

平成 19 年度山梨大学附属図書館医学分館地域貢献事業
生と死のコーナー関連行事

講演会 **緩和ケアがあって助かった**

講師 平方 眞 氏

(諏訪中央病院 緩和ケア科部長)

場所 山梨大学医学部キャンパス 臨床講義棟小講義室
日時 平成 19 年 10 月 11 日 (水) 18 : 30 ~ 20 : 00
主催 山梨大学附属図書館医学分館

目 次

・ 今日の話の組み立て	・・・	p . 01
1) 「緩和ケア」とは何か(誤解と正解)	・・・	p . 02
2) 緩和ケアはいつから受ける?	・・・	p . 05
3) 緩和ケアは自分には関係ない医療?	・・・	p . 05
4) 緩和ケアは何をしている?	・・・	p . 07
5) 緩和ケアがあって助かった (実例)	・・・	p . 08
6) 緩和ケア体制の諸問題	・・・	p . 019
まとめ	・・・	p . 022

----- (以下講演会要旨とスライド)

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) 緩和ケアがあって助かった(実例)
- 6) 緩和ケア体制の諸問題

今日の話の組み立て

今日の話の組み立てですが、まず「緩和ケアとは何か」ということを、一般的によく思われている誤解をまず示させていただきます。2002年に緩和ケアの定義が大きく変わっていますので、それもお話ししたいと思います。それから、「緩和ケアはいつから受けるべきものなのか」。これも新しい定義に基づいてお話しし、今までの概念を変えていただきたいと思います。3番目に「緩和ケアは自分には関係ない医療なのか」。「今のところ、緩和ケアは、そんなに関係ないな」「緩和ケアは自分にはいらない」と思っている方が多いと思いますが、「自分には関係ない」

と思っている人がどのくらい間違っているかということをお話ししたいと思います。それから、「緩和ケアは何をしているのか」。一般的に思われている緩和ケアと実際の緩和ケアの範囲というのは、まったく違います。その違いをある程度お話をします。次にこれが今日のメインですが、「緩和ケアがあって助かった」。実例を話せるだけ話したいと思っています。患者さんの数としては、写真だけで説明する方もあわせて10人以上お話ししたいと思います。

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

ひどいものでは、「姥捨て山みたいなどころ」（実際にその言葉を聞いたこともあります）というものもあります。「あきらめの医療」というような形容をされることもあり、希望をずっと持ってそれまで医療を受けていたけれども、あきらめたらこの医療を受けるというようなイメージです。それから「かわいそうな人が行くところ」。ひどいものになると、「モルヒネを盛られて廃人のようになって死んでいく」というようなイメージを持っている人もいます。

1-1)緩和ケアの誤解

「緩和ケアの誤解」についてお話します。今回は「否定的な見方をしている誤解」、「よくある普通の誤解」それから「良心的な誤解」の3つに分けてみました。

「否定的な誤解」としては、「あそこに行くともう終わりだ」「終わりの人が行くところ」「積極的な治療はしてくれないところ」があります。普通の病棟だと、体に良さそうなこと、治療になることをどんどん積極的にやってくれるが、緩和ケア病棟に行くと治療からどんどん手を引いていってしまう、というようなイメージが結構あります。

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

治療を続行するもしくは緩和ケアを受けるかの二者択一しか許されないことがかなり多いです。積極的な治療はしないという段階になって、緩和ケアを受けるとというのが常識」と思っている人が結構います。最後の薬に関してですが、「モルヒネは副作用が強く危ない薬」である。これは、医者の中でもこう思っている人はたくさんいるし、看護師さんの中でも結構いると思うのですが、モルヒネというのは、純粋な痛み止めです。副作用は他の痛み止めと違うものが出ますが、痛みに対して使った場合には、モルヒネは純粋な痛み止めとして働きますので、そういうふうにご覚悟しておいてください。

1-2)緩和ケアの誤解

「普通の誤解（よくある誤解）」です。これがなぜ誤解なのか、最初わからないかもしれませんが、話を聴いていただければ、「なるほどな」と思っただけだと思います。最初の誤解ですが、「末期がんの人のための医療」である。これは、実は誤解なんですね。「末期がんの人も診るけれども、末期がんじゃない人も診る」のが緩和ケアです。同じような意味合いの誤解に、「緩和ケアは終末期医療である」があります。「命の終わりに向かっていくところを診る医療である」というのも誤解と言っていきたいと思います。日本の緩和ケアでは、

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

「緩和ケア病棟」と「ホスピス」の言葉ですが、区別して使っている場合もありますし、そうでない場合もあります。区別している場合には、「ホスピス」というのは「終末期医療の現場」という意味で使うことが多いです。「緩和ケア病棟」と「ホスピス」を同じ意味で使っているところもありますが、諏訪中央病院では「緩和ケアを提供する病棟」という意味合いで使っています。2 番目「ホスピスに行けば何でも魔法のように解決してしまう」という誤解があります。体の問題に関しては、緩和ケア病棟・ホスピスでほとんど解決できます。ところが、それ以外の問題(例えば、家族の仲が悪いなど)に関しても解決するのではないかという誤解があります。お手伝いはできますが、何でも解決するというのは無理です。次、「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」。これは、緩和ケア病棟以外の病棟のスタッフがこういうふうに説明することがあります。「あの病棟に行けば、一晩中でも背中をさすってもらえるよ」など言われますが、そんなにスタッフはいません。緩和ケア病棟は、7 対 1 とほとんど同じ看護基準で人を配置していれば、一応認可されます。他のところと比べて、べらぼうに人手がしっかり配置されているわけではありません。

1-3) 緩和ケアの誤解

良心的な誤解というのも変なんです、「ホスピスは天国のようなところ」という誤解があります。それまで病気と闘って苦しい思いをしてきたけれども、ホスピス(緩和ケア病棟)に行けばすべてから解放されて、幸せな気持ちになれると思って入ってくる方がいます。でも、ホスピス(緩和ケア病棟)にいるのは人間で、神様がいるわけではないですし、そう簡単にいくわけではありません。一つ一つの問題に対して、現実的な対応をし、少しでも楽に過ごせるようにお手伝いをするというのが、ホスピス(緩和ケア病棟)の意味合いです。

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。

1-4) 緩和ケアの新しい定義(正解)

今までの話のどこが誤解だったかというのは、これを見ていただくとわかると思います。1990年の昔の定義では、「終末期の人に対する医療が緩和ケア」という定義でしたが、2002年にWHO(世界保健機関)の定義が変わりました。定義のどこが変わったかという、終末期という言葉が消えて、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者」となり、生命を脅かす疾患であれば、早期だろうが、末期だろうが、全然関係なくなりました。疾患の早期から痛みや身体的な問題、その他の問題に対しても対応するというのが、緩和

ケアの新しい定義です。新しい定義に基づいた緩和ケアが、日本ホスピス緩和ケア協会や日本緩和医療学会、国立がんセンター、国(厚生労働省)にも、どこにでも広がっていくようにということを今みんなで考えているところです。

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。

とはなく、治すための治療を受けていても痛みがあるとかそういうことで、緩和ケアにかかっている方はたくさんいます。それは実例の中でお話していきます。

1-5)新しい定義のポイント

新しい定義のポイントですが、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緩和ケアにかかれない」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」というようなことはひとつも書いていません。命に関わるような病気で、何か問題が起きていれば、緩和ケアを利用していいということになります。次に「治療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」。昔、緩和ケアにかかるというと、「もうあの人は終わりだ」というような段階が多かったですが、今は全然そのようなこと

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。」

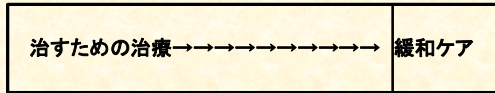
→この定義は新しいWHOの定義と全く同じ

1-6)諏訪中央病院の定義

諏訪中央病院では、2000年頃から緩和ケアの定義を次のように定めています。「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」。2000年から使っていますが、意味していることは、WHOの新しい定義とまったく同じです。諏訪中央病院のほうがWHOより2年早いんですね。これがちょっとした自慢です。

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、そこから緩和ケアに移行する



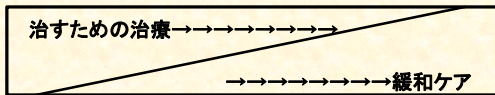
時間の流れ→

2-1) 緩和ケアはいつから受ける？

先ほどの話でだいぶわかっていただけたかと思いますが、昔の定義だと「治すための治療をこれ以上できない」というところまで頑張っ、頑張っ、頑張っ抜いて、「もうだめだ」というところから、「じゃ、今日からあなたは緩和ケアの患者さん」と言われて緩和ケアに全面的に移行するというのが昔の緩和ケアの入り方でした。こういう形ですと、「ここから先には行きたくないな」というふうに、ここに大きな壁を感じてしまいます。これでは緩和ケアに気軽にかけたり、緩和ケアを上手に利用したりすることはできません。

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→

2-2) 緩和ケアはいつから受ける？

新しい定義で緩和ケアを考えると、最初の段階（「あなたはがんです」と言われ、「さあ、困った」と思うけど、何をすればいいのかわからないという状態）でも、緩和ケアを受ける資格ができます。治す治療をしながら緩和ケアを受けるといのも、まったく問題はありません。つまり治すための治療を受けながら、病気によって起きてきた問題が増えてきたら増えてきただけ、緩和ケアを利用していけばいいということです。この図は時間の流れが右側に進んでいきますが、治すための治療でできることが少なくなってって、緩和ケアの比

重が増えてくるという図です。今日お話しする患者さんの中には、ほとんど 100%の緩和ケアから始まったけど、治すための治療もどんどん入ってきて、そのうちほとんど治療もいなくなり緩和ケアから一旦離れる状態に近いところまでいって、そしてまた病気が進んできたなら、再び緩和ケアの比重が増えてくるというかかき方をした方もいます。

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？

3-1) 緩和ケアは自分には関係ない？

今この瞬間に、緩和ケアに係わっている人はたしかに多くはないと思います。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」「緩和ケアに近い仕事をしている」人ぐらいです。では、それ以外のほとんどの人は、緩和ケアには全然関係ないかということ、そんなことはないわけです。

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切れる人の方が少数

や友人を含めると「がんの問題を抱えなくてもすむ」「自分はがんには悩まされることはないだろう」という人は、ほかの理由で自分の命が終わることが確定している人ぐらいですね。それ以外の人は、ほとんどの人が緩和ケアを不要とは言い切れません。緩和ケアが必要となる可能性のほうが高いと思います。

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 万人います。その中で進行して症状が出たり、命にかかわってきたりする人は、毎年新たに 30 万人発生しています。がんで命が終わる人は日本に年間 33 万人います。その人達は、がんの症状が進んで命が終わりになるので、毎年 30 万人以上のがんが進んでいく人がいるわけです。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 に迫ってきていると言われていています。男性はほぼ 2 分の 1 になりました。女性も 3 分の 1 を超えてきています。そういう状況になってきていますので、自分だけでも 2 分の 1 ぐらい、身内

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

3-3)緩和ケアは→あった方がいい

緩和ケアは無くてもすむかということ、あったほうがいいです。今は困っていないかもしれませんが、緩和ケアが必要となったときに、緩和ケアを受けられる病院は全然見つかりません。中央市にも玉穂ふれあい診療所が近くにあり、山梨大学附属病院もその先生も頑張っていますが、とても需要に追いついていないとはいえません。中央市には、在宅支援診療所は玉穂ふれあい診療所一ヶ所しかありません。北の方に行きますと、内藤いづみ先生もいますが、これではあまりに手薄だと思います。山梨県の 2 次医療圏は、甲府から北杜市までで 1

つの 2 次医療圏です。この 2 次医療圏にいる人口は、山梨県全体の 52%です。山梨県北部地域（北杜市・韮崎）では、訪問看護ステーションは割合頑張っていますが、とくに緩和ケアの医者に関しては無医村のような状況です。あのような状況をほったらかしておくのはいけないですが、医者がいません。なんとかしなければいけないと、他の県のことながら思います。運がいい人・準備のいい人だけが緩和ケアを受けられる、緩和ケアの恩恵を受けられるというのは、医療のあり方としては、適切ではないと思います。どうすればいいかというと、緩和ケアが必要と感じたら、必要な緩和ケアを提供できる体制を、その必要とされる場所に準備したいと考えています。

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

4-1) 緩和ケアは何をしている？

昔の定義では、「命の終わり近い人を見る」「症状で困っているひとに対応する」というのが緩和ケアでした。新しい定義では、先の2つを含んだ上で、「病気を抱えて困っていることに対応する」「病気を持った人生がより良くなるためのお手伝いをする」という非常に幅広い考え方をしていたきたいと思います。

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ある、すべての場所

→「気がつけば どこにでもある 緩和ケア」

4-2) 緩和ケアは何をしている？

緩和ケアがどこで提供されるかという点、昔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の現場で提供されるという程度でしたが、新しい定義や「がん対策基本法」(2007年4月施行)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ある、すべての場所」であるべきというふうに、法律に初めて書き込まれました。「気がつけば どこにでもある 緩和ケア」これを目指したいと思っています。私が考えた標語ですが、一応五七五になっています。五七五にすると広まりやすいと聞いたのでやってみましたが、なかなか広まりません。

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。

4-3) 緩和ケアは何をしている？

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」と思っただけで緩和ケアを受ける資格ができます。そういうふうに医療従事者も考えていかないといけないということです。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ですが、医療費削減、医師不足、看護師不足の日本では他の国以上に「さあ、困ったぞ」という人まで緩和ケアを提供するのは難しいです。アメリカだってできているわけではありません。イギリスやオーストラリア、緩和ケアの先進国でもなかなかできてはいませんが、気持ちとしては実現が困難ということは、最後にお話していきたいです。

そういう気持ちを持っていただきたいと思います。

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

た。ほぼ這って歩くようにしないとある程度以上の距離が歩けませんでした。薬を使って3日後に外来へ来たとき、「前の日に梅の木に登って剪定した」とおっしゃっていました。それぐらいよく効きました。治療が安定してきましたので、痛みの治療を泌尿器科にでもらうことにし、一旦緩和ケアの外来から離れました。基本的な(簡単な)緩和ケアに関して、緩和ケアの専門家がすべて請け負っていると緩和ケアの専門家が必要な人に十分な緩和ケアを提供できなくなってしまうので、基本的な緩和ケアで済む患者さんに関しては、諏訪中央病院ではそれぞれの科に返すことが多いです。2005年11月(発症から2年半)、痛みの治療が難しくなってきたので、再び緩和ケア外来と泌尿器科外来を両方受けてもらう形にしました。

5-1)他の科との併診(前立腺がん)-①

患者さんの実例を始めたいと思います。患者さんの実例の1人目です。他の科と併せて診ていくというのが緩和ケアにとってはこれから当たり前になるべきだという例です。2003年1月に泌尿器科で前立腺がん・多発骨転移と診断されました。脊椎全部に前立腺がんが入っているような状態でした。診断後半年経って、腰痛などのコントロールが難しくなり、緩和ケア外来を受診されました。痛みの治療を開始しましたが、破骨細胞(骨を溶かしていく細胞)を抑えこむ薬で、おそらく骨の痛みは良くなるだろうということを使ってみまし

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)-②

次第に症状が進んできたのと体力が落ちてきたのもあり、緩和ケアの比率が大きくなってきました。動ける日は畑に行き、外来に来る日は「まだ死なねえみたいだぞ」と言いながら外来に通っていました。2006年の年末(緩和ケアがまたしっかりかかわるようになってから1年ぐらい経過)、いよいよ動けなくなり入院されました。入院して体の負担が少なくなったためか、寝たきりですが、にこにこして緩和ケア病棟で過ごしておられました。最後に入院してから、ゆっくりゆっくり体力がかなり落ちていって、入院8週間後に亡くなられています。

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

期から必要に応じた緩和ケアを提供していくことで、病気をもって生活している期間も楽に過ごすことができます。

5-1)他の科との併診(前立腺がん)-③

この症例をまとめますと、前立腺がんなど泌尿器科のがん、乳がん、大腸がんなどには経過が長いものが結構多いです。経過が長いということは、病気と共存している、闘っている時間が長いということです。徐々に進行していく場合には、病気による問題も増えていきますし、乳がん、大腸がん、胃がんなどでは、抗がん剤の治療によってしびれがだんだん増えてくるというような問題も結構あります。ある日から全面的に緩和ケアという体制では、こういう患者さんに対して緩和ケアを十分にお手伝いすることができない訳ですが、早

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

MR I 検査をしてみたら、大腿骨頸部に病気があり、その病気に対して放射線をかけるという計画を立てていただきました。

5-2)早めに緩和ケア→安心-①

2 例目です。大学病院で「肉腫」と診断された方です。抗がん剤治療をしていましたが、なかなか効かない肉腫で効果が十分でなく、抗がん剤治療するメリットよりもデメリットのほうが大きくなってしまったので、これ以上は抗がん剤治療しないことを決め、特に困る症状がない間に諏訪中央病院の緩和ケア外来に紹介されて通院を始めました。通院を始めて、割合すぐに症状がでてきました。右の腰から足にかけての痛みが強くなってきたので、レントゲンを撮ってみました。なんかここが怪しいというところがあり、整形外科の方で

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

れてしまったのはそのままにはしておけないので、整形外科、また本人とご家族とも相談して、整形外科で骨を金属に取り換えるという手術をしてもらいました。続いて、肺に転移があり神経を押さえているので、それも放射線治療をしてもらいました。こういう経過の間にも、家族と一緒にいろいろ旅行に行かれていました。最後の放射線治療後、まだ2ヶ月ぐらいいは元気で過ごしていけるかなと思っていましたが、全身の状態が思ったよりもくたびれていて、体力が低下して亡くなられています。

5-2) 早めに緩和ケア→安心-②

その治療後、今度は右目が開かなくなってきました。調べてみたら、下垂体(脳の下にぶらさがっているホルモンが出るところ)に転移があって、それが神経を押さえているので右目が開かないということがわかりました。放射線治療後、しっかり目が開くようにはなりませんでしたが、ある程度効果がありました。次に右大腿骨の放射線治療をした場所が、丈夫になりきっておらず、折れてしまいました。痛みの治療が割合上手にできていたみたいで、「この折れ方でこの痛み具合なの?」というぐらい割合楽に過ごしておられました。折

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、迅速かつ適確な対応が可能になる

人に顔あわせをしておく、この人達の安心がものすごく増え「何かあったときには、この先生のところにご相談すればいい」と思っただけです。そう思っただけで、日々安心して過ごせます。そういう意味合いでは、非常に意味のある外来だと思うようになりました。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ときに、迅速かつ的確な対応が可能になります。こういうことを考えても1回顔あわせをしておくというのは、非常に意味のあることだと思います。

5-2) 早めに緩和ケア→安心-③

現在「病気はあるけれども治療はもうない」という人は世の中にいっぱいいます。そういう人を受け止める医療体制は非常に手薄です。緩和ケアというのは、定義の上ではその人達を受け止めることができます。ただし、人手不足ですのでみんな受けているわけにはいきません。外来で診ている患者さんで、今問題はないけれども、将来悪くなってくる見通しがある人は、外来の診療時間がそんなにかかりません。昔は僕も外来にこのような人の予約が入ったら、「また仕事が忙しくなって、いやだな」と思っていました。しかし、こういう

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
- ⌘ 「効くなら効くで嬉しいが、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

「抗がん剤治療」のどちらかを選ぶことになります。諏訪中央病院では、抗がん剤の治療が病院（緩和ケア病棟）の経営に悪影響がないのであれば、抗がん剤治療を受けている人達が緩和ケア病棟に入ってはいけないというルールはありませんので、緩和ケアと抗がん剤の治療を受けてもらってもいいのではないかということになりました。薬剤部で調べてもらった結果、医療費が1日あたり千円ぐらいで済む治療でした。薬剤部で抗がん剤治療を併用しても緩和ケア病棟の経営状況を圧迫しないことを確認したので、抗がん剤治療をしながら緩和ケア病棟に入ってもらいました。

5-3) 化学療法(抗がん剤)との両立①

3例目です。化学療法（抗がん剤治療）と緩和ケアの両立という話です。1年半前に胃がんを手術し、順調にみえましたが病気が残っており再発。お腹中にがんが広がり、腸が身動きとれない状態になって、腸閉塞（イレウス）という状態になりました。そういう状態になって入院して、抗がん剤の効く可能性はありましたが、「効く率は3割ぐらいです」と腫瘍内科医から説明されました。この方は「効くなら効くで嬉しいけれども、効かない可能性が高いなら緩和ケアを受けたい」とおっしゃいました。普通の場合だと、「緩和ケア」か

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

しているうちに、かなり改善して食事は全部とれるようになりました。それだったら治療も飲み薬でもできるだろうということで、点滴も終了し、抗がん剤も内服薬にして諏訪中央病院の抗がん治療の外来に通院してもらいました。「そのうちまたお世話になるとおもいますが、とりあえず一旦さようならします」と言われて、しばらく会わない期間がありました。

5-3) 化学療法(抗がん剤)との両立②

入院されたときは「まあ、(抗がん剤は)効かないだろう」という見通しで入ってもらっていました。ところが、緩和ケア病棟で胃がんの治療と抗がん剤治療を続けるうちに、次第に体調が良くなってきて食事の半分ぐらいは食べられるようになりました。「このぐらいの調子だったら、入院しているのはもったいないから家に帰りたい」と患者さんが言われました。栄養補給の点滴は必要だったので、週一回は抗がん剤治療のための外来、それに加えて栄養の点滴を僕が運びながら週一回往診をするという診かたをしていました。そうこう

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

わりは覚悟している」ということで、もう1度緩和ケア病棟に入って来られました。しかしまた食べられるようになり、緩和ケア病棟から離れるという状態になりました。

5-3) 化学療法(抗がん剤)との両立③

約1年、抗がん剤治療をしながら外来通院していました。「東北あたりに旅行に行きたいな」と僕と会わなくなるときにおっしゃっていました。ところが1年後、僕がお会いしたときに、「旅行に行きたいっておっしゃっていましたが、どっか行ってきましたか?」と聞いたら、「インドに行っていました」とおっしゃっていました。ご夫婦でインドに行ってきたそうです。

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を投与しました。「前回いい思いをしたので、もう1回緩和ケア病棟に入りたい。終

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

んだん力がなくなっている人に一人前のごはんを用意して、これを食べなさいというのは、普通の人に大食いに挑戦しろというようなものです。その人にちょうど良いご飯・点滴の量は常に考えていかないといけないと思っています。そういう調整をおこないながら、亡くなる2日前まで意識も割合しつかりされていきました。この方は4月4日に亡くなりました。このご一家がみんな学校の先生で、長野県では4月4日に始業式・入学式が多く、みなさん非常に忙しい日でしたが、昼間の時間だけはお互いにかみ合ってきました。その時間に息が続かなくなり、私もかけつけて看取りをしました。

5-3) 化学療法(抗がん剤)との両立④

その約半年後、再び食べられなくなり緩和ケア病棟に3度目の入院をされました。「今回は、まず改善は無理でしょう」とお話をしたら、本人は「それならできるだけ家で過ごしたい」と言われ、準備をして家に帰られました。ほぼ毎日訪問し、その日その日にあった治療のメニューと点滴を用意しました。体の力が段々減っていくので、ちょうど良い栄養・点滴の量というのもだんだん減ってきます。一般的に人間には一日1500ccの点滴が入らないといけないと考える人が医療従事者の中でも多いですが、実際はそんなことはなく、だ

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ない」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。

選択肢を出し「どっちかを選びなさい」と。医者にも決められないものを患者さんがどっちかに決めて、責任は患者さんにあるというのかなりかわいそうなことだと思います。結局「選んじやったからしょうがない」というあたりに落ち着くことが多いと思います。これはなかなか厳しい話です。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は可能です。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人が多いです。「治す治療」と「緩和ケア」を両方おこなうと医療はものすごく大変な手間がかかると思われるかもしれませんが、実際にはそうでもありません。そんなに贅沢なことではないです。必要なことを提供するということは、医療もやってもいいことだと思いますので、「治す治療」と「緩和ケア」の両方を選択することもできると思っていたいただけると、これから病気で問題を抱えている人が身近にいたときにうまく対応ができるんじゃないかなと思います。

5-3) 化学療法(抗がん剤)との両立⑤

この方のまとめです。「治す治療か緩和ケアかどちらかを選ばなければいけない」というのは究極の選択です。どちらを選んでも“隣の芝生が青く見える”ではないですが、「反対の選択肢の方がよかったんじゃないか」「なんであっち側を選ばなかったんだらう」という悔いが必ず残ります。日本の医療ではほとんどの場合、究極の選択（「治療を続ける」「治療をやめて緩和ケアを受ける」）を迫ってしまいます。それでも昔は、医者が「こうした方がいいよ」というふうに言っていました。最近ではインフォームドコンセントなどと言って、

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

いて、西洋医学の検査や治療は受けていませんでした。簡単な評価をしたところ、泌尿器科のホルモン治療でかなり状態がよくなるのではないかなということがわかり、泌尿器科と一緒に治療を始めました。この方はほとんど歩けなくなって半年ぐらいが経っており、細い足になった状態で、病院の中では全然うごけませんでした。

5-4) 緩和ケアから始まる医療-①

次の方です。約2年前、前立腺がんの骨への転移でほとんど歩けなくなり、脊柱管（背骨の神経が通っているところ）がどんどん狭くなり足がうごかない状態で、諏訪中央病院に來られました。前立腺がんらしいことはわかっていたらしいのですが、とにかく自然に（この自然にというのが曲者で「西洋医学は全然自然ではなく、東洋医学は自然である。」「自然食品みたいなものは自然である。」と思っておられました）、なんとかならないかと思ひ、どうしようもないところまで来てしまったという方です。この自然にという生き方を貫

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-②

「嫌なら（自然がいいなら）いつでもやめられるが、やって後悔することはたぶんないと思うから、やって後悔したときには僕を恨んでもいいから、やってみましょう」というふうにお話をしてホルモン治療を始めてみました。痛みやしびれは緩和ケアで、運動機能はリハビリテーションをおこない、だんだん体力も回復してきて歩けるようになり、「これなら家に帰れる」と言って退院されました。リハビリの先生は最初のうちは、「この人は歩けるようにはなりませんよ」と言っていたが、歩けるようになったところか、外来に車を運転して一人で来られるようになりました。

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-③

平成17年（1年以上経って）病気が再燃し、調子の悪い日がだんだん多くなってきました。ほとんどの症状は外来で対応できましたが、急に悪くなったときには入院していただいて、調子を整えるということを繰り返していました。平成17年12月に調子が悪くて入院され、久しぶりに検査をしたところ、肝臓にかなり転移が広がっていました。これが命の長さを1ヶ月2ヶ月という短さに決める病気になるだろうというふうに判断しました。非常に重い内容の情報だったので、検査したその日のうちに伝えるほうがいい場合もあります

が、その時は患者さんの部屋に行ったら、夕方になっており、また奥さんがおらず、これから暗くなって、ひとりぼっちで夜に近づいていく中で、今この人にこの情報を伝えるのは適切な状況でないと判断をし、次の日まで待ちました。次の日の朝、奥さんも来たところで、「おそらくこれがいのちの長さを決める病気になるでしょう。これから困ることができたら、対応はできるだけのこととはしません。そんなに困るようなことにはならないと思います」というふうに話をしました。そしたら、「家で過ごしたい」というふうに言われたので、その説明をした日のうちにおうちに帰られました。

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

一つは体中で使ったエネルギーの老廃物を処理するという仕事をしています。老廃物の処理が追いつかなくなってくると、体の血液に要らないものがぐるぐると回って、神経を刺激しておかしなことを言い始めたり、性格が変わってきたりします。幸いそういう症状はほとんどでず、体力が減ってくるだけでしたが、毎日の訪問に切り替えて、通い始めた6日目に自宅で静かに亡くられています。

5-4) 緩和ケアから始まる医療-④

訪問を始めた当初は毎週、軌道に乗ってからは少し間隔をあけて2週間に1回訪問していました。必要な治療として、貼る痛み止めと坐薬を使っていました。だんだん体力が減ってきて、最初のうちは僕たちが玄関から帰るときには玄関先まで見送りに来てくれましたが、だんだん動けなくなり週1回の訪問にしました。そして肝臓が悪くなってきて、そのための症状がでてきそうな感じがしてきたので、週2回にしました。肝臓というのは大きな2つの仕事をしていて、1つは全身の細胞にエネルギーを配るという仕事、それからもう1

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

5-4) 緩和ケアから始まる医療-⑤

この方のまとめです。緩和ケアから始まって、病気の治療へと進んでいくパターンも定義から考えるとありえます。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です。治る方向でも安心、治る方向に進まなくても頼るところがあるという状況になります。もう1つの教訓ですが、自然や健康を追い求めるのはいいですが、「健康のためなら死んでもいい」と思ってしまうのはバランス感覚がくずれていると言えます。

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①

次の方です。高齢夫婦の二人暮らしで、ちょっと二人暮らしが無理になってきたなということで、息子さんの住んでいるところの近くの老人ホームに入るため、まず仮入居して健康診断をしました。そうしたら健康診断で、手術をしてもう十何年も経っていた腎臓がんが再発しており、予後1ヶ月と診断されました。「この状態ではちょっと入っていただけません。出てください」と老人ホームで言われ、「さあ、どうすればいいんでしょう」ということで、息子さんが諏訪中央病院に相談に来られました。

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②

予後1ヶ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にあると考えました。奥様(大腿部頸部骨折という大きい骨折をされて手術をした後で歩くのが不自由。介護のための電動ベッドが必要)となるべく一緒にいたいということでしたが、緩和ケア病棟は二つのベッドがしっかり入る部屋がないので、一般病棟の広めの部屋に入らせていただきました。普段はソファを置いているところに奥様のベッドを置いて、それからベッドのあるところにご本人に寝てもらい、2人部屋のようにして過ごしていただいていた。少量

の点滴にデカドロンというステロイドの元気がでるお薬を入れて使ったところ、もりもり元気も食欲も出てきて、病棟の看護婦さんからは「あの方は予後1ヶ月ということは絶対はない。ずっとここにいられては、他の患者さんが入れなくて困ります。もし長くなりそうだったら、早めにどこかに出してください。」とどこの病院でも言われるようなことを言われました。

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

を連れてきて本人とできるだけ楽しい時間を過ごすように工夫されていました。この方も亡くなる二日前ぐらいに昏睡になり、入院5週間後一般病棟で亡くなられています。

5-5) 行き場所がない-③

そこで血液検査で評価をしたところ、見かけは元気になっていてすごくいい状態で生活されていましたが、体力は確実に低下して入院3週間の時点で、僕の経験からあと1~2週間の予後だというふうに判定をしました。「では、いていただいていいでしょう」ということで、ご本人にまず「体力はやっぱり減っている」という話をしました。ご家族にも「すごく元気に見えますが、あと1~2週間の間には燃料が切れるように、いのちが続かなくなる」というふうに話しました。ご家族はそれまで以上に時間をつくり、お孫さんなど

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

で33万人年間亡くなっているのが、55万人になるだろうとされています。そういう状況に向かっている日本では、「急性期の病棟を減らせ」「療養型も減らせ」と言われ、緩和病棟のベッドは増えていかず、「なるべく在宅で看取りましょう」と言われますが、在宅で看取ってくれる医者は増えていかない状況です。これからの時代「新しい定義の緩和ケア」をどこでもおくように積極的にやらないとおちおち死ぬ病気にもかかれない日本になっていきます。

5-5) 行き場所がない-④

今の日本人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非常に少ないと思います。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ますが、これからの時代亡くなる方がどんどん増えていきます。団塊の世代が平均寿命に近づいていきます。団塊の世代が今の平均寿命に達するのが2030年です。2030年には、現在年間100万人の日本人が亡くなっているのが、毎年165万人亡くなるようになるだろうとされています。それから、今「がん」

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) 行き場所がない①

次は急速な悪化に迅速な対応をした患者さんの例です。泌尿器科で前立腺がんと診断されていました。肝臓への転移もあるため内科も受診していました。体力が徐々に低下してきていましたが、肝臓が限界に近いことはだれにも気がつかれていませんでした。ある時急速に肝臓が限界を迎え、意識状態が悪くなり、休日に救急外来に受診され入院されました。当直の内科医が翌朝まで診療し、次の日の朝、泌尿器科の主治医へバトンタッチをしようと思いました。

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) 行き場所がない②

泌尿器科が非常に忙しく、「肝不全は内科的問題なので内科で診てほしい」と言われました。諏訪中央病院の当直というのは割合恵まれていて、当直で入院させた患者さんをそのまま抱えこまず、誰かにふりわける体制になっています。この時は、主治医がなかなか決まらず、ご本人はこん睡状態、ご家族は説明をしてほしいと言っている状況でした。主治医がいないということで、急遽私が朝9時ごろに主治医になりました。

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) 行き場所がない③

前の日に採ってあった採血のデータを見ると、肝臓が働くことができない末期の状態、血液データとあわせてご本人を診ると、命の残り時間が数時間からよく頑張つて丸1日という状態でした。ご家族には一応がんがずいぶん進んでいると説明されていましたが、わずかな時間だけけれどもいい時間を過ごせるように、どんと落ち込ませず冷静に受け止めてもらえるよう、でも深刻な状態だということもしっかりわかってもらえるようにご家族に状況をお話ししました。大部屋から個室に移ってもらおうとしましたが、個室が空いていなか

ったので手術後入るような HCU (集中治療室と一般病室の間のような部屋) の病室を2部屋分空けてもらいました。ご家族と一緒にできるだけ過ごしてもらって主治医になって約5時間で看取ることになりました。

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

5-6) 行き場所がない④

この方のまとめです。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」を生みやすいです。「これについて私に聞かれても困る」というようなことを全員に言われてしまうとあとは誰にも頼りません。この方の肝不全の自然経過については「このパターンだと最後の変化は急速である」ということを読む人がたまたまいなかったということで、こういう場合にはもっと早く緩和ケアにつないだ方がよかったという反省があります。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のではないかと自分では思っています。「本当にありがとうございました」と言って、ご家族は帰っていかれました。

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

6-1) 緩和ケア体制の諸問題-①

緩和ケア体制の諸問題をざっとお話しします。緩和ケア従事者数は圧倒的に不足しています。需要にすべて応えていたら緩和ケアをしている人はみんな過労死するぐらい需要には応えきれいていません。そのため緩和ケアの門戸を狭めざるを得ないですが、門戸を狭めるための条件として、いくつかのことが利用されます。1つ目、「治す治療をする人は受け入れない」。本来緩和ケアの定義ではないですが、「治す治療をしている人は緩和ケアには入れません」と言ってしまいます。それから、「予後3ヶ月以内（または6ヶ月以内など）の人に限定

る」という狭め方もあります。本来は「さあ、困ったぞ」という人も緩和ケアを受けていいのですが、そうはいっていない。また「告知を受けていないとダメ」もあります。病気を持っていてなにか問題を持っていれば、緩和ケアを受けられるはずなのに、「告知を受けていないと入れません」と言ってしまいます。またこれは仕方がない言い訳のようにも思いますが、「空床がない」、それから「スタッフが足りない」と言っています。これらは基本的に全て「医療側の事情」です。患者さんにとっては、「ああ、受けられない。運が悪かった。」であきらめられる問題ではありません。

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
 - ⇒丁寧に全身状態を整えれば、入院日数は長くなる
 - ⇒病院経営者には「ありがたくない客」
 - ・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

アでは、薬や人手をケチるとケアの質を保ちにくいという問題があります。こういう悪条件が大学病院などの大病院にはあるわけです。

6-2) 緩和ケア体制の諸問題-②

特に大学病院などの大病院では、医療政策の問題で入院日数を短くしないと赤字になる診療報酬体系になっています。丁寧に全身状態を整え、入院日数が長くなってしまふのが緩和ケアの性質ですが、こういうふうに丁寧な緩和ケアを提供すると、長い入院の患者さんは病院経営者にはありがたなく客になってしまいます。これは大変な問題だと思います。定額制(DPC)がありますが、定額制では薬や人手を節約すればするほど収益が増える、逆に言うと手をかければ手をかけるほど病院は赤字に近づいていくという方式です。緩和ケ

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

っと楽にしようという意図もあって、こういう話をずっとしてきたと思っています。

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、どんどん忙しくなるけれども誰も労ってくれません。病院経営にはマイナスになるということで病院内での緩和ケアスタッフの居心地を保つのは非常に難しくなります。「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、緩和ケアスタッフの居心地も確保される訳ですが、それを行き渡らせるのも緩和ケアスタッフの仕事になってしまい、とてもそんな時間はとれません。今日私は山梨大学附属病院の緩和ケアスタッフをちょ

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

6-4) 緩和ケア体制の諸問題-④

大学病院などの大病院では、一般の病院では診きれない患者さんが集まります。そういう人たちを病院の経営に悪影響があるから追い出さざるを得ないのが今の診療報酬体系です。患者さんから見れば「一番大変なときに、大学病院は頼りになりませんよ」と宣言しているのと同じなのが今の状況です。

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

6-5) 緩和ケア体制の諸問題-⑤

緩和ケアの需要すべてを大学病院・大病院で受け止めるのは、効率はよくないと思います。それでは大学病院がつぶれてしまいます。「高度な全身管理が必要な人」あるいは「専門的な治療と緩和ケアの両方が必要な人」が大学病院・大病院の緩和ケアを利用すべきだと思っています。あと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体系をつくってほしいということ、協会や厚生労働省などを通して要望を出し始めています。

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

6-6) 緩和ケア体制の諸問題-⑥

大学病院で受入れるべき人以外の人は放り出してもいいかという、受け皿がないのに放り出してはいけないと思います。ところが放り出す病院もあって、そういう人がだいたい諏訪中央病院のようなどころへ行きたいと思われるらしいです。今週の火曜日にもとびこんできた人がいました。また紹介状は持っているけれども、その紹介状は××病院の〇〇先生とは書いていません。「(空欄)病院緩和ケア担当医先生」と書いてあり、もうどこでも行きなさいという紹介状を持たせ、自分で探せという放り出し方をする病院が結構あります。

国は受け皿として在宅を想定していますが、在宅緩和ケアは実はかなり贅沢な医療です。病院で10人を回る時間で訪問在宅緩和ケアは1人か2人しか回れません。在宅緩和ケアでは、行った先で「この薬が必要だ」と思えば、また病院に戻って薬を用意していかないといけない。今日もここに来る前はぎりぎりの時間まで、在宅の人の対応をしていました。いつ電話がかかってくるかハラハラしながら話している訳ですが、在宅緩和ケアはそういう贅沢な医療であるという認識を持っていたほうが良いと思います。つまり、みんなにちゃんとした緩和ケアを在宅で用意すると、医療費削減策にはつながらず、逆にかなり医療費が増えるだろうと思います。これを補うためには大病院と在宅の間を担当する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ています。在宅と中小病院と大病院のネットワークを地域でつくることができれば、大病院から放り出すのではなくネットワークの中で受け止めるという体制ができると思います。これは国も考えていて、できるだけその体制をつくりあげたいと考えています。

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

まとめ

最後のまとめです。緩和ケアが絶対必要ない医療現場は、ほとんどないと思ってもらっていいと思います。どこに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増えるし、患者さんの「ああ、助かった。医療ってありがたい」という気持ちが増えます。今の医療体制（どんどん医療費を絞る、早く退院させる）では「医療は頼りにならない」「一番困ったときに頼れない」というイメージになってしまうと思います。緩和ケアがしっかり提供できるような診療報酬体系・医療の体制であれば、「助かった。医療ってありがたい

いな」と思っていただけるとと思います。それには当然人も増やさないといけないと思います。これをすべての医療現場に広げることができれば、「日本に生まれてよかったな」というふうにできると思います。なるべくそういう方向に持っていけるように厚生労働省にも頑張ってほしいし、医療現場の人たちもだんだん意識をかえて、こういうふうに変化していければいいなと思います。

今日の話は以上です。ありがとうございました。