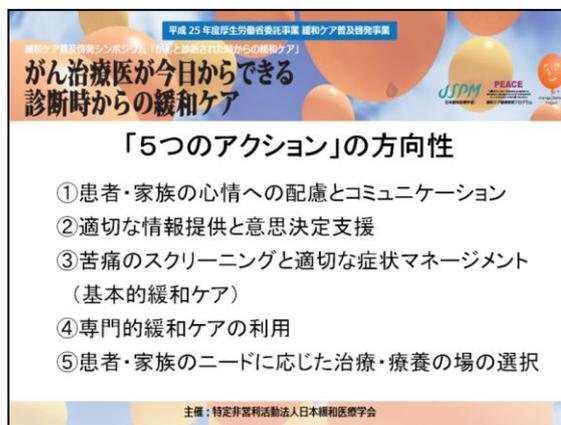


## 《第2部》 パネルディスカッション

### がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケア 5つのアクション

～からだどこころのつらさを適切に評価しマネジメントするために～

～誠実なコミュニケーションと意思決定支援をするために～



(※敬称略)

◆ 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  
木澤 義之

それでは第2部のパネルディスカッションに移ってきたいと思います。このパネルの進行を務めさせていただきます神戸大学緩和支援治療科の木澤と申します。

◆ 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

同じく進行を務めさせていただきます加藤です。どうぞよろしくお願いいたします。

木澤 この2人で仕切り役を務めていきたいと思うんですけども、まず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。大分、前半の第1部と重複される方も多いんですが、ご紹介をいたします。職種間の垣根を超えてディスカッションを進めていきたいと思いますので、パネリストは先生とかを付けずに、さん付けでご紹介させていただこうと思います。

それではステージ上、私の左隣から、まずがん治療医、消化器外科医の立場からということで聖路加国際病院消化器一般外科部長・消化器センター長の太田恵一朗さんです。

続きまして、がん治療医、消化器内科医の立場からということで筑波大学医学医療系消化器内科講師の遠藤慎治さんです。

そして緩和ケア医の立場からということで、第1部でもご講演いただきました帝京大

学医学部緩和医療学講座教授、有賀悦子さんです。

続き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、精神腫瘍科科長の小川朝生さんです。

そして最後に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、がん専門看護師、高橋美賀子さんの5名にお話を伺って、かつフロアの皆さんと1部よりももう少し濃いディスカッションをしていければというふうに思っております。

## 加藤

それではこのパネルディスカッションの進め方についてご説明したいと思うんですけれども、第1部のほうで、それぞれの立場から「がんと診断された時からの緩和ケア」ということでお話がありました。前半、厚生労働省の山下さんからもお話がありましたように、国全体のがん対策の方向性を決めるがん対策推進基本計画、こういった「がんと診断された時からの緩和ケア」という方向性が示されて、それを具体的にどうしていこうかということで、政府のほうの緩和ケア推進検討会というところでいろんな議論がなされてきているところです。

そういう中で、それぞれいろんな立場でやるべきことがあると思います。ただ、いままでの流れと大きく違うのかなということを考えていったときに、やっぱりがん患者さんと一番多く接する機会があるがんの治療医の皆さんや、今日のがんの治療医を主な対象としておりますが、それ以外にも看護師さん、薬剤師さん、ソーシャルワーカーさん、その他多くの医療従事者の方々が接していると思うんですが、そういう方々がどのようなことを具体的にやっていけばいいのかということを少し共有しながら具体的な行動をみんなで考えていけたらいいなというふうに思っております。

なので、後ほどご紹介しようと思いますが、さまざまいままでされてきた議論などを踏まえて、今後の具体的な行動、アクションというふうに付けたんですが、5つほどの方向性を私と木澤さんとの間でディスカッションさせていただきました。後ほど示しますが、その5つの方向性に沿って議論を進めていきたいなと思っております。そういうような形で進めていくことを考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。その前に、この壇上にお2人の方に上がってきてもらっていますので、ではその方々にまず。

## 木澤

まず口火を切る形で、がん治療医のお2方の先生から、いままで第1部を聞いていただいても結構なんですけれども、普段、診断時からの緩和ケアで、ご自分の施設、診療科でご自分で実践されていること、気をつけていることなどを5分ぐらいずつお話をさせていただこうと思います。

では最初ががん治療医、消化器外科の立場からということで、聖路加国際病院の太田恵一朗さんに口火を切っていただきたいと思います。よろしくお願いします。

#### ◆がん治療医(消化器外科)

聖路加国際病院 消化器一般外科部長・消化器センター長

太田 恵一朗

私は実は日本緩和医療学会の役員もしているわけですが、実際には私は腫瘍外科医であります。

そのこととも大いに関係するんですけれども、全国の多くのがん診療の現場ではほとんど多くの外科医が、これこそ診断された時から患者さんが亡くなるまで、あるいはその後のグリーフケアまで実際には外科医が担当しているわけですよ。先月までいました湘南鎌倉でもそうでしたし、その前におりました国際福祉大学三田病院でも、そういう総合病院でもいままでお話していただいたような、例えば緩和ケアの専門医がいるとか、あるいは精神腫瘍医がいるとか、あるいはがん専門看護師がすべて揃っているわけではありません。だけれども、外科の対象になるような患者さんというのは当然外科医が診るわけですし、だからこそ私は自分自身で緩和ケアチームを立ち上げ、その前も、その前の病院でもそうでしたけれども、何とかやってまいりました。そういうことで学会とも関わるようになりまして、あれこれ緩和の専門でないような奴が役員をやって、というふうな悪口もいただきましたけれども、そういう現場の腫瘍外科医と学会との橋渡しに少しでもなれるのではないかとということで、こういう役をやってまいりました。

実際に外科医というのは緩和ケアには割と向いてるだろうと思います。先ほど濱さん自身も元々外科医だったということですが、手術そのものは局所の治療をやってるわけですが、周術期を考えると、術前、術後はケアをやってるわけで、ケアもケアもやってるのが外科医だろうと思いますし、だからこそ緩和の世界には入っていきやすいだろうと思うんですね。それといつも研修医に教育するときに、もちろん外科というのは基本手技は必要だし、これはきちっと正しく教えられなければいけませんし、器用さも必要だけれども、やっぱり心のやさしさというのは必ず外科医には必要だというふうな話をしておりますので、そういう精神的な適性といえますか、そういうものも大変に緩和の世界に入っていくやすいだろうと思うんですね。そういう意味では外科医というのは非常にこういう側にはふさわしい存在だと思いますけれども、ただ問題なのは基本的な緩和ケアの教育をきちっと受けなければいけな

い。こういうことが最初からいろいろお話をされていますけれども、そういうところをこれからきちっと、教育する立場でもありますので、やっていかなければいけないし、若い先生たちにもすべてそういう基本的な緩和ケアの教育を受けてもらいたいというふうに感じました。

あとはお話を聞いておまして、がん治療のオリエンテーションということ聞いたわけですが、これが大切だというのは確かによくわかります。各種のいろんなガイドラインが出ておりますけれども、そうした治療にあたってのオリエンテーション、ちょうど私も新しい職場にまいりましてオリエンテーションを受けて、改めてそう思ったんですけれども、がん治療を受ける際に最初にオリエンテーションがやっぱり大切だと。このあたりが少しいま治療の面では、あるいは抜けてるのかもしれませんが、ガイドラインにそこまではっきり書いてませんよね。そういうところが必要ではないかというふうなことを前半のお話を聞きながら感じました。まずはこのぐらいでよろしいですか。

**木澤** はい、ありがとうございます。では続きまして筑波大学の遠藤さん、お願いしてよろしいでしょうか。

#### ◆ がん治療医(消化器内科)

筑波大学 医学医療系 消化器内科講師

遠藤 慎治

太田さんから、外科医ががんの治療、あるいは緩和を行っているというお話ではありましたが、我々消化器内科医も広く内視鏡治療から、そして胃がんの病変、そしてがんはもちろんのことながら、最期のBSCとなった後、見送りのところまで治療を行っているのが実際ではないのかなと思います。その中でやはり前半の基調講演の中で北海道から来られた先生がご質問されていたと思うんですけれども、やはり内視鏡治療を行って、早期がんの診断を付けて、それで治癒が見込めるような患者さんもいれば、来た時点で既にもうステージ4、遠隔転移があつてなかなか根治治療ができないような患者さんの治療も行っていくような診療科ではありまして、やはり時間をかけて治療方針を説明すると。最初の説明の時点で非常に曖昧な回答をしてしまうと、その後の治療推移、それによっても治療方針が大きく変わってきますし、患者さんが治療を最初に受ける、特に化学療法、私は薬物療法専門医でもありますので、抗がん剤治療もかなりたくさん行ってはいますけれども、抗がん剤治療、

一次治療を行っている途中ででも効果がなくなってしまうと、二次治療、三次治療と行って行く中で、患者さん自身が思っていた経過と違って、そこでかなり信頼関係が崩れてくるというような経験をされている先生方のお話も聞きます。私自身も一次治療が非常に良く奏効して、それで二次治療に入った瞬間に非常に悪くなってしまって、患者さん自身、最初には必ず消化器内科で行っている固形がんの多くが治らない治療、いわゆる緩和的な化学療法で、症状を少し楽にする、場合によっては副作用が強くなってしまって、治療しないよりも、してしまったことによって死ぬという方向を背中から押してしまうような行為になることもあるということをお話を必ず最初に説明をするんですけれども、一次治療がうまくいってしまうとやはり、忘れてはないと思うんですけれども、最初にお話したことが少し曖昧に薄くなってしまふんですね。そうすると患者さんは覚えてらっしゃると言われてましたけれども、ご家族の方は少し忘れてらっしゃる方も時々いらっしゃるので、最初の時点でいかにきちんとお話をし、緩和というのも最初の治療医がどこまで踏み込んでできるのかということが非常に大事じゃないかなと思っています。

それで、がん対策基本法の中にも地域のがん拠点病院は緩和の研修を受けましょうと。木澤さんがされているPEACEという研修ですね。あれを受けましょうということになってはいますけれども、それぐらい、やはり最初の時点での治療が大切だということは皆さんおそらく認識できているんじゃないかなと思います。ですけれども、すべてを、心のあり方まで日々の診療の中で時間を取って、何十人も患者さんが1日に化学療法をしに来ますので、その患者さん方を診察するだけで精一杯ですので、そういった心の変化までつかみ取ることができないのも事実なんですよね。ですので、裏方でがんの認定看護師さん、我々の施設にも何名かいらっしゃいますが、そういった看護師さんに聞いてもらって、これはやはり我々よりも専従の緩和の先生に診ていただいたほうが良いなと思った時点で速やかに併診を依頼するような形を取っています。ただキャパシティの問題もあると思いますので、すべてがすべて患者さんを最初から自動的に緩和医療専門の先生にお願いするのもちょっと無理だとは思っています。そんなところをこのシンポジウムで少し満たせればかなと思っています。

## 加藤

ありがとうございました。いま太田さんと遠藤さんからがんの治療医として関わっている中で、今日のテーマでもあります「診断時からの緩和ケア」ということについて考えていらっしゃることのお話があったかと思っています。

こういったお2人の意見なども踏まえて、ちょっと議論をしていきたいことなんです。が、スライドのほうを出してもらってますかね。ありがとうございます。今日こちらに

出していますが、5つの軸、方向性について話し合っていけたらいいかなと思っています。5つのアクションと書いてあるんですが、こちらに書いてある最終的に目指すものとしては、緩和医療学会としてやっぱりがんと診断された時からの緩和ケアって何だろうかというようなことをしばしば質問を受けたりすることがあるんですが、そういう中で特にがんの治療医を初め、がん診療に日常的に関わっている医療従事者の方はこういうことに配慮しながらやっていってもらえたらいいんじゃないのかということを具体的に示していきたいなというふうに思っています。

そういう中でそれぞれ大きく分けると、この5つの方向性があるのかなと考えていて、それぞれの中でどんなことをしていけばいいのかということを少し明らかにしていきたいと思っています。どんな方向性があるかという、見た通りなんです、1つ目は患者さんやご家族の心情への配慮、そしてコミュニケーションということ。2つ目は適切な情報提供と意志決定支援。3つ目としまして、苦痛のスクリーニングと適切な症状マネジメント、基本的な緩和ケアと言われている部分を含むものです。4つ目として、専門的緩和ケアの利用。5つ目として、患者、家族のニーズに応じた治療や療養の場の選択ということで、これはどちらかという、がんの治療医の先生方や、病棟や外来の看護師さん、普通に患者さんに接している薬剤師さんなど、そういった方々に対してもメッセージになればいいなというふうに思って、こういう軸を用意しました。もちろんこれだけではないぞということもあるかと思うんですが、まず今日はこのテーマを軸にして、それぞれ話し合っていけたらと思っていますので、どうぞよろしくお願いします。

ではまず1つ目のテーマなんですが、患者さんや家族の心情への配慮とコミュニケーションというテーマを掲げました。第1部の講演の中で小川さんや高橋さんから言及がありましたけれども、がん患者さんはもちろん、がんと診断されるときに気持ちのほうでかなり負担が生じるというのは皆さん日常診療の中で感じているところだと思います。そういったことを配慮しながらのコミュニケーションということは重要だろうということで掲げているんですけども、こういった部分についてどうでしょうか。まずパネルの方々から普段からこういうことを気にしているとかということが、もしあればいただきたいんですけども。まずはどうでしょうか。先ほど少しありましたけれども、遠藤さんのほうからちょっと、普段から配慮していることなどがもしあればお願いします。

## 遠藤

そうですね。がんの化学療法の患者さんを担当することが多くありますので、まず治療をするにあたって、まずは本当に治療を望まれているかどうかということを説明はするんですけども、ただ抗がん剤治療で治ると思っただけで、あるいは5年、10年と生き長らえるというふうに言われて、あるいはそう感じて消化器内科に来られている患者さんもいらっしゃいますので、一番最初に、つらいことなんですけれども伝えないといけないことは、やはり治ることはなくて、治療をしてもいずれはお亡くなりになる。ただその期間というものをもし最初にお知りになりたいのであれば、多くの臨床試験での生存期間中央値という形でお話しすることもありますが、まずは治らないということを知っていただいた上で治療を開始して、治療を開始するにあたってはご本人1人ではできなくて、患者さんのご家族の方もかなり送り迎えだけでなく、いまは外来での治療がベースになってまして、外来化学療法が中心ですので、自宅での生活がかなりこれまでとは違ってくことも多々ありますということを説明をして、多く得られるような、受けられるような社会的サービス、そういったものも環境を整えて、すべて受けられるように準備体制を整えていきたいと思います。これは必ず最初にお話はしています。

## 加藤

ありがとうございます。本当に今お話の中で治らないということを伝えるということは、本当に伝えるほうも負担がありますし、伝えられるほうも大変な負担だと思うんですが、そういう中でやはりどうしても治療医の立場からすると、日々の日常の診療の中で1人ひとりにどの程度配慮していくのかというのは非常にストレスの多いことだと思うんですが、どうでしょうか。先生、毎日のようにそういうような患者さんがいらっしゃる中で、どういうふうな配慮をしながら。もしよかったら教えてもらってよろしいでしょうか。

## 遠藤

患者さんの入院中はいいんですけども、例えば外来では1週間に1回とか、2週間に1回、長い方だと3週間に1回という形のスケジュールで投薬に来られますので、その間見えないことも多々あります。そうすると聞けるのはやはりご家族だったりしますので、何か変わったことがあるか。なかったとしても、ご家族に普段の様子がどうだったのかということを知りたいようにしています。私が聞けない場合も日頃私の外来についてくれてます、がん治療認定看護師さんのほうから自宅での生活がどうだったのかというのを聞いてもらってフィードバックしてもらって、今後どういうふうにしていくべきなのかというのを常に考えるようにしています。

加藤

ありがとうございます。いま実際、治療医だけでなく、看護師さんのサポートも受けながら、という話がありましたが、いまいろんなところでやはり看護師さんの役割がいろいろと大きくなってきているのではないかと。特に診断の直後など、いろいろと看護師さんのサポートができるような体制とかをつくっていったらどうかという話もあるかと思いますが、そのあたり高橋さんの経験なども踏まえて、もしよかったら教えてください。

高橋

確かに看護師もなかなかバタバタしていて、ゆっくり患者さんとお話する時間がないときもあるんですけれども、特にいまおっしゃっていたような外来の化学療法なんかでは患者さんが点滴中、何時間か滞在されることもありますし、私たちのところでは受診されて、まず最初に看護師が問診を各科で行っていますので、そういったところで患者さんの症状のスクリーニングですとか、あとは患者さんのお気持ちといったものもかなり拾い上げる形で整理した上で医師の診察を受けていただくというふうな流れになっております。その後化学療法を外来化学療法室、オンコロジーセンターに受けに来られるという形になりますので、問診の段階でも看護師が関わりますし、点滴中にも看護師が関わるというような形になっております。私たちが患者さんのバックグラウンドですとか、ご家族の背景とかをなかなかすぐにキャッチできないときもあるんですけれども、やっぱり患者さんのご様子を見ながら、特に怒りをぶつけてこられる患者さんでしたり、すごく不安を訴えてこられたりとか、あとは非常に表情が硬い患者さんですとか、そういったところから患者さんの精神面のアセスメントというのをしていくように心がけております。ですので、専門的な緩和ケアチームの看護師ですとか、そういったような専門チームに携わる看護師、認定看護師や専門看護師などが関わる部分も非常に重要だと思いますけれども、一般の治療に携わる看護師も患者さんの問診や治療の場でいろいろ患者さんの思いなどをキャッチしてケアを提供していくということも非常に基本的な緩和ケアとして大事なところではないかなと思っております。

加藤

実際にそういう方がいる病院は本当に恵まれている病院だと思うんですが、先ほどのフロアからの意見だと、そういうような方が配置できない病院も多そうだと。認定看護師も専門看護師もない一般の看護師というか、普通の看護師さんが忙しい中でがんの治療医の立場からどうやって巻き込んでいって、一緒に患者さんを支援するようなことは、まだ入院のほうの環境だといいいんでしょうけど、外来はかなり大変だと

思うんですが、どうやって巻き込むのか。なんかコツみたいなのがあれば。

## 高橋

確かに外来では非常に短時間の間に患者さんが目まぐるしく出入りするというような状況ですので、非常に高いアセスメント能力も必要になってくると思うんですけれども、やはりいわゆるジェネラリストの看護師も緩和ケアに関する知識を持っていくということと、精神的なケア、基本的なアセスメント能力というのを身につけていくということが非常に大事だとは思いますが。ですので、そういったことを身近な看護師と共に治療医の先生方もそういった勉強する機会などもつくっていただいたり、そういったことを共有しながら、あと情報交換なんかもしながら一緒に看護師とチームを組んでいただけるといいのではないかなと思います。

## 木澤

この問題についてパネラーの皆さんで何かご意見があったりする方はいらっしゃいませんか。大丈夫ですか。ではフロアの方はいかがですか。いまの遠藤さん、高橋さんにご発言をいただいたんですが、心情への配慮とコミュニケーションの部分で、いまこんな取り組みをされているという意見があったんですけれども、何かご意見や聞いてみたいこととか、もしあったら。ないですか。僕から聞いていいですか、遠藤さん。割と診断の最初のときからかなり治らないことを告げて、要は治療のゴールを話し合っていくようなことをされているというふうに伺ったんですけれども、ものすごく大変ですよ。最初から先生、そういう教育を受けられてきたのか、以前は違ったのか。もしそうだったら変わっていく過程でどんなジレンマがあったのかということをちょっと聞いてもいいですか。

## 遠藤

私もずっと大学病院だとか、ハイボリュームセンター、がんセンターと呼ばれるところにいたわけではなくて、やはり300床前後ぐらいの中規模な病院、それも愛媛県というところにいまして、かなり県庁所在地から離れた場所だとすごく病院も限られてきて、そんな高度な医療も受けられないようなところも回っています。そういったところで、いまから10年ぐらい前ですかね、回っていたころなどはまだ告知も十分されていないような時代もあったんですね。皆さんもご存じかもしれませんが。十分治療の方針というのも説明できなくて、だけれどもご家族からは話をせずに治療はきっかりしてほしいという、非常にやりにくい環境の中で、抗がん剤もいまほどたくさんは、いまでもそんなに多くはないんですが、いまよりもっと効果の乏しい薬剤しかありませんでしたので、その中で治療を行ってはいましたけれども、やはり最終的に患者さんのほうから「病気はどうなんだ？ 治るのか？」と。やむなくご家族の方も「もう先生、本

当のことを言ってあげてください」と。そういう状況になったような患者さんもいるんですが、そうすると「それは最初から言ってほしかった」という言葉が、そういった質問を投げかけられた患者さんすべてから聞かれたので、いまはまず100%告知はしています。ですけれども、その次に「じゃあどこまで生きられるのか？」ということ在必ず言われますので、それも具体的な個々の患者さんに言うことは少ないんですけども、やはりこれまでのデータを基に、ご希望されれば正確にお話するようにしています。それを最初にしておかないと、やはり治療がうまくいかないのです、入院の患者さんは一次治療を開始するときに、それを入院の中で1時間とか2時間近くかけてお話ししますし、外来の患者さんでいきなり初診で来られて説明を求められたような場合もなるべく時間帯の早い時間は化学療法にずっと費やしていて、とてもじゃないですけど、そこで1時間という枠を取ることはできませんので、夕方遅く近くになってから入れてもらうだとか、あるいはその患者さんのためだけに別の曜日で予約を取ってもらってお話だけするという形を取っています。

**木澤** やり自分の臨床の中で患者さんとのコミュニケーションの中で告げることの重要性に気づかされて、いまでもやはり時間を十分に取って1例1例丁寧に対処しているっしやるということですね。大変ありがとうございます。何か。では後ろの方。

### 一般参加質問者

パネラーの先生や会場の先生にお聞きしたいんですけども、がん治療医がコミュニケーションスキルを持っていないことは多々あると思うんですが、それを改善するためにどんな取り組みをされているか、もしご意見がありましたら何か教えていただければと思うんですけども。木澤先生はご存じかと思いますが、CSTのトレーニング、受けてらっしゃる方はほとんどいないと思うんですよね、がん治療医の先生で。実際はどんなものかなと思ひまして、いい意見があれば教えていただければと思います。

**加藤** もしよかったら東病院でやっている外来を始めるときのCSTのトレーニング、レジデントとかの、あの紹介とかを。

**小川** そうですね。1つは、確かにいまご指摘がありましたコミュニケーションスキルトレーニングというものがあって、日本ではSHAREと言われるものがあったり、あるいは海外のSPIKESを取り入れて実施しているような施設というものもございます。取り

組みとして、例えば東病院ですと、レジデントの先生が外来に出る前に、いまですと、コミュニケーションスキルトレーニングを受けて出るというようなスタイルを取っておりますので、ある程度環境が整っているところでは確かに1つそういうふうな取り組みとしてはできる面があるかなとは思いますが。

全国での取り組みとして、このコミュニケーションスキルというものに関しては、日本もそうですし、実は海外でも確かに難しいという指摘があります。これはコミュニケーションだけではなくて、意志決定支援の話でも出ているので、そこはちょっと話は拡散するんですけども、例えば意志決定は最近だといろいろシェアするような形がいいとか言われるんですけども、それはすべての医師に同じように忙しい臨床現場ですというのやはり限界があるという話は出てきてますので、その辺に関しては医師1人というよりは、他の職種とか、あるいは多少時期を変えつつ話をするとか、そういうシステムでの取り組みということに多分変わってくるのかなと。ちょっと流れを思いながらの私見ですけども、思ってる面はあります。

**加藤**           ちなみに東病院でやっているのはどれぐらいの時間でレジデントをやっているんですか。

**小川**           東病院でやっているのは1泊2日ぐらいのですね。

**加藤**           それを全員にやっていると？

**小川**           一応しております。

**加藤**           なかなかそこまで確かにすべての方にやるのは難しいかもしれません。他、どうでしょうか。フロアのほうで、うちの病院ではこういう取り組みをやっていると、もしあれば教えていただければ。どうぞ。

## 一般参加質問者

私は名古屋の放送局で20年近く、このテーマを取材してる人間なんですけれども、外国なんかではそういった忙しすぎる医療現場だけではとらえきれないことをボランティアの方とか、デイケアみたいな形で、要するにそれこそサバイバーの方とか、亡くなられた家族を持たれている、早いうちから緩和ケアを受けて、実は本当に緩和ケアというのは死に場所ではなくて、生きるための施設だったと確信を持って、

いま体験していらっしゃる方がいとと同じ悩みを持っていらっしゃる方に語りかけたり、思いを共有したりする場を設けたりする例があると思うんです。日本でもそういうデイケアセンターみたいなものを設けて、そこで体験者や家族の方がいま直接療養していらっしゃる方々のアドバイザーとか、道しるべ的な思いを共有してあげる役割を担ってあげる、そういう期待を込めて、そういう人たちを巻き込んでいくということも必要な気がするんですけども、いかがですか。

**加藤**

そうですね。本当に今回、多職種という言葉は出ましたが、それはそういうプロフェSSIONALだけじゃなくて、おそらくそういうような方々も含めていろんなチームをつくっていくということは重要なのかなと思います。なので、いろんな議論の中で、緩和ケアの中でこういう議論もしていくべきだと思います。ちょっといま扱いたいところと少しずれてしまったので、また扱う機会があったらこのテーマを深めていきたいと思っています。ありがとうございます。他、どうでしょうか。

**一般参加質問者**

我々は在宅ケアをやってますけれども、在宅で訪問しながら病院のほうも併診するという患者さんが結構いらっしゃいます。そういう場合にやはり家族内での問題があったり、患者さんのほうのちょっと心理的な問題がありそうだったということがあった場合には大体毎週1回はカンファレンスをやって、事例を挙げて検討しますので、その結果をできるだけ病院の先生のほうにお手紙という形で回収させていただいて、こういう問題がありますのでご配慮くださいということやると。そういう活動を最近はできるだけやるようにしています。

**加藤**

ありがとうございます。医師というのは実はなかなかフィードバックをもらう機会がない職種というのは確かにおっしゃる通りで、自分が行っている診療とか、もしくは面接みたいなものがどういうふうに患者さんに影響を与えているのかというのは実はなかなかフィードバックをもらえてないかもしれないですね。そういう中でおっしゃる通り、そういうような形で実際の状況というものを返してもらおうと、またそれを生かしながら次の患者さんの診療に使えるのかなと思っています。そういうような取り組みなどもうまくやっていくといいのかなと思いました。

他、どうでしょうかね。コミュニケーションスキルを上げていくような何か取り組みというのはなかなか具体的には難しいでしょうか。具体的には PEACE プロジェクトの中にもありますし、サイコオンコロジー学会でやっているコミュニケーションスキルト

レーニング、そういったものもありますが、こういったものをより多くの方が学べる機会というのもしっかりと考えていかないといけないなと思いました。ありがとうございます。

他、このテーマで挙手された方がいらっしゃったかと思いますが。

## 一般参加質問者

埼玉県の元外科医なんですけれども、やはり僕も外科をやっている、太田さんのように入り口から出口まで全部診るというのを民間病院では当然のように忙しくやってきましたけど、その中でどうやったらコミュニケーションをと言ったら、先ほどの立川のドクターの方も言ったように、レベル差がひどいんですね、やっぱり。ということでやっぱり院内で教育しなければどうしてもダメだということで、やっと当院も来年の3月、院内で緩和ケア講習会を開けるようになりました。そこでもうがンを扱う科は上司から下まで全部強制参加と。院内でやる分には参加するということで、やはりもう教育しかないだろうと。そうしない限り、やっぱりそれは患者さんにフィードバックできないと。主治医を変えてくれというクレームが、やっぱり6年目の医者が診てるんだけど「嫌だ」というケースも出てくる。やっぱり後期研修医あたりだと主治医を持たせますので、コミュニケーションスキルが悪いとやはりそういうクレームも出てしまうということで、もう教育しかないだろうと。どれだけ忙しくてもそれが病院の責務ではないかということで、講習会を利用して少しでもやると。僕はやっぱりその2日間の講習会に参加して非常に目からウロコだったんですね。やはり患者さんの立場になったらどう考えるかとかいうことを、がんを扱う医師は経験しなければいけないのかなと思いました。それがどうなるかはこれからなんですけれども。

## 加藤

大変ありがとうございます。どういう研修会をしていくかということなんですけれども、PEACE のプログラムが入ってるものは非常に少ないので、またどういうふう診断時から治ることが難しいというお話を伝えて、その後どうやってサポートしていくかというのを入れていかないといけないのかもしれないかもしれません。もう一方。

## 一般参加質問者

私は先ほどCSTの研修に行かれてる方が少ないと言われましたが、2回フォローアップ研修というか、CSTのほうに行ってきました。私自身が体験したということは非常にいいことだったと思いますが、実はその前、以前は大学病院におりましたので、大学病院の看護師さんで博士課程に進まれている方がそういうコミュニケーションスキルに非常に興味を持っておられて、以前から非常に懇意にしていたので私

の外来を横で聞いて、後で「先生、そういうところがいけませんでした」という指摘を受けながら、そこで非常に変わってきたかなと思っています。それを体験して、大学に行ったときは、せめて私が患者さんと話をするところを学生に聞かせて、あとでそれについてディスカッションをしようというようなことはしていました。その効果がどうだったのかは全くわからないんですが、結局先ほどの方もおっしゃいましたけれども、強制的にやっついていかないとしょうがないし、実際に残念ながらCSTの研修に出られた方が必ずしもうまくできているわけでもないの、常に考えていかなければいけない問題じゃないかなとは思いました。

コミュニケーションに関しては私からもご質問で、先ほど遠藤さんが「あなた治らないですよ」とおっしゃるとおっしゃったんですが、治らないとは言わないで、治るのが難しいと言いましようというような教育をいまされてるかと思うんです。でも実際に遠藤さんがおっしゃったように「治らないですよ」とはっきり言ってあげたほうがいい場合も多々あるなど。私自身は「治らない」とはよう言わないので「治るのは難しい」とお話ししますが、はっきりと言ってあげたほうが、あるいは言うてあげる先生がいて、先ほどどなたかがおっしゃっていましたが、そのすき間を埋めるような、また間に入るような方が医療者であればうまく働くのではないかなというようなことも少し感じたんですけれども。ちょっと私自身の見解を申し上げて申し訳なかったんですけれども、以上です。

## 有賀

お話を聞いていてすごく感じるのが、治療医の先生方は情報を提供しなくてはいけけない。提供した後で、その言葉に対するサポートもしなくてはいけけない。それはすごく難しいことなんだなということをすごく感じています。実際、私は緩和ケアの外来をやっておりますときに、治療医の先生からいろんなお話を聞いた後の患者さんに来てもらって、その話を聞くようにしてるんですが「どのような話でしたか」とか「そのときどんなふうに感じましたか」とか、いわゆる開かれた質問と繰り返しをしながら、患者さん自身が結局最後は答えを見つけて「ああ、話を聞いてくれてありがとうございます」とおっしゃるんですね。これは多分分かれているからすごくスムーズなんだろうと思うんですが、先生方がとても厳しい話をされた後、その後すぐに「すみません、すごく厳しい話をしましたが、どんな気持ちですか」となかなかそこで心情を聞くということは難しいなといま気がつきました。本当にご苦労をいま感じたところです。

## 加藤

本当におっしゃる通りだなと思っています。何かというと、私は研修会を運営する立場で緩和ケア研修会をやっているとき、がんの治療医の先生方と緩和ケアを中心としてやっているのがんの告知の仕方って本当に違うんですね。どう違うかということ、いま有賀さんがおっしゃったように、やっぱり治療医の先生方は情報提供をしっかりとしようという意識がどうしても強く働いてしまう傾向にあり、緩和ケアを中心としている方々はどちらかというとやっぱりそういうサポート、支援というところを中心とした話の持っていく方をされるので、これを限られた時間の中で両立させてやっていこうというのは本当に難しいことだということを私もいま改めて気づきました。

結構これだけでどんどん時間が経ってしまうので、このテーマについては1回閉めて、次のテーマのほうに移っていきたいと思います。いまここで話し合ったことは、またちょっとまとめまして、こういうような活動、行動に移していけばいいのではないかというのをまた後でまとめられたらと思っております。

2番目なんですけれども、適切な情報提供と意志決定支援ということなんですが、このテーマについてはいかがでしょうか。いろんなプレゼンテーションがありましたけれども、そういったことを踏まえて小川さん、このあたりについてどうでしょうか。

## 小川

ありがとうございます。多分この適切な情報提供と意志決定支援は大事と言われるけれども、じゃあ具体的にどうやっていくかということ、すごく難しいテーマかなとは思っております。これは心情への配慮とか、先ほどのコミュニケーションというところと絡むんですけれども、先ほど有賀先生がご指摘いただいたように、最初にお話をして、その後すぐに気持ちのサポートをして、というのがすぐにできるものではないというのがあります。具体的に言えば、よく告知後の通常反応と言われるような、頭が真っ白になるとか、そういう中ですごく混乱したり、あるいはそういうのは嘘に違いないというようないろいろな気持ちを経過しながら、患者さんというのはもう1回目標を再設定していく。そこにはやっぱりある程度の期間が必要と言われてますので、その辺の経過を追いつつ、その上で情報というのも患者さんのニーズに応じて出していくというのが大事かなと思いました。これは最近よく話を聞くんですけれども、緩和ケアのオピオイドのタイトレーションと言うんですけれども、それと同じようにやっぱり情報というのもタイトレーションというのが必要で、その患者さんの懸念することに応じた出し方とか、あるいは患者さんがこういうところを一番心配しているというところに配慮をした、それに合わせた情報の出し方というのが重要かなと思います。多分、意志決定支援というの、1つは情報の整理というところが大きいのかと思いますし、これはいろいろな面から患者さん自身の価値観というのをやっぱりある程度深く聞けない

といけないと思いますので、その辺をどういう短い時間の中でするのかというのは課題なのか。先ほど高橋さんのお話も伺ったりとか、あるいはフロアの方からのご発言を伺って改めて感じた次第です。

**加藤**            ありがとうございました。他にパネラーで。では太田さん、お願いします。

**太田**            少し1とも関係するんですけども、診断されたときからということで、外科の立場から言いますと、最近、内視鏡外科が出てきましたし、また普通の内視鏡治療でもかなり拡大してきてますね。そういうことで治療の内容の施設間差というのは非常に大きくなってきてるんですよ。これは非常に大きな、言っているのかどうか、いろんなインフォームするときに難しいところがあるんですね。自分たちの施設でどこまでできるかということを理解してインフォームしなければいけない。だからそういうときにやっぱり積極的に「セカンドオピニオンを受けますか」ということを言わないといけない場面が出てきます。これはおそらく外科すべてにそうだろうと思いますけれども、内視鏡でできる施設もあるかもしれないけれども、そうでなくて開腹しなければいけない、通常の手術をしなければいけないような場合も出てくるということで、そうした場合の適切な情報提供というのは難しくなってくるし、また意志決定も、その施設、その施設で難しい場面が出てきているということ、これは外科医の立場として一言申し上げておきたいと思います。

**加藤**            ありがとうございます。自分が提供できる医療だけでなく、本当に医療全体を見渡して、その患者さんにとって適切な医療を提供するために必要な情報提供を自分ができること以外も含めてやっていかなければいけない。それを踏まえた上での意志決定支援をしていかないといけないということだったかと思いますが、どうでしょうかね。フロアのほうからもこのあたりについて質問や自分の…。ではよろしくお願いします。

#### 一般参加質問者

いまは手術をやっていますが、私も肺がんの外科で、ほとんどそれを30年ぐらいやってたんですけども、なかなか治らないですね。化学療法も遠藤先生がおっしゃったことは非常に正しいと思います。パリアティブです、全く。もし2年を超えて3年までもてば大したもんだなど。それはいいんですけども、要するに治療のいろんなモダリティがいっぱいあるわけですね。胸水、腹水と色々なやり方がありま

す。ただ、それはがんのある一定限界まで進んだ場合のパリアティブなものでありまして、おそらくがん治療医がいろいろコミュニケーションを取って、いろんな情報を提供してというのは、その段階からが非常に大切になってくると思うんですよね。どう言いますか、全体的に見て、がんが治るとはよう言えんなと私は考えていますね。おそらく1000例近く手術はしてますけれども、ほとんどみんな死んでます。大きな原因は高齢者だということもあるんです。もう70代後半ぐらいが非常に多くて、もちろん若い人もいますけれども、一体なんで死ぬのかよくわからない。我々は一体何をやってるんだろうかと時々思うわけですよ。

太田先生は消化器ということで、おそらく管腔臓器は閉塞が起こったり、出血があったりということで、パリアティブな手術、これはもう仕方がないと思うんですけれども、実質臓器に関してはそういう必要性ってあまりないんですよ。だから肺がんで言えば、もうステージ1以外は手を出さない世の中になってると思いますし、いろんな意味で積極的な治療はしませんよといった情報提供、そのほうがいいですよといった情報提供が必要になってくるんじゃないかと思うんです。それをやっぱり患者さんと家族に十分納得させないと、がんになると何かをやれば助かるんだ、だから何かやってくださいということで、こんなことを言うと怒られるかもしれないけど、実際そうですね。TS1飲ませて、飯が食べなくなって吐いて、どんどん弱っていくと。そういう治療をやっているところもいっぱいあるわけです。だから適切な治療の範囲というの提示しないといけないですし、積極的に、と言うと言いやすいんですけれども、そうじゃなくて、消極的な意見を言わないといけない。消極的な情報提供をしないといけないというところがまず非常にあるかと思うんです。ただなるべく希望を打ち砕かない程度に情報を伝えていくというのはなかなか難しいと思いますけれども、やっぱり助からないのを助かるように、これを飲んだら助かりますよ、みたいなことを言って治療するというのはダメですよ。そういった意味合いでの適切な情報提供というのは、患者さんがなるべくひどい目にあわないでという怒られますけれども、気持ち良く残った時間を過ごすという意味で非常に大切だと思います。化学療法も本当にパリアティブだと思います。だからやるなということではないんですが。

## 加藤

ありがとうございます。本当に意志決定支援をどういうふうに適切な情報提供をして、一緒に患者さんたちと話し合いながら、患者さんが大事にしているものを尊重しながら方針を決めていくかということなんですが、このあたりは先ほど有賀さんも講演の中でおっしゃってましたけれども、いまの発言などを踏まえていかがでしょうか。

## 有賀

いまお話を伺っていて思いますが、やっぱりどう意志決定支援をしていくかということがすごく大事というよりも、結果的に患者さんが最期の地点に立ったときに後悔をしないでほしいという思いががん治療医の先生方にもあるし、私たち支える側にもある。そこは共通しているんだなということを感じます。そのために正しい情報提供をし、患者さんが判断を誤らないようにという姿勢、そこをどう支えていくかということだと思うんですね。先ほど私は少しお話しさせていただきましたときに、患者さんの状況によってはすごく鎧を着てしまった状況で、その鎧をどう外すかということも大事だと思いますし、そのことプラス、日常診療の中で言えないから言ってほしいと。というのは治療がやはり奏効しなくて、いずれ近いうちに死を考えなくてはいけない時期が来るということを治療医の立場で言えないから代わって言ってほしいかと私は頼まれることが時々あります。そうしたときにすごく悩むんですけども、私がよく患者さんに言う話としては、がんが治るか治らないかはちょっと横に置いて考えさせてくださいと。それでも死はやはり私たちの中にはありますし、私自身が今日帰る道で絶対何事もないかという、100%ということはないわけです。そういう中で自分の人生の最期を考えたときに、あなたはどうかありますか、という話に持っていくことがあります。ですからがんかどうかということから、どう一步離れるかということも場合によっては話題といえますか、言葉にして出さなければいけない場面もあるのかなと。すみません、非常に話がまとまっておりませんが、患者さんの鎧をどう外すかという意味での幾つかの手法として、そういうふうな、がんから離れた聞き方もあるということも1つ付け加えさせていただきたいと思いました。

## 加藤

ありがとうございます。本当に時間の過ごし方を考えていくときに、どういうふうにご患者さんの大事にしていることを聞き出すかということが大事だなとも思っているんですが、どうしても私の場合はがんの治療中の時間の過ごし方ということについていなくなってしまっているんですが、いまの有賀さんの、1回がんの治療を置いて、その人の人生観によりフォーカスを当てるような面接の仕方というのは非常に参考になるなと思って聞かせてもらいました。ありがとうございます。

あと、いま高齢者というキーワードが出てきたんですが、ちょっと小川さんに聞いたんですが、これから認知症の患者さんが増えていく中で、やっぱり自分の意志をはっきりと明確に伝えることができない患者さんが増えてくると思うんですね。ただそういう中でも意志決定支援はもちろん重要なことで、患者さんの意向を尊重しなければいけないような中で、認知症の患者さんを多分診ている先生方もいると思うので、

そういう認知症の方に対する意志決定支援を具体的にどういうふうにすればいいのか、ちょっと教えてもらってよろしいでしょうか。

小川

ありがとうございます。認知症の方の話はそれだけでも難しい点があるんですけども、確かにがん治療医の先生方へのアンケートでも、いま一番高齢者の診療で困ってる点というのは認知症という話題が出ていますので、そこは非常にポイントになるかなと思います。認知症の方の場合、意志決定支援という前に、まずその患者さんがどれぐらい治療とか、状況をご自身で理解されているかというのを最初に考えなきゃいけないというところが1つ、大きな点なんです。これが実はよく看護師さんに同じようなことを聞かれたときにお話しさせていただくんですけども、まず患者さんが「主治医の先生からどんなお話をされましたか？」というのを、ある意味、確認の意味でお話を伺いながら、その方がどのぐらいどういうふうに理解されているのかとか、あるいはどういうところを逆に誤解されているのか、そこを確認して、まずそこをきっちり詰めた上で次のステップに移るというところを意識するようにしています。その上になってくると、次にご本人様をご自身である程度、まずいま一番は理解。価値観というのもあるんですけども、まず理解というところを踏まえて、その上でご自身でそういう価値観が話せるかどうか。そこを合理的に話せるかどうかというのを確認して、それが難しい場合にご家族と一緒にそれを考えていくというステップになるのかなと思います。

主治医の先生の話で、確認の上で次に問題になると言われるのが、アドヒアランスのところなんです。これはやっぱり治療のセルフケアのところと、TS1とかでそうなんですけど、ご自身で飲めるかどうか。そのあたりが実は結構危ないところがあって、これはご本人さんの理解もそうですし、ご家族がどれだけ協力できるか。あるいは周りに在宅を含めたサポート体制があるかどうか、そういうのを確認しながら進める。そういうのを1つ1つやるとなかなか大変なんですけども、やはりそれをきっちり進めることが高齢者のがん治療では大事だろうということが最近少しずつ話として出てきている点があります。

木澤

高齢者のケアを考えるにあたって、いわゆるプライマリーケアとか、地域の本当にベーシックな、イギリスとかオーストラリアとかはGP制度があるからある程度担保されますけれども、そこがないとなかなか高齢者のケアってやっていくのは難しいですよ。ありがとうございます。がん治療だけではとらえられない問題も出てきています。その他、この話題で何かご質問、ご意見いかがでしょうか。意志決定支援と情報提供について。ではこの話題を最後にしたいと思います。

### 一般参加質問者

緩和ケアという言葉、適切な情報提供という意味でご提案なんですけれども、緩和ケアというのは生き抜くために行うことであるんですが、いまお話を聞いてみると、死を意識するというのも当然その流れの中にはあるわけで、ずっといままで緩和ケアに携わっている中で、ホスピスという言葉はだんだん消えていって、ホスピスという言葉と緩和ケアという言葉を一度切っておこうというような意図が、個人的な考え方ですが、感じられていて、ですがやっぱりこういう流れから言うと、緩和ケアという言葉の中に死ということを含まざるを得ない状況はあるだろうと思っています。なので、適切な情報提供という意味で、緩和ケアを受けましょうという言葉については治療医の先生とか診断の先生が「緩和ケアをやりますよ」というふうに言ってくださると多分いいのではないかなというふうに思うので「私は緩和ケアをやります」というふうに言っていただいていた方がいいんじゃないかなと思いますが、いかが思われますでしょうか。情報提供をするという意味で。

太田

ただ一般の方々が、これもそうですけれども、緩和に関する認識がまだまだ違いますよね、とらえ方が。一般の講演のときには必ず私はがん治療支援という意味があるということを常に言うてはいるんですけれども、まだまだそういうとらえ方をされませんので、緩和ケアが必要な方の場合には症状を取るような意味での説明をいたします。

### 一般参加質問者

そのときに緩和ケアという言葉は使いますか？

太田

緩和という言葉はもし向こうから言われた場合にはそういうものだということは説明しますが、あえて私が「緩和ケアを」というふうな言い方を患者さんに向かってはしません。症状を取るというふうな説明をしています。

**小川** 私のはうはいつも患者さんに説明するときは、がんを攻める治療の三本柱は外科治療、薬物治療と放射線治療ですね。この3つはやはりがん細胞を攻撃しに行っているという説明をします。緩和医療という言葉も時として出しはしますけれども、やはり積極的に守りに行く治療、体力をなるべく温存して急激に消耗するのを少し抑えるような治療ですね。積極的な攻める治療ではないんだけど、体力が消耗するのを遅らせる、踏みとどまらせる治療という形で説明をして、その中に症状を取って行って、なるべく日々平穏に過ごしていたころに近づけるような体調で、できる限りの今後の治療をしていきたいと思いますという説明をしています。

**木澤** はい、お答えになっていますでしょうか。どうもありがとうございます。では続きましての話題というか、方向性3つ目のところに移っていこうと思います。3つ目のところは苦痛のスクリーニングと適切な症状マネージメントというところにあります。症状マネージメントのことはまず置いておき、スクリーニングのことを少しお話ししていきたいなと思います。プレゼンテーションの中では有賀さんが少しスクリーニングのことをお話しいただいたんですけど、具体的にどんな取り組みをされているか少しご紹介いただいてもよろしいでしょうか。

**有賀** あまり進んでるわけではなくて、緩和ケアチームに依頼があった患者さんは先ほどのシートを使って、例えば痛みということで依頼があったとしても、すべての症状を網羅的にスクリーニングをしているという段階です。これが本来だったら、がん治療中の患者さん方に定期的を書いていただけるような流れをつくれればもっといいんだろうなとは思っていますが。

**木澤** 先ほど裏で話をしまして、聖路加はもっと大々的にスクリーニングをされているようなので、ちょっと状況をお教えいただいてもよろしいでしょうか。

**高橋** 一応、聖路加国際病院では2年前でしょうか、JCIと言って、アメリカのほうのジョイント・コミッティ・インターナショナルというところの国際医療評価というのを受けて、それをきっかけに、痛みに関しては外来は必ず毎回受診時、入院中は毎日スクリーニングをするということがルールになっております。痛みに関しても、痛みの有無と、痛みがある場合には部位とか性質、強さ、パターンなどですね、そういった経過を必ず聞くということになっております。なかなか忙しい外来の診察の中で難しい面もあるんですけど、一応がん以外の方も全員です。皮膚科も耳鼻科も眼科もすべ

ての患者さんに対してそれをスクリーニングするということになっております。入院中は看護師が毎日それを確認しております。外来の場合は、看護師がお会いしない患者さんも多々いらっしゃるので、医師が確認する責任があるということになっております。どうしてもなかなか完全にはいかなくて、忙しい診療の中でできていないところも多々あるんですけども、そういったような取り組みをしています。

**木澤**           ありがとうございます。では他にパネラーの皆さん、そしてフロアの皆さんで、うちはこんな取り組みをしていますとか、こんな取り組みを知ってますというのがもしあれば教えていただいたり、シェアしていただいたりすることは可能でしょうか。ちょっと引いてますね、皆さん。どうでしょうか。いかがでしょうか。お願いします。

### 一般参加質問者

当院は緩和ケア委員会のリンクナースを中心に、がん患者でオピオイドを使用している患者さんには入院時に必ず、そして入院中も月1回は痛みのチェックシートを使って痛みの査定を行っています。それと昨年度から緩和ケアチームが依頼をもう少し増やそうという意図もありまして、オピオイドを使用している患者さんをピックアップして、その患者さんを週1回、必ずSTAS-Jを使ってスクリーニングしています。その状況でがん患者さんの約8割がSTAS-Jの評価で2以上の症状、つらい症状を持っているということが判明しまして、その結果を看護部のほうでも介して、できるだけ緩和ケアの質の向上と依頼を増やすという働きをいま始めているところです。

**木澤**           ちょっと追加で聞いていいですか。毎週STASを見て、STASの状況を回診して見たら、高い人がいたらそこで何かアクションを起こしてらっしゃるんですか。

### 一般参加質問者

ラウンドは火曜日に行っていて、翌日水曜日に緩和ケアチームがミーティングを行っています。そこで症状の強い患者さんに関しては、その症状をカルテに記載して、幸い電子カルテですので、すべての先生が見れる状況になっていますので、そこで状況とコメントを返らせていただいています。

**木澤**           場合によっては電話したりすることもあるということですか。

## 一般参加質問者

いまそこが課題で、本当は顔の見えるコミュニケーションということなんですが、どうしてもつらいときは病棟の看護師を経由したりとか、直接私たちのほうからご連絡をさせていただくこともありますが、あまりやると不評を買う場合もありまして、そこが非常にいま難しいところです。

## 木澤

でもとりあえず監査をして、改善できるようなアプローチをいま考えていらっしゃるということですね。

一般参加質問者 はい、そうです。

## 木澤

大変ありがとうございます。他には何か取り組みをご紹介いただける方はいらっしゃいますでしょうか。はい、お願いします。

## 一般参加質問者

あまりまだ大々的にはできてないんですけども、こちらは神戸の300床程度の病院で緩和ケアチームをしております身体症状専任の医師なんですけれども、進行肺がんの治療の早期から外来を受診していただくという取り組みを去年からしております、今年の春、夏ぐらいから受診していただいたときに、生活のしやすさのシートを使って、痛みのパターンとか、その辺をまず記録を残していこうということをしております。また入院とか病状の変化があったときには、また必要と認めたときにそれをまた比較できるようにというふうにしておりまして、うちは幸いがん専門看護師がおりまして、協働でそういうふうにしております。

あと入院患者さんで医療用マークを始めた人に関してはもう熱計表のところに痛みの疼痛のグラフ、5段階のスケールですけれども、日々大体勤務の間に1回ぐらいは必ずチェックしますので、そのグラフがずっと毎日残っていくというところで我々が回診のときなんかにお薬を変えたときにどう評価しているとか、それがいまオピオイドだけですので、普通のトラマールであるとか ترامセットであるとか、そういう鎮痛薬が始まった人に全員始めていくような改善方法を考えているところです。

あと依頼を受けた患者さんにSTAS-Jをこれから全例取り組んでいこうというところで取り組みをしていると、その3つをしております。

木澤

さまざまな取り組みのご紹介ありがとうございます。もう1つ、このところで取り扱いたいんですが、その組織的なスクリーニングとは別に、有賀さんが先ほどプレゼンテーションの中でおっしゃってましたけど、もともと痛みを訴えなかったり、訴えにくいような気持ちの障壁があるので、それを取り払うようなコミュニケーションをということをお話になったんですけれども、もしそんな工夫を外来等でされている施設、患者さんが痛みを訴えやすくするような工夫をされている施設というのはございますでしょうか。パネラーの皆さんの施設も含めて、いかがでしょうか。なければ有賀先生、何か具体的に取り組まれていることを教えていただいてもよろしいですか。

有賀

やはりNRS、数値化するような習慣を常々付けているんですが、数字を使うのはすごく難しく、これは再現性、有益性がどうなのか、ちょっとあれなんですけれども、ティッシュペーパーボックスとか、何かあるものを縦にして、多分これはつらさの寒暖計に似てるんですけれども、全然痛くないのがこことして、すごく痛いのがこことしたらどのぐらいですかというふうに指してもらうことがあるんですね。認知症があっても、結構うまく「まあまあ半分ぐらい」とか指してくださるんです。薬を始めた後、これが変わっていくことを見ながら、その評価をしていったりするんですけれども、こちらのほうではなかなか残しづらいので、これを10点としたらどのぐらいかで概略を残していったりするんですが、結構これは好きで患者さんもうまくやってくれます。

それからあとは化学療法中の患者さんですと、末梢神経障害のスクリーニングという意味で「ボタンをかけることに支障は出てませんか」ということを聞くことがあります。「それはちょっとかけづらいんです」と言われた場合には、もう少し詳しく身体所見を取って、末梢神経障害が激しく出るときには担当医の先生に患者さんの了解の下、お伝えしたりすることもあります。

木澤

ありがとうございます。定型的な、いわゆる質問表を使うというのも1つの方法ですけれども、逆に臨床的には患者さんの訴えやすい方法や拾い上げやすい方法で患者さんの苦痛を拾い上げていくという取り組みも重要なのかなというふうに感じました。

では次のところにまた移っていこうと思うんですけれども、時間もそろそろ押してきてますので、専門的緩和ケアの利用ですね。簡単に言うと、緩和ケアチームであるとか、緩和ケア病棟であるとか、専門的な在宅ケアをどう利用していくかということについてなんですが、この点はどなたがいいでしょうか。まずは高橋さんに、ちょっとこんなふうにご利用してもらいたいなというのを話ししていただいてもよろしいでしょうか。

**高橋**

やはり患者さんは症状マネジメントが難しい状況ですね。もちろん一般的に治療医の先生方が基本的な疼痛緩和はされていらっしゃると思うんですけれども、それでもなかなか痛みが取れないとか、あとは副作用対策がなかなかうまくいかないとか、そういったときには是非専門的な緩和ケアチームにご相談いただければいいのではないかなと思います。

**木澤**

もしフロアの方から、うちはこんな状況なんだけど、どうしたらいいんだとか。はい、どうぞよろしくをお願いします。

**一般参加質問者**

専門的な緩和ケアと基本的緩和ケアということなんですけれども、確かにそういう違いはあるかと思いますが、実際に臨床をやっているほうから見て、かなりのところまでできるんじゃないかなと思うんです。抗うつ剤を使ったり、ステロイドを使ったり、あと鎮痛剤ですよ。そういう3本柱でやっていくということになれば、例えば在宅なんか。私は実はいまはもうそっちのほうに進んでるんですけれども、ご家族の了解、苦しくないことはないのかとか、いろいろお話をしないといけないんですよ。お亡くなりになる前はやっぱり1人で頑張っていたり時期はありますよとか、いろいろなお話をします。その上でいろいろそういうお薬を使っていくということで、おそらく一般病棟にいても、緩和ケア病棟にいても、おうちにいても、基本的には変わりなくできるんじゃないかなと思うんですね。という考え方はどうでしょう？

**加藤**

本当におっしゃる通りで、そういったものが提供できる医療者がいる医療機関、地域であればきっとそれができる。ただ一方で、まだそれができないので、それをできるだけいろんな地域でも緩和ケア病棟、在宅で同じようなしっかりとした、いい緩和ケアが提供できるように。

**一般参加質問者**

もう何十年も前にホスピスをつくらう、つくらうと騒いでた時期があるんですよ。でもだんだんその熱意がなくなってって、という大変ですけども、特定の場所で特定のことをするというのではなくて、厚生省も私が言うのを聞いたら喜ぶかもしれませんね、金がかからないから。一般の家庭でもできるような、といいますか、もっと一般化した、決して専門的にやるのが悪いというわけじゃないんです。いろんなわからない

ことがわかったり、専門的な部分で研究的な内容になりますけれども、やっていくこと  
によって新たな進歩が得られる点はあると思うんですね。ただ実際の診療でできる  
範囲というふうになると、専門性というのをどこまで追求していくべきなのか。やっぱ  
りずっと最初から手術をしまして、患者さんをずっと外来で診て、再発して、効くか効  
かないかわからないけど、多少は効果があるかなと化学療法をやったりとか、脳メタ  
を起こしてラディエーションをやったりとか、患者さんはやっぱり自分のところに来る  
わけでしょう。いきなり主治医を代わるというわけにはいかないんですね。もちろん  
少しずつ緩和ケアのほうに行っていくということもいいですけど、向こうに行ったから、こ  
ちらが顔を出さなくなるというわけにもいかない。病院でもそうですよね。やっぱり  
患者さんというのはもちろん「お前なんか嫌いだ」と言う人もいるわけですけども、  
主治医に非常に頼ってるところがありますよね。そういった意味では専門的な方面  
の先生も、それはもちろん立派な先生がいらっしゃるわけですけども、どの程度関  
与していくのか、誰が中心になって診ていくのか、いろんな問題が実際に起こってき  
ましたね、病院も。だからそういった点も考えますと、難しいですね。治療の主体  
者は誰かということですね。

## 加藤

ありがとうございます。おそらく療養の場所、治療の場所が代わると主治医も代わ  
らざるを得ないところがあるのかもしれませんが、例えば一般の病院の中で行ってい  
く緩和ケアであれば、おそらく主治医は同じ主治医のままで、必要に応じて緩和ケア  
チームが相談に乗って、その部分についてコンサルトに応じて何かできるものを提  
供するということだと思います。おそらく緩和ケアチームが提供する緩和ケアも、ま  
だ緩和ケアに取り組み始めた病院だと本当に麻薬の使い方というところを中心とした  
依頼が多い病院も、だんだん教育が進んでいくと、そういうような依頼はだんだん減  
っていくって、むしろ普通に対応しても難しいような痛みとか、もっと複雑な症状とか、  
そういったものを中心とした依頼に変わっていくと思いますので、おそらく緩和ケアと  
いうふうに言っても、専門的な緩和ケアと言っても多分病院の状況、時期によって内  
容もかなり変わってくるのかなと。ただいずれにしろ一番大事なものは、患者さんが苦  
痛なく過ごすことで、困ったら気兼ねなく相談に応じられるような体制をつくるとい  
うのがまず第一かなというふうに思っています。有賀さんが先ほど弱い症状でもな  
かなか訴えてくれないというような話がありました。そういう中で緩和ケアの専門家た  
ちがそういうようなところで何を支援することができるのかというのはありますでしょ  
うか。

## 有賀

まず専門的と基本的の違いといいますか、線引きじゃないですか。多分そこがどこにあるのかということが1つあろうかと思うんですね。これはあくまでも私見です。学会のとかそういうことではなく、私見なんですけれども、1つはコンサルテーションに当たれる、自分が診てる患者さん以外で他の先生が診てる患者さんの相談を受けたときに、それに対して一緒に併診をするといいますか、患者さんを診なかったとしても、ある程度コメントができ、一緒に何か知恵を出し合いながらいい方向に持っていくことができるような役割であったり、もともとトレーニングを受けた分野、私は腎臓外科がずっと専門分野だったんですけれども、そこを超えて、例えば婦人科がんでも、肺がんでも、脳外科的ながん種であっても、すべてのがん、これはがんに特化したというのでは本当はいけないのかもしれませんが。本当はがんではないものまで含めなくてはいけないのかもしれませんが、自分のいままで学んでいた専門領域を超えて、すべてのがん種に対するコンサルテーションに当たれるというのも1つ求められるところではないかというふうに感じます。なので、いまフロアからご発言された先生、本当に力量高い先生だなと思いますので、是非とも地域の先生方の相談に乗っていただけると、またボトムアップになるのではないかなというふうに感じました。

先ほどの弱い症状に専門的緩和ケアとしてどうアプローチしていくか。つまり痛いということがはっきりとわからないような状況の患者さんにどうリーチしていくか、非常に難しいところだなと思うんです。そうすると、これはひとまず情報提供なのかなと思うんです。この病院には緩和ケアチームがありますとか、痛みで困っている方がいらっしゃれば、緩和ケア外来、初期の患者さんでももちろん受診していいんですよということがわかるような情報提供なのかなと思うんです。私のところは数名だけなんですけれども、いらっしゃったことがあるのが、たまたま病院の動画を幾つか撮っていて、それを無作為に病院側がスクリーンを使って流すということを待合でやっていたようなんですね。たまたまそこで見た緩和の動画を見て、ああ、痛かったら、がん治療中でも、診断を受けたばかりでも行っていいんだとわかって、主治医に「行きたいんだ」と言って来たとおっしゃった患者さんがいらっしゃったんです。なのでこちらからどう掘り起こすかというのは非常に難しいので、情報をとにかくいろんなところに置いて、患者さん自身がこちらにアプローチしていただきやすい患者さんをどうつくるかというところかなというふうに感じています。

木澤

はい、ありがとうございます。いろいろな意見があると思いますけれども、本当にアプローチのしやすさは垣根を下げていくとか、バリアを低くしていくというようなことなのかと思います。ちょっと時間も限られていますので、次のテーマのほうに移っていきたいと思うんですが、5つ目、患者さんや家族のニーズに応じた治療、療養の場の調整ということなんですけれども、前のほうにある意志決定支援とか、そういった部分とも重なる部分であるだけけれども、やっぱりこういうふうにあえて、こういう項目を出してみました。やはり療養の場の調整ということで、いろいろと実際に悩むこともあるかなと思うんですが、どうでしょうか。高橋さん、度々振って申し訳ないんですが、良かったら教えてください。

高橋

そうですね。療養の場に関してはやはり患者さんによっても本当にさまざまなニーズがおりになると思います。例えば独身の方でしたら、やはりご自分で身の周りのことができなくなれば病院に入院したいとか、ご家族がいらしてもご高齢なので配偶者には迷惑をかけられないとか、負担をかけられないというような理由から病院を希望される方もいらっしゃるれば、最期までできるだけおうちで過ごしたいという方もいらっしゃると思うので、やはりそういったような価値観というのを早い段階から患者さんとコミュニケーションを取りながら伺っていったりすることがとても大事なのではないかなと思います。どうしても患者さんは治療を受けている最中なんかは特にこうせねばならないと思いついて、病院に誘導されているようなところもあって、病院の流れに乗っていかなくちゃいけないんじゃないかというような思い込みがあって、例えばおうちに帰って家で過ごしてもいいんだと、最期の最期までおうちで過ごすこともできるんだということをご存じなかったりとか、治療に関しても化学療法を先生に提案されるがままだに受けていなければいけないと思っていたというような患者さんもやっぱりいらっしゃって、先生にはこうやって「まだ頑張っていこうね」と言われるけれども、自分としてはもうこんな体力が落ちている状況では、あまり自分らしくないし、本当は治療を受けなくてもいいんじゃないかと思っているとか、ある患者さんがおっしゃっていたのは「自分はももとの元気からすれば、いまは元気が50%ぐらいなだけで、元気50%で長々と生きるよりは元気100%で短くてもいいから過ごしたい」とおっしゃった方もいらっしゃって、でもそれがなかなか主治医に言い出せなくて「どうやって先生に切り出したらいいいのかしら？」とおっしゃったというような患者さんもいらっしゃいました。なので、そういった患者さんの日頃の思いを私たち看護師のほうで言いやすい患者さんとかもいらっしゃると思うので、そういった多職種がそういった気持ちをキャッチして行って、主治医とコミュニケーション、情報共有していったりとい

うことも大事だと思ってますし、そういった方にリビングウィルという形で、こういったような意志決定のツールがあるんだというようなことをお知らせしたりということを考えてやっております。

**木澤**           ありがとうございます。太田さん。

**太田**           そういうことをご自分で言っていただける方がいて、またそれを受け止めてくれる方がいればいいわけですが、やはりこういうことを意識している主治医がやはり問題だろうと私は思いますね。私も PEACE の緩和ケア研修を受けるまで、4~5年前まではこういうふうな考え方があまりなかったので、すべてやっぱり遅れてました。でもあの研修を受けて初めて、こういうことはやっぱり早く、これから先、積極的な抗がん治療ができないということがわかるような患者さんの場合には早め早めにこれを主治医のほうからお話ししないとすべて遅れていくだろうと思います。

**木澤**           遠藤さんはどんな取り組みを普段されているかを。

**遠藤**           もちろん治療を行っている方になかなか言いづらい、抗がん療法を行っている方に「いずれ効かなくなったらその後どうしますか」というところは言いにくいんですけども、そこは一番最初に戻りますが、やはり最初の時点で「非常に難しいですよ」ということをちゃんと説明していますので、いまはうまくいってますけれども、効かなくなるときに今後の治療をどうするのか。1時間ぐらい、あるいは2時間近くかけて大学病院まで来られる方もいらっしゃいますけれども、基本的には標準治療です、抗がん剤治療につきましては。ですから近くの施設でもできる場所を探してあげて、なるべく日常生活の中で治療が溶け込めるような形で続けていく道も選択肢として提示はするんですけども、そこはやはり治療を当院で続けたいという方も多ければ、ご本人が本当は近くのところだと言われても、ご家族がやはり大きなところ、あるいはいままで通りの先生でというご希望があったりすると、話し合いを重ねてもなかなか本人の意志通りにいかないこともあります。でも多くの方はやはり治療している間にお話をして、なるべく希望に沿うような形で治療は継続していきます。

**加藤**           ありがとうございます。はい、ではフロアからは是非よろしく申し上げます。

## 一般参加質問者 A

介護保険サービスとの連携の質問なんですが、どうしてもがんの場合、終末期に近づいてくると身体能力が落ちてきたり、あと小川先生がおっしゃったように認知症の方がいらしゃったり、あと最初からもうかなり終末期の症状でいらしゃる患者さんも確かにいらしゃいます。そういった方は有賀先生がおっしゃるように、確かに Well-being のためには、例えばご自宅で介護用のベッドを整えたりとか、あと脳転移がある方でふらついちゃう方でしたら手すりを付けてあげたりとか、あと訪問看護を入れたりとか、あと入浴のサービスを入れたりとか、そういったことが包括的なケアにつながると思っています。ただ介護保険の場合は申請してから使えるまでに1ヶ月ぐらいは最低でもかかってしまいますし、いま医療保険と介護保険は全く別個で存在してまして、我々ができることというのは介護保険のときの主治医意見書を書いたり、訪問看護指示書を書いたり、あと在宅でいい先生がいらしゃればそちらの先生と連携を取ったり、そのぐらいしかできなくて、実際にあっちのほうのいろんなことはケアマネージャーなんか握ってるので、なかなか我々がアクションをうまくかけられないというような実情があって、それがジレンマだというふうに最近感じています。そういったところで介護保険のサービスをうまく使うのが包括的なケアにすごく重要なことだというふうに思ってるんですが、そういった働きかけをうまくする知恵と申しますか、戦術と申しますか、手法があつたら聞かせていただきたいと思います。

**木澤** 先生、迅速審査のこととかもあるのでご紹介いただいてもいいですか。介護保険について。フロアの力を使いまして。

## 一般参加質問者 B

大分審査が早くなりまして、浜松の場合だと2~3週間でがんの末期というふうには書けば審査を早くしていただけるようになってきておりますので、積極的に利用していただければと思います。とにかく在宅の先生に投げいただければ、そこで何とかしますし、きっと何でも受けますので、そういうところではご相談いただければよろしいかと思えます。

**木澤** 全国中、迅速審査の制度はかなり整っていますので、ケアマネさんに医師が電話してご家族に話せばまず行けると思いますが、

## 一般参加質問者 A

ケアマネージャーさんも結構千差万別で、在宅の先生もやはりかなり差があるというのが地方のほうだと実情で、私も今年ケアマネージャーの勉強をして資格を取ったんですけども、そっちのほうにいろいろと乗り込んでいっているいろいろと行ってはいるんですが、やはりケアマネージャーの方ってかなり我々医療者以上に差があるというか、温度差があるというか。一番いいのは在宅の先生で先生のようにすごく立派な先生がいると、すべてお任せできてあれなんですけど、すぐ患者さんが戻ってきちゃったりというのが実は結構多くて、静岡県はすごく緩和ケアが進んでいる地域なので、うらやましいなというふうに感じているところです。ありがとうございました。

## 一般参加質問者 B

すみません。ちょっとそこら辺の意志決定のところ、よくアンケートがあるんですけども、患者さんはできるだけ最期まで家にいたいけど、最期は病院でと。そういうふうなお気持ちの方がやっぱり多いんですね。6割以上がそういう形で最期まで在宅という方はおそらく20%ないんですね。そういうときにやっぱりいよいよ最期になってくると「先生、もうしんどいから家族に迷惑かけるし、病院に行くよ」とおっしゃる方もいるんですね。「そうですか。しんどいでもんね」と受けるんですけども、そのときにそこがミソだと思うんですけどね。やっぱり家族の方に看取らせると言うんでしょうか。親孝行させてあげる。そういう役割もありますよね。親のことを一生懸命見て、その姿をお孫さんが見てますよね。命を大切にするという気持ちがつながっていきますよね。ですから「そういう役割もあるということを考えてくださいね」というふうに戻したりするんです。コツは、そういうお話をする前に息子さんとかに「ちょっとしんどくなってきたから、おじいちゃんそういうふうに言うかもしれませんけど、頑張りましょうね」というふうにちょっと先に話しておくことがコツだと思うんですけども。僕らはできるだけそういう話をして、命をつなげるような在宅医療ということでやっているというところがあります。

あと4番の専門的緩和ケアのところですけども、浜松ではオプティブスタディがありまして、アウトリーチという形で各拠点病院の緩和の先生に月に1回ですけども、うちの病院とかに来ていただいて相談の時間を設けています。当初はやっぱり痛みのコントロールとか症状コントロールが主だったんですけども、だんだん相談の内容がやっぱり心理的なアプローチであったり、そういうふうに変っていくという研究の結果なんかも出てます。またオプティブのホームページに結果が出てると思いますので、またご参考にいただければと思います。

## 加藤

はい、ありがとうございました。そろそろ時間も限られてきてしまっているんですけども、療養の場については先ほど太田さんもおっしゃってましたけれども、やはり例えばソーシャルワーカーとかにいろいろと相談に来て、情報提供をすることは可能なんだけれども、最期にどうするのか。本当に場所を決めるというところは、やはり治療医の先生方が最期のところはしっかりと話し合っていないと決まらないものだと思いますので、やはり療養の場の選択においても治療医の先生方の活躍する場面は多いのかなというふうに思います。

このパネルディスカッション、この5つのテーマで話し合ってきました。できれば話し合ってきたことを踏まえて、具体的にどういうふうに行動していくべきなのかということは今後我々も考えていきますし、今日の議論も踏まえて、また引き続き意見などもらえたらいいなというふうに思っております。

これらのことで今日少しでも役に立てそうなところがありますでしょうか。また、是非感想などもアンケートのほうにいただけたらというふうに思っております。では第2部のパネルディスカッションは以上にさせていただきたいと思いますが、引き続きこのまま閉会のほうに入っていきたいと思っております。

まずパネルディスカッションのパネリストの皆様、どうもありがとうございました。

それでは閉会に入っていきたいと思っておりますが、このまま進めていきます。最後に全体を通して、緩和医療学会の副理事長であります木澤さん、引き続き、最後によりしくお願いいたします。

## 木澤

皆さん、長い間本当にありがとうございました。今日は「がんと診断された時の緩和ケアを考える」と、4時間にわたって皆さんと考えてきたわけですが、本当に明日から何をやっていったらいいかということ、さっき5つのアクションが出ていたと思うんですけども、具体的に何をやったらいいかということを考える1つのきっかけになったかなと思います。個人的に本当に感じたのは、やはりコミュニケーションが本当に重要だなというふうに改めて感じました。患者さん、ご家族と真摯に向き合っていて、どうやっていったらいいかを予め話し合っていく。そして起こってきたお気持ちであるとか、ご家族を含め、さまざまな問題を医師としてだけではなくて、本当に生活者として地域で支えていく。それを支えていくような仕組みを地域でつくるということが改めて大切で、明日からやらなきゃいけないことは多いなということを改めて痛感した午後でございました。

少しでも今日お話し合いをした内容が皆様の診療に役立てばというふうに思いま

すし、学会としても、このシンポジウムの結果等をもう一度ビデオで撮っていただいたり、録音していただいたりしていると思いますので、データとして起こしまして皆様にご提供等していければというふうに考えております。まずは本当にパネリスト、ご講演者の皆様、そしてご参集いただきました皆様にお礼を申し上げて、今日のシンポジウムを終了したいと思います。皆様どうもありがとうございました。

**加藤**

これですべてのプログラムが終了となります。皆様、本日はお忙しい中ご参加いただきまして本当にありがとうございました。

— 終了 —