

緩和医療

がんの痛みは必ずとれる

在宅緩和ケアの現場から

さくさべ坂通り診療所

大岩孝司 鈴木喜代子

palliative care

中山書店

はじめに

本書は、筆者らが在宅緩和ケア医・ケアチームのスタッフとして現場で積み上げてきた緩和ケアにおける問題を整理し、ケアとしてのあり方を問いなおした本である。

緩和ケアは命を脅かす疾患に罹患し治癒が望めない人達を対象としている。その理念は「あらゆる医療の根幹をなすものである」ので、がんに限定するのではなく、より広い疾患が対象であるという考えが強くなってきている。しかし、実質的にはがんの最終段階における患者を対象に積み重ねられてきたなかで、緩和ケアという言葉を使う場面が広がっているので、その意味する内容が分かりにくくなっている。疾患をがんに限ってみても、「診断がついてからの緩和ケア」「早期の緩和ケア」「最後の段階の緩和ケア」という言葉があるし、がん以外にも心不全をはじめ高齢者の非がんなどが対象になっている。

緩和ケアが、「あらゆる医療の根幹」であるならば、対象とする疾患が広がっている現状は必然であるが「医療の根幹」とは何かという認識が共有されているとはいえない。

日本にホスピス運動が紹介されて60年になる。使う言葉もホスピスから緩和ケアに変わり、日本ではがん対策基本法の制定¹⁾で緩和ケアが国策医療となって10年経ち、緩和ケアに関わるスタッフも増え、いろいろな意味で緩和ケアの見直しが必要である。

「緩和ケアとは何か」を再構築するために、緩和ケアのグローバルスタンダードであり、全ての緩和ケアスタッフにその理念が共有されているWHOの緩和ケアの定義²⁾を改めて検証すると共に、ホスピス・緩和ケアの母といわれるシシリー・ソンドースの論考を辿った。

がんの痛みは、がんに対する必要以上の恐れを抱かせている最も大きな症状であり、社会的なトラウマになっているとさえいえる。しかし、がんの痛みの緩和は、60年前に解決されていたという事実をご存じだろうか。

シシリー・ソンドースは1960年代に「痛みのコントロールはほとんど常に可能だということ、つまり患者は覚醒した状態で自分自身でありながらも、心も体も快適な状態に保つことが出来るということである。」「しかるべき医学的、および看護のケアさえ行われれば、対処できないような身体的苦痛はほとんどない」³⁾と、痛み問題はほぼ解決したといえる成果を上げた。

日本では、2007年にがん対策基本法ができて一挙に緩和ケアの体制が整備されたが、同時に急速な膨張で一般の医療のあり様を昇華できず混迷を深めている。実際に「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3~4割ほどいる」という深刻な状況にある^{4,5)}。

この50~60年の医療のめざましい進歩、顕著な緩和ケアの広がりの中で何故ソンドースの遺産を引き継いでいないのか、何が起きているのか。現象的にみれば、ソンドースのホスピス緩和ケアの実践プロセスの優れた内容が、この間の緩和ケアの歩みに

好ましい方向で反映されていないのではないか。

ここでソンダースの言葉を2~3取り上げてみる。

「私たちはその人全体を考慮すべきなので、痛みの治療だけを取り上げて治療することは可能ではない⁶⁾」 「トータルペインのほとんどは、鎮痛剤なしでも消すことができる。同時に、体の症状に対して注意を払うことにより多くの不安や抑うつを軽減することができる。……しかし、彼らが言おうとしていることを聞き取ることは学ばなければならない⁷⁾」 「話を聞くこと自身が、多くの症状に対して治療効果がある……不安とか抑うつは薬剤によっても改善するが、最も有効なのはよく話を聞くことである⁸⁾」。

読者の皆様はどう思われたらだろうか。いずれも1960年代の論考である。当時すでに緩和ケアは痛みに代表される症状だけを取り上げるのではなく、トータルペインの基盤を確立し、さらには患者の話を聞くこと（ナラティブ）の重要性を認識し実践していた。ソンダースは晩年に至るまで同様の内容を繰り返し語っており、このことが、がんの痛みが解決できていたとする大きな要因である。ソンダースの論文集を読むとソンダースはまさにナラティブの人であり、その実践はNBM（Narrative Based Medicine）そのものであると実感した。

現在緩和ケアに関わっている全てのスタッフが、緩和ケアの医療的な基盤はトータルペイン、全人的ケアであると理解している。ソンダース自身はケアの現場で患者から学び、「セントジョゼフでは1,100人のノートが解析され、1958~1967年の形成期に必要な領域に関わる多くの人々との集まりで一緒に行われたコメントの多数の録音があり、今日ここに私たちがいるすべてである。これは、素晴らしい緩和医学のオックスフォード教科書と世界中で利用可能な他の多くのテキストに実を結んだ。」⁹⁾と述べている。このことから個人の資質であると偶像化して済ますことはできない。一人一人の患者の解析と患者の録音記録の整理という膨大な検証の積み重ねの結果なのである。だからこそ、その論考は現在においても緩和ケアの普遍的な真理を尽くしているのである。

現実にソンダースが提唱したトータルペイン、全人的ケアはWHOの緩和ケアの定義に色濃く反映されていて、世界中の緩和ケアの基盤になっている。しかし、緩和ケアの基軸となるトータルペイン、全人的ケアの概念形成は必ずしも共有されていないこと、トータルペインあるいは全人的ケアを実践するプログラムがなく概念の世界にとどまり、緩和ケアのプロセスを共有できていないという根源的な問題がある。

実際に、緩和ケアの成書のほとんどが薬の使い方に多くのページを割いていて、医療的な対応が薬物療法に偏りすぎている。身体症状だけでなく精神症状の緩和においても、トータルペイン、ナラティブに関わる記述は概念にとどまり実践のプログラムはほとんど見られない。WHOの緩和ケアの定義に忠実であろうとしても、結果として症状緩和の不十分さ、ひいては耐えがたい苦痛を予防できないという現実がある。

今、緩和ケアに要請されていることは、トータルペインの概念の再構築をし、それを共有することと同時にNBMが緩和ケアの基盤であることを実証することである。EBMを否定しているのではなく、NBMを基盤とした上で、NBMとEBMの統合を図

ることが望まれる。耐えがたい苦痛に対して持続的な深い鎮静で患者の尊厳を奪うことなく、緩和ケアの医療としての基盤を確立し、質の高いケアをより広く提供することである¹⁰⁻¹²⁾。

筆者は、緩和ケアの医療的基盤はNBM¹³⁻¹⁶⁾であると考え、NBMを基盤とした診療フレームの策定を模索していた。実は共著者の鈴木は2001年の診療開始時から看護チームのために独自の緩和ケアの評価ツールを策定していた。その内容がSTASとよく整合していたことから、本格的にSTASを導入した。こうした経過の中で、STASの他者評価の弱点を補うために、STASとSOAPを連動し「STAS-SOAPモデル」としてNBMを実践するためのツールとして組み込んだ。

NBM実践のツールとしてSTAS-SOAPモデルを緩和ケア実践のプロセスとして活用することで、緩和ケアそしてNBMの本質である患者発信、患者中心のケアプロセスを策定でき、本文の〈緩和ケアの診療プロセス〉のなかで提示した^{17,18)}。

トータルペインを実践的に捉え、全人的ケアを提供する道筋も明らかにでき、緩和ケアの医療としてのフレームができたと考えている。患者のまるごとの“気がかり”を、まるごとケアするという道筋である。

緩和ケアの医療としての大きな問題は、入り口の部分と最後の場面の実践のプログラムが明示されてこなかったことである。STAS-SOAPモデルは、この緩和ケアのプロセスとしては全経過に適應するのであるが、最も意義があるのは入り口の部分のプログラムが提示できたことにある。

がんの最終段階でADLの縮小が顕著になり“自立”した日常生活ができなくなったときに、ケアは「介護」だけの世界になり、緩和ケアが提供されないという現実がある。このことが、最終段階における耐えがたい苦痛を生む大きな要因になっている。この問題に関しては、緩和ケアが介護をきちんと包含することが必須と考え、「緩和リハビリテーション」という概念を提示してきた^{19,20)}。

課題は、NBMを基盤としたSTAS-SOAPモデルを活用するためにはコミュニケーションのスキルの向上である。医療は緩和ケアに限らずコミュニケーションが重要であることに誰も異論はないが、緩和ケアにおいては特にコミュニケーションは治療的コミュニケーションとしてケア提供のスキルとしてきわめて重要である¹⁴⁾。トータルペインの概念形成を基本にした治療的なコミュニケーションのスキルは、外科手術でいえば解剖学を熟知した上での堅実な“メス”さばきに匹敵する。

本書では、緩和ケアが、「がんの診断がついてから最期のその時まで」中断することなく一貫して関わるプロセスが明示できた。この一連の概念形成の成熟は、予想以上の成果を生んだ。その一端を巻末付録の「さくさべ坂通り診療所の在宅緩和ケアの実績」で示している。

日本では、緩和ケアは病院緩和ケアを中心に展開してきたことと、在宅ケアは非がん疾患を対象に積み重ねられているので、在宅緩和ケアの概念さらには在宅緩和ケアのシステムについてのグランドデザインはなく、概念の共有もない。

患者・家族は、急激に病状が変化し ADL が縮小する中で、自宅という日常の空間に医療スタッフが不在のなかでの療養となる。したがって、自宅で穏やかな療養をするためには、病院の緩和ケア以上に患者・家族の自律が重要である。同時にケアスタッフも患者・家族の自律の重要性を認識し支援するためには、ある意味では病院の緩和ケア以上のスキルの高さが求められる。

一方、多くのがんの在宅緩和ケアは、非がんの在宅ケアのシステムの枠内にあり、ケアの内容も非がんの在宅ケアをそのままの形で応用しているために、がん患者の希望に十分に応え切れていない現実がある。最後まで家で療養したいという患者の願いを叶えるためには、在宅緩和ケアにおいても緩和ケアのあるべき姿を追求し、在宅緩和ケアに固有の問題を明らかにし、その対策を立てることが必要である。

本書は、緩和ケアの理念を追求すると共に、「座学から実践へ」を目標にして、行動レベルでの対応を具体的に提示すべき努力を重ねてきた。

I 章は総論として、緩和ケアの中軸をなすキーワードである「トータルペイン」「スピリチュアルペイン」「全人的ケア」「QOL」の概念形成を実践に即して行い、実践できるように緩和ケアの診療プロセスを明示した。緩和ケアの医療的基盤は NBM であり、実践のプロセスとして STAS-SOAP モデルを活用するが、活用できるかどうかの成否を握っているのは、患者との双方向のコミュニケーションであることを示し、本書に一貫した流れとした。

II 章は具体的な症状緩和について、重要かつ頻度の高い症状として、痛み、呼吸困難、精神症状を中心に論じた。患者にとってはどの症状も辛く、厳しいのであるが、身体的な辛さは精神状況に大きく影響を受けるし、反対に精神的な辛さは身体状況に影響を受けるなど相互に大きく関わっているのは共通している。したがって、それぞれの症状に対して個別的な対応の違いはあるが、対応するうえでの基本的な視点は同じであることを述べ、検証した。

精神の症状では、がん患者の精神の症状は障害ではなく心理的反応であるという視点で、疾患という概念から距離を置くこととした。精神症状について、がんになる前の状態に戻ることを願うというより、「がんという病」そして「現前する死」と向き合い、必死に自身であり続けようと努力しているあるがままの精神状況を大切に、今を生きて、今の生活を支援する視点である。

がん患者の精神症状は第一義的には精神科医ではなく緩和ケア医の担当であると考えている。死を実感した人である患者が、精神的に追い詰められ心理的な混乱を来すのは、ある意味ではあたりまえのことである。だとすれば、がん患者の精神症状はがん治療あるいはケアスタッフとの関わりのありよう（関係性）に大きく影響されるのである。

III 章は、在宅緩和ケアの診療で、患者・家族と実際にやりとりした内容を中心に、がんの診断がついてから最終段階に至るまでの緩和ケアにおいて重要な項目を取り上げた。内容によっては I 章、II 章を参照しながら読み進めてもらうことで、臨場感がわくことも期待している。患者・家族からの質問「Q」に答える「A」だけではなく、会話

2004. 11. Distress in Dying. Oxford University Press, 2006; pp 65-66. (First published as a letter in *British Medical Journal* 1963; 2)
- 9) Cicely Saunders; with an introduction by David Clark. Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004. 39. Origins: International Perspectives, Then and Now. Oxford University Press, 2006; pp 245-250. (Published in *Hosp J* 1999; 14 (3-4): 1-7).
- 10) 第21回日本緩和医療学会学術大会. 特別企画SS4「鎮静」. 2016.
<http://jspm2016.umin.jp/pgm/index.html>
- 11) 大岩孝司, 鈴木喜代子. その鎮静, ほんとうに必要なですかーがん終末期の緩和ケアを考える. 中外医学社, 2014.
- 12) 大岩孝司. 在宅医療における鎮静. 日本在宅医学会雑誌 2017; 18 (6): 203-208.
- 13) Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* 1999; 318 (7175): 48-50.
- 14) トリシャ・グリーンハル, ブライアン・ハーウィッツ (編) / 斎藤清二ほか (監訳). ナラティブ・ベイスト・メディスンー臨床における物語りと対話. 金剛出版, 2001.
- 15) 斎藤清二. 医療におけるナラティブとエビデンスー対立から調和へ. 遠見書房, 2012.
- 16) 岸本寛史. 迷走する緩和ケアーエビデンスに潜む罠. 誠信書房, 2018.
- 17) 大岩孝司, 鈴木喜代子. チーム医療に活かそう! 緩和ケア評価ツール STAS 改訂第2版. 診断と治療社, 2018.
- 18) 大岩孝司. 在宅緩和ケアの考え方. *Progress in Medicine* 2016; 36 (10): 1303-1308.
- 19) 大岩孝司, 鈴木喜代子. 在宅緩和ケアでのリハビリテーション. 終末期リハビリテーションの臨床アプローチ (安倍能成 編). メジカルビュー社, 2016. pp 112-126.
- 20) 千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会. 介護スタッフのための緩和ケアマニュアル (監修: 鈴木喜代子). 2017
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/gankanwa/kanwakea-manual.html>

CONTENTS

はじめに	iii
------	-----

I 章 緩和ケア

■ 緩和ケアを考える	2
① 緩和ケアとは何か— WHO の定義から考える	2
② 緩和ケアで使われる言葉の実践的な意味	4
トータルペイン 4 / スピリチュアルペイン 10 / QOL をどのように考えるか 14	
③ 緩和ケアの診療モデル	17
緩和ケアと一般医療 17 / 緩和ケア診療のプロセス (STAS-SOAP モデル) 22 /	
緩和ケアサイクル 31	
④ 緩和ケアの質	32
■ 在宅緩和ケア	36
① 在宅緩和ケアの理念	36
② 在宅緩和ケアの意義	37
③ 在宅緩和ケアの理解を深める	38
がんと非がんの在宅ケア 38 / 在宅緩和ケアと病院緩和ケア 40	
④ 在宅緩和ケアの実際	45
在宅緩和ケアの準備 45 / 申し込みを受けたら 47 / 初回訪問診療 48 / 定期訪問診療 50 / 定期訪問看護 50 / 訪問診療と往診 51	
■ 緩和ケアの諸相	53
① がんと診断された時からの緩和ケア / 早期からの緩和ケア	53
② 最終段階における緩和ケア	57
がんの最終段階の身体機能低下の特徴 57 / がんの最終段階における緩和ケアの考え方 59 / 緩和リハビリテーション 59 / 嚥下リハビリテーション 61	
③ 臨死期の緩和ケア	63
死に至る経過の認識 63 / 死の直前における症状の理解と対策 64 / 死亡診断 66	

Ⅱ章 症状緩和の実際

■ 緩和ケアにおける症状緩和	72
① がんの症状	72
多彩な症状 73 / 症状緩和の困難さ 73	
② 苦しみを生むもの	74
③ がんの症状に影響する要因	75
④ 症状緩和の基本	76
症状を受け止める力 76 / 症状緩和の実際 78	
■ がんの痛みと症状緩和	81
① 痛みの定義	81
② 痛みに影響を与える病態	83
がんの浸潤により起こる痛み 83 / がんの浸潤とは別の原因による身体の痛み 83 / 心の痛み（心因性の疼痛） 84	
③ 診断／痛みの評価	85
痛みの評価 85 / 痛みの閾値に影響を与える要因 86 / 痛みの評価ツール 86	
④ 治療／痛みの緩和	87
薬物治療 88 / 非薬物治療 91 / 「情動」に対する治療 91	
⑤ がん疼痛緩和ロードマップ	92
がんの痛みを緩和するためのロードマップ 92 / がん疼痛緩和ロードマップの意義 93	
⑥ 自験例から	94
■ 呼吸困難と症状緩和	95
① 呼吸困難の定義	95
② 呼吸困難発生の機序	96
③ 呼吸困難の病態と診断	96
がんの浸潤による呼吸困難 97 / がんの浸潤とは別の原因による呼吸困難 97 / 呼吸困難の心因性の要因 97	
④ 呼吸困難の評価	99

5	治療／呼吸困難の緩和 トータルディスニアの視点	99
	非薬物治療 100 / 薬物治療 104	
6	呼吸困難の治療の緊急性	104
7	自験例から	106
8	呼吸困難に関わる病態・症状	106
	悪性胸水	106
	悪性心嚢水	108
	がん性リンパ管症	109
	中枢気道の狭窄	109
■	腹部症状と症状緩和	111
	悪性腹水	111
	消化管通過障害	112
■	出血と症状緩和	116
	喀血	116
	消化管出血	117
	血尿	119
■	神経症状と症状緩和	121
	反回神経麻痺	121
	脊髄圧迫症状（横断症状）	122
■	精神症状と症状緩和	126
1	がん患者の精神症状の特徴	127
2	精神症状をもたらす要因	127
3	精神症状の諸相	128
	不安・ストレス反応・パニック症状・気分障害・適応障害・うつ	128
	せん妄	131

Ⅲ章 緩和ケアの実践

患者・家族からの 65 の質問にこたえるノウハウ



■ 患者が自身の状況を認識するためのアプローチ	144
「治療はない」と言われたけど、本当にがんを治す治療はないのですか？	144
在宅では、抗がん剤治療はできないのですか？	147
緩和ケアは、どんな治療が受けられるのですか？	150
在宅緩和ケアを始めるのは、いつからがよいですか？	153
介護保険の申請はしたほうがよいですか？	154
■ 家族の抱えている不安を一緒に解決する	156
急変した時は、どうすればいいですか？	156
痛みが強くなったら、家で看るのは無理ですか？	160
余命を本人にも伝えたほうが、よいでしょうか？	163
病院にいるほうが、安心ではないでしょうか？	166
どのくらいの費用がかかりますか？	168
旅行は、できますか？	168
■ 喪失のプロセスにおける支援	170
がんは進行しているのでしょうか？	170
痛いのは、骨に転移しているからですか？	172
痛み止めの薬は、どんどん増えますか？	175
リハビリをすれば、もっとしっかり歩けるようになりますか？	179
食事が摂れませんが、点滴をしなくてよいですか？	180
■ 臨死期のアプローチ	182
あとどのくらいですか？	182
意識がないのでしょうか？	185
最後は苦しまないですか？	188
亡くなる時に（医師は）来てくれるのですか？	190
付録 さくさべ坂通り診療所の在宅緩和ケアの実績	195
おわりに	204
索引	211

緩和ケアを考える

緩和ケアの対象は、本来は死を回避できない状況の患者である。

生物である人間にとって、死に至るプロセスにおける現象の全てが、最大の危機であり恐怖の対象になりうる。そして生物としてのヒトは、死を実感したときに死を本能的に避ける。文明に生き、文化をもつ人間は、何とか死を回避できないかと葛藤し、ストレスを高めていく。

がんの進行による患者の身体的な苦痛と精神的な苦悩は、密接に関わり合っている。時には身体的な苦痛は精神的なストレスを高め、精神的な葛藤は身体的苦痛を強くするという悪循環に陥る。身体的な苦痛・精神的な苦悩は分離できるものではなく、モザイクのように複雑に絡み合っている。がんの進行によるあらゆる苦痛・苦悩は、“死に対する精神的な葛藤”がその根幹にある。

シシリー・ソンドースは、ホスピスケアにおいて、症状緩和・トータルペイン・チームケアが重要であることを提唱し¹⁾、緩和ケアの国際標準である「WHOの緩和ケアの定義」の原型になっている。現在は2002年に公表された定義が認知されている²⁾。

本章では主に進行がんの緩和ケアについて、WHO（世界保健機関；World Health Organization）の緩和ケアの理念・精神を検証し、患者を目の前にしたとき、実践に結びつけることができることを目標としている。

1 緩和ケアとは何か — WHOの定義から考える

世界中の緩和ケアはWHOが定めた緩和ケアの定義を基盤にしている。本章ではWHOの定義（1990・2002）²⁻⁴⁾を基に、緩和ケアの実践的な理解を深める。

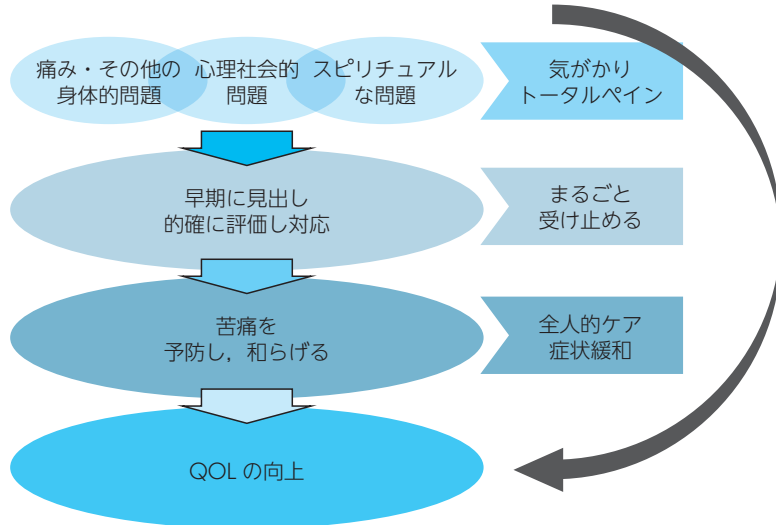
● WHOの緩和ケアの定義

*Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their family facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problem, physical, psychosocial and spiritual.*⁵⁾

「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」

（WHO 2002，日本語定訳：2018年6月 緩和ケア関連団体会議作成）²⁾

1 WHO の定義から考える緩和ケア



(大岩孝司ほか. チーム医療に活かそう! 緩和ケア評価ツール STAS, 改訂第2版. 2018³¹⁾ より一部改変)

短い文章であるが内容は濃密であり、緩和ケアの理念が凝縮されている。この定義の基本的な理解を 1 に整理，図示した。

目標

「QOLを向上させるアプローチ」とあり、QOLの向上が目標である。目標達成のために、段階を一つ一つ丁寧に踏んでいくということである。

対象となる患者

対象は、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者」である。同冊子に「死を早めることも、死を遅らせることも意図しない」とあることを考えると、1990年の「治癒を目的とした治療が有効ではなくなった患者を対象」という定義⁴⁾を基本において、対象を広げたと理解できる。直面している問題の背景に死が現前している患者が対象である。

ケアの対象

「身体的問題，心理社会的問題，スピリチュアルな（霊的な，魂の）問題」がケアの対象である。

身体的な問題は、痛みなどの症状と、ADLの縮小に象徴される身体機能の低下が含まれる。これらは全て患者の“気がかり”に関わる問題である。

“気がかり”は、「心配」や「気にかかること」という意味（広辞苑）で、日常的に使われている言葉である。“気がかり”は、一つのこともあるが心配ごとすべて、つまり「まるごと」ということであり、全人的な問題（苦悩）を包括的に表現している⁶⁾。

ケアの実践

緩和ケアの実践は「早期に見出し的確に評価を行い対応（治療・処置）することで、

緩和ケアにおける症状緩和

緩和ケアの第一の使命は症状緩和である。ここでは緩和ケアにおける症状緩和とは何かを考える。

現在の緩和ケアは、痛みに対して、医療用麻薬を含めたいろいろな鎮痛剤あるいは鎮痛補助剤などの薬剤の組み合わせに腐心したり、精神的な苦悩に対しても同じように向精神薬の投与が治療の中心となる傾向がある。しかし、このような要素的な症状緩和にトータルペインの視点はない。

痛みに対しては鎮痛剤、不安に対しては抗不安薬などと、薬剤投与で症状緩和ができればよしとするのなら、ペインクリニックのほうが鎮痛剤の投与、ブロック技術など痛みの対処には長けているし、精神症状も同じで、精神科医のほうが緩和ケア医より知識も技術も専門性が高い。

緩和ケアの研修を受けた医師が筆者の訪問診療に同行すると、例外なく「緩和ケアは麻薬の使い方からとっていました」と話す。がんに特化した診療をしているが、痛みの緩和で麻薬を使っている患者は少なく、同行しても痛みの話題がほとんどでないからである。

がんによる痛みの緩和は、WHO方式がん疼痛治療法を根拠に、緩和ケアの領域で発展してきた¹⁾のはなぜか。WHOの緩和ケアの定義と連動する中で展開されている意味は何か。

がんの最終段階、さらには臨死期の患者の痛み（苦しみ）は、がんと診断された時からの患者の物語（歩み）の終演の前に起こる過酷な状況の中に現前する。自らの努力と力ではどうにも抗えない極限状態の中で、あるときは強い痛みさえもその中に埋没し、あるときは息が詰まるような混乱の中で耐えがたい呼吸困難にみまわれる。ペインクリニック、精神科医、呼吸器科医では対応できない場面である。

すべてのがん患者の地下にはふつふつと苦しみのマグマが蓄えられている。マグマの中の一つの要素だけを取り出そうとしても大やけどをするだけである。マグマ全体をどうおさめ、爆発を予防するかという観点、トータルペインの視点が必要である。ここに、がんの症状緩和に緩和ケア医が関わる理由がある。

1 がんの症状

がんの症状の辛さが他の疾患と異なるのは、症状の原因となっているがんに対する直接的な治療ができないことに加えて、「死」を意識する特別な状況にあるということである。

患者は身体症状の辛さだけで苦悩しているのではない。死を直近に感じ思い通りにならないことでのストレス・すべがない苦しみ・さまざまな“気がかり”がモザイクのように複雑な模様を描き身体症状と精神症状として現れる。

トワイクロスは、「痛みは心と身体の両面における現象であり、患者の気分や闘病心、患者にとっての痛みの意味、などによって影響を受ける」²⁾としている。症状は患者の心理状態，“気がかり”によって辛さが異なるということである。

症状の緩和のためには、がんの症状の特徴を理解する必要がある。

1) 多彩な症状

がんの症状の原因は多面的であり、大きく4つの要因をあげることができる。

- ① がんの浸潤による症状
- ② 悪液質による全身症状（I章 p59「緩和リハビリテーション」参照）
- ③ 身体症状とは別に、あるいは同時に起こる精神症状
- ④ がん治療による症状

がんそのものが原因になるのは、①および②の症状である。進行がんであってもある時期までは、①のがんの浸潤によって引き起こされる痛み・呼吸困難・嘔吐・腸管狭窄などの局所症状が主なものであり、悪液質による症状が顕在化するのには、死亡前1～2か月の時期である（I章 28, 29 参照）。

がんの間接的な原因で起こる症状が③と④である。③はがんになったために起こるストレス因によるうつ状態などの精神症状であり、ほとんどのがん患者が抱えている大きな問題である。身体症状に影響を及ぼしたり、反対に身体症状によって影響を受ける。

④はがん治療に伴う身体的および精神的有害事象である。手術創の痛みとか、化学療法による悪心・嘔吐・しびれとか放射線治療による間質性肺炎に伴う呼吸困難などである。がん治療による有害事象であるので、がん治療の一環として対応することがよい。

患者ががん治療に十分に納得していないと症状緩和を困難にするだけでなく、③の精神症状にも大きく影響するので、がん治療医との緊密な連携が必要であり緩和ケア医の果たす役割が大きい（I章 24 参照）。

2) 症状緩和の困難さ

がんの症状は、患者にとってはがんの進行の象徴であり、これから始まる苦しみの前兆と感ずるものでもある。患者は苦痛症状の原因がわからない場合や期待した症状緩和が得られない時に、がんが進行したためではないかと考える。

症状、特に痛み・呼吸困難は「がんの進行とともに強くなって大変な苦しみの末に死ぬ」という恐怖を伴うが、患者に「死ぬのは怖くないですよ」「症状も辛くないようにできます」と話すだけでは症状増強の恐怖をとり除けない。

死そのものの恐怖を取り除くのは難しいが、死の恐怖を増幅させている要因に対応できれば患者の辛さは和らぐ。

患者が自身の状況を認識するためのアプローチ



「治療はない」と言われたけど、本当にがんを治す治療はないのですか？

患者の認識を確認して、がんを治す方向の治療を考える時期でないことを伝える。患者が治療の意味や目的を理解し、自分にとって今必要な治療を冷静に考えて選択できるようにする。

Q1

「治療がない」と言われても、意味がわかりません

治療医からどのようにこれまでの治療経過や現在の病状について聞いているか、それをどう受け止めているのかを知り、誤解していることがあれば修正し理解を補う。

患者 急に言われても意味がわかりません。

医師 急に、というのは？

患者 「効いている」と言っていたのに、急に「これ以上はできない」と言われて。

医師 診断された時には、どのような説明がありましたか？

患者 抗がん剤で小さくなってから、手術をすると聞いていました。

医師 抗がん剤の効果があれば、手術の予定だったということですね。

患者 効果がなかったから、手術ができないということですか？

医師 そうですね。残念ですが手術をするまでの効果はなかったということでしょう。

患者は治療医の「抗がん剤で治療をしましょう」という言葉に“治る”ことを期待する。治療医から「効いている」と言われれば、さらに期待は大きくなり、“治る”手術ができる日を待ち望んで、抗がん剤治療を継続するであろう。

治療医から“治らない”ことが前提の抗がん剤治療と説明を受けていても、患者の気持ちは“治る”方向へと変わってしまうことがある。治療医の言葉を自分にとって都合よく解釈してしまう患者の心理を忘れてはいけない。

Q2

本当に“治療はない”のでしょうか？

緩和ケアを紹介されて来院しても、がん治療を受けられる医療機関を紹介して欲しいと相談されることもある。

患者 他にも、がん治療は沢山ありますよね。

医師 他の治療というのは、〇〇さんが具体的に考えていることはありますか？

患者 重粒子とか、分子標的薬とか、免疫治療とか

医師 重粒子治療は……，分子標的薬は……，免疫治療は……

(患者が気になっている治療の具体的な説明)

緩和ケア医を訪れる患者が、必ずしも緩和ケアを望んでいるわけではない。医療者が知りたいことを先に質問してしまうと、患者の相談したいことには辿り着けないので、特に患者との最初の関わりでは相手が話し出すまで待ち、患者主導で話を展開する。

患者 緩和ケアになったら、がんの治療はしないのですか？

医師 緩和ケアの診療が始まってからも効果を期待できる治療はします。脳転移に対する γ -ナイフや骨転移に対する放射線治療は患者さんの状況を考えて勧めることもあります。

患者 勧められない治療は、しないほうが良いということですね。

医師 ○○さんの治療の経過を考えると、これからは辛い症状を緩和して体調を整えることが一番の延命になります。

患者 がんが進行して死ぬのは仕方がないと思えるけど、痛み苦しむことが何より怖いです。

がん治療から緩和ケアへの移行を躊躇している理由は、死を回避したいだけではない。がんを治す方向の治療をしなければ、がんは進行し痛みなどの辛い症状が増悪することを心配している患者は少なくない。

これまでの治療経過に納得し、がん治療の区切りをつけることで、これから直面する状況に向き合える。患者が受けてきた治療を肯定的に評価することで、辛いけれども今置かれている現実を肯定的に受け止めようとする。

医師 これまでの治療に何か疑問点や納得できていないことはありますか？

患者 冷静に考えれば、これ以上治療はしないほうがよいのかなと思います。

医師 今まで受けてきたがんの治療と状況から考えると、治療の考え方は私も○○病院の○○先生の判断と同じです。辛いところですが事実を受け止めていくことが必要だと思います。

患者 わかりました、聞いてみて良かったです。痛みで苦しまないようにしてもらえますか？

医師 痛みは必ず緩和できます。これからのことについて一緒に相談していきましょう。

緩和ケアチームは患者・家族の心情に共感的姿勢で対応するが、守らなければいけない視点がある。それは患者が受けてきた治療や主治医（治療医）を否定する言動は、医療過誤が明らかなる場合を除いて絶対に避けなければいけないことである。