

2014年度MSWのスキルアップを目指す実践セミナー 2014.10.12

かけがえのない時間を過ごすための 早期からの緩和ケア —知ってほしい痛みの話—

京都府立医科大学大学院 疼痛・緩和医療学講座
京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部
〃 疼痛(ペインクリニック)・緩和ケア科
細川豊史

緩和ケアとの初めての関わり

1983年:60歳代女性（友人の母親）

子宮がん 骨転移

本邦の“がん”の現状

- * がん罹患患者 : 150万人
- * がん死者 : 36万人（2012年）
- * 1981年以来本邦での死亡原因の第一位
- * 今や日本人の男性の60%、女性の48%が“がん”に罹る時代
- * 3人に2人が、5年後にも生存もしくはがんと共に存（サバイバー）している時代である
- * 慢性疾患として“がん”を考える時代

本邦の“がん”の痛みの現状

- * がんの痛みは癌患者さんの約70%に認められる
- * 日本人の3~4人に一人が“がん疼痛”を経験することになる。

つまり、日本の一家族に一人以上ががんの痛みを一生の間に経験することになる！

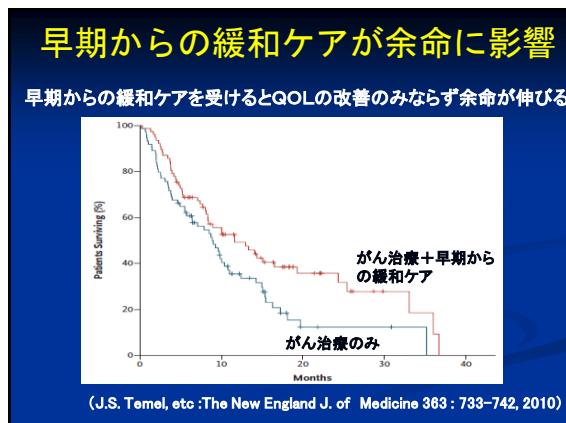
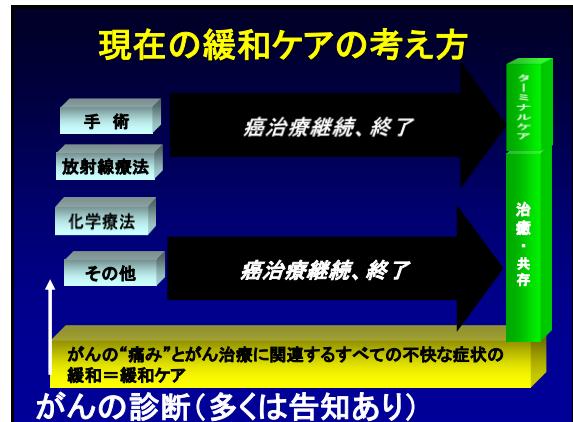
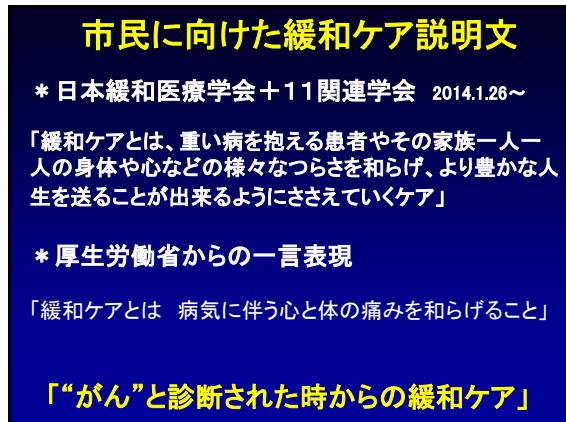
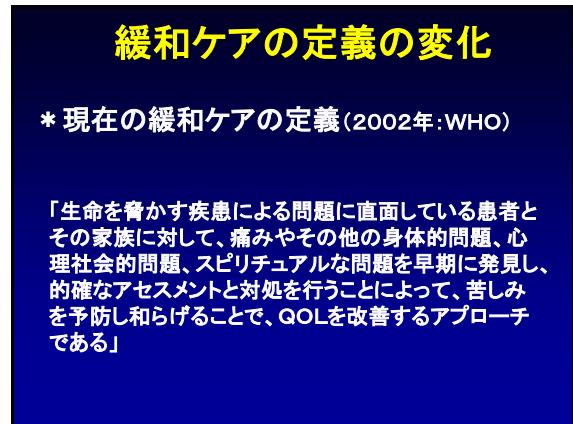
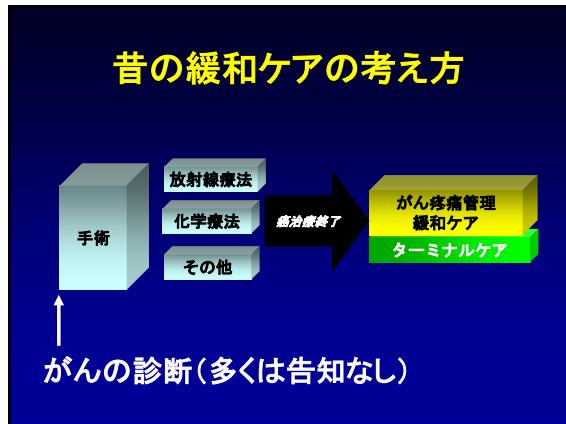
緩和ケアとは

終末期医療、ターミナルケアなのか？

緩和ケアの定義の変化

* 昔の緩和ケアの定義(1989年:WHO)

「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患有する患者に対する積極的で全人的なケアである。」



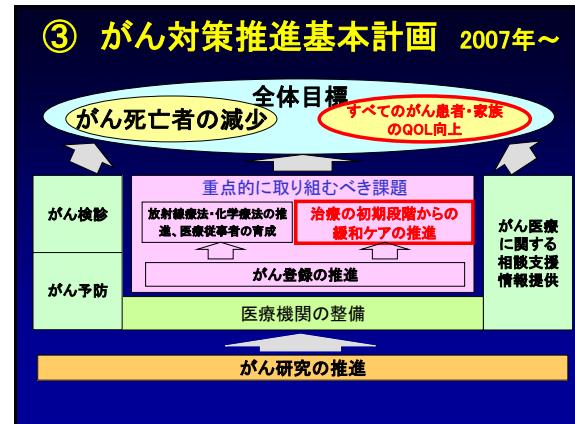
がん対策基本法 (2007年4月施行)

* がん医療の均てん化
(手術、化学療法、放射線療法、緩和ケア)

* 第16条：痛みの緩和を目的とする治療
(“がん”診断早期から必要)

人材（ソフト）、基盤整備（ハード）

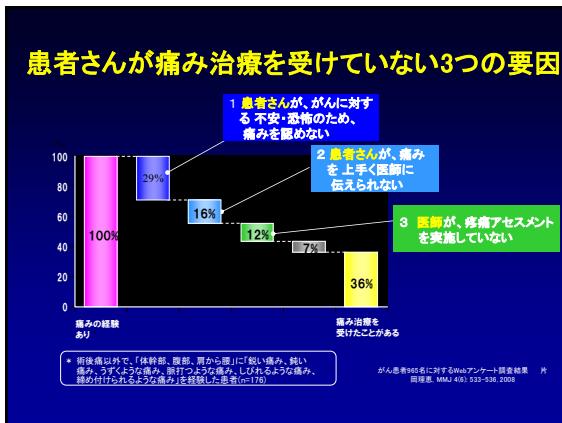
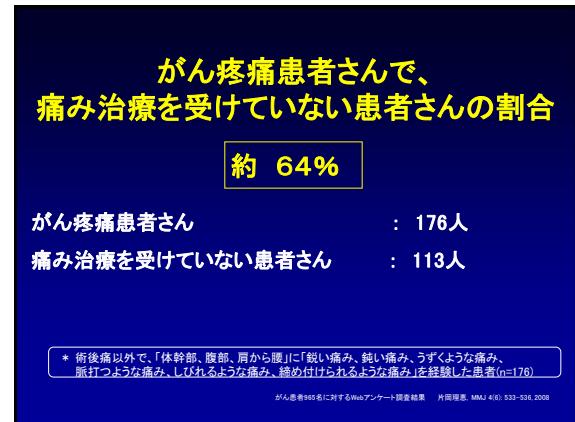
“がんの痛み”を緩和できなければ法律違反



新がん対策推進基本計画
2012年6月～

重点的に取り組むべき課題

- 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実これらを専門的に行う医療従事者の育成
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- がん登録の推進
- 働く世代や小児へのがん対策の充実



患者さんが“がん疼痛”治療を受けたがらないもう一つの理由

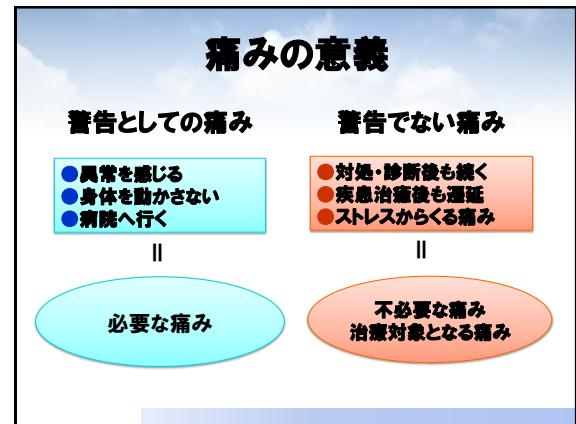
“がん疼痛”の治療を始めると、“がんの治療”をしてもらえなくなる

知ってほしい痛みの話

(1)ストレスとしての痛み
痛みと免疫

(2)痛みの悪循環・関連痛

(3)神経障害性疼痛



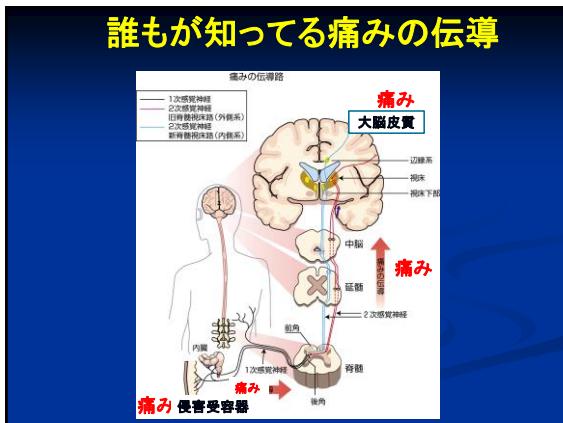
先天性無痛無汗症

- 別名：遺伝性感觉自律神経性ニューロパシー(HSAN)IV型
- 患者数：日本では約200人
- 症状：全身性の温痛覚障害、無汗症
- 機序：発生の過程で末梢神経のうち有髓A_δ線維と無髓C線維が欠損
- 障害：内臓器器官の疾患になんでも腹痛を訴えない
舌や指への自傷行為
無汗による高体温、熱性けいれん
寒冷に対する血管収縮不全による冬場の低体温
知能低下、多動による外傷、熱傷

痛みの定義

“組織の実質的ないし潜在的な障害と関連した、あるいはこのような障害と関連して述べられる不快な感覚的かつ情動的体験”

(Mersky H, Bogduk N : Classification of chronic pain, 2nd ed, Seattle, IASP Press, 1994, 210-213)



知って欲しい痛みの話

(1)ストレスとしての痛み
痛みと免疫

日本人は痛みに強い？

患者も家族も医師も鎮痛薬の使用を嫌がる傾向がある

<理由>

- * 痛みは我慢したほうが良い
- * 痛み止めは体に良くない(寿命を縮める)
- * 痛み止めを始めると“がんの治療”をしてもらえなくなる

恐怖の三段論法 「始めて我慢ありき」

我慢する子は良い子で強い子



痛みも我慢したほうが良い



痛み止めは飲まないほうが良い

痛み止めは体に良くない



痛み止めは使わないほうが良い



痛みは我慢した方が良い



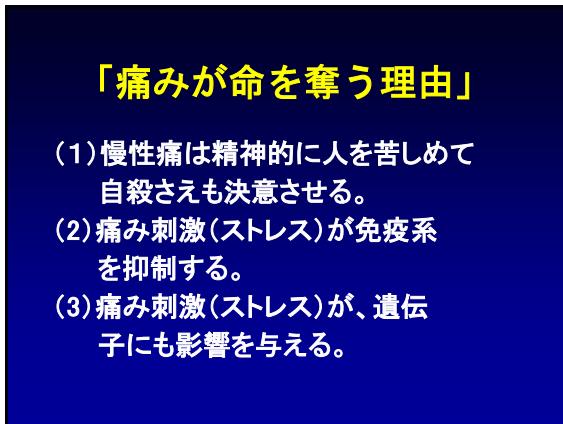
痛くても死なない

Pain does not kill 「痛くても死なない」



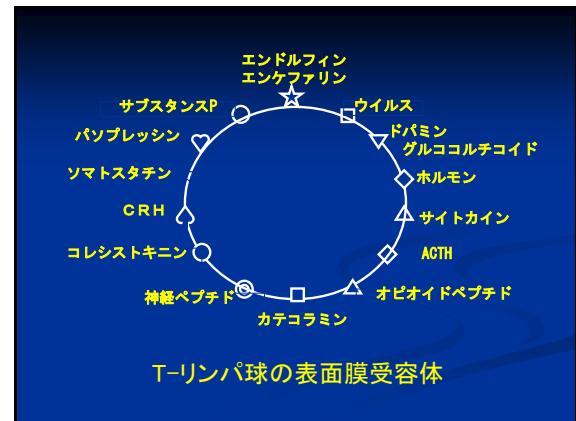
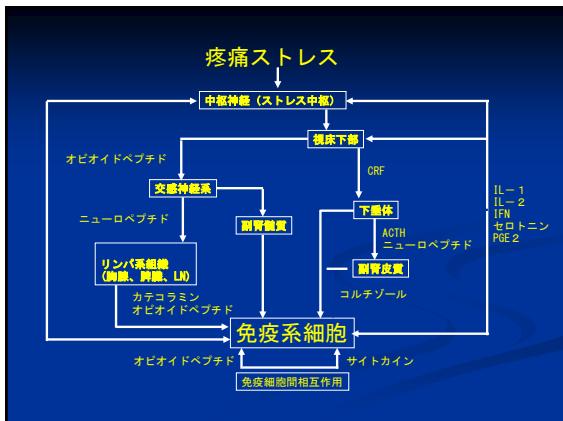
Pain can kill
「痛かつたら死ぬ」

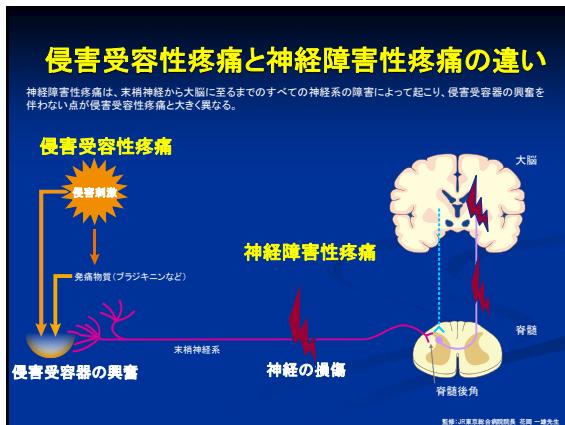
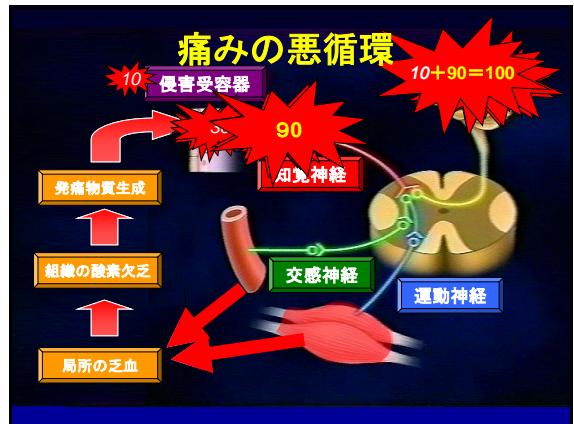
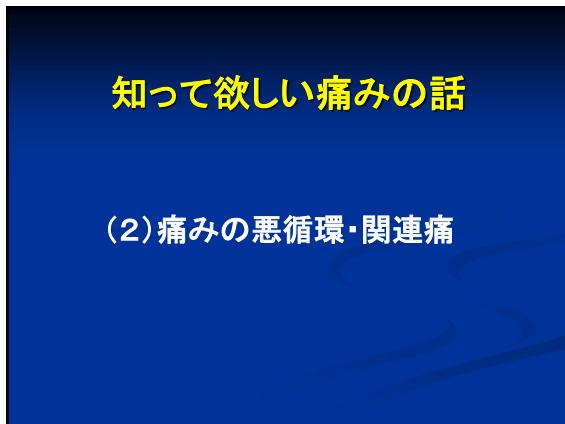
何故痛みが命を奪うのか 「Pain can kill.」なのか

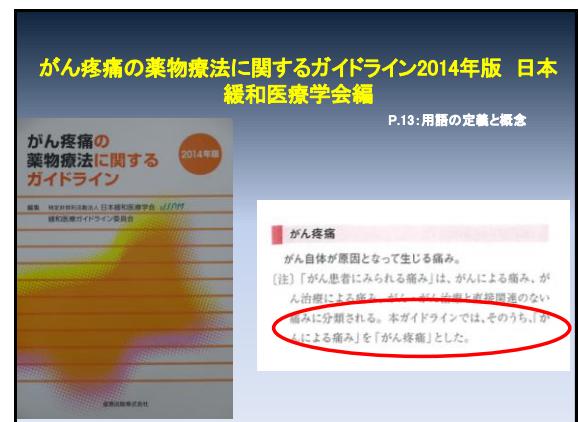
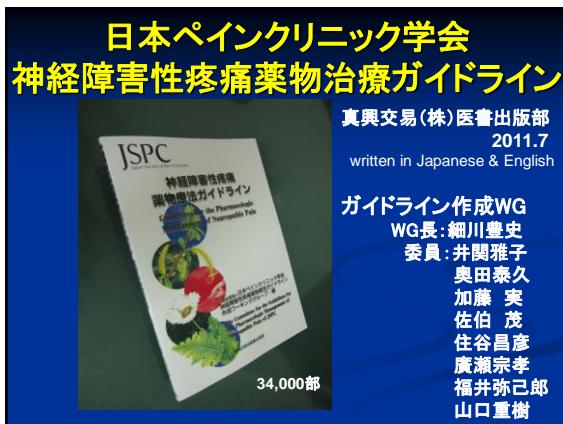
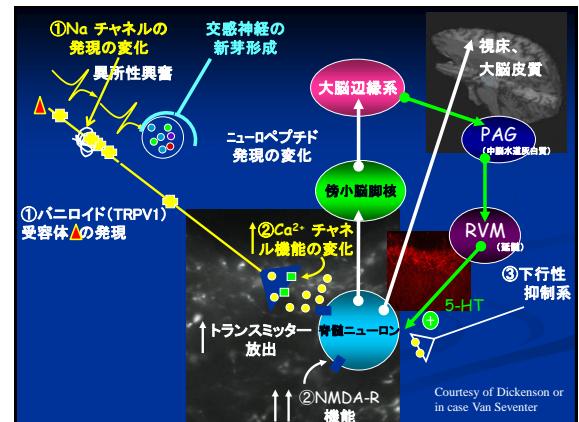
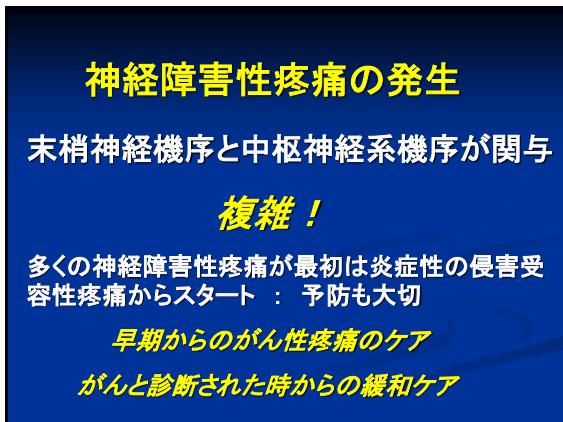


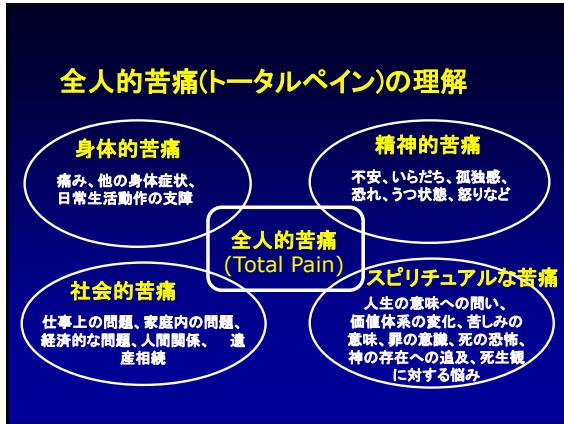
痛み刺激（侵害刺激）による免疫抑制

- * ラットに電気ショック (Painful foot shock)
実験的に移植した腫瘍が大きくなる
(Liebeskind etc.)
- * 術後痛が免疫機能を低下させ、がんの転移に対する免疫を障害する
(Page GG etc : Pain, 90 : 191-199, 2001)
- * 早期からの緩和ケアを受けるとQOLの改善のみならず余命が伸びる
(J.S. Temel, etc : The new England J. of Medicine 363 : 733-742, 2010)









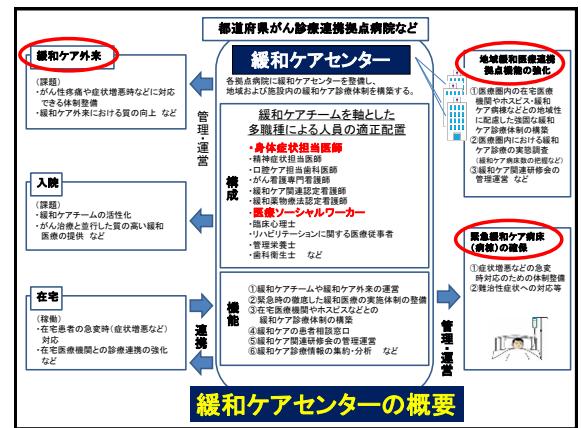
これからの“がん”の緩和ケア

- * “がん”診断と同時に治療と共に始まる緩和ケア
- * 切れ目のない緩和ケア
- * 地域格差のない均てん化した緩和ケア
- * 長期に亘る緩和ケア
- * 入院、在宅、緩和ケア外来などの連携による緩和ケア
- * 緩和ケア病棟で亡くなる患者がさほど増えない
- * 緩和ケア病棟がレスパイト入院を行なう
- * 在宅が中心となる

そのためには

* 最初の“がん”治療(手術、放射線療法、化学療法)後の退院時にある程度の“がん”的知識と、“がん”患者への理解のある“掛かりつけ医”を地域連携室から紹介しておくことを推奨する

■ 厚生労働省緩和ケア推進検討会
■ 厚生労働省がん対策推進協議会
などを通じ、お願いしています！



これからの“緩和ケア”と克服すべき課題

* “がん”患者さんだけにとどまらない緩和ケア
 「すべてのEnd of Life Careが緩和ケア」

* 延命を考えることだけが目標ではなく、「本人の満足を物差しに」判断する (AHNガイドライン)

* 体系化した意思決定支援を行っていく
 (相談員の育成・設置)

* 地域格差はあるが、地域に根差した在宅医療構築とボトムアップを根気よく実現していく

京都府・京都府医師会・京都府立医科大学 「がん患者かかりつけ医育成と 緩和ケア在宅促進の試み」

* 1998年: 京都府緩和医療検討会

* 2005年: 緩和医療部設置・緩和ケアチーム結成

* 2007年: 京都府医師会医師への
緩和ケアセミナー開始

* 2009年: 京都府がん医療戦略推進会議に
緩和ケア部会を設置

**京都府・京都府医師会・京都府立医科大学
「がん患者かかりつけ医育成と
緩和ケア在宅促進の試み」**

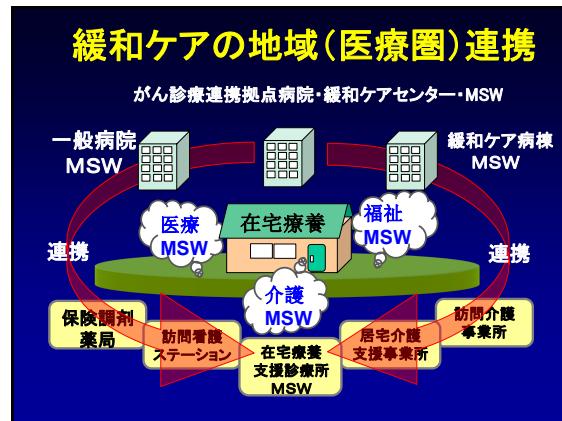
- * 2013年7月:「京都府医師会在宅医療塾」開設
緩和ケアと在宅医療の連続集中講義
- * 2013年10月:京都府立医科大学に「在宅チーム
医療推進学講座(寄付講座)」開設
- * 2015年4月:将来の“がん患者かかりつけ医”候
補への、五大癌・がん教育講義開始

「がんと診断された時からの緩和ケア」

- (1) 緩和ケアは終末期医療ではない
- (2) “がん”的痛みは、我慢せず、早くから緩和することが、“がん”治療においても大切です
- (3) がんと診断されたときから緩和ケアを開始することで、身体的痛みだけでなく、全人的痛みにも対処できる
- (4) がんの治療にもいい影響を与える

“がん掛かりつけ医”の重要性

- * ある程度の“がん”的知識と、“がん”患者への理解のある“がん掛かりつけ医”を育成し、最初の“がん”治療(手術、放射線療法、化学療法)後の退院時に“がん掛かりつけ医”を地域連携室から紹介しておくことを推奨していく



京都府立医科大学附属病院の 緩和ケア活動

- ボランティアによる緩和ケア活動 平成元年～**
- 緩和医療検討会 開催 平成10年4月**
- 疼痛緩和医療部 創設 平成17年1月**
- 公式な緩和ケアチーム 創設 平成17年4月**

緩和医療部メンバー (2005年結成)

部長	： 痛苦緩和医療学講座
副部長	： "
部員	： " 14名(神経内科1名)
精神科(リエゾン)医師	2名
放射線科医師	1名 MSWは地域連携室
腫瘍内科医	1名 /に所属！
薬剤師	2名
看護師	8名
CNS	1名(専従)
がん性疼痛看護認定看護師	2名
がん化学療法認定看護師	2名
がん放射線療法認定看護師	1名
がん看護専門看護師	2名
看護部	1名 計38名

京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座 平成21年11月創設

病院教授	1名
講師	1名
助教	1名
特任助教	1名
病院助教	6名
後期専攻医	2名
大学院生(がんプロ)	1名

16床の緩和病棟が
本年1月20日に新規開設されました