

第57回日本呼吸器学会学術講演会
会長特別企画シンポジウム
「呼吸器疾患の終末期医療・緩和療法をどう考えていくか」

肺癌

東北大学大学院医学系研究科
緩和医療学分野

井上 彰

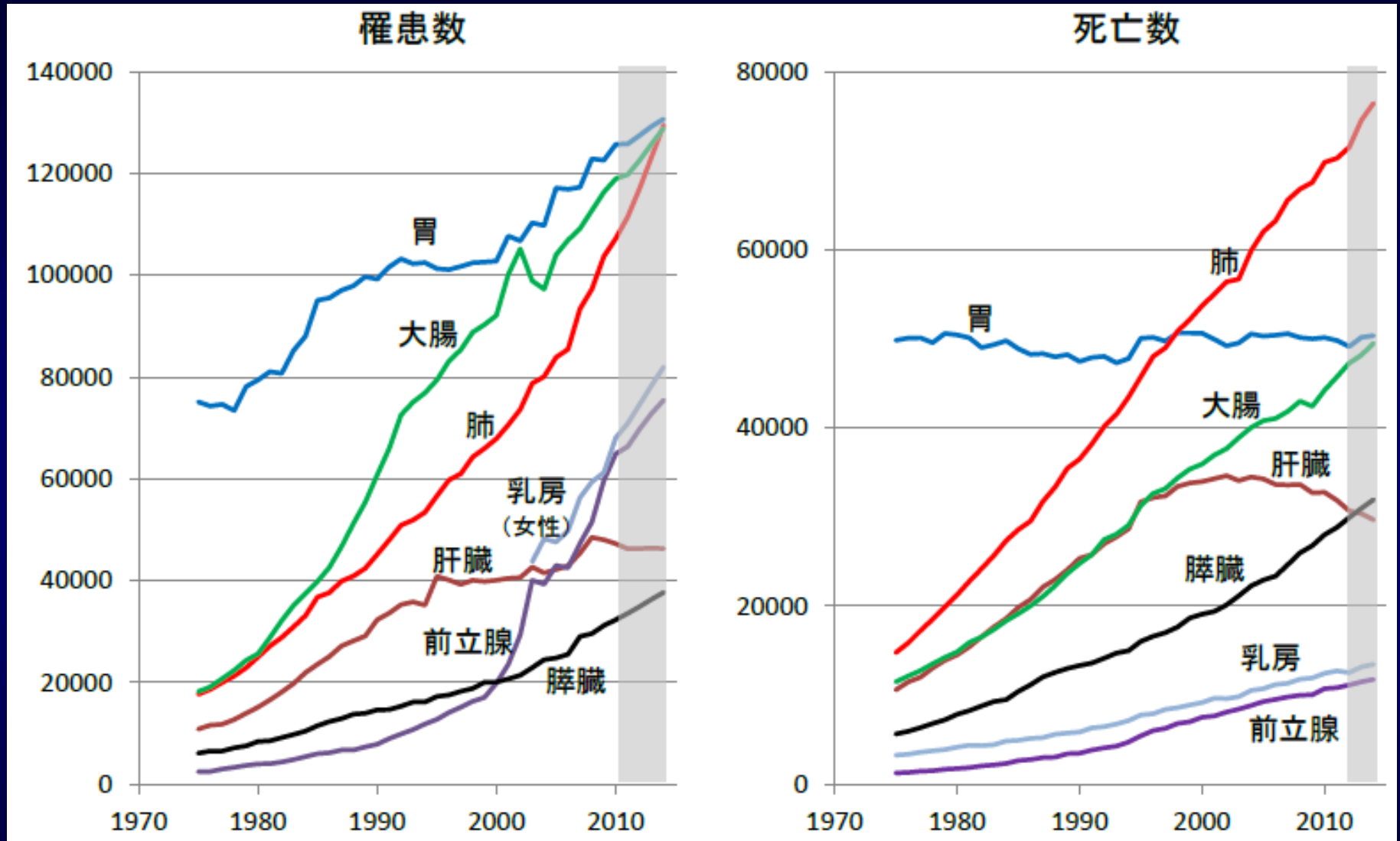
日本呼吸器学会 COI 開示

筆頭発表者名: 井上 彰

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業などとして、

- | | |
|--------------|---|
| ①顧問: | なし |
| ②株保有・利益: | なし |
| ③特許使用料: | なし |
| ④講演料: | アストラゼネカ、日本ベーリンガーインゲルハイム、大鵬薬品工業、
日本イーライリリー、中外製薬 |
| ⑤原稿料: | なし |
| ⑥受託研究・共同研究費: | なし |
| ⑦奨学寄付金: | 塩野義製薬 |
| ⑧寄付講座所属: | なし |
| ⑨贈答品などの報酬: | なし |

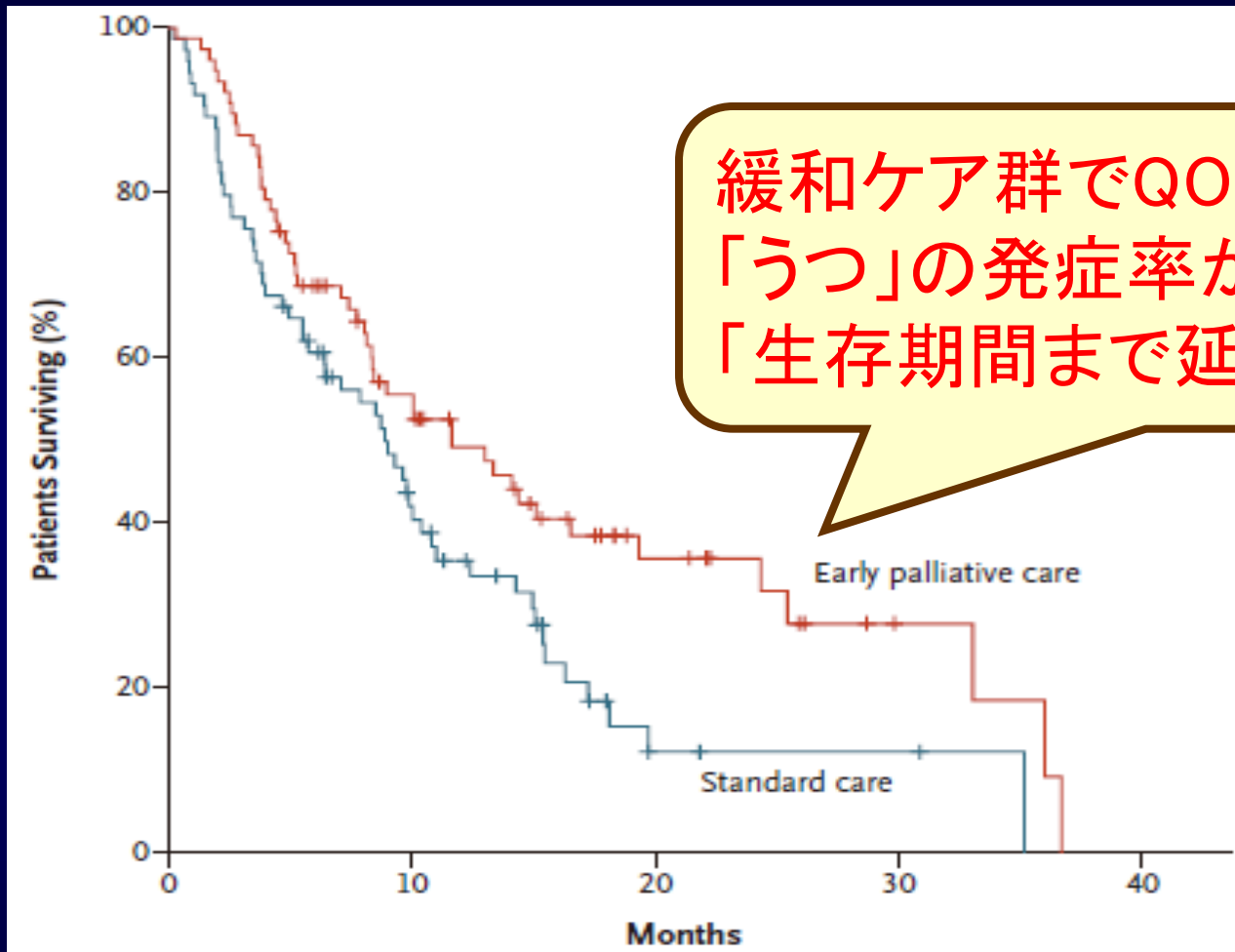
(日本での)がん死因第一位が続いている肺癌



国立がん研究センター・がん対策情報センター資料

その大部分の患者さんで緩和ケアが必要となります

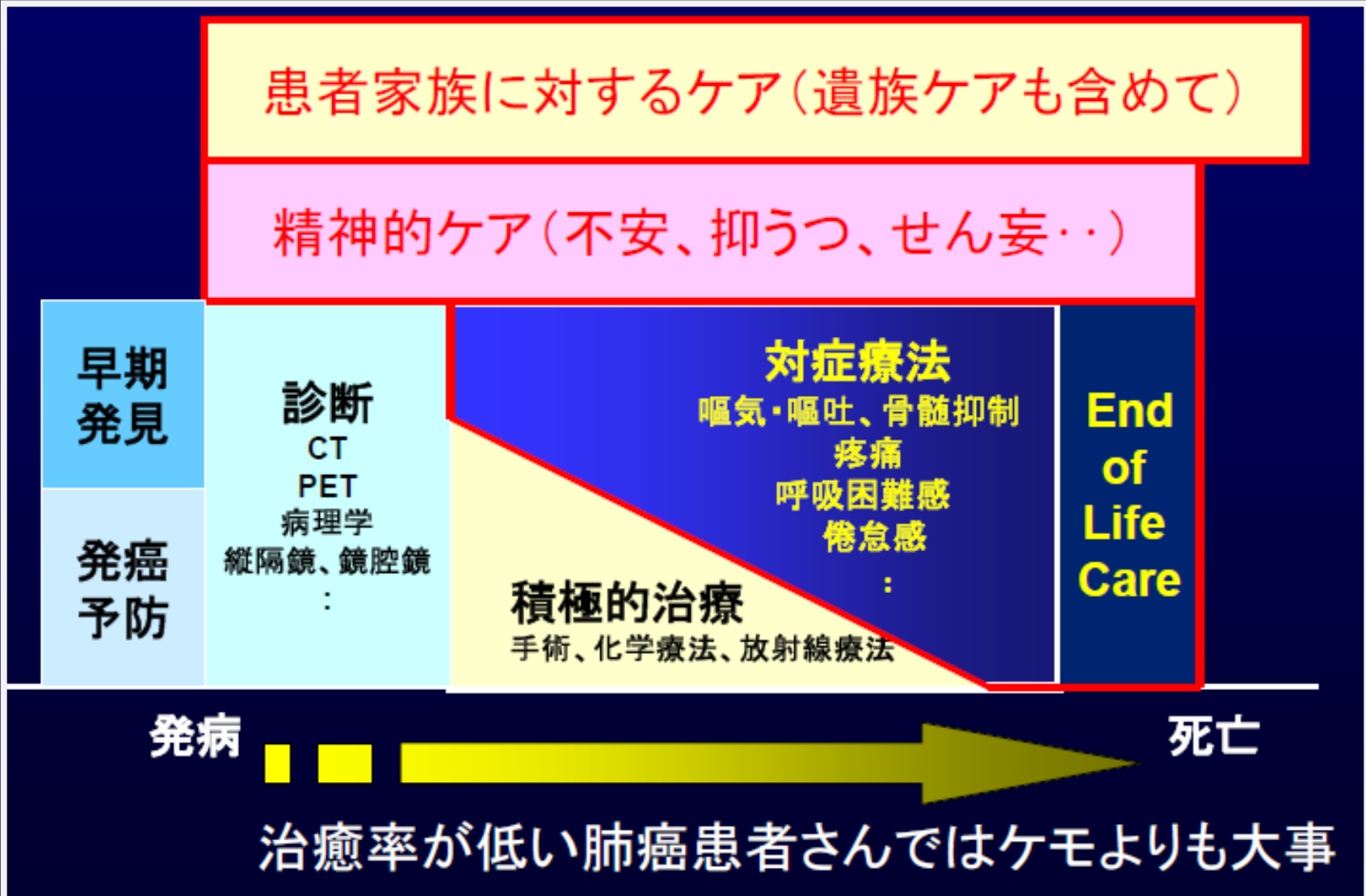
「早期からの緩和ケア」のエビデンスも肺癌から 進行肺癌「診断時」からの緩和ケアの意義



Temel, NEJM 2010

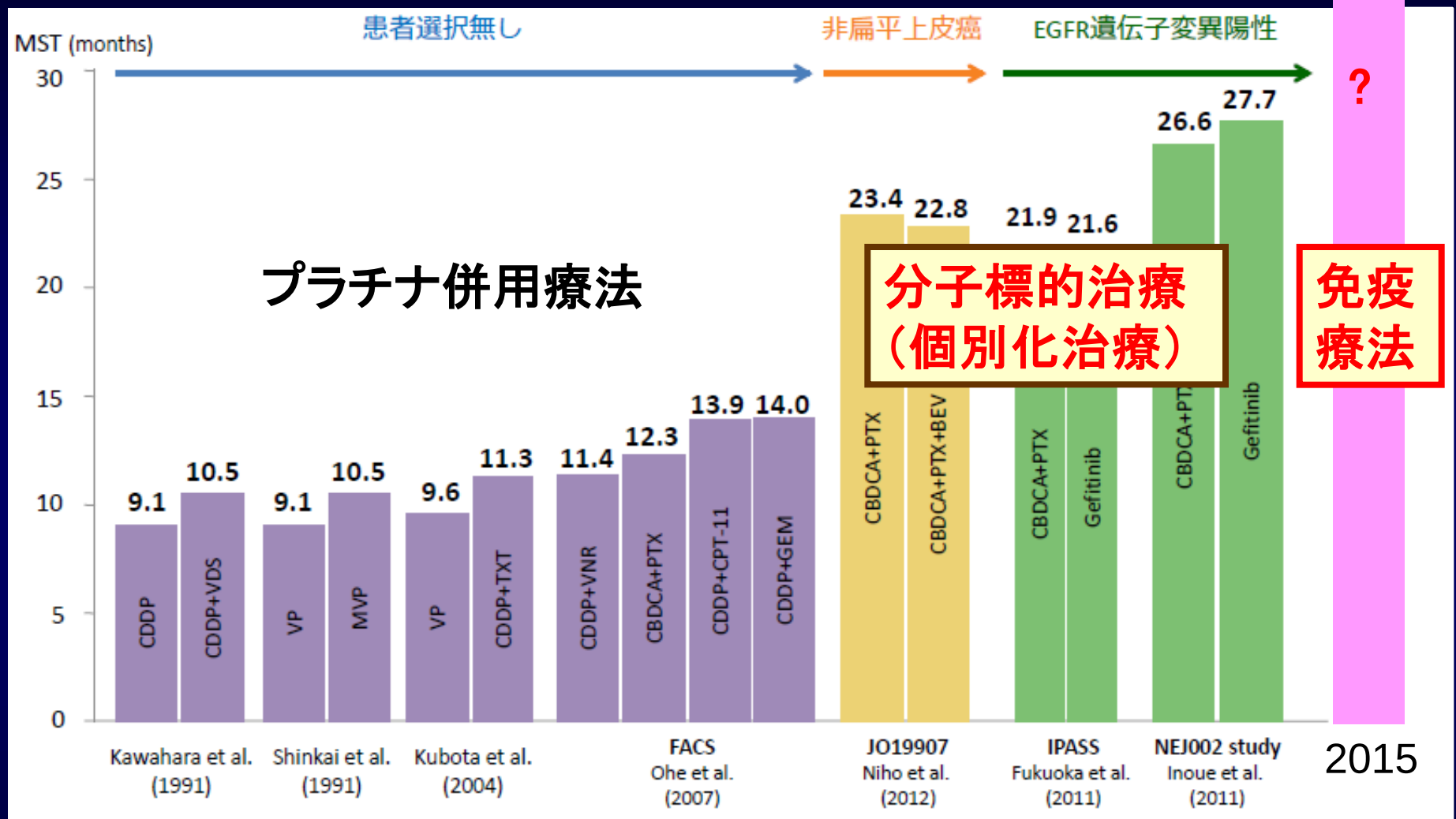
緩和ケアは単なる症状緩和だけでなく、患者教育や治療選択の支援など幅広い役割を担うことをご理解下さい

実は20年以上前から提唱されている概念です



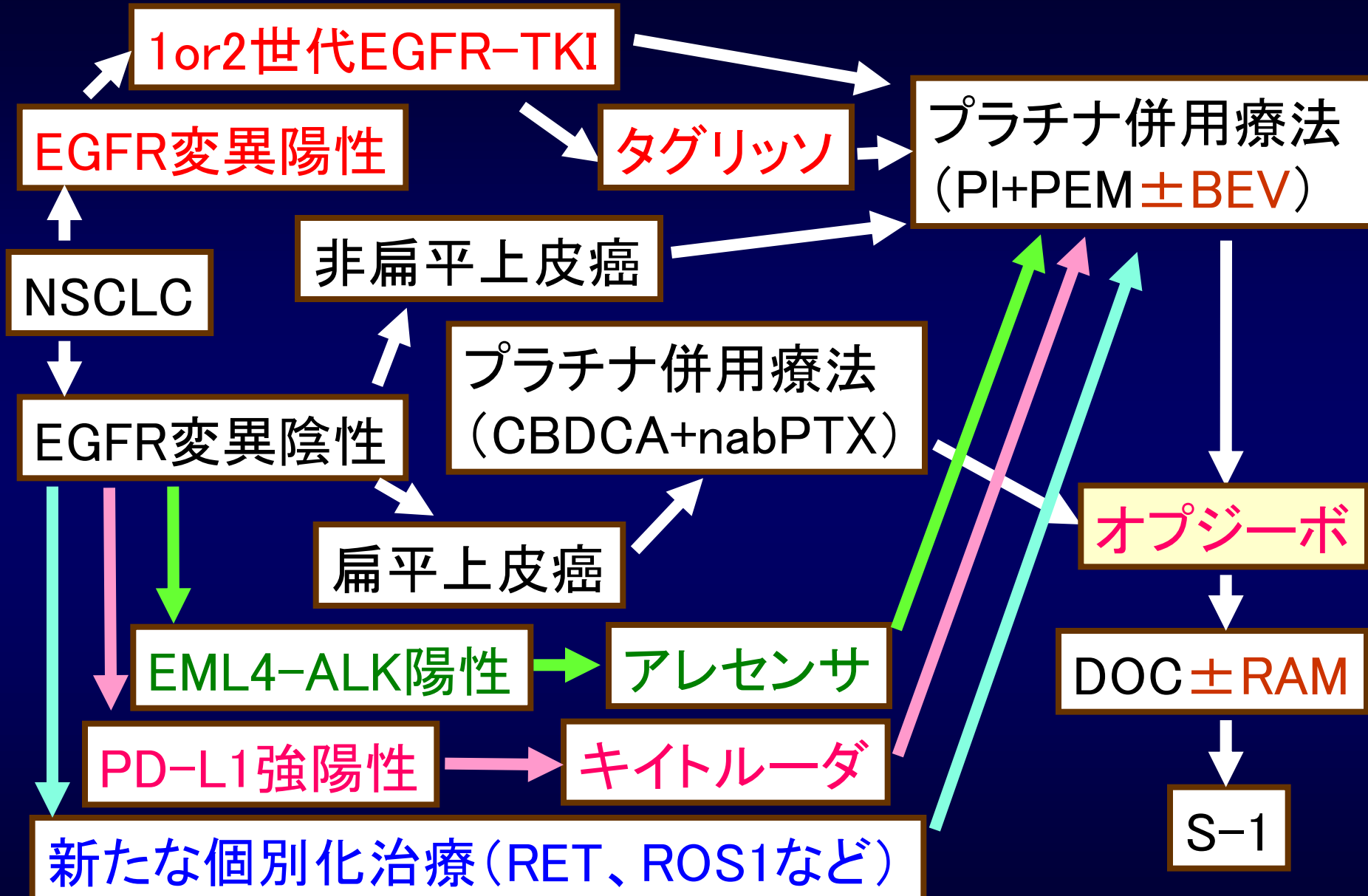
国立がんセンターレジデント時代(2000年)に作ったスライド
余命1年の疾患なら何の違和感もなく受け入れられる？

ただし日本での治療成績は近年劇的に向上



「適切な薬剤を適切な患者さんに用いれば」進行肺癌でも初診時から5年以上の生存が珍しくない今日この頃

現段階での進行非小細胞肺癌の治療体系



「武器」が増えて治療医として腕が鳴るのは分かりますが…

治療の進歩が新たな弊害を生み出している懸念

よくある誤解

手術や抗がん剤などの治療

緩和ケア

発病

死

正しい関係

手術や抗がん剤などの治療

緩和ケア

進行がん患者でも、健常時と
ほぼ変わらぬ状態を長く保てる
ケースが増えてきました！



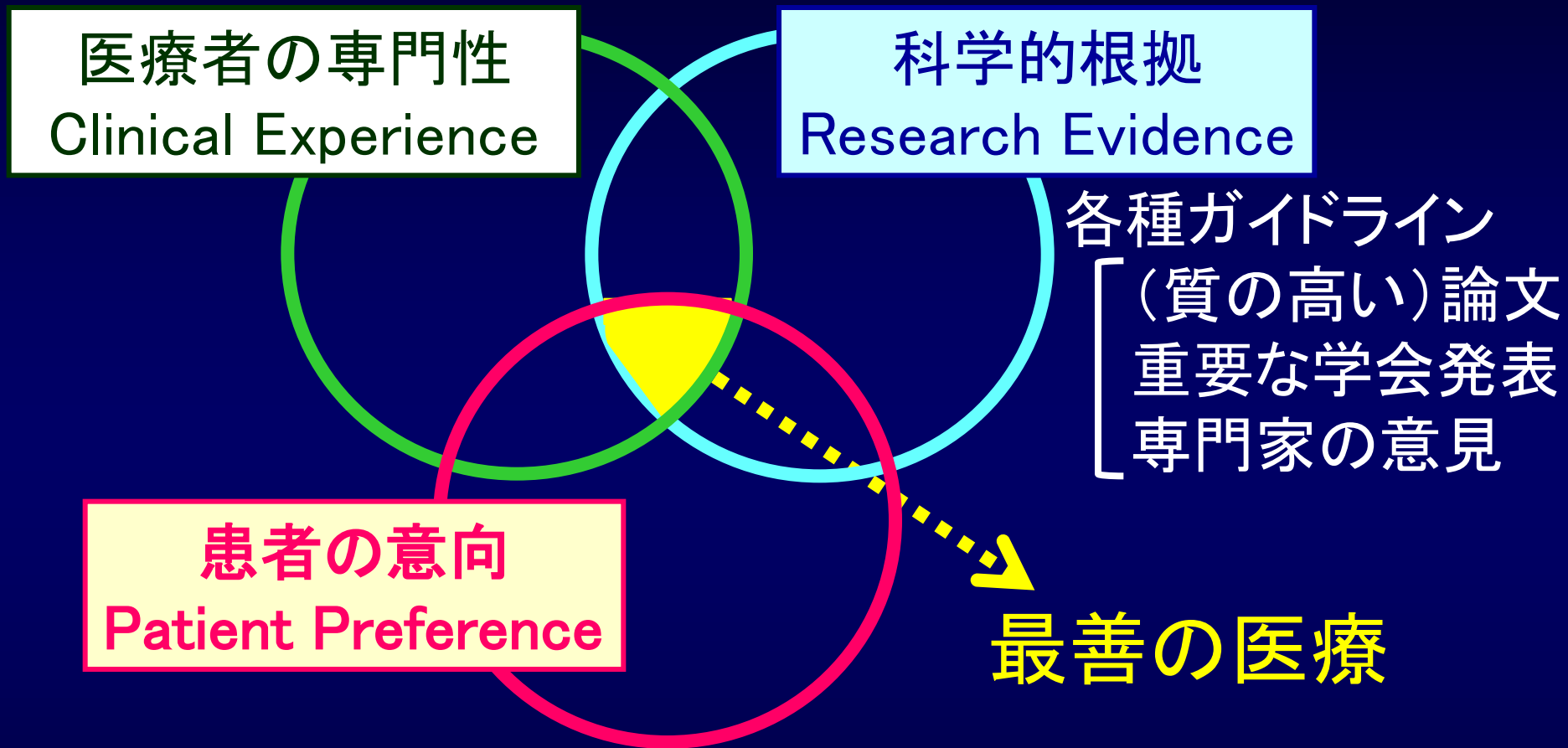
ゴムパッチン症候群
(By 山室先生)

⇒抗がん剤だけを「引っ張り過ぎ」て
緩和ケアの話が先送りになると、患者
はある日「突然の衝撃」を受けることに

(治療中の段階から)抗がん剤治療の「先にあるもの」を
適切に患者に伝えるのは、がん治療医の役目です

EBMを誤解しているがん治療医が結構いるようです

EBMの3要素

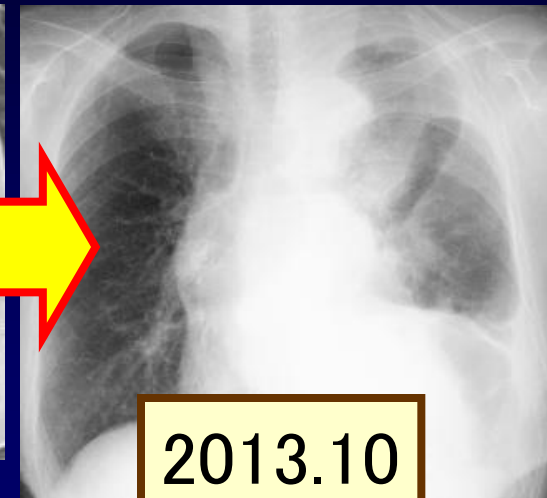
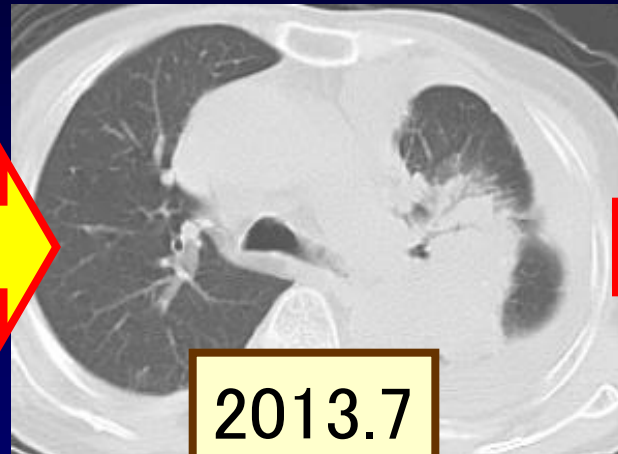
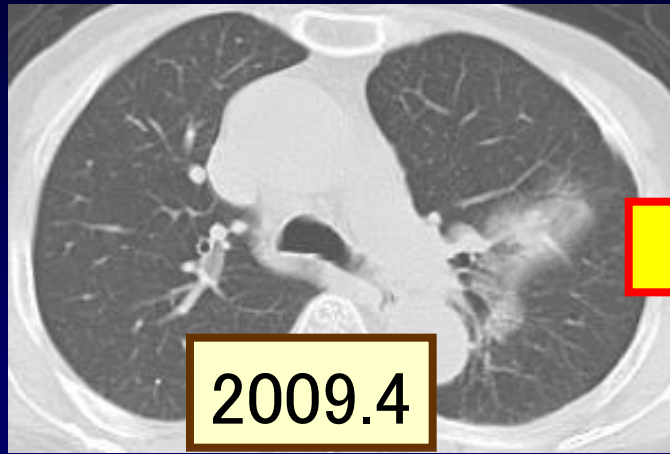


「患者の意向」を十分に汲み取ったうえで、エビデンスをふまえて最適な治療法を提案できるのが真の専門家

患者を自分の考えに従わせようとするのは単なる傲慢です

「治療しなくても良いのだ」と自信をもって伝えましょう

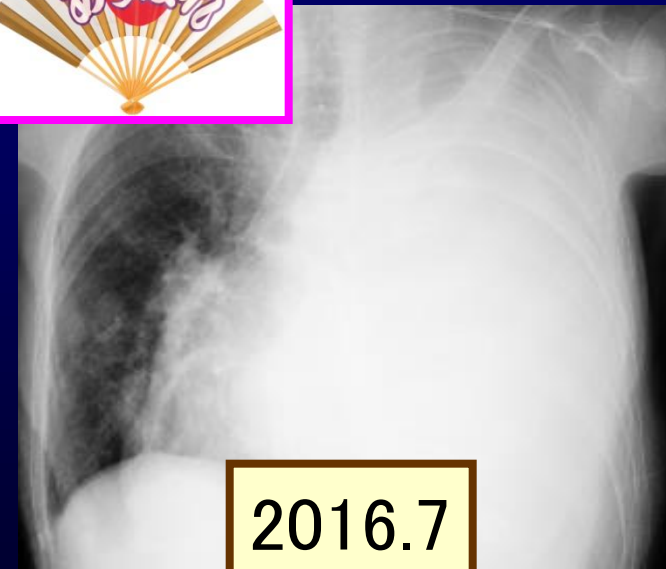
➤ 83歳女性（術後6年の腺癌再発、EGFR変異陽性）、PS0



➤ 患者と家族は当初から抗がん剤を希望せず（途中、何度か治療方針を確認するも意思は変わらず）

➤ 息切れ、血痰、倦怠感、痛みなどの症状に対しては適切な薬剤で対応

結果的に分子標的治療例のMSTの2倍以上を穏やかに過ごされました

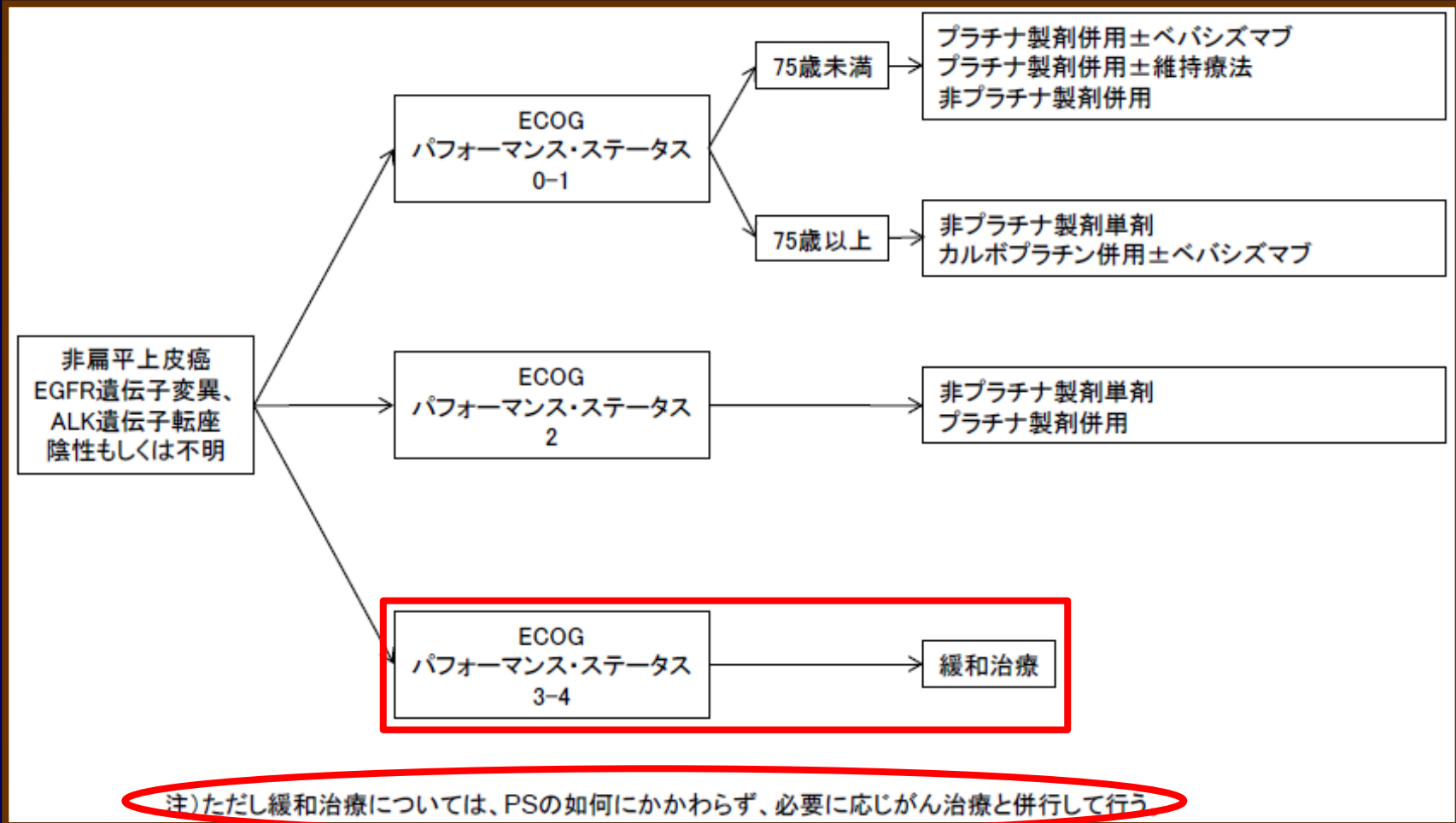


有用性が明らかでないケモを薦めるなんて言語道断

- ① 全身状態不良 (PS3以上) の場合
⇒ 有用とのエビデンスがある対象はごくわずか
- ② 重度の腎障害 ($\text{Ccr} < 30$) や重い心疾患、肺疾患 (COPD、IPF)、脳血管障害などの合併症を有する場合
⇒ 本人がリスク承知で「どうしても」と望む場合はケモしますが、良い結果が得られた記憶はほとんどないです
- ③ 認知症合併例
抗がん剤のリスクを理解できず、「自分の意思」で治療を決められない患者さんに化学療法は行うべきでない
⇒ どんなに家族が望もうと、患者本人の意思なくして「毒を盛る」ことは倫理的に許されない

化学療法が難しい場合は、慎重に経過観察のみを続け
必要に応じて「緩和ケア」を行うのが立派な標準療法です

実際、肺癌診療ガイドラインにはこんな注釈が

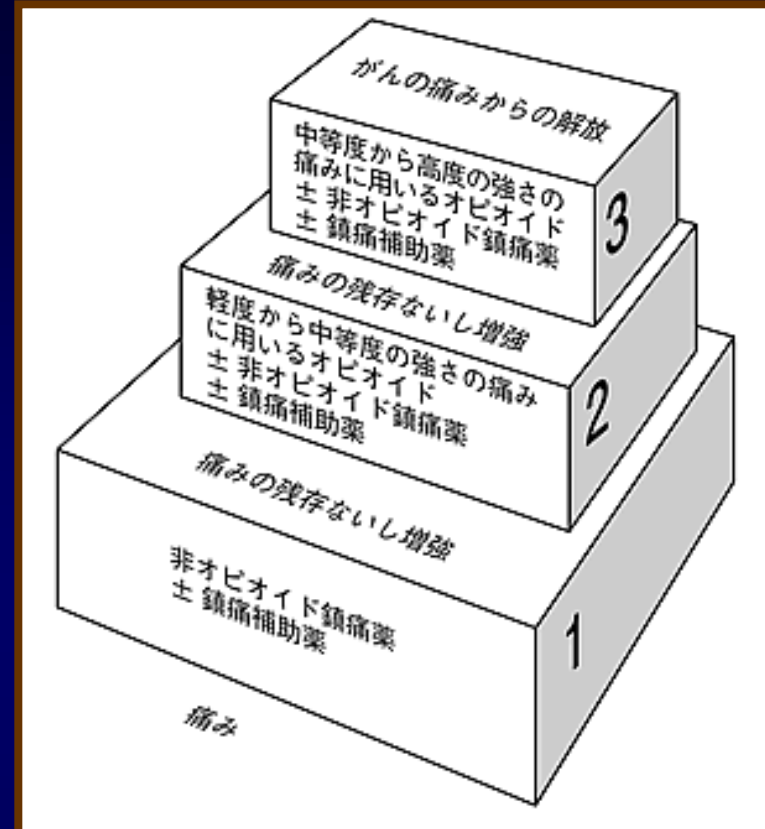
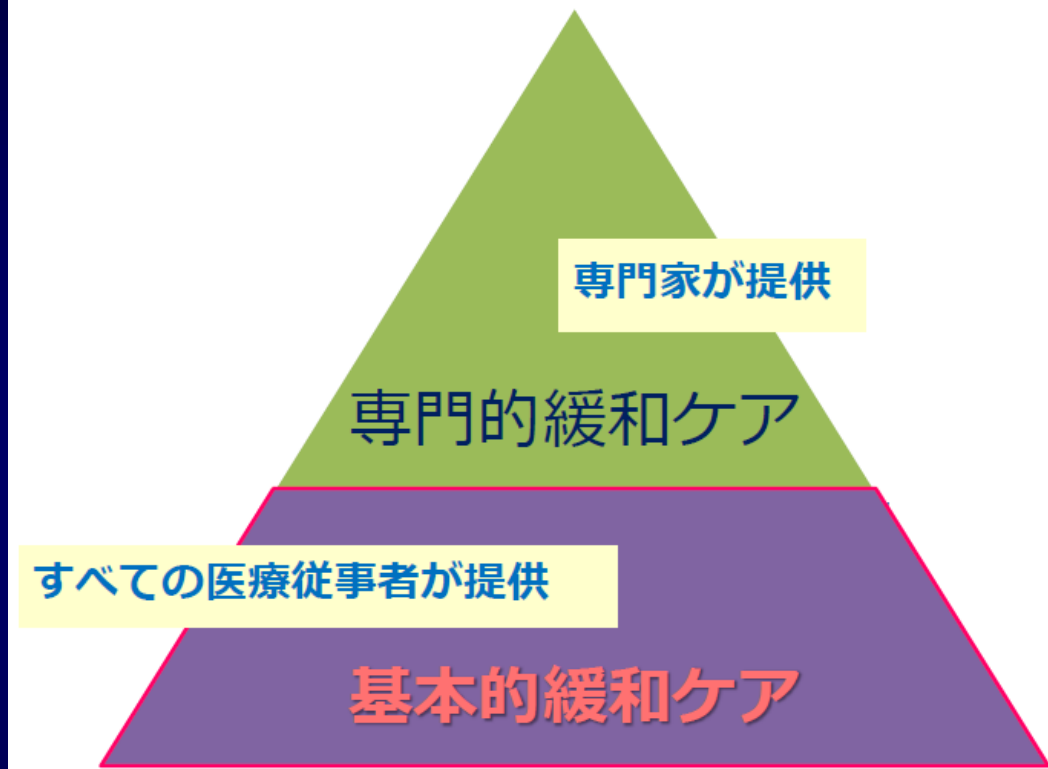


そもそも進行がんの治療の基本は「緩和ケア」であり、
化学療法の方が「条件付きのオプション」と考えるべき

治療の目的は「がんの縮小」ではなく「良く生きる」ことのはず

「早期からの緩和」のカギを握るのはがん治療医

緩和ケアの分類 NHS 2004



Cancer Pain Relief (WHO)

➤ 基本的緩和ケア（標準療法）で問題の8割は解決

① 症状に応じた（エビデンスに基づく）薬剤選択

② 効果と安全性の確認

それでも難渋する際は躊躇なく緩和ケア医にご相談下さい

予後に応じた治療法の選択も極めて重要です

Palliative Prognostic Index (PPI)

6.5以上で週単位、
3.5以下で月単位

項目		得点
Palliative Performance Scale	10～20（常に臥床、全介助）	4.0
	30～50（ほとんど臥床、しばしば介助）	2.5
経口摂取	著明に低下	2.5
	中程度低下	1.0
浮腫	あり	1.0
安静時呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり	4.0

Morita T, Support Care Cancer 1999

- 予後の見通しが週単位（1ヶ月未満）になったら、侵襲的な処置（胸膜癒着術など）は避けるべき
- 終末期の患者さんに余計な補液は「天敵」（経口摂取が困難なら最低限の水分、薬剤を「皮下投与」）

まとめ

- 治癒が困難な進行がんに対する治療の目的は、「腫瘍の縮小」ではなく、「より良い状態をより長く維持する」こと（そのエビデンスがない化学療法は勧めるべきではない）
- 抗がん剤は適切に用いてこそ有用なのであり、**進行がん治療の基本は緩和ケア**（化学療法中にも常に意識を）
- 患者・家族の負担を減らすため、**がん治療医自身の緩和ケアスキルの向上と専門的緩和ケアとの連携が重要**



The screenshot shows the website of the Department of Palliative Medicine at Tohoku University. The header includes the university's logo and the text '東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野' and 'Department of Palliative Medicine, Tohoku University School of Medicine'. The main banner features a green leaf background with the text '「より良く生きる」ための緩和医療'. On the left, there is a navigation menu with links: '教授挨拶', '教室案内', '診療案内', and '研究案内'. On the right, there is a section titled '研修医・医学生の皆さんへ' (For Residents and Medical Students) with a sub-header '当分野および病院緩和医療部では研修実績を証明できる体制になっており、緩和医療の専門医資格を効率よく取得できる臨床・研究の場が揃っています。' (Our department and hospital palliative care department have a system to prove training performance, and we have a clinical/research environment where you can efficiently obtain palliative care specialist qualifications.) Below this is a button that says '詳しくはこちら' (Click here for details).

2-3カ月でも専門施設
で緩和ケアを学べば、
その後の臨床現場で
確実に役立ちます！
（是非ご検討下さい）