

納得のいくがん医療を実現させるために必要なこと ～患者と医療者がよりよりコミュニケーションを築くために～

2005年4月30日、5月1日にNHK総合テレビで放送されたNHKスペシャル「シリーズ 日本のがん医療を問う」はがん医療が抱える諸問題への議論を喚起するという点で有意義でした。しかし、臨床医としては懸念すべき内容がいくつか存在したため、「臨床医ネット」として405人の臨床医の署名を集め2005年7月7日にNHKに提言書を送りホームページを開設いたしました¹。新聞に取り上げられる^{2,3,4}等、世間の反響は我々の予想を超え大きいものでした。今まで現場に立つ臨床医が意見を表明することは稀でしたが、医師がマスメディアに対し情報発信する重要性を再認識させられる経験でした。

NHKから出演依頼があり、NHKスペシャル「シリーズ 日本のがん医療を問う」の第2弾に「臨床医ネット代表」として小林がスタジオに参加しました。番組収録を通じて、患者・家族の方々が抱える悩みや不安、哀しみ、それに対するケア不足などを生の感覚として実感できたのは、有意義なことでした。

しかし、収録前日に下記のような番組の論調を知らされ、一臨床医として強い懸念を覚えました。番組の主張は、『全てのがん患者に治癒する可能性がある」と前提とし、治癒しない可能性についてはあえて議論をしない。必ずあなたを治す治療はあるはずなのに、世界的に行われているその治療が地方では受けられない、知らされない(地方格差)。各病院の治療成績も開示されず、情報がない(5年生存率開示、がん登録)。新しい治療(未承認薬)も受けられず、がん患者は苦しんでいる。』であると感じられました。

一例として番組内で未承認薬のタルセバによる治療が取り上げられましたが、『臨床試験で示された膵臓がんの生存期間中央値は、ジェムザール単独療法群 5.9 ヶ月 vs ジェムザール+タルセバ療法群 6.4 ヶ月。0.5 ヶ月の差である。』⁵ という事実には全く触れていません。番組制作者の企図通りなのでしょうが、前回の提言書¹でも述べたように、未承認薬に対する不正確な認識(過度の期待)を視聴者や患者に与えていることを、我々は懸念します。臨床医は日々の診療の場において、一日でも長く生きたいと願う患者さんの願いを常に感じています。だからこそ、新薬の報道は、過度の期待を煽るものであってはならないと考えています。

この論調を何とか打破しようと、事前に臨床医ネット参加者から募った意見をまとめ、小林は収録中、治癒する可能性のあるがん(早期癌)と進行再発期～終末期のがんを分けて論じるべきだと主張しました。両者は必要とされる医療の質と、内在する問題点の解決策が全く異なるからです。この発言は番組企画の流れと結論に異を唱えるものだったため、スタジオの一部の方々から当初猛反発を受けましたが、第一夜・第二夜の収録中繰り返し述べさせていただきました。第一夜の収録では真意が伝わらないままで終わってしまいました。しかし、第二夜の収録では大論争になったものの、最終的には何人かの臨床医が同じ論旨の発言をしてくださるなど、『完治しないがんがあるという現実を直視することからしか現状を打破することはできない』という小林の真意は、臨床医や一部の患者の方々には伝わったものと感じております。ですが、2006年1月7日、8日の放映においては、小林の発言は真意を伝え

¹ 臨床医ネットホームページ <http://literacy.umin.jp/>

² 朝日新聞 2006/7/9 朝刊 がん特番「誤解招く」医師ら意見書 NHKは「データ正確」

³ 読売新聞 2005/7/10 朝刊 NHK がん特番に臨床医らが意見書

⁴ 毎日新聞 2005/7/13 朝刊 NHK がん医療番組に意見書 医師ら405人送る

⁵ <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/results/erlotinib-and-pancreatic-cancer0505>

ない部分のみの引用で、その後が続いて全く別の場面での患者・家族の方の発言が挿入されるなどの編集がされていました。その他の小林の意見は全てカットされ、結果として我々の意見は全く伝えられていません。

よってNHKスペシャルの収録・放映を通しての所感をご報告し、臨床医ネット参加者からの意見をまとめて作成した収録準備資料を意見書として提示いたします。この意見書が我が国のがん医療を改善する一助になることを願います。

要旨

#1. 治癒しないがんがある

ある時期を超えたらがんは治癒しない。治癒しないがんがある、との現実を直視することからしか現状を打破することはできない。

#2. がん患者の治療は3つに大別され、それぞれの対応が異なる

最適のがん医療を考えるには、治癒の可能性のある早期がんと治癒の可能性のない進行期あるいは再発期のがんを分けて考える必要がある。

- ・合併症のない早期がん(推定15万人)には一般的な医師(地域の一般病院など)が標準的治療を行う。
- ・合併症のある早期がん(推定4~5万人)には知識や経験の豊富な医師が個別最適化した応用的治療を行う。
- ・進行期あるいは再発期のがん(推定30万人)の抗がん剤などの治療効果は限定的であり、治癒のための治療から不快な症状の緩和を目的とした治療へと重点が移っていく。この場合、早期がんの治療以上に、全ての治療が医師患者間の信頼関係の上に構築される必要がある。患者との対話をサポートする仲介者が必要である。

#3. 各医師の特性をさらに生かすため意見交換を促進する必要がある

専門職であるため、それぞれの医師の特性は存在する。医師の特性を前提として、それぞれの特性をさらに生かす為には、がん診療にあたる全ての医師が日進月歩の知見について行けるよう、がん診療の専門的機関から専門医師を派遣し、共に診療にあたりカンファランスで意見交換するシステムが必要である。医師の熱意と自己犠牲のみによって成り立つ医療は長続きしないからである。

#4. 情報開示は目的ではなく手段でしかない

患者にとって必要なのは、統計学的な解釈が難しい治療成績などの膨大な情報ではなく、正しい情報を正しく解釈する為のサポートを通して、医療者との信頼関係を築くことである。情報開示は目的ではなく、医療者と対話を深める為の手段であるとの認識が必要である。

#5. 緩和ケアは生を尊重するために治療初期から開始されるべきである

治療初期から開始されるべき緩和ケアの理念は、緩和ケア病棟などの終末期の施設と混同されやすいため、その普及が遅れている。緩和ケアは生きることを尊重するものであり死を早めるものではない、との認識を広める必要がある。

この意見書の問い合わせ先

患者とともに納得の医療を目指す臨床医の会(略称:臨床医ネット)

代表: 小林一彦

JR 東京総合病院 血液腫瘍内科

〒151-8528 東京都渋谷区代々木 2-1-3

e-mail: kazuhiko.kobayashi@gmail.com

副代表: 濱木珠恵

東京都立府中病院 輸血科

〒183-8524 東京都府中市武蔵台 2-9-2

e-mail: tamae.hamaki@gmail.com

意見書 ver 1.00:2006年1月11日 HP 掲載

意見書 ver 1.01:2006年1月13日改定

意見書 ver 1.02:2006年1月17日改定

(文責:臨床医ネット 小林一彦、濱木珠恵)

#1. はじめに～ 治癒しないがんがある

我が国では、がんの治療は国際的に見てもかなりの水準を維持しており、かなり低い年齢調整死亡率となっています⁶。がんは不治の病と恐れられてきましたが、一部のがんが治るようになり、そのことがあまりに強調されて報道されたため、すべてのがんが治癒しないのはおかしいという考えが生まれ、生まれてしまったのかもしれない。

しかし、残念ながら現代の医学をもってしても、ある時期を過ぎたらがんは治りません。早期発見すれば治癒するがんもありますが、治らないがんがあるからこそ、治癒しない患者に対しては治癒しないことを前提としながら、最後まで納得できる医療を実現させなければなりません。非常に困難なこともありますが、決して実現不可能なことではないと、我々は考えています。

不治の病に対して、患者・医療者双方が納得できる医療を実現させるためには、医療者と患者・家族の信頼関係の構築が不可欠です。患者にとって本当に必要なのは、単なる情報に留まらず、その患者個人が、がんと向き合うために何をすればよいかを理解し最後まで寄り添ってくれる医療者ではないでしょうか。『完治しないがんがある』という現実を直視しなければ、そのような医療者との深い信頼関係を築くことも、我々臨床医がその役目を果たすこともできません。

こういった信頼関係を築くためにはどうしたらよいのか、現場にいる我々臨床医が感じている幾つかの問題点を指摘し、解決案を述べます。

#2. がん患者の治療は3つに大別され、それぞれの対応が異なる

ひとりひとりに最適ながん医療を提供するにはどのようにしたらよいのでしょうか？

がんは、がんの種類や病期(がんの進行時期)、あるいは年齢・合併症・体力などの患者背景によって、そのひとりひとりに適した医療が異なります。全員が同じ治療を受けることと、全員がそれぞれ最適な治療を得られることは全く違うのです。更に現代の医学においては、一部のがんを除いて、ある時期を過ぎれば治癒を約束することのできない病気です。ですから、最適ながん医療を考えるには全てを同一視することはできず、大まかに、治癒する可能性のあるがん(早期がん)と、治癒する可能性のないがん(進行期あるいは再発期のがん)を分けて考える必要があります。

早期がんの患者は、主に手術療法、あるいは抗がん剤・放射線療法により治る可能性が十分にあります。こういった患者に対しては、がん以外の健康状態に問題がなければ、標準的治療を適切に行うことが重要です(図1)。1年間にがんを発症する人数(がん罹患数)は約53万人⁷と推定され、そのうち

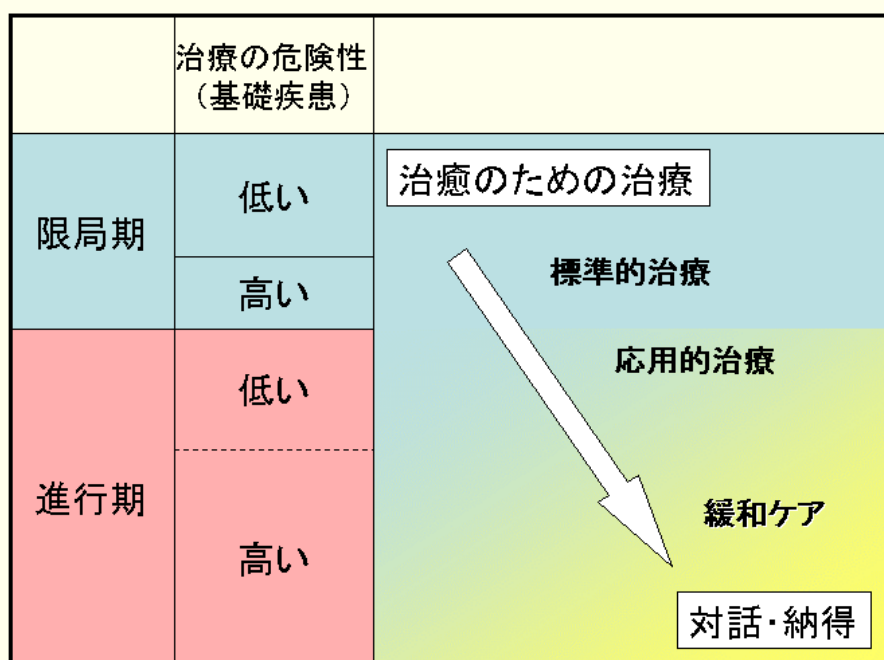
⁶ グラフで見る日本におけるがんの状況【国際比較】<http://canstat.ncc.go.jp/jsk01.html>

⁷ がんの統計'05 <http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2005/index.html> より 悪性新生物罹患数、罹患率および年齢階級別罹患率(平成11年<平成10~12年値>) <http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2005/data07.pdf>

治癒するのは約4割⁸と考えると、約 21 万人の方が標準的治療を受ければ治癒する患者であるといえるでしょう。これらの患者に対しては、がん治療の基本的理解のある標準的な医師が治療に当たれば、地域を問わず標準的治療に準ずる治療を提供することができます。

ただし、この約21万人の患者のうち4~5万人は、高齢だったり慢性疾患や臓器障害があったりなど、がん以外の健康状態に問題があります。こういった方々に対して標準的治療をそのまま用いたのでは、重い合併症を起こし生命の危険を生じる可能性があります。そのため、治療方針を変更する、薬剤投与量を調節するなど、患者一人一人に個別最適化した応用的な治療が必要となり、知識や経験の豊富な医師の助言を求めることが重要になってきます。このような場合には医師あるいは医療チームの力量が問われるかも知れません。

図1



一方、進行期の患者は、年間のがん罹患数のうち約 6 割を占めるとすると、30 万人以上にのぼります。こういった局所療法の適応とならない進行期あるいは再発期のがんに対する全身療法として抗がん剤療法や抗がん剤療法と放射線療法の組み合わせが検討されますが、現状での抗がん剤療法の効果はほとんどの固形がんに対し全く不十分であり、発展途上といえます。完治はほとんど期待できないため、その目的は一時的にがんを縮小させたり、がんが進行するまでの時間を遅らせたり、あるいは生存期間を延長させたりすることに過ぎなくなります。また、生存期間の延長効果も多くは数ヶ月程

⁸ 『治癒するのが 4 割』の根拠について：がん患者の半数は限局期でその生存率は高いが、進行期では生存率が下がる(<http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2005/data11.pdf>)。また愛知県がん登録では 93~96 年で 5 年生存率は男性 48.3%、女性 61.5%である(http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/gan/Pdf/rikan4_2001.pdf)。あるいは年間死亡数/年間罹患数を計算すると、年齢階級別罹患数は、表 1 部位別性別年齢階級別罹患数-2001 年・男(http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/gan/Pdf/fuhyo01_2001.pdf)、表 2 部位別性別年齢階級別罹患数-2001 年・女(http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/gan/Pdf/fuhyo02_2001.pdf)、死亡数・粗死亡率・年齢調整死亡率は、表 9 部位別性別死亡数・粗死亡率・年齢調整死亡率-2001 年(http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/gan/Pdf/fuhyo09_2001.pdf)より、2001 年の死亡/罹患は、男 64.6%、女 57.1%である。よって当意見書では治癒を約 4 割と推算している。

度に限られてしまいます⁹。つまり、進行期あるいは再発期のがんには標準的な治療法がないばかりか有効な治療法が存在しない場合さえありうるのです。有効でない治療を無理に続けた場合、健康状態を損ね結果的に死期を早めてしまう危険性もあるため、進行期あるいは再発期のがん治療には不快な症状を減らし生活の質(Quality of Life)を維持するための緩和ケアの比重が経過とともに増えてゆきます。この段階の患者にとって重要なことは、延命効果を狙う治療と緩和ケアのいずれを選ぶにしても、自分の選択する医療に納得できるかどうかであり、そのためには、終末期の選択について前々から十分に時間をとって医療者と話し合っておかなければなりません。現実として、終末期には自分の人生に納得して最後を迎えられる方とそうでない方がいます。勿論医療だけで全てが解決出来るわけではありませんが、できる限り多くの患者に納得いただける治療を行うには、がんの専門知識だけでなく、十分に時間をかけたコミュニケーションが最重要だということをご理解いただきたいと思います。そして現状では、このためのサポート体制が十分に整っているとは言えません。

わが国のがん医療の改善において重要なのは、不治の腫瘍患者を奇跡的に救うということではありません。現在の医療で治癒の可能性のある患者に対しては、正確な診断と適切な初期治療を提供できることが大切であり、間違えて不幸な結果に陥ることの無いようながん診療のあり方を考えなければなりません。同時に、現在の医療で治癒の可能性のない進行期の患者に対しては、全人的な医療を提供するために知識や経験の豊富な医師の助言を受けつつ、納得いくまで十分時間をかけて患者と医療者とが対話し、信頼関係を築くことが最も大切だと考えています。医師患者間の信頼関係を深めることを目的としたサポート体制が必要です。

我々は医師として、責任をもって判断をし、患者さんと納得ゆくまで話し合い、共に生きたいと願って働いています。しかし深夜まで勤務しても、一人の患者さんのために十分な時間を作ることができないのが現状です。日本の臨床現場は、1床あたりの看護職員数は0.4人であり(アメリカ1.6人、イギリス1.7人、ドイツ0.6人)¹⁰、さらに、欧米に多い看護職以外のコメディカルが日本にはほとんどいないことを考慮すると、日本の病棟のスタッフは患者ひとりひとりに十分時間をとって対話できるほど充足していないと言えます。例えば、愛知県がんセンターでさえスタッフの人数は、米国M.D.アンダーソンがんセンターの7分の1¹¹という人手不足の状態にあり、我が国では臨床医が十分な時間をとって納得いくまでお話しすることは非常に困難であることがわかります。医師の熱意と自己犠牲だけの上に成り立つ医療は長続きしません。『がん化学療法看護師』や、『医療コーディネーター』のような担当医と患者・家族の間に立つ仲介者が、担当医の説明をさらにわかりやすく説明してくれるサポート体制があれば、患者にとってもっと納得のいく医療を提供できると考えています。

⁹ 臨床腫瘍学 日本臨床腫瘍学会編 がんと化学療法社 第3版 p163-167

¹⁰ 厚生白書(平成11年版)(図 3-1-11 医師・看護婦数の国際比較 OECD health data 98 より)
<http://www.hakusyō.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199901/b0034.html>

¹¹ 日本の医療制度化では米国並の医療は不可能—M.D. Anderson Cancer Centerと愛知県がんセンターの比較— 愛知県がんセンター総長 大野竜三: 全国自治体病院協議会雑誌第44巻第2号

#3. 各医師の特性をさらに生かすため意見交換を促進する必要がある

医師はそれぞれの専門分野があり、また技術職であるため、一定の範囲内での医師間の特性はどうかとも存在するものです。正確な診断と適切な初期治療を提供するためには、がん治療の基本的理解をしている医師が、最新の標準的治療法・ガイドラインなどの情報を共有して治療にあたる必要があります。例えば、学会の診療ガイドライン^{12,13,14,15,16,17,18,19}や、米国国立がん研究所(National Cancer Institute、NCI)のPDQ(Physician Data Query)日本語版²⁰、各種教科書^{21,22,23,24,25}、National Comprehensive Cancer Network(NCCN)が作成しているがん診療によるガイドライン²⁶などの情報が多数存在します。

しかしながら、すべての地域・すべての医療機関の医師が日常の臨床業務をこなしながら、進歩の早い医学知識を、議論する相手もない環境の中で、独力で漏れなくアップデートするのは難しいのです。最新の標準的治療法・ガイドラインなどの情報を共有することだけでは十分に伝わらない部分もあり、信頼している医師との情報交換が必要です。最新の知見を効率よく理解するためには、がん診療の専門機関から、週1回ないし2回、知識や経験の豊富な医師が地域の病院を訪れ、ともに診療にあたり、カンファランスで意見交換するなどのシステムが必要です。

このような情報共有と意見交換を促進し、かつ個別の患者に対応する応用的な治療を相談できるシステムがあれば、標準的な抗がん剤レジメンや治療法の理解が深まると同時に、専門家の経験を含めた応用的な治療についても相談が可能となります。つまり、地域の一般的な病院において標準的ながん治療を十分に行うことができるようになるのです。

¹² 胃癌治療ガイドライン 日本胃癌学会 <http://www.jgca.jp/guideline/>

¹³ 大腸癌治療ガイドライン 医師用 2005年版 大腸癌研究会／編 金原出版
http://www.meteo-intergate.com/catalog/product_info.php?cPath=4_4100&products_id=8109

¹⁴ 乳癌診療ガイドライン2005年版 日本乳癌学会／編 金原出版
<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/newbook/2005/0506/20205.html>

¹⁵ 肝癌診療ガイドライン2005年版 作成に関する研究班／編 金原出版
<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/newbook/2005/0504/20200.html>

¹⁶ 肺癌診療ガイドライン2005年版 日本肺癌学会／編 金原出版
<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/newbook/2005/0511/20216.html>

¹⁷ がん関連の「取扱い規約」(金原出版) <http://www.kokodo.co.jp/home/toppage20.htm>

¹⁸ 日本癌治療学会のがん治療に関する規約・ガイドラインなど <http://jsco.umin.ac.jp/outline/guidelines.html>

¹⁹ 米国がん学会(American Society of Clinical Oncology: ASCO) practice guidelines,
<http://www.asco.org/ac/1,1003,12-002009,00.asp>

²⁰ がん情報サイト(PDQ日本語版、薬剤情報、国内臨床試験情報、治療成績、研究支援、提供サービス)
<http://cancerinfo.tri-kobe.org/index.html> PDQ(Physicians Data Query, NCI's comprehensive cancer database, <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/>)日本語版では、神戸の財団法人先端医療振興財団 臨床研究情報センター(TRI)がNCIとライセンス契約し、京都大学医学部附属病院 外来化学療法部に監訳監修事務局をおき、共同でがん情報サイトとして運営している。米国で毎月更新されるごとに日本語版も更新されている。

²¹ がん診療レジデントマニュアル 医学書院 国立がんセンター内科レジデント編 第3版
http://www.amazon.co.jp/exec/obidos/ASIN/4260124668/qid=1135438975/sr=1-1/ref=sr_1_10_1/503-7881581-4303133

²² 白血病・悪性リンパ腫治療プロトコル集 大野竜三編 医薬ジャーナル社

²³ 臨床腫瘍学 日本臨床腫瘍学会編 がんと化学療法社

²⁴ Cancer, principles and practice in oncology(Lippincott Williams & Wilkins; 7th edition 2005)

²⁵ Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology (Lippincott Williams & Wilkins; 2nd edition, 2002)

²⁶ 米国の19の主要がんセンターで構成されるNational Comprehensive Cancer Network(NCCN)が作成しているがん診療ガイドライン http://www.nccn.org/professionals/physicians_gls

#4. 情報開示は目的ではなく手段ではない

患者にとって必要なのは、統計学的な解釈が難しい治療成績などの膨大な情報ではなく、正しい情報を正しく解釈する為のサポートを通して、医療者との信頼関係を築くことです。もちろん医師は患者が理解し納得できるまで、がんの病態や治療法について説明する必要があります。しかし、限られた時間の中で全てを説明するのが難しいのも事実です。ですから、患者が医師からの説明だけでなくさらに疾患について最新の知見を得たいと考えた場合に、治療法に関する知識や診療ガイドライン等を入力しやすくする環境の整備が必要です。患者向けの情報提供に関しては既に様々な取り組みが行われていますが^{20, 27, 28, 29, 30}、がん情報センター構想など行政からの推進策にも期待しています。

新規治療法の臨床試験情報を求める声もあがっていますが、欧米の医学雑誌の編集責任者らで作る国際委員会の声明により、2005年9月以降、臨床試験についての論文を海外の主な医学雑誌に投稿する予定がある場合には、その臨床試験を事前に登録することが必要となりました^{31, 32, 33, 34}。日本での臨床試験も、米国医学図書館が運営する登録システム³⁵、または国内のUMIN臨床試験登録システム³⁶やがん情報サイト²⁰などへの登録をすることになります。既に、UMIN臨床試験登録システムでは263件、がん情報サイトでは39件の国内臨床試験情報をウェブサイト公開しています。今後もこのような情報提供体制は整っていくでしょう。

また、最近では大阪府の病院³⁷や全がん協施設³⁸など、治療成績の公開を自ら行う病院も増えてきました。しかし、患者にとって本当に必要なのは、複雑な統計学的背景があるために解釈が難しいデータや膨大な量の数字^{だけ}ではありません。全国規模のデータを収集するがん登録のために、腫瘍登録士などの実務者を確保すると聞きますが³⁹、目の前の患者に最善を尽くすために最も緊急に必要なのは、医療者と患者とが納得いくまで話し合うことをサポートしてくれる人材なのではないでしょうか。情報提供は、それ自体が目的ではなく、正しい情報を正しく解釈することにより患者と医療者との間に信頼関係を築くための手段に過ぎません。

²⁷ 国立がんセンター「一般向けがん情報」 <http://www.ncc.go.jp/jp/>

²⁸ 静岡県がんセンター「がんよろず相談Q&A」 <http://www.scchr.jp/>

²⁹ メルクマニュアル日本語版「家庭版」 <http://www.banyu.co.jp/merck/>

³⁰ 癌研有明病院「がんの知識」 <http://www.jfcr.or.jp/hospital/conference/cancer/index.html>

³¹ Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):911-2.

³² Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *N Engl J Med*. 2004 Sep 16;351(12):1250-1.

³³ Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *JAMA*. 2004 Sep 15;292(11):1363-4.

³⁴ Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *Ann Intern Med*. 2004 Sep 21;141(6):477-8.

³⁵ Protocol Registration System <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

³⁶ UMIN臨床試験登録システム <http://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>

³⁷ 各部位におけるがん拠点病院別の5年相対生存率(大阪府)
<http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/gankyoten/newkyoten2004/index3.htm>

³⁸ 厚生労働省がん研究助成金「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」班平成12年度報告書

³⁹ がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書参考資料48ページ
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0419-6b5.pdf>

#5. 緩和ケアは生を尊重するために治療初期から開始されるべきである

がんの経過中には様々な症状が出現するため、これらの痛みや嘔気、発熱などの不快な症状の緩和を目的とした緩和ケアが治療初期から継続的に必要となります。緩和ケアは、患者が『日常生活を元気に過ごすための総合的なケア』であり、治すための治療がもうできないから死を迎えるために提供されるものではありません。緩和ケアは治療初期の段階から治癒を目指す治療をサポートするためにも提供されており、不快な症状を取り除くことにより早く次の治療を受けられるようにしたり、在宅療養が出来るような状態にしたりしています(図2⁴⁰)。世界保健機構(World Health Organization, WHO)は、緩和ケアの目標は患者とその家族の生活の質(Quality of Life)をできる限り向上させ、安定した状態を維持すること⁴¹と位置づけ、生きることを尊重し、死を早めるものでも遅らせるものでもないとしています。

しかし、現在の日本では、この緩和ケアの理念が、ハードとしての緩和ケア病棟・ホスピス病棟(図3⁴⁰)と混同されているため、緩和ケアは『手の施しようのない患者に対して行われる消極的な治療』という非常にネガティブな感覚で認識される傾向があります。また、特に治癒が望めなくなった段階での緩和ケアユニットの関与が遅すぎる、家族が「もっと早くしておけばよかった」と思うことが多い、という指摘もあります⁴²。「治らないがんがある」という現実を受け入れられないことに加え、ネガティブな誤解があるため、患者と医師との間で緩和ケアについて十分に話し合うことができず、緩和ケアの普及が遅れる一因となっています。

社会も医療者も、もっと緩和ケアの本質に目を向ける必要があります。「治らない」という視点ではなく「現状で、どのような医療が本人にとって必要なのか」という視点が重要です。緩和ケアに不可欠なことは患者の心の自立であり、自分の人生に了解していただけるか否か、自分の人生を自分で決定しその結果に納得していただけるか否かが重要です⁴³。そのために、医療者から必要な病状説明がなされ、十分に話し合うことができ、納得して治療を選択していただける環境を作る必要があります。

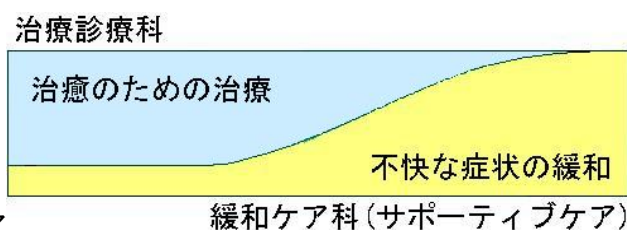


図2 治療早期よりサポートする緩和ケア

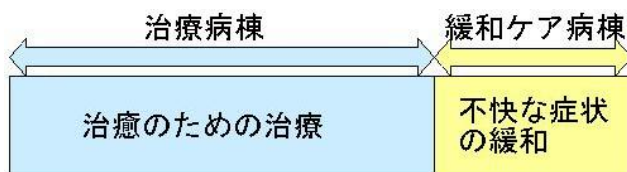


図3 従来の緩和ケア病棟(ホスピス)

⁴⁰ 国立国際医療センター緩和ケア科ホームページより引用
<http://www.imcj.go.jp/sogoannai/kanwakea/index.htm>

⁴¹ World Health Organization: National cancer control programs, in Policies and Managerial Guidelines (ed 2). Geneva, Switzerland, WHO, 2002 <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>

⁴² Morita T, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. J Clin Oncol.2005; 23: 2637-2644

⁴³ 国立国際医療センター緩和ケア科 院内緩和ケアマニュアル ver 1.04
<http://www.imcj.go.jp/sogoannai/kanwakea/manual.htm>