

## がん医療の均てん化に向けて

国立がんセンター中央病院放射線治療部 池田 恢

### 1. がん医療の均てん化について

2004年から始まった「第3次対がん10か年総合戦略」では研究、予防および医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率を激減させることを目標とする。このため研究・予防の推進だけでなく、社会整備も以前にも増して学会レベルで行うよう働きかける。具体的には医療、治療の中核を担う地域がん病院の拡充を狙う。そのほかQOLの向上、国際交流の推進などを挙げている (Fig. 1)。

全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の「均てん化」を図る目的で、2004年にはがん医療の均てん化を図る委員会が結成され、検討項目として (1) がん専門医等の育成、(2) 各がん専門医療機関の役割分担を踏まえたがん専門医等の人材交流、(3) 地域におけるがん専門医等の確保、(4) 地域がん診療拠点病院制度のあり方、等につき半年かけて討議が行われた。内容は「がん医療の均てん化に向けて」という報告書にまとめ

り、2005年4月に厚生労働大臣に提出された。提言として、①がんの専門医等（特に化学療法、放射線療法の領域）の育成（大学におけるがん診療全般を横断的に見ることのできる化学療法および放射線療法などを専門とする講座設置の検討、下記の地域がん診療拠点病院間のネットワークを踏まえ、国立がんセンター等における研修体制の拡充）が、②医療機関の役割分担とネットワークの構築（地域がん診療拠点病院の整備の促進（2次医療圏に1カ所程度）、地域がん診療拠点病院の階層化と役割分担の明確化=地域がん診療拠点病院のあり方の見直し、都道府県単位の中核となる都道府県がん診療拠点病院（仮称）の指定）、③がん登録制度、④情報の提供・普及、などとともに挙げられている。委員会メンバーには山田章吾 東北大学病院長も参加したが、放射線療法講座の設置の問題が公的報告書で採用されたのは初めてである<sup>1)</sup>。

これを受け厚労省では「がん対策推進本部」を設け、「がん対策アクションプラン2005」を策定し、その実行と

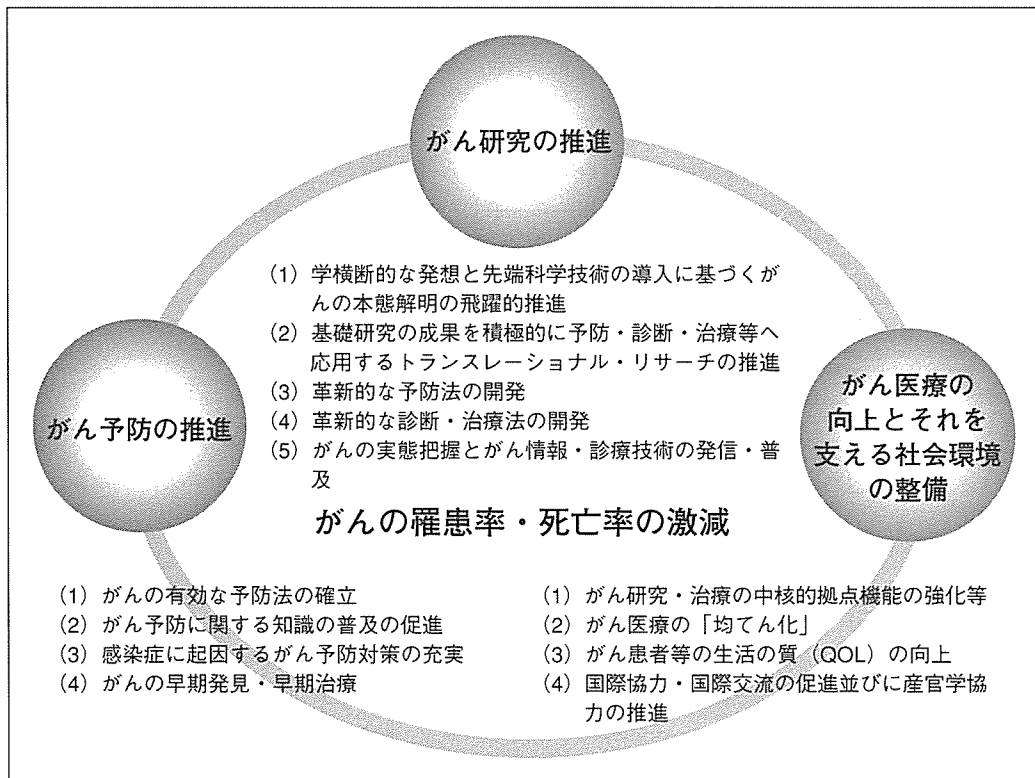


Fig. 1 第3次対がん10か年戦略

Table 1 期日設定を含めた目標のまとめ

短期・中期目標
JASTRO基幹委員会 (+JRS?) で実行プランを出す
初期研修の必修化
後期研修者の確保 いくつかの手段
診療制限
基幹病院への患者・医療者の集中化 (大学医局主導? 均てん化)
物理士による治療計画の肩代わり (本来業務?) と, 医学物理士任用/業務の健保採用
研修病院の整備
中長期目標
大学内講座の開設 (いくつかの方法と, 働きかけの手段)
初期研修の必修化 (註: これは取り下げるべき. 本文参照)
基幹病院への患者・医療者の集中化
研修病院の整備
中・高生に放射線を教える (大学入試に試験を出す)
これらを盛り込んだ政策の立案・実施へ

してがん対策を国民・患者の視点に基づき, [I] がん予防・早期発見の推進, [II] がん医療水準均てん化の促進, [III] がんの在宅療養・終末期医療の充実, [IV] がん医療技術の開発振興, の4つを「がん対策推進戦略アプローチ」として再構築し, 今後, 必要な対策を重点的に推進することとした. その詳細は厚労省ホームページに詳しい<sup>2)</sup>.

## 2. 放射線腫瘍医を増やすには

放射線腫瘍医が少ないことは, 今や一般にも知られた事実となっている<sup>3)</sup>. われわれの価値が高くなったこと自体は喜ばしいが, 増やさねばならないのもわれわれの責任であることを認識すべきである. シンポジウムが開かれ, 本学会での対応を考えた以上, 学会に求められる最大の問題として認識し放射線腫瘍医を増やすための実行プランを時系列で組み, できることから実行に移さないといけない (そこまで差し迫った状況にきている) (Table 1). 対策としては①放射線腫瘍学講座を各 (主要) 大学に設ける, ②初期研修での放射線科の必修化 (後述), などが挙げられる. 有効な手段は実効の上がっているJASTRO夏季セミナーのよりよい形での存続, 発展であろう. しかしながら現場では, 放射線腫瘍医だけでなく関連業種すべてを含めて人が少ない. 放射線治療専門の診療放射線技師, 医学物理士は幸いにして増加の傾向にあり, また今日では放射線治療関係5学会・団体は共同歩調をとっているのので, 今後はその援助もお願いし, 彼らを有効に活用する業種としての放射線腫瘍医の増員を図るよう主張すべきである.

そしてできることから実行していく. 例えば, 上記の提案の内のいくらか実行可能なものを検討の上でリクルートの方法など分担して実施する. 場合によっては日本医学放射線学会 (JRS), その他の学会・団体とも協調して実行することも視野に入れるべきであろう.

### (1) 大学講座を増やすには

辻井演者が言及されるように, 大学講座の新設は原則的には大学の自主性, および学内での優先順位に委ねられている. この点では個々の大学で独自に努力をしていただきたい. その方法を一考すると, 単独に放射線腫瘍学講座を要望することも正統的な手段であるので働きかけていただきたいが, 現実には5~10年単位での時間が必要である. 一方では, 例えば「大学内がんセンター」を構想して, 3~4講座を要求, 内科腫瘍学, 放射線腫瘍学, 外科腫瘍学, 腫瘍疫学, その他の陣容でという手段もありうる. これは比較的に学内合意を得やすいかも知れず, ことに内科腫瘍学講座と「バランスを取って一緒に設置」すると主張するほうが大局的には近道かもしれない. われわれの意向を各大学に個々に反映させる必要があり, また例えば全国国立大学病院長会議などに働きかけコンセンサスにする, 総合科学技術会議での討議, 決定事項にさせていただく, などを取り付けるとより実現性は高くなるであろう. また, 患者会からも引き続き粘り強く要望していただく必要がある.

### (2) 初期・後期研修での必修化・新人リクルートとその後の研修

初期研修での放射線科の必修化については, 一方では是非カリキュラムに取り入れていただきたい要項であるとして著者はシンポジウム当日に提案したが, 必修化ではむしろ希望するしないにかかわらず全員が研修に回るので現場が耐えられない, という意見のほうが強い. 初期・後期研修全般に関しては関係部局への働きかけが必要で, これにはJRSとの共同歩調が必要と思われるが, 一部の病院施設では施設内の判断で必修化しているところもあると聞く. であれば当面各施設での状況に応じ個々に働きかけることが必要であろう. その上で3~5年後に足並みを揃えられればよい.

Table 2 医師1名あたり年間患者数280名を超える全がん協施設一覧（2003年）

280名／年／医師1名を超えている施設	年患者数	常勤医数	医師1名あたり年患者数
A	621	1	621
B	398	1	398
C	1,064	3	354.7
D	340	1	340
E	313	1	313
F	1,539	5	307.8
G	292	1	292
H	868	3	289.3
K	283	1	283

（全がん協施設は全部で30施設（2003年）うち28施設のJASTRO調査データによる）

新卒者・後期研修段階での勧誘は、JASTRO夏季セミナーなどが現実に最も効果の上昇した手段である。これ自体は今後は若手のセミナー経験者を加えるなどして従来以上に存続させるべきであろう。他の稿でも述べられると思うのでここでは触れない。

後期研修者の獲得に関しては、アピール努力が不足している。一法として「民間医局」レジデントフェアに出展し勧誘するのは効果的ではないか。後期研修先を探してレジデントフェアに参加する若手医師は意識が高く、また短期間ではあるが2年間は臨床現場を見ていて、医療現場での放射線科（画像診断、治療）の存在と役割に医学生とはまた違った評価と視点をもっている。彼らを勧誘すべきである。看板を掲げてアピールするだけでも成果につながる。JASTRO、JRSあるいは専門医会などと共同で資料を作成し、具体的に病院を紹介するなどして勧誘すればよい。

研修医ジャーナルに広告を出すなどしてアピールする。他方、医学生は「放射線治療」や担当医の名称、がん医療の中でどういう役割を演じているかなどについては知らない。少なくともマイナスのイメージしか持っていない。若手医師が放射線治療に関し誤った理解をするのは、その後入局など専門分野の狭い環境の中で先輩医師から教わる誤った教育に基づく。良い面を広告すればまた評価も違って来るだろう。他分野からの途中転向を促すのも一法である。他科医師の中には放射線診療、ことに治療に興味をお持ちの方も少なくないだろう。これらの方々の途中転向を促す。そのための具体的方策を学会として提示する。例えば「日本癌治療学会」で放射線腫瘍学会の演者は他分野の先生に転向を働きかける、とか展示場にブースを持つなどで転向を促す。チラシを配ると各病院に持ち帰って話の種にもなるであろう。この点はずっと具体的な手段が考えられると思うので、他者の提案に待ちたい。

(3) 研修のシステムはどうか

放射線腫瘍医の志望者がいるとして、その研修はどうするか。（大学病院に人が少ないので研修ができない、とい

うのであれば）民間病院ではどうか。

全がん協加盟の病院は現在32施設であるが、2003年30施設であったときの実情は以下の通りである。その中でJASTRO構造調査に回答したのは28施設である（Table 2）。放射線治療部門に関しては適正とされる医師1名あたり年間患者数200名を超える施設が20施設、年間患者数280名を超える施設がTable 2の9施設である。患者数が多いという点では研修には適してはいるが、この表に挙げた1/3の施設では患者の負荷が既に警告値を超えているか、それに近く、この上に研修の負荷がかかると満足な診療すらできなくなる、という状況が明らかになる。因みにJapanese Blue Book（2005）では年間300名を警告値としている<sup>4)</sup>。研修の要件をまとめ、そのための人員や設備の補充に関して各施設で病院管理者の理解を得るよう努力すべきである。あるいは大学に人員養成を依存し、その動きに協力する体制とする（従来通り）。

(4) それまで、どうするか

ポストは早急には増えない、該当者もない、しかし患者は増え続けるという事態に対しては、技師、物理士への医療業務の肩代わりを推進、また診療制限（患者さんに何週間お待ちいただく、他の施設に紹介する、他の治療を選択してもらう）をすべきと考える。患者数の増加のためにわれわれ自身が潰れそうな事態にまで陥っているが、潰れては元も子もない。いま守るべきなのは実はわれわれ自身なのである。因みにスコットランドでは患者15%の増加で施設設備・人員の増備を検討していた（ECCO2005パリ）<sup>5)</sup>。そして計画的増加を果たした先例であるスウェーデン<sup>6)</sup>、オーストラリアを参考に設備・人員の増強計画を立案していた。ただし、これらは「需要に応じて増やす」案である。わが国では増えない。「限られた資源の中で最大限の努力」をせねばならない。

放射線治療分野での均てん化は患者・従事者の集中化である。ともかく現状ではリソース（設備とそれを備えている施設、および人員即ち医師、技師、物理士、看護師）は

限られている。これを1日でも早く打開に向けて動くにはどうすればよいか。患者および医療従事者の集中化はつとに叫ばれているが、個々の施設即ち自治体レベルでは解決できない。ましてや個々の放射線腫瘍医レベルでは無理である。隣の病院同士で個々にやっていた治療をまとめる（あるいは吸収する）には音頭取りが必要である。地域行政に頼るのは現状では望むべくもないので、専門家であってその地域で目が利き、(がん医療や放射線治療の)地域医療に関する客観的な評価を下せる人、例えば関連大学の教授などがそのようにコントロールする（成長・成果の期待できる施設には人・施設の充実を要請し、そうでない隣の施設には引導を渡す）のが結果として最も近道である。ただしこれには無論、病院相互の理解と合意が前提ではあるが、行政を待っているは全く埒が明かない（行政には、やる意思がない）ので、少ない放射線腫瘍医を最も効率的に動かすためにわれわれ自身で行動せざるを得ない、という前提に立つ。医療界全般にもリソースの有効利用のために施設連携やパスの整備などが謳われている。この流れに乗ればよい。

均てん化が患者・従事者の集中化に繋がることは何も放射線治療分野だけに限った事柄ではない。食道癌手術が年間5例の病院で「化学放射線療法」を推進しても救済手術ができないことは自明であろう。施設として食道外科医を増やすか、そうでなければ緩和的医療に専念すべきである。米国（60%）とわが国（20%）との差は一体何を意味するかを考えてもよい。われわれ放射線治療医の従来の他領域に対する働きかけは適応拡大、即ち需要拡大であった。これは一定の成果を上げたが、その結果現在は人員・機器の数が限られ、需要に間に合わないという事態に直面している。専門の医師だけでなく、技師、物理士の需要に見合う養成が伴っていなかったという批判を受けかねない状況である。当面、診療制限するしかない。他施設へ紹介する、早期がん患者では進行がゆっくりだから数ヵ月待っていただく、あるいは他の放射線治療を使わない治療に切り替えていただく、など。そして、われわれ放射線腫瘍医は医師として、がん専門医として何を志向しているのかを、クリティカルに見直さねばならないのではないかと。われわれはもっと多くの患者を「治したい」のではないかと。

全がん患者のうちで、放射線治療を受ける患者数が米国ではその60%であるのに比べわが国では20%である。この差の質的な意味は何かを問う必要がある。米国の60%を根治・緩和のすべてができた理想的な場合として考えると、わが国ではその1/3しかできない、ということである。では何を捨て何を捨てるかを（学会を挙げて）考える必要がある。

世の中は内科腫瘍医を増やす方向に動いている。しかし「化学放射線療法」を実施するには放射線腫瘍医も必要で、それには両者をバランスよく増やさないといけないはずであるが、そのような方向性は見えない。現在、内科腫瘍医の数は確かに逼迫しているが、日本臨床腫瘍学会の強

力な専門化方針などもあり、また母体は内科医団体であるからいずれ数年で増えるであろう。この際に放射線治療医もバランスよく増えないことには診療制限にかかって適正な「化学放射線療法」は実施できない。従って相対的な放射線腫瘍医の不足はその数年後にはより顕在化しているであろう（今回のシンポジウムの意義はその時点で再評価されるであろう）。放射線治療を併用しない化学療法の開発も行われているが、これは医療費総額の増加につながり、総医療費抑制の方向に合わない。内科腫瘍医としてはこれを念頭に置かねばならないはずなのに、それは言わない（蛇足ながら、患者団体も声の大きいのは「新薬で延命を」と言う声であり、根治に繋がる放射線治療に言及している団体は少ない）。

### 3. 患者にとっての均てん化とは何か

患者にとっての均てん化とは何かを考えるために、セカンドオピニオンで相談に来られた事例を示す。患者は50歳代男性で、食道癌で術前治療として30 Gy/3週+化療のあと、その時点で鎖骨上リンパ節が見つかったため手術中止となり、担当外科医からその後の治療はないと言われ、放置されることになり1ヵ月が経った。患者、家族は何とかならないか、と相談に見えた。（治療がない、というのでは患者・家族も耐えられないので）化学療法の継続を希望しているが、可能かどうか。

著者の回答は以下の通りである。食道局所には引き続き照射を継続して通過障害の回避を延長すべきである（まだ遅くはない）。総線量60 Gy/6週が目安。鎖骨上リンパ節領域にも同様線量を照射すること。化学療法を行うかどうかは状況次第で、耐えられなければやらなくてよい。この場合、局所照射の目的は根治から症状緩和に変わっている。

この事例を通じて、現在のがん医療の種々の問題点が見えてくる。患者・家族は化学療法に過大の期待がある。これは実は「藁をも掴む思い」の想念で、それが医療費の無駄遣いにつながることはお構いなしである。次に、わが国の外科医は手術のことは知っているが、（実は最も悪性腫瘍の治療に関係しているにもかかわらず）腫瘍、あるいは外科以外の治療法を知らない（そして知らないことを反省しようとしな）。患者のためになる他の手段を実施しようとすれば、その施設内で腫瘍カンファレンスを持って意見をもち寄ればいいのだが、各施設の現状は大学の講座人事が及んでいて縦割りの診療が行われ、できていない。

食道癌の別の事例では、ある大学病院で手術を受け、術後照射も受けた。経過観察で照射終了直後から腰部痛を訴え、徐々に強くなったので担当外科医に訴えたが（腰痛は担当医の専門ではないから？）取り合ってくれなかった。いよいよ痛いので懇願してCTを撮影したら腹部リンパ節の著明な腫大が見つかった。家族の不満は「放射線治療の適応はないか、受診しなくてよいか」と痛みの当初から言っ

ていたが取り合ってくれなかった、という点である。これも縦割り医療の悪例であろう。

患者が望むがん医療の均てん化とは、このような状態の患者に対して迅速・適切（即ち臨機応変）に対処できることであろう。その充足にはどうすればよいか、を考えねばならない。1つの解決策として、各施設にTumor BoardあるいはTumor Conferenceを常置することを提案する。悪性腫瘍の患者はどの科であっても、定期的に持ち寄って診断・治療に関して適切かどうかを討議する。これには外科医、腫瘍内科医、放射線治療医、診断・IVR医、病理医、看護師、栄養士その他が関与する。そうすれば上述の患者はわざわざ他の施設での意見を求めた上で治療を行う、という迂回や時間のロスをしなくて済む（それでもオピニオンを求めるという向きもあろうが、着手時間は短縮される）。そして腫瘍を知る医師oncologistとして治療選択の判断に積極的に加わる。ついでに放射線治療医の業務と現状についても理解と協力を求める。これが実現しやすいのは一般病院で、実現しにくいのは大学病院であろう。

著者としては、Tumor Board常置の提案には今さらの感がある。この稿の読者の多くであるJASTROの会員にとって、提案は陳腐に映るかもしれない。そんなことはできている、しなくても患者情報の交換は日常絶えず行っているからよい、とおっしゃる向きも多いと思われる。しかしここで考え直してください。皆様JASTRO会員がその施設におられるから、その施設の患者は幸せなのではないのですか。放射線治療が理解されないとわかっていようが、それはそれで相応に理解され、適切に適用されているのではないですか。適用が十分でないと思慮も出ようが、それでは施設の中でより一層啓蒙に努力されればいいのではないですか。これは明日からでも始められるでしょう。上述した大学内がんセンター構想の一環としての放射線腫瘍学講座の提案は、単独提案よりも名目として学内合意を得られやすいと思われる。そして診療面では講座から独立した診療単位で講座隔壁がより低くならざるを得ず、実質的に縦割りの弊害をなくせると考えられる。だから現実的であろうと提案しているのである。

#### 4. JASTROでの対応

JASTROとしては、ここで「放射線腫瘍医増加のためのAd Hoc委員会」自体はAd Hocの性格から昇格させ、将来計画・関連学会・教育・DB・健保各委員会を横断する連合

体での基幹委員会として機能させるべきである。そしてできることから実行していく。例えば前記の提案の内のいづらか実行可能なものを検討の上でリクルートの方法など分担して実施する。場合によっては日本医学放射線学会、その他の学会・団体とも協調して実行することも視野に入れるべきであろう。


Tumor Boardの設立が急務であり、これを積極的に推進すべきであろう。治療関係だけでなく診断、看護やソーシャルワーカーまでも含めたBoardである。そして腫瘍を知る医師oncologistとして治療選択の判断に積極的に加わる。これが地道でも放射線腫瘍医の存在価値を高める最適な手段である。学会として具体策を講じるべきである。

政策・行政への要望として、放射線腫瘍医を内科腫瘍医と均等に増やす努力・政策を進めていただきたい。「化学放射線療法」を実施するには放射線腫瘍医も必要で、両者をバランスよく増やさないといけない。バランスを欠いた増加を行っても、一方で診療制限を行っていれば結局は何もならない、あるいは医療費の無駄に繋がる。

また、基幹病院への患者・従事者の集中化に協力していただきたい。人的・物的資源を考慮した放射線治療にとっての「均てん化」である。また医学物理士・品質管理士が現状で医療職でないことを是正する必要がある。健保採用が任用に繋がったことは診療情報管理士などに先例がある。あるいは医療品質の面で評価していただきたい。Table 2に挙げた負荷がこれ以上加速しないように、ポストを増やしていただきたい。スクラップアンドビルドを考えるなら、標的の業種を考えねばならないが。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省：がん医療水準の均てん化に向けて（がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書，2005。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0419-6.html
- 2) 厚生労働省：がん対策推進アクションプラン2005。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan.html
- 3) Teshima T, and Japanese PCS Working Group: Patterns of Care Study in Japan. *Jpn J Clin Oncol* **35**: 497-506, 2005.
- 4) 日本PCS作業部会: がんの集学治療における放射線腫瘍学—医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる規準構造— (Japanese Blue Book) 2005.
- 5) Erridge SC, et al.: Predicting the radiotherapy service requirements in Scotland in 2015. *Eur J Cancer (Suppl. 3-2)*: 394, 2005.
- 6) Moller TR, Brorsson B, Ceberg J, et al.: A prospective survey of radiotherapy practice 2001 in Sweden. *Acta Oncol* **42**: 387-410, 2003.



# 名古屋緩和ケア 実践セミナー

2006

日時

平成19年2月17日(土) 9時30分～15時40分(開場9時～)

場所

愛知県がんセンター中央病院国際医学交流センター

共 催：愛知県がんセンター中央病院 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
後 援：愛知県医師会 中日新聞社

**愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部**

**篠田 雅幸**

事務局 〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1

# 名古屋緩和ケア実践セミナー 2006 プログラム

愛知県がんセンター中央病院 国際医学交流センター

平成 19 年 2 月 17 日(土)

9:30～ 開会挨拶 高橋 利忠 (愛知県がんセンター総長)

座長：渡邊 正 (愛知県がんセンター愛知病院副院長兼緩和ケア部部长)

9:40～10:30

## 「緩和ケアとは何か」

柏木 哲夫 (金城学院大学学長・(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長・淀川キリスト教病院名誉ホスピス長)

座長：細田 蓮子 (愛知県がんセンター中央病院麻酔科部部长)

10:35～11:15

## 「痛みのマネジメントで守るべき基本と実際」

下山 直人 (国立がんセンター中央病院手術部部长)

11:20～12:00

## 「痛み以外の身体的症状のマネジメントの基本と実際」

志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院緩和医療科部部长)

(昼食)

座長：加藤 知行 (愛知県がんセンター中央病院院長)

13:30～14:10

## 「進行癌・末期患者とのコミュニケーション」

本家 好文 (広島県緩和ケア支援センター長)

14:15～14:55

## 「緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス」

明智 龍男 (名古屋市立大学大学院医学研究科

精神・認知・行動医学分野助教授)

15:00～15:40

## 「日常生活援助と家族ケアのエッセンス」

田村 恵子 (淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長)

閉会挨拶 篠田 雅幸 (愛知県がんセンター中央病院副院長兼緩和ケア部部长)



## ～ 目 次 ～

### 「緩和ケアとは何か」

柏木哲夫……………5

### 「痛みのマネジメントで守るべき基本と実際」

下山直人……………17

### 「痛み以外の身体的症状のマネジメントの基本と実際」

志真泰夫……………29

### 「進行癌・末期患者とのコミュニケーション」

本家好文……………41

### 「緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス」

明智龍男……………49

### 「日常生活援助と家族ケアのエッセンス」

田村恵子……………61

柏木 哲夫 先生のご紹介

(金城学院大学学長、大阪大学名誉教授、淀川キリスト教病院名誉ホスピス長)

略 歴

1965年大阪大学医学部卒業。同大学精神神経科に3年間勤務し、主に心身医学の臨床と研究に従事。その後3年間、ワシントン大学に留学し、アメリカ精神医学の研修を積む。

1972年帰国し、淀川キリスト教病院に精神神経科を開設。同時にターミナルケア実践のためのチームを結成。その後、同病院にて内科医としての研修を受け、1984年にホスピス開設。副院長、ホスピス長を経て、1993年大阪大学人間科学部教授就任（人間行動学講座）。

淀川キリスト教病院名誉ホスピス長。

大阪大学定年退官後2004年4月より金城学院大学学長。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長。

1994年 日米医学功労賞

1998年 朝日社会福祉賞

2004年 保健文化賞受賞

主な著書

生と死を支える（朝日選書341）

死にゆく人々のケア（医学書院）

死を学ぶ（有斐閣）

死にゆく患者の心に聴く（中山書店）

死を看取る医学（NHK出版）

老いはちっともこわくない（日本経済新聞社）

ターミナルケアとホスピス（大阪大学出版会）

癒しのユーモア（三輪書店）

癒しのターミナルケア（最新医学社）

定本・ホスピス・緩和ケア（青海社）

人生の実力（幻冬舎）

など

## 緩和ケアとは何か

金城学院大学  
柏木哲夫

## 緩和ケアの定義 (WHO, 2002)

“Palliative care is an approach which improves the quality of life of patients and their families facing life-threatening illness, through the prevention, assessment and treatment of pain and other physical, psychosocial and spiritual problems.”

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## 緩和ケアの定義 (試訳)

緩和ケアとは、生命にかかわる疾病に直面している患者とその家族の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予防・評価・対応することによってQOLを向上させるアプローチである

## 緩和ケアの要件 (1)

1. 痛みやその他の苦痛な症状を緩和する
2. 生を肯定し、死の過程を正常なものとして尊重する
3. 死を早めることも、遅らせることもしない
4. 患者ケアにおいて心理社会的側面とスピリチュアルな側面を一体化させる

## 緩和ケアの要件 (2)

5. 患者が可能な限り前向きに生活ができるように支援体制を提供する
6. 患者の療養中から死別後まで家で対処できるように支援体制を提供する
7. 患者・家族の必要性に対してチームで対応する
8. QOLの向上を心がけ、疾病経過に好ましい影響を与えることを目指す
9. 治療期間を含め早期から実践する

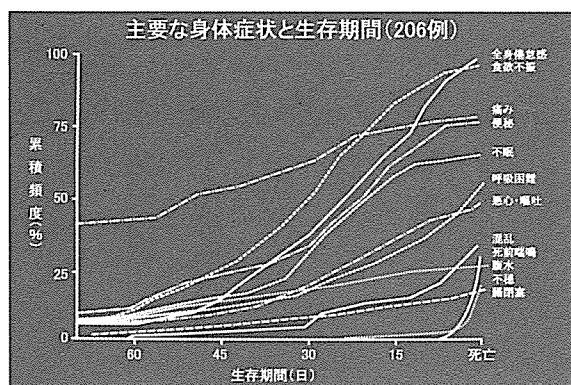
## 21世紀の緩和医療①

1. 症状のコントロール
2. コミュニケーション
3. チームアプローチ
4. Spirituality
5. 悲嘆のケア

## 21世紀の緩和医療②

6. 倫理的問題
7. 対象とする疾患
8. 緩和医療専門医
9. 海外との交流
10. Preventive Palliative Medicine

## 症状のコントロール

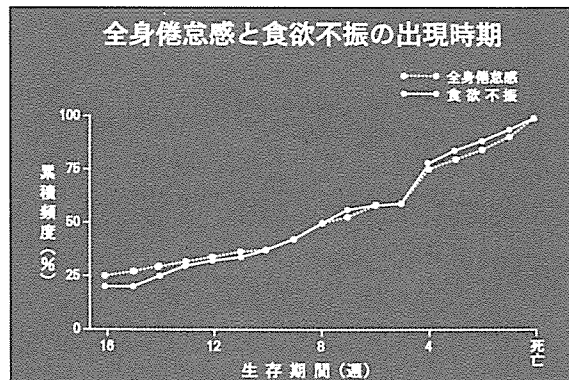


## がん末期の三大苦

- 痛み
- 全身倦怠感
- 呼吸困難

## がん性疼痛の治療ポイント

1. 病態の正しい理解
2. オピオイドの十分な使用
3. 鎮痛補助薬の適切な使用



## 全身倦怠感・食欲不振の治療

- (1)原因がはっきりしている場合  
 →原因治療  
 嘔気・嘔吐、便秘、胃内容停滞、口内炎、  
 電解質異常(高カルシウム血症)、不安、抑うつなど
- (2)がん悪液質症候群の場合  
 →合成黄体ホルモン製剤の投与  
 酢酸メドロキシprogesteron(ヒスロンH)  
 →コルチコステロイドの投与  
 ベタメタゾン(リンデロン)など

## 呼吸困難とMST

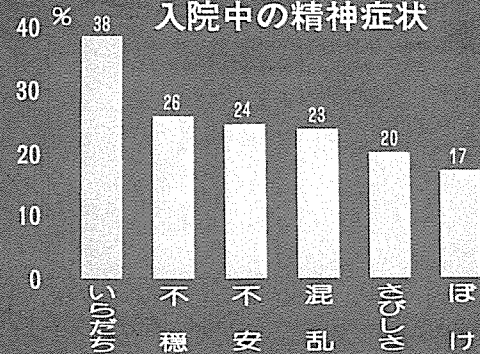
M : Morphine

S : Steroid

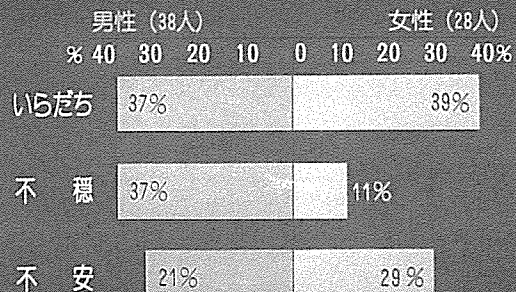
T : Tranquilizer

## コミュニケーション

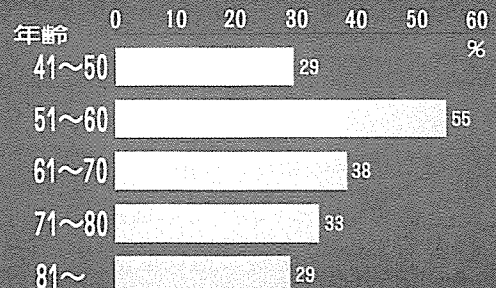
### 入院中の精神症状

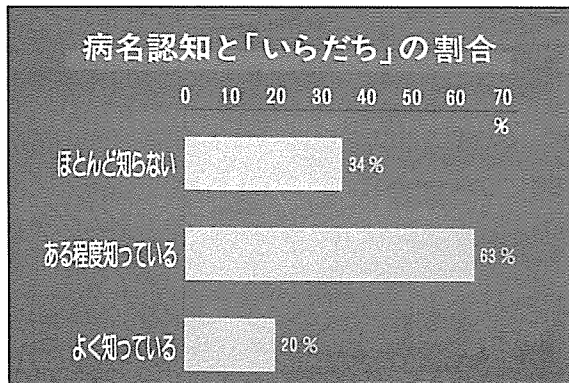


### 精神症状と性別

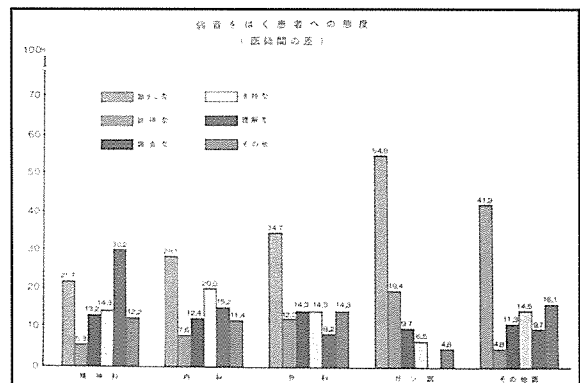
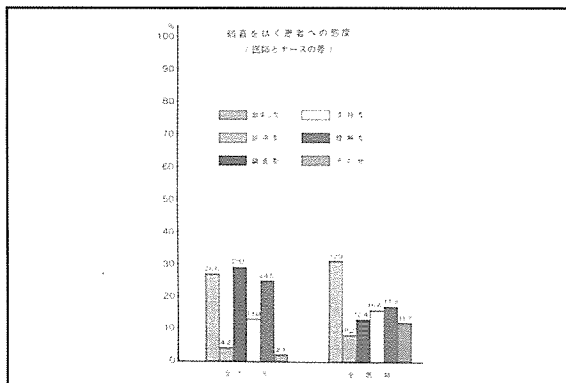


### 年齢と「いらだち」の割合





- ### 精神的援助
1. ベッドサイドに座りこむ
  2. 傾聴し感情に焦点をあてる
  3. 安易な励ましを避ける
  4. 理解的態度で接する
  5. 共に闘うことを知らせる
  6. 病状の変化に対する布石をする
  7. 質問の機会を与える
  8. 希望を支える
  9. 非言語的コミュニケーションをはかる



## チームアプローチ

- ### チーム医療の長所
1. 総合的に判断できる
  2. 多くの必要性を満たすことができる
  3. 方針の一致した医療が行える
  4. パターンリズムから脱却できる
  5. 互いに理解し援助し合うことができる

## チーム医療がうまくいかない理由

1. 医師がチーム医療の重要性を理解せず非協力的
2. チームメンバーの知識や経験などの力量不足
3. チームリーダーやコーディネーターの不在

## Spirituality

## WHO 憲章前文における健康の定義 改正案

**Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.**

## 霊的苦痛の表現

1. 不公平感 「なぜ私が？」
2. 無価値感 「家族や他人の負担になりたくない」
3. 絶望感 「そんなことをしても意味がない」
4. 罪責感 「ばちが当たった」
5. 孤独感 「誰も私のことを本当にはわかってくれない」
6. 脆弱感 「私はだめな人間である」
7. 遺棄感 「神様も救ってくれない」
8. 刑罰感 「正しく人生を送ってきたのに」
9. 困惑感 「もし神がいるのなら、なぜ苦しみが存在するのか」
10. 無意味感 「私の人生は無駄だった」

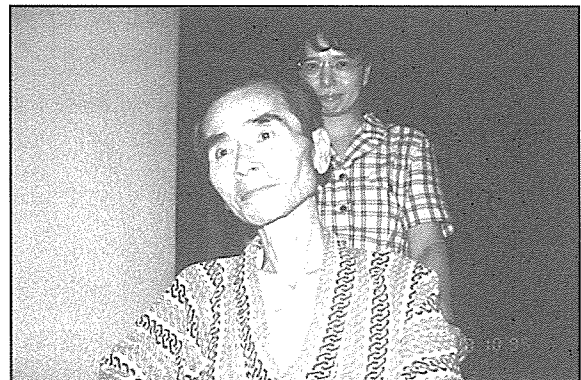
Yodogawa Christian Hospital

## Spiritual Careのポイント

- 積極的傾聴、共感、支持
- 批判的でない患者理解
- 価値観の明確化
- 祈りや瞑想
- 聖職者の紹介
- 宗教的行為や儀式への参加を促す
- 自然とのふれあい
- 芸術に触れる

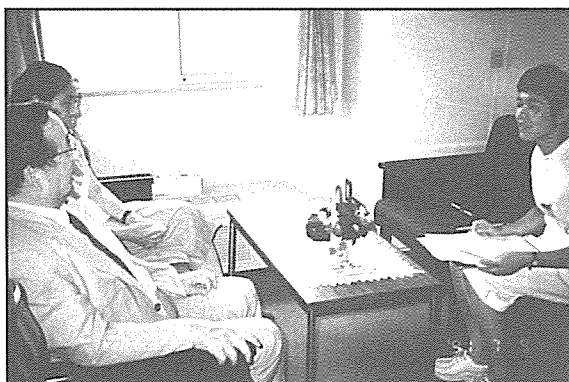
北米看護診断協会

Yodogawa Christian Hospital

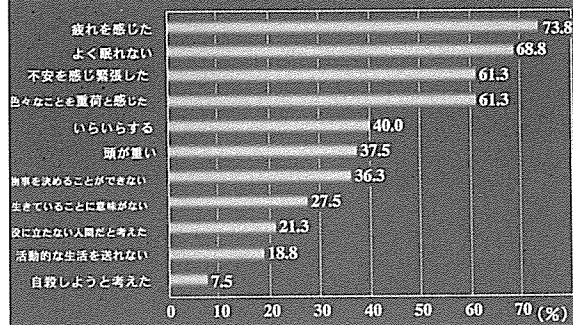


## 家族ケアの三大要素

1. 予期悲嘆のケア
2. 死の受容への援助
3. 死別後の悲嘆のケア

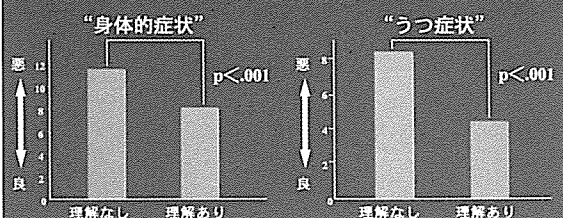


### 配偶者との死別後の身体的・心理的健康



### 「自分の気持ちを理解してもらえなかった」という思いと身体的・心理的健康の関連

116名中、43名(37.1%)の配偶者喪失者が「気持ちを理解してもらえなかった」と回答



## 遺族への援助

「気持ちを理解してもらえなかった」という思い

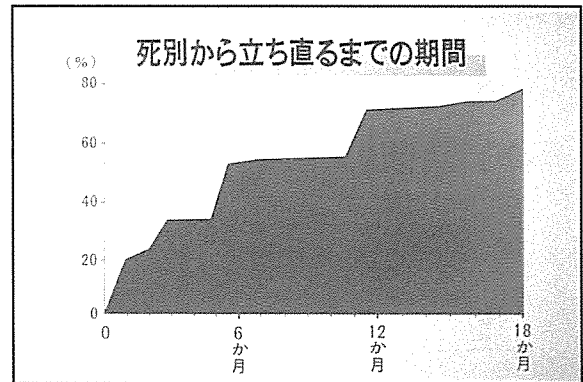
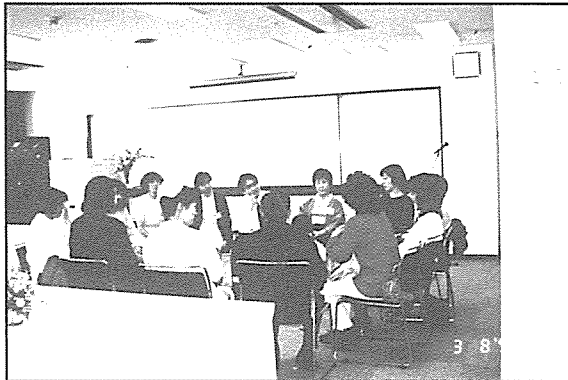
遺族同士の支え合い

### 自助グループ self-help group

死別という同じ経験を持つ者同士が集い、悲しみや苦勞を分かち合い、支え合う機会を提供する。







倫理的問題

患者の自律性  
 インフォームド・コンセント  
 尊厳死  
 安楽死  
 セデーション

From IC to ICC

Inform  
 Communication  
 Consent

From IC to ISC

Inform  
 Sharing  
 Consent

鎮静の分類

1. 目的	一次的鎮静
	二次的鎮静
2. 継続性	持続的鎮静
	間欠的鎮静
3. レベル	深い鎮静
	浅い鎮静
4. 時期	終末期鎮静
	非終末期鎮静

## 緩和困難な症状

意識を低下させずに、積極的に許容しうる治療に取り組んだにもかかわらず、十分にコントロールすることのできない症状

J Palliat Care 1994;10(2):31-38

## 緩和困難な症状の出現頻度

Saunders (1994)	Lichter & Hunt (1990)	池永ら (1995)
痰のからむ状態 54%	雑音性・湿性呼吸 56%	全身倦怠感 57%
嗜眠状態 47%	痛み 51%	呼吸困難 25%
興奮状態 32%	興奮・不穏状態 42%	肝不全による不穏・興奮 10%
呼吸困難 27%	尿失禁 32%	衰弱による不穏・興奮 6%
痛み 24%	呼吸困難 22%	末期の緩和困難な疼痛 1%
混乱 12%	尿閉 20%	

## Saunders

人がいかに死ぬかということは、残される家族の記憶の中に溜まり続ける。私達は最後の苦痛の性質とその対処について、十分に知る必要がある。最後の数時間に起こったことが、残される家族の心の癒しにも悲嘆の回復の妨げにもなる。

耐え難い不穏の患者は自分自身や家族に最後の別れをずる準備はほとんど何もできない。“眠っていて何も覚えていない状態”での死が穏やかで平安をもたらすことができる。

## 対象とする疾患

## National Hospice Organization Fact Sheet (1995)

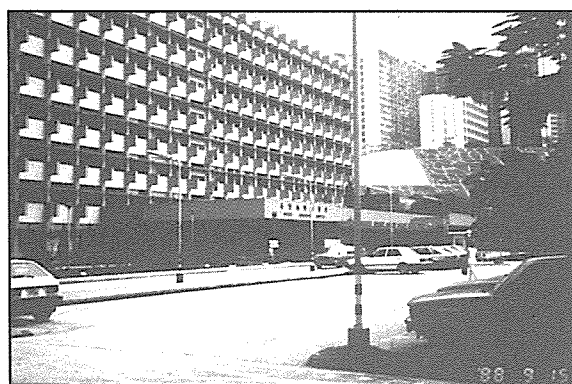
癌	60%
心疾患	6%
AIDS	4%
腎疾患	1%
アルツハイマー	2%
他の疾患	27%

## 緩和医療専門医

## American Academy of Hospice and Palliative Medicine

Board certified by the American  
Board of Hospice and Palliative  
Medicine

## 海外との交流



## Preventive Palliative Medicine

**Palliative care is the prevention and relief of suffering through early identification and impeccable assesment and treatment of symptoms, both physical and psychosocial, occuring in patients with incurable medical problems.**

Neil MacDonald, 1996