

1 がん医療における連携体制の構築

● がん対策基本法とがん医療の方向性

がん死が、全国で年間30万人を超え増加している。がん予防、早期発見の充実、医療者の育成や医療機関の整備によるがん医療の均てん化、がん患者の療養生活の質の向上などを掲げ、国は2007年4月に、がん対策基本法を施行した。近年のがん医療は、がんの進行状況や状態に応じ、手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた集学的治療の実施とともに、がん患者が抱える身体的苦痛や精神的な苦痛の軽減を図る緩和ケアを、治療の初期の段階から適切に提供することにより、患者の療養生活の質の維持向上を図ることが求められている。

● 地域がん診療連携拠点病院とかかりつけ医の連携

これからのがん医療の充実には、がん検診の普及と精度

管理はもちろんのこと、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟（ホスピス）の専門医や、緩和ケアチームとかかりつけ医や訪問看護師の連携が必須となる。がん医療の中心的役割を担うがん診療連携拠点病院は、国の基準により、都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県におおむね1か所、地域がん診療連携拠点病院はおおむね2次医療圏ごとに1か所指定されるが、東京都では独自に、東京都認定がん診療病院を認定し、地域がん医療の充実を図る予定である。また、がん患者の療養生活の質を確保するために、相談体制や情報提供の充実とともに、治療の初期の段階から在宅医療までの様々な場面においても、切れ目なく緩和ケアが受けられるよう地域連携を推進することともに、緩和ケアに関する医療従事者の育成が課題となっている。

● 全人的苦痛 (total pain) とは

- (1) がんや衰弱による疼痛「身体的苦痛」
- (2) 不安、恐れ、うつ、怒りなどの「精神的苦痛」

- (3) 死生観にかかわる「霊的（スピリチャルな）苦痛」
- (4) 職業的、経済的、家族的問題など「社会的苦痛」

を言い、WHOはこれらの苦痛への包括的な対処によるQOLの改善へのアプローチを、緩和ケアと定義している。

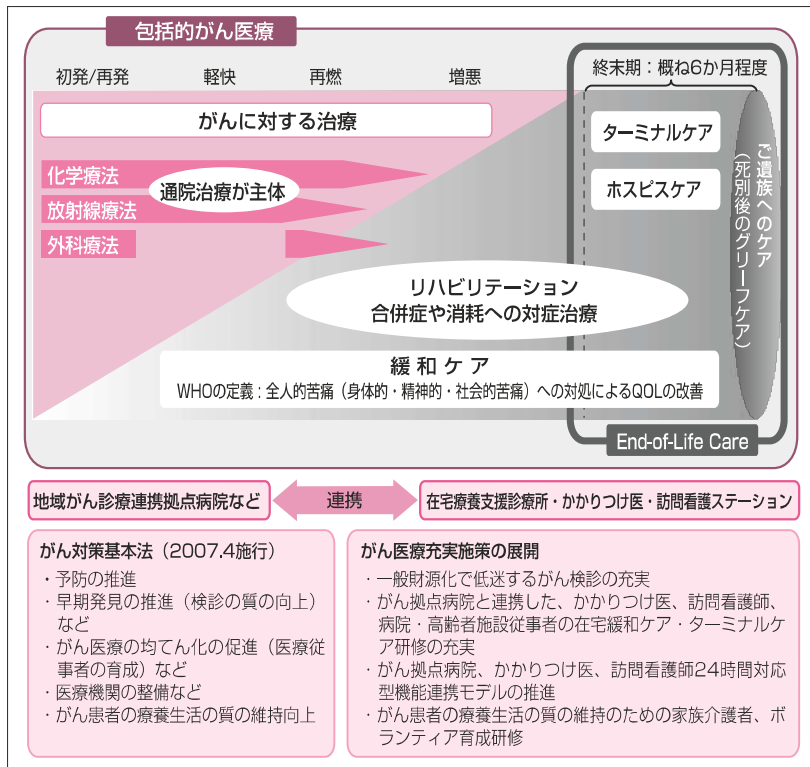
したがって、緩和ケアは単なる疼痛の緩和ではなく、がん治療の早期から始まることによい。

東京都と東京都医師会では協力して、がん診療連携拠点病院を中心として、緩和ケア研修など、緩和ケアの人材育成を行っている。

■ 参考

- ① 東京都在宅緩和ケア支援センター  
ホームページ  
<http://www.kanwacare.jp>

包括的がん医療における緩和ケアとターミナルケアの概念



(厚生労働省資料)

## 2 全人的緩和ケア

### ● がん性疼痛と緩和ケア

がん患者が呈する症状のうち疼痛は、患者を最も苦しめるものであり、現代のホスピスケア誕生以来、疼痛の緩和は常にその中心的な課題であった。何もしないでがん患者を放置すると、約70～80%の人が痛みのために苦しむと言われているが、幸いなことに、近年がん性疼痛緩和の技術が格段に進歩したため、末期がん患者が耐えがたい痛みのために苦しむことはほとんどなくなつた。

末期がん患者の痛みは単なる肉体的な痛みではなく、心理的、社会的、文化的、霊的要因などが複雑に絡み合い、総合的な痛み、あるいは全人的苦痛 (total pain) として現れる、と考えられている。したがって、末期がん患者の痛みに対しては、単純に鎮痛薬を投与するという方法だけでは不十分であり、心理的な要因、家族関係や社会的な要因、霊的な痛みにも目を向けた学際的 (interdisciplinary) 見地からの疼痛緩和が重要である。しかしながら肉体的な痛みを緩和することは、末期がん患者の疼痛緩和の基本で

あり、最も重要な点であることに変わりない。

疼痛緩和のために用いられる薬剤は、痛みの種類（体性痛、内臓痛、神経因性痛など）や程度によって異なり、その切り札となるのは強オピオイド鎮痛薬（その代表はモルヒネ）である。強オピオイド鎮痛薬単独で十分な疼痛緩和が得られないとき（たとえば神経因性疼痛など）には、各種の鎮痛補助薬が有効である。

強オピオイド鎮痛薬を必要とする強い疼痛に対して広く使用される薬剤は、フェンタニル貼付剤（デュロアプ®）が発売されるまで（2002年）は、モルヒネだけと言ってもよく、臨床の場におけるモルヒネ使用の歴史イコールがん性疼痛緩和の歴史であった。

過去20年弱の間に強オピオイド使用量は急激に増加していくが、その背景には各種モルヒネ製剤の登場、モルヒネ以外の新しいオピオイド製剤の発売開始などがある。もちろんそれだけではなく、日本薬局方の改定、モルヒネ使用マニュアルの作成、塩酸モルヒネ注射液の使用規制緩和なども、モルヒネ使用量の増加に深く関与している。臨床の場で広く使用されるオピオイド製剤がモルヒネ製剤のみの時代には、疼痛緩和は痛みの程度によってモルヒネの量を

調整すること、投与経路を変える（たとえば経口から経直腸あるいは皮下注射など）という比較的単純な作業でこと足りた。しかし異なる種類の強オピオイド鎮痛薬が発売されるようになってオピオイド製剤の変更（これをオピオイドローテーションという。後述）という、応用的な強オピオイド鎮痛薬の使用法に関する知識と技術とが要求されるようになった。

### ● 痛みの評価

患者の感じる痛みは主観的なもので、患者自身が何らかのかたちで痛いことを表現してくれないと、医療者は痛みを把握することができない。そして単に痛いとか痛くないとかという表現だけでは、痛みの程度を理解して鎮痛薬の増量、変更などを行うことは困難である。したがってがん性疼痛を適切に取り除くためには、患者に我慢しないで痛いことを訴えてもらうこと、医療者は痛みをできるだけ客観的に把握し、痛みの原因、程度などを評価して適切な対処を図ることが重要である。

#### ■ 1 痛みの発生機序別分類

痛みは神経学的な発生機序から、末梢神経の刺激に起因

する侵害受容性疼痛、神経が障害を受けて生じる神経障害性疼痛、交感神経の損傷に起因する疼痛などに分類される。末期がん患者の痛みという点から見ると、がんに起因する痛み（神経へのがんの直接浸潤、圧迫による痛み、骨転移による痛みなど）と、それ以外のことが関係している痛み（手術や放射線治療などのがん治療に起因した痛み、褥瘡など全身衰弱に起因した痛みなど）とがある。

内臓痛とは、たとえば肝臓転移したがんが腫大して、肝被膜を過剰に引き伸ばし、そこに分布する神経を刺激して痛みが生じるような場合を言う。体性痛の例は骨転移に伴う痛みで、基本的には骨膜に分布する神経の刺激によって起きる。これに対して神経そのものが圧迫されたり損傷されて起こる痛みを、神経障害性疼痛と言う。神経障害性疼痛は障害部位によって末梢神経レベルでの損傷、中枢神経レベルでの障害があり、一般的に疼痛の緩和が困難である。

痛みの初期アセスメントは疼痛の原因を診断し、適切な疼痛緩和を行うために、非常に重要である。まず最初に尋ねることは、痛みがいつ始まったのか、どのくらいの頻度で、どのような形（持続的か間歇的）で現れるのか、など時系列に沿った質問を行う。続いて、どの部位が痛いのか

を聞き、その部位の視診、触診を行う。炎症所見があるかどうかの判断は大切である。次に痛みの感じ方を、患者の言葉で表現してもらうことが重要である。しびれたような感じ、焼け火箸をつきつけられたような痛み、など患者の表現はさまざまだが、痛みの機序を診断するときの参考になる。

## 2 痛みの強さの評価尺度

痛みの強さの程度は、痛みの評価の中で最も重要なことである。自覚症状である痛さの程度をできるだけ客観的な形で評価するために、さまざまな尺度が考案されている。用いる尺度は医師、看護師によって異なるが、例を挙げれば0から9段階の Numeric Pain Intensity Scale、NRS = Numeric Rating Scale などがある。要は痛みの程度を数値化しておくことが重要である。この数自体に絶対的な意味はないが、痛みの程度の推移、鎮痛薬が適切に使われているか、などを判断する上で大変参考になる。経験的には、痛みの程度が2以下であれば、ほとんどの患者は鎮痛剤の増量に対して消極的である。確かに数値には絶対的な意味づけをすることはできないが、それでも患者が表現する痛みの程度は鎮痛薬使用の上で大きな指針を与えてくれる。

## 3 がん性疼痛の特徴

痛みにはベースとなる痛みと、突発的な強い痛み（これを突出痛、breakthrough painと言つ）とがある。がん性疼痛は両者の混在が一つの特徴である。評価もその2種類の痛みに対して行われるが、基本はベースとなる痛みの程度をきちんと把握しておくことである。

また忘れてならないことは、心理的、社会的、霊的要因がそれを修飾し、それらが統合されて現れてくるということである。特に死を認識して死を迎える患者は、「まもなく死を迎える自分が今を生きるこの苦痛」、いわゆる霊的苦痛 (spiritual pain) に苦しむと言われている。全人的苦痛に医療者のみで対応するのは難しく、専門家のチームケアが重要である。

## 4 疼痛緩和の治療目標

疼痛緩和には一定の治療目標を立てることが重要であり、3段階の目標設定がなされている。しかし現実的には痛みがまったくない状態を目標にする必要はなく、患者の意向を重視することが重要である。医師の目で見て鎮痛薬を増量すると楽になることがわかっていても、患者はモルヒネ使用の開始や増量を拒否する場合がある。そのような

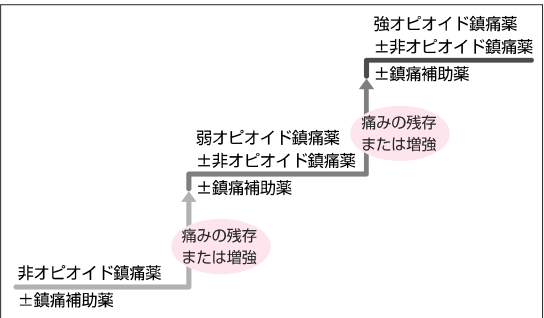
場合には、① 抵抗する理由をよく聞くこと、② 看取る家族の困惑度を十分評価すること、③ 改めて疼痛緩和の意味などをしっかりと説明すること、などが大切である。

## がん性疼痛治療薬の処方のおもひ立て

### 1 WHO方式ががん性疼痛治療法

末期がん患者の疼痛緩和を行っていく場合、いくつが基本的に重要なことがある。その第一は、一定の方式にしたがって疼痛緩和を十分行うことである。多くの場合、WHO方式（段階的除痛法）に準拠した疼痛緩和法が用いられる。

WHO 三段階除痛ラダー



③ 段階的に、④ 患者ごとの投与量で、⑤ 細かい注意を払って、という言葉で表現している。WHOが「段階的に」と表現している方法は、WHO三段階除痛ラダー（ラダーとは、はしごという意味）と呼ばれており、疼痛緩和の基本的な薬剤使用方法として広く世界で採用されている。

WHO方式に出ている薬の種類は、鎮痛薬として非オピオイド鎮痛薬、弱オピオイド鎮痛薬、強オピオイド鎮痛薬があり、加えて、それ自体に鎮痛作用はないが鎮痛薬の鎮痛作用を補助する薬剤（これを鎮痛補助薬と言つ）、後述）とがある。三段階ラダーの第1段階で用いられる薬は、アスピリンやアセトアミノフェンなどの非オピオイド鎮痛薬である。これで除痛が十分でない場合には、第2段階としてコデインなどの弱オピオイド鎮痛薬に非オピオイド鎮痛薬を併用する。それでも除痛が得られない場合には、第3段階としてモルヒネなどの強オピオイド鎮痛薬（これに非オピオイド鎮痛薬の併用を行うこともある）を用いる。各段階で鎮痛補助薬の使用が選択肢としてある。

### 2 がん性疼痛に使用される薬剤の種類と特徴

非オピオイド鎮痛薬の代表である非ステロイド性抗炎症薬 (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs; NSAIDs) は、

WHOは除痛薬使用の原則を、① 経口的に、② 時間を決めて、

炎症の際損傷された細胞や組織から放出される化学伝達物質のプロスタグランジン合成阻害作用を有し、その結果鎮痛作用を発揮する。したがってその作用部位は基本的に神経末梢の侵害受容器だが、中枢神経に対しても作用すると考えられている。NSAIDsには有効限界があるが、耐性くくり返し使用するうちに鎮痛効果が減弱していくことや身体依存性はない。副作用として消化管障害が臨床的に重要である。WHOはNSAIDsとしてアスピリン、アセトアミノフェン、イブプロフェン、インドメタシンを挙げているが、そのほかナプロキセンやロキソプロフェンなどがよく使用される。これらの薬は解熱作用や消炎作用をもっており、軽度ないし中等度の痛みに対して使われる。また、骨転移による痛みへの効果が大きいので、痛みが激しい骨転移の症例では、オピオイド製剤としばしば併用して用いられる。

オピオイド製剤は、末梢組織および中枢神経系内に広く分布するオピオイド受容体に結合し、鎮痛作用などの生物活性を現す。オピオイド製剤の代表は麻薬（モルヒネや塩酸ペチジンなど）だが、ペンタゾシン、プレンルフィンなどの非麻薬もある。

### 3-1 投与経路を考慮した薬剤の選択

WHO方式に従えば、モルヒネの投与は原則として経口投与の形をとる。この方法が第一選択として選ばれた理由は、経口投与が患者のQOLを最優先した、もっとも優れた方法だからである。多くのケースでは、死が近づいてきて経口摂取が難しくなった段階で、モルヒネを経口徐放剤から経直腸坐剤へ変更し、最期まで疼痛緩和を継続することができるといえる。

モルヒネは経口速放錠、水薬、経口徐放剤、経直腸坐剤、注射薬などさまざまな形が用意されており、しかも強オピオイド鎮痛薬の中でもっとも古くから存在する薬なので、臨床医が疼痛緩和のために一番よく用いる薬剤である。ただしどの投与ルートを選択するかは、主に患者の病態、病状などを参考にし、患者の希望を入れて決定する。たとえば消化管の通過障害がある人には経口投与は不向だし、肛門周囲に痔などがある人や人工肛門を設置している患者（人工肛門部位から坐剤を挿入できるが多くの患者は嫌）には、経直腸坐剤でレスキューを図るのは適切ではない。

長期に強オピオイド鎮痛薬を投与する場合には、経口徐放剤、持続皮下注射、フェンタニル貼付剤が用いられる。

コデインは弱オピオイド鎮痛薬に分類され、WHOの除痛ラダーでは第2段階で使用される代表的な薬剤である。コデインは肝臓でモルヒネに変化し、それが除痛作用を現す。その除痛力価はアスピリンの10〜20倍（コデイン30mgはアスピリン300〜600mgの除痛効果を有する）、経口モルヒネの約1/6（コデイン60mgがモルヒネ10mgに相当する）である。

モルヒネは強オピオイド鎮痛薬の代表格で、そのほか、オキシコドン、フェンタニルがあり、それぞれに長所・短所がある。わが国で現在汎用されている強オピオイド鎮痛薬には、徐放効果を活かして維持用に用いられるオピオイド製剤と、速効性を利用してレスキュー（後述）用に用いられるオピオイド製剤とがある。徐放製剤、速効製剤は臨床上の使い分けで重要な分類だが、これはDDS (Drug Delivery System) 上の工夫をこらして区別したものである。たとえばフェンタニルのパッチは、フェンタニルの脂溶性という特徴を利用して貼付という形をとって徐放性を実現しているし、経口モルヒネ徐放剤は、製剤の構造を工夫して消化管での徐放作用を実現している。

塩酸モルヒネの持続皮下注射は、使用するモルヒネ量が増えて内服するのが困難となった場合に、便利で有効な方法である。経直腸投与は原則として短期間（せいぜい数日の単位）の継続使用と、突発痛に対するレスキューのために用いる。またオピオイドの種類を変更する方法も有効だが、その場合にはオピオイドローテーションの概念と実際のやり方を理解しておく必要がある。

投与ルートの違いによる投与量の換算は、医師によって細かい数字は異なるが、おおよその1日量は経硬膜外投与を1とすると、経静脈投与（Ⅱ経皮下投与）は5、経口投与15となる。経直腸投与した場合のモルヒネ量は、経口投与と同量あるいは2/3量に相当する。

### ● オピオイド製剤の使い方

#### 1-1 オピオイドローテーションによる疼痛管理

2002年に新発売されたフェンタニル貼付剤であるデュロテップ®は、高度の疼痛に対してモルヒネオンリーであった疼痛緩和の歴史に、新たな薬剤を提供することになった。しかしオピオイド製剤の変更という、これまでになかった問題が発生し、そのことに関する知識と技術を臨

床医に要求することとなった。フェンタニル貼付剤は、一言で言うならば患者・家族にとっても、次のような場合でも使いやすいことがある。

① 経口摂取不能の場合、② 消化管に通過障害がある場合、③ 使用モルヒネ量が多くなった、④ 副作用のためモルヒネ使用が困難な場合、⑤ モルヒネという言葉に躓いてモルヒネを使用できない場合、である。

オピオイド製剤の変更を、オピオイドローテーションという。モルヒネからフェンタニル貼付剤への変更を例にとると、オピオイド製剤を変更してから疼痛緩和が安定するまでにはいくつかの課題がある。その第一は、移行時の① 適用の問題、② 換算の問題、③ 切り替えのタイミングの問題、④ 副作用の問題、などが含まれる。次の課題は移行後の用量調節で、この点に関しては、① 調節方法、② 副作用対策、などの課題がある。変更の際の原則はフェンタニルの量を控えめに設定すること、具体的にはフェンタニルの量をモルヒネに対するなどの鎮痛量の50～75%に設定することである。この量ではもちろんオピオイド量が不足しているので、結果的に発生する痛みを速効性のモルヒネ(アンペック坐剤やモルヒネ水溶液のオープン内服液など)

量していくことを言う。WHO方式の疼痛緩和法によれば、強オピオイド鎮痛薬(説明の都合上その代表格としてモルヒネを例にとる)は経口投与が原則なので、その至適量をどのように見出していくか、について説明する。

モルヒネの経口投与は、塩酸モルヒネ(末、錠、水溶液いずれでも可) 5～10mg/回の4時間ごとの投与で開始する。翌日痛みが残っていれば50%増、痛みが消えて眠気があれば50%減とする。それでも痛みがある場合には30～50%を目途に量を調節するが、具体的には1回量を15↓20↓30↓40↓60mgと増量していく。増量に伴って痛みは軽くなり、ある量を超えると次の投与時まで患者は痛みを感じなくなる。この量がモルヒネの必要量あるいは基本量であり、ほとんどの患者は1回の投与量30mg以下で済むが、ケースによってはかなりの量(たとえば1,000mg/回以上)を必要とすることもある。必要な投与量が決定すると、その1日量を硫酸モルヒネの徐放剤で投与することになる。24時間持続製剤のカディアンではそのままの量を、12時間持続製剤のMSコンチン錠ではその量を2分(あるいは3分)し、1日2回12時間おき(あるいは1日3回8時間おき)に投与する。

で緩和する必要がある。安全性と不足量が確認できれば、次にオピオイド製剤の維持量を増やし、持続する慢性的な痛みを緩和する。突出痛に対しては、速効剤を用いてのレスキューがなされる。

フェンタニル貼付剤(2.5mg)などの鎮痛量は報告者によってかなり幅があるが、おおよそ経口モルヒネの1/100である。具体的には、経口モルヒネ45～135mg/日のときに2.5mgのパッチに変更する。またモルヒネとフェンタニルでは、オピオイドレセプターに対する親和性が異なり、そのため副作用の発現が違つことにも注意しなければならない。最も臨床的に問題となるのは、消化管の蠕動抑制がフェンタニルは小さいので、変更の際には下剤の量を減らさなければいけないことである。オキシドンの場合には、経口モルヒネの1.5倍の力価があるので、経口モルヒネから変更する場合には、おおよそ2/3の量で十分である。オキシドロンとモルヒネとは分子式が似通っているので、オピオイドローテーションは比較的容易である。

## ■ 2 タイトレーションによる疼痛管理

タイトレーションとは、低用量から始めたオピオイド製剤を、除痛するために必要な量まで段階的かつ速やかに増

強い痛みがあつて直ちに除痛を必要とする場合には、塩酸モルヒネの注射薬を用いたタイトレーションがなされる。具体的には塩酸モルヒネ1mgを静脈注射し、その鎮痛効果が1時間持続すれば24倍(≡24mg)、2時間持続すれば12倍(≡12mg)を1日投与量とする。その量の2～3倍の量が経口モルヒネの量となるので、こうして計算された硫酸モルヒネを徐放剤の形で投与する。生体内におけるモルヒネの利用率は個人差が大きいので、実際にはさらに細かい調整が必要である。

モルヒネの基本量は、突出痛に対するレスキューに使用されるモルヒネの量によって追加調整される。レスキューに用いられる量は、経験的に1日量の1/6を1回量として投与するのが良いとされている。投与回数に特に制限は設けられていないが、剤形によって経過観察時間が異なる(たとえば注射薬で15～30分、水溶液で1時間、坐剤で2時間)。追加調整するモルヒネ量がほぼコンスタントになつたとき、その量をモルヒネ不足分と考えて基本量をその量だけ増やす。

モルヒネの鎮痛作用に関する特徴のひとつは、有効限界(ceiling effect)がなっていない。つまり除痛のために

必要なモルヒネ量がいくら増えたとしても除痛効果が期待できる」といっている。モルヒネの必要投与量は大部分のケースで200mg以内で収まるが、ケースによっては1,000mg/日を超えるものもあり、さらに増量を要する場合も経験される。

## ●レスキュー処方

大多数の末期がん患者は、強オピオイド鎮痛薬の基本投与で、持続する耐えがたい痛みから解放される。しかし比較的良好な状態で痛みがコントロールされていても、約7割の患者が燃え上がるような一時的な痛みを苦しむと言われている。このように突発する痛みのことを突発痛(breakthrough pain)と言い、突発痛に対する医療的な対処をレスキューと呼んでいる。

レスキューがうまくいくためには、ベースとなる痛みが十分緩和されていることが必要で、そのためには痛みの程度のアセスメントを的確に行って、必要な量の強オピオイド鎮痛薬を投与しておかなければならない。レスキューは原則として、主鎮痛薬と同じ薬剤で速効性のものが用いられる。モルヒネ以外に速効性の強オピオイド鎮痛薬がない

しかし強オピオイド鎮痛薬だけでは疼痛緩和が難しい場合(神経障害性疼痛など)、鎮痛補助薬が使用される。鎮痛を目的として使用される補助薬は、第一種鎮痛補助薬と言われ、これには抗痙攣薬、抗うつ薬、抗不整脈薬などがあるが、これらは本来鎮痛薬として使用されない薬で、保険診療で認められているものではない。一方、強オピオイド鎮痛薬には、それ自体さまざまな副作用を起こすが、その副作用を軽減する目的で使用される薬剤も一種の鎮痛補助薬であり、このような目的で使用される薬剤のことを第二種鎮痛補助薬と言う。

第一種鎮痛補助薬を使用する場合には、オピオイド製剤を至適投与量まで増量して使用することが前提である。第一種補助薬には一般に口渇、便秘などの抗コリン作用や、眠気などの副作用があるので、その使用は少量から開始し(補助薬の副作用発現をできるだけ抑えさせることが目的である)、多剤併用(2種類以上の補助薬を使用すること)を避け、患者と家族に十分説明することが大切である(Portnoy, 1998)。Twycrossら(1996)が示した鎮痛補助薬の段階的使用法(鎮痛補助薬ラダー)では、第1段階として抗痙攣薬または抗うつ薬、第2段階として抗うつ

現状では、たとえフエンタニル貼付剤やオキシコドンを使用しているとしても、実際にはモルヒネあるいはNSAIDsを用いたレスキューが行われる。レスキューに用いられるモルヒネの1回量は、患者に維持量として1日あたり投与しているモルヒネの1/6が目安である。投与回数に特別な制限はないが、投与間隔は最大効果を発揮するまでの時間(モルヒネ水やモルヒネ錠は30~60分、アンベック坐剤<sup>®</sup>の場合は1~2時間)を参考に決めていく。

レスキューは基本的に突発痛に対する除痛法であるが、回数が頻繁になる場合には、維持量として使用されているモルヒネ量の不足が考えられる。つまり出現する痛みをレスキューで対応するのではなく、維持量を増やして対応する必要がある。維持量を増やす場合にはレスキューで使ったモルヒネの1日量を、それまでの維持量に上乘せした形で、新たな維持量を設定する。

## ●鎮痛補助薬の種類と使い方

### —副作用対策を含めて—

がん性疼痛は多くの場合、モルヒネなどの強オピオイド鎮痛薬を中心とした治療薬で緩和することが可能である。

薬または抗痙攣薬、第3段階として抗不整脈薬またはケタミン、第4段階として脊椎ブロックを用いる。

強オピオイド鎮痛薬の代表格であるモルヒネには各種の副作用があり、その対策を十分講じることが、疼痛緩和の成功の鍵とも言える。便秘に対しては緩下剤(フルゼニド2~15錠/日、ラキソバロン 10~50滴以上/日)を用い、さらに浣腸、坐剤、摘便などが有効である。嘔気、嘔吐に対しては各種の制吐剤(ノバミン、ナウゼリン坐剤、ハロペリドール、トロパロンなど)が効果的である。排尿遅延に対しては、コリン作動性薬(ヘサコリン10~20mg/回)を投与したり、必要に応じて導尿を行う。

### ■その他の参考文献

- ①「がん緩和ケアに関するマニュアル」2005より  
厚生労働省・日本医師会監修  
(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

### 3 死の看取り

#### ●在宅ホスピスを例とした死の教育

そもそも「教育とは、人生の過程における人間の成長・発展を支えるもの」であるので、死の教育とは、人間が自分で自分の最期までの生き方を選択するために必要な教育、ということである。

死はすべての人間の最期に例外なく起こることなので、死の教育は、すべての人を対象として、人の成長・発展段階に応じて、そのときに最もふさわしい形で行うことが大切である。また死の教育を担う者は、もちろん医療者だけではない。宗教者、哲学者、倫理学者、教育者などを巻き込んだ、学際的な性格の強い問題である。

医療者は日常的に患者の死に接するが、これまで改めて患者や家族に死を教えることはあまりなかった。しかし、在宅ホスピスでは、この死の教育がたいへん重要な意義を持つている。

在宅ホスピスにおける死の教育は、単に患者と家族が死を受け入れ、人生最期のときを成長・発展しつつ生き抜く

ことができるかどうかよりも、むしろ在宅での看取りができるかどうか、つまり在宅ホスピスそのものが成り立つかどうかという意味の方が大きい。

わが国の在宅ホスピスの特色のひとつは、家族がケアの主な担い手となることである。看取りを病院に委ねる場合と違って、在宅での看取りでは、目前に迫った死から家族が目をそむけることは許されない。したがって患者よりもむしろ、看取る家族を対象とした死の教育が重要なのである。

#### ●在宅ホスピスにおける、死の教育の実際

死の教育を行う時に大切なことは、患者と家族には可能な限り真実を伝えることである。病名の告知、不治であることの告知、余命の告知も、状況が許せば積極的に行わなければならない。

具体的な死の教育を、在宅ホスピスケアでどのように行っているか、簡単に説明しよう。死の教育は、ホスピスケアの時間的な経過に沿って、4回に分けて行われる。具体的には在宅ホスピスが始まる時（開始期）、在宅での生活が安定したとき（安定期）、死が間近に迫ったとき（終末・臨死期）、そして患者が亡くなってから（死別期）の

4回である。十分な理解が得られないときには、もちろん説明を繰り返す。

#### 1 開始期の死の教育

開始期において大切なことは、まず患者の希望を正確に理解すること、同時に家族の介護力を客観的に評価することである。また患者や家族との信頼関係を、できるだけ早い時期に打ち立てることが必要なので、この時期には足繁く訪問診察したり電話連絡することが大切である。内容的にはホスピスケアの意義、家でホスピスケアを受けることの意義や具体的な事柄を説明する。

#### 2 安定期の死の教育

安定期における死の教育の目標は、患者と家族とが死を自然なものとして受け入れ、その過程で残された時間の過ごし方の大切さを学び、ふさわしい過ごし方ができるように援助することである。いわゆる死の受容と、受容した上での生き方がこの段階でのメインテーマになる。

死の受容と言っても、そこへ至るには複雑な過程がある。また受容したと医療者が判断したとしても、実際の患者や家族の心はそんなに単純なものではない。

死が間近に迫り、それが避けられないことを教えるのは

医療者の役目である。しかし教育には教える面と教わる面とが、常に同居している。生きることの意味、すばらしさなどを逆に患者や家族から教わることは、本場に多いものである。また、患者の症状が安定し、家族も落ちついてくるこの時期は、幼い子どもや孫に生と死について教える機会になる。在宅での看取りの大きな意義は、生と死の実地教育でもある。

#### 3 終末期・臨死期の死の教育

患者の死が間近に迫って来たときとは、まず、家族の中のキーパーソンにそのことを伝える。これはもちろん病院の場合と同じである。そして親族への連絡、葬儀の手配、亡くなったときに着せる衣服や遺影の準備などを指導する。これらのことは何でもないようだが、家族が患者の死を最終的に受け入れるために、たいへん重要なことなのである。

死が24時間前後に迫ったとき（臨死期）は、在宅での死の教育のクライマックスを迎えることになる。つまり家族に死の具体的な過程と起こりうる変化を詳しく教え、そのときに必要なケアを教えるのである。また医療者とは、いつでもすぐに連絡が取れることを再度説明して、家族を安

心させることも大切である。これらのことは、家族が水入らずで看取るために不可欠な事である。看取りの場面では、家族以外のものは決してしゃばってはならない。

看取りの心得としての説明の一例である。

「死が近づくと、患者はまず苦痛から解放されます。決して、苦痛の中で死ぬようなことはありません。だから安心してください。しかしこのとき、実は気をつけなければなりません、たいへん大切なことがあるのですよ。それは、患者さんの意識は最後まではっきりしていること。愛する人の声、振舞いは息を引き取る瞬間まで患者さんはわかっています。だから決して不用意な発言や行動をしないで下さい。」

Sergi-Swihartは「臨死期においては最後の瞬間まで家族がそばに控えていることが大切だ」と指摘している。家族には常にそのようにすることを、すすめることが重要である。

#### 4-1 死別の悲嘆のケア

ホスピスケアでは、患者と家族を一つの単位としてケアサービスを提供するが、在宅ホスピスケアでは、このような視点は特に大切である。患者が死亡した時点でケアが打ち切られる病院の医療と異なり、遺族を対象としたケアは、

### 4 延命治療の差し控えや中止について

高齢社会の進行やがん死の増加により、終末期医療のあり方についての議論は進みつつあるが、国民的合意が確立しているとは言えず、難し。

たとえば回復の見込みがなく、耐え難い苦痛のなかで死期の迫る患者が、延命治療よりも、苦痛の緩和やQOLを尊重した医療を自己選択する場合、延命治療の差し控え、すなわち消極的安楽死や尊厳死と呼ばれる問題につながる。70年代に「安楽死」の議論があったが、死の自己決定権の是非、意思確認の方法論、障害や疾病を抱えて生きる人々の権利擁護などから、国民的合意に至らなかった。

在宅医療にかかわる以上、患者、家族の「尊厳ある死」の選択に向き合わねばならないときは、いつ来るかわからない。今、わが国に人の死期を早めることを許容する法律や規則はなく、あるいは判例と国が示したガイドラインである。

#### 1 延命治療の中止が許容される要件を示した判例

1991年、末期がん患者へ塩化カリウムを投与し死期を早めたとして、担当医が殺人罪に問われた東海大学事件

患者が死亡した後も継続される。このようなケアのことを悲嘆のケア（ビリーフメントケア、グリーフケア）と呼んでいる。これはホスピスケアプログラムの重要な部分を占める。グリーフケアの中心的な担い手は、在宅ホスピスナーであるが、高度のうつ状態の遷延など異常な悲嘆反応が認められる場合には、専門医の応援も時に必要である。

遺族ケアは、一定のプログラムに従って行なわれなければならない。具体的な方法は、医療機関ごとに異なってしまうが、一例を示す。

- (1) 死後1週間以内は遺族に送る寄せ書き(グリーフカード)を作成、郵送
- (2) 遺族に対して開かれるお茶会(毎週金曜日の午後)
- (3) 訪問看護師による1か月後の訪問
- (4) 年1回の遺族の同窓会
- (5) 1周年に送るボランティア手作りのカード
- (6) 若くして(年齢的には65歳以下)伴侶を失った遺族を対象とした特別なケアプログラム

わが国では診療報酬の問題もあって、在宅でのグリーフケアは未だ十分に行われておらず、今後の大きな課題といえる。

の判決で下記の要件が示された。

- ① 患者が治療不可能な病気におかされ、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態にあるもの。
- ② 中止を求める患者の意思表示が、中止を行う時点で存在していること。
- ③ 中止対象は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給などを含む。

この後も、回復が見込めない患者の人工呼吸器の取り外しによる延命治療の中止が殺人罪に問われるなど、医師の判断が適切な要件を満たしていたかについて、大きく報道される事例が相次いだことは記憶に新しい。

医療現場からも、何らかの指針を求める声が高まり、厚生労働省が2007年4月に、ガイドラインを示した。

#### 2 終末期医療に関するガイドライン

「積極的安楽死」は認めないことを前提に、終末期医療の方針決定は多専門職のチームで当たり、患者の意思が確認できる場合は、合意内容を文書化し常に説明と再確認を行う。意思が確認できない場合は、家族による意思の推定や助言を得て、得られぬ場合はチームとして、患者にとり最善の治療方針をとる。前述で医療内容の合意が得られぬ



場合は別途委員会を設置し検討・助言を行うとしている。現実的には、死期の予測や、本人の意思の確認など、医師と家族にきわめて重い責任と選択を帰し、客観性の担保や判断を誤れば、殺人、自殺補助、保護責任者遺棄致死など様々な刑罰の対象となりかねない状態は続いている。幸い緩和ケアの普及や進歩により、耐え難い苦痛を緩和する技術が向上し普及しつつある。可能な限り、生きることに、その質を支える在宅医療の実践が求められている。

### 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省 平成19年5月

#### 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種（医療従事者から構成される医療・ケアチーム）によって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

#### 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

##### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種（医療従事者から構成される医療・ケアチーム）として行う。
  - ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とは十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
- 上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化する場合もあることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。

- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。
- (2) 患者の意思の確認ができない場合  
患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとつての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとつて何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとつての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいらない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとつての最善の治療方針をとることを基本とする。

##### (3) 複数の専門家からなる委員会の設置

- 上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、
- ・ 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

- ・ 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
  - ・ 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

#### ■ 参考

- ① 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

## 5 看取りと医師法

穏やかな看取りを実現するために、「法律」の解釈や課題を知っておく必要がある。特に医師法第二十条の「診察後24時間以上経過した死」の死亡診断書の取り扱いや、同第二十一条の「異状死の届出」の解釈にしばしば混乱がある。

●資料1〈医師法 第二十条〉  
 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

■1「診療中の疾患による死は、生前の診察後24時間以上経過しても、死後の診察で死亡診断書を交付できる」

たとえば、最後の診察後24時間以上経過し、医師が立ち会えず居宅などで死亡した場合は、警察に届け出て死体検案が必要というような誤解があるが、在宅死が一般的であった昭和24年の厚生省医務局長通知で、診療が継続している患者が、それに関連する原因で死亡した場合、24時間以内なら改めて死後診察しなくても、24時間以降は死後の診察を行い、死亡診断書を交付できるとされている。  
 死亡診断は、死の瞬間に行うか、生前に推察した死因で死亡した事実を、その死体について、生前の診察と一連の

行為である「死後の診察」で確認し行くと解されている。「自ら診察をしないで」との規定は、死後の診察を指し、但し書きから受診後24時間以内の死は、死後の診察をせず、周囲の人や訪問看護師などから死亡の状況や事実を聞き取り、死亡診断書を作成することが認められている。

■2「死亡診断書が死体検案書かの選択」

診療中でも、死因が診療中の疾病と無関係である場合、たとえば通院患者が帰り道に交通事故で死亡した場合などには、生前の診察との関連性は打ち切れ死後の診察という概念は成り立たず、医師は死体検案書を作成することになる。

また診療中でなく生前に死亡原因となった疾病を診察したことがない死体についても、死亡の確認、原因、死亡時刻などの推定を行い、死体検案書を作成することになる。

■3「診療中の患者」とはどのような場合か

診療継続中とは、入院や定期的な診療、投薬、療養指導などを行い、医師が自らの管理下にあると判断した場合と解され、何日前までの診察ならよいのかというように定めはなく、医師の判断に委ねられており、医学的にも社会

通念上も妥当な判断が求められる。

在宅死の間際に救急病院に収容され、救急医から診療中でない者の死として警察に検案が要請されることは少なからずある。この場合、収容先の医師も、自院での検査や在宅医からの情報提供などにより、病死と診断ないし推定できる場合は、異状死体にあらず死亡診断書が発行できる。

地域の在宅医療の基盤が整備され、日ごろから救急医と在宅医の連携が密接であれば、在宅医が病院に赴いて死後の診察を行い、死亡診断書を交付することも想定されよう。

■4「異状死」とは何か

異状死とは現実に診断された病死以外のすべての死をいうが、現実には明確に区別できない場合も多く、様々な課題がある。

「東京都監察医務院の異状死届出の判断基準」では、すべての外因死（外傷、災害、交通事故、火災、中毒、自殺、他殺など）、外因の後遺症による死亡（外因に関連した肺炎、DIC、蘇生後脳症など）、原因不明死（診断不明症例、診療行為中の予期せぬ死）を挙げている。

このいわゆる「医療関連死」について日本法医学会は「診

療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」、外科関連学会協議会は「重大な医療過誤の存在が強く疑われ、また何らかの医療過誤の存在が明らかの場合」を異状死とする基準を設けている。

一方、2003年5月、東京高裁は、都立広尾病院の点滴薬取り違い死後の異状死届出義務違反事件の判決で、「死体検案とは、死因を判定するために医師が死体の外表を検査することをいう」とし、医師が「死体の外表に異常を認めた場合」に届出義務が発生するとした。

実際、外表から医療過誤を判別し難いことは多いから、善意から「医療関連死」を疑義の段階で届け出た場合も、現実には警察によるカルテの押収、強制捜査、取調べ、書類送検、検察官による起訴など、過失犯罪の容疑者として扱われる。関連なしと判断して届けずにした場合、遺族の申し立てなどにより、福島県の産婦人科医逮捕事例のようになどが生じ得る。現在、厚生労働省の検討会において、死因究明のための調査組織や診療関連死の届出制度のあり方などについて議論が行われているところである。

●資料2〈医師法 第二十一条〉

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があるを認めたとときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

■引用・参考文献

- ① 「日経メディカル」 2007年2月号  
田邊昇
- ② 「死亡診断書と死体解剖」  
岩佐潔 日本医学雑誌
- ③ 「在宅医療と医師法二十条」  
岡嶋道夫 <http://www.hi-no.ne.jp/okajimanic/>

■情報を得るためのサイト

- ① 東京都福祉保健局のホームページ（監察医務院）  
<http://www.hukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/>