

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4686
2014/2/15

特集

臨床医学の展望 2014

循環器病学 血液病学 精神医学 脳神経外科学 形成外科学

OPINION

“医療否定本”ブームを考える

- ・抗がん剤治療の誤解を解く 勝俣範之
- ・“近藤誠現象”から見えてくるものとその先にあるもの 長尾和宏
- ・情報提供のあり方が問われている 山口育子

プライマリケア・マスターコース

- ・成功率UPを目指せ! 禁煙支援のコツ **NEW**
—プライマリケア医には「毎日が世界禁煙デー」!
- ・その場の1分、その日の5分
—DPP-4阻害薬は第一選択薬になるか?

質疑応答

- ・歩行不可能な患者への理学的鑑別診断法
- ・ストレスの多い60歳代女性の急激なるい痩の原因
- ・内視鏡検査NBIとFICEの使い分け
- ・慢性心房細動患者の失神の鑑別方法
- ・公費検診で胃内視鏡検査が推薦されない理由
- ・「あげる」の用法



“近藤誠現象”から見えてくるものとその先にあるもの



長尾和宏

尼崎市・長尾クリニック院長

▶ KeyWord

近藤誠現象
「がん医療」と「終末期医療」
平穏死という思想
ナラティブな視点
緩和ケアと地域・生活

▶ 無視してはいけない “近藤誠現象”

近藤誠医師が提唱する「“がんもどき理論”に基づいた“がん放置療法”」を仮に“近藤理論”と呼ぶことにしよう。しかし、その科学的妥当性については論を俟たない。

すなわち、本誌(2013年11月2日号)で神前五郎医師が述べられた意見に全面的に賛同する。また朝日新聞(同12月15日)紙上で勝俣範之医師が述べられた、近藤医師の主張は「一部の患者さんに当てはまる『仮説』」という表現が、国民に対する説明としてたいへん分かりやすい良識的なものであり、全面的に支持する。私は“近藤理論”は科学的根拠を持たない極論である、と認識している。

がんセンターに勤務する医師らは、「余計な説明の時間が増えて肝腎の説明ができなくなった」と嘆く。しかし、一部のがん患者さんはこうした“医療否定本”を読みながら、外来化療法等の治療を受けているのも現実である。

また、本がよく売れる=広く支持されているわけではなく、多くのがん患者さんは、「そんな極論もあるんだ」という程度に聞き流し

ているのではないかと想像している。しかし、近藤医師の医療否定本が飛ぶように売れているのは現実である。一部にはその主張を真に受け、早期がんを放置した結果の“犠牲者”が出ており、商業主義に便乗した極論で真面目な患者を惑わしている罪は大きい。

この真偽はともかく、近藤医師の本が飛ぶように売れるこれを“近藤誠現象”と勝手に名付けさせていただいた。私が本稿で述べたいのは、“近藤理論”的医学的正否ではなく、“近藤誠現象”を我々医療者はどう受け止めるべきか、という点である。私は“近藤誠現象”から決して顔を背けてはいけないと考える。

▶ 「がん医療」と「終末期医療」 を混同してはいけない

極論本を読みながら、実際にはがん検診やがん医療を受けているので、決して“がん放置療法”は国民に全面的に支持されているわけではない。実は、近藤氏が医師でありながら患者の気持ちを代弁してくれたことに国民の熱い支持が集まっているのだ。

インターネット通販サイトAmazonのレビュー等に見られる患者・家族の声をじっく

り読むと、現在の日本のがん医療に限らず医療界全体に対する不満が怨念のように積もっていることがよく分かる。「そんなものは無視すればいい。相手にする必要はない」という医師も多いが、それこそが今後の医療界にとって宝の山ではないか。仮に医療をサービス業としてみた場合、“近藤誠現象”とは、日本のがん医療へのまさに国民的クレーム集であり、患者・家族の恨み節そのものである。それに学ばない手はないのではないか。

ただ、多くの国民は「がん医療」(治療期)と「終末期医療」を混同している点が気になる。おそらく近藤医師自身も気がついていないのではないか。

私が『「医療否定本』に殺されないための48の真実』(扶桑社)で一番伝えたかったことは、がん医療と終末期医療を混同してほしくないということだ。患者も自らよく勉強し、現代医療を上手く利用し、いいとこ取りを目指してほしい、と言いたかった。

▶がん医療は地域に始まり地域に終わる

昨年、末期がんになった身近な知人2人をがん診療連携拠点病院にお見舞いに伺った。2人とも見事に管だらけのスパゲティ症候群になっていた。外出、外泊はおろか在宅という発想はない。在宅なら“平穏死”という思想で対応するので最期まで食べることができるのだが、そんな発想はなかった。もちろんそこには生活やナラティブ(物語)もなかった。“平穏死”を啓発してきた一人として大変悔しく、涙が出そうだった。

故・伊丹十三監督の映画「大病人」(1993年)で見た光景、スパゲティ症候群はこの20年間に必然的に進化していた。平穏死という思想には、科学技術の発達というアゲンストの風が常に吹き、医療者は“延命”と“縮命”的分水嶺がさらに分からなくなっている。だか

ら、拙書『抗がん剤 10の「やめどき』(ブックマン社)では、抗がん剤が良い悪いではなく、「やめどき」を自己決定しませんか、と読者に問うてみたのだ。

昨年11月に開催された第9回がん患者大集会で、私はがん対策基本法について話をした。在宅看取りもする町医者から見れば、がん医療は地域に始まり地域に終わると感じる。

しかし、多くのがん患者は病院で最期までスパゲティ症候群になりながら、がんと闘っている。あるいは闘わされている。だから、現在のがん診療連携拠点病院を頂点とするがん対策スキームは一度逆さにしたほうがいいのでは、という提案をした。

▶がん医療にもっと“ナラティブ”な視点を

町医者として、がん医療を受けている患者や家族の不満を聞く機会が多い。電子カルテばかり見て顔を見てくれない。話を聞いてくれない。体や心の痛み、抗がん剤の副作用を分かってくれない。製薬会社と癒着しているのではないか。緩和ケアを希望しても受けられない…。EBMやインフォームド・コンセント、地域連携、クリニカルパスのような難しい話ではない。病院の医療者が、単に患者や家族の心に寄り添えていないだけなのだ。データや薬はよく見ても、生活や人生にまったく寄り添っていないのだ。

日本のがん医療に決定的に欠けているのは、“ナラティブ”な視点である。「がん哲学外来」や「がんカフェ」は、がん医療の傍流ではなく本質であるべきである。医学はサイエンスだが、医療はアートであり、哲学を含む。

▶緩和ケアは地域や生活の中にあるべき

何故ギリギリまで抗がん剤を打つのか？
何故そこには緩和ケアがほとんどないのか？

WHOの専門委員会が、がんと診断された時から治療と並行して緩和ケアを行い、末期になるに従い治療より緩和ケアの比重を高くするべきという考え方を打ち出したのは1989年のこと。それからもう四半世紀も経っているのにまだ実現できていない。

本来、緩和ケアは地域、もっと正確に言うと生活の中にこそあるべき思想のはず。がん専門病院や施設ホスピスの中だけにあるものではない。ましてその対象はがんやエイズに限らず、命に関わるすべての病気にわたるべきだ。そして、身体的痛みだけではなく、スピリチュアルペインにも寄り添える医療を構築すべきだ。

▶ “近藤誠現象”の先に見えるもの

“近藤誠現象”とは日本のがん医療、いや医療全体への怨念であり、日本の医療の歪み

の象徴である。我々医療者は決して目を背けてはいけない。患者の叫びを無視してはいけない。「患者中心の医療」と言葉で言うのはたやすい。しかしそれを本気で実践するためには、医学教育からの抜本的な改革が必要だ。

“近藤理論”という医療界への劇薬は、奇しくも“近藤誠現象”という副作用をもたらした。日本の医療の過剰な部分と足りない部分、そして終末期医療における大きな間違いが露呈された。“近藤誠現象”を否定的に捉えるのではなく、前向きに受け止め改革する勇気が、今こそ医療界に求められている。

ディオバン事件に象徴される医療界と製薬会社との癒着問題は、これを機に一気に膿を出し切らねば国民の納得は得られない。それらを乗り越えない限り、倫理的課題が山積している遺伝子医療の課題にも、とても入れないことを強く危惧している。実は、今後の本質的な課題はそちらにあるのである。