

Commemoration forum

がんプロフェッショナル養成プラン
採択記念フォーラム

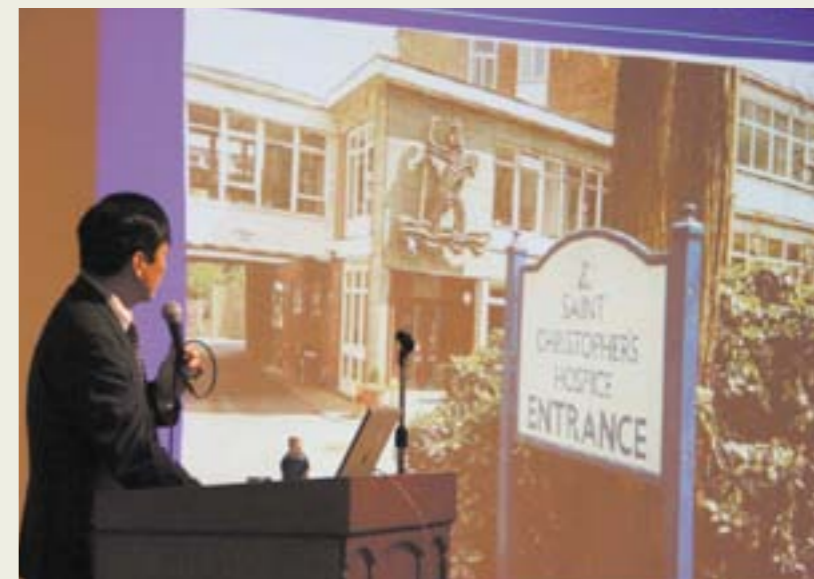
 和歌山県立医科大学



■
和歌山県立医科大学

■
がんプロフェッショナル養成プラン
採択記念フォーラム

■



和歌山県立医科大学
がんプロフェッショナル養成プラン採択記念フォーラム

■ 平成20年3月22日(土)
■ 受付 13:00 開会 13:30
■ 4F 末広の間

主催：公立大学法人和歌山県立医科大学

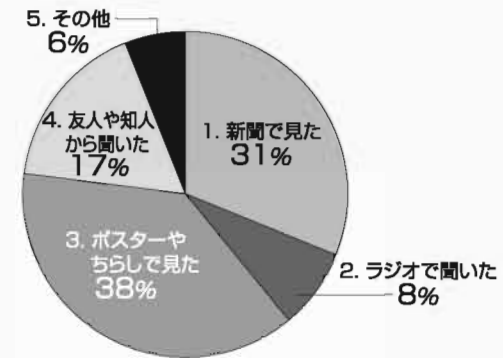


目次

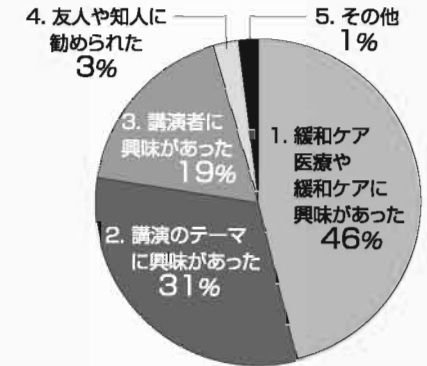
- 開会 あいさつ 1
- 記念講演 I 5
 - 「日本人の死生観」
 - 畑 堃 義雄 (和歌山県立医科大学 麻酔学科教室教授)
- 記念講演 II 27
 - 「緩和医療の現状と展望 ～教育の確立と実践を目指して～」
 - 恒藤 暁 (大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療医学教授)

■ 来場者アンケート

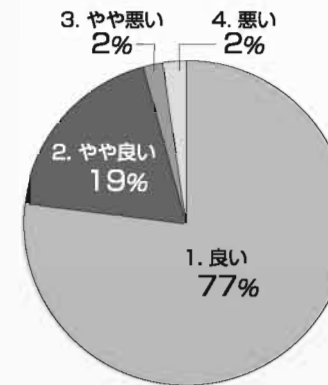
● 今回のフォーラムをどのようにしてお知りになりましたか？



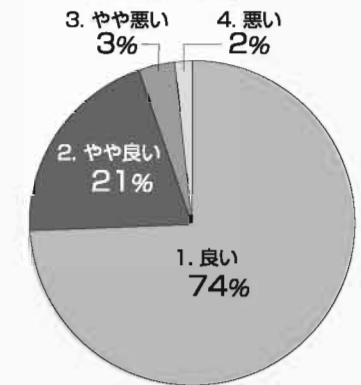
● 今回のフォーラムに参加しようと思われたきっかけは何ですか？



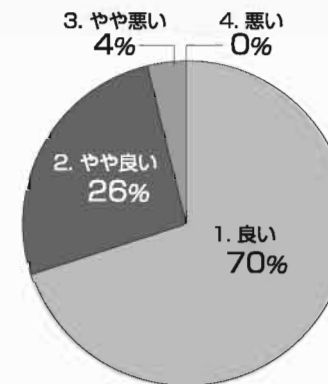
● フォーラム全体について



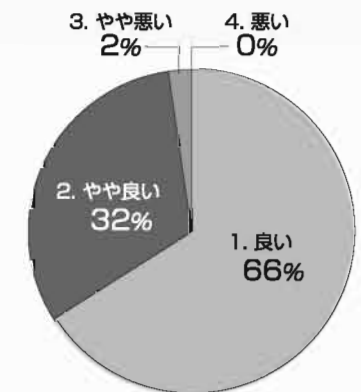
● 「日本人の生死観」
畑埜 義雄 教授 特別講演 I について



● 「緩和医療の現状と展望
～教育の確立と実践を目指して～」
恒藤 暁 教授 特別講演 II について



● フォーラムの運営について





(司会) みなさまこんにちは、今日はご来場いただきましてありがとうございます。柔らかく包み込むような春の陽射しです。今日は東京と静岡でソメイヨシノが開花したということです。和歌山の開花予想は明日ということですが、既にちらほら咲き始めているところもあるようです。爛漫の春もう目の前です。本日は和歌山県立医科大学がんプロフェッショナル養成プラン採択記念フォーラムということで、充実した御時間をお過ごしいただければ幸いです。

司会進行は和歌山放送の赤井ゆかりと申します。よろしくお願ひ申し上げます。では主催者であります和歌山県立医科大学学長 南條輝志男よりご挨拶申し上げます。

●開会・挨拶



和歌山県立医科大学
学長 南條輝志男



(南條) みなさん、こんにちは。本日はご多忙の中、「和歌山県立医科大学がんプロフェッショナル養成プラン採択記念フォーラム」にご参加いただきまして、まことにありがとうございます。また、平素から皆様方には本学の教育の振興に格別のご理解ご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

本学では文部科学省の「がんプロフェッショナル養成プラン」において、大阪大学・奈良県立医科大学・京都府立医科大学・兵

庫県立大学と共同申請しておりました「チーム医療を推進するがん専門医療者の育成—集学的治療から在宅医療そして緩和ケアまで—」というタイトルの取組みが採択されました。

がんはわが国の死亡率第一位の疾患ですけれども、がんを横断的・集学的に診療することができる専門家がまだまだ全国的には不足しておりまして、その養成・育成が急務とされております。また、近年の高度化したがん医療の進展は、がん医療に習熟した医師、薬剤師、看護師、その他医療技術者の各種専門家が参画し、チームとして機能することが何より重要となってきております。そのため、がん医療の担い手となる高度な知識、技術を有するがん専門医師とがん医療に携わる医療技術者など、がんの特化した人材の育成・養成を行う大学の取組みを支援するため、このプランが文科省で創設されたわけであります。



このプランは、全国の各大学から申請された取組みの中から、質の高いがん専門医等を養成し得る優れた取組みに対しまして、国が財政支援を行うことにより、大学の教育活性化を促進し、今後のがん医療を担う医療人の養成推進を図ることが目的とされております。

採択されました取組みにおいて、本学は、大学移転時に、学生教育のため、全国の国公立大学附属病院において初めて設置されました緩和ケア病棟を生かして、大学院に緩和医療専門医養成コースを設置いたしました。このコースを修了しますと、医学博士の学位が授与されるとともに、近々創設が予定されております緩和医療専門医あるいは認定医の資格を取得する事ができます。

昨年四月から「がん対策基本法」が施行され、取り組むべき施策として、「がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得することが必要であることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及・啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく」とされていますが、これまでの大学の緩和ケアの取組みは、まさしく時代を先取りしたものとして自負しているところであります。

和歌山県立医科大学は、地域に密着した社会貢献のできる大学として、地域の医療医学の中心的役割を担っていることを自覚して、より県民の皆様方に愛される、そして個性が輝く、魅力溢れる大学を創造するため、全教職員が一丸となって大

学の活性化に取り組んで、幾多のプロジェクトを展開しております。本県においても医師不足が深刻な問題になっていきますけれども、皆様方のご支援をいただき、この四月の医学部の入学学生定員が従来の60名から85名に増加させることができ、医師不足解消にも明るい兆しが見えてまいりました。

本学の附属病院におきましても、昨年、がん治療認定医として不可欠な知識、臨床的判断、心構えを習得するための環境を提供する施設として、日本がん治療認定医機構の研修施設の認定を受けたところであり、10月には、外来患者さんの抗がん剤治療を一元化し、県内最大規模の化学療法センターを開設しました。

今回このプランに採択されましたことを契機に医師、その他の医療関係者の養成を通じて、さらにはがん対策の推進に取り組んでまいりたいと考えております。

本日、ご出席いただきました皆様方には、本学の取り組みと活動にご理解をいただきまして、今後ともより一層のご支援、ご協力を賜りますようお願い申しあげまして、開会のご挨拶に代えさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。



(司会) 和歌山県立医科大学南條輝志男学長でございました。このフォーラムに祝電も頂戴していますのでご紹介申し上げます。和歌山県立医科大学ガンプロフェッショナル養成プラン採択記念フォーラムのご盛会を心よりお喜び申し上げますと共に和歌山県立医科大学のますますのご発展と本日の参会の方々のご健勝ご多幸をお祈りしています。参議院員の世耕弘重様より頂戴しております。ありがとうございました。

さて今日のプログラムですが、記念公演の一つ目は「日本人の死生観」と題しまして和歌山県立医科大学麻酔科学教室教授、畑埜（はたの）義雄先生に公演いただきます。座長は和歌山県立医科大学集学的治療・緩和ケア部講師の月山淑先生です。

そして休憩を挟みまして、後半の記念公演「は「緩和医療の現状と展望～教育の確立と実践を目指して～」と題して大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学教授の恒藤暁先生に話をいただきます。座長は記念講演。でお話していただきます、畑埜義雄先生です。各講師のプロフィールにつきましてはプログラムに掲載させていただきますので、どうぞご覧くださいませ。また受付でお渡しました

資料にアンケートを同封しております。後ほど受付で回収させていただきますので、フォーラム終了後、感想をご記入いただきますようお願いいたします。では記念講演。、座長は和歌山県立医科大学集学的治療・緩和ケア部講師の月山淑先生です。では月山先生から演者・演題のご紹介をよろしくお願いいたします

●記念講演 I



座長 和歌山県立医科大学
集学的治療・緩和ケア部
講師 月山淑

(月山) はい、ご紹介にあずかりました和歌山県立医科大学集学的治療・緩和ケア部講師、月山淑と申します。本日は、がんプロフェッショナル養成プラン採択記念フォーラムにお集まりいただきありがとうございます。

最初の演題は和歌山県立医科大学麻酔科学教室教授、畑埜（はたの）義雄先生の「日本人の死生観」ということです。私にとっては実質的な上司ですので、上司の紹介をここでするとは夢にも思いませんでしたので、かなり私の方が緊張しておりますけれども、恒例によりましてご略歴をご紹介します。

畑埜義雄先生は1970年関西医科大学を卒業後、1971年に天理よろづ相談所病院へお移りになられております。その後1973年に、京都大学医学部の麻酔科学教室、そして78年に助手になられた後、米国シカゴ大学薬学部へご入学なられています。1981年に京大の医学部の講師、87年に助教授になられ、1991年和歌山県立医科大学の麻酔科学教室の教授にご就任になられました。

本年四月より病院長を拝命して、今後ますますご活躍の事と思います。先生の研究領域のところに、がんケアが一番上に書いてありますけれども、がんケア教育を推進されるための原動力になっていただけているということです。本日は「日本人の死生観」ということでお話し頂くことになりました。教授にしては珍しく昨日から「どうしようどうしよ」と、かなり緊張しておりますけれども、良いお話をお話くださると思うんです（笑）。また、自ら非常に凝ったスライドも作っておられます。

では、先生よろしくお願いいたします。



「日本人の死生観」

講師 和歌山県立医科大学
麻酔科学教室
教授 畑 埜 義 雄



(畑埜) 月山先生、本当に過分な紹介どうも、ありがとうございます。今日こんな大きなタイトルで、本当に気恥ずかしいんです。和歌山だけでの、恥ですめばいいかなと思っているんです(笑)。私、今、緩和ケアの分野を開くようにやってくるんですけども、緩和ケアを通して、死生観というものを何とか勉強しなきゃならないなと考えてきましたが、まだ集大成になっておりません。今日は私のパワーポイントのスライドを楽しんでいただけたらと思っております(笑)ので、よろしくお願いします。



で、皆さん、私はもう、17年ちょっと教授やって、麻酔科の名教授と言われているんです。自分で言うのもなんですけれども、本当に麻酔が上手です。これ私の授業風景ですけども、だいたい15分もしますと、薬も何も使わないんですけど、しゃべってい

るだけで、学生が眠ってしまうんですよ(笑)。今日は、こうならないように私も頑張ります。

◆世界初の麻酔手術・華岡青洲

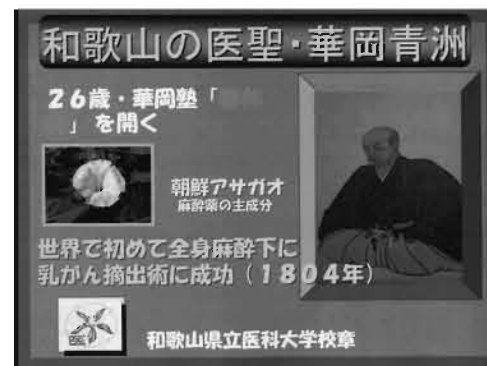
これは、18世紀のロンドン病院ですね、手術の鐘というのがあります。これは何のための鐘なのか。実は、手術の始まりを教えるベルなんですけれども、鐘と同時に、絶叫が聞こえてきます。この手術の鐘は痛みで暴れる患者を押さえつける人を集める為の鐘なんです。17~8世紀の時代です。これを実際に表した絵画がありまして、見ていただくと、これ下肢を、下腿を切断しているところです。見ていただきたいのはこれですね。患者さん、白いシーツに被せられて、一見眠っているようであります。もう一つ見ていただきましょう。この赤い服を着た人が右手に白いグローブ、左手は何もしておりませんけれども、これは何を意味

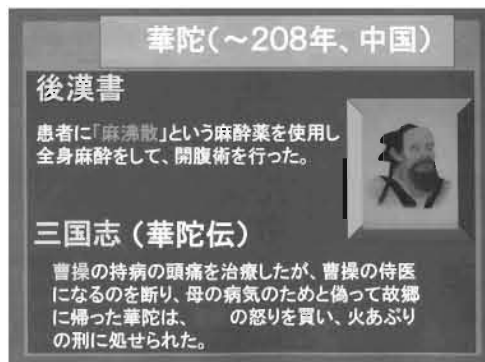


しているのか。これは麻酔の領域では有名な絵なんですけれども、これ皆さん勝手に解釈してますけど、私は殴りつけて気絶させていると解釈されています。17~8世紀の手術ですらこういう状況だったわけです。

私は16年前に和歌山に来まして、華岡青洲(江戸時代・和歌山の医師)と非常に身近になれたことを非常に喜んでおります。彼のことを少しばかり勉強しました。24歳で彼は京都に遊学しまして外科、内科学を習得します。26歳、三年後に帰ってきまして、今的那賀町(紀の川市)に春林軒を開くんです。ご存知のように朝鮮朝顔の主成分とする麻酔薬を作りまして、世界で初めて全身麻酔で乳がんの摘出手術に成功したことで有名です。この朝鮮朝顔が和歌山県立医科大のロゴマークにもなっております。

彼が京都に行った時に、『後漢書』に出会います。華佗という医者が、西暦208年に亡くなられますが、患者に「麻沸散」という麻酔薬を作りまして、全身麻酔、当時麻酔という言葉はないんです





けれども、眠らせて開腹術をしたという記録があります。

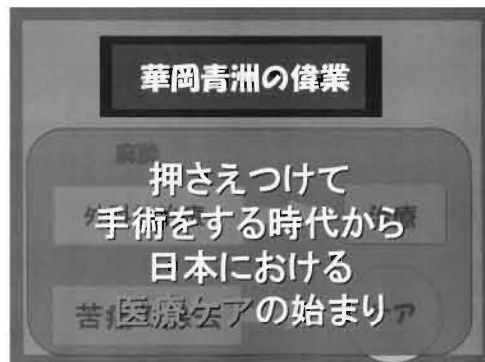
もう一つ、『三国志』にですね、曹操の持病の頭痛の治療をしていたんですけど、彼（華陀）は侍医となるように言われたのを断って、母の病気のためと偽って故郷に帰ってしまうんです。それで曹操の怒りを買って火あぶりの刑に処せ

られてしまったというのは有名な話であります。華陀が使ったものは、おそらくはインド大麻であろうと言われてますけれど、日本にインド大麻はございませんでした。

華岡青洲は、26歳から44歳まで、ほぼ20年間、麻酔薬の開発に尽力するんです。当時、マンダラケという薬草が睡眠作用を持つということは知られておりました。彼はこれを使いまして、8割がマンダラケ、あとの2割がトリカブトとか当帰とかそういうのを混ぜて「通仙散」という麻酔薬の開発に成功しました。しかし、完成までに彼は生体実験を六回やっているんですが、母親の於継（おつぎ）さんには2回、そして妻の加恵（かえ）さんには計4回やっておりまして、かえさんは四回目の人体実験のあと、失明してしまうわけです。

そして藍屋利兵衛さん、これ大和、奈良・五条のですね、藍屋利兵衛さんのお母さん勘（かん）さんという人が乳がんを切り取ってほしいと来るんですけど、1804年10月13日に全身麻酔による乳がんの切除手術を行いました。これは那賀町（紀の川市）の青洲の里記念館に、ろう人形で展示されています。

このスライドは1842年の事ですが、アメリカのハーバード大学で、モートンがエーテル麻酔の公開実験、頸部腫瘍の麻酔を行った。そして、公開実験で麻酔は成功しました。モートンの成功の一年前にウェルズが、同じ場所で笑気麻酔の実験もしているんですけど、笑気麻酔（亜酸化窒素）はちょっと弱い。麻酔作用が弱かったんで、抜歯をした時に痛いと言ったわけです。それでウェルズは失敗して、自殺します。一年後にモートンはエーテルで成功しました。



2004年に、ちょうど華岡青洲の麻酔成功200周年を記念しまして、NHKが金曜時代劇に有吉佐和子の小説『華岡青洲の妻』を取り上げ、六回シリーズのテレビドラマを制作しました。青洲には谷原章介、妻には和久井映見 母には田中好子ということで、私が和歌山医大ということでNHKが監修を頼んできたわけです。私が断ると、京大の教授に頼みに行くと言われましたので、そういうわけにはいかんと、もうひとつ引き受けた理由は、私この人のファンで、引き受けたかいたなあと考えております（笑）。

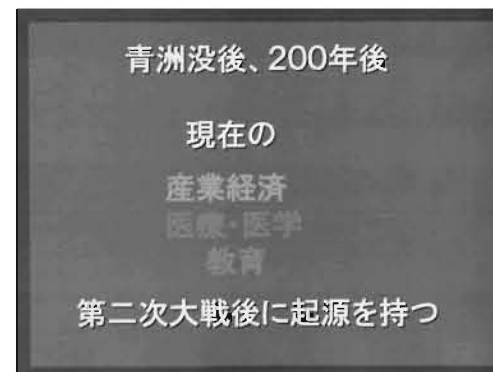


華岡青洲の偉業というのはこの当時「麻酔」という言葉がなかった。麻酔という、概念がないということなんです。麻酔なしで手術というのは残酷な行為ですから、当時の外科医というのは、素早くするというのが名医だったわけです。それを眠らせてやった。そして苦痛を除去した。

◆ ケアとキュア

外科的な治療は「キュア」ですね。それと苦痛の除去は「ケア」なんですね。それで押さえつけて手術をする時代から、麻酔が成功したということは、私は日本における医療の「ケア」の始まりではないかととらえております。

私日ごろ、学生にも、「外科は治療・キュアをしているんだ、麻酔科はケアをしているんだ」と言っております。ICUという言葉が皆さんご存知ですよ、インテンシティブ・ケア・ユニット。ICUは、40年前に日本に入ってきたんですけど、本来「集中ケア部」にすべきところを、ケアという概念がなかったから、「集中治療」になってしまった。誤訳なわけです。



青洲が亡くなってから200年が経ちますが、現代の産業とか医療とか教育とかいうのは全て、どうも第二次大戦後に起源があり、全てアメリカから入ってきたと感じます。経済面では、どん底の経済から20年後には東海道新幹線、そして東京オリンピックを開催するまでになった。だけれども今の中国の状況に少し近い部分、経済復興は負の遺産を生み出すんです。四大公害病、水俣病、新潟水俣病、四日市喘息、イタイタイ病といった世界に知られた公害病を作ってしまったわけですね。だから発展のためなら、そういう弊害も仕方がないというか、犠牲にしてしまう文化があったんじゃないかと。

終戦後の復興

経済産業面 1945~1950年 どん底の経済状況
1950年~1970年 脅威の経済復興

1964年 東海道新幹線
1964年 東京オリンピック

復興の負の遺産

- 水俣病(熊本)
- 第二水俣病(新潟)
- 四日市ぜんそく(三重)
- イタイタイ病(富山)

ヨーロッパの街をみてみますと、街を作る前に地下道を作って水とか下水、そして電線を埋める。だけど日本の場合、どこでも電柱を立てて、電線をあちこち引いてしまう、環境に配慮したというところがない、というのが特徴かと思えます。

医学の面でも、やはりケアの概念というのはなくて、医療の遅れというものを医学・治療学の遅れと考えてしまった。で、多くの医師が、我々もそうですけれども、アメリカをはじめとして、先進諸国に留学して、医学の治療学を持ち帰ってきた。で、医学教育は診断・治療学を中心に、日本の医学を発展させた。しかし、今の日本の医療は、ほとんど医学教育も全て、放射線、内科的治療、先端医療、特定機能治療とか全部治療が中心で、教育にすら「ケア」という言葉がまったく出てこない、というのが現状だと思います。ですから、「治療」が、“縁の上”とすると、「ケア」というものは“縁の下”になってしまう。本来医療には縁の下の部分はないはずなんですけれど、日

医療・医学面の復興

終戦時日本にはケアの概念はなかった
医療の遅れを医学・治療学の遅れととらえた?

多くの医学者がアメリカをはじめとする先進諸国に留学
医学・治療学を持ち帰った

医学教育は診断・治療学を中心におこなわれた

日本の医学を発展させた

しかし、日本の医療と医学教育

治療

内科的・外科的・放射線

先端医療
特定機能
治療的治療
遺伝子治療

診断・治療が中心

教育にケアが出てこない

本独特の文化ができてしまったようではないか。

◆低いモルヒネ使用量

日本の国力と医療

GDP 国民総生産 世界2位
CT 保有台数 世界1位

日本の診断・治療学は世界的レベルに
国際的医学雑誌に日本人の論文が多数掲載される
学術面でも世界の一流国になった

ケア医療はどうか???

日本は、国民総生産は世界で2位、CTの保有台数は世界1位という国になっている。そしてネイチャー、サイエンスとする科学雑誌、ハイレベルな医学雑誌に日本人の名前は上るようになったけれども、ケアの医療はどうなのかと、ということになります。ケアに対する世界の取組みというもの何か一つ指標になるもので見るとすると、私はがんの末期の医療で見ることが出来ます。

ケアに対する世界の取組み

終末期医療

治療 → ケア

癌末期患者の80~90%が痛みを有する

すなわち、がんの初期は一生懸命治療をしますけれども、再発とか繰り返しますと、やっぱり終末期医療に差し掛かりますし、そしてケアしか残されていない、という医療になるわけです。終末期に入りますと、がん患者の80~90%の方が、痛みを持ってくるわけです。この痛みに対してWHOが1986年に「がん性疼痛からの解放の指針」というのを出版するんです。これはどんな未開発国であっても、うまく安いモルヒネ製剤を使うことによって、がん性疼痛の除去が出来るということ、世界に示したわけです。そして、

末期ガン患者に対するWHOの取組み

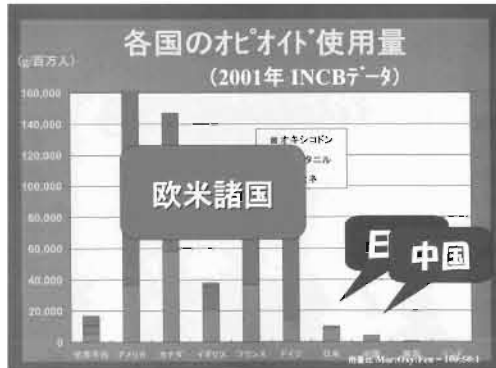
—1986年—
がん性疼痛からの解放のための指針
Global Pain Relief出版

—1987年—
世界のモルヒネ消費量
2倍に増加

日本は世界の42位

一年間、1987年では、世界のモルヒネの消費量は2倍に上ってしまうんです。このときに日本のモルヒネの使用量が、国民一人当たり、世界の42位だと、非常にお粗末な状況だった。

これは世界のモルヒネの消費量を示した表で、左が1989年、右端が2000年ですけれども、日本は赤ですね。最も進んだカナダ・オーストラリアに比べて何と使われる量は9分の1に満たない。ということは、日本の患者さんは痛がって



WHOは緩和ケアを推奨

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して行われる積極的で全体的な医学ケア」

感応しなくなった患者に対して行われる、「積極的で、全体的な医学的ケア」と定義しています。

◆緩和ケアとホスピス

「緩和ケア」の考え方は、1990年代に日本にも入ってきました。緩和医療の歴史をみるとやはり、中世ヨーロッパのホスピスというものが起源ではないかと思えます。

その後、ヨーロッパ、アメリカ、イギリス等で、発展していくわけですが、ホ

るんじゃないか、と考えるわけです。このとき2000年、和歌山県のモルヒネの使用量は全国47都道府県のうち44位だったんです。これにも私、ショックを受けました。和歌山県の44位というのは非常にショックであります。

やはり痛みに対し、痛みを除去しようとする「ケア」という文化が、根付いていないという気がしたんです。ですから、がん治療というのは、2000年には一流国になっていましたけれども、ケアは三流国ではないかと考えております。

モルヒネだけでなく、最近、他の色々な麻薬製剤が出ているんですけれども、それを合わせても日本、中国の使用量は低い。アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツというのは非常に高いレベルであります。東南アジアは、シンガポールは少し違うんですけれども、欧米諸国と比べて非常に低い。WHOは緩和ケアを推奨しているんです。緩和ケアというのは治癒、治そうとすることを目的とした治療に

スピスの由来というのは、中世ヨーロッパ、旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会で旅人が山や天候上の不調で旅立つ事が出来なくなった、そういう人のケア、看病をしたところ。そして、施設全体をホスピスと呼ぶようになっているわけです。

その後、ホスピスから1967年、緩和医療をやっておられる方には有名ですが、シシリー・ソンドースが聖クリストファー・ホスピタルというのを作りました。そして1975年にはカナダで緩和ケア病棟が最初にできて、87年が、もう専門家として教育されるようになってきたわけでありまして、で、ホスピスの由来、それが先ほどのホスピタルというふうにもなってくるわけです。

◆ケアとキュア



あります。ジョゼフ・メリックが少年期に頭蓋の形成異常をきたしまして段々肥大し、象のような顔になります。そして両親が亡くなった後、興行師に引き取られるんです。彼は檻みたいなところに入れられて見世物として扱われた。王立ロンドン病院の外科医のフレデリック・トリブスという人がこれを見まして、「これは何たることか」ということで、彼はロンドン病院の理事会に働きかけて、生

緩和医療の歴史

中世ヨーロッパ ホスピス

1967年 St.Christopher's Hospice
(Miss Cicely Saunders)

1975年 カナダ
Royal Victoria Hospital
緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit)

1987年 イギリス

医学教育の中で緩和医療が専門科として教育

ホスピスの由来

中世ヨーロッパ

旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会

旅人が、病や健康上の不調で旅立つことが出来なければ、そのままそこに置いて、ケアや看病をした

看護収容施設全般をホスピスと呼ぶ

緩和医療の歴史

中世ヨーロッパ ホスピス

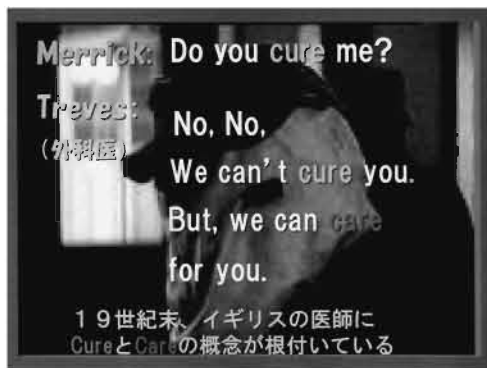
1967年 St.Christopher's Hospice
(Miss Cicely Saunders)

1975年 カナダ
Royal Victoria Hospital
緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit)

1987年 イギリス

医学教育の中で緩和医療が専門科として教育

皆さん、「エレファントマン」という映画をご存知だと思うんですが、これは19世紀末のイギリスの実話で



涯病院で暮らせるようにしてやるんです。

これが1980年に映画化されて、皆さんも知るところとなったわけですが、入院したその日にメリックは、映画の中ですけれども、彼はこんな風にトリブスに言ってるんです。「ここでキュア、治せるか」と。そのときにトリブスはこういいます。「キュア(治療)はできないが、

ケアはできる」と。

ここで、「キュア」と「ケア」という概念がはっきり分かれています。19世紀末にイギリスの医師に、キュアとケアの概念が根付いている事を物語るエピソードであっと思っています。

医療というものはこういう治療・キュアとケアのバランスよくとるべきですが、今のところ、教育のためだと思えますけど、ケアの比重が非常に低くなっています。現在は、そういう時代にあるといえます。

患者さんはこういう中で、「治療されることだけが医療だよ」というふうに長年教えられてきているのではないかと。だから患者さんにすれば「与えられるものが医療なんだ」と思い込んでしまいますから、ま、これは文化を変えなきゃならないんです。

◆日本のホスピスの歴史と和歌山医大の取り組み

日本のホスピスの歴史

| | |
|-------|---|
| 1970年 | 日本にホスピスが紹介される |
| 1981年 | 聖 キリスト教を基盤 淀川キ |
| 1990年 | 厚生省が緩和ケア病棟認可 |
| 1999年 | 和歌山県立医科大学 ケアマインド教育の一環として 緩和ケア病棟設置 |

ホスピスの歴史をみますと、1970年に日本にホスピスが紹介されて、81年に聖隷三方原病院、それから淀川キリスト病院に、緩和ケア病棟ができるわけです。そして1990年には緩和ケア病棟を、厚生省が認可する。これで、どんどんいろんなところで緩和ケア病棟が出来てきます。だけど最初の、聖隷三方原病院、淀川キ

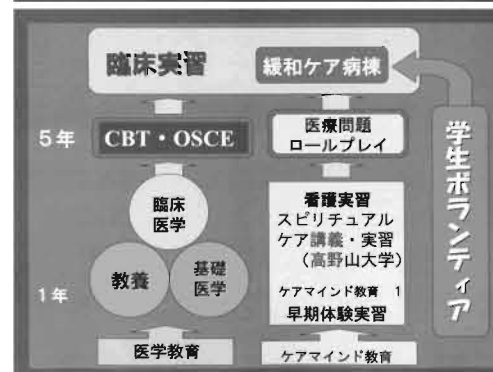
リスト教病院にしても、キリスト教をベースにした病棟であったわけですが。医療というのは「治療とケアのバランス」ということを学生にも、それから、患者さ

患者満足のため
チーム医療の推進
真のチーム医療を受け入れる
文化の創成
治療を必要としない
緩和ケアを研修

ケアマインド教育に対する
和歌山医大の取り組み

1998年 和歌山緩和ケア研究会
1999年 和歌山県立医科大学

総合移転
ガン集学的治療部門
学生教育のための
緩和ケア病棟 新設



ケアマインド教育に対する
本学の特色ある取り組み

1. 医療問題ロールプレイ (疑似体験) 1999年
2. 緩和ケア病棟実習 (実体験) 1999年学生教育のための
緩和ケア病棟 (9床) 新設
(国立医科大学で初めて)

んにも教えるべきではないかと思ひまして、ケア文化の創生のため、和歌山県立医科大学で「ケアマインド教育」ということを始めたわけです。

まずは緩和ケア病棟を作ろうと。もう一つは、学生の医療問題ロールプレイング、実際に疑似体験をさせてやろうと、ということでもあります。1998年に和歌山緩和ケア研究会を作りまして、99年に大学が現在地に総合移転しましたが、その中に教育のための緩和ケア病棟を作ろう、ということになったわけです。

で、たった9床ですけれども、学生に実体験させることができる。緩和ケア病棟の病棟実習、学生がここにおりますが、ラウンドディスカッション、上下はないんです。そして終末期患者との対話を進めて、感想文をA4一枚に書かせてここにあります。すばらしい感想があるんですけどもね、本当に一部だけちょっとご紹介させていただきます。

緩和ケア病棟 緩和ケア病棟実習

緩和ケアカンファレンス (医師、看護師、学生)

学生

終末期患者との対話
感想文

緩和ケア実習の感想(4)

今回の実習で、将来医療に携わる者の一人として、患者さんの死は敗北ではないということが強く心に残った。疾患に対して出せることがなくなっても、患者さんに対して出せることはまだ残っている。医療の分野において、新しく脚光ある治療・技術面だけでなく、多くの新しい発見がありました。

学生感想文 7

治療だけが医療の目的ではない、ということ強く感じたのは緩和ケア病棟での実習だった。患者さんの苦痛を除き、楽しい時間を過ごせるかという配慮に満ちた雰囲気を感じた。私たちが月山先生のお話を聞いている間に一人の患者さんが亡くなった。先生は来るはずのことが来た、とでもいうように何一つ変わらない態度でご家族のところへ行かれた。緩和病棟では、死は「治療できなかった」結果ではなく、

「来るはずのことが来た」とでも言うように、何一つ変わらない態度でご家族のところへ行かれた。緩和病棟では死は治療できなかった結果ではなく、予定通りに訪れた自然の流れと捉えられているように思われた。この、死は自然の流れの一部であるという真実がもっと広く人々に理解されたなら、ケアの概念はしっかりと根付くのではないか。また緩和ケア病棟の患者さんは皆告知を受けているということだが、告知の形は様々で、誰かがはっきりと告げなくても、本人がそれとなく気づいている場合があると聞いた。この形の告知がある意味最善かもしれない、と私は思う。真実を告げることはもちろん重要だ。しかし形はどうであれ真実を知った人がその後の人生を受け入れること、少しでも快適な時間を過ごすことの手助けを最後まで続けることもまた、医療者の責任ではないかと私は思う。」

(畑埜) 緩和実習で非常に、学生達が感性を養ってくれている様に思います。ですから、緩和ケアの実習というのは、末期患者だけではなくて、そのすべての患者に共通する医療のあるべき姿を教える場、ということです。現在のところ、緩和ケア病棟をもっているのは5大学だけなんですけれども、国公立ではうちが

【学生の感想】

男子学生「医療に携わる者の一人として、患者さんの死は敗北ではないという事が強く心に残った。疾患に対してできることはなくなっても、患者さんに対してできることは、まだ残っている。医療の分野において新しく脚光を浴びる治療、技術面だけじゃなく多くの新しい発見がありました。」

女子学生「治療だけが医療の目的ではないということ強く感じたのは、緩和ケア病棟での実習だった。患者さんの苦痛を除き、楽しい時間を過ごせるかという配慮に満ちた雰囲気を感じた。私達が月山先生のお話を聞いている間に一人の患者さんが亡くなった。先生は「来るはずのことが来た」とでもいうように、何一つ変わらない態度でご家族のところへ行かれた。緩和病棟では、死は「治療できなかった」結果ではなく、



臨床実習が始まる前、彼らはまだ医療の現場を知らないという事が大事なんです。60名を4グループに分けて、シナリオ、監督、カメラなど全て学生自身でやりますし、我々は何も干渉はしません。公開講座で患者さんも来られます。患者搬送はボランティアがやってくれるということで、大事なことはシナリオ等について、「医師・医療関係者には絶対相談してはならない。オリジナルを作れ」、ということにしております。医療問題ひとつは、「傷つけられた人。傲慢な医師が患者さんの心をぶち抜けた。」と言うことと、末期がん患者で『ホスピスに行きたい』と家族さんに言った。ま、だいたい20分から25分の寸劇でありますけれども、もっと短く二分くらいにしたものですが……

寸劇

ベテラン医師『医療ちゅうのは技術が一番大事なんや。患者さんとの信頼関係とか、どうでもええねん。明日の手術の方は任せてください。中絶の手術なんて私からしたらたいしたことありませんから!』

若手医師「ようやく待ち望んで出来たお子さんを、墮ろすことになってしまって、それだけでもすごく落ち込んでいると思うんです。」

ベテラン医師『僕の言い方のどこが悪いというん!? お腹の中から引っ張り出してしもうて、すっきりしたでしょ。』

父親 『先生!!!』

母親泣く

父親「あんたいい加減にせいよ! あんたそれでも医者か。俺らの気持ちを考えたことがあるのか!?!」

若手医師「落ち着いてください! 先生は今まで言葉の暴力でたくさんの患者さんを苦しめてこられたんです。いい加減気づいてくださいよ!」

最初にできたと自負しております。

そしてもう一つ医療問題のロールプレイングというのをやっているんですが、これもケアのマインドを育むためにしております。五年生の連休明けです。今年も連休明けになりますが、

ベテラン医師「もうご主人に殴りかかられて、君にも指摘されてそれが間違っていたってわかってん。今までこんな偉そうにしていた自分がホンマに恥ずかしいわ。」

「大きな傷を残してしまったと思います。ほんますみませんでした！どうか許してください。この通りです！！」

「君のおかげでやっと目が覚めたわ。」

男性医師「精密検査の結果、山中さん、前立腺がんであることがわかりました。」

家族「え・・・」

患者「ホスピスみたいなのに行きたくない」

患者家族「でも一ホスピスなんていいからがんを治してよ！！」

患者「もういい！これ以上無理するのは嫌なんや！」

患者息子「親父に生きてほしいんや」

患者妻「私もあなたがいなくてなんて嫌よ！頑張って生きましょう！！」

患者「ちょっとしか生きられへんのやぞ。俺の命や。最後ぐらい俺の好きなようにさせてくれよ」

(ホスピスで)

患者「あれほど痛かったのにこんなに静かな気持ちにいられるなんて、夢みたいや。」

患者妻「こんな風楽しく過ごせたらなあ。なあ、お父さん。……お父さん？！お父さん！！」

患者息子「おい、しっかりしろ、親父！！」

家族泣き崩れる。

患者さんの感想「信頼関係が薄れたら、やっぱり医療の、何て言うか、心からの治り方というのかな、それが成り立たないんちゃうかなと思うんです。で、ま、そういう所を突かれたというのはとても嬉しいことだと思います。」



(畑塾) こういう風な教育を通して、研修医や学生に、ケアマインドを導入しよ

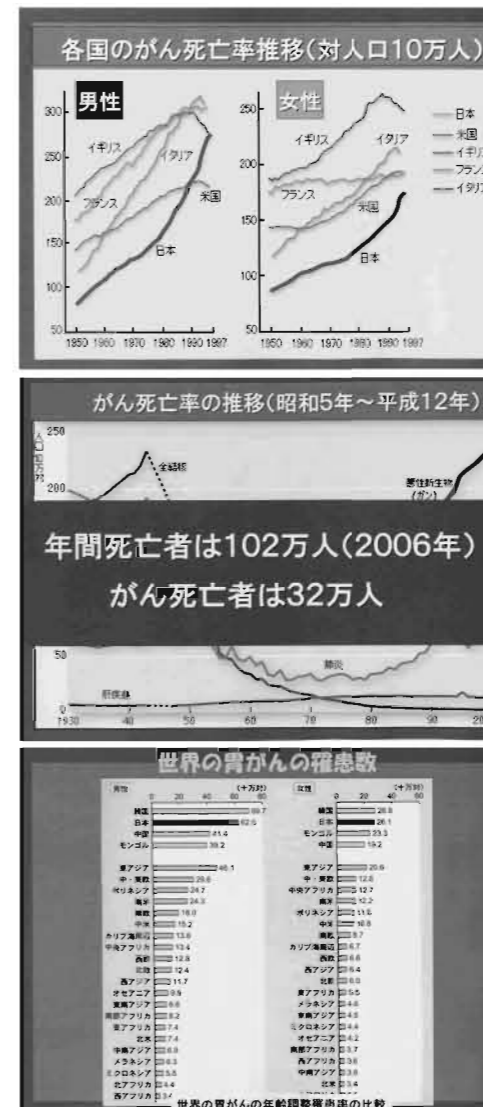
うと取り組んでいます。これから育って現在や将来の医療を担ってくれる人材が出てきてくれると思うんですが、ケアについての意識の“遺伝子”を十人が持ってくれても、将来8人くらいは消えるかもしれません。でも消えても2人残れば世の中は変わるであろうと。そして2人を残すために10人教えなければならないというのも、教育の使命かもしれないと、僕は思います。

◆がん告知とケア

今度はがんの死亡のことにに関してです。日本男性、女性も欧米並みにがんの死亡率が推移しております。死亡率をみると、心疾患とか肺疾患とかはそれほど、あるいは脳血管障害がどんどん下がっているにもかかわらず、がんが増えてきている。2006年の年間の死亡者は102万人で、そのうち、がんの死亡者は32万人。死亡者の三分の一ががんで亡くなっているという状況であります。

世界では、韓国・中国・日本、このアジア系が胃がんが最も多くて、アフリカ系は胃がんが少ないというデータがございます。で、家族は強い絆で結ばれているんですけども、ここに9人家族がいますと9人のうち4.5人がいずれはがんになるということでもあります。そして、このうち3人ががんで死ぬ可能性があるということを、統計は物語っているわけです。

そうすると、5人や6人家族ならどうしても家族にがん患者が出てくるとい

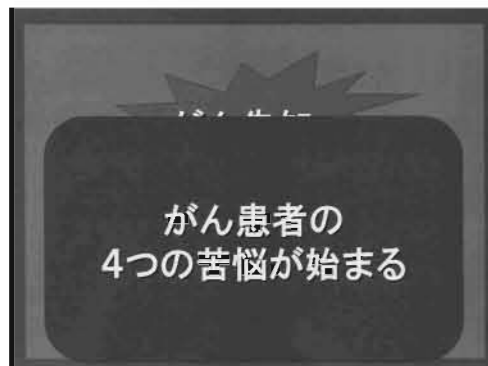


とも、我々は覚悟しとなければならない、そういう時代に入った。

で、ここでガンの告知を受ける。昨日もですね、来週手術を受ける患者さんを診察したんですけども、カルテにはがんを告知してある、となっています。そ



ういった患者さんが、外科の手術の説明より先に麻酔科に来られるんです。告知されると、やっぱり「死ぬかもしれない」という要素が入ってくるわけです。それからもう一つは「死なねばならないのではないか」、これ表裏一体ですけれども、これが身近なものになってくるわけです。



で、ガンの四つの苦悩というのが知られております。どういうことかという、身体的苦痛、体がだるいとか、或いは末期になってくると痛みが出てくるとか、やせてくるとか、全身倦怠とか、いろいろな症状が出てくるんです。これ身体的苦痛。

そして、死ぬことの不安、孤立感や苛立つ精神的苦痛。

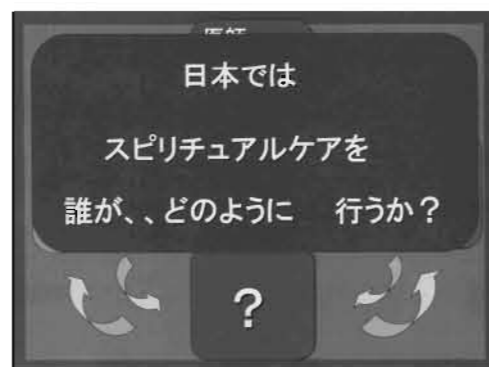
そして社会的苦痛という概念です。これは仕事休んだらどうなるんだらいう、経済的にどうなるか、子供の教育はどうなるのか、遺産の問題、いろんなことがある。これが社会的問題。

そして、もう一つにスピリチュアルな苦痛というのがあります。これは生きる意味、これはまた後で申し上げますけれども、これが一番わかったようでわかりにくい部分ではあるわけです。

で、こういう四つの苦痛が相互に働いていわゆる、全人的疼痛・トータルペインというものを作っている。

身体的苦痛に対しましては、医師とか医学療法師とか看護師・薬剤師さんが対応できる領域です。

精神的苦痛に対しては精神科医とか臨床心理士が対応。社会的苦痛に対してはソーシャルワーカーが対応してくれる。ま、この人員がまだ不十分であるわけですが、スピリチュアルな苦痛に対して誰がやってくれるのか。例えばキリスト教



をベースとした病院ではチャプレンというのがおられて、宗教関係者がケアをされている。けど普通の病院では、「誰が、どういう風に」という問題が起きてくる。このスピリチュアルケアを誰が、どのように行うかということが、問題になってくるわけです。

◆治療中心主義とスピリチュアルケア

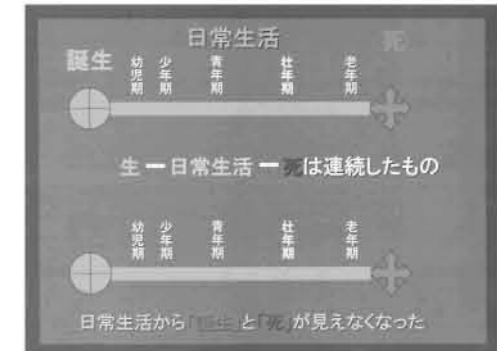
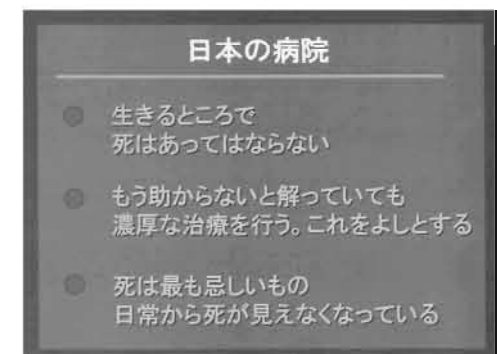


まず分娩についてです。病院で生まれるのは1950年には4%しかありませんでした。ところが、だんだん分娩が病院で行われるようになり、今はほとんど100%病院で新たな生が誕生している。で、逆に、赤ちゃんが自宅で生まれるということはもうほとんどなくなった。

ここに死亡の場所のグラフを重ねてみます。この赤の右あがりになっているのは、病院で亡くなる方で、現在80%以上、85%近くになっています。そして自宅で亡くなる方は、10%ほど。ですから日本の病院というのは、生きる場所であって、これは先ほども言いました治療中心主義、「生きる場所であって死があってはならない」という使命をもっている。

それからもう一つの問題は、助からないとわかっていても、「濃厚な治療を行ってあげれば、誰にも文句は言われないうら」と。で、救急で運ばれて「これは駄目だ」と思っても、我々は濃厚な治療をします。ここで治療をストップするという事は、なかなかできない。そういう文化ができあがっている。

それからもう一つは、死は最も悲しいもので、日常から死が見えなくなってくる。例えば、誕生、幼児期、少年期、青年期、壮年期・・・、そして最後の死を迎えるわけです。学生が感想文に書いていましたたけ



ど、死は連続した一直線上のものです。だけど現状は、日常生活から誕生と死というのが、もう見えなくなっている。

学生が大学病院で実習しましても、病院で亡くなる方を見る機会というのが非常に少なくなっている、という現状です。で、一番多く亡くられる方が多い場所が緩和ケア病棟ということになっているんですね。

そこで、スピリチュアルなケアを誰がするかということになるんですけど、キリスト教をベースにしている病院はいいと思いますが、和歌山県立医科大学は公立大学病院です。日本での宗教人はほとんどが仏教ですけれども、自己への修行を中心として他者へ啓発活動をなかなかやってくれなかった。今お葬式におきましても、お坊さんの説教を聞くというのはほとんどない。そして人の死を成仏させるということで、葬式仏教的になってしまった。

| 宗教人 | 医療人 |
|--------------------|-----------------|
| 自己の修業を主に | スピリチュアルケアの経験がない |
| 他社への啓発活動? | 学問体系もない |
| 人の死を成仏に 葬式仏教(?) | (新たな医療ケア) |

そして医療人。我々医療人にしたって、本当に何をどうしたらいいかわからない。スピリチュアルケアの経験もない。そしてそういう学問体系すらない。ということで、これは新たな医療ケアに属するものと感じますが、どのようにして良いかわからないというのが、私の知っている限りの現実だと思います。

で、そこで各人が、どのような死生観をもっておるかということが、スピリチュアルケアについて重要になってくる。

で、ネットから取ってきたんですけど、これ参考のグラフです。横軸に宗教の強さですね。縦軸に国家・国の誇りをとってみますと、アメリカは宗教度が高く、国家の誇りが非常に高い。そしてアイルランドは宗教度が高い。イギリスは約50%、50；50のところに来ています。中国は宗教度が低くて、国家度が高いというのが特徴です。

で、日本は一体どこに位置するのか。中国より、宗教がちょっとマシかと。だけど国家意識が非常に低い。ま、オリンピックくらいですね、自分が日本人だということを強く感じるの。そういう国家の特徴を持ちながら、死生観というのは、死というものの価値から物事を見ようというのが死生観であります。地獄もありゃ良いこともあるかもしれないけど、それが死生観というものであります。人が死んだらどうなるのか、どこへ行くのか。死後や死者をどう捉えるのか。生

きることは何か、死ぬことは何か。ということが死生観なんです。私、こんな大きなタイトルつけたことをつくづく反省してます。こんな深いモノなかなか入れるものではありませんし、私は緩和ケアというものからしか見てませんので、私がどのような死生観を持っているか紹介もできないですから。その死生観というのは、日本民族、そして自分が受けた教育、そして職業、過去の人生の成功や失敗、それから信念などに関係します。信念というのには、武士道も影響しているわけですね。日本は、切腹とかいう文化ももっているわけですから。そして宗教・思想というのが一番大きいかもしれないですね。



これを総合的な観点と、個人個人の死生観を作ってくるのではないかと。そしてスピリチュアルペインの、精神的な・霊的な苦痛とは、人生の意味、目的を喪失すること、それから、自己や人生に対するコントロール感を喪失して不確実性が増大してくる。何がどうなるかわからないなということを中心に大きな疑問として持つてしまう。それから過去の出来事に対する後悔、「あ〜こうすればよかった」とか、「あんな恥ずかしいことをしてしまった」とか、そういう罪の意識とか、そういうのがいっぱい出てきます。これもキリスト教でしたら、チャプレンとかで対応できるものだと思いますけれども、これだけでは駄目なんで、死に対する不満、不安・・・、まず宗教ですけれども、死後の世界というのは日本は仏教の入る前は黄泉土といわれていまして、仏教が入ってから、死後の世界は極楽と、あるいはキリスト教では天国とか言われているんですけども、そして良い行いをすれば天国・極楽へいけるんだ

イエス・キリスト

十字架により死刑、3日後に復活
キリスト教では、人間の死を最も大きい区切り

人間の生 死 復活 永遠の命

「死」では終わらない

エホバの証人

死ねば、身体も精神もなくなる
神の墓に行く 記念の墓の中に入れる
神との関係を大切にしていると
神の記憶に残る

そして、復活できる

輸血を受ければ、復活できない

けれども、そうでなければ地獄に行くよという風な教えがあるわけです。キリスト教の場合ですと、日本の仏教とどこが違うかという、十字架によって処刑されますと、これ三日後に復活しているんですね。ですからキリスト教では人間が死ぬのは、死というのを大きな区切りとして、生、死、そして復活、そして永遠の命を得るといったプロセスがあるようです。私、宗教はよくわかりませんが、そういう風に教えられておるようです。ですから死だけに終わらないというのがキリスト教の、特徴かもしれない。

私、エホバの患者さんによく話を聞きます。皆さん同じことを言うんです。死ねば身体が亡くなるんです、で神のお

墓に行く事が出来る。これを記念の墓という風に呼んでいるらしい。で、神との関係を大切にしていると、神の教会に残って復活できるという教えだそうです。で、エホバの証人の方々はここで何が起きるかという、「輸血を受ければ復活できない」と、だから拒否するんだという風に何度も教えていただいたことがあります。まーその辺で復活というものがキリスト教では大きなものだ

それで、インドですね。僕は、インドもよくわからないんですけど、民衆の前で死体が焼かれるという。そしてそこには商店街とか食堂とか観光の人も集まる。日常の延長線上に火葬場が存在している。常に死に面しているわけです。で、

インドの死生観

亡骸は民衆の前で焼かれる

そこは商店街、食堂、観光地であったりする

日常の延長線上に分け隔てなく「火葬場」が存在している

死は全ての終わりではない、転生する道程にすぎない

死はすべての終わりではないと。転生する道筋にすぎない、という風に、ネットでは書いてあります。これもまだ理解はできないんですけども、日本の家庭での生と死が見えなくなった状態と、大きな対比できる部分ではないかと思うんです。

日本の宗教とか思想というのは、アジ

ア大陸、中国を介して来た仏教だけではなく、儒教・道教や様々な思想哲学が混在していて、そういうところから諸外国と違いが出てくると思います。

キリスト教やイスラム教などの一神教は、異教徒に対して排他的になりがちです。これに対し、日本では八百万の神です。例えば、蛇でも狐でも大木でも神になれるという国で、非常に特異的な国です。日本の死生観というのは非常に多様化しているのではないかと思います。例えばですね、死生観・神というものが無

キリスト教、イスラム教

一神教：唯一神教、拝一神教、単一神教
異教徒を排斥的(?)

仏教：多神教

日本、東洋：八百万の神

日本人の死生観は多様性

いが故に国家神道ができてしまって、これが一番利用されたのが、神風特攻隊ではないかと思います。御国のため、そして天皇陛下万歳と言葉では言っていますけど、本当は皆さん、鹿児島記念館に残された遺書などには、お母さんとか書いとるらしい。だけど表向きはみんなこうなっていたと。

イスラムでも自殺が多いんですが、これは9.11事件ですか、これはアラーのために死ぬのであって、御国のためとかではなく、その辺が違う。

もう一つ、死を捉える場合によく言われることは、三人称、二人称、一人称の死があります。三人称、これは他人事ですよ。それから二人称は家族、一人称というのは自分の死ですよ。三人称の他人の死も、家族の死もなかなか身近なものではなくなってしまって、自分の一人称の死も経験的には知りえない。そういう、知りえないということ、これがまた恐怖ということを作っているんです。

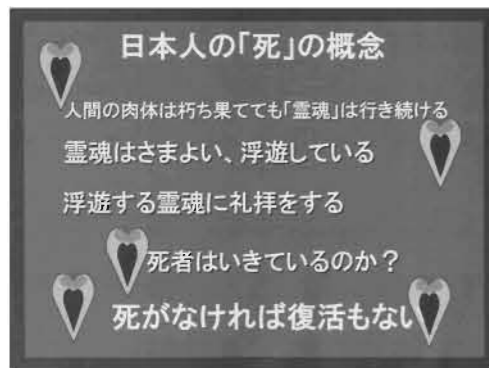
肉体があります。そして恐怖というものは、靈魂が残るんだ、肉体はなくなっても靈魂が残るということに拠り所を求めて、「恐怖」がある程度和らいで「悲しみ」になるのではないかと。これが、日本的ではないかと思えます。

死とは？

三人称の死 他者の死
二人称の死 家族の死
一人称の死 自分の死

恐怖！！ えない

何かを信じたいというところで、宗教というのは一番近くに感じるものでしょう、肉体…全ての物が自分から忘れ去られる、無に帰す、そして死ぬ。「自己の無」というのが、耐えれないということです。ですから日本人の死の概念というのは、自分の肉体は朽ち果てても靈魂は生き続けるんだという、そして靈魂は

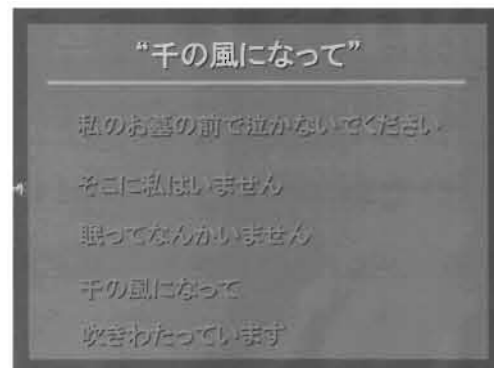


さ迷い浮遊して、あちこち、そこにもあそこにもあるよという感じですね。靈魂に礼拝する。で、死者は生きているんだ。死ななければ本当は復活も何もないんですが、もう生きているように思うところがあります。

で、こういう歌が名曲になっているわけです。

♪千の風になって♪ (曲をかける)

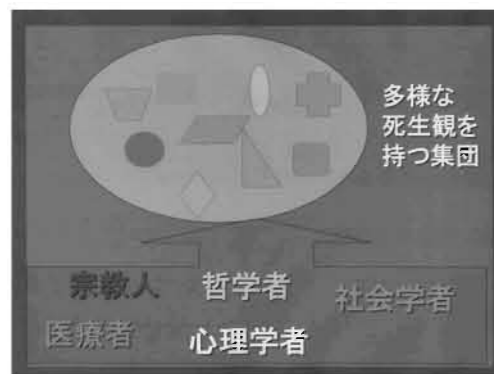
この歌に日本人的な歌がはやったのではないかと思うんですよね。国民皆の願いが込められている歌かもしれません。さきほど死生観、死んだらどうなるの、どこへ行くのか、死後・死者をどう捉えたらいいか、生きることとは何か、死ぬ事とは何か、これに答えるのがスピリチュアルなケアだと思うんですけれども、



日本ではキリスト教的な思考、単一ではできない。多様な死生観に基づくトータルケアが必要ではないか。だから、いろんな人が集まった日本人、多様化した死生観をもった日本人に対して、どの様な形でトータルケアができるんだろうかという、やはり宗教人だけではなくて、哲学者、社会学者、医療者、心理学者な

どが、スピリチュアルケアに入ってくる必要がなかろうというのが、私の考えであります。

先ほど示しました四つの痛みを和らげる、淀川キリスト教病院で活躍され、恒



藤先生の恩師にも当たります柏木先生が言っておられることは、スピリチュアルケアに対して医療人が出来る事は、理解的態度をとる、ということです。「死ぬのが怖いんです」と言われた時、「どうして」と聞くのは馬鹿ですね。ちょっとリピートするんです、「死ぬのが怖いんですね」と言っ。それが他人がわかってくれるんだと感じられ、本人にとってある程度満足なんです。だから傾聴的な態度を取り、「そうですか、そうですか」と、この態度がスピリチュアルケアになるのではないかと。理解的態度をとる、共感するという、これが今我々医療人に出来る事ではないかと思ひます。

今日はどうも、お粗末な死生観ですみませんでした。

拍手

(月山) 畑塾先生ありがとうございます。日本人の死生観ということで畑塾先生に語っていただきました。ありがとうございました。

拍手

(司会) ありがとうございます。講演は和歌山県立医科大学麻酔科学教室教授の畑塾(はたの)義雄先生でした。そして座長は和歌山県立医科大学集学的治療・緩和ケア部 講師の月山淑先生でした。ありがとうございました。

●記念講演Ⅱ

座長 和歌山県立医科大学 麻酔科学教室 教授 畑 埜 義 雄

「緩和医療の現状と展望 ～教育の確立と実践を目指して～」

講師 大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学
教授 恒 藤 暁

(司会) お待たせいたしました。では後半始めて参ります。後半の座長は先ほど御講演いただきました和歌山県立医科大学・麻酔科学教室・教授の畑埜義雄先生です。では畑埜先生から演者・演題のご紹介よろしくお願いいたします。



(畑埜) それでは第二講演について、今回タイトルは長いのですが、がんプロの養成プラン採択記念フォーラムの記念講演として、恒藤暁先生をお呼びいたしております。恒藤先生のご略歴を簡単に申し上げますと、1978年に筑波大学に入られまして、80年に1年間カナダの

McMaster大学の医学部にご留学され、再び筑波大学の方に戻られ1985年に卒業されております。そして水戸済生会総合病院の麻酔科に入っておられます。その後、茨城県立こども病院麻酔科、そして1987年には土浦協同病院麻酔科、その

次に淀川キリスト教病院、柏木先生がおられました、キリスト教病院のホスピス科に入っておられます。そして、先ほど私の講演中に申し上げました、ホスピスの緩和ケアの重要な拠点であります、英国のSt Christopher's Hospiceに1993年に研修で行かれまして、2001年、大阪大学人間科学研究科の助教授、そして2006年には教授に就任されております。緩和医療に関するすべての学会の常任理事・監事を務められておられて、日本の緩和医療の第一人者という方があります。その先生を今日ここにお呼びすることができました。それでは、先生よろしくお願いたします。



(恒藤) 大阪大学の恒藤です。畑埜先生、ご丁寧な紹介ありがとうございます。先ほどは畑埜先生のすばらしい講演を聴いて、非常に感銘を受けました。その後にお話させていただくのは非常に話しづらいていると思います。畑埜先生のお話で、和歌山県立医科大学の医学教育が、本当に素晴らしい取組みをされているという事、今日身を持って感じまして、大阪大学でもこれから更に教育に励んでいきたいと思っている次第であります。

早速ですが私は、「緩和医療の現状と展望～教育の確立と実践を目指して～」ということでお話させていただきたいと思っております。

◆ 出会いの大切さ

私が緩和ケアを目指すきっかけになったのは、柏木哲夫先生との出会いであります。22年前に、柏木先生がある学会のシンポジストとして来られるということを知りまして、お手紙を差し上げ、学会の時にもし時間があたらお会いしたいと書きました。返事は来ないかなと思ったら、返事がきたんですね。そしてその返事というのが、“人生は出会いで決まる、と言いますが…”という書き出しでした。お手紙をいただいたのが22年前ですけれども、ついこの前のように感じます。

皆様もそうだと思いますが、私達の人生というのは多くの出会いがあります。その出会いは求めて与えられるものだけでなく、不思議な縁で出会う時があります。私たちの父親母親が出会わなかったらこの世に自分が誕生しなかったし、ま

た最期の時にどなたと出会うかによって、人生の総決算が変わってくるというのも、事実ではないかと思えます。本当に出会いを大切に、また良い出会いが与えられる事を日々願っている次第です。

それでは今から本題に移りたいと思えます。

ヘンリ・ナウエンという人が“心にかける：すべての治療の源”という随筆を書いています。非常に感銘を受けた随筆なので紹介させていただきたいと思えます。



◆ 心にかける=ケア

「“心にかける：すべての治療の源” 心にかけるとは治療とは違う何か別のものです。治療は変化を意味します。医者や法律家、聖職者やソーシャルワーカーなどは、人々の生活に変化を起こそうと、その

専門的な技能を使いたがります。どのような種類の治療をしようとも、それに対しては報酬が得られるのです。たとえそれが望ましいものであったとしても、治療は往々にして暴力的で小手先なものになってしまいがちです。心にかけることからなされない時、破壊的にすらなってしまいます。心にかけるとは共に居ること、共に泣く事、共に苦しむ事、共に感じる事であり、痛みを共にすることです。心にかけるとは他の人が自分の兄弟姉妹であり、自分と同じようないつかは死ぬ運命にある、か弱い人間であるという真理を大切にすることです。心にかけることが第一の関心事であるなら、その結果としての治癒というものは恵みとして受け取れるでしょう。治療することが出来ない時でも、心にかけることはできます。心にかけるとは人間らしい在り方です。」

この随筆を作られたヘンリ・ナウエンは医療従事者ではありません。オランダのカトリックの司祭、いわゆる神父ですね。キリスト教のカトリックの神父で、アメリカのイエール大学やハーバード大学など有名大学の神学部の教授をされていて、最終的には知的障害者の施設で働かれた方です。霊的指導者とも言われています。

今日お集まりの皆さんは医療関係者の方もいればそうではない方もいるかと思いますが、医療従事者は専門家としての専門的な知識・技能を使って、患者さんまたはご家族のために日々仕事をしていますが、その専門的な技能を使うときに

注意しないといけないことがあります。専門家が専門的な力を使うときにはそれなりの配慮をしないと、うまくいきません。どうすればいいかということ、心にかける事が大切です。心にかけるとは共に居ること、共に泣く事、共に苦しむ事、共に感じる事であり、痛みを共にすることです。

緩和ケアは英語でnot doing but beingと言われます。Doingとは何かをすることではなくて共に居る事である、という風に言われますけれども、心にかけるというのは共に居ることであると。そして共に居る、心にかけることが非常に大切であることを、ヘンリ・ナウエンは言っています。この随筆は英語で書かれています。原文は心にかけるというのは一つの単語で表現されているのですが、何という英語が使われていると思いますか？訳が素晴らしいので思いつかないんですが、実は先ほど畑塾先生が強調されたケアなんです。ケアを心にかけると訳されています。私達の社会において、専門家が専門的な力を使う時に、相手をケアする、つまり心にかけることなくして、専門的スキルを正しく使うことは難しいと言う事を教えられます。



◆ 苦痛を和らげ慰める

そして緩和ケアでも同じ事が言えます。私の話では緩和医療・緩和ケア・ホスピスケアという言葉を使いますが、同義語といえますか、同じ意味で使っています。どちらかと実践、実際に行う事を強調しているときに緩和ケアと言われる傾向があり、体制とか制度を意味する時に緩和医療といわれます。

16世紀に外科医アンブロワーズ・パレが、医師の役割をこのように言っています。時に癒し、しばしば苦痛を和らげ、常に慰めるために、英語ではTo cure sometimes, relieve often, comfort always、私達の社会は医学が非常に進歩していますが、パレの言葉は依然変

| 医師の役割 (アンブロワーズ・パレ) | |
|--------------------|------------|
| To cure sometimes | ときに癒し |
| relieve often | しばしば苦痛を和らげ |
| comfort always | つねに慰めるために |

わりがありません。むしろ慰める事が疎かになっています。治療が重視されて、苦痛を緩和し慰める事が、疎かになっている社会ではないかと思わされます。

緩和医療の歴史

- 中世 ホスピスの誕生(ヨーロッパ西部)
- 1967 セント・クリストファー・ホスピスの創立(英国)
- 1969 同上にて在宅ケアの開始
- 1974 院内緩和ケアチームの活動開始(米国)
- 1981 聖隷三方原病院に院内独立型ホスピスの開設
- 1984 淀川キリスト教病院に院内病棟型ホスピスの開設
- 1987 Palliative Medicineが専門科と認定(英国)
- 1990 診療報酬項目として緩和ケア病棟入院料の新設
- 1996 日本緩和医療学会の創設
- 2002 診療報酬項目として緩和ケア診療加算の新設
- 2007 がん対策基本法の施行
- 2008 がんプロフェッショナル養成プランの施行

◆ ホスピスと緩和医療

緩和医療の歴史ですが、そのルーツはホスピスといわれています。ホスピスは、ヨーロッパの西部の中世に誕生したのが始まりです。旅人をもてなす所としてホスピスが生まれました。巡礼者が旅人で、当時の旅というのは今ほど安全に出来たわけではなくて、事故や怪我や病気、または旅の途中で命を落とす人が少なくなかった時代です。そしてそれ以外に、孤児や病人にも必要なケアをするというのがホスピスの始まりです。

近代的ホスピス運動1967年にセントクリストファーホスピスできたのが近代ホスピスの始まりと言われています。なぜ近代的ホスピスかという、先ほどの専門家と非専門家がチームとして、協力してケアにあたるのが始まったというのがこの

1967年であるからです。そして二年後の1969年に在宅ケアが始まり、イギリスでは在宅ケアが短期間に充実して行った歴史があります。わが国では今後は在宅ケアを充実させていくことが非常に重要になってきています。

アメリカでは、院内緩和ケアチームという、特別なチームを作って、必要な患者さんに治療・ケアを提供するということが、1974年に始まっています。

◆ 日本のホスピス

日本でホスピスの第一号というのは聖隷三方原病院で、院内独立型ホスピスです。これは病院の敷地内に病院とは異なる建物でケアを行っていく事です。

そして1984年に、淀川キリスト教病院に院内病棟型のホスピスできたのが、



二番目であります。院内病棟型というのは、病院の一つの病棟をホスピスとして運営していく事であります。わが国では現在約180のホスピス・緩和ケア病棟がありますが、その大部分が院内病棟型の形式で行われています。

1987年に、パリアティブ・メデイスン、緩和医療または緩和医学と訳されますが、専門家として認定されています。

わが国では1990年に、一定の条件を満たす緩和ケア病棟に一定の定額の保険を収益として得る事ができる制度ができました。イギリスでは入院施設のあるホスピスが200あります。イギリスは日本の人口の半分ですから、もし単純計算すれば、イギリス並みの入院施設が必要となれば、日本では400近い数が必要になってきます。日本ではまだ絶対数が少ないと思います。

日本緩和医療学会が1996年出来ました。その創設から私も関わらせていただいています。2002年に診療報酬として緩和ケア診療加算ができました。病棟がなくても一定の条件を満たすチームを作ると診療報酬が得られる制度です。おそらく400の医療機関に緩和ケアチームがあるといわれています。がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームを作ることが必要条件にあげられています。

そして、2007年にがん対策基本法が出来て、今年からがんプロフェッショナル養成プランの施行となっています。

◆ ホスピス運動の母とその精神



この方がシシリー・ソングース博士です。近代的ホスピス運動の母と言われる方ですけれども、スライドを見てお分かりの通り、若い時は看護師をしていました。しかし腰が悪くて、ソーシャルワーカーに転職されます。ソーシャルワーカーになった時に、あるポーランドの若い男性の末期のがん患者

さんを担当します。そしてその関わる中で、亡くなる前に僅かなお金を彼女に託してホスピスを作って欲しいという遺言として残しました。

彼女はその遺言に基づいてですね、39歳の時に医学部に行き医師の資格を取り、そして痛みの治療を研究した後、49歳の時にセント・クリストファー・ホスピスを創立されました。非常に多くの方々、世界のホスピス運動のリーダーと言わ

れる人々に影響を与えました。私の上司であります柏木先生もソンダースに出会ってホスピスを目指すことになったというのを聞いております。

ソンダースが言っている言葉に次のような言葉があります。“You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all

we can not only help you die peacefully, but also to live until you die.” という言葉を残しています。その訳は「あなたはあなたであるから重要であり、あなたの人生の最後の時まで重要です。私達はあなたが平安のうちに死ぬことができるだけでなく、最後まで生きることができるように、出来る限りのことをさせていただきます。」という言葉になります。この中にホスピスまたは緩和ケアの理念が入っています。

一人ひとりがかけがいの無い大切な存在であって、もちろん健康な時も病の時もそして最期の時まで大切にすることが、ここでうたわれています。残念ながら日本では治療できる時には患者様といわれて大切に扱われます。ところが一旦治療が出来ないとわかると、手のひらを返したように退院や転院を薦められます。最期の時まで大切に出来ない医療制度が、私達の社会には存在する事実があります。

平安なうちに死ぬことができるということより、最期まで生きることができるように援助することです。とかくホスピスという言葉を知ると、死に場所と多くの方がイメージします。私は以前淀川キリスト教病院ホスピスの方で働いていましたが、ホスピスのスタッフは死に場所と思っていません。その人がその人らしく過ごせるように最大限支援するということを目指しています。生きることに焦点を当てているのであって、死に焦点を当てているわけではありません。病気が進んで最終的には死を迎えますが、決して死に焦点を当てているわけではありません。

◆トータルペインと家族へのケア

ソンダース博士が言われているもう一つ大切な概念として、トータルペインがあります。このペインというのは日本語では痛みということですが、英語のペイ

ホスピスの理念

“You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.”

「あなたはあなたであるから重要であり、あなたの人生の最後の時まで重要です。私達はあなたが平安のうちに死ぬことができるだけでなく、最後まで生きることができるように、出来る限りのことをさせていただきます」

全人的苦痛(Total Pain)

患者にみられる苦痛・苦悩を身体的苦痛(Physical Pain)のみとして一面的にとらえるのではなく、精神的苦痛(Mental Pain)や社会的苦痛(Social Pain)、スピリチュアルな苦痛(Spiritual Pain)も含めて総体としてとらえる

ンというのは体の痛みだけではなくて苦痛・苦悩という広い概念です。

そして患者さんにみられるペインを単に身体的苦痛として一面的に捉えるのではなくて、精神的・社会的・そしてスピリチュアルな苦痛も含めて、総体として捉えていく。つまり、患者さんにはトータルペインが出てくるので、それに対し

てトータルケアをしていく、それがホスピスであり緩和ケアであると、ということに言い換えることができると思います。

世界保健機関は2002年に緩和ケアをこのように定義を変更しています。「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のクオリティ・オブ・ライフを改善する方策で、痛み・その他の身体的・心理的・スピリチュアルな諸問題も早期かつ確実な診断・早期治療によって、苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする。」

緩和ケアというと、多くの方ががんの緩和ケアと思いますが、世界保健機関は生命を脅かす疾患ということで、がん以外にももっと広く適用すべきであるということを提唱しています。もちろんがんで亡くなる方がわが国でも一番多いので、がんが重要課題ですが、それ以外の病気にも緩和ケアを適用すべきであるということが今後の課題です。世界では他の疾患にもその緩和ケアのアプローチが取り入れられるようになってきています。

緩和ケアは、患者さんとご家族と一緒にケアしていくことです。決して患者さんだけが対象ではなくて、家族のケア、家族のクオリティ・オブ・ライフが重要です。そしてこのクオリティ・オブ・ライフというのは英語ですけれども、クオリティというのは質です。ライフにはいろいろな訳があります。一つは医療従事者、特に医師が関心を持つ生物学的生命です。生命という命という意味が、一つあります。二つ目は生活と言う視点です。ソーシャルワーカーやリハビリの方々非常に興味あるところですね。それから三つ目は人生と言う意味ですね。そして四つ目は、“生きがい”という意味があります。従って生命、生活、人生、生き

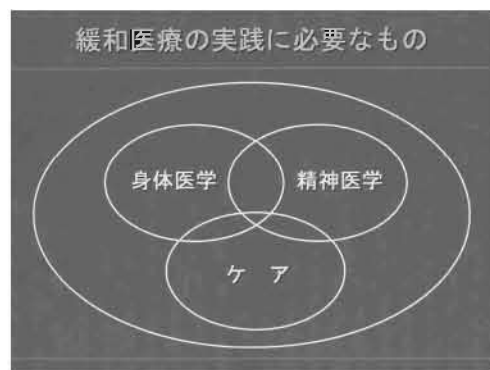
緩和ケアの定義

生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQuality of Lifeを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする。

(世界保健機関 2002)

がいという視点で、いかにより良く、また質の高い生活ができるようにサポートしていくかということが、緩和ケアの課題になります。

◆ 治療開始と同時に始まる緩和ケア



そして、緩和医療を実践するために必要なものとしては、身体医学と精神医学とケアが三本柱になります。つまり緩和医療には非常に広く深いものです。

しかしながら今の医学教育では、身体医学といっても、「私は呼吸器の専門である」とか「消化器の専門である」とか非常に臓器別になっています。そして「私

は、身体は診るけど心は診れない。心は精神科の領域であって、精神科の先生が診る」、そして精神科の先生は「身体の方は診ない」と言う。非常に細分化、専門化していて統合されていません。それから何といってもケアですね、和歌山県立医科大学で取り組まれているような医学教育、ケア学といってもいいかもしれませんが、そういう学びがむしろ重要です。

ですから、このことをバランスよく学び、実践していくという事が求められています。

◆ キュアとケア

ではケアとはどういうことでしょうか。

村田久行先生がスピリチュアルケアということ具体的に提唱していますが、村田先生の「ケアの思想と対人援助」著書の中でこの様に対比しています。キュアは生、つまり生きることを基準にして、生の現状回復、つまり元の状態に戻すことが目的となります。そして対象の認識は客観的、かつ部分的であり、命は無限である。つまり人間は生き続けるということを前提にしています。

キュアの関係性は上下関係、一方向になり、かかわりは治療者から被治療者、つまり治療を受ける人への教示的、指導的になります。

| "キュア"と"ケア" | | |
|------------|--------|--------|
| 基 | 生 | 老・病・死 |
| 点 | 生の現状回復 | 生の意味探求 |
| 目 | 客観的 | 主観的 |
| 的 | 部分的 | 全体的 |
| 認 | 無限性 | 有限性 |
| 識 | 上下関係 | 平等関係 |
| | 一方向的 | 双方向的 |
| 関 | 教示的 | 共感的 |
| 係 | 指導的 | 支持的 |
| 関 | | |
| わり | | |

村田久行「ケアの思想と対人援助」

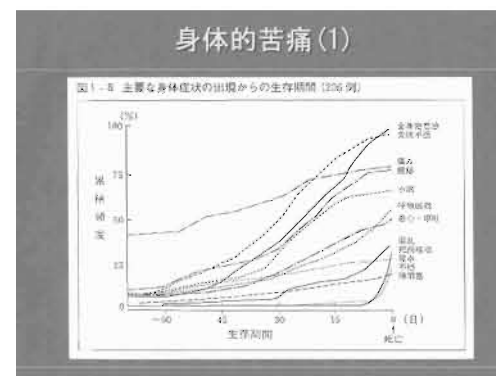
一方、ケアは、老いや病や死を基準にしており、その目的は生への意味探求、つまり生きることを意味を問うことになります。対象の認識は主観的かつ全体的で命は有限であること、つまり人間はいずれ死を迎えるということを前提にしています。ケアにおける関係は、平等関係であり双方向であり、関わりは共感的また支持的になると言われております。現在の医療では、キュア的なアプローチは身につけていますけれども、ケア的アプローチというのは十分に身につけていないし、実践するのも難しいというのが現状ではないかと思えます。

◆ 緩和ケアの目指すもの

では、ここから緩和ケアの目標について、五つの点について述べたいと思います。

一つは全人的ケアですね。トータルケアということであります。これは淀川キリスト教ホスピスに一年間入院した患者さんの身体症状について調査したものであります。多くの方ががんの患者さんだったら痛みが一番多いであろうと思いますが、一番多い症状は全身倦怠感、そして二番目が食欲不振、そして三番目に痛みの順になります。

そして他の症状として、便秘、不眠、息苦しい、吐き気がする、意識障害、痰とか分泌物が増える、腹水、腸閉塞など、色々な身体症状が出てきます。そしてこれらが出てくるのは亡くなる一ヶ月前に



増えていく傾向にあります。生存期間が1ヶ月より長い場合は、痛みが主になります。比較的体力があり落ち着いているときはできるだけ入院しないで痛みがとれるように行えば、家で過ごし外来で診療することができ易いのに対して、亡くなる前一ヶ月前後から様々な身体症状が出てきて、現実問題とし

てわが国ではほとんどの方が亡くなる前一ヶ月から二ヶ月の間は、入院をしているのが現状です。

次は、同じように日常生活動作についても、調査したものです。私達人間は、物心ついたら他人に下の世話になりたくないと思っています。どんなに痛くてもどんなにしんどくても頑張っておトイレに行こうとします。しかし、トイレに行くこともできなくなるのを移動の障害とみますと、亡くなる二週間前で二割の方がトイレに行けなくなり、一週間前で約半数の方がトイレに行けなくなる。いわゆる寝たきりで寝たまま排泄しなければいけない。排便・排尿という排泄を自分でコントロールすることが難しくなり、一週間前後くらいになると食べたり飲んだりすることができなくなり、会話ができなくなり、意識が低下していくという経過を辿る場合が多くなっていきます。

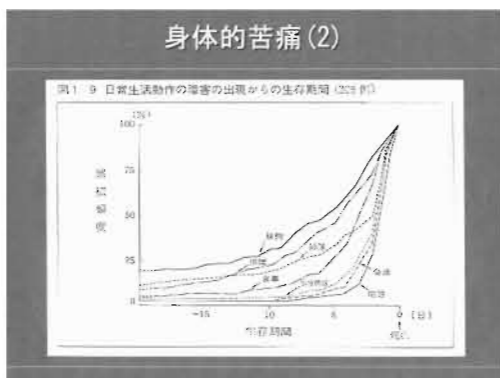
もちろん一人ひとり病気・病状・病態が異なりますから、一概には言えませんが、そういう傾向がみられます。

ですから、最後の二ヶ月を家で過ごそうとしたら、身体的苦痛をしっかりとマネジメントしてくれる医師が必要であり、そして最後の数週間は介護をしてくれる家族や介護者が必要になってきます。

◆ 精神的苦痛

精神的苦痛も淀川キリスト教病院のホスピスに入院した患者さんを調査したものです。一番多い精神症状に不安・いらだちです。ここでいう不安・いらだちというのは日常生活に支障をきたすほど強い、いわゆる何も手につかないものです。

せん妄・不穏と言われる意識障害が入院中に三割の方にみられ、亡くなる直前では9割近くに増えると言われています。抑うつが13%、認知症が8%です。ホスピスに入院している患者さんでも、精神的な苦痛が無く穏やかにすごせる方は



| | |
|------------|------|
| 1. 不安・いらだち | 36 % |
| 2. せん妄・不穏 | 31 % |
| 3. 抑うつ | 13 % |
| 4. 認知症 | 8 % |
| 5. 特になし | 41 % |

4割です。

不安があることが必ずしも悪いわけではないと思っています。つまりどうということかと言いますと、一般病棟に入院している患者さんで精神的に落ち着いておられる方がいます。

それはなぜかと言うと、病状や悪いことを知らされていないからです。現状を知って生きていくということは多少の不安があり、また不安があることは人間らしいことであり、不安に対して工夫・努力することがより人間的であると思います。むしろ悪いことを一切遮断することが、本当に人間的であるかということは、よくよく考えていかないといけないと思います。

◆ スピリチュアルペイン

人は社会的存在なので、経済上の問題・生活上の問題・職業上の問題、また、一旦落ち着いて社会復帰しても社会復帰の問題などがあったり、亡くなった後の遺産相続など、そういう社会的問題で悩む方がいます。ですから社会的な問題にも目を向けてケアしていくことが重要です。

そして、四つ目としてスピリチュアルペインと言われるものがあります。スピリットの形容詞がスピリチュアルですけれども、それに関連する悩みです。宗教的苦痛と訳された時代があります。でも宗教的苦痛と訳すると、宗教のある人に宗教に関係する悩みと誤解されたりするので、宗教的苦痛と言うのは適切ではありません。そこで霊的苦痛とか魂の苦悩など、色々な訳が試みられました。最近ではスピリチュアルペインという英語をカタカナ表記するのが、よく使われています。

| | |
|----------|-----------------------|
| 1. 不公平感 | 「なぜ私が？」 |
| 2. 無価値感 | 「家族や他人の負担になりたくない」 |
| 3. 絶望感 | 「そんなことをしても意味がない」 |
| 4. 罪責感 | 「ばちが当たった」 |
| 5. 孤独感 | 「誰も私のことを本当にはわかってくれない」 |
| 6. 脆弱感 | 「私はだめな人間である」 |
| 7. 遺棄感 | 「神様も救ってくれない」 |
| 8. 刑罰感 | 「正しい人生を送ってきたのに」 |
| 9. 困惑感 | 「なぜ苦しみが存在するのか」 |
| 10. 無意味感 | 「私の人生は無駄だった」 |

| |
|-------------|
| 1. 経済上の問題 |
| 2. 生活上の問題 |
| 3. 職業上の問題 |
| 4. 社会復帰の問題 |
| 5. 死後の事柄の問題 |

日本語に分かりやすく表現すれば、危機的な状況における“生きる意味と価値の問いかけ”とするのがよいと思います。

ピーター・ケイが十ばかりに分類して、患者さんの言葉で表現しています。例えば「なぜ私が将来死を迎えないといけないか」という不公平感。「家族や他人の

迷惑なりたくない、負担になりたくない」という無価値観。

また、家族や医療従事者が一生懸命お世話をして、「そんなことをしても、意味がない」という絶望感。「罰があたった」、「誰も私のことを本当に分かってくれない」、「私は駄目な人間である」、「神も仏もない」、「正しい人生を送ってきたのに、なぜ苦しみが存在するのか」、「私の人生無駄だった」。このように様々で複雑な人間の根源に係わる悩みが出てくると言われています。

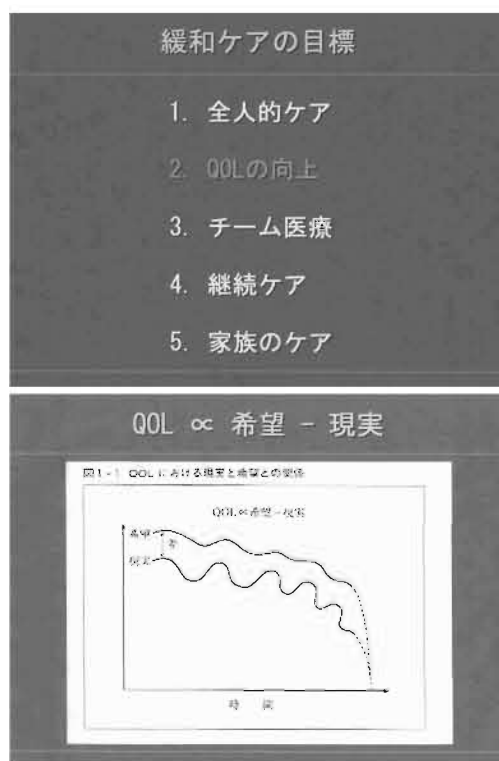
これに対して、周りのひと、家族、医療従事者やスタッフはどのように応答したら良いかということが、非常に重要であるかと思えます。そして今までの医学教育また医者は、「それは別に医者の仕事ではない、医療従事者の仕事ではない」ということで避けてきましたけれど、緩和ケアではそれを正面から向き合っていくことが期待されています。

◆ クオリティー・オブ・ライフの向上

2番目としまして、クオリティー・オブ・ライフの向上と言う事であります。生活の質・人生の質と訳されますけど、いったいこれは何かと言うと、なかなか、概念として理解するのは難しいものです。ある方がこのように言っています。「生

活または人生の質というのは、希望と現実の差が反映する」。希望というよりは期待と言った方がよいかもしれません。

我々すべて人間に当てはまるのですけれども“こうであってほしい”と思う状況とか自分と、こうである現実とか自分とは絶えず差があります。つまり、理想と現実の差があるというのが現実世界です。その差が縮まるときに、クオリティー・オブ・ライフが向上します。例えば良くない現実があったら、より良い方向に努力して改善する。痛くて、辛い現実があったら、それを痛み止めをうまく使って痛みをとるとクオリティー・オブ・ライフが向上することになるかと思えます。



ただいつも現状を良い方向へ変えていくことが出来るとは限りません。その場合は、期待または希望を現実に近い作業が必要になります。しっかりと人間関係を築きながら、良くない現実を受け止めて頂ける様なコミュニケーション、良くない情報を提供する事になるのではないかと思います。

つまり、悪いことを言わないことが、果たして本当に良いだろうかという事になるのではないかと思います。緩和ケアでは、しっかりと人間関係を築き、悪い事を適切に本人の希望に沿う形で伝えていき、現実を受け止めていただけるようなアプローチがクオリティー・オブ・ライフの向上に繋がる事になるのではないかと思います。

◆ 緩和ケアの医療技術

少し具体的なことをお話いたします。緩和ケアの薬の使い方としては、モルヒネなどをはじめとする痛み止め、または痛みを和らげる鎮痛補助薬といわれるもの、それからホルモン剤でありますステロイドを上手く使うと、苦痛な症状を和らげる事ができます。また抗精神薬といわれるものも、吐き気止めであったり安定剤として効果が期待されます。またお薬を飲むことが困難な腸閉塞などになった場合には、持続皮下注入と言われる方法がホスピス・緩和ケア病棟では良く行われています。持続点滴よりも遥かに負担が少なく、在宅でも簡便に行うことが出来るし、細かいお薬の調整がしやすいメリットがあります。

輸液の適正な使用を考えなければならないと思います。入院したら多くの方が輸液をするのが当然であり、輸液をしたら元気になると思っておられる方がいますけれども、輸液をした方が良い時と、してもしなくても変わらない場合と、しない方が良い場合とがあります。そういう事が最近分かってきて、輸液をし過ぎる事がかえって苦痛を与える事になる場合があります。

テレビドラマで主人公またはヒロインが最後病床で家族に囲まれて感謝の言葉を言ってガクッと首が傾いて亡くなるのがあるかと思うのですが、それは現実的には非常に稀です。最後の数週間・数日間は意識が低下したり、いわゆる臓器不全ですね、肺とか腎臓とか肝臓が十分に働かない状態で、意識があるとかえって苦しい状況になることがあります。

| 身体的苦痛の緩和の要点 |
|--------------|
| 1. 鎮痛薬・鎮痛補助薬 |
| 2. コルチコステロイド |
| 3. 向精神薬 |
| 4. 持続皮下注入 |
| 5. 輸液 |
| 6. 鎮静 |

痛みに関しては意識を低下させずに痛みをとることが出来るようになってきていますが、臓器不全といわれる状態で、意識が保たれて苦しくない様にすることが難しい場合があります。もちろん全てではないのですけれども、一部の方でそのような事が起きます。そういうときに苦痛を緩和する手段として安定剤を適切に使用して、ウトウトできる、まどろめる、場合によってはグッスリ休めるようなお薬を使うことで、苦痛を緩和するという方法があります。それは決して安楽死ではなくて、苦痛緩和、その人らしく最後を過ごすための手段であって、早すぎても遅すぎてもよくない処置であります。ですからそういうことが適切に行われる様にするという事が、重要であると思えます。



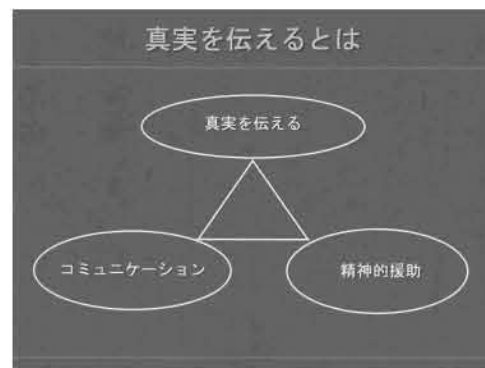
◆ 心のケアとコミュニケーション

シンプソンという方が面白い例えを言っています。

「真実は薬のようなものである。つまり真実は薬理作用がある。真実の投与量が不十分であると効果が十分に得られず、治療者への信頼を損ねる。逆に投与量が多すぎると異常反応や副作用が出現する」と。薬というのはたくさん飲めば早く効く、早く治るというものではなくて、やはり適切な量があります。それと同じように本当のこと、真実はその時々適切な量と投与方法があります。したがって、一回きりではなくて、継続的に適切に投与していくことが重要です。それ

真実と薬 (Simpson)

「真実は薬のようなものである。つまり真実は薬理作用がある。真実の投与量が不十分であると効果が十分得られず治療者への信頼を損ねる。逆に投与量が多すぎると異常反応や副作用が出現する」



がコミュニケーションです。真実を伝えることですが、その為にしっかりとしたコミュニケーションと精神的援助、心のケアといわれますけれども、そういうものが重要です。逆にしっかりとした人間関係、コミュニケーション、精神的なサポート無くして悪い事を伝えるという事は、逆に危険であるとも言えるかもしれません。

ロバート・バックマンという人が「真実を伝える」という本を書いており、コミュニケーションのバイブルと言われています。その本の最後にこの様に書いています。

医療従事者の任務(ロバート・バックマン)

「悪い知らせを伝えることは医療従事者の任務である。もしひどいやり方で行えば、患者や家族は医療従事者を許さないであろう。もし相応しいやり方で行えば、患者と家族は医療従事者を一生忘れないであろう」

"If we do the task of breaking bad news badly, the patients or family members may never FORGIVE us; if we do it well, they will never FORGET us"

「悪い知らせを伝えることは、医療従事者の任務である。もしひどいやり方で行えば、患者や家族は医療従事者を許さないだろう。もし相応しいやり方で行えば、患者と家族は医療従事者を一生忘れないであろう」。原文では、“If we do the task of breaking bad news badly, the patients or family members may never FORGIVE us ; if we do it well, they will never FORGET us”と書いています。FORGIVEというのは“許す”ですからその否定形で“許さない”という事、それからFORGETというのは“忘れる”ですね。その否定で“忘れない”ですね。それでよく見ると、このFORGIVE と FORGETというのは本当に僅か数文字の違いです。つまり似て非なるものです。悪い知らせを伝える、同じように悪い知らせを伝えても、結果は180度変わることがある。つまり、適切に相応しく行えば忘れられない、また感謝される存在になりえるのに対して、不適切に行うと許されない。または恨まれる。最近では訴訟に発展する事すらある。いわゆる諸刃の剣ということになるのではないかと思います。

いかに医療従事者、また医療従事者だけでなくご家族が悪い知らせをご本人と分かち合うことができるかが、その人のQOL、またその人の最後の過しかたに影響を与える、ということを医療従事者においては、本当に肝に銘じる必要があるのではないかと、つまり今の時代ではそれが適切に行われていないと、それはその患者さんを悲しい思いにさせるから、また患者さんに苦痛を与えるから、と言う建前で実はそういうことを避けている。患者さんが望んでいても、そういうことを避けたり、不適切に、また楽観的な良いことしか言わない、という

ことが今の医療現場では起きているからであります。

◆「思いやり」がカギ

心のケア、精神的援助ということで、心のケアを一体どうしたらいいのかと、

良く質問を受けます。カウンセリング学会の会長であったクライン・ベルと言う人、アメリカのカウンセリング学会の会長が「Caring + confrontation = growth」と表現していますが、このケアという言葉、ケアリングという言葉ですが、日本語では思いやりというのが一番近いように思うのですけれども、思いやりまた

| 精神的援助の原理 | | |
|---------------------------------|------|------|
| Caring + Confrontation = Growth | | |
| 傾聴 | 相互検討 | 成長 |
| 受容 | 自己吟味 | 発展 |
| 共感 | 自己洞察 | 自己実現 |
| ハワード・クラインベル | | |

は関心または配慮といってもいいかと思うのですが、それは具体的にはその人と人間関係を築く傾聴ですね、傾聴し受容し共感するということがこのケアリングであります。

二番目のコンフロンテーションというのは、対決ですね、“荒野の対決”の対決とか訳されたりしますが、実はその人としっかり向き合う、対峙するというのは相対（あいたい）するの“対”に“じ”というのは“山偏に寺”と書きます。その人としっかり向き合うという事になるかと思うのですけれども、これは関係作りの土台に営まれる相互の検討、自己吟味、自己洞察を意味します。つまり相手の言う事に十分に耳を傾け、十分に信頼関係を築いた上で、コンフロンテーション、つまり慎重深く問う事によって初めて、成長・発展・自己実現すると。それは相手だけではなくて、両者。ケアをする人も受ける人も両者が成長・発展・自己実現をすると言っています。

従っていかに傾聴し、受容し、共感していくか、そしてその後で、慎重深く問いかけると言う事が重要であると思います。

◆ チーム医療とコーディネーター

三番目としまして、チーム医療ということですが、緩和ケアもやはり、チームなくして、チーム医療なくしてケアをしていくことは非常に難しい。したがって、チーム医療というのは重要であります。また、今の医療は、一人ですべてを行うことは不可能であって、すべての医療にチームが必要であり、チームア

緩和ケアの目標

1. 全人的ケア
2. QOLの向上
3. チーム医療
4. 継続ケア
5. 家族のケア

チーム医療がうまくいかない理由

1. 医師がチーム医療の重要性を理解せず非協力的
2. チームメンバーの知識や経験などの力量不足
3. チームメンバーやコーディネーターの不在

プローチが必要であるのですが、それがなかなか上手くいかない現実があります。その理由としては、今日医師の方もいらっしゃると思うので恐縮なのですが、医師がチーム医療の重要性を理解せず引いている。いまの医療制度は主治医制で主治医に責任と権限を与えられている。その先生が他の方々に協力し、サポート・援助を求めないとなかなかチームワークがうまくいかないということになります。それから、チームメンバーの知識や経験などの力量不足。看護師の方も今日集まりかと思いますが、看護師は医師からの指示待ちでは、チームメンバーでは無いということですね。ちゃんと、自分の意見をしっかりとと言う、また言える環境が必要かと思えます。

そして、なんといってもコーディネーターです。チームをまとめるということが必要であり、別にそれは主治医・ナース、誰でもいいのですけれども、コーディネーターをしていかないとチームとしてまとまらないということになります。長所としましては、総合的に判断できる。この前ラジオを聴いていましたら、あの面白い喩があるのですけれども、シルエット、その影を見ていて、ある人は丸であると。また影を別の角度から見ると、三角であると言ったら一体何を見ているのかというと、答えは円錐なんですね。円錐を下から見れば、丸く見えるし、横から見れば三角に見えと。

いろいろ問題が起きる場合は、我々は一面的にしか見えていなくて、別の角度から見た人の意見を聞かない、または聞けないというところがある。ですから、患者さん、また人間というのは、多面性があるので、多面性を理解するためにはチームアプローチが必要であり、良いチ

チーム医療の長所

1. 総合的に判断できる
2. 多くの必要を満たすことができる
3. 方針の一致した医療が行える
4. パターンリズムから脱却できる
5. 互いに理解し援助し合うことができる

ームであれば総合的に考えていけるというところがあります。そして、一人の医師とか主治医・看護師では、出来る事に限りがありますが、良いチームを作りますと、多くの必要性を満たすことが出来ると。また方針の一致した治療を行える。

◆「飴と鞭」の弊害

また、パターンリズムということですが、父権主義、父親の権利の主義といわれるもので、親が子供にいいと思う事をして上げる、ということ。つまり、我々医療従事者は専門家なのだから、素人よりも専門家の方が正しい判断が出来るし、専門家として患者にいい事をしてあげるんだと、という様な態度に陥りがちであると。先ほど紹介しましたヘンリー・ナウマンの力を誤った方向へ使ってしまう危険性があると。それから脱却するには、やはり良いチームが必要である。そして、互いに理解し、援助し合うことが良いチームであるという事があります。

突き詰めますと、我々の社会において、医療現場において大切なのは、より良い人間関係、それは医療従事者と患者さん、ご家族の関係だけでなく、医療従事者同士もより良い人間関係を築けるかと言う事に尽きると思います。精神科医のウィリアム・グラッサーという人が、自分の書いた「人間関係を良くする7つの習慣」というベストセラーのビジネス書があるのですが、それをもじって「人間関係を悪くする7つの習慣」ということを言っています、興味深いので紹介しますと、その人との関係を悪くするのは簡単であると。その人の顔をみたら、決まって批判し、責めて、文句を言って、がみがみ脅し、罰して、褒美でつる、そうするとその人との関係は確実に絶対悪くなると、ウィリアム・グラッサーは言っています。

笑われている方がいると思いますけれども、でも実はですね、私達これをしてるんですね。どこにしているかという、子供との関係でですね。子供がいらっしやる方は子育ての事を思い浮かべれ

人間関係を悪くする7つの習慣

1. 批判する (criticizing)
2. 責める (blaming)
3. 文句を言う (complaining)
4. ガミガミ言う (nagging)
5. 脅す (threatening)
6. 罰する (punishing)
7. ほうびでつる (rewarding to control)

ウィリアム・グラッサー

人間関係を良くする7つの習慣

1. 傾聴する (listening)
2. 支援する (supporting)
3. 励ます (encouraging)
4. 尊敬する (esteeming)
5. 信頼する (trusting)
6. 受容する (accepting)
7. 意見の違いについて交渉する (negotiating)

ウィリアム・グラッサー

ば良いし、そうでなければ自分の子供の時に親からどう言われてきたか。大体子供は親のいう事を聞きません。親がして欲しいと思うことの逆をします。その時親がどうするかといたら、この手段ですね。

で、この手段と言うのは、端的に言えば、飴か鞭なんですね。何々をしたら褒美で何々を買ってあげるから、何々しなさい。また、何々をしなかったら、お尻をペンと叩く。一見それは効果的であり、良さそうに思うんですけども、それは親子関係、人間関係がしっかりしている時には有効ですが、人間関係・親子関係に問題があるときに、そういう行動をすれば決定的に悪くなる。また、飴と鞭を使うという事は子供扱っている、と言う事なのですね。

実際我々の社会、また医療現場では、飴と鞭が非常に横行しているのが現状ではないでしょうか。よく人格を尊重するケアが重要であると言われるますが、相手の人格を尊重するにはどうしたらいいかという、私が今思うにはですね、極力飴と鞭を使わない、というのがそれに近いのではないかと思います。それでは、良くする方法としてはどうしたらいいのかといいますと、以下の7つをしていく。傾聴する、支援する、励ます、尊敬する、信頼する、受容する、そして、意見が異なるときには、意見の違いについて交渉する、ネゴシエーションといいます、話し合うという事ですね。話し合うという事が重要であると、言う風に思います。

したがって、私達の医療現場、患者さんと医療従事者との関係だけでなく、スタッフ同士がこういう事に配慮しながら、より良い人間関係を築くという事が重要ではないかと思います。

◆ シームレスケア

4番目として継続ケアという事ですが、これはどういうことかといいますと、入院して落ち着いたらやはり基本的には家で過ごせるようにサポートし、そして家で具合が悪くなったら入院ができるように、行ったり来たりを継続的に行うという事が、今重要であるといわれています。それを、シームレスケアと英語では呼ばれています。シームとは縫い目という意味です。縫い目のないケア、つまり切れ目のないケアということでもあります。つまり病院・医療機関といえど、継続的

緩和ケアの目標

1. 全人的ケア
2. QOLの向上
3. チーム医療
4. 継続ケア
5. 家族のケア

在宅ケアの長所

1. 自宅で自分のペースで生活できる
2. 家族の中で自分の役割を果たすことができる
3. 患者の意志を最大限尊重できる

在宅ケアの短所

1. 病状の急変・変化時に迅速な対応が困難
2. 家族に介護の負担がかかる
3. 介護用品など経済的負担がかかる

に24時間の対応を行なっていくと。それが、在宅ケアの拡充ということになるかと思えます。

家での在宅ケアでのいいところは、住み慣れたご自分の家でご自分のペースで生活できるし、家ですと父親であり、夫であり、また場合によっては子供であるといった、また会社の役員であり、そういった色々な役割を果たすといったことが出来るのに対して、病院という環境では、そういう役割を果たすことが非常に難しいという側面があります。

また、本人の意思を最大限尊重することが出来る、というメリットがあります。一方、デメリット、短所としては、急変、急に具合が悪くなった時の迅速

な対応が困難である、ということがデメリットとしてあります。また、家族に介護の負担がかかり、経済的な負担もかかるということがあります。プラス・マイナスどっちが良い悪いではなくて、私としてはやはり家で過ごせる時は家で過ごし、家で過ごしにくくなったら入院して、そして入院して落ち着いたらまた家へ帰る。そういった行ったりきたりするようなシステムを構築し、また急に具合が悪くなった時には24時間緊急対応してもらえる医療機関を確保する。特に末期のがんの患者さんは私達の調査ですと、7人に1人は急変します。予期せぬ出血、予期せぬ肺炎、予期せぬ心臓とか脳血管障害というようなことが起こる。そのときに、迅速に対応してもらい、運用できるようなシステムがないと安心してられない。ところが、今は医療崩壊といわれていますけれども、24時間対応してくれる医療機関は非常に少なくなっているという状況があって、もう一度再構築していく必要があると思えます。

従って家で過ごすための条件としては、やはり本人が家を希望し、家族が理解し協力し、最底限医師と看護師のサポートがあると。そして望ましい条件として、症状が緩和されて、24時間体制であり、緊急時の受け入れ態勢が整っていると。こういったことを今後整備していく必要があると思えます。

◆ 家族のケア

最後に家族のケアということですが、これも淀川キリスト病院のホスピスに入院した患者さんのご家族について調査したのですが、家族の問題としては、まず一つやはり看病疲れ、という事が上げられます。それと患者さんを取り巻く人

在宅ケアの条件

1. 必要条件
患者が在宅を希望すること
家族が理解し協力すること
医師と看護師の援助があること
2. 望ましい条件
症状が緩和されていること
24時間体制の支援があること
緊急時の受け入れ体制があること

間関係の悩み、経済的な問題。そして、気持ちの葛藤といいますのは、ちょっと理解しにくいと思いますが、これはどういう事かといいますと、家族として一日でも長生きして欲しいという思いと、十分に苦しんだし戦ってこられたので、早く楽にしてあげたい。自分も早く楽になりたい。そういう相矛盾する気持ちがあ

って、それに対する罪責感ということで、そういう気持ちの葛藤がご家族にはあると。

それから予期悲嘆の問題です。予期悲嘆とはどういう事かといいますと、悲嘆といいますのは大切な人・大切なものを失ってから悲嘆が始まる、という風にいわれています。ところが、失う前ですね、つまり死別が予期された時、実際は死が訪れる前に、死別したときの事を想定して起きる悲嘆過程を、予期悲嘆といいま

す。具体的に言いますと、予期悲嘆があることによって、それを悲しむことによって、実際患者さんが亡くなった時の精神的ショックを和らげることになるので、プラスになる場合もあるんですが、反対に予期悲嘆が強すぎるマイナスとしては、患者さんと一心同体になって常識を逸脱するような過度の医療行為を求めてきたり、またはいわゆるまゆつばの治療に大切な時間とお金を費やしてしまったり、そういう行動にでたりすることにこの予期悲嘆が関係しているといわれています。

もう一つ、患者さんとの距離があまりにも離れすぎると患者さんの看病に力が入らなったり、患者さんが亡くなった後の生活に目を奪われて、今しないといけない事ができなくなる。そういう問題が生じたりする。この様に、家族の方が

緩和ケアのめざすもの

1. 全人的ケア
2. QOLの向上
3. チーム医療
4. 継続ケア

家族の問題 (102名)

| | |
|-------------------|-----|
| 1. 看病疲れ | 27% |
| 2. 患者を取り巻く人間関係 | 16% |
| 3. 経済的問題 | 16% |
| 4. 気持ちの葛藤 | 10% |
| 5. 予期悲嘆の問題 | 9% |
| 6. 病名・病状の告知 | 8% |
| 7. 患者の死がもたらす変化 | 7% |
| 8. 身辺整理 | 6% |
| 9. 葬儀 | 6% |
| 10. 患者の死が受け入れられない | 5% |

予期悲嘆 (anticipatory grief)

死別が予期された場合に、実際に死が

訪れる前に死別した時のことを想定して

起きる悲嘆過程

健康だから正常な人と同じかという、決してそうではなくて、さまざまな苦しみ・悩み・葛藤があるということをご理解いただければと思います。

そしてこれまでも今もそうですけれども、患者さんよりも家族の方に情報提供が多い。つまり、悪い事を家族にしっかり言って、患者さんには悪い事をあまり言わないということで、病名・病状を、本人に伝えるかどうかを最後の最後まで悩む、ということ。それから、患者さんの死がもたらす変化、身辺整理・葬儀の問題・患者さんの死を受け入れられない、そういう葛藤があるという事でありまして。そしてご家族の主要な家族、キーパーソンと医療従事者は呼んだりしますけれども、

も、家族の中で重要な人の精神的な問題を見ますと、やはり不安があったり、苛立ちがあったり、怒り、恐れ、それからショック、抑うつ。ショックと言うのは、ご臨終のときなどに、失神・パニック発作といたしますか、そういう状態になったりするという事でありまして。

ですから、病んでいるのは患者さんだけではなく、ご家族もともに悩み・病んでいる場合があるといえます。そして、お亡くなりになった後ですね、ご家族の方はご遺族になりますけれども、ご遺族になられてから遺族調査をさせていただくと、何が心残りかという、やはり患者さんのお世話が十分に出来なかったというのが一番多い事でありまして。また「ホスピスの入院が遅れた、もっと早く連れて来ればよかった。」と言う事でありまして。これは別に日本だけではなくて、世界的な傾向なんです。ホスピス緩和ケア病棟への紹介・入院時期が遅いと。それは一つは先ほどから言っていますけれども、本人に悪い情報が適切に伝えられ

主な家族の精神的問題 (102名)

| | |
|-----------|-----|
| 1. 不安 | 30% |
| 2. いらだち | 14% |
| 3. 怒り | 11% |
| 4. 恐れ | 8% |
| 5. ショック状態 | 4% |
| 6. 抑うつ | 3% |

ていないので、「いずれは…、そのうち、そのうち」と言う事で、退院後本人が希望しない。またご家族もホスピス緩和ケアに対して、治療してくれないところ、または死に場所であるために行きたくないという思い。また、医療従事者もまだまだ治療がある、それが果たして意味のある有効な治療とかと言うと決してそうではない場合が多いんですけれども、それで最後まで治療して、いよいよ悪くなってから紹介という場合があります。

そして「真実を隠した」、「外出・外泊が出来なかった」、ということで「特に心残りが無い」言う人が三分の一であったり、やはり三分の二の人が何らかの心残りがあります。

それと看取りに間に合わなかったという人が3パーセント、これは少ないかと思うんですけれども、淀川キリスト病院のホスピスは、主要なご家族が最期のときに間に合うように最大限の努力をしているので、最期の時に間に合わない事というのは非常に少ないからであります。ところが一般病院では最期のときにご家族が揃うということは少ない、なかなかその最期の時の予測というのが適切に行われず、適切な情報提供とご家族が付き添えるような態勢がないために、最期の時に誰もいない。また、居ても重要な人が全員揃うことがない臨終というのが、少なくない様に思います。

時間を超過して恐縮ですけれども、あともう少しで終わります。

◆がん対策基本法が求めるもの

がん対策基本法というのが去年四月にできました。キーワードとしましては、均てん化というのがうたわれています。均てん化ですね。

つまり、どこでもだれでも等しい診断と治療、また緩和ケアを受けられるように整備していくと。裏返しますと、今の現場、現在の医療では等しい診断・

遺族の死別後の心残り (131名)

| | |
|--------------------|-----|
| 1. 患者の世話が十分にできなかった | 30% |
| 2. ホスピスへの入院が遅れた | 25% |
| 3. 真実を隠した | 20% |
| 4. 外出・外泊ができなかった | 19% |
| 5. 看取りに間に合わなかった | 3% |
| 6. 特になし | 33% |

がん対策基本法 (2006. 6. 23公布, 2007. 4. 1施行)

基本施策

1. がんの予防および早期発見の推進
予防の推進
検診の向上
2. がん医療の均てん化の推進等
専門医等の育成
拠点病院・連携協力体制の整備
患者の療養生活の質の維持向上
情報の収集提供体制の整備
3. 研究の推進等
研究の推進
医薬品・医療機器の早期承認に資する環境整備

がん対策基本法案に対する付帯決議

12. 緩和ケアについては、がん患者の生活の質を確保するため、緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する医療従事者の育成に努めるとともに、自宅や施設においても、適切な医療や緩和ケアを受けることができる体制の整備をすすめること

治療・緩和ケアが受けられていない。それに対して、患者さん・ご家族の不満が非常にあると言う事であります。

それと同時に、予防と早期発見すると。そしてこの均てん化のために専門医が不足しているので、専門医を育成をしていくと。

化学療法という抗がん剤の治療、放射線治療、それから緩和医療の専門医を育成すると。そして全国で18ヵ所のがんプロフェッショナル養成プランを受けた大学、医学部が中心にそれを行っていくと同時に、がん診療連携拠点病院というものと連携体制を整備していく。

それから療養生活、死とか在宅のことが言われています。情報提供も今十分ではないので、拠点病院で情報提供ができるように整備していくと。そして研究していくという流れであります。

そして、がん対策基本法の付帯決議としてこの様に言われているんですけども、緩和ケアについてはがん患者の生活の質、これは先ほどのQOLですけども、生活の質を確保するため、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医療従事者の育成に努めるとともに、自宅や施設においても適切な医療・緩和ケアを受けることが出来る体制の整備を進めると。ですから、人材の育成とその医療機関・在宅ケアを支援できるような施設の整備の両方を行っているという事があります。

そしてあの緩和医療の教育というのは、まだまだわが国では十分にやられていないので、緩和医療の教育というのががんプロフェッショナル養成プランの施行とともにですね、整備され、充実していく事が期待されています。

そして、緩和医療に関してはですね、私の思うに五つばかり挙げていますけれども、いまの医学教育はですね、あまりにも生物学的な知識ですね、細胞とか臓器とか疾患とかいうそういう知識偏重ですけども、先ほどから言っておりますケアといわれる人間学的な知恵ということ、しっかりと教育または学ぶように

緩和医療の教育

- ・生物学的知識から人間学的知恵へ
- ・教育者中心から学習者中心へ
- ・医療者中心から患者中心へ
- ・強制から動機づけへ
- ・教育から共育へ

していくことが必要であろうと思います。

それから、教育者中心から学習者中心にということで、よく喩えられるのは教育というのは馬を川のところにいて無理やり水を飲ませる事はできないというように、強制して教える事はできない。むしろ、本人が自ら動機付けて学んでいくことが重要なので、和歌山医大で取り組まれているようなあのような教育というものが非常に重要であると思います。それは、医療者中心ではなく患者中心の教育といえるかと思えます。

◆患者さんから学ぶ

我々医療従事者は、患者さんに、偉そうにと言いますか、病気病状のことを説明いたします。しかし、よくよく考えますとそれはおかしいことなんですよ。つまり、患者さんが経験していることは、医療従事者は経験していないことあります。つまり経験してない者が、経験している人に教えるという事は本末転倒で、緩和医療においては患者さんから教わる学という事が重要であるように思えます。ですから本当に良い緩和医療・緩和ケアの従事者になろうとすれば、自分が患者になり、そして亡くなってですね、死んでですね、甦ってもう一度医療従事者になったら本当に良い医療従事者になるという風に思うんですね。ところがそれができない、したがって日々患者さんから教えていただく、自分の知らない事、体験を教えていただくという事が、本当の教育、学ぶということではないかと思えます。

従って教育という字も、共に育む。“教育は共育である”とある人が言うんですけども、上から下に教師が生徒に教えるのではなくて、共に育まれて、育む・育まれるというのが本当の教育であり、それが緩和医療のめざすものではないかなという風に思えます。

緩和医療の課題

1. 実践：ホスピス・緩和ケア病棟
緩和ケアチーム
地域がん診療連携拠点病院
在宅ケア
2. 教育：専門医
がん診療医と一般診療医
学生
3. 研究：大学での講座、協同研究

そして、最後ですね。課題としましては、実践教育・研究ということですけども、先ほど言いましたけれども、ホスピス緩和ケア病棟は全国180近くの数になりましたが、まだまだ絶対数は足りません。大阪府では八つ、ホスピス緩和ケア病棟がありますが、その多くが一ヶ月以上の入院待ちです。希望してもすぐに

は入れない。そのくらい希望者が多い。また、新聞等でいわれている所謂がん難民といわれる、行き場所に困っている患者さんが非常に多くなってきています。ですから、そういう受け皿となるべくですね、ホスピス緩和ケア病棟がさらに増えていく必要がある。

もちろん、病棟が増えればですね、よく言われるんですけども、いくつできたらいいのですかと、100%そこで過ごせますかという、もちろん100%は不可能であります。ただ、緩和ケア・緩和医療が普及していくためには、ある程度の数が必要であり、理想はですね、すべての医療従事者が緩和ケアの知識と技術を身につけ、どこでも誰でも行えるようにすると、そういうシームレスケアが行える出来る医療体制を構築できれば、ある意味では専門的な緩和ケア病棟というのが要らなくなるのが理想であるかもしれません。ただし、今は理想からも、遥かかけ離れた現状にありますので、やはり専門病棟が必要であると。それとそれを補完する意味で、病棟がない病院にも緩和ケアチームを作って補っていくということ。それと地域がん診療連携拠点病院が緩和ケアを充実させていく。それから往診する在宅医の数と質の向上というこの事が重要です。

◆ 一般診療医の教育も

教育では専門医の育成ということと同時に、がん診療医と一般診療医の教育ということも必要でありますし、やはり教育というのは未来のためでありますので、若い医学生・看護学生をはじめとする関連領域の学生に教育を施していくと。それと同時に、やはりこの教育が教育と言われるということは、一定の学問体系として認められつつあるからだと思いますが、やはりさらに進歩・発展させるためには、研究というのが必要である。そして、その研究をしていくためには、大学での緩和医療学の講座というものが出来て欲しいと、更に出来てほしいと思うことと、共同研究ということが非常に重要であります。

時間超過しているのですが、最後に一つの随筆を紹介して終わりにしたいと思います。藤木昭三という人が、非常に深い随筆を書いています。

「生の通常を見る。病気になれば癒されることを誰しも願いますが、癒されない病気もありますし、癒されたところで結局は死ぬのですから、癒しでは究極的解決とはいえません。究極的解決は、病気は死を拒むのではなくて、受容する人生態度を確立することにしかありません。そういう態度は積極的な諦念と見なされがちですが、私達は与えられた命を受容して生きているのですから、むしろそ

れは本来の目覚めた態度と言うべきでしょう。癒しは病気の治療ではなく、病気の中に生の通常を見ることなのです。」時間になりましたので、私の講演を終わりにしたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

(畑埜) 恒藤先生、本当に長年の経験から出てきた緩和医療に関する理念、そして概念ですね。それを非常に深いものを、易しく教えていただきました。非常に分かりやすかったです。どうもありがとうございました。どなたか折角ですから、何かご質問・ご意見がございましたら、お受けしますけれども。

(質問者) 恒藤先生、今日のこのフォーラムは、がんプロフェッショナル養成プランということで、要するに緩和ケアを担う、医療人の育成という風なことではないかと思うんですけども、先生が言われたとおり、こういう緩和医療の現場というのは、本で読んだりそういうものだけでは学びが不十分な面があって、現場で実際の患者さんから受取る部分といいますか、そういうものが学び、医療従事者の教育というものに非常に大事だと思います。ただ、そういう現場というのはなかなか提供し難いものがあるし、実際そういう現場で学ぶということも非常に難しいということもあるかと思えます。実際医療従事者を含めてですが、教育のプランや教育のシステムを考える時に、何が一番大事か。そういう現場を与える環境づくりが大事なのか、その点についてお考えがあれば教えていただきたいと思うのですが。

(恒藤) ご質問ありがとうございます。非常に大切なご質問であり、また非常に難しい問題があるかと思えますが、イギリスの医学部ではホスピス緩和ケア・ホスピス病棟に実習に行くのが義務付けられている地域があります。一定の期間、学生実習として経験するのがオプション（義務）としてカリキュラムに含まれてるところが有りまして、それはそれで非常に素晴らしい部分があるかと思うんですけども、わが国ではですね、まだそこまで緩和ケアの教育ということ、そのカリキュラムそのものの中にあっても少ないし、また机の上での勉強になってしまうので、やはり大切なのは学生としてはベットサイドですね、その患者さんのところに行って学ぶというのが重要であると思うのですが、まだ十

生の通常を見る

病気になれば癒されることを誰しも願いますが、癒されない病気もありますし、癒されたところで結局は死ぬのですから、癒しは究極的解決とは言えません。究極的解決は、病気は死を拒むのではなくて受容する人生態度を確立することにしかありません。そういう態度は積極的な諦念と見なされがちですが、私達は与えられた命を受容して生きているのですから、むしろそれは本来の目覚めた態度と言うべきでしょう。癒しは病気の治療ではなく、病気の中に生の通常をみることなのです。

藤木正三



分ではないかと思えます。

ただ今既にあるホスピス緩和ケア病棟、例えば私が以前いました淀川キリスト教病院もそうですけれども、学生実習を積極的に受け入れています。希望者で、医学生で六回生ないしは五回生で見学をしたいという方は、日程さえ合えば回診の時に付いて

いただいて、現場を見ていただくという事を行っていますし、また既に医療従事者になってホスピス緩和ケア病棟の開設を

