

検討会論点への意見

納得して医療を選ぶ会

倉田 雅子

1. 救済制度設計上の問題

(1) 抗がん剤

・ 仮に一部の抗がん剤のみを制度の対象とする場合、対象薬剤とそうでないものとのどのような基準で選別できるのか。また抗がん剤の投与時期、などによって救済する場合の判別基準の策定もこれまでの専門家のご意見からすると今のところ難しいということでした。私も同感です。

(2) 因果関係

・ 他の医薬品や原疾患、手術、放射線治療とは因果関係を識別できるような基準の設定も難しいと思います。識別できるケースもがん種やステージによってはあるかもしれませんが、特に進行、再発がん等は無理だと思います。

患者や家族にとってはがん治療が進むに連れこれらが複合的に作用してくるので(死亡や重篤な副作用が出たときに)因果関係を理解したくても納得出来ない場合が多々おきていると思います。

(3) 適正使用

がん治療は初期のスタンダード治療後は患者一人一人のオーダーメイド治療だと思っています。医療者と患者、家族とのインフォームドコンセントをしっかりと上で納得して受けるもので適正使用も個々人違ってきても良いものだと思います。

2. 医療萎縮の問題

3. 製薬企業が抗がん剤の開発製造に消極的になるという予測について、

救済制度が出来たことで逆に医療萎縮や新たな抗がん剤が手に入りにくくなるとしたら患者にとってデメリットの方が大きくなるので、救済制度の創設を考え直さなければならぬ事態になると懸念されます。

4. より良いあすのがん治療のために、

医療者と患者間のコミュニケーションやインフォームドコンセントの徹底に努力するのは勿論当たり前のことです。しかしあえて言いたくなる程現状は徹底していません。医療者はインフォームしたつもりでも、患者の方がしっかりコンセント出来ていない場合が多いのです。患者と医療者間の信頼関係の構築に大きく影響を与えます。

患者とのムンテラや治療計画説明の折には医師だけでなく、専門看護師や薬剤師に同席

してもらって情報を共有したり、患者がその場で理解できなかったことを看護師や薬剤師に後から相談できるような知恵や工夫が大切です。

チーム医療なのですから、コメディカルのスタッフが医師とは違った立場や専門性で患者に接して欲しい。まだまだ関係性が薄いと感じます。

がん対策情報センターの取り組み、情報提供、相談員やその研修に関してはがん対策推進基本計画http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf で見る事が出来、今後を注視していきたいと思います。