

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

コロナとがん リスクが見えない日本人ー
中川恵一 著 海竜社 2020年10月31日 初版



はじめに

昨年は、日本を含め世界中がコロナ渦に翻弄させられた。2019年の大晦日12月31日、中国武漢市衛生当局が、「武漢市で27人が原因不明のウイルス性肺炎に罹った」と発表。これが始まりで、以降は、周知の通りである。そして、爆発的な感染拡大で2021年の幕開けとなった。地元広島も、例外ではなかった。

コロナもがんと同じで、正しい知識を身につけ、正しく恐れる必要がある。本書にも、押さえておくべき、「正しい知識・情報」が書いてあるので、まずこのことに関して、私の意見も含めて紹介する。

コロナ感染者の中には、無症状、軽症者も多く、またインフルエンザと異なり、症状が出る前から感染力がある。だから誰でも感染者かも知れないと疑う必要があるし、自分が感染者の可能性もあると自覚しておかなければならない。国立感染症研究所は、感染リスクの高い「濃厚接触」を、「感染者との距離が1メートル以内で、マスクなどで口元が覆われない状態で15分以上会話すること」と定義している。濃厚接触は必ず避けなければいけないし、逆に言えば、そうしておけば、感染するリスクは減る。

次に、PCR検査について。日本疫学会のホームページが詳しい。この検査は、コロナウイルスの遺伝子(RNA)を増幅して行うので、少量でも検出できる。ただし、インフルエンザの迅速検査と同じで、発症ごく初期は、ウイルス量が少ないため検出できないことがある(検出限界)。また、鼻腔または咽頭拭い液の中のウイルス量が、たまたま検出限界以下であることも容易に想像できるし、風邪などでよく経験することだが、治りかけの時は、鼻汁も減る。その時は、感染していても陰性となることもある。実際、時間とともに、陽性割合は下がる。唾液に含まれるウイルス量は、咽頭拭い液より5倍多かったという報告もある。以上より、感染者が正しくPCRで陽性となる確率(「感度」という)は、60~70%といわれている。「偽陰性者」が30~40%いるのだ。逆に、非感染者を正しく陰性と診断する確率(特異度)は、99%とされていて、体操の内村航平選手のように、「偽陽性」となることもある。広島市では、最大80万人を対象にPCR検査するという計画もあるようだが、「偽陰性者」が新たなクラスターを生む可能性もある。

ところで、今のところ、終息の兆しは見えていないようだし、第3波の次に第4波が来るかもしれない。さらに、終息しても新たな感染症に遭遇するであろう。では、今回の経験より何を学び、どのように行動すべきなのか。「リスクが見えない日本人」ではいけないのである。昨年を振り返り、本書を通じて皆様と考えたい。

著者の紹介；

中川恵一(なかがわ・けいいち)：1960年生まれ。85年、東京大学医学部卒業、同医学部放射線医学教室に入局。2002年、東京大学医学部附属病院放射線科准教授。03年~13年、同院緩和ケア診療部長を兼任。厚生労働省がん対策推進協議会委員などを歴任。著書に、「がんの秘密」「知れば怖くない、本当のがんの話」「最強最高のがん知識」など。

本書の内容・感想

中川先生の言われる、「リスクが見えない日本人」とは。本書より抄出する。『これまで日本は「ゼロリスク社会」といわれてきた。この言葉は「生存を脅かすリスクが存在しない社会」ではなく「リスクが見えにくい社会」を意味するのだ。日本は平和な住みよい国だ。テロとも内戦とも無縁で、徴兵制もない。しかし、リスクがゼロになることはない。日本人はリスクの存在に鈍感になってきている。日本人の2人に1人が、がんになるというのに「がん検診」の受診率は2割程度(欧米は8割)にとどまっている。』さらに、次のようにも述べられている。『リスクについて考える機会が少ないのかもしれないが、どちらかといえば直観的で、日本人は「リスクの相対化」ができていないことに問題がある。』

コロナ優先で見失ったものは何か。引用する。『健康診断は法律で実施が義務付けられていて、定期的に行うことで病気を早期に発見するという目的がある。企業は例年、4～5月に定期検診をすることが多いが、2020年は新型コロナが猛威を振るう時期と重なり、受け入れを休止する施設が相次いだ。日本人間ドック協会が5月29日に発表したアンケート調査によると、回答のあった全国473の健診施設のうち「緊急事態宣言中に検診をすべて中止した」と答えたのは約54%にあたる256施設。約52%にあたる245施設では6月以降も健診を行わない、あるいは一部制限すると答えている。

がん検診も例外ではない。日本対がん協会が実施したアンケートによると「受診者が3割以上減少する」と予想する支部が約3分の2であった(写真参照)。アンケートは2020年6月に実施。2020年1月から5月までの、胃、肺、大腸、乳、子宮頸のがん検診受診者数を尋ね、さらに今後の見通しも聞いた(グラフ参照)。比較のために、2018年、2019年についても聞いている。減少が目立ち始めたのは、緊急事態制限が視野に入り始めた3月下旬から。検診シーズンが始まる4月は3万人程、昨年の15%程度に落ち込み、5月は3万7千人あまりで、昨年の8%と大きく減少。昨年までの、各支部のがん検診年実施数はのべ1100万件で、1万3000人のがんを発見している。アンケートの予想通り、今年度の受診者数が3割減少すると、単純計算で、発見する数が4000人少なくなる。がんの罹患状況自体は変わらないとみられるため、来年以降の発見が増えるとともに、進行がんの割合が増すことが懸念される。』

別の項では、次のように述べられている。『「新型コロナウイルス感染は怖い。だから、健康診断やがん検診に行かない」という声も少なくない。また、実際に感染予防のために、健診を行っていない医療機関もある。確かにコロナ感染は怖い。しかし、医療機関でも万全の対策をとっているはずで、そこで感染のリスクと、2人に1人が、がんになる日本で、がん検診を受けないというデメリットの大きさをよく考えて頂きたい。目の前のリスクだけに気をとられ、それより大きなリスクの対策を放棄することは正しい選択だろうか。リスクを相対化し、きちんと把握したうえで正しく行動しないと不幸になる。今回の新型コロナウイルス渦で、日本人のリスクに対する考え方のバランスの悪さが露呈しているように感じる。』

コロナ渦で、一気にテレワーク、在宅勤務が進んだ。通勤地獄のストレスから解放されること、時間の有効利用などで歓迎する人も多い。中川先生は、そのために、健康へのリスクが高まることにも言及されている。まず、たばことお酒の量の増加。次に、自宅で長時間座ったまま仕事を続けると、がんを含めた病気のリスクが上がる可能性があると言われている。抄出する。『WHO(世界保健機関)によると、喫煙が原因で年間500万人以上が亡くなり、飲酒で300万人、そして座りすぎにより200万人死亡としているから、座りすぎは大きな健康のリスクだ。アメリカのテキサス大学MDアンダーソンがんセンターは、約8,000人を対象に研究し、長く座っている人のがん死亡が多いと2020年6月発表した。日本でも、仕事に長時間座っていると発がんが増えるという研究結果が出ている。国立がん研究センターは、50～74歳の約33,000人を追跡調査した結果、座ったまま仕事をすることが多い男性ではすい臓がんが、女性では肺がんが有意に増加することを確認している。オーストラリアなどの研究によると、日本人が平日に座っている時間は1日7時間で、調査対象の20か国中、最長だった。なぜ座りすぎると死亡リスクが高まるか、詳しいメカニズムはまだわかっていないが、長時間座り続けることで血流が悪化し、筋肉の代謝の低下、その他のホルモンバランスの変化など、複数の要因が関係していると言われている。コロナ渦がきっかけとなり、新しい日常として定着しつつある在宅勤務だが、健康のためには、長時間座り続けて仕事をしない工夫が必要である。それを帳消しにするには、1日に60分以上の運動が必要とされているが、現実的には難しいだろう。』

さらに、感染症対策と社会経済活動の両立が、国民皆保険制度の維持に必要な点、とも述べられている。白眉である。『日本の国民皆保険制度では、健康保険への加入は「権利」というよりは「義務」であり、国民全員が何らかの健康保険に加入することによって、いざという時に備えられている。今、大企業の社員が入る「健保組合」、中小企業の社員が入る「協会けんぽ」の財政状態も悪化しているが、とりわけ、市町村が担当し、自営業者やパート勤務者、無職者が加入する「国民健康保険(国保)」が財政難にあえいでいる。国保加入世帯のうち、保険料を滞納している世帯の割合は、2000年の17.5%から2011年度には20.0%に上昇しており、2025年には、滞納世帯が3分の1を占めると予測されている。新型コロナウイルス渦によって、職を失う人や、経済的に困窮する人が増えれば、「無保険者」が急増する可能性があり、まさに国民皆保険制度崩壊の危機である。同時に、コロナ渦による収益悪化で、病院が破綻するケースも考えられる。そうなれば、医師や医療機関の偏在も起こり、「いつでもどこでも、安い費用で受けられる」という本制度の利点が失われ

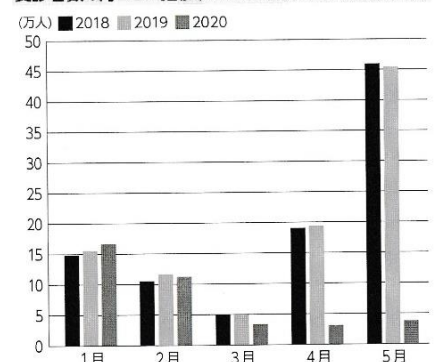
第690号 2020年(令和2年) 7月1日(毎月1日発行)

主な内容
3面 新理事に3氏
4面 今年のがん罹患ポスター決まる
3、6面 ビンクリボンとRFLの新企画

公財財団法人 日本対がん協会 「日本対がん協会」(財)対がん協会 公益財団法人
〒104-0061 東京都中央区銀座7-16-12 G-7ビルディング9階
☎ 03-3541-4771 03-3541-4783 https://www.jcancer.jp/

今年度の受診者「3割以上減」
日本対がん協会アンケートに各支部見直し 発見がん数も数千人減る恐れ

受診者数の月ごとの推移(5つのがん検診の32支部集計)



る。これがまさに本当の「医療崩壊」なのだ。』

2020年12月31日時点での、日本におけるコロナの累計感染者数は235,805人、死亡者数は3,491人。1月23日、それぞれ361,733人、5,064人。それに対して、毎年、およそ102万人が新たにがんと診断され、約38万人がんで亡くなっている。しかも、向こう20年間は、がんは増え続けると予想されている。最後に、本書より抜粋。『新型コロナウイルスを甘く見てはなりません。しかし、がんは新型コロナが終息した後も増え続けていきます。がんという存在を忘れることなく、備えていきたいものです』。私も同感である。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？
ー苦痛緩和のための鎮静（セデーション）ー
森田達也 著 医学書院 2017年2月初版



はじめに

緩和ケアは、患者と家族の身体的、精神的、社会的およびスピリチュアルな苦痛を予防・予測・軽減することを目的とする。がんに限定すると、身体的苦痛のなかで頻度が高いのは「疼痛」で、進行した場合、約6～7割の患者が経験する。よって、「とにかく痛みがないようにしてほしい」と患者、家族は訴える。がんの1番の危険因子は年齢で、3人に1人はがんで死ぬ。私も「がんに罹ることは仕方のないことだ」と覚悟はしているが、「痛み」だけは避けて、穏やかに最期を迎えたいという希望がある。

WHOは、1986年に「がん疼痛ガイドライン」を発表した。当時から、「このWHO方式を遵守し積極的に麻薬（オピオイド）を使えば、がん疼痛の80%から90%は緩和できる」と言われてきた。ただしこれを裏返して言えば、「10%から20%の治療抵抗性の疼痛がある」ということだ。そのようになった場合、どうするか。賢いがん患者になるためには、このことも学んで準備をしておく必要がある。今回は、緩和ケアの中の1つ、「鎮静（セデーション）」について、本書を用いて皆様と勉強したい。尚、一部、「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き2018年版」（日本緩和医療学会）より引用した。

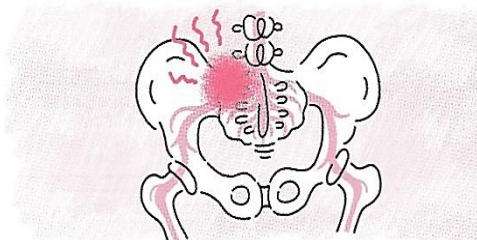
著者の紹介；森田達也

1992年京都大学医学部卒業。1994年聖隷三方原病院ホスピス科、2003年緩和ケアチーム医長、2005年緩和和支持治療科部長、2014年副院長。緩和治療の専門医として、「時期を問わない」緩和治療、緩和ケアに携わる。2012年より京都大学臨床教授。

本書の内容・感想

まず、次のような場合を想定しよう。直腸がんが見つかった時点で、多発性肝転移があり手術の適応がなかったため、化学療法を受けたが効果はなかった。原発巣が大きくなり、仙骨に、さらに坐骨神経にも浸潤し、下肢全体に電撃的な疼痛を自覚するようになった(図4)。緩和目的で放射線療法も受けたが、一時的な効果しかなかった。麻薬(モルヒネ)も増量してもらったが、痛みのため身の置き場がなく倦怠感も強く、この1週間、食事も出来ず、昼はウトウトしているが、夜は満足に眠れない。他方、これ以上モルヒネを増やすと、意識レベルが低下する可能性もあるし、神経毒性と呼ばれる、幻覚(何かが見える)、妄想(誰かに襲われるなど現実ではない思いにとらわれる)等のせん妄が副作用として出るかもしれないと言われている。因みに、神経毒性があるので、オピオイドを鎮静目的で使用してはいけない。

図4 仙骨に腫瘍が浸潤した場合に鎮痛が難しい理由
神経が網目状に入り組んだ神経叢の痛みは激烈なことがあり、和らげるのが難しい。



今日、家族と一緒に、主治医より話があった。慎重に言葉を選びながら説明があった。

「今、苦痛を和らげるために十分に手を尽くしていますが、今の方法でつらい症状を楽にすることは難しいように感じています。苦しさをさらに和らげるためには、眠気を生じる薬を使用する、ぐっすりとする方法もあります。どのくらいの苦しきならよしとするかは、お一人おひとりで違いますので少し相談させていただきますか？」

「苦しい感じを和らげられるのなら、今よりも眠気が強くなってもいいとお感じでしょうか？ それとも、

今より眠くなってしまうのは困るとお感じでしょうか？」

「苦しさを和らげることが目的ですので、使うお薬の量は健康な人であれば眠気は出ても全く眠ってしまうほどの量ではありません。でも、苦しいのにあわせてお薬を増量すると、結果的に、眠ってしまうことになる時があります。そうすると、お薬を使って楽になったあと、お話ができない状態になる、できないままお別れになるかもしれません。苦しさだけがとれることを目標にして慎重にお薬を使っていますが、もしもの時に備えて、お伝えをしておいたほうが良い方や、そばにいていただいたほうがよい方はいらっしゃいますか？」

「苦しい感じを和らげる方法をとった結果ぐっすりとお眠ってしまい、苦しさは感じなくなりますが、お話をすることは難しくなると思います。」

皆さんは、この説明を受け、納得した上で、同意されますか(インフォームド・コンセント)。難しかった方もおられると思うので、少し説明する。

患者を眠らせることを、「鎮静」と呼ぶのであるが、手術を想像して欲しい。緩和ケアで「眠気を生じる薬」としてよく、ミタゾラム(商品名：ドルミカム)を使う。この薬は、手術で全身麻酔を行う時にも用いられる。つまり、「鎮静された状態」は、全身麻酔時の患者の状態を想像してもらえばよい。

鎮静が初めて医学文献に登場したのは、1990年のイタリアの医師 Ventafridda V の報告である。Ventafridda V は、WHO 方式がん疼痛治療法作成委員長であり、この方式を世界へ普及させた医師である。鎮静の定義が、今のものより広い概念であったが、在宅緩和ケアを受けた患者の約 50%で睡眠状態にしなければ緩和は得られなかったとしている。WHO 方式を正しく行えばすべての苦痛はなくなると信じられていたので、彼でなかったならば、「それはあなたの鎮痛方法が悪いので、きちんと WHO 方式でやって下さい」と言われ、おしまいだったであろう。ホスピスケアの理想として紹介されることの多いセントクリストファーズホスピスにおいても、亡くなった患者の約 50%に鎮静が必要だったと、2003年に報告している。鎮静について語ることに後ろめたさを感じるのか、医師、看護師としての不全感を刺激するのか、素直に語られることは、当時も今も少ない。Ventafridda V は、前述の論文の中で次のように述べている。「患者が亡くなる数日か数時間前に症状コントロールがつかなくなることは普通によくあるのだが、正直に議論されることはない。この論文が緩和ケア領域での議論の始まりになることを期待したい。」

鎮静は、次のように分類される。鎮静薬の投与方法によって、「間欠性鎮静」と「持続性鎮静」の2つに大別される。さらに、後者を「調節型鎮静」と「持続的深い鎮静」に区別する。

「間欠的鎮静」とは、鎮静薬によって一定期間、意識の低下をもたらしたあとに鎮痛薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静を指す。具体的には、せん妄や呼吸困難、痛み等の治療抵抗性の苦痛に対して、緩和するために鎮静薬を数時間投与し、就眠・鎮静を得たあとに中止する。

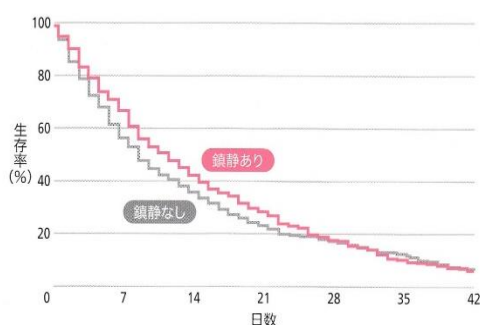
「調節的鎮静」は、苦痛が緩和されるように鎮静薬を少量から増量して、緩和される最少の量を投与する。苦痛が緩和される最少量であるから、意識が維持された状態である場合と、結果的に意識が低下する場合がある。

「持続的深い鎮静」は、中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静(場合によれば覚醒不可能)になるように鎮静薬を調節して投与する。調節的鎮静で緩和することができない苦痛に対して行うことが多い。「中止する時期をあらかじめ定めずに」とは、深い鎮静を中止しても患者の苦痛が再燃しないと考えられる場合には鎮静薬の減量・中止も考慮するということだ。結果的に死亡するまで持続的な深い鎮静が維持される場合もあるが、鎮静を開始する時点で、死亡するまで深い鎮静を維持するという意図をもって行うものではない。

鎮静は死を早めるのか。誰もが知りたい疑問である。2009年に Maltoni M らはマッチドコホート研究を行った(図3)。これは、鎮静を受けた患者をあらかじめ同定して、それと同じ背景を持つ患者を抽出して生命予後を比較する方法である。この研究では、対象となった518名(各群約250名)において、鎮静を受けた患者の生命予後は12日、受けなかった患者は9日で、差はなかった。日本でも、1,827名を対象とした観察研究が行われ、2016年、鎮静は生命予後を短くしないと結論付けた。鎮静は死を早めないと言われている。

最初に述べたように、私は、がんに罹ることは仕方のないことだと思っているし、すい臓がんのように進行の速いがんの場

図3 ● 鎮静が生命予後へ与える影響に関する質の高い観察研究：マッチドコホートによる効果推定

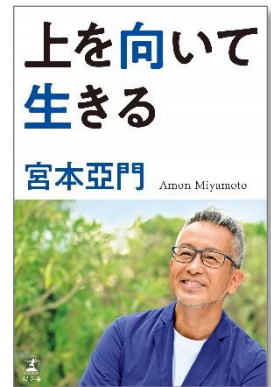


合、見つかった時はIV期の可能性もある。その時、痛みのコントロールが難しいかもしれない。「苦痛がないと人間は生を手放すことはできない」とも言われている。私も悟りのない人間である。我慢できない程のがん疼痛により、生を手放す境地に達するのかもしれない。ただし、そのときは、「鎮静」によって眠りながら、苦痛のない状態で旅立ちたい。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

上を向いて生きる 宮本亜門 著 幻冬舎 2020年10月初版



はじめに

ウィズ・コロナはまだ続きそうです。皆さんの心の健康状態はいかがですか。ワクチン接種が進み、「見えない恐怖、不安、不快、いら立ち、怒り」が少しは減ったのではないのでしょうか。でもこれから、新たな感染症が生まれる可能性があります。そんな時こそ、坂本九、九ちゃんの、「上を向いて歩こう」を口ずさんでみましょう。

『上を向いて歩こう 涙がこぼれないように 思い出す 春の日 一人ぼっちの夜月
上を向いて歩こう にじんだ星をかぞえて 思い出す 夏の日 一人ぼっちの夜
幸せは雲の上に 幸せは空の上に
上を向いて歩こう 涙がこぼれないように 泣きながら歩く 一人ぼっちの夜月月』

思い出す 秋の日 一人ぼっちの夜
悲しみは星のかけに 悲しみは月のかけに
上を向いて歩こう 涙がこぼれないように 泣きながら歩く 一人ぼっちの夜 一人ぼっちの夜月』

著者の紹介；宮本亜門（みやもと・あもん）

1958年東京都生まれ。87年にオリジナルミュージカル「アイ・ガット・マーマン」で演出家デビュー。2004年、東洋人初の演出家としてニューヨークのオンブロードウェイにてミュージカル「太平洋序曲」を手がけ、同作はトニー賞の4部門でノミネートされた。2019年、がんから復帰した時、亜門から亞門に改名。「人はいくらでも変わることができる。どんどん変えて、なりたい自分になろう」と。

本書の内容・感想

本書のテーマは大きく3つ。コロナ渦で立ち上げられた「上を向いて歩こう」プロジェクト、「前立腺がん」、そして、「自殺」である。

まず、「上を向いて歩こう」プロジェクト。本書より、抄出する。

『一今だから、人への想像力で世界は繋がれる。人を思う心は希望の光一。「新型コロナウイルスとの闘いは、かなり長期戦になりそうだ」。2020年3月。ブロードウェイでの公演も中止。日本の公演も相次いで中止。普段、舞台を観ない方々には、私達のやっていることは、不要不急なことに見えるかもしれない。でも、だからこそ、アーティストが人を勇気づける存在であることを今、証明したいと、4月2日にYouTube上で名曲「上を向いて歩こう」を歌や踊りで繋ぐプロジェクトを立ち上げた。最初は、著名人達に電話でお願いした。反応は十人十色だった。次に、一般の方々も歌を吹き込めるように、YouTubeで音源を公開。たった4日間で、600人以上の方々から応募があり、正直ビックリした。また送られてきた映像を見て、皆さんの心のこもり方には涙が止まらなかった。私はただ「医療関係者の皆さんや、感染に怯えて部屋にいる皆さんに語りかけて下さい」とお願いしただけなのに、「人は、出会ったこともない人達を、こんなに思えるのか」という衝撃だった。皆さんは歌を送る相手を想像して、言葉一つ一つがまるで言霊(ことだま)』



のように染み入るように歌いかけてくれた。

正直、歌が上手な人だけで聴きたかったという意見もあった。でも今回の目的は「心を伝えること」。ですから、著名人と一般人を混合して、同じ愛(いと)おいしい人間達の歌として編集した。

新型コロナウイルスは、家族や国を分断させた。でも、私達人間の想像力は、お互いを繋ぐこともできる。まさにこのプロジェクトは、一緒に乗り越えようという連帯意識による、希望の光そのものだった。』

次が、「前立腺がん」。『私は、演出家という仕事を通じて「人間とは何かを」を常に自分に語りかけ、生きてきた。2019年、前立腺がんを患った。出演したテレビ番組で前立腺に影がみつかったのが4月。告知を受けた瞬間「まさか自分が」と目の前がクラツときて、その後、前立腺の全摘出を選択するまでがひと月あまり。余りの孤独に死をも覚悟した。

でも、幸い手術は成功。多くの人の優しさで、なんとか普段通りの生活に戻ることができた。還暦を迎えての闘病に、この歳でできなくなることもあるんだと実感した一方、まだ生かされていることで、できることが沢山あることを教わった。』

『—できなくなったことを悔やまず、できることを思う。老いは退化ではなく進化—。

退院して、家に帰り、神棚の母の写真に「ただいま！」と挨拶して、ベッドでリラックス。ふと、パンツの中を見て驚いた。うわあ、本当にボッキなし…。

私のあそこ(陰茎)は、魂の抜け殻のようにダラリ。「おい、起きろ」と心の中で叫んでみるも、うんともすんとも動かない。頭でわかっている、心が納得していない変化。つい、また神棚の前に座って母に「どうしよう」と呟いた。

小学校の時以来、ずっと付き合い、同志のような存在だったのに。私に男であることを知らしめ、自信を与え続けてくれた同志が、術後は男の象徴などお構いなしで、ダラリと寝そべったまま。そしてあろうことか、みるみる小さくなっていく。嘘だろ！ さすがに慌てた私は、のちにこれが全摘術後の合併症であると知った。金沢大学の調査報告によると、陰茎は平均2センチ縮み、1年程したら元に戻るとか。ホツとした。

正直、ボッキなしは、場合によっては存在意識の低下や自信喪失になるほど、男の精神面に打撃を与える。退院してからは、尿漏れ予防にパッドも着けていたので、私は、一気に体が老いた気分になった。

特に前立腺がんの合併症で起きる尿漏れは、女性に最も多いとされる咳やくしゃみ、大笑いした時に起きるそれと同じ。私は稽古中、よく笑う。笑うことで雰囲気を変える。だから漏れる、漏れる。何度、稽古中にパッドを変えたことか。それに集中するあまり大声を出して、腹部に力が入った時なんかもう…。自分の意思とは関係なくガンガン漏れる。

(中略)術後しばらくは、体は、借り物のような気分で、人間としてまだ復活していないように感じていた。でも「ちょっと待てよ」とある日考えた。

もし尿漏れが治らなかったとしても、これを習慣化しておけば、老後に役立つはず。どうせ誰もがいつか着けるパッド。早めにマスターしておけば、抵抗感もなくなって後が楽になる。これは私にとって大切な試運転だった。

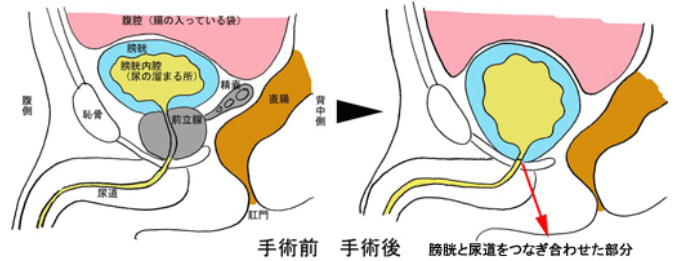
人は誰もが一日一日と、老いていく。みんな体のあちこちが徐々に低下していく。その中で、失った体の部位や機能に執着していたら、今、生きてることが苦しくなるだけだ。これは劣化などではなく、日々の新しい変化。それも退化ではなく進化。まさにニューノーマル。神様がくれた贈り物と思えるようになった。

これを楽しみにするか、過去と比較して悲しむかは自分次第。ならば、できなくなった体の動きに焦点を当てるのではなく、自分がやりたいことに心を傾けて再出発する。新しい体とともに死ぬまで成長！人生二度なし。残りの人生、楽しまなきゃ！』

最後に、すべての人の人生に、通底することだと思うので、「おわりに」より抄出する。

『それでも悲しいことに、自殺という究極の選択をしてしまう人がいる。私も高校生の時から自殺を真剣に何度も試みただけに、その時の気持ちはわかる。でも、今は、生きていて本当によかったと思っている。あの時は「これしかない」と思い込んで悩んだことが、後にどれほど狭い視野で、小さな世界の中でしか考えていなかったのか、気づくことができたから。(中略)

あなたがいつ死ぬかは、神のみぞ知る。誰でもいつかは死ぬ。どうせ同じように死ぬんだったら、ジタバタせず、大いに笑って、楽しんで、やりたいことをやって、徹底的に生きてみないか？



弱気になった時に、宣言しよう。「生きて！ 生きて！ 上を向いて生きる！」
そして、人生の幕を閉じる時、大きな拍手で、お互いを送り出そう。それまで、いつまでも幸せに。お元気で。』

理事 井上 林太郎

● 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...』

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い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て、「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ろう。

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ある。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

がん細胞から学んだ生き方ー「ほっとけ 気にするな」のがん哲学ー
樋野興夫 著 へるす出版 2021年11月初版



はじめに

昨年に続き、今年度も12月9日と16日、地元安浦中学校でがん教育を行った。まず、がんの発症メカニズム、統計などの総論、次に、乳がんを例に、検診、特にセルフチェックの大切さ、早期発見、早期治療が重要なこと、そして子宮頸がんワクチンについて、最後に、私の体験談を少々である。ほぼ昨年と同じで、変えたことは、子宮頸がんワクチンが、2022年4月から「積極的な勧奨」が再開するのに伴い、女子生徒にはその案内が届くという内容だけだった。

本書の著書、樋野先生も2016年から3年間、東京都文京区の小学校と中学校で、「がん教育」の授業を行われた。本書の中にも、「がん教育はなぜ必要か？」という章があり、私の「がん教育」に不足していた大切なことがあったので、紹介したい。

著者の紹介；樋野興夫（ひの おきお）

1954年島根県生まれ。順天堂大学医学部病理・腫瘍学教授を経て、現在、同大学名誉教授、新渡戸稲造記念センター長、順天堂大学医学部客員教授等併任。

2013年に一般社団法人「がん哲学外来」を開設し、がん患者と家族を対話を通じて支援する活動を続けておられる。

本書の内容・感想

2007年「がん対策基本法」が施行され、同年「がん対策推進基本計画」が制定された。その中に、「子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識をもつように教育することを目指し、5年以内に、学校での教育の在り方を含め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し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする」とある。そして、2012年第2期、そして、2017年第3期がん対策推進基本計画が制定された。第3期には、「外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める」とある。このような流れを経て、文部科学省(文科省)は、小学校では2020年度から、中学校は21年度から、高校は22年度から「がん教育」を始めることを決めた。

文科省は15年、「学校におけるがん教育の在り方について」を発表。「がん教育」の目標の1つとして、「自己のあり方や生き方を考え、共に生きる社会づくりを目指す態度を育成する」とある。

では、実際にどのような授業をすれば良いのか。本書には、そのヒントがあったので、少しだけ紹介する。

『予防を中心にがん教育が行われている。実際に以前と比べると、予防意識は向上している。しかし、現実には2人に1人ががんになっている。「がんは予防できない」と考えた方が現実的である。(中略)だから、小学生や若い人達に身につけて欲しいのは、予防よりも心構えだ。予防の知識だけ覚えても、家族などががんになったときの心構えがなければ本末転倒だ。現実に向き合える「がん教育」でなければならぬと考えている。』ー「がん教育」は、予防より心構えー

『「がん教育」で大切なことは「がんになった人は、決してかわいそうな存在ではない」ことを教えること

だ。2人に1人がなる病気に対して、同情や哀れみという感情は正しくない。しかし死を意識する病気であることは確かだ。

家族ががんになったらどう接すればいいのか。同級生ががんになったら教室でどう接すればいいのか。ともすれば、同情や哀れみになってしまう繊細なものだ。ここを乗り越えるためには、先生方は自分の人生観を真正面から、子ども達にぶつける必要がある。』－先生の言葉に心がこもっていれば－

『今後、皆さんの周りにがんなどの病気で悩んでいる人が現れると思う。その時のために、今から困っている人に手を差し伸べられる練習をしておくといいと思う。困っている人がいたら、自分には何もできないと思っても、会話がなくても、ペットの猫や犬のようにそばにすることが、実はとても大事なのだ。』－子ども達の質問の例－

『自分や家族などががんになったときに、そのがんはどう向き合うかという心構えを身につけておくことも大切だ。(中略)小学生の子どもをもつお母さんが、がん告知を受けた。元気がないお母さんを見ることほど、子どもにとってつらいことはない。ところが、がんにならずにお母さんが前を向いて頑張り始めると、子どもは勇気づけられて、「自分もしっかりしなくちゃ」と考えるようになる。これが本当の「がん教育」だ。

解決できない状況に立たされた人が、それでも前向きに歩き出すとその姿に人は感動する。この感動こそが、真の人間教育だ。がんになった親の姿を見て、子どもは人間を学んでいく。患った親がどのように子どもに生き方を伝えるか。与えられた現実を、いかに子どもの教育にするのかを考える時代を迎えている。』－親が前を向いている姿に、子どもは－

本書を参考にして、来年度の「がん教育」では、「心構え」を取り入れることにした。さらに、「がんにかかったお母さん、お父さん」に会う機会があれば、子どもさんは親の姿をみて成長されていることを、まさに今「がん教育」を実践されていることを伝えたい。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

mRNA ワクチンの衝撃ーコロナ制圧と医療の未来ー

著者 ジョー・ミラー エズレム・テュレジ ウール・シャヒン 訳者 柴田さとみ・山田文・山田美明 早川書房 初版 2021年12月

はじめに

前々回のニュースレターで、「mRNA(メッセンジャーRNA)医薬品」の概略を説明した。そして前回は、長年の研究成果が、新型コロナウイルスワクチン(mRNA ワクチン)につながったことが評価され、昨年のノーベル医学生理学賞の候補者となったワイスマン教授とカリコー博士を紹介した。2011年、失意のカリコー博士を救ったのは、2008年創業のドイツ・マインツにある創薬ベンチャー企業「ビオンテック」の創業者で医師でもあるウール・シャヒン博士であったことも述べた。日本で「ファイザーワクチン」と呼ばれているコロナワクチンは、ビオンテック社が開発、商業化したもので、一部協力したのがファイザー社なので、海外では普通「ビオンテック・ファイザーワクチン」と呼ばれている。



このビオンテック・ファイザー社のコロナワクチンが衝撃的であった理由の1つは、世界初の mRNA 医薬品であり、さらに前回のニュースレター11頁の図の通り、これまでは実用化まで10年以上かかっていたが、わずか11ヶ月で完成し全世界で接種が始まったことである。今回は、ビオンテック社の共同創業者で、このワクチンの開発者である夫妻、ウールとエズレム(写真)を紹介する。



なお、「コロナワクチン」は、免疫力を高めてコロナ感染症の発症を予防するワクチンであり、「がんワクチン」は、免疫力を高めてがんを治療するワクチンである。

著者の紹介 ; ジョー・ミラー

フィナンシャル・タイムズ紙フランクフルト特派員。ドイツ・マインツに本社のあるビオンテック社で世界初の新型コロナワクチンが開発される年までの過程を同時進行でつぶさに取材。同社のトップであるウール・シャヒン、エズレム・テュレジ夫妻に密着取材できた数少ないジャーナリストである。

本書の内容・感想

ウールとエズレムの免疫学への関心は、元々感染症と結びついていただけではない。1990年代に若き医師だった2人は、免疫系をきちんと理解すれば、その複雑な力を利用して、患者を死に追いやっている悪性腫瘍と戦えるかもしれないと考えていた。

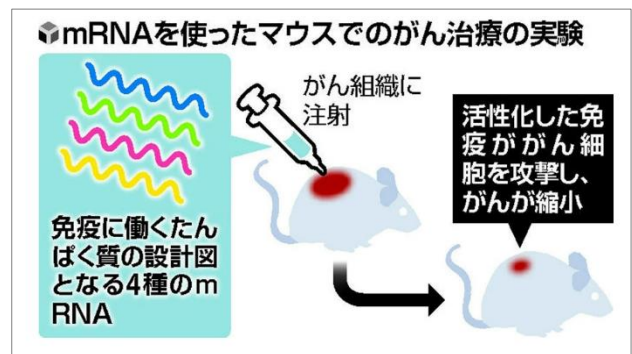
ウール・シャヒンは、1965年9月トルコのハタイ県で生まれた。当時、西ドイツ政府は戦後の著しい労働力不足を補うため、トルコと移民受け入れ協定を結んでいた。4歳の時、両親と兄弟とともにドイツに移住。父はケルンにあるフォードの自動車会社で職を得た。ウールはサッカーに夢中になる一方、図書館で過ごす時間も長く、11歳にして人間の免疫系の美しさと複雑性に心を奪われていた。「子供の頃からずっと医者になりたいと思っていました」とウールは語る。彼が思い出すのは、トルコにいた伯母のことだ。伯母は

乳がんを患っていて、この病がウール少年を困惑させた。「子供心にも、よく飲み込めませんでした。がんを患った人は一見健康そうに見えるのに、実はもう末期なのです」。大人達はこの現実をあきらめて受け入れているようだった。だが、ウールはじれるような思いを感じていた。絶対に、何かできることがあるはずだ。

ケルンから車で北へ3時間行ったところの田舎町、ラストルップに、エズレム・テュレジの一家は住んでいた。父はトルコで外科医をしていたが、政府の指示で、宗教間の対立が高められている地域に派遣されることになり、エズレムが生まれる2年前、ドイツに移住した。辺りには農場が広がり、地元の病院ではエズレムの父が唯一の医師だった。元々修道院で、スタッフは修道女で、昨今では看護師や若手医師が行うこともすべて行っていた。患者のために療養食をつくり、腕にギブスを巻き、手術では助手を務める。そういう姿を見ていたエズレムは、自分も自分の役割を果たしたいと願うようになった。

当時はまだ、移民、特に異なる民族に対する社会の目は厳しかった。そうした中で2人とも優れた成績をおさめた。ウールはケルン大学に進学し、医学の学位を取得し、免疫療法に関する研究で博士号を取得した。一方エズレムは、ザールラント大学で医学を学びつつ、並行して分子生物学の博士号の取得を目指して実験に取り組んでいた。そして偶然にも、ウールもそのザールラント大学病院に職を得てやって来た。エズレムが血液がん病棟で初期ローテーション研修中、ウールは彼女の上司兼指導係となった。この病棟の患者の多くは、最後のチャンスとなる治療を受けていた。2人はしばしば担当の患者に、利用できる治療の選択肢はもう尽きてしまったと告げざるを得ない状況に立たされた。この情け容赦のない病に人々が屈し、ときに最後に優しく手を握ってもらうこともないまま死んでいくのを、毎日のように目の当たりにした。そんな恐ろしい日々のさなかのある午後の回診中、ふと視線がぶつかって、2人はじっと見つめ合った。そして、2人は真剣に交際を深めるとともに、人々の命をむさぼる残忍なこの病を打ち負かすために力を合わせていこうと誓い合った。1991年のことである。

体には感染症等の外敵を察知し、将来同じ敵に遭遇した時に備えて武装するよう自らを鍛える機能がある。この所見こそがワクチンにつながり、数多くの人々の命を感染症から救ってきた。一方で、1990年代初め頃、少数の免疫学者は、免疫系は体内の敵に対しても認識そして攻撃できるよう鍛えることができると考えるようになり、それこそが、がん医療における全く新しい道を切り開くと認識し始めた。ウールとエズレムもその少数派だった。目の前で死んでいく患者達には、腫瘍と闘う武器がすでに備わっている。その力を上手く操り、がんという複雑きわまりない病から解き放す方法を探し出すことが、自分達のすべきことだと信じた。そうして2人は、「免疫系の調教」に向けて全力を傾けることになる。すべてを試してみた。90年中頃、RNAに感触を得て、さらに「mRNA」に焦点をしばった。この頃、世界中の研究者達は、すべての患者のがんが異なることに気付く。「がんがすべて異なるならば、1人ひとりの患者の腫瘍に合わせて調節できるワクチン技術を作れば良い」と2人は考えるようになった、その後も粘り強く続け、99年ヨハネス・ゲーデンベルク大学マインツ(通称マインツ大学)から招聘され、その後ウールは教授になった。08年6月マインツでピオンテック社を設立。2人は、医師、研究者としてだけでなく、ベンチャー投資家に頼る起業家にもなったのである。その後も、研究は続いた。



14年、数十人の進行性悪性黒色腫患者を対象とし、静脈内に mRNA がんワクチンを投与する臨床試験が始まった。結果を18年10月学会発表。すべての例でT細胞の強力な反応が見られ、数人の患者で腫瘍が縮小していた。その前日には、体内に存在する防御力を結集させて進行性腫瘍と戦わせる研究で本庶佑と共にノーベル賞を受賞したばかりのジェイムズ・P・アリソンが登壇して熱狂的な歓迎を受けていた。ウールも喝采を受けた。聴衆は、ついにがん免疫療法の時代に入りつつあると確信した。

20年1月11日、新型コロナウイルスの遺伝子情報がネットにアップロードされた。54歳のウールは、あまり関心がなかった。ピオンテックの1000人以上いるスタッフのうち、感染症のワクチンの開発に携わっているのは、わずか10数人。残りの人員は夫婦の掲げる中核的ミッションに力を注いでいた。がん治癒である。悪性黒色腫等の固形腫瘍に対する7つの臨床試験が間もなく開始予定だったからだ。

しかし、1月24日、ウェブサイトで、世界的に権威のある医学雑誌「ランセット」の記事に、ウールの視

線は止まった。ある一家のレポートだ。新圳(しんせん)市に住む 6 人家族が武漢市に 1 週間旅行した後、5 人が、熱、下痢、そして重度の咳で香港大学の附属病院に入院した。旅行中、母親と娘の 2 人は、肺炎のため武漢市の病院に入院していた親戚のお見舞いに行った後、体調を崩した。その後、残り 3 人も体調を崩した。入院した 5 人の咽頭拭い液と唾液から、武漢で見つかった新型コロナウイルスの遺伝子が見つかった。さらに、新圳市に戻った後に会った親戚も同じ症状で入院した。ウールは驚いた。この新規感染症は、野火のようにヒトからヒトに広まっている。それより、さらにウールをぞっとさせたのは。旅行に参加していた残りの家族の 1 人、7 歳の孫娘だ。全く症状はなかったが、念のため調べた検査は陽性。今回のこの病原体は、健康な人の間を移動している。ウールはこの論文を読むまで、武漢のことは知らなかった。気になってグーグルで検索。武漢の人口は 1100 万人、人口密度はロンドン、ニューヨーク、パリよりも高い。広大な地下鉄システムがあり、発着する航空定期便は 2300 あり、中国国内だけでなく、ニューヨーク、ロンドン、東京等と繋がっている。まだ誰も気づいていないだけで、世界はすでにパンデミックの中にあると思った。すぐに、この仮説は証明された。最近中国からフランスに入国した 3 人が、体調不良でパリとボルドーの病院に入院し、検査で陽性。これまで、mRNA ワクチンという、誰からも愛されていないこのワクチンを使って、がん治療に革命をもたらすことを目指してきた。ウールは感じた。この切り札を正しく使えば、この感染症の拡大を食い止めることができる。しかも、記録的な速さで。この新たな病に感染した人の数は世界で 1000 人に満たなかったが、1 月 25 日、ウールとエズレムはひっそりと 2 人の間だけで、この感染症に対するワクチンの開発に取り組むことを誓い合った。そして 26 日日曜日の夜までに、ウールは 8 つの異なるワクチン候補を設計し、その技術的な構築プランをおおまかに練り上げた。その翌日にはドイツで初の感染者が確認された。その後の経過は、本書に譲る。

参考までに、世界保健機関(WHO)がパンデミック宣言をしたのは 20 年 3 月 11 日で、1 月 30 日には、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と述べるに留まっていた。

不運にも私達は、新型コロナウイルスのパンデミックを経験したが、ワクチンを 1 年足らずで手にした。幸せである。ウール、エズレム夫妻のおかげである。今度は、mRNA がんワクチンを使えるかもしれない。幸福である。私達は至福の時代に生きている。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

ヒトはなぜ「がん」になるのか -進化が生んだ怪物-
キャット・アーニー 著 矢野真千子 訳
河出書房新社 2021年8月初版



はじめに

まず、本書の「はじめに」より抄出する。

『がんとは、それぞれ少しずつ中身の違うがん細胞の集団が、いくつもいくつもパッチワークのように寄せ集まってできた総体だ。がんを構成している細胞集団はそれぞれ違う遺伝子変異を抱えており、そこには治療薬に抵抗する変異を抱える集団がいるかもしれない。がんがある程度の大きさに育ち、細胞集団の種類が多様化したら、まず再発は避けられない。』

科学者達はがんの進行を、自然界の生物進化の縮図として見るようになってきた。生物が突然変異で新しい形質を得たあと、その形質が自然選択で選ばれば生き延び拡散するのと同じように、がん細胞も新しい変異を拾ったあと、自然選択で選ばれば拡散する。ダーウィンが描いた進化系統樹のように、がん細胞も枝分かれしながら進化する。ここで私達は、がんについてのもう1つの不都合な真実、治療自体ががんの悪性化に手を貸すという真実を知ることになる。

薬は、その薬の効く(薬に反応する)細胞を死滅させ、薬の効かない(薬に耐性のある)細胞を栄えさせる。つまり、薬はがんを弱体化させるどころか増強させる。そうやって強力になったがんは再発という形で現れるが、そのときにはもう、何をどうしても止められなくなっている。進行したがんに行現の治療法が無力なのは不思議でも何でもない。』

がんは進化が生んだ怪物であるのだ。では、そのようにがんを捉えている科学者、医師達は、どのような治療戦略を描いているのであろうか。希望の光はある。今回は、その光を紹介する。

著者の紹介；キャット・アーニー

サイエンス・ライター。ケンブリッジ大学で発生遺伝学の博士号を取得。イギリスのがん研究基金「キャンサー・リサーチ・UK」の科学コミュニケーション・チームで12年間勤務した経験をもつ。ワイアード、BBC オンライン、デイリー・メール、ネイチャー、ニュー・サイエンティスト等のメディアに寄稿。著書は「ビジュアルで見る遺伝子・DNAのすべて」(原書房)等。



本書の内容・感想

「がんを手なずける」より抄出する。全部を殺さず、少し残すことが肝要だ。

『手術で完全に治るがんがあるが、これは病んだ枝を木から切り落とすといった方法に等しい。遺伝学に均一ながんなら、シュッと化学療法のスプレーを吹きかけるだけで根絶できる。だが、進行転移がんはそうではない。フロリダ州タンパにあるモフィットがんセンターのロバート(ボブ)・ゲイトンビーらは、腫瘍内にいつも耐性細胞がいる、という前提からスタートすることにした。ゲイトンビーが現行のがん治療で何より疑問に思うのは、薬が「最大耐容量」処方されることだ。その耐性細胞は、増殖スピードが遅いので増えすぎることはなく目立たない。しかし、薬に反応するがん細胞が全滅すればそのあとを埋めるように勢力を広げるだろう。この場合、薬を最大耐容量にするのではなく逆に低用量にして、薬に反応するがん細胞をある程度に保ち、そのがん細胞に耐性細胞を抑制させた方がいい。もし、薬に反応するがん細胞が増え過ぎたら、薬を増やして以前と同じバランスに戻す。ゲイトンビーはこの方法を「適応療法」と呼ぶ。』

ゲイトンビーは、モフィットがんセンターの前立腺がん専門医のジンソン・チャンとチームを組んだ。被検者は、前立腺の進行性転移がん患者のうち、新薬ザイティガ(ホルモン療法薬・抗アンドロゲン薬、一般名

アビラテロン)以外のあらゆる治療薬を試したという狭い条件の中から少数を選んだ。アイデアそのものはシンプルだった。試験の開始時に腫瘍マーカーPSA値を測定する。それからアビラテロンを1日規定用量でスタートし、4週間毎にPSA値を測定し、3か月毎にCTと骨をスキャンする。

PSA値が開始時の半分に落ちたら薬を中止する。そして待つ。数週間後になるか数か月後になるかは患者次第で、腫瘍が育ち始めるとPSA値が上昇する。開始時と同じサイズまで戻ったら、アビラテロンを再開し、そのサイクルを繰り返す。少なくともアイデアだけ見ればエレガントだ。

最初に3人の患者で試し、そこで想定されている腫瘍の縮小と成長のサイクルが見られなければ、この試験を迷わずに中止することを決めていた。数学モデルの計算によれば、1回のサイクルは3か月から1年半とされていた。実際、そのサイクル期間は患者毎に大きな開きが出た。最初の3人のうち1人は、投薬を再開するレベルまで腫瘍サイズが戻るまでほぼ1年かかった。

薬を中止して、ただ待つ、というのは試験に参加する患者の理解が得にくい部分だった。薬が効いて腫瘍が小さくなってきたときに、なぜ薬を中止するのか？そして、がんが戻ってくるのを何もせずに待つのか？被験者のうち2人はこのことがどうしても納得できなかった。PSA値が半分に落ちたとき、その2人はこのまま薬を続けたいと強く希望した。その通りにすると、2人ともすぐ悪化し、結局、亡くなった。

逆に、適応療法の考え方を完璧すぎるほど理解してくれた患者もいた。石油業界で技師をしていたイギリス人のロバート・バトラーは、リタイア後、フロリダ州タンパで悠々自適の暮らしをしていたが、2007年に前立腺がんを診断された。ホルモン療法と放射線療法ではがんを抑えることはできず、最後の望みをかけて適応療法の臨床試験にやってきた。私がモフィットがんセンターを訪問した2018年5月、バトラーは10期目のアビラテロン治療中で、この臨床試験における余命延長の最長記録を保持していた。

腹をくくってアビラテロンの適応療法に参加することを決めた患者達にとって、結果はかなり満足のいくものだった。2017年末に発表された予備報告では、11名のうち10名の患者が完全に安定していることが示された。彼らのがんは平均27か月のサイクルで拡大と縮小を繰り返しながらうまくコントロールされていた。残りの1名は、計算通りの反応が得られず悪化した。もう1つの朗報は、患者達に投与されたアビラテロンの量が、一般的な治療を受けた場合の全投与量の半分で済んでいることだ。中には1年のうち1か月しか薬を飲まなくてもいい患者もいる。副作用はごくわずかで、重篤なものは1つも無い。

適応療法は、薬剤耐性細胞の集団を患者の体内でコントロールして(適応させて)がんを安定させるのが目的だ。だから耐性細胞はいつも存在し増殖している(かなりゆっくりであるが)。その耐性細胞の集団がいつなるとき優勢になってもおかしくない状態だが、ゲイントビーの数学モデルによれば、治療回数20期ほどまではバランスを保持できそうだという。

2019年2月、私はフランスのパリで、ゲイントビーの同僚であるジョエル・ブラウンが最新の結果を発表するのを聞いた。この臨床試験には、計16名の男性患者が参加した。平均すると、被験者は転移性前立腺がんを進行させない期間を2倍に延ばせた。うち1名は4年間も乗り切った。残念ながら、最終的には全員が、薬剤耐性細胞の勢いが増した。それでもほとんどの被験者はまだ生きており、ほかに残された数少ない治療選択肢に挑んでいる。いずれにせよ、この試験に参加した患者は全員、規定通りアビラテロンを服用している患者群より成績がよかった。次々と生まれる分子標的薬が数か月しか生存期間を延ばせていないのに比べると、効果はあまりに明白だ。どの角度から見てもこの試験は成功だった。

ゲイントビーらのチームは現在、新たな前立腺がんの研究に乗り出している。適応療法を、ほかの選択肢がなくなってから試すのではなく、第1選択肢としたらどうなるかという研究だ。年単位、あるいは数10年単位で病勢を維持できるとわかったら、進行がんはいずれ、長期慢性病と同じ位置づけになるだろう。』

ゲイントビーらの報告を受け、アメリカのほかの病院でも「適応療法」の臨床試験が始まっている。さらに、がんの種類を広げた適応療法の試験が計画されている。

繰り返しもなるが、ゲイントビーらの前立腺がんの試験の被検者全員に耐性が現れたように、ほかの種類のがんでも耐性はいつかは現れるだろうが、その時は、次の薬、その次の薬でも「適応療法」を行えば、これも現状のようなモグラ叩きには違いないが、かなりゆっくりした副作用の少ないモグラ叩きになるのであろう。

幾らかは、適応療法を分かってもらえたでしょうか。詳しいことは本

書に譲ることにして、適応療法を頭の片隅に入れて、再度、前回の「市民のためのがん講座」の、和田洋巳先生の寄稿を読んで頂ければ幸いである。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

ドキュメント がん治療選択
一崖っぷちから自分に合う医療を探し当てたジャーナリストの闘病記
金田信一郎 著 ダイヤモンド社 2021年7月初版



はじめに

著者、金田が執筆した「癌と癌治療を生き延びた記者の闘病記」というタイトルのスペシャル・レポートがニューズウィーク(2021.7.27)に掲載された。アブストラクトの一部を紹介する。

『元日経ビジネス記者でジャーナリスト歴30年の金田信一郎は昨年3月、突然ステージ3の食道癌に襲われた。紹介された東大病院に入院し、癌手術の第一人者である病院長が主治医になったが、曖昧な治療方針に違和感を拭えず、セカンドオピニオンを求めて転院。しかし転院先でも土壇場で手術をしない治療法を選択し、今では以前とほぼ同じ日常を取り戻した。金田は先頃、自らの体験を題材にしたノンフィクション「ドキュメント がん治療選択」(ダイヤモンド社)を出版した。本特集は金田の200日の闘病記を通して、癌治療の現在を描き出す。』

紙幅の便宜上、今回は前半の「東大病院からがんセンター東病院への転院まで」を、次回「土壇場で手術をしない治療法を選択した」を紹介する。

著者の紹介; 金田信一郎 (かねだ・しんいちろう)

ジャーナリスト。1967年東京都生まれ。「日経ビジネス」記者・ニューヨーク特派員、日本経済新聞編集委員を経て2019年独立。52歳時、食道がんに罹患。

本書の内容・感想

タバコは吸わないが、ビール2リットルと、焼酎ストレートを午前3時頃まで飲む生活を送っていた。2020年3月1日ビールのあと、日本酒に移ったところで吐いた。13日もビールを吐いた。16日Jクリニック受診。逆流性食道炎と診断され、処方された。その後、水を飲もうとしても、喉のあたりに引っかかって吐いてしまうので、3月25日(水)再受診し、症状を説明。本書より抄出する。

『一瞬の沈黙の後、「胃カメラをやってみますか」。1年前健康診断で引っかかりJクリニックで胃カメラ(内視鏡)をやっている。30分後パソコンの画面で先程の胃カメラの結果説明があった。「食道に大きな腫瘍がありますね。がんの疑いがあります。ここにも腫瘍がありますね」。「ところで、あさって金曜日東大病院へ行きますか。瀬戸先生の外来、10時半から予約が取れるそうです」「お願いします」。J先生は東大医学部の出身なので、すでに話しがついていたようだった、なお、瀬戸(泰之)先生は、東大医学部消化管外科学の教授で、附属病院の病院長も併任されている。

3月27日(金)受診。瀬戸先生は、今日これから血液検査とCT検査を行い、来週の火曜日内視鏡検査を行うようにパソコンに入力。そして、来週の金曜日結果説明となった。

4月3日(金)受診。瀬戸先生はかなり忙しそうだった。がんの告知後、「食道にがんが3つあって、ステージが2~3」「がんは食道の外まで出ているので、強い抗がん剤を3クールやってから、手術ができる状態になっていたら手術をする」などの説明があった。そして、入院のスケジュールが告げられ、いくつかの書類にサインをして、わずか5分で終わった。

4月10日(土)入院。入院に際して、ノートパソコンのほかに、3台の情報端末を持ち込んだ。入院するま

では原稿の締め切りに追われて、病気について考える暇はなかった。これからはネットと携帯電話を駆使して、食道がんに関する医療や病院、医師の情報について、徹底的に調べようと心に決めた。

入院中の主治医はY先生で、研修医も含め5人の医師が担当だった。瀬戸先生は、土日も含めて1人で毎日朝夕2回回診をされているが、会釈だけして足早に次の病室に向わっていた。13日(月)より、化学療法が始まった。

食道がんで開胸手術を行った場合大手術で、術後の体は「大きな交通事故にあった状態」と言われるほど、体に負担がかかることを知った。開胸手術は避けたい。そもそも、4月3日の説明では、手術ができる状態であれば手術をするとのことだった。手術ができるのであろうか。

当初は東大病院にすべてを任せきって治療を進めていこうと思っていたが不安になり、他の病院の情報を検索しているうちに、「転院」のことを考えるようになった。東京都内では、国立がん研究センター(がんセンター)中央病院と癌研究会(がん研)有明病院が候補に挙げたが、両病院ともコロナの院内感染によって、診察や手術が止まっていた。残る候補は、千葉県でやや遠いが、がん研究センター東病院に絞られた。検索していると、食道外科の長である藤田武郎先生は、日本屈指の食道外科医であり、東病院の年間手術件数は東大病院の約3倍で、日本で1位の北海道の恵佑会札幌病院とほぼ並んで2位で胸腔鏡手術も積極的に取り入れていることを知った。手術数も大切だ。藤田先生に執刀してもらいたい。では、どのようにして転院するか。

直接、今ここで転院の話をしてよいか。そもそも、東大病院で治療をしている患者を受け入れてもらえるのか。まずは、セカンドオピニオンを聞くことにして東病院へ行き、転院を断られたらまた東大病院で治療を受ける。そして、もし受け入れてもらえたら、転院することにした。だが、セカンドオピニオンを聞くには、自分がファーストオピニオンを知らなくては。

20日(月)午後5時半、3人の医師が回診に来た。尋ねたが、瀬戸先生の説明とほぼ同じであった。21日午後の検温はベテランの看護師だった。「CTや胃カメラの画像を見せてもらいながら、詳しい説明をしてもらいたい。特に、ステージ分類に使う、T原発巣の広がり、Nリンパ節転移、M遠隔転移の有無について。そして、手術は開胸かロボットか」このことを瀬戸先生に伝えてもらいたいと頼んだ。

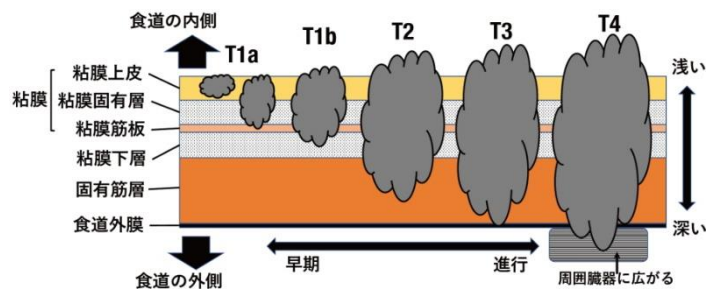
4月23日(木)午前10時過ぎ、「説明は私がやることになりました。今なら時間があいています」とJ先生から声がかかり、一緒に病室を出て、ナースステーションの奥へ向かった。

「まあ、金田さんの場合、食道がんの標準治療をしているので、あまり特別な説明はありませんが」。そう言うと内視鏡の画像がパソコンに表示された。

まず、上のがんが見えてきますが、これは歯から18センチのところにあります。次に、23~27センチのところに、メインのがんがありますね。これを見ると、食道を1周している、全周のがんとして広がっていることが分かります。これは歯から35センチの場所で、やはり全周として広がっています。

次に、金田さんから質問のあったT、つまりがんの深さを見ていきます。これはCTで判断します。外膜の外まで出ているので、T3となります。

リンパ節への転移ですが、これはN0、つまり腫れているリンパは見つかりませんでした。ただ、これは1センチぐらいまでにならないと見つからないので、細胞単位で転移しているかどうかは分かりません。まあ、データの平均値で言うと、T1でも15%は転移しているし、T2でも3~5割が転移している。T3だと、もっと高くなります。



	T1a	T1b	T2	T3	T4a	T4b
T因子 (がんの深さ)	T1a	粘膜内にとどまる	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤
	T1b	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤	切除できない臓器に浸潤
	T2	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤	切除できない臓器に浸潤
	T3	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤	切除できない臓器に浸潤
	T4a	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤	切除できない臓器に浸潤
	T4b	粘膜下層にとどまる	固有筋層にとどまる	外膜にまで及んでいる	切除できる臓器に浸潤	切除できない臓器に浸潤
N因子 (リンパ節転移)	N0	リンパ節転移がない	所属リンパ節転移1-2個	所属リンパ節転移3-6個	所属リンパ節転移7個以上	
	N1	リンパ節転移がない	所属リンパ節転移1-2個	所属リンパ節転移3-6個	所属リンパ節転移7個以上	
	N2	リンパ節転移がない	所属リンパ節転移1-2個	所属リンパ節転移3-6個	所属リンパ節転移7個以上	
	N3	リンパ節転移がない	所属リンパ節転移1-2個	所属リンパ節転移3-6個	所属リンパ節転移7個以上	
M因子 (遠隔転移)	M0	遠隔転移がない	遠隔転移がない	遠隔転移がある		
	M1	遠隔転移がない	遠隔転移がある			

でもCTではリンパ節転移は見つけれないので、N0 となります。それで、T3N0 の組み合わせでは、ステージ2に相当するんですけど、転移がある可能性が高いので、ステージ3と考えることができるため、ステージ2~3となっています」。

やはり、曖昧な診断だと思ってしまう。ステージ2の5年生存率は50.3%、ステージ3では、25.3%。ステージ3ならば、5年後に生きている人は4人に1人しかいないのだ。

「ところで先生、手術の時はロボットを使ってもらえるのでしょうか。「まあ、T3ならばロボット手術の可能性もあります。東大病院では、食道がん手術の6~7割はロボットでやっています」。これも、自分に適用されるのか、最後まではっきりしない。だが、J先生の30分近い説明で、かなり自分の病状と、東大病院が考えている治療・手術の内容が見えた。これだけ聞ければファーストオピニオンとしては合格だろう。「J先生、ありがとうございます。この説明で、モヤモヤしていたことがすっきりしました」。そこで、意を決してこう切り出した。

「先生、ちょっとお願いがあるんですが、私は食道がんについてあまり知っていることが少ないので、勉強がてらセカンドオピニオンを聞きに行きたいんですけど」。J先生のパソコンを操作している手が止まった。

「えっ、セカンドオピニオンですか…」「はい、職業病みたいなものですが、調べ抜かないと気が済まないんです」「うーん、ちょっと瀬戸先生に確認してみますが、どこに行くか決まっているんですか」「まあ、コロナの状況があるので、がんセンター東病院しかないかな、と思っています」「ああ、がんセンターねえ」はなから拒否する気配はない。「まあ、今の抗がん剤は東大オリジナルの強いヤツをやっているんで、がんセンターだと標準的なものになっちゃいますけどね」。東大病院のメリットをさりげなく強調している。だが、私は抗がん剤の内容よりも、手術の方法など、ほかのポイントに不安を感じている。それにしても、私がセカンドオピニオンを聞きたいと言っただけだったが、すでにJ先生は、私が転院すると考えている。

—そうか。やっぱりセカンドオピニオンは、転院につながる可能性が高いのか。建前では、「かかっている病院以外の意見を聞いて、より安心して治療を継続するようにする」などと主旨を謳っているが、そのまま転院してしまうケースも少なくないのだろう。

私は何を言われても、押し黙っていた。そうするうちに、こちらがセカンドオピニオンを受ける意思が強いことを感じ取ったようで、J先生は手続きについて話し始めた。ついにセカンドオピニオンへの道が拓けたと思った。』

4月30日(木)、がんセンター東病院のセカンドオピニオン外来を受診。日記より。

『それからドアをロックして、診察室に入る。そこには、何十回とサイトで顔写真を見ていた医師が座っていた。

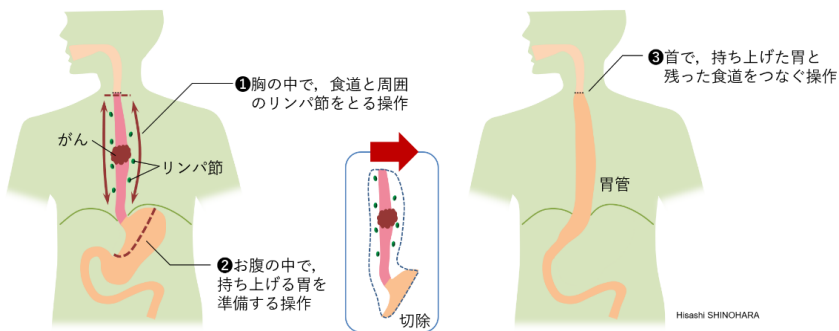
藤田先生は、「どうぞ」と言ってイスに座るように促す。サイトで見た写真より白髪が多いが、若々しく、自信がみなぎった表情はそのままであった。柔らかく、丁寧な言葉遣いが特徴的だ。

「東大病院からの紹介状とデータを見せていただきました。瀬戸先生はよく存じております。そう言うと、画面に医療データを表示し、そして1枚の説明用紙を出してきた。そして治療方法、手術の説明が始まる。(中略)

「3つのがんがある食道を切って、胃を引っ張り上げて喉につなぎます」。そう言いながら、用紙に手術を図解していく。「手術は体にいくつかの穴をあけてやります。それぞれ小さな傷跡が残ります。あと、喉とヘソの上を切ります」。(中略)

—取り切れる、と自信を持って言い切っている。この人なら、手術を任せる気になる。しばし沈黙が流れた。妻はひとことも質問をしない。私も、疑問に思っていることはすべて解消された。あとは、本題を持ち出すだけだ。

「先生の説明でよく分かりました。東大病院では途中で検査をしないので、不安なまま手術まで進むこととなります。東大病院との違いを言った上で、こう切り出した。「藤田先生にやってもらえないでしょうか」。間髪を入れずに、こう返ってきた。「いいですよ。救われた。目の前がぱっと晴れた気がした。これまで、



何度も頭の中でシミュレーションしてきた転院への道が、ついに現実のものとなる。

藤田先生はパソコンを操作して、検査の日程を考え始める。そして、こちらを振り向いてこう続けた。「東大病院で、転院の紹介状をもらってきてください。あと、来週の木曜日に内視鏡とCTの検査を受けてもらいます。時間は10時半で大丈夫ですか。「もちろんです。紹介状は、その時に持ってきてくださいか。「それで結構です。」」

こうしてついに、2回目の抗がん剤治療を受けるために、5月14日(木)東病院へ入院となった。

理事 井上 林太郎

● 連載「がんになって (55) 書籍紹介の補足」

紙幅の関係で、今回の書籍紹介で私の個人的意見等書けなかったのが、こちらのコーナーで触れる。

まず、Jクリニックでの内視鏡所見に関して。健康診断で要精査となり、1年前にJクリニックで胃カメラ(内視鏡)を受けていた。胃には問題なかったが、ピロリ菌が検出され、除菌療法を受けられた。おそらく、検診では胃透視(バリウム検査)を受けられたのであろう。個人的には、食道病変は、下手な内視鏡検査よりもバリウムの方が異常所見を見つけやすいという印象を持っている。検診医は、食道病変を指摘していたのかも知れない。今は、内視鏡検査では、全過程をビデオに撮るので、ふり返って見ることはできる。

本書には次のような記載がある。『妻はしばし沈黙の後、こう切り返してきた。「そもそも、J先生は何で見つけられなかったの。1年前に胃カメラをやったんでしょ。そこで見つかったはずじゃないの?」。それは、私も気になっていた点だった。』1年前に見つかっていれば、ごく初期のがんで、外科的手術ではなく、内視鏡で切除でき、食道を温存できたのかも知れない。

ところで、人の命を預かる医師がこのようなことを言うてはいけませんが、医者も人間、ミスは必ずある。私にも、経験がある。数年前のこと、奥様より、「うちの主人、調子が悪くなって、救急を受診しCTを撮ったら、肺がんが見つかったの。肝臓にも転移があって、手術はできないと言われた」。私は、1年前にレントゲン写真を撮っていて、カルテには、「影?」と書いている。今さら言っても仕方のないこと、また余計なことを言うて「訴えられたら困る」と思い黙っていた。

次に、瀬戸泰之先生について。本書より。『彼の経歴もピカピカだった。父が秋田県の総合病院を経営していて、本人も地元の名門、県立秋田高校から東大医学部に進学し、東大病院第一外科医局長を務めた。だが、キャリア半ばにして、郷里の父が経営する病院の副院長に就任し、もう東京に戻るつもりはなかったらしい。だが、2003年、がん研究会有明病院から「消化器の担当者が退職するから、後任として来てくれないか」と声をかけられ、東京に戻ることになる。がん研有明病院の上部消化管担当部長となり、そして、東大医学部に消化管外科学教授として呼び戻される。その後、東大病院の胃・食道外科部長、ついに東大病院の病院長となり、日本の医療界の表舞台を上り詰めていった。』

食道がんの開胸手術は、最も大きな手術と考えられていて、術後、ほとんどが人工呼吸器をつける。首、胸、腹と広い範囲を切り、傷も大きく、肋骨を折ったりもする。合併症率も4割と高い。1番多いのは肺炎で、これは死亡にも繋がる。

胸腔鏡手術でも、開胸術でも、肺が邪魔になるので、片方の肺を潰して、もう片方の肺だけで術中生命を維持するため、負担がかかる。

それが、テクノロジーの進歩によって、ダヴィンチという手術支援ロボットが登場した。人間の手が入らない狭いところでも、ダヴィンチでは細い指のようなアームが入っていく。アームの先は関節のように曲がり様々な操作ができる。食道がんへの応用が2001年初めて報告された。

瀬戸先生も最初は、アメリカ等の他国と同じように、片方の肺を潰して、胸を経由して行っていた。2012年1月12日、お腹からアームを入れる手術に成功。世界初であり、肺を潰さずに手術ができた。患者さんは、術後15日目に退院。

今でも、多くの医師が見学に来るが、難しく、踏み切れていない。東大病院にも多くの胃・食道外科医がいるが、実際に、この術式ができるのは、瀬戸先生を含めて3人である。やはり、瀬戸先生は優秀な外科医なのである。

理事 井上 林太郎



近年ダヴィンチサージカルシステムを用いたロボット手術の保健収載が外科系領域で進められ、食道がん手術でも保険診療でロボット手術を受けていただく事が可能になりました。従来の胸腔鏡手術と比較し、更に小さい穴の傷（ポート孔）と更に少ない穴の数（ポート数）となる一方で、より高精細な手術が可能となります。

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

ドキュメント がん治療選択 一崖っぷちから自分に合う医療を探し当てたジャーナリストの闘病記ー 金田信一郎 著 ダイヤモンド社 2021年7月初版



はじめに

前回、「東大病院からがんセンター東病院への転院まで」を紹介した。今回はお約束したように、後半部分の「土壇場で手術をしない治療法を選択した」を紹介する。

本書の内容・感想

2020年4月30日(木)、がんセンター東病院の藤田武郎先生のセカンドオピニオン外来を受診し、東大病院から転院することが決まった。同日の日記より抄出。

『抗がん剤を3コースやるのは東大病院と同じだが、その間に内視鏡とCTの検査をして、小さくなっているかを確認しながら進めるという。抗がん剤の効果がなければ、時間と体力を浪費するだけなので、すぐに手術をする。そもそも、東大病院は3コースの抗がん剤がすべて終わらないと検査をしない。もし、抗がん剤が効いていなくても、3コース9週間の抗がん剤を打ち続けることになる。この、1コースごとに検査する方法だけでも、かなり安心感がある。(中略)

コロナ渦の中、針の穴に糸を通すようなセカンドオピニオンだったが、がんセンターにすべり込むことができた。これで、信頼できる医師に手術をしてもらえる。あとは、言われた通りに治療を受けていけばいいだけだ。もう、病院や医療について悩んだり、必死に調べることもしなくて済む。ようやく、穏やかな気持ちでベッドにつくことができる。この時は、そう安心していた。』

5月7日(木)に検査があり、がんは小さくなっていた。ただし、リンパ節転移が2つ見つかり、ステージは「2~3」でなく、「3」となった。

がん治療の現場では、手術をする外科が中心となっているといわれている。そのため、内科や放射線科とは対立関係にあるというのが、昔から「日本のがん治療の常識」と囁かれた。がんセンターは、そうした組織の壁を打ち壊して、各科が連携するところに特徴があると謳っていた。患者を中心として、内科や外科、放射線科、看護師、薬剤師などがチームとして話し合いながら治療を進めていく、と。

東大病院とは異なり、抗がん剤治療の担当医は内科で、小島隆嗣医師となった。5月14日(木)入院、15日より抗がん剤治療が始まった。16日(土)の日記より抜粋。『抗がん剤の点滴が安定してくると、体力や気分が回復してきて、考える余裕が出てくる。そうすると、私はテーブルの上にパソコンを置いて、食道がん手術と、その後の生活について調べ始める。というのも、この頃、私は食道の全摘手術に疑問を抱くようになっていた。』

食道がんのステージ2~3の場合、標準治療として外科手術が行われる。まず抗がん剤でがんをできるだけ小さくして、手術によって腫瘍を摘出する。だが、食道がんの場合、ほかのがんと違って、腫瘍のある部分だけでなく、臓器を丸ごと取ってしまう。食道を全摘する手術を受けると、ダメージが大きくて、取材活動に復帰するのに時間がかかりそうだ。こうした「大手術」をやりたくない人もいる。そのため、手術を回避して、「化学放射線治療」で対応するケースもある。

抗がん剤の第1クールを終えて、がんが小さくなっている。このまま3クールを受けることができれば、がんはさらに小さくなるはずだ。ならば、残ったがんを放射線で消すことはできないのか。そうすれば、手術で食道を失わず、これまで通り取材を続けることができる。第2クールが終わったら、藤田先生に相談し

てみようか。ただ、そんな話をすれば。「自分の腕を信用していないのか」と受け取られ、機嫌を損ねてしまうかもしれない。そう考えると不安が襲ってくる。』

5月17日(日)の日記より。『回診にきたN先生にこう質問した。「私の食道がんを、手術じゃなくて、放射線治療で治すことはできないんですかね」。医師にとっては、何を今さら、という質問だろう。(中略)「要するに、今から放射線に切り替えるのは難しいのですか」。「手術を前提にした抗がん剤治療を始めているわけですからね。最初に手術と放射線治療の説明を聞いた時、放射線を選んでもらわないと」「いや、先生、私は放射線の話は聞いたことがないですよ」「えっ」「手術のことしか聞いていないんです。まあ、治療が始まったのは東大病院でのことですが」。そうか。本来ならば、治療に入る前に、手術と放射線の両方の治療法を説明するものなのか。(中略)このことを知って、私は改めて、自分の対応にも問題があったことを痛感した。東大病院でがんを告知された時に、あっさりと引き下がったことが最初の躓きだった。

だが、初めてがんにかかった患者が、あの場面で医師を相手に、「病状をもっと詳しく説明してほしい」、「ほかの治療法はないのか」などと食い下がることができると思えないが。逆に言えば、患者は、告知の場面でベルトコンベアに乗ってしまえば、そのまま、抗がん剤、手術へと流されていく。これが、現代医療の現実なのだろうか。』

5月21日(木)、第2クールの抗がん剤治療が終わって退院。6月18日(木)、最後の術前抗がん剤療法、第3クールが終わって退院。看護師に挨拶をして病院をあとにした。「次は手術で来ます。1ヵ月後ぐらいかな」。

6月29日(月)の日記より。『食道がんになってから、人から電話がかかってくるのが少なくなった。治療で苦しんでいる人に電話をしてはいけない、という心理が働くらしい。そうした中で、わざわざ電話をかけてくる輩は、なかなかの強者だ。

午後2時すぎ、携帯電話が鳴り、「吉野源太郎」と表示された。先輩記者で、自分と同じステージ3の食道がんになり、手術を受け、18キロも体重が落ちた話を聞いたのが約1ヵ月前。吉野節が始まった。「いやさ、それは壮絶な話ですよ。そもそも、手術をして病室に戻ったら、主治医が『吉野さん、よく生きて戻ってきたね』って言うわけだからさ」(中略)「そうすると、出張は…」「できませんよ。そもそも、横になって眠れないんだから。寝ていると、胃酸が上がってきてしまう」。そうか、出張先でホテルに泊まると、病院のように上体が上がるようなベッドではないから、横になって眠ることはできないわけだ。これは、取材活動に大きな制限となる。

電話が終わった。何度も自問していく。ある思いが固まってきた。抗がん剤のあとは、放射線で治療する。それでがんが残っても、あとは「天命」と受け止めて、与えられた時間を思うように取材・執筆した方が自分らしい人生になるのではないか。吉野さんからの電話は、がんに対する私の向き合い方を決定づけることになった。』

様々なメリットとデメリットが出てくるだろう。だが、放射線治療で多少のリスクや副作用に苦しむことは覚悟している。5年生存率も手術より低くなるが、術後の状態はいいはずだ。7月2日(木)、藤田先生と小島先生に思いを伝えた。

7月9日(木)、放射線治療科のI医師の説明があった。同日の日記より抜粋。『放射線治療のデメリットが次々と並べられていく。まったく質問をする余裕はない。「やはり、食道全体に当てることになるので、副作用が大きく、リスクが高い。今朝、放射線科でも話したんですが、これは手術だろう、と」。この言葉を聞いて、愕然とした。もう、がんセンターの放射線科としては、私は患者として受け付けられないと決めている。(中略)「放射線は難しいということですか」「そうですね」、沈黙が続いた。

午後1時から小島先生の診察。「はい、手術を…。放射線の先生の話では、副作用が強すぎて、(放射線を)当てられないというので」。その後、藤田先生の診察が始まった。「どうでしたか?」「結論から言うと、手術かな、と」「実は、金田さんの手術の予定はすでに入れていまして、7月22日となっています。ロボットも予約できました。この日程でよろしいですか?」「…お願いします」。入院の予約をしてから病院を出た。

帰り道、後輩記者のZ氏に、今日のことをメールで伝えた。すると、「とにかく22日まで、できることをやってみるしかないよ。最後は自分が納得できるかどうかだもん」と返事があった。ふと、先輩記者のMさんに7月4日教えてもらった「世界一やさしいがん治療」という本を思い出した。著者の武田篤也さんは、Mさんのママ友の夫で、大船中央病院の放射線医師だ。手術至上主義の問題を指摘していて、まさに我が意を得た内容だった。Mさんに、武田先生に話ができないか頼んでみよう。』

7月11日(土)の日記より。『午後9時半、Mさんから、武田先生の携帯番号が送られてきた。「スタンバイしてくれています。『遠慮なく』とのことです」とメッセージ。

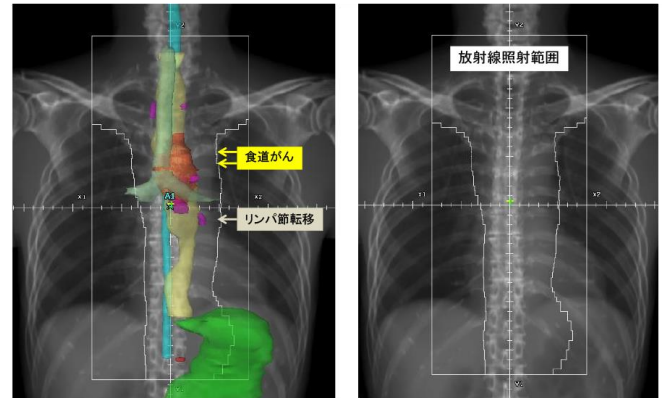
「先生、休日にお疲れのところをすいません」「話はだいたい聞いています。食道がんだったら柏(がんセンター東病院)は日本一ですから、ラッキーですよ」「いや、放射線療法を受けようと思ったら、副作用のデメリットを強調されて、できないようなんです」「そうなんですか。先生は誰ですか」「I先生です」「私はI先生を存じませんが、秋元(哲夫)先生はよく知っています。彼に聞いたら、放射線治療が本当にできないかどうか分かると思いますけどね」「ところで武田先生、一般論として、私のように喉の近くから胃の近くまで、3つのがんがあると、食道に放射線は当てられないのでしょうか」「いや、できると思いますよ。ロングTという方法がありますから」(後略)。私のような食道がんでも、放射線療法は可能なのだ。専門医が躊躇なく「ロングTでできる」と言っている。ならば、自ら「放射線療法でいきます」と宣言すればいいのではないか。振り返ってみれば、病院は「放射線治療は絶対にやりません」と断言しているわけではない。デメリットだらけの説明だったが、私が「それでも放射線に決めました」と言えばいいのだ。その決断を患者側が腹をくくってやっていないから、病院側はリスクをとってまで、手術から放射線に切り替えられない。』

7月16日(木)、秋元先生に会うことができた。同日の日記より。『「どうも。金田さんですね。小島先生から話はおおまかに聞きました」(中略)「まず、私のように手術を前提にした抗がん剤治療をやった後に、放射線をするデメリットって何があるんでしょうか」「通常、放射線治療をやる人は、最初から抗がん剤治療をやらないんですよ。その副作用が出ますし、腎臓の機能を損なうこともありますから。そこに、さらに抗がん剤と放射線をやらなければいけないので、かなり体の負担が増すということですね。ただ、実際には(抗がん剤治療でがんが)小さくなる人もいますので、最初に抗がん剤治療をやっても大丈夫な人もいます。金田さんのように小さくなっている場合は、(抗がん剤の)効果が分かっているので、そういうメリットもある。今の段階であれば、これから放射線治療も適応の範囲内なので、心配ないと思いますよ」「それで、私のように抗がん剤をやってから放射線に切り替えて、過去にうまくいった人はいますか?」「いらっしゃいますよ。ただ、すべての方というわけではなくて、まあ食道がんの場合、金田さんはステージが3期なので、外科手術をしても再発する確率はそれなりにあるし、生存率も決して高くないということで、簡単な状況でないことは確かですが、まずは(術前)抗がん剤治療は終わっているので、これからしっかり化学放射線治療をやるということですね」(後略)。わずか5分程度の面談だったが、これによって、治療がうまくいくという確信が高まった。』

そして、遂に、7月31日(金)化学放射線療法が始まり、9月9日(水)、全28回の放射線治療が終わった。9月20日(日)、ようやく5クールにわたる抗がん剤治療の点滴針が抜けた。9月21日(月・祝)。本書の最後の日記より、抄出。

『退院の日の朝、まだ夜の闇に沈む病棟で目が覚めた。(中略)がん治療は人生を大きく左右する。しかし、主役たちは治療と術後を理解しているのだろうか。果たして医療界は、患者それぞれの人生と、彼らの生活を、ともに考え抜いているだろうか。その答えは分からない。それでも、今日もがん病棟の一日が動き始める。』 皆様方にも、是非読んで頂きたい。

理事 井上 林太郎



● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

ステージ4の緩和ケア医が実践する がんを悪化させない試み
山崎章郎 著 新潮社 2022年6月初版



はじめに

緩和ケアの第一人者である、あの「山崎章郎先生」が「大腸がん」を患われた。月日の経つのは早いもので、今年で76歳を迎えられる。このことを昨年の「文藝春秋」12月特別号で知り、そして、本書を知った。以下、本書より抜粋する。

2018年6月の梅雨の頃から、ごろごろという時ならぬ「腹鳴」が始まった。8月には下腹部を中心に、頻回になった。『これは、腸内ガスが狭い場所を通過する際に、腸の蠕動運動が亢進して出現する音だ。大腸に狭い場所がある？ きっとこれは大腸がんには違いないと確信した。』

9月半ば、内視鏡検査を受けられた。大腸にはポリープが多発していて、そのうち1つはS状結腸にあり、全体として凸凹しており、頂上の1部がくぼんでいた。1週間後、病理検査の結果が出た。「悪性」だった。CT上、肺や肝臓への転移はなかったが、がん病巣のあるS状結腸の外側の1個のリンパ節に転移の疑いがあった。11月初旬、腹腔鏡手術が行われた。切除したリンパ節には転移があり、「ステージ3」であることが判明。「5年生存率は70%」、「経口抗がん剤ゼロータの服用によって5年生存率は80%に上がる」と説明があった。

副作用をはじめとした抗がん剤の功罪を知っておられたため、その提案に一瞬ためらいもあったが、12月初めよりゼロータの服用が始まった。ゼロータは1日2回、朝夕食後の服用で、2週間服用し、1週間休薬で1クール、全部で8クール、6カ月の治療スケジュールだった。

1クール目は大きな副作用もなく経過した。日常生活は仕事を含め順調であったが、2クール目から副作用が出てきた。まずは食欲の低下である。それに軽度ではあったが慢性的な嘔気が続くようになった。食べ物は無理やりに食べた。さらに、下痢も始まった。同じ頃、手足症候群が始まった。徐々に手足の皮膚の色が黒ずみ、皮膚も荒れ始めた。そして手のひらの筋の部分や、指関節にひび割れが始まった。やがて、ひび割れからは出血も始まった。痺れも出てきた。教科書通りだった。

物を把持すれば痛みも増強したため、ペットボトルのキャップを開けることにも苦労したり、何よりも運転時のハンドル操作に不安を感じるようになった。また、足底にも手のひら同様、幾筋ものひび割れが出現し、歩くたびに痛みを感じるようになっていた。

手足症候群はその後も悪化し、4クール終了時点でギブアップだった。主治医に事情を話し、5クール目は休薬することにした。1カ月の休薬で改善した。食欲も回復し、嘔気も消失した。久しぶりに、食べる楽しみを味わえた。そこで、5クール目を再開したが、主治医と話し合い、ゼロータを減薬。再開後には、再び副作用が出現。だが、ゴールまでもう一息だったので、頑張ることにした。

副作用がひどくて1クールスキップしたので、7クール終了時点、術後6カ月目のCT検査施行。19年5月下旬結果説明があった。主治医は申し訳なさそうに、「手術後の大腸には問題ないのですが、両側の肺に多発転移があります」と告げた。左右の肺に、1センチ前後の影が複数あった。「ステージ4」となった。「ステージ4の緩和ケア医」の選

<p>グレード1: 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症) 赤くなる、むくみ、角質が厚くなる</p>	<p>日常生活の制限 グレード1: なし</p>
<p>グレード2: 疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限 皮膚の表面がはがれる、むくみ、水ぶくれ、角質が厚くなる、出血</p>	<p>グレード2: 食事の準備、ヒア/の消毒、買い物 など</p>
<p>グレード3: 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限 皮膚の表面がはがれる、むくみ、水ぶくれ、角質が厚くなる、出血</p>	<p>グレード3: 入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用 など</p>

注)「手足症候群」はCTCAE 用語では「手足・足底発赤知覚不全症候群」となります。グレード4以上は定義されていません。

出典: 国立がん研究センター東病院

手足症候群

ばれた方法は。

本書の内容

「抗がん剤治療の現実」という小見出しで次のように述べられている。抄出する。『治療困難なステージ 4 の固形がんに対する標準治療は、基本的に抗がん剤治療である。ただし、抗がん剤が一時的に効果を発揮して、がんが消失したり、縮小したとしても、一定期間後には、その薬剤に耐性を持つがん細胞が出現し、再び増大する。そこで、新たな抗がん剤が提案されるが、これもまた同じ経過を辿ることになる。副作用も軽く、治療を受けて良かったと思う人も少なくないだろう。それでも治癒することは難しく、そのような小康状態を含めた数カ月から数年の延命効果である。そして、「今後は在宅、もしくは緩和ケア病棟での療養を考えて下さい」と言われる。』

『私の 17 年にわたる緩和ケアの経験から言えることは、通院が困難になるほど病状が悪化し、抗がん剤治療は終了と言われて在宅療法を開始した患者さんの約 4 分の 1 は 2 週間以内に、約半数は、1 カ月以内に最期を迎えている。治療によって延命できたとしても、延命された時間のほとんどは、まさに抗がん剤治療に費やしたことになる。他方、残りの患者さんの中には、吐き気やだるさが改善し、日常生活を取り戻す人もいる。』—残された時間—

『日常が壊れるほどのゼロータの激しい副作用を体験した私は、ステージ 4 の固形がんに対する抗がん剤治療の現実を再認識すると、さらなる抗がん剤治療を選択するする気持ちには、どうしてもなれなかった。

そのような治療を選択しないということは、生きることの放棄ではない。むしろ、それは自分らしく生きられる時間を大切にしたい、ということでもある。そして、昨日見た両側肺の多発転移の大きさから、無治療でもまず 1 年は大丈夫だろうと私は判断した。

だが、ステージ 4 の大腸がんに対する標準療法である抗がん剤治療を選択しないことにした私は、今後どうすれば良いのか、それが問題だった。』—抗がん剤治療は選択しない—

『ある日の朝、朝刊 1 面の最下段の書籍紹介にあった 1 冊の本に目が引き付けられた。「免疫療法」に関する本だ。広告には、本庶先生がノーベル賞を受賞した話題のオプジーボと同様の免疫チェックポイント阻害薬を併用した、従来の免疫療法を超える治療法、との宣伝文句が並んでいた。(中略)従来の免疫療法でがんが縮小することはあっても、それは抗がん剤治療と同様一時的なことで、治癒に結びつくことはないのだと考えていた。ところが、この免疫療法は、従来の免疫療法とは一線を画するように思えたのだ。早速その本を購入して読んでみた。(中略)19 年 6 月下旬、この免疫療法のクリニックを受診。治療が始まった。開始後、再び、ゼロータ同様の手足症候群が出現したが、それは軽度であり、治療の継続を妨げるほどではなかった。』—免疫療法—

『3 回目の治療が終了した 8 月半ば、私はこのままこの高額な免疫療法を続けて良いのだろうか、と思い始めた。治療を望んだとしてもかなり高額なので、少なからぬ患者さんたちは、この治療を断念せざるを得ないだろう。この高額な治療を継続したまま、何食わぬ顔で、緩和ケアを必要とする患者さんたちの人生に同行することは、私には、とてもできない。後悔の思いが日に日に強くなり、止めようと決意した。9 月の始めの CT 検査では、転移病巣は縮小していた。だが、もう、どうでもいいことだった。』—後悔—

『私は、この治療法を「がん共存療法」と名付けたい。そしていずれは、臨床試験を経て、そのエビデンスを求めたいと考えている。「対象:ステージ 4 の固形がん患者さんで、抗がん剤治療の実情を理解した上で、抗がん剤治療を選択しない方。目的:自分らしく生きるために、可能な限りがんの増殖を抑制して、無増悪生存期間の延長を目指すこと。条件:(1)論理的であること (2)副作用が少ないこと (3)苦痛が少ないこと (4)より多くの患者さんが受けられるような方法であること (5)医師であればだれにでもできること(緩和ケアに理解のある医師が望ましい) (6)どこでもできること (7)臨床試験を目指すこと」』—提案④「がん共存療法」—

『そこで、「がん共存療法」の条件に当てはまるような情報を収集してみることにした。

まずは、緩和ケアの専門誌である「緩和ケア」の増刊号「どこでもやっているわけではない治療—先進・先端治療から補完代替医療まで」(19 年 6 月)を読んでみた。自ら取り組んでみたいと思えるほど魅力的な治療法は、見当たらなかった。次にネットで調べてみた。その時出会った情報が「ケトン体」や「ケトン食」であった。(中略)宗田哲男医師による「ケトン体が人類を救う—糖質制限でなぜ健康になるのか」と、古川健司医師による「ケトン食ががんを消す」、そして福田一典医師による「ブドウ糖を絶てばがん細胞は死滅する—今あるがんが消えていく中鎖脂肪ケトン食」があった。』—目からうろこのケトン体—

3 人の医師の他の著書も読まれ、「糖質制限ケトン食」以外に、EPA、クエン酸等、次々取り入れられ、EPA 1 日 4g



以上撰る「EPAたっぷり糖質制限ケトン食」は、19年9月中旬から始められた。その後もCT検査をほぼ3カ月間隔で受けられ、20年12月中旬には、肺の多発性転移病巣は、ほぼ消失し、残っている転移病巣もかなり縮小していた。

21年4月初め、待ちに待ったCT検査を受けられた。主治医より、「転移病巣の一部が増大していました」と説明があった。

転移病巣の一部増大という結果を踏まえ、次の戦略を思案された。

『以前に紹介した「緩和ケア」誌19年6月増刊号に目を通して見た。ここにも標準療法としての抗がん剤治療の現状に疑問を抱き、その課題に真摯に向き合ってきた医師がいることを知った。「個々の適量による化学療法／がん休眠療法」(国際医療福祉大学市川病院腫瘍内科、高橋豊医師)を、今回は熟読した。

高橋医師は、まず「抗がん剤は個人によって適量があるはずであり、本来であればその適量を調整することが正しい治療法と考えられる。だが、現在の標準療法である抗がん剤治療は、個々の適量を無視した方法である」と主張する。

その理由を「新薬が承認されていくプロセスには、抗がん剤の副作用を調べる毒性試験として第I相試験というものがある。その目的は、被験者が、その毒性に耐えられる最大耐容量を決めることである。しかし、標準療法では、その量、もしくはその量より一段階少ない量の抗がん剤が、個々の適量を考慮することなしに、体表面積だけで、一律に投与することになっているからだ」と説明する。

当然、その抗がん剤の量では多すぎる人もいるはずである。これが標準療法としての抗がん剤治療の様々な課題の原因になっている可能性もある。高橋医師は、抗がん剤治療による延命期間を検討した結果、「がんが縮小してなくても増殖抑制が継続できれば、延命効果が得られる」ことも見出した。そこで、抗がん剤治療の目的を、従来の腫瘍を少しでも縮小させることから、増殖抑制を長く継続させることに変更し、それを「がん休眠療法」と名付けた、と言うのである。』—抗がん剤治療の再検討—

『高橋医師以外にも、「がん休眠療法」に取り組んでいる医師がいた。「銀座並木通りクリニック」院長の三好立医師であった。三好医師は、高橋医師の「がん休眠療法」と同じ概念の下で、独自に工夫した取り組みを「少量抗がん剤治療」と表現していた。』—抗がん剤を少量に—

21年5月初め、銀座並木通りクリニックを受診。5月中旬「少量抗がん剤治療」が始まった。大腸がん保険適応のある抗がん剤「イリノテカン」を1回10mg、生理食塩水100mLに溶解して点滴する。1回10mgは、山崎先生が標準治療を受けた場合に使用される量の約15分の1に過ぎない。点滴時間は1回約20分。これを週に1回、3週続けて、1週休む。毎回、血液検査を行うが問題なく、これといった副作用もなかった。「糖質制限ケトン食」も続けられた。5クール終了後の、7月初めCT検査施行。増大せず、一部は縮小していた。10月下旬、虫垂炎の手術を受けられた。

『ステージ4と診断されてから、既に2年と8カ月が経過した。本書を校正中の22年4月半ばのCTでは、「縮小状態維持」だった。私のがんは、今も両側肺にある。だがそれらは、転移発覚時よりも減少し、縮小した状態のままだ。

「がん共存療法」を目指している。自分らしく生きるための「無増悪生存期間」の延長を体現しているのだ。今のままなら、私は、更に、あと2年は大丈夫だろう。もっともっと頑張れそうな気もしている。』—おわりに—

05年開設された在宅診療専門診療所ケアタウン小平クリニックは、体調のこともあり、22年6月1日より、同クリニックは悠翔会に継承され、現在は同クリニック名誉院長として、非常勤で訪問診療に従事されている。山崎章郎先生の業績は、次回紹介する予定である。

理事 井上 林太郎

● 連載「がんになって (57) 書籍紹介の補足」

紙幅のため書けなかったので、別稿で紹介した「ステージ4の緩和ケア医が実践する がんを悪化させない試み」の感想等をここに書かせて頂く。

PET-CTの原理を考えると、がん細胞は正常細胞に比べ、よくブドウ糖を取り込むことは理解できる。ただし、ブドウ糖、つまり炭水化物の少ない「糖質制限ケトン食」を食べても、血液中のブドウ糖濃度はある一定レベル以下まで下がることはない。PET-CTでよく光る場所は、がん以外にも、脳、心臓がある。もし、「糖質制限ケトン食」を食べて血中ブドウ糖濃度ががん細胞の増殖を妨げるまで下がったら、脳、心臓も働くことができなくなり、大変なことになる。

山崎先生が実践された、「EPAたっぷり糖質制限ケトン食」とは。朝食のメニューは次の通りである。今は、コンビニ

の食品には、カロリー等の表示があるので計算し易い。セブンイレブンのイワシの水煮の缶詰1缶(190g)。ファミリーマートの温泉卵3個。糖質合計1.5g(6kcal)。タンパク質合計41.3g(165.2kcal)。脂質合計53.1g(477.9kcal)。EPA5.13g。ところで、人間の体はよくできていて、タンパク質、脂質を用いて、肝臓でブドウ糖を作ることができる(糖新生)。だから、飢餓状態に陥っても、筋肉のタンパク質、脂肪組織の脂質を使って、生き延びることができる。極端な食生活を送っても、飢餓状態になっても、どのような状態、状況でも、血糖値は80~99mg/dL(正常空腹時血糖)以下になることはない。だから、「ブドウ糖を絶てばがん細胞は死滅する」はウソ、間違いなのである。

次に、「おいおい、井上、大丈夫か」という、あきれた声が聞こえてきそうだが、山崎先生の「がん共存療法」の考え方、高橋豊先生の「個々の適量による化学療法／がん休眠療法」、三好立先生の「少量抗がん剤治療」は理解できる。抗がん剤を抗生物質と同じように捉えることへの根拠は全くないが、内科医のよく使う「抗生物質」の話をする。よく使われている抗生物質の点滴「ロセフィン」、最近はその後発品「セフトリアキソン」が一般的になったが、外来治療での標準用量は1日1回1gで、最大1日2回4gまで使える。ただし、1gで効かない場合は、1日2g、4gに増やしても効かないことが多い。それより、1gで3日間使っても効果がなかったら、他の抗生物質に変える。他の抗生物質も同じである。抗がん剤も最大量でなくて、それより少ない量でも、効くときには効く気がする。また、カルバペネム系抗生物質という、非常に切れ味のよい強力な抗生物質がある。ただし、使っている最中、細菌がこの抗生物質の効かないカルバペネム耐性菌に変異すると、非常に手ごわくなり、今のところ定まった治療法はない。この耐性菌の話も、抗がん剤の耐性の問題に相通じる所があるように感じる。4期のがんもやみくもにやっつけるべきではないのかも知れない。

話しは戻り、特に、高橋先生の「がん休眠療法」は、頭の隅に置いておいてよい気がする。私は、もし固形がんの4期に罹患しても、東京まで受けに行く気は毛頭ないが。

高橋先生は、今は、三好先生が院長の「銀座並木通りクリニック」で仕事をされている。詳しいことは、「銀座並木通りクリニック」のホームページを読んで欲しい。その中から、抄出する。

『2001年11月、DNA螺旋構造の発見者で知られるWatson博士がCold Spring Harbor研究所のThe Banbury Meeting(世界最高レベルの会議として知られている。合宿形式で3泊4日で毎年開催)として主宰した”new concepts of cancer clinical trials”において、metronomic chemotherapyに関する研究者が一堂に会した。著者(高橋先生)は、がん休眠療法の概念と、本邦で長く施行されてきた低用量化学療法を紹介した。特に、「手術で腫瘍を半分だけ切除しても、ほとんどの人が馬鹿げた治療と言うのに対し、抗がん剤で腫瘍を半分にするとなぜ有効で素晴らしいとなるのか?」と言う問いかけには、Watson博士らに大受けであった。』

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

病院で死ぬということ
山崎章郎 著 文藝春秋 1996年5月初版



はじめに

前回のニュースレターでお約束したように、今回は、山崎章郎先生の業績についてお話しする。本書が書かれた頃は、がん患者は、病名を知らないまま闘病し、それは進行して終末期になっても変わらなかった。家族も医療者も患者に真実を伝えないことを当然としていた。そして、患者さんが急変すると、たとえがんの末期患者さんで痩せこけていても、心臓マッサージや人工呼吸等の蘇生を行い、その後、ご家族に臨終を伝えるのが普通だった。がん患者さん本人は別としても、医師を始めとし医療従事者、ご家族もこれを普通として受け止めていた。

本書は、10の実話から構成されている。最初の5つはその当時の医療現場の話。そして、山崎先生のある本との出会い。後半の5つの物語は、先生が実際にどのようにして「告知」を始められたか。当然、看護師さん、同僚の医師からの反対も強かった。その、「苦労話」も含め書かれている。

今回は、本書より、「山崎先生のある本との出会い」を紹介するが、山崎先生の大きな業績の1つは、「それって幸せなのだろうか、このままで良いのだろうか」という思いから本書を書かれたこと。そして「告知」も含めてがん医療を、さらには、終末期医療を大きく変えられたことである。

著者の紹介；山崎章郎（やまざきふみお）

1947年福島県白川郡埴町生まれ。曾祖父は棚倉藩の御典医。75年千葉大学医学部卒業後、8年間同大学附属病院第一外科勤務。外科医。83年から1年間、北洋サケマス母船の船医、ヨーロッパ放浪の旅、南極海底調査船の船医などを経験。84年千葉県八日市場市民病院(現・匝瑳市民病院)消化器科医長。院内外の人々とターミナルケアの研究会を開催し、がん告知・ホスピス・末期がんの延命の問題を提起。91年聖ヨハネ会桜町病院ホスピス部長。聖ヨハネホスピス研究所所長等を歴任。

「病院は人が死んでいくのにふさわしい場所ではない」という思いから、2005年在宅診療専門診療所ケアタウン小平クリニックを開設。前回紹介したように、2018年、ステージ4の大腸がん罹患され、22年6月、同クリニックは悠翔会に継承され、現在は同クリニック名誉院長として、非常勤で訪問診療に従事されている。

著書は多数あり、「病院で死ぬということ」で91年日本エッセイストクラブ賞受賞。「ここが僕たちのホスピス」、「続・病院で死ぬこと」、「新ホスピス宣言 スピリチュアルケアをめぐる」等。



本書の内容・感想

本書より抄出。

『1983年、僕は海上にいた。その年の11月下旬、34歳の誕生日を迎えたばかりの僕が乗り込んだ船は日本を離れた。そして一路、南へ向かった。目的地は南極。その船は地質調査船だった。僕は船医として乗り込んでいた。

ところで、なぜ僕が船医として乗船しているのか、という理由も説明しておかなければならないだろう。それは単純なもので、医者になろうと思いついたときから、いつの日か船医として世界じゅうを回ってみたいという憧れをずっと持ち

つづけていて、このときまで、その憧れを失わなかったからだ。そのようなわけで僕は船医としての仕事を探し、船に乗ることができたのであった。(中略)

僕たちの船はそれら高波の中をまさに木の葉のように揺られながら、必死に南極を目指しつづけた。(中略)空は抜けるように青く晴れて澄み渡り、海はそれまでの嵐がうそのように静まりかえり、深い青色を見せていた。何日ものつらい船酔いを乗り越えてようやく南極海にたどりついたのだ。

この静かな南極の海で乗組員たちは、さっそく海底の地質調査を開始した。そして僕はまたふんだんにある時間を楽しむことができるようになった。僕はこの清潔な自然の中で船酔いに悩むこともなく、多くの本を読むことができた。暇を予測して、日本から持ち込んだ何冊もの本を片っぱしから読んだ。そして、その中の1冊が、僕の運命を変えることになったのだ。日本を出港する前に何げなく買い求めた本が、僕の人生観を変えてしまうなど全く予想もしないことだった。

その1冊の本とは1926年、スイスに生まれたアメリカの女性精神医学者、エリザベス・キューブラー・ロスが書いた「死ぬ瞬間」(ON DEATH AND DYING)という本であった。奇異な題名の本ではあったが、医者としての僕にとっては、「死」に関する本を読むことは職業上、なんらかの参考になるだろうぐらいの軽い気持ちで買い求めた本だったのだ。だから、この本に対する予備知識はいっさい持っていなかった。

読破するには、それなりの努力を要すると思われた本だったが、僕は読み始めて30分もしないうちに、僕が医者になって8年もかけて得てきた幾つかの”そういうものなのだ”という医者としての常識が、いとも簡単にくつがえされてしまったことを、僕の胸の中に満ちてくる熱い感動の中で知ったのだ。そして、それまでは当然と思っていた幾つかの医療行為が、急激に苦い過去となっていくのを感じていた。僕はその1節を読んだあと、しばらくは先に読み進むことができなかった。その1節とは次のようなものであった。

「患者がその生の終わりを住みなれた愛する環境で過ごすことを許されるならば患者のために環境を調整することはほとんどいらない。家族は彼をよく知っているから鎮痛剤の代わりに彼の好きな一杯のブドウ酒をついでやるだろう。家で作ったスープの香りは、彼の食欲を刺激し、二さじか三さじの液体がノドを通るかもしれない。それは輸血よりも彼にとっては、はるかにうれしいことではないだろうか」

この1節は、僕が医者になってから教えられ、また当然のこととして行っていた、死にゆく人々の命を1分1秒でも延ばす、という医療行為に対する痛烈な非難であった。

僕にとっては、多くの死にゆく人々をみとったあとに僕がいつも感じていた、一生懸命治療したのになぜかすっきりしない、後ろめたいような、なんとも言えぬわだかまりを氷解してくれるような1節でもあったのだ。

そうだったのだ。そうなのだ。1人きりの船室の中を、僕はしきりにうなずきながら歩き回った。』

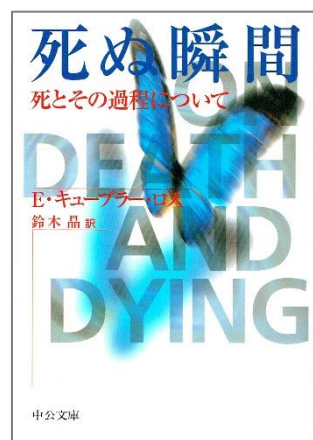
その後、ドイツから来日し、86年に上智大学に「生と死を考える会」を設立し、日本に死生学を広められた、アルフォンス・デーケン神父と一緒に、1988年2月、ロス先生のご自宅へ、ロス先生に会いに行かれています。余談だが、デーケン神父は来日当時、厚生労働省の役人に、「がんは早期に告知して、治癒の見込みのない患者はホスピスに移す」ことを提案されたが、役人は「日本ではがんは告知しないことになっている」と強硬に反対したという逸話も残っている。そういう時代だったのである。

最後に、「あとがき」から抜粋する。今でも通用する内容である。

『この本に不快を感じている医療者も、現在の医療体制の中では、この本の前半のような出来事が起きていることも、起こりうることも知っているはずである。

だが、それらくさいものには蓋をしておいたほうがよいと考えているとしたら、結局、患者にとっては医療は少しも変わらないということになるだろう。そして、死にゆく患者が、病院の中で画一的で、自己のない死を余儀なくされるという事実もそのままとなる。

患者の死が患者に属する以上、どのような生き方をして、どのように最期を迎えるかは、結局患者自身が決めるべきことなのだ。そうであればこそ、患者は自分が遭遇するかもしれない、医療現場の悲惨な事実も知っていたほうがよ



いのだと僕は考える。そしてそのことは、そのような悲惨な事態を避けるためにも、医療者におまかせする死ではなく、自分自身の意思と選択で決める自分の死を取り戻していくためにも、その一助となりうるだろう。』
「尊厳」、「人間の尊厳とは何なのか」、「最期まで自分らしく生きるとは」。改めて考えさせられた。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

僕はあと何回、満月を見るだろう
坂本 龍一 著 新潮社 2023年6月初版

はじめに

本書の著者、坂本龍一先生のニックネームは、「教授」である。私も、「教授」と呼ぶことにした。2020年12月、教授68歳の時、大腸がんの再発・転移が見つかった。そして、23年3月逝去。享年71歳。早速、本書の「がんと生きる」より抄出。

『「ぼくはあと何回、満月を見るだろう」。70歳の古希を迎えてから、よく思う。この台詞は、映画「シェルタリング・スカイ」(1990年)に出てくる。「ラストエンペラー」(87年)に続いてぼくが音楽を手掛けた、ベルナルド・ベルトルッチ監督の作品だ。

映画の最後に、原作者のポール・ボウルズが登場し、ぼそとこう語る。「人は自分の死を予知できずー/人生を尽きぬ泉だと思ふ/だがすべての物事は数回 起こるか起こらないか/自分の人生を左右したと思えるほどー/大切な子供の頃の思い出もー/あと何回 心に浮かべるのか/4~5回 思い出すのがせいぜいだ/あと何回 満月をながめるのか/せいぜい20回/だが人は 無限の機会があると思ふ」

実際、ボウルズは映画の完成から10年も経たずにこの世を去るわけだが、「シェルタリング・スカイ」に関わっていた頃、ぼくはまだ38歳だった。ボウルズのこの言葉は鮮烈な印象を残したが、必ずしも我がこととして捉えていなかった。でも、2014年に中喉頭がんが発覚してから、自らのモータリティー死についても、自然と考えざるを得なくなった。』

私井上も術後3年目の、07年6月に受けた胸部CT検査で、結果的には「シロ」だったが、「転移の疑い」の影を指摘された。以来、「死を見つめて生きる」ようになった。「あと何回 満月をながめるのか」、「ぼくはあと何回、満月を見るだろう」。私の心の琴線に触れる。

そして、再発後、21年1月に受けられた手術は困難をきわめ、20時間にも及んだ。術後戻ってきた病室で、教授はふと、「ぼくはあと何回、満月を見るだろう」と呟くのをマネージャーは聞いたという。今回は、本書を紹介する。

著者の紹介；坂本龍一（さかもと・りゅういち）

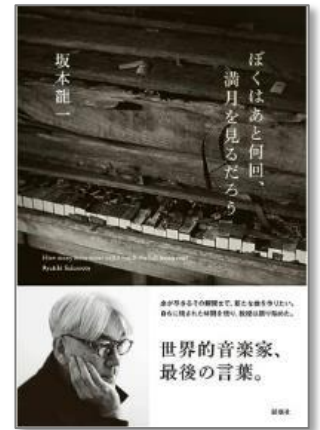
1952年1月17日、東京生まれ。東京藝術大学大学院修士課程修了。1978年「千のナイフ」でソロデビュー。同年、YMOの結成に参加。1983年に散開後は「音楽凶鑑」「BEAUTY」「async」「12」などを発表、革新的なサウンドを追求し続ける姿勢は世界的評価を得た。映画音楽では「戦場のメリークリスマス」で英国アカデミー賞音楽賞、「ラストエンペラー」でアカデミー賞作曲賞受賞。「LIFE」「TIME」をはじめとする舞台作品や、韓国や中国での大規模インスタレーション展示など、アート界への越境も積極的に行った。環境・平和問題への提言も多く、森林保全協会「more trees」を創設。また「東北ユースオーケストラ」を設立して被災地の子供たちの音楽活動を支援した。2023年3月28日死去。



本書の内容・感想

まず、教授の病について。「手術直前のこと」より引用する。

『ここで、ぼくの今の病状について説明する。2014年に発覚した中咽頭がんはその後、晴れて寛解したものの、20年6月にニューヨークで検査を受け、直腸がんと診断された。前回、放射線治療がうまくいったので、ニューヨークの



そのがん・センターのことを信頼していた。今回は、放射線治療と並行して抗がん剤も内服した。

同じ年の12月に日本で仕事があり、その頃、物忘れの多さに悩んでいたのも、帰国のついでに脳も調べることにした。11月中旬から新型コロナウイルスの感染対策のための2週間の隔離を経てから、人間ドックを受けた。脳は正常であったが、直腸がんが肝臓やリンパ節に転移しているという。

日本の病院で最初に診た腫瘍内科の医師は、「何もしなければ余命は半年ですね」とはっきりと告げた。加えて、「強い抗がん剤を使い苦しい化学療法を行っても、5年生存率は50%と言う。それは、統計に基づいた客観的な数字なのだろう。有名な先生だと聞いていたが、こちらに希望を与えないような悲観的な断言をされ、その患者に対しての言い方が頭にきて、そして、落ち込んだ。知り合いの医師の紹介で、別の病院へ行った。他臓器に転移があるという時点で、ステージ4と認定された。その後の検査で肺への転移も分かった。はっきり言って、絶望的な状態だ。そして、年が明けて21年1月、まずは直腸の原発巣と肝臓2ヶ所、さらにリンパ節転移も取る外科手術を受けた。大腸を30cmも切除するという大掛かりなもので、当初12時間ほどを予定していた手術は、結果的に20時間もかかった。』

術後も、精力的に音楽活動に取り組みされた。21年6月18日から20日にかけて、オランダのアムステルダムで、教授らが演出するシアターピース「TIME」の3公演が行われた。作品を仕上げていくプロセスに、病室からリモートで参加された。その原動力は、2009年、57歳になる頃までの活動をまとめた自伝「音楽は自由にする」を09年刊行されている。これに関して、「音楽は自由にする」より抜粋する。

『「音楽は自由にする」というタイトルは、一聴すると、日本語としてどこかしっくりきませんよね。「は」という助詞の使い方がおかしいじゃないか、と感じるかもしれない。ただ、これはドイツのナチス政権がユダヤ人強制収容所の門に掲げた標語「Arbeit macht frei(労働は自由にする)」をもじって、あえて使った表現だ。だから「音楽は自由にする」をドイツ語にすると「Musik macht frei」、英語だと「Music sets you free」ということになる。

背景には、2001年のアメリカ同時多発テロ事件と、その後の世界の変容があった。もちろんテロリズムは恐ろしいことだ。(中略)しかし、9・11直後から「テロリスト憎し」でアメリカが帝国主義的に振る舞うようになったことにも、同じくらい危機感を覚えた。そんな、どちらに味方しても武力行使は避けられない状況下で、音楽にも何かできることもあるんじゃないか。

当時のそんな素朴な願いを、「音楽は自由にする」というタイトルにはめ込んだ。政治問題に限らず、その後、がんという別の桎梏(しっこく)に囚われてから、この気持ちは一層強くなっている。身体が自由にならなくても、音楽を作ったり聴いたりしているときだけは、痛みも不愉快な思いも忘れられている。「Music sets you free」なのだ、しみじみ感じる。

きっと、月にも音楽と同じ効果がある。以前、京都の桂離宮を訪れたら、庭園内に「月波楼(げっぱろう)」という月を見るためだけに作られた庵があって感動した。きっと江戸時代の貴族たちは、夜になるとここで月を眺めながら、お茶やお酒を嗜んでいたのだろう。今となれば鄙びた建物だけど、縁側がちょうど池に面していて、彼らは水面に映る満月の姿を愛でていたのかもしれない。ぼくたちが音楽に耳を傾けながら心がふっと楽になると似たようなことが、月によってもたらされていたのだと思う。』

その後も、教授は活動を続けられ、23年1月17日、71歳の誕生日に、新たなアルバム「12」をリリースされた。「12」より抄出。『アルバムのタイトルは「12」にした。この数字は近年ぼくがこだわり続けてきた「時間」という概念を象徴している。1年は12ヶ月ですし、時計のインデックスも12。さらに東洋には十二支というものもある。(中略)これまで発表してきたオリジナル・アルバムとは異なり、基本的に今作は何か確固たるコンセプトのもと制作されたわけではない。ただ徒然なるままにシンセサイザーやピアノで奏でた音源を1枚にまとめたに過ぎず、それ以上のものではない。でも、今の自分には、こうした何も施さない、生のままの音楽が心地よい。それでは、ぼくの話はここで終わりにする。Ars longa, vita brevis。(芸術は永く、人生は短し)』

教授のその後を、盟友・鈴木正文氏が「著者に代わってのあとがき」として書いている。抄出する。

『いわゆる緩和ケアは3月25日からはじまった。その日の午前中には、坂本さんは、担当した医師ひとりひとりと握



手をして、「本当にお世話になりました。ありがとうございます」と礼を述べた。「もうここまでにさせていただいたので、お願いします」と、おだやかな語調でつけくわえて。坂本さんはみずから希望して緩和ケアに踏み込んだ。

さらに、来(きた)るべきときに、つまり、いずれおこなわれる坂本さんの葬儀のときに流されるべき曲目のリスト(フューネラル・リスト)を確認した。すでに前もってつくってあったリスト通りに曲を聴いていくうちに、「あ、この曲はダメだな」というものもあった。緩みない明確な意思が、健在だった。(中略)。

坂本さんは、3月28日の午前4時32分に息を引き取った。71年の生涯を終えた。家族のひとりが、でも、人の3倍は生きたよね、といった。坂本さんの生きた時間は、71年だけれども、かれの生きた時間の濃密さからして、享年は71ではなく210であってもおかしくない、と…。(中略)

坂本さんはすでにいない。ならば、僕たちが「坂本さん」になろう。坂本さんのなかにバッハやドビュッシーやタルコフスキーや武満徹やベルトルッチやドゥルーズやゴダールが宿り、もっといえ、夜明けの日の出をじっと身じろぎもせずに見つめる太古の原始人の言語化しえぬ人間以前の人間の魂が宿ったように、僕たちのなかにも、どこかに、いつかの「坂本さん」が宿っているにちがいない。とすれば、僕たちのなかの「坂本さん」に、(僕たちなりのやりかたで)なることはできる。そして、「坂本さん」は、210年をもこえていきつづけることになるだろう。(2023年5月15日)』



もう一度、教授の病気を振り返る。20年6月、拠点にされていたニューヨークで直腸がんが発覚し、再び闘病生活を余儀なくされた。病気を公表されたのは、手術した翌年1月で、それまでは近しいスタッフにすら病状を伏せて、密かに月曜から金曜まで週5回通院しながら、既に決まっていた仕事を淡々とこなされた。12月11日一時帰国されていた日本で、「何もしなければ余命は半年」と宣言された。翌日にはピアノ・ソロの生配信を控えていた。これまでの人生で経験がないほど自らの死を間近に感じられた最悪の状況ながら、全15曲を弾き終えられた。21年1月の最初の手術の後、同年の10月と12月、2回に分けて、両肺の転移病巣の摘出手術を受けられている。同時に抗がん剤治療も続けられ、終わりの見えない闘病生活となった。前述したように、アムステルダムでの「TIME」の3公演にも病室からリモートで参加するなど、音楽活動も並行して精力的にされている。詳細は本書に譲るとして、「音楽は自由にする」を実践された。そして、本書第1章のタイトルは、「がんと戦う」ではなく、「がんと生きる」である。

再発・転移が見つかり、主治医から「もう根治的な治療法はない」と告げられたら、その後の限りのある時間をどのように使うのか。「ぼくはあと何回、満月を見るだろう」と呟きながら、「月」をお題にした辞世の句を思案しながら過ごすのも、「がんと生きる」一つの方法かも知れない。これは単に、今の私の思いだが。

そのような場合を想定し、いかにして自分らしく生きて、生き切るかを予め考えておくことも、賢いがん患者になるためには必要であると思う。本書も参考になる。是非、皆様も読んで頂きたい。

理事 井上 林太郎

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

がんの消滅 —天才医師が挑む光免疫療法—
芹澤健介 著 小林久隆 医学監修 新潮社 2023年8月初版



はじめに

まず、本書の「はじめに」より引用する。

『9割のがんに効く治療法がある。そう聞いたらどう思われるだろうか。光免疫療法。そんな夢みたいなの、と思われるかもしれないが、日本ですでに実用化されている。

2020年9月、厚生労働省から正式に承認を受け、楽天メディカルが普及に尽力中だ。2011年に論文が発表されるやそのインパクトは医学界を超えて広がり、論文段階にもかかわらず、わずか2ヶ月後に時のアメリカ合衆国大統領バラク・オバマは年頭の一般教書演説で取り上げた。論文発表から10年も経たない異例の早さで日本は世界に先駆けて承認した。

この「革命的」とも「ノーベル賞級」とも言われる治療法の開発者は、小林久隆という日本人医師だ。天才と呼ばれる。渡米20余年、全米最大・最古の医学研究機関、米国国立衛生研究所(NIH)で終身の主任研究員を務める。だが小林が開発した光免疫療法は素人でも理解できるくらいシンプルで、安全で、鮮やかだ。楽天グループ CEO 三木谷浩史はこう言った。「おもしろくねえほど簡単だな」。

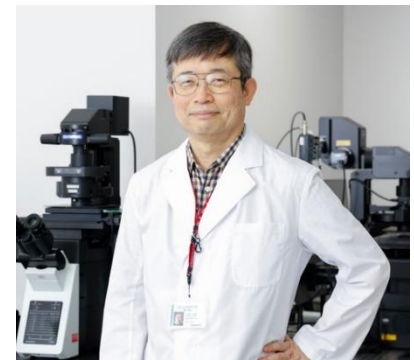
がんという複雑怪奇な病に「エレガントな解」を示したと言ってもいい。この治療法は、いったいどうやって生まれたのだろうか。』本書は、芹澤氏が足かけ5年にわたる小林久隆医師への直接取材を基にした記録である。

著者の紹介；芹澤健介（せりざわ けんすけ）

1973年、沖縄県生まれ。横浜国立大学経済学部卒。ライター、編集者、構成作家、映像ディレクター。著書に「コンビニ外国人」等、共著に「本の時間を届けます」等。

医学監修者の紹介；小林久隆（こばやし ひさたか）

1961年兵庫県西宮市生まれ。光免疫学療法の開発者。京都大学医学部卒、同大学院修了(内科系核医学専攻)。医学博士。米国国立衛生研究所(NIH)主任研究員。2022年4月より、関西医科大学光免疫研究所所長も併任。



本書の内容・感想

まず、「光免疫療法」の原理を説明する。その前に枕として、小林の言葉を引用する。「僕は医学部生の頃から、がん細胞だけを選択的により分ける方法がないか、と考えていました。3大療法(外科的手術、放射線療法、抗がん剤療法)では、がんだけを選択的に攻撃対象とすることができませんから。がん細胞だけに何らかの目印が出ているなら、それを標的にすればいい。もしがん細胞だけを選択できたなら、必ず治療に展開できる、そのようなことをぼんやりと考えていました」。

少し、解説をしよう。「抗体」とは、体内にウイルスや細菌等の異物が入って来た時に、それらと結合して無力化する物質。抗体と結合する異物側の物質(正確には分子)を「抗原」と呼ぶ。よく知られている、CEA、CA19-9も日本語にすると、それぞれ、「癌胎児性抗原」、「炭水化物(carbohydrate)抗原 19-9」。それらの一部が血中に流れ出ているため、私達は「腫瘍マーカー」として用いている。そのがん細胞特有のタンパク質(抗原)に結合してがん細胞を殺すのが、「分子標的薬」であり「抗体薬」とも呼ばれている。残念なことに CEA、CA19-9 に対する抗体薬はまだ無いが、理論的には存在しても良い。これらのがん細胞に特有の抗原は、「がん抗原」とも呼ばれ、宿主免疫系では、「非自己」また

は「外来抗原」として認識される。

「光免疫療法」はある偶然から生まれた。元々、放射線科医師であった小林は当時、「がんの分子イメージング」、つまりがんを可視化する研究に取り組んでいた。がんを治療するための研究ではない。研究内容等、本書より抄出しながら説明する。

『がん細胞を移植したマウスの体内に、ある「がん抗原」に結合する「がん抗体」を送り込む。この「がん抗体」に蛍光物質を付けておけば、がん細胞だけを光らせることができる。外科手術の際は、その光っている部分、がん細胞だけを取り除くことが可能になるし、取り残しも防げる。当時、NIH で小林の主宰するラボ(研究室)は弱小ラボで、メンバーは小林と2年間という期限で留学していた小川美香子(現北海道大学大学院薬学研究院教授)とNIHに来たばかりの光永真人(現慈恵医大医学部講師)の3人だけだった。

2009年5月、その日、小川が朝から試していたのは、「IR700」という光感受性物質だった。光に当たると化学反応を起こして発光する物質である。IRはinfrared(赤外線)の略だ。700nm(ナノメートル)付近の波長の光に反応するから、IR700と名づけられた。700nm付近の赤外線(近赤外線)は紫外線等とは違い、テレビの赤外線リモコンでも使われているように、無害安全な種類の光である。

その光を何度がん細胞に当ててもうまく光らない。マウスのがん細胞と試薬はちゃんと結合しているはずだった。がん細胞は仄かに発光はするのだが、際立った反応を見せることもなく、そのまま暗くなってしまう。明らかにほかの試薬とは違う反応だった。実験は失敗に見えた。急いで倍率を上げてよくよく観察してみると、がん細胞がどんどん壊れているように見えた。まるで水風船が割れるように、あるいは焼いた餅が膨らむように、がん細胞が次々と膨張して破裂していくのだ。その様子を小川は「ぷちぷち割れる」と表現した。繰り返しになるが、小川の研究テーマも「がんの可視化」である。この結果は小川の求めているものではなかった。「またダメだ…」。

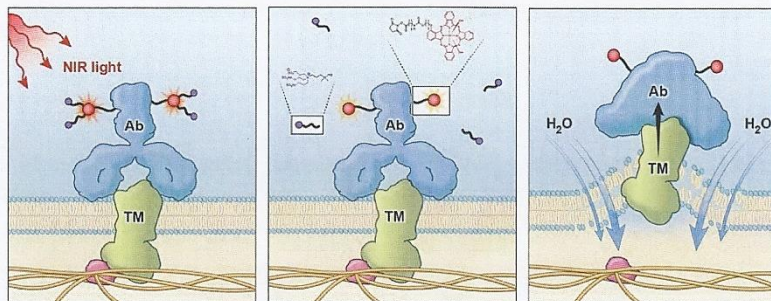
午後のラボミーティングで、小川は実験の結果を上司である小林に伝えた。ミーティング後、小川が顕微鏡室でその現象を小林に見せた時だった。小林が大きな声でこういった。「これはおもしろいな!」。食い入るようにモニターに見入っていた。「すごい、すごい! これは治療に使えるんじゃないか!」。光免疫療法の前半部分、「光療法」が発見された瞬間だった。』

後の研究で詳しくわかったのであるが、IR700は近赤外線光を照射されると(図左)、化学反応を起こして側鎖がはずれ(図中)、結合している抗体の形状を物理的に変化させる(図右)。すると同時に、がん細胞に無数の穴が空き、穴から侵入した水ががん細胞を内部から破裂させる(図右)。この「がん細胞だけを狙い、物理的に殺す」というのが光免疫療法の大きな特徴で、「ノーベル賞級」と言われる所이다。

次に、光免疫療法の後半部分の「免疫療法」とは。光療法で破壊されたがん細胞からは、様々な無傷のがん抗原が出てくる。すると周囲の免疫細胞はこのがん抗原を食べ、様々なシグナルにより活性化され、がん細胞に対してさらなる攻撃を開始する。がんに対する免疫力が増強された状態になる。再発した場合も、この免疫細胞がいち早く反応してがん細胞に攻撃を加えるようになる。今後の臨床試験の結果待ちだが、この後半部分は、従来の外科、放射線、抗がん剤療法、そして、オプジーボ等を用いた免疫療法にもない、全く新しい治療戦略である。

復習になるが、光免疫療法の原理はシンプルで、①「薬物の注入(点滴)」、②「近赤外線の照射」、③「がん細胞の破壊」、④「免疫系の活性化」の4つのステップである。「敵であるがん細胞を殺して(①~③)、次に(④)味方であるがん免疫細胞を活性化し、取り残しも殺す。さらには再発した場合も殺す」と言い換えることができる。

世界に先駆けて、厚労省の承認後2021年1月日本で販売開始となった治療薬は、「セツキシマブ サロタロカンナトリウム(商品名:アキシャルックス)」という、楽天メディカル社製の点滴薬である。名前の最初の



光免疫療法(NIR-PIT)のメカニズム; 図中の略号: TMは腫瘍マーカー(抗原)、Abは抗体、NIR lightは近赤外線光、H₂Oは水、NIR-PITは近赤外線光免疫療法

部分にある「セツキシマブ(商品名：アービタックス)」は、代表的な分子標的薬のひとつであり、標的としているのは、「EGFR(上皮成長因子受容体)」という抗原である。「セツキシマブ」はEGFRに対する抗体(抗体薬)である。EGFRは、すべてのがんの2割強に発現しており、頭頸部がん、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がん、卵巣がん、前立腺がん、非小細胞肺癌等に多く発現している。ただし、2023年現在アキシャルクスの使用が承認されているのは、「切除不能な局所進行または局所再発の頭頸部がん」である。

乳がん、胃がん、大腸がんの中には、がん抗原HER2が過剰発現しているタイプがある(HER2陽性)。その場合、抗体薬トラスツズマブ(商品名：ハーセプチン)が使用される。IR700とトラスツズマブを結合させれば、HER2陽性型のがんにも応用できる。実際、すでにマウス実験ではこのIR700とトラスツズマブの複合体がHER2陽性の乳がんにも効果的であった。つまり、個々のがん患者さんの「がん抗原」に合わせて、「抗体」を変えてIR700に付ければ、がん細胞を殺すことができる。光免疫療法の特徴は、この拡張性の高さなのだ。「ほとんどのがん抗原に対応する抗体が市販化されていることが重要だ」とも小林は言う。

小林が「光免疫療法が8割、9割の大部分のがん種に対応できるはずだと考えている」根拠はここにある。ほとんどのがん細胞には目印となる特異ながん抗原があって、対応する抗体もすでに見つかっているからだ。

下世話な話だが、小林先生はノーベル賞を取れるのか。本書より引用する。

『小林には、ノーベル賞をとれると思うかと何度か聞いたことがある。そのたびに小林はあまり興味のなさそうな顔をする。それはなぜだかと問うと、「研究に興味を持ち始めた大学生の頃は、研究者になる以上は純粋に学問を究めて、ノーベル賞を狙うような研究をしたいと息巻いていましたよ」と言う。だが、自分の研究室を持った頃にはその考え方も変わっていたと言う。

「今はそのへんには無頓着になりました。僕が今やっている光免疫療法は応用研究であって基礎研究ではありません。サイエンティストの中にはすべてがオリジナルでなければ気が済まないという研究者もいるかもしれないが、僕は手の届く範囲に具合のいいものがあれば躊躇なく使う。ですから、純粋な基礎研究をしている人からすれば邪道と言われるかもしれない。でも、世の中に役立つものが作ればなんでもいい、どんな工夫をしてもいい、と思っています。だからノーベル賞はきっと取れませんよ」と笑う。こう答えたときもあった。「化学や物理の基礎研究の場合、最終的なゴールに辿りつくのは自分ひとりですけど、医学は応用なのでみんなで作る、チームプレーなんです。研究の王道ではありませんが、そこが楽しいところでもある。答えも決まっていなくて、使えると思ったら何でも取り入れちゃう。だから光免疫療法も市販の抗体を使う。僕らのチームが作った最終的産物が人の役に立てばそれでいいと素直に思えるようになりましたね。もし自分がノーベル賞に執着していたのなら、市販の抗体を使う方向にはならなかったでしょう」。「僕がオリジナルの抗体を開発しようと考えなかったのは、すでにあるものを使ったほうが安上がりだし、早いし便利だからだ。すでにFDA(米国食品医薬品局)に認められている抗体を使えば、研究開発費用も抑えられる。何より開発のプロセスを短縮できる。製薬会社だって、自社の抗体が使われればその分お金が入ってくるわけで悪い顔はしないだろう。僕はここが大事だと考える。オリジナルなものに固執するより、1日でも早くがんを効く治療法を完成させる方がずっと大事だ。世界には既存の治療法が効かなくなったがん患者さんがたくさんいる。光免疫療法の開発を待っているのに間に合わずに亡くなってしまった人も大勢いるんですから」。

小林は自分の性格を「合理的(リーズナブル)」だという。彼の行動を決める「リーズン(道理)」の中には、ノーベル賞より優先されるものがあるのだ。では、なぜ光免疫療法を開発できたと思うかと問うた時だった。「僕がなぜ光免疫療法を開発できたのか。それは、自分の興味の赴くままに、一歩ずつ少しずつ実験を繰り返してきただけのことだと思うが、それが許された環境にいたことが大きいかもしれない。結果論になってしまうが、ずっと日本にいたら難しかった

頭頸部がんの光免疫療法

がん細胞が破壊される仕組み

薬用抗体ががん細胞に結合する。がん細胞に抗体が結合すると、がん細胞が壊れる。

治療の流れ

1日目 薬剤を2時間以上かけて皮膚で投与。照射後は痛みや腫れは少ない。照射後は痛みや腫れは少ない。照射後は痛みや腫れは少ない。

2日目 投与後20〜25時間後に全身麻酔を行い、レーザー照射を行う。照射後は痛みや腫れは少ない。照射後は痛みや腫れは少ない。

効果

- がん細胞を思い切り撃つため、全身への負担が少ない
- 治療法がない進行がんの患者に有効と期待されている
- 照射部位に生じる主な副作用
 - 痛みや出血
 - 目の腫れ、顔のむくみ

開発者は日本人

米国立衛生研究所の小林久隆主任研究員が2017年に、オハイオ州の米大橋頭(当時)が一製薬企業と提携して共同開発した。

薬剤「アキシャルクス」

- 1本103万円
- 1回の治療で複数回使用
- 照射後(赤、白、腫れなど)に比べて痛みや腫れが少ない
- 照射後に行ったり、再発したりして手術や放射線治療が難しいケース

かもしれない。規格外の研究でも、可能性があるのならやらせてくれる、そういう環境にいたのが大きかったように思う。』

現状では、限られた病院で、限られた患者の、限られたがんに施されているに過ぎない。よってまだ、発展途上中の治療法で、「標準治療」になるかどうかは、臨床試験の結果を待つ必要がある。本庶佑先生がノーベル賞を受賞された「免疫療法」は、標準療法となり、「第4のがん治療法」と称されている。ノーベル賞を貰えるかは別にして、小林久隆先生の「光免疫療法」も標準療法に仲間入りして「第5のがん治療法」と呼ばれる日が来るのかも知れない。楽しみである。

理事 井上 林太郎

● 連載「がんになって(60)「楽天・三木谷浩史氏のがんへの思い」

紙幅の関係で書けなかったので、別稿で紹介した「書籍紹介」の続きを本稿で行う。

実験で画期的な発見をしたかといっても、いかにして医薬品にするか。日本製薬工業協会によれば、ひとつの薬ができるまでのコストは数百億～1000億円以上だという。国立成育医療研究センターはひとつの薬ができるまでに約9～17年かかるという。

小林は誰と組んで医薬品にして患者に届けるか、悩んでいた。自分がやりたい方法で研究に集中しながら、開発を進めたい。大きな製薬会社と手を組むと制限もあるだろう。無名のベンチャー企業アスピリアン・セラピューティクス社と契約を結んだ。小林は50歳になっていた。しかし、同社の動きも鈍かった。知財産管理や資金集めは人に任せて研究に専念したかったが、少しでも興味を示してくれそうな企業があれば、ノートパソコンと簡単な着替えを持って空港へ行き、説明に向かった。

そんな時に神戸に住む従弟から、「知り合いの父親が膵臓がんになってしまい、新しい治療法を探しているから、一度相談に乗ってあげてくれないか」と電話があった。その知り合いとは、個人資産は5千億円を超えるとも言われている、日本屈指の実業家、「三木谷浩史」であった。楽天グループ株式会社の創始者で、現在もCEO(最高経営責任者)を務める三木谷である。医師からは、「余命3ヶ月」と宣言され、懸命に治療法を探していた。

光でがんを治すと聞いてもあまり信じていなかったが、小林が帰国したタイミングで、東京・虎ノ門のホテルオークラのステーキ店で1時間会うことになった。2013年4月、ひと通り光免疫療法の話聞いた三木谷は「なるほど」と呟いたまま、しばらく動かなかった。「正直に言えば、おもしろくねえほど簡単だなと思ったんですよ」と三木谷は後述している。余りにも短い時間だったので、3日後、当時品川シーサイドにあった楽天本社社長室での会合がセッティングされた。三木谷は、膵臓がんに効くのかとか、副作用のこととか、色々質問した。三木谷は小林と話していてこう感じたという。「がんの治療法を求めて世界中を回りましたが、探していたものが足元にあったという感覚ですよ。ただ、この話を聞いてわかったのは、残念ながら、うちの父親はやはりタイミング的に少し遅かった。がんの進行も早かったですし、当時まだ光免疫療法も動物実験のフェーズ(段階)でしたから、承認されるまでには間に合わないだろう」。2度目の会合はこうして終わった

翌日、国立がん研究センターでの講演会を終えた直後の小林に「先生がアメリカに帰る前に先生のホテルでいいから、もう一度会えますか」と再度連絡が入った。三木谷のスケジュールは分刻みで、1週間に3回も同じ人間に会うなど、通常では考えられない。

小林の泊まるホテルの会議室に医療ベンチャーの人々を伴って現れた三木谷は、会合が終わって出てきた小林にこう言った。「どのくらいかかりますか」。治験の第I相試験にいくらかかかるのかということだった。光免疫療法の場合、治験で「IR700とセツキシマブの複合体(のちに“アキャルックス”と名付けられる)」と「近赤外線照射装置(同“バイオブレードレーザシステム”)」の承認を得ることが必要だ。万が一、第I相試験で重篤な副作用が出たり、何らかの不具合が見つかったりすれば即刻治験は中止される。そして、治験の際に患者にかかる費用は治験を行う側が負担しなければならない。小林は答えた。「フェーズIでは10名くらいの患者を集めて治験を行おうと思うの



ですが、その場合、どうしても600万から650万のお金がかかってしまいます。「それはドルですか」、「はい、円だとざっと7億円か8億円になると思います。患者さん1人につき、だいたい3000万円から5000万円かかるというイメージですね」、「なるほど…」。そう言ってほんの2、3秒考え込んだ後、三木谷はこう言った。「そしたら、やってみますか」、「小林先生、やりましょう、治験。お金は私が出します」。その600万ドルは楽天からではなく、三木谷個人のポケットマネーだった。

この後、三木谷は2016年8月に自らアスピリアン・セラピューティクス社の取締役会長となり、18年11月に社名を「楽天アスピリアン」に変更、19年3月には今の「楽天メディカル」に変更する。その間、18年8月には1億5000万ドル(約167億円)という桁外れの個人資産を投資している。

そして、第I相試験に続いて第IIa試験が行われた。ここでは全30例のうち腫瘍が完全に消えた人が4人(13.3%)、腫瘍が小さくなった人が9人(30.0%)。奏効率は43.3%だった。この当時すでに承認を得ていたオプジーボの奏効率が13.3%である。このことを考えればかなり高いことがわかる。

光免疫療法の薬剤「セツキシマブ サロタロカンナトリウム(商品名:アキシャルックス)」は2019年4月に「先駆け審査指定制度」の対象となり、20年3月に厚生労働省に薬事申請、同年5月同省は「条件付き早期承認制度」の適用を決定した。同年9月2日、近赤外線照射装置(バイオブレードレーザーシステム)も製造販売承認を取得。これらをもって同月25日、光免疫療法は申請からわずか半年という短時間で、世界で初めて承認された。第III相の国際共同治験の結果を待たずに出された。因みに、薬価は1瓶(50mL)102万6825円と算定された。治療費は患者が成人であればアキシャルックスをおよそ4瓶使用し、施術代等を合わせた計算で最大600万円程度になる。

三木谷はビジネスとしての可能性を感じたのだろうか。同書より引用する。

『「うーん、ビジネスというか、エンジェル投資家といったところですかね。多少カッコをつけさせてもらえば、フィランソロフィーというやつでしょうか」

フィランソロフィー(philanthropy)とは、従来であれば「慈善活動」や「社会奉仕事業」、あるいは「チャリティ活動」などと訳されていたが、近年ではビル&メリンダ・ゲイツ財団に代表されるように、起業家などが社会貢献のために個人資産を投じて行う支援活動を指すことが多い。何のために資産を増やすのか、なぜ企業でお金を儲けるのか、そのことに思いを致すからだろうか。

電気自動車メーカー、テスラ社のCEOイーロン・マスクは個人資産が20兆円とも言われ、世界一、二を争う資産家だ。彼は民間宇宙開発企業スペースX社の共同設立者でもあるが、同社は「人類を多惑星種にする」ことに使命を掲げ、人類の火星移住計画をぶち上げている。マスクはこうも語る。「この宇宙は何なのかを探る。他の生命がいるのか、とかね。私たちはどうやってここに来たのか。生きる意味とは何だろう。銀河系を探索すれば、これらの疑問を見つけられるのではないかと。とてもエキサイティングだよ。」

三木谷はこう言う。「僕は、イーロンに対抗するわけじゃないですが、人類を火星に送るより、がんを治すことを目標に捉えました。父親ががんになったことをきっかけに、少しでもこのプロジェクトを押し進めていくことができたらいいなと思ったんです。」

三木谷ははっきりとした意志を感じさせる口調で言葉を継いだ。「僕は今、お前はなぜ働くのかと聞かれたら、もう僕個人のこととかは割とどうでもよくて、人類社会の発展のためだと考えています。社会にどれだけ貢献できるかということが大きな理由なんです。人類が抱えている問題を解決する方向に僕の資産が使えたらいいなと。そういうことのために必死に働いているんだと思うんですよね。だからビジネスとしての儲けうんぬんより、自分の家族ががんになったことで、がん患者さんやその家族のお手伝いをしたいと思うようになったんです。これはまあ、父のおかげというか、運命だったのかなと思っています」。そしてほんの少し目を伏せてこう言った。「それに、親父もきっと、がんばれと言ってくれる気がするんです。』

本稿が、現在闘病中のがん患者さんの「希望」に繋がれば幸いである。

理事 井上 林太郎