

緩和医療と放射線治療の コラボレーション

緩和ケアは、WHOにより以下のように定義されています。「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」緩和ケアは全てに医療従事者が提供するべき基本的緩和ケアと、専門家が提供する専門的緩和ケアに分類することができます。緩和ケアの専門性は、患者/家族の苦痛の緩和とエンド・オブ・ライフケア (Quality of Deathの向上) にあります。治癒が難しい患者の限られた時間を、患者の人生や価値観に則ってどのように充実して過ごすことができるかを、ともに将来に希望を持ち、そしてもしものときに備えながら医療従事者として考え続けていくこと、であると私は考えています。

放射線治療は、緩和ケアの分野のひとつであるがん緩和ケアにおいて、症状緩和のためのモダリティとして重要な役割を果たしております。しかしながら、お互いをよく知らないために、有機的な連携が行われなかったり、予後予測を行い、全体の経過を見通した治療・ケアの目標に関する話し合いが十分でなかったり、十分に活用されなかったり、という問題も数多く生じていることを認識しています。

この合同企画のような機会が今後も持たれ、放射線治療と緩和ケアがお互いの専門性を理解し合い、患者家族のQOLの向上に寄与することを心から願っております。

神戸大学医学部緩和支援診療科 木澤義之

基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

～基本的緩和ケアを学ぶ場としての緩和ケア研修会

●佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科 山本 亮

緩和ケアは、「生命を脅かす病に関連している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」と定義されている。この定義を見て明らかのように、緩和ケアは「がん」に限ったものでもなく、「痛み」だけが対象の症状というわけではなく、「終末期に限定されたケア」でもない。

それでは、いったい緩和ケアは誰が提供者すべきケアなのであろうか？近年緩和ケアは、全ての医療従事者が提供する「基本的緩和ケア」と、専門家が提供する「専門的緩和ケア」に分けて考えられるようになってきている。つまり、緩和ケアの提供者は、全ての医療従事者なのであって、決して専門家のみが提供する特別なケアではないのである。そしてこの基本的緩和ケアには、①患者・家族がもつ苦痛(つらさ)に気づく、②つらさをアセスメントする、③つらさに対処す

る、④自分で対処できないつらさがある時には専門家に相談する、⑤患者に死が訪れるまで生きていることに意味を見出せるようなケアをおこなうことなどが含まれる。しかし我が国においては、専門的緩和ケアはあろうか、この基本的緩和ケアについても、学部教育でも卒後臨床研修でも系統的に学ぶ場が提供されていなかった。

そこで、がん対策推進基本計画に基づき、基本的緩和ケアを学ぶ場としての緩和ケア研修会(通称PEACE研修会)が開催されることとなった。この研修会の目標はあくまでも基本的緩和ケアの習得であり、卒後臨床研修修了時に身につけ、役立たせることができる内容とし、専門家へ相談するタイミングも明示するようにした。たかだか2日間の研修ではあるものの、緩和ケアについて系統的に学ぶ場が提供されたのである。この研修会において、「がん疼痛の評価と治療」の講義内で放射線治療について触れ、事例検討でも放射線治療の適応がある症例が準備され、症

状緩和の手段としての放射線治療について学ぶことができるようになった。さらにJASTROの協力を得て放射線治療についての選択モジュールを準備し、選択セッションとして、これを取り上げる研修会も全国各地で開催されてきた。

平成29年度には緩和ケア研修会の開催指針が見直され、翌年度より講義内容の一部がe-learning化され、さらに従来の研修会では十分に扱われてこなかった、非がんの緩和ケアや看取り前後のケアといった内容が盛り込まれることとなった。これは、がんは日本人の死因の30%弱に過ぎず、がん以外の疾患の終末期にも緩和ケアが必要であり、そのニーズが非常に高いことに由来している。WHOも全世界の成人患者における緩和ケアのニーズは心血管疾患で38.5%と、がんの34.0%よりも高いと報告しており、緩和ケアの対象はがんだけではないことを明確に示し

ている。非がん疾患でもがんと同様に様々な苦痛症状を呈することが報告されており、特に倦怠感や呼吸困難が問題となることが多い。さらに、予後の予測が難しく、ケアのゴールを患者・家族と話し合うことが重要となる。このような内容が、新しい緩和ケア研修会に盛り込まれたのである。

加えて、研修会の対象が緩和ケアに携わる医師以外の医療従事者にも拡大された。これまで医師の教育の触媒として参加してくれていた他職種に対しても、十分な教育効果が得られるよう、それぞれの職種で身につけるべきものは何なのかを議論し教材開発を行っていく必要がある。そして職種によらず身につけるべき核となる部分と、職種ごとに必要な内容を整理していくことで、基本的な緩和ケア教育のインフラとして整備され、我が国の緩和ケアのさらなるレベルアップに繋がることが期待される。

「予後を予測し、治療・ケアのゴールを話し合う」

●旭川医科大学病院緩和ケア診療部 阿部 泰之

患者の予後を予測して、その時期に見合った医療やケアの提供が大切ということは、それが放射線科医であろうが、緩和ケア医であろうが、共通した認識だろう。患者の予後を予測するには、いくつかの理由がある。

第一は、放射線治療、抗がん剤、分子標的薬など、抗がん治療の適応を判断するためである。当然、抗がん治療は予後や全身状態に応じて選択されていることだろう。しかし、予後を予測するのは、そのためだけではない。症状緩和の治療を行う際にも、予後の観点は重要となる。例えば、抗うつ薬が十分効果をあらわすのは、通常3-4週後である。予後2-3週と考えられる患者への抗うつ薬の投与は、デメリットしかない。また、栄養療法をいつまで行うか決める際にも、予後の予測が必要になる。終末期の過剰な栄養療法は、浮腫、気道分泌過多などの体液過剰症状を引き起こし、患者の苦痛となる。今後の療養の組み立てを考えるためにも、予後予測は必要となる。自宅療養の準備は間に合うのか、緩和ケア病棟での療養の余地はあるのか、それらを考えるとき、残された時間を勘案することは大切である。とりわけ終末期においては、患者を見送る家族のグリーフへの悪影響をなるべく減らすために、時間単位で予後を推定する。全ての人が、死の瞬間に立ち会いたいと考えているわけではないが、多くの家族が、その瞬間に居られなかつ

たことを後悔するからである。

がん患者の予後予測は、日本が世界の研究をリードしている分野である。日本で開発されたPalliative Prognostic Index (PPI) は、感度・特異度の高さ(70-80%)、臨床検査が不要で簡便であることから、広く使用されている予後予測ツールである。PPIは予後3週未満かどうかという比較的短い予後の予測に使用される。Prognosis in Palliative care Study predictor models (PiPS models) は、2011年にイギリスで開発された新しい予後予測ツールである。ウェブ画面上に項目を入力し、14日以下(日単位)、15-55日(週単位)、56日以上(月/年単位)を予測する。これらツールは研究法の進歩と相まって、徐々に精度は増している。

しかし、今後、仮に完璧に予後が予測できるようになったとしても、予後だけで治療やケアの内容が決められるわけではない。また、予後の予測と、推定予後を患者に伝えることは、分けて考える必要がある。聞きたくないという患者は一定数存在するし、聞きたいという患者においても、通常、死が近づくほどに予後を「数字」で知りたい人は減っていく。患者は「数字」が知りたくて予後を聞いているのではない。今後の経過の見通しを立てたかったり、残していく家族が心配であったり、何かしておきたいことがあるから、予後を聞くのである。だから、私たちが習熟すべきは、

予後予測ツールの使用法ではなく、患者や家族が現在抱えている気がかりや、心配事、イメージしている今後の経過、療養やケアに関する希望などを引き出し、治療やケアのゴールを話し合うコミュニケーションスキルなのである。

人生の最終段階を前にして、患者と家族は今後の医療やケアについてはもちろん、生活や人生についての選択を迫られることになる。中でも、病気の進行や急変により、患者自身の意思決定能力が低下したときの選択をどうするかは、個人の自律(=自己決定)が優先される現代においては、患者本人が自身の生命に関わる意思決定に直接的に関われないという点で、生命倫理上の難題のひとつともなっている。

患者の意向をよく聞き、ゴールを共有したうえで治療・ケアを提供することの大切さも、否定する人はいないだろう。スローガンとしては誰もが何べんも聞き、もしくは自分の口から発した言葉に違いない。では、常に患者の意向を聞いて、ゴールの共有を行えているかと聞かれると、口ごもる人が大多数なのではないだろうか。原因の多くは、その適切な「方法」がわかっていなかったからだと私は考えている。

その「方法」として近年注目されているものに Advance Care Planning (ACP) がある。Sudore は ACP を「将来の医療に関する個人の価値観、人生の目標、選好を理解し共有することで、あらゆる年齢または健康段階の成人をサポートするプロセス」と定義している。すなわち、ACP は、もはや、がん患者

のあらゆる段階の意思決定に還元されるべき方法論となってきた。

ACP の登場以前には、事前指示 (Advance Directive : 以下 AD) が、人生の最終段階の意思決定を支援する際の唯一の方法であった。しかし、AD を行っても、書面上の意思と実際の病状に齟齬があり、意思を適用できない例が多かったことなど AD の問題が判明し、その後、意思決定支援の在り方を模索する中で ACP が議論されるようになったのである。AD から ACP へ移行してきた理由を考えれば、ACP の何が重要なかがよくわかる。AD においては事前指示書という“書面”の完成を目指す。しかし、どれだけの人が、自分の意識が低下したとき、自分が何をしたいか、想像できるだろうか(おそらく、一人もいない)。そして、それを決めておいたら幸せになれるだろうか(おそらく、なれない)。ACP は話し合うこと自体を大切にしている。その話し合いで患者がどんな価値観を持って、どのように考えているのか、それを共有することを目指す(書面の完成が目的ではない)。そして、患者の価値観を軸としながら、家族や医療者が持っている情報や価値観などを含めて、包括的・多層的に話し合っていく。その要素として予後予測の結果はあるが、あくまで要素の一部でしかない。

日曜大工の目的がよく切れる鋸を使うことではないと同様、私たちは、よく切れる予後予測ツールを使うことを一義とせず、目の前の患者との「話し合い」を軸にすることを再認識する必要があるのだろう。

緩和医療における JASTRO の役割

● KKR 札幌医療センター 永倉久泰

がん対策基本法は、診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう求めている。しかしいざ早期から緩和ケアを導入しようとしても、主治医が「まだ緩和には早い」と消極的であったり、患者が「これからがんばって治療しようと思ったのになんで緩和ケアなんですか!?!」と怒り出すこともある。ネックになっているのは緩和ケア=終末期ケアというイメージの悪さだ。2002年に緩和ケアの定義が変わったとはいえ、一度染み付いたイメージはなかなか消せない。

そこで MD Anderson Cancer Center は、department of palliative care の名称を department of supportive care に変え、緩和ケアという用語そのものを葬り去った。すると早期の患者が増加し生存期間も延長したという (Dalal,

Oncologist 2011)。一般的には palliative care は疾患に伴う症状のケア、supportive care は治療に伴う副作用のケアと区別されているが、実は同じ意味で用いられることもある (NCI dictionary)。本邦でも「緩和医療科」を「支持医療科」に、「緩和ケアチーム」を「がん治療サポートチーム」のように名称を変更する施設が出始めており、患者や家族にいちいち緩和ケアの説明をする必要がなくなったという。

1990年からは治療無効例が緩和ケアの対象であった時代、2002年からは診断時から緩和ケアの対象となる時代であったが、これからは緩和ケアとは何なのかをいちいち患者や家族に説明する必要がない時代だ。2007年に産声を上げた厚生労働省委託事業緩和ケア普及啓発活動(オレンジバルーンプロジェクト)

は最早歴史的使命を終えた。JASTROも2011年から参加しているが、もう継続する必要はなからう。

その代わりに広島市民病院などで行われている脊髄麻痺撲滅運動を全国的に推し進めていただきたい。骨転移は決して珍しい病態ではないにも関わらず、必ずしも適切な対応がとられていない。麻痺を発症して初めて放射線治療の説明を受けた有痛性骨転移の患者もいると聞く。放射線科紹介から放射線治療開始までの間よりも問題なのは、発症から来院まで、そして来院から放射線科紹介までの間だ。まず国民には進行性の背部痛、下肢筋力低下、膀胱直腸障害があればすぐ受診するように、次に医療者には脊髄圧迫症候群が疑われたら生検や内視鏡などの診断を後回しにしてでも治療開始を急ぐように、そして脊髄圧迫症候群の予備軍を見かけたら発症前に相談するように、関連学会とも連携して全国規模のキャンペーンを進めていただきたい。

折角キャンペーンを行うのならもう一つ付け加えてほしい。WHOはがんの痛み治療の目標として、まず夜間に痛みなく眠れること、次に安静にしていれば痛くないこと、そして体動時にも痛くないことという三段階の目標を掲げている。緩和ケア＝終末期ケアであった時代はまだこれでもよかった。だが患者が本当に望んでいるのは、鎮痛薬を使わなくとも痛くないことだ。鎮痛薬が不要になれば副作用対策の下剤や制吐剤も不要になる。これこそ痛み治療の理想だ。だが痛み治療の目標は未だに緩和ケア＝終末期ケアであった時代のままだ。医療者が「痛みはオピオイドでコントロールされているから放射線治療は必要ない」と考えたために放射線治療の説明を受けていない患者はまだまだいるに違いない。オピオイドのために運転や仕事ができない患者は少なくない。「鎮痛薬なしでも痛くない」という目標はもっと真剣に追求されるべきだ。これを達成できるのは痛みの原因療法だけだ。先生方も放射線治療で痛みが消失して鎮痛薬が不要になった経験をお持ちであろう。とりわけ骨転移に関しては痛みの20～30%程度が放射線治療で消失するというエビデンスがある。これを説明せずに鎮痛薬だけで済ませるのは説明義務違反であろう。

国民に目覚めて欲しい。がんの痛み治療の目標は三段階でおしまいではない、鎮痛薬がなくとも痛くな

いのが理想だと。関連学会に「がんの痛み治療の目標を四段階にしましょう」などと提案したところで実現するかどうかはわからない。それより国民が動いてくれた方が医療界が変わるのではないかと期待している。医療者が痛みの原因療法に目覚めてくれれば、痛み悩まされているがん患者に大きな福音となろう。

さてキャンペーンにはどんなメディアが有効だろうか。広告には、テレビ・新聞・雑誌・ラジオという四大マスメディア、屋外広告や交通広告などのプロモーションメディア広告、そしてインターネット広告がある。インターネット広告は成長率こそ高いが、それは他の媒体と異なり放送時間枠やページ数などの制約がないからに過ぎず、実際には最もユーザーに嫌われている広告である。スマホでは広告をブロックするアプリが人気だ。YouTubeには広告をスキップする機能すらある。インターネットは情報発信には簡便だが、効果もそれなりだ。事実、緩和ケアという言葉を知ったかというアンケート調査の結果は、テレビが40.7%、新聞が28.0%なのに比べ、インターネットはわずか2.4%に過ぎない(Orange Balloon Project 平成22年度調査報告書)。検索すれば自分の放射線皮膚炎の写真を公開している乳がん患者のブログがいくらでも出てくるこの時代に、学会が一般市民レベルのメディアしか使わないようでは宣伝効果は見えていない。学会こそ一般市民には使えないメディアを使いたい。JASTROは全国紙に第30回学術大会の広告を出した。全国紙に脊髄麻痺撲滅運動の広告を出せば、より多くの国民に有益となるに違いない。

がん治療と緩和ケアの間には今でも境界線が引かれており、ベルリンの壁のように両者を分断してきた。だが近年はPsycho-OncologyやCardio-Oncologyのように緩和医療とがん治療の統合が進められており(Ferrell, J Clin Oncol 2017)、これにより患者や家族が意識せずに早期から緩和ケアを受けられるようになると期待されている。医療を細分化し続けてきたのは科学であって患者ではない。患者が求めている医療には最初から境界線などなかった。ベルリンの壁も崩壊してみればあっけないものだった。がん治療と緩和ケアの境界線も、意外とあっけなく崩壊していくに違いない。

緩和医療における IVR (画像下治療) の役割

●国立がん研究センター中央病院 荒井 保明

「画像診断装置で体の中を透かして見ながら、大きく切開せずに体内に挿入した器具で行う治療」。これは、私が一般の人々にIVRを紹介する際に用いている表現である。正しくは Interventional radiology、日本語の呼称は「画像下治療」である。画像診断機器を使用する点、局所治療である点は放射線治療と同じだが、最終的に治療を行うのは器具(デバイス)であり、この点が放射線による殺細胞効果を用いる放射線治療と異なる。歴史的経緯もあり、放射線を診断と治療に大別する場合には放射線診断に包含されている。

IVRと言えば、兎角肝がんに対する動脈化学塞栓術(TACE)が想定される傾向があるようだが、TACEはIVRのごく一部であり、実は緩和医療にこそIVRが得意とする領域が数多く存在する(表1)。例えば、ステント治療は消化管、胆管、血管、気管など様々な管腔臓器の狭窄や閉塞に活用される。中でも他に有効な治療法のない上大静脈症候群や下大静脈症候群には、70%以上の症例で迅速かつ劇的な治療効果を示す。また、骨転移などによる骨の脆弱化に起因する体動時痛に対する骨セメント注入術、上腹部の難治性疼痛に対する腹腔神経ブロック、難治性疼痛を来している腫瘍に対する経皮的アブレーション、難治性腹水に対するシャント造設術など、症状緩和のためのIVRは枚挙に暇がない。さらに、頸部食道からの胃管挿入(PTEG)のようにチューブによる負担を軽減するためのIVRもある。この他にも、中心静脈カテーテルやポートの挿入留置、心嚢水、胸水、腹水、膿瘍のドレナージなどのさまざまな緩和に関わる処置を、画像ガイドを用いることで、安全、確実かつ迅速に行うことが可能である。そして、これらのIVRのほぼすべては、局所麻酔下に行われる。よって、緩和医療におけるIVRの利点は、低侵襲性、迅速性であり、また、使用するデバイスも昨今の薬物療法に比べれば高いものではなく、比較的廉価である点も利点と言える。

技術を主体とするIVRは職人芸的に捉えられる傾向があり、かつてはエビデンスが不十分であったが、本邦では世界に先駆けて2002年に多施設共同臨床試験組織である日本腫瘍IVR研究グループ(JIVROSG)が発足した。これまでに30余の臨床試験が行われ、多くの緩和IVRについてのエビデンスが提示されている(<http://jivrosg.umin.jp>)。中でも、大静脈ステント、PTEG、腹水シャントにつ

いてはランダム化比較試験も行われ、その一部についてはポジティブな結果が報告されている(Support Care Cancer (2019) 27:1081-1088)。すなわち、未だ十分とは言えないものの、緩和IVRのエビデンスは着実に蓄積されつつあり、次のステップは、これらのエビデンスに基づくガイドラインへのIVRの掲載であろう。

緩和医療におけるIVRの最大の問題点は、その認知度の低さである。卑近な例で恐縮だが、私が国立がん研究センター中央病院に赴任した2004年当時年間600件程度であったIVRは、2016年には6000件近くにまで増加した。その理由は、それまでIVRを知らなかった各診療科の医師が、受け持ち患者に対して行われたIVRの効果に「味をしめ」、その後、次々とIVRを依頼したためである。緩和医療におけるIVRに対する潜在的なニーズが大きいことを端的に示す事例と思われる。よって、症状緩和が必要な予後の限られた患者に速やかにIVRを導入するためには、医師に限らず、医療に関わるさまざまな職種の人々に、IVRを周知することが急務と言える。緩和ケア研修会における紹介の徹底や緩和を標榜する際の必須項目にIVR専門医の存在を加えるなど、制度面の充実も検討する必要があるかもしれない。また、多くのIVRの適応症例は画像診断の過程で発見される場合が多く、この点では画像診断に関わる放射線診断医や放射線治療医が「IVRの適応、あるいはその可能性がある」ことを主治医に伝える姿勢で臨んで頂くことが大きな支援になる。この点については是非、放射線治療医の協力を頂きたいと思う。実際、特に疼痛緩和を目的とする放射線治療については、IVRの適応となる症例も少なくなく、放射線治療医とIVR医の連携は、今後の緩和IVRの活用に極めて重要と思われる。他方、種々の緩和IVRを実際に実施することのできるIVR医や施設が限られているのも事実であり、日本IVR学会では、ホームページに対応可能な施設を紹介しており(<http://www.jsir.or.jp>)、仮に自施設で対応困難な場合にも近隣の施設を検索することが可能となっている。

緩和医療における放射線治療の活用も未だ十分とは言えないであろうが、IVRの活用はさらに大きく立ち遅れているのが現状である。この点で、我国の緩和医療を充実させる上での我々放射線科医の役割は大きく、是非とも連携して進んで頂ければと願う次第である。

表1 緩和医療でIVRが思い出されるべき病態とIVR

消化管狭窄・閉塞	ステント治療、吻合形成、PTEG、胃瘻造設など
胆管狭窄・閉塞	経皮的ドレナージ、ステント治療
気管狭窄・閉塞	ステント治療
上大静脈症候群、下大静脈症候群	ステント治療
水腎症	腎瘻造設、膀胱瘻造設、尿管内瘻化
気管胸腔瘻	瘻孔閉鎖術
難治性腹水	デンバーシャント術
有痛性骨転移	経皮的セメント注入術
難治性上腹部痛	腹腔神経ブロック
難治性有痛性腫瘍	ラジオ波凝固療法、凍結療法、動脈塞栓術
各種液体貯留、膿瘍	画像誘導下ドレナージ術、リンパ管塞栓術
各種瘻孔	瘻孔閉鎖術
静脈ルート確保困難	画像誘導下中心静脈カテーテル挿入、CVポート留置