

OPINION



がん診療に携わって思うこと

岐阜市民病院外科 副院長 杉山 保幸

2018年6月1日の第27回日本癌病態治療研究会（当番世話人：永瀬浩樹先生）のワークショップ2『浸潤・転移の分子機構とその制御』で、主旨とはまったくかけ離れた『消化器癌症例における看取りの場からみた終末期緩和医療の現状と課題』というタイトルで演題発表をさせていただきました。“畑違い”の内容であったにも関わらず、座長の労を執っていただきました京都府立医大消化器外科教授の大辻先生から、「緩和医療も本研究会において重要な領域であり、本会の定款にある『癌の病態や治療法に関する調査、研究を行い、その病態（素因や環境因子など）や癌患者の臓器の悪性度にあった治療、宿主側の生体反応にあった治療法の確立を目指し、また癌患者やその家族および癌治療にかかわる医療従事者を対象とした研究会やセミナー、講演会を通じて、癌の病態や治療法に関する情報の収集、発信、普及啓発を行い、病中病後における癌患者自らが理想とする生活（quality of life (QOL)）の向上を図り、癌治療の質や癌患者へのサポートを向上させ、もって医療、公共の福祉の増進に貢献すること』という目的に十分合致している」と激励のお言葉をいただきました。これまでの本研究会で緩和ケアに関連する発表はなかったと記憶していますが、2013年4月に岐阜市民病院に異動してから取り組み始めた緩和ケアも癌病態治療の重要な研究テーマであることを改めて認識し、2019年6月下旬に開催予定の第28回日本癌病態治療研究会（当番世話人：石

田秀行先生）にも恥を顧みず演題応募をさせていただいている次第です。

さて、私事になりますが、医師免許を取得してからはや40年が経過し、主に大腸癌の手術療法、化学療法、免疫療法に携わってきましたが、治療法は日進月歩で変貌し、新たなモダリティの登場には枚挙にいとまがありません。特に近年では薬物治療の領域での展開が目まぐるしく、多くの薬剤が臨床現場に次々に登場してきています。現時点での大腸癌の治療方法を図1にまとめてみましたが、内視鏡的切除や手術治療はがんが局所にとどまっている時に適応となり、最も根治が期待できるものであります。また、放射線治療やラジオ波焼灼療法、凍結療法、動脈化学塞栓療法は局所療法のカテゴリーに含まれますが、直接治療を施した病巣に対しては治療することも少なくありません。一方、これまでのガイドラインでは化学療法として一括されていたものが、2019年1月25日に刊行された『大腸癌治療ガイドライン 医師用 2019年版』では「薬物療法」に変更され、薬剤は殺細胞性抗癌薬、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬の3つに分類されました。そして、特筆に値するのは、免疫チェックポイント阻害薬に関連する事項が多数加えられたことです。2011年頃に次の刊行に向けてのパブリックコメントや関連学会で、大腸癌薬物治療における免疫療法の意義に関するclinical question (CQ) の追記を要望したものの、“門前払い”になったこと

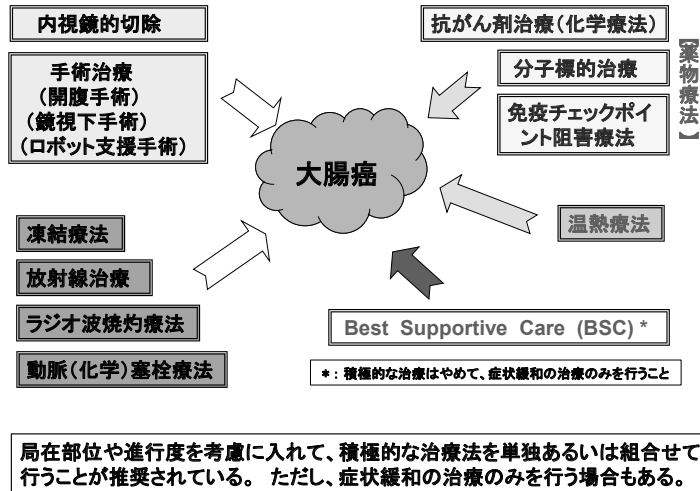


図1 大腸癌に対する治療

が今でも鮮明に脳裏に焼き付いていますが、隔世の感があります。がんに対する免疫療法は、折々の重大な発見とともに一時的にもはやされては一定の成果を残し、その後衰退するという歴史を繰り返してきましたが、免疫チェックポイント阻害薬の有効性が臨床現場で実証され、保険償還もされたことで、ようやく免疫療法が日の目を見ることができるようになりました。しかし、まだ手放しで喜べる状況ではなく、高額な薬剤であるにもかかわらず、治療効果が期待できるのは20～30%の症例と推測されていること、レスポンスを予測するバイオマーカーがまだ確立されていないことなど、解決すべき課題も多いようです。また、分子標的治療薬としては、低分子医薬品としてマルチキナーゼ阻害剤のレゾラフェニブ、バイオ医薬品として血管内皮細胞増殖因子（VEGF）阻害剤のアフリベルセプトが、さらに抗体医薬品としてはEGFRを標的とするセツキシマブ（キメラ抗体）、VEGFを標的とするベバシズマブ（ヒト化抗体）、VEGFR-2を標的とするラムシルマブ（ヒト型抗体）、EGFRを標的とするパニツムマブ（ヒト型抗体）が薬価基準に収載され、膨大な臨床データが蓄積されていますが、高価な薬剤であることには変わりなく、2019年版のガイドラ

インでは、これらの効率的な使用方法を記述したアルゴリズムが示されています。いずれにしても、薬物療法では根治が得られる場合は稀少であり、延命効果あるいは症状緩和を期待するものであるということを十分に周知してゆくことが肝要かと考えます。

ところで、頻度はそれほど多くないものの、図1で示したBest Supportive Care（BSC）を選択するケースも最近は見られるようになってきました。がんに対する積極的な治療はやめて、症状緩和の治療のみを行うわけですが、近親者が薬物療法でがんと闘う姿を目の当たりにした経験のある方々の中には、「延命はしたものの、その日常生活や社会生活の状況は決して意義のあるものとはいえなかった」という理由でBSCを選ぶことが多いようです。薬物治療の進歩により、切除不能例が手術可能となった、いわゆる“チャンピオン症例”が増えてきてはいますが、延命治療をどのように理解して癌治療に臨むかについては、それこそ“ケース・バイ・ケース”あるいは“パーソナライズ”される必要が最も高い事項と考えています。ただ、このこと自体が正解のない難題であることも事実です。現在の日本では、2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががん

で亡くなる状況ですので、がんに対する正しい知識を国民に提供することが、がん診療に携わる医療従事者に与えられた重要な使命であることは論を待ちません。

私は、2017年から中学3年生の保健体育の授業の一環として「がん教育」にも携わるようになりました。“教育はがん診療よりも難しい”というのが正直なところですが、学習指導要領に準じてスライドを作成し、学校長と保健指導主任の校閲を受けた後、50分間の授業を実施するわけですが、がんについて正しい知識を持てば過剰に恐れる疾病ではないこと、中学生の頃から予防にも心がける必要があること、などが理解できる点で有用であると学校長から講評をいただいています。また、生徒の感想文でも、「がんという病気を身近に感じることができ、他人事ではないと思った」、「自分で今からできることを実行し、がんの予防に役立てたい」、「両親をはじめとする家族に、がん検診を勧める」などの記述が多く、授業により所期の目的はある程度達成されているものと思っています。

閑話休題、当院は高度急性期疾患を担うDPC特定病院群であり、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、地域災害拠点病院の指定を受けています。ホスピスや緩和ケア病棟は併設しておらず、コンサルテーション型の緩和ケアチームが設置されて、主治医や担当看護師とともに患者や家族にかかわるスタイルで緩和ケアを実践しています。しかし、医師免許取得後長年にわたる消化器外科医としての職務で染みついた“診療スタイル”からは容易に脱却できず、緩和ケアチームのメンバーはかなりの違和感を抱きながら私の回診を眺めていたことを、最近になって知らされました。すなわち、対話や想いの傾聴といった時間はほとんどなく、“主治医”としての立場で入手したい情報を closed question として尋ねていたという指摘です。ところが、この1年間ほどはベッドサイドで患者・家族と同じ高さの目線で、受け持ちの医師や看護師とは別の観点から接するようになり、「時間に縛られずにゆっくりと回診している」、「よもやま話などの雑談

をはじめ、診療とは無関係な会話もしながらいろいろな考え方を聞き出すことができるようになった」と、回診に同伴する緩和ケア認定看護師からも評価されるようになりました。しかし、がんに対する積極的な治療が終了して、辛い身体的症状の緩和や精神面でのサポートを主たる目的として介入するケースがほとんどであり、思うようにはならない方が多いのが実際のところ。このような状況下で、最近アドバンス・ケア・プランニングと呼ばれ、人生の最終段階をどのように過ごすかを前もって話し合っておくという考え方も普及しつつあります。厚生労働省は、アドバンス・ケア・プランニングのことを「人生会議」と呼ぶように定め、今後の緩和ケアの実践において、積極的に取り組むように指導していますが、課題は山積しています。特に、高齢化社会となり、独居でかつ認知機能が低下している場合には、意思決定が困難な場合も少なくありません。人生の最終段階をどのように暮らしたいかについて、いつ議論を行い、だれにどのように伝えるかについても、一定の決まりがないのが実情です。また、一度決めたことでも、常に変動するのが現状であり、揺れ動く思いをその都度修正していると、終末期になった時に、どれを本人の真の意思とすべきかが難しい場合があると予測されます。さらに、がんに限らず、生命を脅かすさまざまな病気が緩和ケアの対象であるため、人生の最終段階のプランも複雑多岐にわたることとなり、簡単には決められないと推察されます。

これまで長年にわたって取り組んできたがん診療を回顧し、その所感を徒然なるままに綴ってみました。まとまりのない文章となってしまいましたが、“人生100歳まで健康で生きる”ことをこれからの目標に掲げ、癌病態治療研究会の目指すところをしっかりと心に刻み込んだ上で、今後のがん診療の推移を自分自身の目で見つめていきたいと愚考しています。

文献

大腸癌研究会編. 大腸癌治療ガイドライン 医師用 2019年版. 金原出版, 2019, ISBN 978-4-307-20393-7.