

## 末期癌患者の緩和ケア

—最後までその人らしさを支えるために—

前野 宏\*

### Palliative Care for the Terminally ill Patients

Hiroshi Maeno

#### Abstract

The Characteristics of Palliative Care are ;①that it deals with total pain of the patient (physical, psychological, social, spiritual), ②that the goal of palliative care is to improve the QOL (Quality of Life) for patients and their families, ③that not only the patients but their families are also recipient of palliative care.

Palliative care incorporates a multidisciplinary approach.

Good communication between patients and staff, as well as patients and families is essential.

#### キーワード

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| palliative care | 緩和ケア      |
| total pain      | 全人的苦痛     |
| team approach   | チームアプローチ  |
| communication   | コミュニケーション |

---

\* 東札幌病院緩和ケア科

## I はじめに

わが国における死亡原因は、1981年以来、悪性新生物（主に癌）が第1位となっており、その割合は減少するどころか増え続けている。いまや国民の3人に1人は癌にかかり、4人に1人は癌で死亡する時代なのである。それでは年間24万人以上の癌死亡者はどのような場所で最後の時を過ごしているのだろうか。1960年には癌による死亡の60%以上が自宅で死を迎えていたが、1990年には自宅で死亡した患者は6.4%にすぎず、90%以上は病院で死亡した。現在では大部分の癌患者は病院で死を迎えているのである。しかし、癌患者が最後の時を過ごす病院といった場所は、はたして人生の総決算をするのにふさわしいところなのであろうか。現在の病院の機能は、患者の疾患を診断し、治療をすることを目的としている。もしも疾患が治癒不可能と判明した場合は、次の目標は患者が少しでも長く生きようようにすること（延命）である。すなわち病院は医学と疾患の戦いの場であり、必ずしも患者が主体なのではない。病院は疾患の治療のために機能化しており、患者にとっては住み心地のよいところではない。私は過去に何人かの患者を自宅で看取った経験があるが、彼らは住み慣れた部屋で家族に囲まれて安らかに亡くなっていった。それはまさに「生活の中の死」であった。ある人が人生の最期を迎えるのに住み慣れた自宅ほどふさわしい場所はないであろう。しかし、末期癌患者が最後に自宅で過ごすには多くの条件が満たされなければならない、現実的には困難な場合が多い。そこで、癌末期の患者が過ごすのにふさわしい場所としてホスピスあるいは緩和ケア病棟が登場した。近代ホスピスの第1号はイギリスのロンドン郊外にあるセントクリストファーホスピスである。ナースでもありドクターでもあるシシリーソングース女史がこのホスピスを開設したのは1967年であった。以来ホスピスの考え方はホスピスマーブメントとして米国・英国を中心に世界中に広がり、わが国をはじめアジアの国々にも大きな影響を与えている。

わが国におけるホスピスケアの始まりは、1973年8月13日、大阪の淀川キリ

スト教病院における末期癌患者の検討会（Organized Care of the Dying Patients）の開始であると考えられる。そして、1977年12月に「第1回死の臨床研究会」が大阪で開始された。わが国初のホスピス病棟は1981年4月1日、浜松市に聖隷三方が原病院内に聖隷ホスピスとしてつくられた。1995年12月現在で、わが国の厚生省が認可した緩和ケア病棟は全国で22か所である。その数は徐々に増えつつあるが、1か所の施設で年間亡くなる患者の数が200人と考えても1年間に緩和ケア病棟で死を迎えることのできる患者の数はせいぜい5000人弱である。すなわち、わが国の1年間に癌で亡くなる24万人の患者のうち5分の1以下の人しか緩和ケア病棟に入ることができないというのが現状である。今後ホスピスあるいは緩和ケア病棟の数が増えていくとともに、そこで蓄積された緩和ケアの考え方が一般病院にも普及していくことが望まれる。

本稿においては末期癌患者に対する緩和ケアの役割について述べる。特に、患者の自己決定を支持するためのチームアプローチ、コミュニケーションのあり方などについて述べる。

## II 緩和ケアとは

緩和ケア、緩和医療、ホスピスケア、ターミナルケアなどこの分野を表す言葉がいくつかあり、若干混乱がみられるようである。緩和ケア、ホスピスケアはほぼ同じ内容を表すと考えてよいと思われる。ホスピスは歴史的にキリスト教の背景があり、「ホスピスケア」という言葉にはキリスト教的な印象があるかもしれない。事実、仏教を背景とする施設では「ビハーラ」と名乗ったり、宗教的背景がない施設では「緩和ケア病棟」と呼んでいるようである。「緩和医療」という言葉はこの分野の学際的な特徴を表現していると思われる。「ターミナルケア」は緩和ケアの最後の時期、すなわち患者の死が近づいたときのケアである。すなわち、ターミナルケアは緩和ケアに含まれる一部分であるといえる。したがってこの分野を表す言葉としては「緩和ケア」あるいは「ホスピスケア」がふさわしいのではなかろうか。

1989年に世界保健機関（WHO）は、緩和ケア（palliative care）の概念を示した<sup>1)</sup>。それによると、「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面的問題、霊的な問題（spiritual problems）の解決がもっとも重要な課題となる。緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできるかぎり良好なクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を実現させることである。このような目標をもつので、緩和ケアは末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても癌病変の治療と同時に適用すべき多くの利点を持っている」と述べられている。この文章においては従来の医療と比べていくつかの異なった点が強調されている。第1に、緩和ケアが対象としているのが患者がもっている疾患ではなくて、疾患をもっている患者であるということである。すなわち、具体的には身体的・精神的・社会的・霊的な痛みをもった全人が対象（全人的ケア）となる。第2に、ケアの対象となるのは患者自身ばかりではなく、その家族も含まれるということである。第3に、従来の医療が疾患の治癒あるいは延命といった Quantity of Life（人生の量）の改善を目標としているのに対し、緩和ケアは Quality of Life（人生の質）の改善を目指していることである。

### III 全人的苦痛（Total Pain）

末期癌患者の苦痛は大きく4つに分けられることはすでに述べた。このような多様なニーズをもった患者に対して、従来のドクターとナースのみのかかわりでは十分に対応することができず、各分野の専門家がかかわる、すなわちチームアプローチが不可欠である。

#### 1. 身体的苦痛

末期癌患者は実に多くの身体的症状に悩まされる。われわれ医療者がまず第1に行わなければならないのは身体症状の改善である。これを怠ると、他の3

つの苦痛の改善も非常に難しくなる。身体的苦痛のなかで最も問題となるのは癌性疼痛である。WHOの3段階除痛ラダーは合理的であり、非常に有用である<sup>2)</sup>。鎮痛薬のなかで、基本となるのはモルヒネを中心とするオピオイドである。わが国では疼痛コントロールに使用できるオピオイドの種類が少なく、モルヒネ不耐症などでモルヒネが使用できなくなった場合に代替薬となる薬剤が少ないのが問題である。今後オキシコドン、フェンタニル貼付薬などの採用が望まれる。また、オピオイドのみでは十分に取りきれない痛みも存在する。代表的なのは癌が神経を巻き込んだ痛み（neuropathic pain）であり、オピオイド以外のいわゆる鎮痛補助薬を有効に用いることが重要である<sup>3)</sup>。

また、末期癌患者の大部分に出現する全身倦怠感・食思不振に対してはステロイドの投与がしばしば有効である<sup>4)</sup>。その他の症状に関しては誌面の関係上割愛するが、多彩な症状に対して細かな対応が必要であり、いわゆる“対処療法”といったその場逃れの治療では不十分である<sup>5)</sup>。また、現在の医学教育・卒後研修において、症状コントロールが十分に指導されていないのは大きな問題である。症状コントロールに関してはドクターとナースの協力が不可欠である。また、日常生活動作（ADL）が低下した患者に対して、ADLの拡大を目指して、あるいは安楽なポジションを指導したりするために理学療法士（PT）の役割は非常に重要である。

## 2. 精神的苦痛

表1は淀川キリスト教病院ホスピスに入院した患者の精神症状を調べたものである。実に多様な精神症状を示していることがわかる。ホスピスに入院した患者のうち、特記すべき精神症状を示さなかった患者は20%にすぎない。代表的な精神症状は、不安・うつ・せん妄などであるが、これらに対しては、抗不安薬・抗うつ薬・抗精神薬などの投与も必要になることがある。しかし、まず第1に患者としっかりしたコミュニケーションをとることが大切である。柏木は、そのための精神的アプローチの仕方として、以下のような項目を挙げている<sup>6)</sup>。

表1 末期癌患者の精神症状 (66名)<sup>6)</sup>

|          |     |          |     |
|----------|-----|----------|-----|
| 1. いらだち  | 38% | 10. うつ   | 12% |
| 2. 不穏    | 26% | 11. 怒り   | 12% |
| 3. 不安    | 24% | 12. 恐れ   | 9%  |
| 4. 混乱    | 23% | 13. 拒絶   | 3%  |
| 5. さびしさ  | 20% | 14. 躁状態  | 2%  |
| 6. 痴呆    | 17% | 15. 自殺念慮 | 2%  |
| 7. 孤独感   | 14% | 16. 退行   | 2%  |
| 8. ひきこもり | 14% | 17. その他  | 6%  |
| 9. 幻覚・妄想 | 14% | 18. 特になし | 20% |

(淀川キリスト教病院ホスピス)

**a. ベッドサイドに坐り込む**

坐ることは、患者に対し一定の時間とどまることを保証することになる。また、視線が水平になり、患者と対等であるという意識が生まれる。

**b. 傾聴し、感情に焦点を絞る**

傾聴とは、かならずしも長時間を必要としない。全神経を集中して患者の話に耳を傾けることである。その際に患者の言葉の裏にある感情を見逃さないことが重要である。たとえば、患者が、「先生もう死にたいです」と言ったとすると、その言葉には「死にたいほどつらいんです」という感情が表現されていると考えられる。こういう場合には、「そんな弱音を吐かないで、頑張りましょう」といった安易な励ましをしてしまいやすいが、そうするとはや会話は継続しない。「死にたくなるほどおつらいんですね」と患者の感情に焦点を絞った返答をすることが大切である。

**c. 質問の機会を与える**

診察の終わりに「何か質問か注文はありませんか」と患者に問いかけることが大切である。患者は、医師に対しては言いたいこともなかなか言えないものである。

**d. 希望を支える**

すべて自分の病状を理解している患者でも、一時的にでも病状がよくなると、

ひょっとしたら病気が回復するのではないかという希望をもつ。こういった場合には、そのときの患者の気持ちに沿いつつ希望を支えることが大切である。

#### e. 非言語的コミュニケーションを図る

手を握る、腕をさするなどのスキンシップや、明るい笑顔、態度などが大切である。また、患者が衰弱してもはや話すことができなくなっても、医療者には患者のそばにいてあげることができる。(Not doing, but being.)

このように精神的ケアにおいては、患者および家族といかに良好なコミュニケーションを結ぶか、ということが非常に重要である。また、精神的ケアにおいては、精神科医の助言協力が有用である。

### 3. 社会的苦痛

癌患者やその家族は多くの社会的問題をもっている。当院では医療ソーシャルワーカー（MSW）が中心になってそれらの問題に対応している。社会的な問題には必ず心理的な問題が付随するため、MSW は心理的な問題にも目を向けて援助を行っている。当院における MSW の役割は表 2 のとおりである。

表 2 緩和ケアにおける MSW の役割

|  |
|--|
| 癌患者・家族の心理社会的背景へのアセスメントと社会的介入<br>傾聴面接による受容的・支持的援助と意志決定によるコントロール感の保持<br>家族へのサポート：継続的なアセスメントと具体的な介入<br>遺族へのサポート：茶話会、グリーフカウンセリング<br>患者・家族の精神的・社会的・霊的ニーズに対する対応<br>相談援助：入院相談、その他 |
|--|

### 4. 霊的苦痛

精神的・社会的問題に比べて、霊的問題は理解しにくい部分がある。しかし、WHO は、「緩和ケアの実施に当たっては人間として生きることがもつ霊的な側面を認識し、重視すべきである」と述べている<sup>1)</sup>。また“霊的 (spiritual)”

という用語の定義を次のように述べている。「“靈的”とは、人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人々にとって“生きること”がもつ靈的な側面には宗教的な因子が含まれているが、“靈的”と“宗教的”とは同一ではない。靈的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の“生”の全体を構成する一因子とみることができ、生きる意味や目的についての関心や懸念にかかわっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、みずからを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などと関連していることが多い。」淀川キリスト教病院ホスピスにおける靈的必要に対する調査では、約4割の患者になんらかの靈的ケアが必要であった<sup>7)</sup>。

靈的ケアは必ずしも宗教家が行っているわけではない。むしろすべての医療者が靈的問題の存在を確認し、靈的ケアを行わなければならない。靈的ケアを行うのは、患者の靈的問題を認めたスタッフ自身なのである。

#### IV チームアプローチ

癌末期患者の全人的苦痛はこのように多様な側面をもっている。従来の医師を中心としたシステムではこのような患者・家族の多様な必要に答えていくことは困難である。そこで、各方面の専門家はその専門性を生かしてチームを組んでかかわることが患者のQOLを向上させるために必要になってくる。かかわることが望ましい職種は、医師・精神科医・ナース・医療ソーシャルワーカー・理学療法士・作業療法士・薬剤師・宗教家・栄養士などである。

ホスピスあるいは緩和ケア病棟(PCU)といった専門病棟があれば好ましいが、専門病棟を持たない緩和ケアチームとして機能することも可能である。わが国において、今後ホスピスや緩和ケア病棟が大幅に増えることは考えられないので、一般病棟における緩和ケアチームの役割が重要になってくるであろう。



## V コミュニケーション

緩和ケアの目標は患者・家族の QOL を改善することであるが、末期癌患者の QOL を論じる場合、最も大切なのは患者自身の意志をどのようにとらえ、尊重していくかということである（自己決定権の尊重）。それは、患者とのコミュニケーションから得られる。したがってわれわれ医療者は患者と常に良好なコミュニケーションをとることが要求される。

自己決定権のことを考える場合、避けて通れないのが告知の問題である。自分の病状・病名を知らずして患者が正しい自己決定をすることは困難であろう。しかし、告知についての論議は、以前よりすべきか否かといった議論に終始していたが、問題はいかに患者とコミュニケーションをとっていくかということである。十分にコミュニケーションがとれて、信頼関係が確立していれば、病名を告げる告げないということ自体は必ずしも重要な問題ではなくなる。簡単にいえば、患者が心から告げてほしいというなら告げればよいし、告げてほしくないならば告げなければよいというのが私の考えである。なかには、患者が自分の病気のことを知るのとは当然のことであり、それは一種の義務であるという意見があるが、それは日本では受け入れられない考え方であると思う。

コミュニケーションの重要性については、informed consent（IC：説明のうえでの同意）の概念においてもいえる。ただ単に患者や家族に説明して同意を得ればよいといったことではなく、医療者と患者・家族との間に十分なコミュニケーションが必要である。柏木は、I と C との間に communication の C を入れて、ICC を提唱している<sup>8)</sup>。

Robert Buckman は、著書“*How to break bad news*”の中で告知について大変示唆に富んだ発言をしている<sup>9)</sup>。Buckman は、告知の問題は、「告げるべきかどうか」から「どのように告げるべきか」あるいは「どのように情報を共有すべきか」に変わってきているという。また、情報の提供は薬の投与と似ており、まず、投与に対する適応があるかないかを把握しなければならない。

適応がある場合でも、適当な量の投与では効果があるが、不十分な量では効果がなく、過量に投与すると副作用が生じるかもしれない。したがって、このような副作用に対してもきちんとした対応ができなければならないという。

「告知」の仕方は、単に経験によるのではなく、医学教育、臨床の初期研修の段階で学ぶべき臨床医にとって必須の“skill”であるという。そして、告知の具体的手段として、6段階プロトコルを提唱している。すなわち告知は一連のプロセスであって、決して1回限りの“宣告”であってはいけないということである。

コミュニケーションは患者・家族とスタッフ間ばかりではなく、多くの職種がかかわるチームアプローチにおいては、スタッフ間のコミュニケーションも非常に重要となる。たとえば当院緩和ケア病棟では、チーム間でのコミュニケーションに非常に多くの時間をとっている。具体的にいうと、

- ・毎朝のナースの申し送りに各スタッフも参加する。
- ・毎日昼のカンファレンスに各スタッフも参加する。
- ・毎週金曜日、机上回診をスタッフ全員で行う。

その他にも随時ショートカンファレンスを行っている。チームアプローチは緩和ケアにおいては必須の形態であるが、チームが有効に機能するためにはコミュニケーションをいかにとっていくかということが重要となる。

## VI おわりに

高度に機能・機械化された現代医療の中であって、医療は必ずしも患者・家族の希望どおりに進んでいかないことが多い。病状が進み、もはや回復不可能となった場合にも医療者サイドのペースで医療が行われるとするならば大きな問題である。医療の目標が治癒あるいは延命でなくなった場合、患者がどのように生きていくかは患者自身が決定できなければならない。緩和ケアは患者・家族の意思決定権を最大限に尊重しようとする医療である。

そのためには、良好なコミュニケーションを前提としたチームアプローチが

必須である。日本の緩和ケアの歴史はまだスタートしたばかりである。ホスピス、緩和ケア病棟を中心にして研究・経験を積み重ね、あるべき緩和ケアの姿を追求していかなければならない。

## 文 献

- 1) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア，金原出版，1992.
  - 2) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放，金原出版，1986.
  - 3) 前野宏・恒藤暁・池永昌之・柏木哲夫：リドカインの持続皮下注入法の試み，ターミナルケア，4(3)：236-239，1994.
  - 4) 池永昌之：ターミナルケアにおけるステロイドの有効性，死の臨床，18:150，1995.
  - 5) 前野宏：緩和ケアにおける各種身体症状のコントロール，臨床外科，50(13)：1561-1566，1995.
  - 6) 柏木哲夫監修，淀川キリスト教病院ホスピス編：ターミナルケアマニュアル第2版，最新医学社，1992.
  - 7) 前野宏：がん患者とその家族への心理・社会的サポート，ホスピスにおける実践，癌治療と宿主，7:249-253，1995.
  - 8) 柏木哲夫：サイコオンコロジー，癌治療と宿主，6:9，1994.
  - 9) Buckman, R. : How to break bad news. The John Hopkins Univ. Press, Baltimore,1992.
-