

早期の緩和ケア介入でQOLが改善
医師の専門化が患者を苦しめる!?



小杉和博氏

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院
緩和医療科医師

緩和ケアの周知はがん対策基本法の施行により広がったが、課題は多い。国立がん研究センター東病院で緩和医療に取り組む小杉和博氏は、医療者側の意識の変化で終末期への患者への対応がより重厚になるのではと投げかける。

取材●田川丈二郎

Profile

◆こすぎ・かずひろ氏 (33歳)

2011年、獨協医科大学を卒業し、太田西ノ内病院にて初期研修。13年より聖路加国際病院にて内科後期研修。15年より川崎市立井田病院にて緩和ケア・在宅診療・腫瘍内科の研修を受け、17年9月より現職。



映画 自宅で映画が観られるように、5.1chの音響システムも備えたホームシアターを開設。新婚当時はよく鑑賞していた。「子どもが生まれてからはなかなか機会がないですね」。ジャンルは問わないが、直近では北野武監督の「アウトレイジ」シリーズにはまったという(写真はイメージ)。

2カ月で急激に悪化することがあって、そのときに対処できる病院は必要です。その後症状が持ち直したとしても、また急な悪化が起きるのではないかという不安から、患者の心理は自宅や施設ではなく、病院に入院し続けることを希望しがちです。

その患者の心理と病院の経営的な側面との兼ね合いがあって、結局患者が退院しては、また入院を繰り返すことがあります。それが厚労省の政策といえばそうなのですが、要は患者にすれば症状が悪化したときに、すぐ入院できればいいわけで、そのための機能分化は必要との考え方です。

急性期を脱して、安定期・生活期に入った患者たちは、別の病院、施設、診療所へと移ることが望まれていますし、緩和ケアの姿も違ってくるでしょう。実際国の施策としても、緩和ケアに特化した在宅支援診療所の加算を設けて、その推進を図ろうとしています」

——その質の担保も必要ですね。

「在宅の緩和ケアの質の担保が大事となりますが、その指標は在宅時の患者満足度を見ていくべきだと思います。

また緩和ケア自体も、地域によって姿が変わってもいいのではないかと思います。病院が少ない地域では在宅医や一般の病棟医が緩和ケアの主な担い手となり、一方、専門病院のある地域では専門家が対応するわけです。実際、がん患者のうち緩和ケア病棟で亡くなる人の割合も、25%を超える高知県から2%しかない和歌山県まで地域差が大きいです。各地域、全く違う環境で緩和ケアをしても、全国一律で診療報酬の点数が同じなので、熱心な医療者がいる一方でこのぐらいやっておけばいいという温度差が生まれているような気がします。

特にあまりにも医療が専門化しすぎて、目の前のがん患者が痛みで苦しんでいるのに、緩和ケア医の領域だといって治療をしない医師が実際にいます。その意識が変われば、より多くの患者に基本的な緩和ケアが提供され、ケアが必要な終末期や難治症例に専門医が対応できるようになると思います」

の緩和ケア導入が示されました」

——早期介入では何をしていますか。

「身体症状を尋ねることは基本的に主治医と一緒にですが、患者や家族のがんの理解をより深めたり、今まで主治医に聞けなかった悩みや要望に注意深く耳を傾けています。例えば抗がん剤の選択やその後の治療の意思決定、がんの不安の解消などです。

一番は主治医に聞ければいいのですが、抗がん剤の副作用がづらいなどと相談すると、治療を中止させられるのではないかと言いつつ出せないのが実情です。そういうときに緩和ケア医が並走して診ていると相談できるというわけです」

——主治医が忙しいこともあり、患者の心理を気づけていなかったということですか。

「その側面も否めません。緩和ケア医が患者との関係構築を重視し、家族とも関係を築こうとすることが、主治医と違うところだと思います。

これまでの緩和ケアは、症状コントロールが多かったのですが、現在は患者の意思決定支援や家族とのコミュニケーション的な要素も強くなってきています」

——医師でなくてもいいわけですか。

「そういうことです。アメリカでは、緩和ケア専門医の数は日本よりも多いのですが、それでも必要とされている数には足りていないといわれています。そこで緩和ケアを専門とする看護師が、患者の相談にのっています。

ただ、例えば現在行われている分子標的薬による治療は、副作用が軽く、抗がん剤を止める、止めないという判断がとて難しくなっています。オンコロジーも日進月歩で進歩するので、緩和ケアを実施する私たちも、日々アップデートしていかないとついていけず、患者が不利益を被るといったことは事実です」

——急性期の緩和ケア、生活期の緩和ケアと機能分化が必要ともいわれていますが。

「がんの症状から診ると、緩和ケア病棟の機能分化も必要かなと思います。がんは最期の1、

——緩和ケア発展の経緯とは。

「現在の緩和ケアの原形は、イギリスの教会を基にしたホスピスから始まっています。日本に緩和ケアが導入されたときも、最初はキリスト教関係の病院だったのですが、そこに診療報酬という形で国が介入したのが、日本の特徴といえるかもしれません。海外、例えばイギリスでは基本的には予算の多くを寄付で賄っているのです。

国内においては2007年のがん対策基本法が施行されたことで、政策も緩和ケアに向くようになりました。基本法では、緩和ケアもしっかりと治療に組み込み、がん拠点病院で緩和ケアをしっかりやっていくことが示され、その提供法としてそれまでのホスピス施設方式を全国の病院に開設することは難しいために、緩和ケアチームの設置が義務付けられました。診療報酬も加算され、チームが診療に入ると1日400点が算定できます。緩和ケア医、精神科医、看護師、薬剤師が専従チームとして依頼、相談されたときにしっかり対応することが求められます。院内で緩和ケア講習会も始まり、緩和ケア自体も周知されています」

——改正がん対策基本法では早期からの緩和ケアの介入が求められていますね。

「早期介入のきっかけはペインコントロールのためです。1990年時からWHOは、治療中から疼痛を訴える患者がいるため、早目の緩和ケア治療を推奨していました。早期介入の効果を臨床の現場で実証したのがTemel医師で、診断から8週以内に専門的緩和ケアが介入するとQOLが高まり、抑うつが改善された研究を2010年に発表したのです。そこでようやく緩和ケアの価値が認められたといってもいいと思います。しかもこの研究成果がすごいのは、専門的緩和ケアが入っただけで2.7カ月も患者の予後が延びたという事実が判明したことです。専門的緩和ケアの早期介入は、新しい抗がん剤を開発したのと同じぐらいの効果があるということです。ただ、残念ながらその後の研究では緩和ケア介入の予後延長は否定的です。

さらに2012年の基本法改正では、診断時から