がん医療における積極的治療から緩和ケアへの転換点に関する研究

濃沼　信夫　先生
東北大学医学部
病院管理学教室教授

この研究はボストンの Dana-Farber Cancer Institute の Maria Die-Trill、それからニューヨークの Memorial Sloan-Kettering がんセンターの Jimmie Holland との共同研究でございます。

目的はスライド１にありますように、文化的・社会的な背景を含め、治癒を目指した積極的な治療から症状軽減と安寧を目指す緩和ケアへの転換が、どのような時期にどのように行われているかを把握し、緩和ケアの充実のための対策を検討するということです。

二つの調査を行ないました。まず、国際調査として国際サイコオンコロジー学会（ＩＰＯＳ）を通じ、地理的バランスを考えて世界39カ国のがんの臨床医各20名位を対象として、32問からなる英文調査票を用いて実施いたしました。英文調査票は日本のがんの臨床医にもお送りしました。

これとは別に、日本の国内事情には色々なことがありますので、この国際調査よりももう少しきめの細かい調査票を作成し、日本のがん臨床医約９００名に回答を求めました。

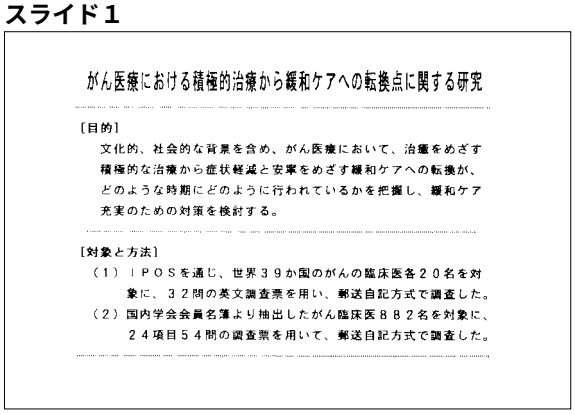
この２本立ての調査をしています。

まず国際調査の方から申し上げますと、スライド２のように、現在まで28カ国585名から回答を得ております。アフリカ地域等は調査をしたものの回答が得られませんでしたが、主要国はほとんど回答を得ております。男女の比が８：２で、回答の臨床医の平均年齢は45才位、臨床経験はだいたい20年という状況です。

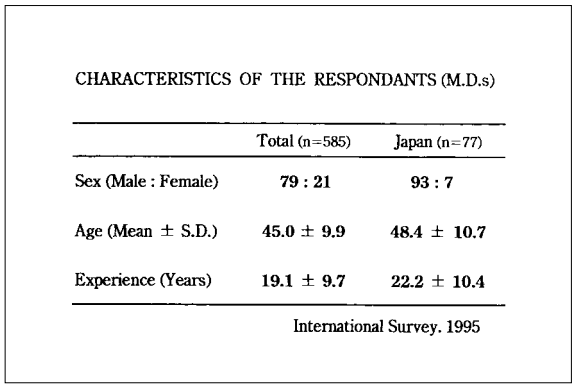
スライド３は宗教の状況ですが、全体でいいますとカトリックとプロテスタントで大体世界の半分くらい。その他仏教とかイスラム教とかユダヤ教とかヒンズー教とかがあります。日本は圧倒的に仏教が多いですが、無宗教というのも12％位あります。

後で申し上げますが、調査の結果では、カトリックが多い南欧やフランスでは告知率が結構低い状況にあ

スライド１



スライド２

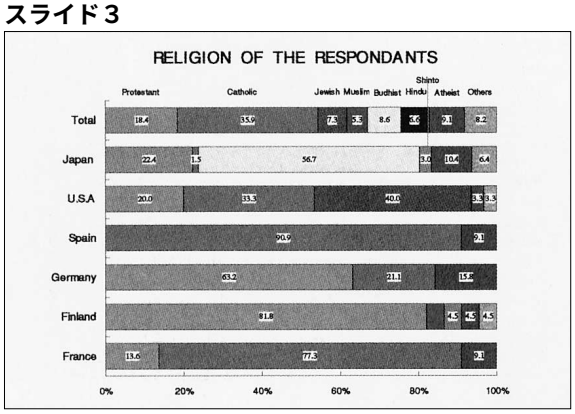


CHARACTERISTICS OF THE RESPONDANTS (M.D.s)

	Total (n=585)	Japan (n=77)
Sex (Male : Female)	79 : 21	93 : 7
Age (Mean ± S.D.)	45.0 ± 9.9	48.4 ± 10.7
Experience (Years)	19.1 ± 9.7	22.2 ± 10.4

International Survey. 1995

スライド３



ります。一方、アメリカとかフィンランド、ドイツ、オランダとかいった国はプロテスタントが多く、それが影響しているのか、或いはアングロサクソン系が影響しているのか、非常に高い告知率です。がんの病名告知や緩和ケアには、宗教の影響も無視できないように思えます。

緩和ケアを考える場合、まず入口になるのが、がんの病名告知の問題ですが、スライド４は各国別にどの程度の告知率になっているかということを調べたものです。アミ掛けした柱が患者さんに対してどの位告知するかというパーセンテージで、低いものから代表的な国を並べたものです。白色の柱は患者さんの家族に告知をしているというものです。

ギリシャは患者さんに対して24％。もっと低い国もあって、シリアは十数パーセントです。日本は患者さんに対しては大体30％近くということですね。家族に対しては95％位お話をしているということです。今回調査の対象とした世界全体でいいますと、大体５０％ということでして、日本だけが告知率が低いということでもありません。告知の問題は古くて新しい問題であり、各国の色々な事情で、先進国も必ずしも高い国ばかりではないということです。

スライド５に移ります。

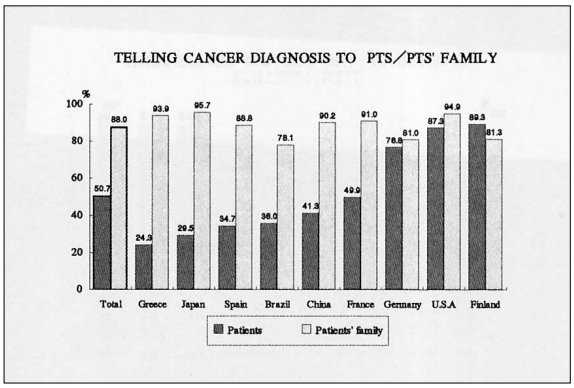
先程のはがんの診断でしたが、これは特に予後が悪い場合の告知率を見たものです。全体では34％。ただしアメリカ等は予後が悪くても７割近く告知をしているということです。同じようにアミ掛けした方が患者さん、白色が家族ということです。

スライド６は、細かいパーセンテージがどうかということよりもむしろ、大体どの程度かということで３つに分けてみました。40％以下の告知率の国と、70％以上の高い告知率の国、それからその中間に入る国に区分して見たものです。

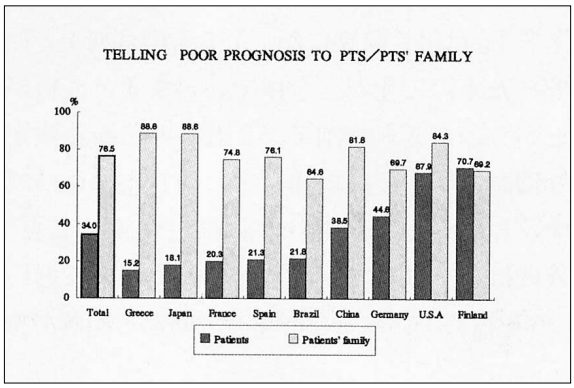
低い国としましては、アジアの国とブラジル、南米、スペイン、ギリシャ、中近東、それから日本です。

中間（40～70％）の国としましては、ヨーロッパでもイタリアとかフランス、ポルトガルなど南欧、エルサルバドル、中国、クロアチア、イスラエル、フィリピン。こんな国が半分くらい告知をする国です。

スライド４



スライド５



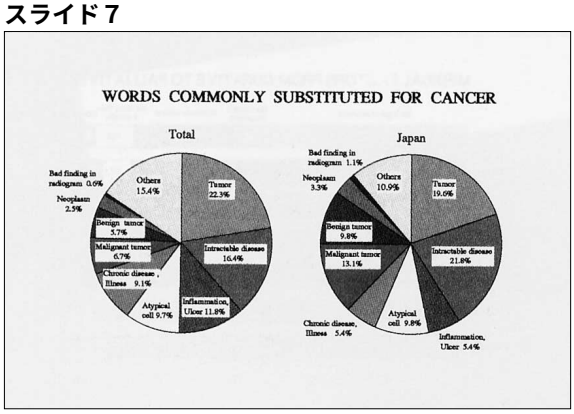
スライド６

PERCENTAGE OF PHYSICIANS WHO DISCLOSE CANCER DIAGNOSIS TO THE PATIENT (%)

low(<40%)		middle		high(>70%)	
Nepal	39	Israel	67	the Netherlands	91
India	37	Philippines	60	Finland	89
Turkey	37	Italy	52	Australia	88
Brazil	36	Mexico	51	U.S.A	87
Spain	35	France	50	Denmark	87
Uruguay	32	El Salvador	48	Switzerland	81
Japan	29	Portugal	47	Canada	80
United Arab Emirates	26	China・Taiwan	41	Germany	77
Greece	24	Croatia	41	Puerto Rico	73
Syria	12				

585 Oncologists Surveyed from 28 Countries

スライド７



それから、高率に告知をする国が北欧、アメリカ、カナダ、プエルトリコ、スイス、オーストラリアといった国です。

がんの告知をしない場合には、何らかの形で病気の説明をしているわけですが、スライド７は、どういった言葉でがんをぼやかしているかということを調べたものです。左側が世界全体で、右側が日本です。

世界全体でいいますと、がんという代りに腫瘍という言葉が使われることが最も多い。その次が治りにくい病気とか難しい病気とかいう言葉。それから炎症、胃潰瘍、異形成の細胞、慢性の疾患などです。日本もかなり似たようなパターンです。

がん告知について、医師の態度に変化があるかという質問をした結果がスライド８です。医師の告知をすることについての態度に変化がある―つまり告知の方向に向かってるというように答えたドクターのパーセンテージです。当然のことながら告知率の低い国が多いですね。日本でいいますと９５％が告知をする方向に変化しつつあると答えています。世界では、現在は５０％位の告知率ですけれども、７割が将来告知をする方向に医師の態度が変わりつつある、と答えています。

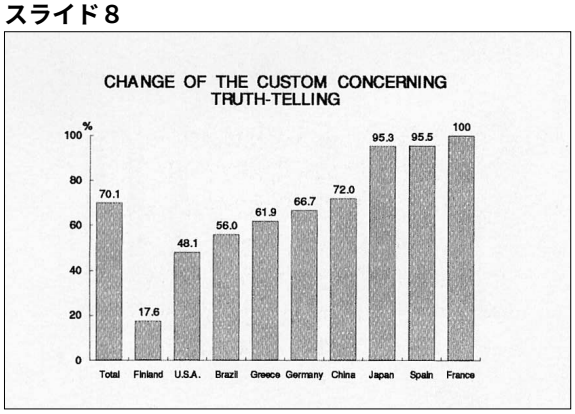
がんの場合には治癒を目指す積極的な治療から、ある見極めをつけて緩和ケアに移行する転換点があるわけですが、医師がどの時点でそういう決断をしているか、そのための医学的なファクターはどういうものかを聞いたのがスライド９です。

全体でいいますと、回復の見込みがないと医学的な判断をした時点で転換するというのが５２％、症状の緩和が主要な医学上の課題になっていった場合にというのが２５％くらいです。

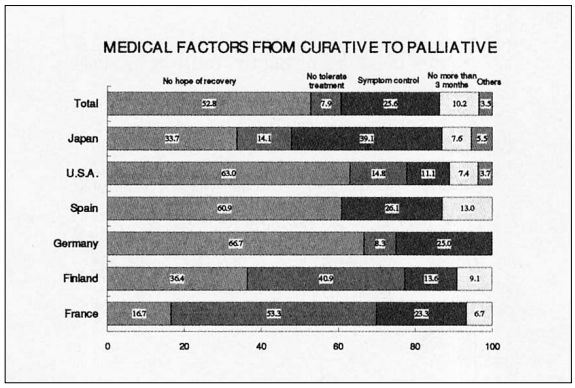
ご覧のとおり、治療の見込みがないという明解なことがらを基準にしている国は、アメリカとか欧米系が多いわけです。一方、フランスは副作用に耐え得るような状況ではないというようなことを重視しています。日本ですと、教科書的に症状緩和を大事にしています。社会的なファクターを調べますと、大体どの国でも、一つは患者がそれを希望してるということ、もう一つは社会的、精神的な支援をするということ、その二つが社会的なファクターとしては最も大きなものといえます。

緩和ケアはこの十年くらい色々な意味で関心を集めているのですが、まだまださまざまの障害があります。スライド１０は最も障害になってるものは何かというものを聞いたものですが、全体でいいますと人材が足らないというのが５～６割で、これがとにかく決定的に大きな問題です。その緩和ケアに通じたマンパワーを養成するということが最も大事なことということです。意外なのはアメリカで、患者の抵抗感があるというのが４６％を占めていることです。それから誤解であると

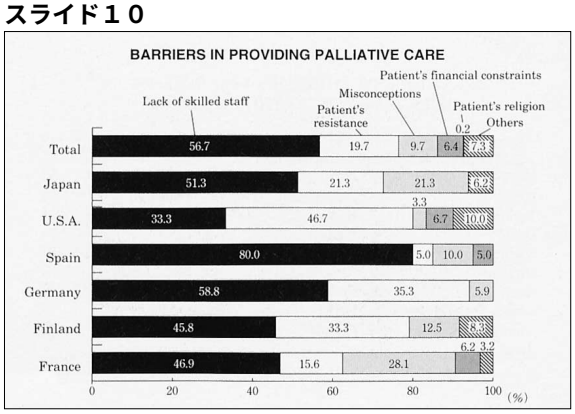
スライド８



スライド９



スライド１０



か。

緩和ケアの重要性が叫ばれていますが、このマンパワーの養成という、少し時間のかかる息の長い対応がされないと、なかなか充実されることにならないということです。

次に緩和ケアがどこで行われているかということですが、スライド11に見るように、全体でいいますと在宅が45％、それから病院が38％です。

大きく違うのは、日本の場合には圧倒的に病院で行われ、欧米諸国では、半分くらいは在宅ということです。これは複数回答で単数回答化したものですけれど、病院だけ、在宅だけということではなくて、多分在宅と病院とを行き来しながら緩和ケアをやるというのが欧米では一般化しています。日本の大きな課題としては、病院中心からしばらくの期間在宅に移っていけるようなシステムを作ることではないかと思います。その他ホスピスのようなところで行われる場合が10％近くあります。

積極的に治療をやってるときに、民間療法をやりたい…とにかく藁をもつかむ気持ちで、考えられることは全てやりたいと希望してくる患者さんが結構いる（がんについては特に患者さんの希望が多い）わけですが、それがどの程度かというものを見たものがスライド12です。

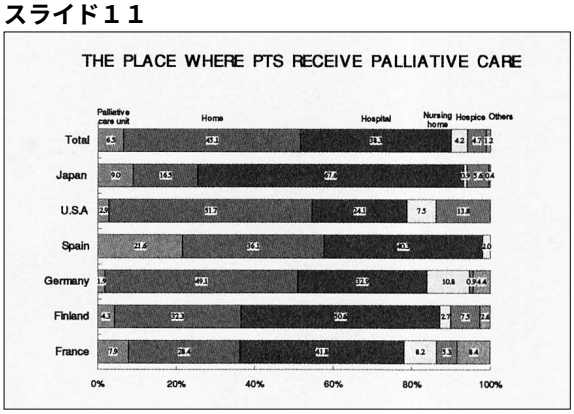
世界全体で大体24％が、積極的な治療法をやっているときに民間療法をやりたいと希望してきます。積極的治療ではなくて緩和ケアをやっている場合は40％位になります。

国によってパーセンテージもかなり変わってまいりまして、日本の場合には16％位ということです。

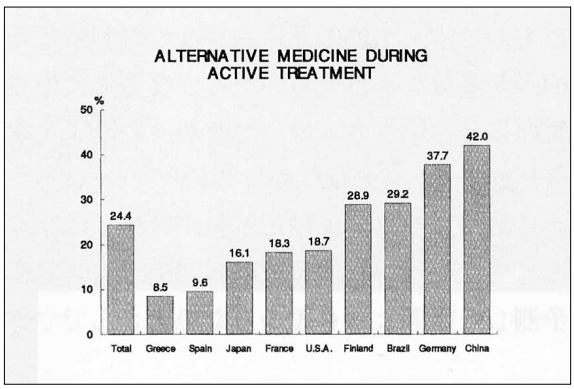
スライド13は民間療法がどんなものかというものを見たものです。これも世界全体とそれから日本を示しています。最も多いのが Herbal medicine（薬草）。それから食品、Homeopathy、メガビタミン、ミネラル、あるいはワクチン。こんな順番になっていますね。実際に書いてもらったものは千差万別で、それを分類して集計したのですが、非常に多様な方法が行われております。

日本の場合には圧倒的にワクチンが多いですね。これは丸山ワクチンだとか、蓮見ワクチンだとか、こういうものだと思うのですが、圧倒的にワクチンが多い。あとはベーターカロチンが含まれたジュースとかいった

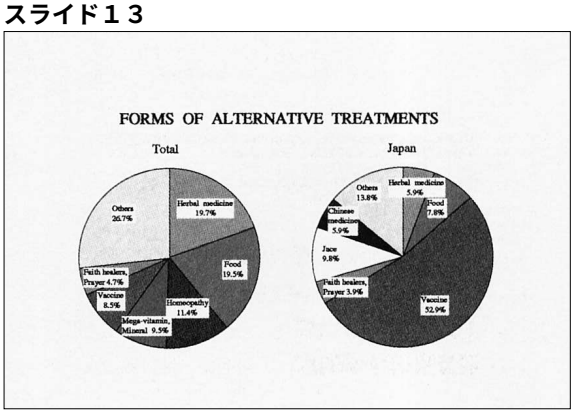
スライド１１



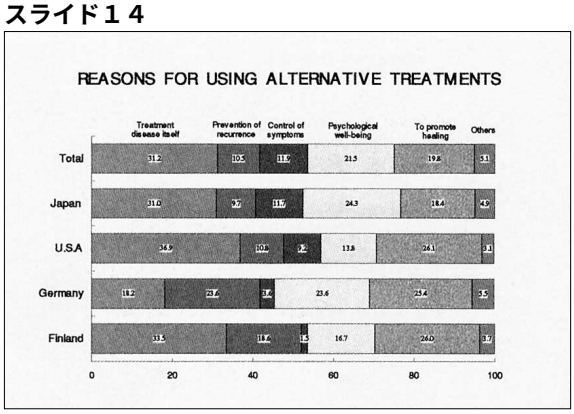
スライド１２



スライド１３



スライド１４



ものが日本の場合には多いということです。

スライド14はそういう民間療法を使う理由は何なのかを聞いたものですが、これは国によってあまり差はありません。治療に何か役立つのではないかとか、healing（癒し）を促すとか、精神的なサポートを目論んだとか、あるいはその再発を予防するとか色々な意見があります。日本の場合には精神的な支えになるだろうという意見が多くありました。

以降は日本独自の調査です。

スライド15は緩和ケアを推進するための障害を聞いたものです。大体４分の３位が、とにかく専門スタッフがいない、知識や技術が不足している、経営が成り立たないということです。緩和ケアには定額の料金等が設定されておりますけれども、それが緩和ケアを広く普及させるほどのものではないということです。

スライド16は民間療法を希望したときの対応についてです。その場合の医師の対応の仕方はどうなっているかといいますと、民間療法と現在の治療法を併用するという妥協的なものが34％。次に民間療法の限界や危険性を説明して、あとは患者さんの判断に任せるというのが３分の１位です。それから、「今やってる治療法がいいんです」と説得して理解を得るが15％位。その他、「そんなのやめなさい」というきつい対応もあります。

それから生存期間の予測…もうある時点で直る見込みがないという判断に役立つものとして、どんなものがあるかを聞いたのがスライド17です。

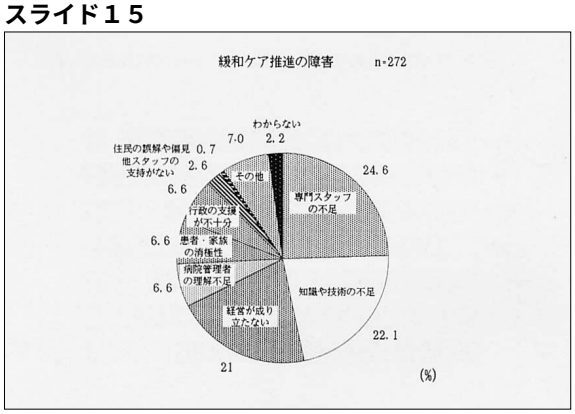
これも多種多様ですが特にがん転移。多くの臓器へがん転移をしていると直る見込みがないという判断をします。次に、当然のことですが、バイタルサインが低下していること。循環器、呼吸器の機能低下とか、画像上の腫瘍の増大、ADLの制限、抗がん剤に対して薬物耐性が出てきてしまうとか、あと病気と戦う気力の喪失とか、こんなものがあります。

さて、がん患者さんに直る見込みがないと、主治医としてはおおよその生存期間を考えます。実際に予測した生存期間と実際に生きた生存期間とはどの位の差があるのだろうかというものをプロットしたものがスライド18です。

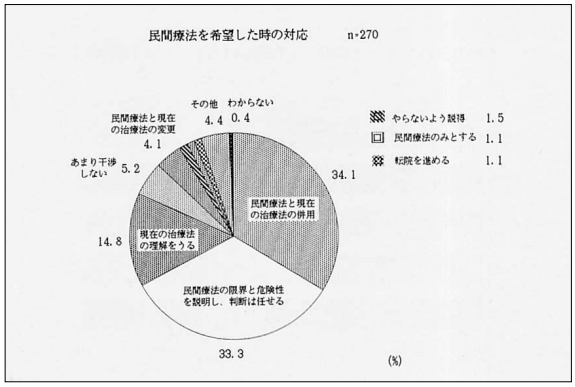
実際に亡くなった患者さんについてretrospectiveに調べたものです。治療の見込みがないと判断した時点で主治医が多分３ヶ月くらいだろうと考えた患者さんが、実際にどの位生きておられたかということをそれぞれ点としてプロットしたものです。

スライドのグラフはX軸とY軸が等分ではなく、回帰曲線がだいたいY=Xなので回帰曲線より下は生存期間が予測した期間よりも短かった患者さんです。回帰

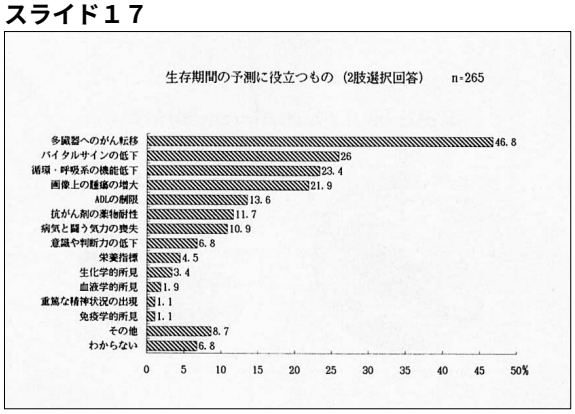
スライド１５



スライド１６



スライド１７



曲線より上は予想よりも長く生きた患者さんということです。胃がんについて130例の患者さんを見てみますと、平均して予測期間が142日（大体４ヶ月位)、実際生存された期間は168日（５ヶ月半位）という状況です。

スライド19は、がんの種類別に見たもので、先程グラフで示した胃がんについての130例を見ますと、大体予測と実際の生存期間の差は１ヶ月半位で、予測した期間よりも長めに生存することが多いということです。対象例の平均年齢は61歳です。

肺がん、乳がん、大腸がんでも同じように計算しました。大腸がんについては40例。平均すると、予想した期間よりもかなり長めに生存されています。

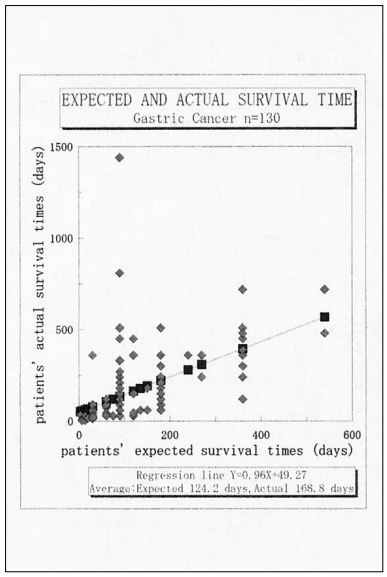
回帰曲線の重相関係数をみますと、かなり予測が可能になっていることがわかります。スライド20はがんの部位別の回帰式です。乳がんは57パーセントというそこそこの寄与率です。

予後についても医学的には的確な診断がつくような状況になりつつあるということを考えますと、がん告知をするというレベルから余命を説明することもこれから議論をされなければなりません。「がんの告知はするけれども余命については言わない」というがん臨床のエクスパートがいますが、患者さんはやはり両方とも聞きたいはずです。かなり的確に判断ができるのであれば、余命も適切に説明をし、その予想された期間を有効に使えるように支援をしていくことが今後必要になってくるのではないかと思います。なかなか難しい問題ですが、患者さんの希望とか、主治医の考え方によって積極的治療から緩和ケアへの転換のタイミングは大きく異なるという状況が分かるかと思います。

生の医学と死の医学が車の両輪であるとするならば、死の医学についても、個々の主治医レベルでなく、より客観的なレベルで判断ができる診断支援ツールを、今後考えてかなければいけないのではないかと考えます。

今日示したのは単純集計ですけれども、なぜがん告知の高い国と低い国があるのか、どういう要因が最も影響しているか、文化的、社会的な状況がどう影響しているかなどについては、引き続き分析をしていきたいと思っております。

スライド１８



〈質疑応答〉

Q： 今日のデータで、予後告知と病名告知のところでファミリーにしゃべった率と、患者さんに対して話した率をおっしゃっていましたが、もう一つ、順番として日本では最初に家族に話されて、それから患者さんに話しますが、アメリカの場合、ほとんど先に

スライド１９

TERMINAL PATIENT´S EXPECTED AND ACTUAL SURVIVAL TIMES
AT DIAGNOSIS OF NO PROSPECT FOR RECOVERY

(Average Days)

	Expect.(a)	Actual(b)	b a	n	Age(Y)
Stomach	124.2	168.8	44.6	130	61.2
Lung(Prim.)	166.5	215.9	49.4	60	63.6
Lung(Metas.)	181.7	222.9	41.2	30	58.0
Breast	166.7	212.4	45.8	133	53.5
Colon	130.3	221.1	90.8	40	66.5

スライド２０

REGRESSION ANALYSIS OF THE SURVIVAL TIMES

	Regression Curve	n	R
Total	Y＝1.19X＋29.1	672	0.618
Stomach	Y＝0.96X＋49.3	130	0.503
Lung(Prim.)	Y＝1.76X－76.7	60	0.570
Breast	Y＝1.28X－ 1.2	133	0.697
Colon	Y＝1.99X－37.8	40	0.530

[Y：Acutual X：Expected]

患者さんにしゃべるという形になっていると思うのですが、先生のご研究でそういう点で各国の事情で違いがあるかどうかということをお調べになっていましたらお教えいただきたいのですが。

A： 順番については今回特に聞いておりません。欧米の場合、おっしゃられたように本人が自分のことを知っているのが先であって、自分が知る前に家族が知っているというのは彼らにはちょっと考えにくいのではないかと思います。両方の場合には、多分本人が先というのが当り前じゃないかという気がします。この調査はそのように見ていただければありがたいと思います。家族に伝えられているという回答の場合には、それは本人に伝えられていないと考えていただければと思います。