

ションの重要性を特に強調している²⁾。

したがって、「ギアチェンジ」という言葉を使う前提となる環境がまったく整っていない現状においては、医師が発する「ギアチェンジ」という言葉が、患者の耳には「がん治療を放棄する」あるいは「見放す」という言葉に聞こえているという指摘は当然とも思え、現時点では使うべき言葉ではない。

現在検討しなければならない緊急の課題は、がん医療におけるギアチェンジをどのように行うかではなく、継続性のあるがん医療体制をどのように構築すべきかという課題である。

III. 継続性のあるがん医療体制とは

継続性のある（切れ目のない）がん医療体制を構築する上で念頭におくべきことは、あくまでがん患者の視点で継続性が保障されることである。診断された時から終末期まで、どのような病状や病期であっても、病院であっても在宅（自宅および居宅）であっても、担当するがん治療医の専門領域の違いにかかわらず、身体的問題、心理社会的問題および霊的問題などが配慮された上で、がん患者（必要に応じて患者家族）の生活の質を考慮した医療的支援が提供される体制が目標とする体制である。この体制においては、治療初期から病状に応じて緩和ケアの情報も提示され、外科的治療、がん化学療法および放射線治療も含めた集学的治療も考慮され、各専門領域の医師間の連携の下で治療が行われる。また、進行したがんがある場合には治療に関する情報と同時に在宅緩和ケアを含めた緩和ケアの情報も提示され、症状がある場合には適切な緩和ケアが実施される。そして、積極的な治療を希望しない場合、あるいは治療効果がないと判断された場合には、地域のかかりつけ医（在宅医療支援診療所を含む）、訪問看護ステーション、調剤薬局、福祉介護職種などからなる地域緩和ケアネットワークによる医療支援と生活支援が自宅あるいは居宅で開始される。

このような体制を構築するために現在不足しているのが、①がん治療医の緩和ケアに関する知識、②患者に対する治療早期からの緩和ケア（在宅緩和ケアを含め）に関する情報提供、③がん専門医師間の連携、④緩和ケアチームを含めた病院内でのチーム医療体制、⑤病院勤務医の在宅医療に関する理解、⑥病院勤務医と地域かかりつけ医との連携体制、⑦地域における緩和ケア提供体制、⑧地域住民の在宅緩和ケアについての理解、⑨医療従事者と地域住民の自宅での看取り経験などである。そして、これらの不足している項目をがん医療にどのように具体的に付け加えてゆくかが今後の課題となる。

IV. 今後の課題

病院から在宅へという今回のテーマにおいて特に重要な課題は、①病院勤務医であるがん治療医の意識を変えること、②病院内で行われる緩和ケアの質を上げること、③病院内に地域での医療福祉介護機関との連携を図る部門を作ることである。

がん治療医に求める意識変革の内容は、第一に緩和ケアの理念を理解し、患者とのコミュニケーションを図ることで、治すための治療の情報だけでなく、治す治療の限界、治らない時の対応方法なども含めて情報を提供し、患者との対話を行うことである。第二は緩和ケアの基本的知識や技術をもつことで、患者に対する情報提供の際に必要なだけでなく、がんの痛み治療を含め基本的な症状緩和治療ができなければがん治療医とはいえない。第三はホスピスケアの原点は居宅を含めた在宅の場であることを理解することである。

病院内の緩和ケアの質を上げるためには、実質的に活動している緩和ケアチームの存在と同時に、病棟単位で基本的な緩和ケアが実践される体制の構築が必要である。なお、病院緩和ケアチームの役割としてはやや困難な症状緩和治療の実施、病院職員に対する緩和ケア教育とともに、地域医療機関および福祉介護機関との連携の下で早期に在宅に移行させることが重要な役割となりつつある。

地域の医療福祉介護機関との連携を図る部門として、地域連携（推進）室あるいは病診連携室の名称で設置している病院が増えているが、調整能力のあるスタッフを配置できるかどうか重要なポイントである。また、スタッフが地域の医療機関、訪問看護ステーション、福祉介護機関と顔のみえる関係を作っていくことも大事である。しかし、現実の問題として、がん患者においてはがん治療医との個人的な結び付きが強く、在宅医療への移行を勧めることには医師も患者も大きな抵抗があるのも事実である。

これを解決する方法として、筆者は2007年10月に“がん総合診療外来”を開設した。この外来は、病院内外の専門医との連携の下でのがん患者の病状に応じた適切ながん治療の計画立案機能、セカンドオピニオン機能、基本的な緩和ケアの提供、在宅緩和ケアチームとの連携の窓口業務などの役割を担っており、がん患者の継続医療を実施するための一つの試みである。

おわりに

がん患者の立場に立った継続医療体制をどのように構築していくのか、この問題は国民のがん医療に対する不

信感を払拭し、国民医療費の効率的な運用を図り、そして地域に根ざした医療を確立するための重要な課題である。現在、在宅医療側の受け入れ体制の整備が急ピッチで進められているが、病院側（勤務医を含め）の在宅医療に対する理解がないまま、あるいは連携体制が不十分なままでは構築は難しい。特に今後、進行がんや神経難病などの医療依存度の高い患者の多くが在宅に移行することが予測され、これら疾患の継続医療に焦点を当てて検討する場が必要と思われる。これまで、その役目を担ってきたのが日本在宅医療研究会であり、この研究会

を核として継続医療のあり方についての議論が交わされることを期待したい。

文 献

- 1) Working group of the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services: Changing Gears. Guidelines for managing the last days of life in adults. The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, London, 1997, pp 5-6.
- 2) 志真泰夫: がんに対する積極的な治療から緩和ケアへの移行—治療をどう選択するのか—. ターミナルケア 13 (Suppl): 60-65, 2003.

基幹病院の緩和医療 —ある地方中核病院の場合—

佐藤 智*

佐川英明** 橋本由美子***

伊藤美和† 佐々木友子††

岩手県立磐井病院 *緩和医療科, **薬剤部, ***緩和ケア看護支援センター,
†同 がん性疼痛看護認定看護師, ††緩和ケア病棟師長

要 旨

当院は岩手県南部の広域基幹病院で、2006年（平成18年）4月緩和ケア病棟を開設した。当面、i) 適切な症状緩和、ii) 看護中心のチームケア、iii) 「緩和ケア看護支援センター」の定着、iv) 健全な運営、v) 「一関在宅緩和支援ネットワーク」の普及が目標である。診療は、患者の緩和ケア病期に合わせ、WHO方式と神経ブロックの併用による鎮痛、「死に配慮した」輸液、オピオイドによる呼吸困難の緩和、夜間睡眠の確保などに重点を置いている。医師は看護とボランティア活動のための下地を作り、各職種は協力して市民の人生最後の願いに応えることが基幹病院としての緩和ケアである。

（ペインクリニック 29：34-47, 2008）

キーワード：緩和ケア、基幹病院、緩和ケア病期

はじめに

当院は2006年（平成18年）3月に新築移転し、同4月から緩和ケア病棟の運用を始めた。その後、病院機能評価を受審して、2007年（平成19年）1月1日、緩和ケア病棟の届け出が社会保険事務局によって受理された。この時、岩手県初の届け出緩和ケア病棟が誕生し、岩手県は「緩和ケア病棟のない唯一の県」という肩書を返上した。診療報酬に緩和ケア病棟入院料が設定されてから17年後のことである。

さて、磐井病院緩和医療科（以下、当科）は、開設予定の緩和ケア病棟を担当することを目的に、2004年（平成16年）4月に新設された。

当時、国内のパイオニア的緩和ケア病棟の中には病棟の建て替えを終えた施設があった。したがって、当科の位置はさながら緩和ケアの最後尾を走る「周回遅れのランナー」であった。そこで、この間に国内に蓄積されたノウハウを生かして走行レーンを飛び越し、以下の「最も新しい緩和ケアを目指す」という目標を立てた。

- ・持続鎮静（sedation）を必要としない適切な症状緩和の実施。
- ・看護中心のチームケア、「緩和ケア看護支援センター」の設置。
- ・健全な運営。

本稿では、この3つの目標への取り組みを示しながら、基幹病院の緩和医療の実際と問題点を挙げる。

〈Special Article〉 Palliative care : the action as a pain clinician

Palliative care of prefectural hospital

Satoru Sato, et al

Department of Palliative Medicine, Iwate Prefectural Iwai Hospital

表1 2006年(平成18年)度緩和ケア病棟の概要と実績

1. 病棟概要							
建 築							
・5階病棟ワンフロア、屋上庭園が隣接							
・全24床(個室20床、二床室2床)、個室面積18.75~23.75m ²							
人員配置(専従)							
看護師17名、看護助手2名、クラーク1名、MSW1名、医師1名、ボランティアコーディネーター2名、[緩和ケア看護支援センター]看護師2名							
2. 事業実績							
入棟患者総数107名、男性52名(45.9%)、女性55名(54.1%)、平均年齢69.5歳							
・経路:転科69名(63.2%)、通院24名(22.4%)、転院17名(14.2%)							
・院内紹介元:消化器科12名、外科28名、脳神経外科4名、泌尿器科6名、呼吸器科11名、婦人科4名、形成外科1名、整形外科1名							
平均在院日数44.7日、平均患者数13名(4~16%)							
退院患者総数95名:うち死亡退院76名(81.9%)、自宅17名(15.6%)、転院2名(2.4%)							
在宅医療25名(緩和ケア病棟退院以外も含む)							
収益:1人1日平均36,263円(2006年4~12月は出来高払い、2007年1~3月は包括)							
室料差額:無料 17床、5,150円 3床、5,250円 3床、6,200円 1床							
3. 診療内容							
1) 医療用麻薬の使用69名(64%)、[担当:佐山] 単位:人数(名)、使用量(mg)							
		緩和ケア病棟			一般病棟		
製 剤	使用人数	1人平均mg	1人1日平均mg	1人1日最高mg	使用人数	1人平均mg	1人1日平均mg
オキシコドン錠	28	3,698	102.9	720	82	2,293	28.1
フェンタニル貼付剤	43	317	3.2	10×6枚	45	178	1.5
モルヒネ水剤	32	807	-	-	63	460	-
モルヒネ注	50	8,034	248.2	1,920	82	371	37.5
フェンタニル注	13	35.5	1.56	2.4	10	19.4	0.44
2) 神経ブロック人数:持続硬膜外ブロック3名、仙骨硬膜外1名、坐骨神経ブロック1名、くも膜下フェノールブロック2名(腰椎1名、サドルブロック2名)、腹腔神経叢ブロック2名							
3) リニアック7名							
4) オクトレオチド16名、塩酸ケタミン0名							
5) 薬剤管理指導15名							
6) 精神科紹介11名(隣接する精神神経科病院へ)							
7) 病棟内全インシデント30件(転倒転落17件、麻薬取り扱い6件)(当院1,090件)							
8) PCAポンプ:TE361(テルモ社製)7台、CADD Legacy(スミス・メディカル社製)12台							

1. 医療社会的背景

岩手県は、県立病院の運営健全化を目指した改革(平成16~20年)の過中にある。病院運営体制の効率化と適正化、医師確保は改革の中心テーマであり、病床削減・診療所化・統合・新築、医療の集約化が実施されている。この改革の中で、当院は、岩手県南の広域基幹病院

(305床)として位置づけられて新築移転した。当院の使命は、県南部唯一の基幹病院として、文字どおり「揺り籠(産科)から最期(緩和ケア)まで」市民の健康と生命を守ることである。

対象とする医療圏は、岩手県南から宮城県北、東西は秋田県境から北上山地にいたる地域で、面積は東京23区のおよそ2倍に相当し、その半分を山林が占める。人口は、市街地(旧一関市)が6万人、医療圏全体(合併後一関市など)

表2 緩和医療科の理念

緩和ケア病棟では あなたを中心に静かに時間が流れます。
思わしくない病状が少しでも緩やかになり 自分らしさや日常を取り戻して 再びご自宅での生活や、病院で闘病が続けられるよう ご家族や親しい方とともに日々を和やかに過ごされるよう
私達はあなたを大切なお客様としてお迎えし ご希望にあわせてお世話と緩和治療にあたり 蟹井の四季をともに暮らします。

としてはおよそ13万人（平成17年度がん死亡者数445人）である。地域の医療社会的問題として、高齢化や過疎化、医療格差が挙げられる。また、医師不足も深刻であり、圏域内外からの二次救急・産科・小児科症例が当院へ集中する一方、当院では耳鼻科・眼科の診療が縮小し当科も、開設以来増員の目処がない「1人主治医」状態が続いている。

2. 当院緩和ケア病棟の概要と 2006年度の実績（表1）

① 院内の位置づけ

「がんの診断・治療」は、当院の中心的機能の一つであり、「緩和ケア病棟」はがんを患ったことによる身体的精神的苦痛の緩和を目的として、根治を目指す治療と同時または引き続いて行われる、がん医療の両輪と位置づけた。

② 緩和医療科の理念（表2）

人それぞれが理想とする、人生のしめくり方がその人のホスピスである。その実現のために全人的な支援をすることが緩和ケアであるととらえ、表2のような理念を掲げた。

③ 診療の内容

緩和ケア病棟で提供される診療内容は以下に集約される。

- i) 症状緩和：痛みや息苦しさなどの症状緩

和治療

- ii) 在宅調整：在宅医療に向けての調整と再入院

- iii) 環境提供：適切な療養環境の提供

④ 診療の実践目標

- i) 退院/在宅ケア, ii) 外泊/外出, iii) 散歩, iv) 入浴, v) 思い出作り。

緩和ケア病棟を「死を迎えるところ」ではなく、「その人らしく生きるところ」ととらえ、病期に合わせてi) からv) の目標を持ち、実現するよう診療に努めた。

⑤ 入棟判定基準

- i) がんを患っている。
- ii) そのために体調が思わしくない。
- iii) ご本人が入棟について希望または同意している。（ご本人が判断できない時は、ご家族の希望または同意による）
- iv) ご本人は病状について詳しい説明を受け、よく承知している。

※ i) ~ iii) は必須

患者家族が緩和ケア病棟を必要とする理由は様々である。特に、当地域では高齢化が進み（一関市平成19年高齢化率28.6%）、入院を希望する患者の家庭は「老老介護」を超えて「病病介護」の夫婦2人暮らしの家庭が少なくない。認知症や精神障害を伴った患者もいる。当院は、基幹病院として、「地域のニーズが当院の緩和

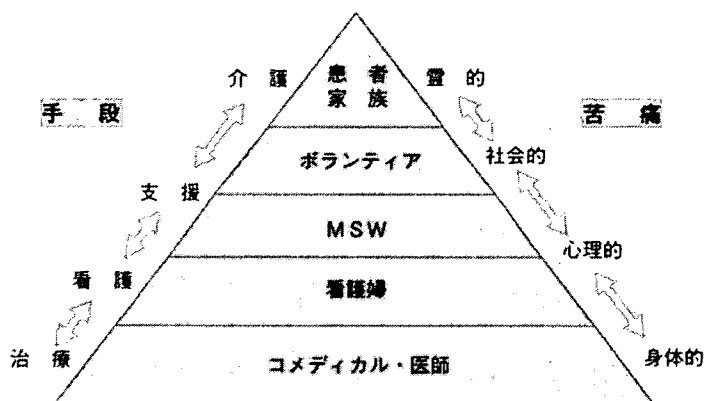


図1 当科緩和医療における各職種の連携

ケアを作る」立場であり、明らかな社会的入院も緩和ケア病棟では受け入れている。

抗がん剤治療については制限を設けていない。末期がんに対する有効性が証明されていなくても、害がなく患者の強い希望があれば、緩和ケア病棟でも継続は可能である。しかし、本格的な抗がん剤投与は精密な管理が必要であり、専門的な病床（外来）で行われるべきである。

⑥ 室料差額について

希望が無料室に集中する傾向がある。今のところ、病床利用率が低いということもあって、差額室が使われることは多くない。しかし、緩和ケア病棟入院料は定額制なので、収益は病床利用率に比例する。したがって、利用率を上げる観点から、「無料室の空き待ち患者」が発生しないよう、室料差額の設定を実情に合わせて再考すべきであると考えられた。

⑦ 各職種の連携

緩和ケアは各職種が互いを尊重して行われるチームケアである。一方、ケアの方向は、患者家族の満足を目指している。そこで、この2点を満たすために各職種間の連携を、図1のように下層が上層を支える構造とした。例えば、「医師は痛みを取って患者を看護師に託し、看護師はスムーズに療養の世話を済ませて、患者家族の水入らずの時間やボランティアのための時間

を作る」という関係である。いくなれば、「親亀の上に小亀…」のように、下が上を支えるイメージである。自分の役割をこのような比較的わかりやすい関係の中でとらえて、互いの立場を知り、協力して患者家族を支えることを目指した。

3. 緩和ケアの病期

緩和ケアを実践するにあたり、患者の置かれた状況を、スタッフと患者家族が理解し共有することは重要である。当科では、がんの診断治療から死にいたるまでの経過を病態によって病期に分類するという仮説を立て、病態と予後を段階的にとらえる試みをしている。それによって、ケアや診療方針の検討や、患者家族の自己選択、早期からの在宅ケアへの移行がより適切に行われると考えられる。

1) 定義と分類：緩和ケアの病期

「いわい分類 2004」(表3)

がん患者の経過を、生命に与える障害の強さの観点（病態）から病期に分け、緩和ケアの病期「いわい分類 2004」として提案した^{1),2)}。

表3 緩和ケアの病期 (いわい分類 2004) (2007年11月)

分類	積極的治療期				緩和ケア期			
	病期	[O] 根治期	[I] 進行/再発期		[II] 末期		[III] 終末期	[IV] 臨末期
			[a] 前期	[b] 後期	[a] 前期	[b] 後期		
病態	早期/進行	局所/孤立性	多発/再燃	臓器障害	臓器不全	呼吸循環不全	心肺停止	
定義	規約上の根治的病変、一般に「治った」といわれる状態	遺残または再発病巣は局所性で治療により根治の可能性がある	多発性または切除不可能な病巣、治療により延命効果が期待できる	生命を脅かす症状があるが治療により代償されている	代償不可能な臓器障害または悪液質	回復不可能で重篤な呼吸循環障害	呼吸循環が停止しようとする時期	
判断の目安	切除後の根治度 A B 薬物・放射線の奏効度 CR	C PR-NC PD		摂食障害、胸/腹水、出血、感染黄疸、対麻痺、腸閉塞、尿閉呼吸困難、脳圧亢進、悪液質	乏尿 低酸素 脈拍微弱	下顎呼吸		
症例	月日理由							
参考臨床像	症状	治療関連	治療関連、局所症状(疼痛、麻痺)		臓器症状		全身症状	
	ADL	社会生活	歩行		臥床		対話	
	目標 治療 ケア	早期診断根治	治療	延命	機能代償	症状緩和	苦痛緩和/日常性	
			闘病を支える		社会復帰	自立	水入らず/充足感	
	療養の場		外来/一般病棟		緩和ケア病棟 多床室 個室			
子後		年～月		月～週		日	時間	

2) 入院時の病期

2006年度新入院は107例(平均在院日数44.7日)で、入院時の緩和ケア病期は末期前期IIaが最も多く(74例, 69%)、次いで末期後期IIb(20例, 19%)、進行再発期後期Ib(13例, 12%)であった。それ以外の病期での入院はなかった。末期前期症例の入院理由は食思不振が最も多い。進行再発期後期の入院例は、疼痛、下半身麻痺のほか、老老介護家庭で介護力がない、配偶者が認知症であるなど、社会的理由の症例もみられた。

3) 死亡例の病期分析(表4)

2006年度病棟内死亡例97例のうち、全経過

が判明し、病期の目安となる所見と年月日が記録された48例を対象に、各病期の死亡前日数と病期の期間などを調査した。その結果、

- i) 初回診断時の病期は、多発転移 [Ib] が最多(26例)であった。つまり、当病棟のがん死亡例は、「はじめて異常に気づいた時は、すでに手遅れだった」という症例が多い。反対に、規約上の根治治療の後、再発しがん死亡した症例が11例あった。
- ii) 臓器障害を伴う末期 [IIa] では、食思不振のほか、複数の障害を経験することが多かった。
- iii) 意識障害は、末期では脳病変または代謝異常が主な原因であり、終末期では衰弱や

表4 死亡例における病期分析 (48例)

病期	[0]	[I] 進行/再発期		[II] 末期		[III]	[IV]
	根治期	[a] 前期	[b] 後期	[a] 前期	[b] 後期	終末期	臨死期
死亡前	831日	460	267	99	22	3.8	0.5
期間	372日	194	169	78	19	4.3	1.5
主な所見	手術 10例	局所 (PTCD) 1	多発肝転移 14	摂食障害 8	肝不全 9	乏尿 15	下顎呼吸 20
	検査 1例	局所 1	多発骨転移 8	腸閉塞 6	悪液質 8	呼吸不全 13	呼吸微弱 9
例数	11例	4	42	45	48	44	48

呼吸循環障害の結果であることが多いと考えられた。

iv) 急逝症例が6例あった(心筋梗塞, 高K血症, 喀痰, 吐血など)

v) 本分類の妥当性の検証には, 統計学的見地, 多施設間調査および他の基準との関連性の検討などが必要であると考えられた。

4. 症状緩和

緩和ケア病棟における医師の第一の役割は, 「症状緩和」である。持続鎮静を必要としない適切な症状緩和のために, 当科が重点的に取り組んでいる課題を述べる。

1) 疼痛緩和

当科の基本方針は, WHO方式がん疼痛治療法^{3,4)}と神経ブロック^{5,6)}との併用療法, および他科との集学的医療の2点である。治療法, 薬物は, 患者を副作用で傷つけないことを第一に考えて選択している。ここでは, 当科の処方例を挙げ解説した。

① 鎮痛薬(経口剤, 貼付剤)

外来でみられるような, 徐々に増悪する疼痛に対する当科の鎮痛薬の処方例を表5に示す(激痛は入院の上, 注射剤投与⁷⁾または神経ブロックを行う)。処方の方針は, より単純で副作用が起きにくい「失敗しない疼痛治療」と

している。がん患者には何度もやりなおす体力も時間も乏しいからである。そのため, 薬物は国内で販売される数多くのオピオイド製剤から厳選し, それらを使い慣れることが重要であると考えている。

鎮痛薬の副作用予防として併用する制吐薬, 緩下薬, 胃粘膜保護薬などは他施設と大差はないと考えられる。

i) 第1段階:

徐々に発症した疼痛では, WHO方式3段階除痛ラダーに基づき, 非ステロイド性消炎鎮痛薬(nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs)で治療を開始する。がん疼痛をただちに高度の疼痛と考え, 添付文書どおりの用量で短絡的にオピオイド製剤投与から開始すると, 副作用で失敗することがある。いうまでもなく, 疼痛は情動体験であり定量できない。したがって, 「現段階の鎮痛薬が有効でなかった時に, 次段階に移行または併用する」ことが安全であり, プライマリケアとしてのWHOラダーが唱える原則である。

エトドラクを選択した理由は, COX-2選択的阻害性が高いので, 胃腸障害が少なく, 比較的鎮痛作用も強いためである。また, 疼痛時頓用としてNSAIDs坐剤を必ず処方する。定時薬をそのまま用いてもよい。

頓用は, 効果がある場合は1日2回までは患者に許容されることが多い。頓用回数が増えた

表5 鎮痛薬の当科の処方例（経口剤，貼布剤）

<p>第1段階： 定時薬：エトドラク（ハイベン[®]，オステラック[®]）（200mg）2錠，分2，12時間ごと 頓用薬：ジクロフェナク（ボルタレン[®]）坐剤（25mg）疼痛時または定時薬の追加服用</p>
<p>第2・3段階（オピオイド開始時）： 定時薬：オキシコドン（オキシコンチン[®]）（5mg）2錠，分2，12時間ごと （経口剤，初日は眠前服用） フェンタニル貼付剤（デュロテップ[®]）（2.5mg）1/3～1/2面貼付6日ごとと交換 （経口不能時または高齢・衰弱例） 頓用薬：ジクロフェナク（ボルタレン[®]）坐剤（25mg）疼痛時 オキシコドン速放製剤（オキノーム散[®]）（2.5mg，5mg）60分ごと</p>
<p>しびれに対する鎮痛補助薬：（いずれもオピオイドとの併用，初回投与量） ガバペンチン（ガバペン[®]）（300mg）1錠，分1，睡眠前（第一選択薬） アミトリプチリン（トリプタノール[®]）（10mg）1錠，分1，睡眠前（持続的なしびれ） カルバマゼピン（テグレートール[®]）（100mg）1錠，分1，睡眠（電撃的なしびれ）</p>

場合は次段階に進む。

ii) 第2・3段階（オピオイド開始時）：

通常用量のNSAIDsで鎮痛が不十分な場合は，第2段階に移行してオピオイド投与を開始する。

NSAIDsは，局所の消炎と発痛物質の抑制が鎮痛作用の中心であり，中枢に作用するオピオイドとは機序が異なるので，可能であればオピオイドに移行後も投与を継続する。オキシコドン錠は添付文書上，NSAIDsに続いて新規投与できる唯一の徐放性オピオイドである。徐放性モルヒネより少用量の製剤（5mg）があり，また吐き気が少なく使いやすい。

オキシコドンは，少量から開始して段階的に増量する。初回投与量を少量にとどめる理由は，吐き気と呼吸不全の予防である。高齢者や衰弱症例などより慎重な投与が必要な場合，オキシコドン錠は分割できないので，少量のオキシコドン速放製剤（散剤），オピオイド注射剤またはフェンタニル貼付剤で開始する。

オキシコドンは，鎮痛効果の有効限界がない強オピオイドであり，痛みの増強に合わせて20～50%の間で増量する。吐き気または眠気が強い場合は，まず減量する。頓用薬は，ジクロフェナクが有効な間はそのまま継続する。オキ

シコドン速放製剤を用いる場合，1回量はオキシコドン1日量の1/6前後とする。効果発現が30～60分と比較的早く，モルヒネ水溶液より吐き気が少ないので使いやすい。

リン酸コデインは，WHO方式の3段階ラダー第2段階の基本薬として実績があり多用されている。しかし，速放性であるため，4時間ごとの服用が必要で若干煩雑であり，製剤は散剤と20mg錠しかない。鎮痛効果に有効限界（天井効果）があるなどの欠点がある。

経口が困難になったらフェンタニル貼付剤に切り替える。切り替え時の換算比は，2.5mg製剤1枚につきオキシコドン錠40mgとする。頓用薬はオキシコドン速放製剤を水などに溶解して用いる。高用量ではフェンタニル注を頓用のみに用いる場合もある。頓用の水剤も飲めない場合，すでに輸液ラインがあればオピオイド注射剤を経静脈的に投与し，終末期などで輸液ラインがないにもかかわらず疼痛が強い場合は持続皮下投与が推奨される。

オピオイドの増量は，過剰投与による副作用を避けるため20～50%の範囲とする。副作用が強い場合は，減量するか目的にあった薬剤，投与経路に変更する。

目標とする至適投与量（最大効果で最小副作用）

用)は症例ごとに異なる。一方、疼痛は血圧や血糖のような客観的な方法で強さを測定することができない。そこで、少量から投与を開始し、処方と評価を繰り返しながら段階的に至適量にいたるのが原則である(「滴定法」titration)。この際、次回投与量は、実際に鎮痛に要した量(1日に服用した総量=定時分+頓用分)とすると勘に頼る必要がない(「疼痛時頓用加算法」⁸⁾)。

iii) しびれに対する鎮痛補助薬:

(いずれもオピオイドとの併用、初回投与量) 侵害受容性疼痛に比べて、神経因性疼痛はオピオイドが効きにくいといわれる。画像や神経学的診察により神経障害が疑われた場合は、鎮痛補助薬を併用する。ガバペンチンは他剤に比べて副作用が少なく、しびれの緩和効果も高いので第一選択である。ただし、保険上の適応に制限があり工夫が必要である。アミトリプチリン、カルバマゼピンは、神経因性疼痛に対する有効性が証明されているが、発疹、眠気、口渇、尿閉などの副作用に注意が必要である。

② 副作用対策

- i) 初療時は嘔吐に対する耐性がないので必ず制吐剤も併用する。オピオイドの催吐作用は1~2週で耐性が獲得されるといわれるが、1度吐き気を生じると、経口投与自体の中止や入院に追い込まれるので細心の注意が必要である。オピオイド増量による吐き気では減量する。
- ii) 便秘には耐性形成がないといわれ、継続した対策が求められる。
- iii) 呼吸抑制は、オピオイドが呼吸中枢に作用して用量依存性に血中炭酸ガス感受性を低下させ、呼吸各相を抑制して生じる。典型的な現象としては、まず睡眠時呼吸数が減少し、次いで傾眠と不規則で小さい呼吸となり、無呼吸を生じ、最終的には昏睡と呼吸停止に至る。したがって、呼吸不全は眠気と呼吸の観察によって予防可能であ

る²⁾。

iv) また、オピオイドの呼吸抑制作用は疼痛の呼吸促進作用とのバランスの結果なので、どのオピオイド製剤でも相対的過量時に呼吸不全に陥る可能性があり、注意が必要である。呼吸不全がオピオイドの減量または中止により改善しない場合、ナロキソンを少量反復(1/10~1/4 A)または持続静注する⁹⁾。

v) ミオクロオススは病巣を刺激して体動時痛を誘発することがあり、オピオイド減量または抗痙攣薬投与が必要である

③ オピオイドの切り替え

オピオイド投与に問題を生じた時、目的に合った製剤または投与経路に変更する。

- i) 経口困難の場合: フェンタニル貼付剤、オピオイド注射剤に替える。モルヒネ坐剤は効果が不安定になりやすい。
- ii) 吐き気の場合: 初回オピオイド投与時で制吐剤が無効な場合は、一度投与を中止し、落ち着いたらフェンタニル2.5mg貼付剤の1/2~1/4面貼付で再開する。ちなみに、最も吐き気を生じにくい方法は、フェンタニル注の持続投与方法である。モルヒネ坐剤は吐き気時の代替薬にはなり難い。
- iii) 大量投与、急速滴定が必要な場合: オピオイドは、薬物が異なっても μ 受容体を介して鎮痛作用を発揮するという機序は同じであり、単に製剤を変更しても鎮痛効果は上がらない。しかし、投与経路により利用効率が違うので、より確実に迅速な鎮痛が必要な時は注射剤の持続投与に切り替える。

④ オピオイドが効かない時

- i) これまでの痛みの増悪が考えられる場合は、まず頓用薬を1~2回追加してみる(この時、所定の投与間隔を守ることを)、少しでも効果がある場合は、眠気が出るまで頓用を繰り返すことができる。十分な鎮痛が得られた時点で定時分投与量を増量する。

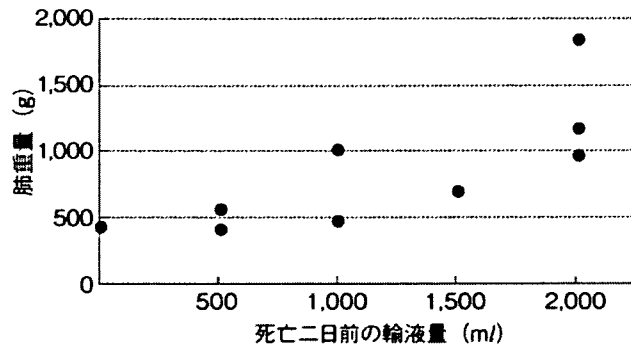


図2 病理解剖時の肺重量と輸液量の関係 (文献12, 口演内容より)

ii) これまでと違う激痛を訴えた場合は、新たな原因の検索が必要である。その上で、全くオピオイドが内服が効かない時や明らかな激痛は強い体動時痛を生じている可能性があり、オピオイド注射による急速滴定や神経ブロックも含めて、ペインクリニック医が主治医の相談に応じる体制が必要である。

iii) 神経因性疼痛の場合は前述の鎮痛補助薬を併用する。激しい神経因性疼痛もペインクリニック医の診察が必要である。

iv) 当科では、カテーテル感染の問題から、今のところ神経破壊薬による神経ブロックが中心である。

そのほか、骨折では局所の安静または固定術、大量腹水では穿刺排液、腸閉塞ではオクトレオチド、鎮痙剤、イレウス管、人工肛門などの適応を検討する。

2) 輸液のマネジメント

死の過程で経口摂取が困難になった時、水分やカロリーはどれだけ投与すればよいのだろうか。通常は、健康時、疾病時、周術期など、様々な状況での代謝が研究され、それを基に必要量が知られている。しかし、末期がん患者の代謝の研究¹⁰⁾は乏しく、水分必要量の定説もない。したがって、現状では症例ごとの観察と判断が重要である¹¹⁾。

① 輸液の副作用と必要量

星野¹²⁾は、病理解剖時の両肺が死亡前輸液量に比例して重くなることを観察し報告した(図2)。重くなった肺は「水を吸ったスポンジ状態」であり、増加分は生前に肺毛細血管から肺胞と間質にしみだした水分(輸液)の重さであるという。一方、岡部(医療法人爽秋会岡部医院)は、豊富な在宅緩和ケアの経験から、死の瞬間には水分必要量がゼロになること、および輸液にも副作用(過剰輸液による浮腫・体腔液貯留)があることを指摘した(私信)。この2つの観察から、必要量がゼロに近づいているにもかかわらず「過剰な」水分が投与されると、喀痰や肺水腫を増悪させて、終末期の呼吸困難と強い死前喘鳴につながると考えられる。

当科では、実際の輸液量の目安として尿量に着目した。尿量は循環血液量あるいは腎血流量によって直接左右されるからである。一般に病的な尿量減少として、おおむね(500~)300 ml以下を乏尿、100~50 ml以下を無尿と定義されている。したがって、当科では、輸液の必要最低量を500 mlの排尿が維持される量とし、ほかに問題がない限り、その輸液量を変える必要はないと仮定した。また、過剰輸液を避けるための判断基準として、「減量要素」(浮腫、体腔液、喀痰、循環・呼吸不全、乏尿・無尿など)を設定した。この減量要素が観察された時には輸液を500 mlずつ減量し、段階的に

ゼロに近づけるのである。

② 実際の輸液量

結果として、当科の輸液量は鎮痛薬や抗生薬などを除く基本輸液量が1,000または500 mlとした症例が多かった。病期ごとの基本輸液量は、末期前期1,500 ml、末期後期1,000 ml、終末期500 ml、臨死期キープまたは終了する、というのが基本となった。

このような輸液管理を行った結果、尿量は減少するが、慢性的誤嚥症例でも喀痰は減ることが多い。また、終末期に「家族が見るに見かねるような」強い喘鳴の発生は経験しなかった。これは、輸液量の調節によって、喀痰や呼吸困難の発生が極力抑えられたためであると考えられる。さらに、呼吸困難が軽減した分、生命の延長をもたらした可能性もある。

これらは、積極医療から「死に配慮した医療」への転換という、緩和ケアのための発想の転換がもたらした結果であると考えている。過剰輸液を避け、ドライサイド(脱水気味)にあると、死前喘鳴も軽く短時間に済むことを多くの関係者が経験している。「枯れる様に眠る様に」と大往生を願った昔人の言葉は、現代の緩和ケアにも生きている。

3) 呼吸困難の緩和

がん末期には、肺転移、がん性胸膜炎、誤嚥性肺炎のほか、喀痰喀出困難によって呼吸不全となりやすい。その結果生じた呼吸困難の緩和は容易ではない。呼吸困難は、あえぐ患者を見守るしかない家族にとって「見るに忍びない」つらい症状となる。そのため、場合によっては持続鎮静を迫られることもある。しかし、持続鎮静は最後まで苦痛なく意識を保つことを目標とする緩和ケアの「敗北」である。

呼吸困難の治療は、今のところオピオイド投与と過剰輸液の防止、理学療法の2つが基本である。末期には原因の治療(胸水除去など)も検討されるべきであり、終末期には息苦しさだ

けでなく、あえぐ姿そのものが治療の対象となる。どの病期にあっても、原因治療や理学療法で軽減しない呼吸困難に対しては、オピオイド投与による呼吸苦の緩和が中心になる。オピオイドは呼吸中枢に作用して呼吸困難の苦痛(感覚)そのものを軽減するので、意識レベルを下げる鎮静薬とは根本的に作用が異なる。

オピオイド投与法は鎮痛に準じて少量から開始する。特に呼吸性アシドーシスにある場合は、オピオイドによるわずかな換気量の減少が、急速に炭酸ガス血症を増悪する可能性があり、慎重なオピオイドの投与が求められる。投与方法としては、持続静脈投与(PCAが望ましい)が最も確実で即効性である。強い喘鳴や不安感恐怖感を伴う場合は、早めに経口や貼付から静注に切り替えるべきである。モルヒネによる気管支喘息様呼吸喘鳴が疑われた場合は、フェンタニルに変更しなければならない。

過剰輸液の防止については、前述のように予防的計画的マネジメントを心がけている。すなわち、死に向けて段階的に輸液を減らすなどである。末期にはがん病変の進行は抑えられないのだから、せめて医療行為が患者の苦痛を増やす事態は避けなければならない。

4) 終末期の呼吸とオピオイド性呼吸不全

自然経過でみられる終末期の呼吸は、以下の3段階で考えることができる。

- i) 換気量を増やそうと肩で息をする「努力呼吸」。
- ii) 胸郭の運動が小さくなり、呼吸補助筋により下顎が上下するだけの「下顎呼吸」。
- iii) 「呼吸停止」。

呼吸パターンは病態によって特徴があり、これらを鑑別して適切に対処しなければならない。特に、オピオイド性呼吸不全と肝不全、腎不全など代謝性呼吸異常の鑑別、その対応と治療法を知ることは重要である。最近、オピオイド施用の規制が一段と緩和された在宅緩和ケア

では、観察が手薄になりやすく、オピオイド性急性呼吸不全の予防と対処は重要な課題である¹³⁾。三徴（傾眠、無呼吸を伴う小さくて不規則な呼吸、瞳孔ピンホール）は家族でも観察ができ、医師が電話報告を受けて診断することもできる。睡眠中無呼吸があっても、いつもどおり覚醒するなら問題ない。また、終末期で意識レベルが低下しても、努力呼吸や呼吸回数が多い場合は、オピオイドを減量する必要はない。オピオイド性呼吸不全と診断されても、早期にオピオイド拮抗薬ナロキソンで治療できることが多いので、当座用救急薬としてナロキソン1本を診療所に常備すると安心である。

5) せん妄

せん妄は一過性であるといわれるが、がん末期のように不眠や苦痛が続く場合は持続することが多い。また、転倒・転落などの事故にもつながるため、せん妄の予防、治療、ケアには細心の注意を払わなければならない。離床センサーが鳴ると、看護師は病室に向けて一斉に駆け出すほどである。このため、せん妄は本人だけでなく家族、スタッフを強く消耗する。特に、夜間「睡眠の確保」は病棟運用上でも重要な課題となっている。

せん妄治療の目標は、i) 事故予防、ii) 睡眠リズムの回復、iii) 精神医学的正常化の順と考えられる。薬物治療は、睡眠薬と精神病薬（リスペリドン）の併用から始めている。入院をきっかけに発症した場合は、自宅へ外泊または退院すると軽減することもある。どうしても不穏不眠が強い時は、睡眠を確保するため、夜間のみミタゾラムを持続投与している。他に疼痛、呼吸困難、発熱などの身体的苦痛を十分緩和することは必須である。治療に難渋する場合は精神神経科へ紹介している。

三浦¹⁴⁾は、膀胱がん症例を解析して、死に対峙する時の脅威（危機的状況）がせん妄の発生に影響を及ぼしているとした。さらに、せん妄の

後に安寧（受容）を獲得する場合があります。せん妄は死に向かう者として自然な営みであると考察している。一般的に、せん妄は精神症状としてとらえられるが、男性患者では仕事や職場についての失見当識も多く、将来（もしくは人生）の喪失に対する実存的苦悩や、危機による霊的な存在の混乱とみることもできる。このように、積極的な意味合いをせん妄に見い出すことも考えられる。

5. オピオイド性鎮痛薬の使用状況および薬剤師の関わりについて（担当：佐川）

緩和ケア病棟に特徴的な事項として、

- i) 麻薬性鎮痛薬の1日当たりの平均使用量は、一般病棟に比べ、緩和病棟がすべてにおいて高用量であり、特にモルヒネ注が高用量で使用され（総使用量は緩和病棟が一般病棟の21.7倍、1人当たりの総投与量は35.6倍）、注意が必要であった
- ii) 各製剤の特徴・副作用を理解し、薬物が正しく使用されるよう、患者の病態や理解度に応じた説明を行っていかなければならない。薬剤管理指導は患者向けの説明書¹⁵⁾を用いて行った
- iii) 薬剤師は、薬の効果、副作用を確認し、適切な薬物療法ができるよう医師に情報提供する必要があると思われた。薬剤評価表や禁忌相互作用確認表は有効であった
- iv) 薬剤管理指導の時間が限られており、情報伝達に課題があった。

6. 緩和ケア看護支援センター¹⁶⁾（担当：橋本）

圏域医療施設への緩和ケア看護支援を積極的に行い、地域全体の緩和ケアの質的量的な向上を目的に、緩和ケア病棟開設と同時に、スタッフステーション隣の一室に緩和ケア看護支援センターを設けた。看護師2名、MSW1名（相

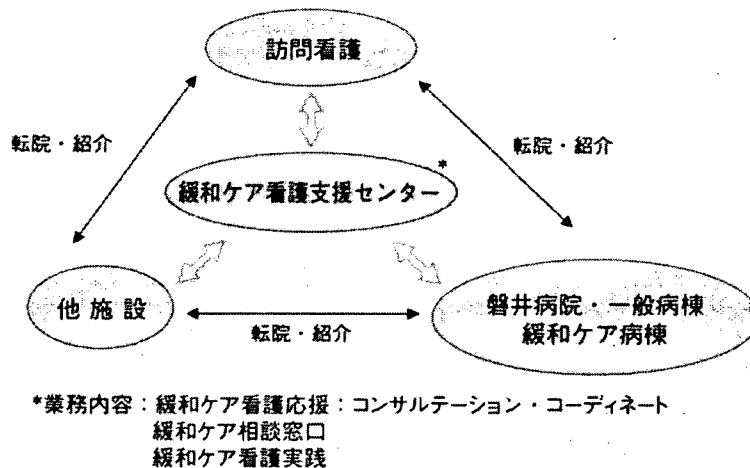


図3 緩和ケア看護の連携（磐井病院緩和ケア看護支援センター）

談員)が専従として配属され、院内、近隣医療施設、在宅で活動した(図3)。

1) 初年度の活動実績

- i) 緩和医療科への紹介患者の対応(主治医、病棟看護師、緩和医師と協働して)42件、
- ii) 緩和ケア病棟入棟への支援129件、
- iii) 緩和ケアに関するコンサルテーション対応223件、
- iv) 在宅療養の調整(合同カンファランスの主催を含む)と支援(院内、診療所、訪問看護ステーションと協働して)19件、在宅疼痛緩和13件、在宅看取り7件、であった。

2) 評価

他施設からは「情報交換がより円滑になった、相談窓口の一本化して明確化された」という評価を、院内ないからは「啓発、および病棟在宅の切れ目のないケアができた、在宅の様子を院内に向けフィードバックできた」、患者家族からは「安心感と希望確認から退院まで7日で在宅移行(MSWの存在)できた」との評価があった。

7. 一関在宅緩和ケア支援ネットワーク¹⁷⁾

当地域で在宅緩和ケアを展開するために、複数の医療機関と専門職が協力し、患者家族が安心して在宅での生活が続けられるように支援するネットワークで、2007年3月に設立された。4病院、8医院(在宅療養支援診療所2)、1歯科医院、10訪問看護、15介護施設、9調剤薬局、市民の会、行政が参加した。

活動は、施設の参加呼びかけ、イントラネットによる情報の共有、月例会、市民公開講座などを行い、「すべてのがん患者とその家族が、等しく質の高い緩和医療を受けられる体制作り」、「住み慣れた家で過ごしたい、豊かで最期の時を迎えたい」という願いの実現のための支援を目指している。「人間としての尊厳を大切に、地域に根ざした文化の伝承を踏まえて、地域社会システムとしての在宅緩和支援ネットワークの構築」が目標である。

8. 健全な運営

健全な運営について正確な評価は難しいの

で、大まかにポイントを挙げる。患者満足度調査などケアの評価は今後の課題である。

i) 持続鎮静を実施した症例はなかった。

スタッフや家族から実施を求められるような、症状緩和が非常に不十分な症例はなかったといえるかもしれない。

ii) 患者の自死がなかった。

どんなに周囲が気を配っても、自死が「その人の意志次第」であることを考えると、幸運であったとともに、スタッフやご家族の努力、患者本人のがまんへの感謝を忘れてはならないと考えている。

iii) 看護的に「重い」症例が少なくなかったにもかかわらず、スタッフの「燃え尽き」病休がなかった。

職員のメンタルケアへ対策は十分とはいえないので、スタッフの自己管理、話しやすい職場環境などの整備に努めた関係者の努力の結果である。

iv) 麻薬取り扱いの誤りによる重大な事故の発生はなかった。

二重チェック体制など、普段からの事故防止への努力の成果である。

v) 収支バランス

収支バランスは、支出（材料費・人件費）についての情報は得らず、正確な状況は不明である。しかし、これまで当病棟の材料費は、出来高払いの毎月のレセプトでみる限り、1日1人あたりの平均が8,000～10,000円であったので、包括算定となった現在でも（1日1人当たりの入院収益が42,000円前後）大きな問題はないと考えられる。

9. 持続鎮静と緩和ケアの目標

ある日、当病棟で、60歳の肺がん末期患者がせん妄の中で自殺未遂を図った。嗚声で謝罪と絶望を語り、なお死を願う患者を前にして筆

者は言葉がなく、一瞬「持続鎮静」を思った。

著者は、過去に最期の持続鎮静中に患者を脳出血で失った症例を経験した¹⁸⁾。持続鎮静の理由は、オピオイド大量投与でも鎮痛されない、反復性痙攣を伴う激しい痛みであった。死後数年して、この激痛の原因が麻薬性ミオクロオスであった可能性を知った。当時気づいていれば患者・家族を苦しめず、持続鎮静も必要なく、結果的に脳出血死もなかったかも知れない。このような持続鎮静をめぐる後悔があって、本症例では「他に方法はないか」と僧侶（ボランティアコーディネーター佐藤良規師）に相談した。その夜、駆けつけた僧侶と患者が対話した結果、患者は小さな楽しみを見つけ、後日の僧侶との再会を約束した。患者の心に「明日」が蘇った。

「緩和ケアの目標は、病床で死を願うことすらある患者が、死ぬこと以外に生きる方法を見つけ、心が救われること」とは、同僚看護師（豆 2007）の言葉である。スタッフの役割は、患者が「生きる方法を見つける」ための手助けといえる。持続鎮静ではこれと逆方向へ進み、後戻りもできない。したがって、この役割はどんな場面でも忘れてはいけない原則である。が、容易なことではない。

山室誠氏は、筆者のペインクリニック修行中^{19,20)}に、「自分ができないことは、できる人に任せること」と述べた。そのために、全人的苦痛に直面する緩和ケアの現場には様々な職種（立場）のスタッフが参加している。この多様なスタッフが、患者家族のニーズを共有し、同じ方向を目指して日々のケアを実践することが当病棟の日常である。今後も様々な困難と出会いながら、患者家族とともに「生きる方法を見つける」日々が続く。

おわりに

毎回同じことを述べて恐縮であるが、緩和ケ

アの標榜科。医学部・大学院講座の整備は緊急の課題である。

政府は「がん対策基本法」の意義を声高に喧伝しながら、緩和ケアを正式に「認知」しようとしないうちに、自治体や従事する側はボルテージがよいよ上がり、相変わらず「どこに行けば受けられるかわからない」難民状態の市民との断層は深まるばかりである。この溝に橋をかけるのは、医療施設が掲げる「緩和ケアやります」という一枚の看板である。

また、最近の朝日新聞紙（2007年11月11日付）上に、山崎章郎氏は、「がん診療連携拠点病院の緩和ケア医師養成では、座学だけでなく緩和ケア病棟での臨床研修が必要である」と述べた。講義と臨床という医師教育の要を示唆した。さらに、緩和ケアが医師の当然の技量として求められるなら、医学教育の基本に立ち返って、座学は学部教育から始めるべきであり、初期研修で実地訓練を始めるべきである。

以上は、他の診療科では当たり前のことである。看板はどんな手法でもよい。医師教育には時間がかかる。機が熟した今、指導者各位のご一考をお願いしたい。

本論文の一部は第11回東北緩和医療研究会（盛岡）で発表した。また、平成19年度厚生労働省科学研究費補助金「がん臨床研究事業「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究（江口班）」の助成を受けた。

文 献

- 1) 佐藤 智：地域連携を促進させる医師の働き。日がん看会誌 19：31-33, 2005
- 2) 佐藤 智：WHO方式がん疼痛治療法の考え方とヒント。ペインクリニック 27：S30-S42, 2006
- 3) 世界保健機構・編、武田文和・訳：がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—第2版。東京、金原出版、1996
- 4) 日本緩和医療学会・編：がん疼痛治療ガイド

- ライン。東京、真興交易医書出版部、2000
- 5) 佐藤 智、山室 誠：神経ブロック療法の治療計画—適応と適応時期—ペインクリニック 19：668-672, 1998
 - 6) 佐藤 智、山室 誠：がんによる痛み。（宮崎東洋・編：神経ブロック—関連疾患の整理と手技—）。東京、真興交易医書出版部、2000, 177-180
 - 7) 佐藤 智：癌性疼痛とPCA。ペインクリニック 21：39-43, 2000
 - 8) 山室 誠：がん患者の痛みの治療第2版。東京、中外医学社、1997
 - 9) 杉山公利、高橋雅彦、千葉聡子、他：ナロキソン持続投与による麻薬起因性呼吸抑制の拮抗。薬理と治療 29：967-973, 2001
 - 10) 東口高志：末期癌。（東口高志・編：NST完全ガイド栄養療法の基礎と実践）。東京、照林社、2005, 276-277
 - 11) 森田達也：QOLからみた終末期がん患者の水管理。緩和医療学 8：26-34, 2006
 - 12) 星野 彰：第6回日本緩和医療学会抄録集。69, 2001
 - 13) 佐藤 智：在宅における疼痛緩和の進め方、疼痛緩和の考え方。（小川節郎・監：オピオイドによる疼痛緩和7）。12：812, 2005
 - 14) 三浦浅子：一般病棟における癌がん患者の死にいたる体験の分析。三重大学大学院医学研究科看護学専攻成人看護学 平成18年度学位論文（現 八戸赤十字病院）
 - 15) 国立がんセンター・編：「痛み止めの薬」のやさしい知識—あなたの痛みを上手に取り除くために—。東京、がん研究振興財団
 - 16) 江口研二：在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究—平成17年度総括報告書—。厚生労働省科学研究費補助金がん臨床研究事業 2007
 - 17) 一関在宅支援ネットワーク設立準備会・編：在宅緩和ケアの支援ガイド—設立記念版—。岩手県立磐井病院地域連携室、2007
 - 18) 佐藤 智、山室 誠：麻酔科医の立場から—癌性疼痛治療を中心に—。ペインクリニック 17：333-338, 1996
 - 19) 佐藤 智：外科医からペインクリニック医になって行っている緩和医療。ペインクリニック 22：905-911, 2001
 - 20) 佐藤 智：往診からはじまって宮城県とともに歩むまで。（蘆野吉和・編著：特集・在宅医療—みやぎ方式にまなぶ—）緩和医療学 3：370-378, 2001

※ ※ ※

特集 緩和医療

～在宅ケアと地域連携、
がん対策基本法の施行を見据えて～

総論

～緩和ケアの離陸に向けて～



中川 恵 一*

今の日本は死を認めない傾向にあり、「死なない」ということを前提としているので、がん患者も医師も、ともかくがんを治すことだけを考えてきた。その結果、日本のがん治療は今、キュア（がんを治すこと）とケア（患者さんを癒すこと）のバランスが極端にキュア側に偏っている。実は、放射線治療こそが、キュアとケアの両者を担当でき、2つの架け橋となる治療手段である。筆者が、放射線治療から緩和ケアを目指した理由である。在宅緩和ケアでは、コミュニティとの連携も欠かせないため、大都市と田舎で一律に考えることは困難である。緩和医療を学問として考えると、多施設共同研究によるEBM (evidence-based medicine) 的アプローチのほか、広い学問領域を結集した死生学研究が重要となろう。

1. 医療の基盤は「ケア」

今の日本は死を認めない傾向にある。社会も自分も「死なない」ということを前提としているので、がん患者も医師も、ともかくがんを治すことだけを考えてきた。その結果、日本のがん治療は今、キュア（がんを治すこと）とケア（患者さんを癒すこと）のバランスが極端にキュア側に偏っている。しかし、がんの完治には初回治療がほとんどすべてで、再発するとそのがんで数年以内に亡くなるという厳しい現実がある。

「治癒」という言葉が、治（キュア）と癒（ケア）から成り立っているように、医師だけいてキュアを行う病院もなければ、ナースだけがケアを行う病院もあり得ず、常に、その両方が提供されるべきである。そもそも、今の医療の原型は、中世ヨーロッパの修道院に起源を持つ。修道女たちが、貧者や病人を修道院のなかにかくまって、ケアを行っていたのである。近代医学の技術は、このケ

アという基盤に付け足される形で提供されてきたわけで、ケアこそが、医療の基盤である。(図1)。

2. 放射線治療の可能性

筆者は、放射線治療から緩和ケアの世界に足を踏み入れたが、放射線治療こそが、がんの治療と緩和ケアの架け橋となると考えている。放射線治療は、がんの治療法のなかで特に副作用が少ないので、進行・末期がんにも使える。例えば、脳や脊髄に転移して麻痺などが出た時に、放射線を転移部位にかけるとその麻痺が改善する。がんは完治しないけれど、症状の進行を防ぎ、QOL (quality of life) を高めることにつながるのである。放射線治療は、末期患者にも使えるほど、身体的負担が軽いと言える。

最新鋭の高度な放射線治療は、早期がんを切らずに完治させるためのものと考えがちだが、全身状態の悪化した末期の患者にこそ、高精度なピンポイント照射が行われるべきであろう。(図2)。

* 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部・部長 (なかがわ・けいいち)

——■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

逆に，早期がんでも，緩和ケアが必要な局面がある。例えば，医師の自己防衛的な「告知」を受けて痛んだ心にはケアが必要である。

日本では，抗がん剤を徹底的に行い，骨髄抑制

などで治療手段がなくなると，ホスピスを紹介されるケースが多かった。しかし，がんの治療とがんのケアは対立するものではない。治療とケアは，常に両方とも必要で，病状によって，ウェットが変わってくるだけなのである。(図3)。

現在，「徹底した抗がん治療から，匙を投げる形で，ホスピスに紹介される」といった，不連続な終末期医療が見直されつつある。緩和ケアチームでは，主治医によるがんの治療に，緩和ケアの視点を加えることで，がんの治療と緩和ケアの両立が図られる。東京大学医学部附属病院でも，緩和ケア専用病床は廃止して，緩和ケアサービスは緩和ケアチームによるものに絞っている。今後さらに，在宅緩和ケアを推進したい。

がんの在宅ケアは，医療機関の外来や病棟ではなく，患者の自宅を医療現場と考えて，訪問診療や訪問看護を中心に緩和ケアを提供する形態である。在宅緩和ケアの長所としては，「自分のペースを守ることができる」，「家族と過ごすことができ



図1 Hospice de Beane での中世のケアの再現 (France, Beane)
修道女が貧者のケアにあたっている。
(筆者提供)

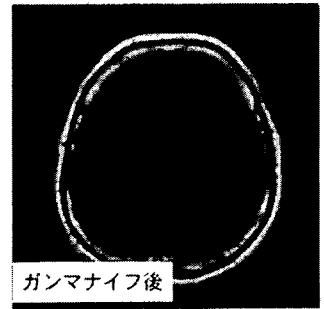
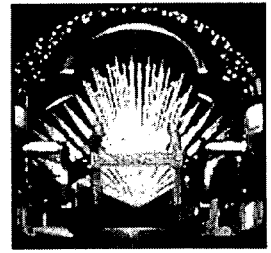
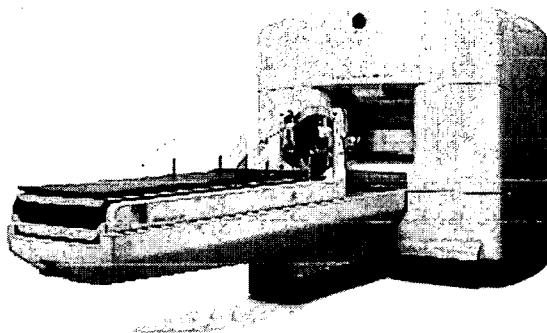


図2 末期がん脳転移患者へのガンマナイフ治療
脳転移は完全消失し，左上下肢の麻痺が緩解した。

(筆者提供)

QOL : quality of life, JPCAN : Japan Palliative Care Audit Network (日本緩和ケア検証ネットワーク)

COE : 中核的研究拠点

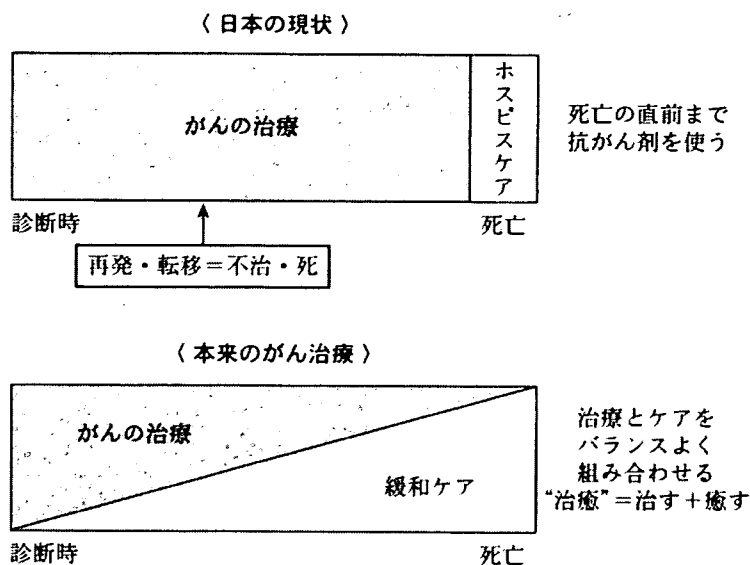


図3 がんの治療と緩和ケアのあり方

徹底的な抗がん治療の継続が不可能になってから緩和ケアが始まる「従来型」と、治療とケアが同時に行われる「バランス型」への移行が必要である。

(筆者作成)

る」などがあげられる。だがその反面、「病状の急変に対し、迅速な対応をとることができない」、「家族への介護負担が過大となりやすい」などといった短所もある。患者の病状や療養環境の変化などに応じて、在宅ケアと病院機能の双方の長所を生かしていくことが重要となろう。一方、コミュニティとの連携も欠かせないため、大都市と田舎で一律に考えることは困難である。

一方、学問として緩和医療を考えることも重要である。緩和ケアも、臨床腫瘍学の一部であるという考えのもと、エビデンスを重視する流れもできつつある。一見、ホスピス精神と対立するようにも見えるが、このことも、ケアとキュアの両立の構図のなかで捉えるべきであろう。筆者も、JPCAN (Japan Palliative Care Audit Network: 日本緩和ケア検証ネットワーク) を立ち上げて、緩和ケアにおける多施設共同の調査・研究に関する支援体制を確立しつつある。また、今年度から、東京大学文学部が中心となって死生学を研究するグローバル COE (中核的研究拠点)「死生学の展開と組織化」に分担研究者として参加する。死生の問題を、さまざまな方向から捉え直すことも、極めて重要である。

3. 限りある故に尊い命

生命が永遠であれば、完治だけが重要であろうが、人間の死亡率は 100% である。そもそも超高齢化社会では、治癒を目指す治療と緩和ケアの境はあいまいとなってくる。緩和ケアでは、人生の豊かさは、時間の長さとは別であると考えている。一瞬、一瞬を大事に生きるしか、人生を豊かにする方法はない。「命には限りがあり、それ故、尊い」ということをもう一度考える必要がある。「がんになって、このことに気づいた、がんになってよかった」と言う患者は少なくない。自分の死生観に従って、人生の時間を、各人に与えられた資源と考え、大事に使っていくという思考の転換が、「がんの壁」を乗り越えるためには必要であろう。

参考文献

- 1) 中川恵一, 養老孟司: 自分を生ききる—日本のがん治療と死生観—. 小学館, 東京, 2005.
- 2) 中川恵一, 養老孟司, 和田秀樹: 命と向き合う—若い日本人とがんの壁—. 小学館, 東京, 2006.
- 3) 加藤大基, 中川恵一: 東大のがん治療医が癌になって. ロハスメディア, 東京, 2007.

特集 緩和医療

～在宅ケアと地域連携、
がん対策基本法の施行を見据えて～

1. がん対策基本法と緩和ケア

中川 恵 一*

6月15日に、安倍総理および公明党太田代表が東京大学医学部附属病院を訪れ、がん対策基本法が定める「がん対策推進基本計画」について発表を行った。このなかで、特筆すべきは、がんを診療する医師すべて（10万人を想定）が、5年以内（当初は10年以内の計画であった）に緩和ケアの研修を修了するように前倒しの指示を行ったと発言された点である。がん対策推進基本計画のなかでも、緩和ケアに最大のウェイトが置かれており、緩和ケアをがん治療の柱として位置づけている。このことによって、日本のがん治療体系が大きく転換する可能性がある。筆者もその成立過程では大いに関与したが、この法律と基本計画が遵守されて、現実にはわが国のがん医療がよい方向に舵を切ることを希望する。

1. はじめに

6月15日に、安倍総理および公明党太田代表が東京大学医学部附属病院を訪れ、最新の放射線治療を視察された。筆者が最新の治療装置の解説を行い、症状緩和目的を含む放射線治療中の患者との懇談の場を設けた（図1）。その後の臨時の会見で、がん対策基本法が定める「がん対策推進基本計画」について発表が行われた。このなかで、特筆すべきは、がんを診療する医師すべて（10万人を想定）が、5年以内（当初は10年以内の計画であった）に緩和ケアの研修を修了するように前倒しの指示を行ったと発言された点である。

このことから分かるように、わが国のがん対策のなかで、特に放射線治療と緩和ケアが大事であり、基本法でも最重点課題になっている。逆に言えば、この2つがこれまで、日本のがん医療のウィークポイントと言える点であったわけである。実際、がん対策推進基本計画のなかでも、この2つにがん登録を加えた3点が重点的に取り組

むべき課題とされている。がん対策推進基本計画では、緩和ケアに関する課題は以下のように記述されている。

2. 治療の初期段階からの
緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など、さまざまな場面において切れ目なく実施される必要がある。しかしながら、欧米先進諸国に比べると、わが国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまた数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含

*東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部・部長（なかがわ・けいいち）