

小児がん末期患児の治療上の 問題点と対策

特に在宅療養を妨げる要因

(分担研究: Death Educationに関する研究)

高山 順、江口八千代、大平睦郎

要約: 小児がんの末期患児3例に、在宅療養の可能性を追求した。しかし、①原疾患の悪化、②家庭での対症療法の困難性、③病状の悪化に対する不安、④介護に対する技術的不安、⑤人手や労力の問題などから長期に亘る在宅療養が実現できなかった。安心して在宅療養ができるようにするには、医師や看護婦の訪問、地域の病院・保健所・健康センターなどとの緊密な連携をシステム化していくことが必要であると思われた。

見出し語: 小児がん、在宅療養、ターミナルケア

一般的に小児がんは化学療法や放射線照射に対して感受性が高く、また、小児は既に抱えている臓器障害などがほとんどなく手術や化学療法に良く耐え得ることから、積極的、時には過激な治療が行われており、それにより成人のがんに比べて高い寛解率と治癒率を達成している。再発腫瘍に対しても積極果敢な治療が繰り返し行われ、それによって腫瘍の長期のコントロールが可能である。このような小児がんの診療上、どの時期からターミナルと判定するかはなかなか難しいが、基本的には積極的な治療が不可能で死期が間近に迫っている時期、と観念的には捉えることができる。しかし、実際の臨床の場では以下のような時点から 国立がんセンター中央病院小児科: Department of Pediatrics, National Cancer Center Hospital

いわゆるターミナルケアへの移行が考慮される。つまり、一般的には長期に亘る治療の末に、①いかなる治療によっても腫瘍のコントロールが困難と判定される場合、②臓器不全(心・腎・肝等)のため(ないしは、それが予測されるため)に治療の継続が不能と判定される場合、③血液学的な回復が不良で白血球減少のために感染症のコントロールが困難であったり、血小板減少のために出血のコントロールが困難で治療が継続できない場合、④本人、時には親が精神的肉体的に治療に耐えられず、治療を拒否ないしは中止を望む場合等が挙げられる。このように腫瘍に対する積極的な治療を放棄せざるを得ないような状況に陥った場

合、最終的には腫瘍による直接・間接の原因によりいずれ近い将来、死は避けられないものとなる。したがって、このような時期からは、残された限られた時間を如何に有効かつ有意義に質の高い生活を送らせることができるかが主眼となる。

質の高い生活とは、原則的には可能な限り健常人と同じような生活を家庭で送ることができるようにすることであり、また、患児が死を迎える環境も両親・兄弟等家族に囲まれて自宅で死を迎えることができれば、平穏な心を保ちつつ安らかに旅立つことができるものと考えられる。

そのような観点から、どのような条件が整えば自宅で療養を継続し、さらに死を迎えられるのかを症例を通して検討してみたい。

【症例1】発症時2才10ヶ月の網膜芽腫の女兒。摘出後眼窩内再発を繰り返し、その度に摘出、化療、放治を繰り返していたが、7才1ヶ月時に頸部リンパ節に転移。化学療法はそれまでにほとんど効果がなくなっていたため行わず、摘出後放射線照射施行。しかし、乳突蜂巣、頸部リンパ節に再発。この時点で治療を断念し、自宅でできる限りの日常生活を送らせるようにし、小学校にも通学していた。しかし、2ヶ月後側頭部痛と嘔吐のため緊急入院。嘔吐の鎮静後、疼痛に対してはモルヒネ水の経口投与を開始したが投与の度に嘔吐し、MSコンチン錠に変更するも嘔吐するため塩酸モルヒネの持続点滴でコントロールした。しかしその間、頸部リンパ節は徐々に増大し、気管を圧迫するようになり呼吸困難が進行し、呼吸不全のために亡くなった。7才6ヶ月であった。

この症例では、疼痛対策が充分思うようにできなかったことが在宅療養の妨げとなった。入院後

も麻薬の内服が可能になった時期に外泊を試みたが、自宅で疼痛と嘔吐が再来し患児本人が帰宅することに恐怖感を覚えるようになってしまった。また、呼吸困難に対する親の不安が強く帰宅することに躊躇した。結局、週末には父親と弟を病院に宿泊させ家族揃っての時間をできるだけ多く持てるように配慮した。

【症例2】この児も同じく網膜芽腫の症例で、発症は4才6ヶ月。摘出後耳前部リンパ節に転移し、化学療法を施行していたが約1年後に翼口蓋窩から側頭葉にかけて大きな腫瘍を形成して再発。摘出は不能で、外来通院で放射線照射を行ったが、腫瘍の著明な縮小は得られなかった。化学療法を勧めるも、本人が強く拒否するため、可能な限り自宅で生活を送らせていたが、脳圧亢進による頭痛と嘔吐のため2ヶ月後に入院。結局、化学療法を行ったが意識障害が進行し、脳転移巣の増大のため死亡した(6才5ヶ月)。

この症例では再発部位が脳であったため、頭痛・嘔吐・高血圧などのコントロールに入院管理が必要で、在宅療養には限度があった。また、家族にいつ何時急変するかも知れないという不安が強く、自宅に連れ帰ることができなかった。

【症例3】眼窩原発の骨肉腫症例で1才8ヶ月時に発症。摘出後化学療法を行い3年間再発を見なかったが、4才10ヶ月時に鼻根部に再発し、摘出・放治・化療を行うもさらに二度再発を繰り返した。これに対しても照射を行ったが腫瘍は縮小せず6才時に治療を断念し、できるだけ幼稚園に通園させることとした。腫瘍は上顎から鼻腔にかけて広がり、さらに咽頭まで達して呼吸困難が徐々に進行してきたため、4ヶ月後に入院となった。

入院後は咽頭部への腫瘍の進展はおさまり、呼吸困難はむしろ軽減した。しかし、経口摂取は少量しかできず経管栄養などもできない状態で、るいそうが著明となり臥床のままで、全てに介護が必要なため自宅での療養が困難となった。

この患児の場合、呼吸困難が軽快した時点で在宅療養とする可能性があり、実際に1泊の外泊を試みた。しかし、毎日の介護にかなりの労力がかかり家族だけではすべてを負担することができそうにないという理由から、在宅療養を断念せざるを得なかった。

以上のような3症例において、可能な限りの在宅療養を目指したが、様々な理由により充分長期に亘る在宅療養を実現することができなかった。そこで、在宅療養を妨げた要因を以下にまとめた。

1. 腫瘍の進展により呼吸困難や脳圧亢進などの臨床症状が強く、そのコントロールのために入院加療を余儀なくされた。

2. 何らかの医療行為（点滴、経管栄養、吸引、酸素吸入など）が必要なために在宅療養を躊躇した。

3. 症状の悪化や急変の恐れのために、病院を離れ帰宅することに家族も患児自身も不安を抱いた。

4. 家族だけで患児を介護することに、技術的な面で不安を抱いた。

5. また、患児を介護する上で人手がかかること、労力の点でもかなりの負担となる心配があった。母親以外の援助が得られない場合は特に困難と思われた。

以上のような点から、小児がん末期がん患児を在宅療養させるために配慮しなければならない事項としては以下のようなものが考えられる。

1. 病状の把握や対症療法などのために、医師との密接な連絡が必要である。定期的に医師が往診できるか、または、緊急時の対応のためにも直近の医療機関と連携をとることができるようにする

2. 看護婦が病状に応じて定期的に訪問し、様々な介護に当たることが必要である。

3. 家族に様々な介護技術に習熟してもらうための教育・訓練が必要である。

4. 家族が自宅で安心して容易に使用することができる医療機器の選択と開発が必要である。

5. 家族や患児の精神的な支えになるような専門的な訓練を受けた援助者の訪問も必要である。

我々の国立がんセンター中央病院では、遠方からの入院患者が多く、医師や看護婦が自宅に赴くことは事実上不可能で、患家近くの医療機関と連携をとっていくことが必要であるが、実際には様々な理由で依頼し難いのも現状である。将来的には全国的な協力体制を整備していくことが必要であると思われる。また、各地域で訪問看護の体制をしくところも多くなりつつあり、そのような施設との協力も必須である。

当センター東病院では緩和ケア一病棟（PCU）が整備され、成人で多くの成果を挙げているが、今後小児においてもその可能性を追求していきたい。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:小児がんの末期患児 3 例に、在宅療養の可能性を追求した。しかし、原疾患の悪化、家庭での対症療法の困難性、病状の悪化に対する不安、介護に対する技術的不安、人手や労力の問題などから長期に亘る在宅療養が実現できなかった。安心して在宅療養ができるようにするには、医師や看護婦の訪問、地域の病院・保健所・健康センターなどとの緊密な連携をシステム化していくことが必要であると思われた。