

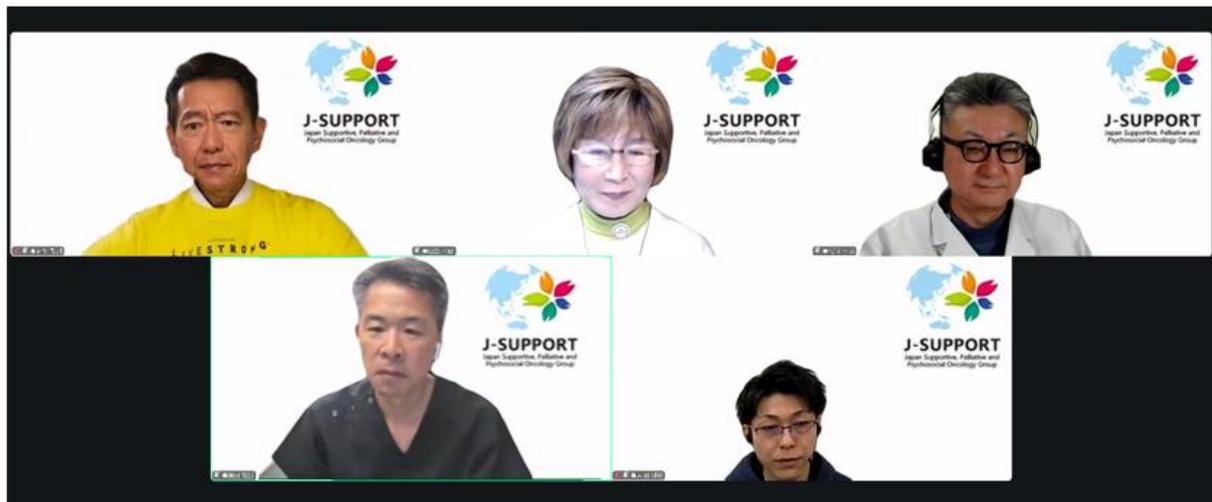
第7回 J-SUPPORT 研究成果報告会レポート
【パネルディスカッション】

患者・市民とともにあゆむ支持・緩和・心のケア開発
「良い手術」とは？ ～医療者と患者の視点から考える～

進 行：横田 知哉(静岡県立静岡がんセンター消化器内科(頭頸部)／J-SUPPORT)
登 壇 者：清水 敏明(Japan for LIVESTRONG)
福智 木蘭(頭頸部がん患者と家族の会 Nicotto)
松浦 一登(国立がん研究センター東病院 副院長(教育担当)／頭頸部外科)
原田 剛志(国立がん研究センター東病院 リハビリテーション科)

ここまで患者側、医療者側双方の立場から、頭頸部がんについて考えてきた。とくに、術後の早期回復に焦点を当てた PreSte-HN 試験を通して、ERAS の重要性も理解できた。では、術後の QOL を維持するために、「良い手術」とはそもそも何か。パネルディスカッションでは、医師、患者に加え、リハビリテーションを行う理学療法士からの視点も加わり、それぞれの立場から考える「良い手術」について討論を行った。参加者から多数質問も寄せられ、ともによりよい医療をつくっていくヒントが見いだせた貴重な時間となった。

- 1) 医療者側から考える良い手術
- 2) 患者側から考える良い手術
- 3) 臨床試験の評価の重要ポイント
- 4) 臨床試験に望むこと
- 5) 質疑応答
- 6) まとめ



左上から時計回りに、清水さん、福智さん、松浦先生、原田先生、横田先生



総合司会の香留美菜さん(徳島県がん患者団体協議会)

1) 医療者側から考える良い手術

パネルディスカッション進行役の横田知哉先生は、J-SUPPORTでの研究を検討する際、「医療者側の視点だけで考えがちになる」と話し、清水さんの体験談を聞いて「私たちが気づいていない大切なことがあるかもしれない」と感じたという。「医療者側と患者さん側の視点は必ずしも一致しないのでよく思案しないとイケない」と横田先生。「良い手術」についてそれぞれどう考えているか、まずは医療者側の視点として、頭頸部外科医の松浦一登先生に意見を求めた。

松浦先生は、「外科医は良い手術をするために、ある種の執念を燃やしながら日夜努力している」と基本的な考えを示し、良い手術とは何かについて常に意識しているという。がんの特化して言えば、「治す手術が良い手術だ」と松浦先生。がん患者さんたちにとって手術の負担は非常に大きい。その大きな負担と引き換えに、まずは「治す手術」が一番大事な必要条件ではないか、と話す。そのうえで、「出血が少ない、手術時間が短い、術後の合併症が少ない」ことが良い手術の要素であると考えている。

リハビリテーション科の原田剛志先生は理学療法士の立場から、「リハビリが必要ない手術が良い手術である」と述べた。現状はなかなか難しくリハビリが必要になることが多いが、手術後にリハビリを行わなくても、速やかに機能回復して日常生活に早期復帰できることが理想だという。また、原田先生は、「術後の身体症状が少ないとリハビリがスムーズに行いやすい」と話す。具体的には、痛みや倦怠感が少ない、食欲不振にならないなどだ。身体症状が少なければ、リハビリを順調に行うことができ、早い機能回復へつながるというわけだ。さらに、良い手術として「侵襲(手術によって生じる身体への影響)の少ない手術」をあげた。例えば、神経を完全に切除してしまえば、たとえリハビリを行っても機能を改善させることはできない。しかし、切除されずに神経の構造が残っていれば、時間がかかってもリハビリでよくすることはできるからだ。

原田先生の発言を受けて横田先生は、「“リハビリが必要ない手術”というフレーズが非常に刺さった」「頭頸部に関しても低侵襲手術は非常に重要だと思う」と感想を述べた。

2) 患者側から考える良い手術

続いて、患者の立場から清水敏明さんの発言があった。清水さんは、「がんを治すことが自分の希望だった」と、松浦先生と同様に治す手術が良い手術であると述べた。しかし、手術後、滑舌の問題が生じ言葉が通じない状態となり、「職場復帰できなかつたらどうしよう」と収入の道が閉ざされてしまうかもしれない恐怖に襲われたという。がん罹患する3年前に家を建ててローンを組んでおり、お子さん3人はまだ小中学生。「一瞬、生命保険に入っただけ……」とよからぬことも頭をよぎった。再建手術やリハビリを経てほぼ会話が困らなくなった今、清水さんは「ある程度社会復帰が可能となるレベルまでの回復が望める手術」を希望している。

鼻中隔がんを経験した福智木蘭さんは、頭頸部がんは「希少がんの塊だ」と話し、部位や患者さんの背景により違いがあり、「一言で良い手術を示すのは難しい」と述べた。

福智さんは鼻中隔がんの手術後、再発・転移もなく29年目を迎えた。それは感謝すべきことだが、手術後の生活に戸惑いを覚えたという。手術前に、嗅覚が無くなると説明されていたが、実際に嗅覚ゼロになってみると、想像できなかった現実と向き合うこととなった。まったくにおいがない世界を経験して、「こういうことが起こるんだ」と驚き、「こんな人生ではつまらない」と強く感じたそう。手術を受ける際、嗅覚の細胞をすべて取る選択をしたが、それでよかったのか、何が正しかったのか、悩んだという。福智さんはその後、患者会とも出会い、「きちんとまた自分の現状を見つめることができるようになった。同じ立場の人の声を聞くことで、元気に生きられるようになった気がする」と結んだ。

横田先生は2人の発言を聞いて、「患者さんにとって手術後の機能回復、社会生活がいかに大事かよくわかった」と述べ、共有できる仲間の重要性も理解できたと語った。

3) 臨床試験の評価の重要ポイント

さらに横田先生は、「医療者が、いかに患者さんの思いの“行間”を読みとるか。そして、必要とされるニーズを拾い上げてどう臨床試験の評価につなげていくか」について、松浦先生に意見を求めた。

松浦先生は、今回の PreSte-HN 試験において一番の特徴は「患者さんから得た情報を一番重要な評価ポイントとしたこと」だという。医療者側が中心となって進める臨床試験では、たいてい検査結果であったり、切除率であったり、生存率であったりが大きなポイントとなる。もちろん、重要なポイントではあるが、「本試験では、手術を受けた患者さんが術前・術中・術後を通してどのように感じているか、評価しているか、それを評価の中心にした」と話した。

松浦先生は本試験の立案時に患者団体の方々と意見交換を行った際、「試験の意図や評価ポイントを説明するなかで理解を得ることができ、後押ししてくれた」と話した。また実際に、手術前の不安な状態のなかでも協力してくれる患者さんが多く、目標とする180の症例数も順調に獲得することができたそうだ。

この経験から、あらためて良い手術とは何かと考えたとき、「患者さんにとっては、不安がなく、痛みがなく、すぐ動ける手術ではないか」との答えにたどり着いた松浦先生。清水さんや福智さんの術後の不安は簡単に解決できないが、「それでも手術をする側はそれを意識しながら手術を計画することが大事」だと強調する。さらに、原田先生の発言から、「なるべく無駄な切除はしない、残せるものは残す手術」も良い手術の条件であると語った。

今回の試験を通して松浦先生は、「患者さんが生きようとする力を引き出す手術が良い手術であり、治す手術だけではなく、患者さん自身が治ろうとする希望を持てる手術を目指したい」と締めくくった。

横田先生は「臨床試験における QOL の評価は非常に重要だと感じた」と話し、続いてリハビリの立場から臨床試験の際に必要なエンドポイント(指標)の視点は何かを原田先生に尋ねた。

原田先生は「がん種、切除範囲によって、生活上どのようなサポートが必要かわ変わってくる」と、一概に言えない難しさがあると指摘した。たとえば、肺がん、頭頸部がんなどの部位によって、呼吸のリハビリが必要、嚥下のリハビリが必要というように生活上の課題が異なる。また、短期か中長期かによっても生活上の課題はそれぞれだ。さらには、ライフステージによっても違いが出てくるという。「高齢者であれば、術後に介護の必要がなく生活できているか、就労世代であれば、復職できたか、AYA 世代であれば復学できたかなどもエンドポイントとなる。世代特有の生活に即したエンドポイントをおく必要がある」からだ。

共通して言えることは、「がん種、治療、ライフステージに応じた、日常生活を送るうえで必要なアウトカム(患者の治療やケアの結果を示す指標)を含めることが重要だ」と話した。

4) 臨床試験に望むこと

では、患者さん側から臨床試験に取り入れてほしい視点や要望、また医師に望むことはないか、清水さん、福智さんに意見を求めた。

清水さんは、研究成果報告で今井先生が紹介した ERAS の冊子をあげ、「とてもわかりやすいと思った。手術前にあのような冊子を読んでおけばよかった」と話した。たしかに、細かい活字ばかりより、マンガのほうが容易に読んでみようという気持ちになるだろう。手術や治療前は不安が高まるため、患者さんの気持ちを落ち着かせるツールのひとつになりそうだ。

福智さんは、「先生方のお話はやはり難しい」と率直な意見を述べた。医療の世界独特の単語があり、医療者側が丁寧に説明してくれても、患者さん側にはまだまだ伝わりづらい。「今日はいろいろ解説してくださったので、メモを取っていました」と福智さん。「もう少しわかりやすく、誰もが理解できる言葉で話してくださるとハードルが下がると思う」と語った。

PPI(Patient and Public Involvement: 患者・市民参画)の推進等により、医療者側もとくに臨床試験の説明会のときなどは「意識して噛み砕いた説明をしている」が、患者側とのずれはまだ埋めきれないといった現状があり、今後の課題だ。

5) 質疑応答

最後に、参加者から質問があり、今井先生、松浦先生、横田先生、原田先生、清水さん、福智さんがそれぞれ該当する質問に答えた。

Q 今回の試験でせん妄に対する効果はあったのか。

A (今井) せん妄(脱水、感染、貧血、薬物など、からだに何らかの負担がかかったときに生ずる脳の機能の乱れ)は頭頸部がん手術の後、かなり遭遇する病態である。特に過活動性、不穏を伴うせん妄は、我々のデータで 24% ぐらいの高率で出ている。今回の PreSte-HN 試験においても、せん妄をエンドポイントとしており、結果はステロイド群 9.2%、プラセボ群 11% と統計学的には有意差なしであった。ただ、我々が最近おこなった研究で、術後の炎症反応 Interleukin-6 値が高い患者さんは、明らかにせん妄のあるカットオフ値(検査や評価において陽性と陰性を分ける基準値)から 4 倍起きることがわかった。今回の試験で有意差はなかったが、術後の炎症制御はせん妄の抑制に意義があるのではないかと考えている。

Q 手術後の高カロリー輸液はどれくらい入れればよいのか。

A (今井) 頭頸部悪性腫瘍切除・遊離組織移植術のような大きな手術の場合、手術直後は高カロリー輸液を大量に入れなくてもよいと考えられている。入れ過ぎると血糖値が極端に上がって感染リスクなど負の影響が出やすくなるからだ。集中治療の領域などの場合はとくに、許容可能な低エネルギー投与でよいと言われている。栄養投与ルートとしては、お腹に問題のない患者さんであれば、最大の免疫臓器である腸管に栄養を届けるべく、お腹に栄養を入れる方がメリットがある。術後早期にはカロリーは控えめでも、傷の治りを早め免疫細胞の構成要素ともなるタンパク質を多めに入れることが大事である。

Q 最近、ePRO(電子的患者報告アウトカム)という、スマートフォンやタブレットを通じてデータを収集し医療従事者に提供することが普及している。高齢の患者さんなどで使用方法がわからずに困っている人がいるが、どうすればいいのか。

A (横田) 必ずしもスマホやタブレットを持っている患者さんだけとは限らないので、ターゲットによっては紙で回答できるようにすることも考えるべきだと思っている。

Q 障害者手帳について、清水さん、福智さんの経験を伺いたい。

A (清水) 私の場合は、リハビリの先生が「まだ若いしお子さんも小さいから、障害者手帳を取得したらどうか。申請書は書きますよ」と提案してくれた。自分としては制度自体よく知らず取得は考えていなかったが、障害者手帳を取得すると税制上優遇を受けられるという利点があり、取得させていただいた。

A (福智) 嗅覚がない場合も障害者手帳が取得できるか、清水さんにも調べていただいた過去があったが取得できなかった。今も嗅覚のない人に障害者手帳はおりない。視覚・聴覚・触覚・味覚・嗅覚と五感あるが、嗅覚はほかの人から見てわからないので伝わりにくい。困りごとを実体験として理解してもらおうのがとても難しい感覚なので、それが理由で取得が難しいのではないかと考えている。

Q 周りから病気・障がいへの理解を得られにくいと感じた実体験を教えてください。

A (福智) たとえば、嗅覚がないと、ガスが漏れていても、アイロンを焦がしてもわからない。こういう危険は多々あるが、なかなか理解してもらえない。我が家は私が嗅覚障がいになった時にガス探知機を設置した。嗅覚がないと味がわからないという辛さがある。舌の味覚は残っているので、甘い・辛い・酸っぱい・にがいなどはわかるが、風味を感じないので何を食べているかはわからない。この甘いものは何だろう? という感じなので、私は目と雰囲気食べている。こういう感覚を話しても、なかなか伝わらない。嗅覚障がいについてもっと皆さんに考えていただきたいし、理解が広がればよいと思っている。

Q 甲状腺全摘出し、反回神経麻痺が起こった。むせたり声がかすれたり、予想以上に生活・職場に支障をきたしている。早期回復のための方法、リハビリを含めて何かあるか。

A(松浦)甲状腺の場所は喉に関わる場所だが、喉には大きく2つの働きがある。呼吸をして声を出す喉頭部分の働きと、食事や水などの嚥下・飲み込み機能を司る咽頭部分とである。質問から予測すると、嚥下に関する神経や筋肉が大きく損なわれたと思われる。残念ながら神経や筋肉を治す再生医学に関しては発展途上であり、実際に臨床応用ができる状況ではない。しかし、例えば声を出すということに関して、外科医ができることもある。動かない声帯の位置を少しずらし、残された反対側の声帯の動きを補う形にして良い声を出させるという音声改善手術である。特殊な手術で専門の耳鼻科医は多くないが、各地にいるので、音声改善手術のできる先生を紹介していただくのも一つの解決策になるのではないかと。

飲み込みに関しての外科的な対応も難しいが、飲み込みの喉の動き、タイミング、また喉にどういう感覚、知覚が残っているかを、飲み込みのリハビリを専門的に扱う専門の言語聴覚士の先生方と一緒にチェックする。そうした中でトレーニングを企画する。場合によっては喉を持ち上げるような手術など、外科的な対応もある。むせると肺炎につながる危険があるので、肺炎を起こさないよう呼吸機能を改善してしっかりと飲み込むこと、間違っただけものを咳で出せるようにすることが大切だ。

A(原田)むせ込みから誤嚥に至らない、肺炎につながらないようにするためには呼吸機能が非常に大事。しっかり胸郭を広げて息を吸える、吐き出すという機能が重要だ。胸郭が硬く猫背の方は深呼吸の練習を安全な範囲で行うのがよい。国立がん研究センターウェブページにも深呼吸などの自主トレーニングがアップされている。安全に配慮しつつ、参考にしてほしい。

<https://www.youtube.com/watch?v=hSQ4wvAeyO0>

Q PreSte-HN 試験に関して、臨床試験の立案から結果が出るまでどれぐらいの時間がかかったのか。

A(今井) 2020年5月にJ-SUPPORTに初めて相談し、1年後に試験のプロトコルを固めた。その後、国立研究開発法人日本医療研究開発機構により研究資金を獲得し、臨床試験が始まったのは2022年2月。そこから結果が出るまでに2年ぐらいかかったので4~5年くらいだと思う。ただし、臨床試験の前に先行研究を行っていたので、そこから始めるのもっと前からということになる。

6)まとめ

多くの質疑応答を通して、発表では聞けなかった患者さんの実体験や社会生活・日常生活を送るうえでの困りごとをさらに深く理解することができた。さらに、医療的な取り組みとして、音声改善手術やトレーニング方法などがあることもわかった。

最後にあらためて「良い手術とは何か」と問われると、松浦先生は「必要条件は治す手術、十分条件は治ろうとする力を与える手術」、原田先生は「リハビリが不要な手術」とまとめた。

清水さんは、今は食べること・話すことを取り戻し、「多職種の先生方に大変お世話になった」と感謝を述べた。福智さんは、「先生方が頭頸部がん患者の術後のことを本当に真剣に考えてくださっていることがうれしい」と話し、「術後から始まる患者さんの人生も一緒に考えてほしい」と今後に期待を込めた。

「頭頸部がんのなかで嗅覚障がいについては注力してこなかった」とこれまでを振り返った横田先生は、「患者さんと医療者側の両方の立場から考えをぶつけ合って話げできた。これからも、両者の共通点・一致点を見出していきたい」と希望を述べ、さらに「医療者は患者さんを長いスパンで診ていく必要がある。その大切さがよく理解できた」と締めくくった。

最後に、全体の総合同司会を行った香留さんにバトンが渡された。香留さんは、「それぞれの立場から、様々な思いや感じたことを伺うことができた。皆さんで話し聞き合うことで、お互いを知り合うことができた、とても大切な時間だった」と感想を述べた。

年に1度行われるJ-SUPPORT研究成果報告会も今年で7回となった。回を重ねるごとに、医療者側と患者側とに「ともに」の精神が定着してきたように思う。これからも患者側

のニーズに基づく臨床実験が実施され、ともにより良い治療をめざす取り組みとなることを期待したい。

(文／ライター田中睦月)