

がん診療の現状

—がん情報システム、緩和医療などについても—

阿部 薫*

1. がん診療の現状

1981年（昭和56年）、がんによる年間死亡数は他の疾患を抜いて第1位となり、以後もその位置を保ち続け、亡くなる方のほぼ4人に1人が「がん」という状態になっている。そして21世紀に入ると、いずれはこれが3人に1人位になると予測されている。これは我が国が史上前例をみない高齢化社会になっていることが大きな要因の一つと考えられている。ちなみに、1981年という年は、本邦において、100歳以上の人が1,000人を越した年でもある。

しかし、私達の生活のパターンが欧米化することが大きな要因となって、がんの種類による頻度は、かなり変わってきているのも事実である。例えば胃がん、子宮頸がんの頻度は減少している。しかし死亡数は、胃がんでは高齢者の人口が増加するため、男性ではなお増加傾向が続くが、女性では横ばいか低下する、と予想されている。一方、その他のがんは、大凡、頻度、死亡数ともに増加の傾向にあり、ことに肺がんは21世紀には男女とも死亡数で第1位となり、他に大腸がん、乳がん、前立腺なども増加し、がんのパターンは欧米化、高齢化型になるものと考えられている。

この様な予想に対して、医療側でも積極的な対策が検討されている。現在、がんの最善の治療は、早期に発見し、外科的に切除する

ことである。早期とは、外科的に完全に切除可能で、治癒させることができる時期といえる。しかし、胃がん、大腸がん、乳がんのように、早期発見、外科手術により治癒可能ながんもあれば、肺がん、膵がんのように早期に発見することが現在でも難しいがんもある。一般的に云って胃がん、乳がん、大腸がんのような頻度の高いがんは、がん検診による早期発見が可能ながんが多く、その意味からがん検診のもつ意義は大きいといえよう。

がんの治療は外科手術、放射線治療、抗がん剤治療が主なものであるが、前2者はあくまで局所治療であり、がんが局所に止まっている間は非常に有効な治療方法である。最近では、陽子線、重粒子線が治療に用いられ始め、今後の成果が期待されている。また、高齢患者、合併症を有する患者、ごく初期のがんなどに対して、内視鏡によるがんの摘除手術が行われ始めているが、これも今後期待される治療方法である。

抗がん剤による治療についてはいろいろ議論があり、最近ではその副作用のみが取り上げられる傾向があるが、白血病、悪性リンパ腫、睾丸腫瘍、卵巣がん、乳がんなど、抗がん剤による治療が有効であることが証明されている種類のがんについては、適正に使用される限り抗がん剤は非常に有効な治療の手段である。抗がん剤というものは、決して安全な薬ではない。有効性とともな強い毒性をも

*国立がんセンター 総長

っている。そのため、抗がん剤の作用、副作用を十分に知っており、予想される副作用に十分に対応できる知識と経験を持った医師によってのみ、使用されるべきものであることは、論を待たない。

ことに最近になって使用可能となった抗がん剤は毒性が強く、時に薬物投与により死に至ることもある。現在、抗がん剤治療の専門性が求められているのも、この様な現状に基づいており、医学教育を始め、一般医師への知識の普及、研修を含め、抗がん剤治療の専門家 (medical oncologist) の育成が急がれているのも現状である。

がんの治療において最も重要と考えられることは、その適応と限界を十分に弁えていることであろう。現在は、患者さんががん専門病院で適切な検査を受けるなら、その患者さんのがんが、現在のがんの医療で治り得るものであるのか、それとも治る可能性はまずないのかが、大体正確に判断できる。適応に関しては、常にそれを広げていく努力を続けるとともに、限界に対しては常に謙虚にこれを認め、後に述べる様な患者さんのインフォームドコンセント (説明と同意) に基づき、その患者さんにとって最も適切な対応をとることが重要であると、私は考えている。

一言付け加えておきたいのは、がんという言葉は非常に強いインパクトのある響きを持っているが、その意味するものは決して単一なものではない、ということである。例えば、“胃がん”と“乳がん”は同じ“がん”ではあるが、実際に治療にあたる私達から見れば全く違う病気である。診断方法も治療手段も全く違っているからである。加えて、胃がん、乳がんともに、そのがん細胞の性質が良性に近く、発育も遅く、転移もほとんど起こさないようなものから、がん細胞の悪性度が極めて高く、どんどん発育し、まわりの組織に浸潤し、そして速やかに他の組織に転移をきたすものまで、さまざまなものがある。加えて、

発見されたときのがんの進行状態 (普通、がんのステージと呼ばれている)、そのがん患者さんの年齢、合併する病気の有無、さらに患者さんががんに対する考え方、これは人生観と言ってもよいのかもしれないが、これらの全てが、がんの治療方針の決定に関わってくる。すなわち、がんの治療は患者さんごとに非常に違っており、それはかなり個別化されている、といってもよいと思われる。これががん治療の個別化 (individualization) と言われるもので、21世紀におけるがん治療はこの方向に向かって進んでいくと考えられる。だからこそ、きちんとしたインフォームドコンセントを行い、医療者側は十分な情報を患者さんに提供することが必要であり、患者さんはやはり自分のことは自分で決めるという心構えが必要、とされるのではないであろうか。

2. がん情報システム

現代は情報化時代と言われている。国立がんセンターも例外ではない。むしろ私達は積極的に、がんについての情報化に取り組んでいるといえる。その情報化は医療者に対するものから、一般の方や患者さんに対するものまで、様々なものがある。国立がんセンターには東京築地の築地キャンパス (中央病院、研究所)、千葉県柏市の柏キャンパス (東病院、研究所支所) がある。同じ組織なので、しばしば両キャンパスの人々が参加する会議が開かれるが、どちらのキャンパスに行くにしても、日中は首都圏の交通渋滞のため、行き着くのに必要な時間の予想が困難である。この様な理由もあり、築地キャンパスと柏キャンパスが光ファイバーで結ばれ、テレビ会議が始められた。もともと、すでにこの時期までに、研究所を主体として国立がんセンター内の LAN (Local Area Network) も、かなり広く用いられていたことも事実である。初めはスクリーン上で人の顔の識別も困難であったが、次第に音声、映像共に改善され、また

慣れも加わり、テレビ会議でも普通の会議と同じように行うことができるようになった。

そうしている間にこのテレビ会議のシステムが、国立札幌病院、国立呉病院、国立病院九州がんセンター、国立病院四国がんセンターなどの全国がん（成人病）センター協議会に属する4つの国立病院を結び、国立がんセンター（中央）と各施設との間でテレビ会議を初め、レントゲン画像、病理画像のやりとりが始められた。しかし当時の方法は1:1で、国立がんセンター（中央）と他の一つの施設とが交信している間は、他の施設とは交信できないという状態であった。しかしこれでは非効率である。そこで多施設が同時に参加できる多地点テレビ会議方式の実現が必要と考えられ、多くの方の努力により、その導入が可能となった。現在では、全国がん（成人病）センター連絡協議会に属する施設のうちの11のがん（成人病）専門施設が参加しており、毎年、国の補助金により参加する施設の数も増えてきている。

現在では、毎週1回のメディカルカンファランスに加え、病理診断、画像診断のカンファランスなどが定期的に行われている。また中央、東、四国間では、早朝のメジカルオンコロジーカンファランスも毎週開かれている。

そしてこの多地点テレビ会議は、医師のみではなく、看護婦、薬剤師、技師にも利用されており、各々年に数回ではあるが、彼等の間でも定期的な多地点テレビ会議が開かれている。

この様な多地点テレビ会議方式は、今後、がん診療に関し、全国のがん専門施設が共通の理解と認識を持つために、非常に重要な役割を演ずるものと期待されている。また、自分達の問題となる症例を、自分の施設にいながら他の施設のエキスパートに相談することも可能であり、その意義は大きいと考えられる。

これに加えて、国立がんセンターにはスー

パーコンピュータが導入されており、情報の分野はさらに大きく広がっている。まず取り上げられるものは三次元画像であろう。これは、必ずしもスーパーコンピュータを使用する必要はないが、スーパーコンピュータの使用により、非常に速く処理することが可能である。この三次元画像によって、国立がんセンター東病院で間もなく動き出す陽子線治療、また千葉の放医研ですでに臨床試行に入っている重粒子線治療などに、非常に大きな助けになると思われる。他にバーチャルリアリティー（VR）による手術手技のシュミレーション、また患者のアメニティを考えた装置、などの研究も進められており、VRは将来医療において重要な役割を持つことが期待されている。勿論、インターネットを通じて、がんの各種の情報の提供も行っており、国立がんセンターのホームページ（<http://www.ncc.go.jp/>）を、時間のあるときに訪れて頂ければ幸いである。

その他、医療者用にレフェレンスデータベースの作製も積極的に進められていて、現在では、国立がんセンターのプロジェクトにとどまらず、G-7の国々が協同してグローバルな医療用データベースの構築が進められている。その他、入院患者の情報を整理し、統合し、重要ながん診療データベースの構築も行われており、将来は国立がんセンターがどれだけがん診療、研究に有用なデータを提供しうるかということが、国立がんセンターの持つ一つの価値として評価されるのではないかと考えている。この様な事業は、国立がんセンターに新たに人が加わって行われているのではない。現在の医療職、研究職はじめあらゆる職種の人々が、情報委員会の下で協力して行っていることを申し添えておきたい。

3. がんの緩和医療

国立がんセンター中央病院に見えられたがんの患者さんの最近の5年生存率はほぼ60%

となっている。この数字は以前と比較すると次第に改善されてここまで来たものの、依然として約40%の方々ががんで亡くなられていることも事実である。私達医療者は、この数字を改善すべく最大限の努力を払うべきことは言うまでもないが、しかし、亡くなられる約40%の方々に対して、どの様な対応が必要なのか、十分に考えなければならない。

国立がんセンター東病院には、国立診療所松戸病院時代より引き継がれている25床の緩和ケア病棟がある。緩和ケア病棟は、一般に言われているホスピスと同意語と解釈してもよいであろう。前にも述べた様に、がんの医療の現状においては、治療に適応と限界がある。限界に対して、がん自体に対する治療はもうこれ以上不可能としても、がんの患者さんの痛み、呼吸困難、だるさ、食欲不振、鬱など、いろいろな症状を軽減するような医療は絶対に必要であり、これに加えて、精神的に患者さんとその家族をいかに支えていくかということも、重要な問題である。これらは全て緩和医療という範疇に入る問題で、最近ではその重要性も広く認識され、緩和医療学会の発足もみている。

このような緩和医療は、がん患者さんの終末期のみに必要な医療であるかという点を決してそうではない。そもそも医療の始まりを考えると、たぶん頭が痛い、腹が痛い、下痢をするというような症状があり、このような患者さんを苦しめている症状をどうしたら取り除くことができるか、というようなことから医療は始まったと考えられる。近年になり、そのような症状を来している原因の究明が行われるようになり、その原因を除くことによって症状を無くするということが医療の本流となってきた。しかし、原因が依然として不明であったり、その原因を現在の医療の実力では取り除けない場合には、はたしてこれで医療は終わりなのであるか。決してそうではない。やはり、昔々やっていた様に、その

患者さんが苦しんでいる症状を取り除くことの重要性が再認識される様になったと言ってもよいであろう。ということは、緩和医療は、患者さんが何かの症状を持って医師を訪れたその時から始まっていると考えられる。

がんの患者さんを苦しめている最も多い症状は痛みである。しかし、痛みに対してはWHOの指針などもあり、専門家に言わせると麻薬などの適切な使用により、まずコントロール可能であるといわれている。しかし、呼吸困難に対しては、まだまだ、症状緩和は十分とは言えず、また呼吸困難感のレセプターがどこにあるかも、またそのレセプターに作用する物質も明らかにされていない。食欲、だるさなどについても、その機序などについて解明されている現状は似たようなものであり、もっとこの方面の生理学的、内科学的な研究の進展が強く望まれる。

さらに、緩和医療の基本となるものは、適切なる内科学の知識と経験であるということもできる。患者さんの全身状態の正しい把握、強心剤、利尿剤、抗生物質などを適切に使用し得て始めて、緩和医療がきちんと行い得るのではないであろうか。私達は専門家になることも重要であるが、よい緩和医療を目指すためには、まずよい内科医でなければならぬと思う。

ここで、なぜ患者さんが病院にいらっしゃるのかということを考えてみたい。患者さんは、自分の病気を治して欲しいから病院を訪れるのである。一方医療者側も、患者さんには常に治る希望を持って治療に当たって欲しいと思っている。ところが進行したがんのような場合、よい治療法がなく、症状も次第に悪化してくると、患者さんは自分の受けている医療に不満を、そして医師に対して不信感を抱くようになる。一方、医療側も次第に患者さんと会うのが辛くなってくる。

このような状態の患者さんと医療者との関係において、何か共通の立場があるかを考えて

みると、それは、ともに人間であるということではないであろうか。人間であるということは、いずれ必ず死ぬという事実を共有していることである。この共通の立場に立って話し合えば、患者さんと医療者側は、もっと同じ立場で話しができるのではないかと思っている。

ここに“がんの告知”、“インフォームドコンセント（説明と同意）”の問題が出てくる。私達は、がんの治療はがんの告知をもって始まると考えている。現在のがん診療は、場合によっては非常に複雑になり、また、副作用を防ぐためにも万全の配慮を払って行うことが必要になっている。この様な医療において、患者さんに事実も知らせず、治療の内容も説明せずに医療を行うことは、まず実際には不可能である。加えて、高齢化が進むとともに、人間の自分の人生に対する考え方も次第に変わってきている。そして私達の社会でも、“死”を避ける問題としてよりも、それを自らの問題として、正面からじっと見つめるという風潮も出てきている。

生きているものは必ず滅びる。人間にも必ず死がある。この事実はだれも否定することはできない。人間には、がんになってもなら

なくても必ず死が来る。医療としてがんに対する治療はもう不可能という場合にも、がんによるいろいろな症状は緩和されるべきであろうし、精神的なサポートも必要とされよう。

以前、“医者が匙を投げる”と言う言葉があったが、匙を投げた後にも重要な医療があるということ、がん医療の現状における一つの重要な問題としてとらえることが必要である。

4. おわりに

以上、がん診療の現状を簡単に述べると共に、最近重要な手段となっているがん情報システム、そして緩和医療の問題まで述べさせて頂いた。がんの現状は非常に厳しいものであるが、がんの基礎研究は非常に進歩しており、この成果ががんの診療に反映されて、がん治療の適応が大きく広がることが強く期待される。さらに、がんになるよりはがんにならない、そしてがんになってもそれが進行しないような方法、すなわち予防ということの重要性が強調されており、この様な問題については次の機会に述べさせて頂くことにしたい。