

第25回札幌冬季がんセミナー

前ページから続く

た同術であるが、現在では系統的切除まで適用となり、同科でも完全腹

腔鏡下の肝葉切除の施行例が増えて
いることも報告された。

～がん治療の価値評価～

社会的経済的な影響を加味した新たな分析モデルを

近年、英国では英国立臨床評価研究所(NICE)の評価により高額な分子標的治療薬が相次いで拒否勧告(最初の提案が)されるなど、抗がん薬の高い薬価が問題視されている。がん治療における薬物療法の価値についての考え方と公的医療制度における評価方法などについて概説した大阪大学大学院医療経済産業政策学の田倉智之教授は「高額薬剤に対する評価アプローチの改善のポイントは、生命、社会への貢献価値をもう一度見直してみようということ」と指摘した。

延命効果の再考なども大切

田倉教授によると、薬物療法などの診療技術の価値評価については、パフォーマンス(費用効果分析)という観点から説明することが理想となる。すなわち、提供される診療技術の報酬は、生み出される価値とのバランスで論じられるべきである。例えば、「健康回復(Outcome)÷消費資源(Cost)=診療パフォーマンス：価値(Value)」と整理されるという。

同教授は、診療技術のアウトカムを表現する代表的な指標として、「質調整生存率(QALY：QOLを加味した生存年)」を挙げた。わが国でも近年は、QALYを用いた評価が普及しつつあるが、同教授はQALYを用いた評価にもまだ課題があることを指摘。「QOLの測定ツールの感度が低いケースもあり、それに対して精

度の高い手法の導入も議論すべき」。「余命の異なる末期がん患者と他の疾患(例えば慢性期)の患者の延命の価値は差がある可能性があり、重み付けなどの研究を行うべき」などといった点を指摘し、分析モデルの技術的な改善とともに、延命の効果を再考すべきであるとした。

さらに同教授は、高額な薬剤の医療経済評価を基にした公的給付の判断にも、倫理面も含め多様な論争があることも報告。「重篤な病態などについては、治療の順番や医療資源の配分を優先すべきという社会的なコンセンサスの示唆もあるので、その要素を考慮すべき」とも指摘した。

新たな視点の導入も必要

最後に、田倉教授は「診療技術の臨床経済効果の本質は『医療財源＝国民の負担』にある」と述べ、医療費が増大する中で国民が薬剤開発などを支えるためにも、社会経済的な価値評価を反映した新たなモデルが求められると強調。パフォーマンスの改善には、遺伝子解析などの結果に基づく「費用効果の良い症例群への介入」に着目した“部分最適”な評価であるミクロの視点と、安心感醸成(支払い意欲)などの社会的な影響と労働生産性などの経済的な影響の両者を加味した“全体最適”な評価というマクロの視点があり、次世代の薬物療法の臨床経済モデルが必要であるとした。

～大腸がん分子標的薬～

臨床的意義を総合的な視点で再考を

昨年、大腸癌治療ガイドラインが改訂され、分子標的治療薬の3剤(ペバシズマブ、セツキシマブ、パニツムマブ)が海外の大規模ランダム化比較試験(RCT)の成績を基に、切除不能進行再発大腸がんに対する1次治療として推奨された。大腸がん分子標的薬の臨床評価を、OSの延長だけでなく、QOLや有害事象、薬価などの総合的な視点から検討した国立がん研究センター中央病院消化管腫瘍科消化管内科の島田安博科長は「急激に増加している大腸がん患者が治療から受ける利益は、本当に改善したかどうかを十分に検討する必要がある」と指摘した。

域におけるすべてのドラッグ・ラグは解消された。さらに昨年改訂された「大腸癌治療ガイドライン 医師用2010年版」でも、切除不能進行再発大腸がんに対する化学療法として、1～3次治療すべてにおいて、分子標的治療薬の使用が推奨された。

島田科長は「分子標的治療薬により、奏効率(RR)、無増悪生存期間(PFS)は改善したが、“延命”に関しては不明である」と指摘。切除不能進行再発大腸がんのOSは、約20年の経過で3～4倍に改善されたが、実は分子標的治療薬が登場して以降は、OSの延長があまり認められていないことを示した(図)。

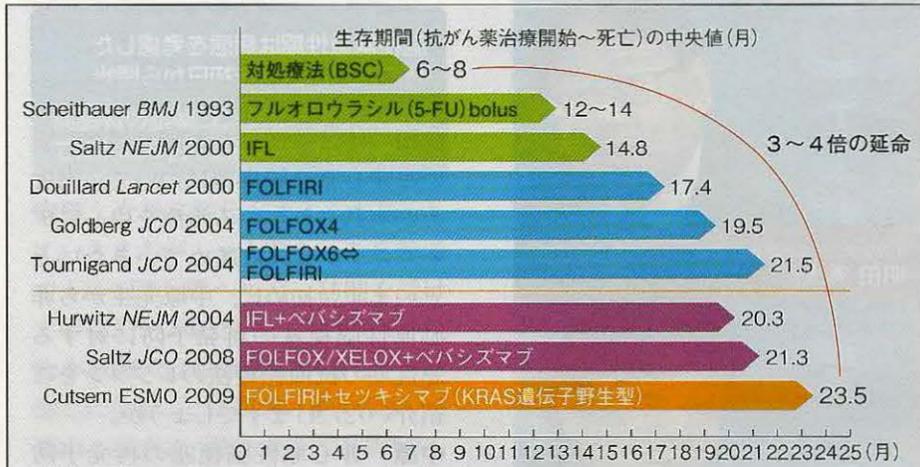
また同科長は、分子標的治療の高額な薬剤費が、現場での治療継続の支障となっていることを指摘。昨年の米国臨床腫瘍学会(ASCO)では、“New Bad News”(完治しないとい

うold bad newsに加えて、高い医療費負担というnew bad newsを患者に知らせる)が取り上げられたほか、各学会でも、医療費(費用効果)をテーマとした企画が多くなり、注目されていると報告した。

同科長は、分子標的治療薬の“功”として、①RRの有意な上乗せ効果②PFSの有意な延長③OSのわずかな延長④新たな作用機序を標的とする⑤新たな治療選択肢を提供した一を挙げ、一方“罪”として①新たに、

多彩な有害事象②標的分子の特異性の低さ③高額な薬剤費一を挙げた。分子標的治療薬の有害事象については、従来の化学療法では認められなかった多彩なものがあり、患者のQOLを慢性的に低下させることも懸念される。今後、高齢者のがん患者がますます増える中で、分子標的治療薬の臨床的な意義を、総合的な視点で再考する時期に来ていることを指摘した。

(図) 切除不能進行・再発大腸がんの治療成績



IFL：5-FU+ロイコボリンカルシウム(1-LV)+イリノテカン(CPT-11), FOLFIRI：5-FU/ロイコボリン(LV)+CPT-11, FOLFOX：5-FU/LV+オキサリプラチン (島田安博氏提供)

～在宅みとり～

大病院信仰と家族への負担感がバリアーに

現在わが国では、がん患者の約9割が医療施設で死亡している。しかし、「在宅でのみとり」を希望する患者は多い。在宅緩和ケアを専門とする医療法人社団爽秋会ふくしま在宅緩和ケアクリニック(福島県)の鈴木雅夫院長は、同院の取り組みについて報告した。

支援側の問題点は多職種連携

同クリニックのほか、宮城県に2カ所(岡部医院、緩和ケアクリニック仙台)の診療所を持つ爽秋会では、できるだけ在宅で過ごしたいと願っている終末期がん患者、神経難病患者、通院の困難な高齢者などを対象に、計画的な訪問診療を行っている。スタッフは、医師9人(常勤8人、非常勤1人)をはじめとして、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、鍼灸師、ヘルパー、チャプレン(病院付牧師)など計87人のスタッフが従事している。自宅のみとったがん患者は、昨年1年間で308人、2009年は315人、2008年は251人である。

ふくしま在宅緩和ケアクリニックは、2007年10月に開院。現在は、医師2人(常勤)、看護師4人、ソーシャルワーカー1人、事務員2人のほか、岡部医院から1～2週に1回来るチャプレンにより、特にがんを専門とした在宅緩和ケアが行われている。

鈴木院長によると、外来は行っていないため、収入もごく限られており、収入はすべてスタッフの給料に

回される。医療施設などの固定資産に回せる費用はないため、家賃7万円のごく一般的な民家を借りて、診療所を開いているという。

同院長は、在宅緩和ケアを提供する側の問題点の1つとして、「多職種連携」を挙げた。在宅緩和ケアの現場では、複数の職種でチームを形成する必要があるが、職種ごとに事業所が違う。1つ1つが独立採算の事業所であるため、それぞれが黒字を出さなければならない。その中で患者ごとにチームを形成したとき、理念の統一、情報交換、人間関係の構築を行うことは容易ではない。同院長は、必然的に同一組織内に多職種をそろえざるをえない現状を報告した。

また患者側の問題点として、「大病院信仰」と「家族への負担感」に集約できる」と指摘。病院で最期を向かえることを望む人たちは、死については嫌なものとして話し、点滴しながら心電図や人工呼吸器を付け、心臓マッサージをされながら死ぬのが正しい死に方であると考えてる人が多い。一方、自宅のみとられることを希望する人たちは、死について仕方がないものとして話し(「受け入れている」というのとは違う印象)、死は人生のゴールであり、いつも通りの生活を大切にしている。「われわれの活動が、地域における死の文化の継承につながることを期待して日々の仕事を行っている」と報告した。