

都立病院における
末期医療の在り方について

平成13年2月
東京都立病院倫理委員会

報告に当たって

医療技術が急速に進歩し、医療環境、医療倫理、在るべき医療の姿などが大きく変化している中、末期医療や患者の自己決定権に関する問題は、医療関係者の間だけでなく、広くマスメディアにも取り上げられ、社会的な関心が高まっています。

また、これに伴い、臨床の現場でも一部で末期医療に関する指針が作られるなど、具体的な基準づくりが少しずつ進展しています。

末期医療の問題については、患者の尊厳を守ることを基本に、その意思を尊重し、真に患者にとって必要とされる医療を提供していくために、都立病院における基本的な考え方及び具体的な対応を検討し、都立病院の職員はもとより、広く都民に明らかにしていくことが必要です。

こうした背景の下、衛生局長から本委員会に対し、都立病院における末期医療の在り方について検討するよう諮問がありました。

本委員会では、3人に一人ががんで亡くなるという我が国の現状を踏まえ、都立病院におけるがんを中心とした末期医療の在り方について、専門委員会を設置し、検討を重ねてきました。

この報告書では、有効な治療や医療処置による根治や延命が期待できない末期状態のがん患者への対応について、一定の方向性を示しました。しかしながら、末期医療の現場で直面する状況は様々であり、さらに、患者・家族の「死」に対する考え方なども一様ではないため、医療現場では、それぞれの患者の状態や患者を取り巻く状況に適した対応を考えていく必要があります。

今後、各病院において、この報告書の内容を踏まえながら、患者の立場に立った、末期医療への取組を更に充実させていくことを切に願うものです。

平成13年 2月19日

東京都立病院倫理委員会
委員長 木村 利人

目 次

末期医療の現状と課題	1
末期状態の定義	1
末期医療の在り方の基本的な方向	2
1 患者の充実した人生への支援	2
2 緩和医療を重点とした医療の提供	2
3 患者の意思の尊重	2
末期医療実施に当たっての考え方	3
1 医療従事者と患者との関係	3
2 告知	3
(1) 告げることの意義	3
(2) 告知をすべきか否かの判断	4
(3) 告知の方法	5
ア 事前準備	
イ 告知の決定	
ウ 告知の実施	
エ 告知後の支援体制	
3 治療方針に対する患者の意思の反映	8
(1) 患者の自己決定権の確認	8
(2) 患者の意思を反映させるための留意点	8
(3) 患者の意思が変わった場合の対応	8
4 臨死状態における治療等	9
(1) 過剰な延命治療	9
(2) 臨死状態での医療の在り方	9
(3) リビング・ウィル	10
(4) セデーション	10
5 家族へのケア	11
6 医療体制の整備	11
(1) 在宅医療支援	11
(2) 一般病棟における緩和医療	12
(3) 各職種による患者への援助	12

別表 《各職種による患者・家族への援助》

1 患者に対する治療、ケア	1 3
(1) 身体的苦痛に対する援助	1 3
(2) 精神面に対する援助	1 4
(3) 社会的援助	1 4
(4) 生活面の援助	1 5
2 家族に対するケア	1 6
(1) 精神面に対する援助	1 6
(2) 社会的援助	1 7
(3) 生活面の援助	1 7
参考（緩和ケア病棟を有する都立豊島病院で参考としているデータ等）	1 9
資料	2 7
1 設置要綱	2 9
2 委員名簿	3 2
3 開催状況	3 3

末期医療の現状と課題

末期の段階に至った患者にとっては、人生の最終段階を人間としての尊厳を保ちながら、その人らしく生きていくことが切実な願いである。しかし、現在の医療では、痛みや全身倦怠感、嘔気、食欲不振などの身体的な不調や、不眠、不安、抑うつなどの心理的、精神的な不調等をもたらしながら、状況によっては、過剰とも考えられる外科的治療、化学療法等による治療を継続することに主眼が置かれており、患者が最後の生活をどのように送りたいと望んでいるか、また、がんの進行に伴う痛み等の苦痛をどのように取り除いていくべきなのかなどを考慮した取組が遅れている。

一方、患者に提供すべき情報の範囲、患者への病名・病状の伝え方、患者と患者の家族（以下「家族」という。）に対する精神的なフォローなど、多くの課題が残されている。また、延命措置をどこまで行うべきか、患者の意思をどこまで尊重すべきか、さらに、緩和医療体制の整備などの様々な問題が山積しており、医療関係者は、患者、家族とともに、これらの課題に真摯に取り組んでいく必要がある。

末期状態の定義

末期状態とは、痛み等がんの進行に伴う症状に対する治療は可能であるが、原疾患であるがん自体に対しては治療等による効果が期待できない状態を指し、その時期は、同じ年齢、同じがんでも個々の患者によって差があり、一律に定めることは難しいが、日本では、おおむね余命6か月程度とされている。

なお、末期状態と判断する場合には、医師や看護婦（士）などの関係者が十分に協議して、総合的に判断することが必要である。

末期医療の在り方の基本的な方向

1 患者の充実した人生への支援

末期医療の目的は、患者の病状が進行して治癒する見込みがないと判断されても、患者の意思を尊重し、最後まで患者の人間としての尊厳を保持し、残された時間を有意義に使うことで充実した人生を過ごしたり、穏やかな心理・精神状態で過ごすことができるよう支援していくことである。

2 緩和医療を重点とした医療の提供

末期状態となったことを知った患者は、身体的な苦痛だけでなく、不安、抑うつや怒りなどの心理・精神的苦痛、家庭や仕事、経済上の悩み、また、死に対する恐怖、生きていることの意味への問いかけなど、様々な問題を抱えることになる。

それをどう捉え、その後の時間をどのように過ごそうとするかは、個々の患者によって異なっている。残りの時間を積極的に生きようとする患者がいる一方、悩み続ける患者もいれば、絶望する患者もいる。

そのため、末期医療は、やがて訪れる「死」までの期間について、患者個人の持つ価値観、人生観、死生観が尊重され、本人が尊厳を持って生きていけるよう支援していくため、身体的苦痛、心理的・精神的苦痛、社会的苦痛などに対する治療やケアを行う緩和医療を重点に提供することが重要となる。

緩和医療は、末期状態となる以前の積極的ながん治療が開始された段階から開始されるべきものであり、末期医療＝緩和医療ではないことに留意する必要がある。

3 患者の意思の尊重

患者が末期の段階で何を望み、何に向かって努力しようとするかは、患者本人が考え、決定することであり、患者の意思は最大限に尊重されなければならない。

そのためには、常に患者の意思を確認していく必要があると同時に、治療経過、現在の病状、投与している薬品とその副作用、今後の治療、ケアに関する選択肢などについて必要な情報をすべて提供することにより、患者が自ら行動を決定していけるよう支援していく必要がある。

末期医療実施に当たっての考え方

1 医療従事者と患者との関係

末期医療は、医療従事者と患者との信頼関係を基礎とし、双方が対等な立場に立ちながら行われなければならない。

そのためには、医療従事者が患者の生き方を尊重し、モラルや節度ある態度を持って患者に接するとともに、患者に対する病名・病状の説明や緩和医療についての情報提供などを適切に行い、患者が自ら今後の生活の方向性や治療内容等を選択できるようにしていかなければならない。

また、末期医療は、緩和医療を専門とする医師が主治医となって行っていくことが望ましいが、医師だけでなく、看護婦（士）、MSW、薬剤師などの各分野の専門スタッフの協力が不可欠であり、これらの医療従事者がチームとなってかかわっていくことが必要である。

なお、言うまでもなく、患者にとって家族とのかかわりは極めて重要であり、医療従事者は、家族の中から話し合う際に最適なメンバー（キーパーソン）を見定め、情報交換を密接かつ正確に行っていく必要がある。

2 告知

(1) 告げること（truth-telling）の意義

いわゆる告知は、病名だけでなく、病状、治療やケアの内容、さらには、今後の生活様式の制限などを患者に知らせていくことであるが、特に末期状態となつてからの告知は、患者に大きな動揺をもたらす可能性があり、医師にとっても対応に苦慮する課題である。

しかし、病名、病状や治療方法等について真実を告げるとは、患者の意思を尊重し、治療方法や生活についての選択を可能にするとともに、患者が自ら治療に積極的に参加しつつ、最期の段階まで、患者自身の人生として充実した日々を送ることができるようにするため、極めて重要である。

また、実際に治療を行ったり、患者が生活していく上で、真実を知らせることには、次のようなメリットがある。

- 患者、家族と医療従事者との円滑な意思の疎通が可能となり、相互に信頼関係を築くことができる。
- 苦痛緩和のための治療について効能・効果、副作用等の情報を正確に伝えることができ、円滑な医療の遂行が可能となる。
- 病気の進行に伴って発現する症状を予め説明しておくことにより、実際にその症状が出現した場合に、患者だけでなく、家族もそれを理解し、受け入れやすくなる。
- 病気の進行、治療の進め方によって、患者の生活がどのように変わるかを説明すること

により、患者自身が生活上の心構えや事前の対処法を持つことが可能となる。

以上のことから、末期状態になってからも可能な限り告知を行うべきであるが、告知に際しては、告知すべきか否か、また、告知の方法について、(2)「告知すべきか否かの判断」以下に記した事項を踏まえながら慎重に検討することが必要である。

なお、末期状態でのがんの告知に関連して特に問題なのは、元来、がんの告知は、インフォームド・コンセントとして、診療の経過とともに進められるべきものであるにもかかわらず、末期状態に至るまで告知が行われないままで推移し、末期状態での告知が必要とされる例があることである。更に、多くの患者が自分ががんであることを知らないままに生活し、亡くなっていく実態があり、こうした状況が、末期状態におけるがんの告知が抱える根本的問題であると言える。

このようなことから、末期状態に至る以前におけるがんの告知の在り方について、ここで、あえて付言しておく。

我が国のがんの告知率は依然として低い状態にあるが、この原因の一つとして、現状では、治る場合は告知しても、治る見込みが確かでないときには、患者本人への告知を避ける場合が多いことが挙げられる。しかし、治る見込みが低い場合こそ、より一層、患者への告知が重要な意味を持つことも理解すべきである。

また、我が国では、家族が告知に反対する 경우가少なからずあり、これに対して、医療側が、家族に告知の持つ重要性を十分説明することなく、「家族が反対しているから…」という理由で、告知への努力を尽くさないことがある。しかしながら、家族は、告知されないために患者がその後長期にわたり深刻な問題を抱えることを知らないまま、反対している場合が多い。医療側としては、このことを十分認識し、告知について家族の理解を得るように努力することが特に必要である。

以上のように、医療従事者は、がんの告知について、末期状態になる以前における取組こそが重要であることを理解するとともに、告知が患者自身にとって極めて重要な意義を有していることを改めて認識し、告知の問題に積極的に取り組むべきである。

(2) 告知をすべきか否かの判断

患者の意思を尊重するために、患者が自ら判断する材料となるものは、すべて説明していくという考え方で臨むべきであり、患者本人への告知を行っていく必要がある。

ただし、患者の状態や患者の置かれた状況等によっては、告知が悪い影響を及ぼすこともあるため、告知をすべきか否かを判断するに当たっては、次のような事項に十分留意すべきである。

ア 特に告知が必要とされる場合

- 患者が病名を知りたいという強い希望を持っているとき。
- 自身の心身の状況が、仕事や財産、家族等について重大な問題を生じさせる可能性がある」と患者が判断したとき。

- 告知が今後の患者のQOLの確保に寄与すると判断されるとき。
- 患者が、がんであるかどうか疑念を持って、心理・精神的に極めて不安定になっており、告知することがその解決になると判断されるとき。

イ 告知しないことを検討すべき場合

- 患者が告知を拒否している場合
- 患者本人の受容能力からして、告知により残された人生に希望を失ってしまうと考えられるなど、患者にとって告知のメリットがないと判断される場合
- 告知後に家族が患者を支えることが難しいと考えられるとき。

ウ その他

(ア) 高齢者の場合

告知を行うことの重要性は同様であるが、告知の与える病状への影響や告知内容に関する理解度、更に家族の考え方等に十分配慮すべきである。

(イ) 家族が告知に同意しない場合

医療側が告知が望ましいと判断した場合でも、家族が告知に同意しない場合は、無理に告知すべきではない。しかし、医療側から十分な説明がないために、家族が告知の必要性や重要性について認識せず、告知により患者が受ける当面の精神的な打撃のみを心配して反対している場合が多い。このようなことから、医療側としては告知することの必要性や重要性を根気強く説明し、同意を得る努力を継続することが必要である。

(3) 告知の方法

ア 事前準備

同じがん、同じ年齢であったとしても、告知の受け止め方には個々の患者によって大きな差がある。また患者の支えとなる家族の有無など、患者を取り巻く環境も様々である。

告知に当たっては、医師・看護婦(士)・MSW等の患者をサポートするチームで協議し、それらの状況を的確に判断した上で行う必要がある。

- (ア) 患者や家族は医師に対して聞きたいことが聞けない、何を聞いていいかわからない等の場合もあることを考慮に入れながら、十分に時間を取って患者・家族の疑問や不安等にこたえ、信頼関係を確立する。
- (イ) 患者が告知を希望し、告知の結果を受容する能力・環境があることを確認する。
- (ウ) 患者の生活環境、生活歴、性格、家族との関係等について把握し、告知後の患者の身体面及び精神面を支えていく体制があるかどうかを確認する。
- (エ) 告知後の患者、家族の身体面及び精神面を支えていくためのチーム医療によるフォローアップ体制を整備しておく。
- (オ) 患者及び家族に説明の窓口となる家族(キーパーソン)を選定してもらい、説明を行う。その際、告知後に患者の支援をしてもらえるよう、理解と協力を得ておく。
- (カ) 初診時、入院時の早い時期から段階を追って徐々に病状を説明し、意思の疎通を図る

中で、告知を希望するかどうかの意思確認しておく。

イ 告知の決定

告知することにより患者にプラスの効果が期待できるかどうか、また、告知しないことによる不利益などについて、患者本人だけでなく、家族の意見や意向、医療スタッフからの情報等を総合し、告知の時期や方法も含めて、主治医が判断し決定する。

ウ 告知の実施

告知するに当たっては、患者の価値観やライフスタイル等のバックグラウンドや、患者の心情に配慮しながら進める必要がある。実際には、臨床の経過に沿って、がんの可能性について説明し、患者がそれを受け入れていくといった、「段階を追った告知（穏やかな告知）」を行っていくことが望ましい。

段階を追った告知により、患者が気持ちの整理を行いながら徐々に真実を受け止めていくことは重要な意味を持っており、そうした配慮なしに行われた告知は、患者にとって大きな負担や傷となる可能性があることを十分認識しておくべきである。

また、次のような点に配慮しながら、患者・家族と医療従事者との相互のコミュニケーションをとっていくなど、慎重に対応することが必要である。

(ア) 告知時の環境への配慮

- プライバシーが保てる場所を確保するなど、落ち着いた環境のもとで行う。
- 心理・精神面を配慮し、日中の早い時間に説明し、夜までの時間的余裕を見込むようにする。
- 外来での告知は、告知後に直接医療従事者がフォローすることができないため、家族等による支援体制に特に注意を払い慎重に行う。

(イ) 第三者の立会い

患者本人と医師だけで説明することは避け、患者が望む家族と看護婦が必ず立ち会うなど、複数対複数で行うようにする。ただし、患者本人が第三者の立会いを望まない場合にはその意思を尊重する。

立ち会った看護婦は、患者・家族の反応や理解度等を把握し、必要により、患者・家族に対し、「お分かりですか。」「お聞きになりたいことはありませんか。」等の問いかけを行う。また、医師の説明が分かりにくい場合は、そのことを医師に伝える等、説明の充実に努める。なお、看護婦は、説明後のケアや患者とのかかわり方などについて、医師とともにより適切な方法を検討することも必要である。

(ウ) 質問や不安にこたえる体制があることの説明

告知は患者に対して、大きな動揺を与える可能性があるため、十分な時間を取って説明し、「お聞きになりたいことがあったら、いつでも御相談ください。」等、いつでも患者や家族の質問や相談、不安にこたえる体制があることを説明し、患者・家族の安心を得ることが重要である。

(I) 希望を与える情報の提供

病状の説明の際は、少しでも希望を与えるような情報も提供するように配慮する。

(オ) 今後の治療方針等の説明

治療方針等については、どのような治療方法があるかを説明し、それぞれの治療法のメリット・デメリットなどについて詳しく説明する。また、薬の副作用等の説明をするとともに、その苦痛を緩和、除去することやその方法等についても説明し、患者の精神的負担の軽減に努める。

また、治療方針や今後起こり得る状態などを説明する際には、生活上、変わる部分と変わらない部分についてもできるだけ具体的に伝える。

(カ) 適切な言葉での告知

患者には「末期」というような直接的な表現は使わないようにする。

告知は、分かりやすく具体的に説明する必要があるが、理路整然と告げることが目的ではない。告知は、患者自身が自らのQOLを確保するための選択を可能にする手段である。また、患者が告知をきちんと受け止めることができなければ告知したことにはならない。これらのことを医療従事者は十分認識しておく必要がある。

エ 告知後の支援体制

告知により、患者や家族の気持ちは、大きく動揺する可能性が高い。このため、告知後の患者をフォローする体制が重要であり、医師をはじめとしたチームにより、身体的、心理・精神的、社会的ケアの提供に努めていく必要がある。

その際、特に次のような点に留意する。

- 患者を孤独にしないようにする。特に入院患者では、告知の後は、患者の状況に応じながら、看護婦が夜間のフォローに通常以上の配慮をすることが必要である。
- 患者が残る人生をどのように送りたいと考えているかを把握し、患者がその希望を果たす上で、医療側としてどのような支援が必要かを検討し、患者と相談しながら具体的な援助を行う。
- 病状の悪化や余命の説明等、患者に動揺を与えるような重要な情報を提供する場合には、前記「(2)告知をすべきか否かの判断」と同様の配慮を行う。
- 家族による患者への支援を確保するために、家族の不安、悩み等への相談にも適切に対応する。
- 配偶者など家族の心理的、肉体的負担を軽減するため、患者・家族の同意のもと、信頼できる親族・友人等を確認し、支援を依頼する。

3 治療方針に対する患者の意思の反映

告知がなされた後、迫り来る「死」及びそれまでの余命をどのように受け入れ、どのように対処していこうとするかは、患者ごとに異なるものとなる。

家族との生活を最重点に考える場合、自らの仕事などを優先に考える場合、治験段階の治療法に望みを託し最後まで積極的な抗悪性腫瘍治療を望む場合など様々である。また、患者の意思は時間の経過とともに変わることがあり、さらには、1日のうちに変わることもしばしばある。

患者の意思を反映した、それぞれの患者に適した治療を実施していくために、次のようなことに留意していく必要がある。

(1) 患者の自己決定権の確認

医療の提供が、患者中心に行われるべきことを医療従事者が正しく理解しておくことは当然であるが、患者自身や家族にも「治療方針の決定権は患者自身にあること」や「一度表明した意思を変更することができること」を認識してもらう必要がある。そして、患者の意思決定やその変更のために必要な十分な情報を提供することや、医療スタッフが支援することを説明する。

(2) 患者の意思を反映させるための留意点

- ア 患者の意思を治療方針等に反映させるには、患者自身が正しく十分な情報を持っていることが必要である。そのためには、今後起こり得る事態、取り得る手段などについて説明し、患者自身又は家族が意見を言いやすいような状況づくりに努める。
- イ 説明の際には、患者の疑問や不安を解消するため、十分な時間をかけ繰り返し説明する。
- ウ 患者が意思決定できるよう、十分な時間的余裕を確保する。
- エ 患者本人のライフスタイルや価値観を尊重する姿勢を持ちながら説明を行う。
- オ 「どなたかお知り合いの医師がいましたら、その先生に聞いていただいてもいいですよ。その際はデータを全部お貸ししますよ。」など、セカンドオピニオンについても積極的に説明する。
- カ 1回の説明では理解できない場合もあるので、患者がいつでも質問や相談ができるような状況をつくるとともに、患者にその旨を伝える。

(3) 患者の意思が変わった場合の対応

患者は様々な悩みを抱えながら治療を受けており、治療方針に対する当初の希望や意見が途中で変わることは稀^{まわ}ではなく、それ自体は不自然あるいは不合理なことではない。

患者から変更の申出があった場合には、その時点での患者の意思を尊重し、改めて話し合いを行う。

ただし、今後の治療方針等を検討する場合の参考として、「なぜ変わったのか。」「変更

の意思はどの程度強いものなのか。」「本当に患者自身が納得しているか。」等、変更の理由を、家族も含めた話し合いにより、慎重に確認する必要がある。なお、その際には、意思の変更について受容的な態度で接することが必要である。

また、医療側としては、「情報提供が十分になされていたのか。」「患者、家族とのコミュニケーションに問題はなかったのか。」「症状マネジメントが十分に行われていたか。」等について改めて検証することが必要である。

4 臨死状態における治療等

(1) 過剰な延命治療

延命は、医療の最重要項目の一つである。しかしながら、患者が、がんのために死に直面しており、回復が望めない状態（臨死状態）であるにもかかわらず、単に死期をわずかに延長することを目的とした医療を行うことは、患者にとって意味のない過剰行為となる場合があり、「過剰な延命治療」となりかねない。一般的には、臨死状態で行われる人工呼吸器の装着、心臓マッサージ、電氣的除細動、人工透析の実施等が問題となる。

しかし、仮に患者や家族が一刻でも長く生きたい、あるいは生きていて欲しいと望み、それにこたえて医療を実施する場合には、必ずしも「過剰」な延命治療とはならないものであり、その希望に沿って医療を行う必要に迫られる場合もあることに留意せねばならない。

このようなことから、患者が死に直面したときの延命治療の受入に関する患者・家族の希望を予め確認しておくことが重要である。しかしながら、我が国においては、がん告知の問題や国民性の問題などから、これを確認することは容易ではなく、その一助として以下のような方法で行われている。

- 入院時に、患者にアンケート調査を行い、治療方法等に関する一般的な質問に加え、がんと診断された際における病名や病状の告知に対する希望、臨死状態における治療に対する希望等を含めて患者の意見を把握しておき、それを参考として患者・家族と話し合う。
- 日常診療のなかで、時間をかけてゆっくりと話し合い、患者の真意を確認する。

(2) 臨死状態での医療の在り方

ア 医療側としては、基本的に死を迎える準備を支援するという考え方で臨むべきである。

イ がんの末期患者に対し、過剰な延命治療を避けるために、D N R (do not

resuscitate) の意思を事前に確認しておくことも大切である。なお、家族や親族の中には、病院で可能な最大限の治療を行い、少しでも長く生きることを望む方もいることから、患者及び家族等と最終段階での医療提供について、予め時間をかけて話し合いをしておく

D N R

do not resuscitateの略で、末期状態の患者に心肺停止が起こったとき、胸骨圧迫マッサージ（心臓マッサージ）、電氣的除細動、気管内挿管と人工呼吸器の装着などの蘇生処置を行わない、という事前の取り決めのことを言う。

ことが重要である。

ウ どのような医療を提供すべきかの判断は、医師一人で行うのではなく、医療チームの意見を聞くとともに、家族と十分話し合い、決定する必要がある。

エ ここで決定した内容は、カルテに記載しておくことが必要である。この記載がなかったために、患者・家族の希望に反し、蘇生術が行われるようなことがあってはならない。

(3) リビング・ウィル

リビング・ウィル（書面）が提出された場合の取扱いは、慎重に行う必要があり、提出されたからといって安易に応ずるべきではない。

患者の意思、末期状態に関する知識、判断能力、家族の希望等について十分に把握した上で、医療チームとして様々な視点から受入れの適否を検討すべきである。判断に迷う場合は、院内の倫理委員会などにおいて検討することが必要である。

リビング・ウィル

判断能力のある時点で、将来判断ができなくなった場合に自分が受ける医療に関し、予め自分の希望を述べた書類のことである。アメリカでは、多くの州でリビング・ウィルに関する法律が制定されているが、日本では、法的な根拠はなく、「日本尊厳死協会」等が「尊厳死の宣言」等を作成している。一般的には、末期的な病状になった際に、人為的な手段によって不本意に生かされることを拒否する旨が記載されている。

(4) セデーション

セデーションは、死をもって苦痛を終わらせようとする安楽死や慈悲死などではなく、考えられるすべての緩和治療を行ってもまだ苦痛がとれない場合に行う治療法である。

緩和ケア病棟では、十分なインフォームド・コンセントや病状・病態の把握とチームの合意の上で既に患者に適用しているが、一般の病棟においても、患者が最後の段階まで尊厳を保ちながら生きていくうえで、重要な治療法の一つとして評価されている。

しかしながら、がんの末期患者へのセデーションを適切に行っていくためには、余命の見極め、薬剤投与量など医療技術的な問題や、意識のない患者をみ取る際の家族等のかかわり方といった心情的な問題など、解決しなければならない様々な課題がある。そのため、実施に向けて今後十分な知識、経験を積んでいく必要がある。

セデーションについては、がんの末期患者に対して、あらゆる治療を試みても改善しない強い呼吸困難感、強い倦怠感、不穏状態などの末期の諸症状に対して行う最終的な治療方法として、今後、都立病院においても倫理性、科学性に基づいた取組が期待される。

セデーション

考えられる全ての緩和治療を行ってもまだ苦痛がとれない場合に、鎮静剤等の投与により、患者の意識レベルを低下させることによって苦痛を取り除く医療行為（治療法）

5 家族へのケア

末期患者を抱えた家族は、精神的に患者を支えていくという重要な役割を担いながら、経済的な問題などにも対応していかなければならない。そのため、患者への接し方についての戸惑い、生活上の悩み、在宅療養になった場合の不安など、患者とは異なった心理的・精神的な負担を抱えることになる。

家族の支援のもとで患者が安らかに人生最後の時期を過ごすことができるよう、また、家族自体が様々な精神的・社会的課題を乗り越えていけるよう、次のような情報提供や助言を行っていくことが必要である。

- (1) 患者に対してと同様、家族にも患者の状態や治療方法等について、十分な説明を行うとともに、十分なコミュニケーションをとる。
- (2) 患者の身体的・心理的な状態に応じた適切な接し方について、家族に助言・指導を行う。
- (3) 家族の精神状態を把握し、不安、落ち込み等に対する精神的支援を行う。
- (4) 社会的援助に関する情報提供など、生活・経済面に対する支援のための相談に対応する。
- (5) 在宅療養に移行する場合には、介助方法、療養上の留意点、療養生活を支える各種サービス等に関する具体的な相談、情報提供を行う。
- (6) 近親者を失った家族が陥りやすい心身症状に対処するために、適切な支援や情報提供などについて可能な限り配慮していく（グリーフケア）。

6 医療体制の整備

末期医療は、緩和ケア病棟だけで行われるものではなく、一般病床や在宅においても実施されるべきものである。

どのような環境で行われるとしても、患者の意思が尊重され、かつ患者が最後まで充実した人生を過ごすことができるよう、医療側が支援していかなければならない。

そのため、次のような方向で都立病院の医療体制を整えていくことが望まれる。

(1) 在宅医療支援

在宅における疼痛などの症状緩和が適切に行えるよう、患者の心身の状態の把握や症状緩和のノウハウを提供するなど、患者のかかりつけ医や訪問看護ステーションなどとの連携を一層密接に行っていく必要がある。

また、在宅医療で特に問題になるのは、在宅で治療を継続している患者の容体が急変したときなどの対応であり、患者が必ず緊急入院できる受入体制を整備しておく必要がある。

(2) 一般病棟における緩和医療

緩和ケア病棟が著しく不足していることから、一般病棟においても、相当数の末期患者を担当せざるを得ない状況が今後も続く予想される。また、末期医療は、緩和ケア医療を専門に行っている医師・看護師（士）等がいる緩和ケア病棟でなければならないという医療ではない。

一般病棟においても、医師、看護師（士）、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理、MSWなどの医療従事者が緩和ケアや末期医療への理解や取組を深めることが非常に重要である。

また、駒込病院でのモデル事業、豊島病院の緩和ケア病床で培ったノウハウを一般病床での緩和ケア医療に活用していく方策を具体的に検討し、実施することが必要である。

(3) 各職種による患者への援助

医療は、医師、看護師（士）、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理、MSWなど様々な職種が連携・協力しながら提供されるが、特に末期の患者に対しては、これらの職員がチームとして、それぞれの役割を理解し、末期医療に特有のかかわり方をもって推進することが必要である。

そこで、末期医療に関する主要な問題について、各職種が特に留意すべき点を別表にまとめた。

別表 《各職種による患者・家族への援助》

1 患者に対する治療、ケア

(1) 身体的苦痛に対する援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> •医療スタッフ間で情報を共有する。 •身体的な苦痛や困難を軽減することと精神的ケアは、相互に密接な関係を有するので、医師等と連携して苦痛等の緩和、除去を行う。
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> •患者や家族とのコミュニケーションを図り、苦痛の内容や程度を常に把握するよう努め、その苦痛緩和のための適切な治療方法を患者・家族とともに選択する。 •「WHO方式がん疼痛治療法」による痛みの治療など、諸症状に対する適正な医療の遂行と新たな治療法の開発を行う。 •セデーションに関する知識、技術の習得に努め、患者の苦痛を緩和する。
精神科医師 ・ 心 理	<ul style="list-style-type: none"> •薬物療法、支持的精神療法、カウンセリング等による心理的側面からの苦痛の緩和をサポートする。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> •患者の痛み等の苦痛が医療者側に的確に伝わるように側面的な援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> •物理療法による症状緩和、A D L（日常生活動作）向上のための指導を行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> •患者の症状に適した薬剤選択、薬の副作用の軽減や防止のための援助を行う。 •処方された薬、症状マネジメントのための服薬指導を行う。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> •患者の変化する病態や苦痛に合わせた栄養管理と食事を提供する。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> •病態の把握と評価に基づく看護計画を実施する。 •科学性に基づいた看護を通じ、医師等と連携して苦痛等の緩和、除去を行う。 •患者の症状変化のプロセスを適切に捉え、医師に伝えることにより、医師の判断をより確実なものにする。

(2) 精神面に対する援助

職 種	内 容
-----	-----

共 通	<ul style="list-style-type: none"> 十分に患者の話を聞き、病状に対して十分な説明を行い、医療スタッフ全員が患者を支えていることを伝えるなど、患者・家族と良好なコミュニケーションをとり、安心感、信頼感を確保する。 患者の病態と精神状態の把握・分析に基づき、会話等を通じた精神的苦痛の共有などの精神的支援を行う。
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護婦(士)、心理、MSW、薬剤師、栄養士、理学療法士等からなるチームでコーディネーターとしての役割を果たす。 落ち着いた環境の中での、傾聴や共感、コミュニケーションの確保に努める。
精神科医師 ・ 心理	<ul style="list-style-type: none"> 患者の精神状態の把握、分析に基づき、治療や精神的支援を行うとともに、医療従事者間の調整を行う。 傾聴し心情を受け止め、患者の問題整理をサポートする。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> 今後の生活への不安を受け止め、問題整理のサポートを行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤についての情報提供、向精神薬の選択のための支援を行う。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> 病態やし好に合わせた栄養管理(献立の作成、食事の提供等)を行う。 闘病生活に潤いを与えるための誕生食・季節食・行事食等を提供する。
看護婦(士)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の心理的变化をとらえ、患者との会話や応対等によって不安感を取り除く。

(3) 社会的援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> 患者が残された日々をどう過ごしたいと望んでいるのか、また、心配していることや心残りとなっていることを把握し、患者の希望が達成できるよう援助する。 MSW、看護婦(士)との情報交換、支援要請を行う。 退院後の療養生活の準備・援助(在宅療養、施設療養に関するコーディネート)を行う。
精神科医師 ・ 心理	<ul style="list-style-type: none"> 家族関係の調整を行う。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> 患者が求める療養生活(在宅、施設、保険制度など)に関する情報提供と援助を行う。

(4) 生活面の援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> その人らしい最期が迎えられるような配慮と環境整備に努める。 MSW、看護婦(士)との情報交換、支援要請を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> ●患者が尊厳を持ってその人らしい最期を迎えるために配慮する。（環境整備、身だしなみ、食事等）
医 師	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅患者が急変した場合の受診や、緊急入院の受入体制を病院として確立し、確実な運営に努める。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の生活面の援助のため、地域関係機関との連絡、調整を行う。 ●患者の判断能力が不十分な場合、家族や地域の関係者との連携による援助を行う。 ●生活、経済面に関する福祉制度、福祉サービスの活用について、相談援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ●A D L（日常生活動作）の訓練など、在宅生活を行うために必要かつ適切なリハビリテーション計画を作成し実施する。 ●環境調整（家屋改造等）のアドバイスを行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅での適切な服薬ができるよう指導・援助する。 ●薬の服用方法等の相談窓口を設け、いつでも自宅から相談ができるような体制をつくる。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> ●病態やし好に合わせた献立の作成とアドバイスを行う。 ●在宅移行時の栄養指導を行う。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅看護・介護に関する知識、技術の提供、援助を行う。 ●特に日常生活を送る上で問題となる部分について助言を行う。

2 家族に対するケア

(1) 精神面に対する援助

職 種	内 容
共 通	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の心情や立場を理解し、それらを尊重しながら支援を行う。 ● 医療従事者がチームとして患者さんを支えているので、必要な援助がいつでも受けられることを説明する。 ● 患者との対応の仕方に関する相談・指導を行う。 ● 患者が主体であることを前提とした適切な説明を行う。 ● 家族に与える精神的影響等に注意し、家族自身の落ち込み等、家族の精神状態の把握・分析を行い、必要に応じて会話等を通しての精神的援助を行う。 ● 患者の死後、家族に対するグリーフケアを行う。
医 師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族が安心して患者をサポートできるよう、治療方針やDNR（P9参照）についての十分な説明、情報提供を行う。 ● 治療方針の決定等に当たっては、今後の見通し、起こり得ること等について、十分に家族と話し合い、その意思を確認しておく。 ● 医師、看護婦（士）、心理、MSW、薬剤師、栄養士、理学療法士等からなるチーム内でコーディネーターとしての役割を果たす。 ● 家族とのコミュニケーションを確保する。 ● 急変の可能性について十分説明し、急変時に必ず緊急入院できることを約束することで家族の不安を可能な限り小さくする。 ● 場合により、家族のカウンセリングや投薬などで心理・精神面を支える治療を行う。
精神科医師 ・ 心 理	<ul style="list-style-type: none"> ● 傾聴、共感し、心情を受け止め、家族が問題を整理する上でのサポートを行う。 ● 必要により、カウンセリングを通して家族の精神面の支援を図る。
M S W	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者が穏やかに療養できるよう、家族の社会生活上の不安に対する精神的なサポートを行う。 ● 家族の精神的な苦痛について、心理職との情報交換を行い、精神的支援を行う。
薬 剤 師	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤、特に鎮痛薬に関する正しい知識を伝えることによって、家族の安心感を確保する。
栄 養 士	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事に対して、家族としてできることを指導することにより、家族の安心感を確保する。
看護婦（士）	<ul style="list-style-type: none"> ● 電話相談等により家族の精神面の支えになる。 ● 心理職への情報提供と家族への支援の要請を行う。 ● 家族と面接をし、力づけ、ねぎらい等、家族の悲哀に対する援助をする。 ● 患者の状態変化をとらえ、家族に適切に説明し、家族の不安を取り除く。

(2) 社会的援助

職 種	内 容
-----	-----

医師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の不安に対し、MSW、看護婦(士)等への情報提供、支援の要請を行う。 ● 医療費、生活費などへの対応に関してMSWに紹介する。
MSW	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族が必要とする社会的援助や経済的な問題の解決を支援するための相談・情報提供を行う。 ● 施設療養や在宅療養に関しての情報提供及び相談援助を行う。 ● ボランティアが求められた場合、情報提供と援助を行う。
看護婦(士)	<ul style="list-style-type: none"> ● MSWと密接に連携しつつ、必要とする社会的援助に関する情報を提供する。 ● 患者の一時入院、緊急入院の積極的受入れに協力する。 ● 患者の療養生活について、具体的な相談援助を行う

(3) 生活面の援助

職種	内容
医師 (受持医)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者との接し方に関する家族からの相談・指導に応ずる。 ● MSW、看護婦(士)、理学療法士、薬剤師、栄養士等への情報提供・支援の要請を行う。
精神科医師 ・ 心理	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の心情を受け止めながら、患者の心理等を家族に説明するとともに、患者との接し方を助言する。
MSW	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族の抱える諸問題(他の家族の病気、経済問題、育児等)の相談と支援(情報提供)を行う。 ● ボランティア団体、患者自助会の紹介など、患者・家族の生活を支援するための援助を行う。
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅生活を行うために必要かつ適切なリハビリテーション計画を作成し、家族への指導を行う。 ● 家族の介護負担を減らすためのADL(日常生活動作)獲得への援助を行う。 ● 介護機器の購入・借入、社会資源の利用等について助言する。 ● 在宅移行時の動作介助を指導する。
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅での適切な服薬ができるよう指導・援助する。 ● 薬の服用方法等の相談窓口を設け、いつでも自宅から相談ができるような体制をつくる。
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の病態やし好に合わせた献立の作成とアドバイスを行う。 ● 栄養指導を行い、在宅時の安心感を確保する。
看護婦(士)	<ul style="list-style-type: none"> ● MSWとの密接な連携と相互の情報提供を行う。 ● 面会時間、付き添いなど、家族の生活も大切にしながら患者とかわるよう助言・調整する。 ● 家族に対し、在宅看護・介助に関する知識、技術の提供と援助を行う。

参 考

本資料は、都立豊島病院において、緩和ケア科を運営するに当たり基本としている考え方や参考としているデータ等を、末期医療を実施していくための参考として掲載したものである。

1 世界保健機関（WHO）による緩和医療（緩和治療、緩和ケア）の定義

緩和医療（緩和治療、緩和ケア）は治癒を目的とした治療に反応しなくなったがん患者に対する積極的な全人的な治療、ケアであり、痛みや痛み以外の諸症状のマネジメント、心理・精神的、社会的、更にスピリチュアルな側面を含めた問題解決が最も重要な課題である。

緩和医療の最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なQOLを実現、保持させることである。緩和医療はこのような目標を持つことから、終末期だけでなく、それ以前の早い病期の患者に対しても、化学療法や内分泌療法などのがん治療と同時に行うべき医療である。

2 がん患者の全人的苦痛、苦悩

医療従事者は、下図のようながん患者の全人的苦痛、苦悩を有することを把握し、チーム医療でこれらの問題に対処していく必要がある。

図1 がん患者の全人的苦痛

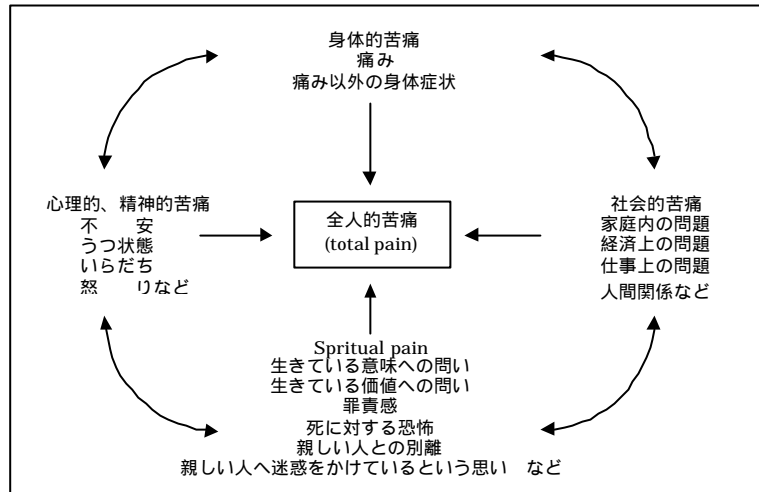
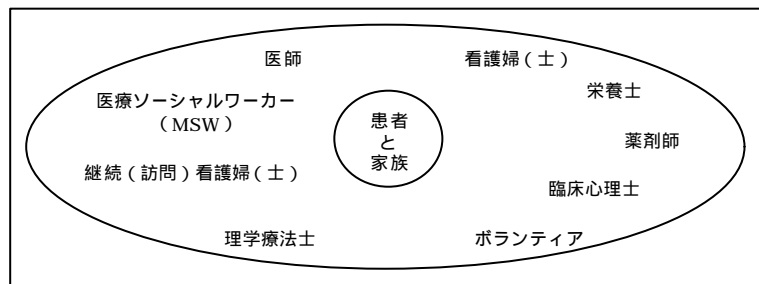


図2 合同サポートチームの構成



3 末期がん患者の入院時主症状のがん腫別内訳

頭頸部がんにおける嚥下障害など、がん腫に特異的に発現頻度が高い症状があるが、疼痛はがん患者に共通した頻度の高い症状である。

表1 末期がん患者の入院時主症状のがん腫別内訳

が ん 腫	症状の発現頻度 (%)					
	激しい痛み	せん妄	食欲不振	嘔気	嚥下障害	呼吸困難感
頭 頸 部 が ん	4 2	1 1	2 2	2	6 2	1 1
肺 が ん	3 1	4 3	3 5	1 6	2 1	5 1
胃 が ん	2 3	1 7	4 0	4 7	1 5	1 0
結 腸 が ん	3 6	2 5	3 4	3 0	1 2	1 7
S状結腸がん・直腸がん	4 9	3 2	2 8	1 5	1 5	1 7
膵 が ん	4 4	2 1	5 4	3 5	1 3	2 1
卵 巣 が ん	3 2	3 8	3 5	5 6	1 7	2 1
子 宮 頸 が ん	6 8	2 7	2 7	3 9	2 2	2 1
乳 が ん	3 9	3 8	3 0	1 3	2 2	3 0
前 立 腺 が ん	5 7	3 2	1 8	8	2 2	2 8

(Brescia Fj, Alder D, Gray G, et al: Hospitalization advanced cancer patients: a profile. J. Pain Symptom Manage. 5:221-227, 1990.)

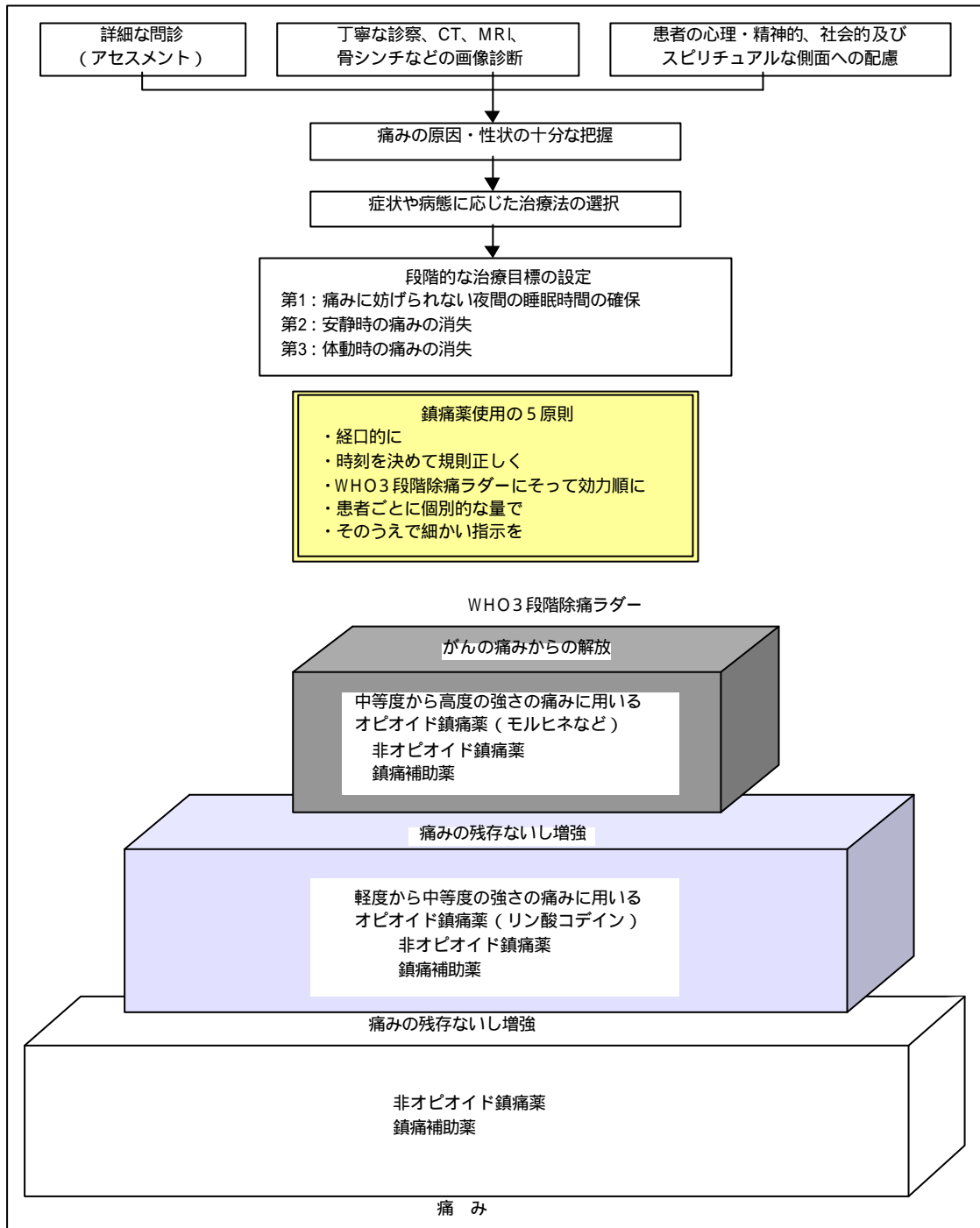
4 WHO方式がん疼痛治療法の基本的考え方の骨子

WHO方式がん疼痛治療法は、科学的根拠（エビデンス）に裏付けられた標準的がん疼痛治療法である。

その基本は、痛みの原因の診断であり、問診、理学的所見、CT、MRI、骨シンチグラムなどの画像診断を基に病態を把握することから始まる。

その後、鎮痛薬使用の5原則に留意し、WHO 3段階除痛ラダーに従った治療を、継続的な痛みの評価（アセスメント）の下に遂行することが本治療法の骨子である。

図3 WHO方式がん疼痛治療法の基本的考え方



5 モルヒネの製剤別特徴

モルヒネ製剤には、経口製剤（速放性と徐放性）、坐剤、注射製剤があり、各々に薬物動態的特徴がある。

このため、モルヒネを使いこなすためには、各モルヒネ製剤の薬物動態を理解、把握することが重要である。

表2 モルヒネの製剤別特徴

	剤形	投与経路	変換比...	効果開始までの時間	最大効果までの時間	効果判定（投与後）	作用時間	基本処方 の 投与間隔	最短 投与間隔
塩酸モルヒネ末	原末	経口	1	10分以内	30～60分	1時間	3～5時間	4時間	1時間
塩酸モルヒネ錠*	10mg	経口							
塩酸モルヒネ水**		経口/注腸							
硫酸モルヒネ徐放錠（MSコンチン ^R ）	10, 30, 60mg	経口	1	70分	2～4時間	2～4時間	8～14時間	12時間（8時間）	8時間
硫酸モルヒネ徐放製剤（カディアン ^R ）	カプセル（20, 30, 60mg） スティック（30, 60, 120mg）	経口	1		6～8時間	6～8時間	24時間	24時間	
塩酸モルヒネ坐剤（アンペック ^R ）	10, 20mg	直腸内	1/2～2/3	20分	1～2時間	1～2時間	6～10時間	8時間	1～2時間
塩酸モルヒネ注	10, 50mg	持続静注	1/3～1/2	直ちに	10分以上	20～30分			
		持続皮下注	1/3～1/2	数分	10～20分	20～30分			
		持続硬膜外	1/20～1/10	30分	1時間以上	1～3時間			

* 塩酸モルヒネ錠と硫酸モルヒネ徐放製剤（MSコンチン^R、カディアン^R）は全く異なる製剤なので注意する。

** 塩酸モルヒネ水は市販されていない。各施設で適当な濃度のものを調製する。

*** 経口投与を1とした場合の変換比。たとえば、経口 持続静注では、経口の1日投与量の1/3～1/2を持続静注する。

6 オピオイド鎮痛薬の副作用と対策

リン酸コデインやモルヒネなどのオピオイド鎮痛薬を有効に使いこなし、患者を痛みから解放するためには十分な副作用対策を行うことが必須である。

表3 オピオイド鎮痛薬の副作用と対策

症 状	発生時期	頻度	対処開始時期	対処、処方（商品名）		
便秘	期間中継続	96%	モルヒネ開始時	緩下剤（種々）		
嘔気、嘔吐	～2、3週	30%	モルヒネ開始時に予防的に	プロクロルペラジン（ノバミン [®] ）	30～40mg	分3～4
				ハロペリドール（セレネース [®] ）	0.75 mg/回	1～3回/日
				メトクロプラミド（プリンペラン [®] ）	15～30mg	分3
				ドンペリドン坐剤（ナウゼリン [®] ）	60mg	2回/日
眠気	～数日	24%	経過をみながら	減量 塩酸メチルフェニデート（リタニン [®] ）	10mg/回	1～2回/日
排尿障害（頻尿）	期間中継続	5%	経過をみながら	塩化ベタネコール（ベサコリン [®] ）	10～20mg/回	3回/日
				塩酸プラゾシン（ミニプレス [®] ）	0.5 mg～ /回	3回/日
				塩酸オキシブチニン（ポラキス [®] ）	2～3mg/回	3回/日
呼吸抑制（Po ₂ ） （Pco ₂ ）	開始～急な増量	まれ	緊急	減量、一時中止、酸素吸入 減量、一時中止、塩酸ナロキソン*	0.01～ 0.02mg/回	呼吸数10回/分以上
せん妄、混乱	～数日	まれ	経過をみながら	モルヒネの減量 ハロペリドール（セレネース [®] ）	0.75～/回	1～3回/日
めまい、ふらつき	～数日	1%	経過をみながら	減量、ジフェンヒドラミン		
かゆみ、発汗	期間中継続	2%	経過をみながら	抗ヒスタミン薬、ステロイド剤、他剤へ変更		
ミカド-双	大量投与時	まれ	経過をみながら	クロナゼパム（リボトリール [®] ）	0.25～0.5mg/回より開始、増量	
				バクロフェン（ギャバロン [®] 、リオレサル [®] ）	5mg/回より開始、増量	

* 塩酸ナロキソン注射液（0.2mg/1ml/A）を生食9mlに溶解して0.01mg～0.02mg投与し、呼吸数10回/分に達しない場合は繰り返し追加投与。回復後、再び10回/分未満に減少するようであれば、同様に繰り返し投与する。

7 神経因性疼痛（neuropathic pain：ニューロパシックペイン）の病態

一般にオピオイド鎮痛薬に抵抗性を示す神経因性疼痛は、がん疼痛の20～30%を占めると考えられていたが、最近の研究では、50%以上の頻度で認められ、がん疼痛治療の大きな課題となっている。

表4 神経因性疼痛の病態

- 1) 末梢神経や中枢神経の損傷や障害によってもたらされる疼痛症候群で50～70%の頻度で認められる。
- 2) モルヒネなどのオピオイド鎮痛薬が効きにくい痛みである。
- 3) 抗うつ薬、抗痙攣薬、副腎皮質ステロイド、抗不整脈薬などの鎮痛補助薬を併用することで除痛が期待できる。
- 4) 中枢神経系の興奮性アミノ酸伝達物質NMDA（N-methyl-D-aspartate）の受容体の過敏化が関与しておりNMDA受容体拮抗薬の塩酸ケタミンの併用も鎮痛効果を示す。
- 5) GABAB受容体agonistのバクロフェンやギャバペンチン*の併用も有効性が報告されている。
- 6) 神経ブロックに関してペインクリニック科のコンサルテーションも考慮する。

*ギャバペンチンは本邦では入手不可

神経因性疼痛を併発しやすい疾患

- 1) 頭頸部がんの進行による周囲の神経組織の巻き込み
- 2) パンコーストタイプの肺がんによる肺尖部の神経浸潤
- 3) がんの胸壁浸潤による肋間神経の巻き込み
- 4) 膵がんなど腹腔内臓器のがんの内臓神経叢への浸潤
- 5) 胃がんなどによるがん性腹膜炎や結腸・直腸がん、泌尿器科、婦人科領域の骨盤腔内のがんも坐骨神経や仙骨神経叢を圧迫または浸潤破壊して、ニューロパシックペインを来しやすい

8 神経因性疼痛の治療

神経因性疼痛の正確な診断法と標準的な治療法は確立されておらず、現時点で解明されてい

る病態と経験から治療法を模索している段階であるが、痛みの性状から薬剤を選択することが多い。

鎮痛補助薬の種類と投与量、副作用を下表にまとめたが、使用する際には、緩和ケア科医、ホスピス医、ペインクリニック科医へコンサルテーションすることが望ましい。

表 5 鎮痛補助薬の種類と投与量、副作用

	開始量	増量(1日量)	増量間隔	維持量	投与量	副作用
抗うつ薬 アミトリプチリン ノルトリプチリン クロミプラミン イミプラミン	10または25mg	10または25mg	1~7日	40~60mg	睡前回 2~3分割/日	眠気・口渇・便秘・排尿障害・せん妄
アモキサピン	25mg	25または50mg	1~7日	~150mg	睡前回 2~3分割/日	同上
抗痙攣薬 カルバマゼピン	100~200mg	100~200mg	2日	~600mg	睡前回 2~3分割/日	胃部不快感・眠気・ふらつき
フェニトイン	100mg	100mg	5~7日	~300mg	睡前回 2~3分割/日	同上
バルプロ酸ナトリウム	200~400mg	200mg	2~3日	~600mg	2~3分割/日	同上
クロナゼパム	0.5mg	0.5mg	4~6日	~3mg	睡前回 2~3分割/日	同上
抗不整脈薬 リドカイン	静注：静注用リドカイン 2mg/kgを生食50mlに溶解し、 15~30分で点滴し効果判定		2~3日	0.6~1.0mg/kg/時	持続皮下注/持続静注	不穏・悪心・嘔吐・局麻中毒・心血管系
メキシレチン	経口：150~300mg 静注：静注用メキシレチン 125mgを生食50mlに溶解し、 15~30分で点滴し効果判定	100~150mg	2~3日	150~450mg 0.4~0.6mg/kg/時	3分割投与 持続皮下注/持続静注	胃部不快感・悪心・嘔吐・めまい・心血管系
副腎皮質ステロイド デキサメサゾン	1~2mg	1~2mg	2~3日	1~10mg	朝1回または朝と昼	胃・十二指腸粘膜障害・糖尿病の増悪
ベタメサゾン	同上	同上	同上	同上	同上	同上
メチルプレドニゾン	4~8mg	4~8mg	同上	同上	同上	同上
塩酸ケタミン	50~150mg	50~100mg	2~3日	50~300mg	持続静注：静注用製剤 (200mg/20ml) 持続皮下注/筋注用製剤 (500mg/10ml)	不安・不快感・まれに悪夢・傾眠・不随意運動・心血管系

- * いずれの薬剤もモルヒネとの併用は可能であるが、抗痙攣薬、抗うつ薬、塩酸ケタミンでは傾眠傾向が出現しやすい。
- * 向神経薬の鎮静によって、痛みの訴えが減少することがあるので、適切な鎮静が得られているのか注意が特に必要である。
- * リドカインとメキシレチンは必ずしも交差性はない。メキシレチンで無効であっても、リドカインが有効である場合がある。
- * 副腎皮質ステロイドは食欲不振の改善などの目的で用いられる。長期投与では、易感染性となったり、感染時の発熱を抑制してしまうので、臨床所見やCRPを定期的にモニターし、感染の有無をチェックする。NSAIDsとの併用では、胃・十二指腸粘膜障害の頻度が高くなるので注意する。

9 End of Life stage で留意すべき治療とケア

終末期、臨死期で特に留意すべき事項を列記した。これらを遂行するためには、十分なインフォームド・コンセントや各職種間での円滑なチーム医療の構築が必須条件となる。

表 6 End of Life stage で留意すべき治療とケア

1. 適正な輸液量の調節 過剰輸液に注意することで、浮腫、胸・腹水、肺水腫などの発現や増悪を回避でき、さらにモルヒネなどの鎮痛薬の血中濃度調整が容易となる。
2. 持続皮下注入法の積極的な導入 小型の輸注ポンプで侵襲がなく、早送りなどによる迅速な症状マネジメントが可能で、過剰な輸液を回避できる(塩酸モルヒネ、フェンタニール、塩酸ブプレノルフィンなどのオピオイド鎮痛薬やリドカイン、塩酸ケタミンなどの鎮痛補助薬、喘鳴に対する臭化水素酸スコポラミン、およびセレネースやドルミカムなどの鎮静剤の適正投与に有用な方法である)。
3. 鎮静(sedation)を用いた治療を要する病態の把握 他の治療で緩和できない呼吸困難感、高度の全身倦怠感・衰弱感、不穏など。(倫理性、科学性、インフォームドコンセント、チーム間での合意などに十分留意する)
4. 心理・精神面、spiritualな側面に対する配慮 支持的精神医学的介入、薬物療法、傾聴、共感、臨床心理士や宗教家の介入など
5. 口腔ケア、快適な体位への変換、リラクゼーション、臭気に対する対策や快適な温度、部屋の空気の入替えなど、環境の整備。
6. 付き添いや介護をする家族や親しい人の心身に対する配慮、プライバシーの確保など。

10 輸液

終末期の輸液に関しては、欧州では(1)のようなガイドラインがあるが、(2)のように輸液をめぐる見解は様々で、未だ、世界標準のガイドラインはない。

ただし、(3)の欧米での研究結果や我々の日常診療の評価から、がんが進行して衰弱が著

明となった臨死期では、過剰輸液を回避することにより、9の表6の中で述べた様々な利点が得られることから、輸液量の決定には十分な配慮をすることが大切である。

(1) 末期がん患者への人工的栄養や水分補給の投与を決める要因 (表7)

- 1 腫瘍・臨床状態
腫瘍の部位、組織診断、病期、主要な障害部位、進行速度、治療に対する反応性、年齢、全身状態 (performance status)、合併症
- 2 症状
脱水のレベル、蛋白・カロリー栄養障害 (protein-calorie malnutrition) による症状、食事摂取に影響を与える症状、栄養状態に関する症状 (痛み、悪心、嘔吐など)
- 3 推定される生存期間
- 4 水分・栄養摂取状態の評価
脱水や蛋白・カロリー栄養障害の有無
- 5 食事摂取状況
- 6 患者の病状の理解と態度
- 7 消化管機能および投与経路 (経腸管、経静脈)
- 8 特殊な栄養補給の必要性
高カロリー輸液、経腸管栄養

(Expert Committee of the European Association for Palliative Careより)

(2) 輸液をめぐる見解 (表8)

輸液に反対	輸液に賛成
<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水により、さまざまな症状が軽減される (咳、喘鳴、嘔吐、浮腫、疼痛、尿失禁) = 輸液によって症状が悪化する ・ 終末期脱水は、急性期脱水と違い、苦痛を呈しない。死の苦痛を和らげる反応のひとつかもしれない ・ 脱水による血液組成の変化は、自然の麻酔作用を導く ・ 経口水分摂取が不十分でも、血液電解質バランスはそれほど崩れない ・ 脱水の症状とされている口渇感、水分補給でも改善されない ・ 輸液のラインは、家族と患者の間のバリアになる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水により腎不全になる ・ 意識障害 (せん妄、錯乱) は脱水で引き起こされる ・ 経口水分摂取を可とするのになぜ補液はいけないのか? (皮下注はそれほど患者の負担ではない) ・ 水分補給はケアの欠くべからざる部分であり、体位変換や、患者との会話などと違いはない ・ 臨死期である、という診断が誤っていることもある ・ 輸液は、医療者ならびに患者・家族にとってケアをしているという象徴的な意味をもっており、これを中止することは“見捨てた、見捨てられた”という感情を引き起こす

(Craig GM: J Med Ethics 1996;22:147-153¹⁴)より引用、一部改変)

(3) 終末期 (臨死期) における輸液に関する研究 (表9)

報告書	研究方法	検査及び評価項目	結論
Burge ら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間水分摂取量 ・ 血清ナトリウム、尿素、浸透圧 ・ 症状 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水分摂取量、生化学検査所見と口渇感には相関はみられない
McCann ら	Prospective single cohort study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状 (口渇感など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経口からの少量の水分摂取や mouth care などで快適な状態を保つことが可能である ・ dry side に傾けることにより気道などからの分泌物は減少し、喘鳴等の発現の抑制に有効である
Waller ら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清尿素、クレアチニン、ナトリウム、浸透性 ・ 尿浸透圧 ・ 意識レベル 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液量と意識レベルに相関は見られない ・ 臨死期における輸液の必要性の医学的根拠はなく、生存期間に与える影響は認められない
Ellershaw ら	Prospective single cohort study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清浸透圧、ナトリウム、クレアチニン、尿素など ・ 症状 (気道分泌、口渇感など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生化学的所見は臨死期でも高率に正常域に保たれている ・ 気道分泌、口渇感などと水分摂取量との間に相関は見られない ・ 口渇感などは輸液で改善しない
Bruera ら	retrospective natural experiment study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常の診断所見 ・ 毎週の採血所見 ・ 精神症状と向精神薬の投与 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少量の水分補給はせん妄の発現予防に有用と思われる ・ 種々の精神症状と輸液、opioid rotation との関連性は明らかではない (本研究においては)
Musgrave ら	cross-sectional study	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液量と水分排泄量 ・ 経口水分摂取量 ・ 血清ナトリウム、尿素 ・ 症状 (口渇感、腹水、浮腫など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口渇感は輸液量により大きく影響されない ・ 血清ナトリウム値と口渇感との相関性は低い ・ 輸液量と体液貯留との相関性は明らかではない

* 2,5,6,7,8,9,10(3)については、都立豊島病院緩和ケア科・腫瘍内科 向山雄人による

資 料

1 設置要綱

東京都立病院倫理委員会設置要綱

(目的)

第1 東京都衛生局が所管する都立病院において行う医療、医学研究及び医学教育等が倫理的配慮のもとに行われ、もって患者等の人権及び生命の擁護に寄与することを目的として、東京都衛生局に、東京都立病院倫理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 委員会は、都立病院で行われる医療、医学研究及び医学教育等に関し、倫理上の配慮を求められる次の事項について審議する。

- 1 病院長が各都立病院倫理委員会で審議した結果、さらに委員会で審議を要すると判断し申請した事項
- 2 都立病院の職員が、所属する病院の倫理委員会に申請して、不受理となった事項及び審議結果に疑義を生じた事項で、第5に規定する委員長が必要と認めた事項
- 3 都立病院の院長及び職員から申請がない場合において、第5に規定する委員長が必要と認めた事項
- 4 新しい医療、医学研究等、重要な問題について、その基本方針又はガイドラインの設定等に関する事項
- 5 職員の医療上の倫理にかかわる調査、教育及び研修に関する事項
- 6 第15の規定により、再審議の申請があった場合において、第5に規定する委員長が必要と認めた事項

(組織)

第3 委員会は、次に掲げる委員をもって構成し、委員は衛生局長が委嘱又は任命する。

- 1 学識経験者 7名
- 2 都立病院院長等 3名

(任期)

第4 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員を生じたときは、これを補充し、その任期は前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5 委員会に委員長を置き、委員の互選により選出する。

- 2 委員長は、委員会を主宰し、委員会を代表する。
- 3 委員長に事故あるときは、委員長があらかじめ指名した委員が、その職務を代理する。

(審議の方針)

第 6 委員会は、医学的、倫理的及び社会的な観点等から、次の事項に留意して、調査検討し、審議する。

- 1 医療、医学研究及び医学教育等の対象となる患者等の人権の擁護に関する事。
- 2 医療、医学研究及び医学教育等によって生じる患者への不利益及び安全性に関する事。
- 3 患者に対する医療、医学研究及び医学教育等の内容の説明及び同意に関する事。
- 4 医学上の貢献度の予測に関する事。

(会議の開催)

第 7 委員会は、第 2 に規定する審議事項が生じた場合に随時開催する。

(会議の成立)

第 8 委員会は、過半数の委員の出席がなければ開くことができない。

- 2 委員が、審議の申請者になった場合は、その審議に加わらないものとする。

(会議の議決)

第 9 会議の議決は、出席委員全員の合意を原則とする。ただし、委員長が必要と認める場合は、出席委員の 3 分の 2 以上の合意をもって決することができる。

(委員以外の出席)

第 10 委員会は、審議の申請者に委員会への出席を求めて、申請内容等の説明及び意見を聴取することができる。

- 2 委員会は、必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見を聴取することができる。

(会議及び会議録の公開)

第 11 会議及び会議録は原則公開とする。ただし、会議又は会議録を公開する場合、委員長は、患者のプライバシー - 保護及び医学研究上の秘密の保護等を十分配慮し、必要な条件を付けることができる。

(審議の申請者)

第 12 審議の申請者 (以下「申請者」という。) は、都立病院の院長とする。

ただし、都立病院の職員が、所属する各病院の倫理委員会に申請して、不受理となった事項及び審議結果に疑義を生じた事項については、都立病院の職員が申請者となることができる。

(審議の申請方法)

第 13 申請者は、様式 1 に定める「倫理問題審議申請書」に必要事項を記入し、医療、医

学研究若しくは医学教育等の実施計画書を添えて委員長に提出しなければならない。

(審議結果の通知)

第 14 委員長は、審議終了後速やかに、様式 2 に定める「審議結果通知書」により、申請者に通知しなければならない。ただし、申請のない場合においては、当該病院長に通知するものとする。

2 委員長は、審議結果に必要な意見を付して、衛生局長に報告する。

(再審議の申請)

第 15 申請者は、審議の結果通知を受けた後、さらに審議を希望する場合は、様式 3 に定める「倫理問題再審議申請書」に必要事項を記入し、関係資料を添えて、委員長に提出し、再審議の申請を行うことができる。

(専門委員会)

第 16 委員会は、専門的事項を調査・検討するため、必要な期間、専門委員会を置くことができる。

2 専門委員会の委員長及び委員は、委員会委員、当該専門の事項に関する学識経験者及び都立病院の職員の中から、衛生局長が委嘱又は任命する。

3 専門委員会は、専門委員の過半数の出席をもって会議を開くものとする。

4 専門委員会の会議及び会議録は原則公開とする。ただし、会議又は会議録を公開する場合、専門委員会の委員長は、患者のプライバシー - 保護及び医学研究上の秘密の保護等を十分配慮し、必要な条件を付けることができる。

5 専門委員会の委員長は、その調査検討結果を委員会に報告する。

6 委員会が必要と認めるときは、委員会に専門委員の出席を求めて、審議に加えることができる。ただし、専門委員は、審議の議決に加わることはできない。

(庶務)

第 17 委員会の庶務は、病院事業部経営企画課において処理する。

(雑則)

第 18 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 3 年 11 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 6 年 11 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 12 年 12 月 18 日から施行する。

2 委員名簿

(1) 東京都立病院倫理委員会

(委員長、 副委員長、 敬称略)

今 井 通 子	登山家・医学博士
木 村 利 人	早稲田大学人間科学部教授
杉 村 隆	国立がんセンター名誉総長
袖 井 孝 子	お茶の水女子大学生生活科学部教授
樋 口 康 子	日本赤十字看護大学長
村 上 陽一郎	国際基督教大学教養学部教授
山 田 卓 生	日本大学法学部教授
村 田 篤 司	元衛生局技監
岡 田 清	元東京都立大塚病院長
吉 田 尚	前東京都立駒込病院長 (平成 11 年 3 月 31 日まで)
高 橋 俊 雄	東京都立駒込病院長 (平成 11 年 4 月 1 日から)

(2) 末期医療の在り方に関する検討専門委員会委員

(委員長、 * 倫理委員会委員、 敬称略)

* 岡 田 清	元東京都立大塚病院長
* 袖 井 孝 子	お茶の水女子大学生生活科学部教授
* 山 田 卓 生	日本大学法学部教授
竹 内 淳 美	前東京都立駒込病院薬剤科長 (平成 12 年 7 月 31 日まで)
遠 藤 陽 子	東京都立墨東病院薬剤科長 (平成 12 年 10 月 4 日から)
門 倉 春 子	東京都立大久保病院医事課医療相談係次席
菊 池 美佐子	東京都立荏原病院看護科長
佐々木 久美子	東京都立駒込病院看護部看護科婦長
新 保 次 郎	東京都立墨東病院医事課医療相談係長
西 村 隆 夫	東京都立府中病院神経科部長
向 山 雄 人	東京都立豊島病院緩和ケア科医長
矢 野 雄 三	東京都立大塚病院長

3 開催状況

(1) 東京都立病院倫理委員会（本答申に係る開催内容のみを記載）

区分	開催日	審議内容
第6回	平成10年1月26日	<ul style="list-style-type: none"> 末期医療の現状と問題点
第7回	平成12年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> 都立病院における末期医療の在り方について（専門委員会報告及び審議）

(2) 末期医療の在り方に関する検討専門委員会

区分	開催日	審議内容
第1回	平成10年7月8日	<ul style="list-style-type: none"> 専門委員会の運営方針 末期医療の現状と問題点
第2回	平成10年10月26日	<ul style="list-style-type: none"> 基本的な視点と考え方 重篤な疾患あるいは末期状態であることの説明
第3回	平成10年12月2日	<ul style="list-style-type: none"> 末期の状態の定義や末期医療の目的について 情報提供と病名告知について 治療方針に対する患者意思の反映について
第4回	平成11年1月29日	<ul style="list-style-type: none"> 聖路加国際病院の緩和ケア病棟の見学及び関係職員との意見交換
第5回	平成11年6月23日	<ul style="list-style-type: none"> 治療方針に対する患者意思の反映について
第6回	平成11年10月6日	<ul style="list-style-type: none"> 中間まとめ 末期における望ましいケア
第7回	平成11年12月20日	<ul style="list-style-type: none"> 過剰な延命治療とセデーションについて
第8回	平成12年10月4日	<ul style="list-style-type: none"> 「都立病院における末期医療の在り方について」報告書まとめ