

病理医が一般人と会い、患者・家族に説明する 意義はなにかを考える- “がん” 患者の悩みを聞く-

村尾真一[†] 谷山清己*

IRYO Vol. 74 No. 4 (151-156) 2020

要旨

《目的》医学の進歩により根治できる患者は確実に増加しているが、ステージⅣと診断された患者は根治の時期を逸したとみなされやすく、まさに、“がん”治療の現実には二極化が進んでいる。病理医が直接、患者に会う『病理外来』を開始した経緯と動機について触れた後に、病理外来を行った患者を病期・臓器別に整理し、病理医が“がん”患者に病理診断・所見の説明を行い、“がん”患者の多様な悩みに耳を傾けることの意義を考察する。

《対象と結果》2009年7月から2014年3月までに『病理外来』を169人の患者または患者家族に対して行った。外来回数は1回目が156人(92.3%)、2回目が7人(4.1%)、3回目以上が6人(3.5%)であった。面談者は患者および同伴者が126人(74.5%)、家族のみが43人(25.4%)であった。また、“がん”相談が146人(86.4%)、“がん”以外の相談が23人(13.6%)であり、“がん”患者の臨床病期では病期Ⅳ患者が最も多く71人と全体の46.8%を占めた。“がん”以外の相談は23人であり、“がん”への漠然とした不安や家族を“がん”で失った喪失感などが含まれていた。年齢別には、60歳以下で乳腺疾患が最も多く、60歳を超えると肺がんがトップとなった。消化器がんは50歳以上で例数が増えた。

《考察》広く“がん”患者の悩みを聞く現在の様式は、筆者自身の“がん”体験から生まれたもので、『病理外来』としては特殊かもしれない。病理相談のあり方は実践している病理医間で大きく異なるのであり、『病理外来』が始まって時間が経たない段階では、病理医が担う役割を限定的に規定するよりも、臨床的な、あるいは社会医学的な内容を試行することも大切と思われる。『病理外来』はいずれ、進むべき方向や担うべき役割が明快になることが期待される。

キーワード 病理外来, がん相談, 不安, 悩み, 患者

はじめに

現在に至るまで“がん”は根治を目指した治療(手術, 化学療法, 放射線療法)と治療に至る諸検査に

重点がおかれ、莫大な予算や人的資源が注がれている。2006年から2008年に診断された“がん”の相対生存率は男性で59.1%, 女性で66.0%と治療成績は年々向上している¹⁾。医療機器や抗腫瘍薬に画期的

一般財団法人甲南病院 病理診断科 * 国立病院機構呉医療センター 病理診断科 † 医師
著者連絡先: 谷山清己 国立病院機構呉医療センター 名誉院長 〒737-0023 広島県呉市青山町3-1
e-mail: taniyamaf@go2.enjoy.ne.jp

(2018年8月3日受付, 2020年3月13日受理)

Taking Care of, and Listening to Patient's Problems as a Pathologist

Shinichi Murao, Kiyomi Taniyama*, Kohnan Hospital, Kobe, Japan, *NHO Kure Medical Center and Chugoku Cancer Center

(Received Aug. 3, 2018, Accepted Mar. 13, 2020)

Key Words: pathology clinic, cancer consultation, anxiety, problem, patient

な新製品が世に出ることで根治できる患者は確実に増加している。その一方で、男女ともに4割近くの患者が5年を待たずに死亡している。ステージIVと診断された患者の一部は緩和ケアチームや腫瘍精神科医による心のケアを受けられる状況となっているが、他方において、一般治療医からは根治の時期を逸したとみなされる。こうした患者の中には見放され感を持つ者も少なくない。また、患者の中には経済的理由から先進的な医療が受けられないと考えているものも少なくない。まさに、“がん”治療の現実には二極化が進んでいるといえる。

病理医は“がん”の診断、再発のリスク判定、治療指針の決定などに関与するが、こうした情報は治療を担当する臨床医に伝えられ、病理医が直接患者に会って病理所見を解説する機会は、通常はない。これは病理医が直接患者に会うという状況を想定していない施設が大半だからである²⁾。このため病理医の存在や役割を知る患者は一向に増加しないし、患者が病理医と面談することを臨床医に告げても、臨床医がその必要性を理解して面談を歓迎する環境が広がっているとは思えない。病理医が直接、患者に会う『病理外来』を開設するためには、主治医と患者の関係性に配慮したうえで、その間に入り込むための工夫が必要である。

本稿では、甲南病院（当院）で行っている『病理外来』を患者の病期・臓器別に整理し、病理医が“がん”患者に病理診断・所見の説明を行い、“がん”患者の多様な悩みに耳を傾けることの意義を考察したい。

病理外来開設の経緯

“がん”患者を対象にした『病理外来』（相談外来）を2009年7月から開設している。著者自身が2006年12月より“がん”治療を受け、2年間の休職を余儀なくされたことが契機となった。“がん”患者であれば“がん”とは何かを考えるのは当然だが、2年間の休職期間中にさまざまな状況の“がん”患者と接し、患者が抱える内的葛藤を知りえたことが大きな動機となった。近年は“がん”告知が当然となり、告知を受けずに治療が始まるのは例外的である。そのため、“がん”と診断された経緯、治療、さらに今後の見通しなどに不安や疑念を抱えて悩んでいる患者は以前とは比較にならないほど増加している。

患者は手術や放射線療法が終わった後、再発の恐

れ、死への不安を感じる。根拠のないものや確率的に低い場合でも深く悩む患者は少なくない。こうした患者の心情は、“がん”体験者なので筆者はよく理解できるが、多忙に日々治療している医療者は見落としがちである。『病理外来』における面談では“がん”経験者の立場から話を聴くこともあるが、大抵は病理医の視点で、患者の受けた治療や検査結果について時間経過を追いながら分析している。この面談の目的は、患者の訴えを十分に聴くこと、“がん”診断に病理学的な解説を加えること、さらに“がん”という状況を患者が受け入れられるよう助言をすることである。がん拠点病院が全国に整備され、“がん”の診断・治療が高度化、専門化し、そこでは緩和ケアチーム・腫瘍精神科医・精神カウンセラーなども配置されるが、それらはすべてのがん患者の悩みをカバーしきれているのではない。現実的には、IV期の場合などは診断されたことで見放され感や死の不安を訴える例が多い。第103回春期病理学総会（2014年）の『病理外来』ワークショップでは、病理医がこうした“がん”患者の多様な問題を対処することに疑念を呈する意見もあったが、当院では“がん”病棟の主治医からの紹介も多く、治療効果や副作用について主治医以外の医者に相談できる状況は患者だけでなく院内の医師や看護師からも広く受け入れられている。患者の悩みに耳を傾けていると、主治医が不安や恐れといった患者の情緒的な訴えに十分耳を傾けていない現実もみえてくる。

病理外来・相談外来の実際

『病理外来』を始めるにあたって、院内の外科医や内科医に開設の趣旨や期待される効果を説明する機会を何度か設けた。最初の1年間は、院内患者に限定し、主治医の依頼を原則とした。依頼内容は、主に乳がんや大腸がんの病理所見・診断であった。遺族に病理解剖の解説をすることも『病理外来』に含めており、実際そうした機会が年に1度程度あった。開設の当初からリエゾンナース（精神看護専門看護師）に主旨を説明し、了解を得て、できるだけ二人で患者の話聞くスタイルをとった。リエゾンナースには面談後の評価や患者の精神面のフォローを引きうけてもらった。リエゾンナースからは、患者の心情や面談の心得など、多くの貴重な助言をもらった。要領をおおよそ理解したと思った頃に病院ホームページに『病理外来』案内を出して外部患者

表1 “がん”患者の病期と相談内容

“がん”病期：146人（86.4%）	
stage I:	27人
stage II:	19人
stage III:	29人
stage IV:	71人
“がん”以外の相談：23人（13.6%）	
異常臨床陰影の精査	7人
漠然とした“がん”への不安	5人
良性腫瘍の病理組織診断	3人
伴侶を“がん”で亡くしたなどの喪失感	3人
小児疾患に対する母親からの相談	3人
その他（慢性肝炎、リンパ節腫大）	2人

の相談も受け入れるようになった後はリエゾンナーズの同席を中止した。

『病理外来』日は毎週月曜日・木曜日の午後、それぞれ2枠、1枠を約1時間としている。すべて予約制で、院内・院外患者の何れも前日までに予約センターで事前予約を済ませてもらう。予約が入った時点で予約センターから病理外来担当医へ連絡がある。院内患者であれば事前にカルテから詳しい病歴を調べておく。院外患者の場合は、可能な限り詳細なデータの持参をお願いしているが、紹介状や診療情報提供書を持参する患者は少ない。

年齢、臨床病期別結果

2009年7月から2014年3月までに169人の患者または患者家族と『病理外来』を行った。外来受診回数は1回目が156人（92.3%）、2回目が7人（4.1%）、3回目以上が6人（3.5%）であった。面談者は患者および同伴者が126人（74.5%）、家族のみが43人（25.4%）であった。また、面談したなかで“がん”相談が146人（86.4%）、“がん”以外の相談が23人（13.6%）であった。

“がん”患者の病期および“がん”以外の相談の内訳を表1に示す。

“がん”患者の臨床病期では病期IV患者が最も多く71人と全体の46.8%を占めた。“がん”以外の相談は23人であり、“がん”への漠然とした不安や家族を“がん”で失った喪失感などが含まれていた。

患者の疾患を一般的な退職年齢を基準にして分類すると、60歳以下で乳腺疾患が最も多く、60歳を超えると肺がんがトップとなった。特徴的な年齢分布

表2 病理外来受診患者の年齢と疾病臓器

患者年齢	上位3臓器（症例数）
50歳以下：	乳腺（9）、睪（3）、胃（1）
51-60歳：	乳腺（9）、睪（6）、胃（5）
61歳以上：	肺（22）、乳腺（11）、大腸（8）/泌尿器（8）

として消化器がんは50歳以上で症例数が増えた。

臓器別結果

1. 乳がん

乳がんは、臨床病期IからⅢまでの相談が20人と多く、IVの相談は9人であった。前者では病理所見の説明を受けた後に、治療内容（ホルモン療法、化学療法）や妊娠の可否を尋ねられた。病理所見の説明では、病巣の広がり、ホルモンレセプターの発現、がん細胞の異型度や脈管侵襲性、リンパ節転移の有無などと乳がん取扱い規約に準じた説明を標準とした。PC画面に映した画像をみせながら患者からの質問に答えることで、患者満足度の高い効果が得られた。患者にはインターネットで処方内容や副作用について詳しく調べた人もあり、病理医には即答できない相談もあった。そのような質問には手紙や電話で後日、調査内容を伝えた。

ある患者が最も強く不安を訴えたのは手術断端の判定だった。浸潤性乳がんの温存術後に非浸潤性乳管がんや非浸潤性小葉がんが広く残存していた症例で、乳頭側断端は陰性だが、頭側や側方断端の判定が困難な状況であった。また、臨床画像検査（エコーやMRI検査）で悪性の疑いが強いと判定されたものの、生検病理診断で腫瘍性変化が認めなかった症例や生検病理診断で良悪判定が困難な症例の相談もあった。他施設症例の相談の場合は、施設による主治医の方針を理解することに配慮し、当院乳腺科の考え方を伝えるのは、その後とした。

臨床病期IVの乳がん患者では、長期にホルモン治療や化学療法を受けている患者が多かった。相談内

容には、Ⅳ期と診断された後に長く治療を続けていることで生じた悩みや不安を聞いて欲しいという訴えが多かった。また、治療がこれまで順調に進んでいたが、新たな病巣が見つかったとか、病巣が拡大傾向となったということで『病理外来』を申し込んだ症例もあった。さらに、終末期を意識した患者や患者家族からの相談もあった。そのような症例では、主治医との関係性が悪くなっている場合もあり、時間をかけてこれまでの経緯や心的葛藤の内容を聴きとることが大切であった。病理医は緩和医療をする立場にないが、治療効果が失われて強い苦痛を訴える患者には緩和への移行を勧めることもあった。

2. 肺がん

肺疾患に関する受診者24人の内訳は、肺がんでは臨床病期Ⅰが1人、Ⅲが8人、Ⅳが13人で肺異常陰影の相談が2人であった。病理・細胞診断の説明は1人のみであった。相談の大半は腫瘍内科医の意見を求める患者や家族で、緩和医療を受ける時期を探っているといった内容であった。ゲフィチニブ(イレッサ®)やエルロチニブ(タルセバ®)などの遺伝子標的薬が無効となった患者からの相談もあった。

3. 大腸がん

大腸疾患に関する受診者(患者や家族)19人の内訳は、大腸がん臨床病期ⅠからⅢまでが6人、Ⅳが12人であった。非がん疾患として潰瘍性大腸炎1人があった。大腸がんでは、病期ⅡやⅢで手術を受けたが、術後に再発した途端に病期がⅣ期となり、主治医の態度が変わったと訴える患者が印象に残っている。ここでもⅣ期患者からは腫瘍内科医の意見を求める相談が7人と最も多くみられた。食事や再発不安の相談6人がこれに次いだ。病理組織像の説明を求めた症例が2人あったが、その1人は大腸がん術後に生じた卵巣腫瘍が原発性か転移性かを判断するものであった。

4. 膵臓がん

膵臓がんに関する受診者14人の内訳(重複)は、情緒不安を訴えての来院が7人と最も多く、腫瘍内科医の意見を求める4人、緩和医療へ転換を探る4人、がんワクチンの効果や施設を探る患者や家族3人であった。当院の腫瘍内科医が膵臓がんの特化した化学療法を行っている事情もあり、既に手術や放射線療法を終えたり、適応がないと診断されたりし

た患者の相談が多かった。膵臓がんの化学療法は副作用も強く、患者の治りたいという強い意志によって治療が維持されている面があるので、初回面談後も相談を求められることが多くなった。治療効果が薄れ、副作用が強くなる時期では、緩和医療へ切り替える判断が問題となった。

5. 家族のみの相談

家族のみの相談も43人と多かった。受けている化学療法が効かなくなったとか、主治医から緩和医療を受けるように転院を勧められたとかの理由が大半を占めた。肺がんでは、患者が男性で相談者は妻という状況が多かった。大腸がんや胃がんの相談では、書店に並ぶ医学書の影響を受けたと思われる家族からの相談が多く、化学療法を受けると殺されるので患者に受けさせたくないというのはその典型であった。主治医との意思の疎通が悪いために病状の説明不足を訴える相談もあった。相談に訪れている家族がキーパーソンでないと判断されて説明が行われていない可能性もあるが、主治医が状況を相談者に伝えるににくい事情を抱えているのかもしれない。家族(多くは配偶)に主治医の考えが伝わらず、患者にも相談できず、家族がひとりで悩みを抱えていることもあった。

考 察

1. 病理医が、病理外来(がん相談)を行う意義

『病理外来』の概要や方向性は谷山らによってすでに示されている³⁾⁴⁾。患者意識の高まりと共に病理診断の内容を直接聞きたいという需要は今後も増加すると思われる。しかし、『病理外来』が全国的に広がっていくには、病理医不足という状況や個別の病院事情が大きな障害になると思われる。“がん”相談という形で『病理外来』を4年以上続けてきた筆者は、臨床医と患者の間に立つ病理医の立ち位置を強く意識している。谷山らが指摘しているように、『病理外来』の経験は日常の病理診断業務にフィードバックできる余地が大きい。病理所見がより丁寧な記載になったり、伝えやすい工夫をするといった効果を生まれてくる。筆者は、患者が病理所見をみて受ける気持ちに配慮した病理診断報告書があると感じている。

病理医は治療を行わないことで、主治医と違った第三者的な位置に立っている。この立ち位置でIV

期患者やその家族から患者が受けている治療内容の効果や副作用について状況を聴く。面談の後で、患者の顔つきに安堵の表情が浮かぶことが多いことから、“がん”患者の心的葛藤軽減には、具体的対処もさることながら患者の話を傾聴することの大切さを実感している。死を迎えようとする“がん”患者の心理を扱った成書⁵⁾⁻⁷⁾は多いが、“がん”相談を行う際に心理学や哲学の専門的知識と技法が役立つとは限らない。“がん”相談をなぜ行っているのかという病理医自身の目的や意思を明確に持っていれば、専門でない領域への質問に対しても医師として素直な気持ちで対応できる。病理医は精神科医や心理カウンセラーではないことは患者自身もよく理解してくれており、患者の心的葛藤に対する明快な答えを期待しているわけではない。患者には、自分の訴えを聴いてくれる医者がようやくみつかったという安堵感が生じるのだと思われる。重度の不安や不穏状態を訴える患者と面談した場合は専門医を紹介したり、リエゾンナースに相談している。

2. “がん”患者が抱える悩み

“がん”患者が抱える悩みや不安は告知の後、経時的に変化する。“がん”には多くの種類や個別の特徴があるため、患者がたどるコースは一様ではないものの、それには4つの段階が考えられる。第一段階は“がん”を告知された時で、第二段階は初回治療を受ける時期である。第三段階は治療が一段落して経過観察に入った時期、第四段階は“がん”が再発し、根治が困難だと告げられた時である。第三段階までは“がん”に罹^{かか}ったという漠然とした不安が中心で、“がん”の診断を契機に明らかになる経済的問題や職を失うなどの社会的問題が深刻な例が多い。初回の治療が終了すると、副作用や手術で失われた機能などが不安の原因となる。再発の不安は患者の病態にもよるが、主治医には訴えなくとも深刻に悩んでいる患者は多い。一方、第四段階は、死が避けられないものとして自覚を迫られる時期である。相談内容は①病理組織の診断、所見の解説、②化学療法の専門家（腫瘍内科医）を紹介してもらいたいという相談、③緩和医療に踏み切れない患者や家族からの相談に分けられる。①の病理診断解説は、乳腺疾患の相談が圧倒的に多い。②と③は家族同伴の相談が多い。家族だけという場合もある。ステージIV患者で活動度がPS2より不良の場合は、家族のみが来院ということが多く、当院ではこの病期IV

段階での相談が最も多く、病期IVと診断されながらも根治を望む患者が依然多い現実がある。その時点では日常生活に不自由はないからであり、活動性を保っている状態の患者に緩和医療を勧めることに筆者自身も躊躇^{ちゅうちよ}する。核家族化が進んで親や親族の死を間近に見る機会が失われてきている日本では、病期IVの患者が死までの期間をどう生きるかを具体的にイメージするのは、困難な問題である。筆者が行うのは、患者のこれまでの生き方、趣味、あるいは、やりのこし感がないかを聞き、患者自身の死に至るまでの期間の生き様を模索する作業をしている。積極的にやりたいことが見いだされればそれを薦め、面談でゆっくり話ができたことで心の重荷が下りた感じを持つことができれば、それでよしとしている。

術後患者には、経過観察期間中に出る特有の再発不安がある。ダモクレス症候群と呼ばれ、胃がんや大腸がんでpT4と診断されたII期患者に多い特徴がある。乳がん患者にも同様にあると思う。再発不安を訴える患者には、『病理外来』で乳がんの再発リスク（断端、リンパ管侵襲、MIB-1 index、リンパ節転移）の説明に過剰に反応する場合があります。相手の様子をうかがいながら慎重に説明する必要がある。乳がんや大腸がんの再発には長期生存が可能な症例も増えている一方で、膵臓がんや胆管がんのように再発すれば長期生存が期待できない“がん”もある。同じ臨床病期IVに分類されてもそれぞれの子後や経過は多様であり、筆者は面談時には臓器毎の配慮が必要と感じている。

3. 「病理外来（がん相談）」の今後

広く“がん”患者の悩みを聞く現在の様式は、筆者自身の“がん”体験から生まれたもので、『病理外来』としては特殊かもしれない。第103回春期病理学総会ワークショップ、「病理医が一般人と会い、患者・家族に説明する意義はなにかを考える」で示されたように、病理相談のあり方は実践している病理医間で大きく異なる。『病理外来』が始まって時間が経たない現段階では、病理医が担う役割を限定的に規定するよりも、臨床的な、あるいは社会医学的な内容を試行することも大切と思われる。『病理外来』がこれらの試行を経て、進むべき方向や担うべき役割が明快になることが期待される。

神戸・甲南病院の病理科部長をしておられた村尾眞一先生は、2016年4月に逝去されました。生前に谷山

が村尾先生から未完原稿として委託されていました玉稿を、趣旨の変更を来さないように文章と表の内容について一部改編し、ご遺族の了解を得て本原稿としました。村尾真一先生のご冥福をお祈り申し上げ、本論文を御霊に捧げます。

2018年8月 谷山清己

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービスホームページ. がん統計に関するQ&A (更新・確認日: 2014年09月09日), Cancer_survival (1993-2008). (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html)
- 2) 日本病理学会ホームページ. 病理外来をもつ病院が少ない理由. (<http://pathology.or.jp/ippan/outpatient-04.html>)

- 3) 谷山清己. 病理外来の実践. モダンメディア 2006; 53: 241-4.
- 4) 谷山清己, 佐々木なおみ. インフォームド・コンセントへの病理医の参加. 病理と臨 1988; 16: 639-43.
- 5) エリザベス・キューブラー・ロス (川口正吉訳). 死ぬ瞬間 -死にゆく人々との対話. 読売新聞: 1971.
- 6) ローレンス・マイナーズ-ウォリス (明智龍男, 平井 啓, 本岡寛子訳). 不安と抑うつに対する問題解決療法. 東京; 金剛出版: 2009.
- 7) 大津秀一. 余命半年 -満ち足りた人生の終わり方. ソフトバンク新書: 2009.

【編集委員会からの追記】

筆頭著者が既に死亡しており、未完原稿を委託された共著者は所属する医療機関が異なることから、表と本文におけるデータ数の整合性が図られていない箇所があることを申し添えます。