

医療文化論への試み

「がんと闘うべきか否か」について

西尾正道

国立札幌病院
北海道地方がんセンター放射線科



1 はじめに

この特集に当たり、私に与えられたテーマ自体が直接的には近藤誠氏の「患者よ、がんと闘うな」という著書¹が社会的に大きな反響を呼び、癌治療のあり方に問題を提起したことへの対応と考えられる。またさらに最近の薬害エイズ問題に見られる医療行政・製薬企業・医師の癒着から生じる人間性軽視の医療の現状に対して、医療のあり方そのものに揺らぎが生じているためと考えられる。そこで本稿ではまず、近藤誠氏説への私なりの感想を述べ、それを通じて現在の癌医療場面の矛盾や問題点を検討し、医療の揺らぎ発生の根拠に考察を加え、今後の対応について私見を述べたい。

この場合、医療の揺らぎとは、①医療供給者側と患者・家族の間の揺らぎ、②癌治療に携わる関連各科の医師間の揺らぎ、③貧困な職場環境や限られた医療体制の中で、現在の進歩した医学技術が患者の治療に還元できないという問題から生じる揺らぎ、などを包括した概念ととらえて考察する。

2 「がんと闘うな」論への感想と問題点

ベストセラーとなっている近藤誠氏の著書の論旨は、①日本の外科医は切りすぎである、②抗癌

剤は一〇%の疾患にしか効かないのに、無駄に使いすぎている、③癌検診は意味がない、④転移して助からない本当の癌と、放置しても転移せず治療する必要のない「がんもどき」の癌がある、と要約できる。これらの主張を芸能人や著名人の闘病記を例にとり説明しているのであるが、的を得ている論旨と、残念ながらかなり無理のある一面的な視点の論旨が混在している。しかし、医療関係者以外の一般人にも理解しやすいように極論的な結論を述べることによって、癌医療へ問題を提起している。

近藤氏はアメリカ留学から帰国して、一九八〇年代後半から一般ジャーナリズムを介して同様な論旨を展開してきた。法律的にもインフォームド・コンセント（IC）が保障され、放射線治療が隆盛であるアメリカの癌医療を見聞してきた彼にとつては、日本の癌医療の現実はいくつもの問題点を含んでいると映ったのはごく当然のことである。特に乳癌治療においては当時の日本は、欧米では当たり前前の乳房温存療法はほとんど行われておらず、日本の外科医の「切りすぎる医療」へ警告を鳴らした。また科学的にも統計学的にも治療効果の根拠に乏しい抗癌剤の気休め的投与にも警告を鳴らし、日本の癌医療のあり方に問題を提起

したことは評価されるべきである。しかし、彼の警鐘はほとんどの外科や内科の医師達に無視された経緯を経て、一般向けに分かりやすい極論的な主張の展開になったものと推察される。

しかし極論の結果は、現在の「早期発見・早期治療」のパラダイムの枠で進歩してきた癌医療の方法論そのものまでも否定することとなっており、早急に癌治療に携わる医者として、対応を考える必要に迫られている。それは毎日の診療場面で、近藤理論を読んできた患者さんへの対応という仕事も加わっているからである。近藤氏の著書で問題としている、外科治療優位の現状や、気休め論的ないしは試行錯誤的な抗癌剤の投与に対する批判は基本的には正論であるが、それは放射線治療医がだらしないう問題として自己批判的に考える必要がある。そしてこうした医療のディスクロージャーだけでは現在の日本の癌医療が抱えている矛盾や問題の解決にはならない。医療行為は許容される一定の幅を持って行われているものであるが、現在の医療の揺らぎの解明にはこうした現状になっている原因について考察を加える必要がある。

3 癌医療の原則は早期発見・早期治療

近藤氏は、癌検診の有用性を否定し、「百害あって一利なし」とまで明言しているが、まずその根拠としているデータの多くが海外のデータであり、日本の検診の有用性を否定するのであれば、日本のデータで語るべきである。国によって、検診受診者の教育レベルや経済的レベルも異なり、癌発見後の医療の対応も異なるため新たな分析が必要である。その意味から言えば、日本は就学年数も長く、国民全体の平均的知的レベルは世界一

といっても過言ではないし、国民皆健康保険により必要な医療を受けることができ、またがん医療のレベルも高いからである。

日本人の癌の中で最も多く、最も早くから行われている胃癌を取り上げてみる。表1は昨年の権威ある雑誌に掲載された胃癌の総説で報告された日米の治療成績の比較である。この比較で明白なのは、検診していない米国と比べて、日本では早期症例の比率が高くまた治療成績も良好なことである。これは日本の検診による早期癌発見の努力と、高レベルな胃癌手術の賜物であり、また早期発見が癌克服の最良の方法であるという患者側への教育の結果と考えられる。また、検診という医療技術や医療行為の有用性評価は単にその結果だけではなく、効果費用分析も検討すべきであるが、この問題も検診に投ずる費用が無駄となるといふ消費的視点ばかりではなく、検診はそれに関係している人々の国民総生産の一部あり、医療産業の一部として生産性を持つという側面もあり、社会総体として検診体制を維持できる経済的保障があれば、それは敢えて否定するまでもないことである。日本は医療費以上の年間三〇兆円をパチンコに使っている国なのである。また検診により早期例が増加すれば、早期癌の医療費は進行癌に費やされる医療と比較して数分の一の低額な医療費で済むことから、癌医療に使われる医療費は激減する。効果費用分析においても、癌医療全体に投資されるトータルな費用は減少するため、決して損な結果とはならないのである。

検診技術の進歩は早期発見の医療技術を進歩させ、また癌の進行度に見合った新しい低侵襲の治療法の開発につながる。患者は形態と機能を温存して良好なQOLで癌を克服できるのであり、縮

小手術で済ませる症例も増加するであろうし、また小病巣であれば放射線治療で治療が期待できる症例も増え、近藤氏の嫌う手術的治療を行わなくて済む症例も増加するであろう。そして低侵襲な治療で治療した症例は社会復帰して労働力としての剰余価値生産に携わることとなる。検診の費用効果分析はこうした現代社会における経済的人間存在の規定性までも視野に入れて考える必要がある。また検診というテクノロジーアセスメントを行う場合は、その効率や効果費用分析の他に、それがもたらす精神的側面も考慮すべきである。幸い癌を発見されなかった被検者は、検診により健康である自分を確認して気持ち良く次の検診まで生活できるという精神的QOLも考慮すべきである。総体として、日本は世界一安いコストで、高い医療レベルと高い国民の健康指標を得ている国であり、検診が多分に寄与していると言えよう。

肺癌の検診においても、近藤氏の検診無意味論の根拠とされている米国のメイヨークリニックのくじ引き試験で比較された二群は、単純に考えれば、四カ月毎の検診群と一年毎の検診群の比較であり、四カ月毎に頻繁に検診しても、一年に一度の検診でも差がないという解釈となり、検診否定の根拠にはならない。急増している肺癌という疾患は転移が多く、小病巣で発見し対処する以外は現在のところ治療成績の向上は望めない。したがってハイリスク群を対象としたスパイラルCTを用いた肺癌検診も決して無駄ではないと考えられる。検診の画像情報が経時的な個人情報として保存され、比較できればさらに検診は有効なものとなるであろう。

子宮癌においても検診の普及によりIa期症例が増加しており、子宮頸部の円錐切除で済めば、

性生活にも支障はなくQOLを損なうことなく治療が可能である。

もし検診を見直すとすれば、検診の間隔の問題や、ハイリスク群の絞り込みや、癌が発見されても治療に結びつかない超高齢者は対象外とするなどの検診の効率性をさらに検討する余地は残されているであろう。なお検診による国民医療被曝の問題は、近藤氏は放射線科医であるが、過大評価している。確かに日本の被曝量は世界一であるが、これは医療行為の質の問題や医療制度全体の問題として検討されるべきである。むしろこうした医療のディスタクロージャーにより、医療への不信を掻きたて、ドクターショッピングのために病院を渡り歩いてX線検査の重複により無駄な医療被曝を受け、医療費を高騰させる事態は避けたいものである。

4 がんもどき理論について

もうひとつ検診否定の理由の一つである、癌についての基本的な認識の問題として、がんもどき理論を検証する。確かに病理組織学的には非浸潤癌という範疇に分類される転移しにくい静的な性格の癌は存在するし、長い癌発生史の自然史の中で、一見がんもどきに振る舞う癌もあるが、このような癌は決して多くはないし、高頻度に拡大手術がなされているわけではない。各臓器の特殊性や癌病巣の性格からその発育のスピードや転移の仕方は種々さまざまであるが、圧倒的に放置すれば遠隔転移を生じ、致命的となる浸潤癌が多いのが事実である。

また一般的には一片の病理組織標本から手術などの治療をしないで済むものであるかどうかなどはどんな名医でも判断できないのであり、癌病巣

がいつまで局所病として留まるのか、いつから遠隔転移を来し全身病となるのかは癌腫の種類や個々の症例によって異なることから、現場の医師は一般的な対応として治療する立場を取らざるを得ないのである。転移を来してから、慌てて手術してもすでに手遅れであり、また腫瘍サイズが大きければ大きい程、重要臓器との癒着や、腫瘍の栄養血管の処理などに限界が生じ、摘出術も難しくなり、また機能と形態の損失を余儀なくされるのである。人体からの腫瘍の摘出術は、たとえ良性腫瘍であっても、畑からイモやスイカを取ってくるようなわけにはいかないのである。

癌の最も恐ろしい点は、臨床症状が出現した場合は、すでに進行癌となっていることが多く、救命が困難となることであり、大きく増大して臨床症状を呈するがんもどきなど皆無に近いのである。

例えば、小さな喉頭声門癌は、発生組織にリンパ流もなく、血管もないため、転移は非常に少なく、短期的に見れば、「ゆっくりがん」や「がんもどき」と考えられる腫瘍である。しかし放置して声門上や声門下に進展すれば、リンパ流や血管と接触し高頻度に転移を生じる。たまたま声門の小腫瘍により嗄声が出るため早期に発見されるが、こうした「がんもどき」T1声門がんに対して近藤氏も放射線治療を行っているはずである。癌は上下左右にも進展するが、同時に深達度も増し、リンパ管や脈管侵襲は高頻度となり、より悪性となる。表2は食道癌の深達度による転移頻度を示したものである。m1、m2までは転移は少なく、一見「がんもどき」であるが、確実に深達度を増し、スピード癌となる。食道扁平上皮癌は一気にm3、sm層からは発生しないのであり、やはり経時的

に悪性を増していると考えるのが自然であろう。そして早期発見・早期治療の観点から、m1、m2癌に対しては内視鏡的切除という低侵襲の治療法が開発されている。

癌は非常に長い経過で発癌することが解ってきたが、病理組織診断で癌と診断されたものは、放置すれば増大し、ほぼ確実に悪性を増すというナチュラルヒストリーを持った疾患である。短期的な視野では「がんもどき」は進行癌に発育するまでの長い時間的経過(数年、数十年)の一時点を見ているにすぎないのであり、がんもどき理論は、癌医療の原則である早期発見・早期治療のパラダイム(理論・方法・技術・機器など)を変更するだけの根拠にはならないと言えよう。したがって近藤氏が主張のするような「がんもどき」を期待して闘わないわけにはいかないのである。

5 治療方法(論)そのものに内在する揺らぎ発生の原因

近藤氏の提起した癌の医学的特性に関わる問題に多くの紙面を割いたが、次に医療における方法(論)上の問題について、自分の専門領域である放射線治療を例にとり、触れたい。図1は放射線治療における局所制御率と障害発生率を縦軸とし、照射線量を横軸にとり、その関係を示したS字状曲線である。局所制御率を高めようとすれば障害発生率は高くなることから、放射線治療の歴史はこの二つのS字状曲線をできるだけ離別させる工夫であった。具体的には標的体積の縮小や分割法の工夫、そして抗癌剤も含めた増感剤の併用などが行われている。しかしいまだに局所制御率一〇〇%で障害発生率〇%という治療はなく、医学的に許容できる障害発生率のリスクを背負って高

い治療率を目指して治療を行うこととなる。

したがって一人の患者にとっては治療や障害はall or nothingであるが、集団としてはある確率で利益や不利益をこうむるのである。この関係は外科治療でも化学療法でも同様であり、拡大手術はより高い術死や術後の合併症や後遺症のリスクを背負っており、強力な化学療法では治療関連死のリスクは高くなる。こうした治療方法論上の限界や幅を持って、多種多様な癌治療に立ち向かう時、不幸にして納得いく治療結果が得られなかった患者さんは医療に不信感を持つ原因となる。しかしある確率でメスは凶器となり、放射線は殺人光線となり、抗癌剤は毒薬となる可能性を秘めた治療法なのであり、治療という名のもとに生体に何らかの侵襲を加えざるをえない医学方法論の持つ限界なのである。

化学療法は、白血病や悪性リンパ腫などの限られた疾患では標準的な治療法となったが、まだまだ満足できる効果は得られていない。化学療法が有効とされる肺小細胞癌でさえ、この二五年間のoverallの長期治療成績はさほど向上していない。図2に当科の肺小細胞癌の治療成績を示す。雑多な症例が混在しているとはいえ、CTが使用できた一九八〇年以降の二三〇例の群では、CD DPを中心とした化学療法が多くの患者に行われている。しかし、二年までの生存率の上昇により中間生存期間の延長は見られるが、長期の遠隔成績は期待された程には向上していない。過去一〇年間の内科グループの指導的研究者達は抗癌剤の組み合わせや投与方法を変更して、化学療法に固執し、放射線治療を有効に使用する姿勢に乏しかったことも事実である。この原因は放射線治療をよく理解していないということばかりではなく、化

学療法の効果判定基準にも問題点を求めることができる。化学療法の臨床効果判定基準は、腫瘍が最も縮小しその状態が四週間以上持続した時の縮小率により効果判定するものであり、これでは効果の乏しい治療しかしていなくても四週間以上経過しなければ次の有効な治療ができないこととなり、さらに奏功期間を見るためには化学療法だけで様子を見ろといった事態となった。治療と称して、抗癌剤の効果を知るために、あたかも腫瘍の縮小率の計測が医学研究の中心であるかのごとくであった。

癌治療の最低条件は肉眼的腫瘍の消失であり、本来は完全寛解（CR）のみが意味を持つべきである。しかし抗癌剤でCRとなることは稀であるため、PRという概念が必要となり、それ自体が抗癌剤の限界を示しているのであるが、抗癌剤の効果判定に固執するあまり、放射線治療などの有効な治療法の受け入れを妨げる事態となった。他に良い評価法がなかったとはいえ、これは化学療法という治療法の評価方法に内在した方法的問題であり、医療への揺らぎ発生の原因の一つとなっているのである。経験のある放射線治療医ならば、肺小細胞癌にしても、悪性リンパ腫にしても、奏功しても再発する可能性が高いことから、さっさと照射すべきと考えていたが、受け入れられず、medical oncologistへの不信と失望につながり、医師間の信頼関係が揺らぐ事態となっていた。しかし、今年の米国臨床腫瘍学会（ASCO）で、肺小細胞癌でも化学療法と併用した早期の照射が必要という結論が出され、また悪性リンパ腫においても八クルのCHOP療法よりも三クルのCHOP療法後に照射した治療法が優れているという報告がなされ、今後放射線治療が日本で

も見直される契機となりそうである。

6 医学と技術のはざまで生じる

揺らぎの現実

癌治療の方法（論）が一定のコンセンサスを得られていても、個々の治療場面では技術的側面が大きく反映し、結果の優劣をもたらす。医学が「神でない人間」が行う応用科学である以上免れることができないものである。図3は当科で放射線治療を行った上顎癌III期症例の治療成績であるが、この期間に関与した術者別の治療成績に二〇%の差が見られる。上顎癌は転移が少なく、局所制御が生存率に最も関与する疾患であり、腫瘍の減量手術の技術的差が反映されたものと考えられる。上顎癌III期症例に対して、一施設でさえ二〇%の差が見られるが、全国的には三〇%〜七〇%の報告があり、術者の差により四〇%も治療成績に差が生じているのである。癌治療は熟練した経験豊富な医師による一次治療が望まれるゆえんである。

同様に化学療法も科学的根拠をもった使用法が望まれるが、毒をもって毒（癌）を制す治療だけに専門のMedical oncologistの育成が急務なのである。

放射線治療においても施設や機器や医師の差により大きな治療成績の差が生じるものである。しかし放射線治療の場合は、医師の力量の差を、機器整備によりかなり縮小できる可能性を持っている。放射線治療においてはコンピュータテクノロジーの進歩を取り入れて線束の制御を行えば、より精度の高い治療が可能である。だが現実には、Linac一台あれば放射線治療ができると考えている人々が多く、厚生省管轄の国立病院では定価四

〜五億円のLinac装置の購入に際して約一億円前後しか予算化されていない。これでは放射線を出すだけの本体しか購入できず、緻密な照射を行うための周辺機器は整備できず、現在のコンピュータテクノロジーの進歩を医療現場に反映できない状態である。文部省管轄の大学病院では、Linac装置の購入に際して約四〜六億円の予算措置がなされ、治療計画装置やマルチリーフコリメーターなどの周辺機器の購入も可能で、conformal radiotherapyが可能となっているが、それ以外の放射線治療施設のハード面の貧困は目を覆うばかりである。こうした高額医療機器の適正配置や効率的利用に関しては、現場の医師の責任ばかりではなく、医療行政的にも検討され解決されなければならない問題である。放射線治療症例に対する施設間の歪みが医療の質への揺らぎとなっているからである。

7 医学界の体質と医学教育の問題

日本の医学学会の発表は、経験的で科学的根拠に乏しい発表が多く、お互いが妥協的で、見解の相違でまかり通る雰囲気があるのも事実である。医療は技術的側面を持つために経験が優先されがちな領域であり、医師は本気で自分は正しい治療を行っていると考えているからである。

一九六八年に行われた和田心臓移植に携わった医師達は、全員が画期的な手術に立ち会えた喜びを語っていたが、決して間違った手術を行ったとは考えていない。刑事訴訟では不起訴となり、医学的には手術の正当性に関して結論を出さないうまに推移したため、現在の臓器移植の医療に関しては国際的な遅れを作り出している。こうした医学界の曖昧な体質そのものは、現在の癌医療にも

その体質を引き継いでおり、現在の癌治療に携わっている医師達は間違っている治療を行っているとは考えておらず、経験の中から学んだ癌医療を行っているのである。しかし人間の経験は限られたものである。特に分化・専門化した現代の医療では、日常の診療は自らが携わった狭い領域での知識と経験で治療法を選択しているのが現実である。日本の外科治療優位の状況は外科医のマンパワーを背景として、教育の過程や卒後の医療現場環境により培われたものである。「手術したい」、「手術したほうがよい」、「手術すべきだ」は次元の異なるものであり、また癌のナチュラルヒストリーを熟知し、resectabilityとoperabilityとcurabilityの違いを区別して考えるべきである。しかしこれらが混同して外科治療が行なわれる土壌が問題なのである。

なぜこのような状況になっているのかは、同じ癌の局所治療法としての放射線治療が日本ではよく理解されず、有効に利用されていないことが大きな要因の一つと考えられる。切らずに治す放射線治療が確立していなければ、外科的切除しか道はないのである。表3は日米の放射線治療部門の比較である。米国では癌患者の約半数の約五〇万人が癌治療の過程で放射線治療が行われている。しかし日本の利用率は二〇％以下であり、放射線治療の専門医も少なく、治療機器設置病院の約六割が非常勤医師に頼っている現状である。物理学的な治療精度を維持するための放射線物理士などの職種も院内には確保されていない。そして多くの医師は、放射線治療は末期癌や他に治療法がなくなつた時に紹介するような印象しか持ち合わせていないようである。高額な設備投資を必要とする割には、診療報酬は低く、そのため非採算部門

となり放射線治療は普及せず、「安かろう悪かろう」となっている。

また放射線治療医が育ちにくい大学病院の教育にも問題がある。放射線科の教授が診断学を専門にしていれば、癌患者の診察には不慣れであるが、現在の日本の大学病院の放射線科の多数は診断学の専門家であり、決して放射線治療の専門家は多くはない。放射線を使用するという共通性はあっても、放射線診断と放射線治療は全く異質の日常業務の内容であるにもかかわらず、このような体制であれば、大学病院という体質上、放射線治療の教育は十分とは言えず、放射線治療医が育たないばかりか、関連各科の癌治療医も放射線治療に関して学び、理解することは非常に難しくなる。こうした現状で放射線治療が普及せず、手術優位の治療法が選択され、効果の少ない抗癌剤の治療がはびこる事態となっている。バランスのとれた癌治療には放射線治療の普及が必須であり、そのためには欧米の先進諸国のように、大学教育において放射線科を診断学と治療学に分け、治療学の独立講座の開設が望まれる。癌医療の揺らぎの最大の原因は癌医療を担う医師の質の問題であり、癌治療専門医の育成環境の貧困な状態は、医学教育の問題点として再検討されるべきである。また高額な治療機器の適正配置と有効利用に関して行政的検討も必要である。

8 未熟なインフォームド・コンセントの問題

米国は医療行為も契約関係の中で行われているような国であるが、パターナリズムと「あうんの呼吸」で医療を行ってきた日本に、この風潮が急激に入り込み未熟なインフォームド・コンセント

(IC)のために医療現場に少なからず混乱を引き起こしたのは事実であろう。しかし最近、ICは医療行為の一部であるという認識が定着しつつある。本来ICは病名の告知を前提として成立するが、癌治療の場合は「癌の告知」という難しい問題がある。同じ癌患者でも治療が期待できる症例から、終末期の症例までさまざまであり、積極的に告知して治療法を了解してもらえばよいというでもない。

近代医学の進歩は、生理学的方法論から出発し、化学的方法論・物理学的方法論を経て、疾患の病因論的研究の歴史であったが、QOLの視点を加味した最近の医学は患者の社会性を考慮した生態学的方法論による医療である。患者や家族は一般論としてのICではなく、生態学的視点で個別にQOLを考慮した対応を求めている。QOLを重視した癌治療は、どのように生きるか、どのような死を迎えるかという人間学や人生学に通じるものであり、円滑な医師・患者関係が成立するためには、医師は各種癌治療法を熟知し、人間性豊かな深みのある人物であることすら要求されている。しかしこれは決して容易ではない。とりあえずは各医療現場で、誠意を尽くしてできる限りの医療を行うことにより、医療側と患者・家族が気持ちの上で互いに折り合いをつけるしかないのであるが、医学的知識は専門家として各種治療法を習得している必要がある。しかし悲しいことに、人間は培われた経験や置かれた立場により、その枠内でしかなかなか判断しないものである。

近藤誠氏が温存療法可能なホルモン依存性の「ゆっくりがん」である早期乳癌の治療経験から、「がんもどき」の発想を思いついたり、私が年間約七〇〇人の癌患者の診療においてほとんどが進

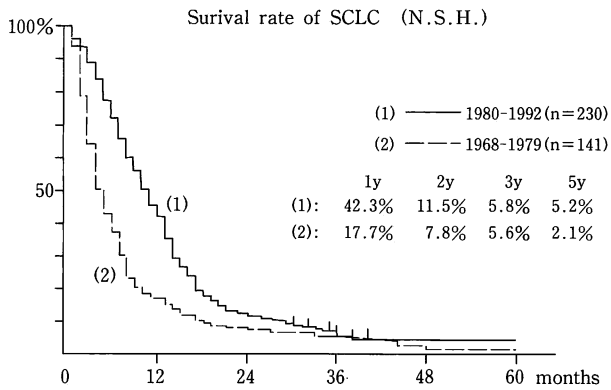


図2 肺小細胞癌の治療成績

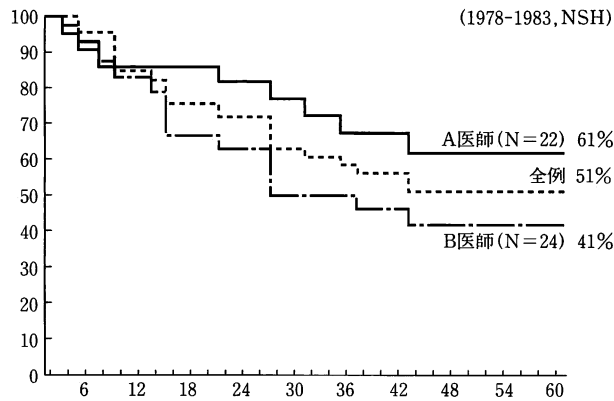


図3 上顎癌III期症例の術者別治療成績

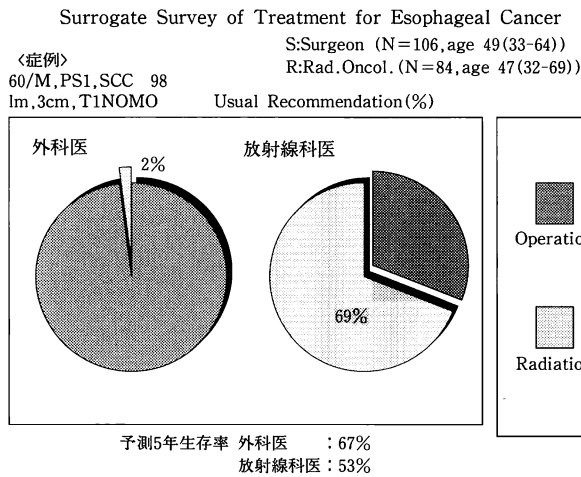


図4 外科医と放射線治療医の食道癌I期症例に対する治療法の選択

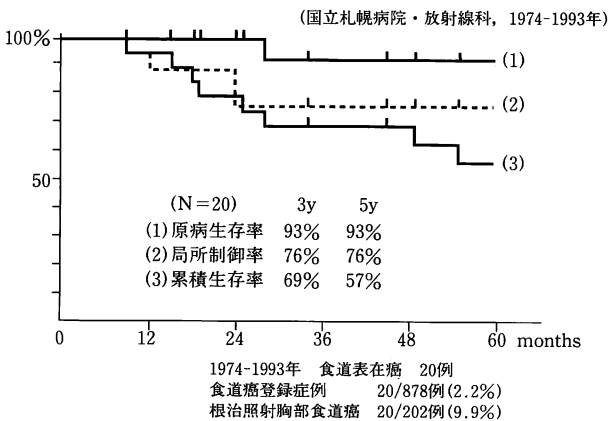


図5 食道表在癌 (T1) の遠隔成績

表1 米国と日本のがんセンターにおける胃癌手術後の生存率

病期	米国 (1982~1987)*		日本 (1971~1985)**	
	症例数 (%)	5年生存率 (%)	症例数 (%)	5年生存率 (%)
I	2,004 (18.1)	50.0	1,453 (45.7)	90.7
II	1,796 (16.2)	29.0	377 (11.9)	71.7
III	3,945 (35.6)	13.0	693 (21.8)	44.3
IV	3,342 (30.1)	3.0	653 (20.6)	9.0

*症例数は、米国の700施設で病理的病期分類を受けた11,087人に関するデータである。

生存率 (年齢を補正) は、胃手術を受けた10,237人のデータに基づいている。

**症例数と生存率 (年齢補正) は、国立がんセンター (東京) で胃手術を受けた3,176人のデータに基づいている。

表2 食道表在癌の全国集計報告

対象期間: 1990-1994年, 2418例/143施設
<深達度と n, ly, v>

	n (+) (%)	ly (+) (%)	v (+) (%)
m1	0/199 (0.0)	4/381 (1.0)	1/379 (0.3)
m2	34/153 (3.3)	15/231 (6.5)	1/231 (0.4)
m3	28/230 (12.2)	70/303 (23.1)	13/300 (4.3)
sm1	58/219 (26.5)	101/248 (40.7)	32/248 (12.9)
sm2	133/372 (35.8)	209/396 (52.8)	88/397 (22.2)
sm3	260/567 (45.9)	391/581 (67.3)	191/581 (32.9)
m	34/611 (5.6)	93/946 (9.8)	15/941 (1.6)
sm	260/1278 (39.0)	766/1343 (57.0)	336/1343 (25.0)
計	532/1889 (28.2)	859/2289 (37.5)	351/2284 (15.4)

(第49回食道疾患研究会, 1995年, 大津市)

表3 日米の放射線治療部門の比較

	日本 (1992年)	米国 (1990年)
施設数	604*	1,321
治療設置数	894 (集計数82%)	2,397
リアック/ベータトロン	538	1,893
テレコバルト	356	504
新患者数	92,800**	492,120
治療医数	690 (専任換算)	2,335 (専任換算)
専任	400	2,285
兼任	871	150
治療技師数	1,199	5,353 (専任換算)
医学物理師数	—	1,092 (専任換算)
線量計算士数	—	1,078 (専任換算)
新患者/施設数	153	373
新患者/装置数	103	205
新患者/治療医数	134	211

*日本では外部照射・腔内照射・組織内照射のすべての治療が可能な施設は全体の20%以下

**新患者数は1990年の JASTRO 実態調査委員会資料と資料(13)より計算

表4 日米の病院比較 (1989年)

	M. D. Anderson	東北大学
全職員数	7174	1859
ボランティア	990	0
年間患者/職員	71	399
ベッド数	518	1126
入院患者 (年間)	135216	353778
(一日)	389	969
外来患者 (年間)	445940	388836
(一日)	1715	1318
平均入院日数	9	46

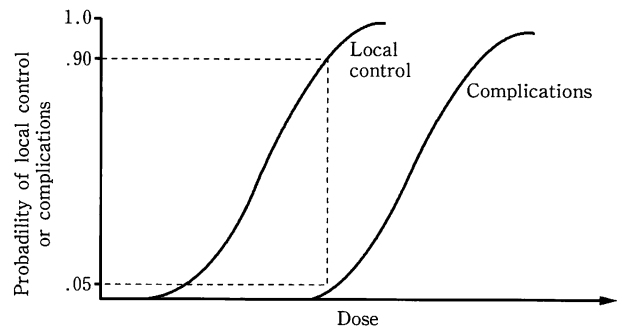


図1 局所制御と障害発生と線量の関係

行癌や再発癌である現実からは「がんもどき」は稀であるという認識を持つのは、史的唯物論的な認識の形成過程の典型であろう。

図4は食道癌の治療法の選択に関するSurogate Surveyによる全国集計の結果である。六〇歳の男性で胸部中部食道に長径三cmの腫瘍をもったT1N0の早期食道癌症例の場合、どのような治療法を選択するかを、一〇六人の食道疾患研究会の外科医と、八四人の放射線治療医にアンケート調査した回答結果である。その結果では、外科医の九八％は外科治療を選択し、放射線科医の六九％は放射線治療を選択していた。日本の外科医は基本的には早期の食道癌でも切除の方向で考えており、放射線治療を有効に利用する姿勢は乏しく、放射線治療が最もその長所を発揮するT1例ですら手術が選択されているのである。これはICにおいて、放射線治療が十分に説明されていないことによるものと考えられるが、また教育課程で、外科腫瘍学は会得していても、臨床腫瘍学的知識の会得は十分でないことがうかがわれる。

ちなみに図5は当科で治療した胸部食道扁平上皮癌のT1症例の治療成績である。T1症例は二〇年間に放射線治療した八七八例のうち二〇例しかおらず、本邦ではいかに手術優位の治療法が選択されているかがうかがわれる。また全身状態から手術非適応の症例が多いため、食道癌は照射により治療状態であっても、他病死する症例も多く、五年累積生存率は五七％であるが、他病死を補正した五年原病生存率は九三％であり、手術成績と比較して遜色ないものである。このようなデータがある以上、各種治療法の長所を理解し、バランスよく説明が行われるべきであるが、おのれの専門とする治療法を説明するだけのICでは医療に對す

る播らぎが生じるのは当然であろう。

医療の原点は疾患を治癒させ、患者の社会的人間存在の確保にある。しかし癌医療のように助かる患者と、死により人生の中断を余儀なくされる患者が混在している医療においては、患者本人の意思を最大限尊重しつつ、個別の対応が必要であることは論をまたない。昨今は、治療成績は頭打ちとなり、これ以上の生存率の向上が期待できなくなつて、同じ治すならQOLが課題となつていくが、QOLを重視した医療は、生きゆく患者には生きざまを、死に逝く患者には死にざまを考えた医療である。

医療行為におけるICにおいては、多種多様な価値観・人生観を持った患者各人の要求を考慮しつつ、専門的医学知識を持った医療従事者が最も適切な治療法の選択を示唆して、医療選択の決定において患者にも関与させ、お互いに折り合いをつけて納得のいく医療を行うことである。そして最も適切な治療法の選択に当たっては各種治療法の相対的な位置付けが吟味され、各科の専門的医療技術がバランスよく正当に行使されるべきである。この意味でも各科医師は自ら関わっている治療法に固執することなく、各治療法を説明することが望まれる。

できれば、厚生省レベルや癌治療学会などが指導して、各部位別の癌治療に関する統一したState of the Artsを小冊子などで示し、広報活動(疾患に對する知識と治療法・成績に関する情報提供)をすべきである。それにより、試行される治療が、①治験と②臨床比較試験と③標準治療と④各医師の裁量による個別の治療、の区別が明確となり、患者も治療の位置付けが理解しやすくなるであろう。ただしこうした医療は、患者側にも自己決定

しえる主体性と知識が必要であり、患者も賢くなることが要求される。

9 最後

基本的に癌の治療のチャンスは only one chanceである。一度再発や転移が生ずれば、治癒させることは困難なことが多く、したがって癌の一次治療は専門病院で行われるべきである。そして癌に携わる医師は手術・放射線・化学療法すべての領域に精通した医師であるべきであり、集学的治療が行われている昨今ではなおさらそうした臨床腫瘍学のための医学教育体制が確立されるべきである。

また科学性を持った医療の維持には、物事を科学的に証明するための比較試験(くじ引き試験)がより必要になる。臨床比較試験に当たっては、医療供給側は、倫理的節度ある臨床の範囲内で、科学的・医学的論理性と合理性を保つべきであり、最近では厚生省や国立がんセンターを中心としてガイドラインも整備されつつある。そして医療を受ける側もモルモット代わりにされるといふ感性的嫌悪感を捨てて、冷静に臨床比較試験へ理解を持つべきである。この問題は科学や医学と生命倫理の接点となる問題である。

効率優先で遺伝子の組み替えにより立てないほど太らせた豚を飼育する食肉産業にも生命倫理の問題が入り込んでいる時代である。生命倫理も超時代的なものではない以上、経済活動と関連した時、別の問題が生じる。真実や論理性で成り立っているかのごとく見える医科学研究の方向性も現実にはどの時代においても、社会的・経済的な規定性を帯びながら進歩している。したがって、研究者は経済体制の下部構造の上にその研究成果を

上部構造として積み上げざるを得ないという宿命的構造的矛盾を引きずりながら、「科学の持つ階級性や経済性」を人間としての倫理的歯止め、補正しながら歩まざるを得ない。その時、大きな間違いをしないためには、生命倫理の再検討も科学を相対化して考える視点が必要であろう。

医療に携わる個々人の努力には限界があり、貧困な医療現場環境は情報の貧困を生み、医療の揺らぎを醸成する。待ち時間三時間で、診察時間三分の日本の医療は個々の患者さんに接する絶対的な情報交換のための時間的保障がなされている医療体制ではない。表4は米国のM.D. Anderson病院と、日本の中でも比較的恵まれた条件にある大学病院の比較を示したものである。このマンパワ―を比較すれば、米国の医療費が高額になる理由も分かる反面、日本は貧困な環境の中で、現場の矛盾を個人の努力や犠牲で吸収していると言えよう。

一九九五年度の国民医療費は二七兆円を越え、赤ん坊からお年寄りまでを含む国民一人当たり平均で年間約二二万円を医療費として支出し、その額が毎年約一万円ずつ増加している。しかし死因の二八%を占める癌の治療に使われる医療費は総医療費のわずかに約八%弱である。高齢化社会に拍車がかかり、医療費の抑制が社会全体として検討

されているが、現在の医療の揺らぎの解決のためには、癌以外の長期的な慢性疾患の診療体制もその在り方が問われるべきであろう。

近藤氏の提起したいろいろな癌医療の問題は、現場では多かれ少なかれ真剣に癌治療に従事している医師は抱えている問題であり、折角のチャンスであるから、国民全体のコンセンサスが得られるような癌医療のあり方について、徹底的に討論されることが望まれる。

私も同じ放射線治療医で、近藤氏とは親交もある点も多いが、癌医療の根幹に関わる点についてはあえて反論した。紙面の都合で放射線治療の立場を中心に論を進めたが、今後は近藤氏の提起した問題について、関連した医学学会内部での専門家同士のシビアな議論の展開が望まれるし、納得のいく結論が出されることを期待したい。和田心臓移植に対して医学的結論を出しえなかった医学界の失敗を繰り返してはならないのである。そして時代の流れに遅まきながらついてくる行政側も、薬害エイズ問題への対応のように、重い腰を上げて、バランスの取れた癌医療行政に取り組んでほしいものである。

最後に日本の癌医療はまだまだ整備されているわけではなく、「医者選びも寿命のうち」であった

り、「QOLも医者次第」という要素はあるが、それも長い人生の中での不公平な出会いの一部である。生きるための闘いがあるのだから、死ぬための闘いもあってもよいであろう。癌と闘うもよし、癌前逃亡もよし、であるが、大事な点は、死を運命づけられている人間という生物が、「悔いの無い、納得した死」をどのように迎えることができるかである。そうである以上、戦略・戦術はどうかであれ、私は、「患者よ、がんと闘え」と結論し、かつ「賢く、闘え」と叫び稿を終わる。

文献

- 1 近藤誠：患者よ、がんと闘うな。文芸春秋、1996。
- 2 Charles S. Fuchs & Robert J. Mayer: Gastric Carcinoma. N. Engl. J. Med. 333 (1): 32-41, 1995.
- 3 「表在癌」アンケート集計報告。第49回食道疾患研究会、大津市、一九九五年。
- 4 西尾正道、他：非切除小細胞癌に対する集学的治療「Palliative care」としての放射線療法。日本肺癌学会ワークショップ第10回記念講演集「肺癌に対する集学的治療は進歩したか」、中山書店：P72-84, 1996。
- 5 第32回ASCO Proceedings、15: 372, 1996。
- 6 西尾正道、他：放射線治療の有用性評価。臨床放射線、Vol. 40, No. 2, P2345-253, 1995。
- 7 西尾正道、他：Surrogate Surveyによる食道癌治療の全国調査結果。癌の臨床、40: 154-160, 1994。
- 8 山田章吾(東北大学放射線科)：Personal Communication。

