

大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

「終末期患者のための緩和ケア」(Dr. Ian Maddocksの講演から)

福田 広美 Hiromi Fukuda

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University Nursing and Sciences

2009年12月24日投稿, 2010年1月19日受理

キーワード

緩和ケア, 終末期患者

Key words

palliative care, terminally ill patients

1. はじめに

近年、延命治療や尊厳死が話題となる中で2006年にがん対策基本法が成立し、緩和ケアへの関心はますます高まっている。こうした背景をうけて、2009年10月31日、大分県立看護科学大学では、第11回看護国際フォーラム「ターミナルケア」を、別府ビーコンプラザ国際会議場で開催した。今回のフォーラムでは、オーストラリア Flinders University より Ian Maddocks 博士を講師の第一人者として招聘し「終末期患者のための緩和ケア (Palliative Care for Terminally Ill Patients)」をテーマにご講演を頂いた。Maddocks 博士は、緩和ケアの発展に長年貢献され、世界的にも著名な緩和ケアの第一人者である。今回の講演では、緩和ケアの起源や意味を振り返り、緩和ケアの実際についてご講演いただいた。以下に概要を報告する。

2. 緩和ケアとは

緩和ケアとは、重篤で進行した病気の患者に対し専門的な技術を使い、総合的な治療と支援を行うことであり、患者が最も望む場所で効果的かつ充実したケアを最後まで継続することである。Palliative(緩和)という言葉の起源は、PALLIUMという言葉から生まれ、苦痛を軽減することや、身の安全を確保することを意味する。また、「緩和」という言葉の意味は、症状をより安楽にする場合に使われる。例えば、頭痛時に薬を服用すれば頭痛を「緩和」できるように「緩和ケア」とは、安楽に重点を置いた医療である。

近年「緩和ケア」という言葉は、「ホスピスケア」や「ターミナルケア」という言葉と合わせて用いられるようになった。Hospitalという言葉は、ラテン語の Hospes から来ており、「お客様」の意味がある。数百年にわたり、終末期患者のケアは、修道院などキリスト教施設における重要な役割であった。修道院はその場自体が Hospice と呼ばれ、修道僧達は、終末期患者に対しキリストのようにもてなすべきだという意味のラテン語を使用した。このように世界各地で、終末期患者へのケアを始めたのは、キリスト教の関係者であり、彼らは「ホスピス」という言葉を使った。一方、キリスト教とは無関係で宗教上の関わりのないグループは「緩和ケア」という表現を用いた。

3. 緩和ケアの実際

かつては、終末期患者の苦痛を緩和するための医療はなく、人々は病による苦しみに悩まされていた。こうした中、英国のシスリー・ソング博士は、がんで死期の迫った人々が放置されている事実に着目し、疼痛の治療に経口モルヒネを使用することを提唱した。他国でも、様々な人々が、緩和ケアの提唱を行った。例えば日本では、柏木博士が、大阪の淀川キリスト教病院でホスピスを創設し緩和ケアを始めた。彼は日本のホスピスケアの第一人者として尊敬されている。

緩和ケアの特徴は、患者中心のケアである。個々の患者のニーズや希望を尊重し、また家族のニーズに対しても支援を行う。これらのケアは、身体的、

心理的、スピリチュアルの総合的な視点からアプローチが行われ、継続的なケアとマネジメントがおこなわれる。様々な専門家が協力し、効果的に互いの技術を用いケアを継続する。こうした緩和ケアを構築するうえで、医療者を含めた連携体制を整えることが必要である。以下に詳細について述べる。

3.1 医療者に必要な知識と技術

医療者は、緩和ケアが患者中心であることを深く認識しなければならない。たとえば、患者が苦痛に思っていること知り、適切な薬剤と投与方法を考える。また、患者の教育や文化的背景を考慮したうえでケアに対する説明を行い、患者の理解や納得を得る。このように緩和ケアは、個別性に則した知識と対応が求められる。ルーマニア人の作曲家であるセリビダッハは「何が大切かということを除いては、譜面に書かれていることが全てである」と述べている。この言葉は、緩和ケアにも当てはまる。きめられた援助ではなく、患者に適した援助を追究し、常に患者中心であるということが大切である。

医療者は緩和ケアをチームで行わなければならない。このチームワークでは、緩和ケアに携わる医療者が、患者の気持ちを聴き、情報を共有する。これには、待つ、行動する、話す、あるいは指示する技術が必要である。こうした技術は、観察や専門的なトレーニングを繰り返すことで習得されるが、完全な技術になるには忍耐を必要とする。この技術を高めるには、専門職者が実践の中で振り返りを重ね、判断力を養わなければならない。簡単なことではないが、緩和ケアにおけるこれらの技能の必要性は明らかである。

3.2 医療者の心構え

医療者には、緩和ケアにふさわしい心構えがいる。患者や家族のニーズをよく理解し、一方的な指示や断定的な態度は避けなければならない。独断的な行動を避け、協力を重視し、規則よりも柔軟な行動を大切にす。また、多忙でも急がず、優しさを持ちながら冷静に真実を語り避けないことが重要である。メルボルンの精神科医であるエインスリー・メアリー博士は、著書「医療活動の方法」(1985)の中で、沈黙の効用について「私の会話の多くは沈黙の中であった。こうした沈黙は単なる会話ではなく、本当に意義深い」と述べている。緩和ケアにおいて、沈黙は大切な会話の一つであり、多くの真実や優しさ

が込められている。医療者の心構えとして、この沈黙の大切を心に留めておきたい。

「医療活動の方法」(1985)の終章に「良き科学を実践するときは、やさしさを忘れてはいけない」という言葉もある。医療者は科学を基礎としたケアを行うとき、無意識の反応として感情をもつ。しかし、我々医療者は、この科学と感情が同時に存在することを、必ずしも理解しているとはいえない。大切なことは、緩和ケアが、こうした科学と感情の双方を必要としていることである。緩和ケアに携わる専門職は、心構えとして科学と感情、つまり優しさをもたなければならない。

最高の緩和ケアを提供するための心構えとはいかなるものであろうか。かの偉大なピアニスト、アルターシュナベルは、ベートーベンのソナタについて「それはとてもすばらしい曲であるがゆえに、容易には演奏できない」と述べている。これは、緩和ケアにも似た例えであり、心構えにおいて大切である。なぜなら、病気が進行し、不治となった患者に対しては、最高のケアを必要とする。しかし、現実には患者に最高のケアを提供しても、患者がもつすべての問題を解決することは難しい。これは、緩和ケアを必要とする患者が身体的、心理的、社会的、スピリチュアル的な苦痛をもち、そのケアに総合的なアプローチを必要とするからである。緩和ケアを行う医療者の心構えとして、チームアプローチを展開しながら、患者の求める最高のケアを常に意識しておくことが重要である。

緩和ケアにおいて、患者あるいは家族に真実を語る際の心構えとはどのようなものであろうか。イギリス議会に所属したエドモンドバークの著書である「わが同胞議員への書簡」(1750)の中に「どのような時にも、真実を告げるには思慮深さを必要とする。真実を注意深く語ることは尊敬に値し、人が十分に話すことを促す」という記述がある。これは、当時の議員に必要とされたことだが、現代の緩和ケアにも当てはまる。患者や家族に真実を語る際の心構えとして留意したい。

3.3 緩和ケアを提供する体制

生きる希望をもつ患者が、家庭や病院、療養施設、ホスピスなどで、質の高いケアをいつでもどこでも受けられることが重要である。緩和ケアを必要とする患者が歩む道は、険しく先の見通しは定かでない。

彼らが望む場所で共に歩み、必要な援助を提供できる体制を整えなければならない。緩和ケアを導入する時期は、過去に比べ早期になった。たとえば、がんや心疾患、肺疾患の患者では、診断後は積極的な治療が行われるが、徐々に緩和ケアの比重が高まる。また、認知症の場合は、診断と同時に緩和ケアを進めることが大切である。このように、疾患により緩和ケアを取り込む時期は異なるが、重要なことは、緩和ケアを始める時期を逃さず、患者に適切なケアを提供することである。

緩和ケアにおけるチームワークとは、関係者がそれぞれの立場でベストを尽くし、リーダーシップを発揮することである。医師は、効果的な医療を提供し、看護師は、有効な清潔ケアや薬物の管理を行う。カウンセラーは、患者や家族を不安から解放し、家族間の緊張を緩和する。また、家族は、患者の闘病意欲を支え、新しいケアの技術を身につける。それぞれの立場から積極的に取り組む姿勢が必要である。

患者の病状が進行した場合、ケアの主な対象は患者であるが、家族にもケアが必要である。家族は、患者ケアに伴う負担と同時に、近い将来に訪れる悲嘆を体験するため、様々な支えが必要である。まさに緩和ケアの中心には家族がいる。近年、日本、オーストラリアでは少子化が進み16歳から64歳までの人口比率が減少している。家族に対する考え方も従来とは異なり変化しているようだ。緩和ケアの中では、ボランティアが家族としての役割を果たすこともある。家族の定義も新たにされてきた。医療者は、患者の家族としてケアを行う人々に対しても適切な支援を行う必要がある。

イングランドとウェールズ地域の60年前と現在の死亡年齢からも明らかな通り、現代において高齢者の死亡割合は高い。緩和ケアの課題は、こうした高齢者ニーズに応えることも含まれる。また、多くの国の死亡原因は、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性肺疾患、肺炎、がんなどがある。緩和ケアという点で、がんの場合、患者は一般によりケアを受けることができるが、他の疾患では必ずしもそうではない。調査によると、西オーストラリアで主に緩和ケアを受けているのは、がん、AIDS、ALS、パーキンソン病、アルツハイマー、ハンチントン病、COPD、肝疾患、腎疾患、心疾患の患者などである。しかし、緩和ケアを必要としている疾患は、これだけではない。緩和ケアの任務は、緩和ケアを必要とするすべての患

者やその家族が、現実と向き合うことを助け、症状をコントロールし、よりよいマネジメントをすることである。

3.4 疼痛管理

疼痛管理は、患者の病状や痛みの部位、治療とその反応、患者のこれまでの生活背景と予後を考慮しなければならない。患者の体験では、苦痛や身体機能だけでなく患者を取り巻く人間関係、また患者と家族の疼痛緩和に対する希望を理解しなければならない。また、疼痛の部位や熱感、痛みの程度と特徴、痛みの出る時間や疼痛を増減させる因子を押さえておくことも必要である。周囲の状況として、患者の社会的支援について把握しておくことも大切である。

疼痛管理にはWHOの3段階除痛ラダーが使われる。軽い痛みでは、第一段階の薬剤である非オピオイドと鎮痛補助薬、パラセタモール、NSAIDsなどを使用する。中等度の痛みでは、第二段階の薬剤である弱オピオイドと鎮痛補助薬、コデイン、トラマドール、NSAIDsや合成麻薬性鎮痛薬などを使用する。激痛では、第三段階の薬剤である強オピオイドと鎮痛補助薬、モルヒネ、フェンタニル、メンブレンスタビライザーやケタミンなどを使用する。

痛みを判断する場合は、神経末梢部位の刺激によって生じる侵害受容性疼痛と、神経線維の断裂あるいは損傷によって起こる神経因性疼痛を理解する必要がある。これらは薬剤アプローチが異なり、適切な疼痛緩和の薬剤を選ぶうえで重要となる。神経細胞は多くの知覚受容体を持ち、種類の異なるオピオイドがそれぞれ異なる知覚受容体に結合する。薬物による疼痛管理の最も重要な点は、基本となる薬物療法の血中レベルを維持できるように投与していくことである。時折起こる激痛には、レスキューの薬剤を投与する。レスキュー投与を行う場合は、患者に痛みを我慢させず即座に何度でも行うことが大切である。たとえば、経口モルヒネシロップやフェンタニル、オキシコドン、トラマドールなどが使用できる。皮下注又は静脈注であれば、モルフィンやフェンタニルが使用できる。

5. おわりに

今回の講演は、緩和ケアの本質やあり方を考える貴重な機会となった。緩和ケアにおける医療者の心構えやチームアプローチの大切さを改めて意識

し、専門職として知識と技術を高めていくうえで重要な示唆を与えられた講演であった。総合討論では、Maddocks博士に対し、緩和ケアにおけるより良いチームワーク構築について一般参加者より質問があった。これに対し、Maddocks博士は、オーストラリアでは、緩和ケアのチームワークを支える存在としてNurse Practitioner (NP) が重要な役割を果たしていることを述べた。NPは、患者中心である緩和ケアの理念を適切に理解したうえで、看護と医学の知識と技術に優れ、より高度なケアを多職種との連携のもとで実践できるという。日本でも、こうした実践が行える診療看護師 (NP) が緩和ケアにおいて活躍できることが望まれる。シシリー・ソングース博士の「You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die」を一人でも多くの人に広げるために、緩和ケアのさらなる発展が期待される。



連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学
成人・老年看護学研究室
福田 広美
fukuda@oita-nhs.ac.jp