

NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

NPO 法人がん患者支援ネットワークひろしま会員の皆さまにおかれましては、いかがお過ごしでしょうか。ニュースレター「がん110番」第80号をお送りします。

本当に寒かった今年の冬が終わり、春らしい暖かい天気の良いが続いています。美しい新緑の芽生えに引かれて、郊外で山菜取りを楽しまれた方もあるのではないのでしょうか。春夏秋冬で変化する自然を楽しみながら、充実した人生を送りたいものです。

さて当会は、設立後まる14年が経過しました。今年度も、がん患者さんとご家族や友人知人の皆さまのお役に立てるよう、地道な活動を通じ一人でも多く皆さまのニーズに答えていくとともに、賢くがんと向き合っていく考え方やノウハウを広めていきたいと思っています。続いて宜しくお願いいたします。



新年度を迎えて、6月3日(日)の本年度第1回「市民のためのがん講座」の終了後に、NPO 法人がん患者支援ネットワークひろしまの「通常総会」を開催いたします。ご多忙とは思いますが、多くの皆さまのご参加をお待ちしております。なお、ご都合が悪く参加できない会員の皆さまは、ぜひ委任状を事務局までハガキでお送りくださいますよう、よろしく願いいたします。

理事長 廣川 裕

● 今年度の第1回「市民のためのがん講座」は、「画像診断法の進歩 (PET-CT)」です

設立14周年を迎えた「がん患者支援ネットワークひろしま」は、4月からの新年度も3カ月に一度のペースで「市民のためのがん講座」を開催します。

年間の共通テーマを「最新のがん診断法と治療法」として、(1)画像診断法 (PET-CT)、(2)薬物療法 (抗がん剤)、(3)内視鏡診断・治療、(4)ロボット手術の4回に分けて、がんの診断法ならびに治療法における最新情報を学びます。がんの診断法の中でも、超音波検査・CT検査・MRI検査・PET-CT検査などの画像診断法は、コンピュータなど科学技術の進歩によって飛躍的に進歩しています。

中でも今回取り上げるPET-CT検査は、多くのがんにおいてその広がりでの正確な診断や、治療効果の評価ならびに転移・再発のチェックに欠かせない検査法となっています。しっかり勉強して、「賢いがん患者」になりましょう。

◎ 平成30年度「市民のためのがん講座」

第1回 (通算77回) 「画像診断法の進歩 (PET-CT)」

コーディネータ 廣川 裕 (当会理事長、広島平和クリニック院長)

招待講演 「最新のPET-CT装置を使ったがんの診断法」

演者 陣之内 正史先生 (厚地記念クリニック PET 画像診断センター院長)

○ と き 平成30年6月3日(日) 午後2時~4時 (開場:1時30分)

○ と ころ 広島県民文化センター (広島市中区大手町1丁目5-3 ☎082-258-3131)

● Dr. 廣川の「がん」から身を守るために！！ 「PET 検査の基礎知識」

□PET では全身の「がん」を一度に調べられる

PET とは、positron emission tomography（陽電子放出断層撮影）の略で、放射能を含む薬剤を用いる画像診断法の一種です。放射性薬剤を体内に投与し、その分析を特殊なカメラでとらえて画像化します。

CT などの画像検査では、通常、頭部、胸部、腹部などと部位を絞って検査を行いますが、PET 検査では、全身を一度に調べることができます。核医学検査は、使用する薬剤により、さまざまな目的に利用されていますが、現在 PET 検査といえば大半がブドウ糖代謝の指標となる ^{18}F -FDG という薬剤を用いた「FDG-PET 検査」です。

CT 検査などでは形の異常をみるのに対し、PET 検査ではブドウ糖代謝などの機能から異常をみます。臓器のかたちだけで判断がつかないときに、機能をみることで診断の精度を上げることができます。

PET 検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用されています。アルツハイマー病やてんかん、心筋梗塞を調べるのにも使われています。



□FDG-PET 検査はこうして行われる

PET 検査を受けるときは、ブドウ糖の代謝状態を正しくとらえるために、検査前 5~6 時間は絶食していただきます。水や緑茶などは飲んでかまいませんが、ジュースやスポーツドリンクなど糖分を含む飲み物は禁止です。

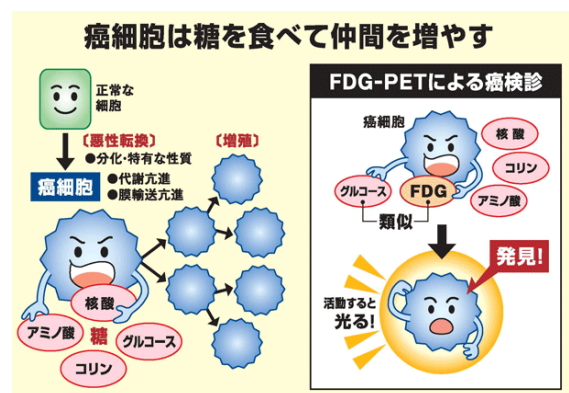
検査のための薬剤 (^{18}F -FDG) は静脈注射し、全身に薬剤が行き渡るまで 1 時間から 2 時間は安静にします。その間、体を動かさず使った筋肉に薬剤が集まってしまうので、安静に過ごしてください。前日に激しい運動をしても、筋肉に薬剤が集まってしまうことがあり注意が必要です。余分な薬剤は尿に排出されるので、撮影の前に排尿をしていただきます。

撮影自体は PET 装置のベッドに横になっているだけで、約 20 分で終了します。放射性薬剤を用いるため比較的少ないですが、放射線被曝があります。また、使用する薬剤には、アレルギー反応や副作用はほとんど報告されていません。喘息や腎臓病があると、CT などの造影剤検査が受けられないことがありますが PET 検査では問題はなく、安全に受けられます。血糖値が高いと検査の精度が低下する可能性があるため、糖尿病と診断されている方、普段から血糖値の高い方は、あらかじめ相談してください。

□PET 検査でがんはどこまで発見できるか

がん細胞は、勝手に仲間を増やして大きくなり、転移などを起こして広がります。その活動のエネルギーの元はブドウ糖で、がん細胞は正常細胞の何倍もの量のブドウ糖を取り込むため、 ^{18}F -FDG を注射すると、この薬剤もがんの病巣に集まります。薬剤が集まったところからは放射線が多く放出されるので、それを捕らえて画像化することにより、がんの病巣を見つけ出すことができます。

一般に、がんが 1 cm ほどになれば PET 検査で発見できるといわれています。PET 検査が得意とし、よく早期に発見されるのは甲状腺がんや大腸がんです。不得意の代表が胃がん、特に早期胃がんは PET ではわかりません。胃がんは日本人に多いがんですが、PET が役立つのは進行がんの転移や再発の診断など限られた場合になります。胃がんを見つけるには内視鏡（胃カメラ）による検査が最も優れています。前立腺がんや腎臓がん、膀胱がんなども PET が苦手とするがんです。早期の肺がんを見つけるのも CT 検査のほうが精度は高いでしょう。肺がんでは、がんが見つかった後で、転移がないかどうか全身を調べるのに PET 検査がよく使われ、大変有効です。このように、がんの種類や状態により、PET の役立ち具合が違います。



□がんの活性で悪性度を診る

現在は PET と CT を組み合わせた「PET-CT 検査」が一般的です。薬剤が集まる様子を撮影する PET と、臓器の形状を撮影する CT を組み合わせ、一度の検査で両方の画像を重ねて表示することができるようになり、診断精度が向上しています。

早期の肺がんは、ブドウ糖代謝の低いがんで、PET でもほとんどとらえることができません。一方、肺がんの中には、非常にブドウ糖代謝が高く、¹⁸F-FDG が豊富に集まるがんがあります。このようながんは、進行が早く転移しやすいがんで、悪性度が高いため要注意です。つまり、がんでブドウ糖がどの程度使われているか、¹⁸F-FDG がどの程度集まるかどうかを PET で見ることにより、がんの性質を予想することができます。

理事長 廣川 裕

● Dr. 津谷のコーナー 「ブラックペアン」

先日、TBS で始まった「ブラックペアン」という医療ドラマを観ました。なかなか面白いストーリーで、主役は手塚治虫作のブラックジャックに似ていますが、より性格を悪くした感じの外科医です。原作は、医師でもある海堂尊氏、主役は嵐の二宮和也さんです。医療界の権力争いを絡ませ、失敗しないドクターが困難な手術を成功させていくという、爽快な医療エンターテインメントです。

しかし、番組終了直前、ありえへん衝撃シーンがありました。この外科医が手術後、喫煙するシーンがしっかりと入っていたのです。今時、医師が喫煙するシーンなどありえないし、敷地内禁煙の病院で、周囲の受動喫煙被害を考えると、ドラマの中ですが、違和感を覚えました。



昨年末、総務省中国四国管区行政評価局担当官から受動喫煙に関する相談を受けました。内容は、国立大学の1年生からの苦情相談で、「大学内の指定喫煙場所から流出している煙で、不快な思いをすることがある。加えて、受動喫煙による健康被害も心配である。大学は、私のような未成年者を含む学生や教職員はもとより、多くの人が集まる公共性の高い教育機関であり、安全・安心で快適な場所であるべきだと思うので、大学における受動喫煙防止対策をより一層推進してほしい。」という相談内容に関して、広島県医師会としての意見を伺いたいとのことでした。

私たちは広島県医師会禁煙推進委員会の取り組みを説明し、広島県医師会の受動喫煙ゼロ宣言に大学の敷地内禁煙があることから、広島県医師会からも広島県内の大学の敷地内禁煙に向けた取り組みを進め、大学敷地内禁煙の状況を調査することを約束しました。

それから3か月後、中国四国管区行政評価局より調査報告書が届きました。中国5県の国立大学の喫煙対策の調査では、全面禁煙となっている大学は、鳥取大学、岡山大学、島根大学の医学部・附属病院、山口大学の医学部・附属病院で、広島大学のみが医学部・附属病院をふくめて、未だに分煙との報告でした。この調査結果を踏まえた行政苦情救済推進会議からの意見により、当局から、島根大学、広島大学及び山口大学に対して、受動喫煙防止対策の徹底を検討するように斡旋が行われたようです。

一人の学生からの苦情で、受動喫煙問題に対して、総務省が動いたわけですが、受動喫煙という問題は、テレビ業界が考えているほど甘い問題ではないことの現れではないでしょうか。嵐のメンバーが喫煙するシーンをみて、かっこいいと思う子供たちも多いと思います。社会に与える影響は計り知れないもので、この脚本家、プロデューサー、演出家は、大きな責任を持たなければなりません。術後の喫煙シーンがいつ無くなるか、注目したいものです。

最後に、行政に対する苦情を真剣に対応していただけるこの総務省苦情相談窓口は、下記のとおりです。「お気軽にご相談ください！」とのことでした。

副理事長 津谷 隆史

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyoka/soudan_n/soudan_uketuke.html

● 広島県がん対策推進委員会の報告（平成29年度 第3回）

広島県がん対策推進委員会（平成29年度 第3回）が、平成30年3月12日に開催されました。

今回は、パブリックコメントや県議会における意見について議論し、第3次がん対策推進計画の最終案を固め、知事への答申を行うことが了承されました。基本は前回の第2回報告から大きな変更はありませんが、今回の討議の中で出てきたいくつかの意見をピックアップして報告します。

1) 胃がんとヘリコバクターピロリについて

佐賀県では、ピロリ菌の検査が事業として取り上げられているようだが、最近是小中高校生を含めて感染者は大幅に減ってきている。加えて、治療には副作用のリスクを伴う。強制的に全員に検査、治療をすべきではない。

2) 緩和ケアについて

欧米では、ずっと以前から緩和ケアを提供している施設では「緩和ケア＝がん」ではなく、がん以外の疾患、呼吸器・心疾患などの患者にも緩和ケアが提供されている。日本でも緩和医療学会で検討に着手しており、非がんについても今後広げていく方向であり、手始めに循環器学会と合同で進めていくことになっている。

3) がん医療の提供体制の充実について

がん医療は、交通事故などの緊急を要する治療とは違って、正確な診断に基づいて、体制の整った病院で治療できればよい。PET 検査、放射線診断、放射線治療など、各病院がすべての高額医療機器を整備する必要がないのではないかとこの考え方が強くなってきている。



「広島県がん対策推進計画（第3次）」の策定に当たって

がんは、昭和50（1975）年から、毎年約10万人の患者が新たに発生し、がんによる死亡者数は増加し、年間8千人を超える方ががんで亡くなっています。日本人の2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなる国となる。がんは日本人の「国民病」として、広くもはや国民病ではなくなっています。がんを個人でなく社会問題として捉え、国民全体でがん対策に取り組む必要があります。

このため、本県では、「がん対策日本一」の実現を目指し、平成20（2008）年に第1次、平成25（2013）年に第2次「がん対策推進計画」を策定して実施の方向性を定めるとともに、平成27（2015）年には、がん対策に関する施策の基となる事項を定めた「広島県がん対策推進基本計画」を制定し、国民ぐるみとなった、総合的ながん対策に取り組んでまいりました。これまでの取組の結果、高齢化等の動向によるがんの発生率の増加は抑えられ、国の「がん対策推進基本計画」の目標期間（平成17（2005）年から平成27年（2015）年の10年間でがんの発生率が20%減少と定めた目標）の達成率も、全国トップクラスの達成率となっています。

一方で、医療の進歩とともに、がんと向き合う期間は長くなっており、小児・AYA世代（若年成人世代）から働き世代、高齢者といった幅広いライフステージに対応して、学業、仕事、生活、家族、在宅生活等ががん治療と両立できる「最も暮らしやすい社会」としての「がん」支援が求められています。

また、医療分野では、「がんゲノム医療」等の新たな治療法への対応や、希少がん、難治性がん、小児がんへの取組強化、予防・検診分野では、受診率向上と対策ははたすための「対策」の取組強化や、がん検診受診率向上のための政策的な対策が必要となってきました。

こうした社会情勢の変化や新たな課題に対応し、がん対策の取組を加速するため、「広島県がん対策推進委員会」やがん対策の専門的な協議、関係する関係機関等との連携強化や、がん対策推進委員会との連携強化を図るとともに、がん患者団体やがん診療連携拠点病院との関係強化、パブリックコメントによる市民の意見など、多くの皆さまの意見を踏まえ、この度、第3次の「広島県がん対策推進計画」を策定いたしました。

本計画では、「がんの予防・がん診断」「がん治療」「がんとの共生」の3つの分野を柱として、県内どこでも、あらゆる場面に対応する最新の医療対策を充実強化し、引き続き、「がん対策日本一」の実現を目指してまいります。関係者の皆様は、もちろんのこと、国民の皆様も一人ひとりが自分にも起こり得ることとして関心をもち、国民ぐるみとなった取組に御協力いただけますようお願い申し上げます。

平成30（2018）年3月
広島県知事 湯 福 英 彦

以上が主な話題ですが、第3次がん対策推進計画の策定にかかわってきて強く感じることは、この計画に織り込まれた「受動喫煙防止」、「乳がんに対する重点的取り組み」などの施策を着実に取り組むことによって、広島県が掲げる「がん対策日本一」を目指したいものであります。

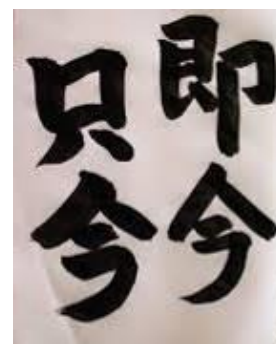
副理事長 井上 等

● 一病息災 「今は今」

あるテレビ番組の中で、とあるプロ野球投手のことが語られ、私はその投手の言葉に感銘を受けました。曰く、「心をこめるのは、『今』の一球です。」と。

後ほど、その言葉の意味を私なりに解釈してみました。「即今（そっこん）」という言葉があります。過去は終わり、未来はまだ来ない。唯あるのは「今」という現在なのです。しかし、現在すら、もう次の瞬間には「今」ではない。「今」というのは“現在の極限”なのです。“今を生きる”とよく言われますが、それは「今ここに生きている自分のあり方」であり、その時、その時に心をこめて物事に打ち込む態度なのではないでしょうか。

あるプロ野球投手の“今の一球”という言葉に考えさせられ、つい愚言を呈してしまいました。いずれにせよ、「今」を大切に精一杯、今日という日を生き抜きたいものです。



理事 老猿愚凜（ローエンゲリン）こと 和田 卓郎

● 私が最愛の競走馬と出会うまで（前編）

こんにちは。今回は「競走馬、応援してまして」という、競走馬の世界や応援している馬のことを書きました。今回は、私自身のことと、馬に出会うまでを書きます。

私が初めて馬を観た(触れた)のは6歳、乗馬クラブに通ってました。そこで、馬とは「こういう生き物だ」と漠然と認識しました。大きな馬に蚊が止まっているようでした。「動いて！」と思って足で合図を送っても、解ってもらえなかったようです。

そして10歳の時、血液疾患を患いました。緊急入院した時は、もうかなり重く、高熱で朦朧としていました。幼心にも自分が病気で、かなり悪かったことは理解できました。今思ってもこうして完治して過ごしていただけるのは、有り難いことだと思っています。

10ヶ月の入院生活と退院後の長い通院治療、闘病生活。数年経つ頃には、治療やほとんどの薬とは縁が切れましたが、両親は密かに私が「大丈夫だろうか？ 15歳(かぐや姫みたいにならないか)まで行けるだろうか？」といつも案じていらしいです。無事15歳を過ぎると、今度は「成人式を迎えられるだろうか？」と常に思っていたそうです。



しかし、そうこうしているうちに、私は馬のことは、ほとんど記憶の彼方になっていました。更に、その頃の私は、学校の勉強は家庭教師と共にしていたものの、夢や目標が見つからず、少々焦っていました。周りの健康な同世代の人たちが、どんどんやりたい事を決めて先に行ってしまう。うまく表現できませんが、病気から回復してそれなりに生活ができるようになった以上、「何か」を見つけなくてはならないと思っていました。

「自分は周囲と比べ健康には注意(風邪など貰わないようになど)しなければ」と、か弱い自分に引け目を感じることもありましたが、それ以上に病気の残留みたいなものを気にせずにいるにはどうしたらよいか・・・と。答えが見つからない自分に焦燥感を覚えつつ、それでも「焦っても仕方ない」と己を説得しながら、とりあえずマイペースに過ごしていました。

誤解の無いように書いておくと、その時期を悔やんでいるわけではありません。とにかく、ゆっくり、じっくり、焦らずに「道草人生」を楽しもうと家族で話し合いました。「無理やり何かをしなくては」ということは横に置いておくことにしたのです。今もその延長線上にいます。ただ「大人になるということ」と「当たり前のことを当たり前のように決める」ことは、集中力も根性も必要なんだと思いました。そして、大人になってしまった今でも、それらは必要なんだと思います。

そのうち、パソコン教室に通ってみることにになり、ネットの世界で調べたいものを自分から取りに行く方法を覚えしました。元々、知識欲が強く図鑑等が好きな私にとっては知識を増やすことに繋がりました。知識を増やすことに関してはパソコン・インターネットの世界は良いツールだったのです。出掛けずに調べものができるため、体調も大きく崩さず(結果、風邪も貰わず)に好きなことを好きなだけ調べられました。更にその頃、現実の競走馬をモデル(似せた)にした「走る鳥をレースに出す」というゲームに出会い、その影響で本物の競走馬の名前や血統をどんどん覚えたのです。忘れていた馬のことを思い出しました。

馬に再び興味を持ったきっかけが、ゲームの世界だったというのは、少しあからさま過ぎますね。しかし、仮想世界で血統というものが、どんな遺伝で能力が決まるのか、それが楽しくて仕方がなかったのです。時には期待した血統が全く空振りだったり、逆に期待していなかった血統の組み合わせからスゴイのが出たり。「現実の競走馬もそうなのかな？」と、パソコンで調べてみると、結構似たような事が現実の競走馬の歴史にもありました。期待された馬が走らなかったとか、期待されなかった血統から名馬が登場するということもありました。そして、「馬そのものがスポーツ選手なんだ」と、斬新な気持ちにもなっていました。現実の競走馬エピソードは涙無くして語れないものもありました。

「馬は何を感じているのだろうか？」

現実の競走馬への興味はどんどん強くなり、そんなある日、とある競馬雑誌をコンビニで見かけました。正直、「競

アドマイヤグループ 牝3歳鹿毛

クラス	OP(129)	登録資金	2億9000万円
戦績	12戦11勝	総資金	5億8000万円
距離適性	1800~2400m	成長型	早め
馬場適性	芝	気性	荒い
脚質	楽脚	重馬場	得意
馬体重	454kg	調子	◎

10月4週

開催日	競馬場	レース	クラス	距離	行	騎手	人	差	まり方	(1着馬(2着馬))
03/10/13	京都	秋華賞	G1	芝2000右	55	武豊	18	1	◎	先陣切(ロダンバンク)
03/ 8/5	米田	デルマーオークス	G1	芝1800左	55	武豊	14	1	◎	中絶進(Intercontinental)
03/ 7/11	米田	ベルモントオークスS	G1	芝2000左	54	武豊	14	1	◎	中絶進(Pal Gen)
03/ 5/4	東京	オークス	G1	芝2400左	55	武豊	18	1	◎	逃切る(ロダンバンク)
03/ 4/2	阪神	桜花賞	G1	芝1600右	55	武豊	18	1	◎	中絶進(シーイストウショウ)

馬雑誌はおじさん達が読むものだ」と、その時かなり迷いましたが、思い切って買って帰り、ページをめくった時、私がずっと応援することになる競走馬「アドマイヤグルーヴ」がそこにいました。彼女こそが、私の初恋の競走馬となったのです。

今回はここまでいたします。後編をお待ちください。

会員(ボランティア) 和田なつみ

● 連載「がんになって(37) ー日本とアメリカの医療保険制度 ー」

アメリカの医療は世界一、日本では承認されていない薬が使える等、羨望の眼差しで語られることが多い。本当なのか。

少し古いデータであるが、図表 1-3 で、日本とアメリカを比べてみよう(渡辺さちこ, アキよしかわ著「日本医療クライシス」より引用)。アメリカの1人当たりの医療費は、日本の約2.4倍である。他方、平均寿命を見ると、日本は83歳、アメリカは78.5歳である。平均寿命には、医療レベル、公衆衛生、ライフスタイル、遺伝要素が関与し、アメリカでは人種、貧富の差、麻薬の問題も指摘されている。さらに、医療保険制度の違いも指摘されている。

次のような事例もアメリカでは珍しくない。

家電量販店のマネージャーをしていたオスカーの父親は、2008年4月、Ⅲ期の血液のがんである多発性骨髄腫が見つかった。会社が保険料を負担した民間の保険に加入していたが、保険会社は何かと理由を付け支払いを拒んだ。診断から亡くなるまでの10ヵ月にかかった医療費は86万ドル(約8,600万円)、保険会社の支払いはわずか4万ドル(400万円)。持ち家も売ったが破産。最後はトレーラーハウスの中で死んだ。アメリカでは、自己破産理由のトップは医療費であり、毎年全死亡者数の約2%に当たる4万5千人が適切な治療を受けられず亡くなっている(堤未果著「沈みゆく大国アメリカ」)。

アメリカの公的医療保険は、65歳以上の高齢者と障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象にするメディケイドのみで、多くの労働者はオスカーの父親のように事業主提供の民間保険に加入している(51%)。その他、個人での民間保険加入等があるが、無保険者が16%。人数にすると4,700万人である。約25%が失業者で、大半は、雇用主が医療保険を提供していない中小企業の従業員である。オバマ大統領(当時)は、この無保険者を問題視し、国民皆保険制度を目指し、保険に加入するように中小企業の雇用主に求めた。いわゆる「オバマケア」である。

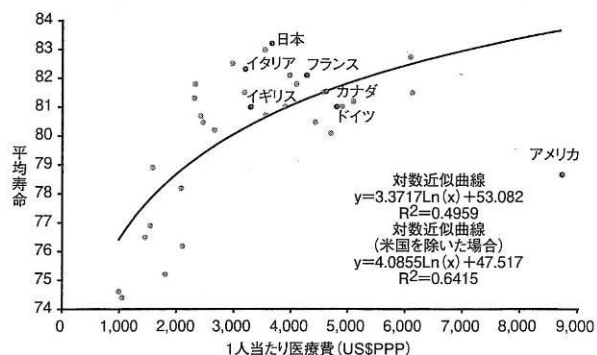
今度は、日本に目を向けよう。医療費は診療報酬で、薬価は薬価基準で決まっていてバラつきはない。保険証1枚あれば、いつでもどこでも、3割あるいは1割/2割負担で適切な医療が受けられる。治療費が高くなると、高額療養費制度が救済してくれる。治療法が確立されていない難病に罹ると、助成制度を使える。

どうしてこのような差があるのか。アメリカでは、特に、共和党は「小さな政府」を目指し、政府が医療のマネジメントを行うことを嫌う。よって、トランプ大統領は、オバマケアを見直した。そもそもアメリカ人には、「自分のことは自分で」という意識が強い。薬値に関しては、政府がコントロールすると、企業間の自由競争が阻害され、革新的な医薬品が生まれにくくなる。これは、多くの人が先進的な医療を受けられなくなることに繋がる。また、経済にも悪影響を与える、と捉える

皆様は、日本とアメリカのどちらに軍配を上げられますか。私は、患者の立場でも、医療を提供する医師としても、日本の制度の方が良いと思いますが。実際、2000年世界保健機構(WHO)は、日本の「国民皆保険制度」を、世界最高の保険制度と評価している。

理事 井上 林太郎

図表 1-3 平均寿命と1人当たり医療費の関係：OECD34か国比較(2012年)

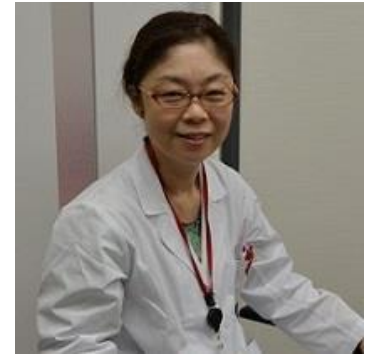


(注)2012年またはその直近データ。平均寿命は男女の単純平均
(出典)OECD Health at a Glance 2013

● 就任（広島赤十字・原爆病院 緩和ケア科部長）のご挨拶

「NPO法人がん患者支援ネットワークひろしま」の皆さん、(元)小網町ペインクリニックの藤本です。

さて、このたび4月より、広島赤十字・原爆病院 緩和ケア科に就任しました。広島赤十字・原爆病院には緩和ケア病棟はありません。では何をやるの？という、「一般病棟に入院中の闘病患者さんに対して、緩和ケアを提供する」という立場で動いています。がん患者さんはもちろん、そうでない患者さんの苦痛も取り除くことができました。いいな、と思いながら病棟を徘徊しています。緩和ケア、というとまだまだ『終末期』のイメージが付きまといますが、『病気の早い時期から』行うべきと提唱されています。今回私が「一般病棟」での活動に取り組むのはまさにその点で、がん治療の真っただなかで辛い思いをされている患者さんの一助となることを目指しています。



また、緩和ケアは、がん以外の疾患にも適応を広げてきています。この4月には緩和ケア病棟の入院基準に『心不全』が追加されました。あらゆる重篤な疾患の苦痛に対して緩和ケアを提供するためには、「一般病棟」は最適です。

これらの理由から、病院中の辛い患者さんの力になりたい、という大きな目標を掲げ「緩和ケアチーム」として働き始めたわけですが、なお、緩和ケア科の医師は現在私一人だけです。入院患者さんで手いっぱいなので、申し訳ありませんが当面は外来通院の患者さんには診療を行っていませんことをご理解ください。

NPOの会員の皆さんには、今まで以上に緩和ケア関係の情報を適切に発信できるかな、と思っています。引き続きよろしくお願いします。なお、これに伴い11年余にわたって診療を行ってまいりました小網町ペインクリニックを閉院いたしました。皆さんにかわいがっていただき、楽しく診療をしておりましたので、まさか辞めることになるとは自分自身でも思っていなかった展開です。その経緯についてはまた別の機会に譲ることにします。

理事 藤本 真弓

● 在宅医のつぶやき ～在宅緩和ケアの現状と課題～

前回は引き続きアドバンスケアプランニングについてのお話しです。

ある調査によると「終末期医療に関心がある」と答えた方が約8割おられました。その一方で「もしあなたが終末期医療の希望を明示できなくなった時、あなたの代理人となる方は、あなたの終末期医療の希望について、どの程度知っていますか？」という問いに対して「正確に知っている」と答えた方は、一般の方で約1割以下、医療者でも2割しかおられませんでした。つまり8割以上の方が終末期医療に関心を持っておられるにも関わらず実際にはほとんどの方が満足に話し合うことができていない、ということになります。

なぜ話し合えないのかという理由は色々あるかもしれませんが、多くの人にとって、まだ自分には関係がない、できれば先延ばしにしたい、といった話題なのかも知れません。でも実際にその時が来たら困ってしまうケースは少なくありません。

皆さんの中で、もしもの時は自分の意思を最大限尊重してほしい、と思っている方がおられましたら、まずしていただくことは終末期医療に対する自分の意思・希望が何であるかを考えて、それを親しい人(あなたの意思決定の代理人になってくれる人)と話し合いしっかりと理解してもらうことです。書面にしておくよりよいでしょう。そして、人間だれしも心が変わることはよくあります。この話し合いは一度で終わりとせず、折に触れて継続して話し合っていくことをお勧めします。

(次回に続きます。)

理事 田村 裕幸

● 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。カリ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、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。

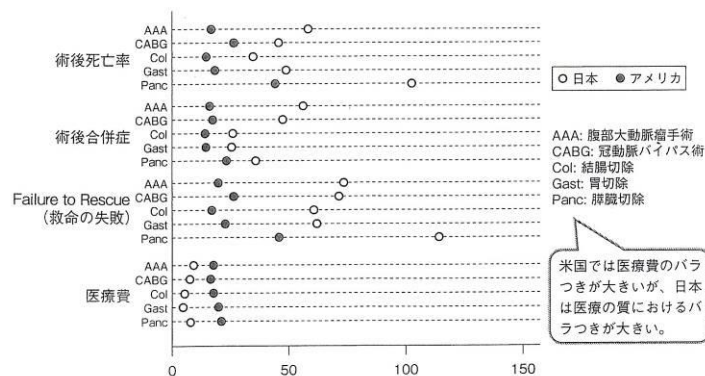
本書の内容・感想

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に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。

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



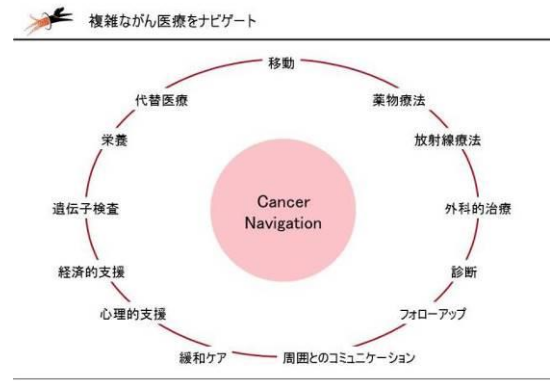
出典：スタンフォード大学とGHCの共同研究論文（詳細は注5参照）

米国では医療費のバラつきが大きい、日本は医療の質におけるバラつきが大きい。

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うのは「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つきまとう。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、自分自身の持つ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。』—エピローグ「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

● 広島県内のがん関係イベント情報

○NPO 法人がん患者支援ネットワークひろしま

平成30年度第1回「市民のためのがん講座（全4回シリーズ）」（通算第77回）

日時：2018年6月3日（日）午後2時～4時（開場 午後1時30分）

場所：広島県民文化センター（サテライトキャンパスひろしま 大講義室）

（広島市中区大手町1-5-3 TEL:082-258-3131）

テーマ：平成30年度 年間共通テーマ「最新のがん診断法と治療法」

（1）画像診断法の進歩

コーディネータ 廣川 裕（当会理事長、広島平和クリニック院長）

招待講演：最新のPET-CT装置を使ったがんの診断法

演者 陣之内 正史先生（厚地記念クリニック PET 画像診断センター院長）

受講料：無料、事前申込不要

問合せ：携帯：090-4573-1044、担当：高野 亨（事務局長）

連絡先：事務局（TEL 082-249-1033, HP:<http://www.gan110.rgn.jp/>）



● 編集後記

10年以上ぶりに風邪をひきました。ゴールデンウィーク中、微熱が続き、大事をとってゴロゴロしていました。職場環境が変わって1か月たち、ちっと慣れて気が緩んだのが一番の原因でしょう。「病は気から!？」。気合いで治してレッツゴー！ それにしても、暑くなったり寒くなったり、気候に振り回されます。皆さまご自愛ください。(ま)

■ 発行：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま 事務局
<http://www.gan110.rgn.jp>

■ お問い合わせ：info@gan110.rgn.jp
TEL & FAX：082-249-1033

■ Copyright：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

このニュースレターは、当会の会員に配付しております。
当会の活動を充実させるため、入会希望者のご紹介をお願いします。
