

今後の展望

進行癌に対する化学療法は新規抗癌剤の開発・臨床応用、補助療法の進歩、各種免疫・内分泌療法の進歩によって安全に、かつ高い治療効果が得られるようになってきている。さらに、ある種の進行癌においては造血幹細胞移植大量化学療法などによって治癒がもたらされる希望がでてきた。しかしながら、発症症例数が非常に多い肺癌、消化器癌などについては依然として化学療法では治癒不可能である。この事態を打開するためには、さらに新たな抗癌剤の開発、従来の薬剤とは作用機序が異なる抗腫瘍剤の開発 (apoptosis 誘導物質、腫瘍血管

新生阻害薬、接着因子ブロックによる転移阻害物質など) が切望される。また、治癒まで持ち込めない進行癌に対しては QOL 重視の palliative chemotherapy のさらなる検討が必要であると考えられる。

司会 張先生ありがとうございました。最近の進歩のところが大変よくまとめていただきました。50~60%の癌がまだアタックできないという状態ですので、そう言う患者さんと一緒に生きていかないといけないと言うことで、その後の話も我々医師にとって大変大事なことであります。それらの話題をはじめに小越先生にお願いしたいと思います。

2) がん患者のターミナル・ケア

県立がんセンター新潟病院 小越和栄

Terminal Care in Cancer Patients

Kazuei OGOSHI

Niigata Cancer Center Hospital

In this paper, the concept of terminal-care, history (relation to informed-consent), practice of terminal-care (pain control, team care etc) and the place of terminal-care are discussed.

The concept of terminal had arisen naturally along with informed-consent and medical ethics. therefore, the basis of terminal-care will be the establishment of dignity in human being.

Key words: terminal care, informed consent, pain control, hospice care, palliative care

ターミナル・ケア, 終末期医療, インフォームド・コンセント, 緩和ケア, 疼痛対策, ホスピス

はじめに

がん患者のターミナル・ケアとは、末期医療または終

末期医療とも呼ばれている。それは、末期の状態にあり、回復の望みのないがんの患者に対し、その最後の人生を出来るだけ他人に迷惑をかけず、いかに人間らしく

Reprint requests to: Kazuei OGOSHI
Division of Internal Medicine Niigata
Cancer Center Hospital
2-15-3 Kawagishi-chou, Niigata-shi,
Niigata, 951-8566 Japan.

別刷請求先: 〒951-8566 新潟市川岸町2-15-3
新潟県立がんセンター新潟病院内科 小越和栄

生を全うするかと云うことについての場を医療側が提供する事にある。

その理念としては延命よりも生命を支える全人格的ケア (holistic care) を求める生命の質が重要となる。従って、言い替えれば良く使われている「最後まで人間らしい生を、家族と共に」と云うキャッチフレーズに表現されている。

このターミナル・ケアの概念が出現する以前の癌末期医療では、どの様な治療が一般的に行なわれていたかを見れば、逆説的にターミナル・ケアの目指す事柄が明瞭になる。

まず最初に問題となる事は、以前は延命治療を重視した治療であり、それは意識の無いがん患者に対しても、可能性が少しでもあればあらゆる治療、または検査を選択することであり、患者の自己の尊厳を無視した治療とも言える。その結果として副作用の強い抗癌剤等を無批判に投与したり、死亡直前の人工呼吸を延々と続けたりしていた医療である。

次に問題となることは医療の選択が医療側でなされていたことであり、患者の意思は殆ど反映されず、医療の押し売りとも云えるものであった。

最後に考えなければならないのは医療経済であり、医療費の有効な利用を考えず、また全体の医療の向上にむすびつくかどうかは別問題として、目先の救命と云う隠れ蓑で今まで行なわれていた医療の問題である。

これらの治療の反省の上にターミナル・ケアの概念は生まれている。即ち、このターミナル・ケアの概念が生じたことにより、無駄な延命治療は止め、疼痛の緩和を重点にした、患者の生命の質を向上させる医療が中心となってきた。また患者の尊厳を重視し、医療は患者と家族と相談しながら実施して行く医療へと変遷してきた。

その結果、医師個人が治療の内容を決定するのではなく、家族および医療側がチームを組んで医療を行なうことが重要となってきた。

ターミナル・ケアとインフォームドコンセント

ターミナル・ケアの理念の中には前述のように、個人の尊厳および医療の自己選択が含まれている。この個人の尊厳や医療の自己選択の概念はインフォームド・コンセントの歴史と平行して発達してきた。従って、ターミナル・ケアの歴史を知るにはインフォームド・コンセントの歩みを知ることが重要である。

インフォームド・コンセントの始まりは1964年、第18回世界医師会総会で決議された「ヘルシンキ宣言」に

端を発するといわれている。ヘルシンキ宣言には医療の分野での人格を尊重することがその骨格となっており、患者の利益の保護がその目的であった。次いで、世界医師会では幾度となくこれらの改正を重ねられ、患者の権利は次第に確立されてきた。1983年には「患者は尊厳のうちに死ぬ権利を持つ」という尊厳死の条項が加えられた。これは現在のターミナル・ケアの理念そのものである。その後、各国ではそれぞれ独自の医の倫理条項が作成されてきたが、特に米国では1973年のアメリカ病院協会からの「患者の権利章典」、1978年のジョージタウン大学ケネディ倫理研究所から出版された「バイオエシックス百科辞典」、1983年のアメリカ大統領委員会報告書「生命倫理総括レポート」などがあり、これらは個人の医療に関する問題のみならず、医療の経済、医療の社会的問題などを含め医の倫理が述べられている。

さらに1991年にはアメリカで「患者の自己決定権法」が発効した。これはマスコミで報道された生命維持装置を外すかどうかで問題となったカレン事件またはナンシー事件などにみられるような安楽死や尊厳死の問題を含んでいる。また、患者の生前の意思を尊重する living will がそれまでの州法からアメリカ合衆国連邦の法律としても確立されている。このように、ターミナル・ケアを巡る諸問題については近年は米国を中心として法制化が進んでおり、患者の尊厳や治療の自己決定の権利が次々に確立する様になり、医療は癌の終末期に於いても、医師が医療を施す時代はすでに去り、患者に納得した医療を提供するのが医療側の役目へと転換してきた。

日本に於ける末期医療の歴史的な出来事

このような世界各国の流れを踏まえ、米国で患者の権利章典が発表された。1973年には河野博臣による「死の看護」、「死の臨床」などの書物が相次いで出版された。その後1976年の日本尊厳死協会が設立、1977年の死の臨床研究会の設立など、日本においても一気ターミナル・ケアの概念が普及してきた。さらにインフォームド・コンセントを含めた癌病名告知、医の倫理の問題が大きく論じられるようになってきた。

更に、ターミナル・ケアを本邦で積極的に押し進めたのは1983年に厚生省医務局から出された「生命と倫理に関する懇談」およびその続編といえる1995年の「生命と倫理に関する懇談報告」がガイドラインとしての役目を果たし、日本の医の倫理を含めたがん患者のターミナル・ケアが定着しだしてきた。

この2つの懇談報告の出版されたその間に当たる

1984年には淀川キリスト教病院ホスピスが落成したことなどで、日本でも本格的なターミナル・ケア時代の幕開けを向かえるようになってきた。

ターミナル・ケアで行なうべき業務

前述のようにターミナル・ケアの目指すものは人間の尊厳と患者側での医療の選択が主であり、それらに沿う形の医療を実践することが求められた。

まず、医療側に求められるものとしては、無駄な医療の放棄し必要な医療の実践、疼痛対策、チーム医療の実践などに大きく分類されよう。

1. 必要な医療の実践

医療の選択権は原則として患者にあることにより、患者への病名の告知、医療の内容についての徹底した理解を求めることなど、十分なインフォームド・コンセントが特に重要となってくる。医療者側は単なる医療の技術的なことのみならず、一時的にせよ患者の社会的生活、家族との関係などに十分な配慮を行なった治療法のメニューを提供することが必要となってくる。また、患者側に治療法の選択を迫るためには医療側は可能な限り、患者側の心理状態も把握する必要がある、患者および家族との徹底した対話およびコミュニケーションが求められる。

当然のことながら、治療法に対する副作用の説明も十分になされるために、延命のみを考えた治療法または患者に取ってあまり利益をもたらさない治療法は考慮されるべきであろう。

また、患者に人間らしい最後の生を提供するには次の項を行なう必要がある。

a. 医療者側がターミナル・ケアの理念を十分に理解することが必要である。もし、医療者側に意見の不一致があれば患者は不安となり、十分なコミュニケーションは取れなくなる。

b. 同様なことが患者とその家族にもターミナル・ケアの理念を理解してもらうことが重要で、医療現場の苦勞の一つは家族の理解がとれ難いことである。

c. これを拡大するならば、社会全体がターミナル・ケアとはどの様なもので、どんな事を行っているかが理解されないとターミナル・ケアが独りよがりて空回りする結果になる。従って、患者と家族との間のコミュニケーションのみならず、社会全体がターミナル・ケアを支援出来るシステム作りが急務であり、日本の社会においてはこの点が欧米よりも大きく遅れていると考えられる。これらのシステム作りにより、ターミナル・ケアの経済

的および精神的なサポートが充実すると考えられる。

2. 疼痛対策

疼痛対策は、患者の尊厳を保たせるために、また患者にとって必要な治療を選択してゆく上で特に重要で、無駄な延命治療を止め、患者の生活の質を向上させる目的で急速に普及した治療である。

この疼痛対策についてはターミナル・ケアの概念の普及につれて急速に技術的にも向上し、それに伴って我が国での麻薬の使用量も急速な伸びを示している。しかし、残念ながら欧米に比べるとまだ著しい差が見られている。

3. チーム医療の実践

チーム医療が必要な一つとしては、前にも述べたように治療法は個人の考えで押しつけるものではなく、原則として患者側が選択してゆくもので、そのためには医療側が一致協力して治療にあたらなければならない。医療側の意志不統一では、患者への信頼が得られない。また、患者の全人的な医療を行なうためには少数の人間で、患者のすべての要望に対応出来るものではない。また、患者が医療側より知的に上位であることはしばしばであり、小人数で対応出来無いことが多い。またがん病名の告知による患者の精神的苦痛も大きく、これに対するカウンセリングも時には必要であり、また宗教的なサポートを必要とする場合もあり得る。従って、チームとしては、幾人かの専門知識を持つ人達で構成されるのが望ましい。最小限でも、医療側では医師や看護婦の他に栄養士、薬剤師およびソーシャルワーカーなどの参加が必要となってくる。

また、医療側のみならず、家族、友人または仕事上の同僚などからのサポートも必要であり、これらを総合したチーム医療が必要となろう。残念ながら、ボランティアシステムが乏しい我が国では、この総合的なチーム医療も欧米に比して遅れている。

ターミナル・ケアを行なう場の問題

ターミナル・ケアを行なう場所の名称としてホスピス、緩和ケア病棟、在宅看護等がある。一般的にはホスピスとは特に延命治療は対象にせず、疼痛対策等を主とし、尊厳のうちに死を迎える場を提供することを主目的としている。また、日本で多く見られる緩和病棟は形態としてはホスピスの形態であるが、必要に応じて延命医療も加える。在宅ホスピスは患者の自宅で緩和医療を行なうことであり、日本での伝統的な家族関係などを重視し、またホスピス病棟の不足等もあり次第に重点がおか

表1 ホスピス・ケアの形態

1. ホームケアホスピス マリン・ホスピス-在宅ホスピス ニューヘブン・ホスピス-ホームケア
2. 入院形態のホスピス セントクリストファー・ホスピス
3. 病院の中のホスピス病棟 淀川キリスト教病院, 国立がんセンター・緩和ケア病棟
4. 病棟が独立せず, 総合病院内でのチームケア

れるようになってきている。現在でのターミナル・ケアを行なう場を分類すれば表1のようになる。

日本では諸外国に見られる様な独立型のホスピスは少なく、淀川キリスト教病院、聖隷ホスピスまたは国立がんセンター東病院の緩和ケア病棟に見られるように病院に付随したホスピス病棟の形態を取るところが多い。

緩和ケア (palliative care) -ホスピスカケア (hospice care) の違いを国立がんセンターは次の様に定義している。すなわち緩和ケアはがんの治療が困難で時期からとし、ホスピスカケアは死をむかえる場所でのケアとしている (表2)。

また現在多くの病院で行なわれているように独立したホスピス病棟を持たず、病院の中でホスピス病室を持つところが多くなってきており、新潟がんセンターもこの形式をとっている。

更に、日本の病院ではホスピス病室が少なく、また家

表2 緩和ケア病棟の在院日数

1. 死亡前の短期入院 (一ヶ月以下)	50%
2. 死亡前の長期入院 (二ヶ月以上)	30%
3. 症状緩和の為の入院	20%
4. その他 (一般病棟への転棟)	

(国立がんセンター東病院)

族と共に自分の住処で最後のひとときを過ごしてもらうことを目的とした在宅ホスピスが日本の地方がんセンターを中心にして急速に普及しつつある。

参 考 文 献

- 1) 厚生省医務局医事課監訳, アメリカ大統領委員会, 生命倫理総括レポート, 篠原出版, 東京, 1985
- 2) 厚生省医務局編: 生命と倫理に関する懇談, 薬事日報社, 東京, 1983
- 3) 厚生省健康政策局医事課編: 生命と倫理について考える, 生命と倫理に関する懇談報告, 医学書院, 東京, 1985
- 4) 大谷 実: いのちの法律学, 筑摩書房, 東京, 1985
- 5) 新美育文: インフォームド・コンセントと患者の権利, 医学の歩み, 150: 303~305, 1989
- 6) 飯尾正宏, 河野博臣, 河野友信編: 末期がんの医療, 金原出版社, 東京, 1986
- 7) 厚生省, 日本医師会編: 末期医療ケア, その検討と報告, 中央法規出版 KK, 東京, 1989