

平成25年10月6日(日)

平成 25 年度厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業

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』

～がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケア～

(※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

皆さん、こんにちは。ただいまより平成25年度厚生労働省委託事業緩和ケア普及啓発事業、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。本日はテーマとしまして「がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケア」をテーマとして講演や討論を進めていきたいと思っております。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がん対策情報センターの加藤雅志と申します。どうぞよろしくお願いたします。どうもありがとうございます。

それでは、まず最初に開会に際しまして、神戸大学大学院医学研究科内科系講座、先端緩和医療学分野特命教授であり、日本緩和医療学会副理事長の木澤義之より開会のご挨拶を申し上げます。木澤副理事長、お願いたします。

【開会挨拶】

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

皆様、こんにちは。足元のお悪い中、10月に入りまして少し気候が良くなってきたわけですが、貴重な休日を利用して、皆さんこの場に来ていただきまして本当にありがとうございます。本来でしたら、日本緩和医療学会理事長の細川豊史がこちらでご挨拶をさせていただくところですが、事情により、きょう出席ができませんので代理として副理事長の木澤がご挨拶をさせていただきます。

今日のシンポジウム、また講演会ですけれども、2012年、昨年の6月に見直されております、がん対策推進基本計画の中で「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」というのが重点項目の1つとして、引き続き取り上げられております。その緩和ケアをどう普及し、推進していったら良いかということで、日本緩和医療学会は厚生労働省からの委託を受けて、このように緩和ケアの普及啓発事業、そして緩和ケアの研修事業というのをこの5年間ずっと進めてきております。

皆さん、もう既に今日はオレンジがいっぱいの会場なのでお気づきだと思うんですけども、緩和ケアの普及啓発事業というのは、オレンジバルーンプロジェクトというふうに名付けられたプロジェクトで、いままで推進してきてまいりました。特に一般市民に緩和ケアを知っていただくということに重点を置いた普及啓発活動をしてきたわけです。このところ、学会でもその活動を見直したり、どういうふうにやっていったら良いかということ厚生労働省の皆さん、市民の皆さん、がん治療学会の皆さん等々、話し合ひまして、一般市民を直接対象とした普及啓発もちろん大切ではあるのですが、もう1つ重要なことは、普段、がん患者さん、ご家族様に対応していらっしゃる医療従事者の方々を通じて患者さんやご家族に深く正しく緩和ケアを理解していただくことが大切ではないかということで、今年から医療従事者向けの普及啓発活動を全国で展開していこうということをもみんなで話し合ひ、活動をし、今日も準備をしてまいりました。今日がその本当に第一弾の普及啓発のイベントになります。

さまざまな方がおそらく、題名にもあります通り、診断時からの緩和ケアをどのように展開し、推進していったら良いかということをお話ししていただく。そして話し合ってフロアの方々とも意見交換をしていくということがあると思うんですけども、普段から治療医の先生方、また看護師の皆さん、医療従事者の方々が現場でやっていらっしゃる基本的な緩和ケアをさらにブラッシュアップしていただくということが1つ、もう1つはさまざまな新しい取り組みであるとか、興味深い取り組みがおそらくあると思いますので、そういう、ご自分が明日からできそうなことを少し勉強したり、話し合って、こんな感じかなというイメージをつかんで、明日からの診療、ケアに生かしていただくというのが今日のイベントの大きな趣旨でございます。

皆様、まだまだ人がいらっしゃると思うんですけども、もしよろしければちょっと前に詰めていただいて、本当に演者、パネリストと深くインタラクティブ、双方向性に話し合っている機会をつくっていきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

それではこれをもってご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 「がんと診断された時からの緩和ケア」正しい理解と実践
～がん治療医が行う緩和ケアとは？～

【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

では早速、第1部のほうに入っていきたいと思います。まず講演の最初に第1、厚生労働省、行政の立場からということで、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進について」ということで厚生労働省健康局がん対策・健康増進課の課長補佐、山下公太郎先生よりご講演いただきたいと思います。山下先生、よろしくお願いいたします。

【基調講演1 厚生労働省 がん対策推進の立場から】

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 課長補佐

山下 公太郎

皆さん、こんにちは。 よろしくお願いいいたします。 ただいまご紹介にあずかりました、厚生労働省で健康局にがん対策健康増進課という部署がありまして、こちらで緩和ケアを始めとしたがん対策の推進に取り組んでいるところです。

私の紹介文を今日入れていただいているんですが、私も実は駆け出しの、というか、消化器外科医でして、初期研修2年の後、3年間の後期研修で国立大阪医療センターの外科で研修を済ませたようなところでございます。 そういったタイミングで教室から2年間、機会を与えるということで厚生労働省に行って来なさいという格好で、今年の4月から厚生労働省で勤務をしているところでございます。 今日は「がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケア」という格好で、「診断時からの緩和ケア」という言葉が昨年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画、これは19年に初めてのものができまして、昨年見直しをなされ、2期目のものになったものでございますが、そちらで「診断時からの緩和ケア」という言葉が明記されて、先ほどもありましたように、重点項目に掲げられておりますので、そういったがん対策の枠組みから緩和ケアの位置付けというのを今日ご紹介できればというふうに思っております。 よろしくお願いいいたします。

これは何回か見たことがある方が多いかもしれませんが、がん対策基本法という格好で、平成18年にこういった法律ができまして、19年から施行されております。 こういった法律ができて、がん対策というのが大きく進み始めたというところがあるというふうに聞いております。 それまで国のがん対策というのは1981年にがんが死亡原因の一位になって以降、83年からだったかと思いま

すが、がん対策の10か年戦略というのを3つ重ねてきた経緯がございます。それでいま現在は平成16年からの第3次対がん10か年総合戦略に基づいてがん対策を進めてきたところでございますが、その3つ目の10か年戦略の途中でこういった法律の見直しというか、制定がなされまして、平成18年以降は、こういった法律に基づいてがん対策は進んでいるというところであります。

この基本法でどういったことが決められているかと申しますと、まず左側、この真ん中の赤い字で書いてあるところですけども、先ほどからご紹介申し上げているがん対策推進基本計画というのを国はつくりなさいと。つくるときにはがん対策推進協議会という、がん患者、そしてがん患者のご家族の方が入ったような国の審議会の意見を聞いて、厚生労働大臣が案をつくりなさいと。それを閣議決定して、国のものとしてまとめなさいということが記載されております。さらに国の基本計画を踏まえて、各都道府県はその都道府県の実情に合った、こちらは「基本」が抜けるんですが、都道府県のがん対策推進計画というのを策定して都道府県ごとにごがん対策を進めていきたいと思いますという大きな枠組みが示されています。

そして右側が具体的な項目になりますが、大きく3つの項目に分けられておりまして、がんの予防、そして早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、そして研究の推進といったところがございます。それでがん医療の均てん化の促進等というところで、3つ目の丸になるかと思いますが、がん患者の療養生活の質の維持向上といったところで、法律の第16条に、今日ちょっと画面には明記しておりませんが、国及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連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること、その他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとするといったようなことが明記されております。

こういったことを受けて、平成19年の第1期目のがん対策推進基本計画では早期からの緩和ケアを進めていこうという格好で緩和ケアの推進が図られてきた経緯があります。これが5年経ちまして、昨年の6月に閣議決定された2期目の基本計画の概要でございます。国のスライドはいつもビジーなスライドばかりでちょっと恐縮なんですけど、上の重点的に取り組むべき課題の部分、(2)で早期からの緩和ケアといったところが、がんと診断された時からの緩和ケアと。「早期から」という言葉を使っておりましたが、どういったところを指すのかわかりにくいという話もありまして、診断された時からがん患者さんは全人的な苦痛を持っていると、そういったお話を伺って、ニーズに応じた医療を提供するということから始めようということで、がんと診断された時からの緩和ケアの推進といったことが掲げられております。

ちょっと緩和ケアから外れる部分もあるかと思いますが、新しく昨年、閣議決定されたもので入った部分をご紹介申し上げますと、重点的に取り組むべき課題の中では4番、働く世代であるとか、小児へのがん対策の充実、これまでがん対策であっても、がん研究であっても同じだと思うんで

すが、主に成人の患者さんであるとか、そういったところを対象としたようながん対策研究というのが進められてきたと。でもこういった高齢化社会の中で、これから高齢者のがん患者はどんどん増えていきますし、そういったところに対応するような政策であるとか、治療法の開発であるとか、そういったことも必要だろうと。さらに下の7番になりますが、小児がんというところも今回新しく重点項目として掲げられておまして、小児であるとか高齢者にも目を向けた対策、研究の開発というのを進めていこうという話がなされています。

全体目標、これが一番大きなところというか、平成19年からがんの死亡者の減少を目指そうと。そしてすべてのがん患者と、その家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上を目指そうというところで取り組んできているんですが、新しくもう一步踏み込んで、社会全体を見ていこうということで「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という言葉が新しく記載されているところがございます。

その他、新しい項目としては分野別施策の部分になりますが、右下のがんの教育・普及啓発であったり、がん患者の就労を含めた社会的な問題ということに取り組んでいこうということが新しく明記されているところがございます。基本計画はこういった大きな枠組みというか、方向性を示しているものになっておりますので、この個別の施策に応じて、厚生労働省は必要に応じて有識者の意見を伺いながら、具体的な対策を進めていくというふうな体制を取っております。

国のがん対策、その中でも緩和ケアの推進といったときに、まず大きな制度としてあるのが、がん診療連携拠点病院の制度だと思います。拠点病院の指定要件で、いまは適切な緩和ケアを提供すること、こういった指定要件を掲げて400の施設を指定しているところがございます。拠点病院にはすべて緩和ケアチームが設置されていて、相談支援センターがあって、緩和ケアの提供がなされることという記載があるというのが現状でございます。もう一つ、指定要件の中で拠点病院は、先ほどご紹介がありましたが、緩和ケア研修会を年1回最低行いなさいということが明記されているところであります。その他、日本緩和医療学会への委託事業として研修のモデル事業、そして今回の普及啓発のモデル事業というところで、大きなこういう3本柱で国の緩和ケアの推進というのがなされているところがあります。

またこれも少しご紹介になるんですが、がん診療連携拠点病院のあり方について、昨年6月に閣議決定された新しい基本計画を踏まえて、新たながん診療提供体制の概要ということで1枚、紙をつくってありますが、これも有識者の方々に集まっていただいて検討していることを少しご紹介させていただきます。現行の制度の課題と、それに対する対応案というところで記載していますが、拠点病院の制度で幾つか課題というのが指摘されています。

それはまず1つ目には拠点病院は400ありますが、先ほど申し上げたように、例えば緩和ケアであれば緩和ケアチームを設置しなさいと。それで適切な緩和ケアを提供しなさいと。そういった枠組みしか規定がされていなくて、中にはすごく前向きにというか、すごくアクティビティの高い

緩和ケアチームもあれば、要件に書かれている適切な緩和ケアが不明確なところで活動しているというふうなところもありまして、質の格差が大きいというふうなことが言われています。このことに関しては人材配置の要件であったり、診療実績要件等の強化をすることで拠点病院の底上げをしようという議論がなされています。

もう1つ、2番目ですが、拠点病院未設置の空白の二次医療圏の存在ということがあります。拠点病院の制度は基本法の理念にもありましたが、医療の均てん化ということを目途に進めている制度ですが、350弱の二次医療圏がある中で、現在107の二次医療圏ではがんの拠点病院が設置されていないという現状があります。こうした空白の二次医療圏を少しでも埋めると。地域に根ざした地域完結型のがん医療提供というのを構築していくんだということで、新しい制度として地域がん診療病院、これは仮称となっておりますが、を新設してはどうかというようなご議論をいただいております。これは現在空白の107ある二次医療圏を対象に地域がん診療病院という新制度を設置しようという議論でございます。

もう1つ、特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在ということで、日本に多いがんを対象に標準治療を提供しなさいということで拠点病院を指定していますが、特定のがん種に対して、例えば乳がんであるとか、肺がんであるとかに対して高い診療機能を持っている施設というのも少なからずあると。そういったところも特定領域のがん診療病院ということで認めていってはどうかというような議論がなされております。

そして、4つ目が質の維持向上ということで、PDCAサイクルをつくれ、というのはどこでも最近言われることが多いですが、拠点病院の中でも自己レビュー、ピアレビューを活用したPDCAサイクルの体制を構築してはどうかというような議論がなされているところであります。

それでこれまで進めてきた緩和ケア対策の成果ですが、これはまずがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催回数、これは今年の3月末までに2284回ということで開催されています。交付枚数の推移ですが、今年の3月末で4万人を超えたというようなところであります。2008年の4月にゼロからスタートして、2013年の3月末には40550人と。これも明確な目標というのは数値では規定していないところなんですけど、調べますと、拠点病院の医師、歯科医師数というのがおよそ75,000人というふうなデータがございます。拠点病院でがん診療に携わる医師というのは全員受けましょうというのが基本計画で目標に掲げられておりますので、およそそういったところを目安に進めていく必要があるだろうというところでございます。

もう1つ、やはり人だと思うんですね。緩和ケアチームというのをつくって、専任の医師がいる、専従の看護師がいるという格好で枠組みの整備は進めてきましたが、専任というのではやはり手が届かないところもあるでしょうし、専従の人たちというのはどれぐらいいるのかということを見てみたグラフでございます。こう見てみますと、緩和ケアチームの身体症状医師、これは専従で常勤の方がいる施設というのが黄土色のグラフですが、2008年、95施設だったものが昨年の現況報告

を見てみますと166には増えてきているけれども、まだ半分にも満たないというような現状があります。精神症状担当医師、これは専従・常勤でいらっしゃる施設というのはもう少し減ってしまっていて、昨年のデータで397分の46施設というような格好でございます。それとは逆に、これは指定要件としてこれまで指定がされているようなものではありませんが、例えば看護協会が認定するような専門認定の看護師の制度というのがあります。こういうもので見てみますと、例えば緩和ケア認定看護師であったり、化学療法看護認定看護師であれば、上の2つの線ですが、397分の330であるとか、320というような施設で、ある程度人材が足りてきているというような現状があるんだなということがわかるかと思えます。がん性疼痛看護認定看護師に関しても半分を超えるような施設で確保がなされているんだらうと。

こういったことも踏まえつつ、緩和ケアにおいては緩和ケア推進検討会というのを昨年4月に設置しまして、すみません、これもかなり細かくて恐縮ですが、12回議論をしてきました。そういった中でいろいろご議論をいただいたんですが、先ほど看護師の数というのは少しずつ足りてきてるんだという話がありましたが、こういう医師だけではなくて、医師以外の医療従事者、看護師を初めとする医療従事者の適材適所の配置であったり、その方の能力を最大限生かせるような取り組みを推進することで診断時からの緩和ケアというのは進むんじゃないかというようなご議論をいただいているところでございます。

この検討会で8月に第2次の中間取りまとめということでいろいろまとめていただきました。その中でどういう議論がなされたかと申しますと、まず緩和ケアの推進を支える基盤として、やはり研修と普及啓発というのがあるんだらうと。これは日本緩和医療学会さんが協力してというか、お願いをして進めていただいているところが大きい部分になります。研修に関しては医師の研修というのを進めてきました。今後、研修会受講者というのがああいふふうには4万人を超えるように増えてきましたが、それをさらに増やすための施策であるとか、研修のコンテンツの中に患者の視線というのをいかにして取り入れていくかということであったり、地域によっては研修会の対象者が集まりにくかったりというようなことも伝え聞いておりまして、地域の実情に合った研修会の実施というのを考えてはどうかと。指導者研修に関しては2,000人を超えるような指導者というのが育成されてきて、今後は数を増やすというよりは資質をどう高めていくかというところに重点を置いたほうがいいんじゃないかというような議論をいただいております。これまで国の施策として医師の研修というのをしてきましたが、今後は看護師を対象とした緩和研修を足掛かりに医師以外の医療従事者の研修にも取り組んでいこうという議論がなされています。

普及啓発に関しても、今日冒頭でもご紹介がありましたが、個別の対象ごとに取り組みを進めていったほうがより効果的でしょうということであったり、拠点病院の医師等が地域に出て行って緩和ケアの普及啓発活動を行ったり、がん教育の活動を行ったり、そういったことがよりやりやすいような後押しができる制度を考えたらいいんじゃないかというようなご議論があったり、あとは普及啓

発の取り組みに関して効果検証というのがこれまでちょっとされてないんじゃないかというようなご指摘もありまして、こういうところを念頭に今後進めていってはどうかというような話になっております。

こういったことを土台として、拠点病院ではどういった緩和ケアを求めるのかというような格好で、個別の項目の内容に関しては報告書をご確認いただければと思うんですが、いままでチームを置いて週1回カンファレンスをしなさい、その後は適切な緩和ケアを提供しなさい、これだけだったんですね。こういうことが質の格差を生んでるんだというようなお話がありまして、こういった1番～8番の項目を掲げていただいております。こういったところを上手に指定要件に組み込むなり、予算事業で進めるなりというところで、緩和ケアの推進というのに取り組んでいかないといけないなどというのが現時点での状況であります。

拠点病院に関しては指定要件で一定の底上げをします。そこからもう一步踏み込んで、いままで拠点病院の中に緩和ケアチームがあって、緩和ケア外来があって、相談支援センターがあってというところまでやってきたんですが、地域も取り入れたような格好で、より緩和ケアを進めるための組織として緩和ケアセンターというのを設置してはどうかというような議論をしていただいております。

これは最後のスライドですが、緩和ケア推進事業ということで緩和ケアセンターというものを都道府県拠点を中心に設置するような事業を今年度から進めているところであります。じゃあ緩和ケアセンターとは何なんだ？という話がありますが、緩和ケアの提供体制における組織基盤の強化ということで、まず緩和ケアチーム、これはいままでのすべての拠点病院にあります。緩和ケア外来もあります。相談支援センターもあります。そういった中で緩和ケアチームを軸として、こういった多職種による人材の適正配置を行うことをまず念頭に掲げよう。そして緩和ケア提供においた人材の適正配置を踏まえて、これを基に緩和ケア提供における院内機能の強化を行おうという話でございます。それだけではなくて、地域緩和ケア連携拠点になるような機能の強化ということで、外にも出たような機能というのを盛り込んでいきたいと思います。そして将来的には、例えば緩和ケアセンターから地域に出向いて専門的緩和ケアが提供できるとか、そういう先進的な取り組みもこういう緩和ケアセンターの枠組みを用いて進めていけるように考えていけばいいのではないかなというような話があります。

いま右上に額を書かせていただいておりますが、平成26年度は平成25年度に取り組みを始めた緩和ケアセンターを今度は都道府県拠点病院だけではなくて、25年度も40弱のような都道府県拠点病院で進めていくというようなお話をいただいております、出だしとしてはまずまずの数かなと思っておりますが、それをその他の地域拠点にも広げるような取り組みを進めていきたいということで、3.9億円ということで予算要求をさせていただいているところであります。

こういったようなところがいま緩和ケア検討会を中心にがん対策推進基本計画に書かれている

ことをいかに具体化していくかということで議論がなされているような項目になります。ありがとうございました。

【質疑応答】

司会 加藤

山下先生、ありがとうございました。 それでは会場から幾つかご質問などございましたらいただきたいと思いますが、もしご質問のある方がいらっしゃいましたら挙手していただきますとありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

それではちょっと山下先生、私のほうから幾つか聞きたいんですが、緩和ケアの推進検討会という政府のほうの検討会でいろんな議論がある中、今日はがん治療医の方々に特にお集まりいただいているんですが、緩和ケアの推進検討会などの議論を踏まえて、がんの治療医には特にこういうことをやってもらえるといいんじゃないのかとか、そういった議論とか意見などがもしあったら紹介してもらいたいんですが、どうでしょうか。

山下

スライドは戻せませうでしょうか。 診断時からいかにして医師だけでなく、他の医療従事者も含めたチームで患者さんの話を聞くかということが重要だというようなご意見が多かったように思います。 こちらはこの黄色の部分の1番～3番といったところになるかと思いますが、患者とその家族等の心情に配慮した意志決定環境の整備というところで、セカンドオピニオンのことも含めて告知をするときであるとか、そういった環境整備にいかに配慮できるかというようなところ、そして(2)の苦痛のスクリーニングの徹底というところで、ここはかなり強調された部分だと思っておりますが、例えば拠点病院の中で苦痛のスクリーニングツールがあったとしても、それが必ずしも外来の初診、入院の病棟、そして外来に戻ったときに共通使用されてないというか、一貫したスクリーニングができてないということが指摘を受けたようなことがあります。 そういったところから取り組みを進めることになるのではないかと思います。

司会 加藤

ありがとうございます。 いかがでしょうか。 会場のほうからご質問などありますか。 じゃあ私からもう1つだけいいですか。 山下先生、外科医だったということで、もし自分がいま臨床医だとするならば、どうでしょう？ 明日から何かやれと言われたら、どこからまず手を付けていくか。 もちろんいろんなことをやっているというのが前提だとは

と思いますが、特にこういうところを、いまの政府のほうの要望なども踏まえて、1つやろうかというふうになるとするならば、どういうところを自分も心がけたり、院内の関係者にこういうところをまずやっていこうよ、みたいな、臨床の立場だったらどんなところから始めるのが良さそうかというアドバイスみたいなものがもしあったら是非お願いします。

山下

私は外科医だったというか、いまも外科医のつもりなんですけど、アドバイスできるようなことってというのはあんまりないかもしれませんが、個人的な感覚としては、やはり人間関係というか、いま緩和ケアチームなり、いろんな設備が準備されていて、でもそれがうまく活用できてないんだというところがやはり大きいんだろうと。そういった中で院内で具体的にどうしたらいいかというのはやっぱり難しいんですが、緩和ケアチームとがん治療医の人間関係であったり、信頼関係というところがやっぱり重要なんだろうなということが、こういった会議を横で聞いていながら強く思うようなところではあります。

司会 加藤

ありがとうございます。そういったコミュニケーション、人間関係の構築というのがすべての基盤になるというような趣旨だったかと思えます。では山下先生、どうもありがとうございました。

それでは続きまして「緩和ケアの普及啓発事業の立場から」ということで日本緩和医療学会理事でもあり、緩和ケア普及啓発WPG委員長でもあります濱卓至先生にご講演いただきます。それでは濱先生、よろしくお願いいたします。

【基調講演 2 緩和ケア普及啓発事業の立場から】

特定非営利活動法人日本緩和医療学会 理事

緩和ケア普及啓発 WPG 員長 濱 卓至

よろしくお願いいたします。大阪府立成人病センターで緩和ケアチームの身体担当医をしております濱と申します。よろしくお願いいたします。本日は厚生労働省の委託事業であります緩和ケア普及啓発事業の、別名オレンジバルーンプロジェクトと言うんですけども、そのプロジェクトリーダーを学会の中でさせていただいておりますので、そのご紹介といえますか、その立場でお話しさせていただけたらというふうに思います。

実は今日の10月6日という日は、まさにがん治療医と共に緩和ケアをやっていく記念すべき日になればと思うんですけども、実はこの日を選ばせていただきましたのは、もう1つ理由がありまして、10月の土曜日に世界ホスピス緩和ケアデイというのがありまして、今年は10月12日の土曜日なんですけれども、オレンジバルーンプロジェクトの関連団体でもあります日本ホスピス緩和ケア協会というところが日本ホスピス緩和ケア週間というのを設定しまして、実は今週がその週間にあたります。今日10月6日がその初日にあたりますので、是非この日に合わせたいなと思って開催させていただきました。

先ほど山下先生のほうからがん対策基本法のお話とかありましたが、もともとこのプロジェクトがどうしてスタートしたかということの背景なんですけれども、がん対策基本法の中にがん患者の療養生活の質の維持と向上というのがありまして、そこから緩和ケアの推進というのが特に速度を上げて進んでいるという状況なんですけれども、その当時、内閣府のがん対策に関する世論調査というので緩和ケアについて一般の国民が「十分知ってます、内容も含めて知っています」というのはわずか9.8%、10%ぐらいの方しかまだ知らないという状況であったというのがもともとの背景にあります。2007年に厚生労働省は一般市民に対して、緩和ケア、内容も含めて、死を待つだけの諦めの医療といった誤った考え方を改めて、緩和ケアの正しい知識を持つことを目的とした、いわゆる今回のこの事業の実施計画を立案されました。私たちの緩和ケア医療学会が委託を受けまして、現在は11団体で活動しています。当初はホスピス緩和ケアを中心とした団体の方々と活動しておりましたが、昨年度からは治療系、がん治療学会や臨床腫瘍学会、放射線腫瘍学会やペインクリニック学会、そして麻酔科学会という、主にがん治療の先生方とも連携しながら、この緩和ケア普及啓発を進めていくというような段階に進んでおります。

先ほどから、この風船、僕も持ってきたんですけども、これはこの緩和ケア普及啓発事業のシンボルマークとしてつくりました。もともとこのオレンジという色はやはり暖かい色であるということで、すべての苦痛症状をほんわりと和らげたいという思いを込めてつくっております。そこには顔を書いてあるんですけども、このように笑うといいますか、微笑むような顔に患者さんと共になれたらなということで、このようなロゴマークをつくらせていただきました。

もう1つ、背景なんですけれども、まず初めにこのプロジェクトが今年でもう6年目になっているんですけども、最初に一般市民が緩和ケアについてどのように思われているのかということで6,000人の一般市民に対して認識度調査を行いました。2008年11月から2009年1月の5年ぐらい前の認識度なんですけれども、これを見ていただきますと「緩和ケアという言葉をご存じですか」という質問に対しては、実は23%ぐらいの方が「言葉はもちろんのこと、内容も知っています」というふうな回答をいただいております。ところが「言葉だけ」は33%、「内容もわからない」というのが40%ぐらいありまして、やはり正しい緩和ケアの知識といいますか、内容をご存じない方はやはり7割ぐらいおられるというのがその当時の現状でした。

もう1つ、今回、診断時からというふうに緩和ケアが進んできてるんですけども、そのときどのような時期から緩和ケアを受けられるかというのを質問しますと、実は6割近い方ががんの治療中から受けることができるというのを認識はされていまして。もちろん10%強の方で、がん治療が終わってから受ける、あるいは終末期になってから受けるというふうな認識の方もおられたんですけども、その当時から既に治療中から受けるというのが緩和ケアだという認識は既に広がりつつあったんだというのがわかっております。さらに考え方やイメージを伺いますと、繰り返しになりますが、初めから受けることができるというのが正しいと思われた方がやはり7割ぐらい、そして緩和ケアを受けることによってがん治療はもう受けられなくなるというふうなことはないということは6割ぐらいの方ということで、比較的この当時から診断時から治療と共に緩和ケアを受けるということを知っている人は6割ぐらいおられたということなんです。

私もいまは主に症状緩和を中心とした緩和ケアチームの専従医ですけども、2年前までは消化器外科医として積極的ながん治療をしていたんですけども、やはり少し現場ではどうでしょうか。ちょっとギャップがあったんじゃないかなという認識はその当時から持っております。

これもオレンジバルーンプロジェクトの調査の1つなんですけれども、2011年に聞き取り調査を行いまして、緩和ケアを正しく普及啓発していくためにどういったことがバリアになっているかということをお伺いすると、5つの問題点が挙がってきております。

緩和ケアは死期が差し迫っている患者さんのもので、自分には関係がない。そして緩和ケアを治療と平行して受けることで、どういうメリットがあるのかわからないというようなこと。そして痛い、あるいはつらいという訴えを医師や看護師、そして家族にも伝えることに対して抵抗があるというようなこともありました。そして副作用対策を含めて、お薬の摂取量が増えてしまうことに対して抵抗がある。あるいは特に緩和ケアで使われる医療用麻薬、痛み止め、そういったものに対して抵抗があるというような5つのバリアが緩和ケアの普及啓発にいま立ちほだかっているのではないかなというのがあります。

そこで我々の事業としましては、そういった現状ですので、やはり緩和ケアは早期から私たちにも関係があるものであると。そして緩和ケアを受けることで身体的、そして精神的にメリットがあるというようなことを理解していただく。そして医師や看護師に痛み、つらさを伝えることは当然であって我慢するものではないですと。そしてお薬や医療用麻薬を正しく理解していただき、その使用に対して抵抗感を取っていただく。こういったような過程で緩和ケアの正しい認識、知識が普及できるのではないかなと考えておまして、まさに今も活動しております。

具体的にやってきたこととしましては、一般市民に対してイベント、市民公開講座とかを開催させていただいております。あるいは今日も入り口のところにブースを出させていただいてるんですけども、主にこれは医療従事者の方々が出席されるような学会とか、研究会とか、そういったところにこういう広報用のブースを設置して、積極的にがん治療医の先生等に知っていただくよう

な活動をしてまいりました。そして今日も私どもが付けてるんですけども、こういったバッジであったり、この風船とか、あるいはポスター、もしかしたら病院で貼っていただいているところがあるかなと思いますけれども、こういったポスターをつくったり、あるいはチラシをつくったりしてやっております。メディアに対しても新聞であったり、こういった雑誌とかに緩和ケアに関する普及啓発の記事を載せたりというような活動をしてまいりました。そしてホームページ、是非アクセスしてもらえたらと思うんですけども、kanwacare.net と打っていただきますと必ず出てきますし、最近ではフェイスブックとかも始めておりますので、緩和ケアに関する情報を提供しております。

このスライドと次のスライドが今日は一番言いたいことなんですけれども、これは先ほどの我々の認識度調査の中で聞かせてもらった質問なんですけれども、「緩和ケアという言葉が最初に何でお知りになりましたか」というふうに質問しますと、もちろん「テレビや新聞から聞きました」という方はかなりおられますけれども、3番目に「医療者、医療従事者から緩和ケアという言葉が初めて聞きました」という方もたくさんおられるということです。そしてもう1つ、緩和ケアの情報を知りたいなというふうに思ったときに、患者さんやご家族や一般の方々がどういったアクセスがしやすいかなというふうに伺いますと、1番目に出てくるのが、身近な医療者、医師、看護師などということなものですから、これは間違いなく主治医の先生ではないかなと思います。あるいは、病院にある相談室というようなところが6割近くの方がアクセスしやすい方法としてご回答いただいております。ですので、我々がもちろん活動しているんですけども、実際に患者さんが緩和ケアというのを受けたいな、情報を知りたいなと思われたときに、まず聞いてみたい相手というのは間違いなく主治医の先生、がん治療医の先生であると思いますので、私たちの活動も今後、これからは尚がん治療の先生と共に歩んでいく必要があるというふうに強く思っております。

現状としましては、少しずつですけども、進んでいます。平成25年の1月に同じ内閣府で世論調査を行ってるんですけども、ケアの認知度に関しましては「よく知っている」が34%ぐらい、「言葉だけ」が29%ということですけども、やはりまだまだ「名前も言葉も知らない」という方々は35%はおりますので、3分の1ぐらいにようやく広がりつつあるのかなと思いますが、まだまだこれからではないかなというふうに思います。ただ、よく知っている人とかに聞きますと「がんと診断された時から」というふうな認識は6割ぐらいには広まってきているというふうな現状ですが、これからもっと広げていく必要があるかと考えております。

最後なんですけれども、がん治療医の先生と共に、一緒にということで、緩和ケアという言葉だけでなく、是非診断時からがん治療と平行して緩和ケアが受けられることというのを伝えていけたらというふうに思います。そして緩和ケアの正しい知識を普及啓発していくためには医療従事者、がん治療医の先生を通じて患者さんやご家族、そしてその先の国民に情報発信していくことが重要ではないかというふうに思います。

今日は最後にカラーでプログラムを配らせていただいたんですけども、その一番真ん中に、

私が特に強調したかった「がんとわかったときから緩和ケアが始まる。そんな社会をつくるのはあなたです」と書かせていただいたんですが、「がんとわかったときから緩和ケアを始める」というのではなく「緩和ケアが始まる」というふうになりました。そういった「緩和ケアを始める」というようなアクションではなく、強い能動的なというのではなくて、わかった段階から自然と緩和ケアというのが受けられる、始まっているんだよ、というような社会になればなというふうに思いましたので、こういう言葉にさせていただきました。是非ともご協力いただければと思います。ご清聴ありがとうございます。

【質疑応答】

司会 加藤

濱先生、どうもありがとうございました。それでは会場からご質問など、もしございましたら、いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

一般参加質問者

ありがとうございます。岐阜からきました。持ち帰るための理解をさせていただきたいと思いますが、アンケートを取ると、緩和ケアという名前は知ってるけど内容はわからないという方がいらっしゃるのを足しても、緩和ケアというのを最初から行うものだと思っていたという数字に足りないと思うんですけども、どういうふうに、この2,200人の方は答えてらっしゃるのかということをもう少し知りたいんです。

濱 世論調査ではなくて、我々の？

一般参加質問者

2,200人を対象にしたアンケートのところで、総数が2215人のうち、言葉を知っていて、その内容も知っているのは23%であるけれども、緩和ケアというのを受ける時期というのはがんの治療中から受けるんだというふうに58%の方が答えられているのはなぜかと。

濱 この56.4を足してもということですかね。

一般参加質問者

なぜ緩和ケアというのを最初から行わなきゃならないのかということがわかってらっしゃるのは58%ぐらいいるということであれば、緩和ケアというのを知ってるんだと

いうふうに言っていた方がいいんじゃないかと思うのに、名前しか知らないというふうに答えていらっしゃるのはなぜかなど。

濱 なるほど。確かにそこはそうですね。言葉を知っていて内容も知っているというのが本来一緒であるはずだということですね。なかなかそこは分析が難しいんですけれども、こっちは知っても、もしかしたら誤解をされてる可能性はあるということでもいいかなとは思いますが。

司会 加藤

ではちょっと補足してよろしいですか。このアンケートをつくるときに少し携わっていた者なので少し解説しますと、このアンケートはどういうふうにやっているかという、対面式で行うアンケート、世論調査なんですね。そのときに、緩和ケアというのはこういうものなんですよというのを調査員が説明をして「知ってましたか、どうですか」と聞いて「あ、知ってました」という形で答えるのが上なんです。その中には時期についてもありますし、例えば緩和ケアというのは痛みだけのこととかではなくて、もっと全人的なケアですよ、とか、どこでも受けられるものですよ、とか、時期だけではなくていろんな要素も含めて説明をしているんですね。なのでもしかしたら時期については確かにこの時期で始めるというのは58%だったんですけども、緩和ケアという言葉自体の説明のときに、例えば痛みじゃなくて、心のケアとかそういうところまで聞いたら「あ、そこまでは理解はしてませんでした」ということで、この数字だったのかもしれない。

一般参加質問者

わかりました。ありがとうございます。

司会 加藤

他、よろしいでしょうか。濱先生、普及啓発ということで、今回いろんなことをこれまで踏まえて、がんの治療医を初め、医療従事者の方から伝えていくのがいいのではないかということがいまわかってきて、それに取り組んでいるんですけれども、もちろん治療医の方、忙しい世の中で緩和ケアというもの、普段から実践もしてるとは思うんですけれども、特にどういうところに焦点を当てて患者さんに説明してもらったりするといいのかなとか、もし何かあれば。

濱 先ほどのバリアのところにもありましたように、是非痛いといいますか、つらいというのを本当に気軽に、というとあれですけれども、訴えていいんだよというのを是非伝えていただけたら。まずそこがスタートかなと思います。

司会 加藤 なるほど、緩和ケアというのを説明するのではなくて、もしつらいというのがあるんだって言うって下さいねと。緩和ケアの言葉自体を説明するというよりか、そういうつらさというものを訴えていいんだよというメッセージを是非伝えてもらえたらということでしょうか。

濱 そうですね。「緩和ケアという言葉は知ってますか」という質問とかになってしまうんですけど、緩和ケアという言葉を知ってもらうのが目的ではなくて、やはりこういった内容を知ってもらいたいというのを訴えてほしいというのが最終目標かなと思います。

司会 加藤

ありがとうございます。濱先生、どうもありがとうございました。それでは続きまして、3番目になりますが、緩和ケア医の立場からということで「がん治療医が行う緩和ケア」について、帝京大学医学部緩和医療学講座教授であります有賀悦子先生から講演いたします。有賀先生、よろしくお願いたします。

【基調講演3 緩和ケア医の立場から】

帝京大学医学部 緩和医療学講座 教授

有賀 悦子

ご紹介ありがとうございました。帝京大学医学部緩和医療学講座の有賀と申します。よろしくお願いたします。早期からの緩和ケア、なぜ診断時なのか、そこをまず考えてみたいと思います。これはBMJに掲載されております Illness trajectories、疾病の進み方を説明したもので、こちら2つはいわゆる慢性型と言われる変化です。こちらはがん代表される亜急性型という変化、非常に急峻で肩が下がっています。つまり疾患の変化が非常に早い。ですから何かが起こってから対処しようとするのでは遅いことが多い。なので早い時期からということが1つ、テーマとなっているわけです。

では、その緩和ケアが目指すところはどこにあるのか。皆さんよくご存じの緩和ケアの定義で

すけれども、単一的に、いろんな多角的に、このクオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチとして考えていくわけですが、ではこのクオリティ・オブ・ライフの維持、改善とは一体どういうことなのか、非常に難しい問題だと思うんですね。ある人にとっては満足、幸せとは何ぞや？というようなことになっていこうかと思えます。1つの考える例として、ニューヨークにありますリハビリテーション病院の受付の壁に掲げられている「病者の祈り」という詩を少し部分的に紹介したいと思います。

「より偉大なことができるように健康を求めたのに、より良きことができるようにと病弱を与えられた。幸せになろうとして富を求めたのに、賢明であるようにと貧困を授かった。世の人々の称賛を得ようとして権力を求めたのに、神の前にひざまずくようにと弱さを授かった。人生を享樂しようと思ふものを求めたのに、あらゆることを喜べるように命を授かった。求められたものは1つとして与えられなかったが、願いはすべて聞き届けられた」これがすべてを代表するわけではありませんけれども、人の価値観はそのときそのときで多様であり、変化をしていく。このことがこの詩には非常によく述べられているなというふうに感じます。

一方でWHOは健康の定義をこのように1980年「霊的な」という言葉も含めて定義付けをしています。健康とは肉体的・精神的・霊的ならびに社会的に良好な状態にあることであり、単に病気が虚弱でないことにとどまるものではない。つまりがんであるか、がんでないか、それが健康の指標ではない。すべてを包括して、その人の Well-being、より良くあるということが大事なのであるということが述べられています。この Well-being を支えるということが私たちの目的になっていくわけですが、私は日々診療の中で1人ひとりの患者がその人生において自己の存在をありのままに実感していくことができるように支えていきたいと思っています。人の幸福とか幸せというものは先ほど述べさせていただいた通り、普遍的なもの、提言的なものではありません。そこにはやはりコミュニケーションがなければ私たちはそこをキャッチすることはできませんし、それからやはりエネルギーも必要です。症状が緩和されて、エネルギーがそこにあること、今後を見通しながら大きな希望と実現可能な小さな目標と一緒に持っていくこと、こうしたことについて少し考えてみたいと思います。

がん治療医の先生方に是非このあたりを取り組んでいただけるといいのではないかと思います。これをまず少し述べてみたいと思います。これは Hot-Cold Empathy Gaps and Medical Decision Making という、ソーシャルサイエンスのような、そういう論文のようです。初めて私はこの論文を見たんですけれども、非常におもしろい論文だなと興味深く思いました。つまり人というのは非常に感情が高ぶっているホットな状況である一方で、非常にクールな人たちとの間でのコミュニケーションギャップを生じたり、自分の中においても非常にホットな状況と、それからクールダウンしていった時では全くその価値判断などが変わっていくということを述べているものなんですね。

これをがん患者さんに少し適用して考えてみたときに、例えば抗がん剤治療の渦中にいる患

者さんにとっては、その効果というのはやや高めに見積もっていたり、それから副作用は低めに見積もっていて、きっとこれはうまくいくに違いないと。これはもう人の心情ですから、それは当然の反応だと思いますけど、その傾向があるということもこうした論文の中でも明らかになっています。つまり症状が強かったり、がんから気持ちが離れることができない状況では、もしかすると患者さんは適切な、といいますか、患者さんらしい判断ができない可能性を含んでいるのかもしれない。つまり厚い鎧を着たような状況というふうに感じていただければと思います。

残された時間をどう過ごしたいかというような調査を行ったときに、人は疾病に罹患する前は生活を基盤とした希望を持っていることがよくわかりました。ところが一方で、がんの治療渦中にある患者さんにいろいろヒアリングをしてみると、やはり何としてでも、この治療がうまくいくように、そしてがんが治るように、そこで一生懸命になっていらっしゃる。それも大変大事なことです。そこも大事なことなんですけど、自分の生活が見えなくなってしまっただけは元も子もないことかというふうに感じることがあります。このようにホットな状況から患者さんが一歩踏み出して、その人らしい、その方自身のありのままの姿だったらどう判断できるだろうかという支援も大変必要なんだと思います。

がん治療医の先生方だからこそ効果的な言葉として、例えば、きょうこの外来で「病院から一歩外に出たら病気のことはどうぞ忘れてくださいね」とか、それから「あなたの趣味は何ですか？それを一生懸命楽しんでますか？」とか、ここでは大きな希望や実現可能な小さな目標を確認するという意味での1つの例を挙げてますが、「あなたの夢は何ですか？」このような質問でもいいかと思えます。がんの激流の外に意識、目を向けるような、そうした投げかけ、これも大切なことではないかと思えますし、先生方の日々の診療の中でもできることではないかと思いました。

そして、もう1つの提案としまして考えてみたいことがあります。症状を我慢し続けることというのはエネルギーを枯渇させることである、これは想像して難くないことかと思えます。私たちが対象とする症状というのは決して痛みだけではありません。呼吸の苦しさと消化器症状であったり、さまざまなものが対象なんですけど、一応例として、がん疼痛のことについて考えてみたいと思えます。潜在的にがん疼痛治療を有する患者、つまり痛みを抱えていながら、治療にまだ到達していない患者さんは大体4人に1人ぐらいいるというふうに考えられています。これは人の脳における報酬システムと言われていて、いわゆる薬物中毒などを例に取りますと、この腹側被蓋野、ここから前頭前野に向けてドーパミンが大量に放射されているというふうに言われています。この経路のところには情動的なもの、それから思考、集中力などに関与するもの、またこの側坐核というのはやる気の中核というふうにも言われています。これが慢性的ながんの痛みを抱えている患者さんの場合どのようになるかという、これがこちら側なんですけど、痛みがあることによって嫌悪物質がかなり中枢の中に出ているということがわかっています。それに対して、何とか先ほどのドーパミンがバランスを取ろうと、増やそう、増やそうとするんですが、枯渇してしまう。結果的に、このようなアンバランスな状況をつくっている。内臓に痛みを抱えているにもかかわらず、脳の中に

は異常な事態が発生している。こういう状況を解決させるために、ここでうまく鎮痛薬を使っていると、また同じようなバランスを取り戻していくことができる。

つまりこういう状況下にある患者さんたちというのは、ある意味、また重い鎧を着せられた状況で、その人らしいとか、その人がありのままに何かを判断するとしたならば違う判断をしてしまう可能性が出てくるわけです。よく患者さん方はおっしゃいます。「普通の生活がしたいだけなんです」と。普通の生活とは、その方がありのままのその人だったらどういうふうに判断するだろうか、そうしたことが非常に重要になってくるというふうに考えられます。

じゃあ、なぜ患者さんたちは痛みを訴えられないのか。先ほども濱先生のほうからいろいろ紹介があったように思いますけれども、例えば弱い痛みですね。どのぐらいの痛みになったら自分は伝えていいかわからなかった。こんな弱い痛みを訴えたんじゃ弱い人だと思われるんじゃないかと思う。いろいろなバリエーションがあります。そういう中で、やはり弱い痛みであっても伝えられるとか、パターンですね。痛くないとき、痛いときのこのパターンがきちんと伝えられる。これが事前に痛くないときに患者さんのほうに指導されていたり、伝わっていたりすれば、いざそのときになったときに患者さんは適切に、例えば、「きのうの夜は10分の2点ぐらい痛かったですけど、まだそんな生活には困ってないですから大丈夫です」というふうに先生方のほうに伝えてもらうことができるかもしれません。このように客観的に伝えられるということは非常に重要かと思えます。

これは私たちのところで使っているツールではありますけれども、願わくば私たちのところ、それからがん治療の先生方、地域に同じようなツールがあるといいなというのがいまの気持ちです。提案の2としまして、症状のスクリーニングを先生方と一緒にやれるといいなというふうに思っています。

3つ目の提案です。このように先生方にこんなこともやっていただけたら、あんなこともやっていただけたらという思いはあります。ただ忙しい診療の中でそれにはやはり限界があるかと思えます。九州がんセンターに勤務されている大谷先生の最近の論文を読ませていただきました。抗がん治療の中止の説明をすることを約半分の先生方はそれが負担だと感じられており、2割の先生方は、そのことでもうこの仕事をやめてしまいたいとまで思っているということが明らかになっています。理由としましては、患者さんに希望を失わせてしまわないかどうか、ご家族も含めて非難されてしまうのではないかと。時間も十分取れないし、さまざまな思いがそこに隠されているとわかります。

また一方で、がん患者さんの自己決定の傾向を見ましても、先ほどの Hot and Cold ではありませんけれども、例えば悪い知らせを聞くと、人は無意識に心を守ろうとして病状や今後の治療を楽観視する傾向にあるとか、進行乳がんの患者さんたちの調査では化学療法継続の理由は、腫瘍縮小効果だけではないこともわかっていながら、やはり行っていることで生きる希望を維持していきたいという希望もそこに垣間見られると。このような結果が出ていることから、患者さんたち

はできることならば、その治療を継続したいという気持ちの一方で、先生方はそこを「これが難しいんですよ」と言うことが非常に困難だというふうに感じていらっしゃる。

こういう中で是非とも私たち緩和ケアチームを利用していただけたらという思いなんですけれども、これは2007年、WHOが緩和ケアの機能分化について述べている図です。4つの段階で機能が分かれていることをここで述べておりますけれども、いま国内では基本的緩和ケアと専門的緩和ケアで1つの機能分化があろうかと思えます。誰でもどこでも提供できる緩和ケア、がん治療の先生方が診断のときから取り組んでいらっしゃる緩和ケア、それでもやはり困難だと感じられたときに、専門的緩和ケアで私たちが先生方を支えたいという思いでいることを是非とも覚えていただければというふうに思えます。

通常、多職種チームというと、この学際的チームのことを含めて述べられていることが大半かと思えますけれども、いわゆる寄せ集めのチームではなくて、ビジョンとミッションを共に持ってゴール目標をきちんと目指しながら、共に補完、連携し合うようなチームでありたいというふうに思っています。広義、広い意味ではこちら側を含んだのが多職種チームという意味合いかと思えますけれども、狭義の意味での学際的チームであろうということを私たちは心がけていこうと思っております。先生たちの隣に常にい続けられる専門チームでありたいというふうに思えます。

これも有名な Temel の論文から拾ってきた図でありますけれども、再発進行性の非小細胞肺がんの患者さんに早期から緩和ケアチームが介入した場合に生存期間に差が出たというものであります。これも学際的チーム医療の結果であろうというふうに思えます。これはこの後、多分小川先生が詳しくまた述べられることかと思えますけれども、この中で Temel らのグループの方に印象として聞いたときに、やはりこのケースは症状マネジメントがうまくいったからというよりも、適切な時期に治療を中止することができたということも大きな結果の理由であっただろうと聞いております。

Well-being を維持するために、3つ目の提案としまして、がんの治癒治療が希望をつなぐためだけの治療になり始めていないかどうか、時々客観的に見つめてみていただければと思います。それがもしも希望をつなぐということがかなり大きな領域を占め始めた場合には、私たち緩和ケアチームであったり、それから先生方の病院にある支援チーム、看護相談であったり、地域連携のチームであったり、さまざまな支援チームがあろうかと思えます。そうしたところに先生方の重荷を一緒に背負える体制を取るような形で依頼をしていただければというふうに思えます。

早足で進みましたけれども、まとめですが、提案の1としましては、意志決定のプロセスの中でももちろん患者さんがありのままに意志決定ができるという状況であれば、それがベストなんですけれども、なかなかそこには鎧を背負っているような状況下で患者さん本来の素の患者さんの意志決定だけではない、ややそこに重荷や歪みが生じているようなこともあろうかと思えます。それを最小限に防ぐという意味も含めて生活を基盤とした希望や夢に時々耳を傾けて差し上げていただ

ければと思います。

そして2番目として症状のスクリーニング、これについては症状が起こってから対処するのではなくて、症状が起こる前に、弱い症状であっても、患者さんが先生方に伝えやすくするという意味も含めて、その方法を患者さんのほうにご教示していただくという視点を持っていただけたらと思います。

3つ目としまして、抗がん治療が希望をつなぐためだけの治療になり始めた場合には、是非とも支援チームがいるということをお願いし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。

【質疑応答】

司会 加藤

有賀先生、ありがとうございました。それではフロアのほうからご質問などがもしあればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

一般参加質問者

在宅医療をやっております。先週の土曜日に浜松で在宅ホスピス協会の全国大会が開かれまして、そちらの分科会で「がんの親を持つ子どもへの視線を考える」というセッションがありました。そこでやはりがん診断がついた段階で、それを自分の子どもさんたちにどういうふう伝えていくかということが非常に問題で、早期にそういうふうなことを伝えていこうということが話題になりました。緩和病棟で働いていた際、緩和ケアに来た段階で子どもさんのほうにアプローチをしようと思つと、ちょっともう時間が足りないんですね。平均在院日数は30日を切ってるということがありますし、我々の在宅の病院のほうも大体平均の中央値で23日というデータが出てますので、時間が非常に足りないんですね。ですので、やっぱり早くから子どもさんのほうに関与するためには診断がついたときから、そのことを子どもさんに伝えていこう。そういう時期からチームとして関わって行って、子どもさんへの関与をしていったらどうかというふうな提案があるんですけども、先生はどういうふうにお考えになるかお聞かせいただけますか。

有賀

ご質問ありがとうございます。私自身も子どもたちのケアということは非常に興味深くトレーニングを受けてきた経緯があります。いま現在、急性期病院の中で緩和ケアチームをやっていて非常に難しいと思うのが、やはりお子さんたちにケアをするには病院まで子どもたちに来ていただくかなくてはいけない。直接コンタクトを取ら

うと思うとですね。お子さんたちも私たちのケアの対象者としてお目にかかりたいということをお子さんご自身に話をしたときに、多くの患者さんは「いや、私たちから直接話をしますから大丈夫です」と言われることが多いんですね。土日など学校がない時間を見計らいながらお子さんたちが来るんですけれども、そこになかなかアプローチができなかったりします。ですから私たちにとって、子どもたちも大切なケアの対象者なんだという情報提供をひたすらに患者さんや配偶者の方々に伝えていくような、その情報提供しかいまはできていないのが大変残念に思っています。

やはり渦中にいる患者さんが渦中にある言葉でもってお子さんたちに伝えられるときというのは、どうしてもそこにバリアが、コウラク的なものが含まれてしまう。そこもまた悩ましさを感じているところではあります。お答えになっておりますでしょうか。

一般参加質問者

どうもありがとうございました。いま学校のほうではいじめ問題などもありまして、スクールカウンセラーが入っているところがほとんどだと思いますので、もしそういうことがありましたらスクールカウンセラーを利用するというのも1つの手なのかなと思います。そのセッションではカウンセラーの方が2例ほどの例を紹介していただいたんですけれども、そういう使い方もあるのかなと思いました。

有賀 ありがとうございます。

司会 加藤

ありがとうございます。本当におっしゃった緩和ケアの対象はもちろんご家族も対象ですし、その中で特にやはりお子さまへの対応は本当に大きな課題になっているかなと思います。どうもありがとうございます。他にご質問を。どうぞ。

一般参加質問者

がんの治療医になった立場でご質問させていただきますが、最後のところで、支援チームが入ってなければ併診をということなんですが、自分の施設に緩和ケアチームがない場合はどのようにすればよろしいでしょうか。

有賀 先ほども少し触れさせていただきましたけれども、必ずしも緩和ケアチームでなくても、例えば看護相談とか医療福祉相談とか、地域連携の窓口であったり、多分、

医師ではない多職種の方々が担っていらっしゃるような、相談をメインとするような部署の中には大概多くあるのではないかなと思いますし、もしそうしたものもないところであれば、共に働く、例えばクリニックの看護師さんとか、そうした方に支援のあり方をお話していただいて、共にチームを組んでいただくような体制を取っていただくと。治療医の先生が1人ですべてを背負うのではない形を形成していただけるといいのではないかなというふうに思います。

一般参加質問者 ありがとうございます。

司会 加藤

ありがとうございます。本当になかなか施設の中に専門家がいなくてどうするかというのは本当に大きな課題だという議論は常にあると思います。そういう中でちょうど拠点病院がいろんな連携をしていかなければいけないということもありますので、そういう専門家リソースを持っている拠点病院などは是非地域のいろんな医療機関に積極的に働きかけて必要な支援ができるような体制が今後できていくのが理想なのかなと思うことがあります。他にございますでしょうか。では、よろしくお願ひします。

一般参加質問者

札幌から来ました、消化器内科医です。内視鏡をやって、院内には20床の緩和ケア病床があります。先生にお伺いしたいんですけども、僕たちは内視鏡をやって、5ミリの早期がんもあります。幽門狭窄と出血を伴って、これは転移してるだろうと思うがんの人もいます。一番最初のときにかける言葉はとっても大事だと思うんですね。小さながんが見つかった人には「前向きに治療しよう」、大きながんが見つかった人にも「前向きに治療しよう」という段階の内視鏡室で、先生はそれぞれの方にどういうふうに声をかけられますか。そこをちょっと伺いたいです。初診で診断されたときに緩和ケアが始まると。十分よくわかるんですけども、「あなたのがんは内視鏡で取りましょう。来週メタがないか、CT撮りましょう」というふうに言う方と、「少し検査して、どういった治療がいいか一緒に考えましょう」という患者さんに、他にも一言言うとしたら、有賀先生はどういう声をかけますか。

有賀 多分すべての人に共通するいい言葉というのはあまりいま思い浮かばないです。むしろやはり1人ひとりの患者さんに何の言葉がいいのか、そして言葉をかけるのが

いいのか、尋ねるのがいいのか。そこはやはり目の前にいる患者さんの状況を見ながら判断をするということしか、いま私の中では思い浮かぶものはありません。すみません。

一般参加質問者

そうやってやりながら毎日診療してるんですけれども、なかなか難しい場合もあるし、患者さんによっては小さながんがあることで家族全員が来るような失望を感じる方もいるし、心配されるご家族がたくさん、バイオプシーの結果を聞きに来るときに集まる方もいるし、「入院する必要はないんでしょうか」と一言目に聞かれる人もいるし、さまざまなんですけれども、ご存じのように病院の内視鏡室はさまざまな患者さんが分刻みで入って来る場所でもあります。そういうところではなかなか難しいんですけれども、先ほどの先生のように看護師さんの力を借りたらいいというのはなかなか現実とは違うように思うんです。もうちょっといいアイデアがあったら教えていただきたいなと思うんですけれども。

有賀

逆に何か1つの言葉とか、一瞬でとか、それで解決できるものではないように思うんですね。やはりそこには心のつながりであったり、支え合いであったり。だからもしお伝えするならば「どんなお気持ちですか」とか、やはりその患者さんが持っているのを尋ねることが優先されるように思います。それが場所が狭くて時間がないということであれば、そこでまた何か工夫を考えていかなければいけないと思うんですが、この場ではそれが標準化できるというものではないように思います。

司会 加藤

ありがとうございます。本当に重要なお質問だったと思います。後半のパネルディスカッションでも今後こういうことをしていけばいいのではないかというようなディスカッションをしていこうと思っていて、実はその1つのテーマにそういった患者さんの心情への配慮とか、コミュニケーションというものを扱おうと思っていたんですね。またそこで是非こういうことも踏まえた議論ができればいいのかなというふうに思いますので、また後ほど少し深めていけたらと思います。他はよろしいですかね。それでは有賀先生、ありがとうございました。

では続きまして、講演4、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東病院、臨床開発センター精神腫瘍学開発分野、また精神腫瘍科の科長でもあります小川朝生先生に講演いただきたいと思います。では小川先生、よろしくお願いたします。

【基調講演 4 精神腫瘍医の立場から】

国立がん研究センター東病院 臨床開発センター

精神腫瘍学開発分野 精神腫瘍科科長

小川 朝生

皆さん、こんにちは。国立がん研究センター東病院の小川と申します。短い時間なんですけれども、私は精神腫瘍医の立場から診断時からの緩和ケアというところについて少し皆さん方と一緒に考える時間が共有できればいいなと思って、幾つかスライドを用意させていただきました。また気楽に聞いていただきまして、是非さまざまご教示、そしてまたコメント等いただけましたら幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

まず精神腫瘍、サイコオンコロジーと言われるものがどういうものか、多分緩和ケアに比べるとまだまだ馴染みが少ない面がありますので、1枚だけ簡単にご紹介させていただきます。

いま私は精神腫瘍医ということで紹介させていただきましたが、この精神腫瘍というものは、がん患者さんと医療者、そしてそのがんとの間をどのように支えるか。具体的にいけば臨床現場でいきますと、本当に治療の場面の患者さんと、そのご家族、そしてバウンダーで悩まれる医療従事者の方に、さまざまなこういう精神的な立場からサポートを提供するような部門でございます。また最近はずいぶんすすんでいますが、がんを予防するというような面にも関わっている面がありまして、徐々にすすんでいますが、多分皆さん方の臨床の中で少し顔を合わせる機会が出てきているのかなと思います。ただ最初に山下先生が出されましたように、全国ではまだまだ人数が少ないというところで、緩和ケアチームに少しずつですが、いま加わって協力させていただいているというような立場でございます。

心のケアというところが多分診断時からの緩和ケア、特に告知とか、あるいは本当に治療の開始時からいろいろと議論されているものです。ただ心のケアというと、その中でなかなかイメージがつかないというところで、多分漠然とした印象を受けられるのではないかなと思います。心のケアというのを少し内容を細かく精神腫瘍の立場から見ますと、大きく3つぐらいのポイントに分かれるというふうに言われております。

1つはイメージとしてつきやすいものですが、情緒的なサポート、要するに医療者であれば誰もが当然すべきものとして共感的、支持的な姿勢とか配慮を見せる。患者さんの話を傾聴して、伺い、尊重するというようなものでございます。ただ難しいのは、がん医療というのは治療が複雑な構造になっているというところです。具体的にいけば、それに加えて、やはりいろいろな情報というところが患者さんの不安につながるというのがあります。最初によく告知を受けて、患者さんは頭が真っ白になると。こういう情緒的なストレスというものもあるんですけれども、次に来

さまざまな不安というのは、それはこの治療のことであったり、ご自身の生活のことであったり、ご家族への配慮であったりということがございます。ですので、こういう患者さんに対して情緒的なサポートをしつつ、同時に医療者が考えなければいけないのは、生活に対するいろいろな、こういうふうな支援がありますとか、あるいは治療というのはこういうふうに進んでいくと。そういうふうに見通しを話しつつ共有するということになります。

また日本では特に精神学というのがなかなかGP制度が進んでないせいもあって、医療の中で孤立してる面があるんですけれども、一見気持ちの持ちように思える中に、実はうつ病の問題があったりとか、最近では高齢者が増える中で、やはり認知症が混じってる場合というのがあります。そうすると認知症のケアとがんの治療をどういうふうに提供するかというようなところも1つ今後の課題になってくるというところで、こういう問題がないかどうかをそういう目からアドバイスするというのも医療者に求められる心のケアの1つかなと思います。

がんの治療というものは、いまさまざまな治療が進展して、そして発展してきております。いまさまざまに分子標的薬とかも出てきまして、治療と緩和ケアの境目というものが昔に比べると見えにくくなってきたというのがあります。また放射線治療とか、先ほど出ましたように内視鏡治療とか、さまざまに専門分化していくと、患者さんはその中を次々に渡り歩いていくということになります。そうするといろいろ困ったことをそれぞれの窓口で相談するんですけれども、すべてを通して見るというサポートがなかなか患者さんからは見えにくくなってきた。これはある意味でがん治療の専門分化と、さまざまな面で慢性化してきているという面があると思うんですけれども、全体が見える、その中で支えというのが難しくなってきて、病院の中でそれぞれのチームが孤立してきた。ここが先ほど有賀先生もおっしゃったように、インターデシプリナリーと言われるような、チームが求められるところで、こういうのをどういうふうにもう1回我々自身つないでいくかというのが課題として出てきているのではないのでしょうか。

実際にちょっとビジーなスライドなんですけれども、全国の4つのがん専門施設の外来患者さんがどんなことに困っていますかというのを聞いたものがあるんですけれども、当然体の症状もありますし、痛みもあるんですけれども、意外に治療中にやはり困ってるというのは体調が悪くなったときの対応とかですね。例えば先ほど痛みが出たり消えたりするのを言っていないのかわからないというのがありますし、例えば治療中に抗がん剤をしていて熱が出た。「38度以上だったらいつでも連絡してください」というふうに医療者は言うんですけれども、じゃあ38度が何時間続いたら連絡したらいいのかとか、そういうちょっとしたところでも患者さんはわからない。そういうところで非常に悩まれるというところがあります。ですので、診断時からの緩和ケアというところで医療者がついつい忘れてしまって、そして我々自身がもう1回再確認しなきゃいけないなと思っているのは、患者さんご家族というのはやはり初体験であるということ。医療者であれば、あれ？なんで連絡してくれないのかなとか、ちょっと思いがちなんですけれども、患者さんにとってみると、すべて

それは初体験であって、どんなときにどんなことをしていいかイメージがつかない。何が今後起こってくるのかとか、いま何を準備するのが大事なのか、やはりそういうオリエンテーションと、そしてその中で一緒に目標を見つけていくということが大事になってきているのではないかなと思います。

いままでがんの治療というと割合スポットで関わっていく。その時点時点での問題を解決していくことである程度いけるんじゃないかということがあったんですけども、やはり治療全体を見渡す、ある意味ガイドですね。少し先に、ある意味落とし穴があったらそれを避けるために医療者がアドバイスするというのもありますし、治療の最終ゴールがどこなのか、そういうところを共有するためにはやはりある程度の時間もかかると。いまの忙しい臨床の中でそれをどう解決していくかというところが本当にいま直面している課題なのではないでしょうか。

そういう中で1つ示唆を与えるのが、先ほど有賀先生もご紹介くださった、Temel らの early palliative care の話がございませう。これは early palliative care でどんなものが意図して提供されたかというのをスライド2枚に簡単にまとめたものなんですけど、どうしても緩和ケアという痛みを取るとか、症状マネジメントのイメージが強いですけれども、この Temel らが、これはかなり理想的な例で、なかなか臨床現場におとしこめないような介入ではございませうけれども、強調している点というのは、1つはオリエンテーション、要するにこの病気というものがどういうところに問題があるのか、そして治療がどういうところに目標を置いているのかというのを繰り返し明確になるように働きかけをするとか、あるいはもう1つ、医療者がついつい忘れがちなんですけれども、やっぱりご家族を巻き込むためのアプローチというものも重要視されているかなと思います。やはり最初にご家族というのは割合登場してくださることも多いんですけども、治療がある程度軌道に乗ってくると、あんまりご家族はついてこない。次にご家族が登場するとなると、いきなり緩和ケアと言われてどうしたらいいんだというふうになってしまっ、ご家族の認識なり、ご家族が懸念していることというのは共有できないという問題があります。そのあたりを意識してつなぎとめる。あるいは最初に患者さんとご家族のコミュニケーションのギャップを埋める手助けをする。このあたりが Temel らの介入の特徴であるのかなと我々自身の臨床を顧みながら感じている点がございませう。

こういうのを少し意識的に見ると、いまの日本の支援の中で、そしてどう今後考えていくかという重要な点というのは、やはり中長期にわたる支援をどう組み立てることかと思ひます。いままでのがん対策推進基本計画で出てきた相談支援センターとか緩和ケアチームというのは、割合短期で問題のあるところを一気に解決するというのを特徴としてはいます。また最近、地域包括ケアの中で出てきている連携パスというのは割合中長期にシンプルな問題を解決するというところを意識しているんですけども、こういう診断時からの緩和ケアで特に問題になるのは割合複雑で中長期にわたる継続的な支援をどう提供するか。当然これをすべての方に提供するというものではないんですけども、少なくとも例えば3ヶ月とか6ヶ月とか、あるいは複数回にわたって支援する

というものを少し意識して、そういう患者さんの情報を整理するとか、あるいは情報を整理しながら目標の設定を組むとか、まさしく専門看護師の方が強調されるがんカウンセリングのある意味、真髓のところにもなるのかなと思うんですけれども、そういうものを日本の中で意向に沿って提供する方法というのが1つ大事になってくるのかなと思います。

もう1回その点を心のケアから支援しますと、割合早期の患者さん、ご家族の不安というものをどのように構築していくのか、支援するのか。具体的にいけば、そういう不安の中にある適切な情報がまず患者さんの中で棚をつくって整理するお手伝いをするということ、そして主治医の先生と患者さんとの間の信頼関係をどう構築するか、それをどうこちらが支えていくかというのがある意味、専門的緩和ケアができる1つのお手伝いのところかなと思います。当然、緩和ケアというのも意味するところというのはいろいろあるんですけれども、診断時から、あるいは早期からの緩和ケアでやはり強調されるのは、確実に治療を遂行する、具体的にいけば、やはり患者さんがいろいろ不安の中で治療を断念されるとか、本来であればきっちり受けていただくことがやはりメリットが大きいところは確実に受けていただく。そういう中で目標を医療者と患者さん、そしてご家族が共有できて、一緒に支えられる。そのずれがないように細かい調整を図る。まさしくそういうところが求められているものかなと思います。

ただこういうのが本当に日本の中で出てきているかという、まだまだこれからというのがございます。私が所属する東病院においても、まだこれが十分提供できているとは申し上げられませんので、その中でいまいちずつ出てきている議論を簡単にご紹介させていただきますと、大事となるのはやはり診断時からの緩和ケアというのは治療と一体となった形でどう提供するかというのを考えるべきだろうと。最初の時点で大事に思うのが、やはりオリエンテーションですね。これは患者さんもそうですし、そのご家族に対しても早い段階で、その懸念を埋めるとか、そういうのをどのように支えるか。当然これは主治医の先生1人で支えるというのは時間的にも、これからの高齢化を迎える中でも非常に難しいと思いますので、ある意味、これは相談支援センターとか、あるいは外来の看護師さんのサポートをどのように受けるか、あるいはがんカウンセリング料とかで取るようなところをどのようにこういうふうな支援につないでいくかということが工夫できるところかなと思います。

合わせて大事になってくるのが、包括的なアセスメントということで、先々を見越した問題を早めに気づいて、早めに予防的な対応が取れるところを取っていくというのも重要になるかなと思います。これは特に高齢の方の場合ですと、先ほど出ましたような認知症とか、あるいは在宅を見越したQOLを上げるための工夫というところになるかなと思います。それを実現するのは、当然1つは専門的な緩和ケアもありますけれども、主治医のチームとつなぐケースマネジメントと言われるような1つの手法、そして地域との連携というところにつながっていくのではないのでしょうか。

なかなか人材だけでも解決するというのは難しいので、幾つかツールとしても検討されているも

のがありますので簡単にご紹介させていただきますと、例えば最初のオリエンテーションのところで行きますと、患者さんは本当に初めてそういう立場に立つ。そうすると主治医の先生にまず何を話していいかわからないとか、あるいは他の患者さんがどんなことを懸念しているのかというのを知りながら、ご自身の問題の整理というのを希望されますので、そういうときに使うパンフレットとして、例えばこういう質問促進パンフレットみたいなものがございます。これは日本で一般的な患者さんとかご家族がさまざまに懸念されるとか、こういうところを詳しく聞いてみたいという質問肢をまとめたもので、こういうのを使いながら看護師さんが主治医の先生の話を整理したりとか、「次の外来のときにちょっとこんなことを聞いてみたらどうですかね」みたいな形で相談支援センターなどで使っているようなものでございます。

またもう1つは、先ほど出ましたように包括的な症状のスクリーニングをする。そういうときには体のことも大事なんですけれども、ご家族を含めると、こういう社会的、暮らしの支援ですね。仕事のこともありますけれども、サバイバーシップというのは別に仕事に限定されるものではありません。例えば女性の方であればご家族の世話であったり、あるいは子どもがおられる方であったら子どもの就学のこととか、あるいはそれこそ子どもにどう伝えるかというのも同じように重要になります。また他の治療法のこととか、ご自身で治療に積極的に参加するにはどうしたらいいとか、そういうところについて予め情報を取ってこちら側に漏れがないようにするというのも1つできる工夫かなと思います。ご家族と患者さんというのは医療者から見ると、すぐに話ができていて共有できているものと思いがちなんですけれども、近いがゆえにコミュニケーションが取れない問題というのはよく知られております。またご家族は経済的にも支えなければいけない側の負担も強いことですから、例えばパニック障害とか不安障害と言われるように、非常にストレス的にも負担が加わる立場におられる。ですので、ある意味ガイドとして我々が意識するのは、ご家族に関してもやはりサポーターを早めに見つけていただく。特にご家族は患者さんの目の前ではこういうことを家族が先に言うてはいけないとか、どうしても無理をしがちな面がありますので、これはある意味、長期戦でマラソンと同じです。ご家族の方に早めにサポーターを見つけていただいて、ご家族も休める時間とか、ご家族自身、そのペースをつくっていただくというところを少し意識してお話をさせていただくというようなことがございます。

こういうのを少しずつ東病院を含めて取り組んでおりますが、なかなか主治医の先生の負担を減らすための工夫という、やはりこちらがどうチーム医療を組んでいくかというのが重要になると思います。これは1つの職種でなかなか済むものではありませんので、やはり薬剤師を含めた多職種のチーム、単に専門家の寄せ集まりというのではなくて、先ほど有賀先生がご指摘いただいたように、ビジョンとミッションを明確にした、ある意味、ゴールを共有できるチームということを意識して支えていければと思っております。

以上、簡単ですけれども、精神腫瘍医の立場から、心のケア、そして診断時からの緩和ケアに

ついでご紹介させていただきました。ご清聴ありがとうございます。

【質疑応答】

司会 加藤

小川先生、どうもありがとうございました。小川先生への質問などフロアからいかがでしょうか。ではどうぞ。いまマイクが行きますので。

一般参加質問者

ご講演ありがとうございます。精神腫瘍医の先生、あるいは精神科の先生、あるいは臨床心理士の方がほとんどいらっしゃらない地区で勤めております。緩和ケアをずっとやってきてるんですけども、身体症状を担当する医師がやればいいのかもかもしれませんが、それではちょっと、と思っておりますので、きょうは厚労省の方もいらっしゃってますけれども、どういうふうに夢を抱いていらっしゃるか、精神症状、つまり心のケアを包括的にやっていくために、どういうふうに日本はやっていくのがいいのかということをお教えいただきたいんですけども。

小川

ありがとうございます。本当にご指摘は重要な点で、我々自身、そこをどういうふうにしていくかというのを本当に考えているところでございます。いま特に精神腫瘍で精神科医が本来ならばもうちょっとしっかり支えられればいいんですけども、特に認知症の問題とかがあって、なかなかそれに十分にいま人が割けない状況であるという現状がございます。そういう中で緩和ケアで私たちが今まず大事に思っていることというのは、精神症状と言っても、海外でいけばベーシックなところから多層的な構造になっている。特にその中で、いま緩和ケアで診断時から求められている、ある意味、情報提供のこととか、ストレス対応のこととかいうのは本当に基本を成すところですので、そこを是非多職種ですするというのを考えられればと思っております。特にその中でいけば、これはこちらの提供のこともいま考えているところなんですけれども、やはり看護師さん、そしてソーシャルワーカーの方に第一線をどうやって担っていただくか、そしてその中で精神科医がどのようなサポートができるのかということのを組むことを考えて、まずその教育プログラムからいま進めているところですので、北海道とか、確かに東北のほうとかの問題点は重々承知しておりますので、こういうふうなのが欲しいとか、こういうのがあればというのは是非ご示唆いただければと思います。よろしくお願ひします。

一般参加質問者

臨床心理士の方に入っていたかどうかということを努めているんですけども、点数があんまりつかないとか、よく言うインセンティブがつかないとか、そういう問題もあって、やっぱりそれなりにやってきていらっしゃるといとか、一生懸命トレーニングを受けた方が多職種で入ってもちゃんとそれなりのバックアップがあるとか、認められるような仕組みにつながっていくといいのかなと思っております。そういう方面でもご指導いただければと思います。 よろしくお願ひします。 ありがとうございます。

小川 ありがとうございます。

司会 加藤

ありがとうございます。 おっしゃる通り、なかなか精神科医が確保できないところで誰が担うのか。 心理士さんもありますし、看護師さんで、そういったリエゾン看護師とかもいます。 やっぱり精神症状についていつもいろいろディスカッションになるのは、アセスメントがやっぱり非常に難しいというのがあるって、治療の方針が決まれば確かにある程度できるんだけど、最初の評価がやっぱり難しいので、その部分、誰か教育できる人が行く、もしくは少しでもいいのでそういったところにトレーニングに行くとかしない限りはなかなか難しい現状があるのは事実だと思うので、そういった部分、精神腫瘍医の関係者でまた考えていけないのかなと、ちょっと私も思いました。

小川 そうですね。 やはり精神腫瘍でいけば、これはがんだけに限らないんですけども、やはりアウトリーチが大事な時代になってきたかなと思います。 ですので、本当に自分の施設だけではなくて、地域全体の緩和ケアの先生が構築されているネットワークにどう我々自身がアプローチしてつながって協働していくかというのが我々自身でいま直面している大事な課題だと認識しております。

司会 加藤

その他、いかがでしょうか。 小川先生は講演の中でやっぱりかなりチームで、というのをキーワードに出してくださっていると思うんですけども、いままでのチームはどうしても緩和ケア領域の専門家が集まるチームというイメージだったと思うんですが、今回のお話はできるだけそれ以外のがんの治療医や病棟の看護師さんなども

含めたチームというイメージで考えていらっしゃるということでもいいでしょうか。

小川 そうですね。かなり広義でいけば、そこまで含めたところになると思います。がんは昔と比べると、放射線とか、さまざまな治療技法がやはり進んできて、それぞれがスポットで関わるところが増えてきた分、逆に情報とか、あるいは今後の見通しを我々自身なかなか共有しづらくなっている面というのもあるのかなと思うんですよね。それは患者さんのほうも当然困りますし、医療者自身も先が見えない中でとりあえずどこを目標にしているのかがわからない不安というのやはり抱えつつ関わっているというところもあるので、これは医療者自身のストレスというところでも大きい課題かなと思います。

司会 加藤

ありがとうございます。他、よろしいでしょうか。 それでは小川先生、どうもありがとうございました。 それでは続きまして、講演 5 に移りたいと思います。 看護師の立場からということで、聖路加国際病院オンコロジーセンター、がん看護専門看護師であります高橋美賀子先生にご講演いただきます。 高橋先生、よろしくお願ひいたします。

【基調講演 5 看護師の立場から】

聖路加国際病院 オンコロジーセンター

がん看護専門看護師

高橋 美賀子

皆さん、こんにちは。 聖路加国際病院の高橋と申します。 私はいまオンコロジーセンターで主に化学療法の患者さんに携わっているんですけども、もともとは長く緩和ケアチームや緩和ケア外来のほうを担当しておりましたので、両方の経験からお話しさせていただきたいと思っております。

まずこれは、私がいろいろな患者様とお話ししていく中で緩和ケアに対するイメージ、患者さんがどんなイメージや思いを持っていらっしゃるかというのを、経験則ですけれどもまとめたものです。まず症状を取って苦痛なく過ごすところとか、静かに穏やかに過ごすところといういいイメージを持っていらっしゃる方ももちろんいらっしゃいます。ただやはり先ほどもいままでのご講演の中にもありましたけれども、何もせず死を待っているだけというふうな思いを持っていらっしゃる方、それから一度入院したらもう出られない、みたいな思いを持っていらっしゃる方、それから急に緩和ケ

アと言われても受け入れられない。それから自覚症状が何もないのに苦痛を取っていく緩和ケアを受けるなんて、というふうな思いを持っている方など、いろいろなネガティブなイメージを持っていらっしゃる方も大勢いらっしゃいます。でも実際には緩和ケア病棟でも必要に応じて感染症の治療があったり、あるいは放射線治療を症状緩和目的でやったりなど、この他にもいろいろありますけれども、いろいろ積極的な症状緩和治療などもしております。それから症状が緩和されたら退院するということができますので、実際には一般の病棟と全く同じで、症状や体調が悪いときだけ入院をして、それ以外落ち着いたら退院するという形での利用の仕方というのも十分にできます。

こういったような誤解を患者さんが持つておられることの要因の1つとしては、やはり緩和ケアの情報不足ですね。それからやはり急な緩和ケアの提案というのがあるかと思います。やはりギリギリまで、本当に化学療法などをとことんやり尽くして、最後の最後に、「もうやるものはありません。もう効果がある化学療法がありません。緩和ケアに行ってください」というふうに急に言われても、患者さんはやはり急すぎてなかなか受け入れられない。心の準備ができていないということになるかと思います。

いままでのご講演にもありましたけれども、かつては積極的ながん治療が終わってから緩和ケアを始めるというようなことで終末期医療というようなイメージがありましたけれども、最近では資料のほうはちょっと古い図になっておりまして、新しく変えておりますけれども、緩和ケアと積極的ながん治療というのを平行してパラレルに行っていくというふうに変えております。その中に緩和ケアだったり、ホスピスケアだったり、支持療法、サポーターティブケア、エンドオブライフケアと、いろいろな用語がいま飛び交っていて、患者さんも混乱したり、医療者もやっぱり混乱したりということがありまして、この辺はまだ緩和医療の中でも十分定義付けができていないところではあるんですけれども、こういった中でこれから今後こういった用語も整理していかなければいけないとは思っております。

こういったことから初期の診断時から緩和ケアを行っていくということが大事になるんですけれども、こちらは聖路加病院での緩和ケア外来での併診の内訳になっております。約半数の方が化学療法を受けながら緩和ケアを受けていらっしゃるというような状況になっております。

右側は、当日に依頼があつて拝見するというような方が半数ぐらいいらっしゃって、やはり症状が強い場合には当日でも緊急で診察をお受けするという形になっております。

こちらは当院の緩和ケアに関する課題ということで挙げさせていただきました。どこまでこれが一般化できるかは別としまして、当院では症状緩和に関してはかなりいろいろな緩和ケアに関する教育なども大分広がってきておりますので、オピオイドなどの処方適切にされるようにはなりつつあるんですけれども、やはり細かいところですね。副作用対策、特に下剤の使い方ですとか、吐き気に対する対応ですとか、それからレスキューの使い方ですね。そういったところも、先ほど

もありましたけれども「お熱が出たときに連絡してください」と言われてもどれぐらい続いたら電話したらいいのかというと同じように「痛いときにレスキューを使ってくださいね」と言っても、痛い時というのはどのぐらいまで我慢して痛い時なんだろうかと、みたいなことを患者さんは1つずつ悩んでしまっていてなかなか積極的に使えなかったりというようなこともあります。そういったような説明が不十分でオピオイドを使用できないというような問題があります。

それから緩和ケア科との併診なんですけれども、どうしても症状が出てくれば緩和ケア科に症状緩和を専門にやってもらいましょうということで依頼されるケースが多いんですけれども、症状がない場合には進行がんの患者さんであっても専門的な緩和ケアを紹介するタイミングが遅れがちになるということですか、あとは症状緩和目的の併診の場合、症状緩和が非常に緩和ケア科で診てもらおうとまく図れるんですけれども、そういった場合に患者さんはあくまでも自分は症状緩和のつもりで緩和ケアにかかっているから、症状が取れたら行かなくてもいいんじゃないかということで、何となくまた緩和ケアとの併診が途切れてしまって、治療に没頭して集中していて、なかなかまた緩和ケアに戻るタイミングを逸してしまったりということもあります。

それから緩和ケア病棟への入院なんですけれども、緩和ケア科に転科して入院する場合はほとんどなんですけれども、緩和ケア病棟に入院する場合にはがん治療の中止というのが基本前提になっているということや、DNARが必要条件になっているというようなところで、患者さんが抵抗感を持つという場合もあります。こういったような問題があるんですけれども、これは専門的な緩和ケアを利用する場合に、そういったところが問題になるときがあるということで挙げさせていただきました。

診断時からパラレルに緩和ケアを提供するというようなことなんですけれども、まず治療下での診断時から緩和ケアということで、やはりいままでの先生方のお話にもありましたけれども、診断時から治療下で基本的な緩和ケアを行っていくというのが非常に重要になるかと思います。具体的にはやはり患者さんの心のつらさに対応する。いまの小川先生のお話にもありましたけれども、患者さんにとっては本当に初めてのことで未知のことです。医療者にとっては本当に日常なことだとは思いますが、どうしても患者さんにとっては本当に未知の世界で、いろいろな不安が強くなるということがありますので、そういった患者さんに配慮して声かけをしていただく。

私が患者さんと接していて非常に患者さんが安心感を持たれる主治医の言葉としては、やはり「全面的にサポートしていきますよ」というような主治医の言葉だったり、「一緒に頑張っていきますよね」というような声かけだったりということが患者さんの安心感につながっているように思います。

それから不眠、不安への対応ということなんですけど、これも一言でもいいので患者さんに「眠れていますか」というような声かけをしていただくだけでも患者さんの気持ちが引き出せる場合もあるかと思います。

それから必要に応じて精神ケアの専門家を紹介したり、あとは先ほどお話にありましたけれども、特にお子さんに対するケアということで、当院ではチャイルドライフスペシャリストという専門の職種がおりますので、そういったものを紹介したりというようなことも行っております。そういった患者さんだけではなくて、家族を含めたバックアップというのをしていくという姿勢を見せていただけたらいいのではないかと思います。

それから症状があればしっかり対応するということですね。受診ごとに痛みや症状の有無をしっかりと尋ねてスクリーニングをしていく。患者さんは痛みがあっても聞かれないとなかなか言わないということも多々あります。特に軽い痛みだと訴えなくてもいいとか、我慢できるからいいやというふうになってしまう方も非常に多くいらっしゃいますので、是非医療者のほうから症状の有無を尋ねていただきたいと思います。

それから適切な症状緩和と適切な服薬指導。先ほど申しましたようにレスキューの使い方1つも意外と患者さんはわからないということがあります。ですので短い、忙しい診療の中で細かく説明するのはなかなか難しいと思いますので、そういったときには看護師ですとか、薬剤師のほうにご紹介いただいて、そういった説明を受けてくださいということをお話しいただければと思います。そして身体的な苦痛が強い場合には専門的緩和ケアの導入というのを積極的に検討していただければと思います。

スムーズに緩和ケア中心へ移行するためということで、やはりどうしても化学療法などの効果が見られなくなったときには緩和ケアを中心にしていくことになると思うんですけども、常にやはり患者さんに病状を正しく理解しておいてもらうということが大前提かと思います。いきなり、悪くなってから病状を説明しても受け入れられないのは当然だと思います。やはり最初から少しずつ少しずつ患者さんに説明していくということがとても大事なかなと思います。

それから患者さんに早い段階で緩和ケアに関する正しい情報提供を行う。やはり本当に治療がいよいよ厳しくなってきた状態で緩和ケアというふうに言われても、あまりにも患者さんは急な提案でびっくりしてしまうということがあります。ですので、最初から、もちろん基本的な緩和ケアを先生方に提供していただきつつ、専門的な緩和ケアに関する情報も提供していただければと思います。

それから早い段階で患者さんの人生観ですね。最期の過ごし方なども含めて、あとはDNA Rということもあると思いますけれども、そういったことを確認しておいていただいて、患者さんがどういうふうに分身の人生を全うしていきたいのかということを確認しておいていただければというふうに思います。

それから治療が難しくなった段階では患者さんのQOLを考慮して化学療法のリスクと共に緩和ケアの選択を促すということも必要になると思います。どうしても治療をされてる先生方を拝見していると、やはり治療を非常に強く希望している患者さんには、なかなか「もう治療をできないよ」

ということを言いにくい。本当にやさしい気持ちでそういうふうに思っていच्छるドクターはいっぱいいらっしゃると思うんですけれども、やはり患者さんは効果のない抗がん剤、化学療法を続けることが自分の害になったりとか、体にとって負担になるという発想が全くないということも多々あります。ですので体に負担をかけるよりは症状を取って苦痛なく過ごしていくほうが体にとって負担がないということを是非お伝えいただきたいというふうに思います。

それから意志決定のプロセスを多職種チーム、先ほど学際的なチームという表現もありましたけれども、そういったようないろいろなチームで、多職種でサポートしていくということが必要だと思います。なかなか主治医の先生お1人では本当に忙しい診療の中で、患者さんにもたくさんいろいろなことを聞かれて大変だと思います。ですので是非近くにいる看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどいろいろなスタッフを活用していただいて、チームでサポートしていければいいのではないかとこのように思います。

これはアドバンス・ケア・プランニングという考え方なんですけれども、アドバンス・ケア・プランニングというのは事前に比較的元気なうちから自分が治療をどういうふうに受けていきたいのか、あるいは最期をどういうふうに過ごしたいのか、延命治療はどうなのか、あるいはどこで最期を迎えたいのかというようなことを事前に自分で考えておく。医療者と共に考えていくというようなものになります。こういったものを早い段階から患者さんと一緒に考えていただき、もちろん途中途中で患者さんのお考えも変わるので修正するという場合もあるとは思いますが、こういったアドバンス・ケア・プランニングというのが非常に大事な考え方になってくると思います。

当院では「私のリビングウィル」自分らしい最期を迎えるためにということで、患者さんご自身がこういった人工呼吸器、心臓マッサージ等の延命治療を希望するとか、DNARに関する事、あるいは高カロリー輸液ですとか、胃ろうについてですとか、そういったことをもう一切行わず最期を迎えたいというような、ご自分の最期の意志決定というのをできるような冊子をつくっております。これはがん患者さんに限らず、患者さんどなたでも手に取れる場所に置いております。こういったものを記入したら主治医に見せていただき、こういった患者さんのご意志を電子カルテ上に載せてみんなが確認できるようにしております。これはもちろん気持ちが変わったときにも書き換えられるように数ページに同じものがありまして、書き換えて使えるようになっております。

これは緩和ケア病棟のご紹介なんですけれども、緩和ケア病棟ではこういった催し物などいろいろ行っておりまして、この催し物が大事ということではないんですけれども、やはりその人らしく、人間らしく過ごすというところから始まると思うんですが、病院という異空間の中に患者さんがいるということではなくて、なるべくその人らしく、人間らしく、季節なども感じながら過ごしていただくということで患者さんが自分らしい最期を迎えたり、ご家族と一緒にいい時間を過ごしたりということができるといことも非常に関係があるのではないかなと思っております。ですので、こういった患者さんがご自分らしく最期を迎えられるように、医療者と患者さんが一緒にアドバイス・ケア・プランニ

ングをしていただければいいのではないかと考えています。

まとめとしましては、診断時から治療下での心のケアを含めた基本的な緩和ケアを提供することが重要であると。あと進行がん患者さんでは早い段階で専門的緩和ケアに関する情報提供とアドバンス・ケア・プランニングなど、意志決定のサポートを多職種チームで行っていくことが望ましいのではないかと考えております。以上、ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

司会 加藤 高橋先生、どうもありがとうございました。フロアから質問など。どうぞ。

一般参加質問者

2点ちょっと教えてください。私は緩和ケアについては全くの素人なので知らなかったんですが、1つ目は最初のほうにお示ししていただいた積極的治療と緩和ケアの斜めになっている図はよく見るんですが、最近では並列、平行になっている図を出しています。これはいつ誰が決めたものかというのを教えてください。

それからもう1つ、最後の多職種チームですね。これは前の先生方の話を聞いていると緩和ケアチームではなくて、緩和ケアにまず相談するのではなくて、まずは多職種チームで解決して、それでもダメな場合、初めて緩和ケアチームに相談すると。そういうことをお考えなのか、その辺を教えてください。

高橋 ご質問ありがとうございます。パラレルケアに関しての提唱をどなたがされたのかというと、当院の緩和ケア科のハヤシ先生が結構積極的に提唱しているということだと思うんですが。

一般参加質問者

そうするとこれは世間でまだ認められているというものではないということですか。それとも緩和ケアの世界では常識となっていることなんですか。

高橋 木澤先生、いかがでしょうか。

一般参加質問者

斜めの図はもう古くて、いまはこれを言わないといけないということでしょうか。

木澤 よろしいでしょうか。一応これはパラレルケアとハヤシ先生がおっしゃっているも

ので、多くの緩和ケアの業界の方は、おそらく知ってはいると思います。主張されている先生方がいて、大いに理解されている方はいます。要は斜めになっているところが非常に気になって、診断時とかはやはり苦痛が強いので緩和ケアの介入を強く必要とされる場合もあるので、要は考え方としては斜めになっていると最初はあんまりやらなくて、やっぱり終末期に重きを置くだ、みたいに見られるので、時期を問わず苦痛に応じて提供されるという意味で常に伴走するように、という意図だと思います。しかし公式に発表されている、WHOが出している絵は斜めに切れているものなので、緩和医療学会ではずっとそのWHOが示しているものを引用して使っているというふうにご理解いただければと思います。

高橋 すみません。ちょっと混乱を招くような図で申し訳ありませんでした。2点目は何でしたでしょうか。

一般参加質問者

多職種チームと緩和ケアチームの関係を。

高橋 多職種チームも本当にいろいろだと思うんですね。緩和ケアチームももちろん多職種でやっておりますので多職種、という考え方もありますし、一般の治療病棟ですとか治療の外来などではやはり一般の治療に携わる医師や看護師、薬剤師などもいると思いますのでいろいろだと思うんですけども、もちろん全員が全員、専門的な緩和ケアにすぐさま診てもらい必要があるかどうかという、なかなか難しいと思いますので、緩和ケアのほうのキャパシティというところでもなかなか全員が全員かかれるということでもないと思いますけれども、基本的な緩和ケアという意味では一般の治療ですとかに携わる看護師や薬剤師などが多職種で患者さんをサポートしていくということが前提にあるのではないかと考えております。

一般参加質問者

緩和ケアのチームのキャパシティというお話があったんですけども、逆に私がよく聞く話は、緩和ケアチームをつくったけど全然相談がなくて困っている。なのでやることがないというような話も聞くんですが、やっぱりキャパシティはいっぱいの状況で緩和ケアチームに行く前に処理しなければいけない問題があるということなんでしょうか。

高橋

施設によっても大きく差があると思います。もちろん緩和ケアチームを始めたばかりの施設などではまだ十分に緩和ケアチームが認知されていなかったり、緩和ケアチームがうまく軌道に乗っていなかったりというようなこともあると思いますので、まずそういった緩和ケアに紹介されないケースもあるのかとは思いますが。もちろん苦痛が強い方ですとか、いろいろ複雑な問題を抱えていらっしゃる方は専門的な緩和ケアチームに早期に紹介していただいたほうが良いと思うんですけども、その辺は施設によって受けられる状況というのはかなり違っているとは思いますが。よろしいでしょうか。

司会 加藤

本当に施設の状況だと思うんですけども、例えば依頼の仕方も多分2通りあって、まさに多職種ということで、病棟の中での多職種、いままで主治医だけでやっていたのが看護師さん、薬剤師さんも含めて相談、ディスカッションするようになるし、もちろんその中には、これは緩和ケアチームが得意とするところだから、緩和ケアチームにいきなり依頼しましょうということももちろんあるでしょうし、それは状況にもよると思います。あと緩和ケアチームもまずは主治医チームとの信頼関係が構築されるのが第一だと思うので、そこら辺はお互いに、この緩和ケアチームはこういうのが解決できる能力があるんだという信頼関係ができると、多分依頼件数もどんどん増えていくんだと思いますけれども、ここの緩和ケアチームに依頼してもあんまりいいことなさそうだというふうに思われてる間はまだまだなかなか依頼件数が増えないのかもしれないし、もしかしたら主治医の先生方が非常に能力が高くて、問題を自分たちで解決できてしまっているのかもしれないし、いろんな状況があるのかなと思います。他、どうぞよろしくをお願いします。

一般参加質問者

今日はどうもありがとうございました。リビングウィルの承諾というか、記載のところをちょっと興味深く見たんですけども、患者さんがすべて「しない」「しない」「しない」と書いてあれば「ああ、そうですか。了解しました」という形で入れると思うんですけども、これを仮に患者さんが悪くなっても人工呼吸器もやってほしいとか、高カロリーを希望するというふうに丸をしていた場合に、最終的に希望だからとやるのか、書いた時点で「普通はこうしないほうが良い」とか何か介入をするのか、この辺はどうなんでしょうか。

高橋 これは本当にかん患者さんだけではなくて、すべての患者さんがお書きいただけるものなので、その状況にもよるとは思います。やはりもちろん進行がんの方で最終的に人工呼吸器というふうに言われても医学的には適用がないというふうには思いますけれども、そういう状況であればやはり主治医と十分コミュニケーションを取っていただいて、その辺をお話しいただくとか、もう一度お考えいただいたりということはありません。ですけれども、いろいろな状況の方が書かれますので、そういった記載も可能にはなっております。

一般参加質問者

すべての人にとってのわけではなくて選んだ人に？ それとも緩和ケア病棟に入る方にとってのわけですか。

高橋 普通に外来の待合室などに置いてありますので、どなたでもお書きいただけるようになっています。

一般参加質問者 では任意の形で書いてもらっているんですか。

高橋 はい。

一般参加質問者 わかりました。どうもありがとうございました。

高橋 ありがとうございました。

司会 加藤

ちなみにこれほどのぐらいの方が書かれるものなんですか。任意だということなんです。

高橋 そうですね。ちょっと調査をしていないと思うのではっきりとしたことは言えないんですけれども、例えば私たちがオンコロジーセンターで化学療法をされている方の中で書いていらっしゃるのには本当に1割も満たないかなという気はしています。まだこの存在を患者さんで知らない方もいらっしゃると思うので、この辺を普及していく必要があるとは思っております。

司会 加藤 こういふのを医療従事者から「ありますよ」とかいうのはあんまり？

高橋 お渡します。する場合もあります。そういったことをご自分でもお考えになりつつある方ですとか、そういった方にはこちらから「こういうものもありますよ」というふうにお渡ししたりします。

司会 加藤

ありがとうございます。よろしいでしょうか。 それでは高橋先生、どうもありがとうございました。それではここで第1部のほうを終わりにしたいと思います。