

REVIEW ARTICLE

「がん患者は何を考えているか」  
がん治療の進歩とがん対策の進化の中で不安意識はどのように変化しているか  
—がん相談業務（肺癌を中心）10年の経験からの現状分析と提言—

宮澤直人<sup>1,2</sup>・垣添忠生<sup>3,4</sup>

Anxiety Among Cancer Patients is Changing in Accordance with Advances in Cancer Treatment and the Development of Social Cancer Management: Ten Years' Experience as a Consultant for Cancer Patients and Their Families and Opinions Based on an Analysis of the Present Status

Naoto Miyazawa<sup>1,2</sup>; Tadao Kakizoe<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Doctor Consultant of Cancer Patients, Japan Cancer Society, Japan; <sup>2</sup>Director Emeritus, Hiratsuka Municipal Hospital, Japan; <sup>3</sup>President, Japan Cancer Society, Japan; <sup>4</sup>President Emeritus, National Cancer Center, Japan.

**ABSTRACT** — **Objective.** To understand how anxiety among cancer patients is changing in accordance with advances in treatment and supportive management by the community. **Methods.** Matters mentioned during doctors' telephone-based consultations with cancer patients and their families during a 10-year period were analyzed from various aspects and compared with those of 221 recent cases from 2016-2017. **Results.** Anxiety among cancer patients has changed, but many new problems have also emerged and are thought to be the cause of ongoing anxiety in this population. These issues must be addressed through medical and social support. However, as cancer is basically a fatal disease and humans are mortal, total resolution is considered impossible to achieve. **Conclusion.** These problems must be managed as much as possible through further improvement in medical and social support systems, which is the goal of medical staff. Nation-wide discussions are also necessary to hold common value about living and dying.

(JLCC. 2019;59:238-243)

**KEY WORDS** — Changing anxiety of cancer patients, Progress of cancer treatment, Social supports for cancer patients, Doctor's telephone-consultation for cancer patients and families, Nation-wide discussion about living and dying of human being

Corresponding author: Naoto Miyazawa.

Received February 12, 2019; accepted March 29, 2019.

**要旨** — **目的.** 最近のがん治療の進歩とがん対策の進化は、患者の思考を如何に変えたかを知る。 **方法.** 肺癌を主とした「がん無料相談」10年間の相談内容を、最近(2016, 2017年度)のそれ(221相談件数)を中心に多くの観点から分析した。 **結果.** 諸々のがん治療やがん対策で患者の思考に変化はみられるが、多くの問題点も指摘された。現医療体制に係る問題はまだまだ多く、これらが患者の不安を助長していると考えた。この背景には、常に

死の問題があることも考えられた。 **結論.** 医療体制を改善して患者の不安は可及的に除去してあげることが医療人の使命である。しかし、人間が死を避けられない生物である限り、限界はある。この限界を共有できる日本人のための死生観の国民的議論が必要とされる時は来ていると考える。

**索引用語** — がん患者の不安の変化, がん治療の進歩, がん対策の進化, 無料がん電話相談, 日本人の死生観

<sup>1</sup>日本対がん協会がん相談医; <sup>2</sup>平塚市民病院名誉院長; <sup>3</sup>日本対がん協会会長; <sup>4</sup>国立がん研究センター名誉総長。

論文責任者: 宮澤直人。

受付日: 2019年2月12日, 採択日: 2019年3月29日。

## はじめに

最近の肺癌治療の進歩は目覚ましい。このまま治癒が容易に得られて肺癌もインフルエンザ並みの普通の病となれば一件落着と言えるだろう。しかし現在はまだ途中段階であり、そこへ至るまでの課題は山積している。所詮、癌は癌、放っておけば必ず死に至る病気であり、それに人間に不死はあり得ないと考えると、何が普通の病で何をもって一件落着と言えるのだろうか。ちなみに日本肺癌学会総会のメインテーマは「Synergy to Conquer Lung Cancer」(2017年)、「肺癌の克服—今、未来が変わる」(2018年)であった。<sup>1,2</sup>

筆者は2004年より日本対がん協会の無料がん相談に関わってきている。理由は後述するが、この無料がん相談は患者、その家族の本音が伝わってくる場所である。その時々で“がん患者は何を考えているか”の平均が伝わってくるとも言える。したがって、がん治療の進歩やがん対策の変遷が及ぼした影響の一面も知ることができる。そのような観点から最近の相談内容を過去のそれと比べながら検討を加え、がん患者の心の内を探ってみた。

## 日本対がん協会とは？ がん相談業務とは？

筆者は日本対がん協会（以下、当協会と略す）の中のがん相談医の位置付けで本業務を行っている。当協会は1958年に設立された。当時の医学界、財界、官界のそれぞれたる代表が名を連ねて、がん征圧を目指した組織として創立され、爾来60年の歴史を有している。<sup>3</sup> 初期は「がん知識の普及」と「検診による二次予防」を中心に活動を展開、最近はこれらに加えて禁煙やたばこ規制への取り組み、患者サバイバーの支援にも重点を置き始め、がん相談業務はこの線上にある。

当協会では2002年から医師による治療を主とした無料のがん相談を始めていたが、やや遅れて2006年から看護師と社会福祉士による「がん相談ホットライン」も始まり、患者とその家族の様々な悩みや不安を広く受け止めてきている。ホットラインで扱う相談件数は年ごとに増えて、2011年では9千件以上/年、2015年以降は1万2千件前後/年と多くを数えている。ここでの相談内容は治療、症状、副作用、検査などの疾患そのものに関する相談が51%と半数を占めるが、不安などの心の問題も多くて23%、就労や経済的負担、家族や医療者との関係の問題などと続く。<sup>4</sup> 医師による相談は、医学的、専門的な事柄を受けることにしてあって、専門別に分けて複数の医師で担当している。筆者は肺癌、転移性肺腫瘍を主に担当している。ここへはホットラインから回ってくるものと、新聞や小冊子の案内に従って直接医師へと来る場合とがある。いずれの場合も相談内容を予め整理してお

いて答える側の準備時間をとり、充実した内容で20分（電話）、30分（面接）の限られた時間内で終わるようにしている。

当協会による「がん相談」は、大病院に多くみられるがん相談とは違って第三者機関、匿名性、情報守秘、無料といったいくつかの特徴がある。後述するが、患者の主治医や病院に対する気遣いは驚くほど大きい。それ故にそこでは患者は本音を吐露することは難しいが、当協会のような所では可能である。支援の観点からみれば、就労や経済的負担といった病気とは直接関係しないことも相談できるホットラインのほうが役割としては大きい。以下、本論文はこのようなデータに基づく考察である。

## ここ10年間の諸変化—医療者、患者、家族に与えた背景因子の整理

### i) がん薬物療法（肺癌を中心に）の進歩の概略（Table 1）

肺癌の薬物療法の進歩は目覚ましく、特にここ10年の進歩には目を見張るものがある。シスプラチンの登場が変化のはじまりとみる。しかし分子標的薬イレッサ®の登場が劇的で、その驚異的効果とさらにその後の第二、第三世代の分子標的薬の出現で、臨床現場にはパラダイムの変化が現れた。加えて、2015年の免疫チェックポイント阻害剤も強力で、ひと昔前の目からは奇跡のような効果を頻回に経験するに至った。

がん疼痛治療の進歩もがんのイメージを変えてきている。医療用麻薬の進歩が大きく、品目が増え投与ルートも増えて、レスキュー投与やオピオイド副作用対策も進み、現場の使い勝手が良くなり大きく普及した。

### ii) がん対策の進化の概略（Table 2）

この間、がん対策にも大きな変化があった。2006年に成立したがん対策基本法の存在が何と言っても大きい。翌年にはがん対策推進基本計画が策定、これらに呼応した種々のがん診療政策が地域がん診療拠点病院を中心に全国に広められた。特に現場医師への緩和ケアやがんコミュニケーション技術の研修事業では、筆者も個人的に2回受講したが、ロールプレイを含む現場教育が徹底されている。これらの現場教育で医師の患者対応に変化がみられ、その結果、国民のがん認識は徐々に変化してきていると感じる。一方、民間レベルのがん情報が急増え始めたのもこの頃からで、マスコミ、単行本、ネットなどで多く取り上げられて、国民のがん認識を助長しており、患者は情報には事欠かなくなっている。

**Table 1.** Summary of Recent Advancements in Lung Cancer Drug and Analgesic Development

|        |   |       |                        |
|--------|---|-------|------------------------|
| 1980年代 | シスプラチン  | 1988年 | MS コンチン® (内服薬)         |
| 1990年代 | カルボプラチン<br>第三世代の抗がん剤 (パクリタキセル, ドセタキセル, など,<br>現在も多数の使用) |       |                        |
| 2002年  | イレッサ® (分子標的薬の幕開け)                                       | 2003年 | オキシコンチン® (副作用を軽減した内服薬) |
| 2007年  | タルセバ®   |       | オプソ® (レスキュー)           |
|        |   | 2008年 | デュロテップ® パッチ (貼付)       |
|        |   | 2009年 | フェンタニル (IV)            |
|        |   | 2010年 | リリカ® ほか鎮痛補助薬の進歩        |
| 2014年  | ジオトリフ® (分子標的薬, 第二世代)                                    |       |                        |
| 2015年  | オブジーボ® (免疫チェックポイント阻害剤)                                  |       |                        |
| 2016年  | タグリッソ® (分子標的薬, 第三世代)                                    |       |                        |

**Table 2.** Outline of Recent Advancements in Cancer Social Managements

|  |   |
|--|---|
| 1990年  | 診療報酬で緩和ケア病棟入院料が新設 → 2000年頃よりホスピス急増  |
| 2006年  | 「がん対策基本法」成立, 翌年施行<br>「がんコミュニケーション技術研修会テキスト」1.0版作成<br>→ 以降, このテキストを用いての研修会は全国的に多数開催されていく<br>(日本対がん協会 無料がん相談ホットライン開設) |
| 2007年  | 「がん対策推進基本計画」が策定   |
| 2008年  | 以下の諸施策の実行が始まり, 充実, 成長しながら全国的に浸透していった  |
| <p>「地域がん診療連携拠点病院」の全国設置<br/>EBMの浸透<br/>がん診療ガイドラインの充実<br/>がん医療に携わる医師等に対する研修事業 (緩和ケア, がんコミュニケーションなど)<br/>がん情報, 患者支援の諸事業 (がん情報誌, がんカフェ, がんサバイバー支援など)<br/>その他</p> |   |

**Table 3.** Contents of Consultation (Lung Cancer/Lung Metastasis 92%, Others 8%)

|                            | 2016年度    | 2017年度    |
|----------------------------|-----------|-----------|
| A. 現在行われている治療法への不安         | 65件 (59%) | 94件 (85%) |
| B. 治療の選択肢を迫られて困っている        | 17件 (15%) | 8件 (7%)   |
| C. 標準治療が行き詰まっている, もっと何かないか | 17件 (15%) | 7件 (6%)   |
| D. 終末期に関する相談               | 8件 (7%)   | 1件 (1%)   |
| E. 肺癌の診断を受けたが無治療の選択をしたい    | 4件 (4%)   | 0         |
| (計)                        | 111件*     | 110件      |

\*2016年度の「がん相談ホットライン」の件数は11126件, 医師による「がん治療相談」の全件数は826件.

**相談された内容 (2016年度, 2017年度) (Table 3, 4)**

相談内容は, 相談終了時に内容, 印象をメモに残しそれを今回整理して, 主たる内容別に A~E に分類 (Table 3), さらに詳細 (Table 4) にまとめた. しかし, 1つの相談でも多岐に亘る内容のことが多いので, 便宜的に分

類, 整理した統計の意味は少なく, あくまで参考である.

A の“現治療への不安”と B の“治療の選択を迫られる”が過半数を占めている. いずれも当事者の問題で, 60歳以下の患者自身からのものが多い (データ省略). 働き盛りの年代では仕事や生活を続ける中でがん治療を続けることの深刻さが表れている. 一方では, これらは肉体的, 精神的な痛みや苦しみで, 当事者にしかわから

**Table 4.** Individual Contents of Consultation

|   |   |
|---|---|
| A 現治療への不安   |   |
| 1   | 癌に対する根本的な不安、今行われている治療は、果たして正しいのだろうか？<br>(標準治療であることのお墨付きが欲しい！)(今の薬が効かなくなったら、次は？)<br>(この先、どうなる？どんな症状がでてくる？)(先が見えない！)<br>(専門的、複雑な病態、理解しきれない)(間質性肺炎とは？)(SIADHとは？) |
| 2   | 主治医には言えないこと<br>(これ以上、診断/治療を進めたくない)(フォローだけ、やってくれるか？)<br>(抗がん剤だけは使ってもらいたくない)(こんなこと、どうやって主治医に伝えるの？)  |
| 3   | 医学の限界、不確実性が理解できない<br>(“様子を見ましょう”への不安)(GGO、微小病巣は手術でしか診断がつかないとは)<br>(画像上の癌診断と細胞上の癌診断の違いが判らない)<br>(画像上の変化と腫瘍マーカー値の乖離)(想定外の経過)                                    |
| 4   | 現医療制度の問題、医療者側との関係の問題<br>(手術迄の待ち時間がどうしても不安、そんなに待って大丈夫か？)<br>(主治医との関係が良くない)(内科、外科、放射線科の考え方が違う)<br>(主治医の説明不足、明らかな未熟、コミ技術不足と思えるもの)                                |
| B 治療の選択肢を迫られた   |   |
| (手術 vs 放射線治療 陽子線)(どの薬を使う？)(術後の予防的抗がん剤投与)                                |   |
| C 標準治療の手詰まり、何か出来ることはないか？  |   |
| (“もうやる事が無い”とはっきり言われた)<br>(保険診療外の治療、特に所々リンパ球療法)(民間療法、代替え治療)<br>(治験を受けたい) |   |
| D 終末期の相談  |   |
| (死に至る具体的なプロセスを知りたい)<br>(どんな選択肢があるのか、在宅医療、ホスピス、療養病棟、内容の違いは？)             |   |
| E 肺癌と診断されたが無治療にしたい  |   |
| (主治医、病院に見捨てられないか)(許されることなのか？)   |   |

ないといったリアルなもの、それを理解できるのは医療者だけという想いが、患者側にあると伺える。

CはAと重なる部分が多いが、より深刻で家族からの相談も多く、Dとなると大部分が家族から(データ省略)で、本人には内緒のことも多い。死は家族全体の問題で、微妙な話であることの表れであろう。

**考察 (がん患者は何を考えているか)**

**i) 増えた相談、減った相談、その背景**

医療不信が背景にある諸問題は、確実に減ってきている。“ドクハラ”へのはげ口のような相談は当初は多かったが、Table 2にあるような対策が実ってきていることを相談内容から実感する。医療不信はがんの不安を増長するだけの全く不要の因子で、減っていることは成果である。

治療の選択の相談も減っている。ガイドラインが整備され多く活用されるに至っているからだろう。IC (Informed Consent, 説明と同意)が医者側に浸透した時期は多かったが、素人である患者に専門的な治療を選択させるのは酷で、患者の不安増強の因子になっていた。

Table 4のCにあるような切羽詰まった内容の相談は、以前はかなり多かったが最近では減っている。その背

景の1つとしてこの間に進んだがん対策 (Table 2) が結実して、現場でこのような患者の苦悩が上手に誘導されていると考える。さらなる背景としてがんの薬剤療法の進歩があると考え、以前の抗がん剤は身体負担が多い割には効果が少なく、主治医は早々に治療の手控えをいろいろな理屈をつけて行っていた。したがって、それを嘆く“座して死を待つことはできない”といった相談が多かったが、最近では有効な武器が増え、驚くような効果を実感している主治医は簡単には諦めなくなってきた。患者にとっては新薬への期待は、同時に不安でもあり、その結果としてTable 4のAのような相談が増えてきていると考える。このような患者はよく勉強して相談内容は専門的、時に医師同士で話をしているかと勘違いするほどである。しかし医学を修めてない患者の理解には限界があり、それがかえって不安は増しているようにみえる。

**ii) がん告知、心の問題に及ぼす医学的背景**

Table 4のA-1にある相談内容は、がん告知を受ければ誰もがたどるもともなりアクションと考えるのが妥当であろう。いくらがん治療やがん対策が進歩したとはいえ、いまだにがんは痛みや死のイメージが強いのが実情である。闘病中で苦しむ家族や友人を見舞った経験を

重ねて、“この先、どうなるか”と訴える患者は多い。

医師側の告知技術が未熟のために不安が増強している事実がある。研修事業でバッドニュースの伝え方などを学び、告知技術は上達していると考えられるが、実際には患者に上手く伝わっていない。急所をつかんで端的に説明してあげるだけで、相手の声が急に晴れやかとなって感謝されることがしばしばある。

伝わりにくい理由の1つとして考えられることに、がん、特に肺癌の病態は複雑で意外性が高いことがある。後手に回って、説明に齟齬が生じて主治医が慌てている姿がみえてくるが、これでは伝わることも伝わらない。一方ではがんは症状が出にくく、かなりの進行状態でも無症状のこともよくある。ある日、突然IV期の告知を受けて“どうして?”といった戸惑いは珍しくはなく、このような経過は不信につながり、不信は不安につながる。一方では、がんの情報は巷にあふれており、SNS情報や知人、友人からの善意の偽情報も多いのが現実である。正しい情報の判別、正しい選択の難しさは、患者にとっては想像以上の困難が伴う。特に当事者は、不安に駆られている中では判断にバイアスが生じるのは自然である。

不安の内容が変わってきていることも感じる。以前は、不安の表れ方が漠然としたもの、がんという先がみえないものに対する不安だったが、最近はやより具体的なことに対する不安である。ネットなどから得る情報、新しい治療法や新薬の効果、副作用の真偽を確認する相談である。

最近の自己決定の文化もプレッシャーの一因である。日本人はもともと自己決定が苦手という歴史がある。患者は一般的に高齢者が多い。平均年齢がより若い年代にある医療者側との世代間の考え方の違いは当然生じる。医療者側の“次の診察までに決めてきてください”の何気ないセリフが、患者側には自己決定という新しいストレスを生じさせ不安を増長していると考えられる。

以上述べた、これら様々な不安のベースにあるのは死に対する不安であることは容易に推察できる。

### iii) 治療の行き詰まりを如何考えるか

Table 4のCの標準治療の行き詰まりとその先をどうするかは、がん診療の中にあってはある意味で中核的な問題である。この項は次項の内容とも重複するので、その中でも述べる。

まず、この問題を考えていく時、国の医療費削減政策が中核にあって難しい問題を含んでいると思うことが、相談のやり取りの中からもみ取れることがしばしばある。日本中、全ての病院は積極的な病診連携の推進とこれに伴う在院日数短縮が経営上の大命題である。このことは患者、家族側の考えとは相容れない。病院死が何

といっても安心との考え方は根強い。患者や家族の多くは医療素人で死の経験は少なく、死に至る経過はみえていない。そこがみえている医療者側からの目では、むしろこの流れはうなずけることと考える。“病院から追い出される”といった不安をぶつけてくる現実的な相談は以前から、今も多い。

終末をどう迎えるか? 国民の合意はない。これがあれば話を進めやすいと思うことが度々ある。LW(Living Will, 尊厳死法)は昔から議論されているが多くの反対でなかなか進まない。終末を一律に図る点が相容れられないとの議論が多い。最近では終末をもっと段階的に丁寧に決めていこうとするACP(Advanced Care Planning)の方向が優勢である。がん終末の臨床は複雑に変化するので、望む方向とは違う方向へ進む懸念は常にある。さらに、死が差し迫ってくる中で揺れ動く本人の気持ちを考えれば、LWにある終末の決め方よりはACPのケースバイケースでその都度、丁寧にICを繰り返していく方向が主流にあることは充分理解できる。

Table 3のDの終末期の相談が8件あったが、“どうなって死ぬのか”、“本当に苦しまないで逝けるのか”といったかなりリアルな相談である。日本では8割が病院死という現実がある。死が家族から隔離されていて、死の実感がない人が増えている。

### iv) 無治療の選択、治療を止める選択

がんは発見されたが無治療を希望するケース(Table 3のE)が4件あった。似たケースで、がんは治療中で“もう、そろそろ止めたい”の相談はかなり多くあって、Table 4のA-1“この先、どうなる”の相談の中には中止のニュアンスが多く含まれている。しかし、がんが発見されそれも切除可能な比較的早期の肺癌なのに初めから無治療を選択してよいものか? の相談は、過去にはなかった。4件はいずれも高齢者(84歳, 85歳, 86歳, 90歳)である。がん登録全国集計<sup>5)</sup>によると2015年度ではI期肺癌(NSCLC)の無治療選択は65~74歳で2.8%、75~85歳で7.5%、85歳以上では25.4%だから、高齢者では珍しいことではない。しかし相談の具体的内容が“主治医や病院から見捨てられる”と“倫理的に許されること”がある点は注視すべきで、どちらも大きな問題を提起していると考えられる。

無治療の選択とは、医者側からみれば病状の進行をこまねいて死に至らしめることで医療倫理上は許されないことである。患者側は、無治療の意味することがわからず先がみえていないことが問題なのに、論点が変わっていて、主治医が怒り出して関係が断絶し、あげくがん難民になるおそれということが問題になっていることに驚く。当事者はあくまで患者本人である。だから医療者側はそれに添うのが筋で、このようなすれ違いは可笑しな

話である。

死に向かう時の症状経過は百人百色で、患者の心は揺れ動く。今進められている ACP はこの考えに沿った制度化である。ちなみに国立がん研究センターではこのような無治療を選択する患者、家族には ACP 的な方向で対処している。<sup>6</sup> まずは患者に治療のメリットを最大限に伝え、それでも無治療を選択する時は、先々に起こりうる症状と余命を丁寧な経過観察でできるだけ把握して本人と家族に伝え、近医へ紹介するなどの前もってすべきことの手続きを早めに始めるようにしている。

終末の迎え方、考え方は人様々である。特に、高齢の程度、ADL(元気の具合)、Stage などの条件が重なると複雑な話になってくる。実際には ACP 的な方向をとって相互の理解のもとに、現場では事態が多く運ばれていると考えている。

### 今、求められているものは？—おわりに

10 年間のがん相談の内容を多角的に分析して、多くの問題点を拾い出した。現場医師や医療体制に係る問題が多いが、ベースにあるのがんそのものへの不安と死への不安であろう。がんは治る方向へ進んでいるが、まだまだ途上段階である。がんのイメージは確かに明るい材料が多くなったが、平均的にはまだまだ暗くて不透明なものである。

がんはどのような形で治る病気と言えるようになるのかは不明だが、そこへ至るまでは不安に喘ぐ患者や家族に寄り添うのは医療人の仕事である。そのためには、がん相談からみえてきた諸問題点はできるだけ丁寧に解決してあげることであろう。少なくとも、問題の原因となることは避けねばならない。しかし、こと死に係る問題となると情緒的になり話は外れがちとなる。このような時、限られた時間ではまともらなくなり、筆者はどうしても

現状を追認する話でその場は終わらせようという気が働いてくるが、この点は現場の医師も同じと思われる。そのような過程が過剰診療に至り、所謂スバゲッティ状態の終末は、誰もが納得はするが、便宜的で思考停止の成せる業と思える。

日本には欧米のカトリックやインドのガンジス河のような国民的な死生観はないとされているが、死を語る時、哲学や宗教などを含めた日本人の死生観<sup>7</sup>があったら、と思うことがしばしばある。少なくとも、そのような国民的議論はもっとあって良いと考える。

本論文内容に関連する著者の利益相反：なし

謝辞：本論文を書くにあたって多くのご助言をいただきました以下の皆様方に深謝申し上げます。柳沢ハシエ、北見知美（日本対がん協会、がん相談ホットライン相談員）

### REFERENCES

1. 浅村尚生. 「会長挨拶」肺癌. 第 58 回日本肺癌学会学術集会号. 2017;57:3.
2. 池田徳彦. 「会長挨拶」肺癌. 第 59 回日本肺癌学会学術集会号. 2018;58:3.
3. 公益財団法人日本対がん協会. 癌に負けない社会をつくる—公益財団法人日本対がん協会「60 年の歩み」. 2019: 26-28, 46-53, 63-64.
4. 日本対がん協会相談支援室. がん相談ホットライン 2015 年度年報. 2015:4-9.
5. がん診療連携拠点病院等院内がん登録全国集計. 2017. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/brochure/hosp\\_c\\_registry.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/hosp_c_registry.html)
6. 櫻井裕幸(当時, 国立がん研究センター, 呼吸器外科医師, 現日本大学医学部) 私信. 2016 年 6 月.
7. 島藺 進. 日本人の死生観を読む. 朝日新聞出版; 2012: 238-244.