

序

がん患者が自分自身で治療方法等を納得して選択できるよう、医師が患者の意向を汲みとり、苦悩に共感を示すためのコミュニケーション技術研修会を思い立って10年目を迎える。マザーテレサの博愛は無理にしても、がんが治らない局面では患者の声に耳を傾け、温もりで、思いやりで接してほしい。そうした願いからはじまった。

がんが治らない局面では、医学的には目標は延命となる。インフォームド・コンセントやQOLの概念が導入された90年代からは、延命治療の決定に際して医師が患者の意向を考慮せずに治療を行うことは明らかに減っているだろう。ここは原点に立ち戻って患者本来の目標をきちんと把握し、患者が望む医療に一步でも近づけたいところである。しかし不幸なことに、現代の医療者は生存期間の延長や症状の緩和などの医学的目標以外の、患者、家族の目標、意向、価値観、生活信条などを聞き出すコミュニケーション技術を欠いていると言わざるを得ない。患者が納得して治療方法等を選択できるような、双方向性のコミュニケーションをがん医療体制の中に整えていく必要がある。医師から患者への説明方法が適切でないと、がん患者、家族は必要以上の精神的負担を強いられ、時には治療法等の選択を誤らせることにもつながるからである。

2007年4月、がん患者と家族の意見が大きく反映されたがん対策基本法が施行された。法に基づくがん対策推進基本計画には、「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが盛り込まれた。そこで、厚生労働省がん対策推進室の指導の下、前々日本サイコオンコロジー学会（JPOS）代表世話人で国立がんセンター名誉総長の阿部 薫先生をはじめ、医療研修推進財団の北沢博之氏、宇佐美 彰氏、ほか関係者のご尽力により、コミュニケーション技術研修会（2日間の模擬演習8時間を含む）が平成19年度厚生労働省委託事業として全国4ヵ所で実施されることとなった。事業の実施団体は医療研修推進

終末期がんの場合 1. 輸液

輸液を行わないことについて「必要な栄養が得られない」、「死期が早まる」という不安をもつ患者もいるが、同時に、「点滴のせいでさらに苦痛が増える」、「点滴のせいで他人に負担をかけている気持ちになる」と考える場合もある。輸液を「無意味な延命になる」と考える患者がいる一方で、「点滴をしているだけで安心する」と考える患者もある。すなわち、終末期がん患者の輸液に対する認識は両価的であり、輸液に対する患者や家族の価値観は多様である。したがって、点滴を行う・行わない選択にあたっては、単に身体的・医学的判断のみではなく、患者が、今、何を重要と考えているか？ に配慮することが不可欠であることを示唆している。

終末期の quality of life (good death) に関する近年の研究では、患者は身体的安楽のみではなく、精神的穏やかさ、意味や価値を感じられること、希望をもち続けることができること、可能な治療をすべて受けたと思えることなどが重要であると考えられている。輸液を行うこと・行わないことは、患者にとって望ましい生を達成するために、輸液が必要であるか、障害となるか、という観点から個別的に検討されるべきであり、診療チーム全体で患者の人生観を検討する必要がある。

病状をきちんと知らされたならば、輸液を受ける時間を家族と過ごしたり、どこか大切な場所へ出かけたり、あるいは自然な経過で自宅で最期を迎えたいと患者は望むかもしれない。逆に、輸液が精神的なよりどころになっており、続けてほしいと希望するかもしれない。輸液が quality of life に貢献しないと患者自身が判断している場合に輸液を強要されないこと、および、輸液が支えになっている患者が輸液を拒否されないことのいずれもが重要であると考えられる。

本章では、終末期がん患者に輸液を行う場合によくみられる患者・家族と

のコミュニケーションの具体例をいくつか示す。

1. 医学的には輸液治療は必要ないと考えられるが、 患者が輸液治療を望む場合

胸水や浮腫など体液過剰による苦痛が強かったり、あるいは、経口的に水分が摂取できており、医学的に輸液治療が必要ないと考えられても、患者が希望する場合がある。その場合、輸液治療を希望する患者の気持ちに焦点を当てたコミュニケーションが必要である。

「……なるほど、このままだと体力がただ落ちてしまうとお考えなのですね。それはとても心配ですよ（輸液治療をする・しないということだけではなく、背景にある患者の不安、多くは「このまま体力が落ちていくことへの不安」に焦点を当てて共感する）。まず、体力を今以上に落とさないような方法について十分に相談してみましよう（ステロイドやメチルフェニデートの適応について検討する）。輸液治療についても、まず、少しの量から始めてみて効果と様子を見ていきましょう。場合によっては、点滴が入るとお体に負担になって（胸やおなかの水が増えて）つらくなることもありますので、注意深く様子を見ながら、調節していきましょう」

2. 患者・家族が輸液治療を望まない場合

▶ 患者によっては価値観などから輸液治療を希望しない場合もある。その場合、患者の希望しない理由に十分に耳を傾けるようにする。

「点滴で〇〇〇の症状を楽にすることができるのですが、先ほど伺ったところでは、点滴は希望されないということでした。どうしてお気持ちか教えてくださいませんか（輸液治療をする・しないことだけでなく、背景にある理由に焦点を当てる。自然に任せたいという価値観、効果がないという認識、輸液治療に関するこれまでの否定的な経験が関係している場合がある）。……そうですか。そういうことでしたら……（誤解であれば誤解を解消できるような説明を行う。価値観であれば患者個々の価値観を尊重する選択

肢をもって関わる)。

- ▶ 患者によっては、「もう十分生きたので点滴でしばられずに最期を迎えたい」という一貫した価値観から輸液治療を望まない患者もいる。患者の希望が抑うつや病状の誤解に由来するかを吟味しつつ、患者の希望の背景を知るように努める。

「そのようにお考えになるには、何かきっかけとなるようなお身内の方のご経験があったからでしょうか？ それとも、何かこういうことで、という理由があるのでしょうか。よかったらお話してもらえないでしょうか？ ……なるほど……ということがあったのですね（というお気持ちなのですね）（もし、輸液治療により苦痛が増えると考えている場合や、悲観的すぎる病状見通しの場合は、正確な情報を提供する）」

「私たちは、〇〇さんのお考えを大切にしていきたいと思っています。まず、今の状態での私たちがみた点滴治療の効果の予測を申し上げます。今の状態ですと、点滴は……を目的に行います。点滴をすることで……といったよい点があります。逆に……のような問題が生じることも考えられます。総合的にみると、〇〇さんのおっしゃるように、点滴をしないでみるというのもよい方法だと思います」

「今の状態では、比較的簡単な方法で少量の水分を補給することができて、今くらいの状態を〇ヵ月くらい維持することができると思います。点滴をすることで、苦痛が増えるということはあまりなさそうに思います。点滴も、1日中入れ続けるわけではなく、夜間お休みになっている間だけ入れて、昼間は止めて自由に動けるようにすることもできます」

「点滴をしないこと自体は〇〇さんやご家族の希望によって可能です。そういう選択をされたときにどういう経過になるか少しお話しします。普通、口から水分が取れない状態で点滴をしないと、徐々に眠気が増えていってうとうとした状態の延長線上で深い眠りになります。この変化は個々の患者さんによって違いますが、すぐに起こるものではなくて、数日

か数週間かの期間があることが多いです。輸液を中止することで苦痛が強まることはあまりありませんが、もし、何らかの苦痛が強まった場合は苦痛を和らげるための処置は今までどおり十分行いますし、例えば、お口やお顔をきれいにしたりするケアは十分に行います」

3. 浮腫など体液貯留症状が強くなってきたときに 輸液の減量を提案する

症状緩和の点からは、体液過剰症状が強まった場合は、輸液量を減量することが勧められる。しかし、輸液の減量は、「必要な栄養が足りなくなる」ことから死の不安を強めたり、「もう何もしてもらえない」という見捨てられ感をもたらすことがある。輸液を減量してもそのせいで衰弱が早くなるわけではないことや、何もせずに見捨てることになるわけではないことを心を込めて伝えることが重要である。

「最近むくみが増えてきましたね。今の状況は点滴で入る水分を有効に使うことができず、かえってお体に負担になっているようです。今の状況ですと、点滴の量はやや少ないほうがむくみも減って体が動きやすくなる（お小水の回数が減ってトイレで体力を消耗しなくていい）と思います。点滴を減らすと衰弱が強くなるとご心配される方が多いですが、体調の変化は病気そのものの変化ですので点滴を減らしたために衰弱するというわけではないのでご安心ください」

4. 患者が希望していない、あるいは、 医学的適応が乏しい場合に家族が輸液治療を希望する場合

経口摂取が十分にできない患者の家族もまた大きな精神的苦痛を抱えているため、家族もケアの対象として考えることが重要である。とくに、点滴をしてほしいという家族の希望は、「十分なことをしてあげられなかった」、「何もしてあげられない」という家族の無力感の反映であることが多く、輸液以外の方法で家族が参加できるようなケアを一緒に実施することが重要である。

「(こんなに食べられなくなってしまって、という家族の表出に対して) そうですね、ここ数日しんどくなっていらっしゃるようですね。そばで見ているらっしゃるご家族もつらいですよね」

「(食べられなくなったから点滴くらいしてあげたい、という家族の表出に対して) そうですね。できる限りのことをしてあげたいですよ。私たちもできる限りのことを〇〇さんにして差し上げたいと思います」

「今、点滴をしないで診させていただいているのは、決して十分なことをして差し上げてないということではありません。今は水分を外に出す機能が弱ってますので、おなかの水が増えたり(胸に水がたまったり)してよけいに体の負担になると考えているからなのです。点滴しないために体が弱っているわけではなく、もとの病気のために(肝臓が悪くて)体が維持できなくなっているのです。ですから、私たちは、点滴をするよりも、こうやって、口が乾かないように口の中をきれいにしたり、負担がかからないように一所懸命みていくことが一番よい方法だと思いますが、どう思われますか？」

「ご家族のみなさんにも声をかけていただいたり、マッサージをしていただけると〇〇さんも安心されると思いますが、私たちと一緒にしてみませんか。ほかに〇〇さんが喜ばれることはどんなことがありますか教えていただけませんか？」

表9-1に具体的なコミュニケーションの例をまとめた。参考にしてください。

表 9-1 輸液治療に関するコミュニケーション

<p>医学的には輸液治療は必要ないと考えられるが、患者が輸液を望む場合</p> <p>「……なるほど、このままだと体力がただ落ちてしまうとお考えなのですね。それはとても心配ですよ」</p> <p>「まず、体力を今以上に落とさないような方法について十分に相談してみましよう。輸液治療についても、まず、少しの量から始めてみて、効果と様子を見ていきましょう。場合によっては、点滴が入るとお体に負担になってつらくなることもありますので、注意深く様子をみながら、調節していきましょう」</p>
<p>患者・家族が輸液治療を望まない場合</p> <p>「そのようにお考えになるには、何かきっかけとなるようなお身内の方のご経験があったからでしょうか？ それとも、何かこういうことで、ということがあるのでしょうか。よかったらお話してもらえないでしょうか？ ……なるほど……ということがあったのです」</p> <p>「私たちは、〇〇さんのお考えを大切にしていきたいと思っています。まず、今の状態での私たちがみた点滴治療の効果の予測を申し上げます。今の状態ですと、点滴は……を目的に行います。点滴をすることで……といったよい点があります。逆に……のような問題が生じることも考えられます。総合的にみると、〇〇さんのおっしゃるように、……もよい方法だと思います」</p>
<p>浮腫など体液貯留症状が強くなってきたときに輸液の減量を提案する</p> <p>「最近むくみが増えてきましたね。今の状況は点滴で入る水分を有効に使うことができず、かえってお体に負担になっているようです。今の状況ですと、点滴の量はやや少ないほうがむくみも減って体が動きやすくなる（お小水の回数が減ってトイレで体力を消耗なくていい）と思います。点滴を減らすと衰弱が強くなるとご心配される方が多いですが、体調の変化は病気そのものの変化ですので点滴を減らしたために衰弱するというわけではないのでご安心ください」</p>
<p>患者が希望していない、医学的適応が乏しい場合に、家族が輸液治療を希望する場合</p> <p>「そうですね、ここ数日しんどくなっていらっしゃるようですね。そばで見ているご家族もつらいですよ。できる限りのことをしてあげたいですよ。私たちもできる限りのことを〇〇さんにして差し上げたいと思います」</p> <p>「ご家族のみなさんにも声をかけていただいたり、マッサージをしていただけると〇〇さんも安心されると思いますが、私たちと一緒にしてみませんか。ほかに〇〇さんが喜ばれることはどんなことがありそうか教えていただけませんか？」</p>

〔森田達也〕

【文献】

日本緩和医療学会：終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン、2006
<http://www.jspm.ne.jp/>

第 9 章

終末期がんの場合 2. 鎮静

苦痛緩和のための鎮静とは、「患者の意識を低下させる、あるいは、意識の低下を許容することによって、耐えがたい治療抵抗性の苦痛を緩和するために薬物を投与すること」であり、ほかの方法で緩和することのできない苦痛を緩和する手段として用いられる。

本章では、鎮静に関する患者・家族とのコミュニケーションについて、臨床的にしばしば生じる場面を取り上げて示す。

1. 患者に意思決定能力がない場合に、家族から患者の意思を推定する

鎮静を受けるときに患者の意思決定能力がない場合がしばしばある。患者の価値観や以前に患者が表明していた意思に照らし合わせて、現在の状態で患者が何を希望するかについて、家族とともに慎重に検討する。この際には、①家族に期待される役割は患者の意思を推測することであり、家族がすべての意思決定の責任を負うのではないこと、および、②鎮静の意思決定については家族がひとりで、あるいは医師がひとりで決めるのではなく、医療チームが責任を共有することを明確にすることが重要である。

▶ 患者が意思表示できれば何を希望するかを家族と相談する

「本来であれば〇〇さんに伺うことができれば一番いいのですが、今は難しいので、今後のことについてご家族と少し相談させていただきたいと思います。私たちは、今までの〇〇さんの生き方や価値観を大切にしたいと考えています。もし、今の状態で〇〇さんが十分にお話できる状態でしたら、どのような治療を一番に希望されるでしょうか？ 以前に

何かおっしゃっていたことはありますか？」

- ▶ 家族からの情報をもとに、鎮静が最善の方法であると考えたことを伝え、責任を共有する

「今、伺ったことから考えると、眠るようなかたちであっても、苦しみを感じなくてすむようにして差し上げることが一番よいと思いますが、いかがですか」

「この決断はとてもつらい決断だと思います。決して、ご家族の方だけに決めてください、ということではありません。わたしたちは、ご家族のお考えを伺って、一番よい方法を責任をもって行いたいと考えています」

2. 鎮静について説明する

患者・家族に提供する情報として、検討すべき内容は、全身状態（予測される状態と予後など）、苦痛（鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠など）、鎮静の目的（苦痛の緩和）、鎮静の方法（意識を低下させる薬剤を投与すること、状況に応じて中止することができることなど）、鎮静が与える影響（予測されるコミュニケーション・生命予後に与える影響など）、鎮静後の治療やケア（苦痛緩和のための治療やケアは継続されることなど）、および、鎮静を行わなかった場合に予測される状態である。

鎮静の選択肢を提示する

「今、苦痛を和らげるために十分に手を尽くしていますが、意識を保った方法ですっきり症状をとることは難しいように感じています。苦しさをさらに和らげるためには、少しうとうととして過ごす（ぐっすりと眠る）方法もあります。どのくらいの苦しさをならよしとするか、どのくらいの眠けならよしとするかは、お一人おひとりで違いますので少し相談させていただけますか」

鎮静がコミュニケーション・生命予後へ与える影響を説明する

一般人口を対象とした調査では、鎮静について、とくにコミュニケーションのできる程度について多くが説明を聞きたいと回答している。また、死亡

直前に生じる治療抵抗性の苦痛はそれ自体が臓器障害を示していることが多く、生命予後に有意な影響を与えないことが示唆されているため、「命を縮めてしまったのではないか」という自責感を家族がもつことのないように保証することも重要である。

▶ コミュニケーションへの影響

(浅い鎮静)「うとうとして苦しさが和らぐようにすると、苦しさはあまり感じませんが、ぼんやりするので複雑なことを話したり考えたりすることは難しくなるかもしれません」

(深い鎮静)「ぐっすり眠って苦しいのを和らげる方法をとると、苦しいのは感じなくなりますが、ご家族とお話をするのは難しくなると思います」

▶ 生命予後への影響

「お薬を使うと寿命を短くするのではないかとご心配されるかもしれませんが、苦しいのを和らげることが目的ですので、使うお薬の量は健康な人では心臓や呼吸には影響しないぐらいの量を使います。また、今の息苦しさは腫瘍が肺に広がっていて空気を取り込めないことが原因ですので、それ自体が生命を維持することが非常に難しい状態を意味しています。ですから、睡眠薬を使ったからといって、そのせいで必ず寿命が短くなるということではありません」

3. あらかじめ患者・家族の意思を確認することについて

鎮静が必要となる状況では患者に意思決定能力がないことがしばしばある。したがって、患者・家族が情報提供を希望する場合には前もって情報を提供しておくことが望ましい。患者の将来の苦痛に対する不安、例えば、「先生、この先もっと苦しくなるのでしょうか」、「母が亡くなったとき、とてもつらそうでした。私もそうなるのでしょうか」といった表現が、鎮静の選択肢についてあらかじめ相談するきっかけになることが多い。

- ▶ 苦痛緩和に努めることを保証し、より詳細を話し合う準備があるか確認する

「先々つらいことがふえて苦しむのではないかと心配されているのですね。以前と違っていろいろな方法があります。私たちは〇〇さんのつらさがなるべく少なくなるように十分対応していきますので安心してください。今、もう少し具体的な方法についてご相談したほうがよろしいですか」

- ▶ 標準的な苦痛緩和手段とその効果について説明する

「痛みはこの先少し強くなって来るかもしれませんが、たいていの痛みは鎮痛薬を調節して和らげることができます。ただ、状況によっては、痛みをとろうとすると眠けがふえたり、うとうとするかたちで痛みを和らげるという方法になるときもあります。もちろん、その折々の〇〇さんの希望を伺いながら治療していこうと思いますが、もし、鎮痛薬で痛みが十分に和らげられないときに、例えば、睡眠薬などを使って何時間か眠って苦痛を和らげたり、つらさを感じないようにすることもできます」

4. 患者・家族の意思が異なるとき

鎮静に関して患者・家族の意思が異なることはしばしばみられる。その場合、家族が患者に付添いのできる環境を整える、家族に十分な説明を行うなど、患者の苦痛や状態を家族が十分に理解できるように配慮したうえで、患者と家族が話し合い、ともに納得できる方法を見出すことができるよう支援する。また、意思の相違に影響していると考えられる家族の心理的要因（悲嘆や自責感など）に配慮した精神的支援を行う。患者と家族の意思が異なるために相談を続けているあいだ、患者の意思が最大限尊重され、患者の益（benefits）が最大になる手段を検討する。

- ▶ なぜ家族が鎮静を希望しないのかを聞き、不安に対処する

「お話を伺っていると、〇〇さんにご家族の希望に少し違いがあるように感じました。私たちは、できる限り、〇〇さんもご家族も納得のいく治療を行っていきたいと考えています。最初に、ご家族が…をご希望される理由や心配ごとを教えてくださいませんか？ なるほど…を心配されている

のですね。ご心配はととてもよくわかります。とてもおつらいと思います(家族の悲嘆の表出を促進し、個別の心配事に対処する)」

▶ 患者の体験や意思を共有することを勧める

「例えば、当面、次のことを提案したいのですが、いかがでしょうか。まず、〇〇さんがどう思われているか、一緒にお部屋で過ごしていただいて、〇〇さんに聞かれてはどうでしょうか。もし、直接お話しされるのがおつらいようでしたら、わたしたちがそれとなく話してみますので、そばで聞いていただいてもいいかと思います。その後で、またご家族みなさんと相談されてはいかがでしょう」

▶ 当面の妥協できる手段を提示する

「もし、相談されている間、〇〇さんがとても苦しい場合、例えば、その時間だけ休めるようにお薬を使ったり、あまり深くは眠らないように、効き目は弱いけれどもうとうとするくらいのお薬を使って様子を見ることもできます」

5. 家族に対するケア

患者が鎮静を受けているあいだの家族に対するケアは重要である。

家族の心配や不安を傾聴し、悲嘆や身体的・精神的負担に対する支援を行う。とくに、家族が患者のためにできること(そばにいる、声をかける、手足にやさしくふれる、好きだった音楽を流すなど)を共に考える。経過にしたがって必要とされる情報(患者の状態、苦痛の程度、予測される変化など)を十分に提供する。とくに、他の手段について十分に検討し施行したが有効ではないこと、鎮静によって生命が短縮する可能性は一般的に少ないこと、鎮静を浅くしたり、中止することも可能であることを保証する。

「すやすやと休まれているようです。付き添われていて、何かご心配なことや、こうしてあげられたらと思われていることはありますか」のようなオープン・クエスチョンを用いて家族の不安や心配を確認する。

表 9-2 に具体的なコミュニケーションの例をまとめた。参考にしていた
 いただきたい。

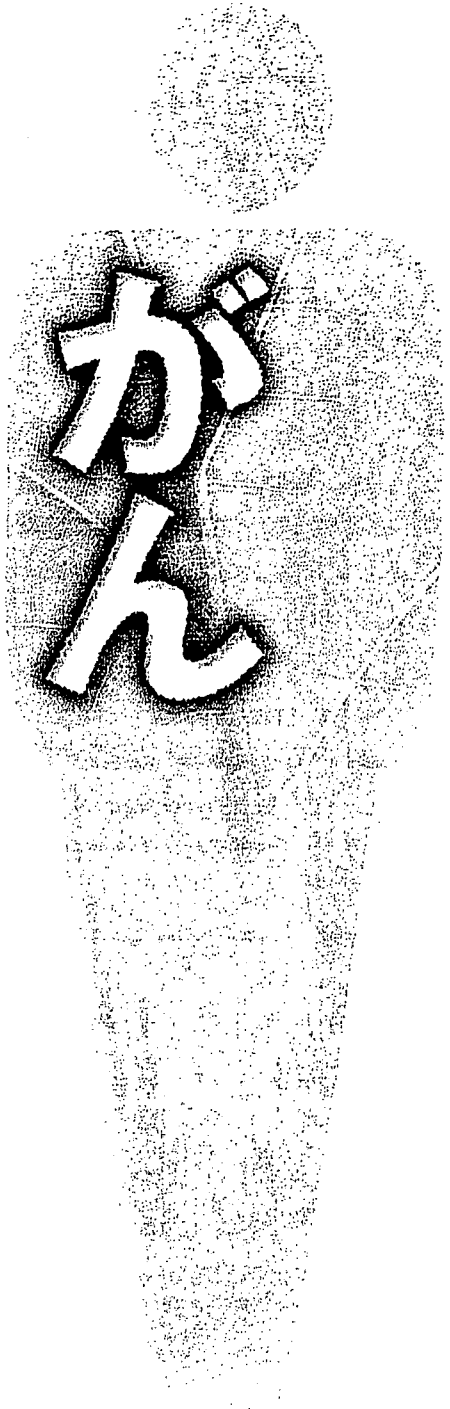
表 9-2 鎮静に関するコミュニケーション

患者に意思決定能力がない場合に、家族から患者の意思を推定する
「本来であれば〇〇さんに伺うことができれば一番いいのですが、今は難しいので、今後のことについてご家族と少し相談させていただきたいと思えます。私たちは、今までの〇〇さんの生き方や価値観を大切にしたいケアをしたいと考えています。もし、今の状態で〇〇さんが十分にお話できる状態でしたら、どのような治療を一番に希望されるでしょうか？ 以前に何かおっしゃっていたことはありますか？」
鎮静の選択肢を提示する
「今、苦痛を和らげるために十分に手を尽くしていますが、意識を保った方法ですっきり症状をとることは難しいように感じています。苦しさをさらに和らげるためには、少しうとうととして過ごす（ぐっすり眠る）方法もあります。どのくらいの苦しさをよしとするか、どのくらいの眠けをよしとするかは、お一人おひとり違いますので少し相談させていただけますか」
あらかじめ患者・家族の意思を確認する
「先々つらいことがふえて苦しむのではないかと心配されているんですね。以前と違っていろいろな方法があります。私たちは〇〇さんのつらさがるべく少なくなるように十分対応していきますので安心してください。今、もう少し具体的な方法についてご相談したほうがよろしいですか」
「痛みはこの先少し強くなって来るかもしれませんが、たいていの痛みは鎮痛薬を調節して和らげることができます。ただ、状況によっては、痛みをとろうとすると眠けがふえたり、うとうとするかたちで痛みを和らげるという方法になるときもあります。もちろん、その折々の〇〇さんの希望を伺いながら治療していこうと思えますが、もし、鎮痛薬で痛みが十分に和らげられないときに、例えば、睡眠薬などを使って何時間か眠って苦痛を和らげたり、つらさを感じないようにすることもできます」

〔森田達也〕

【文献】

日本緩和医療学会：終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン、2006
<http://www.jspm.ne.jp/>



化学療法と 患者ケア

改訂第2版

監修 福島雅典 / 柳原一広



緩和治療とは何か

手術・放射線・化学療法が、がん治療の「3本柱」といわれてきた。最近、これに緩和治療を加え、4本柱とする流れが生まれつつある。「がん」と診断され、それを患者に話す時点から、「緩和」はスタートする。

緩和治療の考え方

■ 症状コントロールとQOLの向上

医療には「治癒を目的とした医療」と「諸症状のコントロールや患者のできる限り質の高い日常生活の維持を目的とした医療」があり、後者を緩和医療（緩和ケア）とよぶ。ちなみに、この場合の諸症状とは、身体的な症状だけでなく、心理的・社会的な苦痛も含む。臨床現場における主体は前者であるが、後者の役割も決して軽い。

緩和医療に含まれるものは、疼痛その他の身体症状に対する薬物療法、緩和的化学療法・放射線療法・外科療法、栄養管理、リハビリテーション、精神医学的介入、ターミナル・ケアなどである。

がんの治療における緩和医療は、少し前まで「治癒の望めない末期がん患者のためのもの」と考えられていた。「緩和ケア病棟」と名づけられた病棟が、末期がん患者の苦痛緩和を目的としていることでもそれは容易に理解できる。

■ 末期患者だけが対象ではない

だが最近、「末期患者だけが緩和医療の対象ではない」という考え方が浸透しつつある。WHOでは、2002年に、緩和医療を「生命を脅かす疾患に起因する苦痛を緩和すること」と定義した。治癒可能かどうかにかかわらず、生命を脅かす疾患、つまり重篤な疾患によって生じる苦痛は、すべて緩和医療の対象というわけである。

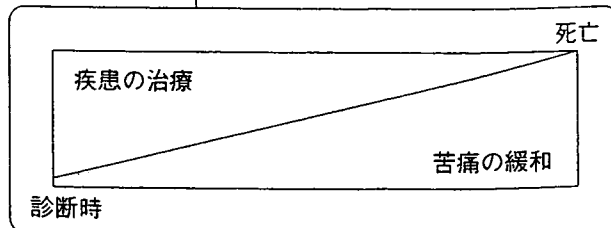
たとえばICUでは、すべての患者が生命を脅かす疾患で入院している。ICUの死亡率は高いが、患者は治癒を目的とする治療を受けているわけで、決して治癒不能ではない。そして、彼らが心身ともに強い苦痛を感じていることも確かで、こういった患者たちは緩和医療の対象になるのである。

● WHOの緩和医療の定義

「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面する患者と家族のQOLを向上するためのアプローチであり、苦痛を回避し軽減するために早期診断や的確なアセスメント、疼痛や身体的・精神的、そしてスピリチュアルな問題に対する係わりを介して提供される」

● 緩和支持療法

これまで、がん（およびその他の重篤な疾患）の苦痛を和らげる方法を指す言葉として、「支持療法（サポーティブ・ケア）」と「緩和療法（パリアティブ・ケア）」の2種類が使われていた。前者は治癒可能な人が対象、後者は治癒の望めない患者が対象であった。だが、治癒するかどうかで線引きするのはおかしいという考え方から、両者を使い分けず、「緩和支持療法」とよぶ流れも生まれている。



▲ 図1 がんの治療と緩和ケア

手術、放射線、化学療法と並ぶ「4つ目の治療」

がん患者の場合も、治るか治らないかにかかわらず、さまざまな苦痛が生じる。したがって、がんの治療とともに苦痛の治療が必要であり、そのため緩和療法は、「手術、放射線、化学療法と並ぶ、がんの4つ目の医療」ともいわれ始めた。

患者は手術後に身体的・精神的な苦痛に悩まされることもあるし、化学療法を受けている時は、期間が長く副作用（有害事象）もあるため、苦痛が付きものといってもよい。化学療法に携わる医療者は、そのことを肝に銘じておく必要がある。

苦痛（つらさ）の程度はうまく表現しにくく、また、人によって表現の仕方も違うので、「つらいことはありませんか」といった漠然とした質問では、適格に捉えるのが難しい。具体的な状態の分かる、質問票のようなものをつくっておくとよいだろう。参考として、聖隷三方原病院・緩和支援治療科の作成した質問票を掲載しておく（資料1）。

資料1 生活のしやすさに関する質問票 (聖隷三方原病院・緩和支援治療科作成)

記入日 年 月 日
ID
氏名

生活のしやすさに関する質問票

◆気になっていること 心配していることや相談しておきたいことはありますか？

◆からだの症状……この1週間で、平均してどれくらいの強さでしたか？

	全く なかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 これまで なかった ほどあった
痛み（平均に）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
（一番強いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
（一番弱いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
患切れ（息苦しさ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ（うとうとした感じ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ（つかれ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
便秘・下痢（○をつけてください）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれやピリピリ痛み感じ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
口腔の問題（痛み・違和感・虫歯など）	なし		あり		発熱：なし		あり		不眠：なし		あり

◆この1週間の全体の状態

○全体の生活の質 1 2 3 4 5 6 7

○気持ちのつらさ

右の体温板に○をつけてください。
0が「つらさはない」で、数字が大きくなるにつれて、つらさの程度も強くなり、10は「最高につらい」を表しています。

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない

◆心配なこと・相談しておきたいこと

病状や治療についての情報・説明
 経済的な問題
 食事・栄養
 日常生活（家事・仕事・排権など）

◆当院には、QOL（生活の質）を改善するために活動している医師や看護師など多くのチームがあります（裏面）。
ご希望がございましたら診察・ご相談に伺います。

希望する 希望しない 受診は希望しないが、できることがあれば医師・看護師で相談してほしい

緩和医療

すべての医療者に必要な知識・技術

「緩和は緩和治療の専門家に任せる」という考え方があるが、これは間違いである。がんの治療・ケアに携わる医療者のすべてが、緩和治療の知識と技術を身につけなければならない。

緩和支援治療科

苦痛の緩和、QOL改善のために設けられた診療科。各科の医師や看護師では対処の難しい苦痛について、コンサルテーションを行う。

抗がん剤と緩和療法

化学療法中の患者の主な苦痛

化学療法を受けている患者は、主にどういった苦痛を感じているのだろうか。身体的苦痛の代表は、次のようなものである。

- 食欲不振・嘔吐
- 倦怠感
- 口腔内の問題（口の中が荒れたり、食物の味が変わる）

- ・手足のしびれ（これはパクリタキセルやオキサリプラチンを使用している患者に多い）

要するに、がんそのものの苦痛に加えて抗がん剤の副作用が多くなる。これらは、適切な薬剤を使うことでかなり抑えられる。

◎副作用対策：Chapter 7 参照

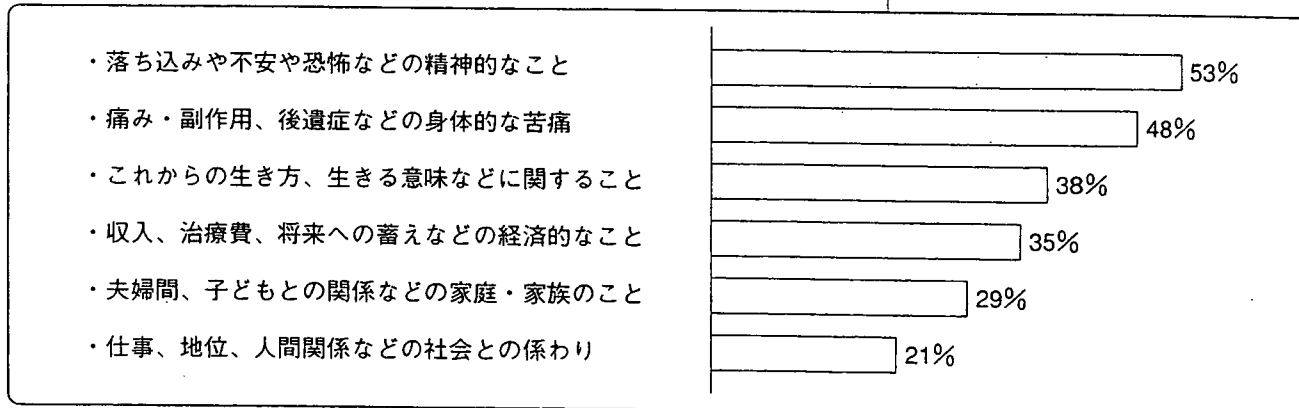
患者の最大の苦痛は「心理的な問題」

だが、化学療法中の患者の訴えのうち、最も多いのは「漠然とした不安」である。

化学療法中に限らず、がん患者は精神的な苦痛が大きい。ある調査によると、53%の患者が「落ち込みや不安や恐怖などの精神的な悩み」をもったと答え、「痛み・副作用・後遺症などの身体的苦痛に悩んだ」人（48%）よりも多かった（表1）。精神的苦痛への対処は、医師よりも看護師の役割である。むろん、問題によってはケースワーカーにつないだり、医師から話をしてもらう必要があるが、患者の最も身近な存在である看護師の精神的なサポートがなければ、患者は安心して治療を続けられない。

◎精神的サポート：Chapter 8 参照

▼表1 がん患者が悩んだこと



（「がんの社会学」に関する共同研究班、2004年。53医療機関と15患者会・患者支援団体で、がん体験者を対象に調査）

Column

倦怠感には「看護介入」と「運動療法」が有効

化学療法中の倦怠感への対処には薬もあるが、それよりも「認知行動療法」などの看護介入のほうが有効だといわれており、運動療法も効果がある。患者の多くは「ゆっくり寝ているのがよい。運動なんかするのはもってのほか」と思っているし、医療者の中でもそう考える人がい

るが、進行期以外の倦怠感は、体を動かさなければ取れないことを知っておきたい。むろん、激しい運動ではなく、短時間（30分程度）の有酸素運動がよい。リハビリテーションの専門家と相談して、個々の患者に合った、自宅で簡単にできるプログラムをつくとよいだろう。



「緩和ケアチーム」—精神科医に期待すること、精神科医ができること

「緩和ケアチーム」*

精神科医ができること、何が期待されているのか?

大西秀樹**

Key words

Palliative care team, Psychiatric symptoms, Psychiatrist

はじめに

本年4月、がん対策基本法が成立し、がん医療の整備と充実が社会の注目を集めるようになってきている。がん医療における心のケアも行うことが記されており、これからは心のケアを行うことが医療者の義務となった。

元来、がん医療は集学的医療である。外科、内科、放射線科、看護などが集まり、手術、化学療法、放射線医療におけるチーム医療を展開することで治療成績を上げてきた。治療成績が向上すると、今度はがん医療の質を上げることが大切となる。治療成績の向上と近年における告知率の上昇は、社会と医療者の両者に対し心のケアに対する関心を寄せるきっかけを作り、サイコオンコロジーが発展する基礎となった。サイコオンコロジーの発展はがん医療の進歩とともに歩んできたといっていよと思う。こうして精神科もチーム医療の一員としてがん医療に加わったが、その活動は確

固たる診療報酬制度に担保されたものではなく、自発的な要素も大きかった。

わが国では1986年11月河野博臣先生(故人)、武田文和先生(埼玉医科大学客員教授)らが発起人となり日本臨床精神腫瘍学会(JPOS)が結成され、1987年に第1回学術大会が開催された¹⁾。

学会創設当初は、がん性疼痛、告知の是非などの問題が討議されていたようであるが、現在は当時から問題に加え、鎮静、倫理、緩和ケアチーム、コミュニケーションスキルなど幅広い領域を扱うようになってきている。学会員は600名を超えるが、これは各国別の会員数としては最も多い。

この間、制度面での改革もみられた。最も大きなものは2004年に設けられた緩和ケアチーム診療加算制度であろう²⁾。この制度は一定の経験を有する身体科医師、精神科医、および看護師がチームを作り、がん患者さんの身体的、精神的苦痛に対応する場合、その活動に対して一定の診療報酬を加算するというものである。この制度の最大の特徴は、精神科医の参加が必須となっていることである。これはわが国独自の制度であるが、①がん医療では治療中・終末期を問わず精神医学的な有病率が高いこと、②精神症状の見逃しが多いこと、③精神症状はがん患者さんにとって苦痛であること、④患者さんの自己決定および医療者の

* Palliative Care Team in Japan—What can psychiatrists do? What is expected for psychiatrists?

** 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科(☎350-1298 日高市山根1397-1), ONISHI Hideki: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Japan

病態判断を鈍らせる可能性のあることから^{1,2,4)}、がんの臨床現場に精神科医を加えることが望ましいとしたこの医療制度は優れた制度であるといえる。医療費削減の流れの中でこの制度ができたことは、がん医療の総合的な質を上げたいという、国を挙げての流れを確実なものにした。

精神科医はごくわずかな精神症状であってもそれを見出し治療ができるという専門性、医療者・患者間、医療者間同士を橋渡しする能力、コミュニケーション能力を有している。したがって緩和ケアチームの中でもその能力を生かした仕事ができるし、まさに適任であると考えている。

オピオイドの使用については慣れていないかもしれない。しかし、私たちは精神症状を評価し薬剤の量と種類を決めるという臨床的な実践を長い間行っている。オピオイド処方、患者さんの痛みの場所、程度を聞き、オピオイドの量と種類を決めることが基本である。これは私たちが日常行っている精神医療にきわめて類似していることから、オピオイドにもすぐに習熟することが可能だと思う。ましてや、オピオイドの副作用である吐き気、嘔吐の治療はプロクロルペラジン、ハロペリドール、リスペリドンなどの抗精神病薬が中心である。これらは私ども精神科医が作用、副作用の細部まで知り尽くしている薬剤でもある。精神科医の役割は、がん医療において尽きることがない。

今回の特集では、わが国を代表するサイコロジストの先生方に緩和ケアチームにおける精神科医の役割についてご意見を述べていただいた。緩和ケアチームでも指導的な役割を演じている先生方であるので、私ども精神科医ができること、抱えている問題点そして限界点などが明らかにされると思われる。緩和ケアチームにおける疑問の解決、今後歩いていく方向性が明確になるだろう。

また、がん緩和医療に携わる代表的な先生方に、精神科医に対する要望をお願いした。現場の第一線でがん治療も行いながら緩和ケア活動も熱

心に行われている先生方のご意見、ご批判が聞かれると思う。私たち精神科医は、これら先生方の意見を真摯に受け止め、今後の医療を展開するための足がかりにする必要があるだろう。

埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチーム活動

今回の特集では、私が現在勤務している埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチームのメンバーに、緩和ケアチームの現状と課題を述べてもらうことにした。

大学病院にできた新しい診療科、新しい緩和ケアチームの活動は今後のモデルケースとなるとも考えており、このチームの活動を特集として挙げた。内容的にも、皆様の今後の医療を充実させるための参考になるのではないかと考えている。

まず、埼玉医科大学国際医療センターで行っている医療の概要を述べたい。

埼玉医科大学では、三大成人病である脳卒中、心臓病、がんに対応するため2007年4月1日、埼玉県日高市に埼玉医科大学国際医療センター(600床)を開設した。このうち包括的がんセンター(以下、がんセンター)は300床、わが国の大学病院としては初のがんセンターである。22の診療科を有し、各臓器のがん医療専門家が治療を担当しているが、診療形態は従来の大学病院にみられたような縦割りの構造を極力廃し、各科が協力しながら診療を行っているのが特徴である。

精神腫瘍科は2006年4月1日、移転前の大学病院(埼玉県毛呂山町)で、わが国の大学病院として初めて開設された。国際医療センターの開設に伴い精神腫瘍科も移転して現在に至っている。

2006年度は筆者1人で診療活動を行ったが、国際医療センターの開設とともに3名のスタッフに来ていただき、精神科医3名(教授1, 講師1, 助教1)、心理士1名(助教)の4人が教員として活動している。7月からは秘書さんにも来ていただき、科としての体制が整った。いずれのメンバーも元の職場で活躍していた人たちだが、元の職

場において埼玉医科大学国際医療センターに来ていただいた。快く送り出してくれた職場の長の方々には本当に感謝している。

精神科医はお互いが密接な連絡をとりながら、外来、病棟、緩和ケアチームに分かれて活動を行っている。心理士も精神科医と密接な連絡をとりつつ病棟、緩和ケアチームを中心として活動を展開している。精神科病棟はないので、精神的な専門治療が必要と判断された場合には、毛呂山町にある大学病院の精神科病棟に入院をお願いしている。がんと精神症状を合併しており、身体的な管理が大変なことも多いが、いつも快く協力していただき本当に助かっている。

300名のがんセンターにスタッフ4名は多いのではないかと思われただろうが、緩和ケアチームの専従医師に1名を出しているため、外来、病棟は各1名ずつの配置である。緩和ケアチーム回診、精神腫瘍科併診、外来などを行うと4名でもかなりタイトなスケジュールで動いているのが現実である。

緩和医療科も昨年新設され、現在は2名の教員(教授1, 助教1)で活動を行っている。緩和病棟はないがベッドを有し、外来、病棟診療および緩和ケアチーム回診を行っている。腫瘍内科を母体とした科であるため、その仕事もあることから、日常の臨床は多忙を極めている。

看護師はホスピス認定看護師1名とがん看護専門看護師1名がおり、おのおのの専門性を発揮しながらチーム活動に参加しているが、看護師の活動は緩和ケアチームを支える原動力となっている。

管理栄養士も2名回診に加わっている。頭頸部領域の腫瘍をはじめとする嚥下障害、栄養不足に苦しむ患者さんに対して適切なアドバイス、栄養

指導を行い、治療の質の向上に大きく貢献している。

病院ができたばかりで財団法人日本医療機能評価機構の審査を受けておらず、緩和ケア診療加算の算定はしていないが、緩和ケアチームはその基準を満たしてあり余るほどのチームである。各職種の活動は各人の記載に譲るが、皆が一致して熱心に取り組んでおり、素晴らしい医療が展開されていると考えている。この活動報告が皆様のお役に立てば幸いである。

おわりに

がん対策基本法の成立は、がんに苦しむ患者さんに対して全国どこでも医療ができるような体制を整えるように国が定めたという点で大きな進歩である。精神腫瘍学に携わる我々にとっても追い風であるが、これは、がん患者さんたちが、がん医療には心のケアが必要であると切々と訴え続けてきたお陰である。努力に努力を重ねてきたがん患者さん、関係者の方々に心より御礼申し上げるとともに、私たちは心を引き締めて診療に携わらなければと改めて思っている。

文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1983
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. Cancer 76: 1131-1137, 1996
- 3) 日本サイコオンコロジー学会ホームページ(<http://www.jpos-society.org/>)
- 4) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 16: 1594-1600, 1998
- 5) 内富庸介: がん対策基本法—緩和ケアチームに精神科医のより積極的な参画を. 精神医学 49: 564-565, 2007