



テレワークと健康管理

新型コロナウイルス感染拡大に伴って4月に全都道府県に緊急事態宣言が発せられ、当会は出勤率を30%に引き下げて対応、6月半ばに元に戻しました。出勤率の削減と復帰はスムーズに出来たものの、スタッフ不足のため電話のお客様をお待たせするなど、ご不便をおかけしたことをお詫び申し上げます。

この時期、大企業を中心に在宅勤務・テレワークによって業務を処理する企業が予想以上に多かったようです。当会は業務内容から自宅で出来る仕事が少なく、テレワークは今後早急に取り組むべき課題になりました。その実現には仕事の進め方と管理、システムと情報保護の整備など解決すべき問題が山ほどありますが、チャレンジを続けます。

テレワークで重要な課題の一つは健康管理です。私自身、4月から6月まで在宅勤務に近い生活をする間に直面したのは、生活リズムの乱れと運動不足からくる食欲低下と体重減少でした。一般サラリーマン(体重60kg)が往復約2時間の通勤で、歩行と電車通勤をすると、約300kcalのエネルギーを消費するという試算があります。テレワークに切り替える方は、通勤の代わりに十分なカロリー消費をもたらす生活習慣と運動習慣を身に付ける必要があるのではないのでしょうか。

一般財団法人日本健康文化振興会 常務理事 佐々木 亨

CONTENTS

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー 「がん医療の最前線」

「がん治療について」 2

—免疫療法・抗がん剤治療等の現状—
大江 裕一郎 ● おおえ ゆういちろう
国立がん研究センター中央病院
副院長 / 呼吸器内科長

「がん患者の心理を理解する」 16

—職場でのサポートに活かすために—
清水 研 ● しみず けん
国立がん研究センター中央病院
精神腫瘍科 科長

HEALTH FORUM

サマーズリバーランド 32

五寶 誠一 ● ごほう せいいち
一般財団法人 日本健康文化振興会
常務理事

第46回生活習慣病指導専門職セミナー

「がん医療の最前線」

「がん治療について」 — 免疫療法・抗がん剤治療等の現状 —

大江 裕一郎 ● おおえ ゆういちろう

国立がん研究センター中央病院

副院長 / 呼吸器内科長



はじめに

平成29(2017)年人口動態統計より、わが国における主な死因別の年次推移を見ると、がんによる死亡数が第一位になっています。これは1981年にそれまで第一位だった脳血管疾患に代わってがんが死因の第一位になり、その後、総数でいうとがんによる死亡数がどんどん増えているような状況を示しています。

ただしこれを年齢調整死亡率で見ると、がんによる死亡率は減っているのです。しかし、日本では高齢化が非常に進んでいて、高齢になるほどがんによる死亡率が高くなりますから、粗死亡率に関しては今後も増えてくると予想されています。

本日は、最初、現在のがんに関する状況を確認した上で、本題である「がんの治療法」にお話を進めていきたいと思えます。

■ がんに関する統計 ■

資料1のがんに関する統計を見ると、2017年がんの年間死亡者数は約37万人です。男性が約22万人、女性が約15万人で日本人の約3人に1人ががんで亡くなっています。

次に罹患数を見ると、年間約100万人のがんに罹患すると言われています。また生涯でがん罹患する確率を見ると、男性62%、女性47%で日本

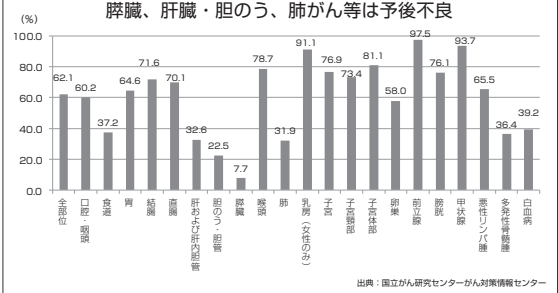
<資料1> がんに関する統計

| 項目 | 現状 | 出典 |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 死亡数 | 総数37万3,334人(全死因に対し27.9%) [男性 22万3,998人(全死因に対し31.9%) [女性 15万2,936人(全死因に対し23.5%) → “日本人の3人に1人ががんで死亡” | 人口動態統計(2017年) |
| 罹患数 | 99万5,132例(上皮内がんを含まない) [男性 56万6,575例 多い部位: ①胃、②前立腺、③大腸、④肺、⑤肝臓 [女性 42万8,499例 多い部位: ①乳房、②大腸、③胃、④肺、⑤子宮 | 全国がん登録報告2016年速報(2016年) |
| 生涯リスク | 男性: 62%、女性: 47% → “日本人の2人に1人ががんになる” | 国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値(2014年) |
| 受療患者 | 継続的な医療を受けていると推計される者は178.2万人 ・ 調査日に入院中と推計される者は12万6,100人 ・ 外来受診したと推計される者は18万3,600人 | 患者調査(2017年) |
| がん医療費 | 3兆7,067億円 ※ 医科診療医療費全体の12.3% | 国民医療費(2016年度) |

人の2人に1人が生涯でがん罹患するというような時代になっています。

がんの医療を受けている人は、約180万人で、がん医療費は約3兆7,000億円とされていますが、これはわが国の医科診療医療費全体の12.3%となっています。

<資料2> 部位別の5年相対生存率(%) (地域がん登録 2006-2008年診断例)



一口にがんと言っても、治りやすいがんから、なかなか治りにくいがんまであります。

資料2は、2006-2008年の部位別の5年相対生存率を表しています。5年相対生存率とは、あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかを示すものです。表を見ると、乳がんや前立腺がん、甲状腺がんなどは90%を超えています。これらのがんは、がん

なっても多くの方が治癒しているがんと言えます。これに対して対照的なのは、例えば膵臓がんです。膵臓がんだと5年相対生存率が7.7%です。それから胆嚢がん、肝臓がん、肺がんなども非常に予後が悪いというので、いわゆる難治がんと言われているがんです。

全がんの5年相対生存率の推移で見ると、1990年代の初め頃にがんになった人は、5年相対生存率が50%くらいでした。2006年～2008年頃にがんと診断された人は、5年相対生存率が62.1%で60%を超えています。年々、がん医療が進歩してがんに罹ったとしても大体3分の2くらいの人は、5年生存しているという状況になっています。

がん治療（放射線療法、化学療法、手術療法）の進歩は目覚しく、生存率はさらに上昇しています。

次に、医科診療医療費に占めるがん医療費の割合を見てみましょう。

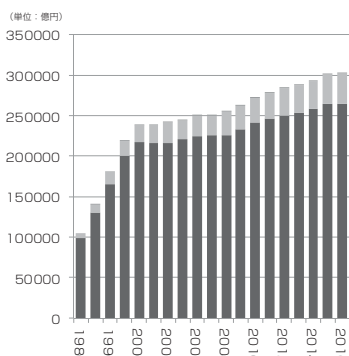
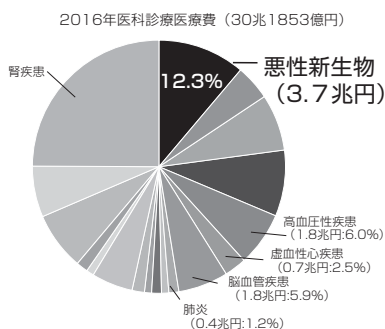
2016年の医科診療医療費は、約30兆1,800億円と言われています。その内がんにかかる医療費が3.7兆円で全体の12.3%です。

がんとは別になりますが、この円グラフで驚くのは、腎疾患です。つまり、人工透析などにかかる医療費が莫大で、日本全体の医療費の実に4分の1が使われているということです。

■ がんの治療方法 ■

<資料3>

医科診療医療費に占めるがん医療費の割合 がん医療費は増加傾向



「国民医療費（政策統括官付参事官付保健統計室）」

<資料4>

がんの治療方法

- **内視鏡治療**
内視鏡的粘膜切除術（EMR）、内視鏡的粘膜下層はく離術（ESD）、レーザー治療
- **手術**
開腹開胸手術、鏡視下手術、ロボット手術
- **放射線治療**
外照射（リニアック、陽子線、重粒子線）、内照射（小線源治療、アイントープ治療）
定位照射（IMRT、サイバーナイフ、ガンマナイフ etc）
- **薬物治療**
殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬、ホルモン療法
- **緩和ケア**

がんの治療方法はいろいろありますが、資料4を参考にしながら確認していきましょう。

*内視鏡治療

内視鏡を使って病変を取る方法で、早期のがんに対して有効です。内視鏡的粘膜切除術（EMR）、内視鏡的粘膜下層剝離術（ESD）、レーザー治療などがあります。

*手術

従来から行われている開腹手術や開胸手術。それから最近とくに行われるようになったのが鏡視下手術で、胸腔鏡や腹腔鏡などを使って行う手術のことです。さらに進化したものとしては、鏡視下手術と似ているのですが、手術支援ロボットを使っ

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

て行うロボット支援下手術があります。

*放射線治療

放射線治療にはいろいろな種類があって、大きく分けると外照射と内照射に分けられます。外照射は、外から放射線をあてるような治療です。内照射は、外から放射線をあてるのではなく放射線を出すような金属を、例えば前立腺に埋め込んだり、子宮に針を埋め込んだりして、身体の中から放射線を照射する方法です。また、アイソトープを使った治療もあります。例えば、甲状腺がんに対して放射線コードを使って治療するのも放射線治療になります。

最近よく耳にすることがあるかと思いますが、定位照射というものがあります。これは放射線の外照射の一つで、なるべく正常組織に放射線がかからないように、病変にピンポイントで照射する技術です。IMRTといわれるような方法やサイバーナイフ、ガンマナイフなどが定位照射といわれるものです。

*薬物治療

薬物治療には、「殺細胞性抗がん剤」「分子標的治療薬」「免疫チェックポイント阻害薬」「ホルモン療法薬(内分泌療法薬)」などがあります。ホルモン療法薬は、乳がんや前立腺がん、子宮体がんなどのホルモン依存性のがんに対して、ホルモンの分泌や働きを阻害する薬です。

*緩和ケア

緩和ケアは、がんに伴う心と体のさまざまな苦痛に対する症状を和らげ、自分らしく過ごせるようにする治療法です。緩和ケアは、がんが進行してからだけではなく、がんと診断されたときから、緩和ケアを一緒にやっていきましょうというような考え方になってきています。

これらの治療法が、どのように使い分けられているのかを、がんの病期別に表示したものが資料5です。

<資料5>

がんの治療方法

| | 病期 | 0期 | I期 | II期 | III期 | IV期・再発 |
|-----|-------|-------|-------------|---------|------------|-------------|
| | 状態 | 上皮内がん | 早期 | やや進行 | 局所進行 | 遠隔転移 |
| 治療法 | 内視鏡治療 | ◎ | ○ | | | |
| | 手術 | ○ | ◎ | ◎ | ○ | |
| | 放射線治療 | | ○ (定位照射) | ◎ | ◎ | ◎ (緩和照射) |
| | 薬物治療 | | ○ | (手術と併用) | (放射線治療と併用) | (単独) |
| | 緩和ケア | △ | △ | △ | ○ | ◎ |

0期というのは、上皮内がんというごく早期のがんです。0期以降I期、II期、III期、IV期というように病期が進むに従って、ステージが上がっていきます。

0期は、上皮内がんて粘膜内にがんが留まっているがんです。

I期は、早期と書いていますが、比較的進行していないがんです。

II期は、I期よりもやや進行したがんて、大きさが少し大きいなど、肺がんていうと、肺の付け根のリンパ節に転移しているような進行度のがんがII期となります。

III期は、局所進行がんて、遠隔転移はないもののリンパ節に転移がかなりあるというようながんがIII期になります。

IV期・再発している場合は、遠隔転移があるようながんになります。例えば、肺がんが脳や骨に転移しているようながんてです。

先述した治療法は、やはり病気の進行度によって適応になるものが変わってきます。資料5を参照しながら治療法のお話をしていきます。

内視鏡治療の一番いい適応は、上皮内がんと呼ばれるような、ごく早期のがんてです。例えば、胃がんでも大腸がんでもごく早期の上皮内がんに対して

は、手術をしなくても内視鏡でがんが取れて治癒します。また、もう少し進行したものでも遠隔転移がなければ内視鏡で治療できることも少なくありません。

次が手術ですが、Ⅰ期、Ⅱ期になると、やはり手術が中心的な治療法になります。Ⅲ期も一部がんの種類によって手術できる場合もありますが、少し進行してくると手術だけでは厳しくなってきます。

放射線の治療も、Ⅰ期のがんであれば手術ができれば手術をしますが、肺がんなどでは高齢、合併症などで手術ができない患者さんに対しては定位照射をして治療することも実際に行われていて、それほど悪くない成績が残されています。Ⅲ期の進行したがんに対しては、放射線治療を行うことが多いですし、Ⅳ期で遠隔転移のあるような患者さんに対しては、がんを治すための放射線治療というわけではありませんが、緩和照射といってがんの症状を和らげるための治療を行っています。例えば、脳に転移があつて麻痺が出ているような場合、その症状を取るために脳に放射線をかけます。骨に転移があつて痛みがある場合にも痛みを取るために放射線をかけるなど、緩和照射といわれるものが、Ⅳ期の患者さんでも対象になります。

次に薬物治療ですが、Ⅰ期であれば内視鏡治療や手術だけで終わりですが、もう少し進んでⅡ期になると、手術をした後に抗がん剤を使うという使い方がされます。Ⅲ期になると、抗がん剤と放射線治療が併用されます。そしてⅣ期になると、単独で薬物治療をしていくという形になります。

最後に緩和ケアですが、基本的にはがんと診断されたときから必要になってきますが、上皮内がんの患者さんに緩和ケアが必要かといえば、あまり必要ではないかもしれません。しかし、Ⅳ期や再発の患者さんに対しては、非常に重要な役割を担っています。

一肺がんの治療を考えるー

肺がんの治療を考えるときは、大きく分けて、非小細胞肺がんと小細胞肺がんに分けて考えます。

<資料6>

肺がんの標準治療

| 非小細胞肺がん | | 小細胞肺がん | |
|--------------|------------------------------------------|----------|---------------------------------|
| 病期 | 標準治療 | 病期 | 標準治療 |
| IA1-IA2 | 手術 → 化学療法 | I | 手術 → 化学療法 |
| IA3 | | | |
| IB | | | |
| IIA | | | |
| IIB | | | |
| IIIA | 手術 → 化学療法 化学療法 → 手術 放射線治療+化学療法+ICI | LD (限局型) | 化学療法 + 放射線治療 → 予防的全脳照射 (CR例) |
| IIBB IIIC | 放射線治療+化学療法+ICI | | |
| IVA IVB | 化学療法/分子標的治療/ICI | ED (進展型) | 化学療法 |

ICI: 免疫チェックポイント阻害薬

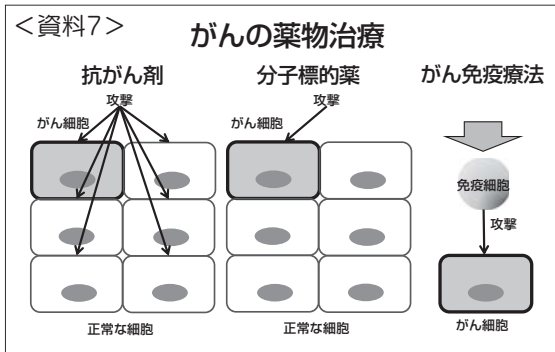
*非小細胞肺がんの場合

非小細胞肺がんの場合には、比較的早期であれば手術だけで治ります。少し進行してⅡ期になると手術後の化学療法(抗がん剤による薬物療法)が勧められます。Ⅲ期になると、手術ができれば手術をしますが、切除不能となれば化学療法+放射線治療となります。最近では、それに免疫チェックポイント阻害薬を併用するというのが標準的な治療になっています。遠隔転移のあるⅣ期の患者さんには、化学療法を中心にいきますが、人によって化学療法を行う場合もあるし、分子標的薬を使う場合もあるし、免疫チェックポイント阻害薬を使う場合もあります。そしてそれらを併用する場合もあります。

*小細胞肺がんの場合

小細胞肺がんは、手術が可能な早期に発見されることは非常に少ないのですが、Ⅰ期で手術が可能な場合には手術をして、術後に化学療法を行います。転移のない限局型の患者さんには、化学療法と放射線治療を行い、その後に予防的に脳に放射線を照射します。Ⅳ期の進展型の患者さんに対しては化学療法単独で治療を行います。

■ がんの薬物治療 ■



がんの薬物治療について、資料7を参考に整理をしておきましょう。

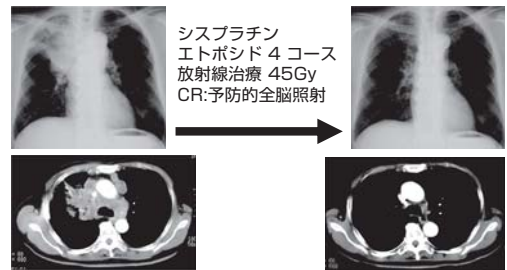
一般的に抗がん剤と呼ばれる殺細胞性抗がん剤は、基本的に細胞に対する細胞毒のようなものなので、がん細胞にも効くし、正常細胞にも障害を起こします。ただし、がん細胞の方がより障害が大きいこと、それから、その障害からの修復ががん細胞の方が悪いということで、正常細胞よりはがん細胞の方にダメージが大きいという、そのような治療になります。

次に、分子標的薬は、がん細胞が特異的にもつ分子を標的にしてつくられた薬です。ですから、一般的な抗がん剤よりは副作用が少ないのですが、副作用が決してないわけではありません。場合によっては命に関わるような重篤な副作用が出ることもあります。「分子標的薬は、殺細胞性抗がん剤とは異なる副作用が出るかもしれない薬である」ことを理解して、安全に治療を続けていくことが必要です。

もう一つはがん免疫療法です。現在日本では、免疫チェックポイント阻害薬という薬が使われています。この薬自体はがん細胞に作用するのではなく、身体の中の免疫細胞に作用して免疫細胞を活性化させ、がん細胞を攻撃するというタイプの治療薬です。

<資料8>

限局型小細胞肺がんの標準的治療



資料8に示すのは、一つの例ですが、限局型小細胞肺がんの標準的治療を示しています。レントゲンを見ると、右上部の肺にもやややっとしている部分、CTで見ると色が変わっている部分が全部がん細胞です。

このような患者さんでも、遠隔転移がなければ、化学療法と放射線で治療し、よく効いたら予防的に全脳照射をかけるという治療によってかなりの確率で、がんの兆候がすべてなくなる「完全奏功」(CR: complete response)という状態にまで持っていくことができます。

現在、限局型小細胞肺がんだと、30%くらいの人が抗がん剤と放射線で治ります。

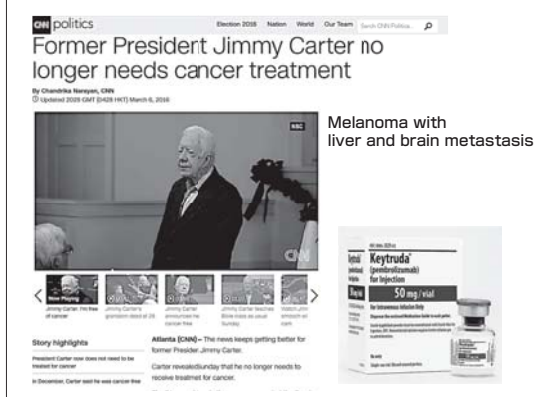
がん免疫療法

がんの免疫療法についてお話ししたいと思います。

資料9に写っている人は、アメリカの何代か前の大統領であるジミー・カーター氏です。そこに書かれているのはジミー・カーター氏が、がんの治療をもうこれ以上受けなくてもよくなったと書いてあるのです。彼の病気はメラノーマ(悪性黒色腫)という皮膚のがんです。肝転移や脳転移があったということですからかなり厳しい状況でした。その人が、ペンブロリズマブ(商品名:キイトルーダ)という免疫チェックポイント阻害薬で治療を受けたと

ころ劇的によく効いて、もうがんの治療をしなくてよくなったというので、アメリカで非常に注目されました。

<資料9>



免疫チェックポイント阻害薬の一つに、CTLA-4(細胞障害性Tリンパ球抗原4:T細胞の表面にある免疫チェックポイント分子)に対する抗体イピリムマブ(商品名:ヤーボイ)があります。

現在、よく知られているPD-1に対する抗体ニボルマブ(商品名:オプジーボ)やPD-L1に対する抗体は、開発が始まってまだ10年も経っていないので10年間の成績がないのですが、CTLA-4に対する抗体ヤーボイは、開発されたのが早いので10年間の成績があります。

<資料10>

免疫チェックポイント阻害薬の適応症

| 標的分子 | 薬剤 | 適応がん種 |
|--------|----------|----------------------------------------------|
| CTLA-4 | イピリムマブ | メラノーマ、腎細胞がん |
| PD-1 | ニボルマブ | メラノーマ、非小細胞肺癌、腎細胞がん、頭頸部がん、ホジキンリンパ腫、胃癌、悪性胸腺中皮腫 |
| | ペンブロリズマブ | メラノーマ、非小細胞肺癌、ホジキンリンパ腫、尿路上皮がん、MSI-High固形がん |
| PD-L1 | アベルマブ | メルケル細胞がん |
| | アテゾリズマブ | 非小細胞肺癌 |
| | デュルバルマブ | 非小細胞肺癌 |

2019年6月現在

適応がん種であるメラノーマ(悪性黒色腫)の患

者さんの場合、確かに治療を開始して3年間くらいまでは亡くなる患者さんが多いのですが、3年を超えると、ほとんどの患者さんが亡くならないで、10年間で見ると、20%くらいの方がずっと生存されています。ですからこの20%の患者さんは、この薬剤によってがんが治癒したのではないかと思います。

現在、がん免疫療法で一番注目されているのは、今までのように生存を延ばすというよりも、全ての患者さんではないのですが、長期生存の可能性など、場合によってはがんが治癒するということが出てくるのではないかとというのが、とても期待されている治療法なのです。

現在日本で使える免疫チェックポイント阻害薬は、資料10に示している6種類です。

CTLA-4に対する抗体がイピリムマブ(商品名:ヤーボイ)というお薬で、メラノーマと腎細胞がん保険が通っています。PD-1に対する抗体は、ニボルマブ(商品名:オプジーボ)とペンブロリズマブ(商品名:キイトルーダ)で、いろいろながん種に保険が通っています。PD-L1に対する抗体も示してあるとおりです。

PD-1の抗体であるペンブロリズマブ(商品名:キイトルーダ)の適応がん種にMSI-High固形がんがあります。これはがん化学療法後に増悪した進行・再発のMSI-High(高頻度マイクロサテライト不安定性)を有する、標準的な治療が困難な固形がんに対して、キイトルーダの保険適応が認められているのです。

*マイクロサテライト不安定性固形がん (MSI-High固形がん)

細胞は常に分裂を繰り返していますが、細胞分裂してDNAが複製されるときに、ある一定の頻度で塩基の読み込み間違いが起きます。これは普通に起きていることで、間違えて読み込んだとし

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

でも、それを修復する機構があるので、正常な遺伝子に修復され、めったにがん化することはありません。

ところが人によっては、その修復機構が非常に落ちていて、正常な遺伝子に戻らずに間違った塩基のまま残って蓄積されてしまう人がいます。そのような状態をマイクロサテライト不安定性と言います。

これは、遺伝子に傷が生じたとき(遺伝子複製のミス)の修復機構に欠損があるため、遺伝子に複数の傷が生じている状態のことをいい、この状態はがん組織でも検出されます。マイクロサテライト不安定性を有する人ががんを発症した場合には、がん種にかかわらずペンプロリスマブ(商品名:キイトルーダ)が適応になります。

また、遺伝的にミスマッチの修復遺伝子に変異していることでがんが発症しやすい体質を「リンチ症候群」と言いますが、家族性のがんが多発したり、1人の患者さんに対して何回もがんを発症するような病気です。

ー免疫チェックポイント阻害薬によるがん治療ー

<資料11>

免疫とがん

免疫細胞はがん細胞を認識すると活性化して、がん細胞を攻撃します

がん細胞 免疫細胞

攻撃指示

がん細胞が免疫細胞に攻撃停止を命令し、免疫細胞の攻撃が停止します

がん細胞 免疫細胞

攻撃停止指示

免疫チェックポイント阻害薬がなぜがんに効くのかをお話します。

がん細胞というものは、もともと正常な細胞の遺伝子に変化を起こして、いびつな細胞として認識されたものです。がん細胞には表面に目印(がん

抗原と呼ばれるタンパク質)があり、免疫細胞は、この目印を見つけると、がん細胞を異物とみなして攻撃します。ただし、がん細胞の方も、その攻撃をブロックするような機序を持っていて、がん細胞の表面にPD-L1という分子が出ていて、それが免疫細胞の表面にあるPD-1と結合すると、免疫細胞はがん細胞を攻撃することができなくなってしまいます。そのため、がん細胞はどんどん増え続けます。

今までの免疫の薬は、免疫の攻撃力を高めようとする、車で言うと、アクセルを踏み込む免疫療法が開発されていました。

しかし、免疫チェックポイント阻害薬というのは、がん細胞が免疫細胞に攻撃停止を命令し、免疫細胞の攻撃が停止した時に(車で言うとブレーキがかかったときに)、その攻撃停止の指示を遮る、つまり、免疫細胞にかかっているブレーキを外してあげるような薬の機序なのです。PD-L1とPD-1の結合でブレーキがかかっているのを外すようなお薬です。

<資料12>

免疫チェックポイント阻害薬によるがん治療

様々ながんにおいて、従来の治療に比べ、効果が優れる事が、大規模比較臨床試験で証明されています。

| | | 免疫を増強する物質や細胞を投与する | | 免疫の抑制を解除する |
|--------------------|--------|-------------------|------------|---------------|
| 体内で免疫を增强する | 能動免疫療法 | 非特異的免疫賦活薬 | サイトカイン療法 | 免疫チェックポイント阻害薬 |
| | | がんワクチン療法 | 樹状細胞療法 | |
| | | 養子免疫療法 | 非特異的リンパ球療法 | |
| 体外で増やした免疫細胞や抗体を入れる | | がん抗原特異的T細胞療法 | 抗体療法 | — |

免疫療法も、有効性が科学的に証明されているのは免疫チェックポイント阻害薬だけですが、他にも免疫を増強する樹状細胞療法やがんワクチン療法など、インターネットで検索すると数多く出てきます。しかし、免疫チェックポイント阻害薬が、これらの免疫療法と異なるのは、がんに対して有効で

あるということが科学的に証明され、保険で認められているか、いないかということなのです。

皆さんの記憶にまだ新しいかもしれませんが、2018年のノーベル医学生理学賞は、京都大学の本庶 佑先生とMDアンダーソンがんセンターのジェームズ・アリソン先生のお二人に授与されました。

お二人は、体の免疫機構にブレーキをかけるしくみが、がんを攻撃する免疫応答を抑制していることを発見し、このブレーキを解除する薬剤を新たに作り、がんを攻撃する新たな治療法を実現させました。本庶先生は、PD-1に対する抗体、免疫チェックポイント阻害薬ニボルマブ(オプジーボ)の開発に関わった功績により、そしてジェームズ・アリソン先生は、CTLA-4に対する抗体、免疫チェックポイント阻害薬イピリムマブ(ヤーボイ)の開発に関わった功績によりノーベル賞を受賞されました。

<資料13>

ノーベル医学生理学賞 2018



本 庶 佑
京都大学

抗PD-1抗体：ニボルマブ（オプジーボ®）



ジェームズ・アリソン
MDアンダーソンがんセンター

抗CTLA-4抗体：イピリムマブ（ヤーボイ®）

免疫チェックポイント阻害薬の作用や効果の現れ方には、従来の殺細胞性抗がん剤を用いた治療とは異なる特徴があります。それは、免疫チェックポイント阻害薬で治療した患者さんの方が長期生存が可能になるということが科学的に証明されているということなのです。

免疫チェックポイント阻害薬の効果を示すとき

によく用いられるのが、カプランマイヤー曲線と呼ばれる生存曲線で、生存割合が時間の経過によって変化する様子を示すものです。従来の殺細胞性抗がん剤を用いたときは、多くの場合で時間の経過とともに曲線は下降していきませんが、免疫チェックポイント阻害薬による治療では、途中から下降することなくほぼ水平に伸び続けるのです。

これは何百人という患者さんを対象にした大きな比較試験によるデータでも有効性が示されていて、免疫チェックポイント阻害薬が効いた患者さんが長期生存していることを示しています。

*免疫チェックポイント阻害薬併用療法

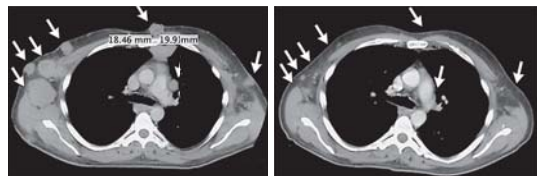
ニボルマブ(オプジーボ)+イピリムマブ(ヤーボイ)

現在、免疫チェックポイント阻害薬を併用する研究が盛んに行われていて、実際に悪性黒色腫(メラノーマ)と腎細胞がんでは、併用で治療が行われ保険も適応になっています。

<資料14>

ニボルマブとイピリムマブの併用

悪性黒色腫



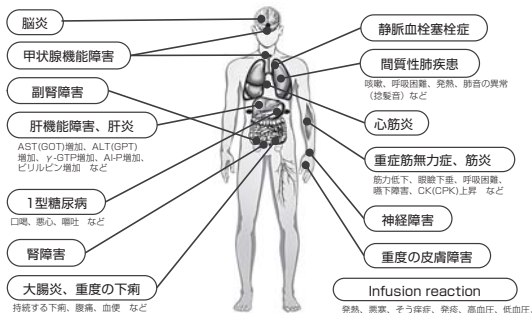
Welchok JD, et al. N Engl J Med 369: 122, 2013

資料14の矢印で示してあるボコボコボコとあるものは、がんが転移しているところですが、免疫チェックポイント阻害薬の併用療法で非常に良くなった例を示しています。

しかし、このような治療には副作用もあって、とくにこの2剤併用は副作用的にはかなり厳しい治療であるということも覚えておいてください。

<資料15>

免疫チェックポイント阻害薬の 免疫介在性副作用



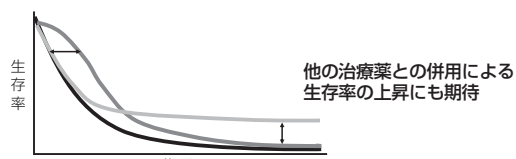
どのような副作用があるかを、資料15に示してありますが基本的には多岐にわたる副作用が出ます。

免疫チェックポイント阻害薬の場合は、免疫にかかっているブレーキを解除するために免疫反応が過剰になって起こってくる副作用です。ブレーキが外れると、アクセル踏み間違えなどで車が暴走することがあるのと同じように、免疫チェックポイント阻害薬も「がん」だけに効いていけばいいのですが、時として暴走し、間質性肺炎を起こしたり、脳炎を起こしたり、甲状腺機能低下、免疫性の肝障害、ひどい大腸炎、劇症1型糖尿病など、様々な副作用を起こします。治療を受ける患者さんのうち2-3割の人に、免疫に関連した副作用が出てくるので非常に注意が必要です。

<資料16>

がん免疫療法への期待

免疫チェックポイント阻害薬による長期生存の可能性



- コントロール群
- 化学療法・分子標的薬
- がん免疫療法（免疫チェックポイント阻害薬）

- ・ これまでの治療法では生存延長は限定的である
- ・ 免疫チェックポイント阻害による治療は、長期生存の可能性がある

これまでの治療法は、生存期間を延ばそうという治療でしたが、免疫チェックポイント阻害薬による治療は、長期生存、また治癒の可能性があるという点が、一番期待されているところかと思えます。

分子標的治療

分子標的薬とは、がん細胞の増殖に関係する分子(タンパク)や、栄養を運ぶ血管、がんを攻撃する免疫に関係するタンパク質などを標的にしてがんを攻撃する薬です。

フィラデルフィア染色体とは、慢性骨髄性白血病にみられる染色体の異常です。この染色体異常にともなう異常な遺伝子により作られるタンパクの働きを特異的に抑える分子標的薬が開発され、慢性骨髄性白血病の治療は大きく進歩しました。

フィラデルフィア染色体は、9番染色体と22番染色体の転座によって生じた異常な染色体のことです。

もともと9番染色体上にあるABL遺伝子と、22番染色体上にあるBCR遺伝子が新たに結合してBCR-ABL融合遺伝子が出来、これが慢性骨髄性白血病の原因遺伝子であることが分かりました。このBCR-ABL融合遺伝子は、細胞の中にBcr-Ablタンパクを作り、このタンパクから異常な増殖信号が出てくることによって細胞ががん化するということが分かり、このBcr-Ablタンパクの働きを抑える分子標的薬イマチニブ(グリーベック)が開発されました。この薬が従来のインターフェロン治療に比べて、慢性骨髄性白血病に非常によく効くということが分かったのです。

現在、がんの原因となるような遺伝子変異が一番多く分かっているものは、肺がんです。

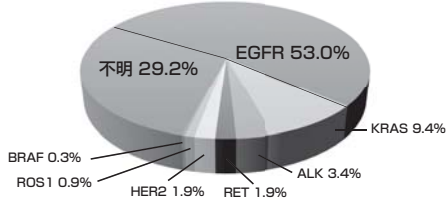
資料17は、日本人の肺腺がんではどのような遺伝子変異があるかを見たものです。

<資料17>

日本人肺腺がんのドライバー遺伝子変化の頻度

国立がん研究センター中央病院, n=319 stage I-II

ドライバー遺伝子変化は相互排他的



Kohno T, et al. Cancer Sci 104: 1396, 2013

国立がん研究センター中央病院のデータで、日本人の肺腺がんにおける遺伝子変異の頻度を見ると、EGFR遺伝子に変異がある人が約半分です。さらにKRASが9.4%、ALKが3.4%というように、様々な遺伝子変異が見つかっています。これらの変異は相互排他的と言われていて、つまりEGFRに遺伝子変異がある患者さんは、基本的には他の遺伝子変異はないということです。例えばEGFRとALKを両方持っている人は基本的にはありません。原因となる遺伝子はどれか一つです。

2002年に、ゲフィチニブ(イレッサ)が出たときには、わずか2か月間薬を飲んだだけで、転移していた肺がんが非常によくなった例を見て衝撃を受けたことを覚えています。しかし、もっと衝撃を受けたのは、この非常によく効くゲフィチニブ(イレッサ)が、1700名くらいの患者さんを対象に大規模な臨床試験を行ってみると、プラセボ群(偽薬)と比べて、延命効果が若干上にはいつているのですが、有意ではなかったという点です。つまり統計学的には生存の延長が示せなかったのです。

当時は何故かというのが分からなかったのですが、後になって、このEGFRの阻害薬であるゲフィチニブ(イレッサ)が効く人というのは、EGFR遺伝子に変異がある患者さんだということが分かりました。逆に言えば、EGFR遺伝子に変異がない人にはあまり効かないということが分かったのです。

これはどのようなことかというのを説明しましょう。正常な細胞の場合、細胞が増殖するには増殖因子が必要になります。EGFRは受容体といわれるもので、EGFRのRはレセプターという意味です。増殖因子が受容体にくっつくと活性化されて、そこから増殖信号が細胞の核に伝わり細胞は増殖します。ある程度増殖してこれ以上増殖する必要がなくなると増殖因子は出なくなり、細胞が無尽蔵に増殖することはありません。このように正常細胞というのは増殖が制御されているのです。

一方、EGFR遺伝子に変異のあるがん細胞はどうかということ、受容体(EGFR)が壊れているので、増殖因子が受容体にくっつかなくても、受容体から勝手に増殖シグナルが出てきて、細胞の増殖の制御が効かない状態になり、細胞が限りなく増殖してしまいます。それが、がん化です。

ですから、EGFR遺伝子変異のあるがん患者さんに対しては、このEGFRの機能を抑える薬剤を使うことにより増殖を止めることができるため、現在EGFR阻害薬が使われているのです。

肺がんに関して最近注目されているトピックは、2007年に現在国立がん研究センター研究所の所長である間野博行先生らが、肺腺がんの細胞から肺がんの原因となる新たな融合遺伝子EML4-ALKを発見したことです。

ALK融合遺伝子を持つ肺がんは、肺腺がんの患者さんの4-5%に見つかるといわれています。細胞増殖をつかさどる酵素の一種であるALKが、EML4と融合すると活性化され、その結果として細胞増殖シグナルを恒常的に活性化し続けることで細胞ががん化します。

このALK陽性肺腺がんに対しては、ALK阻害薬を使ってALK融合タンパクの機能を抑え、増殖シグナルが出ないようにすることで、がん細胞に対する治療効果が期待できるのです。

現在は、第2世代ALK阻害薬アレクチニブとい

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

う薬が主に使われていますが、ALK陽性肺がんの患者さんには、奏効率93.5%、またCRといってがんが消えるような人が19.6%という高い効果が得られる薬剤です。3年の無増悪生存率(がんが悪くならないで生存している期間)が62%です。何も治療しなければ平均の生存期間が半年というようなⅣ期の肺がんの患者さんが、今や3年の無増悪生存期間が60%を超えるというのです。

アレクチニブは、最初の開発からまだ8年くらいしか経っていませんが、その頃からこの薬を飲み続け、現在、元気に通院している患者さんもしらっしゃり、非常に効果が期待されている薬剤です。また、この薬の特徴は副作用が非常に軽いことです。患者さんは普通に生活しながら外来に通ってこられます。

肺がんの場合、現在、大きく分けてこの四つの遺伝子変異に対して、それぞれの分子標的薬が承認され使えるようになっています。

日々いろいろな薬が承認される中で、その後、エヌトレクチニブというNTRK融合遺伝子変異に対して効く分子標的薬が承認されました。この薬は、肺がんの場合、頻度が1%以下と非常に少ないごくごく稀にしか見つからない遺伝子変異なのですが、そのような患者さんに対しても薬が使えるようになったのです。

NTRK融合遺伝子変異がある患者さん、肺がんの他にも肉腫や乳がん、特殊な唾液腺がんなどに対して、この薬剤(エヌトレクチニブ)を使うと、がんが小さくなり抑えられているというデータが出ています。しかし、遺伝子変異があるかどうかを調べないとこの薬剤が使えるかは分からないので、遺伝子を調べていくということが大事になってきます。

エヌトレクチニブが適用となるのは、NTRK融合遺伝子陽性の進行再発固形がんであって、この遺伝子変異があれば、どのようなタイプのがんであってもこのお薬が使えます。

先ほど、肺がんにおけるALK融合遺伝子変異のお話をしましたが、ALK融合遺伝子変異は元々、悪性リンパ腫で見つかった融合遺伝子です。見つかったのは1994年ですから、かなり前から悪性リンパ腫や白血病ではこのような融合遺伝子があるということが分かっていました。

しかし、2007年に肺腺がんの細胞から肺がんの原因となるEML4-ALK融合遺伝子が発見されたことが、肺がん以外にも、頻度は低いですが、様々な種類のがんにおいてALK融合遺伝子やALK関連がんの発見につながりました。そして、肺がん以外のALK融合遺伝子陽性のがん患者さんにも、ALK阻害薬が有効である可能性があることがお分かりいただけるかと思います。

<資料18>

日本人肺腺がんのドライバー遺伝子変化と分子標的薬

| 遺伝子異常 | 頻度 | 分子標的薬 |
|------------------------|--------|--------------------------------------------------|
| EGFR遺伝子変異 | 40-50% | ゲフィチニブ、エルロチニブ、アファチニブ、オシメルチニブ、ダコミチニブ |
| ALK融合遺伝子 | 5% | クリゾチニブ、アレクチニブ、セリチニブ、ロルラチニブ |
| ROS1融合遺伝子 | 1-2% | クリゾチニブ |
| BRAF遺伝子変異 V600 | 1-2% | ダブラフェニブ+トラメチニブ |
| NTRK融合遺伝子 | <1% | エヌトレクチニブ |
| BRAF遺伝子変異 G466V, Y472C | ? | Dasatinib |
| RET融合遺伝子 | 1-2% | Vandetanib, Cabozantinib, LOXO-292, BLU-667, etc |
| MET遺伝子増幅・変異 | 2% | Crizotinib, Capmatinib, Tepotinib, etc |
| HER2遺伝子増幅・変異 | 3% | Afatinib, DS-8201a, etc |
| RAS遺伝子変異 | 10% | AMG510 (KRAS G12C) |
| NRG1融合遺伝子 | 1% | Afatinib, etc |

未承認

例えば、EGFR遺伝子に変異がある患者さんには、現在、オシメルチニブという分子標的薬を使いますが、奏効率80%です。また、ALK融合遺伝子変異の患者さんに対してはアレクチニブという薬剤を使いますが、なんと奏効率は90%以上です。ROS1融合遺伝子変異の患者さんには、クリゾチニブという薬剤を使うと奏効率が72%、BRAF遺伝子変異の患者さんに対しても、効果の高い分子標的薬があって、かなりがんが小さくなって抑えられています。

■ がんゲノム医療 ■

がんゲノム医療は、がん患者さんの遺伝子情報を網羅的に調べ、その結果に基づいて治療の選択をするがんの個別化治療の一つです。これを担う新しい検査法である「遺伝子パネル検査」が2019年6月1日、保険適応になりました。

保険診療のための要件として、局所進行もしくは転移が認められ、標準的治療が全て終わっている固形がん患者さんで、なおかつ元気で、もし何か遺伝子変異が見つかって適応する薬があった場合には、その治療の対象になるという条件が揃っている患者さんが対象になります。ですから、誰もがゲノム医療を受けられるわけではありません。がんと診断されたから、いきなり、がんゲノム医療で遺伝子を調べてくださいというわけにはいきません。

現在、国立がん研究センターでも保険診療としてのがんゲノム医療が開始されたところです。

<資料19>

遺伝子、ゲノムとは何か？



遺伝子：Gene = タンパク質を作る単位
ヒトは約23,000種類の遺伝子を持つ

+

-ome 「全体、かたまり」を表す接尾語

||

Genome (ゲノム)

ある生物種が持つ遺伝情報総体

ゲノムとは、遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体を意味しています。英語でGeneとは、遺伝子の配列を基に作られるタンパク質の設計図のようなものです。ヒトでは、約23,000種類の遺伝子を持っていると言われています。-omeは、「全体、かたまり」を表す接尾語になるので、Genome (ゲノム)とは、生物が持つ遺伝子をはじめとした

遺伝情報を全部ひっくるめてゲノムという言い方をするので。

ですから、ゲノム医療というのは、がん患者さんの遺伝子情報を網羅的に調べ、その結果に基づいて治療の選択をする医療です。つまり、「がんの原因となる遺伝子の変化に適切に対応した薬を使っていく」医療と考えると分かりやすいのではないかと思います。

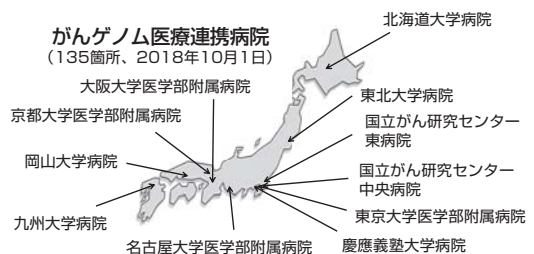
遺伝子と聞くと、「がんは遺伝するのだろうか？」と考える人がいるかもしれませんが、ほとんどのがんは遺伝により発生するものではありません。がんは遺伝子の病気ですが遺伝病ではないのです。がんは体細胞(精子・卵子以外の細胞)のゲノムの後天的変異による疾患であってそれ自体は子孫に伝わりません。

ただし、生まれながらにしてがんになりやすい遺伝子変異があると、次の世代にその変異が受け継がれる場合があります。「生殖細胞の変異」で、男性では精子、女性では卵子になる細胞の遺伝子変異です。生殖細胞の遺伝子の変異は子供や孫に受け継がれます。

がんゲノム医療は、どこで受けることができるのでしょうか。実際、遺伝子検査は基本的には検査会社が行いますので遺伝子解析はどこでもできます。しかし、がんゲノム医療を行う病院は決まっているのです。

<資料20>

がんゲノム医療中核拠点病院の決定 (2018年2月14日)



第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

検査会社に出して遺伝子を調べたら、それががんゲノム医療ができるのではないかとと思われるかもしれませんが、そう簡単ではありません。

がんゲノム医療は、現在、がん遺伝子パネル検査によって、100～300もの多数の遺伝子を同時に調べ、遺伝子変異があれば、その報告が来るようになっています。

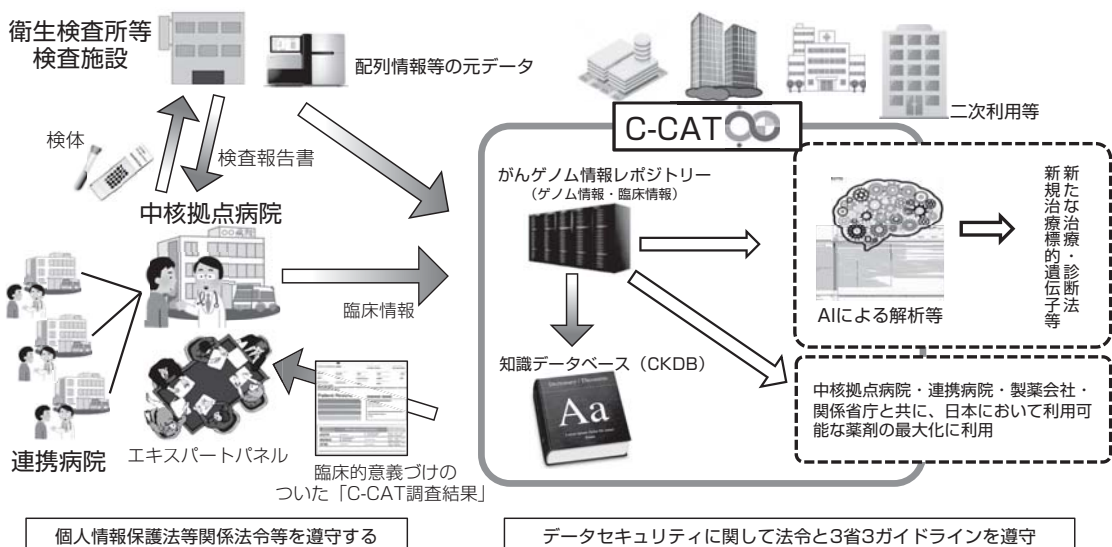
検査会社から却ってきた検査結果は、それを基にエキスパートパネルといって専門家の集団、例えば、腫瘍内科医や分子生物学の専門家、遺伝の専門家などが集まって、遺伝子異常の意義について議論し検討されます。そこで、効果が期待できそうな医薬品や国内の治験や臨床試験情報が付記されて、その結果が主治医のもとに返されるのです。

繰り返しになりますが、検査自体は検査会社が行い、その検査結果を、がんゲノム医療中核拠点病院に設置されているエキスパートパネル(専門家会議)で議論し、そこで作成される報告書が主治医の元に返されます。

しかし、がん遺伝子パネル検査で見つかる遺伝子異常が、そのがんにとって病的意義があるかどうか、さらには患者さんが生まれ持った遺伝子の変化ではないか、などといった点を調べるには、やはりデータベースがないと調べられません。それも一人で簡単にはできませんし、そのような遺伝子の新しい変化の情報も日に日に変わっていきます。そこで、そのようなもののデータベースを作らないといけないというので、国立がん研究センター内にがんゲノム情報管理センター

<資料21>

我が国のがんゲノム医療体制



2018年6月1日 がんゲノム情報管理センター記者発表会 がんゲノム情報管理センター資料より改変

を作って、患者さんから得られた遺伝情報を管理して、がんゲノム医療に必要な知識データベースとして蓄え、患者さんの治療に役立てようというシステムが現在走り出そうとしています。しかしながら非常にややこしい問題があります。

一つは、がんゲノム医療というと患者さんの多くは、遺伝子パネル検査を行うと、「自分に最適な抗がん剤が見つかるんだな」と思われるのですが、決してそのようなことはありません。

肺がんの患者さんの場合、遺伝子を調べるとかなりの確率で最適な抗がん剤が見つかりますが、がんゲノム医療の対象というのは、肺がんなどで見つかった遺伝子は一応全部調べた上で、何もなかった人たち、例えば、胃がんのように、普通はあまりそのような遺伝子変異がない患者さんや希少がんなどの患者さんが対象になるのです。そのような患者さんに遺伝子検査をしても、治療につながる遺伝子の変異が見つかる確率は10%程度と言われているのです。つまり、最適な抗がん剤にたどり着く人は10人に1人いるかいないかです。

もう一つの問題点は、たとえ最適な抗がん剤が見つかったとしても保険が適応にならない場合があることです。例えば胃がんの患者さんで、ALK融合遺伝子変異が見つかったとしても保険では使えません。保険が適応になるのはALK陽性肺腺がんの患者さんだけなのです。

このようにまだまだ問題が山積しています。

今までは、肺がんであれば肺がんに対して効果がある薬剤を使っていました。胃がんであれば胃がんに対して効果のある薬、大腸がんであれば大腸がんに対して効果のある薬というように。

しかし現在の医療は、例えば、マイクロサテライト不安定性を有する固形がん(MSI-High固形がん)に対しては、どのようながん種に対してもペンブロリズマブ(キイトルーダ)を使いましょ

う。NTRK融合遺伝子陽性の固形がんに対しては、エントロクチニブを使いましょう。ALK融合遺伝子変異陽性のがんであれば保険は使えませんが、アレクチニブを使いましょう。というように臓器別から遺伝子別の治療になってくるかもしれない。

さらに様々な遺伝子変異が見つかってくると、それに対して新しい薬剤がどんどん開発されてくるのではないかと思います。

ーがんの克服ー

現在、年間約37万人ががんで亡くなっています。そして罹患数を見ると、年間約100万人ががんに罹患すると言われています。その内の約3分の2の方は、内視鏡治療や手術などによって治っています。薬や放射線治療で治っている人もいますが、薬で治っている人は少数派です。

死亡率を下げるために、一つは検診などによってがんを早期発見することです。もう一つは、新しい治療法を開発して死亡する患者さんを少なくすることです。

また、全体の発症率が下がれば、がんで亡くなる人は減りますから予防が大事になります。一番簡単なことは「禁煙」です。2019年7月から健康増進法が改正されて、望まない受動喫煙を防止するための取り組みにより発症率の低下が期待されます。しかし、まだまだですので「喫煙対策」は今後も大事な課題として取り組んでいかなくてはいけないと思います。

(2019.7.4 浜離宮朝日ホールにて 大江裕一郎先生講演要旨)

第46回生活習慣病指導専門職セミナー

「がん医療の最前線」

「がん患者の心理を理解する」 — 職場でのサポートに活かすために —

清水 研●しみず けん

国立がん研究センター中央病院

精神腫瘍科 科長



はじめに

精神腫瘍科は、がんの患者さんご家族を対象にした心のケアを担当する部門で、精神科医や心療内科医が所属しています。私自身、国立がん研究センターで2003年からこの仕事に従事しており、毎年200人くらいの方とお会いしておりますので、数えてみるともう3,500人以上の方からお話を伺ってまいりました。

最初は本当にどう対応していいか困ることが多くて、今も悩みながらやっているところもありますが、多くのがん患者さんの心の声に耳を傾けてきた経験から、がん患者さんの心理はこのようなものではないかということをお話させていただければと思います。

本日は、私自身の経験と一般的な心理学などの知見を基にお話をさせていただきます。心理学というものは、一般的な人間にみられる平均的な傾向をベースに成り立っておりますので、もし皆さんの中でご自身ががんを体験されたとして、「ちょっと自分とは違うな」というように思われても、それは無理がないことだと思います。100人の方がいれば、100通りのがん体験があるということを申し添えて本日の講演を始めたいと思います。

最初に皆さんとイメージを共有するために、実際の患者さんを基に、少し背景を変えたAさんの症例(資料1)をご紹介します。

告知直後、ご本人は、「本当に頭が真っ白になった」

<資料1>

Aさん 27歳男性

大学卒業後、資格取得を目指して2年が経過していた。

体重が減少し、医療機関を受診し、精査後にスキルス胃がんの診断を受けた。すでに遠隔転移を認めており、根治的な治療は難しいとのことだった。

告知直後は頭が真っ白になるとともに、これが現実のこととはにわかに理解し難かった。その日の夜はほとんど眠れなかったが、翌朝目覚めたときに、やはりこれは現実なんだという思いと、激しい絶望感が襲った。

がん告知の1週間後、飲酒後にハルシオン10錠を内服してぐったりしているところを父親が発見。病院に搬送されたが命に別状はない。念のために入院となった。

とおっしゃっていました。一般的に、人は想定をはるかに超えるようなショックな現実を突きつけられると、心の機能がばらばらになってしまうことがあります。Aさんも、「担当医が私に説明してくれる内容は理解できたが、それが、映画でも見ているような、現実かどうかという実感が全然なかった」ということを言っていました。その日の夜はほとんど眠れなかったのですが、翌朝少しだけ眠って目覚めたときに、激しい絶望感と実感が襲ってきたとおっしゃっていました。

がん告知の1週間後に、お酒をたくさん飲んで、睡眠薬のハルシオンを10錠同時に内服してお風呂に入って死のうと思われたらしいのですが、お父さんに発見されて病院に搬送されました。命に別状はありませんでしたが、念のために入院となりました。

■ がん患者の心理を理解する ■

1. がんを体験した「こころ」
2. がんを体験した「こころ」が新たな視点に至るまで
3. カウンセリング —話を聴くこと—
4. 現実と向き合う準備ができていない患者さん

本日は、上記の4つについてお話ししたいと思います。

1. がんを体験した「こころ」

がんを体験すると、人のこころはどうなってしまうのでしょうか。

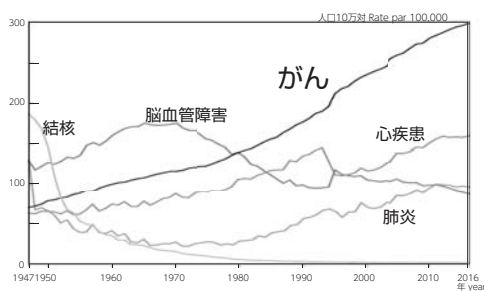
一つ目の選択肢は、『大きなショックを受ける』絶望してうつ状態になり、自殺してしまう人さえもいます。

二つ目の選択肢は、『人間的に成長し、人生について深く考えるようになる』限られた時間を意識することから、一日一日が貴重となり、ほんとうに大切だと思える時間の過ごし方を考えるようになる。

この二つはどちらもほんとうだということを、この後お話ししていきたいと思えます。

<資料2>

我が国の死因別死亡率年次推移



日本人の2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで亡くなる時代
公益財団法人 がん研究振興財団 がんの統計2017

資料2は、日本人がどのような疾患で亡くなっているのかを年次推移で示しています。横軸が年代を表していて、一番左が第二次世界大戦終戦直後の1947年、一番右が2016年です。

戦後は結核や肺炎などの感染症で多くの方が亡くなる時代があって、そのあとは脳血管障害で多くの方が亡くなりました。そして、1981年から一貫して右肩上がりが増えていのががんです。これは、日本人が長生きをするようになったことの現れでもありますが、現在は、日本人の2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで亡くなる時代だと言われています。やはり、がんというものは心理学的な意味からすると、どうしても死を意識する病気なのです。

<資料3>

がん罹患に伴う様々なストレス(喪失体験)

- ・人生そのものに対する脅威 - 死
- ・身体的苦痛 - 疼痛、倦怠感、治療の副作用
- ・機能障害 - 食事、排泄、運動機能、生殖機能、発声
- ・ボディイメージ - 乳房喪失、むいそう、脱毛
- ・社会的苦痛 - 仕事、学業、経済、対人関係

多面的かつ複合的な喪失体験である

人は、がんに罹患するとどのようなストレスを体験するのでしょうか。

まず、自分の人生そのものが死によって奪い取られてしまうかもしれない脅威、死と向き合わなくてはなりません。それだけではなく、身体的な苦痛もあります。がんそのものによる痛みや倦怠感、あるいはがん治療による痛みや副作用などもあります。

がんの部位によっては食事がとれなくなったり、人工肛門にしたために排泄機能に障害が起こったり、骨肉腫で足を切断したために運動機能が損なわれるなどさまざまな機能の障害が起きることがあります。また女性が乳がんのために乳房を失ったり、自分の肉体を誇らしく思っていた人が、がんに罹患したために痩せてしまうというようなボディイメージの問題もあります。また、病気のため仕事や学業を休まざるを得ない時、その結果として経済や対人関係の問題など社会的な苦痛が生じることもあります。このようなさまざまな喪失体験が複合的にやってくるのが、がんに特徴的なことではないかと思えます。

*がん患者のスピリチュアルペイン(生きがいの喪失)

～時々遭遇する臨床的難問～

今まで当たり前のようにできていたことができなくなると、生きがいを失ってしまう方もいらっしゃって、私たちも実際に臨床現場で悩むことがあります。

生きがいとは、専門家の言葉で「スピリチュアリ

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

ティ」と言いますが、
「個人が意味と目的を求め、機会、自己、他者、そして自然や重要なものまたは聖なるものとのつながりを経験する方法に関連する人間性の側面」と定義されています。このまま読むと、よく分からないと思われる方が多いと思うのですが、要するに、皆さんが今日一日、「ああ、生きていてよかったな」と思えるのはどんなときでしょうか。恐らく、この中に「機会、自己、他者」とありますが、今日自分が誰とどのような体験をしたかということの中に、充実感を見つけられるのではないかと思います。

ただ、私たちがこの地球という場所で今日生きているということが、広い宇宙の中ではどんな意味を持っているのか考えることも、生きがいや生きる意味の根っこと繋がっていきます。

では、自分が死ぬということを考えるとどうでしょうか。「自分の人生は何だったのか」、「今日一日こうしていることに意味があるのか」という考えも広がっていくのではないのでしょうか。

スピリチュアルペイン(生きがいの喪失)とは、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義されますが、時にこの生きがいの喪失ということが、がんなどの病気になると起きてくるのです。

がんはどうしても死を意識する病気です。では、人が「死」を恐れるのは何故か？について考えてみましょう。

例えば、2018年に女優の樹木希林さんがお亡くなりになって、彼女が生前言った「死は悪いものではないんだ」という言葉が社会に広まりました。それはやはり、社会一般が、死は悪いものだと思っている裏返しなのではないかと思うのです。

心理学の領域では、なぜ人が死を恐れるのかについていくつか概念化されています。だいたい三つくらいに分けられますが、第一に、多くの方が、まず死に至るまでの過程に恐怖を覚えると言われています。

<資料4>

人が「死」を恐れるのは何故か？

1. 死に至までの過程に対する恐怖
 - 最後はどんなふうにしむのだろうか
 - がんによる痛みはつらいのだろうか
2. 自分がいなくなることによって生じる現実的な問題
 - まだ子供が小さいので子供の将来のことが心配
 - 高齢の両親が悲しむし、その世話はどうするのか？
 - 今取り組んでいるライフワークが未完
3. 自分が消滅するという恐怖
 - 死後の世界は？
 - 自分が消滅するってどういうこと？

ひとつずつ考えることで漠然とした恐れが理解できるものになる

「死ぬ前にはどんなふうにしむのだろうか」、「がんによる痛みはつらいのだろうか」などと皆さん恐れるわけです。第二に、自分がいなくなることによって起こってくるさまざまな問題があります。例えば、小さな子供がいるご両親であれば、子供の将来が心配でしょうし、高齢の両親のことを心配する方もいらっしゃるでしょう。また、今取り組んでいるライフワークを完成させることなく終わってしまうと悩む方もいらっしゃるでしょう。第三に、魂の死などと言いますが、自分が死んだらどうなるのかは、科学でも説明が難しいので、死後の世界を理解できないということに恐れを抱く方もいらっしゃいます。

これらについては、一つ一つよく考えていくことで、ある程度理解できたり対処できたりするものに変わっていくことがあります。

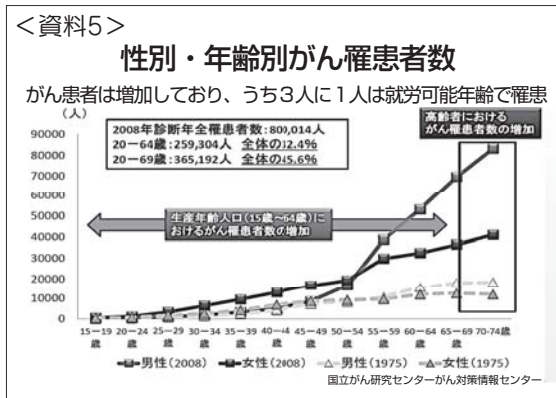
第一に関しては、現在、身体症状緩和など、さまざまな医療技術が進んでいるので、きちんと準備をすることができるかもしれません。

第二に関しても、もちろん諦めなくてはいけないことはあるかも知れませんが、それなりの準備をすることもできます。

第三に関しても、自分が死んだとしても自分のことは大切な人の思い出の中に残っていくのだというように理解して、死と向き合っていく方もいらっしゃいます。

—がん患者の就労支援の現状と復職支援—

*がん患者の増加、3人に1人は就労可能年齢で罹患



資料5の性別・年齢別がん罹患患者数の度数分布図を見ると、高齢者はもちろん多いのですが、いわゆる生産年齢といわれる15歳～64歳のがん罹患患者数の割合が32.4%となっており、3人に1人くらいは就労可能年齢でがん罹患しています。

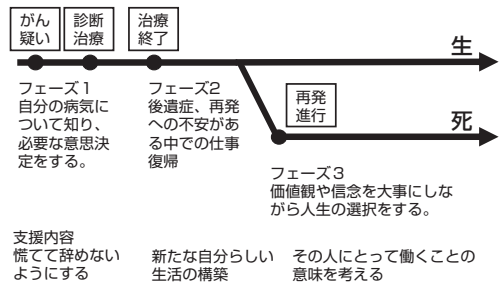
働くがん体験者を取り巻く人間関係もなかなかたいへんで、がん罹患すると、医療機関では、患者としての立場で担当の医師や看護師の他、薬剤師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーなど、いろいろな職種の人とコミュニケーションをとらなければなりません。

職場においては、労働者の立場で、産業保健スタッフや職場関係者、社会保険労務士などによってさまざまな取り組みがなされます。

では、医療機関と職場がお互いに有機的にコミュニケーションがとれているかという、決してそうではないので、がん患者さんご自身が、「病院ではこういうふうに言われた」、「職場ではこういう状況だ」と、両方の場の橋渡しをする必要が出てくるわけです。また、地域では家族や友人、さまざまなネットワークの中での役割もあります。当事者と医療機関・職場・地域という三つの場で、それぞれの役割を取らなければならないのです。

<資料6>

がんの臨床経過と復職支援



就労世代のがん患者さんが増加している中で、復職支援という側面からすると、患者さんが、がん治療の中でどの時期にいるかによっても主眼が変わってくると言われてます。資料6は、がんの臨床経過と復職支援を表していますが、がんにまつわるこの問題というのは、実は診断前から始まっています。皆さんががん検診に行かれて、例えば、便潜血反応が陽性だと言われたら、その時点から不安な気持ちが始まります。そして実際ががんの告知を受けると、頭が真っ白になるような状況の中で、まず自分の病気がどのようなものを理解して、治療のことや仕事のことなど、さまざまなことを決めていかなくてはなりません。

このようなときに大切なのは、もう頭が真っ白になって慌てて辞表を出してしまうようなことはしないで、「慌てないで、よく考えよう」と言ってあげるのが大切な支援になります。

一通りの治療が終わって復職するときは、周りから見ると元どおりになったように見えても、実は後遺症に苦しんでいたり、あるいはまた病気が出てくるかもしれないという不安を抱えながら仕事に復帰しているわけですから、簡単ではありませんが、ご本人が新たな自分らしい生活を構築できるように支援していくことが大切かと思います。

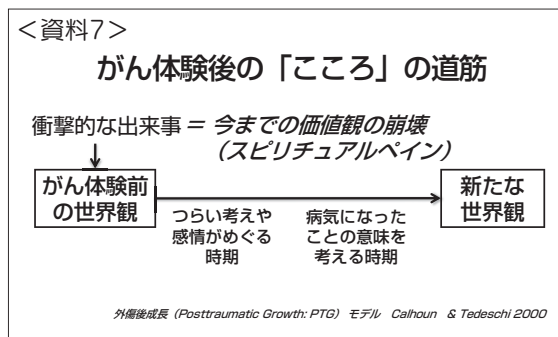
また、がんが再発した後も仕事を続ける人は大勢いらっしゃいますが、この時期になると、限られた時間の中でどのような価値観や信念を大事にしな

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

がら生きていったらよいのかを考えるようになります。私たち医師は、その人にとって働くということの意味は何なのかを共に考えて、それを共有することが必要なのではないかと思います。

一受け容れ難い経験をした後の「こころ」の道筋一

ここからまた、がんを体験した「こころ」が、時間軸の中でどのように変化していくかを考えていきます。



資料7は、心理学の外傷後成長モデルを使って説明したものです。図を見ながらご紹介していきます。

人はがんを体験する前にも、その人が生きていく前提となるような世界観を持っています。例えば、私は現在自分の平均寿命を考えるとまだ10年、20年、30年と人生が続いていくのではないかという世界観を持って生きています。しかし、もし私が次の検診で進行した肺がんだと告げられたら、自分の人生がまだ長く続いていくという前提は崩れ去ってしまいます。

そうすると一気に体験前の価値観が崩壊して、場合によっては一時期、生きがいが見えなくなってしまうかもしれません。このようなときに最初に起こるのは、悲しみや怒り、辛い考えなどの感情がところをめぐります。この辛い考えや感情は止むことはありませんが、でもだんだんと、病気になったこと自体は変えられないのだというあきらめのような、受け入れるような感覚が出てきて、喪失と向き合うようになります。そして、病気になった人生をどう生

きていったらいいのだろうということを積極的に考えるようになります。そうすることによって、病気になった自分を前提とした新たな世界観が出来上がってくると言われていました。

イメージしやすいように、先ほどご紹介したAさんの実例を交えながら紹介していきたいと思います。

Aさんは、突然の進行したがんの告知を受けて絶望して自殺企画をしました。

Aさんは告知直後の心境について、「がんになって、今までの努力が全て無に帰した。自分に残された時間は限られている。生きる意味も感じられない。なげやりな気持ちだ。」と話されました。「今まで10年、20年先の将来を目指して頑張ってきたんだ。突然残された時間はわずかだと言われてもどうしてよいかわからない。仕事に取り組み、結婚して家族を得たいと思っていたが、それはかないそうにない。ヒントを求めていくつかなの本を読んだが、どれも長生きする前提で書かれているので、気が滅入るだけだった。」

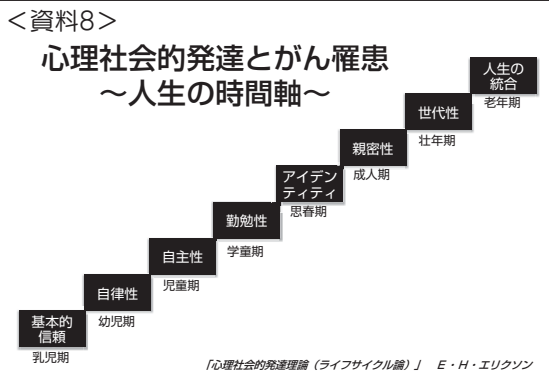
20代というものは、基本的には未来のことを頭に描いて生きる世代ではないかと思います。20代の課題に没頭していたAさんが、がんの告知により、間もなく自分は死ぬのだという現実と直面して、人生の意味や目的を見失ってしまうのは、無理のないことだと思いました。

「20代の課題」という言葉が出てきましたので、人間が生まれてから亡くなっていくまでに、どのようなライフサイクルがあるのかをご紹介します。

*心理社会的発達理論(ライフサイクル論)

E・H・エリクソン

エリクソンが提唱した理論は、「心理社会的発達理論」と呼ばれていて、人間の発達段階を8つに分けています。各発達段階には、その時期それぞれの課題があります。



「乳児期」という発達段階では、両親から愛情を受けて、お腹がすいたときはお母さんがおっぱいをくれるということを体験して、この世の中は安心なのだ、自分はあるがままの姿でここにいていいのだという信頼感を得るとというのが最初の課題です。

幼児期になると、排泄はトイレでしなくてはいけないなど、やってはいけないことを覚えるというのが課題としてあって、小学校に入るころは、いろいろなことを自主的に行う、勉強などを一生懸命するという勤勉性を学んでいきます。

第二次性徴期になると、周りから見える自分というものも意識するので、社会の中で自分はどのような人間でありたいのか、また、どのようなことをやっていきたいのかというアイデンティティを意識していくわけです。

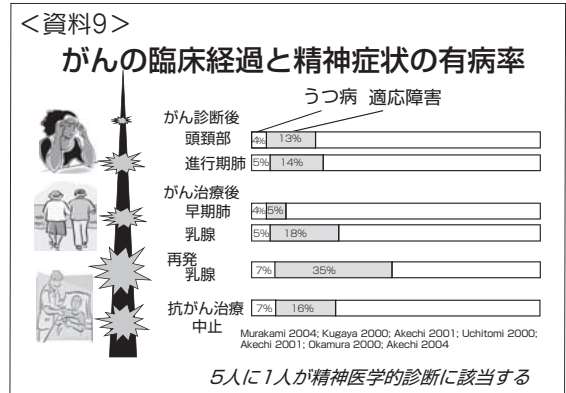
実際に20代後半や30代になっていくと、新たな家族や友人との長期的・安定的な関係を通し、親しい人間関係を築いていきます。だんだんと、自分に何かできるというよりも、子供を育てたり、職場の後進を育成したりなど自身が属する共同体において次の世代を育成するという役割が出てきます。

最近では老年期が長いと言いますが、自分の人生を振り返ったときに、意味があるものだったと思えることが最後の課題であると言えます。

このような人生の時間軸の中で、がんを体験するというのは、非常に大きな衝撃があるわけなのです。

先述のAさんは、「まだまだ自分は死ぬなんてことは考えなくてもいいんだ」と、将来の社会の中での自分の役割などを一生懸命考えていたものが、程なく自らの死が訪れることを意味する進行がんの告知を受けて、非常に辛い考えや感情がめぐったという経過が見てとれるのではないのでしょうか。

やはり、がん告知直後は精神的な危機の時期でもあります。うつ病や適応障害など精神症状を起こす場合や、Aさんの例のように、自殺という問題も出てきます。



資料9は、がんを体験された方が、どれぐらいうつ病や適応障害などの精神症状に罹患するかを調査したものです。この中の6個の棒グラフそれぞれが、一つひとつの調査研究です。がんの診断後、がんの臨床経過にはいろいろな時期がありますが、うつ病の診断に該当する方が5%前後、適応障害まで合わせると5人に1人が精神医学的診断に該当することが示されています。

また別な調査で、40代から60代までの日本人約10万人を1990年代から2010年代まで追跡した大規模な疫学調査があり、その結果を見ると、がんになっていない人の自殺率を1とすると、がんになって1年以内の人の自殺率は23.9に上るという衝撃的な結果が出ています。

1年を超えると1.1に下がり、がんになっていない人とそれほど変わりません。ここからも、がん罹

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

患直後がもっとも心が追いつめられていることを示唆しています。

ここまでさまざまなお話をしてきましたが、がんを体験した「こころ」のまとめを下記に示します。

がん体験というものは、その人が無意識のうちに想定していた世界観が根底から覆されるという体験であることがあって、新たな世界観が構築されるまでに道筋が必要となることもあります。

程なく自らの死が訪れることを意味する進行がんの告知を受けた直後は危機的な状況になり、うつ病や適応障害など、精神医学的診断に該当する方の割合は約20%、自殺率は一般人口の約24倍とされています。

2. がんを体験した「こころ」が新たな視点に至るまで

受け入れ難い経験をした後の「こころ」が、どのように変化していくかをこれからお話ししたいと思います。

その出来事を体験していない立場である私たちが、本当に「悲惨」と思うような状況に置かれたとしても、当事者は適応していく力を持っているということを、私は日々感じています。

このように、がん告知直後のつらい時期に負の感情、つまり悲しみや怒りというものが大切な役割を担うことがあります。誰も悲しいことやつらい思いを体験されることはあると思うのですが、どんな時に悲しいのでしょうか。悲しむという感情が、どんな役割を持つかについて考えたことはあるでしょうか。

*悲しむということ

堀越 勝さんが著した、『感情の「みかた」』という本にはこのように書かれています。

<資料10> 悲しむということ

- ・ 悲しいということは、こころが痛い状態。「何かを失ったよ」ということを教えてくれます。
- ・ 人の前で涙をみせることはみっともないことではない。涙はこころの痛みをやわらげてくれます。
- ・ ひとり忍び泣くよりも、誰かの前で泣けることのほうが大事。こころの痛みは誰かに受け入れられたときに最もやわらぎます。
- ・ 悲しみをゆっくり味わうことで、わたしたちは、人にやさしくなれます。
- ・ もしこの世に天国があるとしたら、それはあなたが安心して涙を見せられる場所だと私は思います。

感情の「みかた」 堀越勝

「悲しむということの中に、ひとり忍び泣くよりも、誰かの前で泣けることのほうが大事。なぜなら、こころの痛みは誰かに受け入れられたときに最もやわらぎます。」と書いてありますが、実際泣いた後は、皆さん結構すっきりして清々しい気持ちになるという体験をされる方は多いのではないのでしょうか。またそのときに、誰かに受け入れてもらうと、さらに良くなるのです。このことを知ってから、私は自分の患者さんが私の前で泣いたときに、うろたえないで、「ああ、泣けてよかったな」と思えるようになりました。もしかしたら、私のことを信頼しているから、この場で涙を見せてくれたのか、というようにも思えるようになりました。

堀越先生は、「もしこの世に天国があるとしたら、それはあなたが安心して涙を見せられる場所だと思っています。」とおっしゃっておられます。

進行がん告知という衝撃的な出来事を体験した当事者の方に、「受け入れられないときはどうしたらいいのですか」と聞かれることがあります。そのときは、「受け入れられないという感情にふたをせずに、今は悲しみが必要な時期なのではないでしょうか」と申し上げることがあります。また、怒りというものも大切です。怒りとはどのような感情でしょうか。

*怒りとゆるし

「怒りは自分の大切な領域が、とくに理不尽に侵されたと感じるときに発動する感情」です。過去には、

このような怒りの感情で敵を追い出すなど、必要な感情だったと思いますが、現代は、怒りを爆発させると、人間関係に支障が生じてしまいます。しかし、ただ怒りを押し込めてしまうと、自分の領域が侵されっぱなしになって生きる喜びを失ってしまうので、怒りを押し込めてしまうのではなく、「自分は、今、ここが傷ついたな」と、まずは自分の領域が侵されたと感じることを認めて、それを誰かに告白できると良いのです。すると、怒りの感情というものは、それほど長続きはしないので、それがだんだんと悲しみに変わっていきます。悲しみは「自分にとって大切なものを失った」ときに生じる感情で、ここを癒す働きがあります。この作業を経て「ゆるし」というところにたどり着くのです。

たとえば、私は、自分の病気をなかなか発見してもらえなかったという患者さんの怒りを聞く機会がよくあります。怒っている方の話を聞くと、三つぐらい医療機関を回ってきたが、なぜあのとき、きちんとこちらの訴えを聞いてくれなかったのか、あのとき検査をしてくれていれば・・・ということをおっしゃいます。そのようなとき、私は、「そのとき、悔しい思いをされたのですね」、「それはとてもたいへんな体験でしたね」などと言いながら患者さんの話を聴いていきます。するとだんだんと、悔しさがなくなるわけではありませんが、そのことにこだわっていても自分にとってあまり得はないから、これからのことを考えますというように変わっていかれるのです。悔しい思いを押し込めずに、自分の在り方を認めていくということが大切なのではないかと思います。

こうした軌跡の先に、新たな世界観にたどり着くことができるのです。

資料11は、国立がん研究センターがん対策情報センター・がん情報サービスに掲載されている、がん体験者の手記です。

私自身は、なぜそのような心境になられるのか、あるいは、がんを体験して今まで気付かなかったこと

<資料11>

あるがん体験者の手記より

がんを告知されたとき、やはり死を意識しました。その後がん治療を受けるため、がんのことを勉強して、闘病記もたくさん読みました。

死をみつめることは、どう生きるかを見つめることだと気づきました。私は再発しましたが、限りある命を生きているという気持ちは常に持っています。日常の些細なことに感謝できるし、幸せを感じます。

がんになってしまったことは変えられません。それならば、自分の今までの人生を見直すよいチャンスととらえたほうが楽です。

つらいときもあるし、今後どうなるか不安でたまらなくなるときもあります。そんなときは、患者会などで、同じ体験をしている人と気持ちをわかち合うことで、自分ひとりじゃないとわかり、勇気がわかきます。

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービス
患者必携 がんになったら手にとるガイド

に気付いたというお話を伺うので、それはどのようなことなのだろうかと興味を持って、がん体験者19人の方にインタビュー調査をしてみました。そうすると、がん体験後に5つの「変わる道筋」があることが分かりました。

<資料12>

がん体験後の新しい世界観 ～5つの変化～

- | | |
|------------|-----------------------------------|
| ① 人生に対する感謝 | 一日一日を大切にできるようになった 生きていることに感謝する |
| ② 新たな視点 | 生きがいについて考える 人生の優先順位が変わる |
| ③ 他者との関係 | 周囲に支えられていることに気づく 人の痛みや苦しみがわかる |
| ④ 人間としての強さ | 人生の終わりを受け入れる 自分の気持ちに素直になる |
| ⑤ 精神的変容 | 超越的な力を感じる 然への感性が鋭敏になる |

清水ら がんを体験した19名のインタビュー調査より

19人の方に、この5つの変化すべてが起きるわけではないのですが、それぞれの人の考えの変化の内容を注意深く見ていくと、この5つのうちのいくつかに当てはまることが分かったのです。

5つの変化の中で、多くの人に最初に生じる変化が「人生に対する感謝」です。

がんになって人生が限られていると分かったと、逆に感謝の気持ちがわいてきた。「今日一日を生きていることが決して当たり前ではないんだ」という考

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

えが出てきて、その日を大切にできるようになった。そして、「今日一日を生きられることに感謝したい」とおっしゃいます。そうするとだんだん、大切な一日をどのように過ごしたらいいのか、生きがいについて考えたり、人生の優先順位が変わってきたりして、たとえば、それまでの人生はお金儲けのプライオリティが高かった人が、「いや、お金はどう使うかが大切なんだ」とおっしゃる方もおられました。

多くの方にとって、一番大事だと思うことは、自分にとって大切な人との関係です。病気になって、改めていろいろな人に支えられているということに気付かれる方や、逆に、人の痛みや苦しみが分かるようになったという方も多くいらっしゃいました。

このような状況でも、自分は結構強く生きられるのだと思われる方もいらっしゃいますし、今まで周りに気を遣って、自分を押し殺していた方が、自分の気持ちに素直に生きようというように変わっていかれる方もいらっしゃいます。

一部の方は、宗教的な視点が芽生えることもあります。また、自然への感性が鋭敏になり、これが生きていくうちに見られる最後の桜だと思って桜を見ると、今までとはまったく違う見え方がしたのだという方もいらっしゃいます。恐らく、その瞬間、瞬間にフォーカスしていくと、全然感覚が変わってくるということがあるのではないのでしょうか。

ここまで、がん体験というものは、「病気になって良かったとは決して思わないが、つらいことだけではなくて、自分にとって本当に大切なものに気付かせてくれる」という新たな視点に至るというお話をしてきました。

3. カウンセリング ～話を聴くこと～

ここからは、がんを体験した人にどのように関わっていくことができるのか、「話を聴く」という視点でお伝えしたいと思います。

がんを体験し大きなショックを受けてから、新たな世界観に至るまでのプロセスは、周囲の人が肩代わりすることができません。しかし、周りの働きかけが、このプロセスをサポートすることは科学的研究からも明らかにされています。このプロセスをサポートするのは、社会的サポート、温かいコミュニティが受け入れてくれるということが非常に大事だと思えます。

「つらかったんだ」、「こんなことが大変だったんだ」と語る当事者の話をきちんと聴いてくれる人がいることで、このプロセスが進みやすくなります。強調したいのは、語りの聴き手としての医療者が、その人の肩代わりをすることはできないけれど、話を聴くことで、その人はその状況と向き合う力を強めることができるのです。

では、当事者の話を聴くうえで、どのようなところにポイントを置いて聴いたらよいのでしょうか。

*話を聴くうえで大切なこと

<資料13>

話を聴くうえで大切なこと

- ①患者の悩みを理解しようとする
患者の悩みを理解するための質問を繰り返すこと。
そして〇〇で悩まれているのですねと伝えること。
- ②患者に対して心を開いていること
医療者が純粋に患者の力になろうとしていることが伝わっていること。
その結果として患者が医療者に心を開いていること。
- ③いっしょにあれこれ考えること
視点が狭まっている患者の考えを拡げること

友達と話をしている場合は、お互いに自分のことを半分ずつくらい話せばいいわけですが、ここではケアという意味での話を聴くということなので、友達と話をするのは少しモードが異なります。

話を聴くうえで一番基本となるのは、その人がどのように悩んでいるのか、あるいはどのように苦しんでいるのかをきちんと理解しようとする姿勢です。そして、きちんと理解するための質問を繰り返す必要があ

ります。そのうえで、「ああ、あなたはこういう問題でつらいんですね」とその人の悩みが少し理解できたときに、医療者の言葉で伝えてみるのが大切です。

もう一つは、少し抽象的なのですが、その人に対して心を開いていることです。それが医療者でなくても同じですが、純粋にその人の力になろうとしているのが伝わっているのが大切です。

がんを体験し、ところが傷ついている人は、「この人は本当に私の力になろうとしているのか？」というところに敏感だったりします。「何でも相談してくれよ」と言いながらも、気持ちがそこになかったとしたら、それは相手に敏感に伝わってしまうものです。そういう意味で、ところを開く準備がない患者さんもありますが、医療者が純粋に患者さんの力になろうとしていることが伝わって、患者さんも医療者にところを開いて自分のことを話そうと思えば、良好な関係ができて上がって、一緒にあれこれ考えることができるのです。

ここで、冒頭のAさんとのやり取りをご紹介します。皆さんであれば、どのように声をかけるかを考えながら聴いていただきたいと思います。

Aさんは、胃の進行がんの告知後に自殺企図をされた方で、私どもの病院に搬送され命に別状はありませんでしたが、念のため入院となった方です。次の日に担当の医師から、「Aさんのところのケアを担当する精神科医が後で来るから、何でも相談にのってもらったらいいよ」と言われました。

このようなときの患者さんの気持ちというものは、必ずしもウェルカムではないのではないのでしょうか。実際にAさんも、この精神科医が何をしてくれる存在か分からなかったし、また、初対面の人と接しなければならぬという煩わしさを感じたそうです。ただ、もしかしたら何か力になってくれるかもしれないという期待もあったそうです。

<資料14>

世界観の崩壊（スピリチュアルペイン）

Aさんは「がんになって、今までの努力が全て無に帰した。自分に残された時間は限られている。生きている意味も感じられない。なげやりな気持ちだ。」と話した。

「今まで10、20年先の将来を目指して頑張ってきた。突然残された時間はわずかだといわれてもどうしてよいかわからない。仕事に取り組み、結婚して家族を得たいと思っていたが、それはかなわなそうだ。ヒントを求めていくつか本を読んだが、どれも長生きする前提で書かれているので、気がめいるだけだった。」

20代の課題に没頭していたAさんが、がん告知後により死に直面し、人生の意味や目的を見失っている。

話を聴くうえで大切なこと

①患者の悩みを理解しようとする。が、やり取りの中に表われていますので、一緒に考えていただければと思います。これは、精神科医である私とのやり取りであり、必ずしもこれが答えというわけではありません。これが絶対という答えはないと思います。

Aさんは個室に入院していて、私はノックしてお邪魔しました。

清水 「初めまして。精神科医の清水と申します。少しお邪魔してもいいですか」と声を掛けました。

Aさんは、硬い症状のまま、小さい声で「はい」と答えられました。

私は、どうやら拒絶はされなかったな、くらいに思ったわけです。このようなとき、あまり回り道をしなくても仕方がないということを経験的に知っていましたので、このように伝えました。

清水 「今回、入院したいきさつを担当医の〇〇先生から伺いました。私たちにできることがあれば、お力になりたいと思っています。よろしければ、今一番困っていることを教えていただけないでしょうか」

そうするとAさんは、少し考え込まれた後にこのようにおっしゃいました。

Aさん 「がんになって、今までの努力が無に帰したんです。自分に残された時間は限られている。生きる

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

意味も感じられないのだ」と。このとき、皆さんであればどのように声を掛けるでしょうか。

私も、非常に緊張していたことを覚えています。Aさんのお役に立てるのだろうか。Aさんを傷つけてしまわないだろうか。と思う中で、Aさんが何か非常に絶望されているという感じが伝わってきたので、それがなぜか、を知りたいと思いこのように言ってみました。

清水 「今までの努力が無に帰したとは、どういうことでしょうか」

するとAさんは、このようにおっしゃいました。

Aさん 「今まで10年、20年先の将来を目指して頑張ってきたのに、突然残された時間はわずかだといわれても、どうしてよいかわからない」と。

私は「なるほど、将来が奪われたと思っているのか」と思ったので、

清水 「どんな将来を目指しておられたのですか」と聞いてみました。

Aさん 「将来、弁護士になりたいと思っていました。仕事に取り組んで、結婚して家族を得たいと思っていたんです。」

清水 「なるほど。そうだったんですね」

Aさん 「しかし、そういう将来は、この病気になることで崩れ去ったんです」、「どうしてよいか分からないし、もう希望もない」

このようなことを、やり取りの中でAさんが教えてくれました。これぐらい聴いていくと、「そうか、20代で将来をそのように描いて、そこに向かって頑張ろうとしていたことが、がん告知によって死に直面して目的を見失っているのか」と、私なりに理解したので、次のように伝えてみました。

清水 「描いていた将来像、目標が崩れ去ったと感じているんですね。だから今どうしてよいか分からないし、希望も持てないんですね」

Aさん 「ああ、そうなんです」とおっしゃってくださいました。

このようなやり取りで、わからないことをいろいろ聴いていき、「こういうことで困っているんですね」、「そうなんです」とお互いがその悩みを共有したところが、非常に大事なポイントです。

②患者に対して心を開いていること。に関して、この後のやり取りを通してご紹介したいと思います。

Aさん 「あと心配なのは体の症状ですね」、「腹痛とだるさがある。これからこの苦しさがどうなっていくのか・・・」

私は、症状を緩和するいろいろな技術があるということをお伝えすれば、安心してもらえるのではないかと考えて、このように言ってみました。

清水 「体の症状のことを心配されているんですね。今、緩和医療が進歩していて、ほとんどの体の苦痛は和らげることができます」と、

Aさん 「ああ、そうなんです」と言いながら、表情が曇って、「結局、後手後手に対応していくしかないってことですね」と言って、結構泣かれてしまいました。

私は安心してもらいたいと思って伝えたことが、逆に、Aさんにしたら、もっとがん自体をよくしてほしいというところに期待していたが、そうではないということをお伝えしてしまった形になり、悲しませてしまいました。

どのように伝えたらいいのだろうかと思いながらも、正直に、「落胆させてしまったのであれば、申し訳なく思います」と率直に私の気持ちをお伝えしました。このようなときに、「いや、自分は間違っていないんだ」、緩和医療で言えば「緩和医療っていいもんだから、そんな、大丈夫だよ」というような自分自身の立場を正当化するようなことを伝えようとしたら、Aさんはもしかしたら、この先生は自分を正当化することの方が大事なのだと感じ取って、こころを閉ざしてしまったかもしれません。

このときAさんは、申し訳ないと思っている私に対して、少しかばおうという気持ちが働いて、「先生は悪

くないんだ。病気が進行していくことを考えると、やりきれない気持ちになるんです。そして、とても怖い」と話され、怖いという気持ちを話してくれたので、私は「目標が見えないし、やりきれないし、とても怖いんですね」ということが伝えられるようになりました。「この状況をどのように考えれば、Aさんが少しでも楽になるのか、一緒に考えたいので、時々話をしませんか」と伝えたら、「こんな話をできる相手もいなかったんで、助かります」とおっしゃいました。

少し難しい説明かもしれませんが、やはり、私は医療者ですので、患者さんの役に立ちたい、患者さんのつらさを取り去りたいなどという野心のようなものがあるのですが、少しそこは置いておいて、純粋に患者さんのことを思いやっていくということが大切だと思っております。

③いっしょにあれこれ考えること。については、Aさんが少しでも楽になるように一緒に考えようということなので、次のようなやり取りをしました。

Aさん 「死から逃れられない自分は、将棋に例えれば詰んでいる状態だ。どう指しても詰みから逃れられない。詰んでいるけど、よい将棋を指そうとすることぐらいはできるかもしれないが…」と語られました。

将棋も最後の方になると、だんだん先が読めてきます。こうやっても、ああやっても、またさまざまパターンを見ていっても、自分の負けからはもう逃れられないのだということを、将棋の例えに込めて、自分の状況をおっしゃったわけです。そこで、

清水 「その将棋の例えで言うと、誰だって死は逃れられないんだから、手数は違うけど、詰んでいることには変わりないんじゃないかな」と答えました。「あなたは自分とは違う立場で、よくそんなこと言えるな」というように、不用意に言うとな怒られてしまうかもしれませんが、このときは一緒にあれこれ考えようという約束の下だったので、このように伝えてみたら、「ああ、そういう考えもあるかもしれない」と答

えて、しばらく黙られました。

自分の人生だけが閉じられているというイメージだったが、そうだと、誰もが死を前提に人生を生きているのだという視点がこのとき芽生えたと、後からおっしゃっていました。

その次の回は、比較的症状緩和がうまくいって、身体がつかなくなったということもあって表情が穏やかでした。

病気になる前はどのような生活だったか尋ねると、「遊んでいて自堕落な生活だった」と。大学を卒業した後も、学生生活の延長のような毎日であったことなど、いろいろと教えてくれました。「もっと毎日を大切に過ごしていればよかったと思いますよ」と話されました。

「過去は変えられないけど、これからはどのように過ごしたいんですか」と尋ねると、「今はそのことが自分にとって大切かもしれないですね」と話されました。

その後、ご本人より在宅で過ごしたいという意思表示があり、在宅医療に移行となりました。「帰ったら、何したいの」と聞いてみると、「行きつけの喫茶店でおいしいコーヒーを、香りを楽しみながら飲みたい。そして、両親に感謝の気持ちを伝えたい」とおっしゃっていました。

両親への感謝に関しては、退院前の外泊のときに自分の小さいころのアルバムを一つひとつ見ていたら、やはりまぎれもない両親の愛情がそこにあって、とても泣けてきたとおっしゃっていました。これからの時間の中で、両親に感謝の気持ちを伝えたいのだともおっしゃっていました。

先述の「話を聴くうえで大切なこと」の中にある、“②患者に対して心を開いていること”に関しては、結構難しいのではないかと思います。私たちが何か患者さんの力になろうと思っても、必ずしも心を開

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

いろいろな話してくれるわけではありません。また、まだ気持ちの準備ができていないときは、必ずしも心を開いたほうがよいとも限りません。

例えば、がんとは違う例ですが、東日本大震災で被災した現地の方々が大変だということで、カウンセラーのような人がたくさん行って、「現在の大変なお気持ちをお聴きします・・・」ということをやっていたら、避難所に、「カウンセラーお断り」という張り紙が出るようなことがあったそうです。

このように、まだ気持ちの準備ができていないときに、無理やり心の内を話してもらおうというのも、それが必ずしもよいとは限りません。心を開かなかつたとしても、それは失敗ではありません。「常にあなたのことを気にかけている。私に何かお手伝いできることがあればさせてください」という姿勢が大切なのではないかと思います。

ここまで、話を聴く側の心構えについてお話しましたが、患者の視点から、話を聴いてもらうということが、どのように役に立つのでしょうか。

一つは、先ほど怒りや悲しみの感情の意味についてお伝えしてきましたが、なかなかそれを出せる場がないこともあります。ですから、安心して怒ったり悲しんだりできる場は非常に大切です、力になってくれる存在を意識することは、その方の孤独感を癒す効果があるかもしれません。

また、やり取りの中で、自分の悩みを言葉にすることで自分自身を理解する。これは自らの物語であるのだということが理解できると、だんだん苦しい考えから解放されるということが起こるのです。

4. 現実と向き合う準備ができていない患者さん

出来事に向き合っている当事者は、適応していく力を持っていると申しましたが、そう簡単なことではない場合もあります。

状況があまりに圧倒的な場合、当事者は問題を抱えきれずに私たちを感情的に巻き込みながら病気に対処しようとする場合があります。

そのような時は私たちも戸惑いますが、自分を見失わないような心構えをすることで、その方を支えながら燃え尽きないような工夫ができます。

患者さんに「巻き込まれる」という言い方が適切かどうか分かりませんが、やはりその方と向き合っている中で、自分たちの気持ちもいろいろと揺れ動くのだという例を示したいと思います。

<資料15>

症例 Dさん

50代の男性 進行肺がん

会社員。妻と二人暮らし。

大酒家でヘビースモーカー。

妻によると気難しい性格で友人もあまりいないとのこと。病状が進行し、痛みや呼吸困難が強くなって来た。

緩和困難な疼痛⇒「医療っていうのは何もできないのか？」

採血失敗⇒「こんなに俺はつらい思いをしているのに、お前たちは俺を苦しめるのか？」

担当医、看護師は強い無力感を味わっている

外傷体験が未消化な患者はその感情をぶつけ、「悪い役割」を引き受けさせられる

資料15の症例「Dさん」は、病状が進行し、痛みや呼吸困難が強くなってくると、担当の医師に「俺はこんなにつらいんだ。医療っていうのは何もできないのか？」と言ったり、看護師さんが採血に失敗したりすると、「こんなに俺はつらい思いをしているのに、お前たちは俺を苦しめるのか？」などと言ったりします。

そうすると、主治医や看護師は、「自分たちは何もできていない、むしろ、本人を苦しめているのではないか」など、無力感や自分たちを責める気持ちが出てきたりするのです。

自分自身でやりきれない気持ちを消化できない患者さんの場合は、八つ当たりのような形で、周りの人にぶつけ、主治医や看護師など医療職が「悪い役割」を引き受けさせられることがあります。

逆のパターンもあります。

<資料16>

症例 Eさん

60代の女性 進行乳がん

ひとり暮らしで友人もいない。

最近積極的抗がん治療継続のメリットがないことが伝えられ、今後の療養をどうして行くかという話が出ている。

「私不安なの、少し話を聞いてくれる？」

「私のことをわかってくれるのはFさんだけよ」

「今晚はとても心細いの、お願いだから傍にいて、Fさんがいないと私どうにかになってしまいそう」

F看護師は当惑しながらも、彼女を放っておくことが出来ず、ベッドサイドに居る時間が長くなる。

外傷体験が未消化な患者はその感情をぶつけ、
「良い役割」を引き受けさせられる

Eさんの場合は、「今晚はとても心細いの、お願いだから傍にいてほしい。Fさんがいないと私どうにかになってしまいそう」と言われ、F看護師は、当惑しながらも放っておくことができず、Eさんのベッドサイドにいる時間が長くなり、その結果、他の患者さんのケアが滞ってしまうということが起きてしまうかもしれません。

あなたに助けてほしいというような感情を患者さんからぶつけられ、その人を助ける役割を引き受けさせられるということもあるのです。

*私たちの中にある不安定な要素

傷ついている方と向き合っていくというのは、私たちも結構気持ちの上で大変なことをやっているわけですが、私たち医療職の中にも不安定になりやすい要素があったりするので。その患者さんを自分が助けなければいけないというように思いすぎると、感情的に巻き込まれてしまいます。

私たち医療職は、自分が傷ついているからこそ、困っている人を助けたいというような動機付けがあったりしますが、例えば、自分の大切な人ががんだったから、がん医療を志したという場合は、その大切な人の面影があるような患者さんを見ると、「頑張らなきゃ!」という気持ちになるわけです。あるいは、良い医療者、できる医師、できる看護師としてのプライドを持って問題を解決したいというこころの動きがあるのかもしれませんが。

経験が浅い場合は、問題が生じた際に、自分に落ち度があったのではないかと感じてしまう傾向があります。「絶対に何とかしなくてはいけない」という自分の気持ちに注意しなければいけませんし、巻き込まれているときには、仲間と話し合う中で気付けることもあるのではないかと思います。

先ほどご紹介したDさんの例ですが、担当医に精神科の介入を勧められ、本人は断っていらっしまったのですが、何度も勧められるのでしぶしぶ承諾しました。精神科医も気が重いながら面談するためにベッドサイドに行きました。

清水 担当の先生(H先生)から聞いておられると思いますが、清水と申します。

Dさん ああ、精神科の先生だってね。私は別に困ってないけど、あなたに会って言われてるからさ。

清水 Dさんが私のことを必要としているというよりは、H先生が心配だから私がここに来ることになったみたいですね。

Dさん そうでしょ。

話を聴いてもらってH先生には言われたけど、それで何が変わるの？ 先生に何ができるわけ？

清水 H先生や私たちが安心してDさんの治療にあたるためにも、少しどういことを考えていらっしゃるのか教えてもらえませんか？

Dさん しょうがないな。

このように答えて、いろいろと話してくださいませ。Dさんのケアというよりは、Dさんのケアで悩んでいる医療者のケアをやっているような側面もあるのです。実際にDさんのお考えを聴くと、看護師さんとも実感を持って話ができます。

カンファレンスのときの看護師さんの声を挙げてみるとDさんについて、このように言っています。

「検温に行っても狸寝入りをよそおわれる。でもこっちの一挙手一投足を見逃さない感じで観察され

第46回 生活習慣病指導専門職セミナー

ているのがわかる」、「つらいんだろうなと思うから話を聴こうと思うんだけど、無視される」、「最初からよそよそしい感じがあった。初めの関りがうまうまかなかったから、こんなボタンの掛け違えができたのかしら」など…

「H先生は体の症状を聞いて、『今の治療を続けま
すね』しか言わない」など。少し怒りがH先生に向い
たりもします。

医療チームとしても困っているし迷っているのです。

傷ついている人とのやり取りの中で、私たち医療
者も傷つくことが多いのです。そこにもまず対処し
ていくことが、その方ときちんと向き合って、自分た
ちがベストを尽くしたという実感が持てることに
なっていくのではないかと思います。

では、そのようなときに何をしたらいいのでしょ
うか？

<資料17>

チームの目標を達成するために行う事3つ

1. チームの根底にある感情についてきちんと話すこと
特に触れたいことを取って言葉にすること
「あの患者さんの言葉はきついよね…傷つよね…」
患者に対する恐怖感や怒りの感情を表出し、自分たちの苦勞を
ねぎらうことは医療者チームが機能するために大切な作業である
2. 医療チームの課題をあきらかにすること
「難しい人だけど、私たちが出来ることってなんだろう？」
⇒ケアの最適化
3. 現実的にやるべきことを行っていることを確認する
「現実的にできることで、やり残していることはないかな？」
⇒医療チームがベストを尽くしているという実感を持つ

白波瀬 2007 一部改題

患者さんのことを悪く言いたくないという気持ち
もあるかもしれませんが、自分がまず感じているこ
とは、ふたをしないで共有します。「あの患者さんの
言葉はきついし、私たちは傷ついている」など、とて
も大変な思いをしているのだということを、ナース
ステーションでもどこでもよいので、話す場を作っ
ていくというのは、まず自分たちのケアとして必要
です。その上で初めて、では、そういう中で自分たち
ができることって何だろう？と考える。そして、

なかなかさせてくれない方に対して、やり残してい
ることはないだろうかを見ていく。そうすると、やる
べきことはやっているのではないかという実感に
つながるのかもしれませんが。

<資料18>

講演の最後に

- ・ がんに罹患した人と向き合うことは、生死の問題に向き合う
ことである。
- ・ 診断直後はうつ病など精神疾患を合併する可能性がある
- ・ いつでも話を聴く用意があるという姿勢がサポートの基盤と
なる。「Aさんはこういうことを悩んでいるんだね」「そう
なんです」という共有が目標となる。
- ・ 周囲が解決できない問題もある。当事者はその新たな状況に
適応する力を持っている。

おわりに

がんにかかった人と向き合う、例えば、話を聴くと
きは、やはり生死の問題に、私たち自身も向き合う
必要があり、なかなか骨の折れることではないかと思
います。

がん告知直後などは、精神的に危機的な時期で
あって、うつ病などになる方もいらっしゃいます。

そのようなときに、私たちは何をするかというと、
基本はいつでも話を聴く用意があるという姿勢で
す。こころの内を話してくれる場合は、その人が何を
悩んでいるのかをきちんと理解し、「何々さんは、こ
ういうことを悩んでいるのですね」、「そうなんです」
という共有が最初の基盤になるのではないかと思
います。

何とか助けたいという気持ちになることもある
のですが、なかなか周りの力ではどうにもならない
問題もあることを覚悟していきます。

そして当事者は、その新たな状況に適応する力
を持っているのだということを本日はお話をさせてい
たきました。

(2019.7.4 浜離宮朝日ホールにて 清水研先生講演要旨)

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、当会としても厚生労働省が開発した「新型コロナウイルス接触確認アプリ」の普及に協力します。

新型コロナウイルス接触確認アプリのインストールをおねがいします

自分をまもり、大切な人をまもり、
地域と社会をまもるために、
接触確認アプリをインストールしましょう。

厚生労働省

新型コロナウイルス 接触確認アプリ

(略称：COCOA)

COVID-19 Contact Confirming Application



* 画面イメージ

接触確認アプリは、新型コロナウイルス感染症の感染者と接触した可能性について、通知を受け取ることができる、スマートフォンのアプリです

○本アプリは、利用者ご本人の同意を前提に、スマートフォンの近接通信機能（Bluetooth）を利用して、お互いに分からないようプライバシーを確保して、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性について、通知を受け取ることができるアプリです。

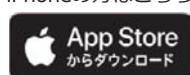
○利用者は、陽性者と接触した可能性が分かることで、検査の受診など保健所のサポートを早く受けることができます。利用者が増えることで、感染拡大の防止につながる事が期待されます。

1メートル以内、15分以上の接触した可能性



・ 接触に関する記録は、端末の中だけで管理し、外にはなりません
・ どこで、いつ、誰と接触したのかは、互いにわかりません
※ 端末の中のみで接触の情報（ランダムな符号）を記録します
※ 記録は14日経過後に無効となります
※ 連絡先、位置情報など個人が特定される情報は記録しません
※ Bluetoothをオフにすると情報を記録しません

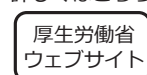
iPhoneの方はこちら



Androidの方はこちら



詳しくはこちら





サマーズリバーランド

五寶 誠一

一般財団法人 日本健康文化振興会
常務理事



■私は社会人になってすでに50年あまりにもなりますが、毎年、学校の夏休みの時季が来ると、夏空を眺めながらそっと思い出すのは私が小学4年生から6年生の間、大阪市の少し南にある道明寺町（今は藤井寺市に統合）に住んでいた頃のことです。

■私と、私の1歳年下の弟の夏休みの楽しみは、朝食を済ませるとほぼ毎日のように朝早くから川遊びに出かけることでした。出かけるときの二人の恰好は、私は頭に麦わら帽を弟はタイガースの野球帽（弟はこの頃からトラキチでした）を被り、それぞれ白か青の半ズボンに白のランニングシャツを着て足元はビニールサンダル。手にするものは、私は野球の軟式ボールとちょっとくたびれたグラブ二つ、弟は小さめの釣り竿と虫取り網に虫かごを持って、あとは母が作ってくれた塩昆布やオカカの入ったお握り弁当を持ち麦茶入りの水筒の細いベルトを肩にかけ、最後にタオルを首に引っかけて、これで川遊びの装備完了と言ったところでしょうか。二人は元気な声で「行って来まあーす」と言うと、母が「気をつけてな～、川の深いところは行ったらアカンよ～、くら（暗）ならん内に帰って来るんやで～」と毎回決まり文句のような見送りを受けて出発です。

■さて、目指すは大和川（大阪府内を大阪湾に向かって流れる府内では淀川に次いで2番目に大きな川）の支流である石川で、その中流にある砂防ダムです。支流と言っても中流域で川幅は多分100メートル以上はあったのではないかと思います。家から目的地までは、子供の足で普通に歩けばおよそ1時間くらいですが、途中、友達を一人、二人と誘ったり、菅原道真を祀った道明寺天満宮の広い境内の林の中で蝉とりをしながら進むため、結局は炎天下の中、約2時間ほどかかって石川の砂防ダムに到着です。

■みんな川に着いた頃には全身汗だくになっていきますが、川の水で顔を洗ったり濡れタオルでからだを拭いたりなんてことはせず、いきなりシャツとズボンを脱いで全員海水パンツ姿となり、川岸から次々と冷たくきれいに透き通った水の中へ飛び込みます。ザブ～ン、ザブ～ン、ザッブ～ンと実に爽快です。川岸近くの水深は、水面から頭を出して爪先立ちでやっと川底に届く感じなので、前夜に雨が降って水量が増え流れの速いときには体が流されそうになりますが、それがまたちょっとしたスリルでした。ただ、今考えると周りに大人たちがいたとは言え、結構危ないこともしていたんだと思います。

■みんな水に飛び込んだ後は、めいめい魚釣りや素潜り、向こう岸への遠泳（子供にはそう思えました）、川岸の草むらや繁みでトンボや蝶々を探ったりして、昼までしっかり遊んだ後は、待ちかねた弁当のお握りを食べ、川水で冷やした水筒の麦茶を飲んで木陰で一休み、午後はまた川土手でキャッチボールをしたり、川の浅瀬でザリガニ採りをしたりして、夕暮れまでタップリ遊び、みんな海水パンツをはいたところ以外は全身真っ黒に日焼けして、クタクタになって家路につきましたが、この日課は夏休みのラスト一週間前までほぼ毎日のように続けました。

■私にとって、この子供のころの川遊びは、現在のデイズニーランドやテーマパークのような華やかで賑やかな遊び場ではありませんが、大人になって何年たっても忘れることのできない、今でもとても懐かしい夏の川のプレイランド、サマーズリバーランドでした。今ではこんな川遊びのできる場所が少なくなったと思いますが、でも探せばまだどこかにあるのかも知れません。