

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

がんと正しく戦うための遺伝子検査と精密医療
ーいま、医療者と患者が知っておきたいことー
西原広史著 羊土社 2017年11月初版



はじめに

一部乳がんの分子標的薬ハーセプチン等の例外はあるが、これまでの抗がん剤治療は、大規模臨床試験を参考にして、「経験」を基に薬を選んでいた。理論的でないともいえる。よって、副作用に苦しんだが結果が得られないこともあった。これを克服する新しい方法はないのか。

がんとは、紫外線、喫煙、加齢等により、正常細胞の遺伝子に傷が付き、修復することができなくなり、正常細胞ががん細胞になることから始まる。即ち、がんとは遺伝子の変化(変異)から始まる。だとしたら、遺伝子に注目し、変異を見つけて、それに基づいた治療はできないか。同じ肺腺がんでも、患者さん毎に、遺伝子変化は異なる。

そこで登場したのが、「精密医療」である。カタカナでは、「プレジジョン・メディシン」。precision は、精密、正確、的確と訳される。medicine は医療なので、「個々の患者さんにあった精密で、適切な医療を行うこと」と言ってもよい。

アメリカが先頭となって、世界で始まっている。日本でも2015年頃より準備が始まり、2018年2月厚生労働省は全国11の病院を、「がんゲノム医療中核拠点病院」に指定した(※)。その一つが、著者が所属している北海道大学病院である。連携病院も100病院指定し、本年4月1日より本格的に「精密医療」が始まった。同時に、「先進医療」に指定した。これまで、自由診療であったため、化学療法中の患者さんはその費用も自己負担になっていた。しかし、先進医療になったことにより、検査料のみ自己負担となった。研究費からの補てんもあり、約50万円で受けられる。

今回は、北海道大学病院で行なわれている「プレジジョン検査」を用いた「精密医療」を紹介する。

著者の紹介；西川広史(にしかわひろし)

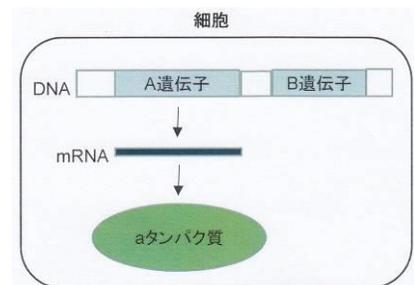
1995年北海道大学医学部医学科卒業。国内外の留学を経て、2015年北海道大学医学研究科探索病理学講座特任教授に就任。世界初のクリニカルバイオバンクを構築。2016年4月からゲノム検査「クラーク検査」を開始、1年間で156名に対し行われた。2017年、北海道がんセンターにがんゲノム医療センターが開設され、センター長に就任。同年7月、検査名も「プレジジョン検査」に改められた。

誰にでもわかる細胞の基礎知識

筋肉が動くのは筋肉細胞のタンパク質が、肝臓が働くのは肝臓のタンパク質が仕事をしているからである。がん細胞ががん細胞たる振る舞いをするのは、がん細胞のタンパク質が悪さをしているからである。タンパク質の設計図は、DNA上の「遺伝子」と呼ばれるところにある(図参照)。

ヒトの細胞には遺伝子が、約23,000個あり、全遺伝子をゲノムと呼ぶ。ある細胞でaタンパク質が必要な場合、aタンパク質の設計図であるA遺伝子が、まずmRNA(メッセンジャーRNA)に転写され、その情報を基に作られる。言い換えれば、aタンパクのことは、A遺伝子を調べたらわかる。

同様に、がん細胞のbタンパク質のことを知りたかったら、B遺伝子を調べたらよい。因みに、分子標的薬とは、上の例では、bタンパク質(タンパク分子)を標的にして、創られた薬である。



## 誰にでもわかる遺伝子の基礎知識

約 23,000 個の遺伝子の中で、がんの発症に関与していると推定される遺伝子を、「がん関連遺伝子」と呼ぶ。数は、多くても約 400 個と言われている。その中でも重要なものを、「ドライバー遺伝子」と呼び、その遺伝子のみ調べたらよいので、プレジジョン検査では、160 個の遺伝子を調べている。

また、一口にがん組織(がんに侵された臓器)といっても、その中には正常細胞も、遺伝子変異している細胞もある。同検査では、変異している細胞数の%表示もしてある。

### 「がん遺伝子」と「がん抑制遺伝子」

がん関連遺伝子は、「がん遺伝子」と「がん抑制遺伝子」に分けられる。両者とも、正常細胞にも存在する。がん抑制遺伝子は、名前通りがん化を抑制する遺伝子で、欠失すると細胞はがん化する。がん遺伝子は、正常では、細胞の増殖を調節している。これに変異が起これると、がん化する。但し、1 つの遺伝子の変異、欠失ではがん化は起こらず、複数が複雑に絡んでいる。また、ドライバー遺伝子も強いものから弱いものまである。また、弱いものでも、高率に発現していたら強くなる。

## 本書の内容・感想

次に実際の解析報告書を見てみよう(表参照)。

これは 74 歳女性、局部進行膵体部がんの患者さんの「プレジジョン検査」の結果である。まず、遺伝子変異は 5 つ見つかри、そのうち 2 つ、(4)、(5)は再度検討すると意味がないと診断され、二重線が引かれている。メイジャー変異は(1)KRAS、マイナー変異は(2)TP53、(3)SMAD4 遺伝子にあった。その後ろに書いてあるのは、さらに詳しい情報である。この 3 つについて国際的なビッグデータベースで調べると、膵臓がんではよくある変異であったが、有効な治療薬はなかった。次の BRCA2 遺伝子にも変異があったが、左に SNP と書いてある。これは、正常細胞でもよくある変異で、病的意味は低いことを示す。次の、VUS 遺伝子とは、現在、SNP か否かわからないが、留意しておく遺伝子である。ARID2 と CBLB が該当した。

がん遺伝子変異: 5	
凡例(遺伝子名)	変異 (VAF %) (COSMIC件数 / ClinVar significance / CIVIC evid.level)
Major変異	* (1) KRAS G12D (44.30%) ( 13470 / Pathogenic / B )
Minor変異	* (2) TP53 H179_S18delinsR (58.42%) ( A )
	* (3) SMAD4 Y117* (62.30%) ( B )
	* (4) ERBB2 E759K (47.70%) ( B )
	* (5) BRCA2 M784V (89.20%) ( 1 / Benign / A )
SNP	(+) BRCA2 M784V (89.20%) ( 1 / Benign / A )
VUS遺伝子	ARID2(41.00%) CBLB(39.40%) TP53(58.42%) PANC1(16.60%) EGFR(41.00%)
検出されたCNV:	
増幅遺伝子	CDK4 ERBB2
減少遺伝子	ARID1A TP53
検出された融合遺伝子: N/A	
マイクロサテライト不安定性: 12.5%	
mutation rate:	5.37 SNVs / Mbp (>4%)
	5.37 SNVs / Mbp
	5.37 SNVs / Mbp(non synonymous)

CNV とは遺伝子の数が増減していた遺伝子である。増幅していたがん遺伝子は CDK4 と ERBB2。減少していたがん抑制遺伝子は ARID1A、TP53 であった(※)。また、マイクロサテライト不安定性が 12.5% と低かったため、免疫チェックポイント薬の適応はないことがわかった(※)。

次に、これらの結果から、治療薬を検討することになる。4 つが候補に挙がった。

①CDK4 遺伝子の増幅に関しては、CDK4/6 阻害剤イブランスが、日本ですでに乳がん保険承認されていて、膵臓がんに対しては海外でフェーズ II 臨床試験が行われていた。

②ERBB2 の増幅は HER2 受容体の過剰発現を意味するため、ハーセプチンなどの HER2 阻害剤の有効性が示唆された。膵臓がんでは海外でフェーズ II 試験が行われていた。日本では乳がんや胃がん保険適応になっているが、膵臓がんは適応外である。

③ARID2 の変異、ARID1A の減少に関しては、直接の分子標的薬はないが、この 2 つの遺伝子がコードするタンパク質が DNA の損傷・修復応答に関与するため、それらの機能低下に伴い、従来の抗がん剤(DNA 合成障害性薬剤)の感受性が高くなっていることが予測された。

④ARID1A に関しては、その機能低下により mTOR タンパクへのシグナル伝達経路の活性化が起こるとの報告があるため、日本で既に腎臓がん、乳がん等に承認されている mTOR 阻害薬アフィニトールの有効性が示唆された。これも海外ではフェーズ II 試験が行われていたが、日本では適応外である。

分子標的薬はすべて保険適応外であるため、月額数十万円になる治療費のことを考えるとハードルは高い。③の従来の抗がん剤を軸に検討した。プラチナ製剤はこれまで使用されていなく、エルプラッドは膵臓がん適応があるため、70 歳代で比較的高齢であったが選ばれた。

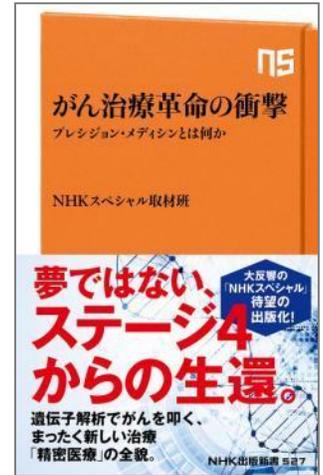
北海道大学病院で、2016 年 4 月から 1 年間に行った 156 名を解析したところ、その結果は期待を大きく超えるものであった。がんの発症原因となったドライバー遺伝子変異で、特に治療標的として期待される変異を検出した割合は 95%、米国 FDA 承認医療薬または治験薬の情報に関する遺伝子変異を検出した割合は 73%にのぼった。京都大学病院が開発した「オンコプライム検査」でも同様な結果であった。

一人ひとりの遺伝子にあわせた医療「プレジジョン・メディシン—精密医療—」は、もはや未来ではなく、現実のものになりつつあり、政府も早期の保険収載を目指している。

- ※ 「精密医療」、「ゲノム医療」、「がんゲノム医療」という単語があるが、すべて同じと捉えてよい。
- ※ マイクロサテライト不安定性が高いと、高価な免疫チェックポイント薬(オプジーボでは年間約 1,700 万円)が効きやすいといわれている。精密医療は、無駄な使用をなくすことにもなり、医療費削減にも役立つ。
- ※ 報告書の「AROD1A」は誤植で、「ARID1A」である(本書参照)。

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

がん治療革命の衝撃—プレジジョン・メディシンとは何か—  
NHK スペシャル取材班著 NHK 出版 2017年9月初版



はじめに

前回本欄で、北海道大学病院で行われているプレジジョン・メディシン(精密医療)を紹介し、「一人ひとりの遺伝子にあわせた医療「プレジジョン・メディシン」は、もはや未来ではなく、現実のものになりつつあり、政府も早期の保険収載を目指している」と締め括った。

8月19日の産経新聞1面トップのタイトルは、「がんゲノム登録義務化、厚生省方針最適治療へ一元管理」。同紙はプレジジョン・メディシンを最適治療と訳している。リードは、「がんの原因遺伝子の情報に基づき最適な治療を行う「ゲノム(遺伝情報)医療」をめぐる、厚生労働省が各医療機関に対し、原因遺伝子や臨床情報について、国立がん研究センター(東京都中央区)内に設置されている「がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への登録を義務付ける方針を固めたことが18日、分かった。遺伝子検査などについては来年度から保険適用される予定で、適用後、登録が義務化される。ゲノム情報を1カ所に集約・保管し解析することで、ゲノム医療の加速が期待される。」

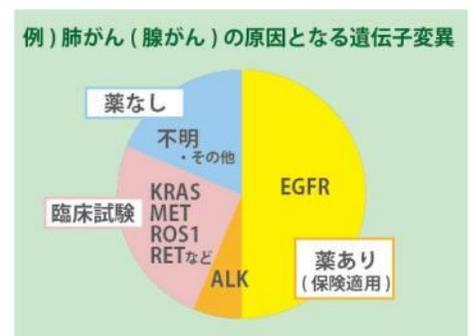
「プレジジョン・メディシン」が、来年4月から身近なものになるようである。今回は、実際の症例も含めて紹介する。尚、本書は、2016年11月20日、NHKスペシャル「“がん治療革命”が始まった プレジジョン・メディシンの衝撃」というタイトルで放送して大反響を呼んだ内容に、2017年7月時点の最新情報を加えて書籍にしたものである。

本書の内容・感想

大野さとみさん(48歳)の肺がん(肺腺がん)が見つかったのは、2012年6月のことだった。ステージ4で手術は出来なかった。分子標的薬のあるEGFR遺伝子変異と異常なALK融合遺伝子を調べたが無かった。何も治療をしなければ余命は6カ月、抗がん剤等で治療をしたとしても余命2年と言われた。

それから5年後の2017年7月、健在だ。しかもがんの大きさはほとんど変わっておらず、一時的にがんの大きさは半分以下になったこともある。

2012年7月大阪の松下記念病院に入院して、シスプラチン、アリムタ、アバスチンを用いた化学療法が始まった。副作用が強く、ほぼ寝たきりの状態であったが、予定通り6クール終了。2013年3月からは、タキソテール、アバスチンを用いた化学療法が始まった。2013年、プレジジョン・メディシンを行う全国規模の肺がん遺伝子診断ネットワーク、LC-SCRUM-JAPANが設立された。新しい主治医の勧めもあり参加した。同年4月結果がわかった。異常な遺伝子RET融合遺伝子が見つかったのだ。分子標的薬カプレルサは、甲状腺がんの一種、甲状腺髄様がん保険適応となっていた。甲状腺髄様がんでは、RET融合遺伝子が高率に発現している。これを踏まえると、大野さんの肺がんに効くのでは…。甲状腺がん保険適応となっているということは、一応安全性は担保されている。(※1)



実際、RET融合遺伝子が認められた肺がんに、同剤を用いた治療が行われていた。近隣では、兵庫県立がんセンターであったため転院。2014年1月から、1日2錠のカプレルサの内服が始まった。副作用として光

線による皮膚炎があるので、直射日光は避けたが、これといった副作用はなかった。開始時がんは進行し、右肺の原発巣の長径は 68 ミリ。両肺に転移、胸膜播種もあった。2 ヶ月後、長径は 41.7 ミリであったが細くなり、転移した部分は、造影剤でほとんど染まらない程良く効いていた。多くの場合、分子標的薬には耐性が付く。大野さんも例外ではなく、徐々に効果が弱くなり、10 カ月後中止となった。しかし、タイミングよく、レンビマという分子標的薬の治験が始まっていた。この薬もカプレルサと同様に、RET 融合遺伝子を含むマルチターゲット薬であり、甲状腺がんにも保険適用となっていた。2015 年 2 月レンビマを用いた治療が始まった。前回とは異なり、副作用として吐気があり、食事ができず体重は 20 キロ落ちた。血圧も上がり降圧剤も内服した。医師の説明は、「がんの大きさを安定させている」であった。この薬も、10 カ月で効かなくなった。その後、従来型の抗がん剤治療を始めたが効果は一時的であった。主治医は変わった。その医師は、分子標的薬アレセンサの使用を提案した。この薬は、ALK 融合遺伝子がある非小細胞肺がんに適応があり、RET 融合遺伝子にはなかった。但し、RET 融合遺伝子を発現させたマウスで効果があったとの報告があり、治験が始まっていた。大野さんはその治験に参加して、2016 年 10 月より内服を開始したが、効果がなく 12 月中止。2017 年 1 月、従来型の化学療法である経口薬 TS-1 とジェムザールの点滴の併用療法が始まった。最初は効果がなかったが、6 月には少しがんが小さくなってきている。治療後 2~3 日は倦怠感等の副作用にさらされるが、4 週間のうち 1 週間は抗がん剤を休めるので、旅行等で気分転換をしている。

(※2)

臨床試験も変わろうとしている。これまでは、「二重盲検法」が主流であった。まず、患者さんを 2 群に分ける。片方には調べたい新薬、他方には対照群として偽薬、または従来薬を投与し、新薬の効果、副作用等を調べる。客観性を保つために、医師、および患者さんにはどちらの群に属しているのかは知らせない。疾患も、肺腺がんを対象にというように、ある臓器のさらにがんのタイプ別であった。この方法では 2 群間での比較のため、患者数の少ない稀な疾患では行うことが難しい。プレジジョン・メディシンでは、新しいタイプの臨床試験、「バスケット試験」が始まっている。これはまず臓器別に分類するが、特定の遺伝子に注目する。また、対照群も設けない。例えば、BRAF 遺伝子変異は、皮膚がんの 1 種である悪性黒色腫に良く認められていて、それに対する分子標的薬ゼルボラフがある。この遺伝子変異は、数%であるが、肺がん、脳腫瘍でも認められる。悪性黒色腫、肺がん、脳腫瘍でも BRAF 遺伝子変異があれば、1つのバスケット(かご)に入れて同時に薬の効果を調べる。

大野さんが参加されたカプレルサの試験、「RURET(ルーレット)」も日本で行われたバスケット試験である。EGFR 遺伝子変異陰性の進行非小細胞肺がん患者 1,536 名の遺伝子検査を行い、34 名(2.2%)に RET 融合遺伝子を認めた。基準を満たした 19 名にカプレルサを投与した。2016 年 11 月雑誌ランセットに、約半数が CT 上明らかに縮小した(奏効率 47%, 奏効期間 5.6 ヶ月)と発表した。(※3)

今後、「がんを起こしている遺伝子によって、がんを分類する時代」になるのかも知れない。



アメリカでは、次世代のプレジジョン・メディシンが始まっている。プレジジョン・メディシンと人工知能を融合させて役立てようというのだ。その代表が IBM の開発した Watson for Genomics(ワトソン・ゲノミクス)だ。IBM はこのシステムを既に全米数十か所の医療機関に提供、販売している。

がんに関する論文は世界中で年間およそ十数万件も発表されていて、1日に数百の論文が新たに加わっている計算になる。当然ながら 1人の医師や研究者が 1日に読める論文の数は限られている。他方、人工知能は人に比べてはるかに大量の論文を読み込み、学習することができる。ワトソンには、すでに数千万件以上の論文を学習している。ワトソンは、

### Watson for Genomicsのプロセス



人工知能の応用に全力を！  
「困窮」に勝つことは待てるが、  
がん患者さんはまっておれない。

ある特定のがん患者のケースについて、関連

する論文や現在行われている臨床試験の情報等を蓄積したデータのなかから調べあげ、それらのデータを統合したうえで、すぐに理解できる状態まで情報を簡素化し、医師に提示することができる。それにかかる時間はわずか2~3分である。

利用している病院の1つ、ノースカロライナ大学病院の医師は次のように言った。「私にとってワトソン・ゲノミクスは経験豊富な先生のような存在、あるいは自分の決定したことが正しいかどうかを確認してくれる同僚のような存在なのです」。

大野さんのように4期で、余命2年と診断された患者さんが、5年後も元気でいられる時代が来た。分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤等の新薬が続々と登場し、遺伝子解析にもとづき、個々のがんに適した薬を処方する。革命的な変化と言っても誇張ではない。NHKスペシャル取材班は、「あと5年で、劇的に変わる」と予測し、さらに本書の帯に「夢ではない、ステージ4からの生還」と書いている。がん治療は大きく変わろうとしている。皆様も本書を通じて、プレジジョン・メディシンを学び、賢いがん患者になって頂きたい。

理事 井上 林太郎

- |   |
|---|
| <p>※1 治験は臨床試験の1つで、新薬等、国の承認を得る目的で行われる。臨床試験には、治験の他に新薬の安全性を調べる等も含まれる。</p> <p>※2 カプレルサは、異常なRET融合遺伝子のみならず、VEGFR、EGFR遺伝子に変異がある場合も効果があり、マルチターゲット薬(多標的薬)と呼ばれている。</p> <p>※3 肺がんは、大きく小細胞肺がん(肺がん全体の約15%)と非小細胞肺がんの2つに大別される。後者はさらに肺腺がん(45%)、扁平上皮がん(25%)、大細胞がん(5%)に分類される。</p> |
|---|

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

— 医者がマンガで教える — 日本一まっとうながん検診の受け方、使い方
近藤慎太郎著 日経 BP 社 2018 年 8 月初版

はじめに

本号の「子宮頸がんワクチンの現状」もあわせて読んで頂きたい。

2018 年ノーベル医学生理学賞を受賞された本庶祐先生は、現地時間 12 月 8 日 13 時 30 分より、ストックホルム市内のホテルにてノーベル・スピーチ後、初となる記者会見を開いた。会見の最後に NHK の記者が、子宮頸がんワクチン問題を含む日本の医療政策に対するコメントを求めた。

「子宮頸がんワクチンの副作用というのは一切証明されていない。日本でも色々な調査をやっているが、因果関係のあるという結果は全く得られていない。厚労省からの(積極的接種)勧奨から外されて以来、接種率は 70% から 1% 以下になった。世界で日本だけ若い女性の子宮頸がんの罹患率が増えている。一人の女性の人生を考えた場合、これは大変大きな問題だ。マスコミはワクチンによる被害を強く信じる一部の人達の科学的根拠のない主張ばかりを報じてきた。

科学では「ない」ということは証明できない。これは文系の人でも覚えておいてほしいが、科学では「ある」ものが証明できないことはない。「証明できない」ということは、科学的に見れば、子宮頸がんワクチンが危険だと言えないという意味だ。なぜこれを報道しないのか。」

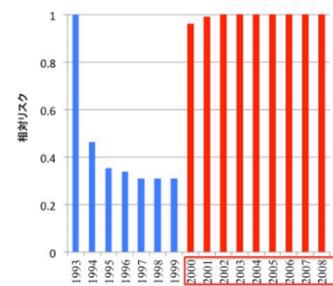
2015 年 12 月世界保健機関(WHO)の諮問機関は、子宮頸がんワクチン(HPV ワクチン)の積極的勧奨が差し控えられている日本の現状に対して、「若い女性達は、本来予防可能であるヒトパピローマウイルス(HPV)関連がんの危険にさらされたままになっている。不十分なエビデンスに基づく政策決定は、安全かつ効果的なワクチン使用の欠如につながり、真の被害をもたらす可能性がある」とコメントを発表した。日本でも、2016 年 4 月、日本小児科学会、日本産科婦人科学会等の 17 の学術団体が、「専門的な見地から、積極的な接種を推奨する」という見解を発表した。

同じ 2016 年 3 月、「HPV ワクチン薬害訴訟全国弁護団」は、原告 124 名に対し、1 人当たり 1,500 万円の賠償を求める集団訴訟が起こした。日本では国家賠償請求訴訟が終わるまでに一般的に 10 年を要する。国賠が終わるまで、接種再開を決断できる首相や官僚は出ないだろうと言われている。「一時差し控え」は、あと 7 年余り続くと考えるのが、現実的だ。相対リスク 1 の図の赤い線は、2000 年生まれから少なくとも 2010 年生まれまで続き、この年代は予防接種により防げた子宮頸がんにかかり、子宮を失うリスクを背負う。だとしたら、どうするか。

本書には、このことを考えるのに適した文章があったので、紹介する。



図9 各生まれ年度の 20 歳時の HPV16/18 感染の相対リスク (このまま勧奨が再開しない場合の、ワクチン導入前1993年度生まれに対する相対リスク)



(Tanaka Y et al. Lancet Oncol. 2016;17:868-9より 改変)

著者の紹介;近藤慎太郎

医学博士。1972 年東京都生まれ。北海道大学医学部、東京大学医学部医学系大学院卒業。日赤医療センター、東京大学医学部付属病院を経て、山王メディカルセンター内視鏡室長、クリントエグゼクティブクリニック院長等を歴任。消化器の専門医として、これまで数多くのがん患者を診療。年間 2,000 件以上の内視鏡検査・治療を手がける。豊富な診療経験の中で、医療についての情報が正しく伝わっていないことを痛感し、講演や様々なメディアを通じて啓蒙活動を行っている。特技はマンガ。本書のマンガも執筆した。

## 本書の内容・感想

本書より、『私は「HPV ワクチンは安全ですよ」と喧伝するつもりは一切ない。重い副反応が起きる可能性を否定することもできない。』

ただ一つ言えるのは、「起きるかもしれないけれど、その確率は著しく低い」ということだ。現実的に一番問題になり得るのはアナフィラキシーショック(\*)だと私は思うが、それでも 96 万接種に 1 回と、極めて稀だ。

一方で、子宮頸がんは、年間約 1 万人が新たに発症し、2016 年には 2,710 人が亡くなっている。「がん情報サービス」によれば、1 人の女性が生涯で子宮頸がん罹患するリスクは約 1%、死亡するリスクは約 0.3%と報告されている。決して少ない数字ではない。このリスクを、ワクチンによってグッと下げることができる。

皆さんも日々実感していることだろうが、世の中には「100 対 0」の分かりやすい 2 択はほとんどない。ビジネスでもプライベートでも、数ある選択肢を天秤にかけて、自分にとって最善と思われるものを苦労しながら選んでいるはずだ。医療も同様で、医療は確率そのものである。

選択肢が複数ある場合は、リスクを十分に説明した後に、良い結果になる可能性が高い選択肢をオススメする。その結果、新しい状況が生まれれば、それに応じて可能性の高い選択肢をオススメする。この繰り返しだ。医療者にできることは、実はそれ以外にほとんどない。

その際に重要になるのは、やはり、具体的な数字だ。具体的な数字があれば、選択をすることは俄然、容易になる。漠然としたイメージや不安感、間違った情報を基に判断することは避けなければならない。

「結局、HPV ワクチン問題についてどう思うのか」と問われれば、私はそれぞれのリスクをきちんと理解した上で、ワクチンを打つことをオススメする。

ここだけ押さえれば、がんのリスクを減らせるなどというズバ抜けて効果的な医療は、現実には滅多にない。

HPV ワクチン問題について、厚労省が煮え切らない態度をとり続けていることも、状況を複雑にしている一因だ。

色々な事情があるのだろうが、この問題に限れば、公的機関として責任を果たしているとは言えない。そして非常に困ったことに、厚労省が見解を出していないからといって、この問題を棚上げにしているわけではない。特に接種対象の年齢の少女がいる家庭は、判断を迫られていると考えた方がいい。

厚労省のスタンスはあくまで、積極的な接種勧奨(=ポスターやはがきによる接種の呼びかけ)を一時的に差し控えているだけであり、実は依然として、HPV ワクチンは定期接種の対象であり、希望すれば普通に接種できる。

重要度の低い問題であれば、判断を保留して様子を見る選択肢もあるが、この場合だとそれは、子宮頸がんのリスクを取るようになってしまう。

一般の人にとっては、非常に難しい状況だろう。自分のことなら仕方がないと諦められても、対象が大切な家族であれば話は別だ。家族で素直に話し合って、最良の選択を下すことを祈っている。』

皆さんはどのように考えられるのであろうか。本書の主題は、「がん検診」の受け方、使い方であり、学ぶことが多かった。この点に関し、再度紹介する予定である。

理事 井上 林太郎

(\*)アナフィラキシーショックとは、過敏症性ショックと訳される。本例の場合は、ワクチン接種により数秒から 30 分以内に過敏反応が起こり、蕁麻疹、血圧低下、気道の浮腫による呼吸不全、意識消失等が生じる。適切な処置が行われなかった場合は、死に至ることもある。あらゆる薬で可能性はゼロではなく、特に抗生物質で頻度が高い。



ら説明しよう。本書より随時抜粋する。

HPV ワクチン被害訴訟全国弁護団は、2016 年 3 月 30 日記者会見を行い、「国とワクチン製造企業を提訴する」と発表し、7 月 27 日より裁判が始まった。日本では国家賠償請求訴訟(国賠)が終わるまでに一般的に 10 年を要する。国賠が終わるまで、接種再開を決断できる首相や官僚は出ないだろうと言われている。よって、この先 10 年間で産婦人科医は、「10 万個の子宮」を取らなければならないことになる。現行のワクチンを用いれば、子宮頸がんの約 65%を防ぐことができる。ワクチンを接種しないことは、何と罪深いことか。

世界中のどの国でもワクチンが導入されればそれに反対する人は必ず出てくる。しかし、日本には厄介なことが 2 つ起こった。ひとつは、政府がサイエンスよりも感情を優先した政策を取ったこと。もうひとつは、ワクチンによって引き起こされたという被害を訴える医師が登場したことだ、と著者はいう。事件は 2 つ起こった。ワクチン接種後における副反応に特化した病名を提唱する医師が登場したこと。もう 1 つは、メカニズムを解明したという医師が現れたことである。事件について述べよう。

2013 年 4 月 1 日子宮頸がんワクチンが定期予防接種となった。マスコミが副反応のことで騒ぎだし、わずか 2 ヶ月後の 6 月 14 日厚労省は、異例の「積極的接種勧奨の中止」を発表した。話は前後し、3 月 25 日、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会(通称;被害者の会)が設立され、4 月 8 日に記者会見を開き、500 円で DVD を配布した。接種後に痙攣をおこしている少女や、足を引きずって歩く少女の姿が収められていて、テレビ局はこぞって放映した。

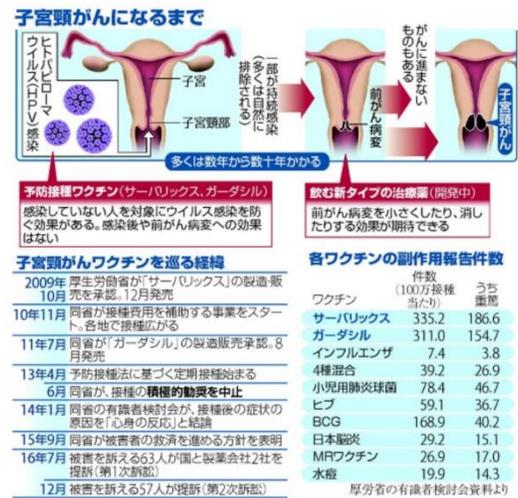
筆者が小児科医や精神科医に問い合わせると、この年齢では比較的良好に出会う疾患で、「身体表現性障害」という疾患の可能性が高いとのことだった。厚労省も同様の見解を同年 12 月発表している。症状は多彩で、異なる部位の体の痛み、下痢・嘔吐・便秘等の消化器症状、月経不順を含む性的症状、運動麻痺・脱力・痙攣等の転換性障害、記憶障害等の解離性障害、その他、意識喪失、幻覚等で、別掲の毎日新聞の副反応にも一致する。心因性で、痛みや恐怖、不安、プレッシャー等が誘因となり、同ワクチンは接種時痛みが強いと言われている。画像診断、痙攣時の脳波も正常で、免疫関係も含め血液検査上異常を認めない。よって、治療法は、丁寧に子供と向き合い話を聞いていくこと、その中で抑圧されていた不安や不満が徐々に表出されることを待つ。

2014 年、東京医科大学医学総合研究所所長・西岡久寿樹氏は、原因はワクチン接種で狂った免疫系が引き起こす自己免疫による脳障害であると仮定し、「HANS(ハンス; HPV ワクチン関連神経免疫異常症候群)」という疾患を作った。2014 年 9 月、名古屋で行われた日本線維筋痛症学会の「子宮頸がんワクチン」のセッションで HANS について講演した。医師はまだらで、被害者の会の関係者とメディアが大半であった。記者は領きながら、関係者は涙ぐみながら聴いていた。因みに同学会の設立者は、西岡氏である。診断基準もないため、診断、治療は特定の医師にしかできない。治療法は、認知機能の低下に対し、脳に委縮も無いのに認知症治療薬アリセプト、メモリー。それだけではなく、自己免疫異常という仮説の基、ステロイドホルモン大量療法、血漿交換療法。慢性の痛みに対し、外科的に脊髄に金属板を入れて電気治療をする、脊髄電気刺激療法等。当然、これらの治療法により症状が悪化する場合も多い。

だが、心因性と言われ傷付き、症状が悪化するケースもある。そんな少女達、親、弁護団にとって、「ワクチンによる脳神経障害」と断じ、一緒に戦ってくれる医師が良い先生なのだろう。そして少女達もまた、「新しい病気を見つけた」と主張したい医師達にとって欠かせない存在なのだろう。

2016 年 3 月 16 日、信州大学第 3 内科(脳神経内科)教授兼医学部長兼副学長(当時)池田修一氏は、遺伝子レベルの解析、マウス実験の結果を発表した。肩書もありメディアは取り上げた。例えば毎日新聞の見出しは、「健康障害 患者 8 割 同じ遺伝子」(17 日朝刊)。また、16 日の夜、TBS 番組 NEWS23 にも池田氏自身が出演し説明した。前述した、2 週間後の 30 日の弁護団の記者会見は偶然だろうか。

遺伝子に関しては、筆者は、京都大学ゲノム医療センターの松田文彦教授の協力を得て検証した。3 月 24 日、池田班(研究班)のデータにおける「保有率と頻度の混合」という基本的ミス指摘し、正しい検証結果



も示し、池田班が原因と主張する遺伝子と副反応には因果関係がないということをウェブ記事で発表した。

池田氏は同番組で、マウスを用いた実験で「子宮頸がんワクチンを打ったマウスだけ、脳の海馬・記憶の中枢に異常な抗体が沈着。海馬の機能を障害していそうだ」と述べた。スライドで結果は示されたが、実験のデザインは明らかでなかった。取材を重ね数ヵ月後、実際に実験を行ったのは、信州大学産婦人科教室・A 特任教授(原文ママ)と突き止めた。詳細は本書に譲るが、使ったのは特殊な遺伝子改良マウスであり、何もしなくても自己抗体ができやすいマウス。「実はスライドはワクチンを打っていないマウスの脳切片だ」と語った。著者は、6月17日「子宮頸がんワクチン薬害研究班に捏造行為発覚」と報じた。

2016年8月17日、池田氏は「研究内容を捏造だ」と断言したのは名誉棄損に当たるとし、東京地方裁判所に著者、ウェッジ社、当時の編集長を起訴した。池田氏の弁護団の1人、清水勉氏はB型肝炎訴訟、エイズ訴訟等に携わっていた弁護士である。本書上梓後のことでふれられていないが、2019年3月26日、「A氏、池田氏本人への確認取材が不十分」という理由で著者らの全面敗訴となった。

薬害や公害問題の相次いだ昭和50年代、最高裁は「訴訟上の因果関係の立証は、1点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑を差し挟まない程度に真実性を持ちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りうるものである」(昭和50年10月24日)として、因果関係の程度には、厳密な科学的証明は求められず、一般人を説得できる程度の証拠があれば十分であることが示された。今回の「子宮頸がんワクチン訴訟」もこの判例を踏まえるのであろうか。昭和50年代とは異なり、今は、EBM(科学的根拠に基づく医療)が重んじられる時代である。厳密な科学的根拠に基づいて、判決を下して頂きたいのだが。

繰り返すが、接種により約65%を防ぐことができるのに、年間1万個の子宮が失われているのが現状である。医師として、がんサバイバーとして、何もできない自分に落胆せざるを得ない。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

無菌病棟より愛をこめて
加納朋子著 文藝春秋 2012年3月初版(2014年9月文庫化)



はじめに

競泳女子のエースで白血病を公表した池江璃花子選手(18)が3月6日、ツイッターで「思ってたより、数十倍、数百倍、数千倍しんどいです」と病気に立ち向かう心境をつづった。3日間以上、食事ができていないと明かした上で「でも負けたくない」との強い思いも示した。一産経新聞より

体調不良のためオーストラリア合宿から2月8日に急遽帰国。その後の検査で白血病と診断されたことを12日自身のツイッターで明らかにした。急性骨髄性白血病(AML)か急性リンパ性白血病(ALL)かは不明だが、「急性白血病」である。「思ってたより、数十倍、数百倍、数千倍しんどい」ともらした治療とはどのようなものなのか、本書を通じて紹介したい。

著者の紹介；加納朋子

1966年10月19日福岡県生まれ。小説家、推理作家。92年、「ななつのこ」で第3回鮎川哲也賞受賞し作家としてデビュー。94年発表の短編「ガラスの麒麟」で、第48回日本推理作家協会賞受賞。著書は多数。ご主人は、推理作家の貫井徳郎氏。43歳時、急性骨髄性白血病に罹患。

本書の内容・感想

2010年年明けより体調は良くなかったが、仕事、町内会の行事、一人息子の卒業式、入学式もあり、無理をせざるを得なかった。39度台の発熱で、5月初旬近所のクリニックを受診。貧血を指摘された。その後も倦怠感、発熱、風邪症状が続くため、再度受診。血液検査の数値がすべて異常であったため、大学病院へ紹介となった。

6月16日血液内科受診。翌日朝1番で骨髄検査(マルク)を行い、その後輸血を行うことに決まった。骨髄検査の結果、急性白血病に間違いないとのことで、その日、たまたま空いていた個室へ入院となった。ネットで検索すると、5年生存率35%、「3人に1人か」と私はつぶやいた。

18日夕方、主治医からご夫婦へ説明があった。「病名は急性骨髄性白血病。FAB分類ではM2に近いかとも思われる。造血幹細胞移植(骨髄移植)ということになる可能性はあるが、その治療はここでは行えない。寛解導入療法を1週間行い、その後数値の回復を待つ。これには1ヵ月要する。その後、地固め療法を4回行う予定である。」

著者は6月19日(土)より簡単な日記をつけ始めた。抜粋する。

19日、「(中略)お次はまたもや超音波検査、今度は心臓。この待合室が薄暗い穴蔵みたいな感じで、待っているうちに、ふいに途方もなく不安になってきた。さっき問診で家族のことに触れた際、先生に「お子さんのこと、ご心配でしょうね」と言われた。そのときにもちょっとうると来たのだが、後でこうして1人になると、やっぱり考えるのは子供のことだ。この春、中学生になったと言っても、まだたったの12歳である。とてもとても大切に、大好きで、可愛くてたまらない我が子に、もしかしたら、辛い思いをさせてしまうかもしれない…。そう考えただけで、瞬間的に涙の粒が盛り上がる。(中略)ぼたぼた垂れ落ちる涙を、私は懸命にパジャマの袖で拭いた。」

6月21日(月)、キロサイド、イダマイシンの2種類の抗がん剤を用いた寛解導入療法が始まった。同日の日記より。「夜になって軽い吐き気がきたものの、なんとか振り切って寝た。こうして化学療法1日目は特にどうということもなく終わった…かと思われた。深夜になり、突然強い吐き気。トイレにも間に合わず、近場の洗面台に向かってえずく。胃が空なため、出てくるのは少量の胃液のみ。」28日(月)抗がん剤療法終了。点滴もはずれ自由な身になった。ヘモグロビン値6.3、好中球420、易感染性レッドラインに突入。夕方より3度目の輸血。29日、「困ったことに、起きるなりお腹が壊れて痛い。午前中はずっと下痢状態であった。」7月1日血小板1.2、夕方血小板輸血。9日、好中球ゼロに。10日、「髪の毛、指でそうっと触るだけで、1

度に 100 本くらい抜ける。床や洗面台が大変なことに…。もちろん朝の枕カバーは言うにおよばず。」

7月20日(火)11時、マルクを腰より行う。「5時過ぎ主治医の先生よりショックなお話。寛解はしたが、特殊な染色体異常の可能性あり。その場合、早期再発の可能性が高いため、骨髄移植を念頭に兄弟の HLA マッピング(HLA ; 白血球の血液型, これが一致することが移植には必要)をなるべく早くやっておいた方がよい。地固め療法をすぐに行う。全身状態が良く、寛解している今は移植には好機。無論ハイリスク。約 25% は移植よる死亡の可能性あり。」後日、20 個の細胞すべてに、「DEK/CAN」という異常な融合遺伝子が見つかったと告げられた。AML 中 1%にしか認められない極めて特殊なタイプ。抗がん剤が効きやすく多くの場合寛解する反面、1年以内に再発する。

7月23日(金)より、抗がん剤キロサイドとノバントロンを用いた 1 回目の地固め療法が始まった。24 日、「朝、起きるなりもう気持ちが悪い。朝食。ロールパン 1 口。西瓜を少し。牛乳は飲めず。」8月4日、兄弟(姉、弟、妹)が、HLA タイピングテストを受けに来る。9 日、弟と HLA、さらに血液型も A 型プラスですべて一致する(フルマッチ)とわかった。

8月27日(金)、2 回目の地固め療法が始まった。28 日、「夕食はお粥を 1 口の半分。もう全然ダメ。化学療法の副作用も、回を重ねる毎にひどくなっている気がする。お茶だけをゆっくり飲むが、後でまた全部吐く。苦しい。」9月1日(水)終了。17日(金)、「すっかり日付が飛んでしまった。大変な 1 週間だった。月曜、朝 10 時に熱が 37.5 度になり、あれ、とと思っていたら、夕方には 39 度を超えていた。細菌感染である。白血病患者死亡原因のナンバーワンだ。」細菌感染による発熱、その後の血液の数値の戻りが悪かったことから、これ以上の化学療法は中止となった。移植日が、10月28日に決まった。

10月13日(水)、骨髄移植のため、がんセンターへ転院。無菌室が 5 床ある全 20 床の無菌病棟に入院である。14 日より無菌化(体内の菌をなくす処置)のために無菌食、抗生剤の内服が始まった。19 日、44 回目の誕生日、無菌室に入室。

24 日よいよ前処置開始。前処置とは、腫瘍細胞の根絶だけでなく、移植後の拒絶反応も押さえるために患者側の造血細胞もゼロにするために、致死量に匹敵するほどの抗がん剤の投与、および放射線を全身へ照射することである。10 時よりエンドキサン 3,018mg 点滴。「午後から体がだるくなり、やがてとてつもなく気持ち悪くなってきた。」26 日、27 日放射線の全身照射。「『食べられなくても大丈夫、死なないから』とは先輩患者さんの名言である。カテーテルから栄養と水分を流し込んでいるので、食べられなくても一応、最低の生存は保障されているのだ」。著者の場合は、1 日 1,000 キロカロリーの高カロリー輸液が行われた。28 日骨髄移植を行った。午後 4 時より、およそ 4 時間かけて弟の骨髄液およそ 1,000mL を点滴。11 月 4 日、「ちょうど 1 週間たった。具合はどんどん悪くなっている。お腹の壊れは今までは夕方頃までには収まっていたのが、もう全然ダメ。夜中にもトイレに通い、お尻が痛くて眠れなくなってしまった。もう涙目である。ほとんど何も食べられない。喉の痛みも強くなってきた。上から下まで、全部難あり状態。4 時から血小板輸血。するとみるみるうちに 1 円玉大の発疹がいくつも盛り上がってきた。猛烈にかゆい。輸血によるアレルギー反応である。」

12月13日好中球 1,287、やっと回復傾向。同月 18 日退院となった。「ついに退院！ 長かった…。涙。」

再度、治療をふりかえってみよう。基本は化学療法で、目標は、すべてのがん細胞を殺すこと、”total cell kill”。当然、抗がん剤は、がん細胞のみならず、正常細胞も殺すので、細心の注意が必要(“支持療法”と呼ばれる)。白血病細胞の増殖スピードは、正常細胞の回復スピードよりも遅い。よって、理論的には、適切な抗がん剤を用いれば、化学療法のみで治療可能である。但し、予後不良と予測される場合、再発した場合には、造血幹細胞移植(骨髄移植)も考慮される。

最初の化学療法終了後、造血機能が回復した段階で、末梢血に白血病細胞が存在せず(顕微鏡下検出限界)、骨髄の芽球比率が 5%未満の状態を完全寛解(CR)と呼ぶ。まずは、CR を目指す。この治療法が“寛解導入療法”である。但し、必ず顕微鏡では見えない白血病細胞が体内にいる。寛解導入療法のみでは再発するので、残存する白血病細胞の根絶のために、寛解後療法を行う。これには、地固め療法と、維持療法がある。維持療法は、地固め療法ののちに、長期間、間歇的に行う。ALL で行われることが多い。

池江選手が治療を開始して約 7 ヶ月。経過はいかがであろうか。思春期・若年成人(AYA)世代を対象とした 5 年生存率は、AML で約 50~60%、ALL で 70%前後。

『病とは、実に理不尽なものです。どんなに真摯に努力しようと、駄目なときは駄目。そしてまるで努力していない(ように見える)人が、あっさり快復してしまったり。人生そのもののように、不公平で残酷です。私の頭の片隅には、「再発したらどうしよう」「2 次がんになったら…」という思いが、常にあります。もし



そうになったら、またあの苦しみを最初から味わうのか。心が折れずにいられるのか。考えることさえ嫌だ、というのが正直なところだ。けれどもやはり、その場合であっても、諦めず、投げ出さず、地を這うようにしてでも前に進んで行くしかないのだろうと思います。』—文庫版あとがき—より。  
「諦めず、投げ出さず、地を這うようにしてでも前に進んで行くしかない。」この言葉をすべてのがん患者さんに贈りたい。

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

—未来を見つめて—がんと共に生き、考え、働く—治療と仕事の両立を目指して—  
石川邦子著 方丈社 2019年7月初版



はじめに

著者は、45歳の時、カウンセラーとして独立。2016年12月、血液のがん「多発性骨髄腫」に罹患した。働き盛りの58歳。仕事を辞めてご主人の扶養家族になるという発想は全くなかった。厚生労働省は2016年2月「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を発表した。同年12月衆議院本会議で「改正がん対策基本法」が可決成立し、その中には「事業主は、がん患者の雇用の継続等に配慮するように努める」と明記されている。今回は「がんと就労」について、本書を通じて考えたい。

著者の紹介;石川邦子

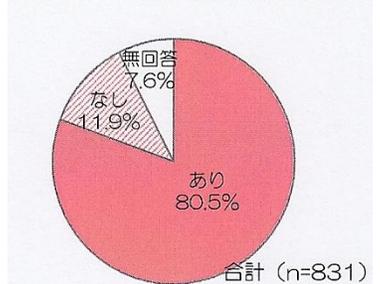
1977年、IT関連企業トランス・コスモス株式会社入社。同社専務取締役を経て、2003年、キャリアデザインおよびストレスマネジメントを支援するNatural Willを設立し、代表に就任。2011年、日本産業カウンセリング学会にて学術賞を受賞。現在も、メンタルタフネス研修、キャリアデザイン研修等で講師を務める一方、カウンセラーとして企業内のキャリア支援等多方面で活躍中。

本書の内容・感想

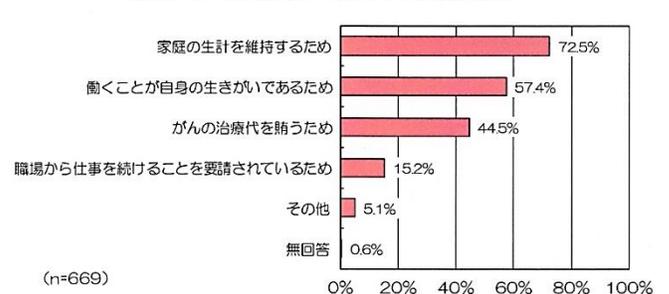
まず、著者の病気の診断がつくまでを紹介する。2016年夏頃から背中中の痛みを感じるようになり、近医整形外科を受診。レントゲンを撮ってもらったが異常はなく、痛み止めで経過観察となった。9月に風邪をこじらせた。肺炎も否定できないため、CT検査を施行。第7胸椎圧迫骨折を指摘された。骨密度が正常だったため、骨粗鬆症による圧迫骨折の可能性は低い。がんの骨への転移かも知れない。複数の医師にみてもらったが、がんは見つからなかった。生活習慣を改善するように指示された。ただ1人非常勤のC医師のみ、「固形がんでないことは画像診断でわかった。残るのは血液のがんだな」と指摘。著者はこの言葉が気にかかったため、検査結果を再確認。「涙滴赤血球を認めます」という記載があった。これは血液のがん「骨髄線維症」に特徴的な所見である。生活習慣の改善とした医師はご機嫌斜めだったが、総合病院血液内科に紹介状を書いてもらい12月初旬受診。骨髄検査により、「多発性骨髄腫」と診断された。治療は、12月中旬よりN医療センターで始まった。蛇足だが、多発性骨髄腫でも涙滴赤血球が認められることはある。

著者は、カウンセラーらしく、何事もポジティブに考えることを大切にする。本書より、『周りの人は「問題なし」と言った医師を非難する。でも、その医師を非難することより、「C先生に出会えてラッキーだった」と捉えると気持ちが軽くなる。医師は万能ではない。だからこそ、セカンドオピニオンが必要だ。自分の健康は自分で責任を持つしかない。』

図表 19-1 今後の就労（継続）意向



図表 19-2 仕事を続けたい（したい）理由（複数回答）

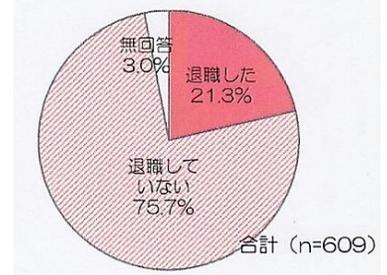


本題に戻る。東京都は2014年5月、65歳以下の就労者を対象にした「がん患者の就労等に関する実態調査」(男性 52.3%)を発表した。都のがん患者のうち、25歳から64歳までが占める割合は34%である。図表 19-1 のように、約8割の人が就労の継続を希望している。その理由は(図表 19-2)、「生計の維持」、そして「働くことが自身の生きが

いであるため」が続く。がんに罹患しても仕事が生きがいなのだ。事業者側の柔軟な対応もあり、希望は叶っているようだ(図表 13-1)。他方、周りの従業員の理解不足、欠員の補填・業務への配慮、会社制度(休暇・休職制度、就業時間等)との不整合等の課題も指摘されている。

治療後の復職のタイミングは、がんの種類とそのステージにより異なる。内視鏡切除等で、全身への負担が少ない治療で済むケースは、数日から数週間の休暇で復職できる。有給で対応できる人もいる。手術や、抗がん剤治療、放射線療法等全身への負担が大きいケースの場合、治療方針や経過に沿って復職のタイミングを見定めていく必要がある。順天堂大学の遠藤源樹の調査によると、休職開始からフルタイムでの復職までには、平均 201 日、時短勤務の復職までには平均 80 日を要している。

図表 13-1 がん罹患後の退職の有無



次に、「がんと就労」に関し実務的なことに触れよう。

前述した厚労省のガイドライン(2016年2月)には具体的に、次のような両立支援の進め方が示されている。①がん罹患労働者が業務内容等を記録した書面を主治医に提出。②それを参考に主治医が症状、就業の可否、望ましい就業上の措置、配慮事項、将来の見通し等を記載した意見書兼診断書を作成。③労働者は主治医の意見書を事業所に提出、次いで事業者が産業医等の意見を聴取して、就業上の措置等を決定、実施する。

現実はどうか。本書より引用する。『企業内や病院では、このガイドラインが浸透しているとは言えない。特に②の意見を書くことを、自分の役割ではないと拒む医師も多いようだ。』

これは、医師と患者の思いの乖離のためと私は思う。最初に引用した東京都の調査で、就労の継続を希望している理由の「生計の維持」は理解し易い。多くの医師には、2番目の「働くことが自身の生きがいであるため」が体得できていないためではなかろうか。

本書より抜粋する。『治療と仕事を両立していくことができれば、役割や目的を持って未来を考えられるのではない。人生に張りが生まれ、「生きる目的」「楽しく生きる」ことにつながる。あるサバイバー(※)が話してくれた。「やはり、病気だということで、周囲は負担をかけないように配慮してくれて、役割が減ってくる。助かるけど、ちょっと寂しい」と。これが本音だと思う。私も、年齢的なこと(2018年に還暦を迎えた)と、病気のこと等もあり、仕事をセーブする方向で進めているが、寂しいという思いもある。

「役割を持つ」と言っても仕事に限定する必要はない。ボランティアであれ、家事であれ、社会における役割でよい。役割には、周囲の期待があり、その期待に応えることが、日々を張りのあるものにしていく。他者との関係性の中で、役割を持つこと、期待に応えることは、自分の存在意義につながっていくのではないのだろうか。がんサバイバーだからこそ、病気と折り合いをつけながら人生を楽しんでいく。』

別の角度から次のように述べている。『がんになってしまったから、生きがいよりも治療を優先しなければならないと決めつけるのではなく、生きがいを持ちながら、治療をしていくために、本人も周囲の人も一緒に考えていくことが大事だと思う。私にとっての生きがいは、自分がやりたいと思うことを自分の裁量でやっていくことであり、周囲に必要とされることであり、精神的にも経済的にも自立していることで、それは自尊心につながるものだと思う。』

但し、次のことも大切である。『治療と仕事の両立をしていく時に、相手に求めることばかりにならないことが、とても重要だ。自分も周囲も初めての体験。お互いが手探りということを忘れない。』患者の口から、主治医にどうして仕事を続けたいか、「意見書兼診断書」を作成してもらおう意味を伝えることも、「賢いがん患者」には必要なのであろう。

著者の病気の経過等は。「おわりに」より抄出する。

『この本を執筆している時に、ちょうど検査の数値が悪化して、いわゆる再発の状態になった。多発性骨髄腫の場合、完治は難しく、完全寛解の状態だったのが、本格的な治療をしなければならなくなった。私は、今やりたいことがてんこ盛りにある。その1つは、「おとなのがん教育」だ。企業や組織の中で、がん治療と就業の両立が当たり前の世の中になるために、もっとがんについて身近なものとして、取り入れていってもらえるように啓蒙活動を行っていきたい。国の施策として、様々なものが用意されているにもかかわらず、ほとんど知られていないのが現状だと思う。治療は長期戦でお金もかかる。仕事を辞めなくてもいい環境づくりの手伝いをしていきたいと考えている。』

先日、中国新聞の取材の準備のために、日記を読み返した。

『子供が大きくなるまで、少なくとも10年は生きたい。それなりに仕事もしたい。それならば、「右前腕または上腕で切断する」のが最善の方法であろう。「右手がなくても、内科医として仕事はできる」と結論に達した。』

当時は、「それなりに仕事もしたい」と漠然と思っていたが、本書を読んで深層を理解することができた。他方、書類

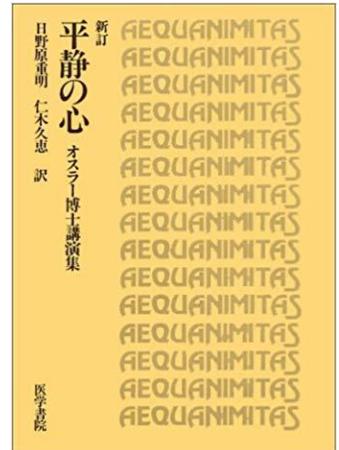
書きが山ほどある同じ医師として、「意見書兼診断書」を拒む気持ちも十分に理解できる。今後、何かの機会があれば、就労に関して、医師とがん患者の懸け橋になりたいと思う。このことも、私の生きがいにつながる。

理事 井上 林太郎

(※)がんサバイバーとは、がんを克服した人という印象が強いが、がんと診断された直後から、治療中の人も含めて指す。さらに、その家族、介護者も含まれる。－本書より－

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

平静の心 -オスラー博士講演集-  
日野原重明・仁木久恵 訳 医学書院 1983年9月初版



はじめに

昨年9月に取材を受けて、10月記事となった。「お医者さんとどう向き合う？ -すれ違う医師と患者-」というタイトルであった。正直なところ、私はめったに中国新聞を読まないのので、これまでの内容を知らない。しかし、考えさせられた。「医師と患者はすれ違っているのか」、「一般の人はお医者さんとどう向き合えばよいのか迷っておられるのか」。自問した。「自分は今まで患者さんとすれ違ってはいないか振り返ったことがあるのか」、「お医者さんとどう向き合うべきかと困っておられることを考えたことがあるのか」。後日ある患者さんから言われた。「最近、まともな医師が減ってきていると思います。私達はこのような記事を求めているのです」。再度自問した。「はたして自分はまともな医者なのだろうか」。そんなことを悶々と思っていた。本箱の隅に眠っていた本書を手にした。

『「知識は容易に得られる。だが、叡知を得るには時間がかかる」という言葉があるが、医学に関して言えば、現代生きる我々凡人が、古代ローマ人以上に思慮分別を持っているとは言えないだろう。かつて古代ローマ人は、信じやすいがために唯々諾々と当時のやぶ医者らの犠牲となった』。本書の注によると、という言葉とは、英国の桂冠詩人テニソン(1809 - 1892)のものである。この文章を読んで考えた。私も、知識・情報だけに満足していないのか、叡知を学ぶ努力をしているか、と。

皆様方にとっての理想の医師とは。がんとは直接的には結びつかないが、参考になると思うので、今回は本書を紹介する。

訳者略歴；

日野原重明 (ひのはら・しげあき)

1911年(明治44年)10月山口県に生まれる。1937年京都大学医学部卒業。1941年より、聖路加国際病院に勤務。1951年米国エモリー大学に留学。帰国後内科医長、院長を経て、聖路加国際病院理事長・名誉院長、聖路加看護大学理事長・名誉学長、日本オスラー協会会長等歴任。アメリカ・オスラー協会名誉会員、ロンドン・オスラー・クラブ名誉会員。専攻は、内科学、予防医学、医学教育、看護教育、終末医療。2017年7月没、享年105歳。

仁木久恵 (にき・ひさえ)

1961年津田塾大学卒業。1965年テキサス大学大学院にて Master of Arts 取得。1968年津田塾大学大学院博士課程修了。聖路加看護大学教授、明治大学教授を経て、現在、明海大学名誉教授。

本書の内容・感想

ペンシルベニア大学を去る時、卒業式で告別講演を行った。ウィリアム・オスラー先生(写真)の遺した講演の中で、最も有名なものである。1889年(明治22年)5月、39歳のときである。抄出する。

『諸君は卓越した地位を授けられ、それに伴う重大な職務と責任を果たすために、今日この大学を巣立つ。そこで、諸君の一生を左右する要因の中から、次の2つを取り上げる。

まずは第1に、内科医・外科医を問わず、医師にとって、「沈着な姿勢」、これに勝る資質はない。医師に不可欠とも言える身体に備わる美德だ。優柔不断でいつもよくよし、それを表面に出す医師、日常生ずる緊急事態に狼狽し取り乱す医師、こういう医師はたちどころに患者の信頼を失う。沈着な姿勢を真に完璧なものとするためには、幅広い経験と病気の諸症状についての詳しい知識が必要である。知識を備え経験を積

んだ医師は、何事が起ころうとも、心の平静さを乱されることはあり得ない。今後起こりうる事態は歴然としており、取るべき行為は決まっているからである。

第 2 に、身体的な資質と対をなす精神的な資質に注目してみよう。ローマの賢帝、アントニヌス・ピウス(86 - 161)は、自宅で死の床に臥せていたとき、自らの人生観を要約して、「平静の心」という言葉を座右の銘とした。アントニヌス・ピウスと同様、諸君も、「平静の心」を持つことが望ましい。平静の心は天性の気質に負うところが大きい。それと同時に、自分と周囲の人間、あるいは生涯をかけた職業と自分がどう関わり合っているのか、この点についても、はっきりとした認識を持つことが必要不可欠であろう。

悲しいことだが、諸君は将来、失望あるいは失敗に見舞われることもあるだろう。その時まで、不幸にめげない明るい平静の心を身につけておくことが望ましい。諸君に平静さを説いてはいるものの、実は、この私自身が心の定まらない漂流者である。教授・学生諸君、ごきげんよう。あの良き古(いにしえ)のローマ人の座右の銘「平静の心(Aequanimitas)」を胸に抱き、これからの闘いの日々を歩んでいっていただきたいと思う。補足だが、aequanimitas は、ラテン語である。平静、冷静。理性を尊び、感情にとらわれない沈着な態度を意味する(本書注)。

オスラー先生は、看護師を愛し、医師以上に患者のケアの中心的ケアの中心的担い手の役を務めるのは看護師であると信じていた。私も同感である。1897 年 6 月のジョンズ・ホプキンス病院看護学校の卒業式での講演も心に響く。抜粋する。『我々の中には、次々に展開する苦しみを目の当たりにして、当初抱いていた共感の鋭い刃を徐々に鈍らせてしまう者もいる。我々医師と看護師は、自らの感覚を鈍らせないために、永続的な矯正措置を 1 つだけとることができる。それは、孔子の言う人類の黄金律を患者に実践することである。子曰く「己れの欲せざる所、人の施すこと勿かれ」と。この言葉は完徳の勧めとしてキリスト教でも用いられているので、我々にも馴染み深い言葉である。律法も預言者の言葉も、この語句の中にすべて言い尽くされていると言えよう』。本書の注によると、完徳の勧めとは、新約聖書、マタイによる福音書(7 : 12)、「だから、何事でも人々からしてほしいと望むことは、人々にもその通りにせよ」である。私も再度、孔子の言葉を確認した。

話は前後するが、オスラー先生について紹介したい。日野原先生の著書、「医学するところ—オスラー博士の生涯—」より抜粋する。『ウィリアム・オスラー(1849 - 1919)は、イギリスの思想家カーライルの実践哲学を受けて、生かされている今日という日に全力投球して日々を生きた人であり、オスラーは医学生を講義室よりも患者が終日いる病室で教育したことで有名である。そのオスラーの名著として知られている「平静の心」は、オスラーがアメリカ合衆国で内科教授をしていたとき、医学生、看護師、開業医に行った 18 回の講演をまとめたものである。この本は、私が医師となってからの半世紀以上の生涯を通して、座右の書となり、私の臨床医学と医学教育への情熱の油となって、私のからだの中で燃えつづけた。』

『オスラーは 1849 年に英人の牧師の子として、カナダに生まれ、1919 年に英国オックスフォードの“Open Arms”の愛家で 70 年半の生涯を終えた。36 歳から 56 歳までの人生の絶頂期は米国のペンシルヴァニア大学とジョンズ・ホプキンス大学で過ごした。彼は病理学から臨床へ、さらに予防医学へと、医学の全野を涉猟し開拓し、それらを緊密に結びつけていった。研究と、診療と、教育とに、彼ほどのひたむきな情熱を捧げ、また言葉を行いとした医人は東西に稀であろう。医者は単なる科学者ではない。むしばめる体と病める心に触れ、これを癒し慰める科学者たるべきである。オスラーには、科学者としての精緻な観察力、冷静な思考力と共に、人の心情の琴線に触れ、多くの人々の友となる心の豊かさが備わっていた。文学、哲学に対する深い造詣と、幼き日からの信仰と、人に仕えんとする心が彼をしてまったく人たらしめたのである。』

本書に戻る。医術とは何か。『医術(art of medicine)の定義として最も優れたものの 1 つで、私の内科の教科書を飾る表題に選んだ文は、「つまり医術の方は、患者の本性を考察し、また自分が取り行う色々な処置をもよく研究していて、そしてその 1 つ 1 つのケースについて理論的な説明を与えることができる技術(アート)である」と書かれた 1 節である』と述べている。これは、プラトンの著書、「ゴルギアス」からの引用である(本書注)。1903 年の秋、オスラー先生は医学生に次のように講演している。『医療とは、ただの手仕事ではなく技術(アート)である。商売ではなく天職である。すなわち、頭と心を等しく働かせなければならない天職である。諸君の本来の仕事のうちで最も重要なのは水薬・粉薬を与えることではなく、強者より弱者へ、正しい者より悪しき者へ、賢い者より愚かな者への感化を及ぼすことにある。諸君の仕事のゆうに 3 分の 1



は、専門書以外の範疇に入るものである』。

日野原先生は、終戦後、本書に出会われ、日本の若き医学徒のために、昭和 58 年、翻訳して出版された。その後、「オスラーの精神は、半世紀半余にわたる私の医師としての生涯の中に消えることなく燃えつづけており、また行く手をも指し示し続けてくれると思う」と述べられている。遅れて本書を手にしたが、私もオスラー先生の精神を少しでも吸収し、叡智として身につけ、医術を実践していきたい。

理事 井上 林太郎



異なり、どことなく気まづくなっていた。8月11日、娘様より、「6日急逝致しました」と連絡があった。

本書の講義録、第7講「死にゆく患者と、どう話すか」より抄出する。

『明智先生は、患者が「私は死んでしまうのでしょうか」、「あとどれくらいなのでしょう」と聞く際の対応について、こう教えてくれている。多くの場合、患者は答えを求めているのではなく、気持ちや辛さを、「あなたに」聞いて欲しいのだ。そうすると、「あとどれくらい」と聞かれてすぐに、「まあ1ヶ月ですかね」なんて答えるのがいかに不適切か分かるだろう。そして大切なのは、同情するのではなく共感すること。これはちょっとピンとは来ないかもしれないが、関わり続けるのではあるが巻き込まれない、ということだ。感情と、その背景を理解する。そして理解した内容を共感とともに伝える。「……がご心配だったのですね」、「……がお辛かったですしょう」。この際、聞き出す時に「どうして(why?)」という尋ね方は責められるように感じるので避けるべきである。』

課外授業「明智先生と考えるがんのコミュニケーション」には、次のような対談がある。

『國頭先生「看護師の立場になってみると、何気ない一言が地雷を踏むということが怖いかもしい。特に怒りを持った患者さんとのコミュニケーションは難しい。そう思うと、なかなか話もできない。」

明智先生「怒りには一般的に不安、焦燥が顕在化して付随してくる場合と、無念という感情に由来するものがある。こちらの何気ない一言が患者さんの不安を増幅させてしまい、その結果、怒りを誘発してしまうこともある。

病棟に出ると、看護師さんは、患者さんに八つ当たりされることがある。八つ当たりの場合は、実際に看護師に怒っているわけではなく、病気に対しての怒りなのだ。ただ、どうしてもその怒りを目の前にいる人、信頼している人に向けられる。これは心理的防衛機制の1つの「置き換え」というもので、終末期の患者さんにはとても多い。家族、看護師、若い医師や信頼関係ができていた医師に強い怒りが向けられることもある。こういった怒りの理解もとても難しい。

患者さんがどういう状態にあるのか、それを理解することが大切だが、それが言葉で語られる場合もあれば、語られないこともある。否認の状態にあるかもしれないし、評価が難しい。私はそういった患者さんに対しては、特にこれまでの病気の経過や患者さんから失われたもの、病気によって影響を受けた生活や人間関係等色々な情報を集めながら、直感も使って対応するようにしている。』

その後、9月27日、Sさんの名前でメッセージ・ド・ローズのチョコレートが届いた。娘様からだった。『お誕生日おめでとうございます。母のスマホの中に、私宛で“9月27日は林太郎先生のお誕生日なので、私がこの世にいなかったら、サチエ、私の代わりに母の日の御礼の気持ちを返したいので、メッセージ・ド・ローズのチョコを必ず送ってね”というメッセージがあり、今回このような形で送らせて頂きました。林太郎先生には、祖母と母にお心遣いをして頂いており、感謝の気持ちしかないとします。(後略)』



「はじめに 臨床現場でのコミュニケーション・スキルの本場のところ」より抜粋する。

『死に臨んだ患者さんを前にして、我々は何をどう話せば良いのか。患者さんは怒り、悲しみ、嘆き等の感情を我々にぶつけてくる。その思考はしばしば非合理で、錯乱することもある。

私がやってきたことは、高邁な理論ではなく、臨床の泥沼で、いかにして最善の、それができなければ次善のものを見つけていくか、という作業だった。結局上手くいかなかった、ということも頻繁にあった。実社会では受験勉強のように、「正解」が用意されているのではない。どうやっても成功することもある、何をやっても必ず失敗する、という場面もある。ただ我々はその時も、少しでもマシな失敗ですむような努力をしなければならない。

学問としての「コミュニケーション論」が、仮にノーベル賞を取るような原子力物理学としたら、私のそれは、爆発した福島原発で瓦礫を片付けるような、地味で辛い作業だろう。だけど、今日の日本にとっては、瓦礫の片付けは「誰かがやらねばならないこと」である。』

Sさんも、別稿のMさんと同じように、主治医より「予後」について聞いておられたであろう。今の時代に、隠す医師はいないと思う。頭が真っ白になっていたとしても、予後は脳裏に焼き付いているであろう。

「いつまで生きられるのでしょうか」。仮定の話になるが、第7講の明智先生のアドレスのように、「これだけ辛いとそんな不安な気持ちになりますね」と共感を示すように答えても、満足されなかったのではないか。それより、「課外授業」で明智先生が述べておられるように、不安、焦燥と伴に、無念という感情に由来する

怒りを抱かれています、私の一言が不安を増幅させ、その結果、怒りを誘発、顕著化させてしまったのかもしれない。あの時は私には理解できなかったが、心理的防御機制の1つの「置き換え」だったのだ。私に対しての怒りではなく、病気に対する怒りであったのだろう。病状、死に対する「適応障害」と言っても良いのかもしれない。誰だって、近い将来の自分の死には適応できないだろう。本書を読んで、Sさんの反応は終末期にはよくあることで、ある意味正常なことだったと思えてくるようになった。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

がんから始まる生き方
養老孟司 柏木博 中川恵一 著 NHK出版 2019年7月初版

はじめに

本書には3名の先生が登場する。養老先生と中川先生は医師であり、柏木先生は日本を代表するデザイン評論家で、1994年勝美勝賞を受賞された。2017年に、「多発性骨髄腫」に罹患。東京大学医学部附属病院の血液内科で、化学療法(抗がん剤療法)、自家末梢血幹細胞移植を受けられ、寛解状態となった。先生の体験の特徴は、途中で病院を変えられたことである。

中川先生も本書を執筆中の2018年12月、「膀胱がん」が見つかり、内視鏡による切除手術を受けられた。

まず、3人の先生方による鼎談の中から、柏木先生の発言を紹介する。

「今となっては知る由もありませんが…いずれにせよ、医師らと私の間ではコミュニケーションがうまく行きませんでした。いま振り返ると、このコミュニケーションの不全が患者にとってかなりつらいものだったということをもっと知ってほしいという気持ちになります。なにせがんを告知された時点で、大きな心配の種を抱え込んでいるわけです。そこへもってきて、言ってみれば自分の命を預けるはずの担当医との関係で、別種のストレスが加わる。さらには、その中で治療について重大な判断まで自分でしなければならなくなる。これは本当に切実な局面でした。」

皆様も、柏木先生のようなことに遭われたら、どのように対応されますか。その準備をしておくことも、「賢いがん患者」になるためには必要でしょう。よって、今回は本書を通じてそのことを考えてみましょう。

著者の紹介；

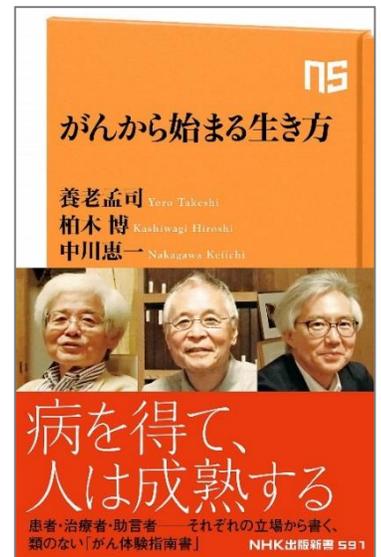
養老孟司(ようろう・たけし)：1937年生まれ。東京大学名誉教授。解剖学者。

柏木博(かしわざい・ひろし)：1946年生まれ。武蔵野美術大学名誉教授。

中川恵一(なかがわ・けいいち)：1960年生まれ。東京大学医学部附属病院放射線治療部門長。

本書の内容・感想

2017年3月12日、柏木先生は、書庫の整理中に胸が痛くなり、翌日、近医整形外科を受診。肋骨の疲労骨折と診断された。それとは別で、近医内科の定期的な血液監査で、血小板の数値が高いため、S病院の血液内科に紹介状を書いて貰った。3月29日、S病院のK医師の外来を受診し、血液検査施行。免疫グロブリン値が低値のため、多発性骨髄腫(※)の可能性もあるとのこと。より詳しく調べることになった。4月12日、K医師より、「M蛋白が出ていないため、多発性骨髄腫ではない」と診断される。血液検査の結果を渡してもらえなかったため、後日取りに行かれた。「免疫グロブリン値が低く、フリーライトチェーン(FLC)が異常に高い」ことに気づかれ、再受診の予約(26日)をされる。26日、再度尋ねられたが、FLCに関しては詳しい説明はなく、「M蛋白等、他の結果から判断して、多発性骨髄腫とは言えない。どちらにしても治療段階ではない」とのこと。5月17日、受診。免疫グロブリンは更に低下していた。やはりおかしいと思われ、K医師に、どこに問題があるのか決定的にわかる方法を尋ねられたところ、「骨髄検査しかないでしょう」。この時、同時に聞かれた言葉が柏木先生に強い印象を残した。「受けるかどうかはあなたの問題です」。患者に決めろというのである。骨髄検査の予約をとって帰られた。5月23日、施行。形質細胞が約30%出ていて、ここでようやく、「多発性骨髄腫」と診断された。これには、K医師も驚いた。この日主治医は、骨髄腫が専門のT医師に変わった。そして、抗がん剤治療が必要なこと、さらに、「あなたは70歳だから、年齢的



に造血幹細胞移植はできない。余命はだいたい、4、5年」と宣言された。

帰宅後、不安感が強くなり、旧知の養老先生に電話をし、経過を話された。翌日、養老先生からメールがあり、そこには、「中川先生に連絡をとったから、中川先生の診察を受けて面倒を見てもらうようにしなさい」「彼に任せなさい」と書いてあった。25日中川先生からメールと電話があり、6月15日が、診察予定日となった。それに先立って、S病院に事情を話し、「次回受診日の6月13日までに、中川先生に渡すデータ等準備して頂きたい」とお願いされた。

6月13日、S病院へ行くと、T医師から、23日の骨髄検査の分析結果の説明があった。「特殊なタイプの悪性の強い多発性骨髄腫で、進行が早い」という説明で、1分程で終わった。依頼されていたデータは「受付に用意してあります」と言われた。とにかく、医師とのコミュニケーションは上手くいかなかった。

6月15日、初めて中川先生の診察を受けて、さらに、血液・腫瘍内科の牧宏彰先生の診察も受けて帰宅。かすかな希望が芽生えているように感じられた。

6月23日入院。牧先生から、治療計画の説明があった。「うまくいくかどうかはわからないが、自己末梢血幹細胞移植を目指して治療する」とのこと。自己末梢血幹細胞移植とは、S病院では年齢を理由にできないと言われていた造血幹細胞移植の1つである。移植を目指すと言われたことで、柏木先生は本当に救われた気持ちになられた。牧先生の言葉で印象的だったのは、「年齢イコール体の状態ではないので…」であった。一般的には、65歳から70歳の間、造血幹細胞移植ができるか否かの分かれ目があるとされているが、牧先生は統計に従った確率的な判断ではなく、患者さんの体そのものを見て判断されていたのである。

歯の治療をした後、7月11日から抗がん剤治療が始まった。12月5日造血幹細胞を移植。23日、移植した造血幹細胞が生着したと診断され、12月27日、退院となった。

入院中も様々なことを経験された。抄出する。

『「あと4、5年しか生きられないのなら、その間に何をしよう」、「この治療がうまくいったとしても…」等、がん患者なら誰でも思うようなことが次から次へと頭をよぎった。そんな時に中川先生から聞いた重要な言葉がある。

「もうここまできたら、病気のことを考えるのはよしましょう」。「この薬にはどういう効果があるかとか、もう考えなくてもいいんじゃないですか」。「専門家が揃っていて、医者なんだから、全部、医者に任せなさい」。

これは、衝撃的だった。前の病院では、「あなたが決めることです」。それが今度は、「任せなさい」だ。重荷がドーンと落ちた気がした。私は素直に、「これは自分の病気だけど、その責任を先生に預けてもいいんだ」と思った。』

『午前か午後、誰か医師が必ず病室に来て現状を説明してくれるので、気持ちが楽だった。主治医の牧先生は、たいいてい夜になり、診療を終え、自分の時間になった頃に私の部屋にやって来て、色々なことを話してくれた。週3回ある血液検査の先生が説明し、そのデータも置いていってくれた。

それでも自分のなかに疑問がいつまでもあって、「この結果はどうなるのか」、「それをしたらどうなるのか」と考えた。主治医に任せていてもやはり、心配が次々と生まれ、何度も「この先がどうなるんですかねえ」と訊ねてしまうのだ。それに対して牧先生は、毎回言葉を変えながら、丁寧に答えてくれた。』

私は、医師のコミュニケーション力の大切さを痛感した。抄出する。

『患者として言うと、医師に求める技術の中でも、コミュニケーションスキルは相当大きなウェイトを占めると思う。きちんとコミュニケーションをとってくれる医師がいると、何が起ころうが、仮に治療が上手くいかなかったとしても、自分の身を任せることができる。「任せてくれ」と言うことで担う責任の大きさを思うと、おのずとその医師を信じることができる。

私が実際に経験したように、「あなたが決めることです」と言われると、患者が自分の意思を通せるから良いことだと考える人がいるかもしれない。しかし実は、医師が判断の前提を与えてくれなければ、医学的知識の乏しい患者は自信をもって決定できないことになる。』

最後に、本書の「はじめに」より引用する。私も有益に違いないと信じている。

『男性の3人に2人、女性の2人に1人が罹患する「がん」をこの本で「追体験」しておくことは、「がん診断後に始まる生き方」を考える上で有益に違いないと信じています。2019年6月 中川恵一』

理事 井上 林太郎

(※)多発性骨髄腫とは、昨年 11 月のニュースレターでもふれたように、骨髄の中の抗体(免疫グロブリン)を産生する「形質細胞」ががん化する血液のがんである。一般的に、血液検査または尿検査で、「M 蛋白」と称する異常な免疫グロブリン蛋白を認めるが、柏木先生の場合、M 蛋白を認めない極めて稀なタイプの「症候性多発性骨髄腫」であったため、診断が困難であった。決め手は、「骨髄検査」と、「フリーライトチェーン(FLC)の異常値」であった。正常の抗体は、2 本のライトチェーンと 2 本のヘビーチェーンから構成されている。柏木先生の場合、ライトチェーンが異常に産生され、異常高値となった。

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

終(つい)の選択 —終末期医療を考える—  
 田中美穂、児玉 聡 著 勁草書房 2017年12月初版

はじめに

日本にも、積極的安楽死や自殺幫助を望む人が少なからずいる。テレビドラマの「おしん」や「渡る世間は鬼ばかり」等で著名で、先日、文化勲章を親授された、脚本家の橋田壽賀子先生もその1人だ。2016年、「文藝春秋12月号」で、スイスに行って安楽死(自殺幫助)によって死にたいというエッセイを公表し話題となった。そのことは、本書でもふれられているので、まず、紹介する。タイトルは、「私は安楽死で逝きたい」。サブタイトルは、「夫との死別から27年、91歳脚本家の問題提起」である。抄出する。

『私は80歳を過ぎた頃から、もし認知症になったら安楽死がいちばんと思っている。どうしたらいいのかと思って、調べてみたらスマホでも色々わかった。スイスには、70万円で安楽死させてくれる団体があった。安楽死とは正確に言うと合法的な自殺幫助で、様々な厳正な審査を受けたうえで、合格した人だけが致死量の薬物を飲んで自分で死ぬというものだ。(中略)私は、日本でもスイスのように安楽死を認める法律を早く整備すべきだと思っている。』

今回は本書より引用しながら、「終の選択」の1つである、「自殺幫助」、「積極的安楽死」を紹介する。尚、本稿では、単に「安楽死」と表記した場合は、「積極的安楽死」を意味する。

著者の紹介；

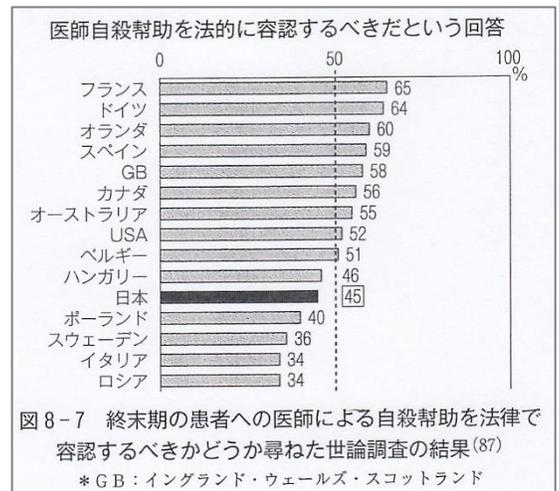
田中美穂 (たなか みほ)：1972年生まれ。1995年早稲田大学卒業。北海道新聞記者、朝日新聞記者等を経て、2012年東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻専門職学位過程修了。日本医師会総合政策研究機構主任研究員。

児玉 聡(こだま さとし)：1974年生まれ。2002年京都大学大学院文学研究科博士課程研究指導認定退学、博士(文学、2006年)。京都大学大学院文学研究科准教授。著書に「功利と直観」、「功利主義入門」等。

本書の内容・感想

図8-7は、日本を含む15ヶ国の市民(成人2,000~2,200人)を対象に、終末期の患者への医師による自殺幫助を法律で容認すべきかどうか尋ねた世論調査の結果である(英誌「エコノミスト」2015年)。バラツキはあるが、各国とも約50%の人が容認すべきだと回答している。日本でも45%の人が容認すべきだと回答している。意外と多い。

但し、自殺幫助を法的に認めている国・地域は、ベルギー、オランダ、ルクセンブルクのベネルクス3国、スイス、カナダ、そして、オレゴン州、ワシントン州等のアメリカの一部の州に限られる。安楽死を認めている国は、ベネルクス3国と南米コロンビアである。カナダも、回復不能で、耐えられない苦痛に悩まされている患者に、衰弱する前に自分の力で死ぬことがで



きるうちに死ぬのを余儀なくさせることは、憲法で保障されている「生命の権利」が侵害されている。耐えられない苦痛の中でいきることを強制することは、「自由および身体の安全性」が侵害されているとした裁判所の判決に伴い、2016年6月、医師による自殺幫助と積極的安楽死の両方を容認する法律が制定された。

スイスは、自殺幫助しか認めていないが、外国人への幫助も認めている。これは、スイスのみである。但し、自宅幫助を認める法律があるわけではなく、自殺幫助を禁じる法律の解釈によって、一定の条件のもとで自殺幫助を行っている。次の法律だ。「刑法第115条(自殺への誘導・幫助) 利己的な理由によって誰かを自殺するようにあおる、あるいは、自殺するのを幫助する者は、その自殺が実際に行われた、あるいは、試みられた場合、5年以下の懲役刑か罰金刑が科せられる。」この「利己的」には、金銭、遺産等の有形の利益だけでなく、嫌悪感情を満足させる等の精神的な利益も含まれる。つまり、利己的な動機が認められない場合には、罰を受けないということだ。

スイス在住者に限ると、患っていた疾患は2014年のデータであるが、がんが42%と1番多い(図8-2)。スイス市民を対象に支援を行っている団体「エグジット」によると、2016年には、3,500人が希望し、審査を経て許可されたのが990人、実際に医師による幫助を受けて亡くなったのは、720人。2014年は583人で増えている。自殺方法は、鎮静作用のある麻酔薬ベントバルビタール・ナトリウムを内服する。この薬は日本では、「麻薬及び向精神薬取締法」により厳しく規制されているが、実験用小動物の安楽死に用いられていて、商品名は「ソムノペンチル」である。

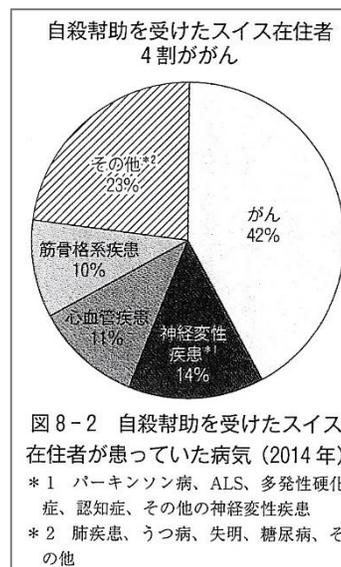
では、「審査を経て許可される」条件とは。

スイス医科学アカデミーのガイドラインは、終末期医療において、直接自殺を幫助することは医師の仕事ではなく、むしろ、自殺したいという患者の希望の根底にあるあらゆる苦痛を緩和する義務を負っている、と前置きしている。一方、患者の希望を考慮することは医師・患者関係における基本である。このようなジレンマが、医師の役割の一部分として、良心に基づく個人の意思決定を求めていること、自殺を幫助するという(良心に基づく)意思決定は尊重されなければならないこと、医師には自殺を幫助するのを拒否する権利があることが明記されている。そして、医師が自殺を幫助する意思決定をした場合、次のよう項目を確認することが医師の責務としている。

- ・自殺を幫助・介助する場合、医師が確認すべき前提条件
- ①患者の病気は、本人が終末期に近づいているという前提が妥当なことを示している。②介助を提供するその他の可能性が話し合われ、(患者が)望む場合は、それらが実施されている。③患者は、意思決定を行うことができ、患者の希望は、周囲から圧力がかけられることなくよく考えられたものであり、患者は自分の希望を貫いている。このことが、第三者(必ずしも医師でなくてよい)によって確認されている。④死を引き起こす過程における最後の行為は、常に患者自身によってなさなければならない。

外国人について述べる。外国人にも自殺幫助を斡旋している支援団体「ディグニタス」によると、概ね増加傾向で、2016年の1年間に亡くなった外国人は195人。国別では近隣諸国に多く、ドイツが73人と1番多く、イギリス47人、フランス30人と続く。2016年末時点で、これまでに、2015年に1人、2016年に2人、計3人が日本からスイスに渡航して自殺幫助を受けている。このうち、日本国籍を有していた人は1人で、残り2人は外国籍の日本在住者であった。この団体の日本在住の会員は、2017年4月時点で24人、年々増えている。費用は、日本円に換算して、入会金22,000円、年会費8,800円、自殺幫助を受けるための総費用は1,155,000円である。ディグニタスに葬儀、行政事務・公務関連の処理を求めない場合は、770,000円。橋田先生はこのことを言われているのだろう。

但し、渡航手続きや付き添いに家族等親しい人達が関わった場合、日本のように自殺幫助が禁じられている国では、罪に問われる可能性がある。イギリスも同じである。同国の場合、自殺幫助を受ける権利を求めて患者が国に対して起こした訴訟が契機となり、現在は、公訴局長菅が自殺幫助罪訴追指針を公表している。



次に、「安楽死」について。安楽死法がある国では、自国民に限られている。日本人は使えないので、簡単に述べる。別稿で述べたように、医師が直接薬物を投与することに患者を死亡させることである。通常、医師がバルビツールを注射して患者を就眠させてから、筋弛緩薬を投与する。世界で最初に合法化されたのは、オランダで、「要請に基づく生命終結と自殺幫助による審査法(いわゆる安楽死法)」が、2001年成立し、2002年から施行されている。2016年のデータでは、自殺幫助が216人、安楽死が5,856人、両方が19人で、年間死亡者数の約4%にあたる。疾患として1番多いのは、「がん」で68%である。行った医師は、検死官に報告しなければならない。検死官から報告を受けた、法律家、医師、倫理学・哲学の専門家で構成される「安楽死地域審査委員会」が、医師が適切に行ったか確認する。

本書からの引用ではないが、自殺幫助、安楽死を認めるべきだという人の意見には、次のようなものがある。「苦しくない今のうちに死なせてほしい。これが自分の生の尊厳に繋がる」。「一定の条件下で認める法律をあれば、それだけで生きる希望となる」。「日本国憲法、第13条(個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利) —すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政で、最大の尊重を必要とする—において、死ぬ権利も保障されている」。

最後に、皆様は、末期がん、ALSのような治療法がない病に罹患した場合、「終の選択」についてどのようにお考えだろうか。最初に示したように、日本でも約50%の人が医師による自殺幫助を容認する立場であるが、あなたのご意見は。この問題に関しても、「正しい知識」を身につけて、判断することが肝要である。是非、本書を手にして頂きたい。

理事 井上 林太郎