

増補改訂版

放射線治療医

の本音

がん患者2万人と向き合って



市民のためのがん治療の会

はじめに

昨年（二〇〇九年）、日本では三四万人が、がんで死亡しており、まさに国民病の様相を呈している。そして六五万人前後と推測されている最近の罹患者数は、団塊世代が高齢化してがん年齢を迎える二〇一五年には、がん罹患者数は八九万人とピークを迎え、その後は二〇五〇年まで横這いで推移すると予測されている。この事態はがん医療の「二〇一五年問題」と言われている。

また、WHOは二〇一〇年までに世界の死亡原因の第一位は心臓病からがんにとって代わるとの予測を二〇〇八年末に発表した。そして、二〇三〇年には世界で年間新規がん患者数は二七〇〇万人となり、がんによる死者は一七〇〇万人に達し、患者数と死者数の両方とも現在の倍以上になると予想している。世界的に「がんの時代」を迎え、国民はがんの診断や治療に関する正しい情報を、「早く・安く・簡単」に入手し、がんの治療においてはベストな治療を望んでいる。

こうした時代の要望に応えるべく、政府もがん対策に本腰を入れ、がん医療の改善に向けて努力しているが、我々は二〇〇四年に「市民のためのがん治療の会」を発足させ、がん医療の改善に向

けて活動を開始した。私はこの患者団体の活動に協力医の一人としてかかわっているが、この患者会では地道な活動として、セカンドオピニオンを受け付け、がん治療専門医による回答を行っている。また、全国各地でがん医療に関する講演会を開催し、その講演会の内容を中心に年四回会報を配布している。さらに政策提言、本やDVDによるがん医療情報の提供も行っている。

二〇〇二年に市民向けにNHK出版から発刊した『放射線治療医の本音―がん患者2万人と向き合って』はこの患者会の推薦図書として扱われてきたが、絶版となり会員からの購入希望に対して対応できなくなった。このため『放射線治療医の本音』をNHK出版の了解を得て、未掲載の原稿を加えて六三話とし、その後の動向も追加した増補改訂版として発刊することにした。

本書は、北海道新聞社の月刊誌『道新Today』に「がん患者と向き合って―放射線科医のつぶやき」というタイトルで、一九九七年一〇月号～二〇〇二年一二月号に掲載された原稿を収録したものである。

増補改訂版発刊にあたっては、当時（二〇〇二年）使われていた「看護婦」を「看護師」に改めたが、当時のがん治療の状況がわかるよう最低限の修正に止めた。ただ初版本発刊後、約一〇年間経過した日本のがん医療の動向について、「その後の変化」としてコメントを追加したので、その間の変化をご理解いただけるものと思う。

患者さんのエピソードを交えて読み切りの形で執筆した本書の話は、一〇年経過しても通用する内容だと考えている。それは、科学や医学や技術がどんなに進歩しても、人間のあり様はどの時代も大きく変わるものではないからである。本書を通じて、日本のがん医療の現状と問題点を知って

いただくとともに、高齢社会のがん治療法として有効な放射線治療について、理解を深めていただければ幸いである。

二〇一〇年三月吉日

西尾正道

増補改訂版発行にあたって

「もう絶版でもいいよ」

『放射線治療医の本音―がん患者2万人と向き合って』（NHK出版）が在庫切れになったとき、西尾先生はそう言われたが、「そうはいかない、そうしてはいけない」と強く思った。

私が舌がんで北海道がんセンターに入院し、西尾先生の治療を受けていた二〇〇一年当時、西尾先生は北海道新聞の月刊誌『道新Today』に「がん患者と向き合って―放射線科医のつぶやき」のタイトルで連載をしておられた。本書の初版はこの連載をまとめたものである。入院中にちよつとした暇を見つけてはがん医療を取り巻く諸問題を話してくださったり、著作や論文のコピー等をくださったが、その中に何回分かの『道新Today』の記事のコピーもあった。

これを読んだとき、当時はまだほとんどがん医療について無知であった私にとつて、がん医療を総合的に理解できる格好の参考書であると強烈に印象付けられた。それどころか、実はがん医療を通じて、現在の日本の状況を総合的に理解するための参考書だと思った。

人の意見とか構想などはいかにそれが良いものであっても、多くの人にわかってもらえなければ広がりを持たない。その面でも、西尾先生の文章力にもつくづく感心した。歯に衣着せぬズバリと切り込む鋭い視点も、巧まざるユーモアを混ぜ合わせ、実にさわやかに表現されている。西尾先生は講演会等でよく、西尾先生の定本で絶版となった『がん医療と放射線治療』（エム・イー振興協会）、その後継本である『今、本当に受けたいがん治療』（エム・イー振興協会）の紹介をするとき、「自分がインテリだと思ったら買って読んでください。不眠症の人にもお勧めします。ちよつと読むとすぐ眠くなりますから」と言つて笑わせるが、本当に西尾先生の主張を知りたければ、医療関係者向けに書かれたこれらの本が良い。

だが、これらの本は先生も言われる通りかなり難しい本だ。その点、本書は一般市民向けに書かれたものであり、普通の読み物としても面白く、誰にでも楽に読めて、それでいて知らず知らずのうちにかん医療、ひいては現在の日本の状況にまで理解の深まる好著である。

翻つて「市民のためのがん治療の会」の設立の目的は何かを思うとき、私たちは「市民のためのがん治療の会」の設立の主旨にも標榜している通り、「本当に患者⇨消費者の立場に立った治療を考え、がん治療に関する正しい情報公開を行うことにより、納得して治療を受けられるようなサポート体制をつくることを目的として」本会を設立したのであり、この主旨を実現するために一年三六五日、土日も盆も正月もなくセカンドオピニオンに関する情報を提供し、日本全国で講演会を行い、ニュースレターを発行し、毎週「がん医療の今」をホームページ上で更新・公開するなどしているわけである。その一環として本書は重要な普及啓発資料として位置づけられるものである。

今回、出版に際して校正作業などで再度全部読み直してみて、本書が、がん医療を取り巻く環境を理解し、改善させるための普及啓発資料として大きな価値のあることを改めて再評価し、前にもまして発行への意欲が増した。

しかし、世は出版不況の真ただ中、こういう本が商業出版される環境にないことは誰の目にも明らかだ。それが西尾先生の「もう絶版でもいいよ」に集約されていたのだ。

「市民のためのがん治療の会」は評論家ではない、運動体である。本会はその目的を実現するために活動しているが、本書の社会的な意義を考えると、私は本会の代表として、絶版でもいいと言われて「ああ、そうですか」というわけにはゆかない。そこで何人かの会員の方々に相談したところ、幸い発行の意義は皆さんに認めていただき、何とか発行の道を探ってきた結論は、「自費出版しかない」であった。問題は資金だ。

運動体は常に「じゃあ、どうするか」が問われる。引き続き会員の皆さんとの協議が続いた。出版費用を賄うためには千冊売らなければならない。この種の本は通常の書籍ルートで流しても書店で平積みにもされるわけもなく、医療関係本のコーナーにひっそりと置かれ、せいぜい一週間で返本されるのが関の山だ。

結局、会員や講演会など、特にがんに関心のある狭いマーケット・セグメントに絞り込んでのダイレクト・マーケティングしかない。ところが、会員の皆さんは初版本を既に購入されておられる方が多いので、どうしようかと悩んだ。メディアが取り上げてくれれば何とかなるが、単なる重版では取り上げてくれない。

結論は、ホームページの充実に合わせ、本書のPDFをホームページ上でも公開することで、メディアにも話題を提供しようということになった。内容も単純な重版ではなく、西尾先生がデータの見直しや初版発行後一〇年間の変化のコメントを追加されたので増補改訂版として発刊すれば、電子書籍が話題になっていて昨今、ネットで読むこともできるというのもタイミングが良いので、少しは話題性もあるのではないかとということになった。

販売については、会員の皆さんに、増補改訂版ということもあり、半ばご寄付の意味合いも含め予約販売をお願いしてみたかどうかということも考えた。もちろん、会としても三分の一度は出版のために支出を考え、西尾先生にも一部ご負担をお願いするという、「みんなで汗を」式にことを進めることとなった。こうして本書は発行にこぎつけた。誠にありがたいことである。

最後に、超多忙の中、短時間に増補改訂をくださった西尾先生、何度も意見交換で時間と知恵を与えてくださった会員の羽中田さん、福士さん、前村さん、村松さん、編集等でお世話になった佐原ご夫妻、応援してくださったメディアなどの皆さまをはじめ、ご購入いただきました皆様には心から御礼申し上げます。

二〇一〇年三月吉日

市民のためのがん治療の会

代表 會田昭一郎

初版本 はじめに

大学を卒業後、今の病院に勤務して二八年目を迎えた。医者としては一つの病院しか知らないとするのは稀な経歴かも知れない。その間、私は北海道地方がんセンターという場で、放射線治療医として、全診療科の多くのがん患者さんに接する機会を与えられ、いろいろな人との出会いがあった。そこで記憶に残った患者さんのエピソードを通して、日本のがん医療の現状と問題点を考えてきた。本書は現時点での日本のがん医療について率直な感想をまとめたものである。

がんは本邦の死因の三〇%以上を占めるようになった。がんは遺伝子のキズが原因で発生し、また生活習慣が関係している疾患であり、長く生きていればそれだけがんにかかりやすくなる。

日本は今、いつそうの高齢化社会を迎えて、がん患者さんは増加の一途をたどっている。そのため、がん対策は最大の医学的課題となっており、がん患者さんは増加の一途をたどっている。そのため、がん対策は最大の医学的課題となっており、がん患者さんは増加の一途をたどっている。そのため、がん対策は最大の医学的課題となっており、がん患者さんは増加の一途をたどっている。

高度経済成長の急坂をひた走ってきた日本は物質的には豊かな国となり、国民の生活レベルは向上し、医療では誰もが手軽に病院にかかれる世界でも稀な国である。そのため乳幼児の感染症によ

る死亡率も激減し、世界一の長寿国となっている。しかし、以前は成人病と言われた生活習慣病が問題となり、がんや心臓病や脳血管障害や糖尿病といった慢性疾患が増加した。疾病構造が感染症を主とした急性疾患から、生活習慣病などの慢性疾患に移行したのである。

こうした社会では生活習慣に配慮し、慢性疾患を悪化させることなく、どう快適な生活を送るかが課題となっている。言い換えれば、人生五〇年の短命の時代はlong aging（長く生きること）との戦いであったが、現代は病気をコントロールしながら社会的活動を維持していくwell aging（よく生きること）をめぐる闘いとなった。このため、がん治療においてもクオリティ・オブ・ライフ（QOL = Quality of Life : 生命・生活の質）を重視した医療に変化してきた。

QOLは患者側の問題であるが、最も良質なQOLは最も良質な治療が前提となる。治療した病院によつて治療内容が異なれば、治療後のQOLも当然異なってくる。したがって、我々医療従事者側の問題としてはクオリティ・オブ・トリートメント（QOT = Quality of Treatment または Quality of Therapy : 治療の質）とすることが問題となる。QOLの原点は治療において機能と形態を温存し、患者さんの社会的な活動を確保することである。そのためには、多種多様な価値観や人生観を持った患者さんの希望や要求を考慮しつつ、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することが重要である。そして最も適切な治療法の選択に当たっては、いろいろな治療法の相対的な位置付けが検討され、各科の専門的な医療技術が最適に使われるべきである。レベルの低い治療をして、QOLを論じてもそれは免罪符にはならない。本書はこうしたQOTの問題をも取り上げて、がん治療の現状を書いたものである。

がん治療の有力な治療法は外科的切除、放射線治療、抗がん剤による化学療法であるが、放射線治療はQOLを確保してがんに立ち向かう最も有効な治療法である。放射線治療は患者さんに最も負担の少ないがんの治療法であり、高齢者も十分に治療を目指した治療が可能である。もちろん機能と形態を温存できる放射線治療は高いQOLを保証する治療法であることは言うまでもない。

一九九九年のがん罹患者は約五五万人であるが、日本放射線腫瘍学会による全国調査では約一二万人が放射線治療を受けており、一〇年前と比較して約一・五倍に増加している。そして今後も、がん患者さんの増加が放射線治療の需要を増加させ、二〇一五年には約一九万人が放射線治療を必要とする と推測されている。

厚生労働省のホームページから検索した二〇〇〇年六月の人口動態月報によると、がんは死因の三四%を占め、七五歳以上のがんによる死亡者数は全死亡者数の四一・六%を占めている。男性では心臓病や脳血管障害による死亡が女性より多いため、七五歳以上のがん死は男性が死亡原因の三七%に止まるが、七五歳以上の女性では約半数の四九%ががんにより死亡している。七五歳以上では、大きな手術も難しく、化学療法も限界がある。その点、放射線治療は高齢者にも根治性を損なうことなく治療が可能である。また画像診断と治療法の進歩により、最初にがんができた臓器や部位（原発巣）の治療後に生じる再発や転移の治療も増加している。特にリンパ節や脳や骨への転移は、手術の適応となることは少なく、また化学療法では力不足であるため、放射線治療が最も有効な治療法として利用されている。

しかし、被ばく国である日本は放射線に対して医師も患者も放射線に対する正しい知識を欠如し

たまま忌避感を持ち、感性的な恐怖や不安を抱いている人が多い。そして、放射線治療は手術ができないほど進行した患者さんや末期の患者さんに対して、延命や症状緩和を目的に「気休め」的に行われるといったイメージが強い。しかし、それは本来の放射線治療の長所を理解したものである。もちろん放射線治療はほかに有効な治療法がない進行癌の治療も守備範囲であるが、最大の特徴は、小さいがん病巣や放射線が効きやすいタイプのがんでは十分に完治が期待でき、切らずに治すことができることである。日本は先進欧米諸国と比較して放射線治療の歴史も浅く、専門医も少ないことから、がん治療において放射線治療が有効に使われていない。それは最初の治療においてばかりでなく、再発や転移の治療においても同様である。

放射線治療に来る患者さんは、ほとんどが他の診療科からの紹介である。そのため他科の医師が放射線治療を良く理解していなければ、放射線治療に来るタイミングが遅れることとなる。手術最優先の姿勢と、効果の少ない抗がん剤が多用されるという日本のがん医療の特徴は、国際的に見れば「日本の常識は世界の非常識」という負の医療の一面を持っている。こうした現状の中で、放射線治療の最低限の守るべき長所が確保され、またQOLが叫ばれている今日、放射線治療の良さを再評価できればと考えている。

本書はがん医療の現状を伝え、放射線治療についてやさしく理解していただく目的で、一九九七年八月から二〇〇二年四月までの期間に北海道新聞社の月刊誌『道新Today』に連載したものを修正・加筆して、まとめたものである。『道新Today』では、「がん患者と向き合って―放射線科医のつづやき」というタイトルであった。これは放射線治療に来る患者さんがあまりにも遅れ

たタイミングで紹介されることが多く、また他科の医師によるデータメな治療の果てに放射線治療が「でも・しか」治療として使われている現実には直面している私の、患者には言えない「つづやき」が含まれている。

まるで「医師免許は殺しのライセンスか」と思われるような治療があったり、過剰診療をするほどよい医者となり、病院も儲かる仕組みがあったり、怠慢な日本の医療行政の問題が絡んでいたたり、なかなか面と向かつては言えない問題をつづやきとして書きとめたものである。

一般市民の方にも放射線治療を理解してもらうために、読みやすくする工夫として患者さんのエピソードを交えて読み切りの形で執筆した。この連載は日本の社会で起きた医療の問題を適時取り上げたため、現在では陳腐と思われたり、重複したりしている箇所もあるかもしれない。しかし本書の出版に際し、できるだけこうしたことのないように配慮し、加筆・修正したつもりである。

長い間がん治療に従事し、関連病院での診察も含めると気づかないうちに約二万人近くのがんの患者さんに接し、それぞれの生と死を見てきた。そして患者さんやその家族から多くのことを教わることができた。本書では「仮名」として多くの患者さんの話を取り上げた。すでに他界している人も多いが、エピソードを提供してくださった患者さんに心から感謝したい。

がん治療の過程と、その後の経過観察の日常診療の空間には、各人の人生そのものが凝縮されている。がんを対象とした臨床腫瘍学は、生存ばかりではなく機能と形態やQOLも考慮して治療に当たらなければならぬため、人間学や人生学そのものにも通じるものがある。そしてこうした日常診療を掘り下げていけば、日本のがん医療の光と影が見えてくるばかりでなく、現代社会の問題

点も垣間見ることができると。

本書が高齢者にもやさしく、機能と形態を温存できる放射線治療を理解していただく一助となれば幸いである。そして、もし、がんにかかった時は後悔しないがん治療を受けていただきたいと切望している。

二〇〇二年六月

目次

はじめに 3

増補改訂版発刊にあたって 6

第1章 がんは怖くない

23

がんになっても長生きできる！ 24

同じのどでも喉と咽では大違い 28

患者の被ばくと医療従事者の被ばく 32

本当に優しい治療とは？ 36

放射線障害を冷静に考えれば 41

ウイルス感染もがんの原因？ 46

第2章 まだまだ理解されていない放射線治療 51

姿の見えない放射線科医 52

高齢であつたために治癒した人の話	56
がんの痛みと放射線治療	61
小線源治療をご存知ですか？	65
臓器移植と放射線	69
放射線とは何なのか？	74
放射線防護剤の欺まん	78
難しい最新医療技術の使い道	82
放射線のかけ方にもさじ加減	87
良心的な医療は損をする	92
第3章 日本の医療のおかしさがよく見える	97
治療法を選ぶのは誰なのか？	98
二二歳の分かれ道―ある子宮頸がんの例	102
患者のミスと医者へのミス	107
問われる患者と医者へのQOL	112

新薬治療を阻むもの

117

仁術と算術のはざま

122

医療ミス・事故には厳正な処分を

127

研修医哀歌

131

人の命もいろいろ

136

医療費の明細を貰おう

140

治験とは？ 海外の薬が日本で使えないのはなぜ

145

E B Mと言うけれど

149

問われる放射線の安全管理

153

バランスの取れたがん治療とは？

158

第4章 **がん医療は社会の縮図**

163

感染症はがん患者さんにとっても大敵

164

人の命は銀行より軽い

169

先が思いやられる介護保険

173

死に際に見る患者の人生	178
買ってはいけない：	182
不健康な生活ががんにつながる	186
患者の自殺が残す教訓	190
二一世紀のがん医療に必要なものは？	194
社会や医療のひずみはどこまで？	199
入院するベッドがない	203
国立病院の中にある頑固な病氣	208
心のケア	212
第5章 医療情報は誰のものか？	
「説明と同意」から「説明と選択」	218
医療情報は誰のものか？	223
医療情報開示とインターネット	227
セカンドオピニオンは難しい	231

第6章 医者の本音と患者の本音

難しいがん告知のタイミング 236
患者に応じたトータルな医療 240

245

一番うれしいお礼は50円のハガキ 246
死ぬまで「現役」でいたい男たち 250
抗がん剤が効くという言葉の秘密 254
どて医者治療の後始末 259
問われる医者のプロ意識 263

第7章 がんと賢く闘う

健康維持もビッグバンの時代 268
八〇億円は高いのか、安いのか？ 272
高齢社会の治療法 277
何期のがんか、それが問題だ 281

267

死期が迫つてからの放射線治療 286

がんは何処にあるの？ 290

命取りになる腫瘍マーカーの過信 294

ホルモン療法はいつまで続くの？ 298

I V Rをご存知ですか？ 303

死に際もいろいろ 307

おわりに
がん医療一〇年間の推移と今後

313

「市民のためのがん治療会」の活動 325

「市民のためのがん治療会」への入会について 327

取り上げたがんの種類

舌がん	29・66・187・225・229
咽頭がん	29・46・183・189・219
食道がん	54・56・58・68・108・151・160・174・ 180・183・189・228・239
直腸がん	238・246・251
喉頭がん	24・28・87・93・160・188・193・225・ 269・283
肺がん	25・58・68・76・84・90・94・117・125・ 166・169・189・224・236・243・254・268・ 288・308
肝臓がん	53・303
乳がん	26・61・71・90・93・98・148・158・183・ 191・196・200・205・213・223・232・298・ 304
皮膚がん	277
子宮頸がん	34・41・50・52・67・102・160・181
卵巣がん	90
前立腺がん	26・36・61・68・84・140・218・252・271・ 286・294
陰茎がん	251
血液のがん	133・257・259・260
悪性リンパ腫	72・108・133・223・257
悪性黒色腫	275・287
原発不明がん	290
重複がん	29・188・246
がんの転移	70・79・284

第 1 章

がんは怖くない

がんになっても長生きできる！

河村さん（仮名）は国立札幌病院が戦前に陸軍病院であった頃から、四〇年近く当院に勤めていた歯科技工士である。私も以前に歯科治療でお世話になった。退職後まもなく喉頭（もど）がんで放射線科に紹介されて来た。

河村さんを診察したとき、まず頭をよぎったのは、「治りやすい喉頭がんでよかった」ということである。退職直後に致命的な病気を発症して、これから余生を楽しもうという矢先に命を落とす人が多いが、河村さんは不幸中の幸いであった。男性は退職後まもなくがんが発見されることが多い。これは在職中は忙しくて、多少の症状では来院しないが、退職して時間に余裕ができて初めて来院し、がんが発見されるためである。

日本男性の平均寿命は七七歳だから、退職後本来ならば二〇年前後の余生を楽しむことができる。しかし現実には、なかなかそうはいかない。「男は現象、女は存在」という言葉で女の強さと生命力が語られるが、社会的にも働き疲れた男は長生きできないようである。

河村さんにとって、すんなりと放射線治療に紹介されてきたことも幸いであった。施設の方針や、診察した医者の裁量で、同じ状態のがんでも異なった治療が行われる「同病異治」の現実がある。放射線で声を残して治療できるのに、初期の喉頭がんでも手術されて声を失う患者さんもいる。進行した喉頭がんでは放射線治療で治癒することは容易ではなく、手術的に喉頭摘出を余儀なくされることも多い。

しかし河村さんのように初期（Ⅰ期）の喉頭がんは、九〇%以上は喉を切らずに放射線治療で治癒できる。もし再発しても、そのときに手術すれば十分に治癒が望めるがんである。河村さんの治療は一般的な放射線療法を行った。経験的に、知り合いの人や個人的に治療を頼まれた人は、意外と治しにくいものである。重要な患者さんだからといって特別意識せずに、平常心で治療に当たる方が無理なく良い治療ができるものである。

絶対に治そうと欲張って少し多めに放射線を照射することは、結果的にマイナスとなることが多い。河村さんもいつも通りの照射回数で治療し、跡形なく治癒している。手術も同様で、意気込んで大きく切除したり、徹底したリンパ節廓清（かくせい切除）を行えば術後の経過がよくない。限られた体力や回復力の人間を相手にするとき、何事もほどほどにすることが、治療のコツの一つのようである。運よく治りやすいがんであったと説明を受けた河村さんは、それでも方が一のこともあるという。きぐ危惧から、治療後も経過観察に来院していた。ところが河村さんに、三年後の定期診察で肺がんが発見された。まつしやう末梢の小さな原発性肺がんであった。喉頭がんの肺への転移ではなく、新たにまったく別のがんが肺にできたのである。医者としては今度は治りにくい肺がん相手なので焦るところ

であるが、本人は症状もないことから全然深刻な表情はなく、「医者にお任せ」という態度であった。最近の外科手術の進歩はこうした例では開胸手術をすることなく、胸腔鏡下で切除することができる。肋骨の間から三つの小さな穴を開け、胸腔鏡を入れてテレビモニターで観察しながら、残りの二つの穴から両手の操作で腫瘍を切除する方法である。開胸しないので術後の回復も早く一〜二週間で退院可能である。Kさんはこの治療を受け、再発なく順調に経過している。全面的に治療はお任せするという淡々とした患者さんの治療結果に、任された医者としてもほっとしている。

がん治療の評価法の一つに五年生存率という言葉が使われる。これは胃がんや肺がんなどの普通のがんは、五年以降の再発はまれなので、五年間再発なく生存していれば治癒したとみなすことができるということだ。しかし、乳がんや前立腺がんや甲状腺がんのようなホルモンと関係した臓器から発生したがんでは、もつとゆつくりした経過で推移することがあり、五年以降の再発も見られるが、一般的には五年をメドに再発がなければひと安心なのである。

幾つかの生存率の統計の中でもっとも厳密な計算法は相対生存率である。これはがんにかかった患者さんの年齢を考慮して生存率を算出するもので、四〇歳でがんになった人と八〇歳でがんになった人では、がんが治っても五年生存する確率が異なることから、年齢的な補正を行った生存率である。

河村さんのようなⅠ期の喉頭がんにかかった人々の五年相対生存率は一〇二%という報告があり、がんにかからなかった人よりも長生きしている。同様にⅠ期の舌がんでも相対生存率は一〇〇%を上回っている。これはよく治る第一のがんの治療後、経過観察のために定期診察を受け

ることにより、別の第二のがんが進行しないレベルで発見されて、第二のがんも克服できたり、心疾患や高血圧や糖尿病などの他の生活習慣病も管理されるためである。

病院にかかったこともない元気な人が急死することもあれば、幾つもの病気をもち病院通いしている人が低空飛行ながらも長生きしたりする。治るがんにかかった人は、がんにかからなかった人よりも長生きするという皮肉な統計結果である。

河村さんも一〇二%の一人となることを願うものだが、次の定期診察では既に治療を終えた二つのがんの再発のチェックばかりでなく、第三のがんに気を付けて診察しなければならない。

(一九九七年九月)

▼その後の変化

二〇〇九年の日本男性の平均寿命は七八歳となっている。また早期の小さな肺がんに対しては定位放射線治療(いわゆるピンポイント照射)で内視鏡手術と同等な治療成績が得られるようになってきた。初版では、「看護婦」の用語が使われていたが、本著では「看護師」として統一する。

同じのどでも喉と咽では大違い

タバコが肺がんの原因となることはよく知られている。しかし、肺がん以上にタバコが深く関係しているがんに「のどのがん」があることは、意外と知られていない。「のどのがん」と言っても医学的には喉（のど）と、咽（のど）は異なり、そこに発生するがんの経過も大きな違いがある。

加藤さん（仮名）は五年前、のどのがんで放射線治療をした。喉頭がんであった。喉頭がんは声帯を中心とした呼吸器系の一部で、発声するための空気の流れを喉頭が調節している。この部位にがんができれば、声がかすれ、比較的早期に発見されるため、七〇～八〇％は治癒する。治療のポイントは、喉頭を残せるかどうかである。加藤さんは放射線治療を行ったが再発し、喉頭全摘が必要となった。進行がんや再発がんでは、のど仏の骨に囲まれた喉頭を切除しなければならぬ。喉頭を切除すれば、発声は困難となり、会話ができなくなる。しかし、腹部に力を入れ、胃と食道の空気を逆流させて発声する方法が訓練によって可能となる。いわゆる食道発声法である。

このような方法により、努力次第では会話ができることを説明したが、加藤さんは頑として手術

を拒否した。しかし四時間以上かけて説得し、やっと手術に同意してもらえた。加藤さんは術後、声のリハビリテーションに努力して、ほとんど問題なく日常生活の会話を行っている。そして今では、喉頭を摘出した人々が集まって発声を訓練する患者さん同士の会で、指導員としてボランティア活動をしている。同じ喉頭がんで手術が必要でありながら、やはり頑固に手術を拒否している患者さんに遭遇したとき、私は加藤さんにSOS信号を出す。

加藤さんに来てもらい、実際に加藤さんの手術後の状態を見てもらって、手術の説得に当たっている。大変上手に声を出す加藤さんに接すると、それまでかたくなに手術を断っていた患者さんでも、このくらい会話ができるなら喉を取ってもいいか、と気持ちが変わるようである。

しかし最近、加藤さんは舌がんと中咽頭がんが同時に発見され、放射線治療を行った。三重複がんとなったのである。もともと声帯は、すじや腱のような組織で、血流やリンパ流が非常に乏しく、最もがんが発生しにくい部位なのである。だからこのような部位にがんが発生した加藤さんは、次に別のどこに発生しても決して不思議ではないのである。喉のがんは、タバコやアルコールなどの長期間にわたる毎日の生活習慣による慢性的外的刺激が、がん発生の大きな要因である。

口腔・咽頭・食道・胃と続く上部消化管の粘膜は、食べ物による同じ刺激を受けており、六〇〜七〇年も生きていれば、がんが多発しても不思議ではない。加藤さんが新たに治療した中咽頭がんはまさに、呼吸器系の刺激も消化器系の刺激も受ける部位である。

咽頭とは、口腔と食道の間に位置した部位で、食べ物や食道に落ちるまでに通過する消化器系の部位である。この咽頭はさらに三部位に区分されていて、口を開けたとき、突き当たりに見えるの

どの奥の部位を中咽頭という。その上方の鼻腔の奥の部位は上咽頭である。そして口を開けても見えない首の咽の下の部位が下咽頭であり、食道へとつながっている。

俳優の萬屋錦之介さんが中咽頭がんで亡くなり、勝新太郎さんが下咽頭がんで亡くなっている。ともにお酒の好きな銀幕スターであった。過去にも有名人では、ノーベル賞を受けた物理学者の朝永振一郎や、作曲家の浜口庫之介さんも下咽頭がんで命を落としている。

咽頭は血流やリンパ流が非常に豊富な部位であり、そのため咽頭がんで、頸部けいぶのリンパ節転移や肺転移などが高頻度に生じる。喉頭がんと比べて予後も悪く、三〇〜四〇%程度しか治らない。同じ「のどのがん」でも異なったがんなのである。そして上部消化管や呼吸器系のがんに罹った人は、一〇年以上の経過を見れば、二〇%〜三〇%の人に別のがんが見つかることがわかってきた。がんにも罹っても治癒するようになり、長生きできる時代になると、一人で幾つもの別のがんにも罹患する。このような重複がんの問題が生じてきたわけである。

喉頭がんや咽頭がんといった「のどのがん」は、長い生活習慣の過程でタバコやアルコールなどの慢性の外的刺激が発がんに大きく関与した疾患なのである。食生活で塩分を取り過ぎれば高血圧症になり、糖分を取り過ぎれば糖尿病となるが、「のどのがん」もこうした生活習慣病の一つである。

ところで下咽頭がんは、日本で放射線治療が普及する一つのきっかけとなった。東京オリンピックが開催される前年の一九六三年当時、池田勇人首相ががんになった。「貧乏人は麦を喰え」というセリフと、ガラガラ声で有名だった池田首相は、声の質から喉頭がんと言われていたが、実際には治りにくい進行した下咽頭がんであった。公務遂行のため、手術をせずに放射線治療を受けた。

前年に国立がんセンターができ、最新鋭のリニアック（直線加速器）という放射線発生装置で治療した。

リニアックは現在では、放射線治療の標準的な治療機器となっているが、当時の日本にはこの機器は二台しかなかったのである。放射線治療で一度は軽快し、オリンピックの開会式でスピーチを行った。リニアックの威力を経験した政治家たちは、昭和四〇年代に全国各地にいくつかの地方がんセンターを設置し、リニアックが購入された。当院もその流れの中で、一九六八年にリニアックが設置されたようである。

医療費増大に伴う政策破綻^{はた}の対応策を国民に押しつけて、政治家同士のパワーゲームにより、医療費や厚生労働省の予算が決められるような時代となっているが、それに比べれば、下咽頭がんとなった池田首相は随分国民のために良いことをしたものである。

医学の進歩に対応した、最新の医療を行うための医療機器の整備は、国立病院・療養所においては大変遅れている。望まれる政治家などはめったにいないが、このような時期には第二の池田さんが出てきてほしいものである。派閥の調整や官官接待で、毎晩の料亭での飲酒や喫煙で「のどのがん」になり、身をもって医療機器の整備の必要性を痛感するのも、国民にとっては大変有難いことである。

（一九九七年一月）

▼その後の変化

最近では、喉頭がんも下咽頭がんも放射線と抗癌剤を同時併用する「化学放射線療法」により、臓器を温存し切除しないで良好な治療成績が得られるようになってきている。

患者の被ばくと医療従事者の被ばく

医療行為の中で、放射線は必須の手段の一つである。X線による画像診断は、病変をフィルム上に描出し、診断を行っている。この場合の放射線被ばくは、その患者さんにとって利益をもたらすものであり、許容された線量を超えない限りは、正当な放射線の利用である。また、診断に用いる放射線の量は少ないため、現在の医療行為における検査の頻度や回数では、患者さんの被ばく線量が問題となることはない。

医者仲間の教訓として「若い女性を見たら妊娠していると思え」という言葉がある。妊娠反応が簡単に検査できなかった時代に、よく若い女性が、吐き気などの上腹部症状を訴えて病院を訪れて、

胃のバリウム検査などが行われることがある。後から妊娠と判明し、放射線の検査をしたため、胎児に奇形などの心配がないのかという質問がある。しかし、これはまったくのとり越し苦労で心配はない。もし、妊娠早期に、一〇回以上のバリウム消化管検査を行えば、流産や奇形の危険性が、数万分の一の確率で発生する。しかし、このような遺伝的な影響は、風疹感染や常用薬剤やタバコなどの影響と比較すると、むしろ少ない。したがって、診断学において放射線が、患者さんの人体に与える影響は、問題とはならないといっても過言ではない。

同様に、がんの放射線治療も、がん病巣を治療するという目的を達成することにより、患者さんに利益をもたらすものであり、局所的に大量の線量が照射されるが、その被ばく線量に制限は設けられていない。放射線被ばくの問題は、よく患者さんの場合だけが取り沙汰されるが、実は最も問題とされなければならないのは、医療従事者の被ばくである。この問題は、意外と軽視されがちである。いくら職業上とはいえ、被ばくしないで済むにこしたことはない。昔は医者の手や指にがんが発生した例が多く報告された。

しかし、最近では光学系の技術が進歩して、直接放射線を大量に浴びることはなくなった。そして比較的放射線被ばくの機会が多いスタッフには、個人用モニターとして、被ばく線量を測定するフィルムバッジを与え、念のため個人の被ばく線量を測定している。フィルムバッジの中に入っているフィルムを現像して黒化度を測ることによって、どの程度被ばくしたかがわかる仕組みで、一月ごとに被ばく線量が報告され、また一生涯の記録として保存されるようになってきている。

診療科によっては、放射線被ばくなどまったく関係のない医者もいるが、診断学の分野で、血管

造影などの長い時間X線透視を使用する仕事に携わる医者は、どうしても被ばく線量が多くなる。しかし、エプロンのような、鉛入りのプロテクターをして検査を行うし、また多くは散乱線なので全身への影響は少ない。ただし、放射線の線束内（放射線を出している範囲）に作業する手が入っていれば、この手の被ばく線量は馬鹿にならないこととなる。

放射線治療も、比較的被ばく線量の多い診療科である。放射線治療するために、透視装置を使って照射部位を決める際に被ばくする機会が多い。しかし、最も避けたい被ばくは、直接線源を扱う小線源治療を行うときである。小線源治療は、放射線を出す線源を患部に刺入したり、管腔臓器に挿入したり、貼り付けたりする治療である（後述）。

この治療法は、周囲の正常組織を傷めることなく、がん病巣に集中して照射できる効果的な方法だ。昔はラジウム線源がよく用いられていた。最近ではセシウムやイリジウム線源などのエネルギーの低い線源が使用されているが、それでもこれらの線源からのガンマー線は、厚さ一〇cm程度の鉛の板でなければ遮断できない。そのため、実際にはほとんど防護なしに、作業を進めなければならず、治療件数が増えれば増えるほど、術者被ばくが問題となる。

また、この被ばくはほぼ全身被ばくの形をとり、さらに線源を扱う手の指は、フィルムバッチにより測定される被ばく線量の三〇〜五〇倍の線量が当たる。このため、術者被ばくを解消する方法として、遠隔操作式後充填照射装置（RALS: Remote After-Loading System）が考え出された。

これは、遠隔操作で線源を動かす装置である。子宮頸がんの腔内照射は、全国的にほとんどがこの装置で治療されており、術者被ばくはゼロになった。しかし、当院は北海道地方がんセンターな

どと看板は上げているが、この装置を購入してもらえず、いまだに手で線源を扱っており、医者も看護師さんも治療中に被ばくしている。二七年もこんな仕事に従事している私は、有り難くないことに、現役の医者としては日本で最も被ばく線量の多い医者の一入である。放射線治療を志したときに、死んだ母は無知ながらも被ばくの心配をしていたが、今になってその言葉が身にしみてきた。

先日、九一歳のおばあちゃんが入院してきた。下肢のふくらはぎの皮膚にできたがんである。身の回りのことも満足にできない患者さんでも、治療しなければならぬし、このような状態の悪い患者さんこそ、最も負担の少ない治療をしなければならぬ。やむなく、七五本の針状線源をガーゼの上に並べて患部に貼り付け、五日間治療した。患者さんにとっては、軟膏ガーゼを当てて五日間、鉛で囲まれた特殊なベットに寝ているだけであり、苦痛はない。しかし、治療に当たった医者や看護師は、かなりの被ばくをしている。妊娠可能年齢の看護師さんまでが、職業上の義務を果たすためとはいえ、被ばくしている現状は、早急に解決したいものである。

また当院は、スタッフの出入りの多い研修施設でもあり、線源紛失事故も起こりかねない。こんな現場の矛盾を、個人の犠牲でカバーする医療は正常の姿ではない。当院の放射線治療件数は日本でも屈指の数であり、小線源治療数も全国的に最も多い施設の一つである。既にRALSは全国で約二二〇台稼動しているが、厚生労働省は病院の実情にあった機器整備を行っているとは言いがたい。担当官は二〜三年で変わり、机上でのみ医療政策を練り現場の実態を十分に把握していないためである。

神戸の震災があれば、いつ起こるか分からない震災のために、対策として何十億円もかけて、備

蓄施設を造つたり、JCOの臨界事故が起れば、原子力発電所の事故対策として、近くの国立病院に膨大な金額を投じて、放射線被ばく量測定装置を大量に買い込んだりする。こんな対応は、行政側のアリバイ工作でしかない。肝心なときには電池切れになつて使えないかも知れない測定器を、全国にばらまくよりも、空路で事故地に輸送した方が合理的である。

厚生労働省は依然として、新聞沙汰にでもならなければ、現実が理解できず、腰を上げない。無責任な医療行政が、進歩した医学技術の普及を阻んでいるのである。RALS購入に向けて、寄付でも募ろうかという衝動に駆られるが、「寄付による機器購入は駄目」と、偉そうに行政指導が入るのは眼に見えている。情けない話である。

(二〇〇〇年三月)

本当に優しい治療とは？

戦後日本の高度経済成長の時代に、笑顔を振りまき、「明るい日本の未来」を歌で感じさせてくれた三波春夫さんが二〇〇一年四月、前立腺がんで亡くなった。「お客様は神様です」という、サー

ピス精神に富んだ言葉の意味は、歌手とお客が一堂に会する劇場空間で、歌を介した人間の出会いの素晴らしさに、「神」を感じたというこらしい。

三波さんが前立腺がんとわかつたのは、一九九四年一月のことである。手術はせずに、死亡するまでの、七年三カ月間を死と向き合つて、体力が衰え始めた二〇〇〇年一月まで公演を続けていたことになる。医者も、治つたり看取つたりする日常の患者さんとの出会いの中に、こうした「神」を感じる事ができれば最高である。そのためには医者の気持ちとして、患者さんにとつて、最良の治療法が行われることが必須となる。

男のピスは悲しいことに、中年を過ぎれば、生殖器としての機能が終わり、泌尿器ひにようきとしての機能が中心となる。しかし、さらに年をとれば、その泌尿器としての機能にも支障をきたしてくる。その最大の原因は、前立腺の疾患である。前立腺は、膀胱ぼうこうの出口の尿道を、輪状に取り巻く小クルミ大の臓器で、精液の一部となる前立腺液を分泌している。前立腺の二大疾患は、前立腺肥大症と前立腺がんであり、ともに加齢により増加する。

前立腺肥大は、前立腺の外側の部位から腫脹しゅちやうすることが一般的であるため、腫大して膀胱を圧迫し頻尿となる。歳を取れば朝早く目が覚めると言うが、考えようによっては、尿意のために早朝目が覚めるとも言えなくもない。おしっこが近くなるだけでなく、尿線が細くなり、排尿もしづらくなる。また排尿後も残尿感が残るようであれば、十分に前立腺肥大の可能性があり、六〇歳以上の男性読者の多くは、思い当たる節があるかも知れない。

一方、前立腺がんは、進行しなければあまり症状を出さないため、見逃されやすい疾患であつ

た。しかし最近では、前立腺肥大症で受診した患者さんの、血液検査を行いP S A (Prostate Specific Antigen：前立腺特異抗原)という腫瘍マーカーを測定することにより、無症状の段階で、早期に発見できるようになった。P S A値の正常値は4ng/ml以下で、P S A値10を超えればがんの確率が高くなる。

動物性脂肪の過剰摂取など、食生活の欧米化に伴い、前立腺がんの発生頻度は年々増加し、この二〇年間で三倍となっている。米国では男性のがんのうち罹患者数も死亡者数もトップであり、年間二〇万人が罹患し男性のがんの約三〇%を占めている。日本でも二〇一五年には、男性のがん罹患者数のトップになると予測されている。

前立腺がんは比較的ゆっくりとした進行をたどるがんの一つであるが、他のがんと同様に早期で見られるか、進行して発見されるかにより、その予後は大きな差がある。臨床的な前立腺がんは、T1は偶然発見されたもの、T2は前立腺に限局しているものであるが、こうした早期のがんでは放射線治療が有効である。

八〇歳半ばの元内科医であった田代さん(仮名)は、前立腺がんで三年前からホルモン療法を受けていた。ホルモン療法とは、前立腺がんが男性ホルモンに依存して増殖することから、血中の男性ホルモンを減少させる治療であり、具体的には抗男性ホルモン剤や女性ホルモン剤の投与が行われる。しかし最近、P S A値が上昇傾向にあることを気にして自分で調べて放射線治療が有効であることを知り、当科を初診した。早期のがんで年齢的なことを考えれば、無治療で経過を診るといふ選択肢もあったが、本人の希望が強く、前立腺に限局して体外から放射線治療を行った。約六週

間の治療後には、PSA値は正常化し、安心して退院していった。

しかし、こうした早期の前立腺がんの放射線治療法には、組織内照射という別の方法が欧米では普及している。たまたま私は二〇〇一年二月末、米国シアトル市の前立腺研究所に向向いて、前立腺がんに対する組織内照射の研修をする機会を得た。この病院は幾つかの開業医が寄り集まって総合的な医療を行うメディカルモールの中の一施設として、前立腺疾患を専門に扱う医療機関であり、前立腺がんに対する組織内照射を年間約千例行っている。

この組織内照射とは、放射線を出す小線源を前立腺内に埋め込み、照射する方法である。具体的には直腸に超音波診断装置を挿入して、画像を見ながら輸血用の注射針程度の太さの長い針を前立腺に会陰部えいんぶから一五本前後串刺しし、その中にエネルギーの低いガンマー線を出すヨード（I-125）などの粒状の小線源を置いてくる方法である。ヨード線源の場合は、長さ四・五mm、直径〇・八mmの大きさであり、八〇個程度を埋め込み、じわつと照射するのである。放射線のエネルギーが低いため、周りの人には影響せず、当日来院して約一時間の手術室内での刺入後、二時間程度休んで麻酔の影響がなくなつてから帰宅することができる。いわゆる one day surgery の治療である。

外部照射と比較して、前立腺周囲の膀胱後壁や直腸前壁の線量が軽減できるため、副作用も少ない。手術した場合には半数以上に性機能障害や尿失禁などの後遺症を残すが、放射線治療ではこうした後遺症は少ない。この結果から、欧米では、性機能を温存できる放射線治療が第一選択となっている。またホルモン療法は、日本ではほぼ全例に行われていると言っても過言ではないが、欧米では心血管系の合併症が問題となるため、適応を選んで慎重に行われている。シアトルの病院では、

早期のT1・T2症例では組織内照射単独治療を第一選択の治療としていた。

この治療は、外来ですべてできる治療であるが、日本円で約三〇〇万円であるという。しかしこの一回の手法だけで治療が終了し、手術成績と同等ならば、安いのかも知れない。日本のように、何年間も通院させてホルモン療法を行い、ホルモン療法が効かなくなつてからやつと放射線治療に紹介される例を考えれば、その数年間の医療費は三〇〇万円どころではない。ちなみに半導体最大手の米インテル社の最高経営責任者であるアンドリュース・グロープ氏は、前立腺がんと告知されたとき、自ら医学文献を調査して、どの治療法が自分にとって最良なのかを検討し、彼は放射線治療を選択したのである。

日本でも前立腺がんに対する組織内照射の要望が強いが、この治療に用いるヨード線源の使用が許可されていないためにできないのが現状である。将来的には許可されるであろうが、年始からの省庁再編のゴタゴタや厚生労働省と文部科学省の見解の違いなどで、使用許可がまだ出されていない。行政側の怠慢と不勉強から、国民に良質な医療が供給できない一例である。

三波春夫さんが、放射線治療を受けたかどうかは定かではないが、それ以前に放射線治療もあることを説明されていたのであろうか、と放射線治療医としては疑問に思うのである。病院経営的な視点とは別に、規制緩和により最良な治療を供給し、医者も患者もお互い「よかった」と、神に感謝したい気持ちで、「患者さんは神様です」と言ってみたいものである。

(二〇〇一年五月)

▼その後の変化

ヨード（I-125）線源による組織内照射も、強度変調放射線治療による外部照射も広く普及し、前立腺がんに対する治療法は大きく変わった。

放射線障害を冷静に考えれば

子宮頸がんのⅠ期はがんが子宮頸部にとどまるもの、Ⅱ期は子宮頸部を越えて進展したものであるが、手術が可能であるので日本では手術に支障がない限り外科的切除術が行われるのが一般的である。しかし、さらに進行し骨盤壁までがんが進展したⅢ期や、膀胱や直腸にまで及んだⅣ期では手術しても完全に切除することはできないため、放射線治療以外は根治する方法がない。

こうした医学的な理由のため、日本では手術ができないⅢ期やⅣ期の患者さんだけが放射線治療に紹介されてくるのが通常である。しかし稀にⅠ期やⅡ期でも放射線治療に紹介されてくることもあるが、糖尿病などの合併症のため手術が無理な患者さんや、肥満者や高齢者が圧倒的に多い。治

療成績は当然、進行状態により異なり、一般的な五年生存率は、Ⅰ期が九〇%、Ⅱ期が七〇%、Ⅲ期が五〇%、Ⅳ期が二〇%である。

手術できないⅢ期でも約五〇%の患者さんは放射線治療で治癒できるわけであるから、Ⅲ期の五年生存率は手術療法では〇%、放射線治療では五〇%ということになる。放射線治療の古い歴史を持つ欧米では、手術療法と比較して治療成績が変わらないため、Ⅰ期でもⅡ期でも放射線治療が中心的な治療法となっている。Ⅰ期とⅡ期の治療法は欧米先進諸国では、七〇〜八〇%は放射線治療が選択されており、日本では七〇〜八〇%が手術療法が選択されている。

子宮頸がんの標準的な放射線治療は、骨盤内のリンパ節に転移することも想定して、まず体外から外部照射し、その後に腔内照射を追加する。腔内照射とは子宮腔内と腔内に小線源を入れ、体内から照射する方法であり、子宮頸部に多くの放射線を照射することができる。しかし子宮頸がんの治療に際して、放射線治療で治つても数パーセントの障害が出ることもある。患者さんの解剖学的な個人差や病気の状態や医者の治療内容の差により、その危険性は異なるが、最も一般的な障害は、放射線治療後半年から二年後に生じる直腸出血である。

これは子宮頸部のすぐ後方にある直腸前壁にも放射線が大量に照射されるためである。多かれ少なかれ腸管への照射は避けられないが、腸の粘膜は放射線に対して弱いため、こうした副作用が生じるのである。しかし幸いなことに、多くは一過性の出血ですみ、数カ月の経過で改善することが多いが、二〜三%の患者さんは直腸出血が持続し人工肛門を造設することを余儀なくされる。治つた三〇〜五〇人に一人は人工肛門となる確率である。

七〇歳代後半の鈴木さん（仮名）はⅢ期の子宮頸がんがんで放射線科に紹介されて来た。鈴木さんは四〇年前に子宮筋腫きんしゅの手術を受けた既往があった。筋腫の手術は子宮体部だけを切除し、子宮頸部だけは残っていた。その残存していた子宮頸部から四〇年後に扁平上皮がんへんぺんじょうひが発生したのである。当然、手術不可能な鈴木さんは外部照射と腔内照射を組み合わせて治療が行われた。

しかし、普通の人ならば腔内照射のときに五〜七cmの小線源が子宮腔内に挿入できるはずなのに、子宮体部を切除されていた鈴木さんは残存子宮頸管に約二cmの線源しか挿入はできなかった。そのため、本来ならば洋梨型ようなしがたとなる腔内照射の照射範囲は球状となり、直腸側が過照射されてしまった。こうした不利な条件で治療したため、一〇カ月後に直腸出血が始まった。約半年間輸血を繰り返していたが、改善せず人工肛門の造設に踏み切った。鈴木さんはがんが治っていることに感謝し、人工肛門となったことも説明を受けて許してくれた。今では時々直腸出血して貧血となれば外来で輸血を受ける生活をしている。

こうした不利な条件の人は一年ぐらい経ってから副作用が生じやすくなるが、がんを治すためにやむを得ない場合がある。しかし、事情がわからない人は放射線は障害をつくるものであり怖いものを受け止める。だが、もしがんが治らなかつた場合でもすぐに死ぬわけではない。がんを持ったまま数カ月から一〜二年は闘病生活を強いられるが、この死ぬまでの経過中にがんは増大し種々のトラブルを生じることとなる。がんは前方の膀胱にまで浸潤しんじゆんし、血尿を生じたり尿管口を閉塞して、何らかの尿路変更術が必要となる。また後方の直腸に浸潤すれば直腸出血や便の通過障害を生じ、やはり人工肛門を造らなければならない。結局はこうした生き延びるための処置が必要となる場合

が多い。

それならば、医者は低い確率で生じるかも知れない放射線障害を恐れて治療を中止してはならない。たまたま鈴木さんは人工肛門の造設を必要としたが、がんが治っているので長期生存が期待できるのである。どちらが得かは容易に判断できるであろう。しかし障害をつくった患者さんが、病院に通院してくるたびに、放射線障害を見せつけられることとなり、たった一例の障害例でもインパクトは強い。その点、外科治療で術死した場合や、化学療法の毒性で死亡した場合は、次の日から、その患者さんを診ることはないので心理的負担は少ない。手術は切除する治療なので、術後の状態はそれなりの覚悟はできるし、術後の仕上がり具合の不都合は諦める。また化学療法では強い副作用に苦しめられることもしばしばであるが、「毒をもって毒(がん)を制す」という治療の性格を知っているので仕方がないと思っている。

しかし、こと見えず臭わずの放射線を使った治療では、漠然とした不安や恐怖が根底にあるため、なかなか許してくれない。よく放射線発がんも問題とされるが、その頻度は大変低いものであり、がんを治すという利益は忘れ去られて議論される。実際には抗がん剤の催奇性のほうが長期生存すれば問題となることはあまり知られていない。抗がん剤を使った小児がんの患者さんに、成人になつてから高率に二次がんが発生しているのである。使うようによつては「メスは凶器、放射線は殺人光線、抗がん剤は毒」とも言えるが、副作用のない完全な治療はなく、重要なことは長所を生かす使い方なのである。

しかし、放射線の利用方法としてまったく許されないこともある。例えば最近では、米国の「劣

化ウラン弾」の使用である。劣化ウランの蓄積は、米国では原爆製造の「マンハッタン計画」が始まった一九四〇年代前半から今日まで続いている。そして核兵器や原子力発電用の濃縮ウラン製造過程で生まれた大量に貯蔵していた劣化ウランを弾丸として一九九一年の湾岸戦争以降の交戦に使用したり、武器として輸出している。劣化ウランは、鉛より比重が重く優れた貫通力で絶大な威力を発揮する強い毒性を持つ金属物質であるばかりでなく、爆発の際に放射能を含んだ酸化ウランの微粒子となって大気中に飛散する。この酸化劣化ウラン粒子との接触や吸入により被ばくし、生物に悪影響を与え、環境汚染が引き起こされる。

湾岸戦争では百万発以上を自国の戦士や同盟国にも知らせずに使用し、湾岸戦争症候群という不定愁訴ふていしゆうそをもたらした。湾岸戦争後、帰還兵やその子供に奇病が発生したり、がんが多発し、イラクの子供たちにも同様の事態が多発している。これは劣化ウランの後遺症なのである。そして空爆された土地は残留放射線のために長く住めない土地となっている。劣化ウランは主に人体に強い毒性を持ったアルファ線を放出し、半減期は地球の歴史にも匹敵する四五億年である。

ベトナム戦争の枯葉剤ダイオキシンの匹敵するといわれるこの危険な放射能兵器は、湾岸戦争以後もコソボ紛争などでも使用されている。自国の利益のみを追求する米国の身勝手さは、放射線の持つ負の側面を拡大しているのである。我々はこうした世界に生きている。放射線の負の側面に関しては、放射線を侮らさず、正しい知識で恐れ、規制していくことなのである。 (二〇〇二年一〇月)

ウイルス感染もがんの原因？

一五年前に放射線治療をした和田さん（仮名）は四〇代の自衛隊員であった。鼻血が続いて耳鼻咽喉科を受診したら、上咽頭がんと診断され、放射線治療に回ってきた。

咽頭部は医学的に、上咽頭（鼻咽頭）、中咽頭、下咽頭の三つの部位に分けられる。上咽頭は鼻の奥の部位で頭蓋底の骨の下の部位。中咽頭は口を開けたときに見えるのどの部位。そして下咽頭はのどから食道の入り口までの部位である。現在は先端が自由に曲がる細い内視鏡を使って咽頭部位の観察は容易となっている。しかし内視鏡がない場合は、上咽頭と下咽頭の病気は特殊な鏡を口の中から挿入して観察しなければならないので、耳鼻咽喉科医以外はなかなか診察が困難な部位である。また咽頭部位はリンパ流が豊富であることから、咽頭から発生したがんは頸部のリンパ節転移を高率に伴っているのも一つの特徴である。

進行した中咽頭がんや下咽頭がんでは手術が必要となるが、この部位は機能と形態の温存を優先して、放射線治療が行われる場合が比較的多い。しかし上咽頭がんは、鼻の奥に位置し、解剖学的

に手術による摘出は困難であり、すべての上咽頭がんの患者さんには放射線治療が行われる。和田さんは治療が期待できる唯一の治療法である放射線治療に紹介されて来た。

上咽頭がんは、幸い比較的放射線感受性の高いタイプのがんが多く、放射線治療で原発巣（最初にできたがん）は八〇％程度は治すことができる。放射線治療に感受性が高く効きやすいので、上咽頭がんが上方の頭蓋底の骨を破壊し、頭蓋内に入り込んだ場合でも、放射線治療で治療することもある。しかし、頸部リンパ節転移が広範でかつ高頻度に生じ、また骨や肺や肝臓などの遠隔転移もしばしば見られるため、最終的には約半数しか治らないのが現状である。

鼻の奥の上咽頭部にできた腫瘍はかなり進行しなければ、症状が出ないので一般的にこの病気は転移した頸部リンパ節の腫大により発見されることが多い。和田さんも頸部リンパ節転移を伴っていたものの、さほど大きくなかったので本人は気づかずでしたが、病気の進行度はⅢ期の状態であった。

放射線治療は口腔や咽頭部はもちろんのこと、頸部のリンパ節を含めて広範に照射する必要があり、なかなか辛い治療となる。二週間も照射すれば味覚が低下し、何を食べても味がしなくなる。また唾液腺も同時に照射されるので、唾液の分泌が少なくなる。三週間も照射すれば口腔と咽頭粘膜は発赤して粘膜炎を生じ、「やけど」の状態となり痛みを感じるようになる。こうした症状は照射が終了するまで増強し、照射後半には嚥下時の痛みで食事ができなくなる人もしばしばである。食べられなくなると、鼻から胃に管を入れて経管栄養や中心静脈栄養で管理し、照射治療を続行することとなる。

放射線治療は一般的には他の治療法と比較して患者さんに負担の少ない治療法であるが、この咽頭がんの放射線治療は最もつらい急性期の副作用を呈する疾患である。咽頭の粘膜炎と味覚の消失と唾液分泌の減少により、食事摂取が妨げられ、治療後には一〇kg前後の体重減少を見る人も珍しくない。最近の患者さんは標準体重よりオーバーしている人が多いので、治療後に咽頭がんが治りそうな見込みの人には、「体重が減少してスリムになり成人病の予防にもなりましたね」などと冗談も言えるが、一つのがんを治すのは容易なことではないのである。

こうした照射に伴う急性期の副作用は数カ月後には改善するが、味覚の回復には数年を要するし、また唾液の分泌は残念ながら完全には回復することはあまり期待できない。和田さんは若いだけに何とか無難に放射線治療を終えて治癒し、すでに一五年になる。しかし、治療後の数年間は照射後に生じた滲出性中耳炎や耳の閉塞感のため、パイロットの仕事は中断を余儀なくされた。和田さんは治療して数年後に仙台へ転動した。半年に一回経過観察のために、“笹かまぼこ”を持参して来札する律儀な人であった。もう一〇年以上経過しているので、経過観察は打ち切ったが元気で働いている。

和田さんを治療した数年後に、和田さんの叔父さんがやはり上咽頭がんとなり、来院した。和田さんの治療が成功したことから、わざわざ秋田県から入院治療を希望して来院したのである。叔父さんも幸い放射線治療で治癒した。しかし、叔父さんの治療が終わってから三年後に、今度は和田さんの甥が上咽頭がんとなり、山形県から治療を受けに来た。山形の和田さんは、朴とつとした性格で、山形弁を聞いていると見るからに人の良さそうな人であった。

一般的に素朴で朴とつとした人やのんびりした性格の人は、放射線治療の急性期の副作用は少ない。山形の和田さんも予想どおり放射線治療の副作用を強く訴えることなく、治療を終了し五年を経過した。三人の親戚を上咽頭がんで治療し、幸いにも三人とも治癒したことになる。毎年札幌では手に入らないような立派なサクランボを山形から送ってくれる。サクランボを頬張るたびにあの素朴な山形の和田さんの顔を思い出し、思わず微笑んでしまうが、同時に、同じがんでも「上咽頭がんは他のがんと少し違うのかなあ」という思いが頭をよぎるのである。

がんは生活習慣病という性格が強く、長年の慢性的な刺激が発がんの外的要因となる。中咽頭がんや下咽頭がんでは、喫煙やアルコールや熱い食べ物などの長年の刺激が発がんに関係していることは明らかである。しかし上咽頭がんは、こうした刺激は受けにくい部位であり、生活習慣病とは言い切れない要素がある。その最も根拠となる事実として、世界の地域により著明に発生率の差が見られることである。上咽頭がんは日本人には少ないが、特に東南アジアや中国に多くみられる一種の風土病的な疾患である。そしてEBウイルス (Epstein - Barr virus) の抗体価が異常な高値を示すことがしばしば観察されることから、EBウイルスの感染が上咽頭がんの有力な原因の一つと考えられている。

いろいろながんを診ていると、同じがんでも原因は一つではなく多様な要因が関与していると思うのである。同じ親族で三人も上咽頭がんにかかったのは、生活習慣ではない感染症などの別の要因が関係していたと思われる。

二〇〇二年八月

▼その後の変化

子宮頸がんの原因は「ヒトパピローマウイルス」(HPV)の感染によることが知られており、対策としてワクチンが開発され、世界中で広くワクチンの接種が開始されている。日本でも二〇〇九年に子宮頸がんの予防ワクチンが厚生労働省で承認され使用できるようになった。中学女子学生の時期に校医により公費で接種されることが望まれる。

第2章

まだまだ理解されていない放射線治療

姿の見えない放射線科医

病院の診療科にはいろいろあるが、一般的な標榜科の中で最も実態が理解されていないのが放射線科である。子宮頸がんの患者さんが婦人科から放射線治療の目的で初診したときのことである。診察するために検診台に上がるように看護師さんから言われ戸惑っていた。「私は婦人科の病気になるのに放射線科の先生がなんで診察するのか」と納得のいかない様子であった。放射線治療をするためには、子宮頸がんの状態がどのようなものであるのか知らなくてはならない旨を話し、やっと了解して診察することができた。診察後、「手術できないⅢ期のがんであり、治る確率は五〇％」と説明したら、びつくりしてそれ以降は協力的となり、がん克服のために共に力を合わせることできた。このようにがんと告知され、放射線科に紹介されてきた患者でも診療内容についてはほとんど理解がないのが実情である。

私が大学を卒業して放射線科を選択したときに、死んだ母は、胸部写真などのレントゲン写真を撮るのが放射線科医の仕事だと思っていた。放射線科というだけで被ばくを心配していた。放射線

科に対する一般的な認識はその程度のものなのだろう。

医者者の指示でX線を使って人体各部の写真を撮影するのは、診療放射線技師という職種の人である。X線写真を慣用的にレントゲン写真と言うことがある。これは一八九五年にレントゲンという人がX線を発見して、写真撮影に利用したことによるものである。

では放射線科医はどんな仕事をしているのか。放射線科には画像診断と治療の二つの仕事がある。診断医はX線写真やCT（コンピュータ）断層撮影などの各種の画像を撮影して診断し、各科の医者に報告書を書く。最近ではX線を使わないMRI（核磁気共鳴画像）や超音波なども含めた医用画像全体の読影と診断を行っている。さらに、聞き慣れない言葉だが、インターベンシヨナルラジオロジーという領域の仕事もやっている。これは放射線を使って診断と治療を兼ねる一連の医療行為を意味し、例えば肝臓がんに対して血管内に細い管（カテーテル）を挿入して抗がん剤を注入したり、スポンジのようなものを腫瘍の栄養血管に詰めて腫瘍を“兵糧攻め”にする方法で、診断学の手技を用いて治療を行うものである。

治療医の仕事は端的に言えば放射線を使ったがんの治療である。細胞分裂が盛んながん細胞は、正常な細胞に比べて放射線に障害され易いという性質を利用して、効率よくがん病巣にだけ放射線を照射する。このためには、治療医のさじ加減だけではなく、高額な精度の高い治療装置が必要である。しかし治療装置は限られた病院にしかなく、また放射線治療の専門医も非常に少ない。

さらに原爆被ばく国である日本では、放射線に対して論理的ではなく感性的レベルで嫌悪感が強いようだ。そんなことも一因となつてか、日本のがん治療において、放射線治療はうまく利用され

ていない。別の言い方をすれば、切腹で責任を取る日本人の美意識は、切ることに対してあまり抵抗感がないためか、世界で類を見ないほど外科治療優位の治療が行われている。アメリカではがん患者の五〇%以上が放射線治療を受けているが、日本では約二〇%の患者にしか利用されていない。

これにはがん告知の問題や、医療体制の問題、そしてがん治療に従事する医者への教育の問題など多くの要因が関与している。日本で医者免許証を持っているのは約二四万人だが、放射線治療の専門医は約四〇〇人しかいない。一学年一〇〇人の六年制の医学部で、在籍している六〇〇人のうち、一人が放射線治療専門医になる計算である。信じがたい程、少ない数である。これでは一人の放射線治療医は約六〇〇人の他科の医者を相手にして頭のとっぺんから足の先までの全ての部位や臓器のがん治療に携わらなければならない。これは容易なことではない。もっと放射線治療医が増えなければ、バランスの崩れたがん治療は続くであろう。

ところで、がんを治療するためには敵（がん病巣）の状態を知る必要がある。現に治療率の上がつているがんは「見えるがん」であり、「触れるがん」である。そのためには、放射線治療医は耳鼻科領域のがんの診療では顕微鏡も使うし、食道がんの患者さんにはバリウム検査を行い、また内視鏡も使う。子宮頸がんの治療では画像診断ばかりでなく内診もする。放射線治療に当たっては、全領域の診察技術や知識の会得が必要となる。このため全ての診療各科の医者から診断や治療の相談を受ける放射線科医は、アメリカでは「医者のための医者」と言われている。

このような仕事なので、放射線科医は、一般の人には「姿の见えない医者」となり、理解されないのは無理もないことかも知れない。放射線科といっても診断と治療は異なる仕事であり、実情は

放射線科の中でも診断医と治療医は完全に専門性が分かれている。しかし放射線を使うという共通性だけで、現状では一つの診療科に押し込められて同居している。

かつて梅毒という疾患を扱う共通性を理由として泌尿器科と皮膚科が大学の講座では一つであったが、現在では独立した講座となっている。放射線科も欧米並みに画像診断学と放射線腫瘍学（治療学）のような形で大学の講座を独立させ、実情にあつた教育を行うことが望まれる。日本の大病院の放射線科講座の教授の約八割が診断学を専門にしているので、治療医の育成はままならない。このような放射線治療医の不足が、がん治療全体の中で放射線治療が、バランス良く利用されない原因の一つとなっている。

がん治療で困ったら、客観的・総合的に全科のがん治療を臓器横断的に診ている放射線科医に相談するのも「賢いがん治療」を受けるための方法である。素人である患者さんの判断と、玄人であるがん治療の専門医の判断は違うことも多いが、一つ間違えば命に関わることなので、患者自身が納得のいく治療を受けてもらいたいものだ。

今では、あの子宮頸がんの患者さんには、喉の調子が悪ければ、「ついでに喉を診てください」、腰痛があれば「腰の写真を取って診てください」と、重宝な「何でも科」として相談されるようになっていいる。

（一九九七年一〇月）

▼その後の変化

現在の放射線治療の利用率は米国では六六％、日本では二五％となっている。放射線治療の専門

医に関しては、日本放射線腫瘍学会の認定医は六一五人となり漸増している。また最近では医学部の講座が画像診断科と放射線治療科に分かれ、放射線治療の講座が開設されつつあるが、まだまだ遅れている。

高齢であつたために治癒した人の話

高齢化社会を迎えているが、最近ではさすがに明治生まれの人は少なくなつた。斎藤さん（仮名）は一〇年前に食道がんで来院した。当時七七歳で、明治四四年（一九一一年）生まれの年相応の枯れた感じの痩せた老人であつた。胸やけがして内科を受診して内視鏡検査でたまたま早期の食道がんが発見された。当然のように外科的切除を奨められた。しかし、「もう七七歳だから大きな手術はしない」という理由で手術には応じなかつた。手術を断られた医者は、放射線治療を勧め、斎藤さんは当科に紹介された。放射線治療にも「平均寿命以上に生きたからもういいよ」という淡々とした表情であまり気乗りはしなかつた。

放射線治療はほとんど侵襲（負担）がないことを詳しく説明して、やっと治療に同意してもらえた。幸い食道がんはⅠ期の状態の表在（ひょうざい）がんであり、食道狭窄もなく、食事も普通の経口摂取ができていた。そのため栄養補給などの必要もなく、通院で放射線治療を行うこととした。住み慣れた自宅からの通院治療では、環境の変化もなく、高齢者にとっては最も良い治療環境である。約七週間の放射線治療はとどこうりなく終了し、病気が発見される前とまったく同じ状態で生活することができた。そして一〇年を経過したが、食道がんは完全に治癒している。最近では循環器の疾患で内科に通院しており、病院の廊下で時々見かけるが、八七歳となってもボケもなく、しっかりと足取りである。こうした齋藤さんを見ると、自分の体力を自覚して一〇年前に手術を拒否したのは大正解だったかもしれない。また医療側も高齢であったために手術をあえてしなかったことが、結果的には長生きできることになったのである。さらに放射線治療を勧めた内科医との出会いも幸運だったのである。

同じ頃、S大学の内科でやはり食道がんと診断された松田さん（仮名）は七二歳であったが、全身状態が不良だったため、手術は無理と判断された。しかし、別の治療法として放射線治療の話はされず、そのまま放置された。半年後に水も通らない状態となつてから、近くの医師の紹介で当科を初診した。そのときは末期の進行がんとなつていた。同じ病気でも放射線治療を良く理解していない内科医との出会いが運命の別れ目であった。がん治療では個別の治療法の巧い下手ばかりでなく、医者との出会いが運命の別れ道となることは日常茶飯事である。これも長い人生の中の不公平な出会いの一つなのであろう。

食道がんの治療は日本では一般的に外科治療が優先されているが、少なくなったとは言え現在のがんの手術療法の中で食道がんの手術は最も手術関連死の頻度が高い疾患である。肺がんの手術は開胸手術で済むし、胃がんの手術では開腹手術で済む。しかし食道がんの手術では、食道を切除して胃をつり上げて食道再建を行う術式が一般的なので、開胸・開腹手術が必要となる。このため、手術侵襲が大きく、肺がんや胃がんの手術死亡率に比べれば数十倍の危険を伴う治療である。なお手術死という定義は手術後三〇日以内の死亡を指しているが、これは交通事故死が事故発生より二四時間以内の死亡を意味しているのと似ている。

現在の食道がんの手術死亡率は二〜五%であるが、年々術後管理が上手になり手術死は減少し、施設によっては1%以下となっている。しかし、術後に肺炎を合併したり、縫合不全を来して術後の回復が思わしくなく、人工呼吸器をつけられて一度も経口摂取できずに術後六〇日目に死亡退院したとしても、定義上は手術死としては集計されない。したがって、実際には「手術をしなかったほうが良かった」と悔やむ家族も多いようである。こうした疾患であるから、治療結果は他のがんの手術以上に外科医の腕に随分と左右される。寿命も医者次第という言葉が最も当てはまる疾患かもしれない。

食道がんに対するもう一つの治療法に放射線治療がある。しかし、放射線治療は高齢者や合併症のために手術に耐えられないと判断されたときに紹介されることが多い。また既に遠隔転移をきたし全身化した患者さんも手術の適応にはならないので、食べ物で食道を通らない状態を改善するために放射線科を訪れることとなる。このような外科治療に見離された患者さんを治すことは容易で

はないが、放射線治療で一〇%前後の患者さんは五年以上生存している。冷静に考えると外科医が治せないと諦めて見離した患者さんなので、五年生存率は外科治療では〇%、放射線治療では一〇%ということになる。

外科医は自分たちで治せない患者さんを放射線治療に回して、「放射線治療は治らない」という誤った認識を持つているのである。そして手術可能な患者さんだけを手術して、外科治療では三〇〜四〇%治るという数字だけが、外科治療を最優先する根拠となっている。しかし、手術に耐えられるような同等な質の患者さんを放射線治療で行っても、ほぼ同等な治療成績が得られるのである。もちろん大きなリンパ節転移などがあり、確実に手術したほうが良い場合もあるが、なんでも切除する姿勢は再考すべきであろう。

有名私立の某大病院では、全食道がんの七〇%以上が何らかの外科治療がなされているが、別の病院では三〇%ぐらいであり、大きな落差がある。問題は二つの治療法を平等な立場で説明し、情報公開がなされ、患者さんを選択する余地を与えるような状況で現場の医療が行われているとは言いがたいことなのである。

私は一九九三年に食道がんの治療法に関してある調査を行ったことがある。斎藤さんのような早期の食道がんの患者さんが来たらどんな治療をするかを食道がんを専門とする外科医一〇六人と、放射線治療専門医八四人にアンケート調査を行なったのである。

その結果では外科医の九八%は切除すると答え、放射線治療医の六九%は放射線治療を行うと回答していた。これは各自が専門とする治療法に固執して治療法を選択している現状を示すものであ

る。各医者の医学教育や経験の中での培われた選択であるが、このように治療法の選択が異なる現実では、医者との出会いが重要な意味を持つ。廊下で斎藤さんを見かけるたびに、高齢で手術しないで良かったと思うのである。

(一九九八年一月)

▼その後の変化

食道がんの治療法は、化学放射線療法により二〇～三〇%程度の治癒率が得られるようになった。しかし切除するか放射線治療を行うかは単にがんの進行度だけではなく、病巣の深さやリンパ節転移の状態などを考慮して適切な判断が求められる。この領域はいまだに手術も放射線治療も専門性が要求されるため、「下手な切除より、上手な放射線治療、下手な放射線治療より、上手な切除」の世界である。

がんの痛みと放射線治療

がん治療法の進歩により治療が困難な患者さんも比較的長く生存するようになってきた。そのため経過中に骨や脳などに転移が起こり、放射線治療に回ってくることも多くなった。このような患者さんは、一カ所の照射で終わることは少なく、照射後も別の部位に新たな転移病巣が出現し、またそこへ照射しなければならぬことが多い。比較的ゆっくりとした経過を辿ることが多い乳がん、腎臓がん、前立腺がんなどは、骨転移が多く、数年に渡って一〇カ所以上も照射する患者さんもいる。

本多さん（仮名）は、一〇年前に乳がんの手術を受け、術後に鎖骨上窩と傍胸骨領域のリンパ節に予防的に術後照射を行なった。その後順調な経過であったが、五年目に骨転移をきたしてしまった。骨転移出現後も高校教員の職務に携わりながら、足掛け五年骨転移と闘っている。先頃、退院したが、この病気での退院は八回目である。入院により職場を休むこととなれば、授業にも穴が空くので、代用教員の確保の問題など職場に迷惑が掛からないようにと、私は予想される入院期間や今後の見通しなど全面的に情報を与えた。幸いなことに、本多さんには自分の病気に関する厳しい

真実を受けとめ、対処できる知性と心構えがあった。自分の病気をよく理解している本多さんは、可能な限り仕事を続けることを希望して今まで入院を繰り返してきたのである。

乳がんが全身のあちこちの骨に広範に転移し、ホルモン療法や化学療法を、手を替え品を替えて行ってきた。そして痛みが強い部位や、がんが侵され脆くなつて骨折しそうな状態となれば、単に除痛目的ばかりではなく、骨折の予防として適時、放射線を照射してきた。そして人生の締め括りとして、残された時間を有効に使い、学校の春休みや夏休みなどの長期休暇には決まって国内外の旅行を楽しんでいた。

病棟が混んでいて入院できず、自宅待機している患者さんが多いことを熟知している本多さんは、病状が悪化して入院治療を余儀なくされれば入院するが、軽快すればさっさと退院する患者さんであった。今回の退院時には、つぶれかけた脊椎骨の転移により、5cmも身長が低くなりひと回り小さくなった本多さんの後ろ姿を見送りつつ、「九回目の入院はいつ頃だろうか」と思いを巡らした。がんが恐れられるのは致命的となりうるという理由の他に、末期になれば痛みを伴うことが多いためである。がんで死亡する人の約七〇八割の人ががん性疼痛を経験するという。一般的には鎮痛剤を投与して対処することとなるが、投薬により胃部不快感や吐き気や便秘、眠気などの副作用もある。効果が不充分であれば、徐々に強い鎮痛剤に切り替えて最後には麻薬系の鎮痛剤を投与することとなる。最近がん専門医の間では、こうした麻薬系の鎮痛剤の投与は特別に命を縮めることはないので、むしろ積極的に使用し痛みから早く開放して苦痛を取り除くことが望ましいと考えられるようになってきている。

しかし、一般の人にはあまり知られていないが、がんの痛みに対して最も有効な治療法に放射線治療がある。痛みを伴うがん病巣そのものに対する照射は、腫瘍の縮小や消失が期待でき延命ばかりでなく、除痛が得られる。特に骨転移の除痛効果は高く、約半数の患者さんは鎮痛剤の投与が不要となる。また効果が完全でなくても痛みが軽減し、副作用の少ない鎮痛剤で疼痛管理が可能となる。その他に、転移した骨はもろくなり折れやすくなるが、照射することにより骨が硬くなり病的骨折は避けられる。さらにしびれや麻痺まひなどの神経症状も早期に照射することにより神経症状の快復も期待でき、生活の質は向上する。

しかし、放射線治療施設が少ないためにまだこうした治療の恩恵を受けている患者さんは多いとは言えない。放射線治療機器がない病院の医者は、乳がんや骨転移が生じてても、ホルモン療法や化学療法の効果に期待して投薬により経過を追うことも多いからである。ただ、ホルモン療法や化学療法の効果が期待できるのは半数以下であり、また効果出現は早くても二〜三カ月後である。このような場合は、患者さんから医師に放射線治療について相談することをお勧めしたい。骨転移の放射線治療では大線量を一回照射しても効果があるが、副作用がないように少ない線量を十数回に分割して照射する方法もある。照射する部位や範囲および今後見込まれる生存期間などを考慮して、専門医が追加減を行なえばほとんど副作用がない治療法である。

しかし、再発・転移した患者さんの延命と生活の質を確保するためには単に骨転移に照射すればよいということでもない。乳がんのように化学療法が必要で、再発や転移をきたしても比較的長生きする可能性を持った患者さんでは、できるだけ骨髄こつずいの造血能を保持するためにタイミングを考え

た照射が必要である。乳がんに関しては乳房温療法が話題となつてはいる昨今であるが、じつは再発・転移した乳がん患者さんへの対応と治療は最も難しいものの一つである。

見込まれる予後を推測し多くの要素を考へて対処しなければならぬ本多さんのような患者さんの治療は、医者経験が最も反映されるものである。手術から一〇年経ち、骨転移出現後も病気を騙しながら五年目を迎え、大好きな旅行もできなくなつてきているが、お互いに「何を嘆き、何を望むか」を知っている本多さんはこの原稿を書くに当たつて、快く了解してくれた。

鎮痛薬を持参して中国に旅行したときに、お土産として買つてきてくれた大きな印鑑を使うたびに、「お迎え」がきてからもきつといつまでも心に残る一人であり続けるであろう。医者は患者さんから多くを学ぶが、それは医学だけではなく、人の生き方そのものも学ぶことができるのである。

(一九九八年二月)

▼その後の変化

二〇〇七年一〇月よりストロンチウム⁸⁹(Sr⁸⁹)という放射性医薬品の使用承認が下りて日本でも使用できるようになつた。この薬剤はベータ線という弱い放射線を出して骨転移した部位に集積し、がん性疼痛を緩和する効果がある。外来で注射するだけの治療だが骨転移の痛みに対して七〇〜八〇%の患者さんに疼痛緩和が得られる。また転移による骨破壊を促進する破骨細胞の活動を抑えて痛みを和らげるビスフォスフォネート製剤も開発され骨転移の治療として普及している。

小線源治療をご存知ですか？

一カ月前前に埼玉の某大病院から、二二歳の女性が小線源治療を受けるため当科に入院してきました。小線源治療とは聞きなれない言葉かもしれない。詳しくは後で述べるが、とにかくこの女性は舌に1cm程の腫瘍ができ、機能を損なわない程度に切除したところ、がんであった。切除した耳鼻科医は機能損失を考慮して、できるだけ小さく切除したため、切除断端にがん細胞が残存したのである。舌を大きく切除した場合には障害をきたして言語が不明瞭となり、食事も不自由になる。再手術で舌を大きく切除する方法も考えられたが、未婚の若い女性であることから、機能障害を残さない放射線治療を勧められたのである。

舌がんの放射線治療は、放射線を出すラジウムやセシウムといった針状の線源を病巣に刺し入れ、五日前後、そのままの状態でも照射する組織内照射という方法で治療する。これが小線源治療である。この患者さんも五日間の組織内照射を行った。線源を刺したままの五日間は、食べることができないので、鼻孔から栄養チューブを挿入し流動食を注入して栄養を取る。また刺した線源から放射

線が出るために鉛で囲まれたベッドで生活し、放射線管理区域より出ることができない。

今まで健康に育ってきた彼女にとって、この治療は辛かったようである。「五日間辛くても、手術するよりは一生楽な思いをするのだから、頑張りなさい」と励ましつつ治療を終えた。そして「我慢が足りなくてすみませんでした」という手紙を残して、一日間の入院後、埼玉に帰っていった。今後、頸部リンパ節転移などが出現しなければそのまま治癒するであろう。

この組織内照射法は一般には知られていないし、上手に治療できる放射線治療医も多くはない。またこの治療法は診療報酬が非常に低く、病院としては赤字の治療となるため治療できる施設が激減している。

放射線の線源を的確に病巣に刺入する手技は術者の経験や技術の巧劣が関与し、治療成績にも反映する治療法である。したがって全国的に、舌がんの八割以上の患者さんはこうした小線源治療の説明がされないまま手術的に切除されている。もちろんこの治療法を行える施設は少ないので、自分の病院に設備がないために手術せざるを得ないという医者の言い分もわからないでもない。

しかし臓器移植のために海外にも出かけていく思いをすれば、日本国内の病院に紹介するくらいは医者の方心であろうと私は考えている。三年前に東京の某がん専門病院から紹介された役者の患者さんは、仕事柄どうしても舌がんの切除に同意しなかったため、当科で組織内照射を行った。今でも元気で舞台に立っている。

Ⅱ期の3cm程度の舌がんでは舌を約半分近く切除する。治療費は三〇〇万円前後で、入院期間は二〜三カ月である。術後は軽度の機能障害を余儀なくされ、結局は会社を辞める人が多い。しかし

小線源治療では完全に機能は温存され、治療費は三〇万円前後で、入院期間は一〜二週間である。自己負担が三割の人であれば実際に支払うのは約一〇万円である。

治療成績は切除も組織内照射も変わらないので、飛行機代など安いものだ。両方の治療法を比較した場合、どちらが得かは、サルでも分かるはずである。しかし耳鼻科や口腔外科で切除される患者さんの方が圧倒的に多い。

放射性物質を使って患部に線源を貼りつけたり、刺入したり、臓器の管腔内（かんこう）に留置したりして、がん病巣だけ集中的に照射する小線源治療法は、安くて最も効率的、なおかつ合理的な方法なのである。放射線治療は昔はコバルト-六〇という放射性物質から出るガンマー線を体外から照射していた。しかし最近では超高圧放射線発生装置から高エネルギーのX線や電子線という放射線を出し、できるだけ治療部位に集中するように照射しているので、放射線障害は少なくなっている。

深部臓器への照射では、一〇メガボルトX線が使われるが、これは一般家庭で使われている一〇〇ボルトの一〇〇倍の電圧をかけて、真空中で電子を加速し、高エネルギーのX線を発生させているものである。放射線治療ではこの体外照射がほとんどの治療を受け持つが、約一割の患者さんの治療には小線源を使った体内照射が必要である。

前述した舌がんに対する組織内照射は、体内照射の一つの方法であるが、子宮頸がんにも腔内照射としてよく使われている。子宮頸がんの場合は、子宮頸部にできたがん病巣と、転移している可能性がある周囲のリンパ節を治療するために、まず骨盤に体外から照射する。その後、原発部位である子宮頸部へ腔内照射により線量を追加する治療が標準的に行われている。

食道がんでも周辺の縦隔リンパ節を含めた体外照射後に、最後の仕上げとして、食道腔内に線源を吊して中から照射を追加し、局所治療率を向上させている。最近では〇・三cm程度の小さなイリジウムという線源の開発により、肺がんや胆道がんや前立腺がんなど、多くのがんに小線源治療が利用されている。

余談になるが、がんの治療ばかりでなく海外では、イリジウム線源を使って、血管内照射も行われている。動脈硬化などで血管が狭窄きょうさくしていろいろなトラブルが生じた場合、この治療として血管内にバルーン付きカテーテルを入れ、狭窄部位でバルーンを膨らませて血管を拡張する手技が行われている。しかし、こうした拡張術を行っても時間が経てば、高率でまた再狭窄をきたす。これを防ぐために、バルーンで拡張した後にカテーテル内にイリジウム線源を送り込んで照射する。これによって、血管内膜の細胞増殖を抑制し、再狭窄を予防するものである。日本ではこの治療法は、法律的問題と厚生労働省の許可が得られていないため、まだ行われていないが、血管狭窄を原因とする循環器病の補助的治療として、今後行われていくものと思われる。

要するに放射線治療の場合、体外照射装置だけでは片翼飛行をしているようなもので、体内照射ができる装置や設備がなければ、両翼飛行とはならないのである。しかし、治療率を上げ、障害の少ない良質な治療を行うための体内治療の普及は充分ではない。道内には、放射線治療が可能な病院は、現在二七施設あるが、小線源治療ができて両翼飛行している病院は八施設にすぎない。こうした現状が放射線治療の普及をより妨げているのである。

(一九九八年四月)

▼その後の変化

外部照射の装置はより高精度となり、病巣の動きにまで対応して照射できるように進歩した。しかし小線源治療はヨード（I-125）線源を使用した前立腺がんの組織内照射法が行われるようになったが、それ以外の疾患では年々減少している。前立腺がんに対する小線源治療以外はまったく採算が合わず、適正な診療報酬が認められていないためである。

臓器移植と放射線

一九九七年に臓器移植法が成立し、厚生労働省は、脳死臓器移植ができる全国の施設を選定した。現在まで心臓、肝臓、肺、脾臓すいぞうの四臓器に関して、移植実施施設の指定を行っている。法案成立前は、すぐにでも各種臓器の移植手術が実現するような熱気が漂っていたが、しかし、現実には脳死患者からの臓器移植はまだまだ少ない。また一五歳以下の子供は、依然として移植のために海外へ出かけており、臓器移植は鎖国状態である。

この理由は幾つか考えられるが、まず第一に日本では銃器規制により、健常者の突然死が少なく、提供臓器の絶対数が限られていることである。精神的風土としては、博愛精神を基本としたボランティア活動の低迷も関係している。また、生まれたときから知らず知らずに身に付いた、儒教的感性から言えば、死により精神と肉体は分離しても、生まれ変わるためには、肉体（臓器）は保存したいという漠然とした思いが、臓器提供に積極的にはなれない一因となっているのかも知れない。さらに、豚やヒヒの臓器まで移植しようとする狩猟民族の感性は、農耕民族の日本人の感性とは違うのかも知れない。

医学的技術はクローン人間さえつくることのできる時代となったが、生命倫理に関しては、まだまだ意見の一致をみていない。臓器移植の問題も日本の風土の中で、今後どのように展開するのか、がん患者さんしか診察しない私のような医者にも気になるところである。

一般にがん患者さんは、臓器移植の提供者からは除外されている。これは提供臓器に見えないがんの転移巢（転移したがん）や、がん細胞が存在する可能性があるため、がんまで移植することになりかねないからである。しかし唯一、眼の角膜だけは、がん患者さんでも死後に提供できる。私も若くして死んだ患者さんの解剖後に、角膜を提供していただいて、眼科の先生を呼び出したことがある。解剖まで承諾してくれた家族からは、角膜提供を拒否されたことはない。

がん患者さんは臓器提供者としての資格は喪失しているが、冷静に考えると、最も臓器提供を受けているのは実はがん患者さんかも知れない。提供される臓器は血液である。輸血という医療行為は、広い意味では、血液という人体の中で最大の液性臓器を移植していることなのである。

伊東さん（仮名）は、乳がんの手術後四年目に骨転移をきたして、ホルモン療法や抗がん剤の治療を約二年間受けていたが、骨転移による痛みが強くなり、放射線治療に紹介されてきた。六〇歳を迎えようとしている彼女は、六年以上の乳がんとの戦いに疲れ果てている感じであった。骨転移も全身に広がっており、また長期にわたる抗がん剤の使用により、貧血と白血球減少症の状態であった。

輸血してから、最も痛みの強い腰椎ようついに照射し、除痛治療を行った。まず輸血したのは、貧血があれば放射線の効果は低くなるからである。照射の効果は、酸素が十分にあるかないかにより異なり、酸素を運ぶ血液中の血色素（ヘモグロビン）が少なければ、同じ照射線量でも効果は低くなる。化学療法後の貧血状態で、放射線治療に紹介される患者さんが多いが、これは放射線治療効果の点で得なことではない。

伊東さんは、広範に転移が波及しているので、骨転移による強い痛みを取り除いた後、全身療法として、三種類の抗がん剤を組み合わせた化学療法を行った。化学療法により貧血がまた進行し、白血球も減少したため、その都度、輸血を行った。かつての「全血輸血」に対し、血液が不足している現在は、赤血球や血小板や血漿成分けっしょうぶんなどを分離して、それぞれ不足している成分だけを輸血するようになっている。この「成分輸血」により、一人から供給された血を、成分別に数人の輸血に使用できるわけである。

伊東さんは、広範な骨転移と抗がん剤の連用により、正常骨髄の造血能は低下しており、時間が経つにしたがつて貧血が進み、約二カ月ごとに赤血球の輸血を必要とする状態だった。どんな栄養

剤よりも、輸血で一時的に倦怠感^{けんたいかん}は消失し、「私は吸血鬼^{けつちがい}みたいね。血を入れるとやはり元気が出るわ」と、恥ずかしそうに苦笑いを見せていた。その伊東さんも結局は、血液のバランスを失って播種性^{はしゅせい}血管内凝固症候群（DIC）に陥り、出血傾向が著明となつて他界した。数回の入院と、化学療法と輸血を繰り返して生きた数年は、まさに輸血で生き延びたと言つても過言ではない。

輸血に際しては一般に、A B O型とR h型はチェックされるが、他人の血である以上はやはり、臓器移植のときに問題となる、拒絶反応が生じることがある。輸血後に生じる致命的な拒絶反応は、移植片対宿主病（Graft - Versus - Host Disease : GVHD）と呼ばれる。免疫力の低下したがん患者さんへの大量輸血の際や、人工心肺を使つて、大量の血を循環させる心臓手術などの患者さんでは、ごく稀にこのGVHDを生じることがある。これは輸血されたリンパ球が、輸血を受けた宿主の組織を異物と認識して、破壊する副作用である。輸血後数日で発熱、皮疹^{ひしん}、下痢、肝機能障害などを起して、ついには致命的な多臓器不全となる。これを防ぐために、数年前から輸血する血液に放射線を照射し、リンパ球の働きを弱めてから投与するようになった。

GVHDに関しては、血液製剤によるH I V感染が、社会的に大きな問題となつていた時期と重なつていたため、厚生労働省としては珍しく早く対策を指示した。放射線照射装置を保有していない病院が大多数なので、現在では輸血用血液は、血液銀行で照射され供給されている。

再生不良性貧血では、骨髓移植が行われていたが、最近では白血病や悪性リンパ腫などの疾患でも、大量の抗がん剤を使用するために、骨髓移植がかなり一般的に行われるようになってきた。この際も骨髓移植の直前に、前処置として全身に放射線照射が行われる。この全身照射は、全がん細胞の

根絶とともに、移植骨髄の拒絶反応を防止し、GVHDを起こさないようにするという効果がある。またあまり知られていないが、一般化している腎臓移植においても、免疫抑制のため移植腎に照射することにより、血液型が異なっても移植が可能になる。

このように放射線は、がん細胞を殺すほどの大量の照射以外に、免疫抑制を目的として、少量を調味料的に使うこともあるのである。

(一九九九年三月)

▼その後の変化

二〇〇九年七月、改正臓器移植法が国会で可決され、一五歳以上となっていた脳死後の臓器提供の年齢制限は撤廃された。

放射線とは何なのか？

一九九九年九月末のジェー・シー・オー（JCO）東海事業所での臨界事故により、放射線の被害がクローズアップされた。原爆被ばく国で、放射線という言葉にアレルギー反応を起こす日本人を相手に、がんの放射線治療に従事している者にとっては、仕事がいやにくくなる。放射線は怖い、という患者さんの過度の不安を取り除く必要が生じるからである。しかし逆に、放射線に対する正しい知識を持つてもらおうための良い機会と考え、放射線の被ばくの問題について少し書いてみたい。

放射線は広義には電磁波であり、長波、中波、短波や、赤外線・紫外線などの、人体に悪影響を与えないと考えられている波長の非電離放射線も含まれる。ラジオ波は、中波と短波の電磁波を利用したものであり、電子レンジからも電磁波は出ている。しかし、一般には紫外線より波長が短く、（原子や分子に作用し、陽イオンと陰イオンの電子に解離させる）電離作用を引き起こし、人体に悪影響を与えるX線やガンマー線などの、放射線を単純に放射線と呼んでいる。

人々が被ばくする放射線には、自然放射線と人工放射線がある。放射線を体外から浴びると外部

被ばく、経口摂取や吸入によるものを内部被ばくと称している。宇宙線や地殻には、ごく微量な放射線があり、誰もがこの自然放射線を浴びている。外部被ばくは年間一人当たり世界平均で、一・一ミリシーベルト(mSv)と言われているが、ブラジルなどでは一〇倍以上である。東京とニューヨークを飛行機で往復すると、高度による宇宙線の増加により、〇・二ミリシーベルト被ばくする。ちなみにシーベルト(Sv:線量当量)とは、人体への放射線の影響を考慮して設定された線量を示す単位であり、通常のX線一グレイ(Gy:吸収線量。物質や生体に吸収された物理的な放射線の量)が一シーベルト(一〇〇〇ミリシーベルト)に当たる。

放射線の種類により、同じ吸収線量でも生体に対する影響度が異なり、中性子線(粒子線)では、X線の一・七倍から三倍の影響を引き起こすとされている。また、自然界に存在するある種の原子核は、より安定した原子核に変化するが、この過程でガンマー線などの放射線を出す。このような物質を放射性同位元素(ラジオアイソトープ)と言い、この放射線を出す性質や強さを放射能と呼んでいる。自然界には、ウランやラジウムやセシウムなど約七〇種類の放射性物質が見つかっている。ラジウムは、気体状のラドンに変化して放射線を出す。人間はこの空気中のラドンの吸入により、年間一人当たり世界平均で一・三ミリシーベルトの内部被ばくを受けている。したがって日本人は、外部被ばくと内部被ばくを合わせて、年間約二・四ミリシーベルトの放射線を浴びていることとなる。

一方、人工放射線は原子炉や加速器で発生するが、ここで問題となるのが、医療行為や核実験や原子炉事故などによる被ばくだ。事故の場合は別として、人工放射線の被ばくは普通、病院や原子

力発電所などで働く人の職業被ばくと、一般公衆の被ばくに分けられる。放射線の利用に当たつて、ほぼ安全と考えられる線量当量（許容線量）は、年間、職業被ばくで五〇ミリシーベルト、一般公衆で一ミリシーベルトと法的に決められている。なお、一九九〇年に国際放射線防護委員会から、職業被ばくは二〇ミリシーベルトとする勧告が出されているが、一〇年経つてもまだ、日本はその勧告に従つた法改正を行っていない（二〇〇一年四月に法改正された）。被ばく国として最も放射線の影響を、真剣に考えるべき国のはずであるが、無責任な原子力行政の怠慢とずさんさを、今回の事故からも垣間見ることができる。

患者さんの医療被ばくについては、病気の診断や治療を行うために、放射線を利用するという観点から、特に限度は定められていない。しかし、医療被ばくは限局した臓器に、長い期間かけて少量の放射線が当たる被ばくであり、人体への影響は少ない。現在の世界平均の医療被ばくは、年間一人当たり〇・四ミリシーベルトだが、日本は世界で最も医療被ばく量が多く、同約二・三ミリシーベルトと、ほぼ自然放射線に匹敵する量である。胸部写真を一枚撮影すると、〇・〇六五ミリシーベルトの胸部被ばくがあり、胃のバリウム検査では約五ミリシーベルトが上腹部に当たる。また肺がんの治療では、肺病巣に限局して約六五グレイの照射を行うが、この線量は胸部写真を百万回撮影する線量に匹敵する。

しかし、原子力関係の事故では、短時間に全身に被ばくするため、まったく次元の異なるレベルで深刻な影響をもたらす。今回の事故直後に、東海事業所の敷地境界で、一時間当たり〇・八四ミリシーベルトの放射線が測定された。ここに一時間いると一年間に外部被ばくする自然放射線の四

分の三を被ばくしたことになるが、一時間で浴びるのと、一年間で浴びるのでは深刻さが違う。しかも臨界となれば、中性子線が出るのは専門家であれば常識であるが、事故直後は中性子線の測定が行われていないため、実際には、さらに多くの放射線が出ていたと推測される。

放射線は、細胞分裂の盛んな細胞や、未成熟な分化度の低い細胞に、より大きな影響を与える。そしてその影響は、ある一定以上の線量を被ばくした場合に、全員に現れる急性の影響と、少ない線量でもある確率（数万分の一から数百万分の一）で、数年後に遅発性に生じる発がんや遺伝的影響がある。

全身に一度に大量に被ばくした場合、中枢神経が侵され、痙攣^{けいれん}を起こして数時間で死亡する。今回の事故では作業員が意識朦朧^{もうちろう}となり、てんかんと間違われて、救急車が呼ばれたと報道されていることから、かなり危険な大量被ばくをしたものと考えられる。中枢神経死を免れても、今度は、細胞分裂の盛んな腸粘膜が数時間で侵され、重症の嘔吐や下痢症状を呈する。点滴などの治療で事なきを得たとしても、次には骨髓抑制が生じる。骨髓中の幹細胞は分化して、赤血球や白血球や血小板となり末梢血に供給されるが、骨髓中の未熟な幹細胞が侵され、血液が造られなくなるため、数日後には貧血や免疫機能の低下が生じ、命取りとなる。このため、抗原性の少ない臍帯血^{さいたいけつ}（出産時の臍帯と胎盤の中にある血液）の輸血や、骨髓移植が必要となる。

作業員の被ばく線量は、およそ八シーベルト（後に一七シーベルトと報道）と推定されているが、これらの治療で、危険な状態を切り抜けたとしても、さらに、放射線肺炎や肺線維症^{はいせんいしょう}などの発症も予想される。常識的には、極めて厳しい状況にあるのだ。

広島・長崎に原爆が投下されたときのデータでは、爆風や高熱による死を免れても、ハグレイの被ばくを受けた人々は、ほとんど何の治療も受けられなかったという事情もあるが、数日から数ヶ月で全員死亡している。進歩した医療により、被ばくした作業員が救命されることを祈るばかりである。

(一九九九年一月)

放射線防護剤の欺まん

放射線治療に従事していると、高齢者のがん患者さんが圧倒的に多い。しかし、ごく稀に若い女性の診察をする機会がある。杉浦さん(仮名)はそんな若い女性の一人であった。杉浦さんは二〇代の眼の大きな綺麗な女性であったが、病名はバセドウ病であった。

バセドウ病は、甲状腺機能亢進症(こうしん)を起こす自己免疫性甲状腺疾患の一つで、前頸部の甲状腺がはれ、甲状腺ホルモンの分泌過多によりいろいろな臨床症状を呈する。代表的な症状は、動悸(どうき)や頻脈などの循環器症状や代謝の亢進による発汗、情緒不安、眼球突出などの症状である。若い女性に

多いこの疾患では、眼球が突出するために、一見してパッチリとした大きな眼により美しく見える。いわゆる甲状腺美人となる。

治療は甲状腺ホルモンの分泌を抑えるために、抗甲状腺剤の経口投与を行うが、投薬で十分な効果がない場合は、放射性ヨードを投与する。甲状腺のホルモン合成にはヨードが必要であり、正常人では、体内に取り込まれたヨードの一五〜四〇%は甲状腺に摂取される。しかし、バセドウ病ではそれ以上に摂取されるため、放射化したヨードを投与して、甲状腺細胞に取り込ませ、甲状腺内部から照射する治療が行われている。

放射性ヨードはベータ線を放出するが、このベータ線は、とどく距離（ひいて飛程）が短く、せいぜい数ミリ程度であるため、甲状腺以外の周囲の臓器にはほとんど放射線がとどかないという好都合な放射線である。放射性ヨードはカプセルで経口投与されるが、多くは甲状腺に摂取されるので、甲状腺に放射線があたり、甲状腺機能亢進症は軽快して、眼球突出もおさまる。これが甲状腺美人の治療法であり、がん以外の良性疾患にも、放射線治療が行われる一例である。

もちろんこの放射性ヨードによる治療は、甲状腺がんの場合にも使われる。甲状腺から発生するがん組織も程度の差はあれ、甲状腺組織の機能を持っている場合が多い。こうした甲状腺がんが、肺や骨などの全身に転移した場合は、放射性ヨード治療が有効である。

この場合は、甲状腺細胞の機能を抑制するのではなく、細胞を死滅させるだけの放射線を照射するため、バセドウ病に投与する量の約一〇倍量を飲ませることとなる。投与された放射性ヨードは、ヨードを取り込みやすい性質を持った甲状腺がんの転移巣に集積し、がん細胞を叩き治療効果が発

揮される。甲状腺がんに対しては有効な抗がん剤がないので、全身に転移した場合は良い治療法がない。この放射性ヨードによる、ベータ線治療だけが有効な治療法なのである。

このように、放射性ヨードは治療に使われているが、しかし大量に被ばくした場合には、逆に甲状腺がんの原因にもなる。一九八六年のチェルノブイリ原発事故では、大量の放射性ヨードが放出されたため、近隣の住民に甲状腺がんが多発しているのは、周知の事実である。ヨードが甲状腺に取り込まれやすいため、事故により放出された他の多くの放射性核種の中でも、放射性ヨードだけが特に甲状腺に取り込まれ、甲状腺がんが多発している。北海道でも泊村とまりむらの原子力発電所が稼働して一〇年になるが、稼働した年に、私も防災対策の一環として企画された最初のアリバイ工作的な講習会に出席させられた。そこでは、万が一原発事故が起こった場合は、岩内町役場いわないに「放射線防護剤」をもらいに来てください、とアナウンスされていた。

放射線防護剤などというものはないので、不思議に思つて聞いてみると、ヨード剤を称して、放射線防護剤と言っているのである。無知につけ込んで、あたかも放射線を防護する薬があるような、欺まんな言葉である。確かにヨード剤を飲めば、甲状腺にヨードが取り込まれ飽和されるので、放射性ヨードが放出されても、ブロックされ、取り込まないということはある。しかしそれだけで、他の放射性核種による被ばくを免れることはできないので、岩内町役場に向いてうるするよりも、さっさと逃げるが勝ちなのである。

できたら台所にある昆布やワカメなどの海藻類はヨードを多く含有しているので、海藻類を食べながら、風上に逃げるのがベストである。放射線被ばくをできるだけ少なくするためのテクニク

は、放射線防護の三原則と言われる「距離、時間、遮蔽^{しやく}」である。放射線の発生源からできるだけ離れること、被ばく時間を短くすること、そして遮蔽物で遮ることである。この原則を考えれば、分厚いコンクリートや鉛のシールドの中にでも隠れるか、できるだけ早く逃げるしかないのである。

放射線は、距離の二乗に反比例して減衰するので、放射線の発生源から1km地点での被ばく量と比較すれば、2kmの地点では四分の一となり、3km地点では九分の一の被ばく量となる。最近、泊村の原子力発電所の三号機の稼働について、企業ぐるみで原発賛成の方向へ世論を操作しようとする動きが暴露され問題となった。しかし医学と同様に、人間が携わる原発業務に、ミスが絶対にないとは言えない以上、防災対策は万全でなくてはならない。

泊村からは、海や人口の少ない神恵内方向には、避難することは現実にはあり得ないので、余市^{よいち}から小樽^{おたる}方面への一方向しか逃げ道がない。しかもこのあたりは追い抜き禁止の一車線の細い道が多いのである。もし真冬の吹雪の日に、そして小樽方面に風が吹いていたときに事故が起きたらどうなるのか。逃げてても逃げてても、風に乗った放射線は追いかけてくることとなる。

防災対策の原則として、最悪の事態も予測して対応を考えなければならぬとしたり、根拠なく原子力発電の安全性をアピールしたり、電力需要の必要性から、原子力発電の必要性を説いたりするのではなく、避難経路の整備も同時に考えるべきなのである。

専門外とはいえ、多少の放射線に関する知識を持った者で、わが国の原子力行政に不安を抱くのは、私ひとりではあるまい。原子力発電には石油も使われている。五〇年後に石油が枯渇し、原子

力発電もストップするとなれば、風力発電も真剣に考えてみてはどうだろうか。もともと土地に余裕のある北海道は、風も強く、風力発電の好適地と言える。割高と言われてきた風力発電も、最近の技術革新により、発電コストはかなり安くなっているという。風力発電も普及すればコストの問題は解決するであろう。科学技術の普及と、コストの関係はいつでもそうなのである。

国は、原子力発電に膨大な資金補助を行っているが、原子力一辺倒ではなく、多面的なエネルギー対策を考えるべきであろう。ヨード治療をするたびに、いつもこんなことが頭をよぎるのである。

(一九九九年一二月)

難しい最新医療技術の使い道

がん治療法の進歩は、各領域で確実に進んでいる。外科治療では再建手技が導入され、大きな手術が可能となり、また術後管理の向上により、手術関連死が減少している。化学療法では、新規抗がん剤の開発と、有効な使用法が研究されている。そして放射線治療においては、物理工学とコン

ピューターテクノロジーの進歩により、新たな放射線治療機器の開発と、高精度の照射技術が可能となっている。

放射線によるがん細胞の死滅は線量依存性であり、照射線量が多ければ多いほど、がん病巣を根絶できる。このためには、がん病巣にだけ絞り込んで照射し、周囲の正常組織にはできるだけ照射しないことがポイントとなる。かつて日本では、世界に先駆けて腫瘍の形どおりに放射線を出して、効率よく照射する原体照射法という技術を考え出した人がいたが、コンピューターのなかった時代では限界があり、普及には至らなかった。

しかし、ガンマナイフという装置が、スウェーデンで開発されたのを契機に、本格的な高精度放射線治療の時代が訪れた。ガンマナイフは、二〇一個のコバルト六〇の線原を配置したヘルメット状の装置で、頭部にかぶせて、頭蓋内の3cm以内の小病巣に放射線を集中させて、高線量を照射する高額な装置である。外科用のメスのように、病巣だけをコバルト六〇のガンマ線でスパット照射するため、このような名前が付けられた。

主に脳の動静脈奇形や、小さい脳腫瘍の治療のために開発されたものであるが、最近では、一般に普及しているリニアック（直線加速器）を使用して、小さな照射野（照射する範囲）で治療用寝台の移動と、放射線の出力部の回転を組み合わせて、多方向から照射することにより、ガンマナイフと同様な照射が可能となっている。

リニアックによる定位脳照射では、頭部にフレームを装着して、CT撮影を行い、病巣の位置を三次元的に把握して、多方向から照射するものであり、いわゆるラジオサージャリとか、定位照射

と呼ばれる、幾何学的誤差が2mm以下の三次元集光照射である。

そしてこの方法は、体幹部にも応用され、小さな肺がんや、前立腺がんなどの治療に用いられている。肺がんでは、病巣は呼吸性移動が見られ、吸気時と呼気時での位置がずれるが、息を吐き終わったときに、X線を照射することにより、照射範囲をさらに絞り込んで治療が行われている。このような呼吸性移動に合わせた照射は、時間的な要素も加味されていることから、四次元集光照射法とも言える技術である。衛星写真で、爆撃位置を狙う軍事技術をもつてすれば、体内のがん病巣にだけ絞って放射線を出す仕組みなどは、容易なことになっているのである。

佐藤さん（仮名）は、肺がんの手術後二年経過してから、12cm大の脳転移が一個発見された。3cm以内ならば、ガンマーナイフの治療ができるので、その治療を受けたが、三カ月後に二個目の脳転移が見つかり、またガンマーナイフの治療を受けた。しかし、その後も脳転移が多発し、当科に紹介されて来た。当科では、再照射される部位の壊死を覚悟で、脳全体に放射線治療を行った。このような定位脳照射後に、治療部位以外の脳に再発する患者さんを診ていると、がん治療の選択の難しさが痛感される。

確かに2〜3cm以内の脳転移病巣は、ガンマーナイフやリニアックによる定位脳照射により、ほとんど副作用なく高率に制御できる。しかも照射範囲が小さいため、一回から数回の照射で治療を終了することができ、入院期間も、数日で済むという優れた治療法である。

しかし転移という現象は、がん細胞が全身の血液中に混入して、離れた臓器に定着して、増大したものである。臨床的に転移巣が判るのは、MRI（核磁気共鳴画像法）などの画像診断で、最低で

も二〜三mm以上のサイズとならなければ見つからない。1mmの腫瘍は、約一億個のがん細胞の塊なのである。したがって、最初に一個の転移巣が見つかったても、まだ画像上には描出されない、小さな転移巣がないという保証はない。時間がたてばその隠れていた転移巣が増大して、画像上に出現する可能性が高い。一般に脳転移は、経過を見ていけば約七〇〜八〇%が多発性である。

このような患者さんは、全身に回ったがん細胞が、肺や肝臓などにも転移を来すことも多く、予後は非常に悪く、約六カ月程度の余命である。もちろん脳転移が単発で、治療することによって五年以上生きている患者さんもいるが、それは稀なことである。また生存期間の予測は、原疾患によっても異っており、乳がんなどの脳転移では、比較的長い生存が期待できるが、肺がんの脳転移の場合は最も延命が期待しにくい疾患である。

したがって進歩した照射技術を、どのように目の前の患者さんに使うかは、難しい問題を抱えており、定位脳照射の適応もプロフェッショナルな判断が必要となる。患者さんが早期に致命的となる他の病変を合併していたり、進行の早いがんや数個の脳転移がある場合は、このような定位放射線治療の適応とは考えづらく、脳全体に照射して亡くなるまで症状を抑える治療が選択されるべきである。

昨年の日本肺がん学会では、一〇個以内の肺がん脳転移まで、定位照射を行うという発表があったが、なんとも節度のない話である。一回六三万円の定位脳照射を、余命三〜六カ月の患者さんに一〇回まで行おうというのである。

がんがどのように進行し、どのような経過をたどるのかという、「がんの自然史」を熟知しない

で行う治療は、その熱意は馬鹿らしさを通り越して滑稽なものとなる。患者や家族の負担や医療費を考えれば、合理性のない過剰診療である。しかし、現行の制度では、過剰診療をするほど病院にとっては利益を上げてくれるため、病院経営上は「優秀な良い医者」となる。これでは過剰医療に歯止めはかからない。

脳組織は、ビールスや体内に入った異物が脳には到達しにくい仕組みとなっている。これは生体の自己防衛機構の一つで、脳血液関門という機能的な障壁である。しかし、がんの治療においては、逆に抗がん剤が脳組織にだけは到達しにくいというマイナス面として働く。このため、化学療法の使用により延命できても、脳転移を生じる患者さんが増加している。

このような現状で、定位脳照射という医療技術は、限られた患者さんにとっては大変有効な治療法である。しかし最も重要なことは、適応を踏まえた医療技術の行使である。画像上描出されない小さな転移を抑えるために、まず従来より行われていた脳全体への照射を行い、その後に画像上の残存病巣に対して必要なら、集中的に定位脳照射する方法が、もつと検討されるべきであろう。脳転移を来たした多くの患者さんを診ていると、「がんの自然史」を熟知した医者が増えてほしいと思うのである。

二〇〇〇年五月

放射線のかけ方にもさじ加減

毎日の診療では、患者さんの状態に応じて、いろいろな対応が行われている。投薬においては、薬剤の種類や量の「さじ加減」により、結果が異なることがあり、医者や腕の見せ所でもある。また外科治療においては、上手い下手があるのは当然である。小学生に工作を作らせても、一学級の中には上手い生徒もいれば、下手な生徒もいる。このことを考えれば、外科医の腕に差がないと考える方がおかしい。

放射線治療も同様で、同じ放射線でも、種類やエネルギーや照射方法により、随分と差が生じることがある。しかし、こうした医学的な詳細は一般の人には理解されていないし、同じ医者でも放射線科医以外の医者にはなかなか理解されていないのが現状である。

二カ月前に、東京の虎の門病院で喉頭がんの患者さんに予定した照射線量よりも誤って多く照射され、障害の発生が懸念される医療ミスが報道された。喉頭がんは治る疾患だけに、二〇%も過線量となれば照射後半年から数年で障害が生じる。この場合は、甲状軟骨が腐って痛みを生じ、せつ

かく喉頭を温存して声を残す治療を行つても、障害のために喉頭を取る羽目となるのである。

がんを治す放射線の量は、正常組織の障害が発生するかしないかのギリギリの量である。言い換へれば放射線治療とは、障害が発生する一歩手前まで照射して、がんの治癒を目指す治療である。疾患ごとに最適な照射線量は大体わかっているが、この最適な線量の一〇%以上多く照射すれば障害が発生し、一〇%少なければがんは治らないと一般的に考えられている。しかし照射線量を多くすればするほど、がんの制御率は高まるので、がん病巣以外の正常組織はできるだけ避ける工夫をして、がん病巣にだけ集中して照射する技術の開発が進められている。

この進歩は、治療装置とその周辺機器の進歩に負うところが大きい。直線加速器という照射装置以外にも、照射する部位を決め、皮膚面に印をつける機器や線量を計算する照射計画装置、患者さんの固定器具などが高精度の治療を行うためには必要となる。そして、これらの機器を有効に使うてどう照射するかは、医者のさじ加減も関係してくる。

弱気な医者や医療訴訟などは絶対起こしたくないと考える医者は、障害が発生しない線量を照射すればよいが、これではがんも治りにくい。それでも患者には「がんだから治らなかつた」と言い訳が立つ。逆に強気な医者や、熱心に何とか治そうと努力する医者は障害覚悟で多くの線量を照射することもあり、これが逆に訴訟問題にもつながる。

こう考えると、腕の良い医者と悪い医者との区別も難しいものであるが、腕の良い医者でも機器が揃っていないれば良い治療ができないのが、放射線治療の特徴の一つである。

さらに、放射線の細胞に対する影響は、照射方法により大きく異なるという厄介な問題がある。

最適な線量と言っても、一回（一日）にどの位の量で、何回に分けて、どの位の期間に照射するかにより、効果は異なる。例えば早期の喉頭がんでは、一日二グレイ前後の線量を、週五回照射し、最終的には三〇〜三三回前後照射する。すなわち六〜七週間かけて、総線量六〇〜六六グレイを照射する。

しかし、骨転移などの症状緩和を目的とした治療では、一回の線量を多くして短期間に照射することが多い。一回線量を多くすれば、長生きした場合は障害が出やすい。しかし、症状緩和を目的とした照射なので、数年後に障害を生じる可能性があるほど多くの線量は照射しない。また、たとえ多く照射しても、障害が発生する前に死亡してしまうので問題となることは少ない。「痛みを取る効果はこの世で、副作用はあの世で」というわけである。さらに、余命いくばくもない患者さんには、早く照射を終わって病院に縛り付ける期間を少なくし、残された時間を自宅で有意義に過ごしてほしい、という配慮があるわけである。

しかし、乳がんのように骨に転移しても長生きする可能性を持った患者さんには、ゆっくりと分割して丁寧な照射し、存命中は痛みの再燃を防ぐ必要がある。そのためには当然、医者は患者さんの予後に関する確かな見通しができなければならない。このように放射線の生物学的な効果は、総線量・一回線量・分割回数・照射期間などの因子が絡み合って総合的に判断されるものなので、個々の患者さんに合った分割照射が選択されるのである。

肺がんの真田さん（仮名）は、某大病院で骨転移に対して、一二グレイという大量の線量を一回照射して治療を終えた。しかしまもなく病状は悪化し、当科を初診した。確かに一回の照射でも

大線量を照射すれば、一時的には痛みは軽減するが、すぐに痛みがぶり返したりシビレなどの神経症状は改善しにくいので、この照射法は褒められた治療ではない。ここには「医学研究が忙しくて、助からない患者さんにまで手間隙かけて、丁寧な照射などはやってられない」という、患者不在の医療が垣間見られる。一回の照射後はもう来なくてもいいから、亡くなるまでの数カ月をどこかの病院で診てもらいなさいという訳である。

自分の親なら決して行わないような治療が行われたと言っても過言ではない。しかし一度中途半端に照射してしまえば、その後にもまた痛みが再燃しても有効な照射は不可能であり、取り返しが付かないので、より困ったことになる。

また、卵巣がんが再発した羽田さん（仮名）は、腹部全体に広範囲に照射する必要があった。この場合は、照射期間中に吐き気や下痢が起らないように、一回線量を少なくして、四〇回以上の照射を行った。しかし、診療報酬基金の審査では、回数が多すぎるというまったく無知な理由で診療報酬が削られてしまった。診療内容を審査している内科か外科の医者でさえ、放射線治療のイロハも理解していない人がいる。また生命保険会社の入院給付金や死亡時支払いの書類には、放射線治療の内容を記載する欄があるが、総線量のみを記載する書式である。お金が支払われるのは、総線量が五〇グレイ以上照射した場合なので、専門家から見ればこの記載欄には問題がある。

例えば、乳房温存療法を行った乳がんの患者さんでは、残存乳房に対して一回二グレイで、二五回を五週間で照射する標準的な分割法で照射されるので、総線量は五〇グレイとなり支払いの対象となる。しかし、骨転移で一回四グレイで八回を一週間半で照射した場合は、効果としては標準的

な分割照射五〇グレイと同等の効果であるが、保険書類の記入欄には三三グレイとしか書けない。効果としては、実際には五〇グレイ相当の照射がなされているにもかかわらず、三三グレイという総線量だけが一人歩きして、お金が支払われないということになる。

保険会社も、放射線治療の記入欄は再考すべきである。もしこうした分割法の違いによる治療効果の差を知っていて、総線量だけの記入欄を設けているとしたら、保険会社による巧妙なペテンである。放射線治療に関しては、ほとんど知られていないのが現状であり、放射線科医のつぶやきは嘆きに変わるのである。

二〇〇一年六月

良心的な医療は損をする

医療制度の見直しはまでもめているが、二〇〇二年四月からまた診療報酬が改正された。新しい診療報酬の特徴はかなり大幅な医療費削減を強いていることである。しかしいつも置き去りにされているのは放射線治療に関する診療報酬の適正化である。内科系や外科系の開業医が中心になって厚生労働省と診療報酬を話し合っているが、放射線治療の診療報酬などは付録のような項目なのだろう。また放射線治療の業務内容をよく理解されていないことも原因の一つであろう。

現在、放射線治療をまともに行うためには、直線加速器、線量測定装置、X線透視による治療計画装置、コンピューター断層撮影を使った治療計画装置、治療計画用コンピューター、患者さんを固定する器具の作成など、照射装置本体以外に多くの周辺機器が必要である。総額にして一〇〜一五億円の初期設備投資を必要とする。もちろん小線源治療装置などを加えれば、もつと金額は膨らむ。三年ほど前に、全国チェーン化しているある医療法人が放射線治療部門を新設するのに、建物の建築費も含めて二〇億円用意したという。

こんな高額な初期投資に対して、一人の患者さんを一回治療すれば、約一百万円の診療報酬である。一台の直線加速器で一日に四〇人前後の治療が可能なので、一日約四〇万円程度の収入となる。また一人の放射線治療を行うためには、照射する部位を決めたりする治療計画が必要となるが、この治療計画管理料が約三万円である。この治療計画管理料は一人の患者さんについて一回きりであり、また照射部位数も関係ない仕組みである。

しかし、現実には治療を目指した治療では最低二〜三回の治療計画を行い、X線写真やコンピューター断層撮影が必要となる。そしてその画像をもとに治療計画用コンピューターでどのように照射するかを作図し線量分布を作成する。この線量分布図を作成するだけでも約一時間がかかる。コンピューター断層撮影の料金やフィルム代や線量分布作成など、これらのすべての医療行為と材料費も包括されて約三万円の治療計画管理料では、良い治療をやればやるほど赤字となる。

大久保さん（仮名）はI期の喉頭がんで外来通院で二六回の放射線治療を行った。まったく問題なく治癒したが、放射線治療料だけを計算すれば、一万円×二六回＝二六万円と治療計画管理料を加えても約三〇万円で治癒したことになる。初診料や再診料などの一般的な診療費はどの疾患でも共通なので、合計しても四〇万円以下でがんの治療を終えることができたのである。自己負担が三割であれば、一二万円の支出となる。しかし、もし進行して喉頭摘出術が必要となれば、三カ月前後の入院と約三〇〇万円の医療費が必要となる。高い治療費だけではなく、喉を取られて声を失い、QOLを損ねた生活を強いられる。がん治療では早期発見・早期治療がいかにか得するかがわかる。

乳がんの中村さん（仮名）の場合は、全身の多数の部位の骨に転移し、八カ月前から月一本のペー

スで約六万円のホテルを注射していたが、痛みは悪化する一方で、放射線治療に廻ってきた。疼痛のために麻薬系の鎮痛剤を飲んでおり、鎮痛剤だけでも一日一万円前後を要していた。照射する腰椎、左大腿骨、肩甲骨、肋骨の四カ所に印を付け、確認写真を撮影して、約一時間近くかけて四部位を照射した。これでも照射料金は一万円である。約二週間の入院で各部位を八回ほど照射し、疼痛は軽減し転院していった。

治療計画管理料は一回の治療で何部位行っても一人の患者さんにつき一回しか請求できないので、中村さんの放射線治療に要した金額は約一万円程度となる。これで痛みが軽減し鎮痛剤も少なくなれば、医療費の負担も随分と少なくて済むこととなる。余命の少ない中村さんのことを考えれば、入院期間を短縮して採算は度外視して一度に複数部位を照射したが、病院としてはまったく持ち出しとなっている。

また、肺がんの典型的な照射では、まず原発巣と肺門リンパ節と縦隔リンパ節を含めて大きな範囲へ照射し、四週間後に原発巣に照射範囲を縮小して再度治療計画を行い追加する。このときはコンピュータ断層撮影を行い、脊髄を避けて斜めから照射する治療を行うが、こうした一連の放射線治療の計画がすべて包括して三万円なので、普通の典型的な治療例でも収益は出ない。精度の高い良質な放射線治療を行えば行うほど、損となる医療なのである。

これでは日本で放射線治療が普及しないのは当たり前である。他に放射線治療が先進諸外国と比較して立ち遅れている大きな理由の一つに、医学物理士という職種がないことである。日本の放射線治療は医師と診療放射線技師のみで行っているが、海外では病院内に放射線物理を専門とする職

種と、線量測定士という別の職種が定員化している。

医学物理士は主に治療機器の物理学的な精度を管理し正確な線量が照射できるように機器の精度管理を行っている。また線量測定士は、個々の患者さん毎にコンピューターを駆使して合理的で無駄の少ない照射方法を検討し、線量分布を作成し医師に協力している。そして実際の照射は、日本の診療放射線技師に該当する職種の人が携わっている。こうした専門化した体制なので高精度の治療が可能となり、また医者は患者さんの診療に集中できる。

しかし、日本ではこれら全ての仕事を医師と診療放射線技師が分担して行っている。現場の個人のがんばりと犠牲に甘え、時代の進歩に対応した職種を認めない医療行政は不作為の罪である。専門職の雇用なくして、良質な医療の維持はできない。臨床工学士という職種ができ人工心肺装置などを操作しているが、最近の東京女子医大では、新米の医師が人工心肺装置の操作を誤り、一人の命を奪った。臨床工学士を雇うよりも研修医を使つたほうが安上がりだし、臨床工学士の専門性を軽視しているからである。良質な医療を維持することは国家的な責任であるという意識があるかどうかの問題である。

米国では研修医一人当たり国から約一〇万ドルの支給があり、四割は研修医に支払われ、残りは指導医や病院の研修体制の維持に廻されている。日本の行政側の見識では、韓国や東南アジア諸国以下の放射線治療の体制が好転する兆しはない。医療機器の保有は米国に次ぎ世界第一位であるが、内実が伴わない医療は、あたかも高速道路や箱物を造る土建屋国家の姿のミニチュアである。医療ミスの原因の一つは、こうした専門職種の雇用が確保されていないことであり、社会全体として対

応ずべきである。

(二〇〇二年五月)

第3章

日本の医療のおかしさがよく見える

治療法を選ぶのは誰なのか？

乳がんによる死者数は一九九四年に七一三一人であったが、乳がんは年々増加している。一九九七年の乳がん新患数は約三万人で、そのうち約六〇〜七〇%はⅠ・Ⅱ期の早期の患者さんと考えられ、約五千人が乳がん死するものと推定されている。

一九九八年の乳がん学会で、前年度の乳がん患者の全国集計が示された。全国の主な施設から、全乳がん新患数の半数と考えられる約一四〇〇〇人の治療法の集計が報告された。それによると、一九九七年の乳がん手術において乳房温存療法が行われたのは、三〇%とのことであった。

乳がんの手術は、従来から乳腺組織を全部取るために、乳房全体を切除していた。さらに、乳房の下にある大胸筋と小胸筋の、どちらか一方かまたは両方を切除し、わきの下の腋^{えきか}下リンパ節を廓^{かくせ}清（悪いものを取り除く）する手術が一般的に行われている。しかし一九八七年頃より、乳房を全部切除しないで、腫瘍を含めて少し大きく切り取る手術が行われるようになってきた。乳房の四分の一の部分を切除したり、腫瘍とその周囲二cmほどの乳腺組織を、ひとかたまり一塊として切り取る乳房

温存療法である。

しかし残念なことに、このような術式の縮小は、今まで必要以上に大きく切除してきたことに対する、外科医側の反省から出発した訳ではない。国際的な学会や論文などで、欧米では二〇年以上も前から乳房温存療法が行われていたが、その長期遠隔成績の結果が発表されてきたためである。また、一般ジャーナリズムを介して、乳房温存療法の情報を患者さんが知るようになり、自ら温存療法を強く希望する患者さんが多くなってきたためである。

欧米の乳房温存療法は、小さく取ったことを補うため、切除後に残存乳房に放射線照射を併用することにより、再発を防ぐという治療法である。しかし、日本の温存療法においては、一部の放射線治療を嫌う外科医や、腕に自信のある驕った外科医は、従来大きく切除していたのを、単に小さく切除するというものであった。このため再発も多く、最近では、やはり原則的に術後照射するようになっていく。

照射しなければ一〇年の経過中に二〇〜三〇%は再発するが、照射することにより一〇%以下となると報告されている。一般の病院では、温存手術で摘出した物をきめ細かな病理検査を行い、がん細胞の遺残を調べるわけではないので、今しばらくは切除断端にがん細胞がなくても、念のため術後に放射線を照射しておいたほうがよさそうである。

こうした温存療法が普及しつつあるが、まったくその治療法が説明されないままに、従来どおり大きく切除する手術が行われている場合もある。また、術後照射をしなかったために再発したりして、医者と患者さんの気持ちの上で、揺らぎが生じている。しかしようやく温存療法も普及し、最

近では術後照射の目的で紹介される患者さんも多くなってきた。一つの治療法が定着するのに一〇年を要したわけである。

現在の一般的な見解としては、3cm以下の腫瘍で、乳房内に比較的大きな石灰化がなければ、治療成績を下げることなく温存療法が可能である。ただし、術後の乳房の変形は、腫瘍が乳房内のどの部位にあるかということや、患者さんのもともとの乳房の大きさや術式などが関係しているため、一概に温存療法を行ったとしても、美容的に満足していく仕上がりになるかどうかは別問題である。術前によく外科医と相談することをお勧めしたい。乳がんや子宮がんのような性的臓器に関係した疾患では、ときに超進行がんとなつて、種々の症状が出てから、やむなく来院する患者さんがいる。このような患者さんは、教養のある比較的高学歴の若い人か、田舎に住んでいる高齢者のどちらかである場合が多い。前者の場合は、恥ずかしいという気持ちを受診を遅らせているようである。

先日来院した佐々木さん（仮名）は、手術を拒否して放射線治療を希望し、紹介されて来た。しかし既に、放射線治療では治療することは困難で、無理して放射線治療を行つても、照射後の変形が強く残ることから、やはりすっきりと乳房切断術をするように勧めた。外科医から勧められた治療法と、放射線治療医が勧めた治療法が一緒だったことから、手術の決心がついて帰っていった。

最近ではしばしばセカンドオピニオン（患者が主治医以外の別の医者に意見を求めること）として、患者さんから相談を受けることが多くなっているが、共通して感じることは、医者が患者さんに対して、納得のいく充分な説明をしていないということである。米国のほとんどの州では、乳房温存療法の説明を法的に義務づけているが、日本では医者判断に委ねられている。

今回の学会では、温存療法施行率は全国平均で三〇%であるが、現実には施設によって二〇〜九〇%の開きがある。温存療法を乳がん患者さんの九〇%以上に行っている医者は、患者さんの意志を尊重し、希望すれば全て温存療法を行っているといることであつた。しかし治療法の決定は、最終的には患者さんが決めるとしても、患者さんの希望だけに依拠した治療では、医者として後悔することも少なくない。

治療成績を下げることなく、温存療法で治療するためには、やはりがんを小さいうちに見つけることが望ましい。進行した大きな腫瘍で来院して、温存療法を希望されても、医学的に治せる確率を考えれば、患者さんの要望に応えることができないこともある。幸い、乳房は注意深く自分で触診することにより、発見できる腫瘍である。早期発見により今後は、大多数の患者さんが乳房温存療法で済む時代となるであらう。

そのためには、患者さんも賢くなる必要がある。そして、どのような治療が最もふさわしいのか、担当医と十分に話し合つて、納得のいく治療を受けてもらいたい。医者の治療法に関する裁量と患者さんの治療法の選択を擦り合わせて、折り合いをつける医療こそ、今後の医療の在り方のように思う。医者は経験に固執することなく、科学的にも医学的にも、データに基づく治療法を行い、患者さんも、がんと向き合つて、冷静に賢く治療を受ける姿勢が望まれる。

(一九九八年六月)

▼その後の変化

最近では乳がんの罹患者数が増加しており、五万人を超えた。乳がんが多い先進諸国の傾向となっている。しかし、早期発見が進み、六〇〜七〇%の患者さんが乳房温存療法となっている。

二三歳の分かれ道―ある子宮頸がんの例

先月、二五歳の若い諏訪さん（仮名）が心残りな一生を終えた。その女性は二三歳の秋に、ある大きな病院の婦人科で子宮頸がんしきゅうけいがんの診断を受け、手術を勧められた。そのときはI期の状態であり、本来ならば手術療法であろうが、放射線療法であろうが、九〇%以上の確率で治癒が期待できるものであった。

しかし、婚約者との楽しい結婚生活への夢を捨てきれず、手術を拒否し、その後は民間療法を行っていた。一年半後にはIV期の状態となり、子宮全体がほとんど腫瘍に置き換わり、腫大して子宮周囲の左右の尿管を圧迫するようになった。そのため、両側の腎臓は水腎症すいしんしょうとなり、急性腎不全じんふぜんとなっ

たため、両側の腎ろう（側腹部の皮膚から直接腎臓に管を挿入設置して、尿を体外に排泄する手技）を設置し、腎機能を確保してから数件の病院を経て、やっと放射線治療に紹介されて来た。二四歳になったばかりのあどけない顔を見て、逆立ちしても助からない程に進行するまで、きちんとした説明をせずに行われてきた医療のあり方に怒りを覚えた。

延命治療としての放射線治療を行い、腫瘍による尿管の圧迫を軽減し、一時は腎ろうも必要なくなったが、最終的には再増大して、一年半後に短い生涯を閉じた。

諏訪さんにとって、最初の婦人科医との出会いが人生の分かれ道であった。諏訪さんが手術を拒否したとしても、代わりの治療として放射線治療があることをきちんと説明し、放射線治療に紹介する姿勢があったならば、おそらく今頃は、楽しい新婚生活を送っていただろう。

不幸な人間の出会いはいくらでもある。不幸な結婚ならば離婚という方法もある。しかし、命に関わる病気においては、医者との出会いにより、取り返しのつかない結果につながる。医者選びも寿命のうちとは、まさにこのことである。

子宮がんの九割は、子宮の入口にできる子宮頸がんであるが、子宮頸がんのⅠ期とは子宮頸部に局限した小さながんで、Ⅱ期は子宮頸部をはみ出した状態である。Ⅲ期は骨盤壁まで進展したものや、膣方向に進展した状態であり、Ⅳ期は膀胱や直腸までがんが進展したり、遠隔臓器転移をきたしたものである。

日本の子宮頸がんの治療は、手術が優先されており、Ⅰ期、Ⅱ期の患者さんは八〇〜九〇%は手術が行われる。Ⅲ期、Ⅳ期の患者さんは放射線治療が行われることが多いが、これはⅢ期、Ⅳ期の

状態になれば、標準的な手術では取り切れないため、放射線治療が行われることになっている。ただの話である。

しかし、このように手術ができない程に進行したⅢ期でも、放射線治療により五〇％は治癒できるし、Ⅳ期でも二〇％は治癒するのである。手術では〇％であるが、放射線では五〇％治るのである。したがって、早期のがんはそれ以上に治癒が期待でき、Ⅰ期では九〇％以上、Ⅱ期では七〇％の治癒率である。これは手術成績とまったく変わらないものである。

だが現実には、婦人科で診断された患者さんの多くは手術療法だけの説明を受け、治療が行われている。どうしてこのような事態となっているのか。それは日本の婦人科医の教育では、放射線治療に関してはまったく教育されていないことによる。したがってⅠ期、Ⅱ期の患者さんが、放射線治療に紹介される場合は、手術できない程の高齢者や他の病気のために手術できない患者さんというのが現状である。

子宮頸がんの放射線治療は、まず転移しやすい骨盤内のリンパ節に、外から放射線を照射して、その後子宮腔と膣腔に放射線を出す小線源を入れて腔内照射を追加する。かつてはこの腔内照射にラジウム線源が用いられ、手術成績を^{りようが}凌駕する治療成績を得ることができたのである。最近ではラジウム以外の、より使いでの良い線源が使用され、負担の少ない治療法となっている。

今年（一九九八年）はキュリー夫妻（ピエール・キュリーとマリイ・キュリー）によつて、ラジウムが発見されてからちょうど百年となり、その記念式典が各国で開催されている。このラジウムはすぐに、子宮頸がんの腔内照射の治療に用いられ、一九一三年のドイツ婦人科学会でその有効性が報告された。

現在の密封小線源治療の先づきの治療であった。

キュリー夫人はワルシャワに生まれ、ノーベル賞を二回受賞（一九〇三年にノーベル物理学賞、一九二一年にノーベル化学賞）した偉大な女性として、一般によく知られている。しかし、彼女の偉大さはそれに止まらず、第一次世界大戦中は科学の研究から離れ、家用小型トラックに、発電機とレントゲン装置を積んだレントゲン車を、自ら運転して戦場を走り回り、傷ついた多くの兵士の診断にあたった。レントゲン装置によって、体内に残った銃弾や砲弾の破片の位置を正確に知ることができたので、多くの命が救われ、後遺症を軽減させることができた。このヒューマンイズムこそが、医学者や科学者の原点であろう。

一九三四年にキュリー夫人は白血病に冒され、六七歳で永遠の眠りについた。そして一九九五年のフランスの記念式典時、夫人の遺体の棺の放射能測定により、白血病の原因は、一〇数年のラジウム研究によるものではなく、大戦中に戦場を駆けめぐった、犠牲的献身行為によるX線被ばくによるものであったと、判明したのである。

キュリー夫妻が発見したラジウムにより、西欧では二〇世紀初頭から、子宮頸がんの放射線治療は普及した。このため放射線治療は、古くから子宮頸がんに対して有効な治療法であるという社会的認知がなされ、伝統を重んじるイギリス、フランス、ドイツなどのヨーロッパ諸国では、子宮頸がんの治療は、現在でも手術以上に放射線治療が優先されている。

現にI期、II期の子宮頸がんでは二〇〜三〇%しか手術は行われていない。七割以上は放射線治療なのだ。治療法の選択において、手術と放射線治療の比率は日本と逆転している。手術中心の子

宮頸がんの治療は、日本の常識であり、世界の非常識なのである。

医療従事者は情報開示を行い、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するのではなく、可能性のある各治療法を説明する義務がある。諏訪さんの病気は、百年前の治療でも治療が可能であったものであり、キュリー夫人の業績の恩恵も受けることなく、死因は単なる人間同士のコミュニケーション不足であったのである。

(一九九八年一〇月)

▼その後の変化

未だに日本の子宮頸がんの治療は手術が優先されており、世界的な標準治療と乖離している。このため日本では赤字となる小線源治療を行える施設は減少しており医療の質を担保できない深刻な事態となっている。小線源治療の診療報酬の見直しが必要である。なお、二〇〇九年一〇月、子宮頸がん予防ワクチンの製造販売が認可され、任意接種が可能となった。

患者のミスと医者のミス

最近の新聞には、連日のように医療ミスの記事が掲載されている。医療関係者の一人として、変に納得のいくミスと、バカたれと言いたくなるような単純ミスが混在している。しかし、このミスの裏には、現在の日本の医療現場の問題点や、矛盾が隠されていることも事実である。

例えば、某大病院での手術患者取り違い事故は、「バカたれ事故」としか言いようのないミスであるが、その裏には大病院の無責任医療の体質が反映されている。患者さんを人間として扱うのではなく、研究やデータ収集のための「もの」として扱っている傲慢な意識がなかったとは言えない。日頃はまったく診察しないで、教授や助教授が患者さんの顔も知らないまま、手術室でのみ患部を切り取るだけの医療がまかり通っているのである。

患者さんは大病院を、最も信頼できる医療がなされていると思っ込んでいるが、病院や医者の肩書きで病気が治る訳ではない。大病院では、小説『白い巨塔』（山崎豊子著）に出てくるような、教授回診がいまだに行われている。しかし、日本の大病院の習わしでは試験管を振って論文を量

産し、日常の診療にはほとんど縁のなかつた人でも教授になったりする。放射線科で言えば、日本の放射線科の教授の八割以上は、画像診断学の専門家であり、がん患者さんの診察に通常は無縁である。これでは週一回の教授回診など、教授に診てもらつたという患者さんの満足感と、回診する側の自己満足のためのセレモニーという意味しか持ち得ない。

近藤さん（仮名）は、食道がんで放射線治療に紹介されてきたが、親戚の某大学の医者と相談して当科を受診した。本来ならば、その医者が所属する医局は、食道がんの外科治療を行つていて、そこで手術するのが筋であつたが、何故か放射線治療に回つてきた。本音では、日頃やつている手術が、いざとなれば推奨できる治療ではなかつたらしい。また梨田さん（仮名）は、大学病院で悪性リンパ腫の治療を受けたが再発し、当科を受診した。再発治療は、大学病院では面倒を見かねるといふ訳である。梨田さんは次々に再発した病巣に抗がん剤も併用して放射線治療を行い、既に五年以上経過している。

こうした事例は幾つもあるが、近藤さんや梨田さんを診るたびに、治療する者は最後まで責任を持つべきであり、大学の医療のあり方に疑問を持つのである。研究、教育、診療と多くの責任を持つ大学病院は、がん診療において決してベストとは言えない場合も多い。がんが治癒する可能性は、一回目の治療で決まると言つても過言ではない。ある限られたがん以外は、一般にがんが再発したり転移すれば、治癒を望むことはほとんど期待できない。がんセンターのような専門病院の必要性が認められる理由である。ちなみに全国各地の地方がんセンターの治療成績の集計は、大学病院の治療成績の集計よりも良いと報告されている。最初の治療が重要な意味を持つがん患者の場合は、

病院の選択をミスした場合は致命的となることも多いのである。

唯一言い切れることは、大学病院は一般の病院よりも医療機器の整備は数段進んでいることと、医者や看護師などのスタッフが多く恵まれていることである。しかし、そこで働く医者の専門ががん治療でなければ、決して良いがん治療が行われるという保証はない。病院や医者の質がわからない患者は騙せても同業者は騙せない。

また、全身状態の悪い患者さんなどは引き取って治療する姿勢に欠けている。例えば、脳梗塞^{のうこうそく}で半身不随の患者さんががんになっても、決して入院させて治療するなどとは考えない。こんな手のかかる患者は市中病院の何処かで治療すればよいと考えているので、病人らしくない患者しか大病院では治療できないのである。大学病院で断られたと言って当科で治療を受ける患者さんを診るたびに、最もスタッフに余裕のある大学病院でもう少しこのような患者さんも面倒を見る姿勢が欲しいものだと思うのである。

看護師が点滴を間違えるような、うっかりミスも報道されているが、この種のミスはゼロにはならない。コンピュータも誤作動することもある。ましてや人間のやることなので、ある確率で起こり得るミスなのである。ただし、この場合、注射器の色や接続する管の口径を変えたりして、ミスの確率を少なくすることはできる。

しかし最も問題なのは、素人には「見えないミス」である。医学的根拠に基づく治療（EBM）が叫ばれているが、実際は医者個人の経験的な治療が幅をきかせている。また場合によっては、大学の教室の研究テーマに沿った、まだ確立されていない治療が行われることもある。専門医から見

れば、未熟な医者 of デタラメながん治療はミスと言えるが、この隠された「見えないミス」は、医療の特殊性と医者同士の相互批判精神の欠如により表には出てこない。ほとんどの医者は、大学の医局に所属しているため、かばい合うことはあっても、多少デタラメな医療でも、医者同士は批判しないからである。

本来、最も問題とすべき点が知らされていないのである。この問題の解決策は、教授を頂点としたピラミッド構造の医局講座制が続く限り望めない。

ある横浜の放射線科の先輩は、山陰の地方都市から、有名な東京の音楽大学のバイオリン科に入学したが、直ぐに中退して医学部に入り医者となった。飲んだ席で、なぜ医者になったのかを聞いたことがある。彼の答えはこうであった。

「同じバイオリンをやっていたら、同級生の中に才能や技量でとてもかなわないと思う人がいる。この世界ではトップだけが一流となり、演奏活動で飯が食える。それ以下は、バイオリン教室などで小学生に教えることしか食う道がない。しかし医者はキリでも立派に飯が食える」

なるほど、最もな話である。どんな職種でも同様であろうが、医者もピンからキリまである。そして最近、普通の企業なら勤まらないような、人と会話することが苦手な、オタクっぽい医者も増えている。

大学の医局は、各病院に医者を派遣する決定権を持っているので、大きな権力を持つこととなる。したがって、大学の大きな医局などは、大きな公的病院の院長ポストにまで干渉する。最近の札幌の統廃合の対象となった国立病院の院長ポストは、××外科が医局ぐるみで動いた。××外科や×

○内科などの病院管理者のポスト争いは、まるで大臣ポストを巡る政治家の派閥争いや、ヤクザの縄張り争いのようなものである。こうした医局講座制の弊害は医学的な治療にも弊害をもたらしている。例えば、××外科と○○外科の術式が異なり、それに固執する姿勢では標準的治療法の普及もままならないのである。

知的集団と思われがちな医学部の裏の顔は、醜い権力やポスト争いと、権謀術数の世界と言ってもいいようである。そこでは医者としての腕前はキリでも、所属した医局のお陰で、立場はピンとるのである。とても人には言えない話であるし、また医局に縛られた医者には内部事情の口外はタブーである。医師免許があれば、自分の信念で生きられる職種であるが、医局講座制の中で、事なかれ主義で安穩としている自浄能力が欠如した医者という人間は、最も意気地のない人種に育てられるようである。この原稿も意気地のない職種の一人としては、この程度で終わることとする。

(一九九九年四月)

▼その後の変化

大学の医局から地方の病院に医師が派遣される形は医師不足の問題が顕著化し崩壊してきた。

問われる患者と医者のQOL

最近の医療は単に病気を治すだけでなく、治療中および治療後のクオリティ・オブ・ライフ（QOL＝生活の質、生命の質）が重視されている。かつては、結核を中心とした感染症などの急性疾患が死因の多くを占めていた。しかし近年、がんや糖尿病や高血圧などの慢性疾患が増加し、病気をもちながら長生きする時代になった。このためQOLを重視せざるを得なくなったのである。

また、がんの治療について言えば、いろいろな治療法を組合せた集学的治療によっても、治療成績は頭打ちになっている。もうこれ以上、生存率が上がらないとなれば、次は良質な治し方が問題とされ、QOLが問われるようになったとも言える。

QOLの一番のポイントは「形態と機能を温存してがんを治す」ことである。放射線治療は、この目的を達成するのに最も適した治療法であることは言うまでもない。しかし手術療法も、最近では機能と形態の損失を、できるだけ最小限にとどめる工夫が行われている。乳房温存手術はその典型的な例である。化学療法でも治療中のQOLを損わないために、抗がん剤の副作用対策は随分と進

歩している。

しかし、もつと根本的なのは「何が最適な治療法なのか」という問題がある。現状では再発や転移が生じてどうしようもなくなつてから、症状緩和を目的に放射線治療に紹介される例が多い。このことは裏を返せば、放射線治療は患者さんにとつて最も負担の少ない治療法であることが認知されているということでもある。しかし、ある種のがんが、放射線です分に治ると認識している医者は決して多くはない。このため治療後のQOLを考えれば、放射線治療を優先すべきがんでも、手術を第一選択とされる患者さんも多い。また、さんざん抗がん剤を使った後に、病状を悪くさせてから、放射線治療に紹介される例は日常茶飯事である。

QOLを論じる以前に「その治療法の正当性と最適性」に関して考えるべきなのである。放射線治療で治るがんを手術して、手術後のQOLを論じても意味がない。またいくら副作用対策を講じて、効果の少ない抗がん剤に固執する治療は最適とは言えない。最適ながん治療をしないで、QOLを論じて、それは免罪符にはならないのである。

こうした治療法の正当性と最適性に関しては、患者さんにはなかなか判断が難しい。しかし、治療に対して何となく漠然とした不安や、不信感を抱いている人は多い。ある健康財団の会員によるアンケートでは、九二%が「患者の、QOLを十分に尊重した医療は行われていない」と回答しており、医療者側と患者側の認識の差が見られる。

また、QOLの問題は医療だけのものではない。市民社会全体の対応も必要である。例えば、頭頸部がんの治療後で、食事摂取が不自由な人が街に行つて食事をするレストランもなく、歩行の不

自由な人が出歩ける街の環境も少ない。障害者が、自宅だけの生活を余儀なくされ、旅行もできない社会とは、決して優しい社会とは言えない。

かつてこうしたQOLの問題について本を書いたことがある。患者さんの側から見ればQOLが問題だが、医療者側からみれば、治療の質が問題だという趣旨のものである。そのとき、本を謹呈したある医者から「医者のQOL」も問題にしたら、というコメントをいただいた。確かに言われて見れば、医者や看護師の労働条件も相当劣悪なQOLである。過酷な労働条件と、余裕のない職場環境は、医療ミスと無縁ではない。

夜勤回数が多い看護師さんは、体調を整えるのも大変である。夜勤では自分の責任で、重要な判断をしなければならぬことも多い。そして、普通のOLとさほど変わらない給料である。勤務医の仕事も肉体労働そのものである。数時間立ちっぱなしの手術はもちろんのこと、外来・病棟と一日中休む暇がない。当直の次の日も休みはなく、患者さんが急変すれば夜中でも、土日もなく呼び出される。危篤であれば、病院に泊まり込むことも稀ではない。

子宮頸がんを治療した早川さん(仮名)は、数カ月に一度の検診のたびに医者を気遣い、ヤクルトを買ってきてくれる。「先生、今日はヤクルトおばさんが来ていますよ」と受付の看護師さんに言われると、せかされて慌ただしい業務の中で、ふと早川さんの気持ち伝わり心が和む。

勤務医は、勤務が終わってから、学会発表の準備や、論文などの執筆もある。大前研一氏が医者「知的ブルーカラー」と称しているが、まさにその通りである。勤務医はサラリーマンであり、開業医と違って、経費も認められないため、銀行員程度の給料の中から自腹を切って、ウン万円単

位の医学書を買ひ、関係している多くの学会の年会費や参加費を払う。医者は金持ちと思われがちだが、官公立の大きな病院の勤務医には縁のない世界である。仕事を趣味とでも考えなければ、とてもやっていられるものではない。

新聞紙上では、公的病院の勤務医がアルバイトを告発され犯罪者のごとく扱われているが、原因の一つは開業医と比較した場合の収入の格差にある。同じ免許で働く職種で欧米ではこれほどの格差はない。多くの病院はアルバイトには眼をつぶって、その代わり超過勤務手当は出さないという姿勢であり、構造的な問題と考えて解決する必要がある。

また、公務員の兼職は禁止されているが、公務員である国公立の大学病院の医者たちのアルバイトは不問に付されたままである。こんなおかしな話もない。これでは腕の良い医者が国公立の病院に集まるのは難しい。

過酷な労働条件を不問にし、日本では医者が過剰になるとして、医学部入学者の定員数を削減している。しかし日本の医者数は、人口比で比較すると、米国の医者数の三分の一以下である。また、对患者数を考えれば、米国の五分の一の医師数である。裏をかえせば、日本の一の医者は米国の医者数の五倍の患者を診ていることになる。

コンピューターテクノロジーの進歩により、医療の現場には取り扱いが面倒な複雑な機器も多くなっている。せっかく買った高額な医療機器を、宝の持ち腐れにしないためには、それを使いこなす専門的なオペレーターが必要である。放射線治療の領域では、放射線の機器や、線量の精度を管理する職種が必要である。欧米の先進諸国では、医学物理士、線量計算士、放射線治療技師といっ

た専門職種が定員化され、放射線治療の質的保証と維持に努めている。しかし日本では、診療放射線技師が一人三役をこなしている。体制の不備や現場の矛盾を、個人の犠牲と頑張りで補っているだけの話である。

医者以外のコ・メディカル・スタッフの増員や、時代の流れに応じた医療を行うために、必要な新しい職種の雇用が必要である。政治家や高級官僚たちは、病気になれば人脈と金脈を使って、恵まれた環境の病院で医療を受けているので、いつまでたっても問題が見えてこない。日本の政治と行政は、何か重大な問題が起これなければ対応しないのが慣わしなのである。

(一九九九年六月)

▼その後の変化

卒後の新臨床研修制度を契機に最近では医療崩壊が叫ばれている。医師不足が最大の原因であるが、勤務医の収入を上げるだけでは解決しない。もっと根本的な対応が必要である。

新薬治療を阻むもの

がん治療の進歩により、長期生存者が増えている。完全な治癒が困難と考えられるような進行がんの患者さんでも、治療後の再発や転移を早く見つけ、さらに延命を図るため定期的な診察を行っている。

田中さん（仮名）もそんな進行肺がんの患者さんであった。七年前に肺がんで化学療法と放射線療法を併用して治療した。しかし、はじめに定期検診を受けていたのは、約三年間で、その後は病院と縁が切れていた。そして七年目に、多発性の骨転移により、他院から放射線治療のために紹介されてきた。七年前に私の所で肺がんの放射線治療を受けていたこともあり、また戻ってきた訳である。このときは全身の骨に広範に転移が認められ、全身状態もかなり弱っていた。

取り急ぎ、最も疼痛の強い腰椎と骨盤の骨転移巣に対して放射線治療を行った。しかし、頸椎や胸椎や肩甲骨や肋骨などにも転移しているので、照射した部位の腰部の痛みは少し和らいでも、他の部位の痛みがあるため、本人にとってはあまり満足できる状態ではなかった。さりとて、いっぺ

んに全身の骨に照射できる訳でもないので、麻薬を併用して疼痛管理に努めている。

がんの原発巣を治すことすらできなかった時代には、骨や脳に転移が起こる前に死んでいたが、治療が上手になり原発巣が治るようになると、田中さんのような、転移巣のみが問題となる患者さんが増えてくる。特に増加しているのは骨転移と脳転移である。これらの転移巣の治療は、多くの場合は放射線治療が第一選択となるため、放射線治療の患者さんは増加の一途をたどっている。おまけに骨転移の場合は、一カ所だけとは限らず、長く生きれば生きるほど、あちこちの骨に転移が出現する。死ぬまでに一〇カ所以上の骨転移に照射するという患者さんも稀ではない。

田中さんのような多発性の骨転移の治療に最も適した治療法は、塩化ストロンチウム（Sr-89）の内用療法である。放射性同位元素（Ri: Radioisotope）は、安定した状態に変化する過程で、アルファ線やベータ線やガンマ線という放射線を放出する。

骨転移の治療に使われるストロンチウムという放射性同位元素は、約五〇日で放射能が半減し（物理的半減期五〇・五日）、ガンマ線は放出せず、低いエネルギーのベータ線のみを放出するので、三mm程度しか放射線が届かない。そのため、患者の家族や医療従事者への被ばくがない利点がある。そして都合の良いことに、体内ではカルシウムと類似の動態を示し、カルシウム代謝の盛んな骨組織に選択的に取り込まれる。転移して代謝が盛んになっている骨に取り込まれたストロンチウムから放出されるベータ線が、転移細胞の増殖を抑制し、骨転移による疼痛を抑えるのである。

塩化ストロンチウムを一回注射すると、一〜三週間程度で効果が現れ、三〜四カ月程度効果は持続する。骨転移に苦しむ患者さんにとっては、一回の注射で三カ月前後、疼痛が緩和されるのだから

ら、これほど望ましいことはない。しかも、外から放射線を当てるよりも負担は少なく、鎮痛剤による副作用に苦しむこともない。

ストロンチウムの骨転移に対する除痛効果に関して、一九七〇年代にさまざまがんを対象にした論文が出され、欧米諸国では二〇年前から放射性医薬品として認可され、すでに中国などをも含め二〇カ国以上で使われている。

しかし、日本ではまだ認可されていない。それでもやっつと、最近になって臨床治療ちけんが開始され、除痛効果は約七〇%の患者さんに有効であったという結果が出ている。そしてストロンチウム治療のガイドライン出され、重篤な腎不全がなく、白血球数三千以上で、血小板数も七万五千以上、などの項目を確認することが推奨されている。また一九九八年六月には、厚生労働省医薬安全局から、放射線医薬品の投与に関して通知が出され法的整備もなされている。

それにもかかわらず、中央薬事審議会が新薬として承認されていないため使用することはできない。残念ながら我が国では骨転移の除痛のためのストロンチウムなどの放射性医薬品は、いまだ一つも医薬品として承認されていないのが現実なのである。

通常、新薬の認可はその有効性と安全性に関するデータを中央薬事審議会に提出し、新薬としての承認審査を受ける。そこで承認されれば、さらに特別部会や常任部会に報告され、承認の可否が判断され、最後に厚生大臣の許可を経て、使用できるようになる。新薬として許可されればその後は、製薬会社と厚生労働省の間で薬価の調整がなされる。ざっと、こんな仕組みで新薬が世に出ていくのである。

ストロンチウムに関しても、一九九九年秋の中央薬事審議会で検討されたが、承認に至らず、結論は今後を持ち越された。その審議会では、「麻薬系の鎮痛剤とストロンチウムはどう違うのか」などという無知な質問が出たという。最近では、バイアグラだけが異例のスピードで認可されたが、従来の厚生労働省による新薬の承認は数年がかりであった。

また、一九九〇年から一九九四年の五年間に日本、米国、ドイツ、英国で承認された新薬のうち、一カ国でしか承認されなかった薬（ローカルドラッグ）の割合は日本六八%、米国一六%、ドイツ九%、英国六%であった。日本でしか承認されなかった薬が断然多い点は、薬事審査会の審査内容の質に疑問が残るところである。これでは薬害が出てもし思議ではない。

政府機関の審査会とか、答申を受け持つ幾多の委員会などは、御用学者もいれば、過去にその道の業績を上げたことがあっても、今は不勉強な人が珍しくはない。しかもこうした審査会は随分と間隔をおいて開かれるようなので、時代に対応した迅速な審査や決定が行われているとは言い難い状況であり、米国などの諸外国に比べ、時間がかかりすぎるとの批判がある。中央薬事審議会が、中央厄事審議会となっているのである。そのため、審議会の質とスピードを上げることが求められていたが、やっと今年からは、審査期間を一年以内に短縮しようと、審査を担当する中央薬事審査会の組織改革が行われた。

中央省庁の再編や統廃合が二〇〇一年には準備されているが、最も肝腎なのはインターネット時代に対応した情報公開と行政のスピードである。二二世紀に向けた中央省庁の機構改革は同時に、行政のスピードアップと、情報公開が確保されなければ、意味がない。ストロンチウム内用療法が

認可されれば、外来投与が可能であり、多発性の骨転移による痛みで苦しむ患者さんにとって大きな福音となる。できるだけ早期に塩化ストロンチウムが放射性医薬品として認可され、保険診療として行えることが望まれる。

(二〇〇〇年一月)

▼その後の変化

ストロンチウム-89は二〇〇七年一〇月に承認され使用できるようになった。この放射性医薬品の一回の注射で七〇〜八〇%の患者さんにおいて約三カ月程度の多発性骨転移の痛みが軽減される。

仁術と算術のはざま

診療報酬の改定に向けて、診療側と支払い側の駆け引きが続いている。患者さんの側から見れば、何をもめているのかと思いたくもなる。また私のように一生懸命働いても、適当にサボっても、給料にあまり影響のない勤務医にとっては、どちらもいい加減にしなさいと言いたくなる。

しかし、こうしたもめにもめている事態の中に、日本の医療の多くの問題点が内在していることも事実である。医療そのものが持つ意味や、社会的な価値などが、少子高齢社会となった現在、大きな転換を余儀なくされているという問題とも関係して、仁術というベールに包まれていた医療の持つ算術的側面が露呈しているのである。

そもそも資本主義社会においては、「病」とは、経済学的には労働力を失った状態であり、人は「医者」という行為により、「病」を解消しようとする。その「医」の実行者は、歴史的には「呪い師」から「医者」として職業化した。そして医療行為の質は、ヒポクラテス以来の「医」の持っていた宗教的な神聖性や神秘性の代わりに、薬剤や医療技術などに置き換わり、価格が医療の質を決める時代となっ

ている。

このため、生産能力を失った老人とか、回復不能な末期がんの患者さんのような人は、どうしても切り捨てられるという非人間的な構造となり、為政者は三〇兆円を超えた国民総医療費を、どのように押さえ込むかが問題となる。

一方、医者とは人命という最も切実な問題に対処する職業として神聖化され、社会的立場を築き、経済的価値をより高いものにしてきた。過去の医師優遇税法などの庇護のもとに、儲かる職業の一つであった。患者側は「労働力の保全・修復」のために、「医療サービス」という商品を買うことになる。診療報酬とは、この必要度係数が大きい「医療サービス」の値段である。そして従来は医療の持つ不可欠性と労働力確保のために、自由競争の原理で動いている資本主義社会の中で、変則的ではあるが統制経済的な要素を持ちつつ、戦後の日本の医療は歩んできた。しかし、近年の高齢化社会に対して、相次ぐ医療費の抑制策が行われ、開業医（病院や診療所の開設者）の収入は減少しており、開業医が儲けすぎていた時代の感覚から言えば、これ以上の収入減は困るという訳である。

しかし、従来の日本医師会の主張は、開業医を代弁した主張が多く、医療の変質を生み出す原因ともなっていた。医師免許を持った約二四万人のうち、日本医師会の会員は約一五万人であるが、そのうち半数強（五三％）が開業医である。開業医はほとんど日本医師会に入会しているので、医者の中の約三分の一を占めるに過ぎない開業医の主張が、あたかも医者全体の意見のごとくに扱われているのである。

日本医師会の活動はもちろん学術的な面もあるが、実際には診療報酬の引き上げが大きな課題で

あり、そのため、収入に直接関係する開業医の先生達を中心となつて、活動しているのが実情である。技術料が低く抑えられ、薬漬け医療で収入が増える仕組みこそ、開業医中心に決められてきた保険診療報酬の弊害なのである。医者が数人がかりで大きな手術を、危険を侵して数時間かけて行うよりも、机の上で処方箋を書きまくっていた方が、儲かる仕組みとはやはり再考すべきである。さらに一〇〇円の薬を八〇円で仕入れて、処方料の他に、二〇円の薬価差益を懐に入れる仕組みもおかしい話である。また効かない脳代謝賦活剤（ふかつざい）や抗がん剤が安易な審査で認められて使われているし、こんなに多く保険適応になつているのもおかしい話である。

薬価差益は解消する方向にあるが、その分、技術料などで収入を確保したいという、医師会側の主張もわからぬでもない。しかし診療報酬の引き上げの内容は、多数を占める内科系の診療報酬の項目が多い。放射線治療などで開業している医者はいないので、いくら要望しても、放射線治療料の保険点数などは、片隅に置かれて取り上げてくれないため、不採算部門の最たるものとなつている。高額な初期設備投資などを考慮すると、一回の放射線治療では二五〇円使つて、八〇円の収入である。医療機器は高額となり、また特定医療器材や材料も、法外に高い日本の現状で、最先端の良質な医療を行おうとすれば、決して儲かる状態ではなくなつているのも事実である。

この二〇年間、他の職種と比較して、医療従事者の人件費はほとんど上がつていない。そして、多くの地方自治体の公的病院が赤字経営にあえいでいる。この一〇年間、医療費を最も押し上げているのは、カテーテルやステント（きょうせうく）（狭窄した血管や管腔臓器の内腔（ないくう）を確保するために挿入される、網目状の金属製の筒）などの特定医療材料費である。

山田さん(仮名)は末期肺がんであり、右気管支が腫瘍の圧迫で閉塞し、空気が入らない状態で送られてきた。放射線治療どころではなく、とりあえず呼吸苦を和らげるために、右気管支にステントを挿入したが、三日後に他界した。苦しむ山田さんを目の前にすると、良かれと思う処置を行うのが医者者の習性かも知れないが、末期がんであることを考えると、高いステントを挿入する適応があったのかどうか、今でも判断に迷うのである。

ちよつとした工夫で、診断や治療のし易さを確保できる医療材料や器材が開発され随分と進歩しているが、これが医療費増大の大きな要因にもなっている。

これらの特定医療材料の検査と、使用販売許可および価格決定は、通産省(現経済産業省)と厚生省(現厚生労働省)が作った検査法人(役人の天下り先)で行っている。そして検査証の発行や三年毎の再検査料が上乘せされて、高い価格が設定されている。天下り役人に支払う分まで含んで、特定医療材料費の価格が決められているのは、医療費も上がるはずである。

日本以外でこんなデタラメな仕組みで、特定医療材料が扱われている先進国はない。ベンツ車の価格は先進国ではほとんど同じであるが、医療の世界だけは、一本のステントがイギリスでは九万円、日本では三六万円なのである。特定医療材料や器材は、儲けが大きいだけに、これでは某大学のように、ペースメーカー納入をめぐる、贈収賄事件が起きても不思議ではない。特定医療器材でなくても、秋葉原の電気街で、五〇円で売っているピンセットでも、医療用と名が付けば数千円となる。

四月からの介護制度に便乗して、ホームヘルパーさんを沢山雇用して、キャバクラの経営者も介

護の分野に参入できる時代であり、また健康産業も花盛りである。健康維持と医療に注ぎ込まれるお金の配分が、変わろうとしている時代であるが、せめて医者診療の質が確保できるような、正当な医療技術の評価が診療報酬として確保されることが望まれる。二〇〇〇年の健康保険法の改正は、医療のあり方を含めた抜本的改革を行うという前ぶれであったが、土壇場にきてコストだけの議論となっている事態に、幻滅を感じている勤務医は私ばかりではあるまい。

二〇〇〇年二月

▼その後の変化

高齢社会を迎え、右肩上がりの市場は医療と介護である。企業が営利目的で医療に参入する動きは今後ますます強まるであろう。

医療ミス・事故には厳正な処分を

二〇〇〇年は相次ぐ医療場面での不祥事が報道されたが、二〇〇一年に入っても、またか！と思うほど、医療ミス・事故の報道が続いている。そしてとどめは仙台市の北陵クリニックでの筋弛緩剤入りの点滴による殺人（未遂）容疑である。これらの報道を耳にするたびに疑問に思うのは、ミスと事故と犯罪を区別することなく報道していることである。「医療ミス」と「医療事故」と「医療犯罪」が混同されている。

「医療ミス」は薬の処方量のミス、患者の取り違い、血液型の間違い、手術中に、体内にガーゼや器具を置き忘れたなどである。医療ミスはどうしてそんなことがあるかというような単純な、うっかりミスであることが多く、多くは確認ミスとチェック体制の不備により生じた事例である。ミスをして事故につながる場合も多いが、致命的となることもあり、報道されているのはこうした致命的となったケースである。実際には至らない小さなミスは日常茶飯事である。

一方、「医療事故」は通常の医療行為の中で、程度の差はあれ起こり得る可能性をばらんでいる。

例えばある薬剤に対して、事前に予知できない特異体質であったために、ショックを起こす場合は事故であろう。しかし、事故はミスが原因で起こることもあり、はつきりした線引きは困難なことも多い。

例えば毎日の診療の中で、中心静脈栄養のための血管確保がある。これは鎖骨の下から、鎖骨下静脈を穿刺して、カテーテル（管）を静脈内に留置する手技である。この方法では、心臓の手前までカテーテルを進めて留置するため、長期間にわたり高濃度で高カロリーの補液が可能となる。患者さんは毎日手足の末梢血管を刺されて、点滴を受けるよりもずっと楽である。末梢血管からの点滴では、5%のブドウ糖液500mlを投与しても、100キロカロリーしか摂取できないため、経口摂取が不能な患者さんではとても、必要なカロリーを摂取することは無理である。最低1500キロカロリーを摂取するために、まさか毎日15本もの点滴を行う訳にはいかない。このため中心静脈経由で、1cc約1キロカロリーの高カロリー液を投与すれば、500mlの点滴瓶に換算して、三〜四本で必要なカロリーを摂取できる。おかげで末期がんの患者さんも、やせ衰えて亡くなっていくことが少なくなった。

この中心静脈を穿刺する際は、「こら辺に鎖骨下静脈が走っているはずだ」という、正常な解剖学的な知識で手探りで針を刺す。しかし、うまく鎖骨下静脈に当たらず、隣接している鎖骨下動脈を刺したり、肺を刺して気胸を生じることがある。患者さんによっては、血管が正常な走行をしていない場合もあるし、細くて入りづらい場合もある。医者も手先が器用な人もいれば、不器用な人もいる。この手技での最も多い合併症は、気胸であるが、気胸に対する処置によりほとんどは事

なきを得る。

この場合はミスと言えばミスであり、事故であると言えば事故とも言えるが、術者を責められるものでもない。医療行為を遂行する過程で、ある確率で起こりえることなのである。この事例のように、ミスと事故は紙一重であり、またある確率で、不可避的な事態も含まれている。こうした現実の中で、医療者側は院内でミスや事故が生じないように、チェック体制を作り上げる努力を行っている。医者や看護師がひやりとした、重大事故につながりかねなかった「ニアミス」体験の報告を義務づけたり、その原因を分析・解明し、事故防止に役立てる改善策や、体制をつくるよう努力している。業務内容の効率的な単純化やミスを起こした場合の対応などを、マニュアル化するなどがその一例である。

例えば、経鼻栄養のための管と、中心静脈栄養のための管を区別し、事故が起こらないように管の口径を異なるものとしたり、色分けしたりする工夫がなされている。また手術では、使用したガーゼの枚数を、用意したガーゼの枚数と付き合わせている。数年前と比較すると、医療側のリスクマネジメントに対する意識は進歩していると言えるであろう。また良質なリスクマネジメントを維持するためには、現状にあった増員も必要である。当直した医者も翌日は朝から働かなければならないし、二四時間ポケットベルで呼び出される待遇で働いている医者も多い。

また日本医療労働組合連合会の調査では、看護師の約八割が慢性疲労の状態にあり、過酷な労働環境が、看護職に従事する女性の健康に深刻な影響を及ぼしている実態が明らかになっている。三交代勤務に従事している看護職に限ってみると、二割以上が睡眠薬を使うと回答している。医療内

容の高度化と、週休二日制が導入されても、人員補充はないので仕事だけが増え、看護職への負担は大きくなるばかりだ。

しかし、最も遅れているのは医療行為の事前の説明と、事故後の対応である。主治医や病院への不信が醸成されている最大の要因の一つは、医療行為の持つリスクや、治療達成の可能性について事前に説明を行い、同意を得る努力が十分でないことである。いわゆる、インフォームド・コンセントの不徹底である。

院内の会議で公開される患者さんからの投書では、献身的な看護師さんへの感謝の言葉に混じって、担当医のコミュニケーションの取り方に問題がある指摘が多く、医者の言動に対する苦情が多い。

また医療ミスや事故後の患者や家族に対する、病院側の対応の拙さは、あまり改善されていない。例えば、抗がん剤を常用量の一〇倍も過剰投与をして死亡した場合などは許されないミスであり、弁解の余地はなく業務上過失致死である。こんな場合もミスを隠したり、誠意ある説明と謝罪がなされないとしたら問題外である。

最近の報道で、財団法人KSD側から多くの自民党議員が、資金提供を受けていた問題が取り上げられているが、日本の政治家の体質や不正なシステムは、相変わらず続いている。まさに「懲りない面々」である。代議士の不正逃れの常套文句は「秘書が、秘書が…」であるが、医療ミスが生じて訴えられた院長は「担当医が…」と言う訳にはいかない。

悪質な診療報酬の不正請求や脱税などが、明らかになれば保険医指定の取り消し処分などが行わ

れているが、それと同様に弁解の余地のないミスや事故を起こした場合は、当事者責任を明確にして、医者免許の停止や取消しばかりでなく、業務上過失致死などの刑法上の罰も課すべきである。トラックの運転手でも、重大事故を起こせば運転免許は停止され職を失う。命を預かる職種だけに、医療関係の国家資格も、厳正な処分が行われるべきである。

（二〇〇一年二月）

研修医哀歌

二〇〇一年にも全国で八三〇〇人程の医者が医師免許を取得した。北海道内三つの医学部の合格率は全国平均を上回る九二〜九四%であり、国立の医学部と公立の医科大学しかない本道は、幸いにも程度の低い医者は少ない地域と言える。しかしたまには、医者には向かないと思う人もいる。選択式の大学入試のテクニクにだけ、受験戦争をくぐり抜けて医学部に入学し、入学後に医者になることを自覚する日本の大学教育の仕組みでは、医学部を卒業はしてみたものの、医者には向かない人がいても不思議ではない。

米国では四年制の普通の大学を卒業後に、医学部に入学して医者となるため、医学を志す目的意識がはっきりしている。そして医学部を卒業後は、出身大学にこだわらず、一般病院も含めて整備された研修システムの病院に応募し、十分にトレーニングを受ける。しかし日本の卒後研修は、ほとんどが出身大学の医局に入局して、臨床研修をしたり、博士号を取得するための研究を行う。しかし大病院は、高度先進医療や特別に稀な疾患などの患者さんは多いが、最もポピュラーな疾患の患者さんを診るチャンスは少なく、特異な閉鎖空間でもあり研修体制もすっかりしているとは言えないのが現実である。

この中で、信頼できる臨床医となっていく人は、何よりもまず患者さんから学ぶ姿勢があり、そして人間の喜怒哀楽を感受性豊かに受け止めることができる人間性を持っている人達である。しかし、研修医が置かれている状況は、経済的にも肉体的にも劣悪で、身分的保証も脆弱である。昭和四〇年代前半に、無給医局員の待遇改善を契機に、インターン闘争が盛り上がり、その結果として診療謝礼金という形でいくらかの賃金が支払われるようになった。しかし二〇〇一年三月に、主な私立大病院を対象に某新聞社が調べた臨床研修医の処遇では、月五万円から一六万円程度の手当てで、約半数の大学が一〇万円に満たないという実態であり、健康保険の加入の有無もまちまちであった。一般病院での研修医はもうすこし高く、約二〇万円前後が支給されている。

しかし、医者の生活は出費も多く、医学書に数万円を費やし、幾つかの関連した学会の年会費や学会参加費も万単位である。勤務医の場合は、学会に行くのも訴訟に対する保険も自費であり、普通のサラリーマンと同様に経費は認められていないので、熱心に勉強すればするほど、お金がかか

る職業である。これでは生活は苦しいため、研修医は仕事を終えた後に、関連病院などで夜間や土日曜日の当直やアルバイトをすることとなる。

ある研修医が担当していた七〇歳半ばの加賀さん（仮名）は、いつも小奇麗な身だしなみのお婆さんであった。悪性リンパ腫という血液のがんで、三年前から抗がん剤の治療を受けていたが、再発を繰り返し、全身の幾つかのリンパ組織は腫瘍化していた。今までの抗がん剤治療では効果がなく、また繰り返し使用した大量の抗がん剤の副作用で骨髄機能は低下し、今後も強い抗がん剤の治療は困難であった。そのため各部位の腫瘍に、根気よく放射線治療を行っていた。

熱心に係わっていた孫のような年齢の独身の研修医をいたく気に入っていて、外泊したときには弁当を作ってきては「食べなさい」と言っていて渡していた。一人では食べきれない量の赤飯などは、「先生も少し食べませんか」と困惑した顔つきで差し出されたものである。あるとき、外泊から帰ってきた加賀さんを見て、研修医に「加賀さんはもう長くないね」と言ったら、キョトンとしていた。いつも身だしなみに気を付けていたのに、髪も整えず少しフケが目立つ加賀さんの容姿は、それだけ全身倦怠感が強く、身だしなみに心を配るだけの余裕がないことを物語るものであった。

案の定、加賀さんは、その二週間後に消化管出血で他界した。温かく接してくれた加賀さんの死に際して、研修医は三日間病院に泊り込んで、夜中に看取ったのである。今どきのドライな若い研修医でも加賀さんとの温かい人間同士の触れ合いの中に、臨床の大切さを感じ取ったのである。加賀さんは未熟な技量にも我慢して、医者を育ててくれたのである。

医者は患者から学ぶことにより一人前になるのであるが、こうした超過勤務も個人的な熱意や誠

意として片付けられ、超勤手当は出ない。医者と言えば「高給取り」のイメージがあるが、こと研修医や勤務医に限って言えば、実態は異なっている。放射線科のように、末期がんの患者さんを多く扱っていると、夜中の電話は日常茶飯事であり、うしみ丑三つ時にスピード違反をして、病院に駆けつけることもしばしばである。

二〇年以上前に、ある歌手のコンサートに行ったが、開演直前に病院から呼び出しを受け、一曲も聞くことができなかつたことがある。それ以来、私は札幌では映画館にも行くことがなくなつた。またビールの大好きなある医者は、自宅でビールの栓を開けた途端に病院から呼び出しを受け、栓を空けたビール瓶を持ってタクシーに飛び乗つたという笑い話もある。

救急部門に勤めている医者は、もつと過酷な勤務体制であることは言うまでもない。NHKで放送されているシカゴの病院を舞台とした「救急救命室（ER）」という番組では、忙しい戦場のような場面がリアルに描かれているが、米国では救急救命医を志す人は少なくはない。その最大の理由は、自分の勤務時間だけ働けば、残りの時間は完全に自由であり、呼び出されることはないので、確実に自分の時間を確保できるからだと言う。

超勤手当も出してもらえず二四時間拘束されているような日本の現場を考えれば、こうした医療に携わる医者が少ないのは当たり前である。二〇〇一年の厚生労働省による「国立大学病院における医者の診療体制に関する実態調査」では、医者の一週間当たりの労働時間は一〇〇時間以上が一四%、八〇～一〇〇時間が二三%、六〇～八〇時間が三五%、四〇～六〇時間が二四%と報告されている。

一般勤労者の一週間当たり平均労働時間三五・七時間と比較して、医者勤務は過酷であり、単位時間当たりに換算すれば、決して高額な収入とは言えないであろう。医療を食い物にして営利に走る一部の医者を除けば、勤務医は特別実入りの良い職業ではないし、体を資本にした肉体労働者そのものである。同じ国家資格で仕事をする職種の中で、医者の世界ほど格差が大きい職種もない。

銀行や生命保険会社に勤めた高校時代の友人は、私の給料を聞いて「自分のほうが多いのか」とびつくりしていた。二〇〇四年から新たな卒後臨床研修が必須化されるが、研修医の待遇改善の方策は講じられている訳ではないので、研修医哀歌は続きそうである。

（二〇〇一年八月）

人の命もいろいろ

二〇〇一年九月二日以降、世界は騒然とした様相を呈している。米国同時多発テロに始まり、アフガニスタンへの戦争行為、炭疽菌によるバイオテロの脅威、そして国内では狂牛病問題である。ジャーナリズムのネタは尽きない。まるでハリウッドの暴力映画を見ているようである。

一週間前まで出張でニューヨークにいたある友人の御主人は、世界貿易センタービルが崩落するテレビ中継を見ていて「これは映画か」と呟いたそうである。どんなフィクションでもかなわない『ダイハード』も真つ青な事態が現実に起きたのである。約六千人の死亡者を出したこのテロ行為に対して、米国はタリバン政権が支配するアフガニスタンに空爆を開始した。しかしテロ行為は国家的な戦争行為ではなく、犯罪である。開戦する理由にはならない。

米国は、テロ行為に対して戦争を宣言したが、テロ行為がなくなるとは思えないので、終戦がない戦争を開始したことになる。テロ行為を発生させる土壌そのものを根絶させるという理由であるならば、ここ数十年の「米国の利益」を最優先する身勝手な姿勢そのものも問われなければならないま

い。報道統制して、世界貿易センタービルの崩壊場面だけを見せつけて、自国の戦争行為を正当化しているが、なぜこうしたテロ行為が生じたのかについては語っていない。旧ソ連による侵攻から始まったアフガニスタンの悲劇と貧困は、米国にもその責任の一端があることは明確である。

「われは知る、テロリストのかなしき心を……」で始まる石川啄木の「ココアのひと匙さじ」という詩があるが、テロリストに自爆覚悟の情念の高まりをもたらした問題にも眼を向けた報道も望まれる。

日本の対応も、シビリアンコントロールもなしに自衛隊を派遣できる法案を性急に議決したが、アフガニスタンの悲劇と貧困に対する真の支援とは言い難い。約六二億人の世界人口は急増の一端をたどり、また中国やインドなどの人口の多い国では毎年六%前後の経済成長率を示している。早晩、世界的なエネルギー問題や食糧問題が生じることは明らかである。観念的なイデオロギーや宗教的対立の他に、戦争の種は尽きなしである。今後世界中で争いは絶えないであろうが、平和外交の視点からは、もっと理性的で実質的な対応が必要である。アフガニスタンで医療活動をしている中村 哲医師の報告を読むと、真の支援とは何かを教えてください。医療以前に、井戸を掘ることがより必要な生活レベルなのである。

アフリカでは今回のテロ行為で死亡した人数以上の子供達が、一日でエイズや餓死により命を落としている。米国を筆頭とした先進諸国の製薬会社の利益保持のために、特許の問題で安いエイズ薬も作れず使えずの状態である。国や民族を超えたヒューマニズムを喪失し、経済優先の姿勢により先進国は繁栄しているが、その裏には開発途上国の貧困と飢餓が続いている。

日本の狂牛病問題も根本的にはこうした生産性重視の姿勢と、不作為の無責任行政から生じたものである。生産性の向上のために、自然の摂理に反して草食動物である牛に肉を食べさせて発生させた人為的疾患である。

一九七〇年代後半に英国で、牛の畜産業者は高栄養で安価な飼料として肉骨粉飼料を開発した。この開発によりそれまで畜産用の牛には見られなかったプリオン病（牛海綿状脳症いわゆる狂牛病）が報告された。そして英国では一九九六年までハンバーガーに牛の脳組織を加えることが許容されていたため、英国に発生者が集中していたと説明されている。英国で発病者が出て病因が疑われた時点で、日本政府は肉骨粉の輸入禁止と国内生産の禁止を行政的に行っていれば、今日の事態は避けられたはずである。行政の「不作為の責任」である。

炭疽菌たんそくんによる生物兵器テロも問題となっているが、今後の戦争では化学兵器や生物兵器が使われる可能性は充分に考えられる。武器弾薬が充分にない国では、生物兵器は大量同時殺人を可能にする最も安価な武器となるし、輸送や散布も容易である。生物兵器は第一次、第二次世界大戦中に各国で研究されたが、現在まで世界で唯一実際に使われたのは第二次世界大戦中に日本がペスト菌を生物兵器として使っただけである。いわゆる中国での七三一部隊が行った蛮行である。戦争や犯罪行為を行う国や個人が、窮地に陥ったときに、倫理性などかなぐり捨ててこうした生物兵器を使わないという保障は何一つないのである。瞬時に世界の情報が伝わる便利な日常生活の裏には、フィクションでも思いつかないほどの危険で危うい世界が隠されているのである。

数カ月前に、当院で電気工事中にトラブルが生じて、午前中に院内全体が停電になるというアク

シデントがあった。自家発電装置につながっていた部門の業務に支障は無かったが、大変混乱した。停電のためコンピューターは使えないし、院内放送もできない。放射線科ではレントゲン写真も撮影できないし、照射治療もストップである。自家発電が稼動するように配慮しておかなければならない部分は何カ所も事故が起こってから始めて認識できた。実際に事が起こってからわかることも多いが、事前に日頃からリスク管理を考えたおかなければならない時代である。

医療事故も騒がれた割には、日本全体の事故対策は進んでいない。市立札幌病院は、歯科研修医を救命救急センターの当直に加わらせ医療行為を行わせていたとして告発された。しかし何を今さらである。全国の大病院では、歯科医免許しか持っていない歯科医や口腔外科医が口腔癌を中心とした頭頸部癌の手術を耳鼻咽喉科と競って行っている。本来こうした手術は、医学部と歯学部との両学部を卒業して両方の免許を持っている医師でなければ行えないはずであるが、頸部リンパ節の切除や抗がん剤まで使っているのである。

歯科開業医が舌がんを見つけて、自分が卒業した大学の歯学部を紹介すれば、耳鼻科医や放射線治療医の眼に触れることはなく、その患者さんは歯学部でがんの治療を行うことになる。また、単に行政側からの通達や指導が出されても、スタッフの人的不足は解消せず、医療を行うハードやソフトも補充されたとは言い難い。単に「皆で気を付けましょう」では何の対策にもならない。医療システムそのものの破綻を精神論で片付けて、行政の姿勢は医療費の抑制だけを施策している。行政側はなお「不作為の責任」に気づいていないのである。

一カ月も延命できない末期がんの患者さんに数百万円以上も掛ける手厚い日本の医療の中で死ん

でいく八〇歳の人もいれば、何の罪もない飢えた子供達が空爆で死んで逝く。アンバランスな世界では、一人の命の重さも運命もさまざまである。

(二〇〇二年二月)

医療費の明細を貰おう

高齢になり体にいろいろなトラブルを抱えている人は多い。八四歳となった佐久間さん(仮名)もそんな一人である。一〇年前に前立腺がんとなり地方の病院でホルモン療法を受けていた。昨年札幌に転居してきてアパートを借りて一人住まいしていたが、あちこちの骨にがんが転移し、痛みを目的に放射線治療に紹介されてきた。転移した全身の骨に放射線をかけるわけにもいかないので、痛みの強い部位を中心に照射し、強い痛みを和らげ、麻薬系の鎮痛剤を併用してなんとか日常生活が可能であった。

しかし、歳相応の老人性のボケが進み、以前のように一人で生活するのは困難な状態となった。足腰が弱り補助的に歩行器を使っている状態では、退院後に雪道の中、買い物に行くのもままなら

ない。自分で食事はできるが、食事をつくることは難しそうである。放射線治療を終了しても、自宅に帰すことは無理であるが、さりとて放射線治療を待っている入院待ちの患者さんのことを考えるとずっと入院させておくわけにもいかない。時々前立腺がんのために失禁などの排尿のトラブルや血尿が見られることから、老人保健施設（老人病院）ではなかなか引取つてくれない。娘さんが二人いるが、独立して家庭を持ち生活を維持することで精一杯である。親を引き取ることは困難であるという。実際にはこんな患者さんが非常に多いのが現状である。

高齢になれば医療も介護も必要となる場合が一般的であるが、日本の制度は医療と介護を制度的に分断するというおかしな形となっている。佐久間さんもこうした制度の弊害にあっている一例である。自活不能な病気を持った老人を病院に入院させるか、介護施設で面倒を見るかは厳密には区別できない。

医療費の高騰を抑えるための最大のポイントの一つは社会的入院を少なくすることであるが、同時に医療と介護を一本化することである。そうすれば佐久間さんのような例は対応しやすくなるし、事務的業務も簡素化し無駄な医療や介護に別々に投じる費用も軽減できる。当科のように五〇床弱の病床を持つて多くの高齢者の治療に携わっていると、こうしたがんを抱えた老人問題も浮き上がって見えてくる。

放射線治療に廻つてくるがん患者さんは、切らずに治せる状態のがん患者さんばかりでなく、手術や化学療法ができない患者さんも多い。八〇歳以上では、がんの手術も強い抗がん剤の治療も躊躇するものである。そのため年齢にさほど関係なく治療できる放射線治療が選択されることが多い。

このような治療法である放射線治療を担当する放射線科病床は全国的にみると決して多くはない。一九九九年の全国集計では放射線治療装置を保有している約七五〇病院のうち、放射線科が病床を保有している施設は約五三%であり、総病床数は約四千床余りである。治療装置を保有している病院の総病床数の僅かに一・二%しか放射線科病床はない。この年に放射線治療を受けた患者さんは約一萬五千人であるから、多くは関連した各診療科に入院して放射線治療を受けている。

この最大の理由は放射線治療医が日本では極端に少ないことである。高齢者ががん患者が増加する一〇年後には約二〇万人が放射線治療を必要とすると推計されている。こうした将来予測に対して、放射線治療の専門医を現在の約五〇〇人から千人に増加させなければ対応できないのであるが、この対策については医学部教育にも医療行政側にも問題意識はほとんどない。

医療費の抑制が医療改革の最大の課題となっているが、医療の質を抜きにした理念なき医療費論議が続いている。簡単に一割近く医療費を下げる方法の一つを提言させてもらえば、領収書に医療行為の明細を明らかにすることである。

スーパーマーケットで買い物を買えば、りんご〇〇円、キャベツ〇〇円、と明細が示され合計金額が印刷されたレシートを貰える。医療でも基本的には医療サービスを購入するわけだから、採血〇〇円、X線撮影〇〇円、処置料〇〇円、高血圧のA剤〇〇円などと明細を示すべきである。そうすれば、処方されても実際には飲んでいない薬は要らないとも言える。また普通の食事をしていればビタミン剤は結構ですと患者側から断ることもできる。

皮膚科などで軟膏を塗るだけの処置を、処置料と称して数百円も徴収されていることがわかれば、

帰ってから家人に塗ってもらうようになるであろう。小さな手術後の傷も抜糸まで毎日消毒して処置料を取っているが、これも無駄でありせいぜい二三日の消毒で良いが、日本では慣例として毎日行っている。一生に一度でよい血液型の検査も病院に入院したり転院したりするたびに採血して検査される。血液型を証明するカードをキャッシュカードと一緒に財布の中に入れておけばよいことなのにこんなことも指導されていない。医療行為の料金の明確化と無駄を省けば、医療の質を落とすことなく医療費は軽減できる。そのためには医療側も患者側ももっと合理的に医療行為を考えるべきであるが、なかなかそれができない。

例えば、風邪気味で某病院を受診したら、「何か病気があるかも知れない」と言つて、関係のない色々な検査を行うような病院もある。この場合、ある患者は「全部検査してくれて親切で良い病院だ」と思う人もいれば、「関係のない辛い検査を沢山やる金儲け主義の病院だ」と怒る患者さんもいる。患者さんの受け取り方もまちまちであるから、一概には言えないが、こうした医療が野放しで、病院側の考え方一つで行うことができる仕組みは医療費の無駄を作り出している原因となっていることは確かである。これに対して、医療料金の明細を示すことが対策として考えるべきであろう。

日本医師会は医療料金の明細を示すことはまったく考えていないし、厚生労働省の自己負担を値上げする基本方針案に猛反対を唱えている。現役サラリーマンの健康保険は、もともと加入者本人の負担がなかったのに、一九八四年に一割負担が導入され、九七年に二割に増額され、今度は三割負担となるのである。国民全体の一年間の医療費は約三〇兆円であるが、このうち患者負担

は約一五%で、残りは保険料(約五三%)と税金(約三三%)で賄われている。保険料を最も負担し、日本経済を支えているサラリーマンまで、三割負担となれば、健康な労働力の損失にもつながり、長期的には決して得策とはならない。医師会も、患者負担の引き上げにより受診が抑制されるといふ観点から反対するのではなく、無駄な医療をどうしたら減少させるかも真剣に自己規制すべきである。

(二〇〇二年三月)

▼その後の変化

医療費の明細書の発行はまだ全医療機関に義務付けられてはいない。しかし確定申告時に医療費控除を受けるための書類作成などで必要となれば医療機関から発行してもらうことができる。また二〇一〇年四月の診療報酬改定ではほとんどの病院で「診療明細書」を、全患者に無料発行するよう医療機関に義務づけられた。

ちけん 治験とは？ 海外の薬が日本で使えないのはなぜ

北海道に住む人間として「雪印」や「鈴木宗男」問題で恥ずかしい思いをしている昨今である。経済は不況にあえぎ、打開策も見えてこない現状では春に向かう雰囲気とは程遠い。

医療においても医家向けのインターネット情報では、一般には報道されていない医療事故やミスが連日のように報告され、国民から信頼される医療とも程遠い。医療も含め日本の社会全体に共通している問題の一つに「透明性」と「説明責任」の欠如がある。ミスや不正を隠蔽し、きちんと説明しない姿勢は依然として続いている。イエスカノーのどちらかで答弁する英語と異なり、日本語独特の言い回しで物事の良し悪しも責任も曖昧にする社会に明日はない。

こうした社会の中で多少改善したと思われることに「治験」の問題がある。保険診療で使用できる薬は厚生労働省の承認を受け、薬価が決められる。治験とは新しい薬の使用承認を受けるための手続きの一つである。新薬が作られたときに実際に患者さんに使って、その効果や安全性（副作用）について臨床試験を行う。その結果をもとに厚生労働省は新薬として承認するが、この臨床試験が

「治験」である。

この治験は以前はかなりでたらめな形で行われていた。患者さんに十分な説明もせず、試験薬を裏で使用しデータを作成し厚生労働省に提出するというのが少なくなかった。またそのデータの作成においても、統計学的な手法で解析もされず、試験薬を使った医者の主観的判断がまかり通る報告書であった。

このため一部の新薬の承認は、倫理性も科学性も欠如したデータをもとに行われ、安全性が確保されていない薬が承認されたり、効果のない薬が使用できる事態が生み出された。三年程前に痴呆^{ちほう}症^{しょう}の患者に使われていた幾つかの脳循環代謝改善薬が市販後の再評価の結果、「効かない薬」として製造承認が取り消されたことは記憶に新しい。また「抗がん剤」として承認され、総額一兆円近くも使われながら、後に「効果が認められない」として大幅に効能が削られた免疫賦活^{めんえきふかつぞう}剤の例もある。有効性のない薬も製造承認される日本の医薬品審査の甘さが露呈し、巨額の医療費の無駄遣いが行われていたのである。

こうした事情から、欧米主要国では承認されず、国内でしか使われていない「ローカルドラッグ」が世界一多いのも日本の医療の特徴の一つとなっている。医療経済研究機構のデータでは、日本では年間二〇億円以上売り上げている薬三九〇剤のうち、約三割が欧米では承認されていない。また「医者からもらった薬がわかる本」の著者木村繁氏による調査でも、日本で使われる薬の三割程度はローカルドラッグであるという。

優れた薬は世界的に使われるので、海外でどの程度承認されているかが、薬の実力の判断基準の

一つとなる。木村氏によると、日本医師会や厚生省から「お墨付き」を貰って日本でよく使われている約四〇〇あまりの薬について、英米独仏の四か国での発売状況を調べた結果、約三割は国際的な評価がないという。薬の審査が厳しい英米で使用されていけば各二点、独一点、仏〇・五点と点数をつけ採点すれば、四か国すべてで発売されている満点の五・五点だったのが約四割で、四か国いづれでも使用されていない〇点の薬が一・二七剤もあるという。中でも胃潰瘍いはいようの治療薬の場合は二九種類のうち一五種類が〇点であったという。

海外では承認されない効果のない薬や安全性に不安を残す薬を見直すべきだという意見に、行政側は耳を貸さなかったが、医療費削減を目的として、最近はやうやく再評価を始めた。薬の製造承認の仕組みも構造改革の対象であり、「治験」の仕組みも見直されたのである。

医薬品の規制と調和に関する国際基準に基づいて、一九九六年頃より我が国でも治験を国際的な基準で行うようになり、またその臨床試験も厚生労働省が定めた医薬品の臨床試験の実施基準に従って行われることとなった。ここでは、医薬品の製造（輸入）承認の際に提出すべき資料収集に際して、臨床試験の計画、実施、モニタリング、監査、記録、解析および報告等に関する遵守事項を定め、その責任の所在を法的拘束力をもって規定した。こうした臨床試験の基準はできあがったが、しかし治験実施施設における人材などの基盤整備は遅れている。

患者側も、モルモット替わりにされるのではという不信感が払拭はらいつくされていない日本の現状では治験は推進されておらず、実施基準がなかった以前と比較して治験に協力してもらえらる患者さんは約三分の一以下となっている。裏を返せば、今までは三分の二の被験者は医師側の都合で承諾を得ず

に裏でデータを収集していたことになる。日本の治験の空洞化により、日本で開発された薬も製薬メーカーは海外で治験を行ない、先に海外で販売するという事態が生じている。そのため海外では抗がん剤として承認され使用されている新しい抗がん剤が、日本では健康保険で使えないという事態も出てきた。

須藤さん（仮名）は全身化した乳がんであったが、今まで使った抗がん剤も効かなくなり、海外で効果的と評価されているある抗がん剤（T剤）を使用した。しかし翌月の健康保険の審査では「適応外」ということで保険からの支払いはされなかった。T剤の薬代はまるまる病院持ちとなる。医者には、「保険は利かないけれど、自費でこのT剤を使ってみましょうか」と話し合うしか方法がない。私は患者さんには費用のことを伏せてT剤を使用した。須藤さんに使ったT剤を日本で使用するためには、製薬会社は数百例の乳がん患者さんにT剤を投与する臨床試験を行い、厚生労働省に承認申請しなければならない。

しかし、治験には大きな経済的な負担と膨大な時間と労力が必要とする。このため治験を行う体制が不十分な日本では治験が進まず、早急に乳がんに関するデータをつくることができない事情がある。厚生労働省も承認申請が出されていないのに承認するわけにもいかない。現在治験に当たっては、審査委員会や臨床試験の科学的方法や医学的および倫理的妥当性を検討し承認されることが必要である。被験者には医師や薬剤師が治験についてよく説明し同意を文書で得てから開始される仕組みとなった。

被験者の人権が配慮され、不利益のないように、実施基準が作られ、治験の透明性と説明責任が

担保されるようになったことは一歩前進である。一般的に効果的な新しい薬が使用できるようになるまでには、一〇〇〜二〇〇年以上の歳月と一〇〇〇〜二〇〇〇億円の投資が必要である。長期的な視野から治験についてよく理解した患者さんの協力なくしては、新しい抗がん剤は使えないのである。

(二〇〇二年四月)

EBMと言うけれど

最近の医学・医療のキーワードの一つにEBM (Evidence-based Medicine : 根拠に基づく医学) という言葉がある。EBMが叫ばれるようになった背景は、今までの医療は医師の「勘と経験」に依存した治療が行われていたことへの反省である。確固とした科学的で客観的な証拠を基に治療を行い、医療サービスの質を高めようというものである。こうした理念は、医師の主観的な自由裁量や権威主義的な考え方で医療が行われ、また閉鎖的でブラックボックス的な性格を持っていた日本の医療にとっては歓迎すべきことである。

しかしいざ、こうしたEBMに基づいた医療の実践となると、そう簡単ではない。まず最大の理由はエビデンス（証拠）があまりにも乏しいことが挙げられる。従来の医学は経験的に多くの事実を積み重ね、その分析から組み立てられてきた。そのため科学的な統計処理により確固とした証拠となるほどの見解は決して多くはない。病氣（現象）の原因となつていては、病因（実態）を突き止め、それに対応する治療を考える手法が西洋医学の基本的な姿勢である。

しかし、病氣の原因物質がはっきりしている場合は別として、病因がはっきりしていない場合や、現象面ではわからない場合は、「臨床的なデータ」をしつかりと積み重ねて統計的に整理し、できる限り客観的な判断と対応を行う必要がある。この場合は臨床疫学的な手法で「エビデンス」を得ることになるが、この方法では膨大な症例数の集積が必要となり、労力は大変である。米国などは国家的なプロジェクトで臨床比較試験が組織化され、膨大な研究費が確保され、研究を支ええるコーディネーターや統計学者が配備されているが、それに比べ日本の体制はあまりにも貧困である。「エビデンス」を得るために最もよく行われる方法は比較試験である。同じような条件の患者さんを二グループに分け、片方にはAという治療、もう一方にはBという治療を行いどちらが優れた治療かを比較するのである。抗がん剤の効き目を比較する場合などは、各グループに別々の抗がん剤を投与し、どちらに効果があつたかを比べればよいので結論が大きく違うことは少ない。しかし手術などの治療においては、比較試験は容易ではない。術者の技術的な熟練度や上手い下手が成績に大きく影響するからである。また、あるがんの状態に対する治療として手術がいいか、放射線治療がいいかという比較試験は成り立つことも困難である。なぜならば、患者さんに「手術と放射線

治療のくじ引き試験を行っているので、くじを引いて手術するグループに当たったら手術することになります。この比較試験に参加してもらえますか」とは言えない。倫理上こんな比較試験はできない。

佐藤さん（仮名）はある病院で食道の中ほどに表在性の小さな食道癌が見つかり、消化器内科の先生は内視鏡を使って粘膜切除術を行った。しかし、完全に腫瘍を切除できなかったため再発し、性懲りもなく半年間に数回の粘膜切除を行った。それでも腫瘍は制御できず、やっと放射線治療に紹介されてきた。通院で放射線治療を行い治癒したが、食道に狭窄が残ってしまった。物を食べるたびに少しかえる感じが残り、治療前の表在がんでまったく症状がなかったときよりも患者さんにとっては不満の残る仕上がりであった。

この原因は数回繰り返し返された粘膜切除術により、食道粘膜が癒痕収縮し狭窄を来したためである。確かにごく表在性の小さな食道がんはリンパ節転移も少なく内視鏡的粘膜切除で治癒できるが、佐藤さんのように何回も切除することが適切であるかどうかは不明である。完全に切除できないのならもっと早く放射線治療を紹介してほしいものであるが、佐藤さんの場合はまだましなほうかも知れない。以前の〇〇さんのように手術を拒否したら、他に治療法はないと放置され、超進行がんとなり水も通らなくなつてから放射線治療に紹介された患者さんもいた。

ある程度進行した食道がんの治療は手術療法と放射線治療以外は治癒に導く方法はないが、最近手術を避け、抗がん剤と放射線を同時併用して治療する方法が普及してきた。この背景は、米国の比較研究で放射線治療単独よりも、照射と抗がん剤を同時併用した化学放射線療法が優れた治療

成績を得ることができるといふ結果が報告されたためである。しかし、この比較試験には幾つかの問題点が含まれている。対象とした食道がんのタイプ（病理組織型）が日本の一般的な食道がんのタイプと異なること、放射線治療単独群の成績があまりにも悪すぎることに、日本では当然手術されるⅢ期のがんが多く含まれていることなどで、食道がんの専門医の間ではその結論を単純に日本の食道がんの治療に当てはめていいのかという疑問がある。

日本の食道がんの診断学や外科治療成績は間違いなく世界一である。比較試験の結論が科学性があるからということで、日本より治療成績が相当悪い国の医療の結論をそのまま日本の医療現場に当てはめることには慎重でなければならない。しかし、年間数例しか治療に携わることのない経験の少ない若い内科医などは医学文献を読み漁ってEBMの落とし穴に落ちる人も多い。

抗がん剤を併用する比較試験では、一般的に六五歳以下で全身状態の良好な患者さんが対象とされているが、結論だけが一人歩きしてしまい、八〇歳近い高齢者にも何が何でも抗がん剤を併用するという医療が幅を利かせている現状もある。人間を相手にしたがん治療は、EBMも大事であるが、現実の患者さんの条件に十分配慮した現実的対応が望まれる。それががん治療のプロフェッショナルというものである。先日のある食道がんの研究会でも各大学の外科や内科からいろいろな抗がん剤を放射線治療に併用した数例の報告が行われていた。そしてまとめの結論はいつも「さらに症例を増やし、結論を出したい」というものであるが、結論が出たためしがない。

日本の学会ではこんな言い訳の結論が多く、何年経っても結論は出ないし、「エビデンス」は得られない。せめて北海道のレベルで抗がん剤の使用方法を統一して治療を行えば、「エビデンス」

作りにもつながるが、〇〇外科とか××内科という縄張りの中で独自の治療法を数例に行い、オリピックのごとく成績を競い合っている。ここでは医局講座制は、医学における科学性の確保にも大きな障害の一つとなっている。こうした日本の医者姿はEBMを叫んでいる割には、皮肉にも科学性とは最も無縁な診療の姿なのである。

二〇〇二年六月

問われる放射線の安全管理

医療において放射線は必須な手段の一つである。体内の情報を画像として映し出し、病気の診断には欠かせない。放射線は通常細胞にも損傷を与えるものの、がん細胞にはより多くの損傷を与え、という特性を応用したのが放射線治療であり、適正な放射線が照射されると、がん細胞は死滅して通常細胞は生き残る。そのことから、放射線ががんの治療に用いられていることは周知のことである。

こうした有効な放射線の利用は喜ばしいことではあるが、使い方やさまざまな管理次第では、凶

器に変貌する。最近の医療事故の報道の中には放射線に関連する事故も含まれており、また東京電力の原子力発電所のトラブル隠蔽の問題を見ても、日本の放射線安全管理が十分であるとは言いがたい。

原子力発電は、原子炉の中でウランが核分裂する際に発生する熱で高温・高圧の蒸気をつくり、タービンを回して発電させる。原子炉内の連鎖する核分裂反応を制御棒で調節して、原子炉の出力を一定（臨界状態）に保っている。

こうした稼動環境を安全に保つためには、「建造物は老朽化し、機械は故障し、人はミスを犯すもの」ということを念頭において、何重もの安全対策が必要である。今回の東京電力の建造物の老朽化に伴うトラブルも当然であるが、こうした事態が隠蔽されたり、行政側でもチェックできない仕組みが、放射線の安全管理を危ういものになっている。

放射線の影響は長期間を経て生ずることから、長期的な展望のもとに放射線の管理は考えなければならぬ。しかし、現状では管理を統括する行政側の限界や怠慢があり、また使用者側の目先の利益を優先する姿勢により、日本の放射線管理は決して安心できるものではない。

医学領域でもさまざまな管理次第では人命にかかわる事態を生じる。放射線治療の領域では、超高压X線発生装置の精度管理は重要であり、疾患によつては五〜一〇%の照射線量の違いでがんが治つたり、障害を生じたりするからである。こうした複雑で高度に専門化した医療機器の保守管理や照射法の複雑化に伴い、医学物理士という職種が必要であるが、日本にはそうした人達は雇用されてない。

海外の放射線治療を行っている病院では、放射線治療医とほぼ同数の医学物理士が働いている。行政側が医学物理士の雇用を法的に義務付ければ解決する問題であるが、医学の進歩に応じて必要な職種が定員化されていない現状では、放射線治療は東南アジアの開発途上国以下のレベルになっ
てしまう。

また核医学の領域では、最近ポジトロンCT (PET) という診断装置が普及しつつある。PETとはポジトロン断層法を意味し、陽電子 (ポジトロン) を放出するラジオアイソトープを被験者に投与して、体内から出てくる放射線を外部から測定し、コンピューターによる再構成で画像化するものである。現在使用されているFDGという放射性薬品は、F-18 (フッ素) を放射化したものであるが、フッ素は半減期が短く約二時間であるため、現在は病院内でラジオアイソトープを製造している。FDGはブドウ糖の代謝を反映することから、心筋や脳や腫瘍の糖代謝活性の測定に利用できる。このため、がんのように糖代謝が盛んな組織の検出が可能となり、癌の発見に期待がもたれている。

このラジオアイソトープを製造する装置がサイクロトロンという設備であり、いわば小型原子炉のようなものだ。しかし、サイクロトロンはおおむね一五〜二〇年の寿命といわれているが、その後の廃棄の方法や問題はまったく考えられていない。廃棄においては、寿命がきたサイクロトロン本体 (約四〇トン) ばかりではなく、放射性核種を生成するときに生じる中性子により、周りの構造壁 (コンクリートなど約一五〇〇トン) が放射化されるため、大量の汚染廃棄物が出る。これらの廃棄はまったくメドが立っていない。膨大な放射性廃棄物をどこが引き取るのが問題となる。

既存の原発の原子炉の多くは二〇三〇年頃に寿命となる。寿命となっても原子炉の解体は困難であり、事故を起こしたチェルノブイリの原子炉のように鉄棺で被って放置するしかない。PETもこのような形で廃棄されるとしたら、町の真ん中の病院内に、鉄棺で覆われたPETが放置されることにもなりかねない。

サイクロトロンは年内に六〇カ所となる予定というが、いくら医療に有用なPET検査とは言え、病院の思惑だけであちこちに設置されることは望ましいものではない。将来の廃棄の問題を考えれば、サイクロトロンを集約し、限定した形で保有すべきである。

またPET検査においては、製造した放射性薬剤を静脈注射するため、細菌や異物の混入のチェックなど製薬工場並みの無菌的環境が必要であるが、こうした無菌注射剤を製造する院内環境が整備されたPET保有施設はない。なんとも危険な話である。

サイクロトロンの保守管理および放射性薬品の製造作業や、品質検定作業のためには専門の人的資源の投入が必要であるが、こうした職種の雇用に病院側は積極的ではない。本来ならば早急に法改正を行い、安全性を担保すべきである。

医師であれば、放射線管理の知識や訓練の経験が乏しくても、医療法上は放射線管理責任者となることができる。また病院内では、放射線を利用する診療従事者と放射線管理者が同一人物であることも多く、診療体系と管理体系が分離していない。

大学病院や大量の放射線同位元素などを扱う施設では、放射線管理室を設け専従の職員が勤務しているが、日常診療と兼務して放射線管理を付録的業務として行っている施設が圧倒的に多い。そ

して放射線管理に関する関連省庁の立ち入り検査は、ほとんどが書類審査と簡単な現場視察で終わる。また立ち入り検査に来る人はほとんど素人のような場合が多く、監督省庁による監査も書類や形式だけが整っていればパスする仕組みとなっている。これが日本の放射線管理の現実なのである。先進諸国では法律的な縛りは緩くても、医学物理士などが雇用され放射線管理を請け負い、放射線の安全管理を人で担保している。しかし、日本ではお人よしな性善説に基づいて、放射線の安全管理は法律の条文で担保しているのである。放射線診療の高度化・専門化・複雑化を考えれば、日本でも放射線管理の面も含めて、医学物理士の雇用が必要である。法律の条文で縛り上げて形式や体裁だけ整える従来のあり方では、放射線の安全管理や事故防止にならない。

本当に必要なことは、医療の進歩に応じた専門職種雇用である。放射線科の領域では医学物理士の雇用という人的資源への投資により、診療面と管理面を分離独立した形で、放射線事故対策を考える必要がある。健康食品も、新聞や雑誌などの広告で薬事に違反する疑いがある現状を放置し犠牲者を出したが、厚生労働省は、未承認医薬品等や健康食品に対して注意を喚起しただけである。放射線安全管理も同様で、何か問題が起こり新聞沙汰にでもならなければ日本の行政は腰を上げないが、もつと科学や医学の進歩に敏感な対応が望まれる。

(二〇〇二年一月)

▼その後の変化

放射線治療は加速度的に高精度化しており、医学物理士を雇用する必要性はより高まっているが、未だに国家資格化もされず、雇用の義務化も行われていない。嘆かわしい事態である。

バランスの取れたがん治療とは？

先日、東京から来た乳がんの青田さん（仮名）が初診した。私の新聞記事や本を読んで、治療の相談に来院してきた。青田さんは、五年前に日本で最も乳がんの手術件数の多い都内の某がん専門病院で手術を受けたが、三年後に肺転移が出現した。肺転移に対して摘出術を試みたが、肺内の大血管と腫瘍が癒着していて完全には切除できなかつた。その後は抗がん剤の治療を行う予定であったが、もはや手術をすることはない青田さんに対しては冷たい対応であつたため、医者との人間関係が崩れてしまつた。

青田さんは自分の治療についていろいろな情報を集め、今度は化学療法を専門としている医師の診察を受け、約一年半抗がん剤の治療を受けていた。しかし、病状が改善しないためにさらに強力な新しい抗がん剤を使う予定だと説明された。今まで抗がん剤の副作用に苦しめられてきた青田さんは体力に自信が持てず、これ以上の吐き気や食欲不振や全身倦怠感には耐え切れなかつたため、他の治療法を求めて来院したのである。

化学療法を担当していた医師はテレビや雑誌に顔を出す有名な医師である。患者さんへの当たりも良く紳士的であるが、青田さんによると毎月一〇万円もの謝礼を受け取るとのことであり、患者さんが多くなると秤にかけて謝礼を多く出す患者さんだけに絞るという。なんともあきれた話だが、東京の医療事情らしい一面でもある。

青田さんは「毎月の謝礼を考えれば飛行機代と同じですから、二週間に一回くらいなら東京から通院してでも札幌で治療を受けたい」と言う。診察してみると、鎖骨上リンパ節は転移して腫大し、声はかすれていた。東京では医師は一度も鎖骨の上を触診したこともないし、喉を覗いて声帯の動きを観察したこともないという。内科医が喉頭を診察できないのはまだしも、鎖骨上リンパ節の触診もしないのは、がんの診察においては論外である。

青田さんの今までの治療経過は、現在の日本のがん治療の問題点の幾つかを浮き彫りにしている。まず、完全に切除できる見込みのない転移病巣を手術することが適切であったのかどうか。また、手術後に明らかに残存したがん病巣になぜ放射線治療をしなかったのか。化学療法を併用するとしても、放射線治療を行わない理由にはならない。局所の残存病巣に対しては、照射が最も効果が期待できる治療法であることは誰もが認めることである。がんの専門病院に勤務している医師ですら、放射線治療を有効に使用しない。そうした放射線治療の使い方が教育されていないのである。

化学療法を専門にしているという医師のレベルも自分の専門臓器以外の診察技術は未熟である。抗がん剤の投与は全身に転移したがんに対して行うので、がん病巣がどこにあるかと投与法に大差はない。画像上に写っている病巣の大きさを測定して、抗がん剤が効いているかどうかを判定する。

そして、効果がなければさらに別の抗がん剤を使用するという発想しか持たない。

その点、常にどの病巣に照射するかを決めなければならない放射線治療医は、具体的に病巣の状態や範囲を把握する必要がある。また追加照射の必要性や照射技術の変更の判断にも、病巣の詳細な所見の把握が必要となる。さらに照射中の反応などを観察して、照射で治癒が期待できない場合は切除治療に変更したり、抗がん剤を併用したりする必要がある。

このため放射線治療医は画像診断の知識ばかりでなく、触診や指診に熟達する必要がある。喉頭がんの放射線治療では額帯鏡とミラーを使って喉頭の観察が必要となるため、喉頭がん以外の原因で声がかすれてもその状態を観察できる。「がんという敵」を見ずして闘うことはできない。幾ら抗がん剤の知識が豊富でも、局所所見の把握なしに緻密ながんの治療はできないのである。

今年の日本癌治療学会では最先端の医学の進歩が報告されたが、共通して感じることはあまりにも自分たちが関わっている治療法に固執し過ぎていることである。

例えば、早期の食道がんでは化学療法を同時併用した放射線治療と、手術療法では治療成績はほとんど変わらないというデータが出て、外科医の多くは今まで行ってきた手術が標準的な治療法であるという主張を曲げることはない。また子宮頸がんのⅢ期の患者さんの標準的な治療法は従来より放射線治療であるが、化学療法を使用して腫瘍を縮小させてから無理して手術するという試みが行われている。成績は放射線治療に勝るわけではないが、どうやって手術するかという視点でしか考えないのである。治療成績が同等であれば、自分たちの治療法に固執せず、肩の力を抜いて他科の治療に委ねるといふ姿勢の方がむしろバランスの取れたがん治療になると思う。

しかし働きの者（？）の日本の医師はなかなかそうした気持ちにはなれないようである。別の言い方をすれば、手術療法・放射線療法・化学療法といった三大治療法の中で放射線治療を担う医師が極端に少ないことが、日本だけこうした手術偏重と無駄な抗がん剤の多用という、世界的に見れば極端にアンバランスながん治療が行われている現状を生み出している。

現在の年間がん罹患者数は約五五万人であるが、一〇年後には七〇万人となる。そして手術や抗がん剤の使用が困難な高齢患者が増加することから、放射線治療は最も重要な治療法となると予測される。また放射線治療は機能と形態を温存し、QOL（生命・生活の質）を重視した患者さんの需要に答える治療法である。

昨年、放射線治療を受けた患者数は約一二万人であるが、二〇一五年には一八万五〇〇〇人が放射線治療の対象となると予測されている。現在の四〇〇人弱の放射線治療専門医でもパンクしているのに、このままでは対応は困難である。小児科医が少なくなり、大きな社会問題となっているが、早急な小児科医の育成は困難であると同様に、放射線治療の専門医の育成には時間がかかる。がん治療の将来を考えれば、来るべき事態に対応できるように放射線治療医の育成が急務であり、それがバランスの取れたがん治療への道なのである。

（二〇〇二年二月）

▼その後の変化

がん治療の専門医問題が話題となり、日本臨床腫瘍学会が「腫瘍内科」専門医をつくり、また日本がん治療認定医機構が設立されて「がん治療認定医」の肩書ができた。しかしいろいろ治療法

をバランスよく駆使して治療している医師は多くはない。「偽装『がん専門医』」の輩出である。

第 4 章

がん医療は社会の縮図

感染症はがん患者さんにとつても大敵

夏は食中毒の季節である。最も一般的な食中毒の病原菌は腸炎ビブリオであるが、腹痛や下痢といった症状で致命的になることは少ない。しかし、一九九七年から猛威を振るっている病原性大腸菌O-157では、死亡者も出ているため大きな問題となつている。感染したイクラが販売中止されたりして、ただでさえ不景気な北海道の水産業に痛手となつている。

米国でもやはりO-157が問題となり、一九九八年の三月にFDA（米国食品医薬品局）は殺菌のために、食肉に対して放射線照射することを許可している。

放射線は医療や原子力発電以外にも工業、農林、水産業など多くの分野で利用され意外と日常生活に密着して使用されていることは、あまり知られていない。例えば衛生面では、放射線照射が完璧な殺菌方法として多くの領域で行われている。放射線照射は煮沸消毒や薬品による消毒に適さない医療器具・器材や、またあらかじめビニールなどで梱包した器具にも消毒が可能であり、広く使用されている。代表的なものは、使い捨ての注射針や注射筒、手術器具、縫合糸、透析用セットな

どの医療器具である。また、無菌状態の実験動物のえさの滅菌にも放射線が使用されている。農業の分野では、ジャガイモは放置すると数日で発芽するため、出荷時に放射線を照射して、発芽を抑えるよう処置してから市場に出されている。欧米では細菌や寄生虫を死滅させ感染症を予防する目的で、肉や果物、香辛料などを殺菌するため、食物への照射が行われているのは前に述べた。

工業領域では、非破壊検査や絶縁体製造やガラスの着色にも放射線が使われている。電化製品の全てのコードはシヨートを防ぐために絶縁体(プラスチックの部分)で包まれているが、このプラスチックに約三〇〇℃までの耐熱性を持たせるために、放射線照射が行われている。また、バスマットやプールで使うビート板に使用されている発泡ポリエチレンでは防水性と浮力を高め、程よく硬い素材とするために放射線が照射されている。フロップディスクの中の磁気ディスクやビデオカセットテープでも、糊付けされた鉄粉の接着性を高めるために照射が行われている。このように放射線は生活に深く関わって利用されているのである。

さて、医学を進歩させた三大発見を挙げるとすれば、麻酔と放射線と抗生物質と私は考えているが、細菌、ウイルス、真菌(カビ)といった病原性微生物との戦いは、人類の永遠のテーマである。がんの治療においても、病原性微生物との戦いは重要な問題である。医学の進歩にも関わらず、がんにかかった人の約半数は、残念ながら人生の中断を余儀なくされているが、その直接死因はさまざまである。体内に腫瘍ができて、その腫瘍が直接死因になることは決して多くはない。腫瘍により組織が崩れて、大量出血をきたす場合もあるが、直接死因の半数以上はやはり肺炎などの感染症である。がんに侵され全身衰弱し、免疫力が低下して肺炎などを引き起こすのである。その他に

高度の骨髄抑制により、出血傾向が生じて脳内出血や消化管出血が起こり、直接死因となることもある。また腫瘍が関係した腎不全や肝不全も死因となる。

太田さん（仮名）は他院で肺がんの診断を受け、化学療法を二回行ってから放射線治療に紹介されてきた。化学療法が無効で、これ以上化学療法を行っても効かないと判断され、また副作用も強かったために、放射線治療を勧められた。肺がんは手術が最も治癒が期待できる治療法であるが、進行していたり何らかの合併症により、七〇%以上の患者さんは手術が困難というのが現状である。手術できない場合は、放射線治療と化学療法を行うことになる。

太田さんも手術できない局所進行がんで、化学療法のせいかわつれて貧血ぎみの顔貌がんぼうには不安感が漂っていた。さっそく放射線治療を開始した。照射が進むにつれて、X線写真上の腫瘍の陰影は漸次縮小して淡くなり、ほとんど消失しかかっていた。X線写真を前にして、治療効果を説明したときに見せた嬉しさと驚きが混じった太田さんの顔は、初診時のオドオドした顔とは対照的であった。しかし、周囲のリンパ節にも転移していたことから、比較的広い範囲に照射したため、照射四週間後に肺炎を併発してしまった。

肺へそれなりの線量を照射すれば、照射による炎症が生じ、多かれ少なかれ、非感染性の放射線肺炎が生じる。しかし、ほとんどは大事に至らず炎症は収まり、照射した部位は線維化して治癒する。線維化とは傷がひきつって治るようなものである。肺がんで照射する肺組織は一部分なので、照射後の小範囲で一過性の局所的な放射線肺炎は、呼吸機能にはさしたる影響はない。

化学療法では白血球や血小板が減少する骨髄抑制が最も大きな副作用である。その他に食欲不振、

嘔心（はきけ）・嘔吐、全身倦怠感や薬剤の種類によつては、脱毛、下痢、粘膜炎、腎障害などが生じることがある。こうした比較を行えば、一般的に放射線治療のほうが、化学療法よりも全身的副作用は少ないと言える。しかし、太田さんは照射した部位の放射線肺炎ばかりでなく、細菌感染も合併したため、事は深刻となった。幾つかの抗生剤を使用し治療を試みたが回復できなかつた。

手術死などの直接治療に起因した死亡の他に、こうした治療中の合併症により、予想以上に早く命を落とす患者さんの多くは感染症による死である。抗生剤も効きにくくなり、MRSA（メチリン耐性黄色ブドウ球菌）も出現し、さらにMRSAに効果を示すと言われたバンコマイシン耐性のバンコマイシン耐性腸球菌の問題も出ている。健康人でも抗菌グッズを買い求め、食肉産業では感染症で途中で死なれては生産性が低下するので、抗生剤入りの餌を与えて飼育している。

こうした必要以上に清潔な生活と、鶏肉や豚肉を食している我々の体質は、抗生剤が効きにくくなっている。また細菌も生き延びるために薬に対抗し耐性を獲得する。

また薬価も、良い薬であっても、改訂されるたびに年々下げられるため、利幅が少なくなつた製薬会社は、より効果的な抗生剤の新薬を開発する。細菌と薬の開発はいたちごつこの戦いをしているようなものである。健康人では問題にならなくても、抵抗力の落ちたがんの患者さんにとっては、自然界に常在する細菌による日和見感染も大事につながる。そして抗生剤を使い過ぎれば、カビが繁殖しやすくなる。がんの治療そのものばかりでなく、感染症対策は現在でも大きな問題なのである。生産性向上のためには、立てないほど太らせた豚を飼育したり、クローン技術を駆使する経済性優先の社会の在り方は、生命倫理の問題ばかりではなく、我々の健康そのものにも影響を与えて

いるのである。進歩した科学や医学の知識・技術を、自然界との調和や、社会生活の中でどう駆使するのか、これは現在の人類の大きな課題となっている。複合的な要因が絡んだ環境ホルモンの問題も、社会の在り方への再考のチャンスなのかも知れない。

(一九九八年八月)

▼その後の変化

感染症との闘いは人類にとって永遠の課題であり、最近では鳥インフルエンザや豚インフルエンザが社会問題となった。がん患者さんも体力や免疫力の低下と、抗がん剤の骨髄抑制などの副作用により、やはり肺炎などの感染症が命取りとなる現実は変わっていない。

人の命は銀行より軽い

六八歳の佐野さん（仮名）は、進行した肺がんで既に全身の骨転移があり、痛みのために某病院で診察を受けた。経済的に余裕のない生活だったため、骨転移による耐え難い痛みが生じてから、やっと病院に行ったのである。肺の原発巣は2cmほどの比較的小さながんであったため、肺の症状はまったくなく、転移による痛みだけが唯一の症状であった。

肺がんの骨転移と診断され、痛みが強いために、放射線治療を目的に当科に紹介されてきた。問診のあと佐野さんは「放射線治療はどのくらいかかるのか」と質問した。「約二週間の予定です」と答えると、「いや、お金です」と再度質問された。「一回の放射線治療は一万一〇〇〇円です」と答えた。そして経済的に困っていることを察して、できるだけ負担のかからない治療をすることを約束して、とにかく痛みを取り除くために放射線治療を行った。

このような患者さんの照射は、効果が期待できてかつ副作用の心配がない線量で照射し、できるだけ短期間に治療を終了する方法を取っている。佐野さんは、一回の照射線量を増やして、四回の

通院照射を行い治療を終えた。治療が終了した頃には、かなり痛みは軽減し、感謝の言葉を残し、次回の受診日の予約を決めて帰っていった。しかし、その後来院せず、五ヵ月後に新聞の死亡欄に佐野さんの名前を見つけた。

がん患者さんの多くは、命に関わる病気だけに、あまり治療費のことを口に出して言うことは少ない。しかし、人知れず経済的不安を抱えて闘病しているのである。

先日、一九九六年度の国民医療費の概要が発表されたが、それによると、総額二兆五二〇〇億円とのことである。国民一人当たりでは、二二万六六〇〇円となる。年齢別に一人当たりの医療費をみると、四五～六四歳では約二〇万円、六五歳以上では約五六万円、七〇歳以上では約六六万円である。

九六年度の医療費は、前年度に比べ一兆五六〇〇億円（五・八％）増加しているが、増加分の半額以上は七〇歳以上を対象にした老人保健関係の給付分で占めており、高齢化社会の進行が医療費の増加につながっている。今後、ますますこの傾向は強くなることから、医療費の抑制が重要な課題となっている。しかし、日本は世界一の高齢化社会であり、長寿国であるにもかかわらず、医療費の国民所得に対する割合は七・三％で、世界的に見れば一四位である。決して国民所得を、健康維持のための医療費に多く使っているとは言えないのである。

医療費の財源は、公費負担制度によつて国または地方公共団体の負担する「公費負担医療給付分」と医療保険・労災等の給付である「医療保険等給付分」、老人保健法による「老人保健給付分」、および家計からの支出である「患者負担分」の四つに分かれる。

二兆八千円余りの医療費を財源別に見ると、「保険料」が約一兆六千円、「国庫」が七兆円、「地方」が二兆二〇〇〇億円、「患者負担」が三兆三〇〇〇億円である。したがって患者負担分と、強制的に徴収されている保険料で医療費の約七〇％弱は負担していることになり、公的資金で埋め合せているのは、決して多くはないのである。

金の使い方を知らないどこかの国は、三〇兆円もの公的資金を使って、「借金棒引き令」により、でたらめな経営を行ってきた銀行を救済しようとしている。そして一方では、国民医療費の高騰を理由に、医療の質を落とし、自己負担を増やす政策を練っているのである。何とも情けない話である。

ところで、医療費を傷病分類別にみると、最も多いのは「循環器系の疾患」であり、約五兆三四〇〇億円。次いで良性腫瘍と悪性腫瘍（がん）を一括した「新生物の疾患」が二兆四四〇〇億円、「消化器系の疾患」が二兆円、「呼吸器系の疾患」一兆九〇〇〇億円と続いている。死ぬまで投薬が必要な心疾患や、高血圧や糖尿病などを含んだ「循環器系の疾患」が最も多くの医療費を使っているのはうなずける。がんは「新生物」として扱われており、一般診療医療費の約一〇％を占めているが、約六割のがんの患者さんは、五年以内に死亡するので比較的少なく済んでいる訳である。

あまり報道されていないが、がんの診療行為別の医療費の比率については、入院費が三四％、投薬一五％、注射一三％、検査一二％、画像診断九％、手術九％、診察料三％、麻酔二％、処置料二％、放射線治療一％となっている。そしてがんの直接治療費の比率では、抗がん剤を中心とした投薬や注射が七三％、手術が二四％、放射線治療が三％となっている。がんの治療への寄与から考えれば、

手術、放射線、抗がん剤の順であるが、診療報酬は大変アンバランスな状態となっている。

特に放射線治療では、高額な治療機器が必要であり、初期の設備投資は三〜五億円もかかるが、一回の照射は一万一〇〇〇円であり、一般には採算は取れない。このため放射線治療は儲からないから普及しないという悪循環となっている。機能と形態を温存する良質な放射線治療が、百万円以下で行うことができるのに、数百万円をかける手術や抗がん剤の治療が優先され、またその治療費の説明も行われていないのが現状である。

そして患者さんも、患者負担が千円ほど高くなるだけで大騒ぎするが、実際には非科学的で根拠のない民間療法や、得体の知れないワクチンに数十万〜百万円単位で使っている。がんにかかり、薬わをもつかむ思いはわからぬでもないが、これもまたバランスの崩れたお金の使い方である。医療費の高騰を問題とするよりは、最も肝心な課題は医療の質の正当な経済評価である。逆立ちしても助からない佐野さんは、最も効率的で経済的な治療を選択していたのかも知れない。

(一九九八年九月)

▼その後の変化

二〇〇九年の医療費は三四兆円を超えた。今後も分子標的抗がん剤などの開発・使用により、医療費は増加の一途を辿ることは確実であり、経済格差は医療格差を生じる要因となる。医療機関がIT技術を活用して患者情報を共有し、重複検査などを避けて、医療費の上昇を抑える努力も必要である。

先が思いやられる介護保険

二〇〇〇年四月より実施される介護保険制度が迫り、高齢者の保険料の負担額が、都道府県により異なることや、制度の不備や対応の遅れが問題となっている。

六五歳以上の高齢者の介護が主な対象となっているが、がんを患った人にも、治療後の機能損失や体調不良のため、介護が必要な患者さんも多い。また医療制度の改革で、急性期病床型と療養型病床型に区別されたため、がん治療を行う急性期病床型の病院は採算面を考慮して、できるだけ早く退院させることを余儀なくされようとしている。

診療報酬の面で急性期の場合、日帰り手術や短期入院など、在院日数が短い場合には手厚く、逆に一カ月を超える長期入院の場合は、相対的に診療報酬が少なくなるシステムが導入された。したがって、十分な社会復帰の準備が整わないうちに退院させられる患者さんも多くなり、退院後の看護や介護が必要となる患者さんも増える。

例えば、脳腫瘍で半身不随になり、日常生活では介護が必要である患者さんは、療養型病床に移

され、闘病生活をするかもしれないし、自宅退院した場合には、介護保険制度の中で面倒を見てもらうようになる。このような患者さんは、実際には医療保険適応と、介護保険適応の役割分担がはつきりしていないので、随分と煩雑な対応が必要になると思われる。医者もその都度、医療情報に関する多くの書類を書かなければならず、今でさえ診療時間を割いて多くの書類書きに追われているのに、先が思いやられる。

また、がん患者さんには高齢者が多く、脳血管障害で寝たきりの人や、認知症の人もいる。しかし、このような全身状態の不良な人は手術もできないし、抗がん剤も使えない。そのため放射線治療に紹介されることとなる。こんな身体的に条件の悪い人でも、放射線治療は可能であるため、治療しない訳にはいかない。しかし、できる限りの治療を行いたいと思っても、病棟管理上の問題で、治療が完遂できないことも多い。

私が勤務する放射線科病棟は、年々こうした患者さんが増えている。限られた看護スタッフではとても手が回らない。四六時中眼が離せない患者さんが、一人入院しているだけでも大変である。特に二人の看護師さんで勤務している夜勤帯では大変である。こんな区別はおかしいかも知れないが、医療行為に手のかかる患者さんと、食事や排泄や体動などの日常生活の介助に手のかかる患者さんがいる。現在のがん治療を行う急性期型病棟は、医療行為を行うためのギリギリの人員でやりくりしているのが実情であり、介助が必要な患者さんが入院すれば、それだけ大変になる。

先日入院してきた八五歳の岡田さん（仮名）さんは、食道がんであった。食道内腔は腫瘍の増大で狭くなり、ほとんど流動物しか落ちていかない状態である。住み慣れた離島で、静かに海を見つ

めて生活していたときは、好々爺こうこうやであったようだ。しかし、入院して環境が変化したため、痴呆老人に豹変してしまった。高齢者では全身麻酔の後や生活環境の変化により、急に痴呆が進むことがある。半拘束状態のような入院生活により、岡田さんも四六時中監視が必要な状態となった。点滴を引き抜くのはまだかわいいほうであり、食器に小便をしたり、便をかき混ぜたりするとすると、眼が離せない。

そして歩いて入院してきた岡田さんは、三日も寝ていたら、筋力が落ちてふらついて歩けなくなつた。転んで頭を打つたり、ベットから落ちたりする。ベットを取り払い、床に布団を敷くこととなつたが、畳の上ではないので、何とも異様な病室の光景である。肝心の放射線治療においては、数分間ジツとしていなければならないが、動いてしまつて照射もできない。眠らせる注射で数回は照射したが、長期間付き添える家族もいなかったため、総合的に判断して結局は放射線治療の続行は無理と判断し、離島の診療所に転院となつた。治療により治癒する可能性が高ければ、多少の無理を押しでも治療するが、岡田さんの食道がん病巣は超進行がんであり、数カ月の延命治療よりも住み慣れた土地での死を選んだのである。

一般に、このような介護の必要な患者さんほど身寄りがいなかったり、家族に見放されていたりする人が多い。付添婦さんを雇つたりできるのは、限られた経済力のある人だけである。家族が付き添つたりできれば、それに越したことはないが、核家族化した状況では難しいことも多い。現在の死因の約三〇%ががんによるものであるが、二〇年後には、がんが死因の約半分を占めるという予測がある。当然、介護されている人もがんで死ぬ人が増える。脳卒中や老人性痴呆で、介護保険

制度でまかなわれていたものが、がんと診断された時点で、医療保険制度の守備範囲に切り替わる。しかし、病院と縁を切れない被介護者が多いのが実情で、こんな区別の繰り返しだが、合理的と言えるのである。介護保険だとか医療保険だとか言つて、区別するのもおかしい話である。

また、介護保険と医療保険を区別することにより事務的業務も増え、新たに介護保険の事務職員が必要となり、医療コストにも跳ね返ってくる。本来は年金・福祉・医療・介護など全てを一本化したわかりやすい社会保障の体制が望まれる。病人や老人の生存を保障する社会総体としてのシステムこそが無駄をなくすことにもなる。しかし現実的な対応として、これらの人々の受け入れ先は、医療機関としては急性期病床型病院と療養型病院に区別され、さらに老人保健施設や老人ホーム、デイケア施設と多岐にわたるが、今後どのような連携と協力体制が構築されるのであろうか。具体的なイメージを持つて語れる人はいない。高齢社会の到来で、病人や介護が必要な人の絶対数が増えている。同時に医療や介護に携わり、生活の糧を得ている人も増えている。

こうした中で、医療費抑制の目的だけが先行された政策では、医療や介護の質の低下を招くのは明らかである。従来は、病院や施設で受けていた看護や介護を、家族に押し付けるだけの話である。自宅で世話をする息子や娘も、病院通いをしている中年以上の人が多い。自宅療養中の八〇歳のがんと患者の世話を、一昔前なら子供に世話をしてもらえたはずの六〇歳の娘さんが、一人で不眠不休で介護する状況になりかねない。

繰り返すが、医療や福祉の問題は、社会保障制度全体の視野から考えるべきである。例えば、老人ホームやデイケア施設と保育所を隣接して設置し、交流するのも一つの方法だろう。保育問題は、

女性の社会進出を助け、深刻な労働人口の減少に歯止めをかけるための少子化対策としても重要であるし、幼児の頃から老人や身障者への思いやりも教育されるであろう。

(一九九九年八月)

▼その後の変化

高齢化の進展による医療費の増大を抑えるために、従来の老人保健制度を改正して、二〇〇八年四月から後期高齢者医療制度がスタートし、七五歳以上の高齢者の医療保険制度はより複雑で混乱する制度となった。

死に際に見る患者の人生

家族の一人がんと診断されたときから、患者さん本人にとっても、その家族にとっても、一つの闘いが始まる。問題のない平穏な日々では、みんな良い人であり、優しい人である。しかし、追いつめられた状況になれば、人間は潜在的な側面を顕し、その人の真価が問われることがある。

終末期のがん医療では、病院を舞台にして、死にゆく患者さんを主役に、いろいろな人生劇が見られる。患者さんの精神的・心理的問題や、家族や関係者の対応が表面化してくるからである。死を直前にして、家族が集まり、手厚い看病を受けて惜しまれながら死んでいく患者さんもいれば、一人寂しく冥土へ旅立つ人もいる。そこには「死に様は生き様」と言えるような、患者さんが歩んできた、人生の縮図が垣間見られる世界がある。

不治の病で極限状況に立った患者の心理的過程について、エリザベス・キューブラー・ロスは『死ぬ瞬間』という著書で、五段階説（否認、怒り、神々との取引、恐怖と抑鬱状態、死の受容）を発表し、心理学的学問体系としての先鞭せんべんをつけた。最初は、まさか自分ががんになった訳がないと否認し、ど

うしてがんになったのかと怒りを覚える。そして、不治の病を克服するために、種々の取引を試みる。民間療法に走るのも、その心理の一つの表れである。どんな取引も無効であるとわかると、死の恐怖を感じ、また抑鬱的となる。そして最後には、死を覚悟して生を諦め、平穏な気持ちを取り戻すという、心理的推移が一般的な形であるという。

しかし、現実の患者さんは、この五段階の精神的状態が入り乱れ、繰り返されている。これは社会的存在として生きている患者さんが、精神的世界だけで生活しているわけではなく、もろもろ 諸々の家族的・社会的・経済的要因が介在した現実の中で、精神活動をしているためである。

がん患者さんばかりを相手にして医療を続けてきた私自身が、心がけていることの一つは、不治の患者さんにはできるだけ在宅期間を多くしてあげることである。治すのも医療であるが、看取るのも医療である。

不治の状態になったことを悟った患者さんに、「できるだけ自宅で好きなことをしなさい。いよいよ無理になったら、いつでも入院してください。私たちが看取らせてもらいますから」と言うのと、患者さんは例外なくほっとした笑みを浮かべ、感謝の気持ちを表す。こんな患者さんは、今までの入院中や通院中の過程で、前述した心理的段階をぐぐり抜け、既に死を受容する心理的段階にある人々である。逆に、そんな患者さんでなければ、こんな会話は成立しない。

今年は二日間の夏休みをとり札幌を離れていたが、その二日間の間に、二人のこのような患者さんが緊急入院していた。痛みや苦痛が強くなり、自宅での生活が限界となり、自らの判断で入院してきた。こうした患者さんの多くは、支えとなる家族がおり、患者も家族も医療従事者もある程度

「納得する病死」として、生を終えることができる。

しかし、数年前に看取った戸田さん（仮名）は、身寄りのない人であった。進行した食道がんで、水も通らなくなり、いよいよ辛くなってから病院を受診した。七〇歳代半ばの戸田さんは、見るからに浮浪者風の、よれよれの服装で入院してきた。三カ月間の入院中、見舞い客もなく、死を直前にしても、連絡すべき身寄りもなかった。戦後のドサクサを生きるために、親兄弟や親戚に不義理をして、縁を切った形となっていたようである。酒を友として後半生を寂しく生きた戸田さんは、病気の重大さは悟っており、入院してきたときから、既に死を受容した心境で、同室者ともあまり口をきかず、物静かに闘病生活を送っていた。

たまたま看護学校の学生が、看護実習に来ていて、約二週間の期間だけ、孫のような若い看護学生が、戸田さんを担当することになった。看護学生は、看護師さんを手伝って戸田さんの身の回りの世話をしたり、話し相手になったりした。看護学生が戸田さんの傍らに座って、じっくりと話し相手になっているときは、嬉しそうな顔で、半ば恥ずかしい自分の歩んできた人生を語っていた。若い看護学生は、信じられないような波乱と苦勞の生活を、驚愕して興味深く聞いていた。長い間話し相手もなく、孤独に暮らしをしていた戸田さんにとって、入院生活は精神的には苦痛なものではなく、人生を締めくくるときに得た安住の場所だったようである。

食道がんは肝臓へも転移し、食欲もなく衰弱した戸田さんは、あれほど好きだったお酒を、飲みたいという欲望も失せていた。死の直前、戸田さんは「せめてもの社会奉仕だから、死んだらこの体を医学生生の解剖実習に使ってほしい」と言い残していた。遺体の引き取り手もないため、解剖

実習に使われた後、無縁仏として埋葬されることとなった。

戸田さんと対照的な死は、最近亡くなった杉田さん（仮名）である。杉田さんは子宮頸がんで放射線治療を受け、骨盤内の腫瘍は治癒していたが、三年後に腹部のリンパ節に転移が起こり、最後はがん性腹膜炎と、がん性胸膜炎となり死亡した。しかし、転移が発見されてから約半年間は、自宅で娘さん達の手厚い介助で日常生活を送っていた。今年の春も、応援している広島カープのキャンプを見に、四国まで旅行してきた。ある日、衰弱していよいよ自宅での生活が困難となったため再入院してきた。そして入院後も、娘さん達の付き添いで、寂しい思いをすることなく死を迎えることができた。よく周りの人々に感謝の言葉を漏らしていたが、それは周りの人々がそっくり、杉田さんに返したい言葉でもあった。そんな「心温まる死」もある。付き添う家族の態度で、その人がどんな人生を生き、家族との関係がどんなものであったのかが伺える。杉田さんは家族にとって貴重な存在であり良い母親であったのだろう。

生老病死を必然とする人間にとって、病死は自然死の一つの形である。であるならば終末期のがん医療の死の臨床が目指すものは、患者も家族も医療従事者も、お互いが感謝し合える「納得のいく死」なのである。

（一九九九年九月）

買ってはいけない…

先日久しぶりに街に出かけて、本屋さんに入った。まず眼についたのは、出入り口の近くに大量に積み上げられた白い本の山であった。その本のタイトルは『買ってはいけない』という、ある雑誌の増刊号である。何とも読者の興味をそそるネーミングであり、つい買ってしまった。そこでは、日常生活で飲食したり、使用している雑貨や洗剤や化粧品をやり玉にあげている。底流にあるのは、添加物や保存料や着色料などの化学物質に対する不信であり、あまりに無神経な現代人に警告を発している。内容が極端なところはあるのだが、この本で本当に言いたいことは、「排気ガスは出るが車は必要だ。極力クリーンな車をつくろう」ということなのである。むしろ問題なのは、「国が許可しているものだから大丈夫だろう」と言って、無批判で食べたり使ったりする日本人のお上意識ではなからうか。

この本が超ベストセラーだそうだが、裏を返せば、しっかりした内容の商品テストをするシステムもなく、商品に関する情報源が少ない日本の消費者保護政策のお粗末さを示すものである。ダイ

オキシンのなどの環境ホルモンの問題や、遺伝子組み換え食品などが問題になっていて、昨今であるから、社会の不安がこの種の本を買わせているのだろう。そこには、現代社会の病理の幾つかが見取れる。例えば、売ればどんなものでも売ろうとするジャーナリズムの姿勢である。テレビでは番組の内容は関係なく、視聴率だけが優先し、芸人人がはびこることとなる。出版物では、目新しいことやセンセーショナルな内容で部数を伸ばそうとする。芸術性や真実は二の次なのである。そこには、公共のメディアとしての責任と、倫理性は見られない。

がんに効く健康食品の宣伝などもこのたぐいであり、被害を受けている患者さんも多い。二年前に乳がんの診断を受けた阿部さん（仮名）は、ほぼ確実に乳房温療法で治療できた患者さんであった。しかし手術を拒否して、AHCという健康食品に走った。一年後には進行乳がんとなり、やむなく腫瘍切除に同意し最低限の手術を行った。しかし、すぐに残存乳房と鎖骨上や胸骨傍のリンパ節に再発して、放射線科に紹介されてきた。この健康（？）食品を一カ月四万円以上もかけて飲み続け、その代償としてあの世への切符を早々と買ってしまったのである。AHCは数種類のキノコの菌糸を培養してつくられたもので、「免疫機能賦活物質―医学界も注目する抗がん食品」と宣伝している。まったく医学的根拠のない宣伝文句であり、『抗がん食品』と薬効を明記しているので、厳密には薬事法違反にあたるのではないかと思う。AHCを飲めば、ある種のリンパ球が増加し、これが免疫機能を賦活して抗がん作用を持つという宣伝らしい。

また井上さん（仮名）は同時性の中咽頭がんと食道がんの患者さんであった。両方の病気に放射線治療を行っていたが、三週間程で口腔粘膜の反応が強くなり、真っ赤にただれて照射を中断した。

このとき、食道鏡で食道も観察したら食道粘膜も強い粘膜炎となっていた。この程度の線量ではこんなに強い反応が生じたことは見たこともないので、何か特別なことをしているかを聞いたら、アガリクスを隠れて飲んでいたのである。アガリクスは明らかに放射線の急性反応を強めていたのであるが、問題なのは放射線の効果を増強したのは、がん細胞ではなく正常細胞に対してであった。このためがんは治らないばかりか、治すための治療の支障となっていたのである。強い粘膜炎で長期間治療を中断したため、放射線治療での根治の道は断られたのである。

AHCCやアガリクスでなくても、何らかの異物が人体に入れば、白血球（リンパ球）が増えても不思議ではない。腐ったものを食べて食中毒になっても、白血球は増える。抗がんの機序は、幾つもの因子が複雑に絡んだものであり、リンパ球が増えれば良いというような、そんな単純なものではない。本当に抗がん効果があるなら、世界中の製薬会社が競って開発しているだろう。薬事法違反の宣伝を放置している行政側にも問題があるが、ペテンにかかると患者側の判断にも問題がある。

この原稿を書いている日の新聞の夕刊には、豊胸になると宣伝して錠剤を販売していた健康食品業者が検挙された記事が載っていたが、命に関わる病気に対するペテン食品ならなおさら問題である。サメの軟骨とかキノコ類のエキスなど、がんに関くと称して販売している商品を挙げればキリがない。商品販売に医者関わっている場合は、なおさら信用しがちであるが、オウム真理教に入信する医者もいると思えば、おかしい医者がいても何ら不思議ではない。標準的な現代医療も受けず、健康食品を「信ずるものは救われない」のである。

不況といえども、地球人口の二％に満たない日本人が、世界中のブランド商品の七〇％を買いあ

さつている国であるから、自分の判断で使う数万円の健康食品など、安い物なのかも知れない。そういえば、一九九七年の高額所得日本一は、スリムドカンという、痩せると宣伝している食品を販売していた人であった。

わが国の医療は、世界一安いコストで、世界一高い健康指標を達成しているが、医療費が少しでも値上がりすれば、大騒ぎするわりには、無駄金を使っている人が多い。がん患者の不安につけ込み、ペテン商品を扱う販売業者のずるさと、それを買う人の科学的思考の欠如と愚かさを感じるのは、私一人ではないと思う。億単位の人間が社会生活しているのだから、程度の差はあっても必要悪も生じる。忙しくて時間的余裕のない現代社会で、便利さと引き換えに、多くの必要悪を受け入れている実情がある。

『買ってはいけない』流に、短絡的に健康な生活を送ろうとすれば、都会に住むサラリーマンも、自宅で畑を耕し、農薬も保存料も使わない自然食品を、自給自足することとなる。またお金持ちの人は、流通社会の恩恵は捨てて、近所の食品生産者から、割高な自然食品を購入することとなる。がんの治療法で言えば、抗がん剤は毒なので、使用することなどもつての外ということになる。放射線の使用も何百万分の一の確率で、発がんの危険性があるから、使うべきではないということになる。

しかし、こんな現実離れした解決策は成り立たない。最も大事なことは、こうした必要悪をどのレベルまで許容し、健康な生活を維持するかが問題なのである。高度消費社会では使い捨てが当たり前となり、古い物はリサイクルも考えず捨てていく。自然林を伐採し、自然破壊も進んでいる。

建築では、ホルムアルデヒドを大量に使った建材が使われ、化学物質過敏症の原因の一つともなっている。このままいけば、国民は総アレルギーや総過敏症となる。

無秩序に増大していく消費文明で、地球環境を破壊していく人類の姿は、生体の秩序を無視して増殖し、命を奪うがんの姿と似ている。人間が地球にとつて、がんとならないためには、生活のありようをもつと将来的な視点で根本的に考えなければならぬ。そのときの根本的な姿勢は、単純な自然回帰への郷愁ではなく、科学技術を相対化して、長所と短所を天秤にかけて、安全性の確認を基本にして、合理的に社会生活に取り入れることであろう。

(一九九九年一〇月)

不健康な生活ががんにつながる

かつて成人病と言われていた心臓病、高血圧、糖尿病、高尿酸血症、がんなどは、加齢に伴い発病しやすくなる。その原因の多くが、生活習慣にあることから、現在では、これらの疾患は、生活習慣病と呼ばれている。塩分の取りすぎが高血圧の誘因となり、糖分の取りすぎが糖尿病の原因と

なることは、良く知られている。そして食生活に気を付けるばかりでなく、適度の運動がこれらの疾患の予防と治療に重要であることも、周知されている。がんも生活習慣が深く関係した疾患であることは、タバコの本を見れば容易に理解できる。

また最近では、ダイオキシンの発がん性が問題となったが、要するに、発がんの最も重要な要因の一つは、ある種の化学物質や機械的刺激が、常時繰り返して細胞に刺激を与え、遺伝子に傷を付けることということがある。食生活においても、日本人に最も多い胃がんは、疫学的な調査で塩分の摂取量と関係があることがわかっている。

かつて米国でも、胃がんは高い罹患率であったが、一九五〇年代に一般家庭に冷蔵庫が普及し、食べ物を塩辛くして保存する必要がなくなり激減した。しかし米を主食とし、醤油と味噌により味付けをする日本の食生活では、なお胃がんは最も多いがんとなっている。塩分を抑えた食事をしていれば、食欲が低下し、摂取カロリーも低下するため、肥満の解消にもなる。厚生労働省は、一日の塩分摂取量を一〇グラム以下に抑えるよう勧告しているが、なかなか容易なことではない。

タバコとアルコールが発がんの外的要因としては、重要な因子であることは周知の事実であるが、最近米国から、「がん症例の約三分の一に、不健康な食事と運動不足が関与している」という報告がなされ、肥満と不健康な食事にも警告する必要性が述べられている。

多田さん(仮名)は「がんは生活習慣病である」という認識を新たにするような患者さんであった。四年前に舌(ぜつ)がんで放射線治療を受け治癒していた。その舌がん病巣は奥歯の一部がぶつかっており、常時、舌に機械的刺激を与える状態となっていた。典型的な歯の慢性的刺激が、舌がんを発生させ

たものと考えられた。組織内照射による治療後に、奥歯を削って舌に当たらないようにして後遺症なく治癒していた。

治療後の定期検診を行っていたが、来院するたびに酒臭い口臭を漂わせていた。前日にかなりの深酒をしていたようである。もちろん来院日日前日ばかりでなく、毎日飲んでいたことは想像にかたくない。口を開ければ、前夜のアルコールが分解されて発生した、アセトアルデヒドの強烈な臭いをかきながら、舌がんの再発をチェックするために、口腔内を覗き込み、診察をする身にもなってもらいたいものである。

こんなエチケツトのない患者さんなので、来るたびにアルコールを控えるよう注意し、「次に別のがんが出てくるよ」と、何度も警告していたが、聞く耳を持たなかった。診察室に充滿するような、酒臭を帯びた多田さんは、今回の検診時に「最近のどが痛い」というので、咽頭と喉頭を診察したら、喉頭がんが見つかった。アルコール漬けの生活で、まさに「なるべくしてなったがん」である。中程度の進行状態であり、放射線治療で完治が望めるため、放射線治療を優先して治療を行った。

しかしこれでも、禁酒や節酒をしようという気持ちにはなれないようである。がんの原因を断つことなく、生じた結果に対して、高額な医療費を使って対処する医者という仕事も、ばかげた仕事であるのかも知れない。タバコ、アルコール、不健康な食事そして運動不足といった、現代の生活のあり様そのものに対して、再考すべきである。

がん患者さんにまったく別のがんが発生した場合は、重複がんと呼んでいる。一つのがんを治療した後に、時期を異にして、別のがんが発生した場合は、異時性重複がんと呼んでいる。また一つ

のがんが見つかり、病院で治療しようとして検査を行っているときに、別のがんが発見されることもある。このような同時期に別々のがんが見つかった場合は、同時性重複がんと呼び、重複がんのうち、約一割は同時性重複がんである。もちろん、三つ四つのがんに罹患する人も珍しくはなく、治療で救済されても、長い生活習慣が絡んだ疾患であるだけに、長生きすれば別のがんが発生するのである。特に、上部消化管と呼吸器系の臓器に多発する傾向が強い。口腔、咽頭、食道、胃といった、口から胃までの粘膜に重複がんが発生しやすいのである。食道がんでは、口腔がんや咽頭がんや胃がんと重複するのは、一〇年ぐらいの経過を見ていけば、約四〇%に重複がんが見られる。恐ろしい確率である。また喉頭がんでは、肺がんとの重複が多い。

かつて国立がんセンターから、がん予防の一二カ条が出されたが、今でもこの心得は生きている。その一二カ条の内容は、毎日変化のある食生活をして、バランスのとれた栄養を取る。食べすぎを避け、脂肪はひかえ目にして、お酒はほどほどにして、タバコを少なくする。そして適量のビタミンと、繊維質のものを多くとり、塩辛いものは少なめに、熱いものは冷ましてから食べる。また焦げた部分はさけ、カビの生えたものは注意する。

生活のリズムとしては、日光に当たり過ぎず、体を清潔にして、適度にスポーツをするというものである。果物、野菜、穀物、豆類を豊富に摂取し、脂肪分や糖分を多く含む加工食品を避け、定期的に運動をする。そして禁酒または節酒と、禁煙といったライフスタイルが望まれるのである。

いたって普通の生活のように思うが、コンピューターの前に座って仕事をする座業が多く、車社会となつている現代人には、運動不足の解消もままならないことも多い。そしてテレビも毎日深夜

番組が流され、コンビニエンスストアは二四時間営業である。社会の生産性の向上と、個人生活の便利さを優先する社会を、維持することと引き換えに、現代人は、不健康な生活のリズムを余儀なくされている。

米国社会を後追いつている日本では、日常の生活習慣も類似してきた。米国では、四〇年間に糖尿病は六倍、肥満は二倍増加したという。また一九〇〇年以降の、過去一世紀の間に、心血管系による死亡が二九倍増加したという。がんも、このままの生活リズムでは、加齢だけが原因ではない増加が懸念される。こんな文章を書きながら、最も身につまされる思いをしているのは、自分自身なのであるが。

二二〇〇年七月

患者の自殺が残す教訓

一九九九年一年間に自殺した人は、過去最悪の約三万三〇〇〇人であるという。がんが死因となる人は、三〇万人弱と推定されるので、自殺はがんによる死亡の約九分の一である。そして遺書があった人の動機で、最も多かったのは「健康問題」であり、不況の煽りで「経済・生活問題」が原

因で自殺した人が、次に続いている。何とも世相を反映した数字であり、「自殺は社会病理である」という言葉が実感される。稀に医者も患者さんの自殺に遭遇することがある。私も、担当していたがんの患者さんに自殺されたり、自殺未遂に対応したりすることがある。

吉田さん（仮名）は白髪混じりの六〇代後半の男性で、病気は食道入り口のすぐ上の、下咽頭という部位にできた進行した下咽頭がんであった。幸い放射線治療が奏効し、このまま治癒が期待できると考えていた。放射線治療後の咽頭部位の粘膜炎が治まり、十分な経口摂取ができるまで、退院を見合わせて入院生活を送っていた。そろそろ退院という時期にきたある日曜日の早朝に、院内の階段の裏で、首吊り自殺を図ってしまった。この場合は、警察による検死が行われ、自殺として退院した。二カ月以上の入院中は、まったく自殺を危惧きぐさせるような素振りもなく、病気の快復を喜んでいたため、予測もつかない事態であった。がんが治癒する可能性が高かっただけに、惜しまれる死であり、卒業後間もない私自身の未熟さを、思い知らされたものである。二〇年も前の「がんⅡ死」という疾患への恐怖心が一般的であった時代の「思い込み」による死であった。

また田所さん（仮名）は、ご主人に先立たれた六〇歳を目の前にした身だしなみの良い品のあるご婦人であった。しかし八年来の乳がんとの闘病で、精神的にかなり疲れていた。そして全身の多数の骨に転移を来し、除痛目的で放射線治療を行っていた。照射した部位の痛みは軽減するが、まだ照射していない部位の痛みが次々に出現する状態であった。また乳房切除後の左前胸壁の皮膚に、広範にがんが再発して拡がり、ブツブツした腫瘍が露出していた。そして皮膚の下にもぐり込んだ腫瘍が肋間神経ろっかんを刺激して、ときおり耐え難い放散する強い痛みを伴っていた。また呼吸苦な

どの自覚症状は無かったが、肺にも転移して、左の胸腔内には胸水がたまっていた。

鎮痛剤を持って外泊した日曜日に、台所にあった出刃包丁を使って自殺を図った。出刃包丁を胸に突き刺したまま、救急車で運ばれてきたが、刃の三分の二ほどが刺さって、柄に血がへばり付いているその姿は、強烈なものであった。救急隊員のとつさの判断で、出刃包丁は抜き取らず、搬送してきたのである。

田所さんの意識ははっきりしており、「このまま死なせて」と懇願された。そばには二〇歳そこそこの一人娘が、泣きじやくりながら付き添っていた。娘さんの話では、以前から母の自殺願望を聞いていたので、注意していたという。たまたま娘さんが近所に数分間買物に出た隙に自殺を図ったのである。自分が目を離れた隙に自殺したことになりかねず、悔やんでも悔やみ切れない程の後悔の念が彼女を覆っていた。

私はその光景を見て、田所さんにとりあえず手術することを説得した。「田所さん、あなたが死にたいと思うのはわかります。しかし、気をつけていながら、ちよつと目を離れた隙に自殺されてしまった娘さんはどうなりますか。このまま死んだら娘さんにとっては、一生消えない心の傷となりますよ。娘さんのために、今回はとりあえず生きましょう」と、救命の必要性を説き、納得させて緊急手術となった。

手術室で開けてみると、出刃包丁の刃は、約一二cmほど胸腔内に突き刺さっていた。しかし幸いなことに、刺したのは左側の心臓より下の胸であった。そこには胸水が貯留していたため、刃は胸水によって押し上げられた肺と横隔膜おうかくまくの間の胸水の中に刺さっており、肺も傷つけられてい

かったのである。

術後の田所さんの入院生活は、吹っ切れた心境で淡々としていた。娘さんは、自殺未遂に終わったこともあり、笑顔を見せながら、最後の看病に当たっていた。田所さんはその事件があつてから、六週間後に穏やかにがんと闘いを終えた。医療の現場では、死に逝く人のことばかりでなく、残されて、これから生き続けなければならぬ人の、精神的ケアの問題も重要なことなのである。

桜井さん（仮名）は、六〇代のある地方の開業医さんで、喉頭がんの治療のため入院してきた。しかし進行した喉頭がんであり、術前照射後に手術を余儀なくされた。喉頭全摘術を行つても、食道発声法を訓練して身につければ、日常生活程度はさほど不自由しない旨を話し、本人も仕方がないと思つたのか、嫌々ながらも手術に同意した。術後の経過は順調でまもなく退院した。しかし、数カ月後に消息を絶ち、自殺したという訃報ふほうが届いた。

桜井さんにとつては、がんは治つても許容できない治療後の仕上がりがりだったのである。社会的にその地方の名士であり、高いプライドを持った人にとつて、喉を取られて、前頸部に永久に気管の穴が見える状態と、会話がままならないことに、強い苛立ちを覚えたとしても不思議ではない。生命や生活の質（QOL）は千差万別であるが、桜井さんからは個々人のレベルで、満足のいくQOLを得ることの難しさを教えられたのである。

頭頸部がんで、舌や喉を切除しなければならぬ人は少なくない。しかし「喉を取られるくらいなら、死んだ方がましだ」と手術を拒否した人を、何とか説得して手術した人で自殺をした人は、私の経験ではない。何とも人間は不可解な生き物である。

人間の精神活動や感情は、山もあれば谷もある。躁さうのときもあれば鬱うつのときもある。何らかの要因が原因となり、これらの精神と感情の起伏の中で、複雑に絡み合い、自殺という行為が生み出されるとしたら、防ぐことは容易ではない。

治るがんでも、がんになったことを悲観して自殺する人や、がんとの闘病で疲れ果てて自殺する人など、いろいろあるが、病死する人からばかりでなく、人の死はどんな死でも、我々に多くの教訓を残している。

二〇〇〇年九月

二二世紀のがん医療に必要なもの？

誰の言葉かは忘れたが、人間には避けられないことが二つあるという。「一つは生きることであり、もう一つは死ぬことである」。医学がどんなに進歩しようとも、この事実は変わらない。二二世紀を迎えて、生命科学は急速に進歩し、クローン人間を誕生させることも、技術的には可能となっている。

思えば近代医学の歴史は、意外と浅いものである。本格的な近代外科学は、一九世紀の半ばのエーテル麻酔による手術が出発点となつていると言つても過言ではなく、たかだか約一五〇年の歩みである。また、放射線治療は、一八九五年のレントゲンによるX線の発見から始まり、約一〇〇年の歴史である。そして抗生物質や抗がん剤などの薬物療法は、第二次大戦後に本格的に普及した治療法であり、約五〇年余りの歲月しか経ていない。

そして二一世紀には、遺伝子治療が注目を浴びている。ヒトゲノム（遺伝子）の解析がほぼ終了し、現在はその意味づけの研究と、治療への応用に向かつている。そこでは遺伝子検査による、個別化した治療が可能となり、オーダーメイド治療の時代になろうとしているのである。放射線治療が効くかどうか、抗がん剤が効くかどうか、治療前に知ることが可能とされる。年末の新聞には、遺伝子の変異により、寿命が二倍になるシヨウジヨウバエの遺伝子の発見が報じられていたが、研究如何によつては、疾病の克服ばかりでなく、不老長寿の手段も人類は、手に入れようとしているのである。

手工業的な実験や臨床の、地道な積み重ねで確立してきた科学は、進歩し続ける現代テクノロジーを武器として、今後はさらに加速度的に進歩し、一〇〇年後の今世紀末には、人類はどんな生命体となり、どんな人生を送るのか、凡人の私には予測すらできない。しかし、こうした科学と技術の進歩に対応できる、生命科学の哲学が未確立であることが問題である。立場や利益が絡み、幾多の考え方が錯綜しつつ、科学だけが急速に進歩しているのである。

そして医学の進歩は、当然個別化した治療の方向を模索することになる。この場合最も重要なこ

とは、情報の公開と患者自身の自己決定意識の確立であろう。現在のように、患者側に医療情報が十分に与えられず、標準的な診療行為においても医療事故や医療ミスの報道が繰り返される事態では、ますます不安となるのは私一人ではない。

医者も患者もインターネットを活用し、最新の情報が容易に入手可能となる。医者は患者を目の前にして、医学情報の検索と評価と統合を行い、個別化した医療を余儀なくされるであろう。また通信衛星を使った、世界的なレベルでの遠隔医療も普及するだろう。しかし、医学の進歩と情報革命に対応できるだけの、哲学がやはり遅れている。

一九九八年度に、厚生労働省が実施した「末期医療に関する国民の意識調査」では、治癒困難な疾患に罹患した場合、病名や病気の見通しを知りたいと答えた人は、一般市民の七二%（回答数二四〇〇）で、このうち九〇%が自分自身で説明を受けたいと回答している。一方、医者が治癒不能な疾患と判断した場合、患者本人にまず説明すると回答した医者は三%（回答数一五〇〇）のみであった。

患者側の要望に反して、医者側の意識改革は遅れている。従来どおり親族などの代理人による、意思決定が幅を効かしている状況に甘んじ、患者自身の「知る権利」に対する意識は希薄である。患者本人の情報は、まず患者本人に帰属するものであるという意識が希薄なのである。育った時代の差で、親子でさえ価値観や死生観が異なるのは当たり前である。また、死が何人も免れ得ないとしたら、最終的には、患者自身が自分の生き様と死に様に責任を持って決定すべきであろう。

五〇歳代の深田さん（仮名）は四年前に乳がんの手術をしたが、胸壁に再発し、当科に紹介され

て来た。放射線治療により、胸壁の再発腫瘍は消失した。しかし、なお腫瘍マーカーが正常値以上であったため、どこかにがんが潜んでいることや、新病変が出現する可能性が高かったため、抗がん剤の治療を勧めた。

しかし、前にかかった医者より再発した時点で余命半年と宣告されていた深田さんは、粘り強く標準的な治療を行うように説得したが、抗がん剤の治療を拒否して来院しなくなった。抗がん剤を使えば、免疫力が低下するからというのがその理由である。そして、アガリクスやプロポリスなどはもちろんのこと、いかがわしい民間療法に、多額のお金を費やしていた。しかし三カ月後には、脳に多発性の転移をきたして来院してきた。放射線治療が第一選択となる病巣の状態であり、放射線治療を行った。

こうした治療の経緯となったのは残念であるが、ここに幾つかの問題を垣間見ることができると。一つは、医者が余りにも短絡的であったことである。再発乳がんでも、抗がん剤やホルモン療法が奏効すれば、意外と長生きする人も多い。まして胸壁再発だけならば直接命に別条はなく、数年も延命する人もある。しかし、医者は一般的に職業的自己防衛の意識から、より深刻な事態を想定して説明することが多い。それは余命半年と言っておけば、二年も生きれば患者や家族に感謝されるであろうし、半年程度で死亡しても何も非難されない。もし余命二年程度と宣告して、半年で死んだなら家族は「医者が言ったことと違うのではないか」となる。

しかし、乳がんのようなホルモン依存性の腫瘍では、余命の推定は難しいことが多い。がんの末期となり、血圧が低下して危篤の状態では、「今日明日中しか持ちません」と言えるが、深田さん

のような場合は、的確に予後を推定することは容易ではない。半年から五年程度の幅が考えられるのである。それは一学級の中に、成績の良い生徒も悪い生徒もいるのと同様である。平均的な成績で説明するしか方法はないのであるが、「短かければ半年、長ければ数年は延命できる」と、最悪の場合と治療が上手くいった場合の両方の可能性も、幅を持つて説明すべきだっただと思う。

また患者側にも、冷静な科学的な判断を望みたいものである。世界中の製薬会社は、熾烈な企業競争に生き抜くために、優秀な研究者を総動員して新薬の開発を行っている。アガリクスやプロポリスなどが、本当に抗がん作用を持っていれば、薬剤として開発しているであろう。今世紀の医療は、医者には患者に正確な情報公開を行い、患者は自分の責任で的確な選択ができる賢さを要求しているのである。それが本当の個別化した、オーダーメイド医療の基軸となるのである。

二〇〇一年一月

社会や医療のひずみはどこまで？

北海道の雪解けの頃は、今まで一緒に働いていた人々との、別れを惜しむ情と、やってきた春のポカポカ陽気の中でニューフェイスと出会える楽しみが交差する複雑な時期である。今年もそうした人々が入れ替わる時期を迎えた。医者も看護師も病院事務に携わっている人も、それぞれの事情で職場を替わったり、また辞めていく。

毎日のニュースを見ても、明るい社会とは程遠い日本であるが、幾多の人々は、人生の転機を迎える。森首相に象徴される、無能と無責任な政治家や、外務省機密費の詐欺さしゅに見られる行政のため、そして不況が続く中での株価の下落など、枚挙にいとまがないほど暗い状況である。

しかし患者さんも医療スタッフも、日々の生活を引きずりながら、ささやかな楽しみを見つけ生きていく。こんな暗い世情で、将来に不安を持つ国民が消費に向かうわけがなく、サイフの紐を締めるのは当然である。そして、失業率5%前後で推移する最近の日本で、悲惨な医療の現実も生まれる。

乳がんと闘い続けてきた、三〇代後半の伊藤さん（仮名）は、既に全身の骨にがんが転移して、その痛みで苦しむ毎日であった。激痛の原因となる骨転移の病巣には、放射線治療を行って痛みは緩和されたが、照射していない他の部位の骨転移の痛みもあり、麻薬を使って痛みの管理を行っていた。しかし、薬代もばかにならず、毎月三〇万円以上の支払いに追われていた。小さい女の子を抱え、また、生活の基盤もできていなかった伊藤さん夫婦にとって、医療費は大きな負担となる。結局、伊藤さんは医者以内緒で麻薬を節約して、痛みを耐える生活を送っていた。死の直前まで入院を拒み、医療費に気を使わなければならなかった伊藤さんは、健常時の半分の体重となって亡くなった。尊厳死も重要な問題であるが、それ以前に経済的理由で、満足の行く医療を受けることなく亡くなる人々もいるのである。

日ごとに痩せて筋力も衰え、身の回りの介助も必要となった、伊藤さんの病室に顔を出すたびに私は、東京で経験した、同じ乳がんの患者さんのことを思い出した。二〇年近く前に、東京のあるがん専門病院に研修に行ったとき、たまたま担当したお婆さんは、やはり乳がんで骨に転移して放射線治療を受けていた。体動には支障なく、普通の生活が可能であったが、一日三万円の差額ベット代を払って、広々とした個室に入院していた。しかし、二週間ほどで某大病院の個室に移って行った。その大病院の差額ベット代は一日五万円で、二部屋続きで別室には看護師さんが待機しているというものである。

若く貧乏な当時の私は、東京には、とんでもない金持ちがいるものだという驚きと、「医療も金次第」という、何か後味の悪い思いをしたものである。死は何人にも平等なんびとに訪れるとしても、死に

際の不公平さは現世の縮図でもある。

伊藤さんの経済的事情を知って、とても親切に接していた看護師さんも、この春に退職した。職場を辞める理由として、定年退職は最もハッピーな辞め方なのであるうが、社会の歪みの中で、同情すべき辞職も多い。育児のために退職する看護師さんなどは、その典型である。国民労働力の有効活用という視点から考えれば、長い教育と経験を持つ働き盛りの女性が、育児施設の不備から、職場を離れざるを得ない事態は大変な損失となる。昔の大家族なら母親が仕事をしても、祖父や祖母が孫の面倒を見ることもできた。そして、大家族の生活共同体の中で、子供は自分の位置を認識し、高齢者への敬意や思いやりも、日常生活の中でつかみ取っていく。

しかし、核家族化した現代では、それもままならない。兄弟が多ければ、子供同士の中でそれぞれの役割を知り、大人になっても社会共同体の中で順応していく。しかし一人っ子で、子供中心に生活が組み立てられていく核家族では、共同体の中で自己を相対化して、見つめる機会も乏しくなる。それは、いじめっ子の土壌にもなりうるし、自己中心的な、青少年犯罪の増加にも繋がっている。核家族の破綻から、幼児虐待の事態も多くなっているが、「いじめ」による人格形成が、異常な人間を生み出すことは、社会病理の常識である。ナチス・ドイツのヒトラーの分析では、子供時代の虐待があつた残忍性と猜疑心の強い性格を形成したことはよく知られた事実である。

政府は「教育改革」を掲げ、卒業式には国旗掲揚と国家斉唱を義務づけたが、そんなことで愛国心が生まれる訳ではない。こうしたお仕着せは、思想信条の自由を侵しているばかりでなく、国際紛争の原因となるだけである。本当の愛国心は、生きていて楽しく、また平等な社会生活からしか

生まれないのである。「社会正義」とか「道義的責任」という言葉が虚しく聞こえる、腐敗しきつた政治と行政の国で、子供に愛国心は生まれようがないのである。子供は大人を見て育っていることを、もつと自覚する必要がある。

去つていく人もあれば、新たに仲間になる人もいる。特に学校を卒業して、社会人として働き出す人には、職場全体で育てていくしかない。私も卒業して病院に勤務したとき、母親の歳に近い当時の菊地婦長（仮名）さんは、まず朝の挨拶から仕込んでくれた。聞こえないような小さな声で「おはようございます」と言つても許してはくれず、周りの皆に聞こえるような、大きな声で「おはようございます」と言い返すまで、婦長さんは何度も繰り返して「おはようございます」というのである。

こうした些細な挨拶から始まつて、多くの人に育てられた。今では、かつての婦長さんのような立場になつた自分が、四月からの、ニューフェイスに接しなければならぬ。毎日料亭をハシゴする首相を見るたびに、しかるべき立場にある人間は、立場に見合ったそれなりの仕事をしなければならぬと思うのである。

伊藤さんの死に際の苦勞を知り、また社会保障と福祉の不備の犠牲となり、働きたくても働けない看護師さんのことを考えれば、時代に応じた税金の使い方が、問われなければならぬ。目先の利益誘導だけで、無駄な公共事業を継続する政治家を選ぶ国民自身の意識が変わらなければ、国民は老後のために貯蓄しようとする自己防衛の姿勢を続けるしかないのである。「面白きこともなき世を面白く」という、高杉晋作の辞世の句があるが、国民は生活を引きずりながら、個人的な

ささやかな楽しみを見つけて生きていっても、このままでは、明るい未来はないように思われる。

(二〇〇一年四月)

入院するベッドがない

小泉内閣となって何かしら政治が、一世代若返った感じを受ける今日この頃である。日本社会全体の構造改革への期待は大きい、同時に障害も大きいことが予想される。医療においても、今年の三月から医療法の一部が改正され、また医療費抑制策が前面に押し出されている。政府の医療費抑制策と日本医師会の姿勢は、対立する構図となることも多く、(医療)族議員を介した医師会側の抵抗が予想される。

選挙になれば、社団法人である日本医師会から推薦を受け、政治献金を受け取っている議員は当然、医師会の意向に沿った言動をとる。これもまた、医療の構造改革の支障となりかねない。思想・信条の自由が個人の権利であるならば、医師会は選挙において、特定の政党や政治家を推薦したり

するのは止めるべきである。ましてや、団体としての政治献金などはすべきではない。

各人がどんな団体や企業に属していようが、どの政党やどの議員を支持するかは、極めて個人的な問題である以上、政治献金をするのであれば、団体としてではなく、医者個人が献金すべきである。そうすれば族議員も生まれにくいし、特定の職種や企業のために利益誘導を図ったり、ひも付き政治を行うこともなくなる。私は支持しない政党や政治家への献金のために、医師会費を払っているわけではないのである。

ところで今、医療法改正の目玉は、入院医療を提供する体制の整備である。病院の病床区分は精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床および一般病床の五区分となった。医療費の抑制を考慮して、慢性疾患を対象とした療養病床と一般病床に区分し、医療の質を区別したのである。

もちろん、がん患者の治療は一般病床で行われるが、基準がゆるい療養病床に切り替える病院が増えるため、がん患者などの急性期の患者さんが入院するベッド数は少なくなっていく事態が生じている。また病床の種別に応じて、新たな人員配置の基準が出され、その基準に応じた入院基本料が設定されている。

具体的な一例としては、一般病床では、入院患者三人に対して看護師一人、医者は患者一六人に対して一人、薬剤師は七〇人に対して一人という具合である。医療費の上限枠まで決められようとしている事態の中で、必要人員の増員を課せられたので、医師会は反対を唱えるわけである。

さらに平均在院日数により、看護料の診療報酬が異なる仕組みがある。一般病床で患者と看護師数が三対一の配置の場合は、入院基本料は一日当たり九四三〇円であるが、二八日の平均入院期間

をメドにして、平均在院日数が短いほど加算され、長くなれば減算される仕組みとなっている。このため効率的に入院基本料を得ようとすれば、できるだけ在院日数を短縮する医療となる。

しかし入院期間の短縮は、医療費の抑制にはつながらず、むしろ必要な医療を受ける患者が、治療の一貫性を断ち切られて、病院を移される事態が生まれている。病院経営だけを考えれば、患者をたらい回しにすることが錬金術の一つとなっているのである。

乳がんの佐伯さん（仮名）は、骨転移と肝転移の他に、がん性胸膜炎を伴う進行がんであった。七年前からの乳がんと闘いで、化学療法による骨髄抑制が強く、今後も強力な抗がん剤は使うこともできない。骨転移の痛みは照射と鎮痛剤の投与で何とかこなしていたが、胸水の貯留と肺機能の低下で自宅での生活は困難であった。

しかし乳がんという疾患の特殊性で、まだまだ延命は可能である。最初に乳房切除術を受けたクリニックの外科医からは、もう治療法はないしベッドもないと言われ、いろいろな病院をたらい回しにされて当科に落ち着いた。

外科医の一部は手術には熱心だが、再発して外科的な治療の余地がないときには、最後まで面倒を見ない医者もいる。現実には新たな手術患者で、精一杯ということもあるのかも知れないが、佐伯さんのような処遇を経験すれば、医療不信になっても不思議ではない。

入院基本料を考慮して、効率的病院経営を追求すれば、こうした佐伯さんのような、一般病床で治療が必要な患者さんでも、二八日以上入院してじつくりと治療することは、病院にとって喜ばしい形とはならない医療体制となっているのである。

医療法改正のもう一つの目玉は、医療情報の提供を推進することや、病院広告の規制緩和が行われていることである。単に診療科や診療時間の広告だけでなく、出身大学や経歴や学会毎の専門医や認定医などの取得も表示できるといえるが、まだあまり見かけてはいない。

また、請求があれば診療録（カルテ）や、その他の診療に関する諸記録に係る情報を、提供することが義務づけられたが、現実にはまだ知らない人も多い。なお、診療録の保管義務は、法的には五年間なので、五年以上前のカルテは破棄されていることもあり、医療訴訟の場合の証拠保全は五年以内に行う必要がある。

医療情報の提供は重要なことであるが、医者の仕事も随分と増えている。入院したら入院説明書、退院すれば退院時の要約を、輸血に際しては輸血説明書を所定の書類に書く。医者同士の紹介状や返事、生命保険会社の書類、手術や放射線治療などの各治療に際しての承諾書、麻酔同意書など枚挙に暇がない。そしてそのたびに、患者や家族に説明する時間も馬鹿にならず、患者に接する診療時間以上に時間をとられる。まさに「卓上医療」である。

米国の医療費が高いことは周知の事実であるが、院内で働くスタッフ数は、少なく見積もっても日本の三倍はいる。しかも専門化した多種多様な職種の人々がおり、点滴だけを専門に行う人もいる。当然うまいはずである。そして院内全体のシステムの中で、訴訟社会を反映して、不断にミスに対する対応が行われている。医療費支払いも民間の保険会社から行われるため、病院の評価にも厳しいチェックが入る。医者もがん患者の診察に際して、三〇分単位で予約が入れられているので、充分に時間をかけて説明できる。

午前中に六人程度の患者を診察する米国とは対照的に、日本では三〇人から六〇人を診察しているのである。そして書類の山を片付ける卓上医療もしなければならぬ。日本では秘書が書いた書類をチェックして、サインだけで済ますことはできないし、秘書もいない。スタッフ数は開発途上国並みの少なさなのに、処置や検査などの医療行為は世界一多い。

もちろん金儲けも絡んで無駄な検査や処置などが加わっているという事情もあるとはいえ、これほどの多くの仕事を現場の個人の犠牲でこなしているのが、日本の医療の一つの特徴でもある。卓上医療と平均在院日数の短縮により、患者への説明時間や、患者と主治医とのコミュニケーションの時間が少なくなるといって、逆説も成り立つのである。

医学は進歩しても、その供給体制は、本当に改善されているのであろうか？ 考える暇もなく働いているのが、多くの医者の方なのではないだろうか。

二二〇〇一年七月

国立病院の中にある頑固な病氣

二〇〇一年の「年の言葉」は「戦」であったというが、私の職場環境も戦場としか言いようのない雑多で多忙な日常である。この環境はそう簡単に好転するとは思われないが、私が日頃心がけていることの一つは「国立病院的な人間」にならないということである。それは事なかれ主義との戦いでもある。「言いたいことは言つて、やりたいことはやる」という姿勢はなかなか日本の風土に受け入れられない。波風も立つし戦いにもなる損な生き方かも知れない。しかし、昨年来の「聖域なき構造改革」の中で、国立病院だけは確実に対応できていない。他の組織については知らないが、現実では「国立病院的な人間」では患者さんのための医療はできないという感を一層強く持つからである。

規制緩和が叫ばれていても、従来型の頭脳構造の変革なくして、矛盾の多い現実を変えていくことはできない。二年後の二〇〇四年には国立病院はナショナルセンターだけを残して独立行政法人となる。そのための準備期間であるはずの現在、多くの国立病院や療養所で働いている人々、とり

わけ病院管理者や医師の意識は従来の発想や姿勢から脱皮する気配さえ感じられない。より良い医療を行うために、今直ぐに必要な医療機器を要求しても、「次年度の機器整備計画に上げてください」と言われ、予算請求しても購入できるのはいつになるのか見当も付かない。一〇年後ぐらいに思っ
て期待しないで待っているのが国立病院でやっていく秘訣であるという。おまけに、「国立病院では、
与えられた範囲で仕事をしてください」と諭される。

たまに講演を依頼されても、時間当たり×万円と厚生労働省の規則で決められている。大学の教授ならその五倍以上の謝礼を受け取っているが、同じ国家公務員なのにどうしてこんなに差があるのかと言いたくなる。医者の平均年収も勤務医の中では最も低い額であり、国立病院の医師の年齢層別年収を教えてくださいました事務の人は、「これを見たら国立病院をみんな辞めたくなくとも思っているので、オープンにはできませんですよ」と笑っていた。そしてまともに超勤手当さえ出していない。

全国の同輩の国立病院の医者と飲食を共にすると、「今年から息子が東京の大学に行ったので仕送りが大変でねえ」という話になる。これではやる気のある医者も優秀な医者も国立病院からはいなくなる。民間企業では考えられない、「休まず、働かず、現状維持のために問題を起こさず」
的人間が「国立病院的な人間」なのである。そして「国立病院的な人間」がまた院長や管理者となる仕組みでは好転するはずがない。

国立病院独自の会計方式で現在の収支がトントンである病院でも、独立行政法人化して一般企業会計となれば、七〇〜八〇%収支は悪化すると言われている。このままでは赤字になる国立の医療機関は決して多くはないと予測される。

医師や職員の配置も、大学の医局の思惑や人事が絡み、また既得権にしがみついため、仕事量に応じた院内定員配置の見直しもしない。民間なら収益性の高い部門の拡張や非採算部門の縮小は当然のことであるが、悪平等がはびこり自浄努力を失った国立医療機関で、それを断行する管理者は少ない。

事務部門や看護部門の長も、四〇年近く幾つかの国立の医療機関に勤務し、定年間際の二〜三年前に事務長や看護部長となって赴任してくるが、改革を断行するエネルギーは残っていない。つづがなく停年退職まで問題を起こさず、勤め上げることが大事となる。そして普通の人なら願わくば叙勲でもと考えるのであろう。

先月ある雑誌で、国民性を端的に表現している言葉を目にした。タイタニック号が沈没するとき、女性や子供を先に救助艇に下ろすために、我先に逃げようとする男たちを制する言葉は、ドイツ人には「規則ですから」と言えばいいという。イギリス人には「あなたはジェントルマンですね」、アメリカ人には「ヒーローになりたくありませんか」、そして日本人には「みんなそうしていますから」と言えば何とかなるという。思わず笑ってしまったが、こうした典型的な「みんなそうしてきたから」的姿勢に甘んじ、再起不能に近い病魔に冒されているのが国立の医療機関である。そしてこの姿勢は公務員一般にも当てはまるといっても大きな反論はないはずである。一人一人は良識ある有能な人々も、硬直した制度と規制の中で、能力を発揮できずに燻っている。

厚生労働省の行政官も同様で、一〜三年程度で部署や役職が変わり、転勤する回数が多いほど出世する仕組みでは、責任ある行政はできない。やっと現場の矛盾や現状の問題点を理解した頃には、

次のポストが待っている。そして転属した後は以前の仕事に関しては責任はなくなり、また不文律として口出しやアドバイスはままならない。こんな医療行政の仕組みが長く続いているのである。

昨年の忘年会である病院の理事長と会ったとき、今年から二〇〇床以上の病院全体を全室個室に改築して、差額ベット代も徴収しないという。この病院は開院時に各室に設置されている冷蔵庫もドイツから取り寄せたまったく音が出ないものを使用していたが、こうした入院生活への気配りの延長上に、世界でも類のない患者さんへの環境（アメニティ）を目指しているのである。民間病院だからこぞできるのかも知れないが、その時代を先取りした感覚には驚嘆と敬意を覚える。患者さんの人権やプライバシーの確保について、全国の医療機関に省庁通達を出している所轄官庁が、本来は率先してこうした院内のアメニティの改善を行うべきであるが、古い規制で六人室で当然という感覚が国立の医療機関なのである。

外出もできないほど弱って、がんとの戦いに敗れようとしている患者さんにとって、死ぬまでの数カ月は病院や病室は生活空間の全てである。末期のがん患者さんを多く扱っている私は、もっと快適な病室空間を提供したいという思いは強い。

公務員感覚で医療版構造改革が遅々として進まない医療機関の姿は、「笛吹けど踊らず」である。改革に必要な予算などが単年度主義の規制でしか動かすことができないため、「笛に合わせて踊りたくても踊れない」と言ったほうが正確かも知れない。医療の質への介入を放棄し、医療費を三〇兆円以内に抑えるために医療費の三割負担や高齢者の定率負担などの金銭勘定だけが医療の構造改革なのではない。全国の二二〇ほどある国立病院・療養所は今後どのようにになるのか、本当の

ところ誰にも青写真は見えていない。当院はがんセンターという看板を上げているが、自分たちの「意識の中にあるがん」を克服することが必要なのである。

（二〇〇二年二月）

▼その後の変化

国立病院・療養所は二〇〇四年四月に独立行政法人国立病院機構となった。機構本部が一四五施設をとりまとめて政策医療の分野を中心に地域医療に貢献している。独立行政法人化して六年経過し、職員の意識も徐々に変わってきており、日本最大の病院チェーンとして経営もかなり安定してきた。二〇一〇年度からは国立がんセンターなどのナショナルセンターも独立行政法人化して運営されることとなった。

心のケア

どのような疾患を治療するにあたって、臨床医には二つの目が必要である。第一の目は、医学的データに基づき疾患の状態を正しく診断し、最も適切な治療法を選択する客観的な目である。こ

れが治療の基本であるが、これだけでは患者さんを治療することは難しい。がんの治療において、ごく初期に発見されてすんなりと治療が終わることもあるが、そのようなケースでも、患者さんは今まで考えたこともない「死」とまともに向きあわざるを得なくなる。

そのことは必然的に自分の人生と真剣に向き合うことになり、それまで気づかなかったさまざまな心の葛藤や、家庭内の問題が噴出することになる。漠然とした死の不安と葛藤でうつ状態になる例が多い。ましてや、運悪く進行した病状では、その不安や精神的な苦痛は計り知れない。

そこで治療に携わる者には、悩み落ち込む患者さんを支える「もう一つの目」が必要となる。それは医学的データを重視して判断するという冷静な目ではなく、患者さんの心に注がれる「温かいまなざし」である。治療者の「温かいまなざし」や家族の愛情の支えがなければ、患者さんはがんと闘うことは難しい。

英国のグリアーという研究者が、乳がん患者の心理反応を「闘争心」、「拒絶」、「禁欲的受容」、「無気力と絶望」の四つに分類し、年齢、組織分類、放射線治療の有無など、予後に関係する他の七つの因子と比較したところ、生存率は心理反応に最も高い相関関係を示した。「闘争心」という前向きな対処行動をとった人が最も生存率が高く、「無気力と絶望」に陥った人が、最も生存率が低いと報告している。このため、がん患者さんの心のケアも重視され、精神腫瘍学という分野の研究も盛んになっている、

最近、当科の三〇年間の集計をする機会があったが、放射線治療の患者さんの中で、激減している疾患に上顎洞がんがある。上顎洞は頬の奥に位置する骨に囲まれた副鼻腔の一つで、ここに慢性

の感染を生じればいわゆる蓄膿症となる。

しかし、衛生状態の向上により蓄膿症が少なくなり、慢性感染症に起因した上顎洞がんが激減した。慢性の感染症が、がんの発生に関係していることを思わせる代表的な疾患であるとともに、世の移り変わりにより疾病構造が変化することを物語っている。

この疾患は手術と放射線治療を主体として治療するが、顔面の変形が残ることが多い。また治療できず、局所制御ができない場合は、顔面に腫瘍が露出したり頬に穴が開いた状態となり、患者さんにとっては大変なストレスとなる。そのため自殺した患者さんには、この疾患の人が多かったというのも私の記憶として残っている。特に女性の場合は心のケアが必要となる疾患である。

がんに限らず心理状態が多くの疾患の予後を左右することはよく知られている。そしてまた、「心」が多くの疾患の原因ともなっていることもわかってきた。

年若い乳がんの母親にいつも付き添って来院する息子の阿部さん(仮名)は、ある企業の社長で、いつも穏やかで笑顔を絶やさない人であった。ある外来日に、次に阿部さんの診察の順番となった直前に、病棟に入院中の患者さんが急変し、外来をストップして対応したことがある。そのため阿部さんの診察はひどく待たせてしまった。

外来を再開して阿部さんを診察室にお呼びしたときに、付き添ってきた息子さんは、いつもと同じように微笑みながら入って来られた。普通の人間は、ひどく待たされて穏やかな表情でいられるものではないが、息子さんの表情を見て、強い感情抑制に私は驚いた。そして「大変待たせて申し訳ありませんでした」という言葉が意図せず私の口から出た。

私の謝りの言葉に、息子さんは緊張感を少し緩めたのか、お母さんの診察を終えてから、日常生活の一端を話してくれた。その話の中で、普段はストレスを受けているとは、とても思えない息子さんは、常に肩こりに悩まされており、再発を繰り返す胃潰瘍の持病を持っているという。また帰宅は毎日深夜だという。激務のなかで、感情を抑え笑顔を絶やさず、業績を上げる有能な阿部さんにとって、三箱も吸うタバコが、ストレスをやわらげる唯一の手段のようであり、そしてカチカチになるほどの肩凝りは、無言で心身のストレスを訴えていた、

阿部さんの胃潰瘍は「過剰適応」による心身症と言える。「過剰適応」とは、内的な感情を抑え、周囲の期待に応じて過剰な努力を払うことをいう。まじめながんばり屋で、人から頼まれると断れず、他人によく気をつかう自己犠牲的な人の行動様式である。このストレスが心身症を引き起こす。胃潰瘍は感情抑圧の代償と言える。

心身症とは身体疾患のなかでその発症や経過に心理的・社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的疾患が認められる病態をいう。代表的なものに、消化性潰瘍、気管支喘息、本態性高血圧、狭心症や心筋梗塞などの冠動脈疾患、潰瘍性大腸炎、慢性じんましん、偏頭痛などがある。また、最近増加しているアルコールの多飲による膵炎も心身症と考えられている。アルコール性膵炎についての研究によると、厳格な父親とけっして甘やかさない厳しい母親に育てられた人に多いという。このような生い立ちをした人は、両親の愛情を得るための幼児期からの際限のない努力を強いられ、そのまま成人後、「過剰適応パターン」に発展する。

過剰な適応努力でストレスが生じ、飲酒がそのはけ口となっていく。過剰に適応するほど過剰な

アルコールを必要とする結果となる。愛情欲求の抑圧はアルコールに依存するというかたちで解消される。膀胱の患者さんに禁酒を強いると、他の薬物依存に移行することが多い。身体的な治療だけでは改善されない。

このようなさまざまな疾患を、心理面を重視して治療する領域を心療内科という。心療内科の看板をあげているクリニックが増えているが、それだけ患者さんが増加しているということになる。

心療内科医の目からみると、内科を受診する初診の患者さんの六、七割は心身症としての病態を持つているという。アトピー性皮膚炎なども、生活のあり方に大きく関係し、心身症の側面を持っている。アトピー性皮膚炎はアジアやアフリカなどの開発途上国ではほとんど見られない。我々は、これ以上心身症で悩まされないように、生活のあり方を真剣に考えなければならぬところまで来ているのではないだろうか。

(二〇〇二年九月)

▼その後の変化

がん対策の重点的な課題の一つに緩和ケアがある。この緩和ケアの中でも、患者さんやその家族も含めた人々に対する精神的支援やケアにも眼が向けられるようになった。

第 5 章

医療情報は誰のものか？

「説明と同意」から「説明と選択」へ

毎日の診療では、医者が患者さんや家族に病名や治療法を説明して医療行為に対する承諾を得ている。いわゆる「インフォームド・コンセント（説明と同意）」である。しかし、がん患者さんにおいては、本人に治療法を話す場合に「がん告知」という問題が生じてくる。「がんⅡ死」という構図を思い浮べる人が多いので、なかなかズバリと言えないこともある。特に助かる見込みのない進出した患者さんには言いにくい。

米国のように医療がギブ・アンド・テイクの契約関係の要素が強い場合には、病名を知るのは患者の権利であり、原則的にがん告知が行われている。そして治療法の説明が行われ、患者さんは最も希望する治療法を選択するという状況である。しかし日本ではまだまだがん告知が行われていない。

向井さん（仮名）は四年前に肺がんを患ったが、幸い手術で治療し再発のない状態であった。しかし今度は前立腺がんが発見され、放射線治療に紹介された。前立腺がんの手術後は性功能に支障

をきたすことが多いが、放射線治療では性機能に支障をきたすことは少ない。五〇代後半の向井さんの場合は、機能温存を考え、また手術療法も放射線治療も治療成績は変わらないことから、放射線治療を選択したのである。

しかし家族は「肺がんをやつと克服できたのに、今度は前立腺がんだというのは可哀相だ」ということで、がん告知はしないよう希望した。三年後に全身の骨転移を生じて死亡したが、最後の入院中もほとんどお見舞いの人が来なかった。がんという病名を隠していたため、周囲の人も重大事には考えていなかったからである。本人は薄々自分のがんであるとわかってはいたが、家族の思いを察した向井さんは、がんという言葉は最後まで口にできなかった。

死亡した後に、奥さんはしみじみと語った。「主人は社交的な人で、友人も多かった。がんと知っていたら、多くの人にお別れを言えたのに」。本人にとつて、がんと告知されることよりも、知らない振りをしたり、友人・知人に最後の面会ができなかったことの方が、より辛かったのかもしれない。以前と比べてずいぶんと少なくなったが、放射線治療を行っている患者さんの中には、まだ向井さんのように何らかの理由で「がんでない」と言つて治療している人もいる。

最近のがん告知も一般的となったが、二〇年前にがん告知を受けた吉田さん（仮名）は今でも元気に暮らしている。吉田さんは三〇歳を前にして家事と育児に忙しい毎日を送っていた。四歳と二歳の二人の子供は可愛い盛りであり、彼女の生活は順調そのもののように思えた。しかし咽（のど）の異常を訴えて病院を受診したとき、目の前が真っ暗になるような診断を下された。進行した下咽頭がんであった。放射線治療では治療できないと判断して、下咽頭がんであることを告知し、手術

の説明をした。がん告知なしにはとても喉頭全摘を含めた大きな手術の決断はできるものではないからである。

手術前夜に病棟に行ったとき、吉田さんはテープレコーダーにメッセージを吹き込んでいた。二人の子供達に対して、小学校に入学するときに聴くテープ、高校を卒業したときに聴くテープ、成人したときに聴くテープ、結婚するときに聴くテープなど、未来の成長に合わせて肉声を吹き込んでいたのである。今の時代ではきつとビデオカメラで撮影していただろう。術後再発なく二〇年を経過したが、あのテープはどうなっているのだろうか。

人間は死に対して決して憶病ではない。自分の運命を受け入れ、立ち向かう勇氣と賢さを持っている。放射線治療は良く理解されていない治療法であるが、今のがん治療のキーワードの一つはインフォームド・コンセントである。

現在の日本で、がんの治癒をもたらししている治療法は、手術療法が約八〇%、放射線治療が約一〇%、抗がん剤による化学療法が約一〇%と考えられている。しかし米国では少し様相が違っていて、がんの治癒に寄与する比率は、手術療法が約六五%、放射線治療が約二五%、化学療法が約一〇%である。放射線治療の寄与率が日本と米国では随分と違っている。共通していることは、やはりがんを治す治療としては、外科的切除が頼りになる治療法と言える。しかし別の言い方をすれば、外科治療は病巣が局限している切除可能な症例だけを相手にした治療法であり、当然にも治療成績がよくなるだけの話である。もっと進化したがんを対象としている放射線治療や化学療法では外科治療以上の成績が期待できないのは当たり前なのである。

ただ、日米の大きな違いは、日本では切除しなくても治るがんが切除されているため、治癒への寄与率が異なっているのである。これは日本では放射線というとあまり良いイメージがなく、すぐに放射線障害や危険だという感性的な忌避感が先に立ち、放射線治療は進行がんや高齢者や内科的合併症で手術ができない場合に、仕方なく症状緩和を目的として照射するという使われ方がされているためである。また治療法の「説明と同意」の場面では、「手術が必要です」と言われ、「お任せします。よろしく願います」となり、「説明と強要」になつている場合も多い。これでは手術療法の説明だけで、「切らずに放射線治療でも充分に治る小さながん」でも手術されることとなる。

一方、米国では各種のがんに関して治療法や予後に関する説明が小冊子として用意され、外来の待合室などに置かれており、容易に入手できる。またがん告知を含めて治療法も詳しく説明される。よく説明しないで訴えられた場合には医者側が敗訴してしまうからである。説明の内容は「あなたは…のがんで、進行度は…期です。手術では…%の確率で治り、放射線治療では…%の確率で治ります。術後の状態や照射後の状態は…のようになります。各治療法の入院期間と医療費は…です」と説明される訳である。そこで患者さんは自分の治療法を考え選択する。このような医者と患者さんの関係はいわゆる「インフォームド・チョイス(説明と選択)」の関係である。誰でも切らないで治るのなら切りたくはない。米国で放射線治療が、がんの治癒に大きく貢献しているのは、このような医者と患者さんの基本的な関係が反映しているからなのである。

ちなみに日本では、全がん患者さんの二五%程度にしか放射線治療は使われていないが、米国では六六%の患者さんに放射線治療が使われている。二〇〇七年に日本で放射線治療を行った患者さ

んは約二三人である。医学や科学もお国柄によつて随分と使われ方が違うのである。納得のいく治療を受けたり、がんと賢く闘うためには、「説明と同意」から一歩進んで「説明と選択」への転換が望まれる。

(一九九八年三月)

▼その後の変化

最近はいンターネットやジャーナリズムを通じて多くの医療情報を得ることができるようになった。また「がん診療連携拠点病院」には「がん相談支援情報室」が設置されており、情報提供ばかりでなく相談にも対応してくれる。また多くの患者さん団体の活動が活発化しており、がん治療経験者からのアドバイスも得られるようになってきている。しかし治療の選択やどう生きるかは、最後は自分で決断することが重要である。

医療情報は誰のものか

先日外来を訪れた麻生さん（仮名）は、乳がんと悪性リンパ腫の二つのがんを克服した女性であった。麻生さんは二〇年前にⅠ期の乳がんで乳房切断手術を受けた。その一二年後に、頸部リンパ腫が腫大してきたが、乳がんの転移ではなく、悪性リンパ腫であった。幸い、悪性リンパ腫もⅠ期であったため、放射線治療で治癒している。先日の経過観察のための受診で、悪性リンパ腫の治療からそろそろ一〇年となり、再発が見られないことから、もう受診しなくてもよい旨を伝えた。

「二つのがんを克服しましたね。乳がんも二〇年経過したし、悪性リンパ腫も、もう再発の危険性はほとんどないと思いますよ。次回の診察予約はしませんので、何かあったら来てください」と言った。すると麻生さんは、「先生、やっぱり私は乳がんだったんですね」と質問してきた。乳がんであったことを伝えると、外科の医者は何度聞いても「乳がんではなかった。がんになる恐れがあったので手術したのです」と答えるそうである。

私は「乳房を一つ取ってしまうことになるのだから、その医者に『もしがんになったら切ります』

と言えは良かったのに」と皮肉交じりに話すと、麻生さんは笑いながら言った。「私は初めから乳がんだと思っていました。先生のようにはつきり言ってくれる先生ならいいんですが、教えてくれない先生のほうが多いんですよ。がんをがんでないと思っていて、言い訳にいろいろ苦労している医者の顔を見てみると、問いつめて聞けなくなるんです。そんな外科の先生をみているのも面白いからいいんです」。

笑顔で診察室を出ていく麻生さんを見ると、完全に医者を超えた、がんのベテラン選手のように感じた。そして同時に、病名の告知を前提として成り立つ医療のあり方が本来の姿であり、そうした時代になっているのに、時代の流れに取り残され、旧態依然とした医者の遅れた意識構造に、同業者としてどうしたら良いのか、と思うのである。

放射線治療の患者さんは、一般的に他科の医者から紹介されてくる。そのため、放射線科を受診する以前に、担当医から何がしかの説明がなされている。かつては、がんの告知が一般的でなかったため、いろいろな苦肉の説明が行われていた。一番多いのは、麻生さんの例のように「がんになると困るから」とか、「がんになりかかっている」というものであった。また胃がんでは、難治性なんちせいの胃潰瘍という病名で、胃切除の必要性を説き、肺がんでは難治性の結核とか、「肺にカビが付いたから電気（放射線）をかけましょう」という説明で、放射線治療に紹介される患者さんも多かった。今でもこのような説明で、がん治療が行われているケースは少なくないが、段々ごまかしができなくなっているのも事実である。先日も、八〇歳の肺がんのおじいさんが、紹介医からがんを隠して「肺にバイ菌が付いたので、放射線治療をします」と説明されてきたが、そのとき、とぼけた顔

でおじいさんは聞いてきた。「ところで先生、がんという菌はどんなバイ菌なんですか」。私は二の句が継げなかった。

こんなエピソードをあげるまでもなく、患者さんは利口である。患者さんにシヨックを与えないために、という思いやりから、がんという病名を隠そうとする医者に対して、騙された振りをして、治療を受ける患者さんの精神的余裕もたいしたものである。

しかし、正確な情報を与えることが、裏目に出ることもある。菊地さん（仮名）は喉頭がん、舌がん、中咽頭がんの三つのがんを、手術と放射線治療で克服したが、今度は四つ目のがんとして、歯肉がんができてしまった。以前に放射線治療を受けていたため、歯肉がんは、手術以外に根治できる手だてがない。手術の必要性と、術後の機能損失に関して詳しく説明した。

だが、長い間のがんと闘いに疲れていたこともあって、菊地さんの悩んだ末の結論は、手術はしないというものであった。手術をすればまた完全に治る可能性があることから、随分時間をかけて説得したが無駄であった。治療により半年の命がせいぜい一年になるような、まったく助かる見込みのない患者さんの延命治療においては、治療を受けるかどうかは、快く患者さんの意志を尊重したい。しかし、菊地さんのように、治癒が期待できる人の治療拒否は、患者さんの同意を得られない以上はどうしようもないことなのだが、医者としては諦めきれない。

正確な病名や病態を知らされないことは、自分の病気の治療に関する決定に、参加する権利を奪われていることになる。命あるものは全て、死という運命を背負っているが、人生の最後ほど悔いのない、充実した時間を持ちたいと思うものである。そうであるならば、たとえ治癒が望めない

としても、病気に関する正しい情報を与えることが必要である。心配させないために、がん告知を避ける姿勢は、目先のやさしさかもしれないが、本当のやさしさとは、限られた生を悔いなく、まっとうさせる手伝いをするることなのである。医療は、治癒を目指した治療ばかりではなく、正面から死を扱うことも要求されている。「自分の死について選択肢を持つこと」が本当の意味での尊厳死なのだと思う。

医療情報の開示の第一歩として、厚生労働省は、患者さんから要求があれば、カルテの開示を法制化する方向で検討しているが、日本医師会は反対している。しかし、インターネットによる、縦横無尽な情報の提供が行われている現在、医療情報もやがて公開されることであろう。

そして将来的には、電子カルテの導入が望まれる。本来個人の医療情報は、その患者個人に帰属するものだ。病歴などの医療情報を電子カルテ化することにより、光磁気ディスクなどの小型の電子記録媒体に保存し、患者が持ち歩くシステムも可能となる。そうなれば、医者はがんの告知に悩むことも少なくなるであろうし、転院するたびに検査し直す必要もなくなる。さらに、他の医者にセカンドオピニオンを求めやすくなるほか、通信機能が使えるため、遠隔医療も可能となる。

医師法で義務付けられたカルテの保存期間は五年間だが、こうしたシステムでは、病院を移つても、個人の医療情報は、一生自分で管理できることとなり、長い目で見れば、医療費の抑制にもつながり、医療の質を上げることになるのである。

(一九九九年五月)

▼その後の変化

インターネット上で医療情報が氾濫する状態となった。また多くの病院では電子カルテ化が進み、CTやMRIなどの画像もデジタル情報として保存され、フィルムレスの時代となった。

医療情報開示とインターネット

学生時代に読んだカール・マルクスの『共産党宣言』（最近では共産主義者宣言と訳され直されているようだ）の冒頭は、「妖怪がヨーロッパに出没する。共産主義という妖怪が」という有名な言葉で始まっている。この喩えを使えば、一五〇年後の現在は、「妖怪が世界を変えている。インターネットという妖怪が」となる。驚くべき勢いで進むパソコンや携帯電話を介した情報通信網の普及と拡大は、いろいろな世界に変化をもたらしている。そのため不況の最中でも、情報通信株だけは高騰している。

一九九九年の『通信白書』によれば、わが国における情報通信メディアの、世帯普及率一〇%達

成までの所要時間は、インターネットは五年であったという。ちなみに電話は、ベルが電話を発明してから、七六年かかって一〇%の世帯普及率を達成した。また、無線呼び出しは二四年、フアクシミリ一九年、携帯・自動車電話一五年、パソコン一三年である。いかにインターネットの普及が急速であり、いかに有用であるかを示すものである。

技術革新の進歩は加速度的であるが、医学の進歩も加速度的である。時代に応じた医学情報の公開が、余儀なくされる時代となり、医学・医療の世界でも、医者はパソコンやインターネットなしには、仕事ができない状況になっている。同時に患者さんにとっても、手軽に医療情報を入手できる手段となってきたため、医療のあり方が変化しつつある。

従来医学情報は、病院や医者が独占していたが、最近では、患者さんはインターネットによる検索で、容易に情報を入手できる。診断名を聞いて帰って、一時間もインターネットでその疾患について調べれば、その疾患の専門医までとはいかなくても、下手な専門外の医者よりも、知識を得ることは可能である。また近所の病医院や口コミによる受診ではなく、インターネットによるドクター検索により、受診する患者さんも多くなっている。

先月も二人の患者さんが、放射線科を受診してきた。一人は食道がんで数カ月間入院して、化学療法を受けていた五〇歳の杉山さん(仮名)である。仕事の関係で、これ以上の入院もままならず、インターネット検索により、私のところを初診した。受診した経緯を聞いてみると、「ヤフー(Yahoo)のホームページ上で、食道がんという言葉で検索したら、先生の名前が載っていた」と言う。

私自身はまったく知らなかったので、さっそく昼休みに調べてみた。検索の結果、一九三四件が

データベースとして登録されており、最初の一〇二〇件のページに、私の記事が載っていた。それは、三年前に日本医学放射線学会総会で、食道がんの教育講演を行ったが、その抄録が学会の内容として掲載されていた。驚くやら感心するやらである。杉山さんの治療は、希望どおり、会社に出勤しながら通院による放射線治療を行うこととした。

もう一人の會田さんは、舌がんの診断を受け、金曜日の午後東京から飛んできた。事情を聞いてみると、通院していた東京の病院に、「来週の月曜日入院して、約三カ月間の予定で、放射線の外部照射と化学療法を組み合わせた治療を行う予定」だという。診断を受けてから、いろいろ調べ、また知人や友人と相談した結果、当院を訪れたものである。舌にできた腫瘍のタイプは、上記のような治療では治ることは稀なので、どうやらかかっていた医者は、がんの専門家ではなさそうであることは、容易に想像がつく。患者さんには区別がつかないかも知れないが、同業者はごまかせない。「その治療は駄目で、手術的切除か、小線源の組織内照射のどちらかしか治る方法ない」旨を話した。そして、「手術は、切除してさらに舌の再建術が必要なので、約二カ月間の入院となる。組織内照射では、治療期間は五日間程度で、入院期間は一〇日から二週間である。しかし、照射後の舌の粘膜炎により、一カ月程度は、物を食べるときに痛みを感じる」とお話しした。そして東京の信頼できる専門医を紹介するからと申し出た。しかし會田さんは、インターネットで自分にとって何が最適な治療であり、またその治療を受ける場合は誰が良いかまで調べ上げて来ていた。私の診察姿勢をチェックした後、「先生に任せるから、放射線治療をお願いします」と言うので、結局は組織内照射を行った。二週間で退院したが、かかっていた耳鼻科の先生に、行った治療の詳細を手紙に

したため、この治療法の文献も持たせて東京へ帰した。

會田さんは、わざわざ札幌まで来るだけあって、自分の病気について良く勉強していた。入院中に回診に行き、たまたま読んでいたものを見ると、米国のNCI（国立がん研究所）から出ている患者さん向けの、放射線治療に関する英文の小冊子であった。この小冊子は、米国の病院の待合室に置かれ、自由に持ち帰ることができるもので、いろいろな治療法（手術、放射線治療、化学療法）の一般的な説明や、ほぼ全てのがんについて、疾患ごとに用意されているものである。そこには、診断から治療までの項目について、コンセンサスとして認められたState of the Art（現状の標準的な医療行為）が記載されている。がんを告知し、自分のがんについてより理解を持つてもらうために、国家レベルで情報提供しているのである。會田さんはこうした資料まで読んで、自分の治療法を主体的に選択したインテリであった。

訴訟社会である米国では、標準的な治療を行われなければ、訴えられたら敗訴するし、また医療保険会社も、医療費を支払ってくれない仕組みとなっている。受診した医者や病院によって、選択される治療法の振幅が大きい日本とはかなり違っており、医療における米国流の合理性とも言うことができる。最近ではこうした医療情報の提供が進んでいる、米国のNCIのホームページにアクセスする患者さんもいるのである。

ある教授の個人的な見解が、「がんの告知をしない」となれば、そこで教育された医者達は、基本的な姿勢としてがん告知をためらい、十分な説明なしに手術したり、抗がん剤を使用する医者もいるが、インターネットの普及した時代では、最も意識の遅れた医者になりかねない。カルテ開示

の法制化や、インターネットによる医療情報開示により、医者と患者さんの関係は、従来の「あ・うんの呼吸による医療」から、「明快な言葉による医療」に変化しようとしているのである。そこには「説明と同意」から一歩進んで、「説明と選択」という患者さんの意思が尊重される、最も好ましい医療が生まれるものと期待したい。

二〇〇〇年四月

▼その後の変化

舌がんを治療して治癒した會田さんは二〇〇四年に「市民のためのがん治療の会」を設立し、市民向けの講演会、セカンドオピニオン（第二の意見）の斡旋、政策提言など、活発な啓発活動を行っている。

セカンドオピニオンは難しい

医療情報が氾濫し、情報開示も進んでいる。しかし、科学性を持った正確な情報を得たとしても、個々の患者さんに適応した場合に、その医療情報が最適であったかどうかということは別問題で

ある。

医学は実学であり、技術も介在した応用科学である。個々の患者さんの治療が、教科書的な治療で済めば簡単であるが、個別の条件を吟味して、最適な治療を選択することは、決して容易なことではない。そしてある程度の医療情報を持ち、権利意識も強まっている最近の患者さんに、高い満足度を与えるだけの医療の質を確保することは簡単ではない。

ある調査によると、患者さんが最も不満に感じているものは、医者の説明不足であり、次に待ち時間の問題であるという。「三時間待ちの三分診療」の言葉に代表されるお粗末な対応は、確かに責められても仕方がない問題であるが、この原因は多くのスタッフを雇用できない、経営上の問題が絡んでくる。さほど頻繁な通院を必要としない患者さんでも、通院させて再診料で収益を上げようとする医者側の姿勢にも問題がある。しかし最近では、待ち時間の短縮を図るために、予約制とする病院も増えている。

しかし、最大の不満である医者の説明不足は、単に診療時間が短いためだけではない。基本的には、不親切で職業意識に欠けた対応であると言うべきである。医者の納得のいく説明が不足しているため、セカンドオピニオン（第二の意見）を求めて受診する患者さんも増えている。特にがん医療では、最初の治療が的確かどうかが重要で、命に関わる問題なので、セカンドオピニオンを求めて、自分の治療を考えることは当然である。医療不信や医療の揺らぎが生じている現代、ボランティア活動として市民に対して、セカンドオピニオンを行っている医者の団体も存在している。

石田さん（仮名）は乳がんの治療に関して、こうしたボランティア活動でセカンドオピニオンを

行っている東京のある医者に相談した一人であった。数年前に他院で乳がんと判明したが、手術を拒否し、民間療法を行っていた。いよいよ乳房が硬くなり、腋わきの下のリンパ節にも転移してからやむなく、最小の切除だけを承諾して手術した。しかし、まもなく胸壁の皮膚と、腋の下や胸骨の横のリンパ節に再発して当科へ紹介されてきた。

原則的にはこのような再発の状態では、化学療法が第一選択の治療法である。前の医者からの紹介状では、化学療法は一切拒否しているため、再発腫瘍にだけでも、放射線治療をしてほしいとの依頼である。

文面には、随分と説明したが、医者が勧める治療が受け入れられず、苦勞した経緯が書かれていた。再発腫瘍に対して放射線治療を行い、一段落して退院した。数カ月してから、石田さんのご主人から苦情の電話をいただいた。それによると、照射数カ月後に石田さんは胸壁と腋の下の照射した部位の皮膚が硬くなり、張って辛いと訴えているという。そして東京のボランティアグループの事務所
所に電話で相談したら、治療法としては第一選択は放射線治療ではないこと、および六五グレイ（放射線の吸収線量）も照射したのは多すぎる、というコメントを受けたため、当科で行った治療内容に對する不満であった。

手術後の創部くわぶ（きずの部分）は、引きつり硬く癬痕はんこんとなつて治癒するが、同様にがんを抑えるだけの大量の放射線を照射した場合は、その照射された部位は組織反応として、線維化して硬くなる。しかし石田さんが電話で相談したときは、化学療法を拒否していたことや、再発腫瘍がどの程度難治性のものかという情報は、相手に詳しく説明されている訳ではない。自分の都合の良いことを中

心に質問している訳である。

私はそのセカンドオペニオンを行った担当医を調べ電話した。それによると、「化学療法を拒否していたなどとは、まったく聞いていなかった」ということであり、また「乳がんの放射線治療は、教科書的には五〇グレイ程度が標準的な線量である」と、石田さんのご主人に答えたという。卒後間もない臨床経験の少なく専門家とは言えない医者が、セカンドオペニオンとして活動していた訳である。

たしかに乳房温存療法において、乳房の腫瘍を切除後に、残存乳房に対して五〇グレイ程度の線量を照射する。この場合は、がん細胞がパラパラと、顕微鏡的なレベルで残存している場合を想定した治療であり、五〇グレイの線量で十分である。しかし明らかに腫瘍が残存している場合は、さらに追加照射が必要となる。まして、ガッチリとした大きな塊の腫瘍や再発腫瘍では、五〇グレイでは腫瘍制御は困難であり、最低でも六〇〜七〇グレイ程度は必要となる。

がんのことを、英語ではキャンサー (Cancer)、ドイツ語ではクレプス (Krebs) と言うが、Krebsの語源はカニの甲羅のことである。がんは、甲羅のように硬いことからこの言葉が使われた。もし、石田さんの胸壁の腫瘍が抑えられなければ、胸壁は腫瘍により硬くなり、また皮膚が破れて出血したり、浸出液などが出て汚なく悪臭を放つ。また腋の下のリンパ節転移により、腕が脹れ上がり辛くなる。照射部位の線維化による皮下組織の硬結よりも、腫瘍が残って悪化すればもっと辛くなるのであるが、そのことにまでは患者さんや家族は頭が回らない。

実際の患者さんを診察もしないで、セカンドオペニオンを行うことが、如何に誤解を生んだり、

不適切なアドバイスとなったりするかの良い例である。

また織田さん（仮名）は、背中のデキモノを他院で切除したら、悪性のものであり、再度大きく切除することを勧められて、腫瘍を専門とする整形外科に紹介されてきた。背中の軟部肉腫は悪性と思わず切除していたため、切除断端がギリギリであり、再発の可能性が高く、腫瘍周囲の組織も含めて、余裕を持って再切除することが必要であった。しかし、かかりつけの内科医に相談したら、「放射線治療も進歩しているので、切除しないで放射線治療がいいのでは」と勧められた。

しかし織田さんの肉腫は、放射線感受性が低く、治りにくいタイプであった。軟部肉腫の再発の様式の特異性や、放射線治療の微妙な制御可能性に関する専門的な知識なしに、アドバイスすることも大きな問題である。手術しなくてもいいというセカンドオピニオンは、患者さんにとって心地よいものであり、その意見に固執しがちである。本来手術が必要な状態でも、セカンドオピニオンによって、誤った治療法の選択が行われた例である。

患者さんにとって、有益なセカンドオピニオンとなるためには、責任あるセカンドオピニオンが必要であるが、これは決して容易なことではない。特に、実際に患者さんを診察しないで、電話や家族からの情報だけで、セカンドオピニオンを行うのは、医者側にも患者さん側にも、落とし穴があることを心すべきであろう。

（二〇〇〇年六月）

▼その後の変化

多くの病院で「セカンドオピニオン外来」が開設され相談を受けるようになった。しかしその料

金は施設ごとに設定されているため、七〇〇〇円程度から一〇万円まで幅がある。最も一般的な料金は三〇分単位で一万円から二万円程度で行われている。

難しいがん告知のタイミング

放射線治療は一般に、悪性腫瘍の治療に使われていることは、かなり一般的な知識として普及している。しかし、放射線治療を行う場合でも、患者さん本人には、がんという病名を知らせないでほしいという、強い家族の希望がある場合もある。多くの場合は、特に深い理由がある訳ではなく、単にがん告知は可哀想だからというものであるが、夫婦や親子であろうとも、患者に真実を知らせないという権利があるのだろうか。判断能力のない小児がんの場合はまだ理解できるが、一家を支えてきた大人に病状を隠すことは、多くの問題を生じることがある。

退職間際の武藤さん（仮名）は進行した肺がんで、初診したときは既に治療が期待できない状態であった。治療に当たって、奥さんから告知をしないよう強く要望された。きちんと話した方が良

いとアドバイスしたが、聞き入れてもらえなかった。医者の立場からは、残された数カ月の歳月を、いかに苦しまず在宅期間を長くして、人生の最後を締めくくらせるかが課題となる。このような患者さんでは、臨床症状が出現するたびに、対症療法的な治療が必要であるが、その都度、なぜ症状が出たのかを説明し治療することは、医者にとつて最も苦勞することの一つである。

武藤さんは入院中に、次々といういろいろな臓器に転移して、徐々に状態が悪化していった。肺の病巣が進行し、軽い息切れを生じれば、「軽く肺炎を起こしかけている」と、全身倦怠感が強くなれば、「体の電解質バランスが少し崩れている」とか、「肝臓の機能が少し落ちている」と、その場しのぎの説明をする。体にむくみが生じれば、「体液中の蛋白質が不足きみ」であるとか、「腎機能が落ちていいる」といった具合である。帳尻を合わせるために、虚の上に嘘を重ねる「嘘の上塗り」となる。側で付き添う奥さんは、「良くなるからがんばって」と希望を持たせる芝居を演じている。

しかし病状が一向に改善せず、悪くなる一方の下り坂となれば、患者さんは、医者に不信感を抱くようになる。どんなに一生懸命に治療に当たっても、体調の悪化を最も感じているのは、患者自身であり、医者や医療行為に不信感を持つようになるのである。この事態は、患者と医者の関係において極めて不幸なことである。医者の努力は理解されず、場合によっては憎まれる。死を直前にした患者さんも、信頼の置けない藪医者にかかってしまったと後悔する。回診に行っても、何ともやり切れない気持ちである。

告知を含めた「インフォームド・コンセント」という医療行為は、病状や治療法にとどまらず、今後の見通しや福祉サービス情報まで含めて説明されることが重要である。武藤さんの治療を開始

するときに、今後の見通しとして、「余命はあと半年から一年ぐらい」と腹を割って話していれば、武藤さんの闘病生活も変わっていたかも知れない。

病状が悪化し、死が近づくとつれて、今さら「がんでいろいろな部位に転移して、余命幾ばくもない」とは言えない。遅れば遅れるほど、真実は言えなくなるのである。「嘘も方便」という言葉があるが、死に逝く人に当てはまることは少ないようである。もちろん医学教育で、嘘のつき方までは教えられていないので、このような患者さんや家族を担当した場合は、医者個人の裁量で対応するしかない。武藤さんの死後に残ったのは、後味の悪いすつきりしない気持ちだけである。

また直腸がんの北山さん(仮名)は、事実を隠すだけでなく、もっとひどい説明を受けていた。三年前に直腸がんで手術を行ったが、二年後に再発し、仙骨部せんこつぶから下腹部にかけて痛みがあり、放射線治療に紹介されて来た。下腹部へ照射し、痛みは和らいでいたが、一年後に腸閉塞ちようへいそくになりかけて再診してきた。北山さんの場合は、過去に別の病気で開腹手術の既往があり、また今回の直腸がん治療でも、再発と術後の癒着のため、二度の再手術を行っていた。腸閉塞になりかけている部位は、一年前に照射した下腹部ではなく、もっと上の部位であり、明らかにがんの再発に絡んだものか、数回の開腹手術による腸管の癒着が原因であった。

しかし、外科医は、病気の再発の件は患者には伏せており、自分達が行った手術後の癒着と説明するのもはばかって、こともあろうに放射線をかけたためと話していた。患者さんは外科よりも、放射線科の方が親切に診察してくれるという印象を持っていたので、とりあえず、腹痛を見てもらうために受診したのである。この患者さんのように、再発や転移をきたし、いろいろな症状を呈し

たときに事実を言わず、原因や責任を放射線治療に押し付けることが時々ある。放射線治療に携わる者として、「いい加減にしろ」と言いたくなる。

病気の再発や転移に対して、もう何も有効な治療法がなく、やりようがない患者さんには、放射線治療の障害であると言えば、医者は楽である。なぜならば、放射線治療後一年から数年して発生する、放射線の晩発性の副作用は、有効な治療法がないからである。ただでさえ放射線に対して、不安や恐怖心を持つている日本人には、納得のいく説明である。真実や都合の悪いことは隠す、このような姿勢では、最近問題となつている医療事故の隠蔽も、いつまでたつても続くと思われる。根本にある姿勢そのものは、共通なのである。

現在の高エネルギーの放射線治療では、副作用は随分と少ないものである。むしろ手術後の合併症の頻度や抗がん剤の副作用のほうがつと高頻度であり、重篤である。開腹手術では、多かれ少なかれ腸管の癒着は起こる。食道がんの術後には、再建した食道吻合部ふんじうぶの狭窄きょうさくはよくある合併症であり、子宮がんの手術では下肢のリンパ浮腫や尿失禁もときには見られる。これらの術後に起こりえる合併症まで、充分に説明して手術が行われることは少ない。患者さんは、がんが治つたことに満足し、多少の不都合な治療後の仕上がりや、あまり問題としないだけなのである。

がんを克服し、これから長い人生を生きていくためには、患者さんはもつと、自分の治療とその後の展望について、知る意識を持ちたいものである。例えば、がんにより死を運命付けられた人でも同様である。医療事故やその隠蔽が報道されるたびに、真実をぶつけあう医療でありたいと思うのである。

(二〇〇〇年一〇月)

患者に応じたトータルな医療

二〇〇〇年一〇月の下旬にボストンで開催された、米国放射線腫瘍学会に出席してきた。ちょうどボストンは紅葉が真っ盛りで、古い街並みとマッチして、学問の町は落ち着いた雰囲気であった。ボストンに数年間在住していた当院の心臓血管外科医と同行できたので、ボストンを案内していた。

ボストン郊外のハーバード大学や、世界的にも有名なマサチューセッツ・ジェネラルホスピタル（MGH）の放射線治療部門も、お上りさん感覚で見学できた。この病院は、放射線治療装置が八台稼動し、がんの放射線治療を受けるために、世界中から来院するという、米国でも有数のがん治療の専門病院である。約一五〇年前に世界で初めて全身麻酔が行われた建物が、メモリアルとして残されていた。

また、学会前に立ち寄ったニューヨークでは、美術館めぐりに終始したが、一昨年のとくと同様に、「世界の富は米国に集まっている」という感を、今さらながらに肌で感じた。たまたまセントラ

ルパークを散歩したときには、多くの人々がジョギングを楽しんでいた。後で聞いたら、一月上旬のニューヨークマラソンに備えて、多くの市民ランナーが練習を兼ねて走っていたらしい。しかしジョギングしていた中に、黒人は見当たらなかったのが何とも印象的であり、人種差別は撤廃されたとはいえ、やはり白人中心の社会である印象は否めない。

学会は相変わらず盛会で、医学的な証拠に基づいた、新たな幾つかの結論が報告されていた。日本の貧弱な研究体制と比較して、毎年精力的に新しい結論を組織的な研究体制で提示し、西洋医学をリードしていく米国の医学会のパワーを改めて見せ付けられた。

現在、医学界の流行語の一つとして、E B M (Evidence-based Medicine、根拠に基づいた医療)というキーワードがある。医療行為を行う場合は、医者個人の経験や勘を頼りに行うのではなく、医学的・科学的証拠に基づいた医療を心掛けるべきであるというものである。逆に言えば、今までの医療は医者個人の勘や経験を頼りに、医学的にあまり根拠のない、でたらめな治療が蔓延していたという反省が込められているのである。

科学的な根拠に基づいた行動の指針の起源は、米国のアポロ計画時の、テクノロジー・アクセスメントとして紹介され、医学分野では一九七〇年代に、医学判断学として提唱された。具体的な手法としては、無作為比較試験 (RCT: Randomized Clinical Trial) など得た、信頼できる臨床データに基づく臨床疫学が代表的な手法である。患者さんを目の前にして、治療方針を決めるために、最新で最善の根拠を、良心的かつ明確に、思慮深く利用する姿勢が問われているのである。もちろんこうした診療姿勢の実行には、役に立つ根拠をインターネットにより、容易に文献検索できるように

なつたことが関係している。

科学的な根拠を創り出すための、具体的な無作為比較試験を、例をあげて説明すると以下のようになる。例えば、従来から使用されている標準的なAという薬と、新しく開発されたBという薬のどちらが効果があるかを決定するためには、薬の選択において、医者への作爲（主観や好みなど）が入り込まないように、無作為（ \parallel くじ引き）に行うのである。新しい治療法を開発するために、患者さんに比較試験の内容を説明し、Aという薬を使うかBという薬を使うかを、くじ引きで決める訳である。このようにして、多くの患者さんをグループに分けて、統計学的にどちらの薬が有効かを決めるのである。

しかしこうした比較試験を行うためには、大変な時間と労力と費用が必要となる。このため米国では、統計学者や臨床試験コーディネーター、臨床試験を補助する専任の看護師や、薬剤師などのスタッフが院内に雇用され、臨床研究を支えている。しかし、日本の病院ではほとんどこうしたスタッフも、研究体制も整備されていない。また短期間で結論を出すためには、多施設が共同して症例を集積して行う必要があるが、こうした共同研究を支えるための日本の研究費の補助は、スズメの涙である。さらに、従来はこうした臨床試験は、医者個人が患者にろくに説明もしないで、裏で行っていた経緯がある。

敏感な患者さんは、モルモット代わりにされたという思いを抱き、医療不信につながっていた。最近では臨床試験の実施に当たっては、文書での同意が必要となったが、以前からの経緯により、日本ではなかなか臨床試験の実施が進んでいないのが現状である。そのため信頼できるデータは、米

国や欧州の共同研究のデータを拝借しているのが現状である。かつて「経済は一流、政治は三流」と言われたが、金融破綻と世界市場の中で、グローバルスタンダードについていけない日本の経済の現状を見れば、「経済も政治も医学研究も三流」ということになる。医学の基礎研究も同様に、貧困な体制であるため、こんな研究体制の不備を嫌って優秀な頭脳が海外流出することが問題となったが、その事態は、なお改善されているとはいえない。

八二歳の佐々木さん（仮名）は進行肺がんで、毒性の強い抗がん剤を使用したのが、効果が不十分であり、放射線治療に紹介されてきた。抗がん剤の使用により貧血は強く、艶のないやせ衰えた顔で、「薬の治療はもうこりこりです」と言つて、病院が変わったことにホットした安堵感さえ漂わせていた。

紹介状には、現在文献的には最も治療効果が期待できると考えられている、抗がん剤を当然の如く使用した旨が書かれている。しかし患者さんの年齢と、顔を良く見てほしいものである。治療上の一つの証拠は、いろいろな制約下で出された結論である。例えば抗がん剤の研究でも、六五歳以下の全身状態の良好な患者さんを対象にして、Cという強い抗がん剤が有効だという海外の論文の結論があったとしても、八〇歳の患者さんにその結論が当てはまる訳ではない。

しかし、ろくにこの論文の研究対象となった患者さんの背景も吟味せずに、結論だけを取り出して、八〇歳の全身状態の不良な患者さんにもCという抗がん剤が、日本では使われてしまうことがしばしば行われている。医学文献をあさって、EBMを探すのは良いが、その現場での応用に多くの問題を残している。がんの専門医としての教育の欠如と、インターネットで知識だけ詰め込んだ

頭でつかちな医者、未熟な治療の犠牲者が後を絶たない。

無駄な抗がん剤が多用されたり、八〇歳以上の高齢者にも配慮なく抗がん剤を使うということが、本当に良いことなのだろうか。心のケアも含めた、全人的医療が叫ばれているが、それは単なる医学知識（サイエンス）の当てはめではなく、EBMを基本として、トータルな視点で患者を診て応用する（アート）ことなのである。

（二〇〇〇年二月）

第6章

医者の本音と患者の本音

一番嬉しいお礼は五〇円のハガキ

先日、喪中の挨拶状を受け取った。差出人は一五年ほど前に舌^{ぜつ}がんで治療した内田さん（仮名）の奥さんからであった。年賀状を書かなければならない慌ただしい年末になったことを感じ、また挨拶状を見て亡くなった内田さんのことを思い浮かべた。翌日、挨拶状のお礼を兼ね、死因について電話で尋ねた。奥さんは電話にびつくりした様子であったが、快く舌がんが治った後に、直腸がんで亡くなられた状況を話してくれた。八二歳であった。

喪中の挨拶状は、今年の私の年賀状を見て、事務的に郵送してきたものかも知れない。しかし私にとつては治癒したがん患者さんがどのような経過をとるかを知ることが、医学の教科書には書かれていない関心事である。私は放射線治療した患者さんを原則として一〇年間経過観察しているが、これは単に再発や転移の早期発見だけではなく、一度がんに罹った人は重複がんになりやすいので別のがんの発見にも心がけているからであり、また数年経過してから発生するかもしれない放射線治療の副作用も頭にあるからである。

しかし一〇年一昔で、一〇年以降は医者も患者もお互いに責任は果たしたものと考え、がんがな
い状態の患者さんには、「何かあれば何時でも相談に来てください」と言って、経過観察は打ち切っ
ている。しかし一〇年も通院すれば、年に一度は安心料を払うから受診したいという患者さんも多
い。ありがたいことである。内田さんは六七歳のときに組織内照射という方法で舌がんの治療を行
い、一〇年間経過した。組織内照射とは、ガンマー線という放射線を出すラジウムやセシウムなど
の放射性物質を針状の形状に密封して、その針をがん病巣局所に約1cm間隔で病巣を囲むように数
本刺し込み、数日間照射する方法である。

この方法では針を刺入した患部にのみ放射線が照射されるために、放射線治療の中で最も効果
的で治療しやすい照射法である。内田さんのがんは治療しており、高齢で地方在住の方だったた
め、一〇年で経過観察を打ち切った人であった。「もう定期検診に來なくてもいいよ」と話したら、
切らずに治療してまったく病気前と同じ生活ができたことへの感謝の言葉を残して去っていった。
ガッチリとした体格の後姿が今でも臉に残っている。

がん治療に携わる医者は治療後も再発や転移のチェックのために経過観察を行っている。一般に
多くのがんは五年以降に再発や転移をきたすことが少ないため、生存率に関する治療成績は五年生
存率で語られる。そのためには治療後五年間は最低限の情報として生き死に関する消息だけは知る
必要がある。

当然治療した医者が経過観察を行うのが最も良いことであるが、地方の患者さんや高齢者では治
療した病院への受診が大変なことが多い。このような患者さんは、最も便利で信頼おける近くの医

者に紹介して診察を頼むこととなる。自ら経過の追跡ができないこうした患者さんでは、数年後の経過や消息も掴めないこともしばしばである。

そのため私は、治療後に経過観察ができない患者さんには「放射線科宛てに年賀状をください」とお願いして退院させることも多い。受け取った年賀状はカルテに貼っているが、生死の確認ばかりでなく、近況も知ることができると追跡調査の代りとなり、おおいに助かっている。こうした五〇円で済む近況を知らせるハガキが、がん治療医には「最も有難いお礼」なのである。

医者にいろいろなものをお礼として送る人がいるが、これは良い風潮ではない。長期間入院して退院するときなどは、感謝の気持ちで世話になった看護師さんに菓子折りの一つも置いていくのはまだしも、医者へのお礼に心をくだぐだする必要はない。

一般に医者や看護師という人種は、個々の医療に対する熱意の差はあれ、最も良いと思う治療を行おうとする習性を、医療を行っていく過程で身につけるものである。したがって、何かをもらったからといって治療法が変わる訳ではない。賄賂を受け取った政治家が、利益供与するという贈収賄の構図は、医者と患者の関係では成り立たないのが普通なのである。

逆に贈答品を送ったからといって、特別待遇をしたり、特殊な治療を行うような医者は信用しないほうがよいであろう。未だに大学の教授や助教授などが外科手術を執刀したら、上手だとは限らないのに高額な謝礼を受け取るという話が囁かれているが、同じ医者として暗い気持ちになる。何処かの医者に余計なことを書くなど言われそうであるが、そう思ったらその医者は乞食根性を反省すべきであろう。

医者も看護師も、最も嬉しいお礼は闘病に打ち勝ち、元気に退院して行く患者の笑顔なのであり、退院後の一筆なのである。そして力足りずして、亡くなられた患者さんからのお礼は、尊厳ある死に関する教訓なのである。贈答品で医療内容が変わったとしたら、たまったものではない。

いつの年の年末年始も、多くの患者さんへの年賀状書きと、受け取った賀状のカルテへの整理の仕事が待っている。忙しい思いもあるが、長く医者をやっていて見つけた趣味の一つかも知れない。患者さんからの年賀状の抽選番号でお年玉が当たったとしても、贈答とは言えないので毎年楽しみにしている。

(一九九七年一二月)

▼その後の変化

針状に密封したセシウムなどの放射性線源を病巣局所に刺入して治療する組織内照射は、診療報酬があまりにも低く、線源の供給も中止された。この組織内照射法は放射線治療の中でも最も治療が得られ、また最も安価な治療法であるが、施設側としては赤字となるため、実施できる施設が激減し絶滅危惧的な治療法となっている。医療の質も医療経済で左右されているという典型である。

死ぬまで「現役」でいたい男たち

先日、性交不能治療薬バイアグラを服用した患者さんが、何人も相次いで死亡したという報道があった。バイアグラは、勃起不全^{ぼつきふぜん}で性生活がうまくいかない男性にとつては、夢のような薬である。米国では一九九八年の三月末に発売になってから、爆発的に処方されている。服用患者の死亡事故は、高齢者がこの薬で回春してハッスルしたり、以前から服用していた心臓病薬との併用で、心臓に負担をかけたことが原因であつたらしい。

そもそもバイアグラという薬は、狭心症の治療薬として開発を進めていたものである。その過程で、男性性器の勃起を促す薬理作用が副作用としてあつたことから、この副作用を主作用として開発した経緯がある。この薬は、陰茎海綿体^{いんけいかいめんたい}や血管平滑筋^{へいかつじん}および、血小板に作用して陰茎勃起作用、血管拡張作用、抗血小板凝集作用、抗血栓作用などを示す薬である。つまり、海綿体の血管平滑筋を弛緩させ、陰茎の血流を増加させる作用が、勃起不全の治療に使われている訳である。

以前から、向精神薬などによる人間の欲望のコントロールも、医学の進歩に伴い可能となつてい

たが、ついに性的欲望の直接的なコントロールも可能になってきた。秦の始皇帝が現在に生きていたら、最も喜んだかも知れない。日本でも現在、臨床試験が進められており、数年後には使用できるようになると思われるが、勃起不全治療薬として限定して使用されることが望まれる。しかし、昔から高く売られている回春薬よりも、効果が確実であることから、現実には性的欲望の補助薬として、使われるという危惧も否定できない。

さて、がんの治療でも、男性の性功能に関係した幾つかの臓器がある。一般的な直腸がんも、手術療法後は半数以上の患者さんにおいて、男性機能の低下が見られる。これは、骨盤内のリンパ節を摘出する際に、勃起に関係した神経を切除するためである。最近では、性功能の温存にも心がけた手術が行われているが、その一つとして、リンパ節の摘出は最低限に留めて、手術後に放射線照射を加える方法も行われている。

患者さんの数は少ないが、陰茎そのものにがんができることもある。いわゆるペニスのがんである。このがんは、よほど進行していなければ、できるだけペニスを残すために、放射線治療が第一選択となる。ペニスを吊り上げて、左右から放射線を照射する方法により、約半数以上の患者さんは切断しなくても治すことができる。

数年前の放射線科の学会で、某大学の女医さんが、陰茎がんの治療について報告していた。随分と安易に、進行した陰茎がんでは切断手術が良いのではないか、という結論を述べていた。たまたま私が、その演題の座長をしていたので、「そう簡単にペニスをチョン切ると言いなさんな。女性だから言える言葉ですわ」と言ったら、会場がドット笑いに包まれたことがあった。いかにがん

罹つたといつても、ペニスの切断は勃起不全よりも心理的には深刻であることは、男性にしかわからないかもしれない。

男性機能の低下が最も問題になるのは、前立腺がんの場合である。前立腺は膀胱と陰茎の間にあり、陰茎の基底部の尿道を取り囲んでいる、小さなクルミほどの大きさの臓器である。このがんは、男性ホルモン依存性があり、高齢者に多く、比較的ゆっくりした進行を辿る独特のがんである。場合によっては、患者さんの年齢などを考慮して、慎重な経過観察だけで、何も治療しないことがベストであることもある。このため、治療法の選択に当たっては、個々の患者さんごとに対応しなければならず、議論の多いがんである。臨床的に前立腺がんと診断される患者さんは、この二〇年間で三倍になり、急激に増加している。また七〇歳代では、臨床的に無症状で生前に診断されていなかった潜在がんが、死後の解剖で四〇％に認められており、男性には最も多いがんなのである。米国では前立腺がんは、男性のがんで最も多いがんであり、男性のがんの約三〇％を占めている。日本も生活習慣の欧米化と、高齢者人口の増加に伴い急増している。

これは診断学の進歩で、発見が容易になってきたことも関与している。採血により、前立腺特異抗原（PSA）の検査で、高値を示せばかなり有力な診断根拠になる。また超音波診断では肛門から直腸に、親指大の太さの探触子（超音波を出す機器）を挿入するだけで前立腺が描出でき、針を刺して細胞を採取する技術（針生検）の開発で、確定診断が容易となった。しかし、治療となると多くの問題を抱えている。

最近、プロゴルファアの杉原輝雄さんが、前立腺がんの告知を受けたが、選手生活の継続を希望

して治療を受けない旨の報道があった。これも一つの選択肢である。有効な治療法には手術とホルモン療法と放射線療法があるが、放射線療法以外は、男性機能は損なわれる。前立腺全摘術ではかなりの確率で性機能は失われるが、ホルモン療法においても、抗男性ホルモン剤の使用により、性的欲望は減退し性生活は困難となる。プロゴルファアの杉原輝雄さんは、男性ホルモンを抑制することによる闘争心の低下を危惧し、ホルモン療法も受けない決断をしたようである。

しかし、放射線療法においては、約八〇％は性生活に支障をきたさない。もちろん高齢者が多いため、男性機能の維持が重要な課題とならない患者さんも多いが、年相応の男性機能の温存に越したことはない。放射線療法は最近のコンピューターテクノロジーの進歩により、前立腺に限局して効率よく照射できるようになっているが、一〇％前後に照射後の膀胱炎や直腸出血などのトラブルが残り、前二者の治療法とは異質の副作用が見られる。しかし手術療法と比較して、限局した前立腺がんの治療成績はほぼ同等の効果で、生存率に差がないため、米国では手術と並立する治療法の選択肢として推奨されている。

二年前に放射線治療をした六〇代の横井さん（仮名）は、男性機能についての質問に、「まあ、時々ね」と言つて笑みを浮かべた。患者もニッコリ、医者もニッコリの瞬間であつた。（一九九八年七月）

▼その後の変化

強度変調放射線治療（IMRT）や粒子線治療などの外部照射治療法と小線源治療法の進歩により、前立腺がんに対しても根治的な放射線治療が普及した。そして、がん細胞の悪性度を示すグリソ

スコアが六以下の低悪性度群では、長期的な観察でも手術療法と放射線療法の治療成績は同等であるという評価となっている。また、中悪性度群や高悪性度群でも照射線量を増加することにより、手術成績を上回る報告が出されつつあり、今後の前立腺がんの治療は放射線治療が中心となるであろう。

抗がん剤が効くという言葉の秘密

胃がんは、日本人に最も多いがんである。しかし最近の内視鏡診断の進歩で早期発見が進み、随分と助かるがんになってきた。代わりにがん死亡のトップに躍り出たのが肺がんである。肺がんは進行して発見されることが多く、外科的に切除できるのは全体の約三分の一にすぎない。残りの三分の二の患者さんは、放射線治療と抗がん剤などの化学療法を中心とした治療が行われることとなる。

肺がんの根治は、放射線治療や化学療法ではなかなか困難なことが多く、また手術しても再発し

たり、骨や脳などの他臓器に遠隔転移をおこして治りきれない患者さんも多い。

このため、現在の肺がん全体の五年生存率は約二〇％にすぎない。禁煙キャンペーンが声高に叫ばれるゆえんである。禁煙により、がんの罹患率は、現在の三六分の一になるといふ推計さえある。また肺がんで放射線治療を受けているある獣医さんの話では、動物には肺がんはほとんどないという。いかにがんが、生活習慣に根ざした疾患かがわかる話である。

さて、手術できない肺がんの治療の中心となっている抗がん剤は、どの程度効果があるのであるか。最近の医療の告発本の中でも、抗がん剤の効果に対する疑問や、その副作用が随分と取り上げられている。そもそも抗がん剤は、第二次大戦中に化学兵器として、ナチス・ドイツや米国が研究していたイペリットガスの一部を変換して、ナイトロジェンマスタードという液体を合成し、がん患者に注射したことから始まる。その後、細胞に障害を与える幾多のメカニズムが研究され、いろいろな抗がん剤が開発・使用されている。

野田さん（仮名）は肺がんの発見後、化学療法として抗がん剤を四週間隔で三回投与されたが、肺の腫瘍はほとんど反応しなかった。これ以上の効果が期待できないことや、骨髄抑制が強く白血球が減少したため、四回目の抗がん剤投与ができないと判断され、放射線治療に紹介されてきた。野田さんは五〇歳代だったが化学療法の副作用で脱毛し、僅かに残った毛髪もまばらな白髪となっていた。一見して七〇歳代の男性の風貌である。約六週間の放射線治療後に、照射前と照射後の胸部X線写真を見せて効果を説明し、退院できる旨を話すと嬉しそうに写真に見入っていた。仕事を投げ出している約半年間の入院生活は辛いものであったため、やっと退院にこぎつけた野田さんは、

本当に嬉しそうであった。そして、「最初から放射線科に来ればよかった」と、残念そうに言った。野田さんのように手術できない肺がんの治療は、日本では肺がんを見つけた内科での化学療法がまず先行されている。そして、化学療法だけでは肺がんの治療は望めないもので、三カ月から半年間の化学療法後に放射線治療に紹介されるのが一般的となっている。

しかし欧米では、肺がんの八五%を占める非小細胞肺がん（腺がんや扁平上皮がんというタイプの肺がん）の治療は放射線治療が中心であり、化学療法は補助的に使われている。化学療法の効果がある期待できないという、医学的事実の他に、医療コストや長期化する入院期間の問題などを考えれば、標準的治療として、放射線治療が中心となるのは当然の選択である。

ところが日本では、放射線治療に対する理解が乏しく、また放射線治療施設も少ないことから、抗がん剤がまず使われることとなっている。出来高払いの現行の診療報酬制度では、その方が病院の収益も上がる訳である。しかし、余命が一年から二年である進行肺がんの患者さんにとつて、効かない抗がん剤の使用のために、長い入院生活を強いられたのでは、たまったものではない。

多くの患者さんは、「手術は無理ですが、抗がん剤が効きますのでお薬で治療します」とでも言われて、化学療法が行われているのが現状であろう。しかし「抗がん剤が効く」という言葉を誤解しないでほしい。

抗がん剤の効果は、医学的な取り決めとして、四段階に分けて効果判定を行っている。「著効」「有効」「不変」「進行」の四段階である。「著効」とは臨床的に腫瘍が触れなくなったり、画像検査上消失した場合である。しかし、こうして臨床的に消失しても、顕微鏡的にがん細胞が残存している

ことが多いので、再発する可能性は充分にある。「有効」とは腫瘍サイズが五〇%以上縮小した場合を意味し、「不変」とは腫瘍サイズがほとんど変わらない場合であり、「進行」とは腫瘍の増大や新病巣が出現した場合を意味している。

効果判定の取り決めでは「著効」と「有効」を合わせた効果を「奏功」と呼んでいるが、患者さんに対しては、奏功することを平たく表現して「効く」と説明している訳であるへいほうせんち。

現在、厚生労働省は奏功率が二〇%以上あれば、抗がん剤として承認し、製造販売の許可を与えている。白血病や悪性リンパ腫などの、血液のがんを中心とした幾つかのがんには、随分と効果を發揮するが、非小細胞肺がんに対しては、眼を見張るほどの効果はなく、「著効」は〇〜一%、「有効」は二〇〜四〇%程度である。数種類の抗がん剤を組み合わせる併用療法で少し効果が上がるが、画期的に奏功率が上がる訳ではない。

この効果判定で例えば、三cm大の肺がん病巣が、化学療法によつて二cm大になれば、X線写真上の計測では三×三cm⇨九平方センチが二×二cm⇨四平方センチとなり、一〇〇%⇨四÷九×一〇〇⇨五六%の縮小率となり、「有効」とみなされる。患者さんには「効いた」と説明できる訳である。しかし、腫瘍が三cmから二cmになつても、患者さんにとってはがんが良くなったという実感はない。むしろ、吐き気や食欲低下や全身倦怠感などの抗がん剤による副作用のマイナス面を感じることも少なくない。抗がん剤を使用すれば、多かれ少なかれ副作用があるが、効果は保障されたものではないのである。

百人のうち「著効」例はゼロで、三cmの腫瘍が二cmになつた「有効」例が二〇人いれば、立派な

抗がん剤なのである。薬の効果に関する医者と一般人の認識のギャップは、どちらが正しいという問題は別として、随分かけ離れているように思われる。インフォームドコンセント(十分な説明と同意)が叫ばれていても、「効く」という一言に秘められた意味の解釈が異なれば、同意して受ける治療の選択も異なってくるであろう。

抗がん剤の「効く」という意味を本当にわかっていたら、野田さんのように、放射線治療の前に数カ月間も化学療法を受けたらどうか、と考えさせられる。

(一九九八年十一月)

▼その後の変化

抗がん剤の限界に関する正しい知識が充分知られていない。再発や転移した患者さんに、適応が認められている抗がん剤を使い尽くして、もう有効と考えられる抗がん剤がないと言われれば、「医者から見放された」と思う人が多い。しかし、これは医学上の治療の限界なのであり、医師と患者の関係まで否定することではないのである。患者側も最善の治療を行っても医学には限界があることを冷静に受け止める必要があると思う。

どて医者治療の後始末

がんは全身のどの部位にも発生し、肺に発生すれば肺がん、胃に発生すれば胃がんと言って、一般的に発生した臓器の部位を付けて、各種のがんを呼んでいる。血液は骨の中の骨髓で造られている液性臓器とも言うべきものであるが、血液のがんは多様であるため、いくつかの言い方がある。代表的な血液のがんは、白血病と悪性リンパ腫である。

血液は赤血球と白血球、および血小板などの血球成分と、液状の血漿成分で構成されているが、血液のがんの大半は、白血球ががん化したものである。その中でも特に、白血球の一つであるリンパ球が、がん化することが多い。がん化した異常白血球が、体内に流れている血液の中や、骨髓に発見されれば、白血病と診断される。がんは一般にしこりとして塊を形成する固形がんであるが、白血病だけは唯一例外的に腫瘍を作らない。治療は全身の血液中のがん細胞が標的となるため、抗がん剤の全身投与が中心となる。

一方、血液のがんで塊をつくる腫瘍は悪性リンパ腫という。リンパ節は、全身を走行しているリ

リンパ管の途中に介在する、直径一〜二cmのソラマメ形のリンパ系の器官で、成人では、三〇〇〜六〇〇個存在している。リンパ節の中にはリンパ球が密集しており、免疫機能を担当している。その他に、咽頭部の扁桃などもリンパ様組織で、生体防御の役割を果たしている。このようなリンパ節やリンパ組織の中のリンパ球が、がん化して腫大し腫瘤を形成した場合が、悪性リンパ腫である。したがって悪性リンパ腫とは、一言で言えばリンパ組織のがんであり、治療は化学療法と放射線療法が行われる。

悪性リンパ腫のリンパ節の腫れは無痛性で、初発部位は頸部リンパ節であることが多い。六二歳の神田さん（仮名）は、頸部のリンパ節が二cm程に腫れて某医師を受診し、試験切除で悪性リンパ腫と診断された。病気の広がりには、頸部リンパ節だけであったため、I期の状態であった。本来ならば、I期と限定された悪性リンパ腫は、放射線治療が第一選択である。悪性リンパ腫は放射線感受性が高いため、病巣周辺のリンパ節を含めて照射することにより、約九〇%は完治に導くことができる。放射線に対する感受性とは、照射による細胞や、組織の損傷の受けやすさの程度を意味するが、その感受性は、臓器や腫瘍により異なる。感受性に関する一般的な原則は、細胞分裂が盛んな細胞ほど放射線感受性は高い。この原則を人体の臓器に当てはめて考えると、骨髄などの造血組織は感受性が高く、またこのような臓器に関連した、白血病や悪性リンパ腫などの血液のがんは感受性が高い。そのため少ない線量で治療が期待でき、以前は放射線治療がすぐに行われ、完治する例も多かった。

しかし放射線治療が有効である疾患は、同時に抗がん剤も効きやすいということでもあり、悪性

リンパ腫は固形がんの中で最も抗がん剤が効果的な疾患である。そのため放射線治療を行って病巣が消失した後から、念のため全身の他のリンパ組織に、再発しないように化学療法を行うことも、患者さんの体力を考慮して行われることが多い。

最近では抗がん剤の進歩により、悪性リンパ腫と診断した内科医が、Ⅰ期でも抗がん剤の治療を優先することが多くなっている。しかし、最も効く抗がん剤を組み合わせた多剤併用療法でも、完治に導くことは容易ではなく、一度腫瘍が消失しても、数カ月から二年ほどで再発してくることも多い。これが現在の抗がん剤の効果の限界である。

神田さんも抗がん剤の治療が行われた。約五カ月間の入院で六回の強力な化学療法が行われ、腫瘍は消失したため退院した。しかし、六カ月後に初回治療部位より再発し、また入院して二回の抗がん剤治療を受けたが、効果が少なく、また骨髄抑制が強いため、手に負えなくなつてから、やっと放射線治療に紹介されてきた。そのときは化学療法による初回治療のときよりも、リンパ節の腫瘍は二倍以上に大きくなつていた。放射線治療により再発腫瘍は消失し、七週間後には退院していった。しかし、一年後には全身化して再発し、前医で再度の化学療法を行ったが効果なく、最終的には不幸な転帰をたどつたのである。

神田さんは、医者を用いて自分の治療を任せ、辛い化学療法や放射線治療にも耐えたのであるが、神田さんにとって最初の治療が化学療法だけで終わったことが、このような結果となることを運命づけた。いくら効果があつたとしても、「とどめの治療」として、初発リンパ節病巣に念のため放射線治療を行つておけば、再発はなく完治できたかも知れない。化学療法の効果を過信し、化

学療法後に照射を追加しなかったのは、内科医の見通し違いであった。

他の疾患ではあまり効果のない抗がん剤が、悪性リンパ腫には驚くほど効果が見られるため、腫瘍の消失に満足し、それで治療を終了してしまうのはわからないでもないが、がんはそれ程甘い病気ではない。肉眼的に腫瘍が消失しても、がん細胞は残存しており、数カ月経てばまた再発してくることが多い。

神田さんの治療は、こういう病気の性格を熟知していない、先の見えない「どて医者」の治療だったのである。やぶ医者という言葉があるが、藪ならばまだ先が見えるが、土手では先が見えないからである。化学療法後の先が見えない医者は、やぶ医者以下の「どて医者」という訳である。

タイミング良く放射線治療を使う医者も少なくないが、一方では化学療法に固執し、完治に導く放射線治療のタイミングを失って、神田さんのように不幸な転帰を辿る患者さんも多い。放射線治療医は「どて医者」の治療の後始末のためにいるのではない。これは悪性リンパ腫に効果的な、新しい抗がん剤が開発されたための皮肉な悲劇である。内科医が抗がん剤治療に期待し、その可能性を追求することは当然であるが、同時にその限界も熟知することが必要である。それは、何を切らないで治すかを知っているのが本当の外科医であり、何に放射線をかけないで治すかを知っているのが、本当の放射線治療医である、ということにも通じるものなのである。

(一九九八年一二月)

▼その後の変化

白血病や悪性リンパ腫などの血液のがんは、骨髄移植の技術が導入されたり、リツキサンなどの

分子標的抗がん剤が開発され、より治療成績が向上している。抗がん剤だけで治癒が期待できるがんは数少ないが、抗がん剤の効果が最も期待できる代表的な疾患の一つである。

問われる医者のプロ意識

国政選挙（二〇〇〇年）も終わった。何とも変わり映えしない日本の状況は続きそうである。耳障りのいい選挙の公約は、守られないのが常識であるが、それどころか、公約とは逆の施政が行われることも少なくない。選挙中はペコペコと愛想をふりまいていた人も、一旦議員になればふんぞり返って威張りだす。何とも寂しい品性である。また急に地盤を受け継いだ、まったく政治には素人のお嬢さんに日本の将来を委ねる羽目になる事態も、異常な風土であると言わなければなるまい。

しかし、これが極めて日本的と言えるのかも知れない。真剣に生きること忘れ、無責任がまかり通る社会なのである。立花隆氏はある本で、昭和天皇が、太平洋戦争の責任をきちんと取らなかつたことが、戦後社会の無責任な風潮を創り出したという趣旨のことを書いていた。せめて自ら退位

ぐらゐすべきだった。昔なら切腹ものである。そして最近の「不良債権」処理や、大型企業の倒産の当事者の責任の取り方は、追及の甘さと相まって、戦後の無責任な社会の風潮そのものを映し出している。

それは公約を守らない政治家と、そうした人を選ぶ、国民の關係そのものと類似している。政治家は「欺瞞と騙し」を仕掛け、被選挙民は目先の損得で「欺瞞と騙し」に乗るといふ構図である。こうした社会は、言葉を変えて表現すれば、「プロフェッショナルな社会ではない」と言うことができる。もちろん「政治家は詐欺のプロフェッショナルである」と言えなくもないが、日本の社会の中では、プロフェッショナルを感じさせるのはスポーツの世界か、手工業的な職人の世界ぐらいなのかも知れない。その点、医者という仕事は専門性が高く、プロフェッショナルでなければならぬ職業の一つである。がんの患者さんは、直接命に関わる病気だけに、生きることには真剣である。生死を突きつけられて、人生を真剣に考え生きようとする患者さんに対して、医者は専門的な医学的知識で手助けするという關係で、プロとしての立場が厳しく要求される。この關係の間には、「欺瞞と騙し」が入り込むことは許されない。

一つの病院に長く勤務し、担当した患者さんを長期間診察していると、そこにはおのずと信賴關係も生じ、欺瞞的な対応も騙しも通用しなくなる。先週も、放射線治療を行つてから一〇年経過した三人の患者さんに、「がんに関しては無罪放免です。もう治つたから、来なくていいよ。何かあったら来てください」と言うことができた。そして次回の予約日を記入しないで、カルテ番号と、病院の連絡先が書かれた予約票を渡した。

しかし一〇年も通った患者さんの多くは、「一年に一回ぐらいは、先生の顔を見に来ますよ」とか、「心配だから年に一回ぐらいは診てください」と言う。再発の心配を背負って、一〇年間定期診察を受けた患者さんたちは、がんを克服し、にこやかな笑顔と感謝の気持ちで帰って行く。責任は果たしたという、満足感と安堵感よりも、経過観察フォローアップを打ち切り、もう会うこともないかも知れないと思うと、一抹の寂しさが私を襲う。毎日新たながんの患者さんが受診するが、その人たちに、最良の医療を行うためには、治った人には別れを告げて、時間的余裕を確保しなければならない。

がんにならないために、禁煙などの生活習慣への配慮は一次予防であり、がんの早期発見を目的した検診などは、二次予防と言われている。そして、一旦がんに罹患した患者さんの再発や転移や別のがんをチェックすることを、がんの三次予防と称している。がんの治療後に定期的にフォローアップするのは、この三次予防の医療行為であるが、この定期診察がなかなか大変なのである。

早期がんでほぼ治癒が期待できる患者さんでは、再発のチェックはもちろんのことであるが、別のがんの早期発見や、他の生活習慣病の相談相手にもならなければならない。進行がんで再発や転移を来す可能性の高い患者さんでは、適時X線の検査や、腫瘍マーカーの測定のために採血したりすることとなる。外来的に抗がん剤を投与している患者さんでは、貧血や白血球減少などにも気を配らなければならない。がんの治療成績は一般に、五年生存率で表現されるため、がんの治療を行ってから、再発や転移が五年間生じなければ、多くの人はそのまま治癒し、がんを克服したことになる。再発なく五年経過すれば、「がんは治癒状態である」と診断書に書くことができるので、生命保険に入る場合には、生命保険会社がどういふ判断を下すかにかかっている。

このような順調な経過をたどる人は、日本では、がん患者さん全体の四五%前後である。すなわち、五年生存率が約四五%という成績である。逆に言えば半数以上の患者さんは、がんで命を落とすこととなるため、再発や転移をチェックする定期診察は、なかなか気の張る外来となる。再発や転移を来たした患者さんの治療は、再手術の適応となることは少なく、また、抗がん剤もさほど有効ではないので、放射線治療に紹介されることが多い。

そんな患者さんから聞く苦情の一つは、「ちゃんと診察を受けていたのに、こんなになるまで再発を見つけてくれなかった」というものである。しかし遠隔転移は、その診療科の専門臓器以外の部位に転移するので、一般的に転移しやすい部位以外の臓器への転移の場合は、発見が遅れることもある。かといって、常に全身を検査するのも過剰医療となりかねない。患者さんを満足させる医療の質を、確保することは容易なことではないのである。

また、安心と信頼を得る医療には、担当医がコロコロと代わらないことも一つの条件となる。内診を必要とする婦人科がんの患者さんは、医者が代わるのを嫌がることは想像に難くない。その他のがんの患者さんでも、それまでの治療の経緯や、患者さんほどの程度まで告知しているのか、家族背景はどうであるのかなどの、多くの情報を総合的に熟知して、短い時間内で満足できる外来診察するためには、責任ある担当医の長期的な診療が必要となる。真剣にがん克服に向けて生きていく患者さんに対して、医療従事者は「ことなかれ主義」の日本の精神風土に染まることなくプロ意識を持って職業的責任を果たしたいものである。

(二〇〇〇年八月)

第 7 章

がんと賢く闘う

健康維持もビッグバンの時代

厚生労働省が市町村に実施を要望しているがん検診は、乳がん、肺がん、子宮頸がん、子宮体がん、胃がん、大腸がんの五種類である。しかし最近、厚生労働省は、乳がん、肺がん、子宮体がんの検診について、科学的にその有効性を検証した結果、「十分な根拠がない」と、その有効性を疑問視する報告書を発表した。この背景には一九九六年に、慶応大学の放射線治療医である近藤誠講師が、『患者よ、がんと闘うな』（文春文庫）という著書で「がん検診は百害あって一利なし」と主張し、波紋を広げた事情がある。

近藤氏はその著書で、検診の有効性に疑問を投げかけたばかりでなく、現状の日本のがん治療を批判している。がんの手術における切り過ぎの問題や、効果の期待できない抗がん剤が使われすぎている現状を指摘している。ともあれ、「日本の常識は世界の非常識」的がん医療を痛烈に批判し、日本のがん医療の暗部と恥部を曝け出したことは事実である。彼の活動がなければ、日本の乳房温存療法は一〇年遅れていたかも知れない。

がん克服の原則は早期発見・早期治療ということが叫ばれて久しい。そして最近では、がんの多くは生活習慣病の性格を持つことから、がんにならないための予防にまで啓発活動が普及している。検診はがんの早期発見を目的として始められ、厚生労働省はがん検診の実施を老人保健法で市町村に義務づけ、実施費用の三分の一にあたる年間約一九〇億円を補助金として出していた。しかし一九九八年四月に同法を改正し、市町村の検診実施義務をなくし、実施費用についても、自治省所管の地方税でまかなう制度に変えたのである。がん検診に携わる人々にとっては、大問題である。

がんの恐ろしさは何らかの症状が出現したときは、治療が望めない程進行している場合が多いことである。したがって検診であれ、人間ドックであれ、無症状のうちに早期のがんを発見することは意味のあることである。

実際に日常の臨床では、検診によってがんを発見され、治療している患者さんも多い。村田さん（仮名）の場合は、肺がん検診を受けて痰たんの中にがん細胞が見つかり、検査したら喉頭がんが発見され放射線治療で治癒した。喉頭がんを克服した村田さんは、経過観察のため定期的に診察を受けていたが、五年後に今度は肺がんが発見され、小さい早期のがんだったため、このがんも放射線治療を行い、元気に四年経過した。村田さんにとっては、検診は命を救うきっかけだった訳である。

しかし、志田さん（仮名）のように検診でせつかくがんを発見しても、気の毒な経過を辿る人もある。志田さんは既に骨転移を伴った肺がんで、放射線治療に紹介されてきた。話を聞けば、毎年職場検診を受診していたとのことであるが、発見されたときは既に治癒不能な末期の肺がんとなっ

ていた訳である。志田さんからは「毎年欠かさず検診を受けていたのにどうして？」という思いが伝わってきて本当に気の毒であった。

検診は早期発見を目的としているが、検診と早期発見は別問題であり、検診でがんを発見されても、進行がんとなっている場合も少なくないのである。特に肺がんという疾患は進行が早く、転移しやすいという性格から、発見したときは既に手遅れということも多い。これが「検診をしても死亡率が下がらない」理由の一つと考えられる。そのため、米国では検診ではなく、大々的な禁煙キャンペーンに見られるように、がんの一次予防に力を入れている。しかしこれには医療費が高い米国ではがんが発見されても病院にかかれない人もいるという裏事情もある。

助かるためには、手術可能な早期の肺がんの段階でがんを発見しなければならぬのである。重要なことは、発見の契機が老健法による検診であろうが、企業検診であろうが、人間ドックであろうが、早期にがんを発見することである。

浅田（仮名）さんのような場合は最悪である。左肩に痛みを訴えて某整形外科を受診したが、五十肩という診断で四カ月間通院した。良くならないため他院を受診したら、肺尖部はいせんぶに肺がんを発見された。注意深く見ると前医の胸部X線写真には、既にがん病巣は映っていたが、見落とされていたのである。

同業者を責める訳ではないが、このような例も少なくないので、診察する側の診断精度が問題となる。患者側としては、がんの診断や治療を受ける場合は、がんの専門医を受診することが医者選びのコツであり、その意味ではがん検診を専門にしている施設で調べてもらうことを私はお

薦めする。

男性で急増していて、潜在的に最も多いがんは前立腺がんと言われている。このがんは前立腺特異抗原（PSA）という腫瘍マーカーによる血液検査で、かなり早期に診断できる。PSAは前立腺で作られる特有の糖たんぱくで、がんができると血液中に放出され、その血中濃度を測ることにより、診断が可能なのである。外科的治療と異なり、早期の前立腺がんでは、放射線治療で性機能を温存して治癒できる。

このような簡単な採血や検便だけの検査で見つけられたり、乳がんのように、自分で触診して発見できるがんもある。がん検診が有効か無効かという議論は、やとと科学的に検討されるようになって、今後はどのがんには、どのような検診法が意味があるか、といった視点からその方法を考える必要がある。車の定期検査と同様に考えれば、人間も定期的に採血や検便などの、負担の少ないがん検診を受けることに、目くじら立てて反対する必要もない。検診の有用性論議は別として、早期発見・早期治療により、放射線治療がより効果的に利用でき、身体の機能と形態を温存しながら治療ができるのである。

金融ビッグバンが叫ばれ、自分の責任で銀行を選び、自分の財産は自分で守らなければならない時代である。医療費抑制政策が続くこの時代は、自分の健康や命は自分で守らなければならない、医療のビックバンの時代である。「体の検診は自己責任」であり、「医者選びも寿命のうち」なのである。

（一九九八年五月）

▼その後の変化

二〇〇七年四月一日より「がん対策基本法」が施行され、がん検診率の向上が目標の一つとなっているが、なお実効性のある具体的な対策が行われているとは言い難い状況にある。予算的な裏付けとともに、国民も検診に対する意識を変える必要がある。

八〇億円は高いのか、安いのか？

最近の医療機器の進歩は、目覚ましいものがある。当然医療機器の値段も高くなり、放射線科の領域では数億円というものも少なくない。一九七四年の春に、イギリスでCTスキャンが初めて発表され、これを契機に億単位の医療機器が登場することとなった。またコンピューターテクノロジーと、医療機器が組み合わされることにより、医療工学は飛躍的な発展を遂げている。おかげで病院でも、コンピューターの二〇〇〇年問題が大きな問題となり、コンピューターが組み込まれた医療機器では、その対応が迫られている。

当初のコンピュータのハードやソフトの進歩は、一九六〇年代のNASA（米国防空宇宙局）の開発に負うことが多かった。その遺産を受け継いで、コンピュータは、ビジネスにも広く使われるようになった。

七〇年代になり、CTスキャンに代表される医療機器にも、コンピュータが導入されてきた。その後のコンピュータの進歩は著しく、半年先が読めない市場となっている。第一世代のCTスキャンは、一枚の断面写真を撮るのに四分半もかかったが、今では、数秒で画像をつくることができるのである。

放射線治療においても、物理工学とコンピュータ技術の進歩が合体して、精度の高い治療が可能となっている。放射線治療の大原則は、がん病巣にだけ照射して、周囲の正常組織にはできるだけ照射しないことに尽きる。やけどは、小さな面積の深いやけどよりも、広い面積のやけどの方がより重症となるが、これと同様に放射線の副作用も、照射面積（体積）が大きければ重篤となる。したがって、放射線治療で副作用を起こさずに治療するためには、がん病巣周囲の正常組織はできるだけ避けて、病巣にだけ絞り込んで照射することが重要となる。また小範囲であれば、多くの線量を照射することができるので、治療部位のがんの制御も可能性が高くなる。

がん病巣にだけ限局して照射する方法の一つにガンマーナイフがある。これは二〇一個のコバルト六〇の線源を、穴のあいたヘルメット状のものに配置して、各線源から出るガンマー線を、脳の小さな病巣に集中して照射するもので、外科のメスのように、スパッと照射することから、ガンマーナイフと名付けられた。また普及し使用されているリニアックでもコンピュータ制御で、病巣に

向けて多軌道で回転させたり、三次元的に多方向から放射線を出すことにより、ガンマーナイフと同様な高精度な照射が可能となっている。

緒方さん(仮名)は、肺がんの術後に脳転移を起こして、ガンマーナイフの治療を受けた。幸い脳転移病巣は一個であったため、既に三年経過したが元気に暮らしている。以前なら手術が必要であったり、照射では治すことが困難なケースだったが、これも治療技術の進歩のお陰である。しかし、脳転移は経過を追う毎に多発してることが多く、御利益のある患者さんは限られる。北村さん(仮名)のように、ガンマーナイフの治療を三回も受けて、昨年まで保険がきかなかつたために四百万円以上を使っても、結局は多数の脳転移が出現して不幸な転帰を辿った例も多い。

さて、最先端の夢の放射線治療機器として、重粒子線治療がある。重粒子線は、電子より重い粒子を高速に加速したものを言う。現在有望視されているのは、炭素などの重イオン線(狭義の重粒子線)と陽子線である。炭素イオン線や陽子線では、普通のX線と異なり、体内の目的とする深さで、一気にエネルギーを放出して停止するという物理学的な特性を持つているため、特定の深さにあるがん病巣にだけ照射でき、周囲の組織は照射されなくて済むのである。

難点は、桁違いの費用がかかることである。炭素イオン線装置は、設備に約三百億円以上もかかる。わが国では千葉県の放射線医学総合研究所(放医研)に治療施設が完成し、一九九四年から臨床試験が行われている。また、二台目が兵庫県に現在建設中である。陽子線装置は少し安く約八〇億円だが、現在日本では、筑波大学と国立がんセンター東病院で稼働しており、一台は静岡県で建設が進められている。

しかし、このような治療は費用と効果を天秤にかけて考えると、将来、放射線治療の不良債権となるかも知れない。こうした特殊な治療装置を使うことが明らかに意味があるとして米国で保険診療が認められているのは、眼球の悪性黒色腫などの三疾患にすぎない。ちなみに日本では、眼球から発生する悪性黒色腫は、年間三〇〇～四〇〇人である。他の疾患に、重粒子線治療の適用を広げ、年間約二百人を治療したとしても、初期設備投資と維持費と人件費を考えれば、何とも高価な治療法となる。放医研の重イオン線治療の場合、年間運転経費は四四億円で二百人を治療すると、一人当たりの経費は二千二〇〇万円にもなる。治療費を聞けば、眼を治すどころか、目が飛び出てしまう金額である。

予算だけ持っていて見識のない科学技術庁は、日本の数カ所に、陽子線治療装置をばらまくことを決めた。約八〇億円の陽子線治療装置を導入すれば、三〇億円を科学技術庁が負担し、残りは地方自治体が負担するというのである。このため不景気な北海道でも、陽子線治療装置を導入するという動きがある。しかし実際に治療に使うとすれば、機器の保守・管理や、治療精度を維持するための、物理士などのスタッフが必要であるし、また年間数億円の維持費も必要となる。

医学の進歩のためにあちこちで陽子線治療を始めるのか、それとも、既に粒子線治療を開始している施設のデータを検討し、有効であることが医学的に証明された時点で購入するのか、慎重に検討されなければならない。私は当然後者の考え方を支持したい。何しろ我々の税金が使われるのだから。もつとも、苦東開発や、北海道新幹線に使われる税金や、官官接待と称するススキノでの豪遊の感覚からすれば、国や道庁にとつては、陽子線治療装置などは大した金額ではない

のかも知れない。

一方で、一般的な機器整備の現状には目を覆うものがある。道立病院では標準的な医療を行うために必要な、CTやMRIなどの医療機器の整備も満足に行われていない。当院も看板は国立札幌病院と北海道地方がんセンターという名前が併記されているが、北海道からはまったく援助はない。厚生労働省の管轄下で治療機器の台数やスタッフは不足しており、放射線治療を受けるために待機している患者さんも多い。

科学研究の名目で、一部の患者さんに使われる、巨額な設備にお金をかけるか、それとも、標準的な治療施設の整備にお金をかけるのか、あなたはどちらを望みますか。
(一九九九年一月)

▼その後の変化

粒子線治療施設は増加し、炭素イオン線を用いた重粒子線治療施設は三施設、陽子線治療施設は六施設稼働しているが、今後は一五施設まで建設予定となっている。先進医療として約三〇〇万円の自費診療として行われているが、最近のIMRTなどの通常の照射装置でも同様な治療成績が得られる疾患もあり、コストパフォーマンスを考えれば今後の導入には慎重な判断が求められる。日常臨床の現場では標準的な放射線治療でさえ上手に行われていない日本なのに、超高額なこうした放射線治療装置の設置台数は世界一である。

高齢社会の治療法

がん治療の進歩にもかかわらず、依然としてがんで死ぬ人は増加している。がんは遺伝子に「きず」がつき発がんすることから、長く生きていればそれだけ、がんが発生する危険性は増加する。だから高齢者が増えれば、がん患者さんも増加するが、単にそれだけではなく、治療に制約を受け治しにくいがん患者さんも増える。人生八〇年の時代では、超高齢者のがん（天寿がん）の患者さんも当然増加している。

福田おばあちゃん（仮名）は九一歳であるが、ぼけもなく、お孫さんに連れられ、しっかりとした足取りで、放射線科を受診したのは八年前であった。人の良さそうな小柄な福田さんは、額の横に二cmほどの皮膚がんができて、放射線治療に紹介されて来た。以前から顔面にあった褐色で、平坦に少し盛り上がった皮膚がんの病巣は、いくら年を取っても、本人は気にしていなかった。家族に言われてやっと某皮膚科を受診し、高齢で手術も大変なので放射線治療に回されて来た。

皮膚がんは、白人では最もポピュラーながんの一つであるが、日本人では決して多いものではな

い。白人は皮膚のメラニン色素が少ないため、紫外線の影響を受けやすく、日光にさらされる顔面などに、皮膚がんが発生しやすい。オーストラリアでは、皮膚がんの罹患率は日本の百倍以上である。皮膚がんの治療は、外科的切除か放射線治療が行われるが、日本では切除されることが多い。しかし欧米の先進諸国では、第一選択として放射線治療が行われることが多く、全体の放射線治療症例の中で、皮膚がん症例は大きな比率を占めている。

皮膚がんは見えるがんであるため、放射線治療医の訓練には最も適したがんである。どのくらい放射線を照射すれば、どのような皮膚反応が起こり、どのようにがんが縮小し、そして治癒しているのかが見えるため、放射線の効果を理解するには良い疾患である。

福田おばあちゃんの治療は、あまり大きな腫瘍ではなかったので、五〜六週間かけて、ゆっくりと外部照射する方法ではなく、小線源治療を行った。耳の遠い福田おばあちゃんの耳元で、大声で治療方法を説明して理解してもらった。

3cmのワイヤー状のイリジウムという放射線を出す線源を六本、ガーゼに3cm四方の面積に並べて、腫瘍のできた額にテープで貼り付けて治療した。六日間の貼り付け治療できれいに治った。患者さんには苦痛もなく、ただ六日間寝ているだけの治療である。一週間後には曲がった背中をさらに曲げ、深々とお礼を言ってお退院していった。いかに高齢であっても、治すチャンスがあれば、全力で治療して良かったと思つたものである。その後、六年後に老衰で死亡したが、九七歳であった。

人の老齢化は個人差により随分と異なっている。暦年齢とは別の体力的な年齢があり、治療の選択は、主にこの体力的な年齢によって決められることが多い。よく新聞で、八〇何歳の患者さんの

大きな手術に成功したという、医者 of 自慢げな記事を見かけるが、これはたまたま暦年齢以上に体力のある、若々しい患者さんであったことによる。

一般的に八〇歳以上では、よほど体力がなければ、手術を行うことは少ない。その点、放射線治療では、年齢的な制限は少なく、若い人と同じように治療し根治治療が可能である。厚生労働省の高齢者のがん治療のあり方に関する研究でも、放射線治療は、年齢にさほど関係なく治療できるという結論が出されている。現に当科で九〇歳以上で放射線治療を受けた患者さんは二四名もおり、その予後は進行がんでなければ、十分な治療が可能であり、五年以上生存した患者さんもいる。

高齢者の治療で感じることは、一般に昔気質のお年寄りの方ほど、医者との関係は良好なことが多い。決して医者の言う通りにするからという訳ではなく、人に対する感謝の気持ちが根底にあるからだと思う。しかし、最近の患者さんは権利意識が強く、患者さんと医療従事者との間で、トラブルが起こることも多くなっている。

一九九七年の新規の医療訴訟は約六百件というが、この中には、純粹に医療ミスと言えるものと、標準的な治療を行っても結果として医療行為が成功しなかったことによるものと、感情的な行き違いが原因となつているものなどが混在している。例えば、手術中にガーゼをお腹の中に置き忘れたきたというような、笑えない単純な医療行為上のミスは明らかかなミスであるが、病院側はメンツや悪い噂を恐れて、なかなか自らのミスを認めないことがある。

高齢者の手術は多くの危険性をはらんでいるが、もし結果的に手術がうまく行かなかつたとしたら、訴訟沙汰になるかも知れない。しかし、これは結果論的な視点である。手術自体に、初歩的な

ミスがあつた場合は問題外であるが、最も問題とすべきは、手術に至るまでの経緯である。医者は患者さんのために、良かれと思つて手術を選択したのであるうし、また強気な性格の患者さんは手術を望んだかも知れない。慎重な医者は無理せず、危険を冒さず、高齢者のがんだから、治らなくても仕方がないと考えるかも知れない。

病気の診断がつけば、医学的に最良の治療法の選択ができる患者さんもいるが、現実の医療では、どうするか迷う患者さんも多い。そこでは、「医者の経験がものをいう」世界も生じるし、関わる人々の人生観や性格が、治療法の選択において影響を与えるのである。しかしこの漠然とした経験的で、感性的な判断の正当性は、裁判で決着できる性格の問題ではない。結局は毎日の診療過程で、納得のいく説明を受け、患者さんが治療法を選択する姿勢が必要である。医療のあり方として「説明と同意」が言われているが、これは、説明を受ける権利と同時に、治療法を選択する患者側にも義務が生じることを意味する。

「三時間待ちの三分診療」という言葉に代表される日本の医療体制の貧困さは、患者さんへ充分な説明を行う時間的余裕もままならない。限られた医療環境の中で、医者に誠意を持って、全力で診療に当たらせる気持ちにさせる「賢い医者のかかり方」を、福田おばあちゃんは教えてくれたよ
うな気がする。

(一九九九年二月)

▼その後の変化

OECD（経済協力開発機構）加盟三〇カ国の医師数の平均は三・一人／千人であるが、日本は二人／千人である。また医師一人当たりの年間外来患者数はOECD平均が二四〇〇人であるが、日本の医師は八〇〇〇人である。これでは三分診療となり、十分に説明する時間も持てない現状である。また一〇〇床当りの病院従事者数の欧米諸国の平均は四三八人であるが、日本は一〇二人であり、医療事故の要因ともなりえる貧困な職場環境であり、残念ながらこの一〇年間でこうした医療を取り巻く構造的な改善は進んでいない。

何期のがんか、それが問題だ

がんが恐ろしい病気である理由の一つは、転移するということである。一般に、早期のがんは発生した部位にとどまっているが、放置すれば腫瘍は増大するばかりでなく、周囲のリンパに入って周辺のリンパ節に転移する。このため、局所治療法である手術や放射線治療では、早期のがんなら

原発巣だけの治療で済むが、中程度の進行がんになると、周囲のリンパ節に対する治療も必要となる。手術では周囲のリンパ節切除が必要となり、放射線治療では、最も転移しやすい周囲のリンパ節も含めて照射することとなる。

この範囲にとどまっていれば、がんはまだ局所病であり、治癒が望める。しかし、さらに進行すれば、がん細胞は血流を介して、離れた臓器に転移を生ずる。いわゆる遠隔転移である。こうなれば、がんは全身化したことを意味し、全身病としての対応が必要となってくる。

がんの進行度は国際的な病期分類があり、TNMという三つの因子を組み合わせて決定されている。TとはTUMOR（原発巣）を意味し、腫瘍の大きさや深達度（どの程度深く、がんが進んでいるか）により、T1からT4の四段階に分類されている。NとはNODE（リンパ節）のことで、周囲のリンパ節転移の状態を表しており、リンパ転移がなければ、N0と記載される。MはMETASTASIS（遠隔転移）の有無を表し、M0は遠隔転移なし、M1は遠隔転移ありということになる。

この三つの因子を組み合わせて、総合的にがんの進行病期を、I期からIV期まで四段階に区別している。肺の末梢にできた3cm以下の腫瘍で、胸腔内のリンパ節転移がなく、遠隔転移もない場合には、T1N0M0＝I期ということになる。また、原発巣やリンパ節転移の状態がどうであれ、遠隔転移があれば全てのがんでIV期となり、全身化したがんを意味し救命は困難となる。この場合には、いかにQOL（クオリティ・オブ・ライフ＝生活の質、生命の質）を維持して延命させるかが治療の目的となる。

したがって、同じがんと診断されても、その進行度によって予後は大きく異なり、治療法も異なっ

てくる。切除できる範囲にがんが局限していれば手術も可能である。また放射線感受性が高い腫瘍や小さながんであれば放射線治療でも治癒が望める。しかし全身化した場合には、効果的な抗がん剤が少ないとはいえ、抗がん剤が主な治療手段となる。

手術は、がん治療の王道と考えられているが、見方を変えれば手術できる人は進行しておらず取りきれぬという前提があり、他の治療法と比較して治療成績が良好なのは当然である。

前田さん（仮名）は、一五年前に喉頭がんで放射線治療に紹介されてきた。耳鼻科の先生から、喉頭がんとしか説明されていなかったために、落ち込んで深刻な顔で放射線科を訪れてきた。そして、「自分はもう覚悟はできた。自営業の仕事は息子に譲って身辺整理をする」と言うのである。私は「あなたのがんはⅠ期なので、まず確実に治ると思いますよ。声帯にニキビができたようなものなのです。九割は放射線治療で治るし、治らなかつたらそのときは、喉を取ることにしますが、命までは取りませんよ。仕事はこのまま続けてください」と言ったが、信用してもらえず、さっさと引退してしまった。

声帯にがんができるとすぐに声がかすれるため、この部位のがんは、早期に発見されることが多い。しかも声帯は腱組織で、鶏肉で言えばスジのようなものなので、リンパ流や血流は乏しい。そのため、声帯にがんが局限している場合には、リンパ節転移や遠隔転移はほとんど見られない。治療のポイントは、声を残せるかどうかなのであり、早期の喉頭がんは治って当たり前のがんなのである。

予想どおり前田さんは放射線治療で完治した。そして、息子さんに任せた海産物の自営業も順調

なようである。振り返って見ると、五〇代半ばから一線を退き、ブラブラと一五年以上悠々自適の生活を送っている。そしてたまには「俺はがんだから、いつ死ぬかわからない」と言って、好きなお酒を飲む都合の良い口実にしているようだ。最近では腎臓を悪くして、内科に通う姿を院内でたまに見かけるが、そのときは頭をかきながら挨拶される。がんになって得した人かも知れない。

しかし一方では、大変深刻な患者さんもいる。七〇代前半の加山さん(仮名)は、腰痛で近所の整形外科に通院していた。徐々に痛みが強くなり、腰椎ようついの椎体が圧迫骨折のような状態となり、転移性骨腫瘍の疑いで放射線科に紹介されてきた。たしかに、単純X線写真では、腰椎がつぶれて腰痛の原因となっていた。しかし、アイソトープ(放射性同位元素)を使った骨シンチグラフィの写真では、骨盤の一部と肋骨にも異常が見つかり、がんの転移が三方所の骨にあることが判明した。原発巣を検索したら、肺がんが発見された。

がん病巣はちょうど心臓の裏側にあり、正面のX線写真では、なかなか見つけにくい場所にあった。原発巣の大きさは二cmほどで、リンパ節転移もはつきりしたものは見られず、肺の臨床症状はまったくない。しかし、進行度を表す病期としては、骨転移をきたしているのでM1となり、T1N0M1でIV期の状態となる。通院で骨転移の放射線治療を受け、腰痛も消失し元氣を取り戻した加山さんは、上機嫌で老後の生活を送っている。そして肺の病氣が原因で骨に変化をきたしたという説明に、その意味を知ってか知らずか、それ以上の質問もなく治療を終えた。

骨転移ということがどんな意味を持っているのか、深く詮索されない方が医者としては楽である。本人に、余命は半年から一年前後とはとても言えるものではない。医者ががん告知を最もためらう

ケースの一つである。

本人には内緒で奥さん呼びだして、どう対処するかを話した。症状もまったくないことや、抗がん剤も効果的でないタイプのがんであったことから、加山さんには今後入院する必要が出てくるかも知れないことを話して、そのまま経過観察することとした。がんはがんでも何期のがんか、それが問題なのである。がん対策として、早期発見・早期治療が叫ばれる由縁である。

(一九九九年七月)

▼その後の変化

最近ではほぼがんの告知は行われるようになった。しかし悪性度が高い腫瘍では遠隔転移したⅣ期の状態で発見される患者さんはまだ多い。ハイリスクの人はがん検診に心掛けるべきであり、がん検診の手段としてPETも有効な診断法として普及した。がん検診は自己負担であるが、対策の一つとして公的資金での援助が望まれる。

死期が迫ってからの放射線治療

超高齢者や全身状態の不良な人が、進行したがんになったとき、どうしたらいいか迷うことがある。体力があり、どんな治療もできる患者さんでは、医学的に最も治癒が期待できる治療法を選択すればよい。しかし体力的に標準的な治療ができない人の場合には、個別の対応が必要となる。特にまったく治りそうもないほどに進行した高齢者や再発転移した患者さんの場合には、無治療という選択肢もある。

医学の世界には「No treatment is the best treatment」（治療しないことが最良の治療である）という言葉があるが、含蓄のある言葉である。例えば前立腺がんは、ホルモン依存性の性格を持ち、ゆっくりとした経過を辿る疾患で、死に至るまでには数年から一〇数年の経過を持つ。日本では、このようながんでも発見されれば、八〇歳近い高齢者でも、なんとか治療しようとすることが多い。どうしても治療したいということであれば、私自身は、最も副作用が少なく効果が確実な放射線治療がよいと考えているが、泌尿器科医の中にはホルモン療法を行ったり、手術まで行なおうとしたり

する医者もいる。

しかし米国では割り切っていて、七五歳以降に前立腺がんが発見され、臨床症状が特になければ、何もしないで無治療のまま、経過を見ることが一般的となっている。「現世は無症状で、発病はあの世で」という訳である。この治療姿勢の背景には、前立腺がんは米国の男性のがんの中で最も多く、男性のがん患者の約三〇%を占めており、無症状で平均寿命まで問題とならない多くの患者さんに、社会全体として積極的に治療する必要性を認めていないことがある。患者側も医療費が高いことから、経過観察のみの無治療の姿勢で、双方の折り合いがついているのである。

こうしたがんの、緩慢な進行速度を考慮した無治療もある。また再発や転移して終末期を迎えた場合は、免疫力を弱める治療や体力を消耗するような手技は、マイナスとなることが多く、かえって死期を早めることになりかねない。しかし何らかの治療により、延命やQOL（生活の質、生命の質）の向上が期待できる、がんの患者さんの場合はそうはいかない。

地方に住む八四歳の曾根さん（仮名）は、膣の粘膜から発生した、悪性黒色腫というたちの悪いがんであった。若く元気な人でも手術は困難な部位で、抗がん剤も有効ではない。まして曾根さんの場合は、手術や抗がん剤の使用に耐えるだけの体力もなく、放射線治療の機器もないので、家族との話し合いの結果、無治療という方針となった。約半年後に膣から外陰部に黒い盛り上がり、潰瘍が混在し出血を伴う腫瘍の状態となり、放射線科に紹介されてきた。診察するなり、あまりの進行状態に、放射線を照射しても御利益がないと考え、「照射中は外陰部の粘膜がただれて、排尿排便にも支障をきたす可能性があるので、あまり痛めつけないで、当初の方針どおり、このまま看

取つたら如何でしょうか」と返事を書いた。

もしがんが発見されたときに、手術や抗がん剤は無理でも、放射線治療医に相談されていれば、臍内に放射線を出す小線源を留置して照射する方法により、もつと延命や状態の良い生活が可能であったかも知れない。曾根さんは結局はいろいろな経緯で、照射することになり、数回照射したが、がんによる全身状態の悪化で、数日後に死亡した。

また七九歳の呆け^ぼ気味の今さん(仮名)は、肺がんで一年以上前から、某医に診てもらっていた。手術もできず、高齢で腎機能も悪く、抗がん剤の使用は無理なため、何もしないで時々X線写真を撮影していた。肺の腫瘍はだんだん増大し、気管支を圧迫して狭窄を来し、いよいよ右肺が無気肺となり、呼吸機能が損なわれてから、放射線治療で紹介されてきた。やむなく無気肺の改善を目的に、今さんの放射線治療を行ったが、一カ月も経たないうちに、併発していた肺炎が増悪して他界した。

このような場合は、家族にとつては「放射線をかけたから死んだ」という感覚にもなる。冷静に判断すれば無治療で放置され、いよいよ無気肺や肺炎を併発する時期になって、初めて放射線治療で紹介されてきただけのことである。しかし素人はそういう判断はなかなかできないので、放射線治療だけが悪者になる。患者さんのために親身になって、何とか一時的にでも症状を緩和し、呼吸を楽にしてあげたいと思って照射した行為も、放射線治療のイメージアップどころか、イメージダウンとなっているのである。

真に問われるべきなのは、「業務上過失致死に近い、でたらめながん治療」や「無責任な無治療」

である。いよいよ悪くなつてどうしようもなくなつてから、放射線治療に相談されることも多い。小さい腫瘍は制御しやすいが、腫瘍が大きくなればそれだけ、放射線治療の効果は期待できなくなる。太らして大きくしてから殺すのは、豚だけでよい。放射線治療医の多くは「最後になつて相談するなら、もつと早く、発見したときにさつさと受診させてもらいたい」とつぶやくのである。

実際に、かなりの人が放射線治療を行つてから、まもなく亡くなつていく。しかし、放射線治療が死期を早めた例はほとんどなく、死期が近くなつてから、放射線治療に紹介されたのである。放射線治療を担当する側としても、忙しく限られた時間とスタッフで診療し、放射線治療計画を立てて、二時間以上の手間暇をかけて照射を開始しても、途中で中止したり死亡されたのでは、消耗感しか残らない。死の間際に「無責任な治療」のしりぬぐいをさせられたり、死に至るまでの儀式として、放射線治療をよく理解していない他科の医者に利用されたのでは、たまつたものではない。がんで命を落とすとしても、ポツクリと逝くことは稀である。多くは痛みや呼吸苦に苦しみ、徐々に衰弱したり、肺炎や出血傾向が悪化したりして他界する。そうであるならば、無治療という選択肢を選んだとしても、最後の死にざままで視野に入れた対応が必要である。無治療や敗戦覚悟の治療でも、がんが進行し、死に際にはどんな事態となるのかまで熟知し、どのように看取るのか、先を読んだ医療が望まれる。

(二〇〇〇年一月)

がんは何処にあるの？

五〇歳を間近にした嵯峨さん（仮名）は、スリムでダンディな患者さんであった。右の中頸部に腫瘍を自覚して、ある耳鼻科を初診した。幸いがん治療に造詣の深い耳鼻科医であった。口の中やのどを丁寧に検査したが、異常は見当たらなかったため、診断をつけるために、頸部腫瘍の切除術を行った。腫瘍の正体はリンパ節転移であった。

病理検査では、耳鼻科領域（口腔・咽頭・喉頭）に発生するがんの中で、最も頻度の高い、扁平上皮がんというタイプのがんであった。この嵯峨さんの場合は結局、最初にがんが発生した部位はわからず、頸部リンパ節転移で見つかったケースであり、医学的には「原発不明がん」という診断名となる。頸部リンパ節は、耳の下から鎖骨までの頸部全体に、数珠状に分布しているので、腫大した転移リンパ節だけを切除しても、時間が経てば、周囲のリンパ節にも転移が現れることが多い。このため術後に、頸部への放射線治療を目的として紹介されて来た。

嵯峨さんの場合は、リンパ節転移の状態から肉眼的には判断できない微小な咽頭がんと予測して、術後の治療は頸部リンパ節のほかに、咽頭がんの放射線治療に準じて行つた。幸いにも八年間健康で、仕事も順調であつた。おそらく咽頭の何処かに原発巣があり、咽頭を含めて照射したために、原発巣は治つたものと考えられた。

しかし、九年目にひよつこりと受診したときに、照射していない右鎖骨の直上のリンパ節に再発していた。さつそく治療を開始したが、数カ月の経過中に、多数の皮下転移や、骨や肺などの遠隔転移が現れ、最後には脳にも転移して死亡した。会社の社長を務めていた嵯峨さんは、入院中も会社のことを心配して、いろいろな書類に目を通し、部下に仕事の指示をしていた。

ところが、死亡する二週間前ほど前から、脳転移が原因で嵯峨さんの性格変化が著明となつた。会話も十分な理解ができず、奇行も見られるようになった。脳に転移しても、このような精神症状を呈する患者さんは決して多くはないが、嵯峨さんは今までの冷静で穏やかな姿とはかけ離れた姿となつた。今までの治療を通して嵯峨さんの性格や、美意識について思いを巡らしたとき、私はそんな変わり果てた嵯峨さんを見て、どのように看取るか悩んだものである。

八年前に頸部に照射するときには、お洒落に素敵なマフラーで、照射部位を隠していた嵯峨さんは、こんな姿を他人には見せたくないと思つていたのであろう。長く連れ添つてきた奥さんも嵯峨さんの性格を知つていて、他人に変わり果てた姿を見せたくないという思いで、嵯峨さんの尊厳を保つために面会謝絶とした。そして嵯峨さんは、一時間ほど目を離した際に、死の瞬間を誰にも見せることなく、息を引き取つていた。如何にも嵯峨さんらしい死に方だったのかも知れない。結

局、嵯峨さんの死亡診断書には、原疾患は「原発不明がん」として記載された。

原発不明がんについて、どんなに焦って原発巣を見つけようとしても、駄目なときは駄目なのだと思うようになったのは、一五年程前に木田さん（仮名）の治療に関わったときである。

木田さんは優しい性格の、四〇歳代の開業医であった。脳腫瘍が発見され、手術を行ったところ、転移性の脳腫瘍と判明し、術後の放射線治療を目的に、当科に紹介されて来た。仲間うちで信望のあった木田さんの非常事態に際して、当然にも医者仲間が全力を挙げて原発巣探しを行った。私も、脳に放射線治療をしながら、何とか原発巣を見つけようと努力したが、やはり発見には至らなかった。

放射線治療から約半年後に、母校の大病院で最期を迎えられた。解剖してやっと、すいぞう膀胱に小さながんが発見され、原発巣はこころしいという診断であった。解剖してやっと判明する程度の小さながん病巣では、その半年前にいろいろ検査をしても診断に至らなかったとしても不思議ではないと、妙に自分の中で納得したものである。

原発不明がんの患者さんに遭遇するたびに、脳転移がどんな経過を辿り、どんな運命が待ち受けているかを、医者として冷静に受け止め、物静かな顔で闘病生活をしていた木田さんの顔と、葬儀に参列したときに見た乳飲み子を抱えた痛々しい奥さんの姿を思い出すのである。

こうしたケースのように、肉眼で見えられないほどに小さながんでも、悪性度が高い場合には、ときには早期に周囲のリンパ節転移や遠隔臓器への転移を来たすことがある。そのためがん患者さんの中には、転移が先に見つかる例は少なくない。比較的よく遭遇するのは、画像診断ではわかり

にくい肺がんが、脳転移や骨転移で発症する場合である。また腎がんは、かなり大きくならなければ、自覚症状が出現しないため、骨転移により発見されることもしばしばである。

最近では画像診断が進歩し、転移病巣が見つかつて、ほとんどは検査により、原発巣が判明するのが一般的である。また転移巣の治療中には、原発巣は判明しなくても、数カ月の時間的経過により、原発巣が明らかになるものである。しかし最後まで原発巣がわからない嵯峨さんや、木田さんのような場合もあり、臨床的には、一〇〇〇〜二〇〇〇人に一人の割合で存在する。また五〇〇人に一人の頻度で、解剖しても結局原発巣がわからない患者さんもいる。

一般にがんは、急に発生する訳ではない。がんの存在を臨床的に気づくためには、それなりの大きさになってからである。例えばがん細胞一個は、一〇億分の一グラムほどなので、一個のがん細胞が、一グラムぐらいの大きさになるまでには、三〇回以上の細胞分裂が必要である。仮に細胞分裂一回に一〇〇日かかるとすれば、時間的には約九年かかることとなる。また五〇日程度の比較的細胞分裂が盛んなスピードがんでも、五年近くかかることになる。一グラムのがんの固まりでは、臨床的には発見は困難である。見つけやすい部位でも、画像診断では、五mm程度の大きさが必要である。したがって、悪性度の高い転移し易いがんでは、原発巣が見つかる以前に転移巣が先に、臨床症状を呈しても不思議ではないのである。がんの初期は、この程度の時間で経過するが、ある程度がんが大きくなれば、比較的がんの発育は急速となり、短期間で命取りとなる。「原発不明がん」も、がんの自然史の一つの形なのである。

(二〇〇一年三月)

命取りになる腫瘍マーカーの過信

六〇歳代後半の三上さん（仮名）は、五年前から前立腺がんで某医でホルモン療法を受けていた。最初の半年間は前立腺は縮小し、前立腺特異抗原（PSA）という腫瘍マーカーの値も順調に低下していた。しかしそれ以降はほぼ横ばい状態で腫瘍マーカーも正常値の上限程度で推移していた。約五年間は月一回のホルモン注射のために通院し、二〜三カ月に一度は採血をしてPSAを測定し、腫瘍が悪くなっていないかをチェックしていた。しかし、五年目に血尿がみられたので画像検査が行われた。結果は前立腺がんが悪化し、前方に浸潤して膀胱内にまで深く入り込み、また後方にも進展して直腸にまで及んでいた。手術は不可能な状態で、放射線治療に紹介されてきた。

患者さんはまじめに通院していたのに、医者は超進行がんの状態になるまで気付かなかったのである。呆れた診療内容だが、患者さんは、がんが治療の効果が薄れて悪くなったと思っただけで、通院していた病院の医者がでたらめだったとは判断できないのである。尿管が膀胱に入るところの

尿管口も腫瘍のために塞がり、腎臓から尿が流れず水腎症すいじんしょうとなっていた。尿管口にカテーテルを留置して腎臓の機能を保持し、放射線治療を開始した。もちろんこれほど進行していれば、放射線治療を行っても治療は望めない。腫瘍を小さくしたり血尿を止めたりといった対症療法による延命が目的となる。

三上さんに前の病院での診察内容を聞いて見ると、この二年間は採血してP S Aを測定していただけだという。直腸から指を入れて、前立腺を触る指診はしばらくされたことがないし、C Tなどの画像検査もしていなかったという。ここに患者さんを診みずして検査値だけを診る医療の弊害が見て取れる。

がんの診断は一般的に画像診断により病巣を確認し、その病巣から組織の一部を取って来て病理組織学的にがん細胞の有無を確認し最終診断となる。外科治療は画像上見える腫瘍を切除することであり、また放射線治療は画像上の腫瘍を標的として照射するのである。しかし、こうした画像診断に頼らなくても血液や尿を検査するだけでがんがわかれば簡単である。この目的のために腫瘍マーカーの検査が行われている。

腫瘍マーカーとは、がん細胞があると時々検出される特徴的な物質で、腫瘍の診断や治療の目安になるものである。腫瘍マーカーが著明に高値の場合はがんの存在が強く疑われる。また乳がんや前立腺がんの治療で長期にホルモン療法を行う場合、腫瘍マーカーの値の変動が治療効果の指標の一つとなる。腫瘍マーカーは大きく分けると、がん細胞が産生するがん特異物質と、がん関連物質に分けることができる。腫瘍マーカーががん特異物質であれば、がん細胞がなければ産出されない

ので信頼性の高い検査となるが、残念ながら人についてはまだがん特異物質は見つかっていない。したがって現在、腫瘍マーカーと言われるものはがん関連物質である。がん関連物質はがんのみに見出されるものではないが、がん細胞に関連して増加または出現してくるものである。

このためがん関連物質はいろいろな仕組みで異常値を示す。例えば、がんが発生した組織の正常細胞が持っている成分を、がん細胞の増殖によりその成分を多く産生する場合がある。多発性骨髄腫ではM蛋白という免疫グロブリンが増加する。最も多いのは、胎生期につくられて出生後はずくられない物質を、がん細胞が胎生期に先祖帰りして産生する場合であり、アルファ胎児蛋白（AFP）やがん胎児性抗原（CEA）などが代表的なものである。

その他に、ウイルスががんの発生に関与している場合は、ウイルスの抗原成分や関連物質が認められることもある。そしてこれらの腫瘍マーカーは多臓器のがんに共通して出現する場合と、ある特定の臓器のがんの際のみ認められるものがある。ちなみにCEAなどは消化器がん全般に陽性を示し、AFPは肝細胞がん特に陽性を示すマーカーである。しかし重要なことは、がん関連物質はこうした種々のメカニズムで異常値を示すので、がんがあればすべて異常となる訳ではないことである。むしろ異常値を示すことは少なく、ほとんどの腫瘍マーカーはがん患者さんの一〇～三〇%程度にしか異常を示さない。

したがって、腫瘍マーカーが正常値以内だからといってがんがないと断言することではない。全身化した進行がんでも腫瘍マーカーはまったく正常である人が多い。また腫瘍マーカーの陽性・陰性は、多数の健常者での基準値をもとに定められているので、基準値を超えた異常値でもがんがあると決

めつけるわけにもいかない。良性腫瘍や炎症でも異常値を示すからである。AFPが異常値を示しても肝硬変や肝炎である場合がその例である。

がん患者さんの場合は何種類かの腫瘍マーカーをチェックするが、私はその一つでも異常を示せば儲けもの程度に考えている。何人かに一人であつても、明らかに腫瘍と関連して腫瘍マーカーが上昇している患者さんの場合は、その腫瘍マーカーの推移を見ることにより病勢を追うことができるからである。腫瘍マーカーが高かった人が手術後に正常値になれば一安心するし、治療後の経過観察中に再度腫瘍マーカーが上昇すれば、再発や転移を疑う根拠になるのである。

しかし、最初から異常値でない場合は、再発や転移を来たしても腫瘍マーカーの上昇は期待できず、あまり参考にはならない。こうした限界を持った検査法であり、また早期がんで陽性となる腫瘍マーカーは少ないため、一般のがん検診にはまだ使われていない。例外的に高齢者のPSAの測定による前立腺がんの検診と、生後六か月の乳児の尿中VMA (Vanillyl Mandelic Acid : バニリルマンデル酸) 測定による神経芽細胞腫を拾い出す検診だけに採用されている。

PSAは臓器特異的で、前立腺に何らかの異常があればPSAの陽性率は約九〇%であり、最も信頼度が高い腫瘍マーカーである。しかし前立腺肥大症でも高値を示すため、陽性例中で前立腺がんである確率は五〇～六〇%である。またPSAは年齢依存性があり、健常者でも五〇歳代で五%、七〇歳代で二五%が陽性となる。前立腺がんがあつても一〇～二〇%は陰性なのである。三上さんの場合はPSA値を過信したことが裏目となった。あくまでもPSA値は補助的参考データであり、またホルモン療法は治す治療ではなく、がんを抑えておくだけの治療であるという認識を

持っていれば、もつと早い段階でがんの増大に対して手が打てたであろう。

こうした症例に遭遇すると、患者さんを診て触って診察するという医療の原点が失われかけているような気がする。医学研究は病気の原因となつている要素を掘り下げて原因究明する方法により進歩してきた。いわゆる要素還元論であり、最近では遺伝子にその原因を探る遺伝子還元論的アプローチが主流となつている。こうした思考が「患者を診ずして病気を診る」という診察姿勢になつているのかも知れない。しかし医療の対象は人間であり、遺伝子ではない。克服しつつある治療率の高いがんは見えるがんであり、触れるがんである。見たり触ったりできる部位はまず「診て・触る」ことが基本であり、「画像診断や検査データを含めた総合的な視点で患者を診ることの必要性を改めて痛感している。

(二〇〇一年八月)

ホルモン療法はいつまで続くの？

四〇歳前半の主婦の成田さん(仮名)さんは乳房温存療法を受けた。右の乳房にできた一・五cmほどのしこりを切除してから、残存乳房に放射線照射を行った。肉眼的な腫瘍を余裕をもって切除し

ても、散在したがん細胞が残っている可能性があるため、一般的には乳房の温存手術を行った場合には術後に念のために放射線治療が追加される。そして治療後は二年間の予定でホルモン療法を行っていた。照射した患者さんなので、放射線科でも時々経過観察を行っていた。二年経過し、「外科から投与されていたホルモン療法の薬はもう止めましたか」と聞くと、「先生、まだ飲んでるんですよ。手術した医師が転勤で、担当医が代わったら、もう三年飲みなさいと言われました。結局手術から五年間飲みなさいと言われました」という返事が返ってきた。そして「二年間の予定で飲んでいたので、まだ飲まなくてはならないのですか」と聞いてきた。担当している外科医の治療に対する考え方もわからぬでもないので、なかなか答えにくい質問である。現状のホルモン療法についての一般的な考え方を説明して、結局は患者さん自身がどうするか選択するように話した。

乳がんは女性ホルモンと腫瘍の発育や増悪が関係するがんの一つである。そのため患者さんが閉経前か閉経後かによって患者さんのホルモン環境もすこし異なってくる。そして難しいことに乳がんの患者さんは閉経前後の四〇歳代後半から五〇歳代前半の患者さんが多い。また乳がんの患者さんの全員がホルモン療法が有効というわけでもない。まずホルモン療法の効果が期待できるかどうかは、切除したがん組織を検査してホルモンレセプター（受容体）が陽性かどうか調べる必要がある。ホルモンレセプターが陽性の人では約三人に一人の割合でホルモン療法の効果が期待できるというのが現在の一般的な成績である。ホルモンレセプターが陰性の人にはゼロではないにしてもあまり効果は期待できない。

かなり以前に、エストロゲンという女性ホルモンのレセプターが陽性の患者さんに対して、あ

る種の抗エストロゲン作用を持つホルモン剤を術後に二年間投与した場合に、投与しなかった場合よりも健存率（再発なく生存する確率）が良好であったという結論が出た。このため、一般的には術後二年間のホルモン剤投与が行われていた。しかし最近、二年よりも五年間投与したほうがさらに健存率が良好であるという報告が出てからは、五年間投与する医師が多くなっている。

国際的に権威のある医学雑誌に載った一九九八年の報告では、リンパ節転移がなかったエストロゲンレセプター陽性の患者さんに抗エストロゲン剤を二年投与した場合は、一〇年健存率は七八・二%であり、五年投与した場合は七九・二%であったという。数万人のデータに基づく結果なので、たった一%の差であっても、医学的には五年間投与が有効であるという結論となった。ただし抗エストロゲン剤を投与しなかった場合は、リンパ節転移の有無にかかわらず、一〇年健存率は約一五%程低下するため、投与することは必要である。しかし二年で良いか五年が良いかは医学的な有効性の差異が小さいため、医療費も含めた各国の医療事情や患者さんの経済事情により結論は難しい問題である。

リンパ節転移のなかった早期乳がんの成田さんにこんな話を随分と時間をかけて説明した。成田さんは「そうですね。どうしましょう。あと三年毎月薬をもらいに来なければならぬのですかねえ…」と困った顔でどうするか選択できずにいた。私としては、「また外科の先生とよく相談してください」と言っただけで帰ってもらった。

本来はこうした投薬の意味を説明すれば、選択に迷ったとしても患者さんは納得し、信頼関係も生まれるものである。しかし医師によつては、ろくに説明もせずに半ば脅迫めいた言い方をする人

もいる。かつて乳房温存療法を希望する患者さんに対して、従来どおりの乳房切除術に固執していたある医師は、「命をとるか、乳房をとるか」と頭ごなしに怒っていた。さすがに最近では早期の乳がんに対しては、乳房温存療法も乳房切除術は治療成績は同等であるという評価が定まったので、こうした脅迫めいた言葉はなくなつたようである。しかし、術後の補助療法としてのホルモン剤や抗がん剤の投薬に関しては、親切な説明も無しに強制的に投薬する医師がまだいることは残念なことである。「いいから、言うとおりの五年間飲みなさい」というような医者は替えたほうがいいかも知れない。

もっとひどいのは、切除手術をして切除標本を病理検査に提出するが、がんという確認だけは最低限するが、リンパ節転移の個数やホルモンレセプターの有無のチェックも行わない病院や外科医がいる。乳がんにおいてはリンパ節転移の個数により、術後の補助療法の内容も異なつてくるし、また予後を推測する大きな手掛かりとなる。ホルモンレセプターの確認は、ホルモン療法を行うかどうかの根拠になるし、特に再発した場合はホルモンレセプターの有無は治療法を考えるとときに重要となる。ホルモンレセプターの有無も確認せずに、数年間もホルモン療法を行う医者に至つては困つたものである。ホルモンレセプターが陰性でも稀に効果的な人もいるという程度の根拠で行うホルモン療法は問題である。出来高払いの医療制度では、とにかくホルモン剤の投与は病院にとつては利益を生むが、患者さんにとって利益はない。このような医療は医療費総額を上げるだけである。

特殊法人の見直しで、日本道路公団の無駄な高速道路整備計画が問題となつているが、似たよう

な話である。効果が期待できない投薬により医療費が高騰し、本来必要な医療にも規制が掛かるような事態を生み出すこととなる。医師側がもっと医学的な根拠で自らの医療内容を自己規制しなければ、結局は自分たちの首を絞めていることになる。

乳がんの治療はただ腫瘍だけを切除すれば治療が終了する訳ではない。綺麗な手術をする腕のいい外科医でも、病理検査の詳細な分析やホルモンレセプターの確認など、術後のケアが充分でなければ、患者さんにとって満足のいく医療とはならない。乳がんの治療に当たっては、手術後にリンパ節転移の個数やホルモンレセプターの有無ぐらい確認しておくことが賢い乳がん治療の受け方である。

（二〇〇二年一月）

▼その後の変化

乳がんに関しては最近では、病理組織学的な診断やホルモンレセプターの有無だけでなく、Her2などの遺伝子学的な分析も行われて、個別化した治療の時代となってきた。

I V Rをご存知ですか？

最近では画像診断技術を使って治療を行う医療が日常的に行われるようになった。最も普及している方法の一つで、具体的にはX線透視や血管造影や超音波装置を用いて、いろいろな処置や治療を行う医療行為であり、これらの方法を総称してインターベンショナル・ラジオロジー（I V R = Interventional Radiology）と呼んでいる。英語の Intervene（介入する）と Radiology（放射線医学）が組み合わされたもので、放射線診断の技術を応用して、診断を行うだけでなく、治療にも介入するという意味からI V Rと呼んでいるが、日本語訳は適当なものがない。

最も古くから行われていたものの一つに抗がん剤の動注療法がある。手術できない肝臓がんに対して、足の付け根の大腿動脈からカテーテル（細管）を挿入して肝臓内の血管まで到達させてから、抗がん剤を投与方法である。抗がん剤は静脈内から全身投与するのが一般的であるが、この方法では薬剤は全身に分布し、投与量の一部しか腫瘍に到達せず、関係のない臓器にも及ぶため副作用も多い。しかし、がん病巣を栄養している近くの動脈から抗がん剤を投与すれば、病巣に高濃度

の抗がん剤が投与でき、副作用も少なく、またより効果が期待できるのである。

肝臓がんの患者さんらは、抗がん剤の投与と同時に、ゼラチンスポンジの薄片をカテーテル内から押し込んで、がん病巣を栄養している動脈の血流を遮断し（動脈塞栓術）、がんの増大を抑える手技も併用される。まさに診断と治療を兼ねた一連の医療行為であり、IVRの典型的な例である。これらのIVR治療は、外科手術に比べて安全で患者さんへの負担が少ないことから、種々の疾患に行われている。

五年前から乳がんと闘っていた石田さん（仮名）はこのIVRの恩恵を受けたひとりであった。以前に二カ所の骨転移に放射線治療を行い、外来で経過観察を行っていたが、今度は肝臓に転移が見つかった。ホルモン療法や抗がん剤の投与は以前から行っていたが、効果は限界に来ていた。小太りの石田さんの血管は細く、点滴をするにも抗がん剤を投与するにも看護師さん泣かせであった。

そのため石田さんの場合は、在宅治療を考えて、リザーバーという器具を皮下に埋め込んでカテーテルを留置する方法を行った。鎖骨の下の動脈からカテーテルを入れて肝臓内の血管まで進め、そのカテーテルと皮下に埋め込んだリザーバーを連結させて置く方法である、リザーバーを埋め込むために5cm程度皮膚を切開するが、傷が治れば、外界との接触はなくなり感染の危険性は少なくなるため、お風呂にも入れて日常生活にはまったく支障がない。また一回留置すれば、カテーテルが目的の血管から抜けたり、血栓などで詰まったりしない限り、何回でも薬剤の投与が可能である。

石田さんは退院して外来通院で二週間に一度のペースで抗がん剤を投与することとなった。リザーバーに注射針を刺して薬剤を投与するだけなので、入りやすい血管を探したり、痛い思いをす

する必要もない。そして肝臓内に留置されたカテーテルから高濃度の抗がん剤を肝臓の転移巣に投与するのである。余命が限られたIさんにとつて、肝臓転移の症状がほとんどないのに入院を余儀なくされるよりは、外来で治療ができればこんな結構なことではない。

また体内のいろいろな臓器で内腔が狭くなった場合、これを内部から押し広げて狭窄を解除するステント治療もI・V・Rの一つである。狭窄を軽減する目的で留置する器具を一般にステントと呼んでいるが、このステントの留置も臨床的にはいろいろな疾患に行われている。動脈硬化などで狭くなった血管内に入れて血流を確保したり、胆道系のがんでは、胆管閉塞のため生じる閉塞性黄疸に対して、病変部の胆管にステントを留置し胆汁の流れを確保することが行われる。

肺がんでは、腫瘍による圧迫のために気管や気管支が狭窄を生じた場合は、呼吸を楽にするためにステントを留置する。食糧がんも他に治療法がなければ、食事摂取を目的に狭窄した部位にステントを留置する。こうしたステント治療も診断技術と治療を兼ねたI・V・Rの代表例である。

また今後、日本でも普及するI・V・Rの手法に血管内照射という治療がある。心臓の筋肉に血流を供給しているのは冠動脈という血管であるが、この血管が動脈硬化などにより狭くなり、心筋の血流が欠乏すれば狭心症となる。さらに冠動脈が詰まれば、血流が遮断され心筋は壊死に陥り、心筋梗塞となる。こうした病変に対して、冠動脈にカテーテルを入れて、血管造影を行い、狭窄や閉塞している部位を診断し、血管を拡張させて血流を再開させる方法が行われている。

この一般的な方法はカテーテルの周りに付着させたバルーン（風船）を膨らませて、血管を拡張させる。これを「血管形成術」と称している。しかし、バルーン付きカテーテルで血管の内腔を広

げ、血流を回復させる「血管形成術」を行っても、約六カ月から一年後に三〇〜五〇%の人は再狭窄を起こす。このためまた「血管形成術」が必要となる。内腔を拡張するという機械的刺激により、血管内膜が反応して増殖を起こすのである。

しかし「血管形成術」後に、ベータ線やガンマー線を出す放射線源を血管内に挿入して血管の内膜を照射すると、再狭窄を起こす頻度は激減することが分かってきた。米国のある大きな比較試験では、この血管内照射をしなければ、約五〇%の患者さんは再狭窄を起こすが、血管内照射を行えば一五%程度にしか再狭窄を生じないという結果が報告されている。

このため、米国では年間、冠動脈狭窄で四〇万人、末梢動脈狭窄で四〇万人（二年間に数十億円の市場に相当）に血管内照射が行われている。

しかし日本ではまだ許可されておらず、現在治験中である。日本で行うためには一般の血管造影室で放射線を出す線源を取り扱う必要がある、法的規制の問題や、放射線防護上の問題など解決すべき課題が残されている。放射線科医が少なく、また放射線管理体制に不安を残す日本では、弱いベータ線を放出するようにステントを放射化して、「血管形成術」後に放射化ステントを留置する方法などが検討されている。

カテーテル一本で治療する世界がどんどん広がり、ますます放射線科医の需要は増大している。がんの治療とはまったく無縁な領域にも放射線治療が使われようとしているのである。現状の日本の少ない放射線科医はどう対処できるのであろうか。

（二〇〇二年七月）

▼その後の変化

IVRの技術は、いろいろな疾患や部位の治療として普及している。超選択的に細い血管にまでカテーテルを挿入して抗がん剤を注入しつつ放射線治療と併用する治療法も行われるようになってくる。

死に際もいろいろ

人間の死に際はさまざまである。治らなかつたがん患者さんの多くは体力が消耗し、最終的には肺炎などを併発し命を落とすことが多い。特に肺がんの患者さんは、肺がんの病巣そのものが、肺炎を引き起こす原因となる。がん性胸膜炎により胸水がたまると、肺機能が低下して軽度の肺炎でも命取りとなる。またがんの腫瘍が肺の気管支の中にできて換気に支障を来した場合は閉塞性肺炎は必ず発症する。

気管支が腫瘍のために狭窄したり閉塞すれば、分泌物が痰として出にくくなるので、閉塞した肺

は細菌の良い培地となる。したがって、痰や咳を抑えることは一概に良いとは言えない。痰や咳という症状は生体にとって不必要な異物を排出する役割の一つなのである。

肺がんを二年前から患っていた七〇歳半ばの加藤さん（仮名）は、末期となり肺炎を併発し酸素吸入が必要となつてから既に二週間を経過していた。最高血圧は八〇mmHg前後で、少ないながらもやっと尿も出ていた。途中で一時的に血圧が六〇mmHg程度に低下したときに、「もう長くはなく、今日明日しかもたない」旨を家族に話したため、奥さんはずっと一週間以上泊まり込み看病に努めていた。看病といつても意識の朦朧とした加藤さんの傍に付き添っていた。そのため奥さんは疲れ果て疲労困憊の状態で、見ている我々は奥さんの体が心配になるくらいであった。

一週間後に徐々に血圧が低下し、眠るように加藤さんは死を迎えた。息子さんも仕事を休んで東京から駆けつけてから、長い期間生死の境をさまよっていたため、息子さんにも大変迷惑をかけることになった。加藤さんの葬儀を終えて家族が一週間後に挨拶に訪れたときに聞いた話では、長く付き添っていた奥さんは葬儀期間中は疲労で倒れて寝込んでしまったとのことであった。気の毒な話である。死を迎える時期の家族への宣告は大変難しい場合がある。

仲野さん（仮名）も肺がんで肺全体に肺炎が拡がり、目一杯の酸素を投与しても下顎呼吸の状態で、最後の三日間は見ると忍びない苦しみ方であった。周りで見守っている家族にもかわいそうで気の毒であった。肺炎に冒された肺に、いくら酸素を送り込んでも呼吸状態は改善せず、代謝を下げて酸素消費量を少なくして呼吸苦を少しでも和らげる工夫も効果がないほどの苦しみ方であった。見るに見かねて家族からは「早く楽にさせてあげてください」と懇願されるが、安楽死させるわけに

もいかず、「これも亡くなるということの一つの形です。自然の成り行きに任せましょう」としか答えようがない。

仲野さんが息を引き取ったとき、家族は何かホツとした様子であった。苦しそうで見ていられない状態から解放された仲野さんの頬を奥さんは「がんばったわね」と何度も何度も繰り返し返してさすりながら涙していた。こんな患者さんでは、医者も安楽死の誘惑に駆られるものである。

また急変してさほど苦しむことなく死を迎える人もいる。進行した肺がん入院してきた安達さん（仮名）はそんな患者さんであった。安達さんは左肺の気管支にがんができて気管支が閉塞し、左肺は空気が入っていない無気肺の状態であり、右の肺だけで呼吸している状態であった。もっと早くにしっかりとした検査をすれば肺がんは見つかっていたであろうが、本人は検査を受けていなかった。手術で左肺を全摘出した場合などは、急な肺機能の低下のため、術後の数週間は死ぬかと思う程の息苦しさを自覚するが、徐々に体が順応してくる。

しかし、安達さんのように長い期間かかって徐々にがんが増大し、左の気管支が細くなり空気の出入りに支障を来した場合は、体が順応し、本人は少し息切れするようになった程度で自覚症状に乏しいものなのである。いよいよ息苦しくなると病院に行ったときには既に左主肺の無気肺となり、閉塞性の肺炎を併発していた。早急に放射線治療を開始し、腫瘍の縮小により閉塞を少しでも改善するような治療を行った。家族には約三カ月前後の予後であり、肺炎がさらに悪化すれば危険である旨を話した。しかし家族にこの話をしたときの驚きと落胆ぶりを見て、それ以上深刻な話ではできなかった。

息苦しさのため時々酸素吸入を必要としていた安達さんは、ほとんど寝たきりなので、やがて右側の肺にも肺炎を併発した。何週間も低酸素状態で推移してきた安達さんはいつもとさほど変わりにくく経過していたが、ある夜に急に呼吸停止となり他界した。

数時間前までは血圧も正常で、奥さんとも会話していた。明日いよいよ右の肺炎も併発したので危険な状態になったという内容の話を家族にする予定であったが、その前に急変してまったのである。

ぎりぎりの状態で体がフル稼働して生命を維持していた安達さんは、頑張れる限界を超えたときに急に息を引き取ったのである。家族にしてみれば急に死んだという印象となる。まして病院にかかってから約二カ月で今まで一緒に生活していた人が居なくなつたのであるから、信じられない気持ちである。患者さんにとってはさほど苦しまなかつたことになるが、家族の気持ちの整理は容易なことではない。

同じ肺がんの岡田さん(仮名)は化学療法と放射線治療を終了し、退院を間近にしていた。がんは治つたわけではないが、治療が一段落して治療後の副作用からも回復し退院予定であった。そんなある日、今までなかつた血痰が出てきたので、注意していたが、突然咯血してアツという間に息を引き取つた。腫瘍部位からの出血死である。動脈性の大量の出血により気道が閉塞したための窒息死であった。昔は結核で咯血死することもあつたが、肺がんではこんな壮絶な最期もある。

でたらめな治療により、治るがんも治さない場合は「医師免許は殺しの免許証」となる。しかし一〇〇%助からない患者さんの最期をどう苦しませず、尊厳を保つて看取るかということも医師は

考えなければならぬ。悲惨でない納得できる「上手な看取り方」も医師は会得しなければならぬ。この場合は「医師免許は看取りの免許証」でもあり、牧師がわりもしなければならぬ。

人の最期はさまざまであり、医者が予測できることもあるが、予測できない事態も多い。家族とお会いして話す時間や機会は限られている。このため起こりえる可能性について全て十分に説明できない場合もある。家族にも、今わの際というものはこうしたさまざまな最期があることを理解してもらいたい。

(二〇〇二年一〇月)

おわりに がん医療一〇年間の推移と今後

二〇〇二年に発刊した『放射線治療医の本音―がん患者2万人と向き合って』の増補改訂版発刊にあたり、この一〇年間の日本のがん医療の状況の推移と変化について概説し、今後のがん医療のあり方について私見を述べたい。

最近の一〇年間の医療の世界で最も大きな変化は、二〇〇四年四月より医師の卒後臨床研修制度が変わり、二年間の臨床研修が義務付けられたことである。それにより入局者が減少し、大学医学部の医局が従来は主に医師派遣を担っていた医師供給システムが機能しなくなった。また、高齢者が増加し医療費が当然増加するにもかかわらず、長く医療費抑制策が続けられたことより、国公立・自治体病院の赤字化が増えたことである。

こうした要因により医師の労働環境は悪化し、勤務医が医療現場での過酷な労働条件と過大な責任、患者からのクレームによって労働意欲を失い、医療機関を離れる「立ち去り型サボタージュ」が増加し、医療崩壊とも言える事態となった。また「医療費亡国論」を根拠に育成医師数を抑制し

てきたことによる医師不足と、秩序のない自由標榜・自由開業制による医師の偏在がさらに事態を悪化させた。そして、医療現場でのマンパワー不足と不備な安全管理体制による医療事故や医療過誤が問題となった。しかし、こうした医療トラブルに関しては、最近では院内に「医療事故調査委員会」や「医療安全管理委員会」などが設置され本腰を入れて対応するようになった。

一方、インターネットを通じて医療情報を容易に入手可能となった時代となり、医療の質に対する患者側の要求も強まり、貧困な医療供給体制では対応しきれないものとなった。こうした状況の中で二世紀初頭より、「がん医療」の改善に向け、がん患者（団体）の活動が活発化した。

こうした背景もあり、二〇〇六年六月に「がん対策基本法」が制定され、二〇〇七年四月より施行された。この法律に基づき、具体的な指針として「がん対策推進基本計画」が二〇〇七年六月に閣議決定された。そのがん対策の目玉の一つは「がん医療の均てん化（各地域の医療体制を底上げする）」であり、厚生労働省は各都道府県から推薦された病院を審査して、二〇〇九年四月現在、三七五施設を「がん診療連携拠点病院」として指定した。

だが「がん診療連携拠点病院」でも、放射線治療機器もなく放射線治療の専門医のいない施設も多く、あたかも「偽装がん医療」の感も否めない。

単年度予算で運営される国公立病院においては医療機器の整備には年単位の期間を要するため、早急な対応が困難であるという限界もあるが、今後の対応が望まれる。

しかし、「がん診療連携拠点病院」の全ての病院に高額な医療機器の整備・配置が本当に必要なのかは議論のあるところである。私はむしろ専門医も少ない現状では、高額医療機器の集中化も検

討すべきであると考えている。

集中化による弊害は、「病病連携」や「病診連携」によりカバーする体制を構築した方が、医療の質を担保できる可能性が高いからである。

社会では収入格差、教育格差、情報格差などが問題視され「格差」が議論されているが、医療の世界でも皆保険の崩壊と混合診療の導入により、享受する医療の質の格差が生じつつある。放射線診療に使われる診断用機器はIT技術の進歩により、精度の高い画像が得られるようになってきている。また、治療機器も高精度化が進み腫瘍周囲の正常組織の線量を減少させて腫瘍にのみ効率的に照射することが可能となっている。

しかし、これらの医療機器は高額であり、保有できる施設は限られる。そのため医療機器というハード面での差が診療の質に影響する放射線科の診療においては、医療の質の格差が生じている。この医療格差を埋めるには医師の力量や努力だけでは到底解決するものではない。

今後の日本で、確実に右肩上がりの経済成長を望めるのは医療や介護の領域である。多くの国立や自治体病院は赤字に喘いでおり、高額な最新医療機器の購入がままならない現況の中で、医療に無関係だった企業がこうした高額医療機器の導入を足がかりとして医療に参入してきた。

この医療の担い手の構造的な変化は当然にも医療の質に変化をもたらす。今までの医療従事者は現場感覚をもとにして、医学的なエビデンスと、生命倫理で医療の質を追及してきた。しかし、患者さんと接しない企業人の感覚では、医療の場は利潤追求の場となりがちとなる。こうした利潤追求の場と化した医療提供のシステムでは、現場の医師のささやかな生命倫理などは吹き飛んでしま

い、患者さんの貧富の差が提供される医療の質の差として現れる。まさに医療格差の出現である。このような事態の中で、最先端の高額医療機器の扱いに関しては、地域単位で合理的で効率的な有効利用の方法を考えるべきである。そのためには「病診連携」がより重要となる。

今後一〇年間の医療システムとして構築されるべき方向性のキーワードは「病診連携」である。すべての医療情報を電子化し、セキュリティを充実し、医療機関がインターネット上の回線により医療情報を共有する「医療連携ネットワークシステム」ともいべき体制の構築が技術的には可能となっている。

現実に、地域医療連携ネットワークシステムにより、急性期病院から診療所までのさまざまな医療機関や介護施設などをITによる手段で、継ぎ目のない双方向利用の医療情報の共有化により、医療連携を実現している地域もある。今後の医療は「地域医療連携」という大きな視点から見直され、合理的・効率的な「地域医療連携」システムの構築がなされれば、総医療費もかなり削減できる。日本医師会には、この方向性を明確にして強い指導性を期待したい。財政逼迫が続く少子・高齢社会の日本では、医療行政側には介護・医療・年金などの問題を包括した総合的な社会保障制度の国家的なブランドデザインが必要であり、医療供給側は目先の利益追求ではなく、医療費削減の自浄努力と患者視点からの医療体制の構築が求められる。経済大国と言われてきた日本で、本当に必要なのは科学技術や医療技術に対する哲学であり、また高額な医療機器を有効に活用する見識である。

さらに、今後は分子標的抗がん剤の開発と普及により、がん医療ではより高額な治療費が必要と

なる。末期がんの患者さんが二、三カ月の延命のために一千万円単位の分子標的薬の投与も選択される医療も行われてようとしている。これも本当にあるべき医療なのであろうか。生あるものには必ず死がある。患者さんの側も現状の抗がん剤の限界を知り、人生八〇年の時代に対応した死生観を持つて充実した毎日を送る知恵を持つべきであろう。

世界に類をみない皆保険制度という日本の優れたシステムは崩壊の危機にさらされているが、医療の供給側と享受する患者さんが共に「本当に必要な医療とは何か」を考え、コストパフォーマンスの視点も加えた賢い医療費の使い方が問われている時代なのである。

また価値観が多様化する現代は、患者さんは自らが受ける医療の内容を選択する時代となっている。そのためには正しい情報が必要であり、医療を受ける一般人が医学を良く理解することも必要である。医療は利益とリスクとの微妙なバランスの間で成り立つ。がん医療においては期待された結果が得られない可能性も少なくない。医療が宿命的に内在している不確実性や限界を理解し、費用対効果も考慮した冷静で合理的な対応についても「患者学」として議論される必要がある。

医学の進歩と医療環境を取り巻く社会状況の変化は、医療のパラダイムシフトとも言える大きな転換期にある。医療崩壊が叫ばれている昨今であるが、「医療崩壊は社会崩壊の一部である」という視点も加えて、行政や医療機関も変わる必要がある。また一般人が、がん医療について共に考え、「患者中、心のがん医療」の方向へ向かうことを期待したい。「説明と同意」から「説明と選択」の時代に向かっているのである。日本の医師の勤勉さと教育レベルの高い国民が共に知恵を出し合って「納得のいく医療」をつくり上げることができればと思う。

最後に、本書の出版にご尽力いただいた「市民のためのがん治療の会」の皆様から感謝いたします。

二〇一〇月三月吉日

西尾正道

初版本 おわりに これからのがん医療を考える

わが国の総人口は二〇〇六年にピークを迎えるが、実際の労働人口は一九九五年以降、減少している。こうした社会の構造的課題と為政者の失政により、現在の日本は先の見えない経済不況に陥っている。そうした中で、少子高齢化社会への対応の一環として社会保障制度全体の視野から、医療においては医療制度・保険制度・診療報酬体系などの抜本的な改革のうねりが始まっている。それは、医療版構造改革である。

その方向性は、医療費の面では定額制の導入、精神的には医者にすべてをお任せする意識（パターンリズム）からの脱却とユーザー中心の医療への変革、技術的にはIT（情報技術）と情報公開をキーワードとした展開であると思われる。しかし経済的には、誰でもが必要な時に安価な自己負担で医療サービスを受けることのできた時代は終焉^{しゆうえん}し、「コストで納得する医療」が双方の要求の収斂^{しゆうれん}する地点となりそうである。

高齢がん患者が増加し、またQOLが重視される時代には、放射線治療は重要な治療法である。

しかし日本では放射線治療が十分に有効に活用されているとは言いがたい現状がある。こうした問題意識から本書は、日常のがん医療の現場でがんと闘っている患者さんと向き合っており、がん医療と放射線治療について論じたものである。そして、日本の医療には素晴らしい面もあるが、暗部や恥部もあることを率直に述べた。

最近の相次ぐ医療ミスの報道には同じ医療に携わる者として心を痛めるが、これは単に個人的なミスばかりでなく、日本の医療体制のシステムそのものの破綻の現れでもある。本書（初版本）では患者や注射の取り違えといった弁解の余地のないミスは論外として、がんの治療方針に関するミスも多く取り上げている。これは一般人にはミスとして判断できないからである。放射線治療で切らずに治せるがんでも、切除治療しか説明しないで外科治療を行っている医師も多い。

患者さんは、切除せずにもっと安くよい治療法があることを知らなければ、外科治療が自分にとって最もよい治療だったと思う。本来はこうした治療方針まで立ち入って医療の質や治療法の適切性が問われるべきである。

がん患者の治療する可能性は最初の確かな治療にかかわっているといっても過言ではない。再発したり転移したりすれば治りきることは難しく、延命と症状を緩和する治療を個別に行うこととなる。したがって、がん治療は最初の治療が大事である。そうである以上、がん治療にかかわる医師は、各診療科の治療法の可能性と限界を理解し、最適な治療法を選択しなければならない。

しかし医学部教育では放射線治療について十分な教育はなされていないため、すべての医師が放射線治療を熟知しているわけではない。多くの医師は自らが経験してきた外科治療や抗がん剤

の治療が最も適切な治療だと信じている。そのため患者側には公正に医療情報が開示されていない。こうした医者と、限られた情報をもとに治療を任せる患者側との関係の歪みが医療に揺らぎを起こしている。この状況を改善するためには医療側の意識改革と、患者側が賢くなる以外に解決の道はない。

本書では同業の医師に対する辛辣な批判も書いているが、率直に意見を闘わせることが医療側の意識改革につながるものと考えたためである。日本で最も多くのがん患者の診療に携わっている医師の一人として、率直に意見を書きとめた。

米国では医療における患者の人権擁護としてインフォームド・コンセント（説明と同意）が法的に義務付けられているが、「三時間待ちの三分診療」という言葉に代表される日本の貧弱な診療体制の中では、今後も説明不足によるトラブルは絶えないかもしれない。また治療の質に関しても、「科学的根拠に基づいた医療（EBM）」という言葉が叫ばれているが、自らの出身の医局講座の治療法に固執しがちな日本の医師の育成環境ではなかなか普及しにくい。そして最近の医学研究の方法論として無作為比較試験が隆盛を極めているが、ここでは医学研究の非情さも垣間見られる。また、真実や論理性や科学性で成り立っているかのごとく見える医科学研究も現実にはどの時代においても、社会的・経済的な枠組みに制約されながら進歩しており、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を引きずっている。

そのため、製薬会社による抗がん剤の販売促進攻勢にも突き動かされて、無駄な抗がん剤が多用されたり、高齢者にも配慮なくわずかな有効性しか期待できない抗がん剤が使用されるという現実

が生み出されている。しかし、患者さんが求めているのは、医学研究の非情さや病院経営への協力ではなく、納得のいく人間同士の温かい医療なのである。

ヒトゲノムの概要がほぼ解読された。そして、遺伝子を操作することにどう倫理的なコントロールをくわえるかという課題について、社会的・経済的な活動をも巻き込んだ総合的な判断をめぐって議論が行われなければならない時代に突入した。クローン人間の誕生も可能なほどに進歩した先走る技術と、生命倫理との調和の問題はこの事態を端的に示している。ここでは、従来の医学的な価値観だけでは通用しない宗教や哲学も巻き込んだコンセンサスが必要となっている。バイオテクノロジーがもつポテンシャルは、医療や製薬の分野以外にも、食品や化学製品や環境分野などにも影響して想像を超えた世界をつくり出し、社会の構造を根底から変えていくほどの可能性を秘めている。

一九九九年の日本のバイオ産業は関連市場を含めて約一・二四兆円と報告されているが、二〇一〇年には二五兆円の市場規模になると予測されている。このような利潤を生み出す武器となった技術は、科学や生命倫理を無視し独自に歩み出す事態を生み、科学を乗り越えて技術が自己増殖していく可能性さえ見せている。つまり、バイオ技術の進歩は、医者を中心とした医療システムに変革をもたらし、各分野で利潤追求の企業戦争の様相を帯びてくるであろう。

こうした動きに対応して、医学分野でもがんの原因を遺伝子レベルまで掘り下げて解明しているが、次のステップでは社会全体としてライフスタイルの変更も視野に入れて統合する必要性に迫られてくる。新しい世紀に入り、わが国は本格的な超高齢社会に突入した。二〇年後には六五歳以上の

高齢者一人を現役世代二人で支えなければならない。

こうした超高齢社会を乗り切る最も重要なポイントは、高齢者もできるだけ医療や介護を受けずにすむことである。そうである以上、生命科学の研究は病気の克服ばかりではなく、健康維持のための一次予防を重視した健康科学の方向に向かうべきである。加速度的に進歩した二〇世紀の科学や技術は、さらに指数関数的な速度で進歩すると思われるので、生命科学の今後を想像することはできないが、最も重要なことは人間を対象として、進歩した各論の技術を統合して治療することである。「遺伝子を見て、患者を診ず」の医療であつてはならないのである。

がん死の約三分の二はがんが最初に発生した部位とその周囲のリンパ節を治せないことによるものであり、がん制圧のためには局所治療法のもつ意味は大きい。幸い局所治療法としての放射線治療は最近の物理工学とコンピュータ・テクノロジーの進歩により、技術的な発展は著しいものがあり、放射線の有害事象（副作用）の発生は許容できるものとなつている。二一世紀を迎え高齢がん患者が増加する日本のがん医療の中で、本書が放射線治療に関するわかりやすい啓蒙書となれば幸いである。そして放射線治療が有効ながん治療法として普及し、患者さんが良質なQOLを維持して、がんを克服できることを願いたい。

本書以外にも、二〇〇〇年に私は『がん医療と放射線治療』（エムイー振興協会、東京都中央区銀座七一―三―一五）と『がんの放射線治療』（日本評論社、東京都豊島区南大塚三―二―一四）の二冊を出版した。『がん医療と放射線治療』は医師や知識人向けに書いた。日本の放射線治療とがん医療の問題を取り上げ、がん医療のもつ光と影を明らかにして、求めるべきがん医療は何かを提示したものであ

る。医療経済から情報開示まで緊急の課題をやさしく解説した。がん医療にスポットをあてれば、日本社会の歪みが逆に浮かび上がってくるのが理解できると思う。また、がん医療のあり方で大きな論争を巻き起こした近藤誠氏との対談や、日本の放射線治療実施病院も資料として掲載している。

『がんの放射線治療』は医学生・診療放射線技師・看護師および一般市民向けに、実際の放射線治療を平易な表現でまとめたものである。放射線治療でどこまで治療できるかを知ることができる。ともに放射線治療を上手に活用するための入門書である。さらに放射線治療について知る参考としていただければ幸いである。また、放射線治療およびがん治療の情報は放射線治療医の学会である日本放射線腫瘍学会のホームページ (<http://www.jastro.jp/>) とそのリンク集から多くの情報を得ることができるので、今後の参考にしていただきたい。

最後に本書の出版にあたり、NHK出版の小川真理生編集長と非上護氏のご尽力に心から深謝いたします。また、長い間連載を引き受けてくださり、的確なご助言をいただいた北海道新聞社の『道新Today』編集部のみなさんに感謝します。

二〇〇二年六月

「市民のためのがん治療の会」の活動

●放射線腫瘍医（放射線治療医）によるセカンドオピニオンの斡旋

臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線腫瘍医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているので、患者にとつては放射線治療に関する情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方の中から、適切な先生による適切なアドバイスを提供しています。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医および日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門家です。

●放射線治療についての正しい理解の推進

放射線治療を中心とした講演会を年四回行い、講演会の内容を中心としたニュースレターを四回発行し、がん医療情報を発信しています。

● 制度の改善などの政策提言

医療事故等による被害者はいつも医療サービスの消費者である患者です。医療の現場や会員の実態などを踏まえ、がん治療を取り巻く制度的な問題などに対する具体的な政策提言などを行い、改善策の実施をアピールしてゆきたいと考えております。

「市民のためのがん治療の会」への入会について

●まず会員になってください

「市民のためのがん治療の会」は会員制をとっております。

●入会申込書をお送りください

できるだけメールの添付ファイルでお送りください。難しい場合はFAXでも結構です。メールもFAXも使っていない方は、できるだけコンビニなどのFAXをご利用ください。手紙などで文書でいただくと、処理に非常に手間がかかります。ご協力ください。もちろんどうしてもメールもFAXも使えない場合は、手紙でも結構です。

●入会金は要りません、年会費は二〇〇〇円です

郵便局備え付けの振替用紙をご利用いただき、必ず郵便振替でご送金ください。経理の透明性や

事務処理の都合上、現金書留や切手などによる入金のご遠慮ください。ご協力のほどお願いします。
なお、送金手数料は恐縮ですがご負担下さい。また、送金の際、窓口ではなくATMをご利用して
いただくと、送金手数料が安くなります。

●セカンドオペニオンをご希望の場合

セカンドオペニオン申込書と、年会費とは別に初回二〇〇〇円、二回目以降は一回一〇〇〇円が
必要となります。セカンドオペニオンも希望される方は、初回は合計四〇〇〇円のご送金をお願い
します。郵便局備え付けの振替用紙をご利用いただき、必ず郵便振替で送金ください。

●加入者名：市民のためのがん治療の会

振替番号：00150—8—703553

●郵便局の送金

二日後に当方に通知されますので、特にお急ぎの場合は送金の際の領収書をFAXでお送りく
ださい。セカンドオペニオン申込書をすぐに協力医に回付します。ATMをご利用になると送金手
数料が窓口より安いですし、土日、夜間でも送れます。

●申込、送金等は、患者名でお願いします

大量の情報を処理しており、患者名と送金者が異なると、入金確認などに大変手間がかかります。

●セカンドオピニオンを受ける三点セット

申込書、セカンドオピニオン申込書とご送金です。ご送金いただいただけで申込書やセカンドオピニオン申込書をお送りにならない場合や、逆に、セカンドオピニオン申込書だけ送られてご送金が無い場合は、どちらかスムーズにご回答ができませんので、セットでの申し込みをお願いします。

●FAXは上手に送ってください

FAXを送られるときは、用紙の天地左右は三センチ程度はスペースをとってご記入ください。最後の行にお名前やFAX番号などを書かれると、読めない場合があります。

●メールアドレスは明瞭にお書きください

ちよつと違つても送信できません。一度当方宛にご送信ください。そうすればメールアドレスがコピーでき、間違はなく返信できます。その際、患者名を必ずご記入ください。

当方も患者者ですので、以上ご理解ご協力のほどお願いします。

入会申込や入会案内ご希望の方は次ページをコピーし、必要事項にご記入のうえFAXか郵送でお送りください。

FAX 04 2- 572 - 2564

いずれかに○	・入会申込 ・入会案内希望 ・本書に関するご意見等
フリガナ	
相談者お名前	(姓) (名)
フリガナ	
患者お名前	(姓) (名)
相談者ご住所	〒
ご自宅電話	()-()-()
ご自宅FAX	()-()-()
E-mail	
コメント	



西尾 正道 (にしお まさみち)

・著者略歴 (2010年3月現在)

勤務先：〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 院長 (放射線科)

TEL：011-811-9111 / FAX：011-811-9189

生年月日：1947年5月5日 (62歳)

・略歴

1974年3月 札幌医科大学卒業

1974年4月 国立札幌病院・北海道地方がんセンター 放射線科勤務 (研修医)

1976年4月 国立札幌病院・北海道地方がんセンター 放射線科勤務 (厚生技官)

1988年4月 国立札幌病院・北海道地方がんセンター 放射線科医長

2004年4月 独立行政法人国立病院機構・北海道がんセンター放射線診療部長

2005年4月 独立行政法人国立病院機構・北海道がんセンター 統括診療部長

2007年1月 独立行政法人国立病院機構・北海道がんセンター 副院長

2008年4月 独立行政法人国立病院機構・北海道がんセンター 院長

・所属学会

日本医学放射線学会、日本放射線腫瘍学会、日本癌治療学会、日本頭頸部癌学会、
日本食道学会、日本乳癌学会、日本肺癌学会、米国放射線腫瘍学会 (ASTRO)、
欧州放射線腫瘍学会 (ESTRO) など

・資格・その他

日本医学放射線学会専門医

日本放射線腫瘍学会認定医

日本医学放射線学会優秀論文賞 (1992年4月)

札幌市医師会賞 (2006年9月)

北海道医師会賞・北海道知事賞 (2007年9月)

・著書

『がん医療と放射線治療』(エムイー振興協会、2000年4月刊)、『今、本当に受けたいがん治療』
(エムイー振興協会、2009年5月刊) 医師・知識人向け

『がんの放射線治療』(日本評論社、2000年11月刊) 医学生・技師、看護師向けの簡易版教科書
『放射線治療医の本音—がん患者2万人と向き合って』(NHK出版、2002年6月刊) 一般市民向け、その他、医学領域の専門学術著書・論文多数

増補改訂版

放射線治療医の本音 がん患者 2 万人と向き合って

発行日 2010 年 3 月 20 日 初版第 1 刷
定 価 1000 円 (本体 + 税)

著 者 西尾 正道
発行人 會田 昭一郎
発行所 市民のためのがん治療の会
〒 186-0003
東京都国立市富士見台 1-28-1-33-303
FAX ; 042-572-2564
e-mail : com@luck.ocn.ne.jp
振替 : 00150-8-703553

編 集 佐原 勉
装丁・DTP 佐原 みどり
印刷・製本 文成社

※本書の一部あるいは全部を、著作者の承諾を得ずに無断で複写・複製することは
禁じられています。

※ソイインクと再生紙を使用しています。

がんは放射線でここまで治る

第1集

がんの3大療法の中で根治できるのは、手術と放射線治療しかないが、日本では放射線治療についての患者の認識は先進国中でも極端に低い。本書では、実際に放射線治療を受けた患者さんと担当医の双方が、等身大の姿の放射線治療の実態と効果を報告している。



- 第1章 今、がん治療を考える
- 第2章 がん症例と放射線治療
- 第3章 「市民のためのがん治療の会」協力医師名簿
- 第4章 放射線機器解説

監修 西尾正道
編著者 市民のためのがん治療の会
発行人 會田昭一郎
発行所 有限会社アイダ
体裁 四六判 296頁
頒価 1,000円(送料共)
申込先 市民のためのがん治療の会
FAX: 042-572-2564

安心して受ける放射線治療

安心して受けるがん治療シリーズ 1

放射線治療は進歩したコンピューター技術を駆使してがん病巣にだけ絞り込む照射が可能となり、副作用の少ない治療法となっている。しかし日本では放射線治療に対する不安はなお根強い。そこで、NCI(米国立癌研究所)の小冊子を翻訳し、日本のがん患者の放射線治療に対する不安に応える。

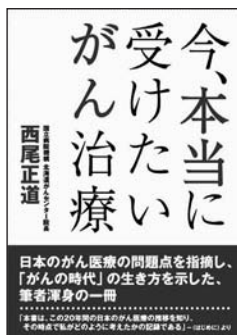


- 第1章 がん治療における放射線
- 第2章 外部照射
- 第3章 体内照射 (小線源治療)
- 第4章 副作用への対処
- 第5章 経過観察

原著者 National Cancer Institute
監修・指導 西尾 正道
伏木 雅人
翻訳 伏木 由見子
発行者 市民のためのがん治療の会
体裁 A5判 64頁
頒価 300円 (送料共)
申込先 市民のためのがん治療の会
FAX: 042-572-2564

今、本当に受けたいがん治療

がん治療の拠点病院なのに放射線治療の体制が不十分な病院も多いなど、日本のがん医療の問題点を指摘し、「がんの時代」の生き方を示した、筆者渾身の一冊。「本書は、この20年間の日本のがん医療の推移を知り、その時点で私がどのように考えたかの記録である」(はじめにより)。



<主な内容>

- 第1章 「がんの時代」を生き抜くために知るべきこと
- 第2章 放射線治療は本当に有用な医療か
- 第3章 「真のがん治療」とは何かを市民に問う
- 第4章 医療再建に向けて私は発信する

著者 西尾正道
発行所 エム・イー振興協会
判型 A5判 210ページ
頒価 1,500円(送料共)
申込先 市民のためのがん治療の会
FAX: 042-572-2564