

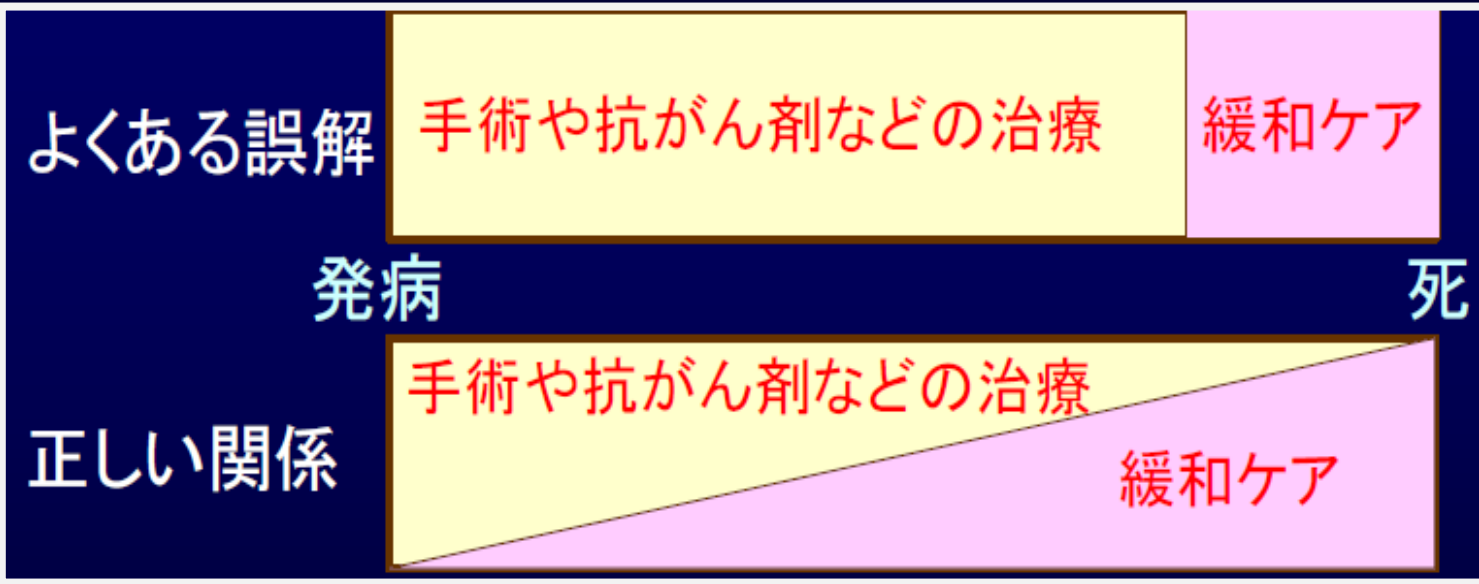
第2回東北大学病院緩和医療勉強会

早期からの緩和ケア

東北大学大学院医学系研究科
緩和医療学分野

井上 彰

皆さん「耳にタコ」かもしれませんが



(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」

緩和ケアはどんどん「前倒し」になってきております

ASCOもガイドラインで「がん治療との統合」を推奨

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

Ferrell, J Clin Oncol 2017

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(※)

日本ではさらに進んで「がんの診断時から」の緩和ケアを普及させるべく研修会(PEACE)等が行われています

でも「早期から」って、何をすれば良いの？

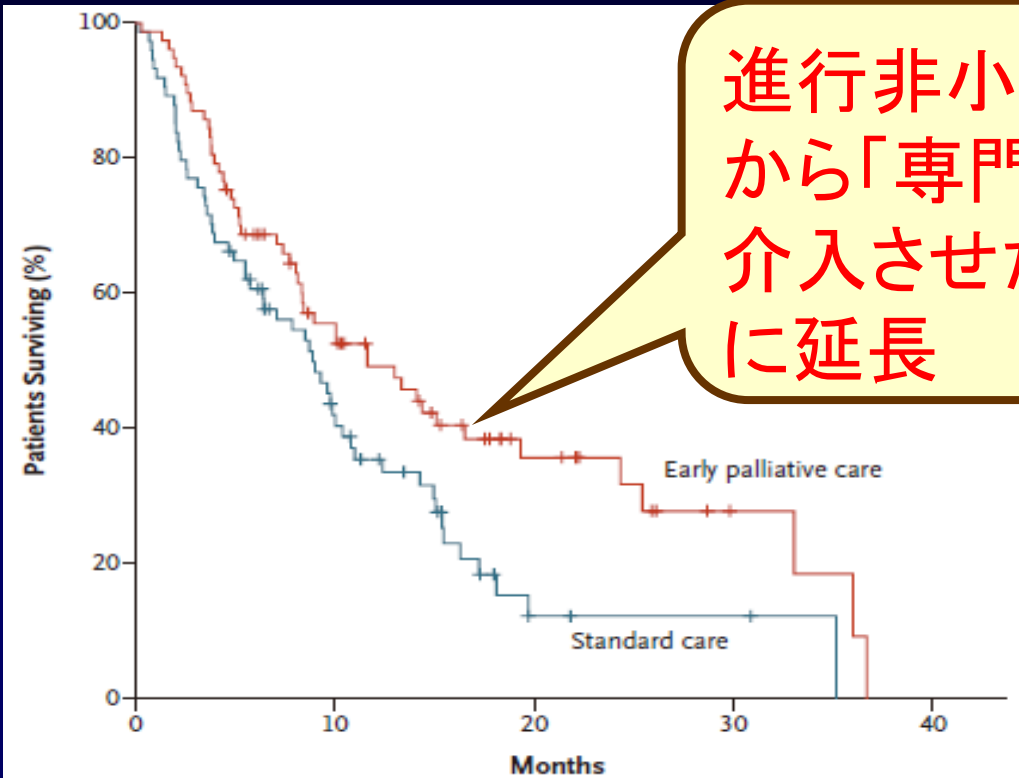
患者さん、どこも痛くないし、まだ治療もしたがってるし…
（「緩和」とか言ったら嫌がられそう…）



もちろん、全ての患者さんに一律に押し付けるべきものではありません（が、潜在的に我々がお役に立てそうな方は相当数いるものと考えています）

まずはエビデンスをふまえて「早期からの緩和」の定義から

有名な「早期からの緩和ケア」の臨床試験において



進行非小細胞肺がんの「診断時」から「専門的緩和ケア」を定期的に介入させた群の生存期間が有意に延長

Temel, NEJM 2010

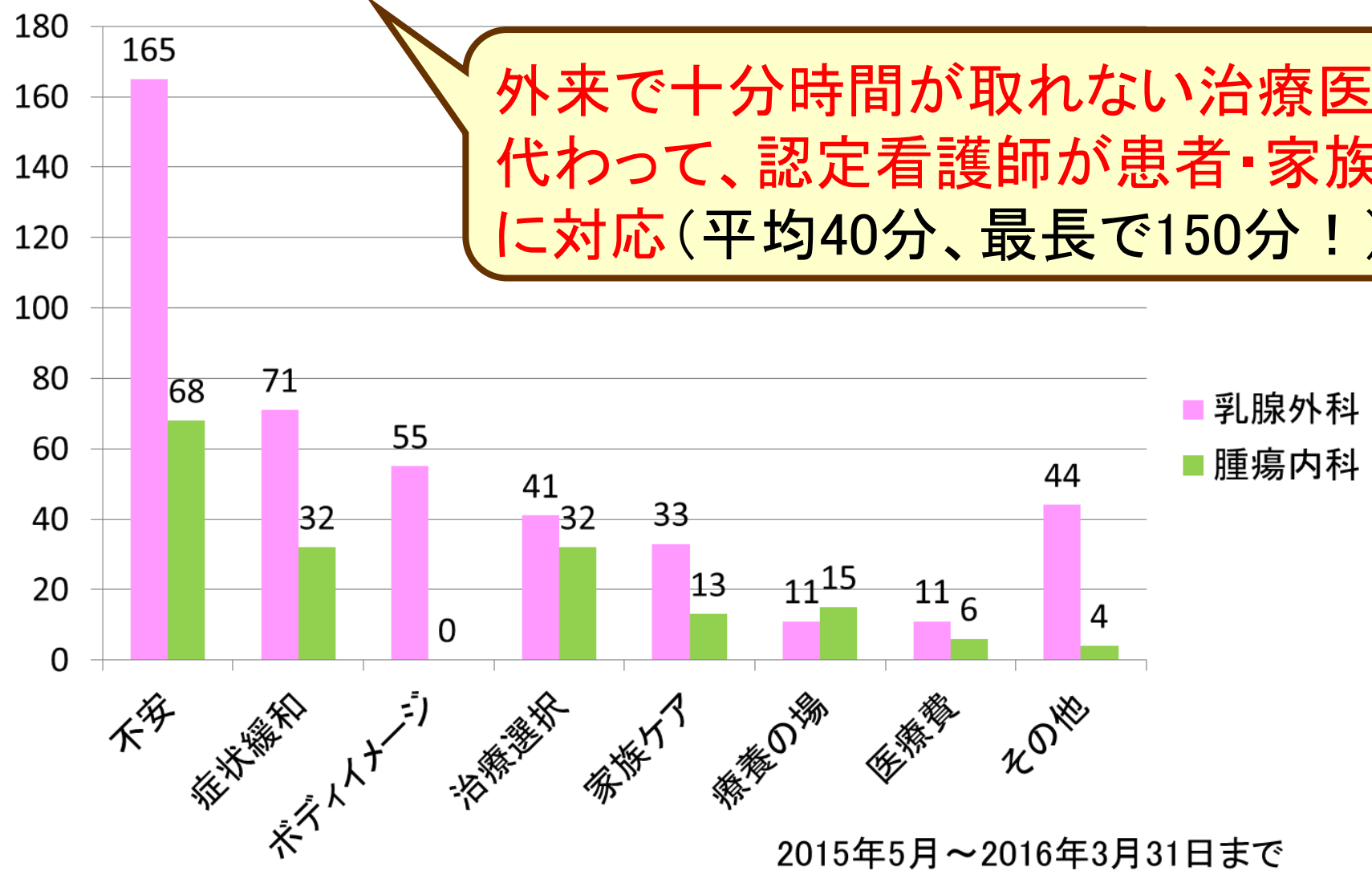
同試験における専門的緩和ケアの役割

- ◆ 疾患の正しい理解の支援
- ◆ 治療選択における支援
- ◆ 症状マネジメント
- ◆ 死へのコーピング支援

要は「心身ともに(＋社会的な面も含めて)安定した状態を作るためのお手伝いをする」のが緩和ケアです

実際、患者さんが抱えている悩みは実に様々です 当院「がん看護外来」での面談内容

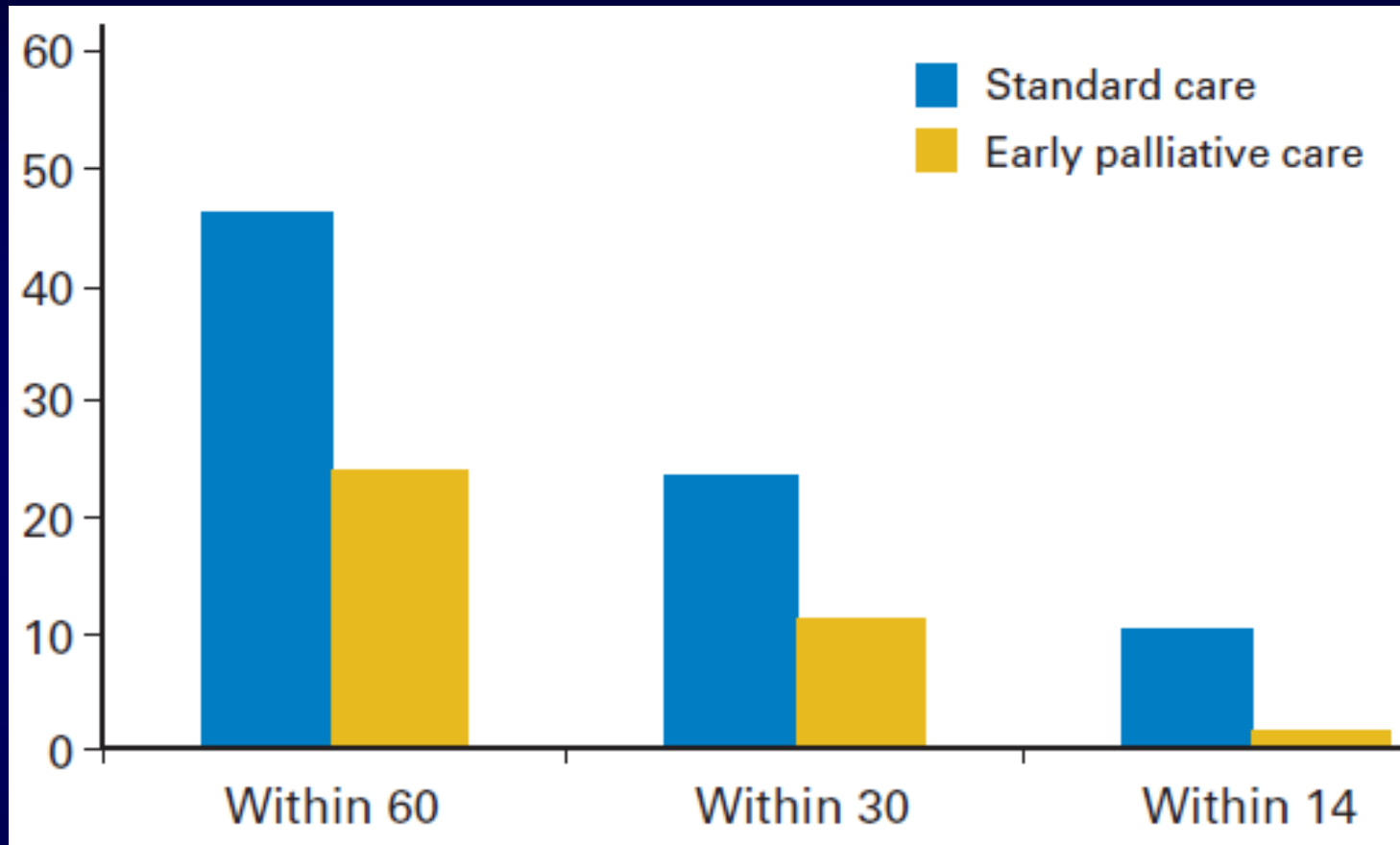
外来で十分時間が取れない治療医に代わって、認定看護師が患者・家族に対応（平均40分、最長で150分！）



患者さん、主治医双方から好評を得ています

終末期の抗がん治療の止め時も重要です

Temel試験における終末期の抗がん剤(注射剤)実施率

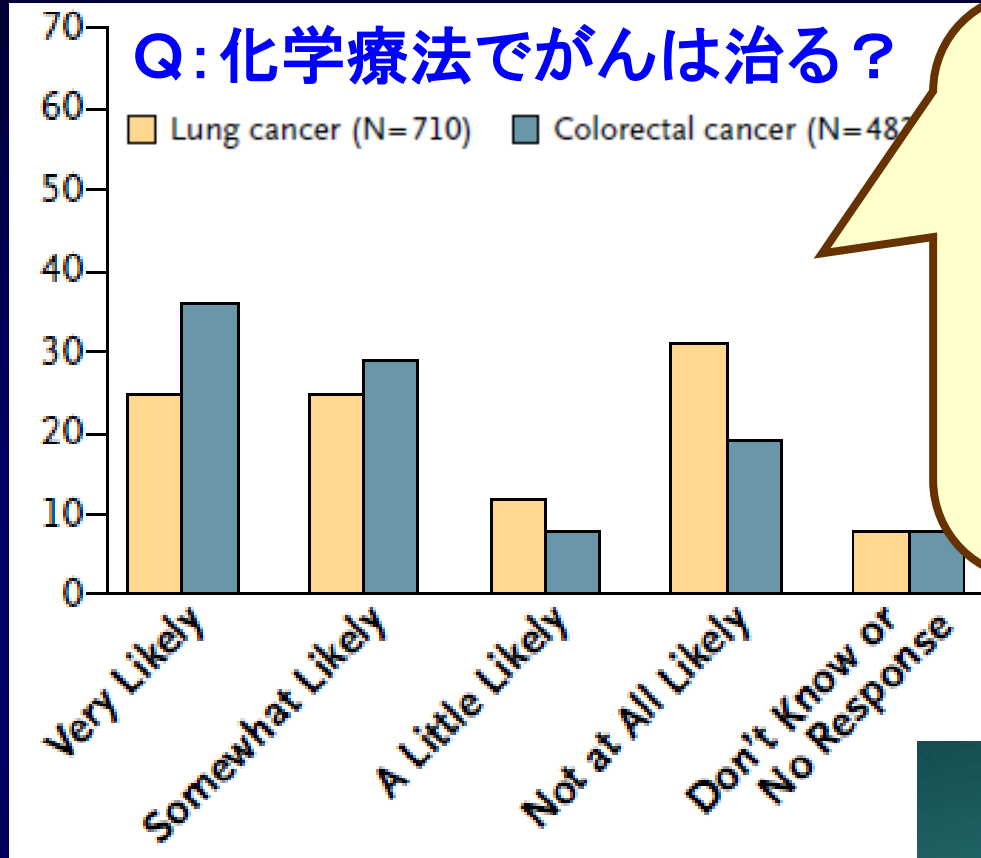


Greer,
J Clin Oncol
2012

殺細胞性抗がん剤の有用性が立証されているのは(一部の例外を除き)全身状態良好な患者群だけのはずなのに

主治医は患者に情が移って止め時を切り出せない？

でも、根拠のないケモを勧めるのはやめましょう



ただでさえ、患者さんはケモに過剰な期待を持つ傾向にあるのに、信頼している主治医に「効くかも」なんて言われたら飛びつくに決まっています

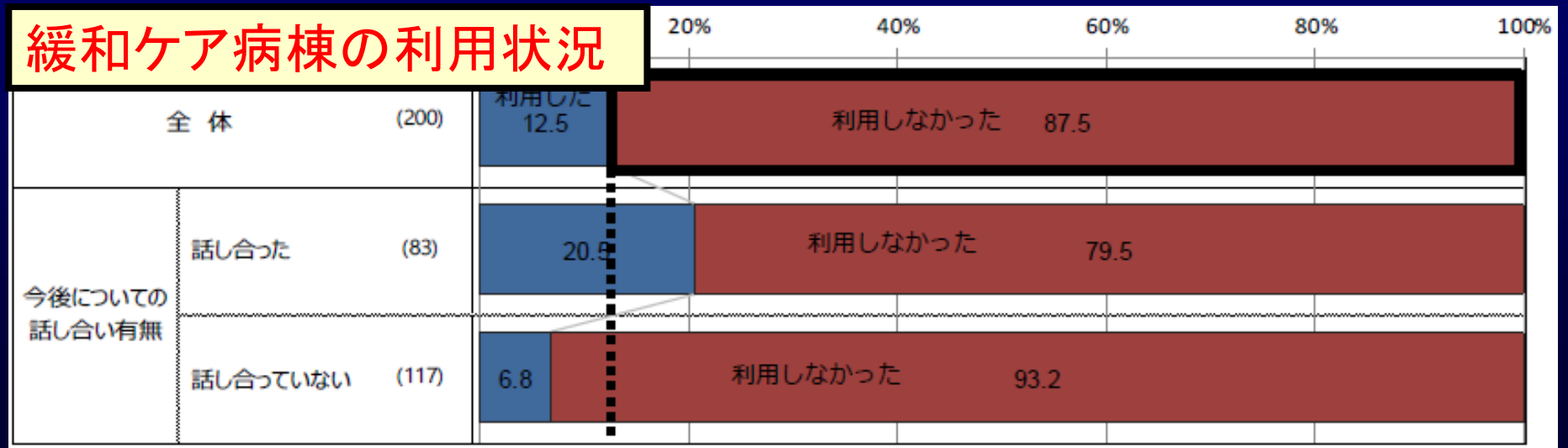
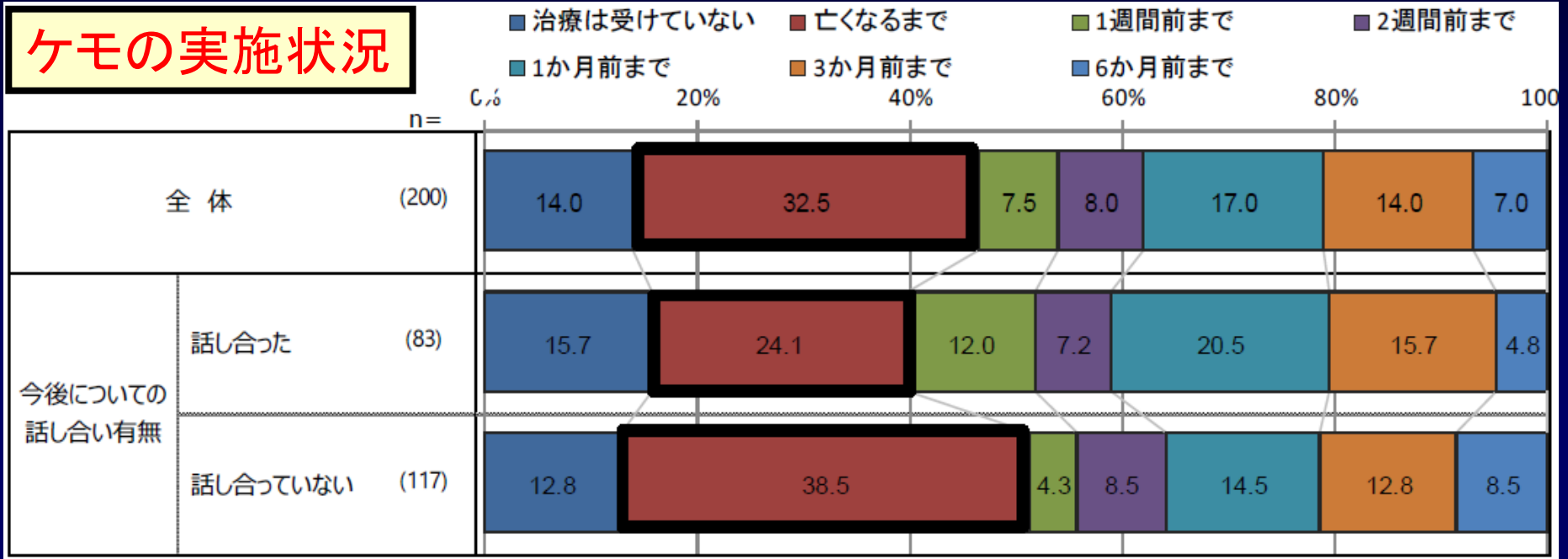
Weeks, NEJM 2012

偽りの希望で貴重な時間(と体力)を失わせるより、先々についての話し合い(ACP)を進める方がよほど大事です



大事な話を先送りにすると苦しむのは患者さんです

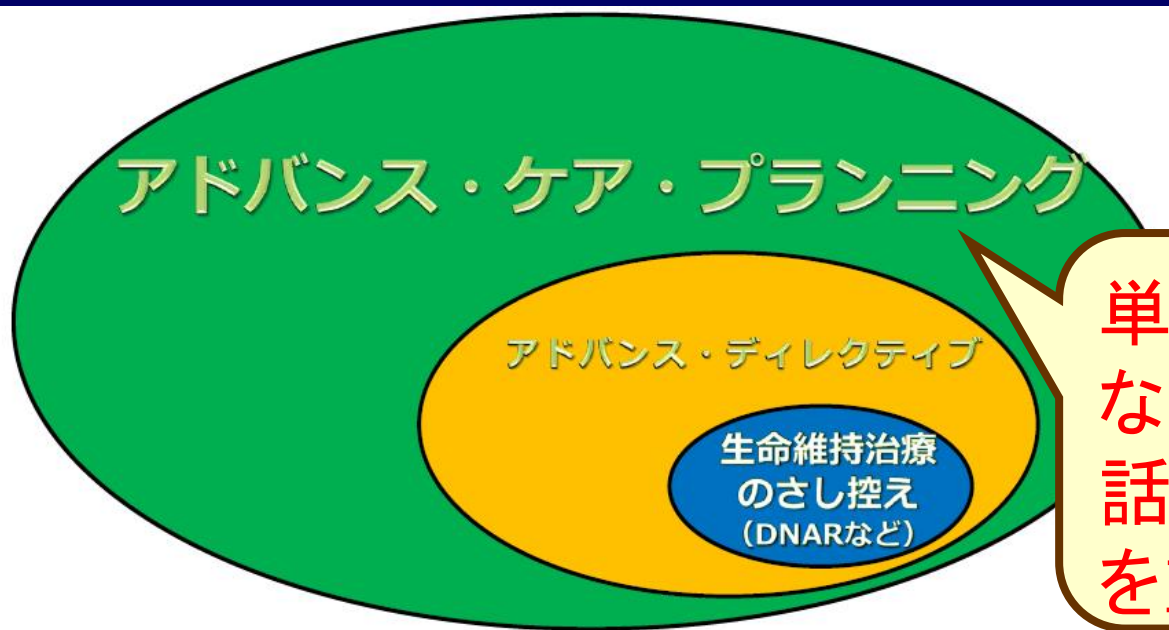
今後についての話し合いが患者の治療経過に及ぼす影響



先のASCOガイドラインでも以下の重要性を強調

- ・治療の目標と予後に関する話し合い
- ・治療選択
- ・終末期のケア
- ・患者のケアに家族が関わるよう促すこと
- ・治療医のコミュニケーションスキルトレーニング

要はアドバンス・ケア・プランニング(ACP)ですね



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

国もACPの普及に本腰を入れています

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

PEACEと同様に、ACPの研修会も、今後全国的に展開される見込み（いずれ加算にも関連か？）

➤ 一方で、十分な配慮なしに「どこで死にたいか？」とACPを押しつけ、患者側がショックを受けるケースも増えているとのこと(T T) (ACPにも一定の「スキル」が当然必要です)



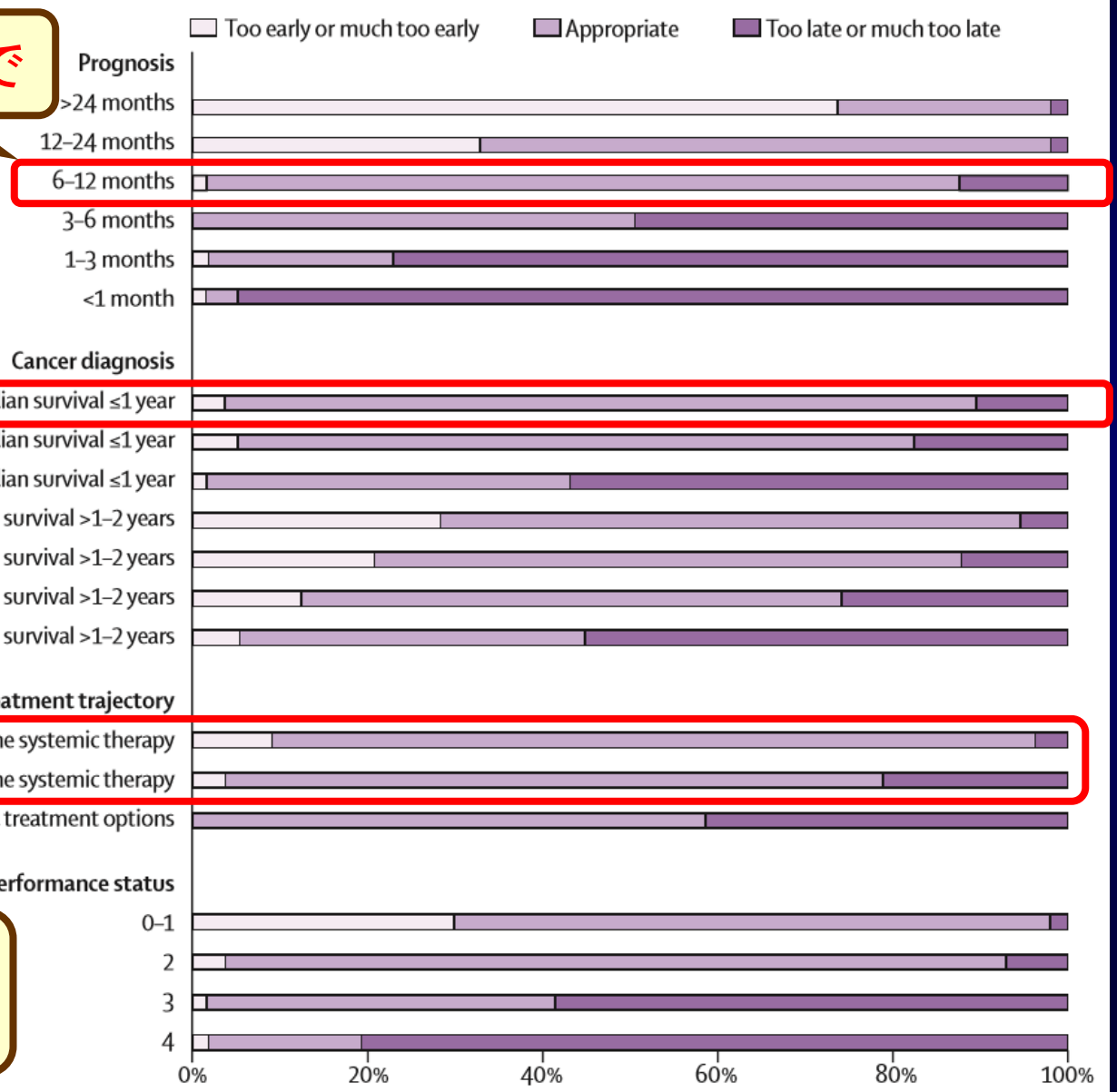
切り出しが困難な場合には、我々を上手く利用して下さい

多くの緩和ケア医は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



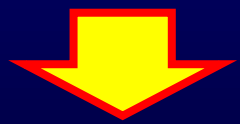
初回または二次治療が増悪した時点で

そういう訳で、当科にもどんどんご紹介ください

診療曜日	月	火	水	木	金
緩和ケア病棟 入棟相談	田上 恵太 平塚 裕介			井上 彰 佐竹 宣明	
緩和ケア外来		井上 彰			田上 恵太

主科の診察日に合わせることも
出来ますので気軽にご相談下さい

- 緩和ケア病棟を希望してなくても良い？
- 緩和のことも良く分かってなくて良い？



患者さんのニーズはこちらで引き出します

当科との併診開始、話を聞いて終わり(介護サービスなどの
情報提供)、そのまま在宅ケア医へ紹介、など経過は様々



まとめ

- がん患者さんが穏やかな療養生活を送れるよう、全般的に環境を整えるのが緩和ケア（進行期と診断されている方には、「いつかは必要なもの」として日頃から「さりげなく」話題に挙げていただくと幸いです）
- 「早期からの緩和ケア」の主体は、適切な治療選択とACP（＋心理的サポート）であり、抗がん治療中で苦痛症状がない段階でも導入のメリットは大きい



東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野
Department of Palliative Medicine, Tohoku University School of Medicine

「より良く生きる」ための緩和医療

教授挨拶

教室案内

診療案内

研究案内

研修医・医学生の皆さんへ

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。

詳しくはコチラ



（先の長い先生方は）
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。
是非ご検討ください！