

医療のあり方を考える

日本の癌治療の特徴の1つとして、手術・抗癌剤の偏重が指摘される一方で、放射線治療の不当な軽視が挙げられる。何がそうさせているのか。また、改善の方向はどこにあるのか。3人の放射線治療医に語ってもらった。

癌診療全体をカバーする放射線治療

本紙 例えば外科は、消化器外科あるいは肝臓外科というように専門が細分化されますが、放射線治療医はどうなるのでしょうか。

池田 放射線治療医というのは全国的に少ないし、1つの病院でも少ないので、どんな領域でも対応しなければならぬという運命みたいなものがあるんですね。ほくの場合、特に頭頸部の放射線治療とか、それに絡めて小線源の治療、あるいは疾患で言うとリンパ腫の治療がやや専門と言えますけれど、いろんな領域をやらざるをえないのが実際です。

西尾 ほくは今まで、治る早期の癌から治らないターミナルな患者さんまで、放射線の適応になる全部の臓器——脳腫瘍のように頭のとっぺんから足の先まですべての癌の放射線治療に携わってきました。特に頭頸部や食道の癌、それと最近増えている肺癌や子宮癌の治療に携わり、小線源治療を一番得意な領域としています。

池田 その小線源治療というのは、体の外から放射線をかけるのではなく、病気のあるところに放射線を出す物質を直接埋め込んだり張りつけたりする方法です。通常は針あるいは針金のようなものを、麻酔をしたうえで組織に刺すというか埋め込む方法ですね。それにより、例えば針から5mm離れた部位に70グレイ投与しても、そこから1cmあるいは2cm離れると40グレイとか20グレイになるなど、放射線障害を減らしながら治療効果を高めます。

近藤 慶應でも放射線治療医は全部を診ますね。頭頸部癌の小線源治療ではこちらの2人のレベルまで行かなかったけれど、悪性リンパ腫では抗癌剤を内科よりたくさん使ったこともあったし、診断もやっていたから癌全体をトータルに診るチャンスがあったと思う。時間的制約で乳癌を診ることが多くて、その専門家ようになってしまっているけれど、心のなかでは必ずしもそう思っていないんです。

本紙 癌診療全般に関する近藤さんの考えに、お2人には異論があらうと思いますが、それは後回しにして、まず放射線治療の意義を語ってください。その際の批判として「近藤さんは自分が放射線科だから、放射線治療の功罪については『功』ばかり強調している」という声を聞いたことがあります。いかがでしょうか？

池田 放射線治療医が自分に都合のいいことだけを書いてるという印象はありませんね。ほぼ的確に功罪を説明しているのではないのでしょうか。

西尾 ほくもそう思いますね。

ただし、放射線治療がかつてかなりの障害をつくってきたのは事実です。機器の進歩がなかったし臨床経験の不足も原因でしょう。それと1つ付け加えると、急性期ではなく半年あるいは1年以上経ってから生じる晩期の放射線障害の特徴は、非常に治りにくいんです。癌は治っても障害が残ると、毎月外来に姿を現すからたった1人でもインパクトが大きいし、医者としては治す手立てがないから頭を抱えてしまう。

近藤 頭を抱えてしまうのは、放射線科に紹介した外科医とか耳鼻科医も同じだね。



国立がんセンター東病院外来部長

池田 恢氏

(いけだ ひろし)

1943年生まれ、67年大阪大学医学部卒業。同大学放射線科助教授を経て、94年国立がんセンター中央病院放射線治療部部長。97年4月から現職。頭頸部の小線源治療やリンパ腫の放射線治療を特に専門とする。

西尾 ところが外科で手術死したとすると、次の日からその患者さんの顔を見ることはないわけです。外科医は手術の晩にやけ酒飲んで終わっちゃう



国立札幌病院放射線科医長

西尾正道氏

(にしお まさみち)

1947年生まれ、74年札幌医科大学卒業。頭頸部癌、食道癌、肺癌、乳癌、子宮癌などの放射線治療一般を扱い、特にその小線源治療を専門とする。



慶應義塾大学放射線科講師

近藤 誠氏

(こんどう まこと)

1948年生まれ、73年慶應義塾大学医学部卒業。癌の放射線治療、特に乳癌の診療を専門とする。

いる。

西尾 癌治療のあり方を放射線治療医の立場から考えると、まず問題になるのは癌の患者さんがどこの科にかかるか——つまり放射線科には直接来ないという現実がある。そこで各科の先生の放射線治療への理解度が問われるけれ

放射線治療に正当な評価を(上)

うわけですよ。ですから、放射線でたった1人障害を残したとしてもインパクトが大きくなる。

近藤 医者に与える影響は確かに大きくなりやすい。

池田 例えば、放射線治療して障害を残すと——普通は放射線科を紹介した他の科の医者があるわけですから、そうすると“放射線治療医に紹介したら障害をつくって戻ってきた”となりやすい。患者さんの癌は治ってもそう評価されやすく、放射線科治療医としては“割に合わない”面がありますね。

西尾 放射線治療は万能ではないし、絶対安全というわけではない。癌を治すためにギリギリのところまで勝負しているわけですから、ある率で障害を残すことはある。それを含めて、科学的に例えば手術と放射線とどちらのメリットが大きいのかを考えるべきです。

放射線科教授の大半は「診断」が専門

近藤 ほくが本に書いたのは、標準的な技量を持つ放射線科医と外科医が同じような癌を治療したときに、どちらが生存率が高いか。あるいは生存率が同じとすれば、どちらが活動能力が高いかといった比較です。それが「功」の部分の話で、それと「罪」の部分の話もきちんと書いているから、あれ以上何を書けたいんだよという気持ちがある(笑)。

放射線科医というのは——これは外科医も婦人科医もみんなそうなんだけど、個人個人の技量の差が非常に大きい。どの医者に当たったかで治る率も障害を残す率も違うから、患者さんがそれをどう見分けるか、あるいは自衛できるのかが大きな問題だと思う。残念ながら、この人は標準的な技量ですとお墨つきを与えることができないから、自衛してもらうためにこういう線量以上は危険だからよく考えたほうがいいということを書いた。現実を踏まえて、そこまで書かざるをえないという苦しいところでもある。かえって、放射線治療医に恨まれている点もあるんじゃないかと思って

ど、実際には十分とはとても言い難い。それが日本の癌治療の場面で放射線治療がうまく使われていない大きな原因になっている。その背景に放射線治療医の数の少なさがある。医者は全国で約23万人いても、放射線治療医と言える人は約400人。マンパワーのうえでも大変にブアなんです。

本紙 放射線の診断医はどの程度なんですか。

近藤 診断医のほうはずっと多い。今までの伝統から両方やるという医者もいるけど、今はそういう時代じゃないから。

西尾 他の科の先生にきちっと認識していただきたいのは、放射線科には放射線診断を専門にしている人と放射線治療を専門にしている人がいること。そして、この2つの領域は全く異なる仕事内容だということです。

本紙 医者でもその辺を混同することがあるんですか？

池田 残念ながらありうるんです。ですから、放射線治療の正しい評価がなかなか定着しない。

西尾 医学部の講座制のなかで「放射線科」として同居しているからですね。本来は完全に分離・独立すべきなんです。

本紙 慶應の放射線科は教授が1人でしたか。

近藤 いや2人。慶應は診断部門と治療・核医学を統括する教授がいるから。

西尾 それは進んだ考え方ですね。日本の放射線科教授の8割は診断学が専門です。患者さんを直接診ないで、フィルムしか診ない人が治療も統括し、教育・研究も統括する。ですから、医学生もまともに放射線治療の教育は受けていない。癌が放射線で治るという教育を受けて卒業する学生は大変に少ない。

近藤 その影響は大きいね。外科や婦人科や耳鼻科に入ってしまったら、その伝統的なやり方に染まってしまうから、医者になった後も放射線治療の正しい理解を持つ機会がない。

西尾 それで、先ほどのように患者さんが病院に

対談シリーズ

前ページから続く

来るときに最初に放射線科にかかることがないから、放射線治療に理解のない医者が自分たちの診療行為の範囲で対応することになる。

池田 私のいた大阪大学は放射線治療に対して比較的理解はあったほうです。ぼくが放射線治療を選んだところは「放射線医学教室」で教授は1人だったけれど、1989年から大講座制になって、実際には放射線治療と画像診断と核医学とが別々の講座になりました。

近藤 それが一番進んだ形だね。阪大は昔から放射線治療には非常に熱心で、他の科の理解も大学のなかでは高いほうじゃないかな。

本紙 国立大学のなかで、どうして阪大が進んだんでしょう？

池田 大阪はもともと商人の町ですから、つまり功利的というか、本音なんです。方法はともかく、治ればいい—そういう文化と無関係ではないだろうな、とはくは思っています。

西尾 阪大や慶應がやっとそこに気付いてきたという状況ですね。放射線科教授の8割以上は診断を専門にしている外科や内科の教授とは対等に議論をしにくい。例えば、喉頭癌は放射線で治せれば声を出して治療のご利益が大変に大きいけれど、患者さんの喉を診たことがなければ放射線治療の有用性を主張しにくい。結局手術になって、周囲の先生たちもそれが普通の治療なんだと教育されてしまう。

近藤 確かにそういう再生産のサイクルがある。だから、ぼくらの経験でも慶應に入って最初のころは、肝心の癌がない患者さんが多かった。

本紙 癌がないというのは？

近藤 あのころは乳癌と言っても乳房さえ見なかった。メインの腫瘍は臓器ごと手術で取ってしまう。再発の問題から術後に照射してくださいというケース。手術と放射線の両方をやるのは、やり過ぎのことが多いわけです。それで障害を多発させてまた悪評をつくってみたい。

西尾 放射線の「罪」は大寫しにされるけれど、20年ぐらい前にぼくが医者になりたてのころは、けっこう外科医や他の科の先生方が、病気が再発して症状を出したときに「これは放射線を使ったせいだから」というムンテラをするケースがあったんです。今と違って告知をしていない時代ですから、再発の症状を説明するときに放射線のせいにしてしまうということがあったんですね。過去の歴史にはそんなこともあって放射線が悪者扱いにされた。

望まれる放射線治療医の自助努力

西尾 考えてみると、放射線治療医はいろんな臓器の癌治療に携わるから近藤さんがこういう本を

書けたと言えるかもしれない。癌全体に共通した点に問題意識を持てるし、個別の臓器特異性ということも考える。放射線治療医の特権みたいなものだね。

近藤 特定の臓器の癌だけを診療していると見方が偏ってしまいますね。

本紙 外科医などに「たかが乳癌の専門医が何を」という言い方がありますね。

西尾 1年間に外科や内科の先生が100人以上の新患の癌の患者さんを診ることは少ないと思うんです。ぼくや池田さんは年間600人ぐらいの患者さんを診てる。数から言えば放射線治療医が癌の患者さんを一番診る立場にある。

近藤 一種恵まれた立場にあるわけだけど、問題なのは放射線科医がそれを生かしてない。勉強不足だったり外科とか婦人科の言いなりになったりとか。

それと個人の能力からいうと、頭の先から足まで全部の領域の癌の知識を深めて、治療技術を高めるといのは大変です。われわれがディスカッションして説得しなければならぬ相手は食道癌しかやってない、乳癌しかやってないという場合が多くて、そこで彼らと同じ知識レベルにならないと勝負にならないでしょ。1つの病院で全部の癌をやっているということは、それぞれの専門家とディスカッションするとき全部負けちゃうみたいなことになりかねない。

西尾 放射線科治療医で一人前になるのは大変な努力を必要とするし、それから性格的にもちょっと強くなければならぬ(笑)。近藤さんまではいなくても(一同・笑)。勉強してきちっと自分の主張を言えないと。

近藤 いやいや、西尾さんははく以上だと思えますけれど(笑)。

西尾 だから逆にね、各科の先生が放射線科を紹介することはメリットがあるのが前提になるから、相手の医者に「お主できるな」と思わせるような、こいつに診せれば何か別の意見があるかもしれない、何か別の治療の選択肢があるかもしれない—患者さんにとって得になるかもしれないと思わせるような力量を持たなければならない。ただ、そこまでの力量を持っている人が少ないから日本の放射線科は駄目だとなる。しかも「量は質なり」で、量が少ないものだから質はもっと落ちるわけです。外科医や内科医は量があるから、それなりに質はカバーできる。しかも、日本の放射線科の教育体制そのものが診断と治療をきちんと分離しないでやられているものだから、ちゃんとした臨床医として力量ある放射線科治療医がバランスよく出てこない。

近藤 欧米では1人の放射線科医が頭から足の先までやることはないんです。1つか2つの臓器を対象に専門家となっていくわけで、日本も

そこまでのいかないと駄目だと思う。

それから、他科の医者がなかなか放射線治療に患者さんを紹介しないという話とは別に、患者さん自身がどう判断するかという問題があると思う。自分で情報を集めて、放射線治療を選ぶ場合がある。

西尾 でも今の体制のなかでは、ターミナルケアの1つとして放射線をかける考えが強い。局所治療法である放射線治療を全身化した患者さんに使っているわけです。そして、各科の先生方が自分たちで救えない患者さんを放射線治療で紹介して、やっぱり放射線では治らないという認識を持っているわけです。確かに痛みを緩和するのも非常に有効ですけど、早い時期に放射線で治すという理解は患者さんにも少ない。

本紙 情報開示が不十分なんでしょうね。西尾さんが論文で指摘されたような、舌癌に対する放射線治療の有用性(表参照)がどの程度知られているのか。舌癌の患者は自分から放射線科を選ばないんでしょうか。

池田 それはもちろんありうるわけです。

本紙 「ありうる」程度なんでしょうか？

池田 一般に他の病院や開業の先生から紹介されるのは頭頸科—普通に言う耳鼻科で、これは外科系ですね。そして、舌癌の患者さんが自分で選ぶ場合も通常は頭頸科を受診することが多いんです。ただ、国立がんセンター病院での現状を言いますと、舌癌は二者択一になってます。

本紙 どういう意味の「二者択一」ですか。

池田 外科手術をするか、放射線治療をするかの二者択一です。

近藤 説明はだれがするんですか。

池田 それは頭頸科です。ですから、バイアスがかかるかもしれませんが。

西尾 耳鼻科の先生は「患者さんに説明しても9割は切ってくださいと答える」と言う。でも、ぼくに説明させてもらえるなら9割は針を刺すほうを選ぶだろうと議論したことがあるんです。

池田 理想で言えば、頭頸科を受診した患者さんにも放射線科医が説明できるのがいいかもしれませんが。ただ、いつも複数の医師が説明するのが現実的なのかという問題はある。

(次号へ続く)

〈表〉舌癌T2N0M0=Ststage II例の治療におけるQOT*

	放射線治療	外科治療
治療方法	組織内照射法	舌半切+舌再建+予防的頸部リンパ節郭清
局所制御率	94% (当科の成績)	? (放射線治療成績を上回ることはない)
5年生存率	90% (当科の成績)	? (放射線治療成績を上回ることはない)
形態と機能	完全保存	軽度の構音・咀嚼障害を残す
社会復帰	病前と同じ	制限された社会復帰
入院期間	約1~2週間	2~3か月
治療費用	約30万円	約300万円
その他	使用せず	術前・術後に抗癌剤使用(?)

*QOT=Quality of Treatment
(月刊「新医療」94年12月号、西尾正道「放射線治療の有用性を考える」より)

メディカル トリビューンの医学図書

〒102 東京都千代田区二番町2-1 二番町TSビル ☎ 03(3239)7219 FAX 03(3239)9375

好評発売中

NIH主催ワークショップのエッセンス

女性と出生前検査—安心という名の幻想

愛児クリニック院長・飯沼和三／聖路加看護大学教授・堀内成子 監訳
B5判、360ページ 本体／2,718円 〒380円／ISBN4-89589-141-0

日本でも普及し始めた出生前スクリーニング検査は、米国カリフォルニア州では通常の妊婦検診に取り入れられ、ルーチン検査化の波は全米に押し寄せている。不特定多数の妊婦を対象としたこの出生前検査は、「障害者」の社会的排除につながるのか？ 母性を傷つけないのか？ 女性の自己決定を守るものなのか？ 出生前検査の現状を医学、文化人類学、倫理学、法学、女性学など多様な立場から徹底検証する本書は、NIH主催のワークショップを元に編集され、編者、執筆者ともすべて女性研究者が担当した。生殖医療の近未来を考えるための必読の1冊。

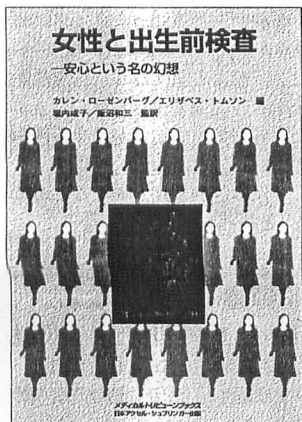
●本書のおもな内容(目次より)

出生前検査と遺伝学の虚構/障害をもつ人々への影響/生殖遺伝検査と母性の倫理/「よき母」の責任の境界と選択/出生前検査は妊婦に役立つのか/妊婦たちの沈黙とフィクションほか、全13章プラスNIHワークショップ会議声明

●お申し込み

お近くの書店、または直接小社販売課に電話、ファックスまたは郵で申し込みください(小社へのお申込みの場合、代金と払いにてお届けいたします)。

日本アクセル・シュプリング出版(株) 販売課 〒102 東京都千代田区二番町2-1 TEL 03-3239-7219 FAX 03-3239-9375



対談シリーズ

(前号より続く)

機器は高額、患者は少数

西尾 放射線機器の価格が大変高額になるという問題もありますね。適応になる患者さんの数が少ないので専門機器を入れてもペイしない。だから、非常に限られた施設でしか実施されていないという現実がある。例えば舌癌の治療1つを取っても、標準的な組織内照射をやれる施設というのは、おそらく全国で20か所ぐらいでしょうね。

池田 でしょうね。その程度だと思います。

西尾 なおかつ、障害なく治してもらえる施設となると、おそらく1ヶ所ぐらいでしょう。

近藤 いろんな病院で舌癌には針刺しがいいと言ってくれば、患者さんが希望するだろうから、専門施設に送らざるをえない。そうすれば、患者さんの数が少なくてペイしないなんて問題もなくなる。

西尾 その一方で、池田さんが今度移られた東病院で始まる陽子線治療のように、莫大な経費がかかるものもある。あれは何百億？

池田 何十億。

近藤 ごく一部の癌には陽子線がいいと思うけれど、それはおそらく日本に1台あれば足りる。

西尾 ところが、文部省が筑波大学に1台、科学技術庁が放医研(放射線医学総合研究所)に1台とあるから厚生省も1台持たなければという感じですから。先端技術の追求も必要なことですが、標準的な治療の普及が最も大事であり、その点では医者側も行政側もお金の使い方を知らない。

本紙 陽子線というのは特別な癌に有効性が期待されるんですか。

池田 簡単に言いますと、腫瘍の形に沿って限局した場所に照射することが可能で、腫瘍周囲の正常組織への影響を大幅に軽減する。例えば肺に放射線照射すると、組織の線維化を起こして呼吸機能を障害する。そうしたことの頻度や程度を軽減できるという見込みです。肺癌や肝臓癌や頭頸部の癌を対象に、実験段階から実用段階の過程にあるというところでしょうか。

無駄ではないかという点は当事者の立場からは話にくいこともあるんですが、病院施設内に置かれて、本格的に医療用に使われる陽子線装置は初めてだご理解いただきたい。

本紙 いずれにしても、例えば舌癌にも手術が多いというのは、医療情報、癌の診療情報が患者のところに届いていないということですね。

西尾 そうですよ、舌癌の患者さんの8割は切られているのが現状です。

近藤 西尾さんの表(前号参照)ははくも講演などでよく使わせてもらっているんですけど、あれははくにも異論はない。あれを見てもらってから、講演会で「もし舌癌になったらどうする」って尋ねると、少なくとも9割は放射線を選ぶと答えますよ。

ただし、舌癌の患者さんがみんな放射線を選ぶとしたら、今の施設では足りなくなる。

西尾 でも、そうなれば、それはそれで施設は増えますよ。放射線治療医も増えるでしょうし。そうすれば、外科や内科と対抗できる—対抗しなくても対等な立場で、癌治療のなかで放射線治療をバランス良く使う。それは舌癌に限らず子宮癌や食道癌のように、同じ小線源療法を使う疾患にも広がっていく。

医療のあり方を考える



国立がんセンター
東病院外来部長

池田 恢氏



国立札幌病院
放射線科医長

西尾正道氏



慶應義塾大学
放射線科講師

近藤 誠氏

第6回

放射線治療に正当な評価を(下)

近藤 子宮頸癌のI期で言うと、例えば米国では6割が放射線治療でやっているんだけど、日本では5%ほど。比率が米国のところまでいっただけでも子宮癌の治療は大きく変わる。

西尾 ほくは切るのが悪いと言っているのではなくて、日本の放射線治療医がだらしないんだと言いたい。もうちょっと放射線治療医ががんばって、きちっと癌治療のなかで放射線治療の立場がつけられれば、なんでもかんでも切るという現状が少しは是正させられるだろう。

近藤 本来は医療界のなかでディスカッションして事態を改善していかなければならないんだけど、ほくが医者になってからほとんど何も変わっていない。

池田 確かに体質があまり変わっていない。でも近藤さんの本によって患者さんは非常に啓発されましたよね。だから、少なくとも癌医療を患者の側に引き寄せたという意義があります。で、それは本来は医学界のなかでやるべきだったのかもしれないけれど、それが、まあ、こういう形で徐々に日本の患者さんの意識は変わってきている。それで、患者さんのパワーが医療のなかにも反映されてきて—外科と放射線科とのパワー・ポリティクスみたいなものが変わるのか、変わらないのか。少なくともパワーにはなってくれている。

西尾 少なくとも患者さんは、かかったお医者さんを信用して医療を受けるわけだから、医者が放射線治療をきちっと理解することなんです。ところが、各科の医者の認識が不足していることが大きな問題になっている。その原因は、先ほどから言ってるようにやはり大学教育にあるんです。それと、国立がんセンターのように癌診療の研修の場となっているところでは、内科医にも外科医にも放射線治療を教えるようなローテーションを本来は組むべきなのに、最近出たがんセンターのパンフレットを見ても放射線治療は放射線科を選んだ人しか研修を受けられないようになっている。なんだかんだと言っても、個人の問題ではなくて体制としての教育の問題だと思います。

近藤 それはそうだけど、簡単には解決できないし、それでほくは患者さんに向けて情報公開するほうが有効だろうと考えたんです。

西尾 でも、いくら患者さんに情報公開しても医者が放射線治療についてそういう認識がなければ、医者と患者さんの折り合いが悪くなって、下手したら患者さんは民間療法に走るような不幸が生まれるわけです。だから、近藤流に市民団体を啓発するのも1つのやり方だけれど、ほくは医者の側を啓発する立場を取ったほうがもっとマイルドだろうと思うし、混乱しないだろうと思うし、ほく流の“ドクター・ツー・ドクター”の関係で放

射線治療をプロバガンダしていきたい。

本紙 あらためて考えてみますと、放射線科医というのが一般の者には姿が見えませんか。レントゲン検査で「はい息を吸って、止めて」と言うのはレントゲン技師なんだろうが、放射線科医を見たことがない。こうしたことと放射線治療への関心の薄さとは、無関係ではないように思いますね。

西尾 確かに放射線科医の姿が見えないし、仕事が一般の方に理解されていないと思います。ほくが大学を出て放射線科医になろうとしたら、おふくろはレントゲン技師と間違えて嘆きま

したから(笑)。

「小さく見つけて治療」が基本

本紙 日本の癌診療のなかで放射線治療が不当に扱われているという点では、皆さんほぼ同じ意見ですが、それ以外の癌の診療問題についての近藤さんの意見についてはいかがでしょうか。

西尾 大筋では間違ったことを言ってるとは思わないけれど、逆説的な趣旨を極論的な書き方をしているから混乱を招いている。助からないなら無駄なことをするという近藤流の考え方は、突きつめると合理主義なんだとほくは思う。ところが、人間というのは非合理的なことをひっくるめて日常生活としているし、人間存在そのものが不合理的な面を持っている。それなのに癌になったときだけ合理的に振舞えというのは無理があって、それが混乱の1つの原因になっている。

それと「がんもどき」は確かにあるでしょうが、実際問題としてはまれであるし、小さい癌を見つけることは進行癌を見つけるよりも絶対にいいことなんです。だから、検診に意味があるかどうかは別にして、早く見つけるのに越したことはないんです。

近藤 反論させてもらおうと、日常生活が必ずしも合理的でない、人間存在は不条理だというのはその通りです。しかし、だからといって癌診療の不合理的が許容されることは決してない。例えば、患者さんに何も説明せずに、効果がなくて副作用だけが大きい抗癌剤を使うことがどうして許されるのかな。

もう1つ、癌は小さいうちに治すのがいいと言うには、放っておくと進行癌になり命を取るという前提が必要になる。ほくが言ってるのは、早期癌のかなりの部分が放っておいても、そうはならないということで、前提に誤解があるんじゃないかな。ほく自身、小さい癌であっても発見されて患者さんが様子を見たいと言わない限りは治療しますよ。それが将来進行癌になるかどうかは予測できないわけだから。

西尾 けれども近藤さんの本では、早く見つけても治療の必要はないという印象を与えかねない。

近藤 その点は言葉が足りなかったかもしれない。新しい本(『がん専門医よ、真実を語れ』)では、その点は補っている。

池田 ほくは、近藤さんが癌の診療に限らず日本の医療を患者さんの側に引き寄せた面が確かにあると思っているし、その点では評価している。極端に言えば、医者は他科の治療に疎いし、成績を知らない。説明しようにも知識がない。インフォームド・コンセントでも、それに相応する説明内

次ページへ続く

対談シリーズ

前ページから続く

容をわれわれ医療側が持っているかと言えば、心もとない。がんセンターは癌の専門病院だから比較的他の領域の成績を知ってはいますが。

ただし、癌が発見されれば現実にはいろんな場面で闘う必要性は出てくるわけです。だから、近藤さんの本で「何もしないでいい」と受け取られかねない点が気になります。

西尾 小さいものを取るほうが侵襲も小さく費用も少なくすむから、小さく見つけて治療するのは基本的に正しい。

近藤 繰り返しになるけれど、ぼくが言っているのは、癌のなかには大きくならないものもありますということ。また、早く見つけても転移して治療が役立たないこともある。だから、早期発見の努力はやめなさいと言っている。それと、たまたま見つけた癌をどうするかは、別に論じている。小さい癌がどんどん大きくなるのは少数だと思っているけれど、小さく見つけたものを小さく治療することに反対はしていない。

池田 近藤さんの文章をずーっと読んでるとそれは見えてくる。でも、上っ面だけ読んでるとね(笑)。

西尾 一般の方がそこまで読んでくれればいいんだけどね。だから、誤解を受けやすい論旨になっている。

「他人任せ」の日本文化と医療改革

池田 もう一つ、近藤さんが提起したことには患者さんの側の問題もあるわけですが、それを受け入れられる状況があるかどうか心配な面があります。つまり、よく言われることですが、例えばレストランに行くときと外国の方は自分の好みでそれぞれ注文するけれど、日本人は往々にしてお任せになる。そういう日本人は癌と告げられても、治療法の選択を判断できない場合がある。私自身の経験でも、ある患者さんが—インテリジェンスはかなり高いんですが、ある治療法を受けるのに外来でもできるし入院でもいいというときに、「通院途中で容体が悪くなったら」とか、「病室に1人いるのは」と、判断ができないんですね。

近藤 従来のお任せ医療から、患者が自分で考えて判断できるようになるにはそうした混乱は確かにあると思うんですが、でも、それは好ましい混乱だと思えます。選択肢が増えて不利になることは考えにくいと思います。

西尾 それと「がんもどき」という概念も—今は癌の診断は形態学的な診断しかないわけですから、本当に「がんもどき」かどうかは現実には確かめられない。確かめられない以上は処理するしかない。

近藤 発見された場合でしょ。ただ、ぼくの患者さんのなかには、発見されたのに様子を見てみたいという人もいるから、そのように合理的に考えられる人には、その道筋をつけてあげたい。

西尾 でも、「おれの癌は「がんもどき」だから1年ぐらいは放っておいていいや」には、ならないでしょう。

近藤 「がんもどき」かどうか分からないけれど様子を見たいという患者さんが現実には、いるの。

西尾 大変に勇気のいることだね。多くの場合は確実に進行していると思いますね。例えば、5mmで見つけた癌が2cmになっても手術して助かればいいでしょうが、でも5mmのときに手術しても責められることではないでしょう。そのほうがもっと小さく手術できるし。

近藤 でも、小さな癌でも場所によっては「胃を全

部取りましょう」なんて言われることもあるから、様子を見たいという人が出てくる。

西尾 そこがちょっと違うんだな。

近藤 でも、それは患者さんの判断だから。

西尾 確かに、早く見つけたからどうだという癌もありますよ。前立腺癌や甲状腺癌で比較的分化したものは、医者と話し合っておウッチングしましょうとなってもいい。要するに、言い方に極論的なところがあるんですよ。『がん検診、百害あって一利なし』とかね。一利も二利もあるんですよ。

近藤 「極論」という言葉の意味が分からない。ほめ言葉かなと思ってしまう(一同・爆笑)。ラジカルというのは「根源的な」という意味もあるんだから。

西尾 例えば、検診によって早期癌が見つかる命が助かっている人もいるんだから。



近藤 でも、大島さん(大島明・大阪府立成人病センター調査部長)も検診で寿命が延びると思うのは錯覚ですよと言っているぐらいだから、西尾さんが早期癌の発見で命が助かるというのは証明ぬきの断定だね。

医者「立場」と医療

本紙 余談になりますが、今回の企画のお願いを池田さんに最初にしたわけですが、国立がんセンターの一員という立場では、「迷うもの」でしょうか。

池田 近藤さんが手術や化学療法について現状をたたいていますが、そのターゲットのかんりの部分はがんセンターに向けられていきますね。ぼくは放射線科医の立場ですけれど、近藤さんの書かれているかんのり部分には賛成する点が多い。それを内部で言ってしまうと、あいつは何なのだということがあります。でも、だいぶ変わってきていることはありますよ。

近藤 池田さんがこの鼎談に応じられたことからすると、この『Medical Tribune』も含めて、これまでいくつかのマスコミが国立がんセンターの医師に対談を申し込んでも「上司の了解が取れないから」と断ってきたのは、実は自分の考えだったんですね。

西尾 でもね、院内での立場があるでしょうからね。仕事がやりにくくなるといったような。ぼくだって近藤さんと同じような考え方をしていると、思われたら仕事やりにくいし(笑)。結局のところは、日本人が議論することに慣れていないためなんです。意見が違ったら、その後の人間関係に尾を引くような。ぼくだって近藤さんの意見が丸丸正しいなんて思っていないし、大変違うと思う点もある。でも、同じ放射線治療医として、その改善の方向は一緒に考えたいわけですよ。

ただね、立場の論理というのはあるわけでしょう。頭頸部癌の化学療法の第一人者とされる先生もオフレコの場面では「いやあ、やっぱり効かないよね」と言いますけれどね。

本紙 — 予定の時間を過ぎていますが、今後の課題としては特にどんな点が大切でしょう？ 近藤さんは患者・市民への情報公開に力を入れていますか。

西尾 ぼくは放射線治療医の読む雑誌ではなく、ほかの科の先生たちが読む雑誌に論文を出すことに力を入れている。それと、やはり放射線治療医自身が力をつけて同じ病院の、目の前にいる先生たちに有用性を示すことが大事だと思う。そうしないと信用されないから。

それと、国立がんセンターのマニュアルなり、そうしたもののなかに放射線治療をきちんと説明したものがあってしかるべきだと思う。

本紙 それは患者側にもそうですよね。

近藤 今日の話では随分「立場」という言葉が出てきたんだけど、ぼくは立場という言葉は嫌いだし使わないようにしている。治療の場面では患者の立場とか医者の立場はないと思う。1つあるのは、その癌を治す—あるいはより良い日常生活を送れるようにするという共通した目的だと思う。だから、立場にこだわって医者の側が自分で手足を縛ってしまうのが怖い。

日本では本音と建前という言葉も使われるけれど、その発想が医者を免罪して、患者さんに不利益を与えている。抗癌剤治療の先頭において、仲間うちでは効かないと言いつつ実際には使っているのは許されることではないと思う。そうしたことはオープンにして患者さんに自衛させなければいけない。

池田 全くその通りだと思う。ただね、現場ではね多少なりとも違った現象が起きている。例えば、放射線治療に患者さんが回されてくるときに—がんセンターではそういうことはありませんけれど、告知されずにいる場合があったとして、放射線治療医が告知すると患者がパニックになって、送ってきたドクターが怒鳴り込んでくるというふうになってくる。だけど、われわれの立場—立場が出てきてしまうけれど(笑)、患者さんに癌であると認識してもらわないと本当は治療ができない。すると、そのドクターとわれわれとのコミュニケーションが院内でうまくいかないということが現実起こってくる。

近藤 それは、どちらも患者さんのことを考えてのことだから一応理解できるけれど、さっきの抗癌剤の話は明らかに患者さんが知るべき情報を知らされていないという話だから。

西尾 放射線治療の患者さん向けの本がなかなかない。

本紙 出版社の編集サイドも不勉強で、情報不足です。

西尾 手術や抗癌剤が偏重されているのは事実だけど、放射線治療への理解不足がその背景にあると思う。だから、ぼくは相手をガンガンたたくのもいいけれど、自分たちの放射線治療の良さをアピールすることが大切でしょう。

近藤 放射線治療の良さをアピールすることは、結局は周りをたたくことになるんですよ。

西尾 いやあ、戦術の問題としてそうはならないよ。

●本対談シリーズへの率直なご意見ご感想をお寄せください。

宛先=メディカルトリビューン編集部「対談シリーズ」係 〒102 東京都千代田区二番町2-1 二番町TSビル FAX03-3239-7226 e-mail KFG03055@niftyserve.or.jp