2 「なんで？」「分かるけど」なしでも会話はできます！ ～緩和医療に関する地域連携を深めるために必要な心構え～

齋藤義之
新潟県立がんセンター新潟病院緩和ケア科

We can talk without using "Why?" and "I see. But…"! ～ An Essential Attitude to Enhance Regional Collaboration in Palliative Medicine ～

Yoshiyuki SAITO

Department of Palliative Care, Niigata Cancer Center Hospital

要　旨

がんに対する国や県の取り組みの中で緩和医療が重要視されるようになった．緩和医療に関する地域連携を深めるために必要な心構えとは，「『なんで？』や『分かるけど』なしで会話ができる住みやすい世の中を作ることはできる」と強く信じ適度に思い続ける気持ちである．

キーワード：緩和医療，地域連携，心構え

はじめに

近年，がんに対する国や県の取り組みの中で緩和ケアが重要視されるようになった．日本緩和医療学会は，医師・看護師・その他のコメディカルスタッフが協力して患者・家族のために活動することを目指し，緩和医学でも緩和ケア学でもなく，緩和医療学という名称を1996年の立ち上げの際に選択した[1]．緩和ケアと緩和医療は同義語である．2006年に公布されたがん対策基本法[2]に基づき閣議決定されたがん対策推進基本計画では，「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき事項として明記されており[3]，わが県において2007年の新潟県がん対策推進条例[4]施行後に策定された新潟県がん対策推進計画では，緩和ケアに関する課題への取り組みとして「緩和ケア提供体制の整備と医療従事者の育成」が挙げられている[5]．当院では，これまでも緩和ケアの実施や地域連携体制の充実に向けた活動がなされていたが，国や県の動きを受けて2009年に緩和ケア科が開設された．

身近な緩和ケアの話

身体症状・精神症状・療養場所の問題は進行がんに限ったものではなく，それらへの対応は「治療の初期段階から必要な緩和ケア」となる．治癒治療と緩和ケアとの関係は，前者の終了後に後者が開始されるギア・チェンジから，医療の中心が徐々に前者から後者に移行していくシームレス・ケア，両者が同時に開始されるパラレル・ケアと，時代とともに変化しており[6]，終末期医療（ターミナル・ケアやホスピス・ケア）だけでなく日常生活の質を高めるための支持医療（サポーティ

Reprint requests to: Yoshiyuki SAITO
Department of Palliative Care
Niigata Cancer Center Hospital
2－15－3 Kawagishicho Chuo－ku,
Niigata 951－8566 Japan

別刷請求先：〒951－8566　新潟市中央区川岸町2－15－3
新潟県立がんセンター新潟病院緩和ケア科
齋藤義之

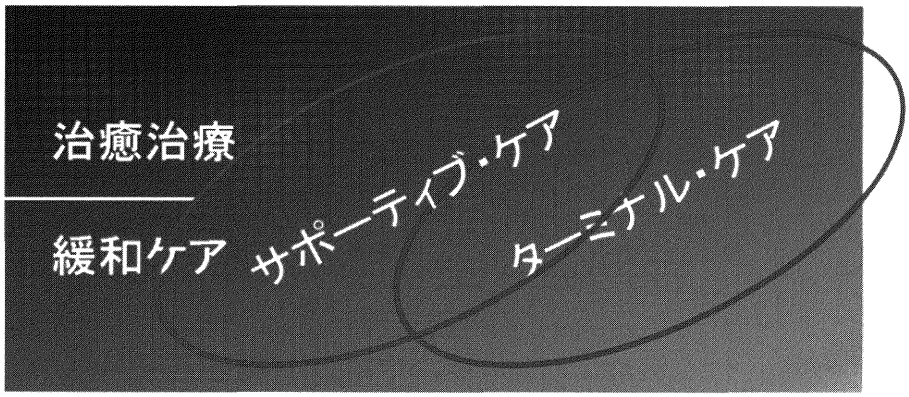


図1　「治癒治療」と「緩和ケア」との関係

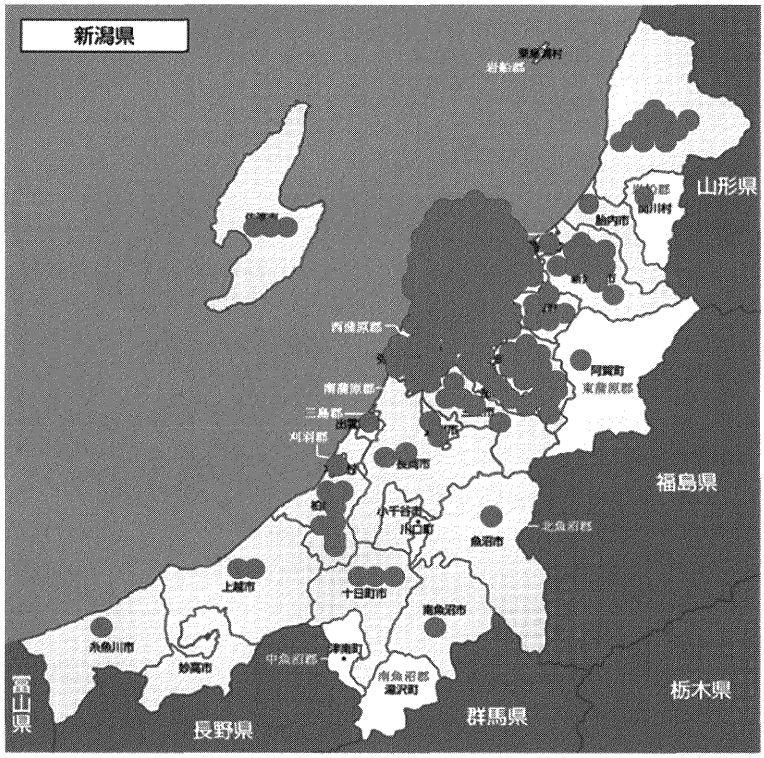


図2　県立がんセンター新潟病院「緩和ケア科」
依頼症例分布（平成21年5月～平成23年10月：N＝230）

ブ・ケア）も重要な緩和ケアであるのだが（**図1**），未だ多くの医療従事者に理解されていない．がん対策基本法公布後，日本中に「緩和ケアは重要である」というメッセージが伝えられ，少なくとも医療現場には「緩和ケアというものがある」という認識が広まったが，現時点では緩和ケアの正し

い理解と適切な実践が求められている．

当科は，当院に入院・通院中の患者を対象としているが，2009年の開設後2年5か月間の診療依頼は230例であった（**図2**）．当院が県内各地から患者が紹介されてくる「がん専門病院」であることもあり，診療症例は県内に広く分布している．95例（41.3％）が死亡退院となっているが，病床・病棟を持たない当科の関わり方は最期まで併診である．そのような状況にある当院が最も力を入れるべき緩和ケアはサポーティブ・ケアであり，その延長がターミナル・ケアとなることはあるが，当院でホスピス・ケアは実践できない．主治医のみでは対応が困難であると依頼を受けた場合に相談支援センター・緩和ケアチーム・緩和ケア科が介入するが，「患者と主治医との良好な関係を支援すること」を優先して様々な状況に臨機応変に対処する姿勢を基本としている．現在，少ない人員配置で厳しい環境の中，当院では「地域連携」に関しては相談支援センターが献身的に対応しているが，「療養場所の問題」に対する当事者意識が乏しい病院職員が多く，患者・家族・連携医療機関に配慮を欠く対応がなされている場面も少なくない．

心構えの話

医療従事者が出来る範囲で十分な対応をしていても患者・家族・医療従事者自身の誰かが困っているという状況がある．緩和ケアの介入で改善される場合もあるが，医療従事者の多くは「出来ている事も含めて否定された」と感じてしまう．医療従事者の数が少なく過酷な現場では心理面で以下のような変化が生じても不思議ではない．1）みんな一生懸命頑張っている，2）自分は頑張っている，3）自分だけが頑張っている，4）他人は頑張っていない，5）他人の話は聞かなくとも良い．実際に，自分の専門分野のエビデンスやガイドラインは尊重することを他人に求めるが，専門外の分野のエビデンスやガイドラインは軽視する医療従事者は少なくない．医療従事者の増加が期待できない現場では益々精神的余裕がなくなり，何かを実践している者と実践していない者との間で，前者が後者を「やれなければダメだ」と貶め，後者が前者を「やっても意味がない」と貶め，両者が「誰かがやっているのなら自分はやらなくても良い」と他者との関係構築を忌避し，それぞれが消極的に自我の安定を図るようになることも考えられる．医療従事者の疲弊から医療崩壊がさらに深刻化することがないような対策が必要である．実際に対策を考える際に，人を増やすことは10年単位で考えなければならないが，人と人との関わり方を良いものにするように医療従事者の心構えを変えることは年単位で可能と思われる点は重要である．当然，その変化は緩和医療に関する地域連携を深めることにもつながる．

1．医師は悪い所を見つけて治すことを生業としているため日常会話の中でも悪い所を強調する傾向にあり，そのような場面に遭遇する機会が多い医師自身は「他人に相談すると嫌なことを言われるので避けたい」と考えるようになる．また，医師に限らず日本の医療従事者は討論に関して体系的な教育を受けておらず話し合いが感情論に終始する場合も多い．問題と感情を分けて考えるようにすることが必要である．

2．患者の立場での問題解決に必要なのは，感想や愚痴ではなく問題解決のための質問や意見である．「今まではこうだった」，「前例がない」，「そんなことを言われても分からない」，「なんで？」，「分かるけど」等の前向きとは言えない言葉や一方的な批判・否定につながりやすい言葉を使わないようにすることが必要である．「なんで？」なしで質問すること，「分かるけど」なしで相手と異なる意見を伝えること，どちらも特別な訓練なしで可能である．

3．「医療現場の普通」を医療従事者間だけでなく医療従事者と患者・家族との間でも共有することが必要である．「出来ることと出来ないことがある」，「思った通りにいかない場合や絶対的な正解がない場合もある」，「何でも知っていて何でも

できる人間はいない」等の現実認識を共有した上で，誰かが不当に責めたり責められたりしない環境を作ることが大切である．

4．人や環境が変わるのは当たり前のことであるという認識を持つことが必要である．知らないという状態は恥でも罪でもないが，知らないことに気付かず変わろうとしない態度は恥や罪となり得る．P.F.ドラッカーは，「変化への抵抗の底にあるものは無知である．未知への不安である．しかし，変化は機会と見るべきものである．変化を機会として捉えたとき，初めて不安は消える.」と述べている[7]．無視・言い訳・攻撃は問題解決につながらない．知らないことがあればその内容を知れば良く，異質なものがあればその存在を認識すれば良いのである．出会った瞬間には異質なものを肯定も否定もできないが，何が異質なのかを理解した後であれば適切に対応することも可能である．

5．「患者のために」という言葉は「少し離れたところから」あるいは「上から」話している印象を与える可能性もあるので「患者の立場で」という言葉を併せて使うのが良いと思われるが，「自分が思う『患者のために』，『患者の立場で』」が行動基準になっている医療従事者も存在するので，表面的に物事を捉えないように意識することが必要である．

6．様々な観点から適切と思われる判断基準とは無関係に，「狭い世界での多数派（あるいは声が大きい者）の考え」が普通のこととして罷り通っていることもある医療現場では，医療従事者が確固たる自身の価値観を持つことが必要である．個人的には，志・心・技・体・覚悟・戦略・誠意等と同じくらいに「笑いが好きな感性」は価値を重く置くべきものと考えている．柔らかく，緩く，真面目過ぎない姿勢は，医療従事者に限らず何かを継続させるために大切である．

少し広い範囲での緩和ケアの話

県内でも各地で開催されている緩和ケア研修会を通じて多職種の「顔の見えるつながり」が広がりつつあり，関係メーリングリストの登録人数も増えているが，大規模病院以外の在宅療養支援関係施設，緩和ケア病棟，小・中規模病院に所属する医療従事者の登録数が少ないという問題や，登録人数の増加に伴い発言数が減少しているという問題がある．前述した心構えを医療従事者が空気のように共有することが出来れば，緩和医療の現場に限らず，前向きに関わろうとする人間と前向きに交わされる言葉が増えていくのではないかと考えている．

おわりに

緩和医療に関する地域連携を深めるために必要な心構えとは，「『なんで？』や『分かるけど』なしで会話ができる住みやすい世の中を作ることはできる」と強く信じ適度に思い続ける気持ちである．大切なのは「相手に対する思いやり」である．

文　献

1）柏木哲夫：治療の歴史 日本における緩和医療．治療学 43: 473－476, 2009.
2）厚生労働省：がん対策基本法．http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1－2.pdf
3）厚生労働省：がん対策推進基本計画．http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf
4）新潟県：新潟県がん対策推進条例．http://www1.g－reiki.net/niigataken/reiki_honbun/e4011469001.html
5）新潟県：新潟県がん対策推進計画．http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/gankeikaku.pdf
6）林　章敏：緩和ケアの立場から．がん患者と対症療法 20: 6－10, 2009.
7）P.F.ドラッカー：マネジメント エッセンシャル版 基本と原則．ダイヤモンド社．東京．2001.