

＜2019.11.9.(土)市民公開講座＞
於:八幡浜市文化会館「ゆめみかん」サブホール

がんになっても八幡浜で安心して過ごしたい！！

地域に根ざした緩和ケアの構築を目指して



＜在宅療養支援診療所＞
旭町内科クリニック
森岡明

日本内科学会総合内科専門医
日本認知症学会専門医・指導医
日本プライマリケア連合学会認定医・指導医
日本プライマリケア連合学会認定薬剤師研修指導医
厚生労働省認定認知症サポート医
日本心療内科学会登録医
日本糖尿病協会登録医
日本心身医学会代議員
愛媛県在宅がん医療普及推進事業推進委員

時代の変遷に伴う疾病構造の変化

		第2次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位			脳卒中(脳梗塞)
	3位			心疾患(心筋梗塞)
医療環境の変化		抗生物質の発見	食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向上	慢性疾患の増加 超高齢社会
平均寿命		50~60歳	60~70歳	80歳

●現在の病院医療を中心とした医療システムでは現状(超高齢社会)に対応できなくなりました。

●超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく(慢性疾患を抱える高齢)障害者である。

●障害者に対応した医療システムは、在宅(地域)での療養生活を支える介護と在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが必要な理由である。

医療(治療)から介護(生活支援)へのパラダイムシフト

	以前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患(治療できる)	障害(治療できない)
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	病院医療(急性期医療) (治療医学) 治療(キュア)	在宅医療(慢性期医療) (予防医学) 介護(ケア、生活支援)

- 旧来の病院を中心とした医療システムは病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。
- 医療システム自体が全体がシステム疲労を起こして、国民のニーズに対応できなくなっている。⇒現行の医療システムの崩壊
- 大きく医療全体が、キュアからケアへのパラダイムシフトを必要としている。

在宅医療は従来の往診医療とは異なる

- 在宅医療は、居宅を医療の場と位置付け、療養計画にもとづく訪問診療と訪問看護を主たる要素とし行われる。
- 病院機能を地域全体に拡大し、コミュニティでの医療を重視するという考え方に基づいている。
- 大部分の医師たちが描く在宅医療のイメージは、発熱や腹痛など、急性疾患時に、患者・家族の要請に基づいて行われる往診医療であり、療養計画に基づき定期的に行われる訪問診療の役割が正しく理解されているとはいえない。
- 患者・家族も同様の誤解がある。
- 急性疾患時は基本、受診してもらう。なぜなら、在宅で可能な検査などは限界がある。

事例紹介(1)

72歳 男性

【初診日】 平成X-2年9月

【がん専門病院治療】 平成X年9月～X+2年5月

【訪問診療期間】 X+2年6月3日～9月29日

【傷病名】#1、肺癌

#2、脳転移

#3、肺気腫

#4、特発性間質性肺炎

【家族構成】

妻と2人暮らし

<在宅緩和ケア導入までの経過の要点>

平成X-2年より、肺気腫、間質性肺炎のため、外来通院治療を継続していた。経過中、右下肺野の間質性病変内に腫瘤影を認めるようになり、県立T病院に紹介した。肺癌の疑いで精査。肺癌と確定診断されたが、呼吸機能低下や間質性肺炎の増悪もあり、化学療法で治療する方針となった。経過中、脳への転移が見つかった。いったん腫瘍影は、ほとんど目立たないまでに治療が奏功。その後間質性肺炎が増悪したため、化学療法を断念。在宅緩和ケア主体で関わることになった。在宅酸素療法を経過中導入されている。

胸部CT (初診時、T病院への紹介時)



平成X-2年9月



平成X年9月

在宅緩和ケア訪問診療経過

(X+2年6月3日～9月29日)

X+2年6月3日初回訪問診療。ご本人は、少し動いただけで息苦しい、労作時は、酸素7L/分にあげているとのこと。寝室は2階で、1日に7~8回は1階に食事やトイレに降りているとのことだった。癌性の痛みはなく、呼吸困難が強く、オピオイド(モルヒネ製剤)を工夫しながら、持続作用型1日2回、呼吸困難増悪時には即効性製剤をレスキューとして服用してもらった。

その後、肺気腫への治療薬(吸入薬)や去痰剤など処方し症状緩和に努めた。経過中、頻脈発作(心房細動)などがあり、これを安定化する薬剤も工夫を要した。肺炎も合併したが、抗生剤の内服で軽快した。

6月26日、県立T病院に受診。同日のCT検査で腫瘍の増大と右胸水が認められた。右下肺は無気肺になりやすい状態のため今後も細菌性肺炎を繰り返しやすいと考えられた。その後、次第に体力が低下傾向にあったが、翌7月、8月は比較的安定した小康状態が続いた。

9月に入ってから、呼吸困難が増悪し、オピオイドの量も増量した。9月中旬頃より、終日ベッド上で過ごすことが多くなり、9月29日深夜午前3時、呼吸困難が増大、内服も不可能とのことで緊急往診。塩酸モルヒネ持続皮下注射を開始。呼吸が楽になったのを確認後患家を後にした。

同日午後4時、眠るように永眠された。

臨床倫理とは

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生じる様々な問題に気付き、分析して、それぞれの価値観を尊重しながら、関係する者が納得できる最善の解決策を模索していくこと。

* 挿管すべきか、胃瘻を入れるべきか、告知すべきかなどなど

事例紹介(2)

【症例】72歳、女性

【傷病名】

卵管癌Ⅲc期、漿液性腺癌、再発

【臨床経過】

平成20年6/24に単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行、術後補助化学療法(mTC療法)6コース施行。

平成21年12/7に骨盤内再発。抗癌剤治療(mTC療法6コースを2回/GEM単剤療法6コース)を実施したが、平成24年12/3のCT画像検査で直腸右側の腫瘤/播種病変/多発肝転移/肝被膜下に腹水貯留/下腹部腹壁直下の腹水(被包化)/両側胸水を認めた。

PSも不良で今後の積極的治療は困難と思われ、緩和医療へのギアチェンジとなった。

臨床倫理の4分割表

<p>医学的適応：M (medical indication)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 診断と予後2. 治療目標の確認3. 医学の効用とリスク4. 無益性 (futility)	<p>患者の意向：P (patient preferences)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 患者さんの判断能力2. インフォームドコンセント3. 治療の拒否4. 事前の意思表示 (リビング・ウィル)5. 代理決定 (代行判断, 最善利益)
<p>生活の質：Q (QOL)</p> <ol style="list-style-type: none">1. QOL の定義と評価 (身体, 心理, 社会, スピリチュアル)2. 誰がどのような基準で決めるか3. 医療者の偏見の有無4. 何が患者にとって最善か5. QOL に影響を及ぼす因子	<p>周囲の状況：C (contextual features)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 家族など他者の利益2. 守秘義務3. 経済的側面, 公共の利益4. 施設の方針, 診療形態, 研究教育5. 法律, しきたり, 宗教6. その他

「臨床倫理学 第5版」(Jonsen AR, 他/著, 赤林 朗, 他/監訳), 新興医学出版社, pp1-13, 2006

Medical Indication ; 医学的適応

1. 診断と予後

Maltoni M. の予後予測から生存確率を参考にすると67~87日

2. 治療目標は、終末期にみられるさまざまな身体的苦痛に対して、適切な薬物療法を実施する。スピリチュアルな対応に心掛ける。

3. 医学の効用: 緩和治療に必要な薬物の副作用発現に注意し適切な処置をとる。

4. 無益性(futility) : 無益と思われる治療法は選択しない。

Patient Preferences ; 患者の意向

1. 患者さんの判断能力

良好。苦痛は取り除いてほしい。

2. インフォームドコンセント

ご本人への予後などは話していない。今後信頼関係を築きながら情報提供する必要がある。

3. 治療の拒否

点滴注射などは一切してほしくない。ただし皮下注射は持続皮下注を含めて拒否しない。

4. 事前の意思表示 (Living Will) : ない。

5. 代理決定 : 本人が決定可能。

QOL ; (Well-Being: 幸福追求)

1. 平成24年6月の再発までは、バレーやインディアカなどの趣味がありはつらつと元気にすごしていた。

2. 現在は終日臥床しており、テレビでスポーツ番組を見るのが楽しみ。

3. 在宅診療開始時は「こんな状態なら寝たまま静かに死にたい」ともらした。

4. QOLに影響を及ぼす因子:

「こんな状態」= 疼痛・全身倦怠感・不眠・嘔気・食欲不振を改善することで、QOLの改善が見込まれる(本人に確認必要)

Contextual Features ; 周囲の状況

1. 3人の子(長男、次男、長女)あり。次男、長女は独身。長男家族は東京在住。

2. 農業経営の次男と2人暮らしだったが、大阪在住の長女(技術職: プログラマー)が1年休職して帰省。母の看護・介護に専念することになった。

3. 長女は坐薬・持続皮下注射器の使い方はマスターしてくれている。皮下注射薬の間欠投与が可能。

4. 四国がんセンター緩和ケア病棟への登録済。

5. 母が終末期にあることは理解しているが、予後予測については説明していない(今後説明が必要)。

6. 在宅で最期を迎えるかは確認が必要。

臨床倫理カンファレンスがもたらす効果

カンファレンスを通して他者との省察を深めることは



- ①相互にコミュニケーションすることの重要性を実感できる
- ②多職種でカンファレンスを行いチームワークを高める
- ③症例に対して多面的な視点を得られる
- ④専門職集団としてのプロフェッショナリズムを養う効果が期待できる
- ⑤困難な事例を通じて、個人的変容を行うことは、プロフェッショナリズムを学ぶうえでは重要

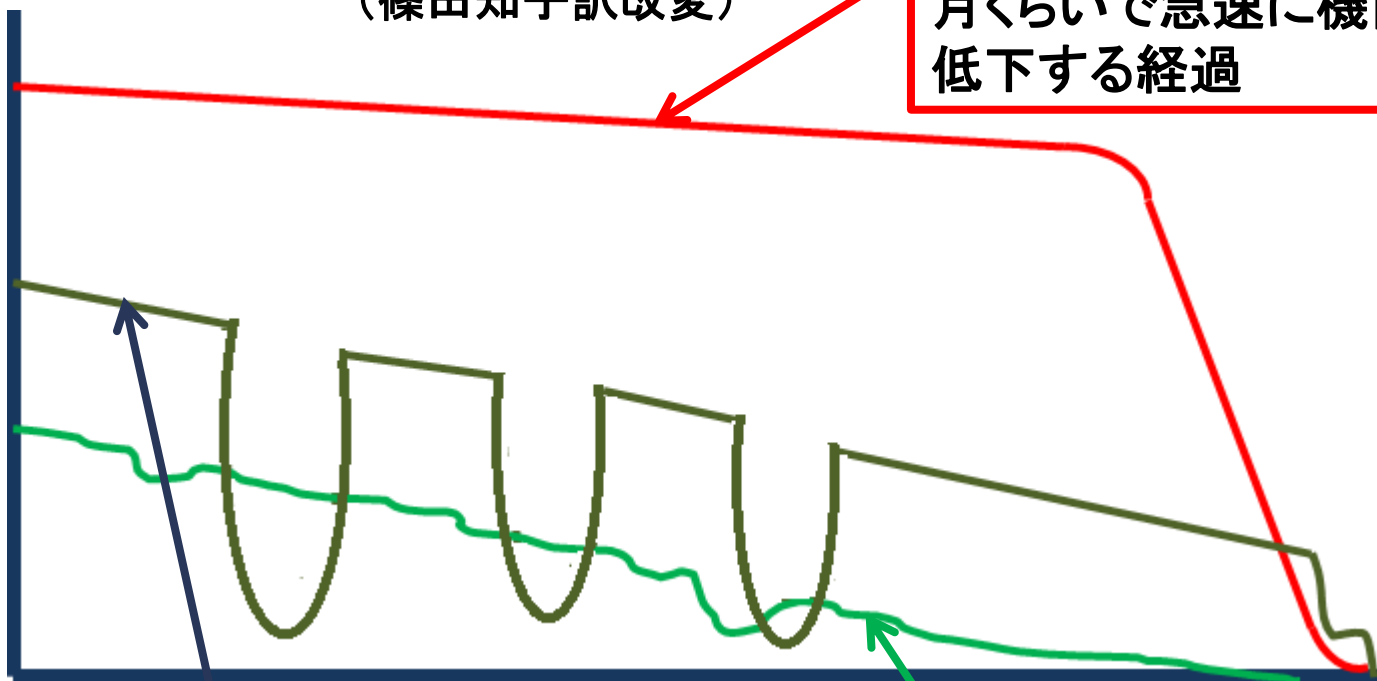
疾患群別予後予測モデル

引用 : Lynn J: Serving patients who may die soon and their families. JAMA, 285; 925-932, 2001.

(篠田知子訳改変)

がん: 比較的長い間機能は保たれ、最後の2か月くらいで急速に機能が低下する経過

機能

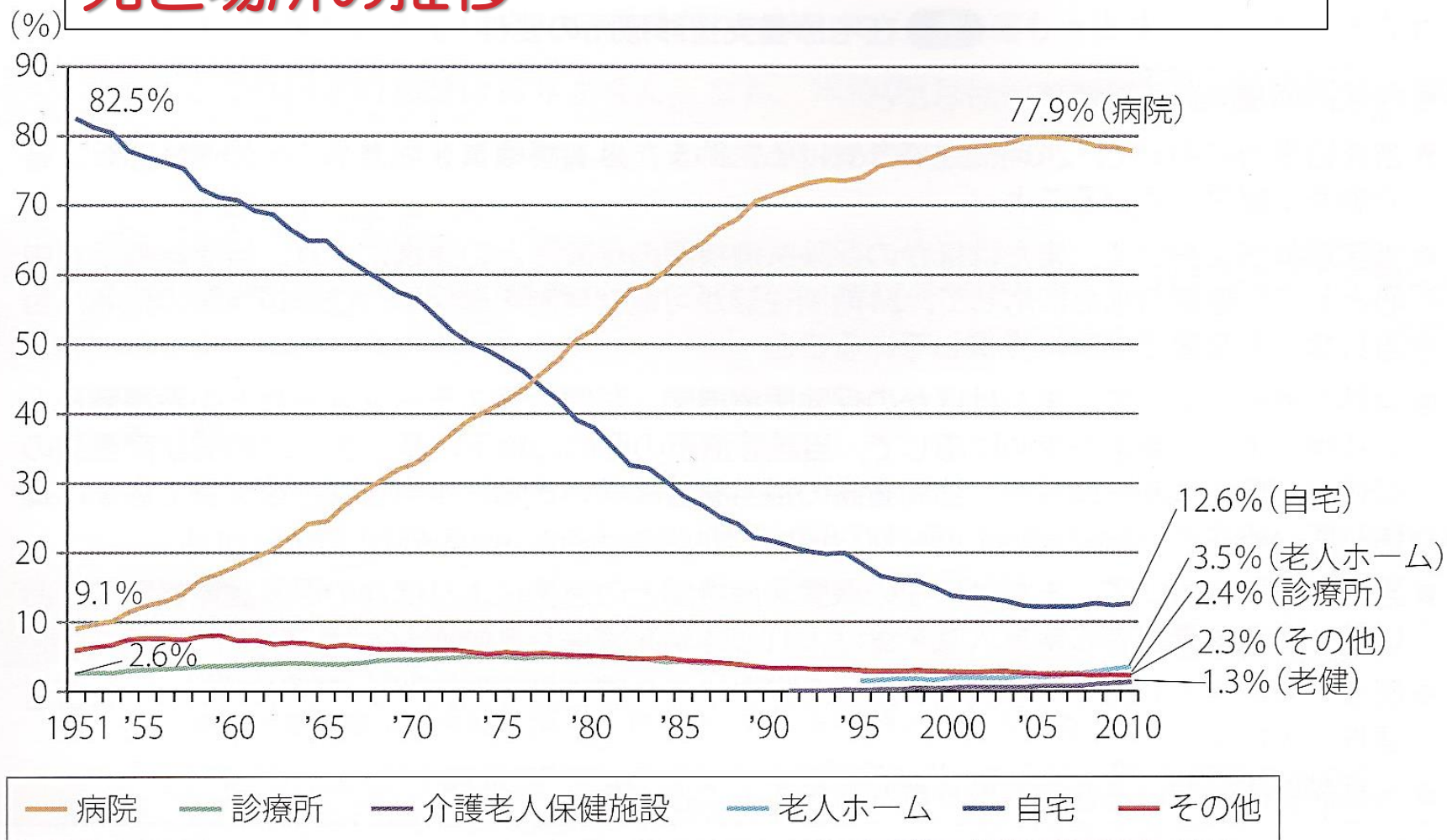


心・肺疾患末期: 急性増悪をくり返ししながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

認知症・老衰など: 機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

↑
死

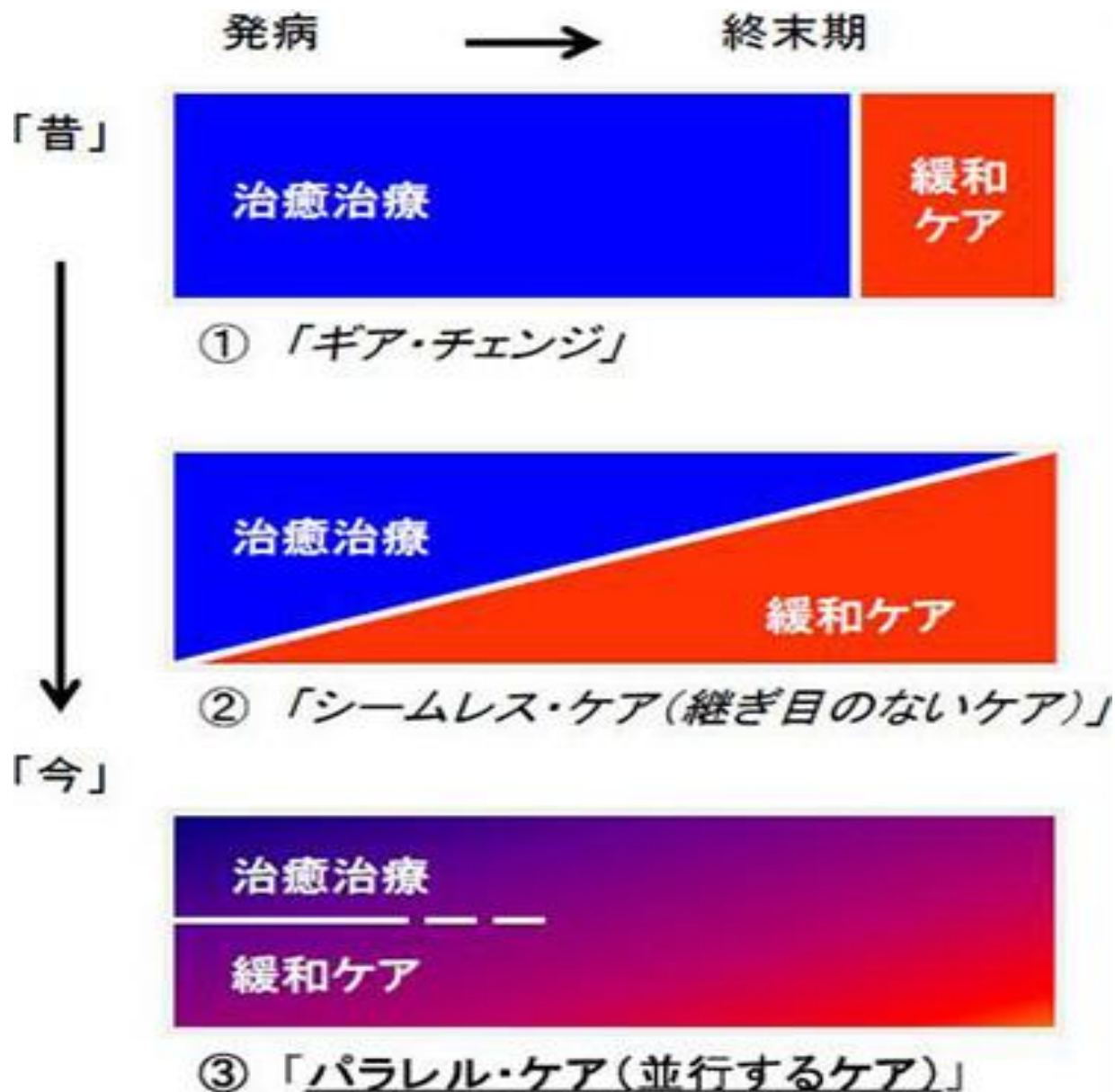
死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

(資料:厚生労働省「人口動態統計」)

緩和ケアの考え方の変化



シシリー・ソンドース

Dame Cicely Mary Strode Saunders



- 1918-2005
- St.Christopher Hospice の創出者
- 初めは看護師、腰痛のため一時MSW、39歳で医師となる
- 48歳で近代ホスピスを開設
- 近代ホスピスの母

シシリー・ソンドースは何をしたか？

- 末期患者の苦痛についてモルヒネの積極的使用によるコントロールをすすめた。
- 精神的痛みを重視するとともに、全人的苦痛 (total pain) としてとらえることの必要性を強調。
- 医療の在り方をcure system から care system へ変更する必要性を説き、ケアの実践を述べるとともに、ホスピス運動の中心的存在であった。

ソンドースの語ったホスピスの5原則

- 患者を一人の人格者として扱う。
- 苦しみを和らげる。
- 不適當な治療はしない。
- 家族のケア、死別の悲しみを支える。
- チームワークによる働き。

医師や看護婦を中心に、ボランティアチーム、栄養士、マッサージの人、美容師など、患者さんが必要と思う人はすべてチームに入る

緩和ケアのこれから

- 在宅緩和ケア
- 小児の緩和ケア
- 非がん疾患の緩和ケア
- 包括的がん診療としての緩和ケア
- すべての医療・(治療、ケア)、介護の下支え
- 卒前・卒後教育の徹底
- 終末期医療との関わり

臨床の現場では……

- 自己決定
- 代理判断
- 最善の利益
- 共感的な感情にもとづく心理的配慮
- 法と社会通念に合致する判断
- チーム医療とカンファレンス
- 倫理的コンサルテーション:
臨床倫理委員会

●2018年厚生労働省:「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と改訂されました。「最後まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、『終末期医療』から『人生の最終段階における医療・ケア』へ名称の変更」など多くの改定が盛り込まれました。

将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者家族とあらかじめ話し合うプロセスのことをアドバンス・ケア・プランニングとといいます。

自分の臨死期の対応についてリビング・ウィルとして事前に意思表示することをアドバンス・ディレクティブとといいます。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

●前もって医療ケアに関する計画を立てること。

(1) 本人が意思表示できるうちに、自分の終末期医療についての考えを決めて、それに基づいて、前もって医療ケアの計画を立てること。

(2) 本人の自己決定の権利を尊重するものであること。

(3) 本人が意思表示できない場合、家族らの代理判断者が、本人の意向や意思を適切に推定して、それに基づいて、前もって医療ケアの計画を立てること。

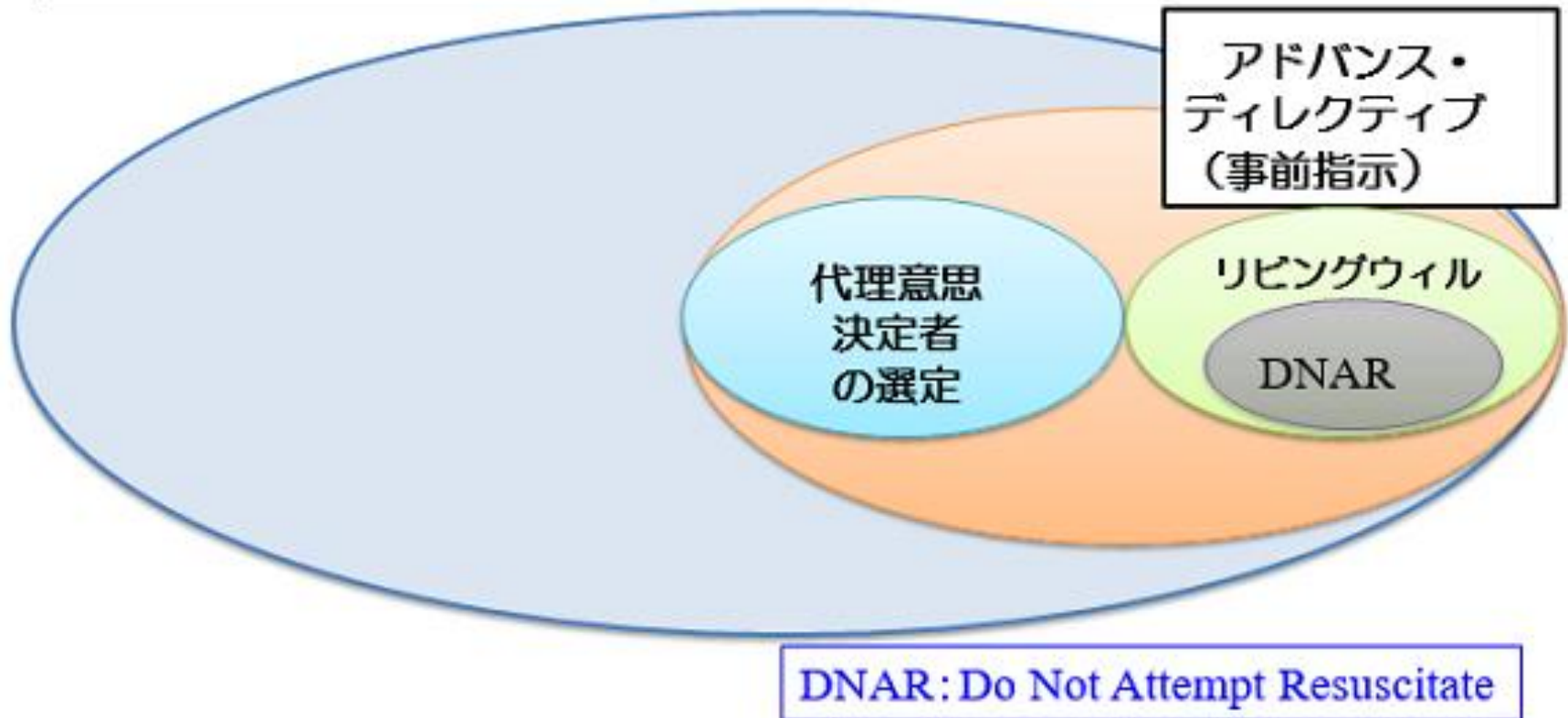
自分の臨死期の対応についてリビング・ウィルとして事前に意思表示することをアドバンス・ディレクティブといいます。

健常期

病惱期

終末期

アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP)



アドバンス・
ディレクティブ
(事前指示)

代理意思
決定者
の選定

リビングウィル

DNAR

DNAR: Do Not Attempt Resuscitate

(阿部泰之:「コミュニケーションと意思決定支援」資料より改変)

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」に決定しました

●人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。

●ACPの愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により選定され、本日、愛称発表会にて公表しました。

「人生会議」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えています。また、11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とします。

人生の最終段階(end-of-life)における 医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省)

平成19年5月
平成27年3月・30年3月

本人の意思に
関する論点

医学的妥当性・適切性の検討

本人の意思が**確認できる**

確認が**できない**

本人と医療ケアチームが
十分な話し合い
合意内容を文書化

家族等が本人の
意思を**推定
できる**

家族等が本人の
意思を**推定
できない**

家族等がいない
家族が**チーム
に委ねる**

代理
判断
に関する
論点

繰り返す
話し合い

①

推定意思を
尊重
最善の方針

②

最善は何かを
家族等と話し合う
最善の方針

③

最善の方針

決定困難/合意が得られない等

複数の専門家からなる
話し合いの場⇒検討/助言

医療ケア行為の開始・不開始、内容の変更、中止等



医療のための
事前指示書

著者 箕岡真子

私の四つのお願い

「私の四つのお願い」の書き方—医療のための事前指示書
ワールドプランニング社発行
日本臨床倫理学会・箕岡真子著

私の四つのお願い

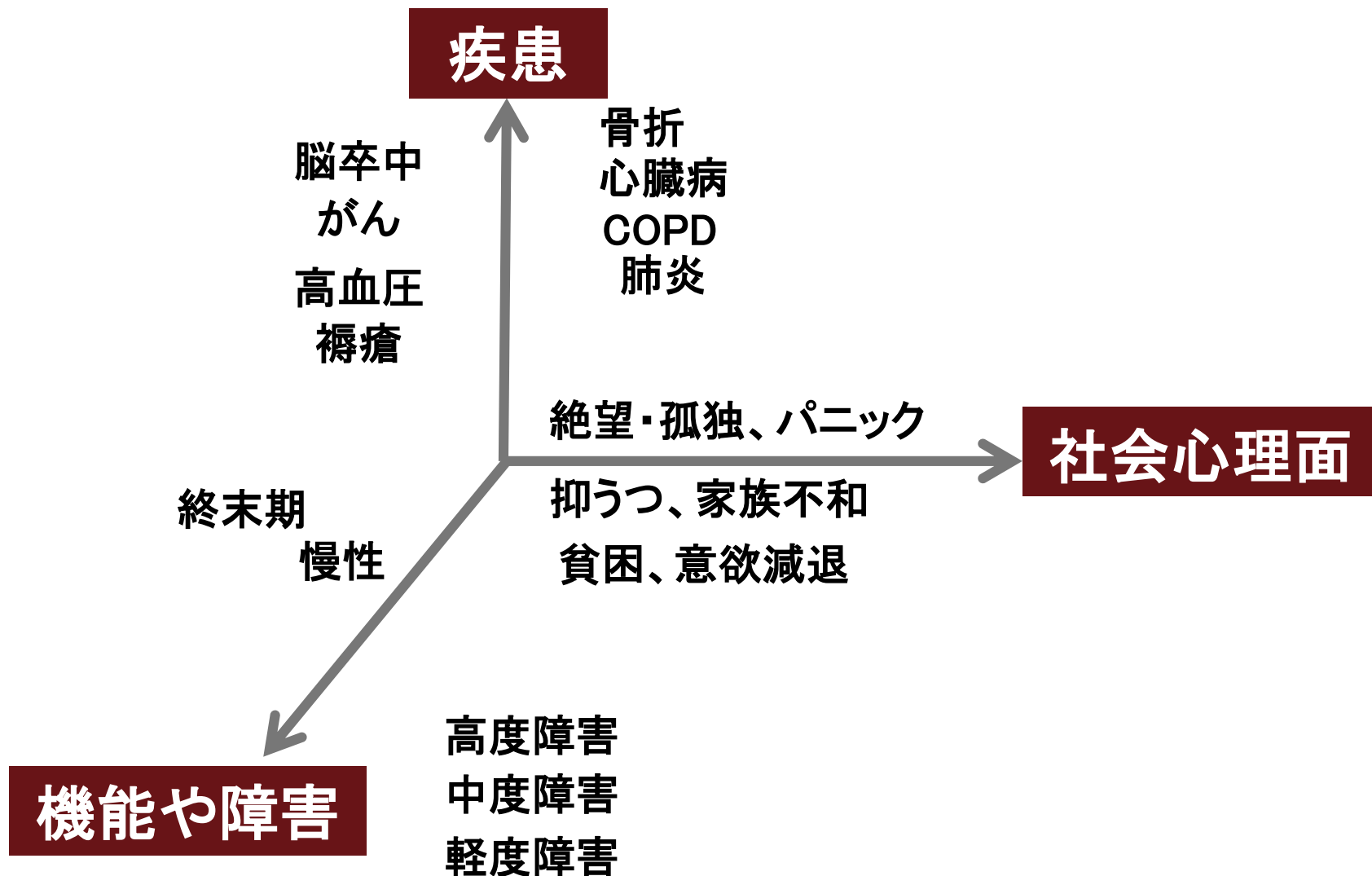
(1) 私が
自分自身で医療・ケアに関する判断・決定ができなくなったとき、私の代わりに決定をしてほしい“人”

(2) 私が、
『望む医療処置』と『望まない医療処置』

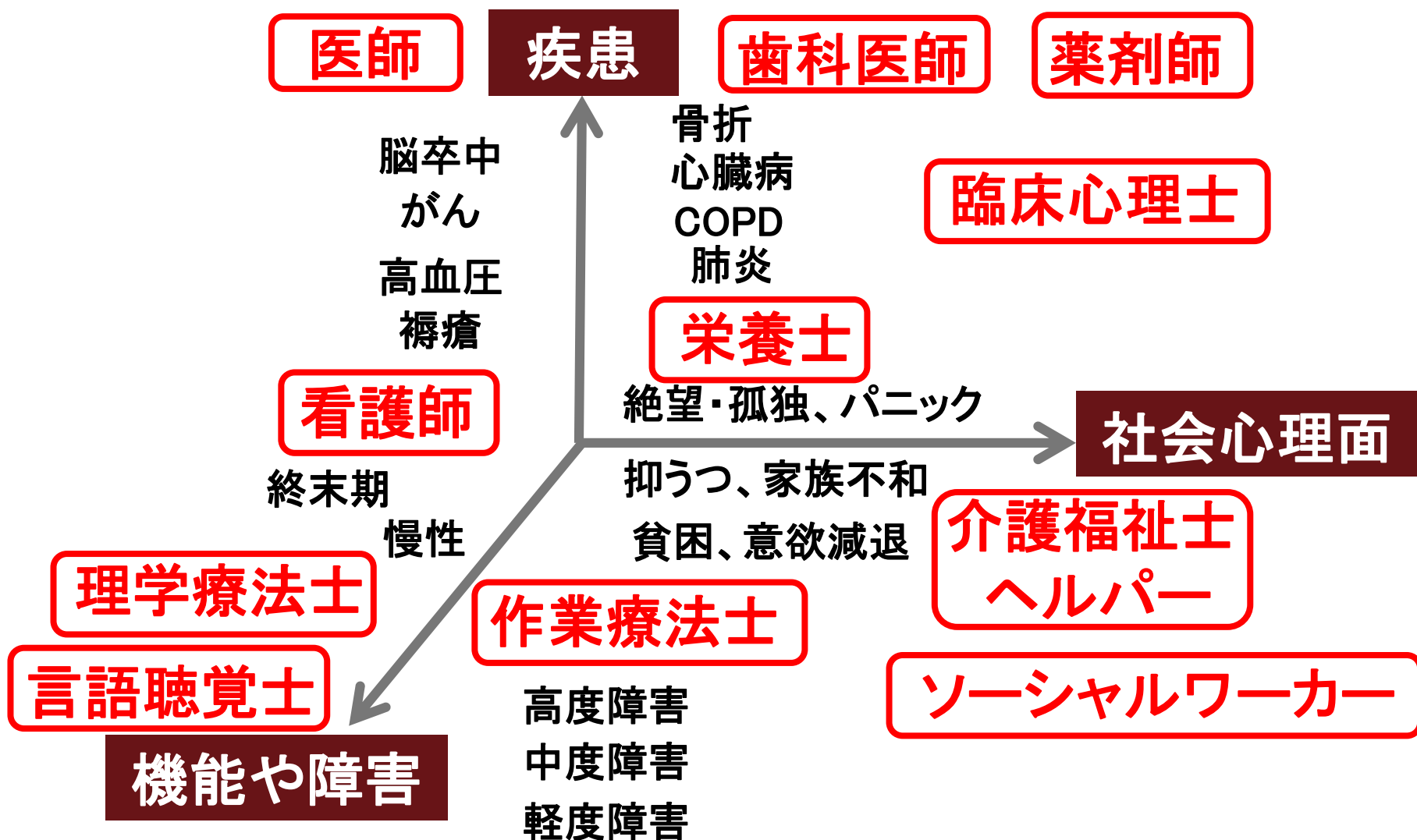
(3) 残された人生を
『充実したものにするために』
『快適に過ごすために』

(4) 最後に
私の大切な人々に知っておいてほしいこと

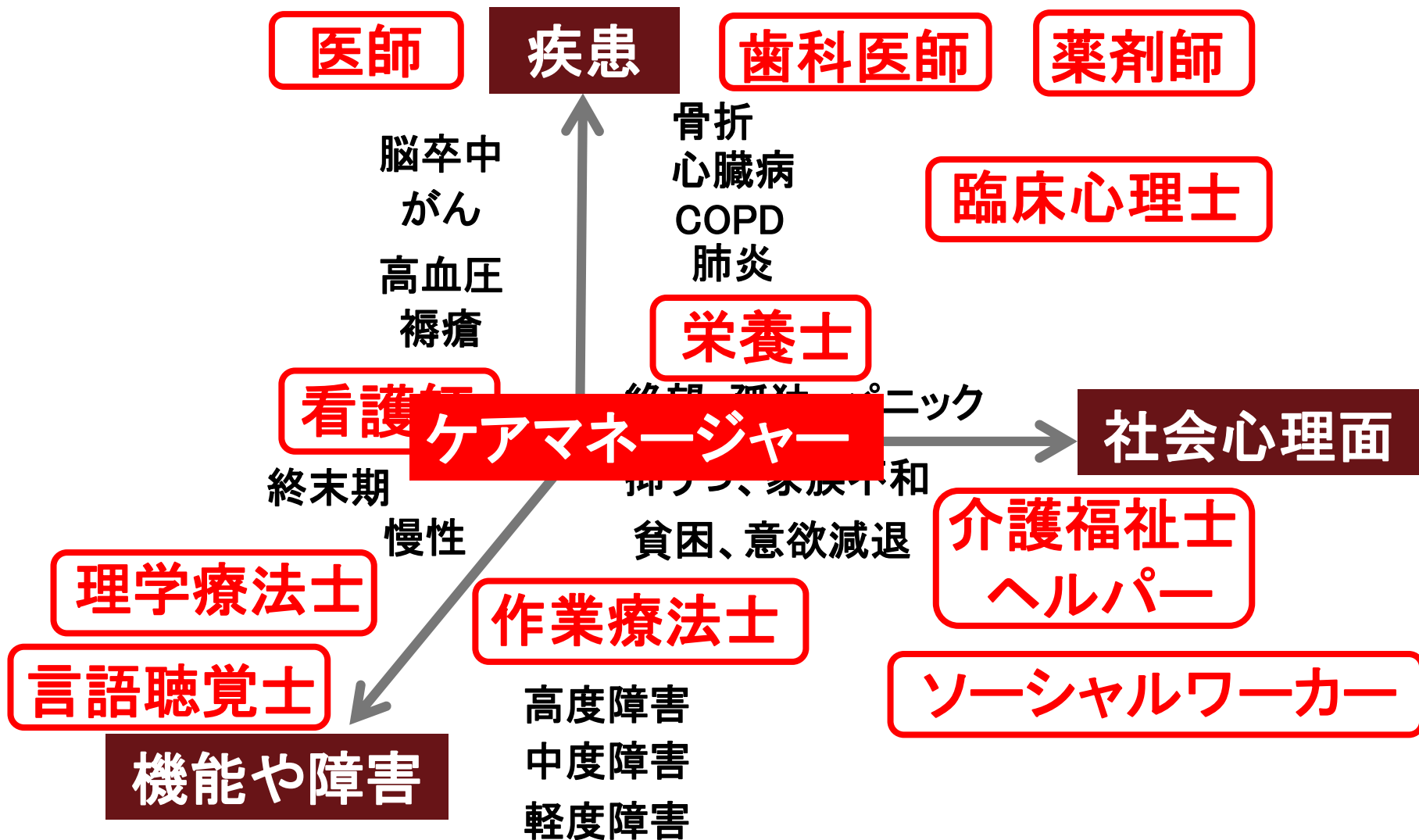
ケアの多面性と多職種連携協働 (IPW) の有効性



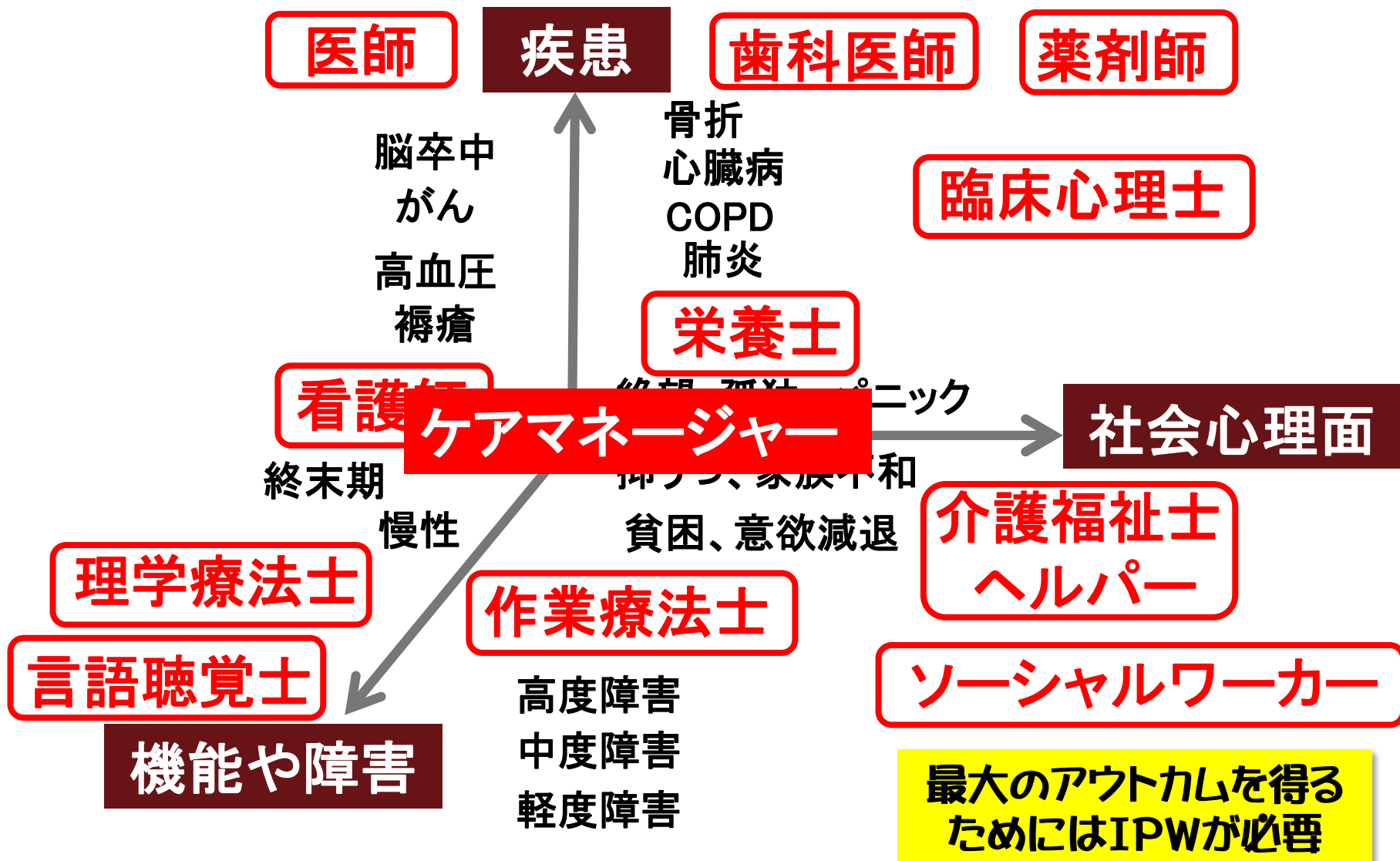
ケアの多面性と多職種連携協働 (IPW) の有効性



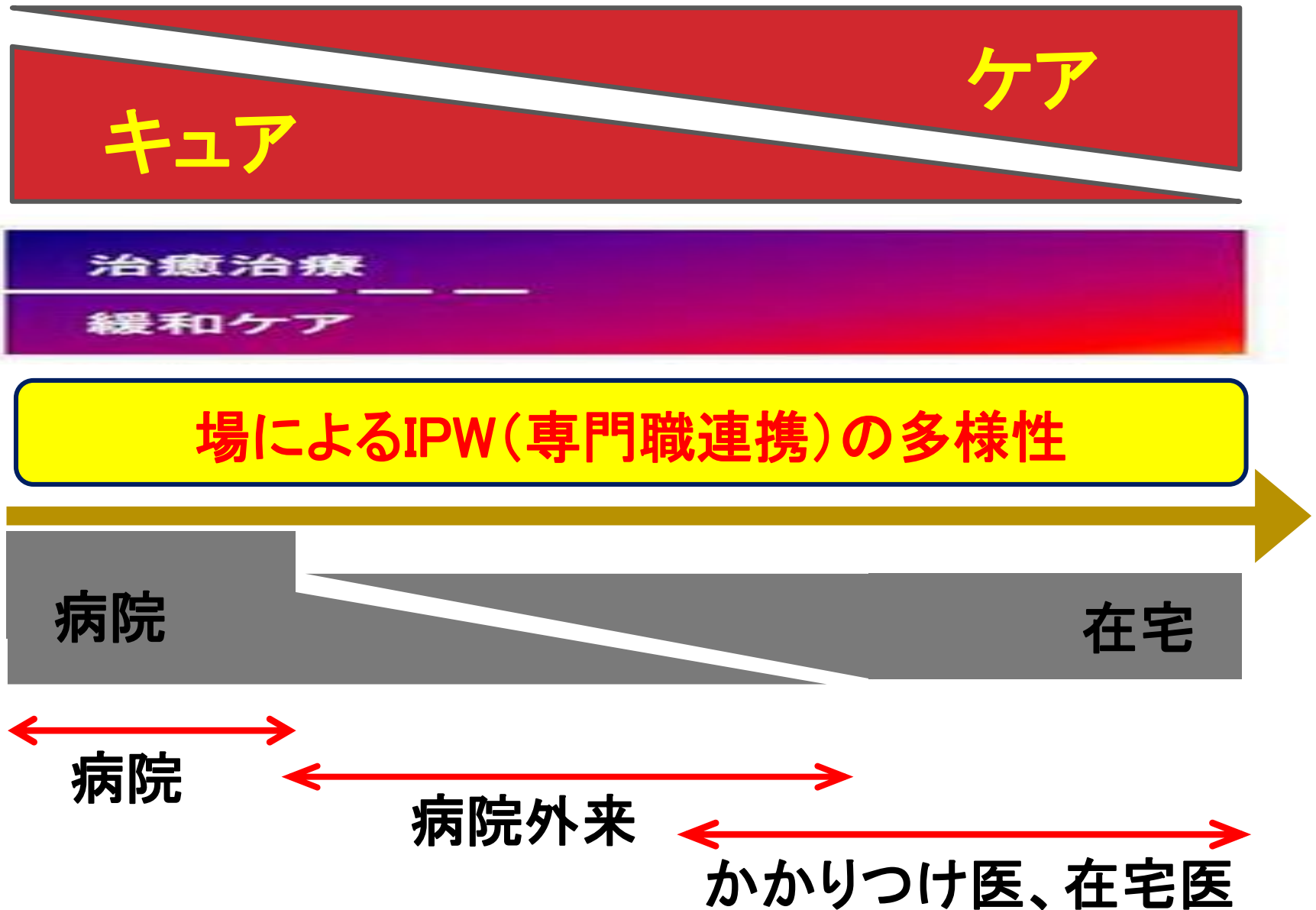
ケアの多面性と多職種連携協働 (IPW) の有効性



ケアの多面性と多職種連携協働 (IPW) の有効性



病院から外来、在宅への時間軸



従来の「患者中心の医療」



薬剤師



医師



患者



介護士



看護師

新しい「コンコーダンス・モデル」



薬剤師



医師

患者もチームの一員
(身体の変化の専門家)



介護士



看護師



患者

まとめ

●アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)とは、患者さん本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、①あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、②意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスを意味しています。この話し合いは、たとえば入院のたびごとに、繰り返し行われ、その都度、文書として残します。

●人は必ず死を迎えます。看取りを含めた在宅療養は、その人が世界に一つだけの特別病室＝在宅でその人らしく生ききるための場所での療養です。

「科学的根拠の基づく医療」を最大限に活用しながらも、「物語と対話による医療」を実現する場なのです。

ご清聴ありがとうございました