

緩和ケア普及啓発シンポジウム 「がんと診断された時からの緩和ケア」

～苦痛を軽減して、前向きにがん治療に取り組む～

2013年2月24日（日）

（※敬称略）

オープニング：総合司会

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 委託事業委員長 加藤 雅志

皆様こんにちは。ただいまより平成24年度厚生労働省委託事業、特定非営利活動法人日本緩和医療学会主催、緩和ケア普及啓発シンポジウム「がんと診断された時からの緩和ケア」を開催いたします。本日は～苦痛を軽減して、前向きにがん治療に取り組む～をテーマに講演及び討論を進めてまいります。私は本日の総合司会を務めさせていただきます、国立がん研究センターの加藤雅志と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは開会に際しまして、京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座、病院教授／日本緩和医療学会理事長、細川豊史より開会のご挨拶を申し上げます。細川理事長、どうぞよろしくお願いいたします。

オープニング：開会挨拶

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 理事長 細川 豊史

皆様、こんにちは。京都府立医科大学の細川でございます。きょうは日本緩和医療学会の理事長として一言ご挨拶させていただきます。

この日本緩和医療学会は、本邦で早くから緩和ケアの重要性を感じた人たちが集まって1996年に設立されました。その活動は非常に活発なものでした。そして本邦全体の中でがんの患者さんの緩和ケアをどうやっていくかということ、厚生労働省も真剣に考えていただきまして、2007年から、がん対策基本法の制定やがん対策推進基本計画などが発布され、もちろんその内容は緩和ケアだけではございませんけれども、がんに対して今後本邦ではどういうふうに取り組んでいくかということ、政府レベルで積極的にやっというようになってきたわけです。

そういった流れから2007年以降、本日のようなシンポジウムの開催、それからピースプログラムと呼ばれる、がんに関わる医療者に対する緩和ケア教育というものをやっ

ていくと同時に、一般の市民の方、もしくはがんの治療や緩和ケアに直接関与されている多くの医療者の方々、最近ではメディカルスタッフということで総称させていただいておりますけれども、そういった方々に対しての緩和ケアの普及啓発ということをずっと進めてきたわけでございます。

ただ緩和ケアという用語は、実はWHOも初期の段階では終末期医療、ターミナルケアというものを意味する言葉として定義していた関係もございまして、未だに医療者の方、及び一般市民の方々の中にも緩和ケアというのは終末期を迎えた末期がんの患者さんを対象にしたものという認識を持たれている方が非常に多いわけでございます。ところが緩和ケアというのは、実は、がん早期、早期というよりは、むしろ“がん”と診断された時から必要である。つまり現在この緩和ケアの意味するところは、「“がん”に伴って起きる体のつらさ、心のつらさ、生活のつらさ、などさまざまな“つらさ”を和らげるためのケア」ということなのです。がんと診断された時からこの“つらさ”を患者さんも、その家族も持たれるわけです。そういったものを少しでも早くから癒せるようにということで、緩和ケアというのはがんと診断された時から必要ということをここでもう一度認識していただきたいと思います。今年から、このシンポジウムを初めといたしまして、向こう数年間、厚生労働省と日本緩和医療学会が共々、足並みを揃えまして、この「“がん”と診断されたときからの緩和ケア」の啓発・普及に力を注ぎたいと考えております。きょうは大勢の参加をいただきましてどうもありがとうございます。活発な議論等して頂けると思いますので、最後までご参加のほどよろしく願いいたします。

以上、挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

第1部 基調講演：司会

大阪府立病院機構大阪府立成人病センター 心療・緩和科 濱 卓至

それでは第1部、基調講演を開始いたします。私は第1部の司会を務めさせていただきます大阪府立病院機構大阪府立成人病センター、心療・緩和科の濱 卓至です。どうぞよろしく願いいたします。

それでは早速ですが、講演1は「これからのがん対策と緩和ケアの動向」と題しまして、国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長、加藤雅志先生にご講演いただきます。

それでは加藤先生、よろしく願いいたします。

第1部 基調講演1「これからのがん対策と緩和ケアの動向」

国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長 加藤 雅志

ではよろしくお願いいたします。先ほどご挨拶させていただきましたけれども、今回「これからのがん対策と緩和ケアの動向」ということで、私、国立がん研究センターの加藤雅志から少しお話をさせていただきたいと思います。

今回のこのセッションの目的としましては診断時からの緩和ケアということで、このシンポジウムを進めていく中で、まずどのようなことが背景で診断時からの緩和ケアということがいま求められているのかということと皆さんと共有するために、これまでのがん対策や緩和ケアの動向を概説した後、いまどのようなことが求められているのかということとを簡単にご説明したいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まずがんは死亡原因の第1位ということは皆様ご存じの通りだと思います。日本人の3人に1人ががんでお亡くなりになっていて、2人に1人はがんになります。そして100人に1人が日本ではがん医療を受けています。がんというのは非常に身近な疾患で、多くの方にとって関係のある病気、国民病というような表現もされることがあるような疾患です。

そのがん医療の現状というのを見てみると、こちらは1993年から96年の5年生存率を見たものですが、当時は全がんで見てみると49%ぐらいの5年生存率があるという状況でした。少し後になりまして、2000年から2002年の症例で見ますと57%となっております。この変化の要因は全てががん医療の進歩によるものと言い切れるわけではなく、予後が比較的長い種類のがんの早期診断が多くなっているということも一因です。がん医療の進歩と簡単には言えないのですが、ここで申し上げたいのは、非常に多くの方ががんという疾患を抱えても普通に生活していらっしゃる方がいて、そのような方が増えてきているということです。つまり、慢性疾患というような側面も持ちつつあるということをご理解いただきたいと思います。

このようながんという疾患が身近になってきた現状の中で、緩和ケアというものがこれからどのようにあるべきなのかということも考えていくことが必要だと思われれます。

がん対策というのを見ますと、これまでの政府の取り組みとしましては、昭和59年から始まります10ヶ年戦略というものがござります。こちらはこういったものかといいますと、当時、がんがどのようなことが原因で起こる病気なのかということもまだは

っきりとしていないような状況で、まずはがんについてしっかり研究をしていこうということで、このような研究事業が始まりました。このような研究戦略が3次まで続き、現在も続いているところですが、これらの研究成果をしっかりと医療現場の中にも還元してもらいたい、研究の成果で得られたことを医療の中にどんどん活かしてもらいたいという患者さんの声や国民の声があって、ここに書いてありますががん対策基本法という法律が平成18年に成立し、19年に施行されております。

このがん対策基本法はどういった法律なのかといいますと、この基本理念の3つ目に書いてあるところが一番重要なところだとは思いますが、がん患者さんの意向を十分尊重したがん医療提供体制を整備するというところで、それまでどちらかというと医療者視点でいろいろなものが進められてきた中で、患者さんの意向というものを十分尊重していくべきなのではないかということが明記されました。そのような基本理念の中で法律の第16条に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、と緩和ケアをしっかりと早期から進めていかなければいけないということが法律で明記されたわけです。

そういった法律を受けまして、平成19年6月に、これは国全体のがん対策の方向性を定めるものなのですが、がん対策推進基本計画というものが策定されました。このがん対策推進基本計画の重要なところとしましては、1つ目のがんによる死亡者の減少という全体目標の他に、もう1つ、全体目標の2番目として、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上という、患者さん・家族のQOLを向上させていこうということが明記されたことが非常に大きなことだと思います。それまではどちらかというと、がんの罹患率を減らしていこうとか、生存率を延ばしていこうというふうに、生きるか死ぬかというような視点で考えられていたがん対策が患者さんのQOLもしっかり向上させていかなければいけない、そういったことが国全体の目標として定められたということは非常に重要なことだと思っております。

そういった全体目標を達成していくために重点的に取り組むべき課題が幾つかあるのですが、そのうちの2番目に治療の初期段階からの緩和ケアの実施ということが明記されました。この重点的に取り組むべき課題に設定された緩和ケアを達成するために平成19年からこれまでに取り組まれてきたことで主だったものを幾つか、ご紹介していきたいと思っております。

医師に対して幅広く緩和ケアの基礎的な知識、技術を普及させていくということを目的に、すべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケアの研修というものが現在実施されて

おります。この緩和ケア研修会に携わっている方や参加された方も中にはいらっしゃるかと思いますが、こういった研修プログラムが現在進められているわけです。その取り組みでは、今回主催させていただいておりますが、日本緩和医療学会が日本サイコオンコロジー学会の協力のもと、また国立がん研究センターと共に、このピースプロジェクトというものを立ち上げまして、この緩和ケア研修会を全国で効果的に、また効率的に開催できるように支援を行って、進めてきております。

この緩和ケア研修会は全国で行われており、その指導者を育成するための取り組みは日本緩和医療学会が中心になって行われています。その修了者も含めて、現在全国で緩和ケアの指導者の数としては2026名、また精神腫瘍学の指導者の数については750名いるというような状況になっています。そして緩和ケア研修会自体が全国でこれまでに1863回開催されて、34000名を超えるような方々が修了しております。このような形で緩和ケアの普及を進めているところです。

それ以外に緩和ケアの専門家の育成ということで、これは政府の取組であり、学会独自の取組は除いておりますが、国立がん研究センターでの研修の実施や、eラーニングによるもので日本がん治療学会に現在厚生労働省が委託して進めています、緩和ケアや精神腫瘍学についての専門家や、がん診療に携わる医師などを対象としたeラーニングの学習プログラムを作成しており、広く公開しております。是非関係者の方々、がん医療に携わる方々は一度アクセスして見ていただきたいと思います。

そしてこちらには緩和ケアの提供体制の整備と書いてありますが、平成20年にがん診療連携拠点病院の整備指針が見直しをされまして、それまでも緩和ケアチームを設置することと書かれていたのですが、より明確に、拠点病院に配置されるべき緩和ケアチームのスタッフが明記されました。ここで身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、そして専従の看護師を配置することということが明記されております。また外来においても緩和ケアを提供する体制を整備するということも書かれ、その体制を整備するために拠点病院が多くの取組を行っています。ちょうど現在、この拠点病院の指定要件の見直しが進められているところで、より適切な緩和ケアを提供できるような拠点病院のあり方というもの在今后検討されることとなっております。

そして今回のシンポジウムも、ここに書いたオレンジバルーンプロジェクトの一環で行われていますが、患者さんを含めて国民の方々に対する緩和ケアの普及啓発に取り組んでおり、緩和ケアを多くの方に知っていただきたいということで普及啓発活動を行っており

ます。こちらの事業は厚生労働省からの委託事業として日本緩和医療学会が受けて行っているのですが、多くの関係する団体の方々と連携して、現在進めております。この活動について、今回初めて知ったという方もいらっしゃるかもしれません。ホームページなどもございますし、様々なものを皆様が利用できるような形でつくっております。例えば緩和ケア普及啓発を目的としたリーフレットというものをつくっております。皆さんのお手元にもあるかとは思いますが、こちらはどのような目的でつくっているかという、こちらに書いてあるような調査結果などを踏まえて、患者さんなどが緩和ケアに、よりアクセスしやすい状況をつくるために、緩和ケアを利用してみようかなと思えるような形でこのリーフレットを作成しております。是非こういったものを利用していただきながら緩和ケアの普及にご協力いただけますとありがたいと思っております。

そして、研究についてもこれまで取り組んでいます。緩和ケアに関する研究はさまざまありますが、その1つとして紹介するのは、がん対策のための戦略研究というもので、緩和ケアプログラムによる地域介入研究というものです。こちらはどのようなものかといいますと、全国の4つの地域に治療の初期段階から緩和ケアを実施できるような体制をつくって、実際にその効果を検証する研究です。2007年から本格的に動き始め、2010年まで介入をおこない、介入後の調査を行ったところです。現在その成果がまとまり公表を始めているところです。実際にどのようなことが得られたのかといいますと、2つ目に書いてあるような自宅死亡率がこのプログラムを導入することで増加するということや、患者さんのQOLが上がるということや、また医療従事者の困難感が改善するということが今回のプログラムの効果として明らかになりました。そしてこのアウトカムが、どのような要因で出てきたのかというプロセスを研究しましたところ、一番影響していたのは地域の中でのネットワーキングを構築していくということで、それが非常に重要であったと考えております。こういったネットワークをつくっていくために地域の中で多職種の方々が出会うような機会をつくっていく。そして連携のためのコミュニケーションを改善していくようなことが重要だということがわかってまいりました。こういった成果について、詳しくは先ほどホームページが紹介されていましたが、URLを書いておりますので、ご関心のある方は是非アクセスしていただけたらと思います。

このような形でこの5年間、緩和ケアに関してさまざまな取組を行ってまいりました。一定の成果はありつつも、まだ必要とするすべての患者さんのところには緩和ケアが広く行き届いている状況ではないのも事実であり、さまざまな議論がいまも続いております。

今回、この5年間で進めてきたことによる成果について、医療従事者の方々は、それ以前の状況と比べると大きく変わってきたなということも実感されているかとは思いますが。しかし、患者さんやご家族にとってみると、まだ緩和ケアは十分に行き届いていないという意見も多くございます。

そういったことを踏まえて、これからのがん対策と緩和ケアの方向性について少しご説明したいと思います。昨年6月、平成24年6月にがん対策推進基本計画の見直しが行われました。その全体目標で、先ほどご紹介した2つの全体目標に加えて3つ目に、がんになっても安心して暮らせる社会の構築が加わり、新たに社会的な側面でのがん対策の推進というものが求められるようになりました。そして重点的に取り組むべき課題として新たに変更のあった部分を赤字で紹介しているのですが、特に2番目、がんと診断された時からの緩和ケアの推進ということで、治療の早期からの緩和ケアを改め、診断された時からの緩和ケアと、修正がなされました。この背景としましては、がんの治療の早期と言っても、どの時点を具体的に意味するのかがわからない。むしろ診断されたそのときからがん患者さんの苦痛は始まっておりますし、それ以前より体の痛みなどはあるということがありますので、むしろ時期をはっきりとさせて、医療従事者の意識を高めていながら緩和ケアというものをより一層進めていかなければいけないということで、がんと診断された時からという表現にあえて言葉の変更がされたと聞いております。

このがん対策推進基本計画の中でもその他にも幾つか変更点がございます。これまではがん医療に携わる医師を中心とした研修を推進してきましたが、医師のみならず、広くがん医療に携わる医療従事者の方々に研修を進めていこうということで計画が改められております。また既に整備を進めておりますが、緩和ケアチームや緩和ケア外来、こういった専門的な緩和ケアの提供体制はまだまだ不十分であろうということで、その整備と質の向上ということもまた求められております。こういったことを行いながら、適切に緩和ケアを提供できるような体制を進めていこうということで計画が策定されております。

ではこういった計画を具体的にどのように実現していくのかということがどのような場でいま検討されているかといいますと、厚生労働省のほうで現在、緩和ケア推進検討会といった会が設置されて進められております。この検討会は平成24年4月に設置されたものなのです。こういったことを目的としているかといいますと、今後の緩和ケアの対策について俯瞰的、かつ戦略的な対策等を検討し、今後の対策に反映していくことを目的とするということで、これまでの議論は平成24年10月に、中間取りまとめが報告されてい

ます。そして8回開催されて、現在も緩和ケアの充実に向けて具体的なことが議論されており、

ではこの検討会でどのようなことが議論されているのかということなのですが、これから登壇する予定の細川先生や木澤先生がこの検討会の委員であります。この中間取りまとめなどに書かれていることとして、1つは緩和ケアの提供体制ということで、都道府県がん診療拠点病院に緩和ケアセンターを新たに整備していくということが書かれております。また2番目については、がん疼痛などの身体的苦痛の緩和ということで、これもさまざまな具体的な議論がある中で、特にいま注目されているのが診断時からの症状スクリーニングを実施していくことについて議論されています。また3つ目としまして、精神心理的・社会的苦痛の緩和ということで、1つは看護師等の多職種による継続した相談や支援を行うような体制の整備。つまりがんと診断された直後に看護師さんなどがフォローできるような、そういった看護師さんによる外来、そしてまた継続的にそれができるような体制を整備していくことについて議論が行われていたり、また最後にありますが、適切に精神腫瘍医などの専門家に紹介する体制の整備ということで、専門家が介入すべきような患者さんがいらっしゃったときに適切に専門家につないでいくというような体制をつくっていくべきではないかというような議論が行われております。

このような議論が現在行われており、今後、平成25年度のいろんな対策に反映されていきながら、議論はさらに進んでいくと思います。きょうのシンポジウムでは、いま紹介したような流れを受けて、緩和ケアを診断時から提供していくためには、どのようなことが必要なのか考えていきたいと思っております。医療従事者にとしてみると、診断時からの緩和ケアとは一体何だろうというのがおそらく正直な気持ちだと思います。

本日は、その診断時からの緩和ケアを実際に提供するために何をしていけばいいのかということ会場にいる皆さんとも一緒に考えながら、そして様々な考えをより深め、広げていきながら、皆様の明日からの臨床などに活かしていくことができたかと考えております。

以上で私の講演を終わりにさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

司会

加藤先生、ありがとうございました。

引き続きまして講演2に移らせていただきます。「がん診断時のストレスとコミュニケーション」と題しまして、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科、精神神経病態学教室教授の内富庸介先生にご講演いただきます。

それでは内富先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

第1部 基調講演2「がん診断時のストレスとコミュニケーション」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 教授 内富 庸介

皆さん、こんにちは。岡山大学の内富です。きょうは「がん診断時のストレスとコミュニケーション」ということで、皆さん、おそらく間違いなくお困りになった経験が一度や二度はあると思いますし、またこれからもますます緩和ケアが前倒しというか、診断時からということになりますと、最初のときに最もストレスがかかったときのコミュニケーションということが非常に重要になってくるかと思ひます。きょうは本当にさわりの部分のお話しかできませんけど、まずは取っかかりにさせていただければと思ひます。

それではスライドを使ってお話をしたいと思ひます。ドクターは「がんですね」と非常に日常的な医療のトーンでしゃべっています。一方、患者さんのほうは目を丸くして、生涯に一度か、二度ある方もいらっしゃるかもしれませんが、ほとんどの人は例外なく頭が真っ白になって、どうしてなんだと。がん診断時の緩和ケアといひますと、その1つにはやはりこの告知の衝撃をいかに和らげ、そして適切な医療の意志決定につないでいくかということが非常に重要になってくるかと思ひます。

初めに、ということでは死因について少しお話ししたいと思ひます。いまでこそ、がんが死を一番代表する3人に1人の病気になりましたけれども、100年を振り返りますと、戦前までは死といひますと、ここにありますように黄色いのが結核ですが、結核で徐々に血を吐きながら亡くなっていく姿ですとか、青いのが脳卒中ですから、いまでもピンピンコロリのイメージがあります。そして肺炎、熱が40度～42度出て、2週間、3週間で亡くなっていく姿。そういったものは戦前50年だけでなく、500年、5000年、非常に長く、人は大体こういうパターンで死んでいくんだろうなという死に方だったのが、ここ5～60年で随分変わってきた。1つには戦争で大量に人為的に人が死んでいくという経験したということと、もう1つは結核とかの病気がどんどん治って行って、そ

の結果、高齢化により昭和56年、1981年に脳卒中を抜いてがんが死因のトップになりました。その前を見てみると、非常に深く潜行しているわけですが、戦後非常な勢いで増えていっています。こういう増え方をしているのは別に日本だけでなく、全世界そうで、こういうふうを経験したことのないものを前に、人はどういう態度を取るかというと、普通は隠そうとします、何事もなかったかのように。地震のときの放射能の報道のあり方もあったと思いますけれども、普通はどうしようもない圧倒的な事態が起こったときというのは、別に日本に限らず、アメリカもヨーロッパもがんを隠そうとして、患者にはがんは伝えないと。しばらく時間の猶予を置いて、徐々に伝わって行って、何となくそうだろうなという、軟着陸じゃないですけども、そういう対応を体制側はします。患者自身、また家族自身もそういった対応がアクセプトできるということで、そういう形になっていくわけですが、ここの延び方というのが日本の場合は非常に早く、そして3人に1人ががんという時代になったわけですから、もう隠しようがない。じゃあどうするかということが、このがん対策基本法でがん診断時からの緩和ケアが課題の1つになっているのではないかと思います。命を脅かす疾患にどう向き合えばいいか。逆に言えば、どう準備したらいいのかということになるかと思います。きょう会場にお見えになっているのは医療従事者関係の方がほとんどだと思いますけれども、がんを診断されたときに一番ストレスがかかるときでありますので、そういったときにどう接したらいいのかということになるかと思います。

これはインフォームドコンセント、皆さんよくご存じだと思いますけれども、説明と同意というふうに訳されました。正しく訳そうと思うと、説明された上での同意ということになって、同意を医療従事者に与えるというところから医療が始まっていくわけです。人の心を同じ文脈で並べていきますと、知・情・意。人の心は3つの言葉でよく表されますが、知識の知、感情の情、意思決定の意。説明と同意、この「と」のところの情、気持ちというものがすっぱり抜けているのがおわかりになっていただけないのではないかと思います。単なる知識を説明して同意を得るということになりますと、患者さん、ご家族の心の中で起こっているさまざまな気持ち、おそらくがんを診断されたとき、人生50年、60年のいろんな思いが詰まっているのではないかと思います。そういった気持ちを忖度しながら意志決定を支えていく。そういった医療のあり方であればいいんでしょうけど、冒頭の写真のように、つつい日常の中の「がんですね」という伝え方になると、どうしても知と意に力点が置かれます。

そういったことから最初にがん診断時からの緩和ケアというときには是非心がけていただきたいのは、やっぱり説明と同意の間の気持ちというものをどう想像していくかというのが医療従事者に課せられた非常に重要な役割の1つではないだろうかと思います。間違いなく100人が100人、いろんな感情が沸き立って起きておりますので、そういったものが医療従事者からどう想像できるかというのが重要です。

これはある患者さんの例をお示しします。OLのBさん、43歳、乳がんの方で、診断されたとき、とても仕事に戻れるとは思えなかったというふうに後で振り返っておられます。手術を受けた半年前を遠い昔のように振り返る。軽い気持ちで受けた検診、驚天動地の告知、ためらう間もなく受けた手術、過剰なほど入院中、スタッフや同業者から援助を受けて、ある種の躁状態のような入院生活、そして退院後1人になって襲ってきた死の恐怖、再発不安、そして社会復帰してからも痛感するがん患者という烙印、そして周囲との疎外感、復職しても3年間、心の中の余震、特に体のあちこちが凝ったり、痛みが走ったりしますので、再発不安が襲う。この方の良かったプラスの面をお聞きしてみると、夫や友人と共に集めたがんの知識を一緒に整理して、つまり頭の引き出しの中にいろんな役に立つ情報もあれば、役に立たない情報もいっぱいあると思いますけれども、それを一緒に整理して引き出しを閉じて、がんを抱えた後の気持ちを打ち明ける。気持ちを打ち明けられるようになるまで結構患者さんも勇気が要るようでして、他の人にこんなことを話して迷惑かけるのではないかということで身内にさえも結構――だからこそ医療従事者に話せるということもよくお聞きしますので、知識の整理と同時に、気持ちを打ち明けていただくということが最初の支援策の1つではないだろうか。それが相談支援センターですとか、窓口の方も誰でもみんながそちらのほうに気持ちがまず向くということが重要かと思います。この方はこれこそが心の支援対策の第一歩だったと。心を許せる同僚、家族の存在が何よりの助けだったというふうに振り返っておられます。

がんの診断といいますと、よく悪い知らせの中の代表格として挙げられますが、定義としまして、患者さんの将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうというふうに定義されます。根底から否定的にということですから、がんと診断されると、ほとんどの方は足元から将来の見通しが崩れていくような経験をされます。逆にいい知らせというと将来の見通しがほとんど変わりません。そんなふうに考えていくと、日本だけに限らず、およそ人間はいいシナリオを想定して普段は暮らしているんだなということがわかります。悪いシナリオのことはあまり頭の意識の中に浮かべずに、いいシナリオばかり集中して生活

していると。それがあつた日突然というふうには、これからようやく老後を楽しんで過ごそうとした矢先ですとか、いろいろなふうな言い方で皆さんおっしゃいますけれども、皆さんいいシナリオを考えておられて、そこへ悪い知らせという全く想定してなかったかのごとく後を振り返られます。ほとんどのがんでイコール死というイメージを診断時には持たれるようですし、自分ではどうしようもない、コントロールできない。そしてがんは常に再発の脅威がある。それを先ほどお話ししたように周囲の身内の方ですとか、職場の人、身近な医療従事者にお話をさせていただくことで知識を整理して、気持ちを打ち明けることで必ずしもがんでイコール死ではないんだなと。2人に1人と言っていたのが、先ほどの加藤先生の話ではないですけども、変わってきてるんだなと。そしていろいろな治療法も、そしていろいろな不快な副作用をコントロールするお薬もあるんだなと。そして24時間、脅威にさらされて生活をするわけでもなく、仕事をしている人も意外と結構いて、意外と日常生活を送ることができるんだなということを大体半年ぐらいしたら、皆さんそんなふうにおっしゃってこられます。

この見通しを立て直すために重要なのは、体の心のロードマップをおそらく全く白紙の状態の方に少しずつ入れていただいて、こういうふうな軌道で回復していくんだなと。それはできるだけ早く架け橋を医療従事者がかけることによってがんの軌跡、それから心の軌跡、経過を知っていただくと。特に心の軌跡についてはご存じない方が非常に多いので少しご紹介したいと思います。がんと診断されたら大体3人に1人ぐらいは不安やうつ病に相当する障害を抱えます。この横軸は診断後の月数で60ヶ月、5年を示してまして、毎月の不安、うつ病の割合を縦軸に示しています。これは治る早期の乳がんと診断されたとき、3人に1人、うつ病、不安に相当すると。そして半年で20%までスッと良くなります。第一の区切りが最初の半年ぐらいです。半年ぐらいで少し踏ん張ることができるように足元を固めていきます。そして次に3年、4年かかるんですけども、川の急流下りのように一般人口のストレスと変わらなくなるまでやっぱり3、4かかります。例えて言うと、最初の半年は滝壺に突き落とされたような半年で、上を向いているのか横を向いているのか縦を向いているのかわからない。ですので重要な決定はあんまりここではしないほうがいいでしょう。次の3、4年についても急流下りですから、とても周りの風景を楽しめるような状況ではないということです。つまり腰が痛くなると、腰に転移したんじゃないか。頭が痛いと言頭に飛んだんじゃないか。息苦しくなると咳が出ると肺に転移したんじゃないかという地雷源を歩くような3、4年が続いてますので、ここで医療従事者

として是非繰り返して言っていたきたいのは「皆さんそうなんですよ」と。3、4年は皆さんそんな覚束ない、危なっかしい、いつ矢が飛んで来るような、ミサイルが飛んで来るような、地雷源を歩いているような、ビクビクされてるような、肩が凝る、全身の筋肉が固くなるような、そんな3、4年を過ごしておられます。「あなただけが弱いんじゃないんですよ。皆さんそうなんですよ」ということを是非繰り返しお伝えいたしたい。皆さん若干気弱になられて、社会から少し距離を置こうとされます。そんなときに患者サロンですとか、患者会で運営されてますサポートグループというものも非常に有効な対処法の1つとされています。

これはがんセンター東病院で行われているサポートグループを少しご紹介してますけれども、乳がんの患者さんが乳がんについてお互いの知識を共有したり、対処法について学んだり、そして何よりやはり同じ時期に同じ治療、同じ病気を患った、同期の桜じゃないですけども、そういった方々のサポートというのは非常に得難いものがあります。そういう得難いサポートの中で疎外感が少しずつ和らいでいきます。皆さん少し自信がなくなるので引きこもりがちになるんですけども、自分の体験、自分の物語を話すことによって、ある患者さんには役に立つ情報だったと。ある人にとっては自分もそうだった、そうだった、という共感ができる。そういった体験を通して、自分も少し他の患者さんに役に立ってるんだなという経験をされて、自分も役に立てるんじゃないかということで博愛的な行動が出てきて、先輩患者としての行動を少し取っていかれようとされます。これは非常によくサポートグループで見受けられる行動です。日本の場合はご主人からサポートを得るというよりは、そのときの経験ですけども、女性の身内、お姉さんだったり、娘さんだったり、おばさんだったり、そういった方々からサポートを得られるということです。

もう1つ、これは海外、欧米のように多民族国家とはちょっと違う、日本ならではのかもしれませんが、医学情報はそこそこエッセンスで、それはできたらドクターに任せて、自分でできる対処法をできるだけ多く教えてほしいという希望があります。それは他の患者さんでは、こういう方法がある、ああいう方法があるというものを伝える。闘病記から得られるものも多いですけども、そう言っただけだと非常に自分のコントロール感というのも増してくる。その1つががん患者さんへの認知療法ということで、若い患者さんを中心に少しずついま利用されてきていますけれども、例えば必ず髪が抜けるし、もうパートナーいなくなっちゃうんじゃないかと。誰もがストレスがかかったときに、心の鏡、認知の歪みというものが生じます。それを少し医療従事者や周囲の人に話してい

ただくことによって、かつらを付けて見栄え良く、気持ちも良くなれば自信もつくだろうと。新しいヘアスタイルを主人も楽しんでくれるだろうと、少し心の鏡の歪みが解けてきます。治療できないなら何をしても無駄だと。自分のがんは治癒できないけど、治療によって数年は抑え込めるだろうと。2人に1人はがんが進行して治らないという場面が出てきます。そういった方々の見通しを立て直すということにもやはりがんの軌跡、心の軌跡、そしてもう1つ、患者さん・ご家族の個別の意向、QOLになりますけれども、目標や希望を知ることが大きな物差しになるのではないかというふうに考えています。

これは心と体の軌跡、終末期の1752名のがん患者さんの症状を約半年プロットしたものですけれども、痛み、不安、うつ、吐き気はおそらく増えない。それが最後の1ヶ月、2ヶ月ぐらいのときにだるさ、食欲不振、眠気、息切れというものが急に増えてきます。こうなると、ご自身でやりたいことがなかなかできなくなるので、体の調子のいいとき、足腰がしっかりしているうちに、進行終末期というのはこういう心と体のプロセスになりますから、できることがあったら早め早めに計画を考えましょうと体と心の軌跡をお話すると。もう1つ、個別の意向、自分はこうしたいということがあったら、まとめておきましょうと。体、心の痛みはないかと。そして人として尊重される人生を全うしたと感じられる、役割を果たせる。こういったことがよく言われますけれども、特に日本では、人の負担にならないですとか、死を意識しないで過ごす、家族・医療従事者といい関係を築きながら人の負担にならずに死を意識しない、と。きのうまでの日常ときょうの日常、そして明日の日常、あまりドラスティックに変わるというものよりも、きのう、きょう、明日がつながるような目標ということをおっしゃる方が非常に多くおられますが、非常に個性、幅がありますので、体、心の調子がいいときから、そういった話をいいときだからこそ話す、そういった病気なんですよねという話をされるといいかと思えます。

そういった質問を促進するためのパンフレットというものをお手元の資料の中に入れてありますので、是非一度じっくりご覧になっていただきたいと思いますが、大体40問の項目ががんの治療を抗がん剤を始めるスタートのときによくある質問でまとめられています。それに加えて、日本人ならではの部分が意向調査やインタビュー調査から得られまして、海外よりも多かったなと思える追加項目は、今後のご自身の生活がどんなふうに変わっていくのか。これは患者さんの生活、例えば台所の醤油とか味噌の味にまで踏み込んでいかなとなかなかわからない部分じゃないかと思うんですけれども、そういった生活のことが明日からも続くのかどうなのかということが非常に重要なことなんだということが感

じられました。それから自分よりも家族がどうなるんだろうということですか、自分の心はどうなっていくんだろうとか、この先どうなるんだろう、そういったことが一応質問で網羅されてますので、この患者・家族の声を聞いてみますと、実際にこれを使うと、こんなことを聞いてもいいんだと思えたという質問のイメージが予めつかめたと。質問項目を見て、自分がこれから知りたいのかどうかを確認、整理できた。事前にパンフレットを読んでいたため、医師の説明が大体わかったと。医療従事者としては、このパンフレットを使うときに、このパンフレットを使って医療者からの質問をしてもいいですよというメッセージを伝えることとなりますので、是非こういうものを活用することをお勧めしていただきたい。面談前に目を通すことで医療者自身もこんなこと聞かれるんじゃないかとドギマギしなくて済みますので、予め患者さんに付けておいていただければいいでしょうし、何よりもドクターもがん細胞やそういった説明は非常に事細かに長く話をされるんですけども、患者さんの興味はそこばかりじゃないんだと、こういうパンフレットで事前に知っていただくと無駄な時間を共有せずに済みますから、是非使っていただきたいと。これは国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページからダウンロードできるようになってますので、是非使っていただきたいと思います。

これで最後のスライドですけれども、学校、友人、仕事、家庭と、20代、30代、40代、50代、60代、そういった人生の課題をほぼクリアしてきたかなという時期に人生、QOLの危機というものがやってくるのが、このがんとか認知症という病気ではないかと思えます。そういった方々にもう亡くなる寸前の、先ほどの絵じゃないですけれども、1、2ヶ月前にQOLの話をして、体も息苦しくて何もできませんから、できたら診断時、一番足元から見通しが崩れ去ったようなときから手を差し伸べていただければと思います。ご清聴ありがとうございました。

司会

内富先生、ありがとうございました。続きまして講演3に移らせていただきます。講演3では「診断時からのがん疼痛緩和」と題しまして、京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座、病院教授、また日本緩和医療学会理事長、細川豊史先生にご講演いただきます。

それでは細川理事長、どうぞよろしくお願いたします。

第1部 基調講演3「診断時からのがん疼痛緩和」

特定非営利活動法人日本医療緩和学会 理事長 細川豊史

きょうのシンポジウムは、「がんと診断された時の緩和ケア」ということですので、私はがんの痛みというところに絞りまして、診断時からのがんの痛みの緩和ということがどうして大事かということを知ってもらえるように、この話をさせていただきます。

先ほどの話にございましたが、現在、大体150万人の方が日本ではがんにかかっています。がん死亡者も年間35万人近くということです。私は1981年に医師になったのですが、その年以來、本邦では、がんが死亡原因の第1位になっているということは皆様方、よくご存じだと思います。そして現在では概ね2人に1人の方ががんにかかる時代ということです。我々医療者は、ある程度長生きすればがんになるものだというふうにもう達観しているものも多いわけがございます。ただ、私が医者になりました81年のころには、がんになりますと、最初に発見されましたがんで亡くなる方が95%以上ということで、確かに死の宣告に近かったわけです。しかし現在ではがんになってもそのがんで亡くなる方は減ってまいりまして、今では3人に1人がそのがんでなくなる状態です。これは多分、向こう5年、10年ではもっとその比率は減っていくと思います。

私はペインクリニックという痛み治療の外来をもともと行っているのですが、実は痛みを主訴にペインクリニック外来に来られた患者さんにがんを見つけるケースというのが年間10人近くあります。がんが痛みで見つかるケースということです。さらにがんの進行とか治療に伴っての痛み等も含めると、がん患者さんの約70%が、いわゆるがんの痛みを経験されるということです。これは、現在、大体日本人の3人に1人が一生のうちにがんの痛みを経験するという計算になります。

そういたしますと、皆さん方が自分の家族ということ考えた場合、ご本人に兄弟が1人おられて、ご両親がおられたらそれだけでも4人です。これにおじいちゃん、おばあちゃんを含めると、一般的な日本のファミリーには3～4人のがんの患者さんがおられて、2～3人のがんの痛みを持つ患者さんがおられるという計算になりますから、がんの痛みというのは本当に膝の痛みや腰の痛みと同じぐらい、日本人にとってはポピュラーな痛みになってきつつあるということです。

次に先ほども冒頭の挨拶で話させていただきましたけれども、緩和ケアという言葉の定義でございます。これは1989年での世界保健機構、WHOの定義では、やはり「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的・全人的なケア」と

なっており、実は初期の医療者及び患者やご家族の皆さん方が考えていた、いわゆる終末期医療、ターミナルケアという考え方をやはり WHO もしていたわけです。ところが緩和ケアというものに携わる方が増え、その実践が増えてきますと、その定義はどうもおかしいと思う方が世界中で増えてきたわけです。そういったところから 2002 年に、WHO は現在の緩和ケアの定義として、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して痛みや、その他の身体的問題、心理社会的な問題、スピリチュアルな問題を早期に発見して、的確なアセスメントと対処を行うことによって苦しみを予防し和らげることで QOL を改善するアプローチである」としたわけです。

こういった流れをもう少し説明いたします。実は私が医者になったころは告知がされていないがん患者さんというのは非常に多かったわけです。これは医療者も嘘を並べながら、それを支援する家族も嘘を並べながら、行われていました。この頃、私が診ていて亡くなられた患者さんの何人かは「実は自分のがんであるというのは随分前から知っていた。でも周りが気を遣ってくれて言わないようにしようとしているので、知っていない振りをしていた。」とおっしゃっておられました。当時はいまのようにいろんなインフォメーションが入ってまいりませんので、告知なしのがん治療ができた時代でした。そしてこの時代は手術を中心に放射線療法、化学療法などの治療を施しまして、もうがんの治療はこれ以上できない、効果が認められないというところに至って、初めて痛いなら痛みの治療をしましょうかという形になっていました。がんの痛みの緩和も含め、緩和ケアとはターミナルケアという時代だったわけです。

ところが現在の緩和ケアの考え方は違います。がんの診断とされますと、すべてを話さなかったとしても、多くはがんという告知はされているケースがほとんどです。患者さんにとってはつらいがんの痛みを初め、その他化学療法をやればいろんな吐き気が出てくる、髪の毛が抜ける、貧血が起こる、しんどい、つらい、倦怠感等々いろんなものがでてます。それらすべての不快な症状を緩和するものを、緩和医療、緩和ケアというふうに考えるというように変わってきました。

実際に、私が 2 年間外科をやっていたときにお世話になった先輩の看護師さんが比較的若い方がなされる血液のがんになられました。私がいた病院に入院されて治療され、幸い治療はうまくいきました。その入院時に私のところへ来られ、次のような話をされました。「周りにいる若い女性の患者さんたちが全然外に出て行かないのよ。」、つまり髪の毛が抜けていくから出て行けないのです。いまはかつら等々を早期から支給できるようにする制

度もあるのですけれども、当時はありませんでした。そういった状況を見られて、私の医局に来られて、「先生ちょっとデパートに行って、いろんな色の毛糸を買ってきてよ」と言われて、私は買いに行ったわけです。そして何をしたかといいますと、みんなを集めまして、いろんな色の毛糸で帽子をつくって、ちょうどいまごろの2月ごろの季節でした。寒い時期でしたので、毛糸で帽子をつくって、それで頭を隠して、「みんなこんなところにいるら本当に病気になっちゃうよ」と音頭を取って、「どんどん出て行きましょう」と近所の喫茶店やレストランや本屋さんに出かけていくということをされたわけです。実は私の考える緩和ケアというのは、こういったものも含まれるということです。

またしばしば亡くなられた患者さんとか、退院された患者さんからの言葉や残された文書に、「主治医は一生懸命やってくれた。緩和ケアチームの先生もよくやってくれた。いろいろ助かったんだけど、実はいつも上の先生に怒られている研修医の若い先生が毎晩、時間はいろいろだけれども、仕事が終わった後に必ず顔を出して、30分、1時間と私の話を聞いてくれる。そのときに自分は、いつも来てくれるものだから、自分の記憶にある子供の小さい時からいままでの自分の人生を振り返りながらの話を毎日聞いてもらった。やがて全部を語り終えることができ、私はもう思い残すことはない。実は一番感謝しているのはその若い研修医のお医者さんである」というような記述が多々あるわけです。これは、決して緩和ケアというのは特殊な技術や知識を身につけることだけではなく、患者さんに寄り添うという形だけでも十分成り立つ部分もあるということを示していると思います。そういう意味からも現在の緩和ケア、きょうのテーマであります「がんと診断された時からの緩和ケア」というのは非常に大事ということが分かっていただけるかと思います。ここには看護師さんもおられると思いますが、緩和ケアチームとか緩和病棟だけではなく、多分、一般病棟の看護師さんたちもこのような緩和ケアという言葉に一致したようなケアをすでに患者さんに忙しい時間制限の中でもやっておられると思います。そういったことで緩和ケアの言葉の定義というものをもう一度考え直していただきたい思います。

さて2007年にがん対策基本法ができて、先ほど既に加藤先生のから話がございましたが、日本独特ですが、法律でこういうことを示したわけです。これは緩和ケアの普及に大いに役に立ったわけです。もう一つはがん医療の均てん化です。日本のどこでも同じようながん医療、緩和ケアを受けることができるようにしようということです。やはり一番患者さんにとって心配なのは、がんの痛みで苦しむということです。そういったところから、がんの痛みも含めたさまざまな緩和ケアを目的とした治療を、がんの早期から

必要とするからしなさい。極端に言えば、がんの痛みを緩和できなければ法律違反というような法律でございました。幸い、いまのところ逮捕された医師や看護師はおりませんので、実効性はないと思うのですが、そういう基本法というものができたわけです。そして昨年の6月には新しいがん対策推進基本計画ができました。この中ではいろんな課題が取り上げられていますが、重点的に取り組むべき課題として、まず放射線、化学療法、手術療法、これをさらに充実させていこう。これはわかりやすいと思います。そしてそういったことを行える専門の従事者を育成しようということです。つぎにがんと診断された時からの緩和ケアの推進ということです。その他にさまざまな若い世代のがん患者さんも増えていますので、小児のがん対策も充実させようということなどです。

この中では、「がんと診断された時の緩和ケアの推進」ということが大きくクローズアップされました。これを推進するために、まず都道府県がん診療連携拠点病院に緩和ケアセンターというのを設けよう。そして患者さんたちが緩和ケアという言葉や存在を知ったとしても、それをどこの窓口で相談したらいいのか、自分の何が緩和ケアの対象になるのか、そういったことをいつでも相談できる窓口として、緩和ケア外来というものを作り、週日の午前9時から午後5時まで必ず対応できるようにする。そして同じものを最終的にはすべてのがんを扱う病院ではつくっていかうと、これがこれから試験的に行われるという構想がでてきました。

がんと診断された時からの緩和ケアの大事さということにつきまして少し話をさせていただきます。

これは非常に貴重なデータで、300人のがんの痛みを持つ患者さんへのアンケートの結果です。「基本的のがんの痛みというものは我慢するものだと思いますか？」という質問に対して、60%の患者さんが冷めた目で「痛みすべてが取れるものではない。我慢すべきだ」と思っておられるわけです。「間違いなく取れるだろう」というふうに思われる方というのが非常に少ないわけですね。さらに「がん疼痛というのは巷で言われるように簡単に鎮痛できるものか？」という質問に対しましては「うん、間違いなく、いまの日本なら」というふうに答えられる方はわずかに25%。多くの患者さんが「多分痛みというものは残るだろう」とか「我慢しなきゃいけないだろう」とか「わからないな、ちょっと無理かな」というのです。ある意味、日本の患者さんは諦めがいいのかも知れません。

ところが我々医療者も偉そうにがんの痛みを治療する、緩和すると普段から言ってるのですが、がん患者さんのがん疼痛治療に対する意識というのは医療者と患者さんで少し乖

離れたところがあります。つまりがんの痛みのある患者さんで、痛み治療を受けていない患者さんというのが実は3人に2人もいらっしゃるという意外なアンケート結果が出てきました。これを受けまして、その理由というものを検討したわけです。先ほど内富先生からの話もございましたが、一度がんになられた患者さんにどこかの痛みが出てくると、やはりそれが転移ではないかという心配をされます。それを口に出すことで、転移を認めてしまうことが怖いので、あえて問われなければ痛みがあることを自分からは言わない。診断を先送りにしようという気持ちが働くのは仕方のないことかもしれません。患者さんが痛みをうまく医療者に伝えられないということの根本に、担当している医師がうまく痛みについてのアセスメント、つまり話を聞くことができないことがあります。これは医師の側の問題のようですが、日本では、患者さんは自分の手術をしてくれた、がんの治療をしてくれた医師に対しまして非常に気を使われているケースも多くあります。せっかく治療してくれてるのに、どこが痛い、ここが痛いということで、その気を損じるといいますか、一言で言えば、先生に悪いかなど思ってしまうわけです。それで痛みを言わないケースも多いということもわかりました。

もう1つ、これは、我々の施設でわかったことですが、かなり強い痛みがあったのに、なかなか治療を受けられなかった。そういった方にうまく痛み止めを使いまして、痛みが取れて落ち着いた時点で、「どうしていままでこの痛みをこんなに長いこと我慢してたの？」という質問をした場合に、実はうちの看護師なんかがそれをよく聞くんですけど、答えは、「痛みを主治医に訴えて、その治療を始めると、もう自分のがんの治療をしてもらえなくなるとおもった」。つまりがんの痛みの治療は先ほどのターミナルケア、終末期医療ということになってしまうのじゃないかと思っておられる患者さんが多かったということです。こういうことから主治医の先生方やがんの治療をされる先生方、病棟・外来の看護師さんも患者さんに、そんなことはないよ。がんの痛みを残しておくことはむしろがんの治療に悪いのだよ、という話をさせていただきたいと思います。そのことについていまから話をさせていただきます。

最近の若い人はそうでもないのですけれども、日本人は痛みには強いと言われた時期がありました。がんの痛みだけではなく、さまざまな痛みの治療をペインクリニックというところでおこなっていた25年位前には、患者さんも家族も医師も看護師さんも鎮痛薬の使用を嫌がる傾向がものすごくありました。痛みは我慢したほうが良いと思っている人が多かった。そして痛み止めは体に良くないと思っていた。特にがん患者さんにモルヒネ等の

痛み止めを出しますと寿命を縮めるということを多くの当時の医師は思っていたわけです。だから逆に私のがんの患者さんに痛み止めを使うと怒られるようなことも多々あったわけです。また、さっき言いましたように、痛み止めの治療が始まるとがんの治療をしてもらえなくなると思ってる患者さんが多いというのもありました。

その理由ですが、事の是非はともかく、日本は明治維新以降、富国強兵という国是の中で強い国民をつくろうという流れがあったわけです。すると我慢するつまり「欲しがりません、勝つまでは」というような標語から、我慢するということがいいことだというふうに解釈されたわけです。3、4歳ぐらいの子供が大人に誉められるようなシチュエーションというのは、こけて膝を擦りむいて血を流している。いまの子ならすぐに「お母ちゃん、ママ」と言って泣きつくのでしょうか、当時はぐっと我慢するわけなんですね。やせ我慢です。そうすると周辺の大人は「さすが日本男児」とか「大和男子」とか言って誉めちぎるわけです。そういたしますと三つ子の魂百までで、これはどうも痛みを我慢すると誉められるのが世間の趨勢だと学ぶ、思い続けるわけです。そうすると痛みは我慢したほうが良いと当然思います。その痛みを止める痛み止めを飲むというのは、いまふうに言いますと「弱ちゃんが使う薬をあいつは使っている」という感じになってしまうわけです。これが医療者も言うてしまう、「痛み止めは体に良くない」というところにつながっていたわけです。

私が医者になったころは、まだ軍隊生活や実戦を経験された外科の部長や教授先生がおられました。そういった先生が手術の後の回診に病棟に行かれます。中には正直な患者さんもおられまして「先生、この腹の傷痛いわ」とおっしゃる。そうすると教授先生は「うん、痛いかな。生きてる証拠や我慢せい」とおっしゃる。そばについでる怖そうな婦長さんが、「そうですよね。痛み止めは体に良くありませんからね」とやるのです。そうしますと、それを聞いた患者さんも家族も、ああ、やっぱり痛みは我慢したほうがいいんだなとおもうことになる。それもこれも、痛くても死なないと皆思っているというところから来てるわけです。これを覆さないと、ペインクリニックも緩和ケアでのがんの痛みの治療も始まらないというふうに考えまして、「痛くても死なない」のを、「痛かったら死ぬ」と書き換えようとしたわけです。それも最近よく言われるエビデンス、証拠を示して医療者を納得させる方法を考えたわけです。ではどうして痛みが命を奪うのかという話になるか。

私はいままで万を超える痛みの患者さんを見てまいりました。そういった中で2人の患者さんが痛みの苦しみのために自殺されました。これも痛みが命を奪う1つです。もう1

つは実は痛みというのは多くの方にとってはあまり嬉しいものではありません。つまりストレスです。その痛みのストレスというのは実は細胞性免疫を中心とした免疫を抑制することが当時わかってきたのです。免疫というのは我々の体を守ってるわけですから、これが抑制されるということは敵であるがん細胞、ウイルス、細菌等々の進入を許すわけです。これは当然命に関わります。つまり命を奪います。またストレスというものが発がん遺伝子に影響を与える。つまりストレスによる発がんということも最近よく言われます。これも時間的には長いですが、死につながっていくわけです。最もわかりやすいのは、このストレスとしての痛みが免疫抑制を介して寿命を縮めるという話です。これを医学的に説明できれば、がんの患者さんに痛み止めを出すことは寿命を縮めるのではなく、それを放置することが逆に寿命を縮めると言えるわけです。

UCLAの病理学の教授にリーベスカインドという方がおられました。彼の研究にラットの足の裏にかなり痛い刺激、電気ショックという捕虜の拷問に使う刺激を毎日ラットの足の裏に加えますと、実は免疫系のナチュラルキラー細胞活性というのが低下するというのがありました。免疫というのは体を守っているために、しばしば国を守る軍隊の組織に例えられることが多いのですが、ナチュラルキラー細胞というのは軍隊で言えば、直接敵に鉄砲を撃ったり、白兵戦をやっているような最前線の兵隊にあたるわけです。その活性の低下というのは軍隊では士気の低下ですから、つまり敵の進入を許す。がんの進入や細菌ウイルスの侵入を許すことですから、これは命に係わります。同じリーベスカインド教授の実験で、乳がんの細胞をラットの肺に植え付けて転移性の肺がんをつくり、そのラットに餌だけを与えている群と、毎日痛み刺激を与える群に分けますと、痛み刺激を与えているラットは転移性肺がんが大きくなって死んでしまうということが示されました。私はもともと麻酔科医ですので、術後の痛みというのが患者さんにとっては非常に大きなストレスということに昔から気づいていました。最近では術後痛をうまくコントロールできないと免疫機能を低下させ、がんの転移に対する免疫を抑制してしまうという論文まで発表されています。また最新の論文は、肺がんの患者さんが、いわゆる早期から緩和ケアを受けますと、もちろんQOLが良くなる、生活が改善するというのは当然ですが、有意に寿命が伸びるということを示しています。こういったことからがん患者さんの痛みの治療をすることが寿命を縮めるどころか、寿命を伸ばすことにつながっていくということがご理解いただけるかと思います。

この機序は、実際にはここに示す内容の何百倍も複雑なのですが、まず痛みのストレス

というのは内分泌系を介しまして、例えばステロイドホルモンが出されて免疫抑制に働くことはよく知られています。むしろ大事なのは、自律神経系の交感神経を介しまして免疫系の細胞にいろんな影響を与えていることです。交感神経の先端は胸腺とかリンパ節とか脾臓というような、免疫細胞が多くいる場所に終わっています。医学を学びますと、人の体というのは本当にうまくできているということをよく実感するのですが、そこに終わらせている以上、いろんな影響を与えているはずであることもまた理解できます。

その1つの例が、先ほどのナチュラルキラー細胞活性の低下というように免疫系細胞に対しての直接の影響です。この免疫系には、たくさんのTリンパ球というのがいます。このTリンパ球の細胞膜にはおおよそ我々の体の中で情報を伝えることができるトランスミッターと呼ばれる物質に対するレセプターのほぼすべてがあります。つまり周辺の変化に対してすごく敏感に反応するのです。ある程度反応すると活性化されて、活性化Tリンパ球となります。するとここに書かれているようなトランスミッターのほぼすべてを分泌する能力も備えることとなります。そこで分泌されたさまざまなトランスミッターが血液であちこちに運ばれ、遠隔の臓器に影響を与えるということが分かってきました。悪い影響では免疫抑制となります。

例えばインターロイキン1、インターロイキン2というサイトカインがあります。皆様ご存じのようにこのサイトカインは強烈な発熱物質です。登校拒否の子供が朝学校に行くときに熱を出すというのは皆さん方聞かれたことがあると思います、昔は水銀の体温計でごまかしてる可能性はあったのですが、今のデジタル表示のものではそれができない。でもこの登校がストレスでサイトカインが分泌され、発熱するなら簡単に説明がつくということをご理解いただけるとと思います。

こういったことから、ストレスであるがんの痛みを放置することが体にとって良くないということをご理解いただけるとと思います。

もう1つ大事なことで、痛みを放置することによりまして、痛みのある同じ場所で痛みがどんどん悪くなることと、もっと放置すると離れた場所にも広がっていくという話をします。

これはこの説明によく使われる痛みの悪循環の図です。普通何らかの痛み刺激がどこかに加わりますと、それが10とすれば、それに対応する10程度の痛みを神経を伝って脳のどこかで感じます。これはご理解いただけるとと思います。しかしがんの痛みのように引き続く強い痛みがありますとか、痛みを伝える過程の脊椎レベルで二つの反射が起こりま

す。これは向こう脛をどこかでぶつけたらパッと足を引くというような動作、つまり痛みの起きた部位では運動神経が反射を起こし筋肉が収縮します。そして腕をぱっさり切られたようなときに出血を減らすための反射とされますが、その部位の交感神経が緊張いたし血管を強烈に収縮させる。本来、筋肉が緊張するという事は筋肉運動ですので、普通は血管が開いたり、心臓が心拍数を増やしたりしてもっと血を送るという形で、運動に必要な酸素や何かを補います。しかしこの痛みの刺激による反射では、筋肉が運動してるのに血管を収縮させて血を送らなくしてしまう。すると痛みのあるその場所は全然血が足りない、虚血という状態になります。実は我々の体の中には内因性のオピオイドと言われる痛みを取る鎮痛物質もあれば、非常事態を知らせるための発痛物質というのがあります。虚血の場所では異常事態ということで発痛物質の方が分泌されてきます。発痛というのは痛みをつくることですから、これによる痛みが仮に10追加されると、この患者さんは原因は10であるのに発痛物質による10の痛みを足して20の痛みを感じるようになる。それが全く同じ痛みを伝える回路を流れますので、今度は20の刺激で二つの反射を起こしますから、もっと血が足りなくなり、もっと発痛物質が出るというような流れができてしまいます。これが痛みの悪循環です。そうしますと、次々と発痛物質が分泌され、本来の痛みの原因は10しかないのに、この患者さんは時には100もの痛みを感じるということも起こり得るということになります。ですから初期の10の痛みのときにこれに対応できる鎮痛薬を用いれば10に効くだけの少ない鎮痛薬でコントロールできるのに、これを放置することによって100になれば100の痛みに対しての鎮痛薬が必要になってしまふ。これがあまり良くないということをご理解いただけたらと思います。

もう1つは痛みを放置すると離れたところに痛みが起こる話です。

医療者の方でしたら胆嚢炎の痛みが右のお腹の痛みだけではなく、右の肩にも放散するという事を聞かれたことがあると思います。我々の体というのは、素晴らしいと同時にかなり神様の手抜きでいい加減につくられているところもあります。胆嚢もその一つで、胆嚢炎の胆嚢か出る痛みのインパルスは脊髄から頭に行って胆嚢の痛み、つまりお腹の痛みを感じます。しかし痛みの神経の末端では神経というのは蛸足配線になっていまして、その配線の1つが右の肩にも行っています。神経を伝えるインパルスというのは電線を通る電流と同じようなものですので、繋がりがあればインパルスもそこを通ることが出来ます。この肩に来たインパルス、電気でしたら放電して火花が散るといったイメージが分かると思いますが、インパルスが肩で放電されると、その周辺のさまざまな細胞に影響を

与えて、痛みや炎症を起こすさまざまな物質を分泌してしまいます。この場合、右肩ですから、右肩に新たな炎症と痛みが起こる。これがしばらく続きますと、本当にそこにしっかり炎症が完成し、腫れたり熱を持ったりしてきて強い痛みが出てくることとなります。こんどはその炎症刺激がこの赤いインパルスとなって肩から頭に上がって行って右の肩がとっても痛いということになります。さらに大事なことはこの赤いインパルスは元の胆嚢からの神経に繋がっていますので逆戻りして胆嚢に行き放電すると今度はそこで炎症を起こしてもとの胆嚢炎そのものまでさらに悪くなっていきます。つまり最初の胆嚢炎もさらに悪くなってしまうのです。このため、早い段階に胆嚢炎の治療をすることが非常に重要だということはこれでわかっていただけたと思います。

さて、一般的に痛みというのはほぼ100%、単純な炎症性の痛みからスタートします。この炎症性の段階の初期のうちうまくコントロールしないと単純な炎症性の痛みから神経障害性疼痛という厄介な痛みにかわっていくことがあります。詳しく話す時間はございませんが、この神経障害性疼痛は非常に難治性で厄介なものです。皆さん方は正座をして足がしびれてきたときに猛烈なじんじんとした嫌な痛みを感じる経験があると思います。あれがこの痛みに近いものかもしれません。症状としては、カブトムシやクワガタムシが皮膚の上を歩いている感じとか、やけどの後のヒリヒリ感がずっと続いているとかの表現をされることが多いです。結論は単純な炎症性の痛みの間にうまく治療すれば、簡単に楽になるケースが多いということです。長くがんの痛みを治療されておられる医療者の方はご経験があると思いますが、最近のように仮に不十分でも初期から NSAID s やオピオイド鎮痛薬が処方されますと、神経障害性疼痛に移行するがん性疼痛患者さんが減ってきているという印象が間違いなくありますよね。このことから、やはり早い時期、つまり炎症性の痛みの間に痛みを治療するということが重要だということがご理解いただけたと思います。

まとめますと、1) がんの痛みというのは体に非常に大きなストレスで免疫抑制を起こすことがある、2) 痛みは放置することによって悪化したり、離れた場所に痛みが出ることもある。3) 単純な痛みも放置すると難治性の神経障害性疼痛になることがあるとなります。そしてこれらはもちろん患者さんのQOL（生活のレベル）を下げますし、免疫抑制から死にもつながることがある。これで、やはり痛みは早期からの治療が大事であるということをご理解いただけたと思います。

さてがんの痛みに対しましては、WHOはこういうがん疼痛治療三段階ラダーを示して

いますし、日本緩和医療学会からはがん疼痛の薬物療法に関するガイドラインも上梓されています。ご存じの方も多いと思います。これで、身体的な苦痛はかなり取ることができます。しかし、がん患者さんの苦痛というのは決して痛みだけではありません。精神的苦痛、社会的苦痛、お金の問題；経済的苦痛も出てまいります。スピリチュアルと言われる心の苦痛もございます。これらの苦痛の緩和には、まず身体的苦痛をかなりのレベルまで楽にしておく必要があります。これが、がんと診断された時からの緩和ケア、つまり痛みの治療も早くやるのが大事という結論になるわけです。

つまり緩和ケアが決して終末期医療ではない。がんと診断されたときから緩和ケアを行うことによって、身体的な痛みだけではなく、全人的な痛みにも対処しやすくなるということもあります。早くからチーム医療で緩和ケアを行うと患者さんだけでなく、ご家族を含めたケアも行えるということにもなります。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

司会

細川理事長、ありがとうございました。

それでは講演4に移らせていただきます。講演4は「がん医療をつなぐ看護の力」と題しまして、株式会社緩和ケアパートナーズ、梅田恵先生にご講演いただきます。

それでは梅田先生、どうぞよろしくお願いいいたします。

第1部 基調講演4「がん医療をつなぐ看護の力」

株式会社緩和ケアパートナーズ 代表取締役 梅田 恵

それではよろしくお願ひします。私は看護の立場からということで、きょうは発表させていただきます。

いま緩和ケアパートナーズとご紹介いただいたんですが、いま3ヶ所ぐらい外部コンサルタントとして、幾つかの病院の緩和ケアの立ち上げを行っていたり、昭和大学病院、もともと私が緩和ケアチームの専従看護師として勤めていた病院なんですが、そこにもいま週1回関わるという形の経験から、きょうはどのようにがん医療の中で看護が患者さんたちのためにつなぎになれるのかということをお話ししていきたいと思っております。なのでがん看護の専門性のこと、看護の継続性、そして看護がどんなふうなコーディネーション力を持つといいのかという話をさせていただきます。

ではがん看護の専門性です。看護自体が1つの医療の中での専門職とされているんですが、看護はいろんなところで活動するということもありまして、その中でもがん看護という分野が発達してきています。1980年代にがん看護学会ができていますけれども、その中でこれはアメリカから持ってきている学習内容なんですけれども、がん看護を専門としていくからには、このABC、そして下位項目に上がるような内容を学習しておく必要があると言われております。

このように、まずがんの理解に必要な基礎知識。そしてがん看護の基盤となる考え方で、緩和ケアではとても重要となりますQOL、そして倫理、コミュニケーションについて学習します。次のがん看護実践の基本としては、がん患者と家族の理解ということで、がん看護の分野では、どのような体験を患者さんたちがされるのか、家族の方はされるのか、どんな対処をしておられるのかということがいつも研究のテーマになっていきますので、そのような反応をいろんな研究を通して学習していくこと、そしてがん看護の実践の基本概念と方法ということで、たくさんのキーワードが出ていますが、患者さんたちのセルフケアを促すということ、そしてチームアプローチをすること、ヘルスプロモーション、リハビリテーション、症状マネジメント、エンド・オブ・ライフケア、在宅療養支援のような内容を学習しております。さらにはがん治療・療養過程に焦点をあてた看護実践についても極めていますが、なかなかこのようながん看護を学ぶということと実践の現場でこれが生かせるかということ、まだまだ一致できていないのがいまの現状ではないかと思っています。

さらにこのがん看護の分野や発達させるということもありまして、日本では専門看護師・認定看護師制度というのが1995年から開始されています。できる看護の内容は一般の看護師と同じような裁量の中で行っていますが、実際にはもう少しがん看護に踏み込んだ実践ができるような教育訓練を受けてきた人たちということになります。

数なんですけれども、ちょうどがん対策が始まった2007年ごろはまだまだ2000人を超える数がいなくて、がん医療を担うにはまだ専門認定看護師というのは少ないと言われていたんですけれども、認定看護師は1万人を超えました。認定看護師の中でもがんに関連した分野としては緩和ケア、がん化学療法、がん性疼痛看護、そして乳がん、放射線療法というように、いろんな分野の認定分野ができてきておりまして、これだけでももう3000人を超える認定者が輩出されてきています。またこのような認定看護師がいない県というのもやっとなくなったというところなんです。

そしてもう1つ、専門看護師ですが、こちらは2年、大学院で学習をして認定を受けるんですけれども、日本には全部で専門看護師が1000人いるんですけれども、その中でもがん看護の分野は435名ということで、最も多い分野です。それは数が増えてきたところには、がんプロフェッショナル養成ということで教育機関が増えたことだとか、がん対策の中でさまざまながん看護の分野の者が働きやすいような診療報酬で保証される緩和ケアチームだとか、緩和ケア病床などの保証もありまして、それによって活動の場が増えていることがこのような認定者が増えてきている根拠とも言えるんですが、ただ生かし切っているかというところはまだな気がしております。認定者数もこのようになんか増えてきていますが、私自身は専門看護師として10年以上活動を続けてきているんですが、仲間内から聞こえてくることは、やはりがんに集中し切ることができないだとか、夜勤をしながら、仕事が終わった後の時間を専門分野で活動する時間に使いなさいよと言われるだとか、なかなか思った活動ができていない。専門的にがん看護のことを学んだ後の活用が進まないということで、力を発揮できないことに不満を持つ人たちの声もふつふつと後を絶たないのかなと思っております。

何が専門分野かと言われると、ざっくりとした書き方なんですけど、がん看護の中でもがん看護に専門分化するということと、あと2つ、その活動の場、がん看護の内容を拡大させること、発展させることというところに専門看護師や認定看護師の役割があるかと思うんですが、診療報酬の縛りと、看護師は常に常に、医師もそうかもしれないんですけども、看護師不足の話題から外れることがありません。ちょうど2007年以降は7対1加算という形で、看護師が病棟に手厚く配置されるような診療報酬の改定もあったりして、看護師不足が常に常に伴うこともあって、専門分化が進んだといえども活動内容がなかなか変わってこなかった現状があります。

あとそれと1つ、大きく勘違いされるのは、専門看護師、認定看護師は華やかな活動で、専門看護師、認定看護師だけ特別で、というふうに思われる思いがどうもまだまだ看護界にはあるようなんですけれども、実は葉っぱと根っこという書き方をしたんですが、専門性を持った看護師の活動というのは根っこに例えていただきたいなと私は思っています。先ほど来から先生方がお話しされてるように、たくさんのお患者さんががん直面し、がん向き合い苦しんでいるのをたかが3000人ほどの看護師が支えられるはずもなく、ジェネラルのナース、毎日毎日患者さんを診てくださっている看護師や、また病院以外で活動している看護師さん方とのつながり、そこが葉っぱとして患者さんを支えていただく

ところなんですけれども、そこに対する根っこ、注入するところに専門看護師や認定看護師の役割はあるんだろうと思っています。そんなことばかり思っていて、コンサルテーションとしての活動をいままで充実させようという動きが強かったかもしれないんですが、いま1つ、私自身も力が発揮できなかったなという思いの中で、実はいまのがん対策の中で早くから、診断時から支えていきたいという話を聞けば聞くほど、もしかしたら専門的に学習した看護師の活用としては、根っことしてコンサルティングをするだけではなくて、もっと直に実践として向き合っていく必要があるのではないかなと感じ始めております。

そこで専門性を持った看護師がどのように継続性を持って関わることができるのかということを考えてみました。1つ、これはアメリカで行われた研究なんですけれども、看護師による緩和ケアの介入を行うことによって、どのように患者さんのQOLに貢献できたり、抑鬱を抑制できたり、リソースの活用が変わるのかということ进行调查されています。内容は高度実践看護師による、というのが、日本で言うと専門看護師による包括的、精神的教育的な介入。これは何を指すかということ、ケースマネジメント、継続してどのようなケースやニーズがあるのかということのマネジメントを行っていくことと、患者さんたちへの教育、あとは励まし、セルフマネジメント、ご自分たちで問題解決ができる、対処ができるように支えていくこと、あとはエンパワーメント、こういう教育介入を定期的に行う。4週間ごとの教育セッションだとか、毎月のフォローアップセッション、こういうものの組み合わせを行っていくことによって、実際にはQOLは介入をした群では高く、対照群では下がる。抑鬱傾向は介入群では下がって、対照群では上がるという結果が出ていたりします。実は生存曲線ではエンドポイントはあまり変わらず、生存が長くなるということまでの証明には至っていないんですが、若干途中では開きが出てきたりして、看護というのは1ポイントで問われると力が弱いところがあるんですが、継続していくこと、また何かをしようとか、何か患者さんを引っ張るというよりは、本当に患者さんと共に、困られているときに支援できる位置にいるということで随分患者さんへの早期からの緩和ケアに役立つのではないかなと思っています。

看護師は日本の中ですけれども、本当に地域、それから老健関係の施設、または訪問看護、病院でも外来、病棟とがん医療を受けられるところで看護師がいないところはないのではないかなと思っています。その中でたくさん活動していますので、担当看護師と呼ばれる看護師から、その入院されている外来でかかられているところの師長さん、その病院の看護の部長さん、それ以外に認定を取っている専門看護師というふうに、いろんな場所、

いろんな認定、いろんな背景を持つ看護師の活躍が始まっているんですが、この役割分担とか活動の配置についての標準化ということを整理していかないと、勉強したナースがいたところでうまく活用されていない。患者さんはどうやってアクセスしていいのかわからないというところが出てくるのではないかなということがいまの現状ではないかなと思っております。

そこで1つ、これはお配りしたスライド資料とは別に加えています。というのはちょうど先週末に日本がん看護学会というのが金沢でございまして、そこで発表させていただいた資料なので事前の資料に入れることができなかつたんですが、私に関わっています幾つかの病院でいま取り入れています外来がん看護システム、仮の名称ですけども、その流れをご紹介しておきたいと思っています。

サポートが必要となる対象のピックアップと挙げていますが、がん告知を初めて受ける患者さんのピックアップをした後、外来に出向いて、患者、家族への紹介と関わっていかという承諾を得て診察時に同席する。そして同席した後に患者、家族と再度面談を行うという流れの介入を始めています。このきっかけは、がん患者カウンセリング料という診療報酬が昨年からついていて、それによって開始しているシステムではあるんですが、実際はがん患者カウンセリング料の算定をしようと思いますと、先ほど加藤先生からご紹介がありましたけれども、ピースプログラムを修了した医師と専門看護師、認定看護師が組んでこのシステムをやると5000円の診療報酬が請求できるというものです。私も自分が関わってる施設の中でもピースの修了者ばかりでこのシステムが運営できるわけではありません。ただ、たまたま昨年度と今年度と理解のある看護管理者のおかげで診療報酬が取れなくても一律この介入をしていいよということになった施設がありまして、そこでの介入になります。この介入をした後に、実は専門看護師、認定看護師がきちんと患者さんのニーズだとか問題をピックアップして整理をするということをさせていただきます。その中で安定している患者さんはそのまま外来看護師に申し送る、または病棟看護師に申し送って継続看護をお願いする。もしくは少し問題が混沌としているな、すっきりしていないなというケースについては継続して専門看護師、認定看護師が関わり続けるという形で、継続する形のピックアップを始めています。いままで、このあたりは外来の普通のナースをお願いしていて、困ったケース、難しいケースがあったら相談してくださいねというところに専門看護師、認定看護師はいたんですけども、実は問題のピックアップが一番難しかったり、患者さんの衝撃が一番大きいのが、内富先生からもご発表がありました。

最初の予想してないところからがんの治療が始まっていくときの衝撃だとすれば、一番難しいところに専門性を持った、がん看護を学習した看護師が関わりつつ、一般の看護師を巻き込みながら活動していくという形がやはり望ましいのではないかなと思って、このシステムを進めております。昭和大学病院では昨年から500人近い患者さんにこの方式で関わらせていただいております。結構逆にジェネラル、一般の看護師のがん患者さんに対する対応も変わってきたなという印象を持っております。

これは初回面談をした時間ですけれども、すごくかかってしまうようなイメージを持たれるかもしれませんが、ある程度構造化して介入する内容、アセスメントするポイントを絞っておけば、大体が30分～40分あたりで終わっています。あと2回面接しなきゃいけない患者さんの数がすごく増えると、とても数の少ない認定看護師、専門看護師では対応しきれないんですが、約半数ぐらいの患者さんたちが2回以上の面接を行っているという数字になっています。外来看護師へ継続看護を依頼するというケースは最終的には72%で、どんな継続した介入をやってほしい、どんな継続した看護活動が必要かということを送っています。送れるケースの背景として整理したものは、患者が治療選択をできていたり、治療に取り組む気持ちになっていたり、この次に説明しますが、幾つかいろんな科につないでいくのでリソースの介入に抵抗感がないだとか、症状がない患者さん、あとは患者と家族の意向が一致している場合なんかはうまくつないでいくことができます。これになかなか至らない場合には、継続してサポートを行っているという現状があります。その中でどんなことをやっているかという、治療のオリエンテーション、症状のマネジメント、セルフケア支援、心理的サポート、家族へのケア、リソースへの連絡などが実践内容になってきています。

リソースの活用については、そのうち半分ぐらいのケースにリソースの紹介をしています。ここには療養体制のことが35名、社会資源についての情報提供・調整が27名、地域の連携、症状緩和という内容に大体振り分けています。重複して紹介する場合もあるんですけども、これは一番大きかった問題だけでグラフをつくっています。本当にいま抗がん剤を受けられる患者さんには、高いというイメージが先行していて、私も何人かの患者さんと面接しながら、抗がん剤がすごく怖くて治療を受けられないのかな、治療を拒否されてるのかなと思ってお話を聞くと、やはり経済的な負担を主人にかけたくないだとか、いま子供の教育費がかかるので自分のためにお金は使えないなどの経済的な問題が大きくがん治療の選択に影響している現状を本当にひしひしと感じます。そういう意味では治療

のときに、ただ専門看護師、認定看護師が関わればよいというのではなくて、必要なリソースにうまくつなぐことができると、日本の中にあるいろんな資源を活用していろんな方が均一化されたサービスを受けるチャンスに恵まれるのではないかなと思っています。逆に昭和大学病院の医療相談センターなんかは専門看護師、認定看護師が動くことによって「仕事が増えたわ」なんて言う嬉しい悲鳴も聞こえてきたりしています。

こういう看護師の活動をふと私自身思い返してみると、これはハブ空港のような役割ではないかなと思っています。ハブというと、かみつくへびの毒のあるハブではなくて、車輪の中心になるところです。本当のがん医療はいま専門分化しています。放射線科、手術するお医者さん、腫瘍内科、緩和ケア医、そしてサイコオンコロジストといろんな分かれ道、いろんなサービスを患者さんが受けるチャンスはあるんですけども、いろんなお医者さんと会うことへの戸惑いだとか、その先のサービスへの不安だとか、いまの自分が整理されていないばかりに、科をたらい回しされているような思いみたいなことが起こってくるとすると、このハブのところにいるナース、がん医療の要のあたりがしっかりすることによって、もっと積極的にいろんな科を利用していただいたり、自分に起こっていることを整理していただけるチャンスが増えるのではないかなと思っています。

私はいま東京で仕事をしていることが多いんですが、実はこのハブ機能というのは、直に関わるだけではなくて、ハブがどこかにあることで、別の地域のハブに飛ばすことができます。実は東京はたくさん単身赴任の患者さんがおられます。ある治療は東京で始まるんですけども、少し進行してくる、もしくは長く療養が必要になってきたときに地方のがん拠点に帰っていただくというふうに相談が始まるんですけども、実は治療が始まった患者さんは受け取れませんよと、地方のがん拠点に言われてみたり、もしくはがん治療があればまだいいんですが、抗がん剤だとか手術の治療がない状態で緩和ケア的な、症状緩和だけがいま選べる治療だった場合、がん拠点に帰そうとしても、がん拠点は治療が終わってからだと困りますと言われることになってしまいます。私も結構ネットワーク広く仕事をしているので、いろんな地域でつながってはいるんですが、日本中の医療資源を知り得るわけにはいかないんで、こういうハブになる施設が各都道府県に1つ整うことによって、いろんな地域で生活をしていても、自分が受けたい地域に戻って、またがん医療が続けられるという、ほぼ理想論のようにいま思うんですけども、それも夢ではないのではないかなと思います。このハブにナースとしてなっていけるのかどうかというあたりががん看護の専門性を極めていく者としていま問われているというふうに感じています。

そこでハブ機能を果たしていくためのコーディネーション力のことをお話ししていきます。コーディネーションってどういう場合に使われるかという、やっぱりチーム医療の中でのコーディネーションというのがとても重要なんですが、チーム医療というのは医療に従事する多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携、補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するという硬い文言が書かれていますが、普通に考えると、やはりいろんな職種が関わる、いろんな先生に会うと医療費は高くなるはずですが、実際にはいろんなチーム医療に自分が携わって思うのは、これは逆にチームが熟してくれば効率的であったり、理に適った体制だなと思っていますが、私の私見としては、なぜチームで医療を行おうとするのかという、ここに尽きるかと思います。患者の独自性、自律性。おそらくここが緩和ケアの核ではないかと思っています。患者さんの尊厳、その人が本当に生きていて良かった、自分が治療を受ける意味があるんだ、自分の立場、独自性を大事にしてもらえんだということが表現できるようにするために、いろんな専門家の価値観、固定の専門家の価値観を押しつけることがないような体制を組むことこそ、緩和ケア、がん医療で求められるチーム医療なんだと思うんですけども、ここの意味を理解せずにチームメンバーがワーッと集まることだけがチーム医療になってしまったら、ちょっと患者さんには申し訳ないチームなのかなと思ったりしています。

なので大事なことは、チームにいろんな人が集まるということではなくて、患者さんの自律性、独自性、尊厳を大事にできるところでハブ、中心のところでは医療者が集えること、患者さんのことが考えられることがチーム医療に尽きるんだろうと思っています。ここはきちんと患者さんが表現してくださらないとミスアンダースタンドといいますか、間違っただけを私たちが思い込んでお手伝いをするにもつながりかねないという意味では、やっぱりハブの部分、利害のないところでたくさん患者さんの思いを聞かせていただける看護のケアができるハブの機能というのが重要なんだろうと思っています。なので緩和ケアで重要なこの4つの視点を大事にしていくためには患者さんの自律が阻害されないためのチームワーク、そこにコーディネーションが必要になってきます。

コーディネーションが必要な場面としては、メンバー間の意見のずれ、患者・家族の意見のずれ、他部門・他組織との連携などがあります。これは一緒に仕事してないとずれます。時々チーム医療のお話なんかすると、仲良しグループで仕事をしながら結構おられるんですが、仲良しである必要はないんですよね。ずれてる核がきちんとお話し

できる、なぜずれてるかということ客観的に説明できる、多分そこががん看護を専門にする看護師に求められる能力というものもあるのかもしれませんが。感情的になっていろいろなことを評価するのではなくて、なぜ患者さんとお医者さんがここでずれたのか、なぜ奥さんご本人では意見がずれるのか、そのずれを客観的にとらえて、みんなでディスカッションできるように見せることができる力こそがコーディネーションで求められる力だろうと思っています。

最後になりますけれども、こういう話をしながら私が思い出したのが、本当に若かりし頃に自分が研修に行った英国のマクミラン・ナースの活動を思い出しています。あまり聞かれたことはないかもしれませんが、緩和ケアの先駆的な英国で1911年からがん医療の支援団体が生活用品の支給と看護師の教育と派遣というのを行っていて、現在2000人のマクミラン・ナースが英国で活動しているようなんですが、このマクミラン・ナースという方々は日本の専門看護師のような資格認定になっています。英国ではがんの診断時からGP、ジェネラル・プラクティション、家庭医ががんの診断をご本人に伝えるというシステムになっているんですが、そのがんの診断をするときからマクミラン・ナースは地域だとか病院だとかいろんな場所に存在していて、呼ばれて紹介されて、そのGPがサポートしているときも入院して治療を受けているときも、もしくは治療がなくなってホスピスでサポートを受けているときも、在宅療養をするときも、切れ目なくサポートを続けるナースのスタイルになります。このマクミラン財団でおもしろいのが、最初の3年だけはマクミラン財団が雇ってくれて、新しい活動をするのを保証してくれるんですね。その病院、その地域、その訪問看護、ホスピスがその機能が重要だと思ったら雇われて、マクミラン・ナースのポジションができるという仕組みで発達してきました。

こんなふうに私たち、日本のがん関連の認定看護師・専門看護師は病院だとか在宅だとかに分かれて活動してきているんですけども、実は地域にこういう機能を置いていただくことによって、病院の利害、組織の利害なしに患者さんにピタッと沿う形で継続してサポート、仕事ができるといいなと日々つくづく感じているところです。

まとめます。がん関連の認定看護師、専門看護師の包括的な活用ということを是非具体的に検討していければと思っています。そして外来でのがん看護の機能の強化、つまりケアのできるハブの機能というのを私たちは意識していきたいということと、そういうがん患者の診断時のがん看護についての標準化、そこで何をするのかということを確認すること、そしてがん看護のネットワークを強化していくための具体的な取り組みというのを

是非始めていきたいなと思っております。ご清聴ありがとうございました。

司会

梅田先生、ありがとうございました。

さて、それではただいま4名の先生方に、がんと診断された時からの緩和ケアというものに着目していただきまして、それぞれのお立場からご講演をいただいたんですけども、せっかくの機会ですので、会場の皆様からご質問を2、3受けたいなと思うんですが、いかがでしょうか。挙手いただけますとスタッフがマイクを運びますので、是非ご質問いただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。また第2部のパネルディスカッションでも質疑応答がありますので、そちらでも質問していただける時間も設けますので。そしたら第1部基調講演はこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

(第1部 終了)

第2部 パネルディスカッション

木澤 では司会を務めさせていただきます筑波大学の木澤と申します。どうぞよろしく
お願いいたします。第2部はいまの基調講演を受けまして、少し具体的に診断時か
らの緩和ケアをどう進めたらいいかについて皆さんで考えていきたいと思
います。少しリラックスした雰囲気のパネリスト及びフロアの皆さんと討論を
しながら詳しく、かつ具体的に議論を進めていきたいと思
います。

まず開始にあたりまして、私からパネリストの皆様をご紹介させていただ
こうと思
います。なお本日のパネルディスカッションでは職種及び立場の垣根を超
えて
ディスカッションを進めていくために、パネリストはすべてさん付けで呼
ばせて
いただくことにしたいと思います。ではステージ上、私の左隣ですね。濱
さん
を飛ばして手前から、まず緩和ケア医の立場からということで、東京医
科歯
科大学大学院医歯学総合研究科臨床腫瘍学分野教授の三宅智さん。

三宅 よろしく申し上げます。

木澤 続きましてオンコロジストの立場からということで、弘前大学大学院
医学
研究科腫瘍内科学講座教授、佐藤温さん。

佐藤 よろしく申し上げます。

木澤 そしていまもご講演いただきました看護師の立場から、株式会
社
緩和ケアパートナーズ、梅田恵さん。

梅田 よろしく申し上げます。

木澤 そして講演とは違いまして精神腫瘍医の立場から、ということで
国
立がん研究センターがん対策情報センター、がん医療支援研究部長、
加藤雅志さん。

加藤 今度は精神腫瘍医の立場で参加したいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

木澤 そして最後に薬剤師の立場からということで、総合病院聖隷浜松病院薬剤部部長、塩川満さん。

塩川 よろしくお祈いします。

木澤 以上5名、プラス我々2名で話を楽しく進めていきたいと思ひますので、皆様、活発なご討論をお祈いいたします。このパネルディスカッションでは先ほども述べました通り、前半の基調講演を受けて、具体的に早期からの緩和ケアを進めていくためにどうしたら良いかということをお各パネリストの皆さんに具体的に提案していただくようにお祈いしております。

それでは濱さんに司会の方を譲って進めていきたいと思ひます。

濱 よろしくお祈いいたします。先ほどの基調講演でもお話が出たのですが、もう一度このシンポジウムの経緯、目的を私からお話しさせていただきたいと思ひます。平成19年にがん対策基本法が施行され、それに基づきまして、がん対策推進基本計画の策定を受け、この5年間にはがん医療における緩和ケアが格段と進んできた状況です。さらに平成24年6月に第2期がん対策推進基本計画が策定され、その中で今回のテーマとしております診断時から治療と並行して緩和ケアを提供することの重要性が示されています。しかしながら診断時から緩和ケアを導入して治療やケアを行うにあたって、具体的に何をどうやって、あるいは誰が、というのがやはり我々医療従事者の中でもイメージしにくいのではないかとこののが現状だと思ひます。このシンポジウム、パネルディスカッションでは、それぞれの分野でトップランナーの先生方に集まっただいて、緩和ケアの目的・目標である患者さんやご家族のQOL向上のために、診断時からの緩和ケアをどのようにして導入していけばよいのか。普段、先生方がされている実践の中で成功例であったり、逆に注意点と言ひますか、失敗例があれば、それもお示ししていただきながら、明日から参加者の皆さんも少しでも診断時からの緩和ケア

を実践していただくお役に立てれば、ということで、企画いたしました。ざっくばらんなパネルディスカッションにしたいですので、ご質問等ございましたら、挙手していただいて一緒にやっていきたいなと思います。どうぞよろしく願いいたします。

それでは最初に、パネラーの先生方にそれぞれのお立場からご発言いただきたいと思います。まずは緩和ケア医の立場から、三宅さんに口火を切っていただきたいと思います。どうぞよろしく願いします。

三宅 それではよろしく願いします。一応、緩和ケア医という立場なんですが、医者になって最初の3分の1が消化器外科医で、間の3分の1が基礎研究、最近の3分の1は化学療法を最初に少しと、2005年以降を緩和ケア医としてやっております。いま大学にいますけれども、前任が栃木県立がんセンターというところで、緩和ケア病棟と緩和ケア外来をやっていました。いまは東京医科歯科大学で緩和ケアチームと緩和ケア外来をやっています。

最初、診断された時からの緩和ケアというのはなかなか難しいと思いました。例えば緩和ケア病棟にいと、診断された時から緩和ケア病棟に入ってくる患者さんはまずいらっやらないですよね。何となく最初、診断された時は必ず主科、治療科の医師が診ているので、そういう治療科の医師が、例えばいま行われているピースプロジェクト等で緩和ケアのスキルを身につけて対応するのかなという漠然としたイメージがあったんですけれども、実際に大学に帰ってきて治療科、診療科の先生と話をしていると、十分な時間が取れない。先ほどの内富先生の話でもありましたが、最初に診断された時の精神的な悩みが非常に大きい。大体、初回の告知であるとか診断の時には診療科の先生も時間を取れるんですが、それを継続してやっていかなきゃいけないときにはなかなか難しくなってくるという印象があります。

現在、医科歯科の体制としては、外来、それから入院、あとはがん相談支援という3つの局面で緩和ケアに紹介していただけてますが、外来の場合は私のやってる緩和ケア外来、病棟の場合は主に看護師がマネージしている緩和ケアチーム、それからがん相談支援の場合はソーシャルワーカーが窓口になっていますが、結局、行き着くところは主にその3人、医師、看護師、ソーシャルワーカーがチー

ムになっている緩和ケアチームで、外来の患者さんもチームで対応するようにしています。その他に必要なに応じて薬剤師、それから臨床心理士、あとは精神科の先生、リハビリの人とかに関わっていただいているのが現状なんです。現在、診断された時、もしくは非常に早い時期からの緩和ケアへの紹介という点で、3つの局面、患者さん自身に紹介して、それからスタッフ、主に看護師になると思いますが、を介してのアプローチがあります。最近では患者さんご自身が大学にそういう緩和ケアの専門チームがあるんだら診てもらいたいということで積極的にかかられるケースも数例は出てきました。これはオレンジバルーンプロジェクトの効能かもしれません。スタッフ、看護師は例えば外来化学療法の看護師からの紹介等があって、ここは割とスタッフのモチベーションも高い。ただ医師からの紹介はなかなかまだないですね。理由は、やはり必要がない。それから最初から紹介してしまうと、イニシアティブが自分たちから離れてしまうという危惧もあるようですが、そのあたりをまず問題提起とさせていただいて、きょうのディスカッションで皆さんのご意見をいただければと思います。よろしく願います。

濱 ありがとうございます。続きまして、オンコロジストの立場から、佐藤さん、よろしく願います。

佐藤 よろしく願います。オンコロジストの立場から具体的な、こういうようなことが良かったということに関しましては、この後の話し合いで述べていきたいと思えます。まずはオンコロジストと言われましても、おそらくわからない方々も大分おられるかと思えます。オンコロジストというのは腫瘍内科医、あるいは臨床腫瘍医といったがんの治療領域において薬物療法を中心として診療を行う専門医です。ただこれは非常に少ないですね。日本全国的にも非常に少ない。本日の立場としましては、実際にがんの薬物療法を行っているのが誰かといえますと、もちろんオンコロジストではあるんですけども、それだけで日本が賄いきれているわけでは全くありません。実際には積極的な抗がん治療を行っている外科医、内科医、また耳鼻科、その他の臓器別の専門医、そういった方々、いわゆる積極的な抗がん治療を行っている立場の医師という立場でお話しさせてい

ただきたいと思います。

我々が担うフィールドというのは、もちろん薬物療法で治癒する患者さんもおられます。造血器腫瘍やリンパ腫のような。ただ治癒しないがんの患者さんたちもおられるわけです。実際には治癒困難、あるいは治癒が期待できないような患者さんたちというのが非常に多いわけです。つまり診断したその時から看取りの時まで、これが我々のフィールドになってるんですね。そういったフィールドを担っているオンコロジストたちの特殊性って一体何なんだろうとといいますと、まず1つはやっぱりバッドニュースを伝えなければならない。診断したそのときに告知をしなければならない。あるいは積極的な抗がん治療が効かなくなったら、それを告知しなくちゃいけない。また抗がん治療をやめなければいけない、やめたほうがいい、そういう中止の話をしなければいけない。こういったバッドニュースをずっと伝え続けなければならないといった背景があります。また苦痛を抱える患者と共にする治療期間というのは長いわけですね。そして抗がん治療を終えても看取りを我々が担っているというところが多いわけです。また抗がん治療を終えて、さらに今後どうしようか、療養の場をどうしようかといったような話し合いといったものも我々の領域で行われているというのが現実です。

では我々オンコロジストに求められているものはどんなものだろうかとお申しますと、これはアメリカの臨床腫瘍学会、アスコーというのが我々の臨床腫瘍学会の大元でもあるわけですけれども、そこは1998年にもう声明を出しています。がん患者に対するケアの責任は診断時から病気の全過程にわたってオンコロジストにあると提唱しています。適切な抗がん治療というものは終末期までのすべての過程における症状管理や心理的サポートを含むものであると。これは我々に課せられているものなんですね。しかしそれが果たしてできるものか、できないものかというのは1つ大きな問題となって残っているわけです。

緩和ケア学会のほうでいろいろなことが行われてきました。こういったことが我々にとってどういった仕組みを変えるチャンスになるのかというのを模索したいと思います。

現状はピースプロジェクトが始まりまして、教育が体系化されました。またがん対策基本法が成立しまして、目標が具体的で明瞭になりました。こういうことで次にすべきことが考えやすくなっております。人的資源が不足しています。こ

れはチーム医療で補っていかなければなりません。けれども梅田さんの先ほどのお話のようにチーム医療って何だ？言葉はやさしいですが、本当の意味は各専門職が責務を持つということです。また情報の共有化というものでもボードやカンファレンスが行われるようになりました。また電子カルテも随分導入されてきています。このような社会情勢、背景が変わっていく中で我々もどのようにしたらいいかというのを考えております。一番大きな問題点としては、意志決定の支援といったものが我々のいまのところに大きくのしかかっているというところで説明とさせていただきます。以上です。

濱 ありがとうございます。続きまして、看護師の立場から梅田さん、お願いいたします。

梅田 先ほどたくさんお話をさせていただきましたが、大事なことはがん看護の専門性というお話をしているんですけども、看護師たちは十分学習する場も踏んできているのではないかと考えています。なのでシステムをどう変えていくのかだとか、専門性を発揮する場をどうつくっていくのかというあたりを中心に話をさせていただきますいなと思っております。

濱 ありがとうございます。続きまして精神腫瘍医の立場から加藤さん、お願いいたします。

加藤 今回、精神腫瘍医という立場なのですが、私は国立がん研究センターのがん対策情報センターというところでがん対策などをやっています。それ以外に、国立がん研究センター中央病院のほうで精神腫瘍科の医師として働いております。外来をやっているのと、最近、家族ケア外来というのもやっており、院内の患者さんのご家族のみならず、他の病院のご家族、ご遺族の中でしっかりとしたサポートが必要な方を専門的に扱うような外来を最近やっております。今回、診断時からの緩和ケアという観点で精神腫瘍医の視点で考えてみますと、先ほど内富先生からもお話がありましたが、やはりコミュニケーションというものがまず重要なところだと思っております。がんの診断という悪い知らせ、バッドニュースを伝

えるときに、医療従事者、特に主治医の先生方がコミュニケーションについて配慮しながら、そういった悪い知らせを伝えるようにしていくこと、このような体制をどのようにつくっていくのかということだと思います。また、悪い知らせを伝えることだけではなくて、医師と患者さんとの関係についてどのように構築していくのかというのは、がんのみならず、すべての医療の中で重要なことなのですが、こういったことをいかに医療従事者の方々に気づいてもらうのかということがこれからの大きな課題だと思っています。

またコミュニケーションのことももちろん重要ではありますが、さらにまた踏み込んで考えていくと、これから話が出てくると思いますが、精神症状についてのスクリーニングをどういうふうに考えていくのかということも考えなければいけないと思います。わたしがいま働いている国立がん研究センター中央病院では初診時の患者さんすべてに「つらさと支障の寒暖計」という精神症状をスクリーニングする評価法、スクリーニングツールがあるのですが、それをすべての方にやってもらうと共に、この病院には精神腫瘍科というものがありますというのを伝えており、必要があれば主治医に言ってください、そうすれば紹介しますというふうになっています。実際、初診時の患者さんが私たちのところに多く回ってきますし、初診時に回ってこなくても、そういえばここには気持ちのつらさについて話し合えるような専門家がいるんだなというのを覚えていてくれていて、主治医に言って紹介されるようなケースも増えています。

そういったことを全国的に考えていったときに今後どういうふうに広げていくのかということもあるでしょうし、あとは実際に多くの患者さんに接している主治医や看護師さん、その他、普段から病棟、外来で患者さんに接している医療従事者の方々に対して、患者さんに接し方について精神科などの専門家がどうバックアップしていくのかということも重要だと思います。そういった困ったときにコンサルテーションできるような体制を構築していくのかということも重要ですし、必要なときには専門家が直接患者さんを診療するような体制をつくるというのがこれからの課題です。具体的にこういったことをどういうふうにしていくのかというのは、まさにこれからの議論だと思いますけども、精神腫瘍医からはそういうようなことがいろいろ課題としてあると思っております。

濱 ありがとうございます。それでは薬剤師の立場から、塩川さん、お願いいたします。

塩川 多くの診療施設では薬剤師は必ずいると思います。診断時から関与するという意味で言いますと、入院の病棟において薬剤師は病棟業務を行い必ず関与できていますが、外来では、ほとんど化学療法のみキシングであり、服薬指導を定期的に行なっている施設もありますが、関与できていないのが現状です。もっと積極的に薬剤師が薬に関わること、特に服薬指導には関わるべきであると考えます。我々薬剤師は、薬に対して責任を持ちたいと思っておりますので、その体制づくりは薬剤師の中では課題です。またそういう薬剤師の育成というものも大きな課題です。

濱 ありがとうございました。

木澤 ではいまご発言いただいたんですけれども、各パネリストのご発言にパネリストの皆さんで何かご質問があったり、中には例えば梅田さん、加藤さんは基調講演でもお話をされていますので、その内容でも構いませんので、何かお互いの発言内容で、これを聞いてみたいというようなことがあったら、お互いに意見交換していただきたいんですが、いかがですか。はい、三宅さんお願いします。

三宅 では佐藤さんのほうに伺いたいんですが、私の理解としては腫瘍内科医、化学療法医というのは、どちらかというと割と最近の概念で、横断的に診るようなもので、昔からある、例えば消化器外科であるとか、婦人科とか、そういうところとはまたちょっと違う。なおかつさっきお話があったように、固形がんの患者さんはなかなか完全に治癒するのが難しいということで、もともと緩和ケア的な要素をかなり持っている、そういうフィールドじゃないかと思うんです。

聞きたい質問としては、腫瘍内科医から見て、いわゆるいままでの診療科、消化器外科とか婦人科とか泌尿器科、そういうところと自分たちとの違い、もしくは緩和ケアに対する取組の違いというのがあれば具体的に教えていただきたいんですが。

佐藤 ありがとうございます。明確にこう、という形がなかなか述べられないところ
がもしかしたらイライラするところかもしれませんが、実際にはオンコロジスト
が日本でいろいろな形で活躍はされています。ただそれがすべてうまくいくかとい
うと、まだそう、しっかりとしたシステムにはなっていないと思います。まだ我々
もみんな模索している状況だと思います。ですので、いまアスコーの声明のお話
をさせていただきましたけれども、では緩和的などころを一切全然見ないとい
うか、そこを排除した形で担当するというオンコロジストたちも確かにいるような
状況ですので、まだ一定のところというわけではありません。

1つ、僕は、そういう状況でどういうふうな形で、どういうシステムになっ
ていけば、今後より良い医療の構築ができていくのかなというのをいつもずっと考
えているわけですね。オンコロジストという新しい概念と新しい職種がポンとで
きて、そこでやっていく中で、これまでは第1内科、第2内科、第3内科、第1
外科、第2外科みたいな縦の系列のところ、各科横断で初めて横にドーンと穴
を開けるような形になるわけですね。それがうまくいくかいかないかという
と、なかなかうまくはいかないわけです。ただ外科の先生方も最初はどんなものかな
という形ではあったんですけども、患者さんをこちらに紹介して下さって、
その患者さんが逆に笑顔でいられるというような状況を見ていくと、だんだん外
科の先生方もこちらを信頼してくれる。つまり外科の先生方がなぜ渡さないかとい
う1つには、やはり自分が診てきた責任を持つ患者さんを次の科に渡したとき
に本当に大丈夫なんだろうかという不安もあるわけですね。その信頼関係がで
きていった段階で初めてどんどん患者さんとのやり取りができるようになる。そ
れで必ずしも単に患者さんを渡すだけではなくて一緒に診るんだよというよう
な形も残せるようになるといったことで、徐々に徐々にしみ入るような形で浸透
していったなと思います。ですので、おそらくいま緩和の領域がちょっと前の僕
らの領域とちょっと似てるんじゃないかなと思います。おそらく緩和も全部の科
と横断的に付き合わなければいけないので、その信頼関係の構築というのが必
要になってくるんじゃないかなと思います。

三宅 ありがとうございます。

木澤 さっき梅田さんがハブ機能と言っていましたけれども、要は臓器と診療科の枠を超えて、オンコロジーとか腫瘍学診療の上でのハブ機能を果たすというのが全体的な目標という感じのイメージをすればいいですかね。

佐藤 そうですね。みんなが溶け込むような形が一番いいですね。ただ、それは言葉にすると皆さん納得するし、そうだよなと思うんですけども、現実問題、それをやろうとなるといろんな障壁というか、壁があるんですね。だからそれをどうしていくかという、1つ1つの具体的なものがおそらく必要になってるんじゃないかなと思うんです。

木澤 佐藤さんに質問なんですけれども、普段、化学療法をされていて、それこそオンコロジストとして仕事をされていて、まずご自身で早期から、診断時から緩和ケアをするという視点で気をつけていらっしゃる、心がけていらっしゃる、ことがもしあれば教えていただいてもいいですか。

佐藤 自分自身で心がけていることというのは、やはり自分自身の能力アップをしないといけない、スキルアップをしないといけないというところは1つありますね。ですので何もなく緩和的なことができるかという、そうではありません。ですので加藤さんがおっしゃっていた精神腫瘍、基調講演の内富さんらがつくったコミュニケーションスキルのトレーニングを受けてファシリテーターとなるような資格を取ったり、スピリチュアルケアのそういったトレーニングを受けたりとか、そういったような個人的なスキルアップというのはやはりしていております。ただ本来、我々はオンコロジストであり、薬物療法のところに特化していくわけですので、本来の職務ではないんですけども、それは必ず必要だということでそこも平行しながらやっていくと。ただあっふあっふになってくるわけですね。

木澤 ただでさえも忙しくてあっふあっふになりがちだけれども、まずはご自身の診療の質を高めるということと、あとは特にコミュニケーション、意志決定とかの

ことについて自己研鑽をするということを心がけていらっしゃるということでしょうか。ありがとうございました。

その他、パネリストの方、いかがですか。いまのことでも結構ですし、他のことでも。

佐藤 意志決定と、最後にちょこっとだけ触れてやめてしまったんですけども、おそらくすごく大きなポイントのような気がするんですね。意志決定がしっかりされていると、これは我々も非常に診療していて楽になる、という言葉が適切かどうかわからないんですけども、ちょっと心が安らぐというか、軽くなるんですね。患者さんが、こちらの誘導ではなくて、ちゃんとしたご自身で意思決定が行われたという事実のもとに医療が積み重なっていったときというのは非常にうまくいくというか、医療自体、そんなにきつい医療じゃない医療を自分自身が行えると。そういう経験を繰り返してきまして、その意志決定というのが1つ、大きな命題のような気が私はします。

木澤 フロア全体で意志決定というと漠然としているので、佐藤さんがおっしゃるのは、例えば診断をされて、患者さん、ご家族様、そして医療従事者が治療の目標を同一にして、一緒にこれからどうするかを選んでいく中でのことを指しているんですね。

佐藤 そうです。

木澤 それについて何か。梅田さん、さっき意志決定についてかなりお話をされましたけれども、そういう選択を支援する上で気をつけていらっしゃることは何かありますか。

梅田 いま佐藤さんがおっしゃったことに水を差すようなんですが、意志決定は安定しないという前提で私は関わってきているような気がします。もしかしたら米国から入ってくる意志決定という考え方と、日本人はあまり主張しないだとか、自分の意見を言わないだとかで、何も医師が悪いばかりで患者さんが自分の意見を言わないわけではなくて、自律性のあり方が随分西洋と東洋で私は違うような

気がして、揺れて良いというコミュニケーションが取れるとうまくいくことがあるような気がするんですが。そこはもしかしたら看護師として寄り添う仕事をする者と、患者さんが決まってくれないと次に進めない医師との責任のあり方の違いによって違うのかもしれないと思いますが、ほぼ月代わりぐらいで気持ち揺れますよね。抗がん剤やる前は「やるぞー」と言うんだけど、やったらやっぱり後悔するだとか。やっぱり手術が先が良かったんじゃないかとか。本人は頑張ってるのに、ご家族が「やっぱりこんな目をあわせちゃって」とか常に言い続けるんだけど、それを聞く人がいなければ、やはりどんどん自律性が奪われていって、最後、本当に亡くなる段になったときに、いまさら希望を聞かれてもな、みたいなことになってしまうかもしれない。揺れて良いような意志決定のあり方というのをもうちょっと私たちは掌握してもいいのかなと思っています。

佐藤 すみません。説明が悪かったかなと思います。意志決定というのは1回決まったことがずっと続くものとは一切思っておりません。常に変わっていくものだと思うんです。ただ意志決定がなされないと動かないというのも事実です。例えば抗がん剤治療をやろうと決めて、それに納得したと。「やる」でいいと思うんです。でも当日になってから「やっぱりやめる」それでもいいと思うんです。ただどうしようか決められないという状況がずっと続いてしまうとどうしたらいいんだろうということもあります。意志決定は梅田さんがおっしゃる通りに変わっていいんだと思います。ただ、だからこそ、その変わっていくものを拾い上げる力というのが必要になると思います。それは医師に委ねられるとなかなか難しいというか、時間とか能力とか、そういったものが制限された中ではちょっと難しいものがあるというふうに考えております。

木澤 その揺れを許容して一緒に診ていくというのが医師だけに委ねられると難しいだろうと。さっきそのことを梅田さんもかなり、ここだけの議論になっちゃって申し訳ないんですけど、おっしゃってましたよね。拾い上げをして、CNCNSが入って、オンコロジストと共に面談に入って、その後の外来をフォローするというのをやってらっしゃいましたけれども、とても素晴らしいシステムだと思

って聞いていました。1回、2回の面接で75%とかが済んでいるので、それほど継続しなくても結構効果を上げるんだなと思いながら見てたんですが。あれは昭和大学の一例だと思うんですが、みんながあんなにうまくいくのかなという疑問が僕にはあって、どうやったらあれを全国に広められるのかというのが多分みんなの関心事であり、多分きょう持って帰ってもらいたいことの1つだなと思ってはるんですけども、あれは始めるにあたって、どうシステムをつくったのか、説得してああいう枠組みをつくったのかを是非聞きたいんですけども。話せる部分だけでいいのでお話ししていただいてもいいでしょうか。

梅田 きっかけは厚労省で、多少は診療報酬改定は関心を持って見ているんですが、びっくりしたんですね。がん患者カウンセリング料がついたとびっくりして、これをきっかけにして何か変えれないかと私がうずうずと思ったと同時に、そのときにちょうど隣にいる佐藤さんが現場にいてくださって、あ、佐藤先生がいて、この報酬が取ればいまなら動かせると思ったのが一番のきっかけかと思います。そのときにまた外来を統括している師長が結構協力的な方だったりしたので、絶対に看護師の仕事は増えませんと。余分に電話がたくさん入ってきまして、システムがちゃんとなっていないときには予定外の電話がたくさんかかってくるので、その電話の量が減らせます。そして先生の治療が急に何かが起こると言って、みんな大慌てになるんですが、ナースが準備することによってお医者さんとの連携が良くなりますと、メリットを幾つか提示して、とりあえず1人のナースを佐藤先生に張り付かせるというのが最初のスタートだったかと思います。おそらくそこで佐藤先生がうまく使ってくれなかったら、いまはなかったかなと思ってるんですが、やっぱりきっかけのところはちょっと赤字の活動を始めたということがスタートですけども、今年で300例あれば1人分のナースを浮かすぐらいの収益もあったりするので、いまは「どんどんやって、やって」というふうに回転が変わってきたかなと思っています。

木澤 ちょっといいですか。いまナースは実際に何人ですか？

梅田 外来は3人で動いています。認定看護師2人と専門看護師1人です。

木澤 安心しました。佐藤さんの外来だけ、というか腫瘍内科の外来だけカバーしてもダメだと思ったので。じゃあいまはかなり広く、多くの診療科をカバーし始めて？

梅田 ただ全部の診療科では始めていなくて、いまやってるのは婦人科と乳腺と腫瘍内科と呼吸器というふうに、やっぱり固定のお医者さんと始めています。全科でやるには、良かったという例が出てくると「実は俺のところも来てほしい」というふうにだんだん引きがかかるんですけれども、最初は特定のお医者さんのところで成果を上げるという形でスタートしています。PEACE もありますし。

木澤 広く全体に、ではなくて、うまくいきそうなところから介入を始めていって、成果を得てそれが広がっていくというパターンを取られていると。

梅田 それと数字を出すということですね。

木澤 なるほど、それが1つ気を付けられたことですね。佐藤さん、お願いします。

佐藤 私はいま弘前大学なんですけれども、この7月までは昭和大学におりまして一緒に梅田さんらと仕事をさせていただいておりました。オンコロジスト、あるいは積極的な抗がん治療をやってらっしゃる先生方はもうほとんど精一杯なんです。いっぱいいっぱい、その状況でもしっかり頑張ってるって感じです。その中で光明が見えたのは、やっぱり看護師が動いてくれたことです。看護師が動いてくれたことによって大きく変わりました。こんなにも変わるものなんだなと。1つは告知をした患者さんに、そのまま外来のドアから出て行った後もついていってくれて、そこでアセスメントを評価して、何が必要かといったものも考えてくれた。あるいは悪くなってきた患者さんたちに対して、そろそろ在宅のほうの話をどうしたらいいんだろうかといったプランの提案までしてくれる。

さらには一番大きいのは、僕が気づいてなかったんですけれども、実は医師と看護師がチーム医療として仲良くやっていくというのは言葉では非常に簡単だ

ったんですが、言葉が違うんだというような認識を持ちました。専門の看護師が我々医師側の立場に立って、それを理解してくれて、それを今度は看護師サイドのほうに持っていってくれるんですね。そうすると朝、外来に来るときは、誰と誰と誰の患者さんが来るから、どことどことこのアセスメントをしてという指示がもう入っていて、こういうようなことで病院全体がうまく回ってくるんだと。実は医師と看護師って、話しているようで話が通じ合っていないことがすごく多かったんだと。それを通訳してくれる役にもなってくれる。多分ここが突破口になるんじゃないかなと僕は一番期待しているところです。その中でおそらく看護ケアのところ、あるいは精神腫瘍のところ、薬剤部、薬剤師さんのところに大きく一気に広げることができるんじゃないかなと期待しているというのが私の考えです。

木澤 ハブ機能というやつですね。

佐藤 エンパワーメントしていくと。

木澤 塩川さん、もう1つ多分早期から、診断時からというと、外来化学療法の間というのも1つ、たくさん患者さんがいて、ある一定の時間を過ごす場だと思うんですけども、塩川さんご自身でも周りのお友だちでも結構ですので、診断時からの緩和ケアという点で特に気を付けられていたりする点があれば、あとは看護師さんと一緒に仕事をされているということもあると思うので、何か取り組みについて教えていただければと思います。

塩川 私は2年前から聖隷浜松病院に勤務していますが、その前は聖路加国際病院にいました。緩和ケアチームとして活動すると共に、乳腺外科の外来「服薬指導」も行っていました。乳腺外科では、がんと診断されて、その数日後にすぐに化学療法が始まります。医師のほうから診断されてすぐ化学療法の話が出て、その後に薬剤師から専門家としてお薬について詳しく説明していました。説明をしていて感じたことは、薬の話は何回もしなくてはならないということ。診断されたときにはやはり頭が真っ白になるというのはまさにあるようで「お薬の話

先生から聞いていますか」と聞いても、やはりよく覚えていない状況でした。その中ではやはり患者さんは迷っていらっしやいます。本当に薬を使ったほうがいいのか。薬の効果なり、副作用なり、何回も説明することで本当に理解、納得される方が多いけれども、さっき意志決定の話がありましたが、迷われています。そのときにご本人だけではなく、やはり誰かキーになるご家族の方が必ず一緒に入って、その意見も踏まえつつ、お薬は本当に怖いものではないというお話をさせていただいています。薬についてだけではなくて、診断されて今後どうなるかということも含めてお話することも必要です。意志決定も本当にぶれて揺れていますので、何回も繰り返し携わる必要があります。薬剤師だからというわけではなくて、いろんな職種が関わることの必要性を感じています。

木澤 そのことについてやっぱり結果であるとか、こんなお気持ちだったということを見護師さんや主治医とかなり話し合われたりすることも取り組まれている？

塩川 はい。やはりフィードバックの場所、医療者同士のコミュニケーションが必要です。患者さんの状況をすぐ先生にお返ししたり、ナースにも話した状況をすぐフィードバックします。そういうコミュニケーションがないとうまくゆかないかなと思っています。

木澤 加藤さん、家族支援外来をされているというふうにさっきおっしゃってましたけれども、やはり家族も同様にがんを告げられ、化学療法のことがいま出てきましたけれども、同時にやっぱり揺れるわけですね。

加藤 家族に関して言うと、私は国立がん研究センター中央病院の相談支援センターの責任者もさせてもらっておりますが、やはり家族も同様に悩んでおります。むしろ家族のほうが何かしたいんだけど、何をしたらいいのかわからない。当事者に近いんだけど、自分がまさにその患者さんそのものではないので、自分が決められるわけでもない、という本当に複雑な心理状況にあります。しかし、家族はサポートを必要としてるんだけど、相談ができない。誰に相談していいかわからないということがあると思います。家族自身というのは、患者さんの家族という

位置づけにどうしてもさせられてしまうので、周囲からは患者さんのために動くのが当然と思われたりとか、その家族が悩んでいても優先されないということがしばしばあると思います。ただやはり家族自身も非常に悩んでおり、家族自身がサポートを必要とすることは多々あります。主治医を初め、周りにいる看護師さんがどの程度家族に配慮できるのかという難しい現状はありますが、家族に対する配慮も行い、必要があれば、家族を相談者としてしっかりと中心に見てくれるような場所につなぐ。相談支援センターでもいいですし、専門でやってるようなところはまだ少ないかもしれませんが、私がやっている家族ケア外来のような場所もあります。そういったことは必要だと思います。

ただ、いまの意志決定支援のお話を聞きながら思ったのですが、誰でもいいという言い方は適切ではないかもしれませんが、患者さんからすると、自分自身のことをちゃんとわかってくれていると言えればいいんでしょうか、自分自身のことをしっかりと見て、話を聞いてくれながら、自分自身のことを真剣に向き合いながら考えてくれる医療従事者がいることが一番だと思います。もちろん主治医でもいいですし、看護師さんでもいいですし、薬剤師さんでももちろんいいのですが、誰かがしっかりとその患者さんと向き合い、それをしっかりと周りのチームが、チームというのは緩和ケアチームだけじゃなくて、主治医や看護師さんも含めてのチームですが、ちゃんと共有できるようにする。そういうことが、意志決定支援においても大事ですし、様々な側面から患者さんの支援にとって一番大事なことだと思っています。どうしても職種別に、この仕事は私の仕事だから、この仕事はこの職種の仕事だからと、医療現場ではどうしてもそのようになってしまう傾向にあるかもしれません。しかし、そうではなく、患者さんを中心に、患者さんと信頼関係を築けるものがしっかりと話を聞いて、それを共有できるような体制が構築できたらいいと思います。

木澤 どうもありがとうございます。時間が既に迫ってきております。主にこのパネルでは意志決定支援と早期からの診断時のスクリーニングというところに焦点を当てて議論してきたんですが、ちょっと会を締めるにあたりまして、ここは議論をずっと前で聞いていらっしゃった、日本緩和医療学会理事長の細川さんから、ちょっと一言。診断時からの緩和ケアについてまとめていただきたいと思います。

細川 今日のパネリストの先生方、それから参加していただいた会場の皆様、本当にありがとうございました。皆さん方にお配りしましたこのパンフレットの中に、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」と書かれています。この普及・啓発のために、このようなシンポジウムの開催がここにおられる木澤さん、濱さん、それから加藤さんらを中心に本当に短い期間で企画、実行されました。

この「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」のための障害となると考えられたのは実は緩和ケアの定義でした。皆さん帰られて広辞苑を引いていただきますと、未だに緩和ケアとは、「治療がもう有効でなくなった末期の患者さんに対するケア」と書かれています。日本医学大辞典には「ホスピスとは緩和ケアと同義である」と書かれています。この間違った定義を正しくし、本来の緩和ケア意味を医療者や一般の方に理解してもらうために何ができないかということで企画がスタートしました。しかし無理に定義を変えようとしても、試験問題にはできますがイメージはなかなか変わらないことに気が付きました。例えば皆さん、「天使」という言葉を聞いたら何となくイメージが湧きますよね。でも天使についての定義を200字以内で書けと言われたらなかなか書けないですね。でも皆に共通する天使のイメージはまず悪い、怖いということは全くないですね。それと一緒に、緩和ケアもどうも定義を決めるということも大事ですが、まずイメージを統一して、その共通したイメージを持ってもらうことの方が大事かなということになりました。

最初に質問された方が、「そろそろ緩和」という言い方をされました。しかし話された内容から見れば、あの方は患者さんを最初から今日の緩和ケアというイメージからなら最初から緩和ケアをされていたと思います。ですから無理に緩和ケアを定義するというより、患者さんも医療者も“緩和ケア”という言葉に同じイメージを持って頂けるようにこれから日本緩和医療学会を上げてしていければと考えております。

もう1つは緩和ケアの教育面についてです。最初は主治医が主体となつての緩和ケアがあります。つぎに患者さんにいろんな症状やつらさがさらに起こってきて一人では対応できない。そういう時に緩和ケアチームなどの専門家が介入するという緩和ケア、それから患者さんも家族もかなりこれは予後が厳しいとある程

度納得されて上で、緩和病棟やホスピスに入られた後の緩和ケア。これらはオーバーラップするところは多々ありますが、これらをまとめて緩和ケア教育というのは少し無理かなと思います。

もう1つは皆さん方が緩和ケアチームや緩和病棟でやられていることは、それぞれ思いやり方は違っても、すべて行き付く先は患者主体とその家族主体であり、患者さんにとってできるだけいいことをしようという気持ちでやっておられると思います。これは別に緩和ケアチームや緩和ケア病棟じゃなくても、一般的な病棟で常に看護師さんたちがやっていることや薬剤師さんが薬剤管理でやっていたり、また外来や窓口で薬剤師さんや事務の方がやっておられること、皆同じ気持ちでされてると思います。本質的にはこれらも皆緩和ケアですよ。ですから今後、日本緩和医療学会もこの厚生労働省委託事業のオレンジバルーンプロジェクトにおいても、緩和ケアにはそういうイメージと側面があるということをご啓発・普及していくことにも重きを置きたいと思っています。また今日参加していただいた方の多くは何となく緩和ケアのイメージということをご理解いただけたと思います。このイメージを核施設にお持ち帰りいただきまして、このイメージを広めていただきたいと思っています。このイメージの定着には、最終的にまだ5年、10年かかるかもしれません。しかし少なくとも私が医者になったときの30年前のがん病棟の患者さんは悲惨な状態でした。本当にソセアタと呼ばれたソセゴンとアタPを1日3回筋注、レスキューにはボルタレン座薬1日3回までという処方がまともな施設での普通メニューでした。それに比べれば明らかに進歩しています。悠長では困りますが、慌てずに話を進めていくことも重要だと思います。

最後に参加者の皆さん方も多少お勉強していただけたかもしれませんが、我々主催者側も随分、勉強になりました。これからもみんなで手を携えてやっていければと思っておりますのでどうぞよろしくお願い致します。

以上、総括として話させていただきました。これで終わらせていただきます。ありがとうございました。

木澤 最後を締めるにあたってインフォメーションをさせていただきます。濱さんから。

濱 細川先生からイメージのお話があったのですが、皆さんの配布資料にも入れさせていただきます。展示ブースにもポスターを貼らせていただいておりますが、私たちの中での緩和ケアのイメージをこのような感じで作ってみました。いろいろなご意見があるかと思いますが、しばらくはこれでいってみようと思います。ポスターは公式ホームページから申し込んでいただけますし、また拠点病院にも配布させていただこうと考えております。また、色々なPR記事も書かせていただいております。これらもコピーしてもらって大丈夫です。「がんと診断されたら始める」という、その言葉1つ1つも工夫してPR記事をつくっております。さらに、医療従事者を通じて、患者さんやご家族、一般市民に診断時からの緩和ケアという概念を皆さんの言葉で伝えていただけるような補助的なツールを作っておりますので、是非そういうものを利用していただいて、正しい緩和ケアの知識の普及啓発にご協力いただけたら、と担当者としてお願いしたいと思います。

木澤 はい、ありがとうございました。本当にパネリストの皆さん、そして会場の皆さん、ありがとうございました。緩和ケアががんの診断時から患者さん、ご家族にとって必要であるということはおわかりいただけたのではないかと思います。

以上をもちましてパネルディスカッションを終了したいと思います。皆様、盛大な拍手をパネリストの皆さんにお願いいたします。

(パネルディスカッション終了)

クロージング：総合司会

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 委託事業委員長 加藤 雅志

そろそろ皆さん、帰りの支度をされていらっしゃると思いますが、最後に閉会に際しまして、木澤義之よりご挨拶申し上げます。木澤先生、よろしくお願いたします。

クロージング：閉会挨拶

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 副理事長 木澤 義之

皆さん、帰り支度をしていただきながらで結構でございますが、本日はご参加いただきまして大変ありがとうございました。今回は「がんと診断された時からの緩和ケア」と題しまして、医療従事者対象のシンポジウムを開催させていただきました。きょうこの機会を通じて学んだこと、診断時からどうやって緩和ケアを展開していったら良いか、そして患者さん、ご家族にケアをしていったらいいかということを中心にしまして、細川理事長もおっしゃっていただきましたけれども、皆さんでこのイメージを共有して、明日からのケアを是非より良いものにしていきたいと考えております。

皆さん、本当にどうもありがとうございました。そしてスタッフの皆さんにも是非拍手をしていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

クロージング：総合司会

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 委託事業委員長 加藤 雅志

以上をもちまして、緩和ケア普及啓発シンポジウムを終了させていただきます。本日は長時間にわたりご清聴いただき、誠にありがとうございました。

— 終了 —