

The 24th Lung Cancer Workshop

緩和医療の現状と展望

—シームレスながん医療のために知っておきたいこと—

田中桂子¹

Palliative Medicine —Important Topics Regarding Seamless Cancer Care—

Keiko Tanaka¹

¹*Division of Palliative Care, Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center, Komagome Hospital, Japan.*

ABSTRACT — Refractory pain and dyspnea are often observed in lung cancer patients. Palliative care is therefore important and we outline its current situation in the following 5 key phrases: 1) Anti-cancer treatment together with palliative care: Palliative care should be delivered not because the patient is in a terminal stage, but because they need it. 2) No cancer ‘refugees’: Building local networks is required to enable patients to readily and easily transfer between hospitals, palliative care units and their homes. 3) Support the patient’s philosophy of life: All patients have their own sense of values. Informed choice is more appropriate than informed consent. 4) Promotion of palliative care: Encourage the use of learning courses and guidelines of palliative care. An education system for palliative care specialists is also being prepared. 5) Linking palliative care: An interdisciplinary team approach with physicians, nurses, pharmacists, nutritionists, rehabilitation staff, social workers and others is important in managing total pain, which includes physical, psychological, social and spiritual pain.

(*JJLC*. 2011;51:131-134)

KEY WORDS — Palliative care, Informed choice, Total pain, Interdisciplinary team

Reprints: Keiko Tanaka, Division of Palliative Care, Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center, Komagome Hospital, 3-18-22 Honkomagome, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8677, Japan (e-mail: keiko-tanaka@cick.jp).

要旨 — 肺癌患者では、特に疼痛・呼吸困難など難治性の苦痛症状が生じやすく、緩和医療・緩和ケアの果たす役割は大きい。以下の5つのキーワードをもとに緩和医療の現状を概説する。①がんになったら緩和ケアも：緩和ケアとは、病気の進行度とは関係なく症状やニーズがあれば提供されるべきものである。②がん難民をなくすために：がん専門病院・一般病院、在宅、緩和ケア病棟のどこでも緩和ケアが受けられ、スムーズに選択でき行き来できるような地域のネットワーク作りが重要である。③「その人らしさ」を支えるために：終末期において大切なことは人により様々である。インフォームド・

コンセントから一歩進んで、インフォームド・チョイスの提供が求められる。④緩和ケアを「広げる」・「深める」ために：緩和ケアの均てん化のための研修会やガイドラインの普及、専門化のためのシステム作りが進んでいる。⑤緩和ケアを「つなげる」ために：身体面・精神面・社会面・スピリチュアルな面を含むがん患者のトータルペインには、医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ職・心理職・ソーシャルワーカーなど、多職種合同チームによるアプローチが重要である。

索引用語 — 緩和ケア，インフォームド・チョイス，トータルペイン，多職種合同チーム

¹がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科。
別刷請求先：田中桂子，がん・感染症センター都立駒込病院緩

和ケア科，〒113-8677 東京都文京区本駒込 3-18-22 (e-mail: keiko-tanaka@cick.jp).

はじめに

肺癌患者では、特に疼痛・呼吸困難などの苦痛症状が生じやすく緩和が困難な場合が多い。「からだのつらさ」が「こころのつらさ」につながることも多く、それらが抗癌治療への意欲や治療選択の意思決定に悪影響を及ぼし、治療経過や生存期間にまで影響を及ぼすことが示唆されており、さらに、そうした身体・精神症状は本人だけでなく家族の身体的・精神的負担にもつながることが示されている。このように、がん医療、特に肺癌医療において、緩和医療の果たす役割は非常に大きい。

ここでは、以下の5つのキーワードをもとに緩和医療の現状を概説し、今後の展望を考えていくヒントにした。

(1) がんになったら緩和ケアも

緩和ケアとは、「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、疾患の早期より、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を改善すること」と、WHO(世界保健機関)で定義されている。¹

重要な点は、①患者だけでなく家族(遺族)も対象とする、②終末期だけではなく疾患の早期から対応する、③身体面だけではなく多角的な問題に対応する、④生存期間だけではなくQOLを重要視するという点である。特に②の対象者の拡大については、それまで「治癒を目的とした治療が無効になった患者に対して」と定義していたものを、2002年に「疾患の早期から」と定義し直されたものであり、注目に値する。「抗癌治療か緩和ケアか」という二者択一では決してなく、緩和ケアは積極的抗癌治療をサポートし相補う位置づけであり、患者家族からのニーズがあれば、それが緩和ケアの適応であり、開始

すべきタイミングである (Figure 1)。

(2) がん難民をなくすために

「標準治療でもうやれることがなくなった」と「がん治療医」から言われた患者が継続して診てもらえる医療機関がない、多くの患者が在宅で最期を迎えることを希望するが実際は病院で看取られる方が90%以上であるなど、治療の「ギア・チェンジ」や療養場所のスムーズな移行が困難であることなどが問題となっており、いつでもどこでも誰でもが継続的に緩和医療を受けられるよう「切れ目のない移行 (seamless transition)」が求められている。

緩和ケアの「トライアングル」とは、①がん専門病院・一般病院、②在宅、③緩和ケア病棟のいずれにおいても同質のホスピスケアが提供され、病状によって選択でき、スムーズに「行き来」できるような体制をさす。そのために、病院の医療相談窓口、訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、居宅介護支援事業所など、地域のネットワーク作りが重要課題である。

(3) 「その人らしさ」を支えるために

「終末期において大切なこと」について、治療の望めない患者・遺族・医療スタッフを対象としたアメリカの大規模調査²によると、70%以上の人が共通して重要とした項目は、疼痛などの苦痛症状がないこと、治療を選ぶこと、自己完成感があることなどであったが、個人差が大きかったものとして、延命治療を受けること、自宅で死を迎えることなどであった。さらに、9割以上の患者が、意識が清明であること、負担にならないこと、他人の役にたつことを重要だと考えたのに対して、医師では約半数に留まり、有意な差があった。

治癒をゴールとすることが困難になり残された時間が限られている段階では、本人の人生観・価値観を尊重し、本人が選択し納得した治療を支え、その方らしい生活を

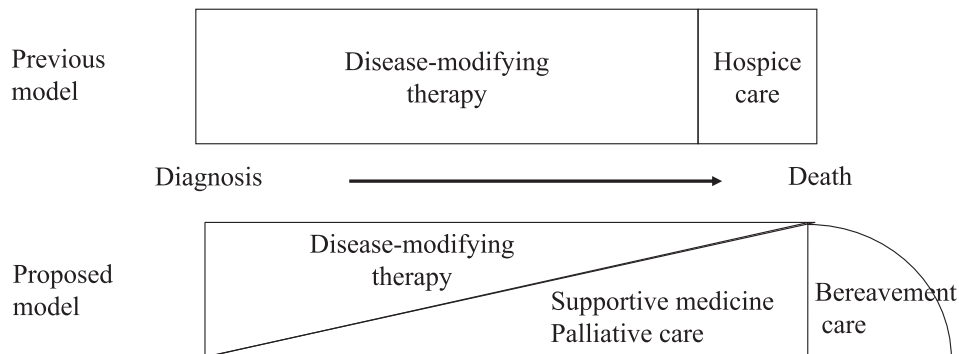


Figure 1. The relationship between disease-modifying therapy, supportive medicine and palliative care.

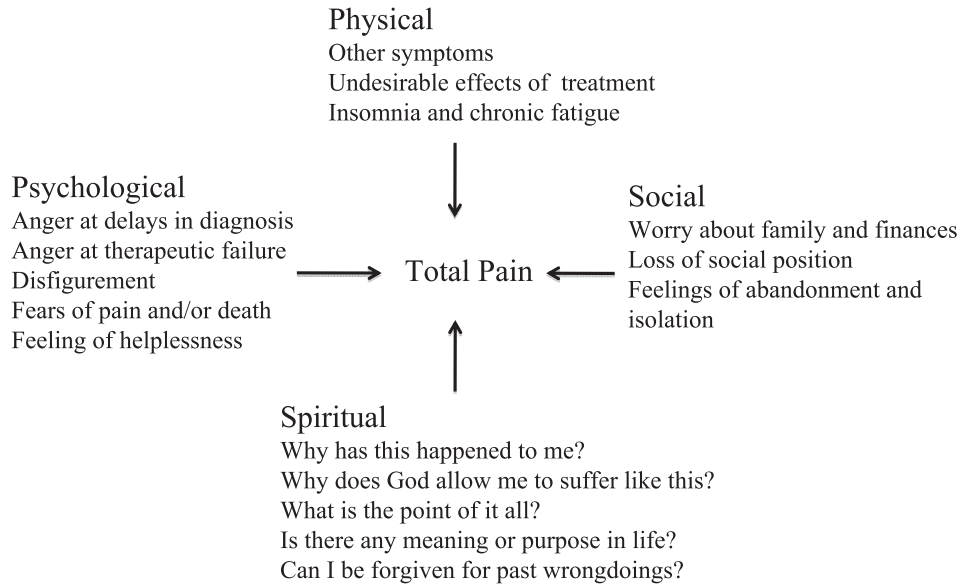


Figure 2. Total pain.

支えることが、治療・ケアの最大のゴールとなる。「医学的に正しいこと」と、目の前のその患者にとって「すべきこと」が必ずしも一致しないのが現実であろう。インフォームド・コンセントから一歩進んで、インフォームド・チョイスの権利を患者に提供し、エビデンスに基づいた医療（evidence based medicine）と物語に基づいた医療（narrative based medicine）のバランスを取る柔軟さが求められている。

(4) 緩和ケアを「広げる」・「深める」ために

我が国の医療用麻薬の使用量は欧米諸国に比べ極端に少なく、疼痛緩和は十分とは言えない。その他の苦痛症状緩和のスキルもまだ十分浸透しておらず、均てん化（＝広げる）のための研修会やガイドラインの普及とともに、専門化（＝深める）のためのシステム作りが進んでいる。

均てん化のためには、厚生労働省の緩和ケア研修会、日本医師会監修のがん緩和ケアガイドブック³、日本緩和医療学会のガイドライン⁴、日本サイコオンコロジー学会発信のe-learningシステムの利用などを推進している。また専門化に向けては、日本緩和医療学会より認定教育施設・緩和医療専門医の制度が整備され、がんプロフェッショナル養成プランも各大学を中心に広がりつつある。

(5) 緩和ケアを「つなげる」ために

がん患者の苦痛症状は身体面・精神面・社会面・スピリチュアルな面を含む「トータルペイン」とされる（Figure 2）。従って、オンコロジスト、精神腫瘍科医、緩和ケ

ア医、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリ医、作業療法士、理学療法士、言語聴覚療法士、歯科医、歯科口腔衛生士、心理療法士、ソーシャルワーカー、栄養サポートチーム、創傷・オストミー・失禁ケア（WOC）チームなど、多職種によるチームアプローチが重要である。緩和医療における多職種チームを考えると、単なる多職種チーム（multidisciplinary team）ではなく多職種合同チーム（interdisciplinary team）が有効とされる⁵。前者は、リーダーを頂点とするヒエラルキー構造の中で各職種がそれぞれ自分のパートを独立して行い責任を持つチーム形態であるのに対し、後者では、リーダーシップは課題により流動的に分担され相互依存的に協働していくという点が異なる。後者では、有機的で綿密な情報交換と調整が必要であるため、時間と労力を要するが、多角的で個別性の高い問題に対する柔軟な対応が可能で、緩和ケアを提供する際にはより効果的とされる。

おわりに

がん医療とは、患者ががんと上手につきあい納得した医療やケアを受けられるよう、希望を支えながら「その方らしく過ごす」ことを応援し続けて行くものでありたい。「シームレスな（継ぎ目のない）」がん医療のためにオンコロジストが知っておいていただきたいことを、以上概説した。

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/>

- en/
2. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284:2476-2482.
 3. がん緩和ケアガイドブック. 日本医師会, 監修. 東京: 青海社: 2010.
 4. 日本緩和医療学会. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン. <http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html>
 5. Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The interdisciplinary team. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004:42-46.