

がんプロフェッショナル  
養成基盤推進プラン

がん患者のQOLを  
高めるサポーターケア

— 高度がん医療開発を先導する専門家の養成 —

・ 市民公開講座・QOLキックオフシンポジウム



# 報告書について

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン  
—高度がん医療開発を先導する専門家の養成—

## 市民公開講座・QOLキックオフシンポジウム 『がん患者のQOLを高めるサポーターケア』



平成 24 年度より、がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」事業が、慶應義塾大学を主幹校として 10 大学（北里大学、国際医療福祉大学、聖マリアンナ医科大学、聖路加看護大学、首都大学東京、信州大学東海大学、東京歯科大学、東海大学、山梨大学）の連携によりスタート致しました。

本プランでは、「基礎研究とトランスレーショナル研究（TR）の推進」と「がん患者の QOL を向上するための人材育成」を新たなスローガンとして、10 大学 15 研究科が、相補的かつ相乗的に教育を展開することで、高度で質の高いがん医療を担う人材を育成することを今期がんプロの目標としています。

初年度にあたり、すべてのがんプロフェッショナルが、先端的がん医療推進ならびにがん患者の QOL 促進に貢献することをめざすことができるよう、「市民公開講座およびキックオフシンポジウム」を開催致しました。

がんと診断された早期から、がん医療においてサポーターケアの重要性がクローズアップされています。苦痛症状の緩和を中心とした緩和ケアから、がんと診断された早期から、がん治療に伴う症状などにも焦点を当てたサポーターケアの概念は、がん医療が病棟から外来、地域へと広がる中で、益々その浸透が急がれるものと思われます。そのケアの範囲は症状緩和、機能障害・生活活動支援、社会的支援、心理サポートと多岐に渡り、その方々の人生のゴールに即した学際的な専門職の手助けが必要な分野でもあります。

今回、サポーターケアについて市民の皆様と理解を深めるとともに、がん医療の専門家が、各専門分野からがんサポーターケアの現状と課題について意見交換する機会を得ました。その内容を報告書としてまとめました。

本報告書が、病と共に生きる患者と家族の QOL 向上をめざしたがんサポーターケアの理解や啓発につながることであれば幸いです。

2013 年 3 月

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン  
— 高度がん医療開発を先導する専門家の養成—  
市民公開講座・QOL キックオフシンポジウム

## 『がん患者のQOLを高めるサポーターケア』

2013年2月2日(土) 13:00～16:30  
慶應義塾大学 北里講堂

### 開会挨拶:

河上 裕 (慶應義塾大学医学部先端医科学研究所(細胞情報研究部門) 教授)

### 市民公開講座

「精一杯、自分らしく生きるために — “持ちつ持たれつ” も悪くない — 」

座長: 佐谷 秀行

(慶應義塾大学医学部先端医科学研究所(遺伝子制御研究部門) 教授)

講師: 鳶巣 賢一

(聖路加国際病院 がん診療特別顧問・静岡県立静岡がんセンター 前病院長)

### シンポジウム

「サポーターケアの統合的な取り組みを目指して」

座長: 小松 浩子

(慶應義塾大学看護医療学部 教授  
がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン大学院健康マネジメント研究科 コーディネーター)

#### 1. 緩和ケア分野の取り組み

飯嶋 哲也 (山梨大学医学部麻酔科学講座 講師)

#### 2. 心のケアへの取り組み

保坂 隆 (聖路加国際病院精神腫瘍科 医長)

#### 3. リハビリテーション分野の取り組み

辻 哲也 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学 准教授)

#### 4. 口腔ケアに関する取り組み

野村 武史 (東京歯科大学口腔外科学講座 講師)

#### 5. 看護分野の取り組み

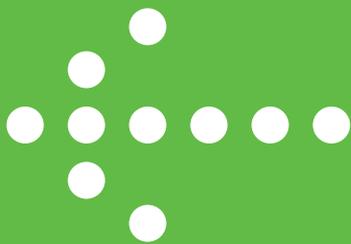
久保 五月 (北里大学看護学部臨床看護学 准教授)

#### 6. 薬学分野の取り組み

金子 健 (慶應義塾大学病院薬剤部 副主任)

### 開会挨拶:

武田 純三 (慶應義塾大学 病院長)



「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」を目的として活動の一環として市民公開座・QOL キックオフシンポジウムが2013年2月に開催されました。当日は暖かい日差しの穏やかな日となりました。由緒ある慶應義塾大学「北里講堂」には、医療関係者以外の市民も多くお集まりいただき、長時間のセミナーにもかかわらず熱心に耳を傾けていらっしゃいました。

## 開会挨拶：河上 裕

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 事業推進責任者  
(慶應義塾大学医学部先端医科学研究所(細胞情報研究部門)教授)

「がん」になった場合、患者さんやご家族、医療従事者も含めて、色々な課題を背負います。身体的な痛みや苦痛、精神的な不安などがあります。がんの治療を受けながらも、「全てのがん患者さんやご家族の苦痛を軽減して療養生活の質を向上すること」これが今日の大きなテーマ『クオリティオブライフを良くすること』です。

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」では様々な活動をしています。特に私達のグループは、南関東を中心とした10大学15研究科で集まり、「新しい診断・治療法を生み出す橋渡し研究をすること」と同時に、今日のテーマである「QOLを向上する」という2つの大きなテーマを掲げ、例えばがんになっても十分に生活できるようにしたいという活動をしています。

がん細胞ができますと、様々な免疫細胞が働いて、炎症が起こります。これは悪い物質を出して、ほっておけば患者さんが弱っていく原因になります。もちろん、私達はがんを完全に治癒するための薬の開発を目指していますが、かたや、患者さんのそういったつらい状況を改善する薬の開発にも取り組んでいます。こういった薬が将来使えるようになれば、「だるいのを抑える、痩せるのを抑える」ことによりQOLの向上が可能になると考えています。

本日は「QOL」を高めるために、どのように患者さんをサポートしていけばよいのか、市民公開講座では蔦巣先生にお話いただき、その後のシンポジウムでは、様々な立場の先生方からどうやってサポートしていくかを議論していきますので、一緒に勉強していきたいと思っております。



市民公開講座

## 「精一杯、自分らしく生きるために — “持ちつ持たれつ” も悪くない—

講師：鳶巣 賢一

聖路加国際病院 がん診療特別顧問・静岡県立静岡がんセンター 前病院長



「QOL を高めるサポーターケア」は何のためにあるのか。実務的なことは他の先生方に譲り、私は基本的な心構えについてお話しさせていただきます。

患者さんやご家族、医療従事者も含めて、それぞれの人が「生きていてよかった」と思える時間を長く作るこれが医療に携わる私たちの仕事ですし、それには相手のあることなので、お互いに良い成果を得るために、「持ちつ持たれつ」「お互いの歩み寄りが大切」だと思います。

### 医療従事者の幸せ

ここで『星の王子さま』という一冊の本を紹介します。この本は、人生で一番大事なことはお互いに心通う信頼関係を一つずつ積み重ねていくこと、そのためには我慢強くないといけないことが表現されています。手抜きはダメで、お互いに向かい合って心を込めて努力しなければ良い関係はできないということです。それを言葉で言い表すのはとても難しいのですが、「絆」という言葉で表すしかないと思っています。

医療従事者はどういった時に、「この仕事をしていて良かった」と感じるのでしょうか。当たり前のことですが「自分が良い仕事ができただけ」です。残念ながら結果は出せなかったけれど、患者さんやご家族と心通う時間が実現できて、感謝の言葉をいただいた時にも良かったと感じます。これは私たちにとって宝物です。医療従事者の中には、十分な睡眠が確保できなかったり、食事をゆっくり摂る時間がなかったりといった生活をしている人が大勢います。それでもなぜ、医療サービスの提供を継続できるのかは、この「心通う時間が実現できた時」「笑顔と感謝の言葉をいただく時」が宝物になっているからでしょう。

患者さんにも、そういった思いになっていただかなければならないので、医療従事者だけが良いことをしたと思っても幸せにはなれません。そういった意味でもお互いに「持ちつ持たれつ」です。

### 「サポーターケア」の根底

医療の現場ではどのように「持ちつ持たれつか」と言いますと、患者さんやご家族が一生懸命生きている中に、医療従事者は入っていきます。そして、患者さんの人生にとって何が一番良い選択になるのかを、一緒になって考えて行動する。これが地域も含めた医療の活動の現場として望まれている活動です。これが今日のテーマである「サポーターケア」の根底だと思います。そうやってカバーしていくことによって、薬や放射線治療、手術などの本来の治療は変わっていないのに、治療がうまくいき、患者さんは人生を楽しく長く生きられたということが証明されつつあります。

医療従事者には、組織を超えて、地域の医療者、患者さん、ご家族との「心の絆」を基本にした信頼関係の構築維持が求められます。それには双方の歩み寄りと努力が必要だと思っています。一方だけの気持ちでは実現できません。患者さんの側にもお願いがあります。医療行為に完璧はありえないのです。やってみたらうまくいかないこともありますし、一人の患者さんに割ける時間にも限界があります。その辺りにご配慮いただけないと、対応しきれないこともあります。

特に、癌は生死に関わることなので、気をつけなければいけないことが医療従事者にたくさんありますが、患者さんご自身も日頃からお自分の人生について、生死について考えることが必要だと思うのです。





# 佐谷 秀行

慶應義塾大学医学部先端医科学研究所（遺伝子制御研究部門） 教授



「QOL」「サポータティブケア」という新しい言葉がでてくると技術的な話になりがちですが、齋藤先生のお話を聞いて、お互いの幸せを考える心の関係が中心にあるということが分かって、感動いたしました。ありがとうございました。

### 医療の現場で感じてきたこと ②

- 生きている姿の原型は、太古の昔から変わっていない
- 人を幸せにできるのは、やはり人である
- 他人のことを気にかける心が、自分を幸せにしてくれる

⇒医療の現場では、困難な点もあるが、逆に、互いに充実感を感じやすい職場

### 医療の現場では、「病」「死」を契機に生身の人の心身と向かい合うこととなります

誕生 → 生き続ける = 老 → 死  
ときに病

⇒『その人の人生にとって、何がベストか?』を、真剣に、みんなで、一緒に考え、行動することが求められています

⇒それが互いの人生を豊かにしてくれる

### がんの場合：どんな診療を受けたいですか？

- 病気が治る、良くなる
- 診療経過を通じて心身共につらくない不安、苦痛が少ない
- 治療後に困ったことが起こらない
- 自分の状態がよく理解できている
- 自分の選択がベストであると納得できる
- ⇒よく理解できて、自分で選べる
- 治療中も、治療後も、自分の生活を変えたくない
- ⇒ 近場で治療を受けたい
- 通院しやすい
- 待ち時間が短い方がよい
- 変態な方がよい
- 自分らしい人生にしたい

### 診断時からの経過と様々な課題 例えば・・・

様々な課題	初診時	初診治療期 (比較的早期)	進行期 (再発期)	緩和医療
身体的苦痛 (治療関連合併症も)	★	★★	★★★	★★★★★
機能障害の程度 (治療関連合併症も)		★	★★★	★★★★★
精神的 (スピリチュアル)	★★★	★★	★★★★	★★★★★
社会・経済的	★★	★	★★★	★★★★★

これらの課題に対処することで、治療が順調に遂行され、治療成績が向上することが証明されるようになりました。

- 元来、医療は「生き続ける人に対する支援」

診断⇒何らかの治療⇒症状緩和⇒看取り(後)

⇒ 少数の担当者(医)が、最後まで付き添っていた

- 専門化が進み、職種・施設を超えた活動に

診断 → 薬物療法・放射線治療 → 終末期医療

外科的治療

全ての段階でサポータティブケアが大切かつ、多職種で役割分担することに

### チーム・アプローチを促進させる、もう一つの事情

サービスを受ける側の視点

- 安心、安全、高度な医療レベル
- 親切、やさしい、わかりやすい
- 待ち時間がない、便利な立地
- 医療費が手頃・・・

サービスを提供する側の視点

- 診断、治療技術の開発
- 研究開発
- 人手不足、設備投資・管理
- FIM、生活、病内暴力
- 経済赤字

行政・政治・経済的な視点

- どこでも、だれでも、高度な医療を
- 適切な情報提供
- 経営の健全化
- 予防と検診の普及
- 研究促進

⇒立場により異なるし、互いに矛盾するものがある

### 生き残り策としての多職種チーム医療

⇒疲弊を避けるために、協働するしかない

主科の担当医グループ  
 関連診療科  
 ・ 感染症科  
 ・ 精神神経科  
 様々なチームグループ

看護師  
 看護助手  
 薬剤師  
 リハビリ部門  
 栄養士

患者  
 家族

MSW・相談支援センター

事務部  
 広報・案内・清掃・設備維持・管理

⇒『その患者さんにとって、何がベストか?』を、施設内で、ときに地域の中で多職種で一緒に考え、役割分担して遂行する

### 患者さんを取り巻く職場の図式

医療従事者でない人にも、ここに「人生」があります

関係する医療者の納得と満足(充実)感

医療の質・安全性

患者/家族の納得と満足感

どの職種とってみても、不要なものはなく、どれかが欠けると、業務は円滑に進みません  
 関係者間の連携が、より大きな成果につながる

### 院内における様々なチーム活動

病棟

手術室

外来  
 外来診察

リハビリ

薬剤部門

感染管理・口腔ケア

緩和ケア

栄養管理

化学療法

放射線治療

相談支援センター

医事・事務・医療安全・管理部門

### 職種を超えたチーム医療の地域への拡大

主科の担当医グループ  
 関連診療科  
 ・ 感染症科  
 ・ 精神神経科  
 様々なチームグループ

看護師  
 看護助手  
 薬剤師  
 リハビリ部門  
 栄養士

患者  
 家族

MSW・相談支援センター

事務部  
 広報・案内・清掃・設備維持・管理

地域の病院

地域の診療所

在宅療養支援センター

地域の薬局

施設、職種を超えて協働するネットワーク構築へ

### 医療者と患者・家族との連携も・・・

医療者

患者・家族

全ての関係者間の信頼関係の構築・維持

<医療者側から>

- 説明・IC・SO・接遇・信頼関係への配慮 ⇒ご挨拶と、もう一声「何かご質問は?」
- 予防・検診・疾患の診療に関する啓蒙

<患者さんの側から>

- お互いに覚悟と感謝が必要 ⇒不確実性、限界のあること
- 死生観も含めた人生観を考える分化風土 ⇒「幸せ」とは?
- 病気を契機に生まれ変わったら・・・

<国・行政の立場から>

- 基礎的研究、新たな診療技術・機材の開発への支援
- 経済的に成り立つ国家的システムの構築

「限界のある中で、お互いに協働して、持ちこたえたい」で歩みかたは、何ですか?

シンポジウム

## 「サポーターケアの 統合的な取り組みを目指して」

### 1. 緩和ケア分野の取り組み

飯嶋 哲也 (山梨大学医学部麻酔科学講座 講師)



「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理・社会的、スピリチュアルな問題を、早期から、正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質（QOL）を向上させるためのアプローチである」

これは2002年、WHOが改定した緩和ケアの定義です。この中で、私が注目しているのが「早期から」と「苦痛の予防」という表現です。この点をどのように改善していくのが、私たちの課題だと思っています。

#### 米国で行われた研究で見えてきたもの

ここで、米国マサチューセッツ総合病院での研究成果を紹介します。2010年に「New England Journal of Medicine」という医学雑誌に掲載された、「緩和ケアのもつ力」を証明したかなりインパクトのある論文です。この研究では、転移性肺がんの患者さん151名を2つのグループに分けました。ひとつはがん治療のみを行うグループ。もうひとつは、通常のがん治療に加えて早期から緩和ケアを行ったグループです。

この研究で提供された緩和ケアは、早期（診断時）から緩和ケアチームが関わって、まず「身体的」「精神的」「社会的」苦痛を評価。次に「治療の目標の設定」をしました。化学療法か放射線療法かといった治療方法も含めた目標を設定し、「治療に関する意思決定過程の支援」を行います。主治医が話をするだけでなく、少なくとも月に一回は、緩和ケアチームがフォローする。そうすることで患者さんのQOLが有意差を持って高くなったのです。また、副次的なことになりますが、早期緩和ケア（診断時からの緩和ケア）を行ったグループのほうが、命が延びたのです。

#### 日本における緩和ケアの動向

日本では、厚生労働省の科学研究費補助金で行われた「戦略研究」があります。プログラムによる地域介入の研究です。平成17年から22年度にかけて、全国4地域に対して地位介入研究を行いました。大規模な前後比較研究で、医師・患者さんも含めた約1000人位の方に介入しました。主要評価項目は「自宅死亡率」「専門緩和ケアサービスの利用者数」「患者の苦痛緩和の質評価」「遺族の苦痛緩和の質評価」「医療者の困難感」ですが、いずれも改善されたと報告されています。また、全国平均7.8%の「自宅死亡率」に対して、この4地域の平均が10.8%（3年間の介入研究の結果）となっており、ここにも大きな有意差があります。「患者の苦痛緩和の質」「遺族の苦痛緩和の質」も右肩上がりです。専門緩和ケアサービスの利用者数も有意差を持って向上しています。

注目できるのは「医療者の困難感」です。患者さんの診療にあたっている主治医や病棟の看護師が困ると、患者さんも困ってしまいます。医療者でも自分の限界などを感じて困ることがありますが、その時に相談できるところがあれば救われます。困らないようにするのが緩和ケアチームや緩和ケアの専門家の役割だと私は考えております。介入研究の結果、医師も看護師も困難感が減っているということです。これが「緩和ケア」の目指すところだと思います。コミュニケーションはもちろん大事ですが、そのコミュニケーションをうまくやっていくために、色々なツールが必要だとわかった研究でした。

# ■ スライド

がんプロフェッショナル 市民公開講座・キックオフシンポジウム  
**がん患者のQOLを高めるサポーターケア**  
 緩和ケア分野の取り組み

山梨大学  
 医学部麻酔科学講座 講師  
 附属病院医療チームセンター長  
 飯嶋哲也  
 平成25年2月2日

**「緩和ケア」とは (WHO 2002)**

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理・社会的、スピリチュアルな問題を、早期から、正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

**緩和ケア=全人的苦痛を緩和する医療**

身体的な苦痛 (Physical): 身体機能の障害  
 精神的な苦痛 (Psychological): 不安、恐怖、怒り、いらだち、抑うつ  
 スピリチュアルな苦痛 (Spiritual): 自覚性の喪失、価値観の変化、なぜ自分がこんな病気になったのか  
 社会的な苦痛 (Social): 仕事上の困難、家庭内の困難、金融問題、人間関係

**緩和ケアの概念図**

標準治療 (根治的、延命的、緩和的) → 緩和ケア → ターミナルケア

期待の期間: 標準治療への期待, 緩和ケアへの期待, 死別後の遺族ケア

時間経過: 診断 → 時間経過 → 死亡

**緩和ケアチーム**  
 患者さん・ご家族と主治医との信頼関係をサポート

患者・家族 ↔ 信頼 ↔ 主治医

薬剤師, 精神科医, 緩和ケア医, 看護師

**大きな力を持つ緩和ケア**  
 2つの研究成果と山梨大学での取り組み

米国: 緩和ケアで命が伸びる? !  
 日本: 最期の時を安心して自宅で!  
 山梨大学: 早期からの積極的緩和ケア

**緩和ケアで命が伸びる?**  
 米国マサチューセッツ総合病院での研究成果  
 N Engl J Med 2010;363:733-42.

対象: 転移性非小細胞性肺がん患者 151名  
 介入: 2つのグループに分けて検討

- 標準治療を行うグループ
- ① + 早期から緩和ケアを行うグループ

**「診断時からの緩和ケア」**  
 緩和ケアチーム診療上の3つ重点事項  
 N Engl J Med 2010;363:733-42.

- 身体的, 精神的, 社会的苦痛の評価
- 治療の目標の設定
- 治療に関する意思決定過程の支援

★上記の事項を重点的に少なくとも1か月に1回はフォロー

**「早期緩和ケア」でQOLが改善される**  
 N Engl J Med 2010;363:733-42.

標準治療群 (Mean Change: 0.0) vs 早期緩和ケア群 (Mean Change: 4.5)

**早期緩和ケア群の子役が延長する!**  
 N Engl J Med 2010;363:733-42.

標準治療群 (Standard care) vs 早期緩和ケア群 (Early palliative care)

**戦略研究による緩和ケア**  
 厚生労働科学研究費補助金

**OPTIM**  
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model  
**緩和ケアプログラムによる地域介入研究**

- 平成17年度から平成22年度まで施行された厚生労働科学研究費における戦略研究
- 全国4地域(長崎、浜松、柏、酒田)が対象
- 大規模な前後比較研究:  
 患者調査: 介入前859名, 介入後857名, 遠隔調査: 介入前1110名, 介入後1093名,  
 医師・看護師調査: 介入前911名・2378名, 介入後706名・2236名
- 主要評価項目: いずれも改善  
 自宅死亡率, 専門緩和ケアサービスの利用者数, 患者の苦痛緩和の質評価, 遺族の苦痛緩和の質評価, 医療者の困難感

Lancet誌に掲載される見込みとのこと。

**山梨大学での取り組み**  
 早期からの積極的緩和ケアを目指して

疼痛管理: 電動式PCAポンプ101台  
 治療の苦痛: 内科医も電動式PCAポンプ  
 在宅でも: 早期からの積極的緩和ケア

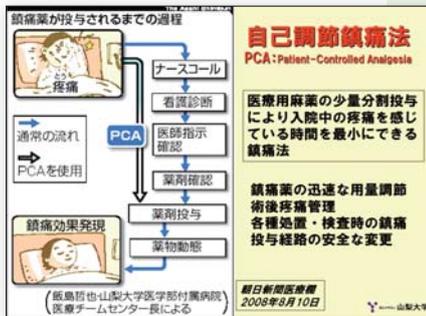
**山梨大学医学部附属病院**

- 院長: 島田眞路(皮膚科)
- 病床数: 606床
- 特定機能病院
- 日本病院評価機構の認定病院
- 地域がん診療連携拠点病院
- 手術件数: 5012件(平成22年度)
- 平均在院日数: 14.3日(平成23年度)

**医療チームセンター**

中央診療部門  
 緩和ケアチーム  
 褥瘡対策チーム  
 栄養サポートチーム

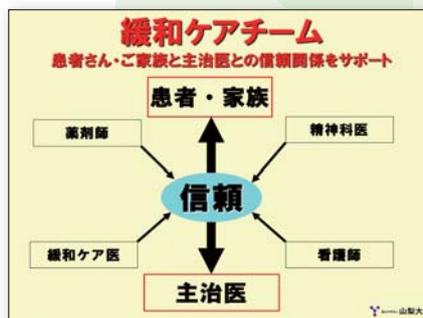
業務: 圏域を越えたチームで行う診療・看護支援  
 センター長: 飯嶋哲也  
 日本緩和医療学会認定指導医  
 井上貴美 師長  
 緩和ケア認定看護師



現代医療に求められているもの

**安全性** ↔ **個別性**  
**効率性**

**相反することからの両立**



**メッセージ**

大きな力をもつ緩和ケア  
大切なこと: 信頼関係



## 2. 心のケアへの取り組み

保坂 隆（聖路加国際病院精神腫瘍科 医長）



癌患者さんがどのくらいの比率で心の病気を合併しているのかを調査したことがあります。その結果をまとめると、うつ病・適応障害を合計すると、耳鼻科で40%を超え、白血病がちょうど30%、乳がんがその間の35%程度でした。言い換えると、30%から40%の癌患者さんは、精神科の病気にも罹っていることを意味しています。特にうつ病を見つけ出し治療が必要な理由は、うつ病が合併すると体の免疫機能が低下しますので、癌そのものの進行が早くなるからです。

### 癌患者の心のケアでQOLを向上させる

主治医である外科医や内科医が、患者さんのうつ状態を見逃すことが多いのですが、調査の結果、二つの要因が見えてきました。

一つは、「自分の患者が精神科的な病気に罹っているはずがない」とか、「罹っていてほしくない」という“主治医としての想い”です。二つ目の要因は、「癌という病気に罹っているんだから、落ち込んでいても、泣いていても、それは仕方のないことだ」と考える“正常反応の拡大解釈”です。これは、主治医が「うつ」や「不安」に目をつぶってしまう傾向にあるということです。

2010年から聖路加の中で「精神腫瘍科」を作りました。この精神腫瘍科に、乳がんの患者100人を分析すると、適応障害が半分以上(55%)でした。適応障害は、軽うつ病ですが、カウンセリングで治します。一方、うつ病はほぼ30%で、これは免疫機能が低下する病気ですが、薬で治します。

治療を始めてから3カ月程経つと、驚いたことに28%の方は「良くなったので、来なくていい」、つまり治ったケースになることがわかりました。これは通常の精神科の外来では全く考えられないことです。

家族の力や他の患者さんの力を借りながらサポートすることを「ソーシャルサポート」と言います。アメリカではこう

いったことを元にして、「集団精神療法」が行われています。末期の乳がん患者さんに週一回来てもらい、一年間グループ療法を受けると、集団精神療法を受けた患者のほうが長生きをすることも以前には報告されました。今は、延命効果があることは否定的ですが、少なくともQOLを高めることは確かだというのが通説です。

### 家族への心のケア

「患者の家族は第二の患者である」とよく言われます。介護で疲れて身体的な病気に罹り第二の患者となるという意味で使われるのですが、癌に関しては違うメカニズムが働いていると思っています。それは、患者的側面といって「大切な人を失いつつある」という傷つきやすい側面と、「励まさなければいけない」という治療者の側面です。矛盾する側面を持ちあわせているために、非常に心が疲弊しやすくなっているのです。

これに対して医療従事者は、「患者的側面」に対しては、支持的な精神療法といって「大丈夫ですよ」「私たちもついていきますから」といった励まし方をします。「治療者の側面」に対しては「患者さんにこういう言い方をした方がいいですよ」「こうした支え方をすると楽になりますよ」といった医学的・看護的に、私たちが学んできたスキルを教えてあげる、私は「スーパービジョン」と名前をつけていますが、こうした形のサポートができると思います。

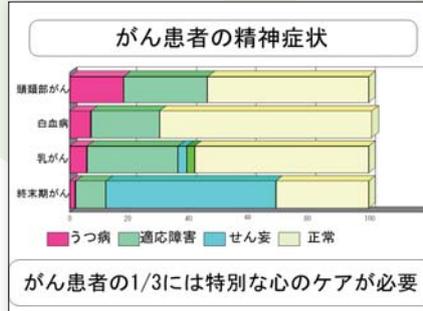
## ■ スライド

がんプロ市民公開講座・キックオフシンポ2013.2.2

### 心のケアへの取り組み

聖路加国際病院精神腫瘍科  
保坂 隆

<http://hosaka-liaison.jp/>


●3人に1人には適応障害(軽いうつ)やうつ病が合併している。  
●特にうつ病が合併すると免疫機能が低下して、がんの経過には悪い影響を与える⇒見逃してはいけない

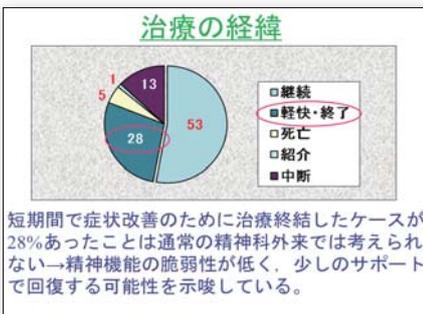
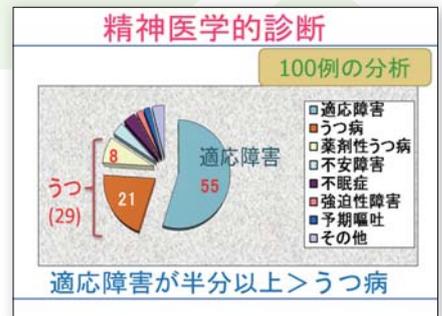
### がん患者のうつが見逃されやすい理由

- 「自分の患者が精神的な病気に罹っているはずがない、罹ってほしくない」  
主治医としての思い  
家族の思い
- 「がんという病気に罹っているんだから落ち込んでいても、泣いていてもそれは仕方のないことだ」  
正常反応の拡大解釈

2010年より聖路加国際病院では精神腫瘍科を新設した。



丸テーブルは結構使える!



こんな場合にはなんと答えるのか?

がんが見つかりました・・・がんで、やはり死んでしまうのでしょうか? もうダメです・・・



「がん=死」という考えの誤り本当にそうでしょうか?

○2人にひとり以上(50数%)が、一生で1回はがんにかかり10人に3人(30%)ががんで死ぬ→残りの20数%のがん患者は?

○がんは糖尿病や高血圧などと同じ慢性疾患である

家族との強い絆  
患者同士の支え合い  
(ソーシャルサポート)  
などは、がんの経過にいい影響を与える

### ソーシャル・サポート ソーシャル・ネットワーク

ソーシャル・サポートのある人のほうが病気になる傾向が少ない

ソーシャル・サポートのあるがん患者のほうが、ない患者よりも長生きする

主治医とフランクに話せるがん患者のほうが長生きする



### がん患者さんのグループ療法

乳がん患者3-10名に精神科医1名・看護師1名  
週1回90分を5週間=5回

毎回のセッションの構成

- 教育的介入
- 問題解決技法
- 支持的療法
- リラクゼーション (漸進性筋弛緩法・自律訓練)
- イメージ療法



先生も看護師さんも私たちの気持ちを分かってくれようとしているのはよくわかるけどでもやはり限度があるみたい。やはり、同じ病気や、同じ状況を体験した仲間同士のほうが分かり合える




心のケアにも“均てん化”を

グループ療法の風景

参加ご希望の方は聖路加国際病院オンコロジーセンターにお電話していただき、保坂の外来を予約して下さい

がん患者の  
家族の心のケア

家族は「第二の患者」である

通常の看護・介護とは違い、がん診療では矛盾したふたつの役割を課せられているから

患者側の側面

大切な人を失いつつある

治療者の側面

大切な人を支えていく

↑ 予期悲嘆

支持的療法      スーパービジョン

家族のほうが傷ついていることもある

乳がん患者さんの場合

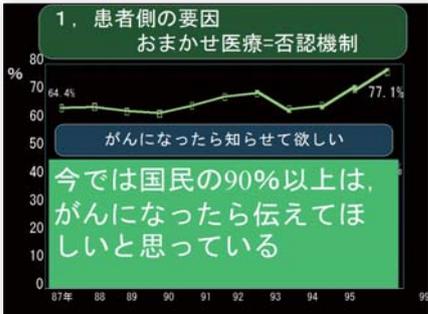
「私よりも主人をサポートしてあげてください。かなりショックを受けているみたいですから・・・」

患者と家族の遠慮

日本のがん告知率は約60%？

日本でがんの告知が進まない理由

1. 患者側の要因
2. 家族側の要因
3. 医師側の要因



2. 家族側の要因  
可哀想だから知らせたくない

(1999年：読売新聞)

自分ががんになったら知らせたいという人は、家族ががんになったら？

知らせる  
36%  
!!!

知らせない  
46%

知らせる

知らせない

3. 医師側の要因  
希死念慮を生じさせると思うから

がんの告知によって希死念慮を誘発するか？

いつも

多くの場合

ときどき

ときどき

めったにない

めったにない

日本の医師      米国の医師

患者本人に告知しないと何が起るのか？

告知をしない場合の弊害

1. 精神症状の発現率が高くなる
2. チーム医療ができなくなる

非告知は患者を守っているか？

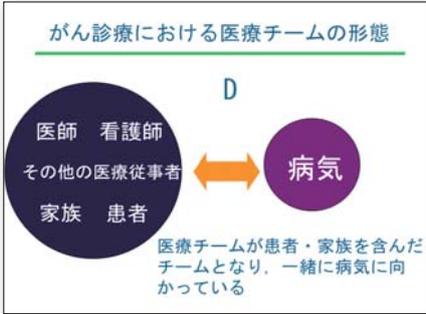
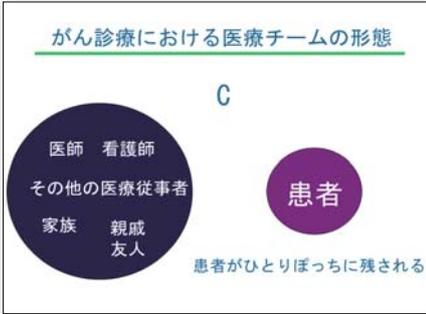
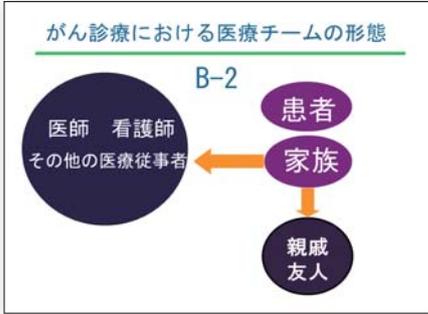
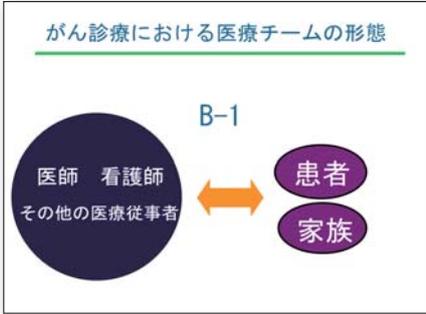
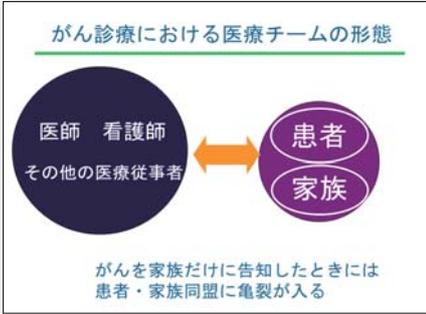
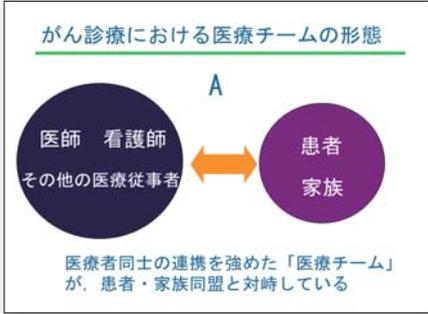
耳鼻科系がん患者

非告知群	48.9% 精神症状あり	精神症状なし
告知群	42.9% 精神症状あり	精神症状なし

NS

非告知は決して患者を守っていない

(Hosaka, T.: Gen Hosp Psychiatry 21: 209-213, 1999)



### 3. リハビリテーション分野の取り組み

辻 哲也 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学 准教授)



これまで、がんの進行や治療によって受けた身体的・心理的なダメージに対し、積極的な対応が行われることは、ほとんどありませんでした。医療従事者にしても、患者さん自身にしても、「がんになったのだから仕方がない」というあきらめの気持ちが強かったからです。しかし、がんやその治療によって、様々な障害が生じると家庭内での生活や学校や仕事復帰にあたって大きな障害となり、生きることの質(QOL)は低下してしまいます。医療の進歩により、がんになっても早期発見によって完治することが多くなり、また、完治しなくても、がんと共存しながら長い期間生きていけることも増えてきていることから、リハビリテーション(以下、リハビリ)の必要性はますます増えていくことでしょう。

がんのリハビリは、がん治療開始後に合併症が出てから始めるのではなく、治療開始前から「予防的リハビリ」を開始します。治療が始まったら引き続き、「回復的リハビリ」を行い、後遺症を最小限にして、スムーズに治療前の生活に戻れるようにします。がんが進行していたり、再発して骨に転移したりした場合は、がんの治療とともに生活の質を落とさないようにする「維持的・緩和的リハビリ」を行ってきます。最近では、外来で治療を受けることも増えてきていますが、通院で疲労することも多く、それを克服するためにも体操や散歩を行うなどして、なるべく体を動かして体力をつけ、元気に過ごせる時間を延ばすようにします。また、骨への転移により骨折してしまうと生活に支障が出るので、骨折の危険性を認識してもらい、転移のある部位に衝撃やひねりなどの力が加わらないように指導します。がんの再発後にがんと共存する時期が長い年月続くこともあります。その場合には患者さんの希望を大切にします。例えば、麻痺があっても「歩きたい、トイレに自分でいきたい」という場合には、杖や歩行器などの補助具を利用したり、起き上がり方や車椅子へ乗り移り方など、動作のコツを介護される方と一緒に学んだりします。

#### がん治療の様々な段階で必要になるリハビリ

障害には、脳や脊髄の腫瘍による手足の麻痺、舌やのどのがんにより、話すことや食べ物を飲み込むことの障害、乳がんの術後の肩の運動障害、腕のむくみ、子宮がんの術後の足のむくみ、抗がん剤や放射線治療で安静がつづき手足の筋力や体力の低下、骨や筋肉のがんによる歩行障害などが挙げられます。これらの障害に対してさまざまなリハビリを行なうことで、患者さんの回復力やQOLを高め、できるだけ早く家庭や社会に復帰することが可能です。これが、がんのリハビリの大きな役割です。

米国では、1970年代からリハビリの分野でもがんを専門的に扱うようになり、今日ではがん治療の重要な一分野として認識されています。例えば、全米でも有数のがんセンター「MD Anderson Cancer Center」では、緩和ケアとリハビリ部門が治療の柱の一つになっていて、リハビリ専門医4名、リハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が80名もいます。日本では、卒前教育・卒後教育ともに医療従事者が、がんのリハビリについて学ぶ機会はなかなかありません。

#### 日本におけるリハビリ事情

日本では、がん対策基本法が大きな追い風になりました。「がん患者の療養生活の質の維持向上」つまりがん患者さんを取り巻くQOL、生活の質にもしっかりサポートするという国の施策が決まりました。2010年の診療報酬改定の時に、「がん患者リハビリテーション料」といって、専門の医師、スタッフのもとでリハビリを行うことで診療報酬算定がつくようになり、これも大きな追い風になりました。治療の前からリハビリをやることで算定ができる。これまで「リハビリ」というと、治療が行われた後の後遺症がおきてからの対応というのが通常でしたので、そう

いった意味でも画期的だと思います。

今後、がんリハビリを発展させていくには、まず臨床研究を取りまとめたガイドラインができ、そのガイドラインに準拠した内容の研修会を実施することで医療スタッフの育成を行い、質の担保された医療スタッフが実際の臨床に当たり、その臨床の問題点を研究に生かす、というような好循環が生まれるように官民挙げた取り組みが行われつつあります。

生存率が向上し、がん患者さんのQOLが求められるようになる中、リハビリの重要性は、さらに高まっていくでしょう。より高い効果を得るためには、患者さん自身がリハビリの必要性をよく理解し、がんと診断された直後から主治医と相談しながら、リハビリ・スタッフのサポートを積極的に受けていくことが大切です。

## ■ スライド

13.02.02 慶應義塾大学北望講堂 QOLキックオフシンポジウム  
がん患者のQOLを高めるサポーターブック

### リハビリテーション分野の取り組み

辻 哲也  
慶應義塾大学医学部  
腫瘍センターリハビリテーション部門  
慶應義塾大学医学部  
リハビリテーション医学教室



### リハビリテーションの対象となる障害の種類

がんそのものによる障害

- がんの直接的影響
  - 骨転移(長骨)による病的骨折
  - 脳転移(脳転移)にともなう片麻痺、失語症など
  - 腎臓・腎臓腫瘍(腎臓・腎臓転移)に伴う四肢麻痺、対麻痺
  - 肺がんの直接的影響(遠隔効果)
  - 悪性末梢神経炎、悪性末梢神経症候群(小脳性運動失調、筋炎など)

おもに治療の過程において起こりうる障害

- 全身性機能低下、病用症候群 化学・放射線療法、造血幹細胞移植後
- 手術
  - 骨・軟部組織手術後(患肢遷延後、四肢切断術後)
  - 乳癌術後の肩関節拘縮、乳癌・子宮癌手術後のリンパ浮腫
  - 頭頸部癌術後の嚥下・構音障害、発声障害
  - 頭部リンパ節転移後の顔面神経麻痺(副神経の障害)
  - 頸部・胸腺癌術後の呼吸器合併症
- 化学療法・放射線療法
  - 末梢神経障害、横断性脊髄炎、腕神経系麻痺、嚥下障害など

### がんのリハビリテーションの歴史

米国

65年 Clarkががん会誌(NY)でがん医療におけるリハの必要性訴え。71年 米国ではがん対策のための国家事業制定。国立がん研究所(NCI)によるがんリハプロジェクト開始。がんを専門PT/OT/ST養成。乳癌術後や喉頭摘出後など特定の機能障害のリハビリプログラム作成。リハに関する患者教育やリハリを必要とする患者のスクリーニング

82年 全米調査。主要大学・がんセンターにがんリハ専門職・プログラム

MD Anderson Cancer Center

緩和ケアとリハ部門が治療の柱の一つ。リハ専門医4名、PT/OT/ST8名。リハ科入院患者と他科依頼、外来診療・電話診療の検査を実施。

日本

リハ医学関連の教科書には、がんのリハの記述は限定的。がん医療に関する教科書ではリハの解説はほとんどない。リハ療法士の養成校では、がんリハに関する系統講義や実習は少ない。

### がん対策基本法(2006年6月成立)

概要

がんの対策のための国、地方公共団体等の責務を明確にし、基本的施策、対策の推進に関する計画と厚生労働省にがん対策推進協議会を置くことを定めた法律。

基本的施策

- がんの予防及び早期発見の推進
- がん検診の質の向上等
- がん医療の均てん化の促進等
- 専門的な知識及び技能を有する医師・医療従事者の育成
- 医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- 研究の推進等

### がんのリハビリテーション実践ワークショップ

Cancer Rehabilitation Educational Program for Rehabilitation teams

【07年度】  
07年8月 国立看護大学校(東京都)  
07年1月 大阪府医療センター看護学校(大阪府)  
08年1月 国立看護大学校(東京都)

【08年度】  
08年7月 国立看護大学校(東京都)  
08年10月 神戸看護協会(神戸市)  
09年1月 国立看護大学校(東京都)

【09年度】  
09年7月 国立看護大学校(東京都)  
10年1月23-24日 広島大学大学院(広島市)

【10年度】  
10年7月 国立看護大学校(東京都)  
11年1月 京都大学大学院(京都府)

事務局: ライフプランニングセンター <http://www.lpc.or.jp/>

### がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

- がん診療連携拠点病院におけるがん診療連携推進計画策定 400点 → 500点
- がん診療に係る地域連携の評価
  - がん診療連携推進計画策定 750点(進捗時)
  - がん診療連携推進計画 300点(情報提供時)

がん治療の評価

- 複雑化・高度化する外来化学療法の評価
  - 外来化学療法加算1 500点 → 550点
- 放射線治療室におけるR内用療法等の管理の評価
  - 放射線治療室管理加算 500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮したがん患者リハビリテーションの評価
  - がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

### がん患者リハビリテーション料の対象患者

入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する患者

- 食道がん、肺がん、縦横隔膜、胃がん、胆管がん、膵臓がん、大腸がん  
1 と診断され、当該入院中に開腹手術全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他 頸部リンパ節転移を必要とする  
2 がんに伴って入院し、当該入院中に放射線治療若しくは開腹手術全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- がんによる入院し、当該入院中にリンパ節転移を伴う開腹手術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に頸部リンパ節の運動障害等を起こす可能性がある患者
- 骨軟部腫瘍又は骨の骨転移に対して、当該入院中に患肢切断術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- 悪性性脳腫瘍又は脳神経腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- 当該入院中に骨髄抑制を来する化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
- 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、在宅療養のため一時的に入院加算を行っており、在宅療養を目的としたリハビリテーションが必要とされる患者

### がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

南関東圏における先進的がん専門家の育成(10大学)

慶應義塾大学・北里大学・首都大学東京・信州大学  
聖マリアンナ医科大学・聖路加看護大学・東海大学  
東京歯科大学・山梨大学・国際医療福祉大学

慶應義塾大学の特色

がん治療の7つの柱

- がん専門医療コース
- リハビリ専門医療養成コース
- がん専門コメディカル養成コース
- がん専門リハビリ療法士・研究者養成コース
- インテグレーション
- 腫瘍リハビリテーション医学臨床研究コース

### がんのリハビリテーション ガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究

平成22-24年度厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)

主任研究者 辻 哲也(慶應義塾大学医学部リハ医学教室)  
分担研究者 生駒一孝(北海道大学病院) 水谷和也(横浜市立大学附属病院) 佐藤一(大阪医科大学医学部)

研究協力者 田沼明(静岡がんセンター) 徳川俊洋(倉崎病舎センター) 葛原浩一(旭化成メディカル病院)

ガイドライン  
グランドビジョン

### がんのリハビリテーション懇話会

対象はがんのリハビリに関わるすべての医療関係者

- がんのリハビリの普及、今後の臨床や研究の質の向上を目的として、多職種での意見交換の場として企画。

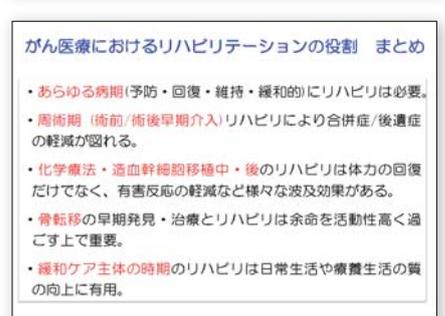
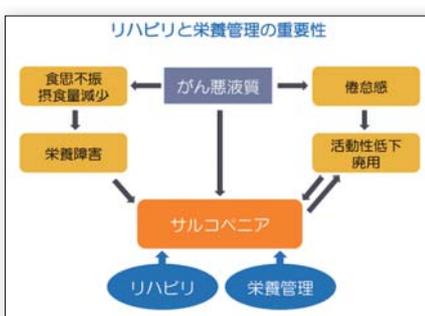
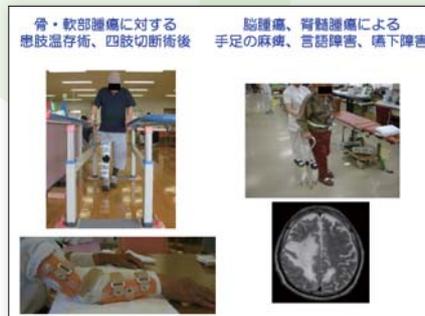
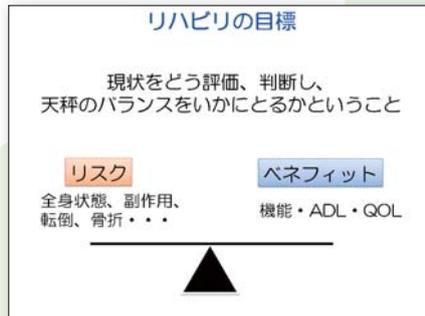
日時: 2013年1月12日(土) 10時~17時  
場所: 新川記念会館国際会議場(東京都港区)  
参加者数: 約300名

基調講演 「がんのリハガイドライン作成の取り組み」  
辻 哲也(慶大 腫瘍センターリハビリ部門)

一般講演

指定演題 「進行がん患者に対するリハビリ」  
呼吸療法、ADL障害、嚥下障害、浮腫への対応

特別講演 「米国がんセンターにおけるがんのリハの取り組み」  
Rajesh R. Yesay  
(宇千草大立大 MD アンダーソンがんセンターリハビリ推進教授)



## 4. 口腔ケアに関する取り組み

野村 武史 (東京歯科大学口腔外科学講座 講師)



口腔ケアとは歯科的手法を用いて口腔内環境を整え、口腔機能の正常化を図ることをいいます。近年がん患者の治療に先立ち、口腔ケアをおこなうことにより重篤な合併症を予防できることが明らかとなりました。このことから、現在口腔ケアががん治療を成功へ導く重要な支持療法(サポータティブケア)の一つとして認識されています。がん患者が手術、放射線治療、化学療法いずれの治療を行う場合にも口腔ケアが必要と考えられます。また口腔ケアは治療前、治療中、治療後のいずれの時期にも必要に応じて行われます。口腔ケアは広い意味では単に口腔清掃をするだけでなく、摂食・嚥下リハビリテーション、歯周治療、義歯作成といった歯科治療も含まれます。

### 口腔ケアで合併症を防ぐ

がんの手術後には様々な合併症に悩まされることも少なくありません。例えば食道癌の術後は、時として誤嚥性肺炎や術後感染、縫合不全といった合併症が問題になりますが、これらは低栄養や口腔内細菌が原因で発症することがあります。食道癌の術前に栄養状態の改善や口腔内の細菌数を減少させることにより、これら合併症を有意に予防できることが明らかとなりました。また、頭頸部領域のがんに対して放射線治療をおこなうことにより、唾液の分泌障害にともなう口腔乾燥や骨髄炎、あるいは重篤な粘膜炎が発生することが知られています。化学療法においても同様で、粘膜炎、骨髄抑制、また最近では、乳がんや前立腺がんなどの骨転移の治療に使われるビスホスホネート製剤による顎骨壊死が発症し、がん治療の現場では問題となっています。これらの合併症は、さらに栄養障害や免疫力の低下といった悪循環をもたらし、ついにはがん治療を途中で中断させる要因となります。

### 口腔ケアの実際

口腔ケアは自分で行なう日常的口腔ケアと専門的口腔ケアに分かれます。専門的口腔ケアとは、例えば口腔粘膜炎が発症し、自身では口腔清掃ができない場合に歯科医師あるいは看護師、歯科衛生士が専門的なケア用品を用いて行うことをいいます。場合によって表面麻酔薬やステロイド軟膏など、薬物を塗布して痛みを取り除きながら口腔ケアをおこなう場合もあります。先ほど述べましたように多くの合併症は口腔内の細菌が原因となるため、適切に口腔清掃を行わないと、デンタルプラーク(歯垢)が蓄積し口腔細菌数が劇的に増加します。さらには普段口の中に見られない病原性細菌も現れ始めます。これががん治療中に悪影響を及ぼし、負の連鎖が続きます。この悪循環を断ち切るために、口腔内のプラークコントロールを行なうことが重要となります。また口腔がんという口の中にできるがんに対し、例えば手術で舌を切除したり、あごの一部を取り除く手術をした場合、これも口から物が食べられなくなる原因となります。この時にうまく食事が取れるよう摂食、嚥下訓練をしたり、特殊な顎義歯を作成したりといった治療が必要となります。現代のがん医療の概念は単にがんを治すだけでなく、治療後に社会復帰するまでの過程を重視しています。

以上のことから様々ながん治療に先立ち、口腔ケアという支持療法(サポータティブケア)が必要となります。しかし未だがんの医療現場において、国内で均一な口腔ケアが実施されているとはいえません。今後全国どこの病院でも質の高いがん治療が行われ、これを成功に導くための口腔ケアが実施されるよう、私たち歯科医師が果たす役割は大きいと考えています。

## ■ スライド

がん患者のQOLを高めるサポーターケア

### 口腔ケアに関する取組み



東京歯科大学口腔外科学講座  
野村武史

がんプロフェッショナル養成機構推進プラン 2013年2月2日(土) 慶應義塾大学 北堂講堂

### 口腔ケアとは

歯科医学的手法を用いて、口腔内環境を整え、  
これにより口腔機能の正常化を保つ



プラークコントロール（歯垢の除去）が重要

東京歯科大学千葉病院には12の歯科専門の診療科がある

- 保存科**（ほそんか）・・・歯を保存する科  
齲蝕症（虫歯）、歯周病（歯槽膿漏）の治療
- 補綴科**（ほてつか）・・・クラウン（冠）やブリッジ、義歯（入れ歯）を扱う科  
歯の一部、または全部欠けた場所の治療
- 口腔外科**（こうくうげか）・・・口腔内にできる様々な病気を扱う科  
抜歯をはじめとする歯・口腔領域の手術
- 矯正歯科**
- 小児歯科**
- 口腔インプラント科**
- スポーツ歯科**
- 歯科麻酔科**
- 放射線科**
- 臨床検査部**
- 総合診療科**
- 摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科**
- 内科**

・・・では地域の歯科医院との関係は？



地域の歯科医院・・・う蝕、歯周病、義歯、抜歯  
保存、補綴、口腔外科のほとんどの治療を扱う  
→ 最大公約数の治療

なかなか治らない  
珍しい疾患  
難しい治療

大学病院や総合病院の歯科に紹介  
・・・ではがん患者の歯科治療はどこで受けるの？



歯科診療所 歯科大学病院  
病診連携 病病連携  
総合病院・歯科 がんセンター

### がん患者の口腔ケア

- がんの治療（手術、放射線治療、化学療法）に際して行う歯科的な治療
- がんの治療前、治療中、治療後に行う
- 日常的口腔ケアと専門的口腔ケアにわかれる
- 目的は口腔内環境を整えること  
プラークコントロールは重要であるがそれだけではない

### がん治療の流れ

治療準備 → 治療 → 療養

**手術**  
**化学療法**  
**放射線療法**

どの治療も  
身体的な負担が大きい  
→ これらの治療に備える

### 手術による合併症

- 手術→体力の低下→術後合併症

例：食道癌術後→肺炎、縫合不全、低栄養が問題  
術前からの口腔ケアの介入により  
誤嚥性肺炎の防止  
術後経口摂取開始期間の短縮  
入院日数の短縮が期待できる

### 放射線治療による口腔合併症

- 唾液分泌障害 → 口腔乾燥、多発性う蝕
- 骨髄抑制 → 感染しやすい（急性炎症）
- 粘膜炎 → 疼痛による摂食障害
- 味覚障害 → 神経障害による味覚異常
- 放射線性骨髄炎 → 長期間にわたる顎骨の壊死

がん治療の継続を困難にさせる要因

### 化学療法による口腔合併症

- 粘膜炎 → 疼痛による摂食障害
- 骨髄抑制 → 感染しやすい（急性炎症）
- 食欲不振 → 神経障害による味覚異常
- 嘔吐 → 長期間にわたる顎骨の壊死
- 顎骨壊死 → ビスホスホネート製剤による治療（乳がん、前立腺がんなどの骨転移）

がん治療の継続を困難にさせる要因

### 口腔がん 口の中にもがんはできる

手術で舌や顎が失われると発音機能、咀嚼機能、嚥下機能が低下し、患者のQOLが著しく低下する。

- 口腔清掃や摂食・嚥下のリハビリ
- 顎補綴による咀嚼機能の回復

### がん治療における口腔ケアの役割

口腔ケア  
心理的ケア

≠ 歯の清掃だけではない

- 手術療法**
  - 咀嚼機能の回復
  - 嚥下機能の向上
  - 合併症の予防
- 放射線療法**
  - 粘膜炎予防
  - 口腔乾燥症の予防
  - 疼痛コントロール
- 化学療法**
  - 粘膜炎の予防
  - 全身感染症の予防

### う蝕と歯周病は細菌感染が原因

口腔内には慢性感染巣が存在する。

細菌が侵入、定着、増殖し易い環境  
デンタルプラーク(歯垢)

うがいだけでは除去できない  
機械的除去が必要

### 原因は歯垢(プラーク)

口腔内の細菌は300種類以上・・・多くは常在菌

唾液中の細菌の数は 1億 / ml  
大腸中の細菌の数は 1000億 / g

歯垢中の細菌の数は 1000億 / g

プラークコントロールの重要性  
がん治療の開始前に歯科医院を受診することが重要!

### 口腔の特徴

- 多くの常在菌がバランスを保ちながらホスト(人)と共存している。
- 口腔の感染症は健康な時には症状はでない。
- 体調不良時に痛み、腫脹などの症状が発現する。
- 口腔の感染症は症状が発現した時に進行する。
- 口腔内の感染症による痛みは強く、食事や睡眠に影響し、さらに体調不良を助長する。

### がん治療中の口腔管理

- 入院中は専門的口腔ケアが必要
- すべての病院に歯科は備わっていない  
→ 歯科医師、歯科衛生士の不足
- 入院中のサポーター・ケアは看護師が主役

歯科医師、歯科衛生士のがん治療への介入  
チーム医療の実践

### 東京歯科大学市川総合病院における口腔ケアの流れ

入院患者さん → 医師 / 看護師 (口腔ケア)

医師 ↔ 看護師 (相談)

医師 → リハビリテーション科 (依頼)

リハビリテーション科 → 歯科医師 (指示) / 言語聴覚士 (指示) / 作業療法士 (指示) / 管理栄養士 (指示)

歯科医師 → 歯科衛生士 (指示)

言語聴覚士 → 理学療法士 (指示)

### 口腔ケアプロトコル

項目	1日	2日-3日	4日-7日	8日-14日
アセスメント	入院時1回 その後1日1回	入院時1回 その後1日2回	入院時1回 その後1日3回	入院時1回 その後1日3回
専門的口腔ケア	必要に応じて	0.5-1回/週	2回/週	3回以上/週
日常的口腔ケア	1-2回/週	1-2回/3日	1-2回/3日	1-2回/3日

ケア方法  
1. 清潔を確保したガーゼで口腔内を清拭する。  
2. 清潔に湿した綿球、綿棒で口腔を清拭する。  
3. 舌または歯茎でうがい、もしくは、清潔に湿した綿球、スポンジブラシで口腔内全体を清拭する。  
4. 歯がある場合、歯ブラシで歯みがき。  
5. 歯茎は清潔でうがい、もしくは、清潔に湿した綿球、スポンジブラシで口腔内全体を清拭する。  
6. 口唇、口腔内の保湿。

東京歯科大学市川総合病院 歯科・口腔科

### 東京歯科大学がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 支持療法委員会主催

「がん医療現場における口腔ケア」  
関東周辺のがん拠点病院に勤務する看護師・歯科衛生士を対象にインテンシブコースを毎年開催している

### 口腔がん検診

早期口腔がんの治癒率は90%以上  
早期発見により低侵襲治療が可能となりQOLが向上

千葉県、東京都の地域歯科医師会、行政と共同  
歯科医が口腔がんを早期発見できる社会を目指す

### 口腔がん切除後の摂食・嚥下リハビリ

食べることの喜び、退院後の社会生活への適応

### 広範な顎欠損に対するインプラント顎義歯

→ 平成24年より保険適応

顎補綴義歯の専門医の育成が急務

### 東京歯科大学大学院歯学研究科

- 口腔がん研究を臨床に活かせる専門歯科医師養成コース
- がん治療支持療法のための歯科医師養成コース(平成24年)  
「顎補綴コース」と「摂食・嚥下リハビリコース」を開設

がん治療専門歯科医師の育成

## 5. 看護分野の取り組み

久保 五月 (北里大学看護学部臨床看護学 准教授)



### わが国のがん情報をめぐる現状

がん情報の入手と利用に関する実態調査(2012年)によると、全体として「がん情報が足りない」と感じている人が多いことがわかります。さらに詳細をみると、男性よりは女性が、高齢の方よりは若い年代の人が、そして本人よりは家族の方が情報不足を感じているようです。

### がん情報支援の取り組み

がん情報を求める人々の声に応えて、国も医療機関も支援体制を整えています。「相談支援センター」がその一つです。治療をはじめ、今後の生活や経済面での不安など、ありとあらゆる相談に対応できる身近な窓口となっています。インターネットの普及に伴って、情報提供の方法も変化しています。がん対策情報センターの「がん情報サービス」をはじめ、多くの機関がインターネットを媒体として情報を提供し効果をあげています。最近ではインターネット上で双方向にコミュニケーションできるようになり、患者さんやご家族が情報の発信者になるケースも増えています。このような変化は医療情報にアクセスしやすくなっていることを意味しますが、一方では溢れる情報に翻弄される危険も孕んでいます。必要な情報を、必要な時に、必要な量だけ手にするために、「情報を探す力」を身につけることが求められています。

### インターネット活用のポイント

必要な情報を得るためには、信頼できる情報源を探すことが重要です。①発信者、②情報元、③最終更新日、④目的、⑤連絡先、⑥限界、⑦倫理的配慮など、必要な事項が書かれていることが判断の目安となります。

### がん看護専門看護師による情報サポート

情報を探するとき、内容が難しすぎて理解できないことがあります。このような問題に対して、北里大学病院では2010年から「前立腺がん看護外来」を開設し、がん看護専門看護師によるサポートを行っています。活動内容は3つです。①情報を提供し、②意思決定を支援し、③精神的支援も同時に行います。医師から複数の治療法を提示されても、治療内容がわからなければ選択することはできません。そこで、治療内容を説明することから始めます。患者さんにあわせて、どれだけの量を、どこまで詳しく話すかを見極めることが重要です。患者さんの情報ニーズを明らかにすることを手伝うこともあります。対話の中から、何を知りたいのか、何を知る必要があるのかを一緒に探していくのです。

治療内容が理解できたら、次は治療選択です。情報を集める力や理解力が高くても、すぐに意思決定できるわけではありません。思い悩み、長時間を要することもあります。急かしたりはしません。患者さんが“自分で決める”ことが重要だからです。そのことが現実を乗り越えていく力になると信じます。自分にとって何が大切なのか。患者さんが自分で気づくように関わることが、意思決定のサポートになります。

これらのサポートには、face to faceのコミュニケーションが欠かせません。情報を探す途中で困難に遭遇したとき、誰かに相談することで解決の糸口につながることもあります。本日紹介した様々なサポート源を活用していただければ幸いです。



### その情報は信用できる？

**チェックポイント**

Authorship: 著者 / 寄稿者 / 所属 / 資格  
誰がその情報を発信しているか？  
Source: 情報元(引用文献など)  
出典を書いているか？  
Currency: 最終更新日  
情報の発信時期が書かれているか？ 適切か？  
Disclosure: 所有者 / 出資者 / 広告 / 利益相反  
情報公開の目的が書かれているか？

JAMA 1997, Vol 277(15): 1244-1245

### その情報は信用できる？

**チェックポイント (JAMA)**

+

- 情報を書いた人と連絡がとれるか？
- 情報の限界について書かれているか？
- 個人情報を守られているか？



### 前立腺がん看護外来

場所: 北里大学病院 泌尿器科外来に併設(2010年4月～)  
日時: 毎週月・水曜日 午後(予約制)  
一人あたり 1時間の面談  
条件: 診断後、初期治療を開始する前である  
面談を要すると主治医が判断し、本人も希望する  
配偶者(家族)と同伴する  
担当: がん看護専門看護師

### 前立腺がん看護外来の活動

- 病気・治療法に関する情報提供
- 治療選択の意思決定支援
- 精神的支援

### がん看護専門看護師による情報支援

検査 → 診断  
複数治療法の提示  
パンフレット

治療法の自己決定  
前立腺がん看護外来

治療

- 情報そのものを提供する  
病気・治療の理解を促す  
誤った情報による混乱を防ぐ

相手にあわせる・情報量と内容

### がん看護専門看護師による情報支援

- 情報ニーズを明らかにする  
「何を知る必要があるのか、それがわからない」
- 治療選択の意思決定を支援する  
「自分にとって、大切なことは何か」

face to faceの  
情報提供・情報共有

### 情報と上手につき合うために

「情報を探す力」をつけよう！

情報源を活用しよう！

ご清聴ありがとうございました

## がん情報 LINK

### 病気・治療について知りたい

- ◆がん情報サービス  
国立がん研究センター がん対策情報センター  
<http://ganjoho.jp/public/index.html>
- ◆がん診療連携拠点病院のホームページ  
病院一覧はがん情報サービスから検索可能  
<http://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/>
- ◆がん診療ガイドライン  
日本癌治療学会(専門家向け)  
<http://www.jsco-cpg.jp/top.html>
- ◆Minds(マインズ)医療情報サービス  
公益財団法人日本医療機能評価機構  
厚生労働省委託事業により公開中  
<http://minds.jcqh.or.jp/>
- ◆Cancer Channel  
がんチャンネルの目的に賛同した各団体・組織  
<http://www.cancerchannel.jp/>

### 海外の情報を知りたい

- ◆がん情報サイト PDQ® 日本語版  
先端医療振興財団 臨床研究情報センター  
文部科学省委託事業により公開中  
<http://cancerinfo.tri-kobe.org/>  
(PDQ®とは米国国立がん研究所(National Cancer Institute)が配信するがん情報)  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq>

- ◆ASCO  
米国臨床腫瘍学会(American Society of Clinical Oncology)  
<http://www.asco.org/>

### 体験談を知りたい

- ◆JPOP - VOICE  
財団法人パブリックヘルスリサーチセンター JPOP 委員会  
<http://jpop-voice.jp/>
- ◆DIPEX - Japan(ディベックス・ジャパン)  
特定非営利活動法人 健康と病の語りディベックス・ジャパン  
<http://www.dipex-j.org/>
- ◆I Had Cancer(がん体験者・家族・友人のためのソーシャルネットワーク)  
<http://www.ihadcancer.com/>

## 6. 薬学分野の取り組み

金子 健 (慶應義塾大学病院薬剤部 副主任)



医療用麻薬「モルヒネ」についてみなさんの持っているイメージは、「最後の薬」「中毒になる」「一度使ったらやめられない」「副作用が怖い」が多いでしょう。実際に患者さんとお話すると、こういったイメージを持っている患者さんが多くいらっしゃいます。

### 医療用麻薬と麻薬の違い

少し古いデータですがアンケート結果を見ていくと、95%位の人が「中毒や依存症になると思うから」「痛みを抑える最後の手段という気がする」という理由で、医療用麻薬を避けたいと考えています。これは薬剤師・医療従事者が、適切かつ正しい知識を届けていないことが原因の一つと考えられます。医療従事者は、医療用麻薬、覚せい剤、コカインは、作用や効果の点から見ても全く違うと捉えています。それが、混同してしまう原因には、医療用麻薬「モルヒネ」やコカインが法律上一緒のくくりになっていることが影響しているとも考えられます。

では、医療用麻薬と麻薬はどこが違うのかですが、医療用麻薬は医薬品の基準に従い、国の審査で効き目や安全性が検討されて医薬品として製造・販売が認められています。今では「モルヒネ」「オキシコドン」「フェンタニル」がありまして、必要不可欠な薬となっています。

### 医療用麻薬3つの誤解

みなさんの疑問をいくつかここでまとめてみます。「モルヒネ（医療用麻薬）は最後の薬ですか？」とよく聞かれます。これは昔、使い方がよくわからなかったり、薬があまりなかった時代に、死の直前になってようやく処方されたためにこうした誤解が生じたと言われていました。現在では、強い痛みがあり、それが医療用麻薬で取れる痛みであれば、がん治療の早期でも医療用麻薬は普通に使われています。そして痛みを上手にコントロールすることで、がん治療を

成功させて社会復帰も可能になっています。より良く生きるためには必要な薬です。

「モルヒネ（医療用麻薬）を使うと中毒になる？ やめられない？」という質問もあります。痛みのある人に適切に医療用麻薬を長期間使い続けても中毒にならない、という考え方があります。実際、科学的にも証明されています。治療がうまくいって痛みがなくなり、医療用麻薬を使わなくなったり、使う必要がなくなれば、医師などの指導の元で安全に使用をやめていけます。

「医療用麻薬の副作用が怖い？」というのがあります。医療用麻薬の主な副作用として、「便秘」「吐き気・嘔吐」「眠気」が有名ですが、これに関してはそれぞれ予防や対策も確立しています。

ここまで医療用麻薬について話してきましたが、短い時間の中ではモルヒネなどの誤解を十分に取るのは難しいかもしれません。がんによる痛みは、いろいろな原因で起こっています。そのため、みなさんが普段使う痛み止めだけでは取れない場合があります。その時は、医療用麻薬で痛みが取れるかもしれません。それにより、痛みから解放され食事が摂れたり、仕事ができるようになるかもしれません。必要な時には、医療用麻薬を味方につけていただきたいと思います。

## ■ スライド

キックオフシンポジウム「がん患者のQOLを高めるサポーターケア」 2013.2.2

サポーターケアの統合的な取り組みを目指して  
**「薬学分野の取り組み」**  
 緩和ケアチーム専任薬剤師の立場から

慶應義塾大学病院 緩和ケアチーム  
 専任薬剤師 金子 健

慶應義塾大学緩和ケアチーム



チームのシンボル  
**ストレプトカーパス**  
 花言葉「信頼に応える」

### 薬剤師の取り組み

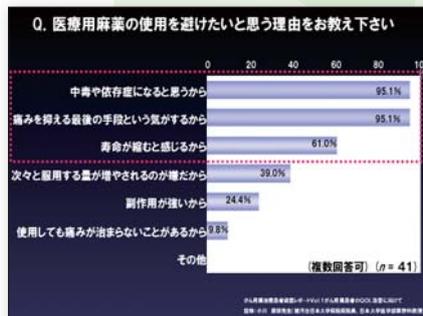
- × 患者さんへのお薬の効果、副作用や注意点などの説明
- × お薬の効果や副作用のモニタリング
- × お薬に関する情報収集や提供
- × お薬の適正使用の推進のために医療従事者への教育など

◆本日のテーマ◆

### モルヒネ(医療用麻薬)の誤解を解く!

皆さんのイメージは?

最後のくすり  
 中毒になる  
 やめられない  
 副作用が怖い



### 麻薬の捉え方

医療用麻薬 (モルヒネなど) vs 覚せい剤 大麻 vs 覚せい剤 大麻

医療用麻薬 (モルヒネなど) vs 覚せい剤 大麻 vs 幻覚現薬 (LSD) vs 幻覚現薬 コカイン

モルヒネも 覚せい剤も コカインも 同じ麻薬だよ

モルヒネと 覚せい剤・コカインは まったく違うよ

### 『医療用麻薬』と『麻薬』は何が違う?

医療用麻薬は... 医薬品の基準に従って国の審査で有効性及び安全性が検討され医薬品として製造、販売が認められている

麻薬は... 違法な流通によって売られ、私用されている。国が認めていない。

モルヒネ オキシコドン フェンタニル (コカイン) (大麻)

**必要不可欠なお薬**

### ▶ モルヒネ(医療用麻薬)は最後のくすり?

これは20年前前、使いやすい薬がまだなく、またモルヒネが誤解され、恐れられていたため、死の直前になってようやく使用されたために生じた誤解と考えられます。

現在では強い痛みがあれば、がん治療の早期でも、医療用麻薬が使用される場合もあります。痛みを上手にコントロールすれば、がんの治療を成功させ、社会復帰を果たすことも可能です。緩和医療はもちろん、より良く生きるために必要な薬剤なのです。

### ▶ 医療用麻薬を使うと 中毒になる? やめられない?

痛みのある人が適切に、医療用麻薬を長期間使用し続けても、中毒になることはないという考え方があり、科学的にも証明されています。痛みがなくなり、医療用麻薬を使用する必要がなくなったときには、医師などの指導のもとで安全に使用をやめることができます。ただし、やめるときには、徐々に薬を減らしていきます。急にやめると医療用麻薬に順応した体の方の調子が狂うからです。

### ▶ 医療用麻薬の副作用が怖い?

医療用麻薬の主な副作用には、便秘、吐き気・嘔吐、眠気がありますが、予防や治療方法が確立しています。

便秘対策は、患者さんのお通じの状況を確認しながら下剤などを使用していきます。

吐き気や嘔吐がある場合には、どのような時に起こるかを確認しながら、吐き気を抑えるお薬を使用します。

眠気は、使い始めやお薬が増えた時に起こることがありますが、3~5日間続けてるとなくなることが多いです。もし不快な眠気が続く場合はお薬を減らすなどを行います。



### 私からの提案

- ◆ お薬の事で何かありましたら... お薬のコンシェルジュ(薬剤師)へ
- ◆ ぜひ、かかりつけ薬局(薬剤師)を見つけてください!

「一緒に飲んでいいのかな?」

慶應義塾大学緩和ケアチームのホームページから...

慶應義塾大学病院 緩和ケアチーム

緩和ケアチームの役割

緩和ケアチームの役割

緩和ケアチームの役割

### 患者さんの信頼に応えるために

顔の見えるつながりの中で、医療者の誰もが緩和ケアを提供できるようになり、そして患者さんの誰もが緩和ケアを受けられるようになる事、それが私たちの目標です

ありがとうございました

Thank you very much

The End...

## 閉会挨拶：

武田 純三（慶應義塾大学 病院長）



北里講堂の名前の由来になっている、北里柴三郎先生からは我々色々なことを学んできました。その内の一つが「予防医学」です。日本で始めてこの「予防医学」という言葉を使い始めたのが恐らく北里先生だと思いますし、慶應義塾大学の初代の医学部長であり、病院長が北里先生です。先ほどもお話に出た「予防医学」です。本来は病気を予防するというのが一番ですが、我々はサポーターケア、緩和ケアとして症状も予防したいということで取り組んでいます。

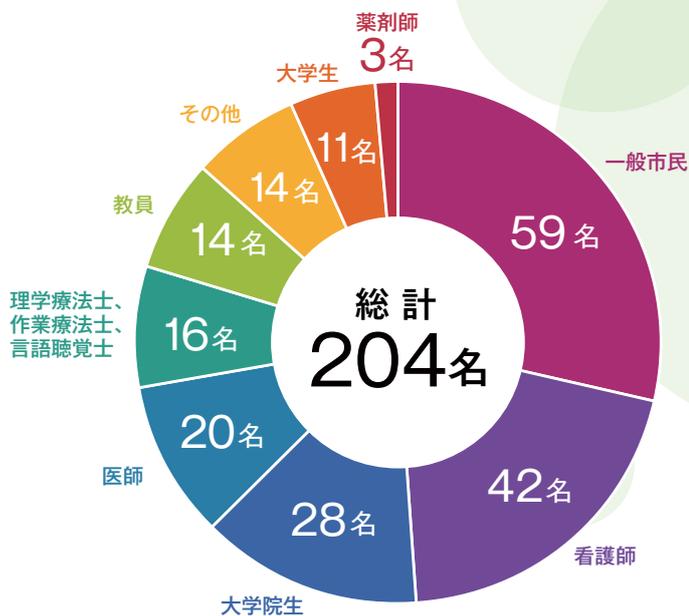
私が医者になって約40年近くなりますが、卒業したころは診断技術はほとんどなく、レントゲンと聴診器くらいしかありませんでした。今病院にありますCT・MRI・PETなどは夢のようで、そんな概念すらない時代でした。その当時がんの患者さんはどうだったかという、手術ができるかできないかが分かれ道で、手術ができなければやることのない状態です。そこで皆さんが「痛い」「苦しい」と訴えて亡くなっていったのが当時の患者さんの状況です。

今は、今日のお話をされた色々な専門分野の先生からお話がありましたが、色々な対処があります。非常に良くなったということでもありますが、意外と皆さん知識がないのです。患者さんやご家族だけでなく医療者も十分な知識を持っていない状況で、知識に偏りというか虫食いがあったりします。できるだけこういったことを埋めていくというのが我々の大きな仕事でもあります。

慶應にも緩和ケアの前にその前身である「がん性疼痛チーム」という私が立ち上げたチームがありましたが、20年経ってやっとこの程度か…という状態です。この緩和医療、終末期医療、「終末期」という言葉はあまり使いたくないので「サポーターケア」というのはいいネーミングだと思いますが、まだ定義もしっかり定まっていませんし医学的な面からもまだまだこれから伸ばしていくことが必要な領域だと思います。

みなさん、患者さんやご家族、医療者で力を合わせて発展を目指していきたいと思います。それは自分や或いは自分の家族のためかもしれません。

### ● 2月シンポジウムの参加者の統計 ●







Training program for  
Oncology Professionals  
in 10 Universities

# 10大学事業

【主催】 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン  
高度がん医療開発を先導する専門家の養成