

## 総説

## 「今の」緩和ケアについて

—緩和ケアは、患者や家族だけでなく、医療者自身の苦痛も軽くする—

Palliative Care Today  
— Palliative Care Relieves Not Only Pains of Patients and Their Families,  
But Also The Medical Professional's Pains—齋藤 義之  
Yoshiyuki SAITO

## 要 旨

新たながん診療連携拠点病院の整備に関する指針により、厚労省は院内の基本的な緩和ケアの適切な実施、専門的な緩和ケアへのアクセスの改善、地域との連携の強化を目指していると考えられる。当科の外来稼働開始後5年間における介入症例は327例で、126例が新潟市外に居住しており、106例が外来通院中の患者であった。抗がん治療については終了が156例、適応外が3例であった。介入要因となった患者の苦痛は疼痛が217例と最も多く、当科における初診時の対応は傾聴が153例と最も多くなっていた。介入中止となった312例の内153例は最終的に当院で死亡退院となっていた。緩和ケア研修会の効果により、1次緩和ケアを実践できる医療者が増加している可能性が示唆された。緩和ケアは患者・家族だけでなく、医療者自身の苦痛も軽くするものであり、これからも、「つらさ」に焦点を合わせた、対人援助の専門職としてのアプローチに全力を尽くしたい。

## はじめに

2006年の「がん対策基本法」成立により、日本のがん対策は大きな転換点を迎えた<sup>1)</sup>。緩和ケアに関しては、2007年に策定された「がん対策推進基本計画」に基づいて様々な施策が講じられ、2008年に見直された「がん診療連携拠点病院制度」においても指定要件が大きく変更された<sup>2)3)4)</sup>。WHOによる緩和ケアの定義は、「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより苦痛の予防と軽減を図り、生活の質 (quality of life : QOL) を向上させるためのアプローチ」であり<sup>5)</sup>、特に「がん」だけを対象としたものではないが、日本ではこれまで、がんに伴う痛みや心のつらさに対する取り組みが十分ではなかったために、がんに対する緩和ケアの取り組みが優先された形となっている。病名告知等の

悪い知らせの伝達には適切なコミュニケーション技術が必要で、痛みや不安への対応は必ずしも病状が進行してから必要となる訳ではなく、がん医療では治療に伴う副作用予防や症状緩和も重要であり、これら全てが「がんと診断された時から必要な緩和ケア」と言える。このように、緩和ケアは時期を問わず患者や家族を援助するものであり、終末期医療 (ターミナルケア・ホスピスケア) だけでなく、日常生活の質を高める支持医療 (サポートケア) も重要な緩和ケアなのであるが、いまだに医療者を含めた国民の多くが緩和ケアを終末期医療と同義と考えているのが現状である。

がん緩和ケアに関しては、「QOLの向上、抑うつ症状の減少、生存期間の延長が認められたことから、診断時から緩和ケアと標準的がんケアが同時に提供されるべきである」という2010年の報告をきっかけとした様々な検証の結果、「がん患者の人生を支えるために大事なものは？」を診断時から

新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア科

**Key words** : 緩和ケア (Palliative Care) ・がん対策 (Cancer Control) ・がん診療連携拠点病院 (Designated Cancer Hospital) ・外来 (Outpatient) ・緩和ケアセンター (Palliative Care Center)

多職種が多面的に検討することが、症状緩和だけでなく生存期間延長にもつながる可能性が示唆されており、米国臨床腫瘍学会が「緩和ケアは終末期ケアと混同される事が多いが、病期全体を通してがん患者のあらゆる苦痛をやわらげる医療である」「転移を有する、あるいは症状の強い全てのがん患者に対して標準的がんケアと並行した早期からの緩和ケアの提供を考慮すべきである」という声明を2012年に出している<sup>6)7)8)9)</sup>。

日本においては、2012年に「第2期がん対策推進基本計画」が策定され、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」として、第1期に引き続き、緩和ケアが重点的に取り組むべき課題の1つに位置づけられている<sup>10)</sup>。厚生労働省が設置した「緩和ケア推進検討会」や「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の議論等を踏まえて、2014年1月には新たな「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が通知された<sup>11)12)13)</sup>。当院を含む「都道府県がん診療連携拠点病院」には、2016年3月までに「緩和ケアセンター」を設置することが求められているが、同センターに求められる活動の1つに、「緊急緩和ケア病床」を確保した上での、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象とした「緊急入院体制」の整備がある。新たな「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が目指しているのは、「院内の基本的な緩和ケアの適切な実施」、「専門的な緩和ケアへのアクセスの改善」、「地域との連携の強化」と考えられるが<sup>14)</sup>、認識や理解度の違いといった医療者個人レベルでの問題や、医療資源の地域格差の問題等があり、それらの実現は容易ではない。

こうした社会背景がある中、2009年に当院に緩和ケア科が開設されたが<sup>15)16)</sup>、開設後5年間の活動について報告する。

## I 緩和ケア科について

当院では2001年から緩和ケアチームが稼働しており、2007年4月に開設された相談支援センター（現：地域連携・相談支援センター）とも連携を取りつつ緩和ケアの提供体制の充実を図っていたが、「がん対策基本法」の公布や「がん対策推進基本計画」の閣議決定及び「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の通知等、国の緩和ケア普及に向けた動きを受けて、2009年4月に筆者が担当医師として赴任し、緩和ケア科を開設することとなった。現在、当院における「緩和ケアの相談窓口」は以下の3つである。(1)緩和ケア科外来：主治医から依頼のあった患者について、緩和ケア科医師が対応を検討する。(2)緩和ケアチーム：主治医あるいは主治医の承諾を得た医療者から依頼のあった患者・家族につい

て、多職種からなる緩和ケアチームのメンバーが対応を検討する。状況に応じて、チームメンバーが患者・家族に直接接触しない形での介入が可能である。(3)地域連携・相談支援センター：院内外の患者・家族・医療者から依頼のあった案件について、看護師・臨床心理士・MSWが対応を検討する。緩和ケアを必要とする患者・家族が抱える問題は、つらい症状・家族関係・療養場所・医療費等、複数の要素が複雑に絡まり合っていることが多く、対応を検討するには多職種・多部門の医療者の緊密な連携が必要である。

緩和ケア科の活動は、当院に入院中あるいは通院中の患者を対象とし、患者のQOL向上に寄与すべく、患者・家族・治療やケアに携わる医療者をサポートすることを目的としている。開設当初は対象を悪性疾患の患者に限定していたが、実際には非がん患者の診療依頼も受けている。午前中は月曜日から金曜日まで外来診療を、午後は介入中の入院患者がいる病棟の回診を行っており、週1回金曜日の回診前には、当日参加できる緩和ケアチームのメンバーと介入中の患者についてカンファレンスを行っている。介入中の患者が病状から緊急入院となる可能性もあるが、当科は病棟・病床を有しておらず、現時点では主治医としての対応は行っていない。

## II 緩和ケアの実践活動：緩和ケア科外来について

### 1. 患者背景

外来が稼働を開始した2009年5月から2014年4月までの5年間ににおける当科の介入症例は多重がん2例を含む327例（男性145例、女性182例）で、年齢は4～92歳（中央値60歳）であった。126例（38.5%）が新潟市外に居住しており、介入期間は1～1260日（中央値38日）であった。106例（32.4%）が外来通院中の患者であり、全身状態を示すPSは0が60例、1が55例、2が100例、3が65例、4が47例であった。抗がん治療については施行前が7例、施行中が161例、終了が156例、適応外が3例であった（表1）。

### 2. 対象疾患

介入症例の疾患内訳は悪性疾患54種、良性疾患1種であった（表2）。

### 3. 当科介入要因となった患者の苦痛

身体的苦痛である疼痛が217例（66.4%）と最も多く、次いで精神的苦痛である不安が153例（46.8%）と多くなっていた（表3）。

### 4. 当科における初診時の対応

患者の苦痛軽減につなげる対応としての傾聴が153例（46.8%）と最も多く、次いで疼痛に使用する薬剤に関しての主治医への提案が135例（41.3%）と多くなっていた（表4）。

表1 患者背景 (n=327)

項目	症例数	(%)
性別		
男性	145	( 44.3 )
女性	182	( 55.7 )
年齢 (歳)		
中央値	60	
(範囲)	(4~92)	
居住地		
新潟市内	201	( 61.5 )
新潟市外	126	( 38.5 )
介入期間 (日)		
中央値	38	
(範囲)	(1~1260)	
紹介経路		
外来	106	( 32.4 )
病棟	221	( 67.6 )
PS (performance status : ECOG *)		
0	60	( 18.3 )
1	55	( 16.8 )
2	100	( 30.6 )
3	65	( 19.9 )
4	47	( 14.4 )
抗がん治療 **		
施行前	7	( 2.1 )
施行中	161	( 49.2 )
終了	156	( 47.7 )
適応外	3	( 0.9 )

\* ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

\*\*端数処理のため合計は100%にならない

表2 対象疾患

疾患名	症例数	疾患名	症例数
乳癌	60	悪性線維性組織球腫	2
肺癌	51	非ホジキンリンパ腫	2
胃癌	32	口腔癌	1
卵巣癌	25	気管癌	1
子宮頸癌	17	耳下腺癌	1
痔癌	12	顎下腺癌	1
食道癌	10	十二指腸乳頭部癌	1
悪性黒色腫	9	尿管癌	1
腎癌	8	精巣癌	1
膀胱癌	7	消化管間質腫瘍(GIST)	1
原発不明癌	7	悪性葉状腫瘍	1
咽頭癌	6	パジェット病	1
胆管癌	6	脊索腫	1
前立腺癌	6	急性骨髄性白血病	1
子宮体癌	5	多発性骨髄腫	1
腎盂癌	5	悪性孤立性繊維性腫瘍	1
直腸癌	5	神経芽細胞腫	1
癌肉腫	4	形質細胞腫	1
脂肪肉腫	4	膠芽腫	1
尿管癌	3	横紋筋肉腫	1
平滑筋肉腫	3	ユーイング肉腫	1
骨肉腫	3	血管肉腫	1
喉頭癌	2	子宮内膜間質肉腫	1
甲状腺癌	2	類上皮肉腫	1
肝細胞癌	2	軟部肉腫	1
結腸癌	2	上顎筋上皮癌	1
卵管癌	2	耳下腺腫瘍(多形線腫)	1
腹膜癌	2	計	329

\*多重がん2例を含む

表3 当科介入要因となった患者の苦痛

項目	症例数	(%)
身体的苦痛	217	( 66.4 )
疼痛	173	( 52.9 )
嘔気・嘔吐	24	( 7.3 )
呼吸苦	18	( 5.5 )
食欲不振	11	( 3.4 )
倦怠感	6	( 1.8 )
腹部膨満	5	( 1.5 )
咳	3	( 0.9 )
便秘	2	( 0.6 )
体力低下	1	( 0.3 )
浮腫	1	( 0.3 )
下痢	1	( 0.3 )
口渴	1	( 0.3 )
腎不全	1	( 0.3 )
精神的苦痛	153	( 46.8 )
不安	135	( 41.3 )
せん妄	14	( 4.3 )
不眠	10	( 3.1 )
抑うつ	2	( 0.6 )
社会的苦痛	9	( 2.8 )
療養場所	8	( 2.4 )
医療費	1	( 0.3 )
スピリチュアルペイン	16	( 4.9 )

\* 同一症例における重複あり

### 5. 転帰

312例 (95.4%) が中止となっており、その内153例 (46.8%) は最終的に当院で死亡退院となっていた。主科から緩和ケア病棟に紹介された症例は49例 (15.0%) で、在宅療養の支援が可能な診療所に紹介された症例は17例 (5.2%) であった (表5)。

## Ⅲ 緩和ケアの教育活動：緩和ケア研修会について

### 1. 当院における緩和ケア研修会修了医師の割合

当科は厚生労働省の開催指針に準じた緩和ケア研修会を緩和ケアチームと協力して毎年開催している<sup>17)18)</sup>。当院所属の全医師数に対する緩和ケア研修会修了医師数の割合 (その年の12月時点での医師数で算出) は、2009年が<sup>19</sup>19.4% (93人中18人)、2010年が<sup>20</sup>37.4% (91人中34人)、2011年が<sup>21</sup>44.9% (89人中40人)、2012年が<sup>22</sup>50.5% (93人中47人)、2013年が<sup>23</sup>53.8% (91人中49人) となっていた (図1)。

### 2. 緩和ケア研修会を修了した医師の増加が当院の臨床現場に及ぼした影響

当院の全医師数に対する緩和ケア研修会修了医師数の割合 (図2) と当科の全依頼症例数に対する特定の診療行為がなされた症例数の割合 (表6) の相関係数 (Pearsonの積率相関係数) を、統計処理にSPSSを用い、有意水準を $p=0.05$ として求めた。「オピオイドの開始に関するアドバイスがなされた症例数の割合」と「緩和ケア研修会修了医師数の割合」との相関程度が $p<0.05$ で有意となり、相関係数が $-0.960$ であったことから、かなり強い相関がある

表4 当科における初診時の対応

項目	症例数	(%)
主治医へのアドバイス	202	( 61.8 )
使用薬剤に関する提案 (疼痛)	135	( 41.3 )
使用薬剤に関する提案 (疼痛以外)	51	( 15.6 )
施行中の治療に対する保証	23	( 7.0 )
他部門コンサルトの推奨	16	( 4.9 )
全身管理に関する提案 (検査・輸液・栄養)	12	( 3.7 )
病状説明に関する提案	7	( 2.1 )
家族への対応に関する提案	3	( 0.9 )
環境整備に関する提案	3	( 0.9 )
傾聴	153	46.8 )
患者へのアドバイス	52	15.9 )
思考・行動に関する提案	18	( 5.5 )
他部門コンサルトの推奨	13	( 4.0 )
環境整備に関する提案	11	( 3.4 )
使用薬剤に関する提案 (疼痛)	9	( 2.8 )
家族への対応に関する提案	4	( 1.2 )
全身管理に関する提案 (検査・輸液・栄養)	2	( 0.6 )
使用薬剤に関する提案 (疼痛以外)	1	( 0.3 )
処方・注射薬指示	50	( 15.3 )

\* 同一症例における重複あり

表5 転帰

項目	症例数	(%)
介入継続 (主科と併診)	15	( 4.6 )
中止	312	( 95.4 )
主科で診療継続	36	( 11.0 )
主科が終診	3	( 0.9 )
他施設紹介	120	( 36.7 )
一般病院	54	( 16.5 )
緩和ケア病棟	49	( 15.0 )
在宅療養の支援が可能な診療所	17	( 5.2 )
死亡退院*	153	( 46.8 )

\* 当科介入中に入院していなかった期間がある症例を含む

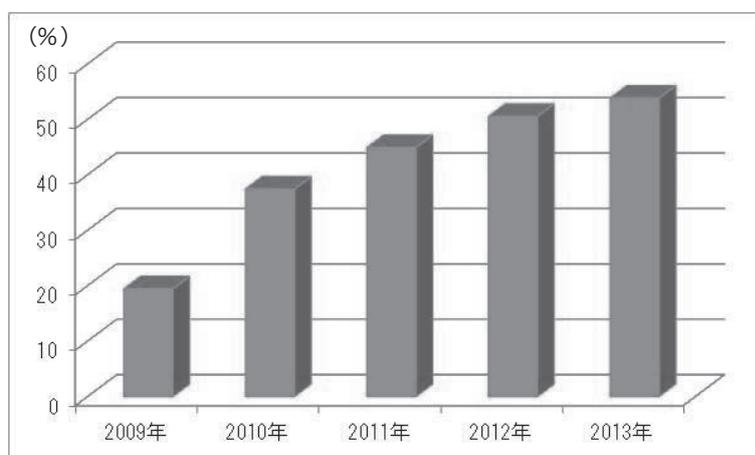


図1 当院における緩和ケア研修会修了医師数の割合 (A)

表6 当科において特定の診療行為がなされた症例数の割合

初診時に患者に なされた診療行為	2009年 (N=84)	2010年 (N=96)	2011年 (N=54)	2012年 (N=49)	2013年 (N=35)	Aとの 相関係数r
	n (%)					
アドバイス (主治医・患者問わず)						
オピオイド以外の鎮痛薬の開始	11 ( 13.1 )	20 ( 20.8 )	1 ( 1.9 )	0 ( 0.0 )	1 ( 2.9 )	-0.659
オピオイド以外の鎮痛薬の増量	0 ( 0.0 )	3 ( 3.1 )	1 ( 1.9 )	2 ( 4.1 )	0 ( 0.0 )	0.332
オピオイドの開始	10 ( 11.9 )	3 ( 3.1 )	1 ( 1.9 )	1 ( 2.0 )	0 ( 0.0 )	-0.960 *
オピオイドの増量	4 ( 4.8 )	4 ( 4.2 )	6 ( 11.1 )	1 ( 2.0 )	0 ( 0.0 )	-0.266
オピオイドの変更	5 ( 6.0 )	12 ( 12.5 )	4 ( 7.4 )	2 ( 4.1 )	3 ( 8.6 )	-0.026
鎮痛補助薬の開始	7 ( 8.3 )	18 ( 18.8 )	6 ( 11.1 )	0 ( 0.0 )	1 ( 2.9 )	-0.435
鎮痛補助薬の増量	1 ( 1.2 )	3 ( 3.1 )	3 ( 5.6 )	2 ( 4.1 )	1 ( 2.9 )	0.648
鎮痛薬の使用方法について	2 ( 2.4 )	10 ( 10.4 )	9 ( 16.7 )	8 ( 16.3 )	8 ( 22.9 )	0.970 *
鎮痛以外の薬剤の開始	12 ( 14.3 )	17 ( 17.7 )	4 ( 7.4 )	5 ( 10.2 )	4 ( 11.4 )	-0.524
鎮痛以外の薬剤の使用方法について	0 ( 0.0 )	1 ( 1.0 )	3 ( 5.6 )	1 ( 2.0 )	1 ( 2.9 )	0.748
他部門コンサルト	3 ( 3.6 )	10 ( 10.4 )	2 ( 3.7 )	8 ( 16.3 )	4 ( 11.4 )	0.642
施行中の治療に対する保証	7 ( 8.3 )	5 ( 5.2 )	3 ( 5.6 )	4 ( 8.2 )	2 ( 5.7 )	-0.384
環境整備	5 ( 6.0 )	4 ( 4.2 )	3 ( 5.6 )	0 ( 0.0 )	1 ( 2.9 )	-0.675
生活様式 (思考・行動) について	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	4 ( 7.4 )	6 ( 12.2 )	6 ( 17.1 )	0.865
家族への関わり方について	0 ( 0.0 )	3 ( 3.1 )	2 ( 3.7 )	1 ( 2.0 )	0 ( 0.0 )	0.218
病状説明について	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	1 ( 1.9 )	2 ( 4.1 )	4 ( 11.4 )	0.728
傾聴	34 ( 40.5 )	41 ( 42.7 )	22 ( 40.7 )	28 ( 57.1 )	22 ( 62.9 )	0.748
処方・注射指示	10 ( 11.9 )	8 ( 8.3 )	11 ( 20.4 )	6 ( 12.2 )	11 ( 31.4 )	0.579

N: 全依頼症例数, n: 診療行為がなされた症例数 (同一症例での重複あり), \* (p<0.05)

A: 当院における緩和ケア研修会修了医師数の割合 (図2)

診療行為の項目は「1例以上認められた年が3年以上,かつ3例以上認められた年が1年以上」のみ記載

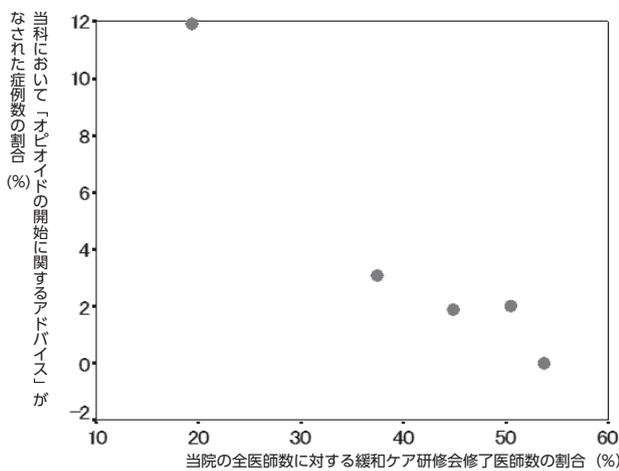


図2 「当科において特定の診療行為がなされた症例数の割合」と「緩和ケア研修会修了医師数の割合」との相関程度(1)

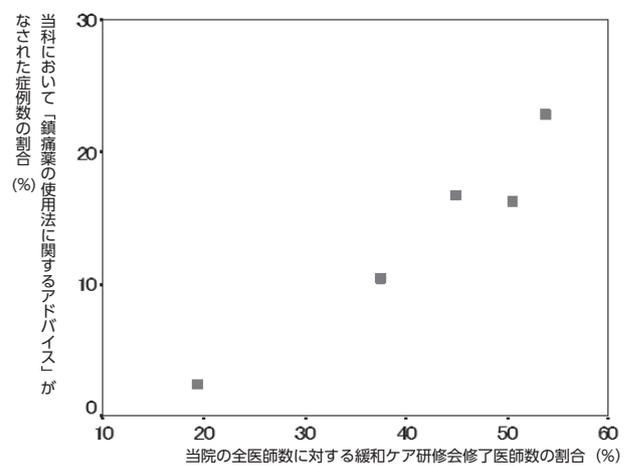


図3 「当科において特定の診療行為がなされた症例数の割合」と「緩和ケア研修会修了医師数の割合」との相関程度(2)

ことが示された (図2)。また,「鎮痛薬の使用方法 (使用間隔や投与経路など) に関するアドバイスがなされた症例数の割合」と「緩和ケア研修会修了医師数の割合」との相関程度が $p<0.05$ で有意となり, 相関係数が0.970であったことから, かなり強い相関があることが示された (図3)。

#### IV 考察

##### 1. 「今の」緩和ケア科

「緩和ケアとは、『つらさ』に焦点を合わせた『対人援助の専門職としてのアプローチ』である」というのが, 緩和ケア科の担当医師である筆者の現時点での見解である。

痛みでも不安でも環境でも, 「自分が困っている」ということが分かってもらえない状況を, 多くの人

は「つらい」と感じるものと思われるが, 緩和ケア科の開設当初は, 担当医に「基本的な症状コントロールは全ての医療者ができなければならないものである」「緩和ケアチームメンバーの基本的な対応はコンサルテーションである」という, 「自己中心的な緩和ケア原理主義」とでも表現できるような思いが強く, 「患者のQOL向上のみ」を優先するあまり, 「これができていないから, これをして欲しい」というアプローチによって, 患者の治療やケアに携わる医療者に「つらい」と感じさせてしまう場面が少なからずあったように思われる。しかし, 日本の多くの医療者は, 限られた時間の中で既に十分「今できること」をしている。そして, それにも関わらず, 場合によっては過剰とも非科学的とも理不尽とも思われる要求を患者・家族から受けている。「がん専門

病院である当院においては、特にそうした状況の程度が強い」という認識が深まるとともに、「大変ですよね」「患者さんが楽になって、関わる医療者の負担も軽くなる対応を一緒に考えていきましょう」と、状況に応じて当科が処方や指示オーダーを出しながら医療者に働きかけるアプローチを意識するようになってきた。それまでは「患者・家族の『分かってもらえない』のみ」に焦点を合わせていたが、「主治医や他のメディカルスタッフの『分かってもらえない』」に配慮することなしに、その状況下において適切と思われる『患者のQOL向上』を目指すことはできない」と考えるようになったのである。『『今の』緩和ケア科が意識していること』は『『患者のQOL向上』につながる関係性を支えるためにできることは何か?』である(図4)。

## 2. 緩和ケアの「質」

緩和ケアのレベルは以下の3つに分けられる。(1) 基本的な症状コントロールやコミュニケーション能力等の、すべての医療者に必要とされる1次緩和ケア。(2) 緩和ケアチーム等による専門的な対応である2次緩和ケア。(3) 大学等が行う教育や研究の3次緩和ケア<sup>19)</sup>。疼痛管理に関して、「オピオイドの開始」は1次緩和ケア、「鎮痛薬の使用法に関する助言」は2次緩和ケアと考えられる。当院において、緩和ケア研修会修了医師数の増加とともに、施設内で緩和ケア医が行なう診療行為として、1次緩和ケアに関するものが減少し、2次緩和ケアに関するものが増加しているという現状が明らかとなった。例年、当院で研修を修了した医師の転出や、多施設で研修を修了した医師の転入があるが、その数は少なく、当院の研修修了医師の大多数は当院で研修を修

了していることから、当院における緩和ケア教育の効果を示すものと考えられる。「実際に多くの主治医が1次緩和ケアを行うことができるようになったのか?」「実際に苦痛が緩和されている院内のがん患者が増えているのか?」といった「疼痛管理の質の変化を評価すること」が今後の課題である。

また、緩和ケア教育によって1次緩和ケアを実践できる医療者が増加することに加え、緩和ケアの相談窓口となりうるがん看護専門看護師・各種認定看護師等が増加することは、当科への介入依頼の「数」の減少につながり、そのような状況下で介入が依頼される場合、複数の要素が複雑に絡まり合い、対応が困難で「質」が問われる案件の割合が増加することが予想される。しかし、「がん患者の人生を支えるために大事なものは?」を診断時から多職種が多面的に検討することが、症状緩和だけでなく生存期間延長にもつながる可能性が示唆されているように、「質」が問われる対応を多方面に心を配り誠意をもって行うことにこそ、緩和ケア科の存在意義があるものと考えている。同様のことは、当科がこれまで行ってきた、当院の大多数を占める「正常な精神状態のがん患者」の「正常な心理反応」である不安や気持ちの落ち込みへの対応にも当てはまる。容易に目に見える「数」だけを評価する傾向が強い現代社会において、緩和ケアの必要性と有効性を説得力ある形で院内外に訴えていくためには、「いかに『質』を可視化していくか」も、今後の重要な課題である。

## 3. 「地方のがんセンター」における緩和ケア

当院は緩和ケア病棟を有していないが、「特に新潟市民にとっては、がん治療終了後も症状緩和や看取りの場となっている」という現状が明らかになり、

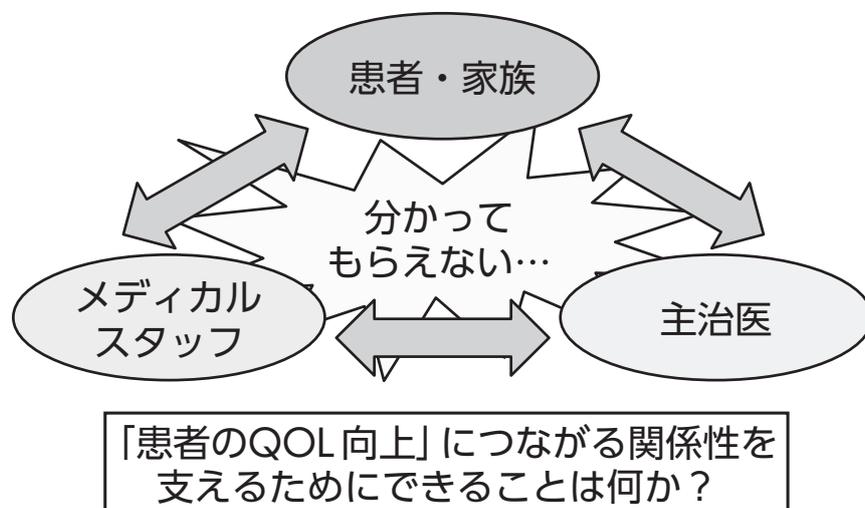


図4 「今の」緩和ケア科が意識していること

「院内においてサポーターケアだけでなく、ターミナルケアの質向上も図ること」と「がん専門病院としての機能が適切に発揮できるように、地域連携を深めること」が喫緊の課題であると思われた。しかし、現在の新潟県の状況では困難であると言わざるを得ない。新潟県の人口当たりの病院勤務医の数は全国で少ない方から8番目であり<sup>20)</sup>、在宅療養支援診療所の数は少ない方から3番目である<sup>21)</sup>。また、現在の診療報酬算定に係る施設基準等によって、緩和ケア病棟で「抗がん治療と並行した緩和ケア」や「長期入院での緩和ケア」を受けることは実質不可能である<sup>22)</sup>。国は在宅医療を推進しているが、新潟県における緩和ケアに関して言えば、勤務医だけでなく在宅ケア医の数も少なく、緩和ケア病棟では「限定的な緩和ケア」しか受けることができず、地域連携を適切に進めることができないのである。

そのような状況下で、新たな「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、当院には2016年3月までの「緩和ケアセンター」設置が義務付けられている。同センターには「緊急緩和ケア病床」を確保した上での、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象とした「緊急入院体制」の整備が求められている。同指針では、診断時から外来および病棟にて院内で一貫した手法を用いてがん患者の苦痛をスクリーニングすることも求められている<sup>11)12)13)</sup>。本稿執筆時点で当科からの訴えに対する病院側からの返答はないが、2013年8月に中断されたままの「緩和ケアセンター設置に関するワーキンググループ」の活動再開や、2014年5月の電子カルテ導入の際に見送られた「緩和ケアチーム管理システム」の導入が強く望まれる。

#### 4. 「医療者自身の苦痛」も軽くする緩和ケア

現実の世界には、「できること」と「できないこと」があり、「何でも知っていて、何でもできる人間」はいない。しかし、「臨床家は基本的に自己批判的であり、本来自分の力の及ぶところでないものであっても、治療の結果が思わしくないと責任を感じてしまう傾向がある<sup>23)</sup>」という言葉に、多くの医療者が同意を示すのも確かであろう。既に十分な対応を行っているにも関わらず、「できないことがあるのは悪いことで、責められることである」と考える医療者が少なくないのは、「できる・できない」を、本来関係のない「良い・悪い」の単純な二項対立に置き換えて考えてしまう社会全体の風潮も関係しているように思われる。

緩和ケアは、痛みや不安など、患者・家族が「困っている」と実感しやすい問題に対応することで、患者・家族の苦痛を直接軽くするだけでなく、患者・家族の治療・ケアに携わってきた医療者の肉体的・

精神的負担を減らすことで間接的に医療者自身の苦痛も軽くする。また、緩和ケアとの関わりを通じて、複雑な問題に対応するため物事を論理的に構造化・言語化する思考方法や、言葉や態度に注意して他者に接する心構え等を知ること、医療者自身の精神的苦痛を軽くすることにつながるものと思われる。「知っていること」が増えることにより、「『的外れな怒りや悲しみ』で自分や周りの人間を苦しめる」という場面が少なくなることを、我々は日常的に経験して既に知っているはずである。

我々は多くの場合、既知のものを基準に考え行動するが、未知のものは「ないもの」ではない。自分にとっては未知で、さらに受け入れ難いと思う感情や意見は存在するであろうし、それらにも相応の理由があるはずである。ただ、心の中と頭の中が誰にとっても自由な世界だからと言って、全てが許される訳ではなく、情報不足・誤情報・誤解・思い込み等による歪みがあれば話し合いを通じて「折り合いをつける」必要はある。その場合、医療者は「自分が思っていること」の説明から入ることが多いが、まず「そう思うんですね」と相手に共感した上で、「相手が思っていること」を十分に説明してもらう方が、話し合いを円滑に進められるようである。

自己愛性パーソナリティ障害等の問題がなければ、人は生きている限り、「自分のことだけでなく、相手のことも思いやることができるようになる」という意味で「良い」方向に変わることができる。考え方が変われば、行動が変わる。患者・家族だけでなく、医療者自身の苦痛も軽くする緩和ケアの普及は、「個人レベルの変化」を引き起こし、やがては「地域レベルの変化」につながっていく可能性があるものと考えられる。

#### おわりに

「今の」緩和ケアについて、当院の現状を報告した。当科開設から5年が経過したが、全国の多くの施設同様、病気を診て人を見ない「俺の（私の）抗がん治療」や、症状を診て人を見ない「俺の（私の）緩和ケア」が見かけ上は依然幅を利かせているようである。しかし、「専門職としての知識・技術・態度を備えた上で、人として人を診る本来の医療」の大切さに多くの医療者が気付き始めていることも、また確かであるように思われる。

緩和ケアという言葉自体は徐々に一般社会にも広まっているように思われるが、「緩和ケア科です」と名乗ると、「自分は緩和ケアなんかが必要な状態ではない!」「もう終わりなのか、とショックを受けた…」、「なんで緩和ケア科なんか来たんだ!」「緩和ケア科なんて名乗らないで欲しい…」と、いまだに患者・家族から怒りや悲しみの言葉を浴びせ

られることがあり、イメージというものが簡単には変わらないものであることを痛感している。しかし、これまでは「緩和ケアに関して患者・家族の誤解があると、適切な緩和ケアの提供に支障がある」と考えていたが、最近の緩和ケアチーム・カンファレンスの話し合いの中で「適切な緩和ケアを行うことが患者・家族のQOL向上につながるのであれば、緩和ケアという言葉を使う必要も、理解してもらう必要もない」ということに気づかせてもらう機会があり、少し肩の力が抜けたように感じている。これもまた「緩和ケアが患者・家族だけでなく、医療者自身の苦痛も軽くする」という事例の一つであろう。

これからも、「つらさ」に焦点を合わせた「対人援助の専門職としてのアプローチ」に全力を尽くしていきたいと考えている。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：がん対策基本法。[引用2015-1-12]  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。[引用2015-1-12]  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf)
- 3) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について。[引用2015-1-12]  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_byoin02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf)
- 4) 加藤雅志：がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の整備について。緩和医療学 11(4): 339-344, 2009.
- 5) WHO：WHO Definition of Palliative Care。[引用2015-1-12]  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 6) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al, Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363(8): 733-742, 2010.
- 7) Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al, Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 30(4): 394-400, 2012.
- 8) Irwin KE, Greer JA, Khatib J, et al, Early palliative care and metastatic non-small-cell lung cancer: Potential mechanisms of prolonged survival. *Chron Respir Dis* 10(1):35-47, 2013.
- 9) Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al: American society of clinical oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 30(8): 880-887, 2012.
- 10) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。[引用2015-1-12]  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ckvt-att/2r9852000002ckzf.pdf>
- 11) 加藤雅志：地域における緩和ケア—行政の動向と試み。保健の科学. 55(4): 225-229, 2013.
- 12) 厚生労働省：緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ。[引用2015-1-12]  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000021930.html>
- 13) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院等の整備について。[引用2015-1-12]  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_byoin\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf)
- 14) 加藤雅志：緩和ケアセンターと緩和ケアチームの指定要件から読み解く今後の緩和ケアの方向性。緩和ケア. 24(6): 415-421, 2014.
- 15) 齋藤義之：当院における緩和ケア科の活動について。新潟県立病院医学会誌. 58: 9-16, 2010.
- 16) 齋藤義之：緩和ケア科開設後2年間の診療統計。県立がんセンター新潟病院医誌. 50(2): 98-102, 2011.
- 17) 厚生労働省：がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針。[引用2015-1-12]  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000352i7-att/2r985200000352pc\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000352i7-att/2r985200000352pc_1.pdf)
- 18) 齋藤義之：緩和ケア研修会について。県立がんセンター新潟病院医誌. 49(1): 7-12, 2010.
- 19) von Gunten CF: Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA*. 287(7): 875-881, 2002.
- 20) 厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査。[引用2015-1-12]  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001116230>
- 21) 宮下光令, 森谷優香：データでみるわが国の緩和ケアの現状：ホスピス緩和ケア白書2014。恒藤暁, 森田達也, 他編。P64-81。青海社 2014.
- 22) 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会：施設基準。[引用2015-1-12]  
<http://www.hpcj.org/what/baseline.html>
- 23) 成田慶一訳：医療者のストレス：MDアンダーソン サイコソーシャル・オンコロジー。Duffy, James D, Valentine, Alan D.編 大中俊宏, 岸本寛史 監訳。P377-391。メディカル・サイエンス・インターナショナル。2013.