

がん診療の「質」を問う

安達洋祐

元岐阜大学腫瘍外科教授
楠病院 外科

本論文を読んで考えたことを、1. 生存曲線、2. 質的評価、3. 意思決定、という3つの側面からまとめた。

1. 生存曲線

学会発表や医学雑誌には生存曲線が欠かさない。「治療成績は生存曲線に集約される」、「エビデンスは生存曲線から得られる」といっても過言ではない。薬剤の有効性や手術の優位性はすべて生存曲線で示される。

それほど慣れ親しんでいる生存曲線であるが、私たちは生存曲線に表現されていることを十分に読み取っているだろうか。5年生存率の落とし穴やログランク検定の限界を知っているだろうか。生存曲線や統計学を勉強しないといけない。

2. 質的評価

医療を客観的に評価するため、治療効果は数値で語られ、エビデンスは数字で蓄積されている。死亡は曖昧さのない絶対的なものであり、治療成績は生存率や生存期間で評価されている。

QOLという言葉が広まり、最近では医療に「質」が問われることが多い。しかし、がん

治療は根治性との両立が困難であり、医師は生存期間の延長や生存率の向上を重視するが、患者はQOLの維持や向上も期待する。治療がQOLに及ぼす影響については、医師や患者が利用できる情報は乏しい。これからの医療は質的評価が重要な課題であろう。¹⁻⁵

3. 意思決定

がん治療は臓器別の「診療ガイドライン」が出揃い、エビデンスに基づいた最良の治療が決まっているように見えるが、臨床の現場は判断に迷うことが多く、実際には決断と反省の繰り返しである。

インフォームド・コンセントは「情報を十分に与えられた上での同意」であり、意思決定には医師と患者の情報交換・共有が不可欠である。患者中心の医療を行うには、患者の希望や価値観にも考慮しなければならない。カンファレンスで治療方針を決めるときは、QOLや患者の意向も検討すべきであろう。⁶

4. 課題

がん治療には未解決の問題がたくさんある。例えば、「胃がんの手術でリンパ節郭清

は有効か」という基本的な問題も、確かな結論は得られていない。拙著⁷でも取り上げたが、前谷は以前から、「比例ハザードモデルを用いた生存分析では有効性の判断を誤ることがある」と指摘している。

今回の論文は、「がん治療の選択は患者の希望に沿っているか」である。がん診療の本質に迫る問題に正面から取り組んでおり、私たちに新たな課題を与えている。

参考文献

1. Adachi Y, Suematsu T, Shiraisi N, et al. Quality of life after laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Ann Surg* 1999;229:49-54.
2. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, et al. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2001; 233:149-156.
3. Amemiya T, Oda K, Ando M, et al. Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. *Ann Surg* 2007;246:222-228.
4. Kubota K, Kuroda J, Origuchi N, et al. Stomach-partitioning gastrojejunostomy for gastroduodenal outlet obstruction. *Arch Surg* 2007;142:607-611.
5. Le AT, Albo D, Berger DM. Quality of life in the elderly with rectal cancer. *J Am Coll Surg* 2007;205:124-131.
6. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 赤木 朗, 蔵田伸雄, 児玉 聡監訳. 臨床倫理学:臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 東京:新興医学出版社;2006.
7. 安達洋祐. 消化器外科のエビデンス:気になるテーマ 30. 東京:医学書院;2003.