

緩和医療研究会 末期(がん)の症状コントロールを考える医師の会

緩和医療

平成15(2003)年2月8日
緩和医療研究会
第12回総会記念講演

がん医療と緩和医療の将来像 ——臨床現場におけるRelation Oriented Medicineの観点から——

小野 充一 ONO Michikazu
戸田中央総合病院緩和治療科
部長

座長：田中 紀章
岡山大学大学院医歯学総合研究科
消化器・腫瘍外科学教授

於：三光荘（岡山県職員会館）アトリウム

- *本稿は、緩和医療研究会機関誌『緩和医療』第12巻第1号通巻第21号（平成16〔2004〕年5月発行）に掲載した誌面のPDF版抜刷りです（中解像度）。誌面は発行当時のままであることをお断りします。
- *演者の小野充一先生は平成17（2005）年4月、早稲田大学人間科学部健康福祉科学科緩和医療学教室に転じられました。
- *座長の田中紀章先生の所属は平成17（2005）年4月、岡山大学大学院医歯学総合研究科消化器・腫瘍外科学教室に改称されました。
- *本稿についてのお問い合わせは当会事務局へメールまたはFaxでどうぞ。

平成17（2005）年6月
緩和医療研究会©

緩和医療
研究会誌 **緩和医療**

第12巻第1号 通巻第21号（PDF版抜刷り）
平成17（2005）年6月 発行

The Journal of Palliative Medicine, Vol.12 No.1,
PDF-supplement, June 2005
ISSN 1342-3029 Kanwa iryō

編集・発行人 ©緩和医療研究会 田中紀章
事務局 〒702-8058 岡山市並木町2丁目27-5
URL : <http://www.kanwa-okayama.jp/>
専用Fax : 086-902-5160
e-mail: fvgn6334@mb.infoweb.ne.jp
郵便振替口座 01270-4-38828

編集制作協力：原信田実／渡辺美時雄
互恵印刷株式会社

司会（田中） 小野充一先生をご紹介します。小野先生は現在、戸田中央総合病院緩和治療科の部長を務めていらっしゃいます。1979年に東京医科大学をご卒業され、大学での臨床研修を経た後、1984年から静岡県立こども病院の外科医員をお務めになりました。1985年に東京医科大学に戻られて助手を務められ、小児外科を手がけられました。そして1988年に現在の戸田中央総合病院に移られました。

この病院で小児外科を立ち上げられた後、先生は感ずるところがありまして、1993年に米国ニューヨーク市内のメモリアルスローンケタリングがんセンターの精神科に留学なさっておられます。そして、治療とケアの移行点に関する国際共同研究に従事されました。1994年に戸田中央総合病院に帰られまして、緩和治療科の外来を開設して専任医員として活躍され、1997年には緩和治療科の部長に就任されて現在に至っておられます。

このように、先生は外科医であると同時に小児外科の専門医としてもご活躍され、そして緩和医療に転じられました。外科から緩和医療に進む医師は多いのですが、小児外科から入られた方は、私の知る限りでは小野先生が初めてです。

さて、今日のテーマにある“Relation Oriented Medicine”というのはどういうことなのかと、この会の前にも少しお話をさせていただきました。戸田中央総合病院という一般病院の中で、外科医としてその現場からいろいろな人間関係をつくりながら緩和医療を実現されていった、そういうのがおそらくRelation Orientedなのかと思ったりしましたが、まだまだよく分からないところがありますので、これから先生のお話を楽しみに聞きたいと思えます。

では小野先生、よろしく願いいたします。

小野です。過分なご紹介をどうもありがとうございます。紹介にありましたように、私は小児外科の立場から緩和医療というフィールドに入り、専従になって約10年になります。本日はちょっと偉そうなタイトルを付けさせていただいたことを若干反省していますが、私が辿ってきた経過の中で一番大きく感じていることであるご理解ください。つまり、緩和医療とは、当然のことながら、ホスピスという一つの形態だけのことではなく、人と人との繋がりでもある、そういう意味で緩和医療の現場がこれからどうなっていくのか、あるいはがん医療の現場はどうなっていくのか、そういうことをみなさん方と一緒に感じながら考える時間を少し設けさせていただければと思います。

<スライド1> 本日はスライドを100枚以上用意し、紙芝居のように流していきますので、画面に集中していただければと存じます。[スライドは以下番号のみを記す]

I ホスピス・緩和ケアとは

<2> 「緩和医療のゴール」とは何か、これは人によって当然いろいろ違うと思いますが、私は、「喜びや悲しみなどを、見知らぬ他人が共感できるレベルまで抑制することが、社会復帰の目安となる」[アダム・スミス著、水田洋訳、『道徳感情論』岩波文庫より]というのを考えています。これはどういうことかという、緩和医療のターゲットとしてはまず患者さん、そしてご家族、そして我われ医療者、この3者全部が含まれますが、とくにご家族に焦点を当てていえることなのです。その中で悲しみを自分でコントロールできるレベルになるまで社会復帰を支えていく、これが緩和医療のゴールだと私は考えています。

こうすると、現実には、症状を緩和して患者さ

んが亡くなるところがゴールであるというふうに感じている方が多くいらっしゃるかもしれませんが、緩和医療についてはもう少し幅広いスパンで考えていかないとその本質が見えてきにくいのではないかと、そういう意味で、私は緩和医療のゴールを設定しました。

ちなみに、このアダム・スミスとは、『国富論』などで名高い19世紀末の経済学者Adam Smithです。

<3> そしてもう一つ、ポイントとして挙げておきたいのは、「医師が行なえる最良のコミュニケーションは医療行為を通して得られる」ということです。今日の講演のメインタイトルはコミュニケーションあるいはリレーションというのですが、お医者さんが行なえる最良のコミュニケーションというのを、看護師さんやソーシャルワーカーなどさまざまな職種の方がとられるコミュニケーションと全く同質のものにとらえるのは、適切でないと考えます。医師は、具体的な医療行為を通してコミュニケーションを行なえることが最大の特質です。チームのコミュニケーションの基盤は、このような違いを認識した上で成り立つべきでしょう。

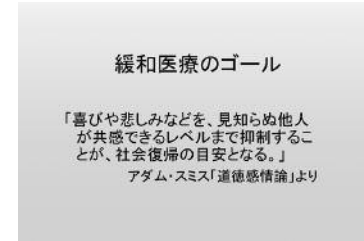
<4> さらに、「コミュニケーションの原点」と書きましたが、これは「イマジネーション(想像力)のことである」。どういうことかといいますと、例えば、あの女の子はきれいだなと思った若者が声をかけようと思ったりする時に、そのコミュニケーションの第一歩は、この人はどういう人なんだろう、どんなふうに僕のことを思っているんだろうと、そういういろいろな想いを巡らせる、このイマジネーションというのがコミュニケーションの原点なんですね。

その点、緩和医療あるいはがん医療に携わってきて一番まずい点が、このイマジネーションが枯渇してしまう、疲弊してしまうことなんです。イマジネーションが枯渇した時点で、医療という形でコミュニケーションをとることができなくなる。ですから現実な意味で、コミュニケーションの原

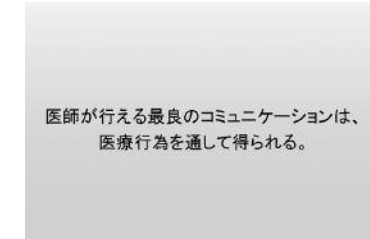
<スライド1>



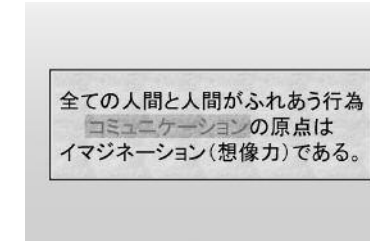
<2>



<3>



<4>



<5>



<6>



点はイマジネーションだということをお感じになっていただければ、少なくとも自分の脳が活発に活動してイマジネーションを働かせている間は、患者さんとコミュニケーションをとっているんだと、ちょっと開き直りに近いですが、そういう考え方もできるわけです。

<5> 「医療提供のスタイル」ですが、これは昔から我われドクターが医療を提供する場合には、Result Oriented Method いわゆる「結果重視」をいわれていました。特に外科医の立場からすると、どういう形であっても、患者さんとの契約に基づいて、患者さんの状態をある一定レベルから引き下げて、例えば手術で侵襲を与えるわけですから、当然結果重視、どんなに良い意図があっても結果が上手くいかないとダメだと、こういう考え方が成り立ちます。

ただ、それだけでは片手落ちです。もう一つはProcess(プロセス)、いわゆる「過程を重視する」ような形で医療が行なわれる場合があり、むしろこれのほうが医療のスタンダードなのかと思うのです。どうしてかと言いますと、ある確信に基づいて一時的に患者さんの状態を引き下げるような外科の医療はむしろ特殊であり、例えば糖尿病や高血圧といった生活習慣病では、正しいゴールの設定が難しく、そのためにそれに携わるお医者さ

んとの関係性を重視しながら医療を提供していくことが求められます。そういう意味で、慢性期の疾患に関しては過程重視という考え方が成り立ちます。

この2つのスタイルを比較してどちらが良いかということではなく、この両方を患者さんやあるいはその疾患に応じて提供するというのが、私どもがクラシックに学んできた医療のスタイルです。<6> 緩和医療というのは俗にいうグレーゾーン、あるいはノー・ケアゾーンなどよく言われますが、少なくとも正解がない世界です。その意味でこの緩和医療を行なう上ではShared Decision Making、「決定する過程を共有しましょう」と、「結果も共有しましょう」、そして「真の同意は決定の作業を共有することで得られる」と、こういうゴールデンルールがあります。

このルールをご存知であれば、おそらく、どんな現場でたった一人で始められても、緩和医療というのはある程度成り立ちます。そうすると、お医者さんの方からいわゆるお下げ渡しのような形で、どんなに良い医療であっても強制してしまうとか、あるいは患者さんに対して、「それをやらないだったらそれはもうあなたの責任だ、どこかに行きなさい」というようなことは無くなるんですね。そういう意味で、決定する過程とそれか

ら結果を共有するというこのプロセスが、緩和医療の世界では大事です。

しかしまた、がん医療には急性期と慢性期の要因が混在しているので、プロセスだけではどうしても上手くいかないことがあります。このために正解がないのであって、基本はプロセス重視でよいと思いますが、結果が求められる場合にはしっかりリードする、そのバランスが大事であると思います。

現実のがんの医療では、内科と外科とでどちらの先生のエリアになっているかで比べると、外科の先生が担当しているケースのほうが多いですね。このような考え方で現場でのコミュニケーションをふり返ってみると、外科医は先ほど言ったように、結果重視の考え方でかなり積極的に介入する。内科の先生はどちらかと言えば、プロセスに重きを置いて、結果に関しては頓着しない。この部分で、現実には外科の先生が介入される場合には、結果が良かったからダメだった、結果が悪かったからダメだったというように、自分たちの成果にかなり自己批判的になってしまい、周囲の人たちとうまく正当に共有できないのです。

私も外科医ですからよく分かるのですが、看護師さんたちからの攻撃に対しては、「これは俺が責任をとるんだからいいんだよ」とよくやりあってしまうことがありました。今の私はさすがにそういうやり方はもうしませんが、そういう意味で臨床現場のコミュニケーションの第一歩は、「決定する過程と結果を、全員で共有し、プロセス重視の考え方をうまく取り入れる」、こういう考え方が必要になると思います。

<7> そのための「新しい医療のスタイル」の考えをここに提示させていただきました。まず、最近流行りのというといけないのですが、医療統計学の世界からきたEvidence Based Medicine (EBM) があり、看護の分野でもこういう考え方が導入されるようになりました。それに対して旧来のOpinion Oriented Medicine, いわゆる誰か経験のある先生方の含蓄, あるいは経験に基づい

て医療を行なう、現実にはこれが今も存在しているわけです。これに対立するような形でEBMがとりあげられることが多いようですが、私自身は、対立ではなく付加機能と考えています。

近代医療の成立条件としてEBMは大切な要因ですが、先ほど申しましたように、グレーゾーン、少なくとも何らかのはっきりしたEvidenceを示すことができない医療も、かなり多いという状況です。このため、Evidenceが無いからといって、医療ではないという言い方も当然できないわけです。

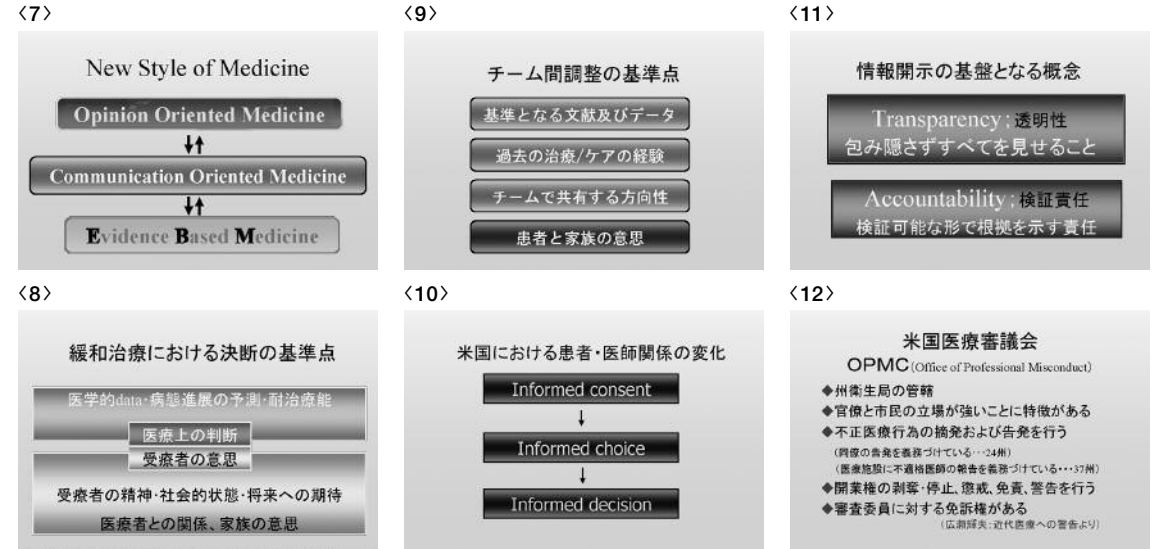
緩和医療の世界でEvidenceに基づいた医療を提供しようと考えた場合は、それをデータとして作っていく作業も行なう必要があります。患者さんを2群に振り分けてrandomized control studyという形でデータをとることは、患者さんの承諾あるいは人権という問題と抵触して、大きな問題が起きる。そうするとやはり、このEvidenceだけでは片付かない部分を医療として医師は提供しなければいけない、そういうことになります。

そして、Opinionの部分とEBMの部分との調和をとる役割がCommunication Oriented Medicineです。このコミュニケーションには、患者さんあるいはご家族それから医療者の3者で最適な妥協点を見つける機能が期待されることになります。

<8> 「緩和医療における決断の基準点」という問題があります。いろいろな医療行為を行なうときにまず最初に一番問題になるのは、医学的データや病態進展の予測や耐治療能ということで、医療上の判断は、ある程度経験に基づいて行なえるわけです。その部分と、受療者の意思・精神、社会的機能、将来への期待、医療者との関係、ご家族の意思、こういうようなものがある程度統合して、この2つがマッチングした時点で決断が行なわれるのが一応の理想です。

ところが現実には当然、そういう形では決断されない場合もあるわけです。

<9> そうなると、チームで患者さんを診ていく中では具体的に何をどうやっていったらいいの



か。先ほどのEBMのように、基準となる文献およびデータ、こういうものがあればもちろんベストです。ただ、こういうものだけではなく過去の治療やケアの経験、チームで共有する方向性、そして患者さんにご家族の意思などが重要です。

実は往々にして緩和医療の臨床現場では、患者さんにご家族の意思をどうとらえて、どう添ってあげるかという問題では、様々な小さな対立があります。そういう意味で、患者さんにご家族の意思に基づいた調整がチームの間で行なわれなければいけないということなのです。

しかしながらこの小さな対立は、正解のない中で治療やケアを提供していく中では、むしろ相互の歪みを修正していく貴重な役割を果たしています。時には、自分を否定されたように感じておちこんでしまう場合もありますが、「患者さんにご家族が真に望んでいることを実現できるようにしよう」というのが、緩和医療の大事な基準点として存在しています。

II 現状の問題点

ここからちょっと横道にそれます。

<10> アメリカにおいてはいま、「患者さんと医師の関係に変化」が生じています。Informed Consent, これはもう言うまでもないと思いますが、その概念が進んで、Informed Choice, それからInformed Decisionへと、つまり“同意”“選択”さらには“決定”へと、患者さんの意思がどんどん強くなって、現在のアメリカではインフォームド・デシジョンという概念についてよく議論されるようになってきました。当然、それは医療に対して大きな影響を与えています。

<11> その議論を理解するには、「情報開示ということの基盤となる概念」について知っておく必要があります。それは“透明性”, つまり「包み隠さずすべてを見せること」だとか、“アカウンタビリティ”, これは政治の世界でも最近よく言われていますが、「検証可能な形で根拠を示す責任」だとか言われています。こういうゴールデンルールが、これからの医療を行なっていく上で

も当然一つの条件になるというわけです。

その一方で、患者さんや家族の方に対して、果たして包み隠さず全てを見せるということがいいのかどうか、つまり、患者さんにすべての責任を預けていいかどうか、あるいはそれが適性かどうか、そういう概念も当然出てくるわけです。ですから、アメリカ型の医療というのをもう少し検証しないといけないわけですね。

〈12〉 米国医療審議会というのがあり、これは医師の団体ですが、開業権を握っています。例えば米国では24州が、医療過誤について不正医療行為の摘発および告発を、同僚の医師に対して義務づけています。また、医療施設や病院側に対し、不適格な医師の報告を義務づけている州が37あります。アメリカの開業権というのはそれぞれの州にあるのですが、開業権の剥奪・停止，懲戒，免責，警告を行なうという意味で、この米国医療審議会というのがアメリカはすでにお医者さんの開業権を奪うということまでになってきました。これは医療不信が原因です。

〈13〉 そして「医療過誤保険」これもアメリカの医療を形成する大きな要素です。それも、アメリカには有名な大手保険会社があくつもあるのに、お医者さん同士が保険会社を設立するようになりました。なぜかと言うと、例えばアメリカの外科医や産婦人科医は医療過誤に、つまり医療訴訟にあいやすい。その結果、例えば年収1200万円位であればその20～30%を保険金支払いに、つまり訴訟に対する保険ということで支払わないとやっていけなくなっています。それだけの保険をかけていても、アメリカでは実際にもっと高額な訴訟が次々に出てくる世界なのです。マクドナルドで熱いコーヒーを腿の上にこぼしたおばあちゃんが、300万ドルの賠償金を受け取ったという例もあるくらいです。

そういうこともあって、アメリカでは保険会社が医療過誤保険から撤退してしまったんですね。平均で総収入の10%，外科医で20%，敗訴の場合には100万ドル以上の賠償金が必要になるという

ように、アメリカは非常に病んでいます。それでもアメリカでは、尊敬されている一番の職業はお医者さんなのですが……そういう意味で、先ほどの医療の情報開示というものがそのまま進んでいくと、非常に大きな問題ををはらむだろうと予測されます。

〈14〉 お医者さんは自らの行動スタイルを何らかの方法で変えていかなければならないわけです。そのためには、医師が自ら変化するように援助する方法」「法律を変える方法」「訴訟を起こす方法」それから「行政による介入を待つ方法」などがあって、今アメリカではこういうすべての面で、お医者さんをターゲットに仕掛けている市民グループがたくさんあります。これらの中でも一番正しいであろう方法とされているのが、「自ら変化するのを援助する」方法で、これは「お医者さんは必ずしも正しいわけではない」ということであり、アメリカではそういう常識が一般的になりつつあります。

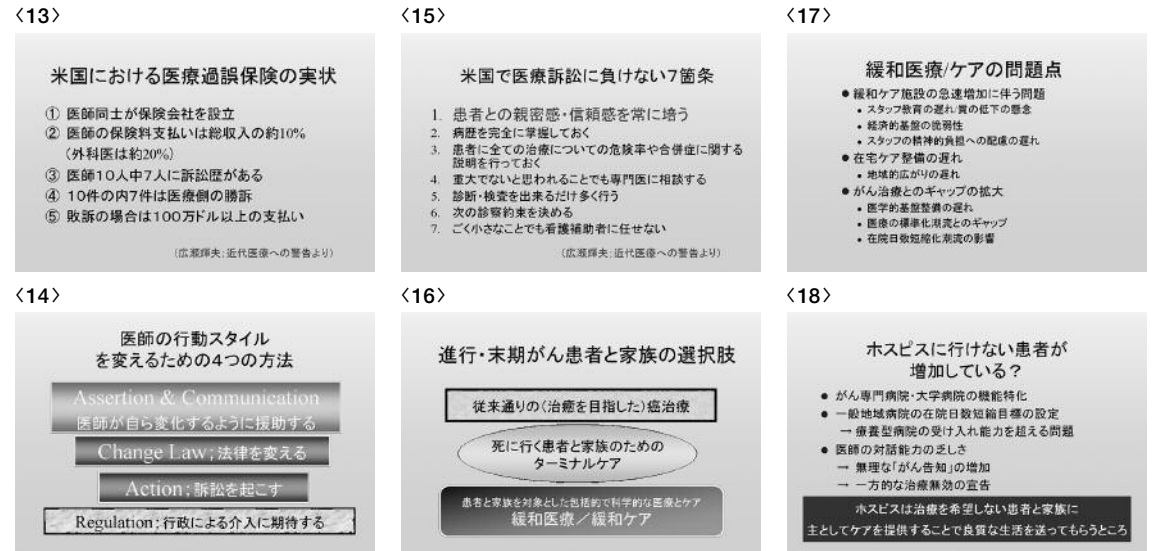
〈15〉 医療訴訟に負けないようにするには、やはり患者さんとの親密感・信頼感を常に培うことが最大の課題とされています。現実にはそれだけ病んでいるアメリカの医療においても、やはりこういうことになっているんですね。

そうであれば、その信頼関係やコミュニケーションはどうなっているのかを、もっと見ていかねばなりません。

治療を待つ40万人

ここで緩和医療に話を戻します。

〈16〉 進行・末期がん患者さんにとって、「従来通りの治療をめざすがん治療」は一つの選択肢です。また、20年ほど前、私が戸田中央総合病院にきた頃は、「ターミナルケア」という言葉が使われていましたが、現在この言葉はあまり使われません。“緩和医療”とか“緩和ケア”という言葉が変わってきているんですね。それぞれの用語がどんな概念を示すのか、日本緩和医療学会では明確な定義をしていません。ただ、なぜターミナ



ルケアという用語が使われなくなったかということ、その用語と考え方はうまくマネージメントできなかった2つの事柄があるのです。

一つは宗教、もう一つはいわゆる民間医療の問題です。この2つを、ターミナルケアあるいはホスピスという場所に行くと、している、あるいはやってくれるという誤解です。宗教についていえば、押し付けられるという誤解。設置母体が宗教組織の施設なら、こういうふうに言われてしまうと、近代医療とは相容れないという誤解が前面に出てしまうわけです。

そういう事情から、カナダで始まったのがPalliative Careつまり緩和医療、緩和ケアという考え方で、「患者さんご家族を対象とした包括的で科学的な医療とケア」というふうに変化してきました。現在こういう名前でも呼ぶ施設や医療が厚生省でも認められ約100施設、1200床位ができています。

では、緩和ケア病棟やホスピスができれば、それで緩和医療の充実がこれからも図れるのか、そういう点が今日の問題点です。

〈17〉 「緩和医療・緩和ケアの問題点」として、「緩和医療・緩和ケア施設の急速な増加に伴うスタッフ教育の遅れと質の低下」がいられていますが、この問題解決に現在の段階では医学教育は大

きな力を発揮できていないのが実状です。岡山では若い先生方もしっかり緩和医療に入っておられるのを知って、羨ましく感じているのですが、現実には日本の医学教育の中には緩和医療・緩和ケアのしっかりした概念がまだ根づいていません。私自身も大学に少し関わらせていただいています。現場の医師たちは直接関わりがない分野として捉えているためか、関心が少ないように感じています。

そういう意味でスタッフ教育の遅れ、質の低下に対しては、お医者さんと看護師さんが両輪となつてうまく頑張らなければならないのに、どちらかという医師のほうが遅れをとっているという現状があります。そして、「経済的基盤がまだ脆弱」です。さらに、「スタッフの精神的負担への配慮の遅れ」、こういうものも大きい問題です。

先ほど私は小児外科をやっていたと言いましたが、小児医療もいまだに経済性の点で非常に大きな問題があつて、小児科医が少ない状態ですね。これも同じ考え方で見ることができます。私が静岡こども病院にいたとき、その新生児外科病棟を我われは「二〇三高地」と呼んでいました。二〇三高地のことを若い方はご存知ないかもしれませんが、日露戦争で多数の戦死者を出したところで、この二〇三高地を奪取するために、司令官の乃木

將軍の息子も亡くなり、多くの兵士が次々と死んでいったということに、なぞらえていました。つまり、小児外科の医療現場は、医師が少ないだけでなく看護師さんたちが次々離職していく、そういう所だというわけです……小児外科のその構造はいまだに大きく変わっていません。その点では、皆の熱意だけで支えている構造は、変えていくべきだと考えています。

実は、緩和ケア病棟もそうなのです。日本初のホスピスをつくった浜松の聖隷三方原病院のナースの平均的な在職期間を訊ねると、だいたい2年だと言っていました。その点では、皆の熱意だけで支えている構造は、やはり変えていくべきだと私は考えています。

それらに加えて、「在宅ケア整備の遅れ」があり、これは地域的な広がりを含みます。また「がん治療とのギャップの拡大」、これは特にお医者さんや緩和医療のほうに医学的な基盤整備が遅れているものですから、「ああいうものは医療ではない」という言い方をするがん治療の専門家もいまだにいるわけです。また、緩和医療・緩和ケアは、「医療の標準化潮流との間にギャップを生じている」。これは例えば、EBMともまだうまくコミットメントできていないことがあげられます。さらに、「在院日数短縮化潮流の影響」など、問題はどんどん出ています。

在院日数短縮化の影響については、今のところ地方ではそれほどではないかもしれませんが、私のいる関東近辺では、都会的な要素が大きく出てしまうためでしょうが、患者さんをどんどん押し出すだけ押し出す傾向になっています。地方でもいずれこの在院日数短縮化のような問題がいろいろなところに大きく波及していくのは間違いなく、今からもっと問題視されるべきです。

<18> 「ホスピスに行けない患者さんが増加している」とはどういうことか。がん専門病院や大学病院が機能を特化して、継続的ながん治療の受け入れ能力が低下している問題がある一方で、一般病院も在院日数をどんどん短縮化しています。

そして、お医者さん自身がそうした状況への対応能力に乏しいために、無理ながん告知を増加させて、一方的な治療無効の宣告をすることで、患者さんやご家族の気力を根こそぎ奪ってしまう。「もうあなたには何もしてあげられることはありません」と言って、緩和医療の施設に送るケースがかなりあります。

しかしホスピスのほうは、「主として治療を希望しない患者さんにご家族にケアを提供することにより、良質な生活を送っていただく」というコンセプトで構成・運営されていますので、当然ながら、そのギャップで漏れ落ちてしまう患者さんがかなり多くいるということです。

<19> 年間に日本で亡くなる方は約100万人で、そのうち、がんで亡くなられる患者さんの数が約30万人です。スライドの下側に「27万～35万人」と記したのは、がんですぐに死ぬわけではないけれども、かといって治るわけではないと告知される患者さんが年間どれぐらいいるかを推計した数字です。昨年でしたか、元東大放射線科助教授でいらっしゃった青木先生が、「非治療・非末期がん患者さんの推計」という論文を出されて示されたものです。ただ、その論文では例えば5年生存を治療と認めているので、おそらく少なく見積もられているとあってよく、実際にはこれよりもかなり多い、おそらく毎年40万人以上の方が、治らないがんと宣告されながら生きているものと理解できます。

<20> それだけの患者さんがいる、その人たちに「緩和医療の先にある医療」を提供する義務があります。それにはまず、医療者側からの「遂行能力と提供意図の明示」が欠かせません。これが信頼感を保つ医療の第一のキーワードだと言われています。その他に「個別対応(多様性)」「検証責任(透明性)」などがあげられ、その結果として、信頼性の維持を図ると同時に、コストの増大にも対処しなければなりません。

このようにシステムを少し俯瞰してみると、緩和医療の先にある問題点が見えてくるわけです。



というのは、ホスピスの中でだけ行なうわけではなく、もっと幅広い領域で“緩和”という独自の名前での医療を行なうことが求められている。これが「次の世代の緩和医療」すなわち「緩和治療」です。

Ⅲ 緩和治療とは

これから具体的に論を進めます。

<21> 緩和医療で一般的に行なわれるワーク、作業を、その期待感に添って分解しておく、最初は「治療への期待に応える延命治療」です。それが徐々に、「生活を楽しむ期待に応える治療」にシフトしていくものといえます。そのプロセスにおいては、「社会的能力の維持」「家庭生活の維持」「身体能力の維持」「精神的状態の維持」などへと、社会的能力からだんだんに落ちていき、それに対応して症状緩和治療を行なっていく、そういう作業が一般的な緩和医療です。

<22> 「従来のターミナルケア」は、快適な生活を送りたいという期待に応えることに関しては、どちらかといえば得意なほうでした。それから「従来の延命治療」というのは、もっと長く生きたいということに関しては得意なほうで、両者それぞれの得意な領域が、図形的に示すと逆方向を向いた台形になっているわけです。そして、その間に入る緩和治療という考え方すなわち緩和医療

<23> 緩和治療は現実には、「緩和的な化学療法・放射線療法・外科療法、そして免疫療法、ハイパーサーミア(局所温熱療法)、さらにはサイコオンコロジー的な手法(精神腫瘍学的支持療法)などのさまざまな医療技術を、意図的にしっかりと組み合わせる」——これが、緩和治療に求められるやり方です。

<24> 「緩和治療を行なう領域」としては、まず「予防的な領域」すなわち、進行がんであるけれどもまだ症状が出ていない段階に対しての治療があります。腹膜破種や肝転移や切除不能肝がんなどの病態を遅らせる、その進行を遅らせるような緩和治療的アプローチが可能です。

その他に、「根治治療は侵襲性が高くでできない段階」、例えば90歳代で進行食道がんが発症したというような方には、「代替治療として」行なえます。また、進行卵巣がんや進行乳がんでは抗がん剤が7～8割効くとはされていますが、それでも患者さんの病態や意思によっては抗がん剤治療を望まない患者さんもおられ、そういうケース

<25>

緩和的化学療法条件
Minimum Invasion(最少侵襲) Tumor Dormancy Time(腫瘍休眠期間) ・bio-chemical modulation ・hyperthermo-chemotherapy Symptom Control(症状緩和) ・physical intervention Psycho-Social Support(精神・社会的支援) ・psychological intervention

<26>

緩和ケアと緩和治療の違い	
緩和ケア	緩和治療
目標 納得のいく生活(個人の場合)	納得のいく闘病/生活(個人と家族の選択の場合)
方法 生活の共有 休息	作業の共有 選択(直面化)/休息
期間 月～週～日	年～季節～月

<27>

患者と家族は
“最良の決断”が出来るのか？

では代替治療として緩和治療をすることができません。これを根治治療というのはいけませんが、少なくとも「限りなくキュアをめざす代替治療」といえます。

そして、金沢大学の高橋先生がおっしゃっているような、「腫瘍休眠療法」というのがあります。これは腫瘍休眠期間を延長させる目的で血管新生抑制剤を使う治療で、術後再発や多くの進行固形がんに対して、緩和的な延命治療となります。

そのほか、腸閉塞を起こしたりした際など緊急の症状をうまくコントロールする「症状緩和治療」などがあり、緩和治療もいろいろなエリアに分かれています。

<25> そういう緩和治療を行なうにあたっては、いくつか条件があります。例えば「緩和的化学療法」では、最少侵襲と腫瘍休眠期間を設けるための工夫をし、さらに症状緩和や精神・社会的な支援などをうまく組み合わせていくということが大事になります。したがって緩和治療とは、医師単独で進めるのは難しい。このケースには症状緩和がいいだろうとか、この場合は放射線治療がいいだろうというふうに医師の独断で決めていく医療ではない、ということです。

<26> 「緩和ケアと緩和治療の違い」について整理しておくと、「緩和ケア」は目標が「納得のいく生活(個人の場合)」です。そして方法としては「生活の共有、休息」。期間は「月単位か週単位あるいは日単位」とかなり短い状態です。それに対して「緩和治療」というのは、「納得のいく闘病と生活のバランス(個人と家族の選択の場合)」が目標で、「選択に直面するような部分と休息のバランス」の方法が「年単位、季節単位から月単

位」にわたって行なわれます。

こういう違いがあるので、治療の担当部分とケアの担当部分も当然違います。ただこれは、この2つが隔絶されているわけではなく、うまく移行していくような考え方が必要です。

<27> うまく移行するためには、患者さんとご家族には決断が求められます。我われ医療者側はその決断を援助します。「最良の決断」はどうしたらできるのか——これは次に示すように、実際に臨床の患者さんと一緒に考えていくことで得られます。

<28> がんの患者さんは「ストーム(嵐)に遭遇している」と考えてください。これについてよく言われるのは、“サイトカインストーム”つまり免疫担当物質が体の中で暴れているので、「迂闊なことをやるとかえってその嵐の中で難破してしまう」と、これはがん医療に携わる医師も実によく使う表現です。しかし、がんの患者さんの嵐はそれだけではなく、“症状”も“情動”も“人間関係”も“前向きな気持ち”もすべて嵐に遭遇しているわけです。

こういう状態の中での治療行為というのは、果たしてどこまでできるのでしょうか。

<29> ここで、“患者さん自身の意思”ということを考えてみます。

先ほど、緩和医療では患者さんとご家族の両方のめんどろをみると言いましたが、よく行なわれてしまうのが、サポートの方向性がご家族のみをターゲットにしてしまうことです。特に結果重視の外科医の考え方だと、私も一時そういうことがあったのですが、患者さんが亡くなられた後に「この医療は良かった、悪かった」と最終的に評

<28>

STORM(嵐)
Cytokine(サイトカイン)
Symptom(症状)
Emotion(情動)
Human relation(人間関係)
Motivation(前向きな気持ち)

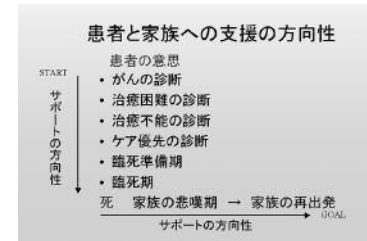
<30>

精神的援助の原理
Caring + Confrontation = Growth
傾聴 相互検討 成長
受容 自己吟味 発展
共感 自己洞察 自己実現
Howard J Clahell(工藤 1992による)

<32>

悪い情報を適切に伝えることを妨げる医療側の要因
● 苦痛をもたらすことへの恐れ
● 治療の失敗と捉えられることへの忌避
● 患者の苦痛を共有しなければいけないことの恐れ
● 医師の無力を惜れられたくない気持ち
● 患者や家族の過剰な反応に対する恐れ
● 医療訴訟に備えて、不利な状況を作りたくない気持ち
● 医師自身の「死への恐怖」

<29>



<31>

「悪い知らせ(情報)とは、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」である。悪い知らせ(情報)が「悪い」のは、患者の期待と医学的現実には差があるからである。
Buckman R. Breaking bad news, 1984

<33>

「悪い情報」を伝える時の目標
1. 医学的事実を伝達し、その理解を援助する
2. 医学的解釈を伝達し、その理解を援助する
3. 医学的解釈と個人的解釈との融合を援助する(悲嘆のプロセス)
4. 前向きな要因と一緒に抽出する
5. 支援体制を認識し、共有してもらう(関係relationの構築)

価されるのは、家族の方ですから、最初からご家族の再出発に向けて行きがちです。逆に、医師にとっては先を見通すということはいくつやりやすくて、やりたがる、あるいはやれることなんですね。

そういう意味で、がんの診断から、治療困難・治療不能の診断、臨死準備期から臨死期までにわたって、サポートの方向性を必ず患者さん中心にしていく作業が必要なのですが、実はそこにやっかいな問題があります。こういう姿勢でやっていると、家族の方とひどいバッシングを起こすことがあるのです。例えば、がんの診断や再発を患者さんに告げるかどうかで、もし患者さんの意思を確認もしないまま、「じゃあ、そのまま何も言わないでおきましょう」ということになると、結果的にはそれはご家族のための支援ということになってしまうわけですね。この場合は、関係がこじれるのを恐れて医師がバッシングを避けたわけです。

反対に、医師があくまで患者さんの意思を尊重しようとしてご家族の気持ちを逆なでしてしまう場合は、どうしたらいいのでしょうか。これにはゴールデンルールというのがなく、対処するのは難しい。そういう意味で家族の方の再出発というのは、よくよく考えなければいけないのですが、基本的には、「患者さんの意思を中心にした軸を

とるべき」で、その上でさらに家族の方もそれになるべく沿えるようにする。そのためには、医師やチームが家族の方の意思をうけ入れている姿勢をきちっとみせて、妥協点を地道にさぐっていくことが求められます。

IV 告知をめぐる

<30> 「精神的援助の原理——Caring + Confrontation = Growth」と記しましたが、これは、まず「傾聴や受容や共感という考え方」があることに加えて、「一緒に検討する、吟味する」ということがあってこそ、「成長と自己実現があり得る」ということです。これは、ある心理学者が出した“精神的援助の原理”ですが、以下、がんの告知を具体的な例にとって検討をします。

<31> 「悪い知らせ(情報)というのは、患者さんの将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうものである」。がんということはこのように捉えることがあります。がんに限らず、「悪い知らせ」というものはすべて、例えば仕事一筋にきた人にとってもう仕事ができない、あるいは

ピアニストにとって手が効かなくなる、こういうことはすべて根底から否定的に変えてしまうものですね。しかし、「患者さんの期待と医学的現実」に大きな差があるから“悪い知らせ”なのだ」と捉えることなしに、がんの告知ということ自体を“悪い知らせ”として議論してしまうのは、果たしてどうかということなのです。

医療者の側はよく、その悪さの程度というものをとりあえず患者さんにかなり含ませておいて、患者さんの責任において“悪い知らせ”を処理しなさいという言い方をしますが、これは患者さんにとっては、根底から否定されることと同じだと理解していないといけません。この理解がない医療者は、がんの告知を気軽にやってしまう傾向があります。

＜32＞ そうした「悪い情報を適切に伝えることを妨げる医療側の要因」としては、「苦痛をもたらすことへの恐れ。治療の失敗と捉えられることへの忌避。患者さんの苦痛を共有しなければならぬことへの恐れ。医療者としての無力を悟られたくない気持ち。過剰な反応を恐れる気持ち。それから、医療訴訟に備える。あるいは、お医者さん自身が死を恐怖する」……こういうようなことがあげられます。こういう理由のために、医療側は悪い情報を伝えることをためらうんですね。このこと自体は、別にダメだということではなくて、こういうことが言えるということです。

＜33＞ 「“悪い情報”を適切に伝える」ためによく言われるのは、「医学的事実を伝達しその理解を援助する」、いわゆる事実のみを伝えることですね。その次に、「医学的解釈を伝達しその理解を援助する」。それから、「医学的解釈と個人的解釈との融合を援助する」……しかし、これらをまとめて言い換えると、“悲嘆のプロセス”ということに他なりません。こういう悲嘆のプロセスの他に、「関係（リレーション）の構築」として、「前向きな要因を一緒に抽出する」「支援体制を認識し共有してもらう」ことが欠かせません。こういうことまでを含めて初めて、いわゆる「“悪い

情報”を伝える作業」といえるわけですね。

簡単にいえば、悪い情報というのは、がんということを知ること、再発ということを知ることだけではなく、患者さんの全経過を通して亡くなるまでの間、悪い情報というのが出続けるわけですから、その状態をどのように乗り越えてもらうかということ、関係（リレーション）の構築が可能であり大切だということなのです。

＜34＞ 看護師さんたちが受ける講義の中にある「コーピングモデル」、これは悪い情報に対応するための一つのやり方です。情動中心型、問題中心型、評価中心型の3つがあり、簡単にいえば、爆発してしまう、あるいは何か代償となる処置を求め、それから、何かを評価することで問題がいかに小さいように感じられる、こういう3つのスタイルが伝統的に言われてきているわけですが、これらは必ずしも各々ピュアにそのやり方だけで存在するわけではありません。ただ、主にどのスタイルを自分が取るかはできる限り理解しておかなければいけないし、そのことは、患者さんやご家族がどのようなスタイルでコーピングを行なうのか、その際の解釈ツールになるわけですね。

＜35＞ 「がんに関する不適切なコーピングの予測因子」。これには、「社会的に孤立していたり、精神医学的な既往歴があったり、つい最近の喪失体験があったり」などによるもののほか、「悲観的な人生観をもっていることや、あるいはさまざまな義務感に伴うプレッシャー」などがあげられます。これらはだいたい直感的に理解できる内容ですね。

＜36＞ 「効果的なコーピング行動の目標」としてあげられるのは、まず「自分に価値があるという感覚を維持する」こと。そして、「重要な他者がいる」こと、これはご家族であることが多いのですが、私の場合には特に仕事の場にカウンセラーとの関係というのも非常に大事です。さらに「重要な他者との関係を復活する」、そして「将来の見通しをたてる」……この辺までがうま

<p>＜34＞</p> <p style="text-align: center;">コーピングモデル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 評価中心型 論理的な分析／認知的な再定義／認知的な回避 ● 問題中心型 情報・助言を探す／問題解決の措置をとる／代償となる他の報酬を求める ● 情動中心型 感情の調整／諦めによる受容／情動の解放 	<p>＜36＞</p> <p style="text-align: center;">効果的なコーピング行動の目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 制御可能な限界内に苦悩を保持する ● 自分に価値があるという感覚を維持する ● 重要な他者との関係を復活する ● 身体機能の回復の見込みを高める ● 将来への見通しをたてる <p style="text-align: right;"><small>D.A.Hamburg/E.Adams (1967)より改変</small></p>	<p>＜38＞</p> <p style="text-align: center;">家族の 特定の反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者と同じ反応 ● 家族にだけ見られる反応 <ul style="list-style-type: none"> ● 患者に隠す ● 患者への怒り ● 他の家族への怒り ● 医療従事者への怒り ● 喪失と予期悲嘆 ● 罪悪感 ● 恐怖
<p>＜35＞</p> <p style="text-align: center;">がんに関する 不適切なコーピングの予測因子</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 社会的に孤立（という思い、実際的に） ● 社会経済状態が悪い ● アルコールまたは薬物の乱用 ● 精神医学的な既往歴 ● 最近の喪失体験 ● 対処において柔軟性の欠如と硬さ ● 悲観的な人生観 ● 様々な義務 <p style="text-align: right;"><small>Julia H. Rowland (1989)</small></p>	<p>＜37＞</p> <p style="text-align: center;">患者の 特定の反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 信じられないという気持ち ● ショック ● 否認 ● 置き換え ● 探求 ● 恐怖と不安 ● 怒りと非難 ● 取り引き ● 罪悪感 ● 希望／絶望 ● 抑うつ ● 過度の依存 ● 泣くこと、涙を流すこと ● 何故私か？ ● 脅し ● ユーモア 	<p>＜39＞</p> <p style="text-align: center;">患者の反応を調整する</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者の反応を冷静に評価し記録する ● 患者の反応(ライフスタイル)を批判・世評しない ● 患者の不適応反応を察知する ● 許容基準と照合する ● 解決不能なこと、可能なことを認識する ● 直面化(真実との距離を縮める/second opinion) ● 患者に譲る/冷却期間を置く/感情を表出する

く行なわれると、コーピングがうまくできるということになります。

＜37＞ 悪い情報を伝えられた患者さんはどんな反応を示すのか、「患者さんならではの特定の反応」ということでは、信じられないという気持ち、ショック、否認など、まずこういうような反応を示しますし、ほかに恐怖と不安なども伴います。

例えば、私ども戸田中央病院緩和治療科に来る患者さんは、がんで自分はもう先がないとか、治療の効果が無いということを知ってはいけるけれども、ホスピスには入らない・入ろうとしない・入れないという方が中心ですので、この否認という防衛規制がよく使われます。我われの患者さんの8割ぐらいは程度の差はあれ、何らかの否認、つまり、そんなこと（悪い情報）聞いてないと言われます。

私が最初に遭遇したのもそうした患者さんたちでした。医師がきっちり説明したといっても、その内容をすべてカルテには書けないケースがありますね、そうすると、私が患者さんとの面談をした直後に看護師さんが私のところにきて、「先生、あの患者さんはそんなこと聞いてないと言ってますよ」と、そういう繰り返しでした。こういう否認はよく使われる。このことは、みなさまもよく覚えておいたらいいのではないかと思います。

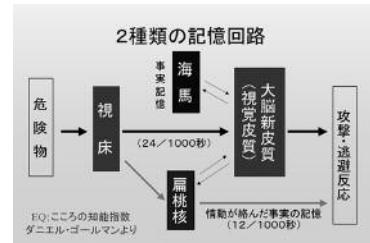
＜38＞ 「ご家族ならではの特定の反応」ということでは、患者さんと同じ反応を見ることもありますし、ご家族だけに見られる反応もあります。患者さんに隠したり、患者さんに怒ったり、他のご家族への怒りを医療従事者にぶつけるなど、これは割合と多いですね。そして、喪失と予期悲嘆、それから恐怖、こういうようなことで、ご家族ならではの非常に多くの反応を示します。

＜39＞ “悪い情報”を伝える際には、「患者さんの反応を調整する」ことになります。その際、特に「患者さんの反応そのものやライフスタイルを批判・批評せず、冷静に評価し記録すること」、こういうようなことが大事です。さらに、「解決不能なことと可能なことを認識して直面化させ、真実との距離を縮めること、そして、患者さんに譲ったり、冷却期間をおいたり、感情を表出してもらう」など、さまざまなやり方があります。

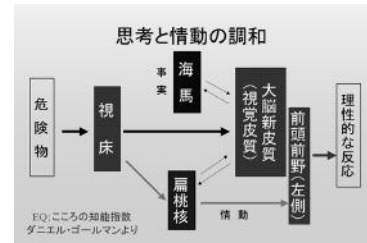
V コミュニケーションの基盤

ここまでお話したのは、あくまで患者さん自身が何とか冷静に自分をコントロールできるとい

<40>



<41>



<42>



う立場にないとできないことなのですが、それには記憶が重要な役割を果たしています。以下、記憶に関して少し触れておきます。

先に示した患者さんやご家族の一定の反応、それらは冷却期間をおいたらだいたい治まります。よく言われるのが、2週間ぐらいの冷却期間です。例えば、がんの告知後なんらかの別のショックを与えると、2週間もするとほとんど、97%の人は告知自体のショックも含めて回復するというデータがあります。現実にも私もそう感じています、ここで、記憶の中における特にパニックのメカニズムについて考えておかなければいけません。

<40> 例えば危険物を見たとき、この視覚情報は脳の視床に入って、さらに約1000分の24秒で大脳新皮質に行き、海馬で過去の事実の記憶と照らし合わされて、その危険あるいは攻撃から逃げろという反応を示す、これが人間の体のなかに起きている記憶のメカニズムの基本です。

ただ、そういう記憶の基本メカニズムだけではとっさの危機にはとても間に合いません。いわゆる回避の行動をとるにはそれだけではうまくいかない、視床に入った視覚情報は約半分の時間の1000分の12秒で扁桃核というところに行きます。扁桃核には、例えばある匂いに敏感に反応した記憶とか、非常に恐怖感のある体験をした記憶などが、その後フラッシュバックの一部つまり記憶断片として残るようになっていきます。泥棒にナイフで脅されたという体験をすると、ナイフの切っ先の閃めきが恐怖感を伴う記憶としてこの扁桃核に残っている。そして、その記憶に合致するような、例えば窓ガラスに反射した光がパッと目に飛び込んだときには、記憶の基本メカニズムよりはるか

に早く、ナイフが閃いたときと同じように逃避行動をとらせるわけです。これがパニックを起こすメカニズムなんですね。

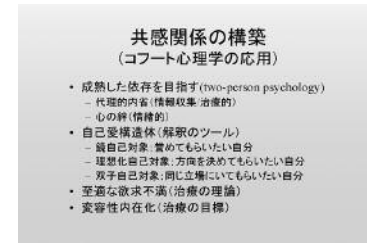
この扁桃核に、重篤な刺激が入ったとき、どのようにパニックをコントロールするか、これも考えておかなければいけないことのひとつです。

<41> 実際には先ほど言ったように、ほとんどコントロールできない情動(エモーション)というスタイルでくるものも、前頭前野、特に左側の前頭前野でコントロールできます。これは、快楽の刺激をここに与え続けて、情報を置き換える方法です。悪いパニックに繋がるようなことを再体験させるのは非常に難しいのですが、それに類似したものをうまく良い体験に置き換えていく。例えば放射線治療で辛い思いをした、あるいは当初皮膚炎でひどかった、そういう人には、その体験をもう一回再現するのではなく、皮膚炎という状況に関して冷静に細分化して、記憶を断片化して取り出しながら患者さんと話し合いをしていくんですね。

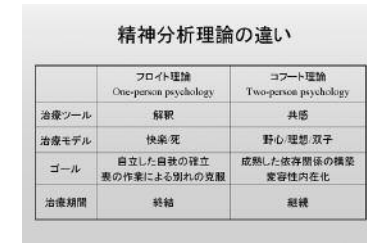
そうすることで、恐怖体験のまとまった部分を全部細分化して、「あの時、お医者さんはこういうことをやっていたんですよ」という作業でワーキングメモリーの書き換えをします。この方法をとることで、扁桃核経由で生じるパニックをブロックできます。

そういう意味で、我われ緩和治療の人間が一番やらなければいけないのは、患者さんが傷ついた嫌な体験を、書き換えていく作業なんですね。ですから我われの治療は、無害性がとても重要な要素です、我われが患者さんと取り引きするときには、「嫌なことかもしれませんが我慢してくだ

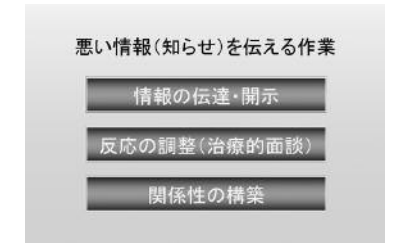
<43>



<44>



<45>



さいね」とあらかじめ断ったうえでやってもらうことも大切です。しかしそれ以上に、患者さんの体に染み付いたとんでもない嫌な記憶を、うまく拭き去れるだけの方向性や作業量を提供しなければならないということです。

非言語的コミュニケーションの要素

<42> そこで大事なのが、「非言語的コミュニケーション要素の重要性」です。コミュニケーションを行なっていく上で、言語的な部分が担当するのは約7%だといわれています。私がいまベラベラ喋っている内容のうち、言葉として実際に皆さん方に伝わるのは7%ぐらい、そんな割合しか働いていないわけですね。それ以外に何が重要かというと、ボディランゲージ、例えば声のイントネーションとか、会話に含まれる声の色、いわゆる言語に付随した準言語とされるもので、非常に大きな声で緊張した声を張り上げているときはその緊張感が伝わるというようなことが、38%ぐらいといわれています。

さらに、言葉以外の表情やしぐさが55%の意味をもつことが重要です。簡単にいえば、患者さんに対応したときに、どんな服装をしているか、どんな表情をしているか、言葉以外のところからくみ取れる情報が約半分もあるのです。そういう意味で、私たちはよく言われるのですが、患者さんが死ぬかもしれないという話をしたり、あるいは「あなたの病気は絶対に治る見込みはなさそうだ」という情報を検討したりするときには、この非言語的コミュニケーションの部分で患者さんを和らげる作業方法をとらなければならない。少なくとも患者さんに対して、対立のポジションをとるの

ではなくて、うまくコミュニケーションをとれるような斜めのポジションをとったり、目線を合わせることだけじゃなく、ときには目線を外すというようなことも含めて、非言語的コミュニケーションのスタイルをいろいろととる努力をすべきなわけです。

この部分ができていると、言葉だけでまじめに患者さんに向き合うよりも、患者さんの情動をうまく支えることができます。

理解ツールとしてのコフト心理学

<43> 私の専門は精神科ではないのであまり自信をもっては言えませんが、少なくとも先ほど言ったように、自分がどんなことをやっているのか、それを理解するためのツールというのは、どうしても必要です。そういうツールとして、私が今いいなと思っているのが、和田秀樹さんという有名な精神科の先生が紹介した「コフト心理学」です。アメリカでは、成熟した依存をめざすTwo-person Psychologyといわれており、心理学のスタンダードとされているそうですが、このツールは緩和医療の、特に日本のような臨床現場では比較的使いやすと思います。例えばちょっと難しいのですが、「代理的内省」という専門用語が出てきますが、これは、患者さんの代わりに、「あなたはどんなメカニズムで動いているんですよ」というようなことを一緒に考えてあげることです。その他にアメリカ的な考え方の中できなり珍しいなと思ったのは、心の傷が、いわゆる情緒的な繋がりの部分でも大事にされるということです。

ただ忘れてはならないのは、コフトさんがや

ったのは、精神科の患者さんのうち“ボーダーライン”（境界性人格障害）の人たちを治療するツールとして開発したものだということです。患者さんがどれぐらいまずいか、あるいは我われがどんな構造をしているかということ、コフォートさんは非常に単純化した3つのモデルで考えています——誉めてもらいたい自分、方向を決めてもらいたい自分、同じ立場にいてもらいたい自分、の3モデルです。

「誉めてもらいたい自分」というのは、これはどんな考え方でもいいのですが、例えば自動車でいえばエネルギー、ガソリンに相当するものですね。「方向を決めてもらいたい自分」というのは、現実にはどのような方向に動いて行くかの“理想化自己対象”といっていますが、いわゆるハンドルの相当するわけです。「同じ立場にいてもらいたい自分」というのは、同乗者、隣の席で一緒にいてくれる人のことです。この3つの自分を概ね意識できていると、患者さんを理解するのに役に立つといわれています。

そして、さらにそういうものを使って、私的な欲求不満、つまり、患者さんに対してすべてを満足してあげなければならないということではなく、また意図的ではないにしても我われがどうしても到達できない患者さんの心理の内奥がある、そういう意味でのオプティマルなフラストレーションが残るものですが、患者さんとの間にどうしても横たわっているようなギャップの問題は、むしろそれを逆手にとってうまく利用し治療的に考えていったらどうでしょうか、という考え方です。その治療目標は、一時不安定な患者さんが、精神科の先生が側にいてくれたり、緩和治療科のドクターが側にいることで、ひとりでは立ち行かなかったのがだんだん変容して、自分の体の中に取り込んでいくということです。

緩和医療のモデルとして、コフォートさんの打ち立てた心理学は、当初導入のときには比較的使いやすいということで、以上ご紹介しました。

〈44〉 精神分析ということになるとどうしても

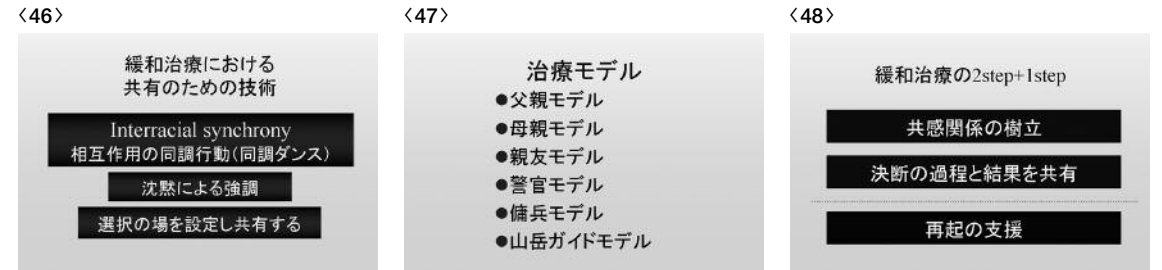
フロイトの名が出てきますが、フロイトさんとコフォートさんの理論がどう違うかを簡単に言えば、フロイト流はOne-person Psychologyで、すべて患者さんの中にいろいろな問題点が存在するということです。患者さんのゴールは自立した自我の確立であり、いわゆるサイコロジストと別れる時にその別れを克服できることで終結して、いろいろな問題が解決できるだろうといわれています。そういうことから、治療のツールは、「あなたはこういうあなたですよ」、例えば「あなたは蛇を見ると、こういうことを願望として持っているんじゃないんですか」という“解釈”です。フロイトさんは快楽や死などをモデルとしてかなり大きく取り上げましたから、快楽というものには性のモデルがよく入ってくるんですね。それが非常に一般受けしたわけです。

しかし最近では、コフォートさんの、比較的成熟した依存関係を構築したりすることでむしろ“共感”を重んじる、そして、関係が終わることなくずっと付き合っていくってあげるという考え方のほうが、アメリカの精神医学の中でも主流になってきていますので、日本の緩和医療の世界でもこういうモデルを使うと比較的やりやすいのではないかと、その理解の一助にと比較紹介しました。

〈45〉 「悪い情報を伝える作業」とは何かをもう一回繰り返しておく、「情報の伝達・開示」「反応の調整（治療的面談）」「関係性の構築」、この3つの作業が重要であるということです。

治療モデルを貫く共感・共有そして再起へ

〈46〉 「緩和治療における共有のための技術」としては、まず「同調行動」があげられます。つまり、患者さんが話しているときはうなずいてあげる、あるいは患者さんと比較的同じような行動をとることでその気分を患者さんとうまく同調させる、などということです。これは比較的容易なことですね。それから、すべて患者さんにうなずくのではなくて、「沈黙による強調」もあり、さらにその後で「選択の場を設定し共有する」など



の形もある。これは、患者さんにまずしゃべってもらって、そのあと相互作用で同調して、どこかの情報を選んで共有し、選択をしてもらうという考え方です。

〈47〉 ここで「治療モデル」という考え方をもう一回取り上げます。私は小児外科でよく“父親モデル”というのを使っていました。特に外科医はよくこのモデルは使います。どのモデルを使うのがいいというのではなく、いくつかのモデルを持っていて使い分けるのもいいですね。“警官モデル”とか“傭兵モデル”というのがありますが、いま私が一番よく使うのが“山岳ガイドモデル”です。

山岳ガイドモデルとは、患者さんに寄り添いながらアドバイスをし、最後までつきあうスタイルです。ただ、対象となるパーティには患者さんだけでなくご家族などみんながいて一緒に引きつれていますし、中には小さい子供がいて、目を離すとよその方に行ってしまうかもしれない。そういうパーティですから、患者さんを優先順位の第一番に考えるものの、様々な問題に遭遇した場合は、臨機応変に対処する必要があります。最終的には、患者さんたち全員を山の麓までうまく降ろす義務がある。そして、目標を立てたのは患者さん自身ですから、我われはすべての責任をかぶるのでなく、もし大きな問題がおきて患者さんが降りられなかったとしても、次の優先順位としてご家族を無事に降ろすことを考える。そのような現実的なお手伝いをするということでもいいのではないかと、そういう考え方です。

私が緩和医療に関わり始めた10年ほど前には、“墜落する飛行機のパイロットのモデル”を使っ

ていました。不時着しなければいけないときがあり、自分が操縦を間違えるとみんな死んでしまう、かなり緊張感が強い気持ちと考えでやっていたのですが、最近は緊張感がだいぶ無くなってきて（笑）、まあ何とかなるということで、今は“山岳ガイドモデル”を使っています。

みなさん方も、自分の性格や相手の患者さんに合わせた治療モデルを意識しておかれるといいでしょう。治療モデルを意識しないままで、非常にサイコロジカルな部分での問題点が生じた場合は、難しさが倍増します。そういうときのために、こうした治療モデルを意識して持っている、問題点の扱いの難易が大きく違ってくるかと考えてください。

また、ふだん白衣を着ているので、その白衣を脱ぐという行為で治療モデルをとりあえず日常生活に変換できるのですが、その切り替えがうまくいかないと、スーパーで買い物をしている最中でも患者さんのことが思い浮かんでしまうことなどは、みなさんもよく経験されると思います。緩和医療という分野では、このような切り替えを要求される頻度が多く、日常生活とのギャップも大きいので、そういう時に何らかの治療モデルというのを使って、自分が意識的にどんな行動をとろうとしているのかを理解し、切り替えのきっかけにすることが大事です。

〈48〉 すなわち「緩和治療は2 step + 1 step」で成り立っています。まず共感関係を樹立し、決断の過程と結果を共有し、そして再起の支援をする。これが治療モデルの理論的な背景になります。

<49>

周囲への攻撃と依存を繰り返した強い否認と退行の症例

40歳、男性
銀行勤務(在宅在住)
同居家族:妻(39歳)、次男(10歳)
大阪に患者の両親、弟(麻酔科医)
奈良に妻の両親と長男(14歳)

<50>

妻初会談(2002/11/01)

妻:まず、眞の痛みをとってもらいたい。
患者は入院は嫌がると思うけど、自分として精神的に耐えられなくなってきた。
主治医に今後の方針を聞いても示してくれない。
年内くらいだろうと言われた。

「もう死ぬんだろう」「何とかしてくれ」
「入院するのなら近くがいい」
「どうして何もしてくれないんだ」

<51>

闘病の経過(1)

1999/12/24 上咽頭癌の診断にて放射線治療開始(60Gy) (T4N0 stage IV) 大学病院耳鼻咽喉科
2000/02~12月 化学療法(CDDP・5FU・37-4)にてCR
2001/2月 右顔面にしびれ感出現
4月 4クール目化学療法入院時に脳MRI検査にて異常認めず
7月 右顔面神経麻痺、右完全失聴
新規化学療法開始も副作用強く中止
家族への告知、治療不能および余命一年以後対症療法のみ施行

<52>

闘病の経過(2)

2002/3/24 右動眼神経麻痺、嚥下運動の機能不全出現
MRIにて局所再発および脳幹部浸潤の診断
2002/5月 治療性肺炎併発 入院約1週間
2002/7月 治療性肺炎併発 入院約1週間
全身栄養管理目的で胃瘻造設術施行
2002/8月 腹水貯留 入院約3週間
2002/10月 左眼視力低下、視野狭窄出現
右肩・背部の疼痛にてモルヒネ製剤開始
唾液減少にて殆ど経口摂取が不能となる。

<54>

入院初日面談(2002/11/13)

1. 右耳出血に対する耳鼻咽喉科受診・処置
2. 頭部CT/血液検査/XPにて緊急評価
3. 看護カウンセラーの紹介と導入(妻)
4. プライマリナーズの導入(患者)

入院してもらってホッとしている。
自分をサポートしてくれるのは実家の両親(奈良)
子どもはどう伝えていけばよいのだろう。
患者と一緒に奈良に戻って生活できれば。

<56>

上咽頭癌に関する基礎知識

- ・5年生存成績:全体で35-50%
I期:80-90%、II期:60-80%、III期:40-60%、IV期:20-40%
- ・T4:頭蓋浸潤、脳神経浸潤、側頭下窩浸潤、下咽頭浸潤、眼窩浸潤
- ・臓器転移:20%程度(骨、肺、肝の順)予後決定因子
- ・標準治療戦略
- 局所制御:根治的放射線治療+追加照射
- 遠隔転移抑制:化学療法併用放射線治療

VI 緩和治療の症例

以下、実際の患者さんの例をあげてお話しします。

<49> 「周囲への攻撃と依存を繰り返した強い否認と退行の症例」。これはつい最近、私どものチームが下手をすると崩壊するかもしれないという危機に瀕した、40歳の男性患者さんです。優秀な銀行マンで、ニューヨークにも2年ほど行っていた方です。39歳の奥様と次男とは社宅住まい、大阪に患者さんのご両親と麻酔科医の弟がいて、奈良に妻の両親と長男がいます。この長男は進学のために妻の両親宅にやっているということです。非常にインテリクチュアルな患者さんであることがわかります。

<50> まず奥様が我われの外來に来られて、「困っている。主人(患者)が肩がとても痛いと言っている。入院を嫌がると思うけれども、自分としてはもう耐えられなくなっている。主治医に今後の方針を聞いても示してくれない。年内くらいだろうと言われた」と。患者さん自身は何と言っているかと聞くと、「もう死ぬんだろう。何とかしてくれ。入院するのなら近くがいい。どうして何もしてくれないんだ」と、非常に混迷の強い状態を示していました。

<51> もう少し詳細に伺ってみると、まず2年ほど前の1999年12月24日に、上咽頭がんの診断で都内の私立大学病院で放射線治療を60グレイ開始

しました。その後、翌年2月から12月にかけて化学療法の比較的良い療法をしっかりとやってCR、完全に消失したと言われたのですね。ところが、その後すぐの2001年2月に右顔面にしびれ感が出現し、さらに化学療法をやって、その最後の入院時に脳MRIを撮ったら異常を認めなかった。しかし7月、右顔面の神経麻痺が出現し、右完全失聴。新規化学療法を開始したものの副作用が強いため中止して、患者さんとご家族への告知「治療不能、予後1年」がなされました。以後、対症療法のみ施行となりました。

この時点で、患者さんは非常に動揺していたということもあって、その後2002年7月に私の外來に来るまで、患者さんと主治医とのしっかりした面談というのはどうも無かったようです。外來では顔を合わせていたとのことですが。

<52> その間の2002年3月には、動眼神経麻痺、嚥下運動の機能不全が出現し、MRIで初めて局所再発による脳幹部浸潤の診断を受けました。5月に誤嚥性肺炎を併発して入院を2回繰り返し、この時点で胃瘻造設を施行しました。この時点でも、患者さんと主治医とのしっかりした方向性に関する話し合いは無かったとのこと。そして腹水が溜まったので、入院を3週間してこれを抜きました。さらにその後、左視力が低下、視野狭窄が出現し、そして右肩・背部の疼痛でモルヒネ製剤を開始。唾液減少で経口摂取がほとんど不能になるというこの時点でも、主治医から何のアクションも無かった。奥さんと一緒に通院が2週間に1回で、痛み止めをちょっと処方するという程度でした。

<53> 奥様の依頼があったので、私どものとこ

ろへはちょっと遠いのですが、2002年11月12日に患者さんに来ていただくことにしました。前医からの紹介状も無く、画像もまったく無いのですから、まず「頭蓋内病変の評価をしないと何もできません」と断って頭部CTとMRIを撮り、それから「全身病態も総合的に評価しましょう、そして患者さんとご家族へのサポートシステムを構築すべきですよ」と伝えました。そして、「緩和的治療の可能性」も検討しました。

スライド50でも強調したように、この時点でも患者さん自身はまだまだ治りたいという希望を強く持っています。しかし、前の病院では何も言われていないんですね。それを、いくら奥さんから頼まれたといっても、外來にきていただいて私どもがいきなり「あなたはもうダメです、大学病院でもそういうふうに言っているはずですよ」という言い方をしてしまったら、我われとの縁が切れてしまいます。患者さんは「残っている機能をこれ以上失いたくない。放射線治療の余地は残っていないと言われた。僕はもう助からないんですね。検査はやってもらいたい。個人的には家族のためにもう少し生きなきゃ」と、混迷を起こしているのですが、何とか理性的にいろいろな発言をされました。

それで、「外來でされますか、それとも入院さ

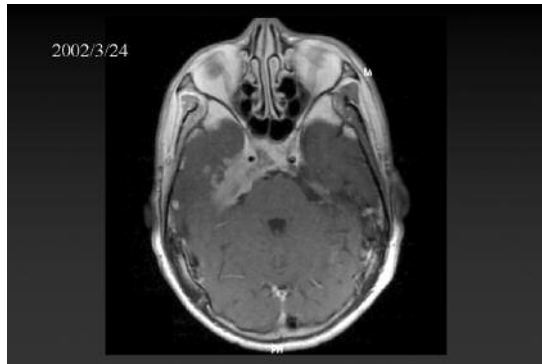
れますか? そういう強い症状があれば入院することはできますよ」とご本人にお伺いして、むしろ、いろいろな方法を組み合わせる緩和的な治療をできる可能性があるという希望を、少しお伝えしました。ただ、「もう一度の検査をしないとイケないのですが」と伝えましたら、患者さんは「入院する」と言いました。

<54> 右耳からの出血がありましたが、これは耳鼻科に相談したら、あまり大きな問題ではない、単なる炎症だとわかりました。そして、頭部CT、血液検査、レントゲン写真にての緊急評価をして、奥様のために看護カウンセラーをすぐ導入したところ、「お若いのに、患者さんの混迷度合いが非常に強いので、奥様も疲弊している」との指摘があり、当然、患者さんへはプライマリナーズもすぐに導入しました。

奥様は、「入院してもらってホッとしている。自分をサポートしてくれるのは奈良の実家の両親。子供にどう伝えていけばいいんだろう。患者と一緒に奈良に戻って生活できれば」というふうに、奥様もこの時点ではもう少し長いスパンでの療養を考えています。

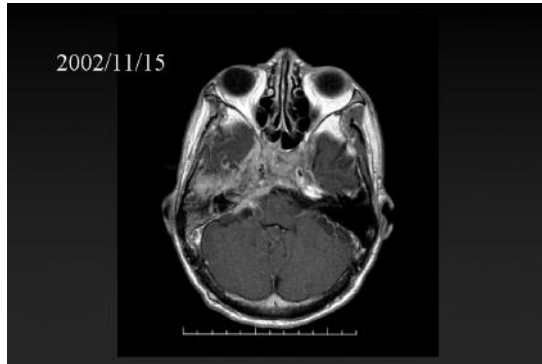
<55> 入院3日目に、「いま一番つらいことは何ですか」と訊ねました。「体が熱い。眠れない。口の中の渇き。死のこと。いま言っても仕方がな

<58>



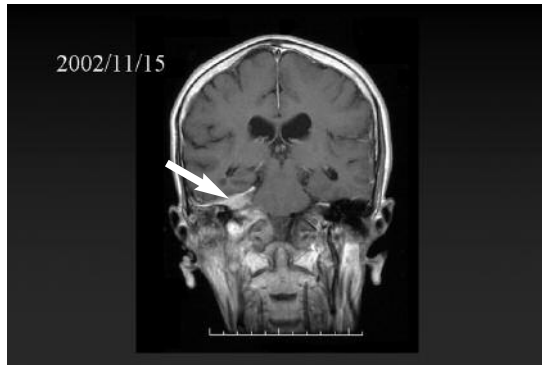
療をやりませんか」と会話の後半に放射線治療の選択を迫ってみるのですが、その時には「怖いからいやだ」ということで、必ずこういう両面の心理を同時に表出されました。

<59>



<56> 上咽頭がんの基本情報をここに記しましたが、私は専門家ではありませんので、ふつうこういう時には、セカンドオピニオンで咽頭がんの専門家に診てもらおう方法をとります。とくにこのケースでは、患者さんの状況が良くないので、私の同級生の国立がんセンター耳鼻咽喉科の部長に相談しました。画像を全部送って見てもらったところ、「標準治療戦略はすべて終わっている。たしかに今はあまり上手いことはできないだろう」ということでした。「もう何もやることはないという状態なのか」と聞いたら、うーんと言ったまま、がんセンターの私の同級生は沈黙してしまっただけです。それなら、次は緩和的治療の出番、ということでした。

<60>



<57> 最初の緩和的治療として、定位放射線照射法（SRT：ステレオタクティック・ラジオ・サージェリー）をまず検討しました。これまでは全脳照射をやっているわけではなく、上咽頭を中心とした根治的治療を60グレイ受けているだけです。脳MRIの所見によると、浸潤は視交差のあたりまで及んでいるのですが、まだ局限している印象です。つまり、視力は犠牲になるかもしれないが、腫瘍縮小を得る方法としてSRTがいいのではないかと考えました。

い。明日は地獄のふたが開くかもしれない」。この患者さんは常にこういうスタイルで、自分はこれから悪くなるんだろうという予測と、そうなりたくない気持ちと、必ずこの2つを出しました。

「その検査を受けてみようと思えたことは、すごいことなんですよ」と支持的な方法をとったのですが、患者さんは、「あなたがそういう言い方をすると、まるで僕の死を待っているみたいだ」というふうにすぐ反論され、「じゃあ、一緒に治

その他に、選択的動注化学療法や、今まで試していない新規の抗がん剤による治療、あるいは分子標的治療薬として有名なイレッサ®などが考えられましたが、それらの多くは現在まだ治験中ですから、私どもの病院ではできず、それを望まれた場合には、がんセンターに行ってもらおうしかありません。それから、ハイパーサーミア（局所温熱療法）を考慮しましたが、これも現実には無理だと判断です。たしか岡山大学脳外科の先生が、RFの脳腫瘍に対して針を刺して行なうハイパーサーミアを実施されていますが、この患者さんに

は適応が無いと考えました。ただ、患者さんが望む場合にはこれも選択肢に含められるということで、提示しました。

<58> 2002年3月24日に撮られた脳MRI画像です。眼球からくる視交差の部分まで浸潤が及んでいるのがわかります。

<59> これが私どもで11月15日に撮った脳MRI画像です。かなり広く浸潤していて、当初この視交差は正直言って、SRTをやっても救えない可能性が非常に高いと判断していました。ただ、脳の浮腫はあまり強くないのですね。

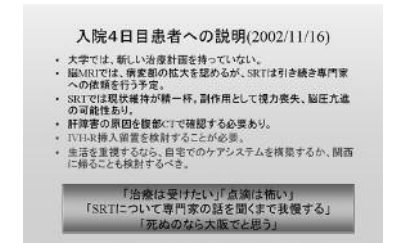
<60> 断面で見ると、ここ〔矢印〕の部分がそうですが、脳の他の部分はまだまだかなり救われているのです。この患者さんの脳は、視交差の部分にまで浸潤が来ているのに、奇跡的にまだ脳浮腫が起きていないことにより、何とかもう少し生命維持ができる可能性があるということです。

<61> この時点で患者さんに、「大学病院では新しい治療計画を持っていませんよ」と私は明言しました。入院してまだ1週間ぐらいの時ですが、どうしてかという、この大学病院の耳鼻科の先生宛てに過去の照射線量の問い合わせをしたのに、返事がなかったからです。これは、少なくともその時点で、先方はこの患者さんには新しい治療計画を持っていない、というふうに判断したわけですね。それなら、そことの関係を一回絶っておかないと、逆に患者さんを困らせることになる。もし私どものところで悪いことになったら、前の大学病院に戻してもらえないかもしれないと患者さんが思ったりすることもあり得るからです。患者さんには可哀想ですけど、我われが全責任をとるということをしっかり明示する意味もあって、以下のようなことを伝えました。

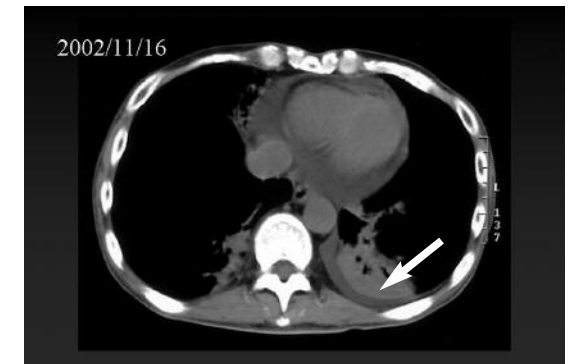
「脳MRIでは、病変部が拡大はしているけれども、専門家に見れば何と言うか分からない。おそらく現状維持が精一杯で、副作用として視力喪失、脳圧亢進の可能性があります」。

それから、「肝障害の原因を腹部CTで確認する必要があります」。これは後で示しますが、こ

<61>



<62>



<63>



の時点で実は肝転移が分かっていた。患者さんがこれらの情報を一度に全部受けるのは無理だと考えたので、肝障害の原因についてはこの時点では具体的には伝えていません。

そして、IVHリザーバー挿入をお奨めしました。胃瘻だけだと薬剤投与が不自由なこと、またこの患者さんは在宅ケアを求めていますので、それだけの気力が残っているかどうかをよく考えてから、それならIVHリザーバーがいいだろうというわけです。

さらに、「自宅でのケアシステムを構築するか、あるいは関西の実家に帰ることも検討しましよ

う」とお話ししたところ、「治療は受けない。点滴は怖い。SRTについては専門家の話を聞くまで我慢する。死ぬなら大阪でと思う」と、この段階でもやはりまだ十分には決断できていません。

なお、この案は結果的に患者さんは拒否されたのですが、どちらとも決めかねる状態が最後まで患者さんとご家族の中でずっと続いて、決められなかった。決めたのは唯一、SRTを受けないという点だけでした。そういうことで、私どもとしても非常に辛かったのです。

<62> この時点で心臓の周りに心臓液が溜まっていた。ここ〔矢印〕に、腫瘍遺影があって胸水が溜まっているので、がん性胸水の可能性があること、さらにがん性心膜炎の可能性もあること、ただこの時点ではエコーを撮らなかったのははっきりとはわかりませんが、それらによって「タンポナーゼを起こすこともあり、これはかなり急激に生命の危険にまで発展する可能性があります」と奥様には伝えました。

<63> この後、「この影〔矢印〕もおそらく肝転移でしょう」と伝えました。奥様に伝えた後には本人にも伝えましたが、心臓についてはお伝えしませんでした。その理由は、私どもが伝ええないようにと言ったのではなく、奥様が「心臓に関しては、あまりにも予後が短い可能性があるので、伝えると生きていけなくなる」ということだったからです。結局、このことを除いては全部伝えました。

<64> 奥様と面談した時の話です。「大学の主治医から治療法はもう無いと言われた約1年3カ月前に、私自身も諦めてしまっていたのだろう。あの時は、諦めを悟られないようにするのが精一杯だった」「ある程度の覚悟は持ってもらったほうがいだろうと思ったが、どうしたらいいかわからなかった」「患者は大阪の実家に帰りたいと言っているが、無理だろうとも言っている」「私は大宮の自宅で何とかやっていけないかなと思うようになった」などと話されまして、患者さんが入院する前まではアップアップ状態だったのが、

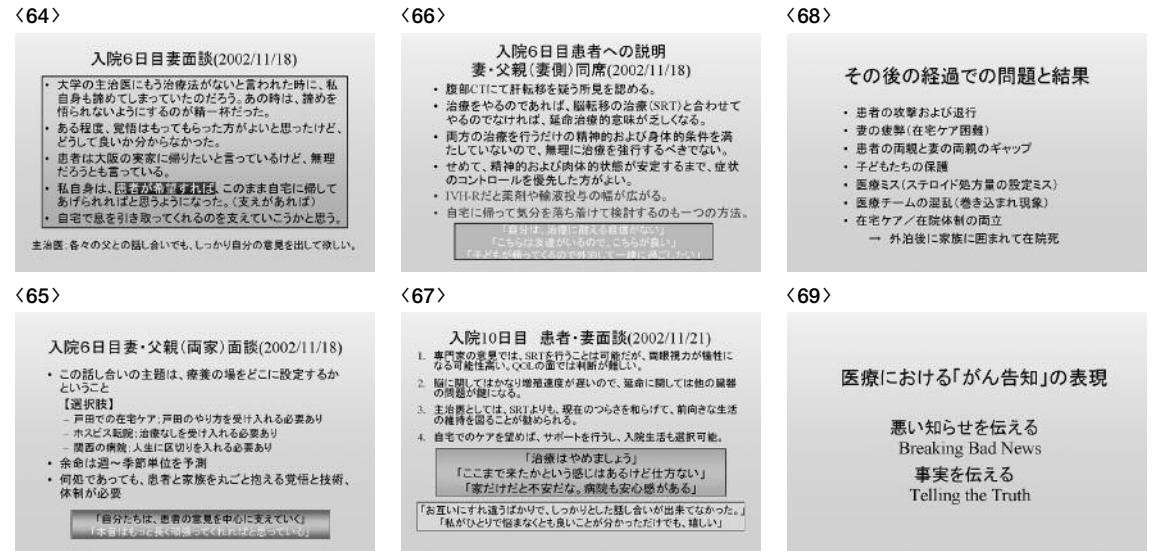
少し意見が変わってきました。コミュニケーションをとることで、私どものところでやっていけば何とかなるのではないかと考えていただけたのだと考えられます。

<65> さらに、両家のご両親に関西から来ていただいております。

「療養の場をどこに設定するか、選択肢はいろいろあります。まず戸田でやる場合は、戸田のやり方を受け入れる必要があります。つまり、患者さんにある程度いろいろな問題に直面してもらい、患者さん自身に判断してもらうことになります。そうしないと、後で大きな問題が残るからです。そのために、患者さんとのコミュニケーションを大事にするので、嫌なことも受け入れ具合をみながら伝えていくことが基本姿勢になります」。また、「ホスピス転院を選択することは、治療しないという条件を受け入れる必要があります」。さらに、「関西の病院に行く選択肢もありますが、その場合は、少なくとももう人生上の選択は終わりだなあとということも受け入れていただくことが必要になる可能性があります。どういうふうに考えましょうか……」

「予後については、心臓のほうに問題もありますので、週単位から季節単位を予測しています。また、どこに行くことを選択されても、患者さんとご家族をまるごと抱える覚悟と技術と体制が必要です——こういうふうにお話ししたところ、「自分たちは、患者の意見を中心に支えていく。本音は、もっと長く頑張ってくれば……」と患者さんのお父さんがおっしゃったのですが、患者さんを外した会議で、戸田の病院でやっていくことが決まりました。この後で全員を病室に案内して、患者さんの前で、これと全く同じことではないのですが、意見を聞きました。患者さんは「ここでいい。ここでないと怖い。まだ関西に帰りたいし、ホスピスも嫌だ」と言いました。

<66> 患者さんへは次のように説明しました。「肝転移を疑う所見を認める。治療については、脳転移の治療と合わせてやるのであれば、延命



治療的には意味が乏しい。症状のコントロールを優先したほうがよい。IVHリザーバーをすれば薬剤や輸液投与の幅が広がる。自宅に帰って落ちていて検討してみてもいいですよ」。その結果、患者さん自身が判断されて、戸田での生活が始まりました。

これはまだ導入部分でしかないのですが、情報に基づきながら患者さんにこまめにいろいろな問題やテーマを提供していくというやり方の例です。<67> SRTを行なうことに関しては、「専門家も、両眼視力がおそらく犠牲になると言っている。延命に関しては、脳よりも他の臓器の問題が大きい。SRTをするよりも、前向きな生活の維持を図ることを、主治医としてはお勧めしたい」と話しました。そうしたら、患者さん自身は「治療はやめるが、家だけだと不安だ。病院も安心感がある」とおっしゃる。一方ご家族のほうは、「お互いにすれ違えばかりで、しっかりした話し合いが持てなかった。ただ、私がひとりで悩まなくてもよいことが分かっただけでも、うれしい」——以上が治療の導入部です。

<68> 最終的には、この患者さんは2003年1月に一度在宅に行かれた後に病院でお亡くなりになりました。それを何とかまとめるとうなるというわ

けです。つまり、患者さんはその後つねに、かなり幼児的に攻撃と否認を繰り返しました。特に一番矢面に立たされたのは看護師さんたちです。準夜勤の看護師さんは約2時間もつかまって、「自分は一体どうなるんだろう。君は僕が死ぬことをどういうふうに捉えているんだ」などと話しかけられ病室から出してもらえないことが度々ありました。

プライマリー担当者だけでなくケアチーム全員がかなり辛い思いをし、医療チームが混乱して、一時的には看護師さんたちが奥様へ攻撃感情を持ちました。「これほど患者さんが帰りたいと言っているのに」というわけです。実際、患者さんは毎日のように「帰りたい」と言っているのに対し、奥様は「もう在宅ケアはせいぜい外泊ぐらいしかできません。私を支えてくれるのは誰もいない」と悲鳴を上げているんですね。それなのに、一部の看護師さんたちは奥様に対してやりきれない感情を持つようになりました。

それで私も、自分たちはいったい何をやっているんだろうと自信が無くなってきました。医療チームの混乱に対して私は、少なくとも自分で何も決められない患者さんをチーム内での議論で動かすのはよくないとして、奥様とチームの調整を図ることを心がけました。

ただその段階で、医療ミスがありました。ステロイド処方量の設定ミスです。デカドロン® 8mgがずっと処方されていたのですが、脳浮腫への対応と患者さんに元気を出してもらうために、16mgに設定したのです。パルス療法とっていかどうか分かりませんが、16mgに引き上げてから段階的に落とすという管理を始めたのですが、ドクターの入力ミスで16mgが1.6mgになっていました。患者さんには当然、16mgという数字をお伝えしていましたので、1週間たった時点でも治療効果が今一歩だなあとということでドクター側で見直したところ、この設定ミスが分かり、患者さんにもお伝えしました。これで患者さんがかなり不信感を持たれた、そういうことも大きく影響したと思います。

また、次に奥様が疲弊したことで、患者さんのご両親と奥様のご両親がそれぞれ自分の子供可愛さに対立的感情を表出されました。特に患者さんのお父さんが、奥様が悲鳴を上げている時に、「君はそれで息子の妻と呼べるのか。大事な時こそ頑張るのが妻だろう」ということを言ってしまったんです。そういうことの調整も、辛いことでした。

そこで、在宅ケアと在院体制を両立させるという方法をとりました。個室に移っていただいて、個室を自宅と同じ環境に整えながら、できるだけ外泊を繰り返す。本来なら外泊は、私どもの病院では訪問看護の適用にならないのですが、院内の訪問看護チームに頼んで何とかやりくりしました。

そして、外泊後に、ご家族に囲まれて在院死されました。最終的には、患者さんのご両親と奥様のご両親と子供たちの全員から、「この病院で幸せだった」と言っていました。

ただ、問題を先送りしたのは、子供たちへの保護です。14歳の男の子は病気のことは明らかに分かっていたのですが、7歳の子は分かっています。私たちが子供たちを保護するために使った理論とか理屈というのは、「お母さんが自信を持って闘病生活を終わることができれば、

子供たちを守ることはできません。ですから、奥様を守らせてください」という言い方でした。現実にはこの部分が、旦那さんである患者さんのご両親からかなりの反発を招いたわけですが、最後は全員一致でやってもらえるようになりました。

以上この患者さんには、医療チームがかなり巻き込まれて混乱した、このことが私に強烈な印象を残しています。

VII Relation Oriented Medicine

<69> 「がん告知」という言葉が使われなくなり、「悪い知らせを伝える」「事実を伝える」という言い方に変わっていることは先ほど言いましたが、ここで、一般的に言われる「がん告知」というものの問題点を簡単に触れておきます。

<70> この種の問題を考える時には、東アジア文化圏と西欧文化圏はどうしても違うということを認識しておかなければならないといわれます。つまり、集団を対象にして考えればいい場合と、個人がバラバラで存在している場合と、両方あるんですね。東アジア文化圏では、どちらかと言えば集団の内容では同調する、集団の中では「同調」というコミュニケーションのスタイルがとられるのに対し、西欧文化圏では「競争」というスタイルを使います。東アジア文化圏は「集団の保存」が目標で、「個人の保存」を目標としている西洋型とだいぶ違います。

ただ、この東アジア文化圏が、日本の場合は核家族化というバラバラに移行しつつあり、この中間で非常にまずいことになっている——クラシクな分類からするとそういうことです。そして、範囲外の対応で理解できる場合、融和して、集団がどんどん大きくなります。理解できないものは無視して、存在しないものと考えて先送りになります。もし集団内でコミュニケーション不在が起



きると、権威が暴走してとんでもないことになることも多いようです。一方、西欧文化圏ではコミュニケーション不全が起きると、集団内の混乱が起き、まったくだめになってしまう、これは今のアメリカの状況ですね。

このように、2つの文化圏では対処の仕方が違うということを、知っておかないといけないでしょう。

<71> さて、アメリカでがん告知が普及したのには、いろいろな理由があります。私はスローンケタリングにいたときにそのことについて同僚の先生たちとディスカッションしたのですが、一口で言えば、「お医者さんや医療システムに対する信頼が喪失した結果だ」ということです。

アメリカの病院で思わず笑ってしまいかねないのは、入院時の説明に使う部屋に貼ってある“患者憲章”です。州によって多少異なりますが、州の取り決めで患者憲章がいつでもどこからでも患者さんに見えるように掲示していないと、医療上の書類にサインしてもらっても無効とまで言われているわけです。

このように、信頼の喪失を防ぐためにアメリカではがん告知にもルールを設けているわけですね。じゃあ、日本はどうしていけばいいのでしょうか。

<72> ここから、コミュニケーションの本題に

入ります。まず「患者さんと医療者の距離」についてですが、患者さんが自分を守るという距離と、患者さんが自分を表出する距離は違うんですね。自分を守る距離のほうが一般的に比較的少なく、文化などによっても違いますが、だいたい50cm前後といわれています。そして、自分を表出できる距離というのはだいたい1m内外。日本人の場合は1mよりちょっと短いといわれています。さらに大事なことは、「ご家族と患者さんとの距離に気づくこと」です。こういうように、まず相手との距離を測定する考え方を持たないと、コミュニケーションは成り立たないわけです。

<73> 「対人関係構築の基盤」というのは、「情動の自己管理能力」と「共感能力」のことです。すなわち、自分がどの程度情動に動かされるのか、今動かされている最中なのか、そういうことを管理していく能力と、患者さんと共感していく能力、こういうことが対人関係構築の基盤になります。

<74> Relation Oriented Medicineとは、以上のような要因を総合的にまとめた概念といえるでしょう。

医療従事者への配慮

<75> さて、看護師さんが病院を辞める理由に

<p><76></p> <p>人間関係の調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ●適切な距離を保つ (自分を出せる/自分を守る) ●多くの方向性を維持する (多様な価値基準に接する) ●責任の範囲を確認しておく ●逃げ込む先を準備しておく ●自分の限界を認識する ●気分転換を定期的に行う 	<p><77></p> <p>医療従事者の反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ●逆転移 ●身を引くこと ●後退すること ●怒り ●罪悪感 ●拒絶すること ●誰かに救いを求めること (限界を認識する) 	<p><78></p> <p>バーンアウトシンドローム (燃え尽き症候群)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理想や使命感に燃えて他人を援助する過程にあるものが、正当に評価されることなく、いたずらに身体的・精神的エネルギーを消耗する状況の中で、抑うつ、自己卑下、自己嫌悪等の極度に心身を疲弊させ、感情の枯渇に陥った身体的・情緒的消耗状態 ・医師の16%、看護師の31.7%にみられたと報告 (Herbert J. Freudenberger)
---	---	---

ついて、JAMICジャーナル〔日本医療情報サービスセンター刊〕の記事を見ますと、「勤務体制・勤務条件が合わない。やりがいの喪失。人間関係に疲弊」などがあげられ、その結果、一カ所に平均2.5年しか在職していない。ホスピスの場合もだいたい同じです。これは、病院側の責任や厚生省の責任もあると思いますが、どちらかと言えば、かなりエモーショナルな理由の問題といえます。

<76> そこで、医療現場のかなりストレスフルな人間関係を調整していく必要があります。「人間関係を調整する」とは、「適切な距離を保つ。多くの方向性を維持する。責任の範囲を確認しておく。逃げ込む先を準備しておく。自分の限界を認識する。気分転換を定期的に行なう」……このような措置を講じることです。以下これから、緩和医療を行なうシステムに添って、具体的に触れていきます。

<77> まず「医療従事者の反応」についてみておきます。医療従事者のエモーショナルな問題は、「怒り、罪悪感、誰かに救いを求めること」などの形で反応し表出されることが一番多いのですが、「逆転移」というものもあります。これは精神科の用語で、簡単にいえば、患者さんが我われ医療者にまるで父親のような感情を持ったたりするのを“転移”といい、“逆転位”というのは、我われ治療を行なう側が患者さんに恋人のような感情を持ったたり、娘のような感情を持ったたりすることをいいます。

実は、この逆転位と紙一重のところにあるのが、“共感”という作業なのです。このため、共感を逆転位の一部と位置づける精神科の先生もいます。逆転位というエツと思う方も多いでしょうが、

共感という良いようにと思われるのではないのでしょうか。実は似たような概念なんですね。

<78> 次に、心のエネルギーが消費され枯渇してしまう「バーンアウトシンドローム (燃え尽き症候群)」についてです。身体的・精神的エネルギーを消耗する状況の中で、自分を卑下してしまうなど感情を枯渇させてしまう、こういう状態のことを定義しているわけです。医師の16%、看護師の31.7%に見られたとの報告があります。これは精神医学の正式な用語ではないのですが、一般的にはもうほとんど市民権を得ている言葉です。

<79> バーンアウトすると、「心が閉じこもってしまう過程」に陥ります。心の疲労・ストレス、抑うつ傾向、自己注視という形でどんどん深まっていく。自分をもう一回見てみるわけですね。その段階でうまくきっかけがあると回復して、他者との交流があるわけですが、その前でもう一段入ってしまうと、自己没入あるいは自己概念の否定になる。そうすると軽症うつ病となり、コミュニケーションの断絶を起こすわけです。こうならないように、プロセスをうまく組み合わせないといけない。「ここから逃げる」こういう概念が必要なわけです。

<80> 「バーンアウトを引き起こしやすい性格」というものもあります。「繊細で共感的な感覚が鋭い。高い理想を持ち、完全達成を目標とする。神経質、不安定、強迫的、内向的な性格。他人の評価を気にしやすい」などです。もちろん、医療現場には繊細で共感的な感覚の鋭い人はたくさんいるわけです。特に看護師さんたちには、非常に感性の豊かな方がいらっしゃるのですが、そういう方が緩和医療を志望されると、特にホスピスとい

<p><79></p> <p>心が閉じこもってしまう過程</p>	<p><81></p> <p>サポートネットワーク (斎藤、1988による)</p> <p>手段的サポートネットワーク ● 経済的に困っているときに援助してくれる ● 身の回りの世話をしてくれる ● 仕事の援助をしてくれる ● 分からないことを助言してくれる ● 仕事の代わりをしてくれる</p> <p>情緒的サポートネットワーク ● 会うと心が落ちる人 ● 気持ちが悪くなる人 ● 気持ちを敏感に察してくれる人 ● 目頃から評価してくれる人 ● 傷つけてくれる人</p>	<p><83></p> <p>立場によって守るものが違う</p>
<p><80></p> <p>バーンアウトを引き起こしやすい性格</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 繊細で共感的な感覚が鋭い ・ 高い理想を持ち、完全達成を目標とする ・ 神経質、不安定、強迫的、内向的な性格、 ・ 他人の評価を気にしやすい <p>バーンアウトの予防策</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. サポートシステムの確立 2. 評価基準の変更 	<p><82></p> <p>緩和治療を支える4つのチーム</p> <p>(M. Richards)</p>	<p><84></p> <p>衝突の回避</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 共有範囲の調整 2. 姿勢の調整 3. 解釈方法・価値基準の調整

う閉ざされた環境は性格に悪影響を及ぼすことがあるのです。ひとつの凝り固まった緩和医療概念でやれば、患者さんが犠牲になりますし、自身がバーンアウトすることも問題ですが、しないで続けられることも問題なのです。

緩和医療のシステムが広がらない最大の要因は、こういう心の問題点を解消できるだけのセーフティネットすなわちサポートネットワークが無いところにあるといえます。

サポートネットワーク

<81> サポートネットワークは一般にこの図のような形で考えられています。

<82> 一般病院の中で、緩和治療は図のような4つのチームで支えられるとされています。戸田中央総合病院で私が担当している緩和治療科は、治療的介入グループに入る位置づけです。私の緩和治療科にはいま外科から後輩が2人来ており、全部で3人のドクターのグループを作っています。そして緩和ケア的介入グループには、私とほぼ同年齢でホスピスでの経験年数がかなりある医師が2人います。

在宅ケアグループは、淀川キリスト教病院の病棟にいた看護師さんに整備してもらい、24時間オンコール体制の在宅ケアプログラムを持っていま

す。また、退院した患者さんだけでなく外泊患者さんにも、訪問看護に行ける体制を整えています。ただ、これは経済的には病院側に黙認してもらっているからできることです。

さて、一番大事なのはここ「看護カウンセリングコミュニケーション」チームです。看護師出身で心理学の博士コースを終えた非常に優秀な方が常勤でひとり、それからパートでひとり、2人の看護カウンセラーがいます。看護カウンセリングという名称のとおり、看護師さんたちのカウンセリングはもちろんなのですが、私を含む医療者全員のカウンセリングもやってくれます。さらに、患者さんにも入ります。そういうことで、この看護カウンセラーの比重はとても大きいのです。

看護さんたちはチームでやっているの、ある患者さんには有限の責任ということで切り取れます。ドクターは24時間対応ですが、自分の患者さん以外には責任を持たなくてすむ。そういうことで看護師も医師も何とかストレスが充進しないようにはなっているのですが、この看護カウンセラーというのは、医療業務をやっているわけではないにもかかわらず患者さんには24時間対応なのです。しかし、他のスタッフと共有することができないという問題点があるので、カウンセラーは例外を除いて午前9時から午後5時までしか病

院の中にはいけないというルールを作りました。そうしないと、カウンセラーが暴発してしまうんですね。そのカウンセラーを面倒みってくれるスーパーバイザーの存在も準備しています。こういう“スーパービジョン”をしないと、カウンセラーもバーンアウトしてしまうことがあります。

対話のポイント

〈83〉 「立場によってそれぞれ守るものが違う」ということをお互いが意識することも大切です。例えば、ご家族も含めて患者さん個人々の価値観や生活を守るのは、看護師さんです。医師は、医学的な妥当性について守ることが多いといえます。薬剤師は“社会的認証”を守ります。

薬剤師については、先ほどの4つのチームには書き入れていませんでしたが、臨床薬剤師制度というのがあってカウンセリングのシステムがあり、現場には必ず薬剤師が1名入ることになっています。それで、“社会的認証”とは何かというと、EBMの概念に含まれ、どの程度まずいことをやっているのか、どの程度社会的に許されることをやっているのかという証拠を出すことであり、薬剤師がそれを担ってくれます。

このように、チーム員はそれぞれ守ることが違います。

〈84〉 それぞれ守ることが違うために、現場には衝突が生じます。そうした「衝突を回避する」ためには、「共有範囲を調整したり、姿勢を調整したり、解釈方法や価値基準を調整すること」などが欠かせません。私は緩和治療科のヘッドとして、カウンセラーと一緒にこの衝突の回避という作業の責任も担っています。

〈85〉 立場の違いによる衝突の回避策として、「医療チームにおける医師との“対話”のポイント」をあげておきます。まず「医学的な内容に関する議論とその他のものを区別する。医師の基本姿勢について否定しない」ことがあげられます。これはなかなか難しいことで、例えば「ある患者さんの痛みをうまくやってくれない、この患者さ

〈85〉

医療チームと医師との“対話”のポイント

- 医学的な内容に関する議論とそれを区別する。
- 医師の基本姿勢について批判しない。
- 患者の利益と不利益について、新しい視点や考え方について一緒に考える。
- 患者からの訴えに直面してもらう。
- 支持的・受容的態度で接する。

んについてちゃんとやってくれない」という医師に対する批判は分かるのですが、「先生はいつもそうです」と言われると、そのお医者さんは非常に傷ついてしまう。看護師さんにも同じことがいえませんが、とくに医師は責められる立場にたつことが多いので、医師の基本姿勢について否定しないというのは重要なルールです。ただし、意見はどんどん言うというのが基盤にあってのことだとも理解してください。

その他のポイントとして、「患者さんの利益と不利益について、新しい視点や考え方についても一回考え直す、あるいは一緒に考える。患者さんの訴えがあれば医師にも直面してもらう。支持的・受容的態度で接する」……このように、医療チームと医師との対話の在り方は、衝突回避のポイントとしてかなり重要なテーマです。

〈86〉 「衝突回避の対話のポイントとして、医師が理解しておくべきこと」は、まず「セカンドオピニオンに耐えられる医療を行なう」ことです。少なくとも標準的医療や多数意見、EBMとの乖離を認識しないままやっていると、現代の医療とはいえません。ただし、セカンドオピニオンを出す先生が、必ずしも我々の医療を良い医療だと評価するとは限りません。

しかも欧米ではセカンドオピニオンをきっかけに、患者さんを取る取らないという問題が現実には生じてきています。日本の場合はまだそうでもないのですが、特にがんが進行している患者さんの場合は、セカンドオピニオンを求めに行っても、「よく来てくれましたね、やりましょう」「良い医療ですよ」と言われるのはかなり稀で、むしろ「あなたの主治医の所ではもうどうしようもない

〈86〉

医師が理解しておくべき“対話”のポイント

- 2nd opinionに耐えられる医療を行う。(標準的医療や多数意見、EBMとの乖離を認識する)
- 2nd opinionで傷つく場合があることを理解する。
- 患者と家族が動揺して、理性的態度をとれないことが多いことを理解して、受容的態度で接する。
- 患者の利益と医学的正しさのdouble standardを医師の都合で使い分けない。
- 事情が変化したら、なるべく早く話し合う。
- 患者に関する重大な影響のある決定は、患者>家族>医療者の優先順位を守る。

〈87〉

一般病院で緩和医療を実施するための3つのツール

- 在宅ケア(フルタイム型)
- 調整・共有のためのkey person (医師・看護師・MSW etc)
- Intensive Palliative Care Unit

〈88〉

一般病院での緩和医療導入の段階

課題の推移

- 勉強会の開催
- 症例検討会の開催
- カンファレンスの導入
- 中心的看護師の育成
- 専門チームの発足
- 専門病床の確保
- 専門病棟の整備
- レベルの違いによる期待のずれ
- 医師に対する責任追及
- 解決不能問題の出現
- バーンアウト
- メンバー間の価値観の不一致
- 病院内評価と直面
- スタッフのモチベーション維持

医療しか行なわれていないんだけど、他に行くともないよね」というふうに、傷つけてしまうこともありがちです。

医師としては、セカンドオピニオンを求められたら、かえって患者さんやご家族が傷つくこともあり得ると予測し、シュミレーションをして、セカンドオピニオンを出す側の責任で患者さんを守らないといけない。「患者さんとご家族が動揺して理性的態度がとれないことが多いことを理解して、受容的態度で接する」とは、そういうことです。

また、「患者さんの利益と医学的正しさのダブルスタンダードを医師の都合で使い分けない」こと。これは、医師が勧める選択のウラには、実は医師自身の事情もあったと後で判明するといった例で理解できるかもしれません。こういうダブルスタンダードを使い分けると、患者さんはかなり敏感に反応します。この点是对話においては非常に重要です。

それから、「事情が変化したら、なるべく早く話し合う。患者さんに関する重大な影響のある決定の優先順位(プライオリティ)は、患者さん、ご家族、医療者の順である」ことです。我われは通常、採血などを1週間単位でしますが、問題発生データの分かったら、次の採血まで1週間待ったり処置を先延ばしすると手遅れになることが多いと分かっているので、問題発生情報を患者さんに提供することも1週間以上延ばすことはしません。また、ある決め事をしたら、その決め事は1週間しか効力がないということにしています。

このように、緩和医療のようなある程度安定している医療の中でも、きちんとした管理と話し合

いをしていないと、事情の変化にはついていけないことを理解していただきたいと思います。

インテンスIPCU (IPCU)

〈87〉 一般病院で緩和医療を実施するには、私は次の3つのことが欠かせないと考えています。まず「在宅ケア——生活に最後までつきあう」という発想。次に、「調整・共有のためのキーパーソン、すなわち医師・看護師・MSWなどにサイコロジカルサポートをする」こと。ここまではこれまでに話してきました。それに加えて、「インテンス・パリアティブケアユニット (IPCU：集中症状緩和ユニット)をもつ」ことです。

IPCUについては、ここで初めて提示しましたが、カナダではすでにこの“インテンスIPCU”が動き出しています。私のいる戸田中央総合病院は実はまだPCU (緩和ケア病棟)は持っていませんが、2年後につくる予定で、そのときは普通のPCUとIPCUとに分ける方針です。なぜかという、IPCUは症状緩和のためのありとあらゆる治療のテクニックを使うのが方針だからです。場合によっては抗がん剤も、またモルヒネやケタミンやいろいろと高額な医薬品を使うわけです。

日本の現在のPCU (ホスピス)の制度は、実は経済性が最大の問題点です。例えば、PCU (ホスピス)に入ったがために、疼痛緩和用の高額のMSコンチン®を、安いほうのモルヒネ粉末に変更するなどという、笑うに笑えない話もあるくらいです。

私のところは公的病院ではないので、経済的要因は無視できません。IPCUとPCUを分けて併設し、IPCUは2週間で退院させる、つまり入室し

てから2週間以内に症状をコントロールして退院させるというだけの集中緩和治療の専門チームを持つという考え方です。その一方で、「今後の生活の場はいつまでも大丈夫、面倒を見ていきますよ」という普通のPCUも持つ。この2つを分けなければならないと思っています。カナダで始まったこの形が、今後おそらく日本でもIPCUとPCUの概念を分けることになっていくと思います。

〈88〉 一般病院で緩和医療を導入しようという時には、勉強会の開催から始まり、専門病棟の整備まで、それぞれの段階で課題がどんどん推移します。ただ、勉強会の段階で留まってしまうことも多く、そうなると参加者のレベルの違いによる気持ちのズレとか、医師に対する責任追及の問題というところで、それ以上なかなか先に進まないんですね。私も母校東京医科大学でここ10年間勉強会を毎月やっているのですが、結局お医者さんの参加が無くなって、看護師さんと私だけのさびしい会になってしまいました。総論では大切だといっても、個々のお医者さんには臨床医療があるので、なかなか来てくれない、来られないのです。現実にはそういう難しさがあります。

Ⅷ 調整不可能だった症例

ここで再び患者さんの具体的な例に戻ります。
 〈89〉 これまでに述べてきた衝突回避の方法をとれば、現実には何とかうまく全員が対応できるかという、実はそうでもありません。「調整不可能なギャップ」というものがあります。

ある患者さんは奥様に、「おまえの偏差値はいくつだったんだ。俺はおまえよりも価値のある仕事をしてきたんだ……」と奥様に言ったらしいのです。東大卒の官僚として仕事をしてきた方だからこそ吐けるであろう言葉ですね! 実は奥様も

有名な国立の女子大学卒業で、二人はいつも偏差値でケンカをしていたようです。こうした根の深い問題は、短期間で我われが調整することが難しいといえます。「生きている価値もないだろう。俺は一人でも帰るぞ」と言っているながら、本人は実際には動けず、それでもこういう強がりと言わないと、自己を保持できないのです。こういう調整不可能なギャップまで面倒をみるということが、今は当たり前になりつつありますが、ここまで背負わなければならないのかということも、大きなテーマです。

〈90〉 つい最近、私どもが診た患者さんで、あらゆる面でも向き合い方がまったく違っていた2人の結果です。2人とも比較的若い40歳前後で、家族構成も似ています。支援はそれぞれのご両親と兄夫婦ですが、どちらもあまりしっかりとはいやっていただけない、住んでいるところがちょっと遠いからです。問題は、子供への病態説明が全然できていないこと、また一方は、1年前にお母さんががんで亡くなる過程の最中に、この女性自身も胃がんと診断されたということでした。そして、旦那さんについては2人とも、協力的だが仕事優先の姿勢で同じなのです。建設会社の営業マンで夜遅くまで飛び歩いており、患者さんの不満は「頑張れと言われるのがつらい」。一方は女子中高校の数学の先生で、とても穏やかで誰からも信頼されている理想的ないい先生です。そして患者さんである奥様は、「主人に迷惑をかけているから何も言えない」、この人格者に対して何も言えないというのが、奥様自身の不満なんですね。実はこのことはカウンセラーに対して言ってきたので、私らにも伝わり知ることができた不満です。

〈91〉 病態の面では、39歳の方は卵巣がんとがん性腹膜炎で、腹部膨満感と摂食困難を訴え、がんセンターで平成10年からずっと全身抗がん剤をやり卵巣切除をするなど、エビデンスのある治療は全部終わりました。それだけいろいろとやったあげく、治療無効の宣告をされました。ただ、前医との信頼関係は良好だったので、その前医から

〈89〉

調整不可能なギャップ

「ふざけるな。お前の偏差値はいくつだったんだ。俺はお前よりも価値のある仕事をしてきたんだ。お前は俺の世話をすることも出来ないのなら、生きている価値もないだろう。俺は一人でも帰るぞ。」

在宅ケアへの移行を反対された結婚20年目の夫が、反対した妻に言った言葉

〈90〉

向き合い方の違いと結果(1)

	39歳、女性	41歳、女性
同居家族	夫(39歳)、長男(7歳)	夫(48歳)、長男(18歳)、次男(14歳)
支援	各々の両親	兄夫婦
問題点	子どもへの病態説明	一年前実母が癌死
夫の姿勢(病前)	協力的だが仕事優先	協力的だが仕事優先
夫の職業	建設会社営業	女子中学、高校教師(数学)
内の不満	頑張れと言われるのがつらい	迷惑をかけているので何も言えない

〈91〉

向き合い方の違いと結果(2)

主訴	腹部膨満感、摂食困難	嘔気、嘔吐、不眠
病名・病態	卵巣癌、癌性腹膜炎、腹水貯留	胃癌、十二指腸閉塞、腹水貯留
治療開始	H10年1月～	H14年8月～
治療内容	全身抗癌剤 卵巣切除術	全身抗癌剤 在宅ケア
受診動機	治療無効の宣告	強い苦痛の訴え
希望した内容	緩和的治療とケア	症状緩和治療(PTEG)
前医との関係	信頼関係良好	通常の関係

〈92〉

向き合い方の違いと結果(3)

患者の発言(入院時)	無意味とは思いつく前に治療はないのでしょうか	こんなつらいのに何を言っているの?
夫の発言(入院時)	何とか楽になれるようにしてやって下さい	嫌だけど入院するしかない
緩和治療の内容	末梢点滴 炭水化物制限 ステロイド剤	中心静脈栄養(IVH-R) 塩モルヒネ持続投与 ドルミカム・セレネース ステロイド剤
患者の発言	これならやっていける	もう戻りたい
結果	緩和病室開始	自宅ケアに戻る

「よろしく頼む」とわざわざ私どもに電話がありました。正直いって、この患者さんは非常に前向きで、どちらかと言えば患者さんは周囲を巻き込んでしまう、「私はこんな可哀想な立場で頑張っているんだよ」という、さきほど例にあげた男性とちょっと似ている“巻き込み型”の患者さんですね。それで、我われの病院の近くにお住まいだったので、緩和治療と緩和ケアを希望して来られました。治療の望みをまだ捨てていないわけです。一方41歳の方は、嘔気と嘔吐と不眠ということで私どもに來られた、胃がんの方です。分かった時点で、お母さんががんで闘病中ということもあって、幽門部にできた胃がんの手術を受けなかった。何故かは後で触れます。かなり有名な病院のことですが、とりあえず全身抗がん剤をして在宅ケアを受けてました。外科の手術をしっかりとやらなかったことも含めて、引き続いて受け持った化学療法科の先生も、患者さんから「脱毛は嫌だ」と言われたために、タキソール系の抗がん剤をしていないのです。それからこの時点では、ほとんど食べることができていないということもあって、ティーエスワン®という経口抗がん剤、これは今はかなりエビデンスのレベルが上がってきて良い抗がん剤だと私は思うのですが、それもやっていない。そういうことのために、アイソボリン/5-

〈93〉

結果の違いを生じた要因

- 患者自身の治療意欲の違い
 - 治療開始時の話し合い(対医療機関)
 - 緩和医療導入時の話し合い(対医療機関)
 - 治療期間と苦痛の程度の違い
- 支援体制の違い
 - 夫自身の向き合い方
 - 夫に対する期待

〈94〉

邪悪性を表すKeywordと対策

- 病的なナルシズム
 - 道徳的判断に伴う危険性を認識する。
 - 判断を下す際の目的として、自己のプライドを強化する要因が含まれていないかどうか時味するべき。
- 知的怠惰(科学的権威による偽装の危険性)
 - 科学性の限界に対して十分な認識をもつ。
 - 権威全盛に対しての高すぎる依存度を改める。

(M.Scott Peck, 1983)

FU®という、エビデンスレベルは胃がんに対してはあまり高くないがん剤メニューをやっていただけでした。

それですと在宅ケアを受けてきたのですが、在宅担当医から私どもに「症状緩和治療をやってください」といきなり言ってきました。在宅担当医が言うには、「1週間ぐらい前から吐き始めたので、その吐いている最中に減圧のために胃のチューブを経鼻で入れたけれども、入れた瞬間に吐いてしまう。PTEG(経皮経食道胃管挿入術)をすれば何とかできるのではないか」というのが在宅の先生の考え方です。それはちょっとおかしいんじゃないかと考え、まずは患者さんに来ていただきました。

〈92〉 そして、IVH-R(中心静脈栄養)、塩酸モルヒネやケタミンの持続投与、ドルミカム®やセレネース®やステロイド剤などの投与と、ありとあらゆる治療を試しました。何故かという、患者さんは胃チューブを入れられただけで吐いてしまうほど嘔吐反射が非常にひどい時であり、処置室に連れていって透視下でPTEGを入れる30分間でさえ、耐えられないと判断したからです。患者さんに対しては、塩酸モルヒネとケタミン(ケタラール®100ミリ程度)の持続投与、ドルミカムとセレネースで夜は寝かせてあげてステロイドも

投与した結果として、非常に良い状態まで持っていきました。

一方、39歳の患者さんの場合は、腹部膨満でかなりパンパンでしたが、末梢点滴と浸透圧利尿剤とステロイド剤でかなり良くなりました。患者さんは安心されたようで、「これならやっていける」と言ってくれました。この状態で患者さんは、「入院時に無理とは思いますが、他に治療は無いのでしょうか。少し時間をください」、やはりまだ頑張れるんだったら頑張りたいと言うのです。そしてここで旦那さんが、「何とか楽になれるようにしてやってください」と言って、向き合ったのですね。

この一方、41歳の患者さんからは、「こんなに辛いのに何を言っているの？ 嫌だけど入院するしかない」という、かなり投げやりな言葉が出ているその隣で、旦那さんは「自宅に戻れると信じています。そのためには、つらい入院や治療でも頑張ってもらえるはずですよ」と言いました。いわゆる“概念披露”です。私どもからは「ちょっとそれは配慮を欠いた発言じゃないですか」と、後で旦那さんだけをお呼びして指摘したのですが、このことは実はもう全く訂正不可能なんですね。「どう言われてもこの人（奥さん）は死ぬはずがない」との思い込みと、「とにかく戻して自宅で生活をさせたい」という思い込みが、非常に強いのです。

〈93〉 以上のお二人の結果に関する考察ですが、「患者さん自身の治療意欲が違う」というのは、まず「治療開始時にその医療機関との話し合いをどこまでしたか」ということです。

がんセンターから来た39歳の患者さんの場合には、抗がん剤の効果から手術の危険性までそのタイミングごとに全部しっかりと話し合っています。緩和医療の導入時にも、こちらに送られるまでの間に前のドクターとはしっかりと話し合いをしていました。

ところが41歳の患者さんのほうは、向こうの先生が手術を行わない選択をした時に、旦那さん

がその理由は何故かを問うたかのどうか……「通常、幽門部狭窄のある胃がんの場合には、例えば姑息的に取るというやり方は決して不可能ではありません。そういうことに関して、なんで手術ができないとしたのか、ご主人はその理由を聞いていないのですか」とたずねても、「解らない。ただ、胃の他にがんは行っていないと言われた」。「ということは、胃の周囲の膵臓あたりがぐちゃぐちゃ付いていたんですか」と聞いても、「それは聞いていない」。「じゃ、どうして手術をしなかったんですか」と言うと、「自分にも解らない」ということからも分かるように、前の医療機関での治療開始時の話し合いがあまり行なわれていない。直面化されていないんですね。

そして緩和医療導入時については、41歳の患者さんのご主人である女子高の先生のほうが逆に早く緩和ケアを導入されているわけです。ところがその時に、嘔吐をする可能性とかその処置のことに関して、ぜんぜん話し合いが済んでいない。そのまま在宅ケアに移っただけなのです。そういうことで、2人の患者さんでは話し合いの密度がまったく違います。

それから、治療期間が39歳の方は3年以上あり、41歳の方は1年に満たない、そういう違いもあります。

また、支援体制の違いの面では、夫自身の向き合い方も、夫に対する期待も、まったく異なるといっている。

そういう意味で、現実にはかなり食い違った結果が出ました。最終的に41歳の女性患者さんは、コミュニケーションを一切遮断して、こちらから「ご自宅に帰りたいですか」と問いかけても、またカウンセラーに対してもナースに対しても旦那さんに対しても、一切無言を貫きました。それに対し旦那さんは、「僕が全責任を持ちますから」と言って家につれて帰ってしまいました。これが非常に大きな問題であります。ご家族の中でここまで対話のギャップの問題が大きいと、私たちは面倒を見てあげられないんですね。



〈94〉 数年前に出版されベストセラーとなった『平気でうそをつく人たち』（草思社）の著者M・スコット・ペックは、その本の中で、「邪悪性を表わすキーワード」として、“病的なナルシズム”と“知的怠惰”という2つの概念を出しています。簡単にいえば、非常に強い自己中心的な考え方と、科学的な権威による偽装を使ってまで、自分が間違っていないということを知的に装う部分とが、どの場面にも異常に強く顔を出すということを、「邪悪性」と表現しています。

ここに取り上げた41歳の症例の旦那さんの場合がこれに一部該当するのかもしれないと思ったりしますが、ただ病的なナルシズムと知的怠惰というのは、医療者側にも大いに起こり得ることなんでしょう。これは私自身が警戒をしなければいけない概念として出しました。

〈95〉 医療者・患者・家族間の“対話”の調整のキーポイントについて議論すると、私たちはよく「日本人は宗教をもっていないので、できない」と言われます。果たしてそうでしょうか。

〈96〉 文部科学省統計数理研究所が約40年前から日本人家族に聞き続けてきたアンケートがあります。「何が一番大切ですか」という質問について、昭和の中頃では仕事・信用とか国家・社会とかが1位2位だったのですね。それが10年ほど前から

“家族”が第1位になっています。日本人の場合には愛情・精神ということも大事ですが、具体的に家族を守るところで、“家族”が調整のキーポイントなんですね。生命・健康や愛情・精神は“対話”してくれませんが、家族や子供は“対話”してくれるわけです。

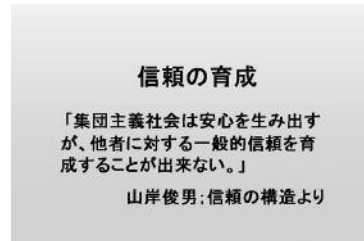
よく言われるのが、「患者さんの家族にいちいち全部お伺いを立てていたら、とてもじゃないけど“がん告知”はできないでしょう」——これは、日本癌治療学会で告知のシンポジウムに私が出席した時に、ある外科の先生から言われたことです。しかし、そんなことはありません。逆に言えば、ご家族の抵抗感がある程度一緒に考えて、一緒にコミットできないようであれば、その後にとんでもない結果が待っているわけですね。

ですから、実際にご家族との調整を含めた患者さんとの共有関係をつくるのが、緩和治療の共感関係をつくる上で一番大切だということです。

緩和医療のトラウマを超えて

〈97〉 「トラウマ」これはみなさん、よくお分かりの言葉だと思いますが、最終的な信頼関係を構築する時には避けて通れないテーマです。そして、緩和治療にとって最終的なターゲットは、医療全般に対する信頼を構築していくことであり、

<101>



我われは患者さんやご家族のトラウマに直面しなければならぬことがあります。

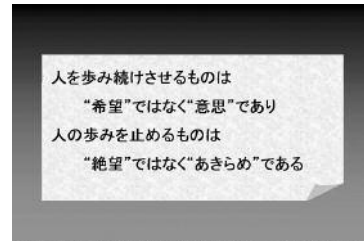
<98> 「トラウマ治療の手順」。トラウマは心の傷“心的外傷”といいますが、具体的にはフラッシュバックを伴うような、日常生活をまともに維持できないような心の傷のことをいいます。つい最近、ひじきを食べることができない後輩のドクター仲間に私が「ひじきを食え」と言ったら、「僕にはそれがトラウマになりますよ」と言われて笑ったことがありました。そういう使い方をされるくらいにトラウマという言葉は世間に広まっているのですが、専門的には誤った使い方となるようです。

私が米国のスローンケタリングメディカルセンターにいた時、精神医学で有名なプロイラー先生という方と面談する機会がありました。「あなたは何をやっている」「緩和医療です」「何科だ」「外科です」「じゃあ、緩和医療の分野では、本当の精神科の出番は患者の10人に1人位しかいないので、残りの9人の患者は、あなたが精神医療を少し勉強すれば対応できるはずだ」と言われたことがあります。それで実際にいろいろ勉強と経験を重ねているうちに、最終的には“トラウマ”を問題にしないとだめだとわかってきました。

どうということかという、患者さんが我われの緩和医療で傷つくと、その傷は心の傷(トラウマ)として、患者さんのご家族に伝播するんですね。さらにまずいことには、その心の傷は、目の前で調整可能な患者さんのご家族というよりも、さらに代を下に重ねた子供だとか遠い親戚にまで、トラウマとしてスキップすることがあります。

そこで、緩和治療の中における現実的な「トラ

<102>



ウマ治療の手順」というのは、「記憶した環境や経験を、限定的にトレースする。いわゆる再体験させる」→「感情をその場で解放させる」→「新しい解釈方法を採用する」→「新しい環境や経験をリセットする」という方法になり、これを“アサーション・トレーニング(自己主張訓練)”といえます。こういうやり方を緩和治療の手順の中にも組み込んでおかないと、医療に対するトラウマを予防することはできないでしょう。

しかも、私たち医療者が患者さんと相対するのは現実に、患者さんが退院するか、亡くなるまでの間、あるいは在宅で亡くなるまでの間です。亡くなった後もグリーフワーク的に関わることはありますが、現実に患者さんと一緒にワークするのは、亡くなるまでです。ということは、それまでの間に、このトラウマ治療も一緒にやらなければいけない。そういう意味ではとても大変ですが、これくらいの目標を掲げないと、実は心の傷(トラウマ)の治療はできないということです。

<99> 「緩和医療における調整ルールとしての“争義不爭利”」これはみなさん、ちょっと聞きなれない言葉だと思います。“争義不爭利”というのは、中国の司馬遷が著した『史記』の中にある言葉で、「義を争って利を争わず」と読みます。国の諍いを治めるためには、何らかの王道を示す必要があって、それぞれの利害関係で調整しても、結果的には紛争は治まらないぞということです。

しかし、緩和医療における調整ルールは全くこの逆で、“争利不爭義”です。義を争わずに利を争う。ただ、この利というのは、患者さんの利です。患者さんにとって、どんな理屈が正しいかどうかを競うのではなく、患者さんにとっての利益

がどこにあるかで調整を重ねていけば、だいたい難しいと思える問題も何とか解消の道筋が見えてくるということです。

よくあるイデオロギー的な不毛な戦いというのが、医療現場の中でも本当に起きることがあります。その点、お医者さんはかなりドライですから、何らかの利益がなかったら、やめてしまうということも、意外にやります。そういう意味でも、この“利を争う姿勢”が大事なのです。

<100> 「緩和医療の目標」を改めてもう一度記します——「患者さんやご家族の満足感ではなく、了解と納得を得ることを目標に調整作業を行なう」ことです。

“満足感”についてはこれまで触れませんでした。満足感とは、期待値と現実との落差ですから、期待値をどれくらい吊り上げるかで操作できることなのです。例えば、最高の医療を施してあげたなどと患者さんのご家族に認識させようと考へたら、最初に目一杯のことを言っておけば、簡単に実現できます。そういう意味で、満足感というのは一見美しい言葉のようですが、とても危ない言葉です。満足感を得てもらうことを目標にするようになると、実は次第に患者さんの満足感からご家族の満足感にシフトし、そのご家族の満足感からさらに自分たち自身の満足感にシフトしてしまうことが起こり得るのです。したがって、満足感ではなく、「了解と納得を得る手順を提供する」、我われにできるのはそこまでです。

<101> 了解と納得を得るには、「信頼関係の育成」が欠かせません。これについては、スライド70で触れた東アジア文化圏の特徴とも関係しますが、「日本のような集団主義社会、いわゆる東南アジア系統の結束が固い集団主義社会では、安心を生み出すことはできるけれども、他者に対する一般的な信頼を育成することができない」と、社会学者の山岸俊男さんや経済学者のフランシス・フクヤマさんが言っています。これは今まさに日本が苦しんでいる問題ですね。しかも、集団のタイ

プがだんだん小さくなってきて、核家族になってきてるわけです。ところが、家族以外の集団を信頼できなくなってきているので、日本は現実にはだんだん個人主義社会に戻って行って、最終的にはアメリカよりももっとひどい状態になるだろうと言われてます。

そして、現在すでにご告知率97~98%あるいは100%という状態にあるアメリカにおける問題は、いまは対岸の火事で笑って見ていられますが、家族が崩壊した暁の日本がどうなるかといえば、アメリカよりもひどい状態になるんですね。日本の集団社会ではこれまで個がまったく育成されない状態のままで来ているからです。

そういう意味でいま現在、緩和医療の現場で、目の前にいる患者さんの個と直接向き合うという作業を少しずつ積み重ねていけば、その次の世代も個を大事にできるということです。

<102> 最後のスライドです。「人を歩み続けさせるものは“希望”ではなく“意思”であり、人の歩みを止めるものは“絶望”ではなく“あきらめ”である」〔皆川亮二・七月鏡一著『ARMS』小学館〕。これは、息子が読んでいたコミックの中に出ていたもので、人間の意思がどれほど大事かということを表わしている言葉ですね。



以上、問題点をさんざん提起して、解決策はあまり提示しなかったのを申し訳なく思うのですが、「最後は何とかなる」という希望と意思を持ち続けることで、私の話を終わります。ご静聴ありがとうございました。(拍手)

— 質 疑 応 答 —

司会（田中） 小野先生，素晴らしいお話をどうもありがとうございました。これだけ長いお話をされてお疲れではないかと思いますが，もう少しお時間をいただいて，質問を受けていただきたいと思います。

緩和治療科の経営について

会場（岡村一心堂病院医師） お話の中で触れておられましたが，小野先生の戸田中央総合病院緩和治療科のスタッフの数と患者さんの数とを改めて教えていただけますか。

小野 ドクターは常勤の医師が5人です。それから，病棟専従のナースが1名と，看護部の副看護部長が統括するような立場で全般的に見ておりますので，専従ナースは一応2名ということになっています。その他に現在，1年間の研修に出ているナース2名がおりますので，ナースもまあ潤沢なほうかと思えます。それ以外に，常勤の看護カウンセラーが1名，非常勤のカウンセラーが1名，そして臨床薬剤師が緩和チーム担当として1名おります。その他に，訪問看護部の中に緩和治療担当が2名おり，以上が我々のスタッフです。

患者さんは，常時だいたい25～30人前後の入院患者さんと，在宅で10人前後を担当しています。私どもの在宅システムは，主治医が病棟業務の合間にそのまま訪問ケア，在宅ケアも担当することになっています。

会場 経営的に考えると，ちょっと厳しいのではないですか。

小野 一般病院の緩和ケアチームの点数をとる前までは，正直いって，病院事務部からはにらまれていました。でもその時点では，スタッフがまだ3人だったのです。その後，緩和ケアチームの点

数をとって加算ができるようになったこと，それから，私どもは緩和ケア専門ではなく，逆に抗がん剤や放射線も含めた総合的な抗がん治療をやるわけですから，私どもの内科の先生の売上額のスタンダードに比べて，いま緩和治療科のそれは上回っています。

「求められているもの」

会場（岡村一心堂病院医師） 今，ある患者さんのことで悩んでいます。ビタミンB17という注射をしてほしいと言われたのですが，国内発売のものではなく，輸入業者を通してメキシコから持ってきたものです。弁護士に訊ねましたら，「注射をしてあげても医者は罪に問われないだろう，患者さんのご希望があれば，してあげてもいいのではないか」という返事をいただきました。念のためインターネットで調べましたら，アメリカでは取扱業者がFDAから販売中止命令と9000万円の罰金刑を受けていた薬でした。1982年のNEJM（New England Journal of Medicine）にも，「この薬はがんに対して効果がない。むしろ害となる可能性がある」と載っていましたが，患者さんは「ぜひしてほしい」と言うので，昨日も2時間あまり話し合いをして，これらの情報を伝えました。私どもの取るべき態度について，小野先生のご意見をお聞かせ願いたいのですが。

小野 たいへん難しい患者さんだと思いますが，基本的には，患者さんがいったい先生に何を求めているのか，でしょう。単に注射だけなのか，あるいは注射を通した医療の結果であるのかどうか，あるいはそれに伴う予後の延長とか……しかし，そういう単純なものではないような気がします。

以下，仮定の話になりますが，もし私がそうい

う場に遭遇したら，患者さんと一対一で話し合いをするのは当然として，それだけではなく，次には家族の方だけとお話をしたりするでしょう。もちろん，ここまでは先生もそうされているとは思いますが，その後，私なら話し合い結果の情報は当然すべて患者さんにお渡しします。プライオリティー（優先順位）の選択は患者さんにあるのですから，そこで患者さんがまだ「ぜひやってもらいたい，危険も承知だ」と言ったなら，法律的な問題点がなければ，注射すること自体は可能だと思います。

ただ，そこに至るまでで判断してしまうと，患者さんが真に求めているものがわからなくなることもあります。おそらく患者さんは，先生に対して非常に信頼をされています。そしてその信頼関係の中で，運命共同体のなところまで含めて，お医者さんとしてできる行為を要求されているのかなという気がします。

そうだとすると，その注射という行為が，患者さんにとって優先順位の第一ではなく，また生き延びることが一番でもなく，先生とつながって，先生とお話しをして，一緒に何かを決定することのほうを求めているのかもしれない。「あなたは今このビタミンB17がいいと思ってるかもしれないけど，私はもう少し西洋医学の範疇のやり方のほうがいいと思う」とか，あるいは先ほど話したように，単なる医療行為だけではなく，「あなたはこの在宅ケアの中で，もうちょっとこういうやり方をしたらどうですか」などと，生活全般を見渡したときに見えてくるものの中に，患者さんの求めているものがあるような気がします。

ですから，注射という行為で応えなくても許されることがあり得るということですし，逆に，それでも注射をやった時に，結果が悪くても，それまでの話し合いで，法律上のセーフティネットではなく，患者さんとご家族との信頼関係に基づくセーフティネットが形成されていることになります。

ただ，私たちはどちらかといえば，丸山ワクチ

ンも含めて，保険医療適用外の行為を希望されたときには，それなりにお話をしっかりさせていただし，それでもどうしてもやってほしいという時には，薬剤の保存や注射などの提供はしますが，その責任はすべて患者さんとご家族にあるというルールにしています。

緩和医療・緩和治療・緩和ケアについて

会場（国立山陽病院放射線科医師） 緩和医療という用語と，先生のおっしゃられる緩和的治療・緩和治療と，緩和ケアの，それぞれの用語が持っているテリトリーや概念のすみわけは，どういふふうに考えたらよろしいのでしょうか。

小野 実は日本緩和医療学会でも，用語委員会を設けてきちっとやるべきだとの声があがっているのですが，まだのようです。私自身は，イギリスでの緩和医療という言い方と，日本の中で緩和医療というときは，どうも中身が違うように思っています。

たとえば，これは聞いた話ですが，イギリスの緩和医療学会にはナースが所属していない。どうしてかと聞いたら，医療行為はすべて医師が行なうべきものということで，医療行為＝治療となるのかどうかはわかりませんが，イギリス的な解釈でいえば，医療とケアは明らかに，看護師さんとの間ですみわけができていた概念だということになります。ですから，緩和医療学会はドクターのみが所属して，緩和ケアという概念のほうは看護師さんがおやりになっているようです。

それに対して日本では，緩和医療という言葉が幅広く使われています。日本緩和医療学会には看護師さんも当然入っているし，看護師さんの行為も薬剤師さんの行為も，かなり広い意味で医療という言葉に設定されているのではないかと思われる。そうすると，緩和治療といっている先生もいますし，緩和ケアという言葉を使うときにも，当然ながら医療のことが一緒に扱われているように，日本ではまだすみわけが十分に行なわれていない

わけです。

その中で、私たちがわざわざ“緩和治療科”と名乗っているのは、とくに医師がやれる行為を標榜してますよということです。最初は、元札幌医科大学の漆崎教授がこの言葉を使われました。それ以外ではあまり使われておらず、先ほど話した東大の青木先生や私ぐらいで、緩和治療という言葉を使う人は少数派です。

我われの仲間では、昔では緩和ケア科と名乗っていた先生が多かった気がするのですが、今は緩和医療科と名乗ってますね。でも、緩和医療科といっても、抗がん剤治療のような治療的なことはあまりされていないという話を耳にします。治療と医療が微妙に混同されてますが、やはりちょっと差があるような気がします。

小野 今のことに関しては、加藤恒夫先生はいかがお考えですか。逆に教えていただきたいのですが。

会場 (加藤：かとう内科並木通り診療所) 恐縮です。言葉の定義は難しい問題で、緩和医療・緩和治療あるいは緩和ケアという言葉は本来は相対的な概念であろうし、それぞれが持つようになった概念が何を生み出すのかなと思ひながら、小野先生のお話を聞いていた次第です。

もう一点、私は英国の緩和医療学会に加入しており、総会などに何回も出席しておりますが、英国の緩和医療学会は必ずしも医師だけの会ではなく、ナース、ソーシャルワーカーなどすべての医療職が加入ができるはずですが、ただ、その年次大会はいろいろな分科会で行なわれます。そういうところだと思っているのですが、私のほうが間違っているのかもしれませんが、あとでもう一度規約を調べてみないといけないと思いました。

小野 私の記憶違いもあるかもしれませんが。よろしくお祈りします。

会場 (加藤) 用語に関連して小野先生にお聞きしたいのですが、緩和ケアは少し概念が広がりますから別にして、緩和治療と緩和医療、あるいは治療と医療を、なぜあえて区別しようとなさっ

たのか、そして、ご自分のアイデンティティをそこでどのように打ち立てようとなさったのか、もう少しお聞きかせください。

小野 私が緩和治療科という言葉を決めた当時は、実はまだターミナルケアという言葉が優勢で、緩和という言葉はどちらかという認識されたばかりという状況でした。その中で自分のアイデンティティは、正直いって小児外科から発生したので、私立の病院でこんなことやって大丈夫かなという気持ちはありました。スタート時はそんな不安もあったのですが、その前に、幸いというか、国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長の志真泰夫医師は私の同級生なので、彼に相談する機会がありました。卒業後いろいろやったけれども、私もホスピスケア、ターミナルケアに行こうかなと、一時話したのです。そうしたら、私の性格からして止めたほうがいいと。ここまでせつかく治療で頑張ってきたのだから、ふつうの私立の病院で緩和的な概念の治療をやれると実証できたら大したものだと言われたので、ついその気になったというところですね。

もちろん、その他にもいろいろな先生方に相談しましたが、どなたもいい言葉を出してくれませんでした。ターミナルケア科なんて嫌だと言いつつ、ホスピス的なこともやろうと思っていましたし、でも自分のホスピスに対する認識と現状はどうもちょっと食い違っている。やはり自分は医者なのだから、せめて何か治療することをしたい。そういう意味で、あくまで治療を望んでる患者さんに最後まで治療的な医療を提供しますという看板を掲げることにしたわけです。

会場 (加藤) ありがとうございます。私も考え方としては、小野先生と比較的近い立場にあります。私のところでは現在はホスピスを閉じておりますが、ホスピスを開いていた時も、ホスピスの中でさまざまな緩和的治療を行なっておりました。しかし現在の日本の状態が、先生がおっしゃるように、本当に「ホスピス＝何もしないところ」になりつつあると、私も最近になって知りました。

どうか小野先生の、緩和的な治療とケアとがお互いにより妥当な方向性を得て、患者さんと一緒に選びながら進めていきたいという、今後の実践をぜひ応援したいと思っています。

小野 アドバイスをどうもありがとうございました。

日本社会と医療の未来について

司会 小野先生のお話の後半は、日本の文化的な問題まで触れられて、私も興味深く聞かせていただきました。例えば、トラウマといったものが人間関係の中でひとつの広がりを見せていくと理解しましたが、日本人の個の自立と家族の問題では、この先、アメリカ型になりきれないかもしれないことですね。モデルがないわけですが、では、日本社会はどういうふうになっていくのかという不安を、私は聞きながら感じていました。それがこれからの日本人のトラウマになるのかもしれないような状況において、では小野先生は今の緩和治療を実践していて、どういう見通しをお持ちでしょうか。

小野 私のような一介の医師がそんな大それたこと言うことはできないのですが、思い切っていえばおそらく、家族を分断しないやり方が、今後の一番妥当な方法論として出てくるのではないかと思います。日本の今後のがん医療が、個人の権利を主体にしていくことは当然でしょうが、それがアメリカ型のように個人に集約して、例えば、家族が家族を訴えるというルール決めの社会になっていくとは思にくいし、そうは希望しません。患者さんを中心とした核家族という形態は今後も継続すると思います。しかし、そのための社会的な整備が進むとも思えません。

私の希望としましては、できれば、お医者さんが医療行為を行なっていく上で、トラウマということにとらわれず、家族の方とのコミュニケーションを十分に受け入れながら、治療の最初から当たっていただければ、患者さんとのコミュニケーションもかなりいい方向にいくのではないか

と思っています。

司会 逆に、その医療現場が、すでに分解しかかっている家族を再構築するということは、考えられないですか。

小野 構築するのは個人の問題だと思いますが、例えば、ご家族は「ホスピスに移したい」、だけど患者さんは「いやだ。こっちでやりたい」と言うのなら、一見もうどうしようもない。しかし、そこには逆もあると思います。つまり、ご家族の必死の思いが通じて、患者さんと融合するケースです。そのまま最後までばらばらにならずにすむようにと思うことは、緩和医療の現場だとよくありますね。

でも、他の診療科だとそうはいってない。患者さんはわがままだからもう出て行きなさいなどになってしまう。そういう意味で、今の一般医療はひとりの患者さんが亡くなる過程の中で、医療に多くの不信を持たざるを得ないご家族を作っている傾向があるように思うのです。それをうまくコントロールできて払拭できると、違っていくだろうという気がします。



司会 (田中) 予定時間が少し過ぎました。小野先生、今日はどうも大変長い時間に渡ってすばらしいお話をしていただき、本当にありがとうございました。先生のこれからの、ますますのご活躍をお祈りいたします。(拍手)