



2024年5月2日放送（2023年3月16日の再放送）

「診断時からの緩和ケア」における薬剤師の役割

東北大学大学院 緩和医療学分野
教授 井上 彰

緩和ケアとは

最近「緩和ケア」という言葉はだいぶ一般市民にも浸透してきたように思いますが、多くの方は、末期がんの患者さんが最後の最後に受ける治療、のように理解されているようですし、モルヒネなどの麻薬で眠らされるようなイメージを持たれる方もいるとお聞きします。医師の中にも誤解が多い緩和ケアですが、薬剤師の皆さんは「緩和ケア」についてどのようなイメージを持たれているのでしょうか？

確かに、緩和ケアの始まりとされるのは、イギリスを主として広まった、余命いくばくもない患者さんが療養される「ホスピス」ですし、現在でも死を目前にした患者さんが抱える様々な辛さを和らげることは緩和ケアの重要な役割の1つです。

ただ、最近の（と言っても、世界的には20年以上前から常識となっているのですが）緩和ケアはより多くの役割を担っており、WHO（世界保健機関）の定義によれば、「(がんに限らず) 命を脅かす病気をもつ患者さんとその家族が抱える様々な問題、この問題とは痛みなど、からだの症状だけでなく、精神的な辛さや社会的な問題、そして「魂の辛さ」とも呼ばれるスピリチュアルペインなどを含みますが、それらを早く見つけ出して対処し、患者さん・ご家族のクオリティオブライフ、すなわち生活の質を改善させることとされています。つまり、緩和ケアは「穏やかな最期」といった死に焦点を当てた医療ではなく、「より良く生きる」ための前向きな医療であることを是非ご理解ください。

実際に多くの研究から、緩和ケアを早い段階から受けると患者さんにとってメリットが大きいことが科学的に証明されています。例えば、骨や肝臓などにがんが転移した状態の進

行肺がんの患者さんを対象とした臨床研究で、そのように診断された直後からがんの治療と並行して緩和ケアの専門家に関わってもらった患者さんと、がんを治療する主治医だけに対応を委ねられた患者さんを比較検討したところ、緩和ケアを受けた患者さんの方が、生活の質が良く保たれ、うつ病などの精神障害をきたす率も少なく、最終的には生存期間まで延長したとの結果が示されています。そのなかで緩和ケアの専門家が担った役割は、からだの辛さへの対処はもちろんのこと、患者さんが抱える不安などに対する精神的サポートや患者さんの価値観を尊重した療養支援、体調に応じた適切な治療選択の支援など、さまざまです。

その中で薬剤師さんの力が特に必要なのは、やはりからだや精神的な辛さに対する薬物療法においてと言えるでしょう。

がんと診断された時点で、骨への転移などにより強い苦痛を伴っている患者さんには、当然ながら鎮痛剤による治療が必要で、痛みの程度によっては医療用麻薬が必要な場合があります。ただ、一般市民の多くは「医療用麻薬」と覚せい剤のような非合法の薬物との区別がつかみませんので、モルヒネなどの薬剤を提案されると拒否感を示したり、強い不安を感じる方もいるようです。その背景には、それらの薬剤で中毒になるとか命が縮むという誤解があるようですが、これまでの臨床研究の結果から、適切に用いられた医療用麻薬で進行がんの患者さんにそのような問題を生じることはない、とされています。もちろん眠気や便秘、吐き気などの副作用は生じうるのですが、それらも適切な対処で多くは問題となりませんし、ごく稀に症状が改善しない場合は薬剤を切り替えることで後に影響が残ることはありません。薬剤師の皆さんには、患者さんへの服薬指導の際には是非分かりやすく医療用麻薬のメリットとデメリットをご説明いただき、ほとんどの場合でメリットの方が大きいことを患者さんにご理解いただければと思います。

治療選択の重要性

次に「治療選択」の重要性についてもお話させていただきます。

進行がんの患者さんが受ける治療の代表的なものとして「抗がん剤」による薬物療法がありますが、抗がん剤には一定の確率でがんを小さくするメリットがある一方で、様々な有害事象を生じることをご存知のとおりです。ごく稀には薬剤性肺炎などの重い副作用で命を落とす危険性もあります。そのため、抗がん剤を用いる際には、それらの副作用に耐えうる体調で、なおかつ抗がん剤による治療効果が得られる確率が高い場合という条件が揃っている必要がありますが、えてしてがん治療医は少々無理をしてでも治療しようとし、患者さん側も「がんだから治療しなければいけないもの」と思い込んで、それらの治療を受け続けることになりがちです。ただ、実際には、ある程度のレベル以下に体調が落ちた場合には、抗がん剤治療を受けずに過ごした方が結果的に得をすることが多いのです。先の研究でも、緩和ケアを受けた患者さんでは、亡くなる直前まで無理な抗がん剤治療を受けていた

割合が緩和ケアを受けていなかった患者さんの半分以上でした。「がんが悪くなっているのに同じ抗がん剤を続ける」といった非科学的な治療をしている医師も少なからずおりますので、患者さんの体調や副作用の状況とともに「抗がん剤の適正使用」にも目を光らせていただければと思います。

診断時からの緩和ケア

さて、今までお話ししたのは、進行がんの患者さんにとって、早い段階から緩和ケアを受けることはメリットが大きいという内容ですが、厚生労働省が推し進めている「診断時からの緩和ケア」には、早期がんの患者さんも対象に含まれていますので、その意義についてもお話ししましょう。早期がんとは、一般的に転移がないかごく少数で、手術や放射線、胃がんや大腸がんであれば内視鏡による切除などで治る確率が高いがんを指します。そのような状態では身体の辛さよりも精神的ケアや就労支援のような社会的ケアが主な課題であることが多いですが、薬剤師さんが関わる可能性が高い案件についてお話しします。

まず精神的ケアについてですが、「がん」と診断されたことに絶望して自殺という悲しい選択をしてしまう患者さんが毎年一定数おられ、その頻度は診断されてから1年以内が極めて高く、さらに病気の進行度とは無関係とされています。つまり、早期がんと診断された方でも、不安や抑うつ症状が強い場合には精神科医などの専門家による速やかな対応が必要で、国のがん対策の中でも「自殺予防」は重点項目の1つに挙げられており、がん診療連携拠点病院を中心に対処が義務付けられています。一方、明らかに重症と思われないような不安や不眠についてはがん治療医自身が対処することが多いわけですが、その際に注意を要するのが安易なベンゾジアゼピン系薬剤の使用です。ご存知のようにベンゾジアゼピン系薬剤の長期間の使用は、依存や耐性、認知機能の低下といった問題を生じやすく、さらに患者さんが高齢であったり、がんの再発その他で体調が悪化した際には「せん妄」という別の精神疾患を引き起こすリスクも高いとされています。最近では、レンボレキサントのような身体に負担の少ない睡眠剤がありますので、ベンゾ系薬剤の適正使用にも是非ご注意ください。

手術でがんが取り除かれた後でも、傷跡の「慢性疼痛」でお悩みの患者さんが少なくありません。常に痛みさらされることで仕事や家事などの生活に支障を来し、抑うつなどの原因にもなりうるため、適切な鎮痛剤による対処が必要です。ただ、その際には先に述べた「進行がん患者さんに対する鎮痛剤」とは全く異なるアプローチが求められます。すなわち、医療用麻薬の優先順位が両者では大きく異なるのです。がん自体はなくなっている術後の患者さんの場合は、何年間もの長期間の使用がありうるため、医療用麻薬であっても「身体依存」を生じるリスクが高まります。よって、先ず用いるべきはNSAIDsやアセトアミノフェンといった基本的な鎮痛剤、そしてしびれなどの神経障害性疼痛の要素を伴う症状が

あれば、ミロガバリンのような鎮痛補助薬の使用が第一に推奨されます。医療用麻薬でも慢性疼痛に保険適応を有しているものはありますが、その選択は極めて慎重に行うべきことを専門的立場からご支援いただければ幸いです。

今日は「診断時からの緩和ケア」に関して、薬剤師の皆さんのお力が必要なさまざまな案件についてお話させていただきました。皆さんの専門性を生かしつつ、周りの医師や看護師その他の医療スタッフと連携して、患者さん・ご家族が「より良く生きる」ことを支援いただければと思います。