

山口県緩和ケア医師研修会に参加して

印象記：山口県立総合医療センター研修医 岡村 康平（1 日目）

賣豆紀晶洋（2 日目）

平成 29 年 2 月 11・12 日の 2 日間にわたり、山口県総合保健会館にて山口県緩和ケア医師研修会が開催された。

この研修会は、がん対策推進基本計画で 2012 年に定められた「関係機関などと協力し、3 年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5 年以内にがん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする」に則り、山口県、山口県医師会の共催で開催されている。参加者は、PEACE（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education）というプログラムに従って、7 名のファシリテータのもとで研修を受けた。

第 1 日目は、緩和ケアの定義や歴史といった総論の講義の後、「つらさの包括的評価と症状緩和」の講義があった。open-ended question と closed question を使い分けるコツや、苦痛のスクリーニング、定量的評価の方法について教えていただいた。また、患者の抱える全人的苦痛に対するアプローチの方法についても学んだ。途中、患者やその家族のインタビューを見ることもできた。身体的苦痛以外にも精神的苦痛・社会的苦痛やスピリチュアルな苦痛があるということは学生時代にも聞いていたことではあったが、働き出してから身体的症状ばかりに目が行ってしまい、他の苦痛について考えることが少なくなってしまうのではないかと振り返る機会となった。

午後は、初めに「がん疼痛の評価と治療」の講義があった。WHO の Cancer pain relief では、1) がん疼痛は治療可能であり治療されるべき、2) がん疼痛の評価と治療はチームアプローチによって最善の結果が得られる、3) がん疼痛治療の主軸は薬物療法である、4) 非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬を、痛み の 機 序 に 応 じ て 適 切 に 組 み 合 わ せ る こ と で、お お む ね

良好な鎮痛が得られる、とされている。それに則り、痛み の 分 類（内臓痛・体性痛・神経障害性疼痛）とその性状、パターン の 説 明 が あ っ た。また、鎮痛薬の使い方の 5 原則（by mouth、by the clock、by the ladder、for the individual、with attention to detail）に沿い、WHO の三段階除痛ラダーに従った各種鎮痛薬の使い方や特徴、実際の処方例などの紹介があった。また、骨転移に対する放射線治療など非薬物療法についても説明があった。

その後、3～6 人のグループに分かれてのワークショップがあった。アイス・ブレイキングの後に症例提示があり、その患者の疼痛に対してどのような評価とマネジメントを進めていくかについて議論した。がんの多発転移を有する症例の苦痛についての議論であったが、自分よりも経験が豊富な先輩方の様々な意見を聞いているだけで非常に良い勉強になったと思う。その後、3 人のグループに分かれてロールプレイを行った。テーマは「オピオイドを開始するとき」で、オピオイド導入や副作用について説明し、患者・家族の不安や気がかりに適切に対処できるようになることが目標であった。初めは緊張もあったが、医師・患者・観察者のそれぞれの役割で行い、依存の心配や麻薬を使うと寿命が短くなるのではないかとといった質問に対して答えられるように練習できたと思う。

第 2 日目は、午前中に「呼吸困難」、「消化器症状」、「精神症状（気持ちのつらさ、せん妄）」の講義を受けた。

呼吸困難とは「呼吸に関連した不快な感覚」と定義され、客観的な病態である呼吸不全（ $\text{PaO}_2 \leq 60\text{Torr}$ ）とは異なる。呼吸困難は多くのがん患者に認められるが、心臓や肺に異常がないことが多い。まず呼吸困難について緊急性の評価をした後に、患者の希望や主観的評価を尊重することが重要である。また、実際に呼吸困難を治療する

ために原疾患の治療を行っていくとともに、モルヒネを基本としたステロイドや抗不安薬などの薬物療法が有効であると学んだ。

消化器症状として悪心・嘔吐が高頻度に見られる。悪心とは「吐きたくなるような切迫した不快な自覚症状」であり、嘔吐とは「消化管内容物を反射的に口から出すこと」である。悪心・嘔吐と一言と言っても頭蓋内圧亢進、オピオイドや抗がん剤など薬物の影響、消化管蠕動低下などその原因は様々であり、当然のことだが原因に応じた制吐剤の選択が必要となる。また消化器系腫瘍の増大やオピオイド内服などによる腸管蠕動低下に伴う消化管閉塞も、患者の QOL を著しく低下させるため注意が必要である。消化管閉塞が見られた場合は手術・ステント・内視鏡検査による整復あるいは胃管やイレウス管挿入による消化管ドレナージなどが必要となる。

精神症状の中で、気持ちのつらさは最も評価困難で治療が難しい症状の一つである。気持ちのつらさとは抑うつ・不安を主とした感情面における不快な体験であり、患者の QOL を著しく低下させ治療意欲を奪うなどの悪影響を及ぼす。患者の声に耳を傾け、つらさの原因に対処するとともに、抗不安薬や SSRI など内服や、場合によっては精神科や心療内科による精神的サポートが必要となることがある。その際には患者の心理状態に配慮し、患者の意見を尊重することが重要である。一方、せん妄は終末期がん患者で高頻度に見られる「大人の寝ぼけ」のような症状である。せん妄には「準備因子（脳機能の脆弱性）」「促進因子（せん妄を重篤化、遷延化させる要因）」「直接因子（せん妄の原因）」が関連しており、治療には直接因子の是正と抗精神病薬の投与が必要となる。さらに症状に合わせて家族に説明することも重要である。

上記のいずれの症状に対しても、環境調整などの非薬物療法が症状緩和に重要な役割を果たすことが多いこと学んだ。

午後からは「コミュニケーション（Bad news の伝え方）」に関するロールプレイ、「療養場所の選択と地域連携」に関するグループワークを行った。

ロールプレイでは 1 日目と異なり、自分たちでシナリオを設定し、医師役が患者役に手術不能の進行がんであることを伝えるというものだった。研修医の私にとって外来診療の経験はなく、もちろんがんと宣告されたこともないため、医師として患者の気持ちを汲み取りながら伝えることの難しさや、がんを伝えられた時の患者が受けるつらさや衝撃を体験することができ、大変勉強になった。

療養場所の選択と地域連携に関するグループワークでは、患者と患者家族の希望に応じたケアを行うための支援と地域リソースについて話し合った。普段病院では MSW に任せきりになっていた地域連携業務について考え、問題点に応じた資源の選択を考えることの大変さを実感した。患者や患者家族だけでなく、医療従事者や介護者など十分にコミュニケーションをとり、綿密に計画を立てた上で在宅に移行することが重要だと学んだ。

2 日間の研修を終えて、緩和ケアに必要な基本的知識を学び、コミュニケーションの大切さを実感することができた。今後日常診療を行うなかで、今回の経験を活かし、病気で苦しむ患者や患者家族に寄り添う医療を行っていききたい。

最後になりますが、ファシリテータの先生方ならびに本研修会を企画、運営してくださった関係者の方々に心より感謝を申し上げます。

