

がん医療における『緩和』—告知から始まる緩和医療—

第2部 質疑応答



土橋代表

高田さん

押田さん

伏木さん

春原さん

前号に掲載した「がん医療における『緩和』—告知から始まる緩和医療—」の続きです。前号では、演者それぞれの講演内容を掲載しました。今号ではその後に会場を交えて行われた質疑の部分をお届けします。講演会からだいぶ時間がたちますが、内容が豊富で充実した会だったと、再認識したところです。

演者の皆さんにはお忙しいなか、忘れた頃に突然校正をお願いしたこと、この場を借りてお詫び申し上げます。そして、快く見直して下さったことに感謝いたします。

では、みなさん、一緒に考えてください。

外来化学療法の方向性について

高田： 押田先生に、「点滴専門のセンターを作りたいと思っても出来ないのは何故ですか、どうしたら出来るとお考えですか」と言う質問です。

押田： 乳癌の患者さんは手術のあと抗がん剤を受ける方が多くいます。現状では外来の空いているスペースを使っています。処置のためのベッドや、隣の呼吸器外科の外来が空いているとそこでやるようなかたちで。大学病院や大きな中核病院では、点滴センターがあって抗がん剤は薬剤部で作ったものが届くというかたちですね。なおかつ専門のスタッフが点滴をする人の様子を見る、という体制作りは多くのところで出来てきています。うちの病院も地域のがんの拠点病院にもなっており、病院全体として必要だと話していますが、大規模な改修が必要になってくるし、人員の問題もあり、予算がつかないということだと思います。

竜： 千葉県がんセンター長の竜です。今、私

がやろうとしている事は、千葉県のがん診療連携拠点病院を結集して、機能的には一つの病院にするということです。そして、外来の抗がん剤治療が安全に行われるようなプロトコル(やり方)を一定にすることを考えています。外来の化学療法をどのように安全に行うか、年3回のがん診療連携拠点病院の研修会を計画しています。3月には「がん登録」をテーマの研修会をやって、どの地域でどのくらいの方が治ったり治らなかつたりするかを調べるシステムを提案します。千葉県としてがん治療レベルの地域格差をなくすための対策を立てることを考えています。一つの病院だけで考えると必ず費用対効果、経営が成り立つかどうかだけで判断されがちです。しかし、がん診療連携拠点病が一体となって、がん医療レベルの均てん化に取り組めば、どこでも同じようなレベルの医療が受けられるようになる、という国の政策が動いています。垣添国立がんセンター総長がこういう方向でやるようになっていっていますので、それをうけて千葉県でいち早くやろうと考えて

いますで、必ず外来の化学療法が安全にできるような点滴センターができると思います。政府はがん診療連携拠点病院の連携に対し診療報酬に加算を付けるようなことを考えているようです。多少の改修をしてでも拠点病院として残っていた方が良いという方向に動くのだろうと思います。

伏木： 滋賀県でも処置室の一部を区切って安楽椅子を幾つか置いたりして、外来の化学療法室としています。病院を建てたときに作っていないので、改修するには費用がかかってしまうので、どこの病院も後悔しています。京大が一番先端を走っていて非常に立派な化学療法室を作って、そのセンター長の福島教授が胸を張って誇っていますけれど。

高田： 当院は実はもう計画に入っています。透析をしていた場所が空いていたので、700万円くらいの追加予算を申請しているところです。そこで、10床か12床くらいのベッドを置いて点滴をして頂くことにしています。現状はやはり処置室を使ったり、時間外外来の点滴室を時間内にも使って、そこへ救命センターから看護師が行ってやっているという状況です。

清水： 君津中央病院というがん拠点病院の1つですが、2年前に建てたにもかかわらず、外来化学療法室はありません。当時、当院には腫瘍内科医がおり、非常にまめな方で患者さんを良く診る方でした。すると結構抗がん剤治療は長引くので、病院の採算ベースに合わなかったのが、今は非常勤になってしまったんです。

実は外来化学療法の安全性を支えるのは医師だけではなく、相当高い知識を持った専属のナースが必要です。今の方は非常に熱心に勉強しているのですが、看護局の管理者は、彼女を動かそうとしています。「針を刺して点滴するくらいなら、看護師免許を持っていれば誰でも出来る」「抗がん剤の副作用の説明なんか医者がやれば良い」という認識なんです。

こういう患者会で、「病院にセンターが欲しい」と言うのと同時に、やはり「スタッフを揃えて欲しい」という声を上げてほしいと思います。

土橋： 私ががんよろず相談で入っているところでは、採血室と処置室が一緒に、その処置ベッドで抗がん剤もやっています。片方では採血でどんどん人が入れ替わる中なので、そのナースはやっぱりこれではいけないと思いつつ場所を探したり、またはイヤホンで音楽を聴いてもらったりと努力しています。治療が長い方では抗がん剤の点滴が始まるだけで吐き気が来たり、精神的にそのようになった人に関わる時

間も人材もない。スタッフをそこにちゃんと置くことがとても大事な事だと思います。

高田： 腫瘍内科医の話も出ましたが、看護師は各病院で育てるという形で、病院のシステムで出来ることが多いのですが、ドクターに関してはなかなか病院の中で育てるということは難しいですね。千葉県はどうですか。



県がんセンター長竜さん それぞれの病院が独自の工夫を凝らすという面もありますが各病院で違う治療法になってしまうので、患者さんの不信感ができてしまうのです。ある程度スタンダードになったものは、どこでも同じやり方で出来るようにしていくことが必要だと思います。

いずれにしても、これからは一つの病院で完結しないで、拠点病院全体で医者を育てていく。千葉県がんセンターで人を育て、育った人は千葉労災病院や君津中央病院などに行くというようながん専門医の教育システムを作りたいと考えています。

抗がん剤の副作用への対処について

高田： 春原さんへの質問ですが、「家族が悪性リンパ腫で化学療法を受けています。6クルールの化学療法で副作用がきつく、今回は副作用対策の薬を医師が幾つか出されたお陰もあって、きつかったむかつきは抑えられた反面、腎臓や肝臓の機能が低下しており、そのための点滴が増えています。副作用を抑えるための薬による副作用について基本的なことを教えてください」。

春原： 痛みの治療・緩和ケアということで、ある種の鎮痛薬を使うと非常に強い吐き気が出るのがあって、それに対してどういう薬を使うかという経験はあるんですが、化学療法自体は経験がないです。実際に治療を受けられているのですから、主治医と話し合われると良いと思います。治療方針を決めて行くときに自己決定

ということもあるし、インフォームドコンセントや病気の告知もあるけれど、常に継続した話し合いだと思うのですね。答えが出なくても話し合うということがすごく大事なことだと思うし、患者さんと主治医との距離感が作れると良いなと思っています。

土橋：先ほど「緩和は告知から始まる」と言いましたけれど、やはりこれからはターミナル、終末、緩和というところよりも、外来で抗がん剤をやりながら長期生存していく人はどんどん増えるわけで、そこでの緩和が大事になってくると思います。

笠谷：千葉県がんセンターの看護師をしています。かなり悪性リンパ腫の点滴治療の副作用は辛くて、私たちの施設でもどうしてもやれないと言っている方もいらっしゃるのですが、やっぱりやったらそれだけの効果があるので、症状をいかに取って続けて頂くかというところで、話し合いながらやったりもしていますので、治療の内容が分かれば少し相談にのれると思いますので、後で個別に言ってくださればお話が聞けると思います。

竜：悪性リンパ腫は結構治るものなので、戦うべきだと思うのです。多くのがんの専門家たちは体表面積あたり、体重あたりの抗がん剤量を決めて、副作用が強くなったら止めてしましますが、副作用が出た量はその人の適正量なので、うちではその時点で抗がん剤を20%減らして継続するという考え方でやっていますが、非常に良いと私も思っています。抗がん剤の量は体表面積で決まるのではなくて、腎臓や肝臓で抗がん剤の解毒能力がどれだけあるかで決まってくるので、質問された方の主治医の判断も間違いではないかもしれませんが、患者さんは自分の体を知る権利があるんですね。主治医に何にも聞かないで、周りでいろいろ言って余計に医療不信が広がる可能性がありますので、ぜひ堂々と聞いて頂きたいと思います。

家族としてどのように関わったらいいか

高田：「家族が入院しています。担当医の言葉に一喜一憂しています。というより落ち込むことのほうが多いです。現状をきちんと認識しつつも、免疫力が高められるように家族としてどのように心掛けたらよいでしょうか」という質問です。

伏木： どういうことで免疫力が高まるかという

ことは非常に難しいところだと思いますが、本人が取りくむのではなく、家族がどうできるかとなると、また少し問題が別になるかもしれません。入院中であっても、どんなにしんどい治療の中でも、その中でまだできる何かちょっとホッとできることは十分ありうると思うんですね。自分が小さい時の写真を見ながら、あるいは自分の子供の写真を見ながら、あの時はああだったね、こうだったねと思い出を語ったり、大好きな所の大好きな写真を見ながら、本当に心の底からそこに居るような感じで、たとえばハワイの砂浜で、どんな風が吹いていてどんな音がして、どんな砂の状態でどんな海の色でとか、また、モンブランの山のてっぺんに居ることも十分想像が出来ると思うのですよ。あるいは家族の側から、本当にホッとできるお話を膨らませてみるとか、いろんなことがあると思うのです。

入院されている方は、時間がたくさんあると思います。だけど生きた時間として使えていないことが多いと思うので、何とかそういう時間を無駄にして欲しくない。人間の生きていく時間は限られているわけですから、一日一日を大事にする、一日一日を少しでもホッとする、ピカッとするような日を積み重ねて行く、ふと気が付いたら半年経っている、その積み重ねが3年、5年と繋がって行く、その道半ばに倒れたとしても、そこまで過ごせたちょっとニコッとできる時間というのは決して悪くなかったな、と常に自分で確かめながら行けるといいと思います。

本人がその気がない時でも、お家の方が水を



ホスピスから外出して進水式に臨んだ伏木さんの所属するカヌークラブの会長さん(右)。みんなの驚きをよそに、スイスイと漕ぎ始めた。思わぬ力が人間にはある。(左が伏木さん)



向けて少しそういう気持ち
を動かせると良いですよ
ね。けども、無理強いし
ては駄目です。しんどい
ときに無理しても決して心は
浮き立たないので、上手に
ほんのちよつとずつ、そっ
ちに向けていけたら良いな
と考えています。

体調がすごく悪くても心の問題はちよつと別
で、自分の目指すものとか、大事にするもの
とか、そういうことをちよつとでもベッドの上
でやれると、そこにエネルギーがぐんと沸いて
くる。心が立ち直ると体もそれに引きずられ
て来るということも多々経験しています。

音楽療法についてですが、NPO音楽村の副理
事長をしまして、幾つかの病院と音楽療法の
契約をし、実際に音楽療法を行っています。
一つは滋賀県の成人病センターの緩和ケア病棟
で、一つは僕の所の市立長浜病院で、どちらも
公立病院なので議会で認めてもらわないと予算
が付けられないから、そういう意味でものすご
く苦労しました。本当の音楽療法はかなりの力
を持っているものと僕は認識していますが、日
本でそれが出来る人は一握りも居ないかも知
れません。

高田： もう少し具体的に、家族が患者さんの
ために関わる、主治医や回診に来る医者に対
して何か出来ないかと言うことではどうです
か。

伏木： いつもメーリングリストなどで、患者
さんたちの悩みに答えたりするのですが、高
田さんとがんセンター東病院の吉田さんと、
この二人は双璧をなして常にコメントを
発し続けています。一番相談すべきは自
分の主治医だということなんですよ。メ
ールのの中では写真も見られないし、顔
色も見えないし、実際どんな身体状
況なのか分からないですよ。僕も高田
さんも一緒に家の方からお叱りをこ
うむったことがあるんです。本人の
質問に答えたら「あんな状態の者に
そんなこと勧めるなんて、とんでも
ない」って。でも、そんなことはメ
ールの上では読めないで、だから
こそ毎日顔を突き合わせている
主治医、ここまでの病状を全部知
っている医師と相談して頂くのが
まず第一だと思うのです。コミュニ
ケーションが取れないドクターであ
れば、コミュニケーションが取れる
ドクターを探す、その病院の中で
相談できる医師と相談する。ある
いは看護師長さんとか、病棟ス
タッフなどの手を借りて、そっ
ちから呼びかけてもらうという
手もあると思うのです。

死に際について

春原： どの方もその時点その時点ですごく一生
懸命生きておられるということと、身体が弱
っていくにつれて逆に生きる力を感じることが
あります。あるいは、周りの人への配慮という
ようなものを感じることもあります。死に際
はやはり大変だと思います。楽ではないと思
います。だけど、その楽でないことを何か不
思議と納得しつつ過ごせるようなこともあ
るのではないかと感じることがあります。周
りの方がいろいろ動揺されることがあ
って、苦しくないということで緩和ケア病棟
に来てるのに、眠れない、苦し
がっている、息がゼイゼイ言っている、こ
れはおかしい、と言われることもあります。
鎮静薬や眠り薬で眠ってもらうという治
療もあり、全国平均で、記憶が定かであ
りませんが、最期の患者さんに40%ぐ
らい鎮静法を施している。多いところ
では70%ぐらいの患者さんに眠り薬
を使うということも聞きます。確かにす
やすやお休みになるわけですが、そうい
うことをしなくても、苦しくても、さ
っき言ったみたいなのを感じさせてく
れる患者さんはおられます。

空想なんですけれども、最期の最期とい
うのは、例え告知されていなくても、き
っと自分が、ここまで来たんだとか、
これからこの身体はもうだめなんだ
とか、そういうことはわかるんじゃない
かと思っています。ある作家が、今
すごい体験をしてるんだと、かすれ
声で言ったという話。亡くなる当日
に、「音楽をかけましょうか」と聞
きましたら、「今音楽が聞こえてる、
流れてる。下手な音楽だけど流れて
る」って言った方もおりました。要
するに、全然違うセンスを持つん
だと思います。そのセンスは、想像
できないものなので、死ぬ時にど
うなるのかはわからないんですが、
けっこう素晴らしい体験なんじゃ
ないかなということを感じます。



春原さん

高田： ありがとうございます。春原さんの
ことだから、あるいは「チベットの死者
の書」の話でも出るのかなと思っ
たんですけど(笑)。以前話して
いて、「あれと同じような経験を
聞いた」と春原さんから聞いた
ことがあって、死にゆく人の頭
の中にはそういうことがあるの
かもしれ

ませんね。

もっと身体のほうの反応として何が起こるのか、ということではどうでしょうか、伏木さん。

伏木： 実はこの3人(高田、春原)は、飯田史彦さんのやっている「生き

がいのメディカルネットワーク」の仲間なんですよ。

身体の反応はいろんなパターンがあります。どこが一番機能を落としてきてるかということ、ずい分違いますよね。例えば、呼吸が苦しくなってきたり、あるいは、心臓が弱っていたり、あるいは、腎臓の機能が落ちてきて、その負担から心臓や呼吸に問題が出てきたり、どこに何がどう起こっているかで違うので、ちょっと一言では答えられないですよ。意識がどの時点まであるかとか、そういうことすべてを押し量りながら、緩和ケアというのはそれぞれの患者さんのしんどさをいかに和らげるかということを考えてるつもりです。

高田： 実は、死んでいく人に対する看護の仕方を土橋さんに習ったことがあるんですが。

土橋： 訪問看護をしていたときに、在宅で亡くなる方のサポートをしたんですが、病院で亡くなる時は、モニターを見たり、点滴の量を見たり、おしっこの量を見たり、血圧を測ったりしてますが、その患者さんの死を見てるようで、実は見てないなと思います。在宅で、何もなくて、ただその人の呼吸だけ見ていて、その時が来るのを待っている時に、「ああ、死ってこういうものなんだな」と感じる。そういう経験がいくつかあります。

家族は、痰がからんでゼイゼイしていると「苦しんじゃないですか」とか、眉間に皺がよって「うーん」とうなり声が聞こえたり、朦朧状態になって何かつかもうとしたりすると、「なんとかできないんですか」と聞きますが、元気な時と違って身体の中の酸素量が減ってきて、脳も虚血というか酸欠で、少しぼーっとしてたり、ふわあんとしてるかもしれません。そういう状態になった人は、向こうとこっちを行ったり来たりしてるような状態ですから、こちらだけしか知らないものの感覚で押し量れない状態だと思います。酸素が足りないから、うなり声は出るけどご本人はかえって楽かもしれない、もっと意識があって酸素がいつてる時のほうがつらかったかもしれないと言うと、家族は、安心する。何ができるかということ、目をつぶっている



時に、隣で座って手を握ったりさすったりしてここにいることを感じてもらう。五感の中で耳は最後まで聞こえるというから、「ありがとう」「大丈夫よ心配しなくていいよ」「後から行くからね」「ご苦労さん」などの心地よい言葉をかける。お孫さんとか、関係性のある人たちの声を聞かせたりして、「心配ないよ、みんながそばに居るよ。ついてるよ」というメッセージを言い続けると、そこは自然に越えると思います。どうしていいかわからないから、「こういうところは医療者が何とかしてくれるじゃないか」というのは間違いで、最終的な場面で一番力を発揮するのは家族です。そういう時に医療者が、「家族は外に出て下さい」なんて言ったら、とんでもないことですから、「いや、私たちが見ます」と言って居ればいいと思います。

会場： 私は、昔の伏木さんの患者です。昔、サイモントン療法というのを伏木さんから紹介されて何回かセミナーに参加し、その中の「死のワーク」というのを三回体験しました。はじめは、死に対する不安がすごくあったのですが、一回体験したら、すごく楽しく、安心して心が座った感じがあって、みんなにも勧めています。私の場合ですが、死が不安というよりは、死ぬまでの間に苦しんだりすることが不安です。死のワークに参加するチャンスがあったということは、私にはとても良かったです。

健康な人間が病状が悪化していく人にどう関われるか

高田： 「友人・知人、肉親でも、兄弟などの病状がどんどん悪化していくなか、慰めたいと思うのですが、どうしても自分が元気で相手が病気だということで壁ができるような形になる。そういうときに、病気を患っている方から『元気な人にはわからない』と言われてしまった時に、何と言えればいいのか、ほんとうにどうしようもない。こういう時のアドバイスを」ということですが。

押田： 難しい質問ですね。私自身も、「先生は元気なだから」ということを言われることも過去数度ありました。どういうふうにその方に接していくかなんです、たぶんご質問さ



押田さん

れた方はすごく優しい心の持ち主だと思います。相手のことを真剣に考えて何とかしてあげたいと思っただけでいい。時間が必要なのかもしれないですが、その方に、常に考えているんですよという気持ちは絶対に伝わっていると思うんです。時間や距離を少し置いて、相手から何か CONTACT があれば、また変わらぬような接し方をしてあげるといのもひとつの考え方もできません。ケースバイケースで違うとは思いますが、根本的にはそうですね。

伏木： 21年前に私が研修医の時に、部長に「こんな患者さんに僕は何をどう声をかけていいかわからないし、どうしたらいいんでしょう」と言ったら、「そやな、一緒に困ってあげるしかしゃないんちゃうか」と言われたことがあります。



伏木さん

今の緩和ケアの概念がまだなかった時代の話なので、今思えば、すごく先進的な言葉を聞いたということだと思うんですが、実際、そういう時には医療者であっても、無力です。ですから、ご家族が、何とかしたいけど何ともできないのも当然のことで、「ほんとやな、しんどいな、なんとかできたらいいのにな」というしかない。ほんとに一緒に困ってあげる、というのは誰にでもできることだし、そのしんどさをしっかり聞き取ってあげることが十分できることだと思うんです。でも、実際亡くなった時に、「ほんとに楽になって良かったね、おめでとう」みたいな、場面も多々あるんですよ。だから、そういう一つの過程だと思うんです。ほんとに一緒に困ってあげられたら、それはそれである意味正しいんじゃないかと僕は思っています。

春原： 同じです。教科書的に言ってしまうと、さっき、分類するな、批判するな僕は話したんですけど、あえて分類するならば、スピリチュアルペインに分類されて、教科書的に対応法と書いてあるのは、傾聴と共感ということです。ですが、それはほんとに教科書的な話です。今、お二人の言われたことがほんとに実のある真実だと思います。やっぱり、その方の力を信じる。信じてそばに居る、というのが僕のやってきたことで、それはほんとに何度も怒鳴られましたし、叱られたけれども、でも、諦めない、決してそこを避けずにそばに居続ける。時間をかけて、ずっと待ってるしかない。それで解決

するということではなくて、そのことを解決すべき問題としてとらえることでは解決できない、ということをやまず最初に覚えておかなければならないんじゃないかな。何とかしなければ、ではなくて、その場の苦痛と一緒に体験していく覚悟、そういうスタイルを取ることによって、解決しようというふうに悩まないのが良いのではないかと思います。

高田： 僕は、ちょっと違う意見かなと思います。僕のやってきたなかで、先生は元気だからと言われたとしても、それはそれでしょうがない。埋まらない溝なのだから。僕は僕のできることをめいっぱいあなたのためにするよ、というような姿勢を見せていくしか、要するに自分のやるべきことをそのまま続けていくしかないのかなと思って、ずっとそれしかやってきていないので、結局その時に拒否されたとしても、その患者さんのその時の精神状態がそういうことであって、次の日には違うかもしれない。でも、僕はそれに合わせてなかなか変わらないものから、自分を通していくというやり方です。壁か河か溝か知らないですけども、あることは認めながらも自分のできることをするし、あなたは僕に必要な人なんだよということを伝えるようにずっと努力してやってきたんですけれども。

伏木： 今ひとつ言い忘れたんですが、ほんとに一生懸命ついて片時も目を離さずにごく頑張られてる方がいらっしゃるんですが、僕は「あなた自身の身体もちゃんと考えてやって」と言うんです。自分自身がちょっとホッとすること、自分の体力を維持すること。でないと、ほんとにちゃんとしたケアはできません。ちょっと身内の者に代わってもらってぐっすり横になって休んでくるとか、自分を保たないといけないと思います。決して自分が一生懸命やってることに酔いしれすぎて、押し付けにならないように考えるのが良いと思います。

高田： 「死に行く人ばかり見ていると医療者自身がおかしくなったりしませんか？」という質問です。春原さんの発表にもありましたけれど、ずっとそういう人たちと付き合っているのだから感銘を受けたりしているのだからちょっと春原さんに。

春原： 僕は痛みの治療ということで、麻酔科医から緩和ケアに入りました。痛みの治療は非常に効果が上がります。それにブ





全部がとれるわけではありませんが、体の痛みはかなりとれるんですね。非常にやり甲斐がある。だけど体の痛みがとれても、さてという時が必ず来る。そして最終的に皆亡くなって行く

わけです。

一年目は痛みのことを一生懸命やって、体の症状のコントロール、自分の専門外の消化器系の症状とか、体の痛み、吐き気だとか、身体的なものを一生懸命やって、それなりに効果はあったが、どうしても皆がハッピーにならない。二年目は、心理の勉強をしました。どういう気持ちでいるのだろうと、今まで読んだことのないユングやフロイト、それとさっきのお話に出た、サイモントンの著書に触れたのもその頃です。皆どこに行っちゃうんだろう、死んだらどうなるんだろうと言うことまで考え出し、その次の年くらいに飯田史彦さんの著書にも出会いました。

最終的に辿り着いたのは、「自分自身が命についてどういう信頼を持っているか」ということです。スタッフを見ていると、自分自身の中に足りない、満たされない部分、それをケアのエネルギーにしていることを感じる例も多々ありましたし、自分自身の弱い部分をケアからの感謝で埋めている、そういう悪循環を見受けられることもありました。それは必ず破綻します。ホスピスをやめてからオーストラリアに行って勉強したんですが、自分自身をおろそかにして、もっともっと感謝を得るために、もっともっと働き続ける、それがバーンアウトのパターンだということです。だから自分自身の命に対する信頼感というものがなければ、死んでいく人を毎日毎日見ていたら、やっぱりおかしくなります。

伏木：“死ぬ”ということは誰にも平等に必ず訪れるものです。さきほどから死ぬことに対する恐怖や不安、それにどう寄り添うかというところがずい分問題になっていて、そこのところはまだまだ皆さん引っかかっている。それはそれで当たり前なんですが、ひるがえって考えてみると、みんながみんなを見送っていくわけだし、みんなに先立って自分が出ることもあるわけです。もうひとつ、飯田史彦的に言わせると、もしかするとこの人生だけが全てではないのかもしれない、この次の人生もあるかもしれないし、この前の人生も実はあったかもしれない。そのことを科学的に解き明かしてあ

る部分もありますし、そういう考え方もあることに一度目を向けていただくと、皆さんの疑問点を少し和らげる手段になるかもしれません。

僕自身は、亡くなっていく人は、自分の人生の先達であると思っています。自分もこんなふうに迎えられたらいいな、もうちょっとこんなふうだったら良かったのになど、そんな気持ちを持ちながらたくさんの方のことを自分に教えてもらっている非常にありがたい部分だと思っています。綺麗ごとになってしまっているかもしれませんが、でも、本当に苦しい人は確かに苦しいので何とかしてあげたいけれど、何とかしてあげられないもどかしさも、常にあるわけです。高田：押田さんは、そうそう死んでいく方ばかり見ているわけではないと思いますが、いかがですか。

押田：乳がんの患者さんは、再発された場合は、なかなかそれを良くしてあげることは難しいことも事実です。春原さんと違って1年2年は普通だし、3年4年、中には術後10年以上経っている方もいます。すごく長いおつきあいになるんです。

おかしくならないかという質問ですが、確かに、そうかもしれません。再発された方はみなさん真剣ですし、できるだけことをしてあげようとは常々思うのですが、伏木さんのおっしゃるように、人生必ず終焉の時を迎えるのだから、悔いの残らないように自分の生き方をしよう、似たようなニュアンスのことを言うこともあります。自分自身に置き換えたならそれができるのかというと、まだ僕もそこまでは自信がありません。ひどい時は、眠れない時もあります。患者さんのことを家に帰って思い出して、どうしようかな、うまくいかないな、眠れないなと、そういうことが続くと、自分の精神状態もおかしくなってしまうというのは、たぶん僕だけじゃないと思います。もちろん本人が一番つらいのですが、ほんとに一言では言い表せませんが、とにかく、自分自身気持ちを切り替えるように努力はしています。免疫の話にありましたが、楽しいことや趣味、子供と遊んだり（なかなかできないのですが）、できるだけ気持ちを切り替えてまた次の日を生きてく、頑張っていくしかないなと、今そう思っています。なかなか人間割り切れないので、難しい問題ですね。

高田：最後に、僕の感想ですが、いろんなパターン



があると思います。ひとつは燃え尽き症候群のように、のめり込んで燃え尽きて疲れてしまうというパターン。けども、死んでいく人に関わっている医療者というのは、何かしら、死んでいくことに関わらないですましている医療者よりも、見てて深みがある、人間味があると感じます。たぶんこれは死にゆく人と付き合っていたためにその人に与えられたものじゃないかなと思うわけです。そしてそれを、「おかしい」というふうに表現すれば、そういう関わりをもたない医療者の方が多いために、やっぱりおかしいんでしょうね(笑)。

死と直面している人たちと付き合っていくというのは、つらいけど、得るものも多いと思っていますし、それによって、僕自身もずいぶん変えられたと思っています。それをどう表現するかというと、「おかしい」と言ってもいいかなと思っています。

告知における“緩和”について

高田：「告知の場面における緩和についてどう考えられますか？また、多くの人が告知されて心の動揺を経験し、そこからトータルペインが始まっていると思うが、実際の現場ではどのようなことをしていますか？」告知の場面に関する質問なので、フロアのほうで実際に告知を受けた時に、どんなショックを受けて、その時にどうサポートを受けて良かったか、あるいは悪かったかというようなことを聞かせていただきたいと思いますが。

Aさん：告知そのものより、その後の先生のトータル的な態度のほうですごく大きいと思います。知らされた時もそれなりにショックですが、その後、先生が自分たちと一緒にどういうふうに闘ってくれるのか、この先生だったら安心だなと思えるような対応をされるとすごくほっとする。それでも、もちろん動揺はしますが。担当の先生と話し合うことが大事だということは分かりますが、夫の主治医は、「この副作用とこの後遺症があるので、これだけたいへんです。医師としては何も勧めるものはないから、後は



自分で選んでください」と事実をきちんと伝えてはくれるけれど、覚悟を迫られたんだと思いますが、どん底に落とされた感じがしました。

告知とともにどうい

治療ができて、どういう可能性があるか、それを一緒にやっていきましょうねという感じで接して欲しかったと思います。



Bさん：肺がんなのですが、「がんは治らないんだよ」といきなり言われて、もう私は2年くらいがんは死ぬものだと思っていました。全国のお医者さま方に、がんの告知は緩和からスタートするんだということ徹底していただきたい。「がん＝死」としっかき言われてしまい、そのへんがきつかったですね。

高田：今言われた“緩和”というのは、精神的なサポートという意味ですね。

「告知を受けて、治療に入るが、ある程度その間に空白があります。告知を受けてすぐその場で治療することもあるかもしれませんが、ある程度期間があつたりすると、その間のサポートというのは、その病院の医療者だけでやれるのかどうか、他にもサポートするような人がいてもいいのではないか」という意見がきていますが、どなたかご意見ありますか？

竜：千葉県がんセンターの竜です。私はがんであることをお伝えして治療法を提示する時に、医療従事者だけではもう限界があつて、ととてもすべてはカバーできないと思っています。患者さんと経験者に入ってもらふということが一番大きな力になると考えています。患者さんたちも、自分が常に再発の不安を抱えている時にも、誰かの役に立つということで、がんが治っていくということも期待できるんじゃないかと思っていますので、ぜひそういうことをやってもらいたい。

もうひとつは、今医療が、裁判や批判を意識して、より良い医療の提供を言わずに、起こりうる危険性ばかり言ってるんですね。車を売するのに「事故に遭う確率何%」という話ばかりでは車は買わないですよ。だから、私は、医局会でも「患者に絶望を与えるような告知はやめて、希望を与えるような告知をしろ」その結果、「治らないじゃないか」と文句を言われても、それはこちらのほうでカバーするから、絶望を与えないようにしろと言っています。どっちみち文句を言われるのなら、良いことを言って文句を言われたほうがいい。アメリカのような告訴社会にはいけないんですよ。それは、我々医療従事者だけでなく患者さんも一体になって、より良い医療、訴訟社会じゃない国にしていくというのが一番かなと思っています、夢み



たいな話ですけど、やってみたいと思っています。

清水：君津中央病院の清水です。皆さんにとって重要なのは、病名告知なんでしょうか。実はおも

しろい経験があります。呼吸器内科に入院された肺がん患者さんの例です。70代の患者さんで、おじいちゃんなんですけど、どうしても家族は「言ってくれるな」と言うので、若い呼吸器の医者はさんざん悩んで「カビ」と言いました。常套手段ですね。でも、抗がん剤治療をやらなければならないので、薬の副作用も全部説明したら、患者の答えがひとつ、「それは、がんのような病気ですね」。主治医は顔色ひとつ変えず、「そうなんですよ。このカビはがんのようにしぶといんです」。放射線治療が無事に終わりました。不幸なことに数箇所に移り、「カビがまたね…」「先生、そのカビはがんのようなカビですね」「そうなんですよ、カビもしぶといんですよ」という会話をしつつ、その方は半年ほど経って、「いやあ、おれもカビにやられちゃったよ」と言い、「ありがとう」と言って息を引き取られました。

その時に思ったのは、本当に必要な情報を必要な形で受け取る、あるいは伝えるという、お互いの教育がなされていないままに、いまだに病名告知という言葉が先走っているのではないか、ということでした。患者さんにとって必要なのは、病名ではなくて、「今あなたの身体の中で何が起きています、だからこういうふうにしましようね」ということで、お互いの納得の上で治療方針を選んでいくということが大事なのであって、それががんであろうがカビであろうが、実際はいいんじゃないかと私はその時に思ったんです。もちろん告知はしたほうが良いという場合はいっぱいあります。ただ、穏やかな顔でカビを受け入れられている方には、カビのまま放射線をやっているのが現状です。ただ、その時にちょっと頭をかすめるのは、これはヘタをすると訴訟になったら負けるかな、という思いです。その時はその時でしょうがない、賠償金を払おうと思いつつながら保険には入っております。

余命告知について

会場：告知には、病名告知と、余命の告知があ

ると思います。私の夫は告知を受けた時にいきなり、「治療法はないから、好きなことをやったほうがいいよ」と言われました。余命は医師のほうからは言わなかったのですが、夫の方から「3カ月くらいですか？」と聞いたら、否定はしなかったんです。その時点で本人は3カ月ということを知り、現実的には6カ月間、千葉県のがんセンターにお世話になり、緩和ケアに入って退院も繰り返しながら最後まで仕事をしました。だから、結果的には期限を言われたということはとても良かったんですが……。先生たちはどのくらいという言葉をおっしゃるんですか？

押田：すごく難しい質問で、ひとつでは言えませんが、患者さんから聞かれた場合はできるだけ客観的に答えるようにはしています。聞くということはそれなりの覚悟と、その期間で自分は何をしたいのか、と考えているはずですから、本当に難しいですけども、その時点その時点で思うことを言っています。「半年から1年かな」とか、そんな感じで幅を持たせたりしますけれども……。乳がんという病気の難しさ、良い意味で読めないものがあるので、難しい。逆にいうとそれはそれで、予想より長くなるというのは良いことではあります。

伏木：私は実は、カール・サイモンに怒られたことがあります。「私の患者さんでもう半年も難しいかもしれないんだけど」と言いましたら、「お前は何てことを言うんだ。そんなことは医療者が考えることじゃない。死ぬときを決めるのは患者さん自身なのだから、その患者さんが明日もまだ生きてるつもりでいるならそれを全面的にサポートしたらいいじゃないか。患者さんがほんとうにもう店じまいしていいと思った時には、その時にそのお手伝いをしたらいいんじゃないか」と言われたことがあります。

患者さんから聞かれた時に、「一般的にいうとあまり長くないかもしれない。もしかすると1年は難しいかもしれないけど、でも、過ごし方でもずいぶん違うから、一日一日良い時間を積み重ねようね」とけっこう言ってます。とにかく、数字でどれだけというのは、ある意味ほんとうに当てにならないところもあって、例えば腎臓がもうほんとうにダメになっておしっこが出なくなったらどれだけ、というふうにかなり正確なところが言えるかもしれませんが、「もう少し何か起こらないと確定的なことは言えないね」という逃げもしてま



この人はもうあとひと月とか、特に医療者側が思ったり、ついでる患者さんの家族が思ったりしていると、どうしてもそれは患者さんに伝わってしまいます。もう長くなさそうだと、逆に店じまいに入ってしまうことがあると思うので、「一日一日を大事にしよう」「良い時間をたくさん過ごそうね」というスタンスで、全面的にサポートするというのでいいんじゃないかと僕は思っています。がんの自然治癒というのにも実際にあるわけです。全身に転移している人が、ある日突然免疫が賦活して、がん細胞をやっつけはじめて、ほんとうに治ってしまう人も実際にある。それは1000人に一人かもしれないけれど、そういう可能性がゼロではないので、ということも言うことがあります。

春原： 僕の場合は、ほんとに自分には最後の時が来てると思うがどうか、というところですね。その時のその患者さんとの関係性だと思うんですけど、そういう関係性が維持されている場合には単刀直入にお話することもあります。

告知という言葉自体もそうですが、伝えるということが医療の免責に関する義務になっている。例えばちょっと短く言っておいたほうが間違いがないだろう、責任を問われることもないだろうとか、そういうレベルの事柄になってしまっているということは感じます。そもそも病状を伝えるというコミュニケーションであるはずなのに、伝えることのテクニックとか手法は、最低限準備しなければいけない心積もりや場の設定、そういうことはもう教科書レベルになっているはずなのに、どうも僕が受け持った患者さんの例でも、かなりひどい言い渡しをされ、突き放されるようにして緩和ケア病棟にやってきたという方が非常に多かったです。ですから、それを伝えるための標準的な技術があるんだということから、医療サイドは勉強しなければならぬんじゃないかと思いました。

高田： 質問者の方は、余命告知をして欲しいというスタンスですか？それとも、して欲しくないということですか？

会場： うちの場合は結果的には良かったです。本人もそれを希望していましたし、現役で仕事



高田さん

事をしてましたので、段取りもすべてうまくいって良かったんですけど、その瞬間はとても

大変だったです。

高田： おそらく両方の方針の医者があると思うんです。いずれにしても、現在そうやって仕事を持っていて、先がある程度読めないと仕事の仕上げができないという事情を話せば、「それは2カ月くらいで仕上げたほうがいいですよ」という程度のことは言ってくれそうな気がします。予後なんて言っても当たらないし、言うべきじゃないという方針の医者も多いように思います。

告知を受けた後の空白の時間のサポートということですが、どなたか……

会場： 私は体験者ですが、検診で再検査が必要だということで病院にかかって専門病院に紹介されて、そこで「あなたはこういう病気です」と告知を受けました。「α」でいろいろな方の体験談を聞いても告知を受けたときのことを話される方が多くて、その時に先生とか他の医療者からの言葉や態度でひどく傷ついて、それをずっと引きずっている人が多いなと感じています。幸い私の場合は、淡々と告知は進んでいって、診察室で先生対私の話があった後に、その後は誰とも何とも関わることがなく、会計を済ませて帰るわけですが、先生の前では淡々と話を聞いて、頭が真っ白でもなんとか車に乗り込んで、だんだん時間が経つとこみ上げてくるものがあるって、嗚咽しながら家に帰る頃には少しおさまって、家に帰れば何も知らない家族を前に気丈にふるまうしかないという、魂というか心の孤独感がすごく印象が強く、再発のときもすごく強くありました。

私の場合は「α」とのお付き合いが長かったので、すぐ「α」に助けを求めたんですが、先生との話が終わって帰るまでの間に、看護師さんとか、誰かのサポートがワンクッションあれば、心の傷やショックの受け方がまた違うのかなと思うので、何かないのかなというのがひとつ。私の場合は知っていたので、すぐに助けを病院外で求めることができたんですが、患者会の存在を知らない人が多い。元気に生活していて突然がんですと言われると、また家に帰ってからはしばらく情報集めに時間をかけて、そしてやっとたどり着くという、長い孤独感、魂の揺れ動く気持ちがあるので、そのへんをトータルペインとしてとらえて、緩和というものを考えていく必要があると思います。

斎藤： あげばの会千葉支部の斎藤です。千葉県



の医師から、「告知は非常に難しいので、患者さんが告知を受けた時の気持ちを聞かせて欲しい」と言われ、20人くらい集まって話をしたことがあります。15年、20年たっても、告知の時の気持ちは鮮明に記憶に残っています。20年ぐらい前までは、がん専門病院以外は、患者さんの顔を見ながら告知をしたりしなかったりという状態でした。精神的配慮もなく告知をされた時の気持ちを、それぞれが赤裸々に語り、「非常に参考になりました」と喜んでもらったのですが、告知の問題は初発にしる再発にしる、医師の一言で傷つきもするし、納得して治療が受けられる場合もあります。

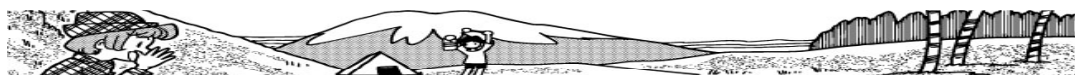
その先生のところ、告知をされた直後の人に対するケアを去年の4月から会として始めました。告知されて、頭が真っ白な状態でそのまま家に帰ることはとても辛い事ですし、家族にどう説明していいか分かりません。その場で私たち体験者と話をすることで、こんなに元気になれるんだと、治療に向かう勇気が出てくるのではないのでしょうか。1年後にみなさんにアンケートをとって感想を聞きましたら「みなさんと話したことで勇気が出て、安心して手術に向かうことができました。病院の選択も、いろいろ参考になって自分で決められました」と、おおむね皆さんに喜んでいただいています。術後のフォローも大事ですが、告知直後のフォローも大事だと思います。

私達も患者会としてフォローしていきたい

と思いますが、先生がたにお願いしたいのは、告知の時も、抗がん剤治療の時も、診療の場においても説明をよくしていただきたい。相談を受けていても、医師がちゃんと説明してくれたらこんなに悩まなくてもいいのに、と思うような悩みが非常に多いんです。先ほどコミュニケーションという言葉が出ていましたが、医師の方からもコミュニケーションをとるようにして、患者が十分納得して治療を受けられるようにしていただきたいと思います。

春原：愛知県がんセンターではがん専門看護師が告知後の対応を外来でやっていました。かなり働き過ぎで、竜さんが言われたように、医療の中だけでそれをやっていくというのは限界があるのかなあ、と感じつつ、では市民団体がそれをやっていくというのは、安定したケアになっていくんだろうかという疑問があります。広島県では、緩和ケア支援センターで行政を含めて全県的に定着させるということを去年からやり始めました。そこには電話のホットラインがあり、支援センターが県の職員としてイギリスで勉強した緩和ケアのナースを中心に5人の職員をおいて、そういう相談にも対応している。千葉県がチャレンジされているような行政レベルでのシステム作りというのが、やっぱり一番具体的ななんじゃないかなと思います。

高田：ありがとうございました。時間も迫ってきましたので、この辺で終わりにしたいと思います。



会費の納入をお願いします！

今月は会費の納入月です。同封の振り込み用紙でお振り込みください。会費は以下のようになっています。

- 入会金 1000円（入会時のみ）
 - 年会費 6000円（途中入会の場合 1カ月500円×月数）
 - 賛助会費 個人6000円以上 団体10000円以上
- *会員・賛助会員には年4回の会報をお送りします。

会員以外で会報を定期購読希望の方

会報購読費 2000円（年4回の会報をお送りします）

よろしくをお願いします！

