



Nursing Information of Care &amp; Evidence

## 特集 がん患者さんの看護ケア ～診断時からの緩和ケアを中心に～

がん患者さんの治療やケアを行う際、患者さんご自身の思いは何よりも尊重されるべきものです。しかし、患者さんの気持ちが揺れ動いている場合や、患者さんの言葉と本心が必ずしも一致していない場合など、それを実践する上では様々な難しい問題が付いて回ります。そこで、今回は意思決定のサポートをはじめ、がん患者さんの看護ケアを行う際に注意すべきポイントについてご紹介します。



この人に  
聞いて  
みました！



嶋中ますみ 先生  
社会福祉法人恩賜財団 済生会  
横浜市南部病院  
副看護部長兼退院支援室長/  
がん看護専門看護師



# がん患者さんの看護ケア ～診断時からの緩和ケアを中心に～

## 【意思決定のサポート】

当院のがん相談支援室には、様々な悩みを抱えた患者さんが相談に来られます。そして、その中でも特に多いのが**意思決定**に関するものです。例えば、がんを告知された際に一旦は全ての検査や治療を拒否された患者さんから、後日「本当にこのままでいいのだろうか」と相談を受けることがあります。

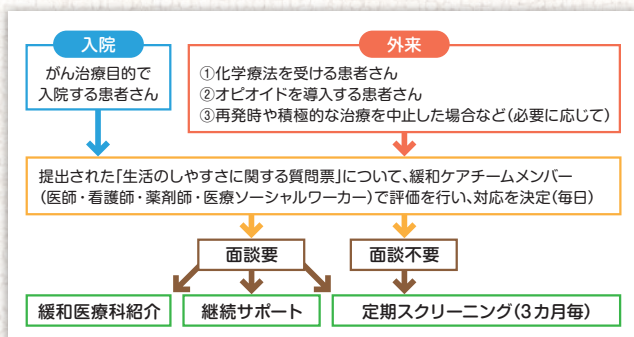
多くの場合、がんは患者さんの人生において非常に大きな出来事であり、それをご本人が受け入れるまでには様々な葛藤が生じます。このため、できるだけ早い段階で患者さんの悩みをすくい上げてケアを行い、意思決定をサポートしていく必要があります。その際にベースとなるのが**診断時からの緩和ケア**です。かつて、緩和ケアは終末期になってから導入するものというイメージがありました。しかし、近年は心身の苦痛を緩和するために、できるだけ早期から積極的に取り入れるべきものだという認識が広まりつつあります。

## 【診断時から「苦痛のスクリーニング」を】

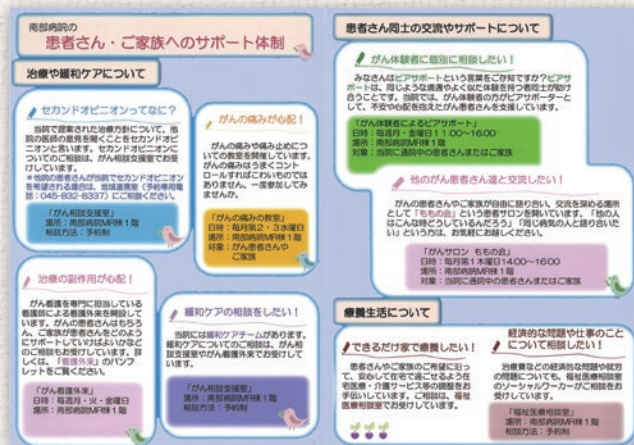
スクリーニングシートを用いて、身体的苦痛や精神的な辛さ、それが日常生活にどのような影響を及ぼしているか、相談を希望するかどうかなどを定期的に質問し、緩和ケアの要否を判断します。診断時から、患者さんがご自身の辛さを数値的に表現することで早期介入が可能になるほか、経時的な変化も追跡しやすくなります。当院における苦痛のスクリーニングのフローを以下に示します(図1)。

## 【特に重要な外来でのケア】

病棟には常に大勢の看護師が常駐しているので、患者さんの様子に変化があれば、誰かが気づいてサポートすることができます。一方、外来で大勢の患者さんの中から介入の必要な方を見つけるのはなかなか難しく、医療者側からの積極的なアプローチが欠かせません。このため、診断時からのスクリーニング



↑図1 苦痛のスクリーニングのフロー(横浜市南部病院の場合)



↑図2 患者さん・ご家族へのサポート体制を一覧にまとめたパンフレット(横浜市南部病院の場合)

を徹底するとともに、**困った時にはどこに相談すればいいか**などを、分かりやすい形で患者さんに予め提示しておくことが重要です。当院では、様々な相談窓口や患者さん向けのサービスを一覧できるパンフレットを作成し、スクリーニング時に必ず手渡してもらうようにしています(図2)。

## 【がん患者さん同士の交流の場】

治療に関する相談であれば「がん看護外来」、療養生活については「福祉医療相談室」、疼痛が心配な場合には「がんの痛みの教室」など、当院では患者さんの悩みに応じて多くの専門スタッフが対応に当たっています。しかし、これら専門スタッフの意見とは別に、**同じような境遇や似た体験を持つ人との触れ合い**を通じて、患者さんやご家族の悩みが軽減されるケースも少なくありません。当院では、そうした患者さん同士の交流の場として、「ももの会」と「ピアサポート」を設置しており、両者のすみ分けは以下のようにしています。

「ももの会」: サロン形式で誰でも自由に参加できる語らいの場  
「ピアサポート」: がん体験者と個別に相談できるサービス

ご自分の病気に関して他の人と話すのは、がん患者さんにとって大変勇気のいることです。このため、色々な人と触れ合いたい方、じっくり自分の思いを聞いてもらいたい方など、ご本人の希望に応じてどちらでも自由に選択できるようにしています。困った時に相談できる場があるということは、患者さんにとっての安心感につながります。こうしたサービスに関してはあまり利用者の増減を意識しすぎないようにして、長く継続していくことが重要なのではないかと思います。

## 【運営のポイント】

### その① サロン編

サロン形式では、誰でも気軽に参加できる雰囲気が重要なので、参加者があまり固定化しすぎないように気を配る必要があります。例えば、**毎回話し合うテーマを変え**、それを事前に告知するなど、内容によって参加者が入れ替わるような仕組みを作っておくとよいでしょう。また、参加者の多く集まるテーマについては開催頻度を増やすなど、反響を見ながら適宜調整しています。

### その② 個別相談編

相談に来られる患者さんの中には、現在受けている治療に対する不安や不信感などを訴える方もいらっしゃいます。そうした場合に**不用意な同調などは禁物**で、相談員役のがん体験者にも相応のスキルが求められます。

当院の場合、ピアサポート立ち上げ時には、「臨床心理士としての職務経験のあるがん体験者」と「がん体験のある当院看護師」に中心メンバーになってもらい、その上で、「相談員としての経験のない有志の患者さん」に少しずつスキルを身につけていただくようにしました。現在では、その方も第一線で活躍しておられます。

## 【ご家族のケア】

患者さんご自身だけでなく、ご家族にも緩和ケアが必要な場合も少なくありません。

例えば、患者さんが認知症のために治療に関する意思決定が困難なケースでは、難しい判断を迫られるのはご家族です。内心では“積極的な治療を中止して、残された時間をできるだけ一緒に過ごしたい”と考えていても、同時に“本当にそれが本人にとって良いことなのか”との迷いが頭を離れないことがあります。そうした場合にご家族と一緒に考え、最終的な判断をサポートするのは私たち医療従事者の役目です。

治療を中止して、二人きりの時間を大事にしたい



治療を中止したら、周囲から責められるかも…

また、最近は少なくなりましたが、がんであることを患者さんご自身が知らず、伝えるべきか否かでご家族が悩んでいる場合もあります。こうしたケースでは、病気のことを隠すためにご家族が多大なエネルギーを費やして、患者さんご自身のQOLまで大きく損ねていることが少なくありません。そのような時には、“事実を伝えないまま病状が悪化していった際にどのように対処するか”、“患者さんはこれまでご自分の人生をどのように決めてこられたのか”などについて十分に話し合います。最終的な判断はご家族に委ねることになりますが、大抵の場合は告知する方向で話が落ち着くように思います。

## ここがポイント！



### ① 「時間がない」を言い訳にしない

今回は、外来でのケアを中心に述べてきましたが、入院期間中にできることも少なくありません。時間がないからできないのではなく、少ない時間の中で何ができるかを考え、工夫することが重要だと思います。

#### ベッドサイドに向かう5分間にどのような意味を持たせるか？

体温、脈拍、血圧、  
排尿・排便回数、  
食事量などを  
目的もなく把握する  
だけの5分間

OR

「今日から始まる新しい治療のことをどう思っているのだろう」「治療によってこれからの生活がどんな風に変わるのか想像できているだろうか」など、血圧を測りながら、環境も整備しつつ、患者さんと向き合う5分間

### ② 気がつけば緩和ケア？ ポイントは「さりげなく」「なにげなく」「それとなく」

最近は一般的にも「緩和ケア」という言葉が普及してきましたが、まだまだ“緩和ケアは終末期に受けるもの”というイメージは根強いようです。もちろん、そうした誤解を地道に取り除いていく努力も重要でしょう。しかし一方で、“自分は今、緩和ケアを受けているのだ”と患者さんに意識させることなく、知らないうちに緩和ケアに触れていただけるような導入の仕方があっていいのではないかと私は考えています。日頃患者さんと接する中で、「さりげなく」、「なにげなく」あるいは「それとなく」緩和ケアにつなげる工夫を模索してみたいかでしょうか。

## 【がん看護専門看護師】



“ 忙しさは主観的なものだと  
思っているので、自分からは「忙しい」と  
言わないように心がけています。 ”

嶋中ますみ先生

社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市南部病院 副看護部長兼退院支援室長 / がん看護専門看護師

### 資格取得までの経緯

私がかん看護専門看護師の資格を取得したのは今から14年前のことです。専門看護師になるには看護系大学院修士課程の修了に加え、通算5年以上(うち3年間以上は専門看護分野)の実務研修が必要で、当院に入職したのはその実務研修期間中のことでした。当時、専門看護師はまだ全国に数人しかおらず、認知度も高いとはいえない状況だったように記憶しています。そうした中、当院の看護部長は看護師が専門性を持って組織横断的に活動することの有用性に早くから着目しておられ、「あなたを育てるための環境は用意するから」と、研修中の身である私を温かく迎え入れてくださいました。

入職して最初の1年間は病棟のスタッフナースとして仕事の流れや病院の風土などを学び、組織横断的な活動に取り組み始めたのは、入職2年目に看護相談室へ転属になってからのことです。当時はまだ「専門看護師とは何か?」という説明から入らなければならないような状況でした。しかし、ちょうど緩和ケア診療加算が新設された時期と重なっていたことが幸いし、院内の緩和ケアチームの立ち上げなどを通じて、自分の役割を広げていくことができました。そして、その翌年に認定審査に合格し、晴れてがん看護専門看護師になれたというのが、資格取得までの大きな流れです。

### 外来に重点を置いた活動

専門看護師の資格制度は、複雑で解決困難な看護問題を抱える患者さんやご家族などに対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するためにつくられたものです。そして、それを実現する上で**実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究という6つの役割**が規定されています。これらのうち、がん看護の実践において私に特に大切だと考えているのが意思決定支援です。

がん発見時や再発時の告知、治療を切り替える際の説明など、患者さんにとって重要な局面はいくつもあります。それらの中心的な舞台となるのは外来です。主治医から色々な説明を受けた

後、患者さんはご自宅に帰ってから独りで悩み、その上で決断しなければなりません。病棟での看護ケアももちろん重要ですが、在院日数の短縮なども進む中、**患者さんの意思決定支援において最もサポートが求められているのは外来**ではないでしょうか。こうした考え方のもと、私は外来に重点を置いた活動を長年に渡って続けています。

### 院内体制づくりに向けた取り組み

専門看護師になるための教育では、個人としてのスキルだけでなく、**他職種との連携などを通じた体制づくり**などについても学びました。そのことを無駄にしないよう、私は日々の臨床業務の中でも、常に広い視野を持って全体を見渡すように心がけています。例えば、当院にはがん看護専門看護師のほか、がん領域に関わる様々な認定看護師が在籍しています。それら各人の役割が重複しないように配慮しつつ、患者さんがより多くのサポートを受けられるように人員配置を考えるのも、私に与えられた重要な役割の一つです。

また、国の医療政策などに応じて、臨床現場では様々な変革を求められることが少なくありません。しかし、それはがん看護の体制を整える絶好のチャンスであり、患者さんにとってのメリットにもつながります。変革には様々な苦勞も伴いますが、**忙しさは主観的なもの**だと私は思っているので、自分からは「忙しい」と言わないように心がけています。

### 最後に

私のもとと看護短大卒で、卒業当初は専門看護師制度もまだありませんでした。そこから今日に至る過程では、諸先輩方をはじめ多くの方々との幸福な出会いがあり、その皆様のおかげで現在の私があると考えています。また、認定資格を取得した年はちょうど出産時期と重なるなど、同僚や家族にも色々力を借りてきました。そうした恩に報いるためにも、患者さんにとって最良の看護ケアを提供できるよう今後も研鑽を重ねていきたいと思っております。

# クスリの話

林 宏行先生  
日本大学薬学部  
薬物治療学研究室 教授



## 抗がん剤の副作用と食事の管理

抗がん剤治療(化学療法=ケモ)は手術、放射線治療と並んでがんの3大治療法の一つです。抗がん剤は殺細胞性、ホルモン剤、分子標的薬に分けられます。殺細胞性抗がん剤は、がんの増殖を抑える一方、正常細胞をも傷つけ様々な副作用を生じます。対象となるがんによって抗がん剤の種類や量、また組み合わせは異なりますが、副作用の発現時期やどのくらい継続するかなどの情報を、患者さんと共有することが大切です。

### 抗がん剤の副作用

代表的な抗がん剤の副作用を表1にまとめました。副作用の重篤度はCTCAE(有害事象共通用語規準)を用いますが、これはインターネットなどでも入手可能です。

#### ① 悪心・嘔吐

**悪心・嘔吐**対策薬としてアプレピタント、デキサメタゾン、5HT3拮抗剤などが使われます。遅発性嘔吐は何日も続く場合があり、点滴による栄養管理が必要になる場合もあります。締め付けるような衣服を避け、食事は消化の良いものとし、食べたい時に食べられるような工夫が必要です。

#### ② 下痢・口内炎

**下痢**時には、腸管に刺激のある香辛料、脂肪分や食物繊維の多い食品などを避け、脱水防止に水分摂取を促します。**口内炎**は痛みや出血、味覚異常なども伴います。味覚異常では塩味や甘みを強く感じたり、逆に味を感じにくいなど症状も様々です。また、口を動かしづらく、食べ物を飲み込みにくい場合もあります。口腔ケアは柔らかい歯ブラシを使って行い、口腔乾燥には保湿ジェルなども使います。患者さんの訴えに耳を傾け、症状に応じて対応します。

#### ③ 汎血球減少

汎血球減少は骨髄の損傷で起こります。半減期の短い**白血球減少**が最も早く起こり、感染症の危険が増します。発熱、悪寒、震えといった症状に注意します。食事は生ものを避け、加熱処理後すぐに摂るようにします。**血小板減少**では血液が凝固しづらくなるため、硬い食材を避け、消化のよい食事を摂って便秘を避けるようにします。節酒も必要です。**赤血球減少**では貧血に伴う転倒・転落に注意が必要です。鉄分やビタミンなど一部の栄養素の不足が原因ではないため、造血に必要な栄養バランスのよい食事とします。

#### ④ その他

末梢神経障害による**しびれ**は、微小管阻害剤やオキサリプラチンなどの投与時に起こり、冷感刺激に過敏になるため金属性の食器や調理器具でも誘発されることに注意します。このほか抗腫瘍性抗生物質や微小管阻害剤によって生じる**脱毛**などがあります。抗がん剤治療を受けている患者さんの訴えに耳を傾け、最大限の効果を得られるようにサポートすることが大切です。特に食事を摂る際の環境整備も重要になります。

	悪心・嘔吐	下痢・口内炎	骨髄抑制
出現時期	急性：24時間以内 遅発性：24時間以降～数日	急性：24時間以内 遅発性：多くは5日以降	白血球：1週後 血小板：1-2週後 赤血球：1-2週後
継続期間	急性は1-2日 遅発性は継続することがある	1-2週間 またはそれ以上	各成分の半減期に応じて回復
代表的な抗がん剤	アルキル化剤(シクロホスファミド)、抗腫瘍性抗生物質(ドキシルビシン、エピルビシンなど)、白金製剤(シスプラチン)など	代謝拮抗剤(フルオロウラシル系：5-FU <sup>®</sup> )、トポイソメラーゼ阻害薬(イリノテカン、エトポシド)など	抗腫瘍性抗生物質、トポイソメラーゼ阻害薬、代謝拮抗剤、微小管阻害剤(ピンカアルカロイド系とタキサン系)など

↑表1

読んでみれば、実はとってもカンタンな生理学!



# カンタン生理学

## 7 がんと体重減少



松山 仁先生  
八尾市立病院外科

### 1 がんに伴う体重減少の原因

がん患者さんの体重減少を引き起こす低栄養には、「**がん関連性低栄養**」と「**がん誘発性低栄養**」があります(図1)。前者はがん自体の症状や治療の副作用によるもので、十分な栄養補給を行うことで維持・改善が可能です。一方、後者はがんに伴う全身性のエネルギー代謝異常に起因するもので、「**がん悪液質**」とも呼ばれ、通常の栄養管理では改善することが困難です。多くの場合、病期の進行に伴って両者は複合して現れるようになり、がん患者さんの予後に深刻な悪影響を及ぼします。

#### 【がん関連性低栄養】

がん性疼痛、消化器症状、嚥下障害、通過障害、抑うつ など  
口内炎、ドライマウス、嘔気、嘔吐、下痢 など

➡たんぱく質とエネルギーの十分な補給で維持・改善が可能

#### 【がん誘発性低栄養】

がんに伴う全身性のエネルギー代謝異常

➡治療によって食欲不振の原因を緩和し、十分な経口摂取が可能になっても、栄養状態が改善しない

↑図1 「がん関連性低栄養」と「がん誘発性低栄養」

### 2 全身性の慢性炎症

がん悪液質に関しては未解明な点も少なくありませんが、その発生機序には**全身性の慢性炎症**が深く関わっていると指摘されています。この慢性炎症は、がん細胞と周囲の非がん細胞との相互作用で炎症性サイトカインが過剰に産生されることによって引き起こされるものです。慢性炎症は体内の様々な臓器に異常を引き起こし、骨格筋や体脂肪の分解、インスリン抵抗性などを亢進させます。こうした代謝変化が進んでいくと、栄養を摂取しても体内で有効に活用できず、不可逆的な体重減少につながるということです。

### 3 エネルギーバランスの不均衡

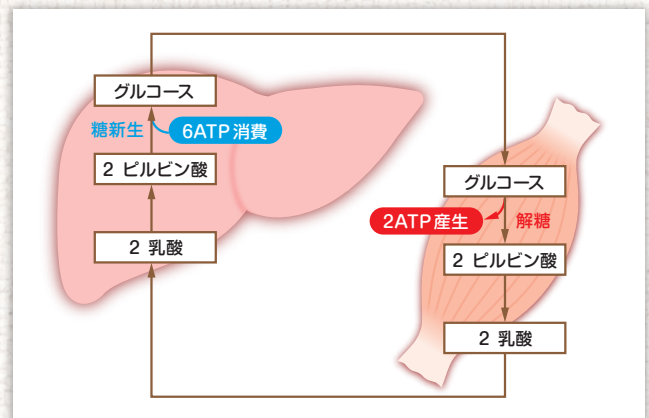
がん悪液質における特徴的な病態の一つが食事摂取量の減少で、これについては摂食中枢に対する炎症性サイトカインの関与などが指摘されています。そして、もう一つの特徴がエネルギーバランスの不均衡です。通常、飢餓時には体内で適応反応が起こって、エネルギー代謝を抑制することで均衡状態を保とうとします。しかし、がん悪液質になるとその適応反応が起こらず、エネルギー代謝反応が慢性的に亢進した状態に陥ってしまい、大量のエネルギーが消費されます。このため、全身のエネルギーバランスが負に傾くのです。

### 4 三大栄養素の代謝変化

上記のようなエネルギーバランスの不均衡について理解するには、がんに伴う三大栄養素の代謝変化に関して知っておく必要があります。

#### ① 糖質

がん細胞特有の糖質の代謝変化に関しては、50年以上前に Otto Warburg によって観察された Warburg 効果と呼ばれる現象が関与しています。



↑図2 コリ回路

正常な細胞は、主に**好氣的代謝**によってエネルギーを産生するのに対し、がん細胞は主に**嫌氣的解糖**でエネルギーを産生します。この嫌氣的解糖によって生成される最終的な代謝産物が乳酸で、乳酸は肝臓の**コリ回路**で大量のエネルギー消費を伴いながらグルコースに変換されます(図2)。そして、変換されたグルコースは、再びがん細胞に取り込まれて消費されます。また、糖新生の亢進によって肝臓に貯蔵されているグリコーゲンが枯渇すると、骨格筋たんぱくの分解(異化)によって、それを補うことになります。

## ② たんぱく質

がん悪液質の患者さんでは、たんぱく質の異化亢進と同化抑制が同時に起こっていると考えられます。その背景には、先述した慢性炎症のほか、がん細胞が放出するPIF(Proteolysis-Inducing Factor: たんぱく質分解誘導因子)と呼ばれる物質の関与が指摘されています。ただし、その詳細なメカニズムについては、未だ明らかになっていません。

## ③ 脂質

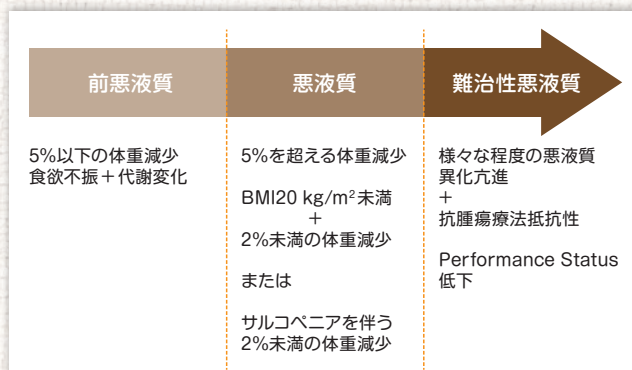
がん悪液質では体脂肪の著明な減少も認めますが、これは脂肪の異化亢進が原因ではないかと考えられています。がん細胞は先述したPIFのほかにLMF(Lipid Mobilizing Factor: 脂質動員因子)という物質も放出しています。このLMFの影響で脂肪細胞から血中に脂肪が溶け出し、脂肪組織が崩壊するといわれています。

以上のように、がん悪液質では三大栄養素の全てに関して代謝変化が起きているものと考えられます。このため、消費量に即した分の栄養を闇雲に補給しても、それが体内で期待通りに活用されるとは限りません。しかし、低栄養に伴ってADLや免疫能が低下すると、治療継続への影響も懸念されます。

では、一体どうすべきなのでしょう？

## ⑤ 重要なのは早期からの栄養管理

かつて、がん悪液質は終末期の病態であり、不可逆的なものだと考えられてきました。しかし、最近の研究では、がん悪液質も**前悪液質・悪液質・難治性悪液質**の3段階に分けられ(図3)、前悪液質の段階での早期栄養管理は有効である可能性が指摘されています。従って、**体重減少の主な原因ががん悪液質である場合には、それを早期に見極める必要があります**、その手段の一つとしてグラスゴー予後スコア(Glasgow Prognostic Score: GPS)が注目されています。これはグラスゴー大学のMcMillan先生が提唱する、血中のCRP値とアルブミン値を組み合わせた



↑ 図3 がん悪液質の病期分類

出典: Fearon K, et al, Lancet Oncol. 2011 May;12:489-95. (和訳)

CRP (mg/L)	ALB (g/L)	スコア
≤ 10	≥ 35	0
≤ 10	< 35	0
> 10	—	1
> 10	< 35	2

↑ 表1 modified GPS (mGPS)

出典: CH Richards, et al, PLoS One. 2012; 7: e41883. (和訳)

て評価するスコアリングシステムで、最近はその改訂版であるmodified GPS(mGPS)が用いられています(表1)。実際、GPSスコアは様々ながん種において臨床病期とは独立した予後因子であることが示されているほか、近年では三木先生らが日本人向けにmodifyした「三木らのmGPS」なども報告されています。

現在のところ、このスクリーニング方法に準じた介入が生存期間に与える影響に関しては一定の見解は得られていませんが、今後のさらなる検討が期待されます。

## コラム がんと糖質制限

最近、がんの進行抑制に関して、糖質制限食が有効ではないかという意見をしばしば耳にします。この説は、がん細胞がグルコースを唯一のエネルギー源として増殖するという点に着目したものです。もちろん、グルコースは正常細胞にとってのエネルギー源でもあります。体内のグルコースが枯渇した場合、生体は非常用の代替エネルギーとしてケトン体を作り出せます。このため、糖質制限食を摂取することにより、がん細胞を兵糧攻めにできるのではないかという発想です。

現段階では、その真偽に関して明らかではありませんが、これもがん細胞特有の代謝変化に着目した考え方の一つであるとはいえそうです。



お仕事スケッチ⑥  
北里大学病院

## 児玉美由紀先生

北里大学病院集学的がん診療センター  
がん相談支援室  
がん看護専門看護師

# がん看護専門看護師によるケアの実際

## がん患者さんからの様々な相談に対応

2017年7月現在、当院に在籍しているがん看護専門看護師は16名です。配属部署は様々で、病棟や外来のほか、スタッフ教育を担当している者もいます。組織横断的に活動しているのは私を含めて3名で、それぞれに役割分担があります。私の場合はがん相談支援室の専従看護師としての業務が中心で、地域在住のがん患者さんやご家族からの相談を受け、ソーシャルワーカーと共に対応しています。

相談内容は多岐にわたりますが、がん治療そのものや治療に伴う生活変化に関する情報ニーズへの対応、病状理解の促進等の支援をしています。さらに、代替療法や最新の治療法等の情報に関するニーズが高まっています。情報過多あるいは情報が限られていることで、この治療法でいいのだろうか?という漠然とした不安を抱えている方は少なくありません。また、緩和ケアに関する相談も増えており、今後、自分がどのような経過を辿ってゆくのか、予め聞いておきたいといったニーズが多いように感じます。一方、ご家族からは、患者さんの病状に関する相談をしばしば受けます。例えば、主治医に直接質問して事実を知らされるのが怖いという反面、病状を正しく知り、患者さんをどのように支えていくべきかを考えたいというニーズがあります。そうした様々な相談に対し、必要に応じて医師や薬剤師、栄養士、WOC等の専門職につないでゆき、緩和ケアチームや地域関連病院と連携を図り、患者さん・ご家族の抱える問題や課題の解決に向けて調整を図っています。

## 緩和ケア領域での取り組み

かつては緩和ケア=終末期というイメージがありましたが、近年はがんと診断された時から患者さんやご家族の苦痛を和らげ、支えていくことが求められています。当院でも、数年前からOPTIM\*の「生活のしやすさに関する質問票」を用いた苦痛のスクリーニングを、がんの診断時から治療期等、あらゆる時期に病棟・外来等の各部署で実施しています。スクリーニングに

より、専門的な緩和ケアが必要だと判断された患者さんに対しては、外来通院中から緩和ケア看護外来で支援を行うとともに、アセスメントに基づき、より専門的な緩和ケアの介入計画を立案します。また、入院中は緩和ケアチームが介入し、主治医と連携しながら専門的緩和ケアを提供しています。緩和ケアチームと各病棟・外来をつなぐリンクナースには、がん看護領域の専門看護師や認定看護師が当たることで、院内ネットワークの強化を図っています。

## アドバンス・ケア・プランニング

現在、力を注いでいるのは、院内における「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」推進プロジェクトチームの活動です。ACPとは、再発等により、治癒不能ながんとわかった時期から、将来起こりうる意思決定能力低下に備えて、個々の治療選択や日常生活の具体的な目標をはっきりさせる取り組みであり、患者や家族と医療従事者が話しあう自発的なプロセスと定義されています。現在は、後方視的な検討を重ねている段階であり、患者さんの価値観や生き方を尊重した医療を提供できたか、ACPの開始時期や各職種がどのような役割を果たしていたか、プロセスの中で患者の価値観がどのように変化したか等について話しあい、その結果を現場にどう生かしていくか協議しています。

がん治療に携わる医療者は“がんであることが、患者さんの人生においてどのような重みを持つか”という視点が伴わなければ、ご本人の苦痛や不安を深く理解することはできません。たとえ、死が免れない状況にあっても、患者さんやご家族が自分の置かれた状況を知り、納得いくまで話しあいを重ね、自分らしい生き方を貫いていけるようプロセスで支えてゆくことが我々の務めだと考えます。また、ご家族に対しても“患者さんを支える人”ではなく“患者さんとともにケアを受けるべき存在”という認識を持って接することが重要だと思います。

## 最後に

「がん対策基本法」の改正等に伴い、いま、がん医療の現場ではがん患者さんへの対応に関して様々な変革を求められています。このような状況を好機と捉え、積極的に現場を変えていくことは、私たち専門看護師に期待される大きな役割だと考えています。患者さんにとって最良なサポートを提供できるよう、“チェンジ・エージェント”として積極的に取り組んでいきたいと思っています。

\*OPTIM(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model)：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「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」