研究所 <https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=64196?site=nli>
- 8) 平成30年 国民生活基礎調査の概況 厚生労働省
- 9) 労働力調査(詳細集計)2019年(令和元年) 平均結果 総務省統計局
- 10) Marco Maltoni, MD, Oriana Nanni, PhD, Marco Pirovano, MD, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. J Pain Symptom Manage 17: 240-7, 1999.
- 11) Morita T, Tsunoda J, Inoue S et al. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 7: 128-33, 1999.
- 12) 池上 直己, 池崎 澄江:遺族による終末期ケアの評価, 日本医療・病院管理学会誌 50 (2): 127-138, 2013.

- 13) Joan M Teno, Brian Clarridge, Virginia Casey et al, Family perspectives on end-of-life care at the last place of care, JAMA 291(1): 88-93, 2004.