

特集にあたって

～知識・経験の狭間にがん患者さん・ご家族を
落とすことなく支えるために

宇井睦人

1 本特集が誕生した経緯

本特集のテーマ「がん診療～日常診療と緩和ケアとの狭間を埋めよう」は逆説的です。

なぜなら、WHO（World Health Organization）の緩和ケアの定義では対象となる疾患はがんだけに限らず¹⁾、また近年の研究から「早期からの緩和ケアはQOL（quality of life）を改善するだけでなく生存期間も延長する可能性がある」²⁾とされることから、緩和ケアは患者さんががんと診断された直後から考えられるべきことであり、日常診療とがん患者さんへの緩和ケアに“狭間”などはそもそも存在するべきではないとも考えられるからです。

しかし実際のところは、化学療法や放射線療法など日常的にがん診療を行う環境でなければがんに関する知識のアップデートは止まりがちです。「診断はできたとしても、手術などの積極的治療を行う時期と、終末期と考えられる時期との狭間で、実は知らない治療法や知識がたくさんあるのではないだろうか？」という疑問が浮かんだことが本特集を組むきっかけになりました。

例えば、「手術はできなくても〇〇〇という治療でQOLが改善する可能性があります」などと、本来は提示すべき選択肢を医療従事者も患者さんも知らないままに、“よいお看取りでしたね”と満足してしまっている例があるのではないかと危惧したのです。

2 本特集の項目について

本特集では患者さんの日常生活やご家族の価値観をじっくりと時間をかけて把握しやすい立場にいる、プライマリ・ケアに従事している方にこそ実践してほしい考え方や知識をまとめるとともに、緩和ケアを取り巻く潮流にも一石を投じたいと感じ、項目を厳選しました。

まず冒頭では、がん治療などを経験されてきた榎本悦子さんに“患者さんからのメッセージ”をお願いしました。それは「医療は患者さんがいるからこそ必要なものとも言えるのだから、患者さんの生の声を載せるのならば一番はじめに読んでいただくのがよいのでは」と考えたか

らです。これまでのご経験を通して感じられたこと、漠然と考えていたとしても多くの患者さんはあまり言葉にされないこと、それゆえ医療従事者も気づかず忘れがちなことを明瞭に言語化されています。ぜひその一文一文を噛みしめ、普段診療されている（もしくは“されていた”）患者さんたちの顔を思い浮かべながら、じっくりとお読みください。

それは、読み手の方の“狭間”を埋める心の準備にもなるものと考えています。

前半では、“狭間”を埋めるために必要な知識やコツを4名の先生方にご解説いただきました。相木佐代 先生には、どのようなタイミングでどのように実践するかが難しい“advance care planning実践のキモ”についてご解説いただきました。大阪弁の親しみやすいお人柄も反映してか、ここまで具体的な声かけのしかたに踏みこんでわかりやすく記載された文章は類を見ないのではないかと思います。

大山 優 先生には、患者さんが使用する頻度は高いけれども、非専門医が苦手意識をもってしまうことも多いがんの化学療法について整理していただきました。これを知っていればがん診療をある程度行うことができるようにとまとめていただいた「知っておくべきがんのかんたん知識」など、非専門医に必読の内容が満載です。

内野三菜子 先生には、非専門医にはあまり馴染みがなく、その適応さえもなかなか思いつきにくいがんの放射線療法について、わかりやすく多彩な症例を通してまとめていただきました。愛のムチで叩かれるように刺激的で、それでいて心と記憶に突き刺さる文章と症例集を、ぜひご堪能ください。

早坂啓伸 先生には、緩和ケアの概念をふまえたうえで、訪問診療を実践するときに留意していることをまとめていただきました。多職種連携の強みや、さまざまな予後予測ツール、また在宅で身につけておきたい手技や考え方などを、リアリティのある症例を通して学んでいただけるものと考えます。

後半では、総合診療医と緩和ケアの関係性について3名で解説しており、まず私が“緩和ケアに通じたジェネラリストの育成”について述べました。歴史的な流れをふまえつつ、非専門医でも緩和ケアを学ぶことで大きく広がる可能性を感じていただければ幸いです。

田中雅之 先生には、これまでほとんど緩和ケアを学んで“こなかった”若手総合内科医・総合診療医として、“1年間の緩和ケア・在宅ケア研修”で何を得て、どこまで変わることができたのかを記載してもらいました。今後、同様の緩和ケア研修を検討している方などにも大変参考になる、貴重な体験記となっています。

大中俊宏 先生には、精神腫瘍医・緩和ケア医としてがん患者さんやそのご家族のケアに尽力され、へき地でもプライマリ・ケアを提供されていたご経験から、緩和ケアと総合診療との類似性だけでなく、必要となる“異なる発想”にも着目してご記載をいただきました。そして今後の緩和ケアと総合診療などを取り巻く諸事情について、本特集のフィナーレを飾るにふさわしく俯瞰的にまとめていただいたと考えております。

執筆者の皆さまには、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

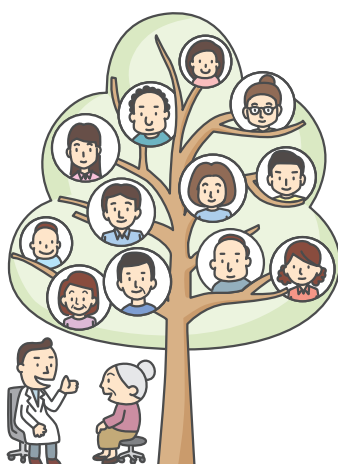


図 ◆ 家族の木

(文献3～5を参考に羊土社にて作成)

③ 緩和ケアの目から見た“家族の木”

ご家族は「第2の患者」と呼ばれることがあります。しかし緩和ケアに従事していると、その過酷な現状と待ち受けている未来に対する絶望がゆえに、「ご家族の方が第1の患者ではないか」と感じられるほど苦悩されているケースも少なくありません。

「患者さんの背後にはそのご家族がいることをイメージし、あわせてケアを行うことが重要である」という概念を模式化した“家族の木”³⁾ (図)。2人に1人ががんになるこの時代に、誰ががんに罹ったとしても、「木」の全員をわれわれの知識や経験の狭間に落とすことなく支えられるように願い、巻頭言といたします。

文 献

- 1) World Health Organization : Cancer : Definition of Palliative Care
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2016年4月25日閲覧)
- 2) Temel JS, et al : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363 : 733-742, 2010
- 3) 「家族志向のプライマリ・ケア」(SH マクダニエル, 他 / 著, 松下 明 / 監訳), 丸善出版, 2006
- 4) 「Family-Oriented Primary Care 2nd ed」(McDaniel SH, et al), Springer, 2004
- 5) 「The Family in Medical Practice」(Crouch M & Roberts L ed), Springer, 1987

プロフィール

宇井睦人 Mutsuhito Ui

川崎市立井田病院 総合診療科 / 緩和ケア内科

卒後10年間、診療内容としては緩和ケア・膠原病・感染症を含めた総合診療を学び、フィールドとしては大・中・小規模の急性期病院～療養型病院や離島・へき地の医療を経験してきましたが、なぜ医療を取り巻く状況について時代に適した変化や明るい展望が感じとれないのかを思慮し、政策や行政にも関心をもつようになっています。