

地域連携のための緩和の**いろは**

自治医科大学緩和ケア部編

2023年



目次

はじめに

い. いんどうたくしょん：緩和ケアのいろはのい P 5

- A. 緩和ケアとは？
- B. 改訂がん対策基本法について
- C. Illness Trajectory（病の軌跡）を知る
- D. 転ばぬ先の杖と先手必勝
- E. 「診断時から」とスクリーニング
- F. 地域医療連携は緩和ケアの要
- G. がんの診断時からの緩和ケアとは

ろ. 路頭に迷わないために：頼れるResources P10

- A. 緩和ケアチーム
- B. がん相談支援センター
- C. 緩和ケア病棟
- D. 在宅ケア
- E. マニュアル
- F. 有用なwebsite
- G. 学会／研究会
- H. その他の会

は. 判断は占いと違います：予後を予測する P16

に. にこりとくすりを目指して：体の痛みをやわらげる P19

ほ. ほかにもある痛みの原因：心の痛みをとる P27

へ. 変でも怪しくもないスピリチュアルとは：スピリチュアル・ペインを知る . . . P31

と. とても大切必要な指示：その他の症状のコントロールについて P37

- A. 便秘と下痢
- B. 悪心嘔吐
- C. 消化管閉塞
- D. 食思不振
- E. 呼吸困難感

- F. せん妄
- G. 睡眠障害
- H. 高Ca血症

ち. ちょいと口をみればケアのレベルがわかる ：口の中までケアする・・・	P45
り. 理不尽を感じさせない説明を ：バッドニュースの伝え方・・・・・・・・	P47
め. 抜かりなく交流するには間と心遣い ：コミュニケーションのヒント・・・	P49
Appendix 1. 皮下注射	P51
Appendix 2. 自治医大附属病院で採用されている緩和ケア関連薬剤 (仮採用・院外処方を含む)	P53
Appendix 3. 苦痛のスクリーニング	P62
Appendix 4. がん対策基本法（抜粋）	P64
Appendix 5. 自治医科大学附属病院の緩和ケア運営について	P66

一口メモ

その1：介護保険主治医意見書の書き方	P 9
その2：まあまあ、だんだん、どンドン	P17
その3：がんに急変は多いのか?	P26

はじめに（初版の一部を改訂）

「大学病院は高度先進医療の場」となりつつありますが、それ以上に、人間の生命を預かる場であり、医学生、看護学生、研修医のみならず、大学病院で働く総ての医療スタッフにとって、教育、研修の場でもあります。

肉体的な生命は、無限・永遠のものではありません。当たり前と言えば当たり前ですが、大学病院で医療を受けられる方々が、皆快方へ向かわれる訳ではないのです。特に末期がんの患者さまなど、残された時間が日の単位から月の単位の方とその家族にとっては、その時間をどう過ごされるかが、とても大切です。

まず、このマニュアルを読み始める前に、以下の三点を自問自答してみてください。

Do you need no help ?

あなたは、終末期がん患者の苦痛を和らげることに十分臨めるほど、医療者として、人間として、生きること死ぬことについて考えたことがありますか？

What do really patients (or their families) want to know?

—どうすれば、よりよい説明ができるのでしょうか？

以下の中で、がん患者に対する説明であなたが「正しい」と思うものはどれでしょうか？

1. 治癒、略治が見込める人にだけ、きちんと説明する。
2. 家族が反対なら、患者へ病状を告げない。
3. 患者へ、病状、予後、その他何でも正確に話す。
4. 予後の厳しい患者と家族へは「大切な時間を過ごして」と言う。
5. 治って喜ばれ、不幸にして亡くなられても感謝される医療を目指す。

Do you know the difference between priceless and valueless?

緩和ケアの中で、薬物や放射線を用いない多くのケアは、緩和ケアチームが関与しない限り保険点数に結びつかないものもあります。また、十分な緩和ケアを受けた群が、受けなかった群に比し、明らかに余命が長かったなどというエビデンスは、終末期に抗がん剤を用いなかったからといわれてもしかたありません。でも、受けた方は中味の濃い時間を過ごすことができるはずです。それは、priceless（お金には代え難いもの）です。

はじめにのかわり

DOES THIS MANUAL WORK WELL?

世の中に、完璧なマニュアルはありませんし、「マニュアル人間」になっても困ります。このマニュアルを、あなたが携わる緩和ケアをより活かすための一助としていただければ幸いです。逆に、これはよくない、おかしいと思われることがありましたら、御連絡を。どんどん改訂させて下さい。

第5版のはじめに

2004年に自治医科大学附属病院緩和ケアマニュアルを出してから18年が経ちました。

自治医科大学附属病院内外の緩和ケアの環境は、様々な変動がありました。それを時系列で並べてみますと、

- 1999年 小松崎香 緩和ケア認定看護師を取得
2005～2006年 緩和ケア医としての研修
丹波嘉一郎(カナダ・エドモントン地域緩和ケアプログラム)
榎木恵実子(岡山済生会病院、筑波メディカルセンター)
2006年10月 自治医科大学附属病院緩和ケア部設置
2007年5月 自治医科大学附属病院緩和ケア病棟開棟
2011年 小松崎香 がん看護専門看護師を取得 以後、千葉さおり、中山章子ががん性疼痛看護認定看護師、佐藤清江が緩和ケア認定看護師を取得 また、医師は丹波、清水敦、島田宣弘、竹内瑞枝が緩和医療認定医となる
2019年 緩和ケア病棟をオープン化し、主科が主治医を継続、緩和ケア医はサポート役となる
2020年 ころのケアセンターがオープン

(2022年2月1日現在)

カナダのエドモントンは、いわば世界の緩和ケアのメッカともいうべき都市で、地域全体が緩和ケアのシステムで守られていました。国内の2施設は、日本の緩和ケアの水準以上のものを提供する緩和ケア病棟を持っております。短期間ではありましたが、2名の医師が国内外で研修することで、

- 1) 緩和ケアは特別なケアではあっても特殊なケアではなく、むしろ普遍的なケア。
- 2) 緩和ケアは多量の知識を必要とするものではないが原則を守ることが大切。
- 3) 緩和ケアは多職種参加が鍵。

など、様々なことを学ぶことができました。

第2版は、それらを通じての新しい知識や考え方の情報提供と、地域医療連携という新たな目的を加えて、自治医科大学附属病院に留まらない地域の方々のための改訂を大幅に加えました。2009年版、2012年版、2016年版は、若干の誤字や表現、新薬、新たな知見などの情報の修正にとどめております。

この本には、考え方が多く盛り込まれていますが、実践的という意味では、使いつらい面もあろうかと思えます。ただ、生兵法は怪我のもとという言葉もあるように、多少の修練が必要です。特にオピオイドを使い慣れていない場合は、薬剤師や緩和ケアチームにご相談ください。また、研修医の皆さんは、短期間でもよいので、是非、緩和ケア部での研修をお願い申し上げます。また、職種を問わず緩和ケアスタッフにコンサルテーションを遠慮なく行ってください。

是非、日頃の診療に役立てていただき、地域全体の緩和ケアの向上につながることを祈ってやみません。

2022年2月24日

自治医科大学附属病院緩和ケア部 丹波嘉一郎

い. いんとうだくしょん：緩和ケアのいろはのい

A. 緩和ケアとは？

「緩和ケアとは生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛み、その他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し、的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」（2002年WHOの定義の定訳）

患者さまとご家族には、『ゆっくり、楽に、自分らしく』過ごすためのお手伝いです」と説明しています。

B. 改訂がん対策基本法について

日本の緩和ケアは欧米諸国に比べて10年遅れているといわれていました。その一つが、法的に緩和ケアが推進されていないことにありました。2007年4月、がん対策基本法が施行されました。立法化に尽力された故山本孝史参議院議員には心から敬意を表し、感謝申し上げます。これによって、緩和ケアの普及への扉が開かれました。2016年12月に、同法が改正されました。改正によって、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるよう（第17条）」という文言が盛り込まれ、がん以外の疾患も対象となることが明記（第15条）されました。巻末に抜粋を掲載します。

C. Illness Trajectory（病の軌跡）を知る

Trajectoryというのは、英語で砲弾の弾道のことですが、日常生活動作（ADL）を縦軸、時間を横軸として、「病の軌跡」を表す言葉として使われています。疾患によって病の軌跡は大別することができます。悪性腫瘍の病の軌跡は、悪性腫瘍の種類にもよりますが、一般に亡くなられる2ヶ月前くらいまでは、緩やかな下降線です。その後急速に、いろいろなことができなくなる「ないないづくし」と、様々な症状が現れる「あるある大事変」の時期へと進みます。

手厚い緩和ケアを要するのは、この残り時間の時期であるといって過言ではありません。

緩和ケアのキーワードの一つが「病の軌跡」です。

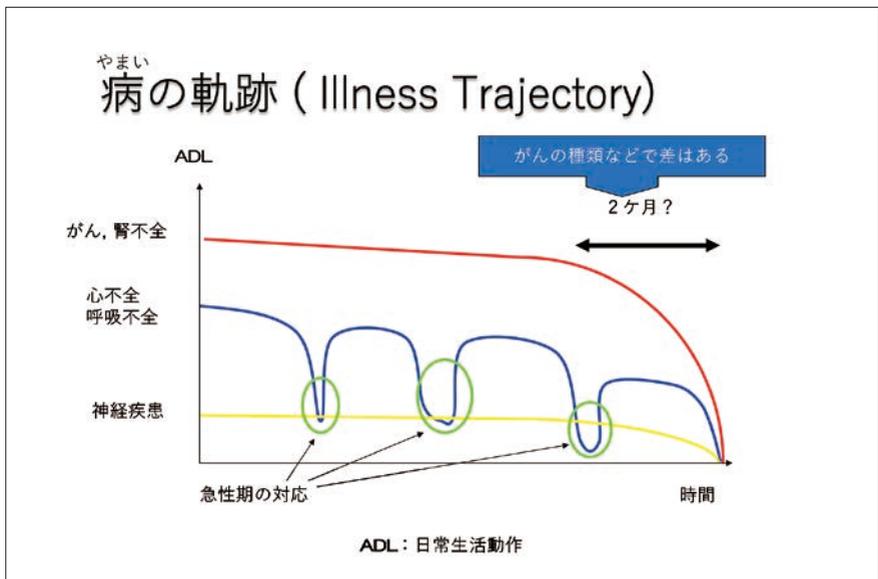
ないないづくし

あるある大事変

- ・飲めない 食えない
- ・歩けない
- ・眠れない
- ・元気ない
- ・便出ない

- ・（強い）痛みがある
- ・呼吸苦がある
- ・吐き気がある
- ・不安がある
- ・せん妄がある

Trajectoryとは弾道のこと



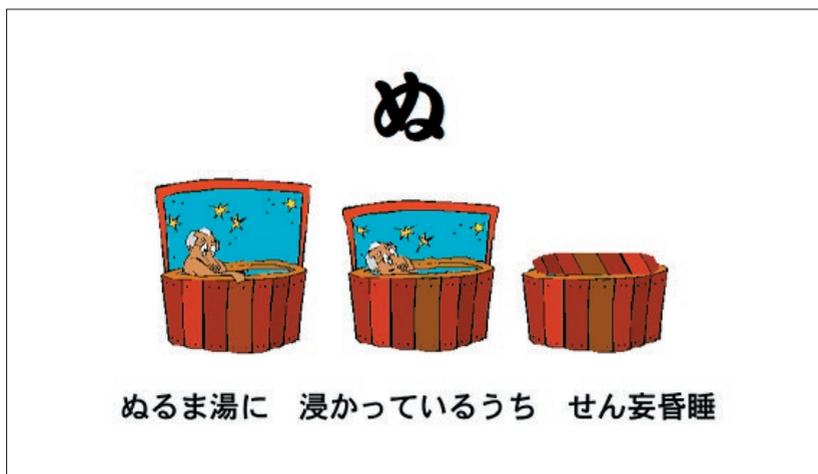
D. 転ばぬ先の杖と先手必勝

まず医療者は、その患者が病の軌跡のどの位置にいるかを考えてください。「ないづくし」や「あるある大事変」が始まってから、緩和ケアを紹介すればよいというのは遅すぎます。日本では、そこまで即応できる緩和ケアの体制が整っている地域は少ないからです。また、患者さまとその家族も心の準備が追いつかないことがよくあるからです。少しでも余裕のある時期に、いくつかの選択肢を用意していただくことが大切です。最後かもしれない化学療法を始める時には、遅くともその時点で緩和ケアの専門スタッフへの相談を必ず受けていただくようにご配慮ください。

極端な言い方をしますと、濃厚な緩和ケアが必要になってきている患者さまには二通りおられます。もう諦めたという方、まだ大丈夫とっておられる方。

前者には、実際には心理的にもスピリチュアルにも落ち着いて、むしろその後、月単位でよい時間を過ごされる方も少なくありません。しかし、「まだ大丈夫」なのに「もう危ない」というような抑うつを示している方もおられます。その一方、まだ大丈夫とっておられる方（あるいは思い込みたい方）は、大変な状況に陥りやすいです。緩和ケアの併診になかなか同意されず、ようやく、まずいと認識されかけた時には、「ないない・・・」と「あるある・・・」が始まっています。後者の「まだ大丈夫」は「もう危ない」なのです。

病の軌跡でお示しし、一口メモにも書いたように、最後の変化は急激です。元気そうに外来に来られても翌週には入院が必要ということもしばしばです。その前に、しっかりとした評価をして、いざという時に慌てないように患者さまとのご家族なサポートが必要なことを伝えてください。後手後手にまわると苦痛が大きくなるだけです。先手必勝なのです。



E. 「診断時から」とスクリーニング

第3期がん対策推進基本計画も、「がんと診断されたときからの緩和ケア」とうたわれています。が、正しくは改正がん対策基本法にあるように、「緩和ケアが診断の時から適切に提供される」です。これは、医療者の視点としては、とても大事なことだと思えます。しかし、緩和ケアを不治や死から切り離して考えることは難しく、患者・家族の視点からは、「価値観の押しつけ」にならないような気配りが求められます。

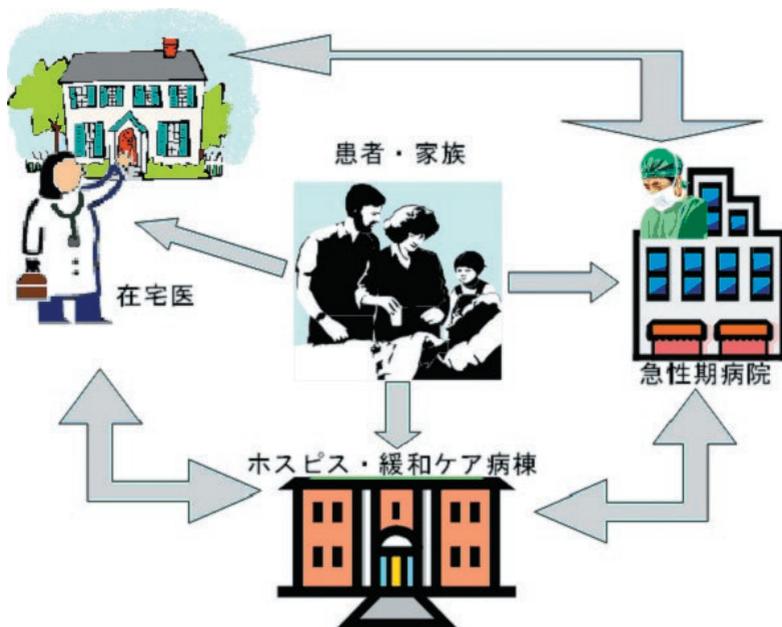
また、がん診療連携拠点病院では、がん患者の苦痛のスクリーニングの実施も求

められています。当院では、スクリーニングをがん診療各科で使い始めつつあります。ただし、大切なのはスクリーニングを行うことだけでなく、それを活用することです。医療ソーシャルワーカー（以下、MSWと略しますが、当院では社会福祉士）や公認心理師を含めた緩和ケアチームへの紹介をよろしくお願いします。巻末の附録をご参照ください。

F. 地域医療連携は緩和ケアの要

一般病棟に入院中の患者さまで、緩和ケアが主体となってきた段階でも、小康を得て退院される方は少なくありません。外来通院の患者さまで、病状が厳しくなっているにもかかわらず、大病院の専門外来だけに辛うじて通院している方も少なくありません。その中に、ADLが落ちてきているにも関わらず介護保険の申請がなされず、在宅医や訪問看護ステーションの紹介もされない方々がおられます。そして、すぐに症状が悪化したり不安が高まって入院されます。自宅でのケアに介護者が疲弊しきっておられ、在宅での苦労や不安があまりにも強く、症状がコントロールされた後も二度と退院しようとなさらないことは珍しくありません。また、在宅療養される方が、困った時に必ず入院できる体制を整えることも大切なセーフティネットです。地域連携によって二重三重の安全網を組み上げることが患者サポートセンターを活用しながら心がけてください。

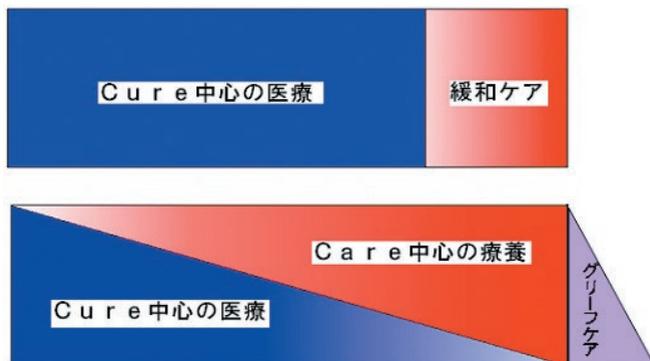
望ましい医療連携



G. がんの診断時からの緩和ケアとは

「がんと診断されたときからの緩和ケア」とがん対策推進基本計画に記され、全てのがん治療に携わる医師は、緩和ケアの研修を受けることとなっております。がんと診断されたときからの緩和ケアとは、何を意味するのでしょうか？緩和ケア＝エンドオブライフケアと思いついていて人にはまず受け入れが難しい言葉です。支持療法とかサポーターケアという方がよいかもかもしれません。がん治療の初期段階では、病名や病状を説明されることによる患者さまの衝撃をいかに緩和するかがポイントです。そして、その後の不安、うつ、その他の症状を和らげることが必要な患者さまも少なからずおられます。身体症状は、それほど大きな問題にならないこともしばしばです。最も頻度が高いと考えられる疼痛でも、死亡する2ヶ月前で困っておられる方は40%前後です。

病の軌跡を考えながら予後を予測しつつ、適切な療養場所を考えていただければ、治療医が緩和ケアを行うことで大半はOKです。ということで、このマニュアルを通じて（1）病名、病状を適切に伝えることができる（2）疼痛などの身体症状、精神症状のコントロールができる（3）予後予測ができる（4）ADLや家族背景などを踏まえた療養場所を考えることができる の4点を習得していただければ万々歳です。



（丹波嘉一郎）

一口メモ その1：介護保険主治医意見書の書き方

末期がんで介護保険を申請すると、多くの市町村では迅速に対応し、申請翌日から数日くらいには、特殊寝台（電動ベッドのことです）が自宅へ搬入されます。その後、患者宅（入院中の方は入院先）へ調査員が来て、主治医には介護保険主治医意見書が届きます。主治医意見書の書き方のポイントは3点です。1つめは、診断名に「末期」という言葉を付けること（最近は必須ではなくなりました）。2つめは、症状の安定度の欄に、「不安定」を選び、「今後ますます日常生活動作が低下する」と記すこと。3つめは、備考欄に、「迅速に、特殊寝台や福祉器具の貸し出しなどのご高配をお願い申し上げます。」と書くことです。それでも、たまに要介護度1にしか認定されないことがありますが、その場合は、ADLを勘案してケアマネなど担当者と連絡をとり区分変更もしくは例外給付申請の書類を書いてください。

ろ. 路頭に迷わないために：頼れるResources

A. 緩和ケアチーム

自治医科大学附属病院では、緩和ケアチーム(愛称「チームいろは」)を設置し、外来、一般病棟、緩和ケア病棟での緩和ケアの普及と充実に努めています。緩和ケア病棟に入院することだけが緩和ケアではありません。症状コントロールがその第一歩です。そのお手伝いもさせていただきます。

また、公認心理師、精神腫瘍部の医師との連携で精神面・心理面のサポートもいたします。経済的、社会的問題に関してもMSWを介して対応させていただきます。

院内の方であれば、栄養面、リハビリテーション、口腔ケアの相談のきっかけにもなります。

病診連携についても対応いたします。JUMP(電子カルテ)を介してのコンサルテーションをお願いします。

院外からの相談は、まずはがん相談支援室への電話から始めて下さい。

B. がん相談支援センター

自治医科大学附属病院がん相談支援センターは、患者さまやご家族の不安や疑問にこたえるがん診療連携拠点病院の相談窓口として設置されました(2007年1月31日)。

がん相談支援センターでは、MSWや看護職が相談に応じています。緩和ケア科にコンサルトされた患者さまに限らず、病気になったことで身体のことばかりでなく、多くの困ったことに直面してしまった患者さまとご家族を支援しています。

相談の内容により、院内の医師や看護師、管理栄養士、薬剤師などに連絡し、また必要に応じて、院外の関連部門と連携を取りながら「こころ」「からだ」「暮らし」を支えるお手伝いをします。

<例えば・・・こんなとき、お気軽にご相談ください>

ご相談は無料です／ご相談の秘密は厳守します

- ・経済的な不安や入院生活に不安がある
 - ・医療費や生活費などの制度を知りたい
 - ・通院又は入院中の生活や仕事について不安がある
 - ・今後の生活のことが心配なので話を聞いて欲しい
 - ・在宅で受けられる医療・看護・福祉サービスのことについて知りたい
 - ・介護保険のことについて知りたい
 - ・緩和ケアのことについて知りたい
 - ・各種施設、関係機関などの利用方法を知りたい
 - ・仕事に関する相談、苦情・要望を聞いてもらいたい
(相談することで不利益を受けることはありません)
- など

MSWは、生活者としての視点に基づいて支援を展開していきます。医療を必要としている患者さまも、家に帰れば夫として、妻として、親として、子どもとしての役割があり、社会の中では何らかの仕事（会社勤めや自営業、場合によっては退職者もいますが）をする役割を持っているひとりの人間です。地域では自治会で役職についていたり、趣味の会で重要な役割を担っていたり、ということもあります。治療を継続しながらも、患者さまやご家族が発揮したいと希望される役割が担えるような支援を求められることもあります。

日本では他人に自分のことを相談することは、よほど信頼のおける人にしかできず、なかなか相談機関に足を運べない、敷居が高いような面があります。MSWはそういった背景に考慮しながら、まずは信頼関係を築き、相談したことでよかったと思っていただけるよう心がけています。

MSWが患者さまやご家族の相談に応じることで生じるメリットはいくつかあります。患者さまやご家族からみますと、普段なかなか口にすることができない思いを言葉にする場ができる、心の中でもややもやしていた不安が軽減される、見通しが立つことで治療に積極的に参加することができる、遠慮して医療スタッフに言えなかった思いを伝えられるようになる、などが挙げられます。一方、医療スタッフにとっても利点があり、治療に消極的な患者さまが一転積極的になり治療が円滑に進むようになる、患者さまやご家族が抱えている不安が具体化され医療スタッフにも明確に伝わる、不安感が軽減されたことで今後の治療について話し合いの場が持てるようになるといったことがMSWの面接により生じる効果として期待できます。一見こんな相談をどこで聞いてもらえるだろうかといったことでも、ひとまずご相談いただければと思います。

MSWにも限界はあります。患者さまやご家族のお話を整理しながら、自分だけでは解決に結びつかないと思われる課題については院内外のより適した部署機関へ患者さまご家族の意向を確認しながら引継ぎをしていくこととなります。これもMSWが果たす重要な役割のひとつです。

<ご利用いただくためには・・・>

○患者さま、家族の場合

直接来室あるいは電話による相談ができます。

直通外線：0285-58-7107

○医師や看護職など院内スタッフの場合

直接お電話による依頼ができます。事前に予約を入れていただくようお勧めします。

なお、医師から患者さまご家族の同意を得てご依頼される場合は、内線（2120または2085）にてご連絡いただきますよう、ご協力よろしくお願ひ申し上げます。

他の医療機関からの連絡先は下記の通りです。

自治医科大学附属病院 患者サポートセンター 地域医療連携室

TEL 0285-58-7109 (直通)

FAX 0285-44-5397

e-mail byoushin@jichi.ac.jp

<場所・受付時間>

○場所：病院本館1階 正面玄関西側

○受付時間：午前9時から午後4時30分

*月曜日～金曜日（土日、祝日、年末年始を除く）

<患者さんご家族のためのプログラムのご案内>

○ ピンクリボン桜の会

乳がん患者さんご家族のためのプログラムです。

○ CLIMB[®] プログラム

がんの親をもつ子どものためのサポートプログラムです。

○ がん患者と家族のサロン 虹

病気でつらい気持ち、ひとりで抱えていませんか？

がんサロン虹は、がんとの向き合い方を学んだり、話し合ったりする場です。

参加費は無料です。病院本館地下1階で月に一度開催しています。

どなたでも参加できますので、お気軽にご参加ください。

詳細は院内に掲示しておりますポスターをご覧ください。

C. 緩和ケア病棟

自治医科大学附属病院は緩和ケア病棟を2007年5月に開棟しました。現在は全室個室、フルオープンで12床で運営しています。

緩和ケア病棟へ入棟するには、手順を踏む必要があります。基本的には、(1) 治療困難な進行した悪性腫瘍またはAIDSの患者さまであること、(2) 認知障害のない方の場合、ご本人が病状を認識されていること、(3) 緩和ケア病棟は原病の治療は行わないことを承知されていること、(4) 予測される予後が短い月単位かそれ以下であること、これ以外の場合として(5) 一般病棟で行えないような特別な症状コントロールが必要と判断されたとき、があります。

緩和ケアにかかる費用は、自治医科大学附属病院の場合、一般病棟よりかかることはありません。すべて個室ですが、一般病棟ですと15500円（＋消費税）と同じ広さの7床は無差額つまり多床室と同じです。一般病棟ですと17500円（＋消費税）と同じ広さの5床は11500円（＋消費税）です。いずれも、ソファベッドその他一般病棟の同じ広さの個室よりも優れた装備です。

それらを踏まえた上で、院内は主治医からの依頼状と緩和ケアアンケートをご用意の上、12番外来受付（内線2065、2272、0285-44-2111）へご予約ください。緩和ケアアンケートは、院外は本人・家族・主治医の3種類を、院内は本人・家族の2種類を事前に用意ください。院内は電子カルテから入手ください。

なお院外からは、まず当該科へ紹介してください。当該科から院内紹介としております。アンケートについては、院外は自治医科大学附属病院ホームページ（<https://www.jichi.ac.jp/hospital/top/medical-services/17.html>）から入手できますが、必要があれば送付いたしますのでがん相談支援室にご連絡ください。

D. 在宅ケア

緩和ケアが主体となる場合、患者さまのADLは低下し、通院が困難なことが多くなります。通院が困難となる前に、次の療養の場をどうするかをきちんと決める必要があります。また、緩和ケアは病院でなければ行えないという考えは誤りです。自宅で過ごすことが、患者の安心につながり、最期をご自宅で迎えられるという方も少なくありません。

ただし、在宅ケアを行うには、患者家族と在宅医だけという構成では困難です。介護保険を申請し、ケアマネージャーなどの担当者と話し合っ、介護ヘルパー、訪問看護師など、サポート体制をがっちり組む必要があります。在宅医に必要な、緩和ケアの技術の要点について、「在宅ほすびす」の渡辺邦彦先生に簡潔にまとめていただきました。

- 1) 疼痛コントロール モルヒネ皮下注射を含めたオピオイドの適切使用
- 2) その他の症状コントロール（呼吸困難感 悪心嘔吐など）
- 3) 現在生じている病態、これから出現する可能性がある症状などを本人、家族に分かるように説明する

詳しくは、このマニュアルの症状コントロールの項や下記の勇美記念財団の在宅医療テキストをご覧ください。

E. マニュアル

Alberta Hospice Palliative Care Aidは、Pallium Palliative Pocketbookと形を変えて、カナダホスピス緩和ケア協会のホームページやAmazonなどからe-book、ibookの形で購入可能です。

それ以外でも、Googleなどで、「緩和ケアマニュアル」と入力すれば、有用そうなマニュアルがpdfで何種類も入手可能です。

JA広島総合病院 医療従事者向け緩和ケアマニュアル（2014年12月）

大阪国際がんセンター緩和ケアマニュアルVer 6.0（2021年8月）

あたりは、かなり詳細な記載があります。

マニュアルという名前に囚われず、以下に挙げたサイトの中で、日本緩和医療学会、日本医師会、勇美財団からダウンロードできるpdfがよいかと思います。

F. 有用なwebsite

1. 緩和ケアマニュアル的な情報

1) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団のマニュアル改訂第3版（2010年9月30日）

http://www.hospat.org/practice_manual-top.html

2) 国立がんセンターのがん情報サービス

a) がん疼痛の治療

https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/palliative_care/

b) 一般のかた向け 心のケア

http://ganjoho.jp/public/support/mental_care/

c) 一般のかた向け 緩和ケア

<http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/index.html>

3) がん疼痛および終末期の諸症状に対する緩和医療の処方 第8版 真野徹著の電子出版マニュアル

<http://gankanwa.life.coocan.jp>

4) 日本緩和医療学会

ガイドライン、学会講演、教育カリキュラムなどが有用です

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html>

5) 日本医師会

がんに関するページの「がん緩和ケアガイドブック 2017年版」は全国の緩和ケア研修会のテキストとして使われています。必見です。

http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/cancer/cancer_care_1-3.pdf

6) OPTIM (outreach palliative care trial of integrated regional model)

緩和ケア普及のための地域プロジェクト（4地区の対象とした臨床研究）のサイトです。緩和ケアムービーやパンフレットなど有用な資源が豊富です。

<http://gankanwa.umin.jp/>

7) 勇美記念財団のホームページ

在宅医療テキスト 第3版は、在宅緩和ケアのテキストとして必見です。

<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/textbook>

8) PEACEプロジェクト（医師に対する緩和ケア教育プログラム）のホームページ

<http://www.jspm-peace.jp>

がん診療に携わる医師、卒後5年以内の医師の研修が必須となっています。

9) コミュニケーション技術研修会（CST）のホームページ

<http://www.share-cst.jp>

SHAREという方式に則ったコミュニケーションスキルトレーニングが学べます。

患者・家族への悪い知らせの伝えかたを習得する2日がかりの研修会です。

2. 緩和ケアに関連する医療施設の情報

日本ホスピス緩和ケア協会

<https://www.hpcj.org/list/relist.php> (日本ホスピス緩和ケア協会会員の情報)

https://www.hpcj.org/what/pcu_list.pdf (緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧)

https://www.hpcj.org/what/pct_list.pdf (緩和ケア診療加算届出受理施設一覧)

<http://www.hpcj.org/uses/index.html> (協会会員施設が都道府県別でみられる)

3. 在宅医のリスト (データ更新がなされていないこともまあります)

- 1) 公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団：在宅医療に熱心な医療機関

<https://www.yuumi.or.jp/zaitakuiryou/doctor/>

- 2) 日本在宅ホスピス協会：末期がんの方の在宅ケアデータベース

<http://www.homehospice.jp>

- 3) 栃木県：栃木県内の在宅療養支援診療所一覧

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/zaisisinnitiran2.html>

G. 学会／研究会

- 1) 日本緩和医療学会

<http://www.jspm.ne.jp/>

- 2) 日本死の臨床研究会

<https://www.jard-info.org>

- 3) 日本サイコオンコロジー学会

<http://www.jpos-society.org/>

- 4) 日本緩和医療薬学会

<http://jpps.umin.jp/index.html>

H. その他の会

- 1) 大学病院の緩和ケアを考える会

<https://www.da-kanwa.org/pptfiles.html>

- 2) 栃木県緩和ケア研究会 (ホームページなし)

(渡辺邦彦、小島好子、丹波嘉一郎)

は. 判断は占いと違います：予後を予測する

- 予後予測の目安であるPalliative Prognostic Score (Pap score、緩和予後スコア)やPalliative Prognostic Index (PPI、緩和予後指数)を知っている
- Illness Trajectory (病の軌跡)を知っている

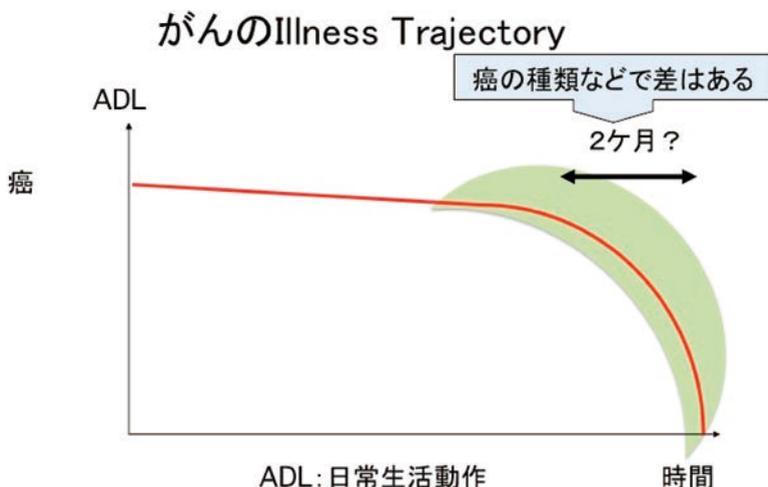
☆予後予測は集団からの推計ではなく個人個人の状態で

患者・家族に予後について何も知らせないことで、苦痛を強めていると思われる場にしばしば遭遇します。逆に、「あと1ヶ月です」などと具体的な数値を挙げて余命を告げる医師がいますが、それは、患者・家族の心に時限爆弾をセットしているようなものです。

そもそもその予測された「余命」は当たらないことが多いです。なぜなら、その数値は、集団の中央値+経験+勘に基づくもので、その個人に当てはまるかどうかは別だからです。

☆予後予測の指標

Palliative Prognostic Score (Pap score、緩和予後スコア)やPalliative Prognostic Index (PPI、緩和予後指数)は慣れ親しんでほしい予後予測の指標です。これらは、決して完璧なものではありません。大切なのは予後の予測は、本人の病態、病状からだけでなく、ADL (日常生活動作)、食欲、呼吸困難感、認知障害などの変化に基づいて判断すべきだということです。最も大切なのは、その変化の早さです。病の軌跡の曲線を思い返してください。急激な変化を来している場合は、生命予後も切迫した状態であると考えてほしいのです。



Palliative Performance Scale

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		何らかの症状はあるが 正常の活動が可能			
80					
70	ほとんど起居している	明らかな症状があり 通常の仕事や業務が困難	ときに介助	正常 もしくは 減少	清明 もしくは 混乱
60		明らかな症状があり 趣味や家事を行うことが困難			
50	ほとんど座位もしくは臥床	著明な症状があり どんな仕事もすることが困難	しばしば介助	正常 もしくは 減少	清明 もしくは 混乱
40	ほとんど臥床	著明な症状があり 殆どの行動が制限される	ほとんど介助		
30	常に臥床	著明な症状があり いかなる活動も行うことができない	全介助		
20				マウスケアのみ	
10					

Palliative Prognostic Index

得点が6より大きい場合3週間以内に死亡する確率は感度80%、特異度85%、陽性反応適中度71%、陰性反応適中度90%
(Morita T. Support Care Cancer 1999; 7: 128-133)。

Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取*	著明に減少 (数口以下)	2.5
	中程度減少 (減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時の呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり**	4.0

* : 消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする

** : 薬物が単独の原因となっているもの、臓器障害に伴わないものは除外する

一口メモ その2：まあまあ、だんだん、どんどん

がんの病の軌跡を簡潔に表現すると、「まあまあの時期が結構長く、だんだん調子が悪くなったと思ったら、どんどん日増しに具合が悪くなり、やがて旅立たれる」となるでしょう。まあまあは月から年、だんだんは週、どんどんは日の単位であることが多いです。もちろん人の「生き死に」の経過は、そんなに単純ではありません。しかし、その流れを医療者も患者さまもご家族も感じずにいれば、より苦痛は深まります。特に医療者には、その流れの中で、治療方針・療養場所・介護保険の利用などを考えて説明していただくことが重要な責務です。

Palliative Prognostic Score

得点が0-5.5、5.6-11、11.1-17.5の場合、30日生存確率(生存期間の95%信頼区間)が、それぞれ、>70%(67-87日)、30-70%(28-39日)、<30%(11-18日) (Maltoni M. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 240-247)。

臨床的な予後の予測	1-2週	8.5	食思不振	あり	1.5
	3-4週	6.0	呼吸困難	あり	1.0
	5-6週	4.5	白血球数	>11000	1.5
	7-10週	2.5		8501-11000	0.5
	11-12週	2.0	リンパ球%	0-11.9%	2.5
	>12週	0		12-19.9%	1.0
Karnofsky Performance Scale	10-20	2.5			
	≥30	0			

Karnofsky Performance Status

普段の日常生活と仕事が可能；特にケアを必要としない	100%	正常。病の証拠なし。
	90%	日常生活が可能。わずかな疾患の症状や兆候。
	80%	日常生活が頑張ればできる状態。疾患の症状や兆候がいくつかみられる
仕事は不可能だが在宅で生活が可能；ケアが必要となるが、介助の程度は様々	70%	自身によるケアができるが、普通の日常生活や仕事はできない
	60%	時として介助が必要だが殆ど自身で対応可能
	50%	ある程度の介助と頻回な医療ケアが必要な状態
自身のケアも不可能；施設や病院でのケアが必要で、病も急速に進むことがある	40%	体が言うことをきかず、特別なケアや援助が必要
	30%	相当に身体が不自由になっている。死が迫っているとはいえないが、入院の適応
	20%	重篤、入院が必要、積極的な支持療法が必要
	10%	瀕死；死の直前
	0%	死亡

日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」の表を改変
(丹波嘉一郎)

に。にこりとくすりを目指して：体の痛みをやわらげる

- 疼痛の原因と種類を考慮することができる
- 患者の訴えに耳を傾けることができる
- 疼痛の強さを測ることができる
- 鎮痛の目標を決めることができる
- WHOの3段階ラダー、5原則を知っている
- 鎮痛の効果を再評価することができる

1. 疼痛の原因と種類

その痛みが何で起きているのかを考えずに、鎮痛薬を出すのでは、「下手な鉄砲数撃ちゃ当たる」になってしまいます。大きな肝転移があれば、肝の被膜が伸張されてオピオイドでなければ取れない内臓痛がでます。骨に転移があれば、オピオイドだけでなくNSAIDsを併用しないと取るのが難しい骨痛がでます。腫瘍の圧排や浸潤で神経が障害されれば、鎮痛補助薬を併用しないと抑えにくい神経障害性疼痛がでます。まずはよく診て考えてください。

また、表1、2に挙げた以外でも、患者さまの「痛い」は痛いです。身体的な痛み以外に、心理的・社会的・スピリチュアルな痛みがあることも忘れないでください。

表1. 疼痛の分類（“Neuropathic Pain” Oxford University Pressより加筆・改変）

・ 侵害受容性疼痛	生理的	疝痛、筋攣縮痛
	病的	関節炎、組織損傷
・ 神経障害性疼痛	生理的	神経圧迫
	病的	神経破壊
・ 身体表現性障害（心因性疼痛）		

表2. がん患者に存在する痛み

- ・ 腫瘍自体が原因となった痛み
- ・ がんの治療に起因した痛み
- ・ 全身衰弱に関係した痛み
- ・ がんやがん治療に直接関係しない痛み

2. 患者の訴えとは

痛みは、痛いから「痛い！」という単純なものではありません。痛くてもがまんをされる患者さまもいれば、身体的に痛くなさそうでも「痛い痛い」といわれる方もいます。患者さまの言葉や表情で表現される疼痛の程度をも理解することが大切です。例えばNRSで2/10の痛みでも患者さまにとって不快なものであれば

治療の対象となることもあるし、4/10の疼痛でもそれが不快なものではなく、日常生活の妨げにならないと患者さまが述べる場合には、それ以上の治療が必要かは検討されなくてははいけません。疼痛以外の苦痛も疼痛感覚を増強させるので、十分に評価する必要があります。

そもそも、疼痛とは「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」と定義される主観的な症状なのです。表3にあげる点に留意しながら患者さまの言葉に耳を傾けて信用し、支持しながら、共に痛みと向き合うことを保証する共感的な姿勢が重要です。

表3. 疼痛を訴える患者さまの評価

-
- 1) 患者の疼痛の訴えを信用する
 - 2) 疼痛について患者と話し合う
 - 3) 疼痛の程度を評価する
 - 4) 疼痛の所見を詳しく調べる（種類・場所・強さ）
 - 5) 心理状態を評価する
 - 6) 身体所見をきちんととる
 - 7) 必要な検査の指示と検査結果の評価を行う
 - 8) 非薬物療法を考慮する
 - 9) 鎮痛効果を定期的、状況に応じて評価する
-

3. 疼痛や苦痛の程度を知る

カルテに、痛みが「ある／なし」とか、「良くなった」、「悪くなった」とだけ記されているのをよく目にします。もう少し、詳しい目安で評価することが痛みのコントロールには大切です。0～10の11段階で表現する場合には、10が「耐え難い痛み」（「今までに経験した一番強い痛みを10とする」のは誤り）であることや、フェイス・スケールでは笑顔のマークが痛みが全くない状態であることなど、詳しい使い方を患者さまに予めきちんと説明してください。統一基準で評価しないと、その医療者と患者さまの間だけの判断になってしまいます。

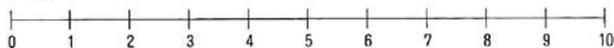
4. 疼痛治療の目標を決める

WHO（世界保健機関）は、世界のどこの国でも疼痛コントロールが得られるように、様々な基本を取り決めています。そのひとつが段階的な目標の設定です（表4）。これらの目標を念頭におき、疼痛治療の効果判定をし、鎮痛薬の種類、投与量を考えていくことが重要です。また、目標を設定していくなかで患者さまの疼痛治療に対する考えや、疼痛以外の問題点も見つけることができます。ここでの注意点は、痛みの程度の「ない」という言葉です。究極の目標は痛みからの解放、「痛みゼロ」です。しかし、「痛みはあるけれども気にならない」、「弱以下」、「2/10以下」という状態が現実的な目標といえます。

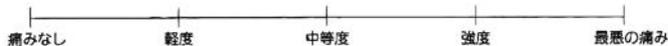
*VAS(10cm)



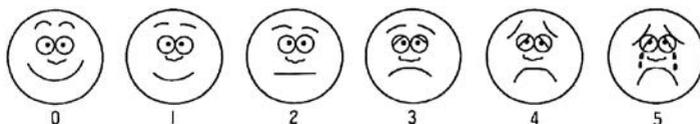
*0-10(NRS)スケール



*簡易表現スケール



*Wong-Baker Face Scale



*ペインスケールは患者自身に答えてもらうものである。フェーススケールであっても他者が勝手に当てはめてはいけない

表4. 疼痛のコントロールの目標

- 第1目標 疼痛で睡眠が妨げられない
- 第2目標 日中の安静時に疼痛が無い
- 第3目標 立っているときや体を動かしたときに疼痛がない

5. 疼痛治療の原則

WHOは疼痛治療の基本を3段階（表5）と5原則（表6）の形で提唱していました。

表5. WHOの3段階除痛ラダー

- 第1段階 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）またはアセトアミノフェン
± 鎮痛補助薬
- 第2段階 弱い痛みに使うオピオイド ± NSAIDsまたはアセトアミノフェン
± 鎮痛補助薬
- 第3段階 強い痛みに使うオピオイド ± NSAIDsまたはアセトアミノフェン
± 鎮痛補助薬

表 6. WHOのがん性疼痛への鎮痛薬使用法の基本 5 原則

by the mouth	経口投与を基本とする
by the clock	時間を決めて規則正しく
by the ladder	痛みの強さに応じて
for the individual	患者個人の特性に合わせて
attention to detail	鎮痛薬の副作用や、患者への心理的ケアなど

なお、2018年のWHOの疼痛ガイドラインの改訂で、3段階ラダーは、“an useful educational tool”と格下げされており、5原則のby the ladderは、“for the individual”の中に入ってしまったています。しかし、教育的なツールは重要ですし、オピオイドを使い慣れていない医療者がいきなりオピオイドから開始することはお薦めできません。副作用の心配がなければ一回だけでもNSAIDsやアセトアミノフェンの効果を確認ください。

6. 再評価

オピオイドによる疼痛治療の要点は、個人差の大きい有効血中濃度を維持し続けることです。表6にあげた「患者個人の特性にあわせて」、「時間を決めて規則正しく」オピオイドを用いることは、有効血中濃度を維持する上で重要となります。特にオピオイドの種類・投与経路を変更した場合は、必ず計算量がその本人に適しているかの再評価が必要です。

7. 疼痛管理の要点

WHOの提唱する鎮痛法を中心とした疼痛管理の要点を以下に列挙します。

- 1) まずNSAIDs and/or アセトアミノフェン：疼痛が出現してきたら直ちにアセトアミノフェンやNSAIDs（ロキソプロフェン、ジクロフェナク、セレコキシブなど）の投与を開始します。作用機序の異なる両者は、併用してかまいません。
- 2) 次に弱オピオイド：NSAID ± アセトアミノフェンで疼痛のコントロールが難しいと感じられたら直ちに弱い痛みに使うオピオイドを併用します。具体的にはコデインやトラマドール、少量のオピオイドの投与を開始します。ここで最も重要な点は、NSAIDsの副作用（腎障害、消化管潰瘍、出血傾向など）がない限り、NSAID ± アセトアミノフェンを併用することです。作用機序が異なる鎮痛薬を併用することは、鎮痛効果を高めるだけでなく単独の鎮痛薬の副作用、具体的にはオピオイドの悪心・嘔吐、眠気を軽減させる効果が期待できます。
- 3) 必ず即効薬の指示：オピオイド投与を開始する際は、効果発現時間が早く、作用持続時間が短い即効薬を用います。投与開始時に即効薬を用いる利点には、効果判定が容易であること、投与量の調節が容易であることのほかに、副作用持続時間も短いことがあげられます。

- 4) 必ず緩下剤と制吐薬：初めは下剤と制吐薬の併用は必須です。副作用対策を講じないと「二度と麻薬をのまない」と言われても仕方ありません。（フェンタニル貼付剤には緩下剤はほぼ必要ないですが、初めて用いるオピオイドとはしにくいです）
- 5) 十分な説明：オピオイドの服薬コンプライアンスを上げるために、オピオイドの必要性、主作用、副作用についての説明、服薬指導を十分に行うことは、治療を成功させる重要な鍵となります。
- 6) 強オピオイドへの移行：コデインで1日量が200～300mg、トラマドールで1日量が100～150mgに達したら第3段階である強オピオイドへ移行しましょう。これは経口モルヒネ20～30mgに相当します。少量のモルヒネやオキシコドンの即効薬から開始した場合、疼痛の強さに応じて増量します。
- 7) レスキュー量を定める：疼痛が増強した際には、即効薬によるレスキューを行います。内服におけるレスキュー量の目安は、1日内服量の1/6で1時間以上の間隔をあけて行ないます。オピオイドを皮下もしくは静脈へ持続注射している際のレスキュー量は、1時間量のボーラス投与を15分以上の間隔をあけて行ないます。
- 8) 徐放薬への置換：強オピオイドの投与を開始して、1日の平均服薬量がおおよそ定まったら、その内服量を徐放製剤に置き換えます。レスキューは1日内服量の1/6量の即効薬で行います。
- 9) 増量の目安：レスキュー回数が1日あたり3～4回を超える程度となったら、徐放剤とレスキューに用いた速効剤の合計量を新たな1日量として徐放剤の内服量を増量します。だいたい、今までの量の3割から5割くらいの増量です。3割ずつ5回増量しても3.7倍です。5割ずつ5回増量しても7.8倍です。でも2割ずつだと5回増量しても2.5倍しか増えないし、2倍ずつ（10割）だと32倍にもなってしまいます。
- 10) レスキューも増量：徐放剤を増量したときには、徐放剤の新たな1日投与量の1/6を新しいレスキュー量としなくてはなりません。この、レスキュー量の増量はしばしば忘れられていますが、治療の成否の重要な鍵となります。
- 11) タイトレーション：オピオイドの至適投与量を定める際や、突発痛（breakthrough pain）が出現した際に、即効薬を繰り返し投与することで疼痛を鎮めていくことは、疼痛の強さをオピオイドで測定していることにもなります。この作業をタイトレーションといいます。
- 12) オピオイドスイッチング（ローテーション）：オピオイドの副作用が強く、オピオイドが増量できないために疼痛のコントロールが不良になることがあります。このような場合、①副作用への治療を強化しつつオピオイド投与量を維持または減量し、補助鎮痛薬を併用するという方法と、②使用していたオピオイドの投与経路の変更や、等力価の他のオピオイドへ変更する方法があります。②の方法は「オピオイドスイッチング（ローテーション）」と呼

ばれ、各オピオイドの特徴を利用し、鎮痛効果を高め、副作用を軽減させ、結果としてQOLを向上させることを目的とします。副作用対策を行ない、それでも改善しない場合には積極的に検討すべきです。等力価のオピオイドへ変更する際には、一度モルヒネの経口投与量に換算してから投与量を計算するほうが容易です。また、オピオイドの副作用が強いためにオピオイドスイッチングを行なう場合は、等力価よりも少ない量（1～3割くらい）に減らすほうがよいでしょう。

13) フェンタニルについて

貼付剤：フェンタニル貼付剤は非侵襲的に長時間、一定の血中濃度を維持できるため、疼痛の程度が落ち着いているときには有用です。ただし、最低量でもモルヒネ内服15mgに相当して丸24時間効きますから、他のオピオイドの即効薬で効果を確認してから使ってください。また、レスキューではオキシドロンやモルヒネなどの即効薬を用います。

フェンタニル口腔粘膜吸収剤：フェンタニルの舌下錠もしくはバツカル錠があります。これは、予想が難しく、短時間（分単位）で痛みが悪化する**突出痛**にのみに適応があり、体動などで予想できる痛みや痛みが徐々に悪化している際のレスキューとして用いてはいけません。高価であること、適量がわかりにくいこと、急速に血中濃度が上昇することによる副作用の心配から、現時点では院内では臨時採用としています。適用症例がある場合には緩和ケアチームへご相談ください。

14) **疼痛の鑑別：**オピオイドを服用中に疼痛が出現した場合には表7にあることを考えます。とくに、在宅・通院患者では服薬状況を確認し、有効血中濃度が得られているかを検討します。

15) **オピオイド服用中に副作用症状が強くなる場合：**服薬量が多いこと以外にオピオイドの血中濃度が上昇するような病態の有無（腎障害、肝障害、低タンパク血症など）を評価します。フェンタニル貼付剤の場合は貼付部位の状況も確認する必要があります。

16) **オピオイドの過量投与・退薬症状：**オピオイド服用患者をみるうえでは、過量投与の症状（表8）や退薬症状（表9）にも留意する必要があります。

17) **鎮痛補助薬：**プレガバリン（リリカ®）、ミロガバリン（タリージェ®）、抗痙攣薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、α刺激薬（クロニジン）、ステロイドなどがあります。神経障害性疼痛（ビリビリする痛み、電気が走るような痛み）にはプレガバリン、ミロガバリンや抗うつ薬、抗痙攣薬が有効なことがあります。ステロイドは疼痛を含めた脳圧亢進症状や脊髄圧迫症状の軽減に役立ちます。クロニジン（カタプレス®）はオピオイドの必要量を減少させます。全身麻酔薬であるケタミンは神経障害性疼痛に有効ですが、注射薬しかなくことや「麻薬」に指定されているため、在宅・通院患者に用いることが以前よりも困難となっています。

表7. オピオイド投与量が変わらない状態で疼痛が激しくなった際の留意点

処方量不足（原因：新たな疼痛の出現 対処：オピオイド増量、補助鎮痛薬投与の考慮）

服用の異状（自己判断による休薬など、内服状況の確認）

吸収不全（内服の場合、腸管からの吸収が阻害された可能性がある）

表8. オピオイドの過量投与の症状と対処

症状：悪心・嘔吐、重篤な脱力感やめまい、不安、傾眠、縮腫、錯乱、痙攣、意識障害、呼吸抑制（呼吸数の減少）、低血圧、徐脈

対処：投与の中止・中断、拮抗薬（ナロキソン）投与。重症時は気道を確保したうえで適切な呼吸管理を行ない、拮抗薬を投与。拮抗薬投与時は、退薬症状や拮抗薬の副作用に注意する。拮抗薬の作用持続時間はオピオイドの作用持続時間よりも短いので、十分に観察しながら必要であれば追加投与や持続投与を行う。

表9. オピオイドの退薬症状。起きやすい状況、症状、予防法

起きやすい状況：オピオイド連用時の急激な減量や投与の中断。自己中断、あるいはオピオイドを多量に用いている際に他の鎮痛法（鎮痛補助薬、神経ブロック、放射線照射など）が著効して減量が必要な時

症状：あくび、くしゃみ、流涙、発汗、悪心、嘔吐、下痢、腹痛、散瞳、頭痛、不眠、不安、せん妄、振戦、全身の筋肉・関節痛、呼吸促迫

予防法：オピオイドを中断・中止する場合は、1日量を徐々に減量する

8. その他の身体的疼痛のコントロール

- 1) 骨転移による痛みに対しては、薬物療法以外に放射線療法が有効です。
- 2) 放射線療法などの処置を受ける際に、疼痛が強くて同一体位を維持できないような場合には、一時的に硬膜外カテーテルを留置することも一法です。

疼痛が局限している場合や、交感神経が関与している疼痛では、局所麻酔薬による可逆的な神経ブロックによって鎮痛が得られることを確認した後に神経破壊薬（アルコール、フェノールグリセリン）による永久ブロックを行なうことがあります。この治療の目的は、神経ブロックによって疼痛をゼロにすることではなく、オピオイドの減量による副作用の改善、ADLの改善などを期待することです。適応例には、膵臓がんの上腹部痛や背部痛に対する腹腔神経叢ブロック、骨盤内悪性腫瘍による下腹部痛に対する上下腹神経叢ブロック、骨盤内悪性腫瘍による会陰痛や肛門痛に対するクモ膜下フェノールブロックや不对神経節ブロックなどがあります。

（井上荘一郎、瀬尾憲正）

WHOの五原則を覚えるための五七五



一口メモ その3：がんに急変は多いのか？

「これから先は、何が起きてもおかしくありません」「急変する可能性があります」と治療医から説明を受けて戦々競々とされているご本人・ご家族にお会いすることが少なくありません。この言い方は、何割の方がとも言わず、あるいは、当人に起きる可能性がどのくらいかにも触れられておりません。ご本人・ご家族の不安を煽り、大きなストレスをかけてしまいます。自治医科大学附属病院緩和ケア病棟で既に1200名以上が亡くなられたところで調べた患者台帳のデータベースに「急変」（おおよそ24時間以内には亡くならないだろうと推測していた方が死亡された場合）と記されたのは4.5%でした。推定を含めて出血で亡くなられた方は、ほぼ2%でした。ご参考になれば。

ほ. ほかにもある痛みの原因：心の痛みをとる

- 傾聴が大切（コミュニケーション・スキルを参照）
- 抗不安薬を多用しない
- 緩和ケアチームへの相談をする

疼痛の緩和をより効果的にするためには、精神・心理的アプローチは大きな意味をもちます。WHOの定義でも、緩和ケアにおいては疼痛のコントロールとともに心理的苦痛、社会的問題、スピリチュアルな問題の解決を図ることが重要とされています。

それでは、疼痛緩和のためには心のどのような動きに注目し、どのような手当てをすればよいのでしょうか？

E. Kübler-Rossは有名な「死め瞬間」のなかで、死に行く患者の心理過程として①否認と孤立、②怒り、③取り引き、④抑うつ、⑤受容の5つの段階を挙げています。無論、すべての患者がこの通りの過程をたどるわけではありませんが、その一つ一つは緩和ケアにある患者の心理的特徴としてしばしば現れるものであることは疑いないのです。このうち、とくに疼痛の成立・持続に関わる主要な心理的要因として、怒りと抑うつがあげられます。怒りや攻撃性は、とくに疼痛に関する精神分析的な理解で重要視されるもので、対象を失った怒りが自分に向けられた結果疼痛に転換されると考えられています。また、抑うつが出現すると疼痛が増強しやすく、抗うつ薬が疼痛緩和に有効なことはよく知られた事実です。さらに抑うつとともに、あるいは交代して出現する症状の不安を加えた3つを取り上げて説明します。最後に、自殺の危険のある患者への対応に触れます。

1. 怒り

自分が悪性の病気に罹患しており、遠からぬ未来に死にゆく身だということは多くの患者にとって、とりわけそれを告げられた直後には受け入れがたい苦痛です。しばしば「なぜ私が？」という不公平感、怒りの感情が生じます。しかし、この病気が誰のせいでも起こったとも言えないものである以上、患者はこうした怒りをどこにも向けることはできません。怒りは心の中に内在化され、痛みを強めることになるかもしれません。また、ネガティブな感情は表出しにくいもので、ときにこうした怒りが別の形に転化され、家族や医療スタッフへの不満として表現されることもあります。

痛みに苦しむ患者に対しては、傾聴する態度をとることが大切です。すなわち、患者の感情に焦点を合わせ、共感的な態度で接する支持的な精神療法の手法がふさわしいのです。もっとも、こうしたネガティブな感情を受け入れ、それに共感するのは医師・患者の間の信頼関係に裏打ちされた絆が育まれることを必要です。患者の怒りに対し、可能な限り価値判断を加えず、説得しようとせず耳を傾けることができれば、次第に患者の怒りは和らげられ、疼痛にもよい影響を及ぼすことが期待されます。

2. 抑うつ

抑うつは、困難な現実直面したとき多くの人に生ずる主要な心理現象のひとつで、正常心理のものから内因性うつ病まで幅広いスペクトラムを持ちます。臨床場面では、患者が示しているのが治療の対象となる抑うつであるかどうかの判断が重要です。緩和ケアにおいては、とりわけ病名や予後、治療の効果などの告知に関連して生じる**反応性抑うつ**が問題となり、ときに自殺の危険が生じることさえあるのです。

緩和ケアの場面では、抑うつの診断には二重の困難が生じます。まず、告知などの精神的ショックを与える出来事後に生じた落ち込みが、正常範囲のものか病的なものかを見定める必要があります。これは症状の重さも考慮する必要がありますが、通常の心理的反応では落ち込みは2週間程度で回復に向かうことが多いので、その期間内は自殺の危険や強い不眠、精神的なものが原因と考えられる著しい食欲不振などが無い限り、支持的な対応で様子を観察するのが望ましいです。他方、抑うつの診断には精神面の症状に加え、全身倦怠感や自律神経症状、食欲不振、体重減少などの身体症状も考慮されますが、重篤な身体疾患をもつ患者では、身体症状がうつ病によるものかどうか評価することが困難です。したがって、抑うつ気分（患者が気分が落ち込んでいるという自覚があるかどうか）、従来あった興味や関心の減退、過度の罪責感、不安や不穏などの症状が指標となります。

この場合も怒りと同様、患者の言葉を共感的態度で傾聴する支持的な精神療法の手法が原則です。それだけでは対応困難な病態については、あわせて薬物療法が考慮されます。比較的抗コリン作用が少ない抗うつ薬が望ましく、以下にいくつかの処方例を示します。

フルボキサミン（ルボックス®）25～75mg 分1～分3

パロキセチン（パキシル®）10～20mg 分1

セルトラリン（ジェイゾロフト®）25～50mg 分1

エスシタロプラム（レクサプロ®）5～10mg 分1

デュロキセチン（サインバルタ®）20～40mg 分1

ミルナシبران（トレドミン®）25～50mg 分1～分2

トラゾドン（デジレル®）25～75mg 分1～分3

フルボキサミン、パロキセチン、セルトラリン、エスシタロプラムはSSRIに属するもので、抗コリン作用は弱いですが、嘔気が強く生じて、制吐薬の併用を要することがあります。また、パロキセチンは乳がんのホルモン療法に用いられるタモキシフェンや鎮痛剤のリン酸コデインと相互作用を有するので併用は避ける必要があります。デュロキセチン、ミルナシبرانはSNRIに分類され、やはり抗コリン作用は弱く、SSRIよりも嘔気は少ないが、比較的尿閉を起こしやすいので、特に高齢の男性では注意が必要です。トラゾドンは睡眠障害により効果を持ちます。

3. 不安

病の進行や死への恐怖を強く感じたとき、あるいは告知により強い精神的衝撃を受けた際などには、抑うつよりも不安が高まることがあります。不安は、精神面と身体面の両方に表現されます。精神的には緊張、恐れ、落ち着かなさ、集中困難、イライラ、怒りなどで、ときにそれが発作のように突発的に生じることもあります。身体的には、胸部苦悶感、胸痛、動悸、発汗、顔面紅潮や蒼白、振戦などが多くみられます。不安に対しても、患者の訴えを傾聴し、支持的な態度で接するのが基本ですが、症状が強く、患者の苦痛が著しい場合にはやはり薬物療法を考えるべきです。

発作性の性質をもつ不安症状には、SSRIが有効なことが多いです。

パロキセチン（パキシル®）10～20mg 分1

セルトラリン（ジェイゾロフト®）25～50mg 分1

パロキセチン、セルトラリンは不安性障害の保険適応があり、不安の強い症例に有効です。持続性の不安や、抗うつ薬が無効な症例には、抗不安薬が考慮されますが、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬は、呼吸抑制や筋弛緩作用による転倒、せん妄の増悪などを引き起こすことがあり、注意が必要です。不安が強い場合には作用がマイルドな

ロラゼパム（ワイパックス®）0.5mg～1.5mg 分1～分3
や、作用時間が長い点で、

ロフラゼパムエチル（メイラックス®）1～2mg 分1～分2
が推奨されます。

4. 希死念慮・自殺企図への対応

がん患者が死にたいという気持ちを持ったり、実際に自殺しようとしたりすることは決して稀なことではありません。がん患者の自殺率は一般人口の約2倍に達し、特に男性、進行がん、診断早期に危険度が高いといわれています。また、身体の痛みとうつ症状が強いことががん患者の自殺の危険因子とされています。

患者が希死念慮をもらしたり、自殺の危険が察知されたりした場合は、そのことについて、率直に話し合うことが何より重要です。自殺したい気持ちについて聞くことで、自殺の危険がかえって高まることはありません。患者が死にたい気持ちをもらすのは、誰でもいいのではなく、その人を信頼しているがゆえのことです。できれば、プライバシーの守れる場所で、どういう気持ちであるかオープンに話し合うことです。その際、“自殺はいけなことだ”といった審判するような態度ではなく、患者がどのような気持ちであるかに、批判を加えずに耳を傾けることが肝心です。そして十分に話をきいたのちに打開策を提案することがよいとされています。その一環として精神科医・精神腫瘍医へのコンサルトを考慮すべきですが、話を十分に聞かずに専門医へ紹介することは、ときに患者に見捨て

られたような印象を与えるので、コンサルトは問題解決の一法として、十分に同意をとることが必要です。

実際に自殺企図が起きた場合は、より状況は切迫しており、精神科医の介入が重要ですが、その場合も十分な同意を得る努力をすべきです。

自殺の危険は緊急事態です。対応に困った場合は、正式なコンサルテーションでなくとも、臨床腫瘍科心のケア外来、こころのケアセンターまたは緩和ケアチームに相談してください。

(岡島 美朗・加藤 敏)

へ. 変でも怪しくもないスピリチュアルとは：スピリチュアル・ペインを知る

- 痛みには薬剤、放射線などで解決できないものがある。
- 自分の存在の危機に直面した人はスピリチュアル・ペインを表出されることがある。

スピリチュアル・ペインの例

- 1) なぜこの私がこんな病にならなければいけないのか。
- 2) これまでの私の人生は何だったのか。私はこの世で何をしてきたのか。
- 3) 取り返しのつかない過ちや至らなさ、罪の意識をどうしたらいいのか。
- 4) もうこれまでのような活動もつき合いもできない。残された日々をどうしたらいいのか。
- 5) 家族や友達など最愛の人たちと別れなければならない。別離のさみしさ。
- 6) 自分がやがて忘れ去られていくであろうことの苦痛、孤独感。
- 7) 死ぬのも怖い、死ぬまでのプロセスを考えるとなお怖い。
- 8) そもそも死とは何なのか。死んだらどうなるのか。死後の世界はあるのか。

身体的な痛み以外に、心理的・社会的・スピリチュアルな痛みがあるというのは前に触れました。身体的痛み、精神的痛み、社会的痛みの三つは、具体的な問題として捉えられ、十分とまでは行かなくても専門家の援助と関係者の適切な対応で、それなりの解決を望むことも可能です。しかし、スピリチュアル・ペイン（魂の痛み）への対応は容易ではありません。

スピリチュアル・ペインについて考える

1. スピリチュアル・ペインとは

スピリチュアル・ペインについては、身体的、心理的、あるいは社会的な痛みと異なり、既成の一般的な解答や対処の仕方といったものではありません。問題の解決に至る道は、各人がそれぞれに歩まなければなりません。その意味でスピリチュアル・ペインはこころの叫びとか、魂のうめきともいうべき重さと切迫感を持っています。

スピリチュアルは、「霊的」と直訳されますが、最近ではもっと広い意味で使われています。宗教的なものと考えより範囲はもっと広いです。宗教を持たない人もたくさんいるからです。スピリチュアル・ペインとは「自分の存在の意味を問う」あるいは「自分の存在が失われることをどう理解するか」といったことであり、その人自身に関わる「実存的な痛み」というべきものです。

痛みの四つのカテゴリーはあくまで便宜的なものです。実際は痛みの種類を見分けるのが難しい場合や複数の領域にまたがる場合などがあります。とくにスピリチュアル・ペインは他の三つの痛みの根底に潜んでいて、本人にもそれとして自覚されていない場合もあると思われます。スピリチュアル・ペインが他の個別的、具体的な痛みとしてのみ意識されている、ということです。その場合スピリチュアル・ペインをトータル・ペイン（あえて個別的な痛みとして分けないということ）として考えることも可能です。スピリチュアル・ペインは、そもそも人間が人間である限り、つまり病気であろうとなかろうと、潜在的には常に抱えている痛みであり、それが危機的状況においてつよく意識されてくると考えることができます。スピリチュアル・ペインは、それゆえ医療者、援助者にとっても「他人事」ではないはずなのです。

2. スピリチュアル・ペインの構造

村田久行氏はスピリチュアル・ペインについて、人間存在の三つの様相（時間存在、関係存在、自律存在）に対応させて、構造分析を行っています。このアイデアを参考にしながら、スピリチュアル・ペインをできるだけ具体的に整理してみたいと思います。

- 1) 時間存在：すでにあった過去（事実）を引き受けつつ、将来に向けてさまざまな可能性を予測し、企図し、希望することによって、現在の意味を確信する。
- 2) 関係存在：われわれの日常の行動とは他者との関係によってその意義と価値が定まる。他者とは家族、友人・知人、上司・同僚、市民、国民、人間一般、動植物、目に見える存在と目に見えない存在など。これらが一定の秩序のもとに開けている。これらとの交渉なくして私は私ではあり得ない。
- 3) 自律存在：われわれは自己決定しつつ、自己であることを確かめ、受容する自律的な存在である。

次表はこれらそれぞれのあり方に対応するスピリチュアル・ペインとその評価です。

	問題点	理由	解決のポイント
時間存在	将来が無い	現在の意味を見出せない	将来の展望を持てるかどうか
関係存在	人間関係の変化、隔絶、別離・孤独	自分を支えられない 自分が自分でない	誰かを近くに感じられるか 他者との関わりがあるか
自律存在	自分のことが自分で出来ない	自己の無価値感、他者への依存、負担をかける	自己決定、意思表示、尊厳が守られる、自己の受容

3. スピリチュアル・ケアへ向けてのヒント

すでに述べたようにスピリチュアル・ペインに対するマニュアル的な対処法はありません。それに対処し、解決できるのは、その人自身をおいてほかにないからです。とすれば援助者ができることは、当人がスピリチュアル・ペインをそれとして意識し、立ち向かうための環境を整えること、あるいは問題のありかについて共に考えることでしょう。

さらに繰り返しになりますが、身体的・心理的・社会的痛みの中に、すでにスピリチュアル・ペインが介在している可能性を心にとめておくことは大切です。個別の問題にそれなりに対処したのに状況が改善しないとか、次々と新たな悩みや不満がおこる場合、スピリチュアル・ペインを考えてみるのが大切です。

ただし本人がスピリチュアル・ペインをそれとして表明していない場合は、それに積極的に触れることは慎まなければなりません。なによりも困っていること、不安に思っていることを表明してもらいやすい雰囲気や環境、コミュニケーションの機会を整えることが大切です。そして「この人になら言いたいことが言える」と思ってもらえるかどうか、そこからスピリチュアル・ペインに対する対処がはじまるといえるでしょう。

実際にスピリチュアル・ペインが表明された場合、問題が問題として明らかになるように援助することは可能であるし、必要でもあるでしょう。そのためには、当人にさまざまなことを語ってもらう中で、表明しにくい、あるいは言葉になりにくいことがらがどのように語り出されてくるかに注意することが大切です。そのためにはなによりも、傍らに居ること、時間を共有することが大切です。少なくともこの瞬間、この人は自分のためにここにいてくれて、そして自分に注意を向けてくれているという思い、そこから生じる感謝や安心感、そして

自由に思いをめぐらせることができるゆとり、これらがスピリチュアル・ペインの自覚とそこからの歩みを確かなものにするようになるでしょう。

次に人間存在の三つの様態に即して、問題の特質と解決の方向を探りたいと思います。

1) 時間存在：

a. 将来がない、残された時間がないという切迫感。

体が動く間、意識のある間にやっておきたいこと、言っておきたいことを済ませるということ。そのためには自分にとって何が大切かを見つめること、そして見栄や虚飾を捨てて、それを素直に表現すること。素になること。

b. 命が限られているという自覚の中で生じる疑問。死とは何か、死んだらどうなるのか。死にゆく自分を肯定することを通しての死の受容。そのプロセスにおいて孤独ではないこと。死への不安や疑問を素直に表現すること。周囲にそれを傾聴し、そのまま受け止める人がいることが大切。医療者・家族が難しいときは、当人の要請や承諾に基づいてカウンセラー・宗教者・有識者など。それも教え諭したり、信仰を強要するのではなく、ひたすら傾聴することが大切です。

2) 関係存在：

a. 他者との関係が変化するにしたがって、自分が変わっていく。

家族関係・友人関係。仕事関係。治療や予後をめぐる医療者との関係。人が自分をどう見るのか、感じるのか。これに対しては、やはりその人の本当の気持ちを引き出すことが大切。防御的な姿勢を緩和させるような心づかい。むしろこれまでの人間関係のマイナス面（恨み、憎しみ、劣等感、虚勢など）が克服されるような肯定的変化（素直な感謝気持ちの表出とその受容など）につながるとよいのです。

b. 家族と社会に何らかの貢献をし、足跡を残しておきたいという気持ち。

自分がなくなった後のことを考えての身辺整理、遺言やメッセージの作製など。

c. 死に伴う喪失感と孤独感。何かにすがりたいという気持ち。死後の世界はあるのか。

先に亡くなった人に思いを馳せたり、霊の世界、死後の世界についての思いをめぐらす。

3) 自律存在

a. いろいろなことができなくなっていく。衰えていく。知能や意識が混乱することに対する不安など。

できないことにこだわるのではなく、できることを大切にしていく。気力やゆとりを大切にしていく。ユーモアの感覚を大切に。

b. 自分の病で他人に負担をかけたくないという思い。

そのような気持ちは基本的に誰もが持つものと考えて、その気持ちそのものを周囲が尊重しつつ受容する。その中で、無理しなくていい、頑張らなくてもいいという形で、過剰な防御を緩和してあげることが大切。家族関係や経済問題と絡んでいることが多いので、「社会的な痛み」にきちんと対処することが前提です。

c. 性格の強い人は頑張りすぎてしまう。虚勢を張ったり、他人に対して居丈高になったり、自己防御の姿勢が目立つ。性格の弱い人は嘆き悲しみ、不穏になり、うつになり、恨み、依存し、またそういう自分を嫌悪したりしてしまう。

基本的には、どのような姿でも許される、受容されているということが伝わるとういと思います。死にゆく人を決して一つの枠の中にはめず、あるがままを尊重すること。周囲の人との摩擦や抵抗が少なくなれば、外に向いていた気持ちがおさまり、より本心を表出できるようになります。その中ではじめて自律と自己決定も本物になるのではないのでしょうか。

4. スピリチュアル・ペインへの対処のまとめ

いまナラティブ（物語）ということが注目されています。スピリチュアル・ペインへの対処とは、患者さまが自らのナラティブを表出し、吟味し、確認していくことではないかと思います。ナラティブとは解答のない問題、正解のない問題に応答しようとする試みということもできます。応答するとは、まず向き合うこと、受け入れることを基礎とするということです。そしてテーマとしての時間存在・関係存在・自律存在とは、ナラティブが展開するさまざまな局面を表しているように思います。そこに現れる問題は、その人固有なものであると同時に、まさにそれゆえに誰にとっても共有・共感しうる普遍的な問題でもあります。ということは、じつはケアする側の、すなわち患者を見守る家族や医療者自身のナラティブが問われているということでもあるのです。スピリチュアル・ペインは、その人の全人的な危機を表していますが、だからこそケアするものも自らの全人的なありかたをもって応答することが求められてもいるわけです。

ここまで読んでこられて、ますます訳が分からなくなったと思われるかたもいらっしゃるでしょう。一言で申し上げれば、患者さまに接して、一個の人格としての尊厳を大切にしつつ、痛みのありかを知ろうとすること、その中で「他人事でありながら他人事ではない何か」を意識できるかどうかだと思います。スピリチュアル・ペインはその人の存在の深いところから表れ、そしてそれ自身を癒やしながら、あるいは一つの物語という形をとりながら解決されていくのではないのでしょうか。

(加藤直克)

と. とても大切必要な指示：その他の症状のコントロールについて

A. 便秘と下痢 進行がんでは、便通異常が起こりやすい

- 便の回数をチェックする（1）3日に1回以下（2）1日3回以上（3）他
- 消化管閉塞の有無を確認する

（1）便秘 3日に一度は排便を

【原因】消化管閉塞 脱水 オピオイド 抗うつ薬の一部など抗コリン作用のある薬 高Ca血症など

* 是正できる原因は是正する

【症状】腹痛 腹満 悪心嘔吐 下痢 痔

* 絶飲食でも便が少しは出てほしい

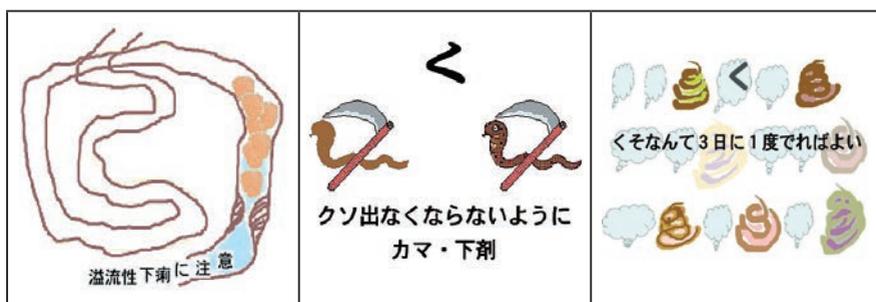
* 溢流性（逆説的）下痢に注意

【診察・検査】腹部診察、直腸診、腹部単純X線、腹部超音波

【対応】経口 酸化マグネシウム センノシド ピコスルファート液®
座薬 レシカルボン® テレミンソフト®
浣腸

それ以外の手として、ラグノスゼリー®、モビコール®、アミティーザ®、リンゼス®、グーフイス®があります。また、オピオイド誘発性便秘にはスインプロイク®があります。

腎機能が悪くないのであれば、効果と薬価を考えるとまずは酸化マグネシウムからでしょう。



（2）下痢 溢流性下痢に注意

便秘よりはマシ

【原因】消化管通過障害（溢流性下痢） 感染症 放射線療法後 緩下剤、化学療法など

* 是正できる原因は是正する

【診察・検査】腹部診察、直腸診、腹部単純X線、腹部超音波

【対応】経口 整腸剤 リン酸コデイン モルヒネ オキシコドン ロペ
ラミド

*フェンタニルに切り替えた場合には下痢に傾きやすい

B. 悪心嘔吐 疼痛よりつらいと感じる人もいる

消化管閉塞の有無を確認する

入院時に必ず悪心嘔吐時の指示をだしておく

【原因】蠕動異常 便秘 腸管閉塞 消化管潰瘍 化学療法 オピオイド
その他の薬剤 (SSRIやNSAIDsなど) 放射線治療 脱水 めまい
代謝異常 (腎不全、肝不全、電解質異常など) 頭蓋内圧亢進

【診察・検査】腹部診察、血液検査、腹部単純X線、腹部超音波、頭部CT
など

【対応】制吐薬 (腸管蠕動を促進するものは消化管閉塞には有害)

メトクロプラミド* ドンペリドン* ノバミン®

ハロペリドール オランザピン (適応外だが有用)

アトラックスP®

鎮暈剤 トラベルミン®

水電解質補正

薬剤の見直し

排便促進

頭蓋内圧減圧

消化管閉塞への対応→消化管閉塞の項へ

口腔ケア

食事内容の検討 (1回量の減量、臭い・甘辛・油回避)

食事環境の検討 楽しく食べる 食後は座位保持

薬剤の投与経路の再検討 (経口、座薬、注射)

*オピオイド代謝物の蓄積が原因の場合はスイッチング (ローテーション)

C. 消化管閉塞 外科的対処と内科的対応の両方を使いこなす

消化管閉塞の部位を特定する 上部 下部 推定される閉塞部位の数

緩和ケアでは排液のためだけに胃より肛側に挿管する意味はない

経鼻胃管は長期留置にそぐわない PEG PTEGの適応を考える

PEG: 経皮的経内視鏡的胃瘻造設術 PTEG: 経皮的経食道的胃瘻造設術

【原因】腫瘍による腸管閉塞 腹膜播種 癒着
薬剤による症状の増悪も考える

【症状】完全閉塞であれば悪心嘔吐はほぼ必発
腹部の内臓痛 腹部膨満感 腸雑音は高調か無音
打診では鼓音 不規則な排便 排ガスなし

【診察・検査】腹部診察、血液検査、腹部単純X線、腸追跡、超音波など

【内科的対応】制吐薬（腸管蠕動を促進するものは腸管閉塞には有害）
補液（1Lを超える場合は浮腫・腹水などとのバランス）
オクトレオチド酢酸塩皮下注[®]

【外科的対応】人工肛門 経鼻胃管 PEG PTEG

*外科的対応は、全身状態、予後予測などを含めよく適応を検討する。

D. 食思不振

- 根本的な解決はできない
- 無理に食べさせると誤嚥の恐れがある
- 推測される予後（は：判断と占いは違います を参照）が1、2ヶ月以下と
考えられる場合、1000 ml/日以上以上の補液は過剰である恐れが大きい

悪性腫瘍の末期での食思不振を解決することは困難です。ただし、制吐薬、ステロイド、エドルミズ[®]などで、ある程度の改善を見ることは期待できます。便通がつけば食べる気になれるかもしれません。口腔ケアが行き届けば食欲が出る場合もあります。

無理に食べさせるのは誤嚥の危険があることを家族にも周知することが大切です。好きなものを少量ずつ食べるのがよいでしょう。たとえ誤嚥の危険があってもあるいは、経鼻胃管や排便のためのPEGから抜け出てしまっても、全くの絶飲食であることの方が苦しいということもありえます。

400Cal/日くらいのカロリーを入れられれば、急激な筋肉の崩壊は防ぐことができるといわれています。エンドオブライフケアではIVHは予後の改善には役立ちません。

エドルミズ[®] というがん悪液質に効果があると国内では認められた薬剤や、オランザピンなども選択肢には挙げられますが、適応や禁忌などを十分に検討する必要があります。

補液量は、予後予測との関連が大切ですが、末期に補液を1000 ml/日以上行なえば、浮腫・腹水・胸水などを悪化させますし喘鳴も起きやすくなります。さらに亡くなる直前であれば250ml/日以下で十分なことはしばしば経験されます。

「食事が摂れなければ死んでしまう」という思いが、患者さま・ご家族を過度に苦しめ、（終末期には無効とされる）IVHや（浮腫・胸腹水を悪化させる）大量の補液を希望されることもあります。大切なのは、その方々に対し、医療者がその思いを傾聴し、「死にゆく過程」についての説明ができることです。

E. 呼吸困難感

- 呼吸困難感の緩和に（１）酸素（２）モルヒネ（３）抗不安薬（４）ステロイドが有用
- フェンタニルは有用度が低い

【原因】 COPDの既往 原発性肺がん 転移性肺がん がん性リンパ管症
胸水 呼吸器感染症 肺塞栓 無気肺 気道閉塞 肺の線維化横
隔膜挙上 不安 貧血 心不全 心膜炎 筋力低下

【診察・検査】 胸部診察、血液検査、胸部単純X線など

【対応】 Step1. 原因の是正

Step2. 症状の緩和

- ①酸素補給 CO₂ナルコースに注意
- ②オピオイド モルヒネ5-10mg/回poから開始
- ③気管支拡張薬・ステロイド
- ④リラクセーション
- ⑤抗不安薬

* SpO₂の保持より呼吸困難感の改善が大切

* うっ血肺を呈している場合は利尿薬も有用

* モルヒネ以外にオキシコドン、ヒドロモルフォン、コデインも可です

なお、気道を閉塞するような呼吸器系の固形がんは、最終的には鎮静の適応につながるため、本人家族に予め鎮静の説明を行なっておくことが大切です。

F. せん妄

- せん妄の定義を知っている
- 低活動型、混合型、（誰もがわかる）過活動型の3種がある
- 終末期がん患者にせん妄が高頻度に起きる
- せん妄には要因がある
- せん妄の約半数は回復可能である

【定義と分類】

せん妄の診断は、アメリカの精神障害診断基準DSM-5によれば、A. 注意の障

害（注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害、B. 短期間に出現し、一日のうちで重症度が変動する、C. 認知の障害（記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）、D. AおよびCは他の神経認知障害ではうまく説明できず、昏睡のなかで生じているものでもない、E. 身体疾患の直接の結果として起こっている、という5項目からなされます。とくにBの急速な出現と時間による変動は重要で、認知症や脳転移などによる持続的な精神機能低下と区別するポイントとなります。また、せん妄は一般的に、①幻覚・妄想や興奮を伴う過活動型、②混乱と鎮静が生じる低活動型、③両者の混合型に分類されます。特に低活動型は見逃されやすいので、興奮や幻覚を認めなくても、見当識障害や反応の低下が時間変動を伴う場合は、せん妄を疑う必要があります。

【重要性】

せん妄は、高齢者や脳の器質的病変、重篤な身体症状など中枢神経に脆弱性を有する人に生じやすく、安静が保てないために原疾患の治療が十分にできない、転倒などの危険が増す、対応にスタッフの労力がとられる、ケアする家族への心理的・身体的負担も大きいなど、さまざまな問題を引き起こすため、的確に診断し、対処することが重要です。終末期がん患者においては、80%以上がせん妄を生じるとの報告もあり、緩和ケアにおいて重要な課題の一つといえます。

【原因】

せん妄は様々な要因により引き起こされます。①中枢神経系の直接病変：脳転移、髄膜炎、脳炎、認知症など、②代謝性脳症：肝・腎不全、呼吸不全、脱水など、③電解質異常：Ca, Na, Kの異常、④薬剤性：モルヒネ、ステロイド、抗うつ薬、睡眠薬、H₂ブロッカーなど、⑤感染症、⑥栄養障害などが挙げられます。また、直接の原因とはいえませんが、せん妄を誘発・増悪させる準備因子として、睡眠・覚醒リズムの乱れ、感覚遮断、過剰感覚負荷、不安、心理的ストレスなどがあります。

【治療】

せん妄の治療は、I. 直接原因の除去、II. 準備因子への対処、III. 薬物療法の手順で考えられます。

- I. 直接原因の除去としては、上記①～⑥の要因の解消が目標となりますが、緩和ケア領域では特に、脱水、高Ca血症、感染に注意が必要です。
- II. 準備因子への対処としては、十分な睡眠の確保と日中の活動により睡眠リズムを作ること、カレンダーや時計を見えるところに配置し、見当識を保つようにすること、慣れ親しんだ物品を近くに置いたり、家族の面会を増やしたりすることによって不安を緩和することなどが重要です。
- III. 薬物療法としては、眠前を中心に抗精神病薬を投与して、鎮静、認知障害の改善とともに、睡眠・覚醒リズムの確立することが中心となります。

ハロペリドール（セレネース®）	0.75～3mg
リスペリドン（リスパダール®）	0.5～2mg
クエチアピン（セロクエル®）	12.5～25mg
オランザピン（ジプレキサ®）	2.5～5mg
アリピプラゾール（エビリファイ®）	3～6mg

このうち、クエチアピンとオランザピンは糖尿病では禁忌、アリピプラゾールとリスペリドンは慎重投与なので注意が必要です。

また、抗精神病薬で錐体外路症状が出現しやすい低活動型せん妄には、催眠作用の強い抗うつ薬が有効なことがあります。

ミアンセリン（テトラミド®）	10～30mg	1 × 眠前
トラゾドン（デジレル®）	25～50mg	1 × 眠前

内服が不可能な場合は、

ハロペリドール 2.5～5mg iv. またはim
が有用です。

また、睡眠の確保を目的に睡眠薬を使用することもあります。持ち越し効果によってかえって睡眠・覚醒リズムが狂ったり、全身状態の悪化にともなって意識障害を増悪させる可能性があります。

抗不安薬は、せん妄を増悪させることがあります。

上に挙げた薬剤を使い慣れない場合は、臨床腫瘍科心のケア外来、緩和ケアチームの医師（休日と夜間は精神科当直医）に相談してください。

身体状態の良い時はせん妄は回復可能なことが多いのですが、終末期に近づくるとせん妄の原因も複合的・非可逆的となり、回復が困難になることがしばしばあります。回復しないせん妄が持続することは、おそらく患者さん自身にとっても苦痛であると考えられますし、ご家族や患者さんをケアする医療者にも大きな負担を与えることとなります。こうした場合には、必要であればベンゾジアゼピン系薬剤を併用しても安静を保つことが重要です。そのためには、せん妄が回復しうのかそうでないのかを見極めることが必要です。判断が困難な場合には、緩和ケアチームにご相談ください。

G. 睡眠障害

- ベンゾジアゼピン系薬剤は、せん妄や蓄積による認知障害や呼吸抑制、行動の脱抑制、筋弛緩作用によるふらつき、転倒など意外に副作用が多いことを

知っている。

抗うつ薬、抗精神病薬が睡眠障害に有用であることを知っている。

良質の睡眠には、生活リズムの確立がもっとも重要です。不眠がちな患者には、日中眠らない、可能であれば活動量を増やす、就眠時間はばらばらだったとしても起床時間はなるべく一定にする、ことを基本とすべきです。また、就眠前にアロマセラピーや音楽でリラックスできることも有益です。

睡眠障害に対する薬物療法には、ベンゾジアゼピン系睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬が用いられます。もっともポピュラーなベンゾジアゼピン系薬剤は、せん妄や蓄積による認知障害や呼吸抑制、行動の脱抑制、筋弛緩作用によるふらつき、転倒など意外に副作用が多いので、注意が必要です。これら薬剤は、

- ・ 短時間作用型・・・ゾルピデム（マイスリー®）、トリアゾラム（ハルシオン®）、エスゾピクロン（ルネスタ®）、ゾピクロン（アモバン®）、プロチゾラム（レンドルミン®）など
- ・ 中時間作用型・・・ニトラゼパム（ベンザリン®）、フルニトラゼパム（ロヒプノール®、サイレース®）、エスタゾラム（ユーロジン®）
- ・ 長時間作用型・・・クアゼパム（ドラール®）

に分けられます。入眠困難には短時間作用型、中途・早朝覚醒には長時間作用型と、作用時間に注目して薬剤を選択します。

ベンゾジアゼピンのみで効果が不十分な場合、せん妄など副作用が生じてしまう場合は、ベンゾジアゼピンをただ増量するよりも、抗うつ薬、抗精神病薬が選択されます。抗うつ薬としては、

ミアンセリン（テトラミド®） 10～30mg

トラゾドン（デジレル®） 25～50mg

抗精神病薬としては、

クエチアピン 12.5～50mg、糖尿病には禁忌

オランザピン（ジプレキサ®） 2.5～5mg 糖尿病には禁忌

クロロプロマジン（コントミン®） 12.5～25mg

などがあります。

また、近年は作用機序の異なる睡眠リズム改善剤が用いられることが多くなっています。昼夜のリズムが乱れている患者には有用と思われます。

ラメルテオン（ロゼレム®） 8mg

レンボレキサント（デエビゴ®） 5mg

スボレキサント（ベルソムラ®）成人20mg、高齢者15mg

スボレキサントとレンボレキサントはCYP3A4で代謝されるため、注意が必要です。レンボレキサントはCYP3A4の代謝を阻害する薬剤（イトラコナゾール、フルコナゾール、ベラパミル、マクロライド系抗菌薬など）を併用する場合は、

2.5mgと減量して使用することとされています。スボレキサントの場合は、阻害作用が特に強い薬剤（イトラコナゾール、ボサコナゾール、ポリコナゾール、クラリスロマイシン、リトナビル、ネルフィナビル）とは併用禁忌、その他の阻害薬と併用する場合は、10mgに減量して使用すること、とされています。

いずれの場合も、使用経験の無い薬剤を用いるのであれば、指導医や精神科医などにアドバイスを求めてください。

H. 高Ca血症

- 時々には血清カルシウム値をアルブミン値とともにチェックする
- ビスフォスフォネートの注射薬で多くの場合コントロールできる

【頻度】

高Ca血症の頻度は、担がん患者では低くありません。およそ10%のがんで起るが、骨髄腫では50%、乳がん、肺がん、腎がんでは20%ともいわれています。

【重要性】

回復可能なせん妄の原因だから

【症状】

悪心嘔吐、多尿・多飲、脱水、眠気、脱力、傾眠、イライラ、不穏、混迷などのいわゆるせん妄の症状

無症状であれば敢えて治療しないでもいい場合もあります。

【血清Ca値の補正】

補正Ca値 = 測定Ca値 + (4.0 - 血清アルブミン値)

【治療の要点】

補正Ca値 軽度の高Ca血症（目安11mg/dl前後）は、あえて補正の必要はないことも多いです。それ以上の高Ca血症は、生食補液に加え、ゾレドロン酸4mg+生食100mlを15分以上かけて点滴静注します。再投与が必要な場合には、初回投与による反応を確認するために少なくとも1週間の投与間隔をおきます。腎機能によって減量する必要があります。デノスマブ（ランマーク®）は、高Ca血症の治療薬ではありません。念のため。

（丹波嘉一郎、岡島美朗、加藤敏）

ち. ちょいと口をみればケアのレベルがわかる：口の中までケアする

末期がん患者では、がんの進行による抵抗力の低下、セルフケアの低下、放射線、抗がん剤治療や各種薬剤の使用による影響で口腔内に生じる問題は大変多くなっています。ヒトの口腔内には300種類を超える細菌が常在しています。これらの菌は口腔内では殆ど病原性を発揮しません。しかし、これが他の臓器に移るとしばしば病原性を示すことが明らかになっています。弁膜症患者などにおける抜歯後の亜急性心内膜炎や、上顎洞底から侵入した菌による菌性上顎洞炎などはよく知られています。終末期の嚥下障害時には誤嚥された口腔内細菌が同様に肺炎を生じさせることが明らかになっています。ADLの低下、心疾患、放射線あるいは化学療法の治療前・治療後の患者さまが口腔ケアの対象となります。生命の危機があるときを除いて、口腔清掃はたとえ経口摂取していなくても必要です。

口腔内を観察する

➤ 歯肉

- ◇ 歯がグラグラしていないか？
- ◇ 歯茎が腫れていないか？歯茎から出血していないか？
- ◇ 歯茎に傷ができていないか？
- ◇ 歯茎に触ると痛がらないか？
- ◇ 歯の付け根が露出していないか？

➤ 歯

- ◇ 歯の痛みはないか？
- ◇ 歯に穴が開いていないか？
- ◇ 義歯のバネのかかる歯が欠けていないか？
- ◇ 冠はずれていないか？

➤ 汚れ

- ◇ 上顎にネバネバする汚れは付着していないか？
- ◇ 口腔内に食べカスは残存していないか？

➤ 舌

- ◇ 舌に苔のような汚れがついていないか？
- ◇ 発赤していないか？

➤ 口唇

- ◇ 唇の乾燥やひび割れはないか？
- ◇ 口角炎はないか？

➤ 口腔粘膜

- ◇ 乾燥していないか？
- ◇ 口内炎やアフタ性潰瘍はないか？
- ◇ カンジダ症[白斑の付着など]はないか？
- ◇ ウィルス疾患（ヘルペス、帯状疱疹など）[小水疱の形成を伴うがすぐに破裂し、潰瘍を形成]はないか？

WHO方式がん疼痛治療法の基本的考え方5原則の一番目は、「経口で」です。経口的に薬剤を投与するためには口腔ケアは欠かすことができません。

また、最近では、骨転移に対するビスホスホネート製剤やデノスマブ使用患者の歯科治療時の観血的処置後に顎骨壊死を発症した症例も報告されていることから、今後より一層の口腔ケアが必要とされてくるでしょう。まずはお近くの歯科口腔外科にコンサルトしてみてください。

(中山竜司、森良之)

参考文献

- 1) 日本歯科評論 チェアサイドで活用する最新・口腔粘膜疾患の診かた
- 2) 学研 基礎から学ぶ口腔ケア
- 3) 中央法規出版 口腔ケアQ&A
- 4) 医歯薬出版 口腔ケアのABC
- 5) ICUにおけるオーラルケア
- 6) トワイクロス先生のがん患者症状マネジメント

4. 理不尽を感じさせない説明を：バッドニュースの伝え方

患者さまは、偽りのない病名、正確な病状、予後についての説明を受ける権利があります。初期診断で病名を伝える、再発・転移を伝える、積極的治療の中止、緩和ケアへの移行など、バッドニュースを伝えなくてはいけない場面はいくつかあります。

◎バッドニュースを伝える際の5W1H

1. WHEN

外来受診時、入院時、転科時など、治療過程の節目が、ご本人の意思を確認する良いタイミングです。患者さまの理解度や反応を確認しながら、その時々に必要な情報量を提供していくことが必要になります。

時間を考えれば、夜遅くにバッドニュースを伝えることは好ましくありません。なるべくなら、日中の明るいうちに時間を設定するのがよいでしょう。

2. WHAT

単に病名を告げるのではなく、今の状況を知っていただくことが大切です。患者さまに、根治ができない病気であること、残された時間を大切にさせていただきたいことを伝えてほしいのです。ただし、「あと3か月です・・・」などと具体的な数字を示すことは、多くの場合患者さまの不安を無駄に煽ることになるので注意が必要です。

このとき、心理的なサポートを準備しておくこと、最後まで見捨てないという保証を一緒に伝えることが重要になります。そうすることで、患者さまは苦しみの中にも先に進む力が与えられます。

また、一緒に伴走しておられるご家族に対する支援も心に留めておきたいポイントです。

3. WHERE

バッドニュースを伝えるとき、物理的・心理的な環境の設定は非常に重要です。

物理的には、大部屋や騒々しい場所ではなく、なるべく守られた静かな空間を提供することが必要です。

そして、話す側が十分な時間をとり、腰を落ち着けて患者さまと向き合うことで、相手が話しやすい、聞きやすい環境をつくりだすことです。(基本的なコミュニケーション・スキルについては、別項をご参照ください。)

4. To WHOM

バッドニュースを誰に伝えるかということは、とても大切です。まず中心となるべきは、当然、患者さまご本人です。しかし、たった一人でこうした事実を受けとめていくことは容易ではありません。ご家族や、その方にとって信頼できる

キーパーソンの存在を確認し、一緒に聞いていただくことも考慮してください。

5. WHY

バッドニュースを伝えるのは、患者さまが残された時間を大切に過ごしていただくためです。

バッドニュースは、その内容自体の持つ衝撃が大きいものですが、「何のために」「何を伝えるのか」を意識し、「どのように伝えるか」に配慮することで、患者さまに与える衝撃をやわらげることができます。大変なときにこそ、しっかりと患者さまと向き合うことが、患者さまとの信頼関係を強める良い機会になります。

6. HOW

基本的には、ハッキリと病気について告げることが大切ですが、これまで挙げてきた5つの“W”を考慮します。相手のペースに合わせていくことが、患者さまと医療者の双方を守ることになります。

日常生活や仕事への影響、代替療法やセカンド・オピニオンについてなど、付加的な情報についても説明をして差し上げることも、よいかもしれません。

そして自治医科大学附属病院には、患者さまにバッドニュースを伝える時や、伝えた後に、きちんとサポートする緩和ケアチームがあります。どんなことでも、ご相談ください（相談方法は、「**ろ. 路頭に迷わないために**：頼れる Resources」の章を参照ください）。

（稲田美和子）

ぬ. 抜かりなく交流するには問と心遣い：コミュニケーションのヒント

患者さまは、しばしば医師の前では本当のことを言えなくなることがあります。患者さまの本当に訴えたいことをキャッチするために、周囲のスタッフとよく情報交換をしてください。しっかりとしたコミュニケーションは、より良い医療者－患者関係の基盤となります。患者さまが表現しやすいような問いかけ方や環境設定、じっくりと話を聞くことが非常に重要です。

1. 傾聴・支持・共感

● うなづき・あいづち

相手のことばが途切れた時などに、邪魔にならない程度の合いの手を入れていく

「そうですか…」
「あ～、なるほど…」

→話の展開、促しになる



● くり返し

相手の話が一区切りついたときに、相手の使ったことばを繰り返して利用する

「…と、辛かったですね…」
「…のような痛みだったんですね」

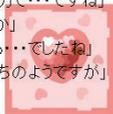
→共感されている感じが得られる



● 言い換え

話された内容を、少し整理して返す

「あなたの言ったことは…ということですね」
「あなたの気持ちは…ですか」
「あなたの気持ちは一方で…、他方で…ですね」
「あなたが言いたいことは…ですか」
「ここまでの話はまず…、それから…でしたね」
「ここまでの話から、…という気持ちのようですか」



● 反映

相手の感情の「鏡」になる
受け取ったメッセージの言語的フィードバック

「とても辛そうにみえます」
「イライラしている感じですけど…？」
「気持ちのやりやうがないなあ…」

→共感されている感じが得られる



● 問題の探索

質問や追加の機会を与えることで、本当に話したいこと・伝えたいことが表現できるように配慮する

「まかに何か…？」

→重要な問題が真っ先に語られるとは限らない
→重要性が認識されていないかも？



● 沈黙

相手の話が止まってしまっても、あえて黙って、次の言葉を待っている

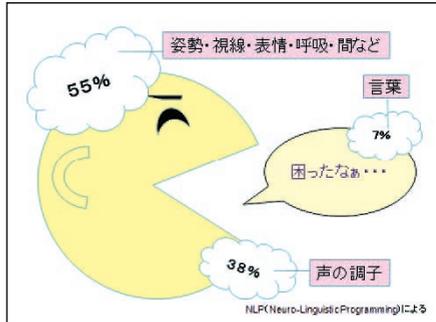
「……」（1分程度は、じっくり待って大丈夫）

沈黙の中での交流
沈黙の意味の理解：考えてる？味わってる？



2. 非言語的な部分を大切に

コミュニケーションをする際、姿勢や視線、表情、呼吸、話の間（ま）が、最も相手に影響を与える要因だといわれています。



患者さまが実際に語った内容（言語表現）だけでなく、どのように語ったか（非言語表現）が大切な情報になります。

表情や声の調子など、言葉以外の部分にも注意を向けると、コミュニケーションから得られる情報量は各段に大きくなります。そのことにより、語られた内容が「文字通り」でないことがわかる場合もあります。

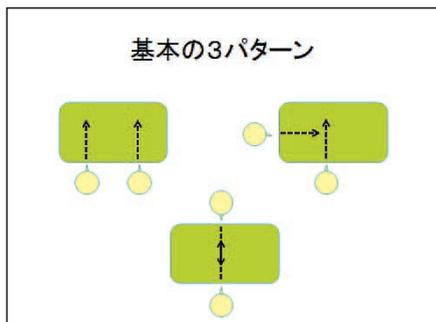
キーワード&キーマッセージ

<ul style="list-style-type: none"> • 言語表現 うれしい 楽しい 悔しい どうにかしてください 死にたい etc.... 	<ul style="list-style-type: none"> • 非言語表現 顔の表情の変化 ジェスチャー 声の調子・大きさの変化 姿勢の変化 服装・髪型 etc....
---	--

3. 環境設定

お話をする時の、場所や時間、座る位置（右図）などを考慮することも、より良いコミュニケーションをとる上で留意したいポイントです。

さらには、静かな場所や、適度な明るさの場所を選ぶなどが大切です。



（稲田美和子）

Appendix 1. 皮下注射

- 末梢血管確保がしづらい場合の対応ができる。
 - CVポートが造設可能であれば作っておくのも一法です。
- 推定予後2ヶ月以内のCachexia(悪液質)を呈する患者にIVH(中心静脈栄養)が必要でないことを知っている。
- 皮下補液の利点、欠点を知っている。

緩和ケアが主体となる患者さまは、末梢血管が確保しづらい場合が少なくありません。その場合、皮下ルートでの点滴、薬剤注入は大変有用です。

★末梢血管が確保できないと困る場合

- 1) 静注でなければ使えない薬を用いる場合(浸透圧の高い薬剤、多くの抗生物質など)
- 2) 急速に大量の補液が必要な場合(緩和ケア領域では殆ど必要とされない)

☆皮下点滴でも補液はできる

- ・生理食塩水、5%ブドウ糖液については大きな支障がない
- ・浸透圧の高いものは避ける
- ・500-1000ml/日であれば、ポンプは不要
- ・水腫になってしまう場合：穿刺部位の変更 投薬量・内容の再検討

☆経口摂取できない場合などの薬剤の注入

フェンタニル、ハロペリドール、デキサメサゾン、ブスコパン®、フロセミド、メトクロプラミド、ミダゾラム、モルヒネ、ナロキソン、オクトレオチド、ハイスコ®

(www.palliative.org、エドモントンの緩和ケアのサイトから引用、改変)

☆こんな方には最適

- ・血管(静脈)が細い。
- ・血管が脆弱ですぐに点滴が漏れてしまう。
- ・長期間点滴を繰り返して末梢血管がすべてつぶれてしまっている。
- ・せん妄、認知症などで自己抜去してしまう。

☆皮下注射の副作用

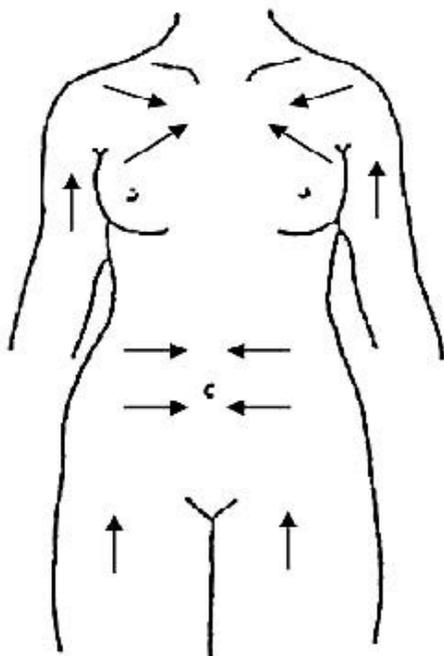
- ・局所の浮腫 最もよく起きるがマッサージでよくなることもある
- ・留置針の局所反応 静注より少ない
- ・痛みや不快感 稀

- 蜂窩織炎 刺し替るだけでOK
- 血管穿刺 血液の逆流があれば入れないこと
- 肺水腫 稀
- 電解質異常 輸液の組成に注意 漫然と同じ輸液を続けない

☆必要物品：

- 1) 24Gの留置針
- 2) 皮膚消毒
- 3) 留置針の下の皮膚の保護材

☆緩和ケア病棟で用いている穿刺部位は下図をご覧ください。差し替え間隔は1週間を目安としています。



(丹波嘉一郎)

Appendix 2. 自治医大附属病院で採用されている緩和ケア関連薬剤（仮採用・院外処方を含む）

■オピオイドの適正使用

緩和ケアにおいて、患者のQOL（quality of life）維持には疼痛管理が必要不可欠であり、そのためには、各種製剤の特徴を十分把握し、剤形、投与量、投与経路及び投与間隔等を考慮して使用する必要がある。

A. 当院採用（仮採用・院外処方を含む）オピオイド一覧

当院採用（仮採用・院外処方を含む）のオピオイドについて、その薬物動態、特徴、使用時の注意事項などを一覧表にして示す。なお、表中で用いている略語などを以下で説明する。

- ・ T_{max}：最高血中濃度到達時間（hr）
- ・ t_{1/2}：消失半減期（hr）
- ・ 製剤名の「★」は、仮採用または院外処方せん発行時のみ使用可能な薬剤
- ・ 薬価は令和3年4月現在
- ・ SC：皮下投与、IM：筋肉内投与、IV：静脈内投与

1. 強オピオイド

1) モルヒネ製剤

表1 当院採用（仮採用・院外処方を含む）のモルヒネ製剤一覧

製剤名（★：仮採用または院外処方のみ）	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考		
モルヒネ塩酸塩水和物「タゲダ」原末	¥2,243.80 /g	速放性	〈定期投与〉 4時間毎 〈レスキュー〉 1時間	0.5~1.3	2.0~3.0	・ 投与量の細かい調節が可能である。		
モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」★	¥128.10 /錠					・ 苦みがある。		
オプゾ®内服液5mg	¥114.50 /包			0.5±0.2	2.9±1.1	・ 水に溶けやすいため水剤（モルヒネ水）で調製可能。		
オプゾ®内服液10mg	¥211.90 /包					・ 腎機能低下時は使いにくい。		
MSコンチン®錠10mg	¥245.60 /錠	徐放性	12時間毎	2.7±0.8	2.58±0.85	・ 規格が10mg錠のみのため、細かな用量調節はできない。		
MSコンチン®錠30mg	¥713.50 /錠					・ 腎機能低下時は使いにくい。		
MSコンチン®錠60mg★	¥1,288.10 /錠			・ モルヒネ水の市販製剤。				
モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包装10mg「フジモト」	¥200.10 /包			・ 外出時の携帯に便利な製剤である。				
モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包装30mg「フジモト」	¥528.30 /包			・ 腎機能低下時は使いにくい。				
パシーフ®カプセル30mg★	¥756.70 /Cap			24時間毎	達放部 0.7~0.9 徐放部 8.4~9.8	11.3~13.5	・ 分割や噛み砕くことにより製剤の徐放性が失われ、モルヒネの血中濃度が急速に上昇するので、割ったり噛み砕いたりせず服用する。	
パシーフ®カプセル60mg★	¥1,341.90 /Cap						・ 腎機能低下時は使いにくい。	
パシーフ®カプセル120mg★	¥2,566.70 /Cap						・ 割ったり噛み砕いたりせず服用する。	
アンベック®坐剤10mg	¥320.10 /個			—	〈定期投与〉 6~12時間毎 〈レスキュー〉 2時間	1.3~1.5	4.2~6.0	・ カプセルに速放性細粒、徐放性細粒が充てんされている。
アンベック®坐剤20mg★	¥612.90 /個							・ 腎機能低下時は使いにくい。
アンベック®坐剤30mg★	¥866.30 /個	・ 悪心・嘔吐が著しい場合や内服困難場合に有用。						
モルヒネ塩酸塩注射液10mg「シノノギ」	¥305 /管	・ 他の坐剤との併用で、血中モルヒネ濃度が影響を及ぼすとの報告がある（インドメタシン坐剤との併用→吸収低下、ジクロフェナク坐剤との併用→吸収上昇）。						
モルヒネ塩酸塩注射液50mg「シノノギ」	¥1,371 /管	—	IV：<0.5	IV：2.0	・ 腎機能低下時は使いにくい。			
モルヒネ塩酸塩注射液200mg「シノノギ」	¥5,065 /管							

2) オキシコドン製剤

表2 当院採用(仮採用・院外処方を含む)のオキシコドン製剤一覧

製剤名(★:仮採用または院外処方のみ)	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考
オキシコドン®TR錠5mg*	¥124.50 /錠	徐放性	12時間毎	3.5±1.1	4.2±0.4	<ul style="list-style-type: none"> 不正使用防止を目的にホリエチレンオキサイドが使用されている錠剤で、ハンマーでも壊れない構造になっている。 割ったり噛み砕いたりせず服用する。 腎機能低下の影響を比較的受けにくい。
オキシコドン®TR錠10mg*	¥233.60 /錠					
オキシコドン®TR錠20mg*	¥433.70 /錠					
オキシコドン®TR錠40mg*	¥799.10 /錠					
オキシコドン徐放錠5mgNXI第一三共]	¥94.50 /錠					
オキシコドン徐放錠10mgNXI第一三共]	¥175.10 /錠					
オキシコドン徐放錠20mgNXI第一三共]	¥318.50 /錠					
オキシコドン徐放錠40mgNXI第一三共]	¥575.10 /錠					
オキシコドン徐放カプセル5mg「テルモ」*	¥94.50 /Cap					
オキシコドン徐放カプセル10mg「テルモ」*	¥175.10 /Cap					
オキシコドン徐放カプセル20mg「テルモ」*	¥318.50 /Cap	2.7±1.6	6.1±1.5	<ul style="list-style-type: none"> 割ったり噛み砕いたりせず服用する。 腎機能低下の影響を比較的受けにくい。 		
オキシコドン徐放カプセル40mg「テルモ」*	¥575.10 /Cap					
オキノム®散2.5mg	¥55.20 /包	速放性	(定期投与) 6時間毎 (レスキュー) 1時間	1.7~1.9	4.5~6.0	<ul style="list-style-type: none"> さっぱりとした甘味がついている。 水に溶解して内服することができる。 腎機能低下の影響を比較的受けにくい。
オキノム®散5mg	¥111.20 /包					
オキノム®散10mg	¥220.70 /包					
オキノム®散20mg	¥457.50 /包					
オキシコドン注射液10mg「第一三共」	¥151 /管	—	—	SO: 0.08~0.5	SC: 4.12±0.58	<ul style="list-style-type: none"> 腎機能低下の影響を比較的受けにくい。
オキシコドン注射液50mg「第一三共」	¥704 /管					

3) フェンタニル製剤

表3 当院採用(仮採用・院外処方を含む)のフェンタニル製剤一覧

製剤名(★:仮採用または院外処方のみ)	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考
フェンタニルテープ0.5mg	¥285.40 /枚	徐放性	24時間毎	22.5±0.9	18割後 27~37	<ul style="list-style-type: none"> 1回の貼付で24時間(1日間の)鎮痛効果が維持できる。 貼付後、2日間は増量を行わない。 腎機能低下の影響を受けにくい。
フェンタニルテープ1mg*	¥528.90 /枚					
フェンタニルテープ2mg*	¥983.60 /枚					
フェンタニルテープ6mg*	¥2,661.70 /枚					
ワンデュロ®パッチ0.84mg*	¥500.30 /枚					
ワンデュロ®パッチ1.7mg*	¥956.00 /枚					
ワンデュロ®パッチ5mg*	¥2,366.70 /枚					
フェンタニルクエン酸塩1日用テープ1mg「第一三共」	¥253.10 /枚					
フェンタニルクエン酸塩1日用テープ2mg「第一三共」	¥473.90 /枚					
フェンタニルクエン酸塩1日用テープ4mg「第一三共」*	¥882.90 /枚					
フェンタニルクエン酸塩1日用テープ6mg「第一三共」	¥1,275.10 /枚					
フェンタニルクエン酸塩1日用テープ8mg「第一三共」*	¥1,648.20 /枚					
フェンタニル1日用テープ0.84mg「明治」*	¥256.70 /枚					
フェンタニル1日用テープ1.7mg「明治」*	¥475.70 /枚					
フェンタニル1日用テープ3.4mg「明治」*	¥889.90 /枚					
フェンタニル1日用テープ5mg「明治」*	¥1,297.90 /枚					
フェンタニル1日用テープ6.7mg「明治」*	¥1,637.10 /枚					
デュロテップ®MTパッチ2.1mg*	¥1,649.60 /枚					
デュロテップ®MTパッチ4.2mg*	¥2,956.80 /枚					
デュロテップ®MTパッチ8.4mg*	¥5,592.90 /枚					
デュロテップ®MTパッチ12.6mg*	¥8,041.20 /枚					
デュロテップ®MTパッチ16.8mg*	¥9,744.00 /枚					
フェンタニル3日用テープ2.1mg「HMT」*	¥1,187.80 /枚					
フェンタニル3日用テープ4.2mg「HMT」*	¥2,199.30 /枚					
フェンタニル3日用テープ8.4mg「HMT」*	¥4,083.00 /枚					
フェンタニル3日用テープ12.6mg「HMT」*	¥5,688.80 /枚					
フェンタニル3日用テープ16.8mg「HMT」*	¥7,408.70 /枚					
イーフェン®バツカル錠50μg*	¥491.70 /錠	4時間以上あけて1日4回まで	0.59~0.67	3.37~10.5	<ul style="list-style-type: none"> 患者個々の用量設定が必要である。 モルヒネ経口換算30mg/日以上との投与を受けている患者を対象とする。 腎機能低下の影響を受けにくい。 	
イーフェン®バツカル錠100μg*	¥683.50 /錠					
アブストラル®舌下錠100μg*	¥549.00 /錠					
アブストラル®舌下錠200μg*	¥773.90 /錠					
アブストラル®舌下錠400μg*	¥1,009.50 /錠					
フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」	¥181 /管	—	—	IV: 投与直後	3.65±0.17	<ul style="list-style-type: none"> 皮下投与の最大量は1.2mg/dayである。 腎機能低下の影響を受けにくい。
フェンタニル注射液0.25mg「テルモ」	¥433 /管					

4) ヒドロモルフォン製剤

表4 当院採用（仮採用・院外処方を含む）のヒドロモルフォン製剤一覧

製剤名（★：仮採用または院外処方のみ）	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考
ナルサス®錠2mg	¥206.60 /錠	徐放性	24時間毎	3.3~5.0	8.9~16.8	<ul style="list-style-type: none"> 割ったり噛み砕いたりせず服用する。 腎機能低下の影響を受けにくい。
ナルサス®錠6mg*	¥540.00 /錠					
ナルサス®錠12mg*	¥990.20 /錠					
ナルサス®錠24mg	¥1,815.80 /錠					
ナルラビド®錠1mg	¥112.60 /錠	速放性	〈定期投与〉 4~6時間毎 〈レスキュー〉 1時間	0.5~1.0	5.3~18.3	<ul style="list-style-type: none"> 腎機能低下の影響を受けにくい。
ナルラビド®錠2mg*	¥206.60 /錠					
ナルラビド®錠4mg	¥378.80 /錠					
ナルベイン®注2mg*	¥738 /管	—	—	SC: 0.083~ 0.28	IV: 2.5±0.36 SC: 5.1±3.5	<ul style="list-style-type: none"> 0.2%製剤と1%製剤の2規格がある。 腎機能低下の影響を受けにくい。
ナルベイン®注20mg	¥6,457 /管					

5) タペンタドール製剤

表5 当院採用（仮採用・院外処方を含む）のタペンタドール製剤一覧

製剤名（★：仮採用または院外処方のみ）	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考
タペンタ®錠25mg	¥110.70 /錠	徐放性	12時間毎	5	5~6	<ul style="list-style-type: none"> 不正使用防止を目的にポリエチレンオキサライドが使用された錠剤で、ハンマーでも壊れない構造になっている。 等鎮痛用量比は、タペンタドール経口・モルヒネ経口：オキシコドン経口=100:30:20(mg/日)である。 腎機能低下の影響を受けにくい。
タペンタ®錠50mg*	¥210.10 /錠					
タペンタ®錠100mg*	¥399.00 /錠					

6) メサドン製剤

表6 当院採用（仮採用・院外処方を含む）のメサドン製剤一覧

製剤名（★：仮採用または院外処方のみ）	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考
メサベイン®錠5mg*	¥185.40 /錠	速放性	8時間毎	4.9±2.1	37.2±4.6	<ul style="list-style-type: none"> 換算比は一定のものはない。 所定の手続きを経た医師のみが処方できる流通管理医薬品である。 緩和ケアチームと相談ください。
メサベイン®錠10mg*	¥352.10 /錠					

2. 弱オピオイド

表7 当院採用（仮採用・院外処方を含む）の弱オピオイド一覧

製剤名（★：仮採用または院外処方のみ）	薬価	放出機構	投与間隔	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	備考	
コデインリン酸塩散1%「第一三共」★	¥7.50 /g	速放性	(定期投与) 4～6時間毎 (レスキュー) 1時間	0.8±0.2	2.2±0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・1%製剤は、麻薬施用者免許が不要である。 ・コデイン約10%がモルヒネに変換されて鎮痛効果を示す。 ・天井効果があるので、投与量が300mg/日くらいに達したら、強オピオイドへの変更を考慮する。 ・腎機能低下時は使いにくい。 	
コデインリン酸塩散10%「第一三共」★	¥149.80 /g						
リン酸コデイン散1%「メタル」	¥9.80 /g						
コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」	¥79.50 /錠						
トラマール®OD錠25mg★	¥32.60 /錠	速放性	4～6時間毎	1.2±0.25	5.7±1.1	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬施用者免許が不要である。 ・最高用量は400mg/日であるが、投与量が300mg/日くらいに達したら、強オピオイドへの変更を考慮する。 ・重篤な腎障害、肝障害では、効果が増強する。 	
トラマール®OD錠50mg★	¥57.30 /錠			1.8±0.8	6.1±1.6		
トラマドール塩酸塩OD錠25mg「KO」	¥12.60 /錠	徐放性	24時間毎	8.5±2.8	6.4±1.1		
ワントラム®錠100mg	¥101.20 /錠			12時間毎	1.04～1.51		7.6～8.6
ツートラム®錠50mg★	¥61.20 /錠						
ツートラム®錠100mg★	¥107.70 /錠						
ツートラム®錠150mg★	¥149.90 /錠						
トラムセット®配合錠★	¥47.60 /錠	速放性	4～6時間毎	トラマドール: 1.0～1.8 アセトアミノフェン: 0.8～1.0	トラマドール: 5.1～5.6 アセトアミノフェン: 2.8～3.3	<ul style="list-style-type: none"> ・トラマドール37.5mg+アセトアミノフェン325mgの配合剤。 ・重篤な腎障害、肝障害では、効果が増強する。 	
トララセット®配合錠「トーワ」	¥16.30 /錠			トラマドール: 1.2±0.6 アセトアミノフェン: 0.9±0.8	トラマドール: 6.1±1.2 アセトアミノフェン: 2.8±0.3		
トラマール®注100	¥101 /管		4～5時間毎	投与直後	5～6	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤な腎障害、肝障害では、効果が増強する。 	
ノルスパン®テープ5mg★	¥1,584.70 /枚	徐放性	7日毎	102～126	剥離後 15～30	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬拮抗性鎮痛薬である。 ・天井効果を有する。 ・最高用量は20mgである。 ・1回の貼付で7日間の鎮痛効果が維持できる。 ・所定の手続きを経た医師のみが処方できる流通管理医薬品である。 	
ノルスパン®テープ10mg★	¥2,440.10 /枚						
ノルスパン®テープ20mg★	¥3,757.70 /枚						
レバタン®坐剤0.2mg★	¥150.20 /個	速放性	8～12時間毎	1～2	3～5	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬拮抗性鎮痛薬である。 ・天井効果を有する。 	
レバタン®坐剤0.4mg	¥189.20 /個						
レバタン®注0.2mg	¥125 /管		6～8時間	<0.08	2～3		
ソセゴン®錠25mg	¥35.00 /錠	速放性	3～5時間	2.0	1.6～3.2	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬拮抗性鎮痛薬である。 ・天井効果を有する。 	
ソセゴン®注射液15mg	¥61 /管						3～4時間

B. 各オピオイド製剤の換算比

表8 各オピオイド製剤の換算比

	経口					経皮			直腸	注射			
	（徐放錠・カプセル・細粒）	オキシコドン（徐放錠・カプセル）	ヒドロモルフォン（徐放錠）	タベンタドール	トラマドール	コデイン	デュロンテップM3Tパッチ	フェンテステープ	ワンデユロパッチ	アンベック坐剤	モルヒネ持続注射・皮下注	オキシコドン持続注射・皮下注	フェンタニル持続注射・皮下注
10			2										
15	10			50	75	90				10	5~7.5	7.5	0.15
30	20	6	100	150	180	2.1	1	0.84	20	10~15	15	0.3	
60	40	12	200	300		4.2	2	1.7	40	20~30	30	0.6	
90	60	18	300			6.3	3	2.54	60	30~45	45	0.9	
120	80	24	400			8.4	4	3.4	80	40~60	60	1.2	
180	120	36				12.6	6	5	120	60~90	90	1.8	
240	160	48				16.8	8	6.7		80~120	120	2.4	
360	240	72				25.2	12	10.1		120~180	180	3.6	

単位はmgです。換算表はあくまでも目安です。

実際には換算表どおりにならないことを考慮し、患者個人にあわせた投与量へ調整することが重要です。

注1) モルヒネ経口：フェンタニル注射の換算値は100：1を使用。

注2) タベンタドールは、500mg/日を超える使用の成績は得られていない。

注3) トラマドールは、400mg/日を超えないこと。

注4) ヒドロモルフォンに関して

- ・モルヒネ経口剤からヒドロモルフォン経口剤への変更は1/5量を目安とする。
- ・モルヒネ注射液剤からヒドロモルフォン注射剤への変更は1/8量を目安とする。
- ・ヒドロモルフォン経口剤からヒドロモルフォン注射剤への変更は1/5量を目安とする。
- ・ヒドロモルフォン注射剤からヒドロモルフォン経口剤への換算比は確立しておらず、1：2~5と報告されている。

※ヒドロモルフォン注射剤を使用する場合は、緩和ケア科に相談ください。

C. レスキューの目安

表9 各オピオイド製剤の1日投与量とレスキュー量の目安

1日投与量 (mg/日)						レスキュー量 (mg/回)				
(経口モルヒネ 徐放錠・カプセル・細粒)	(経口オキシコドン 徐放錠・カプセル)	ナルサス錠	デュロタニル 3日用テープ MTパッチ	フェントステープ	ワンデューロパッチ	オプソ内服液	モルヒネ塩酸塩錠	ナルラビド錠	アンベック坐剤	オキノーム散
		2								
	10			0.5						2.5
20		4				5		1		2.5
30	20	6	2.1	1	0.84	5		1	5	2.5~5
40		8				5		1~2	5	5
	30					5		1~2	5	5
		10				5~10	10	2	5	5
60	40	12	4.2	2	1.7	10	10	2	5	5~10
90	60	18	6.3	3	2.54	15	10	3	10	10
120	80	24	8.4	4	3.4	20	20	4	10	10~15
150	100	30	10.5	5	4.24	25	20	5	10~20	15
180	120	36	12.6	6	5	30	30	6	20	20
240	160	48	16.8	8	6.7	40	40	8	30	30
360	240	72	25.2	12	10.1	60	60	12	40	40

D. 院内麻薬取扱いについて

1. 麻薬施用者免許証

麻薬を施用・交付・処方せんを交付する医師は必ず麻薬施用者免許証を取得しなければならない。

2. 麻薬処方せんの発行

院内処方、オーダーリングシステムから出力される麻薬処方せんを用いる。院外処方はオーダーリングシステムから出力される院外処方せんを用いる。なお、発行時、オーダー医師本人が押印または署名する。

システム障害時には手書き対応とする。院内処方、専用の麻薬処方せんを用いる。院外処方は、通常の院外処方せんを用い、記名押印または署名の他、免許番号の記入が必要である。

3. 処方日数及び処方量

1) 内用・外用

入院は7日以内、

退院・外来は30日以内（ただし漫然と30日処方せず、きちんと評価すること）。なお、メサペイン[®]は14日以内です。

2) 注射薬

処方せん1枚の処方量（アンプル数）は1回分または1日分の施用量とする。ただし、自動持続注入器等にセットする場合は1回セットするアンプル数を処方する。

オーダーリングシステムでは1回分ごとに麻薬処方せんが出力される。

注射薬は、分割して2名以上に施用しないこと。

4. 処方せん交付

外来患者の場合は、当該患者（又はその介護者）に、麻薬処方せんを交付する。

5. 受領・保管

麻薬受領時、処方せんの受領者欄に署名または押印する。保管は各病棟等の麻薬専用の保管庫に格納する。

6. 内用・外用麻薬の返却

処方変更等により麻薬が不用となった場合は、麻薬施用記録票兼返却伝票に必要事項を記載し速やかに薬剤部へ返却する。退院薬の場合は麻薬返却伝票を用いる。

7. 注射麻薬の施用残液及び空アンプルの返却

施用後の空アンプル及び施用残液は捨てずに麻薬施用票とともに薬剤部へ返却する。

持続注入時の途中中止に伴う残液は別途、麻薬返却伝票に記入する。

8. 開封（アンプルカット）した麻薬の全量／調製液全量が施用中止となった場合の返却

薬液と空アンプルを麻薬施用票（施用しなかった理由を記載）とともに薬剤

部へ返却する。

9. 使用済貼付麻薬の返却

(貼り終わったもの、途中で剥がした又は剥がれたもの)

使用済貼付麻薬は、専用の台紙に貼付し、回収袋に入れて交付時の薬袋、麻薬施用記録票兼返却伝票とともに薬剤部へ返却する。

入院後、入院前から貼付していたテープ又はパッチを剥がした場合、麻薬返却伝票とともに薬剤部に提出する。

10. 入院時、患者持参麻薬の取扱い

患者持参麻薬を継続して使用する場合は、入院時患者持参麻薬（内用・外用）の継続施用報告書を薬剤部に提出する。患者持参麻薬が不用となった場合は、麻薬返却伝票とともに薬剤部に提出する。

11. 診療録への記載

麻薬の施用量や施用時間を診療録へ記載する。注射麻薬の記載は処方量（アンプル数）でなく施用量（mL等）を記載する。

12. 事故が生じた場合

事故（破損、紛失、所在不明、誤調剤、汚染等）が生じた場合は、速やかに麻薬管理者へ連絡するとともに、麻薬事故報告書（院内報告書）を麻薬管理者宛に提出する。

E. 麻薬の携帯輸出入について

患者が自己の疾病の治療目的で、麻薬を携帯して出入国する場合には、事前に地方厚生（支）局長の許可が必要である。詳細については、厚生労働省関東信越厚生局麻薬取締部のホームページ等を確認すること。

参考文献

1. 日本医師会編：がん緩和ケアガイドブック、青海社、2014年4月4日
2. 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版、金原出版、2020年7月20日
3. 国立がん研究センター中央病院薬剤部・編集：オピオイドによるがん疼痛緩和（改訂版）エルゼビア・ジャパン 2012年10月10日
4. 日本緩和医療薬学会編：緩和医療薬学、南江堂、2016年10月20日
5. 的場元弘、加賀谷肇：Q & A でわかる がん疼痛緩和ケア 第2版、じほう、2019年6月3日
6. 武田文和、鈴木勉監訳：トワイクロス先生の緩和ケア処方薬 第2版—薬効・薬理と薬の使い方—、医学書院、2017年6月1日
7. 添付文書、インタビューフォーム

■自治医科大学附属病院で用いている緩和ケア関連薬剤名の新旧対照

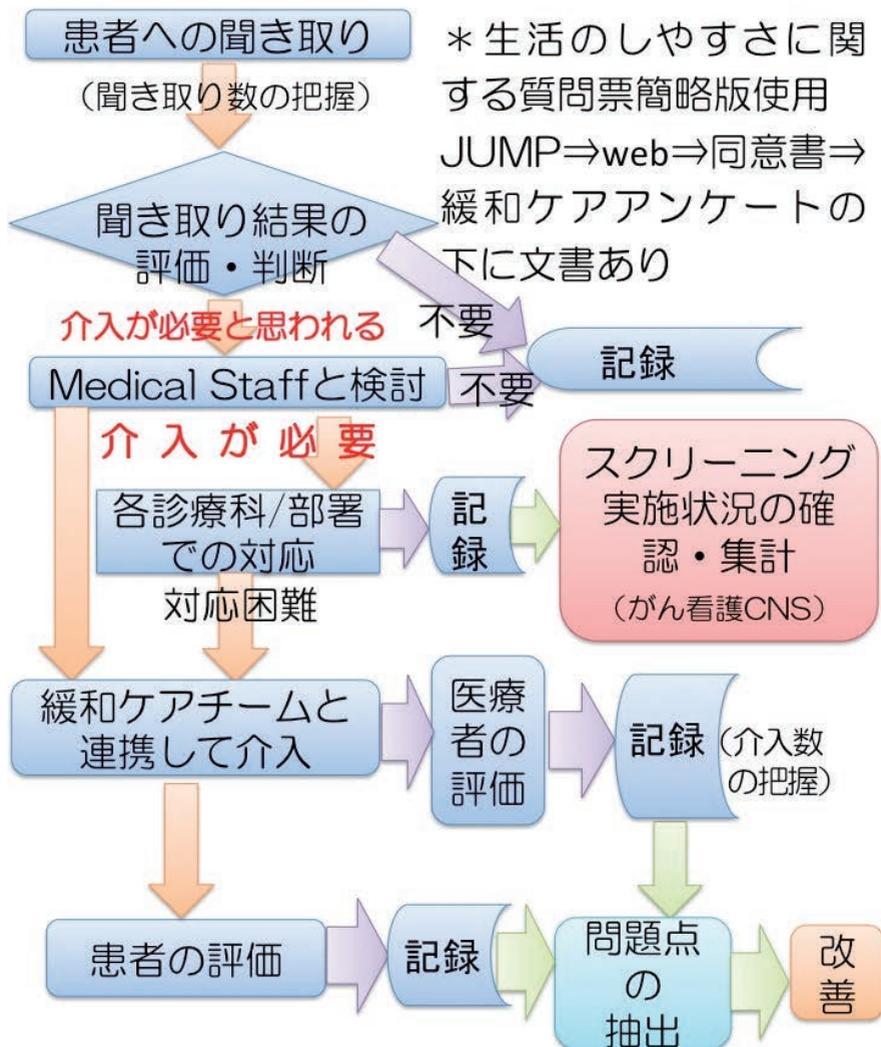
当院においても、先発医薬品から後発医薬品に採用品を変更しているため、緩和ケアによく用いられる薬剤の対比表を作成した。

表10 緩和ケア関連薬剤の新旧対比表（一般名の五十音順）

一般名	採用医薬品名（現在）	採用医薬品名（旧）
オクトレオチド酢酸塩	オクトレオチド酢酸塩皮下注50μg	サンドスタチン皮下注用50μg
	オクトレオチド酢酸塩皮下注100μg	サンドスタチン皮下注用100μg
オメプラゾールナトリウム水和物	オメプラゾール注射用20mg	オメプラール注用20
オランザピン	オランザピン OD錠2.5mg	ジブレキサ錠2.5mg
	オランザピン OD錠5mg	ジブレキサザイデイス錠5mg
カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム注射液25mg	アドナ注（静脈用）25mg
	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム注射液100mg	アドナ注（静脈用）100mg
クエチアピンフマル酸塩	クエチアピン錠25mg	セロクエル錠25mg
	クエチアピン錠100mg	セロクエル錠100mg
能グリセリン、果糖	クエチアピン細粒10%	セロクエル細粒50%
	グリセリン配合点滴静注	グリセオール注
酸化マグネシウム	マグミット錠250mg	マグラックス錠250mg
	マグミット錠330mg	マグラックス錠330mg
	酸化マグネシウム細粒83%	マグラックス細粒83%
ジアゼパム	ジアゼパム錠2mg	2mgセルシン錠
	ジアゼパム錠5mg	5mgセルシン錠
	変更なし	セルシン散1%
ジクロフェナクナトリウム	ジアゼパム注射液10mg	ホリゾン注射液10mg
	ジクロフェナク Na錠25mg	ボルタレン錠25mg
	変更なし	ナポールSRカプセル37.5
	ジクロフェナクナトリウム坐剤25mg	ボルタレンサボ25mg
セフトリアキソンナトリウム水和物	ジクロフェナクナトリウム坐剤50mg	ボルタレンサボ50mg
	セフトリアキソン Na 静注用1g	ロセフィン静注用1g
セレコキシブ	セレコキシブ錠100mg	セレコックス錠100mg
	セレコキシブ錠200mg	セレコックス錠200mg
セノシドA・Bカルシウム塩	セノシド錠12mg	ブルゼド錠12mg
ゾルピデム酒石酸塩	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg	マイスリー錠5mg
ゾレドロン酸水和物	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLパック	ゾメタ点滴静注4mg/100mL
デキサメサゾンリン酸エステルナトリウム	デキサート注射液1.65mg	デカドロン注射液1.65mg
	デキサート注射液6.6mg	デカドロン注射液6.6mg
トラゾドン塩酸塩	トラゾドン塩酸塩錠25mg	デジレル錠25
トラネキサム酸	トラネキサム酸注射液1000mg	トランサミン注10%
ドンペリドン	ドンペリドン錠5mg	ナウゼリン OD錠5
ピコスルファートナトリウム水和物	ピコスルファートナトリウム内服液0.75%	ラキソベロン内服液0.75%
フルニトラゼパム	フルニトラゼパム錠1mg	ロヒプノール錠1mg
フルマゼニル	フルマゼニル静注0.5mgシリンジ	アナキセート注射液0.5mg
ブレガバリン	ブレガバリン OD錠25mg	リリカ OD錠25mg
	ブレガバリン OD錠75mg	リリカ OD錠75mg
	ブレガバリン OD錠150mg	リリカ OD錠150mg
フロセמיד	フロセמיד細粒4%	ラシックス細粒4%
	フロセמיד錠20mg	ラシックス錠20mg
	フロセמיד錠40mg	ラシックス錠40mg
	フロセמיד注射液20mg	ラシックス注20mg
プロチゾラム	プロチゾラム OD錠0.25mg	レンドルミン D錠0.25mg
塩酸メトクロプラミド	メトクロプラミド錠5mg	プリンペラン錠5
	メトクロプラミド注10mg	プリンペラン注射液10mg
ミダゾラム	ミダゾラム注射液10mg	ドルミカム注射液10mg
ミルタザピン	ミルタザピン錠15mg	レモロン錠15mg
ミルナシبران塩酸塩	ミルナシبران塩酸塩錠25mg	トレドミン錠25mg
ランソプラゾール	ランソプラゾール OD錠15mg	タケブロン OD15
	ランソプラゾール OD錠30mg	タケブロン OD30
ハロペリドール	ハロペリドール注5mg	セレネース注5mg
ロキソプロフェンナトリウム水和物	ロキソプロフェン錠60mg	ロキソニン錠60mg
ロベラミド塩酸塩	ロベラミド塩酸塩カプセル1mg	ロベミンカプセル1mg
ロラゼパム	ロラゼパム錠0.5mg	ワイパックス錠0.5
	ロラゼパム錠1mg	ワイパックス錠1.0

（稲見薫）

【スクリーニングのフローチャート】



(小松崎香)

Appendix 4. がん対策基本法（抜粋）（平成十八年六月二十三日法律第九十八号）

第一章 総則（第一条—第八条）

第二章 がん対策推進基本計画等（第九条—第十一条）

第三章 基本的施策

第一節 がんの予防及び早期発見の推進（第十二条・第十三条）

第二節 がん医療の均てん化の促進等（第十四条—第十七条）

第三節 研究の推進等（第十八条）

第四章 がん対策推進協議会（第十九条・第二十条）

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となっている等がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

（基本理念）

第二条 がん対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

- 一 がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。
- 二 がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療（以下「がん医療」という。）を受けることができるようにすること。
- 三 がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

（医師等の責務）

第七条 医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力し、がんの予防に寄与するよう努めるとともに、がん患者の置かれている状況を深く認識し、良質かつ適切ながん医療を行うよう努めなければならない。

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第二節 がん医療の均てん化の促進等

(専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成)

第十四条 国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(医療機関の整備等)

第十五条 国及び地方公共団体は、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、がん患者に対し適切ながん医療が提供されるよう、国立がんセンター、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

第十六条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

附 則 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、平成十九年四月一日から施行する。

Appendix 5. 自治医科大学附属病院の緩和ケア運営について

自治医科大学附属病院における緩和ケア医療提供に係る体制及び管理運営等に関し、必要な事項を次のとおり定める。

1 基本理念

- (1) 患者の生き方や意思を尊重した緩和ケアを推進する。
- (2) 施設から在宅までを含む包括的な緩和ケアを推進する。
- (3) 緩和ケアに関する人材育成を推進する。
- (4) 緩和ケアに関する情報や教育環境を提供する。
- (5) 緩和ケアの研究を推進する。

2 緩和ケア外来の診療提供体制

(1) 方針

- ①症状緩和が末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対して、在宅療養を支援するための外来診療による緩和ケアを提供する。
- ②院内の他科との併診でのサポートを行う。
- ③院外からの依頼は当該疾患の主科となる診療科への紹介を行い、当該科からの紹介を受けて併診する。

3 緩和ケア病棟の診療提供体制

(1) 方針

- ①緩和ケア病棟は本館8階南病棟の一部に置く。
- ②症状緩和が必要な末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対して、入院による緩和ケアを提供する。
- ③緩和ケア病棟に入棟している患者の担当医は、原則として、当該診療科が主治医となり、緩和ケア科医師がサポートする形で構成する。

(2) 入退棟判定委員会

- ①緩和ケア病棟の入棟及び退棟に関する判定を行う入退棟判定委員会（以下「判定委員会」という。）を置く。
- ②判定委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、「緩和ケア病棟入退棟に係る取扱い」に定める。

(3) 入棟の基準

緩和ケア病棟の入棟は、以下の基準を基に判定委員会で総合的に判断して決定する。

- (基準1) 治癒を期待する治療手段が無い、あるいは治癒を目的とする治療を希望しない末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者であること。
- (基準2) 患者本人が緩和ケアプログラムの説明を受け、入棟を希望すること。

(4) 退棟の基準

緩和ケア病棟の退棟は、以下の基準を基に判定委員会で退棟の可否決定を行う。申し出があった場合、速やかに可否決定を行い、本人及び家族に対して速やかに通知するものとする。

(基準1) 患者本人が退棟を希望するとき。

(基準2) 患者本人が緩和ケアプログラムを希望しなくなったとき。

(基準3) その他、緩和ケア科長が退棟の必要があると判断するとき。

(5) その他

緩和ケア病棟における家族の面会及び付き添いは、緩和ケア病棟内に限り、原則として、時間や場所などの制限を設けない。

4 緩和ケアチームの診療提供体制

(1) 方針

①緩和ケアを患者とその家族に行う。

②緩和ケアチームの各メンバーは互いの立場を尊重し、対等な立場で意見を交換し、それぞれの専門知識を活かして、連携して患者の苦痛緩和等に対するサポートを行う。

③職務上知り得た患者並びにその家族及び関係者の情報は他に漏らしてはいけない。

(2) チームメンバー

①医師、看護師、公認心理師、ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、ボランティアなどの中から、必要に応じて専門の職種が参加する。学外の専門家も参加可能とする。

②チームメンバー表は別途定める。

(3) 役割

①緩和ケア相談業務は、緩和ケア担当医、病棟師長、公認心理師、ソーシャルワーカー、その他のスタッフが当たる。

②薬剤師は、緩和ケアに関する服薬指導、医薬情報提供、服薬状況などについての情報収集等に積極的に関わらなければならない。

③管理栄養士は、基準食とは別に患者の嗜好を配慮した献立を積極的に作成しなければならない。

④作業療法士・理学療法士は、患者のQOLの向上を目的として、身体機能の保持に積極的に関わらなければならない。

⑤緩和ケア病棟におけるボランティアは、病棟と地域とをつなぐ重要な役割を担う。

⑥家族及び家族以外の親密な関係者に対し、患者と一単位で緩和ケアプログラムに参加させることが出来る。

5 実施体制

- (1) 緩和ケア科に科長を置く。科長は、基本理念に基づき、緩和ケア提供に係る管理運営に関する業務を統括する。
- (2) 外来医長は、科長を補佐し、緩和ケア外来の診療業務を管理する。
- (3) 病棟医長は、科長を補佐し、緩和ケア病棟の診療業務を管理する。
- (4) 病棟師長は、緩和ケア病棟における看護管理業務を遂行し、日常的な病棟の管理責任を負う。

6 カンファレンス

患者の緩和医療の方針、退院計画、諸問題等について他職種・かかりつけ医を含め、定期的に合同カンファレンスを開催する。また、情報共有と方針決定を図るため、必要に応じカンファレンスを開催する。

7 その他

その他緩和ケア運営に必要な事項は、緩和ケア運営委員会の議を経て、病院長が決定する。

編集責任者

丹波嘉一郎 自治医科大学附属病院緩和ケア部教授・緩和ケア部長

執筆者一覧（あいうえお順、敬称略）

稲田美和子	自治医科大学附属病院こころのケアセンター 公認心理師
稲見 薫	自治医科大学附属病院薬剤部主任薬剤師
井上荘一郎	聖マリアンナ医科大学麻酔科教授
岡島 美朗	自治医科大学さいたま医療センター精神科教授
加藤 敏	自治医科大学名誉教授（精神科）
加藤 直克	自治医科大学名誉教授（哲学／独語）
小島 好子	自治医科大学附属病院患者サポートセンター医療福祉相談室長
小松崎 香	自治医科大学附属病院看護部 看護師長
丹波嘉一郎	自治医科大学附属病院緩和ケア部教授
中山 竜司	自治医科大学口腔外科非常勤医員
森 良之	自治医科大学口腔外科教授
渡辺 邦彦	在宅ほすびす診療所長

表紙

津上みゆき 「View breathe, 07」

表紙撮影

西山 弘一

編集協力（あいうえお順、敬称略）

黒崎 史朗	自治医科大学附属病院緩和ケア部病院講師
小柳 智子	自治医科大学附属病院緩和ケア部
齋藤 暢是	自治医科大学精神科病院助教
島田 宣弘	自治医科大学麻酔科学・集中治療医学助教
清水 敦	自治医科大学附属病院緩和ケア部准教授
竹内 瑞枝	自治医科大学附属病院緩和ケア部助教
千葉さおり	自治医科大学附属病院看護部
渡辺佳緒里	自治医科大学附属病院総務課

2023年2月発行

発行者：自治医科大学附属病院緩和ケア部

印刷所：第一印刷株式会社

このマニュアルは、がん診療連携拠点病院機能強化事業費補助金によって作成されました。

