

はずれ、NMDA 受容体が活性化される。その結果、2次ニューロンの過敏化 (sensitization) が起こる。これはいわゆる神経可塑性現象の一つと考えられ、痛みの遷延化をもたらすと考えられる。以上のような、末梢および中枢の過敏化が起こることによって、皮膚上の allodynia (アロディニア)、ピリピリ感などの異常な感覚が発生する。組織損傷による遷延性疼痛も末梢および中枢の過敏化が原因と考えられている^{3,6)}。

□ 痛みの変調

侵害刺激は、痛みとして伝達されることを説明してきたが、生体内の刺激の変調についても述べる必要がある。Gate Control Theory⁷⁾では、脊髄後角第2層にある細胞が痛みの入力を制御することが述べられている。実際にはこの理論のみでは説明が付かないが、これは生体が本来自分で痛みを減弱させる力を持っているということを世に広めることとなった。痛みを取り除くためには、痛みの経路を化学的、物理的に遮断する(神経ブロック、コルドトミーなど)ことが主流であった時代から考えると、自分もつ「痛みをコントロールする力」を強めるという考え方は、もともと神経障害、神経の損傷を契機としている神経障害性疼痛の治療においても理にかなうものと思われる。特に重要な抑制系は、視床下部、中脳水道灰白質、大縫線核、青斑核が関与している下行性抑制系である。いわゆる内因性の鎮痛物質(β -エンドルフィン、エンケファリン、GABA)などが関与している。また、transcutaneous electrical stimulation (TENS)、鍼などもこの機序を介しているといわれている。情動による痛みの変化には、生体がもともと持っている鎮痛機序が大きく関与していると考えられ、痛みだけでなくそれに影響するさまざまな因子を考慮することは、難治性の痛みの治療に非常に重要であると考えられる。

文 献

- 1) 武田文和, 訳: がんの痛みからの解放 (世界保健機関, 編). 金原出版, 東京, 1996
- 2) 下山直人, 下山恵美: モルヒネが効きにくい痛みの治療. *Pharma Medica* 20(6): 31-37, 2002
- 3) 横田敏勝: 侵害受容性疼痛 (臨床医のための痛みのメカニズム). 南江堂, 東京, 1997
- 4) 佐藤昭夫: 痛みの受容機構と鎮痛機構: 痛みの神経科学. メジカルビュー社, 東京, p 45-58, 1997
- 5) Nauta HJW, Hewitt E, Westlund KN, et al: Surgical interruption of a midline dorsal column visceral pain pathway. *J Neurosurgery*: 86: 538-542, 1997
- 6) 下山直人, 下山恵美, 西野 卓: 難治性がん疼痛治療の進歩. *血液・腫瘍科* 37(1): 54-57, 1998
- 7) Melzack R, Wall PD: Pain mechanism, A new theory. *Science* 150: 971-979, 1965

リンパ浮腫 診療ガイドライン

2008年度版

リンパ浮腫診療ガイドライン作成委員会 編

推薦

日本リンパ学会
日本産科婦人科学会

金原出版株式会社

リンパ浮腫診療ガイドライン作成委員一覧

委員長	北村 薫	九州中央病院 副院長
委員	岩瀬 哲	東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 副部長
	岩本 拓	東名厚木病院形成外科 部長
	小川 佳宏	リムズ徳島クリニック 理事長
	小田桐弘毅	弘前大学医学部付属病院外科 講師
	菰池 佳史	大阪府立成人病センター乳腺・内分泌外科 医長
	矢形 寛	聖路加国際病院乳腺外科 医幹
委員長協力者	山本 大悟	関西医科大学付属枚方病院乳腺外科 講師
	井沢 知子	京都大学医学部付属病院 看護師
	垣本 看子	国立がんセンター中央病院 看護師
	窪田 博明	コラーゲン株式会社開発・薬事部長(医学博士)
統計	黒田佑次郎	東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 研究員・心理療法士
	山口 拓洋	東京大学医学部附属病院臨床試験データ管理学 准教授
事務局	寺本 成一	九州中央病院乳腺外科 医長
	佐藤 知子	同 リンパ浮腫センター 技師
	千葉美由紀	同 リンパ浮腫センター 技師

リンパ浮腫診療ガイドライン
2008年度版

定価(本体1,800円+税)

2009年1月20日 第1版1刷発行

編集 リンパ浮腫診療ガイドライン作成委員会

発行者 川井 弘光

発行所 金原出版株式会社

〒113-8687 東京都文京区湯島2-31-14

電話 編集 03(3811)7162

営業 03(3811)7184

FAX 03(3813)0288

振替 00120-4-151494

<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

©2009

検印省略

Printed in Japan

JCLS < (株)日本著作出版権管理システム委託出版物 > ISBN978-4-307-20252-7

小社は捺印または貼付紙をもって定価を変更致しません。
乱丁、落丁のものはお買上げ書店または小社にてお取り替え致します。

印刷・製本：真興社

6

がん医療における緩和ケア-Overview

Palliative care

Point

- ・がん医療における緩和ケアは、終末期のみならず、疾患の初期からの患者とその家族へのケアやサポートを対象にしており、身体的苦痛・心理社会的苦痛や尊厳、そしてケアのニーズやQOLを適切にアセスメントし、対処していく医療である。
- ・一般的に緩和ケアに紹介される時期が遅い傾向にあるが、緩和ケアはがん治療の開始とともに漸次的に提供されるのが理想であり、これにより高いQOLの維持を可能とする。
- ・緩和ケアの領域において、せん妄への対応が必要な場合が多々認められる。終末期せん妄に対して鎮静を考える場合には、医療倫理的な側面を考慮する必要がある。
- ・がん治療初期から病状に応じて緩和ケアの情報が提供され、外科的治療、がん化学療法および放射線治療を含めた集学的治療を行うシステムが構築され、各専門領域の医師間の連携のもとで治療が行われることが望まれる。

1. 緩和ケアの必要性

1 緩和ケアとは

平成19年度における日本のがんによる死亡者数は32万人を超えており、死因の第1位を占めている。このような背景により、わが国では1984年度から「対がん10ヵ年総合戦略」、1994年度には「がん克服新10ヵ年戦略」、2004年度には「第3次対がん10ヵ年総合戦略」が策定され、実施されてきた。さらに、2006年6月に「がん対策基本法」が成立し、日本のがん対策の基本方針を定める法律が策定された。

これらのがん対策のなかで、緩和ケアは重要な位置を占めており、がん対策基本法では「自宅や施設においても、適切な医療や緩和ケアを受けることができる体制の整備を進めること」と、がん医療における緩和ケアが重要視されていることが示されている。研究面においても、がんの罹患率と死亡率の低下および予防を目的とした研究が積極的に行われるようになったと同時に、生活の質(Quality of life: QOL)の向上を目的とした研究も盛んに行われ、ケアの現場に有用なツールも開発されるようになった。

●WHOの定義

世界保健機関(WHO)による定義(2002年)では、緩和ケアとは「生命にかかわる疾病に直面している患者と家族の痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を予防・評価・対応することによってQOLを向上させるためのアプローチである」とされている。

そして緩和ケアの要件として、①痛みやその他の苦痛な症状を緩和する、②生を肯定し、死の過程を正常なものとして尊重する、③死を早めることも、遅らせることもしない、④患者ケアにおいて心理社会的側面とスピリチュアルな側面を一体化させる、⑤患者が可能なかぎり前向きに生活ができるように支援体制を提供する、⑥患者の療養中から死別後まで家族が対処できるように支援体制を提供する、⑦患者・家族の必要性に対してチームで対応する、⑧QOLの心がけ、疾病経過に好まし

い影響を与えることを目指す、⑨治療期間を含め早期から実践する、をあげている。つまり、すべてのがん患者が疾患の経過を通じて、可能な限り最良のQOLを維持することが緩和ケアの目標である。

2 がん医療における専門緩和ケアの必要性

緩和ケアは、終末期の人々のみならず、疾患の初期からの患者とその家族へのケアやサポートを対象にしており、身体的苦痛・心理社会的苦痛や尊厳、そしてケアのニーズやQOLを適切にアセスメントし、対処していく医療である。

その目的を達成するために、緩和医療に携わる医療従事者の専門性は多岐にわたっている。厚生労働省においては、身体症状の緩和を担当する常勤医師、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験の有する常勤看護師、緩和ケアの経験の有する薬剤師がメンバーとなっていることが、緩和ケアチームとして認可される条件としており、状況に応じて、麻酔科医、心療内科医、リハビリテーション専門家、医療心理専門家等が介入する。また、宗教的な背景を持つ施設(ホスピスなど)によってはチャプレンやパストラルケアカウンセラーといった専門家がスピリチュアルケアに携わっているのが特徴的である。

1996年7月に、緩和医療に携わる専門家による学術的な活動の必要性が高まり、日本緩和医療学会が設立された。学会の目的は、「がんやその他の治療困難な疾患をもつ患者の全過程のQOLの向上を目指す緩和医療を発展させるための学際的かつ学術的研究を促進し、その実践と教育に貢献すること」としている。現在では、日本緩和医療学会にガイドライン作成委員会が設置され、専門家による臨床経験と科学的エビデンスに基づいた診療ガイドラインを発行している(「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」、「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」、「終末期がん患者の泌尿器症状対応マニュアル」が日本緩和医療学会のホームページからダウンロード可能)。

また、教育面においては、がん対策推進基本計画において「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことを目標として掲げ、がん治療の初期段階から緩和ケアが提供されるための「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: PEACE)が開発され、緩和ケアの専門家のみならず、関連領域の専門家に対する教育が実施されている。

このように、医療者間に専門緩和ケアサービスへの関心は高まりつつあり、がん患者とその家族のQOLの向上に貢献することが複数の研究によって示されているが¹⁻³⁾、日本における専門的緩和ケアサービスを受けている患者は10%以下に過ぎないと見積もられている(米国ではがん患者の年間死亡者の38.7%がホスピス・緩和ケアを受けている)。ホスピス・緩和ケア病棟に関しては、入院の申込みをしてから2週間以上の待ち時間を要するケースが多々あり、遺族を対象にした調査によると、約半数が「もっと早く利用したかった」と評価している⁴⁾。つまり、専門緩和ケアサービスの量的・機能的不足が示唆されているといえる。

3 緩和ケアチームの発展

わが国の緩和ケアは、主に専門入院施設である緩和ケア病棟を中心として発展してきた。1990年に緩和ケア病棟入院料が診療報酬として新設されたことにより、全国的にホスピス・緩和ケア病棟が設立されはじめ、1994年に在宅末期医療総合診療科、2002年に一般病棟での緩和ケアチームの

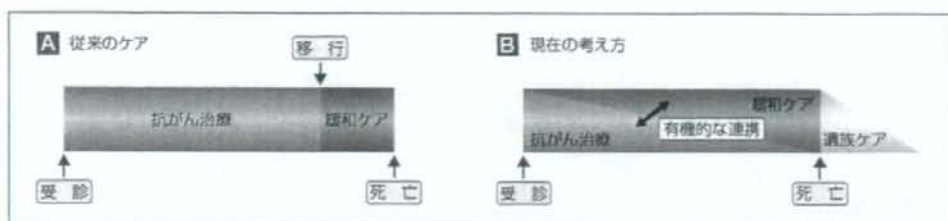


図1 抗がん治療と緩和ケアの実施時期—従来と現在の比較

活動に「緩和ケア診療加算」が算定されるようになった。全国の緩和ケア病棟は2006年10月には163施設・3118病床、緩和ケアチームは2007年5月時点で79施設が緩和ケア診療加算のもとに活動している。現在のわが国の緩和ケアは、①ホスピス・緩和ケア病棟、②一般病棟における緩和ケアチーム、③在宅緩和ケアの3つの体制によって、緩和ケアを専門とした医療従事者により提供されている。

わが国の緩和ケアチームの活動は、いくつかの先駆的な施設により行われてきたが、2002年の緩和ケア診療加算を機に本格的に始まったといえる。

緩和ケアチームの活動として、①病棟スタッフと協働しながら患者の身体的・精神的・実存的な苦痛緩和に関する助言、②(特に複雑な状況下において悲嘆が問題となる可能性の高い)家族への関与と支援、③病棟スタッフへの助言と支援、④緩和ケアに関する学際的な教育、⑤病院とホスピス・緩和ケア病棟や在宅ケアとのリエゾン(連携・調整)、⑥緩和ケアに関する監査および研究などがあげられる⁵⁾。

一般的に、主治医から緩和ケアを紹介する時期が遅い傾向にある。緩和ケアへの紹介のバリアとなる要因は、①緩和ケアに関する否定的な認識(緩和ケアを受けると寿命が短くなるなど)、②将来希望する終末期ケアについて主治医とあらかじめ相談できなかったこと、③状態の悪化に気持ちがついていかなかったことであることが示されている。専門緩和ケアサービス提供者にとって、患者が末期の状態で紹介されることは、患者と家族のニーズを適切に評価することが困難になると同時に、十分な信頼関係を築く時間がなく、症状コントロールを困難にし、適切なサービスの計画を立てるための時間がないことを意味する。

緩和ケアはがん治療の開始とともに漸次的に提供されるのが理想であり、高いQOLの維持を可能とする。従来、緩和ケアは図1Aのように治療の効果が見込めなくなった時点で開始されていた。しかしながら、現在の考え方では図1Bのように診断がついた時点で抗がん治療と並行して緩和ケアを開始し、治療と有機的な連携を行うことが推奨されている。

2. がん患者とQOL

1 QOLとは

Quality of Life (QOL)は、定義するのが困難である概念の1つである。WHOは、健康とは「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であることであり、単に疾病がないことではない」としている。その他に「健康」と「QOL」を区別して定義づける試みがなされているが、一義的に定義することは難しい。QOLは幸福や生活の満足の箇所が特徴づけられているものの、分野によって異なる意味を示していることがしばしば見受けられ、それが普遍的な定義を難しくする要因となっている。

そこで、臨床医学や臨床試験においては、QOLの概念を明確化させるために、「Health related quality of life(健康関連QOL)」として用語化する動きが広がっている。この健康関連QOLに含まれるのは、全般的健康、身体機能、身体症状や薬物毒性による症状、情緒機能、認知機能、役割機能、社会的機能、性機能、および実存的問題などがある。

2 QOLの評価

QOL評価は多くの場合、患者の主観面を測定することを目的としており、医療者や近親者の代理評価は採用されていない。代理評価を採用するのは、患者が一貫した回答をすることが困難である場合(疾患が重篤である、精神障害がある場合)であり、解釈は慎重になされなければならないだろう。

● QOLの評価尺度

QOLの評価尺度として、科学的な信頼性と妥当性をもつSF-36(MOS Short-Form 36-Item Health Survey)が汎用されているが、この評価尺度では根治困難ながん患者のQOLを評価するのは難しい。そこで、がん患者を対象としたQOL評価尺度であるEuroQoL, EORTC-QLQ C30(European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30), FACT(Functional Assessment of Cancer Therapy)が作成された。これらには、それぞれの疾患にあわせたサブカテゴリーがあり、詳細にQOLを測定することが可能である。

しかしながら、EuroQoLの定義にある「歩きまわる程度が完璧で、身の回りの管理ができ、全く痛みや不安感がない」と主観的に思う人のQOLが高く算出されるという方法は、緩和ケアでは直接的に反映させることが難しい可能性がある。そこで、Calmanらが提唱した期待モデルである、「その個人が現在経験していることとの差を図ることである」を概念基盤として構成されたSEIQoL(The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, 個人の生活の質評価法)は、「自分の人生において、大事に思っている領域や分野がうまくいくことや、満足していることがQOL」と定義しており、QOLを構成することから始まっている。そして、VAS(Visual analogue scale)を用いて主観的に評価することにより、QOLを評価可能とし、個人的な価値を組み入れやすくしている。これは、個性性を重視し、患者と家族にとって重要とされることをその都度検討する緩和ケアの特性と合致していると考えられる。

● 緩和ケアにおけるQOL評価で重視すべきこと

緩和医療の領域では、臨床的にも研究の側面からも、QOLがアウトカムとして重要視される。それは、慢性疾患に対する治療が疾患を治癒することができないことを背景としている。また、これまでの緩和ケアのアウトカムはほとんどが医療者の視点から考えられてきたが、近年、患者とその家族の視点から緩和ケアの目的を論じようとする動きが見受けられ⁶⁾、米国や日本でGood Death Studyといった研究が行われた。その結果、Good Deathについて何が望ましいかは、医療者と患者によって異なっていることが示された。「疼痛がないこと」や「病状理解」についての認識は、医療者と患者間で一致して重要であることが示されたが、多くの患者は「心残りがないこと」や「意識が明確であること」といった心理社会的要因も重要であると述べているところで、医療者の認識と異なっ

表1 Good Deathにとって重要なもの(米国の研究)

	患者(%)	医師(%)
疼痛がないこと	93	99
病状についてよく知っていること	96	88
心構えをしておくこと	84	79
心残りがないこと	80	68
意識が明確であること	92	65
負担にならないこと	89	58
他人の役に立つこと	88	44
見込みが乏しくても可能な治癒を受けられること	48	7

ていることが示された(表1)^{7,8)}。

QOLの程度は、本人の“個人的評価”と第三者による“第三者の評価”の判断があり得る。第三者の評価ではQOLが低いと考えられる生活が、本人にとっては満足したものであることは頻繁にある。上記の研究結果からも、医療者が抱えている価値観は、必ずしも患者とその家族の意向を反映しないことが示唆されており、緩和ケアを提供する際には、それぞれの患者とその家族が重要とするものをその都度アセスメントすることが重要であると考えられる。

3 QOLの維持・向上のために必要なアプローチ

A. がん性疼痛管理

すべてのがん患者に対し、疼痛管理のスクリーニングを初診時から行い、臨床的必要性に応じて継続的に実施する必要がある。スクリーニングを行うことによって、コントロールされていない症状、がんおよびがん治療に関連した苦痛、併存する身体的および心理社会的苦痛、患者とその家族の疾患経過による意思決定に対する対処方略をその都度検討し、可能な限り最良のQOL維持を支援することが可能となる。

しかしながら、専門緩和ケア施設において行われているケアでさえも施設間に差があり、受けるケアによって遺族の満足度が異なることが示されている⁹⁾。そこで、ケアの質を保証するために、欧米ではクリニカルパスやクリニカルオーディットの導入が行われており、わが国においても緩和ケアのオーディットとして、信頼性と妥当性が検証された「Schedule for Team Assessment Scale (STAS)」(表2)が導入された。その他、表3のように緩和ケアにおいて用いられる評価尺度があり、

表2 STAS

STASの評価項目							STASによる評価方法	
疼痛	0	1	2	3	4	評価不能	0	なし
口渇	0	1	2	3	4	評価不能	1	時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない(現在の治療に満足している。介入不要)
食欲不振	0	1	2	3	4	評価不能	2	中等度、時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある(薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない)
嘔気	0	1	2	3	4	評価不能	3	しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす(重度、しばしば)
嘔吐	0	1	2	3	4	評価不能	4	ひどい症状が持続的にある(重度、持続的)
便秘	0	1	2	3	4	評価不能	評価不能	認知機能の低下、鎮静、緩和ケアチームが訪置できなかった場合など
呼吸困難	0	1	2	3	4	評価不能		
全身倦怠感	0	1	2	3	4	評価不能		
咳嗽	0	1	2	3	4	評価不能		
腹水	0	1	2	3	4	評価不能		
下痢	0	1	2	3	4	評価不能		
不眠	0	1	2	3	4	評価不能		

表3 緩和ケアに用いられる評価尺度

包括的尺度	M.D. Anderson Symptom Inventory Schedule for Team Assessment Scale	がん患者の症状評価 緩和ケアのAudit Tool
特定の症状	Brief Pain Inventory	疼痛評価
	Cancer Dyspnea Scale	がん患者の呼吸困難の評価
	Cancer Fatigue Scale	がん患者の倦怠感の評価
	Hospital Anxiety and Depression Scale	抑うつと不安の測定
	Memorial Delirium Assessment Scale	せん妄の重症度評価
	Agitation Distress Scale Profile of Mood State	終末期患者の不穏の評価 感情プロフィール検査
QOL	EORTC QLQ-C30 FACT-G FACT-sp	がん患者のQOL評価 がん患者のQOL評価 がん患者のQOLと実存的苦悩を評価

これらは各施設で行われているケアの質のスタンダードを高め、質の保証を可能とする。

「がん性疼痛管理」の実践方法の詳細については、総論7(p.83)を参照。

B. せん妄への対応

緩和ケアの領域において、せん妄への対応が必要な場合が多々認められるため、臨床的・倫理的に極めて重要な課題であると考えられる。

せん妄は、変動を伴う意識障害と認知障害で特徴づけられる精神症状である。進行がん患者の約30～40%に認められ^{10,11)}、終末期には70～90%の患者がせん妄に陥ると報告されている^{12～14)}。せん妄によって痛みの適切なアセスメントが困難になるほか、看護の労力の増大、在院日数の長期化が懸念される。また倫理的にも、認知障害によって患者の判断能力が低下し、医療の意思決定に患者が参加できなくなるといった問題もある。家族に対しても多大な影響を及ぼし、患者との残された時間を有効に使うことを阻害し、介護の負担も大きくなる¹⁵⁾。このように、緩和ケア領域におけるせん妄は高頻度であることに加え、多くの医学的、心理社会的な問題を引き起こし、QOLの低下につながる。

● 診断と治療

せん妄の改善率は報告によってバラつきがあるが、約20～67%が改善したとの報告がある。そこで、せん妄を適切にアセスメントし、原因を適切に評価して対処することが望まれる。せん妄を正確に診断するには、せん妄診断のゴールドスタンダードであるDSM-IV(表4)に基づく診断が推奨されるが、Mini-Mental State Examination(MMSE)¹⁶⁾などのツールで評価することが可能である。せん妄治療は、せん妄の原因となっている因子を除去することにある。薬剤性、電解質異常、脱水によるせん妄は改善の可能性が高く、オピオイドの減量やオピオイドローテーションにより効果が得られることもある。

せん妄は患者から尊厳を奪い、その人らしさを奪うことがある。緩和ケアの目的である“患者がその人らしい時間を過ごすことができるようにケアを提供していくこと”を困難にし、家族に対する影響も多大である。対処可能なせん妄に対しては、ガイドラインに則ったアプローチが望まれるが、コントロール不能なせん妄に対しては、その患者にとって望ましい過ごし方について家族とともに考え、関係性の中で医療の方向性を考える医療倫理的な考察も必要であろう。それには、多職種によるチームカンファレンスで個々のケースについて検討することが有用である。

せん妄に対して鎮静を考える場合には、さらなる倫理的側面を考慮する必要がある。薬物療法、非薬物療法(環境調整など¹⁷⁾)を考慮するが、終末期の活動型せん妄は、せん妄の標準治療を施しても無効なことが多く、持続的な鎮静が検討される。持続的鎮静は、死が切迫している患者や、難治性の症状があり余命が数時間から数日の患者に有用な症状管理となり得る。鎮静は、日本緩和医療学会のガイドラインに沿って検討されることが勧められ、余命が数時間となり、まさに死に向かっている時は、家族が付き添うことができる環境を整える必要がある。

C. サイコオンコロジー

サイコオンコロジーという比較的新しい研究・臨床領域は、がんが心と与える影響だけでなく、情緒状態ががんの進行や生存期間に影響を与えうる“がんと心の双方向性の関係性を扱う領域”であると定義されている。がん患者の不安や抑うつに関しては、支持的療法や薬物療法に加えて、

表4 せん妄の診断基準(DSM-IV)

- 1 注意を集中し、持続し、伝導する能力の低下を伴う意識障害(すなわち、環境認識における清明度の低下)
- 2 認知の変化(記憶欠損、失見当識、言語障害など)または、すでに先行し、確立され、または進行中の痴呆では、うまく説明できない知覚障害の出現
- 3 その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちで変動する傾向がある
- 4 病歴、身体診察、または臨床検査所見から障害が全身性内科疾患の直接的な生理的な結果であることを示す

社会的支援などが適切に行われる必要がある。

Derogatisらの研究報告によると、がん患者の47%が精神医学的な診断基準を満たしており、13%がうつ病、68%が適応障害であるという報告がある¹⁸⁾。がん患者の不安や抑うつといった精神症状は、QOLの低下、家族の精神的苦痛、適切な意思決定の障害、自殺などと関連しているため¹⁹⁾、QOLの向上と医療行為に対する適切な意思決定、家族の負担の軽減のために、精神療法は有用である。

支持的な精神療法は、傾聴や共感といった、非指示的かつ非審判的な態度で患者に接することによって、心理的問題の対処方略を獲得する治療方法である。患者の思考や感情は推し量ることが困難であり、一方的に推測して行動するのではなく、医療者が患者の思考や感情に関心を向け、主体的かつ積極的に話を聞くことが、傾聴のポイントとなる。また、共感(empathy)は同情(sympathy)とは区別して考えられるが、医療者自身が自らを客観視しながら、患者に感情移入を試みることであり、ここで重要とされるのは共感的なコミュニケーションであり、症状ばかりではなく、症状による患者の苦痛や生活への影響に対してopen questionを用いることによって、患者が置かれている状況をより適切に把握することが可能である。このように医療者と患者間の共感が深まり、ラポート(信頼関係)が形成されることによって、治療の意思決定や悪い知らせを伝える際に役に立つ。緩和ケアの領域では、不安や抑うつといった精神症状に加えて、患者の過去、現在、将来の生き方に関わる実存的な苦痛を露呈することが多い。このような訴えに関しても、上記の共感的なコミュニケーションは有効であり、回想法などの面接も有用であるとの報告がある。

「サイコオンコロジー」の実践方法の詳細については、総論8(p.99)を参照。

D. 社会的・経済的ケア

社会的・経済的支援に関する問題にも、患者のニーズに合わせた対処と管理が求められる。社会的・経済的支援を考えるに当たって、対象者が求めているのが情緒的サポート、情動的サポート、実利的サポートのどれに当たるかを適切に把握し、サポート源の存在の有無、サポート源に対する患者の認識、患者はそのサポート源を利用しているかを具体的に把握する。

緩和ケアでは、患者とその家族に対して、治療の目標と期待、緩和医療の優先事項、抗がん剤治療とQOLの目標とその意義に関する質問を行い、患者とその家族の価値観や病状に対する認識などを把握し、情報の必要性とケアのニーズに関しても評価を行うことが必要である。がん患者に対する正しい情報の提供は、患者の誤解による不安感や絶望感を軽減することができることから、教育的介入と位置づけられる。患者は、緩和ケアに対して否定的な印象をもっていることが多々あり、“緩和ケアは余命が短くなる”ことや“痛み止めは我慢できなくなってから服用する”などの先入観を持っていることも稀ではない。これらの否定的な印象に対しては、適切な情報提供を行うことで不安感が解消され、患者が円滑に医療を受ける手助けとなる。

E. 心理社会的アプローチ

がん患者のQOL向上のための心理社会的アプローチは、個人に対する方法(個人精神療法: individual psychotherapy)と集団でかかわる方法(グループ精神療法: group psychotherapy)がある。個人に対するカウンセリングは、進行がん患者の精神的負担の軽減に効果的であるとの報告があり²⁰⁾、また集団精神療法は、参加者同士が互いの状況を理解しサポートし合うことにより多くの患者に対応でき、QOLの向上に貢献することが示されている^{21,22)}。

Spiegelは、進行がん患者に対して実存的な精神療法に基づくグループ療法を行っており、その有効性を示している²³⁾。またKissaneらは、実存的な精神療法に認知行動療法的アプローチを加えており²⁴⁾、

この中では①積極的に死や死にゆくことを話題にする、②人生を振り返るlife reviewを行う、③死の不安に直面する、④喪失や無価値観といったテーマについて話し合うことに特徴づけられている。つまりこれらは人間の実存的な側面に関し、積極的にグループの中で話題にするアプローチであるといえる。

F. 家族に対するケア

介護にあたる家族は“第二の患者”といわれており、がん患者を介護する家族を対象にした調査では、そのうちの約20～30%に抑うつが認められている²⁵⁾。

終末期患者の家族に対する死にゆく過程に関する教育は、患者と家族の両方に利益があるとされる。予測される悲しみや悲嘆に対して家族を指導し、死にゆく過程に関する患者とその家族のニーズ・目標を適切にアセスメントし、尊重させるためのケアプランを立てることが必要となる。

3. インフォームド・コンセントの重要性

1 インフォームド・コンセントとは

インフォームド・コンセントとは、医師が患者から治療を提供する許可を受けるプロセスである。倫理的かつ法的概念の1つであり、自律尊重や自己決定権の尊重をするために重要なキーコンセプトである。インフォームド・コンセントの定義は、介入の性質やそのリスクと利益、また代替りの選択肢に関するそれぞれのリスクや利益についての医師による適切な情報開示の後で、患者によってなされる医学的介入の自発的な受諾である。

● インフォームド・コンセントを行う際のポイント

インフォームド・コンセントを行うには、第1に患者が提供される情報を理解し、意思決定する能力があることが重要である。そして患者には、医師に対して自由に質問し医師の考えに同意をしなくてもよいこと、すでに同意したことであっても途中で撤回してもよいことを説明し、これによって自律性が保障される。

第2に、患者にとって適切な情報提供の開示が行われ、患者自身が自己決定をするために必要である十分な説明をする必要がある。

第3に、患者による同意もしくは拒否があり、これらの構成要素が充足されてようやく患者はインフォームド・コンセントを与えることができ、医療従事者はインフォームド・コンセントを得ることができるのである。つまり、臨床的な成果を改善し、医療過誤を減らし、倫理的な責任を果たすと同時に法の要請を満たすための有効な手段であるといえる。

2 インフォームド・コンセントと緩和ケアの関連性

わが国ではごく最近まで、「がん=死」という考えが強く、がんであるという悪い知らせは伝えられないことがほとんどであった。このような考えは、悪い知らせを伝えることによって患者を傷つけ、希望や意欲を打ち砕くといった認識が広まっていたためである。その一方で、近年ではがん治療の目覚ましい進歩による治療率の上昇と、インフォームド・コンセントの重要性が認識されるにつれ、がんなどの悪性疾患についても真実を伝え、患者と医療従事者が双方向のコミュニケーションを通して今後の医療行為を決定していくプロセスに移っている。

医師と患者間のコミュニケーションについては複数の研究がなされており、医師のコミュニケーション不足や患者の理解力の限界によって円滑に進まないことを示しているが、これは患者の言葉と潜在的な感情を注意深く聞く能力が医療者に欠けていることによって制限されているのかもしれない。また、医療者と患者・家族の双方が、緩和ケアに対して否定的な印象を持ち、緩和ケアの導入を阻害している可能性がある。

医療従事者は患者に真実を伝える倫理的・法的な義務があり、治療経過において度々“悪い知らせ”を伝える機会が訪れる。悪い知らせの定義の1つとして、“悪い知らせとは、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの”とされており²⁶⁾、進行性がんや難治がんの治療、再発、抗がん治療の中止などが含まれる。特に最近の研究結果では、終末期患者に関わる医師や看護師は、患者が何を必要としているかを把握し、問題に対処していくことに困難を感じていることを示しており、適切な情報提供がなされていない可能性があると考えられる。インフォームド・コンセントを得ることによってようやく、緩和ケアの本来の目的である患者が、その人らしい時間を過ごすことができるようなケアを提供していくことが可能になるであろう。

6

4. ホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養までの流れ

ホスピス・緩和ケア病棟に入院する患者や家族の多くが、もう積極的治療を受けられないと認識して、緩和ケアを紹介されることによって“医療者から見捨てられた”かのように感じ、病气や死の現実を目の当たりにして絶望的になりやすい。また、ホスピス・緩和ケア病棟への転院を希望しても、入院基準や待ち時間のために円滑に移行することが困難である。さらに、待ち時間の間に状態が悪化し、一般病棟や在宅で亡くなるケースも多々認められる。

2006年度より診療報酬と介護報酬において、在宅でのがん治療を推進するように診療点数が変更されている。がん対策基本法には、“国および地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること”と明記されており、病院ですべてを解決するのではなく、自宅でも適切な医療を受けられるような体制に移行しつつある。また、在宅療法支援診療所が新設されたことにより、がん患者を最終的に在宅で看取る在宅医療のシステムも構築されつつある。このように、がん医療も急性期から在宅の療養に至るまで、一貫した連携体制をとる必要があるだろう。

東大病院における緩和ケアチームへの依頼は、チーム専用の携帯端末で受け入れており、初回訪問は即日対応している。そして、依頼があったケースについて多職種によるチームカンファレンスを週に一度開き、それぞれのケースに対するマネジメントの方針と多職種の介入の必要性を検討する。緩和ケアチームへの依頼は疼痛管理が最も多く、メンタルケア、緩和ケア病棟や在宅緩和ケアの導入の相談も受け付けている。

今後、がんの治療初期から病状に応じて緩和ケアの情報が提示され、外科的治療、がん化学療法および放射線治療を含めた集学的治療を行うシステムが構築され、各専門領域の医師間の連携のもとで治療が行われることが望まれる。また、進行がん患者に対しては、病院での治療の選択肢と同時に緩和ケア（在宅を含む）の情報が提示され、積極的治療を望まない場合や治療効果が期待されないと判断される場合には緩和ケア専門施設や在宅緩和ケアが紹介され、症状がある場合には適切な介入を行っていくことが望ましい。

参考文献

- 1) Hearn J. and I.J. Higginson: Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*, 12 (5): 317-332, 1998.
- 2) Jordhoy M.S., et al.: Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*, 19 (18): 3884-3894, 2001.
- 3) Davies E. and I.J. Higginson: Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer*, 13 (8): 607-627, 2005.
- 4) Morita T., et al.: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol*, 23 (12): 2637-2644, 2005.
- 5) 恒藤 暁: 最新緩和医療学, 最新医学社, 1999,
- 6) Singer P.A., D.K. Martin and M. Keiner: Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281 (2): 163-168, 1999.
- 7) Steinhauser K.E., et al.: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284 (19): 2476-2482, 2000.
- 8) Steinhauser K.E., et al.: In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med*, 132 (10): 825-832, 2000.
- 9) Morita T., S. Chihara and T. Kashiwagi: Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med*, 16 (3): 185-193, 2002.
- 10) Caraceni A., et al.: Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *Cancer*, 89 (5): 1145-1149, 2000.
- 11) Lawlor P.G. and E.D. Bruera: Delirium in patients with advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 16 (3): 701-714, 2002.
- 12) Bruera E., et al.: Cognitive failure in cancer patients in clinical trials. *Lancet*, 341 (8839): 247-248, 1993.
- 13) Massie M.J., J. Holland and E. Glass: Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*, 140 (8): 1048-1050, 1983.
- 14) Pereira J., J. Hanson and E. Bruera: The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer*, 79 (4): 835-842, 1997.
- 15) Breitbart W., C. Gibson and A. Tremblay: The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43 (3): 183-194, 2002.
- 16) Folstein M.F., S.E. Folstein and P.R. McHugh: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 (3): 189-198, 1975.
- 17) Casarett D.J. and S.K. Inouye: Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med*, 135 (1): 32-40, 2001.
- 18) Derogatis L.R., et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249 (6): 751-757, 1983.
- 19) Block S.D.: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*, 132 (3): 209-218, 2000.
- 20) Linn M.W., B.S. Linn and R. Harris: Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 49 (5): 1048-1055, 1982.
- 21) Cain E.N., et al.: Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57 (1): 183-189, 1986.
- 22) Sheard T. and P. Maguire: The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*, 80 (11): 1770-1780, 1999.
- 23) Spiegel D., J.R. Bloom and I. Yalom: Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, 38 (5): 527-533, 1981.
- 24) Kissane D.W., et al.: Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*, 22 (21): 4255-4260, 2004.
- 25) Blanchard C.G., T.L. Albrecht and J.C. Ruckdeschel: The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology (Williston Park)*, 11 (2): 189-194: discussion 196, 201-202, 1997.
- 26) Buckman R.: Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288 (6430): 1597-1599, 1984.

(黒田佐次郎, 岩瀬 哲, 中川恵一)