
日本人に合った
がん医療を求めて

医師、患者、家族の方々に一番伝えたいこと

序 章 日本のがん医療の課題 — 8

がん告知後の高い自殺率 / 日本は世界一のがん大国
がん難民が増えている / わが国のがん医療の問題点
リスクのない医療はない / 崩れかけている「主治医制」
なぜ、医師は冷たいのか / 患者を叱ってはいけない
統合医療・補完医療・代替医療・先端医療
日本型がん医療を求めて

第1章 がん告知と余命告知について — 27

がん告知された時 / どんな告知が望ましいか
がん告知を望む人は半分程度 / 日本人は脳内のセロトニン代謝が低い
今も思い出す患者さん / がんのことを口にできない空気

段階を踏んでソフトな告知を / 米国のがん告知、余命告知の背景
余命告知はいらぬお世話

第2章 がん治療の選択について—— 43

がん医療は選択に迷うのが当たり前 / 医師でも混乱する
医師が良い意味で誘導する / 本音を言える信頼関係で乗り切る
シエアド・デイシジョン・メイキング (協働意思決定)
医療者も良い経験を与えられている

第3章 がん患者の心理について—— 55

死の不安 / 数値に心が揺れるのは当たり前
脳裏に「自分の死」を思い浮かべる
知りすぎている医師の苦悩 / なぜ、がんになったか
なぜ、自分のがんを知ろうとしないか / ポジティブ・シンキングの弊害

落ち込んでもいつか回復する／一瞬一瞬その人なりに生き抜いている
死を前にした患者さんは宗教的

第4章 がんを抱えて生きるには——森田療法の視座——

71

がん医療とは生き様である／自分にとって何が幸福かを問われる
抗がん剤の止め時／日常の生活を楽しむ

「がん患者会」はなぜ機能しないか／家族に心配をかけてもいい
森田療法に学ぶ／一瞬一生／対象を見つめる

作業に没頭する／外相整えば、内相自ずから熟す
目的本位／無所住心／自然服従／生きる意欲

不安常住／あるがままに生きる／生きつくす

ネガティブ・ケイパビリティ／メメント・モリ（死を忘れるな）

アマゾンに生きる老女のように

第5章 がん患者の死について——98

クオリティ・オブ・デス / 死に向かう中で人は成長する

これまでの生き方が炙り出される / 愛された家族の中で亡くなる人は穏やかなをきっかけに家族の絆を取り戻す / 家族仲が良いと死ぬ間際の幸せがある
家族が崩壊しても道はある / 肉親の死を通して示される「命の本質」

第6章 医師の役割とは——111

患者と医師の関係は難しい / 家族を怒らせるとき

医師の言動が患者を傷つける / 「がん患者を診るのはしんどい」という医師
命は100%予測することはできない

死を覚悟し瞑想していたら、がんが消えていた

医師に命について断言する権利はない / 医師の気負いが問題

第7章 患者の命をどう見るか——医学と医療——

124

医学と医療の違い / 顧客満足度最高を目指す

「効かない」と断言はできない / ランダム化比較試験の問題点

生命は予測不能 / 機械論的生命観の間違い

「動的平衡」の中の人間 / 細胞は賢い

客観的な事実はない / 悲観的な医師は首にする

患者の必要に応えるのが医師

第8章 医師と患者のあるべき関係とは——143

医師と患者が距離を置きすぎている / 医師の教育が変質した

襟裳で学んだ医療の原点 / 死を自然に受け容れる風土

一所懸命愛すれば、愛される / 患者さんを丸ごと理解する

「間主観」というアプローチ

第9章 西田幾多郎の生命哲学に学ぶ

154

シエアド・デイシジョン・メイキングとは／西田哲学に学ぶ

「純粹体験」とは／「自覚」とは／「場所」とは

「絶対無」とは／「行為的直観」とは／「作られたものから作るものへ」とは

「絶対矛盾的自己同一」とは／医師と患者のままソフトを止揚する

「医療とは患者と医療者が共働でつくる作品」

「ナラティブ・ベースト・メディスン」とは／医療の根本は「永遠に至る愛」である

おわりに

参考文献

参考図書

序章——日本のがん医療の課題

日本では何といつても感情が先立ち、また考え方の後面に潜伏して居る。これに反して欧米人の考え方は合理性を持って居る。
(鈴木大拙 宗教家)

本書ではわが国のがん医療、とりわけ医師によるサポートのあり方が、ごく普通の日本の患者の生き方や人間関係に即しているのかどうか——私には米国のやり方を鵜呑みにしすぎて、患者さんが苦しんでいるように見えるのですが——だとしたら、何をどう変えていくことが患者さんにとって、また医師にとっても良いことなのか、そして日本人に合ったがん医療とはどのようなものか、探っていきます。

手始めに序章では、専門医として数十年現場を見てきた視点で、現在の日本のがん医療の課題をかけ足で概観していきます。

がん告知後の高い自殺率

二〇一七年、私の心を震撼させる論文に出会いました。日本人はがん告知後一年以内の自殺率が通常の二三・九倍もあるというのです。国立がん研究センターと東京大学が共同で約一〇万人を二十年間追跡した論文で、信頼性が高いデータです。いくら何でも、この倍率は高過ぎます。

では、欧米人はどうなのか。スウェーデン人のデータを調べると、同じ状況の自殺率は通常の約三倍²。また、米国立がん研究所のHPによると、米国人も三・一倍でした。これらのデータから、日本人はがん告知後の自殺率が、米国やスウェーデンなど欧米に比べて約八倍高いことになります。

なぜ、日本人はこんなにがん告知後の自殺者が多いのか。ずっと考え続けています。まず日本人にとってがん告知は本当に正しいことなのか、疑問がわきます。私の若い頃は患者本人は隠し、家族にのみ告知されていました。本人に絶望を与え、死を早めるのではという考えが主流だったからです。当時は今より「がんは死の病」というイメージが強かったので、当然とも言えました。

しかし、昔よりがんが治るようになり、米国の告知文化の影響で今はほぼ全員に告知されており、医療現場でもそれで良いと考えられています。たしかに、人は自分のがんを知る権利があります。また、告知されないのがん治療が始まりませんから、告知そのものはすべきでしょう。

となると、告知の仕方が問われます。絶望のみを与える冷徹な告知か、それとも、十分な希望を持ってもらえる告知かです。

日本は世界一のがん大国

いま、米国で死因の第一位は心臓病です。一方、わが国では一九八一年以来、がんがずっと第一位です。がんの総死亡者数は半世紀で四倍に増加し、年間三七万人が亡くなっています。がん死が増加しているのは日本人が世界トップクラスの長寿で、老年病であるがんの死亡絶対数が増えているためで、その歪みを調整した「年齢訂正死亡率」は横ばいです。

しかし、米国ではがんは減少傾向で、男女ともだいたい三人に一人ががんになるのに対して(American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. 2019)、わが国では男性の六一%、女性¹の四七%と、半数以上ががんになります。働き盛り年齢、子育て年齢の方の死因No.1です。

日本は間違いないく、世界トップクラスのがん大国です。本人や家族、友人ががんに直面する確率が高いのです。となると、がん告知で自殺する絶対数も極めて高いことを意味します。決して他人ごとではありません。

がん難民が増えている

この問題と深い関係があると思うのですが、わが国では「がん難民」と言われるがん患者さんがたくさんいて、私のクリニックにも大勢やってきます。

「がん難民」とは、病院でがん医療を受けていたのに何らかの理由で行かなくなり、代わりの病院に通院していない人のことです。「担当医との相性が悪い」「治療方針に納得できない」「治療に希望がもてない」「進行がんで治療法はないから、緩和ケアへ行くようにと言われたのだが、納得できない」などいろいろな理由が挙げられます。

まず、気持ちはわかりますが、がんが悪化し急変することもあるので、必ず、どこかの病院には繋がっているべきです。

それをお伝えした上で言いますが、定期的に通院しているが、本心は行きたくない、担当医に会いたくないなどの「精神的がん難民」はさらに多いと思います。私の推察では一〇〇万人

以上です。

がん医療に満足していない人と話していると、「これではいけない。医師をはじめ医療者側は反省せねばならない。もつと改善の余地がある」と考えざるを得ません。同時に、患者さん側も医療現場の事情や医師の心理をもう少し理解していただいて、互いが歩み寄り、協働でこれからのがん医療を創っていくという構えが必要ですよ。

わが国のがん医療の問題点

次に、日本のがん医療を欧米のがん医療と比較します。現地に何度も出かけて確認していますが、欧米のがん医療は「いい意味での合理主義」に貫かれています。一例を挙げると、日本では前立腺がんは手術中心ですが、欧米では放射線療法が中心です。生存率に変わりはないし、何といっても手術（前立腺全摘術）と違い、後遺症が少ないからです。

ともあれ、わが国のがん医療の問題は多数指摘できます。以下にポイントを整理します。

1 チーム医療がない

欧米のがん専門病院では、一人の患者さんの治療にあたって、消化器内科医などの専門医、

腫瘍内科医（抗がん剤の専門家）、放射線科医、精神科医、心理療法士、専門看護師などがチームを組んで、患者の意向に沿った最善の対応を目指します。一方、わが国では、例えば子宮頸がんなら婦人科医が手術のみを勧め、放射線治療を勧めないことも少なくありません（このため、わが国のがん放射線治療は欧米の半分程度しか行われていません）。しかし、現代のような高度に専門分化したがん医療を主治医一人で担当するのは、無理があるのではないでしょうか。

2 手術に偏り、放射線専門医が不足している

日本のがん医療は当時多かった胃がんからスタートしたので、「がんと言えば手術」という固定観念が出来上がってしまいました。しかし先述のように、欧米では治癒率が変わらなければ、臓器が残り、通院で済み、医療費も安い放射線治療を選択するのが常識です。日本では放射線科医が不足し、かつ放射線物理士などの専門家も大幅に不足しています。

3 腫瘍内科医が不足している

「腫瘍内科医」とは抗がん剤の専門家ですが、わが国では明らかに不足しています。一部のがん専門病院でなければ、手術した外科医が、抗がん剤を処方することがほとんどです。抗がん

剤も日進月歩ですから、最新情報や豊富な経験のある専門医に処方して欲しいと願う人が多いはずです。

4 診察時間が短い

欧米の病院に行っても、日本のように患者さんであふれている光景は目にしません。日本の病院はいつも混んでいて診察時間が短いため、欧米人の二倍の頻度で病院へ行くのにもかかわらず、がん医療の相談について満足や納得を得にくい傾向があります。

5 医師の意見を押し付ける傾向がある

日本の医師には「命を一秒でも伸ばすのが最善の医療だ」と信じている人が多いので、転移がんの患者さんにも、しきりに抗がん剤を勧めます。しかし欧米では、型通りに勧めて患者さんが延命よりQOLを大切にしたいと拒否しても「いいですよ」と受け入れますし、その後も親身に対応してくれます。日本では、抗がん剤を拒否すると「それでは、うちの病院でできることはもうありません」と言われ、やんわりと来院を拒否される、あるいは転院を勧められることも少なくありません。

6 がん検診が十分普及していない

一般的に言って、わが国のがん検診受診率は欧米の約半分程度ですから、進行がんの状態で見られるがんが多く、治癒率を低めるのみならず、医療費を高めます。

7 肉体的苦痛のコントロールが不十分である

抗がん剤など標準治療を受けること自体の肉体的苦痛と、がんが進行することによる肉体的苦痛が多くのがん患者を襲います。これは緩和ケアの発達により、克服されつつあるとはいえず、苦痛を訴えている患者さんが少なくありません。国際比較でも、日本は麻薬の使い方が相当不十分と指摘されています。がん医療の現場でも、鎮痛剤などが適切に処方されていない患者さんが少なくありません。

リスクのない医療はない

欧米に比べると、このように日本のがん医療は課題が山積みです。その一方で、患者さんの側も認識する必要があります。日本人には甘いところがあり、どこかに何らリスクのない医療が存在するのではという幻想を持っていますが、言うまでもなく、そのようなものは存在しな

いということですが。

体に優しいがん医療は存在しますが、今度は治らないリスクが大きくなります。逆に、標準治療内のリスクは時に命にかかわりますから、どんながん医療であつても、気軽に選択できるものは限定されています。どんな人でも、どのがん医療を選んだらいいか、悩むものなのです。体にリスクがなく安全で、心にも優しく、ストレスを感じないがん医療が存在するなら、誰でも受けたくなるでしょう。しかし、今話題の免疫療法剤「オプジーボ」も有効率は二割程度ですし、有害事象も多く、改善が求められます。医師は日夜、世界から情報を集め、最善の治療法を探求すべきです。しかし、現状はたしかに厳しいのです。

「崩れかけている「主治医制」

また、病院の診療体制の問題もあります。日本人は常に同じ医師が診る「主治医制」を当たり前のように思っています。しかし、今後は主治医制をとる病院は減っていくでしょう。初診を担当する「外来担当医」とその後の治療を受け持つ「病棟担当医」が異なる病院が増えていきます。緊急で夜間に診てもらおう医師は応急処置するだけなので、患者さんは翌日別の専門病院を受診するか、重症の場合はそのまま入院して、別の医師に診てもらおうことが多くなっています。

す。

連休などにぶつかると、「病棟担当医」でもその日の「日直医」が診るので、なかなか「主治医」が決まりません。こうなると、患者も家族も不満が募るものです。経過がいいならともかく、悪いと余計不安になります。終つひに家族は「この病院には主治医はいないのですか!!」と爆発することもあります。もし、読者が患者側に同情するのであれば、典型的な日本人です。

というのも、欧米ではこのような問題は起きません。「外来担当医」と「病棟担当医」とが違うことは常ですし、「病棟担当医」は一人ではなく、複数だからです。手術に時間がかかって、次の手術が就業時間内にできないなら、緊急手術以外は翌日以降に延期するのが普通です。手術の内容を説明した医師が「私は明日から休暇なので、他の医師に執刀を頼んでおきます」と言うのもしょっちゅうです。

欧米のように病棟担当医が複数だと、医師たちは休養を取り、リフレッシュしやすいのですが、日本では患者さんの評判は良くありません。主治医制であればいつでも、急変時も臨終も主治医が駆け付けてくれるので、満足度が高いのは当然です。

しかし、今も主治医制が行われているのは先進国ではおそらく日本ぐらいで、欧米では医師も私生活を重視するので、夜間や週末は患者から解放されるし、長期休暇も堂々と取り、患者もまた文句を言いません。このようにクールな契約関係をベースにしているので、患者は手術

承諾書その他、何枚もの書類の説明を受け、サインしなければなりません。

日本の患者さんは、欧米流のドライな医師との関係に満足できませんか。真面目で誠実な日本人医師は自他の境界が薄いので、プライベートを投げ捨てて、患者のために尽くしてきました。しかし、日本の病院ではそのような「主治医制」が崩れてきています。

なぜ、医師は冷たいのか

実際、「医師が冷たい」と感じている患者は多いのです。外来では三分診療で、電子カルテばかり見て、検査結果の短い説明、病状経過の判断、薬の処方の確認、次回の予約などであつという間に終わってしまいます。病棟の回診もあつさりと終わります。医師とゆっくり話すチャンスがないのです。

しかし、医学部に来る方々は本来冷たい人はいませんし、皆、困っている人を助けたいと思っています。しかし病院の医師がいかに多忙か、早朝から深夜まで働き詰めか、皆さんご存じないのです。当直で、前の晩は寝ていないかもしれませぬ。土曜・日曜は病棟の回診があるし、夏季休暇以外は遠出もできません。私などもよく離婚されなかつたと、今になって妻に感謝しています。医師の妻に看護師など医療従事者が多いのは、この過酷さは医療者仲間にしか理解

されないという背景もあるのです。

ですから患者さんの側でも、短い外来や回診時にメモを持って行って、質問事項を手短に質問するようにする。そして、不安などの感情も率直に吐露する方が、気持ちや医師に伝わり、医師の患者に対する人間理解も深まりますし、親近感もわきやすくなります。

繰り返しますが、医師は本来冷たい人ではありません。しかし、大病院の診療体制は多忙で過酷な勤務を現場の医師に強いており、三分診療でないと回らなくなっています。たしかに「主治医制」の方が患者さんの満足度が高く、外来から病棟まで主治医として診療してきた私も、最近の流れを嘆かわしく思っています。ただ、だからといって、睡眠時間や休暇を削って医師に激務を強いていると、医療の質に影響を与えかねないし、それは患者さんのためにもなりません。

「チーム医療」をもっと取り入れ、主治医の過重な負担を軽減し、医療の質が落ちない形で診療体制を見直す必要があるのではないのでしょうか。

患者を叱ってはいけない

サプリメントなど補完医療をどう扱うかも、日本の医療では混乱があります。