

<『参加したことがある』と回答された方への質問>

質問 7-a その臨床試験は満足 of いくものでしたか？

臨床試験に対する満足	
どちらでもない	2
やや不満	1
大変満足・満足・大変不満	0

(表 7-a1 臨床試験に対する満足度)

その理由として適当なものを選んでください。

臨床試験への満足度に対する理由	複数回答可
説明が不十分だった	2
期待した効果がなかった	2
医療に貢献できた	1
その他	1
副作用があった・対応が不十分だった	0
親切な対応だった・期待した効果があった	
十分な説明だった	

(表 7-a2 臨床試験への満足度に対する理由)

(備考) その他に記載されていた内容

試験の最終的な目的が何であったのか、当方には理解できなかった。

<『参加したことがない』と回答された方への質問>

質問 7-b 臨床試験に対してどのようなイメージをおもちですか？

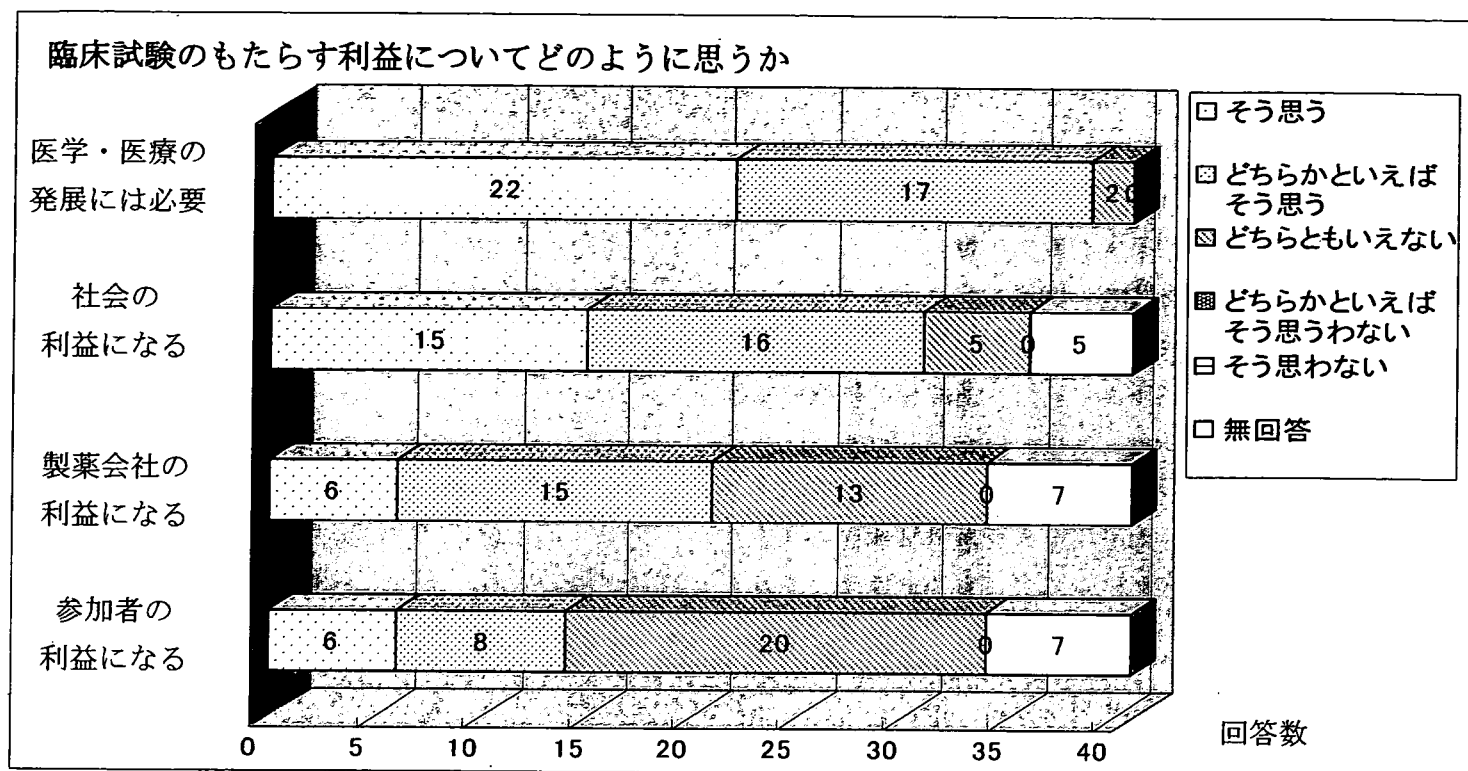
臨床試験に対するイメージ	
安全なのか不安	28
興味や関心がある	23
自分には関係ない	2
よくわからない	2
その他	2

(表 7-b 臨床試験に対するイメージ)

(備考) その他に記載されていた内容

- ・自分はいけたくないと思う。
- ・健康な者でも協力できるのなら参加してみたい。

質問8 臨床試験がもたらす利益について



(図2 臨床試験のもたらす利益についてどのように思うか)

(備考1) 回答軸に印のない回答は「無回答」として処理した。

(備考2) 目盛の中間に印がある場合、より下位の回答として処理した。例えば、「どちらかといえばそう思う」と「どちらともいえない」の中間の場合、「どちらともいえない」として処理した。

IV 本シンポジウムを通じて感じたこと、疑問に思ったこと、期待や提案など、ご自由にございました。

回収されたアンケート41件のうち、21件の自由記載欄にコメントが残っていた(51.2%)。原文をそのまま転記したが、一部改変をした所もある。

<コメント1>

- ・時間不足もっと聞きたい。

<コメント2>

- ・殺人事件の報道にあるように、医療に関する報道においてもマスコミの過剰さに腹が立つ。
- ・チーム医療と言っていたが、自分が重大な病気になったときに、どのようなチームやプロジェクトが自分を見守ってくださるのかを、まず知らせて欲しい。

<コメント3>

- ・(医療に対する不満を示すと思われるコメント)。

<コメント4>

- ・人間性（心）を大切にしていきたい。
- ・もう少し薬剤師の質を良くして欲しい。

<コメント5>

- ・説明は大体わかりましたが、時間不足でした。
- ・演者が必要とされる時間を自分で設定していただきたく思います。もう少し位長くなっても OK。お互いに良い機会なので、今はこの時間を大切にしています。
- ・治験に参加しようと思うか思わないか等は、やはり現場のお医者様の人間性が大きく左右すると思います。患者は、自分のことであっても、どうして良いのかわからない場合の方が多いのですから。辻本先生の 100+1 は 101 以上 150 にもなるお話は、その通りだと思います。
- ・良いシンポジウムでした、主催者の皆様に感謝します。

<コメント6>

- ・私はがん患者です。病院の外来患者でも相談しやすいコーディネーター制度が必要だと思います。インターネットでは色々な医療情報があり参考になります。しかし、不安な内容を見ることもあり、暗い気持ちになることもあります。そういう話を聞いてもらえる、相談できる場所があればと思います。COML がそうなのでしょうか、私は今日はじめて知りました。

<コメント7>

- ・現在、入院、手術等を経験したことはありません。両親の入院、手術等で病院へ出向く時に、病院の医療、ナースの介護等を拝見しています。その経験から、自分や家族が病気になったときにあわてないように病院選び、賢い患者にならなくてはと思いました。COMK 代表の辻本先生のお話はとても分かりやすく、参考になりました。有難うございました。
- ・病気になり終末医療を受け天国に召される事は、親しい友人でも詳しくわからず、トラブルがあっても人には伝えないことが多い現状ですが、COML の会報誌を読ませていただき参考にさせて頂きました。
- ・最後に辻本先生、お体ご自愛して皆様の為にガンバッテ下さい。清水先生のお話も分かりやすく参考になりました。本日は有難うございました。

<コメント8>

- ・COML の辻本好子さんのお話に感動しました。できれば、もっと色々お聞きしたいと感じました。わかりやすく、明るく、言葉を選んで話されよく理解できました。
- ・パネルディスカッションの折に話をされた患者の奥様のお話を伺うと、なぜか涙が出て止まりませんでした。そのようなことが本当に“マレ”なことだからでしょうか？
- ・このような場を与えていただいたことに感謝しています。出席された方々の誠実なお人柄がよく伝わりました。

<コメント9>

- ・治験、臨床試験は新聞などで聞いたことがあるが、このような講演では初めてなのでもっと聞きたかった。

<コメント10>

- ・前回のシンポジウムにも参加し、今回もお話をお聞きできて良かったです。限られた時間の中で、参加されている方の「質問」を募集されたのはいいと思いますが、質問者の質問と意見が重なって運営も大変だろうと思います。

<コメント11>

- ・ありがとうございました。意見は色々出ましたが、明日の医療を信頼します。頑張ってください。

<コメント12>

- ・現在、老健施設で働いている看護師ですが、やはり、流されて雑なコミュニケーションをとっている面がありました。今日、そのダメな部分を振り返るチャンスをいただき、とても感謝しております。これからこのような企画にはふるって参加したいと思います。

<コメント13>

- ・難病で苦しんでいる人は多くいるので、探索医療のスピードアップを希望します。どうせ助からない病気なら臨床試験に応じる患者は多いと思う、自分も応じたいと思います。

<コメント14>

- ・COML についてある程度知っていたが、京大探索医療センターとの間に接点がある、というより (COML が探索医療に大きな) 関心を寄せているらしいことに驚きを覚えている。
- ・探索医療センターについては、COML ほど市民への啓蒙を積極的に行っていないと思う、更なるPR活動が必要だろう。
- ・このアンケートに通常求められる、年齢、性別、職業などの質問事項が欠如しているのはどういう理由からなのだろうか？

<コメント15>

- ・私は糖尿病を患っています。血糖値を1日に何度か量りたいのですがセンサーは保険がきかない(1回100円強)。しかし、知人はインスリンを注射しているので医師から薬と一緒にセンターを受け取れる。この差はどうなっているのでしょうか？
- ・ジェネリック薬品というのはどうして使われているのですか？
- ・舞鶴市民病院の内科医が10人以上も一斉に辞められたのはどうしてでしょう？京大の手術室のような事ではなかったのでしょうか？

<コメント16>

- ・治験、臨床試験について少しわかったような気がするが、やはり不安がある。
- ・“チームで”という事を強調されていたが、今の医療もこれがうまく機能すればよい方向に向くのではないか。
- ・辻本さんも言っておられたが、治療の現場では、我々にはチーム(医療)のあり方が目に見えてこないというのは実感です。是非先生方も治療の場において患者側にたって対応していただきたいと思います。

<コメント17>

- ・探索医療について、京大で現在行われているものについて実例をあげて説明して欲しかった。

<コメント18>

- ・患者の立場になって考えるということは、自分が病気になってみないと考えることはできないと思っていました。いざ、何らかの病名を医者より告げられると、とても不安な、弱い立場になるものだということが実感できました。患者も努力して勉強して、本当に賢い強い意志をもった患者にならなければ、納得した治療を受けられないものだということを痛感しています。疑問点を払拭することの大切さ、そのためにはどうすればいいのか、遠慮しては何も進まない、何も得られないと思いました。

<コメント19>

- ・医学会は根本的に改革しなければ、もはやもたないだろう。医師の素質もない者がただ学校のトップの成績だけで医学部に受かり、何となく医者になっているのが現状である。ここを正していかなければ、医療事故は永久になくならない。そしてインターンの社会教育と人間性の植え付け、及び本人の確かな人生経験が必要である。

<コメント20>

- ・自分や自分の家族にとってより良い治療、納得の出来る治療を受けるためにはインフォームドコンセントは大切なことだと痛感しました。
- ・医療倫理、探索医療、なかなか難しく、すべてを理解出来ていませんが、良い治療を受けるために、医師との関係をよりよくして、もっと勉強していきたいと思います。
- ・自分で納得して決める（自己決定、自己責任）、これを重く感じながら“賢い患者”になれるようになりたいと思います。それと同時に医師にも“賢い医師”になってもらいたい。患者の気持ち、心を理解出来る医師になってもらいたいです。（今でも患者の気持ち、言うことに耳を傾けない医師はたくさんおられると思います。）
- ・このような場に参加できる機会があれば、是非参加させていただき、もっと勉強していきたいです。よろしくお願いします。今日はありがとうございました。
- ・現在、糖尿病、高血圧、大動脈硬化、腎臓結石、気管支拡張症、その他、いろいろ持っていますが、何とか元気で過ごさせていただき嬉しく、このような場に参加できることが何より嬉しいです。しかし、大動脈硬化がどうなっていくのか、今一番心配です。

<コメント21>

- ・京大という組織が市民を対象とした公開講座としては規模が小さく出席者も僅か。
- ・なぜこのような状況で開催されたのか。インフォームドコンセントという表題があげられ、インフォームドコンセントについて具体的知識を得たかったのに時間が短く、その理解度は数%。
- ・このシンポジウムに参加した者は治験者。この思いが強い。
- ・このような重いテーマを短時間で処理するのは無理、今後の再考をお願いしたい。

●考察

考察① 参加者の関心と背景

本シンポジウムを知ったきっかけについて、『リビング京都にて』26件 (26/41=63.5%)、『探索医療臨床部からの案内』8件 (8/41=19.5%)、これらの回答が多数となった(表1)。また、本シンポジウムに参加した理由について、『医療に関心がある』34件 (34/41=82.9%)、『かしこく医療を受けたい』30件 (30/41=73.2%)、これらの回答が多数となった(表2)。また、自由記載に見受けられたように、現在何らかの疾患で通院中である回答者が一定数いた。これらのことから、本シンポジウムの参加者は日常的に医療に接する機会があり、医療に対する意識が高いと考えられる。

本シンポジウムの参加理由に『かしこく医療を受けたい』という選択肢は、辻本講師の講演を見込んで作成した選択肢であった。この選択肢を選択した30名の回答者は辻本講師の講演に一定の理解を示していると考えられる(表2)。

インフォームドコンセントに対する認識としては、『よく知っていた』13件 (13/41=31.2%)、『知っていた』22件 (22/41=53.7%)、このように回答者の8割以上がインフォームドコンセントに認識があった(表3)。インフォームドコンセントの主な目的として、『病気・治療法の理解』37件 (37/41=90.2%)、『納得のいく治療』37件 (37/41=90.2%)、『患者本人による自己決定』31件 (31/41=75.6%)、これらのように理解した回答がほとんどであり、『医師の自己満足』と回答した回答はいなかった(表4)。さらに、医師の説明に対して感じることで、『もっと丁寧に説明して欲しい』23件 (23/41=56.1%)、『医師を信用している』21件 (21/41=51.2%)、『忙しそうで申し訳ない』9件 (9/41=22.0%)との回答が多数を占めた(表5)。これらのことから、参加者のほとんどは、インフォームドコンセントを理解し、医師を信用してはいるが、もっと時間をかけて説明して欲しいと感じていると考えられる。

また、本アンケートでは年齢、性別に関する質問を設けていなかったため、参加者の関心や背景をより詳細に断定することは難しい。＜コメント14＞で指摘を受けたように、市民から質問紙調査に対して建設的な意見が出されたことは好ましい。

考察② 参加者募集について

前回の同シンポジウム『ここが知りたい医療倫理とインフォームドコンセント2005』の参加者の内、希望者には探索医療臨床部より案内状を郵送した。今回の参加者のうちこの案内状による参加者が8名 (8/41=19.5%)であった(表1)。今回のシンポジウムにおいても案内状を希望する参加者が多数いた。中にはアンケート用紙の余白に参加者の氏名、住所を記載した回答用紙が確認された。次回のシンポジウムでは、参加者全員に氏名と連絡先を記入する案内状希望カードを配布し、希望者のみ提出してもらうなどの素が期待される。

リビング京都にて本シンポジウムを知った参加者も多数であることから、引き続きリビング京都が有力な広告手段であることに変わりはないと考えられる。なお、友人、インターネット、掲示で本シンポジウムを知った回答者は少数であったが、インターネットや掲示に目を向ける意欲的な市民が存在することが確認された(表1)。

考察③ 医療の不信は医師への不信に直結するか？

本シンポジウムでチーム医療の話がなされた。「患者の視点からは医師の姿が大きく見えチーム医療というものが見えにくく、患者は医療や病院に対する不満を医師個人に対する不満に直結しがちである。」との意見も出された。

本シンポジウムの参加理由として、『医療に対する不信感がある』11件(11/41=26.8%)があげられていた(表2)。しかし、インフォームドコンセントの目的にて、『医師による自己満足』という選択肢を設けたが、回答数はゼロであった(表4)。これは、回答者は医療に対し不信感があるが、決してインフォームドコンセントを医師の自己満足であるとは考えてはいないことを示す。患者が医療に不信を持つからといって、過剰に医師に対し不信を持っているのではないことを示唆すると考えられる。

●反省点

以下の点につき、アンケート作成のミスがあった。作成者の意図に従った回答を得ることの難しさを痛感した。

・アンケート調査として年齢、性別の回答を求めている

各質問事項に対し、参加者に関心のありそうな内容、参加者が考えそうな事項を類推して各選択肢を作成した。しかしながら、＜コメント14＞で指摘を受けたように、本アンケートでは回答者の年齢、性別を質問していなかった。

・評価項目の表現

本アンケートでは、シンポジウムの運営に関して、シンポジウムの時間、場所、長さ、わかりやすさ、これらについて数値軸での評価を参加者に求めた。しかしながら、各評価項目(時間、場所、長さ、わかりやすさ)と評価指標(満足～不満)は適切な対応をなしていなかった。実際に、シンポジウムの長さに関して、「短すぎて不満」という回答が2件確認された。作成者は、「不満＝長くて退屈だ」と考えていたため、回答者の意を汲み取ることが出来なかった点があった。

また、『シンポジウムの時間』も『シンポジウムの開催時間』、『シンポジウムの長さ』も『シンポジウム全体の長さ』と表記すべきであった。そして、『シンポジウムの長さ』に対する回答者の評価は平均 1.20(無記入;28)であった。これは、数値軸の配列、誤解を招く表記によるものであったと考えられる。

・複数回答について

質問5では、医師に対して感じることを質問し、複数回答可とした。一方、質問6では、医療に関する不安事項への自己対応を質問した。作成者としては、質問6にて、『いくつでもけっこうです』と記さなかったため、回答は1つであると考えていたが、複数回答がほとんどであった。選択肢を1つに絞ってもらう際には、その旨を明記する必要がある。

・臨床試験の質問項目について

参加者からの意見にあったように、本シンポジウムが被験者募集のためのシンポジウムであると誤解された。また、臨床試験のもたらす利益に関する質問は、無回答数が多い(図2)。質問の焦点がはっきりしない質問をしたためと思われる。

資料 3 市民公開シンポジウム

「ここが知りたい。医療倫理とインフォームドコンセント
2007」

講演録・アンケート・アンケート集計結果

(2007 年 10 月 14 日開講)

市民公開シンポジウム

「ここが知りたい 医療倫理とインフォームド・コンセント2007」

講演録

はじめに

市民公開シンポジウム
「ここが知りたい。医療倫理とインフォームドコンセント 2007」
講演録の刊行にあたって

このたび、
平成19年度厚生労働科学研究費補助金 創薬基盤推進研究事業
の一環として、2007年10月14日に京都にて、標記のシンポジウムを開催いたしました。本シンポジウムの開講は2007年1月に続き第3回となりますが、当日は50名を越える皆様に参加していただき、がん治療専門医や法律家の立場からのインフォームドコンセントについての講演の後、市民と医療関係者による活発な総合討論が行われました。ここにその会議録を発刊いたします。みなさまのお役に立てば幸いに存じます。

なお、会場からのご質問・ご意見については、個々の発言者にそのお名前や具体的な発言内容の掲載についての許可をいただいておりますので、事務局の判断にて、匿名のままその内容をおおまかにまとめさせていただきましたことをお許しください。

2008年1月

京都大学医学部附属病院
探索医療センター
探索医療臨床部
横出 正之

事務局
村山敏典

目次

はじめに

プログラム

講演 1

講師紹介 1

講演要旨 2

講演 2

講師紹介 3

講演録

1. 開会あいさつ 5

2. 講演 1 6

スライド資料 20

3. 講演 2 24

スライド資料 35

4. 総合討論 38

5. 閉会あいさつ 46

「ここが知りたい 医療倫理とインフォームド・コンセント 2007」

市民公開シンポジウム プログラム

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金
創薬基盤推進研究事業

日時 2007 年 10 月 14 日 14:00-16:30

場所 ハートピア京都 京都府立総合社会福祉会館 3 階大会議室

- 14:00 開会のあいさつ
京都大学探索医療臨床部 横出 正之
- 14:10-14:50 司会 京都大学探索医療臨床部 村山 敏典
講演 1 「がん医療現場における医療倫理とインフォームド
コンセント」
京都大学大学院 医学研究科 准教授
京都大学医学部附属病院 外来化学療法部 柳原 一広
- 14:50-15:35 司会 京都大学探索医療検証部 手良向 聡
講演 2 「力強いインフォームドコンセント-インフォームド
コンセントの役割機能とは-」
南山大学 法科大学院 教授 弁護士 加藤 良夫
- 15:40-16:10 司会 京都大学探索医療臨床部 横出 正之
総合討論
市民、患者、医師、臨床心理士、医療倫理学者の立場から
討論者 柳原 一広、加藤 良夫、伊藤 良子、小杉 眞司
- 16:15 閉会のあいさつ
京都大学探索医療開発部 清水 章

講演1 講師紹介

柳原 一広（やなぎはら かずひろ）

プロフィール

1964 年 生まれ
1989 年 京都大学医学部 卒業
1989 年 京都大学胸部疾患研究所（胸部外科）
同年 関西電力病院（呼吸器科）
1991 年 和歌山赤十字病院（呼吸器外科）
1992 年 京都大学胸部疾患研究所（胸部外科）
同年 国立療養所岐阜病院（胸部外科）
1995 年 京都大学大学院博士課程
1996 年 岡崎国立共同研究機構生理学研究所特別研究員
1998 年 日本学術振興会特別研究員
2000 年 京都大学医学部附属病院（呼吸器外科）
2003 年 京都大学大学院医学研究科探索臨床腫瘍学講座助（准）教授

専門医・指導医など

日本外科学会認定医、日本呼吸器外科学会評議員、日本呼吸器内視鏡学会指導医、
日本胸部外科学会指導医、呼吸器外科専門医合同委員会 専門医、
日本癌治療学会臨床試験登録医、日本臨床腫瘍学会暫定指導医、日本臨床腫瘍学会
がん薬物療法専門医

所属学会としては

日本呼吸器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、
日本緩和医療学会日本サイコオンコロジー学会、ASCO active member 、
IASLC active member、日本・多国間臨床試験機構(JMTO) 、
PDQ 日本語版編集事務局編集委員長、
西日本がん研究機構（旧 西日本胸部腫瘍臨床試験機構）

「がん医療現場におけるインフォームドコンセントと医療倫理」

京都大学大学院 医学研究科 探索臨床腫瘍学講座 准教授

京都大学医学部附属病院 外来化学療法部 副部長

京都大学医学部附属病院 がん診療部がんサポートチーム

柳原一広

私は平成元年に呼吸器外科医として医療の道を歩みだしました。当時肺癌患者さんに対して病名を「真菌症」や「カビの一種」と言って、「薬では治りにくいので手術をしましょう」、そして術後の補助療法には「またカビが生えたら困りますからカビに効くきつい薬を点滴しましょう」、再発や進行期の患者さんには「通常の薬では治らないので、がんを使う薬で点滴の治療をしましょう」と言っておりました。

大学院に戻った平成 7 年頃によく「たちの悪い病気だから」とか、「がんに似たような病気」だから手術を勧めて、「がんに合わせて抗がん剤治療をしましょう」と、ようやく患者さんに対して「がん」という言葉が言えるようになりました。「抗がん剤なので副作用は仕方がないものだ」と患者さんに思ってもらえたかもしれませんが、それは完治することが難しい病気を「必ず治る病気」としてしか患者さんには伝えられていませんでした。従って効果が期待できず、進行して終末期を迎えても、患者さんは「治る」ために入院され、そのまま病院で最期を迎えることになっていました。

病院に縛り付けることなく、なるべく入院せずに日常生活を送っていただきたいと思います。途中で、京都大学に外来化学療法部ができることになり、平成 15 年に腫瘍専門医を目指し呼吸器外科医を辞めました。それでも中々患者さんにどのようなことを伝えるべきか、迷っていましたが、最近になってようやくわかってきたような気がします。

それぞれの患者さんにとって知りたいことと知りたくないことがあります。私たち医療者は患者さん自身がどういうことを知りたいのか、予め聞いた上で、知りたいと思うことを、治療を始める前や始まった後でもなるべく早くに伝えてあげることが重要だと思います。治療の選択肢をきちんと説明し、一般に勧められている方法がどういうもので、それ以外の選択肢として何が考えられるのか、抗がん剤などを使わず症状を緩和していく治療のみで様子を見ていく方法もあること、それぞれの治療にどのような合併症や副作用があるのか、どのような予後が期待できるのか、予後が必ずしも個々の患者さんの余命ではないこと、しかしながら人間は皆最期を迎えるものなので個々の患者さんが望む最期の迎え方を考えておいてもらうこと、一般に医療者がわかっていることを正確に伝えて患者さん自身が納得して決めていただくことが重要だと思っています。

今後の人生設計をしていただくためには患者さん自身の人生なのですから、私たち医療者の論理ではなく、また決してご家族だけで決めてもらうのではなく、患者さん自身に考えていただくために重要なことだと思います。

医療倫理に基づいたインフォームドコンセントを得たがん医療とは私たち医療者がわかっていることを正確に伝え、患者さんにご家族と共に考えて納得できるような医療を提供することと考えています。

講演2 講師紹介

加藤 良夫（かとう よしお）

「医療過誤・患者の人権」をライフワークとして、患者側弁護士の立場から医療過誤訴訟や講演活動等に取り組んでいる。

プロフィール

1948年	名古屋に生まれる
1971年	中央大学法学部卒業、司法試験合格
1974年	弁護士登録(名古屋弁護士会)
1977年	医療事故相談センター開設
1981年	医療を良くする会 世話人
同年	名古屋大学医学部病理学教室 研究生
1984年	患者の権利宣言（案）起草委員
1986年	日本弁護士連合会 人権擁護委員（医療と人権部会）
1990年	医療事故情報センター 理事長（2001年まで）
1991年	患者の権利法をつくる会 常任世話人
1993年	聖隷浜松病院倫理委員会 委員
1995年	日本医事法学会 理事
同年	医療の安全に関する研究会 常任理事（事務局長）
2000年	日本弁護士連合会人権擁護委員会 委員長
2001年	愛知大学法学部 教授（民法）
2003年	南山大学法学部 教授（民法）
2004年	南山大学大学院法務研究科 教授

所属学会としては、

日本社会医学会、日本医事法学会、日本プライマリ・ケア学会、
日本生命倫理学会、日本病院管理学会、日本医学教育学会

著書としては

「実務医事法講義」（民事法研究会）
「医療事故から学ぶ 事故調査の意義と実践」（中央法規出版）
「患者側弁護士のための 実践医療過誤訴訟」（日本評論社）
「医療過誤から患者の人権を守る」（ぶどう社）
「生命倫理学講義」（日本評論社）
「生命のフィロソフィー」（世界思想社）など

1. 開会あいさつ 横出正之

横出 本日は皆様ご多忙のところ「ここが知りたい。医療倫理とインフォームド Consent 2007」市民公開シンポジウムに多数ご参集いただきまして、誠にありがとうございます。このシンポジウムを主催しております、京大病院探索医療センターの横出と申します。私どもはこのような催しについて 2 年前から取り組んでおりまして、今回のシンポジウムは第 3 回にあたります。第 1 回目は、宮崎大学の板井先生に医療倫理についてわかりやすく解説していただくとともに、民間放送局のパーソナリティの角淳一さんに自らの医療体験とインフォームド・コンセントについてお話しいただきました。また本年 1 月には第 2 回目のシンポジウムを開催し、患者と医療従事者がともに協力して医療をつくりあげるという立場から、この問題に常に取り組んでおられます辻本好子先生にご講演をお聞きしたところです。

さて今日は、医療をもう少し別の立場から考えてみたいと思います。一つは診療の場で患者さんにどのように説明し、納得頂いて医療を行っていくかという問題です。これは非常に難しい問題ですが、これについて京大病院のがん診療の第一線で非常に積極的に取り組んでいただいています柳原一広先生にお話をいただきたいと思っています。

もう一つはまた法律の立場から患者さんの人権をどのように守っていくかという視点です。患者さんが医療を受ける際には、法律の専門家のお力は非常に大きく、そういうふうな観点から医療を受ける患者の権利について活発に活動しておられます加藤先生に名古屋からお越しいただきまして、お話を伺うことにいたします。

非常に短い期間の時間でありましても、その後、パネルディスカッションを行いまして、皆さん方からのご意見を承りたいと思います。

なお、お帰りの際に「アンケートのお願い」に今日の感想やご意見などをお書きいただきまして、最後に私のほうにお渡しいただければ本当にありがたく思います。

それでは限られた時間ですが、私たちがよりよい医療を作るにはどうしたらよいのか、一緒に考える一つの機会になればというふうに思っております。何とぞよろしくお願い申し上げます。

2. 講演1 柳原一広

村山 講演1の司会をさせていただきます京大病院の村山と申しますけれども、お手元の資料の1ページ、2ページをご覧ください。講師の柳原一広先生は実は私と同級生でありまして、平成元年に同じく医者になりました。2ページの冒頭に書いてありますように、平成元年の頃にはがんの患者さんにその病名をお伝えして、一緒に医療の方針を決めていくというようなことはなかなかできなかったのですけれども、彼は肺がんその他の呼吸器疾患の外科医として出発して、今から4年前の平成15年に京大病院で外来化学療法部という抗がん剤などを使った治療を外来でする部門ができたとき、そちらに移られそこで呼吸器の外科からがんの専門医としての道を歩み始めていらっしゃる。

現在は京大病院の外来化学療法部副部長、および准教授として活躍していらっしゃいまして、患者さんあるいはご家族と実際にがんの治療についてどのように方針を決めていくかということについて日々、向き合っていると思いますので、今日はそのようなお話を聞かせていただけるものと思います。ご講演の演題名は「がん医療現場におけるインフォームドコンセントと医療倫理」ということで、柳原先生よろしくお願いいたします。

柳原 本日、このような機会をいただきました横出先生、村山先生およびシンポジウム事務局の方にも厚く御礼申し上げます。それと今回、聴衆で来ていただいている皆さんに私が実際、がん医療現場でどのようなことをしているのかというようなお話しができませんけれども、後ほど討論の場を設けていただいていますので、そのときにぜひ積極的にご質問なりいただいて、今後、私自身がまたどのようにしていけばいいのか、あるいは私だけではなくて、我々の仲間がどのようにしていけばいいのかということを、逆に勉強させていただけたらよいかなと思っています。

最初なのですが、さきほど村山先生から紹介してもらったのですけれども、私は元々、胸部疾患研究所という今はありませんけれども、そこに呼吸器外科医として肺がんなどの手術を行う外科医として勤めだしたわけなのですけれども、その後いろいろな病院に行きまして、最初に行った病院で呼吸器内科の仕事もしていました。元々、胸部疾患研究所というところが肺がんの外科だけではなく、進行期の肺がんの患者さんの治療も行っていたので、その関係もあって今のようなになったかなというふうに思っております。最初の病院で呼吸器内科医もやっておりましたので、進行期の肺がんの患者さんも診ていました。

次に行った和歌山の病院で、ここはもう呼吸器外科単独で手術ばかりしておりました。私自身はどちらかというと逆に緩和医療、手術ばかりではなく、その後の患者さんというものを診たいなという希望もあって、どうも違和感を感じておりながら、

また大学に戻ってきて岐阜の病院に行きました。ここは心臓外科もやる病院でしたので、心臓外科もやっていたのですけれども、私は心臓外科医ではないなと思いながら大学院のほうに戻ってきてまして肺がんの研究をして、2000年に呼吸器外科のほうで再度、働き出しました。

やはりここでがんの治療がしたいなということもありまして、ちょうど京大病院呼吸器外科で肺移植が始まりまして、これは私のする仕事とは少し方向が違うなということもあって、幸い2003年に京都大学に外来化学療法部というところができまして、ここで抗がん剤の治療のチームを作ろうということになって、そちらに転職したような状態です。

それでいわゆる腫瘍内科医、がんを専門とするような治療を、抗がん剤を主にですけれども、そういうチームのところにおりまして、ここに書きました日本臨床腫瘍学会という学会ががん薬物療法の専門医というものを2006年から認定し出しまして、2006年に認定された方々が47人いらっしゃいます。全国にがんの専門医が47人しかいないというふうな、マスコミで報道がなされた時期もありましたけれども、2007年度、今年度ですけれども、昨年、試験がありまして、うまく専門医になれたというふうなところですよ。

そういうような中で、実は私の今おります外来化学療法部の部長が福島雅典と申しまして、実はその福島先生と今日、後でお話しになる加藤先生が、ちょうど私が医師になった平成元年の頃にインフォームドコンセントというものを日本に導入しなければいけないという運動をされたというふうに伺っております。そういう意味で非常にいろいろと関連の深い思いでおります。

(スライド2)

最初のスライドでちょっとずれてしまいましたけれども、「何をこの人は言うんだ」と思われるかもしれません。「門松は 冥土の旅の 一里塚 目出度くもあり 目出度くもなし」。いわゆる一休さんです。私は小学校の頃に一休さんを、テレビを見ていまして、この絵を見まして、そのときに「なるほどな」と実は思ったのです。これはどういうことかということ、「お正月で皆さん浮かれているのだけれども、年をとっていくごとに人という動物は確実に死に至っているのですよ。そういう意味でめでたいのだけれども、めでたくもない話なのだ」ということを説いたものだと思います。

(スライド3)

ですけれども、我々は通常、死を迎える時間、時期というものは分からないので、当然めでたいものだと思って迎えるわけです。だけれどもいつかは確実に人は最期を迎えるものだということを一休さんは教えてくれているのではないかなと思いました。

我々、がん医療をやっている中で何が難しいかというと、がんという病気が直接死と関連する病気だということを皆さんがやはりよくご存じであるし、実際に残念なが

らそういう場合が多いということも事実です。ですから病気による死を予測させる病気だというものだと思います。

その中でどうしても医療者、我々も患者さんも真実を避ける傾向にどうしてもあるのではないかと思います。それで真実を隠して、真実とは何かというと、人間は最期を必ず迎えるものなのだとすることをどうしても隠してしまう傾向にある。ですけども、いつかは皆、最期を迎えるのだということは、やはり事実、現実としては残っております。けれども、その最期の迎え方というものをいかに考えるのか、どう考えていくのかということが、やはり病気を言われた段階で考えていかなければいけない重要なことだと考えております。

(スライド 4)

私は、今やっておりますがんの化学療法、化学療法というと何か分からない、そういうことを後日、指摘を受けまして、いわゆる抗がん剤の治療です。それを今やっています。抗がん剤の治療に大きく分けると三つ種類があるのではないかなと考えています。

一つは根治的、根本的に治す、完全に抗がん剤で治療をして、完全に治りうる病気に対して完全に治すために抗がん剤をする治療です。

それと手術前とか手術の後に補助的に抗がん剤の治療をする。これは手術前なんかは、なるべく病気を小さくして手術ができやすい状態にしていくのです。あるいは手術後の補助的な治療に関しては、再発するような確率をなるべく抑えていくのです。そういうために抗がん剤の治療をする方法。

あともう一つは緩和的です。緩和的というと緩和ケアというと非常に現在、何もできなくなったときにするような治療というふうに非常に誤解をされておりますけれども、そうではなくて、病状を良くしていこう、あるいは後で申しますけれども、予後を改善させようというような治療が緩和的な治療で、その中の一つとして抗がん剤の治療がある。あるいは、その中の一つに放射線の治療、あるいは、場合によっては手術も緩和的な治療になることが十分あります。あるいは、そういう抗がん剤の治療、手術の治療、放射線の治療以外の方法で病状をコントロールする、あるいは予後を改善させるような治療というものが、いわゆる緩和医療というものです。

残念ながら実を言いますと、進行の固形がん、固形がんというとなじみがありませんけれども、いわゆる肺がんもそうです、乳がん、あるいは胃がん、大腸がん、そういういろいろな臓器のがんです。血液のがんではなくて、いろいろな血液以外のがんを、大部分が進行されている方の場合、病状、あるいは予後を改善させるような治療が主になります。ですから私たちが今、外来で行うことが重要な意味を持っているので、がんの抗がん剤の治療を入院から外来で行うというふうにしております。

(スライド 5)

ちょっとこれは一般の方には難しいスライドかなと思っておりますけれども、これ

は進行期非小細胞肺癌という、肺癌の中でも非小細胞肺癌というタイプで進行されている方の場合、いわゆる緩和医療という支持療法、抗がん剤とかを使わない治療プラス抗がん剤を併用したものがこの実線です。抗がん剤を使わないでいく治療がこの点線になっていきますけれども、その方を比べた過去に行われた臨床試験というものです。

どちらかに患者さんに協力をいただいて、どちらか患者さんが選ぶわけではないのですけれども、この当時どちらがいいのか分からないので、どちらがいいのかを分かるための臨床試験をして、参加していただいて行ったものです。最初 100%だったものが、やはりいろいろな原因でお亡くなりになっていくわけですから、だんだん亡くなっていく曲線になります。

その中で、どうも抗がん剤を使われた方のほうが、化学療法を行ったほうが予後が良いという結果が出ます。何が予後が良いと言われているかというと、生存期間中央値というもののなのですけれども、簡単にいくと 100 人いらっしゃって 50 人になるまでの期間が、支持療法だけだった場合よりも抗がん剤を併用したほうが、どうも延長しているのだということで、抗がん剤をしたほうがいいでしょうということで、抗がん剤の治療を進行期の肺癌の患者さんにはお勧めしたほうがいいたろうという結果になっております。

そこで私はいつも思うのですが、いつかはゼロになるのですけれども、いつかはこれは分からないのです。確かにこの 2 年たれた段階でご存命中な方がそんなに多くあるわけではないかもしれませんが、1 割ぐらいかもしれませんけれども、でも、いつかはゼロだけれども、いつかは分からないということも事実として残っております。

(スライド 6)

先ほどは海外のデータですけれども、これは日本でその後行われた治療の同じようなことです。抗がん剤でも何がいいのか分からないので、どの治療がいいのだということで、この二つの治療を比べた臨床試験です。結局、これは一般的な方が見るとちょっと延びた、差があるように思いますが、実は統計学的な解析をすると差がないということになりまして、どちらの治療とも差はない。だからどちらでも最初の治療として使ってもいいでしょうということになっていきますけれども、少なくとも先ほどお示した、実をいうと化学療法をしたといった方が半年だったのが、一応 1 年を超えて生きているというようなデータが日本の研究で、臨床試験をされている中で分かってきています。

これでもやはり、いつかはゼロになるかもしれないけれども、いつかは不明だということも事実として残っております。

(スライド 7)

こういうことを実は患者さんにもお話しをして、抗がん剤の治療をお勧めをするわけなのですけれども、今ちょっと出てきました臨床試験というものがあります。よく