

臨床腫瘍学会に併せて

化学療法と

緩和ケアの
連携をめざして

第一 線の医療者に本音で語り合っていたいただき、その内容を読者の皆様と共有するロハス・メディカルWS。昨年2回開催・ご報告しましたのに続き、今年も順次開催しながら、その模様をお届けして参ります。まずは臨床腫瘍学会の場をお借りして3月22日に福岡で行いました。日々、がん患者さんと向き合っている若手医師たちがどんなことに苦悩しているのか、それに対してどのような解決策があり得るのか、様々な意見が出されました。そのうちいくつかの論点についてご紹介します。

小林 人間は希望がないと生きていけない。希望とは「現在の努力が将来において報われるであろうと現在において確信できる精神状態」と定義できる。だから患者さんは努力をしたがる。しかし、特に再発難治がんで化

学療法中の患者さんが、どう努力したらよいのか、現場の臨床医に聞いても個人的にもピンと来ない。
腫瘍内科医はEBMのトレーニングを受ける。10年もそれやっていると、思想の根底がエ

ビデンス主義になつてくる。臨床試験は介入する治療法以外すべてが等しければ検出力が上がるので、できれば患者さんの背景事情は揃っていることが望ましい。しかし非常な勢いで高齢化が進み、価値観も多様化して

***EBM**
evidence-based medicine=根拠に基づいた医療、のこと。患者さんの問題解決のために必要な情報を探し、その情報の確かさを科学的に吟味したうえで、治療に用い、さらに事後評価も行う(07年3月号参照)。

いる。背景事情が揃っているはずがないのに、無意識に揃っている前提で考えてしまう。個人の努力の仕方に意識、焦点が合わない。

緩和ケアに移行するという時には、もう十分頑張ったんだから、これ以上頑張らせたくないという話になりがち。まだ頑張りたいと言っている患者さんに対して、場合によっては努力を否定することになり、患者さんと感情的対立を生じてしまう。価値観を転換させる、問いの立て方を変える瞬間が必要で、その瞬間こそ化学療法と緩和ケアの接点なのかなと思う。

西條 腫瘍内科医は確かにEBM人間だが、エビデンスに頼らず何に頼れるか考えていた。緩和医療もエビデンスに基づいて行わなければならない。二ノ坂 終末期の患者さん、積極的な治療をあきらめなければならなくなった患者さんにとって何が希望となるのか、ずっと

考えてきた。まだよく分からないのだが、子供や孫の誕生で自分を子孫に受け渡すということがささやかな希望になったり、自分のやったことが世の中に何らかの形で残っていくこと、あるいはもっと宗教的に自分が宇宙に還っていくと感ずることが希望としてあり得るのかなと思う。

神田橋 確かに化学療法は進歩した。けれど我々臨床腫瘍医は、成果を強調するあまり、患者さんたちに「化学療法こそが治療であり、受けている限り生活を続けられるが、受けられなくなったら人生の最後です」という誤ったメッセージを与え、抗がん剤治療を受け続けることだけを目標に生きる患者さんを作っていないだろうか。

白血球ならば、彼らには治った後の生活が待っているから、その希望を支えに彼らは体と時間とお金を我々に託してくれる。けれど治療不可能な固形がんに治った後の生活はない。治りませんよと告知された瞬間から最期の時までが一連の人生。その人生で、どうやれば一番よい生

原田実根
国立病院機構大牟田病院院長(学会大会長) 挨拶
臨床腫瘍学会の専門医になるには、がんの生物学を理解し、診断・治療を熟知し、かつ緩和医療をできることが要件。また、昨年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画の中でも放射線療法・化学療法の推進、がん登録の推進、治療の初期段階から緩和治療を行うことの3つが重要な課題として明記された。それだけ化学療法と緩和ケアへの国民の関心は高いのだと思うし、国もサポートしようとする姿勢が見えている。

土屋了介
国立がんセンター中央病院院長挨拶
この10年の医療の進歩は、CTやMRIのように工学系技術を導入したり、分子生物学的な裏付けで化学療法が発展したり、学際的な取り組みによるところが大きい。今日のテーマは医学と社会学の連携とを意図しているのだろう。我々医療従事者と患者さんとの間で同じ言葉を使っても意味が違う。患者さんは純粋医学でなく生活に根ざした情報がほしい。その辺、我々と患者さんとの間で十分に同じ言葉が理解されていない。早い時期から医療者と患者さんとの裂け目を解消していくことが必要な気がする。一番必要なのは真実を語るということ、そして言葉の定義をハッキリさせて医者の方で持っている意味と患者さんの解釈とをそろえないといけないと思う。

活ができるか、その部分に我々医療者は関わらなくちゃいけないんだと思う。だんだん行動半径は狭くなるし、息は苦しくなるし、痛みも出てくる、医療の役割は大きくなり続ける。最期まで看取る根性のある医者が主導権を取って治療全体の戦略を立てて、その人の残りの人生をどうするかの手伝いをするべきでないか。

そのためには、家の近くで化学療法を受けられるような体制をつくらないといけない。痛かったら痛み止め、苦しかったら酸素、それと同じように人生をよりよいものにする一環として化学療法があるべきだ。

二ノ坂 在宅医をやっていると、医療は一体どこまで闘えるのかということを考えてざるを得ない。患者さんに生活を取り戻してもらうのが医療の目的だと思ふ。その人には、父親として母親としてあるいは夫として妻として子供として家庭の中で役割がある。ばく然と「生活」というのはなく、その役割を果たせるかどうか重要と感じた。

下山 緩和ケア病棟へ紹介しよ

パネリスト (五十音順)
神田橋宏治・東京日立病院内科医長
小林一彦・JR東京総合病院外来化学療法室長
西條長宏・国立がんセンター東病院副院長(臨床腫瘍学会理事長)
嶋本正弥・九州大学病院心療内科助教
下山達・都立駒込病院化学療法科医員
二ノ坂保喜・にのさかクリニック院長
南貴博・済生会福岡総合病院内科医長



うと思っても受診待ち1カ月、それから入院まで1カ月待ちというのがよくあるため、化学療法を終わったらすぐ転院できるわけではない。

スムーズに緩和病院へ転院できるようにしようと思うと、医者の方も化学療法をどこで終わらせるか予測しておくことが必要となるが、どこまで化学療法を続けていけばいいのかハッキリしたエビデンスがなかなかない。臨床の我々を惑わすような抗がん剤で腫瘍の縮小が認められなくても、生存延長の効果はあるのでないかという解析論文も出ている。我々は1回効かなくなつた抗がん剤は、原則的には二度と使わないと教わつたが大腸癌のFOLFFOX4、FOLFIRI（いずれも化学療法の薬の組み合わせ方や投与量などを定めた『レジメン』の名称）のように5FUをさらに使い続けて生存延長の効果があることも示されている。患者さんが治療続行を希望した時に、果たして中止すべきかどうか迷うケースが実際にある。

全身状態の悪い人に抗がん剤

論説もそういう方向で動いている。

全身状態の悪い人にも減量して化学療法を続けるという話は、薬物動態学に基づいて行う事は今後の検討課題と思うが、やれば必ず治療関連死が増えてくる。医療事故報告が必要になる。あるいは緩和ケア病棟で何か医療行為をして2カ月以内に亡くなることはあるだろう。有害事象報告は過誤があるうとなかろうと報告する必要がある。こういうことも真剣に議論していただければと思う。

がん対策基本法で最も重要だと思ふのは、患者さん、行政、学会、医療従事者、メディアが各々責任を持たなければいけないこと。患者さん自身が責任を持たなければならず、それに対して我々医療従事者が十分な情報を提供していかなければならぬ。間違つた情報を提供したら何もならない。

化学療法と緩和ケアの連携をめざして

一般病棟で状態が悪くなつて打つ手がなくと患者さんは元気になる。

を使わないのも大原則だが、例えば、昨年のASCO（米国臨床腫瘍学会）に出てきた発表によれば、大腸癌患者で、PS2であっても、適切な減量規定を守れば生存延長効果は十分にあるという。患者を目の前にした時、だったらPS3やPS4の患者さんにも、QOLを上げたりまする効果として、適用があるかもしれないと考えてしまう。どの時点で化学療法をやめるべきなのか、粘るべきなのか、どう判断すべきか大変迷う事が多々ある。

西條 大変重要な話で、今後議論を続けていく必要がある。
南 私が勤務しているのは、救急を積極的に引き受けている一方で、近くの方がかかりつけ受診している病院。その経験で言うと、最初から最後まで同じ施設、同じスタッフでの医療を希望する患者さんが多い。私たちがホスピスの話をしても、それを見放されたと感じてしまう人が多い。

だから最初から最後まで一人の医師が診るのは賛成。できるなら医師だけでなく、同じ病棟

会場（末岡榮三朗・佐賀大学血液内科准教授）緩和ケアの連携

という点から考えると、痛みのコントロールのみでなく、スピリチュアルな面や社会背景、転院後のケアの問題など総合的な緩和ケアが必要であるが実際にはできていない施設が多い。少なくとも佐賀大病院の緩和ケアチームは一生懸命やろうと思つているがまだできていない。それから、患者さんが転院して実際に亡くなる場で、どのようなマネジメントがなされているかの実態把握がされていない。そこも論点にしてほしいと思う。

会場（早瀬尚文・久留米大学放射線科教授）放射線治療だと根治的治療も緩和的治療も可能なので、化学療法ほどの断絶はないと思う。特に久留米大病院では、主治医が一般病棟から緩和ケア病棟までついでいくシステムになつていく。もつとハッキリ言うと、緩和ケア病棟に行

で、看護師やパラメディカルも含め同じスタッフで最初から最後まで診れる状況にならないものだろうか。もちろんベッド数の問題やDPC（ここでは包括払いのこと。07年7月号参照）の問題があるし、急性期から緩和ケアまで習熟したスタッフをどうやって育成するのか考えるのと難しいと思うが。

嶋本 僕が研修医だった10年前くらいは、在院日数の問題も厳しくなくて、最初から最後まで1人の医師で診ているようなこともかなり多かった。最近では在院日数の問題があつて、急性期の化学療法は急性期病棟でやって、そこから緩和ケア病棟もしくは地域の先生にお願いしているというのが実情。

化学療法も、以前は入院で行うのが主だったが、現在は外来が中心。入院していれば看護師の目が届くとか研修医がベツタリ患者さんに付き添つていて、比較的患者さんの苦痛が目が届いたのではないか。しかし外来になると患者さんに寄り添うのが難しい、苦悩していたり副作用に困られたり今後のことで悩ん

くなると、医者や看護師とのコミュニケーションが減つて見放された形になる。しかし緩和ケア病棟では、患者さんが主役になる。看護も手厚くなるし、話を聞いてくれるということも元気になる。

緩和ケア病棟では1日あたり何をしてもしなくても診療報酬が一定なので、抗がん剤の薬代が捻出できず続けるのが難しくなるようだが、放射線治療は治療装置があるのでお金がかららない。たとえば痛みがあればすぐできる。

緩和ケアの一番の問題はベッド数が足りないこと。久留米大病院でも緩和ケアに移れないまま亡くなる患者さんがいる。非常に人手もかかるので、診療報酬を上げて、その上である程度の規模の病院には必ず緩和ケア病棟を作らなければいけないようにしたら、施設を移らなければならぬという断絶についても、少しは改善するのでないか。

二ノ坂 医者の言葉と、患者の生活者としての言葉のずれが、すごく大きいと感じている。紹介されてくる患者さんについて、

でいたりすることが多いのではないか。

化学療法をやめると頑張るのをやめたように感じてしまう患者さんが多い。緩和ケア側の医師は早い段階から患者さんを紹介してほしいと言ってくれる。どの時点でどう患者さんに説明したらよいか。地域医療連携が大切なんだけれど、主治医が不在になるとトラブルが多いと聞いており、やはり、主治医の先生が中心となつて地域の先生方と連携をとり、それを緩和ケアチームがサポートできればよいのではないかと考えている。

西條 同じ病院で最初から最後まで面倒をみるのがよいというのは、日本全体をマスで見ると、医療資源の無駄遣いになる可能性がある。分担していかなければいけないと思う。メディアの

病院からはきちんと言知していただきます、と引継ぎされるが、実際に話してみると違っている。患者さん自身が自分の病状を認めたくない気持ちがあるが、医療者として、患者に真実を伝え共有するため、どうすればいいのか、真剣に考える時期だろう。

患者さんは、やはり大きな病院への期待が大きい。病院から帰る時に何と言われるかによつて、まったく違ってくる。「もう治療法はないですよ」と言われるとガツクリ落ち込む。できれば「今の医学で病気を治すことは不可能な段階にきました。でも、これからもあなたの症状を取るために最大限の努力を続けます。私たちも応援するし、地域の中で、在宅医も一緒になつてやっていきましょう」と親身になつて言葉をかけてもらおうと、家に帰つてからの患者さんの気持ちがあつたか違ってくるだろう。患者さんを人間として見ることができて、人間としてお世話をする、そのことを皆で共有できるようにしたいものだ、と思う。

*PS performance status=一般全身状態、のこと。0から4までの5段階あり、数字が大きくなるほど重篤。文中の「2」は、労働はできないものの、身の回りの動作はできて日中の50%以上起きていられる程度。