

第 1 回院内集談会

日時：平成 15 年 7 月 3 日(木) 午後 5 時 30 分～ 7 時

場所：こども病院多目的ホール

演題：ターミナルケアの現状と問題点

講師：木澤 義之先生（筑波メディカルセンター病院 総合診療科長）

演者は河北総合病院内科、筑波大学総合医コース、国立がんセンター東病院緩和ケア病棟でのご研鑽を経て、平成 10 年より、筑波メディカルセンター病院総合科に所属され、12 年からは同診療科長として、緩和ケア病棟専任医師として情熱を注がれておられる方からお話をいただいた。

近代ホスピスの発祥は 1967 年 Ciceley Saunders 女史による St. Christopher's Hospice とされている。彼女はロンドンの St. Thomas 病院癌センターの看護師よりソーシャルワーカーになり、当時癌末期患者に何も適切な処置が行われていなかった現状を解決する為に、医学部に入り直し、現代につながるようなこのホスピスをはじめ作り上げた。

ホスピスと緩和ケア病棟は同義の名称として使われている。癌末期に対する終末期医療という語は現在不適切とされており、使わない方が良いとのことである。

1970 年代には、ホスピス緩和ケア病棟の考え方は忽ちのうちに、英国をはじめヨーロッパ、米国に広まり、1980 年代には日本にも設置された。1986 年 WHO 発行の小冊子「がんの痛みからの開放」が世界的に非常に大きな役割を果たした。

日本では 1990 年に緩和ケア病棟に定額払い制度が導入され、最初 1 日当たり 2 万 5 千円であったものが、現在 3 万 8 千円となっている。

WHO の定義が基本と成っているわけであるが、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の緩和ケアの定義をここに示すと、

- (1) 生きることを尊重し誰にも例外なく訪れることとして死ぬ過程にも敬意を払う。
- (2) 死を早める事も死を遅らせることもしない。
- (3) 痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状をコントロールする。
- (4) 心理面のケアや霊的(spiritual)な面のケアを行う。
- (5) 死が訪れるまで患者が積極的に生きて行けるよう支援する態勢を取る。
- (6) 患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族支援の体制をとる。

緩和ケアとは、看取りの医療であり、身体症状・精神症状などの緩和を意味する。

治癒する事をあきらめなければ出来ないわけではない。

筑波メディカルセンター病院では、診療活動は緩和ケア外来を中心とし、緩和ケア相談を受け取っている。入院患者は PCU (緩和ケア病棟) でケアし、その他在宅緩和ケア治療も行う。緩和ケア病棟には次のような入院条件がある。

- (1) がん患者であり、本人が病名、病状を理解していなければならない。
- (2) 積極的ながん治療にメリットがない。もしくは患者がそれを望んでいない。
- (3) 緩和ケアを理解しており、緩和ケア病棟入院については本人が同意している。

ある程度の線引きが必要で、これはまるめという保険制度の為でもある。

筑波メディカルセンター病院の施設としては、病室は 20 床で、全室個室である。

家族室として 6 畳、8 畳の部屋が各 8 つつある。談話室、大きな喫茶店風の面談室などが

備えられており、ボランティアの方にサービスして戴いている。

日本の統計では、5%の患者さんがホスピスで亡くなるという統計であるが、つくば地区では30%が亡くなっており、これは全国第1位の利用率である。

従ってつくばでのお話しは標準的でない恐れがある。

さて緩和医療を行った患者の特徴を、全国主用4病院でのn=180の統計からみると、
年齢(平均±30): 66.2 ± 13.6(中央値: 67)、性別: 男性 65%

がんの部位: 胃・大腸 52(29)、肺: 40(22)、肝臓膵臓: 29(16)、乳腺: 10(6)、
身体活動: 半日以上臥床 142(79)、病名告知有り: 165(92)、病状理解良好: 91(50)
などであるが、これは本邦ではじめての大きな統計である。

さて、小児の緩和ケアについては調べたが、全くデータが無かったとのことである。

もう一つの大きなテーマとして、がん患者の痛みについての講演が行われた。

がん患者の痛みの特徴は、進行とともに痛みの発生頻度が高くなる、強く持続性のことが多い、患者の心理に影響し悪循環をつくりだす、痛みがすべてがんの為とは限らない、がんの痛みの大部分はオピオイドに反応するなどである。

がんの痛みを神経学的にみると、

1. 侵襲的受容性疼痛: 長く続く鈍痛で骨転移、内臓浸潤による痛みである。
2. 神経因性疼痛: 神経支配に一致し、知覚異常、伝激痛である。ヘルペス後神経痛と同じである。

痛みのアセスメントとして、痛みの性状、強さ; 発症様式; 場所; 改善憎悪因子; 生活への影響; 治療効果などを聞く。

がん患者の痛みの治療目標は、第1: 痛みに妨げられずに夜は良く寝られる。第2: 安静時に痛みがない。第3: 体動時にも痛みがない。

5つの疼痛治療の基本原則として上げられるのは、

1. 出来る限り簡便な経路で投与する。(by mouth)
2. 効果の順に鎮痛薬を選ぶ。(by the ladder)
3. 個々の患者の痛みが消失する量を求めながら用いる。(by the individual)
4. 時刻をきめて規則正しく投与する。by the clock)
5. これらの原則を守った上で、細かな点に配慮する。(attention to the detail)

癌性疼痛入門 7 steps を示すと、

1. NSAIDS を使用する。
2. NSAIDS にオピオイドを加える。
3. モルヒネ水を処方する。
4. 下剤と制吐剤を処方する。
5. 1日反応を見てモルヒネの量を調節する。
6. MS コンチンに変更する。
8. 持続皮下注射に変更する。

モルヒネの効かない痛みでは骨転移痛と考える。放射線治療を考慮し、ビスフォート製剤を考慮する。また骨セメント注入も考慮する。

またモルヒネの効かない痛みとしては、神経院生疼痛を考える。

先ず、ブロックの適応はないかを考える。痺れのある患者では、三環系抗うつ薬から投

与する。電撃痛のある患者では、抗痙攣薬から投与する。

最後に個別的なケアが重要で、家族のライフサイクルを考えて対処するが重要である。家族のケア、在宅ケア、社会的なサポートが重要であることを強調された。