

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

国立がんセンターでなぜガンは治らない？
- 闇に葬られた改革 -
前田洋平著
文春新書 2015年11月初版

はじめに

「国立がんセンターでなぜガンは治らない？」というタイトルに違和感を覚えらる人も多と思う。特に、広島という遠いところに住んでいると。

トムソンサイエンティフィックの1995年から2005年までの学術論文の引用動向データによると、国立がんセンターは世界で213位。東京大学は51位。旧帝大の方が軒並み上だった。

しかし、研究費は日本でトップクラス。一般の大学の医学部では、文部科学省の科学研究費獲得するために競わなければいけない。だが、国立の研究機関である国立がんセンターは黙っていても回ってくる。2009年度の文科省の研究助成金は約19億円。それだけでなく、厚生労働省から約45億円。当然、研究課題の多くは、厚労省が決めることになり、基礎研究は疎かになる。問題なのは、医師の研究意欲が低下するだけではなく、職員が厚労省、官僚を頼りにするようになること。さらにさらに問題なのは、最後のつけは、全国から集まってくるがん患者に回ってくることである。

厚労省の影響は、医療、研究だけに止まらず、インフラにも影響していた。ヘリポートには、急な狭い階段しかなく、エレベーターは無かった。2011年の東日本大震災の時、福島県立医科大学からの急性白血病患者の転送に、がんセンターのヘリポートは使えず、新木場のヘリポートを使い、救急車で搬送された。全く官僚目線だったのだ。

話は尽きない。糖尿病、循環器系疾患等のがん以外の疾患を診ることのできる医師もいなかった。それらの疾患を合併していたら、受診をしても断られた。これが現状だったのである。

さらに副題の、「闇に葬られた改革」とは。

著者の紹介；前田洋平

1984年、横浜市生まれ。筑波大学国際総合学類卒業。現在、毎日新聞政治部記者。

本書の内容・感想

2009年9月鳩山由紀夫内閣発足。仙谷由人は、行政刷新を担当する内閣府特命担当大臣に任命された。「事務官僚支配を徹底的にたたき落とし、現場本位の従業員が働きやすい環境を作り上げる」。最初に手をつけたのが、厚労省からの多額の補助金頼みで、慢性的な赤字経営に陥っていた、厚労省の直轄機関である、国立がんセンターを筆頭に国立高度専門医療研究センター(ナショナルセンター)(注1)である。ナショナルセンターの独立行政法人化は翌年2010年4月1日に決まっていた。「国立がんセンター」の名称も、「国立がん研究センター」に変わる。仙谷は独法化を、補助金漬けの経営や天下り人事から脱却し、厚労省から引き離す機会と捉えた。但し、厚労省は独法化後も、がんセンターの6人の理事の内2人を厚労省からと決めていた。仙谷が最も重視したのが、理事長の選任である。ハードルは高かったが、これまでとは異なり、公募へと変えた。

山形大学の嘉山孝正に白羽の矢を立てた。ここで、嘉山先生を紹介しよう。1950年神奈川県生まれ。東北



大学医学部卒。専門は、脳神経外科学、特に脳腫瘍。1996年、山形大学医学部脳神経外科学講座の教授に就任。2003年医学部長も併任。医師国家試験の合格率を国立大学で1位に押しあげたり、政府の研修医制度改革に真正面から反論を唱えていたりなど、医師の間では有名であった。

さらに、臨床、研究面でも業績があった。全国に先駆け山形大学にがんセンターを作られた。大規模なコホート研究や、海外輸出も見据えながら、重量子線治療装置の開発を進められていた。

国立がんセンターの現状を知っていた嘉山先生は、最初は全く乗り気ではなかったが、仙谷の説得をうけ、改革への熱意を感じ、理事長に立候補する決意をする。但し、嘉山先生は仙谷と異なり、よりスケールの大きな改革を思い描かれていたのだが。当時、政権交代直後で民主党に勢いがあり、そのことも後押しし、理事長に選ばれた。

就任後、大胆に改革を遂行された。例えば、独法化後も厚労省の指示で動いていたが、重要事項は必ず理事長に報告するように指示された。厚労省の回し人事も中止。工事や管理業務が特定の業者との随時契約で行われていたのも中止され、一般競争入札に変更。実際に行うと、それまで5年契約で132億円かかっていたIT設備費は、21億円にまで下がった。その結果、国立がんセンター時代に668億円もの債務を抱えていたにもかかわらず、改革初年度に25億円の黒字まで達成するなど、順調な成果を上げた。

「総合内科」を開設し、糖尿病等を併発する幅広いがん患者に対応できるようにされた。「職員の全ての活動はがん患者のために！」をスローガンに掲げられ、がん難民を救済するための窓口、「がん相談対話外来」も新設された。利用者の満足度は非常に高かった。

厚労省の独法評価委員会高度専門医療研究会の2010年度の業績実績評価では、経営、臨床、研究のすべての分野にわたって6つのナショナルセンターのなかで最高の評価を得た。

だが、想像を超える成果は、一方で周囲との溝を作り出した。これまで改革に協力してくれていた政治家らと連絡がとりづらくなったのだ。嘉山先生は心のどこかで「地雷を踏んだな」と感じ、覚悟を決めておられた。1期2年の任期を前にして、再度理事長選挙に立候補。予想通り落選。

再選されなかった理由として、「官僚や関係業者の既得権益に触れたから」というのが多くの人の声だった。著者は、取材を進めるうちに、別の理由を疑うようになった。

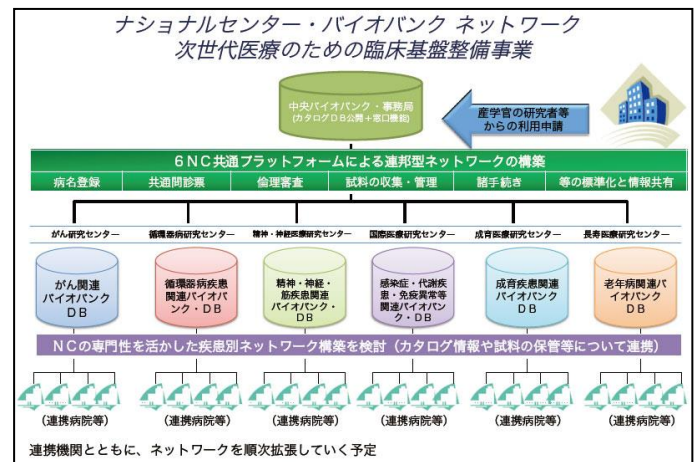
理事長に就任された直後から、6つのナショナルセンター(NC)の統合計画を周囲に口にされ、「日本版NIH」(注2)と呼ばれていた。国の医療戦略を明確にし、がんや生活習慣病、難病等の専門家集団である各NCの機能と、厚労省、文科省、経産省などの縦割りに分散された医療関連機関を統合しようとするものである。だが統合は、役職、各NCの職員の削減も意味する。

それは、厚労省に代わる医療全体を網羅するような司令塔を打ち立てようとする試みだった。日本の医療構造全体を変えてしまう改革である。そして、ある政治家は、「厚労省の存在意義を失う」「厚労省が無くなる」と言って反対した。各省も、権限が大きく削がれることになるこうした構想を簡単に承認するわけにはいかない。本格的な議論には発展せず、うやむやにされた。これが、「闇に葬られた改革」なのである。

私も、NCの統合に賛成する。実現しなかったことが残念でならない。嘉山先生は、各NCの遺伝子情報を共有データベース化する「ゲノムバンク」の創設をきっかけに統合を発展させようと考えておられた。正論である。ゲノム情報を一元化しなくてどうするのか。ゲノム情報だけでなく、あらゆる情報をすべての医療機関で共有化がするのが理想であり、少しでもそれに近づける努力が必要だと思うのだが。

皆様も是非本書を通じて、「明日の日本の医療」について考えて頂きたい。

理事 井上 林太郎



注 1) 国立高度専門医療研究センター；通称、ナショナルセンター(NC)。国立がん研究センターの他に、国立循環器病研究センター、国立精神・神経医療研究センター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センター、国立長寿医療研究センターの 6 施設がある。

注 2) NIH(国立衛生研究所)；1887 年に設立されたアメリカの医学研究の拠点機関。がん研究所、老化研究所、小児保健発達研究所、精神衛生研究所等、27 の施設が含まれる巨大な組織で、1 万 8 千人以上の職員がいて、そのうち 6 千人以上が医師等の科学者。

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

112 日間のママ
清水 健著
小学館 2016年2月初版



はじめに

国立がん研究センターは、日本全国で1年間に新たに発生する18歳未満の子供のいるがん患者の数は56,143人、またその子供達の数87,017人と推定し、1年間に0.38%の子供が自分の親ががんと診断されていると発表した(2015年11月)。

乳がん注目すると、若年性(35歳未満)は、予後不良のHer2陽性例、トリプルネガティブ症例が多いこともあり、非若年性と比較すると予後は悪い。さらに、若年性乳がんの中でも妊娠・授乳期乳がんは非常に予後不良である。その頻度は乳がん全体の約1%で、決して低くない。(参照；厚生労働省のサイト「若年乳がん」)

今回は、この妊娠期乳がん患者の闘病記を通して、がん患者様の子供について考えたい。

著者の紹介

清水健(しみずけん)；愛称、シミケン。アナウンサー。1976年4月19日、大阪府堺市で生まれる。中央大学文学部社会学科卒。2001年讀賣テレビへ入社。2009年からは夕方の報道番組「かんさい情報ネットten.」を担当、現在、メインキャスター。2013年5月19日、自分の担当のスタイリストで、9歳年下の奈緒さんと結婚。

奥様、奈緒様の経過

2014年4月妊娠。それから暫くして、左胸のしこりに気付く。念の為に検査。4月30日、乳がんと判明。5月7日、トリプルネガティブとわかった。ご主人様は迷われたが、奥様は最初から、出産を希望された。治療方針は、手術→抗がん剤→「出産」→CT・MRI→タキサンを用いた抗がん剤治療→放射線療法。胎児への影響を心配され、出産前はCT検査等控えられた。

最初の結婚記念日の5月19日、滋賀の乳腺クリニックへ入院し、翌20日手術。皮下乳腺全摘術。リンパ節への転移はなかった。退院して、抗がん剤治療開始。胎児のことを考慮し、通常よりは少量使用。副作用はなかった。10月23日、帝王切開で元気な男の子を出産。通常2、3日で痛みが取れるが、腰痛が続くため、MRIとCT検査を施行。肝臓、骨、骨髄への転移が見つかった。余命3ヵ月と言われた。ただし、本人には告げなかった。というより、告げることはできなかった。

すぐに、JCHO大阪病院へ転院。主治医、木村綾先生の計らいもあり、産婦人科病棟へ息子様と一緒に入院。ご主人様も病院から出勤された。11月から抗がん剤療法が始まった。高熱と口内炎の強烈な副作用があった。ご飯はまったく食べられず、水分摂取も難しかった。痛みのため、立つことも難しかったが、11月21日、お宮参りへ3人で行かれた。抗がん剤の効果は乏しく、中止となり自宅へ。12月29日、親子3人で、沖縄の竹富島へ正月旅行。

腹水、胸水のため呼吸困難となり、さらに肝性脳症も併発し、2月6日、JCHO大阪病院へ緊急入院。8日、「チャイケモ」へ転院。2月11日午前3時54分永眠。享年29歳。

本書の内容・感想

この本の表紙は、竹富島に旅行された時の写真である。

『僕はカメラのシャッターを切る。旅行ができた喜びとともに必死だった。もちろんこれが最後ではないと信じたかった。でも、残さないといけない、「今の奈緒」を、「ママになった奈緒」を、とっていたんだと思う。「ママは、こんなにお前を可愛がっていたんだ、こんなに優しくったんだよ」と。

優しい表情で、愛おしく、わが子を抱く奈緒。今になって思う。写真に閉じ込められた幸せな「瞬間」、この瞬間を息子に将来、見せてやることのできる、本当によかったと…。

奈緒はこの写真から、ひと月と少したって、僕らの前からいなくなってしまう。ママでいられたのは、112日。だが「温もり」は忘れない、忘れるはずなんてない。』「はじめに」より。

「苦しませず、怖がらせず、痛がらせず」。これが、ご主人のご希望だった。ひとつの選択肢は、ホスピス(緩和ケア病棟)だった。大阪にも整ったホスピスがあったが、「奈緒、ホスピスに行こうか」とは言えなかった。神戸のポートアイランドにある、小児がん専門治療施設「チャイルド・ケア・ハウス(通称チャイケモ)」を選ばれ、その時は入院できるようにお願いされた。小児がん治療中の子供たちとその家族の QOL(生活の質)に配慮した、家族と一緒に生活しながら治療をうけることができる、日本で初めての施設で、病院というより、家という雰囲気なのだ。そのチャイケモへ8日入院。9日朝4時、奥様は昏睡状態へ。

『2月10日。チャイケモに移ってから24時間つきっきりの看病が続いていた。夕方、僕はわがままを言って、病室に奈緒と息子と僕の3人だけにしてもらった。みんながそういう状況をつくってくれた。

僕は息子を、奈緒の顔の横に寝かせた。僕は、僕と奈緒の息子に、「母」の記憶を残してやりたかった。息子が泣いても、奈緒の枕元に寝かし続けた。

「奈緒、元気に泣いているよ」。わが子の泣き声を、しっかりと刻み込んでほしい。覚えていてほしい。

(中略)

夜は、奈緒のベッドの横に、もうひとつのベッドを横付けし、奈緒、息子、僕の3人で、横になった。目の前に、ベッドに横になる奈緒の顔がある。穏やかだった。奈緒の顔は、何とも言えず穏やかだった。

「ごめんな、奈緒。ごめんな」。僕は奈緒の手を握り、ずっと謝り続けた。30分は経ったろうか。低い声はやみ、どンドン呼吸が落ち着いてきた。静かで深い呼吸だ。今度は、お前の番だ。お前のママに、「さよなら」を言いなさい。お前のママはお前を愛しているんだ、お前を産んで幸せいっぱいなんだ。僕は、奈緒の腕の中に、寝ている息子を抱かせた。こんなことがあるかどうかかわからないけど、奈緒が息子に何か言うかもしれない。将来のためにも、母子ふたりだけにしておいたかった。(中略)

11日午前3時54分。僕は、まだ温もりの残っている奈緒の横に、もう一度、息子を寝かせた。パパの代わりに甘えておいで。ママの匂いをいっぱい吸い込んでおいで。温かさを感じておいで。パパはもう充分甘えた。充分過ぎるくらい。さあ、最後のお別れをしておいで。ママをお前の体に、しっかり刻みつけておいで。』「緊急入院。最後のお別れ」より。

冒頭で述べたように、子供さんがいて、がんに罹る人は年間 56,143 人。約半数の方が亡くなられているのであろう。清水さんの息子様のように、本書も含め、多くの思い出が残されていて、亡き親に甘えることのできる人はどの程度おられるのであろうか。胸が痛むと同時に、支援が必要と思う。

理事 井上 林太郎

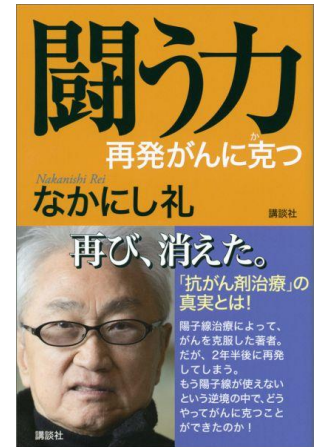


● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

闘う力 -再発がんに克つ-
なかにし礼 著 講談社 2016年2月初版

はじめに

抗がん剤療法に関して、私達は「末期でも効き始めたらずっと効き、再投与もできる」という特徴をもつ、免疫チェックポイント阻害剤「ニボルマブ(商品名; オプジーボ)」を手に入れた。手術療法に関してはロボット手術が登場し、精度、安全性が向上した。放射線療法では、高精度放射線療法が一般的になりつつある。保険適用外で費用の問題は残っているが、陽子線治療、重粒子線治療の分野では、日本が世界の牽引役となっている。「進行がん、転移・再発がん」は、厳しいのが実情であるが、医学の進歩は頼もしい。ただし、死が常に付きまとう。多くの場合、「1ヶ月、もしくは、数ヶ月単位」で将来のことを考えなければいけない。場合によっては、「今日」「明日」の単位で--。その場合、私たちはどのように気持ちを整理するか。本書はその参考になったので、紹介する。



著者の紹介 ; なかにし礼

1938年中国・牡丹江市生まれ。数々の名曲の詩を手掛け、日本レコード大賞ほか多くの音楽賞を受賞。作家としても2000年に「長崎ぶらぶら節」で直木賞を受賞。2012年、食道がんが見つかり、闘病生活を描いた「生きる力-心でがんを克つ-」では陽子線治療を広く世に知らしめた。

著者の病歴

26歳時、心筋梗塞に罹患。54歳時(1992年)、心室細動という重篤な不整脈を伴う心筋梗塞に再罹患。2012年2月下旬(73歳)より、声が出にくい、胸のむかつき感、軽度の疼痛等を自覚するようになり、心臓病で通院中であった北里研究所病院で上部消化管内視鏡検査施行。4cm大の食道がんが見つかった。他臓器への転移はなく、ステージII。抗がん剤治療→手術→放射線療法を勧められたが、心臓の機能が悪いので手術には耐えられないと判断され、手術は拒否された。都内の他の病院で、抗がん剤治療と放射線療法を受けられたが、放射線療法は副作用のため4回で止められた。腫瘍は2cmまで縮小していた。退院後、国立がん研究センター東病院での陽子線治療(保険適用外のため約300万円)を選択された。そして6月28日、抗がん剤と陽子線の併用療法が終了。7月20日検査。がんは完全に消えていた。-「生きる力」より-

本書の内容・感想

がんが消えてからも、3ヵ月毎の検査は続いた。2015年1月27日CT検査施行。リンパ節がほんの少しだけ膨らんでいたため、がんセンター東病院で、PET-CT施行、ピンク色に光っていた。気管支の近くで、前回がんのあった食道の裏側辺りだったので、今回は陽子線を使うことが出来ない。穴が開いてしまう可能性があるためだ。他方、気管支にも密接していて、それがいつ気管支の膜性壁を破ってしまうかわからないという切迫した状態であった。この「穿破」が起きてしまうと多臓器不全となり、そのまま死に至る。生きられたとしても長くて4日。そういう危険な状態であった。

2月25日手術。想像以上にがんは気管支に密着していてメスを入れることは難しく、何もすることが出来ずに終わった。CT検査をして3月2日退院。がんは当然ながらさらに大きくなっていった。主治医より、再度「穿破」の説明があった。「なかにしさん、穿破が起きるのは早ければ今日かもしれないと思ってくださいな」。

抗がん剤治療を開始。著効した。1回目で約60%の大きさになり、2回目でその半分になった。そして、4回目の効果を見るために、7月13日、PET-CTを施行。がんは消えていた。

しかし、放射線科のA医師より、「この状態は完全に治っているわけではなく、目に見えない大きさのがんは間違いなくある。陽子線で叩きましょう」。その後、抗がん剤治療と陽子線治療を行い、9月13日終了。A医師より、「これで十分でしょう。」

尚、5月25日から今回の闘病を題材にした「夜の歌」という連載小説を、サンデー毎日で始められた。

「穿破」はたまたま起きなかった。それは結果論であって、毎日奥様と、「今日も生きたね」とハイタッチされていた。どのようにして過ごされていたのか。第五章「闘う力」より抜粋する。

『習慣として好きな作家の本は読んでいたが、前回のように先人の言葉を借りて自分を勇気づける余裕などはなかった。そんな発想すら虚しく感じるような絶望感が私を支配していた。(中略) どうしようもない、死霊が鉄槌を持って私の目の前に立ちはだかっている。いつ穿破が起きて死んでしまうのかわからない、言わば死のカウントダウンの最中に、希望や勇気など持とうとすることなどファンタジーでしかない。

瀕死の状況にある作家によって創造された文学とか芸術なんて過去には存在しないのではないか。残酷な世の中に生きることを強いられた作品であっても、ほとんどが希望というものを持ちながら生み出されている。ドストエフスキーの作品でさえもそこには希望はあった。そういった中で私にとって最も心素直に受け止められたものがある。それは「般若心経」だ。

「般若心経」が語るものは「虚空」だ。「色即是空」「空即是色」この世の森羅万象はすべて空であり、空なる世界にこそ森羅万象がある。いかにも禅問答のごとき表現だが、私はこの表現にこそ人間の叡智が宿っていると感じるのだ。それは虚無主義やニヒリズムといった人間否定の思想とは違う。「空」にして「色」、「色」にして「空」という全否定と全肯定はいったいなにを意味するか。それはたぶん人間存在を三百六十度丸ごとすべてを認めるという意味であろう。ゆえに「不生不灭」であり「不垢不浄」「不増不减」なのである。がんなどという病と闘っている身にとってはまことに勇気を与えてくれる言葉でもある。たとえば、「無老死」「無苦・集・滅・道」「無有恐怖」「遠離一切顛倒夢想」、病気などになってくよくよすることはない。畢竟たどりつくところは「究竟涅槃」なのだから。信仰もないのに涅槃に到達することができるのか、などと心配するには及ばない。涅槃そのものも「色即是空」かもしれないではないか。

と、私は勝手な解釈をしながら、「般若心経」を何度も読んだ。かつて心臓病に倒れた頃、「般若心経」を毎日写経して過ごしたことがあるが、その頃より今のほうが数倍心にしみる。

そしてもう一つ、心にしみた言葉は、旧約聖書の「伝道の書」である。

「空の空、空の空、いっさいは空である。日の下で人が労するすべての労苦は、その身になんの益があるか。世は去り、世はきたる。しかし地は永遠に変わらない。日はいで、日は没し、その出た所に急ぎ行く。川はみな海に流れ入る、しかし海は満ちることはない。

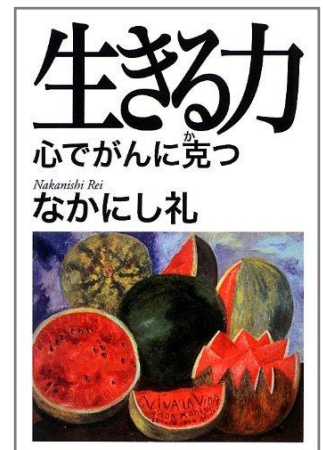
すべての事は人をうみ疲れさせる。死ぬる日は生るる日にまさる。知恵が知者を強くする。善を行い、罪を犯さない人はこの世にいない。

若い者よ、あなたの若い時に楽しめ。あなたの若い日にあなたの心を喜ばせよ。若い時と盛んな時はともに空だからである。」

「般若心経」も「伝道の書」もともに宗教書であるが、ユダヤ経と仏教の教えがあまりに似ていることに驚くのである。といってもなにも急に私が信仰に目覚めたわけではない。宗教書は常に死について語っているから耳を傾けるに値するのである。私はどこまでもカミュを愛する者の一人であるから、神もない、明日もない、希望もない、何もない、という「無」の中で、何ものにもすがることなく鈴木大拙言うところの「日本的霊性」の「命」の原理に従い、創造の神秘と歓びに導かれて生きる道を好む。

その生きる道とは、言葉を変えて言うなら、真に私に活力を与えたのは「小説を書く」という創作活動だった。』

初発の時の闘病記「生きる力」の中では、カフカ、チャーホフ、ドストエフスキー、カミュ等の著書を引用され、それらの英知に触れたことが「生きる力」となってくれたのだと説かれている。だが「再発」した



今回は、それが打ち砕かれたのだ。闘う力は、「般若心経」と「旧約聖書」からしか得られなかったと言われるのである。

私も、今後進行がんに罹った場合はどうしようか、いつも迷っていた。私は本書を読んで安堵した。あの難解な、カフカ、カミュ等の古典を読む必要はないのだ。そして決意した。「般若心経」に頼ろうと。今はあまり興味を抱かないが、いざというときは役立つかもしれない。とりあえず、ネットで注文した。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

臨床現場の死生学

－関係性にみる生と死－

佐々木恵雲著 法藏社 2012年12月初版



はじめに

死には、自分自身の死と他者のものがあるが、1966年フランスの哲学者V・ジャンケレヴィッチは、前者を「一人称の死」、後者をさらに「二人称の死」、「三人称の死」に分けることを提唱した。例えば私にとって、父の死は「二人称の死」で、三島由紀夫の死は「三人称の死」である。この分類を用いることにより、ある程度、死を客観的・系統的に理解することが可能になったと言われている。

本書もこの「人称別の死」が用いられている。三章からなっていて、第一章は「二人称の死－新しい概念としての『関係性の死』」、第二章「三人称の死－今、再び脳死と臓器移植を問う」、第三章「一人称の死－命は誰のもの」が副題ある。

自分自身の死である一人称の死は、太古からの人生における究極の課題である。欧米ではキリスト教の影響もあり、宗教的に捉えているのかも知れないが、今日の多くの日本人にはそれは難しい。ではどうするか。二人称の死にヒントがあるのかもしれない。今回は、第一章の二人称の死を取り上げ、次回、第三章の一人称の死を紹介する。

著者の紹介

佐々木恵雲（ささき えうん）

1960年滋賀県生まれ。大阪医科大学卒業。医学博士。総合内科専門医、糖尿病専門医。浄土真宗本願寺派西照寺住職。西本願寺あそか診療所所長を経て、現在、藍野大学短期大学部学長。主な著書は、「いのちの処方箋－医療と仏教の現場に立って－」、「いのちのゆくえ 医療のゆくえ」等。

本書の内容・感想

まず、「死」とは何か。本書を基に説明しよう。

死の特徴として、避けられない(不可避性)、誰にも訪れる(普遍性)、二度と生き返らない(究極性)がある。必ず自分は死ぬと知ってはいるが、自分の死を経験した人はこの世にはいない、よって人から体験を聞くこともできない、と言い換えることができよう。よって、自分の死に最も近い死は、「二人称の死」なのである。もう一つの特徴は、死の迎え方は人それぞれ違い、同じ死は存在しないことである。

次に、私の体験を述べよう。父は、2回脳梗塞に罹り、最後の2年間はほぼ寝たきりで、母が家で介護していた。平成22年12月亡くなった。私自身のがん治療が終わって6年目。順縁となったこと、長かった母の介護が終わったことで、半分安堵感を覚えた。享年88歳であり、受け入れることは容易であった。

父が次男であったこともあり、私は小さい頃から熱心に墓参りをしたり、仏壇に手を合わしたりすることもなかった。それが、父の死後、2、3年経過したころであろうか。盆、命日には、墓に行き、掃除をしながら、感謝しつつ、私も死んであの世で再会したら、また叱られるのであろうかなど思うようになった。実家に戻ると仏壇に手を合わすようになった。あの世の存在など信じていないので、矛盾しているのだが、毎朝起きて空を見ると、父が私を見守ってくれているようにも感じるようになり、今日も無事で終わるように心の中でお願いしている。

著者も同じようだったと述べている。リオデジャネイロ オリンピックで、決勝戦で敗れた吉田沙保里選手は、直後「お父さんに怒られる」と言っているし、辛うじて優勝した伊調馨選手は、「最後はお母さんが助けてくれました。マットに感謝です」と語っている。今の若い人も、私と同じように、亡くなったはずの父親、または母親が心の中で生きているのである。このことを、どのように学問的に解釈するか。本書を参考にし説明しよう。

肉体の死を受容しながら、あるいは受容した後、悲しみや苦しみの中で、時間をかけて故人と向き合い、折り合いをつけながら、故人と新しい関係性を構築していく。故人の新しい居場所を見出し、相談相手として話しかけたり、自分の考え方や行動の規範にしている人も多い。このことを著者は、「関係性にみる生と死」と名付けている。生者と死者との関係性の構築といってもよい。

このような行動は、日本人に特有なものである。欧米には、家には十字架はあるが、仏壇に匹敵するものはない。サッカー選手はゴールを決めると十字をきる。教会には、神に祈りを捧げに行く。プロテスタントでは直に神に、カトリックならばマリア様を介して祈る。故人に会いに行くのではない。決まった日に墓参りする国も少ない。

近しい人と死別した人が悲嘆(グリーフ)から立ち直ることを支援する「グリーフ・ケア」は、1960年代、米国で始まり、その後、欧州に広がった。他方、日本では今でも、通夜、葬儀、初七日、四十九日、そして一周忌、三周忌、七周忌の法要を行っている。宗教というより行事として行っているようにも見えるが。しかし、これが我が国の「グリーフ・ケア」と言ってもよい。

本書の特徴は、死を哲学的なものではなく形而下の、今まで軽視されがちであった個人の経験を重視する、「臨床現場の死生学」という方法をとっていることである。それから、今の日本人の死生感を求めている。死生感は、時代、民族、文化、宗教、哲学等の様々な要因から影響を受けていることがわかる。

緩和医療、緩和ケア、ターミナルケアも、西洋の真似をするのではなく、現代の日本人にあった独自の方法をとることが必要なのであろう。いや、本書を読んでいると、気付いていないだけで、既に行っているように感じてきた。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

臨床現場の死生学 —関係性にみる生と死—
佐々木恵雲著 法蔵社 2012年12月初版



はじめに

前回お約束したように、今回は、自分自身の死である一人称の死について、本書を用いて考えてみたい。

皆さんは、どのような死を希望されているのだろうか。巷では、ピンピンコロリ(PPK)が人気ナンバーワンのものである。理由は、苦しみたくない、家族に迷惑をかけたくない、あるいは、安く済むからだろうか。

では、私から問いたい。ピンピンコロリとは、突然死である。具体的には。心筋梗塞、くも膜下出血。それとも、交通事故で死にたいのか。65歳以上に限れば突然死の頻度は高々3~4%で、そもそも一般的に、死因を自分で選ぶことは出来ない。

私達はどのような死を迎える可能性が高いのか。現在、死亡原因の第1位はがんで、3.5人に1人ががんでなくなる。よって、「歳をとり、がんで死ぬ」という設定で、私自身の死について考えてみたい。

本書の内容・感想

今号の別のところで、すべての死は清く尊いもので、良い死、悪い死はないと述べた。では、何を問題としないといけないのか。それは、死に至るまでどのように生きるか、生き切るかである。著者もそのように説いている。

日本尊厳死協会は、「尊厳死とは傷病により不治かつ末期になったときに、自分の意思で死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義している。不治かつ末期になったときに、「自分の意思」で治療方針が決められるのか、日本では「家族の希望」が優先されるのではないかと疑問がある。さらに、本当に、「死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめる」ことが正しいのか、家族は続けることを希望するのではないかと問題はある。しかし、「人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」を否定する人はいないだろう。だとしたら、「人間としての尊厳」とは何か。清水哲郎は尊厳を、「自らを価値ある、有意義な存在と感ずる自尊感情」と定義している。

「死の臨床研究会」は、死を目標にせず、死ぬまでの生に焦点をあてて発足した。「人間らしく生きる」ことが大切であると主張する。では、それは、具体的に、どう生きることなのであろうか。

「人は生きてきたように死んでいく」とよく言われる。日本のホスピスの第一人者である柏木哲夫は、「みんなに感謝の気持ちを持って生きてきた人は、周りに感謝しながら死んでいく。また文句ばかり言ってきた人は、文句を言いながら死んでいく。誰にも感謝せずに生きてきた人は、周りに感謝せずに死んでいく。人々は生きてきたように死んでいく」と述べ、「周りに感謝しながら死んでいく」ことも、「人生の実力」であるという。感謝の気持ち、言葉をもって死を迎えるのは、まさに人間にしか出来ない「人間らしい死」であろう。そして、周りの人もこれから旅立つ方にお礼を述べる。このことにより、見送った人達も、気持ちよくその人の死を受け入れられて、良い思い出になるのではなかろうか。

終末期になるとできることが少なくなり、周りに迷惑をかけているように感じ、「自ら価値ある、有意義な存在と感ずる自尊感情」を失ってしまうかもしれない。だが人生を振り返り、「色々苦しいこともあったけ

ど、総じて楽しい人生であった」、「子供も育てた」、「生まれてきて良かった」「自分が自分であって良かった」と心の底から感じられたならば、「自尊感情」が生じ、尊厳のある生を送れるのではなかろうか。著者もそう言う。そして、近い将来訪れる、「自分の死」を受け入れることが出来るのではなかろうか。

私も、「感謝の気持ち」の大切さを再確認して生き仕事をして、医療スタッフも含め、全ての人に感謝しながら死を迎えたい。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

大場先生、がん治療の本当の話を教えてください
大場大著 扶桑社 2016年11月初版

はじめに

昨年11月のニュースレターで廣川先生が紹介されていたように、最近、「情報リテラシー」、「ヘルスリテラシー」等、「〇〇リテラシー」という単語をよく耳にする。
「リテラシー(literacy)」とは、文字の読み書き能力(識字能力)という意味である。今日、有り余る程の情報化社会となり、玉石混交の情報が飛び交っている。よって転じて、情報を正しく読み解き活かしていく能力という意味でも使われるようになった。

本書ではズバリ、「がんリテラシー」という言葉が使われていて、序文では、「ごく一般の方のがん医療に対するリテラシーの向上を願い書き著した」とある。九つの章から成っていて、がんとは何か、三大療法に関する事、そして効果のない先端医療、免疫療法、サプリメント等多くの話が取り上げられている。

さらに、情報源として多用されているインターネットを、どのように使えばよいのかにも触れられている。そして米国との違いは。今回はそのことを中心に紹介する。



著者の紹介；大場大(おおば まさる)

1972年、石川県生まれ。外科医、腫瘍内科医。医学博士。金沢大学医学部卒業後、がん研有明病院等を経て東京大学医学部附属病院肝胆膵外科助教。2015年に退職し、がんのセカンド・オピニオン外来を主とした「東京オンコロジークリニック」を開設。著書に「がんとの賢い闘い方 近藤誠理論徹底批判」、「東大病院を辞めたから言えるがんの話」等がある。

本書の内容・感想

まず、「情報を正しく選択する」より引用しよう。

『日本のYahoo!(ヤフー)やGoogle(グーグル)で、「肺がん」で検索すると、正しい医療情報に上位ヒットできる確率は50%にも満たなかった。

検索すると、先端医療と称するクリニックや民間療法の広告がズラリと出てくるが、それらに関していうと、信用できる情報はなんと0%という結果であった。米国で同様に調査すると、信頼できる情報の上位ヒット率は、Yahoo!が72%、Googleが80%であり、それは米国のネット上では法的規制がしっかりと行き届いていることを意味している(J Thorac Oncol 2009; 4: 829-833)。

現状の日本では、インターネットはがん患者さんを間違った方向に誘導するリスクのある世界だということ、しっかり自覚しておいた方がよい。そうなると、患者さん一人ひとりが、身の回りにある膨大な情報の中から正しい情報を選択し理解するために、賢い「がんリテラシー」を自身で育まなくてはならないということである。』

では、信用してはいけないクリニックの広告とは。「それ、不当広告です」より引用する。

『具体的には、次のような表現がホームページ上に掲載されていたら、そのクリニックは怪しいと思ってみてください。

(例1) 治療の前で「がんが消えた」あるいは「縮小した」CT写真などを連載。(例2)「世界初の〇〇

療法」、「国内初の△△治療」。(例3)「都内屈指の治療件数」、「〇千例の投与経験」。(例4)「〇〇療法は抗がん剤と違って体にやさしく、効果が高い」。どれも、科学的な根拠が乏しい。さらに、不安を煽り、患者さんを間違った方向へ誘導しようとしている。

現行の「医療法」ではホームページは規制の対象ではないにしても、列記したような広告は、医療法第6条の5の規定違反に抵触し得るかも知れない。薬事法第68条、不当景品類及び不当表示防止法第4条に抵触する可能性もある。』

追記すれば、医療法第6条の5第3項で、「第一項各号に掲げる事項を広告する場合においても、その内容が虚偽にわたってはならない」と虚偽が禁止されている。第一項各号に掲げる事項とは、医師名、診療科名等であり、医療に関する広告には厳しい決まりがある。違反した場合、「6月以下の懲役または30万円以下の罰金に処する」とある。ただし、ホームページは、患者さんが情報を得るために自分の意思でアクセスするので、広告と見なされないというのが一般的な見解のようである。だとすれば、新たな方法で規制する必要があるのではなからうか。

最後に、「賢いリテラシーを育む努力をしましょう」より著者の思いを抄出する。

『残念なことだが、医師の性善説はかなり怪しくなっている。だから、患者サイドにある「きっと医師がベストを尽くしてくれるはずだから、すべてお任せ」というスタンスには、もはや限界があるだけではなく、むしろ大きなリスクがあるといっても過言ではない。

がんという病気には不確かなことが多く、いくら最善を尽くしても、必ずしも期待通りの結果に至らないことが少なくない。絶対に確実な治療やゼロリスクなどもない。だからこそ、それらを理解したうえで、過去には経験し得なかったような複雑さの中で、重要な意思決定が求められている。

世の中にある様々な情報と向き合ったとき、面倒くさがらずに、自身のがんのこと、治療のこと、死生感や哲学に至るまで、具体的な問いをもち続けてほしい。思考を停滞させてはいけない。

がんはある意味自己であり、がんに向き合うことは自分の人生と向き合うことに等しいような気がする。だからこそ、一人ひとりが賢い「がんリテラシー」を身に付けることで、自身の人生について、幸福について、賢く問い続けてほしいと心から願う。』

皆様も本書を通じて「がんリテラシー」をレベルアップさせ、「賢い患者」となり、素晴らしい人生を送って頂きたい。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

いのちの苦しみは消える ー医師で僧侶で末期がんの私ー 田中雅博著 小学館 2016年3月初版

はじめに

宗教といえば、胡散臭く感じる人もいるであろう。私もそうであったが。まずそれを払拭してくれた、仏教の話から始める。

平安時代後期に興教大師覚鑿(かくはん)は、典籍「一期大要秘密集」の中で、臨終行儀(臨終のときにおける作法)に触れている。まず開く門は、「身命(しんみょう)惜しむべき用心門」。身命を粗末にはしてはいけない、治療を受け、命を延ばし続けなさいと説く。治療出来なくなったら、「心身惜しまざる用心門」を開きなさいと説いている。

WHO(世界保健機関)が緩和ケアを「死を避けられない病人とその家族のQOL(生活の質)を向上するアプローチ」と定義しているように、興教大師の教えは今でも通用する。まず、治療法として確立されている標準治療を受け、それが奏効しなければ、次の治療法を受けなさい。そして死が避けられない状態になったら、緩和ケアに移行しなさい、と説いているのであろう。

仏教にこのような教えがあることには驚いた。先日乳がんが亡くなった元アナウンサーも、最初は民間療に頼ったようだ。この教えを誰かが伝えていたら、と悔やむ。



著者の紹介； 田中雅博(たなかまさひろ)

1946年、栃木県益子町の真言宗豊山派・西明寺に生まれる。東京慈恵医科大学卒業後、国立がんセンターで研究所室長、病院内科医として勤務。その後、大正大学で仏教を7年間学び、西明寺を継いだ。90年、境内に入院、緩和ケアも行う普門院診療所を建設。内科医、僧侶として患者と向き合う。2014年10月にステージ4bの膵臓がんが診断され手術。8か月後に肝臓への転移が見つかった。余命数か月であることを自覚して、本書を上梓。2017年3月21日永眠された。享年70。著書に、「般若心教の秘密」、「仏教と医療の再結合・スピリチュアケア」等ある。

本書の内容・感想

「心身惜しまざる用心門」を開かなければならない段階になると、余命わずか、生きられる時間は限られていると感じるようになり、スピリチュアル・ペインが生じる。本書ではスピリチュアル・ペインを「いのちの苦しみ」と訳しているのだが、この問題を解決するためには、日本にも、「スピリチュアル・ケアワーカーが必要」と著者はいう。ケアワーカーの手助けにより、スピリチュアル・ペイン、「いのちの苦しみは消える」と。

日本医師会も加盟している世界医師会は、患者の権利として、「リスボン宣言」を発表している。序文に、「法律や行政が以下に掲げる患者の権利を侵害する場合は、医師はこれらの権利を保障ないし回復するために、適切な手段を講じ続けなければならない」と書いてある。患者の権利を守るのは、医師の義務と言っているのだ。

では、その「患者の権利」とは。色々あるが、最後に、「患者は、患者自身が選んだ宗教の聖職者による支援を含めて、宗教的および倫理的慰安を受ける権利を有し、また、これを辞退する権利も有する」とある。

この宗教的および倫理的慰安を受ける権利は、日本の医療現場では全く保障されていない。日本中の医師が義務を怠っているのである。何らかの策を講じなければならないのだ。

他の国では、誰が携わっているのか。スピリチュアル・ケアワーカーである。スピリチュアル・ケアワーカーとは、患者さんのスピリチュアル・ペインの緩和を行う専門職である。カトリックの総本山であるバチカンの大学には、スピリチュアル・ケアワーカーを養成する講座があり、哲学を2年、神学を4年、医療を2年と、計8年学んで資格を取得する。ここで資格を得たケアワーカーは、全世界10万8千ヶ所のカトリック系医療機関で仕事をしている。

ケアワーカーは宗教者でなくてもなれるが、死生観を問われるので、西洋ではキリスト教の聖職者が多い。日本人は無宗教のように見えるけれども、死生観の根本には仏教がある。よって、日本では仏教の聖職者になるのが適当だと著者はいう。

実は、日本にもスピリチュアル・ケアワーカーはいた。僧侶である。聖徳太子が建立したとされる四天王寺には、四箇院(しかいん)があったとされる。四箇院とは、敬田院(きょうでんいん)という学校、施薬院(せやくいん)という薬局、療病院(りょうびょういん)という病院、そして、悲田院(ひでんいん)という福祉施設からなる。僧侶は、「五明(ごみょう)」といって、声明(言語学)、工巧明(工学)、医方明(医学)、因明(倫理学)、内明(仏教学)という5つの学問を勉強して、今でいう公務員として、国に仕えた。

少しだけ、仏の教えに触れたい。

死は思い通りにいかないものである。「死にたくない」、「死ぬのが怖い」という苦しみなぜ生まれるかという、「思い通りにしたい」という欲があるからだとお釈迦様はいう。

思い通りにしたいという思いを「渴愛(かつあい)」と呼び、人は「男女の愛欲(生殖)」、「死にたくない(生存)」、「死にたい(死)」という3つの欲求を思い通りにしたいので、そこから「苦しみ」が生じると説かれている。

逆に言えば、これらの欲求をコントロールすれば、苦しみはなくなるはずである。仏教の根本は「無執着」である。生存へのこだわり、死へのこだわり、さらに、自分へのこだわりを、私の体は私のものであるというこだわりを捨てよと説いている。渴愛が制御された度合い、自己執着を離れた度合いによって、苦から楽へと向かう。最も楽な暮らしが無執着な生き方、仏陀の生き方である。このようにみると、仏教はスピリチュアル・ケアの教えである。

政府の方針により、明治初期に徹底した廃仏毀釈が行われた為、仏教が社会から切り離され、僧侶はその役を行わなくなった。さらに、戦後教育もそれに輪をかけた。肉体的な痛みはある程度まで医師が取り除くことが出来る。他方、スピリチュアルな痛みを解決することは医師には出来ない。なぜならば、習っていないからだ。日本の医療の現場にも、それを解決するための手助けをすることが出来る臨床宗教師、臨床仏教師が必要なのだ。廃仏毀釈により仏教と医療が切り離されたが、多死社会を迎える今こそ、「仏教と医療の再結合」が必要なのである。

日本のどこの医療機関にも、臨床宗教師、臨床仏教師がいて、スピリチュアル・ケアワーカーとして病に苦しむ患者さんやその家族のいのちの苦しみを癒やしている姿を見るのが、著者の願いであった。その思いを私達に託されて旅立たれた。

理事 井上 林太郎



● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

前立腺がんは怖くない—最先端治療の現場から—
颯川晋著 小学館 2016年10月初版

はじめに

「前立腺がんは高齢者に多く、ほとんどが進行の遅いタイプであり、他の病気で亡くなることが多い」と言われていた。今年の男性の「部位別がん年齢調整死亡率の推移」を見ると、1位は肺がん。前立腺がんは2000年以降横ばいかやや減少のように見える。しかし、年齢調整しないで、死亡者数を見ると、2000年は約8千人だったが、高齢化社会を反映し、2010年は1万人を超えた。2025年には1万5千人、2000年の約2倍に増えると推定されている。以前の考えは通用しない。

このがんの特徴は、罹患者数が60歳から指数関数的に増えること、そして進行すると、骨に転移することが多いことだ。肺がんや胃がんでも、骨に転移するが、これは「溶骨」といって、骨が溶けていくタイプ。歩行困難等の問題は生じるが、「痛み」に関しては、体を固定して動かさないようにすれば多少薄まる。他方、前立腺がんの場合は、「造骨」といって、転移した場所で勝手に骨が作られ盛り上がってくる。骨の表面には骨膜があり、神経が張り巡らされている。よって、転移した場所で向う脛をぶつけた時のような不快な痛みが続く。溶骨の場合と異なり、痛みを和らげることは難しい。モルヒネ等用いても、痛みは完治することはなく、最後まで痛みと付き合うことになる。

このような厄介ながんではあるが、多くの人には、「前立腺とは何？」というレベルだと思う。今回は本書を用いて、一緒に「前立腺」、「前立腺がん」について勉強しましょう。

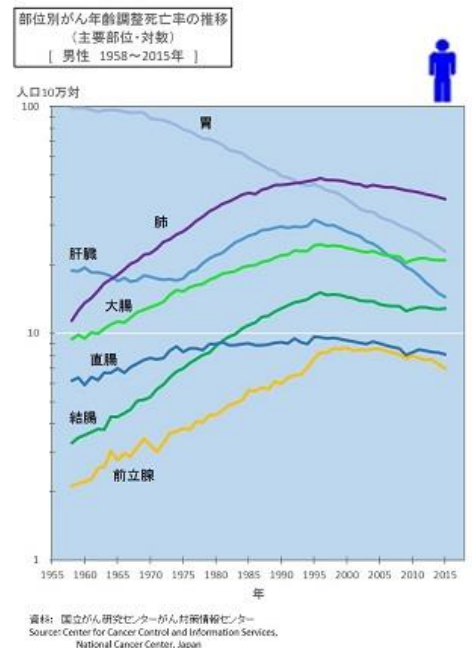
著者の紹介；颯川晋（えがわ しん）

1957年東京都生まれ。東京慈恵会医科大学泌尿器科主任教授。岩手医科大学卒業後、米国ヒューストン・ベイラー医大留学、北里大学医学部泌尿器科助教授、米国・メモリアルスローンケタリング癌センター客員教授等を経て現職。日本泌尿器科学会理事、国際泌尿器科学会副日本支部長等を歴任。著書は「ああ、愛しの前立腺」他。NHK Eテレ「今日の健康」等メディアでも幅広く活躍されている。

本書の内容・感想

まずは名前の由来から。「前に立つ、立たせる腺??これは何」、と私は思っていたが、本書を読んで納得した。前立腺には細菌の感染を防ぐ関所の役目もある。女性には前立腺がないので、膀胱炎になり易い。前立腺は英語で「Prostate(プロステート)」という。これはギリシャ語に由来する言葉で、前に立ちはだかる者、防衛者を意味する。膀胱の前に立ち、膀胱を細菌感染から守っているプロテクターなのだ。

ところで、その他に何をやっているのか。あの腫瘍マーカーPSAも作っている。精子は精巣(睾丸)でつく



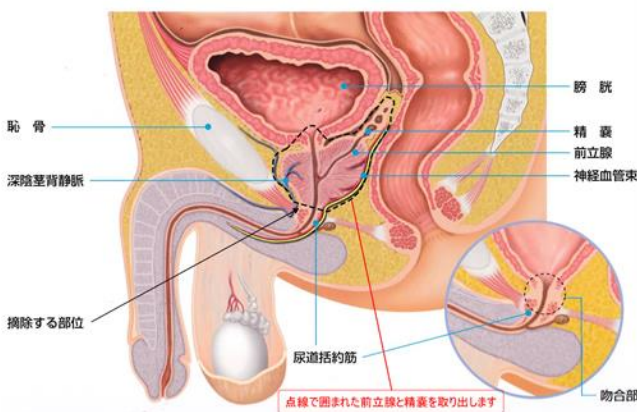
られ、精嚢という袋に精嚢液と一緒に溜められている。そして、クライマックスが近づくと、精嚢が収縮。そして、精嚢液が前立腺の中を通る。その瞬間、前立腺から前立腺液が分泌され、精液となって放出される。精液の7割が精嚢液で、残り3割が前立腺液。精嚢液はドロツとした半固形状。前立腺から出たPSAには、精嚢液をサラサラにする作用があり、女性の体内に入った精子は自由に泳げるようになる。正常であれば精液中に分泌されるが、がんができると、血液中に大量に混じるようになり、PSAが高くなる。この現象がわかり始めたのが1980年頃で、90年代半ば以降スクリーニング検査として普及した。

前立腺がんの治療法は、大きく分けると手術、放射線療法、内分泌治療、PSA監視療法の4つとなる。今回は、下半身の臓器ゆえに生まれる手術後の問題についてふれる。手術法は、開腹手術、腹腔鏡手術、そして最近普及しているロボット手術。いずれも、精管を切断し、精嚢と一緒に前立腺を全摘する。そして膀胱と尿道をつなぐ。他の臓器と異なり、部分切除ということはない。理由は、クルミ大の小さな臓器で物理的に難しいこと、前立腺がんは前立腺の中に多発する性質があることである。

ロボット手術の最大の利点は、細かい作業ができること。前立腺の周りにある勃起神経を温存することもできるので、その場合、勃起能力が残る可能性も高い。一方で、どの手術法でも精管、精嚢を取ってしまうので、射精することは出来なくなる。子供を希望される場合は、事前に精子を採取して、あるいは、術後も精巣から精子を採取して人工授精、体外受精を行う。ここからはデリケートな問題で、男は射精をしたい。何故ならば、この瞬間にエクスタシーを覚えるからだ。アメリカ人は諸事情で勃起能力を大切にしようだが、勃起だけして射精できなかつたら虚無感しか残らない。また、勃起神経を温存した故にがんを取り残すこともある。

それより、排尿に関すること、具体的には尿漏れが術後の問題となる。これが1番辛い合併症である。患者さんの85%が3ヵ月で、1年たてば95%の人が治る。しかしこの時期を耐えることが難しい。例えば、重いものを運ぶことは男の仕事である。でも持ち上げた瞬間、下腹部に力が入り、尿漏れが起こる。前立腺がんは、60歳頃から年齢とともに増えるが、60歳代、70歳代、あるいはそれ以上でも、紙パンツを穿くことには男として抵抗があるだろう。

根治的前立腺全摘除術



最後に副題の「最先端治療の現場から」の話題に触れる。

前立腺がんは、90%以上多発性である。初期の小さながんの芽が10個あったと仮定しよう。その中には、成長速度の速いがんと遅いがんがある。よって前立腺を全部取ってしまわなくても、成長の速い(悪性度の高い)がんのみをとれば予後が良いことが予測される。そして、副作用の軽減にも繋がる。この新しい治療法は、「フォーカル・セラピー(焦点治療)」と呼ばれ注目されている。

「初期の小さながんの芽が10個あった」と仮定したが、まず、クルミ大の小さな臓器からどのようにして見つけて、正確に生検するのが問題となる。そこで開発された方法が、「フュージョン生検」である。フュージョンとは融合という意味である。簡単に言うと、高精度のMRI画像と3D超音波検査の画像をコンピュータ解析で融合させて、極めて正確に生検する方法である。次に問題となることは、その小さな悪性度の高いがんの芽をいかにして取り除くかである。従来では難しく、現在新しい方法、「冷凍療法」の臨床試験が進行中である。患者の肛門付近から細長い特殊な針をがん細胞の近くに数本刺し、凍結用の高圧アルゴンガスを注入する。がん細胞はマイナス40度に凍結され壊死する。文字通り焦点のみを狙った、「フォーカル・セラピー」である。その後も定期的に検査を行い、大きくなる芽は悪性度が高いと判断しフォーカル・セラピーを行う。副作用が少なく、コスト面でも評価されていて、期待されている。この話を聞くと、「前立腺がんは怖くない」と思われるかも知れないが、早期がんであることが前提である。

どのようにして見つけるか。「PSA 検査を受ける」ことである。50 歳以上で推奨されている。4 以下が正常で、その場合、1 年毎に受ければよい。問題は、広島市、呉市等では、公的ながん検診には入っていないことである。自費で受ける必要がある。但し 2000 円程度。これを高いと思われるか安いと思われるかは皆様に判断して頂くことになるが、骨転移の痛み、治療費を考えると安いのでは。PSA 検査を受けましょう。これが本書の結論である。

理事 井上 林太郎

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

死を前にした人に あなたは何ができますか？
小澤竹俊著 医学書院 2017年8月初版

はじめに

『超高齢化少子化多死社会を目前にして、国の方針は急性期の病院から、自宅や介護施設での看取りを促進している。では、死を前にした人がいたら、あなたは何ができるのか。安易な励ましは通じない。どれほど明るい言葉でその場をつくっても、苦しむ人の援助にはならない。私は、緩和ケアに従事して23年目を迎える。この間に、死を前にして絶望と思える苦しみや、解決できない困難を抱えた患者さん、ご家族と向き合ってきた。そこで学んだことは、「苦しみの中でも幸せは見つかる」ということだった。』—本書より—

本書は訪問看護師向けに書かれているが、介護する家族も直面する問題なので紹介する。



著者の紹介

1987年東京慈恵会医科大学医学部医学科卒業。1991年山形大学大学院医学科医学専攻博士課程修了。救命救急センター、農村医療に従事した後、94年より横浜甞生病院内科・ホスピス勤務。2006年めぐみ在宅クリニックを開院。2015年、エンドオブライフ・ケア協会を設立。「小澤竹俊の緩和ケア読本—苦しむ人と向き合うすべての人へ」、 「苦しむ患者さんから逃げない！ 医療者のための実践スピリチュアルケア」等著書多数。

訪問看護師のBさんに、このように心中を打ち明けました。

本書の内容・感想

本書に次のようなマンガがある。がんのエンドステージで、今週になり急に体力が低下し、自分でトイレに行くことが出来なくなるかも知れないと不安を感じるようになった。「しもの世話になるくらいなら早く迎えが来てほしい…」と。あなたももし家族ならば、どのように対応しますか。「いのちは大切だと説明する？」「死んではいけないと励ます？」。患者さんは次のように言うかも知れない。少なくとも思うだろう。「簡単にきれいな事を言わないで。あなたには私の気持ちはわからない」。そしてまぎなく重苦しい雰囲気になるのであろう。



あなたがBさんの立場であれば、どのように対応しますか？



苦しい時辛い時は、少しの事で心が和らぐ。皆様も経験されたことがあるであろう。本書に参考になる事例が載っている。少しアレンジして紹介する。患者さんは52歳女性、山本さん(Y)。子宮体がん末期。医師にはこれ以上の治療法はないと言われ、自宅療養中。肺転移、肝転移があり、最近では腹水も貯まってきている。週3回、訪問看護を利用中。看護師ナースさん(N)との会話。

N1:お早ございます。今、気になっていることはどんなことでしょうか。
Y1:そうですね。やはりこのお腹ですね。ちょっと歩くだけでも疲れてしまいます。
N2:お腹のことですね。ちょっと歩くだけでも疲れてしまうのですね。

Y2: はい、そうなのです。今までは一人で自由に買い物にも行けて、家族のために料理を作ってきたのに、今では台所に行くことすら出来なくなりました。

N3: 今までは一人で自由に買い物に行けて、家族のために料理を作ってきたのですね。でも今では台所にも行けないのですね。

Y3: そうなのです。だから、もう悔しくて、悔しくて。なんでこんな体になったのだろうと、涙が出てきます。

N4: 悔しくて、悔しくて…という思いですよね。なんでこんな体になったのだろうと、涙が出てきてしまうのですね。

N5: (少し間を取って、ゆっくりと) みんなに迷惑ばかりかけて、情けない…そんな思いですよね。

Y5: はい、そうなのです。

N6: Yさん、今までこの病気でよく闘ってきたと、入院されていた病院の先生や看護師さんから伺っています。今まで闘病中、色々なことがあったと思うのですが。これまでを振り返ってみて、支えになったものはありますか？

Y6: そうですね。やはり家族かな。初めて病気を知った時には頭の中が真っ白になりました。もうダメかなと思いました。でも次の瞬間、主人や子供達の顔が浮かびました。この家族がいるから負けれられない、この家族がいるから生きていきたい。そんな思いで、この2年間闘ってきました。

N7: ご家族ですね。ご主人やお子さん達の顔が浮かんで、負けれられない、生きていたい、そんな思いで闘ってきたのですね。

Y7: そうなのです。

N8: どんなご家族でしたか？

Y8: 私にとって、最高の家族です。主人も、子供達も。こんな恵まれた人生はなかったと確信しています。

N9: 最高のご家族ですね。こんなに恵まれた人生はなかったと確信されているのですね。明日は、子供さんが小さかった時の思い出を聞かせて下さい。

このような会話ができれば、山本さんは明日話す思い出話のことを考えながら穏やかな日を送ることができるであろう。

まず、山本さんの苦しみを「傾聴」、「反復」というテクニックを使って聞く。すると、山本さんは、「この人は私の苦しみを理解してくれる人」と捉える。信頼関係が生まれる。「そうなのです」と答えてもらえると最高である。それから、山本さんの今後の「支え」となることを探す。「これまでを振り返ってみて、支えになったものはありますか？」。家族であることを引き出す。泣いていた山本さんに笑顔が生まれたかもしれない。そして、「明日は、子供さんが小さかった時の思い出を聞かせて下さい。」と言って、支えを強くする。本書ではこのようなテクニックを「援助的コミュニケーション」と名付けている。

このようにして信頼関係を築いていくと、いずれ直面するしもの問題も、この人にゆだねよう、この人の意見を取り入れようと思うようになるかも知れない。さらに、自分の闘病生活は幸せな闘病生活だったと捉えられるようになれるのかも知れない。

最近、「多職種による支援」という言葉を耳にする。多職種には、医師、看護師、ヘルパー(介護士)、そして、職業ではないが、家族も含まれる。終末期を、患者さんを含めて皆が穏やかに過ごすには、本書の「援助的コミュニケーション」を習得することが役立つのかも知れない。是非、皆様にも読んで頂きたい。

理事 井上 林太郎

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。

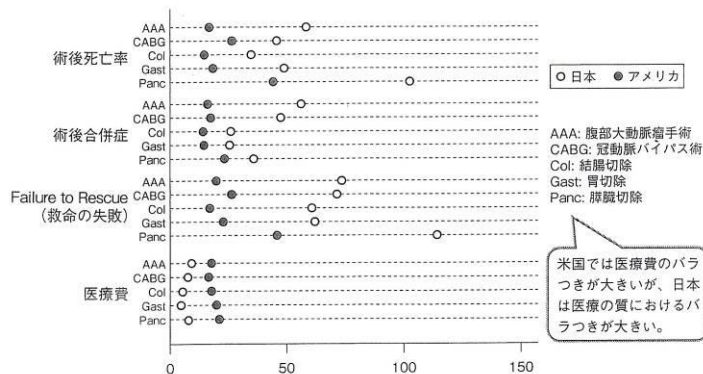
本書の内容・感想

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。

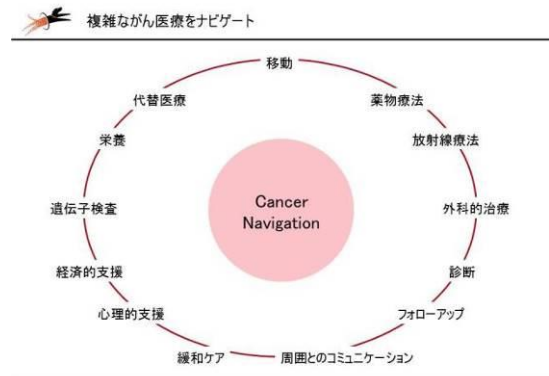
入院日数もアメリカのガイドラインにはある。著者の受けられた大腸がんの腹腔鏡手術の場合、アメリカではどこの病院でもほぼ「術後 5 日」で退院となる。日本ではこれも大きなバラつきがあり、平均は 15.2 日で 10～12 日が山になっている。ただし、著者は、「がん患者」という立場になって、「ガイドライン」だけでは割り切れない側面があることに気付いたという。著者の入院期間も 12 日に及んだ。術後 5 日目とはどのような状態であったか。病室内のトイレに行き帰ってくるだけでも精一杯で、このコンディションで自宅に帰るといのは「かなり怖い」と感じられたようだ。

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