

Title	在宅医療と抗がん剤治療
Author	梅田 信一郎
Citation	大阪市立大学看護学雑誌, 5 巻, p.53-54.
Issue Date	2009-03
ISSN	1349-953X
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学大学院看護学研究科
Description	第 4 回平成 19 年度大阪市立大学医学部看護学科講演・シンポジウム / シンポジウム：『がん化学療法を受けながら生活すること』
DOI	10.24544/ocu.20180403-120

Placed on: Osaka City University

在宅医療と抗がん剤治療

梅田信一郎

Shinichiro Umeda

はじめに

従来、がん患者の在宅医療は疼痛などの緩和医療が主体で積極的な抗がん剤治療は行われなかった。しかし、医療情勢の変化で長期入院ができなくなり治療の途中で退院する患者が増えること、大病院は外来患者を減らすことが求められており、在宅でできることは在宅で、という方向にあること、また入院生活よりも自宅での生活を選ぶ患者が増えることから、将来は在宅でも抗がん剤治療が行われるようになる可能性も出てきた。

実際に診療所の在宅医療には大病院に通院して抗がん剤治療を継続している患者が増えつつあり、在宅医の適切な対応で今後のがんの治療効果、患者のQOLの向上も期待できる。しかし在宅医が主体となって抗がん剤治療を実施するには課題も多い。在宅医療における抗がん剤治療の現状を紹介し課題について検討したい。

在宅医療の現状

梅田クリニック（大阪府和泉市）では医師1名、非常勤医師3名、看護師5名のスタッフで120余名の患者の在宅医療をしている。疾患としては脳血管障害、神経難病、大腿骨頸部骨折後遺症などで大半は症状の安定した高齢者であり16年以上往診を続けている患者もある。訪問看護は毎日、訪問診療は外来診療のない午後の時間帯で、週に3.5日行っている。

平成19年度に亡くなった在宅患者は44名（がん患者は27名）、そのうち病院で亡くなった患者は18名、自宅で亡くなった患者は26名（がん患者は14名）であった。がん患者は在宅での看取り患者の半数以上を占め、初診から死亡までの期間は短い場合は1日、往診期間の平均は一ヶ月以内と短い。

当院は終末期患者を扱う「在宅療養支援診療所」であ

るため在宅患者からの連絡に対し24時間対応が要求されており、常勤の看護師2名で365日を分担している。在宅患者からの連絡はまず診療所の在宅専用電話に録音され、メッセージがはいると看護師の携帯電話に転送される。看護師は直ちに患者の自宅に電話連絡し状態を確認する。看護師に連絡がつかない場合は、医師と事務スタッフの携帯電話に直接連絡できるようにバックアップしている。医師は看護師の要請に従って臨時の往診、死亡診断、経過や治療法の説明などを行っている。医師が学会出張や旅行で不在の時は近隣の在宅医に待機を依頼している。在宅医療の業務内容をよく理解できている在宅療養支援診療所間のネットワークがあるために、他院の待機を引き受けることもある。

在宅患者の抗がん剤治療の現状

近年、大病院に通院して抗がん剤治療を継続している在宅がん患者が増えた。在宅医の役割はこれらの抗がん剤治療を側面から支援することであると思う。治療の主体となるべきはあくまで患者のがんの情報を詳しく知っている病院の医師だ。

側面からの支援の例としては、乳がんの患者で病院の主治医が治療計画を立ててドセタキセル（タキソテール™）の点滴を病院の外来で施行している。しかしこの患者は付き添う人がないなどの理由で通院が困難なため化学療法後の血液検査を在宅医療で行っている。検査結果を次の外来受診時に持参して抗がん剤治療の継続に必要なデータを提供している。白血球減少があればG-CSFの投与を依頼されているが施行する必要はまだ生じていない。

自己リンパ球免疫療法を受けている患者の採血や点滴、血液検査も担当医の要請のもとに在宅で行っている。

骨転移の治療としてゾレドロン酸（ゾメタ™）の点滴注射を病院の依頼の下、在宅で施行している。

最近、膵がんの患者の抗がん剤療法を在宅で施行した例がある。遠方の大病院で塩酸ゲムシタピン（ジェムザール™）治療を2回受けたが外来通院で治療を受けることが実質的に無理となり在宅で継続することにした。幸い副作用が少なく8回の抗がん剤治療を行った。患者、家族は治療が継続できたことをとても喜んだし、腫瘍マーカーの検査結果では良好な効果が得られた。在宅患者に対して最初に行った積極的な治療の成功例であった。

経口抗がん剤（TS-1™やUFT™など）を継続している患者もあり、基幹病院まで通院して薬を手に入れることが在宅患者にとっては大きな負担となる。本来、責任の持てない投薬はするべきではないが、主治医の依頼があれば便宜を図って処方箋を出している。全身状態の悪化で薬の服用を中断する場合もあるが患者の判断にまかせている。

前立腺がんの皮下注射によるホルモン療法は以前から在宅で問題なく継続施行している。

在宅での抗がん剤治療の問題点

在宅医が抗がん剤治療を行うには問題がある。在宅にはあらゆる種類のがん患者がいて、抗がん剤治療の薬剤の種類も多い。それぞれについて重大な合併症の発生の監視と対策を要求されるうえ、効果判定や治療中断の基準など極めて幅の広い知識が必要となる。現時点では診療所にはすべてのがんの治療を主体的に行う能力はない。

診療所の在宅医療はがん以外のあらゆる種類の終末期患者がいて、それぞれに違う対応が求められる。がん患者においては緩和医療が優先され、苦痛や不安のない安らかな最期を提供することが求められている。少ない人員での24時間体制の下、最低限の終末期医療を続けるだけでも診療所は手一杯である。

しかもかつては病院内だけで行われてきた医療行為（膀胱留置カテーテルや気管切開患者の気道管理をはじめ、酸素吸入療法、機械的人工呼吸、腎ろう、中心静脈栄養、輸血など）が在宅医療で行われるようになり、診療所業務の種類は増えている。抗がん剤治療の計画を立てて実行することはさらなる大きな負担を生む。

高額な化学療法剤や周辺薬剤を扱う経営的リスクも見逃せない。例えばゲムシタピンの点滴前に行う制吐剤塩酸グラニセトロン（カイトリル™）は高価で、最小販

売単位が5アンプルである。先述の患者は8アンプル使用したので2アンプル分は期限までに使用できずに損失となるであろう。また点滴が終了するまでスタッフが見守りの必要があり人件費でも損を覚悟で取り組まなければならない。

在宅医療で抗がん剤治療に取り組む意義

病院の外来で抗がん剤治療を受けている患者にとって通院の負担は大きく、自宅で抗がん剤治療が受けられたらその負担は軽減される。特に通院できないために治療を中断する患者、家族にとっては意義深い。

緩和医療はある時期のがん患者に突然開始するのではなく、抗がん剤治療と並行して徐々に取り入れ、割合を増しながら同時進行するべきであると言われている。しかし実際には抗がん剤治療を中止してから緩和医療を開始することが多く、希望を奪われた状態で在宅医療を開始せざるを得ない状況が多い。家族もできるだけ治療を継続してほしいと願っている。抗がん剤治療継続の意味があるとの主治医の判断があれば、われわれ在宅医の努力で治療を継続できるし、患者、家族は希望を持って過ごすことができる。

今後の展望

理想的な在宅での抗がん剤治療は、がん治療に特化した診療所医師によって病院との協力のもとに行われることである。しかし現状では抗がん剤治療だけでは経営効率は悪く在宅医療が成立しにくいし、終末期に緩和医療という異質の医療を提供する必要もあるなどの困難がある。現状では在宅医療の第一義的な役割は緩和医療を提供することであり、抗がん剤治療の主体を担うことではない。

現実的な方法としては大病院の主治医がコントローラーとなって主体的にがん治療を進め、在宅医がその指導の下に協力する体制がとれば、患者にとって安心できる状況が得られる。在宅医として病院の主治医に協力できる条件は、主治医が治療計画を立てる、患者や家族に十分な説明をする、効果判定や副作用判定の基準を示す、治療の継続、終了の時期を判断する、病状悪化など困難な状況が生じたら直ちに対応することなどである。患者や家族が安心できるシステムの構築が待たれる。