



緩和ケアなんて受けたくありません。もう希望がないということですか？



イラスト：さかいゆは

私は、抗がん剤などの治療方針について話し合うとき、「緩和ケア」についてもお話しします。説明に使う文書には、「どんな場面でも、『緩和ケア』は必ず行います」と書いています。

緩和ケアはネガティブなイメージ？

この説明をするとき、「緩和ケア」についてどんなイメージを持っているか、患者さんやご家族に聞いてみることもあります。ネガティブなイメージを持っている方が多いようです。

「私は緩和ケアなんて受けたくありません。ずっと治療を続けたいんです」

「緩和ケアを受けるっていうことは、もう私には希望がないということですか？」

というように言われることもあります。

緩和ケアには、次のような誤解があるようです。

- ✓ がんに対して行うのは、「治療」か「緩和ケア」かのどちらか、二者択一である。
- ✓ 「緩和ケア」は、「治療」をあきらめたあとに行うものである。
- ✓ 「治療」には希望があるが、「緩和ケア」には絶望しかない。
- ✓

「治療」か「緩和ケア」かの二者択一ではない

私は、これらのイメージを払拭できるように、説明していきます。

「緩和ケアというのは、すべての人に行う、最も大切な医療です。症状があったり、不安があったりして困っている方がいたら、手を差し伸べる。それが医療の本質です。どんな場面でも当然行うものなので、緩和ケアをしない、という選択肢はありません。かといって押しつけるわけではなく、あくまでも自然に行われるものです。こうやってお話をしているのも、広い意味で『緩和ケア』なんです。治療か緩和ケアか、という二者択一で考えるものではなく、緩和ケアに加えてどのように治療をしていくのかを考えることになります。抗がん剤を使うときもお休みするときもあるでしょうが、緩和ケアは、どんなときでも、ずっと続けていきます」



気持ちをラクにするのも緩和ケア

緩和ケアが具体的にどういうものかという、痛みがあったら痛み止めを使う、というような「症状緩和」がまず挙げられます。身体的な症状というのは多種多様で、原因も様々ですので、それを緩和するためには、薬を使うだけでなく、放射線治療、手術、理学療法など、いろいろな方法を駆使して対処します。

気持ちのつらさに対して、話を聞いたり、気持ちがラクになるような対処法を考えたりするのも、大切な緩和ケアです。抗がん剤治療などの治療方針に迷うときに、意思決定のサポートをするのも、抗がん剤治療の副作用対策をするのも、緩和ケアです。

食事や運動など日常生活にかかわるアドバイスをしたり、仕事と治療を両立できるように支援したり、今の体の状態でできることを増やしていけるようリハビリを行ったり、挙げればきりがありませんが、患者さんが自分らしく生きるのを支えるためのすべてが緩和ケアと言えます。「緩和ケアとは、医療そのものだ」と説明することもあります。

医師、看護師、薬剤師、公認心理師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなど、多くの医療従事者が緩和ケアを担います。患者さんが自分らしく生きるのを支える、という意味では、医療従事者に限らず、家族、友人、職場の同僚など、まわりの人たちも、緩和ケアを担う重要な存在となります。

緩和ケアは、すべての人の手の届くところにあり、無限の可能性を秘めています。がん医療において欠かせないものですが、まだ十分に活用されていないように思います。

緩和ケアそのものには、ネガティブな要素はほとんどないのに、誤ったイメージのために毛嫌いされているとしたら、とても残念なことです。緩和ケアは、自分らしく生きる支えになるものであって、うまく活用できれば、希望も見えてくるはずですが、「絶望の医療」ではなく、「希望の医療」なのです。

「終末期ケア」と重なるイメージ

それでも、「治療が希望、緩和ケアは絶望」というイメージは根強くあります。本当の緩和ケアは、いつでも、どこでも、誰でも、自然に受けられるもので、治療しているかどうかとは関係ないのですが、「緩和ケア」と「治療しないこと」がイコールだと考えている方が多いようです。

緩和ケア病棟に入院する際には、がんに対する積極的治療をしないことが条件になっていることも多く、それが誤解を招いているのかもしれませんが、緩和ケア病棟は、ホスピスとも呼ばれる、緩和ケアに特化した病棟・施設で、最期の時間を穏やかに過ごせるように「終末期ケア」が行われます。「終末期ケア」は、緩和ケアのとても大切な部分ですが、緩和ケアのすべてというわけではありません。

緩和ケアは、緩和ケア病棟だけで行われるものではなく、がんを診断されたときからずっと行われているものです。いろんな場面で、状況に応じて行われるのが緩和ケアであって、そういう広いイメージが浸透すればよいのですが、終末期ケアに特化したイメージも根強くあるようです。

「緩和ケア」という言葉には、「終末期ケア」のイメージが重なっているので、名前を変えた方がよいのではないかと、という議論もあります。名前だけの問題ではないでしょうが、「がんになっても、自分らしく生きるために必要なケア」のあり方を考えるきっかけとして、社会全体で適切な名前を議論してみてもよいのかもしれませんが。

本当の希望は「自分らしく生きること」

緩和ケアについての誤解が解けたとしても、「治療こそが希望」という根深いイメージがまだ残っています。そして、希望にすぐるように、つらくても効いていない治療を続けてしまうなど、このイメージが患者さんを苦しめることがあります。



治療というのは、がんに対処するために用いる「道具」です。道具を使うことが目標ではないですし、道具を使うか使わないかが希望と絶望を分けるようなことはありません。自分らしく生きるためにうまく活用するのが治療であって、けっして、治療のために生きているわけではありません。

本当に希望があるとしたら、それは、治療ではなく、「自分らしく生きること」にあるはず。まず、「自分が大切にしているものは何か」「これから優先してやりたいことは何か」「日々どのように過ごしていきたいか」を考え、それを実現するための道具として、治療を選択していきましょう。

治療という道具を使うのが希望、使わないのは絶望と、治療を中心に考えてしまうのではなく、自分の身の回りに、「本当の希望」を探してみたいかがでしょうか。日々の些細な出来事の中にも、うれしかったこと、昨日よりもよくなったこと、生きていてよかったと思うことなどがあるはず。

治療をしても、いなくても、緩和ケアという素晴らしい道具が常にありますので、それを活用しながら、本当の希望を見つけ、自分らしく生きていただきたいと思います。



高野 利実 (たかの・としみ) がん研有明病院 院長補佐・乳腺内科部長。1972年東京生まれ。98年、東京大学医学部卒業。腫瘍内科医を志し、同大附属病院や国立がんセンター中央病院などで経験を積んだ。2005年、東京共済病院に腫瘍内科を開設。08年、帝京大学医学部附属病院腫瘍内科開設に伴い講師として赴任。10年、虎の門病院臨床腫瘍科に部長として赴任し、3つ目の「腫瘍内科」を立ち上げた。この間、様々ながんの診療や臨床研究に取り組むとともに、多くの腫瘍内科医を育成した。20年、がん研有明病院に乳腺内科部長として赴任し、21年には院長補佐となり、新たなチャレンジを続けている。西日本がん研究機構(WJOG)乳腺委員長も務め、乳がんに関する全国規模の臨床試験や医師主導治験に取り組んでいる。著書に、「がんとともに、自分らしく生きる—希望をもって、がんと向き合う『HBM』のすすめ—」(きずな出版)や、「気持ちがいなくなる がんとの向き合い方」(ビジネス社)がある。

読売新聞の医療・健康・介護サイト

医療・健康・介護のニュース・解説 知りたい!

記事公開日:2023年8月13日



お出かけ好きで社交的、病気が少なく生活満足度が高い…かかりつけ歯科医を持つ人が健康長寿なワケ



日本人の寿命が年々、延びていく中で、人生の終盤に介護を必要とする期間は、平均で男性が約9年、女性は約12年(2019年)に及びます。加齢による病気や障害をできる限り先送りして、自立して暮らせる期間(健康寿命)を延ばすのに、かかりつけ歯科医が大きな役割を果たしていることが、東京都立大学などの研究で明らかになりました。健康寿命と口腔ケアの関係について、研究チームの星旦二・同大学名誉教授に聞きました。

(読売新聞メディア局 飯田祐子)



前向きで活発、社会的な生活

——研究の概要を教えてください。

東京都多摩市の高齢者約1万3000人を対象に、2001年から6年間にわたって生存日数を追跡するとともに、アンケートに回答してもらい、かかりつけ歯科医やかかりつけ内科医の有無、本人の目から見た健康状態や生活の自立度、外出頻度、要介護度などの関係を調べました。

——どのような結果が得られたのでしょうか。

調査開始から6年後の生存率を見ると、かかりつけ歯科医がいるグループは、男性83.4%、女性91.0%で、かかりつけ歯科医がいないグループに比べ、男性は4.1ポイント、女性は11.3ポイントも高かったのです。介護を必要としない人の割合も、かかりつけ歯科医がいるグループの方が高く、男性より女性の方により大きな効果が認められました。

かかりつけ歯科医がいる人は、そのほかのさまざまな指標においても、より健康で活動的な生活を送っている傾向がみられました。

以上の結果から浮かび上がった、かかりつけ歯科医を持つ人の特徴を並べてみます。

- ✓ 長生きで、介護の必要度が低い
- ✓ 自分の健康状態をおおむね良好だと感じている
- ✓ 現在の生活に満足している
- ✓ トイレや入浴など、身の回りのことを1人でできる
- ✓ 買い物や読み書き、お金の管理などに支障がない
- ✓ 週に3～4回は外出し、趣味の活動などを活発に行っている
- ✓ 友人や近所とのつきあいがある
- ✓ 病気の数が少なく、何らかの持病があっても、かかりつけ内科医のおかげでコントロールできている
- ✓ たばこを吸わない
- ✓ 口腔ケアの効果は全身に

——かかりつけ歯科医を持つ高齢者が、長くなった人生をいきいきと過ごしている様子がうかがえますね。多くの方が、かかりつけ内科医も持っているようですが、かかりつけ内科医にも健康寿命を延ばす効果があるのでしょうか。

私たちの研究では、かかりつけ内科医単独では、健康寿命を延ばす効果を明確に示すことができませんでした。かかりつけ内科医がいる人の多くが、もともと治療を必要とする病気を持っていたため、健康寿命の延伸効果が表れにくかったと考えられます。一方、かかりつけ歯科医については、そうした他の要因による影響を考慮しても、健康寿命を延ばす効果があると確認できました。



かかりつけ歯科医による健康上の利点を解説する星旦二さん



——健康寿命を延ばす力は、かかりつけ歯科医がかかりつけ内科医を上回る可能性があるわけですね。かかりつけ歯科医が、健康寿命の延伸にそれほど効果的なのは、なぜですか？

かかりつけ歯科医により健康寿命が延びる仕組みを明らかにするため、さまざまな要因が互いにどう影響し合っているのかを解析してみました。すると、かかりつけ歯科医を持つことで、〈1〉病気の数を少なく抑え、〈2〉生活の自立度の低下を防ぎ、〈3〉自身の目から見た健康状態を改善する……という三つの効果が得られ、その結果、健康寿命が延びていることが分かりました。

——口腔を専門領域とする歯科医が、どのようにして全身の病気や機能の低下を抑えているのですか。

むし歯や歯周病が悪化すると、十分な栄養がとれなくなり、人とのコミュニケーションにも支障が出て、心身の健康が損われます。さらに、動脈硬化、糖尿病、認知症など、さまざまな病気のリスクが高まることから、国内外の研究で明らかになっています。主なメカニズムとしては、歯肉から血管内に細菌が入り込み、全身に悪影響を及ぼすのではないかと推定されています。

私たちが、東京都港区芝歯科医師会との共同研究として、08年に東京都港区内の歯科医院27か所で受診した2800人を対象に調査を行った際には、患者本人のアンケートに加え、歯科医による口腔検査で歯垢の付着状態なども調べました。自宅での毎日のセルフケアと、かかりつけ歯科医院での定期的な受診を欠かさない人ほど、年齢の割に残っている歯の本数が多く、主観的な健康状態が良い傾向がみられました。

メンテナンスのために受診

——自宅でのケアをしっかりといて、特にトラブルがなくても、定期的な受診する必要があるのですか？

困ったことが起きた時だけ通うのでは、目の前の問題は解決できても、長年にわたって口腔の健康を維持することはできません。

治療ではなく、メンテナンスのために定期的にかかりつけ歯科医の診察を受けている人は、デンタルフロスや歯間ブラシなど、歯と歯の間を掃除する器具を使っている割合が高く、歯垢が少ないのです。専門家の指導で清掃器具の正しい使い方を学び、日々のケアの重要性を意識するようになるおかげと考えられます。

毎日、丁寧にブラッシングをしてフロスなどを使いこなしている人でも、自分では磨きにくい部位が必ずあります。プロによる定期的なクリーニングで、セルフケアでは取りこぼしていた隅々の歯垢と歯石を除去することが重要なのです。

——不具合が起きる前の「予防」がカギなのです。

がんのように、命に関わる病気の早期発見と予防にも、かかりつけ歯科医が役立ちます。

舌がんなどの口腔がんは、早期発見の場合の5年生存率が90%を超える一方で、本人が気づきにくく、発見時には進行がんとなっているケースが多いのです。欧米を中心に、定期的な歯科受診が生活に浸透している国では、歯科医が口腔がんの早期発見の役割を担うのは、「常識」です。

近年は、喫煙による歯周病の悪化を防ぐため、禁煙指導に取り組む歯科医がふえています。喫煙はさまざまながんのリスク要因ですから、かかりつけ歯科医の禁煙指導の広がりが、がん予防につながることを期待されます。



星旦二(ほし・たんじ) 1950年、福島県生まれ。東京都立大学名誉教授。福島県立医科大学卒業、東京大学で医学博士号を取得。国立公衆衛生院、厚生省大臣官房医系技官、ロンドン大学留学、東京都立大学教授などを経て現職。



医療・健康・介護のコラム 後閑愛実 & ゆき味「看取りのチカラ」

記事公開日: 2023年3月2日

原作&執筆 後閑愛実 漫画 ゆき味

「看取りのチカラ」第36話 「30年後にまた来ます」と言った息子 母の看取りで考えた自分の最期

看取りのチカラ

No.36 自分の最期を考える

入院していた患者さんが亡くなり、帰り際に患者さんの息子さんに言われた印象的な言葉があります。

「母の最期が良かったから、自分もここで看取ってほしいと思いました。だから、30年後にまた来ます」

理由を聞いて、お別れは寂しくもありましたが、とてもうれしい気持ちにもなりました。



苦しまず眠るように…

その患者さんは亡くなる数日前まで口から食べることができていました。徐々に食事量が減っていき、水分補給の点滴をしていましたが、息子さんが持ってきた甘いものなどは「おいしい、おいしい」と口にしていました。

食べ物を飲み込む機能が衰えていて、十分な栄養を口から摂取することが難しくなってきたとしても、経管栄養や高カロリー輸液は希望していませんでした。食べられる範囲で好きなものを食べ、衰弱して自然な形で亡くなることを望んでいたため、苦しまず眠るように亡くなった母親の最期の姿は、息子さんの望み通りだったのかもしれません。



自分の看取られ方を考える

30年後は、息子さんが患者さんが亡くなった年齢になる頃です。それまで生きているかわからないし、今のスタッフたちはおそらくほとんど働いていないでしょう。

病院が「あそこは母さんが死んだ縁起が悪いところ」となってしまうと、家族は病院を頼りにくくなってしまいます。でも、「何かあったら、あそこを頼ろう」という安心できる場所があれば、家族はそれまで生きることに専念できると思うのです。

大切なひとの看取りを通して、自分の看取られ方も考えていきましょう。





死には決められないが、生き方は話し合える

死なないことを目標にすると、必ずうまくいかなくなります。人間は必ず死ぬからです。

死なないことを目標にして過度な点滴や栄養を入れると、体重が短期間で10キログラム以上増えて体がブヨブヨになる、むくんで弱くなった皮膚がずりりとむける、多量のたんで呼吸が苦しくなることもあります。

終末期は点滴をしても栄養が吸収されずに低栄養状態になるなどして、口中が荒れて口中が血だらけになることもあります。

過度な延命治療をしなければ、ひどくなる前に命がつきますのですが、長引かせると本当に痛々しい姿になってしまいます。その姿は、遺された者のその後の人生に大きな影を落とすこととなります。逆に苦しまなかった、穏やかな最期を迎える姿は、遺された者の癒やしや救いになります。

死を避けることができないからこそ、元気なうちから最期までどう過ごしたいか、自分の大切にしていることなどを家族と話し合い続けていくことが必要です。

全ての人にとっての最高の看取りというものはありません。死ぬ場所は「家」がいいのか、「病院」がいいのか、どちらとも言えません。その人がどう過ごしたいかによって、場所も変わってきますし、受けたい医療も変わってきます。

多死社会に向けて

これからますます高齢者は増え、亡くなる人が増える多死社会が訪れます。その多死社会が恐ろしく悲しい時代となるのではなく、「いい人生だった」「あんな最期がいいよね」と言えるような、死とうまく付き合っていく時代となることを願っています。あなたはどう生き、どんな最期を迎えたいですか？（後閑愛実）

<今回のポイント>

・死は誰にも訪れるもの。自分はどう生き、最期までどう過ごしたいかを話し合っておこう。



原案・執筆 後閑愛実(ごかん・めぐみ) 看護師。群馬パース看護短期大学卒業後、2003年より看護師として病院に勤務。1000人以上の患者と関わる中で、様々な患者を看取(みと)る。看取ってきた患者から学んだことを生かし、看護師をしながら、13年から看取りの際のコミュニケーション方法について、研修や講演を通して伝えている。著書に「後悔しない死の迎え方」(ダイヤモンド社)。「終活！送る人、送られる人もホッと満足できる本」(明日香出版社)がある。

作画 ゆき味(ゆきみ) マルチクリエイター。2017年、多摩美術大学卒業後、フリーの作家として、立体造形・映像作品・グラフィックデザイン・漫画制作を中心に活動。漫画やイラストの制作、MV制作、オリジナルキャラクターグッズ、広告やパッケージのデザインなど、幅広い制作を手がける。「まんがでわかるはじめての看取りケア」作画担当。NPO 法人さかうえのプロモーション動画「加部安の時計～天明の祈り～」制作、編集担当。19年、YouTubeに「ゆき味アートチャンネル」を開設。



“終末期”の生を支える(1) 緩和ケア医・関本雅子さん 息子・剛さんのみとりで気付いたこと

記事公開日：2023年03月29日



緩和ケアの草分けとして活動してきた医師・関本雅子さんは2022年、末期がんの息子で同じく緩和ケア医の関本剛さんのみとりを経験します。医師としての判断と、母親としての気持ち。患者が最期まで自分らしく生きるために、周囲はどう支えればいいのか。日々を見つめました。

緩和ケア医の母が直面した息子の末期がん

神戸のクリニックで緩和ケア医として働く関本雅子さん（73）は、これまでにおよそ3500人を見とってきた、日本の緩和ケアの草分け的存在です。

息子の関本剛（ごう）さん（44）も母親の背中を追って緩和ケア医となり、同じクリニックで働いてきました。終末期を迎えたがん患者たちに、親子で向き合っています。

しかし、2019年の秋、剛さんはせきが続くことが気になり検査をしたところ、肺にがんが見つかりました。

がんは脳にも転移。医師から「残された命は2年」と告げられました。

「これを見て、もう絶望でしかなかったというか、死ぬなと思いました。そのうち死ぬ、もう治るものではない」（剛さん）

「最悪のことを考えて、これからどうしたらいいんだろうとか、そんなことがいっぱいいっぱい頭の中をめぐっていました」（雅子さん）



緩和ケア医
関本 雅子さん(73)



緩和ケア医
関本 剛さん(44)



ここから白いのがモコモコと これです

「肺のCTの画像で、ここから白いのがモコモコと。これががんです」（剛さん）



“その人らしさ”を大切にする終末期医療

雅子さんは、患者の自宅に足を運ぶ訪問診療に力を入れています。患者が最後のときをどのように過ごしたいと考えているのか、丁寧に把握するためです。(たとえば「最期まで」のように、「死」に言い替えられる場合のみ最期という漢字を使うことにします。)

「その人らしさを大事にしたい。今の時点で本当に何を望んでいるのかを、なんとか上手に聞き出す」(雅子さん)

常に100人以上の患者を抱え、日々多くの家を訪問している雅子さん。何より大切にしているのは、患者本人の意思を尊重することです。

乳がんを患う由紀子さん(57)は抗がん剤治療を続けてきましたが、肺に転移したがんの影響で呼吸がしづらく、外出が難しい状態でした。

しかし、長年、舞台の鑑賞を何よりの楽しみにしてきた由紀子さんには、どうしても行きたい公演がありました。

「私がこうやってお芝居とか見に行くのが好きやっていうのを、甘やかしてください。何でも『いいいいよ、頑張り頑張り、できるときはやっとき』と言ってくださるので、すごくありがたいです。優しい。お母さんって言ったら、お若いから怒られそうやけど、お姉さんとして」(由紀子さん)

念願の公演へでかける由紀子さん。雅子さんが、持ち運べる酸素ボンベを手配し、薬も調整してサポートしました。体調が悪化したときの対応も相談したうえで、患者の願いに応えました。

「命の長さが短いということは現実にあるので、私ならばその間にやりたいことをやりたい。心配して何もしていないよりは、やりたいことをやるほうが、生きがいとしてはいいのかなと思います」(雅子さん)

その2か月後、由紀さんは、静かに息を引き取りました。

母と子 それぞれの受け止め

もともと麻酔科医として働いていた雅子さんが緩和ケア医へと転身したきっかけは、がんを患っていた父親の死でした。

35年前のある日、父親が自宅で意識を失って倒れ、救急搬送されます。医師として自ら対応した雅子さん。回復の可能性は低いと思われたものの母親の希望もあり、延命処置を続けました。



関本さんと患者の由紀子さん



公演にでかける由紀子さん





「気管内挿管をして、人工呼吸器をつけて馬乗りになって、心臓マッサージをしました。母が『何をしてでも生かしてほしい』と言っていたので、それに応える形です。心臓マッサージをしながら『この人（父）は望んでないな』と思いながらやっているんですよ。それは強烈に残っていて」（雅子さん）

最期の対応は、父親の望むものだったのか。かえって苦しみを増してしまったのではないかと。本人の意思を確かめていなかったことを、雅子さんは後悔しているといいます。

「突然意識がなくなる可能性もあるから、たとえば『人工呼吸器までつける』みたいな話はしときたかったなと思いますよ。もっと静かに穏やかに逝かせてあげたかった」（雅子さん）

そんな雅子さんが直面することになった、息子・剛さんのがん。

雅子さんは、これまで経験したみとりのなかでも、特につらかった記憶ばかりが脳裏に浮かぶようになったと話します。

「亡くなる直前の方たちとずっとお付き合いしてきているので、やっぱり絵が浮かぶんです。ゼーゼー苦しいって言ってらっしゃる方とか、脳転移があるので人格が崩壊してきた方とか、そういうのが全部重なって見えてくる。払いのけようと思うんですけど、やっぱり浮かんできてしまうんですね。どんなパターンになるかわからないけど、剛らしくなくなってしまいうんじゃないかという恐怖感があります」（雅子さん）

一方で、自らの病状を受け止めていた剛さんは、抗がん剤が効かなくなったら、そのあとは積極的な治療は受けなくていいと考えていました。

「結局、薬が使えなくなっていくんだろうとは思いますがね。そのときにあまり後悔がないように、心づもりはしておきたいなと思いますけど」（剛さん）



延命措置をめぐる決断

2021年4月。残りわずかなときを親子水入らずで過ごしたいと、雅子さんと剛さんは温泉旅行にでかけました。剛さんにどうしても聞いておきたいことがあった雅子さんは、夕食のときに切り出します。

雅子：聞きたいこと全部聞かぬ。普段、外来（の仕事）を一緒にしてるから大体あなたの希望はよくわかってるんだけど、在宅（療養）になったときに主治医どうする？熊野先生？

剛：熊野先生かな。

雅子：剛がいつも言ってるみたいに、剛の希望が確認できる間は希望に沿うけど、確認できないことがあったら、落ち着いて穏やかだったら、お家（で過ごす）。

剛：そやね。

雅子：家族が困っていたら、熊野先生と相談してPCU（緩和ケア病棟）へ。わかった。





最後のときを、どこで過ごしたいか。雅子さんは、剛さんが元気なうちに確かめておきたかったといいます。

それ以降、友人の誘いでライブに出演したり、スキーやフットサルにでかけたりと、忙しく予定をこなす剛さんの姿を見て複雑な思いにかられながらも、本人の意思を尊重しようとしてきました。

「楽しめる間はぜひ彼の人生しっかり楽しんでもらいたいと思うし。やっぱり楽しめない時期って最終的には来ると思うんですけども、そのときは医者としてというよりは親として手伝えることは手伝いながら見守りたいなとは思っています」（雅子さん）



ライブに出演する剛さん

2021年10月。医師から告げられた2年のときがたちました。最後に積極的な治療は望まないと話していた剛さん。雅子さんは今の気持ちを改めて問いかけてきました。

雅子：この2年を振り返って剛自身はどうなの？生き方としては。

剛：当初は、脳転移がめっちゃめっちゃショックやった。自分が自分じゃなくなってしまうような感じがして。でも、今はむしろ身体が苦しいよりは、脳転移で訳わからなくなってしまったほうが楽かもしれへん。

雅子：本人は楽かな。

剛：たまに脳転移の人で、お人形さんみたいになって、在りし日のその人ではないけど、ニコニコしてるような人がたまにいるやん。そうだったらそうだったで、寝たきりの寿命は延長したくないと思ってるけど、ニコニコしてるくらいやったら、妻と子どもたちに任せてもいいのかな。「点滴してもいいから、もうちょっと長生きさせてください」って言うんやったら。

雅子：その通りにしたらいいってことやね。

もし妻と子どもが延命処置を望むなら、その気持ちに任せたい。剛さんのなかに、これまでと違う気持ちが芽生えていました。

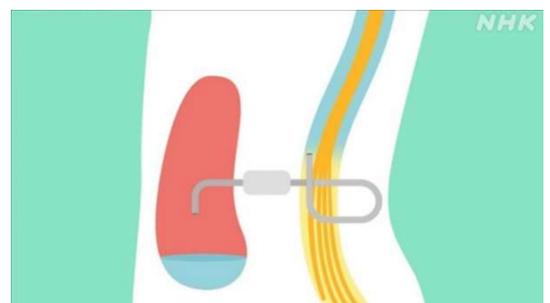
2022年2月。剛さんは仕事を続けていましたが、頭痛やろれつが回らないという症状に苦しんでいました。

そして翌月、剛さんの容体が急変しました。がんの影響で脳の中の髄液が増えすぎてしまい、意識を失ったのです。家族が集まった話し合いの場で、病院の医師から手術を提案されました。

脳内の髄液を背中を通して排出できるよう、腰からおなかへ管を通すという手術。意識が戻る可能性がありました。

もともと、最後に積極的な医療は望まないと話していた剛さん。雅子さんは深く悩みます。

「緩和ケア医として見ていて、もう限界、それこそ1か月もたないかな、数日が数週間ぐらいの状況のときに、薬でなんとかならないなら、そこまでという感じを今までもっていたので、あの時点で息子が手術を受けることに対して、本当に改善するのかなと疑いの気持ちも半分にはありました」（雅子さん）



手術のイメージイラスト





緩和ケア医としては、体に負担のかかる手術をためらった雅子さん。一方で剛さんの妻は、回復の可能性があるならと手術を希望します。雅子さんも母親としては同じ思いでした。

医師と家族で話し合い、最終的に手術を決断します。

「命はもうかなり限界に近づいている。あと症状がどこまで戻るかは保証の限りではないということ言われました。だから『やってみなきゃわからない』って言うことやったんですよ」（雅子さん）

その後、手術は成功し、剛さんは意識を取り戻しました。

退院して妻と2人の子どもたちとお花見へでかけたり、車いすに乗ったままサッカーボールを蹴ったり。久しぶりに妻の手作りカレーを味わったりなど、亡くなるまで家族や知人と穏やかな時を過ごしました。

「それはもう本当に宝石のような20日間やったなと思いますよ。素晴らしい日ですもんね、毎日がね」（雅子さん）

剛さんは2022年4月19日、45歳で永眠しました。



手術翌日の関本さん親子

息子のみとりを通して得た気付き

緩和ケア医として、母として、向き合った剛さんの死。その経験から、新たな気付きがあったと雅子さんは話します。

「ひとつ、すごく大きな変化が私の中に起こったんです。手術を受けたその日の夜から、簡単な会話ができるところまで、家族を認識できるところまで戻ったんですよ。手術のあと20日間で亡くなってはいるんですけど、残された20日間の命の重さ、日々の重さが私たちにとってはものすごくありがたかった。たぶん、彼にとっても最後にみんなとコミュニケーションがとれたのはとてもありがたかったと思ったんですね。緩和ケア医として、手術をギリギリの段階で受けることに対して認識がすごく変わりました。終末期に手術はいらないんじゃないか、逆につらいんじゃないかと思ったんですが、手術によって数日でも日常生活がよくなるのであれば、（患者に）おすすめしていいんじゃないかって」（雅子さん）

雅子さん自身が、息子・剛さんのみとりを通して得たもの。それは悲しみだけではありませんでした。

「最期を穏やかに、ということが残された家族にとってこんなにありがたいことだと、それはもう本当に実感しました。ご遺族の方とお話をしても、本人の願いがいくつかかなえられて亡くなっていかれたら、ご家族もその死を受け入れやすくなると、よくおっしゃっていましたね。大きなことじゃなくていいんですよ。小さな希望でいいんです。たとえば『とんかつが食べたい』と言って、食べられたらそれでもいいかなと」（雅子さん）

終末期でも、患者本人の希望をかなえられるようにすること。そのためには、丁寧なコミュニケーションが欠かせないと雅子さんは強調します。

「短期間のお付き合いでも、昨日思っていたことが今日は変わってしまっている。患者さんの状況が変わることによって、ご家族の気持ちも変わることはよく見られます。本当に、頻回に話し合うこと、本音をできるだけすくい上げていくことがとても大事です」（雅子さん）

今も日々、多くの患者の家を訪ねている雅子さん。

「患者にとっても、家族にとっても、後悔のない最期を迎えてほしい」。息子・剛さんから教えられたことを胸に、これからも伴走します。



※この記事はハートネットTV 2023年2月8日放送「“終末期”の生を支える 第1回 ある緩和ケア医の現場から」を基に作成しました。情報は放送時点でのものです。



記事公開日: 2023/07/18

日本臨床腫瘍学会学術集会・PAP 応用講座より 3

治験に参加する前に知っておいて欲しいこと



第20回日本臨床腫瘍学会学術集会が3月に福岡市で開催され、がん患者・家族、市民を対象にしたペイシエント・アドボケイト・プログラム（PAP）が実施された。学会と一般社団法人がん患者団体連合会が共催し、医学研究・臨床試験等における患者・市民参画（PPI: Patient and Public Involvement）の推進などを目的に企画されたPAP 応用講座3では、北里大学医学部附属新世紀医療開発センター教授の佐々木治一郎氏が、「治験に参加する前に知っておいて欲しいこと」をテーマに講演した。

臨床研究には観察研究と介入研究がある

臨床研究、介入試験、観察試験、治験など、がんに関係する医学研究には様々な言葉が用いられる。佐々木氏は、言葉の整理から講演を始め、「臨床研究は、日常臨床における問題意識であるクリニカルクエスチョン（臨床的疑問）、リサーチクエスチョン（研究疑問）に立脚して、臨床の現場で行う研究です」と説明した。

臨床研究には大きく分けて、観察研究と介入研究の2つがある。観察研究は、データを集めて日常臨床で行われる治療の効果やその予後を観察する研究方法を指す。例えば、「今まで占いに来た5000人を観察したところ、血液型がB型の男性は、O型の女性よりも10倍くらい怒りっぽいことが分かった」というのは観察研究だ。ただ、観察研究では、要因と結果との相関の強さは定量的に測定できるが、その因果関係を証明（検証）することはできない。つまり、それだけではB型の男性であることが怒りっぽさの原因とは断定できないわけだ。

観察研究には、後ろ向き研究と前向き研究がある。過去のデータを振り返って解析するのが「後ろ向き観察」、将来に向かって一定の条件を満たす症例を登録し解析するのが「前向き観察」だ。特定の集団に対して、ある一時点でのデータを収集して解析する場合は「横断研究」と呼ぶ。

一方、「介入研究は、研究を目的として実験的、試験的に治療など介入を行うことです。臨床試験という形で行われることが多く、原則として、どちらが悪いかわからないなどネガティブなものを目的とした介入研究はしてはいけないことになっています。先ほどの例でいうと、ある市に住む5万人の中から年齢を調整して、B型の男性とO型の女性を5000人ずつ無作為に選んで、痛みを伴う刺激を与えて怒りやすさを測定するテストを受けてもらい、起こりやすさに有意な差があるかどうかを前向きに検証するのが介入研究です。介入研究である臨床試験は、倫理性と信頼性、科学性の3つの要素を満たす必要があります」と佐々木氏は解説した。

治験と特定臨床研究は守るべき法律が異なる

日本では、研究不正を防ぐために、2017年に臨床研究法が制定された。この法律では、「医薬品等を人に対して用いることにより、当該医薬品等の有効性、または安全性を明らかにする研究」を臨床研究と定義している。ただ、臨床研究法が定められる前から「医薬品医療機器等法（薬機法：旧薬事法）」という法律で様々なルールが決められている治験及び厚生労働省令で定める研



究は、臨床研究法の対象外だ。

「ややこしいのですが、日本で臨床研究というときは、ヒトに対して行われる研究全てを含む幅広い定義以外に、臨床研究法で定義されている狭い意味での臨床研究があるというのを頭の中に入れておかないといけません。そして、臨床研究法がカバーしているものの中で、医薬品等の製造販売業者から資金提供を受けて実施するもの、未承認薬、あるいは適応外の医薬品を使う臨床研究を『特定臨床研究』と呼びます」と佐々木氏。

治験と特定臨床研究は、未承認薬を使う点が共通しているものの、倫理基準となる法律が異なるわけだ。厚生労働省のホームページには、「薬の候補を用いて、国の承認を得るための成績を集める臨床試験を特には特に治験と呼びます」と書かれている。つまり、新薬や新しい医療機器について、国に承認を得るために行われる臨床試験のみが治験で、それ以外の目的で未承認薬や適応外薬を使う場合には特定臨床研究となる。

段階を経て有効性と安全性が証明された治療のみが臨床現場へ

新しい薬が誕生するまでには、細胞実験、動物実験による前臨床研究でその候補が絞られ、その後治験に入って第I相試験、第II相試験、第III相試験と段階を踏み、長い年月がかかる。臨床試験で効果と安全性が証明された薬や新規治療法だけが厚生労働省の審査を経て承認され、臨床現場で患者の治療に使われる。

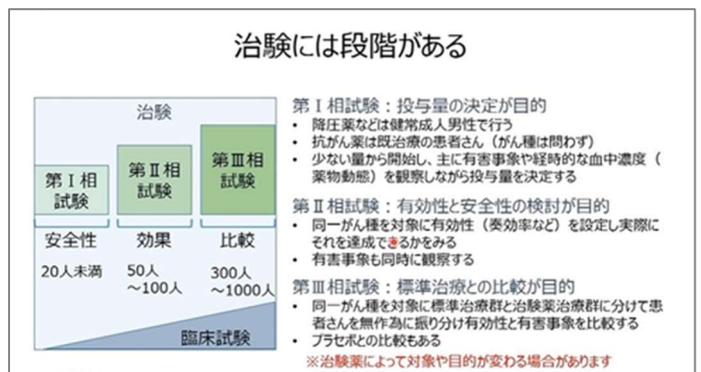
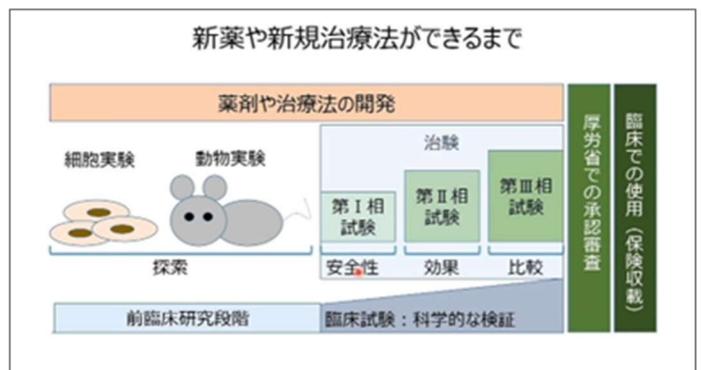
企業治験では、まずは製薬企業が厚生労働省に治験届けを提出し、治験実施医療機関を選定する。選ばれた治験実施医療機関の当該診療科では、治験を受託する場合には治験審査委員会（IRB）で倫理性、安全性、科学性を審査し問題がなければその製薬企業と契約をし、治験がスタートする。

第I相試験では健康な男性を研究対象とするのが一般的だが、抗がん薬の場合は、がんの患者を対象に実施し、少ない量から投与を始め、有害事象、副作用がないかどうか、定期的に血中濃度（薬物動態）を測定し、投与量を決定する。第II相試験では、ある程度の人数で有効性（奏効率など）と安全性を確認し、それが検証できたら、標準治療と比較する第III相試験へ進む。

国際共同治験はスタートまでに時間がかかる場合も

「希少がんや非常にまれな遺伝子異常に対する薬などは、第I相試験と第II相試験の結果だけで承認を得られることがあります。また、近年、グローバル試験と呼ばれる国際共同試験がよく行われるようになりました。プロトコール（手順）や同意説明文書が英語で来るので、日本語版への翻訳、日本の診療システムとの適合作業などに時間を要する場合には、通常国内試験よりも開始までに時間がかかる場合があります」と佐々木氏は指摘した。

臨床試験に参加するときなどには、診断時に用いた組織検体や血液検体を付随研究に用いるといった内容が説明文書に書かれていることがある。佐々木氏は、「例えば、付随研究のために組織検体が海外などへ送られ、通常診療で用いるかもしれない検体が、戻って来ない可能性があります。また、付随研究に使うために採血が増える場合がありますので、説明文書はよく読んでそれに同意するかも考える必要があります」と注意を促した。





第III相試験では、無作為に試験薬治療群と標準治療群に分けられるが、研究対象者を2対1に分けるなど振り分ける人数の割合は1対1ではないことも多い。一般的には、どちらに振り分けられたのか研究対象者も医療者も分からない二重盲検法が取られる。

さらに、臨床試験には、非劣性試験と優劣性試験がある。「副作用が軽いなら、臨床試験で効果が同等であることを示せばいいわけで、これを非劣性試験と言います。標準治療に比べて、新しい治療は全く違う副作用があっても少し強いかもしれない

ときには効果が高くないとメリットがありません。その場合には、優劣性試験として、標準治療よりも効果が上乗せできるということを証明するような試験デザインになります」と佐々木氏。

なお、臨床試験に参加するときには、同意撤回の自由と個人情報の保護が保証され、同意を撤回しても不利益を被ることはない。治験に関与する人には守秘義務があるので、個人情報は守られる。臨床試験のために集められた診療情報が第三者に使われる場合があるが、その際にも、個人情報の保護が最優先される。

治験に参加しても医療費が無料になることはない

治験とそれ以外の臨床試験の大きな違いは、前述のように、守るべき法律とルールが異なることだ。治験は、薬機法の下での厚生労働省令で、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」（GCP [Good Clinical Practice] 省令）で細かくルールが決められている。GCPは、国際的に合意された治験のルールに準じている。

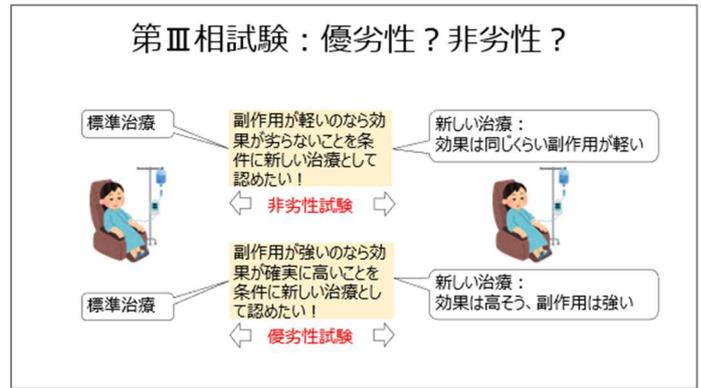
治験依頼者は、企業治験の場合は医薬品を開発または販売する企業、医師主導治験の場合は医師や臨床試験で、医薬品医療機器総合機構（PMDA）が審査を行う。研究対象者は、一般診療に比べて検査の回数や日程がきっちりきまっているなど、守らなければいけないことが多いものの、特に企業治験の場合は、臨床研究コーディネーター（CRC）が相談に乗るなどサポートしてくれる。

ところで、治験を受けるときには医療費が無料になると考えている人もいるのではないだろうか。「治験に参加すると、費用負担が減ることはあるのですが、医療費の自己負担分が全て無料になるわけではありません。負担軽減費という交通費に当たるような費用が外来通院や入院1回当たり7000円ぐらい支払われることがあります。また、保険外併用療養とって、治験のために必要な検査や薬の費用は保険診療の対象にならず、治験依頼者が負担し、それ以外の検査や治療には保険診療で受けられます。そのため、結果的に医療費の自己負担額が低くなる可能性があります。ただし、医師主導治験は予算が少ないため、負担軽減費や治験依頼者による検査料などの負担はないことが多いので注意が必要です」。

佐々木氏はそう話し、臨床試験に参加するメリットについて、こうまとめた。「メリットは、最新の治療になるかもしれない治療を安全な枠組みの中で受けられる可能性があることや、自分と同じような病気の将来の治療法の開発に関して社会に貢献できることです。つまり、参加者に使用されたお薬が、次世代の中心的新薬になり社会に大きく貢献する可能性があるというのが一番のメリットで、実際に治験に参加した方のアンケートでは、参加したことで治験のイメージがよくなった人が7割近くになったとの報告もあります」。

PAP 応用講座の参加者からは、医師主導治験と企業治験の違いについての質問が出た。佐々木氏は、「一番の違いは資金です。例えば、薬の適応を拡大してほしいと医師が考えたときには、最初は企業に頼みに行きますが、企業が治験を実施してくれないときには医師主導治験を行います。医師主導治験は資金面が厳しいので、負担軽減費などが出せないことも多いです、プロトコール（手順）をできるだけ保険診療に合わせるような形に変えることもあります」と回答した。

佐々木氏は講演の最後に、治験の情報を探すサイトを紹介した。治験については、担当医に相談すると共に、下記のようなサイ





トの情報も参考にしたい。

- ・日本製薬工業協会(製薬協)の治験情報検索：https://www.jpma.or.jp/about_medicine/shinyaku/tiken/search/
- ・国立保健医療科学院臨床研究情報ポータルサイト：<https://rctportal.niph.go.jp/>
- ・厚生労働省 治験などの情報について：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/inform.html>



福島安紀(ふくしま・あき) 医療ライター。1967年生まれ。90年立教大学法学部卒。医療系出版社、サンデー毎日専属記者を経てフリーランスに。医療・介護問題を中心に取材・執筆活動を行う。社会福祉士。著書に「がん、脳卒中、心臓病 三大病死亡 衝撃の地域格差」(中央公論新社、共著)、「病院がまるごとやさしくわかる本」(秀和システム)など。興味のあるテーマは、がん医療、当事者活動、医療費、認知症、心臓病、脳疾患。

患者に安易な励ましは NG 傾聴だけで救われる

向き合う 記事公開日: 2023年3月14日

写真家 幡野広志さん(1)

日本経済新聞



ぼくはどこにでもいる一児の父だ。仕事は写真家をしている。たまにこうやって文章を書く。趣味は料理と手品と皿まわしだ。それからがん患者でもある。34歳のときに多発性骨髄腫という血液がんにかかっていた。現在も治療はしているものの、残念ながらぼくの病気は治らない。

父親であることだって、写真を撮っていることだって普通だ。がんという病気は1年間に約100万人がかかっている。普通と言えば普通だ。ただ30代でがんになるのはめずらしいかも。人間誰だって一つ一つの経歴は普通なんだけど、普通がいくつか重なるからめずらしい人やおもしろい人になる。

そもそも病人の話を書くのはおなじ病気の人が、その家族の人になりがちだ。病気の話は関心がなければつまらない。だけど病気がなったらどうなるかを一番知った方がいいのは、病気と関係のない人だ。

大きな地震がきたら落下物から身を守り、海から離れることを知っているように、病気のことも知っておいてほしい。がんという病気は個人に起きる大災害のようなものだ。人生がガラリと大きく変化する。

まず知っておいてほしいことはがん患者に「頑張れ」という声掛けはやめたほうがいい。すでに限界近くまで頑張っている。「頑張れ」という言葉をかけられると本当にきつい。

対処法として、ぼくは本気で頑張らないようにしている。本気で頑張らない状態だと「頑張れ」と言われても「たしかに、頑張ろうかな」という素直な気持ちになれる。

「神様は乗り越えられない試練は与えない」なんて言葉もやめたほうがいい。こういった根拠のない安易な励ましの類は一切やめたほうがいい。

どんな言葉をかければいいのか？ そもそも言葉をかけるのではなく、言葉を聞けばいいのだ。みんな言葉をかけて励ましたがるけど、話を聞いてはくれない。がんになったときは絶望感と孤独感でいっぱい。話を聞いてくれるだけで救われるのだ。

幡野広志(はたの・ひろし) 写真家。1983年生まれ。日本写真芸術専門学校中退、広告写真家の高崎勉氏に師事。2011年に独立。16年に長男が誕生したが17年に多発性骨髄腫と診断され、余命3年を宣告される。著書に「ぼくたちが選べなかったことを、選びなおすために。」など