５　高齢者の在宅医療
④緩和ケア

医療法人アスムス　理事長
太田　秀樹

資料作成　白髭豊・太田秀樹

緩和ケアとは　（２００２　WHOの定義）

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦痛の予防と軽減を図りクオリティ・オブ・ライフを向上させるためのアプローチである。

日本のホスピス病棟では、がん末期とAIDSが対象

緩和医療　世界保健機関

Palliative care （WHO 1989）

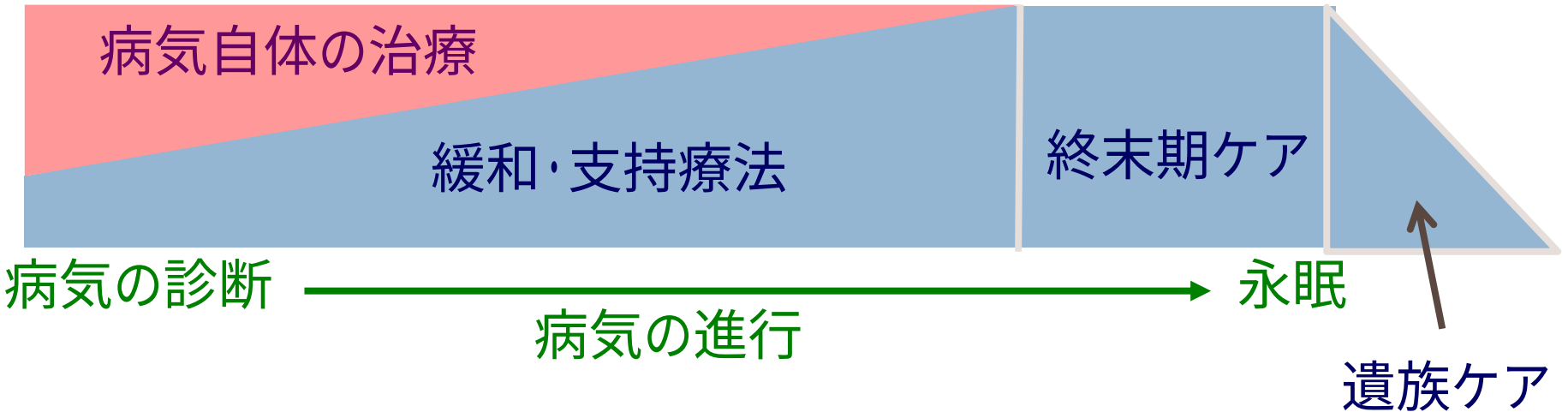
- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a **normal process**;
- intends **neither to hasten or postpone death**;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live **as actively as possible until death;**
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses **a team approach** to address the needs of **patients and their families**, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance **quality of life**, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

要点　死は自然の経過（寿命）・命の量を操作しない・活動を支える・
チーム・家族と患者が対象・命の質（QOL）を大切に

（資料作成：太田秀樹）

①今までの考え方

②これからの考え方

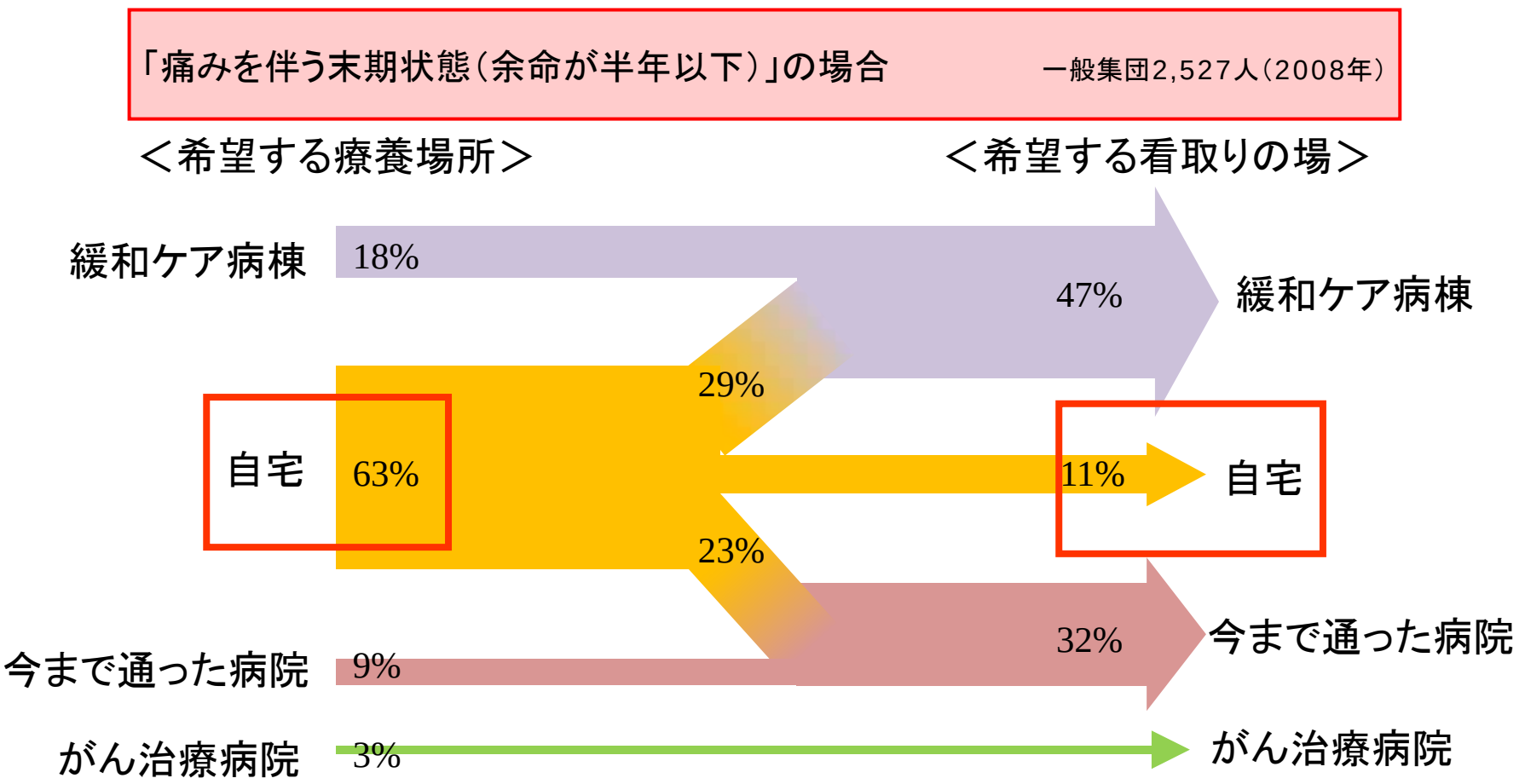


病気の時期みよって緩和･支持療法、終末期ケア、遺族ケアなど呼び方は異なるが、これらはすべて緩和ケアである

「病気の治療以外のすべて」が緩和ケア

希望する療養場所は変化する

「痛みを伴う末期状態（余命が半年以下）」の場合　　一般集団2,527人（2008年）



⇒　いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケア
が提供できる体制を整備する必要がある

（PEACE　M-2　緩和ケア概論より）

厚労省「終末期医療に関する調査」―平成20年10月27日

がん対策基本法

第二節　がん医療の均てん化の促進等

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。

- **＊　在宅医療推進のための地域連携の起爆剤**
- **＊　病院医師の意識改革**
- **＊　緩和は国および地方公共団体の責務**

（資料作成：太田秀樹）

痛みの性状・分類、評価

（性状・分類）

1. 侵害受容性疼痛

1）内臓痛

腹部腫瘍の痛みなど局在が曖昧。鈍痛　:オピオイド有効

2）体性痛

骨転移など局在明瞭。ズキッとする　　:突出痛の対するレスキューが重要

2. 神経障害性疼痛

神経叢浸潤、脊髄浸潤など

ビリビリ電気が走る、しびれる、ジンジンする:難治性。鎮痛補助薬有効

（評価）

1)NRS:0～10の11段階評価（症状が全くないときを0、これ以上考えられない痛みを10とし評価）

2）VAS（Visual Analog Scale)、3）Face Scale

※持続痛、突出痛、持続+突出痛などの痛みのパターンを聞く

治療アルゴリズム

1. アセトアミノフェンまたはNSAIDSの開始

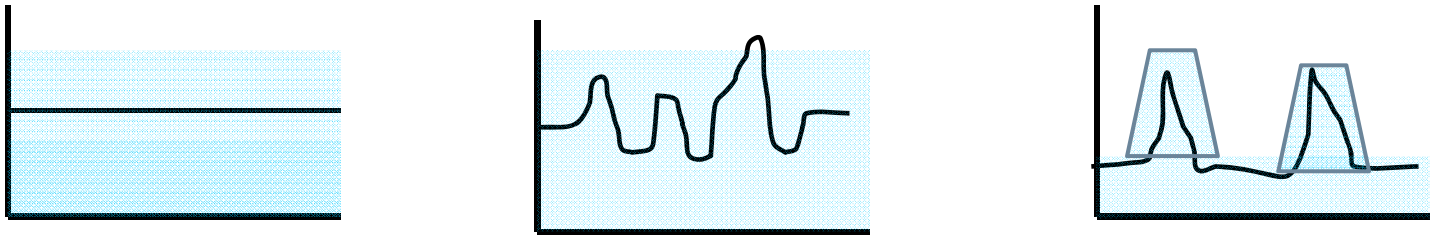
胃潰瘍の予防、アセトアミノフェンは4000mg/日までOK

2. オピオイドの導入

WHOラダーに沿ってオピオイドを開始する
オピオイドの定時投与、嘔気・便秘の予防、レスキューの指示

3. 残存・増強した痛みの治療

持続的な痛みをとるために、オピオイドを増量する
突出痛（体動時や突然の痛み）に対処するためにレスキューを使う



4. ステップにかかわらず、神経ブロック、放射線治療も考慮

呼吸困難、消化器症状

1. 呼吸困難

1）評価：**患者の主観的な評価を第一とする**
呼吸不全を伴っているか？治療可能な原因が存在するか？
不安の要素を伴っているか？

2）薬物療法
モルヒネ（呼吸困難に対してモルヒネは有効）
抗不安薬、ステロイド、酸素、輸液量削減、咳・痰対策

3）非薬物療法・ケア

2. 消化器症状

1）嘔気・嘔吐の評価：原因を検索
薬剤（NSAID、オピオイド、SSRI、抗うつ薬、ジギタリスなど）、
高カルシウム血症、腎障害、消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍、脳転移、
がん性髄膜炎

2）嘔気・嘔吐の治療
原因の治療（オピオイドの変更、高カルシウム血症の治療）
制吐薬（抗ヒスタミン、ドパミン受容体拮抗薬、消化管蠕動促進薬
抗コリン薬、複数の受容体拮抗薬）、コルチコステロイド

3）嘔気・嘔吐のケア
吐物の臭気・食事・香水を避ける、冷罨法、食事の工夫、

気持ちのつらさ

1. 定義

幅広い概念で、感情面における不快な体験全般を含む。**主たるもの：抑うつ・不安**

1. 評価

1）心配の内容を聞く
　開かれた質問をする「気持ちをつらくさせているのはどういうことでしょうか？」
2）ケアが必要な気持ちのつらさを同定する
　「一日中気持ちがおちこんでいませんか？」
3）希死念慮の有無の確認

2. 治療

1）ケア（精神的サポート）
　傾聴する、批判したり価値判断せず受容的に接する
2）薬物療法
　ベンゾジアゼピン系抗不安薬→SSRI(SNRI)→その他抗うつ薬

3. コンサルテーション（精神科医へ）

1）ケアが必要な気持ちのつらさを有する場合
2）希死念慮を訴える場合

せん妄

1. 診断基準

1）意識障害（　周囲の状況、自分の状況をわかっていない）
2）認知機能障害、幻覚・妄想
3）日内変動あり（夜間に悪化する）
4）原因となる薬物、身体要因が存在

2. 治療

1）原因検索
薬物（オピオイド、睡眠剤、抗不安薬、抗コリン薬）
高カルシウム血症、脱水、高アンモニア血症、腎機能障害
貧血、低ナトリウム血症、感染症、脳転移
促進因子：疼痛、尿閉、宿便、発熱、口渇

2）治療
原因への治療、リスペリドン、ハロペリドール、クロルプロマジン

緩和ケアのスキル

1. ステロイド

疼痛、呼吸困難、嘔気・嘔吐、食欲低下、全身倦怠感のある場合
ベタメタゾン4～8mg/日→漸減、または　0.5mg/日→漸増

2. 高カルシウム血症

1）がん患者の15%に出現。
2）嘔気・嘔吐、食欲不振、眠気、せん妄、便秘（腸閉塞）、口渇
3）骨転移なくても生じる
4）予後不良要因：高カルシウム血症から死亡まで1～3ヶ月
5）治療：ビスフォスフォネート製剤（アレディア、ゾメタ）

3. 持続皮下注

内服、坐剤の投与が出来ない場合
痛みや呼吸困難が強く短期間での症状マネジメントが必要な場合
投与薬剤：オピオイド（モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン）、
ソマトスタチン、ハロペリドール

4. 皮下補液

静脈からの血管確保が困難な場合（認知症・せん妄で危険など）

サーフロー針を腹部等の皮下に挿入。 穿入部にフィルムを貼って 固定し、20 ml / 時の速度を目安に滴下。1日500mlが目安。適応は慎重に。

基本的なコミュニケーション技術

1. コミュニケーションの準備

身だしなみを整える、座る位置に配慮する、

2. 話を聴くスキル

目や顔を見る、相槌を打つ

3. 質問するスキル

Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン）を用いる

4. 共感するスキル

1）気持ちを受け止める、

・患者の気持ちを繰り返す　例・・・（沈黙）・・・死にたいくらいつらいのですね

・沈黙（5-10秒）を積極的に使う　例　患者が目を上げ、発言するのを待つ

2）気持ちや気がかりを探る

例　ご心配を教えていただけますか？

3）気持ちが理解できるものであることを示す

患者の背景と気持ちがつながれば、理解できるものであることを明確に伝える

例　このような症状の中でお仕事をされてさぞつらかったでしょう

皆さんそのように思われますよ

多くの患者さんも同じような経験をされています

まとめ　その1

■　緩和医療は、がんやエイズなど、死に至る疾病に対する医療ではなく、高齢者においても、とりわけend of life care （終末期医療）提供に際し、たいへん重要な技法

■　身体的な痛みを取り除くだけでなく、精神的な痛みも含めて、生きていくうえでのさまざまな苦痛を除く包括的な医療　さらに、疾病の診断時から、導入を検討すべき医療

■　高齢者の場合は、仮にがんであっても、約半数の症例に麻薬を必要とする痛みがない。さらに、老衰死の場合は、輸液など過剰な医療介入がないと、眠るような最期が多い

（資料作成：太田秀樹）

まとめ　その2

必要な薬物は、経口摂取が困難となっても使える投与経路の工夫
　パッチ・座薬・注射薬など

皮下輸液：手技が容易　管理が安全　脱水補正簡便
　循環血液量の急激な変化が少ない

患者の体重は30kgから40kgのことが多い

薬物の排泄　半減期などへ配慮した投与量の決定が重要

① NSAIDs
　医療用麻薬（コデイン・モルヒネ・オキシコドン・フェンタニル）
② ステロイドホルモン　ベタメタゾン　プレニゾロン
③ 酸素 （酸素飽和度と呼吸苦は必ずしも相関しない）
④ 抗不安薬　抗精神薬（鎮痛補助薬として）
⑤ その他、利尿剤　スコポラミン

（資料作成　太田秀樹）

まとめ　その3

■　せん妄：意識障害で、認知症による行動障害ではない。ハロペリドール　リスペリドン等で治療

■　高カルシウム血症：アルブミン値で補正が必要

ビスホスホネート製剤等で治療

■　フェンタニル・パッチとハロペリドールの併用

NLA麻酔同様の除痛

■　OPTIM：緩和ケア病棟、あるいはホスピスを、地域にひろげる先駆的地域ケアモデル

（資料作成　太田秀樹）

緩和ケア普及のための地域プロジェクト（ＯＰＴＩＭ）

目的：「日本に合う緩和ケアの地域モデルを作る」
研究期間：２００８年～２０１１年
研究地域：長崎市（長崎）、鶴岡市（山形）、柏市（千葉）、浜松市（静岡）

課題

●緩和ケアの技術が浸透していない

●緩和ケアに関する患者の認識が十分ではない

●自宅・地域での連携体制が確立していない

●緩和ケアの専門家がいない・利用可能ではない

介入：包括的地域緩和ケアプログラム

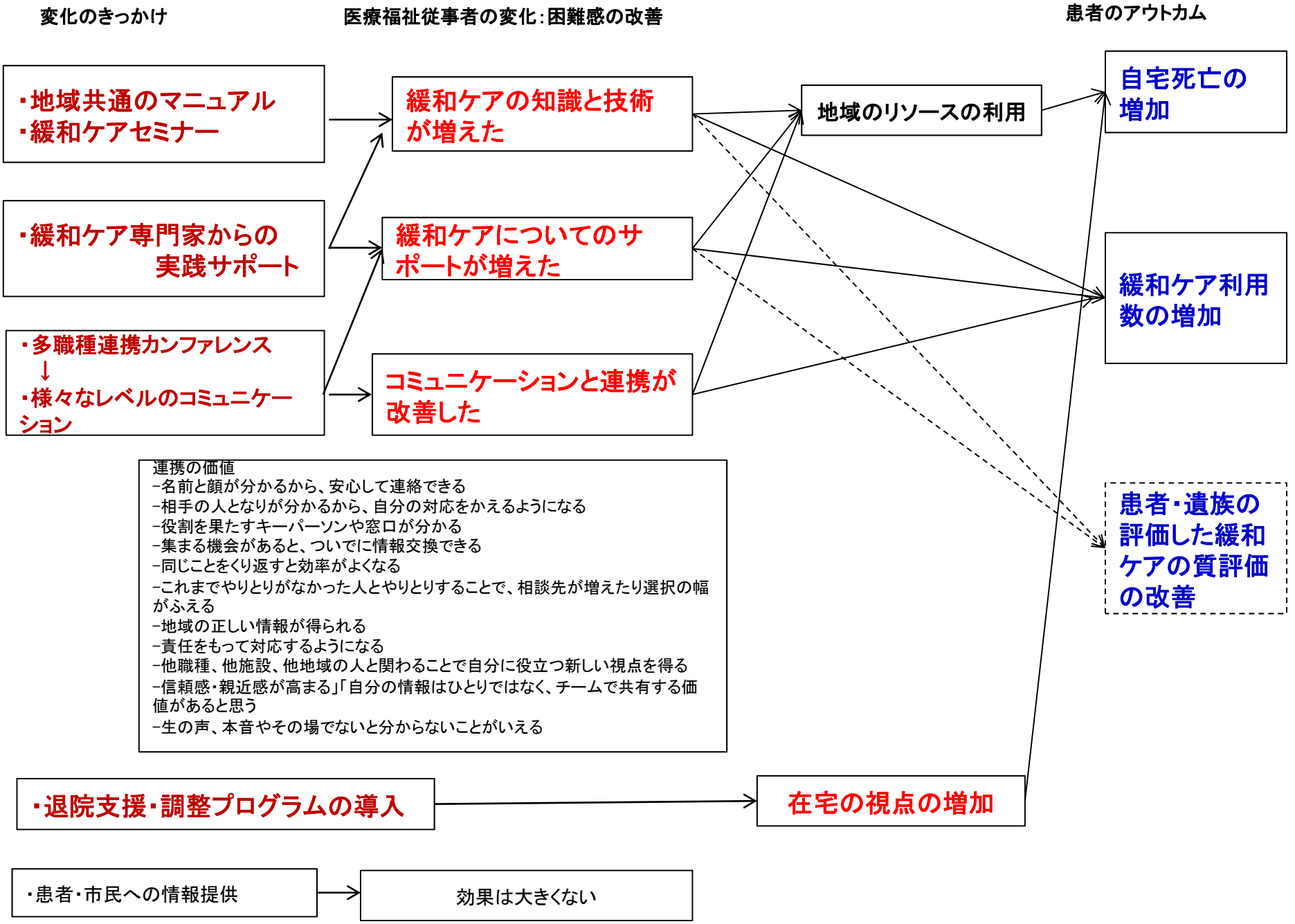
1）緩和ケアの技術・知識の向上
- ・マニュアルなどの配布
- ・緩和ケアセミナー

2）がん患者・家族への情報提供
- ・リーフレットなどの配布
- ・市民対象講演会

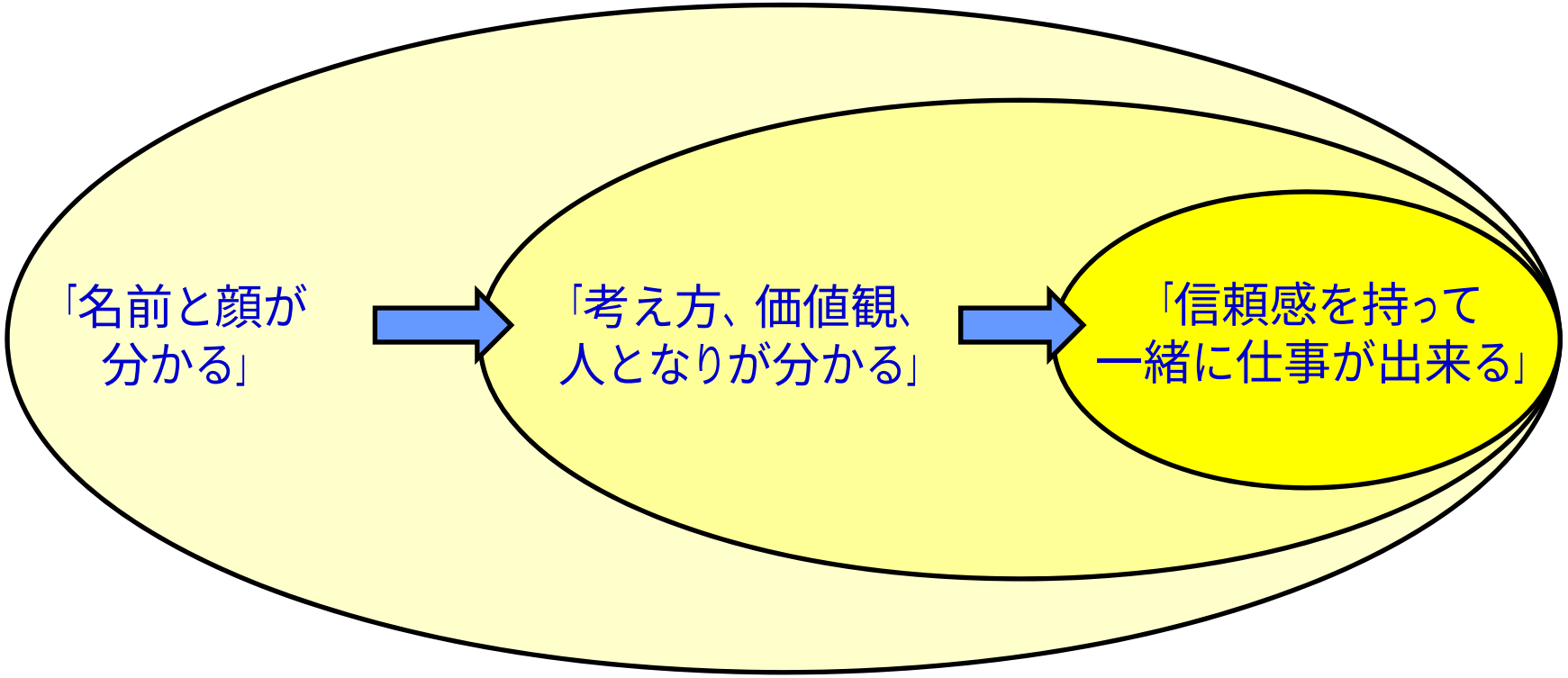
3）地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
- ・相談窓口
- ・退院支援・調整プログラムの導入
- ・多職種連携カンファレンス

4）緩和ケア専門家による診療・ケアの提供
- ・地域緩和ケアチーム
- ・アウトリーチプログラム

地域に生じた変化のプロセス



「顔の見える関係」と「連携」との概念的枠組み



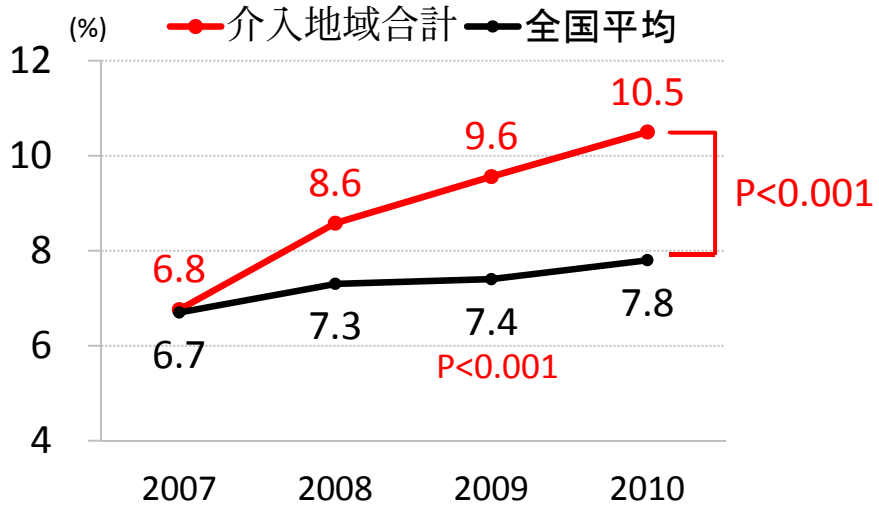
【さまざまな交流の機会】
グループワーク・日常的な会話・患者を一緒に担当することを通じて、お互いの性格や長所・短所、仕事へのこだわり、理念などが分かる

連携
しやすくなる

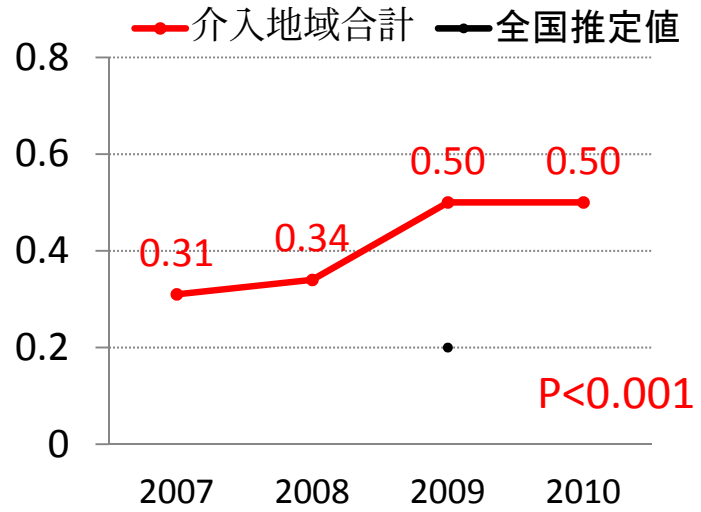
森田達也他:「顔の見える関係」とは何か？:顔がわかる関係、顔の向こう側が見える関係、顔を通り超えて信頼できる関係(川越、白髭改)

主要評価項目と医師･看護師の困難感

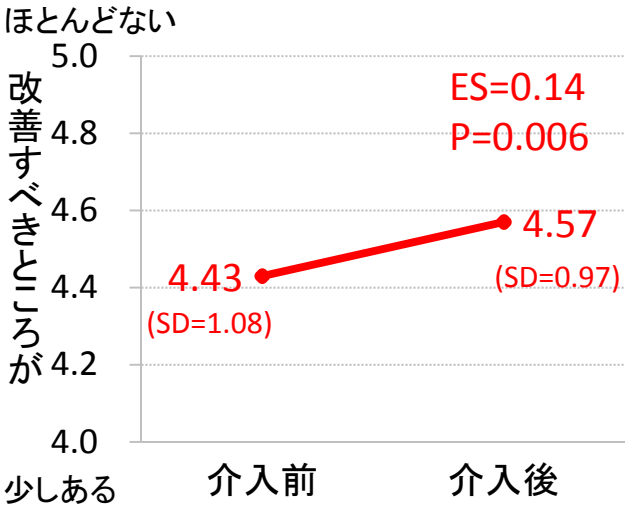
自宅死亡率



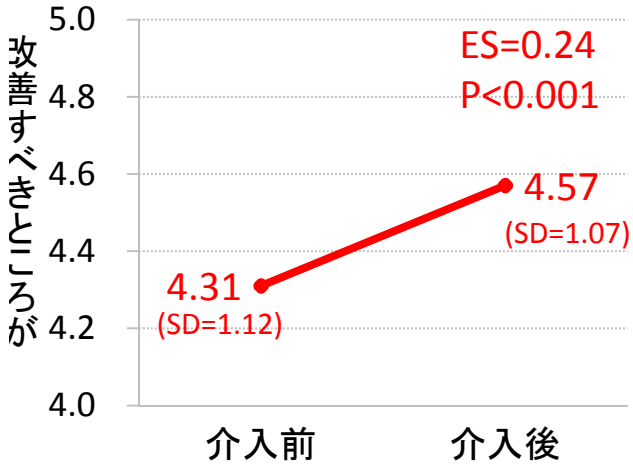
専門緩和ケアサービスの利用数



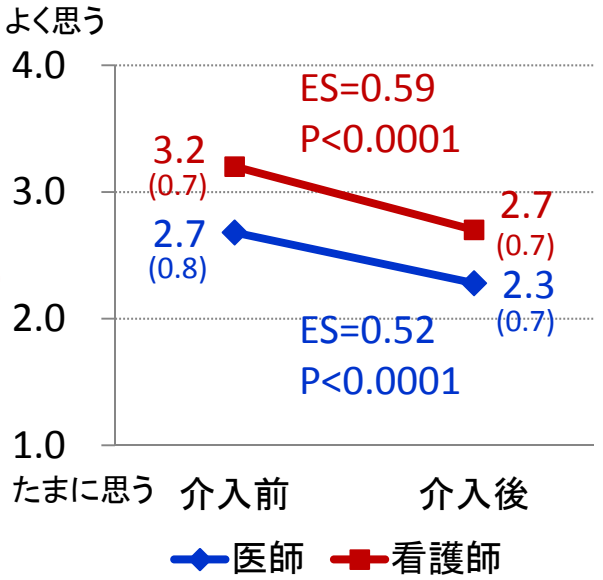
患者の苦痛緩和の質評価



遺族の苦痛緩和の質評価



医療者の困難感



まとめ

緩和ケアの知識・技術の向上、市民啓発、コミュニケーションと連携の改善、専門家からの支援からなる緩和ケアプログラム（OPTIMプロジェクト）は、
既存の資源を最大限活用することで、地域全体の緩和ケアアウトカムを向上させる可能性が示唆された。

OPTIMで実践された多職種連携カンファレンスの取り組みは、既に、在宅医療連携拠点事業に取り入れられている。

OPTIMプロジェクトは、緩和ケアのみならず、在宅医療の普及推進を行なっていく際に大きな示唆を与える。