

という「絵」を描いている。

おわりに

スピリチュアルケア…という言葉をはじめて聞き、これがそうなのか、本当にそうなのか、身体症状のコントロールが不十分ではないのか、うつ病は除外されているのか、毎日毎日のケアの中でできる工夫はすべてしているのか、そうだったとしたら、この「スピリチュアルペイン」に苦しんでいる人に、はたしてはくは何かができるのだろうか…。筆者にとってこの研究はその臨床上の問いから始まった。そして、その軸は、臨床現場で可能なもの、理論的に合っているのかどうかよりも患者さんに役に立つもの、「本当のスピリチュアルペイン」ではないかもしれないけれどその前にできる工夫を一生懸命できるもの、である。

文末になりますが、数年以上にわたって協力いただいている皆様に心からお礼を申し上げますと共に、何か患者さんに良かったと言ってもらえることをみんなで探していければいいと思っています。

また、これに関しましては研究自体よりもその背景とプロセスをお伝えすることが重要であるとの認識から、普段筆者が書くような原稿でないものに意図的にいたしました。「科学的・学術的」な内容につきましては別途の論文などをご覧ください。

最後に、昨今の「緩和ケアブーム」にともなう諸業務のため、本来果たすべき医師の役割としてのスピリチュアルケアを実践する余裕がない日々を送りながらも、このような机上の駄文を書かねばならない自分自身の「スピリチュアルペイン」を問い、恥ずかしい気持ちの今日この頃です。

文 献

1) Hartling L, Scott-Findlay S, Johnson D, et al : Canadian Institutes for Health Research Team

- in Pediatric Emergency Medicine. Bridging the gap between clinical research and knowledge translation in pediatric emergency medicine. *Acad Emerg Med* 14 : 968-, 2007
- 2) Waterman H, Tillen D, Dickson R, et al : Action research ; a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess* 5 : iii-157, 2001
- 3) Chochinov HM : Dignity-conserving care—a new model for palliative care : helping the patient feel valued. *JAMA* 287 : 2253-2260, 2002
- 4) Steinhilber KE, Christakis NA, Clipp EC, et al : Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 284 : 2476-2482, 2000
- 5) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good Death in Cancer Care ; A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 6) Morita T, Kawa M, Honke Y, et al : Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12 : 137-140, 2004
- 7) Murata H, Morita T : Conceptualization of Psycho-existential suffering by the Japanese Task Force ; The first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 4 : 1-7, 2006
- 8) 森田達也, 鄭 陽, 井上 聡, 他 : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア—系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 444-456, 2001
- 9) Morita T, Murata H, Hirai K, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients ; A validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34 : 160-170, 2007
- 10) Morita T, Murata H, Kishi E, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients ; A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* (in press)

緩和ケアとスピリチュアルケア

Spiritual Care in Palliative Care

草島 悦子*, 河 正子*, 森田 達也**

▶ はじめに

緩和ケア臨床の中でスピリチュアルケアの重要性は強調されているが、その実践は常にとまどいの中にあると思われる。

「スピリチュアル」とは何か、「スピリチュアルペインとそのケア」とはどのようなものか、これらの問いへの答えを明確にすることは困難であるとしながらも、多くの研究者がこの領域に関心を示し、スピリチュアリティに関する議論は広範囲に及ぶ¹⁾。

緩和ケアでのスピリチュアリティに関する研究は、終末期 (end of life) ケアの文脈の中でますます重要視され、生命を脅かす病気 (life-threatening illness) を抱える人たちのスピリチュアルニーズ、スピリチュアリティに関連するツールや治療、宗教の効果など、さまざまなテーマで取り組まれている²⁻⁵⁾。

本稿では、2000年以降の欧米の文献を中心に、緩和ケアおよび終末期ケアのスピリチュアルケアに関する主要な研究を紹介する。なお、対象は成人で、小児や家族に関する文献はあらかじめ除外した。

▶ スピリチュアルなニード、アセスメント

自分の死という明確な見通しは、他者への依存性の増大とともに、人により深いレベルでの問いかけや、意味の探究をさせる⁶⁾。近年、緩和ケアの文脈では、「スピリチュアリティ」という言葉についての宗教的意味合いは弱まり、個人が家族や友人、療養に関わってくる人々と共有する経験や関係性に意義を探求することに関連するような、人生の深奥を表すものとなってきた⁷⁾。

Ross⁸⁾ は、スピリチュアルなニードとして「人生に意味、目的、充足感を見出そうとするニード」「生きる希望/生きようとする意志を求めるニード」「自己、他者、神への信仰 (faith) や信条 (belief) を求めるニード」の3つを報告し、これらが苦痛の経験や治療の過程に影響すると説明した。Murrayら⁹⁾ によれば、終末期がん患者が語ったスピリチュアルなニードは「愛」「意味」「目的」「超越」であり、Taylor⁹⁾ は、がん患者のスピリチュアルなニードをアセスメントするための助けとして「究極な他者 (神など) との関係」「肯定的、感謝の気持ち、希望」「愛を与え、愛を受ける」「信条 (belief) を再検討する」「意味を見出し、目的を発見する」「宗教」「死に対して準備すること」の7つのニードをリストした。

スピリチュアルなニーズは、個々さまざまな形で現出する。具体的には、緩和困難な身体的な痛みとして、不安、恐怖、人生に対する無価値観、虚しさ、落ち込み、希望のなさ、孤独感、自信のなさ、人間関係の不和として、言葉だけでなく態度や行動で表現される⁶⁾。スピリチュアルな苦悩 (suffering) は複雑かつあいまいであるため、スピリチュアルな次元の問題であると医療者が認識すること自体がケアであり、そのためには、医療者がスピリチュアルな事柄を患者と適切に話し合う必要性が指摘されている¹⁰⁾。Rousseau¹¹⁾ は、スピリチュアルなニーズをアセスメントする最も効果的な方法は、患者とのラポールを形成し、死に関連する事柄や信条 (belief) について話し合うことであり、医療者が、患者の信条に対して判断を加えず尊重し、関心と思いやりをもって接することで、患者は自らの個人的な深い内面を語ることを受け入れると言及している。

*NPO 法人 緩和ケアサポートグループ

**聖隷三方原病院 緩和支援診療科

終末期の患者のスピリチュアルニーズは定期的に探索することが推奨され¹⁹⁾、スピリチュアルな事柄を患者と話しあうためのガイドがいくつか開発されている¹³⁻¹⁶⁾。その内容は、「あなたが生きるうえで大変な時どのように対処してきましたか」「あなたの支えになっていることは何ですか」¹³⁾「あなたの人生に意味を与えているものは何ですか」「あなたの信仰 (faith) や信条 (belief) はあなたの人生でどんな重要性を持ちますか」「あなたにとって大切な人は誰ですか」¹⁵⁾といった、オープンなクエスチョンを使いながら、日常のケアの中で簡単に使用できるよう工夫されている。

▶ スピリチュアルケア

スピリチュアルウェルビーイングは、終末期の絶望に対してある程度の防御を提供するという知見がある¹⁷⁾。Chochinov と Cann²⁾ のレビューでは、緩和ケアは QOL を改善し、スピリチュアルウェルビーイングを高め、苦悩を軽減させる 1 つの介入的アプローチであるとして、終末期ケアへの一般的 (general) スピリチュアルケア・アプローチを考察し、次に特定 (specific) のアプローチを論じている。

森田ら¹⁸⁾ は、スピリチュアルケアについて考える手がかりとして、「基盤となるケア」「特定のケア」の 2 つのアプローチを紹介している。「基盤となるケア」とは、スピリチュアルな事柄に限らず広範な状況に適用され、重要な根本的な要素となるケアである。「特定のケア」とは、スピリチュアルな事柄の中でも、特定の苦悩 (例：意味のなさ、自己価値観の低下など) に対する個別的なケアを示す。以下、この分類にならない、いくつかの文献を紹介する。

① 基盤となるケア

スピリチュアルケアは、「個々の価値観を尊重すること」「存在すること」「聴くこと」「尊重すること」「愛すること」を基本とする¹⁹⁾。看護師の多くが実践していたスピリチュアルな支援は、「患者の手を握ること」「聴くこと」「笑うこと」「祈ること」「共にいること」であった。また、看護師がスピリチュアルな支援を提供することが適切だと考える状況について、回

答者の 90 % 以上が、患者が明らかにスピリチュアルサポートを求めている時、死にゆく時、悲嘆がある時、あるいは悪い知らせを受けた時を挙げていた²⁰⁾。

Rousseau¹¹⁾ は、死にゆく患者のスピリチュアルな痛みに対して、「身体的痛みを緩和する」「支えとなる存在を提供する」「患者が人生の目的・価値・意味を見出すことを助けるためのライフレビューを奨励する」「罪の意識、自責の念、許し、和解の核心部分を探究する」「宗教的な表現を助ける」「達成可能な短期的試みに目標を再構成する」「治療よりも和らげること」に焦点をあてた瞑想、イメージ療法、音楽、読書、詩や芸術を奨励する」といった実践的なガイドを提供している。

Daaleman ら²¹⁾ は、終末期におけるスピリチュアルケアの概念枠組みとして、「存在すること」「目を開くこと」「協働で創造すること Cocreating」の 3 つを提示した。「存在すること」は、医療者が患者への十分な気遣いを示しうるコミュニケーションの鍵となる要素であり、医療者が患者の体験している世界を患者の視点で理解しようとする「目を開くこと」を可能にする。「協働で創造すること」は、患者の人間性と尊厳を支えることに焦点をおくケアを患者と共に創り出す相互活動を意味する。

Lo ら²²⁾ は、苦悩の軽減は緩和ケアの目標ではあるが、スピリチュアルな苦悩は、身体的な痛みに対して鎮痛剤を処方するような方法で問題を解決することはできない (人間存在の根本的な問いに答えることができない) とし、患者が自身の実存的な困難に対して患者自身のやり方で折り合いをつけ、心の安らぎを得られるように、積極的な傾聴と支持的な対話を推奨している。

Williams⁵⁾ は、終末期に顕著になるスピリチュアルな事柄について「spiritual despair/pain」「spiritual work」「spiritual well-being」の 3 つを提示した。この 3 つの概念はプロセスであり、「spiritual despair/pain」の状態から「spiritual well-being」の状態に進むためには、「spiritual work」が必要であると説明している。たとえば、患者が絶望して疎外感を持つ場合 (spiritual despair)、その人がスピリチュアルな well

-beingの感覚 (spiritual well-being) を持てるようになるためには、つながりを得るために許し (forgiveness) の作業 (spiritual work) をしなければならない。WilliamsはSaundersの著書²³⁾を引用し、死にゆく過程で苦悩をもたらす失敗や後悔の気持ち、罪の意識、無価値観や無気力を乗り越えるための努力について触れ、「spiritual well-being」をもたらすために必要な「spiritual work」の考え方は無視されがちであり、研究も十分にはなされていないと指摘している。Williamsが示すspiritual workとは、苦しみを伴うものではあるが、すべての人がたどらなくてはならない勤めであり、スピリチュアルケアとは、このspiritual workを支えることになるのだろう。

② 特定のケア

終末期のスピリチュアル/実存的苦悩に対する特定の介入は、ほとんど開発・検証されてきていないといわれる¹⁰⁾。ここでは、開発、検証が継続されているおもしろい研究について、その背景を紹介する。具体的方法については、各文献にあたっていただきたい。

Chodhinovら²⁾は、死に向かう時のスピリチュアルな側面を高め、強化するような介入に関するエビデンスを概観し、終末期のスピリチュアルな危機が、生きる意志の喪失や希死念慮の高まり (a heightened desire for death) という形をとることがあると示している。また、患者が安楽死や自殺補助のような死を早める手段をのぞむ理由として、尊厳の喪失 (loss of dignity) が頻繁に挙げられるとしている。彼らのグループでは、終末期がん患者50名の尊厳に関する面接調査に基づき²⁴⁾、尊厳を保つための治療的介入 dignity therapyを開発した^{25,26)}。

Chodhinov²⁵⁾は、緩和ケアの基本的考えは、尊厳ある死を支援するというゴールに集約されるだろうとしている。尊厳という言葉は一般に「価値あるとされる、尊敬される、高く評価されるという特性あるいは状態」と定義されているが、個人は尊厳という観念に自分自身の独自の意味あるいは重要性をおいていると考えられる。たとえば基本的な心地良さ、ケアの傾向や質、魂 (soul) またはスピリットへの配慮のような実際の

な事柄である。

尊厳は、医師、患者、家族に包括的な枠組みを提供し、終末期に欠かせない目的や治療的配慮を明確にできるようにするものであるという。また、尊厳を保つケアは患者に何を実施するだけでなく、患者をどのようにみているかを含めており、ケアする者から価値ある者として尊敬され、評価される時、患者の尊厳はより確かに維持されるであろうという考えを示している。dignity therapyの真髄はこの考え方にあると思われる。

一方、近年、がんへの心理社会的適応にとって意味の構築が重要であることが注目されている^{27,28)}。Leeら²⁹⁾は、がんの経験における「意味 (meaning)」を明らかにしようとする精緻なレビューを行い、ParkとFolkmanが示した4つの定義：「全体的な意味 (global meaning)」「評価としての意味 (appraised meaning)」「意味の探求 (search for meaning)」「結果としての意味 (meaning as outcome)」を用いて解釈し、総括した。そのレビューで注目されていたのは「意味の探求」であり、過去の研究の多くが、がんの診断の否定的な影響を対象としてきたのに対して、がんの経験を通して得られる利点や成長という肯定的な評価を求めようとする傾向があった。

Leeら²⁹⁾は研究の方法論的課題を指摘しながらも、意味を再構築する能力が自尊感情の改善、楽観的感情の増強、心理的苦痛の軽減のような重要な心理社会的結果に関連すると示唆している。また、意味を見出すことを支援する介入が、がん患者のコーピングや体験から肯定的な事柄を導くことに役立つであろうと考察している。

Breitbart²⁷⁾は、進行がん患者のサポータティブケアにおけるスピリチュアリティと意味を論じている文献をレビューし、スピリチュアリティの主要素である「信仰 (faith) / 宗教的信条 (religious beliefs)」および「意味/spiritual well-being」の測定や、それぞれの役割について考察した。またスピリチュアルな苦悩に対する現存の心理療法的介入を概観し、「伝統的集団心理療法的介入は進行がん患者のQOL、気分、コーピングや症状に有意な効果がある」「実存的/スピ

リチュアルな課題に特化して関わろうとするがん集団心理療法的介入はほとんどない」「スピリチュアルを基盤とした新しい心理療法的介入の多くは、FranklやReedなどの理論家による自己超越 self-transcendence と意味に関連した概念を用いている」とまとめている。

さらに、Breitbartら^{27,30)}は、進行がん患者対象の新たな「意味志向の集団心理療法 (meaning-centered group psychotherapy)」を提示している。これはスピリチュアルな苦悩に対して意味と人生の目的感の増強を目指す介入であり、実存的理論と治療実践に根ざしたものである。

▶ 医療者のスピリチュアルケアの実際

患者は、医療者にスピリチュアルな事柄への対応を望む一方で^{4,31,32)}、医療者にスピリチュアルな支援を期待しない場合もある^{6,21,33)}。スピリチュアルケアを実際に誰に受けたかを尋ねた調査では、家族や友人という回答が最も多く、誰がスピリチュアルケアを提供したかによってケアの満足度に違いはなかった³⁴⁾。

スピリチュアルケアの専門職であるチャプレンは、宗教的な事柄に限らず人生の意味の探究や死と向き合う時の苦悩全般に多く関わっている³⁵⁾。病院チャプレンの調査で³⁶⁾患者からチャプレンに示された問いは、「意味 (34%)」(例：人生の意味は何か)、「死と死にゆくこと (21%)」(例：死後の世界はあるのか)、「関係性 (15%)」(例：死後、家族はどうなるのか、寂しさや孤独)、「病と痛み (13%)」(例：死ぬ時は苦しむのか)、「宗教的な事柄 (8%)」(例：神から見放される、許しはあるか)の順で多かった。

ただ、患者からチャプレンに投げかけられたこれらの問いは、チャプレンにのみ語られる内容ではなく、いつ誰にどのように発せられるか(あるいは発したいと思うか)は、患者によって異なる。スピリチュアルケアの専門家ではない医療者であっても基本的な対応ができるよう心得ておく必要性が強調されている³⁷⁾。

しかし、スピリチュアルな支援について、医療者は、患者とスピリチュアルな話をすることに慣れていないと感じており、そのような会話を避ける傾向にあ

る^{22,38)}。Ross³⁸⁾が行った看護師によるスピリチュアルケアに関するレビューによれば、スピリチュアルケアは看護師の役割であると認めてはいるが、実際には、十分に対応できていない現実が報告されている。看護師が提供するスピリチュアルケアは、多くが宗教家への照会や宗教家をケアに巻き込む形で展開されており、看護計画の中でスピリチュアルケアを明確に含めることは滅多にないとしている。

スピリチュアルケアを促進する要因として、「患者との関係を形成するための時間の確保」「有効なコミュニケーション」「重篤な疾患や家族の死といった個人的な経験²¹⁾」「自分自身のスピリチュアリティを意識する」「チャプレンなどとよい連携がある」「適切なスタッフ配置」「教育」「静かな環境」など³⁸⁾が、挙げられていた。一方、スピリチュアルケアを実践するためのバリアについて、「十分な時間を確保できない」「患者と臨床家との社会的・宗教的・文化的な不一致」「プライバシーの欠如²¹⁾」「教育(卒前・卒後)の不足」「スピリチュアルな事柄の存在を認めない」「スピリチュアルな事柄に取り組む義務があるとは考えていない」「スピリチュアルなニーズへの対応の仕方が分からない」などが、挙げられていた³⁹⁾。

▶ おわりに

人は、死を意識するようになるとスピリチュアルな事柄について向き合うようになり、医療者は、限られた生を生きる患者に向き合う時、スピリチュアルな次元へのアプローチが不可欠であることを認識する。その人なりの歩みかた、その人なりの支えられ方があり、死に直面した人々のケアは、広がりとも深みをもつ。ただ、スピリチュアルケアは医療の中で完結できるものではないし、専門職だけでできるものではないことも意識されるべきであろう。

スピリチュアリティという言葉への理解が乏しい日本の環境で、スピリチュアルケアが身近なものであるとは言い難い。欧米の文献を紹介した本稿の内容について、日々の実践との違和感を覚える点もあるだろうし、臨床的な直観と一致する部分もあるだろう。スピリチュアルケアの具現化にむけて取り組むべき課題は

多いが、どのようにしてスピリチュアルな事柄への関心を高め、スピリチュアリティについての実感を深めていけるのか、考えていきたいテーマである。

謝辞：文献収集にご協力いただきました、新潟大学医学部保健学科基礎看護学講座 坂井さゆり先生に深謝いたします。

文 献

- 1) Speck P, Higginson I, Addington-Hall J : Spiritual needs in health care. *BMJ* 329 : 123-124, 2004
- 2) Chochinov HM, Cann BJ : Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med* 8 : S103-115, 2005
- 3) Okon TR : Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med* 8 : 392-414, 2005
- 4) Sinclair S, Pereira J, Raffin S : A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med* 9 : 464-479, 2006
- 5) Williams AL : Perspectives on spirituality at the end of life ; a meta-summary. *Palliat Support Care* 4 : 407-417, 2006
- 6) Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al : Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure ; a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 18 : 39-45, 2004
- 7) Cassidy JP, Davies DJ : Cultural and spiritual aspects of palliative medicine. In Doyle D, Hanks G, Cherny NI, et al (eds) : *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. p.951-957, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 8) Ross L : The spiritual dimension ; Its importance to patients' health, well being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 32 : 457-468, 1995
- 9) Taylor EJ : Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 26 : 260-266, 2003
- 10) Chochinov HM : Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *Cancer J Clin* 56 : 84-103, 2006
- 11) Rousseau P : Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 21 : 54s-56s, 2003
- 12) Post SG, Puchalski CM, Larson DB : Physicians and patient spirituality ; Professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 132 : 578-583, 2000
- 13) Anandarajah G, Hight E : Spirituality and medical practice ; using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63 : 81-89, 2001
- 14) Hunt J, Cobb M, Keeley VL, et al : The quality of spiritual care—developing a standard. *Int J Palliat Nurs* 9 : 208-215, 2003
- 15) Puchalski C, Romer AL : Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 3 : 129-137, 2000
- 16) Skalla K, McCoy JP : Spiritual assessment of patients with cancer ; the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum* 33 : 745-751, 2006
- 17) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W : Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361 : 1603-1607, 2003
- 18) 森田達也, 鄭 陽, 井上 聡, 他 : 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア—系統的レビューにもとづく統合化. *緩和医療学* 3 : 444-456, 2001
- 19) Wright MC : The essence of spiritual care ; a phenomenological enquiry. *Palliat Med* 16 : 125-132, 2002
- 20) Grant D : Spiritual interventions ; how, when, and why nurses use them. *Holist Nurs Pract* 18 : 36-41, 2004
- 21) Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, et al : An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med* 6 : 406-411, 2008
- 22) Lo B, Ruston D, Kates LW, et al : Discussing religious and spiritual issues at the end of life. *JAMA* 287 : 749-754, 2002
- 23) Saunders C, Baines M : Living and dying the management of terminal disease. 武田文和 訳 : 死に向かって生きる—末期癌患者のケア・プログラム. p.59-62, 医学書院, 1990
- 24) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al : Dignity in the terminally ill ; a developing empirical model. *Soc Sci Med* 54 : 433-443, 2002
- 25) Chochinov HM : Dignity-conserving care—A new model for palliative care. *JAMA* 287 : 2253-2260, 2002
- 26) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al : Dignity therapy ; A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23 : 5520-5525, 2005
- 27) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care ; spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 : 272-280, 2002
- 28) Folkman S, Greer S : Promoting psychological well-being in the face of serious illness ; When theory, research and practice inform each other. *Psycho-*

- Oncology* 9 : 11-19, 2000
- 29) Lee V, Cohen SR, Edgar L, et al : Clarifying "meaning" in the context of cancer research ; a systematic literature review. *Palliat Support Care* 2 : 291-303, 2004
- 30) Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, et al : Psychotherapeutic interventions at the end of life ; a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry* 49 : 366-72, 2004
- 31) MacLean CD, Susi B, Phifer N, et al : Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 18 : 38-43, 2003
- 32) McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al : Discussing spirituality with patients ; a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2 : 356-361, 2004
- 33) Taylor EJ : Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 33 : 729-735, 2006
- 34) Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, et al : Providers and types of spiritual care during serious illness. *J Palliat Med* 11 : 907-914, 2008
- 35) Wright MC : Chaplaincy in hospice and hospital ; findings from a survey in England and Wales. *Palliat Med* 15 : 229-242, 2001
- 36) Strang S, Strang P : Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *J Palliat Med* 5 : 857-864, 2002
- 37) Brown AE, Whitney SN, Duffy JD : The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliat Support Care* 4 : 81-86, 2006
- 38) Ross L : Spiritual care in nursing ; an overview of the research to date. *J Clin Nurs* 15 : 852-862, 2006
- 39) Chibnall JT, Bennett ML, Videen SD, et al : Identifying barriers to psychosocial spiritual care at the end of life ; a physician group study. *Am J Hosp Palliat Care* 21 : 419-26, 2004

創刊号から12年分、通常号81冊・増刊号6冊のバックナンバーがCD-ROM1枚に

ターミナルケアCD-ROM

Vol.1-12 (1991-2002)

もう手に入らない「ターミナルケア」誌のバックナンバーが、CD-ROMに姿を変えて甦りました。

創刊から12年分の全内容をCD-ROM 1枚に収録。

各号・執筆者・論文タイトル・本文フリーワード検索など、多彩な検索機能は初心者でもワンタッチで検索可能。

読みたい論文や探していた文献が、一瞬で呼び出せて簡単・便利。

発行 (株)三輪書店

発売 (株)青海社【ご注文は青海社まで】

ハイブリッド版

for Windows & Macintosh

本体50,000円

(送料サービス)

- フリーワード入力による収録記事の全文検索ができる
- ページ印刷ができる
- Macintoshでも使えるハイブリッド版
- 1991年4月創刊号から2002年6号までの通常号81冊・増刊号6冊の情報量



株式会社青海社

〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 郵便振替 00140-4-258811



在宅移行のためのマネジメント

薬剤師からみた地域連携 —保険薬局の抱える現状と課題—

How Do You Work on the Community Health Cooperation in the Future?

Current State and Problem of Health Insurance Pharmacy

前堀直美* 永江浩史** 森田達也***

Naomi Maehori, Hiroshi Nagae and Tatsuya Morita

Key words : 保険薬局, 患者情報, 地域医療

● 緩和ケア 19 : 130-136, 2009 ●

はじめに

2006年の医療法改正により「調剤を実施する薬局」、いわゆる保険薬局は「医療提供施設」として位置づけられ、服薬安全の向上や地域医療への参画といった責務が増している。

本稿では、今求められている“よりよい地域医療連携”のために保険薬局が他職種との間で推し進めるべき協働体制について、現状の問題点をふまえたうえで私見を述べたい。

保険薬局における服薬管理の現状

入院中の緩和ケア患者に対しては、医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション技師らが「カルテ」という完璧な患者情報共有ツール使用下でのケア提供が可能である。しかし、外来・在宅患者についてはどうだろうか。

患者が院外処方薬を受け取る場合、保険薬局に処方箋を持参する。処方箋上の記載事項は、処

方医のコメント追加のないかぎり薬品名と用量・用法のみで、その他の患者情報は不明な場合が大多数である。そのため保険薬局では、処方内容と患者の病態に不合理がないか、基本情報を患者からの聞き取りとお薬手帳で集めることになる。また、用量・用法の逸脱、副作用・相互作用・重複した内服などをチェックし、疑問点が解決できなければ疑義照会を行う。これらの作業を通して、「服薬の安全性・妥当性を確認し、服薬の必要性を理解してもらい、安心して帰宅していただく」という最終目標（アウトカム）への到達を目指している。

しかし一部の患者では、聞き取りだけでは、病名・病状・治療内容などの正確な内容が把握できないことがしばしばある¹⁾。ステロイドのように多くの適応症をもつ薬剤の処方の場合、薬の増減や中止の理由を患者自身がよく理解できていない場合、院内で抗がん剤など注射薬を使用した場合などには、「服薬の安全性・妥当性の確認」がき

*レモン薬局三方原店（浜松 POG 研究グループ）：Lemon Pharmacy Mikatahara Office（Hamamatsu POG Research Group）（〒433-8108 浜松市北区根洗町 550）

**聖隷三方原病院 泌尿器科

***同 緩和支援治療科

0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 服薬指導を行ううえで情報がなかったため困っていること¹⁾

1. 病名	62(%)
2. 処方意図	59
3. 処方変更理由	55
4. 適応外処方意図	52
5. 医師の説明内容	45
6. 入院中・退院時の処方内容	39
7. 治療方針	39
8. 検査値	37
9. 病状	32

浜松市薬剤師会アンケート結果(複数回答可), n=71

わめて困難である。疑義照会で確かめたくても処方医側が割く時間や労力を考えると、不明な点すべてに行うわけにもいかないし、緩和ケア患者の多くにとって長時間の在院・在店は苦痛が大きい。

処方医の意図と食い違う説明をして患者を混乱させるわけにもいかず、結局その場で(薬剤師として)納得のいく説明をしきれないまま指導を終えるしかないケースも、決して少なくない。

正確な医療情報を共有できていないことが、薬剤の適性使用と安全情報の前に立ちほだかる大きな課題だと感じている。

保険薬局の患者情報不足に関する調査結果

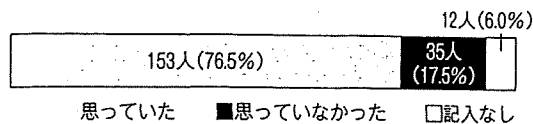
この点に関し、これまでに筆者らの自主研究グループである浜松 POG 研究グループ^{*1}が把握した調査データを示す。

① 薬剤師と患者のジレンマの大きさ(保険薬局薬剤師・患者アンケート結果)

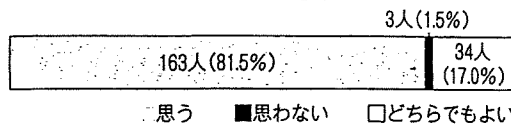
表1¹⁾は、実際に保険薬局の薬剤師が患者情報がないために苦慮している点についてのアンケート結果である²⁾。6割近い薬剤師が病名・処方意図が分からない点を挙げており、前述の場面を指しているものと思われた。一方、患者が自分の病名・病状の取り扱いについてどのように認識しているのか把握をするため、患者アンケート(n=200)を行った(図1)¹⁾。

*1 浜松 POG 研究グループ: 患者中心の服薬指導(Patient Oriented Guidance of taking medicine)を考える自主研究グループ。浜松市内の多数の保険薬局薬剤師を中心に、医師、病院薬剤師、薬学生などで構成する。

質問1: 今までご自分の病名や病状を院外薬局の薬剤師も分かっていると思っていたか?



質問2: 院外薬局の薬剤師にもご自分の病名や病状を分かっているほしいと思うか?



質問3: なぜ、院外薬局の薬剤師にもご自分の病名や病状を分かっているほしいと思うか?

副作用に関する相談	123(75%)
薬の飲み合わせの安全性	102(62%)
担当医に聞けなかった病名・病状に関する相談	83(50%)
薬を飲む理由を知りたい	67(41%)
薬の服用量に関する相談	52(31%)

(n = 200)

図1 患者アンケート¹⁾

質問1に対しては、「ご自分の病名・病状がなんらかの形で保険薬局側にも伝えられていると思っていた」と回答した患者が76%にのぼった。質問2に対しては、「ご自分の病名・病状を保険薬局にも分かっているほしい」と回答した患者が81%に達した。その理由を問うた質問3に対しては、半数以上の患者が副作用の相談、複数の薬の飲み合わせの安全性の監視をしてもらいたい、担当医にできなかった病状に関する相談をしたい、などを挙げていた。

② がん緩和ケア領域での服薬指導時のジレンマ

浜松市薬剤会所属薬剤師267名に対して(回収率67%)がん患者の服薬指導時に必要な患者基礎情報、麻薬処方時の服薬指導において苦慮することを調査した³⁾。必要な患者情報としては、現在の治療内容96%、患者への告知状況95%、今後の治療方針95%、などが挙げられた。

また、麻薬処方時の服薬指導において苦慮して

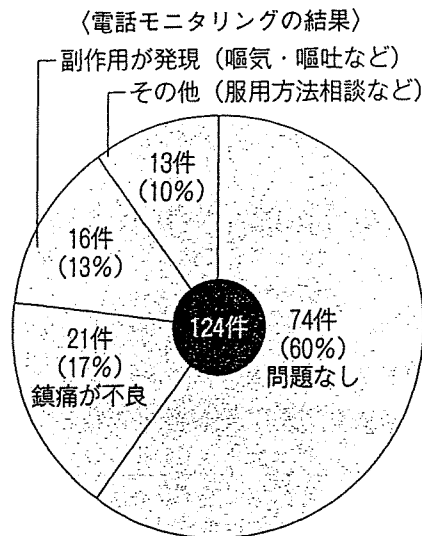


図2 32名(124件)の患者に対して電話モニタリング結果⁹⁾

いることとしては、適応外処方薬の処方意図が不明55%、副作用をどこまで説明していいのかが不明42%などが挙げられた。

③ 実際の現場における「正確」な基本情報の乏しさ

次に、実際の服薬指導時に分かる確定情報がどの程度かを確かめるため、「外来がん緩和ケア」領域で調査した。麻薬処方患者81名を対象とし、服薬指導記録から患者状態把握状況の後ろ向き調査を行った⁴⁾。

がん病名の把握率は、患者への説明文書などによる正確な情報としてはわずか15%、聞き取りレベルのややあいまいなケースが60%で、全体の把握率は75%にとどまっていた。また、外来で実施した化学療法・注射薬の治療内容がなんとか分かったとされる42%のうち、実際に使用している抗がん剤・レジメが把握できたのは、その半数以下の18%にとどまっていた。確定情報がきわめて少ない中で、聞き取りに頼る服薬指導の実情がここでも明確になった。

④ 外来がん緩和ケア患者の在宅中のシレンマ

在宅療養中に、疼痛除去不十分の状態や消化器症状発現などで我慢しながら次回診察日待つ患

〈対応内容〉

鎮痛副作用管理が不十分なため不安を抱えている患者50件(40%)に対し

① 指示の範囲内で服薬方法の指導(11名)

—13件(26%)で実施

② 医師に連絡をとり

新しい指示を得て指導(13名)

—19件(38%)で実施

③ 予定外受診を促す(5名)

—5件(10%)で実施

者がいる。筆者らが行った電話モニタリング調査(n=32, 症状コントロール状況や服薬上困る点の聴取)の結果では、40%の患者が鎮痛不良など解決の余地のある悩みを抱えたまま過ごしていた(図2)⁹⁾。

新たな指示下の指導や予定外受診を促すなどの介入経験を通じ、その重要性を痛感した。これらの介入担当は一般には看護師に任されているが、保険薬局でも可能であるだけでなく、専門性を発揮する場面の1つでもある。

処方医発信型の患者基本情報の試作・運用

ここまでの結果から、患者情報を保険薬局でも共有する必要性を痛感し、薬剤師の立場から診断情報伝達ツールを、単一診療科の協力を得て、試作した(図3)。薬剤師の希望を反映し、頻度の高い診断名や処方意図の記載欄をあらかじめ作り、処方医が選択記入しやすいようにデザインを工夫した。最近では、担当医から電子カルテ記事のハードコピー(図4)を受け取って持参する患者も多い。医師側には超低労力、患者と保険薬局側にはさらに豊富な共有情報が入手できるメリットがある。

本ツールは外来診察後に担当医から患者に渡され自分で保険薬局へ持ち運ぶというものである。

～患者さんへ～

本書面は、診療医師から保険薬局・薬剤師に、患者さんの「病名や治療経過に関する情報」をお伝えするものです。薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより、お薬の飲み方や安全性などについて適切な助言ができると思われれます。ご希望の方は、ご署名の上、薬剤師にご提示ください。
(ご提示後は、ご自分の控えとしてお持ち下さい)

趣旨説明

保険薬局 薬剤師 御中 本日 12/18 の処方についての基本情報です。

患者氏名: [] 氏名 (ID []) **診断名**

泌尿器科・診断名 または 症状 (〇で囲んだもの):

<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 (頻尿・排尿困難・尿失禁)	<input type="checkbox"/> 精巣上体炎
<input type="checkbox"/> 膀胱炎	<input checked="" type="checkbox"/> 前立腺炎 (ご本人への告知あり)
<input type="checkbox"/> 前立腺炎	<input type="checkbox"/> 膀胱癌 (ご本人への告知あり)
<input type="checkbox"/> 尿管結石	<input type="checkbox"/> 腎臓癌 (ご本人への告知あり)
<input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 (頻尿・排尿困難・尿失禁)	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓癌

本日お伝えする主な内容

() 上記 (2) に対する初回内服処方です。 **処方コメント**

() 上記 (2) に対する内服処方の追加です。 **ロキソニン**

コメント: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 通尿剤併用での使用

() 上記 () に対する内服処方の追加です。 () から () に

理由: () 頻尿・排尿困難の改善不足 () 副作用 () が懸念されるため、

() 上記 () に対する内服処方 () を中止いたします。

コメント: () 副作用 () が懸念されるため。

() 薬の効果が不十分であるためです。

() 患者さんのご希望によるものです。

依頼または相談の診断名・薬剤

() 高血圧症 () 糖尿病 () 高脂血症 () 脳梗塞後遺症 () その他

[] 担当医 []

上記の診断名・診療情報の保険薬局への伝達に同意いたします。

患者の同意欄 平成16年12月18日 署名 []

(ご本人でない場合は読印 [])

図3 外来診断情報伝達ツール

2004年3月からの19カ月の間に、79人延べ126件の所持が確認できた。伝達内容としては処方意図が7割近く、その他に処方変更理由、併用薬、病状説明、注射薬の内容が多く伝達されていた。

本ツール使用を経験した薬剤師の満足度調査結果 (n=21) では、「薬の説明がしやすい」「問診が簡潔にできる」「適応外使用意図が分かる」など、全員がメリットを感じていた。

一方、本ツール利用患者の満足度調査結果⁶⁾ (n=43, 従来の服薬説明時との比較可能な患者) (図5) では、病状の理解のしやすさ、処方医説明との食い違いのなさ、問診の再聴取が不要となり負担感が減少、副作用・相互作用に関する安心感、などに満足度の高さが表れていた。「病状の理解がしやすくなった」が最多であったことは、診察室では理解不十分だった部分が渡された紙面を通じて保険薬局での指導・会話の中で確認できたのかもしれない。

処方・調剤・検査結果

2007/01/08 15:33:16

患者氏名 []

処方 処方 薬剤師 []

薬剤師 薬剤師 []

痛みの評価は以下の通り:

#1 疼痛

A

三叉神経に関する疼痛

P

ロキソニン有効なのでまずロキソニンTまで

・神経痛の薬をひとつづつためしてい

く。ガバペン200mg

疼痛時:

1 ロキソニンT 1日3回

2 ベルタゾンT+ノバミン0.5T 1日4回まで

薬剤指導:

三叉神経痛

定期薬

ガバペン200mg1T~おむねなければ増量していく予定です。1200mgまで

臨時薬

疼痛時:

1 ロキソニンT 1日3回

2 ベルタゾンT+ノバミン0.5T 1日4回まで

一ふらつきがつけば、飲んでいる臨時薬をやめてガバペンだけにしてください

一吐き気が出ればベルタゾンはやめてください

一次回7月11日に診察します

全特許: STAS 3 対応していないあり

薬性: 定例(医師からの専任)

資格: 2ネット(無い)

図4 電子カルテ画面のハードコピー

処方医側からの患者情報発信手段としては、わかしおネットワーク⁷⁾のようにIT活用を基盤とする特殊な環境以外では、本ツールのような簡易な書式、お薬手帳、CDなど患者の所持可能な媒体への書き込みが考えられる。

保険薬局発信型の情報伝達方法の現状と課題

保険薬局薬剤師からの情報発信としては、お薬手帳、服薬指導報告書、疑義照会などがある。

1. お薬手帳

患者所持で、すべての医療職が共有でき、現在認知されている唯一の媒体である。しかし、所持率は決して高くなく、記載内容も多くの場合には処方内容のみでしかない。今以上に所持を啓発し、薬剤師自身が有効活用(後述)すべきである。

2. 服薬指導報告書

必要時、服薬指導内容を処方医に報告し次回診

自分の病状について理解しやすくなった	(76%)
医師と薬局で説明が食い違うことがなくなった	(58%)
体の状態を説明しなくてもよくなり楽になった	(58%)
副作用や飲み合わせの不安がなくなった	(51%)
薬の説明が以前に比べて分かりやすい	(46%)
病院で聞けなかったことが相談しやすくなった	(46%)
生活面のアドバイスを以前よりもしてもらえた	(32%)
医師からの説明を受けているので薬局の説明は要らない	(30%)
以前と説明は変わらない	(20%)
薬を飲んでさえいれば他に知りたいことはない	(13%)
(n = 43)	

図5 患者満足度調査結果

察に活かしてもらおうものだが、即時解決の望ましい処方安全確保に反映させるのは難しい。

3. 疑義照会

即時解決の手段として最も重要だが、実際には前述の通り、期待通りの機能を果たせてない場面が多い。疑義照会の機能不十分の主因は、保険薬局と処方医側（介在スタッフも含め）の間の、互いの理解不足と意思疎通の欠如である。

保険薬局が直面する地域連携上の課題への取り組み

① 薬剤師だけで取り組めること

1. 患者アウトカム志向の実践

個々の患者に患者アウトカム志向で懸命に対応しようとしながらも医療チームに加わりきれていない、とのジレンマを抱えている保険薬局薬剤師は少なくない。より多くの薬剤師が、まず徹底した外来患者アウトカム志向を保持し、他職種と同じ方向に向かう姿を明確に示すように努める必要がある。

2. 積極的な患者情報発信

処方医側からの患者情報が有用であるように、

われわれの手元には保険薬局ならではの患者情報が蓄積されている。病院では話しづらかった疾患や服薬に関する本音や心配ごと、コンプライアンスの不良な実態などである。

これらの中には、外来診療や入院することになってしまった患者のケアに役立つものが含まれているはずである。前述のお薬手帳や服薬指導報告書への記入伝達など、必要な患者情報の発信に保険薬局も努めていく必要がある。

3. 専門領域（実施可能なケア）のみえやすさ

病院や診療所で診療科を標榜して専門領域を明示しているのと対照的に、保険薬局は、「守備範囲のみえやすさ」が欠けている。麻薬、抗がん剤などの備蓄管理体制の情報や、IVHの調剤管理と在宅患者に対する訪問薬剤管理体制など、入院患者の在宅移行準備を担っている看護師にとって知りたい薬局の情報の「みえやすさ」を増す努力も、今後の地域連携上必要な要素の1つと感じる。

以上をふまえ、現在取り組んでいる具体的行動の一部を以下に記す。

・疑義照会（処方提案）：体性痛患者へのオピオイド初回処方時にNSAIDs・制吐剤・緩下剤の処方がない場合に、定期内服用のNSAIDs・制吐剤と頓用の緩下剤の処方を提案する。

・疑義照会（用法）：複数種類処方された頓用鎮痛薬の使い分けの意図（指示）が患者に伝わっていない場合に、そのコメント（指示）を求める。ただし、患者を先に帰宅させ、回答は大至急でなくて構わない旨を（多忙な）処方医側に伝達しておく。

・お薬手帳への患者情報・処方提案の記入：ビスフォスホネート投与中の低Ca血症に、Ca-vitDサプリメントによる補充を提案してみる。患者の内服のしやすさの聴取から、緩下剤を散剤から錠剤への剤型変更を提案してみる。

・退院カンファレンス：自店で調剤ケアしている患者の退院時に、できるだけカンファレンスに呼んでもらい参加して、入院中経過や退院後の患者目標、注意点を把握し、病棟スタッフやケアマネジャー、訪問看護師と意思の疎通を図っておく。



図6 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」³⁾

② 他職種と一緒に模索すべきこと

1. 処方医と

疾患や薬剤単位で共有すべき患者アウトカムの内容や、適切な疑義照会ラインなど処方安全に関わる責任行動について意見を交わす機会を薬剤師自身が増やしていく必要を感じる。それも、医師による患者情報発信が広まっていくための第1歩と考える。

2. 看護師と

最近行われた「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)³⁾ (図6) の意見交換の席で、看護師から次のようなコメントがあった。

「患者の薬の管理を今までやってきたけど、薬剤師がやってくれば私たちは安心だし、もっと他のことで力を注げる」

「薬局がどんなことをやってくれるかを示してくれれば助かる。何ができて何ができないかが分からない」

看護師は、患者に介入する機会・時間が圧倒的に多い。法的なケアの制約や専門外領域(例: 服薬相互作用チェック)に対して抱くジレンマはとて大きいように映る。そんな側面を、われわれ薬剤師はもっと知る必要がある。同時に、症例検

討会などの機会を通じて、薬の相互作用のチェックなど薬剤師にこそ可能な職能・役割についての理解をもっと深めてもらえば、互いにケアのやりがいを増しストレスを減じられるのではと感じる。

3. 多職種と

医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護士、栄養士など地域医療を構成するその他の職種に対しても同様である。服薬管理の守備範囲における互いの強み・弱点をよく認め合ったうえで、互いの専門性が担当患者により反映されるような協力体制・業務分担を論じ合うべきではないだろうか。

4. 同職種の院内薬剤師と

入院から退院した後、または外来から入院した後の服薬安全の達成・維持のため、欠けている情報があればそれを互いに補完し合い、そこにシステムの不備があれば共同で確認・補修するフレキシブルな関係が必要だと思う。

おわりに

緩和ケア患者が安全で安心できる服薬を続けられるように、タイムリーな提言を必要時確実に行うことにより患者と全医療スタッフの間をコーディネートすることが、保険薬局の一番の役割だと考える。症状緩和だけに限ってみても、薬剤師にせっかく備わっている専門性をもっと活かされるべき場面が多い。患者情報の取り扱い方とスタッフ間の連絡手段など、「薬剤師の関与の仕方」を工夫していけば、刻々と変化する患者の状態に対して即時に対応できる場面をもっと増やせるのではないだろうか。そのためには、多職種との間で互いの職能を知り役割(責任)分担を語り合う積極性が、保険薬局には求められる。

文献

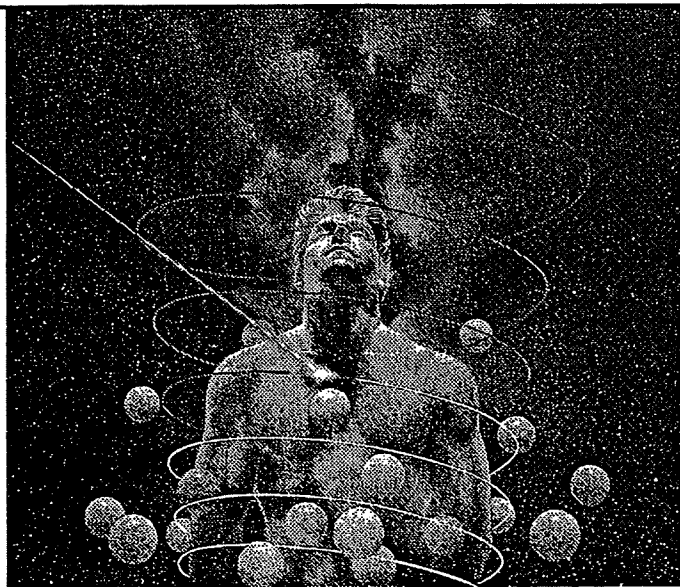
- 1) 前堀直美, 山林元文, 安達三郎, 他: 保険薬局と病院の連携強化—患者アンケートに基づく新しい情報伝達ツールの試作運用. 医療マネジメント学会雑誌 6: 661-666, 2006

- 2) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 外来患者の服薬指導現場における保険薬局薬剤師のジレンマ71名の薬剤師のアンケートの詳細な分析. 日本クリニカルパス学会誌 8:604, 2006
- 3) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のためのプロジェクト」ホームページ [http://www.gankanwa.jp] (2009年1月閲覧)
- 4) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 外来がん患者・緩和ケア患者における情報共有の必要性—保険薬局のかかえる課題. 日本クリニカルパス学会誌 9:606, 2007
- 5) 前堀直美: いま求められる協同体制とは. 月刊薬事 51:71-77, 2009
- 6) 前堀直美, 伊藤 譲, 永江浩史, 他: 保険薬局における患者情報共有(第3報)—診断情報伝達ツール利用患者の満足度調査. 医療マネジメント学会雑誌 8:164, 2007
- 7) 平井愛山: ITを活用した情報伝達. 薬局 54:2959-2964, 2003



ROPION®

●薬価基準収載



静注用非ステロイド性鎮痛剤

劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

ロピオン® 静注50mg

フルルピプロフェン アキセチル注射液

●効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、添付文書をご参照ください。

製造販売元

(資料請求先)



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2007年12月作成) 07X

がん性疼痛治療における フェンタニル貼付剤の意義と 今後の展望

【司会】

森田 達也 聖隷三方原病院緩和と支持治療科 部長

【出席者】(五十音順)

小野 宏志 坂の上ファミリークリニック 院長

佐々木一義 県西部浜松医療センター緩和医療科 科長

鈴木 留美 遠州病院産婦人科 部長

深澤 貴子 浜松医科大学がん教育研究センター・
医学部附属病院第2外科(下部消化管外科) 特任助教

山田 博英 聖隷浜松病院緩和医療科 医長



静岡県浜松地区でがん性疼痛治療に携わる6名の先生にお集まりいただき、オピオイドの特性や患者の病態に合わせた使用方法をご検討いただいた。

経皮吸収型オピオイド製剤であるフェンタニル貼付剤は、モルヒネの副作用や耐性出現などによりがんの疼痛コントロールができない患者や経口摂取が困難な患者に対して優れた効果を発揮する。しかし、十分な鎮静効果が得られるまでの用量調節や急激な痛みに対するレスキューなど、他の薬剤との組み合わせを考慮する必要がある。

各施設におけるがん性疼痛治療 におけるオピオイドの使用状況

森田 本日は、静岡県浜松地区でがん性疼痛治療に携わる6名の先生にお集まりいただきました。この座談会の中心課題は、オピオイドの特性や患者さんの病態に合わせた使用法

の検討です。最後に、浜松地区で実施されている緩和ケア普及のための地域プロジェクト「OPTIM (Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model)*」の取り組みについてご紹介いたします。

では早速、がん性疼痛に対する浜松地区のオピオイド使用状況につい

て、入院・外来・在宅の3側面からご意見をお伺いします。麻薬に抵抗がある医師もいるといわれますが、先生方の実感はいかがですか。

佐々木 麻薬に対する怖さや抵抗感は薄れてきていると思います。

山田 そうですね。フェンタニル貼付剤やオキシコドン徐放製剤の使用



森田 達也 先生

がかなり増えています。徐放剤は抵抗感なく処方されていますが、頓服薬としての臨時追加服用(レスキュー・ドーズ)はあまり処方されていないと思います。

森田 ベースは処方されていてもレスキューがでていない、または指導されていないということですね。

山田 はい。突発痛が何度かあるだけでベースがどんどん上がって、レスキューは1回も服用していないケー

スもあるようです。痛みは波があるものなので(図1)、モルヒネ速放製剤やオキシコドン速放製剤などのレスキューをうまく利用すべきだと思います。

鈴木 私施設ではフェンタニル貼付剤、制吐薬、下剤、モルヒネ速放製剤がセット処方になっていました。わざわざ削らない限りは、セットで処方するルールです。セット処方ないと「先生、セットに変更した方が

症状の生活への影響

定期使用の鎮痛薬を使っても、痛みが強いときがあります

普段痛みはないけど、からだを起こしたときに痛い

痛みが全くない日もあれば、痛みが強くて困る日もある

食事をしようと起き上がったときに、いつも痛みがある

昼間は痛みをほとんど感じなくなったが、夜になると痛みがある

「医療用麻薬で治療を受けている方の70%は、時々強い痛みを感じています」

痛みの強さは、1日のうちで変化するためです

普段は痛みがなくても日に何回か痛みがあります

説明を受けた方	説明をした人	月	日

● 定期的な鎮痛薬が足りない状態

痛み > くすりの効果
定期的なくすりの効果が足りないため、いつも痛みを感じます。定期的なくすりを増やします。

● 定期的な鎮痛薬は足りていますが、何回か痛みが残ります

痛み > 普通のくすりの効果
くすりが普通の痛みをとっています。しかし、1日のうち何回かは痛みがあります。

● 定期的な鎮痛薬だけを増やすと、眠気が強くなる場合があります

強い痛み < くすりの効果
強い痛みを抑えるために、定期的なくすりを増やすと、眠気が強く、かえって生活や暮らし、活動がしにくくなる場合があります。

● 定期的な鎮痛薬頻用薬(レスキュー)を組み合わせ使います

頻用薬(レスキュー)を使います
時々起こる強い痛みを抑えるために、頻用薬を使います。

治療の目標は

- 痛みがなく、夜眠れる
- 静かにしていれば痛くない
- 歩いたり、からだを動かしても痛くない
- 1日に3回以下の強い痛みにも頻用薬(レスキュー)で対処できる

治療は、 1~3日後に見直します

図1 定期使用の鎮痛薬を使っても痛みがあるとき

(http://www.gankanwa.jp)

62 Pharma Medica Vol.27 No.4 2009

がん性疼痛治療における フェンタニル貼付剤の意義と今後の展望

よいですか」と薬局から問い合わせがあります。このようなフィードバックがあると、医師たちもセットで処方するものだという感覚になってきます。

森田 セット処方はいいやり方ですね。病棟でのサポート体制がうまく機能していますね。

佐々木 疼痛コントロールは外来で始まることが多いので、外来での体制づくりも今後の課題のひとつでしょう。外来は1人で短時間で診療にあたるため、副作用のコントロールやタイトレーションなどにじっくり取り組めないといった理由から、必要性は感じつつもスムーズに導入できない場合があるようです。

森田 外来においては、初回導入時に説明する時間が十分にとれないことと、経過のモニタリングという2つの問題があるようです。在宅医療はどうでしょうか。

小野 麻薬を所持や保管するためには、医療目的であっても、法律上の

規定が厳格です。麻薬取扱者免許を取得し、金庫を使用した特殊な薬剤管理が必要です。私は開業するまで心臓血管外科医でしたから、麻薬に抵抗感はありませんし、麻薬取扱者免許もすでに取得していました。

森田 一般の開業医にとっては、法律上の煩雑さは負担感があるということですね。外来では短い診療時間でオピオイド治療を導入・継続することが医師の負担になっていますから、臨床現場ごとに問題は多様なようです。浜松地区では従来に比べて麻薬に対する医師の抵抗感が弱まり、オピオイドの使用量が増えましたが、レスキューの使い方に工夫があるということでしょうか。今後は医師個人のスキル向上と同時に、薬剤師や看護師を含めたスタッフ一同がオピオイドの有効性や副作用を知る機会を増し、チーム医療の活用等も含めて検討していくべきでしょう。



佐々木一義先生

各施設における オピオイドの使用状況

森田 がん性疼痛に使用される代表的なオピオイドは、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンでしょう。患者の病態に合わせてどのオピオイドを使用するかについては、国際的にも意見が分かれるところです。先生方はどのように使用されていますか。

山田 私は、肺がんや呼吸困難を伴っていればモルヒネ、腎機能障害があ

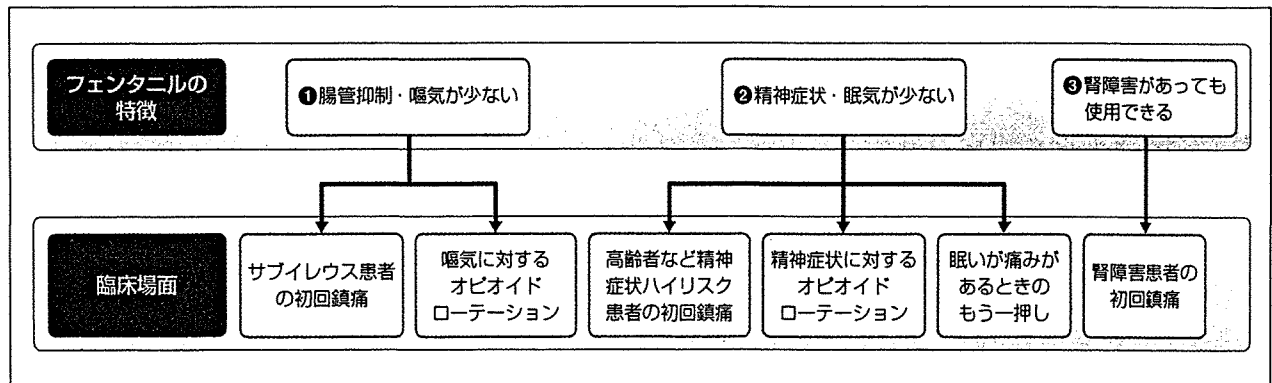


図2 フェンタニルの薬理学的特徴を上手に使った鎮痛



山田 博英 先生

ればフェンタニルかオキシコドンという使い分けをしています。

佐々木 フェンタニルは腸管抑制や嘔気、便秘が少なく、精神症状が出にくいといった特性がありますから、

腎障害がある患者さんにも使用しますね(図2)。

小野 私が受け持っている患者さんの多くは終末期なので、痛みと呼吸困難が急に同時に起こることもあるため、モルヒネ製剤を処方することが多いです。オキシコドン徐放製剤(オキシコンチン[®])で痛みをコントロールされている患者さんには、オキシコドン速放製剤(オキノーム[®])を処方することもあります。最近デュロテップ[®]MTパッチ2.1mgというフェンタニル貼付剤が出ましたから、レスキューでモルヒネ速放製剤を使って、経口摂取が困難になった患者さんにはデュロテップ[®]MTパッチ2.1mgを使います。デュロテップ[®]MTパッチ2.1mgを半分にして使

うこともあります。

深澤 消化器系のがんやサブイレウスで通過障害や消化吸収障害が起こった場合にも、貼付剤を中心に使用しています。それから、例えば頭頸部がんの患者さんは経口摂取が困難ですから、ベースでフェンタニル貼付剤を貼って、レスキューでモルヒネ速放製剤を使用します。患者さんの病態に合わせた適切なオピオイド選択が大切だと思います(図3)。

オピオイドの併用のコツ

森田 end-of-dose failure(薬の切れ際の痛み)が起こる場合は、どうしていますか。本来はベースをコントロールしなければならない状態ですね。

鈴木 定時投与の半日前とか5~6時間前から痛みを訴える患者さんもありますが、トータルの投与量が増えてしまうので、ベースの増量は難しいですね。眠気など別の問題が出たりしますから。

佐々木 単剤で増量しても眠気が出るわりには痛みが弱まらず、投与量を減らすと痛みが強くなる場合は、別のオピオイドを上乗せする方がいいと思います。

深澤 私も併用に賛成です。例えば、投与量が増えてオキシコドン徐放製剤で120mgくらい飲まなければならないときは、それ以上は増量せず、フェンタニル貼付剤を追加すること

「突出痛」(持続的ではない間欠的な痛み)に対して必要な量のレスキューを処方する
内服困難が予想される患者には最初のオピオイドとして使用できる
腎不全のある患者でも使用できる
消化器症状・便秘・精神症状のリスクのある患者でも使用しやすい
痛みが強いときはフェンタニル注射薬の経静脈・皮下投与で必要量を決めてから貼付剤に変更する
皮膚の状態を確かめる
痛みがあるが眠気を強くしたくないときの「もうひと押し」として使用する
呼吸困難を合併した場合、高用量のフェンタニル貼付剤で鎮痛が不十分なときはモルヒネを併用する

図3 フェンタニル貼付剤を上手に使うためのポイント

もあります。経皮吸収型製剤である貼付剤は第一選択薬にはなりにくいですが、併用薬としての用途は豊富だと思えます。

佐々木 貼付剤の実際の適応で最も多いのは、やはり経口摂取が困難な症例でしょう。

深澤 そうですね。入院の患者さんにフェンタニル貼付剤を併用するときには、フェンタニル注射剤の持続静注でタイトレーションしてからフェンタニル貼付剤を貼る方がよいと思えます。

森田 入院の患者さんであれば、フェンタニル注射剤で調節しながら投与量を決めたほうが、オーバードーズによる呼吸抑制をコントロールしやすいということですね。

山田 貼付剤を使って疼痛をコントロールする場合、私は皮膚の状態に注意しています。病状が進行している様子はないのに、冬になるにつれて貼付剤の効果が極端に悪くなった患者さんは、皮膚が非常に乾燥していました。

鈴木 私も貼り替えのときに皮膚の保湿ケアをするようスタッフに指導したところ、鎮痛効果が安定した経験があります。

森田 私の経験でも、下肢麻痺による発汗障害(代償性多汗・無汗)の患者さんに貼付剤を使用したところ、等価量の内服オピオイドだと鎮痛効果があるのに、経皮的な製剤は全く効かないことがありました。当然ですが、貼付剤を使用するときは、皮

膚の状態確認やケアが大切です。

フェンタニル貼付剤に 求める課題

佐々木 フェンタニル貼付剤は、貼ってから十分な鎮痛効果が得られるまでに時間がかかるという特徴がありますね。

森田 皮膚を経路とするので、血中濃度が上がって鎮痛効果が現れるのは、半日～24時間後になります。

山田 定時投与時刻は、効果が現れる時間から逆算して設定するわけです。貼付時刻を朝に設定すると、ちょうど夜間に呼吸抑制がでるかもしれないという不安があります。貼付時刻を夜に設定すると、準夜勤の看護師が貼ったり指導することになり、時間も人手も不足していて十分な対応が難しいです。先生方の施設では貼り替える時間を朝にしていますか、それとも夜にしていますか。

佐々木 私は呼吸抑制が心配なので、夜に貼付しています。夜間はスタッフがぐっと少なくなりますから、日中の時間帯に呼吸抑制が起こった方が夜間よりスムーズに対応できます。

鈴木 私も夜に貼付しています。朝の段階で主治医がフェンタニル貼付剤を今夜貼り替えることを患者さんに話して、昼食時と夕食時くらいにプロクロルペラジンなどの吐き気止めを事前投与して「じゃあ、夜貼ろうね」という形にしています。その間、



鈴木 留美 先生

必要に応じてモルヒネ製剤なども投与します。そうすると日中に効果がでますから、患者さんが安心して、医師も「いかがですか?」と直接尋ねられます。

森田 剤形はどうですか?

山田 剤形が小さすぎると、高齢の患者さんにとっては、かえって剥離紙を剥がしにくく、貼りづらいかもありません。

佐々木 そうですね。患者さんは湿布などで大きな貼付剤を貼ることに慣れているので、むしろ今よりも大きくなってさほど気にされなと思います。せん妄や認知症があると、貼っている貼付剤を剥がしてしまうこともあるので、剥がれにくい工夫があるとよいですね。

鈴木 毎日張り替えるワンデイタイプがあれば、患者さんや家族にとって管理しやすいかもしれません。

森田 がん患者さんは経口摂取が困



深澤 貴子 先生

難になることもありますから、経口以外の経路をとる製剤は、治療の幅を拡げるために役立ちます。どのように治療に取り入れれば効果が発揮できるか、検討してみましょう。

OPTIMのモデル地域としての浜松の取り組み

森田 浜松地区は、厚生労働省による緩和ケア普及のための地域プロ

ジェクト「OPTIM」(図4)*のモデル地域のひとつですが、この取り組みについてみなさんのご意見をお聞かせ下さい(図5)。

小野 浜松地区でOPTIMが始まって、いろいろな情報が交換できるようになりましたね。

鈴木 そうですね。OPTIMでつくられたたくさんのパンフレットを使って、看護師さんをはじめとして、スタッフが一所懸命に勉強しています。

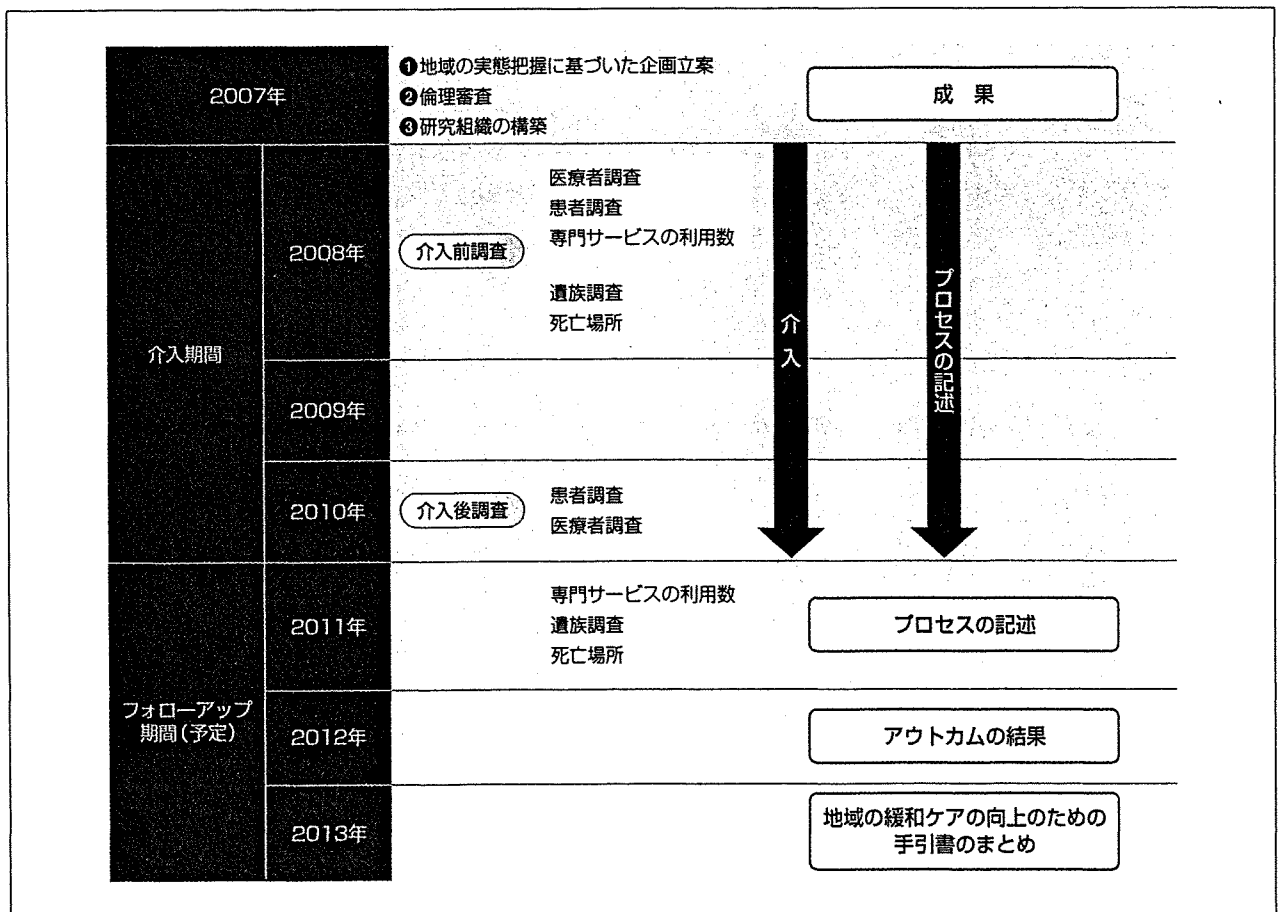


図4 OPTIM-study overview

(<http://www.gankanwa.jp>)