

OPINION**ターミナルとがん医療**東海大学名誉教授 **三 富 利 夫****増えつつけるがん**

膨張しつつける医療費をいかにするか……。

わが国の医療制度とくに保険の今後のあり方が大きな問題となってきた。ニーズが拡大しながら、社会構造が次世紀には著しい高齢・少子化の時代に突入するのである。医療費の抑制策には効果が少なく限度があるところであり、現行の所得税方式でありながら、給付を一律平等とする、いわば所得の再配分方式になっていることも弾力的に考え直す必要性が出てきているのである。論議が高まりをみせつつあるが、とくに死因のトップを占めるがんに関連した、進行末期患者の医療について起こっている一般的意見には注目して整理しておく必要がある。

がん治療は対策として国家的プロジェクトまで生まれ診断、治療から予防にわたり進歩、改善が果たされ、がん患者全体の約半数が治癒する段階にかかわらず、死亡数の減少につながらないという厳しい現実である。

人口動態統計をみるかぎり、わが国のがん死亡は第二次大戦後は常に増加の傾向をつづけていて、他の主要な死因疾病—心大血管疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、肝疾患など—に比べて50年以上にわたって増減の波がなく、増加の一途をたどるのはがんのみに特異的である。

1996年度のがん患者の悪性新生物による死亡27.1万人は全死亡数の30%超に至った。そこから、がん患者のターミナル・ケアが一般社会で大きな話題となったのも当然のことといえよう。がん医療にあたる立場からは、この50年余の期間、疾患でも個々の点からは発症率も遠隔治療成績にも大きな変化があり、世界的にも似かよった傾向、成果が認められている。早い時期のがん発見と治療方式の開発と確立、多くの分野でのがん制御の進歩など治癒に向かったのアプローチはめざましいものがあり、決して停滞していたことはなかったのである。しかしながら、きわめて多数のがん患者が毎年死亡してお

り、がん罹患者の50%にとっては不治の病いであって、“End of Life”に対する関心の高まりが、医療側への要請となり、とくにその質についての対応が重みを増してきたのである。

ターミナルはどこで……

人生のターミナル（終末）をどこで迎えるかは、死に至る病いにも変遷があり、時代によって甚だ異なっている。歴史的に死を迎える施設としては中世ヨーロッパで宗教関係のものとして設立されたが、主に貧困層とか、重病者の隔離を対象としたもので、医療としての実質はほとんどなかったのである。わが国でも同様の施設の記録はあるが、医療あるいは介護の提供の役割を果たす内容をもつものではなく、明治時代に入って本格的に病院が誕生し、結核に対する療養所の設置につながったのである。大正から昭和・終戦時にかけては結核が猛威をふるい、年間10数万人の死亡があり、10万人比で200～230であって、これは現在のがん死亡よりも高率であり、その多くは病院の隔離床あるいは結核療養所で亡くなった。当時は有効薬、治療法がなく、大気安静と隔離のみの長期入院であった。1950年を過ぎ抗結核特効薬が出現、結核死亡は激減した。

1950年ごろは一般の死亡は約90%が家庭で亡くなる状況であったものが、保険医療の普及下に入院死亡の割合が急増し、1977年（昭52）には逆転して入院死のほうが多くなり、40年後の1990年には70数%以上となり、とくにがん患者に限ると93%以上を占めることになり、その後も減少していない。このような傾向は欧米でもほぼ同様で、理由の解析からは各国の医療供給の体制、保険制度などの相異から多様の因子が関与している。本邦の特徴としては他の先進諸国に比較して入院の在院日数が極端に長期であり、これが、同時に終末期の入院と在院死につながっている。保険制度、老人医療から長期入院を可能とする環境もあるが、患者-家族側からの需要も高いのである。大きな問題は家庭において死を迎えることが困難な状況にあることである。もともと住居構造から在宅療養に制約があったのであるが、今一つ、戦後においてはわが国の家-家族の形態が解体してしまっていて、死を迎える患者を支援する力がきわめて弱くなっているのである。かつては、一般的に人の死が身近に家庭で日常的なものであったので、伝統的な日本人の死生観が受け継がれ、育まれていたので、最近のように医療供給側が“死”に関する教育的関与を患者-家族に行うことなどはなかったことである。とはいえ、本人の希望がない限りは、在宅で身内、知人に囲まれてターミナルを迎えるのが、もっとも望ましい環境であろうことは変っていないと考えられる。在宅で医療を受ける、あるいは、在宅でホスピスの介護を受けている状況下から入院を必要とすることになる場合も少なくなく、その判断は要望の主体が複雑で困難を伴うものである。医療の施設、ターミ

ナル用の施設などが、患者側の個性のある多面的な希望に暖く、十分に応えるものになりうるとは考え難いのである。

インディアンの古老たちの精神を受けた詩 “many winters” : Nancy Wood に

Today is a very good day to die

Every living thing is in harmony with me……

なる章があるが、常のこのような思いがあれば、住みなれた土地で、穏やかで安らいだ死を受容できるのであろう。

“End of Life” 医療にできることは何だろう。現状はあまりにも病院の一般病床でのターミナルが多すぎる。

ターミナル期のがん医療

がんの臨床医にとって、積極的治療の方針を姑息的緩和医療に切りかえる移行はなかなか明確にし難いことである。同時にターミナル期に関してもどれくらいの期間が考えられたかについてみることに、かなりの幅があつて数週から数カ月にわたつて対応されているのが実態のようである。

元来、治せないと判断された明らかながん病巣を有する患者の治療は無難しいものであるが、わずかな可能性でも患者-家族の期待に応じて医療の料を尽すのが臨床医の基本姿勢である。余命の推測、判断はきわめて多種多様の因子が関与して困難なことであり、がんの種類、個体によって異なるほか、医療によつても大きく修飾され、全く治療を受けない、かつての自然史的ながん患者の経過はみられないといえる。

がん患者がいかように命を失うのかの、病態、直接死因の実態については病的に追跡されてきたが、近年はそれらの病態・病巣診断技術が進歩して、その過程をかなりの精度で臨床的に把握することが可能になってきた。

また、低侵襲的な負担の少ない治療技術の開発も目ざましく、有効な対症療法、致命病巣を緩解する治療などが行いえるようになったので、従来からは進行末期とされた状態から解放されて、質のよい日常生活をかなりの期間にわたつて送ることができる場合が少なくない。

がんの治療では治癒を目標とするのでまず遠隔成績を目ざし、かつ DFS のみが重視されがちであるが、当然のことながら、担がん状態での生存の改善も重要であつて、がんが static な状態に維持され、質のよい PS, QOL が求められる。

このようながん患者の延命に関して、最近は気になる発言がある。すなわち、無用、無益、無意味、無駄、単なる延命治療—がターミナル期のがん医療で行われるという言葉ががん患者-家族に関係なく、安易に、無思慮に一般紙面に載る風潮がみえる。対象が

数カ月にわたる生活に対しても、苦痛を与えるだけで、無理に生かそうとしている、自然死にさからって、2～3カ月生きながらえるだけといい、あげくには金儲けのための医療で、保険制度をあやうくしている、などの発言が頻回にみられる。医の本質とははなはだ隔った偏向的な表現であり、生命の尊厳をはなはだ軽視していて、医療側だけでなく患者をも侮辱するものといわざるをえない。患者-家族を尊重し、ターミナルのがん医療があることをよく説明、納得のうえで腫瘍臨床に努力している医師が多勢活躍しているのである。

患者側には積極的にこれらの医師たちにセカンド・オピニオンを聞く機会をもって、治療の方針を選択できるような態勢を是非もっていただきたいものである。提供される医療は優れたよいものであるべきで、治療の質が正しく認識、評価されなければならないのであって、ゆがめられた論議にまどわされてはならない。

ターミナル期のがん緩和医療

がん医療に医療費削減が関連してとり上げられることは理解できることなのである。米国においてもがん医療に関する医療費の増加は明らかで、“managed care”において抑制策の検討を行っているが、同時にその質と内容を保証する吟味の必要性がHMOでも課題といわれている。

進行したがんの臨床経過では急な症状をきたして、腫瘍学的に救急治療を要する病態が少なくない。多くは的確な診断・判断によって有効に病態を緩解し、良い機能を回復することが可能であり、患者を守る立場からは見逃さずに早くに情報を説明して対応することである。進行した担がん状態が即ターミナルを意味しないが、放置すれば短期に致命的になるのである。的確な治療対応によって、十分に日常生活を楽しみ、快よく過ごす機会を無為に失うことのないようにすべきである。

人の寿命は誕生から平均寿命を数えても3万日に満たないのであって、宇宙時間からはまさに一瞬のことかも知れない。一日一日の生命の価値判断は人の個性に帰属するもので、他の周りの誰もが“Futility”など決めることはできないのである。時間を漠然と無為に送る人もいれば、一日を永遠に近い一瞬一瞬として充実感をもつこともありうるのである。

単なる延命は意味なく、必要とせずという人はその個人の意向として限定されるもので、余人に関与することなく、強要する意見でもありえないのである。

提供される医療の質については常により良いものでなければならぬし、患者のQOLを保証することが基本にあるべきである。良い医療としては、質的条件として一対症的に苦悩を緩解し、病態の解除に有効でかつ低侵襲で負担がなく、生活機能が良好に維持

される, さらに高費用でなく, 自宅においても継続されうるなど一が必要である。

質の評価は医療提供者側は常に考えるべきことであるが, 主に retrospective に検討されるのが実際である。マニュアルに基づいたものとか, EBM (Evidence based Medicine) による情報に基づく診療が緩和医療の基本として強調されつつあるが, 比較対照の行われた資料の実体は乏しく, 現実的には内容をもっていないので, 将来の方向づけにとどまるものである。現在のがん診断・治療の技術的進歩は急速で, 分子生物学を中心とするがん病態の解明の目ざましい知見の集積が, 近い将来進行がん患者にも全く新しい応用と医療の開発が難問に燭光を与えてくれる日が近いことを期待するものである。