

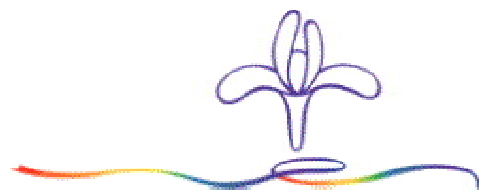


NPO 法人 キャンサーリボンズ

第1回「がん支えあいの日」記念イベント
がんを語りあいましょう あなたが大切だから

報告書

- 専門家向けセッション 午前の部 -



平成21年6月

NPO法人 キャンサーリボンズ

(株)朝日エル



実施概要

- ・日時:2009年6月20日(土) 11:00~13:00
- ・会場:笹川記念会館 4階 鳳凰の間(東京都港区三田3-12-12)
- ・申込者数:122名
- ・参加者数:110名
- ・主催:特定非営利活動法人キャンサーリボンズ
- ・共催:バイエル薬品株式会社(トークセッション)
- ・協賛:アストラゼネカ株式会社(丸田俊彦先生ご講演)

プログラム

11:00~11:05 (5分) オープニング

- ・福田護(NPO法人キャンサーリボンズ理事長、聖マリアンナ医科大学付属研究所、プレスト&イメージングセンター院長)よりあいさつ
- ・座長紹介/趣旨説明
荒木葉子(荒木労働衛生コンサルタント事務所所長、NPO法人キャンサーリボンズ理事)

11:05~11:55 (50分) 講演

- 『がん患者さんが自分らしさや生き方を再発見するためのこころの整え方』
丸田俊彦(米国メイヨ・クリニック医科大学精神神経科名誉教授、慶應義塾大学医学部精神神経科 客員教授、NPO法人キャンサーリボンズ理事)

11:55~12:00 (5分) 質疑応答

12:00~12:55 (55分) トークセッション

- 『がん患者さんの職場復帰支援 大切にしたい、いのちビジョニー』

吉野孝之 (国立がんセンター東病院消化器内科医師、
NPO法人キャンサーリボンズ委員)

大橋英理氏 (財団法人がんの子供を守る会、
元国立がんセンター中央病院相談支援センター
ソーシャルワーカー)

12:55~13:00 (5分) クロージング

13:00 閉会



オープニング

福田護氏 (NPO 法人キャンサーリボンズ 理事長)

私たち NPO は昨年、がん患者さんの生活と治療をつなぐ、サポートしようということで発足をいたしました。昨今、医療の現場は変化してきたという風を感じています。患者さんは非常に短い期間に退院して、自立をしていかなければならないという状況であります。そのためには患者さんをサポートし、患者さんの家族をサポートし、そしてとかく、疲弊しつつある医療者をサポートするという取り組みが必要であろうと考えました。特に、本日のお話にありますがん患者さんの心のケアですとか、職場復帰のための支援というのはなかなか語られてこなかった部分があると思っております。こういう形で専門家の形で新しい形でセッションを設けることができるということは、私にとって大変、幸せなことでございます。

このセッションではご活発にご討議またはご議論いただきまして、明日からの NPO 法人の活動の一助とさせていただきますのと同時に、がん患者さんのこれからのサポートに役立たせていただければと存じます。本日は午前の部、記念フォーラムそして午後の部とございまして、大変長い時間をお過ごしになるという方もいるかもしれませんが、最後までご活発にこの会にご参加いただき、明日からまたがん患者さんの支援のためにご尽力いただければ幸いと存じます。

座長/趣旨説明

荒木葉子氏 (荒木労働衛生コンサルタント事務所所長、NPO 法人キャンサーリボンズ理事)



私は内科医、血液内科をしておりますその後産業医になりました。その中でたくさんのがんを抱えながらの職場復帰を見てきたので、今日はそういったお話を皆さんと共有できたらと思っております。6月21日、明日、社会全体でがんを支えあおうということで、「がん支えあいの日」でございます。今日のセッションでは医療にかかわるものとしてがん患者さんの心地よく、自分らしい生活のために何が私どもにできるのかそういったことを考えていきたいと思っております。

「がん患者さんが自分らしさや生き方を再発見するためのこころの整え方」

丸田俊彦氏 (米国メイヨ・クリニック医科大学精神神経科名誉教授、

慶應義塾大学医学部精神神経科 客員教授、NPO 法人キャンサーリボンズ理事)



今までは、「がん」について例え患者本人や家族がわかっていたとしても、それを言ったらお互いに困るので、口には出さないという暗黙のうちにやってきていて、本当の意味での語り合いというのはなされないままにきたというところがすごくあると思います。それに比べて、新百合でのカウンセリングでは、精神科疾患を持っている人ではなくて、自分で自分の生き方をもう一度考えたい、見つめ直したいと思っている人たちが来るので、そのような意味では特殊かもしれませんが、その人たちは「がん」というものに対して向き合っています。とても印象的だったのは、何人もの人が「がんは嫌だけれども、自分ががんにかかったことで生れた人間関係の変化に、とても感謝している。これは何があっても失いた



くない。」とおっしゃっていることです。これは「がん」を告げたらどうしようもなくなってしまうという理解とは違い、普通の人の中に、そのようなことに対応し、対処できる能力というのはあるということです。我々がその人たちに関わる時に一番大切なことは、こちらが持っていない答えをあたかもあるように与えないこと。人が「がん」という外傷的体験、もしかしたら死ぬかもしれない、そのような時にどのように対応すればいいのか、それをどう生き抜くかなんて答えなんてないですね。その答えのないことに対して、我々というのは一つ返答をしなければならない、まとまりをつけなければならない、出さなければならないと書いていますが、そのような答えはありません。その人と共にあって、その人の話を聞き、一緒に悩み、語り合うことが出来るんだという姿勢を持つことです。

我々は不確実性、何か分からないものってというのはすごく嫌います。そして答えがあると間違っている、すぐに飛びつく。我々が、いったん答えがあるような風にして関わると、相手は耳を澄まし、目を凝らしてこちらからの回答を待ち続けます。でも、がん患者さんに必要なのはこちらが従うためのインストラクションを提供することではなく、患者さん自らが考えるように、患者さんが何をしたいのかを見つけられるように我々が投げかけること。そして、自分らしくということは、「こうしなければならない」といった、させられてるのではなく、「自分が自分の人生を生きて、これが自分の選んだ道なんだ」と言えるような、自分が行動主体であって、「これは自分の選択である」という実感を患者さんが持てることであり、このような実感を持ってもらえるような関わり合いが、患者さんが心を整えていく中で、我々ができることです。

手法・方法とありますが、マニュアル的な“何を言うか”ということではなく、“何を思ってそういうか”ということが大事で、我々が相手のことに関心を持ち、我々が本当に自分らしく生きていくことに関して心から良いことだと思って関わってなければ、相手はその気になって、のってきません。そして、患者さんとのかわりの中で、何かが起こってきた時、心がざわめいた時などに、For whom-誰のためにやっているのかという問いかけを持つことが重要ではないかと思えます。



トークセッション

「がん患者さんの職場復帰支援 大切にしたい、いのちビジョン」

働き続けたいがん患者さんの職場復帰に関するアンケート 調査結果報告

荒木葉子氏(荒木労働衛生コンサルタント事務所所長、NPO 法人キャンサーリボン理事)



がん患者さんの約7割は、仕事や職場との関連で、不安を抱えたまま職場に復帰し、体力面、退院後も外来治療などをするための治療との両立、職場の仲間が理解・協力してくれるかどうかを大きく不安に思っています。がんであることを勤務先に報告した人というのは90%でしたが、その内容は様々な手続き上必要な報告だけにとどまっていることが多く、報告しなかった10%の人たちは報告することでデメリットを受けると感じています。このことは報告した人たちの報告内容が必要な情報だけにとどまっていることにも関連をしているかもしれません。一方、治療医に仕事復帰について相談した人は58%で、治療医に相談しなかった人、38%が治療医に相談しなかった理由としては相談しても適わなさそう、また、治療医に気を使ってということがありました。全体的にみても、職場復帰について相談した相手はあまり多くありません。職場復帰理由をみても、経済的なことや生きがいのことがあげられます。意外と治療費用によって経済的な問題が生じてきていることは、医療関係者からは焦点が当てられてきていないのかもしれませんが、満足度の高い職場復帰のポイントは自分の仕事や生き方について、気持ちの整理・転換ができてきていることで、気持ちの整理・転換ができていないと、逆に職場復帰の満足度が低くなります。職場復帰のために、がん患者さんは職場、医療現場、外部の専門家機関に相談したい、サポートしてほしい、橋渡しをしてほしいと思っています。

大橋英理氏(財団法人がんの子供を守る会、

元国立がんセンター中央病院相談支援センター ソーシャルワーカー)



国立がんセンター中央病院では外来通院でのがん治療が主流となっており、相談支援センターへ気軽に相談をしてもらえるように考えています。現在ソーシャルワーカー9名とがん専門看護師1名で行っていますが、相談内容の70%は医療連携となっていて、過半数は緩和ケアです。どのような患者さんに接する場合でも、病状とは切り離さずにその人の物語の一場面としてとらえていく視点というのが相談援助職にとってはとても重要なのではないかと思います。

職場復帰するがん患者さんを理解する際に把握しておくべきポイントは4つあり、1. 役割 2. 社会環境 3. 危機状態 4. どういう心理状況でいるのか、思考傾向があるかです。職場復帰するがん患者さんの陥りがちな考えとして、1. 休んだ分の埋め合わせをしようと頑張ってしまう、2. 治療中・治療後は絶対に安静にしないといけないので仕事はやめてお家で寝ている、3. 立ち止まると、悪いことばかり考えてしまうので



ハイテンションになって突っ走ってしまっている、ということがあります。1. 3.の方は過労で運ばれてきて、自信を喪失してしまい、立ち直るのが難しくなり、2.の方はうつ傾向になってしまうことが多いです。サポーターとして気をつけないといけないのは、1.ご本人の状況・意向を十分に確認すること、2.ご本人の了解を得て担当医とよく相談をすること、3.利用可能な社会保障制度をもう一度、確認することです。特に、3.についてはもう一度、調べてもらったら出てきたということもありますので、確認のお声掛けをしてみてください。皆様には、職場の人たちへ説明することのお手伝い、無理のないリハビリ計画を立てるお手伝い、治療と仕事の両立についてのサポートをしていただきたいと思っております。

吉野孝之氏(国立がんセンター東病院消化器内科医師、NPO 法人キャンサーリボンズ委員)



がん患者さんの職場復帰についてですが、患者さんが来たとき、医者としては何がなんなのか、どれくらい進んでいるのか、それに相応する治療方法があるのかどうか、治る可能性があるのかどうかをまず考えます。治る可能性のある患者さんは、一定の休職期間を経て、強い治療を行うことでがんを克服できると考え、また、治る可能性のない延命になってしまう患者さんに関しては、がんどうやって付き合っていくかということを考えます。延命の患者さんに関しては、職場復帰・継続はできてもいずれ辞めるタイミングがくるということから、もちろん初診の時にいきなり話したりはしませんが、仕事をいかに整理するかということがポイントになってきます。また、がん患者さんをサポートしてくれる人、家族がどんな性質を持った人かを理解すること、がん患者さんの居住地の医療設備、土着性がどのようであるかというのを把握することも重要で、この点ではソーシャルワーカーさんによく協力していただきます。また、あまり医療現場では語られませんが、患者さんの客観的なインテリジェンスというものも考えなければならないと思います。職場復帰に当たっては、経済的な問題や患者さんの会社の中での立ち位置、抱えている仕事の状況を考え、治療の開始をいつにするかなどをそれらの状況をふまえ、区切りに合わせて行っていく必要があります。医療者のプロとしては、医療の進化によってがんが急に治療できるものに変化することもあるので、常に最新の情報に意識を持っていることと、がん闘うには病気だけではなく、患者さん自体を見る必要があると思います。また、精神的サポートに関しては看護師さんが一番いい情報をもっているので、医者にそれをリリースする関係が現場では必要になってきます。また、職場のがん患者さんへの理解というものも整備が必要で、社会的にがんを克服した人が職場復帰することがどれだけ大きなインパクトをもっているかということのアピールしていかなければなりません。職場復帰には国や会社、家族によるサポートが必要ですし、職場復帰には前と同様、またはそれ以上の仕事ができる場合と仕事の整理のために復帰するという2つのパターンがあるということを認識していくことが現時点では重要であると思います。



(患者さんとのかわり方についてのディスカッション)

吉野孝之氏

初診では質問して、患者さんにフリートークをしてもらう中で患者さんやご家族のこと、患者さんや家族の病気に対する理解などを理解し、安心を作るようにし、続く診療にてこまめに、小出しに診断や治療方針について伝えていくと患者さんも割とすんなり受け入れをしてくれると思います。

大橋絵里氏

最初から悩みがはっきりしていて相談援助を求めてきている患者さんはほとんどおりませんが、最初から「こういうことで悩んでいるのですよね？」と言ってしまうと、患者さんとの間に壁ができてしまうので、最初は「そうですか」と患者さんの話を聞く姿勢をとり、患者さんとの関係ができてから、少しずつ「こうではないですか？」という形でこちらが考えていることや思っていることについてお伝えするようにしている。

荒木葉子氏

「傾聴」の“聴”の字には耳も目も心も入っていて、そのすべてで相手に関心を持ち、話を聞くということの大切さを改めて感じました。

まとめ・最後に一言

吉野孝之氏

がん患者さんはひとりで孤独にがんを闘っているわけではなく、いろんな周りの人からのサポートを受けながらがんを闘っている。がん患者さんには、判断決断をひとりではせず、周りの人と相談しながら、甘えながら、治療・職場復帰をしてほしい。

大橋英理氏

医療従事者は患者さんに相談したいことがあるのかなということを常に気にかけて欲しいし、患者さんは相談をしてもいい相手かどうかを試していることがあるので、忙しい場合であっても何か相談事があって打ち明けている様子がある際にはその声を拾うようにしてほしい。



NPO 法人 キャンサーリボンズ

第1回「がん支えあいの日」記念イベント
がんを語りあいましょう あなたが大切だから

報告書

- 専門家向けセッション 午後の部 -



平成21年6月

NPO法人キャンサーリボンズ

(株)朝日エル



実施概要

- ・日時: 2009年6月20日(土) 16:00~18:00
- ・会場: 笹川記念会館 4階 鳳凰の間(東京都港区三田3-12-12)
- ・申込者数: 130名
- ・参加者数: 105名
- ・主催: 特定非営利活動法人キャンサーリボンズ
- ・協賛: 株式会社大塚製薬工場、がん性疼痛緩和推進コソーシアム、
日本緩和医療学会緩和ケア啓発事業

プログラム

16:00~16:05 (5分) オープニング

- ・座長紹介/趣旨説明

佐藤禮子(兵庫医療大学副学長、がん看護学教授、
NPO法人キャンサーリボンズ理事)

16:05~17:45 (100分) 講演

『症状アセスメント~患者の主観的な症状である痛みと倦怠感をどうすくいあげ、マネジメントするか~』

治療の立場から(16:05~16:55)

東口高志(藤田保健衛生大学教授、日本緩和医療学会理事、
NPO法人キャンサーリボンズ委員)

看護の立場から(16:55~17:45、各25分)

今井陽子氏(聖マリアンナ医科大学付属研究所、
プレスト&イメージングセンター 看護師長、がん性疼痛漢語認定看護師、
「痛み」プロジェクトメンバー)

田中登美氏(大阪府立大学看護学部療養支援看護学講師、
がん看護専門看護師、「倦怠感」プロジェクトメンバー)

17:45~17:50 (5分) 質疑応答

17:50~17:55 (5分) 日本緩和医療学会紹介

17:55~18:00 (5分) クロージング

18:00 閉会



座長/趣旨説明

佐藤禮子氏(兵庫医療大学副学長、がん看護学教授、NPO 法人キャンサーリボンズ理事)



痛みや倦怠感は、患者さんとのやり取りの中で、皆さんはよく体験しているところだと思います。身近なところでどうやってそれを早くに見つけ出して、マネジメントするためにはどうすればいいのか、ということはこのセッションの中で、取り扱っていきます。

本日は「緩」の中から痛みと倦怠感を取りあげます。支えあうというのは患者さん、家族がというだけでなく医療者も共に支えあっているという理念に従っておりますので、本日は皆様と知識を共有し、これからの活動を共に支えあっていきたいと思っております。

「症状アセスメントとケア

～患者の主観的な症状である痛みと倦怠感をどうすくいあげ、マネジメントするか～

治療の立場から

東口高志氏

(藤田保健衛生大学教授、日本緩和医療学会理事、NPO 法人キャンサーリボンズ委員)



私は、藤田保健衛生大学3つの大学病院の一つにある七栗サナトリウムに作られた緩和ケア病棟を担当して6年目ののですが、5年くらい前に緩和医療の改革をしようという中でコミュニティ・ドームというのを作りました。病院の中に、患者さんと家族が集まる、集落みたいなものを作り、みんなが集う場所という意味です。できたら患者さんが患者さんを治してくれないかな、または家族同士が癒やしあってくれないかなという発想をもとに、ここを作りました。寄り添ったり、いろんなお話をすることによって、患者さん同士で代謝が変わらないかなと考えています。このコミュニティ・ドームは、職種も診療科間の壁がなく、人のために、と思った時点で既に医療人の気持ちを持っておられます。こういう愛情

というのが基本的に大事です。もうひとつ愛情として、きちんとした技術や知識を適切に患者さんに反映してあげることがあり、この二つの愛情が相まって全人的なケアができるのではないかと考えています。

本日はキャンサーリボンズのいろいろなプログラムの中から、R:リリースの「緩」、倦怠感、疲労からの解放とちょっとN:ニュートリションの「食」、この二つの内容についてお話ししていきたいと思っております。

(疲労感を表わす言葉についての、となりの人同士のディスカッションの後)倦怠感や痛みをあらわす言葉はこのようにいろいろとありますが、それをどのように評価するのかということはまだ明確になっていないのです。

これから私は終末期に、よくおこる9つの臨床症状をアセスメントしていきたいと考えています。その中でも一番、身近で基本的なのは「食」です。これが、がんの治療の中に反映されていないということはよく言われており、一つの大きな問題点です。がん対策基本法は2002年WHOの緩和ケア概念の変換に基づいていまして、終末期だけでなく、がんだということが分かった時点から緩和ケアを始めましょう、栄養管理も最初からやりましょうといわれています。しかし、こういうことはなかなかできておらず、倦怠感というような症状が出てきているのだと思います。患者さんは治療をしていく中でいろんな栄養素が欠落していくのですが、



ごく普通の代謝を起こさせるために欠落しているものを補い、そのために食べ物がちゃんと代謝させることが必要です。私の所に来る患者さんは予後あと1カ月とかいう人が多いのですが、予後がほしい1カ月延びていて、感染症でなくがんで亡くなっていきます。そして、ただ延命しているのではなくて根本的な質を上げているのでご飯をなくなる直前まで召し上がっています。

がんに対する抵抗力は全ての人に備わっていて、希望を捨てる必要はないと思っています。

看護の立場から(16:55～17:45、各25分)

今井陽子氏(聖マリアンナ医科大学附属研究所、プレスト&イメージングセンター 看護師長、
がん性疼痛看護認定看護師、「痛み」プロジェクトメンバー)



私はがん拠点病院が初めて地域に作ったクリニック、プレスト&イメージングセンターに勤めております。がん疼痛患者さんの痛みに関する意識というのがございますが、「あなたは処方された薬剤の効果が十分でない場合、医師から訊ねられなくても、痛みを訴えていますか。」という、質問に対しては約6割くらいの方が訴えていると答え、4割くらいの方が訴えていません。また、「あまり痛みを訴えると、そのことががんの治療の妨げになるのでは、と心配に思いますか。」という質問では約半分くらいの方がそう思うというデータが出ています。どうして言えないのかと考えたのですが、先日ヘルニアになって整形外科に行った際、自分は言えると思っていましたが、やはり遠慮して言えませんでした。つまり患者さんはもっと言えないのだろうということです。

このような、訴えない患者さんに対してどう対応していくかということ、がん性疼痛ケアの基本として8つにまとめてみると、がんの病態の把握、疼痛に対する基礎知識、トータルペインの理解、痛みのアセスメント、薬物療法に対する看護、服薬指導、定期的、継続的なモニタリング、そしてゴールを共有するために医療者間の情報共有が上げられます。さらに、終わりではなくトータルペインの視点のフォローというのが大事になります。

本日は 痛みのアセスメントについてお話しします。短時間でその人を知るのは、難しいことだと思います。何回か、外来に通ってくださる方とコミュニケーションがとれますが、短い時間では本当に難しいことです。その中で工夫として、「医療者に対する疼痛に関する学習会を行って意識を高める」こと、「前日に予約患者の情報収集を行い、病態の把握、表示をする」ことだと思います。病態について全員で把握するのは難しいので、私の施設では、一覧表を作ってポイントで表示をしています。また、ほとんどの方に予診、看護師による問診を行います。その後生活セルフチェックシートを使って、何かあったらアセスメントシートに移行するようにしています。看護師が予診を行うというのはなかなか難しい、既存の施設によっては業務の見直しが必要になってくると思います。が、少しでも診察の前に看護師さんとお話をする、患者さんの表情が全然違ってくると実感しています。

勉強会などを実施する場合は、すべての職種で行うのが一番良いと思います。通常患者さんの痛みを信じるであるとか、なぜ痛みを感じるのか、介入する因子、治療法、薬剤の方法というのを共有できるからです。また、情報収集の方法は人によってばらばらだったので、こちらも指導を行っています。化学療法を行っている患者さんには必ず看護師の予診を行います。その後にはキャンサーリボンスの痛みプロジェクトで制作した生活セルフチェックシートツールを使用しています。これは、痛みや辛さの早期発見と早期治療のためのコミュニケーションツールで、現在は試験的に使用しています。ポイン



トとしては、いきなり、「だるいですか」「つらいですか」といった体の症状から聞くのではなく、まず「生活で困っていることはありませんか」ということを聞き、最終的には今やりたいことがあるかどうかということ聞いています。まただるい、ひどく倦怠感を感じるという項目も多く、痛みがある方はほとんど倦怠感のところにもチェックをしているので、痛みと倦怠感切り離せないことだろうと思われます。患者さんが痛みを訴えたら、その中でも生活でお困りのことは何かを聞くと日常生活への影響をたくさんお話しされて、お薬のお話も出てきます。外来の患者さんは生活のお話をよくされるので、やはり日常生活のことを聞くのが良いと思います。

プレスト&イメージングセンターでは患者さんが緊張しないでいられるようにいろいろな工夫をしています。外来の痛みをすくいあげ、継続していくために、電話相談を設けています。これは施設によって出来るご施設、出来ないご施設があるかと思いますが、「何でも言っていよいよ」という雰囲気をつくるための手段として、実施しています。そして、スタッフの協力、事務の方にも佇んでいる患者さんがいたら声をかけてもらうようお願いしています。また、連絡ノートなど共通のツールを利用しています。

ミーティング、業務カンファレンスの実施はもちろん行わなければなりません。意識をあげるという点に関しては、しつこいぐらい繰り返し、意識を上げるようなことを行っています。これには学習会だけでなく、症例カンファレンスを行っていくのが良いのではないかと思います。

「痛い」と言わない患者さんのすくいあげとありますが、ツールを使うのももちろん、ともかく患者さんが痛いとか辛いとかを言える風土をつくらないといけないと思います。短時間でこの風土は作れないと思いますが、患者さんがポロっといった一言を拾い上げて医師に共有すると患者さんがここでは言っていないんだというような風土になると思いますし、それを目指していきたいと思っています。

田中登美氏 (大阪府立大学看護学部療養支援看護学講師、がん看護専門看護師、
「倦怠感」プロジェクトメンバー)



「倦怠感」の定義を見てみると、疲れやすいこととか、気力・集中力の欠如、特徴は、動作時の疲れやすさと能力低下、活動開始時に困難感が予想される全身衰弱や集中力や記憶力の低下、または情緒不安定を表わす精神的疲労がこの中に入っているそうです。倦怠感というのは感覚であって患者さんの主観的な症状であるということがわかります。この中には活動を開始したり、継続することに抵抗を感じるというのがあるのですが、体がしんどいというだけではなくて気持ちもしんどくなってしまって動けなくなってしまうというのが、この倦怠感の特徴なのではないかなと思います。では、この倦怠感はどのような機序できているのかというと、代謝異常、主要因子としては分解産物が出てきたりだとか、サイトカイン、エネルギー消費の増加などがあります。また、看護で私たちが是非押さえておくべきは、貧血、感染症、薬剤性の倦怠感です。そして、体の中がどのようにQOLに影響してくるのか、これを整理していくことが看護にとって大事です。最近QOLを考える時に4つの側面、身体的な側面、日常生活的な側面、社会的な側面と心の側面というものを私たちはアセスメントしていきます。この4つの側面が互いに影響しあいながらQOLに影響を及ぼしてきます。

普段、私たちが関わるがん患者さんの倦怠感の原因を整理すると、症状や生理学的異常、がんの治療そのものが原因であったり、薬剤性のもの、精神症状などがあります。痛みのために使うオピオイドや、痛みや抗がん剤と併用して使うような制吐剤なども倦怠感の原因になってきます。精神症状として、落胆や不



確かさ、不眠など心の問題や眠れないというような日常生活のようなことも倦怠感の原因になってくるようです。このように症状や生理的異常による倦怠感については看護師は医学的な知識を持って徹底的にケア、アセスメントにつなげなければなりません。また、発熱、貧血や低栄養、また低酸素血症とか感染、電解質異常、脱水による倦怠感についても見逃せませんので、このあたりも、しっかりとケアしていくことが必要だと思います。ではどのような対処療法をしていくのかというと、発熱の場合はクーリングもしくは解熱剤の投与、また発熱を起こしている原因そのものの治療というのが必要です。貧血に関しては、食事療法、造血剤の投与、輸血など。低栄養に関しては、食事療法、高カロリー輸液、消化酵素剤、グルタミン・オリゴ糖の投与をし、低酸素血症については酸素吸入、末梢性鎮咳剤、ステロイドの投与を考えたり、感染、電解質異常・脱水については、場合によって、抗生剤の投与や経管栄養を行ったり、輸血を行ったりというのが対処療法になるのではないかと思います。

それでは、このような症状のある患者さんをどのようにアセスメントしていくのか、身体的な側面としては、バイタルサイン、全身の観察、血液データ、貧血、感染、栄養状態や脱水などの身体的な側面をきちんとアセスメントしていく。倦怠感の強度と重症度に関しては、患者さんが毎日できること・できないことや日常生活の状況や活動の様子などを倦怠感の強度と重症度をアセスメントするためにみていきます。倦怠感に関しては患者さんが気付かないうちに症状が出てきたり、患者さんの状態が悪くなっていくと、少しずつ毎日できること・できないことが変わるので継続的なモニタリングが大切です。また、患者さんが正直に倦怠感について話しているのか。きちんと患者さんが体がだるいということを話しているのかといった、患者さんが本当に自分の症状を話しているのかをアセスメントの項目に入れてほしいと思いますし、併せて抑うつ状態かどうかも一緒に見ていきます。その中で倦怠感の評価尺度を使ったり、患者さんが経時的に自分の変化が見えるような日記などを使いながらアセスメントすることが必要です。国立がんセンター東病院で使われている倦怠感評価尺度によると、特に、体の面、認知の面、精神的な面いろんな面を組み合わせながら倦怠感の評価尺度を使うことが大事なようです。このようなスケールを使いながらアセスメントし、ケアの方策を考えていくことが私たちの今後の課題ではないかと思っています。

倦怠感のある患者さんへの看護介入については、まず運動、入浴やシャワーです。これは非常に効果のある介入です。全身の血液循環を良くして、代謝産物の排泄をよくして、細胞の代謝を良くして、筋の持続的な緊張を少し下げる。それにプラスしてマッサージ、触圧刺激、皮膚の神経を介して全身の神経機能に影響し臓機能の変化を整えていきます。また、休眠と睡眠というところでは環境を調整して、静かで落ち着いた照明、香、色調、酸素の十分な供給と外的刺激の遮断、気分転換をして睡眠を促していく。栄養では食事内容の工夫ということでNSTと連携したり、看護師も栄養面に関わったり、必要ならば輸液を投与していくことも必要になります。そして水分補給として、代謝産物の蓄積を希釈して、尿によって排泄させるということをするために、水分補給がきちんと行えているか、少ない場合には看護介入して水分を補給していくことや、日記を使いながら患者さん自身がセルフモニタリングを行うというような看護介入をすることが大事だと思います。倦怠感には診断期、治療期、再発期、終末期という場面ですが、見逃してはいけない時期としては日常生活のレベル、適応が落ちてくる診断期、告知を受ける時期があります。

治療期の患者さんに起こることについてですが、進行性、再発性の大腸がん治療でみていくと、m FOLFOX6療法ですとか、FOLFIRI療法では、オキサリプラチン、5-FUといった薬剤を使いながら抗がん剤治療を行います。この時、倦怠感の原因になるような、悪心、嘔吐、好中球減少による易感染状態というのが副作用として出てきます。抗がん剤治療の場合は、抗がん剤または支持療法薬剤の副作用として倦怠感を引き起こすようなものを使用するので、悪心、嘔吐、食欲減退、食事量の減少、骨髄抑制状態としての易感染や貧血。ステロイドなどによる不眠などが起こります。また点滴ルートによる拘束により、活動量が非



常に低下するので、患者さんが「がんが進行したんじゃないか?」「何か悪いことが起こったんじゃないか?」と感じると倦怠感が強く出ることもあります。身体的側面では悪心・嘔吐、食事量の低下、貧血、抹消神経障害が起こります。それに加え、日常生活の側面では点滴ルートによる拘束や、生活範囲が制限、夜間、眠れないということが起こってきます。心の方では「病気が悪くなったんじゃないか?」とか「もう治らないんじゃないか?」という思いが進行・再発がんの患者さんの場合は影響してきますし、社会的側面としては、高額な治療費や、仕事を休まなくてはいけないなど、さまざまな側面に影響され、人と話すのもおっくうになりだんだん孤立していき、患者さんの QOL の低下を招いていくという状態が起こります。

抗がん剤による悪心・嘔吐対策としていろんな薬剤が使われていると思いますが、予防薬として使われている 5-HT₃ の受容体拮抗薬は便秘を引き起こしたり、またステロイド剤などを抗がん剤投与の時に使いますので、このようなものが倦怠感の原因になります。抗がん剤による骨髄抑制、血液毒性の場合は患者さんの PS や栄養状態、腫瘍の進展範囲などによって影響されますし、血球成分の寿命に合わせて骨髄抑制が起きます。白血球減少の場合は 7 日から 14 日前後でたくさんの種類の薬剤で下がってきますので、時期を考えた感染予防対策というのは倦怠感対策にもつながってくるのではないかと思います。また、抗がん剤による貧血の場合は、対処的な輸血療法しかありませんので、赤血球が不足した時の一般的な赤血球輸血の適応を考えながらヘモグロビンの値を見て、疲労を避ける生活の工夫や酸素消費を最小限に下げる生活の工夫を患者さんと一緒に考えていくのが非常に重要です。

がん患者さんの倦怠感へのサポートにおいては、チーム医療、システムづくり、患者さん自身が話してみようと思えるような情報提供というのがとても重要です。私たちの施設でも、患者さんが倦怠感について話していいと思えるような機会をつくろうと思ひまして、患者さんと医療者が同じテーブルを囲んで、患者さん自身が倦怠感だったり、普段抱えている問題だったりを話されたり、医療者が自分たちのやりたいことを話すサロンのような、勉強会等をやりながら現在は関わっています。

<コメント> 佐藤禮子

今日の二つの主題、「痛み」も「倦怠感」も主観であるということが非常に重要な観点で、しかし主観というのはそのひとのものだけではないよ、ということもここで皆様ご理解いただけたでしょうか。人間の体というのは細胞が集まってできていて、一部ががん化するんですけども「痛み」も「倦怠感」も体の中で起こっている事実である、その事実をきちんと科学的に把握し、それをどうやってマネージするために緩和するために、外にアセスメントするか。それは看護師が多くの場合関わっている。そして、医師はそれに対してきちんとした処方をしたり、あるいはメカニズムを正しく患者さんとともに共有するということが大きな役割になるのではないかと思いますけれども、この主観は最終的にいけばやっぱり主体者である患者と看護師、医師、医療者が協働する結果その人にとってベストなもの、そしてそれに対して専門の力を発揮することができるといえるのではないかと、3人の先生のお話を聞いて思いました。