

達也.	影響する要因.				
木澤義之.	【“がん診療”を内科医が担う時代】 がん診療と地域連携 緩和ケアを どのように紹介し、どのように導入 するか.	Medicina	48(13)	2144-21 47	2011
木澤義之.	【やさしく学べる最新緩和医療 Q&A】 症状への対策 痛み オピオ イド モルヒネ.	がん治療レクチャ ー.	2(3)	490-494	2011
木澤義之.	【進行・再発婦人科がんの治療と管 理】 がん疼痛のマネジメント.	産科と婦人科	78(5)	587-591	2011
大久保英樹, 木澤義之, 田淵経司, 原晃.	頭頸部がん患者の疼痛緩和の方法.	耳鼻咽喉科臨床.	104(2)	156-157	2011
森田達也, 厨芽衣子	特集 がん疼痛治療の最新情報 早 期緩和ケア導入によるがん治療の 影響と効果	Progress in Medicine	31(5)	1189-11 93	2011
岡村 仁	外来精神医療と緩和ケア：がん患者 にみられる精神症状とその対応	外来精神医療	11	20-24	2011
小川朝生	(Q) transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況	日本医事新報		55-56	2011
小川朝生	「怒る」患者－隠れているせん妄を みつける	看護技術	57	70-73	2011
小川朝生	せん妄を家族に説明する	看護技術	57	172-175	2011
小川朝生	せん妄と認知症の症状の見分け方	看護技術	57	66-69	2011
小川朝生	せん妄患者への声のかけ方	看護技術	57	565-568	2011
小川朝生	レスキューが効かない痛み	看護技術	57	337-340	2011
小川朝生	あなたみたいな若い人にはわから ないわよ	看護技術	57	668-671	2011
小川朝生	患者だけではなく家族も不安	看護技術	57	741-744	2011
小川朝生	告知の後に患者さんが泣いていま す	看護技術		846-849	2011
小川朝生	傾聴で解決できること、できないこ と	看護技術		932-935	2011
小川朝生	予期悲嘆は起こさなければならな いのか	看護技術		1023-10 25	2011
小川朝生	患者さんのことを主治医に相談し ても話になりません	看護技術		1252-12 55	2011

小川朝生	あなたは大丈夫？	看護技術		1356-1359	2011
小川朝生	終末期がん患者における精神刺激薬の使用	精神科治療学	26	857-864	2011
小川朝生	SHAREを用いた化学療法中止の伝え方	がん患者ケア	5	3-7	2011
小川朝生	新しい向精神薬を活用する	緩和ケア	21	606-610	2011
小川朝生	がん患者における医療用麻薬および向精神薬の実態調査	医療薬学	37	437-441	2011
小川朝生	ガイドラインの分かりやすい解説	緩和ケア	21	132-133	2011
小川朝生	臨床への適用と私の使い方	緩和ケア	21	134-135	2011
小川朝生	特集にあたって	レジデントノート	13	1194-1195	2011
小川朝生	入院患者の不眠とせん妄を鑑別するポイントを教えてください	レジデントノート	13	1215-1219	2011
小川朝生	統合失調症	看護学生	58	26-30	2011
小川朝生	がん専門病院の立場から	外来精神医療	11	17-19	2011
小川朝生	家族の心理状態について	ホスピスケア	22	30-55	2011
小川朝生	平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会	Medical Tribune	44	22	2011
小川朝生	Cancer-brainとうつ病	Depression Frontier	9	85-92	2011
後藤朝香、高橋美賀子、	せん妄と安全対策	がん患者と対症療法	22(1)	44-51	2011
津川律子・岩満優美	臨床心理学キーワード・チーム医療/多職種協働/臨床心理士の役割と専門性	臨床心理学	11(5)	762-765	2011
伊勢 雄也, 片山 志郎	がん治療と緩和ケア(1):在宅緩和医療の推進に障壁となっていることは?~薬剤師の視点から~.	日本医科大学医学 会雑誌	7	156-161	2011

201119027A (別冊)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

別冊：研究成果刊行物

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 24 年 (2012) 3 月

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
佐藤哲観	「緩和ケア」とは何か. がんの痛みの対処法. がんの痛みに対する鎮痛薬の適切な使い方. 安楽死と尊厳死.	弘前大学大学院医学研究科	最新がん治療	朝日新聞出版	東京	2011	224-234 250-253
森田達也, 木澤義之, 新城拓也	エビデンスで解決!緩和医療ケースファイル.	森田達也, 木澤義之, 新城拓也	エビデンスで解決!緩和医療ケースファイル.	南江堂	東京	2011	
岡村 仁	がん患者のリハビリテーションと心理的問題	清水 研	がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	真興交易(株)医学書出版部	東京	2011	206-209
岡村 仁	リハビリテーション	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	191-194
小川朝生	コンサルテーションとアセスメント	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	52-64
小川朝生	せん妄	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	120-132
小川朝生	認知症	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	133-136
小川朝生	発達障害	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	142-145
小川朝生	薬物間相互作用	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	185-190
小川朝生	高齢者腫瘍学	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	309-317

小川朝生	意思決定能力	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	365-372
小川朝生	ガイドライン作成と各地域での取り組み	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-386
小川朝生	悪性腫瘍	日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会	向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針	株式会社 星和書店	東京	2011	1-13
小川朝生	患者さんが「治療を受けたくない」と言っています。	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心のケア こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	29-38
小川朝生	「身の置きどころがないのです」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心のケア こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	39-47
小川朝生	化学療法が終わっても「何だかだるい」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心のケア こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	71-79
小川朝生	「胸苦しさが治まりません…」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心のケア こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	87-94
小川朝生	患者さんが怒っています	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心のケア こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	102-109
小川朝生	主治医はメンタルをわかっていないみたいです。	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	117-124
小川朝生	海外各国の精神腫瘍学の取り組み-ガイドラインの作成と各地域での取り組み	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-385

小川朝生	認知症・せん妄	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易(株)医書出版部	東京	2011	50-56
小川朝生	緩和ケアチームとの連携	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易(株)医書出版部	東京	2011	75-79
高橋美賀子	疼痛マネジメントにおいて、薬物療法以外のケアにエビデンスはあるのか？	道又元裕	ケアの根拠—間後の疑問に答える180のエビデンス	日本看護協会出版会	東京	2011	120
高橋美賀子	安楽に関係する症状を示す対象者への看護、2011.	香春知永	系統看護学講座専門分野1 臨床看護総論	医学書院	東京	2011	238-253
橋爪隆弘, 中澤葉宇子.	がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうか わったか 緩和ケアチーム研修会からみえる課題.	(公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会.	ホスピス緩和ケア白書2011	(公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2011	37-41

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, Takamiya Y, Morita T, Bito S, Otaki J.	Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method.	Palliat Med. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]			
Okamura H	Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine.	Jpn J Clin Oncol	41	733-738	2011
Ohnishi N, Okamura H, et al	Relationships between roles and mental states and role functional QOL in breast cancer outpatients.	Jpn J Clin Oncol	41	1112-1118	2011
Ito, T., Ogawa, A., et al	Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy	Psychooncology	20 (6)	647-654	2011
Ogawa, A., et al	Availability of Psychiatric Consultation-Liaison Services as an Integral Component of	Jpn J Clin Oncol	In Press		2011

	Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals				
Ueyama, E., <u>Ogawa, A.</u> , et al	Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats	Psychiatry Clin Neurosci	65	77-81	2011
Shirai, Y., <u>Ogawa, A.</u> , et al	Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial	Psychooncology	In Press		2011
Nakazawa Y, <u>Miyashita M</u> , Morita T, et al	The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: a nationwide questionnaire survey.	Jpn J Clin Oncol. (in press)			
Takenouchi S, <u>Miyashita M</u> , Tamura K, et al	Evaluation of the End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Faculty Development Program: Validity and Reliability of the 'End-of-Life Nursing Education Questionnaire.	J Hospice Palliative Nursing (in press)			
Nakazawa Y, <u>Miyashita M</u> , Morita T, et al	The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals.	J Palliat Med.	13(4)	427-437	2010
Sasahara T, <u>Miyashita M</u> , Umeda M, et al	Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view.	Palliat Support Care.	18	1-9	2010
Otani H, <u>Morita T</u> , Esaki T, Ariyama H, Tsukasa K, Oshima A, Shiraisi K.	Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment.	Jpn J Clin Oncol	41(8)	999-1006	2011

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山本 亮, 阿部 泰之, 木澤 義之.	緩和ケア研修会を開催したことによる変化—指導者研修会修了者の視点から .	Palliat Care Res	7	301-305	2012
阿部 泰之, 山本 亮, 木澤 義之.	がん対策基本法に基づく緩和ケア研修会の企画・運営および学習資料の問題点 .	Palliat Care Res	6	143-149	2011
末田千恵, 山岸暁美, 鈴木聡, 木下寛也, 鄭陽, 白髭豊, 木澤義之, 森田	どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に	ペインクリニックb	32(8)	1215-1222	2011

達也.	影響する要因.				
木澤義之.	【“がん診療”を内科医が担う時代】 がん診療と地域連携 緩和ケアを どのように紹介し,どのように導入 するか.	Medicina	48(13)	2144-21 47	2011
木澤義之.	【やさしく学べる最新緩和医療 Q&A】 症状への対策 痛み オピオ イド モルヒネ.	がん治療レクチャ ー.	2(3)	490-494	2011
木澤義之.	【進行・再発婦人科がんの治療と管 理】 がん疼痛のマネジメント.	産科と婦人科	78(5)	587-591	2011
大久保英樹, 木澤義之, 田淵経司, 原晃.	頭頸部がん患者の疼痛緩和の方法.	耳鼻咽喉科臨床.	104(2)	156-157	2011
森田達也, 厨芽衣子	特集 がん疼痛治療の最新情報 早 期緩和ケア導入によるがん治療の 影響と効果	Progress in Medicine	31(5)	1189-11 93	2011
岡村 仁	外来精神医療と緩和ケア:がん患者 にみられる精神症状とその対応	外来精神医療	11	20-24	2011
小川朝生	(Q)transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況	日本医事新報		55-56	2011
小川朝生	「怒る」患者—隠れているせん妄を みつける	看護技術	57	70-73	2011
小川朝生	せん妄を家族に説明する	看護技術	57	172-175	2011
小川朝生	せん妄と認知症の症状の見分け方	看護技術	57	66-69	2011
小川朝生	せん妄患者への声のかけ方	看護技術	57	565-568	2011
小川朝生	レスキューが効かない痛み	看護技術	57	337-340	2011
小川朝生	あなたみたいな若い人にはわから ないわよ	看護技術	57	668-671	2011
小川朝生	患者だけではなく家族も不安	看護技術	57	741-744	2011
小川朝生	告知の後に患者さんが泣いていま す	看護技術		846-849	2011
小川朝生	傾聴で解決できること、できないこ と	看護技術		932-935	2011
小川朝生	予期悲嘆は起こさなければならな いのか	看護技術		1023-10 25	2011
小川朝生	患者さんのことを主治医に相談し ても話になりません	看護技術		1252-12 55	2011

小川朝生	あなたは大丈夫？	看護技術		1356-1359	2011
小川朝生	終末期がん患者における精神刺激薬の使用	精神科治療学	26	857-864	2011
小川朝生	SHAREを用いた化学療法中止の伝え方	がん患者ケア	5	3-7	2011
小川朝生	新しい向精神薬を活用する	緩和ケア	21	606-610	2011
小川朝生	がん患者における医療用麻薬および向精神薬の実態調査	医療薬学	37	437-441	2011
小川朝生	ガイドラインの分かりやすい解説	緩和ケア	21	132-133	2011
小川朝生	臨床への適用と私の使い方	緩和ケア	21	134-135	2011
小川朝生	特集にあたって	レジデントノート	13	1194-1195	2011
小川朝生	入院患者の不眠とせん妄を鑑別するポイントを教えてください	レジデントノート	13	1215-1219	2011
小川朝生	統合失調症	看護学生	58	26-30	2011
小川朝生	がん専門病院の立場から	外来精神医療	11	17-19	2011
小川朝生	家族の心理状態について	ホスピスケア	22	30-55	2011
小川朝生	平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会	Medical Tribune	44	22	2011
小川朝生	Cancer-brainとうつ病	Depression Frontier	9	85-92	2011
後藤朝香、高橋美賀子、	せん妄と安全対策	がん患者と対症療法	22(1)	44-51	2011
津川律子・岩満優美	臨床心理学キーワード・チーム医療/多職種協働/臨床心理士の役割と専門性	臨床心理学	11(5)	762-765	2011
伊勢 雄也, 片山 志郎	がん治療と緩和ケア(1):在宅緩和医療の推進に障壁となっていることは?~薬剤師の視点から~.	日本医科大学医学雑誌	7	156-161	2011

がん

最新

予防から
緩和ケアまで
すべてが
わかる

弘前大学大学院医学研究科 [著]
Hirosaki University Graduate School of Medicine

治療

がんについての
不安や疑問を
わかりやすく解説

がんについて知りたかったがなかなか
聞けなかった基礎知識から、予防、
診断、治療、緩和ケアまでのすべてに

50人の医師が
答える。

定価： 本体1600円 + 税 朝日新聞出版

「緩和ケア」とは何か

▼患者さんの苦しみと、家族の悲しみ

がんを抱えた方の苦しみは、一言では言い尽くせないと思います。痛み、だるさ、食欲が落ちた、息切れを感じる、吐き気がする、お通じが不規則になった、などの「肉体的な苦痛」。病気に関する不安やいらだち、眠れない、意欲がわかない、といった「精神的・心理的な苦痛」。経済的な問題、家庭や社会における役割の喪失、などの「社会的な苦痛」。なぜこんなに病気に苦しめられなければならないのか、自分自身でできることが徐々に少なくなり他者に頼らなければ生きられなくなってしまった、未来への希望が持てなくなった、自分が生きていく価値が感じられなくなってしまった、死後の世界とはどのようなものだろう、といった「スピリチュアルな苦しみ」。病状が深刻になればなるほど、患者さんの苦しみの原因は多彩になり、複雑になっていくことが多いように思います。

また、がんという病気は、患者さんと一緒に過ごす家族の方々の健康や生活にも、多大な影響を及ぼします。さらに、不幸にして患者さんを失った家族には、大変な闘病の末に大切な人を喪失するという人生最大級の悲しみを残すこととなります。

▼緩和ケアとは

みなさんは「緩和ケア」をご存じでしょうか？ 最近は新聞やテレビでも見聞きする機会がずいぶん増えまし

たが、まだまだ社会に広く浸透していない言葉だと思っています。「患者さんという一人の人間」から「がんという疾患」を分離して消滅させようとする近代医学の歴史は、医療者の関心を疾患へと集中させ、病に苦しむ患者さんの全体像への関心を希薄にさせてしまったという、負の一面を背負ってしまいました。

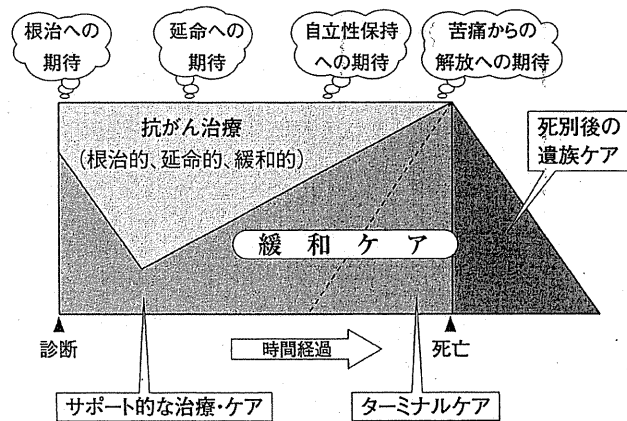
この近代医学の負の部分の部分を補うべく、「治療困難な病を抱える人とそのご家族」を丸ごと受け入れて、さまざまな困難と向き合っていくための、そして人として精一杯生き抜くための支援をする、それが緩和ケアの理念です。緩和ケアは、治療が困難な疾患をもつ患者さんやご家族の「つらさ」に焦点をあてて、「人としてのさまざまな苦しみ（全人的な痛み）」を可能な限り和らげて、「その人らしく生き抜く」ための手立てを考え、家族の方々も含めて「生きがい」が感じられるような援助をしていくことを目標としています。

患者さんの病気がどの程度進んでいるか、治るがんか不治のがんか、余命がどのくらいあるか、といったことは関係なく、がんのために何らかの「つらさ」を抱えているすべての方を応援するのが緩和ケアなのです。

▼最後ではなく、最初の診断から始める

この緩和ケアが普及し始める前の時代には、すべての抗がん治療が終わった段階で緩和ケアが始まっていました。しかし現在で

図表51 緩和ケアの概念図



はがんの診断の時から一人ひとりの患者さんのニーズ（必要性）に応じて緩和ケアを同時に並行して進める、という考え方が広がっています（図表51）。

欧米先進国にはやや後れをとっているものの、日本でも緩和ケアを担う人材の育成に取り組んでおり、知識と技術は年々向上しています。現在、国を挙げて「緩和ケア」の発展を目指しており、どこにいても、どのような病状であっても、より安心して希望を持ちながら人生を全うできる、地域ぐるみの緩和ケアの体制づくりが始まっています。

▼担当医師や看護師に相談する

あなたがもし、がん診療の担当の医師や看護師から、緩和ケアについての説明を持ち出されたとしても、どうか「私はもう見放された」とは思わないでください。それは大きな誤解です。

もちろん、視線も合わせず吐き捨てるようにそんなことを言われたのであれば、そんな担当者は患者さんのほうから見限ったほうがよいでしょう（ちょっと言い過ぎかもしれませんが）。

良心的な医療者であれば、患者さんや家族の方々の「つらさ」を和らげたいと考えて、緩和ケアのお話を持ち出すはずです。がん治療にあたる担当者だけで解決できる問題もあれば、緩和ケアの専門家への相談を勧めることもあるでしょう。いずれにしても、がんによる苦しみは自分や家族のなかで必要以上に抱え込まずに、どうぞ遠慮なく申し出ていただきたいのです。

SECTION

2

がんの痛みの対処法

「がん」と言えば、「激しい痛み」を想像する方が多いと思います。「がんで死ぬのは怖くないが、痛みで苦しむのはごめんだ」とおっしゃる方も少なくありません。確かにがんという病気は痛みを伴うことが多いのは事実ですが、緩和ケアの普及に伴って痛みに対する治療は非常に進歩しています。ここでは「がんの痛みに対する治療」をテーマにお話を進めます。

▼痛みは我慢せず、積極的に緩和する

がん患者さんの7割以上は何らかの痛みを経験し、そのうちの過半数は耐え難いほど強い痛みであるといわれます。また、がんによって生じるさまざまな身体症状のうち、痛みは比較的早くから出現し、一カ所にとどまらず、体のあちらこちらに痛みが出てくることも少なくありません。さらに、がんの痛みには、持続的な痛みと、何らかの原因で急に出現したり強くなったりする痛み（これを突出痛といいます）とがあります。

みなさんが想像されるように、がんによる痛みは放置するとかかなり激しくつらい症状となりますが、鎮痛薬を用いた標準的な痛み治療を適切に行うことで痛みの8割以上は十分に緩和される時代となりました。

がんによる痛みは「できるだけ我慢する」必要性など全くなく、「積極的に緩和する」のが世界の常識となっているのです。

図表52 がん疼痛治療の原則

1 治療の段階的目標
第1目標：痛みに妨げられずに夜間の睡眠が得られること
第2目標：日中も静かに過ごしていれば痛みがないこと
第3目標：動いても痛みがなく日常生活や仕事に復帰できること
2 患者さんと医療者の痛み治療に対する心構え
・痛みは患者の主観的な症状であり、痛み治療は痛みを訴えることから始まる
・医療者は患者や家族の痛みの訴えに耳を傾け、その訴えを信じるべきである
・痛みの程度を評価し、疼痛治療全般に対して評価するのは患者である
3 痛みのマネジメントにおける基本方針
・痛みがある場合には、痛みを直接対象とした治療を行う
・がん病変への治療中も、痛みを直接対象とした治療を併用する
・痛みに対して最初に選択すべき治療法は鎮痛薬による治療法である
・一部の痛みには鎮痛薬とそれ以外の治療法（例えば放射線治療）を併用する

▼疼痛治療の鎮痛薬

がん疼痛治療において、最も重要な鎮痛薬は「オピオイド」です。オピオイドとは「医療用麻薬」のことで、わが国ではコデイン、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの4種類が使われています。初期の比較的軽度な痛みは「非オピオイド」すなわち非麻薬系鎮痛薬だけでも十分ですが、痛みが強くなってくると、オピオイドを組み合わせて使うことが必要となります。

医療用麻薬は鎮痛効果と安全性とが証明されている優れた薬なのですが、さまざまな誤解があるために、緩和ケアの先進国である欧米諸国に比べると、我が国では使用量が非常に少ないレベルにとどまっています。

みなさんは「麻薬」という言葉のイメージから、さまざまなことを連想されると思います。例えば、「命を縮める薬」「中毒になつて止められなくなる」「廃人（はいじん）になってしまう」「だんだん効かなくなる」「最後の手段」などですが、すべて誤りです。痛みを治療するために医療用麻薬を適切に用いた場合には、以上のようなことは全く心配ないということが、実際の診療上の経験や基礎的な実験によって明らかになっています。鎮痛薬としての医療用麻薬は非常に安全だということを、この機会にぜひご理解いただき

▼患者さんが抱える四つの痛み

がん患者さんが抱える体の痛みには、大きく分けて以下の四つがあります。

①まず、がん自体による痛みです。がんが次第に大きくなるにつれて正常な臓器や神経などが傷つき、痛みを感じるようになります。これを「がん性疼痛」と呼びます。

②次に、がんに対する治療に伴って生じる痛みがあります。手術をすると傷が痛みますし、抗がん剤の副作用で口内炎が起きたり神経痛が生じたりすることもあります。放射線治療により皮膚や粘膜の障害が起きても痛みの原因となります。

③三つ目は、全身の消耗や衰弱に伴って問題となる痛みです。ベッドや布団の上で過ごす時間が長くなると、体のあちらこちらの関節や筋肉が硬くなって、動く際に痛みやすくなりますし、床ずれができるとこれも痛みを生じます。

④最後の四つ目は、がんとは直接関係のない痛みです。患者さんが持病として持っている神経痛や関節痛などが挙げられます。

▼治療

このようなそれぞれの痛みをきちんと診断して、適切な治療を行うのが緩和ケアの役割ですが、「がん性疼痛」に対しては世界保健機関（WHO）の「がん疼痛治療法」が確立されており、世界中に普及しています。WHOは、がん性疼痛に対する具体的な治療法はもちろんですが、がん疼痛治療におけるいくつかの重要な心構えについても、丁寧に解説しています。その原則について概略を箇条書きにして示します（図表52）。

たいと思います。

ポイントは、痛みが取れるように十分な量を用いることと、医療用麻薬による副作用をきちんと予防することです。医療用麻薬は有効な鎮痛薬ですが、量が不十分だと鎮痛効果が得られません。

▽副作用

副作用として多いのは、便秘と吐き気ですが、それぞれに対して下剤と吐き気止めを併用することで解決できます。開始当初は、眠気を催すことがありますが、ほとんどは数日で解消します。

▽痛みと薬に関して医師に伝える

痛みを上手に取り除くための第一歩は、痛みを正直に医師に訴えることです。また、鎮痛薬の効果や副作用についても、正確に医師に伝えることです。

「痛みは我慢するもの」「鎮痛薬は害になる」「痛みを訴えると治療に悪影響がでる」「痛みを訴えると病状を過大評価されて治療を打ち切られるのではないか」「痛い」と訴えれば医師や看護師に面倒な患者だと嫌がられる」などは、すべて誤解です。患者さんには、痛み自体に対する適切な治療を受ける権利があります。患者さん自身が、痛み治療の主役だということを忘れないでください。

鎮痛薬の正しい使い方については、次の項で具体的なお話をしたいと思えます。

SECTION

3

がんの痛みに対する鎮痛薬の適切な使い方

前項で触れたように、世界保健機関（WHO）は1986年に、がんの痛みに対する治療法を確立し、全世界に向けて発信しました。これが現在、世界中で用いられている標準的痛み治療法で、WHOがん疼痛治療法（あるいはWHO方式）とよばれています。鎮痛薬を適切に使用するための原則が5つありますので、以下に詳しく説明します。

①「なるべく簡単な投与経路で」

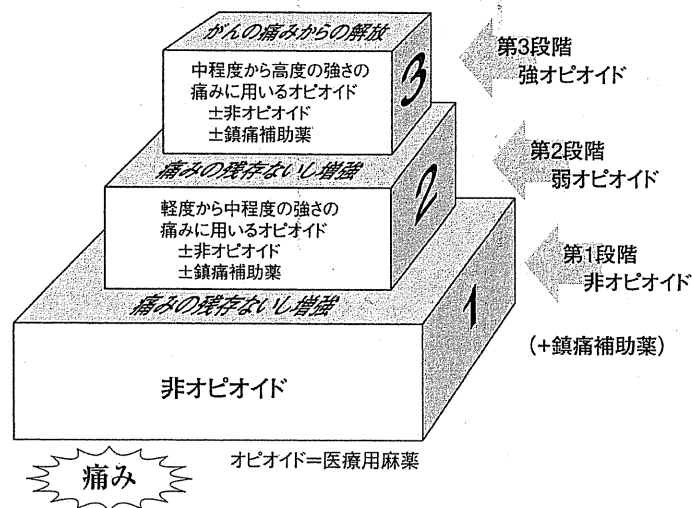
・内服薬…内服薬が第1選択です。飲み薬はいつでも、どこでも、簡単に用いることができますので、患者さんが自分で管理できます。人間が外界から物質を取り込むときに一番自然なのは口から飲んで腸から吸収する経路です。その意味からも飲み薬は理にかなっています。

・貼り薬…しかし、飲み込みが不自由な方や食事が取れない方、消化管に異常があつて薬を腸から吸収できない方の場合、飲み薬は不適切ですので、貼り薬が第2選択となります。貼り薬も自分で管理できるのが利点ですが、貼り方や皮膚の状態によっては効果が不安定となる場合があります。

・注射薬…最も即効性で安定性が高いのは注射薬ですが、注射薬は医療従事者でないと管理できませんし、粗雑な使い方をすると副作用も強く出ます。しかし、飲み薬や貼り薬が不適切な場合や、非常に強い痛みがある場合には、専用の小型ポンプを用いて注射薬を正確に点滴あるいは皮下に注入する方法が最も確実です。

②「時刻を決めて規則正しく」…がんによる痛みは持続することが多いので、薬の効果が切れてしまうと痛みが

図表53 WHO方式による段階的な鎮痛薬の選択



出てきてしまいます。そこで、薬が常にちょうど良く効いている状態を維持することが目標となります。痛み止めというと、痛いときに使う（こういう使い方を頓用といいます）ものという考え方が一般的な常識ですが、がん患者さんの持続痛に対しては、薬を定時に規則正しく使って痛みを予防するのが常識です。薬の種類によつて有効時間が異なるため、医師や看護師の指導に従つて規則正しく鎮痛薬を使つてください。

ときどき生じる突発痛に対しては、定時の薬とは別途に即効性の頓用薬（レスキューといいます）が処方されますので、突然痛くなった際にはあまり我慢せず、レスキューを用いてください。

③「段階的に薬を選択して組み合わせる」…患者さんの痛みの程度に応じて薬を選択します。これが有名なWHO 3段階除痛ラダー（階段）です（図表53）。

比較的軽度な痛みには消炎鎮痛薬（解熱鎮痛薬として最も普通の薬）を用います。

痛みが強くなると、これだけでは不十分なので、医療用麻薬（オピオイド）を併用します。オピオイドのうち、効果が比較的弱いコデインという薬がありますが、

最近日本ではあまり使われなくなりました。

投与量に比例して鎮痛効果が高くなるのがモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの三つの強オピオイドで、これらががん疼痛治療の主力となります。強オピオイドは、少量で用いると作用はマイルドですし、増量していくと鎮痛効果が強力になります。

④「患者さんごとに個別的に」…鎮痛薬、とくにオピオイドは効き目に個人差が大きいのが特徴で、鎮痛効果を予測することが困難です。そこで大切になってくるのが匙加減です。

基本的にオピオイドは少量から開始して、効き目をみながら徐々に増量していきます。患者さんごとに必要な量まで増量すると、十分な鎮痛効果が得られますので、病状が安定していればその量で続けていきます。病状の変化により痛みが強くなった場合は、増量が必要となります。逆に病変が改善された場合には、減量していくこともできます。

ただし、オピオイドは患者さんの判断で突然中止するのは危険です。オピオイドを減量する場合には、医師の指示に従つてゆっくりと数日から数週間かけて少なくしていくのが安全な方法です。

⑤「その上で細かい配慮を」…鎮痛薬には、いくつかの副作用があります。特にオピオイドの場合、十分な副作用対策が重要です。

・便秘…オピオイドを用いると、ほとんどの患者さんに起こるのが便秘です。オピオイドの中でもモルヒネとオキシコドンの内服薬はほぼ確実に便秘を生じ、これがずっとつきまといまいますので、常に下剤を併用する必要があります。

・吐き気…次に重要なのは吐き気です。オピオイドを10人に使っていたら、そのうちの2人から4人に吐き気が現れるといわれていますが、これも吐き気止めを十分に用いることで予防できます。吐き気はオピオイドの開始から2週間程度で消失します。

・眠気…オピオイドの開始時や増量時に眠気が出る場合がありますが、自然に消失します。オピオイドが明らかに過剰になると、意識がもうろうとしたり呼吸回数が少なくなったりしますが、適量で用いていれば非常に安全な薬です。

以上のように、鎮痛薬には標準的な使い方があり、これにのっとって用いると、安全に十分な鎮痛効果を得ることができるとのことです。鎮痛薬の効果は患者さんの訴えをもとに評価しますので、効き目と副作用を正直に医療者に伝えてください。

SECTION

4

がん患者さんによくみられる精神症状 適応障害とうつ病

がんの告知は、その人の人生の中で非常に大きな困難といえるかもしれません。がんの診断を受けることで、悲しみの淵に追いやられてしまう患者さんをよくおみかけします。この悲しみを一人で抱え込み、苦しみを背負い込むことで、抑うつや不安などの精神症状を現す方も決して少なくありません。

がん患者さんによくみられる精神疾患は、適応障害、うつ病、せん妄の三つです。ここでは適応障害とうつ病について考えてみましょう。

▼心の病気

適応障害とうつ病は、どちらも気持ちが落ち込み強い不安を抱く心の病気です。適応障害はがん患者さんのうち4〜35%にみられ、うつ病は少なくとも3〜12%以上と、どちらもかなりの頻度で認められます。

気持ちの落ち込み(抑うつ)は、患者さんに悪い影響を与えます。意欲や興味がわかなくなるので、生活の質(QOL)が大きく低下します。がん治療への動機がなくなり(意欲が乏しくなり)医師の指示通りにきちんと治療を受けなくなる方もいらっしやいます。ご家族の精神的な負担も大きくなります。また入院期間が長くなり、さらには自殺の危険性が増すなど、多岐にわたる問題に影響を与えるのです。がん患者さんの気持ちの落ち込みに対する適切なケア・治療は重要です。

安楽死と尊厳死

「安楽死」と「尊厳死」。読者のみなさんは、どこかでこれらの言葉を耳にされたことがあると思います。しかし、この言葉の意味について、自分のこととして真剣に考えたことはありませんか。考えれば考えるほど難しいテーマです。しかし、本書の中でどうしても一度は触れておかなければならない問題と考え最後に取り上げることになりました。

▼緩和できない「つらさ」を抱える

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患を抱えた患者さんやその家族に対して行われる、「つらさ」を和らげるための治療やケアであり、病気の時期や治療内容を問わず、いつでも、どこでも、必要な時に提供されるものであると述べました。医療従事者向けの緩和ケアに関する教育や啓蒙活動も進められており、近年の医療現場では、病気の比較的早期の段階から、がん治療と並行して緩和ケアが提供されるようになってきました。緩和ケアは決して病気の終末期にだけ提供されるものではないということが、少しずつ世の中に知られるようになってきています。

しかし、がん患者さんとその家族にとって、最も「つらく」なるのは終末期であり、緩和ケアによる濃密な手当てが必要とされるのは、その時期であることは間違いありません。終末期のがん患者さんは多様な苦しみを抱えながら、最期の時へと向かいます。痛み、息苦しさ、吐き気などの体の苦しみ、死への不安や恐怖、いらだちといった精神的な苦しみ、経済的な負担や社会的地位を失うことへの失望感、自分でできることが徐々に少なくなり、周囲の人々の重荷となってしまったという罪悪感など、紙面のすべてを費やしても書ききれない「つらさ」を経験するといわれています。それら一つひとつに対する丁寧な手当てを講ずるのが緩和ケアですが、手を尽くしても緩和できない「つらさ」を抱えた患者さんや家族の頭の中をよぎるのが、安楽死だと思います。

▼安楽死の問題

安楽死はギリシャ語の「良き死」に由来し、本来は自然で大往生的な最期を迎えることを意味する言葉でした。医療の目覚ましい進歩により、自力で栄養が取れなくなったり、呼吸ができなくなったりしても、延命が可能となった現在、幾多の「つらさ」を抱えて生きることにならねて、もうたくさんだ、終わりにしてほしい、との患者さんや家族の訴えが無視できなくなり、ここに現代の安楽死問題が生じてきました。安楽死は本来の自然な死ではなく、致死的な薬を注射したり、生命維持装置のスイッチを止めたりすることによって、意図的に患者さんを死に至らしめることを意味するようになったのです。すなわち安楽死は、患者さんの明らかな意思があったとしても、また患者さんにとってよかれと考えて、家族や医療従事者が決断したとしても、行為そのものは殺人なのです。

安楽死の問題としては、以下のように分けることもできます。

- ① 一つ目は積極的安楽死で、直接的手段で直ちに死をもたらす方法です。
- ② 二つ目は消極的安楽死で、例えば食事の取れない患者さんの点滴などによる水分・栄養補給を中止したり、強心剤など生命維持に必要な薬の使用を中止したりする場合で、必ず死に至ることがわかっていて行われる治療手段変更という方法です。

いずれにしても、こういった行為が行われて明るみに出ると、そのつど報道されて大きな問題となり、安楽死

に対する社会全体の関心の高さがうかがえます。安楽死に対しては、賛成論も慎重論もあります。安楽死は慈悲的行為と断ずるのはいささか短絡的ですが、耐えがたく緩和困難な苦痛からの解放を望む患者さんや家族の声も切実です。

世界を見渡してみると、安楽死を法律で認めている地域もいくつかあります。安楽死を合法化するためには、市民を中心とした活発な議論が前提となりますが、緩和ケアのレベルや医療制度（特に地域に根付いた家庭医の存在）の違い、宗教観や死生観といった文化的背景の違いなど、非常に多角的な検討が必要となります。

いったん失われた命を復元することはできませんので、単なる感情論で事を決してはなりませんし、社会全体がこの問題に常に関心を寄せ続けていくべきなのでしょう。もちろん、人生の価値観や死生観は人それぞれですから、必ずしも法律で一律に規制することがなじまないのかもしれないかもしれませんが、かといって野放図に現場の判断に任せてしまつては、患者さんの命が他者の意思のみで決められてしまう危険をはらみます。

延命治療を可能にした現代医療と、それを正義として認めてきた社会全体に課せられた大きな宿題とも言えうです。

▼ 尊厳死

一方で、尊厳死という考え方も徐々に広まっています。尊厳死とは、死が避けられなくなった場合に自分ほどこれまで治療やケアを望むかに関して、意思決定能力があるうちにあらかじめ宣言しておくことです。自分はこの生き抜きたい、こういう死に方をしたい、という意思表示であり、医療の現場では、患者さん自身の確たる要望であれば最大限尊重されます。しかし、いよいよ死が迫り、判断能力がなくなった時点で、比較的元気であった頃と同じように考えるかどうかはわからない、というところに問題が残ります。

* *

安楽死・尊厳死という非常に難しいテーマについて書きましたが、国をはじめわれわれ医療者側も、患者さんや家族の意思が尊重され、苦痛を最小限にできるような緩和ケアの充実に取り組んでいるところです。しかし、この問題は国民全員のためのものでなくてはなりません。なぜなら、現在は国民の二人に一人が、がんに罹患する時代だからです。慎重、しかしあくまで前向きで建設的な国民的議論が待たれます。

エビデンスで解決!



緩和医療 ケースファイル

編集

森田達也・木澤義之・新城拓也

PALLIATIVE CARE CASE STUDIES
AN EVIDENCE-BASED STRATEGY FOR PROBLEM SOLVING

南江堂