

平成 26 年度

TEXT BOOK

がんQOLテキストブック

2.がんサバイバーシップ —つらさを和らげるケア—

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

Room 7

実施概要

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—
第3回市民講座・QOL シンポジウム

『がんサバイバーシップ
—つらさを和らげるケア—』

2014年7月19日(土) 13:30～16:30
東京ミッドタウンホール&カンファレンス Room7

「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」を目的とした事業、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランの活動として市民講座・QOL シンポジウムは三回目を迎えました。今回は、初夏の爽やかな日差し溢れる六本木にて、開催されました。がんの治療を行いながら、日常生活を送る際に対応するケアの重要性が高まる今、医療関係者のみならず、治療中の患者さんやご家族の方にも多くご参加いただきました。

スケジュール

開会挨拶

総合司会：小松 浩子

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

挨拶：河上 裕

(慶應義塾大学医学部先端医科学研究所所長 教授
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)



小松 浩子 教授

市民公開講座

「サバイバーシップ」
—治療を続けていくための心の持ち方、症状マネジメント等—
講師：山内 英子 (聖路加国際病院乳腺外科部長・プレストセンター長)

シンポジウム

「つらさを和らげるケア」

座長：辻 哲也 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 准教授)

- I 身体のだらさ(倦怠感や悪液質)を改善する運動療法
高倉 保幸 (埼玉医科大学保健医療学部理学療法学科 教授 理学療法士)
- II 心と身体のだらさに対するケア
白波瀬 丈一郎 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室ストレス研究センター 特任准教授)
- III がん治療の副作用に対するマネジメント—皮膚障害を中心に—
松原 康美 (北里大学病院 がん看護専門看護師)
- IV 食べること、栄養をとるためのセルフケア
伊藤 陽子 (東京歯科大学千葉病院 栄養管理室 管理栄養士)

パネルディスカッション

閉会

がん QOL テキストブックの刊行にあたり



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
事業推進責任者 河上 裕
(慶應義塾大学医学部 先端医科学研究所 所長 教授)

「がん」になった場合、患者や家族、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」すなわち、『クオリティオブライフ(QOL)を良くすること』が、がん医療のめざすところ です。

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」では様々な活動を行っています。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、本テキストのテーマである「がんサバイバーシップ-つらさを和らげる-」という2つの大きなテーマを掲げ、たと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。

このテキストブックは、平成26年度がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン第3回市民公開講座・QOLシンポジウム「がんサバイバーシップ-つらさを和らげるケア」(平成26年7月 於:東京ミッドタウンホール & カンファレンス)の講演内容をもとにまとめたものです。本書には、がん患者のQOL向上をめざした「つらさを和らげるケア」について、多職種(医師・看護師・理学療法士・栄養士)による実践のエッセンスが詰まっています。

がん医療に携わる専門職者のみならずがん患者や家族の皆様、市民の皆様にも活用いただければ幸いです

「サバイバーシップ」 —治療を続けていくための心の持ち方、 症状マネジメント等—

講師：山内 英子

聖路加国際病院乳腺外科部長・プレストセンター長



はじめに

●がんは「不治の病」ではなく「慢性病」に

今回、がんサバイバーシップというテーマを皆さんと共有できることに感謝いたします。

がんが不治の病といわれ、その治療法を見つけることに必死になっていた時代から、治療法の発展によって、慢性病として考えられる時代になってきました。まさにがんの医療は次の時代に入ったといえるでしょう。

●サバイバーの治療後の生き方を支える社会へ

このような中で、がんサバイバーシップ、治療を終えてからの人生を考えての医療、サバイバーの生き方を支える社会が必要です。

私は、聖路加国際病院で外科医として研修を受け、その後、アメリカのさまざまな病院や研究所で研究や臨床に携わってきました。私が外科医としてスタートした1987年当時、がんの治療は手術が主体でした。がんを根こそぎ取り除くことを目指して、腫瘍とその周囲の筋肉を含めて大きく切除する手術が行われていました。

ところが、渡米してさまざまな研究をしていた時、そして再度、アメリカで外科医として臨床に携わった時に、時代が大きく変わりつつあると感じました。アメリカでは最後にがんセンターで勤務していましたが、当時すでにアメリカでは、「サバイバーシップ・クリニック」が立ち上がっていました。「サバイバーシップ」という考え方を目の当たりにして、日本でもこの考え方を進めていくべきではないかと思って帰国したのです。

●今日のお話のポイント

そして今、日本でも皆さんとともに「がんサバイバーシップ」について考えられる時代になり、どんどん進歩していることを実感しています。

今回の市民公開講座では、がんサバイバーの方がたをはじめ、市民の皆さん、そして医療職の方がたに、「ひとりではないのです」「でも、ひとり一人は違うのです」「コミュニケーションが大切です」「うまくつきあっていきましょう」という4つの提案をして、最後に「蝶よりバラへ」というポエムで締めくくりたいと思います。

ひとりではないのです

●がんサバイバーの増加

がんの罹患数が増え、「男性は2人に1人、女性は3人に1人ががんサバイバー」の時代といわれています。がんによる死亡数も増加してはいますが、一昔前に比べると、がんは治療が可能な病気になり、がんの治療後も、その後の人生の時間を長く持てる時代になってきました。

●乳がんは30代～50代の若年層に多い

私は乳腺外科医として、乳がんの患者さんと接する機会が多いのですが、乳がんの罹患率も増えています。年齢別の表に示されているように若い方々の罹患が多くみられます。

乳がんの罹患は、アメリカでは8人に1人、日本でも14人に1人と増加しています。日本では40代、50代の方が多いのに比べ、欧米では閉経後の乳がんの方が多いのが特徴です。

乳がんは30代、40代の人生まった中の女性が罹患さ

れる疾患ですから、サバイバーシップというのはとても重要になってきます。

●サバイバーシップとは

・その人らしく生きる

私が外科研修医だった20数年前のがん治療は、がんと周囲の胸筋、腋窩リンパ節などの組織をできるだけ大きく切除する手術や、1年でも長く生きられるような延命治療が主流でした。近年、がんは慢性疾患として位置づけられるようになり、患者さんの生活の質や、治療によって引き起こされる種々の障害などにも関心が向けられる時代になってきました。

そのような中で、「がんサバイバーシップ」という考え方が登場しました。「サバイバー」とは生存者という意味ですが、「がんサバイバーシップ」とはがんを経験したすべての人、およびそのご家族、友人などの支援者も含めた考え方をいいます。がんサバイバーシップとは、「がんの診断・治療後も、その人らしく生きていくこと」であり、医療者はがんサバイバーシップに寄り添ってさまざまなサポートをすることが大切です。

・NCCS が提唱

がんサバイバーシップは、がんを経験した一般の市民で構成された「全米がんサバイバーシップ連合（NCCS）」が提唱した考え方です。

この考え方が広く知られるようになったのは、自転車競技会の英雄と呼ばれたランス・アームストロング氏の活躍が大きく関わっています。アームストロング氏は進行性の精巣がんを発病し、手術を受けたときに脳と肺にすでに転移があったにもかかわらず、手術と抗がん剤によって奇跡的に生還されました。治療中に「自分にとって、自分らしく生きていくこととは何か」と考え、治療後、自分らしさを取り戻すためにレースに復帰し、その後、何連覇も果たした方です。

後にドーピングの問題などから話題になりましたが、この方が「ランス・アームストロング基金」を作り、「CDC(アメリカ疾病予防管理センター)」とともにサバイバーシップという考え方を広げた業績はかけがえのないものです。

●チーム医療でサポート

特に乳がんは若い方が罹患することが多く、また、治療を終えてからの期間が長いこと、再発までの期間が長いことから、サバイバーが非常に多くなっています。

乳がんを発症しても、医師をはじめ、さまざまな医療関係者がチームを組んで治療にあたります。そして、患者さんの周りにはご家族や友人など、多くのサポーターもいます。そのような意味で、乳がんの患者さんは一人ではない

のです。医療関係者と周囲の方々が一緒にサポートしていく。それがサバイバーシップの姿勢です。

ひとり一人は違うのです

——乳がんを発症した38歳女性のケースで考えてみましょう

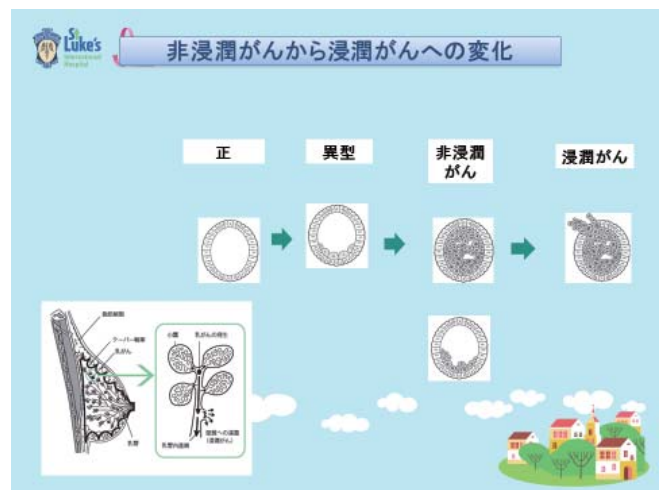
患者さんはひとりではありません。でも、ひとり一人は違います。その1例として、38歳で乳がんと診断された女性（仮にAさんとします）のケースを取り上げ、治療方針の選択に関わることがらや、治療によって影響を受ける生活について、さまざまな角度から考えていきましょう。

●38歳で浸潤性乳管がんを発症

Aさんは、夫と4歳の息子さんの家族3人で暮らす38歳の女性です。職業は女性誌の編集で派遣社員として勤務していました。今まで病歴はなく、家族歴（血縁者ががんを発症した人がいること）もありません。ところが、初めての乳がん検診で1.5cm大の腫瘤が見つかり、針生検の結果、浸潤性乳管がんと診断されました。

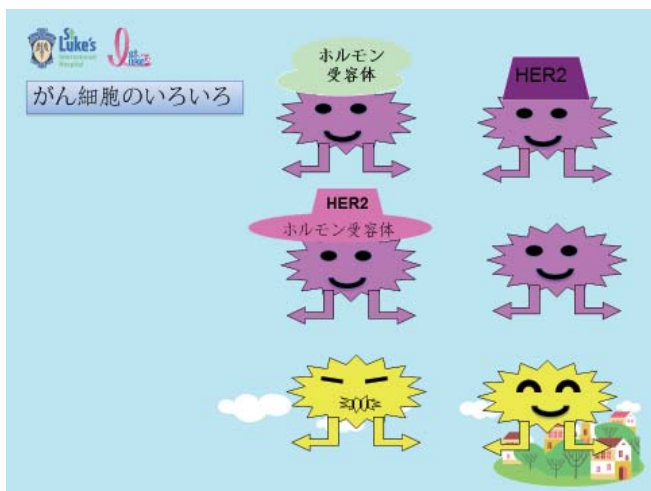
●乳がんのタイプによって治療法を検討

・非浸潤がんと浸潤がん



一言で乳がんと言っても、さまざまなタイプがあります。まず、がんの広がり方により、「非浸潤がん」といって、乳腺の管の中に留まっているもの、「浸潤がん」といって、管の外に出て行くものもあります。

・ホルモン受容体、HER2の有無、がん細胞の顔つき



また、乳がん細胞の「ホルモン受容体（エストロゲン受容体、プロゲステロン受容体）」が陽性かどうか、「HER2（細胞表面に存在する細胞増殖に関わる遺伝子たんぱく）」が陽性かどうかなど、乳がんのタイプによっても治療法や治療薬が変わってきます。

乳がん以外のがんでも、がん細胞の顔つき（核異型度＝がん細胞の核が正常細胞とどれだけ異なるかを悪性度の目安とする。一般に核が大きく濃いものほど悪性度が高い）が悪いか、おとなしそうかなど、患者さんひとり一人のがんのタイプはさまざまです。

●タイプによって異なる治療の選択肢

Aさんの乳がんは、ホルモン受容体もHER2も陰性で、がんの顔つきはちょっと元気がよさそうな（悪性度が高そうな）がんでした。治療方針を決定するときにも、がんのタイプやその方の状況に応じて、いろいろな選択肢があります。

・術前化学療法か、術後化学療法か

化学療法には、手術の前に抗がん剤を投与して乳房にあるしこりを小さくする術前化学療法と、がんの手術後に抗がん剤治療を行う術後化学療法もあります。抗がん剤治療を行うこともあれば、行わないこともあります。このような選択肢も違ってきます。

・術前化学療法

抗がん剤治療の結果、しこりが画像ではほとんど見えないうちに消えることもあります。それでも、確認のための手術が必要です。

・部分切除術か、全摘術±再建術か

乳房の手術をするとき、昔は、胸筋や腋窩リンパ節を含めて大きく切除していましたが、近年では、がんとその周囲の組織を小範囲に取る部分切除も広く行われるように

なっています。また、再発の心配を少しでも減らすために乳房を全摘し、乳房再建を行う選択肢もあります。さまざまな選択肢があるということです。

●トリプルネガティブの乳がん、遺伝性の乳がん

Aさんのケースは、家族歴はないものの、ホルモン受容体も陰性、HER2も陰性のトリプルネガティブという乳がんでした。この場合、手術を選択する際に、遺伝的背景が影響するののかも考えながら術式等の治療方針を決めていきます。

たとえば、BRCA1とBRCA2という遺伝子が関与して、乳がんと卵巣がんにかかりやすくなることがあります。これを「遺伝性乳がん、卵巣がん症候群」と呼んでいます。昨年、女優のアンジェリーナ・ジョリーさんが遺伝子検査でこの症候群であったことを知り、まだがんを発症していないのに、予防的に両方の乳房を切除したことで非常に話題になりました。

このBRCA1、BRCA2という遺伝子は、だれでも持っています。ただ、遺伝子という設計図の一部にわずかな違いがあるがゆえに機能が正常に働かないことから、がんを発症しやすくなるのです。

●ひとり一人の背景を考えて治療法を選択

・家族や子どもの年齢、患者さんの希望も考慮

乳がんを発症した方の背景は、ひとり一人違います。たとえば、子どもの頃、乳がんで闘病中の母親を見ていた方は、乳がんに対する恐怖心が非常に強く、なかなか医療機関に受診しないという現実もあります。私たち医療者は、このような個人個人の背景も考えながら、対応を行うべきだと思っています。

また、家族や子どものことも考える必要があります。4歳の息子さんがいる方なら「子どもと一緒に入浴するとき、どんな手術だったら子どもが驚かないか？」ということが一番気にしているかもしれません。患者さんの背景、希望や気持ちも考えながらの治療法の選択も必要になってきます。

・妊孕性の温存——リプロダクション外来

Aさんは、もう一人子どもが欲しいと思っていた時期に、がんと診断されました。がんになったからと言って、二人目の子どもを諦めたくない、妊娠の可能性を考えたいということもあります。

その点を考慮するサバイバーシップのケアの1つが、妊孕性（妊娠のしやすさ）の温存です。状況にもよりますが、がんと診断されたからといって妊娠を諦める必要はありません。さまざまな妊孕性の温存の手段があります。

私どもは、婦人科の先生方と共に「リプロダクション外

来」を行っています。がんの治療による妊孕性への影響を考へて、妊孕性を温存するさまざまな選択肢（卵子凍結、精子凍結、受精卵凍結、卵巣凍結など）もあることをお話しています。それを選択しなければいけないということではなく、後で、あのとき妊孕性を温存していれば・・・と後悔してほしくないと思っています。

・子どもへの伝え方——チャイルドサポート

幼い子どもを持つ女性は、「病気のことを子どもにどう伝えるか」、「抗がん剤治療で脱毛した髪の毛を見たら、子どもが驚くのでは?」、「子どもと一緒に入浴したときに、手術の傷は見せたほうがいいのか。隠したほうがいいのか」といったことが非常に気になり、子どもへの対応の仕方が大きな課題となります。

それらの問題を一緒に考えながら子どもの心身のサポートをするのが、チャイルドサポートという考え方です。聖路加国際病院では、チャイルドライフ・スペシャリストという専門家が常勤し、対応にあたっています。

チャイルドライフ・スペシャリストとは、アメリカでの資格ですが、病院などストレスの多い環境に置かれた子供たちの、発達やストレスへの対処する専門家です。当院では、数年前から小児科のお子さんたちのケアとともに、乳がんのお母さんとその子どもたちのサポートを行っています。全国的な展開も少しずつ行われてきています。

その中で、『おがあさん だいじょうぶ?』（小学館刊）と題する本、「おがあさんが乳がんになってもこわくないんだよ」という本をご紹介します。

・大切な時間を子どもと創造・共有する

私の患者さんで、中学校1年生と小学校5年生の息子さん2人を抱えた30代後半の女性は、ご家族やお子さんとお母さんのいいところはどんなところ?と話し合いながら、一緒に手形を取りました。「お母さんのいいところは元気なところ」「挨拶が上手なところ」・・・そんなことを言い合いながら。その1週間後、男の子たち2人はお母さんの枕元でしっかりと両側から手を握り、「お母さん、大丈夫だよ。お母さんがいなくなっても、この間話したお母さんのいいところを僕たちがちゃんと守っていくからね」とお母さんに寄り添いました。そのような形でのお見送りができました。

このように、がんと診断されたご両親をもったお子さんのサポートも、大切なチーム医療の1つです。

●就労支援

・がん治療後の就労の問題

仕事をもつ方々から、「治療に専念したいので、仕事はやめた方がいいですよ?」といった声や「病気のことを社

内で話すと、派遣社員の立場ですからすぐに辞めさせられるのではないかと不安です。もし退職した場合、再就職のときに乳がんのことを言わないといけなのですか?」といった声がよく聞かれます。患者さんは、仕事についても悩んでいます。

・就労支援

仕事面でのサポートが就労支援です。私は、日々接する患者さんが仕事面での悩みを抱えていることにうすうす気づきながらも、忙しさもあってなかなか向き合うことができずにいました。医療者はもともと就労環境や就労規則などに非常に疎い環境に置かれているため、患者さんのお話を伺ったとしても、拾い上げたボールをすべて抱え込むことができません。そのことに対して非常に後ろめたさもあり、ぜひ医療現場で、就労支援の態勢を整えたい、患者さんは仕事を諦めないでほしい、という思いがありました。

そこで、厚生労働省の研究班を立ち上げました。働きたいのに働けない要因はさまざまですが、その1つが治療による副作用です。抗がん剤の副作用で手先のしびれが起こったり、なんとなく物忘れがひどくなって仕事の能力が落ちたり、ホルモン剤で倦怠感があるなど、いろいろな原因があります。医療現場だからこそ、これらの原因の解明と対策を行わなければいけないと考えて研究を行いました。

・就労リング

就労 Ring プログラム

がんサバイバーの就労に関する悩みに対するグループ介入による問題解決の場。
就労規則の知識の提供を行い、問題点を共有し、
患者の問題解決能力やコミュニケーション能力を高める。

時間と回数	就労リング
時間と回数	1時間×3回
内容	問題解決技法型 (Problem-solving Type) 第1回：・治療に関する情報や見通しの整理 ・就業規則、社内制度、産業医について ・働くことへの希望や想いについて 第2回：・休職中の過ごし方と利用できる制度 ・働き方、働き場所の変更と情報開示 ・仕事の価値観など 第3回：・雇用に関わる労働条件、労働法の考え方
ファシリテーター	看護師+MSW (社労士、産業カウンセラー) ファシリテーターマニュアルも作成
目的	労働に関する法律、制度の知識の習得 直接的な問題解決 問題解決技法の習得

41

また、医療機関において、ボールを拾い上げる努力、拾い上げたボールを投げるシステムも必要です。そう考えて作ったシステムの1つが、「就労リング」というプログラムです。

これは、就労に関して悩んでいる5～10人のサバイバーの方々に集まっただき、医療従事者2名（看護師とソーシャルワーカー、看護師と社会保険労務士など）のファシリテーターとともに、毎週1時間のセッションを3週連続で行うという試みです。

病気になるまで自分の就労規則まで考えたことはなかったという患者さんが非常に多いので、就労規則の説明や休みの取り方、日常の過ごし方などを記載したワークブック形式のテキストブックをお渡しし、ご自身にも書き込んでいただきながら、就労について話し合ってください。患者さん同士の話から、抗がん剤治療中の乗り切り方などのさまざまな工夫が出てくることもあります。

「就労リング」は、精神療法の1つであるグループ療法の手法を採り入れながら、就労についてのサポートや意見交換をする試みです。その結果、患者さんの就労に関する問題解決能力だけでなく、参加した患者さんのコムス（精神状態）や感情などの安定性も上がったということが示されました。

当院では、現在もこのプログラムを引き続き行っています。患者さんから受け取ったボールを投げる先ができたので、今では問診票の質問に「働いていらっしゃいますか？働き続けることに対して不安がありますか？」という項目を設けて、受診される患者さん全員に書いていただいています。

●年間の労働損失

また、がんに罹患したことで、仕事や家事ができないことによる年間の労働損失も、大きな社会問題です。研究班の中で国立保健医療科学院研究情報支援研究センター上席主任研究官福田 敬先生がまとめてくださったデータをご紹介します。

受療による労働損失だけでなく、受療日以外の労働損失というものもあります。仮に、がんと診断された方全員が仕事ができなくなった場合、最大で、1兆8000億円の社会への損失があるという結果が出されました。

さらに、私どもは乳がんの患者さんを対象にアンケートを行い、受療日以外の休職期間、たとえば、抗がん剤治療後の体調悪化により休んだ期間等のデータを集めて、労働損失の推計を算出しました。乳がんの患者さんの受療による労働損失、また、受療日以外の労働損失の推計は、1042億円という莫大な費用でした。

これらの研究結果から、患者さんが安心して仕事を続けられるサポートも始めなくてはいけないことを実感しました。

●医療チームをはじめ、社会全体で関わる

ここまで見てきたように、患者さん一人を取り上げただけでも、術式選択、その後の手術による体への影響、遺伝や家族の問題、お子さんへのサポート、妊孕性の問題、就労支援などさまざまなサバイバーシップの問題がありま

す。

これらの諸問題は私ども医師だけでは解決できません。医師や理学療法士、看護師、栄養士など、いろいろな職種の方が一緒に考えていくこと、また、一般社会の方々も一緒に考えていただくことがとても大切です。

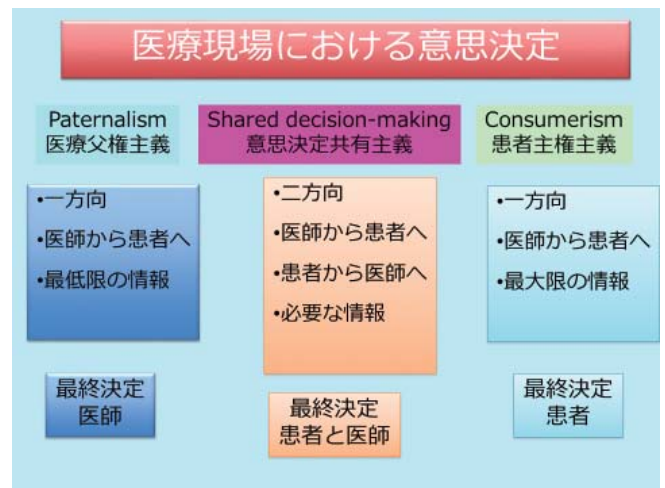
コミュニケーションが大切です

●患者さんの背景を大切にす対話に基づく医療 (NBM) を

患者さんひとり一人は違うという観点から、医療者は治療法の選択をともに考えてサバイバーシップに寄り添っていくことが大切です。そのためには、患者さんが何を大切にして決めていきたいのか、コミュニケーションがとても重要になります。

現代は治療法の選択や決定の際、「エビデンス・ベースド・メディスン (EBM)」、すなわち「科学的根拠に基づく医療」が重視されています。たとえば、ある治療薬を1万人の方に使ったら何%効果があるかという統計的なデータに基づいて治療を行うことは重要です。でも、患者さんひとり一人の背景は違います。それぞれの方がさまざまな物語を持って生きています。患者さんひとり一人の物語を大切にす対話に基づく医療、「ナラティブ・ベースド・メディスン (NBM)」の視点が必要です。

●「パターナリズム」から「シェアード・ディシジョン・メイキング」へ



・「患者らしく」ではなく、「自分らしく」治療に臨む

私は患者さんに、「患者さんらしくいてほしい」とは思っていない。「自分らしくいていただきたい」と思っています。

前に触れたように、4歳の息子さんがいるお母さんは、「一緒に入浴するときに息子ができるだけ傷つかないように、できればバストを残したい」と思うかもしれません。一方、38歳で会社を起業したばかりの女性は「仕事を休みたくな

い。社員にもがんのことを話したくない。だから、できるだけ通院回数を減らしたい」と考えて、術後の放射線治療に通うよりも、乳房の全摘再建を望まれるかもしれません。

●患者さんと医療者の対話により、治療法を決定

患者さん自身が、何を大切に治療法を決めたいかというのを、できるかぎり医療者が拾い上げていく必要があります。また、患者さん自身もそれを医療者に伝えていただきたいと思います。

治療方針の決定までのすべてを「先生にお任せします」と医師に委ねてしまう「パターンリズム（医療父権主義）」に縛られるのではなく、患者さん自身が何を大切にしてきたかをもっと医師（医療者）に話すことが大切です。医師はその患者さんの背景を理解せずに、治療方針を決めていくことはできません。

医師は患者さんに正しい医療知識をきちんと伝え、患者さんは、ご自身がどんな背景で何を大切に治療法を決めたいかを医師に伝える。そして、お互いに情報を共有し、その中で治療方針を決めていく——「シェアード デシジョンメイキング（意思決定共有主義）」により、相互に意見を交換しながら決定していく態勢がとても重要だと思っています。

●患者さんと医療者のフランクな関係から対話が生まれる

アメリカの病院には診察室がたくさんあり、まず、患者さんが診察室に入って待っています。医療従事者はトントンとノックをして入っていきます。患者さんの物語の中に医療者が入っていくような形で、診察が始まります。

診察室に医師が座り、マイクで呼び出された患者さんが、ベルトコンベアに乗って診察室に入る——そのような日本の環境と少し違う印象です。

アメリカの挨拶は、How are you? から始まります。「どう、元気？ 何があった？」「先生、先週うちは孫が生まれたんです」「あー、よかったねえ」というやり取りや、「先生、母が乳がんと診断されたんです」「あー、それは、大変だね」といった会話から診察が始まります。その方の人生の背景をできるだけ汲み取った医療、その中でのサバイバーシップの選択というものが大切だと思います。

●コミュニケーション能力を高めよう

患者さん自身にも、コミュニケーション能力を高めていただきたいと思っています。

私はアメリカで子育ても経験したのですが、今21歳になる一人息子が現地の保育園に入園した頃のことです。息子から、「ママー、明日、SHOW & TELL なんだけど、何持ってたらい？」と突然聞かれました。「何？ SHOW &

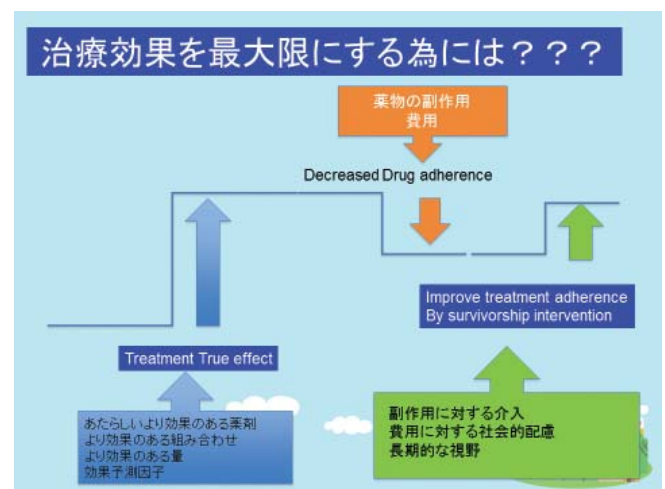
TELL って？」と言うと、「My favorite thing のことを、3分間お話しするの」と言うのです。保育園で「僕の大好きなもの」というテーマが与えられ、自分のお気に入りのものについて皆の前でプレゼンテーションするというわけです。子どもの頃から、コミュニケーション能力やプレゼンテーション能力を養っているんだな、と感心しました。そして、このような訓練が、医師の前で自分の思いや考えをうまくプレゼンする患者力にもつながるのではないかと思います。

患者さんは、ご自身が十分納得のいくように医療者とコミュニケーションを取っていただくことが大切です。

治療方針に関しても、疑問点や質問があったら、後で振り返って悔やまないように、しっかり悩んでいただきながら、医師と納得がいくまで十分に話をさせていただきたいと思っています。

うまく長くつきあっていきましょう

●サバイバーシップが治療効果を高める



サバイバーシップという考え方は、治療効果を最大限にするためにも重要です。

今、医療は急速に進み、さまざまな新しい薬が開発され、臨床で使われるようになっていきます。新しい分子標的薬は値段も高くなっていますが、生存期間を1カ月延ばすことができるかもしれません。また、A薬とB薬を組み合わせることによって、生存期間を延ばすことができるかもしれません。このようなチャレンジが医学の中ではずっと行われてきました。

とはいえ、いくら医学が進歩して薬がよくなっても、副作用によってそれを続けることができなかつたら、また、費用が莫大で支払うことができなかつたら、薬のアドヒアランスが下がり、治療効果が低下します。

このようなマイナス要因をプラスに換えるアプローチ

が、副作用に対する介入やサポーターケアです。できるかぎり早くからの介入、費用に対する社会的な配慮、また、長期的な視野に立ったサバイバーシップこそ、このマイナス要因を押し上げることができると思います。薬をどんどん高価にするよりも、このサポート部分を私たち医療者が努力していくことで、治療効果をより高めることができるのではないのでしょうか。

・生活習慣の改善で再発リスク、死亡リスクが低下

乳がんにおいてはさまざまなスタディーが行われ、生活習慣の改善によっても再発リスク、死亡リスクが下がることがわかってきました。乳がんと診断された患者さんからよく「生活態度をどう変えたらいいんですか？」という質問を受けますが、その答えとなるさまざまなデータが出てきています。

たとえば飲酒に関して、過剰な飲酒（1週間に3～4杯以上の飲酒）は適度な飲酒に比べて、乳がんの再発リスク、死亡リスクともに高まるというデータが示されています。

・運動によりホルモン剤の副作用、関節痛が改善

運動のさまざまな効用については昔から報告されています。たとえば、ある程度以上の運動をしている人は、乳がんの発症リスクが22%低下するという報告や、定期的な運動により乳がんの再発リスクが下がり、気分の抑うつを改善するという報告があります。

さらに、新しいデータも出てきています。

乳がんのホルモン療法で閉経後に使われるアロマターゼ阻害剤（AI）は、しばしば手のこわばりや関節痛などの副作用が起る薬です。昨年、乳がんの大きな学会で、アメリカのHOPEというスタディーの結果、運動によっても関節痛を改善できたと報告されました。

アロマターゼ阻害剤を服用している患者さんを、運動を一生懸命やっていた方と、普通のケアの方に分けて比較したところ、運動を行う前の痛みのスコアは同じでしたが、運動をしたグループでは、12カ月で副作用の痛みがなくなるか、軽くなったのです。

1年間運動を続けたことで、副作用の痛みが改善し、ホルモン剤を休止することも少なくなり、患者さんのQOLも改善されました。その結果、治療効果を引き上げることができて、再発抑制、予後の改善にもつながりました。

サバイバーシップにおける4つの側面、4つの時期

サバイバーシップには、さまざまな面、さまざまな時期があります。それぞれの面や時期への配慮をしながら、サポーターケアを行うことが重要です。

●4つの側面

サバイバーシップには身体的、心理的、社会的、スピリチュアル的な面の4つの側面があります。

・身体的

がんによる直接的な身体症状はもちろんのこと、手術による体の変化、治療による副作用および長期における体の変化、妊娠、出産の問題などがあります。また、2次性発がんの問題なども、最近データが出てきました。

・心理的

精神的・心理的な問題として、がんという診断からうつになる場合もあります。

がんと診断されたことによる精神的な適応の問題や、手術などによる体の変化への適応、その後の治療の副作用に対する精神的サポートも必要です。また、抗がん剤などによる認知障害の問題なども指摘されてきています。

・社会的

がんと診断され、その医療費の問題、前述したがんの治療中の就労の問題、仕事に復帰したときの支援、また、終末期での社会資源の導入など、経済的問題から社会がサポートしていくことが重要です。

・スピリチュアル的

だれでもがんと診断されたとき、死または生きることの意味、人生の価値観をさらに考えるかもしれません。がんと診断されたことにより見つめ直すスピリチュアルな面、今まで考えたことなかった死というものに直面して、自分のこの世での存在価値や生きていく目的は何なのかを考えたり、また死への恐怖や不安におびえたりすることもあると思います。また、がんと診断されたことをきっかけに、自分の今までの人生での罪悪感—スピリチュアルペインを感じることもあります。

●4つの時期

また、サバイバーシップには、4つの時期があります。

NCCS（全米がんサバイバーシップ連合）の創設者でもあり、自らもサバイバーであるMullanが、がんと診断されてからのサバイバーの人生を3つの季節に表しました。その後、1993～1995年までNCCSの会長であった看護師のSusan Leighが終末期を加え、4つのステージで表されています。

・Acute stage of survival 急性期

急性期とは、がんと診断されてから、その治療が一通り終了するまでの時期をいいます。がんと診断されてそのこ

とを受け入れる時期です。

診断されたばかりの方は、がんということに対する恐怖におびえ、さまざまな治療の副作用を経験するなど、一番つらい大変な時期かもしれません。

Extended stage of survival 生存が延長された時期

急性期の治療を終えて、生きていることの喜びと感謝を感じる反面、再発への恐怖を感じてしまう時期でしょう。急性期には気がつかなかった、治療による体の変化や精神的な負担をずっしりと感じるのもこのころです。

たとえば、乳がんでは手術が終わって退院し、ホルモン治療だけになって、通院が3カ月に1回になった時期、今まで治療に向かって駆け抜けたご自分の力がふっと抜けて、一番落ち込む時期かもしれません。

Permanent stage of survival 安定した時期

自分の体の変化も受容して、また再発が多く起こってくる2-3年の時期を乗り越え、精神的には安定した時期です。通院がなくなり、もっとも社会との関わりがあるのもこの時期。社会に戻っても、さまざまな影響があるかもしれません。

Final stage of survival:dying 人生の終焉の時期

そして、人はだれでも平等に死を迎えます。生をもってこの世に生まれた時から、人生の終焉は、だれにでも確実にやってきます。この時期を迎えるときにどう過ごすか。この時期へのサポートも重要です。

4つの側面×4つの時期へのサポートを

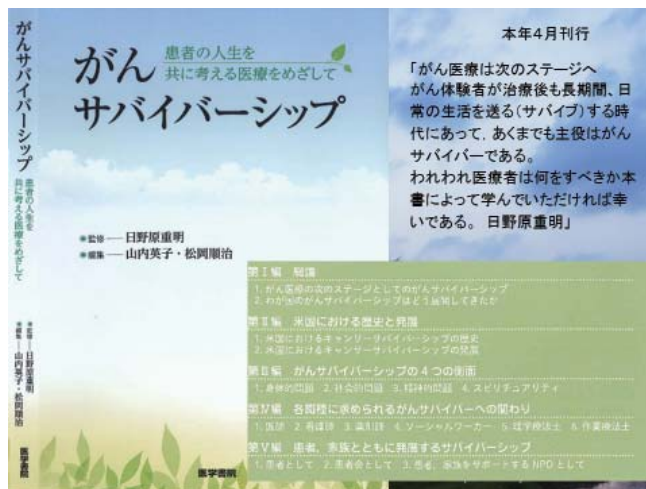


がんサバイバーシップは、このような4つの側面と4つの時期の組み合わせから考えていくことが重要です。

	急性期	フォローアップ期	安定期	終末期
身体的	手術による身体の変化 副作用 妊娠・出産	晩期副作用 2次性発症 骨粗しょう症		症状緩和
心理的	否認や怒り 適応障害	再発の不安 鬱状態		死への恐怖 やり残したことへの思い
社会的		経済的配慮 子供や家族 就労		介護 家族の受け入れ 最後の場所
スピリチュアル		生きることの意味 価値観 宗教観		罪の意識 死に対する思い

たとえば、身体的な問題として、急性期には、手術による体の変化や、治療による副作用、そのとき妊娠出産の問題などが出てきます。また、長期のフォローアップをしてきた時期には、晩期の副作用や、ホルモン剤の副作用として骨粗鬆症の問題が出てくるかもしれません。このように、サバイバーシップという考え方は、それぞれの時期における身体的な問題、心理的な問題、社会的な問題、スピリチュアルな問題などが含まれ、非常に多岐にわたっています。

●がんサバイバーシップの参考図書を刊行



がんと診断された患者さんが、どの場面でどのようなことに悩んでいるのか、医療者がともに考え、サポートし、寄り添っていく医療体制がとても重要だと思っています。

私は帰国して、日野原重明先生とともにサバイバーシップのシンポジウムを開催させていただきました。そして、「患者の人生をともに考える医療」をめざして、また、「医療者がともに何をすべきか」を考えていただきたいとの願いから、2014年4月に『がんサバイバーシップ』という本を医学書院から出版させていただきました。

多方面の専門家の方々にご執筆いただき、また患者さんの声も掲載させていただきました。今回ご紹介しきれなかったさまざまな側面についても言及されています。また、このシンポジウムは、患者さんや、患者会の代表の方が何

を望んでいるか、がんサバイバーシップの観点からどうい
う医療体制を希望されるかなどのディスカッションも行い
ましたが、その内容も網羅しています。

●がんになっても、自分らしく人生を過ごせる社会を目指 して

がんサバイバーシップの概念は広く、深い、ともすれば
漠然とした概念でもあります。それぞれの側面から、そ
れぞれの立場から、医学の面のみでなく、患者さん自身の
人生を考えるアートとしての医療の部分を組み入れていく
ことが大切です。

がんと診断されても、あなたらしく。そんな選択を誰も
ができるように。

2人に1人ががん経験者といわれる時代が到来する日本
において、患者さんの人生をともに考える医療をめざして、
がんになっても安心して暮らせる社会を皆さんとともに
創っていきたいと思っています。

●終わりに



私がアメリカで乳がんの指導を受けた恩師が、私の帰国
時に、蝶とバラの素敵なクリスタルガラスの置物と一緒に、
彼の書いた詩をプレゼントしてくれました。『蝶よりバラ
へ』という詩です。

がんと診断されたとき、その方々は、傷ついた羽を持っ
て、それでも一生懸命飛ばなければならない蝶かもしれま
せん。でも、私は日々、傷ついた羽を持った蝶が、がんと
いう診断を乗り越えて、美しいバラに生まれ変わっていく
姿を見えています。そういった方々を、皆さんとともにサポ
ートしたいという思いから、この詩をご紹介します。締めくく
りたいと思います。

転身——蝶よりバラへ

Dr. チャールズ・E・コックス

乳がんの診断を受けたばかりの患者さんは
まるで蝶のようだ
逆風のなかで 翻弄する
並はずれた美しさを身にまとった蝶—
その世にも恐ろしい体験の渦中で
進むべき道が見あたらないときも
未知のゴールをめざし 蝶たちは突き進んでいく
その飛行は 滑らかで勇ましくもあるが
ときに早期の終焉にたどりつくこともある
だが その飛行を耐え抜き 生き延びたものたちは
生を守り抜く決意と義務によって変容する
その時点で 彼女たちはバラに生まれ変わる
威厳があって美しいが まだどこかはかなげで
蝶の時代に吸っていた 甘い花の蜜に満たされている
逆境によって産み出されたとげが
生を守るため 花に降り立つはかなげな蝶たちに
尽きることのない強さと守りをあたえる
それは 私がこの上なく尊敬する女性たちの
人生における華麗なる変容だ

いかにも それは転身である
絶望から希望へ——意義深い第2の生への旅立ちにおいて
ささやかだが 意味のある役割を演じられるように
不屈の精神を日々新たにしながら 変わらぬ思いを誓う
そこへ直面し

立ち去れない患者さんたちの悲しみを思うたび
私は 彼らと共にがんと闘うこと 研究を繰り返し
勤勉に努力を重ねていくことを決意する

蝶やバラに囲まれて過ごすことは 喜びである
ときに混沌として 心痛むこともあるが
おおかたは美しい 価値のある時間である
人生は だれの上にも 悲しみや絶望をもたらす
しかし 私は希望し続ける
われわれすべてが 人生のもう一方の産物である
美しさや希望ばかりを抱き続けることを

(日本語訳 佐谷ゆりか)



I 身体のつらさ（倦怠感や悪疫質）を改善する運動療法



講師：高倉 保幸

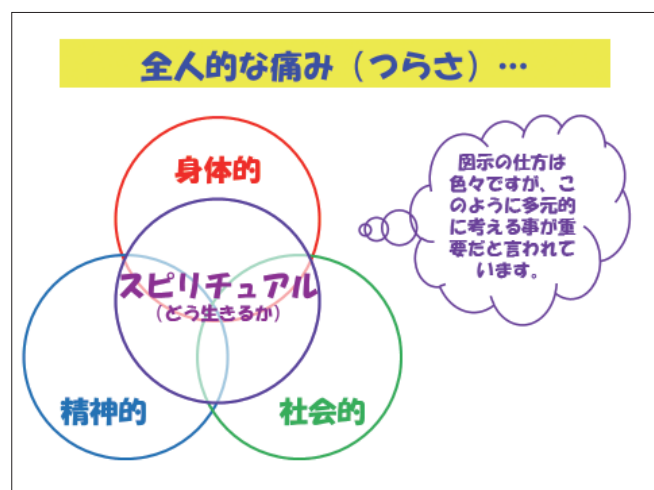
埼玉医科大学保健医療学部 理学療法学科教授 理学療法士

はじめに

がんの患者さんは、しばしば体のつらさを訴えることがあります。つらさには、痛みや疲れやすさ、重だるさなどのさまざまな要素があり、混在していることもあります。患者さんの訴えをよく聴き取り、身体の状態をよく観察し、ポイントを把握してケアすることが大切です。

痛みとつらさ

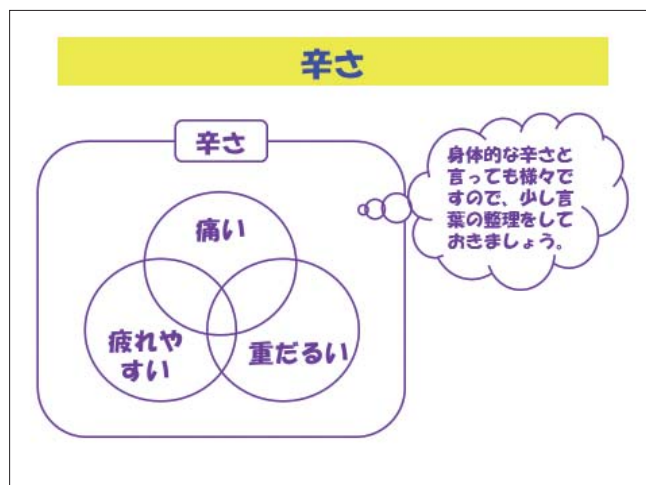
●全人的な痛みとは



一般的に痛みやつらさに関しては、身体的なものだけではなく、精神的なもの、社会的なもの、スピリチュアルなもの、いろいろな角度から捉えることが重要だと言われています。

今回は、特に身体的なつらさについて、リハビリテーションの専門家の立場からお話します。

●つらさは3つに大別できる



私は30年近い臨床経験の中で、患者さんからさまざまな声を聴いてきました。患者さんの声によく耳を傾けていると、「身体的なつらさ」にはいろいろな要素が混在しているようです。中でも一番多いのは、「痛み」と「疲れやすさ」と「重だるさ」の3つに大別できます。

「つらい」という患者さんの漠然とした訴えをこのように分けて考え、どの要素がもっとも強いのかを意識することで、より適切な対応が見えてくると思います。

安静時の痛みへの対応

私たちヒトは、身体に何らかの変調や異常があると、痛みを感じます。痛いときに患者さん自身、あるいはご家族の方が対処しようと思っても難しいことがあります。

痛みの中でも、じっとしていても痛みがある「安静時痛」の場合は、運動で対応するより、まず痛みを取る治療が優先されます。

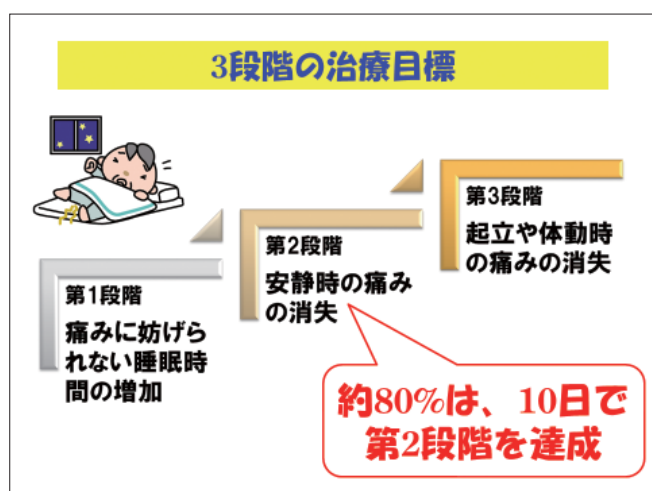
痛み

- ▶ 人は体に変調があると「痛み」を感じます。
- ▶ じっとしていても感じる「安静時痛」があるときは、運動よりも治療が優先です。
- ▶ 安静時痛の確認は、体を動かさない状態で「今この状態で痛みを感じますか？」などと聞きましょう。
- ▶ 安静時痛がある場合は、夜眠ることができているかを聞きましょう。
- ▶ 眠れていない場合は、姿勢を整えたり、環境を整えてあげましょう。

安静時痛の有無を判断するときは、聴き方に工夫が必要です。単に「じっとしていても痛いですか？」と質問するだけでは、うまく聴き取れないことが多いものです。患者さんは、「自分の痛みをわかってほしい」「つらくてしょうがない」と訴えたい一心で、「じっとしてても痛い」と言うことがあるので、医療者側が区別して聴いてみる必要があります。

そのためには、患者さんの体を動かさない状態を作り、「今、この状態で痛みを感じますか？」と聴くのがポイントです。安静時痛の有無が鮮明になり、患者さんも答えやすく、医療者も判断しやすくなります。それまで「じっとしていても痛くてしょうがないんです」と言っていた患者さんが、「今この状態で痛いですか？」という問いかけには、「いや、今は痛くありません」と答えてくださることもしばしばあります。

●安静時痛があるときの対処法

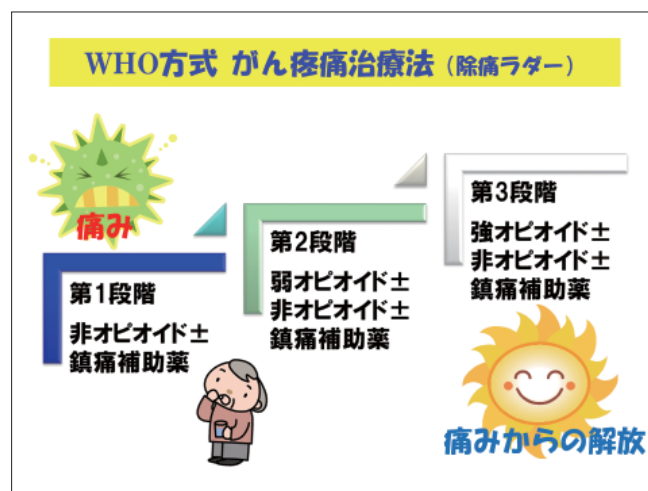


痛みの治療では、WHO（世界保健機関）の治療法が有名ですが、第1段階では、痛みを妨げられない睡眠時間を増やすことが重要だと言われています。安静時痛がある場合、医療者やご家族は、夜眠れるかどうかをじっくり聴き、観察しましょう。

まず、睡眠時間をきちんと確保した上で、第2段階で安

静時の痛みを取り、第3段階で起立や体動時の痛みを取るという目標を立てて進めていきます。通常、非常に強いといわれるがんの痛みも、実際には約80%の方がおよそ10日間でこの第2段階まで到達するといわれています。

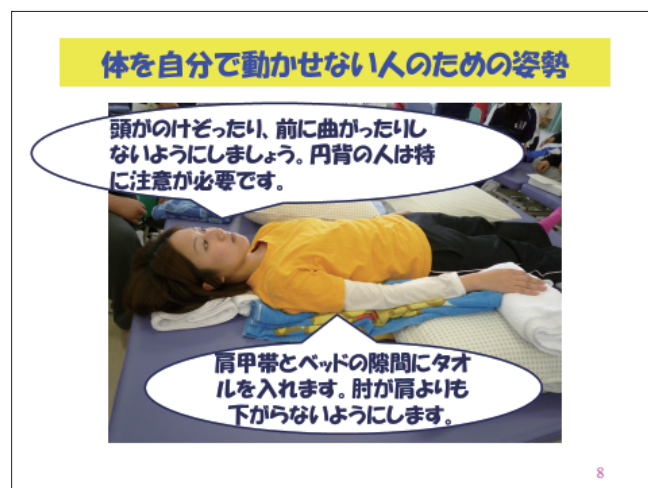
●WHOの除痛ラダーで痛みの治療を



WHOの疼痛治療法（除痛ラダー）では、痛みがあったからといってすぐに強い除痛薬を使うのではなく、第1段階では非オピオイド系と呼ばれる比較的穏やかな薬に加えて、気分を安定させたり、よく眠れるようにしたり、不快感を取ったりする鎮痛補助薬を使います。

それでも痛みが取れない場合は、第2段階の弱オピオイド系の薬を主体にした治療を行い、さらに第3段階の強オピオイド系の薬を主体にした治療へと段階的に進めていきます。

●体を動かさない人へのサポート①—肩と肘



安静時痛があり、夜、睡眠がとれない場合、専門の知識を持った医師による薬物治療と併行して、ご家族や介護者がサポートできれば理想的です。痛みがあるときは、かかとや肩のつらさなどいろいろなところが気になり、それらが混在して余計に身体的な痛みやつらさが増していきます。そのような場合も少し工夫して周りの環境を整えることで、ぐっすり眠れるようになります。以下、具体例をご

紹介しましょう。

・枕を適切な高さにする

自分で体を動かせない場合には、まず、適切な姿勢を調整することが大切です。背中が曲がっている方は、枕が低すぎると頭がのけぞり、逆に高すぎると首が前に屈曲してしましますが、枕の高さを変えるだけでも楽になります。

・肩の下にタオルを入れる

呼吸が苦しい方は、肩の周りに力が入りやすくなります。ベッドに仰向けに寝ている状態では、肩が上がり、肘が下がり、浮いた肩に負担がかかります。肘の下にタオルか小さな枕を入れて、水平または水平よりも肘を少し高くすると、胸から肩の緊張がゆるんで楽になります。

●体を動かせない人へのサポート②——下肢



下肢についてよく見られるのは、アキレス腱とベッドの間に隙間ができることです。この場合、隙間にタオルなどを埋めるだけでかかるとかかる過重を軽減でき、かかるとが楽になり、褥瘡の予防にもなります。

●横向きの体勢



横向きで寝る方が楽になる人も多いものです。抱き枕のようなものを利用して体を安定させると効果的ですが、用意のない病院などでは普通の枕で代用するとよいでしょ

う。

横向きで寝ると、下側の腕がしびれてくることがあります。このような場合も下側の肩胛骨を少し前に出すだけでしびれはかなり軽減します。

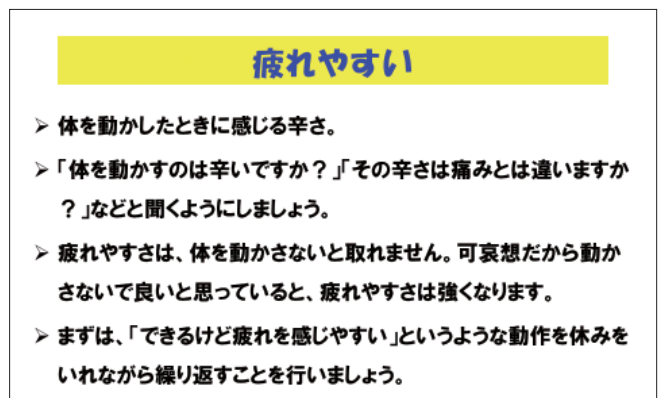
●横向き時の下肢



横向きで寝ると下肢で支えにくく、体が不安定になりやすいものですが、抱き枕を両足の間にはさみ、抱え込むようにするだけでかなり安定感が増します。苦しくていびきをかく方も、横向きになるだけで息がしやすくなります。

このような工夫を覚えておくと患者さんの手助けができます。安静時の痛みがあるときには、このようにぐっすり眠れるように楽な体勢を工夫しながら、まず治療を優先します。

疲れやすさへの対応



次に、疲れやすさについて考えてみましょう。つらさや痛みと、疲れやすさと重なるさははっきりと分かれるものではなく、往々にして重なり、混在しています。その場合でも、改善できる部分とできない部分がある程度整理して、少しでも軽くなるようにアプローチします。

疲れやすさとは、「体を動かしたときに感じるつらさ」であり、安静時の痛みとは分けて考えることができます。安静時の痛みがある場合でも、疲れやすさがあるかどうかを

改めて聴いてみましょう。

疲れやすさについても、患者さんはただ「つらいんです」と表現しがちです。そこで、「体を動かすのはつらいですか？ そのつらさは、痛みとは違いますか？」と聴くと、体を動かすときにどの程度のつらさを感じているのかを区別することができます。

疲れやすさがある場合、体力の消耗を防ぐために動かさないほうがいいと考えがちですが、逆に、体を動かさないと基礎的な体力が落ちてさらに疲れやすくなります。体を動かすことで、一時的にでも疲れやすさが軽減するケースも多いのです。最期が近いときは別として、「できるだけ疲れを感じる」と思われる（やや負荷がかかる）動作を、休みを入れながら行うことで効果が期待できます。

●ベッドを利用した座位

ベッドを利用した座位



1. 腰の位置がベッドの屈曲部に合っているかを確認し、必要であれば合わせる(多くは頭側に移動させる)
2. 膝が20~30度程度屈曲するように、ベッドの膝上げを行う。
3. 少しずつ背上げを行うが、ベッドから背部を離し、シーツと背中との適合不良を修正する 13

近年、電動ベッドの機能が向上し、電動ベッドを使用する方が多くなっています。電動の力で背もたれが上下する仕組みで、自力では起き上がれない患者さんでも、簡単に仰臥位から座位に変えられます。電動ベッドを使うときは、その機能を最大限に活用するコツを会得しておきましょう。

電動ベッドの背もたれを上げて座位にするときに、体が下の方にずれて、ベッドの屈曲部の位置に腰ではなく背中がくると、苦しい姿勢になってしまいます。背もたれを上げたまま体勢を直すのは難しいので、一たん背もたれを倒してベッドをフラットにし、体を頭の方に移動します。このようにして腰の位置をベッドの屈曲部に合わせてから背もたれを上げることが、座位にするときのポイントです。

さらに、膝の部分を少し屈曲します。電動ベッドでは、膝の部分がくの字に曲がり、背もたれが上がるカインドボードという機能がついていますが、意外と使っていない方が多いようです。その機能を使うと、自動的に膝を曲げることができ、背もたれを上げたときに体がずれ落ちることを防げます。特に、腹水が貯まっているがんの患者さんで

は、おなかがゆるむだけでつらさを軽減できますから、軽く下肢を曲げることが大切です。

ベッドをギャッジアップするときに、背中の中のシーツがずれて皮膚が引っ張られ、背ズレの状態になることがよくあります。そのような場合は、一たん背中をベッドから離して背ズレを直しましょう。自分で体を動かさない人はそれだけでも楽になります。

このような知識があると、意外と楽に座れることを実感してもらえそうです。

●寝返り

寝返り



- 膝は曲げると楽にできる
- 肩と膝を少し介助する
- 頭は回る方向に先に動かしてもらおう

寝返りをうつときは、膝を曲げると楽にできます。また、頭を回る方向に先に動かしてもらい、ご家族や介護者が、肩と膝を持って介助するとさらに楽になります。

がんでつらい人の痛みや疲れやすさを完全に取ることは難しいのですが、少しでも和らぐ方法はないか、患者さんと一緒に考え、少しずつトライすると患者さんの体の状態や気持ちが変わってきます。

若いセラピストからなかなかうまくいかないという相談を受けることがありますが、治そう、治そうという意識が前面に出過ぎるとうまくいかないことが多いようです。患者さんとともに、楽な方法を考えるという姿勢が大事なのではないかと思えます。

重だるさへの対応

次に、重だるさについて考えてみましょう。じっとして体を動かさないことにより、循環が悪くなって起こるだるさ（倦怠感）、あるいは、がんの特徴である悪液質や本来は感じ取るはずの感覚刺激が少なくなって感じるだるさなど、いろいろなケースがあります。

重だるい

- ▶ じっとしているときにも感じる辛さ(倦怠感)
- ▶ がんの特徴である悪液質や循環不全、感覚刺激の減少などが原因となる
- ▶ 終末期には、痛みよりも問題となる事が多い
- ▶ 姿勢を変えたり、手足を動かすことで、ある程度の改善が期待できます

がんといえば痛みがつきものと思われがちですが、じつは末期に近くなると、痛みより倦怠感の方が強くなるといわれています。倦怠感の原因である悪液質、循環不全、感覚刺激の減少なども、姿勢を変えたり、手足を動かしたりすることである程度の改善が期待できます。運動は倦怠感に効果があるとされているので、関節を大きく動かすことが大切です。以下、例を挙げてご紹介します。

●四肢の運動

四肢の運動

- ▶ 可能であれば自分の力で一緒に動かしてもらいましょう
- ▶ 力が足りない時は足りない分を助けてあげましょう
- ▶ 力が十分あるときは、抵抗を少しかけましょう
- ▶ 筋が弛緩している場合は、運動により関節周囲の損傷を起こしやすくなります。特に肩関節は愛護的に行いましょう
- ▶ マッサージも効果はありますが介護者が疲れてしまがちです。より効果が期待できる運動をまず行うようにしましょう

17

腕や脚を、できるだけ大きく動かしてあげるといいでしょう。

できれば、患者さんにも自分の力で少しでも動かしてもらおうと、倦怠感も改善します。患者さんの力が足りないときは不足分を補助し、力が十分あるときは、少し抵抗をかける気持ちで行います。筋が弛緩している場合は、運動によって関節周囲の損傷が起こりやすくなります。特に肩関節は愛護的に行いましょう。

マッサージも効果はありますが、介護者が疲れてしまがちです。より効果が期待できる運動をまず行うようにしましょう。

患者さんが楽になってきたら、一緒に喜ぶと患者さんの気持ちにもハリが出てきます。このようなサポートは、がんの末期でもできる支援ではないかと思えます。

●肩甲骨の下制と挙上

肩甲骨の下制と挙上

下制

挙上



介助者は、手だけではなく体も使って肩甲骨を動かす

なるべく大きく、1つ1つ体を大きく動かしてあげましょう。特に、肩の周りなどは自分ではなかなか動かさなところですから、ご家族や介護者が介助して動かすことをお勧めします。

●肩関節の外転と内転

外転と内転

外転

内転



介助者は、手だけではなく体も使って肩甲骨を動かす

内転

内転

手の位置を座位で確認



より積極的に内転を行い時は母指球を肩甲骨の外側縁にあて動かす

肩関節を回すときは、まず外側に、次に内側に回します。介助者は手だけでなく体も使って肩甲骨を動かすとよいでしょう。

より積極的に内転を行うときは、親指を肩甲骨の外側縁に当てて動かします。

●肩関節の屈曲、伸展

肩関節の屈曲・伸展

開始肢位




少し肘を曲げて行うと
肩を痛めにくい

肩を痛めないように肩関節の曲げ伸ばしをするには、少し肘を曲げて行うのがコツです。
 この他、肩関節の外旋・内旋、肘の屈曲伸展、手指の運動、股関節の屈曲・伸展、股外転、股外旋・内旋、下肢伸展挙上、足背屈などについては、以下のスライドをご参照のうえ、トライしてみてください。

肩関節の外転・内転

開始肢位




肩関節の外旋・内旋

軽度外転位で内旋




外旋



肘の屈曲伸展(機能的な運動)

伸展・回内位



屈曲・回外位



手指

伸展



屈曲
指を重ねて握り込むように



*親指も忘れずに

股関節の屈曲・伸展




踵を包むように

股外転



股外旋・内旋

外旋



内旋



股外旋・内旋の別法



下肢伸展挙上

力が足りない時は
肩を利用



足背屈

関節が緩い場合には愛護的に

関節が固く
力が足りない時は脚を利用



おわりに

ポイント

- 身体的な辛さにも種類があり、聞き方は変えると区別できることが多くあります
- 安静時痛がある場合には、医師などに相談しましょう
- 疲れやすい場合には、休みながら疲れやすい動作を繰り返す運動をしましょう
- 重だるい場合には、循環をよくするような気持ちで、できるだけ自分の力を使って関節を大きく動かすようにしてもらいましょう

身体的なつらさにもさまざまなタイプがあります。患者さんへの聴き方を工夫することで、安静時痛なのか、疲れやすさなのか、重だるさなのか、つらさの種類を区別して、適切な対応をすることができます。

安静時痛があるときは、よい睡眠がとれるように体勢を調整するなどのサポートしながら、医師に相談して除痛治療を行います。疲れやすい場合には、休みながら、あえて少し体を動かすようにしましょう。重だるい場合には、循環をよくする気持ちで、患者さん自身の力を使って、できるだけ関節を大きく動かすようにしてもらいましょう。できることが少しずつ増えていきます。

ご家族も介護者も、サバイバーシップを大切に、患者さんと一緒がんに向き合っていくことで、患者さんには一人ではないと実感でき、気持ちも和らいでいくと思います。

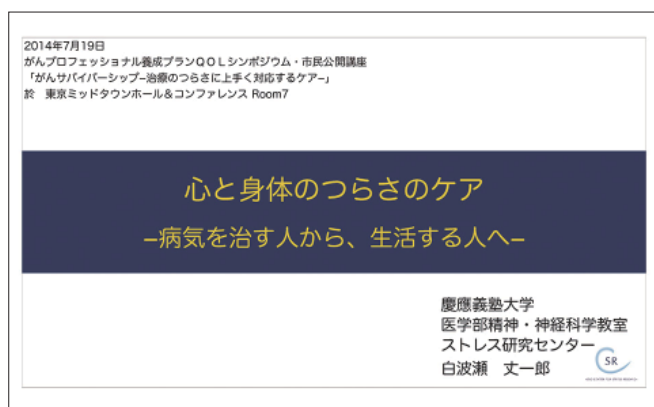
Ⅱ 心と身体のつらさに対するケア —病気を治す人から、生活する人へ—

講師：白波瀬 丈一郎

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 ストレス研究センター 特准准教授

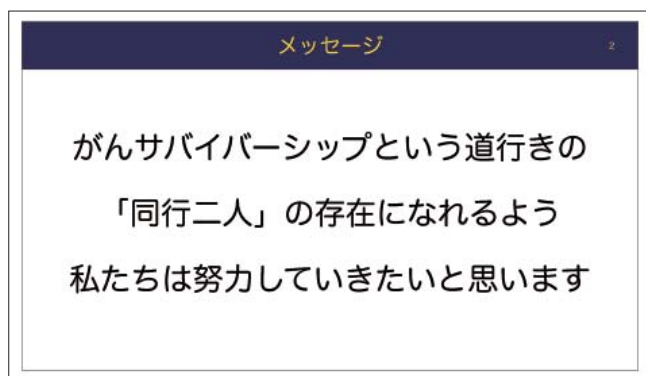


はじめに



私は、「心と身体のつらさのケア」、特にサブタイトルの「病気を治す人から、生活する人へ」という視点に重点を置いてお話ししたいと思います。

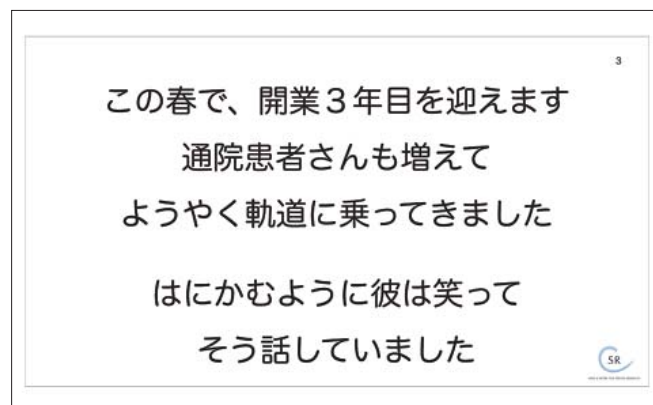
同行二人の道行き



がんサバイバーシップという道行きを生きられるのは患者さんであり、ご家族であり、それぞれの人です。私たちががん診療に携わる医療者は、がんサバイバーシップという

道行きの「同行二人」、すなわち、傍らに寄り添って一緒に歩いていける存在になることを目指して、努力していきたいと思っています。

●エピソード1——心療内科医の知人のこと



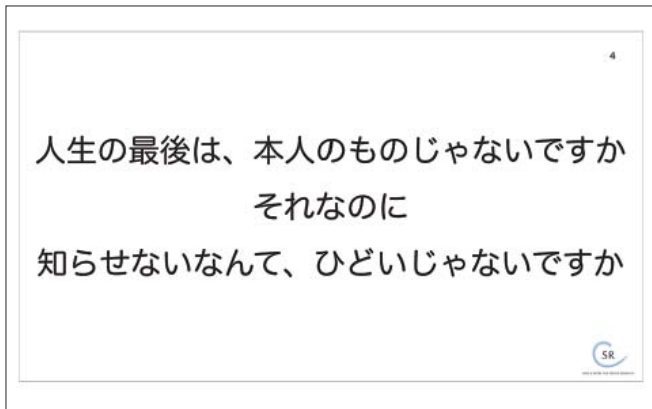
今回のテーマについて考えていたときに思い出した、私自身の体験を2つお話しします。

1つは、私と一緒に勉強してきた、ある心療内科医の友人のことです。

ある会合で久しぶりに再会した彼は、はにかむように笑って「この春で開業3年目を迎えます。通院患者さんも増えてやっと軌道に乗ってきました」と話していました。ところが、わずか数ヶ月後に、彼の訃報を告げるメールが届きました。一瞬「頭が真っ白」になり、ある情景を思い出しました。4年ほど前のこと、私は健康のために自宅最寄り駅の2つ手前で電車を降り歩いていたのですが、偶然彼とお子さんがサッカーをしている場面に出くわしました。その情景を思い出しながら、私はあのお子さんは今いくつになっているのだろう、父親の死をどう体験したのだろうか、これからの人生をどのように歩むのだろうか

…。私は何をしてあげられるのだろうか…。いろいろな思いが交錯しました。

●エピソード2—患者さんと家族

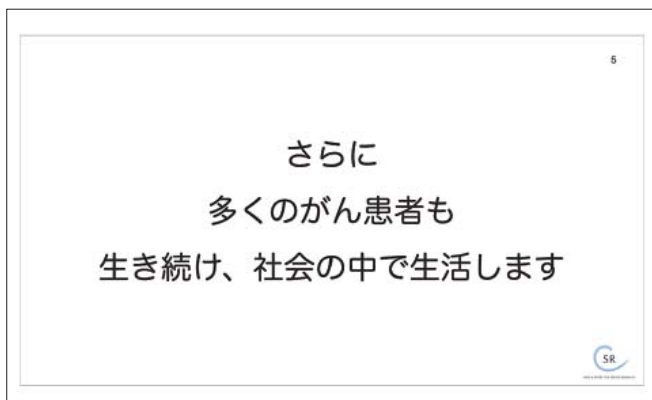


2つめは、終末期の患者さんの家族のケースです。
人生の最期というのはその本人にとってはかけがえのない時間です。私は、患者さんに残された時間が少ないことを本人に伝えたくないとっていた家族に、「人生の最期はその本人の問題であるのに、そのことを本人に伝えないとひどいではないですか」と、食ってかかったことがあります。自分自身に置き換えて、人生の残り時間が短いことを知らず、整理したいこともしないままに、自分の人生を終えることは耐えられないだろうと思ったのです。

でも、最近になって、私にそう言われたご家族はどんな気持ちだったのだろう、と考えるようになりました。

今でも、人生最期の主人公は本人だろうという気持ちはあります。けれども最近、患者さんのご家族には「その後も生きていく」という課題があるのだということを改めて思うようになってきました。そのことを思いながら、自分の言葉を振り返ってみました。あの時の私の言葉は、家族が遺族となったときに、彼らが生きていく助けになったのだろうかと考えるようになりました。私は、その患者さんとご家族の「同行二人」になれたのだろうか。

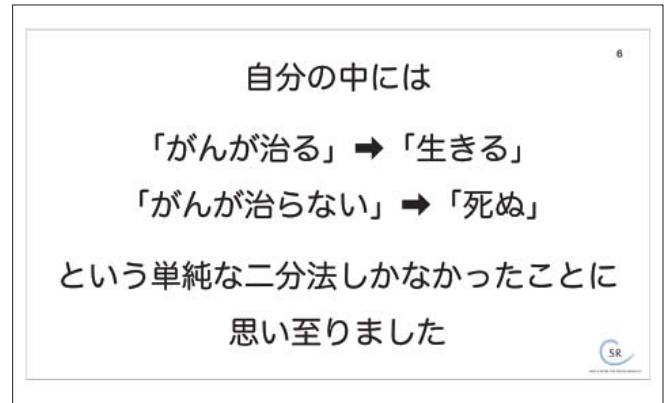
●がんの診断・治療後も、患者さん、家族は社会のなかで生活をする



現在、治療法の進歩によって多くのがん患者さんががんを

克服して、あるいはがんとともに生きていきます。そして、社会の中で生活しています。

がんは治療可能な病気になりつつありますが、一方で、まだ、死や喪失といったイメージがつきまとっています。治療の甲斐がなくがんの患者さんが亡くなった場合でも、その方の家族や知人、そして医療従事者など、その人への思いを抱えながら生きていく人たちがたくさんいるのです。



改めて考えてみると、以前の私には「がんが治る→その人は生きていく」「がんが治らない→その人は亡くなってしまおう」という非常に単純な二分法しかなかったのかもしれない。でも、それではあまりに単純過ぎます。がんと闘いながら、あるいは共存しながら長い間生活している患者さんも、また、がんの家族を亡くした後で生きていく人たちも大勢いるのです。その方々とともに歩む「同行二人」の存在になれることを目指していかなくてはなりません。

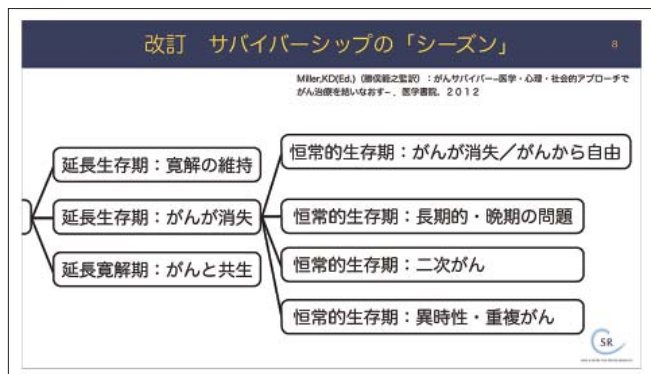
がんサバイバーシップについて

●サバイバーシップの「シーズン」



別項でも述べられているように、患者さんはがんの診断を受けた後、4つの時期を過ぎていきます。「急性生存期」、「延長生存期」、「恒常的生存期」、そして「終焉期」の4つのシーズンです。

もう少し詳しく説明すると、「急性生存期」は、治療が一



応終り、経過を観察していく時期です。「延長生存期」は、がんは消失したけれども、寛解の状態を維持するために治療を続けていかなければならない時期です。がんと共に生きていくこともあります。

さらに、長期的に安定した「恒常的生存期」があります。本当にがんが消失して、がんから自由になる人もいれば、がんそれ自身やがん治療の副作用など、長期的、あるいは晩期の問題がいろいろと出てきても、上手につき合いながら長期間生きていく人もいます。その過程で、二次がんが発生する方、一次性重複がんが発生する方もいるかもしれません。

このように、この道のりは実に多様であり、決して平坦ではありません。

●喜びからストレスへ

喜びからストレスへ 9

竹内麻理, 岡本真一郎: 遠く探訪Cancer Survivorsの長期的メンタルケア, 日本郵政, 2013

退院直後は安堵や喜び、解放感を感じられる時期である
しかし
退院後の生活がはじまるにつれ
患者はさまざまなストレスの存在を実感するようになる

成功の代償 10

Miller, KD(Ed.) (編訳) : がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を続けるおとす—, 医学書院, 2012

身体的／医学的影響 二次がん、心機能障害、疼痛、リンパ浮腫、性的障害
心理的影響および社会的影響 抑うつ、不安、不確実性、孤立、ボディイメージの変化、人間関係の変化 健康保険や生命保険に関する懸念、休業／失業、復学、経済的負担
実存的／霊的影響 人生の目的・意味に対する自覚、命に対する感謝

がんの治療が一段落した退院直後は、安堵や喜び、解放感を感じられる時期です。しかし、退院後の生活が始まり、時間が経つにつれ、患者はさまざまなストレスの存在を実感するようになります。実にさまざまな問題（ストレスあ

るいはハンディキャップ）を抱えながら、生きていくことになるだろうと思います。

●がんサバイバーシップとは

11

がんの診断、そして治療に伴い生じる
人間関係、健康づくり、リハビリテーション、就学就労、経済的問題
ライフコースに関わる問題（恋愛・結婚、妊娠・出産・育児・介護）
生きる意味も含めた実存的問題など
暮らし全般に関わるテーマに取り組み、生活していく過程

国立がん研究センター：がん対策情報センター、がんサバイバー支援研究部

つまり、がんサバイバーシップというのは、がんの診断・治療に伴って生じる人間関係、健康づくり、リハビリテーション、就学・就労、経済的問題、ライフコースにかかわる問題（恋愛や結婚、妊娠・出産・育児、介護）、さらに、生きる意味も含めた実存的問題など、暮らし全般に関わるテーマに取り組み、そして生活していくプロセスなのです。

●がんサバイバーシップ・ケアとは

12

がんサバイバーシップを送る際に
がん患者や家族の方々が体験する困難
に対して提供される支援です

したがって、がんサバイバーシップ・ケアというのは、このプロセスを送るがんの患者さんや家族の方々が体験する困難や諸問題に対して、どうサポートしていくかということになります。


がんサバイバーシップには、別項で専門家の先生方が述べておられる問題をはじめとして、非常に幅広く多様な問題がありますが、ここではすべてを取り上げることができません。詳しく知りたい方は、いろいろな書籍、たとえば、山内英子先生のご著書『サバイバーシップ』（医学書院刊）、サバイバーシップ関連のウェブサイトなどを参考にして、理解を深めていただきたいと思います。

ストレスと適応論的観点

喜びからストレスへ 9

竹内麻理, 岡本真一郎: 造血器腫瘍Cancer Survivorsの長期的メンタルケア, 日本臨床, 2013


退院直後は安堵や喜び、解放感を感じられる時期である
しかし
退院後の生活がはじまるにつれ
患者はさまざまなストレスの存在を実感するようになる




●ストレスとは

ストレスとは 13

ストレス因



ストレスとは、何らかの刺激によって生体に生じた歪み



ここで、多くのがん患者さんや家族が感じるストレスについて考えてみましょう。

ストレスとは、「何らかの刺激によって生体に生じる歪み」と表現することができます。たとえば、テニスボールをぎゅっと強く握るとボールが変形します。その時、ボールの中の圧力が高まります。この圧力がストレスです。

●ストレスは人間の成長に必要

「ストレスは、人生のスパイス」 14

ストレス因



成長にストレスは不可欠
人生最初のストレスは窒息



ストレスというのは、一般的にあまりよいものではないと考えられています。しかし一方、人間が生きていくうえで、適切なストレスは不可欠であるとも言われています。

後者の例として私が大好きなのが、「人生最初のストレスは窒息である」ということです。赤ちゃんは母体から生まれてくる瞬間に臍の緒が切れ、酸素の供給が止まり、窒息してしまいます。窒息した赤ちゃんは「アーッ」といきみ、

その瞬間に胸郭や肺胞が広がり、肺で呼吸するという成長を遂げます。この成長が無事に遂げられた証が、産声というわけですね。

●ストレスを成長に役立てるプロセス＝「適応」


このように、人が成長するためにはストレスが必要だと言えるかもしれません。また、人は、ストレスを成長の糧として活用する能力を持っていると言い換えることもできます。そして、このストレスを成長に役立てていくプロセスを「適応」という言葉で表すことができると思います。

●適応に向かう人間の能力

適応論的観点 15

適応とは
人が環境や状況の中で、その要請に応じつつ
同時に自らの要求をも生かして
著しいストレスを経験することなく生活すること

適応はプロセスである
不適応は、さらなる適応のための出発点
人には、不適応に陥った経験からさらなる適応課題を見出し
課題達成に向けて努力する能力がある



適応とは、人が環境や状況の中でその要請に応じつつ、同時に自らの要求をも生かして、

著しいストレスを経験することなく生活することです。

また、適応は、結果ではなくプロセスです。つまり、適応は、不適応からスタートし、不適応は、さらなる適応のための出発点となります。人には、不適応に陥った経験から、次なる適応課題を見出し、その課題達成に向けて努力する能力があるのです。

私は、その能力が発揮できるようにお手伝いしたいと思っています。

●自己可逆的適応と、対象可逆的適応

自己可塑的適応と、対象可塑的適応 16

自己可塑的autoplasmicな適応とは
環境の要請に合わせて、個体を変える適応

対象可塑的alloplasmicな適応とは
個体の要求に合わせて、
環境に働きかけて環境を変える適応



適応には「自己可塑的な適応」と、「対象可塑的な適応」があります。前者は環境の要請に合わせて、個体を変えていく適応のことです。一方、後者は個体の要求に合わせて、環境に働きかけて環境を変えていく適応のことをいいます。

がんと診断を受けてからのあらゆる体験は、患者さんにとっては、「自らの貴重な経験から何を見つけ出し、どんな意味を見出して、自分の人生にどう生かしていくか」という自己可塑的な適応の機会でもあると思います。

一方、医療者が提供できるものは、「対象可塑的な適応」ということができるかもしれません。患者さんの希望や心の状態や希望に合わせて、外側から提供できる工夫や支援ということなのです。

●成長の深い体験——ベネフィット・ファインディング

ベネフィット・ファインディング

Mller-Klaus (Ed.) (編集者之監訳) : がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を思いなす—。医学書院, 2012

心的外傷後成長 または ストレス関連成長
post-traumatic growth stress-related growth

私がこの経験から私自身について
または人生における人との関係について何を学んだか

単に診断前に戻るのではなく
成長の経験であり、それは人によっては極めて深い体験である

がんサバイバーシップの中の一つの考え方として、ベネフィット・ファインディング、つまりがんによる恩恵を見つけ出すというものもあります。別の言葉では、心的外傷後成長（ポスト・トラウマティック・グロース）とかストレス関連成長（ストレス・リレーティド・グロース）ともいいます。

これは、「(がんの診断・治療を受けた) 経験から、自分自身について、または人生における人との関係について、私は何を学んだか」という視点です。単に診断前の状態に戻るのではなく、成長の経験であり、人によっては極めて深い体験である、ということになります。

●よく報告されるがんの恩恵

よく報告されるがんの恩恵 benefit

Mller-Klaus (Ed.) (編集者之監訳) : がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を思いなす—。医学書院, 2012

社会的資源
配偶者や家族への愛情の深化
家族や友人との関係性の向上
人との結びつきのために費やす時間と努力の向上

個人的資源
より肯定的な人生観
満たされる宗教心
他者に対する共感性・同情・興味の上

コーピング・スキル
環境の受容力の向上
物事をありのままに受け入れることを学ぶ
ストレスに対するより効果的なコーピング

では、どんなベネフィット・ファインディングがあるでしょうか。

たとえば社会的資源に関しては、配偶者や家族への愛情の深化、家族や友人との関係性の向上、人との結びつきのために費やす時間と努力の向上などがあります。また、個人的資源では、より肯定的な人生観を持つことができる場

合があり、また、宗教心が満たされる、他者に対する共感性・同情・興味が上がるということなどがあります。

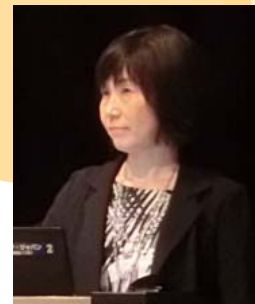
また、問題に対処するコーピング・スキルとしては、環境の受容力が増し、物事をありのままに受け入れることを学ぶなど、ストレスに対してより効果的に対処する力が身につくことが挙げられます。これは、終焉期に向けて、どのように自分の人生を閉じていくかということを考える力にもなるものだと思います。

がんという体験はとてつらく大変なものです。でも、その中から何かを見出し、何かを役に立てていただけるような、少しでも実り多いがんサバイバーシップという道行きを、私たちがお手伝いできる存在になればいいと考えています。

Ⅲ がん治療の副作用に対する マネジメント —皮膚障害を中心に—

講師：松原 康美

北里大学病院看護部 がん看護専門看護師



はじめに

がんの三大療法として、手術療法、化学（薬物）療法、放射線治療があります。日本では、これまで手術ががん治療の中心にありましたが、近年は化学療法や放射線治療が進歩し、がんの種類やステージ（病期）によっては手術と変わらない効果が認められています。

一方では、これらの治療に伴う新たな副作用も報告されています。たとえば、抗がん剤による副作用として吐き気や嘔吐、脱毛、骨髄抑制（白血球や血小板の減少）等が起こることはよく知られていますが、皮膚に特異的な症状がみられる薬剤もあります。

皮膚障害は、直接命にかかわることがなくても、症状の程度や出現部位によっては、日常生活への影響やボディイメージの変容につながり、治療の継続が困難になることもあります。

それゆえ治療を受ける前から、皮膚障害に関する知識をもち、日常生活の中で適切なケアを行うことが大切です。ここでは、がん治療による皮膚障害および分子標的治療薬による皮膚障害のマネジメントについて概説します。

がん治療による皮膚障害とは

●皮膚障害の症状



がん治療に伴う皮膚障害は、治療法によってさまざまな部位に発症し、また症状も異なります。放射線治療では、主に照射部位に発生し、化学療法では、全身あるいは特定の部位に発生します。図は直腸がんで人工肛門（ストーマ）造設後に化学療法を行い、ストーマ周囲と手に皮膚障害が発生したケースです。

皮膚障害の種類には、かゆみ、痛み、滲出液、出血、発疹などがあります。滲出液や出血、発疹、発赤などは、他覚的にも明らかな症状ですが、かゆみや痛みは、本人だけが感じる症状のため、医療者は患者さんのお話をよく聴く必要があります。

●皮膚障害による日常生活への影響

がんの治療に伴う皮膚障害は、少なからず日常生活に影響を及ぼします。たとえば、手や指に皮膚障害が発生する

と、パソコンのキーボードを打つ、スマートフォンの操作、文字を書く、炊事、洗濯、衣服の着脱、ボタンをかけるといった日常生活動作に支障をきたします。また、足の裏や指に発生すると、歩行や立位などで足に加重がかかると痛みが生じたり、靴のはけなくなることもあります。さらに、顔の皮疹が顕著になると、ボディイメージの変容をきたし、個人差はありますが対人関係や社会生活にかかわってくることもあります。

手術や放射線治療による皮膚障害は、治療期間が限られており比較的治癒することが多いものです。一方、薬物療法は治療期間が数カ月あるいは数年におよぶため、長期にわたる副作用対策が必要となります。

分子標的治療薬による皮膚障害

●分子標的治療薬とは

分子標的治療薬は、一般的な抗がん剤とは異なり、がん細胞の発生、増殖、転移に関する特定の分子をターゲットにして、その機能を阻害することにより抗腫瘍効果を発揮するものです。

分子標的治療薬が標的とする分子は、細胞分裂が激しいがん細胞に多くありますが、新陳代謝が活発な皮膚の細胞にもあるため、皮膚に副作用が出現しやすい薬です。

●EGFR 阻害薬とは

EGFR阻害薬の種類(2014年現在)

承認年	一般名	商品名	適応がん種
2002	ゲフィニチブ	イレッサ®	非小細胞肺癌
2007	エルロチニブ	タルセバ®	非小細胞肺癌 膵がん
2008	セツキシマブ	アービタックス®	大腸がん 頭頸部がん
2009	ラパチニブ	タイケルブ®	乳がん
2010	パニツムマブ	ベクティビックス®	大腸がん
2014	アフアチニブ	ジオトリブ®	非小細胞肺癌

分子標的治療薬の中に Epidermal growth factor receptor (上皮成長因子受容体阻害薬；EGFR 阻害薬) と呼ばれる薬剤があります。イレッサ（一般名ゲフィニチブ）は、肺癌に使用され、副作用として間質性肺炎の死亡例が出て社会的な問題になったことから、ご存じの方も多いと思います。

EGFR は、腫瘍組織だけでなく正常な皮膚組織にも多数発現しており、だれでも持っている分子です。特に、皮膚、毛包、爪の増殖や分化に関係しているため、皮膚や爪などに多く発現しているため、皮膚に副作用が出やすい薬とい

えます。EGFR 阻害薬による皮膚障害の程度は、治療効果と相関することが明らかになっています。

このことから、従来の抗がん剤では副作用が発生すると、治療を中止することが多いものです。しかし、EGFR 阻害薬の場合は、副作用として皮膚障害が出るのが、治療効果の表れでもあるため、可能な限り日常生活に支障をきたさないように症状マネジメントをしながら治療が継続されます。

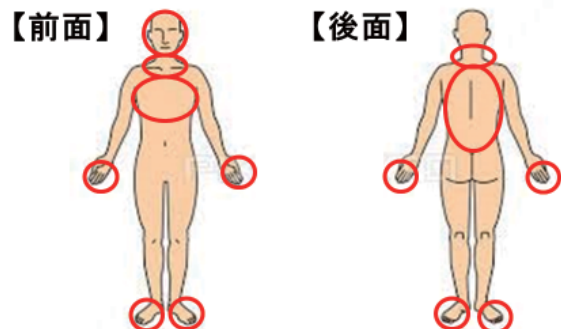
●EGFR 阻害薬による主な皮膚障害

EGFR阻害薬による主な皮膚障害

- 脂漏性皮膚炎
- ざ瘡様皮疹
- 乾皮症(皮膚乾燥症、皮脂欠乏症)
- 爪囲炎



皮膚障害が出現しやすい部位



EGFR 阻害薬による主な皮膚障害として、脂漏性皮膚、ざ瘡様皮疹、乾皮症、爪周囲炎があり、これらの発生時期

や出現部位は、明らかにされています。

最も多いのは、ざ瘡様皮疹で治療開始後数日目から、にきびのような皮疹が顔、頭、背中、胸、手足などに出現してきます。脂漏性皮膚炎は、主に炎症を主体とする皮膚炎で、顔に出ることが多いものです。

乾皮症は、治療開始後4週間くらいで起こります。治療前から皮膚が乾燥している人は起こりやすく、皮膚の乾燥によりかゆみや手足のひび割れを伴うことがあります。

爪囲炎は、治療開始後2カ月くらいで起こり始めます。爪の周りに炎症が起こり、腫れて爪が皮膚にくいこむので、痛みが強く治りにくいものです。

皮膚障害を抑えるためのケア

皮膚障害は治療効果の表れでもあるため、完全に回避することは困難ですが、症状を軽く抑えることは可能です。皮膚障害を抑えるためには、治療前から知識をもち、日々のスキンケアを励行することです。そのため医療者は、治療前から患者さんにアプローチする必要があります。

●治療前の相談と情報収集

まず患者さんと個別に面談し、治療に関する不安や心配ごとなどを聴きます。患者さんの中には、顔に皮膚障害が出ると聞いて仕事に支障をきたすのではないかと不安を抱いている人もいます。日常生活、仕事、日々のスキンケア習慣を聴き、個々の生活に見合った方法をアドバイスするとともに、全身の皮膚状態を観察しましょう。

●発症前からのスキンケア

国外の調査ですが、転移性大腸がんでEGFR阻害薬（パニツムマブ）を使用した98名中、皮膚障害発生前からスキンケアを行った予防群と、発症後にスキンケアを行った非予防群を比較した結果、グレード2以上の皮膚障害発生率は、予防群では29%、非予防群では62%であったと報告されています。このことから皮膚障害が出る前から予防的なスキンケアを実践することは重要といえます。

●治療前の情報提供

・スキンケアは治療前から始める

スキンケアは、皮膚障害が出る前から始め、治療中、休薬中、治療後も継続する必要があります。とくに乾燥肌の方は、治療前から保湿剤を塗布することをアドバイスします。また足に水虫、たこ、魚の目などがある方は皮膚症状が早く出現しやすく、その部位に強く出やすいので、予め皮膚科を受診し治療しておく必要があります。

・生活の中でスキンケアを習慣にする

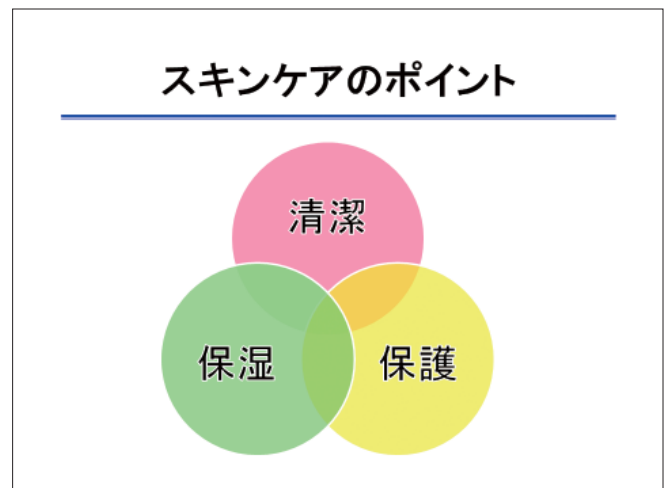
生活の中で、どのようなタイミングで保湿剤を塗るか、

清潔ケアの方法など、患者さんと一緒に日常生活をイメージしながら、スキンケアに関する意識を高め、生活の中に取り入れていくことが大切です。

・発症時には専門家に相談する

皮膚障害が出た場合は、その部位や程度に応じた適切な薬剤を使用することにより、症状を抑えることが可能です。外用薬だけではなく内服薬が有効なこともあるので、市販薬ではなく、医師、看護師、薬剤師に相談し、症状に見合った適切な薬剤を正しく使用する必要があります。

スキンケアのポイント



皮膚障害を抑えるためには、日々のスキンケアが大切です。ポイントは、皮膚の清潔、保湿、保護の3つです。

●清潔

毎日、顔や手足、背中など、皮膚障害が発生しやすい部分を中心に、刺激の少ない弱酸性のボディイメージソープをよく泡立て、皮膚をなでるようにして優しく洗い、シャワーで洗い流します。ナイロントワシや垢すりなど、硬いもので強く擦ることは避けましょう。

●保湿

・毎日こまめに保湿剤を塗布する

皮膚障害が出やすい部位を中心に、日々のスキンケアの後に保湿剤を塗布することが重要です。シャワーや入浴後は10分以内に塗布すると効果的です。保湿剤は、朝晩の洗顔後や手洗い後など、可能であれば2回/日以上、塗布することをお勧めします。

・保湿剤の選び方

顔、背中、胸などには、ローションタイプの保湿剤が使いやすいです。白色ワセリンやクリーム系の保湿剤は、保湿効果は高いですが、べとつきやすいので就寝前や手などに用いるとよいでしょう。

保湿剤は、弱酸性、セラミド入りなどさまざまなものが市販されています。ドラッグストアで比較的安価なものが容易に入手できますが、まれに肌に合わないこともあるので、店頭で試用してみるとよいでしょう。男性の場合、保湿剤を使ったことも購入したこともない方がいるかもしれません。その場合は、医療者や家族に相談するとよいでしょう。

・スキンケアを継続する工夫（支援）

スキンケアは毎日のことなので面倒くささが先に立つものです。「皮膚症状が出ていないからまだいいか」とか「仕事が忙しくて、薬を塗るのをつい忘れてしまう」という患者さんもいます。自宅での生活環境や職場において、スキンケアを継続する工夫を考えます。

たとえば、保湿剤は、自宅では歯ブラシやひげそりの近く、あるいは寝室の枕元に置く、外出時にはバッグの中に入れておく、職場にも1本置いておくというように、気づいたときに面倒がらず、すぐに使えるようにしておくといよいでしょう。また家族に声をかけてもらう、入浴後や就寝前に背中に塗布してもらうなど、協力を得ることも大切です。

●保護

・直射日光を避ける

直射日光(紫外線)を避ける

- 日焼け止めを塗る
- 日傘
- 帽子
- サングラス
- 長袖・長ズボン
- スカーフ、ストール など

季節にかかわらず、直射日光を避けることは、非常に重要です。市販の日焼け止めを塗布します。とくに屋外で長時間過ごす場合は、日焼け止めを2～3時間ごとに塗り直す必要があります。その他、日傘や帽子、サングラスで陽射しを遮り、長袖、長ズボン、スカーフ等を着用して肌を露出させないようにすることも大切です。

手足の保護のポイント

手指の保護

- 手指に圧がかかる作業は控える
包丁で硬いものを切る(魚、生かぼちゃなど)
雑巾しぼり、草むしり、重い荷物をもつ など
- 手袋をつける
木綿の手袋、炊事や洗濯時にはゴム手袋

足の保護

- 靴の選択
足に合った履きやすい靴を履く
足底の軟らかい靴または中敷きを敷く
先のとがった靴、ヒールの高い靴、サンダルは控える
- 靴下をはく

・手指の保護

手や指に圧力がかかる作業は控えます。たとえば、硬い生かぼちゃを包丁で力を入れて切る動作や、鯛や鰯などの骨付き魚を出刃包丁でググッと押しながら切る動作などは、手指に負担が入るので、家族に手伝ってもらうか、予めカットされたものを購入するとよいでしょう。普段から木綿の手袋を着けたり、炊事や洗濯のときはゴム手袋をして手指を保護しましょう。

・足の保護

手と同様に足の保護も重要です。先のとがった靴、ヒールの高い靴は、つま先に負担がかかるので控えましょう。また、ビーチサンダルや下駄も足を傷つける可能性があります。

家の中でも靴下を履き、外出時は幅が広く(3E、4Eなど)、靴底のクッション性の高い靴をはくとよいでしょう。デパートやスポーツ用品売り場などの靴コーナーで、実際に履いて自分の足に見合ったものを選択しましょう。

こんなことは控えましょう

- サウナ
- あんま
- 垢すり
- 強風にあたる
- 海水浴
- 長時間の立ち仕事、歩行、ジョギング

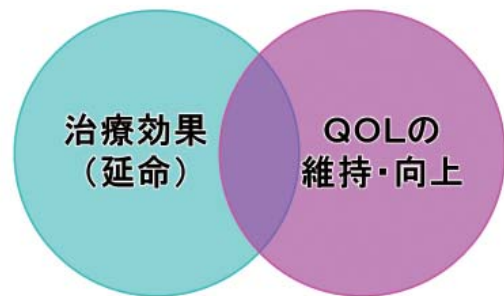
サウナ、あんまなどは皮膚への刺激になり、皮膚障害を悪化させるおそれがあります。また、風が強い日に屋外に出ると顔が乾燥しやすくなります。海水浴、長時間の立ち仕事、長時間のジョギングなども治療中は控えた方がよいでしょう。ただし、短時間のウォーキングや軽いジョギングは、治療中の気分転換にもなるため、体調や皮膚症状の様子をみながら行うこともよいでしょう。

スキンケアを継続する工夫(支援)

- **保湿剤は、いつも目につく場所に置く**
 - 【自宅】 ハブラシ、ひげそり、ドライヤー
寝室の枕元近くに置く
 - 【外出】 小さなボトルに分けて
内服薬と一緒に携帯、職場に1本
- **家族の協力を得る**
声をかけてもらう、背部への保湿剤塗布
- **がまん、無理をしないで医療者に相談する**
困っていること、悩み、不安など

おわりに

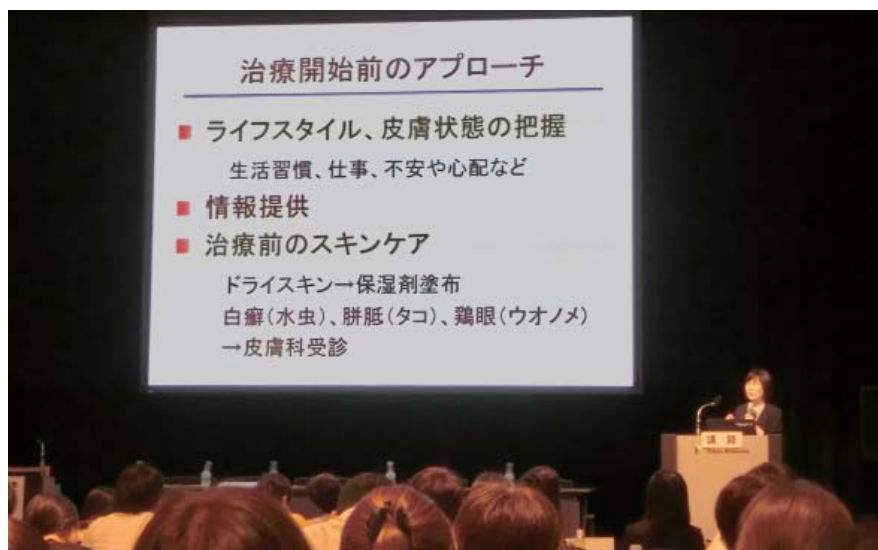
がん治療の副作用に対するマネジメント



皮膚障害は日々のスキンケアと発生時の早期対処により、症状を軽く抑えることが可能であり、それによって日常生活に支障をきたすことなく、がんの治療を続けることができます。

私たち看護師は、患者さんが治療を続けていく上での「生活」や「希望」という部分に焦点をあてながら相談のり、情報提供していく必要があります。

たとえば、「今の仕事を続けたい」「家族と一緒に生活したい」「自宅で愛犬と暮らしたい」「毎日笑顔で過ごしたい」「少しでも長く生きたい」「娘の結婚式に出席したい」など、人それぞれの思いや希望に寄り添いながら支援することが大切です。



IV 食べること、 栄養をとるためのセルフケア

講師：伊藤 陽子

東京歯科大学 千葉病院 栄養管理室 管理栄養士



はじめに

つらさを和らげるケアの中でも「食事と栄養摂取のためのセルフケア」は、がん治療中の毎日の生活のベースとなるだけでなく、生活の質をよりよくするためにも欠かせないものです。がんの治療中の栄養の必要性や摂取方法、患者さんの質問が多い食事のレシピなどを交えて紹介します。

がんの栄養療法

がんの栄養療法

がんの様々な治療に伴い体重減少・低栄養・消耗状態が徐々に進行していく
多くの場合、食欲不振を合併する

栄養摂取量の減少+代謝異常
➡ たんぱくとエネルギー消費量の増大

必要な栄養量を確保する事が大切

まず初めに、がんの治療にはなぜ栄養が必要なのか考えてみましょう。

がんの治療法には、手術、放射線治療、抗がん剤治療などのさまざまな方法があります。それらの治療に伴って体重減少や低栄養、消耗状態などが進行し、多くの場合、食欲不振などの栄養的な問題が起こります。栄養摂取量の減少によって体内に貯蓄されている栄養も急激に消費され、

代謝異常が起きます。そのため、たんぱく質とエネルギーの消費量が増え、体内のたんぱく質、エネルギーは不足の状態になってきます。

がんの患者さんの栄養必要量は一人ひとりの状態によって異なりますが、それぞれに応じた栄養量を確保することが大切です。

がん治療における栄養不足から連鎖する悪循環



では、必要な栄養量が確保できなくなった場合、体はどう変化するのでしょうか。まず、低栄養により、筋肉量や脂肪量が減少し、体力が低下していきます。その結果、歯を磨くなどのセルフケアが困難になり、口腔内の状態も悪化します。

最終的には全身状態が悪化して免疫力が落ち、さらに低栄養の状態になるという悪循環が引き起こされます。このような負の連鎖によって、低栄養、体力および免疫力の低下がさらに進行するので、この連鎖を断ち切ることが必要です。

必要な栄養素

必要な栄養素

- エネルギー ⇒ がん患者では必要エネルギー量 ↑↑
- たんぱく質 ⇒ 筋肉量 ↓↓、たんぱく質分解 ↓↓
筋肉からのアミノ酸放出 ↓↓
- 脂質 ⇒ 脂溶性ビタミンの消化・吸収、必須脂肪酸供給
- 微量栄養素 ⇒ 生体からの排泄・喪失 ↓↓、需要 ↓↓
- 水分 ⇒ 体重の50～80%を占める、嘔吐・下痢で ↓↓

次に、がん治療中の栄養素の必要性について簡単に説明します。

●エネルギー

がん患者さんでは必要なエネルギー量は多くなります。

患者さんそれぞれの栄養状態や日常の過ごし方によって、必要なエネルギー量はそれぞれ異なりますから、そのときの栄養状態、体重などを患者さんごとに評価し、栄養量を求める必要があります。

●たんぱく質

エネルギーに次いで必要なのが、たんぱく質です。がん患者さんは、筋肉量が減少する傾向があり、そのために筋肉ではたんぱく質が分解され、筋肉からのアミノ酸放出が増えます。また、エネルギー摂取量の不足から、体内で必要なエネルギー源としてたんぱく質が使われるため、さらに消費量が増えてきます。

たんぱく質は、必要量を正しく求めることが難しい栄養素ですが、適正な量を栄養士と相談して摂取し、同時にたんぱく質が分解される量を減らしていくことも大切です。

●脂質

脂質は、脂溶性ビタミンの消化吸収、輸送に不可欠な栄養素で、人間の体内で合成できない必須脂肪酸を供給します。また、脂質を摂ることで満腹感が得られるので、満足感にも影響します。エネルギー量を比較すると、たんぱく質は1gあたり4キロカロリーですが、脂質は9キロカロリーと倍以上摂取できるので、すぐれたエネルギー供給源といえます。

●微量栄養素

ビタミン、ミネラルなどの微量栄養素も、がん治療による副作用などで生体からの排泄や損失が増えるため、必要

量が増えます。また、身体的なストレスによって、鉄やビタミンC、ビタミンE、亜鉛といった栄養素の代謝異常も起きることから需要が増加します。

●水分

もう1つ、忘れてはいけない栄養素が水分です。水は体重の50～80%を占め、人間には必要不可欠な成分です。治療の副作用による嘔吐や下痢の経過によって、微量栄養素だけでなく水分も失われていきます。不足しないように水分を補給して、水分量を適切に維持することがきわめて重要です。

抗がん剤治療中に起こる問題は？

抗がん剤治療中に起こる問題は？

がん細胞だけでなく正常な細胞への作用による副作用

- 食欲不振
- 吐き気・嘔吐
- 味覚異常
- 倦怠感・疲れ
- 体力低下・筋力低下
- 口内炎



食の問題

がんの治療には手術、放射線治療、抗がん剤治療などさまざまな種類がありますが、それぞれの治療法ごとに栄養的な問題が生じることがあります。中でも特に栄養不足になりやすい抗がん剤治療中の副作用への対応についてみていきましょう。

抗がん剤はがん細胞だけでなく正常な細胞にまで作用するため、しばしば副作用が起こりますが、特に消化管粘膜への影響が出やすいといわれています。

主な副作用には、食欲不振、吐き気・嘔吐、味覚異常、倦怠感・疲れ、体力や筋力の低下、口内炎などがあります。中でも、食欲不振、吐き気・嘔吐、味覚異常の3点は特に多く、2人に1人以上の患者さんがこれらの副作用に悩まされているといわれています。

この3つの副作用によって、食べたい気持ちや食べなくてはならないという気持ちがあっても、実際には食べられない、食べたくないという摂食不振が起こり、食の問題と深く関わってきます。

実際に困っていることは？

実際に困っていることは？

- 食べたいと思える物が無い。
- 何を食べたら良いのかわからない。
- 料理の作り方がわからない。
- 食事を用意する事が面倒。



患者さんが食事を摂る際に困っているのはどんなことか、当院の入院患者さんや外来の患者さんに何うと、共通して「食べたいと思えるものがない」「何を食べたらいいのかわからない」とおっしゃいます。男性の方からは、「料理の作り方がわからない」「食事を用意することが面倒だ」という声が多く聞かれます。

このように、「治療中に食事の面で困ったことがある」と回答する患者さんは大変多いのですが、「医師や栄養士などから食事の説明がありましたか」と何うと、「そこまではされてない」と答える方がほとんどです。さらに、「何か相談しましたか」との問いかけには、「抗がん剤治療中は食べることは後回しにしているので、大丈夫です」という方がとても多いのです。



食生活で困っていても相談しない理由について、栄養士の立場から少し踏み込んで何ってみると、「食欲不振になるのは、抗がん剤治療中の今だけで一過性のものだから、我慢すればなんとかなる」とか、「治療が終われば元通り食べられるようになると思うから、食事は二の次。まずは、抗がん剤で治療を続けていきたい」とお話しされることがしばしばあります。

患者さんの言い分にも一理あるとはいえ、やはり食事は栄養面からも免疫力を高めるためにも必要です。口から食べて腸を使うことで、免疫力や抵抗力が強化されます。また、食べずにいると体力も低下するので、抗がん剤の効果を100%生かすことができなくなります。できれば少しでも食べられる食品や、自分に合った食べやすい方法を選んで、口から栄養を摂取していただきたいと思えます。

抗がん剤治療中に起こる症状別に、食事に関わる対策をご紹介します。

●食欲不振

食欲不振

- 食べられる物を食べたい時に食べる
- 1度の食事量は少量にする
- 1日5～6食に分けて食べるようにする
- 主食を変えてみる 
- 味付けは濃いめにする 
- 栄養補助食品を利用する

抗がん剤治療中に一番多い症状が食欲不振ですが、食べたい物を食べられる時に食べるのが一番の対策です。また、食事の量や回数を調節し、食べにくいときは味付けなどを変えてみると食べられることが多いものです。

● 1回の食事量は少量にする

1回の食事量を少量にすると食べやすくなります。「調理が面倒だから1日1回の食事ですませたい」という声も聞かれますが、食欲不振の時期には一度に大量の食事をとるのは困難です。1回量の目安は、普段の食事の3分の1から4分の1程度とするとよいでしょう。

● 1日5～6食に分けて食べる

1回の食事量を減らし、1日5～6回に分けて食べることをお勧めします。

● 主食を変えてみる

温かいご飯やおかゆのムツとしたにおいは、吐き気や食欲不振を招く引き金になりやすいものです。麺やパン、お酢が入った寿司飯などが比較的食べやすいようです。

● 味付けは濃いめにする

普段の食事でも減塩食を心がけている患者さんは、濃い味付けに抵抗を感じる人が多いようですが、抗がん剤治療中で食欲が低下している時期には、塩分摂取量もかなり減ってしまいます。塩分を補う意味でも、カレーライスやカップラーメンなど食べたいと思うものを食べるようにしましょう。いつもの味より少し濃いめの味付けにしてみると、しっかりと味が感じられておいしく食べられることがあります。

● 栄養補助食品を利用する

調理が大変なときは、市販の栄養補助食品を上手に利用することも有効です。

●吐き気や嘔吐がある場合

吐き気・嘔吐 ①

- 冷たく、口当たりの良い物を食べる
冷たいそうめん・漬物類・梅干し・シャーベットなど
- においの少ない食品を選んで食べる
魚や肉には生姜・梅・ゆずでくさみ消し
- 熱いものは人肌程度に冷ます
においを抑えるためにも効果的
- 脂肪の多い食品や油の多い料理は避ける
胃もたれが吐き気の原因になることも

●冷たく口当たりがよく、飲み込みやすいものを食べる

吐き気や嘔吐がある場合は、無理せずに食べられるようにしましょう。冷たいそうめんや、漬物類、梅干し、シャーベット、ゼリー、果物などは、さっぱりとして口当たりがよく、飲み込みやすいので、抗がん剤治療中で吐き気がある方にも人気があります。

●においの少ない食品を選んで食べる

食材の臭みが気になる魚や肉を使った料理は、しょうがや梅、ゆずなどで臭みを消すと効果的です。また、魚料理なら、焼き魚や煮魚よりも、お刺身を食べるなどの工夫をしてもいいでしょう。

にんにくやにら、葱などの香味野菜は、においが強く、吐き気を誘発しやすいので避け、一緒に食事をする家族の方も気をつけてあげるとよいでしょう。

●熱いものは、人肌程度に冷ます

熱い食べ物は、においが強いので、においを抑えるためにも効果的です。

●脂肪の多い食品や油の多い食品は避ける

揚げ物や脂肪の多い肉料理などは、胃での停滞時間が長くなるので、胃もたれ感が増してしまうかもしれません。胃もたれが吐き気の原因になることもあるので、吐き気の心配なときには避けるほうが無難です。

吐き気・嘔吐 ②

- 同じものを続けて食べない
続けて食べることで吐き気を誘発することも
- ゆっくりよく噛んで食べる
- 水分は少量ずつこまめに摂る
水やお茶の他、スポーツ飲料やスープ、みそ汁で電解質の補給を
- 1品の量は減らして品数を増やす
味付けはシンプルに

●同じ物を続けて食べない

せっかく食べられる食材であっても、続けて食べることで、吐き気の原因になってしまうことがあります。

●ゆっくりよく噛んで食べる

●水分は少量ずつこまめに摂る

下痢や嘔吐、排泄などにより、水分とともにナトリウムやカリウムなどの電解質も失われてしまいます。脱水や電解質の不足を防ぐため、水やお茶だけでなく、スポーツ飲料やスープ、味噌汁なども少しずつ摂りましょう。

●1品の量は減らし、品数を増やす

1品に使う食材は1～2種類とし、味付けもシンプルにしましょう。具材が多すぎると、それぞれのにおいが混ざり合い、せっかく食べられる食材でも負担に感じることがあります。

●味覚異常

味覚異常

- 味付けを変えてみる
甘味が強い場合→砂糖やみりんを減らし塩分を濃く
塩味やしょうゆ味が苦く感じる場合→塩分を控えて
- だしの味を強くする
- 酸味や香辛料を利用し、味にメリハリをつける



味覚異常も、抗がん剤治療中に頻度の高い副作用の1つです。

味覚異常には、じつにさまざまな症状があります。私が直接お会いした患者さんたちの中では、「甘みを強く感じすぎて、汁物が砂糖水のようなだ」という方がある一方で、「甘

みはまったく感じない。しょうゆや塩などで苦みを強く感じてしまう」という方もいます。また、「何を食べても砂を食べているようで、食べ物を食べている気がしない」「金属を食べているような味で、まったく食べ物を受け付けられない」などの声もよく聞かれます。このように、味覚の感じ方は、人それぞれ千差万別です。

対処法としては、まず、味付けを変えてみましょう。甘みを強く感じるときは、砂糖やみりんの分量を極力減らし、塩分を多めにします。逆に、苦みを強く感じるときは、しょうゆや味噌が苦みの原因になっていることがあるので、塩分を控えて調味をします。

また、甘みや苦みの調整だけでなく、かつおや昆布などだしの味を強く利かせたり、レモンや酢の酸味、唐辛子の香辛料の辛みなどを利用して、味にメリハリをつけることも効果的です。

食べやすい夏向きのメニュー

食事の工夫によって、今まで食べることを諦めていた患者さんも少しずつ食事を摂れるようになることが多いものです。

料理を作る方がいない患者さんからは、「レシピをそのまま教えてほしい」「どの食材をどれだけの分量でどう作ればいいのか知りたい」という要望が多いので、当院で人気のあるメニューの中から、春夏の季節に向けたさわやかなメニューを紹介します。

●トマトそうめん



当院で一番人気のトマトそうめんです。そうめんは軟らかくて刺激がなく、消化吸収の負担が少ない食べやすい食品です。

そうめんペースト状にしたトマトを混ぜて、さっぱりと食べやすく工夫しています。そうめんは作り置きするとくっついてしてしまうのが問題点ですが、トマトを加える

ことで、くっつきにくくなります。好みの具をトッピングにして、めんつゆの味で食べるので、トマトが苦手な方でも気にならずに食べられるようです。

ねぎの苦みを強く感じる方も多いので、別盛りにして、お好みで調節できるようにするといいでしょう。味が感じられないときは、めんつゆの味を濃くしてください。

●グリーンスムージー



食欲がわかないときには、濃厚流動食を利用したグリーンスムージーをお勧めします。手軽に栄養をとれる濃厚流動食は便利な反面、毎日同じ味で飽きるという声がよく聞かれます。そんなときには、他の野菜や果物とともにスムージーにすると、おいしく飲みやすくなります。

写真上のスムージーは、プレーンタイプの濃厚流動食に、小松菜と冷凍したキウイフルーツ、水、氷を加え、ミキサーにかけてのものです。濃厚流動食の甘さと、キウイフルーツの酸味のバランスがよく、さわやかでのどごしのよいドリンクになります。

プレーンタイプの濃厚流動食は、いろいろな食材と合わせることができます。キウイフルーツの代わりにバナナやりんご、梨などの果物を使ってもおいしく食べられます。また、流動食自体に甘みがあるので、無糖のコーヒーやココア、抹茶などと合わせてもいいでしょう。ミキサーにすべての材料を入れて混ぜるだけなので、忙しいときや、お料理の苦手な方でも簡単に作れます。

●冷製茶わん蒸し

冷製 茶わん蒸し



材料	
・卵	30g
・だし汁	130cc
・食塩	0.5g
・料理酒	4cc
・みりん	4cc
・しょうゆ	0.5cc
・みつば	適量

茶碗蒸しを作って冷蔵庫で冷やしておくと、食べやすくなります。冷蔵庫に何個か保存してあれば、今なら食べられそう、というときにすぐに食べることができます。

●豆腐の甘酢あんかけ

豆腐の甘酢あんかけ



材料	
・絹ごし豆腐	150g
・えのき	10g
・しめじ	10g
・生しいたけ	10g
・人参	10g
・長葱	10g
・グリーンピース	3g
・砂糖	5g
・しょうゆ	10cc
・米酢	7cc
・片栗粉	2g

冷や奴の上に甘酢あんを冷やしてかけた一皿です。おいを防ぎ、甘酢の酸味で食べやすくなります。

●ピシソワーズ

ピシソワーズ



材料	
・じゃがいも	30g
・たまねぎ	10g
・鶏ささ身	10g
・コンソメ	3g
・バター	2g
・小麦粉	2g
・牛乳	50cc
・水	110cc
・食塩	少々

温かいポタージュではおいが気になるという方も、冷たくすると飲みやすくなります。鶏のささみなどを入れてあるので、たんぱく質も摂取でき、栄養価も高くなります。

●きゅうりとカニのごま酢あえ

きゅうりとカニのごま酢あえ



材料	
・かに	10g
・きゅうり	40g
・人参	10g
・米酢	8cc
・食塩	少々
・しょうゆ	1cc
・砂糖	3g
・だし汁	3cc
・すりごま	4g

酢の物は、食欲がないときに重宝な代表的料理です。きゅうりとカニをごま酢であえ、さっぱりとまろやかな味付けにして、栄養価も上げています。ごまのにおいが気にならなければ試してみてください。カニのにおいが気になるときは、わかめやもずくなどで代用してもおいしく食べられます。

●濃厚流動食で栄養補給

どうしても食事を受け付けられない状態になったときや、食事を作る方がいないときは、濃厚流動食の栄養剤を利用するのもいいでしょう。

現在、飲むタイプ、食べるタイプなどさまざまな形態のものがあり、ほとんどの流動食は通信販売での購入が可能ですし、最近では調剤薬局などで市販される物も増えています。

食事療養のポイント

食事療養のポイント

- 食べたい時に食べられる物を食べる
- 家族・友人などと、ゆっくりおしゃべりしながら食べられる環境を整える。
- 見た目も重要。彩りを考えて盛り付ける。
- 食事を全く受け付けられない時は、栄養補助食品の利用も検討する。



がん治療中、特に抗がん剤治療中の食事に関して紹介してきましたが、ほかの治療法で治療される患者さんにとっても、口から食事を摂取することはとても大切です。

最後に、食事療養のポイントをまとめました。

- まず、食べたいときに、食べられるものを食べる。
- ゆっくりと、家族、友人などと、おしゃべりしながら食べられる環境を整える。
- 見た目も重要。彩りを考えて盛りつける。
- 食事を全く受け付けられないときや、食事を作るのが難しいときは、栄養補助食品の利用も検討する。

このように食環境を変えることで、食事量のアップにつながります。

抗がん剤治療中の患者さんにお話を聞くと、「栄養不足ということはわかっているけど栄養をとることは難しい」「家族に負担をかけてしまう」「自分では作れない」という方が非常に多いと感じます。

食事について悩みながら、食事をとることを諦めてしまう前に、まず、身近な栄養士に相談してみてください。少しお話をするだけでも、解決策につながる場合があります。

栄養士というと、入院病棟にいて病院食の献立を立て、入院患者さんの相談にのる職種というイメージが強いかもしれませんが、病棟だけでなく外来で栄養指導をしたり、最近では、在宅治療中の方を訪問して相談にのるなど、いろいろな面からサポートできる態勢が整ってきています。

栄養士に直接面識がない方は、主治医や看護師さん、ケースワーカーさんなどを通して気軽に声をかけて相談してみてください。患者さん一人一人の症状や生活に合った、無理のない栄養のとり方を一緒に探していきたいと思えます。



パネルディスカッション —質疑応答—

座長：辻 哲也先生（慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 准教授）
パネリスト：山内英子先生（聖路加国際病院乳腺外科部長・プレストセンター長）
高倉 保幸先生（埼玉医科大学保健医療学部理学療法学科 教授 理学療法士）
白波瀬 丈一郎先生（慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 ストレス研究センター 特任准教授）
松原 康美先生（北里大学病院 がん看護専門看護師）
伊藤 陽子先生（東京歯科大学千葉病院 栄養管理室 管理栄養士）

辻先生：本日のがんサバイバーシップ—つらさを和らげるケア—では、市民公開講座として、山内先生から「サバイバーシップ」について総論的にお話いただき、それを受けてシンポジウムでは「つらさを和らげるケア」について、がん治療中の心身のつらさへの対応、治療中の副作用への対応などの具体的な対策を各演者の先生方からお話いただきました。全体を通して、会場の皆さまからご質問がございませんか。

身体的リハビリテーションの導入法と リスクについての考え方

参加者：当院でもがんの患者さんが多く来院し、リハビリを必要とする方も多いという現状があります。リハビリの目的によって、たとえば痛みや倦怠感に対するリハビリなのか、ADLを低下させないためのリハビリなのかなどによって、内容が変わってくると思います。身体症状のリハビリではどのような形でアセスメントをして、どういうリハビリを組んでいくのか、また、どれぐらいの時間帯でリハビリをするのか、高倉先生に具体的なお話を伺いたいと思います。

高倉先生：がんの治療中でも、「もっと歩きたい、運動したい」と希望される患者さんがいる一方で、リハビリを勧めても、「動きたくない」「抗がん剤治療でつらい間、体を動かさないだけで、治療後はまた元通りに動くから、リハビリはしなくてよい」という方もいます。いろいろなケースがあるので難しいのですが、まず、その人の生活の大変なところを少し和らげることができないかと考えます。順番としては、最初に体を動かさないときの身体的なつらさや、今日お話しできなかった呼吸のことなどから考えていき、



次の段階で、体を動かしたときのつらさを考えます。それらの点が少しでも改善されると患者さんの気持ちも大分変わってきますから、折を見て活動を促すとスムーズにいくことが多いと思います。

参加者：ありがとうございました。

参加者：緩和ケア病棟に勤務している看護師です。緩和ケア病棟では、痛みのコントロールはある程度できて、だるさについてはしばしば問題になります。入院中の患者さんの中には、「もうだるいから何にもしたくない」と言って1日中まったく動かない方がいらっしゃいます。そのような場合、体位変換やマッサージをしていますが、「できれば触ってほしくない」という患者さんにアプローチするのはなかなか難しいものです。「だるくて動きたくない」という方へのアプローチ法について、アドバイスをお願いします。

高倉先生：難しいですね。確かにそういう方がいらっしゃ



います。私も若いスタッフから相談を受けて一緒に行くことが多いのですが、まず、「リハビリをするぞ！」というオーラを出さないことが大事です。リハビリオーラを出してしまうと、動きたくない、干渉されたくないと思っている患者さんからは即拒否されてしまいます。私はもともとがんの専門病院で働いていたのですが、大部屋では、患者さんたちがお互いフランクに話をしている、医療者も会話をしやすい雰囲気です。普段から会話ができてると、その人が困ったときにスッと入ることができます。その点、個室に入院されている患者さんは閉鎖的になりがちで、コミュニケーションを取りにくい傾向があります。事前に患者さんの情報がわかっている場合は、理学療法士だと言わずに病室に入って行き、ご家族も交えて何気ない会話をしながら、徐々に関係を作っていくという方法もあります。最初は警戒していた患者さんが気を許してくれるようになったと実感できたときに、徐々に少しずつ入っていくとうまくいくことが多いものです。

参加者：重だるいといった感じは、感覚刺激の減少が原因ということですが、具体的に感覚刺激の減少とは、どのようなことかご説明いただけますか。

高倉先生：重だるさは、電解質の異常や臓器不全など、いろいろな原因で起こりますが、運動療法では何ができるのかと考えた場合に、感覚刺激という問題も1つあるということです。科学的に測定するのはなかなか難しいことですが、体の感覚がなくなったときや体を動かさなくなったときに起こる変調として、重だるさもあり得るという研究があります。たとえば、頸椎損傷で首から下が麻痺した人は、体の感覚がなくなってしまうことがよくあります。すると、宙に浮いたような感じが起こります。本来我々は、重力に抗して座ったり立ったりする活動を通して、自分の姿勢や動きをイメージしながら生活しています。このような動作がなくなり、足の裏からの情報がなくなってくると、体の状態が不安定になり、体の変調の1つとして重だるさも生

じるのではないかとされます。手足を動かす運動は、循環や筋力を改善するだけでなく、感覚を刺激する意味でも大事だと言われています。

参加者：ありがとうございました。

辻先生：運動療法をしたときのリスクについては、どう考えればよいでしょうか。

高倉先生：リスクへの対応はとても大事です。体のつらさという点で考えると、患者さんがじっとしていても痛いときはリスクが非常に高い時期ですから、医師の力を借りることが大切です。また、意識レベルに変動があるとき、呼吸が不安定なとき、あるいは血圧や呼吸循環系が問題になるときなどもリスクが高いため、まず医師や医療者に相談してからリハビリに取り組むことが必要だと思います。

がんの治療中、食欲不振の 入院患者さんへのサポートは

参加者：私が所属している病院では、乳腺科と消化器科が同じ病棟で、どちらも化学療法を受ける患者さんが多く入院していらっしゃいます。入院中の化学療法の間、食欲不振などで食事はいらないとおっしゃる方が多く、食事を出さずにそのまま下げることもしばしばあります。食べられるときに食べられるものを、とアドバイスしていますが、入院中はスポーツドリンクだけで過ごす方や、化学療法後も2、3日は食べずに過ごす方もいます。化学療法を受けるために2～3週間周期で来院し、約1週間食べない時期がある入院患者さんが帰宅するときに、伊藤先生ならどうという指導をなさるか参考までにお聞かせください。

伊藤先生：確かに当院に入院している患者さんでも、「食べたくない」とまったく食事を受け付けられない方や、食べてもすぐに嘔吐してしまう方がいらっしゃいます。そのようなひどい状態のときは、主治医に相談して、点滴などで最低限の栄養を入れることもあります。ただ、退院後はご自分で点滴をすることができませんので、口から食べられるものを提案しています。自分で作ることができない方や、食事をまったく受け付けられない方には、サンプルのたんぱく質ゼリーや栄養剤を、入院中に1～2口試していただきます。これならいけるかなというものをご家族に用意していただいたり、処方薬として出せる栄養剤（エンシュアリキッド、ラコール等）を利用していただいたりしています。私どもの口腔外科の病棟では発語や発声が難しい方も多いため、電話ができない方やインターネットができない方には、処方薬の栄養剤を出しています。まずは入院中に、栄養剤や

ゼリーなど1口でも飲めることを確認していただくことが一番大事だと思います。

がん治療中の患者さんへの 精神・心理的ケアについて

参加者：山内先生に伺います。聖路加病院ではドイツで学ばれた音楽療法士が活躍しているというお話を聞きましたが、がん患者さんとは関わりがあるのでしょうか。

山内先生：当院では、日野原重明先生が非常に早期から音楽療法を採り入れておられます。緩和ケアの病棟には音楽療法士さんのオフィスがあり、定期的に緩和ケア病棟の患者さんのお部屋を回って、ご希望の方に音楽療法を行うという活動が数年前から積極的に行われています。もっと広げたいと思いつつも、まだ音楽療法に対して診療報酬という形でのインセンティブ（動機付け）がないため、なかなか広がっていないのが現実だと思います。現在、当院ではいわゆるターミナルケア、緩和ケア病棟に入院している方に対しての癒しという形で行っています。今回の話題の1つでもある診断後早期からのサポーターケアということでは、治療早期からの音楽療法による効果も見ることができればいいと思っていますが、まだそこまでは当院でも行われていないのが現状です。

参加者：聖路加病院では、心理療法をどの程度採り入れられているのでしょうか。

山内先生：当院では精神腫瘍科と心療内科があり、がんの患者さんの心のケアに関しては、精神腫瘍科の保坂先生が積極的に取り組んでくださっています。特に当院は乳がんの患者さんが大変多く、乳がんと診断されたときからの適応障害のケアは非常に大事ですので、積極的に絡んでいただいています。診断されたときから、この患者さんはその病気を受け入れるのに非常に苦労しているのではないかとと思われる場合は、すぐにコンサルをして、精神腫瘍科の保坂先生に診ていただきます。心のケアとして、1つはこのように個別に精神腫瘍科の診療という形で診ていただいています。

当院ではもう1つ、乳がんの患者さんを対象に「リング」という名前をつけて、心的サポートを主体としたグループ療法を行っています。たとえば、「スマイルリング」は、精神腫瘍科の先生、医療者がファシリテーターとなり、患者さんが5～6人集まってそれぞれの思いを語り合い、ピアサポート的にお互いが励まし合う試みです。患者さんだけのピアサポートでは思わぬ方向に向かうことがあるので、医療者がファシリテーターとなり、皆さんの体験をうまく



引き出しながらお互いのケアサポート効果も高める方法をとっています。

このほか、がんサバイバーが仕事を続けるための「就労リング」(POO 参照)も、ケアの効果が認められています。このように、患者さんが直面している問題を通して、その中で心的サポートをさまざまな場面で行っています。「ピンクリング」は、35歳以下で若年性乳がんを発症した方のサポートグループです。5～10人の患者さんが集まって、医療者と看護師がファシリテーターを務め、若年者の年代特有の悩みを語り合っています。また、抗がん剤治療を受ける患者さんは、治療による脱毛などの美容的な問題で悩み、髪の毛や眉毛が抜けたときにどういうメイクをしたらいいかなど、共通の問題意識があります。そこで「ビューティリング」といって、これから抗がん剤を受ける方や、抗がん剤の影響で髪の毛がなかなか伸びないと悩んでいる方を集め、看護師とメイクの専門家、看護師とヘアの専門家を交えた3回のセッションも試みています。このようなグループ療法による患者さんの情緒の安定について、現在研究としても行っています。

また、「リフレリング」といって、小松浩子先生を中心に患者さんが集まって、ヨガを行った後、患者同士が語り合い、医療従事者がファシリテーターとなって精神的面をサポートし、患者さんの情緒の安定感などをみる研究も現在進行中です。

このように当院では、精神腫瘍科に受診していただくこともありますし、患者さんの今抱えている問題を通して、その解決の過程の中で、患者さんの情緒、メンタル面をサポートしていく取り組みを併行して行っています。

参加者：それはアメリカの方式ですか。それとも山内先生が作り出された方法でしょうか。

山内先生：当院ではもともと、精神腫瘍科の保坂先生がグループ療法に関して非常に力を入れて行っています。一時期(アメリカでは)グループ療法ががん患者さんの生存率



も上げたというような論文も出てきて、注目を集めました。この結果に関しては再現性がないと言われてはいますが、当院ではQOLの向上などグループ療法のさまざまな効用に着目し、初めに若年性乳がんの患者さんの「ピンクリング」からスタートしました。以前から、小松先生が当院に入ってピアサポートを行ってくださっていますが、医療者がファシリテーターをしながら患者さん同士が話し合うことで、患者さんの情緒の安定という点で大きな効果が認められました。そこでさらに、患者さんが抱えている問題を拾い上げ、複数のグループでサポートを続けています。

参加者：ありがとうございました。

ストレスへの対処法について 専門家受診の目安は？

辻先生：ストレスは人に不可欠というお話でしたけれども、ストレスナーになかなか適応できない方もいると思います。どんなときに専門家の受診を考えたらいいでしょうか。

白波瀬先生：山内先生もおっしゃっていたように、患者さんのメンタルな問題点を抽出し、集団精神療法を行うことや、みんなで関わろうという考え方は重要だと思います。私は、慶應病院の骨髄移植チームに精神腫瘍科医として関わっていますが、骨髄移植が決まった方には全員お会いしています。「何か精神的に困ったことがあったら、私たちがいきますから覚えておいてくださいね」と言って顔合わせをするのが目的です。実際患者さんが困ったとき、つらくなったときに、初めて会った相手には相談しにくいことがあります。面識があれば相談してもらいやすいですね。

どのようなメンタルの症状なら受診するかというより、困ったことがあったらいつでも相談していただけるように医療者サイドも受け入れ態勢を整えることが必要だと思います。僕は、精神科医を含めてメンタルに関わるスタッフがいる病棟を作ることが大事だと考えています。そこで、週1回、病棟で定期的に医療スタッフとカンファレンスをしています。定期的な意見交換の場を作れば、患者さんか

らの相談があったときに、医療スタッフが精神腫瘍医につないでくれるなど、患者さんが精神面の問題を専門家に相談できる文化ができてくるのではないかと思います。

相談する目安としては、そのストレスによって、実際に日常生活に弊害が起きているかどうかという点を基準にするのがわかりやすいかもしれません。特に、睡眠や食欲などのベーシックな生活リズムに支障が起きてくるような場合には相談することが大事かなと思います。

辻先生：ありがとうございました。

心身につらさがあるときの相談先は？

辻先生：つらさがあるときに、患者さんはどこにどう相談したらよいか、また、相談先がない環境ではどうしたらよいか、各先生方の取り組みも交えてお話ししたいと思っています。

高倉先生：なかなか難しい問いですね。身体的な症状については、なるべく患者さんの話を聴いて、主治医とよく相談してくださいと助言します。主治医に話を聞いてもらえないとか、疑問点に答えてもらえないとかいう場合は、こんなふうに話をしてみたらどうですかとアドバイスをするように心がけています。理学療法士の問題としては、がんの患者さんに対応できる人材、質問されても答えられる人材を増やしていくことが必要だと思っています。

松原先生：看護師の立場から言うと、もちろん主治医の先生に相談するのがまず大事なことです。看護師にも相談していただきたいと思っています。看護師は、生活の場からその患者さんの気持ちを捉え、一緒に考えていきます。患者さんが、医師にはなかなか言えないという部分でも、看護師には話していただいてもいいと思います。医師に言いたいことがうまく説明できない、どう話したらいいのかわからない、うまく伝わらないという場合なども、私たち看護師が時間をとってお話を聞き、それを医師に返していくことが可能です。また、患者さんの希望によって、栄養士、薬剤師の方につなぐ役割も私たち看護師が果たしていきたいと思っています。

伊藤先生：私は栄養士ですが、患者さんから栄養士が直接ご相談を受ける機会は少なく、担当の先生から紹介されるケースが多いですね。また、患者さんから薬剤師さんを通して相談を受けることもあります。患者さんとしては、主治医の先生は忙しそうだから言いにくかったけれども薬剤師さんなら言いやすい、といったこともあるかと思います。そこで窓口を広げて、患者さんが院内にいるどの職種にで

も気軽に相談し、栄養のことなら栄養士、薬のことなら薬剤師につながるようにして、その結果を担当医にも報告するというふうになればよいと思います。看護師、薬剤師、栄養士など各職種間の輪を広げ、スタッフ同士が顔を知っていれば、どこかの職種で患者さんから質問を受けたときに投げ返すところができます。まだ、システム化はできていませんが、そうなれば理想的ではないかと思っています。

白波瀬先生：ここで話したことが、どこの病院でもすぐに手に入るわけではないという現実があるので、わかったようなことを言うのも申し訳なく、私自身の話しかできないという限界があるような気がしています。先ほど、がんの患者さんの就労の問題が出ましたけれども、これからは我々医療者がネットワークを広げて、がん患者さんやご家族はもちろん、会社関係の人など、広い分野の方と話す機会を持ち、多方面の知恵を借りながら問題を解決していく時代になってきているのではないかと思います。私自身、うつ病の治療をしていながら、知人が亡くなったと聞いたときには頭が真っ白になり、その子どもたちはこれからどんな人生を歩むのか、僕はどんな協力ができるのかとか考えあぐねている状態です。もちろん、医療でできることは最大限お手伝いし、どの地域や施設でも十分な医療が提供されるようなシステム作りに協力していきたいと思いますが、一方で、皆で考え、皆で知恵を出し合う必要もあるのではないかと考えています。

患者さんが投げた悩みのボールを受け止め、チームで解決するシステムづくりを

山内先生：白波瀬先生の本音トークに続けて、私は理想論をお話しさせていただきます。私は日々がんの患者さんを目の前にして診療を行っている医師として、就労の問題を初め、患者さんが抱えているさまざまな問題について、投げられたボールを拾って投げ返したいと思いつつながら、本当に忙しい仕事があり、なかなか受け止められずにいました。日本では、手術後の患者さんを1日に100人フォローすることもあって、医師が診る患者さんの数も非常に多ですね。アメリカでは1日に診る人数が非常に少なく、アシスタントの方々が医師をサポートしています。手術後のホルモン剤を出すために診るのはアシスタントの仕事です。ですから、まさに初診でがんと知って心が傷ついた、時間をかけなければいけない患者さんに対して、医師が十分に時間を使える面があります。でも、日本の現状が厳しいとはいえ、患者さんが就労の悩みを抱えていることが見えているのに、それを拾い上げることができない自分を非常に不甲斐なく思いました。診療している医師が、患者さんに一言声をかけてそのボールを拾い上げることで、患者さんの



満足度が違うと思います。

現状では、私が一人でそれらのボールをすべて拾い上げて抱えたり、解決したりすることができません。ですから、私が拾ったボールを投げる先として、一緒に考え、解決し、それを次の患者さんに繋いでいくというシステムが非常に大事だと思いました。そんな思いで立ち上げた「就労リング」では、看護師や社会保険労務士のスタッフが「がんと就労の問題」というボールを受け止めて、患者さんとともに解決への道を探してくれます。今では、医療連携室の相談支援センターの看護師が就労リングに長く関わっているので、患者さんが仕事について悩んでいるようなら、相談支援センターの〇〇看護師を訪ねてくださいとご案内できるようになりました。医師が患者さんの悩みを感じたら、一言声をかけて拾い上げ、投げる先のシステムを作ることが、医療現場では非常に重要だと思います。

医師がなかなか時間をとれない現実の中では、看護師やそのほかのチームメンバーが医師をサポートしてみんなで解決にあたる。医師が忙しそうなら、患者さんは看護師に声をかける。医療スタッフそれぞれが見えているボールを拾い上げるといったシステムを作ることが非常に重要だと思います。

白波瀬先生が「顔見せ」とおっしゃいましたが、私たちも就労リングという場を設けることで、社会保険労務士を病院内に置くという試みを行っています。就労について悩んでいる患者さんに、「社会保険労務士が病院内にいますから行ってください」と言っても、患者さんはためらいます。というのも、その人がどんな人か顔見せをされていないので抵抗があり、また、医療者がいない場で就労の話をするには不安があるからです。そこで、就労リングの場で、社会保険労務士と医療者と患者さんが顔見せをすることによって、あとの就労相談につながったということがあります。

白波瀬先生がおっしゃったように、がんと診断された初期から、緩和ケアチームが顔見せとして医師と一緒に行き「何かあったら、この人に相談してね」と紹介することで、患者さんは顔を覚えてくれるかもしれません。そういう形でのチーム医療の推進が必要だと思います。



がんと診断されたときの早期からのサポーターケアが大事だということですが、何かが起こったときに即時的にリアクティブに反応するのではなく、プロアクティブに、こういうことがあったら、この人に相談しなさいと言えるような形での医療体制、チーム医療体制というものが大切なのではないかと思っています。

辻先生：ありがとうございます。医療者側の体制作りが大事だということが理解いただけたかと思います。医療者側もその点に目が向きつつあるので、患者さんの側もつらい症状があるときは、我慢せずに医療者側に積極的に声をかけていただきたいと思います。すべての病院で受け入れてもらえるかどうかは、正直なところまだ十分ではないかもしれません。でもまずは発信しないと何も始まらないと思いますので、がんと共存しながら、治療を受けながら、さまざまな問題について、ぜひ医療者側に訴えてください。なお、各都道府県にあるがん診療連携拠点病院の相談支援センター（名称は「何でも相談室」、「よろず相談」など）では、他院で治療中の患者さんの相談も受け付けることになっています。ご自分が受診している病院の医療者に相談できない場合や、相談室がない場合は、最寄りの相談支援センターで相談するのも1つの方法です。

がんの患者さんやご家族へのメッセージ

辻先生：各先生方から一言ずつ、ご参加の皆さまにメッセージをいただきたいと思います。

高倉先生：リハビリテーション、理学療法に関わりながら患者さんに接していますが、がんの患者さんが運動をしたがっているかという、必ずしもそうではないと思います。でも、運動をして元気に生活してくれたら嬉しく思いますし、ご家族の方もそう思われるでしょう。とはいえ、「運動しましょう」といきなり持ちかけるとうまくいかないこともあるので、まずは少しでもつらさを取って、日常生活を苦痛なく送れるようにすることが大切です。その延長線

上に元気な生活があると思います。つらさを抱えながらも、段階を踏んで元気を取り戻していく中で、運動というものを一緒に考えていただけるといいのではないかと思います。

松原先生：看護師として患者さんたちにお伝えしたいことは、一人で悩まずにぜひ相談をしてください、ということです。治療中に白血球や血小板の数値が下がったりすることは検査データで誰でもわかりますが、痛みやかゆみなどは患者さん本人にしかわかりません。つらさを和らげるためには、まず医療者に伝えることが大切です。

医療者は、患者さんのつらさをキャッチしたら、患者さんやご家族を含めたチームで考えていく必要があると思います。褥瘡対策チームやNST（栄養サポートチーム）などは診療報酬の関係もあり、組織化されてきていると思いますが、それ以外にもいろいろなチームがあるとよいですね。たとえば乳腺外科、消化器外科、泌尿器科など診療科ごとの多職種からなるチーム医療があると思います。そしてチーム内の多職種連携や、チーム間の協働と連携を積極的に進めていく必要があると思います。

伊藤先生：治療中の患者さんはどうしても食べることを後回しにしがちです。「食べられなくてもお薬が入っているから何とかする」とか、「今は全然食べたくない」という方も多いと思います。また、主治医の先生に食欲がわかないと話しても、「ああ、いいよ、今は薬で頑張ろう」と言われたという例もあります。がんの症状によっても違いますが、少しでも口から食べ物をとって胃や腸を動かしておくと、治療後、食事が食べられるようになったときに吸収する力を取り戻すのが早いですね。絶食期間が長いほど胃腸は弱りますが、腸を使えば免疫力も高まります。栄養士は患者さんと直接お会いすることは少ないですが、一歩踏み込んで「食事のことを聞きたいんですけども、栄養士さんはいますか」と一言聞いていただければ、先ほど先生方がおっしゃったように顔つなぎで1度お会いすることによって、その後のケアのお手伝いができると思いますので、ぜひお声をかけてください。よろしくお祈りします。

白波瀬先生：医療従事者の人たちは、患者さんが少しでも動けるようになったら患者さんやご家族と一緒に「よかったね」と喜んだり、申し訳ないと思ったら「ごめんね」と一言伝えたり、患者さんへの思いやりや共感を大事にもらえるといいなと思います。もう1つ、山内先生から、聖路加には社会保険労務士が入っていると伺って、素晴らしいと思いました。なぜかと言うと、医師や医療界が無意識に持っている固定観念に、別の分野から新しい風を吹き込んでもらえば、視野が広がって柔軟な発想ができるよう



になるからです。「こんなことができるんじゃないの？」とアイデアを出してもらいながら一緒に考えてもらう。そういう刺激があると、医療側も固くなりがちな頭を軟らかくして、「頑張ってみようか」と思えるでしょう。そんなことができればいいなあ、と思っています。

山内先生:患者さんは、がんと診断されたことがウソであつたらいい、目が覚めたらそれが夢だったらいいと思われることもあるかもしれません。でも、それは変えられないことです。非常に大変かもしれませんが、それを受け入れていただき、その上で一緒に変えるべきものを変えていきましょう。医療従事者の方々の中には、私の話は理想論であり、自分の施設では無理だと思われた方もいるかもしれません。でも、できないと思ってしまったら何も始まりません。医療者の方々に、私の好きなラインホールドニーバーの『平静の祈り』を紹介させていただきます。神よ、変えられないものを受け入れる平静さと、変えるべきものを変える勇気、その両者を見分ける叡智をお与えくださいという祈りです。一緒に変えるべきものを見つけながら、少しずつでも変えていくことができれば、と思っています。

辻先生:山内先生、4名のシンポジストの先生方、ありがとうございました。

小松先生(総合司会):先生方、会場の皆さま、活発なご意見をありがとうございました。(閉会)



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