

2021 年の本。緩和ケアの本だが、同じようなことが何度も書かれている感がある。ノウハウ的な内容も少なく、物足りない。

そして 2012 年、第二期がん対策推進基本計

画において「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が明記され、「早期からの緩和ケア」はいわば国の施策になったのです。

現在日本ではがんと末期心不全、AIDS（後天性免疫不全症候群）のみの保険適用ですが、今後ますますの拡大が望まれるような途上にあると言えるでしょう。

つまり、より苦痛が少なく、生活の質を保って生きる術はあったのです。それが知られていないために、治らない病気にはなす術がない、という従前の状態と理解であったということです。以後も、緩和ケアを提供するたびに、それまでより患者さんの状態が良い方向に変わることがほとんどでした。

「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に悪している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」というものです。

どこにも末期、あるいはがんとは書いてありません。

...

さて、この緩和ケアですが、定義を見ていただければわかりますが、緩和ケアは症状を緩和すること……とは書いていません。

◆早期緩和ケアで行うこと

- (1) **コーピング**（病気やそれに関連するストレスの対処法）……病気の不安やストレスとうまく付き合い、気持ちをよりよい状態に保つことも含まれます。
- (2) **疾病を理解する支援**……がんなども含めて病気は個別性があるので、自分自身にとってどうなのかを理解することはとても重要です。個別性を踏まえて助言をします。
- (3) **アドバンス・ケア・プランニング（ACP）**（今話題の「人生会議」で、もしもの時のために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと）……医療者も一緒に参加し、いざという時の話し合いをするものですが、急変した時の蘇生処置から、口から食事が摂れなくなった時にどうするかなど、相談することは多岐にわたります。
- (4) **治療の意思決定支援**……例えば抗がん剤などの治療を受けるのか、どのような治療が自分の望みに合っているのか、それらをよく話し合い、治療の選択や決断を支援します。
- (5) **療養場所の調整**……身体が弱った時に、家で療養するのか、施設なのか、あるいはどの病院なのか、など療養場所の相談・事前準備を行います。

悪液質（cachexia）は、栄養不良により衰弱した状態を指す言葉として古くから用いられてきた。以前より悪液質はがんに限らず、種々の慢性消耗性疾患における栄養不良の終末像であり、治療抵抗性で患者の予後や QOL を悪化させることが知られていた。

~~~~~

保険外併用療養費制度、予約料

~~~~~

保険外併用療養の医療を受けるとき

https://www.whi-kenpo.jp/situation_03.jsp

入院の際の室料

健康保険では、入院は一般室に入ることになっていますが、希望すれば個室などの上級室にも入れます。その場合には、健康保険で定めた入院室料との差額を自己負担することになります。

予約診療を受けたとき

予約診療制が認可されている医療機関で予約診療を受けたときは、予約料を自己負担します。

~~~~~

優性思想（「生きる価値のない命」というものがあるという考え）

緩和ケアでは、様々な「つらさ」を和らげることを目的にしています。

つらい症状は大きく以下の4つに分類されます。「**身体**のつらさ」「**精神**のつらさ」「**社会的**なつらさ」「**スピリチュアル**なつらさ」です。

このうち、あまり耳にしない「スピリチュアルなつらさ」とは、主として重い病気に伴って、生きる意味や死の恐怖などの「存在に関するつらさ」が出現することです。

#### ◆7つの苦悩

- (1) **意味への問い**……「これじゃ生きていても意味がない」などと人生の意味や目的を失って苦悩する。生きる意味や存在の価値、苦難の意味に対する問い。
- (2) **死に対する不安**……「死そのものへの不安」「死への過程の不安」「死後の不安」などの死に関連する不安。
- (3) **尊厳の喪失**……病状の悪化に伴う身体機能の低下で、特に排泄が自立できなくなるなど、日常生活行動等を他者に依存しなければならないことで、自尊心の低下につながり、尊厳が喪失することの苦悩。
- (4) **罪責意識**……「役割を果たせない申し訳なさ」「他者の迷惑になる」「人生への後悔」「罪への報いとして病になった」などの苦悩。
- (5) **現実の自己への悲嘆**……自分が思い描く姿と現実とのギャップへの苦痛や、希望の喪失。
- (6) **関係性の喪失**……他者との親密な関係性を続けることが困難になることによる孤独や、死による別れの苦悩。
- (7) **超越的存在への希求**……神や宗教など、これまであまり関心をもつことがなかった人間や現世を超越した世界に対する希求。

さて、がんで痛みが出た場合はどうしてもらいたいでしょうか。もちろん痛み止めを使ってほしいですね。ただ、薬局でも売られているような痛み止め薬は、がんの痛みに対して効果が不十分なことがあります。

では、どうするか。「**オピオイド**」と呼ばれる医療用麻薬の出番です。私のような緩和ケア医はオピオイドの専門家でもあるのです。オピオイドとは、**身体の中のオピオイド受**

容体という場所に作用して、痛みを感じにくくする効果を発揮する薬剤のことを言います。特に脊髄や脳に作用することで鎮痛作用を示し、痛み止めとして使われています。

オピオイドには様々な薬剤があり、多くが麻薬指定されていますが、麻薬指定になっていない「トラマドール」や「ブプレノルフィン」などの薬もあります。正確には「オピオイド」と「医療用麻薬」は完全には一致しないのですが、今回は医療用麻薬で統一します。

医療用麻薬は、がんの痛み治療で長い歴史がありますが、誤解が多い薬でもあります。その一つは「意識を低下させて痛みを和らげる薬」という誤解で、非常に多いのです。

実際に医療用麻薬を投与されると、開始時および増量時に眠気が出ます。しかし、この眠気は作用が減退する「耐性」が形成されて軽減していき、消失します。一度消失すると、過量でなければ眠気はそれほど強くなりません。医療用麻薬を使用しながら、以前と変わらず仕事をされている人も多くいます。

次に「がんが進行して最終末期になった患者を眠らせるために用いる」というよう誤解があります。しかし、医療用麻薬は鎮静薬と比べれば意識を低下させる効果は弱く、そのような使用法は妥当ではありません。

・・・

オピオイド投与によりほぼ 100%出現する便秘は、腸への薬などを用いてしっかり対策すれば、重大な問題となるのを防げます。人によっては出現する吐き気にもちゃんと薬があります。

緩和ケアにおいては医療用麻薬も「含めて」、意識を落とさないで苦痛緩和するのが通例です。

意識ははっきりさせたまま苦痛だけ緩和するのが最新の方法です。

ところが病気が最終末期まで進行すると、苦痛だけの緩和はできないこともあるのは事実です。

そのような時は鎮静といって、意識を低下させる薬剤を用いて症状緩和する方策があります。

一方で、抗がん剤が効かなくなってくると、がんそのものの症状がしばしば出現してきます。その代表的なものは痛みです。がん細胞が増殖して骨を破壊したり、臓器や神経を圧迫したりして痛みが出てくるからです。

この痛みに対しては、医療用麻薬や他の鎮痛薬などを組み合わせて治療します。医療用麻薬はがんの痛みを訴える患者さんに使用しても、くせになったり命を縮めたりはしません。

ただし適量に設定しなければいけません。少な過ぎれば効きませんし、多過ぎると眠気が強くなります。また医療用麻薬は、骨の痛みや神経の痛みにも効きますが、医療用麻薬だけでこれらの痛みを消し去るのは難しい場合が多いです。このため、医療用麻薬に他の鎮痛薬などを組み合わせて治療する方法がとられています。

鎮静のデメリットは、意思疎通が難しくなることです。また、鎮静が検討される時は、全身状態の悪さから意識混濁が起きていることも多く、どこまで医療行為を受けるかを、全ての患者が意思表示できるわけではなく、家族が代わりに判断するケースもあります。

正直な話、いろいろ意見があると思いますが、緩和ケアの保険の診療報酬は破格に安いです。

そのため、例えば緩和ケア外来は実入りが少なく、人件費を超える利益を出すのが困難です。

また、緩和ケア病棟入院料に関しても、近年は早期退院を誘導する施策が設定されています。回転を良くすることで、待っている間に最期を迎える人を減らしたいという目的もあるのでしょう。そして近年では、早期退院を誘導する施策が設定されています。

すなわち入院が長くなると入院料は減り、つい最近までは平均在院日数が 30 日未満でないと病棟全体の報酬が減額になるというシステムまであったため、その改定があった平成 30 年から 2 年間は病棟を早く退院してほしいという要請が至るところ発生し、末期がんの患者さんやご家族にとって負担となるものでした。

30 日未満の条件は私も含め、少なからぬ緩和ケア医の問題視と訴えによって、撤廃されましたが、入院が長くなることで個人単位の減額が起きること変わらず、つまり長期にホスピス・緩和ケア病棟に入院することは制度上困難になっています。

その代わりに、国は在宅を推しています。

またがんの場合には、もし最終末期になって、身の置きどころのない苦しみなどが出現したとしても、鎮静という手段があるのは先にお伝えした通りです。

まずは意識を通常のまま保ちながら、痛みや苦しみを和らげる——これが本道です。

ただそれが難しくなった場合は、そして余命もある程度限られている（短い）と考えられる場合は、眠らせて苦痛を緩和する手段を希望に応じて使用します。

それが鎮静です。

そのため、亡くなる前にのたうち回って苦しむ——ということは、適切な時期に鎮静を行うことで、だいぶ和らげることができるようになってきました。

もちろん鎮静が効きづらい事例などでは、専門家が知識をフル活用する必要があります。

ただこの鎮静があることで、人生の最期に身の置きどころのない苦しみから免れることができるのです。