

2026年2月21日 福岡県医師会

「福岡在宅医療 事始め（中級編）」

怖くない！がん末期の在宅医療

八幡医師会立はっちい診療所 川本京子

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

本日のお話

- 在宅における症状コントロール
- 看取り期のACP・コミュニケーション
- 多職種連携
- グリーフケア



在宅における症状コントロール

緩和ケアとは？

WHOは2002年に緩和ケアを以下のように定義している。

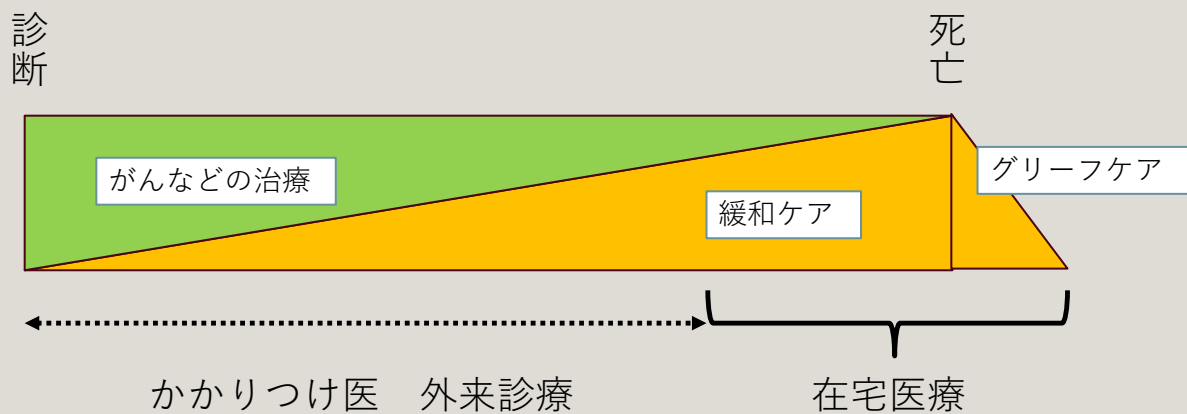
「**生命を脅かす疾患**に伴う問題に直面する**患者と家族**に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質（QOL）を向上させるためのアプローチである。」

緩和ケア

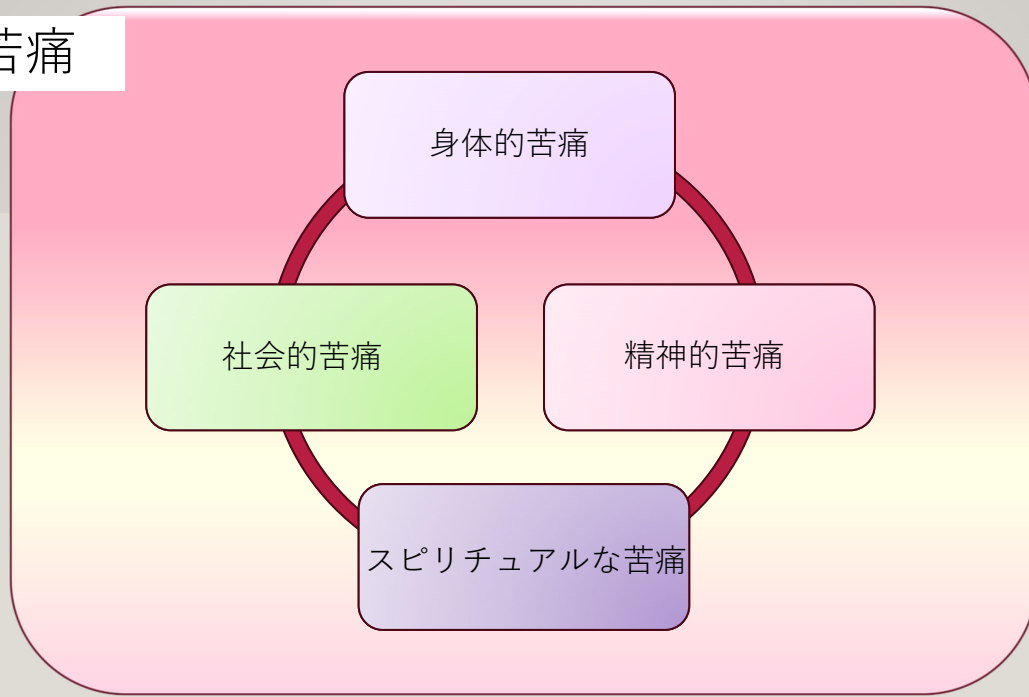
- 痛みやその他のつらい症状を和らげる
- 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える
- 死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない
- 心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- 患者が最期までできるだけ能動的に生きられるように支援する体制を提供する
- 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する
- など

日本緩和医療学会より

WHO 緩和ケア 現在の考え方

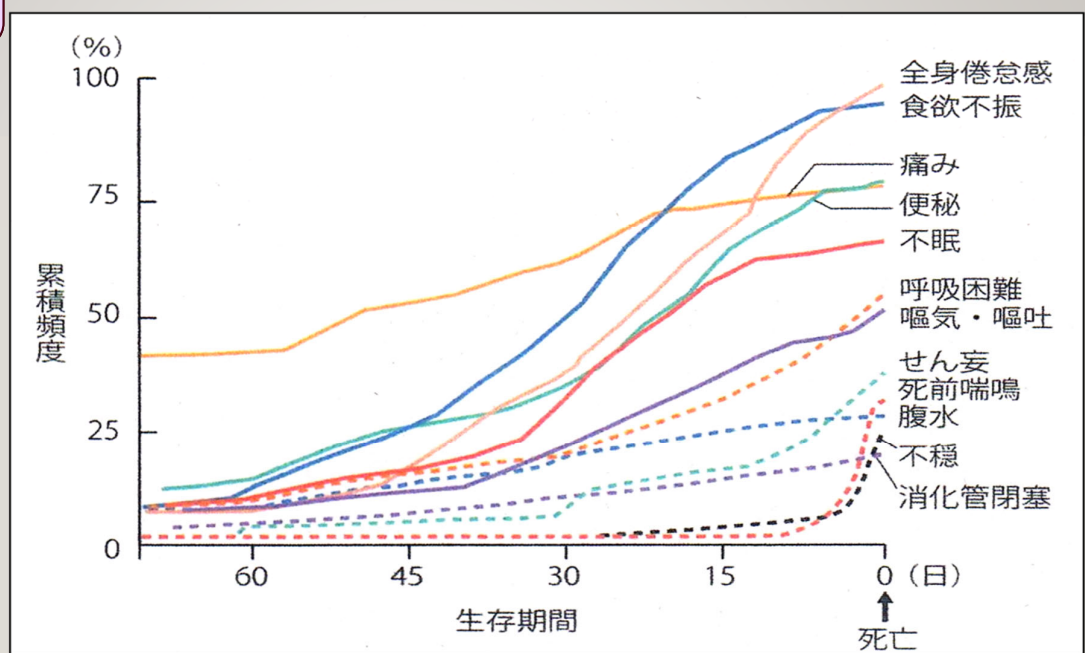


全人的苦痛



身体的苦痛

がん患者が訴える症状の変化



疼痛コントロール

- 痛みは主観的なもの。まず患者の訴えを信じ、その上で客観的に評価する。
- WHO方式によるがん疼痛に対する薬物療法の4原則
- オピオイドを使いましょう

WHO方式によるがん疼痛に対する薬物療法の4原則

1. 経口投与を基本とする (by mouth)
2. 時刻を決めて規則正しく投与する (by the clock)
3. 患者ごとに個別的な適量を決める (for the individual)
4. さらに細かい配慮を行う (with attention to detail)

鎮痛薬

- 非オピオイド鎮痛薬
 - 非ステロイド性抗炎症薬：鎮痛作用や抗炎症作用、解熱作用がある
経口薬、貼付剤がある
 - アセトアミノフェン：鎮痛作用や解熱作用はあるが抗炎症作用は弱い
経口薬、坐薬、注射薬がある
最大投与量は4000mg
- オピオイド
 - 中等度から高度の痛みに用いる。経口薬、坐薬、貼付剤、注射薬がある
- 鎮痛補助薬

在宅での麻薬について

- 医療用麻薬は痛みをとるためにはとても有用。
- 開始時にはきちんと薬の説明が必要。
- 副作用対策は必ず必要。
- 経口剤、坐剤、貼付剤、注射製剤いろいろあるので使いやすい。
- 院外処方であれば自院で麻薬管理をしなくてもよい。
- 処方した麻薬は不要になれば薬局で処分をお願いできる。

在宅で役立つ疼痛コントロール

- 持続皮下注射 PCA (patient controlled analgesia)



社会的苦痛

家のローンどうしよう

友達に会えない

医療費は払えるかな

仕事をどうしよう・・・
やめないとはいけないのかな

子供が小さいのに



社会資源を上手に使いましょう

- 高額療養費制度など
- 傷病手当など
- 介護支援
- ホスピスボランティア、患者会など

MSWに相談し
ましょう

精神的苦痛

気持ちのつらさの定義：多要因の不快な感情体験であり、がんやその症状・治療に向き合うための機能にかかわり得る精神的・社会的・スピリチュアルな要素

（緩和医療学より引用）

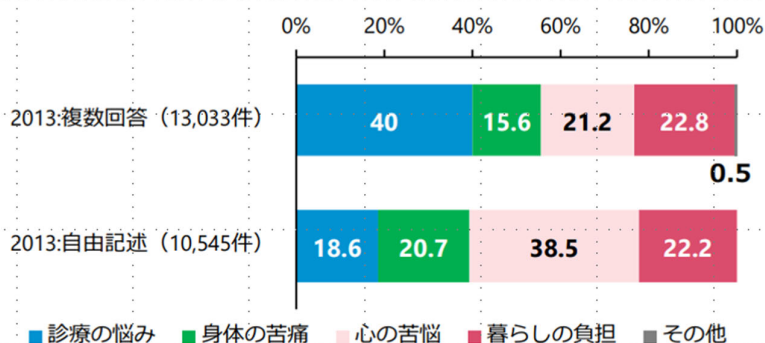
- 不眠
- 不安・抑うつ
- せん妄 など

精神的苦痛をとるために

- 薬物治療
- 非薬物治療（心理社会的介入）

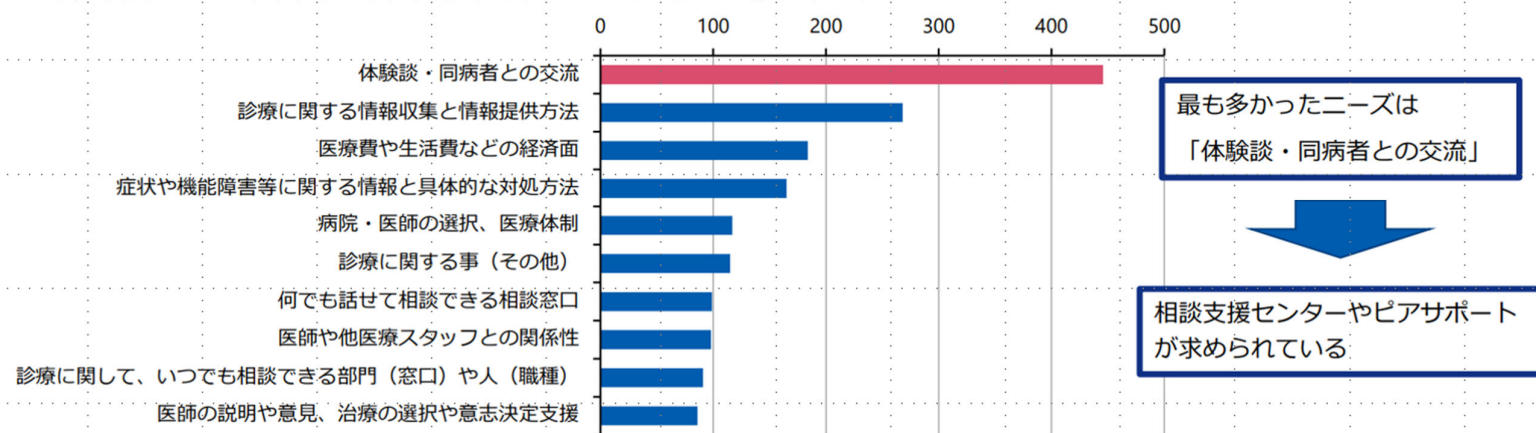


がんと診断されてから経験した悩みや負担



複数選択では診療に関する悩みが最多であった一方、自由記述では心の苦悩の割合が最も大きかった。
→治療選択や副作用の対応についての相談や、精神心理的ケアの必要性

がん体験者が、悩みや負担をやわらげるために必要と思う情報や支援



がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書、「がんの社会学」に関する研究グループ、5346

スピリチュアルな苦痛

例えば

- ・死ぬことが怖い
 - ・生きていても仕方がない
 - ・なんで自分ばかりがこんな目に合わないといけないのか
 - ・誰の役にも立たない
 - ・迷惑をかけるだけなら早く死にたい
 - ・誰も自分のことをわかってくれない
- など

終末期の日常生活動作の障害

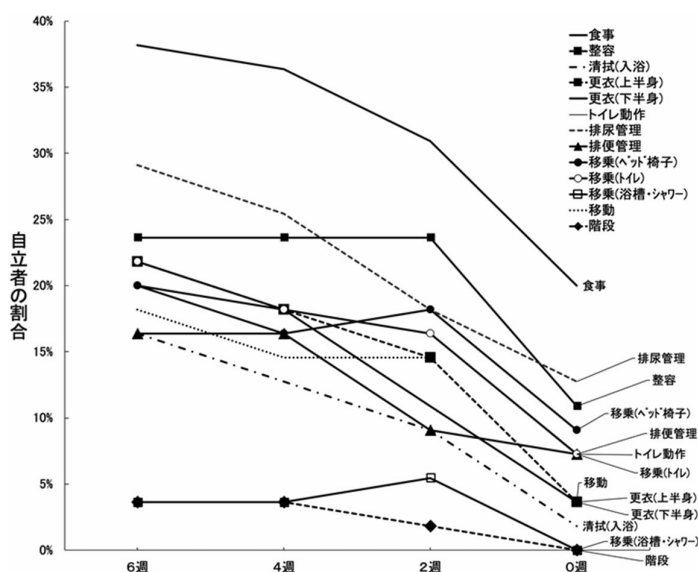


図1 機能的自立度評価法(FIM)運動項目別自立度
トイレ動作は移乗(トイレ)と推移は重なっている。

色々な事ができなくなる！

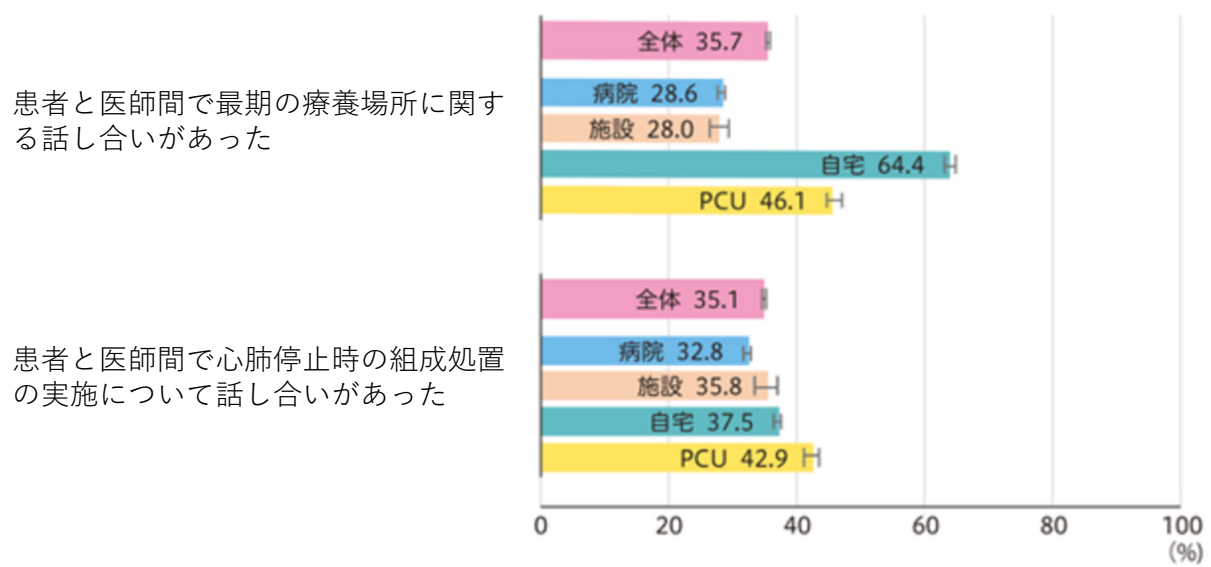


寄り添う、支える
傾聴ボランティア
(ホスピスボランティア、
臨床宗教師など)

終末期がん患者の死亡前6週間の 日常生活動作の経時的変化 Palliat Care Res 2020; 15(3): 167-74

看取り期のACP・コミュニケーション

図4 最期の療養場所の希望や医療に関する話し合い



厚生労働省委託事業がん患者の人生の最終段階の療養生活の実態調査

在宅でいつ話し合うか？

- 訪問診療開始時
- 病状悪化時：入退院時、食事が取れなくなってきた時など
- その他

訪問診療開始時（前）に必ず必要なこと

今の病状をどのくらい把握しているかを確認

入院中であれば退院前カンファレンスに参加

通院中の方であれば診療所に来て頂く

ご本人の状態が悪ければ、ご家族だけでも来ていただくと
その後の診療がスムーズになる

何を話し合うか？

- 療養場所（変わってもいい）
- ご本人の希望、したい事、したくない事、してほしくない事を聴く
- ご家族の思いも聴く
- 誰に気持ちを託したいか？
- 出来れば死生観
- その他何でも

看取りが近くなってきたとき

- ① 予後予測のツールを活用し、看取りに近いことを多職種間で共有する
- ② これから起こり得る症状についてパンフレット等で説明（例えば
OPTIM：これからの過ごし方について（看取りのパンフレット））
- ③ 療養場所や治療・ケアの方針をご本人・ご家族・医療従事者と再確認し、
最期まで症状緩和に努めること、そばにいることを伝える。
- ④ 救急車を呼ばないことを伝える。

予後予測ツール

【Palliative prognostic index】

Palliative performance scale	10～20	4.0
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取 (消化管閉塞のため高カロリー輸液を受けているものは正常とする)	著明に減少（数口以下）	2.5
	中等度減少（減少しているが数口よりは多い）	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり（薬物が単独の原因になっているもの、臓器障害を伴わないものは除外）	4.0

→ 予後予測：3週未満（＞6）、
3週以上6週未満（4＜、≤6）、
6週以上（≤4）

Palliative performance scale

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		何らかの症状があるが、 正常活動可能			
80		明らかな症状あり。 通常の仕事困難		正常 or 減少	
70	ほとんど起居	ときに 介助			
60	ほとんど 坐位 or 臥床	明らかな症状あり。 趣味・家事困難	しばしば 介助		
50	ほとんど 臥床	著明な症状あり。 ほとんどの行動制限	ほとんど 介助	清明 もしくは 傾眠± 混乱	
40	常に臥床	著明な症状あり いかなる活動も行うことが出来ない	全介助		
30					
20					
10					

Palliative performance score

		スコア
臨床的な 予後の 予測	1～2 週	8.5
	3～4 週	6.0
	5～6 週	4.5
	7～10 週	2.5
	11～12 週	2.0
	> 12 週	0
Karnofsky performance scale	10～20	2.5
	≥ 30	0
食欲不振	あり	1.5
	なし	0
呼吸困難	あり	1.0
	なし	0
白血球数 (μmm^3)	> 11,000	1.5
	8,501 ～ 11,000	0.5
	≤ 8,500	0
リンパ 球 (%)	≤ 11.9	2.5
	12～19.9	1.0
	≥ 20	0

Karnofsky performance scale

普通の生活・労働が可能。 特に介護する必要はない		100
		90
		80
労働は出来ないが、家庭での療養が可能。日常生活の大部分で症状に応じて介助が必要		70
		60
		50
自分自身の世話が出来ず、入院治療が必要。疾患がすみやかに進行している	動けず、適切な医療・介護が必要	40
	まったく動けず、入院が必要	30
	入院が必要。重症。精力的な治療が必要	20
	危篤状態	10

9点以上で3週間以内、
5.5点以下で30日以上の可能性が高い

看取りのとき

- ①患者の状況についての細やかな共有
- ②手を握る、声をかけることを勧める
できれば感謝の気持ちなどを伝える。
最期まで聞こえていると伝える。
- ③最期に必ず家族をねぎらう。
- ④エンゼルケアへの参加

コミュニケーション

- 言語的コミュニケーション
書き言葉 話し言葉
- 非言語的コミュニケーション
表情 身振り・タッチング 視線 声の大きさ・調子
ソーシャルディスタンスなど

悪い知らせの伝え方

SPIKES (M.D.アンダーソンがんセンターのBaileとトロント大学のBuckmanらによって開発)

Setting (面談の設定)

Perception (患者は何を知っているか)

Invitation (患者がどれくらい知りたいと思っているかを把握する)

Knowledge (情報を共有する)

Empathy&Exploration (患者・家族の感情に対応する)

Sammary&Strategy (計画とフォローアップ)

緩和医療学より引用

悪い知らせの伝え方

SHARE（日本の文化に合わせて作られたプロトコール）

Supportive environment（サポーティブな環境設定）

How to deliver the bad news（悪い知らせの伝え方）

Additional information（付加的な情報）

Reassurance and Emotional support（安心感と情緒的サポート）

緩和医療学より引用

多職種連携

退院前カンファレンスの意義

1. 診療情報提供書のみではわからないご本人・ご家族の病状に対する認識や思いを確認することができ、それを病院側、在宅側みんなで共有することができる。



しっかり病状を
話していた



そんなに悪いの
ですか？

2. 退院後の在宅療養をスムーズに始めることができる。

多職種で本人・家族を支える

在宅

- ▶ 訪問診療（在宅医）
- ▶ 訪問看護師
- ▶ 訪問介護士
- ▶ 訪問リハビリ技師
- ▶ 訪問薬剤師
- ▶ 訪問栄養士
- ▶ ケアマネージャー
- ▶ 臨床宗教師 など

本人・
家族

病院

- 主治医
- 看護師
- 介護士
- リハビリ技師
- 薬剤師
- 栄養士
- ソーシャルワーカー など

私が考える 多職種連携のコツ

- 情報交換はできるだけ密に！できるだけ顔を合わせる事
- 言った、言わないにならないように注意（ICTの活用）
- チーム医療を心掛ける。
- できるだけ退院前カンファレンスに参加。
- 専門職である相手の意見を聞き、尊重する。
- 在宅での置き薬を活用。



グリーンケア

グリーフケアとは？

グリーフ（g r i e f）：悲嘆

喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的（感情的）反応
一過性の「通常の悲嘆」と心理・社会的機能の低下を招く「複雑性悲嘆」
がある

愛しい人と死別した遺族がその悲嘆を 乗り越え、悲嘆から立ち直り、
再び日常生活に適応していくことを 見守ること。

診療所で行っている事

死別後約1ヶ月くらいにご自宅へ伺う

今のご家族の様子や亡くなった時の思いを聞き取ることで寄り添い
問題がないかを確認する。

身体的症状が出ている場合には受診を薦めることもある。

新規の患者さんにできるだけ写真を撮るようにしています。それを写真立てに入れて贈っています。



ご自宅でお看取りさせて頂いた方のところにグリーフケアの意味も込めお花を持って伺います。



グリーフケアで大切なことは
まず気づくこと

患者・家族に寄り添う気持ち、態度
きちんとした説明



がん末期の在宅医療で心がけること

- 症状コントロール、予後予測
- きちんとした説明（ご本人、ご家族）
いつもいるご家族だけではなく、できるだけ遠くにいらっしゃるご家族にも説明の機会を設ける
- ACPを心掛ける
最期まで療養する場所や希望をご本人、ご家族と何度でも話し合う
- 寄り添う気持ち
自分の価値観を押し付けない
最期まで必ず診ることを言葉で伝える

ご清聴ありがとうございました。

皆さんの看取りに少しでもお役に立てれば幸いです。

