21 世紀の緩和医療

中川 恵一¹⁾²⁾ 岩瀬 哲²⁾ 村上 忠²⁾³⁾ 斉藤勇一郎²⁾⁴⁾
 佐藤嘉代子²⁾⁵⁾ 梅内美保子²⁾⁵⁾ 大友 邦¹⁾

〈要 約〉 がん治療率の改善は、がん患者の増加やその高齢化に追いついてはならず、がんによる死亡率は増加傾向にある。これに伴い、がんの緩和医療はさらに重要性を増している。

WHO では、緩和ケアを「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛み、その他の症状のコントロール、心理面、社会面、精神面のケアを最優先課題とする。緩和ケアは、疾患の早い病期においても、がん治療の過程においても適用されるべきである。」と定義しているが、東大病院での医療者に対するアンケート結果からは、その普及は明らかに不十分であることが伺える。この原因としてとくに緩和医療に関する卒後教育の欠落などがあげられるが、来年度からの新臨床研修体制のなかには「緩和・終末期医療」が組み込まれており、今後に期待したい。

一方、緩和ケア病棟や緩和ケアチームなど、行政側からの働きかけがあり、受け皿は整備されつつあるが、今後、がん性疼痛の WHO 方式のコントロール方法、サイコオンコロジーの考え方などが普及していくことが重要である。また、これまでは治療方法がなくなった時点で緩和医療へ移行する例が多く見られたが、がん診断の当初から治療と並行して緩和ケアを開始し、末期になるに従い治療よりも緩和ケアの比重を高くしていくべきであり、末期であっても緩和的がん治療の可能性を捨てるべきではなく、とくに緩和的放射線治療の重要性を強調したい。

緩和医療は、アングロサクソン諸国で発達した医療の考え方である。もちろん人種を越えた普遍性を持つものであるが、その実践においては、社会的、文化的背景を無視できない。今後、日本人の死生観や社会構造に根ざした「日本型緩和医療」が確立されるべきであろう。

Key words: 緩和医療、緩和ケア、終末期医療、緩和ケア病床、緩和ケアチーム

(日老医誌 2004; 41: 16—22)

はじめに

がんが日本人の死因のトップとなった 1981 年から、すでに 20 年以上が経過した。高齢化の進行とともに、がん死亡率は伸び続けており、10 年後には総死亡の半数近くにまでのぼると予想される。また、がん患者の高齢化も進んでいる。1996 年の年齢別の胃がん、肺がんの罹患率をみると、部位別罹患率の 1, 2 位であるこれらのがんが、高齢まで増加し続けていることが分かる。

一方、がん治療成績は着実に向上しており、がん罹患した患者のおおよそ半数が治癒できるようになってきた。しかし、治癒率の伸びは、がん患者の伸びに追いついてはいないので、がんで死亡する患者は増加する一方で、社会問題ともなっている。

世界保健機関 (WHO) では、緩和医療を、「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛み、その他の症状のコントロール、心理面、社会面、精神面のケアを最優先課題とする。緩和ケアは、疾患の早い病期においても、がん治療の過程においても適用されるべきである。」としているが、これは本来、悪性腫瘍だけを対象とするものではない。しかし、現実的には、緩和医療、終末期医療の典型的対象は、悪性腫瘍患者と言ってもよい。これは、患者の苦痛が激しいこと、罹患期間が比較的長いこと、治療方法がないことが明らかとなってから後の期間が長いこと、患者の意識が清明であることが多いこと、患者数が多く、

Palliative medicine of the 21st century

1) Keiichi Nakagawa, Kuni Otomo: 東京大学医学部附属病院放射線科

2) Keiichi Nakagawa, Tetsu Iwase, Tadashi Murakami, Yuichiro Saito, Kayoko Sato, Mihoko Umeuchi: 同 緩和ケア診療部

3) Tadashi Murakami: 同 精神神経科

4) Yuichiro Saito: 同 麻酔科

5) Kayoko Sato, Mihoko Umeuchi: 同 看護部

だれでもが他人事と思えないことなどが理由であろう。とくに、がんの治療は、その多くの場合、初回治療がすべてと言ってよいことに大きな特徴がある。近い将来、がん死することが予想される患者が、全く症状を示さないことは多く経験されることである。この場合には、緩和医療の出番の時期は、告知内容によるが、いずれ必要になってくることにはかわりはない。緩和医療が社会的にも多くの議論を呼ぶのは、それが、「死は不可避である」という人生最大の問題を強く認識させるからであろう。

筆者等は、東京大学医学部附属病院（東大病院）で、緩和医療を担当している。急性期医療を代表する東大病院でも、緩和ケア病床、緩和ケアチームを傘下に置く「緩和ケア診療部」が発足していることは、同院の過去の実情を知る筆者（中川）には、感慨深いものがあるが、その活動は今まさに緒に着いたばかりである。本稿では、わが国の緩和ケアの現状を整理し、その問題点を整理し、21 世紀の緩和医療を展望したい。

緩和医療の現状と展望

1. 緩和医療を取り巻く背景と問題

(1) 医療者の意識

東大病院緩和ケア診療部が、院内の医師、看護師を対象に行った、緩和ケアに関する調査の結果を以下に示す。

緩和ケア普及/緩和ケアチームの必要性

院内に緩和ケアを普及させることが「非常に必要」「必要」「どちらかといえば必要」と感じている者は医師の 92.6%、看護師の 93.1% となった。また緩和ケアチームを必要としているかについては「非常に必要」「必要」「どちらかといえば必要」とした者が医師の 81.4%、看護師の 91.1% となった。

疼痛緩和に関する知識

「WHO 式がん疼痛治療法」を知っているかどうかについて、「内容をよく知っている」「内容がある程度知っている」と答えたものは医師の 38.5%、看護師の 21.3% であった。

終末期がん患者のケアに対する困難感

終末期がん患者のケアに関して困難を感じているかどうかについて、医師は「非常にある」「よくある」「時々ある」が 81.5%、看護師は「非常にある」「よくある」「時々ある」が 90.9% であった。その具体的な内容について、医師の回答では「病院の体制が十分でないこと」「家族が満足できるような最期の看取りができないこと」「医療者同士でのコミュニケーション不足」の順で多く、看護師は「症状緩和に関する自分自身の知識・技術の不足」「病院の体制が十分でないこと」「医療者同士でのコミュニ

ケーション不足」の順で多い結果となった。

全体として、東大病院における緩和ケアは十分でないことと認識し、普及の必要性を感じている者が多く、緩和ケアサービスに対するニーズは高いということが明らかになった。緩和ケアチームに依頼したいことの内容は、症状マネジメント、患者の精神的サポート、療養の場の相談やコーディネートと多様であり、緩和ケアチームに幅広い活動が求められている事がわかった。その中でも、スタッフがケアの困難感として「病院の体制が十分でないこと」を挙げている。急性期医療が中心の病院であることが影響していると考えられるが、緩和ケアチームの活動の中でも療養の場の相談やコーディネートをサポートできるようになることが優先されると考える。同じく、スタッフは「医療者同士のコミュニケーション不足」によってもケアが困難になっていると感じている点も見逃せない。

(2) 告知の非タブー化

1996 年に東大病院で開催した「東京大学公開フォーラム 終末期医療を考える、緩和医療の提唱 ―進行癌とどこまで闘うか―」では、告知の是非が議論になっていたが、今、非告知派は少数となった。一般国民の 72% が告知を希望しており、ほぼ全員が担当医から直接説明を受けたいと思っている。このことを医療者は忘れてはならない。一方、「末期医療に関する意識調査など検討会報告書」(厚生省健康政策局総務課、以下、検討会報告書)によると、病名や病気の見通しについて、まず誰に説明するかについては、医師では「患者の家族に説明する」(59%)「患者本人に説明する」(3%)、また、看護職員でも「患者本人に説明する」(4%) という回答であった。

このように、国民のほぼ全員が医師から直接説明を受けたいと望んでいるが、医師が先ず説明する人としては、通常では患者本人ではなく患者の家族に説明しているのが現実である。欧米では、医師は、患者本人のプライバシーに関わる事項についてはそのプライバシーを尊重し、通常本人以外に説明することはないが、我が国では、医師は告知により患者が受けるであろう精神的な苦痛に対して配慮を行うとともに、患者本人と家族の一体的な絆が比較的強いことから、医師は先ず患者の家族に説明するといったように、いずれ患者本人に説明するとしても家族の意向を尊重するといった傾向を示している。このような傾向を示し、医師がまず患者本人に説明できない一つの理由としては、告知に関して患者本人との意思疎通を図る手法に必ずしも医師が習熟していないため、告知を行うことについて医師側に心理的抵抗があるものと考えられる。

一方、患者との意思疎通を図ることを重視している緩和ケア病棟の医師については、先ず「患者の家族に説明する」との回答が40%あるものの、「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」との回答が48%である。今回調査対象となった緩和ケア病棟に従事している医師数は約50人と少ないものの、緩和ケア病棟における活動は今後の末期医療の取り組みの流れを示唆していると考えられ、一般的な医師においても今後このような取り組みの方向へ変化していくことが予想される。

患者や家族に納得のいく説明を行うには、患者に対する適切な説明の他、患者に対して十分な説明ができる時間や患者のプライバシーへの配慮された場所の確保などの環境を整備していくことが必要である。現実には、カーテンだけで仕切られた大部屋で、医師が一人で早口で告知をして去っていき、患者は同室の別の患者に慰められる、といったケースが後を絶たない。患者に対して告知するにあたっては、医師は患者の意志に配慮すると共に患者の告知による影響を考えずして一律に告知することは避けるべきであり、また、告知後の患者に対する精神的支援が重要である。医療者は患者との意思疎通を図る手法や告知後の患者の精神的支援を図る手法を修得しておくことが必要である。

(3) 治療方針の自己決定とインフォームドコンセント

同検討会報告書によると、患者が治る見込みのない病気に罹患した場合その治療方針を決定するに当たり、先ず誰に意見を聞くかと言うことに関しては、医師、看護職員において、「患者本人の意見を聞く」と言う回答率は低く(9%, 16%), 「患者本人の状況を見て誰にするかを判断する」という回答が過半数であった(55%, 71%)。さらに、医師においては、それに続いて「家族に聞く」(35%)であった。多くの医師は患者の意志を重視しているものの、先ず患者本人の意見を聞く状況に至っておらず、現場において患者の状況をみて悩みながら対応しているのが現状である。

一方、検討会報告書によると、単なる延命医療を続けるべきか中止するべきかについて、患者と医師との十分な話し合いが行われているかということに関しては、国民、医師、看護職員において「不十分と思う」または「行われているとは思わない」という回答が過半数を超えた(53%, 76%, 67%)。又「行われている」という回答は10%前後であった。

尊厳死協会に自分の「リビングウィル」を登録する人は、1990年には数千人であったが、2002年には10万人を突破した。このように、終末期の治療方法の決定を自ら行いたいと考える人が多い。「先生にお任せします」と

言いながら、患者本人が、明確な意志をもっていることも多いものである。治療方針の決定については、患者本人に適切に告知されているならば、基本的には患者本人の意見を聞くことによってその決定が可能となる。より適切な医療を続けようとするならば、患者の意志や状況に配慮しつつ、何れかの時期に、患者本人に対して病名等の告知を行っておくことが望ましい。

(4) 病院死の増加と緩和ケア病床、在宅ケア

1950年代までは、世界的にみても、自宅で死亡することが一般的であった。しかし、わが国では、1970年ごろから病院死が急増し、1975年ごろには在宅死を上回った。現在、「病院での看取り」が90%に達し、とくにがんでは、93%にのぼる。

一方、前述の「末期医療に関する意識調査など検討会報告書」によると、国民が自分自身の問題として痛みを伴う末期状態となった場合どこで療養生活を送りたいかの質問に対して、11.8%が「今まで通っていた病院に入院」、20.7%が「緩和ケア病棟に入院」、20.4%が「自宅で療養して必要があれば今まで通った病院に入院」、28.3%が「自宅で療養して必要があれば緩和ケア病棟に入院」、9%が「在宅で最後まで療養」、4.4%が「専門的医療機関で積極的な治療」と回答している。約半数の国民が緩和ケア病棟を希望することが明らかとなった他、およそ6割がなんらかの在宅でのケアを希望していることも注目される。

緩和ケア病棟は、1人あたりの面積が広く(病室面積8m²以上)、医師が常時勤務し、看護師の人員配置が厚い(患者1.5人に1名配置)などの条件のもとで、特殊な診療報酬が設定されている。平成15(2003)年10月現在121施設、2,310床が施設基準を満たす緩和ケア病床として存在する。しかし、上記の国民の希望を満たすには、現在の4倍の緩和ケア病棟が必要とされる。

在宅ケアへの国民の要望は強い。実際、病院で行えることの多くが在宅で可能となってきた。また、在宅医療における終末期医療に対して、相応の診療報酬項目(在宅末期医療総合診療料)もある。しかし、「検討会報告書」によると、実際に「在宅で最後まで療養」が可能と考える国民は、16%にとどまる。理由として、往診医の不足、介護者、居住環境、経済的問題など、医療以外の生活全般に関わる事項があげられる。行政側の施策にも期待したい部分である。

東大病院では、特別病棟のうち4床を緩和ケア病床として、運用している。対象は、緩和ケア病床のスタッフが面接により入院の必要性を認めた終末期癌患者で、以下の基準を満たすものである。

＜緩和ケア病床入院適応基準＞

1. 患者および家族が緩和ケアに同意し、緩和ケア病床入床を希望していること。
2. 患者自身が自分の意志を第三者に対して十分に表現できると認められること。
3. 患者が病名・病状について理解していることが望ましいが、理解していない場合には、患者の求めに応じて、適切な病名・病状の説明がなされることを家族が了承していること。
4. 申し込み診療科の受持・当直体制で患者を診療し、緩和ケア病床のスタッフと協調して診療を進めること。
5. 検査、処置などは最小限にとどめて、患者のQOLを優先すること。
6. 申し込み診療科の受持医は、緩和ケア病床カンファレンスに参加すること。

2001年9月から2003年10月までに、55名の入院、死亡退院46名、退院4名、転棟1名、4名入院中。平均在院日数は46日（最短2日、最長272日）である。紹介科は、放射線科19例、消化器内科9例、肝胆膵外科7例、胃食道外科5例、耳鼻科4例、大腸肛門外科2例、神経内科2例、脳神経外科1例、小児科1例、女性外科1例、循環器内科1例、呼吸器外科1例、泌尿器科1例、呼吸器内科1例と多岐にわたった。

(5) 一般病床での緩和ケアと緩和ケアチーム

前述のように、緩和ケア病棟の絶対数は不足しているが、さらに問題なのが一般病床での緩和ケアの実践レベルの低さである。これを解決する一端として、2002年4月に緩和ケア診療加算が新設され、緩和ケアチームによって悪性腫瘍患者に症状緩和が提供された場合、入院基本料に250点（1日につき）が加算されることになった。東大病院では平成15年5月に緩和ケア診療部が新設され、同時に緩和ケアチームを結成、緩和ケア診療加算に向けて準備活動と実際のサポートを開始している。緩和ケアチームとは緩和ケア病棟承認基準を満たした病棟を持たない施設などで、緩和ケアに関する専任のスタッフがチームとして緩和ケアを提供する形態をいう。厚生労働省による緩和ケアチームの基準は、医師2名（うち1名は専従）および専従看護師1名となっている。この2名の医師は、身体症状の緩和を担当する常勤医師と精神症状の緩和を担当する常勤医師で構成され、どちらか1名は、業務の100%をチームの活動にあてる（専従）ことになる。このチームには精神科医師を必要とするが、これは行政側が、緩和医療における、全人的苦痛のケアの必要性を認めたことであり、極めて重要である。緩和医療における精神面の問題は、後で別項で触れる。

今回、東大に新設された緩和ケアチームががん患者のQOLの改善に役立っているかどうかを、STAS（The Support Team Assessment Schedule）を用いて検証した。その結果、ペインコントロール、症状コントロール、患者、家族、医療スタッフのdistressについて介入効果を20例でみた結果、ペインコントロール、症状コントロールでは明らかな改善を確認した。

(6) 学部教育、卒後教育

医学生を対象としたアンケートによると約60%が緩和ケアに関心を持つとされる。2000年度の全国67大学からの回答でも、緩和ケアに関する講義があるのは63校（94%）にのぼる。なお、1994年、1997年の調査ではともに50%以下であった。講義名称は、緩和医療13.9%、ターミナルケア13.9%、医療概論13.9%、緩和ケア10.9%、終末期医療9.9%、疼痛緩和7.9%、麻酔/ペインクリニック6.9%、総論/総合講義6.9%、ほかである。東京大学医学部医学科でも、6年生を対象とした「緩和医療学」の講義が2コマあり、筆者の一人（中川）が担当している。がん患者さんに来て頂き、生の声をきいてもらったり、学生間で、ロールプレイをしてもらっている。この他、放射線科実習のなかで、緩和ケア病床の見学などを組み込んでいる。

このように、緩和医療についての医学部教育はある程度、充実しつつあると言える。一方、卒後教育については、改善の余地が多い。前述の東大病院における緩和ケアに関する調査の結果でも、WHO式がん疼痛治療法の「内容をよく知っている」、「内容をある程度知っている」医師は38.5%にとどまっている。また、大学病院での死亡患者数が少ないことも問題である。99年の40大学の死亡数と病床数との比は12,529人（死亡数）/34,314床（病床数）=0.365で、一般教育病院の0.703と比べて半分程度である。

来年から始まる新臨床研修体制のなかの「特定の医療現場の経験」には「緩和・終末期医療」が組み込まれており、以下の目標と必修項目が指定されていることは評価できよう。

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
 - 2) 緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む）に参加できる。
 - 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
 - 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。
- 必修項目 臨終の立ち会いを経験すること
2. 緩和医療の実践と展望

(1) 疼痛緩和の指針と掘り

疼痛緩和の第一歩は全人的な痛みと捉えることである。全人的な痛みへの対処は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルという4つの側面からアセスメントし対処することが必要不可欠である。身体的苦痛については、とくに原因の探査が重要である。

身体的苦痛への対処については、まず、薬物療法であるが、WHOの3段階除痛ラダーに示されているように、痛みの程度が軽度の場合、非オピオイド製剤と鎮痛補助薬の併用を試みる。中等度の痛みに対してはそれに弱オピオイドを加える。さらに高度の痛みに対しては強オピオイドを使用する。ただし、常に痛みの第1段階からの投薬を開始するのではなく、必要であれば、初めから第2,第3段階の鎮痛薬を投与する。非麻薬性鎮痛薬には非ステロイド性抗炎症薬、アセトアミノフェン、ブトルファノール、ペンタゾシンなどがあり、弱麻薬性鎮痛薬にはリン酸コデイン、ブプレノルフィンなどがあり、そして強麻薬性鎮痛薬にはモルヒネ製剤、フェンタニル製剤がある。麻薬の副作用（便秘、嘔気嘔吐、眠気など）への対策も重要で、これを怠ると患者が麻薬の使用を拒み、疼痛コントロールが難しくなる。

しかし、強麻薬製剤によっても十分な鎮痛が得られない場合がある。それぞれには対処法がある。骨転移による痛みには放射線療法、ホルモン療法、ステロイド療法、神経ブロック療法などが有効で、筋攣縮による痛みには筋弛緩薬、マッサージ、トリガーポイントブロック療法などが有効、神経因性の痛みには抗不整脈薬、抗うつ薬、抗不安薬、抗痙攣薬、NMDA受容体拮抗薬、ステロイド剤などが有効である。交感神経関与の痛みには胸部や腰部の交感神経ブロック、腹腔神経叢ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロックなどが有効である。消化管の収縮拡張による痛みには排便コントロール、緩下薬、鎮痙剤、硬膜外ブロックなどが有効である。頭蓋内圧亢進による頭痛にはステロイド剤や脳圧降下薬などが有効である。このように、鎮痛手段には多くの選択肢がある。そのため、各治療段階での選択が重要になってくる。緩和ケアにおける一般的な鎮痛剤としてのモルヒネ製剤も以前と比べてその剤形（坐剤、カプセル、細粒、液剤）、投与経路（経口、静注、皮下注、経管、坐剤）など新しくなっている。さまざまな徐放製剤の登場で日本でのモルヒネの使用量は年を追う毎に増えてきている。また、フェンタニル貼付製剤の発売により、長時間（72時間）の鎮痛も可能になってきている。日本にはまだ欧米のように多くのオピオイド製剤があるわけではないが、症状や副作用をみながらオピオ

イド製剤の変更を行うというオピオイドローテーションという考え方も徐々に浸透してきている。現時点ではオキシコドンとモルヒネとフェンタニルでの選択が可能である。

(2) サイコオンコロジー

サイコオンコロジーは、がんを抱えた患者のこころの問題を取り扱う学問領域である。かつて、がんが不治の病であった時代には、がんはすなわち“死”であり、医師はがんを抱えた患者と正面から向き合うことを避けていたといってもよい状況があった。がん細胞を撲滅することが医療の至上命題として掲げられ、19世紀には一部のがんで外科的手術が可能となった。その後、麻酔や手術技術の発達に加え、20世紀に入るとさらに放射線治療、化学療法が導入され、様々な臓器のがんに対する治療は現在まで飛躍的進歩を続けている。こうした中、病名告知を含むインフォームド・コンセントの問題やQOL（quality of life）の概念がクローズアップされる情勢を背景に、米国ニューヨークのスローン・ケタリング記念がんセンターに精神科部門が設置され、リエゾン精神科医のジミー・ホランド博士が部長に就任し、がん患者に対する心理・社会的な治療および研究を始めたのがサイコオンコロジーの端緒とされている。これは1977年、今からわずか25年あまり前のことである。

我が国では、1980年代から淀川キリスト病院をはじめとしたホスピスで精神科医が活動を始めているが、すべてのがん患者がサイコオンコロジーの恩恵にあずかるにはほど遠い状況が続いていた。厚生労働省が緩和ケア診療加算を新設し、精神科医を含むチーム医療をその必要条件としたことで、こうした状況は大きく変わりつつある。この診療加算により、患者は早期からがんの治療と並行して、心理・社会的あるいはスピリチュアルな問題について、サポートを受けることができるようになった。また、患者だけではなく、患者を抱えた家族もその対象とされている。

医療はとかく「病」そのものに向かいがちであるが、サイコオンコロジーは病を抱えた「人」をみる学問であるとも言える。治療成績が日々向上しているとはいえ、現在も国民のおよそ3人に1人はがんで亡くなっている。がんという病がこころに与える影響は非常に大きなものであり、この領域における精神科医への期待はますます高まっている。今後21世紀には、がんの治療成績のさらなる向上とともに、神経免疫学や内分泌学などと連携し、心理・社会的側面だけでなく、精神生物学的側面にも焦点を当てたサイコオンコロジーの発展が求められている。

(3) がん治療体系と緩和医療

「はじめに」でも述べたように、世界保健機関 (WHO) では、「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛み、その他の症状のコントロール、心理面、社会面、精神面のケアを最優先課題とする。緩和ケアは、疾患の早い病期においても、がん治療の過程においても適用されるべきである。」として、がんの緩和医療とは、「がんの診断から終末期までの全過程における QOL を重視した医療」というとらえ方を提唱した。この考え方は、がんの緩和医療のあり方を変貌させるとともに、がんの診療体系にも大きなインパクトを与えつつある。

緩和医療側からみると、終末期あるいはその前のある特定の時期に「がん治療」から「緩和ケア」に移行するのではなく、がんと診断された当初から治療と並行して緩和ケアを行い、末期になるに従い治療よりも緩和ケアの比重を高くするべきという考え方への移行である。初期の緩和ケアは、従来の延命重視のがん治療へのアンチテーゼ的面を持っていた。このため、前医では、抗がん剤治療を受けていた患者が、ホスピスへ転院するなり、一切の治療行為を中止して、ケアだけを受ける、といった事例がよく見られてきた。しかし、末期がんでも抗がん治療が意味を持つことは多い。骨転移による疼痛をモルヒネで抑えることはできる。しかし、椎体転移の増大による脊髄麻痺、四肢骨転移で病的骨折、脳転移による各種神経症状などは、末期がん患者の QOL を一気に悪化させる。こうした転移病巣の制御に最も有効なのは放射線治療である。筆者は、放射線治療を行えることが、一貫性のある緩和医療に不可欠と考えている。

がんの治療体系に対して、緩和医療の考え方が与える影響も無視できない。これまで根治的がん治療の優劣は、生存率によって判断されてきた。これに対して、緩和医療では、副作用や後遺症、精神的苦悩を含めた患者の QOL を重視し、生命を維持できる時間の長さそのものにはあまりこだわらない。そもそも、根治治療と言っても、人間である患者には長くても高々 100 年の時間しか与えられないのであり、根治治療も緩和治療も相対的差しかないはずであろう。緩和医療の考え方に立てば、十分にインフォームドコンセントを受けた患者が、非根治的治療を選択することはあり得ることであり、とくに、高齢者では、すでに日常的になっている。現在、がん治療における EBM が花盛りであり、筆者等もこれに基本的には賛同するが、緩和医療は、これに患者の意志による一定の幅を与えることになると思う。

(4) 日本型緩和医療の確立へ

緩和医療は、アングロサクソン諸国で発達した医療の考え方である。もちろん人種を越えた普遍性を持つものであるが、その実践においては、社会的、文化的背景を無視できない。英国、米国、カナダにおいてすら、その在り方には差があるのであって、日本の緩和ケアは、緩和ケアユニットが中心のカナダに最も近いとされる。

米国で死にゆく人たちの精神状態を研究したエリザベス・キューブラー・ロスは、人間は、死に直面したとき、「否認」「怒り」「取り引き」「うつ」という段階を経たのちに、死を「受容」と言っている。ロスの著書からは、「確固たる自我を持つ人間が、外からやってくる『死』を拒絶し、対決し、克服し、最終的に受け入れる」という流れが感じられるが、こういう考え方は、多分に契約とキリスト教を基盤とする欧米的であり、とくに、「死の受容」は日本人にも見られるとしても、欧米のそれとは多少意味が違うように思える。それは、むしろ「自然に帰る」というイメージに近いのではないか。実際、存在の純粋な消滅として死を受容しつつ亡くなる患者は多くはない。

ある研究によると、「あなたはどんな環境で死にたいですか？」という質問に、日本人の多くは「自然の風景を見ながら」と答えたそうである。「花の下にて春死なむ」と詠んだ西行から、全く変わっていないのだから、日本人の自然回帰は根元的な無意識なのであろう。こうした点で、終末期を迎える日本人にとって、家庭とともに、自然は最良の治療環境と言えよう。日本の緩和ケア施設の多くが、自然環境に恵まれた場所にあるのは、理由のあることかもしれない。

いずれにせよ、キリスト教や仏教などの明確な宗教の力を借りずに、立派に死を迎える患者が大半なのも事実である。これが、あの世や自然とのつながりといった、日本人の共通の宗教的世界観からか、「生きざま主義」のおかげか、あるいは人間が本来持っている精神的力のせいかは分からない。しかし、問題は、残り少なくなる生の時間とひきかえに次第に強まっていく患者さんの実存的問題に対して、医療者が無関心なことであろう。欧米のシステムをよく学んだ上で日本流にアレンジすることが得意な日本人のことだから、近い将来、「日本型緩和医療」が確立されることを筆者は疑わない。

文 献

- 1) E. キューブラー・ロス (川口正吉訳)：死ぬ瞬間。読売新聞社、1971.
- 2) フィリップ・アリエス：死と歴史—西欧中世から現代へ。みすず書房、1983.

- 3) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア。中央法規出版，1989.
 - 4) 千原 明：「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」の歩みと展望。ターミナルケア編集委員会（編），ホスピス・緩和ケア白書。ターミナルケア 1998;8(suppl.): 44—46.
 - 5) World Health Organization: (1990). Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization. (武田文和訳，(1993)).
 - 6) がんの痛みからの解放（第2版）：世界保健機関編（武田文和訳），金原出版，1996.
 - 7) 21世紀の末期医療：厚生省健康政策局総務課監修，中央法規出版，2000.
 - 8) 厚生労働省・日本医師会，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：がん緩和ケアに関するマニュアル，2002.
 - 9) ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望：厚生科学研究「緩和医療供給体制の拡充に関する研究」班，2001.
 - 10) がん疼痛治療ガイドライン：日本緩和医療学会がん疼痛治療ガイドライン作成委員会編，真興交易（株）医書出版部，2000.
 - 11) 恒藤 暁：最新緩和医療学。最新医学社，1999.
 - 12) 清水哲郎：QOLの基礎理論。日本緩和医療学会（監修），柏木哲夫，石谷邦彦（編），緩和医療学，三輪書店，東京，1997, pp. 238—243.
 - 13) Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (Eds.): Oxford Textbook of Palliative Medicine (2nd ed). New York: Oxford University Press, Inc.
 - 14) Higginson I (Ed.): (1993a). Clinical audit in palliative care. New York: Radcliffe Medical Press, Inc.
 - 15) Hearn J, Higginson IJ: Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliative Medicine 1998; 12: 317—332.
-