

---

---

**総 説**

---

---

## ホスピス・緩和医療の現状と今後の展望

### －ちょっとした知識と心がけでもがん患者は救われる－

家 田 秀 明\*

#### はじめに

3人に1人ががんで亡くなられる時代になり、がんに対する国民の意識が向上し、国もがん対策を進めている。しかしながら人生の終末を苦痛なく有意義に過ごすことはなかなか難しい。というのも今まで死を忌み嫌いがんの克服を目標に治療が優先されてきたため、治療困難な終末期をどのように生きてどのように死を迎えたらよいのかという視点が欠けていたからといえよう。また終末期における医療や生活環境の整備が進まないまま、病床数の削減と在院日数の短縮化、末期がん患者の在宅への移行が近年加速されている。こうしたことがいわゆる“がん難民”の原因に挙げられる。

確かに終末期医療には困難な問題が多いが、“がん難民”を救済するのに手をこまねているわけにはいかない。今や間断なく意識改革や環境整備、医療情報提供を進めていかねばならない。こうした取り組みはもちろん大切なのであるが時間も金もかかってしまう。身近な取り組みとして、ちょっとした知識と心がけで実は多くのがん患者が救われるのである。身近な診療医の緩和ケア的な関わりが期待されており、本稿では基本的で実践的な緩和医療について述べる。

#### 1. 緩和医療の現状

日本では悪性腫瘍が死因の第一を占め、年間約30万人の方がなくなっている。多くの方が在宅死

希望されているにも関わらず、終末期の在宅ケアはまだ不十分であり、実際に在宅死に到った人は6%に過ぎず、9割の方が病院で死を迎えている。最近では緩和ケア病棟が増えてきているものの、まだ全国で157施設であり、がん死の3%を満たしているに過ぎない<sup>1)</sup>。一般病棟での緩和ケアの普及を目的に2002年に緩和ケアチームの診療加算が認められたが、現在認可された緩和ケアチームも全国で59施設と少ない<sup>2)</sup>。また緩和医療の専門医や在宅ホスピスを行える医師も少なく、末期がん対策として医療資源の充足はなされていない。しかしながら専門施設や専門医でなければ対応が困難な末期がん患者は実は非常に少ない。治療が困難な末期がん患者のすべてが苦痛を伴っているわけではなく、実際にはどうしてよいかわからなかったり見放されたりして困惑している患者がほとんどとあってよい。病期に応じたきちんとした情報提供や基本的なオピオイド（麻薬性鎮痛剤）の使用、ちょっとした心あたたまる対応だけで、7割程度の末期がん患者は救われる。末期がんを特別なものとせず、よくある疾患として身近な診療医が関わりをもち、他職種や家族、がん支援組織、緩和ケア専門施設などと連携することで、がん患者を難民にせず包括的で継続的なサポートが十分可能になると思われる。

#### 2. 緩和医療とは何か

緩和医療、緩和ケア、ホスピスの基本的な概念は同じであり、病んで死が間近に迫った患者のさまざまな苦痛を緩和しやすらぎと癒しを与え人生の最後の限られた時間をその人らしくよりよく生

---

\*名古屋掖済会病院 緩和医療科  
(いえだ ひであき)

きて有終の美を飾ることができるように手厚くもてなすという精神に基づいている。2002年に改定されたWHOの定義では、「緩和ケアは生命を脅かす問題に直面する患者や家族のQuality of lifeを改善するためのアプローチで、痛みや他の身体的、精神的、スピリチュアルな問題を早期に明らかにし正確にアセスメントし治療を行うことで苦痛から解放するものである」としている。疾患の対象は幅広いものであるが、日本では厚生労働省の施設基準により対象は末期の悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群に保険診療上限定されている。

また末期の定義であるが、一般には「積極的治療の効果が期待できないか不適切と判断される状態で、生命予後が6カ月以内」とされている<sup>3)</sup>。末期といっても予後が数カ月の段階と死の間際には当然対応が異なってくるのだが、現状は“末期”の一言で片付けられてしまい、「もう何もすることがない」、「末期だからしょうがない」と放置されたり放出されたりすることは少なくない。逆に「がんの末期だから何かしなくては」と無意味な治療や延命治療、代替療法も行われている。病期に応じた適切な対応がなされないのである。治療が困難になった“末期”においても病態がさまざまに変化する。また病態の変化に合わせ、心の動揺がみられる。こうした変化をとらえ病期に合わせて対応することを“ギアチェンジ”と呼んでいる。車の運転と同じく走行中の状況によりギアチェンジをするのと同じである。高速走行時のトップギアのままで坂道や凸凹道を運転するのが困難であることは容易に理解できると思う。緩和ケアの病期は死から逆算して予後数カ月、数週、数日、数時間といった時間の単位で考えるのが臨床簡便で有用である<sup>3)</sup>。治療が可能な時期は一般に年や月の単位で長いため、ギアチェンジせずにいくこともできよう。しかし抗がん剤の効果が期待できなくなってくれば、緩和医療へのギアチェンジの時期であるし、末期であっても食事が取れなくなった、家で過ごすことが困難になった、といった変化がみられた時は次のステップに進むギアチェンジの時期といえよう。なかには医療者が

ギアチェンジを考慮しても、患者の意思が強くギアチェンジを患者自身が望まないこともある。そういう“無理”も受容の過程では必要なこともある。本人の納得がいかなぬままギアチェンジを強行するのは避けたい。最後の限られた時間であるからこそ、死の受容の過程を大局的にみながら細やかなギアチェンジを心がけるのが緩和医療の精神である。こうした配慮は診療医としては是非心がけて欲しい。

末期のがんにおいては身体的な苦痛のみならず精神的な苦痛や社会的な苦痛、霊的苦痛が複雑に絡んで全人的な苦痛を呈するのが特徴である。一般の診療医や各科の専門医にしてみれば、医学や科学では割り切れない、あるいは検査データにはあらわれない“人間的”な要素が多く絡んでくるのが苦手であったり面倒であったりするので敬遠する傾向にあるのだが、むしろこれこそ本来の“医療”であり“臨床医”であったはずである。もちろん難治性の疼痛や精神障害など専門医でなければコントロールが困難な場合もあるが、程度の差はあっても医師として関わることが全くないわけではない。また医師としてではなくても“ひと”として接することでも多くの関わりがもてるのである。がんの末期だからこそ患者は医師を頼るのであり、医師としても“ひと”としても見捨てては患者は死にきれない。緩和医療とは患者中心の医療であり、死んで逝くにも関わらず満足感や達成感を得、魂の安らぐ全人的医療である。医師の主導ではなく患者主体の心優しい医療に立ち戻るべきである。緩和医療を特別視することなく身近なところから患者のニーズに応えていただきたいと思う。

### 3. 疼痛コントロールの基礎

がんの末期患者には全人的な苦痛があり、だからこそいろいろな関わりができることを前述したが、基本的ながん疼痛コントロールは診療医として是非知っておく必要がある。というも痛みをとることは他の誰でもない“医師”の責務だからである。ある講演で「他人の痛みはどこまでも耐

えられる」という逆説的な教訓を耳にしたことがある。裏を返せば、ひとの痛みがわからない医者が多いということであり痛みと誠意を持って対応することが診療医にとって重要であることをこの言葉は指摘している。

さて、がんの身体的苦痛に限局すれば、私の臨床経験上、NSAIDsとオピオイドを使うだけで7割は痛みが消失もしくは緩和できる。これだけのことで多くのがん患者の初期対応はできるといってよい。診療医にとって、NSAIDsは使い慣れているので詳細を省くが、日常診療では基本的にNSAIDsにオピオイドを追加するだけである。オピオイドもモルヒネとオキシコンチン、デュロテップパッチの3つを知っておくだけでよい。この項でがん性疼痛やオピオイドの誤解、基礎知識、基本的な使用方法について概略を述べる。

#### (1)がん性疼痛について

がん性疼痛の原因と特徴を図1に示す。がんの痛みは緩和医療の分野でも比較的良好に検討がなされており診療医にはなじみやすいと思われる。「痛い」という訴えのすべてががんによるものではない<sup>4)</sup>。病態を推測すれば基本的な対応がしやすい。がん性疼痛の原因ががん自体によるものであればオピオイドが第一選択になるので躊躇せずに薬物療法を検討すべきであるが、そうでなければ、オピオイド以外の対症療法の効果も期待できる。例えば便秘や消化管狭窄によるものであれば便秘対策が、四肢の麻痺や筋骨格系が問題であればリハビリやマッサージなどの対症療法が有効である。

がん自体の痛みに限局しても様々な要因が挙げられるが、発症様式でみれば持続痛と突出痛に大別できる。持続痛に対しベースになる鎮痛薬を用い、突出痛に対しレスキュー（速放性のオピオイドを頓用使用すること）すればよいのである。また発症機序により分類（表1）すると身体的な疼痛は侵害受容性疼痛と神経因性疼痛に大別され、さらに前者は体性痛と内臓痛に分けられる。オピオイドは内臓痛によく反応し、体性痛や神経因性

疼痛には効きにくいという特徴があるが、がん性疼痛は混在することが多いのでオピオイドを併用することが推奨される。骨転移や骨盤内浸潤による痛み、神経因性疼痛は一般に複雑、難治性で抗うつ薬や抗癌薬、ステロイドなどの鎮痛補助薬を併用することが多い。またがん自体による痛み以外にも精神的な苦痛を伴うことが多く、日常生活動作にも影響が生じるので、疼痛コントロールが困難になった場合は早めに専門医にコンサルトするのが賢明である。したがって一般診療医が扱うがん性疼痛の目安はNSAIDs+オピオイドにて効果が期待できるまでと割り切ってよい。このような考え方は糖尿病や高血圧、心疾患など慢性疾患の対処と同じである。

#### (2)オピオイドの誤解

オピオイドについての誤解は医療者においても根強い。注意すべき誤解としては、麻薬中毒になる、精神異常をきたす、死期が早まる、などである。また逆にどんな痛みも取れるといった過大評価もあるが、これらはすべて間違いである。オピオイドはがん性疼痛治療には必要不可欠である。だからこそ医療者はもちろん患者や社会の誤解を是正することが極めて重要である。

最近よく使用されるオキシコンチンやデュロテップパッチは副作用の内容や頻度はモルヒネとあまり変わらないまでも重篤度が低く比較的安全で使いやすい。モルヒネに関していえば（図2）、痛みが取れる量の1/50の量で便秘が、1/10で嘔気の副作用がでる<sup>5)</sup>ので、少量では鎮痛効果が得られないばかりか副作用が出現し患者満足は得られない。したがってオピオイドを使用する前から下剤や制吐剤（ノバミン、セレネースなど）を先行投与し十分な適切量に合わせていくことが優しい配慮といえる。逆に副作用として気になる呼吸抑制は鎮痛効果の10倍量を一気に使用してはじめて現れる<sup>5)</sup>ため日常診療で問題になることはまずない。またオピオイド不耐症やアレルギーはまれで、私自身過去に2例経験したのみである。

しっかりと知識や理解を得ていればオピオ

イドほど患者満足の得られる薬はないといっ  
 非日常診療に役立てていただきたい。

(3)オピオイドに関する基礎知識

一般的に持続的ながん性疼痛に対しては徐放製剤を、突出痛に対してはレスキューとして速放製剤を使用する。徐放製剤ではMSコンチン、オキシコンチン、デュロテップパッチの3つが、速放製剤ではオプソが代表的で使いやすい。薬物動態(表2)をみればオピオイドによって作用時間  
 かなり違う<sup>6)</sup>ことが一目瞭然である。またモルヒネとオキシコンチン、デュロテップパッチは受容体の違いにより作用機序が若干異なっている。オピオイド間の交換比率も違う<sup>7)</sup>し、モルヒネ製剤は投与方法で力価が異なる(図3)。デュロテップパッチは貼付剤であり、副作用も少なく非常に有用性の高い薬剤であるが、原則として比較的痛みの強いがん性疼痛が適応でモルヒネやオキシコンチンでコントロールしたのちローテーションすることになっている。オピオイドの特長に加えて患者の病態によっては経口摂取困難や呼吸困難といった付随する問題もある。以上から選択にあたってはオピオイドの性格を十分に理解したうえで細かい配慮をされたい。オピオイドの取り扱いに慣れない場合は作用時間の相異なる徐放性モルヒネ製剤(内服薬、座薬)やコデイン、デュロテップパッチは取り扱わず、オキシコンチンに絞った方がよい。オキシコンチンはNSAIDsが効かなくなる頃から疼痛ラダーの第二段階である弱オピオイド(5mg製剤)として導入開始でき、かなり高用量まで(一般診療医の目安として120mg/日程

度)比較的 safely 使用できる。というのもオキシコンチンは肝機能や腎機能に障害(重篤でないレベル)がある場合や高齢者でも使いやすいためがん性疼痛コントロールの初歩に適した薬剤といえる。

オピオイドの副作用としては便秘、嘔気・嘔吐、眠気が3大副作用で避けられないので下剤や制吐剤は先行投与が基本である。使用に当たっては患者・家族に前もって十分説明をしておく必要がある。オピオイドによる嘔気・嘔吐は抗がん剤の場合と違い中枢への作用によるものなので、制吐剤はノバミンやセレネースが第一選択であって、抹消作用型のプリンペランやナウゼリンは原則として使わないことを覚えてほしい。これらの制吐剤

表2 オピオイドの薬物動態<sup>6)</sup>

オピオイド製剤		呼吸開始	最高血中濃度	作用時間
速放性剤(内服)	塩酸モルヒネ オプソ	10分	30分~1時間	3~5時間
徐放性剤(内服)	オキシコンチン	12分	2~3時間	12時間
	MSコンチン	1時間	2~4時間	8~12時間
	カディアン	40分~1時間	6~8時間	24時間
貼付剤	デュロテップパッチ	2時間	45時間	72時間
坐薬	アンベック	20分	1~2時間	6~10時間
持続皮下注	塩酸モルヒネ注 アンベック注	直ちに	12時間	—
持続静注	フェンタネスト	直ちに	12時間	—

図3 投与方法によるオピオイド変更の目安

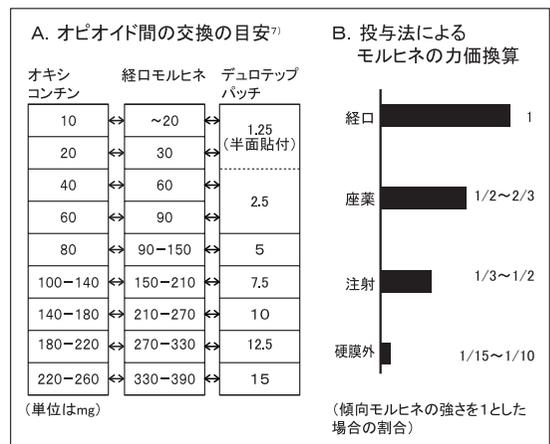
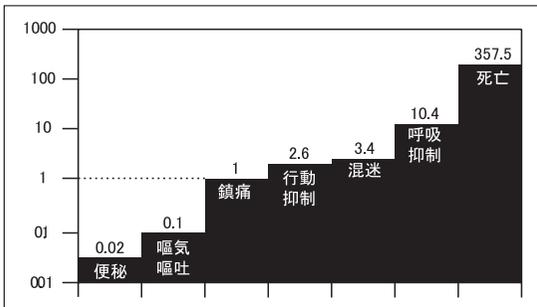


図2 モルヒネ50%鎮痛作用に対する各作用の比率<sup>5)</sup>



は眠気が起こることを配慮して、開始はノバミン錠（5mg）3～6錠/1日3、4回分割、セレネース錠（0.75mg）は1～2錠/寝る前がよい。またオピオイドに体が慣れてくると2週間程で制吐剤も減量や中止が可能で、眠気も数日で慣れることが多い。オピオイドによる眠気については過量の可能性があるので意識混濁にならぬように常に減量を意識する。深夜に痛みで覚醒するが日中は傾眠になってしまう場合は夜のみオピオイドを増やすなど、痛みと眠気の兼ね合いで配慮すれば生活の質が維持できる。それでも日中の眠気が残る場合は高カルシウム血症や他剤（制吐剤、安定剤、睡眠剤など）の影響がないか鑑別を要する。オピオイドの増量が原因としても減量が困難であればリタリン錠（10mg）を1～2錠/朝使用するのが効果的である。

#### (4)オピオイドの基本的な使用方法

##### 1) オピオイド使用にあたって

WHOの使用の基本原則として経口投与優先、定時投与、段階的投与、個別投与、細かい配慮が謳われている。またオピオイドの疼痛コントロール目標として第一段階として痛みなく良眠できること、第二段階では安静時にも痛みがないこと、そして最後に体動時にも痛みがないことを目標に段階的に対応していくことが大事である。オピオイドの使用にあたっては痛みの評価が必要である。VAS（Visual Analog Scale）などの指標を用い質的量的に捉えることはもちろん重要であるが、痛みがオピオイドに反応するものであるかどうかの見極めも重要である。オピオイドはベースの鎮痛薬として必ずがん疼痛には必要になってくるのだが、オピオイドが効かない痛みが含まれる場合、オピオイドをどんどん増量すると過量になってしまう恐れがある。したがってオピオイドを増量していく際には何度もチェックを入れ“手応え”を感じていただきたい。どうもオピオイドだけでは効きにくいなと感じたらむやみな増量は控え

たほうが無難である。目安は経口モルヒネで換算して180mg/日を超える場合は複合的な痛みであると考えたほうがよい。これらの基本を踏まえて処方開始時のポイントを説明する。NSAIDsにオピオイドを追加投与することや副作用対策を事前にしっかりとしておくことはいうまでもない。

#### 2) 至適用量の決め方

基本的には少ない量から開始し順次様子見ながら増量し疼痛緩和が得られた時点で徐放製剤に切り替える。痛みが軽度の場合モルヒネ製剤（塩酸モルヒネ錠、MSコンチン錠など）は1日量が多くなり過量となる可能性があるため、オキシコンチン5mgの導入を薦めたい。

#### A. 経口投与の場合

##### ①速放性モルヒネ製剤の場合：

使用薬剤は塩酸モルヒネ散・モルヒネ錠、オプソを使用し、4～6時間毎に6～4回の定時投与が原則である。ただし眠前は2回分まとめて内服してもよい。

1日量は10mg程度から開始するためモルヒネ末を調剤する必要があり一般には不便である。モルヒネ錠は10mg錠なので1日量40mg以上と高用量になってしまうことから開始時には使わない。高齢者や全身状態低下例はモルヒネではなくWHOラダーの第二段階（コデイン、オキシコンチン5mg）から開始することをすすめる。コデインも散剤であり調剤を要するので一般診療医にとって不便と思われるため、ここでは推奨しない。

##### ②オキシコンチンの場合：

オキシコンチンは徐放製剤であるが、速放作用があり30分後には効果発現がみられるので最初から導入しやすい。通常はオキシコンチン5mgを2錠/2×1（12時間毎）から開始する。痛みが強くない場合は5mg1錠/寝る前のみ投与でも効果がみられる。中等度以上の痛みであれ

ば10mg錠を2錠/2×1(12時間毎)からの開始でもよい。経口剤ではオキシコンチンを第一選択としたい。前述したが、肝機能や腎機能の障害や高齢者にはオキシコンチンが無難である。

### ③徐放性モルヒネ製剤の場合：

MSコンチンは導入時によく使われるが、1錠10mgなので1日の初期量が20～30mgとなり、過量の可能性もあるので注意を要する。1日1回タイプのモルヒネ製剤は至適用量を定める導入開始時には使用してはならない。

## B. 増量の仕方

増量は初回1日量の1.2～2倍を目安に考える。レスキューを併用している場合は使用したレスキュー量を定時投与分に追加して増量する。徐放剤では鎮痛効果が切れていわゆる“魔の時間”がみられることがあるが、その場合痛みの起こる前の1回服用量を増量するか1日2回投与を3回投与に切り替えると改善することが多い。段階的な目標が達成できレスキューが少なく安定したと判断できるまで行う。

## C. レスキュー（突出痛時頓用）対応

鎮痛が得られない場合あるいは突出痛が出現した場合は、レスキューを服用する。レスキューは速放製剤を使用するが、日本では選択の余地が少なく、オプソが使用しやすい。経口摂取が困難な場合や早い鎮痛効果を期待する場合は注射薬(モルヒネ注、フェンタネスト注)を使用するが、詳細は後述する。レスキューは1日量の1/6～1/4量(すなわち1回分)が目安で、再使用に当たっては血中濃度がまだ十分立ち上がっていないことを考慮し、30分間から1時間は追加服用せずに様子を見るほうがよい。副作用との兼ね合いであるが、レスキューは何回使用してもよいこととする。突出痛は必ずしもオピオイドに反応する痛みとは限らず、別の要因が考えられる場合

は注意を要する。過剰投与による副作用を常に念頭に置き、レスキュー量を小まめに確認しながらもできるだけ早く間断なく適正量(1日維持量、レスキュー量)にあわせていくことが診療医の腕の見せ所であり、この細やかな対応が患者満足をもたらすのである。

## D. 痛みが強い場合

痛みが強い場合はゆっくりと至適用量を設定する余裕がないので、速放製剤や注射、点滴の使用を考慮されたい。この場合塩酸モルヒネ注やフェンタネストを使うことも多い。後述するフェンタニル注製剤(フェンタネスト注もしくはフェンタニル注)はモルヒネに比し安全性が高く使いやすいことと、導入により早期にデュロテップパッチに変更可能であるため非常に有用である。フェンタネスト注射液が使える施設ではお薦めしたい。アンベック坐薬は徐放製剤の扱いであるが比較的早く効果が発現するので、内服が困難な場合はアンベック坐薬も有効である。

## E. 経口投与できない場合

### ①アンベック坐薬の場合：

前述したがアンベック坐薬の場合、経口モルヒネ量の1/2～2/3ですむことを念頭に、1日1～3回の定期投与とする。眠気がくることを配慮して眠前に10mg投与から開始して翌日に効果判定をするのもよい。効果が少ないとか持続時間が短いと思われる際は1回量や回数を調整する。副作用が強い場合や経肛門投与が不快となる場合は持続静注や皮下注、デュロテップパッチを考慮する。

### ②デュロテップパッチの場合：

デュロテップパッチは現時点で最小の2.5mg貼付剤でも経口モルヒネ換算で約60mgに相当し作用時間が長いので原則としていきなり最初から使用しない。

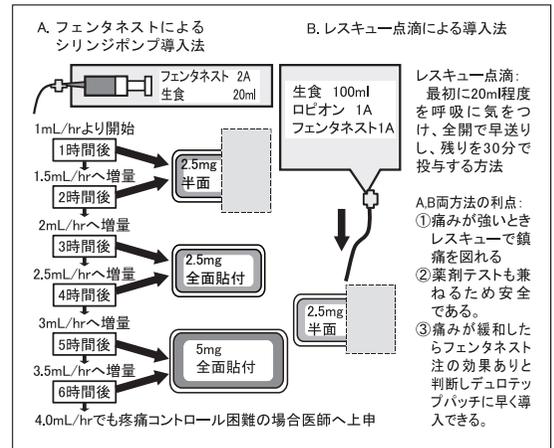
### ③持続皮下注の場合：

皮下注射の場合、1時間に0.8mlまでという皮膚吸収の限界があるため1日量は19mlを超えないように調節する必要がある。個人差はあるものの発赤やもれ・硬結の場合は数日で刺し換えたほうがよいが、静注と異なり技術的に非常に簡単で自己管理も可能であるという利点がある。当院では速度調節やレスキュー対応を考慮して、開始時は適量のオピオイド（モルヒネ注やフェンタネスト注を1～2A/日が多い）を生食で薄めて全量10ml以内とし速度を0.1～0.4ml/hに設定することが多い。ポンプによっては0.1ml/h以下の微量調節も可能である。鎮痛効果をみながら速度を適宜増減し、また突出痛に対し1時間分を早送りして、1日の必要量を見出していく。

#### ④持続静注の場合：

患者の置かれている状況で点滴ルートが利用できる場合、比較的早くオピオイドの導入が可能である。当院ではできるだけ早く疼痛コントロールを図ることを目的に、フェンタネスト注を利用したシリンジポンプ導入法やレスキュー点滴による導入法を行っている（図4）。フェンタネスト注とデュロテップパッチは同じ薬剤なので切り替えが容易であり、また簡便な薬物テストになるという利点がある。これらの方法で痛みが緩和されたら予測されるデュロテップパッチを貼付する。レスキュー点滴による導入法はレスキュー点滴にて痛みが緩和された反応をみてデュロテップパッチ2.5mgを片面貼付から開始する方法である。上記の方法は両方とも当院で開発した方法であり、安全でやりやすく、レスキューや他のオピオイドからのローテーションにも使える。時間的にも早く導入できるので現在ではこの方法をよく使っている。慣れれば副作用の多いモルヒネを使わなく

図4 フェンタネスト注を用いた迅速導入法  
名古屋掖済会病院方式



てよいので、むしろ一般臨床ですすめられる。

至適量を決める最初の導入段階で塩酸モルヒネ注を使う場合は、モルヒネ注2A (=20mg)を生食で薄めて全量を20mlにしてシリンジポンプで導入すると濃度が1mg/mlになるのでわかりやすい。軽度な痛みに関しては1日10mgから開始し、レスキューは1回に1～2時間量を早送りすることで調節していく。

#### 4. 予後予測と病期に応じた対応のポイント

ここでいう予後とは時間的な正確さを示すものではない。実際に急変があったり予想以上に長生きされる方もある。つまり予後1カ月の状態が3カ月以上続くこともあるし、予後1週間の予想が翌日には予後1日になることもあり得る。予後を予測するのは現実的に困難であって、予後予測が目的なのではなく、予測する病期において何をすべきかが重要なのである。Maltoni M. Morita T, 恒藤らが予後予測の試みを示しているが、実際には医師の経験によることが多い。死の兆候<sup>®</sup>と評価項目（表3）を参考に、病期に応じてギアチェンジを行い戦略を立てることが重要である。

また患者はもちろん家族も残りの時間を有意義に過ごしていただく上で予後について伝えていく

ことも診療医の重要な役目である。

## 5. 死にいく患者に添うこと

緩和的な対応を行っていく上で、病期に応じてギアチェンジを行い適切な対応をすることが重要であることを説明してきたが、これは患者と家族、ナース、医師らが適当な心地よい“距離感”を持っていつも支えていることを意味する。関わりたくない場合もあろうし、必要以上に相手の中まで入っていく場合もあろう。相手に引きずり回されるのでもなく、必要以上に感情移入することでもなく、考え方を押しつけることでもない。生と死の問題は最終的にその人自身が解決していかねばならない問題である。互いに人格や意志、好みといった個別性を意識して自己と他の区別をつけてやっていくこと、これが観念ではなく日常の社会生活の中で具現化すれば素晴らしい。

診療医がこの“距離感”を保って行く上でまず重要なことは、死んでいくというどうしようもない無力感を感じながらも、もがかず逃げずしかも諦めないでいることである。客観的に観察する自然科学や西洋医学の観念や言葉の意識レベルではなく、他者の内的な世界に潜入し、すっかりくつろぐなかで、変容する意味やその人の実感に刻々と敏感であり続け、その人自身も意識していない意味すら感じとることである。

## 6. 今後の展望

2006年になって厚生労働省は新たながん対策を次々に打ち出してきている。終末期医療を医療機関から在宅に大きく転換する戦略である。この方針の良し悪しは別として、病床数を削減し地域格差を“是正”するため、いわゆる“がん難民”がますます巷に増えている。従来のホスピス専門の医師や施設を充実させていくことはもちろん必要だが、今後は可及的速やかに広く浅く身近なところから受け入れ態勢を確保していくことが求められる。そして緩和医療の専門医と一般診療医が連携し行政を巻き込んでがん患者と家族をサポートしていくことがさらに必要になろう。

表3 各病期における死の兆候と評価、対応<sup>3)8)</sup>

病期	死の兆候	評価項目	患者に対するケア	家族に対するケア
ターミナル前期 (月単位) 予後：数カ月	外的世界から内的世界への関心の変化 会話、食事が減る 睡眠時間増加	癌の種類 転移部位 治療効果 進行速度 年齢、既往歴	疼痛コントロール 症状コントロール 侵襲的な緩和治療 精神的な援助 身辺整理への援助	病名病状の告知 告知に関する悩みのケア 患者の死に対する受容への援助
ターミナル中期 (週単位) 予後：数週	見当識障害 精神的混乱 体調や全身機能の変化	合併症、腎機能 肝機能、呼吸機能 食事摂取状況 いそう、倦怠感	ステロイドの使用 高カロリー輸液 中止 日常生活動作援助 霊的宗教的援助	予期悲嘆への配慮 延命と苦痛緩和の葛藤への配慮
ターミナル後期 (日にち単位) 予後：数日	生命機能の低下 血色不良 出血 せん妄など精神・意識状態の変化	トイレ歩行、混乱 飲水状況、発語 意識状態、見かけ 眼の勢い	安楽ポジションと体位変換の工夫 持続皮下注入 混乱への対応、鎮静	看病疲れへの配慮 鎮静、蘇生術についての話し合い
死亡直前期 (時間単位) 予後：数時間	意識レベル低下 神経反射の低下 血圧呼吸の低下 チアノーゼ	意識レベル、血圧 脈、呼吸状態 チアノーゼ、冷感 顔相、死前喘鳴	人格を尊重する 死前喘鳴への対応 非言語的コミュニケーション	死亡直前に出現する症状の説明 家族の役割を伝える 聞こえることを伝える

## おわりに

ひとは誰でも生老病死の四苦から逃れられることはなくもがきあえぐ存在である。あるがままに受け入れ悟りに至るには相応の自助努力が必要であるし、また家族や社会、医療の支援や整備も不可欠である。医療者自身が死にしっかり対峙することで、逆に“生”が鮮烈に浮かび上がってくる。ホスピス・緩和医療はトータルマネジメントである。昨今疼痛コントロールの技術的な手段が強調され目的化していることは残念である。生きること死ぬことの本質、実存に目を向けると、誤解や偏見、無知といった束縛を離れ、ホスピス・緩和医療が決して専門家の領域ではなく自分自身の問題でもあってなすべきことが多いことを実感する。一般診療医の先生方が終末期の基本的な知識と対応をちょっと学んでいただくことで、多くのがん難民が救済できる。本稿でホスピス・緩和医

療がより身近に実践できるものと感じていただければ幸いです。

### 〔文 献〕

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：2006年度次大会資料、58-89、日本ホスピス緩和ケア協会、神奈川、2006.
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会：2006年度次大会資料、114-115、日本ホスピス緩和ケア協会、神奈川、2006.
- 3) 恒藤暁：最新緩和医療学、11-30、最新医学社、大阪、1999.
- 4) 並木昭義、表 圭一、松本真希：がん疼痛の機序、緩和医療、1：143-149、1999.
- 5) 鈴木勉、武田分和：オピオイド治療を理解するために、モルヒネの低用量投与では、なぜ副作用しか出ないのか？オピオイド治療 課題と新潮流、オピオイドペプチド研究会編、ミクス：32、1997.
- 6) 的場元弘：がん疼痛治療のレシピ、40-41、春秋社、東京、2004.
- 7) 的場元弘：がん疼痛治療のレシピ、93、春秋社、東京、2004.
- 8) バーバラ・カーンズ著、服部洋一訳：旅立ち 死を看取る、財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、大阪、2002.