

シンポジウム

緩和医療

消化器病センターの緩和ケアに対する取り組みと大学病院としての緩和ケア

¹東京女子医科大学消化器病センター外科²東京女子医科大学消化器病センター内科フクダ アキラ イマイケンイチロウ タカヤマ ケイコ シラトリ ケイコ ヤマモト マサカズ
福田 晃¹・今井健一郎¹・高山 敬子²・白鳥 敬子²・山本 雅一¹

(受理 平成 18年 12月 28日)

Palliative Care

The Measures for the Palliative Care in Our Institute and the University Hospital

Akira FUKUDA¹, Kenichiro IMAI¹, Keiko TAKAYAMA²,
Keiko SHIRATORI² and Masakazu YAMAMOTO¹¹Department of Gastroenterological Surgery, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University²Department of Gastroenterology, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University

Palliative care medicine is necessary not only in the palliative care ward but also in the general wards of the university hospital. The Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University has made efforts regarding pain management, palliative surgical treatment, and the promotion of home care medicine in treating terminal cancer patients since 2002. Pain management: We made a "Pain Management Manual" based on the WHO Cancer Pain Relief Program to unify the pain management in our institute and adopted CT-guided splanchnic nerve block. Palliative surgical treatment: We adopted not only pharmacotherapy but also palliative surgical treatment such as bypass operation, PEG, PTEG, and stenting for obstruction of the gastrointestinal tract. Practice of home care medicine: We promote home care medicine for terminal cancer patients in stable condition. A palliative care team was established in Tokyo Women's Medical University in October 2005. It is necessary to develop care teams making full use of the characteristics of the university hospital.

Key words: palliative care, WHO Cancer Pain Relief Program, University hospital, Pain management, CT-guided splanchnic nerve block

はじめに

最近では日本でも緩和医療の専門、独立化が進んでいるとはいえ、まだ緩和ケア病棟の数は十分とは言えない。わが国でのすべての死亡の死亡場所構成比をみると81%が病院であり、高齢者施設や自宅で亡くなるのが少ないのがわが国の特徴である¹⁾。中でも癌患者ではその93%が病院で死亡しており、わが国では急性期を主に扱う一般病棟で癌患者の終末期を看取らざるをえないのが現状である。

東京女子医科大学消化器病センターでは悪性腫瘍患者を多く扱っているため、終末期癌患者の緩和医療は、消化器内科・外科医にとって避けては通れな

い道である。しかしながら、手術、検査、外来等で時間を費やされる内科・外科医が、終末期の患者とじっくり向き合う時間的余裕がないのが現実であり、精神面のサポートや緩和的リハビリテーション等専門性の高いケアが必要な患者もおり、主治医一人のみで対応することにはおのずから限界がある。今後の緩和ケアの質の向上のためには、様々な科の医師、看護師、薬剤師等の多部署からなる緩和ケアチームで対応することが必要不可欠である。

本稿では消化器病センターでの今までの緩和ケアに対する取り組みと東京女子医科大学の緩和ケアチームの展望について述べたい。

消化器病センターの現状と 緩和ケアに対する取り組み

東京女子医科大学消化器病センターの2005年8月から2006年7月までの1年間の入院患者数は4,211人、手術件数は1,054件、うち悪性腫瘍関連の手術は716件と7割を占めている。当センターで亡くなられた患者は283人、うち悪性腫瘍が211人と多くを占めており、東京女子医科大学の中でも最も多くの癌患者の終末期を看取っている部署である。悪性腫瘍の内訳は食道癌17人、胃癌33人、大腸癌16人、肝臓癌57人、胆道癌21人、膵臓癌58人と多岐にわたっている。

終末期の鎮痛剤使用状況は肝臓癌の40%から膵臓癌の91%と臓器によって疼痛の発生率には差はあるが、半数以上の症例で鎮痛剤投与が必要となっている(表1)。消化器癌の終末期には癌の転移、再発や癌性腹膜炎により様々な症状が出現する。癌性疼痛は解決すべき一番大きな問題であるが、癌性腹膜炎、消化管通過障害による食欲不振、嘔気・嘔吐、便秘、下痢、腹水貯留や胆管狭窄による黄疸などの腹部症状も身体的のみならず精神的にもQOLを著しく損ねることになるため対処が必要である。

平成14年度の診療報酬改定により、緩和ケア病床だけでなく一般の病床において、緩和ケア診療加算が認められるようになり、消化器病センターにおいても緩和ケア環境の整備が必要となってきた。消化器病センターでは終末期患者で最も大きな問題となる疼痛対策を中心に、薬物療法でのコントロールが困難な消化器症状に対する緩和的外科治療、在宅医療への積極的な移行を行ってきた。

1. 疼痛対策

癌性疼痛対策は癌患者の終末期の最大の問題の一つであるが、以前は当センターでも研修医からベテランの医師まで個人個人のやり方で疼痛管理が行われていた。平成14年よりセンターでは、全ての医師が統一した方法でかつ迅速に疼痛対策ができるように疼痛対策マニュアルを作成し定期的に改訂している。疼痛対策クイックマニュアルという白衣の胸ポケットにはいる位の大きさのマニュアルを作成し、医局員に配布するとともに、その親マニュアルともいべき詳細な疼痛マニュアルも作成し医局員への疼痛対策の知識の普及に努めている。

1986年に、世界保健機関(WHO)により「WHO方式がん疼痛治療法」(WHO方式)が示され、翌年には日本語訳が出版された²⁾。センターでの疼痛対策マ

表1 終末期患者の鎮痛剤使用
状況(2005.8.1～2006.7.31)

悪性腫瘍	症例数	鎮痛剤使用
食道	17	15 (88%)
胃	33	24 (72%)
大腸	16	13 (81%)
肝	57	22 (39%)
胆	21	15 (71%)
膵	58	53 (91%)
その他	9	6 (67%)
計	211	148 (70%)

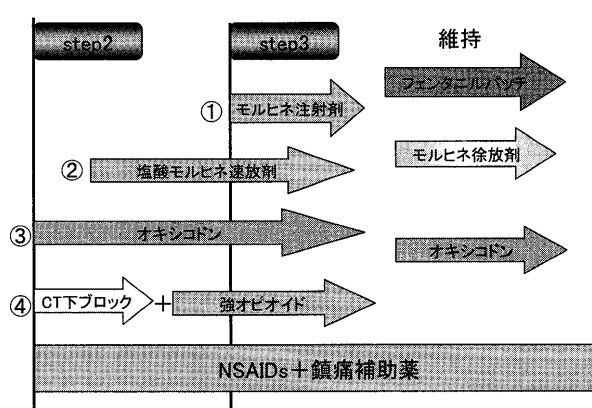


図1 Titration

ニュアルもWHO方式の疼痛治療に基づいており、まず3段階の目標を設定し、基本5原則に基づき、鎮痛ラダーに則ってstepごとに使用すべき推奨鎮痛薬を決め投与を行っている。step1の疼痛に対してはNSAIDs(非ステロイド系消炎鎮痛剤)および鎮痛補助薬を用いるが、step2以降の強い痛みに対しては当センターでは4つの選択肢をマニュアルに明示してより早い鎮痛を目指している(図1)。

①点滴静注法

step3のように癌性疼痛の程度が強く痛みの調節が困難である場合、入院して点滴静注法でのオピオイド鎮痛薬の導入を行うことがある。塩酸モルヒネ10mgを生理食塩水100mlで医師の監視下で点滴静注し、癌性疼痛が消失したら、効果持続時間を計り、1日のモルヒネ必要量を算出する。経口モルヒネに換算する場合は約2倍量とし、経口モルヒネ徐放剤に変更する。点滴静注法の利点は、強い癌性疼痛でも短時間で改善・消失が得られ、オピオイドの1日必要量を早期に決定することが挙げられるが、副作

用も強く出る可能性があるため、医師の厳重な監視下で行う必要があり、腎不全症例では禁忌としている。

②レスキュー法

速放性の経口モルヒネ製剤 (5mg) を使用し、1日のレスキュー総量を算定し対応量の徐放剤に迅速に変更する。但しレスキュー回数が少ない場合にはそのままレスキューで対応する。

③徐放剤からの導入

徐放性オキシコドン製剤の開発により step 2 から強オピオイドの導入が可能になった。癌性疼痛出現時には徐放性オキシコドン製剤 10mg 分 2 より開始、レスキューをモルヒネ水または塩酸モルヒネ散 5mg で設定、レスキューの服用回数が 3 回以上の場合には基本となるオキシコドン製剤の量にレスキュー総量を加算していく。

④神経ブロック法

step 2 の早い段階に神経ブロックを行い、ブロックで痛みがまだ残る場合にオピオイド導入を行う。

他にもマニュアルには鎮痛補助薬の用法、オピオイドの副作用対策やオピオイドローテーション法等も記載し、どの医師でも共通したやり方で行えるようにしている。

消化器癌では薬物療法のみでなく、腹腔神経叢、内臓神経ブロックも有効であるため、当センターでは CT 下内臓神経ブロックも積極的に行っている。上腹部の内臓痛は交感神経の節前神経である大小下内臓神経を介して中枢に伝えられるため CT 下で内臓神経の走っている retrocrural space に針を進め神経をブロックすることにより除痛することが可能である³⁾。CT 下内臓神経ブロックの症例を 1 例提示する。症例は 39 歳男性、腓体部癌に対し腓体尾部切除を施行後、局所再発を認め、痛みに対し強オピオイド投与を必要とした。最初経口モルヒネから開始したが、コントロール不良のため最終的には 1,500 mg という大量のモルヒネ注射剤を要したため、なかなか在宅医療に移行できない状況であった。まず左の神経ブロックを行い、600mg まで注射剤を減量、次いで右側の神経ブロックを行い 150mg まで減量した時点で経口モルヒネに変更し退院となった (図 2)。

切除不能および再発腓体癌症例 34 例に対する CT 下ブロックの成績では 85% の症例で有効であり (図 3)、症例のようにブロックを行うことにより薬剤の量を十分に減らすことが可能である。神経ブロック

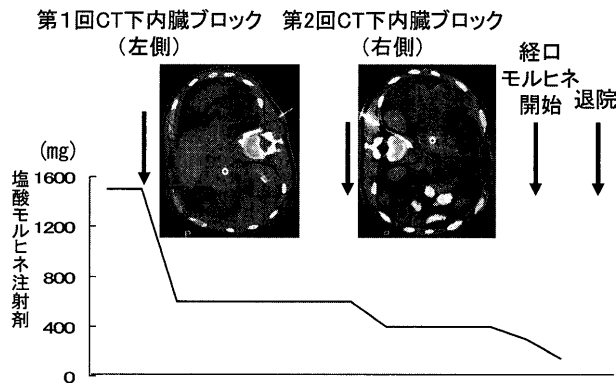


図 2 症例 39 歳男性 腓体尾部癌術後再発

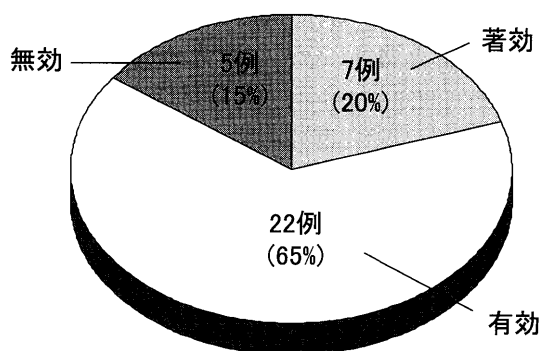


図 3 CT 下ブロックの成績
切除不能および再発腓体癌症例 34 例 (1997 ~ 2003)

については、多くの医師が疼痛管理に難渋する場合の最後の手段と考えているが、内臓神経ブロックについてはより早期からの施行が有効である。神経ブロック施行により強オピオイドを中止にすることはできなくても、ブロック施行後の患者の QOL は改善され、強オピオイドを減量することは十分可能である。

消化器病センターでは疼痛コントロールの適切な評価を行うため、看護部・薬剤部の協力のもと疼痛の経過表を作成し、疼痛コントロール状況の評価をしている。痛みや副作用の評価を毎日行うことにより現在の問題点が明確になるため、オピオイドや鎮痛補助薬の選択、増量、副作用対策などについて看護師、薬剤師からの情報や助言などを基にしてよりキメ細かく迅速な疼痛コントロールが可能となってきている。さらにセンター内では看護師、薬剤師との疼痛治療の知識の普及や情報交換のため勉強会を行っている。

2. 緩和的外科治療

終末期癌患者の腹部症状に対する治療は薬物療法

表2 緩和的外科治療 (2005.8.1 ~ 2006.7.31)

	非切除症例	術後再発症例
消化管バイパス術	3例	3例
胃空腸吻合術	10例	2例
人工肛門造設術	2例	7例
胃, 腸瘻造設術	3例	1例
胆道系バイパス術	7例	0例
	25例	13例

と非薬物療法に大別される。緩和治療というと薬物療法をまず考えてしまいがちであるが、消化管の器械的閉塞に対しては消化管バイパス手術、PEG、PTEGや、ステント留置術などが有効であることも多く、癌腫の種類、閉塞部位、数などにより選択し積極的に施行している。

当センターでは過去1年間に非切除例、術後再発症例に対しそれぞれ25例、13例の外科的治療を行っている(表2)。症例によっては化学療法を施行しながら1~2年間終末期に至るまで食事摂取可能な状態で経過することもあり、いいタイミングで行われればQOL向上の点で非常に有効な方法の一つとなりうるものと思われる。

3. 在宅医療

残り少ない時間を自宅で過ごす必要性や、急性期病院という性質上長期入院が難しい点等から、状態の安定している終末期患者に対して積極的に在宅医療への移行を行っている。この場合、消化器癌の終末期では癌の転移、再発や癌性腹膜炎により食事摂取の困難な状態になりやすいため栄養管理が重要になってくる。症例の状態に応じて経腸栄養や経静脈栄養等の栄養ルートを選択し、当院の在宅医療支援推進部を介して地域医療機関との連携を行い円滑に在宅医療への移行を進めている。

消化器病センターでは疼痛対策を中心に今まで活動してきたが、大学病院という特殊性のため流動性の激しい若手医師への継続的な教育が難しい点、個々の症例に対して腰を落ち着けてディスカッションすることが不足している点、疼痛以外の他の症状に対する対応は依然として主治医によってマチマチである点等、問題点はまだまだ多いがよりよい緩和ケアの実現を目指して活動を続けていくことが必要と思われる。

大学での緩和ケアチームの方向性

終末期患者は身体的な痛みのみならず、精神的、社会的、さらにスピリチュアルな苦痛を抱いており、

それらが互いに影響を及ぼしあっている。癌患者の痛みを評価し緩和するには、痛みを全人的苦痛として理解することが重要であり、時間的制約のある内科医、外科医が全てに関わることは非現実的である。より質の高い緩和医療を提供するためには、多部署、多職種の間からなる緩和ケアチームの確立が不可欠である。そして内科医、外科医も質の高い緩和医療を提供するチームの一員として積極的に参加する姿勢が必要である。

本学のような大学病院で行う緩和ケアの長所を挙げると、①今までの癌の診断、治療の過程での医師、患者間の人間関係を終末期においても継続することができるため患者さんの安心感が大きいという点、②他科の高度専門医師、薬剤部、看護部への紹介、コンサルトが可能であり、より高度で専門的なケアができる点、③緩和目的での外科的治療や化学療法の適応とタイミングを知っている点、等が挙げられる。

逆に欠点としては、①包括医療制度が導入され急性期病院としての性格が強いため長期入院が困難である点、②外来・検査・手術等他の日常診療に費やす時間が多くキメの細かな緩和ケアがやや難しい点、③在籍医師数が多いため個人個人のバラバラなやり方で行われていることがあること、④出張や研修医のローテートなど医師の流動性が激しいため若手医師への継続的な教育がやや難しい点、等がある。

大学病院としてはこれらの利点を生かしながらも欠点を最小限に留めることが必要であり、そのためには多くの部署にまたがった緩和ケアチームの確立が必要となる。

本学では平成17年10月より在宅支援推進室、麻酔科、神経精神科リエゾン、消化器内科、消化器外科の各医師、薬剤部、看護部など複数の部署からなる全病棟コンサルテーション型の緩和ケアチームが発足した。現在、主治医からのコンサルテーション依頼に対し診察、ディスカッションを行い、緩和ケアに関する助言を行っている。今後の大学病院での緩和ケアは、やはり専門の緩和ケア病院と同じケアは難しいと思われる。急性期病院という性質上、長期入院は難しいため地域の病院との連携を強化し在宅医療への移行を促進していくことが必要となる。東京女子医大病院の緩和ケアチームはまだ発足したばかりであるが、今後は更に多くの部署からの専門家を募り、大学病院の特性を生かした緩和ケアチームを確立、発展させていく必要があるものと思われる。

る。

結 語

消化器病センターでは終末期の患者に対する疼痛対策，そして薬物療法でのコントロールが困難な消化器症状に対する緩和的外科治療，在宅医療への積極的な移行を行っている。より質の高い緩和医療を提供するためには，多部署，多職種の間からなる緩和ケアチームの確立が不可欠であり，大学病院の特性を生かした緩和ケアチームを確立していく

必要があるものと思われる。

文 献

- 1) 池上直己：「終末期のケア」の課題と展望—検討会報告の向こう側。健康保険 11：18-23, 2004
- 2) 世界保健機関編（武田文和訳）：がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法 第2版。金原出版，東京（1996）
- 3) 上野恵子：消化器疾患に対するIVR その他 腹腔神経叢・内臓神経ブロック。「消化器病セミナー 70巻」。pp235-253, へるす出版，東京（1998）