〈企画・制作／静岡新聞社営業局〉

緩和医療とはどのような医療か

静岡がんセンター緩和医療科部長　安達　勇氏

安達　勇（あだち・いさむ）
新潟大学医学部卒業。1969年同部付属病院第1内科助手、78年国立がんセンター病院腫瘍内科医長。86年中国医科大学客員教授を経て2002年より現職。03年から診療管理監。専門は緩和医療学、臨床腫瘍学、臨床内分泌学。日本緩和医療学会理事など歴任し厚生労働省がん研究助成金による研究班などで活躍している。

人間の尊厳を大切にする医療

緩和医療の診療科は耳新しく、一体どういうことをしてくれるのだろうかと疑問が多いと思います。緩和医療の歴史的な背景は、1960年代になってヨーロッパ、特にアイルランド、イギリス、それからアメリカを中心に、ホスピス運動という型で展開され、この運動から人間の尊厳を大切にする医療の考え方が発展し、医学知識、技量を緩和医療学として医学教育にも取り込まれ、今日に至っています。日本における緩和医療の歴史を見ますと、77年に、「日本死の臨床研究会」で初めてホスピスへの関心が高まり、運動が起こり、その後81年に聖隷三方原ホスピスが初めて開設されました。保険医療面でも、緩和医療において90年に定額緩和ケア病棟入院料が支給されるようになって、施設が次々と立ち上がり、昨年の10月、全国で1368施設、ベッド数が2600床を超し、ほぼ一つの県に一つの緩和ケア病棟が設立されるようになりました。

次第に緩和医療に対する関心が高まり、緩和医療科が診療科として位置付けられるようになった背景には、がんや生活習慣病の増加など疾病の変化と少子高齢化などの社会の変化によって在宅で死を迎えることが少なくなり、病院での死が多くなってきたことがあります。また、がん医療のあり方が、患者、家族を中心とした医療を考えなければならないことも背景にあり、緩和医療学が見直されてきております。WHO（世界保健機構）の定義では、積極的な治療が難しくなった患者さんの苦痛を取り去り、生活の質を高めて心理的、社会的な支援を行い、生きていくことに価値を見いだせるようなケアを行う、とされています。そして家族も、そのケアの対象となり、がん疾患の初期から治療の全過程でQOL（生活の質）を保つため患者さん、ご家族をケアするとされています。

心のよりどころを何に求めるか

終末期のがん患者さんは倦怠感や痛みなどいろいろな症状が出てきます。身体的な要因以外に、心理的、社会的など多方面から患者さんが抱いている苦痛を見ていかないと、緩和医療の治療にはなかなか効果が表れません。身体的な痛みでは、がんの転移、進行に伴う痛み、呼吸困難、食欲不振などがあります。社会的にも家族へ迷惑かけるという悩みなど患者さんの苦痛症状をトータルに受けとめてケアする必要が出てきます。それには、医師、看護師だけでなく栄養士を含めて各種の専門家、専門業種のチームアプローチが非常に大切になり、関係者が情報を共有し、患者さんの苦痛に対する治療コールをどのようにすべきかということを多職種チーム医療で連係して取り組んでいます。

さらに、患者さん、ご家族とのコミュニケーションは、緩和医療においては非常に大切で、患者さんの生活の質はコミュニケーションの質と大きく関連しているとさえいわれます。ご家族とスタッフのコミュニケーションも同様で、ご家族の心情を理解し、その苦痛を緩和することも大切なケアの一つとなっています。

緩和医療は、大きく四つの柱に位置づけています。一つは外来での緩和治療と面談を軸として、二つ目は緩和ケア病棟の入院患者さんのケアとして、三つ目は一般病棟の入院患者さんの苦痛に対しても、緩和ケアチームで取り組み、四つ目は在宅医療支援で、自宅から外来で通院して、治療を継続している方もおりますので、緩和ケア病棟に入院した方だけに、緩和医療は提供されるのではありません。

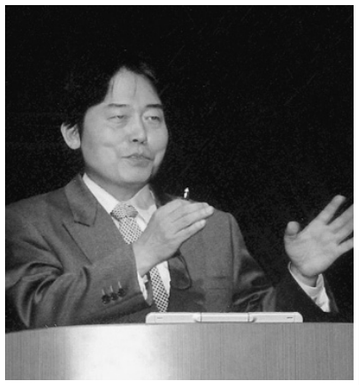
面談に際しては、最低でも30分から、中には1時間も時間をかけて医師以外に看護師、心理療法士、カウンセラーの3人以上で対応し、その人に必要な医療をチームで考え、どういう緩和ケアを提供できるのかということをお伝えします。もし、入院の必要があれば入院していただきます。そして、病気がどうなるかということをご本人、家族はどこまで受けとめているのかということを確認するようにし、患者さんのいら立ちや不安、恐れを理解して解決できる点は解決しながら、生きがい、心のよりどころを、何に求められるかということも察知するようにしております。

総合的な緩和ケアを提供

私たちの病院は、緩和ケア病棟が一つの病院に二つあり日本で（世界でも）初めての形態です。施設面では、各診療科の治療病棟がある本棟の4階に17床を開設し、もう一つは別棟で17床ですが、5月から25床が開設される予定です。診療科に近い緩和ケア病棟では入院しても各科との連係が取りやすく患者さんの治療への利便性が高まります。一方緩和ケア病棟別棟では環境を重視して、心のいやしが得られるように配慮しています。私たちは患者家族へのサポートを考えて、ボランティアをはじめ、職員の協力によって、クリスマスイブのコンサート、ほぼ毎週のピアノコンサートなどの催しを行っています。登録ボランティアは130人を数えています。緩和ケア病棟の中にも多目的ホールがあり患者さんのご家族と一緒にコンサートを聴いたりするシステムもあります。緩和ケア病棟は病院と在宅をつなぐ役目もしています。患者さん、家族にとっては、最後はご自宅で迎えたいという方も増えている中で、在宅で過ごせる場合には、できるだけ配慮し、条件が整えば、希望をかなえるようにしています。しかし、積極治療が難しくなった患者さんに対して、さまざまな苦痛を和らげて、本人が自分らしくあることを支援するために、我々の価値観を押しつけることなく、専門家による多職種チームで積極的に継続して、総合的な緩和ケアを提供することが緩和医療の基本理念です。緩和医療を通じて、その日1日を生きることの大切さ（カイロス）を、医療者として提供することだと考えています。地域医療者への啓発活動として東部地域で定期的に「緩和ケア研究会」を行っていますが、今後緩和医療はコミュニティーの中で、皆さんと一緒に地域の課題として取り組むべきではないかと思っています。

医療の現場から生きることを考える

静岡がんセンター院長　鳶巣賢一氏



鳶巣賢一（とびす・けんいち）
兵庫県淡路島生まれ。1974年京都大学経済学部卒業、日本電信電話公社（現NTT）入社。その後医師を志し、82年京都大学医学部卒業。同大医学部付属病院泌尿器科、滋賀成人病センター、国立がんセンター病院を経て、2002年に現職。

がん医療の最前線を総合的に学ぶ県立がんセンター公開講座「もっと知りたい！がん医療」（静岡新聞社・静岡放送主催、同センター共催、特種製紙株式会社協賛）の第7回講座が今月19日、三島市一番町の三島市民文化会館で開かれました。同センターの安達勇緩和医療科部長が「緩和医療とはどのような医療か」、鳶巣賢一院長が「医療の現場から生きることを考える」をテーマに講演しました。その概要を紹介します。なお、今年度の講座は今回が最終回です。来年度は、今年10月にスタートする予定です。

医療者はサポーター

人は、誕生から死に至るまで、さまざまな事象に遭遇しては、自分の好き嫌いや考えに基づいて自分で判断を下します。事象の中でも入学、卒業、就職、結婚、そして病気などが大きな事件といえるでしょう。

病気になったとき、しかもがんだと言われてしまったときに、それを受けてどういうふうな対処をするか、それはその人の個性豊かな反応の一つだと思います。そこにその方の生き方のスタイルが出てきます。総じて医療は、それぞれの人がよりよくその人らしく、なるべく納得して生きていただくための支援を行うサービス行為だと思います。

もし病気を根治させることが可能ならば、それにこしたことはありません。しかし、その治療による副作用で一生苦しむことは避けたいものです。そこで、よりよい日々を過ごすために、必ずしも根治にこだわらないという選択肢もありえます。

他方、根治させることが不可能らしいと分かったとき、一縷（る）の望みを託して、さまざまな治療法を模索します。その際の治療の目的は、そのがんが原因で命を落とさないことです。そして病気の進行具合、タチの悪さ、可能な治療法の内容・特徴、本人の健康状態、期待余命、希望などを総合的にとらえ、損失を最小にして生涯を生き抜く、また、がんによる死亡が免れない場合には、可能な限り快適に、自分が納得できる人生を送るための治療法や緩和医療を選択します。

治療によって得られるものと、失うものをよくはかりに掛けて考えてみることが重要です。この選択は、まさしくその人にとって重要な「人生の選択」です。本人自身による判断こそが第一に重要で、医療者はその相談者でありサポーターです。インフォームドコンセント（説明と同意）が重要視される基盤はここにあります。

治療法は本人が選択

具体的に説明するために、二つの事例を紹介します。自分自身が、あるいは大切な人が次のような状況になったら、どんな選択をするでしょう。考えて見てください。

なお具体例は、実例そのものではなく、類似した課題に直面した2、3人の患者さんの状況を参考に作成したものです。

事例1・前立腺がん

60歳の男性、早期の前立腺がんと診断されました。管理職で、ある会社の非常に重要な部分を担っています。この人がいなくなったら、この会社の大きなプロジェクトがストップするかもしれないという方がいらっしゃいました。PSA値が13・0ng／mlと異常値であることから発見された方で、自覚症状はなく、他の検査では異常はありません。

治療法の選択肢として提示されたのは次の四つです。①すぐに前立腺摘出手術をする②すぐに放射線治療を行う③しばらく薬の治療で時間をかせぎ、いずれ本格的な治療を行う④何もしない

さて、あなたならどうしますか？

事例2・精巣がん

33歳男性、多数の転移がある精巣がんの方でした。2児の父親でした。

型通りに、最初に抗がん剤による化学療法が4コース行われました。しかし、効果が不十分と判断されたので、抗がん剤を変更して、さらに3コース続けました。しかし、やはり効果が不十分で、逆に度重なる抗がん剤の治療の副作用がきつく、いよいよ治療を継続することが難しくなりました。

治療しなければすぐに悪くなります。しかし、有効な治療法がなく、いよいよ次の選択肢に難渋することになりました。

①自滅することを覚悟で危険な抗がん剤治療を継続する②治らないが、中途半端な治療で在宅生活を可能にする③完全に症状緩和のみの治療に専念する

あなたなら、何を選択しますか？

〈事例1に関して〉

早期前立腺がんでは、第一に選ぶのは手術で、根治する確率が最も高いといわれています。しかし、尿失禁や性機能喪失の問題があります。

放射線治療ではこのような問題は少ないのですが、根治できる確率が低くなります。そもそも、そのまま放置しても、すぐに悪くなることはまれで、転移が出てくるまでには5年以上かかることが多いと推定されています。そこで、薬でごまかしながら仕事が一段落するまで待つ、という作戦もあります。しかし、薬を使うと、今度は仕事の能率が落ちます。

そして④の何もしないですが、非常に早期の前立腺がんから進行がんに行くのに10年から20年かかるといわれ、実際、スウェーデンなど北欧では、早期の前立腺がんはあまり治療しません。

こうした条件を理解したうえで、「何を捨てて、何を選び取るか」を考え、自分で判断し、治療法を選択することになります。

〈事例2に関して〉

転移のある精巣がんでは、最初の化学療法がうまく効いて、次に残った腫瘍を摘出するという二段構えの治療がうまくいくと、完全に治すことが可能です。

しかし、抗がん剤がよく効かないときには、どうしても事例のような窮地に追い込まれます。ここで、事実を告知することは酷なことです。しかし、最初から事実を説明し、一緒にがんばってきた経過があるので、状況を伝えるまでもなく、分かってしまいます。

残された時間を精いっぱい、有意義に過ごしていただくために、何を選択するべきでしょうか？ここでも、その方の考え方、生き方のスタイルが鍵になってきます。医療者は、一緒に考え、できるだけの支援をすることしかできません。最も納得のいく結論を患者さんご自身で出していただくことを願っています。

繰り返しになりますが、生き続けているということは、選択の連続です。選択し続けるその時間の積み重ねが人生です。

その人の人生が、その人にとって「この人生、この時間よかった」といえる、その人らしいものになることが私たちの願いです。