

日本型セルフケアへのあゆみ

児玉龍彦

東京大学先端科学技術研究センターがん・代謝プロジェクトリーダー
日本セルフケア推進協議会業務執行理事

人生において、元気でいることは誰にとっても大事なことである。自分の健康と病気に関わることは正確に知りたい。さまざまな薬や治療法があるなら、自分の希望で決めたい。そうした願いをもとに、大きな転換がはじまろうとしている。インターネットの普及により、医薬品・健康食品・病院に関する情報に誰でも容易にアクセスできるようになったが、正確性に欠けた情報も溢れかえっている。本シリーズでは、地に足をつけた“日本型セルフケア”へのあゆみを提唱していく。

第9回

標準治療は、本当に患者にとって最適な治療か？

POINT

- がんの治療にあたり、医者は有効性と安全性の立証された標準治療を勧める。そこで注意しなくてはいけないのは、治験での生存期間を指標にした標準治療というものが、患者の希望と合致しているかである。
- 生存期間に大きな差がない場合、副作用やQOLの低下を考慮し、あえて標準治療を選択しないという患者の希望も尊重されるべきである。
- 医者は標準治療を提示するだけでなく、患者に「がん治療において、あなたは何を最優先にしたいのですか？」と丁寧に確かめる、当事者主権の視点を持つことも必要である。

がんの標準治療

がんと診断され、治療することになると、医者は一般的に“標準治療”とされている治療法を勧める。ここで言う“標準”とは普通や平均的という意味ではなく、「科学的根拠に基づき効果と安全性が立証された、現在利用できる最良の治療」であり、ゴールドスタンダードとも呼ばれる。

標準治療の決定にあたっては、国内外の臨床試験の結果を踏まえ、その情報をもとに専門家が集まって討議し、その時点で最善であるとコンセンサスを得られた治療法が標準治療となる。そして、それらの合意事項をまとめたものが「ガイドライン(治療指針)」である。これらの検討は、臓器ごと・診療科ごとにその学会が中心となって行われる。

しかしがん治療の選択肢が多様化するにつれ、単一臓器、単一診療科の枠に止まらないケースがでてきている。また治療成績の向上・生存期間の延伸により、維持療法や緩和ケアの視点を各診療科の医師が持つことも重要となるだろう。

また標準治療には公的医療保険が適用されるため、医療経済性の評価、つまりコストの観点もきわめて重要である。社会保障費が年々膨らんでいり、治療費用に見合うアウトカムが医療から得られているかがポイントとなる。たとえば2019年6月に「がん遺伝子パネル検査」は保険収載となったが、すべての患者に保険適用されるわけではなく、標準治療が効かなかった患者などに限られる。対象を拡大するためには、その医療経済的な有用性が明確に立証しなくてはならない。

標準治療の課題

問題となるのは、この“標準治療”というものが、患者の希望とは別の方向を向いている場合である。治療法ごとの副作用や経済的な負担などによって損なわれるQOL(生活の質)と、予測される生存期間を天秤にかけた結果、あえて標準治療を希望しないという当事者の思いも尊重されるべきである。

医者は最新エビデンスに基づいた最適な治療法をただ一方的に提示するだけでなく、まず目の

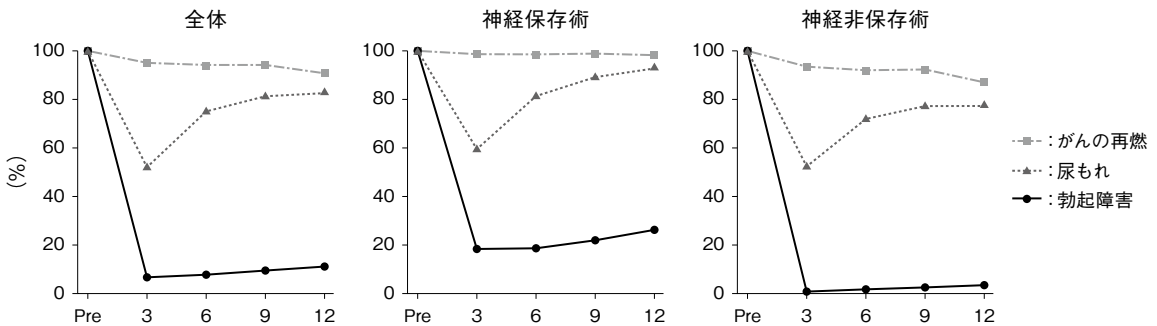


図1 日本でのロボット・アシスト手術での前立腺全摘術の副作用(197例)²⁾

前の患者が治療において何を重要視するかを理解する必要がある。

事例紹介①：前立腺がんの治療

60代の経営者Aさんは、健康診断で前立腺に腫瘍の疑いがあるとと言われて、病院でMRI検査を受けた。検査の結果、「前立腺がんの疑いが強く、入院・再検査が必要で、その結果により手術、放射線治療、薬物療法のいずれかを選ぶことになる」と言われた。まるで突然裁判に呼び出され、判決を下されたような心持ちであった。

1. 情報収集・治療法の検討

ネットで前立腺がんについて調べたが、山のようには情報ができてどれが自分にとって重要な情報なのかの取捨選択ができない。そこでAさんは知り合いの医者に相談してみると、「ロボット手術のできる泌尿器科で聞いたほうがいいよ」というアドバイスを受け、前立腺がんに対するロボット支援手術(ダヴィンチ®)に定評のある大学病院を受診した。生検の結果、前立腺がんとして診断され、まだ他の臓器や組織には転移しておらず、前立腺の局所に留まっていることを知らされた。

続いて、治療法の決定である。この大学病院の泌尿器科医は、幸いにもこちらの意見をよく聞いてくれて、手術の副作用として排尿障害(尿漏れ)や性機能障害が多いことを説明してくれた。Aさんは副作用のリスクを考慮して、放射線治療を希望し、重粒子線施設の担当外来を紹介してもらうこととなった。

2. 副作用の問題

しかしここで、想定外の問題が起こった。重粒子線施設の医者は「院内プロトコルにより、重粒子線治療法にホルモン治療を加えないと受け付けない」というのだ。

前立腺がんは、男性ホルモンの刺激を受けることで増殖のスイッチが入るため、男性ホルモンが多いとがん細胞が増殖しやすく、少ないと増殖しにくくなる。ホルモンの分泌や働きをブロックして、がんの増殖を抑えようというのがホルモン治療である。ホルモンをブロックすることによる、性機能障害などの副作用のリスクがある。

Aさんは性機能障害のリスクを回避するために重粒子線治療を選んだのに、そのリスクがあるホルモン療法を追加されるのでは、選んだ意味がない。詳しく聞いてみると、重粒子線単独の場合と、ホルモン療法を併用した場合の治療成績を比較するため、現在そのデータを集めているとのことであった。「これでは患者はモルモットにならないと治療を受けられないということではないか」と疑問を持った。

3. 治療法の決定

そこで最初の大学病院の医者に相談すると、「ホルモン剤なしでも重粒子線治療の効果はあります。ホルモン剤を使わず重粒子線のみで治療を行い、もし再発した場合は、当大学病院で治療します」と言い、意見書を書いてくれた。この意見書が物を言って、重粒子線単独での治療を開始してもらえることになった。

このAさんの場合は、知人に医者がいたこと

意思表示書

私は重大な病気を複数かかえて生きています。病状からは、突然の心肺停止、意識消失などの急変の可能性があることを医師から説明を受けて納得しています。

私は、マンションで一人暮らしをしていますが、最期のその日が来るまで、ここで暮らし、ここで最期を迎えたいと希望しています。

急変しても、救急搬送、救命処置、延命処置、入院治療などは一切希望しません。私が急変した際には、〇〇に連絡してください。医師・看護師、スタッフが必要な指示、処置をしてくれることになっています。くれぐれも救急車は呼ばないでください。

私が私らしく生き抜き、最期の日を自宅で迎えられるように、ご協力をお願いいたします。

2020年 月 日 署名

図 2 意思表示証明書の例

連絡できる人(ケアマネジャー、訪問看護事業所、在宅医など)がいれば、その人の連絡先を記載しておく。

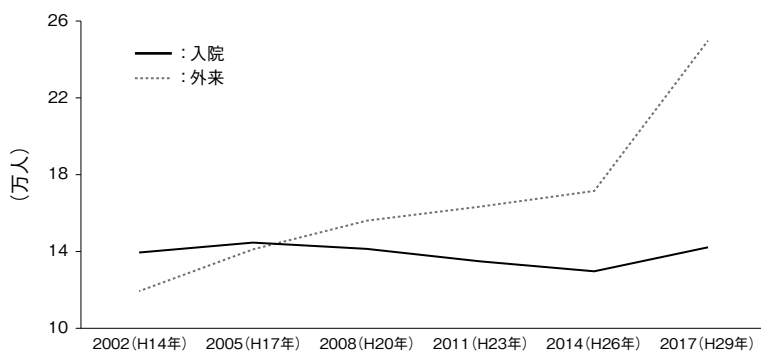


図 3 がんの入院・外来患者数の推移

厚生労働省「平成 26 年(2014)患者調査の概況」より作成。

や、患者の希望をよく聞いてくれて、よその医者宛てに意見書まで書いてくれる親身な専門医に恵まれたという並々ならぬ幸運があったが、皆が皆このような僥倖を期待することはできない。

前立腺がん治療の副作用

前立腺がんの治療に関する、興味深い報告を紹介する。もし重粒子線治療法とロボット手術との間で、5年生存率に有意な差がないとすれば、次に問題となるのは副作用の頻度である。

転移がみられない前立腺がん患者における、前立腺全摘をした場合の副作用を調べた研究が続々と報告されている。ドイツの1,260人のがんサバ

イバーの6年のフォローアップ(HAROW スタディ)では、14%に尿漏れが起こっており、そのうち25%は手術を受けている。手術を受けなかった人の41%はかなりの精神的な問題と、QOLの悪化を訴えている。性交渉に関心を持つ人の、より詳細な調査では、81%が性機能障害で性交不能となり、治療を受けたのはわずか4割であった¹⁾。

広島大学によるロボット支援手術の治療成績の検討でも、性機能障害などの副作用の起こる率は非常に高いことがわかっている(図1)²⁾。対策として神経保存術が行われているが、性機能障害は8割にみられ、現状では2割のみの改善といえる。放射線の体外照射でも性機能障害がないわけでは

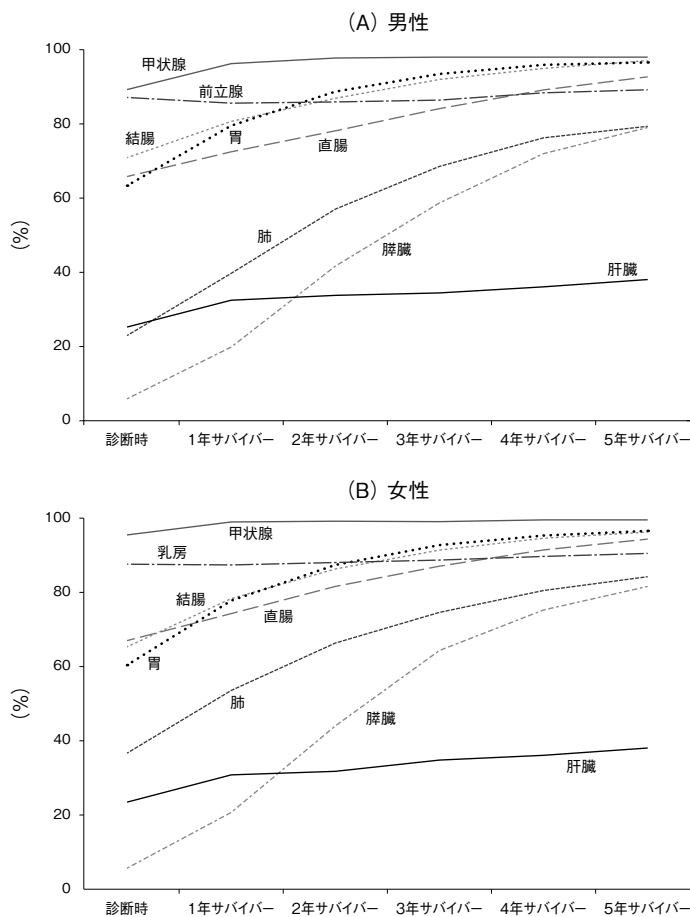


図4 がんサバイバーの5年相対生存率(15~99歳; 2002年~2006年追跡例)

国立がん研究センターがん対策情報センター「がん登録・統計」より作成。

ないが、それでも他の治療法に比べると頻度は少ない³⁾。

また、排尿障害の問題も見逃せない。前立腺全摘後の尿漏れは身体的・社会的・精神的に患者の生活に影響を及ぼしている。身体的活動や仕事・家事が制限され、QOL低下の原因となっている。対策として尿漏れパッドの着用が推奨されるが、パッドの着用自体も精神的負担となる。

そうすると、先述のAさんが、手術の副作用を危惧して重粒子線治療法を選択したことも頷ける。

事例紹介②：

人生の終末期をどのように迎えるか

ある患者は次のような希望を述べている。「老

い先も短いので、がん治療にあたっては苦痛だけを取り除いていただき、静かに家ですごし、そのまま家で死ぬことを望んでいます。そのための準備や心がけはどのようなことがありますか？」

再発や転移などがみつかると、治癒が難しくなってくると、人生の終末期をどう迎えるかを、患者とともに検討することとなる。患者の希望する終末期を実現するためには、どのような準備・心掛けが必要になるだろうか。筆者は、訪問看護の専門家から以下の5つが重要な点であると教わった。

① 訪問診療・在宅での看取りをしてくれる地域のかかりつけ医とつながっておくこと

最も大事なことのひとつである。痛みや苦痛があるときにその対処法を知ることができ、もしも

のときには往診に駆けつけてくれる。また、生活を支えるケアやサービスが必要なときには、それをつないでくれる役割を担っている。

② 自分の意思を紙に書き、身近な人々に渡しておくこと(図2)

終末期に対する自分の気持ちをきちんと書いて、周囲の人々に渡しておく。ちょっとした情報で気持ちは変わるものなので、気持ちが変わったら、書き直してそれをまた差し替えてもらえばよい。

③ 友人・知人・隣人を大事にして、よい関係を保つ

自分なりの価値観があり、周囲の人と違っていても“違い”を強調するのではなく、“違いは宝”と思って、友人・知人・隣人を理解・信頼し、心がつながるような生活を送ることが重要である。理解者がいなくて孤立した状態では希望がかなう確率は下がる。

④ 自分のなかにバリアを作らない、自分も変わらなければならない

年齢とともに、あるいは病気とともに自分自身の考え方を見直したほうがいい場合もある。心を柔軟に、状況に合わせて“自分自身が変われる”勇気のようなものを持ち続けることが必要かもしれない。

⑤ “覚悟”が重要

もしかしたら誰の看取りもなく、苦痛を抱きながら息を引き取ることになる可能性もある。少なからぬ不自由や寂しさがあるかもしれないが、ある程度の覚悟があれば大丈夫ではないだろうか。

生存期間だけではなく、 患者の人生観も考慮した治療法の選択

がん患者の生存期間が改善するにつれ、がん療養の中心は、病院から家へと変わりはじめた。図3は、がんの入院患者・外来患者の数を比較したものである。2005年頃から、外来患者数が入院患者数を上回るようになり、がん患者の療養の場が家に移ってきたことがわかる。

また、図4には、診断から一定年数後生存して

いる者(がんサバイバー)の、その後の生存率を示す。たとえば1年サバイバーの5年生存率は、診断から1年後に生存している者に限って算出した、その後の5年生存率である(診断からは合計6年後)。胃、大腸、膵臓、肺がんでは診断からの年数が経過するにつれて5年相対生存率は高くなる。しかし前立腺がんや乳がんでは、再発や転移などにより、診断からの年数が経過しても生存率が上昇していない。

以上のとおり、がん患者の生存期間が長くなっており、生活・仕事・家庭・趣味などさまざまな希望がみえてくる。また全体的に生存率が上がったことで、生存期間が数カ月延びる程度のわずかな延命よりも、より余生を人間らしく送れるよう、苦痛やQOLの低下が少ない治療方法のほうを重視する患者もいるだろう。

先述のAさんの事例であったように、治療が長期戦になることを考慮し、手術の副作用で起こる尿漏れや性功能障害のリスクをAさんが考慮するようになったのも、こうした考えに基づくものである。生存期間にのみ焦点を当てて治療方法を提案すると、患者の求める人生観に噛み合わなくなる。生存期間の長さだけを条件にして唯一の“正しい”選択肢を提示する、これまでの標準治療の考え方に無理が出てくるようになった。これからは、医者は患者に「がん治療において、あなたは何を最優先にしたいのですか？」と丁寧に確かめることが必要である。

文献

- 1) Baunacke M et al. Treatment of post-prostatectomy urinary incontinence and erectile dysfunction:there is insufficient utilisation of care in German cancer survivors. World J Urol 2020 Dec 1. doi : 10.1007/s00345-020-03526-z. [Online ahead of print]
- 2) Inoue S et al. Longitudinal analysis of trifecta outcome in Japanese patients with prostate cancer following robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. World J Urol 2020 Nov 13. doi : 10.1007/s00345-020-03515-2. [Online ahead of print]
- 3) Frey A et al. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to external-beam radiation therapy for prostate cancer. J Sex Med 2017;14:558-65.