

第7回ディベート・アゴラ

論題：日本は医師にガン告知を義務づけるべきである。

肯定側立論

定義を述べます。

ガンとは早期・末期の全てのガンをさします。

プランを4点述べます。

1. 患者の権利法を制定します。
2. 検診などを行う際に患者にガン告知の希望を聞き、希望する患者には、本人にガンの告知をします。
3. 医師はガン告知にあたり、十分なインフォームド・コンセントを行い、また告知後のケアを行います。
4. プランは**2005年4月1日**から施行します。

プランから発生するメリットを述べます。

メリットは「知る権利の確立」です。

発生過程を説明します。

現在ガン告知を希望する人は大幅に増えています。**2000年10月23日**付『朝日新聞』によると、自分がガンにかかった場合、ガンであることを「知らせてほしい」人は**76%**に達しています。ガンで死亡する人は、毎年約**27万人**います。しかしガン告知率は、保坂隆、東海大学医学部精神科によると、全国平均で**30%**程度であると言われていす。ガン告知を希望しても、**30%**しか告知されていないのが現状です。

しかし肯定側のプランでは、希望者には**100%**ガン告知を行いますので、患者の知る権利が確立します。

次に、患者の知る権利の確立が、なぜ重要なのかを**3点**にわたって説明します。

1. 自己決定権です。

ガン患者にとっては、告知は自己決定の前提となる重要な情報であり、治療法を選択のみならず、個人の尊厳にもかかわる重大な問題です。

弁護士みつるの池永満氏は『患者の権利』**1997年**の中で以下のように説明しています。引用開始。

「とりわけ末期がん患者においては、治療法を選択のみならず治療の拒否を含め最後の人生をいかに送るかという個人の尊厳にかかわる自己決定の前提となる情報であ

り、それを伝えないことは患者の「知る権利」のみならず「自己決定権」の侵害となります。」引用終了。

2. 合併症の回避です。

ガンを知られていないと、自分がどのような治療を施されているかわかりません。そのため、他の薬による合併症などを引き起こす危険性があります。

森岡^{やすひこ}恭彦、日本赤十字社医療センター名誉院長は、『インフォームド・コンセント』1994年の中で以下のように述べています。引用開始。

「ごく最近、抗がん薬を服用していた患者が、^{たいじょうほうしん}帯状疱疹に罹患^{りかん}し、これに対する特効薬とされているソリブジンという薬を服用したところ^{じゅうとく}重篤な合併症を起し死亡したという例が何例も見つかり問題となった。(中略)ともあれ、患者本人にがんを告知せず^{りかん}にがん治療を行っている^{りかん}と、こういった危険性があることは確かで、これは「がんの不告知」がもたらす直接的な被害であるといえよう。」引用終了。

3. 許可のない臨床実験です。

薬の治療研究には臨床実験が不可欠です。臨床実験を行う場合は、患者の同意が必要な^{りかん}のはいうまでもありません。しかし現状ではガン告知が行われていないため、患者の許可を得ずに、勝手に臨床実験が行われています。

秋山秀樹、東京都立駒込病院内科医は、『日本のインフォームド・コンセント』の中で以下のように述べています。引用開始。

「現在の日本の医療では、がんの末期となっても^{とうつう}疼痛のコントロールも十分にされな^{りかん}いまま、家族の同意を得たという理由のもとに説明も受けていない、また自分から希望もしていない新薬の臨床試験の対象にされ、最後まで苦しめられて死んでいく可能性もあるのです。医師にそれだけの権威があたえられ、患者が医師や家族に自分の治療をほぼ完全にまかせている限り、こうした傾向はいつまでもつづくことでしょう。」引用終了。

このように、ガン告知を希望する患者には全て告知し、患者の知る権利を保障することは大変重要なメリットです。

否定側立論

定義は肯定側に従います。

肯定側のプランによって起こるデメリットを述べます。

デメリットは「不十分なケア」です。

発生過程を2点説明します。

1. 不十分なインフォームド・コンセント

ガン告知を行うにはインフォームド・コンセントが不可欠です。インフォームド・コンセントを実現する最も重要な手段は、患者に対し日常的に情報を開示することです。しかし日本ではカルテの開示も行われていませんし、情報の開示も行っていません。インフォームド・コンセントにのっとり十分な診療は行われていないのです。

秋山秀樹、東京都立駒込病院内科医は、『日本のインフォームド・コンセント』1994年の中で以下のように述べています。引用開始。

「現実に、現在の医療制度のなかで、インフォームド・コンセントに十分にのっとりた診療を行うことは困難といわざるをえません。(中略) その実現を阻んでいるのは現行の診療報酬制度でしょう。一人の患者さんの説明に三〇分も一時間もかけているのは、開業医も病院もつぶれてしまうのです。税金でまかなわれている公立病院でさえ、独立採算をしいられ、収入の効率化をはからねばならない時代です。収入をさらに下げようとする行動をとる医師など、ほとんどいないのが現状でしょう。」引用終了。

2. ガン告知後のケアも十分に行うことはできません。

2000年10月23日付『朝日新聞』から引用します。引用開始。

「大阪でがん専門病院に勤める医師は、「医師にできる告知後のアフターケアには限界がある。結局は家族にげたを預けるしかない」と説明する。済生会熊本病院の境健爾医師は、九割以上のがん患者に告知している。患者が何を望んでいるのか、ゆっくりと話し合うことから始める。家族の八割は告知に反対するが、知らされない患者の不安などを訴え、説得を試みるのだという。告知後は、病棟に頻繁に顔を出すほか、家族も含めたカウンセリングに万全を尽くす。時には、治療方法や療養計画を検討するミーティングに患者本人が参加する。医療ソーシャルワーカーを複数、常勤させている数少ない病院だからできることでもある。」引用終了。

このように告知後のケアは家族に頼るしかなく、カウンセリングなどガン告知後のケアは、全ての病院で行えるわけではありません。

ですから、たとえ告知を望んでいるからといって、一律にガン告知を行ってしまうと、デメリット「不十分なケア」が発生してしまいます。

デメリットの深刻性を2点説明します。

1. 告知された患者は、精神的に悪化してしまいます。

たとえ本人がガン告知を望んでも、十分なインフォームド・コンセントが行われずに告知され、告知後のケアも不十分なままでは、患者の精神は悪化してしまいます。

2. 最悪、告知された患者が自殺する場合があります。

『毎日新聞』2002年5月31日より引用します。引用開始。

「肺がんなどを告知され、昨年9月に病院で自殺した男性患者(当時55歳)の母親(73)が、「医師の心ない言葉が自殺への大きな要因になった。がん告知に要求される配慮義務に欠けていた」などとして、埼玉県川越市大袋新田^{おおふくろしんでん}の医療法人「武蔵野総合病院」(小室万里理事長)と主治医2人を相手取り、慰謝料1000万円を求める損害賠償訴訟をさいたま地裁川越支部に起こしていたことが、30日分かった。医師と家族は、告知の是非をめぐって十分な合意形成ができておらず、一般化しつつある告知のあり方を問う裁判になりそうだ。」引用終了。

このようなデメリットを避けるためには、現状のようにケース・バイ・ケースの告知の方が良いのです。告知を強制する肯定側のプランは実行すべきではありません。

●近藤誠（こんどうまこと、慶応大学医学部放射線科講師）『患者よ、がんと闘うな』（文藝春秋、1996年）、p. 73

日本のインフォームド・コンセントは一般に、公正でない説明によって、それとわからないように、患者に科学的でない治療をおしつけるための技術に随していますから、みなさんは医師にインフォームド・コンセントを説かれたときには、よくよく注意しましょう。

●森岡恭彦（もりおかやすひこ、日本赤十字社医療センター名誉院長）『インフォームド・コンセント』（日本放送出版協会、1994年）、p. 131

しかし、わが国のように、人権問題とは別に「がん告知」がはたして精神的な面で患者のためになるのかといったレベルに踏み込んでその賛否を問題にするとすると、スッキリした結論は出ない。まして精神的に悪化した少数例を問題とすると、個々の患者の病状や性格、精神的な対応力など多くのことが問題となって、結局はケース・バイ・ケースで判断すべきだということになってしまう。

●名古屋大学医学部附属病院臨床治験管理センターのHP (<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/clinical-trial-center/Gcp.htm>)

厚生省では治験に携わる医療機関、医師、企業の遵守すべきルールとして、「医薬品の臨床試験の実施に関する基準（Good Clinical Practice、以下GCPと略します）」を定めています。このGCPには、患者さんの安全とプライバシーが厳格に守られること、また、医薬品の開発が科学的に行われ、開発中の医薬品の情報が正確に収集されるように基準が定められています。GCPは、平成9年4月に改定され、平成10年4月から完全実施となりました。

<旧GCPからの主な改定点>

3. 被験者へのインフォームド・コンセントの厳格化

- ・被験者に対し、文書により適切な説明を行い、文書により自由意思による同意を得なければならない

- ・同意書の写しを被験者に交付しなければならない

●岡村仁（おかむらひとし、広島大学医学部保健学科教授）「がん患者にみられる精神症状」『現代のエスプリ』2003年1月、No. 426、pp. 20-21

ここで、不安と抑うつという二つの精神病状について少し言及しておく。不安は「はっきりしないものに対する恐怖」、抑うつは「はっきりとした対象の喪失に引き続いて経験される反応」と定義される。したがって、インフォームド・コンセントを前提としたがん医療において、悪い知らせであっても適切な情報が提供された時には一旦は希望を失う(抑うつが生じる)が、それは徐々に回復していくのに対し、情報が提供されない、あるいは不足している場合には不安が軽減・消失することなく持続し、やがて適応障害を引き起こすことになる。

●保坂隆（ほさかたかし、東海大学医学部精神科）「がんの告知と医療チーム」『現代のエスプリ』2003年1月、No. 426、p. 43

そこで、耳鼻科のがん患者で、正しく告知されている場合と、告知されていない場合の、精神疾患（うつ病や適応障害）の合併率を比較してみた。すると、[図2]に示したように、患者を落胆させたり希死念慮を生じさせたりするのを回避し、患者を守るために、病名を正しく告知していない場合の精神症状発現率は四九%で、告知された場合にはそれは四三%であった。つまり、病名を正しく告知していない場合には、告知した場合と同程度に、あるいはそれ以上に精神症状が発現していることがわかったのである。言い換えれば、病名を隠すことによって、患者の苦痛を軽減しようという努力は、実はまったく意味がないことがわかったのである。このような事実はあまり医療者

の間では知られていない。しかし、このような研究結果が出たからといっても、すべての患者に告知すべきだという短絡的な結論は引き出せない。日本では急激に告知率が変化するとは思えないが、最近では欧米で研修してきた若い医師が多くなっているので、告知の方向に確実に進んでいる。しかし告知の前提として、告知後の精神的ケアの方法が確立されていなければならないことは言うまでもない。

●平岩正樹（ひらいわまさき、共立蒲原総合病院外科主任医長）「がんは 100%告知してこそ、理想的ながん治療が可能」『日本の論点 '97』1996年、p. 451

エイズ患者は「有効な薬はすぐ使えるように」と訴えています。それに比べて、数では圧倒的に多いがん患者は沈黙しています。告知しなければ、「がん患者」は存在しないからです。一方で、日本の製薬会社の抗がん剤の治療研究は野放しです。患者は自分の病名も知りませんから、どんな薬か知る由もありません。いかなる技術も失敗を重ねて進歩します。期待された新薬も数年後に無効と判明することが珍しくありません。しかし、そのときには、国民の多額のお金が使われ、告発して当然の患者さんはもうこの世にいません。

*3 野放しの新薬治療研究

日本では多くの病院が患者に無断で新薬の治療研究を行っている。この場合、欧米であれば製薬会社から患者に支払われるはずの研究の代償金が、わが国では病院（医師）の懐に入る。これも「告知せず」の隠れた弊害なのか…？

*4 無効だった抗がん剤

その代表格は、国内の製薬企業が開発したピシバニールとクレスチン。わが国の薬事審議会がお墨付きを与え、総額一兆五〇〇〇億円が二企業に流れた。しかし副作用もない代わりに、効き目もさっぱりで、医療費の膨大なムダづかいをしたあげく「無効」とされた。

『日本の論点』編集部編、「がん告知は必要か『知る権利』と『知らないでいる権利』」『常識「日本の論点」』（文藝春秋社、2002年）、p. 248

ケース・バイ・ケースの対応については、患者に対する差別ではないかとの声もあがっている。平たくいえば、社会的地位がある患者には、重要な仕事の引き継ぎや身辺整理のために病名から余命まで告知するが、年金生活者など一般の患者にはあえて告知しない医者が出てくるのではないか、という懸念である。これは告知是非論の先を見据えた、重要な論点といえるだろう。

●秋山秀樹（東京都立駒込病院内科医）『日本のインフォームド・コンセント』（講談社、1994年）、p. 38

臨床試験というものは、しかしながら、新薬の開発だけに限ったものではありません。実はそれ以外の目的のものの方が多いと考えます。たとえば厚生省がすでに認可した薬剤について、使用量を変更するためであったり、使用が許可されている疾患以外の患者に試験的に使用するためであったり、他の薬剤との組み合わせを工夫するなどして効果の改善をめざすためであったりします。こうした、厚生省にすでに認可された薬を用いた臨床試験の場合には、現在の日本では一般的には、患者さんに特別な説明をする必要はないと考えられています。つまり、インフォームド・コンセントはとくに必要とは考えられていないのです。

●秋山秀樹（東京都立駒込病院内科医）『日本のインフォームド・コンセント』（講談社、1994年）、pp. 163-164

たとえば、日本ではGCPにのっとった臨床試験を行うための人員も予算もシステムもありません。さらに「患者の権利章典」の徹底やインフォームド・コンセントについての教育といったGCPを行う以前の基本的な条件も整っていません。