

緩和ケアの現在

痛み苦しみにどこまで対処できるか

痛み苦しみにから死を望む人がいなくなることを願う

第12回日本リビングウイル研究会が、
 昨年の12月9日、東京大学構内の会場と
 オンラインを併用して開かれました。
 今回のテーマは「緩和ケアの現在」。

尊厳死協会会員の方々から寄せられる相談の中で
 最も多いのが、この「痛みの緩和」について。

「痛み苦しみのない安らかな最期」を切望する声です。
 満岡聰・尊厳死協会理事（医師）をコーディネーターに、
 緩和ケアとは何か、その現状と多方面の取り組みを紹介し
 「緩和ケアの現在」に迫りました。

これはその要旨をまとめたものです。（HPに動画を掲載）
 構成／会報編集・郡司武

■コーディネーター 満岡 聰（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）
 ■講師（発言順） 小杉寿文（佐賀県医療センター好生館緩和ケア科部長）

弓野 大（医師、ゆみのハートクリニック理事長）

三浦靖彦（医師、岩手保健医療大学教授）

秋山正子（訪問看護師、暮らしの保健室室長）

長尾和宏（医師、日本尊厳死協会副理事長）

難治性がん性疼痛に
 どう立ち向かうか

小杉寿文

「何よりもまず
 体の痛みを取り除く」

「がんは痛いのか」「がんの痛み止め」「世界標準」のWHO方式がん疼痛治療法」「難治性がん性疼痛に対する持続皮下注・神経ブロック」という、がんの痛みに絞ってお話しします。

がん患者さんは、身体的・社会的・精神的・霊的苦痛を感じています。霊的苦痛はスピリチュアルペインともいいますが、どうしてこんな痛みを耐え苦しみをもちながら生きていかなければならないのか、といったような苦痛ですね。痛み



には痛み止めと神経ブロックがあります
 が、これが効くのは「身体の痛み」だけで、
 精神的・霊的・社会的苦痛には効きません。
 では、がんになるとどのくらいの割合
 で身体的な痛みが現れるのでしょうか。

2018年のWHO（世界保健機関）の
 調査によると、全世界の治療中の方で55
 %、転移・終末期の方で66%の方が痛み
 を感じているとされています。またWHO
 は1986年に世界標準として「疼痛治療法の5原則」というのを出しまし

た。①経口で（できるだけ簡単に世界中どこでも）②決められた時間に（痛くなる前に定期的内服）③段階的に（麻薬でない痛み止めからだんだん強い麻薬へ）④個々の患者に見合った量で（年齢や体格、体調に合わせた量）⑤個々の患者に見合った細かい配慮（吐き気や便秘などの麻薬の副作用対策）の5原則ですが、2018年に4原則に改訂されました。③の「段階的に」が廃止されて、「強い麻薬でも最初から使用する」となりました。

鎮痛法の治療がなされ、これがないと痛みが取れないということになりますね。ですから70〜80%の人に疼痛緩和が可能でも残りの20〜30%（3万8000〜5万7000人）の患者さんは、痛みでのたうち回って最期を迎えているか、鎮静されて眠らされているかということになります。

次に「WHO方式がん疼痛治療法は効果的か」ですが、71%のがん患者の痛みが1/3に軽減されたとか、2100人ほどのがん性疼痛患者に対して76%は良好にコントロールできたとかの研究があります。つまりWHO方式がん疼痛治療法で70〜80%の疼痛緩和が可能というわけです。7割から8割というのは素晴らしい数字と言えますが、ところが8%で神経ブロック、3%で神経破壊、同じく3%で脊髄鎮痛法（硬膜外およびくも膜下鎮痛法）が必要であったとも報告されています。ということは、日本の場合年間約38万人が亡くなるから、日本から、その50%に痛みが出るとして19万人のうち約1万5200人に神経ブロック、約5700人に神経破壊や脊髄


それでは「がん性疼痛治療の目的」は何なのでしょう。ただ単に痛みを取ったり下げたりすればいいというわけではなく、眠気や吐き気がなく抗がん治療をし、日常生活や仕事に復帰することを目標にすべきですね。それには飲み薬の薬物療法だけではQOL（生活の質）は低いですから、神経ブロック、放射線治療などが必要になります。がん患者さんが訴える痛みはさまざまですので、どこがどう痛いのかをよく聞いて、医師は対応しなければなりません。

WHOは「飲み薬を、飲み薬を」といいますが、飲み薬だけでは時間もおかしく取り切れない痛みの場合には注射もします。緩和ケアの学会などではガイドラインも出しています。その1つが「持続皮下注」といわれるもの。

皮膚をつまんでぶすつと刺しますから簡単です。痛みが始まった時などにボタンを押すと、痛み止め薬が追加されるこ

持続皮下注
 (CSI: Continus subcutaneous injection)

- 皮下組織をつまんで27G翼状針または24G静脈留置針を穿孔
- 体幹、大腿、上腕
- 簡便、安全、確実
- 静脈確保不要
- 穿孔時の疼痛軽度
- 四肢の点滴ラインに拘束されない
- 投与量は約1ml/h以下



とになります。どんな時に持続皮下注を使うかですが、激しい疼痛で一刻も早く痛みを止めたい時に急速導入し、落ち着いたらすぐに内服に変更したりするわけですね。もちろん薬を飲めないときにも使います。ほかに貼り薬もありますが、効果が出るまでに何日もかかります。さらに麻酔科医は神経ブロックも行います。神経の数だけ神経ブロックがあります。

と申すので、神経が病気からの痛みの刺激を伝えていきますので、それを切断してしまおうというわけですね。X線で見ながら、神経に針を刺してブロックし、神経の通り道に医療用の100%アルコールを注入したりするわけです。とにかく体の痛みを取り除くこと——これが何よりも大事なんです。そうならば精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛も取り除かれることになりま

心不全患者のLIFEに
 寄り添うために

弓野 大

「最も大事な『医師と患者の価値の共有』」

今、非常に増えている心臓病の患者さんが、いかに安心して住み慣れた家で過ごせるか——こうしたことを私たちは行っています。これから将来を見通して重要な問題になってくるのは、心疾患やがんの患者さんが、いかに再入院をしないで家で穏やかに過ごせるか、ということになってくると思われます。私たち「弓野クリニック」は現在、東京に4拠点、大阪に2拠点、福岡に1拠点あり、医師

103人、総スタッフ443人が、心疾患に傾注した在宅診療を行っています。症例を紹介します。①64歳男性のがん患者さん。ステージⅣの肺がん、多発転移。在宅で最期までが希望、2019年に在宅医療導入、2か月間の在宅療養にて家族に見守られながら最期を迎える。②64歳男性の心不全の患者さん。心不全の増悪により年5回入院を繰り返す。生活の場での心不全治療ケアの強化のため2019年在宅医療導入、再入院なく在宅療養は継続。①と②を比較して言いたいことは、がん患者さんは亡くなってい



慢性腎臓病の症状緩和(緩和ケア)とACPについて

三浦靖彦

「死ぬことを考えるのがACPではありません」

まず透析の話からします。透析とは透析膜の半透膜の原理を応用して血液中の老廃物を除去するというもので、1回3〜5時間を週3回実施します。そのためには透析施設に通院しなければなりません。透析を中止すると10日前後で死亡しますから、透析は生命維持治療でもあります。透析患者さんは現在日本に35万人ほどいて増え続けています。中でも70歳代以上が増えています。その透析患者のうち入院は3万人ほど。10人に1人は入院中です。

さて2018年に日本医師会からACP(アドバンス・ケア・プランニング)という考え方が出てきました。ACPで大事なものは、ケアが必要になる前に、その人の人生観や価値観、死生観を話しておくことが重要なんだということ。人は「人生の物語」の中に生きていくといえます。「ナラティブ」と言いますが、この人生観、価値観の延長の先に本来、ACPがあるべきだし、人生の最終段階の

ますが、心疾患の患者さんは適切な医療を生活の場で施すことによって穏やかに長く過ごすことができて、ということとです。私たちは生活の場で医療を行っています。それは「患者さんのLIFEは病院ではなく生活の場」であると考えられるからです。そして病気が悪くなるのは病院ではなく生活の場であるからです。私たちは、こうした心不全の在宅管理について5つのポイントをあげており、この5つを常に振り返りながら診療に当たっています。①適切な心不全治療②チーム医療③家族ケア④症状緩和⑤意思決定支援。

④の症状緩和ですが、循環器領域における緩和ケアというのは難しいんです。心不全は徐々に悪くなるというより突然死という可能性があります。そのため予後予測が難しい。また心不全を引き起こすベースになる疾患が多様であるため予後予測が変わってくる。治療の選択がたくさんある。症状を緩和するのが難しい。こういうことから、心不全などの緩和ケアは難しいといわれます。次に⑤の意思決定支援のタイミングについてお話しします。今後どういふふうに住生活したいか、どんな医療を選択したいか。そのタイミングは、初めて医師と接した時、再入院した時、退院の時などい

くつかありますが、医師だけではなく医療者でもいいので意思を伝えておくこと。がんの場合は「これからどうするか」を考えますが、心不全だときりがなくなって話し合うということになってしまふ。リビングウイールを書いておけば予後がよくなくなるわけではありませんが、書いておくことで、そこからいろいろ膨らんでいきます。私たちは在宅医療に入る際に、このリビングウイールというか調査票を当院のソーシャルワーカーから渡すことにしています。

調査票の内容も大事ですが、何よりも話すきっかけになるということが大事なんです。「今」を決めるときには、過去や未来、それに周辺の要因が影響してきますから、いろいろな対話が必要なんです。ここで本題の「LIFEの視点の重要性」が出てきます。LIFEには、人生、生活、生命の意味があります。人生(終焉を自宅で迎えたい)、生活(思い出に囲まれて過ごしたい)、自分で出せるお金の中でサービスを利用したい)、生命(治す治療は望んでいないが苦痛の緩和してほしい)ですね。医師の側の視点ではなく、こうしたLIFEの視点が大事です。患者さんは何をしてほしいのか、その視点に立つことが必要です。では「よりよい意思決定」とはどうい

うことなのでしょう。それは十分な情報を得て、個人の価値観に一致した決定をすることであり、決定に参加した人が意思決定に満足していると表現すること、と言えます。この共同意思決定は、最新のエビデンスをもって「私だったらこうしますが」といふふう提案することになります。医療者は、病気に対してはプロですが患者さんに対しては素人です。一方患者家族は、病気に対しては素人ですが自分に対してはプロといえるのではないのでしょうか。一見すると交わりにくいように思われますが、そこは信頼関係を構築し、コミュニケーションをとって意思決定をしていくことが重要ですね。「先生に任せます」といふような医師と患者の関係性は一番良いと思いますが、医師と患者の信頼関係を構築するのは難しい。信頼関係には価値の共有が何よりも重要です。同じ目線、気持ちの共有です。まとめると、まずは心不全の適切な医療を行う。それが症状緩和につながる。医療選択は共同意思決定によって行う。共同意思決定には患者と医師の信頼関係が大切。その信頼関係には価値観の共有をいかに構築していくかが求められる。これらが「その人らしいLIFEを過ごしてもらうため」に必要なことといえましょう。



医療行為が決まってくると私は考えています。そう考えると、ケアが必要になる前から、自分自身で考えているALP(アドバンス・ライフ・プランニング)を基本として「自分はこのように生きてきたのだからこういうケアをしてほしい」といふふうで考えると一本筋が通ってくるのではないかと思います。

このACPが登場する前には事前指示(アドバンス・ディレクティブ)が1990年ごろから登場してきました。「昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自分自身の受ける医療行為につい

て、自分で決めることができなくなってしまうときに備えて、意識がはっきりしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為について希望を表明しておくこと。これを文書にしたのが「リビング・ウイール」です。それでは「透析の中止・見合わせ」についてですが、倫理的には患者の自己決定権が保証されるべきであると考えられており、透析により患者が得る利益と不利益を比較衡量することが大切といわれています。日本透析学会は福生病院の事件を機に「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を2020年に改訂しました。

この提言で、透析を開始しない、または継続していた透析を中止し緩和ケアを提供する「保存的腎臓療法」の概念を提唱しました。これによって「透析を開始しないとか中止するといったことで、はたしていいのか」といったジレンマが起こってくるでしょう。日本の透析患者さんの死亡原因をみると、透析を中止するという「自殺・拒否」は0.5%と非常に少ない。一方アメリカでは「透析中止」による死亡が18%で、透析患者さんの主要な死亡原因になっています。週3回、1回5時間もベッドに縛られているような生活は自分のライフ

供します。そこでACPを書き、書き替

えるということをします。死ぬことを考
えるのがACPではありません。この病
気とともに今後どういう人生を送って
きたいのですか、ということを考え、決
めていくことがACPで、それをしっか
りしていくことがグリーフケアにもつな
がっていきます。腎臓病の患者さんの場
合も同じです。安定した通院透析期にお
いても基本的緩和ケアの提供を行います。
これは基本的に透析のスタッフが行うべ
きケアですが、そのあとに専門的な緩和
ケアが必要になった場合は緩和ケア専門
チームがお手伝いする、という形がいい
のではないかと考えています。

まず、それぞれの病気に関する基本的
緩和ケアに習熟すること、そしてそのス
タッフがACPを行うということです。

暮らしの保健室からの 報告

秋山正子

「早めに気楽に相談に いらしてください」

2010年にNHKの「プロフェッ
ショナル 仕事の流儀」で私たちの活動
を紹介していただきましたが、その頃は

訪問看護、特にホスピスに力を入れ、在
宅看取りも多くなりました。亡くなり

そうな方から依頼を受けるということが
多かったのですが、それでは遅すぎる、
というかもっと前から気軽に相談できる
窓口が必要ではないかと考えていたころ
に出会ったのが、2008年の国際がん
看護セミナーでした。そこでイギリスで
始まった「マギーズセンター」を知りま
した。がんに特化した新しい相談支援施
設ですね。20年の訪問看護の経験から、
そのような相談に乗れるスタイルを日本
でも作ろうと考えたのです。マギーズ東



京の始まりです。

私たちは2007年から、「住民向け
の在宅療養推進シンポジウム」を開催し
ています。新宿区民だけでなく区内で働
くケアマネや病院関係者なども聴衆とし
て参加していますが、そこに2010
年11月に聴きに来た元本屋さんが、空き
店舗の提供を申し出てくれたんです。中
を改修してちよつとおしゃれな居心地の
良い場所を作りました。その本屋さんの
場所は新宿区全体では高齢化率が19%
くらいなのに対して55%と非常に高い。

そこは周りに医療機関も多いところで
したので、医療と暮らしのあいだの部分
をサポートする仕組みが必要と考え、「暮
らしの保健室」を開設いたしました。「気
軽に相談できる場があれば」というアイ
ディアと「自分も地域の役に立ちたい」
という地域の方の貴重な声が合致し、さ
らに「切れ目ない支援のために専門職同
士も顔を合わせられる場が必要」という
専門職のニーズにも応えることができま
した。ここではいろいろな催しを行って
います。在宅介護の研修をしたり、熱中
症の予防教室をしたり、また軽度な認知
症の方の立ち寄り場所だったり、ラジオ
体操をしたり。そうした地域活動に身を
置きながら訪問看護で培ってきたノウハ
ウが役立つのかと思っています。



がんのサイバスターも入っていますので、
その相談にも乗っています。そんな中、
毎月1回「暮らしの保健室勉強会」も行
っています。つい先日の勉強会は142
回目でした。参加者はケアマネから区の
関係者、訪問看護師、管理栄養士、行政
書士、ジャーナリストまでさまざまです。
たくさんの方が関わった例を紹介しま
す。元気なうちから「暮らしの保健室」
を利用された例です。最初は奥さんが「腰
が痛いから何とかならないか」というこ

ここまでできる 在宅緩和ケア

長尾和宏

「緩和ケアに関心が 向いていないのが現状」

私は28年間、町医者をしてきて、この
ほどいったん辞めました。これまで
1500人ほどを在宅で看取り、緩和ケ
アも行ってきました。その経験からお話
をいたします。

さて、在宅緩和ケアの対象者ですが、
私の長尾クリニック（現三和クリニック）
では幅広い対象者に行ってきましたが、
やはり多かったのは末期がんの方でした。
それから神経難病（ALSなど）、慢性
心不全や慢性腎不全、呼吸器不全などの
臓器不全。さらに認知症、老衰ですね。

私が医師になった40年前は、こうした
緩和ケアに関する薬剤はあまりなく、モ
ルヒネもほとんど使われなかったのです
が、今は在宅でも使えるさまざまな薬剤
が出てきています。鎮痛薬のロキソニン
やカロナール、鎮痛補助薬のリリカ、そ
してオピオイド（医療用麻薬）ですね。
それから鎮静薬も一部制限はありますが
在宅で使えるようになってきて、病院と
それほど変わらなくなってきています。

剤形も年々充実し、飲み薬や貼り薬、レ
スキュー（液体）といろいろです。自宅
のベッドサイドに置いておくこともでき
ます。冒頭に小杉さんから話のあった持
続皮下注も在宅でできます。薬剤師や訪
問看護師との連携が大事になりますけれ
ど、もちろん点滴で痛み止めを注入する
ことも行われています。

それからモルヒネですが依然として基
本薬といつていいでしょう。「モルヒネを
投与するのはまだ早い」と誤解している
医師もまだ少なくないのですが、痛みは
我慢することなく、小杉さんも言われた



ように、がん性疼痛に対しては「最初か
らいきなりモルヒネ」でいいというふう
にガイドラインも変わりました。ところが
が大病院でも在宅でもまだ、抗がん剤
が中心で緩和ケアに関心が向いていない
というのがどうやら現状のようです。実
際、日本に緩和医療学会はあるけれど緩
和ケア学会はない、ということがそれを
示しているのではないのでしょうか。

ここで緩和ケアの方向性についてま
とめてみます。①がん、非がんを問わない
②非がんへのオピオイドの適応拡大③早
期からの緩和ケア導入④シームレス（切
れ目がない）な緩和ケアの提供⑤食と栄
養という緩和ケア⑥地域包括ケアの中
での緩和ケア、になるかと思えます。⑤の
最後まで食べることができるようにする
「食支援」も大事です。秋山さんたち
の活動のような⑥「地域包括ケアの中
での緩和ケア」も重要になってくるでし
ょう。

私は「痛くない死に方」や「痛い在宅医」
という本も書いています。これらを元
にした「痛くない死に方」という映画も作
られました。高橋伴明監督で奥田瑛二さ
んや柄本佑さんが出演しています。まさ
に在宅医療やリビンクウイールの現実を扱
った映画ですので、これもぜひご覧いた
だければと思います。