

## シンポジウム2

## がん治療と緩和ケア

## —患者にとって最善の選択とは—

座長 志真泰夫 丸口ミサエ\*

第59回国立病院総合医学会  
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 6 (420-423) 2007

## 要旨

ホスピスケアは医療における新しいアプローチとして国際的に知識や知見が検証され、イギリスのみならずヨーロッパ、北アメリカ、アジアに広がった。緩和ケアの概念は、長い時間をかけてホスピスから進展してきた。現在、提唱されている定義は、一般的には「苦痛を和らげQOLを改善する」ことに焦点が当てられている。緩和ケアに関する定義は、すべて以下の3つの重要な共通点を強調している。第1に、生命を脅かす病気とともに残された時間が限られた人生を生きることの多面的で多次的な本質、第2に患者と家族を1単位としてサポートすることの重要性、第3に苦痛を軽減し、人生や生活の質を高めるためにチームとして優先度をもってアプローチする必要性、である。過去10年間、国際的にみるとがん医療では診断後早期から症状コントロールやサポートが必要な患者に対して、専門的で標準的な医療を提供するために、緩和ケアプログラムとコンサルテーションが発展してきている。今回のシンポジウムは、このような問題意識に基づいて3人の演者によって発表が行われた。

キーワード ホスピス、緩和ケア、療養場所、包括的がん医療

## ホスピスケアと緩和ケア

終末期医療としてのホスピスに関する初期の概念は、1960年代におけるセントクリストファーホスピスの活動に代表される。ホスピスケアはがん患者の長期間の闘病と死への過程を支える全人的ケアの臨床経験から発展したといえる。歴史的に振り返ってみると、ホスピスケアは緩和ケアの準備段階ともいえる。1975年頃までイギリスでも“ホスピス”は「死ぬ時に面倒をみてもらう場所」という意味であった。イギリスではホスピスは一般的に宗教的な規律に基づいて管理されていた。しかし、1980年代になってホスピスは患者とその家族に対して医学的、心理社

会的、そして霊的 (spiritual) なケアを追求する、組織された専門職集団が存在し、さらに、患者のケアと共に教育と研究が同時に行われる、学術的な施設として発展した。その結果、ホスピスケアは医療における新しいアプローチとして知識や知見が検証され、イギリスのみならず国際的に広がっていった。現在のわが国では“ホスピス”という言葉が3つの異なる概念で使われている。

- ホスピスとは「死ぬときのケアの場」である。たとえば、病院に付設された緩和ケア病棟である。
- ホスピスは「ケアに対するアプローチ」を表している。ホスピスはケアが提供される場所や診療形

筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 \*国立看護大学校 成人看護学  
別刷請求先: 志真泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 〒305-0005 つくば市天久保1-3-1  
(平成18年11月20日受付, 平成19年5月18日受理)

Cancer Treatment and Palliative Care ; Best Clinical Practice for Cancer Patients  
Yasuo Shim and Misae Maruguchi

Key Words : hospice, palliative care, place for care, comprehensive

態にかかわらず，“全人的”なケアのあり方の総称を意味する。この意味でホスピスケアは緩和ケアと同義になる。たとえば、病院の一般病棟や地域チームアプローチである。

- ホスピスはいくつかの医療機関、福祉団体が提携する“医療福祉サービスネットワーク”を意味する。たとえば、病院が行っているような医療を提供することばかりでなく介護施設や福祉団体における終末期ケアを意味することもある。

残念ながらこれらすべての意味に対して1つの単語を使うことは混乱を招いている。しかし、多くの患者にとって“ホスピス”という言葉は、依然として「死ぬ場所」を意味している。

緩和ケアの概念は、長い時間をかけてホスピスから進展してきた。緩和ケアという言葉は1970年代中盤に、モントリオールにあるロイヤルビクトリア病院で働いていた泌尿器科医バルフォア・マウント医師によって初めて作られた。彼はイギリスのホスピスで提供されるケアを適切に表し、かつフランス語圏のカナダで否定的な意味を持たない単語として“緩和ケア”を使用した。彼はイギリスのように独立した施設ではなく、ロイヤルビクトリア病院に専門病棟：Palliative Care Unit (PCU) を設けた。続いて、緩和ケアという言葉は病院内のコンサルテーションや外来、そして在宅サービスでも使われるようになった。さまざまな人やグループが緩和ケアに異なった定義をしている。しかし、基本的にはそれらは類似している。提唱されている定義は、一般的には「苦痛を和らげQOLを改善する」ことに焦点が当てられている。緩和ケアに関する定義は、すべて以下の3つの重要な共通点を強調している。

1. 生命を脅かす病気とともに残された時間が限られた人生を生きることの多面的で多次元の本質
2. 患者と家族を1単位としてサポートすることの重要性
3. 苦痛を軽減し、人生や生活の質を高めるためにチームとして優先度をもってアプローチする必要性

---

### WHOによる緩和ケアの定義

---

2002年 WHOは緩和ケアを以下のように定義した。“緩和ケアとは生命を脅かす疾患を持つ患者とその

家族の生活の質を改善するアプローチである。それは痛みやその他の身体的、心理社会的、そして霊的な問題を早期に認識し、適切に評価、治療することによって苦痛を予防し軽減する結果として目標を達成することができる”。

過去10年間、国際的にみると、がん医療では診断後早期から症状コントロールやサポートが必要な患者に対して、専門的で標準的な医療を提供するために、緩和ケアプログラムとコンサルテーションが発展してきている。緩和ケアには、患者と家族が病気の過程で直面する、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルかつ実際的な問題に患者と家族が対処するためのさまざまなケアと治療が含まれる。緩和ケアはまたコミュニケーションと意思決定をするための重要な技術も含んでいる。がん治療を専門とするチームのメンバーにとっては、緩和ケアは患者や家族にがん医療を提供する過程を順調にすすめるために助けになる。緩和ケアは、がんの進行とともに生きるどのような患者および家族にも必要なケアである。患者の予後や年齢にかかわらず、がんの治療が患者の期待や必要性にそわない時、また、緩和ケアをうける準備ができていない時、いつでも緩和ケアを提供することが必要といえる。緩和ケアは、抗がん療法と組み合わせることもできるし、また、提供される医療全体の焦点となることもある。

“支持療法”は診断後早期にがん治療を可能にしたり、もしくはがん治療の質をより高めるアプローチを表現するために作られた言葉である。“支持療法”という名の下にカウンセリングやマッサージ、制吐剤、エリスロポエチンなどの薬物療法が提供される。臨床現場では緩和ケアよりも“受け入れやすい言葉”として使う人もいる。

緩和ケアは、医療に従事する専門家の学際的な多職種チームによって提供されることが効果的である。すなわち、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士など、知識的にも技術的にも専門領域の医療の過程について、精通している人達である。WHOの定義によれば、支持療法 (supportive care)、終末期ケア (end-of-life care)、死別後のケア (bereavement care) はいずれも広い意味では緩和ケアに含まれる。提供された医療サービスが“緩和ケア”という言葉を使うかどうかは、実際に必要とされるケアと治療を行うことに比べ、あまり重要性はない。

---

## 包括的がん医療

---

“包括的がん医療”とは、「診断時からの抗がん治療とともに緩和ケアを統合した医療」を意味する。包括的がん医療の目標は“適切なタイミングで適切な患者に適切な療養場所を、かつ、適切な費用で提供すること”である。支持療法は、在宅や外来あるいは入院中のコンサルテーションを通じて行われる。終末期ケアは外来または入院中のコンサルテーションを通して、もしくは患者の地元の病院（長期療養を含む）で、在宅で行われる。死別後のケアは一般的には外来で行われる。時には精神科医もしくは臨床心理士など心理専門職に相談することも有効である。

緩和ケアのコンサルテーションは、病院内で様々な職種と協力して「苦痛の緩和とQOLの改善」に関する専門家の知識と技術を伝えるための手段であり、がん治療医が自ら緩和ケアを提供することをサポートすることで成功と評価される。コンサルテーションはがん治療医に対する継続的な教育という役割をもつ。がん治療医はコンサルテーションを通して自分たちの専門領域以外での新しい進歩を学ぶ。緩和ケアのコンサルテーションはアドバイスを提供することを通じて、外科病棟、集中治療室、内科病棟、そしてがん専門病棟といった院内のあらゆる場所で患者のマネジメントに参加する。

緩和ケア病棟は、集中治療が発展したのと同じ理由で病院内で発展した。緩和ケア病棟は内装だけで区別されている訳ではない。緩和ケア病棟は提供するケアの質によって他とは区別されている。緩和ケア病棟では、効率的で集中的な苦痛を緩和するための、よりよいケアと治療ができる。患者は院内のどこにしようとも緩和ケア病棟へ移動できる。一般病棟が適切でないとは判断されたときは、患者は自宅から直接緩和ケア病棟に入院できる。

患者は、闘病期間の大部分を自宅で過ごす。緩和ケアを地域に広げていくためには、訪問を中心として在宅ケアプログラムが必要である。緩和ケアの在宅ケアプログラムは、訪問を行っている医師、もしくは訪問を行っている看護師から提案されている。

長期療養のための介護保険による高齢者ケアが発展してきている。様々な組み合わせを持つ虚弱な高齢者のための施設（グループホーム、高齢者介護施設、特別養護老人ホームなど）が介護保険で利用できるようになってきた。これらの施設でも、緩和ケ

アが利用できるように健康保険の改正が行われた。これらの施設でも長期間にわたる緩和ケアの包括的なプログラムが求められている。

緩和ケアは外来の一部としても、独立したクリニックの外来でも行うことができる。がんの闘病期間の早い段階で、治療を目的とした抗がん医療を求めているがん患者に緩和ケアを提供し、フォローアップするための通院先として、緩和ケアの専門外来は理想的な場所である。アメリカでは、すでに包括的がん医療を実践し、緩和ケアとがん治療を併せて提供するいくつかのがんセンターが、標準的ながん治療だけの場合よりも患者の予後やQOLが改善するという仮説を検証しようとしている。

---

## シンポジウムの概要

---

今回のシンポジウムは、このような問題意識に基づいて3人の演者によって発表が行われた。森田達也氏（聖隷三方原病院 緩和支援療法科）は緩和ケア病棟の遺族を対象とした質問紙調査に基づいて、緩和ケア病棟に初めて紹介された時期の適切さ、抗がん治療中止に関するコミュニケーションのあり方とその評価について述べた。回答した遺族の50%は、緩和ケア病棟に紹介された時期を「もっと早く受診したかった」「もう少し早く受診したかった」と答えた。「もっと遅く受診したかった」と回答した遺族は4%に過ぎない。緩和ケア病棟への受診が遅くなる要因としては、「緩和ケアを受けると寿命が短くなるという考え」「主治医と緩和ケアについてあらかじめ相談できないこと」「家族の悲嘆」「入院して治療を受けていること」が挙げられた。抗がん治療を中止する時期のコミュニケーションのあり方について、20%の遺族が「改善を要する」と回答した。また、70%の遺族が「この時期は辛かった」と答えている。その要因として、「もう何もすることは無い」といわれたり、限られた予後について数字をあげて説明する、といったことがあげられた。それに対して、コミュニケーションがよくなる要因として「今後の生活や目標について具体的に言う」「辛い気持ちを聞く」「質問できる雰囲気がある」「こころの準備に合わせて説明する」「治療について最新の知識を持っている」ということがあげられた。森田は、適切な時期に緩和ケアを提供するためには、様々なバリアの解消が必要であると主張した。患者・家族への情報公開、医療従事者への情報提供、終末期

ケアも含めて相談できるシステム、緩和ケア病棟で抗がん治療も含めた様々な治療が提供できるシステム、医師のコミュニケーションスキル改善のための支援、などを提言した。今後、患者のニーズと希望に応じた多様な緩和ケアの提供体制が整備され、患者が選択できるシステムを作ることが必要であるとまとめた。

岡本尚子氏（呉医療センター 緩和ケア病棟）は、がん治療と緩和ケアの関係は治療の早期の時期からのかかわりと段階的な移行により変わってくると述べて、呉病院での経験を呈示した。抗がん治療が中止された時期に紹介される患者は、緩和ケア＝死と

いう関係でとらえることがあり、患者に衝撃を与える、緩和ケア病棟に入院することを「医師から見放された結果」と感じて、孤立感や見捨てられ感を感じることもある、と述べた。

阿部まゆみ氏（県立広島病院 緩和ケア支援センター）は、緩和ケア支援センターで実践している「デイホスピス」の活動を紹介し、デイホスピスは患者・家族に療養場所の選択肢を広げ、在宅療養の継続を支援し、患者の「自己コントロール感」を高める、と述べた。今後は施設から地域への橋渡し役の1つとして「シームレスな支援体制」に寄与する可能性がある、と締めくくった。