

中で、告知を希望するかどうかの意思確認をしておく。

イ 告知の決定

告知することにより患者にプラスの効果が期待できるかどうか、また、告知しないことによる不利益などについて、患者本人だけでなく、家族の意見や意向、医療スタッフからの情報等を総合し、告知の時期や方法も含めて、主治医が判断し決定する。

ウ 告知の実施

告知するに当たっては、患者の価値観やライフスタイル等のバックグラウンドや、患者の心情に配慮しながら進める必要がある。実際には、臨床の経過に沿って、がんの可能性について説明し、患者がそれを受け入れていくといった、「段階を追った告知（穏やかな告知）」を行っていくことが望ましい。

段階を追った告知により、患者が気持ちの整理を行いながら徐々に真実を受け止めていくことは重要な意味を持っており、そうした配慮なしに行われた告知は、患者にとって大きな負担や傷となる可能性があることを十分認識しておくべきである。

また、次のような点に配慮しながら、患者・家族と医療従事者との相互のコミュニケーションをとっていくなど、慎重に対応することが必要である。

(ア) 告知時の環境への配慮

- プライバシーが保てる場所を確保するなど、落ち着いた環境のもとで行う。
- 心理・精神面を配慮し、日中の早い時間に説明し、夜までの時間的余裕を見込むようにする。
- 外来での告知は、告知後に直接医療従事者がフォローすることができないため、家族等による支援体制に特に注意を払い慎重に行う。

(イ) 第三者の立会い

患者本人と医師だけで説明することは避け、患者が望む家族と看護婦が必ず立ち会うなど、複数対複数で行うようにする。ただし、患者本人が第三者の立会いを望まない場合にはその意思を尊重する。

立ち会った看護婦は、患者・家族の反応や理解度等を把握し、必要により、患者・家族に対し、「お分かりですか。」「お聞きになりたいことはありませんか。」等の問いかけを行う。また、医師の説明が分かりにくい場合は、そのことを医師に伝える等、説明の充実に努める。なお、看護婦は、説明後のケアや患者とのかかわり方などについて、医師とともに適切な方法を検討することも必要である。

(ウ) 質問や不安にこたえる体制があることの説明

告知は患者に対して、大きな動揺を与える可能性があるため、十分な時間を取って説明し、「お聞きになりたいことがあったら、いつでも御相談ください。」等、いつでも患者や家族の質問や相談、不安にこたえる体制があることを説明し、患者・家族の安心を得ることが重要である。

(エ) 希望を与える情報の提供

病状の説明の際は、少しでも希望を与えるような情報も提供するように配慮する。

(オ) 今後の治療方針等の説明

治療方針等については、どのような治療方法があるかを説明し、それぞれの治療法のメリット・デメリットなどについて詳しく説明する。また、薬の副作用等の説明をするとともに、その苦痛を緩和、除去することやその方法等についても説明し、患者の精神的負担の軽減に努める。

また、治療方針や今後起こり得る状態などを説明する際には、生活上、変わる部分と変わらない部分についてもできるだけ具体的に伝える。

(カ) 適切な言葉での告知

患者には「末期」というような直接的な表現は使わないようにする。

告知は、分かりやすく具体的に説明する必要があるが、理路整然と告げるのが目的ではない。告知は、患者自身が自らのQOLを確保するための選択を可能にする手段である。また、患者が告知をきちんと受け止めることができなければ告知したことにはならない。これらのことを医療従事者は十分認識しておく必要がある。

エ 告知後の支援体制

告知により、患者や家族の気持ちは、大きく動揺する可能性が高い。このため、告知後の患者をフォローする体制が重要であり、医師をはじめとしたチームにより、身体的、心理・精神的、社会的ケアの提供に努めていく必要がある。

その際、特に次のような点に留意する。

- 患者を孤独にしないようにする。特に入院患者では、告知の後は、患者の状況に応じながら、看護婦が夜間のフォローに通常以上の配慮をすることが必要である。
- 患者が残る人生をどのように送りたいと考えているかを把握し、患者がその希望を果たす上で、医療側としてどのような支援が必要かを検討し、患者と相談しながら具体的な援助を行う。
- 病状の悪化や余命の説明等、患者に動揺を与えるような重要な情報を提供する場合には、前記「(2)告知をすべきか否かの判断」と同様の配慮を行う。
- 家族による患者への支援を確保するために、家族の不安、悩み等への相談にも適切に対応する。
- 配偶者など家族の心理的、肉体的負担を軽減するため、患者・家族の同意のもと、信頼できる親族・友人等を確認し、支援を依頼する。

3 治療方針に対する患者の意思の反映

告知がなされた後、迫り来る「死」及びそれまでの余命をどのように受け入れ、どのように対処していこうとするかは、患者ごとに異なるものとなる。

家族との生活を最重点に考える場合、自らの仕事などを優先に考える場合、治験段階の治療法に望みを託し最後まで積極的な抗悪性腫瘍治療を望む場合など様々である。また、患者の意思は時間の経過とともに変わることがあり、さらには、1日のうちに変わることも少なくない。

患者の意思を反映した、それぞれの患者に適した治療を実施していくために、次のようなことに留意していく必要がある。

(1) 患者の自己決定権の確認

医療の提供が、患者中心に行われるべきことを医療従事者が正しく理解しておくことは当然であるが、患者自身や家族にも「治療方針の決定権は患者自身にあること」や「一度表明した意思を変更することができること」を認識してもらう必要がある。そして、患者の意思決定やその変更のために必要な十分な情報を提供することや、医療スタッフが支援することを説明する。

(2) 患者の意思を反映させるための留意点

ア 患者の意思を治療方針等に反映させるには、患者自身が正しく十分な情報を持っていることが必要である。そのためには、今後起こり得る事態、取り得る手段などについて説明し、患者自身又は家族が意見を言いやすいような状況づくりに努める。

イ 説明の際には、患者の疑問や不安を解消するため、十分な時間をかけ繰り返し説明する。

ウ 患者が意思決定できるよう、十分な時間的余裕を確保する。

エ 患者本人のライフスタイルや価値観を尊重する姿勢を持ちながら説明を行う。

オ 「どなたかお知り合いの医師がいましたら、その先生に聞いていただいてもいいですよ。その際はデータを全部お貸ししますよ。」など、セカンドオピニオンについても積極的に説明する。

カ 1回の説明では理解できない場合もあるので、患者がいつでも質問や相談ができるような状況をつくるとともに、患者にその旨を伝える。

(3) 患者の意思が変わった場合の対応

患者は様々な悩みを抱えながら治療を受けており、治療方針に対する当初の希望や意見が途中で変わることは稀ではなく、それ自体は不自然あるいは不合理なことではない。

患者から変更の申出があった場合には、その時点での患者の意思を尊重し、改めて話し合いを行う。

ただし、今後の治療方針等を検討する場合の参考として、「なぜ変わったのか。」「変更

の意思はどの程度強いものなのか。」「本当に患者自身が納得しているか。」等、変更の理由を、家族も含めた話し合いにより、慎重に確認する必要がある。なお、その際には、意思の変更について受容的な態度で接することが必要である。

また、医療側としては、「情報提供が十分になされていたのか。」「患者、家族とのコミュニケーションに問題はなかったのか。」「症状マネジメントが十分に行われていたか。」等について改めて検証することが必要である。

4 臨死状態における治療等

(1) 過剰な延命治療

延命は、医療の最重要項目の一つである。しかしながら、患者が、がんのために死に直面しており、回復が望めない状態（臨死状態）であるにもかかわらず、単に死期をわずかに延長することを目的とした医療を行うことは、患者にとって意味のない過剰行為となる場合があり、「過剰な延命治療」となりかねない。一般的には、臨死状態で行われる人工呼吸器の装着、心臓マッサージ、電氣的除細動、人工透析の実施等が問題となる。

しかし、仮に患者や家族が一刻でも長く生きたい、あるいは生きていて欲しいと望み、それにこたえて医療を実施する場合には、必ずしも「過剰」な延命治療とはならないものであり、その希望に沿って医療を行う必要に迫られる場合もあることに留意せねばならない。

このようなことから、患者が死に直面したときの延命治療の受入に関する患者・家族の希望を予め確認しておくことが重要である。しかしながら、我が国においては、がん告知の問題や国民性の問題などから、これを確認することは容易ではなく、その一助として以下のような方法で行われている。

- 入院時に、患者にアンケート調査を行い、治療方法等に関する一般的な質問に加え、がんと診断された際における病名や病状の告知に対する希望、臨死状態における治療に対する希望等を含めて患者の意見を把握しておき、それを参考として患者・家族と話し合う。
- 日常診療のなかで、時間をかけてゆっくりと話し合い、患者の真意を確認する。

(2) 臨死状態での医療の在り方

ア 医療側としては、基本的に死を迎える準備を支援するという考え方で臨むべきである。

イ がんの末期患者に対し、過剰な延命治療を避けるために、D N R（do not

resuscitate）の意思を事前に確認しておくことも大切である。なお、家族や親族の中には、病院で可能な最大限の治療を行い、少しでも長く生きることを望む方もいることから、患者及び家族等と最終段階での医療提供について、予め時間をかけて話し合いをしておく

D N R

do not resuscitateの略で、末期状態の患者に心肺停止が起こったとき、胸骨圧迫マッサージ（心臓マッサージ）、電氣的除細動、気管内挿管と人工呼吸器の装着などの蘇生処置を行わない、という事前の取り決めのことを言う。

ことが重要である。

ウ どのような医療を提供すべきかの判断は、医師一人で行うのではなく、医療チームの意見を聞くとともに、家族と十分話し合い、決定する必要がある。

エ ここで決定した内容は、カルテに記載しておくことが必要である。この記載がなかったために、患者・家族の希望に反し、蘇生術が行われるようなことがあってはならない。

(3) リビング・ウィル

リビング・ウィル（書面）が提出された場合の取扱いは、慎重に行う必要があり、提出されたからといって安易に応ずるべきではない。

患者の意思、末期状態に関する知識、判断能力、家族の希望等について十分に把握した上で、医療チームとして様々な視点から受入れの適否を検討すべきである。判断に迷う場合は、院内の倫理委員会などにおいて検討することが必要である。

リビング・ウィル

判断能力のある時点で、将来判断ができなくなった場合に自分が受ける医療に関し、予め自分の希望を述べた書類のことである。アメリカでは、多くの州でリビング・ウィルに関する法律が制定されているが、日本では、法的な根拠はなく、「日本尊厳死協会」等が「尊厳死の宣言」等を作成している。一般的には、末期的な病状になった際に、人為的な手段によって不本意に生かされることを拒否する旨が記載されている。

(4) セデーション

セデーションは、死をもって苦痛を終わらせようとする安楽死や慈悲死などではなく、考えられるすべての緩和治療を行ってもまだ苦痛がとれない場合に行う治療法である。

緩和ケア病棟では、十分なインフォームド・コンセントや病状・病態の把握とチームの合意の上で既に患者に適用しているが、一般の病棟においても、患者が最後の段階まで尊厳を保ちながら生きていくうえで、重要な治療法の一つとして評価されている。

しかしながら、がんの末期患者へのセデーションを適切に行っていくためには、余命の見極め、薬剤投与量など医療技術的な問題や、意識のない患者をみ取る際の家族等のかかわり方といった心情的な問題など、解決しなければならない様々な課題がある。そのため、実施に向けて今後十分な知識、経験を積んでいく必要がある。

セデーションについては、がんの末期患者に対して、あらゆる治療を試みても改善しない強い呼吸困難感、強い倦怠感、不穏状態などの末期の諸症状に対して行う最終的な治療方法として、今後、都立病院においても倫理性、科学性に基づいた取組が期待される。

セデーション

考えられる全ての緩和治療を行ってもまだ苦痛がとれない場合に、鎮静剤等の投与により、患者の意識レベルを低下させることによって苦痛を取り除く医療行為（治療法）

5 家族へのケア

末期患者を抱えた家族は、精神的に患者を支えていくという重要な役割を担いながら、経済的な問題などにも対応していかなければならない。そのため、患者への接し方についての戸惑い、生活上の悩み、在宅療養になった場合の不安など、患者とは異なった心理的・精神的な負担を抱えることになる。

家族の支援のもとで患者が安らかに人生最後の時期を過ごすことができるよう、また、家族自体が様々な精神的・社会的課題を乗り越えていけるよう、次のような情報提供や助言を行っていくことが必要である。

- (1) 患者に対してと同様、家族にも患者の状態や治療方法等について、十分な説明を行うとともに、十分なコミュニケーションをとる。
- (2) 患者の身体的・心理的な状態に応じた適切な接し方について、家族に助言・指導を行う。
- (3) 家族の精神状態を把握し、不安、落ち込み等に対する精神的支援を行う。
- (4) 社会的援助に関する情報提供など、生活・経済面に対する支援のための相談に対応する。
- (5) 在宅療養に移行する場合には、介助方法、療養上の留意点、療養生活を支える各種サービス等に関する具体的な相談、情報提供を行う。
- (6) 近親者を失った家族が陥りやすい心身症状に対処するために、適切な支援や情報提供などについて可能な限り配慮していく（グリーフケア）。

6 医療体制の整備

末期医療は、緩和ケア病棟だけで行われるものではなく、一般病床や在宅においても実施されるべきものである。

どのような環境で行われるとしても、患者の意思が尊重され、かつ患者が最後まで充実した人生を過ごすことができるよう、医療側が支援していかなければならない。

そのため、次のような方向で都立病院の医療体制を整えていくことが望まれる。

(1) 在宅医療支援

在宅における疼痛などの症状緩和が適切に行えるよう、患者の心身の状態の把握や症状緩和のノウハウを提供するなど、患者のかかりつけ医や訪問看護ステーションなどとの連携を一層密接に行っていく必要がある。

また、在宅医療で特に問題になるのは、在宅で治療を継続している患者の容体が急変したときなどの対応であり、患者が必ず緊急入院できる受入体制を整備しておく必要がある。

(2) 一般病棟における緩和医療

緩和ケア病棟が著しく不足していることから、一般病棟においても、相当数の末期患者を担当せざるを得ない状況が今後も続くと予想される。また、末期医療は、緩和ケア医療を専門に行っている医師・看護婦（士）等がいる緩和ケア病棟でなければならないという医療ではない。

一般病棟においても、医師、看護婦（士）、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理、MSWなどの医療従事者が緩和ケアや末期医療への理解や取組を深めることが非常に重要である。

また、駒込病院でのモデル事業、豊島病院の緩和ケア病床で培ったノウハウを一般病床での緩和ケア医療に活用していく方策を具体的に検討し、実施することが必要である。

(3) 各職種による患者への援助

医療は、医師、看護婦（士）、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理、MSWなど様々な職種が連携・協力しながら提供されるが、特に末期の患者に対しては、これらの職員がチームとして、それぞれの役割を理解し、末期医療に特有のかかわり方をもって推進することが必要である。

そこで、末期医療に関する主要な問題について、各職種が特に留意すべき点を別表にまとめた。

別表 《各職種による患者・家族への援助》

1 患者に対する治療、ケア

(1) 身体的苦痛に対する援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> • 医療スタッフ間で情報を共有する。 • 身体的な苦痛や困難を軽減することと精神的ケアは、相互に密接な関係を有するので、医師等と連携して苦痛等の緩和、除去を行う。
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者や家族とのコミュニケーションを図り、苦痛の内容や程度を常に把握するよう努め、その苦痛緩和のための適切な治療方法を患者・家族とともに選択する。 • 「WHO方式がん疼痛治療法」による痛みの治療など、諸症状に対する適正な医療の遂行と新たな治療法の開発を行う。 • セデーションに関する知識、技術の習得に努め、患者の苦痛を緩和する。
精神科医師 ・ 心理	<ul style="list-style-type: none"> • 薬物療法、支持的精神療法、カウンセリング等による心理的側面からの苦痛の緩和をサポートする。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の痛み等の苦痛が医療者側に的確に伝わるように側面的な援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> • 物理療法による症状緩和、ADL（日常生活動作）向上のための指導を行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の症状に適した薬剤選択、薬の副作用の軽減や防止のための援助を行う。 • 処方された薬、症状マネジメントのための服薬指導を行う。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の変化する病態や苦痛に合わせた栄養管理と食事を提供する。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> • 病態の把握と評価に基づく看護計画を実施する。 • 科学性に基づいた看護を通じ、医師等と連携して苦痛等の緩和、除去を行う。 • 患者の症状変化のプロセスを適切に捉え、医師に伝えることにより、医師の判断をより確実なものにする。

(2) 精神面に対する援助

職 種	内 容
-----	-----

共通	<ul style="list-style-type: none"> 十分に患者の話を聞き、病状に対して十分な説明を行い、医療スタッフ全員が患者を支えていることを伝えるなど、患者・家族と良好なコミュニケーションをとり、安心感、信頼感を確保する。 患者の病態と精神状態の把握・分析に基づき、会話等を通じた精神的苦痛の共有などの精神的支援を行う。
医師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護婦(士)、心理、MSW、薬剤師、栄養士、理学療法士等からなるチームでコーディネーターとしての役割を果たす。 落ち着いた環境の中での、傾聴や共感、コミュニケーションの確保に努める。
精神科医師 ・心理	<ul style="list-style-type: none"> 患者の精神状態の把握、分析に基づき、治療や精神的支援を行うとともに、医療従事者間の調整を行う。 傾聴し心情を受け止め、患者の問題整理をサポートする。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> 今後の生活への不安を受け止め、問題整理のサポートを行う。
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤についての情報提供、向精神薬の選択のための支援を行う。
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 病態やし好に合わせた栄養管理(献立の作成、食事の提供等)を行う。 闘病生活に潤いを与えるための誕生食・季節食・行事食等を提供する。
看護婦(士)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の心理的变化をとらえ、患者との会話や応対等によって不安感を取り除く。

(3) 社会的援助

職種	内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> 患者が残された日々をどう過ごしたいと望んでいるのか、また、心配していることや心残りとなっていることを把握し、患者の希望が達成できるよう援助する。 MSW、看護婦(士)との情報交換、支援要請を行う。 退院後の療養生活の準備・援助(在宅療養、施設療養に関するコーディネート)を行う。
精神科医師 ・心理	<ul style="list-style-type: none"> 家族関係の調整を行う。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> 患者が求める療養生活(在宅、施設、保険制度など)に関する情報提供と援助を行う。

(4) 生活面の援助

職種	内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> その人らしい最期が迎えられるような配慮と環境整備に努める。 MSW、看護婦(士)との情報交換、支援要請を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> ●患者が尊厳を持ってその人らしい最期を迎えるために配慮する。（環境整備、身だしなみ、食事等）
医 師	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅患者が急変した場合の受診や、緊急入院の受入体制を病院として確立し、確実な運営に努める。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の生活面の援助のため、地域関係機関との連絡、調整を行う。 ●患者の判断能力が不十分な場合、家族や地域の関係者との連携による援助を行う。 ●生活、経済面に関しての福祉制度、福祉サービスの活用について、相談援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ●ADL（日常生活動作）の訓練など、在宅生活を行うために必要かつ適切なリハビリテーション計画を作成し実施する。 ●環境調整（家屋改造等）のアドバイスを行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅での適切な服薬ができるよう指導・援助する。 ●薬の服用方法等の相談窓口を設け、いつでも自宅から相談ができるような体制をつくる。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> ●病態やし好に合わせた献立の作成とアドバイスを行う。 ●在宅移行時の栄養指導を行う。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅看護・介護に関する知識、技術の提供、援助を行う。 ●特に日常生活を送る上で問題となる部分について助言を行う。

2 家族に対するケア

(1) 精神面に対する援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の心情や立場を理解し、それらを尊重しながら支援を行う。 ● 医療従事者がチームとして患者さんを支えているので、必要な援助がいつでも受けられることを説明する。 ● 患者との対応の仕方に関する相談・指導を行う。 ● 患者が主体であることを前提とした適切な説明を行う。 ● 家族に与える精神的影響等に注意し、家族自身の落ち込み等、家族の精神状態の把握・分析を行い、必要に応じて会話等を通しての精神的援助を行う。 ● 患者の死後、家族に対するグリーフケアを行う。
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族が安心して患者をサポートできるよう、治療方針やDNR (P9 参照) についての十分な説明、情報提供を行う。 ● 治療方針の決定等に当たっては、今後の見通し、起こり得ること等について、十分に家族と話し合い、その意思を確認しておく。 ● 医師、看護婦(士)、心理、MSW、薬剤師、栄養士、理学療法士等からなるチーム内でコーディネーターとしての役割を果たす。 ● 家族とのコミュニケーションを確保する。 ● 急変の可能性について十分説明し、急変時に必ず緊急入院できることを約束することで家族の不安を可能な限り小さくする。 ● 場合により、家族のカウンセリングや投薬などで心理・精神面を支える治療を行う。
精神科医師 ・ 心 理	<ul style="list-style-type: none"> ● 傾聴、共感し、心情を受け止め、家族が問題を整理する上でのサポートを行う。 ● 必要により、カウンセリングを通して家族の精神面の支援を図る。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者が穏やかに療養できるよう、家族の社会生活上の不安に対する精神的なサポートを行う。 ● 家族の精神的な苦痛について、心理職との情報交換を行い、精神的支援を行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤、特に鎮痛薬に関する正しい知識を伝えることによって、家族の安心感を確保する。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事に対して、家族としてできることを指導することにより、家族の安心感を確保する。
看護婦(士)	<ul style="list-style-type: none"> ● 電話相談等により家族の精神面の支えになる。 ● 心理職への情報提供と家族への支援の要請を行う。 ● 家族と面接をし、力づけ、ねぎらい等、家族の悲哀に対する援助をする。 ● 患者の状態変化をとらえ、家族に適切に説明し、家族の不安を取り除く。

(2) 社会的援助

職 種	内 容
-----	-----

医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の不安に対し、MSW、看護婦（士）等への情報提供、支援の要請を行う。 ● 医療費、生活費などへの対応に関してMSWに紹介する。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族が必要とする社会的援助や経済的な問題の解決を支援するための相談・情報提供を行う。 ● 施設療養や在宅療養に関しての情報提供及び相談援助を行う。 ● ボランティアが求められた場合、情報提供と援助を行う。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> ● MSWと密接に連携しつつ、必要とする社会的援助に関する情報を提供する。 ● 患者の一時入院、緊急入院の積極的受入れに協力する。 ● 患者の療養生活について、具体的な相談援助を行う

(3) 生活面の援助

職 種	内 容
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者との接し方に関する家族からの相談・指導に応ずる。 ● MSW、看護婦（士）、理学療法士、薬剤師、栄養士等への情報提供・支援の要請を行う。
精神科医師 ・ 心 理	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の心情を受け止めながら、患者の心理等を家族に説明するとともに、患者との接し方を助言する。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の抱える諸問題（他の家族の病気、経済問題、育児等）の相談と支援（情報提供）を行う。 ● ボランティア団体、患者自助会の紹介など、患者・家族の生活を支援するための援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅生活を行うために必要かつ適切なリハビリテーション計画を作成し、家族への指導を行う。 ● 家族の介護負担を減らすためのADL（日常生活動作）獲得への援助を行う。 ● 介護機器の購入・借入、社会資源の利用等について助言する。 ● 在宅移行時の動作介助を指導する。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅での適切な服薬ができるよう指導・援助する。 ● 薬の服用方法等の相談窓口を設け、いつでも自宅から相談ができるような体制をつくる。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の病態やし好に合わせた献立の作成とアドバイスを行う。 ● 栄養指導を行い、在宅時の安心感を確保する。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> ● MSWとの密接な連携と相互の情報提供を行う。 ● 面会時間、付き添いなど、家族の生活も大切にしながら患者とかかわるように助言・調整する。 ● 家族に対し、在宅看護・介助に関する知識、技術の提供と援助を行う。

参 考

本資料は、都立豊島病院において、緩和ケア科を運営するに当たり基本としている考え方や参考としているデータ等を、末期医療を実施していくための参考として掲載したものである。

1 世界保健機関（WHO）による緩和医療（緩和治療、緩和ケア）の定義

緩和医療（緩和治療、緩和ケア）は治癒を目的とした治療に反応しなくなったがん患者に対する積極的な全人的な治療、ケアであり、痛みや痛み以外の諸症状のマネジメント、心理・精神的、社会的、更にスピリチュアルな側面を含めた問題解決が最も重要な課題である。

緩和医療の最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なQOLを実現、保持させることである。緩和医療はこのような目標を持つことから、終末期だけでなく、それ以前の早い病期の患者に対しても、化学療法や内分泌療法などのがん治療と同時に進行すべき医療である。

2 がん患者の全人的苦痛、苦悩

医療従事者は、下図のようながん患者の全人的苦痛、苦悩を有することを把握し、チーム医療でこれらの問題に対処していく必要がある。

図1 がん患者の全人的苦痛

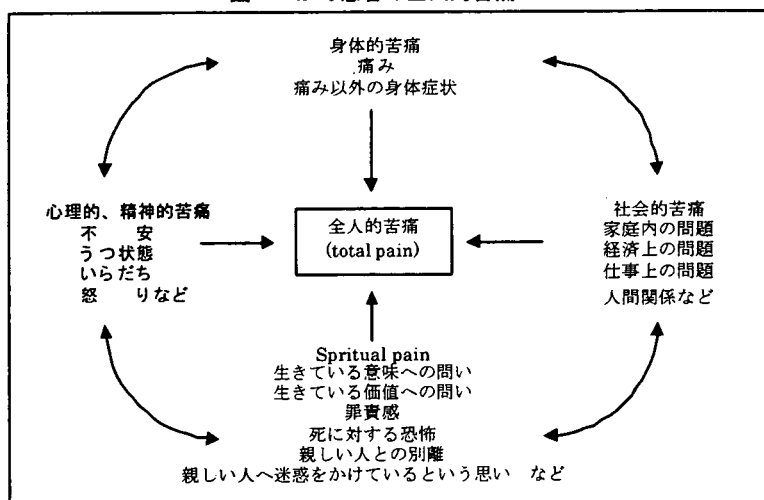
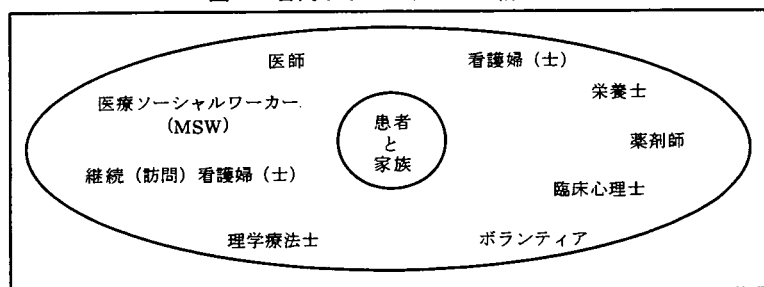


図2 合同サポートチームの構成



3 末期がん患者の入院時主症状のがん腫別内訳

頭頸部がんにおける嚥下障害など、がん腫に特異的に発現頻度が高い症状があるが、疼痛はがん患者に共通した頻度の高い症状である。

表1 末期がん患者の入院時主症状のがん腫別内訳

がん腫	症状の発現頻度 (%)					
	激しい痛み	せん妄	食欲不振	嘔気	嚥下障害	呼吸困難感
頭頸部がん	42	11	22	2	62	11
肺がん	31	43	35	16	21	51
胃がん	23	17	40	47	15	10
結腸がん	36	25	34	30	12	17
S状結腸がん・直腸がん	49	32	28	15	15	17
膵がん	44	21	54	35	13	21
卵巣がん	32	38	35	56	17	21
子宮頸がん	68	27	27	39	22	21
乳がん	39	38	30	13	22	30
前立腺がん	57	32	18	8	22	28

(Brescia Fj, Alder D, Gray G, et al: Hospitalization advanced cancer patients: a profile. J Pain Symptom Manage. 5:221-227, 1990.)

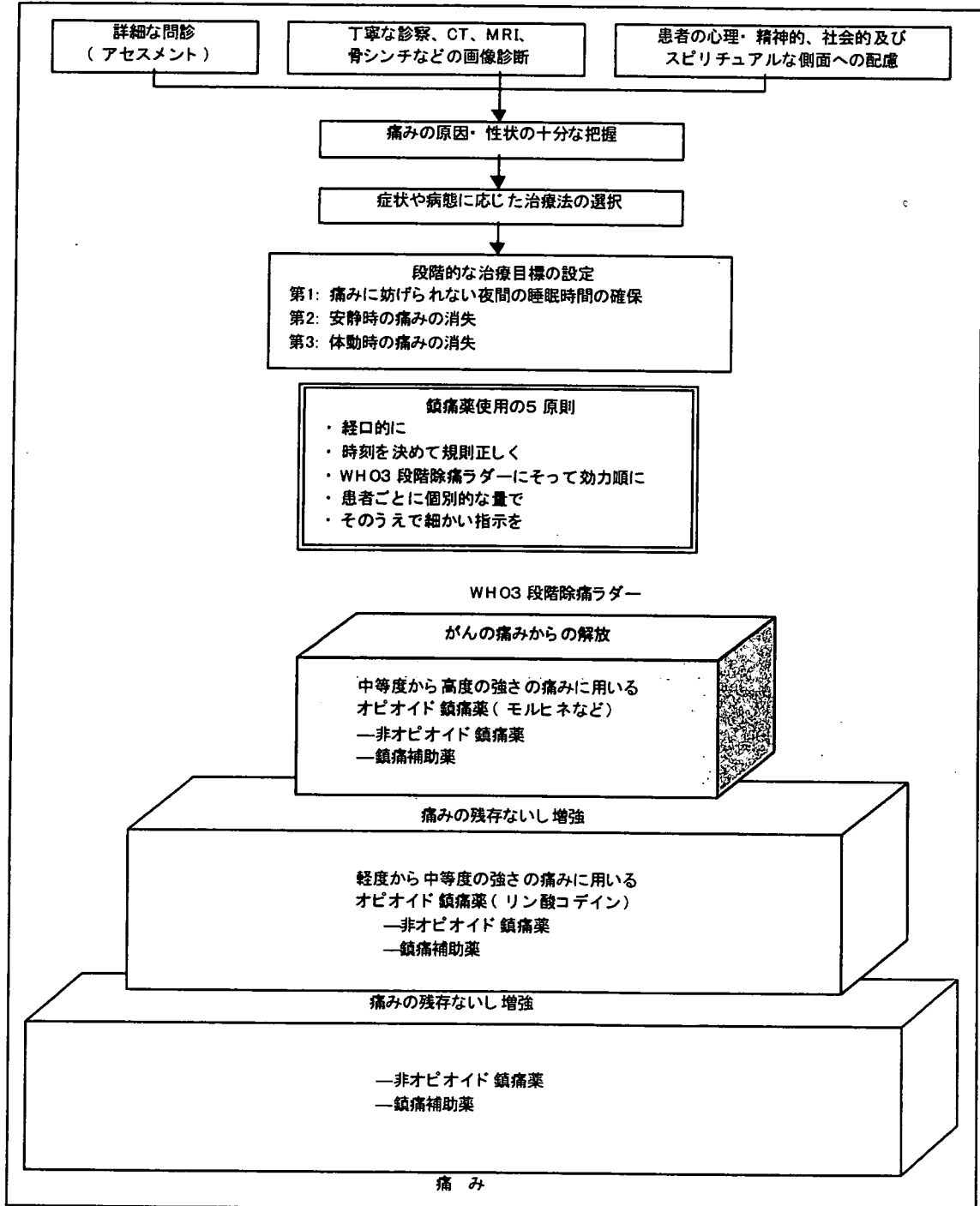
4 WHO方式がん疼痛治療法の基本的考え方の骨子

WHO方式がん疼痛治療法は、科学的根拠（エビデンス）に裏付けられた標準的がん疼痛治療法である。

その基本は、痛みの原因の診断であり、問診、理学的所見、CT、MRI、骨シンチグラムなどの画像診断を基に病態を把握することから始まる。

その後、鎮痛薬使用の5原則に留意し、WHO 3段階除痛ラダーに従った治療を、継続的な痛みの評価（アセスメント）の下に遂行することが本治療法の骨子である。

図3 WHO方式がん疼痛治療法の基本的考え方



5 モルヒネの製剤別特徴

モルヒネ製剤には、経口製剤（速放性と徐放性）、坐剤、注射製剤があり、各々に薬物動態的特徴がある。

このため、モルヒネを使いこなすためには、各モルヒネ製剤の薬物動態を理解、把握することが重要である。

表2 モルヒネの製剤別特徴

	剤形	投与経路	変換比…	効果開始までの時間	最大効果までの時間	効果判定(投与後)	作用時間	基本処方の投与間隔	最短投与間隔
塩酸モルヒネ末	原末	経口	1	10分以内	30～60分	1時間	3～5時間	4時間	1時間
塩酸モルヒネ錠*	10mg	経口							
塩酸モルヒネ水*		経口/注腸							
硫酸モルヒネ徐放錠 (MSコンチン®)	10, 30, 60mg	経口	1	70分	2～4時間	2～4時間	8～14時間	12時間 (8時間)	8時間
硫酸モルヒネ徐放製剤 (カディアン®)	カプセル (20, 30, 60mg) スティック (30, 60, 120mg)	経口	1	—	6～8時間	6～8時間	24時間	24時間	—
塩酸モルヒネ坐剤 (アンペック®)	10, 20mg	直腸内	1/2～2/3	20分	1～2時間	1～2時間	6～10時間	8時間	1～2時間
塩酸モルヒネ注	10, 50mg	持続静注	1/3～1/2	直ちに	10分以上	20～30分			
		持続皮下注	1/3～1/2	数分	10～20分	20～30分			
		持続硬膜外	1/20～1/10	30分	1時間以上	1～3時間			

* 塩酸モルヒネ錠と硫酸モルヒネ徐放製剤 (MS コンチン®, カディアン®) は全く異なる製剤なので注意する。

** 塩酸モルヒネ水は市販されていない。各施設で適当な濃度のものを調製する。

*** 経口投与を1とした場合の変換比。たとえば、経口⇒持続静注では、経口の1日投与量の1/3～1/2を持続静注する。

6 オピオイド鎮痛薬の副作用と対策

リン酸コデインやモルヒネなどのオピオイド鎮痛薬を有効に使いこなし、患者を痛みから解放するためには十分な副作用対策を行うことが必須である。

表3 オピオイド鎮痛薬の副作用と対策

症状	発生時期	頻度	対処開始時期	対処、処方(商品名)		
便秘	期間中継続	96%	モルヒネ開始時	緩下剤(種々)		
嘔気、嘔吐	~2、3週	30%	モルヒネ開始時に予防的に	プロクロルペラジン(ノバミン®)	30~40mg	分3~4
				ハロペリドール(セレネース®)	0.75 mg/回	1~3回/日
				メトクロプラミド(プリンペラン®)	15~30mg	分3
				ドンペリドン坐剤(ナウゼリン®)	60mg	2回/日
眠気	~数日	24%	経過をみながら	減量 塩酸メチルフェニデート(リタニン®)	10mg/回	1~2回/日
排尿障害(頻尿)	期間中継続	5%	経過をみながら	塩化ベタネコール(ベサコリン®)	10~20mg/回	3回/日
				塩酸プラゾシン(ミニプレス®)	0.5 mg~/回	3回/日
				塩酸オキシブチニン(ポラキス®)	2~3mg/回	3回/日
呼吸抑制(Po ₂ ↓) (Pco ₂ ↑)	開始~急な増量	まれ	緊急	減量、一時中止、酸素吸入 減量、一時中止、塩酸ナロキソン*	0.01~ 0.02mg/回	呼吸数10回/分以上
せん妄、混乱	~数日	まれ	経過をみながら	モルヒネの減量 ハロペリドール(セレネース®)	0.75~/回	1~3回/日
めまい、ふらつき	~数日	1%	経過をみながら	減量、ジフェンヒドラミン		
かゆみ、発汗	期間中継続	2%	経過をみながら	抗ヒスタミン薬、ステロイド剤、他剤へ変更		
ミオク-ス	大量投与時	まれ	経過をみながら	クロナゼバム(リボトリール®) バクロフェン(ギャバロン®、リオレサル®)	0.25~0.5mg/回より開始、 増量 5mg/回より開始、増量	

* 塩酸ナロキソン注射液(0.2mg/1ml/A)を生食9mlに溶解して0.01mg~0.02mg投与し、呼吸数10回/分に達しない場合は繰り返し追加投与。回復後、再び10回/分未満に減少するようであれば、同様に繰り返し投与する。

7 神経因性疼痛(neuropathic pain:ニューロパシクペイン)の病態

一般にオピオイド鎮痛薬に抵抗性を示す神経因性疼痛は、がん疼痛の20~30%を占めると考えられていたが、最近の研究では、50%以上の頻度で認められ、がん疼痛治療の大きな課題となっている。

表4 神経因性疼痛の病態

- 1) 末梢神経や中枢神経の損傷や障害によってもたらされる疼痛症候群で50~70%の頻度で認められる。
- 2) モルヒネなどのオピオイド鎮痛薬が効きにくい痛みである。
- 3) 抗うつ薬、抗痙攣薬、副腎皮質ステロイド、抗不整脈薬などの鎮痛補助薬を併用することで除痛が期待できる。
- 4) 中枢神経系の興奮性アミノ酸伝達物質NMDA(N-methyl-D-aspartate)の受容体の過敏化が関与しておりNMDA受容体拮抗薬の塩酸ケタミンの併用も鎮痛効果を示す。
- 5) GABAB受容体agonistのバクロフェンやギャバペンチン*の併用も有効性が報告されている。
- 6) 神経ブロックに関してペインクリニック科のコンサルテーションも考慮する。

*ギャバペンチンは本邦では入手不可

神経因性疼痛を併発しやすい疾患

- 1) 頭頸部がんの進行による周囲の神経組織の巻き込み
- 2) パンコーストタイプの肺がんによる肺尖部の神経浸潤
- 3) がんの胸壁浸潤による肋間神経の巻き込み
- 4) 膵がんなど腹腔内臓器のがんの内臓神経叢への浸潤
- 5) 胃がんなどによるがん性腹膜炎や結腸・直腸がん、泌尿器科、婦人科領域の骨盤腔内のがんも坐骨神経や仙骨神経叢を圧迫または浸潤破壊して、ニューロパシクペインを来しやすい

8 神経因性疼痛の治療

神経因性疼痛の正確な診断法と標準的な治療法は確立されておらず、現時点で解明されてい

る病態と経験から治療法を模索している段階であるが、痛みの性状から薬剤を選択することが多い。

鎮痛補助薬の種類と投与量、副作用を下表にまとめたが、使用する際には、緩和ケア科医、ホスピス医、ペインクリニック科医へコンサルテーションすることが望ましい。

表5 鎮痛補助薬の種類と投与量、副作用

	開始量	増量(日量)	増量間隔	維持量	投与量	副作用
抗うつ薬 Amitriptyline Nortriptyline Clomipramine Imipramine	10または25mg	10または25mg	1~7日	40~60 mg	睡前回-2~3分/日	眠気・口渇・便秘・排尿障害・せん妄
アモキシシリン	25mg	25または50mg	1~7日	~150 mg	睡前回-2~3分/日	同上
抗痙攣薬 Carbamazepine	100~200mg	100~200mg	2日	~600 mg	睡前回-2~3分/日	胃部不快感・眠気・ふらつき
フェニトイン	100mg	100mg	5~7日	~300 mg	睡前回-2~3分/日	同上
バルプロ酸ナトリウム	200~400mg	200mg	2~3日	~600 mg	2~3分/日	同上
クロナゼパム	0.5mg	0.5mg	4~6日	~3 mg	睡前回-2~3分/日	同上
抗不整脈薬 Lidocaine	静注：静注用リドカイン 2mg/kgを生食50mlに溶解し、 15~30分で点滴し効果判定		2~3日	0.6 ~1.0 mg /kg/時	持続皮下注/持続静注	不穏・悪心・嘔吐・局麻中毒・心血管系
メキシレチン	経口：150~300mg 静注：静注用メキシレチン 125mgを生食50mlに溶解し、 15~30分で点滴し効果判定	100~150mg	2~3日	150 ~450 mg 0.4 ~0.6 mg /kg/時	3分間投与 持続皮下注/持続静注	胃部不快感・悪心・嘔吐・めまい・心血管系
副腎皮質ステロイド Dexamethasone Betamethasone	1~2mg 同上	1~2mg 同上	2~3日 同上	1~10mg 同上	朝1回または朝と昼 同上	胃・十二指腸粘膜障害・糖尿病の増悪 同上
メチルプレドニゾン	4~8mg	4~8mg	同上	同上	同上	同上
塩酸ケタミン	50~150 mg	50~100 mg	2~3日	50 ~300 mg	持続静注：静注用製剤 (200mg/20ml) 持続皮下注/筋注用製剤 (500mg/10ml)	不安・不快感・まれに悪夢・傾眠・不随意運動・心血管系

- * いずれの薬剤もモルヒネとの併用は可能であるが、抗痙攣薬、抗うつ薬、塩酸ケタミンでは傾眠傾向が出現しやすい。
- * 向神経薬の鎮静によって、痛みの訴えが減少することがあるので、適切な鎮静が得られているのか注意が特に必要である。
- * リドカインとメキシレチンは必ずしも交差性はない。メキシレチンで無効であっても、リドカインが有効である場合がある。
- * 副腎皮質ステロイドは食欲不振の改善などの目的で用いられる。長期投与では、易感染性となったり、感染時の発熱を抑制してしまうので、臨床所見やCRPを定期的にモニターし、感染の有無をチェックする。NSAIDsとの併用では、胃・十二指腸粘膜障害の頻度が高くなるので注意する。

9 End of Life stage で留意すべき治療とケア

終末期、臨死期で特に留意すべき事項を列記した。これらを遂行するためには、十分なインフォームド・コンセントや各職種間での円滑なチーム医療の構築が必須条件となる。

表6 End of Life stage で留意すべき治療とケア

1. 適正な輸液量の調節⇒過剰輸液に注意することで、浮腫、胸・腹水、肺水腫などの発現や増悪を回避でき、さらにモルヒネなどの鎮痛薬の血中濃度調整が容易となる。
2. 持続皮下注入法の積極的な導入⇒小型の輸注ポンプで侵襲がなく、早送りなどによる迅速な症状マネジメントが可能で、過剰な輸液を回避できる(塩酸モルヒネ、フェンタニール、塩酸ブプレノルフィンなどのオピオイド鎮痛薬やリドカイン、塩酸ケタミンなどの鎮痛補助薬、喘鳴に対する臭化水素酸スコポラミン、およびセレネースやドルミカムなどの鎮静剤の適正投与に有用な方法である)。
3. 鎮静(sedation)を用いた治療を要する病態の把握⇒他の治療で緩和できない呼吸困難感、高度の全身倦怠感・衰弱感、不穏など。(倫理性、科学性、インフォームドコンセント、チーム間での合意などに十分留意する)
4. 心理・精神面、spiritual な側面に対する配慮⇒支持的精神医学的介入、薬物療法、傾聴、共感、臨床心理士や宗教家の介入など
5. 口腔ケア、快適な体位への変換、リラクゼーション、臭気に対する対策や快適な温度、部屋の空気の入替えなど、環境の整備。
6. 付き添いや介護をする家族や親しい人の心身に対する配慮、プライバシーの確保など。

10 輸液

終末期の輸液に関しては、欧州では(1)のようなガイドラインがあるが、(2)のように輸液をめぐる見解は様々で、未だ、世界標準のガイドラインはない。

ただし、(3)の欧米での研究結果や我々の日常診療の評価から、がんが進行して衰弱が著

明となった臨死期では、過剰輸液を回避することにより、9の表6の中で述べた様々な利点が得られることから、輸液量の決定には十分な配慮をすることが大切である。

(1) 末期がん患者への人工的栄養や水分補給の投与を決める要因 (表7)

- 1 腫瘍・臨床状態
腫瘍の部位、組織診断、病期、主要な障害部位、進行速度、治療に対する反応性、年齢、全身状態 (performance status)、合併症
- 2 症状
脱水のレベル、蛋白・カロリー栄養障害 (protein-calorie malnutrition) による症状、食事摂取に影響を与える症状、栄養状態に関係する症状 (痛み、悪心、嘔吐など)
- 3 推定される生存期間
- 4 水分・栄養摂取状態の評価
脱水や蛋白・カロリー栄養障害の有無
- 5 食事摂取状況
- 6 患者の病状の理解と態度
- 7 消化管機能および投与経路 (経腸管、経静脈)
- 8 特殊な栄養補給の必要性
高カロリー輸液、経腸管栄養

(Expert Committee of the European Association for Palliative Careより)

(2) 輸液をめぐる見解 (表8)

輸液に反対	輸液に賛成
<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水により、さまざまな症状が軽減される (咳、喘鳴、嘔吐、浮腫、疼痛、尿失禁) = 輸液によって症状が悪化する ・ 終末期脱水は、急性期脱水と違い、苦痛を呈しない。死の苦痛を和らげる反応のひとつかもしれない ・ 脱水による血液組成の変化は、自然の麻酔作用を導く ・ 経口水分摂取が不十分でも、血液電解質バランスはそれほど崩れない ・ 脱水の症状とされている口渴感は、水分補給でも改善されない ・ 輸液のラインは、家族と患者の間のバリアになる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水により腎不全になる ・ 意識障害 (せん妄、錯乱) は脱水で引き起こされる ・ 経口水分摂取を可とするのになぜ補液はいけないのか? (皮下注はそれほど患者の負担ではない) ・ 水分補給はケアの欠くべからざる部分であり、体位変換や、患者との会話などと違いはない ・ 臨死期である、という診断が誤っていることもある ・ 輸液は、医療者ならびに患者・家族にとってケアをしているという象徴的な意味をもっており、これを中止することは“見捨てた、見捨てられた”という感情を引き起こす

(Craig GM: J Med Ethics 1996;22:147-153)より引用、一部改変)

(3) 終末期 (臨死期) における輸液に関する研究 (表9)

報告書	研究方法	検査及び評価項目	結論
Burgeら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間水分摂取量 ・ 血清ナトリウム、尿素、浸透圧 ・ 症状 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水分摂取量、生化学検査所見と口渴感には相関はみられない
McCannら	Prospective single cohort study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状 (口渴感など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経口からの少量の水分摂取やmouth careなどで快適な状態を保つことが可能である ・ dry sideに傾けることにより気道などからの分泌物は減少し、喘鳴等の発現の抑制に有効である
Wallerら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清尿素、クレアチニン、ナトリウム、浸透性 ・ 尿浸透圧 ・ 意識レベル 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液量と意識レベルに相関は見られない ・ 臨死期における輸液の必要性の医学的根拠はなく、生存期間に与える影響は認められない
Ellershawら	Prospective single cohort study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清浸透圧、ナトリウム、クレアチニン、尿素など ・ 症状 (気道分泌、口渴感など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生化学的所見は臨死期でも高率に正常域に保たれている ・ 気道分泌、口渴感などと水分摂取量との間に相関は見られない ・ 口渴感などは輸液で改善しない
Brueraら	retrospective natural experiment study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常の診断所見 ・ 毎週の採血所見 ・ 精神症状と向精神薬の投与 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少量の水分補給はせん妄の発現予防に有用と思われる ・ 種々の精神症状と輸液、opioid rotationとの関連性は明らかではない (本研究においては)
Musgraveら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液量と水分排泄量 ・ 経口水分摂取量 ・ 血清ナトリウム、尿素 ・ 症状 (口渴感、腹水、浮腫など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口渴感は輸液量により大きく影響されない ・ 血清ナトリウム値と口渴感との相関性は低い ・ 輸液量と体液貯留との相関性は明らかではない

* 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10(3)については、都立豊島病院緩和ケア科・腫瘍内科 向山雄人による

資 料