

だるさや疲れ、気力が出ないといった症状は「倦怠感」と呼ばれ、がんの患者さんに多く見られます。とくに、抗がん剤治療のときに最も訴えが多く、今までは病気や治療に伴う仕方ない症状と考えられ、正面から対策に取り組むことはありませんでした。今回の座談会は、最前線でがんの治療に取り組む医療従事者が、「倦怠感」について初めて話し合った画期的な機会となりました。



出席者

- 蘆野吉和 (十和田市立中央病院院長)
岡山慶子 (特定非営利活動法人キャンサーリボンス副理事長)
田中登美 (大阪府立大学看護学部療養支援看護学講師)
中村清吾 (聖路加国際病院プレストセンター長・乳腺外科部長)
畠 清彦 (癌研有明病院化学療法科・血液腫瘍科部長)
東口高志 (藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座教授)

「倦怠感」からの解放は がんや治療に伴う症状であることを 知ることから始まります

「がんの倦怠感」
座・談・会

撮影●板橋雄一

病める、えらい、せこい……
表す言葉もさまざまな倦怠感

岡山 NPO法人キャンサーリボンスは「がん患者さんの治療と生活をつなぐ」ことを目指して、昨年発足しました。この目的のために様々なテーマに取り込んでいますが、その1つに「がん倦怠感プロジェクト」があります。がんやがん治療に伴う「倦怠感」は、治療やケアが遅れがちで、がん治療の継続を困難にする原因にもなります。また、患者さんが我慢してしまふことも問題です。もう少し積極的にがんの症状ととらえ、「できること」を考えてもいいのではないかと思います。

そこで、プロジェクトとしてはまず、ワーキンググループの先生方に倦怠感治療の現状などについて話し合っていたいただき、倦怠感のがん治療の中に位置づけ、組み込んでいければ、と考えています。

東口 倦怠感は患者さんの多くが訴える症状ですが、訴える言葉も何を意味するかもまちまちです。

そのため、患者さんが感じているものと医療者の受け止め方には乖離があり、それをまず埋める必要があります。そこで、倦怠感の

表現を洗い出すところから始めさせていただきます。ぼくは三重県人で倦怠感のことを「かいだるい」と言いますが、おわかりになりますか？

一同 わかりませんねえ……。

畠 私の場合、故郷の福井県小浜市では「だるい」でしたが、研修で福井に行ったとき、骨髄腫の方の「腰が病める」という言葉に驚きました。

これは、農業者の方がいっぱい働いたあと、よっころしよと背伸びをしたような感じだそうです。主訴に腰痛と書こうとしたら、指導医に「患者さんの言葉で書け」といわれて、とまどいました。

中村 ぼくは「倦怠感」「だるい」

「疲れる」といったところです。

田中 大阪では「だるい」「しんどい」「けだるい」……。「しんどい」がいちばん多いですね。

東口 「えらい」もいますね。

田中 徳島では、「せこい」といいますね。

一同 えーっ、わからないなあ。

東口 患者さんに、「ひきつる」と表現する方がいます。「倦怠感？」と聞くと、「そう」という言葉を知っておくと、患者さんとのコミュニケーションもととりや

すいのではないでしょうか。

「がんだから」「副作用だから」で見失ってしまうものもある

中村 症状もかなりあいまいなので、要注意ですね。不眠や食欲不振のようにカウント可能なものもあれば、外に出るのが億劫になったとか、日常の行動レベルが下がっているけれど、カウントしにくいものも多い。

東口 顔の表情で症状の程度を表す「フェイス・スケール」を使っています。いつも倦怠感がきつくて5〜6点とあまりよくない評価の方が、突然2点と改善したりすることがあります。なぜよくなったのかと思ったら、よく寝たとか、お孫さんが来てくれたという「やる気が出ない」「気力がない」という方も、根本には倦怠感がありそうです。

中村 倦怠感のがんが進行したために起こるものと、抗がん剤の副作用で起こるものと大きく2つあります。けれども、病気の進行が家庭や仕事に影響することにストレスを感じ、それが不眠や食欲不振につながり、倦怠感を引き起こしていることもあると思います。ぼくたちはつい「がんだから」

「がんの倦怠感」座談会

「副作用だから」という理由で、「倦怠感があつて当然」と考えますが、そのために背景にある精神的、社会的原因を見失っていることがあると思います。まずは、患者さんの話を聞いて、倦怠感の背景を知ることが大切だと思います。

畠 同感です。私たちの施設（癌研有明病院）はがんの専門病院ですが、初診でがんからくる症状もなく、治療も受けていないのに全身倦怠感を訴える方がいます。もう1つ、抗がん剤の副作用については機序（仕組み）もだいぶわかり、予防も可能になっています。

しかし、最近の分子標的薬の中には、甲状腺機能低下症や神経障害がだんだん出てくるものもあります。つまり、科学で原因がわかるものは突き止め、精神的な要因はそれをサポートするシステムが必要で

一方、日本の平均診察時間は非常に短く、癌研でも平均17・9分。これで全人的サポートが可能か、という問題もあります。

東口 精神的なものが大きく背景にありそうだと、ということですね。田中さん、看護師の立場からいかがですか。

こんなはずじゃなかった、という気持ちから倦怠感を感じる患者さんもいます。仕事をもつ人の場合は治療が長引くと有給休暇が取れなくなったり……など、治療を続ける困難が増えてきます。

治療によって起こってくる身体的なダメージだけではなく、患者さんの生活状況に変化が起り、そのことに対応できなくなったりして「しんどい」「だるい」「希望がもてない」といった表現になることもあるようです。

薬剤師、栄養士などの医療スタッフにも気軽に相談を

蘆野 がんが進行すると、倦怠感のはほとんどの人に出ます。それに少しでも対応できれば、患者さんは多少納得できると感じています。私の場合はステロイド剤も使いますが、これで倦怠感はかなり改善します。長く使うと効かなくなるので、それもお伝えしますが、よくある手段があるということ自体が倦怠感を改善するよう

あと、患者さんの状態を医師と違う視点で見る人も必要です。今、がん治療では看護師さんも医師と一緒に抗がん剤治療を暇なくやっています。全員が「治療役」

になり、患者さんの訴えを聞く「聞き役」がいなくなっている気がするんです。しかも、患者さんは意外と医療者に「だるい」ところを見せません。診察室の前まではへろへろだったのに、呼ばれると急にしゃんとしたり……。もう1つ、医師は治療のときに、その後の経過まである程度話をしますが、患者さんには次から次へと新しい情報、悪い情報も入ってくる。何か変わったことがあると、うつや不安状態になり、倦怠感がひどくなるのではないのでしょうか。

東口 最近は薬剤師さん、栄養士さんなど、いろいろな医療スタッフが治療にかかわっているの、患者さんは気軽に相談してほしいですね。キャンサーリボonzの「リボonzハウス」も、そうした場になればいいと考えています。

中村 第1に、乳がん専門の認定看護師さんに、患者さんと医療者の間に入ってもらっています。第2に、リエゾン・ナースという精神看護専門ナースがいるので、患者さんのカウンセリングをしてもらっています。第3は患者さんによるサポート・チームをつくり、看護大学で講習会を受けていただき、週1回患者さんの相談に乗ってもらっています。第4は最近ですが、小児心理士の方にサポートに加わってもらいました。乳がん



おかやま けいち 朝日エルグループ代表。共立女子短期大学非常勤講師。日本社会心理学会会員、産業カウンセラー。NPO法人キャンサーリボonz副理事長、NPO法人乳房健康研究会理事、NPO法人仕事と子育てカウンセリングセンター理事、日本持続発展教育フォーラム理事。サステイナブルな社会の実現の中で医療の果たす役割に深く関心を寄せている



あしの よしかず 東北大学医学部卒業。2005年東北大学医学部長奨励賞高橋賞受賞。2005年十和田市立中央病院院長就任。日本緩和医療学会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本在宅医療学会理事、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員、日本静脈経腸栄養学会評議員、在宅医療推進会議委員、死の臨床研究会世話人



たなか とみ 約14年半の臨床看護経験を生かし、大阪府立看護大学大学院へ進学。修了後、国立病院機構大阪医療センターにおいて「がん看護専門看護師」としての活動を開始し、2003年11月に日本看護協会より認定を受ける。治療期にある患者・家族への看護、とくにがん化学療法看護・緩和ケアを専門としている

「がんの倦怠感」座談会

の場合、40代、50代で発症する方が多く、お子さんのことがストレスの原因になっている方もいます。そこで、お子さんのケアをしなから、おかあさんのサポートも行うことにしたところ、これが比較的成功を奏しています。

ただ、病棟ではある程度できていられるけれども、外来ではまだまだです。病棟では月に1度、カンファレンス（会議）を開き、栄養士の方に食事面のサポートをしてもらったり、チャプレン（病院や施設などで働く牧師）に来ていただいたりしています。

でも今は、再発の患者さんたちも多くは外来治療で仕事をもち、家事もこなしながら通院されています。そこで、外来でも同様のカンファレンスを開く試みを昨年末に始めましたが時間が限られ、十

分に対応できていません。とくに、「介入が必要」と感じる患者さんに対しては、不十分だと思います。

畠 私どものところは、まだまだですね。精神腫瘍科がようやくでき、痛みや不安の強い方はチームで見ることになりましたが、リエゾン・ナースも宗教者も栄養士さんも加わっていません。それでも医療スタッフにお願いしているのは、患者さんが前回来院したときより明るくなっているかどうか気をつけてほしいということです。元気がなくなったり、眠れなくなったりしている場合は、精神腫瘍科にお願いしたり、専門ナースに話を聞いてもらったりしています。

また、治療を始めるときや治療が中止になるときなどは、17・9分ではなく、30〜40分かけるようにしています。最近では、がんサバ



はたけ きよひこ 2000年癌研究会附属病院化学療法科副部長、2001年同部長、癌化学療法センター臨床部部長、外来化学療法センター長、2005年癌研有明病院移転、新築開発臨床センター長。現在、文部科学省がん特定領域主任研究者。厚生労働省研究補助金外来化学療法に関する安全管理の班長。日本臨床腫瘍学会理事、広報副委員長、ガイドライン委員長、教育委員



なかむら せいいち 1982年千葉大学医学部卒業。同年より聖路加国際病院外科。1997年MDアンダーソンがんセンター他にて研修。現在、聖路加国際病院プレストセンター長、乳腺外科部長。聖路加看護大学臨床教授兼務。日本乳癌学会乳腺専門医。同学会理事。日本乳癌情報ネットワーク代表理事



ひしがち たかし 1981年三重大学医学部卒業。外科学、代謝・栄養学専攻。1987年大学院博士課程修了。1990年米国シンシナティ大学に勤務。帰国後、鈴鹿中央総合病院外科医長、尾鷲総合病院副院長を歴任。2003年より現職。役職は日本緩和医療学会、日本静脈経腸栄養学会、日本外科代謝栄養学会の理事など

イバー（生存者）が自分の経験を話す機会が増えましたが、たとえば副作用を克服された方が副作用のことを話したり、アドバンス・イベント（より進んだ症状）を克服された方が、「こうしたら、だるさがとれた」と話してくれるような機会があると、患者さんも相談しやすいのではないだろうか。

ちよつとしたことで

「転がり落ちる」のをとめられる

東口 がんの倦怠感^{きんたいかん}は局所^{きょくしよ}に原因のあるもの、全身倦怠感^{しんぜんきんたいかん}という分け方もできるようです。局所に原因があるもの、たとえば骨格筋に細胞変異がある、などの場合、その原因を取り除いて局所の症状がよくなるとADL（日常生活動作）が上がり、倦怠感が薄れることもあると思うんです。中村先生、

先ほど蘆野先生が倦怠感にステロ

イド剤を使うとお話されましたが、抗がん剤の毒性や代謝上の問題で倦怠感が増しているような場合、

医師にできることはありますか？

中村 乳がんではかつてホルモン療法でMPA（一般名メドロキシプロゲステロン）という薬を使っていたんですが、これはステロイド剤のような作用をもつホルモン剤で、上手に使うと食欲が出たり、生きる意欲がわいたりしました。

それから、全体の治療の中で大きな障害にならない場合、抗がん剤治療に、1〜2週間の休みを入れることがあります。すると、あまり倦怠感を感じずに治療を続けていただけるように思います。

東口 抗がん剤の使い方ですね。畠先生はいかがですか？

畠 患者さんには「健康なときに

「がんの倦怠感」座談会

やっていたことで、自分が気持ちいいと思うことは、抗がん剤の妨げにならないければ、やってください」といっています。

東口 蘆野先生はいかがですか。

蘆野 できるだけ居心地のいい場所にいることができるようにすることや、鍼灸などの提案、栄養不良にともなうアドバンスなどを行っています。作業療法士（医師の指示のもとに作業療法を行う者）の出番も、ますます出てくると思います。

ちよつとしたことでいいんです。それで、坂道を転がり落ちていたのをとめられることもあります。

その意味では、先のステロイド剤のほか、GFO療法（腸管免疫細胞の活性化を目的にグルタミン、食物繊維、オリゴ糖を投与）なども、悪くないと思いますね。

サイトカインの量と倦怠感はずしも相関していない

東口 終末期で、腫瘍から各種サ

イトカイン（生理活性物質）が血液や組織中へドットと分泌されている状況下でグルタミン（アミノ酸の一種）を投与したらどうか、といった研究もありました。

中村 神経刺激物質は、アメリカで2種類くらい臨床試験が行われていたと思いますが、効果判定がむずかしくてエビデンス（根拠）が出ないようですね。

東口 薬剤と食物の中間に位置するような物質にも、効果を期待できるものがあるようです。普通に食べているものや、体の中で作られたり、代謝されたりするものの中に、倦怠感を抑制する物質があります。それが欠乏すると筋の

萎縮^{いしゆく}が起るとか、神経物質の伝達に障害^{そがい}が起きて機能障害を起すとかね。

もし、そういうものを日本で使えるようになったら化学療法の前投与することもありますか。

中村 倦怠感に関しては、薬物療法はあとに行うものだと思うので前もって投与することはないと思います。貧血や脱水などの身体的なものを解決し、なおかつ精神的サポートをやり、それでもだめなら薬物という感じです。

畠 がん終末期の悪液質^{あくえきしつ}（栄養失調にともなう全身の衰弱状態）を改善する薬については、いくつか開発の相談を受けています。私自身、悪液質の原因を副甲状腺^{ふくこうじょうせん}ホルモン関連タンパク（PTHrP）と考え、PTHrP抗体薬も投与してみました。カルシウムは正常化されるのに、どうもだるさがない。この場合に何をともに評価するか、むずかしいですね。

東口 ほかもサイトカインのネットワークを調べていますが、ラット（実験用ネズミ）だと悪液質と予後^{よご}がきれいに相関するの、人間の場合は全然相関しません。数値がものすごく高くても平気で過ごしておられたり、逆にほんの少

しの量でもダメージを強く受けた。つまり、悪液質が起きても人は何らかの代償作用によってそれを改善するのかもしれない。結局、予後と最も強い相関がえられたのが臨床症状でした。臨床症状が出ないようにすると、命も長らえることができる。

つまり、サイトカインという物質を何とかするより、むしろ倦怠感が起きないようにするだけで、死への道程は抑制できるんです。
蘆野 日本では問題視されているサリドマイドも、欧米では悪液質の改善に使われていますね。



「倦怠感」解決のために、6人の各界の第一人者たちが集い、話し合った

「がんの倦怠感」座談会

東口 結局、薬剤的にはまだ開発中という感じですがマッサージで筋肉中の乳酸値^{にゅうさんち}を下げる、ビタミンの抗酸化作用でだるさをとるなど、物理的にも代謝学的にもできることは少なくないと思います。

何をやったらよくなったという経験を集め、解析する

蘆野 今まで抗がん剤で倦怠感があつた人が、何をやったらよくなったかという経験を集め、解析したらいいと思います。

東口 ほかのところは、化学療法も行えなくなった患者さんがほとんどですが本当にがんで調子が悪い人は全体の20パーセントくらいだと思っています。あとの80パーセントの方は、「がんがもとで種々の栄養障害に陥り、倦怠感をきたしている」という感じです。最初にそれをつかんでいけば、ひどくせずにすんだのに不眠になり、食欲不振になり、栄養障害をきたして味覚聴覚が落ち、筋力が落ち……というようにどんどん悪くなってしまう。早めに手を打つことが大事ですね。そのノウハウを何とか見つけたいと思うのですが、蘆野先生がおっしゃるようにアンケートをとるとか、このような機会を

利用して名医や名スタッフのノウハウを引っ張り出すしかないと思つて皆さんにしつこくお聞きしています（笑）。「この人は元気だ」と思う患者さんに、何かヒントを見つけられませんか？

中村 笑顔を絶やさないこと。また、絵を描くことや歌を歌うことなど外に向かつて感情を表出できる人は元気だと思います。

畠 価値観がしっかりできている患者さんには、倦怠感が少ない気がします。がんになつても、生き方は変えない。だけど、今後は70パーセントくらいの力でやっていく、とかね。

田中 気持ち元気な人は「これがしたいので、治療計画をあわせてください」といえるようです。「（氷川）きよしのコンサートに行きたいから、よろしく」とかね（笑）。

東口 たしかにそうですね（笑）。キャンサーリボンスで倦怠感に関するアンケート調査を行う予定ですので、その結果をお待ちください。

岡山 このプロジェクトの中で患者さんのために具体的に使えることを行っていきたいと思っています。ありがとうございます。