

NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

暑さ寒さも彼岸までと言いますように、やっと過ごしやすい季節となりましたが、NPO 法人がん患者支援ネットワークひろしまの会員の皆様におかれましては、いかがお過ごしでしょうか。

私自身はがんの画像診断や放射線治療を行う専門医として毎日を過ごしています。それぞれのがん患者さんの病状は異なりますし、それぞれ最適な治療に出会えるように状況を確かめながら対応を考えます。

がん患者さんは、それぞれ色々な病院を受診して各診療科で主治医が決まって診療を受けておられます。そういう中で、患者さんとそのご家族は色々な課題に直面することになります。その多くは病院の主治医や看護師さんらが対応して下さるのですが、忙しい病院の日常の中で主治医が対応できない種類の課題も色々出てきます。



がん患者さんとそのご家族をどのような形で支援する社会を作っていくのか、病状や社会的な事情などがそれぞれ異なりますから、解決策は一筋縄ではいかない難しい課題です。

当会は、引き続き地域のがん医療のコーディネーターとして微力ながら活動してまいりますので、続いて何卒よろしくご理解とご支援の程をお願いいたします。

理事長 廣川 裕

● 今年度の第6回「市民のためのがん講座」は、「乳がんの診断と治療」の特集です！！

NPO 法人がん患者支援ネットワークひろしまが主催する「市民のためのがん講座」の第6回は、3月25日(日)の午後2時から開催いたします。いつもの土曜日ではなく日曜日ですのでお気を付け下さい。会場は、いつもの「広島市中区地域福祉センター」です。

乳がんは、世界的にみると日本人の女性では少なかったのですが、罹患率・死亡率ともに急増しているのを皆さんはご存じでしょうか。少ないながら男性にも発症します。男性・女性を問わず、しっかり勉強して「賢いがん患者」になりましょう！ 多数の皆さんのご参加をお待ちしています。

(詳細は別紙)

● 「国のがん対策推進基本計画について」

3月1日に小宮山厚労相から国のがん対策協議会に、がん対策推進基本計画が諮問され、協議会は原案通り答申しました。この原案は、4月1日までに受け付けるパブリックコメントを経て、5月中旬頃、閣議決定される予定です。

これに基づいて、各都道府県は第2期(H24~H28の5年間)の計画を策定することになります。広島県のがん対策推進協議会は3月21日に開催予定であり、ニュースレターには県の討議結果の報告は間に合わないので、今回は、国のがん対策推進基本計画(案)の主なポイントについて報告いたします。

(4ページに続く)

● 新連載 続・「がん」から身を守るために！

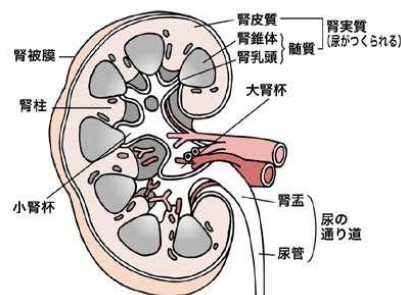
続・第10回 腎臓がんの話

腎臓がんは、体の表面から深いところあるため、進行するまでは無症状です。進行すると血尿や痛みがみられることが多くなりますが、近年は検診などで症状のない早期の腎臓がんが発見される機会が増えていきます。今回は、頻度の少ないがんの一つである腎臓がんについての情報をお伝えします。

■ 腎臓のしくみ

腎臓は左右に一個ずつあります。お腹の表面からは深く、背骨の両横で背中の中の高さぐらいにあります。大きさは握りこぶし程度でそら豆のような形をした臓器です。

腎臓は、体内の老廃物を体外に排泄するために、血液を濾過して尿を生成しています。また、血圧のコントロールに関するホルモンや赤血球を造るホルモンを産生しています。左右の腎臓でつくられた尿は、腎杯から腎盂、これに続く尿管と流れて行き、膀胱に貯留されます。



■ 腎臓のがんの種類

腎臓に発生するがんには、成人に発生する腎臓がん（腎細胞がん）と小児に発生するウィルムス腫瘍があります。腎盂にがんが発生することもあります（腎盂がん）、これは尿路上皮から発生するもので、尿路上皮がんとして取り扱われ、一般でいう腎臓がんとは異なります。

腎臓には良性の腫瘍が発生することもあります。一番頻度が高いのは、腎血管筋脂肪腫です。良性ですが、すこしずつ大きくなるため定期的な検査が必要です。腎のう胞は腫瘍ではなく、水のつまった風船のような腫瘍であり、完全に良性の病変ですが、まれに大きくなって周囲の組織を圧迫し腰痛を起こすこともあります。ほとんどの場合で腎臓がんとは無関係です。

■ 腎臓がんの病期診断（ステージ）

病期（ステージ）は、がんの大きさや周辺の組織のどこまで広がっているか、リンパ節や他の臓器への転移があるかどうかで決まり、他のがんと同じように1期から4期に分類されます。

例えば、がんの直径が7 cm までで腎臓にとどまっており、リンパ節転移も臓器転移もない場合は1期と診断され、肺に転移がある場合は4期と診断されます。検診などで1期腎臓がんが発見される例が増えていますが、腎臓がんの約2割は、肺や骨に転移した腫瘍がまず発見され、いろいろ調べているうちに腎臓にがんが見つかり、4期腎臓がんとして診断されることがあります。

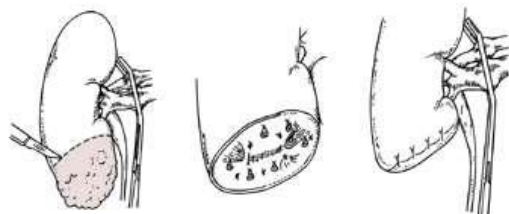
■ 腎臓がん手術の方法

腎臓がん手術の方法は大きく分けて2つあります。一つは腫瘍がある腎臓をすべて摘出する腎臓全摘術で、もう一つが腫瘍とその周囲の組織だけを切除して腎機能を温存する腎臓部分切除術です。

部分切除術により無理して腎臓を温存すると、がんの再発や合併症を起こす可能性があるという考えから、片方の腎臓が正常な場合はあえて温存する方法はとられてきませんでした。

現在では、部分切除術の制がん性は全摘術と同等で、とくに腎機能保持の面で有用であり、部分切除術も推奨されています。

部分切除術では、腎臓にそのままメスを入れると大出血してしまうので、血流を一度遮断します。その上で、腫瘍とその周囲の組織を切除し、露出した血管を細かく縫いつぶして、最後に切除面を縫い合わせ、再び血流を再開させます。この方法だと、たとえば腎臓の下の部分を取ったとしても上のほうの機能は残り、腎機能が温存されるという大きなメリットがあります。



■ 腎臓摘出と慢性腎臓病

近年、「慢性腎臓病」という慢性的に腎機能が低下している状態を指す新しい病気概念が広まりつつあります。長い時間を経て徐々に腎機能が低下し、慢性腎臓病になると、腎不全を起こして人工透析を必要とするようになるだけでなく、心筋梗塞や心不全などの心血管疾患、脳卒中などの脳血管疾患などを起こすことがわかってきました。腎臓を丸ごと取ってしまう全摘術より、腎機能を残す部分切除術のほうが、長生きに

つながる可能性が示唆されています。つまり、腎臓をすべて切除すると、腎機能の低下が進んで、慢性腎臓病になる危険が高まることが指摘されています。

早期の腎臓がんは治る病気なので、治ったあとの生活のことまで考えた治療が大切になっています。

■腎臓がんの腹腔鏡手術

腹腔鏡手術は、開腹手術と比べて体の負担が少ないのが大きなメリットです。基本的には、リンパ節転移がない2期までの腎臓がんが、腹腔鏡手術の対象となっています。

ただし、腹腔鏡の場合は腎臓の全摘術が基本です。腹腔鏡手術では、縫って縛るのが難しいため、腹腔鏡で部分切除術を行う場合は、腎臓の下のほうなど部分切除しやすい部位にがんがある場合になります。また、腹腔鏡手術は医師の技術に個人差が大きいことも知っておく必要があります。

■サイトカイン療法

腎臓がんには抗がん剤の効果はほとんど期待できませんが、サイトカイン療法によってがんの縮小や生存期間の延長が10～15%程度で見込めます。特に、がんの転移がある場合などには、免疫力を高めるサイトカイン療法を行うのが一般的です。インターフェロンやインターロイキン2という薬を使います。サイトカイン療法の副作用としては、個人差がありますが、インフルエンザに似た発熱、関節の痛みなどが起こることもあります。なお、転移が少なく、がんの大きさや数が変わらない場合は、経過観察あるいはサイトカイン療法を行ったあとに手術によって転移がんを摘出することもあります。

■分子標的薬

分子標的薬というのは、特定のタイプのがんの増殖などにかかわっている物質をピンポイントに攻撃する新しいタイプの抗がん剤です。こうした薬剤によって、がんが大きくなるのを抑えて、生存期間を延ばせる可能性があります。日本でも転移のある腎臓がんで使用できるようになっています。

■放射線治療

高エネルギーのX線を照射してがん細胞を殺すのが放射線治療です。腎臓がんには旧来の放射線治療ではあまり効果がありません。新しい高精度放射線治療の効果についても、なお十分な実績データがないのが実情です。ただし骨に転移したがんによる痛みなどの不快な症状を緩和したり、脳に転移したがんをコントロールすることを目的では、放射線治療の有効性が証明されています。

理事長 廣川 裕

● 在宅医のつぶやき

4. 在宅ケアを始めるためには

今回は昨年に引き続き、在宅で受ける緩和ケアについてお話しさせていただこうと思います。

入院中の患者さんが在宅での生活を始めるためには色んな不安があると思いますが、まずは思い切って行動してみることが大切です。

家に帰りたと思ったら、遠慮しないで主治医や担当の看護師さんに相談してみましよう。病院によっては病院と在宅との連携を取り持ってくれる「医療連携室」や「地域連携室」といった部署がありますので、そこで直接相談することもできます。

在宅ケアに関する色々な情報を得られますし、在宅の主治医や訪問看護ステーションを紹介してもらうこともできます。情報や在宅ケアの実際を聞いてみることで、在宅での生活に希望や自信を得ることができるかもしれません。

そして病院の主治医の許可が出れば、在宅での生活に向けて色々な準備を行うことになりますが、まずは退院前カンファレンスを行い、以下のようなスタッフが集まって「患者さんやご家族が望む生活」を主体にした在宅ケアの方針を決めていきます。病院とは違って在宅は患者さんやご家族が生活をする場所ですので、患者さんやご家族の希望の沿ったケアを考えていくことがとても大切です。

退院前カンファレンスの出席者：患者さん、ご家族、病院主治医、病院担当看護師、ケースワーカー、在宅主治医、訪問薬剤師、訪問看護師、ケアマネージャー、介護サービススタッフなど

理事 田村 裕幸

● Dr. 津谷のコーナー 「広島市議会棟を全面禁煙に」

すでにマスコミにも報道され、批判をあびている広島市議会棟のタバコ問題に関して一言。広島市の本庁舎の建物内が全て禁煙になっているにもかかわらず、隣接する議会棟では喫煙が認められていることに対し、私たち広島県医師会および広島市医師会から、2月22日に木島市議会議長らに対して「控室を含む議会棟を全面禁煙にするよう求める」とする要望書を提出しました。

ちなみに22日は、白鳥が2羽並んでいる姿にかけて「スワンスワンの日」として禁煙の日を設定されています。

詳細は、2012年度に議会棟の1階ロビーに設けられている喫煙コーナーを税金140万円をかけて改修する予算案が提出されました。経費を使い、必ず煙が漏れる不徹底な『分煙』で害をまき散らすこととなります。本庁舎内は08年から全面禁煙となり、広島市職員が率先して禁煙に取り組み、職員のすべてが非喫煙者であることをめざすという、禁煙宣言がでています。

現在では、建物内に喫煙室を残すような分煙で受動喫煙は防止できないと考えるべきです。世界保健機関（WHO）は『喫煙室の設置や空気清浄機の使用では受動喫煙を防止できず、建物内を100%禁煙とする方法以外に手段はない』と勧告しています。ほとんどの喫煙室では、煙が禁煙エリアに漏れ出すのは避けられません。産業医大産業生態科学研究所の大和浩教授は、ドアなど可動する部分がある限り、かならず煙が漏れるため、「いわゆる分煙」では受動喫煙を完全に防止することはできないとコメントしています。

喫煙者はニコチン依存症という病人である以上、治療していただき、受動喫煙防止のためには、議会棟も完全禁煙にする必要があります。安易な分煙は喫煙者と非喫煙者の健康をともに損ねます。

喫煙室改修をすすめている議会改革推進会議代表でひろしま保守クラブの谷口修氏は「議会には多くの人が視察が来る。外でたばこを吸わせるのはみっともない」「既に改修は決まったこと。もう一度議論するのはこらえてほしい」最後には「タバコを売るのが悪い」との新聞取材へのコメントだったようです。議会棟こそ、率先して全面禁煙にすべきでないでしょうか。

副理事長 津谷 隆史



議会棟1階ロビーにある喫煙コーナー。簡易な作りで、煙や臭いが漏れる(広島市役所で)：読売新聞より

● 「国のがん対策推進基本計画について」

(1 ページからの続き)

これまで重点課題として取り組まれてきた、緩和ケアについては精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、がん医療についても、放射線療法や化学療法について更なる充実が必要であることに加えて、新たな課題として、小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的問題、がんの教育などの課題を取り上げています。

いかに注目すべき主な変化点について報告します。

1) 医療従事者の育成とチーム医療の推進（継続発展）

放射線療法、化学療法、手術療法の専門技術者をさらに養成するとともに、がん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成してゆく必要がある。また、これらの各医療従事者が連携と補完をしていくことを重視し、多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

2) 小児がん対策（新規）

新たに小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による緩和ケア含む集学的医療の提供、患者とその家

族に対する心理社会的支援、適切な教育など、患者とその家族、医療従事者を包括的に支援する体制を整備する。

3) がん患者等の就労を含めた社会問題（新規）

がん患者、経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにし、仕事と治療の両立を支援し、がんになっても安心して働き、暮らせる社会の構築を目標とする。

4) がんの教育（継続発展）

学校では、がん予防も含めた健康教育に取り組んでいるが、がんそのもの、がん患者に対する理解を深める教育は不足している。5年以内に健康教育全体の中で、「がん」教育をどのようにすべきかを検討する。患者およびその家族についても、がんを正しく理解し、向き合うための環境を整備する。

5) がん予防【禁煙】（継続発展）

喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等を一層充実させる。受動喫煙については特に職場の対策を強化する。あわせて家庭における受動喫煙低下のために、普及啓発活動を進める。喫煙率は2022年までに12%にし、未成年者の喫煙率を0%、飲食店は受動喫煙の機会を15%、家庭3%とすることを目標とする。

以上が主な変化点であるが、がん検診受診率の向上（5年以内に50%以上、胃、肺、大腸は当面40%）は前計画に比べて後退している。しかし、科学的根拠に基づくがん検診を実施して発見率を高めようとしている。これには患者団体から強い反発も出ているが、全体的にはより患者目線に立ち、大きく進化したものになっていると個人的には感じます。

副理事長 井上 等

● 新連載「がんになって（8）－化学療法その2－」 アドリアマイシンって、ロマンチック…

2月25日より3月17日まで、イホマイドを用いた抗がん剤治療のため入院。今度は、アドリアマイシン(ADM)とシクロホスファミド(CPA)の2剤を用いる抗がん剤治療のため、3月21日日曜日午後4時に再入院。乳がんの治療でも標準的な、AC療法と呼ばれる治療法だ。

すぐに、腎機能のチェックのため、蓄尿が開始となる。入院前、ビールを飲んだためか、よく溜まる。22日夕方、H先生より、「白血球は2,900と少し下がっているが、全身状態はよいので、予定通り、24日より始めましょう。身長、体重から計算すると、アドリアマイシンは、1日量57mgとなりますが、ここの病院でもH大病院でも45mgまでしか使った経験がないので、1日量アドリアマイシン45mgとシクロホスファミド1,000mgにします。」副作用が減ることを考えると少ない方が嬉しいが、そのため効果が減ったかどうか。将来、再発・転移が見つかった場合、後悔しないだろうか。複雑である。

23日午後9時より、副作用の軽減のための持続点滴が開始となる。5,00mLの点滴を1日5本ペースで。24、25日は、さらに、抗がん剤入りの点滴500mLを2本追加。そして、最後の26日、3本点滴して終了。

アドリアマイシンは、抗がん剤の中で、シスプラチンの次に、悪心・嘔吐の副作用が強いと言われている。私の場合も、あらかじめ、制吐剤は投与されていたが、抗がん剤の点滴が終わった昼頃から、気分が悪くなった。尿もオレンジ色となり、抗がん剤の臭いがする気がする。ただし、前回と異なり、2日間なので、頑張れた。

それより、アドリアマイシンの色が悪い。一般的に薄オレンジ色といわれているが、私の場合は、量が多いため、毒々しい濃い紫である。ワインを点滴しているようだ。コーヒーよりはマシだが。見ただけで、ゾットする。アドリアマイシンは、世界屈指の保養地があるアドリア海に面したイタリアの研究所で発見されたので、このようにロマンチックな名を付けてもらったのであるが、見た目は抗がん剤だ。毒でもって毒を制するのかと、毒突きたくなる。1日も早く、製薬メーカーに色を変えてもらいたい。それが、患者の声だ。

27日、勤務先の病院の外来師長、事務主任が、見舞いに来てくれた。「席をチャンと空けて待っているからね」と声をかけてくれた。また、仕事に戻られる。嬉しい。

4月5日月曜日、無事退院。約2週間ぶりの風呂は、やはり良い。

会員 井上 林太郎

●「病恩～そして、膵臓がんが消えた」

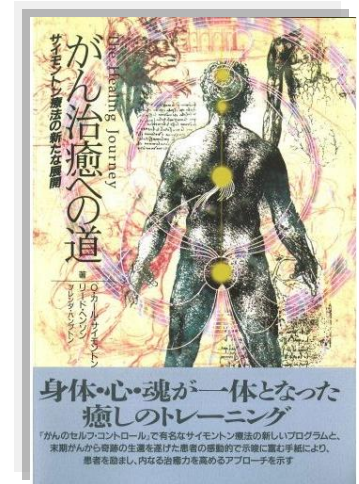
2010年11月17日、私は膵臓がんとの診断を受けました。その後、国立がん研究センター（以下、がんセンター）にて診察を開始し、今後の治療方法の説明を受け、肝胆膵外科医長の目標は「Length of life」であり、「Quality of life (QOL)」を求めている私とは根本的に考えが違うことを感じました。

最終的に外科的治療はできないことが判明し、肝胆膵内科にて2011年1月12日から抗がん剤治療をスタートすることを決めました。担当医には、延命のために薬づけにはなりたくない旨を伝えました。

セカンドオピニオンとして広島平和クリニック（廣川先生）にも診察をお願いし、そこでも4期のa（これは転移・播種していないが）で末期と診断され、外科的な治療は不可と告げられました。さらに、1月9日の再検査でがんが大きくなっていることがわかり、このまま治療をしないと余命3ヶ月と告げられました。このとき、抗がん剤と放射線（IMRT：強度変調放射線治療）を併用した治療があることを知らされました。

がんセンターでの抗がん剤治療を続ける中で、効果が期待できないと感じ、3月末頃、広島平和クリニックにて放射線と抗がん剤を併用した治療を受けることを決断しました。5月9日～6月14日の6週間、外来通院にて27回に亘り、照射を受けました。7月11日の検査の結果、がんは3分の2の大きさに改善されました。

西洋医学治療と並行して、漢方生薬の服用などさまざまな代替療法も行いました。免疫性を高める代替療法は自分に合うもの、自分が信じられるものが見つければ、根気よく継続するのみです。中でも、心のケアの大切さに気づくまでには時間がかかりました。2月から聖路加国際病院 精神腫瘍内科医のカウンセリングを受けたことが大きな助けになりました。先生からカール・サイモン著「がん治療への道」を薦められ、病と心の関係が説明されている同書によって、自分なりに気持ちを整理することができました。3月にサイモン療法セミナー（2日間）に参加し、そこで、死に対する不安、治療に対する不安等々、不安・恐怖との付き合い方も学びました。また40度のお湯に、体を暖める効果の強い入浴剤を入れて、朝・晩20分間お風呂に浸かり体を芯まで温めながら、「がんは消える」というイメージトレーニングを続けました。



8月12日～19日、30年以上暮らしていた第二の故郷ドイツに滞在し、私の病気を心から心配してくれた友たちに会い、開放感と安堵感を感じ「がんは消えた…」と直感しました。そして9月5日、IMRT治療後3ヶ月目の検査の結果、本当にがんは消えていました。そして12月12日、PET/CT経過観察検査診断名は「膵体部癌 IMRT 後 CR(Complete Response：完全寛解・著効)でした！！

今回の闘病を振り返ると、「手術不可能」ということで、治療が外科的な方向に向かわなかった運命に、そして治療に専念できたことに感謝しています。信頼できる、納得のいく西洋医学と代替療法を組み合わせ、とてもハーモニーよく治療が進んだことに感謝しています。特に、広島で自分の中に何かのスイッチが入ったように感じます。そして、広島平和クリニック放射線科の医師や技師の方々の素晴らしい治療と技術と熱意には言葉で表せないほど感謝しています。

広島で偶然出会った方に「病気になって、病気の恩恵をいただく人がいる... それを病恩と言います」と言われました。

病気になることは辛いことですが、感謝する気持ちが今までより強くなったり、花や満月を見て今までに味わったことのない感動を覚えることもあります。これからは再発転移しないよう生活習慣を改め、毎日大切に生きたい、そして、「第二の人生」として人を助けるようなことをしたいと思っています。

会員 豊田 陽一郎

●「カンボジア便り」その13

カンボジアの小学校を訪問した時のこと。ちょうど授業中でした。教室の外から様子を見てみると、2歳くらいの子供と一緒に教壇に立っています。生徒も先生も気にせず授業を進めています。あとで聞くと、先生の子供さんでした。仕事に連れてきているのだそうです。

先日は、クメールシルク（カンボジアの伝統織物）の作業場でも子供を連れて働くお母さんを見ました。

このように、カンボジアでは子連れ出勤の場面にちょくちょく遭遇します。こんな風に周りのみんながおおらかに見守っていただけると、働くお母さんたちの大きな支えとなります。子供たちも、お母さんの働く姿を見るうちに、文化や社会風習を自然に学んでいけるんだろうな、親の背中を見て育ったら非行とは無縁なんだろうな、と羨ましく思いました。

理事 藤本 真弓



●一病息災 「とにかく“うがい”をしましょうよ」 再考

ふつうのかぜや、インフルエンザに対して、いわゆる“うがい”が何らかの予防効果があることは、2年前、本ニュースレターで、いろいろ説明しました。

いわく、

- ① 口の中でモグモグと口腔内をすすぐ。
- ② 次に、上を向いてのど（咽頭部）をガラガラとうがいをする。

これらを3、4回繰り返す。

この“うがいという所作は”口やのどの粘膜に付着している細菌やウイルスを洗い流すということ、炎症があればそれを和らげるということでした。

しかし、実際のうがいでは、せいぜい口の中のもっとも奥の方（中咽頭）までで、さらにその奥の方まで達することは難しいようです。つまり、のどの入口からその奥（中咽頭～下咽頭）まではとても難しく、無理にすればムセたりして、とても粘膜を洗浄するという目的を果たすことができません。

そこで、“うがい”の意味、目的を今一度考え直してみました。

口腔や咽頭の粘膜を常に清潔に保つためには、やはり水で充分洗い流すということが、基本的にもっとも大切だと思います。

ですから、“ガラガラうがい”がすんだ後は、つづいてお茶か水を2～3杯飲むのがよいでしょう。

このことによって、口からのどの奥まで粘膜は常に清潔に保たれるはずですよ。

以上を要約しますと

- ① “モグモグ”と口の中をよくすすぐ。
- ② のどを“ガラガラ”とうがいをする。

つづいて

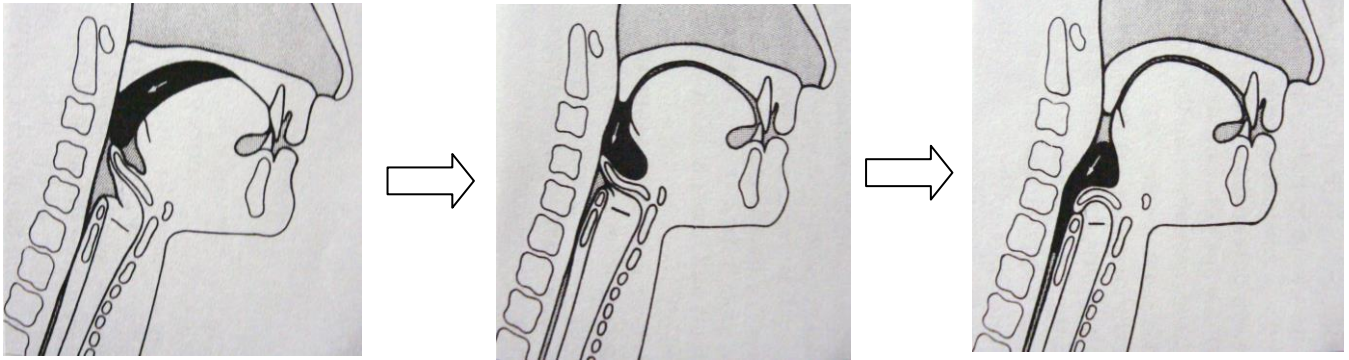
③ お茶か水をゆっくりと飲む。

これらを適切に行なえば“うがい”が徹底され、かぜの予防効果がさらに上がるのではないかと思います。

とにかくお茶をいっぷく飲みましょう！

下図は、③の要領で、お茶や水を飲み込む様子を、横からエックス線写真でみたものです。ご参考までに。

理事 和田 卓郎



●井上さんの書籍紹介

また会える「さようなら」

—末期がん患者に仏教は何ができるのか—

佐藤 雅彦 著

佼成出版社 2010年9月初版

はじめに

近代ホスピスの創始者であるシシリー・ソンドース(1918～2005)は、次のように提唱した。末期がんの痛みには、(1)身体的痛み(physical pain) (2)精神的痛み(psychological pain) (3)社会的痛み(social pain) (4)スピリチュアルペイン(spiritual pain) の4つの痛みがある。それらは相互的に影響しあっているので、包括的にトータルペイン(total pain 全人的な苦痛)として捉え、積極的にこれらの苦痛に対してかかわることを、ホスピスの理念とした。

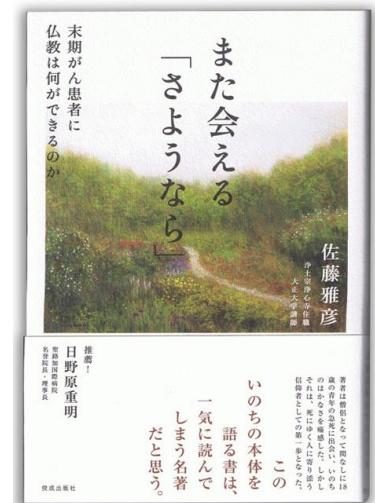
世界保健機構(WHO)も、ホスピスケアの代わりに、緩和ケアという用語を用いているが、この概念を踏襲して、緩和ケアを定義した。他方、日本の緩和ケアに精通しているキッペスは、1999年、「日本の医療界ではスピリチュアルケアが必要だとの認識が未だ十分に育っておらず、位置づけも不十分で伝統が確立していない」と指摘した。図星だと思う。がん性疼痛の診断・治療法、すなわち、身体的痛みへの対処法は、教科書にも書かれているが、その他の痛みに対して、具体的な方法の記載はない。私も、がんに罹り、様々な痛みを感じたが、愚痴となるようで、誰にも相談しなかった。

多くの日本人は、信者としての自覚がない仏教徒である。私もそうだ。宗教の話は敬遠されるが、今回、痛みへの対処法を考えてみたかったので、敢えて、本書を取り上げた。

著者の紹介

佐藤雅彦

1958年東京生まれ。17歳の時、東京都文京区・浄土宗浄心寺で出家、得度。2005年より同寺・24世住職に就任。大正大学大学院博士課程修了後、ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所で、2年間、生命倫理の研究に従事。現在、大正大学、武蔵野大学の非常勤講師も兼任。この他、末期がん患者や死を間近にした



人々のベッドサイドを訪問する「心のケア・ボランティア」にも取り組まれている。日本生命倫理学会・常任理事、日本死の臨床研究会・常任世話人。

本書の内容・感想

スピリチュアルペインは、よく「霊的苦痛」と訳されるが、理解しがたい。身体的痛みとは文字通りの体の痛み、不安・いらだち・抑うつなどが精神的痛み、社会的痛みとは仕事上の、経済上の、家庭内の悩みなど。そして、スピリチュアルペインとは。自分がなぜこの病気になったのか、本当に死ぬのだろうか、死ぬことを待っているのならば生きている意味はあるのかなどである。「人間は霊肉備えた存在」、言い換えると、人間には、肉体だけでなく、魂(スピリッツ)、霊魂と表現できる非物理的要素も備えているというキリスト教の教えに基づき、このように呼ばれている。それ故、キリスト教信者以外は理解しにくいかもしれない。一方、キリスト教徒以外でも、私のような仏教徒でも、科学万能主義者でも、スピリチュアルな悩みを抱くのも事実である。では、どのように対処すればよいのか。

まず、佐藤先生が行われている、「心のケア・ボランティア」について紹介する。日本の病院では、「宗教」という言葉を用いると、後ずさりされるので、そのように呼ばれている。その活動で、自らの宗派の話がされることはない。どの宗派にも通じる仏教の根本的な話が軸となる。それは、布教・伝道することが目的ではないからだ。

ところで、心の痛みの緩和は、欧米の病院や施設などでは「チャプレン」という職種の人が担っていることをご存じの方も多であろう。留学中に、実際に見られた、チャプレンの話も、興味深かったので、抄出する。

『あるチャプレンより。「キリストの話や教え？ そんなことはまず話さないね。話すことといえば、今日の天気やテレビのことかな。もちろん、請われれば、聖書だって読んで聞かせるよ」。チャプレンの存在は、キリスト教の教えに触れるという狭い宗教的な関わりではなく、病床にある人々を孤独にしない、懐の広い関わりを目指すものだ、この時、教えられた。チャプレンは、専門的なプログラムを受けることによりなることができる。聖書を抱えた神父や牧師ではなく、普通の主婦でもなることができる。「病院付き牧師」とよく訳されるが、「病院付き宗教的ケア担当者」と理解した方がよい。』

この話を聞くと、私にもできそうで、気が楽になった。では、佐藤先生は、どのような「心のケア・ボランティア」をされているか、その1例を紹介しよう。

『多くのがん患者さんの共通の悩みは、「どうしてこの病気になったのだろう」である。

私は、患者さんがこのことについて問う時、迷わず、ご縁の話をする。「つらいご縁と出会いましたね」と声をかける。すると患者さんは「こんなにつらいこともご縁というのですか？ 私は健康にご縁がなかったのだと受け止めています」。それから、私は、お釈迦さまの話をする。

お釈迦さまは「すべての物事は因縁によって成り立っている。ご縁によっておこる」と説いている。一般的には、良いこと、好ましいことに会った時に「ご縁がある」と言う。しかし、この良いこと、好ましいことは、「私にとって」良いこと、好ましいことであり、自分の都合を中心にした考え方である。これに対してお釈迦さまの考え方では、つらく思いどおりにならないことも「ご縁」と受け止め、前向きに生きるのだ。

「なぜ私が、病気になってしまったのでしょうか？」。この問いかけの答えは「わからないけれど、そのようなご縁をいただいた」としか言うことができないのだ。

私は、わからないことを、わからないこととして受け入れる心こそ、大切にしなければならないと思っている。人生を三十年生きた人も、八十年生きた人も、その間、私たちが学んだことは、この広い世界の、宇宙の営みのほんのわずかなことでしかない。謙虚に、わからないことを認める勇気を持つことこそ、生きる智慧というのではなからうか。』

この答えに満足できない患者さんも多いのであろう。このようなスピリチュアルな問題は、正解のない問いで、形而上の問いであることも事実である。佐藤先生の回答は、宗教的というより、哲学的な答えと捉えることもできるのかもしれない。

しばしば、「緩和ケアの充実を」と言われるが、このことにはあまり触れられないし、敬遠される傾向があるのではなかろうか。充実した緩和ケアをつくりあげるには、スピリチュアルな問題にも正面から取り組み、患者さんに寄り添う必要があると思う。皆様にも、ぜひ、このような本を通して考えていただきたい。

会員 井上 林太郎

● 広島県内のがん関係イベント情報

○第8回東広島医療センターフォーラム・市民公開講座「がん診療の最前線」

日時：2012年3月18日（日）開場：午後12時、開演：午後12時30分

場所：広島大学サタケメモリアルホール（東広島市鏡山1丁目2-2）

招待公演：「がんと向き合う～自分の身体と時間を大切に～」向井 亜紀さん

ミニレクチャー：

「女性のがんについて」三好 博史（東広島医療センター産婦人科部長）

「男性のがんについて」藤原 政治（東広島医療センター泌尿器科部長）

参加費：無料（先着900名）

問合せ先：東広島医療センター医療相談支援センター内・地域医療連携室

（TEL 082-493-6487, FAX 082-493-6488, E-mail:Soudan@hiro-hosp.jp）

主催：独立行政法人国立病院機構東広島医療センター

○平成23年度第6回「市民のためのがん講座（全6回シリーズ）」

日時：2012年3月25日（日）午後2時～4時15分

場所：広島市中区地域福祉センター（広島市役所向い側「大手町平和ビル」5階大会議室）

テーマ：「乳がんの初回治療と再発治療」香川 直樹（香川乳腺クリニック院長）

「乳がんと画像診断」廣川 裕（広島平和クリニック院長、当会理事長）

講演会終了後「懇話会」を開催

受講料：当会会員：800円、協力団体会員：1,100円、一般：1,300円

連絡先：事務局（TEL/FAX 082-249-1033, E-mail:info@gan110.rgn.jp）



● 編集後記

震災から1年がたちました。テレビや新聞での報道に思わず涙することも多いのではないのでしょうか。寿命は神様からの定め、と思ってもやはり理不尽との思いを抱いてしまいます。与えられた生をどのように過ごしていけるのか、自問自答しながら時間が過ぎていきます。（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。
