

1 緩和医療・緩和ケアとは

Point

緩和医療・ケアの対象は、「がんとエイズ」だけでなく、重症障害（児）者、進行性の慢性疾患（神経難病・慢性肺疾患・慢性心疾患・代謝性疾患）、認知症の高齢者など広い領域に及んでいる。「こころ・と・からだ」の支えを必要としている人へのケア、心温まる交流、ホスピスマインドが緩和ケアの神髄であり、いつでも、どこでも、医療・福祉・日常生活のあらゆる分野において共通する「思いやりの気持ちと行為」である。

1 ホスピスの起源

ホスピスは、ラテン語のホスベス（hospes：主人客人両者／見知らぬ人／異国の友を意味する）を語源とし、ホスピティウム（hospitium：温かいもてなし）に由来する。中世ヨーロッパの聖地巡礼者など旅に疲れた人たちや、病人に対して修道女たちの手厚いもてなしや看護がなされた。

看護にあたる聖職者の無私の献身と歓待をホスピタリティ（hospitality）と呼び、そこから今日のホテル（hotel）や病院（ホスピタル：hospital）の語が生まれたと言われる。

2 近代ホスピスの歴史^{1,2)}

①近代ホスピスの母 マザー・メアリ・エイケンヘッド（1787-1858年）

18世紀末、アイルランドはイギリスの植民地で、プロテスタントによる弾圧により貧困、飢えや病気があふれていた。生活は貧しく、居場所を失い、死期を迎えても、温かな部屋で家族で看取ることすら困難な人々がいた。

近代ホスピスの母、修道女マザー・メアリ・エイケンヘッドは、居場所を失った人々のため、塙の中の修道院ではなく、塙の外で活動を始めた。特に貧しい人々、病める人々を対象として、「最後のときに人間らしい、温かなベッドと優しいケアを」と願い、その場所を「ホーム」と呼んだ。このように、19世紀、アイルランド・ダブリンで修道女によって死にゆく人々への慰めと安らぎを与えるケアが始められた。

エイケンヘッドの死から20年後、彼女の遺志を継いで、ダブリンに「聖母ホスピス」がつくられ、近代ホスピスの基となった。さらに彼女の志を継いだ修道女たちは、ロンドンの聖ジョゼフ・ホスピス（1906年）をはじめ、オーストラリアやスコットランドなど各地に次々とホスピスを設立し、ホスピス運動の先駆けとなった。

②現代ホスピスの母 シシリー・ソンドース（Dame Cicely Mary Strode Saunders、1918-2005年）

第二次世界大戦時、志願して看護師になったシシリー・ソンドースは、戦後、腰痛のためソーシャルワーカーに転身し、初めて受けもった末期患者デビット・タマスという男性と恋に落ちる。彼の死を機に、死にゆく人がどうやったら安らぎを覚えられるか、死にゆく人のために仕事がしたいと決意し、33歳で医師になっ

た。聖ジョゼフ・ホスピスでホスピスの神髄を学び、1967年、49歳のときにロンドン郊外に聖クリストファー・ホスピス（St. Christopher's Hospis）を設立、ここを起点にホスピス運動がさらに世界中に広がった。

この間、「聖ルカ」という死にゆく人のための施設（ホームであり、病院ではない）で学んだ医療用麻薬を経口で定期的を与えるという方法を、聖ジョゼフ・ホスピスの末期がん患者に導入し、身体的な痛みをコントロールする方法を確立した。

しかし、身体的な痛みは取り除くことができても、心理面や社会面の痛みが残り、全人的苦痛（Total pain）として捉えるべきであるとした。また、死を望む患者が「生きたい」と思えるようなケアのコミュニティを、その周りにつくり出すことの必要性を主張した。

3 ホスピスムーブメント

19世紀に、イギリス、フランス、アメリカで「ホスピス」と呼ばれるケアがさまざまな形で始まった。

イギリスでは、独立型ホスピス、在宅ケアチーム、病院内サポートチームの三つのタイプのケアとして展開された。アメリカでは、在宅ホスピスとして紹介され、それらが発展して、1978年にNational Hospice Organizationが設立され、1983年より医療保険システムの一つとして定着した。カナダでは、Palliative care（緩和ケア）という名称で定着し、1975年にはモントリオールに緩和ケア病棟が開設された。

4 緩和ケアの定義の変遷³⁾

歴史が示すように、近代ホスピスは死期を迎える人々が主たる対象で、これまで不治の病とされていた「ハンセン病と結核」が治療可能となった現代では、「がんとエイズ」を対象が移行してきた。

1990年、WHO（世界保健機関）の緩和ケアの定義でも、「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者」すなわち、それまでと同様に終末期患者が主たる対象であった。しかし、2002年の定義では、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族」となって、ケアの対象は終末期に限らないことが明確に打ち出され、対象は患者だけでなく家族にまで広げられた（図1）。

現在、緩和ケアの対象は、いわゆる「がんとエイズ」だけでなく、重症障害（児）者、進行性の慢性疾患（神経難病・慢性肺疾患・慢性心疾患・代謝性疾患）、認知症の高齢者など広い領域に及んでいる。「こころ・と・からだ」の支えを必要としている人との心温まる交流、ホスピスマインドが緩和ケアの神髄であり、いつでも、どこでも、医療・福祉・日常生活のあらゆる分野で共通する思いやりの気持ちと行為である。

ホスピスの起源である「中世ヨーロッパの聖地巡礼者など旅に疲れた人たちや病人に対する修道女たちの手厚いもてなし」は、ホスピスマインドの原点として、現在まで受け継がれている。

1 がん患者における口腔緩和医療総論

1 がん化学療法患者

Point がん化学療法を行うと、副作用として口腔内には多くの有害事象が生じる。すなわち、口腔粘膜炎、感染症としての口腔カンジダ症・口腔ヘルペス感染症・歯性感染症、味覚障害、口腔乾燥、口唇炎、口腔内出血、口臭、末梢神経障害としての歯痛や歯の知覚過敏様症状、創の治癒遅延などが挙げられる¹⁾。これらの口腔内の有害事象は、がん治療の成否の鍵を握ることが多いため、化学療法開始前より終了後までの、長期間にわたる口腔管理が非常に重要である。

1 口腔粘膜炎 (oral mucositis)

口腔粘膜炎は、がん治療時に発症する紅斑・萎縮・びらん・潰瘍性病変と定義され²⁾、いわゆる口内炎 (stomatitis) とは区別されている。がん化学療法に伴う口腔粘膜炎は、頬粘膜・舌下・軟口蓋・口唇などの非角化粘膜に好発し、舌背・硬口蓋・歯肉などの角化粘膜に発生することはまれである²⁾。口腔粘膜炎の発症頻度は、固形腫瘍では40%程度であるが、造血幹細胞移植前の大量化学療法では75%と高くなる²⁾。口腔粘膜炎の経過をみると、がん化学療法開始後5日以内に粘膜の紅斑、違和感、灼熱感などが出現し、7日目には疼痛を伴う潰瘍へと進展し、10日目には潰瘍や疼痛がピークとなるが、治療が終了して2～3週間後には治癒する²⁾。まれながら、骨髄抑制が持続すると改善にはさらに日数を要する。

粘膜炎の評価基準としてはWHO²⁾、CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events: 有害事象共通用語規準)³⁾ などがあり、4～5段階に評価される。CTCAE v3.0では粘膜炎と口内炎が併記され、所見と症状の両者に評価基準が設定されていたため、所見と症状が一致しないケースもみられたが、v4.0では粘膜炎/口内炎から口腔粘膜炎が独立し、症状 (疼痛) のみによる評価となり使用しやすくなっている。口腔粘膜炎発現による抗がん薬治療の中止～休薬は、治療成績の低下を招くため、口腔粘膜炎の管理が非常に重要である。口腔粘膜炎の対応は、対症療法が中心であり、①適切な疼痛コントロール、②口腔管理、③栄養管理を行い、がん治療が完遂できるようにする必要がある。

2 口腔ヘルペス感染症 (oral herpes virus infections)

口腔領域に感染症を引き起こすヒトヘルペス属には8種類あるが⁴⁾、単純ヘルペス1型による感染症が圧倒的に多い。多くの場合、初感染後に潜伏したヘルペスウイルスが、がん化学療法により再活性化されて発症する。その発症時期は治療開始後、血球減少時、血球回復時などさまざまである。健常者にみられる口唇ヘルペス、歯肉ヘルペス、口蓋ヘルペスなど再発性の典型例では臨床診断が可能であるが、潰瘍が隆起するなどの非典型例では診断に苦慮し⁴⁾、口腔粘膜炎や口腔カンジダ症と重複することもあり、迅速な診断と治療が要求される (図1、2)。

口腔粘膜炎
がん治療時に多発する口腔粘膜の炎症。

口腔ヘルペス感染症
初感染後に潜伏したヘルペスウイルスが、化学療法により再活性化されて発症する。

口腔カンジダ症
がん治療時に発症する口腔粘膜感染症の中で、最も頻度の高い感染症。



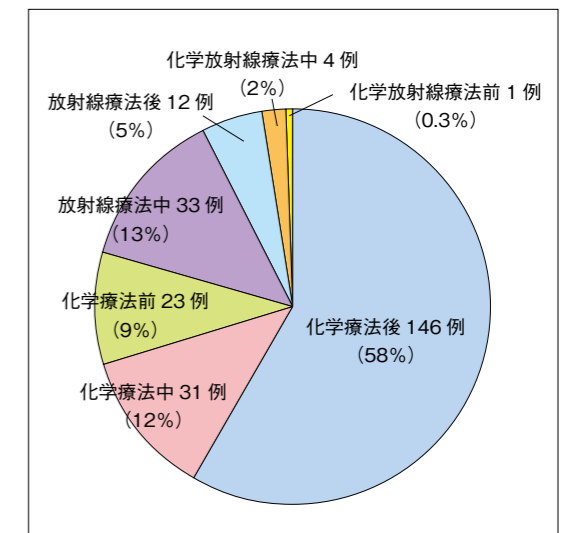
図1 34歳、女性。急性リンパ性白血病の化学療法2週間後にWBC < 100 (血球減少期) となり、7651 歯肉に潰瘍を生じた。

図2 69歳、男性。悪性リンパ腫の化学療法4週間後 (血球回復期) に、偽膜性カンジダ症とヘルペス感染症を発症。ミコナゾール・ゲルで偽膜消失するも潰瘍が隆起。細胞診でヘルペス感染細胞を確認。a: 初診、b: 2日後。

山口県立総合医療センター歯科口腔外科では、細胞診 (パパニコロー染色) によって迅速診断を行っている。治療としては軽症例では経口的に抗ウイルス薬を、重症例では経静脈的に抗ウイルス薬を用いる。

3 口腔カンジダ症 (oral candidosis)

口腔カンジダ症は、がん治療時に発症する口腔粘膜感染症の中で最も頻度の高い感染症である。2004 (平成16) 年12月から2012 (平成24) 年6月までの7.5年間に、山口県立総合医療センター歯科口腔外科で経験したがん治療に続発した口腔カンジダ症は、149名、251例であった。発症時期をみると、化学療法後が58%と過半数を占め、次いで放射線療法中13%、化学療法前9%、放射線療法後5%などであった (図3)。口腔カンジダ症はいずれの時期にも発症するため、常にカンジダ症の発症を念頭に置く必要がある。口腔カンジダ症の病型は多様で、偽膜性、紅斑性、口唇・口角炎などいずれのタイプもみられる。口唇・口角炎が単独で生じることは少なく、多くの場合、口腔内に病変が認められる。治療には第一選択薬としてミコナゾール・ゲル (フロリードゲル経口用) を使用するが、コンプライアンスを考慮してイトラコナゾール内用液 (イトリゾール® 内用液) を使用することもある。嚥下障害がある患者では、誤嚥の少ないミコナゾール・ゲルが適応となる。



2004年12月～2012年6月：がん治療に続発した口腔カンジダ症251例

図3 口腔カンジダ症の発症時期

4 味覚障害 (taste disorders, dysgeusia)

Hovanら⁵⁾ は26の論文を考察した結果、がん化学療法による味覚障害の発症頻度は約56%と報告している。味覚障害をきたす抗がん薬には、ブレオマイシン

味覚障害
抗がん薬でも、味覚減退、異味症・錯味症などをきたすことがある。

4 緩和医療・緩和ケアにおける義歯治療の考え方

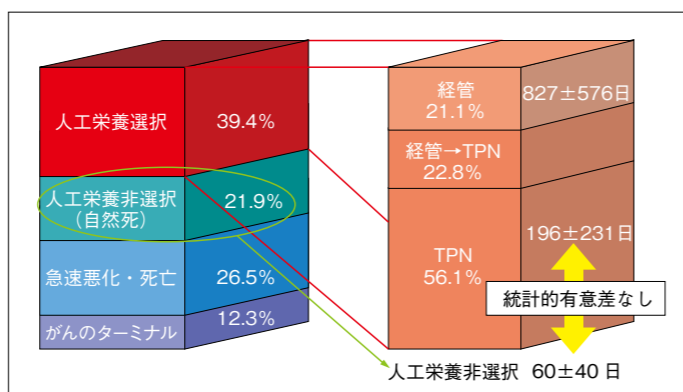
Point

緩和医療においては、スムーズな摂食・嚥下機能を発揮させるためには義歯が必要なケースが多いが、健常者とは異なる多くの配慮が求められる。咀嚼機能だけでなく嚥下機能も考慮したPAPなどの嚥下補助装置が今後、ますます必要とする患者が増えると考えられる。また、さまざまな臨床現場の状況においては、口腔だけでなく、全身状態や介護環境など多くの要因を考慮して安全かつ臨機応変な対応が求められる。

医療法人溪仁会札幌西円山病院は、介護療養型医療施設：306床、療養病棟入院基本料：292床、障害者施設等13対1入院基本料：169床、回復期リハビリテーション病棟1：87床、合計ベット数854床、入院患者平均年齢が約82歳の終末期の高齢入院患者が多い病院である。TPNが約15%、経管栄養が約40%と、非経口栄養は50%以上であり、経口栄養でも自立して摂取できるものは全体の20%以下である。また2004年度の死亡症例155例（男66名、女89名、死亡時平均年齢86.2±9.0歳）を調査したところ、経口摂取ができなくなったときに人工栄養を希望したものは全体の約40%であり、実際にTPNに移行したものは78.9%で平均生存日数は196±231日、経管栄養に移行したものは21.1%で827±576日であった。また、人工栄養を希望しなかったものは全体の21.9%で60±40日であった¹⁾。また、死亡時には経口摂取ができないものは70～80%と推定され、「口から食べる」という人間として基本的で当たり前の喜びを失ったまま、終末期を過ごしているという現実が示唆されていた（図1）。

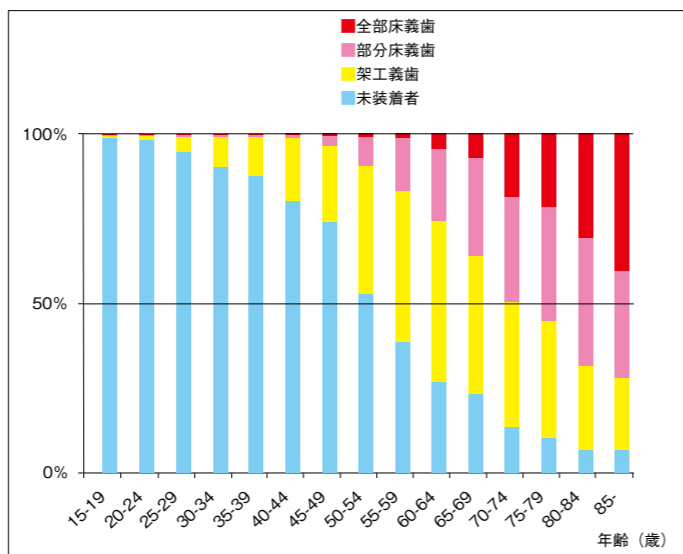
また、1997年、2007年、2011年の歯科疾患実態調査をみると、全部床義歯装着患者の割合はそれほど大きな変化はなく、85歳を過ぎれば半数以上が総義歯を装着しており、また年齢群別補綴物装着患者の割合をみても、70歳

を過ぎれば半数以上が部分床義歯を装着していることが示されている（図2）。



2004年度の死亡症例155例の終末期における栄養方法と生存日数¹⁾

図1 札幌西円山病院における死亡症例の検討



厚生省健康政策局調査：2011年歯科疾患実態調査報告。より引用グラフ化

図2 年齢群別各補綴物の装着者の割合

を過ぎれば半数以上が部分床義歯を装着していることが示されている（図2）。

これらのことを考え合わせると、終末期患者の多くは「義歯」を装着しており、義歯の問題は摂食・嚥下機能の障害に伴う栄養状態の悪化だけではなく、QOL低下や看護量や介護量の増加、ひいては生命予後にまで影響するかもしれないと考えられる。

1 緩和医療における義歯の基本的考え方 (図3)

緩和医療の現場では、認知機能が低下していたり、覚醒状態が悪い、口腔機能や口腔感覚が障害を受けたり低下している患者は多い。このような患者は、口腔の何らかの変化に対して寛容したり、慣れるということが難しい状況にあることは珍しくない。また、道具である義歯を使いこなすこと自体が、機能的にも難しい状況であることもある。

緩和医療における適切な義歯の使用方法については、コンセンサスを得ているようなガイドランスなどは存在しない。また、非常に個性が高い判断を求められるため、摂食・嚥下機能の評価も含めて、主治医や介護者などの意見などさまざまな視点からのアセスメントを実施する必要がある。ただ、覚醒の状態がある程度よいこと、万一口腔内で義歯が脱落した場合に自力で吐き出したり指で取り出せる、という2点については、臨床的にみて最低限必要な条件であると考えられる。

① 適応能力や寛容閾値の低下

特に、認知症が進行したり要介護状態が進行しているような場合には、新製した義歯の後縁を延長するなど義歯の外型線が変化したり、舌や頬粘膜が接触する義歯床の厚みが旧義歯と異なっているなどすると、装着すること自体を拒否したり、違和感を「痛い」と表現する、喫食率が低下する、食事時間が延長する、不穏な状態や感情失禁が多くなるなど、さまざまな変化がみられることがある。

また、短期入院の必要な手術や、一時的な体調不良などにより義歯を装着していなかった場合などでも、それまで使用していた義歯であっても不適合になり使用できなかったり、場合によっては使用を拒否したりする場合もある。当然、入院期間が長期になり装着期間が長くなる場合や、さらに入院中に著明な体重減少がみられた場合などは、使用不可や使用拒否というリスクが増大することになる。

② 咀嚼パターンの強直化

チューイングサイクルがチョッパーな運動経路から、グライディング様運動経路に変化し、義歯もその運動経路をスムーズとするように咬合面が咬耗しており、さらに咬合高径が低下しているケースはよくみる。このように咬耗しており、粘膜面が不適な総義歯を使用している患者に対して義歯を新製することとし、咬合高径を上げて、咬合様式をリングライズドオクルージョンの排列にした新総義歯を製作する。しかし、義歯の安定もよく、咬合もしっかりと確立し、痛みもな

適応能力や寛容閾値の低下

- 形態変化（大きさ、厚み等）に適応できない
- 義歯自体の寛容能力が低下
- 義歯不使用期間と装着可否の問題

咀嚼パターンの強直化

- チューイングサイクルの固定化
- 咬合様式変化に対する適応ができない

図3 緩和医療における義歯治療の注意点

1 非がん疾患患者の口腔の緩和医療

1 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者の口腔管理方法

Point

ALS患者をはじめ神経筋難病患者においては、う蝕や歯周病などの治療がなされず、骨髄炎、蜂窩織炎など口腔疾患の問題が大きくなってから発見されることも少なくない。このような環境を改善し、誤嚥性肺炎、人工呼吸器性肺炎（ventilator associated pneumonia；VAP）を防止していくためには、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士などの医療従事者が患者の口腔管理を積極的に行うことが重要である。

1 ALS患者での口腔管理での問題点と解決法

ALS患者特有の口腔管理の際の問題点として、①球麻痺に伴う嚥下障害に起因する唾液の口腔、気管孔からの流出による体表汚染、②前頭側頭型認知機能障害¹⁾（frontotemporal dementia；FTD）を伴う患者の存在、③意思伝達困難な重度運動機能障害、④呼吸筋障害による呼吸不全、⑤長期臥床患者においては、体位交換時や移動時に回転性のめまい、眼振、嘔気などが挙げられる。

球麻痺での嚥下障害に起因する唾液の口腔（図1）、気管孔から流出（図2）による体表汚染は、ALS患者において高頻度で認める。唾液による体表汚染は、唾液過多によるものではなく、嚥下障害により唾液を嚥下できずに貯留したものである。

一般的に、口腔清掃では口腔内の保湿が重要だと考えられているが、ALSでは呼吸筋麻痺と相まって唾液によって重篤な窒息、呼吸機能の障害を引き起こす可能性があり、気管内吸引が頻回に必要な患者に対しては、唾液量減少を目的にトリヘキシフェニジル塩酸塩が投薬されている症例が多い。呼吸筋麻痺が進行している患者や高度嚥下障害のある患者では、口腔清掃の刺激により、唾液や流水が気管内へ垂れ込み呼吸状態が悪化することもあるため、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）を測定しながら



図1 口腔周囲の唾液による体表汚染を防ぐためにハンカチを嘴ませている



図2 気管孔からの唾液による体表汚染



図3 パルスオキシメーター



図4 気管孔から気管内吸引



図5 絵カード

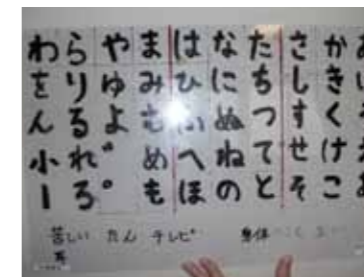


図6 文字盤



図7 パソコンを利用した意思伝達支援システム

ら（図3）、口腔内、気管カニューレカフ上部、気管内吸引（図4）をすぐに行える体制で、口腔清掃を行う必要がある。

これまでALS患者は、認知機能の低下を伴わないと考えられていた。しかし、近年FTDは、ある一定のALS患者で認められることがわかっている。失語を認めたり、看護師に口答えをするようになったり、自分の部屋に閉じこもるようになったり、同じテレビ番組を何回もビデオで見たり、人と話さなくなったりする患者もいる。このような患者に対しては、口腔清掃を行うことを時間と回数を重ねて説明し、行う必要がある。また、意思を伝達することが困難な場合があるため、視覚による支援（図5）を行ったり、意思疎通を図るための文字盤やパソコンなどを利用する（図6、7）必要がある。

ALS患者の口腔内の特徴の一つに球麻痺による舌の萎縮（図8）がある。球麻痺とは、嚥下障害、構音障害のほか、多くは口輪顔面筋、咀嚼筋麻痺も伴うので延髄橋麻痺とも言われ、舌の萎縮が高度になると舌の前方挺出も困難になる。

2 口腔管理のPoint

ALS患者の口腔管理は、障害の進行具合により大きく変化する。セルフケアできる場合は通常どおりの口腔清掃方法でかまわないが、全介助を要する患者では、通常のブラッシング方法と異なり、歯や軟組織を含めた口腔内全体を清掃することが必要になる。歯垢（プラーク）は1mg中に10⁸（1億）個、約300種類の細菌を含んでおり、バイオフィルムと呼ばれるタンパク質ポリマーの基質により包まれている。粘膜面をブラッシング可能な軟毛ブラシ（図9）で、歯、軟組織（口蓋、舌、頬粘膜）、舌苔に付着したプラークを、機械的刺激を加えて除去していく。

また、口唇に鱗屑（皮めくれ）（図10）を認める患者も少なくない。この場合、10%オキシドール綿球で繰り返し拭き湿潤させながら除去していく。機械的刺激により裂傷が口唇に起こる場合もあるので注意する。人工呼吸器管理になっている患者では、口腔の乾燥



図9 軟毛ブラシ（デントエラック510S®）



図10 口唇の鱗屑（皮めくれ）



図8 舌の萎縮