

IV 外来化学療法と 緩和医療・在宅療養支援

松岡 順治

岡山大学医学部・歯学部附属病院 乳腺・内分泌外科

キーワード：外来化学療法，在宅，緩和，地域連携

本年4月より施行された癌基本対策法の中で，特に強調されているのが「緩和医療」と「癌化学療法の標準化」であると考えられます。現在腫瘍センターにおいて行われようとしている外来化学療法は，まさに時宜にあった，というより時代を先取りした治療であると考えられます。

癌の化学療法は大きく分けて再発予防のための補助化学療法と，再発進行癌に対する延命治療に分けられます(表1)。この2つを区別して治療に当たることは医療者側にも患者側にも重要なことであると考えられます。補助化学療法においては，以前から患者側も医療者側も副作用を恐れるあまり不十分な化学療法を行うことがよく見られました。再発を抑えるという本来の補助化学療法の意義を十分に理解したなら，しっかりとした標準的な治療を行うことがいかに重要であるかということが理解できると考えられます。支持療法の発達には副作用のコントロールを容易にしました。今後の課題としては「化学療法が必要でしかも効果がある患者さんの選択」が問題となります。あるいは「化

学療法が必要だけれど効果がない患者さん」の治療効果をいかに上げるかが問題になると考えられます。さらに医療経済の面からいうと「化学療法の必要のない患者さん」をいかに正確に見つけるかも重要な問題です。また，今まで目の前の再発を回避することに気をとられて問題にされていなかった，長期生存患者さんのQOL，心筋障害，感情障害などが問題となると考えられます。「癌を再発させないためだから我慢なさい，それでじゅうぶんでしょう？」では患者さんの幸福は得られないのです。今後は慢性病としても捉えられるがん患者さんの補助化学療法後のきめ細やかなフォローアップ，ならびにさまざまな検証が必要となると考えられます。大学病院の腫瘍センターを中心にこういった「癌生存学」的取り組みが必要となると考えます。

一方進行再発癌の治療は患者さんおよび家族のQOLの向上にあります。再発した癌は多くが治癒することはなく大多数の患者さんはその癌により亡くなります。化学療法が比較的効果があるとされる乳癌においても，多くの新薬の開発に関らず，再発後10年

表1 癌における外来化学療法

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 補助療法 <ul style="list-style-type: none"> 安全かつ完全な治療を行う 効果的な支持療法を行う 再発進行がんに対する化学療法 <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア(疼痛管理，全人的ケア)を初期から考慮に入れたチームアプローチが重要 地域との連携を図る(在宅を視野に入れる) |
|---|

平成19年6月受理
〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1
電話：086-235-7257 FAX：086-221-8775
E-mail：jmatsu@md.okayama-u.ac.jp

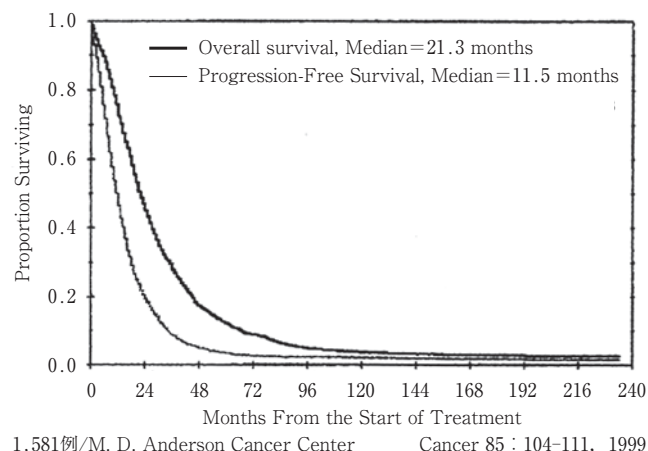


図1 乳癌再発10年後の生存率：3.8%

の生存率は2～3割に過ぎません(図1)。多くのメディアで画期的な新薬が開発されたとの報道に接して、大多数の患者さんが「抗がん剤は癌を治す薬だ」と考えてしまいます。多くの患者さんは副作用を経験しながらも「癌を治すために」いろいろなことを犠牲にして治療に通院されます。患者さんの希望がどういったものであるのかはさまざまですが、「癌が治る」ということはまれであることを患者も医療者も知った上でQOLをあげる努力が必要であると考えます。こういう考え方からすると、広い意味での緩和医療は再発した時点、あるいは進行がんが診断された時点から始まると考えられます(図2)。緩和医療は痛みをとることのみにあるのではもちろんありません。外来化学療法を行っている患者さんにはさまざまな状況の方がおられますが、前述の考え方からすると全ての方が緩和的ケアを必要とされる方であると考えられます。多くの医療専門職が協力しながらチームとして患者さんをサポートすることが緩和の本質であり、最も重要な点です(図3)。

大学病院で外来化学療法を行うにあたって、患者さんを介した地域の医療機関との連携は不可欠です。在宅での日常を過ごせることを目的に、地域での医療機関との情報を共有することが重要となってきます。消化管外科では特に腸閉塞、出血などの症状が病勢の進行とともに出現してきます。化学療法施行中の骨髄抑制、嘔気などの副作用のコントロールとともにこれらの事態に適切に対処することが患者さんの安心につながります。そのためには外来治療中の早い時期から地域の医療機関への患者さんの紹介を行うことがよいと考えられます。在宅が必ずしも患者さんの満足につながらない場合もあり、そのような際には地域連携病院

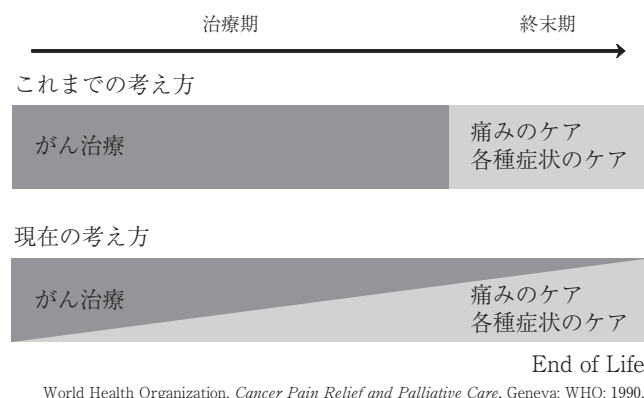


図2 がん患者の医療

への入院も躊躇しないことが肝要と考えられます。大学病院で断られたから地域の病院に入院するのではなく、地域の病院が本人と家族にとって望ましいので入院するという姿でなくてはなりません。そのためには早くからの連携が必要と考えます。昨年、外来化学療法を行いつつお亡くなりになった大腸がんの患者さんの死亡場所を示します(図4)。多くの方が連携の中核病院でお亡くなりになっています。平均の入院期間も短く、在宅ですぐす時間がある程度とれていたのではないかと考えています。大学病院での化学療法による、有害事象への対処を地域中核病院にお願いすることは地域での医療レベルを一定のものにする教育効果もあります。終末期の在宅医療を行うためには地域で疼痛コントロールを適切に行うことができるような施設が必要です。岡山県でモルヒネが使用できる医療機関はそのほとんどが100床以上の病院で、調剤薬局にモルヒネを備えているところは2割に過ぎません(表2)。さらに診療所で定期的にモルヒネを使っているところは皆無といってよい状況です。このような状況を改善することなしに在宅治療の促進はできないと考えます。そのためには外来治療を通じ、かつ患者さんを通じ治療の標準化を図る必要があると考えられます。大学病院で行っている標準治療を地域の病院で行っていただ

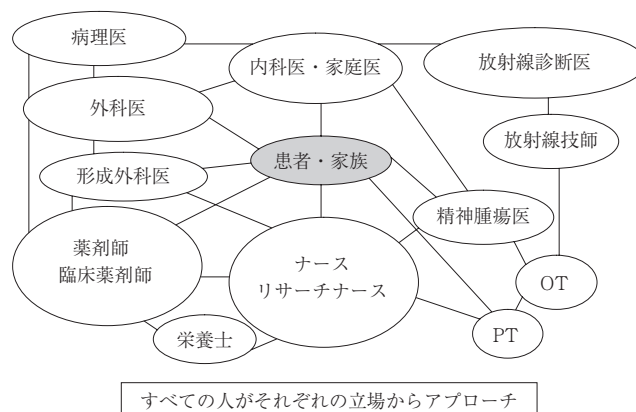


図3 Multidisciplinary Approach 集学的治療：チーム医療の形態

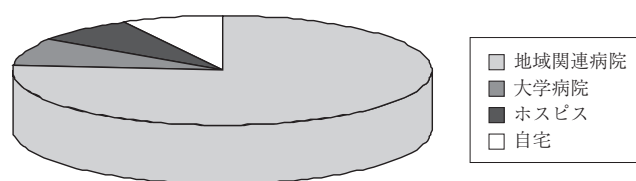


図4 外来化学療法施行例における死亡場所

くことでこの標準化が図れると考えます。今後はこのような視点に立って連携機関に対する生涯教育の機会を提供することが、今、大学病院に求められていると考えられます。

外来化学療法では患者さんの家族との交流が必要となります。癌が着実に進行している患者さんでも、外来通院ができているのだから癌が進んでいないと考える家族も多いのです。患者さんが一人で外来に来て化学療法を受けるのではなく、家族と来院して現在の状態を外来チームのスタッフと話し合うことが求められます。癌は患者さんがひとりきりで向き合うには大

きすぎるのです。日ごろはともに過ごす機会の少ない家族が一緒になる機会を与えるのも腫瘍センターのつとめだと思います（図5）。

患者さんの治療を通じて医療社会の構造や社会の規範を変えていくことができ、それがさらに患者さんの幸福につながるのが外来化学療法であると考えます。



図5 家族とともに

表2 岡山県におけるモルヒネ採用医療機関数

	件数	採用件数	(%)
100床以上	79	73	92.4%
99床以下	1232	133	10.8%
調剤薬局	593	140	23.6%
定期的に納入のある施設			
19床以下	1181	9	0.09%