

終末期医療に関する懇談会

—がんにおける問題点並びに課題—

NPO法人

千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表

日本ホスピス・在宅ケア研究会理事

藤田 敦子

がん対策推進基本計画

H17年

全体目標(10年以内)

がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及び家族の
苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

治療の早期からの緩和ケアの推進

- ・がん診療連携拠点病院の指定要件に緩和ケアチームの設置を定める(H18)
 - ・がん診療に携わる一般医師に対する緩和ケア研修
 - ・緩和ケアについての専門的医療従事者の養成研修
 - ・緩和ケアについての一般国民への普及啓発
 - ・がん戦略研究事業
 - ・がん診療連携拠点病院の整備指針の改定等
- ・緩和ケア病棟の要件変更(一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持たせる)
 - ・在宅支援として、拠点病院に専門的な緩和ケアを提供できる外来を設置
 - ・地域で療養している在宅療養者支援として、在宅緩和ケア支援センターを設置
 - ・全人的な緩和ケアを患者の療養場所を問わず提供できる体制の整備
 - ・緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携 等

がん終末期医療の現状

十分な連携ができていない

これ以上の治療はできない

セカンド・サードオピニオン

患者

がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院

介護のみ・在宅

看取りなし診療所・在宅

救急車

退院調整(外来は?)
緩和ケアチーム(機能?)
緩和ケア外来(少ない)

救急車

外来中心・在宅
民間療法

余命半年の言い方でいいのだろうか

デイケア

GH等

在宅療養支援診療所

訪問看護

ケアマネジャー

介護

ボランティア

住居(有床)

緩和ケア病棟

待機期間あり
症状緩和?
在宅支援?
定額以内のケアや医療

中小病院

訪問看護・介護

在院日数
告知率低い
緩和ケアチーム?

療養病床

特養老健

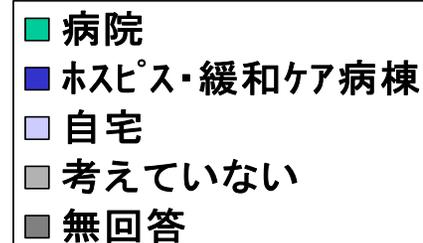
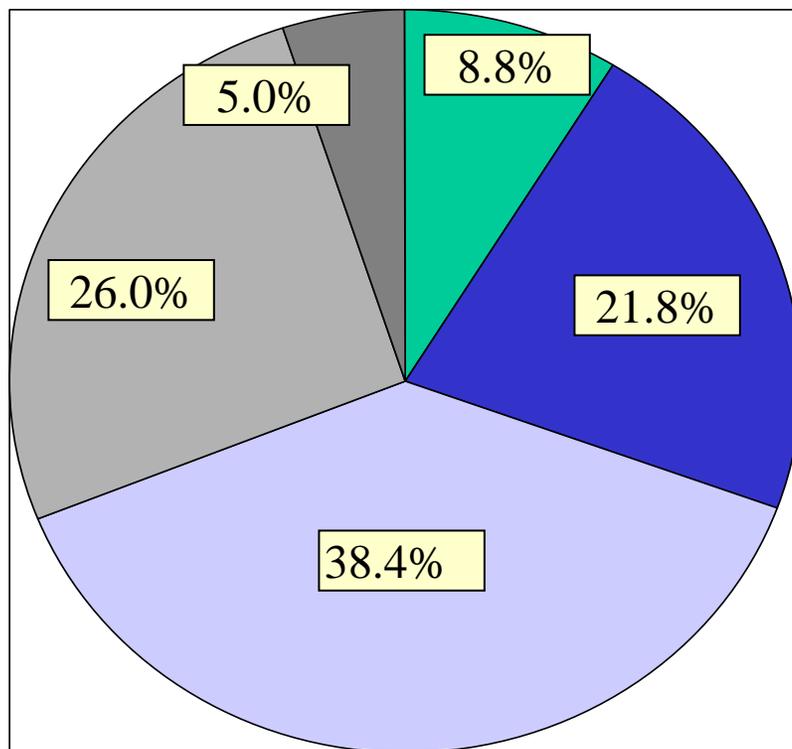
加算は適切?
医療が多いとダメ
介護人員不足
夜間対応が不安
緩和ケア教育
職員のケア

数不足
看取りなしもある

今後
充実が必要

患者・家族の願い 第4回がん患者大集会より

- がんになっても、家族と**普通の暮らし**がしたい
- 緩和ケアの充実で**心豊かな終末**を
- 最後まで**人間らしい生活**
- 一人暮らしをどう支えるか
- 在宅システムの推進（システムを整えてから在宅へ）



N=2,065
(うち医師31人、看護師273人、
他医療216人、福祉介護72人)

十分なインフォームド・コンセント(説明と同意)と 緩和ケアがある状態とは言えない

松島班研究 朝日新聞H18年5月4日

調査: H16年10月～11月、全国中小病院(50床～300床)

無作為抽出(1000病院)、郵送法、回答145病院(14.5%)

結果: 全入院患者中、終末期患者は9.1%

病名告知 患者本人45.9%、家族95.8%

余命告知 患者本人26.6%、家族90.8%

延命処置確認 患者本人15.2%、家族86.8%

日本医師会調査 日経新聞H20年10月8日

医師の4割が、がん患者らの苦痛を和らげる「緩和ケア」に診療の煩雑さの割に報酬が多くないといった理由で「かかわりたくない」と考えていることが、日本医師会が医師10万人を対象に実施した意識調査で分かった。緩和ケアという言葉を知っている医師が8割を超える一方で、内容を誤解しているケースも目立ち、同会は「普及には相談体制の整備などが必要」と指摘している。

調査は厚生労働省の委託を受け、今年1—2月に実施。診療所の医師約9万4000人と病院の医師約17万3000人を対象とし、それぞれ約5万3000人(回答率56.2%)、約4万5000人(同26.0%)が答えた。

緩和ケアの正しい普及はされているのか？

緩和ケアとは、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、クオリティー・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。」WHO 2002年

- ・痛みと他の不快な症状の緩和
- ・生を肯定し、死を自然の過程ととらえる
- ・死を早めることも長らせることもしない
- ・心理的、スピリチュアル面の患者ケアを統合する
- ・死に至るまで可能な限り積極的に生きられるよう支援する
- ・家族に対して、患者の病状に対応できるように、また悲歎を乗り越えられるように支援する
- ・悲嘆ケアを含む患者と家族のニーズに応えられるようチームで対応する
- ・生活の質を向上させるとともに疾患の経過に良い影響を及ぼす

質の評価が必要

(WHO:緩和ケア 谷田訳)

身体的痛み

痛み, 他の身体症状,
日常生活動作の支障

精神的痛み

不安, いらだち,
孤独感, 恐れ,
うつ状態, 怒り

トータルペイン
(全人的痛み)

社会的痛み

仕事上の問題,
経済上の問題,
家庭内の問題,
人間関係,
遺産相続

スピリチュアルペイン

人生の意味への問い, 価値体系の変化,
苦しみの意味, 罪の意識, 死の恐怖, 神の
存在への追求, 死生観に対する悩み

がんの終末期医療の問題

- 今回の調査で、延命医療について確認ができるのか？

問4 治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月以内)・・

患者や家族が、死期を認識しているのか？

問4補問1 延命医療についての説明がないのに質問がある

延命医療の判断が全対象とも統一されていない

経口摂取以外は、延命医療なのか？水分、栄養

一番の問題は、セデーションでないか？

問4補問2 「2延命医療を中止して、自然に死期をむかえさ

せる様な方法」が全対象とも増加しているが、「1緩和医

療」を誤解しているのではないか？これを「尊厳死」と言う

のか？設問がおかしいと思う。自然に看取るは、何ひとつ

医療を提供しないことではないと思う

WHO方式疼痛治療法に則り、治療されているのか？

モルヒネ等の有効性と副作用の説明ができるが減少している

患者本人へのインフォームド・コンセント

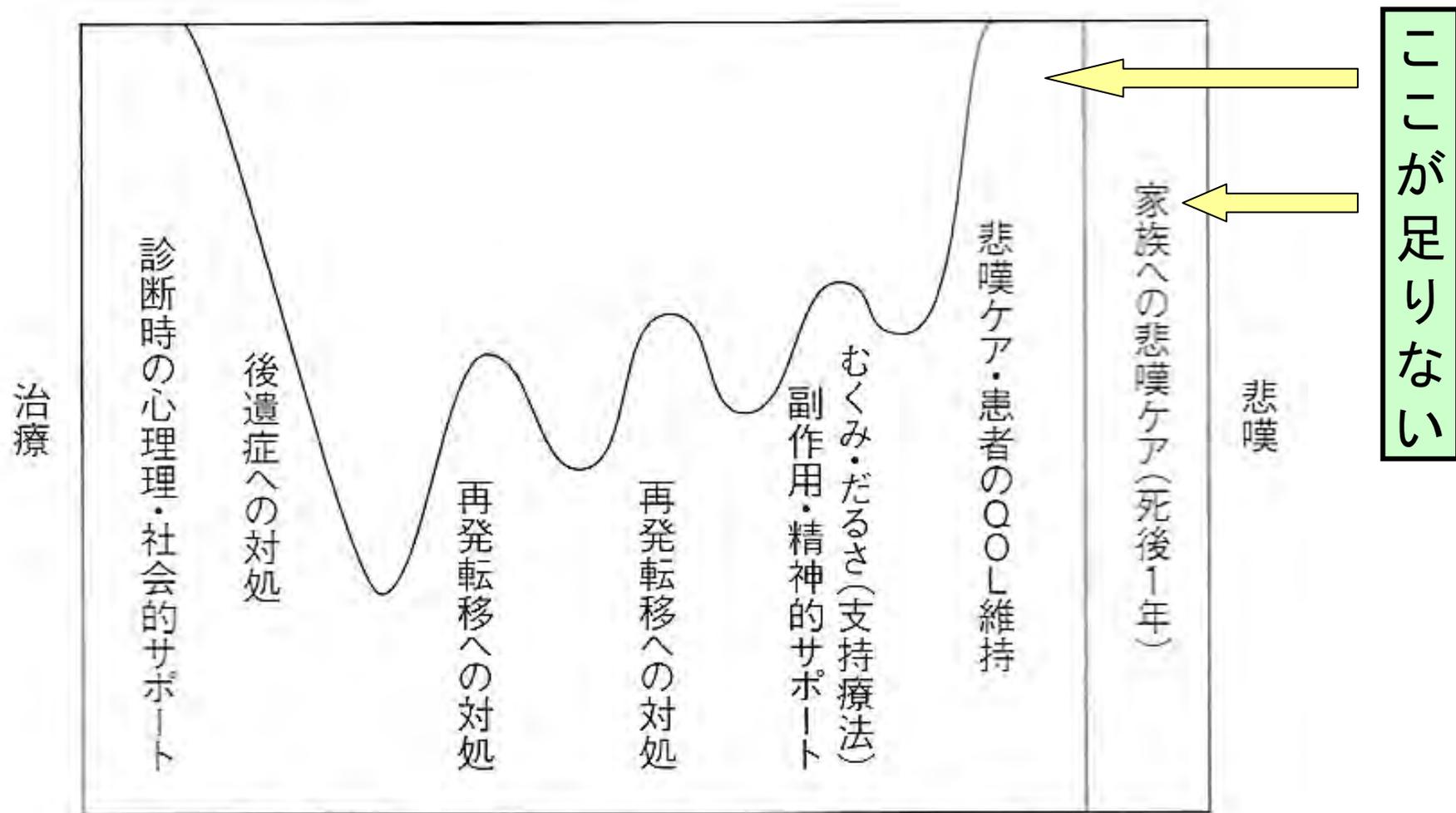
- 病名、治療方法と副作用、再発・転移、余命、QOLからみた過剰な化学療法の中止について、十分な説明(わかるまで繰り返す)があり、同意しているか
- 知る権利を放棄する権利もあることを説明しているのか
- 事前の意思表示は、理解が本当にあるのか(お守り?)
- 十分な時間をどう確保するか。経済的裏付け
- 医師のコミュニケーション不足、患者を傷つけない範囲
- 医師への遠慮、治療打ち切りの恐怖で本心を言わない
- 医師以外が、説明をするのは無理なのか
- 高齢者ほど、家族に任せる傾向がある
- 家族の定義が難しい。誰に代理権を持たせるのか

患者の意思確認について

何故、がん、終末期、高齢者だけを問題にするのだろうか。
延命医療の中止、医師の責任問題だけが理由なのか？
「自分の生きる意味」「価値観」「生き方」を考えるためではないのか。どこで死ぬかでなく、「誰と」「何をして過ごすのか」「何を残していくのか」「目標」「生き甲斐」「自己実現」「QOL」は、本人の意思を必要とするからではないのか。

患者本人が意思を表明できる習慣を作ることが、今後は必要と思うすべての疾患で入院するたびに、問診に入れて確認したらどうか
「延命治療中止」でなく、病状説明・治療方針・予後説明・意思決定能力がない場合は、誰を希望するか。本人のみ、本人と家族(誰)家族のみ(誰)、指定された家族の同意。(未記入も可能。変更は何度でも可能。法的根拠はなし。その都度、十分説明をする)

患者・家族を支える仕組み-悲嘆ケアの充実



藤田案：治療に緩和ケアがかぶさり、治療と緩和ケアが一体

図② 家族からみた緩和ケアのあり方

緩和医療学10. 2008

死を医療だけに閉じ込めない

◎イギリスのホスピス緩和ケア・プログラム

対象の97%が、がんの末期の患者さん。在宅ケアやデイセンターの役割が大きい。公的でない民間非営利組織が母体となっていて、財源としても運営上もボランティアの支えが不可欠でした。

病院へもナーシングホームにもチームが出張している。

(近藤克則氏:参考文献「医療費抑制の時代を超えて」ーイギリスの医療・福祉改革)

◎死生観の再構築

「2007年問題」は、団塊の世代の方々がいかに地域コミュニティとのつながりを持てるか団塊の地域デビューと言われてきているのですが、それは、単に場所とか、そういったことではなくて、より根本的な「成長、拡大」を中心とする価値感から、いかに「老い」や「死」を受容しうるような「世界観」といいますか、そういう内面的な深い課題が同時にあるのではないか。それをここでは、もうひとつの「2007年問題」というふうにしております。

(広井良典氏:参考文献「生と死の時間〈深層の時間〉への旅」)

第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会in千葉 発表より

日本では、「がん終末期＝緩和ケア」として、看取りのみの緩和ケア病棟(余命半年)に閉じ込めていた。今でも、緩和ケアは十分理解されていない。終末期や延命医療のこともどういうことを指すのか本当に理解できている人は少ないだろう。気持ちは、その都度変化する。支える人、死生観が必要。ガイドラインは読んだが、あいまいなところが多い。結局、コミュニケーションだと思う。法整備は、現状ではするべきでないと思う。

医療と福祉が連携して、普通の暮らしを支えて

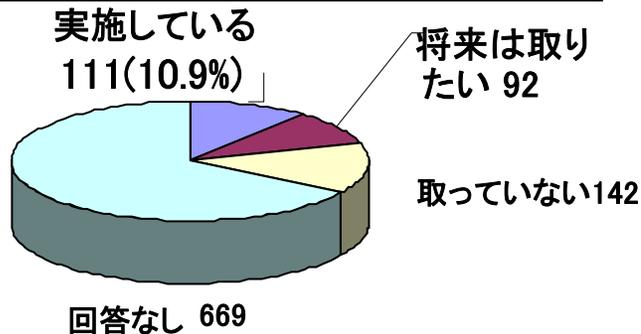
平成15年度 千葉県在宅緩和ケア資源調査 回答2,566/6,754件、率:38.0%(県・ピュア協働)

	病院	診療所	訪問看護	居宅介護	訪問介護	訪問入浴	短期入所生活介護	短期入所療養介護	NPOなど
照会数	294	3,584	192	1,034	813	106	183	201	347
回答あり	163	1,014	98	491	372	55	113	103	157
回答率	55.4	28.3	51.0	47.5	45.8	51.9	61.7	51.2	45.2
県冊子1427件	101	257	91	394	339	50	72	60	63
承認率	34.4	7.2	47.4	38.1	41.7	47.2	39.3	29.9	18.2



在宅緩和ケアガイドブック(県版)

診療所 必要に応じた緩和ケア1割



調査票作成を利用者の視点で

- ・緩和ケア技術や在宅支援
- ・経験(対象者数・看取り)
- ・24時間体制
- ・制度外の受け入れ
- ・医療が必要な人の受け入れ
- ・医療間、訪問看護との連携
- ・理念 など

HPにて公開、電話相談



在宅ホスピスケアガイド千葉市版 3

在宅緩和ケア支援センターを！
(相談・ケアマネジメント機能)

WHO定義による ホスピス・緩和ケアの充実を！

医学的に打つ手がなくなったからといって、末期患者にしてあげられることはもう何もないと言えるだろうか。

たとえ彼らの命があとわずかだとしても、最後まで生きている「人」であることもまた事実ではないか。

『死にゆく人と共にいて』マリー・ド・エヌゼル

西岡美登利訳 白水社