Aomori Prefectural Central Hospital

青森県立中央病院 がん診療センター

令和６年３月25日発行

Contents

P1 ごあいさつ
P3 緩和ケアセンターの紹介
P4 サポーティブケアチームの紹介
P5 「お口のカルテ」の紹介

しかへでけ No.2

＊ ごあいさつ

がん治療の進歩とその最前線

青森県病院事業管理者　吉田　茂昭

今日、がん治療はめざましい進歩を遂げておりますが、その転換点は1990年代後半辺りに求めることができます。それまで、わが国ではがんの外科手術と言えば、原発巣を含めてできるだけ大きな範囲、具体的には大動脈周囲リンパ節を含めて切除する「拡大リンパ節郭清」が主流となっていましたが、進行胃癌を対象とした大規模臨床試験によって、その術後生存率が標準的郭清術（２群郭清）と全く変わらないことが明らかにされました。その結果、手術侵襲が大きく術後QOLの低下をもたらす拡大リンパ節郭清は回避すべき、と結論されました。同様の結果は膵臓癌を対象とした大規模臨床試験でも明らかにされ、いわゆるover surgery（過剰切除）への反省が共通認識となりました。さらに、進行胃癌の標準郭清例を対象とした大規模臨床試験では、経口抗癌剤による術後補助化学療法の有効性（＝生存期間の延長）が示され、同様の結果が、大腸癌、乳癌、肺癌等で次々と得られたことから、標準郭清術＋補助化学療法が標準的な外科療法となりました。この様に外科的な侵襲を軽減しようとする方向性は、臓器摘出に伴うQOLの低下が著しい、乳がん（性徴の喪失）、頭頸部がん（発声、嚥下機能の喪失）や、直腸、泌尿器、婦人科領域などの骨盤内臓器がん（排尿、排便、生殖機能の喪失）、四肢の肉腫（運動機能の喪失）などを対象として、様々な機能温存手術の開発を促し、さらにはロボット手術の登場により、手術侵襲の軽減ばかりでなく、神経温存など術後のQOLの保持にも配慮した、新しいがんの外科手術戦略（必要最小限の切除侵襲と薬物療法や放射線療法との併用など）が開発されていきました。

また、消化管の早期癌については内視鏡的ポリープ切除術やその応用術式が行われていましたが、切除可能な大きさに制限があり、切除範囲の正確性にも課題を残していました。しかし、1990年代後半に内視鏡的粘膜切除術（ESD：Endoscopic Submucosal Dissection）が開発され、粘膜内癌であれば大きさに関係なく、しかも切除範囲を正確に制禦することが可能となりました。この術式は臓器自体を切除しないので、入院期間は短く、また治療後のQOLの低下もないことから、2006年に早期胃癌を対象として保険承認され、2008年には早期食道癌、2011年には早期大腸癌へと適応拡大がなされました。その結果、現在では早期診断の進歩とも相まって、外科的切除例を凌ぐ症例数が治療されています。

※「しかへでけ」とは、青森県の方言で「教えてください」という意味です。

一方、がん化学療法の分野でも2001年に分子標的薬剤（ハーセプチン）が、国内ではじめて乳癌を適応症として承認されました。それまで抗がん剤と言えば殺細胞性の薬剤しか存在せず、治療効果の限界も然る事ながら、激しい副作用（有害事象）が患者さんを苦しめていました。この分子標的薬剤というのはがん細胞の生命維持機能（代謝や増殖機能）に関与する分子の働きを阻害する新たな薬剤で、一般的に殺細胞性の抗がん剤に比べて有害事象が少なく（あっても軽症）、また、殺細胞性抗がん剤との併用により、更なる生存期間の延長が示されました。この分子標的薬の開発は、ハーセプチンと同時期に世界的規模で進められていたことから、新薬が次々と登場し、数年後には固形がんばかりでなく、血液の悪性腫瘍（白血病など）や肉腫など、悪性腫瘍のほぼ全ての領域をカバーすることになりました。

更に画期的となったのは抗PD-1抗体による免疫療法の登場です。このPD-1分子は1992年に京都大学で発見され、免疫療法への応用を特許出願の後、2006年に米国で治験が開始され、有効性が確認されました。わが国でも2014年に悪性黒色腫を適応症として承認されましたが、大規模臨床試験の進展に伴って、毎年の様に適応拡大が承認され、2020年迄にはほぼ全ての悪性腫瘍の適応が認められています。

一方、これまでの抗がん剤には、悪心嘔吐、白血球減少、下痢、倦怠感などの厳しい有害事象が避けられませんでしたが、今世紀に入ると、これらの症状を抑制する薬剤や支持療法が次々と開発され、薬物療法時のQOLは著しく改善されています。このことも相まって、抗がん剤を含むがんの薬物療法は外来での治療が標準となっています。

放射線治療は外科療法、薬物療法と並ぶがん治療の三本柱の一つですが、強い治療効果を期待して線量を上げると、皮膚を含む照射部の周囲臓器への障害（早期毒性）、や蓄積毒性に相当する晩期毒性のリスクが増すという相反律が大きな壁となっていました。これを克服するには、荷電重粒子線（炭素線や陽子線）のような新たな線源の導入や、従来の線源（X線等の電磁波）であれば照射方法の工夫が求められます。前者としては1994年に放射線医学総合研究所で重粒子炭素線を用いた治療の開始を嚆矢として、病院での設置を目的とした国産の陽子線治療装置も開発されました。当初は高額な整備費がネックとなっておりましたが、設備の軽量化や適応症の拡大が進み、現在では全国25カ所（重粒子線６、陽子線18、両方１）で稼働中です。また、後者については、様々な照射法が開発されていますが、中でも照射野の三次元情報に基づいて照射強度を調整する強度変調放射線治療（IMRT：Intensity Modulated Radiation Therapy）は、主立った放射線治療施設に導入が図られ、陽子線治療と比肩し得る程の治療成績を挙げております。

このようながん治療の進歩の足跡を振り返ってみますと、最小限の侵襲で最大限の治療効果を得ることを課題としていたことが判ります。換言すれば、「がん治療は外来治療を目指して進歩している」と言えるのかも知れません。最近では、こうして得られた最新の治療法をどう組み合わせたら、根治の難しいがんを攻略できるかというような試みもなされています（例えば、術前化学療法や放射線化学療法の導入、あるいは化学療法例や放射線治療例に対する補助外科療法など）。その結果、前世紀では「あと３ヶ月」といわれていた手術不能の４期がんでも、5年以上の生存が見込まれるようになりましたし、中には薬物療法のみで完治に至る症例も少なからず経験されるようになっています。

最後に、県病の「がん診療センター」は開設以来16年を経過していますが、外科的治療の領域では機能温存手術やロボット手術、更にはESDと、最新の治療法を展開中です。また、がん薬物療法の症例数は東北瑞一の実績を誇っておりますし、放射線治療においてもIMRTの症例数は年々増加の一途を辿っております。がんを疑われたら、先ず当院の「がん相談室」にご連絡を頂ければ、専門のスタッフが居りますので、最適の治療法をご紹介できます。何時でもご遠慮無くお申し付けください。

（文責：吉田茂昭／青森県病院事業管理者）

＊ 緩和ケアセンター

緩和ケアセンターの紹介

緩和ケアセンター ジェネラルマネージャー 主幹専門員　早坂　佳子

緩和ケアセンターとは

緩和ケアセンターは、緩和ケアチーム、緩和医療科外来、緊急緩和ケア病床等を統括するとともに地域の医療機関との緩和ケアにかかる連携を促進することを目的として、平成26年4月1日に設置されました。

緩和ケアセンターでは、緩和ケアチーム（Palliative Care Team：PCT)が主体となり、次のような業務を担っています。

病院内では、

① がん患者への専門的緩和ケアの提供

② 定期的ながん患者のカウンセリング

③ 患者と家族の苦痛に関する情報について、看護師等との情報共有

等の患者さんへの的確なアセスメントや対処を行い、患者さんの生活の質（QOL）の維持・改善に努めています。しかしながら、遺族調査によると「症状が把握されれば速やかに対応されているが、必ずしも毎回聞かれるわけではなく（中略）患者の苦痛が十分に把握されていない可能性があるのではないか」と言われています。そのため、がん患者に「痛みとつらさのスクリーニング」を実施し、患者さんの痛みや辛さを拾い上げています。このスクリーニングで痛みや辛さのある患者さんにはPCT看護師が状況を確認するために訪問しています。また、県や地域と協力して

① 緊急緩和ケア病床の確保及び緊急入院体制の整備

② 県内の緩和ケア提供体制の質の向上等々を担っています。

緊急緩和ケア病床登録医のもとで在宅療養している患者さんが痛みやその他の身体的症状が急に悪くなった時のために、緊急緩和ケア病床を2床確保しています。また、PCAポンプの貸し出しを行っており、患者さんの疼痛コントロールに役立てております。

さらに、県内の拠点病院で行われる緩和ケアに関する研修会の調整や県のがん診療連携協議会緩和ケア部会への参加等を行っています。

緩和ケアセンターのメンバー

緩和ケアセンターは、的場緩和ケアセンター長をトップに看護師が3名、非常勤職員が２名配置されているほか、直接的に患者さんおよびその家族を支援するPCTも在籍しています。PCTは、心身の症状緩和や家庭・仕事・経済的問題及びこれらに付随する心理社会的問題への支援、転院や在宅療養等を支援する専門職チームです。PCTの構成メンバーは、医師（身体担当・精神担当）、薬剤師、看護師、公認心理師（カウンセラー）、医療ソーシャルワーカー（MSW）、リハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士と多職種であり、院内外の医療スタッフと連携しています。特に、がん相談支援センターや医療連携部と密接に連携しております。

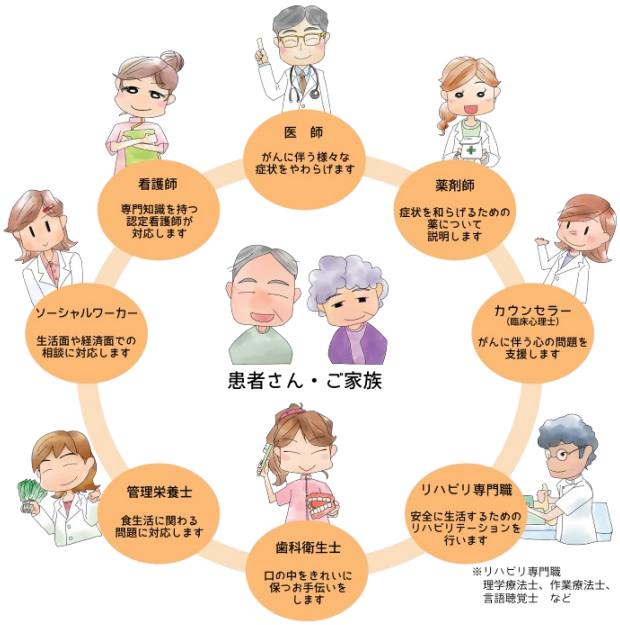
診療実績

令和5年1月1日～12月31日までのPCT介入入院実患者数は非がん患者も含め94名、延べ入院患者数は1,547名です。紹介元診療科のトップ3は、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科です。PCTへの依頼目的は疼痛コントロール、疼痛以外の症状緩和で、在宅療養に向けての薬剤調整も行っています。

新規外来患者数は54名で、依頼目的の主なものは疼痛コントロールです。

最後に

私たちは、がん患者さんが、安心して療養生活を送られることを望んでいますので、痛みや辛さでお困りの時は、身近な担当医や看護師にご相談ください。



＊ サポーティブケアチーム

多職種で支持療法に取り組むために

サポーティブケアチームリーダー／外来看護班看護師長　穴水　恵利子

サポーティブケアチーム発足の経緯

青森県立中央病院がん診療センターでは2015年がん看護専門外来を立ち上げ、がん治療を受ける患者さんに副作用の予防やアピアランスケア、意思決定支援などの『支持療法』を看護外来として行ってきました。昨今の分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬の適応疾患拡大等を背景に外来治療を受ける患者の増加から、がん診療センター長棟方医師より、がん治療を受ける患者さん、特に外来治療を受ける患者さんへの支援を強化したい、多職種のチーム医療として取り組みたいという提案があり、2023年6月サポーティブケアチームを発足しました。

【 活動目的 】『患者さんの治療と生活の両立のため、多職種で患者さんを支援する。』

【 メンバー 】　腫瘍内科医師、乳腺外科医師、がん薬物療法認定薬剤師、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、公認心理師、管理栄養士、歯科衛生士、外来看護師長

依頼内容

①診断結果説明、治療方針説明予定の患者さんへの意思決定支援の依頼

②外来でがん薬物療法を受ける患者さんが持参する副作用メモ・お口のカルテより、副作用のグレードをみて外来の医師・看護師からチームへ依頼

③薬薬連携より保険薬局薬剤師が療養中の患者さんの状態を確認した結果、トレーシングレポートを薬剤師が確認してケアを要する患者をチーム看護師へ依頼

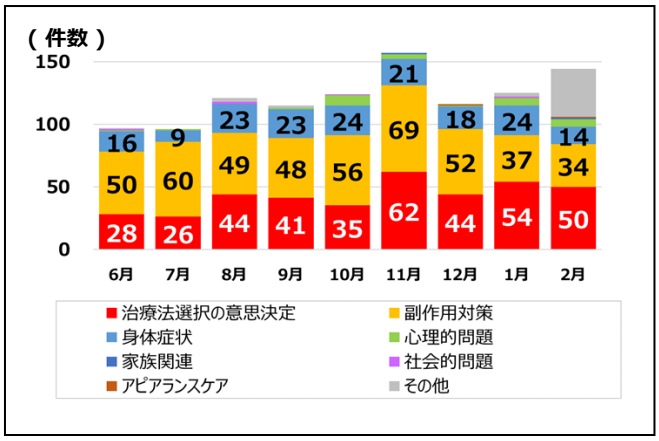
④アピアランスケア（がん相談での説明に加えて、継続したケアが必要な方、治療介入）が必要な方をチーム看護師へ依頼

⑤公認心理師、管理栄養士、歯科衛生士への個別相談、医師、看護師よりチームへ依頼

①～⑤その他、診療予約を入れていただくか、当日チーム看護師に電話で依頼していただければ、内容に応じた職種のメンバーが対応します。

サポーティブケア相談室

診療科外来から外来治療センターに向かう途中の、院内売店横に相談室を設置しました。栄養相談室と同じフロアに、３ブースあり、外来治療が始まる前に相談室で面談できます。内容によっては、チーム看護師が各外来の診療室に出向いて、診察に同席することもあります。



サポーティブケアチームから治療を受ける皆さんへ

近年では、新しい抗がん剤が増加したのと同じ位、がん治療によって起きる可能性のある症状を緩和できる『支持療法』の薬剤や、実際に症状が出現したときでも、その症状を軽減させる治療やケアの方法も増加しています。支持療法を適切に受けること、患者さん自らが副作用に対応できる『セルフケアの力』をつけることで、初回から入院せずにがん治療を受けることができるようになってきました。サポーティブケアチームは、できるだけ生活の質を保つことができるよう患者さんとご家族を支援していきます。

心配事があるときは、我慢せずに担当の医師または看護師にお伝えください。私たちがお手伝いします。（チーム一同）

＊　歯科口腔外科

「お口のカルテ」：
がん診療医科歯科連携の歯ッピーツール

歯科口腔外科　部長　星名 秀行

がん治療では、手術、化学療法（抗がん剤）、免疫療法、放射線治療を行い、がんを切除またはがん細胞に致死効果を発揮します。が、正常な細胞にも悪影響を及ぼすことがあります。治療の合併症、有害事象（副作用）のうち、いくつかは口腔内に症状が出てしまうことがあります。手術では全身麻酔の術後、口腔内細菌による肺炎などの合併症があります。化学、免疫療法では口内炎、口腔乾燥、粘膜のただれ、感染、味覚の低下、疼痛などの口腔トラブルが多く発生し、歯周病などが急に症状を現すこともあります。咽頭口腔領域における放射線治療においても、ほぼ同様の副作用が発生し、時に顎骨骨髄炎を後遺することもあります。

これらにより、食事や会話、睡眠などが不十分となり、身体的・精神的にも大きなダメージを受け、生活の質（QOL）も低下し、さらにがん治療の延期または中止せざるを得ない状況も想定され、治療成績の低下に繋がってしまいます。

なお、がんの骨転移抑制や骨粗しょう症治療薬を使用しているときに、抜歯や義歯の床ずれによって潰瘍ができると、顎の骨が感染し膿が出たり骨が露出して激しい痛みを伴う薬剤関連顎骨壊死が時に発症することもあるため注意が必要です。

このように、がん治療おいて治療前から口腔内合併症とその予防に対し、医科歯科連携による周術期口腔機能管理として口腔ケアや歯科治療を行うことが必要かつ重要です。当院では2011年より歯科と看護部が連携し、下記の「お口のカルテ」を作成、2012年周術期口腔機能管理の保険収載を受け、2015年には多職種によるがん診療医科歯科推進委員会が設置されました。その周術期口腔機能管理の流れを**図１**に示します。

がん治療が決定したら、より早期にできれば2週前には院内各科からがん患者を当科に紹介いただきます。重症患者、入院までの期間のない患者、入院治療中の患者には当科で歯科口腔外科治療、口腔ケアを行います。一方、入院まで期間に余裕がある患者や退院後の患者には地域のかかりつけ医または登録歯科に紹介するシステムです。退院後も歯科受診により切れ目のない医科歯科連携が肝要で、口腔内を清潔に保つことで、いつまでもおいしく食べ楽しく会話をし、QOLを高めることができます。このことは、がん治療の生活を支えることとなります。今では院内の約90%の患者がこの治療の流れによって歯科口腔外科に紹介、受診されています。

これらをスムーズに行うため、当院オリジナルツールである「お口のカルテ」を運用し、改定を重ねてきました（**図２**）。

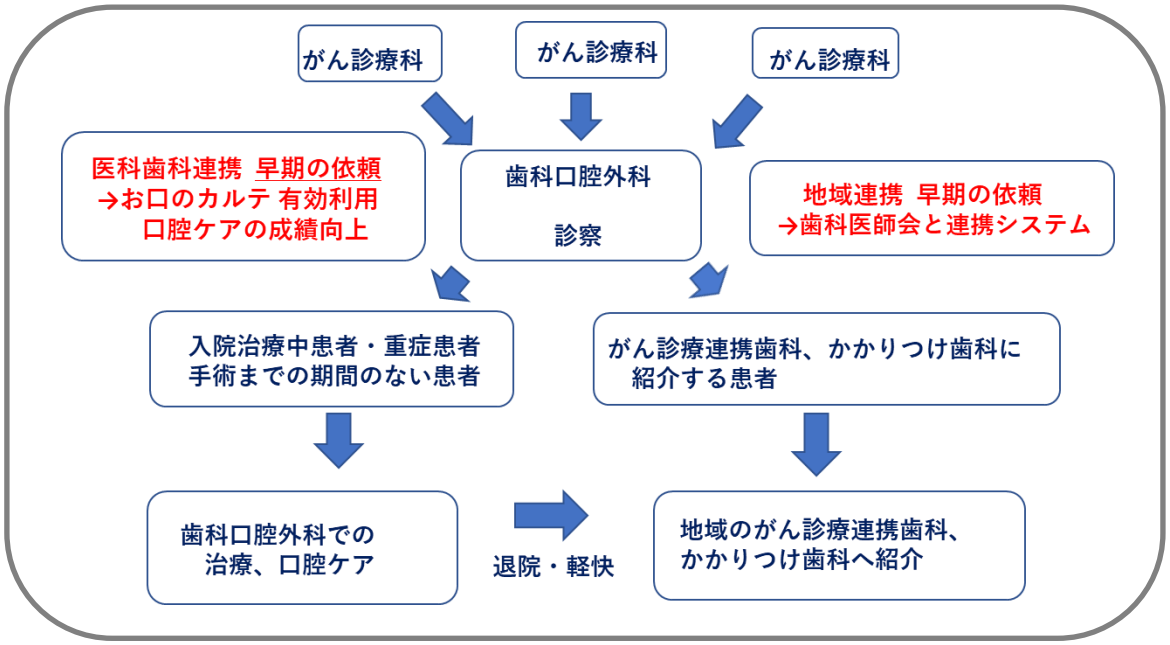


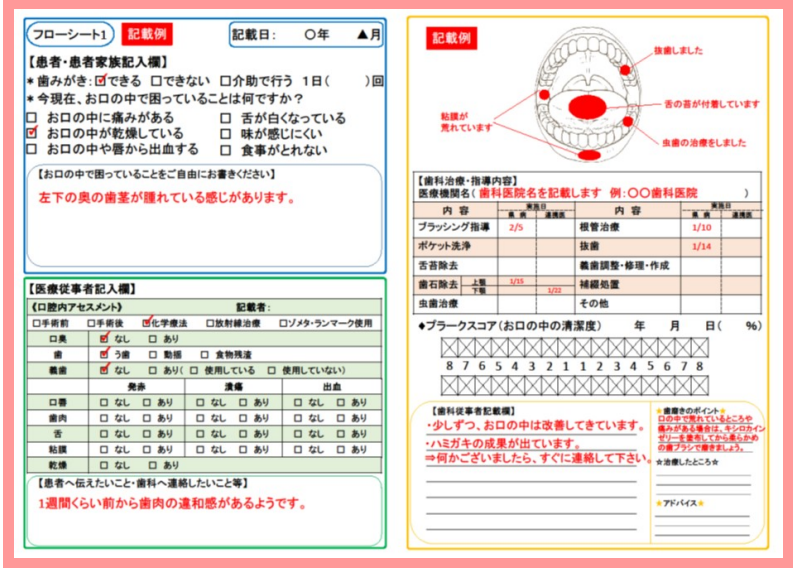
図１　がん患者周術期口腔機能管理の流れ

「お口のカルテ」はA5サイズとハンディーであり、多職種による医歯薬連携による情報共有のためのツールです。その目的は、患者自身に口腔ケアへの関心を持ってもらい、患者の口腔内の情報を共有し、口腔粘膜障害を早期に発見、症状を悪化させず、効果的な口腔機能管理に繋げるものです。がん治療を行う患者全員に渡しています。アセスメントシートは主科の看護師が記載します。**図 3** に記載例を示します。青色は患者記入欄で、感じている口腔内状態やセルフケアの現状を記入してもらいます。緑色は医療従事者記入欄で、主に看護師が簡潔に口腔内(歯、義歯、口唇、歯肉、舌、粘膜、乾燥など)を直接審査して状態を記載します。オレンジ色は歯科口腔外科で口腔内を精査しその日の治療内容や今後の患者セルフケアにおけるポイント、注意点を記載するものです。1か月で見開き1ページを使用し、約1年で一冊が記入されます。「歯科受診するとき」、「入院するとき」、「外来治療するとき」、「他医院に受診するとき」に必ず持参することが大切です。

以上のことは、本院ホームページにも掲載され、「がん治療を受けるとき注意が必要な薬剤一覧」もアップデートしました。「お口のカルテ」は口腔の健康を守るための患者さん持参可能な一冊のツールです。がん治療を行っていくために、治療前だけではなく、治療中や治療後も口腔ケアが重要ですので、口腔ケアを定期的に行うことで、お口のトラブル、リスクを減らし、QOLを高め、歯ッピーライフにつながること期待しています。

図2　お口のカルテ A5サイズ第7版

図3 フローシート　記入例



＊ 編集後記

「しかへでけ No.2」を予想以上に早く刊行できました。今回はサポーティブケアチーム、緩和ケアセンターの紹介と活動報告、医科歯科連携のツールとなる「お口のカルテ」の紹介を掲載しています。また、巻頭のごあいさつでは本年度で退任される吉田青森県病院事業管理者の「がん治療の進歩とその最前線」を掲載しました。がん治療の進歩と共に当院での現状が理解できると思います。吉田青森県病院事業管理者の青森での17年間に思いを馳せながら、編集に当たりました。皆様もぜひ一読をお願いします。（M.M.）

●編集・発行　　青森県立中央病院　がん診療センター

〒030-8553　青森県青森市東造道2丁目1-1　電話 017-726-8403（病院局運営部経営企画室 ）

ご意見・ご要望がございましたら、経営企画室までお寄せください。