知って得する癌治療

'98放射線腫瘍学会公開講座対談より

# 外科手術と放射線治療をめぐって

昨年11月に行われた日本放射線腫瘍学会学術大会の中で注目を集めたのが、近藤誠氏と西尾正道氏のがん治療をめぐる公開講座である。外科手術と放射線治療、医者の質、がんへの対処法など、がん治療の最前線に立つ2人の独自の視点が熱っぽく語られた。対談の抄録を掲載する。

対談者

慶応大学医学部放射線科　近藤　誠氏

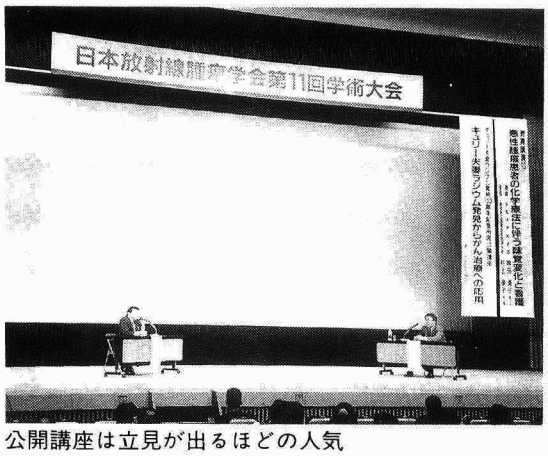
国立札幌病院放射線科　西尾正道氏

**西尾**　近藤先生は10年ほど前から乳房温存治療を日本に広めておりまして、乳癌の手術で何でそんなに切るんだと随分言っていました。けれどもそれはほとんど無視されていた。何を生意気なことを言っているかといわれ、外科医は大きく切っていた。ところが、外国の学会に日本のデータを持っていくと、なぜ日本はそんなに大きく切るんだと海外の外科医に批判されて、目が覚めたというのが現状です。

日本も少しずつやっと変わっていますが、3年前に近藤先生が『患者よ、がんと闘うな』というセンセーショナルな本を書き、議論が全国的に沸き上がりました。それ以来、日常の診療で何か変わったことがありますか。

**近藤**　日常診療は忙しくなりました。昔は患者さんがもっと来たらいいなあと思ってたんですよ。でも最近は、もう少し減るといいとも思います。来た患者さんはきっちり診ますけれども、やはり医者もレストランと一緒で、患者さんが増えると味が落ち、質が落ちるということは当然あり得、そういう悩みがあります。

今回の対談のタイトルは、「知って得する癌治療」ということですね。ここに医者が2人上がっているので、例えばこういうがんだったら、こういう治療を受けるということを語っていくのがおもしろいかなと思います。舌がんだったらば、西尾さんは針を刺す放射線治療を受けるでしょう。僕もそうです。ただ舌がんだったら具体的にはどうしますか。



公開講座は立見が出るほどの人気

**西尾**　僕の眼鏡にかなった医者に針を刺してもらうということになります。

**近藤**　それはどの病院の誰ですか。

## 西尾　セカンドオピニオンは放射線医

**西尾**　そこは問題です。舌がんの針治療なんて皆さんよく知らない治療だろうと思う。もう時効だから話しますけども、石原裕次郎は舌がんだったんです。舌がんで先生のところの慶応病院で、放射線治療医が上手に針を刺して治してしまった。治った人は隠してしまうんです。最後は肝臓がんで死んだわけですけれども、十何年前に舌がんをやって治ったことは隠されてしまった。あれを大々的に言ってくれれば、放射線でがんが治るんだというふうに今ごろ日本のがんの治療はちょっと変わっていたかもしれない。

**近藤**　現実には、治療法は分かったけれどどの医者にかかればいいんだというのが問題です。僕も舌がんになったときに、はて誰に頼もうかというのが大きな問題としてあるわけです。でもとりあえず、外科手術をされるよりは、放射線科医に診てもらった方がいいかなというのが私の今のレベルです。

**西尾**　放射線科は、診断をやっている先生と治療をやっている先生の二つに大きく分かれると思います。診断をやっているのは、大体写真だけ見ている先生ですから、患者さんを直接診ていません。それはがんの専門医とは言えません。治療をやっている先生は、頭のてっぺんから足の先まで全部のがんを一応診ていますので、かなりがんの知識は持っている。

医者に三くだり半をつきつけるのが患者のため（近藤氏）

それで、私は、セカンド・オピニオンとして放射線治療医に相談するのが一番いいだろうと思います。今、がんは切れたら切るのが一番だと思います。例えば放射線治療で治らない胃がんの患者さんに対して、放射線科医が、「放射線では治らないから切らなきゃだめですよ」と言ったら、その患者さんは本当に納得して切らせるだろうと思うんです。

## 近藤　私は胃がんでも手術しない

**近藤**　その辺は異存があります。というのは、『患者よ、がんと闘うな』を出して以来、胃がんを含め、いろんながんの患者さんがセカンド・オピニオンを聞きに来ます。中には、切りたくないという人がいるわけで、その様子を見ていると、なかなか大きくなってこないのが多い。何人か胃がんを見ているけれど、それで分かったことは、進行がんで見つかった場合はだんだん大きくなってくるけれども、早期で見つかったがんはなかなか大きくならない。

例えば逸見さんと同じタイプのスキルスがんで、時々出血するような32歳の患者さんがいました。これがどうしても切りたくないと言うのです。切りたくないって言うならしょうがない。こちらも、大出血する場合は切った方がいいんじゃないかぐらいのことは言うんですけれどもね。しかし様子を見ていると、ふだんは何ともなくて全然平気で、もう2年ほどたっています。逸見さんは手術して半年で再発のため再手術して3カ月で死んでしまったでしょう。あわせて9カ月ぐらいです。それの倍以上、そろそろ3倍ぐらいの期間になるんだけれども、そういうことを考えると、胃がんもほんとに切った方がいいかは疑問です。私は、今のところ、皆さんが切りたいというのなら反対しないけれど、自分自身が胃がんでも症状がなかったら切らないというふうに、最近、よりはっきり決めたところなんです。

**西尾**　私は胃がんが見つかったらさっさと切ってもらいます。そこら辺は、近藤先生流の「がんもどき理論」が絡んでくるんで、それをやりだしたら、30分や1時間では終わりません。

**近藤**　具体的な治療はこういうふうに意見が分かれるということを皆さん知っておいた方がいいと思うのです。できるだけ多くの医者の意見に接して、それでその中から選べばいいわけだから。違う意見があることを知るのは全く損にならないわけです。今ここで、ディスカッションやディベートをしようとは思いません。話は変わるけれども、日本人に多い肝臓がんだったらどうしますか。

**西尾**　肝臓にできた腫瘍にいく血管の中に詰め物をしてもらって、血流ががんに行かないようにする兵糧攻めの治療を行います。そういう治療をして、放射線をかけることを多分選択するでしょう。

**近藤**　2、3割の人は手術をしています。

**西尾**　手術は、取りやすい場所であれば取ってもらうかもしれない。それはがんの発生部位によるでしょう。

**近藤**　取りやすい場所にあったらどうかという問題は残るけれど、肝臓がんは大体肝臓が堅くなる肝硬変を9割5分ぐらいの人が合併しています。そうすると、せっかく全部取ったと思っても再発してくるんですね。それから、肝硬変という病気があると、肝臓の機能が悪くなっているから、手術するとすぐ死んでしまう人もいます。すぐ死ななくとも何カ月かで死んでしまう人もいる。そういうことを考えると、私は手術は真っ平御免で、肝硬変が合併していない場合だけ、手術を考えてみるぐらいです。

**西尾**　近藤先生は手術は大嫌いな方ですが、私は手術が大好きなんですよ。手術で取れるものなら取ってもらいたいし、放射線はかけないにこしたことはない。ただ、同じように治るんだったら、切らないで治すにこしたことはないという考え方で放射線治療を使っています。

それは、医者の感性的な問題です。だから、同僚と一緒に放射線治療を続けていますが、一人の患者さんを見て、切った方がいいという人もいるし、そうでない人もいる。それはもう持って生まれた人間の感性的なものだと思うので、それを押しつけてもしょうがない。

**近藤**　いや、押しつけてはいませんし、感情的なものというより理屈の問題ではないかと思っています。

**西尾**　それがいいと言ってもしょうがない。経済のビッグバン時代に皆さんはどこの銀行に預けるか選択します。健康のビッグバンの時代にこれから命だって自分でどう守ろうかということになってきます。どういう医者を選ぶか、どういう治療を選ぶかということが正しく選択される道は何なのかを一番知る必要があると思う。

医者はたくさんいたらピンからキリまである。私の知っている医者が、東京の音楽大学に入ったと思ったら、1年でやめてしまった。なぜかというと、50人入った中で、自分がどのくらいバイオリンやピアノが上手なのか、自分がどのくらいのランクにあるかはやっている人が見ればすぐ分かってしまう。音楽家は卒業したって、トップの1位か2位ぐらいしか食べていけない。後は、子供のピアノの教師をやることになる。

ところが、医者は医師免許を持っていればピンからキリまで食べていけます。そうすると、キリに当たる可能性もあるわけです。だから、医者同士はなかなかごまかしがきかないけれども、医者は皆さんをごまかすのはかなり簡単なわけです。そのごまかしをどうやって見抜き、それを察知するか。ピンの方の医者にかかり、ピンの治療を受けることが、一番大事だと思う。

治療選択の道を情報開示することが必要（西尾氏）

**近藤**　その通りだが、それがなかなか難かしい。例えば、あなたのいるところぐらいの規模だと、中にいる外科医、耳鼻科医の手術の腕はすぐ分かるでしょう。ところが、慶応病院ぐらいの規模になると、耳鼻科医がどういう腕かとかは全然分からない。自分の大学の中でも、どの人に診てもらったらいいか分からない。

## 西尾　ピンの医者の治療を受けよう

**西尾**　しかし、少なくとも自分の限られた範囲の中で、例えばこの病気だったらこの人に任せようとか、この病気だったらこの人に頼もうとかという、それぞれの得意があるでしょう。

**近藤**　医者が悩むぐらいだから、一般の人に、ピンの方の医者を捜せといっても、それは無理ですよ。

**西尾**　それは捜せない。しょうがないんですよ。だから、人間の出会いは不幸で、不幸からしか見えない状況というのが日本にはたくさんあるのです。私が言いたいのは、今何をしたらいいのかということです。来年か再来年にカルテ開示が義務づけられるかもしれません。カルテを見せてくれと患者さんが言ったら、見せなくちゃいけない法律的な義務ができてくる。だから、そういう場合には、患者さんは医者からカルテを借りてきて、自分の病気はこうだ、写真ではこう写っているということを別の病院の先生にセカンド・オピニオンとして相談した方がいいと思う。

その時に、放射線治療医は、おそらく最も適した相談役の立場になるだろうと思います。残念ながら、日本でそういう現状にどこまでいくか。それはどこまで患者さんが権利意識を持ってやるかということにかかわってくると思います。

**近藤**　さっき3年前からの変化を聞かれたけれども、私の診察室でも、大きな変化があります。例えば、10年前に論文「乳ガンは切らずに治る」を「文藝春秋」に出したときは、ほとんどの人が自分の主治医には内緒で、こそこそと来ました。私のところは紹介状が要らないから、何も資料を持ってこずに、とにかく診てくれという患者さんが大勢来ました。そして診た後で、これは温存療法可能だって言うと、そこで、病院から資料を借りてきたりしていたわけです。

ところが最近は、半分以上の患者さんが最初からデータを借りてきたり、紹介状を書いてもらったりしてくるようになりました。患者さんの意識も変わってきているようです。それは大変いいことだと思うし、そういう法律ができなくても、現在でもカルテをコピーしてもらえばいいわけです。データを要求してセカンド・オピニオンを聞きにいくというのはすごく大事だと思います。

そのときに、診断医ではなく放射線治療医にいくというのが大事で、なるべくなら同じ病院の放射線治療医の所には行かないことですね。同じ病院の外科医に遠慮したりして、意見を曲げてしまうことがあるだろうから、なるべく違う病院に行った方がいいと思います。

**西尾**　医者という集団は、かばい合う性質が身についているので、どちらかというと利害関係のない医者に相談した方がいいかもしれませんね。最近はたくさんの人が相談に来ているわけですか。

**近藤**　来ていますよ。乳がん以外のいろいろながん患者さんが3分の1から日によっては半分ぐらいになります。

**西尾**　いずれにしても、それは患者さんがしっかりした意志を持たなければなかなかできないですね。ただそういうことをすると医者によってはすごく気分を害する人がいる。それに対しては了見の狭い医者なんだぐらいに思って、無視した方がいいです。

普通の病気と違うがん治療の決定的な難しさは、治るチャンスがオンリー・ワン・チャンスであることです。それは1

回目の治療をどうきちっとするかによって、99%は運命を変えてしまうんです。1回目に中途半端な治療をして、再発や転移したらほとんど治すのが難しくなってしまうのが現実です。がんというのは、そういう特徴がある疾患です。

糖尿病だったら、薬もらって服用し、血糖値がコントロールできなかったらインシュリン注射に変えたりそれでもだめだったら、インシュリンの量を増やすなどして治療します。高血圧だったら、薬でうまくいかなかったら、薬を強くするとか順序立てて、ある程度対応できる疾患なんですね。その点では、うまく薬を調整すればやぶ医者であっても名医になるんです。

ところが、がん治療はオンリー・ワン・チャンスで1回の治療でほとんどその人の運命が決まってしまいますので、やぶ医者か名医かによって随分変わる。そこで運命が左右されてしまいます。ひどいのになると、「土手医者」というのがある。やぶは先が見えますけれど、土手は先が見えない。そういう医者にかかったときには、目も当てられない。そういうのが、現実にあります。だから、セカンド・オピニオンをもっと求めるような姿勢はあっていいだろうと思います。問題は、日本はがん手術で臓器をたくさん切られすぎている、抗がん剤も無駄に使われているという現実があるわけです。

はっきり言って、上手な外科医が切るんだったら、下手な放射線科医にかかるよりずっといい。下手な外科医が切るぐらいだったら、上手な放射線科医にかかって治してもらった方がずっといいと思う。そのぐらいの差があるんですね。

**近藤**　いくら外科医が手術が上手でも、食道がんの手術を私は受けない。大体は放射線で済んでしまう。

**西尾**　放射線で治るんだったら、さっさと放射線かけます。問題は外科として手術は必要ではないかということです。

**近藤**　例えば大腸がんの手術は、症状があれば受けますよ。だけど、食道がんの場合は、放射線治療のあと再発してきたときに、手術なんて言われても、そこはやめておこうかなと思っています。

**西尾**　それは多分見解の相違でしょう。どれだけ生に執着するかということにもあるでしょうし、人生観が絡んでくるんで、医学的なレベルの議論にはならないと思います。でもがん治療がなぜ日本では外科治療優位になっているのか、逆に言えば放射線がなぜ治療にちゃんと使われていないのか、ということについてはどうお考えですか。

## 近藤　患者が医者を選択しよう

**近藤**　歴史ですね、歴史。ラジウムが発見されて海外で放射線治療が始まっても日本では、ラジウムがほとんど使えなかった。放射線が取り残されて、外科手術が何にでも適用できると思い込んでしまった。

それからこう言うと先輩に悪いんだけれども、先輩の中でもだめな放射線科医が大勢いて、放射線治療の機械が入ったときに見よう見まねでどんどん放射線をかけてしまい、ひどい後遺症をいっぱい作って、イメージを悪くしたこともあると思います。それで、社会的な認知が遅れたのではないか。

**西尾**　確かに、放射線のイメージというのは大変悪い。放射線治療の後遺症が出た場合には、結局がんは治らないと患者さんは思ってしまう。ところが、がんが治ってしまっても後遺症が残る場合もある。放射線の障害を背負って、毎週のように外来に来ますと、我々放射線科医は頭を抱えてしまう。たった一人の後遺症でもインパクトが強い。ところが、患者さんが手術死してしまうと外科医は次の日からその患者さんの顔を見ることはない。「のど元過ぎれば熱さを忘れる」で、ほとんどまた、けろっとして、別の患者さんも同じように手術できる。ところが、私たち放射線科医は、一人でもそういう患者さんに当たりますと、頭を抱えて、じゃあ次はどうしようかなということになる。そこら辺が放射線科医の非常に不利なところです。冷静に考えてほしいのは、そういうことなのです。

それと、外科医や内科医がもうお手上げでどうしようもなくなってから患者さんを放射線科に回すことが多い。これが放射線治療を上手に使っていない一つの原因です。放射線は確かに、痛みは止まるし、いい治療ではある。死にゆく患者さんの延命治療だったり、不快な症状を取る治療として大変いい治療です。小さいがんも、切らなくていいがんも治せるわけですから、放射線治療の領域も、アメリカのようにもっと認められたらいいと思います。これは、医者同士で何遍言ってもだめです。

外科の先生は自分で間違ったことをやっているとは思わない。卒業して外科の医局に入って、手術で切ることを教えられた人が、「パブロフの犬」みたいに条件反射で、患者さんが来たら切ることだ、と思ってやっています。これはいい悪いの問題ではなくて、確信犯に近いような行為としてやっているわけです。それを、おまえだめだと言っても、説得力がないですね。

ですから、放射線かけて針刺して患者さんが治っていくのを自分で経験していると、やはり放射線の方が、切るより絶対いいと確信しているわけです。そこら辺を、外科手術と放射線治療のどっちがいい悪いかは別にして、情報公開することが必要です。かかわった医者の信用度も考慮して、どちらの治療を選択するかという、選択の道をきちっと情報開示することが、日本の医療で一番遅れていることです。それをしなければ、本当のバランスのいいがん治療は成り立たない。放射線治療にはそういうことがまだ遅れていると思います。

**近藤**　医者同士に任せておいたら、外科

手術がまだ100年続くことは間違いない。いろいろな治療があることを知った皆さんが、自分の意思で医者を変えることでしか、それぞれのがん治療は変わっていかないと断言できます。

それで変わってきたのが、乳がんです。患者さんが乳がんでおっぱい切られちゃうのはいやだと言って、僕のところに来る。それが治療しようとしている医者にとってものすごくダメージになるのです。10年前までは患者さんが医者のところを逃げ出すなんて考えられない時代でした。そういう患者さんが一人いても医者はものすごくショックを受ける。今後患者を逃がさないために、じゃあちょっと自分の方針を変えてみようか、と意外に簡単に変えるんですよ。患者さん一人一人が、目の前の医者に三くだり半を突きつけるということが、ひいては次の患者さんのためになるという面もあります。

セカンド・オピニオンを聞きに行きたいから、カルテやデータを貸してくださいと申し出たときにむっとしたり、不機嫌になったり、どなったりするのは、その医者とは決別しなさいというサインなのです。そんなに簡単に感情を高ぶらせるような人に手術されたり日常診療で顔を合わせていくのは大変な話になるから、やめた方がいい。だから、むっとされたらありがとうと言って帰ってきてしまった方がいいんですよ。

**西尾**　私は市民向けに北海道新聞社の雑誌に「放射線科医のつぶやき—がん患者と向き合って」を掲載していますが、放射線治療を理解していただくために書いた文章があるので、その中からエピソードを一つ。22歳の女性が子宮がんと診断されて、婚約者がいたので手術を拒否したのです。結局3年後に死んでしまった。Ⅳ期になってから私のところに来たのですけれども、前の病院では、放射線のホの字も言われていない。Ⅰ期だったら放射線治療で98％治ってしまいます。なぜ婦人科の先生が、手術が絶対いやだったら放射線科へ行きなさいと言ってくれないのか。言ってくれない医者の方が、今の医療の中では多いということです。

それがすごく問題です。アメリカだと乳がんには乳房温存療法がある、ということを話さないで、乳房を取る手術をしたら、訴えられて負けます。しかも50州のうち四十何州が法律で乳房温存療法を話すことを義務づけています。日本はそういう法律は、一切ありません。例えば日本には、舌がんになったら手術もあるし針刺しする治療もあるということを言いなさいというような法律なんて絶対ない。そういう点では、まともなこと、標準的なことが法制化もされていないし、規定もされていない。医者の裁量においていろいろなことが勝手にやられているのが現状なので、そこが一番問題です。

それに対しては、やはり患者さんが利口になって、セカンド・オピニオンで自分の病気をよく理解して、余りびくつかないできちっと見つめて、ほかの先生に相談する。がんだと告知されても半分は治る病気です。放射線治療医に相談すれば、私は一番いい選択の治療法をサジェストしてくれるだろうと思います。

**近藤**　一つ落とし穴があります。今では、医者がよく説明するようになってきました。しかし説明するだけで中身がない。よく説明してくれる医者というのは、必ずしもいい医者ではない。懇切丁寧にやるのでいい人みたいに思って、治療を受け続けて、後で気がついたら、別の治療法があったのに教えてくれなかった、みたいなことになりかねない。いくら態度がよくても、ちょっと疑って、ほかに方法はないか捜した方がいいんじゃないかと思います。

## 近藤・西尾　がんになっても焦らず恐れるな

**西尾**　私が言いたいのは三つあります。

一つは、がんを恐れるなということです。

もう一つは、告知を受けても、がんである自分をちゃんと受け止めて生きていくということです。

あと一つは、放射線治療を恐れるなということです。放射線治療は決して恐ろしいものではありません。放射線は実際にかなりの量が宇宙線から発せられ、皆さんの全身は被曝しているんです。

今のコンピュータ・テクノロジーを使ったがん治療技術というのは非常に高度です。NASAが宇宙にまで行くようなコンピュータを持っていますが、それと同じようなものを使って、がんだけに絞り込んでかけるような方法を取っていますので、最先端の大きな病院でちゃんと治療を受ければ、副作用というのはほとんど考えなくていい。抗がん剤の副作用から比べたらずっと楽です。そういう点では、放射線そのものを決して恐れないでほしい。がん治療の中で放射線は、うまく使えば非常に有効です。

**近藤**　さっき出てきた患者体験者の中で、Oさんという悪性リンパ腫の方が、治療を受けるまで6カ月かかったけれども治ってしまった。それだけ時間がたっても、治るものは治るんです。

がんというとみんな焦ってしまって、すぐ治療受けなきゃと思ってるけれども、実はどうもそうではない。悪性リンパ腫は、なるべく早く治療を受けた方がいいがんの中の一つですが、それでも、1カ月や2カ月は、病院を捜したり、治療法を考えたりする余裕が患者さんにあるんじゃないか。

多くのがんは1カ月や2カ月待ったところで、最初に持っていた運命がそんなに変わるものではありません。焦って治療を受ける方が、よっぽど怖い。ちょっと落ち着いて、いろいろ情報を捜して、なるべく自分の納得いくような治療を選ばれた方がいいと思います。一言で言えば、がんになっても焦るな、時間はあるということです。

（終わり）