

第70回日本産科婦人科学会 専攻医教育プログラム 1
総論3) 婦人科がんの緩和ケア

東京医科大学茨城医療センター 産婦人科
藤村正樹

**第70回日本産科婦人科学会学術講演会
利益相反状態の開示**

氏名：藤村正樹

所属：東京医科大学茨城医療センター産婦人科

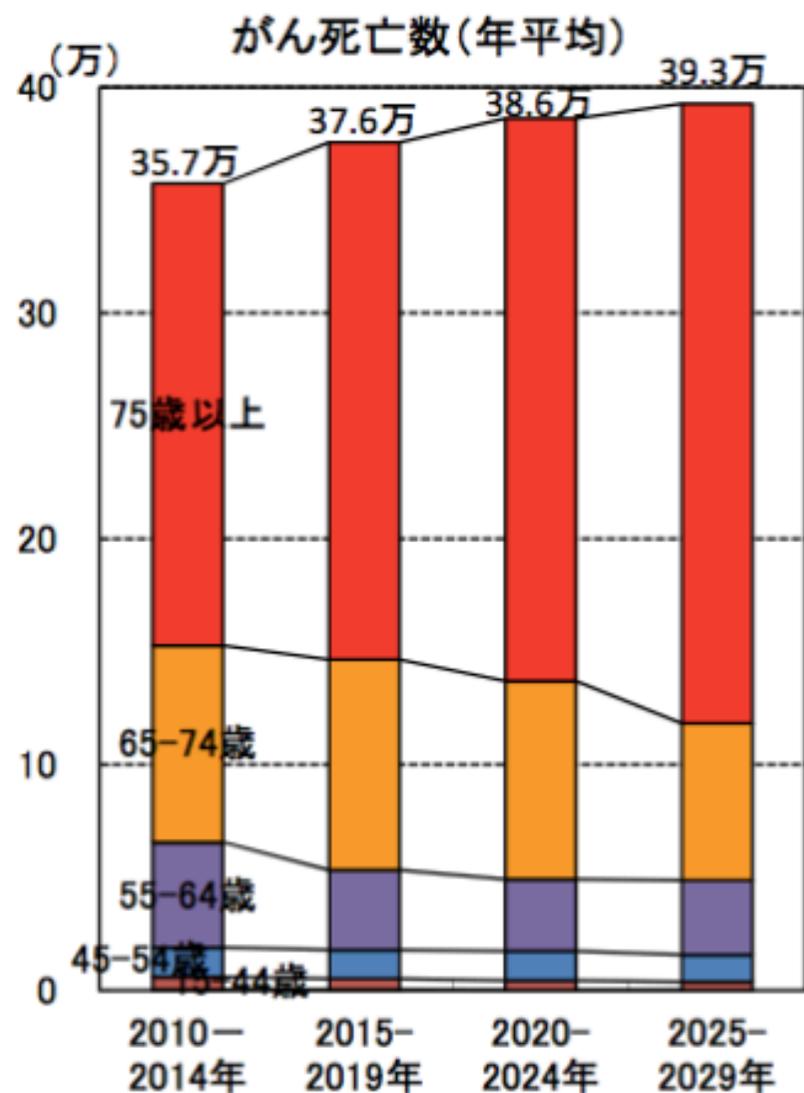
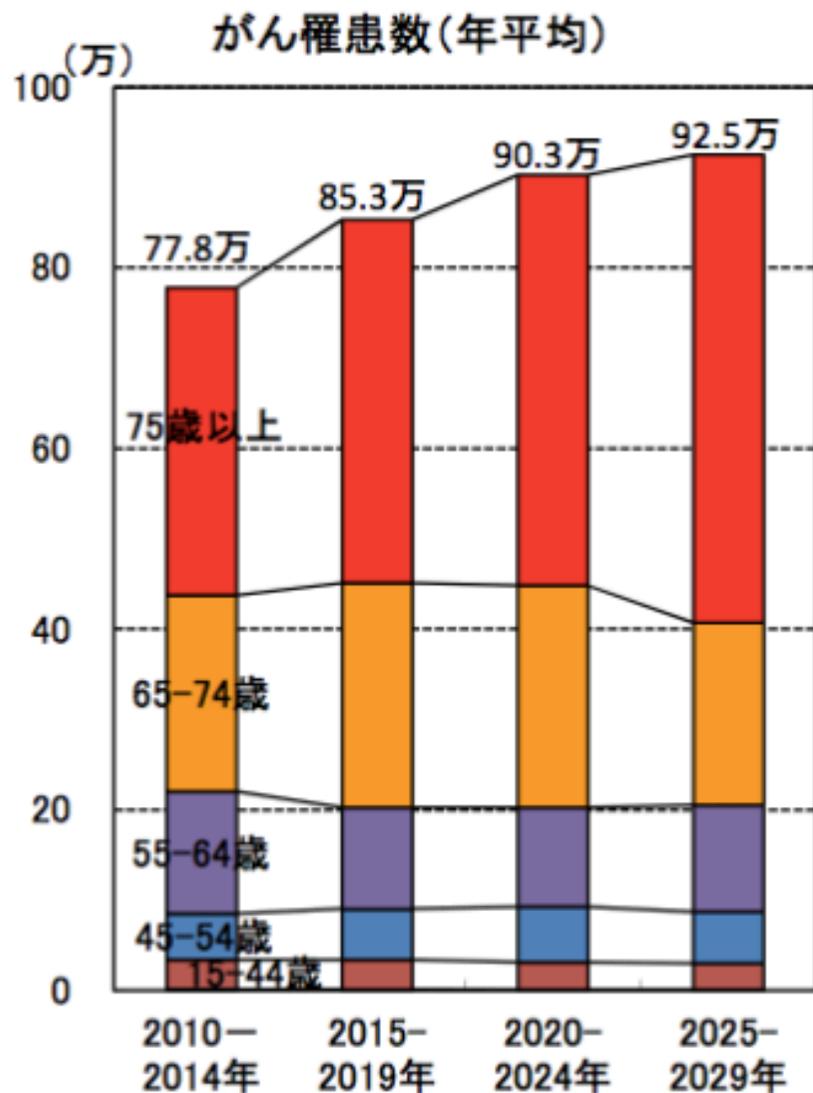
私は今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

本日のテーマ

- 1) なぜ緩和医療？
- 2) なぜ婦人科医が婦人科病棟で？
- 3) 具体的にはどうすれば緩和医療が出来る？
- 4) 婦人科の緩和医療の特殊性

1) なぜ緩和医療？

がん罹患数・死亡数の予測



国立がん研究センターがん対策情報センター

求められる医療: ライフステージやがんの特性を考慮した個別化医療の必要性



- ・ 高齢者のがんの特性(腫瘍の性質、身体機能、併存疾患)に適した治療
- ・ 治癒が望めない、望まない場合の緩和的医療
- ・ 個人の意思の尊重



ライフステージ

- ・ 予防と早期発見(禁煙、検診受診率の向上)
- ・ 希少がん、難治がんに対する治癒を目指した治療
- ・ 社会生活を維持しながらの低侵襲治療
- ・ サバイバーシップの充実



- ・ がん教育、社会啓発
- ・ 成長・発達や二次発がんリスクの少ない治療
- ・ AYA(adolescent and young adult)世代の治療開発
- ・ 長期のフォローアップ体制

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診
(2次予防)

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん
(※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

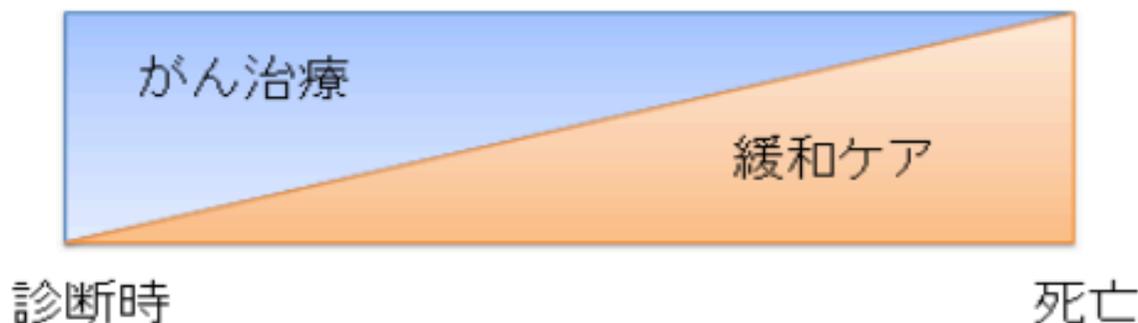
第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

～緩和ケアとは、病気に伴う心と体の痛みを和らげること～

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、患者の状況に応じて、身体的症状の緩和や精神心理的な問題などへの援助が、終末期だけでなく、がんと診断された時からがん治療と同時に行われる必要がある。

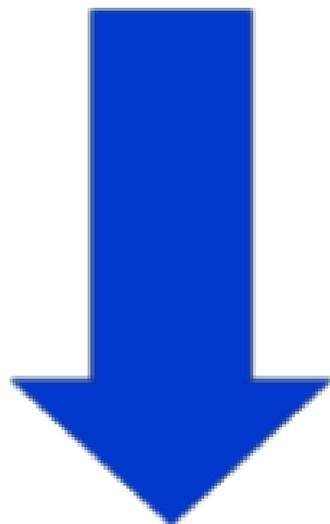


(参考)緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処することで、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を改善するためのアプローチである。(WHO 2002)

厚生労働省HP:

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_kanwa.html

- ◆ 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく提供される体制の構築が必要。
- ◆ がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん診療に携わる医師に対する基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

緩和ケアに関する専門的医療従事者(看護師等)の育成

在宅緩和ケア地域連携体制の構築

患者、医療従事者を含む国民への普及啓発

- すべてののがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

厚生労働省HP:

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_kanwa.html

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の概要

1 背景

「がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)」において、「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する」ことが目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会を実施する。

2 概要

- ① がんと診断された時から痛みをはじめとした、がんによる苦痛に対する緩和ケアの知識、技能、態度を習得し、実践できることを目的とする。
- ② 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に基づき、全国のがん診療連携拠点病院を中心に研修会を実施する。

3 実績

緩和ケア研修会の修了者数:平成27年3月31日時点において、57,764名の医師が修了。

4 がん対策推進基本計画に基づく、開催指針の改定について

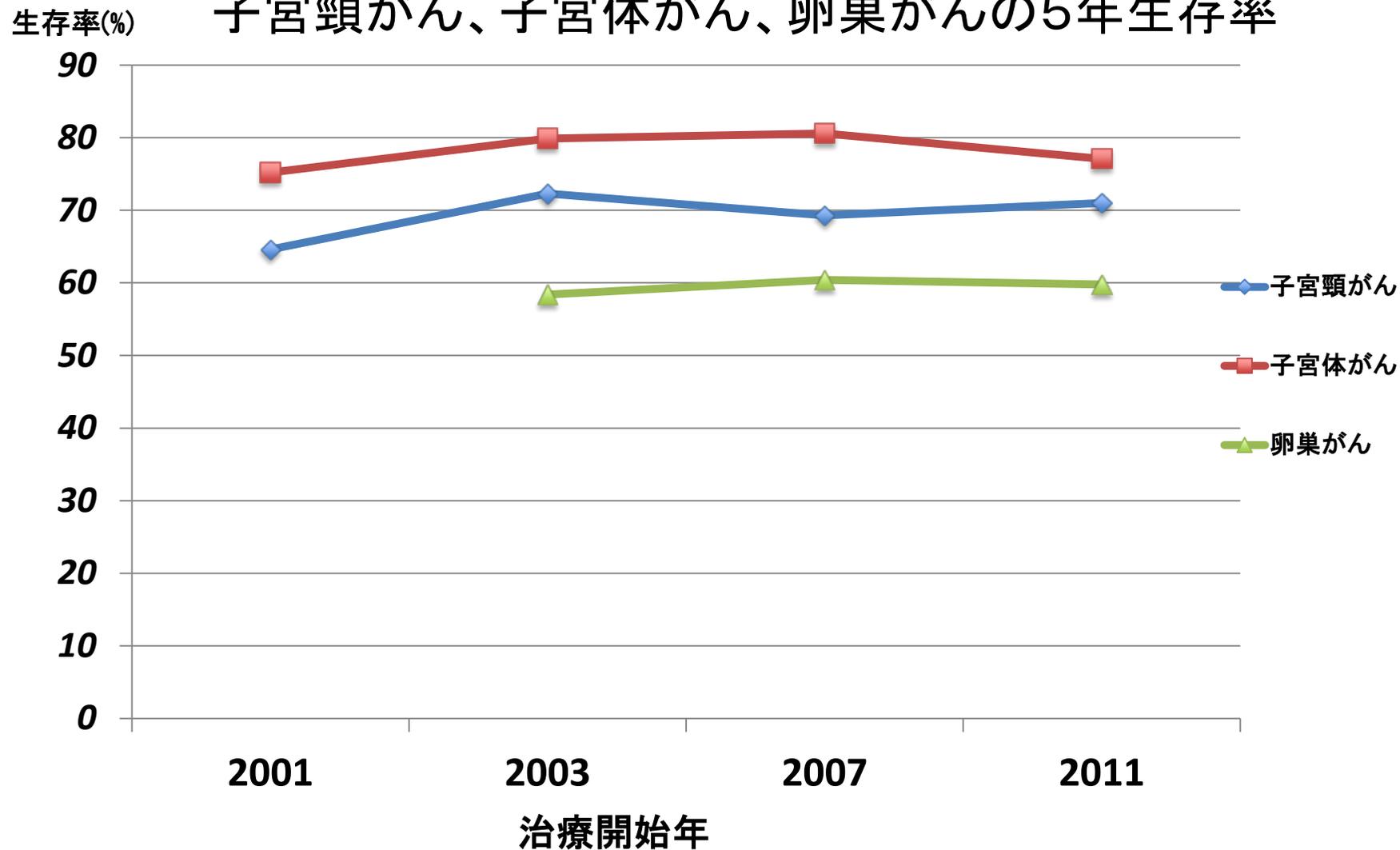
がん対策推進基本計画における取り組むべき施策として、「これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実」を図る。

- ・ 関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。
- ・ 特にかん診療連携拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

厚生労働省HP:

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_kanwa.html

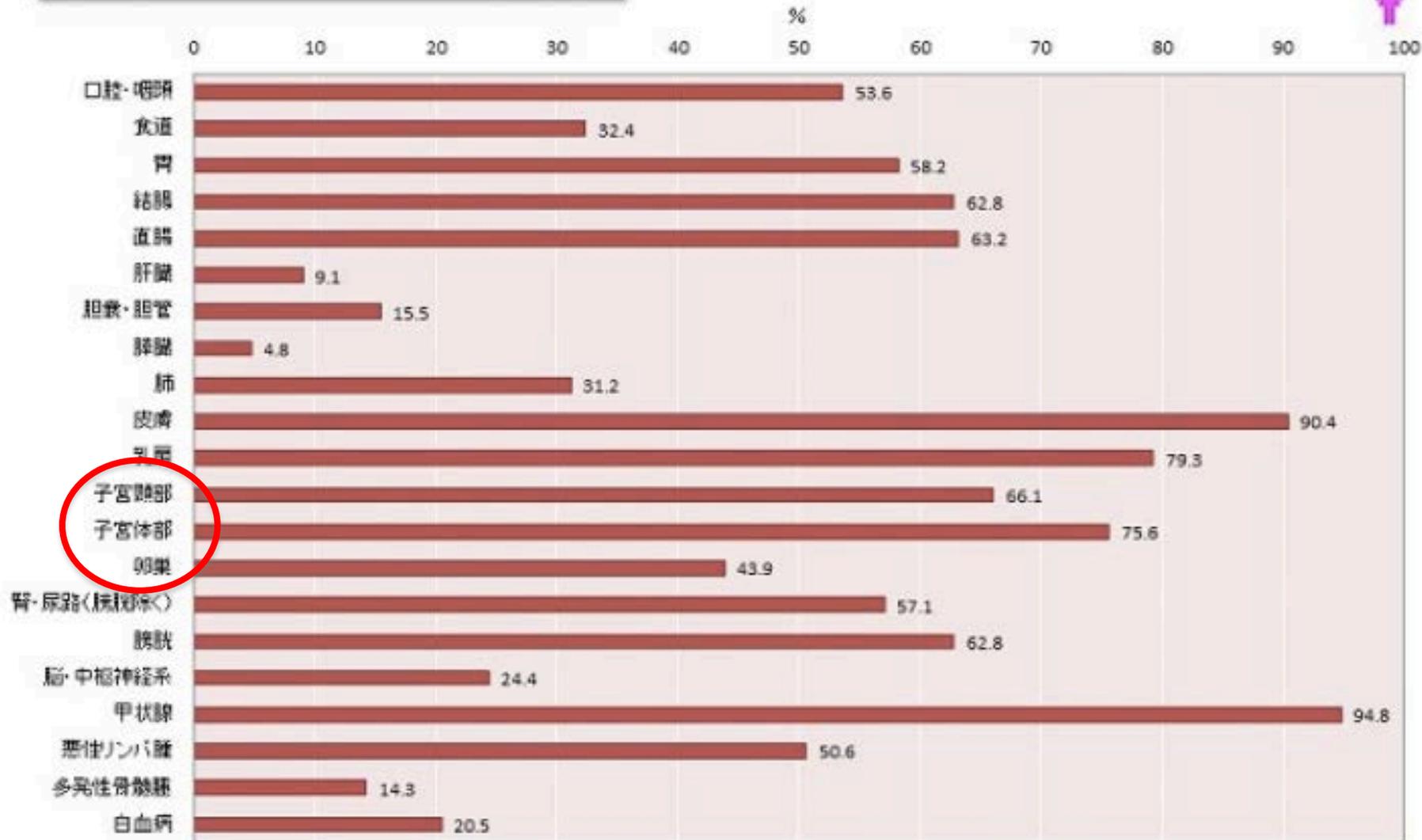
我々産婦人科医師が扱う 子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんの5年生存率



日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会データブック 治療年報より作成
(Kaplan-Meier法を用いての解析法に変更された第49回治療年報以降のデータを使用)

部位別10年相対生存率
[女性(15~99歳) 2002年~2006年追跡例(ピリオド法)]

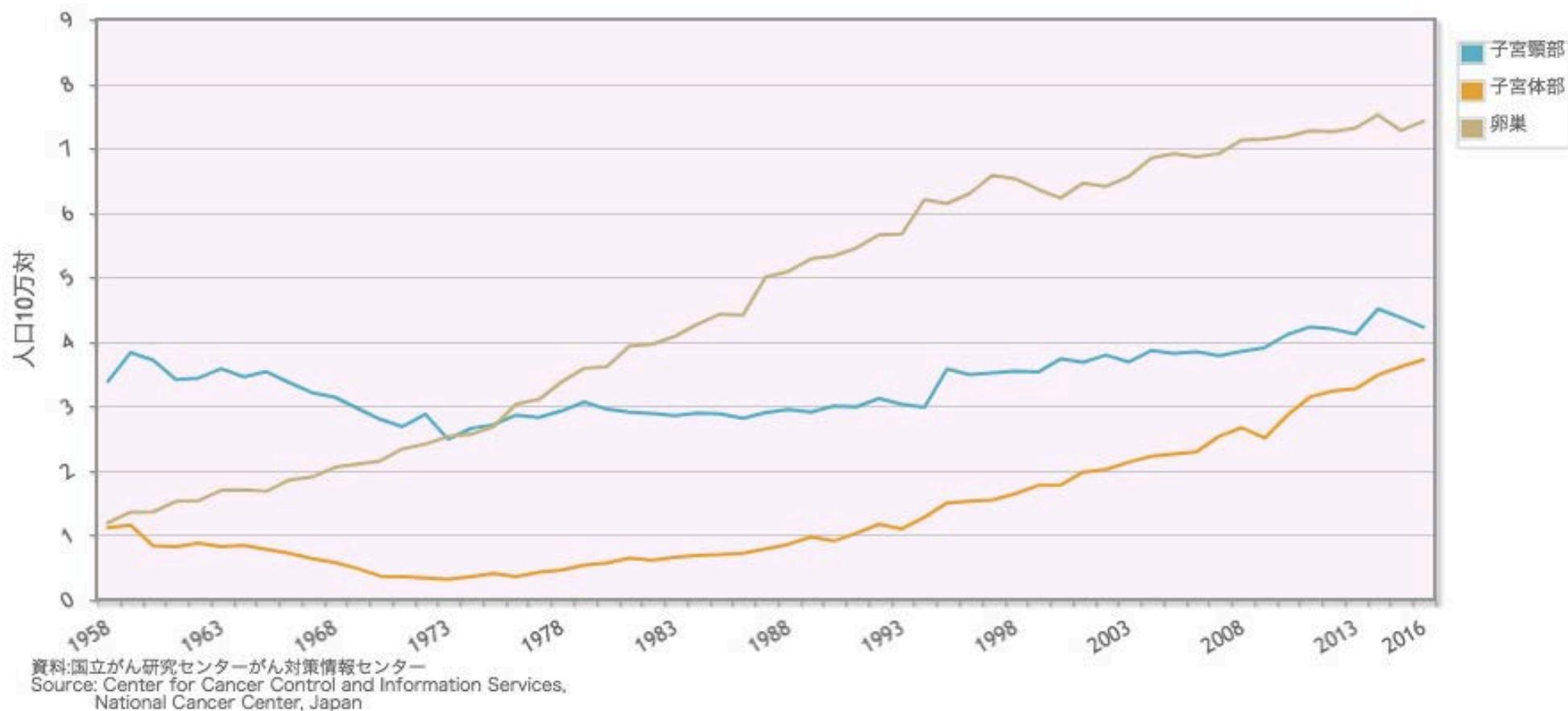
女性の部位別10年相対生存率



資料:独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services
National Cancer Center, Japan

国立がん研究センターがん情報サービス がん統計
最新がん統計部位別10年相対生存率(15~99歳女性:2002~2006年追跡例:ピリオド法)

子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんの死亡者数(人口10万対)



婦人科がんの治療成績

2011年に治療を開始した症例の生存率

	5年生存率	担癌生存率
子宮頸がん	70.9%	2.8%
子宮体がん	77.1%	3.0%
卵巣がん	59.8%	7.3%

日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会 第59回治療年報より

最近、各種がんに対する治療ガイドラインが整備されてきました・・・



その結果、以前には沢山あった所謂「俺の治療」は淘汰され、がん治療の均霑化が進んで来ました。

自分なりに考えてみました

がん診療の流れ

がんの診断

がんの治療

生活支援と
看取り

自分なりに考えてみました

がん診療の流れ

がんの
診断

がんの治療

手術
抗がん剤(化学療法)
放射線療法
免疫療法 など

生活支援
と看取り

がん診療の流れ

がんの診断

がんの治療

生活支援と
看取り

緩和医療・ケア

自分の見ていた患者さんが再発し、臨床試験に入り、いろいろな治療を受けたけど、最終的に治療法がなくなった。



医者：地元へ帰って緩和医療を受けてくださいね。お元気で！

患者さん：放り出されてしまった！もう自分は終わりか？

どうしよう？

沢山の患者さんから沢山の事を教えて頂きました

再発＝死を目前に、もしくは身近に感じながら生きること

「愕然としました。でも、しばらくしたら、皆 同じなんだって思える様になりました。死なない人はいません。みんな死にます。

それが事実と解っていながら、そのことを遠ざけて、なるべく見ない様にして生きてきたのが今まででしたが、これからはちゃんと向き合って生きなければいけないという事なんですね。」

「そしたら先生、痛みだけはしっかりと取って下さい。

私はこれから一生懸命生きてます。

死と向き合う事は、生きる事を一生懸命に考えて生きる事なんですね。」

患者さんや家族の思いは様々

医療従事者がその思いに全ての的確に答えを出す事は難しい

しかし、患者さんの不安に耳を傾けていない医療従事者が
多すぎるのでは？

もっと、患者さんの考えている事、患者さんの人生、患者さんの家族、
今までの仕事、今悩んでいる事等に耳を傾け、患者さんを「患者」として
診る前に一人の人生を歩んで来ている「人間」として捉えるべきでは？

がん医療の本質はここにあるのではないか？

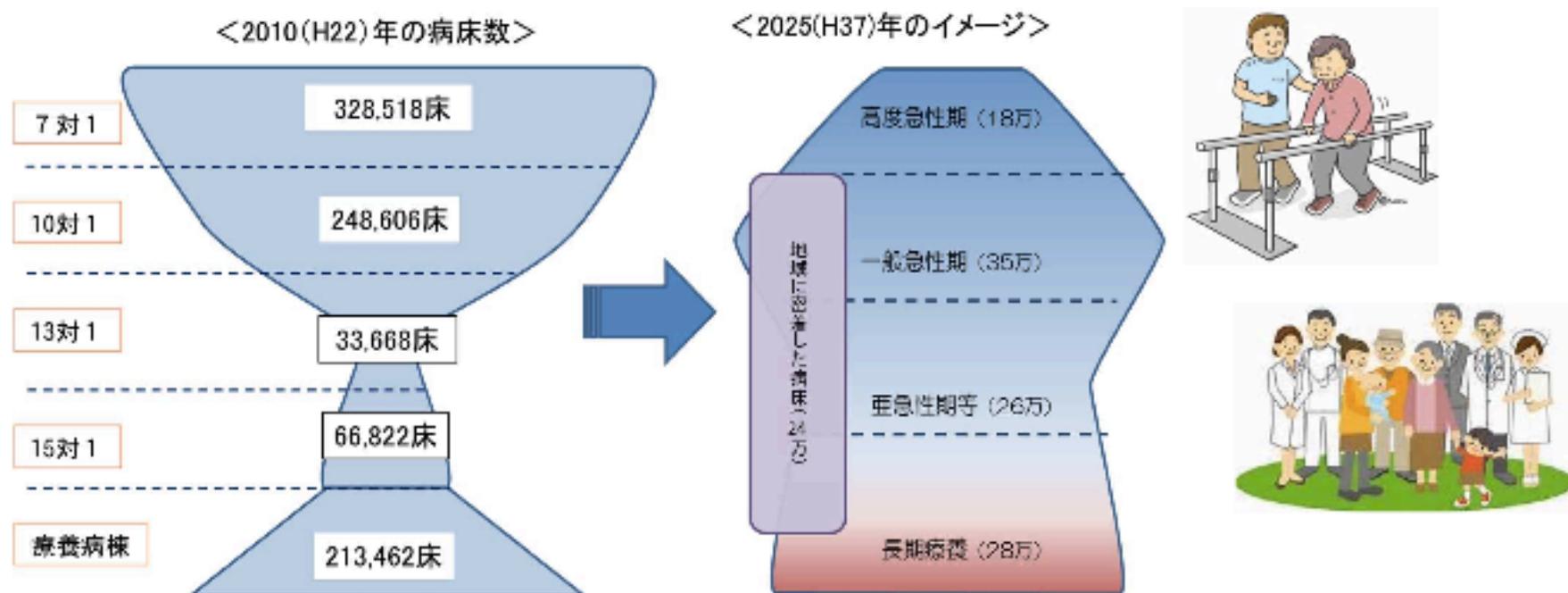
再発後の治療、そして緩和医療こそ、
医療従事者が患者さんの残りの人生を左右する大きな役割を
果たせる場ではなからうか？

2) なぜ婦人科医が婦人科病棟で？

①病床の役割の分化・連携強化、在宅医療の推進(平成26年度から実施)

～ できるだけ早く社会復帰、在宅復帰ができるように効率的で質の高い医療を提供します ～

- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機関の間の連携強化
- 患者さんの状態に応じた適切な医療を提供し、できるだけ早く社会復帰できる体制を整備



子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

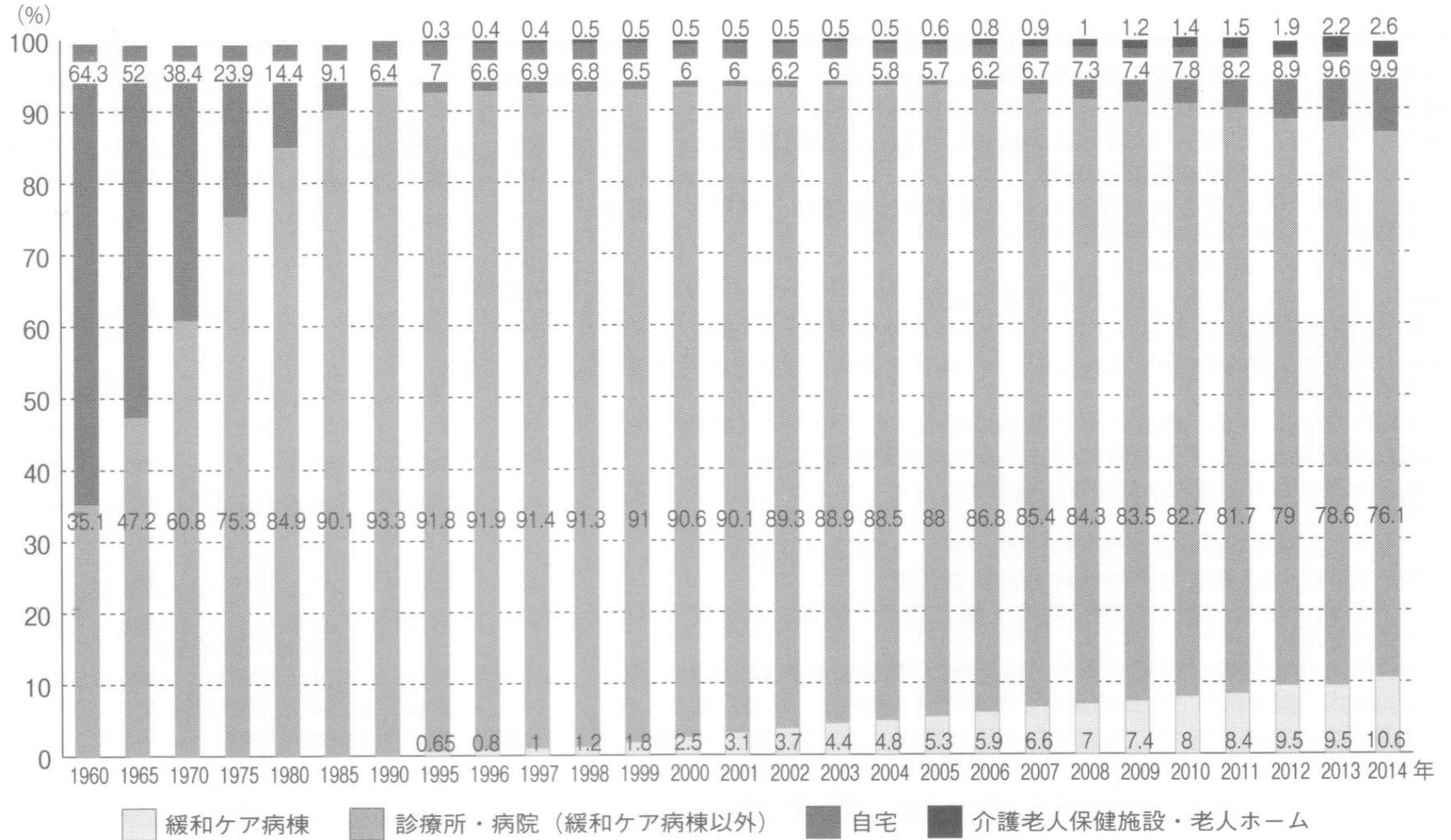


公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに

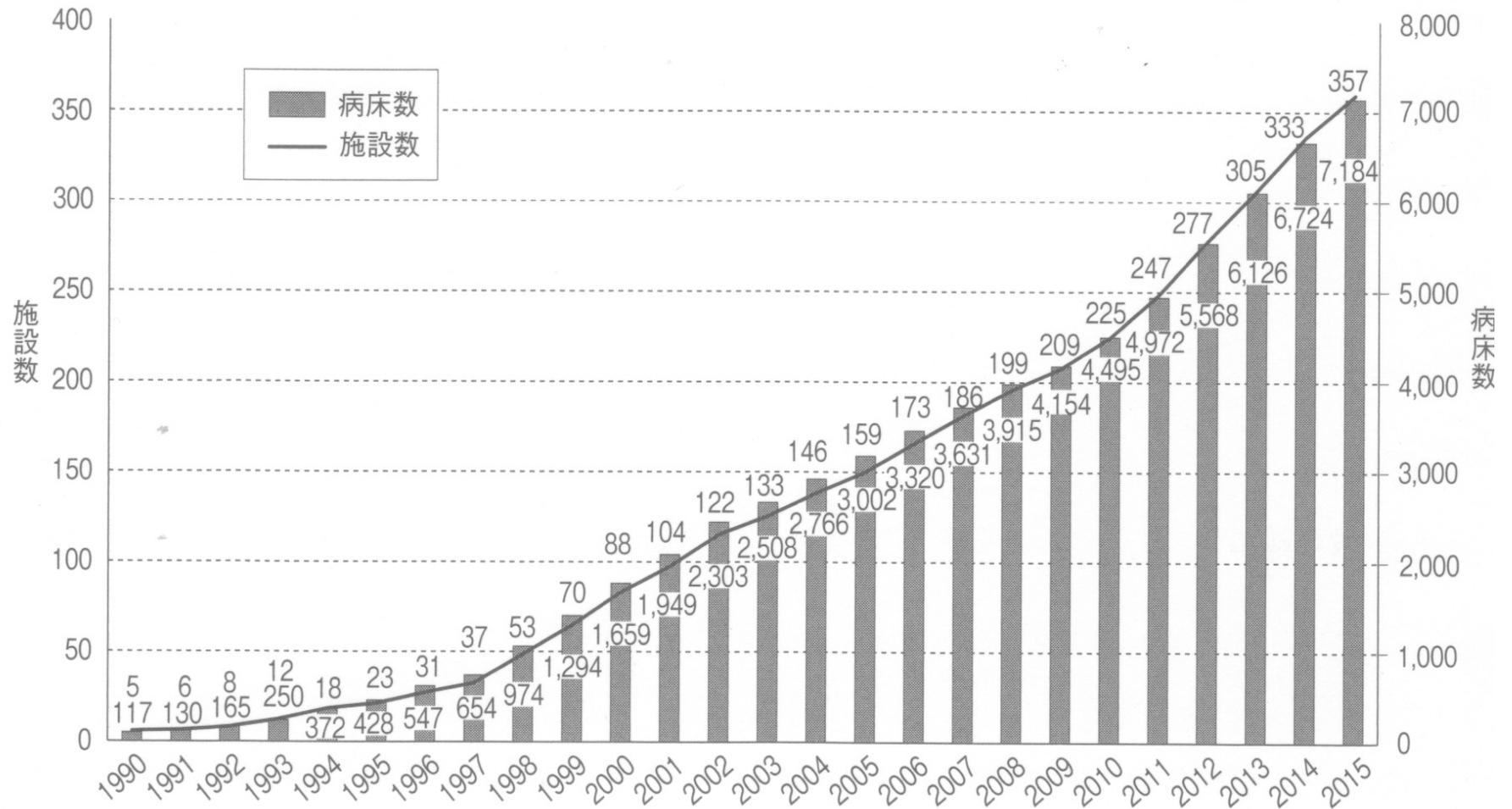
がんの末期になったら、患者さんを速やかに
緩和ケアの専門家に渡してしまえばよい？

死亡場所の推移(がん)



(厚生労働省人口動態統計, 2014年12月31日)

緩和ケア病棟数・病床数の推移



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2015年11月15日現在)

緩和病棟の現状

2017年の悪性新生物死亡数:372,986

男性:219,785

女性:153,201

癌による死亡者数:373000人

ホスピス病床=7200床

ホスピスの平均稼働率=76%

ホスピスの平均在院日数=33日

37万3000人を7200千床で受け入れる場合

37万/7200床=51名/床

2014年度の緩和ケア病棟の

平均待機期間:11.5±12.0日

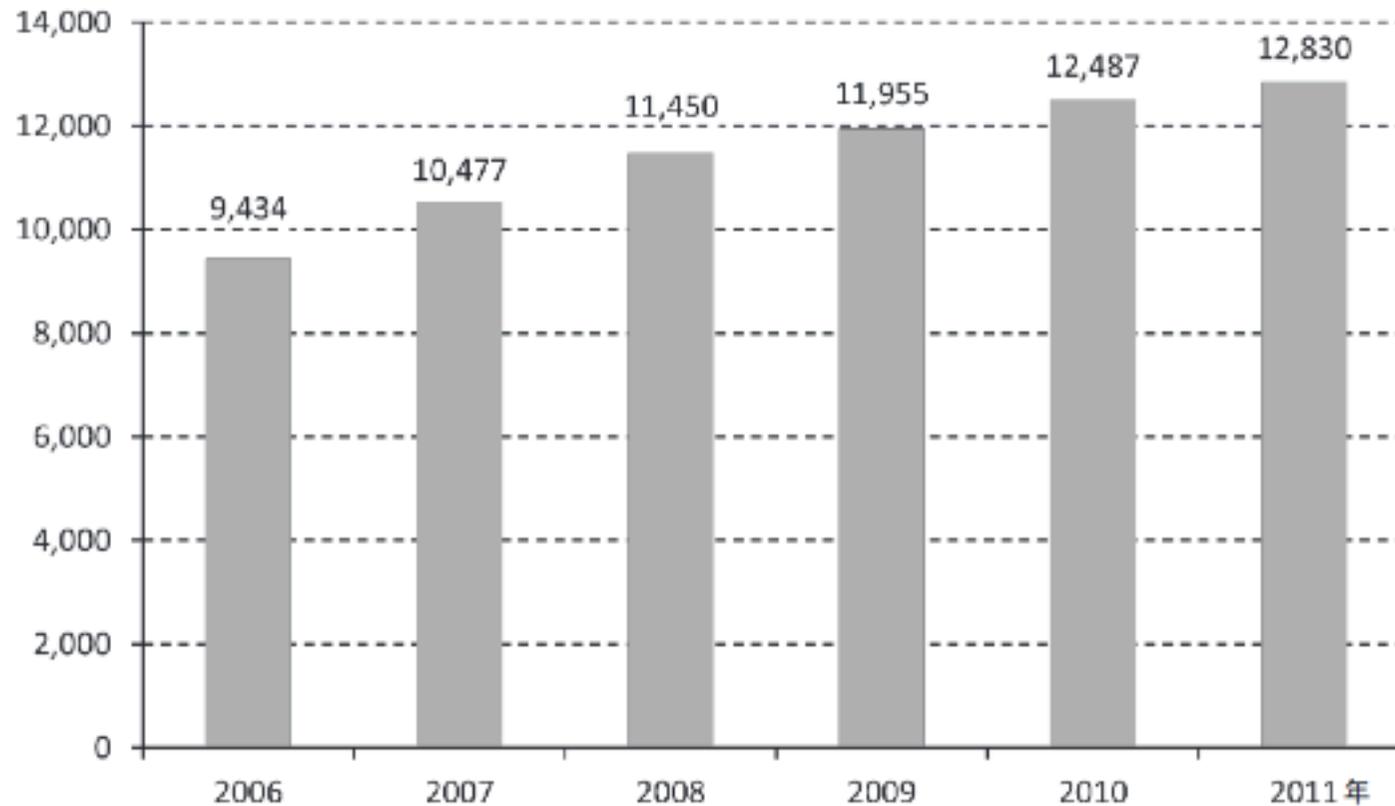
平均在院日数:33.4±12.0日

平均病床利用率:75.8±14.4%

1床で51名を稼働率76%で回転させると、1床当たり年間39人、平均して、 $365/39=9.4$ 日

これは実際の平均在院日数33日の28%に過ぎない。

実際にはホスピスでは、看取りが必要な患者さんの1/3しか看取ってあげられない。



(厚生労働省より)

図9 在宅療養支援診療所数の推移

- (現在で言う)急性期病棟で、緩和医療のベースを作って患者さんを地域に返す事が大事。
- 急性期病院から地域のホスピスや在宅医療に、本当に患者さんをスムーズに送る事が出来るのか？



がん難民

医学が生物学的な病気を診断し治療する能力は著しく進歩した。かつては致命的であった感染症を根絶し、心臓発作を予防し、小児白血病を治癒せしめ、機能を失った臓器を移植する事が出来る様になった。医師はそのことを誇りに思っている。しかし、このような目覚ましい技術の進歩にもかかわらず、医師にはしばしば人間的度量が欠けている。患者の苦しみを知り、苦しむ人たちに十分な共感を抱き、苦闘している患者とともに誠実に、果敢に手を携えて回復に向かう、あるいは慢性の病気と付き合う、あるいは死に直面する、といった事ができない。患者は医師が耳を傾けてくれないと嘆き、医師が自分たちの苦しみに無関心に見えるると嘆く。忠実で継続的な診療は、コストを意識した官僚的な市場原理の犠牲となってしまったように見える。病気という、先の読めない、尊厳を傷つけられる体験をする中で、患者は自分のことをよく知っている信頼出来るガイドに付き添ってもらうのではなく、ある専門家から別の専門家へ、ある処置から別の処置へとたらい回しにされることになる。技術面では適切なケアが受けられるかもしれないが、結果が出たところで関係が断ち切られ、病いの恐怖だけが残ることになる。

科学的に有能な医学だけでは、患者が健康の喪失と正面から向き合い、病気や死に意味を見出すための援助にはならない。医師に求められる専門性とは、進歩しつつある科学的な専門的知識を持つと同時に、患者の言葉に耳を傾け、病という試練を可能な限り理解し、患者の語る病のナラティブ(narrative: 物語)の意味付けを尊重し、目にした事に心を動かされて患者のために行動出来る様になる事である・・・

3) 具体的にはどんな風に緩和医療を行う？

婦人科病棟で実行したい4つの事

- 1) 水の管理: 点滴の量をしぼりましょう。
食事が出来ない段階では500～1000ml/日程度まで。
- 2) オピオイドの適正な使用: 早い段階から、鎮痛剤の一つとしての
位置付けで使用を。副作用対策を忘れずに！
製剤の財形は多彩。投与経路も多彩。
- 3) ステロイドの遅すぎない時期からの使用:
死亡2ヶ月前～2週間前までの投与で
効果あり！ 漸増法と漸減法あり。
- 4) 看護師や薬剤師、MSWらとのチーム形成:
痛みの評価はコメディカルの方が得意！
コメディカルのプロ意識を高めると医者は楽！！
コメディカルとともにナラティブ医療の実践を。

4) 婦人科の緩和医療の特殊性

婦人科腫瘍ならでの緩和医療の問題点

肉体的側面

- 性器出血や瘻孔形成に起因する女性性器症状
- 子宮頸がん手術等婦人科がんの根治手術後の下肢リンパ浮腫
- 主に卵巣がんの末期症状として頻度の高いがん性腹膜炎・腹水貯留と腸閉塞
- 閉経前に施行された両側付属器摘出術による早期の更年期症候の出現
- 上記に伴う若年期の骨粗鬆症
- 子宮全摘術や両側付属器摘除術に伴う妊孕性の喪失
- 婦人科がん領域で頻用されるタキサン系、プラチナ系薬剤による神経障害性疼痛など

社会的立場を背景とした精神的側面

- 女性の社会的立場や女性としての尊厳を背景とした社会的・精神的苦痛
- 婦人科がん手術に伴う妊孕性の喪失とその精神的苦痛
- がん治療後の性生活に伴う問題など

(藤村正樹 総論 婦人科がんと緩和医療、1婦人科医の立場から 今すぐ始めたい婦人科がん領域における緩和医療の実践 金原出版より改変)

女性に特有の緩和医療の問題がもっとあるのではないか？

そういった問題をどう捉え、どう対処してゆくのかについての議論が少ない気がする。議論の場もあまりない。