

院時、体性痛および神経障害性疼痛に対してオキシコドン製剤の屯用とロキソプロフェン、アセトアミノフェンとプレガバリンを服用していたが、コントロール不良であった。HD-MTX 投与のため、NSAIDs や鎮痛補助薬の使用は避け、オピオイドのみで疼痛コントロールをすすめる方針で、フェンタニル 2mg/日の持続注射に変更になった。フェンタニル持続注射を 3mg/日まで増量したところ、疼痛は NRS で 6/10 まで落ち着いたが、神経障害性疼痛は変わらないと患者からの訴えがあった。そこで、オキシコドン 150mg/日の持続注射に変更になり、神経障害性疼痛も改善した。HD-MTX 治療を 3 コース行い、その後、重粒子線治療を受ける になった。医師より重粒子線治療を開始するまでに、退院または外泊の提案がされ、オキシコドン 150mg/日持続注射から内服 200mg 分 2 へのローテーションを試み、支障なく変更できた。しかし、オキシコドン徐放製剤を内服して 6 時間前後で疼痛が出現し、レスキュー内服回数も増えたため、240mg 分 2 に増量して現在に至っている。がん性疼痛の約 30% に認められる神経障害性疼痛にはオピオイドは効果が弱い。また、フェンタニルは選択的  $\mu$  レセプター作動薬であるため、神経障害性疼痛に効きにくいといわれている。一方、オキシコドンが有効であるという報告が散見されている。これらのことから、NSAIDs や鎮痛補助薬の使用を避けた本症例の体性疼痛と神経障害性疼痛のコントロールにはオキシコドンが適切であったと考えられる。

#### 17. 入退院を繰り返した患者にとっての緩和ケア病棟の意義を考える

高橋 さつき, 塚越 美和, 神宮 彩子  
平山 功

(済生会前橋病院 緩和ケア病棟)

【はじめに】 私たちは、診断・告知直後に積極的な治療をすべて希望せず、亡くなるまでの 1 年 4 か月間、緩和ケア病棟への入退院を繰り返した事例を経験した。患者にとっての緩和ケア病棟の意義を振り返ることにより、緩和ケア病棟の存在意義について示唆を得たので報告する。【患者紹介】 A 氏 60 歳代 男性 すい臓がん がん性腹膜炎 200X 年〇月 発熱、腹痛にて緊急入院。精査にてすい臓がん、がん性腹膜炎と確定診断を受け、病名とともに予後 3 ヶ月程度と告知を受けた。一切の加療を希望せず、緩和ケア病棟での生活を希望され、転科転棟となった。初回入院では、約 5 ヶ月間緩和ケア病棟での生活を送り、退院し、その後 5 回の入退院は本人の希望であった。200X 年+1 年 4 月、緩和ケア病棟にて永眠された。【経過及び考察】 短い予後を告知されていた A 氏は、初回入院時に身辺整理を終えていたが、その後身体症状は落ち着き、療養期間が長期化した。その中で緩

和ケア病棟での生活に意味を失い、自宅で生活することに意味を見だし、一時退院した。しかしこれまでと変わらない生活を送る家庭や社会は、死と対峙しながら生活を送る A 氏にとって苦悩や孤独を感じさせる場もなった。これらを抱えた A 氏にとっての緩和ケア病棟は、身体症状のコントロールを行う場であると共に、苦悩や孤独感をスタッフへ語ることで、気持ちを整える場として存在していたと考える。一般的に緩和ケア病棟は、「看取りの場」や「症状コントロールを行う場」として捉えられていることが多い。しかし患者が長期に渡り療養する中で、緩和ケア病棟の存在意義もその時々で変化することが明らかになった。私たち緩和ケア病棟スタッフは、患者の中で生じる緩和ケア病棟の存在意義の変化にも柔軟に対応していくことが重要であると考えられる。

#### 〈セッション 4〉

##### シンポジウム

テーマ：切れ目のない緩和医療、つなげよう在宅の輪  
座 長：後藤與四之（後藤クリニック院長）

飯塚 恵子（群馬県病院薬剤師会 前副会長）

#### 18. 切れ目のない緩和医療

萬田 緑平（緩和ケア診療所・いっぽ）

がん対策推進基本計画に“全ての患者が緩和ケアを受けられるようにと”という目標がある。そのためには、まず医療スタッフが緩和ケアを十分理解し、地域に緩和ケアを啓蒙し、その結果全ての患者さんが緩和ケアを希望する療養場所で受けられるようにする。そしてその過程で“切れ目のない質の高い緩和ケアを提供する”。もちろん在宅ケアを受けられるように。“切れ目のない緩和医療”は、そこから出た言葉です。このシンポジウムでは、“在宅ケアへのスムーズな道”をどう作るか、という話題になるはずですが、もちろん現実にどんな多職種連携があるのかを知ってもらいたい。でもそれだけでは、肝心の患者家族がその道に流れて行かない。流れていけない。いや、流れたくない人が流れていく人の 10 倍はいるのだ。道が引かれれば、スムーズにスタッフが動けば切れ目なく移行するか。退院前カンファレンスで多職種が関わって患者家族に安心を提供する。私はそれだけでは無理だと思う。もちろん道路や施設を作らなければそこへ行けないが、道路や施設だけ作っても“そこに行きたい”と思わねば誰も利用しないのではないだろうか。どうして、自宅に帰ろうとしないのか。看護師が「最後の時間を病院で過ごさせるのはもったいない」と考え、いくら自宅への退院を勧めても、指導しても、準備しても、帰ろうと