

NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

秋の深まりとともに、広島平和記念公園の色付いた木々も葉を落とし始めている今日この頃です。NPO 法人「がん患者支援ネットワークひろしま」の会員・家族ならびに関係者の皆さまにおかれましては、お元気にお過ごしのことと思います。



本年 2 月に新型コロナワクチンの医療従事者等への先行・優先接種が始まり、4 月からは約 3600 万人の高齢者への優先接種も始まりました。当初は遅い遅いと言われていたわが国のワクチン接種でしたが、職域接種なども奏功して 11 月中旬の時点までに、国民の 75%を超える人々が 2 回目接種を終えることができました。

開始から 10 か月ほどで、冬を迎える前に 1 億人に迫る人々がのべ約 2 億回のワクチン接種を終えたわけですから、このプロジェクトに関与された多くの公務員や医療者・関係者の皆さんに感謝したいと思います。

高齢化率が世界一高い日本において、「がん対策」は国民を守る社会保障としての医療の最重要課題として取り組まれてきました。そのような中で、この度の新型コロナウイルス感染症のような、「もしものパンデミック」を想定した感染症学の分野への注力が、不足していたのではないかとの批判もありましたけれど、日本の医療の総合力の高さと国民の規律正しさや清潔志向の生活習慣が、ワクチン接種効果・入国制限と相まって、現在の低い新規感染者数や死亡者数の結果に繋がっているものと思います。

年末年始を過ぎると、再び新規の新型コロナウイルス感染者数が増え始めて、また大きなピークを作るだろうと科学的に予測されていますが、どうぞ皆さまが「ウィズコロナ」時代の行動変容によって、感染者数を低いピークに抑え込み、真の開放的な通常生活に戻ることができるよう、知恵を出し合って参りましょう。

「がん患者支援ネットワークひろしま」では、健康を維持し増進するための教養を高めることができるような啓発活動を、今後とも考えて実行してまいります。続いてよろしくご理解とご支援をお願いいたします。

理事長 廣川 裕

● 新年度の「市民のためのがん講座」の開催日程は未定です

「がん患者支援ネットワークひろしま」では、「市民のためのがん講座」を定期的で開催しておりましたが、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、今年度は「開催日程未定」とさせていただき定例開催しない方針としておりました。今号が発行される 11 月時点で、全国の新型コロナウイルス新規感染者数は 200 名程度（広島県内では一桁）と、大きな「第 5 波」ピークの後の不気味に落ち着いた状態が続いております。

若い人々を中心に街の賑わいが戻る中でも、中高年の人々の外出控えは続いているとのデータもありますし、各イベント会場では入場者数を半数程度に制限されている施設も多いようです。このような状況をかんがみ、11 月の「市民のためのがん講座」も開催を断念いたしました。大変残念ではございますが、会員・家族の皆さまにおかれましては、よろしくご理解いただきますようお願いいたします。

ニュースレターの定期発行に合わせて「市民のためのがん講座（印刷版）」を同封しておりますので、ご利用いただきたいと思います。今回の印刷版では「新型コロナ、野球で言えば 6 回表」という題名のコロナ関連の記事や、「がん 10 年後の生存率 58.9%に」「子宮頸がんワクチンどうなる？」など 5 題の医学情報を、信頼できるサイトから注目すべき記事を選んでご紹介いたします。

ニュースレターと合わせてご一読いただき、感染症やがんについての知識を増やして、ご自身の健康リテラシー（教養としての医学）を高めて、「賢い患者・賢い市民」を目指していただくようお勧めいたします。

理事長 廣川 裕

● Dr. 廣川の「がん」から身を守るために！！ 日本の医療費と医療保険制度

□2020年度の概算医療費

厚生労働省は本年8月、病気やけがの治療で2020年度に医療機関に支払われた概算の医療費について、前年度比3.2%減の42兆1648億円だったと発表しました。医療費が減少するのは4年ぶり、減少幅は過去最大でした。新型コロナウイルスの感染拡大で、マスクの着用や手洗いが定着しインフルエンザなどの患者が減ったほか、コロナ感染を懸念した受診控えも影響したと考えられています。

□日本の国民皆保険制度

日本では、病気やケガをしたときに、その経済的な負担を軽減し、安心して治療が受けられるように、すべての国民が公的医療保険に加入することになっています。これを「国民皆保険制度」といいます。日本の公的医療保険の運営者は、政府、企業、市町村など複数ありますが、どの保険に加入していても同じ治療には同じ保険が適用されるため、全国で平等な医療が受けられます。日本の医療保険制度に対する評価は高く、世界トップクラスの長寿国になり、乳児死亡率の低さなどの健康指標も上位を占めています。世界保健機関（WHO）からは、国民の健康、保健医療システムの不平等性、責任レベル、保健医療サービスの提供、公平な資金供給などを理由に高く評価されました。日本の国民皆保険制度は世界に誇れる制度なのです。

□アメリカには国民皆保険制度はない

アメリカでは、健康保険に入るかどうかの判断も個人の自由としているため、国民皆保険制度はありません。公的な医療保険としては、65歳以上の人加入するメディケア、低所得者用医療保険のメディケイドがあります。それ以外の65歳以下のアメリカ人の大半は、勤務先の会社が加入する民間医療保険に加入することになりますが、無保険者も9.1%（2016年時点）存在します。無保険の場合は、高額な医療費を負担することとなり、風邪でも数万円、手術では100万円単位になっています。同様に薬代も高額です。

また、個人で加入する健康保険も保険料の設定額はかなり高額です。ニューヨーク州で一番安い健康保険でも、月々一人あたりの掛け金は約400ドル以上になるようです。

□イギリスの医療の基本は国営

イギリスでは、税でまかなわれる国営の国民保健サービスを運営しています。そのため、国立病院では原則自己負担はありません。「医療は人権である」という考え方が根付いており、保険方式を取ることによってシステムから漏れてしまう人が出ない形で医療が提供されます。その一方で、病院への入院を何カ月も待たされるなどのデメリットもあります。私立病院を選べば予約も直ぐに取れますが、医療費は高額になります。

□「診療報酬」は医療の公定料金

日本の国民皆保険制度のもとでは、保険証を提示すれば誰でも必要な医療行為（診察、治療、処方など）を受けることができます。医療機関に、その対価として支払われる費用は「診療報酬」と呼ばれ、厚生労働大臣が定めた医療行為1つひとつの点数を足し合わせて算出した金額であり公定料金と言えます。そのうち、自己負担分（原則3割：年齢や所得に応じて異なる）は患者さんが、残りは加入している医療保険者が、医療機関に支払うこととなります。近年、新しい薬剤が登場するたびに話題になるのが薬価の高額化です。ノーベル賞受賞の本庶先生の新型がん治療薬「オプジーボ」は、高額な薬価も注目されました。当初の薬価は100mg（当時の1瓶）で約73万円（年間）。その後、大幅に引き下げられ、この8月には当初の5分の1程度、100mg換算で約15万5000円になりましたが、それでも年間約900万円とまだ高価です。

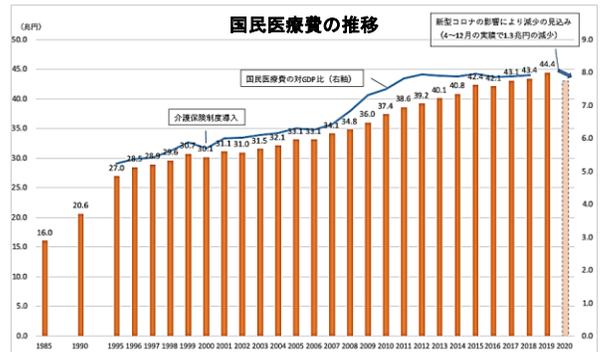
□公的医療保険の財源

この制度の財源は主に健康保険料、窓口での自己負担、公費負担の3つでまかなわれています。しかしながら医学や医療技術の発達、少子高齢化などにより、国民医療費は年々増加していて、現在の仕組みのままでは国民皆保険制度を支えることが難しくなっているのが現状です。

国民皆保険は、健康な人が病気の人を負担するという形で、支払う医療費の負担は3割ですんでいますが、これは、健康な人が7割を負担してくれているからです。日本は、国民がこの仕組みに納得して成り立っている、世界でも稀有な国です。海外では、60歳以上は保険適用から外される国もあるくらいですから…。

□医療費節約と健康リテラシー

高齢化がさらに加速する日本にとって、将来も国民皆保険制度を維持していくには、国家の医療費の節約は切迫した課題となります。医療の効率化、医療保険制度の財政的強化を含めた医療制度改革が必要であるとともに、私たち一人ひとりが健康への意識を高め、もっと体や健康のことを勉強して、医者に頼らない生き方を目指すべきでしょう。それには一人ひとりが「健康リテラシー」を高める必要があります。



● 令和2年度広島県がん対策推進委員会議事録

今回の標記委員会は、コロナ下での会議は避けて、原案に対する意見書を3月に提出し、意見に対する取りまとめ議事録が10月に送られてきたので、概要を報告いたします。

1) 3月に私が出した意見書

- ・ たばこ対策は強化すべきなのに、なぜ飲食店の「喫煙可否」表示がなくなったのか？
- ・ 国立がんセンター2015～2019年の死亡率推移のデータによると、広島県のがん死亡率は減少しているものの、直近は鈍っており、このままでは目標達成は厳しい、特に改善が進んでいない大腸がん、乳がん、子宮頸がんについては重点的に分析、フォローが必要ではないか？

2) 書面会議 議事録

- ・ 喫煙可否の表示に関する事務局回答
令和2年4月に改正健康増進法が全面施行され飲食店は原則禁煙となった。一方、県ではがん対策推進条例を改正して、これに加えて公共施設（学校や児童福祉施設）では屋外も禁煙とする上乘せ規制を加えて対策を強化したことから、計画の目標もこれらの施設の遵守状況を注視する指標に改めた。
- ・ 大腸がん、乳がん、大腸がんの重点フォローについて
事務局の回答はありませんので、今後も引き続きフォローします。

以上が私の意見に対する状況ですが、飲食店の表示の問題については、私以外に多くの委員から推進が必要という意見が出ていました。

全体的印象として、現状は「がん対策」よりも「コロナウイルス対応」に追われているという印象。多くの委員からコロナに関連した遅れ、停滞などの意見が出されていました。ただ、気になるのは、課題に対して「PDCA サイクル」をきちっと回す取り組みがとられていない気がします。今後は重点課題を絞り込んで、深堀をすることを提案していきたいと思っています。

副理事長 井上 等

● 在宅医のつづやき ～在宅緩和ケアの現状と課題～

前回は「がん予防」のためには「禁煙」「節酒」「食生活」「身体活動」「適正体重の維持」の5つの生活習慣に気を付けることが大切だ、という説明をさせていただきましたが、今回はその中の「禁煙」についてお話しさせていただきます。

1) まず皆さんご存じのことと思いますが「喫煙」は色々ながんの原因になります。日本人を対象とした研究の結果から「喫煙」は肺がんをはじめ食道がん、胃がん、大腸がん、膀胱がん、乳がんなど多くのがんに関連することが示されています。

たばこを吸う人は吸わない人に比べて、がんになるリスクが約1.5倍高くなることもわかっています。

2) また他人のたばこの煙を避ける（受動喫煙を避ける）ことも大切です。最近では少なくなりましたが、今だに職場で喫煙する人や家の中で喫煙する人がいらっしゃいます。（ベランダや換気扇の下で喫煙しても受動喫煙は避けられません）

受動喫煙でも肺がん（特に腺癌）や乳がん、その他のがんのリスクは高くなります。たばこは吸う人本人のみならず周囲の人、大切な家族への健康も損ねます。

禁煙はがん予防のための大きく確実な一歩です。吸っている人は禁煙し、吸わない人はたばこの煙をなるべく避けて生活するようにしましょう。禁煙のためには本人の「たばこを止めよう」という強い気持ちが大切です。でも長年喫煙していると禁煙していても、つい吸ってしまったり他人からの誘惑に負けてしまうことあるかも知れません。

禁煙を確実にするには、一人でやろうとせずに専門医に相談するのも成功の近道です。禁煙外来を受診して担当医とよく相談してみてください。禁煙補助薬を使った禁煙プログラムなど色々とおアドバイスしていただけたと思います。（次回に続きます）

理事 田村 裕幸

● 連載「がんになって（51） “コロナワクチン” と “がんワクチン”」

終息したコロナ第5波の特徴は、罹患者数、入院者数は第4波より多かったにも関わらず、重症者、死亡者数が大幅に減ったことであった。コロナワクチン接種の普及がその要因であったことは容易に想像できる。さらに、ワクチン接種者は発症しても、軽～中等症で終わり、重症化することは稀であった。私だけでなく、皆様もこのワクチンの恩恵を肌で感じられていると思う。これだけでも、「ノーベル賞」に値するのだが、がん治療にも応用されつつある。

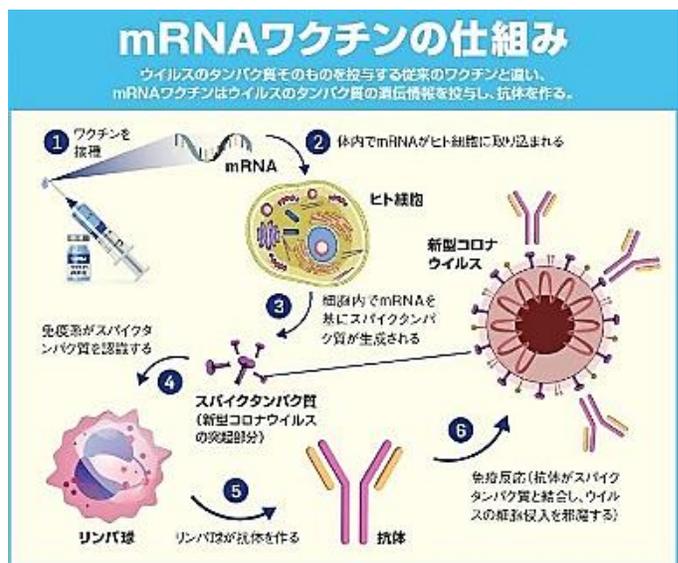
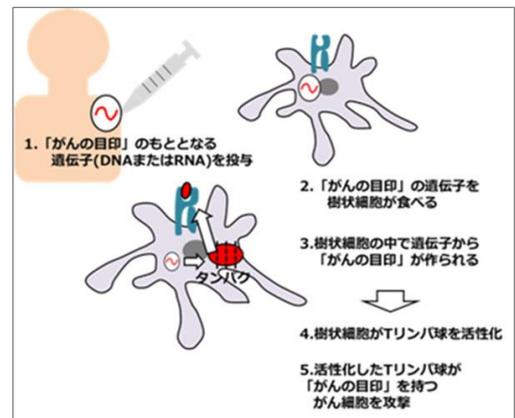
以前よりよく使われているのが、生ワクチンと不活化ワクチンである。麻疹、風疹ワクチン、BCGが前者で、季節性インフルエンザ、肺炎球菌、日本脳炎ワクチンが後者である。今回、私達が恩恵を受けている、ファイザー、モデルナのワクチンは、それとは全く異なる、m(メッセンジャー)RNAワクチンである。mRNAワクチンは、mRNA医薬品の1つであり、その第1号、世界初である。

図(mRNA 医薬品とは)のように、人の細胞内では、核の中にあるDNAの情報の1部がまず、mRNAに「転写」される。次に、このmRNAを基に「翻訳」され、「タンパク質」が作られる。mRNAは地図なので、実務能力はない。実際に仕事をしているのは、この「タンパク質」である。ワクチンの場合も、実際に仕事をしているのは、「抗体」というタンパク質である。では、抗体というタンパク質を作って投与すればよいと思われるかもしれないが、タンパク質は21個のアミノ酸からなり、枝分かれしながら繋がっている。さらに、仕事をするには、2つ、3つタンパク質が手を結ぶことが必要なこともある。とにかく複雑で、人工的に作ることは手間暇がかかり困難な場合が多い。他方、mRNAは4種類の核酸塩基が1本鎖で繋がっているだけだ。今、私達は、試験管内で、核酸塩基を簡単に繋ぐ技術をもっている。図下のように、体外で人工的に作ったmRNAを投与して、細胞に目的のタンパク質を作らせれば、「医薬品」となる。

次の図(mRNAワクチンの仕組み)を見て頂きたい。右の赤い球体が、「新型コロナウイルス」である。外殻に突き刺さっている紫の釘が、「スパイクタンパク質」と呼ばれている。このスパイクを用いて、ヒト細胞に侵入する。このスパイクに特異的に結合するのが、抗体で、赤と黄で色付けされているY字型の物質である。図のように、抗体は大きいのでmRNAは長くなり、取り扱いが難しい。他方、スパイクタンパク質は小さいので、mRNAも短くなり取り扱い易い。①スパイクタンパク質をコードするmRNAをワクチンとして、人に接種する。②体内でmRNAがヒト細胞に取り込まれる。③細胞内でmRNAを基にスパイクタンパク質が生成される。④⑤リンパ球がそのスパイクタンパク質を取り込み、抗体を作り、分泌する。⑥この状態になれば、感染しても免疫反応(抗体がスパイクタンパク質と結合し、ウイルスの細胞侵入を邪魔する)がおこり、コロナウイルスが体内に入ることには出来ない。

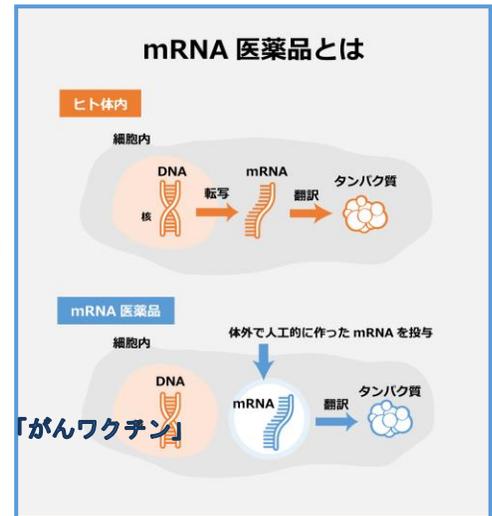
「がん」の話をするための準備として、②～⑤を少し、正確に説明する。②の「ヒト細胞」は、正確には、異物を貪食する能力を持つ「樹状細胞」である。その樹状細胞が、抗体産生能力をもつBリンパ球に情報を伝える。そして、Bリンパ球が抗体を産生する(液性免疫)。

次に、「がんワクチン」について、図に従って説明する。がん細胞の細胞膜上には、コロナウイルスと同じように、スパイクタンパク質が突き刺さっている。場合によっては、このスパイクを使って転移する。「がんワクチン」は、「コロナワクチン」と異なり、最終目的は、情報を、がん細胞殺傷能力のある「キラーTリンパ球」に伝え、そのリンパ球が直接、がん細胞を殺すことである(液性免疫)。①「がん細胞の目印となるスパイクタンパク(がん抗原)のmRNAを作成し、患者さんに接種する。図では、「DNAまたはRNA」とあるが、「mRNA」に訂正する。赤S字黒丸が、投与されたmRNA。右上のアメーバのような細胞が樹状細胞で、②がん目印 mRNAを樹状細胞が貪食する。③樹状細胞の中で、「がん目印タンパク質」(図中赤楕円)が作られる。樹状細胞は、作られたタンパク質を細胞膜上のH字型のスパイクタンパク(図中



青)へ移動させ、がん目印タンパク質が良く見えるようにする。④樹状細胞は、キラーT リンパ球を活性化する。⑤活性化したキラーT リンパ球が、「がん目印タンパク質」を持つがん細胞を直接攻撃する。但し、がん細胞も賢く、キラーT リンパ球の攻撃から逃れる「盾」を持っている。この「盾」を壊すのが、2018年ノーベル賞を受賞された、本庶佑先生が見つけた「免疫チェックポイント阻害薬」である。現在、「免疫チェックポイント阻害薬」を併用した「がんワクチン療法」の臨床試験が進められている。

理事 井上 林太郎



● 13年目のゆず実る

5月に発行されたニュースレターに書かせていただいたのですが、庭の樹に今年13年目にして初めて咲いたゆずの花のその後のご報告です。

13年前の秋、志和町の知り合いの畑になっているゆずの実をたくさん貰ってきたときに、ふと思いついて種を何個かプランターに蒔いておきました。種を蒔いたのを忘れたところに芽が出てきたので植木鉢に移し、ほかの花といっしょに育ててみました。

何年かしてやっと30センチほどの背丈になったので、庭に地植えすると急に元気に伸びはじめ、10年もすると幹は細いけど高さ5メートルほどの見上げるような樹に育ちました。大きくはなってきたものの相変わらず花も実もつけないままでしたが、「柚子の大馬鹿18年」という諺もあるからと思い、のんびり待つ事にしました。

ところが、今年の4月にふと枝を見上げると、何か白いものが葉の間に見えるのに気がつきました。もしやと思って急いで脚立に上がってのぞいてみると、紛れもなく初めて咲いたゆずの花でした。それから毎日見上げるのが楽しみになり、様子を見ていました。6月になるとピンポン玉位の実が枝のあちこちに見えるようになり、初めてのゆずの実に夢が膨らみました。

そして10月、大きいものは野球ボール位にまでなり、それまで濃い緑色だった実が少しずつ黄色くなりました。月末にはすっかり黄金色になって、今まで隠れていた葉のかげからくっきり姿を現したゆずの実40個余りが、13年目のゆずの樹を彩っています。

諺に違わず、時間はかかりましたが、ゆっくり成長してきたゆずの樹が実をつけたことがとても嬉しかったので、ご報告します。



13年目のゆずの実です

会員（ボランティア） 佐伯 俊典



4月、初めてゆずの花が咲きました



6月、小さな実が付きました



10月、こんな立派な実になりました

● 82歳で山登りを始め、半年余りで「大山」に挑戦

5月発行のニューズレター（第92号）で、「牛田山での『健康体操』と『低山歩き』でリフレッシュ」のことを書きました。今回はその続きです。

今年2月から我が家の近くの牛田山（広島市東区、標高261m）へ登り始め、毎週火曜日の朝山頂で「健康体操」をしています。牛田山に登ると、広島市内の人には「高齢者いきいき活動ポイント」のハンコを押してもらえらるご褒美があり、それも魅力の一つになっています。

毎週登っているうちに仲間ができてリーダーのMさん（87）の指導のもと、近郊の山に登るようになりました。広島市内の武田山（411m）を皮切りに、鈴ヶ峰、呉娑々宇山、日浦山などに2、3週間に一山のペースで登り、ゴールデンウィークには北広島町の独立峰「龍頭山（928m）」へ案内してもらいました。6月にパラグライダー発着基地のある「神ノ倉山」（安佐北区白木町井原、561m）、7月には急峻の「極楽寺山」（廿日市市、693m）に登り、山頂で私たちのハーモニカの演奏で合唱したり、季節の花々に心を癒されたりしました。

お盆が過ぎて少しずつ暑さが和らぎ始めた頃、1泊でどこかに出かけてみようという話が出ました。吾妻山か道後山の名前が出ましたが、高齢者ばかりで道中の車の運転がネックとなり、そこで出たのが定期バスを利用した中国地方最高峰・鳥取県の「大山（1709m）」です。早速リーダーがホテルと交渉し、10月末に登山が決まりました。

さあ、それからの山行きは大山のトレーニングと位置づけられ、13回目の登山に白木山（889m）が選ばれました。安佐北区にあるこの山は「白木町」の町名にもなっている山で、私の実家の眼前にそびえ立つ急峻な山です。アルプスを目指す登山者たちがトレーニングとして登る山としても有名です。

登山道には、道しるべにお地蔵さんが設置されています。これらのお地蔵さんは石工であった私の父の遺作です。いつかビデオ

に撮っておきたいと思いながら実現していませんでした。今回はちょうど良い機会なので、登山風景を入れながら撮影することにしました。

当日は快晴です。ビデオカメラで撮りながらの登山は、最初は快調でしたが、だんだん負担になり、3合目で撮影は完全にストップ。さらに、あともう少しの9合目付近で足が全く動かなくなりました。あまりにも頻繁に休むのでリーダーが私のそばに残り、他のメンバーは全員頂上へ向かいました。この頃から腹具合も悪くなり、たびたび藪に入り用を足しました。5歩、歩いたら休む

状態でも、リーダーは「急がなくてもいいよ。ゆっくり、ゆっくり」と声をかけてくれます。それでもなんとか1時間遅れで先行の皆さんに拍手で迎えられ、やっと“故郷の山”の山頂へ立つことができました。

なんとか大山トレーニングの白木山はクリアし、念願の当日が近づいて来ました。頭の中はいつも大山のことばかりです。たった1泊ですが、この日のためにヤッケやスパッツなどの登山用品を準備しました。週間天気予報をチェックしていて気がついたことは私たちの住む山陽に比べて山陰の天気の変化が激しいです。

幸運にも10月25日、26日は晴れの予報ですが、いつ変わるかもしれないので雨対策の準備もしました。快晴の初日、JR米子駅からのマイクロバスの車窓から大山の雄姿が見えたとき、思わず歓声が上がりました。昼前に大山寺に着き、昼食の後大山寺本堂や大神山神社などの参拝のほか、翌日に備えて近くの山をトレッキングしました。特に荒々しい北壁が見られる寂静山からの眺めは格別で、翌日の登山の意気込みを高揚させてくれました。



父の遺作に手を合わせる



北壁をバックに記念写真（前日）

当日は4時起床で5時半出発です。真っ暗な道をヘッドランプを点けて進みます。登山口から階段が続きます。30分もすると少し辺りが薄明るく見え始めます。すると山道の階段が一層険しく感じるようになりました。1合目ごとに休憩を取りますが、リーダーから「小休止の場合には座って休まないで、立ち休みをするように」と注意がありました。座って休むと、歩き始めるのに倍のエネルギーがいるのだそうです。4合目辺りから先頭を歩いていたリーダーから、「トップはそれぞれローテーションで登るように」との指示があり、リーダーは最後尾の私の後ろに着かれました。

やっと6合目の避難小屋に到着し、腰を下ろして休憩したときの安堵感は忘れられません。その休みも束の間、再び無言の行進です。学生時代に夏に大山へ登ったことはありますが、それは63年前の若かりし頃のこと。今82歳の身にはこの階段道は堪えます。

7合目に向かっていく頃から、次第に足が前に出なくなります。高い階段に登ることが難しくなり、自分でも息づかいも段々荒くなって来るのが分かります。外界はガスがかかり全く見えません。また見る余裕もありません。8合目を過ぎると、階段が木道に変わりました。リーダーは女性陣には先へ行くように指示され、残るは私一人です。さらに息苦しくなり10歩、歩いては立ち止まるようになりました。白木山と全く同じです。

あまりにもしんどいので、後ろのリーダーに「私はゆっくり登りますから、先に行ってください」とお願いしたところ、「だめです」と大きな声が返って来ました。この声に励まされ、一面ガスで覆われた木道をよろめきながら一生懸命歩きました。そして、やっとのことで山頂の山小屋へ辿り着くことができました。

先に着いた女性陣の拍手に迎えられたときには、思わず涙が出ました。到着が9時20分で登山口から3時間50分かかったことになりましたが、予定の4時間はクリアしていました。しばらく横になっていたなら、「晴れて来た！」の声に元気が出てカメラを持って外へ飛び出しました。「変わり身が早い！」と皆から笑われましたが、いつの間にか呼吸も落ち着いて来たようです。頂上で記念写真を撮りました。外界の雲は幾らか少なくなりましたが、下山は行者谷コースを下りました。こうして1泊2日の大山登山はなんとか終わりました。今年2月から山に登り始めて15回目の記念登山が、日本百名山で中国地方の最高峰になりました。

思えば20年前に前立腺がんが見つかり手術をしました。3ヶ月後にマーカールが上がりはじめて再発。2年後に放射線治療をしました。残念ながら効果がなく今もホルモン治療を続けています。放射線治療が縁で廣川裕先生（理事長）にお目に掛かり、NPO法人の立ち上げにかかわり17年になります。

牛田山がきっかけで、82歳の挑戦はMさんという素晴らしいリーダーやメンバーに恵まれ、無事大山の頂上を極めることができました。これからも牛田山や近郊の山登り続けながら、いつまでも健康でありたいと願っています。

理事（事務局長） 高野 亨



荒々しい大山北壁



階段が続く登山道（4合目）



念願の登頂記念

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

エンド・オブ・ライフケアの臨床倫理
箕岡真子著 日総研出版 2020年4月初版

はじめに

「人生の最終段階(エンド・オブ・ライフ)における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が、厚生労働省により2002年5月に最初に示された。その後、2015年3月と2018年3月に改訂。2018年の改訂では、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の必要性」が初めて記載された。「アドバンス」には「前もって」という意味もあり、「前もって作るケアプラン」と訳すことができる。政府はACPの愛称を「人生会議」とした。その選定委員の1人が、お笑い芸人の小藪千豊さんであった。普及啓発のため、小藪さんを起用してポスターを2019年11月公表。自治体への発送予定であったが、その内容に対する批判が相次ぎ、お蔵入りとなった。

先日、コロナのため延期となっていたのだが、医師会より、「令和3年度 広島県 ACP 普及推進員養成研修」受講者 再募集のご案内という文書が届いた。それより、引用する。

『1. ACP(人生会議)とは、これから受ける医療やケアについて、自分の考えを家族・代理人や医療者と話し合っ、「私の心づもり」として文章に残すことで、希望や思いが医療やケアに反映されるものだ。話し合った内容は、もしもの時に周囲の人が判断する場合の助けとなる。尚、時間の経過や心身の状態の変化等に応じ、本人の意思は変化するものであるため、その都度、本人が意思を示し、医療従事者等を含め繰り返し話し合いが行われることが重要である。2. 広島県地域保健対策協議会 ACP 普及促進ワーキンググループでは、県民にわかりやすく周知するための情報発信ツールとして、「説明ツール(専門職向け)」、「ACPの手引き～私のこころづもり～」の他「普及啓発ポスター」を作成した。また、県では、ACPを広く情報発信する ACP 普及推進員を令和2年度から2年間にかけて養成する。』

受講対象者は、「医療・看護等の専門職(医師、看護師(訪問看護師等)、介護支援専門員、ケースワーカー、地域包括支援センターの職員等)」で、多職種にわたる。

今回は、本書を通じて皆様と「ACP」について勉強する。

著者の紹介；箕岡真子(みのおか・まさこ)

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員、箕岡医院院長、日本臨床倫理学会総務担当理事。主な研究領域は、終末期医療ケアの倫理、高齢者の介護倫理、認知症ケアの倫理。著書として、「臨床倫理入門」、「認知症ケアの倫理」、「私の四つのお願い」の書き方—医療のための事前指示書」等多数。

本書の内容・感想

本書より抄出しながら説明する。

これまでも、家族や医療者を交えないで書く事前指示があった(古典的な事前指示)。日本尊厳死協会の、「リビング・ウィル(終末期医療における事前指示書)」もこれに属する。もし、患者が一方向的に事前指示を書き、医師に手渡すだけであれば、それは、事前指示の良い点が十分に生かされていないことにもなる。かえって、対立を生むこともある。事前指示を、家族や医療従事者等と対話や話し合いをしないで書いたのであれば、医学的事項の理解が不十分なまま書いてしまった可能性もあるし、関係者間で本人意思の共有ができていないことにもなり、本人の願望に対する共感が十分にできていないという事態に陥ってしまうことになる。医学的にも倫理的にも問題である。

このことに対し、日本の医療現場では、患者に寄り添って臨床倫理的思考をしてきた医療者(医師・看護師)が、事前指示を作成するプロセスそのものが、医療関係者と患者本人・家族との相互理解やコミュニケーションを促進させることになることに気付き、事前指示をコミュニケーションツールとして生かしてきたという経緯がある。そして、事前指示作成のプロセスにおいて対話を重視することによって(コミュニケーションツールとしての事前指示)、まさに ACP を実践したことにもなるのである。

つまり、事前指示の概念も時代の流れと共に、医療者や家族等の関係者との対話のない自己決定権の発露を具現化する古典的な事前指示から、対話を重視する「共に考える事前指示」「コミュニケーションツールと



しての事前指示」に柔軟に変化・発展を遂げてきたのである。

と言っても、ACP はまだ発展途上にあり、臨床現場では、様々なケース、課題がある。本書に取り上げられている症例の中から、1つ紹介する。

『62歳男性A氏、会社員。妻と2人の子供の4人家族。長女28歳、長男26歳。子供2人は、既に独立、別居。家庭内では、決定権はいつも奥様にあった。

咳が2カ月以上続いたため、妻に説得されY病院を受診。医師Bは、胸部レントゲン写真を見て、肺がんを強く疑ったが、さらなるCTや血液検査等し、後日、妻と共に来院するように促した。後日、A氏と妻と一緒に受診。A氏が席をはずしている隙に、医師(後で本人に告げる予定だった)は、妻に「どうも肺がんの可能性が高い」と告げた。即座に「夫には言わないで下さい。あのように見えますが、本当はとても気が小さいのです」と答えた。そのため、医師は本人に「肺に影があるから、入院して詳しく調べましょう」とだけ告げた。その後の精査で、悪性度の高い「低分化型扁平上皮がん」と判明し、脊椎にも転移していた。再度、妻から「本人には言わないで」と念を押されたため、主治医は今後の治療方針を妻と相談した。本人も「がんかもしれない」という不安と疑いを持ちながらも、怖くて誰にも相談できなかった。

脊椎への痛みは鎮痛剤でコントロール可能であったため、本人に告知しないで、2回化学療法を行った。2回目の化学療法の副作用は1回目より強かったが、妻の「頑張っ。あなたなら大丈夫」という励ましで、何とか乗り切り退院となった。

数ヶ月後、背中への痛みが強くなり再入院。進行していた。医師は妻に、「進行しており、これ以上の治療は難しい」と告げたが、妻は奇跡を信じ、3回目の化学療法を望んだ。医師は、「第3回の化学療法はこれまでより副作用が強くなる可能性が高い。更なる化学療法を実施するためには、告知が必要である」と言って妻を説得した。妻は仕方なく告知に同意した。

医師から、進行がんであるとの告知を聞いて、A氏は「やはりそうだったのか」と、意外に安定した心理状態で受けとめた。そして、A氏は「これからも治療を頑張ってみます」と病氣と闘い続ける意向を示した。しかし、3回目の化学療法の副作用は強く、本人も苦痛をこれまで以上に感じた。が、進行を抑えることは出来なかった。

今後の治療方法の決定にあたって、2人の子供も含めて面談が行われた。子供達は、妻の方針に従うとのことだった。

医師は、積極的な治療よりは緩和ケアの方が、本人のQOL(人生・生活の質)に貢献するのではないかと助言した。本人は「治りたいが、薬の副作用もつらい」と決めかねている。妻も最初は、僅かな希望にかけたということで積極的な治療を望んだが、医師より、今後の化学療法の副作用の説明を聞き、本人の被る疲労感・吐き気等の苦痛に懸念を示し、化学療法中止に渋々同意した。

今後の方針が決まらないうちに、A氏は誤嚥性肺炎に罹患した。呼吸困難感が強く、また、水分・食事も取れないことから経管栄養を実施した。このことで、A氏は自身の死が近いことを悟ったようだった。1週間後に、ホスピスに転院し、本人が嫌がっていた経鼻経管栄養チューブが抜去された。その5日後A氏は息を引き取った。』

私見も交えて考察する。告知は、患者の自立(Autonomy、自己決定権)を尊重するために、倫理的観点からも大変重要である。よって、最近では多くの場合行われる。今回の場合、A氏に自己決定能力があったにも関わらず、最初は本人に「告知」しようと考えていた主治医も、妻との余計なトラブルは避けたいとの気持ちが働き、躊躇し、安易な方向に進んだようである。被害を被るのは本人である。A氏に説明すべきであった。但し今でも、本人には告げないで欲しいとの要望にも関わらず告知し、裁判に至ったとの報告もある。適切に実施されるためには、①心理的配慮、②タイミング、③告知の内容、が大切だと言われている、本人や家族等の心情や背景に十分配慮する必要がある。また、患者とその家族も、「2人に1人が罹るがん」に対し準備しておく必要がある。「告知」は、患者と医療ケアチームとの、今後の信頼関係構築の一つの出発点でもある。したがって、患者や家族が孤独感や絶望感に陥らず、希望を失わないように、継続して支えていく姿勢で寄り添う必要がある。今回のケースは出発点で躓いた。

もし、私がA氏の主治医だったならば、そして看護師長が女性だったとすれば、早い段階で、看護師長、または、がん治療専門看護師にも出席してもらい、話し合いの場を設けたであろう。そして、頻繁に、今後のことについて話をし、「アドバンス・ケア・プラン」を決める。そうしたら、「本人が嫌っていた経管栄養

養を行わない」ことになったかもしれない。

また、この家族が「古典的な事前指示」を作った場合、「すべて妻が決める」となったであろう。その場合、かかりつけ医(家庭医)が介入し、本人への告知の大切さを説明し、「がんに罹った場合のACP」を作ることが大切なのである。

今回のこの記事をきっかけに皆様に、「ACP」に興味をもって頂き、そして、近い将来行われるであろう各地域での講演会に出席して頂ければ幸いです。

理事 井上 林太郎

● Dr. 津谷のコーナー 「百試千改」

ビール、ワインにつづき今回は日本酒の話題です。コロナ禍の中、映画館に足を運ぶ機会が増えました。先日も、八丁座に行ってきました。鑑賞した映画は、「吟ずる者たち」と言うタイトルで、広島が生んだ吟醸酒の父、三浦仙三郎をテーマにした映画です。

明治時代に安芸津で酒造を興した三浦仙三郎が重なる苦難の中、軟水醸造法という後の吟醸酒の誕生につながる画期的な技術の開発に成功した話をベースに、現在の酒造りを広島の若者たちが繋いでいくという感動の物語です。明治から令和へ、百回試して千回改める、「百試千改」という三浦仙三郎の魂が全編に醸し出されています。

この映画の中には、日本初の動力精米機を開発した株式会社サタケの創設者、佐竹 利市、醸造技術の改良に貢献し広島県醸造試験場初代場長、橋爪 陽と広島の醸造基礎を作り上げた人物も登場します。また、オール広島ロケで制作されており興味は尽きません。

ちなみに、南区比治山本町にある広島県立食品工業技術センターを御存知でしょうか。ここでは、県内食品産業の技術振興と技術の高度化を支援するため、研究開発、技術相談、依頼試験、技術者研修等を行っています。実はこのセンターの醸造部門はこの映画に出てくる広島県醸造試験場から発展した施設です。現在、公設試験研究機関では全国的に珍しい実規模の試験醸造設備を有しており、清酒の製造免許もっています。今年の日本酒にはここで開発された新しい酵母が使用されているようです。これまで使用されてきた酢酸イソアミルの香り（これは「吟醸香」の香り成分のひとつ。吟醸酒系のお酒が放つ香り「華やかでフルーティーな香り」の中心となる成分です）を主体とする菌株と比較して、バナナや洋ナシを連想させる華やかな香りを多く生成し、味のふくらみもありながら後キレの良い味わいのある、新酵母を「広島令和1号酵母」と命名したものだそうです。この酵母を使用し、この技術センターで試作した日本酒をいただきました。美味しかったです！！

最後に・・・飲む前にぜひ見ていただきたい映画です。



副理事長 津谷隆史

公式HP：吟ずる者たち - <https://ginzuru.com/>



● カフェオレの魔法～父が遺した習慣と

開口一番、『ウチの家族は、牛乳が苦手です！』と…飲めないわけではないけれど…。父（和田卓郎）がこの2月に身まかり、時間が経ってしまった事を実感している今日この頃です。

そこで、父が遺してくれた“我が家の習慣”を思い出話として振り返ってみます。それは、遡れば2019年に、父が腰椎の圧迫骨折（破裂骨折）で入院し、治療を終えて退院してからできた習慣『牛乳を毎日摂取すること』です。骨折の原因は「骨粗しょう症」でした。そして、父の場合は、前立腺がんを患っていたため、ホルモン剤を飲み続けねばならず、それでますます骨が弱っていったのかもしれませんが。そのため、骨粗しょう症の治療も同時進行となり、飲食物でも“より適度にカルシウム”を取らせなければね…と考えを巡らせ、身近で入手しやすく効果がありそうな『牛乳』となったのです。当の本人は「入院中、ずっと牛乳が食事に出ていたぞ。貴女たちもちゃんと飲みなさいね～～」と、母や私に言ったものです。

しかし…重要な部分がある…『私たち、牛乳が苦手』ということ…。決して牛乳そのものが嫌いなわけではないのですが、毎日毎日飲み続けるとなると、やや苦手が先立っていました。加えて、冷たい牛乳はたまにお腹をくらす時もあるため、「ホットミルクで飲む」ことにしようかと、一旦なりました。しかしながら、ホットミルクのまったりとして、少しミルク臭いのが皆揃ってやはり苦手なものでした…。

「なんとか毎日、抵抗なく飲める（摂取できる）方法は無いものか…」と。

そして結局、母が思いついたことは、「カフェオレにして、コーヒーの香りでミルク臭さを感じにくくする」というものでした。母いわく「香りの強いもので、ミルク臭さを制する」という発想だったそうです。

作り方はシンプルで、インスタントコーヒーを人数分スプーン1杯弱ずつ（でも、濃さや厳密な量はその日の好みで変わる）を小鍋に入れ、少量の熱湯でゆっくり溶かします。そこへ、あとはホットミルクを作る要領で、器1杯ずつ人数分の牛乳を加えてから火にかけ、沸騰する前に火を止めて出来上がり。甘味に蜂蜜を好みの量加えるという「全く自由なカフェオレ」です。

まあ、カフェオレというより“ミルクコーヒー”といった方が近いのかもしれませんがね。しかし、とりあえずここでは“カフェオレ”としておいてください。そして、香りの良いコーヒーのおかげで、ミルク臭さが見事に消えた感じになり、父も気に入り、毎日お気に入りのカップ1杯（約180ml ぐらいかな…）飲めるようになりました。それ以来ずっと、愛飲していたというわけです。

その後、父の骨粗しょう症は、薬物療法（イベニティ皮下注射）が功を奏し、大分改善されました。でももしも、ミルクたっぷりのカフェオレも一助になっていたら嬉しいな…と思ったものです。

ただ、そのずっと後になって、母の方にも嬉しい結果がありました。実は母も骨粗しょう症となっていて、そんな中、カフェオレ効果か…どうかは断言できませんが、ほんのわずかながら骨密度が右肩上がりになっていました。微妙にマシになっているというレベルですが、70代である以上、数値がもっと下がってもおかしくないような年齢域で、エディロール（活性型ビタミンD3製剤）は飲んでいるものの、父のように大掛かり（に見えた）治療などもしていない中で、これはかなりの進歩ではないかと思ったのです。もちろん、エディロール（この薬は飲み合わせに注意が必要）を粘り強く飲んでいること。食生活のバランスを考え、カルシウムを含んだ小魚や野菜を食べたことなども良かったのだと思いますが、カフェオレもちょっぴり魔法をかけてくれたのかな…と。

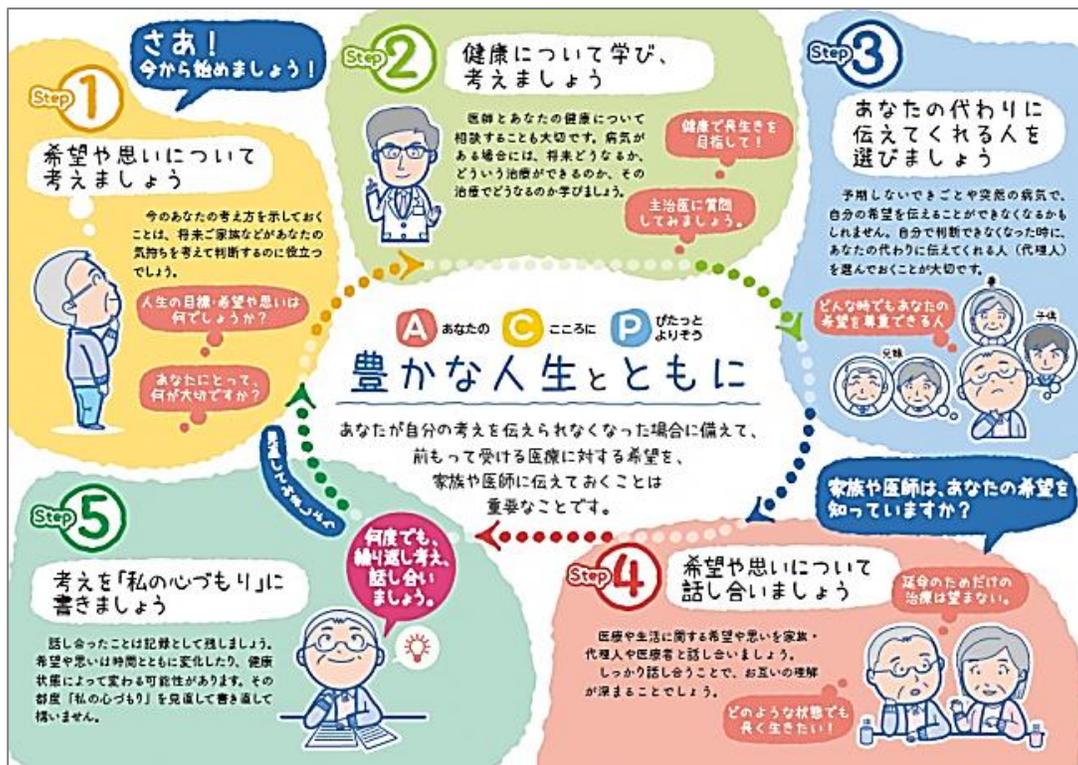
今も結果的に父が遺してくれた“習慣”で、母と一緒に、父にも供え、ほぼ毎日カフェオレを飲んでいきます。大事なホッとするひと時なのです…。

そして時々、アレンジ版でティーバッグ紅茶を小鍋で濃く煮出し、そこからはカフェオレと同じ要領で牛乳を加えて作る「ほとんどミルクなミルクティー」も飲んだりしています。生前の父にも時々出したことがあり、「たまにはいいよね、コーヒーでも紅茶でも結局牛乳を摂取できるのだから」と言ってくれました。そもそも紅茶派の我が家でしたので、コーヒーをカフェオレにして飲むようにもなれて、更に紅茶をミルクティーにする楽しみも増えました。

身近なところに、そして小さな工夫で、小さな魔法が生まれるのかもしれませんが。

会員（ボランティア） 和田 なつみ





● 編集後記

一気に秋が来ました。冬将軍がスタンバイしているようにも感じます。遠出がしにくい状況ですので、久しぶりに県内で紅葉狩りに出かけようかな。

今回は実りの秋、たくさんの原稿をいただきました。ACPは大事ですね。私ことながら、両親が高齢となった今、家族で今後のことをしっかり話しています。そして、まだ若いつもり(笑)私も、折々に自分の考え・思いを子供たちに伝えていきます。人生の最終段階というわけではなく、日々の生き方、価値観を伝えること、日常の会話に取り入れてみませんか。(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
<https://gan110.jimdofree.com/>
- 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