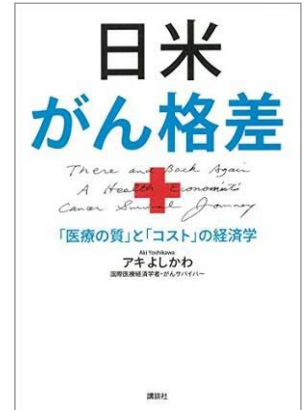


NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

日米がん格差—「医療の質」と「コスト」の経済学—  
アキよしかわ著 講談社 2017年6月初版



はじめに

まず、著者「アキよしかわ」氏の紹介をする。日本に生まれ、10代中頃にアメリカンドリームを夢見て、単身渡米。医療経済学を学んだ後、カリフォルニア大学バークレー校等で教鞭を執り、そしてスタンフォード大学の医療政策部を設立する。その後、実務に興味を抱き、医療コンサルティング会社に就職し、メイヨークリニック等のアメリカ有数の病院で医療コンサルタントを行う。現在、米国グローバルヘルス財団理事長。

2004年には、日本にグローバルヘルスコンサルティング・ジャパン(GHC)を設立し、現在会長。これまでに1,700以上の病院の経営改善プロジェクトを支援された。医療レベル、経営レベルで高く評価されている福岡総合病院、旭川赤十字病院もクライアントであり、今年の平昌オリンピックで一躍有名になった相澤病院もそうである。カルフォルニア州在住で、日本とアメリカで仕事をされている。アメリカの健康保険、年金に加入し、妻ナンシー、息子と娘も完全なアメリカ人。

2012年より同僚の勧めで、日本で人間ドックを受け始められた。14年10月ステージ3Bの直腸がん(S状結腸がん)が見つかった。家族のいるアメリカで手術を受けるかどうか迷われたが、日本での講演のスケジュールが既に決まっていることと、これまで日本の医療にも携わってきて、日本で見つかったことより、がん研有明病院に決められた。これはアメリカでは普通なのだが、無理を言って術前検査は全て外来で行い、11月3日、昼食後入院。4日に手術。14日退院。翌日GHC創立10周年記念式典に出席し、講演された。日本の医療保険に加入されていないため、全額実費。それでも、友人のアメリカ人医師から、「もしアメリカで同じことをすれば3倍以上かかった」と言われたそうである。それほどアメリカの医療費は高い。

術後化学療法「FOLFOX(フォルフォックス)」は、ハワイのクイーンズメディカルセンターで受けられた。理由は、ちょうど日本とアメリカの中間地点で、体調さえよければ、日本で仕事ができるし、家族のいるカリフォルニアに行くこともできるからだ。また、同センターは、アメリカの医療現場で注目されているがん患者支援サービスのひとつである、キャンサーナビゲーターの養成コースがあったためだ。翌年1月6日より、外来化学療法開始。治療、仕事、研修を並行してこなされ、6月、キャンサーナビゲータープログラムの修了書を取得された。

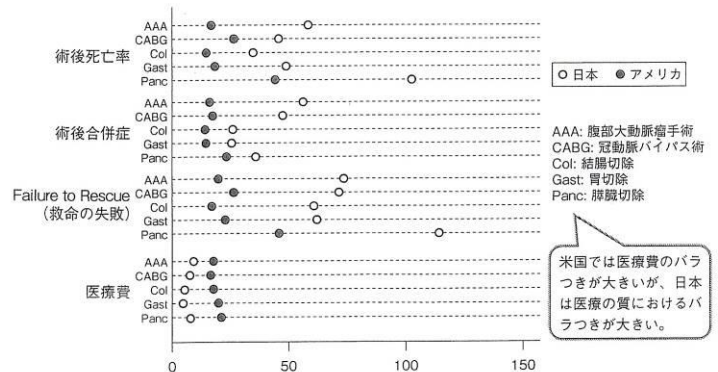
本書の内容・感想

まず、支払い能力さえあれば、日本より質的に均一な医療を受けられる可能性が高いというのがアメリカの医療の特徴である、と著者は言う。図表2を見てみよう。白丸が日本、黒丸がアメリカで、横軸の右に行けば行くほどバラつきがあるという解析だ。AAAは腹部大動脈瘤手術、CABGは心臓の冠動脈バイパス術、Colは結腸切除、Gastは胃の、Pancは膵臓の切除術を示す。術後死亡率、術後合併症、救命の失敗、どれも白丸の日本が右である。ただし、医療費に関しては、日本の方がバラつきは少ない。

アメリカの方が治療成績のバラつきが小さいひとつの理由は、「ガイドライン」の遵守が徹底されているからだ。たとえ

図表2 日米における術後アウトカムのバラつき

5つの術式における変動係数 (Weighted case-mix adjusted) の日米比較



出典：スタンフォード大学とGHCの共同研究論文（詳細は注5参照）

ば、胃がんのステージ 3A と診断すると、医師は基本的に「全米総合がん情報ネットワーク」のガイドラインに沿って治療をする。それには、治療法や手術法、投与する抗生剤、抗がん剤まで実に細かく定められていて、学会は病院別に遵守率を調査し、公表している。一方、日本にもガイドラインはあるが、遵守率の調査は行われておらず、治療法は病院の方針、医師個人の判断や経験に左右されている。よって、日本も遵守率の調査、発表が必要であると著者は主張する。

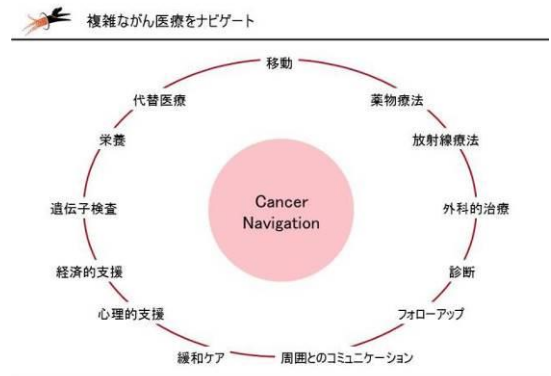
入院日数もアメリカのガイドラインにはある。著者の受けられた大腸がんの腹腔鏡手術の場合、アメリカではどこの病院でもほぼ「術後 5 日」で退院となる。日本ではこれも大きなバラつきがあり、平均は 15.2 日で 10～12 日が山になっている。ただし、著者は、「がん患者」という立場になって、「ガイドライン」だけでは割り切れない側面があることに気付いたという。著者の入院期間も 12 日に及んだ。術後 5 日目とはどのような状態であったか。病室内のトイレに行き帰ってくるだけでも精一杯で、このコンディションで自宅に帰るといのは「かなり怖い」と感じられたようだ。

つまり、欧米と比較してバラつきがあり長い入院期間は、医療費や病院経営の観点からは、「是正すべき」という結論になってしまうが、非常にありがたい「患者に優しい医療」と感じられたと著者はいう。

次に、著者は、ひとりの「がん患者」として、「キャンサーナビゲーション」という制度を伝えたいという。たとえば、低所得者層のがん患者が金銭的な問題から治療の継続を断念していた場合、キャンサーナビゲーターは、患者の自宅を訪れて、本当に治療継続が困難かを検討する。そして、必要であれば医療の専門家、財務アドバイザー、地域の支援団体への橋渡しを行う。アメリカのがん拠点病院には、キャンサーナビゲーターを配置することが求められている。日本でも 2014 年から、がん診療連携拠点病院では「がん相談支援センター」を設置することが義務付けられているが異なる。日本のそれは受動的な制度で、相談したい人が自発的に足を運ばなければならない。しかし、キャンサーナビゲーションは、がん患者一人一人に担当のナビゲーターを付ける能動的な仕組みだ。著者もハワイで化学療法を受けている時、「私があなたの担当のキャンサーナビゲーターです。現在、困っていることはありませんか？」と訪ねてきたという。著者もそうであったが、がん患者は「死」というものに真正面から向き合うだけでなく、経済的な問題、家族や周囲の負担等、様々な不安や悩み、葛藤を抱える。こうした患者の「心の声」に耳を傾け、支えながら適切ながん治療へと導いていく。この研修には、誰でも参加できて、既にハワイ州だけでも 200 人余りいる。

さらに、日本とアメリカでは、「がん」に対する考え方が違うという。アメリカ人は、「がんは撲滅すべき敵であり、乗り越えるべき壁だ」と捉えているという。『日本では、「がん」になったという、それだけで絶望の淵に沈んだような暗いイメージが付きまとう。患者やその家族に苦しい闘いを強いる「不幸」「災い」のようなものと捉えられがちだ。なぜ自分や愛する家族に降りかかってきたのかと、病の理不尽さを呪い、運の悪さを嘆く。しかし、アメリカでは異なる。これは乗り越えるべき「チャレンジ」だと受け取り、自分の力ではどうにもならない「不幸」「災い」ではなく、自分自身の努力によって克服できるものという捉え方をする。もちろん、末期がんのような、「勝てないチャレンジ」もある。しかし、自分の運命を呪い、不幸な境遇を嘆きながら旅立ったりしない。「勝てないチャレンジ」に対しても、自分自身の持てる力を出し切って最期を迎える。

アメリカ人にとって、「がん＝チャレンジ」であることは、キャンサーナビゲーターという人々の存在が体現していると思う。「闘い」をするためには“武器”が必要だ。がん患者にとって武器とは、「病に向き合う強い心」と「正しい情報」。がん患者たちがそれらをしっかり手にするのをサポートし、後悔のない「チャレンジ」ができる環境を整える。それがキャンサーナビゲーターの基本的な考え方であり、スタンスなのだ。私は、日本の「がん医療」に必要なのは、こうした専門知識を有した「伴走者」とも呼べる存在ではないかと思っている。がんは「不幸」ではなく「チャレンジ」であり、それは周囲の人々の支えによって乗り越えられるものなのだ。私もひとりの「がんサバイバー」として、チャレンジを続ける。』—エピソード「終わらない闘い」を乗り越える—より抄出。



最後に私の意見を述べたい。まず、ガイドラインに関して。日本では、ガイドラインはあくまでもガイドラインであり、参考にして、個々の患者さんに最適な治療するように求められている。他方、アメリカは訴訟の国で、ガイドラインを遵守していないと、患者さんから訴えられた場合、敗訴すると聞いたことがある。次に、「キャンサーナビゲーション」という制度の日本への導入は賛成したい。介護保険の「ケアマネージャー」と同じようなものと捉えたらよい。そして、これま

で私は、再度がんに罹り、過去に経験したような辛い抗がん剤治療を勧められた時は断るつもりでいた。しかし、本書を読んで気持ちが変わった。がんは「チャレンジ」であり、「乗り越えるべき壁」と捉え、再度挑戦しようと思うようになった。これから化学療法を行うことに不安を抱かれている患者さんだけでなく、今化学療法中で副作用に苦しんでいる患者さんの背中も押してくれる力強い言葉であると思う。

理事 井上 林太郎