

千葉県の緩和医療の現状と今後の展望

－在宅ホスピスの立場から－

大岩孝司(医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所)

1) 始めに

肺がん臨床医として 30 年になりますが、肺がん患者とはじめて本格的に向きあうことになったのは、医師 8 年目に会った 40 歳の女性肺がん患者でした。それまでもがんと診断された患者とは全エネルギーを投じて診察をしてきたつもりでいました。しかし肺がんという疾患ではなく、肺がんという疾患を持った患者さんと向き合うというのはその時が初めてでした。具体的には告知の問題をめぐる壮絶なバトルを繰り広げたのです。つまり告知をしない私という主治医と真実を求める患者との間で。結果として厳しい内容も含めて何の隠し立てもせずありのままに話をすることによって、その患者との信頼関係を取り戻すことができたのです。「先生、患者はね、がんと闘うことだけでなく、がんという病名とも闘わされているのよ。」病名告知が殆どなされていない時代の強烈な告発でした。

それから 2 年後に再発をし、最後の入院となった放医研に面会に行った時、仏のような穏やかな顔をして「もう家には帰らないことにした」と一言。つまりすべてを納得して精一杯生きてきたから、もう目の前にきている死を受け入れていますというメッセージでした。その数日後に穏やかに旅立ったのです。今、病名告知は多くの医療機関でなされるようになり、その意味では隔世の感があります。しかし残念ながら病名告知は形だけが先行して、がん診療全体の中できちんとした位置付けがされているとは必ずしもいえないのではないのでしょうか。

なぜ冒頭からこのようなことを長々と延べてきたかと言うと、ターミナルケアというのは、病を持った人がこれからどう生活(生きていく)していくのかということが診療の基本であり、必然的に医療情報の適切な提供ということが前提条件なのだという事を認識してほしいからなのです。

2) さくさべ坂通り診療所での在宅ホスピスの実際

一年半前に呼吸器外科医として勤務していた病院を退職し、がん終末期の患者さんのみを対象とした訪問診療(在宅ホスピス)専門のさくさべ坂通り診療所を千葉市に開設しました。

訪問診療・訪問看護を通して、がんの終末期に在宅で療養を希望する患者に対して、必要な医療・介護などあらゆるものを可能な限り提供できるようにすることを目標にしています。具体的には医師・看護師がひとつのチームとして訪問を行

い、24時間、365日の待機体制をとり、必要に応じて往診を行っています。

表-1 は診療開始から現在までの訪問診療を行った患者の一覧を示したものです。

訪問診療を開始するにあたっての基本的な条件は患者自身が在宅療養を希望しているということです。

患者からではなく家族の強い希望での訪問依頼もお引き受けしていますが、患者自身が望まない限り訪問診療の継続は出来なくなります。このような場合は、訪問をしながら患者自身が在宅での療養を受け入れるように働きかけをすることになります。

しかし家族の希望で訪問依頼を受ける場合は、患者が自身の病状の把握が十分でない場合が少なくありません。従って在宅療養を継続するためには、状況に応じて必要な情報を患者さんに提供することを家族に了解してもらう事が必要になります。(表-2)

診療開始以来、訪問を行った癌終末期の患者は合計 82 名で、訪問期間は 1 日-353 日(中央値 30 日)。男性 45 名、女性 37 名、年齢は 6 歳-91 歳で平均 70 歳(中央値 73 歳)でした。(表-1) 疾患別には肺癌 30 名、消化器系癌 37 名、乳癌 5 名、ほか 10 名でした。(グラフ-1)

表-1 訪問の患者内訳

- ・ 訪問患者数 : 82 名 (男性 45 名、女性 37 名)
- ・ 年 齢 : 6 歳~91 歳
- ・ 訪問日数 : 2 日~353 日 (平均 56.7 日)
(中央値 30 日)

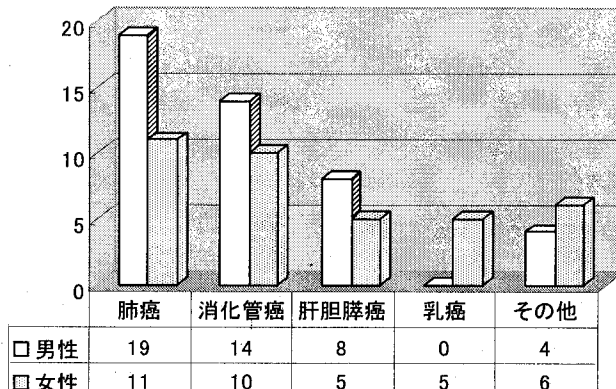
2001.10-2003.1 さくさべ坂通り診療所

表-2 在宅医療が可能な条件

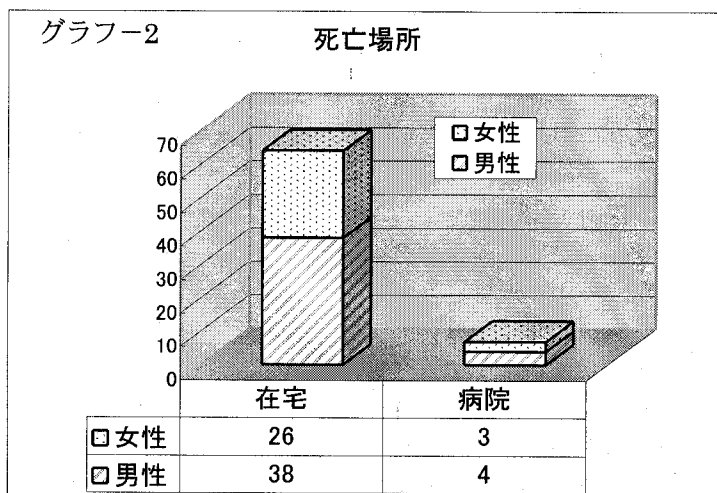
- ・ 患者自身が在宅療養を希望している。
- ・ 家族が本人の希望を尊重している。
- ・ 患者からの希望ではない場合には、在宅医療の説明とともに本人に病状説明をすることを家族が同意する。

グラフ-1

疾患内訳

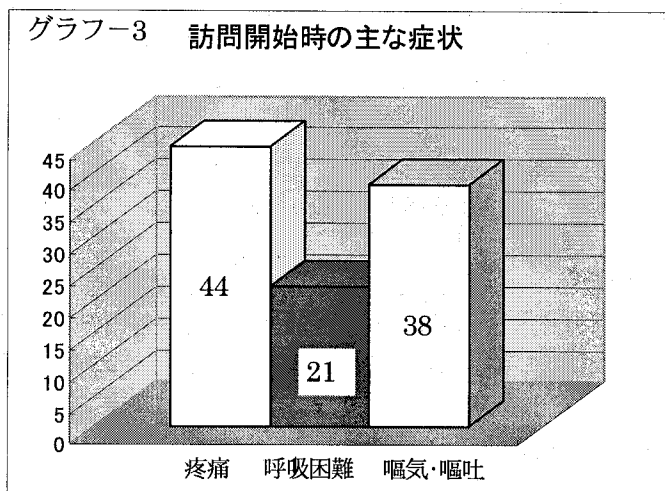


死亡患者は71名で、うち在宅死は64名(死亡患者の90%)でした。
(グラフ-2)



訪問開始時の主な症状は疼痛 44 例、呼吸困難 21 例、嘔気・嘔吐 38 例(重複しており、数字は延べ数)、他でした。(グラフ-3)

このうち訪問診療開始時に症状緩和が不十分な症例は 16 例で、内訳は疼痛 7 例、呼吸困難 1 例、嘔気・嘔吐 5 例、他 3 例でした。これらの症状は独立にあるわけではなく、それぞれが密接に関連していることも少なくありません。一つ一つの症状に対応することが大切なことは当然ですが、それ以上に患者さんをトータルに診ていくことが要請されることになります。



次に症例を紹介して、更に検討を致します。

症例 1)67 歳、女性、食道癌。

訪問開始時の症状は食道癌頸部リンパ節転移のため肩から上腕にかけて強い痛みおよび嘔気・嘔吐でした。嘔気・嘔吐はモルヒネの副作用と考え十分なモルヒネが投与できずにデュロテップパッチに変えたのですが、なお十分な疼痛が軽減できないまま本人の強い希望で退院しました。ところが在宅療養に移行してまもなく大きな処方の変更もしないのに、嘔気・嘔吐が著明に軽快し、改めてモルヒネ投与が可能となり満足できる疼痛緩和が得られたのです。

症例 2)88 歳、男性、胆嚢癌。

入院中にせん妄がひどく医療スタッフを悩ませ、食事も殆ど摂取せず寝たきりの状態でした。しかし退院して家に帰って間もなくせん妄が消失し、少ないながらも食事もあるようになりました。「病院では四角い檻に閉じ込められたようなものですよ」と言いながら、晴れやかな表情で居間のソファに座っていたのです。我慢をしていた右季肋部の痛みも NSAID の内服のみで軽快し、時には息子の車で外出をするようにもなりました。

この二症例は症状緩和の場として在宅は決して不適當ではないこと、むしろ有利な事が多いということを示しています。疼痛緩和不良の原因としては一般的に、不適切な鎮痛薬の使用、不適切な鎮痛薬の副作用対策・麻薬使用における説明不足などをその原因をあげることができます。しかし症状緩和不良の原因は、このような医療技術の問題だけで説明できるわけではありません。病院という場での緩和医療の限界を示す例があることをこの二症例は示しており、あらためて療養の場が重要である事を認識する必要があります。もちろん患者は皆、それぞれ病状としては厳しい状況におかれているわけですから、私たちが訪問をした患者全てが良好な症状緩和が得られたというわけではありません。思うような成果があげられないこともあり、家にいればすべてが解決するというわけではないのですが、殆どの患者が何らかの形で症状の軽減が得られたことも事実なのです。少なくとも在宅療養中に症状緩和の不良である事が原因で、そのことを理由にして入院を余儀なくされたということはありませんでした。最終的に亡くなる直前に入院に至った患者数はグラフ-2 に示してあります。その理由についての検討はきわめて興味深いものがありますが、別の機会に譲ることと致します。

結論的にいえば家にいたい人が家にいて、一緒に住む家族が家にいることを受け入れてくれば、それだけで癌に伴う肉体的な苦痛で辛い思いをする人は少なくなり、症状緩和のできる割合が高くなるということは確かだと考えています。

3)在宅ホスピス、その問題点

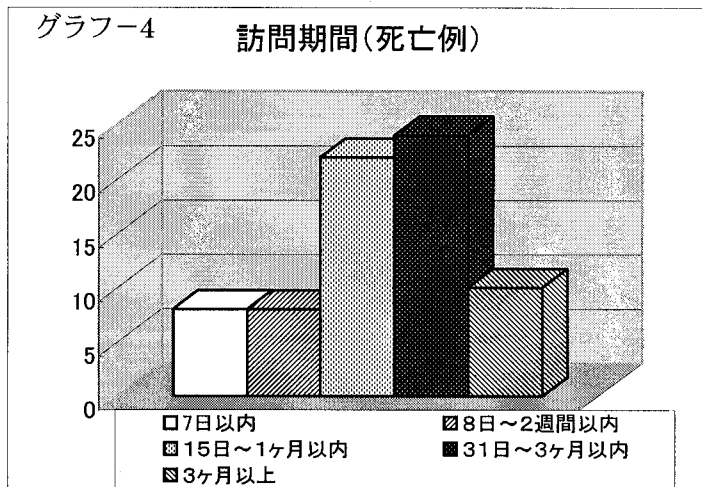
在宅ホスピスの目的は人生の最後の時間を少しでも平穏に自宅で過ごすということなのです。そのためには症状緩和治療が大きな柱であることは言うまでもありません。症状緩和をはじめとする医療の保証を医師が、医療と生活の橋渡しを看護師が、生活の部分を家族あるいはヘルパーが担うこととなります。

在宅ホスピスとは癌終末期の患者さんが、まさに人生の最後の時期を自宅での生活の連続性の中で過ごすということが出来ます。

一方で在宅ホスピスは患者側にとっても、医療側にとっても必ずしも終末期医療の選択肢になっているとはいええない現実があります。受け皿としての医療機関が少ないという問題も大きいのですが、それだけではなく在宅での症状緩和をはじめとして在宅ホスピスに対する大きな誤解あるいは認識不足がその選択肢を狭めている事が少なくありません。例えば往診と訪問の違いがわからない、費用がかかるのではないかと、家では辛い症状はとるのは無理、長く寝たきりになると家族に迷惑をかける、逆に寝たきりにならないと訪問は頼めない、在宅で亡くなると検死になる等々です。

この問題全てに触れることは出来ませんので、在宅で療養することの意義と在宅での症状緩和について検討することにします。

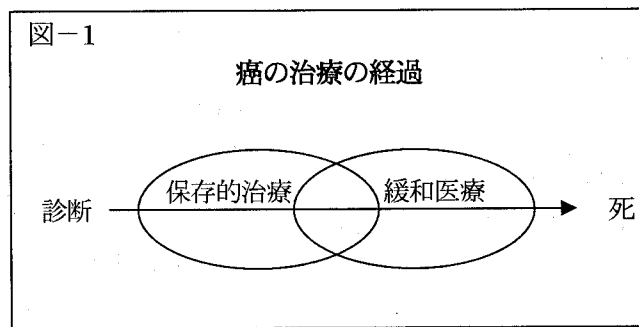
在宅ホスピス医をうたっている私の役割はいわゆる看取り医の部分と、根治的な治療のできない患者に対する総合腫瘍医として対応する部分があります。しかし患者側・医療側に限らず多くは単なる看取り医として認識をしていることが多いようです。グラフ-4に示しているように訪問開始後2週間以内の死亡が16例(23%)ということからもそのことを裏付けています。



しかし畳の上で死ぬというのは文字通り畳の上で死ぬことだけが目的ではなく、一日一日の積み重ねの延長線上に死を迎えるという事を認識した上で、いや認識しているからこそ、そこに至るまでの期間をその人が本来望んでいる生活を営むことにこそ大きな意義があるのです。そのような過程を経ることのないままに、畳の上で死ぬことのみを目標とするのでは本末転倒とさえもいえるのではないのでしょうか。ところが実際には動けなくなって病院にいけないという状況にならないと、在宅でのホスピスケアを受けられないと思われている患者が多いのです。病院へ行く時以外は一日の大半を自宅で寝ている患者

においてさえも、このような意識をもっていることに私たちが驚かされることも少なくありません。これでは在宅ホスピスの意義が半減してしまいます。

WHOの「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」という小冊子でも癌と診断されたその時から緩和治療への穏やかな移行が望ましいとしているように、がん治療の大きな連続した流れの中で在宅ホスピスが位置付けられる事が望ましいのです。そしてその事が総体として癌で療養することを余儀なくされた患者の自律に大いに貢献することになるのです。その意味で図-1に示すように二つの輪が重なる部分を少しでも大きくするような方向でがん診療のあり方を考える事が大切だということがもっと認識される必要があります。



生活の質の向上に症状緩和の成否は極めて大きな影響があることは明らかです。一方で家にいたいと願う人が在宅で療養するという事は、そのこと自身が療養の質の向上につながるということに異論はないと思われまふ。在宅でという事を願う人は多いのですが、実際にがん患者がそんな形の療養ができるはずがない。自宅で痛いのが始まったらどうするのか、結局は病院でないとしても対応できないのではないか。家にいたいけど家にいて七転八倒の苦しみを味合うのは嫌だと考え、とにかく最後は病院へ、できればホスピスへと考えているのではないのでしょうか。

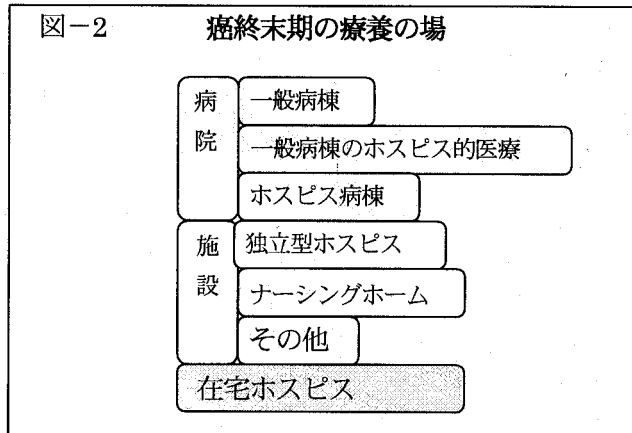
ところが実際は前述したように同じ条件の治療であるならば在宅の方がはるかに望ましい効果が得られるのです。

在宅ホスピスが市民権を得るためにこのような認識を一つ一つ改めて、在宅を望む患者にとっては極めて望ましい選択であることをより広く理解をしてもらう事が必要であることを強調したいと思います。

4) 今後の展望

今まで述べてきたように根治的な治療が出来なくなった患者にとって、療養の場をどこにするかという事は大変重要です。当然のことながら患者自身が望む場で療養を続ける事が一番望ましいのです。

図-2は療養の場を大きく3つのグループに分けてみたものです。



第1はホスピス病棟に代表されるような病院、第二は自宅を療養の場とするいわゆる在宅ホスピス、第三はその中間に位置付けられるナーシングホームなどのケアハウスの施設です。先ほど家にいたい人が家にいればそれだけで症状緩和ができると述べました。しかし人はそれぞれです。病院が良いという人も少なくありませんし、そのような人にとっては症状増悪時には病院が良いのです。つまりそれぞれの患者にとって好ましい療養環境はいろいろであり、自らの選択の問題として捉える事が重要です。一番の問題は在宅ホスピスがターミナルケアの選択肢になっていない現実があるということなのです。前述したように受け皿つまり在宅ホスピス医の絶対数が少ないことが大きな要因であることは事実です。しかしそれ以上に医療機関などから適切な情報が提供されないということのほうが大きい要因のように思われます。このことに関しては患者側からも自らの問題として、望ましい医療環境の整備を促進するように声を大きく上げる必要があるのではないのでしょうか。大切なことは患者自らが選択できるような適切な医療情報が得られることなのです。

実態は正確にはわからないのですが、千葉県いや千葉市において在宅ホスピスだけでなく、ホスピスのケアを受けられる医療機関がまだまだ不足しているということも大きな課題です。一方で医療情勢の激変、高齢化に伴うがん患者の急増は必然的に病床数の不足をもたらすことは明らかで、否が応でも緩和医療の分野でも在宅療養の整備がつよく要請されるのです。しかし時代は私たちの予想をはるかに上回る速さで変化しています。10年後、いや少なくとも5年後を見据えた対応が強く望まれます。その意味では山崎氏が今回の講演の中心テーマとしたターミナルケアの中にコミュニティケアの考え方を取り入れることに大きな魅力を感じたのは私一人ではなかったはずです。

幸いがんセンターに緩和ケア病棟が開設され、また千葉市立青葉病院にも緩和ケア病床が用意され、ともに在宅支援を大きな柱にすると聞いております。これは千葉県にとっても、千葉市の地域医療としての緩和医療にとっても大きな転換点になると思われ、緩和医療の現場に携わるものとして大きな期待をもっているところです。

今回私の意識の中に大きくありながら触れなかった事柄に、訪問看護、訪問看護ステーションの問題があります。ホスピスケアをきちんと認知し、実効を挙げるためにはその真中に医師ではなく、訪問看護師あるいは訪問看護ステーションをおこななければいけないことを最後に強調しておきたいと思います。

5) 最後に

一口に 15 年というのは簡単ですが、一つのテーマでしかも多機関、多職種の集まりが継続したということに対して心から敬意を表します。ターミナルケアの領域においては激動ともいえる期間に、お世辞にもターミナルケアに関心が高いとはいえない千葉において、着実な歩みを続けてこられたことの意義はきわめて大きいものがあります。

日本は有史以来例を見ない超高齢化、少子化、核家族化の時代に突入し、医療は制度としても意識としても大きな変革を迫られています。特に終末期医療は一医療機関で取り組むことだけでは不十分で、病病・病診・診診連携のみならず多職種間の連携が欠かせません。さらには医療の問題だけではなく行政、地域の中でのボランティアなどとの共同作業の構築に向けての取り組みが迫られています。

過日の記念集会でその成果の集大成にふれ、この研究会がこれらの多くの課題について千葉におけるターミナルケアのオピニオンリーダーとしての活躍が大いに期待できると実感し、心強く感じた次第です。