情報提供
Information Dissemination

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

がん診療アップデート会場

当大阪南医療センター主催のがん診療アップデートは今回で第17回目の開催となりました。
会場はラブリーホール。今回も、医療ソーシャルワーカー・看護師・医師・コメディカルによる、医療相談コーナーや、血圧測定・肺活量チェック・骨密度測定等の健康チェックコーナーがホール前に設けられ、受付をすませた方々は、早速相談や測定に来られ、大変にぎわいました。

会場となったラブリーホール

会場入口の様子

受付の様子

健康チェックコーナー

がん相談コーナー

緩和ケアブース

情報（資料・グッズ）コーナー

がん教育ブース

がんについて学ぼう（DVD視聴）コーナー

患者サロン ろーずまりー

河内長野市保健センター

患者会 大阪がんえええナビ

次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

開講の挨拶

準備も整い、来場者様もホールへと移動。第17回がん診療アップデートの開講です。

当大阪南医療センター院長の齊藤正伸、河内長野市市長の芝田啓治様により、開講の挨拶がされました。

「この講演が皆様にとってお役に立つものになることを祈っています。」

大阪南医療センター 院長　齊藤 正伸

このがん診療アップデートも今回で第17回を迎えました。小雨の中、たくさんの皆様にお集まり頂き、誠に有り難うございます。今回は「がん治療の最前線」ということで4名の講師をお呼びしています。
まず第一部は、近畿大学医学部附属病院泌尿器科の吉村一宏教授には「前立腺がんのロボット手術」、皆様もテレビでご存じかも分かりませんが「ダヴィンチ」等の様々なコンピューターを用いたロボット手術についてお話し頂き、その後、大阪南医療センターの肱岡泰三副院長、工藤慶太医長、江口剛医師により「肝臓がん」「肺がん」「血液がん」の最新の治療方法について紹介します。

第二部は、国立がんセンター名誉総長の垣添忠生先生をお迎えしています。垣添先生ももちろんがん診療として泌尿器科疾患治療の第一人者でございますが、「人はがんとどう向き合うか？」というテーマでお話しをして頂

きます。
垣添先生自身もがんになられていますし、奥様をがんで亡くされています。そういったことから、医者としてというよりも人として患者としてあるいは家族としてがんとどう向き合っていったらいいのか、というテーマで本日はお話しをして頂きます。
垣添先生は著書「妻を看取る日」という本も執筆されていまして新潮社から発売されているそうです。本日のご講演で感銘を受けられましたら著書もご購入頂けたらと思います。
それでは本日、4題の講演と1題の特別講演で予定しております。がんは予防し検診を受けて早期に発見し、もし見つかれば早期に治療すれば治る病気です。
この講演が少しでも皆様にとってお役に立つものになることを祈っております。

「運動面、食物面、早期検診の3つの柱で健康寿命を伸ばしていきたい。」

河内長野市 市長　芝田 啓治 様

今日は第17回のがん診療アップデートがこのように盛大に開催されまして誠におめでとうございます。
大阪南医療センターそして近畿大学医学部附属病院、また南河内医師会の皆様、薬剤師の皆様、さらには医療関係の皆様方がこのようにたくさんお集まりになってがんいついて今日一日考えていこうという、このような素晴らしい企画をしていただきまして本当に有り難うございます。

最近のデータを聞いておりますと、やはり死亡原因の第一位がダントツでがんであるというふうに聞いています。

36万人を超える年間の死者ということですので、国民一人一人がこのことにしっかり気をつけて、早期の発見、予防ということが国民的な大きな課題ではないかと思っています。

河内長野市は人口11万人を切ろうとしているところですが、高齢化率（65歳以上が人口に占める割合）が30%を超えます。大阪府では33の市があるのですが、その中でも最も高齢化率が高い市となっています。しかし環境の良い自然・歴史・文化が輝く町を目指しております。我々の健康寿命がどのようにすれば少しでも高くすることができるのかを、市の行政をあげて取り組みをさせて頂いております。「健康アップチャレンジ事業」というものを二年前から進めております。自らの健康を自ら気を遣いながら健康寿命を伸ばしていただこうという取り組みなんですが、1つ目は運動で目標を定める、2つ目は食物で気をつける、ということを取り組んで頂いております。私も二年連続で取り組んでおりますが、運動面では朝6時のラジオ体操を必ずラジオで聞きながら続けております。そして食物面では毎朝生野菜を10種類以上食べようということで今も続けております。この様に運動面、食物面は健康にとってもちろん大事ですが、3つ目はやはりきちんと自ら早期に検診を受けていただくことが何よりも大事なのではないかと考えています。

昨年のがん検診を受ける割合を見ていますと人口の三分の一である3万5千人の方に受けて頂いています。これも先程申し上げました医療関係の皆様が丁寧に市民に寄り添って診断して頂いていることが、数字としてだんだんとアップしていっているのだと思います。引き続き、運動面、食物面、早期の検診の3つを市民の皆さんに広報していき、健康寿命を伸ばしていきたいと考えております。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

吉村 一宏 先生の講演

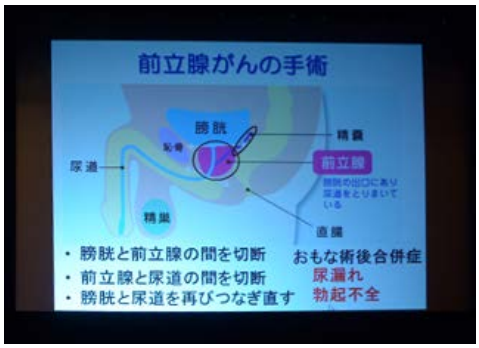
「前立腺がんのロボット手術」

近畿大学医学部附属病院 泌尿器科　吉村 一宏 教授

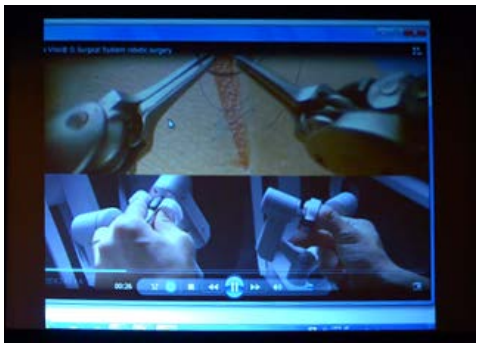
本日は泌尿器の中でも前立腺がんのお話しをさせて頂きます。
最近も話題となっていますが前立腺がんの治療が変わってきています。最新の治療として皆様もテレビや雑誌などでもご覧になっていると思いますが、ロボットを使った治療というのが最先端の治療ということになってきていますので、後半はそのお話をさせて頂きます。

さて前立腺がんについてですが、有名な方も前立腺がんになりました。天皇陛下です。天応陛下が前立腺がんになったのは平成15年ですから、今から13年前に手術を受けられました。その手術をされたのが今日特別講演に来られている垣添先生です。当時は国立がんセンターの部長でしたが東大の先生と一緒に天応陛下の手術をされました。その先生が本日来られてお話しをされるということです。
あと芸能人では、高倉健さん、間寛平さん、三波春夫さんも前立腺がんになっています。政財界では森元首相、あとは読売新聞の渡部元会長などです。このような有名な方たちとなると日本の名人と呼ばれる先生に手術をしてもらうことが多いわけですが、現在のロボットが出てきた時代になりますと、それこそ名人の先生が20年、30年かけて磨いてきた手術の技術を卒業10年目の先生であってもその技術を使えてしまうという、そのような時代になってきました。

前立腺がんとは何か、について少しお話しします。前立腺がんには臨床病期というのがあります。いわゆる病期の進み具合です。病期が進むとがんが進行して最終的には他の臓器に転移します。転移をしてしまうと手術はできないのが一般的で、前立腺がんの場合はホルモン治療というものをおこないます。あるいは転移はしてなくて進行していなくても体力的な問題がある場合や年齢の問題がある場合や合併症がある場合となるとホルモン治療をおこなうことがあります。放射線治療もおこないますがその場合は大体早期（T2）におこなわれるということです。手術はT3といって少し進行している人でも治る可能性が期待できるので手術を勧めることもあります。



前立腺がんの手術についてですが、簡単に言うと精嚢と前立腺を一緒に取ってしまうというものです。この手術の合併症としてはひとつは尿漏れ、もうひとつは勃起不全があります。手術の仕方は、昔からおこなわれている開腹手術、その次に出てきた内視鏡・腹腔鏡手術、今はダヴィンチというロボットを使ったロボット手術、こういう時代の変遷があります。開腹手術というのはお腹を切って前立腺を全部取る手術。内視鏡・腹腔鏡手術というのはお腹に小さな穴を5つ程あけお腹の中に棒状のトロッカー、カメラ、鉗子を入れてテレビモニタを見ておこなう手術です。傷が小さく出血が少ないですが難しい手術のため手術時間が長くなるという問題点があります。この問題点を解決したのがロボット支援手術、いわゆるダヴィンチです。このロボット手術はどのような発想で出てきたかというと、一番初めはNASA（アメリカ航空宇宙局）やアメリカ陸軍が宇宙開発や軍事用に離れた場所から操作するようなロボットを開発したことからです。例えば湾岸戦争で怪我した兵士をアメリカにいるドクターが治療できないだろうか、といった発想から生まれてきたのがこのロボット手術であります。これが実際医療現場で使われるようになったのは2001年で、アメリカの医療現場で初めて使われるようになりました。現在のダヴィンチの様なものが出てきたのは2006年ですから今から10年前です。現在私たちが使っているのは、執刀医がコンソールと呼ばれるモニタを見て離れた場所のカートに乗せられた患者の上にあるロボットを操作するものです。日本では4年前の4月から保険適用になりましたので保険診療で受けることが出来ます。良い点は、出血量が少ない、傷口が小さい、痛みが少ない、回復が早い、機能温存（尿失禁・勃起不全といった合併症が内視鏡・腹腔鏡手術に比べて少ない）というメリットがあります。
このロボットはアメリカで約2300台、アジアで約400台導入されており、アジアの導入台数の半分の約200台が日本にあります。日本で東京に次ぐ二番目に大阪が多く18台。これは2015年9月時点のデータですので現在はもっと増えています。



鉗子が全くブレずに縫合することは人間では不可能です。それができるのがロボット手術です。どんどん普及してきています。どのような患者様に手術するのが良いかといいますと、前立腺に限局している（前立腺からがんが出ていない）のが理想的です。一般的には75歳以下が良いと言われています。しかしロボットと言えども手術ですから危険性はゼロではありませんので、ロボットを使った手術の危険性をご理解頂ける方になります。ガイドラインでは、期待余命10年以上の方、腫瘍マーカーが10より低い方、悪性度が高くない方、限局している方となっています。 近畿大学医学部附属病院泌尿器科では2015年で660例の手術を行っております。放射線治療やホルモン治療、ロボット手術も行っておりますので、患者様が希望する手術方法や治療方法で治療しています。ご興味のある方は、近畿大学医学部附属病院 泌尿器科 ホームページをご覧ください。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

江口 剛 先生の講演

「血液がん」

大阪南医療センター 血液内科医師　江口 剛

皆さんご存じだと思いますが、がんと言えば、大腸がん、胃がん、肺がんが三大がんと言われております。血液がんは、白血病、骨髄腫リンパ腫というのがあり、これらのがんのうちの4～5%を占めています。高齢化が進む中でこの割合は今後も増えてくると思われます。先程申し上げた「白血病・骨髄形成症候群」は10万人中約20人、「悪性リンパ腫」は10万人中約10人、「多発性骨髄腫」は10万人中約5人、といった割合を示しています。今日はもっとも治療成績が向上している「多発性骨髄腫」についてご紹介させて頂きます。

多発性骨髄腫は英語でMultiple Myelomaといいますが、私たちは頭文字をとってMMと呼んでいます。MMは骨髄で腫瘍性の形質細胞が増殖し多くの臓器に影響を与えるため様々な症候が発生しうる病気と言われています。

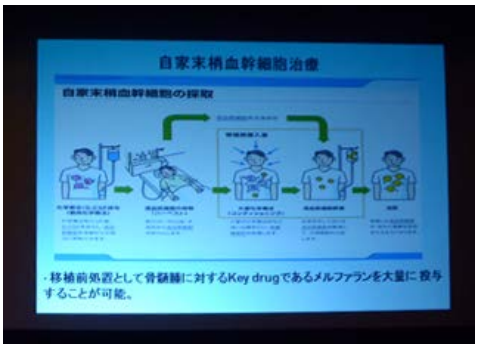
まず血液細胞についてお話しします。血液細胞といいますと皆さんもご存じの通り、赤血球、血小板、白血球というのがあり、赤血球は酸素を肺から臓器に運びます。そして血小板は怪我をしたときなどに止血する働きがあります。白血球は進入してきた異物から体を守る働きがあります。これらは造血幹細胞から分化して血球のほうに出来てきます。より細かく見ますと幹細胞→リンパ系幹細胞→最終的に形質細胞というものに出てくるのですが、これががん化したものが多発性骨髄腫といいます。

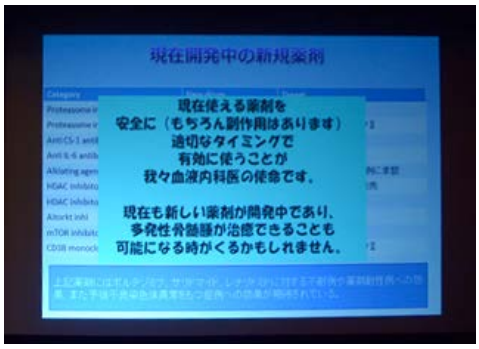
では多発性骨髄腫はどんな病気かと説明します。血液がんの一種で先程の形質細胞ががん化した病気、そしてMタンパクという役に立たない抗体がたくさん増殖する病気、数年掛けて経過をたどるといった病気で、遺伝はしないと言われています。骨髄腫の診断には様々な検査が必要です。骨髄検査では針で皮膚の上から刺して骨の中に含まれる骨髄液というのを採ります。骨髄液の中に含まれている形質細胞が増殖している場合を骨髄腫と診断するのですが、他にもレントゲン、CT検査があり、先程申し上げた役に立たない抗体Mタンパク検査があります。骨髄腫の年齢別の罹患率ですが、恒例になればなるほど男性女性かかわらず増加してきます。そして多発性骨髄腫はすべて悪性なのか、そして治療を開始しなくてはいけないのか、ということなのですが、私たちは検査したときのCRABを調べます。CRABとは（Calcium=高カルシウム血症のC、Renal insufficiency=腎機能障害のR、Anemia＝貧血のA、Bone lesion=骨病変のB）の頭文字をとってCRABと呼び、このCRABがある場合は全

て悪性と診断し治療を開始することになっています。CRABの症状がなければ経過観察が推奨されています。

骨髄腫の症状は、赤血球、白血球、血小板といった正常な血液細胞が作れなくなるため、赤血球が作れないと貧血になりめまい・だるさ・動悸・息切れ、白血球が作れないと感染しやすくなり発熱・風邪・尿路感染といった感染症、血小板が作れないと出血しやすくなる、といった症状がおこります。骨髄腫の細胞がどんどん増えてくると破壊と掲載のバランスが崩れてしまい、骨がもろくなり骨折、特に腰・背中の痛みといった症状が起きます。骨が溶けてしまうため血液中にカルシウムがどんどん溶け出し高カルシウム血症、口が渇く、尿が異常に増える、便秘、といった症状が増えます。そして先程申し上げた役に立たない抗体Mタンパクがどんどん作られるために正常な抗体が少なくなって感染しやすくなり、Mタンパクが貯まっていくので血液をどろどろにしてしまう過粘稠度症候群、頭痛・目が見えにくくなるといった症状が起こる。そして臓器も浸潤し腎臓・心臓・神経・消化器等に沈着し腎障害・アミロイドーシスが起こります。そして診断時に58%、初診時の77%と高頻度に見られる症状として骨病変が認められ、痛みの部位としては胸・背中・腰・頭蓋骨・四肢の骨が挙げられます。そして臨床的特長としまして、患者様の96%で骨髄中の形質細胞が増加しこの増加が診断時に必要な臨床的な所見となっています。そしてX線所見で頭蓋骨に穴が空くといった所見がMM患者の約三分の二以上で認められます。

骨髄腫を大きく二つに分けますと、症状がある骨髄腫（症候性骨髄腫）と症状がない骨髄腫（無候性骨髄腫）があります。基本的に症候性骨髄腫であれば治療を開始し無候性骨髄腫であれば経過観察すると言われていますが、無候性骨髄腫が症候性骨髄腫に移行する確率が5年で50%、20年で80%と言われていますので無候性骨髄腫であってもMタンパクが増えてきたり形質細胞が増えてきた場合などは治療の開始となります。





次に骨髄腫の治療についてお話しします。自家末梢血幹細胞治療というものがりますが造血幹細胞移植という治療のひとつなのですが、造血幹細胞移植というと骨髄バンクに登録して骨髄をもらって移植をするというイメージがあると思いますが、自家末梢血幹細胞治療は自分の血を採って自分の体に戻すという治療のひとつです。化学療法を行った後に白血球を増やす注射（G-CSF）を投与して造血幹細胞を骨髄から末梢血に移動させます。そして透析を回すような機械で造血幹細胞を取り出します。一旦取り出した造血幹細胞は冷凍保存しておき大量にメルファランを投与するときにこの造血幹細胞を戻すといった治療のひとつです。少し難しいのですがボルテゾミブという薬があるのですが、これはプロテアソームといって細胞の生存・増殖に必要なタンパクの処理をする酵素のひとつでボルテゾミブはこれを阻害することでがん細胞の分裂・増殖を抑制します。サリドマイド・レナリドミド・ポマリドマイドという薬があるのですが、これらはIMiDsと呼ばれ腫瘍細胞増殖抑制作用・免疫賦活化作用といた薬理効果が報告されている薬です。

骨髄腫の治療と歴史は、1950～1990年代までは化学療法しかなかったのですが、1995年代からは自家末梢血幹細胞移植といった治療が出ることで、今までは病気の勢いを抑えることしか出来なかったのが、Mタンパク・形質細胞といった病気を消してしまうといった状態に持って行くことがことができています。そしてサリドマイド・レナリドミド・ポマリドマイドという薬が出ることで、より深い寛解まで病気を抑えることが出来るようになっています。
年次別の生存率は、化学療法しかなかったときは予後が変わらなかったのですが、自家末梢血幹細胞移植が出てくることで予後が伸びてきてサリドマイド・ボルテゾミブという薬が出てくることによってさらに予後の改善が認められます。
2006～2010年にかけてレナリドミドという薬が出てくることで骨髄腫の全生存率の予後が増えてきまして5年生存率が今では66%になりかなり病気を抑えることが出来るようになっています。 そして現在開発中の新薬剤なのですが、すでに10種類以上の薬が出来ており、今までは基本的に予後不良の染色体異常のある場合はほとんど薬が効かなかったのですが、このような薬が出ることで病気自体を消すといったことまで期待されています。ただ

し薬は副作用がありますので適切なタイミングで有効に使うことが我々血液内科の指名と思っております。
まとめですが、骨髄腫はMP療法・VAD療法といった抗がん剤しかなかった時に比べて、自家末梢血幹細胞移植や2000年以降に開発された新薬剤によって寛解に到達できる症例が増えたことで生存率の改善が見られるようになっております。現在、IMiDs、プロテアソーム阻害剤、モノクローナル抗体などの複数の新規薬剤の開発が、今後数年単位で大きな飛躍が見込まれています。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

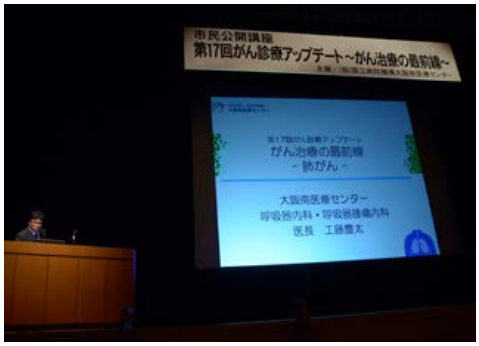
工藤 慶太 先生の講演

「肺がん」

大阪南医療センター 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科医長　工藤 慶太

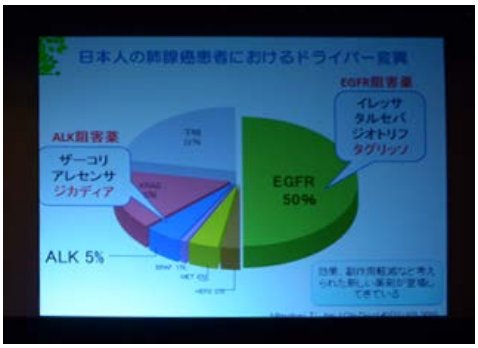
本日はどのようなかたちで肺がんの診断・治療をしているのかということと、がんの薬物療法についてお話ししていきます。
日本では現在年間で男性が5万人、女性が2万人亡くなっているといわれており、肺がんで困っているという方が多いというのが現状です。診断で偶発的に見つかることがほとんどですが、腫瘤が見つかるとまず診断をおこなうために検査が必要になります。いろいろな検査がありますが代表的なものとして、気管支鏡検査という、肺の中の細胞を採ってきてその細胞を顕微鏡で見て病理診断をおこないます。その診断の結果肺がんかどうかという診断をおこないます。

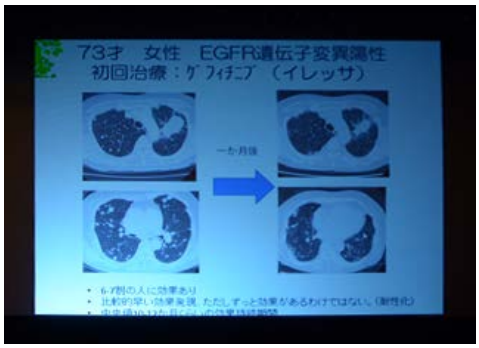
肺がんの種類は細かく分けられます。大きくは、約85%を占める非小細胞肺がんと小細胞肺がんとに分けられ、さらにこの非小細胞肺がんは腺がん、扁平上皮がん、大細胞がんという三つに分けられます。この分類によって治療方針が大きく変わってくることになりますので非常に大事になってきます。本日はこの非小細胞肺がんの治療についてお話しいたします。



がんの治療はこれまでにも色々ありましたが、手術、薬物療法、放射線療法を使いながら、さらには最近では支持療法で精神的ケアも含めて進めていくのが最近のがん治療のやり方となっています。基本的には画像検査を用いて確認していき病期を判定し治療方針を決めていきます。非小細胞肺がんの場合は、Ⅰ期は手術、Ⅱ期は手術プラス術後の抗がん剤治療、Ⅲ期は手術プラス放射線治療プラス抗がん剤治療、Ⅳ期は化学療法のみというのが中心となります。

化学療法についてお話しします。化学療法といってもいろんな薬が出てきてます。作用機序の観点からですと3種類、殺細胞性抗がん剤、分子標的薬、免疫療法になります。

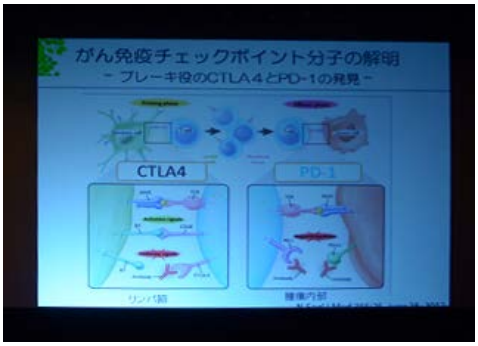


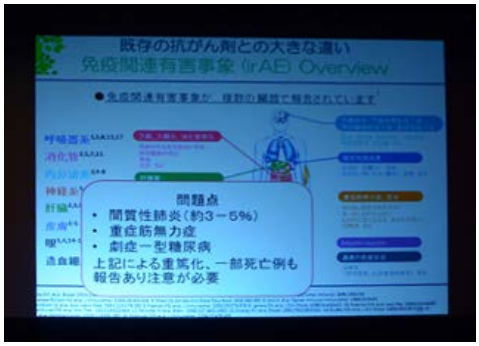


1つ目の殺細胞性抗がん剤は、点滴などで投与すると3～4割の方に効果がみられますが、がん細胞だけでなく正常な細胞にも影響しますので髪が抜ける、口内炎が出来る、下痢するなど、良くも悪くも全身の細胞に作用します。最近では副作用を抑制する薬も出てきていますので以前よりも治療効果も副作用抑制も良くなってきています。

2つ目の分子標的薬は、特有の遺伝子を狙った治療薬です。がんといった病気の原因は、繰り返し遺伝子にダメージを与え複数の遺伝子に異常を与え結果的にがん細胞が出てくるといったものです。しかしそのようなタイプではなくドライバー変異といった単一の遺伝子の異常が生じた結果肺がんになるといった病気があるといったことが最近分かってきています。日本人であれば腺がんというタイプの場合、ドライバー変異というのがどのぐらいの頻度で出てくるかというと約半分の人にEGFR遺伝子の異常が出てきて、5%の人はALKがきっかけでがんになるということが分かってきています。これに対する薬は15年前にイレッサという薬が出てきて以降いろいろな薬が開発され、今年はタグリッソという薬が保険適用で認められるようになりました。副作用軽減が図られてきています。このような分子標的薬がどのような機序で効果が出てくるかというと、6～7割の人において腫瘍が小さくなるのですがずっと効果があるわけではなく、効果がある人の約半分で10～12ヶ月ぐらいで効果がなくなってくるという限界があります。また下痢・間質性肺炎という副作用もあるのが現状です。

3つ目の免疫療法について詳しく説明します。歴史は1960年にノーベル賞を取られた先生が「人間の中ではいつもがん細胞が生まれているがそれが免疫によって排除されているからがんにならないんです。」と言っています。このようなことから免疫でがんをコントロールできるのではないかというふうに考えました。1970年以降は免疫を活性化させる薬やリンパ球の数を増やすT細胞移入療法が開発されました。しかしたまに効く人がいるがたくさんの人には効果が出ないし、なぜ効いているのかもわからないため懐疑的になっていました。1996年に免疫チェックポイント分子における免疫応答が発見されることで、免疫療法の流れが変わっていきます。免疫チェックポイント分子のアクセルとブレーキと解釈しているのですが、人体に異物が入ってきたと判断すると攻撃指令（アクセルを踏む）が出て異物を排除しにかかり炎症を起こします。だんだん異物が無くなってきたときに攻撃し続けても腫れがひかないので次は攻撃をやめる（ブレーキを踏む）指令を出す、というのが通常の働きになります。そこでアクセルを強くすればがん細胞に効くのではと考え最初はアクセルを強くする薬を開発しました。ところがリウマチなどの自己免疫疾患が悪化することがわかり副作用が強すぎたので開発が中止されました。そこで発想を変えブレーキを小さくする薬を開発しました。そのブレーキにかかわるPD-1抗体の開発が進められました。PD-1抗体が作用すると自分の免疫細胞ががん細胞を攻撃するようになり、その結果がんが小さくなると考えられ、様々な薬が開発され最近では二ボルマブが保険適用で使用可能になりました。二ボルマブの臨床例を挙げますと、非小細胞肺がんで従来の薬に比べて、生存期間が薬三ヶ月伸び、一年生存率が約二倍になりました。ただし効果が出た人は20%の人ということでした。しかし薬の効果が続くのが一年以上と今までの薬より長く効きます。副作用も今までの薬よりは少なく抑えられているのも大きな違いですが、今までの治療薬ではなかった重篤な副作用も出る可能性があるので注意が必要です。問題点は、どういう人に効果があるのかがわかっていない、なぜいずれ効かなくなるのかがわかっていない、マネージメントが定まっていない、価格が高い、ということが挙げられます。





抗がん剤治療というのは、殺細胞性抗がん剤、分子標的薬、免疫療法という3つの柱を使っておこなっていきます。各々にメリットデメリットがあり、どれも一時的な効果であり限界があります。なので使える薬をすべて上手に使っていくということが、肺がんの薬物療法において非常に大事な点だというふうに考えています。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

肱岡 泰三 先生の講演

「肝臓がん」

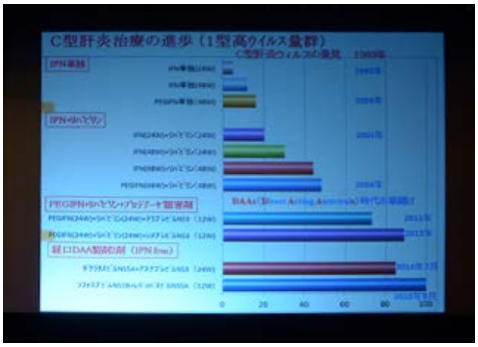
大阪南医療センター 副院長　肱岡 泰三

本日は肝臓がんの予防について絞ってお伝えしたいと思います。
現在日本でがんで亡くなられている方が年間36万人ですが、そのうち肝臓がんで亡くなられている方が約3万人で5位となっています。
ただし、日本における肝臓がんは1970年以降ずっと増えてきましたが2000年ぐらいから減る傾向にあります。特に男性で減る傾向にあります。なおかつ日本における肝臓がんの原因がC型肝炎ということが分かり、慢性肝炎から肝硬変になり肝臓がんになる方が8割ぐらいいました。それが最近では5割ぐらいまで減ってきました。つまり肝臓がんで亡くなる方が減ってくる中でなおかつC型肝炎が原因で肝臓がんになっている方が減って来ています。逆に増えてきているのはアルコールの多量摂取、糖尿病・高脂血症・脂質代謝異常等の生活習慣病が原因の肝臓がんがあります。

さて、C型肝炎が原因で肝臓がんになる方が減る理由ですが、肝炎ウィルスから肝臓がんが発生する順序として、肝炎が自分の知らないうちにどんどん進行し肝硬変になり肝臓がんが出来やすくなるからなのですが、この階段を上るのを抑えるのが肝臓がんの発生を抑えるということになります。肝炎がおこっているかどうかを調べるにはGOT、GPT、ALT、ASTが上がっているかどうかを見るだけで済むわけです。インターフェロン治療というのがC型慢性肝炎に対する治療として保険適用できたのが1992年で、それから14年経った現在C型肝炎からの肝臓がんの発がんが減っている理由はインターフェロン治療によって肝炎ウィルスが体の中からいなくなり肝炎がおこらなくなった場合に肝臓がんの発がん率を下げられるといった事実に基づいています。すなわちC型肝炎がどんどん減っているから肝臓がんがどんどん減っている、トータルとしての肝臓がんで亡くなる方が減っているということが言えるのです。このインターフェロン治療による肝炎ウィルスが上手くいけばいくほどC型肝炎からの肝臓がんが日本からなくなるということになるのですが、それについてつい最近、著明に治療効果を改善してくれる飲み薬での治療法が開発されました。それも副作用がほとんどなく。そのおかげでインターフェロン治療が使えなかった人も治療が受けられるという薬です。

日本におけるC型肝炎治療における進歩について見ていきますが、1型高ウイルス量というのはインターフェロン

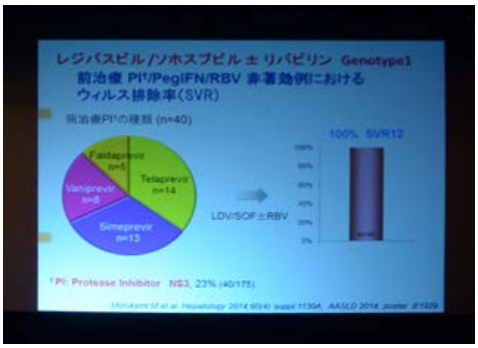
治療の中でも効きにくいタイプで日本のC型肝炎の患者様の七割を占めるタイプですがこのタイプに対する治療法の歴史と治療成績を見てみますと、C型肝炎ウィルスが発見されたのが1989年で27年後の現在では飲み薬だけでウィルスを完全に排除できる様になりました。こんなことが起きるなんて私自身信じられませんが事実です。はじめは低かった直効率はDAAs製剤とインターフェロンの併用によりどんどん高くなり治療効果が上げることができるようになりましたし、最新の飲み薬を使うことでインターフェロンを使わなくてもそれ以上の治療効果を上げることができるようになりました。

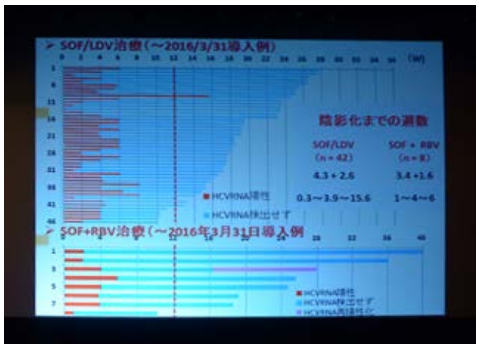


最終兵器のお話しをさせていただきます。レジパスビルとソホスブビルという薬が混ぜ合わされた一錠の薬です。それを毎朝一錠三ヶ月飲むだけです。C型肝炎治療をしたことがない人もインターフェロン治療が効かなかった人もほぼ100%効きます。私が担当した患者様50～60人の方に飲んで頂きましたが「ほんまに効くんでしょうか？」というぐらい副作用がないのです。今までインターフェロン治療した方が「今までの治療はなんだったのですか？」というぐらいです。メインのソホスブビルという薬は耐性変異が起こりにくいので薬が効きにくくなりにくく、1日1回の飲み薬で他の薬との相互作用はほとんどありません。ただし腎臓の機能が悪い人には使えないということがあります。海外でもこの治療で15万人の方が治療されてますので確かな実績もあるということです。
インターフェロン治療をして効きにくいタイプの人にはどういうものがあるかと研究されました。1型高ウイルス量が多くて年齢が高くて他の薬が効きにくいとかということがありましたが、この薬はまったく関係ありません。インターフェロンを含む今までの治療で治療の対象にならないといわれていた人、貧血が進んでいる人、血小板が少ない人、鬱病の人、間質性肺炎の人、自己免疫疾患の人でもこの薬で治療できます。またインターフェロン投与中で副作用があり中止した人でも治療対象になります。ですのでC型肝炎治療を受けたくても受けられなかった人でもこの薬で助けることが出来るようになりました。今までインターフェロン治療の最終形と言われていた飲み薬とインターフェロン・リバビリンを併用した治療で約75～80%ウィルスを排除することが出来ますが、それに失敗した場合でもハーボニーという薬は重複する作用する場所がないので前治療の影響を受けることなく有効な著明な改善効果が得られる薬です。実際、インターフェロン・リバビリンにプロテアーゼを飲んで治療が出来なかった人にこのハーボニーという薬で治療した場合の治療効果は100%というデータがでています。

2015年9月に発売となったこのハーボニーの薬価が一錠8万円と高価であったため2016年4月から30%引きになりましたが、それでも全期間飲むと460万円と非常に高いです。その後に出た腎臓が悪くても使える薬が450万円となっており、大体400～500万円かかります。C型肝炎には1型と2型がありますが2型にはこの薬は使えません。なぜならレジパスビルは2型には効かずソホスブビルの効用しかなく効果は60%しかないためです。2型にはリバビリンを併用するというかたちで使っていますがそれでも効果は95%ぐらいになります。治療費は高価になりますが生涯治療費と考えると割安と言えますし、日本は医療費助成制度があります。患者様自己負担額のほとんどを国と地方自治体が折半してくれます。C型肝炎治療のガイドラインではC型肝炎に罹っている人（がんが進んでいたり肝臓がんが発病している方は対象外）については治療をしましょう、特に高齢者で肝炎が進んでいる方は出来るだけ早く治療しましょう、ということです。ただし若くて病気が進んでなくてほぼ正常の方については考えてからやりなさいということです。経済的な問題だけではなくて特に2型の方への現在の治療をおこなっても95%にしか効かないので20人に1人は薬が効かなくなります。今後副作用が少なくて治療効果が100%といったもっといい薬が出てきても、その治療効果を享受できなくする可能性があるからです。

ウィルス肝炎の治療費助成の申請の仕方ですが、治療を受ける方が属する世帯全員の市町村民税課税年額の合計額に応じて患者様一人一人の自己負担額が決定されます。つまりたくさん稼いでいてたくさん税金を払っている人は月2万円、普通の人は月1万円で4ヶ月の治療をしても4万円で済むということです。その方法としては退院治療の受給者証の交付申請書を保健所に提出しなくてはいけません。書類は保健所にあります。そしてこの治療をするのに適した患者様ですよといった、専門の医師の診断書が必要になります。河内長野市で肝臓がん専門医を持っている内科医がいるのは大阪南医療センターのみです。現在大阪南医療センターには7名います。そして患者様の氏名が記載された被保険者証の写し、患者様が属する世帯全員の住民票の写し、患者様が属する世帯全員の住民税納税証明書を添付して保健所に提出します。注意していただきたいのは、発行された受給者証は4ヶ月しか有効期限がないので治療開始予定月をきちんと決めてから申請書に記入してください。保健所に提出された申請書類は毎月10日前後に医者が集まりそれをすべて審査します。審査の結果がOKであればその月末には受給者証が患者様に届きます。それを受けた上で治療を開始するといった流れです。この期間は約一ヶ月と少しかかりますので、治療開始予定を診断書発行・申請書類作成準備の大体二ヶ月後に設定するということを我々はおこなっています。





実際に大阪南医療センターでどれだけの方が飲み薬のインターフェロン治療をおこなったかという
と、2015年11月から2016年5月までで導入したのが63人、ソバルディとリバビリン併用で2型の治療が8人です。このハーボニーという1型の治療をおこなった63人の内訳は、女性が39人で男性が24人、年齢ですが、平均は67.3歳で中間値が70歳ということは半分が70歳以上ということです。1型の治療に関してはほとんどが治療開始4週間目までにウィルスが消えており、治験通り100%の治療効果がありました。2型の治療に関しては8人の内1人の方に治療が終わってからまたウィルスが出てきてしまいウィルスを排除できなかったということがあり、この方については次の治療法が難しい状態です。
今現在、C型肝炎の患者様の状況を統計で見ますと、150～200万人ぐらいの感染者がいるとされていますが、治療でウィルスを排除できたのは20～30万人ぐらいです。今現在治療をしている人が50万人ぐらいです。ただし何の検査もせずに肝炎に罹っているはずだけどC型肝炎に罹っていることも知らない人が50万人ぐらいいるのではないかと言われています。

今日皆さんに持ち帰って頂きたい私からのメッセージです。まずB型肝炎・C型肝炎に感染しているかどうかを確認してください。かかりつけの先生に血液検査をしてもらうだけでわかります。もし肝炎ウィルスに感染しているということが判明した時は、肝臓専門医にぜひ受診してください。病気の進み具合と治療方法の相談をしてください。今更C型肝炎の治療なんて！と思われてる方はいませんか？今ならまだ間に合うかもわかりません。素晴らしい薬が開発されました。今こそ肝臓専門医を受診するべきです。もし皆さんが受診してこの治療を受けることができれば10年後の肝臓がんの死亡率は半分以下になります。ぜひご協力頂きたいと思います。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

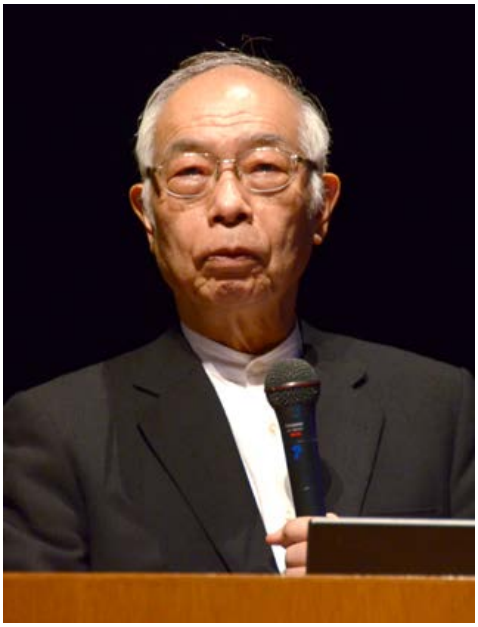
- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

垣添 忠生氏の講演（1）

国立がんセンター 名誉総長 垣添 忠生先生のご登場

国立がんセンター 名誉総長 垣添 忠生先生のご登場です。
本日は「人はがんとどう向き合うか？」というテーマでお話しをして頂きます。

私は国立がんセンターに32年間勤めておりました。最初は泌尿器科医師として、後半10年間は築地にある病院で中央病院長として勤めました。最後に総長といって二つの病院と研究所の全体の責任者を5年やりました。そういう組織の管理者という立場で15年も働いていますと、何か式典があるとご挨拶を申し上げるとかパーティーがあると乾杯の音頭を申し上げるとかそういう機会が多く、そういうものを繰り返していると私の専門は挨拶と乾杯だったもんですから、たまにまじめに膀胱がんや前立腺がんの話をすると「垣添先生よくご存じですね～」と言われるといった大変困ったことになってるのですが、そういう馬鹿なことを言ってないでこれから少し話します。
「人はがんとどう向き合うか？」ということで３つの



国立がんセンター 名誉総長 垣添 忠生先生

話をさせて頂きます。

〇がんと向き合う人は多様であるということ
〇妻の場合、私の場合
〇ヒトは10の27乗,10のマイナス35乗メートルの世界に漂う儚い存在

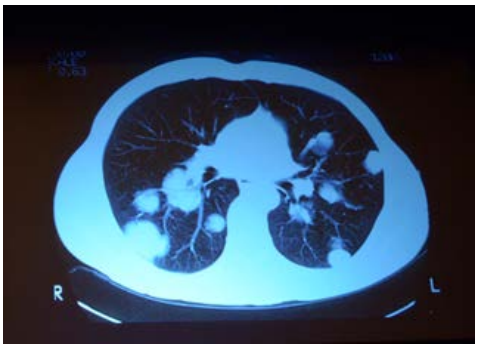
がんと向き合う人は多様である

まず１つ目の「がんと向き合う人は多様であるということ」です。ここでは二人の患者さんのお話をします。

一人はわずかな症状で気づく患者さん。この方は会社員として仕事をしているときに電話の受話器をいつも左耳で取っていた。それがある日気がつくと右耳で受話器を持っている。「あれ、左耳の聴力が落ちたかな～」というそれだけで病院を受診されて脳腫瘍の一種である聴神経腫瘍を非常に早期に見つけられてあっという間に治して社会復帰されています。

かと思いますと、首が回らなくなり仰向けに休めないほど進行したがんの方。これは私が32歳で東京在住のときだったと思いますが、精巣がんで病院を受診されたときにはソフトボールぐらいになってました。自分の玉がどんどん大きくなってきて本人は気がついていたけど「場所が場所だから恥ずかしい」という気持ちと「どんどん大きくなって悪い病気じゃないかという恐怖でなかなか受診の決断がつかなかった」ということでした。左が向けないということは鎖骨近くのリンパ節に転移が起きていて大きな腫瘤ができていることで邪魔して左を向けない、そして両方の腎臓にある後腹膜腔のリンパ節に転移が起きて巨大な腫瘍が出来仰向けに休めない、そういう患者さんです。こういう患者さんは、まず精巣を取って病理検査をします。精巣腫瘍というのは病理学的に4種類あるのですが、この方はその内の3つが入り交じった方でした。それで胸のCT写真を撮りますと綿帽子みたいなのがいっぱい見えていますがこれはすべて転移巣です。それか精巣腫瘍にはAFPとβ-hCGという２つの腫瘍マーカーがありますが、そのどちらの値も数千でした。1960年代でこの状態ですと余命は三ヶ月です。その頃からシスプラチンという抗がん剤が使われるようになって、シスプラチンは今でも抗がん剤の主要な薬剤の１つですが、精巣治療に対しては特効薬のようによく効きます。この患者さんに対してシスプラチンを中心に他の２つの抗がん剤を併用で３回治療しました。昔のことですから副作用対策が十分でなく患者さんは随分苦しみましたけど非常に良く効くものですから、1コース、2コース、3コースとやっていくと首の腫瘍がだんだん小さく萎んでいって左を向けるようになり、後腹膜腔の腫瘍が小さくなり仰向けに休めるようになり、自分で確かに効いているなと実感できるわけです。腫瘍マーカーも数千あった値が1コースやると数百になり、2コースやると数十になり、3コースやると正常化しました。そのデータをグラフ化して患者さんに見せてあげると検査所見も大変良くなっているということで「辛い治療だけど頑張る」と患者さんはいいました。ところが一見腫瘍が消え、肺のCTでも影はほとんど消えているんですが、わずかに残っていました。その中にがん細胞が残っているかどうかを見極めるのは現代でもなかなか難しいぐらいですので手術を致しました。まず耳鼻科の先生が首のリンパ節の郭清といって首のリンパ節を全部取り除く手術をしました。チーム交代して胸部外科の先生が肺の残った腫瘍を取り除いて心臓の周りの縦隔リンパ節を全部取り除く手術をしました。最後は私の泌尿器科チームに交代して後腹膜腔のリンパ節を根こそぎ取りました。全部で14時間手術をしました。患者さんは30歳台前半の若くて元気な患者さんでしたから手術に耐えてくれました。一週間から三週間後に病理検査の結果を見たら、取り出した組織の中には生きたがん細胞はないという結果でした。これで患者さんは治って今も元気にしておられます。

最初の患者さんとこの患者さん、もちろん病態は違いますが自分の体の異常に対してどう対処するか、という意味では天と地ぐらいの差があるのではないかと私は感じています。



人間の強さ、弱さをすべて包摂して医療はある

関原健夫という方ですが「がん六回 人生全快 現役バンカー16年の闘病記」という本を出されています。裏表紙に関原さんの紹介があります。1945年生まれ。京都大学法学部卒業。1961年日本興業銀行（当時）勤務。1984年ニューヨーク支店に勤務していた39歳のとき大腸がんとなり摘出手術を受ける。その後、41歳で肝転移・肺転移と計6回にも及ぶ手術を受ける、とあります。一年間に何回も肺や肝臓を手術をするというのがどれぐらい大変かというのは少し想像すれば皆さんもお分かりだと思いますが、ご本人も大変悩んだということを本にも書いています。しかし手術しかないということで気を奮い立たせて幸いにも45歳の肺転移で打ち止めになって、50歳で心臓のバイパス手術を受けて元気になり、銀行退職後に横浜の方で投資会社の社長をされてましたが、今はそれも辞めて日本対がん協会常務理事をしており、自らのがん体験を日本でも世界でも講演をされ非常に感銘を与えております。ですのでこのように大変厳しい状況に向き合ってもそれと戦い抜いて元気になった方もおられるということです。

かと思えば、小説家・エッセイストの開高健。彼は大変なヘビースモーカーでありヘビードリンカーで、絶え間なくタバコをくゆらしウイスキーやジンなどの強い酒瓶がそこら中に並んでいる。酒とタバコの最悪の組み合わせ。これは愛知県がんセンターの男性の例で論文から取ったものですが、酒の飲み方とタバコの吸い方、その最悪の組み合わせでは食道がんの危険性が30倍に跳ね上がります。あれほど教養のある方ですからこういう医学的な事実をご存じないはずがないのですが、彼はすっとタバコとお酒を放さずに59歳という本当にお若い歳で食道がんでお亡くなりになりました。残念なことです。

また患者さんの前立腺がんの方のお話をしますと、手術によって性機能を失う可能性があるのですが「性機能を失うような手術は受けない。自分の芸術的エナルギーが失われてしまう。」という判断をする人がいるかと思えば、85歳の潜在癌の方の場合、前立腺がんにはPSAという腫瘍マーカーがありますが組織検査をしたら12本中1本にほんのわずかながんが見つかりました。泌尿器感染の患者さんならば年齢も年齢だから経過観察で様子を見て天寿を全うすることを勧めるのですが患者さんは「がんが見つかったのだからどうしても手術して欲しい。」といいました。この患者さんを説得するのにどれぐらい苦労したか。つまり同じ前立腺がんでも手術するしないをとってもこれだけの違いがあるということです。

また私が若い頃の話ですが、早期がんの存在を聞いただけで失神して椅子から転げ落ちた患者さんもいました。膀胱がんの小さいものでしたので内視鏡でひと掻きすれば治るぐらいのものでしたが「がん」という一言を聞いただけで顔面真っ青になって椅子から崩れ落ちて検査のために膀胱に入れた生理食塩水を全部失禁してしまうほどでした。
かと思うと、脳転移・肝転移・骨転移・腎転移と聞いても顔色１つ変えずに淡々と化学療法を受けた人もいました。実はこれは私の妻でしてあとでお話しします。

また別の患者さんですが、便の潜血反応が出たということで大腸内視鏡検査をして取り出したポリープを病理検査しますとその一部に大腸がんが見つかったんですが、これがその患者さんです。

＜目の部分を隠した垣添氏の写真がスライドに映り会場には笑い声＞

個人情報保護法の時代ですが、私自身です。１日も休まず仕事をしていて結果的に病理的にがんだったということを聞いただけで、どうってこともなかったです。

でも私が立場上簡単に見つけられるがんにつきましては非常に注意深くなっていましたから、私が総長時代に次のがんセンターに厚労省の理解を得てがん予防検診研究センターというものを作ってもらいまして、そこができて一年ぐらいに超音波検査を受診しましたら腎臓がんが見つかりまして、わずか直径1センチほどでしたが典型的な腎細胞がんでした。私は毎朝晩点滴をぶらさげながら病棟の中をグルグル歩いて一週間で退院して二週間目にWHOの会議があってジュネーブに出張してきました。

よく市民公開講座でこういう話をすると「がん検診を受けるのはいいけどがんが見つかるのが怖いから受けない。」という方がいるのですが、腎臓がんは検診対象がんではないですが、早期に発見すれば二週間目にはヨーロッパでも出張できるということです。

いくつかの患者さんの例を紹介してきましたが、がんという病気に向き合う患者さん、それに対して強い人もいれば弱い人もいる、ですから「人間の強さ、弱さをすべて包摂して医療はある。」と私は考えています。今は泌尿器科はリタイアしましたが考え方はそういうことです。

<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

垣添 忠生氏の講演（2）

妻のがん

２つ目のお話し、妻の場合・私の場合です。
妻は若い頃から膠原病の一種SLEという難病を持ってましてステロイドを随分飲んでいたのですが、そのうち声がかれてきてよく調べたら甲状腺がんが見つかって手術で治しました。それから肺の腺がんが端っこの方に見つかってこれも手術で治しました。

甲状腺がんと肺の腺がんは手術で治しましたが３つ目のがんが出てきました。甲状腺がんと肺の腺がんのフォローアップのために写真を撮っておりましたらたまたま右の下葉に4mmの影が見つかりました。半年後には6mmぐらいになりこれはがんに間違いないということになり外科医と放射線医の同席の元で議論してもらいましたら、いくら小さくても右の下葉の真ん中に出来てますから手術をすれば下葉切除になる、場合によっては酸素ボンベを引っ張らなくてはいけなくなるかも知れないということで困ったなとなりました。そこで陽子線治療をおこなったところ影が完全に消失しました。
しかしわずか半年後に右肺門部にリンパ節転移1個が見つかり詳しく調べると小細胞肺がんでした。私は肺がんの専門ではないですが肺がんの中で小細胞肺がんはタチが悪いというのはよく知っていましたから心の中では暗たんとしましたが、妻に対しては「転移が出たといっても1個だからなんとかなる。」と化学療法を受けさせました。

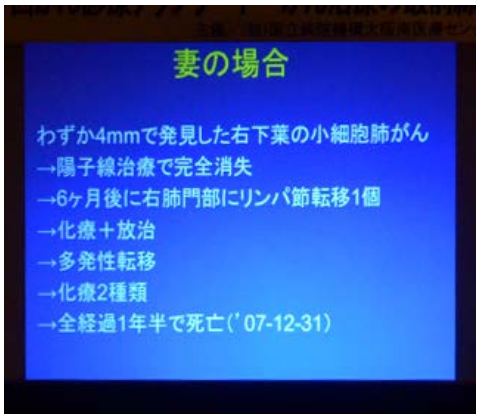
当時最強といわれていたシスプラチンとエトポシドを3月・4月・5月・6月と月に１回づつやって最後の7月には肺門部リンパ節に普通の放射線治療をしました。普通の放射線治療は陽子線治療より少し線量集中線が落ちますので周りに放射線肺炎が起きて白い影の中にリンパ節が埋まってしまって分からなくなりますので3ヶ月後に判断をするということで退院してきました。10月にCT・MRI・PET検査をしました。私も妻も完全に治ったと思っていたのにその結果は、多発性転移、脳転移・肝転移・骨転移・腎転移を起こしていました。その画像診断の結果を聞いた瞬間、私は妻の命は長くて三ヶ月だなと思いました。私も妻にその通り話しましたが、その夜担当の先生が画像を全部持ってきて説明を受けたらやはりそういうことで、抗がん剤治療しかないですねということになり前とは違う薬を使うということに妻も承知しましした。

２種類の薬を使ったのですがどちらもほとんど効かず副作用がかなり酷く、髪が抜けたり口内炎は痛み止めを使わないとお茶を飲むのも辛い程で可哀想な思いをさせたなと思いました。
それでも３回の入院の内一回目はまだ元気で週末は外泊をしてたのですが、家に帰るとすぐに引き出しの整理なんかをはじめて私にそれを手伝わせるんですよ。折角家に帰ったんだからゆっくりしたらいいのにと思ったので

すがそれを真剣にやってるので「これはもしかしてもののありかを私に教えてるのかも知れないな。」と思いました。

最後に外泊が出来た11月半ば、家に帰る前に洋服店で二着洋服を買いました。新しい服を買うといつも妻は玄関の大きな鏡の前でそれを試着して帽子をかぶったりハンドバック提げたり靴まで履いてファッションショーと称してやるのですが、体調がよくないはずなのに楽しげにそれをやってる姿を見ていたら、もしかして死に装束を選んでるのかなと思って、私はそのうち特に彼女が気に入った銀ねずみ色のパンタロンスーツと明るいブラウスをすぐ出せるところにしまっておきました。

妻との別れ



それから外泊ができなくなってどんどん悪くなって12月になったらほとんど寝たきりになったのですが、妻は自分の命が長くて三ヶ月と承知してましたから家で死にたいと繰り返し言うようになりました。

その年の12月28日から翌年1月6日までが年末年始の休みになったのですが、病院に対しては外泊届けを出して帰りましたが、私の妻も家に死ぬために帰るということで、病院からたくさんの薬や医療器具を抱えて車で連れて一ヶ月半ぶりに家に帰りました。その時は私が準備した鍋料理を本当に美味しそうに食べて、口内炎や食道炎で食べられないと思っていたのですがあれは奇跡だったのでしょうか。割と大きめのお茶碗に二杯「美味しい美味しい」と言って「家っていうのはこうでなくっちゃ、こうでなくっちゃ。」と何度も二コニコして嬉しそうにしてました。

でもその翌日29日からだんだんと意識が切れ切れになって30日の午後からは過呼吸と無呼吸を繰り返す様になり、12月31日は朝から完全な昏睡状態で、午後からは激しい呼吸困難が出てきまして、私が点滴の量を半分に減らしたり利尿剤を打ったり酸素の量を増やしたりいろいろやるのですがどうにも収まらないんで、担当の先生に往診をお願いしたらそれが間に合わなくて。確か12月31日夕方6時15分、それまで完全に意識がなくてあえぐような激しい呼吸困難をしていた妻が、突然半身を起こして目をパチっと開けて私の方を向き直って…両目は確かに私を見て、自分の右手で私の左手をギュッと握った後、ガクッとあごが落ちて心肺停止になりました。

担当の先生の死亡診断時刻は夕方6時45分になってますが私の意識の中では妻は夕方6時15分に亡くなったと思っており、12月31日夕方6時15分というのは私にとって特別の日であり時間の様に思います。意識がなくなったまま亡くなっても不思議でない状態だったと思うのですが、最後の瞬間に言葉にはならなかったけど「ありがとう。」と言って亡くなってくれたんだと思ってまして、その心の通い合いがあったからこそ、私はその後三ヶ月から一年は大変辛い思いをしましたが、なんとかもつことができたのだと思います。
わずか4mmで発見したがんで一年半で亡くなってしまった2007年12月31日。

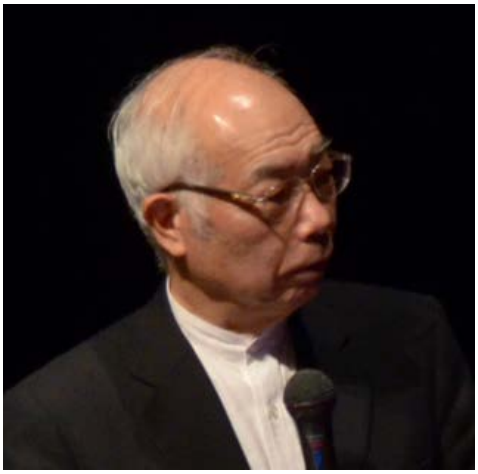
残された私のすさまじい生活。そしてグリーフワーク。

少し深刻な話になってしまいましたので気分を変えて頂くために、私の妻が30年ぐらい通っていました奥日光の自然の話をします。

5月の連休に行くと中禅寺湖の先に奥白根山が雪を被って見えます。毎朝4～5時間かけてカヌーでこいでいきました。湖のこっち側に回りますと栃木県の県の花やしおつつじがピンクの花を咲かせています。
あそこは標高1300mぐらいですから5月の連休時分でしたら緑が出るか出ないかですが、毎朝同じコースをカヌーでこぐのですが奥日光に春が来たと告げる様な華やかな景色でした。
数日暖かい日が続くと冬枯れの山に華やかな木々がベールを脱ぐように華やかに音を立てる様に変わっていくその下をカヌーでこいでいくのは本当に気持ちが良い日々でした。

奥日光は紅葉の名所ですが数日の内に紅葉がどんどん散って緑のところが一晩で黄色や赤になっていく横をこいでいくなど、春と秋の日に繰り返し数日日光に訪れて自然と一体になって二人で楽しんでいました。

申しましたように妻は死期を理解してましたので、四日間でしたが私が全神経を集中して家で介護し家で看取りました。私たちは40年間結婚し子供はいなかったのですが、人生の伴走者を失うことは覚悟はしていましたが、生きているうちは看護師さんのケアを手伝えば体は温かいし毎日対話をできるわけです。でも亡くなって体が冷たくなって灰になって帰ってきて一切対話が出来ないっていうのは本当に辛かったです。
最初の三ヶ月というのは私はウイスキーとか40度ぐらいの焼酎とかをロックであおるように飲んで家にいるときはひたすら泣いて、本当にすさまじい生活をしました。



私たちは宗教はなかったのですが、妻の両親の菩提寺がすぐそばにあってそこの住職さんにお会いしたら、仏教には七日毎に大事な行事があって、初七日・四十九日・百箇日と丁度三ヶ月です。残された人は三ヶ月かかってようやくその方が亡くなったのだということを得心する大事な機会だからおやりなさいということで言われて、百箇日法要は親戚の人に来てもらってやりました。そのころから私も「こんな酒浸りで泣いてばっかりの生活をしていていいのだろうか。」というふうに思い始めて、最初は死ねないから生きているという感じだったんですが、少し思い直して、腕立て伏せ、腹筋、背筋をやりはじめて体の方がしっかりしてくると気持ちも少し前向きになり少し積極的に生きられるようになりました。つまりグリーフワークというのを自分でやったんです。

山やカヌーもまた再開し、今までやったことのない居合いで悲しみを癒やそうとし、執筆をしました。そういうことでなんとか生き返って来たわけですが、いい山の仲間も見つかって私が冬山を登るなんて夢にも思わなかったんですけど10本爪アイゼン履いてピッケル持って八ヶ岳の硫黄岳に登ったのですが、山登る時は常にザックの一番上にビニール袋に入れて持って行くんですが上に行ったときはその写真を手で持って360度の景色を妻に見せるんです。
カヌーは妻が元気なときは釧路川を一緒に下ったことがあるのですが、渚滑川という紋別の川にカヌーに行きまして全日台風が通過して荒れたホワイトウォーターの川を危険を冒して下っているときは完全に悲しみを忘れられるのです。

私は剣道をやったことはなかったのですが居合いというのは集中力を鍛錬するということでかねてから関心があったので三菱の居合道場に入れてもらって週二回稽古しています。この写真はいかにも斬っているように見えますがこれはとても人を斬っているような目つきではないですね。<会場笑い声>
今私は三段なのですが今度四段を受けるのですが、三段になったときから本身（真剣）でやるのですが自分の体を傷つける可能性があるので一層緊張して腕が上がるといわれていてそれで稽古をやっているのですが、それで2時間汗びっしょりになって稽古している間は悲しみを忘れられます。

今では年末年始は、酒をむちゃくちゃ飲むということはしませんし、おせち料理もちゃんと食べられるようになりました。散歩することしかすることがないので時間をもてあましてふっと思いついて、妻の病歴だとか私の苦しみとかを文章で書き始めました。書くということが私の心の底の深い苦しみや悲しみを表出する行為だと分かってます。これはまさにカウンセラーに話を聞いてもらうってのはこういう効果があるかも知れないと思いました。どんどん書いて高校の同級生の嵐山光三郎という物書きが居て彼のところに送ったら「垣添、これ充分ものになるぞ。こういう書は品の良い出版社じゃないといけない。」と言われ新潮社を紹介され「妻を看取る日」という本になりました。

それで私の人生が一変しました。全国の見知らぬ方からたくさん手紙や葉書を頂きました。妻を亡くして一年経った二年経ったとか、あるいは奥さんやご主人亡くして半年とか一年経ったとか、がん患者さんから「がんの専門家でもこれだけ苦しいんだったら私ももうちょっと頑張ってみようと思う。」とかポジティブなご意見を頂いたり、取材も受けましたし、この内容はNHKハイビジョンで私の役を國村隼さんという俳優がやって妻の役を市毛良枝さんがやってドラマ化されたり、本当に人生が一変して今もなおこうやって講演に呼ばれることがあります。

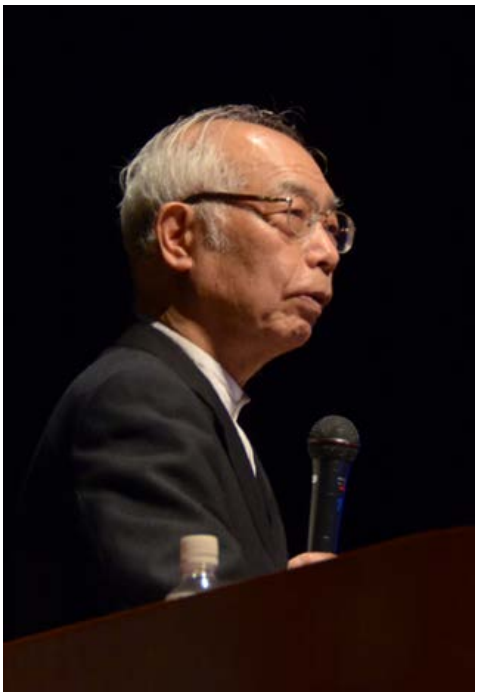
<< 前ページへ　　次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

垣添 忠生氏の講演（3）

人生観の変化

昨年12月で妻が亡くなって丸8年になりました。この悲しみは永遠に消えませんがこの悲しみを抱いたまま生きる術は確実に身につけ始めたと思います。
私はがんの臨床家を40年やり若い頃は研究所で基礎研究も15年間夢中でやりました。私自身も大腸がんと腎臓がんの経験者です。がん患者の家族であり遺族であり、国立がんセンターの病院長・総長、今は日本対がん協会会長として国のがん対策に20年間積極的に関与しています。
私はこの経験を私が生きている限り、がん検診の受診率を上げること、がん登録（法整備されて今年の1月から国のがん登録がスタート）、在宅医療を希望する人に届ける体制の整備、グリーフケアを希望する人に届ける体制の整備をなんとか実現したいと願っています。



妻が亡くなってから私の人生観が変わりました。亡くなる5、6年前に一緒に遺言書を作りました。公正証書にしてあります。妻が亡くなったら彼女の遺産は私が引き継いで、私が死んだら遺産は日本対がん協会に全額寄付するということで、公正証書にして銀行に預けてあります。妻が亡くなってから死が怖くなくなって、北海道の釧路川のかなり危険な白波のところを突っ込んでいくという大変危険なところがありますが死んでもしょうがないということであまり動揺しないですし、阪神淡路大震災の揺れを体験する施設が淡路島にあるんですがすごい揺れで机にしがみついているしかないのですが死んでもしょうがないなあと思うだけで死が怖くなくなりました。私も自分が死んだら葬儀は要りませんしお墓も要りませんし、骨は妻の骨と一緒にしてもらって奥日光に散骨してもらおうと思っています。遺品は信頼できる管理会社に任せようと考えています。私も在宅で死にたいと思いますし点滴もなくていいですし枯れ木が倒れるように即身仏のように死にたい、この世から跡形もなく消え去りたいと思っているのですが、私の弟に言わせるとそんなわけにもいかないだろうと言ってますが、そう望んでいます。

「妻を看取る日」という本に対する読者の反応があまりに強かったので「悲しみの中にいる、あなたへの処方箋」という本を書きまして、その終わりに書いているのですが、「妻を見送る体験を経て、わたしは自分の死についても思いを馳せるようになりました。いつ

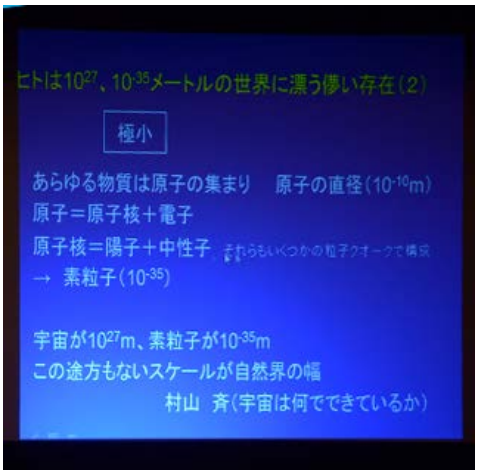
か自分が旅立つときがきたら、わたしは自分の骨を、妻の遺骨の一部とともに奥日光の森閑とした湖畔に撒いてもらいたいと思い、その準備をしているところです。粉々になった骨は土に紛れ、春には野草の芽吹きに押しのけられながら、陽光のぬくもりに包まれるでしょう。夏の嵐に洗われ、錦繍の絨毯に抱かれ、純白の深雪にに清められー。」と書いてますが本当にそう思ってます。

陶淵明という中国の有名な詩人がいましたがこの人はすごい酒飲みだったそうですけど、「千秋 万歳の後 たれか知る 栄と辱とを 恨むらくは 世にありしとき 酒を呑むこと 足るを得ざりしを」〈何が損か得かも知らぬし、何が是か非かもおぼえがない、千年も万年もの後に、栄誉だの恥辱だのということをだれが知ることができようぞ、今になって恨めしくおもはれるたった一つの事は、自分がまだ世に生きていたとき十分に酒が飲めなかつたということだ〉という詩や、オマル・ハイヤームの「ないものにも掌の中の風があり、あるものには崩壊と不足しかない。ないかと思えば、すべてのものがあり、あるかと見れば、すべてのものがない。」というような表妙とした人生観というのは私の人生観にぴったりとした感じがします。般若心経に「色即是空 空即是色」という言葉があります。かたちあるものはすべて無、ということだそうですが、非常に私にぴったりきます。

ヒトは10^{27},10^{-35}メートルの世界に漂う儚い存在

最後に「ヒトは10の27乗,10のマイナス35乗メートルの世界に漂う儚い存在」という話をします。

この世で最大のものは宇宙で最小のものは素粒子です。人間の身長を1～2メートルとすると、この世で最大の宇宙が10の27乗メートル、この世で最小の素粒子は10のマイナス35乗メートル。人間はこのような途方もない自然界のスケールの中に漂う儚い弱々しい存在に見えます。しかしヒトは60兆個の細胞で構成されていて身体の中のすべてのDNAをつなぎ合わせると太陽と地球を300往復する距離になり、その遺伝子構成は一人一人違います。儚く弱々しい存在に見える私たちは実は一人一人個性を持った強靭な存在であるということが分かります。



人というのは、エベレスト登頂を成し遂げたと思えば次は月にいく。逆に海底奥深くに行ったりもする。

ある入院生活で体中管だらけのもう先がないと思われていた患者さんが「もう少し生きたい」と望み頑張って、口腔ケアをして食事を食べてリハビリしたらすごく元気になりました。

このように、弱く見える人ですがしっかり決意をすると大きな達成につながります。

私はがん経験者を特別視しない社会の実現を目指して活動をしています。

がん経験者は肉体的にも精神的にも社会的にも何重にも傷つきやすい存在です。
がん経験者が、がんになる以前と同じ様な生活を気負いなく営める社会が成熟社会に求められていると思います。

情報が大切な時代です。
正しい情報に基づいて正しい判断をし、正しい行動に繋がることが、がん対策においても重要だ、ということを申し上げまして講演を終わらせて頂きます。
長時間有り難うございました。

大阪南医療センター 森下 まり子 看護部長より花束の贈呈

＜垣添 忠生先生 著書＞
妻を看取る日 -国立がんセンター名誉総長の喪失と再生の記録-
悲しみの中にいる、あなたへの処方箋

<< 前ページへ

次ページへ >>

- がん診療アップデート会場
- 開講の挨拶
- 吉村 一宏 先生の講演
- 江口 剛 先生の講演
- 工藤 慶太 先生の講演
- 肱岡 泰三 先生の講演
- 垣添 忠生氏の講演（1）
- 垣添 忠生氏の講演（2）
- 垣添 忠生氏の講演（3）
- 閉講の挨拶

閉講の挨拶

「一番大切なことは「がん検診を受けること」です。がんは早く見つければ治ります。」

大阪南医療センター　がん診療連携総括部長　堀内　哲也

本日は第17回がん診療アップデートにご参加頂きまして誠に有り難うございました。
先程ご講演頂きました垣添先生、当センターから3名、近大から1名にご講演いただきました。
皆さんご参考になりましたでしょうか？

私は垣添先生のお話しを聞き、医療従事者としてもとても感銘を受けました。

本日の講演からも分かりますが、今は二人に一人ががんになる時代でして以前から厚生労働省も把握しています。
平成14年から、がんの治療ができるような病院を日本全国で設備いたしました。それが「がん診療連携拠点病院」です。

その後がん対策を推進し平成19年から10年間でがん患者を10%減らそうと考えましたが、見ての通りがんは減らない状況です。
そこで今年から厚生労働省を中心にがん診療連携拠点病院もそれをやりなさいということで、
〇がんの予防
〇がんの治療
〇がんとの共生
という3つの柱で推進していこうとなりました。

がんの予防というのは、がんの検診率向上を目指すとともに、肝炎対策、タバコ対策、さらに今後大人になる子供たちにがんの教育をおこなっていくというのが目標となっています。
がんの治療は、がん患者さんの適切な標準的治療を確立させる。
がんとの共生は、先程の垣添先生のお話しでありましたが、がんになった方たちの就労支援がまだまだ出来ていないので、国・市町村・がん診療拠点病院はがん患者さんへの就労支援をして、がん患者さんががんと共生できるようにするということを推進しています。
本日来て頂きました皆様にとって一番大切なことは「がん検診を受けること」です。がんは早く見つければ治ります。
本日は長時間にわたりご聴講いただき本当に有り難うございました。

<< 前ページへ