

第15回日本臨床腫瘍学会学術集会
イブニングセミナー6

進行がんの治療と緩和ケア

東北大学大学院医学系研究科
緩和医療学分野

井上 彰

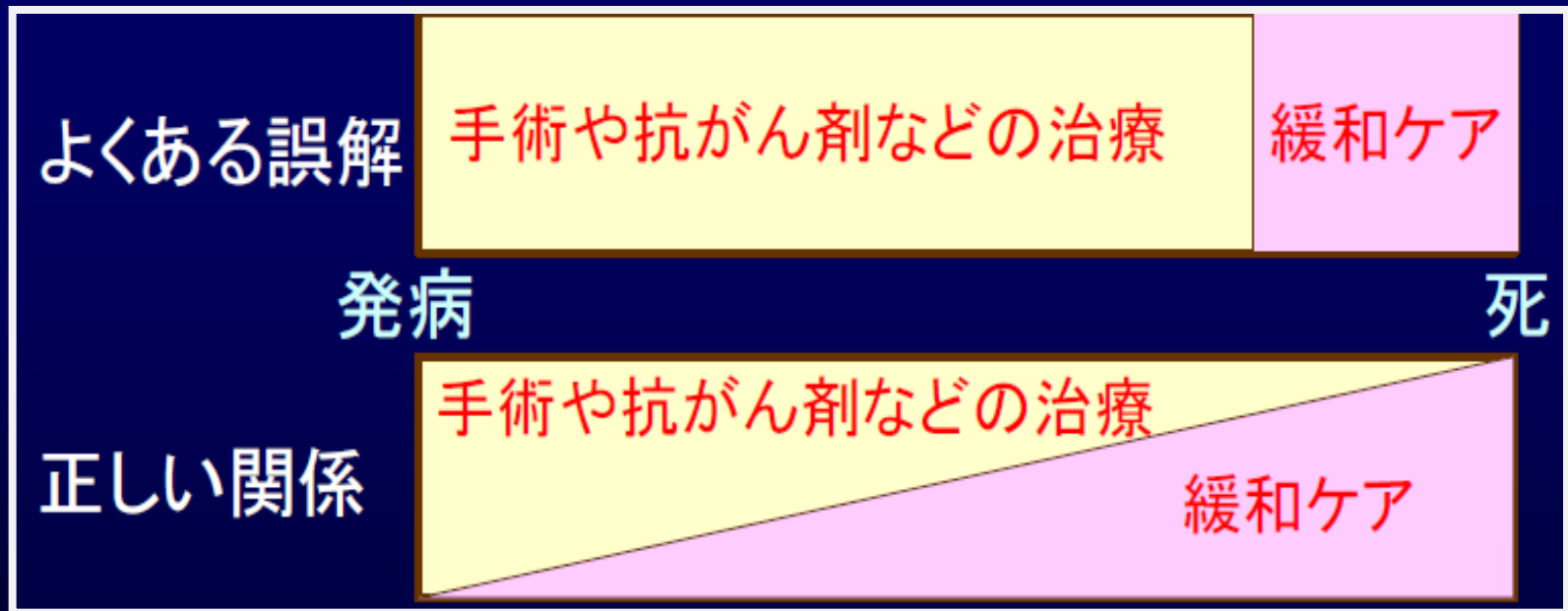
発表者の利益相反開示事項

研究費の財源		☐ 科学研究費 ☐ 受託 ☐ 寄付 ☐ その他 () ☐ 該当なし	財源の スポンサー	
発表者氏名	井上 彰	所属／身分	東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野／教授	
	該当なし	該当有りの場合：企業名等		
企業の職員・法人の代表	☐			
企業等の顧問職	☐			
株式など	☐			
講演料など	☒	アストラゼネカ、大鵬薬品工業、日本ベーリンガーインゲルハイム、日本イーライリリー		
原稿料など	☐			
研究費（治験等）	☐			
寄付金	☒	塩野義製薬		
専門的助言・証言	☐			
臨床試験実施法人の代表	☐			
その他（贈答品等）	☐			

そもそも「緩和ケア」って何でしょう？

(WHOによる) 緩和ケアの定義

「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ」



患者を苦しみから解放するのは全ての医療の基本です

昨今、緩和ケアに追い風が吹いてます

がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

- (1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- (2) **がんと診断された時からの緩和ケアの推進**
- (3) がん登録の推進
- (4) 働く世代や小児へのがん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

- (1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
- (2) **すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上**
- (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

改正後のがん対策基本法

従来の「がん治療3本柱」と同列に緩和ケアを位置づけ

(専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成)

第十五条 国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法、**緩和ケア**（がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。第十七条において同じ。）のうち医療として提供されるものその他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

緩和ケアが十分でないと、治療もままなりません

- 55歳男性（初診時から肺がんによる骨転移の痛みで夜も眠れず衰弱が進んだ状態）
- 前医では「全身状態が悪く抗がん剤治療の適応なし」と説明され、当院の緩和ケア病棟へ紹介

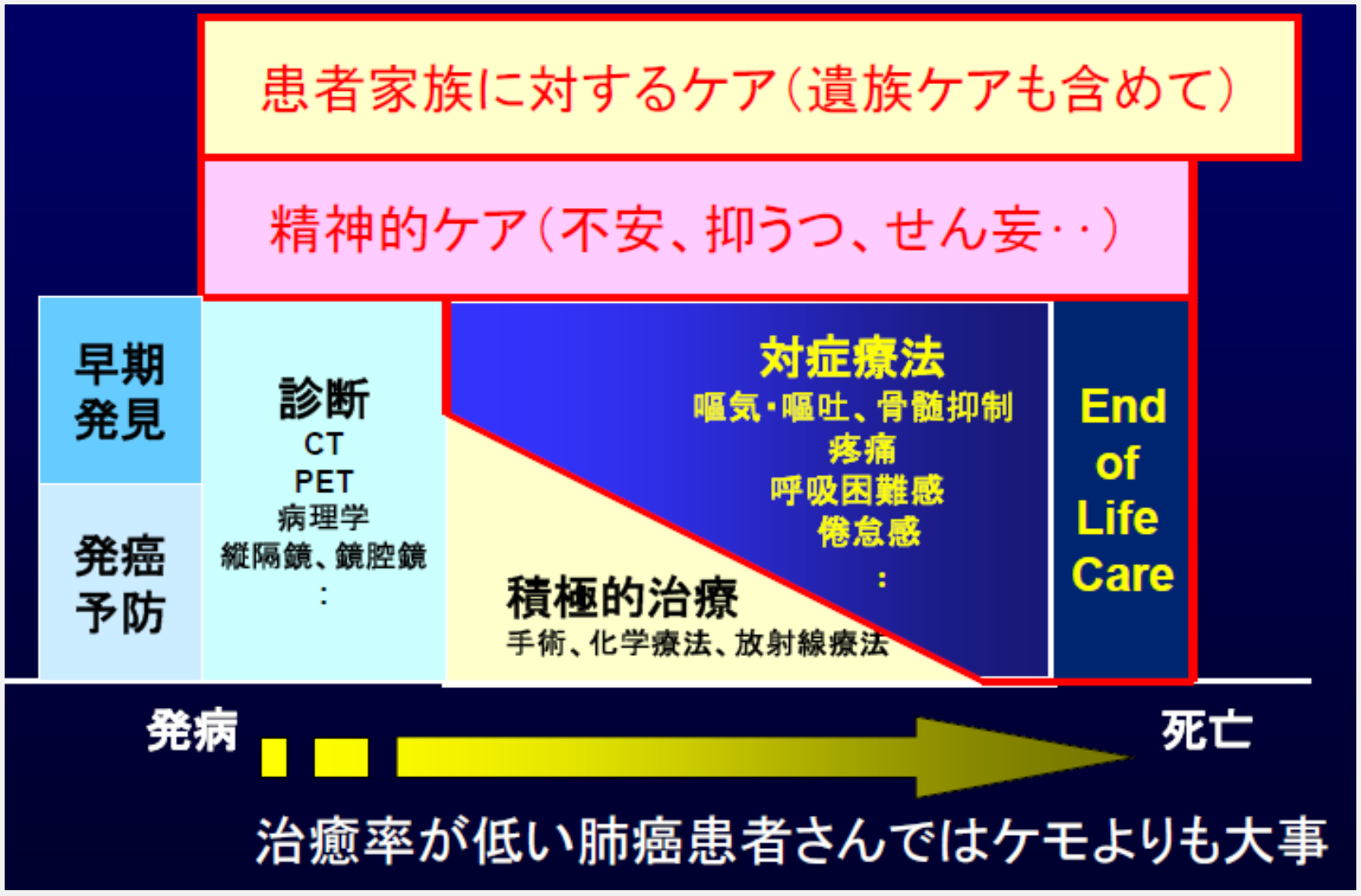
緩和ケアが十分なされたうえでの全身状態不良なのか？



- 症状緩和目的に当院「呼吸器内科」へ転院していただき十分な鎮痛剤（麻薬）の投与にて全身状態が改善
- 本人の希望で抗がん剤治療（CBDCA+PEM）を実施

結果的に化学療法は奏功しませんでした。改めて相談した結果、**本人・家族も納得のうえ在宅緩和ケアを選択**

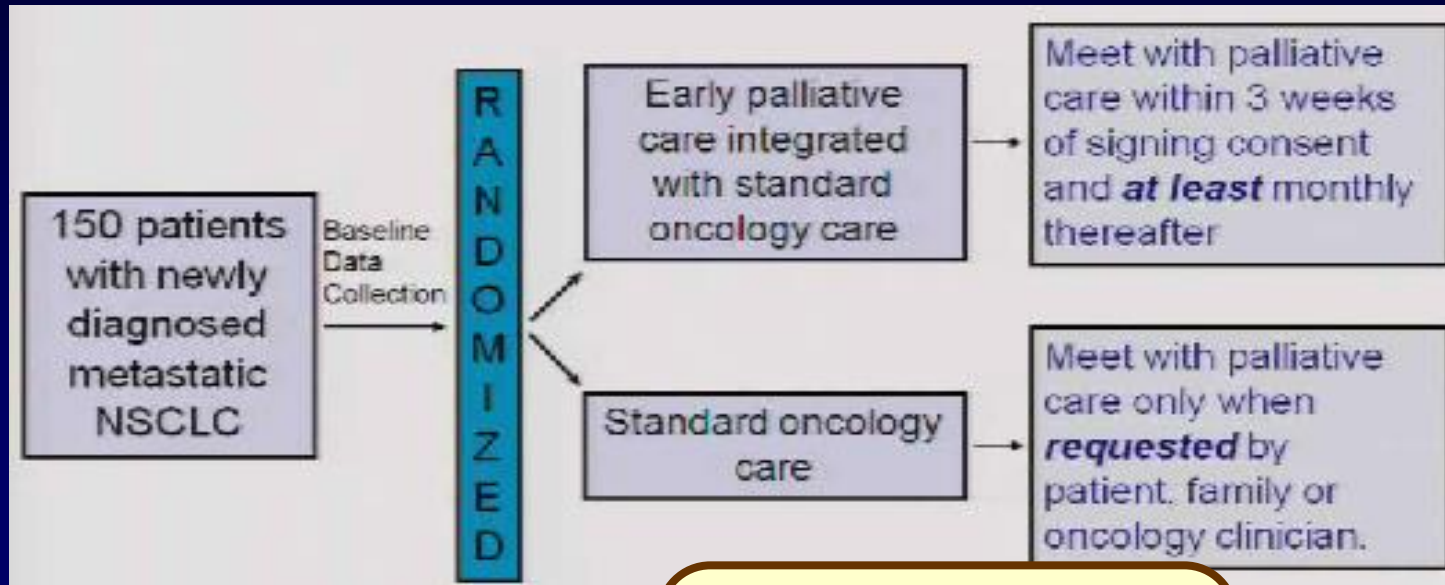
最近よく耳にする「早期からの緩和ケア」ですが



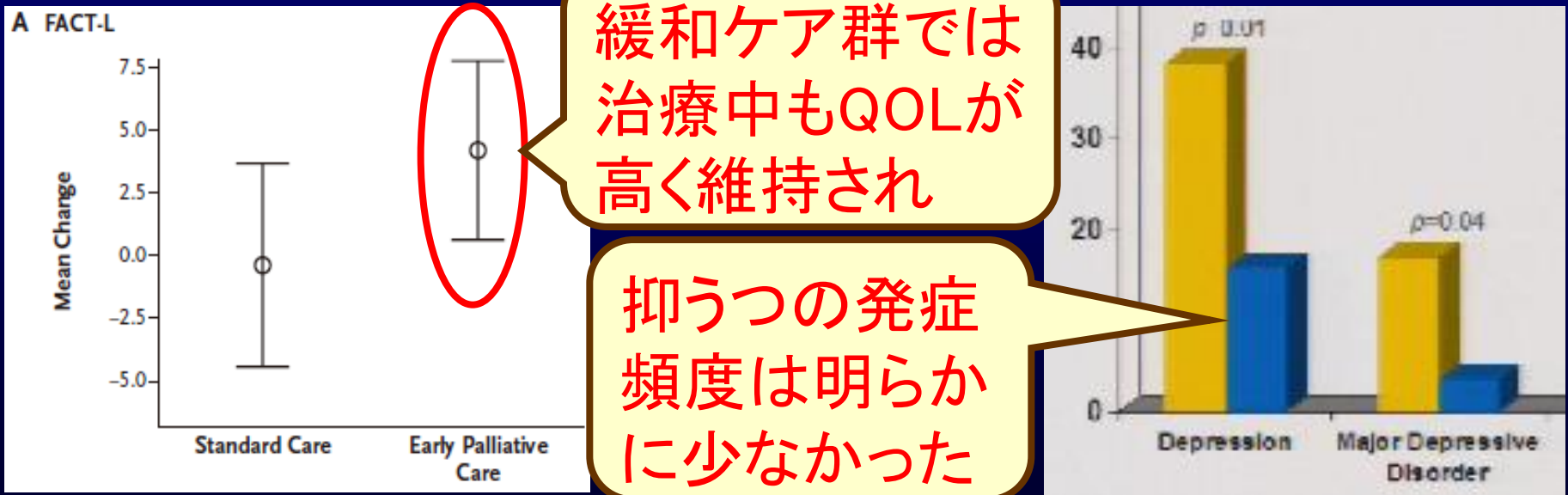
国立がんセンターレジデント時代（2000年）に作ったスライド
実は20年以上前から提唱されている概念です

「早期からの緩和ケア」を一躍有名にした臨床試験

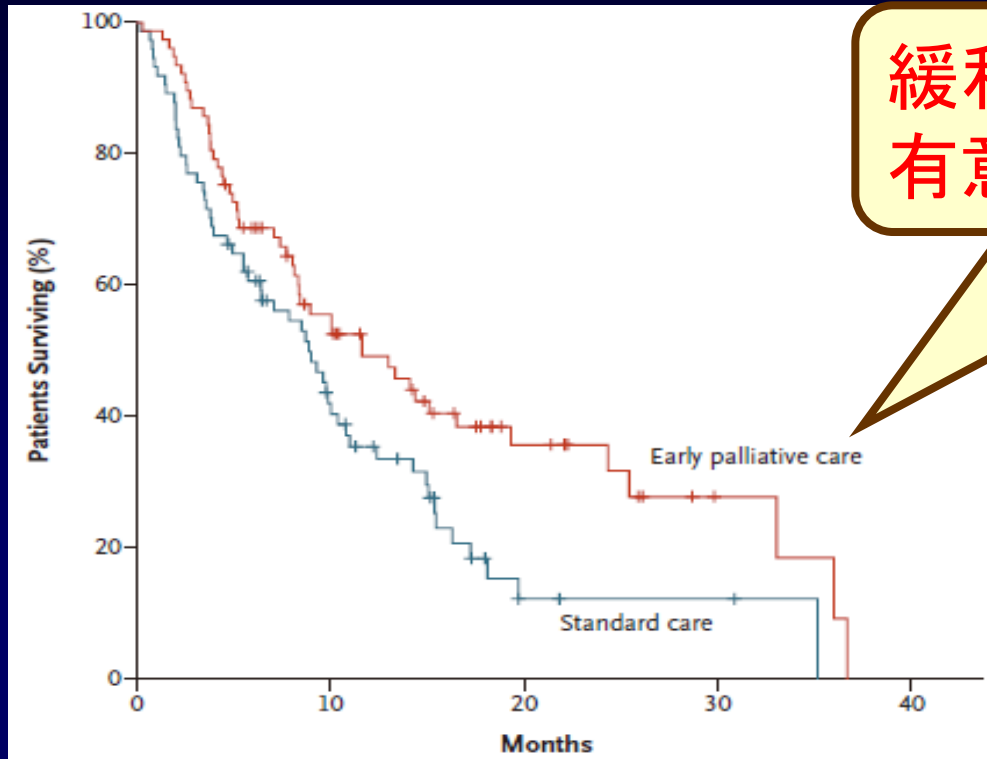
進行肺がん「診断時」からの緩和ケアの意義



Temel,
NEJM 2010



がん治療医が最も驚いたのはこの結果



緩和ケア介入群では、
有意に生存期間が延長！

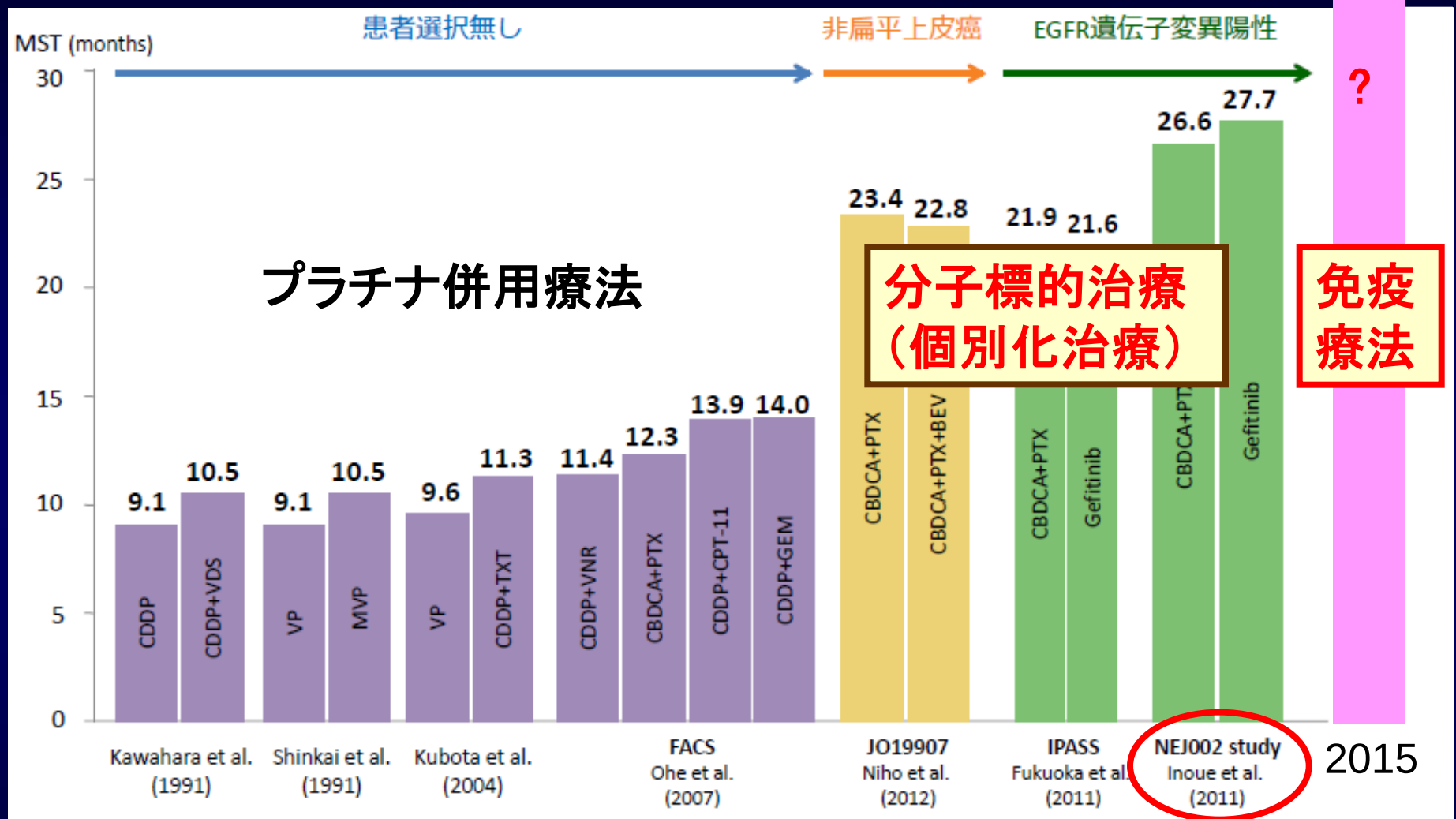
➤ 緩和ケア群が抗がん剤治療を多く受けたわけではなく、亡くなる直前まで抗がん剤を受けていた患者はむしろ少なかった

緩和ケアの役割

- ◆ 疾患の正しい理解を助ける
- ◆ 治療選択のサポート
- ◆ 症状マネジメント
- ◆ 死に至る病へのコーピング支援

心身ともに苦痛ない状態で「適切な時期に適切な治療を受ければ」長生き出来るのは当然と言えます

近年の抗がん治療の進歩は十分理解してます



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

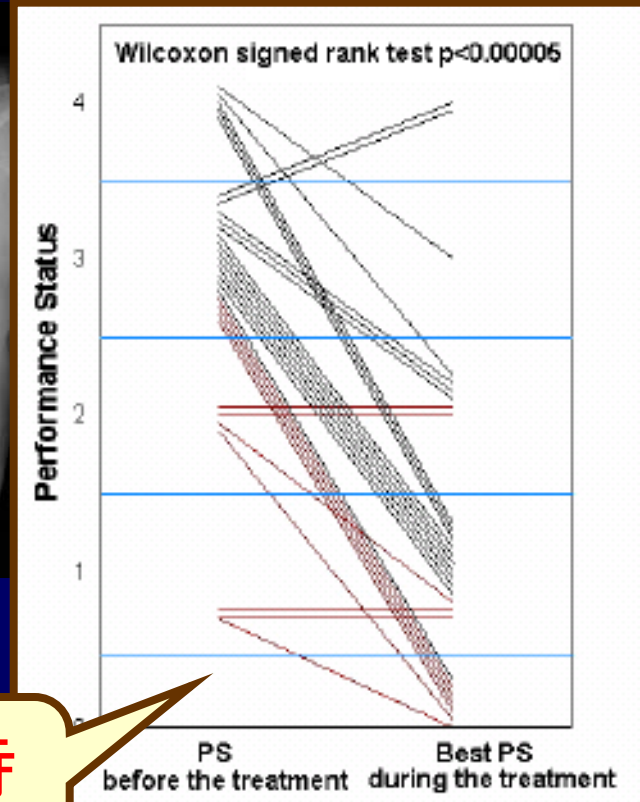
適切に用いれば一昔前の「奇跡」が現実



ゲフィチニブ治療前

治療3ヶ月後

(未治療例なら)劇的なPS改善が期待できるためガイドラインでも使用を支持

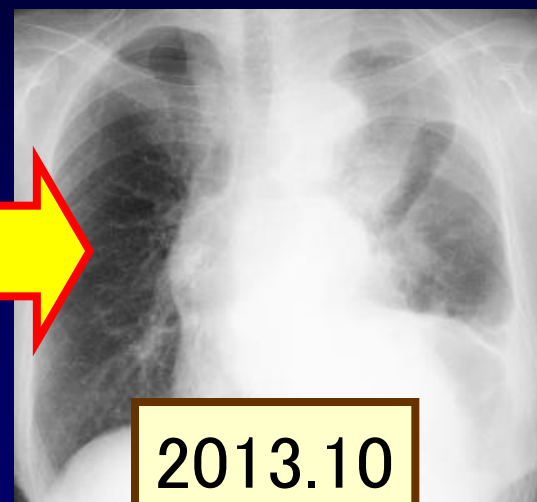
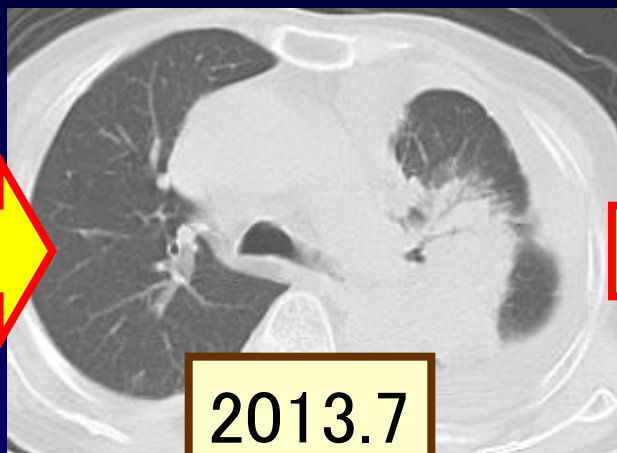
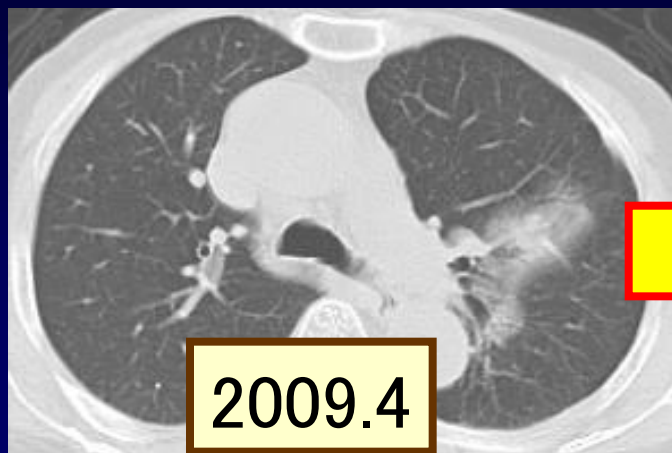


Inoue, JCO 2009

- ただし、このようなエビデンスを有する薬剤はごく一部
- 効果があった症例でも、いずれは再増悪の時期が来る
- 治療中は(致死的なものも含め)副作用のリスクを伴う

(PSが良くても)「治療しない」のも立派な選択肢です

➤83歳女性(術後6年の腺癌再発、EGFR変異陽性)、PS0

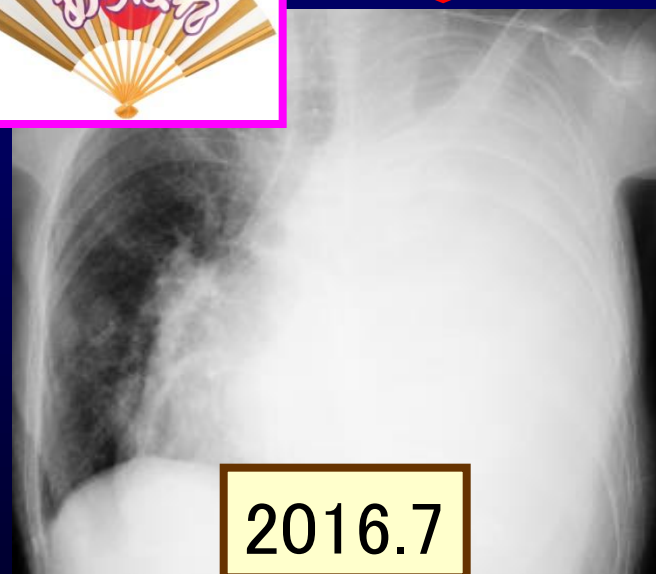


➤患者と家族は当初から抗がん剤は希望せず(途中、何度か治療方針を確認するも意志は変わらず)



➤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



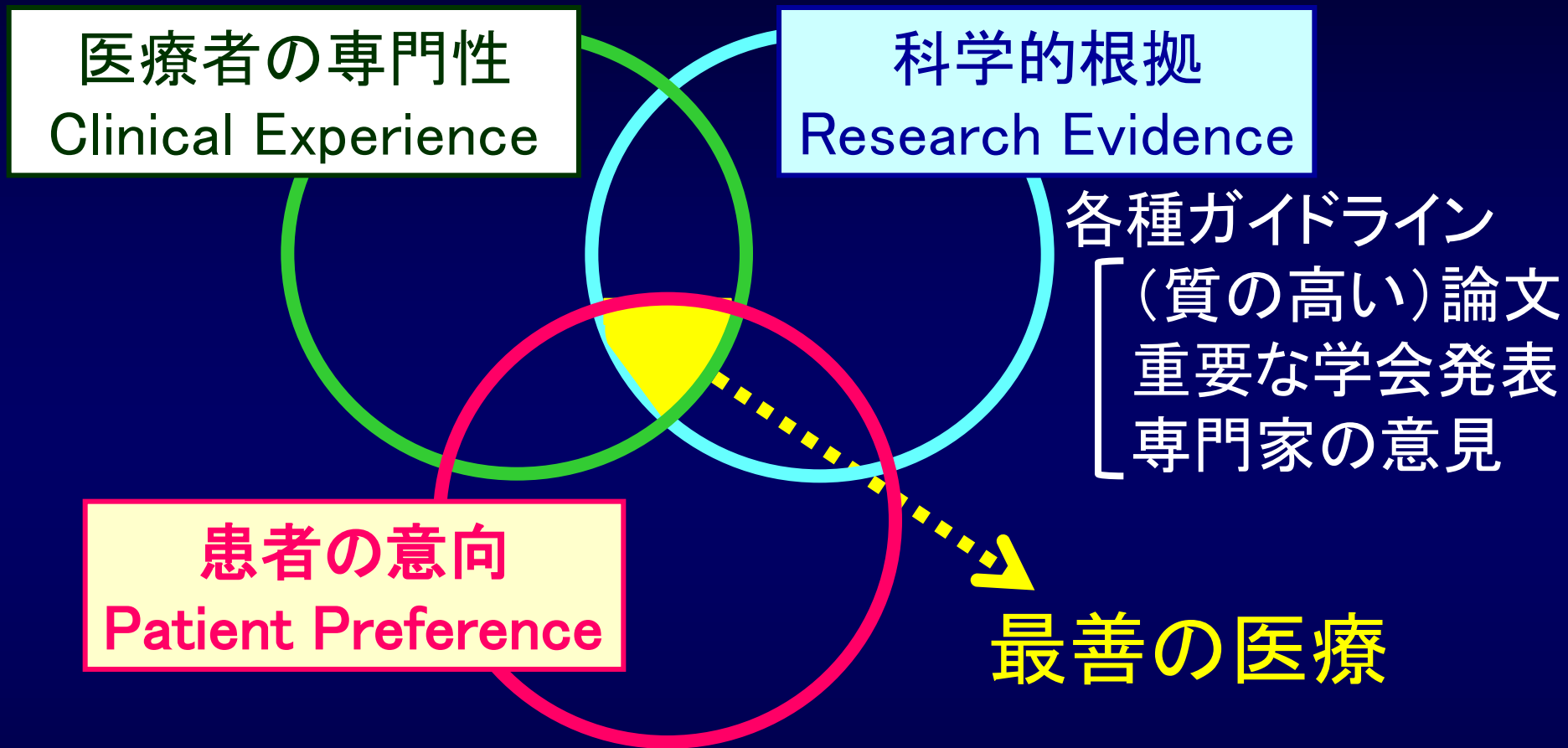
有用性が明らかでないケモを薦めるなんて言語道断

- 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)、糖尿病、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抗がん剤治療は行うべきでない
⇒ 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

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

治療の進歩に伴って生じた新たな問題

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！



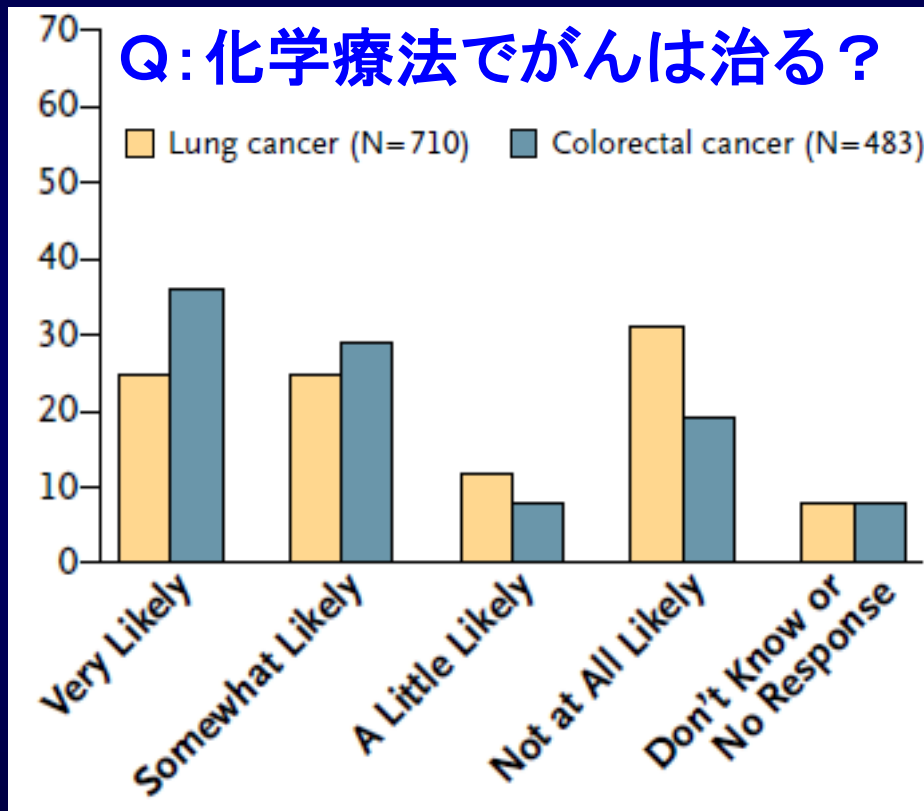
ゴムパッチン症候群
(by山室先生)

⇒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
は突然「見捨てられ感」を味わうことに

(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

「がんで死ぬのは当たり前」と言えない風潮は危険

研究者として「進行がんの治癒」を目指すこととは別に、患者・家族、社会には現状を正しく伝える必要があります



➤ 進行がん治療の大前提は「治癒」ではなく病勢制御、と説明されているはずが...

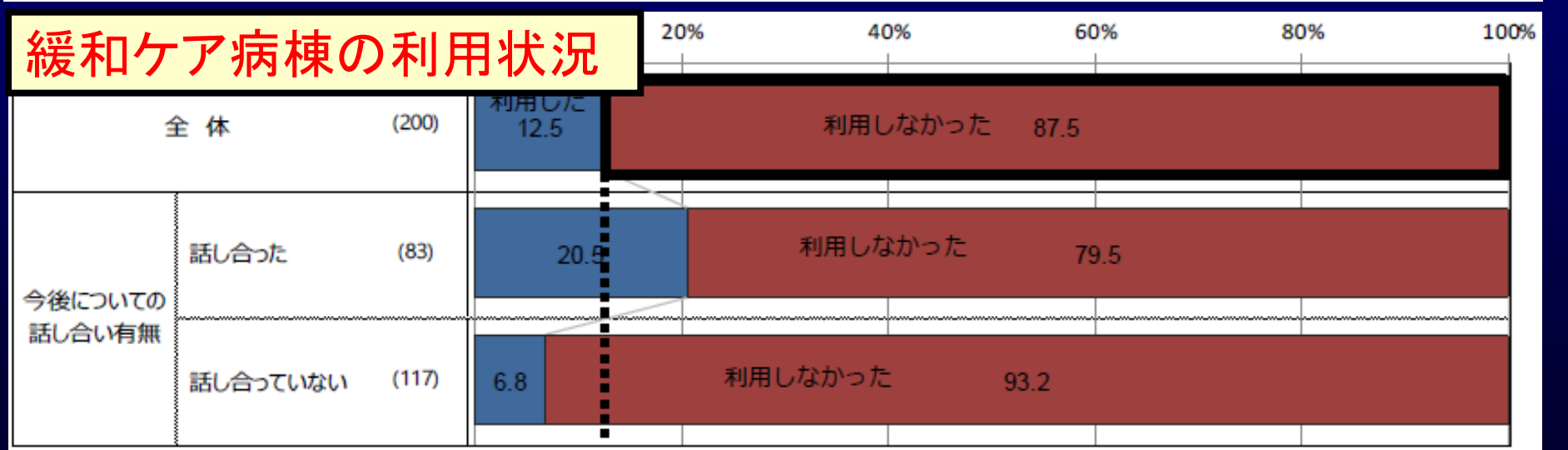
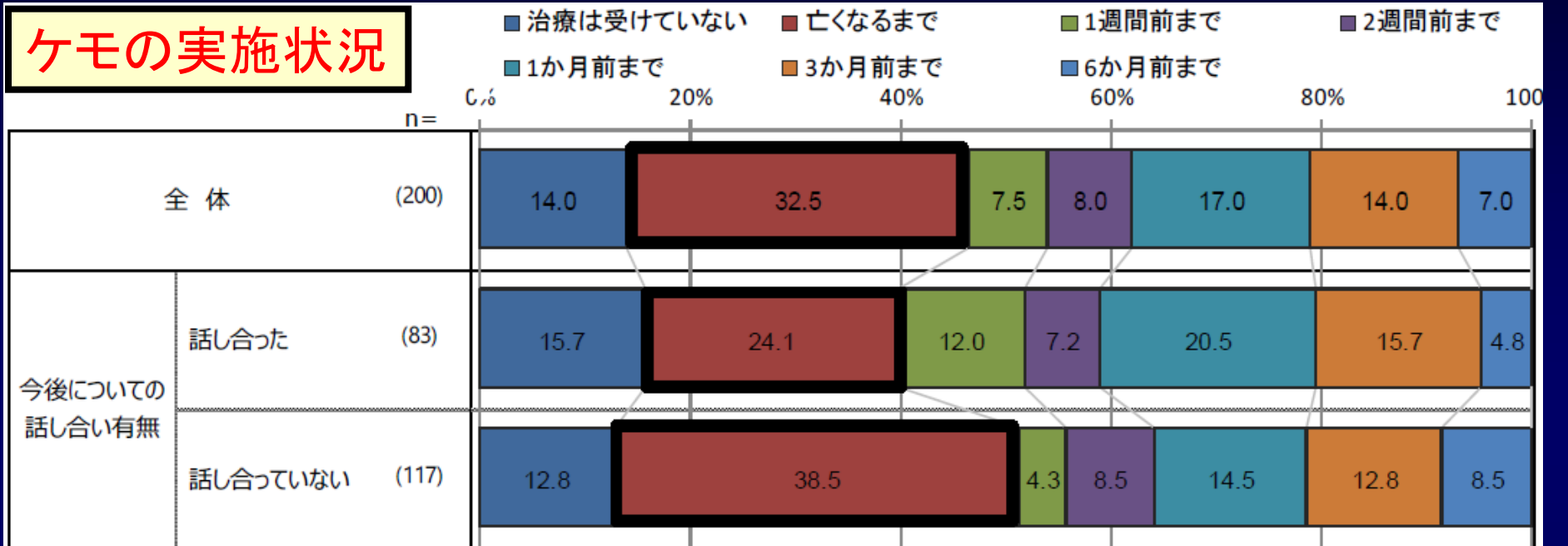
1%でも治る見込みがあれば、過半数の患者はintensiveな治療を希望する (Slevin, BMJ 1990)

➤ 正しい疾患への向き合い方 (coping) が無理のない治療と穏やかな死に繋がります

患者と「治療の先のこと」も積極的に話し合しましょう

そうしないと苦しむのは患者と家族です

今後についての話し合いが患者の治療経過に及ぼす影響



国もACPの普及に本腰を入れています



単なる書類作成ではなく、患者・家族との話し合いの「プロセス」を重視する概念

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

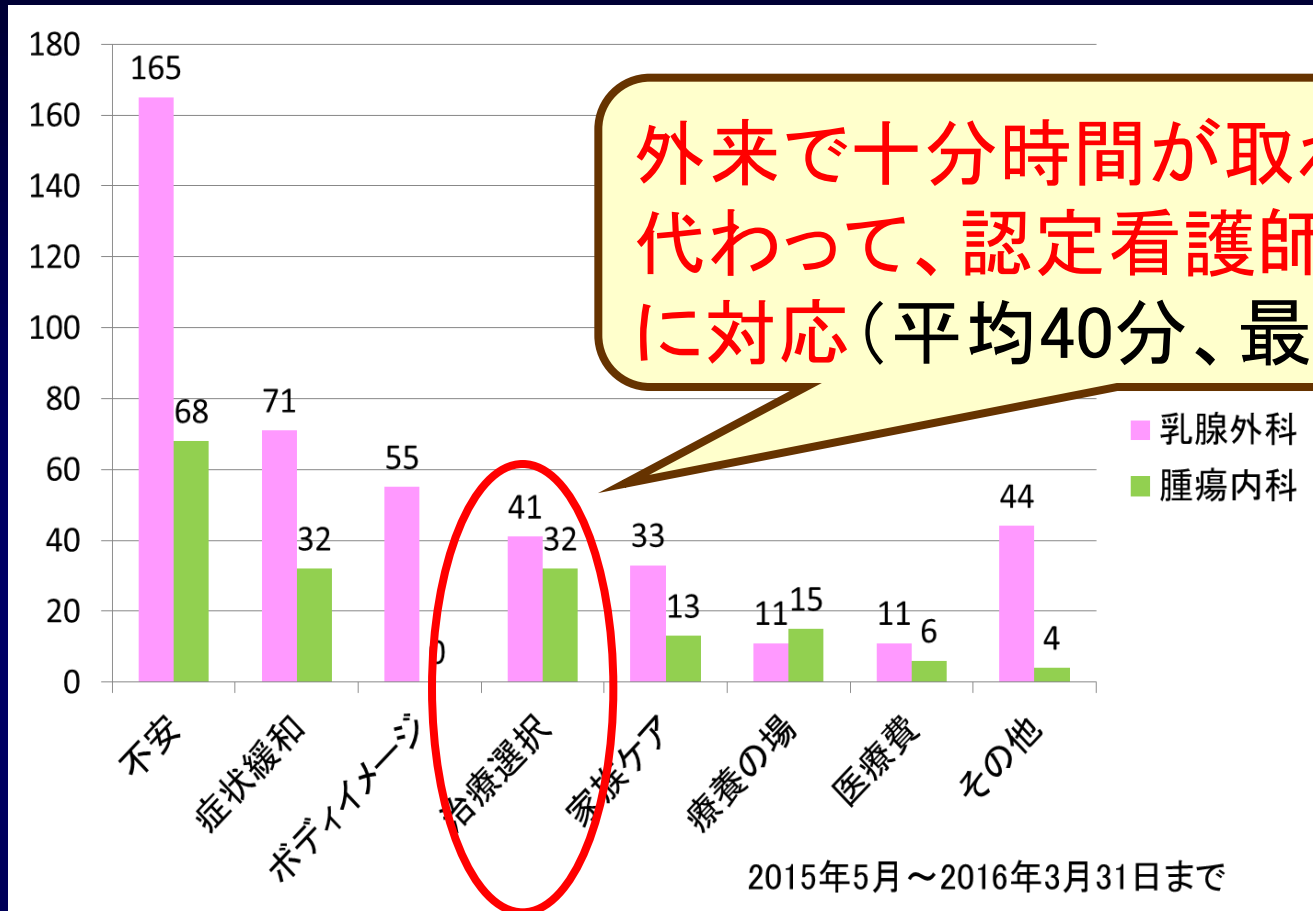
平成26年度予算 54百万円 10か所
平成27年度予算 32百万円 5か所程度

【背景・課題】

- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要。
- このため、平成19年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、周知を図っているが、医療従事者に十分認知されているとは言えない状況である中※、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が求められている（社会保障制度改革推進法、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）。※平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査

緩和ケア研修会（PEACE）とともに、Advance Care Planning（ACP）の研修会も、今後全国的に展開される予定です

不慣れな場合はどんどん専門家を頼ってください！



東北大学病院
「がん看護外来」
への紹介内容

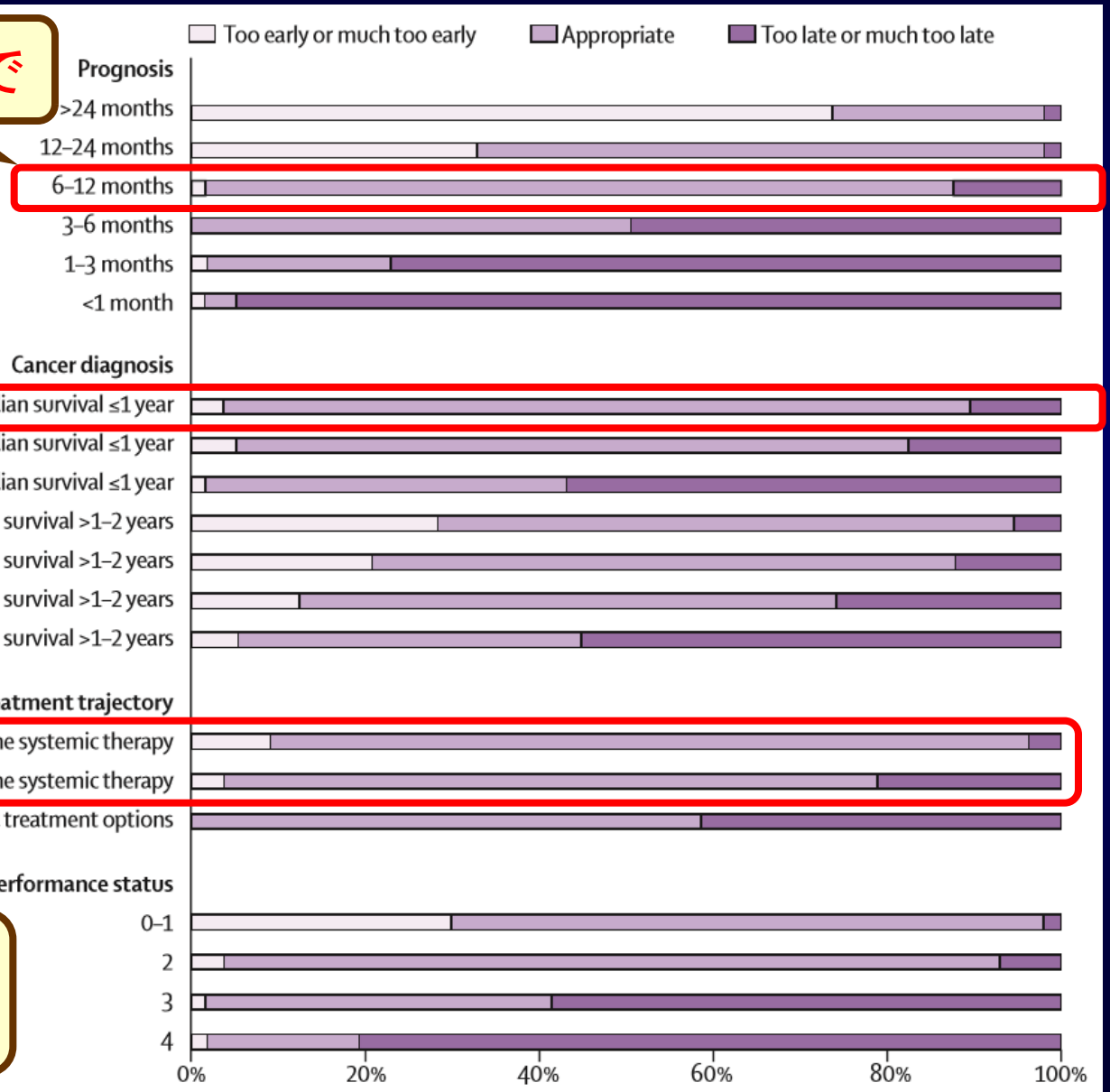
- 緩和ケア外来でも、抗がん剤治療中の患者さんを「併診」させていただく事例が増えてきました
（国も「緩和ケア外来の充実」を整備要件としています）
- 一方で保守的な施設もあるらしいことは緩和側の課題

多くの緩和ケア医は比較的早めの紹介を望んでいます

緩和ケア医側の世界的コンセンサス Hui, Lancet Oncol 2016

予後6-12ヶ月の段階で

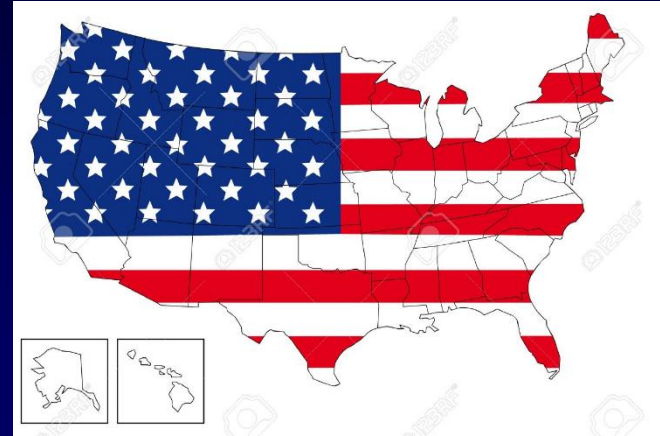
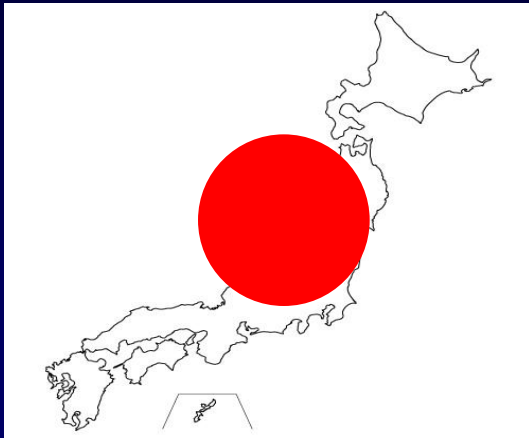
予後1年未満と診断したら1ヶ月以内に



初回または二次治療が増悪した時点で

ただし緩和ケアを取り巻く環境は各国で異なります

The number of authorized PC specialists



特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

HOME > 専門医認定制度 > 認定名簿

学会概要
学術大会
厚生労働省委託事業
入会・会員MLなど手続き
会員専用
専門医認定制度
専門医認定制度細則

専門医認定制度

認定名簿

- 専門医名簿 (2010年4月1日～2017年4月1日認定)
- 暫定指導医名簿 (2009年4月1日～2011年4月1日認定)
- 認定研修施設名簿 (2009年4月1日～2017年4月1日認定)

aahpm
AMERICAN ACADEMY OF
HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE

MEMBERSHIP EDUCATION & PRACTICE ADVOCACY CAREER DEVELOPMENT

Jobs
Clinical Training
Leadership Training
AAHPM Ignite
AAHPM Ascend
AAHPM Elevate
External Programs

Number of Certified Hospice and Palliative Medicine Physicians by Cosponsoring Specialty Board

The following table provides the number of physicians who have achieved subspecialty certification in hospice and palliative medicine since ABMS and AOA formally recognized the subspecialty in 2008, as reported by each cosponsoring board.

178 (as of APL 2017)

7054 (as of DEC 2015)

少なくとも日本では緩和ケア医に「丸投げ」出来ない状況

がん治療と緩和ケアの「統合」は基本路線として

VOLUME 35 • NUMBER 1 • JANUARY 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Firn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith

日本は「治療医」による緩和ケアを充実させる方向（政策）

がん治療に携わる医師と若手医師（卒後5年以内）に受講を義務化

緩和ケア継続教育プログラム

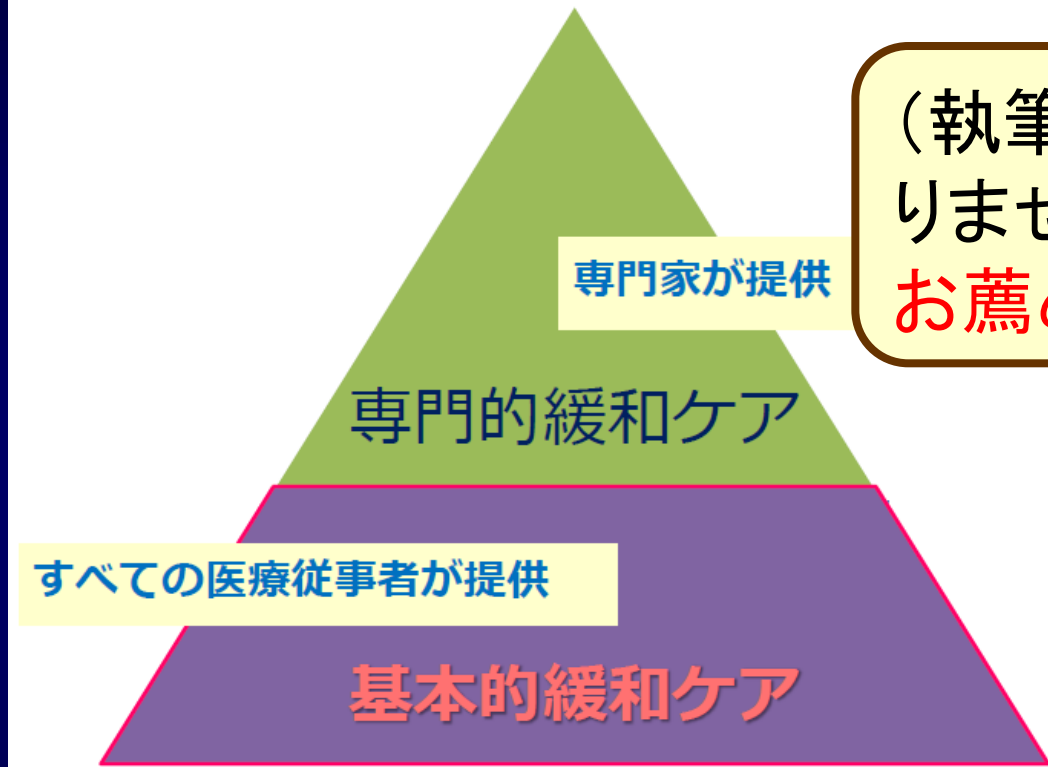
◆ PEACE PROJECT

Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education

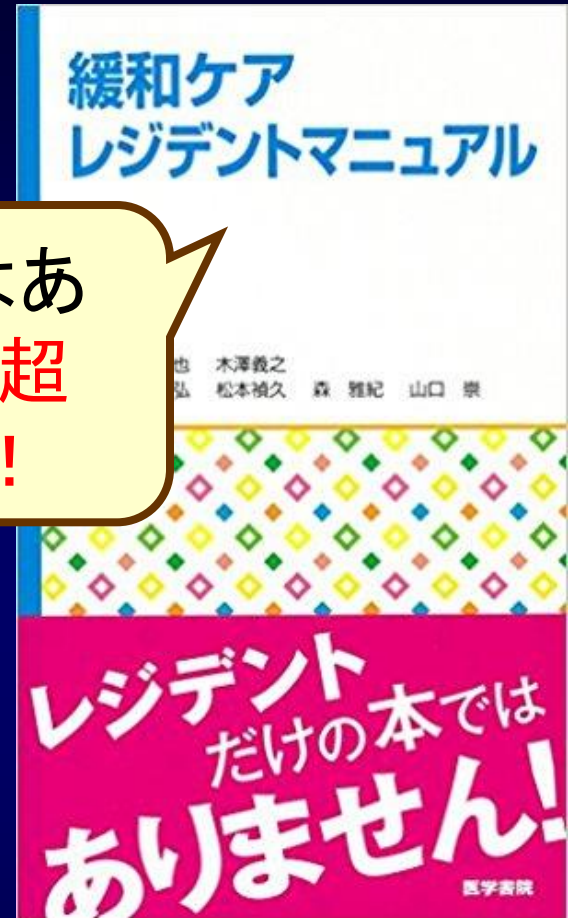
知識を身につけたら、あとは実践あるのみ！

「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



(執筆者ではありませんが) **超**
お薦めです！



➤ 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 効果と安全性を確認しながら治療継続

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

がん患者さんに伴うのは「全人的苦痛」

身体的苦痛

痛み、その他の身体症状

主治医

緩和ケアチーム

精神科医

精神的苦痛

不安・抑うつ
不眠、せん妄



MSW

社会的苦痛

家庭の問題
仕事の問題

臨床心理士
宗教家

スピリチュアルペイン

死の恐怖
人生の意味への問い

看護師、薬剤師
歯科医師、栄養士
作業療法士

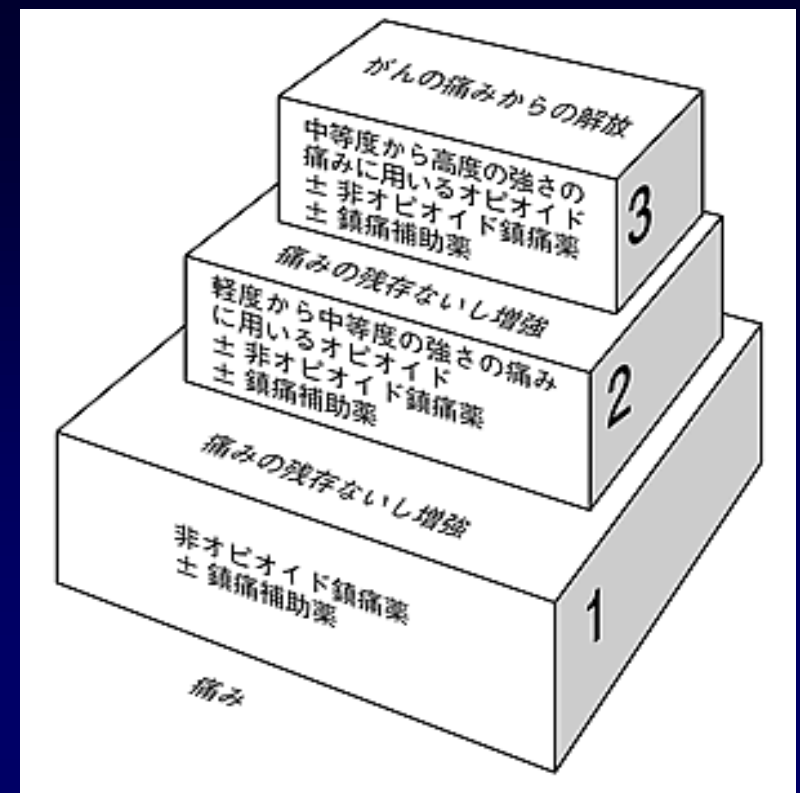
東北大学病院では
イケメン臨床宗教師
が大活躍してます

多職種による「チーム医療」
で最善策を検討すべし



疼痛緩和の基本

- 除痛ラダーに沿った薬剤選択
⇒ NSAIDsやアセトアミノフェンを軽視しないでください
- 効果と安全性の評価を行う
⇒ 増量ペースが早いときは、
現治療の妥当性を疑いましょう
- 「新しい薬」に飛びつかない
⇒ 新薬＝良薬とは限りません
(従来からの標準薬を使いこなせる方がよほど重要です)



Cancer Pain Relief (WHO)

※よく見かける事例

- ① フェンタニル貼付剤が漫然と(10mg以上まで)増量
- ② フェンタニル貼付剤を使っている症例に条件反射的に
疼痛時レスキューでフェンタニルROO製剤を使用

呼吸困難感の緩和

➤低酸素血症の有無にとらわれない

⇒感覚なので「苦しいものは苦しい」

➤薬物療法の基本はモルヒネ

⇒オキシコドンには代替可能だが、
フェンタニルは勧められない

➤薬物以外の方法も重要

⇒環境調整、リハビリテーションほか

➤忘れちゃいけない「輸液の管理」

⇒終末期の患者さんに余計な輸液は「天敵」
(経口摂取が困難なら最低限の水分、薬剤を「皮下投与」)

終末期の脱水は(適切に口腔ケアがなされれば)苦しくありません(「水に溺れる」ことの方がよほど辛いです)

ご家族にも丁寧に説明すれば大抵ご理解いただけます



せん妄について

➤ 予後が週単位となったがん患者では
80%に認められる「脳の機能不全」

⇒ 低活動型せん妄を見逃さないように

➤ 可逆的な要因には積極的に介入を

⇒ 原因（高Ca血症、脱水、感染症、薬剤（オピオイド、ステロイド、ベンゾジアゼピン系薬剤など）を除去しつつ
適宜薬物療法（クエチアピン、リスペリドンなど）

➤ 不可逆的な場合（癌性髄膜炎、終末期せん妄など）には
症状緩和を最優先に治療を行う

⇒ ハロペリドール（±ミダゾラム）など

- 傾眠傾向
- 日時を言えない
- 集中力不足
- 認知障害

大きく変貌してしまった患者に戸惑い不安を募らせる家族
に対しても、適切な支援と助言を（患者自身に要因はなく
あくまで病気のせい、普段どおり接すればOK、など）

あまりに常識すぎて教科書には書いていないこと
(しかし、一般病棟ではほとんど浸透していないこと)

見通しが週単位($PPI \geq 6.5$)になったら...

- ①補液を極力しぼる(多くても1000ml/日以下に)
- ②薬も最低限まで減らす
- ③侵襲的な検査・処置(ドレナージ等)は行わない

Palliative Prognostic Index (PPI)

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

Q: 緩和ケアはどこで受けられるの？

A: 基本的な緩和ケアなら、どこでも受けられます



病院

緩和ケア病棟(ホスピス)

専門的な緩和ケアを要する場合

一般病棟・外来

基本的な緩和ケア(対症療法)



ご自宅

在宅ケア(往診)

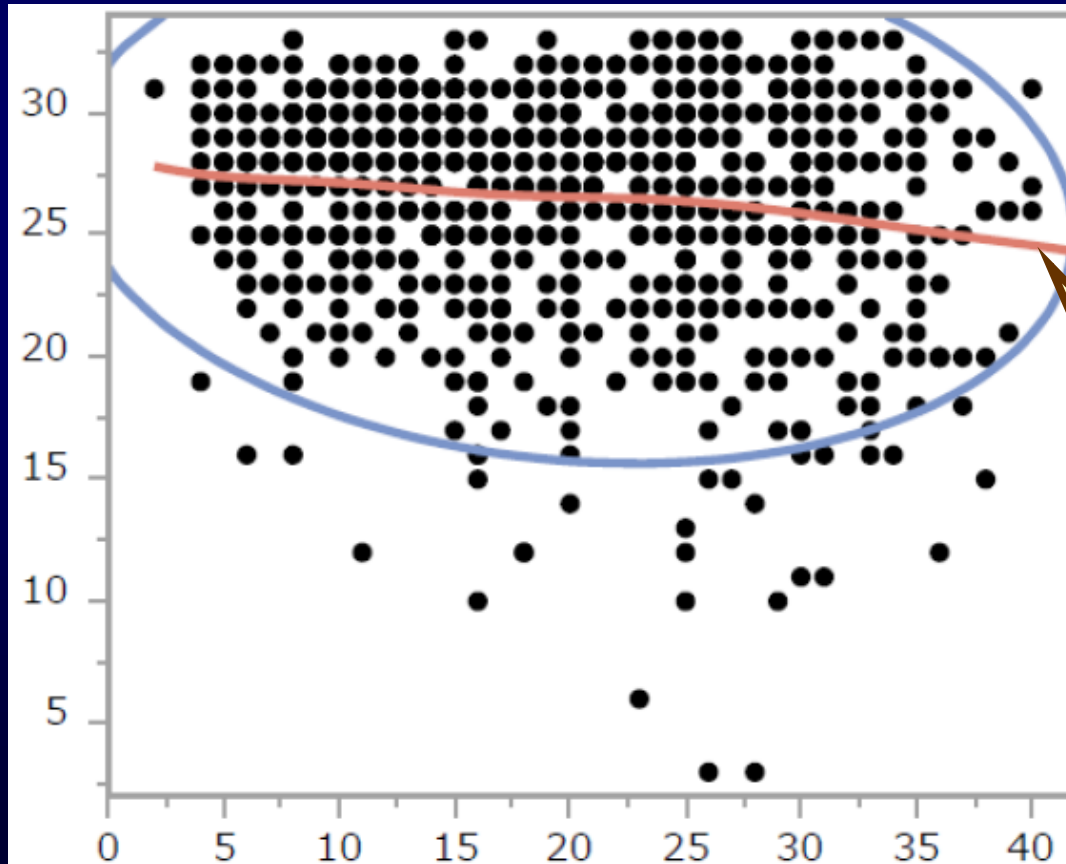
- 基本的な検査(採血、画像検査)や治療(補液含む)は全て行えます
- 医療機関によっては、緩和ケア病棟と同レベルの高度な緩和ケアも可能

在宅を希望する患者・家族に対して
「この状態では帰れない」は禁句です！

緩和ケア全般に関する「あるある」

- 緩和ケアに理解が乏しい主治医が、各々の専門家に適切な相談をしていない

オレ、がん治療のことは良く分かってるから
他人に聞くまでもないよ(何故か自信満々)



肺癌学会員への調査研究

臨床経験年数と緩和
ケアの知識は有意に
逆相関($p=0.0001$)

緩和ケアに関しては、
若い皆さんが現場を
改善していきましょう！

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（その効果が立証されていない化学療法にメリットはない）
- 抗がん剤は適切に用いてこそ有用なものであり、**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 School of Medicine. The header includes the university 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 vertical 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 small photo of three people in white coats and 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）