

生存科学研究ニュース

Vol. 30, No.3 2015.10 発行
発行 公益財団法人 生存科学研究所

〒104-0061 東京都中央区銀座 4-5-1
tel: 03-3563-3518 fax: 03-3567-3608 email: office@seizon.or.jp
<http://seizon.umin.jp>

第 14 回「代替医療と語り」研究会



表記研究会は、「がん患者から見た日本のがん医療の問題点—漢方によるがん治療体験記から—」と題し、2014年10月17日(金)18:00より、がん研有明病院漢方サポート外来の星野恵津氏の発表と質疑応答がなされた。

星野氏は、2006年にがん研有明病院漢方サポート外来を開設し、2014年までに全国からの3,000人を超えるがん患者の治療に携わってきた。近著『がん研有明病院で今起きている漢方によるがん治療の奇蹟』(海竜社, 2013)の20の事例にしたがって、患者本人の体験記を「語り」として、加えて、医師の視点からの症状や漢方治療の詳細を解説された。

戦後の感染症から慢性疾患、加齢関連疾患への死因の変化により、がんの患者総数は推定300万人で、年に約80万人が新たにがんと診断され、半数の約40万人が数年間の闘病後亡くなる時代となった。そもそも、がんの治療ではランダム化比較試験(RCT)などのエビデンスをもとに意思決定できるのは全体の一部であり、Narrative-based Medicine (NBM)に基づき、がんと診断されてから何を感じ、何を考え、どのような治療を受けてきたのかという患者の主観を、医療者が客観的な裏付けを取り補足することが効果的である。

漢方では補中益気湯、十全大補湯、人参養榮湯などが「補剤」として、通常医療と合わせて用いられているが、漢方には通常医療の副作用や苦痛緩和等の間接的な効果に限らず、がんの縮小や消滅など病気への直接的な効果もときに見られる。

具体的な事例の紹介として、星野氏の恩師の医師は、1994年、十全大補湯で肝がんの多発肺転移が消失し、腫瘍マーカーが低下した(上記著書、事例1)。これは、氏が漢方をライフワークとする出発点となる出来事であった。また、手術後の食物摂取障害や体重減少等のトラブルも漢方で対応できた例(事例7)、多発転移による痛みが漢方に加え、加持祈祷と護摩行を用いて軽快し、延命した例(事例20)などを中心に説明された。

また、薬剤師の服薬指導のために作成された『漢方薬の副作用』(協和企画, 2012)を用いて、漢方薬の副作用の概要を話された。漢方サポート外来は星野医師一人で担当しているが、全国から患者が受診する。後継の人材育成が今後の課題としてあげられた。

星野氏は、欧米と日本の5年生存率の違いについて、患者を診ずに、がんだけを診て治療していても生存率は上がらないこと、日本では治療法の引き出しや選択肢が少ないことを説明された。患者からの反応やフィードバックを積極的に受け、腫瘍マーカーや栄養状態の指標、貧血の程度などを治療の正しさの裏付けとする。これらの環境整備を受けて、漢方治療を逐次修正していく必要性を説かれた。漢方には現在の標準的ながん治療が無効となり、緩和治療への移行を勧められた場合の、患者の様々な症状や苦痛を取り除き、さらにはがんそのものを治す力がある。「がん患者の語り」は真実を雄弁に伝えるが、それを裏付ける客観的なデータは医師が準備する必要があるとして、統合医療の重要性とあり方をまとめられた。

その後の質疑応答では、日本と中国の生薬消費量の違いや、副作用の危険性に関するディスカッションが行われた。すなわち中国の中医学の状況と日本への生薬輸出に関して、中国では1日400-500gの生薬を用いており世界的にみても中国における生薬の消費量はほぼ抜けて多い。その反面、副作用も多く出ていることが示唆される。一方、日本の漢方医学では、少ない生薬量で効果を上げている。星野氏は、古代中国医学から改良や工夫を重ねてきた日本独自の漢方医学の素晴らしさを説かれた。804年に遣唐使として派遣された空海にちなみ、現在、「空海記念統合医療病院」を開設する計画が進められているとのことである。がん研有明病院の漢方サポート外来の実際の診療の様子や受診方法についての質問も多く行われ、参加者の関心の高さがうかがわれた。

(湯川慶子, 津谷喜一郎)

第7回 高齢者・障害者等の生存に関わるユニバーサル・ヘルス・ケア (UHC) と福祉・社会保障の研究会

表記研究会は、「プロフッショナルリズムと「尊厳」について」と題し、2014年5月26日(金)18:00より英国サリー大学教授アン・ギャラハー先生をむかえ、行われた(翻訳：松田研究責任者)。

保健医療の分野では、20世紀後半、EBM(科学的根拠に基づく医学・医療)、その後にPBL(問題に基づく学習としての医学・医療)が流行したが、現在、欧米では、プロフッショナルリズム(社会の構成員としての医学・医療)が広がりつつある。保健医療の社会的な役割、公正や倫理が問われている。アン先生に、イギリスやヨーロッパで課題となっている、尊厳について語っていただいた。

「尊厳は泉」、根源的

尊厳は泉だ、全ての価値が流れ出てくる。公正、勇気、親切、高潔さ、知恵等の職業的価値はどこから出てくるか、尊厳(ディグニティ)から出てくる。

古代からキリスト教、ルネッサンスやカント、人権の時代とともに、尊厳の意味が変わっている。神学で人間は神に似せて作られたと、哲学の人は引用するが、それだけではない、変化している。国連の人権宣言が出されたのが1948年、世界人権宣言に自由と同等の権利と尊厳が置かれている。

重要なのは、権利だけではない。尊厳が位置付けられていることを考えなければいけない。尊厳はドイツ語で人間の自然に持っている物という意味。また、マンデラさんの例のように人間の道徳的な偉大さ、何か成し遂げたという意味の尊厳を感じる存在。更に、個人のアイデンティティにみる尊厳で、自尊感情、インクルージョン、人として認められるという意味もある。

日本の芸術関係で尊厳に関係し、世界的によく知られているのは、葉隠の武士道。小川洋子の「博士の愛した数式」、映画にもなったカズオ・イシグロの「日の名残り」(アンソニー・ホプキンスが執事として出演)、「おくりびと」(デパーチャー)、文学、芸術には尊厳がいっぱい含まれている。

「尊厳を使うこと…なぜいまなのか？」

尊厳は日本でも看護協会の綱領に入っているが、組織の綱領等は具体的に何を意味するかまで書いてないのが普通である。教育が重要であり、倫理の能力を高めることで、特にナースの場合は勇気とか知恵を持つという価値が重要となる。看護は人の死とか、病後を決定する重要な役割を担っているが、看護師は往々にして、「私はただ、これだけのことをしているだけ」と言いがちである。

イギリスではスタッフオード病院などで虐待や不必要な死の事件があった。290の具体策を盛り込んだ報告書が出され、事件に対処する為にイギ

リス社会は改革をし、尊厳を守る人々、制度や法が作られつつある。イギリスの王立看護協会も尊厳の憲章を独自に作って対応を迫られている。このような対策に対処せず情報公開しないと、法的に告発される。

「自分が愚かで無能で不十分で、異常なまでもろい存在に思える状況に置かれたとき、私たちは尊厳を失う」恥ずかしいことがあったとしても、対処できる、例えば笑いでごまかすとか、能力があるならばいい。患者さんの場合はそれを回復する状況がないと尊厳を失うことになる。背景には、医療の財政削減がある。目標の達成が、マネジメント上重要になっているが、「目標は達成したが、的外れだった」ことが多い。痛みのある患者に痛み止めを渡さなかったり、水を飲みたい患者さんに水が手の届く所に置かなかつたりという、基本的なケアができていない。障害者、精神疾患の分野、子どもの場合などについても、人間性を回復する地域での仕事などの有意義な討論がなされた。

(松田正己)

第15回患者・医療者・社会の権利に付随する諸問題について考える研究会

表記研究会では、川崎安楽死事件について(リスボン宣言第10章)と題し、2014年5月23日19:00より、元町ビルカンファレンスルーム3にて、同会メンバーのうち8名(分担者：谷、有賀、佐藤、荒井、梅沢、小澤、オブザーバー：白水、代表：坪内)が出席して議論が行われた。

まず、リスボン宣言は病院内に掲示はされているが、実臨床であまり使われていない現状の指摘があった(坪内)。この現状が川崎安楽死事件の一因だったのではないかということが報告書にまとめられていることも合わせて指摘し、安楽死法案では2名以上の医師が必要とされているが、若手の医療者が緊急の事態に遭遇した際の具体的対応策について問題提起をした。

次に、熊本大学の資料から、事件の経緯を振り返り、どこまでが患者の回復の見込みなしとなるのかについて、医師と病院との解釈の違いが生じていることに注目した。医療水準の向上によってある程度までは生きながらえさせることもできるようになっている。家族の経済的・身体的・精神的負担を考慮すると、その中で限界まで生かすのはどうなのか。病院の立場からすれば、病床数も限られており、より優先度の高い患者が入院できなくなるなどの支障がある。そもそもリスボン宣言第10章の課題は根本的に考えていかなければならない。患者の人権に関するテキストは法学系の教授より出ており、医療側はこれまであまり深く考えてこなかったといえる。現状、医学生は、卒業まで倫理にあまり触れずに医師になるのが当た

り前で、免許取得後も年2回の講習（任意）があるのみである。忙しい医療現場の現状でしっかりと倫理教育をできる環境が整っていないのが事実ではないか（坪内）。

続いて、外部評価委員会報告書について検討を行った。病院発表の見解よりも、個人ではなく体制の問題であるという視点で書いてある。コミュニケーションエラー（カンファレンスがきちんとされていなかった）がみられる。普遍的な疾患では事後報告のみしか行われぬ。若手の医師では意見を出すことも少ない。ガイドラインがあるにも関わらず院内に掲示して医師や看護師に知らせることを積極的にしていなかったというのが大きな問題だと考えられる（有賀、佐藤、白水）。

医科歯科の例として、家族の意向と患者本人の意向が異なった場合にどうするか。誰の意見を優先するのか。予め意向を示しておくのは一般的ではないといえる。また、意見が食い違ったときを想定して、入院時に本人、家族別々に同意をとっておく必要性について問題意識の共有が図られた。（谷）

さらに、川崎協同病院事件には派閥争いや家族の発言などいろいろな背景があることについて考察した。事件が起こっても必ずしも医師の責任となるわけではないというヒントが与えられている。病院と委員会の声明を対比させながら、組織の問題として仕組みとシステムを考えていく必要があるとの結論に達した。

今回の研究会の後半では、シンポジウムに向けた検討が行われた。主な検討内容は、1. 個人的な背景には深入りせずに評価委員会の声明を中心に考えていくことの確認、2. 倫理的な問題が中心であるため、個々人の倫理観によって意見が多様化することの配慮の必要性、3. シンポジウムの進め方である。（有賀、坪内、谷）

質疑応答では、患者の状態の捉え方についての医師と病院での具体的な齟齬、本件を多面的に考察するための論点整理・方向付けの必要性、マスコミの医療過誤と医療事故との違いについての理解度、本件病院スタッフの人数設定の適切性、患者の経済状況による医療の質の差異について、それぞれ活発な議論が展開された。（佐藤孝幸）

地域口腔医療研究会

2015年3月26日（木）18:00より、地域口腔医療研究会が公益財団法人生存科学研究所会議室で開催された。

今回のテーマは「認知症をめぐる2, 3の話題」と題し、東京都健康長寿医療センター松下正明先生にご講演いただいた。

一般に認知症は6つの認知機能領域（注意力、実行機能、学習・記憶能力、言語能力、知覚・運

動能力、社会的認知能力）のうち、1つ以上の領域において著しい障害が生じ、加齢とともに増加していくことが知られている。

中でも認知症全体の約7割を占めるアルツハイマー病の増加が、認知症の増加に繋がっている。

アルツハイマー病、もの忘れ、意欲の衰退などに始まり、見当識障害、理解・判断力障害、認知障害、言語障害などを経て、最終的には精神機能の崩壊に至る。器質的変化としては、にはアミロイド物質の沈着、神経原線維変化、神経細胞の変性により大脳皮質・海馬の萎縮がみられる。このような変化は個人差こそあるものの、老化現象として誰もが辿る変化と変わらないため、薬物により進行を抑えるには限界がある。したがって、血管性やレビー小体型の認知症と違い、アルツハイマー病は異常ではあるが、病気ではない老化現象の一端と解釈できる。

アルツハイマー病と告知された患者本人、そして患者の家族を含めた周囲の困惑、不安、絶望には計り知れないものがある。しかし、これが「脳の病気」ではなく「脳の老化」ということになれば、受け手側も異なる解釈になると考えられる。

認知症の人や家族をもっとも煩わせるのが妄想、幻覚、不穏、暴力などに代表されるBPSD（行動と心理症状）であろう。一般にBPSDは周辺症状といわれているが、過去の生き様が垣間見られる「心の叫び」であり、それを理解することが治療や介護にとって非常に重要なことが多い。

日本政府は2012年のオレンジプランに続き、2014年の新オレンジプランで認知症への対策として、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の現実」を打ち出している。住み慣れた地域が認知症の人に最適かどうかは疑問が残るが、「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり」は今後の日本にとって大切なことであろう。

アルツハイマー病は、正常な加齢よりも脳の老化が早い状態であり、「脳の病気」ではないことが広く社会に浸透し、またBPSDが「心の叫び」であること理解することにより、はじめて「やさしい地域づくり」が可能となるのではないだろうか。

今回が本研究会の最終回となります。3年の長きにわたりご協力いただいた地域口腔医療研究会のメンバーの方々および編集委員の方々、事務局の方々に深くお礼申し上げます、地域口腔医療研究会を閉じさせていただきます。

（中島陽州）

第1回(通算第7回)先端医療技術倫理研究会

2014年11月29日 本報では、演者が所属する九州大学病院 ARO 次世代医療センターでの倫理に係る取組を紹介した上で、「研究の倫理」(Research Ethics)と「研究のインテグリティ」(Research Integrity)の2つの側面から先端医科学技術の倫理的課題を捉え、今後重視されるべき論点を提示した。

前者の研究の倫理に係る議論においては、今般の人を対象とする医学系研究の倫理・法の枠組みを俯瞰するとともに、その制度的な課題を考察した。後者の研究のインテグリティに係る議論においては、主に研究者の行動規範に係る倫理的諸問題を取り上げ、国内外の研究不正の事例とその対応のあり方について考察を行った。併せて、倫理とインテグリティの双方の側面にまたがる利益相反(Conflict of Interest)マネジメントのあり方にも着眼し、学協会のガイドラインや行政の指針等を参照しつつ、今後の研究倫理をめぐる包括的な制度設計のあり方について検討した。

特に、1) 研究データ、実験・観察ノート等の記録媒体(作成方法等を含む)保管/実験試料・試薬の保存のあり方と追跡可能性、そして、再現性、2) 臨床試験の遡上ではデータ取扱いの基本とされてきた「ALCOA - CCEAの原則」(帰属/責任の所在、判読/理解可能性、同時性、オリジナリティ、正確性、完結性、矛盾がないこと、永続性、必要時に利用可能であること)、3) インテグリティの構成要件とされる「誠実性、正確性、効率性、客観性」、等に着眼した考察を展開したが、これらを通して、あらためて科学的対応と倫理的配慮の接点が浮き彫りになった。

先端医科学技術を実社会にとって意義あるものとして展開させていくためには、その土台となる様々な研究のアウトカムもさることながら、そこに至る過程こそがいっそう重視されるべきである。

これには、研究の全てのプロセスにおいて、研究者間の役割分担・責任関係に留意したラボマネジメントがたえず確認されるべきである。

また、研究者の業績評価体系の再検討も射程に入れた上で、研究コミュニティやアカデミア、企業、行政、学術誌を刊行する出版社等、多様なステークホルダーが中長期的な展望をもって連携していく必要もあろう。今後は、これらの論点を整理しつつ、基礎から臨床応用までの研究開発の各相において、一定の第三者性をもった説明責任と透明性の担保のあり方を考えていきたい。

(河原直人)

事務局便り

過去の「生存科学研究ニュース」はすべてウェブサイトから閲覧できるようになりました。

生存科学研究所ホームページ(<http://seizon.umin.jp>)より、「出版物」をクリックしますと、生存科学研究ニュース一覧がでできます。ぜひご覧ください。

研究会日報

- | | | |
|--------|-----|---|
| 8月28日 | (金) | 社会歴史文化的要因を背景とするソーシャルキャピタルとWell-beingに関する研究会 |
| 9月5日 | (土) | 高齢者、障害者等の生存に関わるユニバーサル・ヘルス・ケアと福祉・社会保障の研究会 |
| 9月11日 | (金) | 常務理事会 |
| 9月18日 | (金) | 社会歴史文化的要因を背景とするソーシャルキャピタルとWell-beingに関する研究会 |
| 10月3日 | (土) | 生存科学と教育研究会シンポジウム |
| 10月7日 | (水) | 医療政策研究会 |
| 10月22日 | (木) | 児童虐待に対するソーシャルワーク国際比較研究会 |
| 11月5日 | (木) | いのちを守る森の防潮堤シンポジウム |
| 11月6日 | (金) | 資本主義研究会 |
| 12月12日 | (土) | 第3回生存科学シンポジウム |
| 12月23日 | (水) | 医師が伝える「いのちの授業」シンポジウム |



現在、教文館ビルで藤城清治影絵展開催中。ポスターには生存科学研究所事務所近隣の風景が描かれていました。