静岡県立静岡がんセンター公開講座

VOL.7 ＝完＝

古田里恵（こおだ・さとえ）
看護部長
1969年、静岡県立厚生専門学院看護学科卒業。73年、静岡県立中央病院勤務。同総合病院を経て、97年、静岡県健康福祉部がんセンター建設準備室に勤務、がんセンター開設準備に4年間従事。県立総合病院副看護部長を経て、2004年、県立静岡がんセンター看護部長。

がん看護のニーズ増大へ

一九八一年以降、がんはわが国の死亡原因の第一位を占めています。少子高齢社会を迎え、社会や環境問題の影響を受け、今後もがんは増加の一途をたどることが予想されます。二〇一五年には、新たにがんに罹患（りかん）する人は八十九万人に増加し、がん死亡者数は四十五万人、がんとともに生きる人々の数は五百万人を超えると、厚生労働省は予測しています。

今でもがん専門病院に限らず病院で仕事をする看護師の多くは、がん看護に携わっていますが、さらにがん看護のニーズは増大すると考えます。がん看護の特殊性と静岡がんセンターの看護の現状を紹介します。

がんであることは、患者さんばかりでなく家族にとっても、人生において最もストレスフルな出来事であり、がんとともに歩むことは、それまでの生活や人生を見直し、今後の人生の歩み方を問われる機会ともなります。

患者の自己決定権を尊重

看護師は、がん患者さんや家族ががんであることを現実的に受け止め、次々に訪れる危機的な出来事に圧倒されることなく、それらを乗り越えていくことができるよう支える役割を担っています。がん看護の特殊性を、五つのプロセスに分けて説明します。

①インフォームド・コンセントと告知

インフォームド・コンセント（説明と同意）の基本原則は、患者さんの自己決定権の尊重ですが、具体的には、自分に行われる医療行為を決定するプロセスに患者さんが参加することです。

このプロセスには二つの側面があります。一つは医療者からの詳細な説明であり、もう一つは患者さんの理解、納得、同意、選択です。看護師は、医師から情報を提供されて患者さんが自己決定するプロセスにかかわり、患者さんの権利の尊重のために具体的な役割を果たす必要があります。

②特殊な治療に伴う看護

がんの治療は主として手術療法、化学療法、放射線療法であり、これらの治療を組み合わせてより効果を高めるという集学的治療があります。

③喪失の脅威の危機に介入

がん患者さんの体験する主な喪失の内容は、形態・機能の喪失、自尊心の喪失、ボディーイメージの喪失など多岐にわたります。喉頭がんに併症などを早期に発見して適切に対処し、患者さんの心身の苦痛をできる限り除去、緩和する役割があります。また看護師は、患者さん自身が治療を十分に理解し、自ら治療法を選択し、主体的に治療に取り組めるようにかかわる必要があります。

④がんとの共生の過程を支える

がんとうまくつきあっていけるかは、がん治療と自分の生活との折り合いをつけながら、継続していけるかにかかっているといっても過言ではありません。外来通院治療や短期入院治療など、患者さんのライフスタイルを維持しながら、がん治療を継続できるような看護が必要となっています。

また、がん患者さんのがんとの共生のプロセスは、病院からの詳細な説明であり、もう一つは患者さんの理解、納得、同意、選択です。看護師は、医師から情報を提供されて患者さんが自己決定するプロセスにかかわり、患者さんの権利の尊重のために具体的な役割を果たす必要があります。

③喪失の脅威の危機に介入

がん患者さんの体験する主な喪失の内容は、形態・機能の喪失、自尊心の喪失、ボディーイメージの喪失など多岐にわたります。喉頭がんにより喉頭摘出を受けた人は、声を失い言語機能の喪失を体験します。言語的コミュニケーションが取れないことで他者とのつながりを今までのように保てなくなり、強い孤立感を抱くことになるかもしれません。

がんであることにより体験する喪失は、その人の均衡状態を揺るがし、不均衡状態を生じさせることもあります。看護師は、患者さんの不均衡状態を適切に把握し、必要な時期に適切なサポートができるように、患者さんや家族に働きかける役割を担っています。

④がんとの共生の過程を支える

がんとうまくつきあっていけるかは、がん治療と自分の生活との折り合いをつけながら、継続していけるかにかかっているといっても過言ではありません。外来通院治療や短期入院治療など、患者さんのライフスタイルを維持しながら、がん治療を継続できるような看護が必要となっています。

また、がん患者さんのがんとの共生のプロセスは、病院に限らず、家庭復帰、あるいは職場復帰、在宅療養生活、ホスピスなどさまざまな場で展開されています。それぞれの場での看護が継続的に行われるように、看護師はサポートしていく必要があります。

⑤QOLを高める援助

どのような病期、あるいは病状においても、患者さんにとって身体的苦痛の少ない状態で、心配や不安がなく自分が納得した治療あるいはケアを受けられ、自立した日常生活を営みながら、普段と変わることなく自分の社会的役割を果たせるよう援助することが大切となります。告知や治療に関する援助や苦痛症状の緩和を図ることが患者さんのQOL（生活・生命の質）の向上につながります。

緩和ケアにおいては、患者さんの身体的、心理的、社会的、霊的な側面を含めた全人的なケアが必要とされるため、看護師の担う役割は大きいと考えます。看護師は常に患者さんの側にいるので、痛みをはじめとするがんの諸症状のコントロールが最大限できるように、その症状の評価を行い、必要に応じて患者さんを取り巻く環境を調整する役割も持っています。

17部門に417人

静岡がんセンターは二〇〇二年九月に三百十三床で開院し、〇五年五月に五百九床、今年五月には五百七十七床になる予定です。看護単位は現在、外来部門（専門外来、通院治療センター）、中央診療部門（内視鏡、放射線治療、画像診断）、手術室、GICU（集中治療部）、臓器別病棟（十一病棟）、緩和ケア病棟（二病棟）の十七部門で構成されています。

看護師は今年二月時点で四百十七人おり、適切なケアができるように先の十七部門に配置しています。その中にはスペシャリストといわれる専門看護師が三人、認定看護師が十二人活躍しています。各種職種の者が連携して「その患者さんにとって最適ながん医療・看護」ができるよう努力いたしております。

がんの看護について

看護部長 古田里恵氏

がん治療についての最新情報を多角的に学ぶ県立静岡がんセンター公開講座「安心して受けるがん医療～最前線の現場から～」（静岡新聞社・静岡放送主催、同センター共催、スルガ銀行特別協賛）の第七回講座が、今月十二日、静岡市葵区の静岡市民文化会館で開かれました。同センター看護部長の古田里恵氏が「がんの看護について」、院長の鳶巣賢一氏が「生きることを考える」をテーマに講演しました。その概要を紹介します。なお、今年度の講座は今回が最終回です。来年度は、今年九月にスタートします。

鳶巣賢一（とびす・けんいち）
院長
兵庫県淡路島の寒村に生まれ、その後、大阪・京都・東京を転々とする。最初に経済学を勉強して（1974年、京都大学経済学部経営学科卒業）社会人になったが、自分にあった仕事を求めて、結局、医師を志す（82年3月、京都大学医学部卒業）。約20年を泌尿器科がんの臨床医として過ごし（同付属病院泌尿器、滋賀成人病センター、国立がんセンター病院）、3年前に静岡がんセンターへ赴任、現在に至る。

自己選択のために正しい情報を

地球の上で生きているすべての生物は「生き続ける」ことに誠実で真摯（しんし）であると思います。時に荒々しく残酷に、時に優しく静かに、「生き続ける」ことに精いっぱいです。そして、いつか、それぞれの命を終えます。

人の「生き続ける」姿は複雑で、人により、時期により、驚くほど異なりますが、やはり同じような営みを続けているとしか思えません。日々、状況は変化し、その中でさまざまな課題・リスクに遭遇します。生き続けている限り避け難いことです。そのたびに、複数の選択肢の中から、自分にとって最も有益で、納得のいく選択をしています。

生きている限り、リスクが避け難いとしたら、より豊富な情報をもとに、冷静に自分の判断を下した方が後悔は少ないはずです。結果は常に満足できるものとは限りません。不本意なことの方が多いかもしれません。しかし、少しでも納得できる選択のための方策があるとしたら、正しい情報を得て、自分なりに正しいと思う判断をすることです。

日本人の死因の第一位はがんです。がんは、「死」を予感させる重要なリスクの一つです。この重要な事態に対応する心の準備は無駄にならないと思います。この公開講座の目標の一つは、まさしく、ここにあり、がんに関する有益な情報を提供することです。

生きることを考える

院長 鳶巣賢一氏

あなたなら、何を選びますか？

本日は疾患別の知識を超えて、「これをどのように生かす？」について考えてみたいと思います。

つまり「どのような選択肢から、自分ならどうするか」を考える機会にしてほしいと思います。

■早期前立腺がんにおける治療法の選択■

早期前立腺がんの状態から、進行がんとなり生命を脅かすまでには十年以上の年月がかかることが通常とされています。また、この状態では、手術しても、放射線治療でも、治療効果が大きく、通院による薬物療法も有効です。

放射線治療の中にも、これまで行われてきた「リニアック子線治療」、放射線源を直接、前立腺に挿入する「組織内照射」などの方法が選択できるようになりました。

延命効果、根治性の点から言うとまず手術が一番です。次に手術に肉薄する効果のある放射線治療が続き、次が大分遅れてホルモン療法など薬物療法となります。

これらの治療法のそれぞれに、独特の合併症があり、治療のための拘束時間や費用も異なっています。さらに、当座は何もしないで経過を見るだけという方針すら可能とされています。治療により失うものと、得るものを秤量（ひょうりょう）して、自分で納得できる治療法を選ぶことが大切です。

このような状況に立ったとき、あなたなら、どのような選択をしますか？

■膀胱（ぼうこう）がんで膀胱を摘出したときの選択■

膀胱がんの治療として膀胱を摘出するしかなくなったとき、術後に尿をどこから体外へ出すかが問題となります。この手術を「尿路再建術」といい、現在、術式が確立していて安全ながら、蓄尿の袋の管理が必要な「回腸導管」、消化管で袋を作ってそこに尿をため、管を使って一日五、六回自分で排尿する「導尿型代用膀胱」、残った尿道に尿をためる袋をつなぎ、尿道から尿を外に出す「自排尿型代用膀胱」という三種類の術式が可能になっています。

それぞれの術式に独特の合併症があり、独特の自己管理が必要となります。自分で何ができて、何が許容できるか？日々の生活の中で、最も困らない術式は何か？などを考えて、自己選択することが必要です。

あなたなら、どの術式を選択しますか？

■精巣がんで治療を断念するかどうかの窮地に立ったときの選択■

精巣がんは二十～三十歳代の男性に発生する比較的珍しいがんです。増殖・進展の速度が速いのですが、抗がん剤がよく効くことでも有名ながんです。初診時に転移がある事例では、迅速に計画的な抗がん剤による治療と手術を組み合わせることで、多くの事例が根治します。

しかし、一部に、どうしても抗がん剤が効かない事例があります。このような事例では、ついに前向きの治療を続けても本人を苦しめるだけかもしれない時期がきます。

この時点で、「少しでも見込みがあるのならば、危険を承知で抗がん剤を使うか？」あるいは「結局、根治できないのならば、残された時間を自分にとって有意義な時期にするか？」を選ぶ時期がきます。どちらも苦渋の選択です。出す結論は、人により異なります。

あなたなら、どちらを選びますか？

■がんに対する治療法の選び方は、その人の「生き方の選択」そのもの■

正しい情報のもとに、自分が最も許容しやすい選択肢を選ぶべきです。医療者が、患者さん本人に代わってその判断を行うこともありますが、これは必ずしも正しい方法とは言えません。その人でないと、わからない事情や思いがあるからです。

しかし、この自己選択への道は、まだまだ難しいと言えます。そもそも判断の基礎となる病名や病態の告知についても、どこまで告知してよいか、医療者の側でも判断に迷うことが多いのです。医療者が「患者さんの十分な理解のもとに、自己決定していただく」ことを目指しても、じっくりと説明し、話し合う時間がないことも日本の実情です。

本講座が、医療者か否かを問わず「がんを通して、より良い生き方を目指す」文化を熟成し、そのようなことが可能になる医療サービスを提供する体制の確立に向けて役立てば大変ありがたいと思います。