

スペシャリスト志向のがん看護総合誌

# がん患者ケア

隔月刊誌 会員制・定期刊行物

企画/日総研グループ 発行/日総研出版©  
がん患者ケア 第4巻第5号  
平成23年5月20日発行(奇数月の20日発行)

2011 5・6 月号

特集1 「認知症を持つ  
がん患者への対応」私の場合

特集2 看護専門外来の企画書

新連載◆日本がん看護学会 ニュースレター

■抗がん剤最新情報PICK UP

■私の認定看護師としての原点と活動の軌跡

■静岡県立静岡がんセンターの実践と工夫! 注意が必要な抗がん剤の投与管理

■がん性疼痛緩和薬剤 活用ナレッジ&トピックス

■がん治療最前線 治療・看護 最新トピックス

■音楽のある風景 緩和ケア病棟での音楽療法実践

■専門看護師に学ぶ がん看護実践レベルアップ講座

■特別企画

患者本位の退院支援を実現するために  
必要な視点と知識

■事例で理解する! 中範囲理論超入門



# 診断過程での配慮と 治療方法選択の特殊性

長尾クリニック 院長  
医療法人社団裕和会 理事長 **長尾和宏**

ながお かずひろ ●1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。市立芦屋病院内科医長を経て、1995年尼崎市で長尾クリニックを開業し、現在に至る。日本認知症学会などに所属。医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本禁煙学会専門医、日本在宅医学会認定専門医、日本医師会認定産業医、日本医師会認定健康スポーツ医、労働衛生コンサルタント。『町医者力シリーズ』（エビック）など著書多数。個人ブログ「Dr. 和の町医者日記」は、日本ブログ村の医師部門で1位独走中。



認知症は、生活習慣病、特に糖尿病を基礎疾患としている。一方、糖尿病患者は、いわゆる3大合併症以外に、一般の患者より「がん」を合併する頻度が高いことが知られている。すなわち、**認知症とがんは、「糖尿病」という基礎疾患を共有している。**

2人に1人ががんになり、10人に1人が認知症になると言われているが、糖尿病というキーワードで考えれば、「認知症を持つがん患者」は、決してまれな症例ではなく、超高齢社会においては、もはや極めて一般的（common）な病態であると認識すべきであろう。とはいえ、臓器別の縦割り教育で育ってきた医療者にとっては、そのような患者の診断や治療に際して、従来の教科書どおりにはいかない点で悩む場合が増えると思われる。

そこで本稿では、認知症を持つがん患者の「診断までの過程での配慮」と「治療方法選択の特殊性」について述べたい。

## 診断までの過程で配慮すべきこと

一般にいったん「認知症」と診断されると、**中核症状や周辺症状ばかりに目が行き、最もありふれた病気である「がん」を合併する可能性を忘れがちになる。**特に在宅医療では、周辺症状、介護、胃瘻の是非を含めた栄養管理などばかりにどうしても目が行ってしまいがちである。また、特別養護老人ホームやグループホームなどの施設入所者は、特に自覚症状がない場合、医療とのかかわりは少ない。

認知症患者は、自覚症状を訴えることが少ない。例えば、低血糖を起こしても自ら「気分が悪い」と訴えることが少ないように、かなり進行したがんを併存していても自ら症状を訴えることは通常少ない。亡くなるまで、自分からは言葉や素振りでも症状を表出しない認知症患者もたくさんいる。

したがって、通常特段の症状がない限り、X線検査や腹部エコー、腫瘍マーカーなどの検査をする機会はあまりない。そのため、がんの自覚症状、例えば、肺がんなら呼吸困難、胃がんなら体重減少、大腸がんなら垂腸閉塞などの症状が出た時点では、がんがかなり進行していることが多い。慌てて検査をしてみたら進行したがんが見つかるという機会が増えている。

## 画像診断を行うか、行わないか

肺がん、膵臓がん、腎臓がん、前立腺がんなどは、エコーやCT、腫瘍マーカーなどの非侵襲的検査で診断可能である。一方、食道がん、胃がん、大腸がんなどの場合は、内視鏡検査が必須である。

たとえ胃内視鏡検査であっても、認知症患者はセデーションを必要とする場合が多い。さらに大腸内視鏡検査には、少々厄介な「前処置」が必要であるが、患者が体力的に可能であるかどうか、またセデーションや内視鏡検査に安全に耐え得るのかの判断が必要となる。すでに**がん性悪液質に近いと思われる認知症患者の内視鏡検査は、「ハイリスク検査」と認識すべきであり、十分なインフォームドコンセント（IC）が必要**である。したがって、検査後の安静の必要性を理解してもらえない場合や、点滴の自己抜去、服薬拒否がある場合は、無理に検査を行うべきではない。侵襲のより少ないS状結腸ファイバーや、CT技術を駆使したバーチャルエンドスコーピーなどの活用も検討するべきである。

もし進行したがんが発見された場合、手術に耐え得る体力があるかどうかをよく検討してから検査の是非を考えるべきだろう。換言すれば、たとえ進行したがんが発見されても、もはや手術に耐えられない全身状態であれば、そもそも検査を行う意義は少ないことを、分かりやすく家族に説明しておく必要がある。そもそも何のための検査であるのか。がんが確定した後のことまで、十分にシミュレーションした上での内視鏡検査であるべきである。

また、検査後には、転倒・転落を起こす可能性も十分あり、看護師たちは目が離せない。忙しい医療現場では、このような患者を検査する際に他の患者へのケアが行き届かなくな

るといふ悩みもある。

さらに、全身検索として通常行われるであろう、MRI、骨シンチ、PET-CTが可能であるかどうかまで想定してから、一次検査を行うべきであろう。すでにサブイレウスに陥っている認知症患者に、もし大腸内視鏡検査の前処置として1,800mlの下剤を飲ませたらどんなことになるのだろうか？ このような検査に伴うリスクも十分に説明しなければならない。また、心不全増悪のリスクも十分にイメージする必要がある。さらに、心房細動に対するワーファリン投与中の患者では、中止に伴う脳塞栓症発症のリスクも十分に考慮すべきである。

## 治療方法の選択における患者の人権

がんの3大治療である、手術、放射線治療、化学療法を行う際にも、認知症患者の特性・個別性に十分配慮すべきである。外科手術は、麻酔下で行えば可能であっても、術後管理まで想定するべきである。放射線治療は、周辺症状が強い患者には無理な場合が多いであろう。化学療法も、時間を拘束する治療は無理であろう。経口抗がん剤の投与については家族と相談の上でケースバイケースであるが、前立腺がんや乳がんなどのホルモン依存性がんの場合は、行われることが増えている。筆者は、中等度～高度認知症を有する前立腺がんに対するホルモン療法を、家族の希望によりこれまで数例行った。また経口抗がん剤の投与も行ってきたが、経口投与の場合は服薬管理が重要となる。家族や介護者への詳細な説明が前提となるが、治療の中止時期についてもあらかじめ説明しておくべきであろう。

在宅で看取らせてもらった認知症を持つがん患者の中には、亡くなる直前まで家族が抗

がん剤を服用させている場合が数例あった。病院の主治医による「死ぬまでしっかり飲むように」との説明を、家族は「認知症があるが故に十分ながん治療が受けられない」と受け取り、「せめて抗がん剤だけでも主治医の指示どおり死ぬまで飲まそう」との思いでそうしていた。亡くなった後の患者の口の中に残っていた抗がん剤を見て、やるせない思いをしたことが何度かあった。

化学療法本来の趣旨からも、また人権の観点からも、避けるべきことだろう。特に、**認知症を有する患者の場合は、抗がん剤開始時に中止時の目安もしっかり説明すべきである。**在宅医療とがん診療連携拠点病院の密接な連携がうたわれているが、緩和医療と並行して、化学療法の中止時期に関する情報も、家族や介護スタッフをも含めた「多職種連携」の中で、抗がん剤開始時から共有されるべきと考える。

## 外来化学療法における 注意点

軽い認知症であれば、家族の付き添いの下で外来化学療法を行うケースが増えている。特に大腸がんの場合、2週間ごとにFOLFOXやFOLFIRIに分子標的治療薬を併用するケースが一般的になっている。特有の副作用が知られているが、認知症の患者は自ら腹痛などの症状を訴えないことがあり、気が付いた時には消化管穿孔を起こしていた、などということがあり得る。したがって、**通常より入念な状態観察**が求められる。

また、外来化学療法に通いながらも、普段は近所の診療所や在宅医、訪問看護に体力回復のために点滴を依頼する人も増えている。まるでリング（外来抗がん剤治療）の上で闘ったボクサー（患者）を、セコンド（在宅医療者）がマッサージ（在宅ケア）して、再びリ

ングで闘うことができる状態にするかのよう。そこに認知症が加わった場合、病院の専門医と地域のかかりつけ医・在宅医との連携がますます重要になってくる。

さらに、病院では肝動脈塞栓術（TAE）後の安静を守れるかという問題もある。認知症がない人でも、術後せん妄が起こってセデーションが必要な場合がある。ならば認知症の人は、**夜間せん妄などの周辺症状は必発と考え、家族の付き添いなどが必要**となる。術後のケアを含めて家族で対応できないようなら、検査や治療をあきらめざるを得ない場合が増えるであろう。

## インフォームドコンセントと 倫理的課題

検査や治療に際して、十分なインフォームドコンセントが必要となることは言うまでもない。認知症患者の場合は家族からインフォームドコンセントを得ることになるだろうが、果たしてそれは本人の本意であるのだろうか？ 検査や手術を、本人は喜ぶのだろうか？ 認知症患者の場合、そのようなインフォームドコンセントを巡る根源的疑問や倫理的課題を十分に考慮すべきである。現実には、本人の希望を十分にくみ取れない場合が多い。しかし、だからと言って家族は患者の真の代弁者と言えるのだろうか？

その患者が生きてきた歴史、性格、死生観などを家族と膝を突き合わせて話し合うことが必要ではないだろうか。最近では、高齢者の治療の是非を判断する指標として、「高齢者総合的機能評価（CGA：comprehensive geriatric assessment）」が導入、活用されている。その中では、「認知機能」が重要な指標の一つになっており、検査や治療の有力な指針になりつつある。**認知症を持つがん**

患者の検査や治療においては、家族との十分な話し合いが必要であり、EBM（evidence based medicine）以上に、NB（narrative based medicine）が重視されるべきである、というのが筆者の見解である。一見面倒な作業に見えるが、医療において最も重要なプロセスであると認識し、労を惜しまないでほしい。そうすることで、無駄、無益な医療が避けられ、真に患者本位の医療、そして納得医療へとつながるであろう。

しかし、独居世帯が複数世帯を上回った現在、まったく身寄りのない、あるいは身寄りがあっても寄りつかない「認知症を持つがん患者」が増加している。筆者自身もそうしたケースに遭遇する機会が急増している。その場合、成年後見人制度に裏打ちされたインフォームドコンセントになるであろう。いずれにせよ「無縁社会」や「おひとりさまの老後」の果てにある「おひとり死」を、医療者は直視し、慎重な対応が求められる時代になりつつある。

## まとめ

超高齢社会においては、認知症を持つがん患者が増加している。「認知症を持つがん患者への対応」について、病院、在宅、施設の垣根を払った上で、本稿で述べた内容について議論を行い、価値観を共有する必要性が高まっている。そこでは、まずCGAを基盤とし、EBMよりもむしろNBを重視した医療が営まれるべきであろう。また、こうしたきめ細かい倫理的配慮が、納得医療、そして医療再生へとつながるであろう。

最後に、こうした医療現場の目に見えない努力は、診療報酬で十分に担保されるべきであることを、この場をお借りして行政関係者各位に切にお願いしたい。

# 終末期患者・家族の心に響く 「声かけ」「聴き方」「伝え方」 終末期ケアにおける 心理的アプローチと デスカンファレンスのポイント

広瀬寛子氏

戸田中央総合病院 看護カウンセリング室 室長  
ナース・カウンセラー



大学卒業後、石川県立中央病院で看護師として勤務。その後、大学院で学び、東京大学医学部健康科学・看護学科で助手を務める。東京都精神医学総合研究所医療看護研究部門の主任研究員として、がん患者のための看護カウンセリングや、サポートグループ研究を行う。現在は、戸田中央総合病院看護カウンセリング室の室長として、患者、家族、遺族、職員の心のケアに携わっている。特に、終末期の患者・家族の看護カウンセリングと遺族のサポートグループに力を注いでいる。著書に、『看護カウンセリング』（医学書院）などがある。

「デスカンファレンス」で終末期ケアの達成感を高める

プログラム ★13021

### 1. 緩和ケアとがん患者の心理

- 1) 緩和ケアとは 2) がん患者の心理
- 3) 終末期の家族の思い 4) 家族・遺族を傷付ける言葉

### 2. 終末期患者への心のケア

- 1) コミュニケーションの基本的姿勢
- 2) 対話の中で具体的に気を付けること
- 3) 声をかけづらい場面でのコミュニケーション

### 3. 悲嘆にある家族・遺族への対応

- 1) 家族の不安に伝える 2) 死後のケア
- 3) グリーフケアのポイント

### 4. 看護師の感情を大切にすること

- 1) 切り捨てられてきた看護師の悲嘆
- 2) 感情労働 3) 自己一致
- 4) 難しい患者・家族への対応～怒り、拒否、否認 ほか

### 5. デスカンファレンスの勧め

- 1) デスカンファレンスの意義 2) デスカンファレンスの進め方
- 3) デスカンファレンスで陥りがちなこととその対策  
～スタッフの達成感やメンタルヘルス効果を高めるために
- 4) 亡くなった患者のことを語ることの重要性
- 5) 看護師の心を支えるその他の方法

## 看護師自身の感情をどう扱い、 患者・家族とどうコミュニケーションをとるべきか

がん看護に携わる看護師は、患者の死を避けて通ることはできず、無力感や後悔、ジレンマに苛まれることがあります。しかし、終末期に患者や家族と充実したかわりを図れば、患者・家族だけでなく、看護師自身の心理的負担軽減にもなります。また、亡くなった患者を振り返るデスカンファレンスは、より良いケアを行うためだけでなく、看護師の思いを表出することでメンタルケアにもつながります。本セミナーでは、終末期ケアにおける心理的アプローチの方法やデスカンファレンスの効果的な方法について学びます。

札幌	11年 5/28 (土) 13:00~18:00 道特会館	広島	11年 6/18 (土) 10:00~16:00 広島YMCAホール
	東京		11年 7/23 (土) 10:00~16:00 フォーラムミカサ
参加料 本誌購読者 15,000円 共に税込 一般 18,000円			