

「緩和ケアがあつて助かった」

2007年10月11日
諏訪中央病院緩和ケア科部長
平方 眞

今日の話の組み立て

- 1) 「緩和ケア」とは何か(誤解と正解)
- 2) 緩和ケアはいつから受ける?
- 3) 緩和ケアは自分には関係ない医療?
- 4) 緩和ケアは何をしている?
- 5) 緩和ケアがあつて助かった(実例)
- 6) 緩和ケア体制の諸問題

1-1) 緩和ケアの誤解

<否定的な誤解>

- ⌘ あそこに行くと、もう終わりだ
- ⌘ 積極的なことはしてくれないところ
- ⌘ 姥捨て山
- ⌘ あきらめの医療
- ⌘ かわいそうな人が行くところ
- ⌘ モルヒネを盛られて廃人同様になる

1-2) 緩和ケアの誤解

<普通の誤解>

- ⌘ 末期がんの人のための医療
- ⌘ 緩和ケア＝終末期医療
- ⌘ 治療続行か緩和ケアを受けるかの二者択一の選択しか許されない
- ⌘ モルヒネは副作用が強く危ない薬

1-3) 緩和ケアの誤解

<良心的な誤解>

- ⌘ ホスピス(緩和ケア病棟)は天国のようなところ
- ⌘ ホスピスに行けば何でも魔法のように解決してしまう
- ⌘ たくさんのスタッフがいて、至れり尽くせりのサービスが受けられる

1-4) 緩和ケアの新しい定義(正解)

⌘ 新しい定義(2002年 WHO)

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。

1-5)新しい定義のポイント

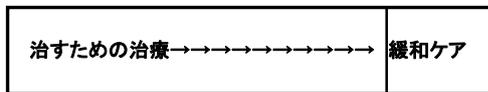
- ⊗新しい緩和ケアの定義では、「残っている命の長さが短くなければいけない」とか、「命の終わりを覚悟していなければ緩和ケアを受けられない」ということはない。
- ⊗治療をするか緩和ケアを受けるかという二者択一ではなく、両方を同時に受けることも可能である。

1-6)諏訪中央病院の定義

- 諏訪中央病院では、2000年頃より次の定義を使用している。
- 「癌などの治るのが難しい病気にかかったときに、その病気があることによって不都合が生じないように、生じたらそれを可能なかぎり取り除くようにするのが緩和ケアである。」
- この定義は新しいWHOの定義と全く同じ

2-1)緩和ケアはいつから受ける？

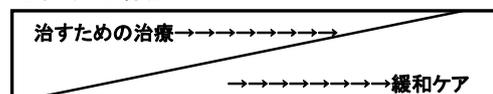
- ⊗昔の定義だと、「治すための治療をこれ以上はできない」というところまで頑張って、そこから緩和ケアに移行する



時間の流れ→

2-2)緩和ケアはいつから受ける？

- ⊗新しい定義では、がんと言われて「困った」だけでも(がんによる不都合)緩和ケアを受ける資格ができる。治す治療をしながら緩和ケアを受けることも問題ない。(下の図は徐々に進行する場合)



時間の流れ→

3-1)緩和ケアは自分には関係ない？

- ⊗今この瞬間に、緩和ケアと係わっている人の数は、たしかに多くはない
- ⊗緩和ケアに「現在」係わっている人は
 - ・身内にがん患者がいる
 - ・自分ががんである
 - ・緩和ケアを仕事にしている ぐらい
- ⊗ではそれ以外のほとんどの人は、緩和ケアには関係ない？

3-2)緩和ケアは自分には関係ない？

- ⊗がんと診断される人は年間約60万人
- ⊗その中で、進行していき症状が出たり命にかかわってきたりする人は、毎年新たに30万人以上発生する
- ⊗長い人生でみると、一生の間のがんと診断される確率は2分の1に迫ってきている
- ⊗自分だけでなく身内や友人を含めると、一生の間に緩和ケアが不要と言いつける人の方が少数

3-3) 緩和ケアは→あった方がいい

- ⊗今は困っていないかもしれないが、緩和ケアが必要になった時に緩和ケアを受けられる医療機関がすぐ見つからないのが現状
- ⊗「運がいい人、準備のいい人だけが緩和ケアの恩恵を受けられる」のは、医療のあり方としては適切ではない
 - 「緩和ケアが必要とされたら、必要な緩和ケアを提供できる体制を」準備したい

4-1) 緩和ケアは何をしている？

- ⊗昔の定義では
 - ・命が終わり近い人を見る
 - ・症状で困っている人に対応する
- ⊗新しい定義では、上の2つを含んだ上で
 - ・病気を抱えて困っていることに対応
 - ・病気を持った人生がより良くなるためのお手伝い

4-2) 緩和ケアは何をしている？

- ⊗(以前)緩和ケアを提供する場所は
 - ・もっぱら緩和ケア病棟、ホスピス
 - ・頑張っている在宅医療現場
- ⊗新しい定義や「がん対策基本法」で考える緩和ケアの提供場所は
 - ・命にかかわる病気の人がいる、すべての場所
- 「気がつけば どこにでもある 緩和ケア」

4-3) 緩和ケアの守備範囲

- ⊗新しい定義に基づくと、命にかかわる病気になって「さあ困ったぞ」だけでも緩和ケアを受ける資格ができることになる
- ⊗実際そのような人にも適切な緩和ケアが提供されるべきなのであるが、医療費削減+医師不足+看護師不足の日本では、諸外国以上に実現は困難
- ⊗その問題点については、患者さんの事例の後で。

5-1) 他の科との併診(前立腺がん)-①

- ⊗2003年1月、泌尿器科にて前立腺がん・多発骨転移と診断
- ⊗診断半年後から、腰痛などに対し緩和ケア外来も受診。痛みの治療を開始
- ⊗痛み治療が安定してきたので、痛み治療も泌尿器科でもらうことにする
- ⊗2005年11月、痛みの治療が難しくなり、再び緩和ケア外来+泌尿器科外来併診に

5-1) 他の科との併診(前立腺がん)-②

- ⊗次第に泌尿器科より緩和ケアの比率が大きくなってきた。次第に体力も低下してきたが、動ける日は畑に行き、外来へは「まだもうちょっとは死なねえみたいだぞ」と言いながら通院
- ⊗2006年の年末、いよいよ動けなくなり入院。入院して体の負担が少なくなったためか、全身状態は低空飛行ながら安定
- ⊗ゆっくり下り坂で入院8週間後に永眠

5-1)他の科との併診(前立腺がん)-③

<まとめ>

- ⊗前立腺など泌尿器科系のがん、乳がん、大腸がんなどには経過が長いものがあり、闘病期間も長くなる
- ⊗徐々に進行していく場合、病気による問題も次第に増えてくる
- ⊗「ある日から全面的に緩和ケア」ではなく早期から必要に応じた緩和ケアを提供することが望ましい

5-2)早めに緩和ケア→安心 -①

- ⊗大学病院で診断された「肉腫」
- ⊗抗がん剤治療をしていたが、効果が十分でなく「これ以上は抗がん剤はしない」と決定し、特に困る症状のない早い段階で当院緩和ケア外来へ紹介され、通院開始
- ⊗来院時は、無症状の肺転移、たまに痛む皮膚転移、たまに痛む右腰～足の痛み
- ⊗通院中、右腰～足の痛みが強まり、検査で大腿骨転移と診断→放射線治療

5-2)早めに緩和ケア→安心 -②

- ⊗次に、右眼が開かない＝下垂体転移と診断→放射線治療
- ⊗右大腿骨の放射線治療した部位が弱く病的骨折→予後とQOLを考え、整形外科で手術
- ⊗右腕神経叢(腕に行く神経)への肺転移の圧迫による神経症状→放射線治療
- ⊗この間にもご家族と小旅行に行かれていた
- ⊗大腿骨折術後約2か月で体力低下し永眠

5-2)早めに緩和ケア→安心 -③

<まとめ>

- ⊗現在「病気はあるが治療はもうない」という人を受け止める医療体制は不十分
- ⊗緩和ケアは、定義上はその人たちを受け止めることができる(ただし人手不足)
- ⊗緩和ケアが早期からかかわることで、病気によって問題が生じてきた時に、迅速かつ適切な対応が可能になる

5-3)化学療法(抗がん剤)との両立①

- ⊗1年半前に胃がんを手術。順調にみえたが再発し、食事がとれなくなり入院
- ⊗抗がん剤の治療が効く可能性はあるが、効く率は3割ぐらいと腫瘍内科医から説明
- ⊗「効くなら効くて嬉しいが、効かない可能性が高いなら緩和ケアを受けたい」と希望
- ⊗薬剤費が安い抗がん剤で、緩和ケア病棟の経営状況を圧迫しないことを確認し、抗がん剤治療をしながら緩和ケア病棟へ入院

5-3)化学療法(抗がん剤)との両立②

- ⊗緩和ケア病棟で痛みの治療と抗がん剤治療を続けるうちに次第に体調良くなり、家に帰りたい希望が出される
- ⊗栄養補給の点滴は必要なため、週1回の抗がん剤治療のための外来と、週1回の訪問診察(計週2回の診察)で治療続行
- ⊗さらに改善し、食事がとれるようになり、点滴終了。抗がん剤も内服薬に変更し、通院治療センター(化学療法)の外来に一本化

5-3)化学療法(抗がん剤)との両立③

- ⊗約1年、抗がん剤治療を続けながら外来通院。旅行にも行った
- ⊗1年後再び腸閉塞で食べられなくなり、別メニューの抗がん剤投与後、再度緩和ケア病棟へ(改善は困難という見通し)
- ⊗しかし再び食べられるようになり、化学療法の外来通院へ戻る
- ⊗それから約半年後、再び食べられなくなる

5-3)化学療法(抗がん剤)との両立④

- ⊗緩和ケア病棟に3度目の入院
- ⊗「今回は改善はまず無理でしょう」と説明
→それならできるだけ家で過ごしたい
- ⊗準備を整え、在宅緩和ケアへ移行
- ⊗ほぼ毎日訪問し、症状コントロール+全身状態の調整をおこなう
- ⊗自宅に帰って約半月後、自宅で静かに永眠された

5-3)化学療法(抗がん剤)との両立⑤

- <まとめ>
- ⊗「治す治療か緩和ケアかどちらかを選ばなければならぬ」というのは究極の選択。どちらを選んでも「逆の選択肢のほうが良かったのではないか」という思いが残る。
 - ⊗条件が許せば「治す治療」と「緩和ケア」の両方を選択することが可能である。そして、結果がどうであっても「ベストを尽くすことができた」という思いにつながる。

5-4)緩和ケアから始まる医療-①

- ⊗約2年前に、前立腺がんの骨への転移でほとんど歩けなくなり、紹介入院
- ⊗前立腺がんらしいことはわかっていたが、「できるだけ自然に」という生き方を貫いており、西洋医学の検査や治療は受けていなかった
- ⊗評価をしたところ、泌尿器科のホルモン治療で状態が良くなる可能性が高いことがわかった

5-4)緩和ケアから始まる医療-②

- ⊗「嫌ならいつでもやめられるが、やった方がいいと思う」と話し、泌尿器科医によりホルモン療法を開始
- ⊗痛みやしびれなどの症状については緩和ケアで、運動機能についてはリハビリテーションをおこない、徐々に体力も回復し歩けるようになり退院。外来にも車を運転して一人で来院するようになった

5-4)緩和ケアから始まる医療-③

- ⊗平成17年になり、病気が再燃。調子の悪い日も少しずつ多くなる。ほとんどの症状は外来で対応できたが、急に悪くなった時には入院し、調子を整えた
- ⊗17年12月、調子悪く入院。検査で内臓に転移が広がっていることが判明。重い内容の情報であったが、慎重に本人家族に伝え今後の方針を話し合った結果「家でできるだけ過ごしたい」ということで退院

5-4)緩和ケアから始まる医療 -④

- ⊗訪問開始当初は毎週、軌道に乗ってからは2週に1回訪問し、必要な治療を施行。痛みに対しては貼る痛み止めと坐薬を併用
- ⊗体力減ってきたため週1回訪問に戻す
- ⊗肝臓の働きの減り方が限界となり、そのための症状が出てきたため、週2回に
- ⊗さらに進んだため毎日訪問に切り替え。毎日訪問6日目に自宅で静かに永眠された

5-4)緩和ケアから始まる医療 -⑤

<まとめ>

- ⊗緩和ケアから始まって、病気の治療へと進むパターンも、定義からはあり得る
- ⊗病気の治療と緩和ケアがバランス良く係わり続けると、どんな状況になっても安心
- ⊗自然や健康を追い求めるのはいいが、「健康のためなら死んでもいい」みたいになるのは正常なバランス感覚とは言えない

5-5)行き場所がない -①

- ⊗高齢夫婦の二人暮らし
- ⊗自宅を引き払い、息子の家に近い老人ホームに夫婦で入居するため諏訪に来た
- ⊗入所時の健康診断で、がん、しかも多発転移あり、予後1か月と診断される
- ⊗「その状態では…」と入所を断られた
- ⊗「どうすればいいんでしょう」と家族が緩和ケア外来に相談

5-5)行き場所がない -②

- ⊗予後1か月と診断される状態であれば、緩和ケアにかかる資格は十分ある
- ⊗奥様となるべく一緒にいたいということで、広めの部屋(一般病棟)に入院
- ⊗少量の点滴に元気が出る薬(デカドロン2mg)を入れたところ、元気も食欲も見違えるようになってきた
- もしかして「予後1か月」は間違い？

5-5)行き場所がない -③

- ⊗血液検査をしたところ、見かけの元気は増えていても体力は確実に低下しており入院3週間の時点で予後1~2週と予測
- ⊗ご本人とご家族に、そのことを説明
- ⊗それ以後は、ご家族はそれまで以上に時間を作り、ご本人と一緒にできるだけ楽しい時間を過ごすよう工夫されていた
- ⊗入院5週間後、一般病棟で永眠された

5-5)行き場所がない -④

<まとめ>

- ⊗日本には「人生の残りが短くなってきた」時に安心して過ごせる場所が不足している
- ⊗現状では「がん」によって命の残りが限られていて、緩和ケアが受け止める余裕があれば、今回のように居場所が確保できる
- ⊗これからの時代「新しい定義の緩和ケア」をどこでも用意しておかないと、おちおち死ぬ病気にもかかれない

5-6)急速な悪化に迅速な対応 -①

- ⊗泌尿器科で前立腺がんと診断され、肝臓への転移もあるため内科も受診していた
- ⊗体力は徐々に低下してきていたが、肝臓が限界近いことは見逃されていた
- ⊗ある時急速に肝臓が限界を迎え、意識状態が悪くなり救急外来受診し入院(休日)
- ⊗当直内科医が翌朝まで診療し、泌尿器科主治医へバトンタッチしようとした

5-6)急速な悪化に迅速な対応 -②

- ⊗泌尿器科主治医は「肝不全は内科的問題なので内科で診てほしい」と
- ⊗(当院は当直で入院させた患者さんをそのまま抱えない)→主治医が決まらない
- ⊗ご本人は昏睡状態
- ⊗ご家族は「説明してほしい」
→急遽、主治医に指名される

5-6)急速な悪化に迅速な対応 -③

- ⊗採血データでは、肝不全末期
- ⊗ご本人を診ると、数時間～長くて1日の予後と思われる状態
- ⊗ご家族に状況を説明し、大部屋から個室に移そうとしたが部屋がなく、HCU(集中治療室に近い部屋)の2人分のスペースを使わせてもらい、家族とすごしてもらおう
- ⊗主治医になって約5時間で看取りとなった

5-6)急速な悪化に迅速な対応 -④

- <まとめ>
- ⊗臓器別の診療体制では、連携がうまくいかないと「無責任体制」を生みやすい
 - ⊗肝不全の自然経過について「このパターンだと最後の変化は急速であることが多い」という読みが不足していた(もっと早く緩和ケア医につないだ方が良かった)
 - ⊗緩和ケア医が対応できたことで、ご家族の不満は最小限に抑えられたと思われる

6-1)緩和ケア体制の諸問題 -①

- ⊗緩和ケア従事者数は圧倒的に不足
需要にすべて応えていたら皆過労死する
- 緩和ケアの門戸を狭めざるを得ない
 - ・治す治療中の人はダメ
 - ・予後3か月以内の人に限定
 - ・告知を受けていないとダメ
 - ・空床がない、スタッフが足りない
- ↑これらは基本的に「医療側の事情」により設定されている制限

6-2)緩和ケア体制の諸問題 -②

- ⊗特に大学病院など大病院では
 - ・入院日数が短くないと赤字になる診療報酬体系
 - ⇨丁寧に全身状態も整えれば、入院日数は長くなる
 - ⇒病院経営者には「ありがたない客」
 - ・定額制(まるめ)では、薬や人手を節約すればするほど収益が増える
 - ⇨緩和ケアでは、薬や人手をケチるとケアの質を保ちにくい
- などの悪条件がある

6-3) 緩和ケア体制の諸問題 -③

- ⊗現在の医療の中では、大病院で緩和ケアを頑張れば頑張るほどスタッフは苦しくなるし、病院経営にはマイナス。⇒病院内での居心地を保つのも難しくなる
- ⊗「緩和ケアは医療に不可欠」という意識を病院全体に行き渡らせられれば居心地は確保されるが、それを行き渡らせるのも緩和ケアスタッフの仕事⇒とてもそんな時間はとれない

6-4) 緩和ケア体制の諸問題 -④

- ⊗しかし、大学病院など大病院には、他の病院では診きれない患者が集まる
- ⊗そういう人たちを「病院の経営に悪影響があるから」と追い出さざるを得ないのが、今の診療報酬体系
- ⊗患者側から見れば「一番大変な時には、大学病院は頼りになりませんよ」と宣言しているのも同然

6-5) 緩和ケア体制の諸問題 -⑤

- ⊗緩和ケア需要すべてを大病院で受け止めるのは非効率。ならばどんな人を診るべきか
 - ・高度な全身管理を必要とする人
 - ・専門的な治療と緩和ケアの両方必要な人
- ⊗このような人が大学病院で緩和ケアを受ける場合には、長い入院になっても病院が赤字にならない診療報酬設定が必要である

6-6) 緩和ケア体制の諸問題 -⑥

- それ以外の人は放り出してもいいか？
- ⊗→受け皿がないのに放り出せない(放り出す病院もあり辟易しているが)
- ⊗受け皿として国は在宅を想定しているが、在宅緩和ケアは「かなり贅沢な医療」である。→医療費削減にはつながらない
- ⊗中小規模の病院でも緩和ケアが提供できる体制が望ましいと考える
- ⊗在宅-中小病院-大病院のネットワークが必要

まとめ

- ⊗緩和ケアが絶対に必要ない医療現場は、ほとんどない
 - どこでも準備するに越したことはない
- ⊗緩和ケアがあると、治療の幅も広がるし患者さんの「助かった。医療ってありがたい」の気持ちを増やすことができる
- ⊗これをすべての医療現場に広げれば「日本に生まれて良かった」になる