がん県民公開セミナー

ｉｎ つくば

日時：平成 26 年 12 月 13 日（土）
13：30 ～ 16：00

場所：つくば国際会議場

プ　ロ　グ　ラ　ム

協議会会長　永井先生あいさつ

１３：３０　開　会

１３：３０～１３：３５　あいさつ
茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院　病院長　永井　秀雄

１３：３５～１５：１０　講　演
司　会　　東京医科大学茨城医療センター　病院長
松﨑　靖司　先生

講演１（13:35 ～ 13:55）
テーマ　「がんとは何か」
講　師　　東京医科大学茨城医療センター　乳腺科　教授
藤森　実　先生

講演２（13:55 ～ 14:15）
テーマ　「最新のがん治療」
講　師　　筑波大学医学医療系　消化器外科　准教授
村田　聡一郎　先生

講演３（14:15 ～ 14:35）
テーマ　「緩和ケア」
講　師　　筑波メディカルセンター病院　副院長
志眞　泰夫　先生

休　憩（14:35～14:45）ご質問シート回収（１回目）

会場の様子

講演４（14:45 ～ 14:55）
テーマ　「がんを体験して
～患者の立場から～」
講　師　　八重樫　眞人　先生

講演５（14:55 ～ 15:05）
テーマ　「がんを体験して
～家族の立場から～」
講　師　　古徳　利光　先生

１５：０５～１５：１０　ステージ変更・ご質問シート回収（２回目）

１５：１０～１６：００　質疑応答
司　会　　東京医科大学茨城医療センター　病院長　松﨑　靖司　先生
パネリスト　東京医科大学茨城医療センター　乳腺科　教授　藤森　実　先生
（順不同）　筑波大学医学医療系　消化器外科　准教授　村田　聡一郎　先生
筑波メディカルセンター病院　副院長　志眞　泰夫　先生
八重樫　眞人　先生
古徳　利光　先生
土浦協同病院　看護師長　松本　俊子　先生
茨城県薬剤師会地域医療委員　坂本　岳志　先生

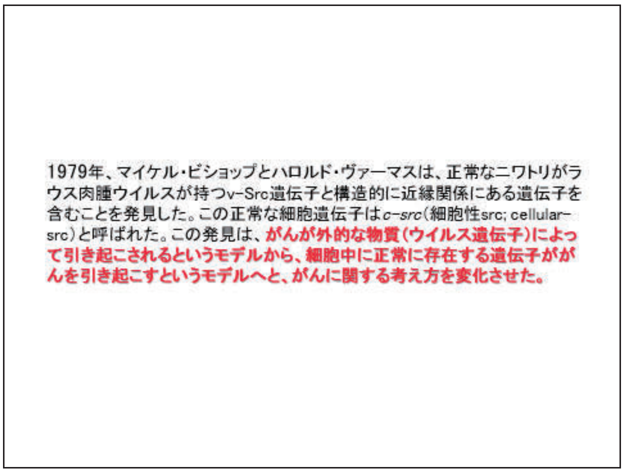
１６：００　閉　会

【講演１】

がんとは何か

東京医科大学茨城医療センター
乳腺科教授
藤森　実　先生

では、最初にがんとは何かということで、講演をさせていただきます。非常に大きな話でして、がんとは何か、いまだに世界中で、きょう今も一線の科学者たちが研究していて、なおかつなかなかわからない問題でありますけれども、きょうは今までわかっていることを簡単にご説明できればと思います。



スライド１

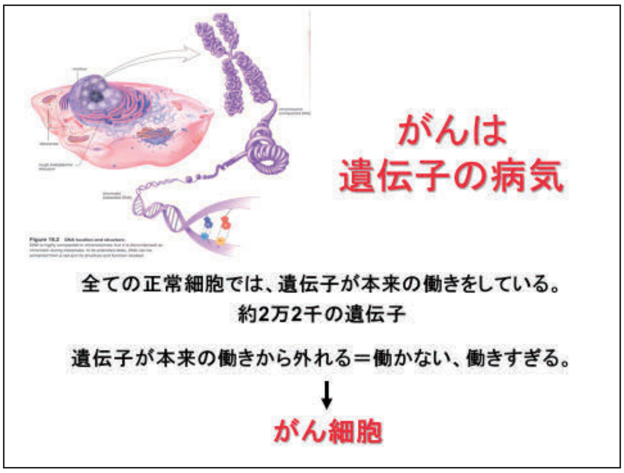
【スライド１】

一つのきっかけは、1979 年にマイケル・ビショップとハロルド・ヴァーマスという人が発見した話だと思います。ここからがんとは何かという研究が大分変わったと思います。基本的にどういうことかというと、がんは外的な物質によって引き起こされるというよりも、がんを引き起こす遺伝子そのものが正常なニワトリにもあることがわかった、これでこの二人はノーベル賞を取っているわけです。これは何を意味するかといいますと、実は、がんは我々がいつも体中に持っている正常細胞ががん細胞になるということです。

スライド２

【スライド２】

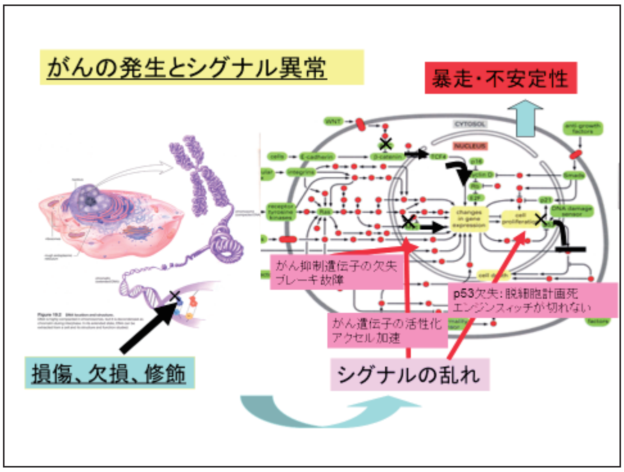
皆様の中にはきょう朝目玉焼きを食べた方もいらっしゃるかと思いますが、これは１個の細胞です。１個の細胞なのですが、我々の体は約 60 兆のこういう細胞でできあがっています。もともとは、生まれるときは受精卵、最初に人間ができるときも１個の細胞なのですが、その細胞がどんどん分かれて、頭のてっぺんの細胞は頭のてっぺん、胃の細胞は胃の細胞というふうに、それぞれ分化して全体で人間の体になるわけです。その約 60 兆の細胞があるのですが、この正常の細胞のどこか一つ、あるいは一集団ががん細胞に変わる、これががんの本質であります。



スライド３

【スライド３】

では、なぜ正常な細胞ががん細胞に変わってしまうかといいますと、実はがんは遺伝子の病気です。遺伝子とは何かといいますと、この目玉焼きみたいな一つの細胞の目玉に核というものがあるのですが、この核の中にムニュムニュと曲がっているような染色体というものがあって、それがＤＮＡというものなのです。すべての正常な細胞の中に遺伝子が入っています。働いている遺伝子は 10 万くらいあったかと思われていたのですけれども、最近の研究では２万 2,000 ぐらいの遺伝子がいろいろな働きをしているとわかったのですが、これが本来の働きから外れる、要するに、働けなくなってしまったり、逆に本来の働きよりも働きすぎてしまったり、これががんの本質的な原因です。正常に働くべき遺伝子が働かなくなったり、働きすぎてしまったりしてがん細胞になる。これががんの最初の原因ということになります。



スライド４

【スライド４】

つまり、こういう正常な細胞の中にある遺伝子に、いろいろな損傷とか欠損とか起こることで、この目玉焼きの黄身と白身の中でいろいろ正常に行われているシグナルが乱れていって、細胞が暴走していく。これががんの原因であります。

何故そんなことが起こるかというと、全ての原因は正常な遺伝子に傷がついたりすることです。この傷がつく原因は、紫外線をいつも浴びているとか、あるいは最近はっきりしているたばことか、たばこをいっぱい吸っているとこういう遺伝子に傷がつく。それがすべてのがんの始まりということになります。

スライド５

【スライド５】

正常な働きをしている正常な細胞の遺伝子の中に、がんをとめる、がん化をブレーキする遺伝子があるのですが、この遺伝子が先ほど申しました紫外線、あるいはたばことか、アルコールとか、そういうもので壊れていくとブレーキが効かなくなる。それが一つのがんの原因です。

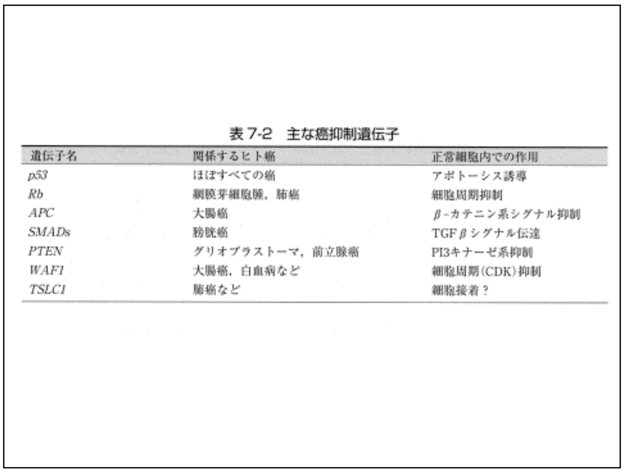


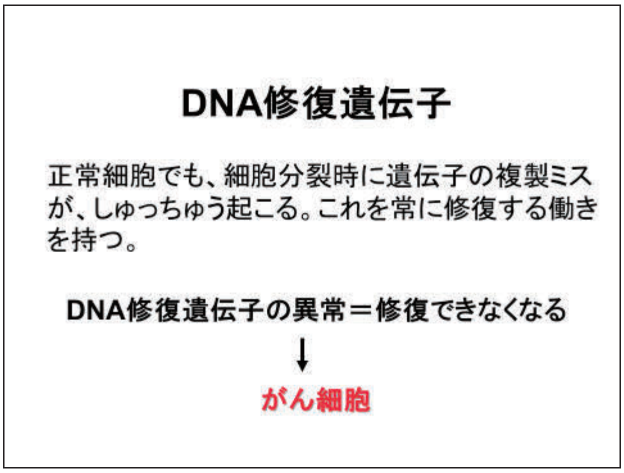
表7-2　主な癌抑制遺伝子

遺伝子名	関係するヒト癌	正常細胞内での作用
p53	ほぼすべての癌	アポトーシス誘導
Rb	網膜芽細胞腫，肺癌	細胞周期抑制
APC	大腸癌	β-カテニン系シグナル抑制
SMADs	膀胱癌	TGFβシグナル伝達
PTEN	グリオブラストーマ，前立腺癌	PI3キナーゼ系抑制
WAF1	大腸癌，白血病など	細胞周期(CDK)抑制
TSLC1	肺癌など	細胞接着？

スライド６

【スライド６】

例えば、いろいろながんで関係しているがん抑制遺伝子がわかっていますが、その中で代表的なｐ５３はほぼすべてのがんで関係している遺伝子で、この遺伝子が働かなくなってしまったことでがんになることがわかっております。

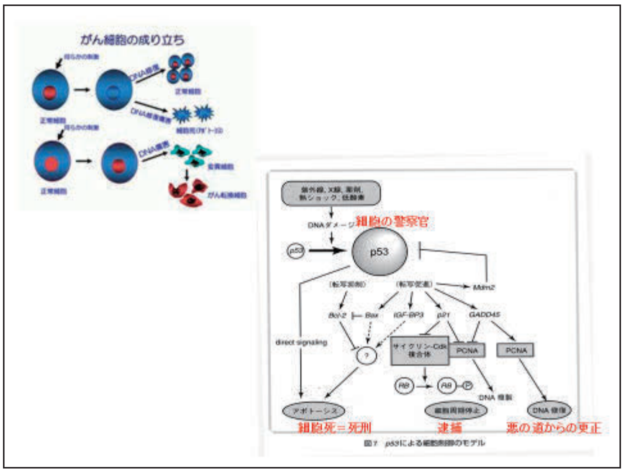


スライド７

【スライド７】

またもう一つ、重要なのが先ほど申しましたように、どんな人でもいつも外を歩けば紫外線を浴びますし、たばこを吸っている方はもちろんですが、吸ってない方も他人が吸っているたばこの煙を吸ってしまったりするということで、我々正常細胞でも毎日生きている間に遺伝子に傷がついたり、細胞分裂時に複製ミスが起こったり、そういう遺伝子の傷は必ずできます。

ところが、正常な我々の細胞はその傷を治す役目の遺伝子もあります。ところが、傷を治す役目の遺伝子がだめになる、異常になると修復ができなくなる。これによってがんができる。これもがんの大きな原因の一つであります。



スライド８

【スライド８】

すなわち、例えば正常な細胞であれば、紫外線その他たばこでＤＮＡというか、遺伝子に傷がついてもそれを修復して正常細胞に戻したり、あるいは修復できなければ、その細胞は自動的に殺してしまったりとか、そういう防御の機能を我々は正常に持っております。

ところが、先ほど言いましたｐ５３というがんを抑制する遺伝子が傷ついてだめになってしまうとどうなるかというと、この遺伝子は実は細胞の中のおまわりさんだと思っていただければいいのですけれども、紫外線とか、いろいろなもので細胞のＤＮＡに傷がついたときに、初めて警察官が大きく出てきまして、細胞が分裂するのをとめる、要するに、逮捕してしまう。逮捕して修復するのを待つ、つまり、逮捕して悪の道から更生するように働く。あるいは、更生できないようなものは即殺してしまうということで、悪い細胞がどんどんふえるのを抑えているのが細胞の警察官であるｐ５３ということになるのです。この重要ながん抑制遺伝子自体が壊れてしまう。これ自体が壊れてしまうと、変な格好をした細胞がどんどんふえてしまって、これががんの原因になります。すなわち、正常な細胞では、しっかり働いているべきがんのブレーキが働かなくなる、これががんの原因であります。

正常な遺伝子が働かなくなる。

スライド９

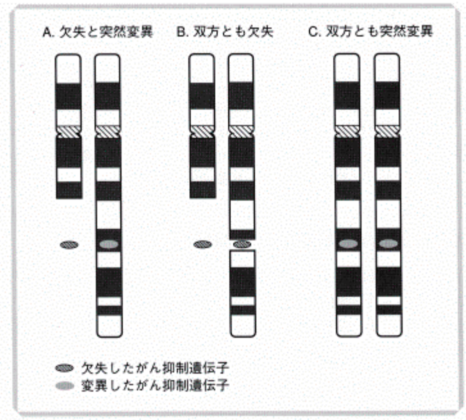


図3　2段階変異による不活性化

スライド１０

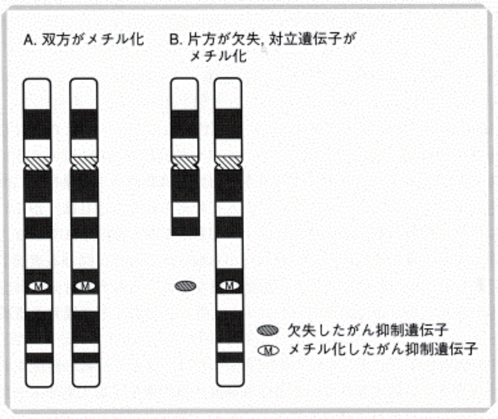


図4　メチル化による不活性化

スライド１１

【スライド９・１０・１１】

正常な遺伝子が働かなくなる、どんな形で働かなくなるかといいますと、私たちの体はお父さんとお母さんから一個ずつ、一対の遺伝子をもらっていますが、この一対の遺伝子が２段階変異といいまして、一個がだめになったところが、たまたま両方だめになるという形で、その重要ながんのブレーキの遺伝子がだめになることががんにつながるということです。

がん遺伝子

がん化のアクセル

スライド１２

【スライド１２】

それから、もう一つ重要なのは、ブレーキでなくて、アクセルというものがあります。このアクセルはもともと細胞が分裂して僕らが毎日生きていくためにも必要な遺伝子なのですが、このアクセルがふかされすぎることによってがんになってしまうことがわかっております。

表7-1　ヒトの癌における活性化癌遺伝子

癌の種類		癌遺伝子 ras	erbB-2	EGFR	myc群	その他
固形癌	膠芽腫	−	−	＋＋[a]	＋	
	乳癌	＋/−	＋＋/＋			サイクリンD1
	甲状腺癌	＋＋				ret, trk
	肺癌（腺癌）	＋＋	−	＋	−	
	（小細胞癌）	−			＋＋	
	食道癌	−		＋		サイクリンD1
	胃癌（低分子型）	−	−	＋/−	＋/−	K-sam（FGFR）
	（高分子型）	−	＋			
	肝癌	＋				HBV, HCV
	膵癌	＋＋＋				
	大腸癌	＋＋	−		＋/−	
	子宮癌	＋/−				HPV
	卵巣癌	−	＋/−			
	腎癌	＋	＋/−			
	神経芽細胞腫	−	−		＋＋[b]	
白血病・リンパ腫	急性骨髄性白血病	＋	−			レチノイン酸受容体 AML1, FLT3
	慢性骨髄性白血病	＋/−	−			abl
	リンパ腫				＋＋＋	サイクリンD1, bcl-2, ALL1

＋/−：＜10％，＋：10～20％，＋＋：20～50％，＋＋＋：＞50％．rasは点突然変異，erbB-2，EGFR（EGF受容体），mycは遺伝子増幅（ただし，リンパ腫のmycは転座による活性化）．a：構造異常を伴う増幅例がしばしば認められる．b：N-mycの増幅．HBV：B型肝炎ウイルス．HCV：C型肝炎ウイルス．HPV：ヒトパピローマウイルス

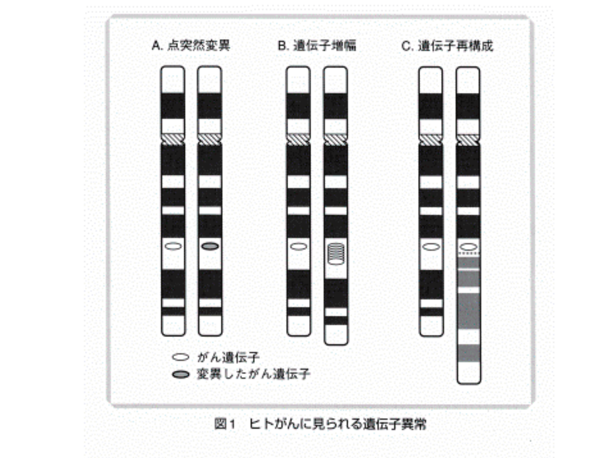
スライド１３

【スライド１３】

もともとうまく制御されて働くべき遺伝子が活性化ということは、働きすぎてしまうことによって起こってくる、そういう遺伝子はがん遺伝子といいますけれども、そういうものもわかってきております。つまり、この場合は正常な遺伝子が働きすぎるということになります。

正常な遺伝子が働きすぎる。

スライド１４



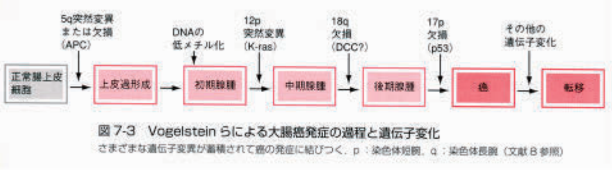
スライド１５

正常細胞が癌細胞になる

スライド１６

【スライド１４・１５・１６】

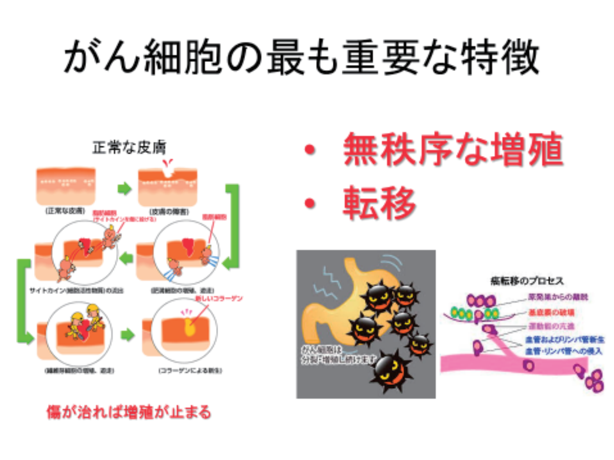
これもやはり、お父さん、お母さんから一つずつもらった遺伝子の片方が変異したり、ふえすぎたり、変な形になったりして働きすぎてしまう。これががんの原因であります。すなわち、このようながんをとめるべき遺伝子、あるいはちゃんと制御されるべきアクセルの遺伝子のブレーキがだめになって、アクセルがふかされすぎることによって、それが積み重なって正常細胞ががん細胞に変わるというのががんの本質だとわかってきました。



スライド１７

【スライド１７】

例えば、これは大腸がんの例ですが、正常な大腸がんがここにあるような、いろいろな遺伝子の変異が一つ、二つ、三つ、四つ、五つと、どんどん積み重なっていくことによって良性のしこりから悪性のがんになって、最終的に転移するような悪性度の高いがんに変わっていくことがわかっております。すなわち、もともとある正常な遺伝子が一個一個壊されていくことでどんどんがんに変わっていくということです。これががんの原因だということが最近わかったことであります。

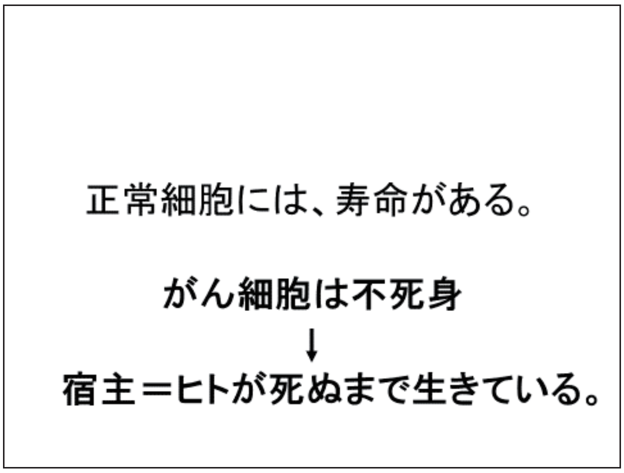


スライド１８

【スライド１８】

がん細胞の最も重要な特徴は何かを考えますと、これは二つに集約されます。どういうことかといいますと、例えば正常な皮膚に傷がつきますと、この傷を修復しなければいけませんから、いろいろなものが働いて、いろいろなシグナルが働いて、ここを埋めるように細胞が増殖します。ここを埋めるように増殖して傷がふさがり、傷が治れば増殖がとまります。これが正常な細胞の働きなのです。これががん細胞はどうなるかというと、傷が治れば増殖もとまるようなシグナル自体が壊されておりますから、無秩序、要するに、勝手にどんどんふえてしまう。例えば、ここで傷が治った時点でとまるのではなくて、勝手にふえてしまうわけですから、どんどん膨らんで大きなしこりになってしまう、そんな形になります。

それともう一つ、決定的に大きな特徴としましては、転移があります。転移は、例えば胃にできた細胞が肝臓とか肺に行ってどんどんしこりをつくるということです。本来、先ほど申しましたように、人間の体ももともとは一個の細胞なのです。それがどんどんふえて 60 兆個の細胞になったときには、おでこの細胞はおでこで、足の爪の細胞は足の爪で、胃の中の細胞は胃の中の細胞と役割がしっかり決まっていますから、その細胞はほかのところに行って生きていることができないようにプログラムされておるわけです。がん細胞はそういうルールさえも無視されるものになってしまっておりますから、これが大きくなって血管の中へ入ると、血流に乗って自由にほかの所に行って、肺や肝臓とか、そういう所に住みついて勝手に大きくなってしまう、それが転移という問題です。



スライド１９

【スライド１９】

どうしてこれが一番大きな問題かというと、最終的にこれによって人自体、その人間自体の生命を奪ってしまうところに大きな問題があります。なぜそんな問題になっているか。実は、我々の正常細胞には寿命があります。我々も、きのうの私ときょうの私は実は別物で、細胞はいつも生まれ変わっています。お風呂に入るとあかが落ちますし、そういう形で新しい細胞ができて、古い細胞はどんどん死んでいるのです。ところが、がん細胞はある意味不死身です。不死身ということはどういうことかというと、その宿主、人が死ぬまでがん細胞は生きていると。これが大きな問題です。

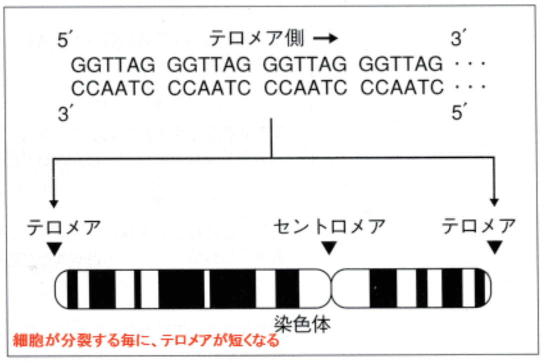


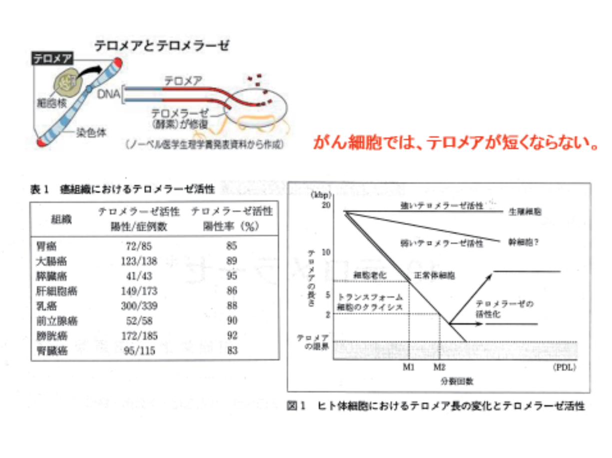
図１　テロメアの DNA 構造

スライド２０

【スライド２０】

正常細胞はどうなっているかというと、先ほどの卵の黄身の中にありました染色体というもの、この中に遺伝子が詰まっているのですが、細胞が分裂するときはこの染色体がそっくり同じに複

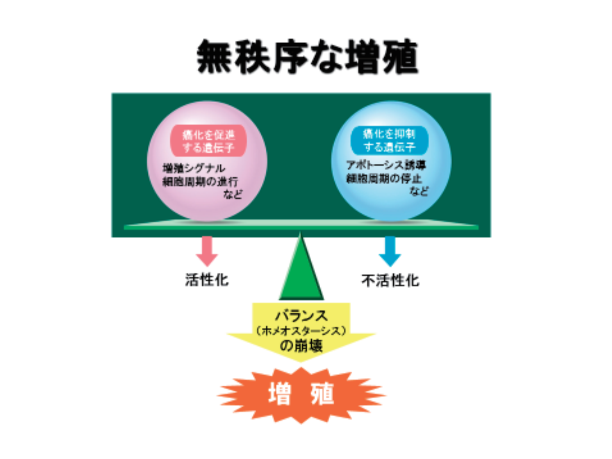
製されます。複製されて新しいものができて、古い細胞は死んでいくから新陳代謝して我々は生きていくのですが、実は、この染色体は複製されるときにここからコピーを取っていくわけです。これとそっくり同じようにコピーを取って、もう一本この染色体をつくるのですけれども、コピーし始めるためには一番先端からコピーが始まるものですから、実は細胞分裂するたびに一番端っこが欠けていくのです。正常な細胞では細胞が分裂するごとに、端がどんどん短くなっていく。



スライド２１

【スライド２１】

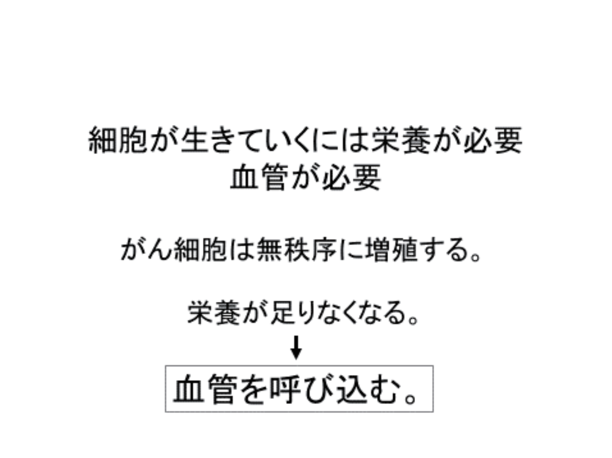
結果的に、正常細胞は何回か分裂していくと、それ以上分裂できない。これで我々人間は 1,000 年も生きられないようにできているわけです。ところががん細胞は勝手に染色体の一番端っこのテロメアというところを伸ばしてしまう酵素、テロメラーゼといいますけれども、この酵素でテロメアが短くなるのを防いでいる。この酵素活性を見ますと、あらゆるがんで非常に高いことがわかっています。ですから、がん細胞は何回分裂してもこういうふうにテロメアが短くならないということで、ある意味不死身。ですから、がん細胞は自分がもともといた胃とか、あるいは乳がんだったら乳腺とか、そういう所でない所でも勝手にどこかへ行って生きることができますし、さらに不死身でどんどん大きくなることができますので、最終的にその人間が死ぬまで生きているということが一番大きな問題、それががん細胞の本質かと思われます。



スライド２２

【スライド２２】

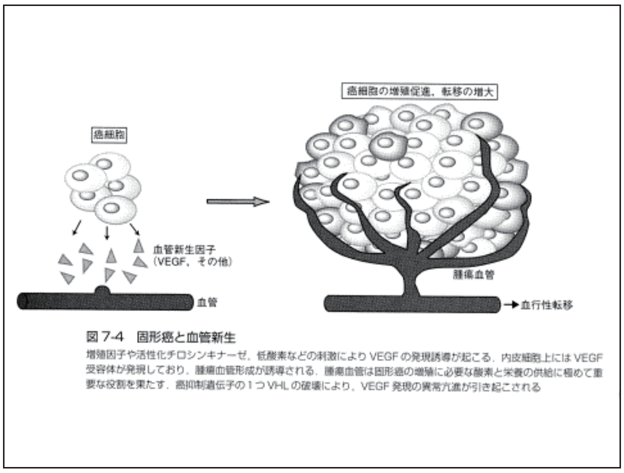
つまり、がん化を促進する、いわゆるがん化のアクセル、促進する遺伝子がどんどん活性化していて、がん化を抑えるべく働く遺伝子、ブレーキ役がだめになっているということで、このバランスが非常に狂うことでどんどん増殖することになります。



スライド２３

【スライド２３】

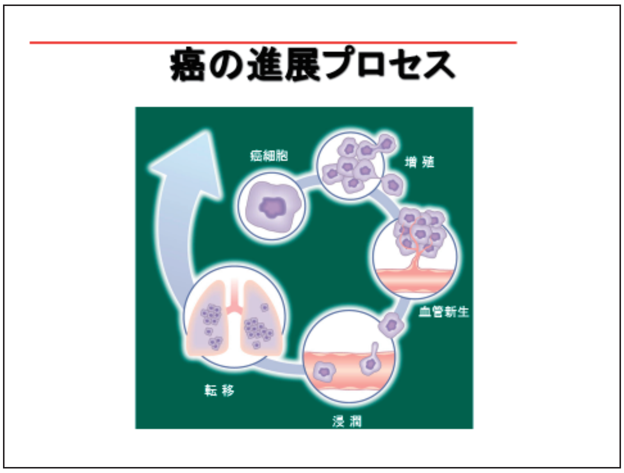
さらに、がん細胞のもっと頭のいいところは、どんどん大きくなりますと、細胞は栄養が必要で、血管が必要になります。がん細胞は次々増殖するので栄養が足りなくなるのですけれども、そうなるとがんはなんと血管を呼び込むような血管新生作用まで持っています。



スライド２４

【スライド２４】

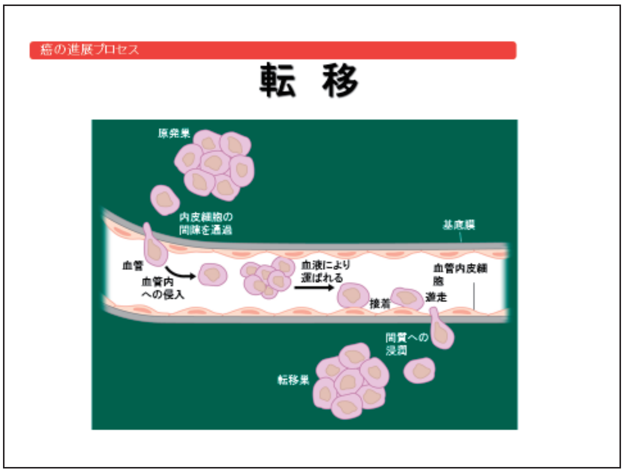
つまり、ある程度がんが大きくなると、血管新生因子といいまして、血管を呼び込むような因子を出して、血管新生させる働きを持っています。



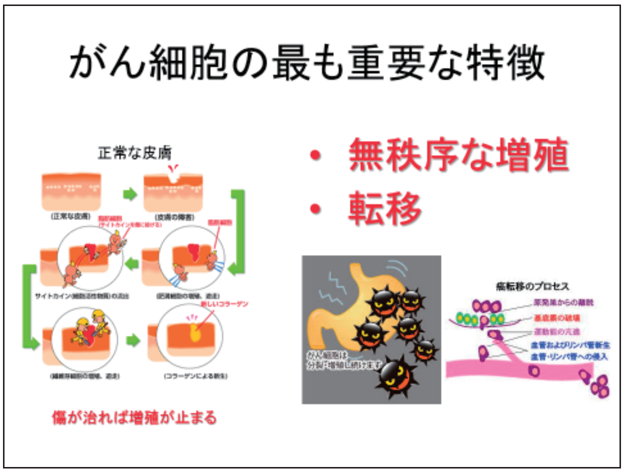
スライド２５

【スライド２５】

すなわち、がん細胞が増殖すると、血管を新生させて、それによってまた転移を起こす、これががんの性質になります。



スライド２６

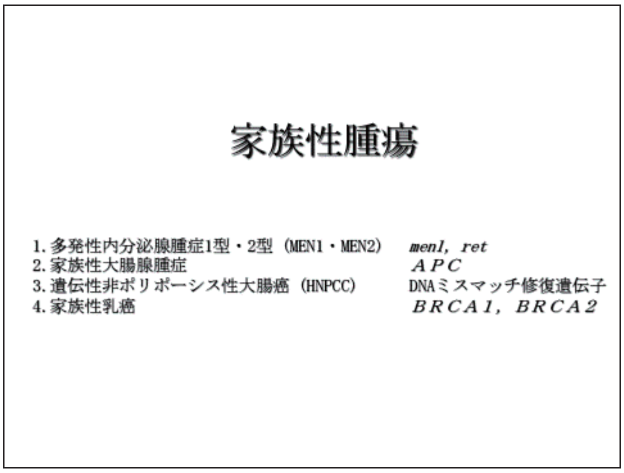


スライド２７

【スライド２６・２７】

転移、すなわち、もともとあった胃とか乳腺とかから血管侵襲して、勝手に違う所で大きくなっていくことです。

ということで、繰り返しになりますが、がん細胞の最も重要な特徴は、無秩序に勝手にどんどん増殖することと、転移をするということになります。これががん細胞の最も重要な特徴です。

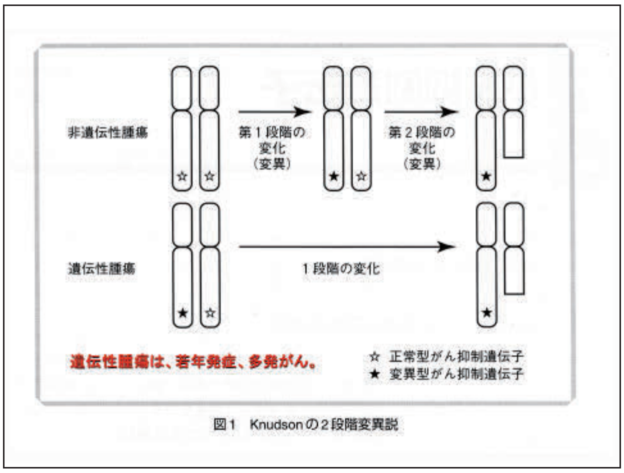


スライド２８

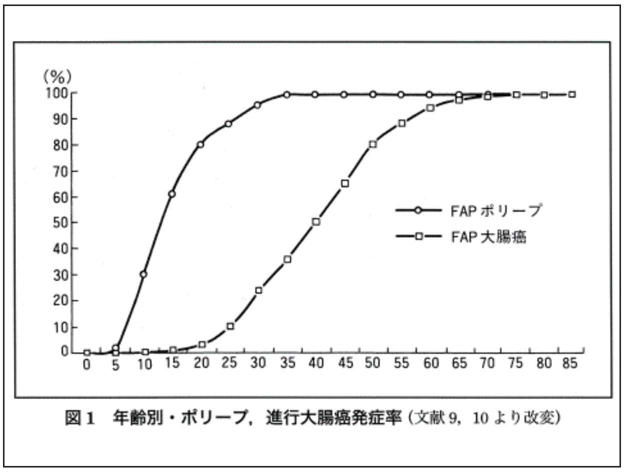
スライド２９

【スライド２８・２９】

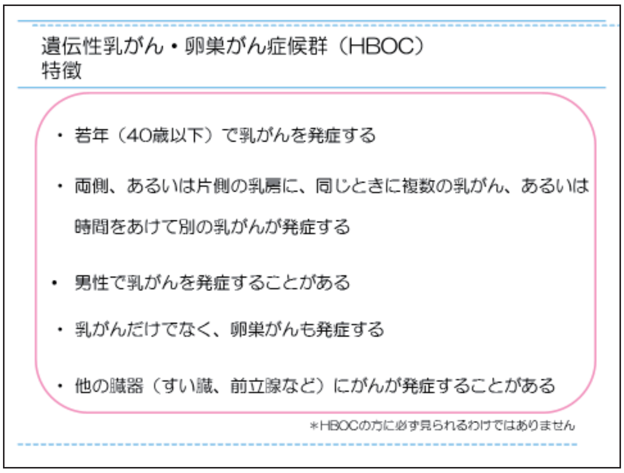
最後にもう一つ、家族性腫瘍というものがあります。これは去年、女優さんの乳房予防切除で有名になったと思います。一般のがんは遺伝子が原因といっても、完全に一人の人間になって完成された細胞の中での遺伝子の問題なので、遺伝とは普通は関係ないのですが、全がんの人の５％ぐらいから 10％ぐらいの人は、母親、父親から遺伝するがんもあるということは知っておいていただきたいと思います。



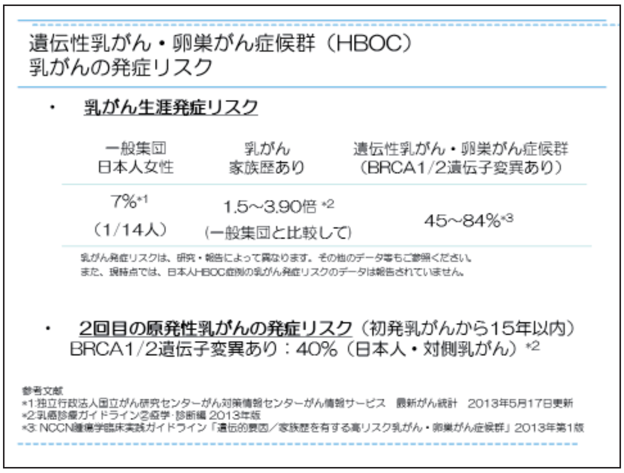
スライド３０



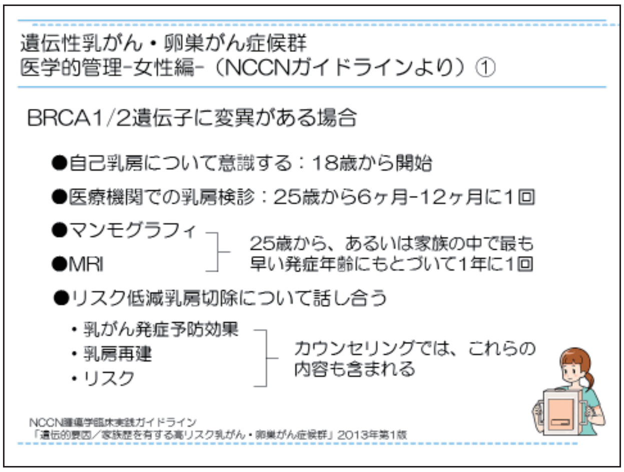
スライド３１



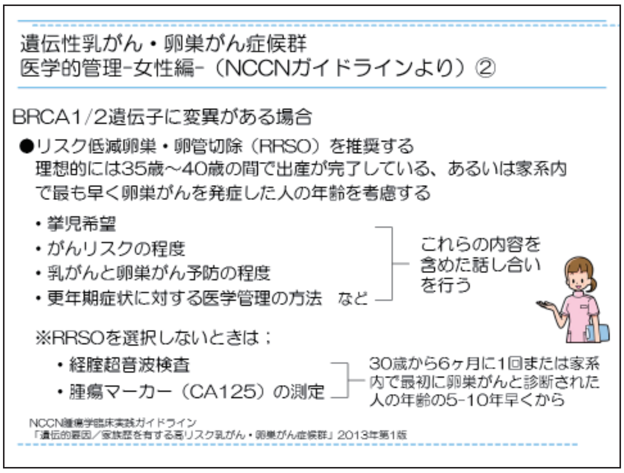
スライド３２



スライド３３



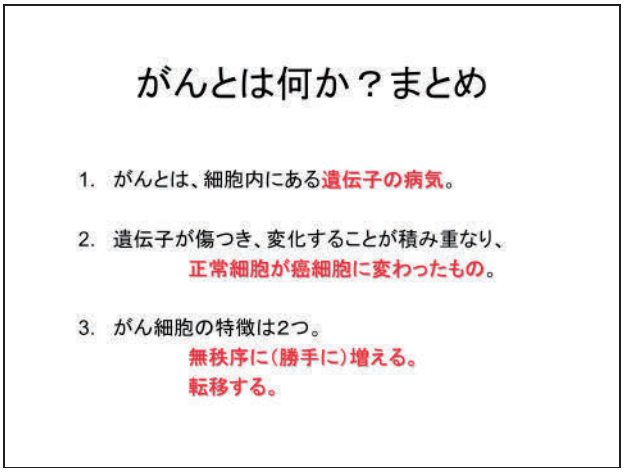
スライド３４



スライド３５

【スライド３０～３５】

その一つの特徴としましては、一般のがんは父親、母親からもらった一対の遺伝子が一個ずつ欠けていくわけですが、遺伝性腫瘍の場合は最初から一つが壊れているので、若くしてがんになるということと、多発してくるということがあります。例えば乳がんの場合、一般的には 14 人に１人ですが、遺伝性のがんの患者さんはその遺伝子異常を受け継ぎますと、発症する確率がこんなに高くなるということで、遺伝性がんも頻度は低いですが、最近は問題になって、これからそういうものにも取り組んでいかなければいけないということになります。



スライド３６

【スライド３６】

まとめですけれども、繰り返しですが、がんとは細胞内にある正常な細胞内になる遺伝子の病気であって、遺伝子が傷つき、変化することが積み重なって正常細胞ががん細胞に変わったもの。その細胞の特徴は二つに集約されます。無秩序に、勝手にどこへ行ってもふえることと、転移してどこでも大きくなる、これが大きな二つの問題で、がんが患者さんを苦しめる大きな原因になっております。

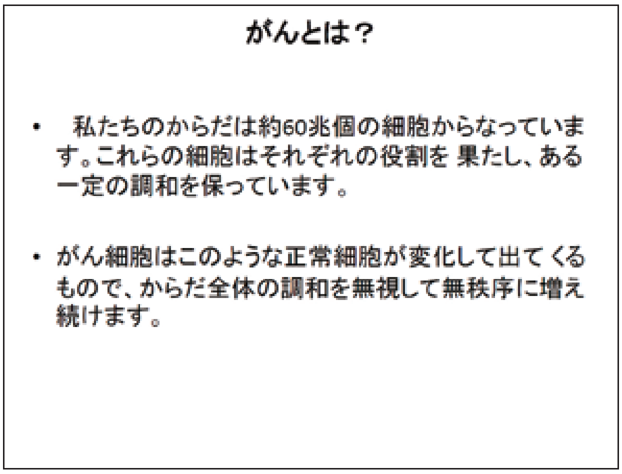
ご清聴どうもありがとうございました。

【講演２】

最新のがん治療

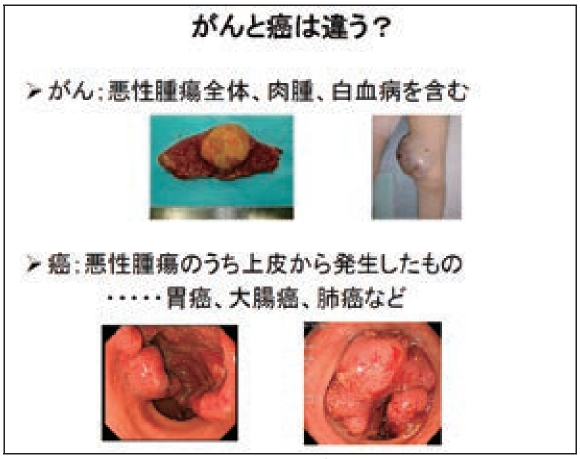
筑波大学医学医療系　消化器外科准教授
(現在)横浜市立大学大学院医学研究科
臓器再生医学　准教授
村田　聡一郎　先生

最新のがん治療ということで、非常に範囲が広いのですけれども、特に消化器系のがんを中心としたお話になるかと思いますが、よろしくお願いします。



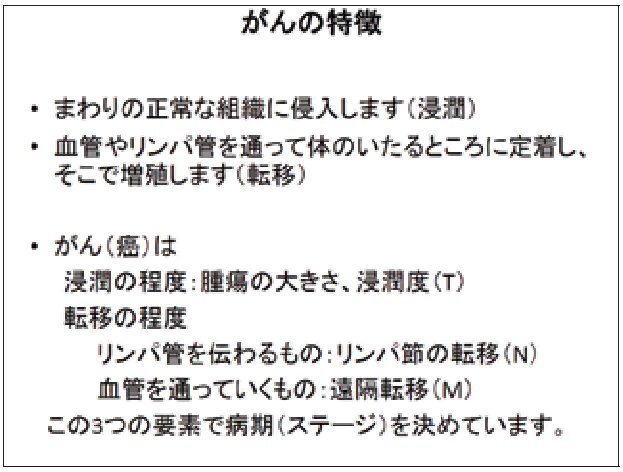
スライド１

【スライド１】
先ほどの藤森先生のご講演にありましたように、がんは正常な細胞が変化して、体全体の調和を無視して勝手にふえていくのが大きな特徴です。



スライド２

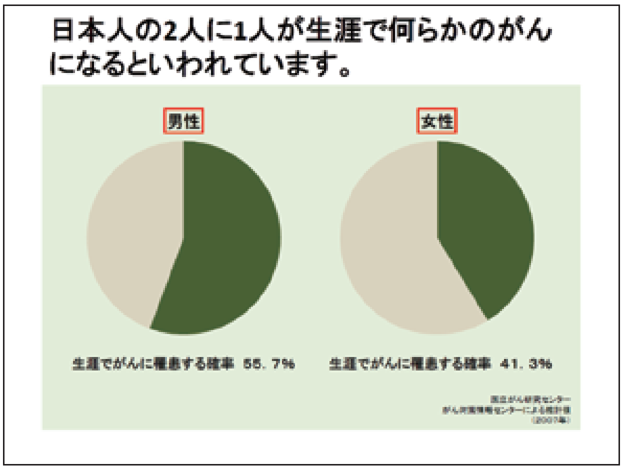
【スライド２】
ここで、ひらがなの「がん」と漢字の「癌」はよく出てくるかと思います。大体大きな違いはないのですけれども、ひらがなのがんは悪性腫瘍全体を指していることが多いと思います。悪性腫瘍の中には、漢字の癌のほかにも、肉腫とか、白血病という血液の癌も全部含まれていると考えてください。
漢字の癌は、悪性腫瘍のうち上皮から発生したものを特に漢字の癌であらわしています。具体的には胃癌、大腸癌、肺癌などがそれに相当します。



スライド３

【スライド３】
こちらも今の藤森先生のご講演にありましたけれども、がんの特徴が幾つかありまして、かいつまんでお話しすると、周りの正常な組織に侵入する浸潤ということです。
それから、血管やリンパ管を通って体の至るところに転移するというのが大きな特徴です。したがいまして、がんの病気の進行具合を決めるためには、浸潤の程度、これは腫瘍の大きさとか、浸潤の度合いです、それから転移の程度に関して、リンパ管を通ってリンパ節に転移するものと、血

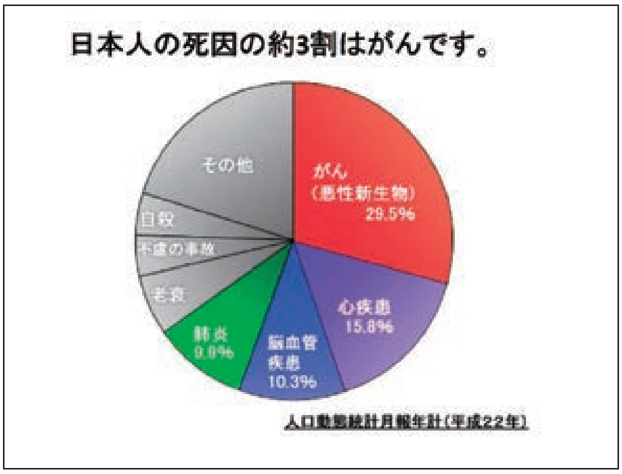
管を通って肝臓や肺や脳などに転移する遠隔転移という、この三つ、アルファベットで言うとTとNとMの三つの要素で病気の段階が決まるようになっています。



スライド４

【スライド４】

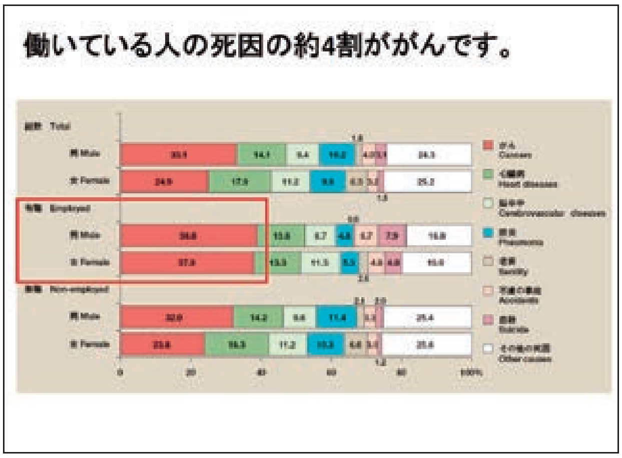
こちらはざっくりとした統計なのですけれども、日本人の二人のうち一人が将来何らかのがんになる。男性の方が若干多いといわれていますけれども、かかるといわれています。



スライド５

【スライド５】

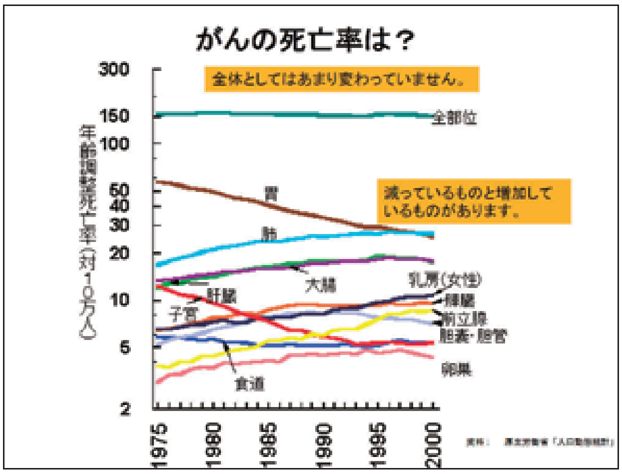
そして日本人の亡くなる原因の約３割ががんであります。



スライド６

【スライ６】

これは働いていらっしゃる方が亡くなってしまう要素の約４割近くががんなので、がんを撲滅することが社会的に非常に大事だということをよくあらわしていると思います。



スライド７

【スライド７】

がんの死亡率に関してなんですけれども、こちらは一番左が 1975 年なので約 40 年前になると思います。これは年齢調整死亡率といいまして、お年寄りになればなるほど、亡くなる可能性はどんどん高まっていますので、実際にがんになられる方はどんどん高齢化していますから、年齢のことを考えないでがんの死亡率を出すと、がんの死亡率がどんどん上がっているということになってしまいますので、年齢を調整した死亡率になります。それで見てみますと、例えば胃がんはどんどん減ってきている。肝臓の病気とか、減ってきているものもあります。また、大腸がんなどのようにじわじわと上がってきているものもあります。おしなべて全部位を取り上げてみますと、このよ

うな形で平行線という表現が当てはまってしまうかもしれません。

検診・健診で発見されたがんと有症状のがんの比較（5年生存率）

部位	検診・健診	その他（有症状）
胃	87.8%	53.5%
結腸	92.6%	63.8%
直腸	90.4%	60.2%
肺	45.8%	16.3%
乳房	92.8%	83.7%
子宮	94.1%	71.3%

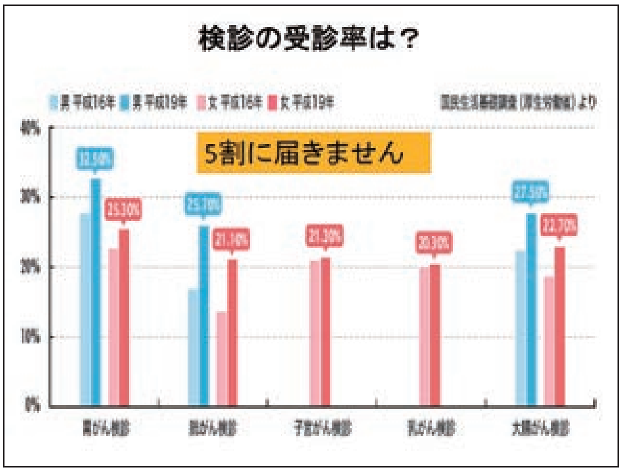
症状のないうちに検診・健診で見つかると治りやすい

スライド８

【スライド８】

ここで、本日配られています茨城県からのがんのパンフレットがあるかと思います。検診の大事さに関してお話をさせていただきたいと思います。

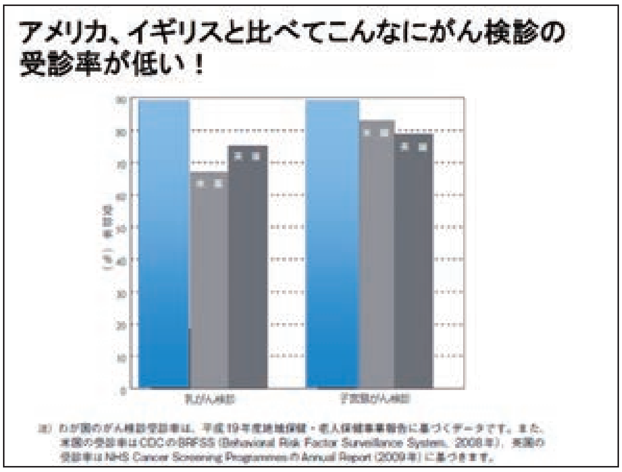
左側のこの数字は、何も症状がないのに検診で見つかったがんの方の５年生きられる確率です。右側は検診以外に、症状が出てからがんとわかった方のざっくりとした生存率なのですけれども、こちらを見ていただきますと、圧倒的に検診で見つかった方のほうが治りはいいと。症状がないうちに検診で見つかると治りやすいということは間違いのないことだと思います。



スライド９

【スライド９】

これは厚生労働省の統計なのですけれども、お手元のパンフレットの茨城県の数字を見ますと、もうちょっとよくなっていますけれども、言えることは５割に届いていないということだと思います。厚生労働省も検診の受診率を50%にしようということで、いろいろ頑張ってはいるのですけれども、なかなか上がってきません。



スライド１０

【スライド１０】

これはアメリカとイギリスの、左が乳がんの検診、右が子宮がんの検診で、日本と制度は全く同じではないのですけれども、こちらを見ていただくと、７割、８割ぐらいの方が検診を受けているという数字になっています。

日本はどうかといいますと、このぐらいです。20%、どんなに頑張っても50%にとても達していないのが現状です。

スライド１１

【スライド１１】

そこで、私の方から、がんの最新治療をお話しするに当たりまして、一番大事なのは検診を受けることなのかなと考えております。お手元にいろいろパンフレットがございますけれども、検診を受けるのは市町村単位になっていますので、今つ

くば市で講演していますから、つくば市のホームページなどをごらんいただいて、こういうところに電話していただくと、検診はどのようにして受けられるかということがあります。一般的に、非常に安い値段で受けられるようになっていますので、皆様ぜひ積極的に検診を受けていただけるとよろしいかなと思います。

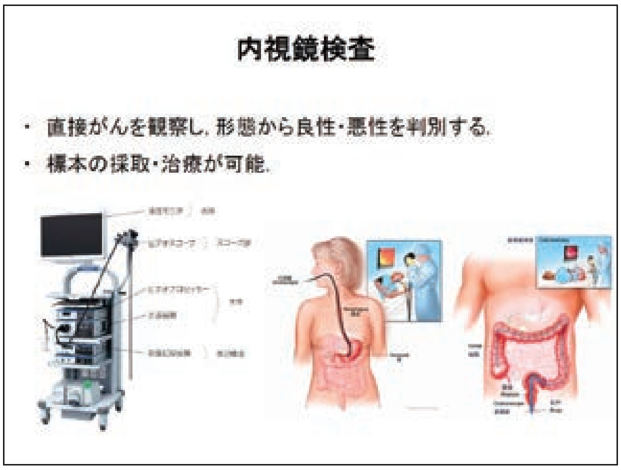
がんの診断法

- **直接見る**
  内視鏡（ファイバー、カプセル内視鏡）
- **体の中を映し出す**
  CT、MRI、超音波、PET
- **血液や細胞を調べる**
  腫瘍マーカー、組織診、細胞診

スライド１２

【スライド１２】

ここからはがんの最新治療に至るいろいろなお話をさせていただきたいと思います。



スライド１３

【スライド１３】

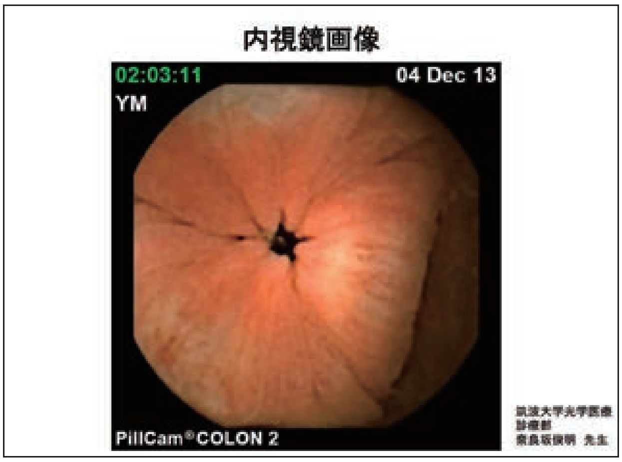
治療する前に診断をすることになりますけれども、内視鏡などで直接がんを見ること、それから体の中をいろいろな道具で映し出すこと、それから血液や細胞を調べる、三つのことがあるかと思います。直接見るのはまずは内視鏡が思い浮かぶかと思います。このようなカメラで、口もしくは鼻から胃の中をのぞいたり、おしりから大腸の中をのぞいたりする検査です。

スライド１４

スライド１５

【スライド１４・１５】

最近、こういう大腸カプセル内視鏡というものがありまして、大体３センチぐらいのものを飲み込んでもらって、レコーダーでずっと記録していくようになっています。

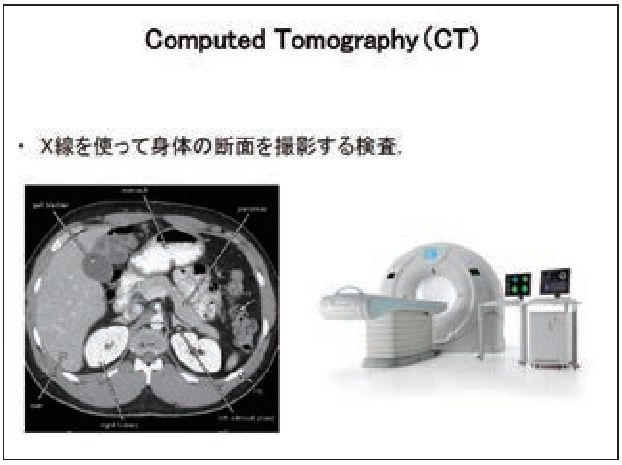


スライド１６

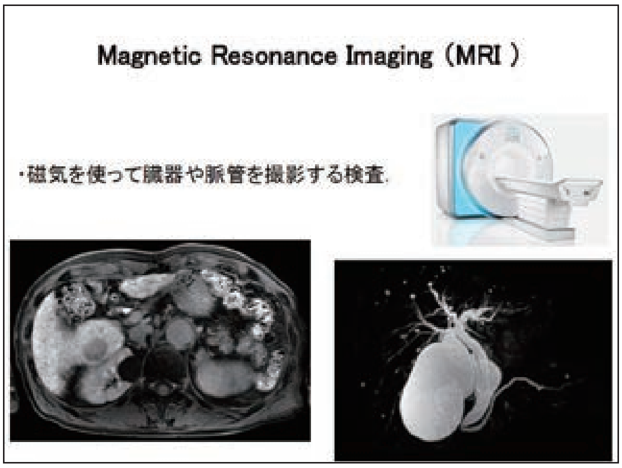
【スライド１６】

こんな感じで、おしりから出るまでの間にひら

すら写真を撮り続けていて、この写真でおかしなものが見つかれば、内視鏡で見つけることができる。ただ、このカプセルではもちろん組織をつまんでくることはできないので、何か異常があれば内視鏡の検査をさらにやらないといけないのですけれども、かなり侵襲が少ない検査と言えると思います。



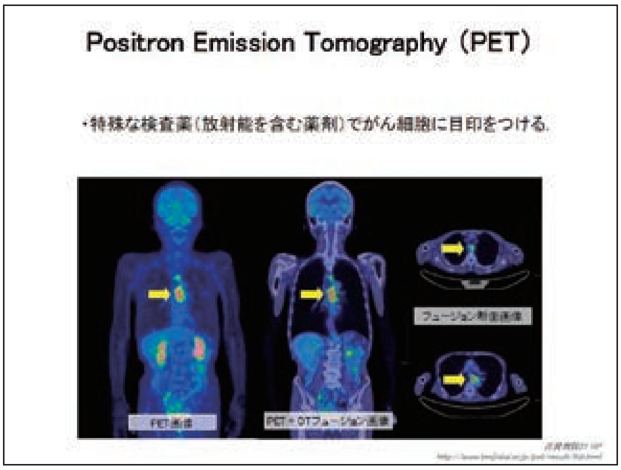
スライド１７



スライド１８

【スライド１７・１８】

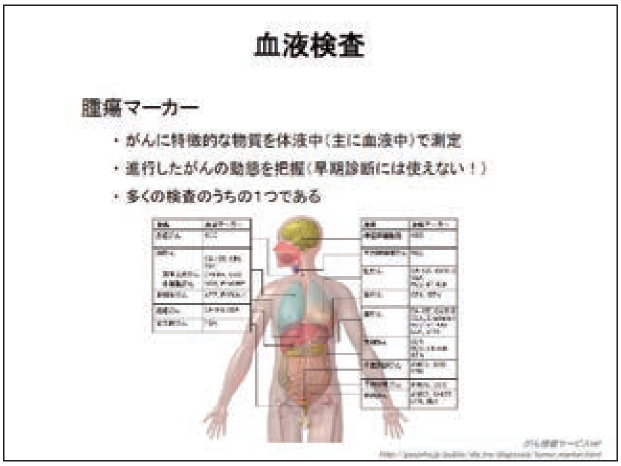
それから、こちらはＣＴ検査です。放射線を使って体の断面図を撮ります。こちらはMＲＩという検査で、磁気を使って体の断面図を撮ります。これは胆嚢や胆管のきれいな写真を撮ることができます。



スライド１９

【スライド１９】

これはＰＥＴという検査なのですけれども、お薬を使ってＣＴのような機械に入りますと、転移が疑われる所はこういうように赤く光るという検査になっています。



スライド２０

【スライド２０】

これは血液検査です。よく腫瘍マーカーという言葉を耳にされるかと思うのですけれども、がん細胞に特有なたんぱく質が血液中に漂っていますと、これを検出することができると。ただし、今のところ、健康診断でがんがあることを正確に診断できるような腫瘍マーカーはありませんので、これをもって検診のかわりをするのは、今のところできていません。

スライド２１

【スライド２１】

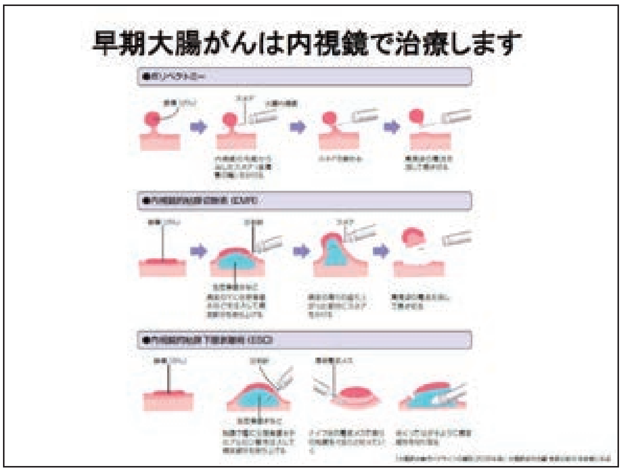
続きまして、がんの治療の話をさせていただきいと思います。

がんの治療には、消化器のがんでしたら、内視鏡の切除、それから手術で取ること、肝臓のがんの場合は移植や、あとは化学療法、放射線治療、緩和医療、このようないろいろな要素があって、患者さんと病気の状態に応じて最適な治療を選択することができるようになってきました。

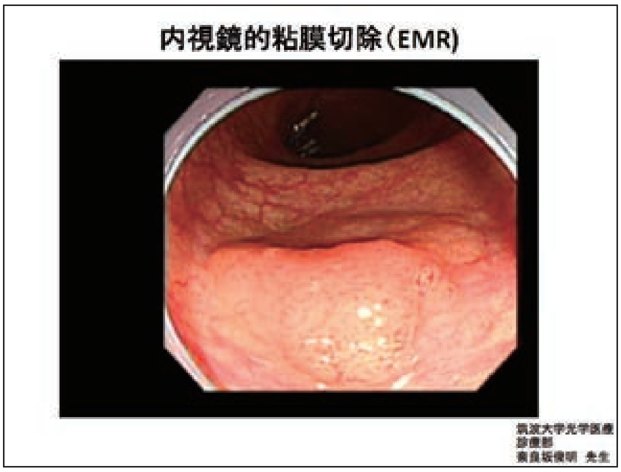
スライド２２

【スライド２２】

初めに、内視鏡治療のお話を簡単にさせていただきいと思います。



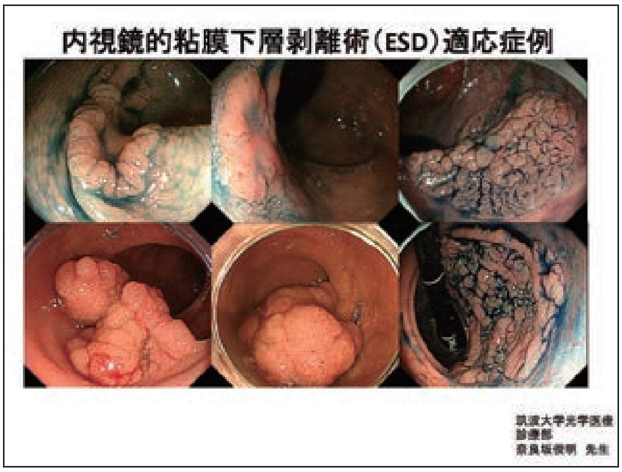
スライド２３



スライド２４

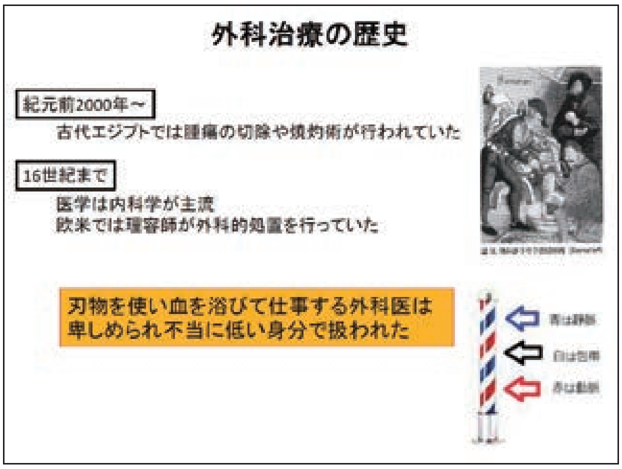
【スライド２３・２４】

こちら、大腸がんのお話なのですけれども、粘膜にとどまっているような早期の大腸がんの場合は、内視鏡で取ることができます。行っている現場の写真を簡単にお示ししたいと思いますけれども、このように内視鏡越しに病気の部分の周りに色のついた薬液を注入して病気を持ち上げているところです。そこに電気が流れることのできるこういう金属の輪をかけます。この輪をじっくり縛りながら電気を通していくと、熱が発生してこの病気が取れると。これはすごく大きく見えていますけれども、大体１センチぐらいの病気になります。このように病気が取れたところをクリップでとめます。

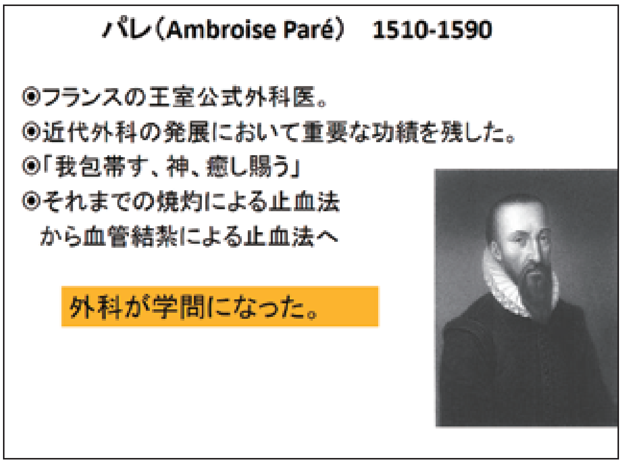


スライド２５

スライド２６



スライド２７



スライド２８

【スライド２５】

今の病気よりももっと大きな病気でも内視鏡で取れるようになってきました。これはＥＳＤと呼んでいます。これはＥＳＤをやっている実際の写真です。ビデオで物すごく編集しているのですけれども、この治療を行っているのは筑波大学消化器内科の奈良坂先生からビデオをいただいたのですけれども、実際にどのくらい治療に時間がかかっているのか聞きますと、数時間ということで、ビデオで見ているように、一瞬で取れるわけではないことはご了解いただきたいと思います。このように、ちょっとずつ気をつけながら、病気を少しずつ焼いて、粘膜の下のところを穴が開かないように、大腸の壁は５ミリとか、１センチないぐらいのペラペラのものなので、穴が開かないように、慎重に、慎重にちょっとずつやるということで、手術はしないのですけれども、これがどのくらい患者さんにとって優しい治療になるかというと、なるべく痛みのないような、少し眠っていただくような薬を使ったりして行っていることが多いです。

今、ちょっと血が出た所をとめたりしていますけれども、最終的には、先ほど１センチと言いましたが、これはもう数センチ、３センチとか４センチのものでも取ることができるということで、内視鏡で取ることができる病気が広がったということで、画期的な治療法だと思います。

ただ、これはどこの病院でもやっているわけではないので、かかる病院でＥＳＤができるというのは聞いていただければと思います。取り終わった後は、このように大きな粘膜がはがれた所ができます。

【スライド２６・２７・２８】

外科の治療のお話をさせていただきたいと思います。

昔は、外科の手術は床屋さんがやっていたということはいわれています。それをフランスのパレというお医者さんが学問にしたということで、外科は学問になったといわれています。具体的には、血が出たところを焼きごてでグーっと焼いてい

たのを縛ってとめるようになったといわれています。

スライド２９

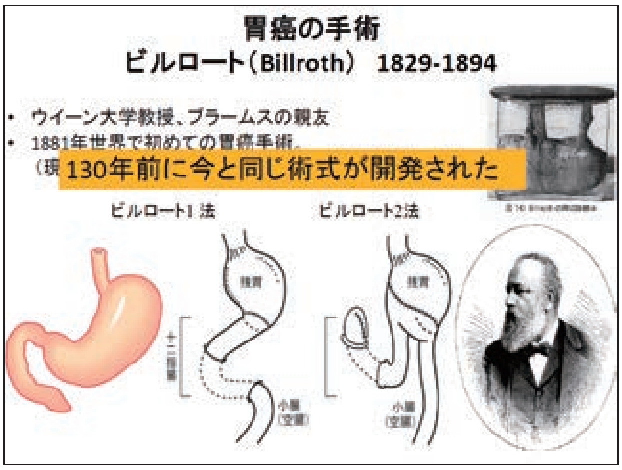
【スライド２９】

外科の手術の進歩は麻酔の進歩によるものといわれています。それまで麻酔がなかったので、患者さんが痛がるのを無理やりやるという時代があったのですけれども、モートンさんがエーテルを使った麻酔をしたり、日本の華岡青洲が通仙散という漢方薬の一種を用いたりすることで麻酔を発展させていきました。

スライド３０

【スライド３０】

そのおかげで、19 世紀の終わりくらいからいろいろながんの手術法が出てきまして、これは外科医がミスターからドクターになったといわれています。



スライド３１

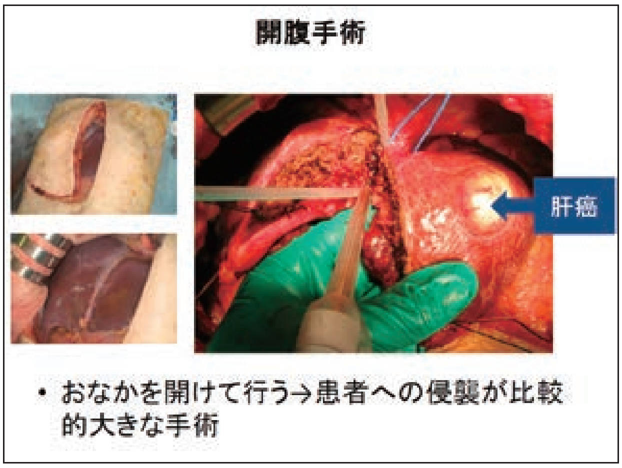
【スライド３１】

一例をご紹介しますと、ビルロートという人が 1881 年に初めて胃の手術をしました。このビルロートⅠ法、Ⅱ法は今でも使われていまして、術式としては 130 年間ほとんど同じと言っていいかと思います。

スライド３２

【スライド３２】

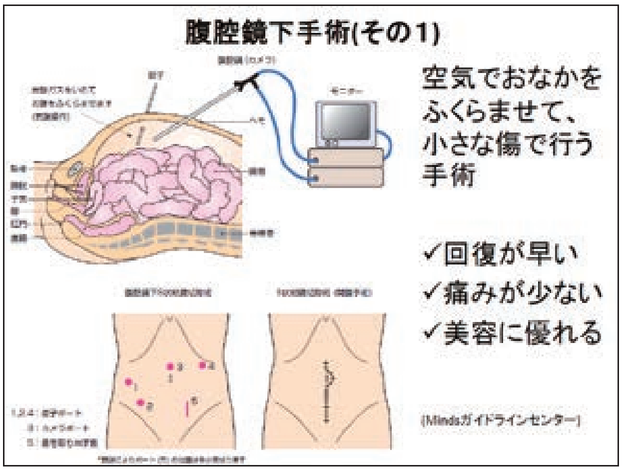
外科の手術は開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット手術などいろいろありますけれども、チームプレーが大事な治療になります。



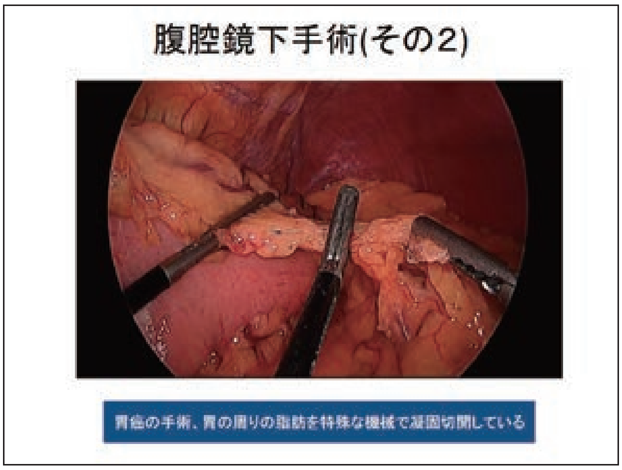
スライド３３

【スライド３３】

開腹手術はこのようにおなかをざっくり開けまして、肝臓の手術ですけれども、よく見えるのですけれども、患者さんにとっては傷が大きくなるという侵襲が若干大きな治療になります。



スライド３４



スライド３５

【スライド３４・３５】

最近進んできているのは、この腹腔鏡手術という比較的小さな傷で病気を治す方法です。このようにカメラで見ながらこういう機械でつまみながら真ん中を電気で焼いていると、このような画面を見ながら手術をするようになっています。

スライド３６

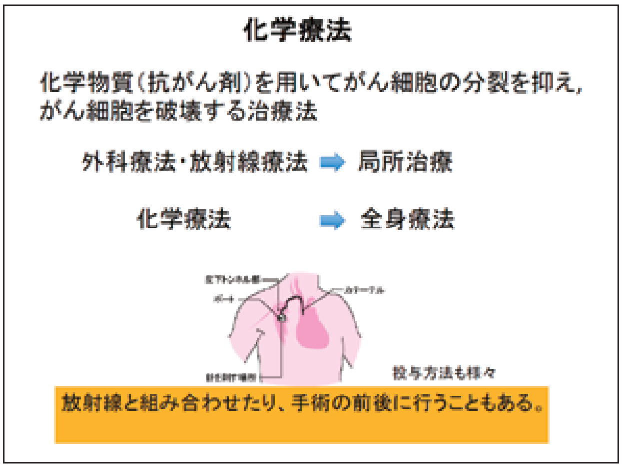
【スライド３６】

また、ダヴィンチという機械がありまして、患者さんはここに寝ていただいて、ちょっと離れた所からロボットを使って手術するという手術法が最近導入され始めています。

スライド３７

【スライド３７】

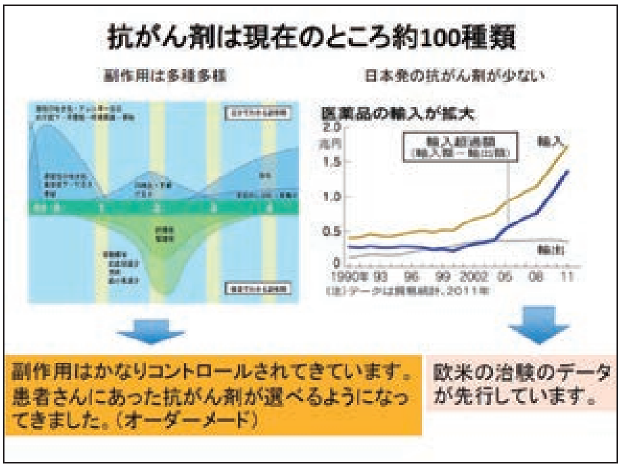
抗がん剤、化学療法のお話を少しさせていただきたいと思います。



スライド３８

【スライド３８】

化学療法は、抗がん剤を使ってがん細胞の分裂を抑えてがん細胞を破壊する治療法なのですけれども、外科手術や放射線の局所療法に対しまして、化学療法は全身療法になります。これを放射線と組み合わせたり、手術の前後に行ったりします。

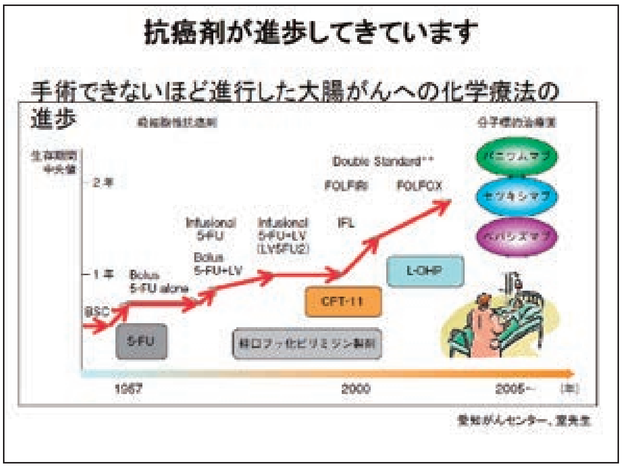


スライド３９

【スライド３９】

抗がん剤は今 100 種類ほどありまして、副作用も多彩なのですけれども、かなりコントロールされてきています。それから患者さんにあった抗がん剤が選べるようになってきています。

また、輸入品が多いのですけれども、これは欧米の製薬会社の薬が多かったり、欧米の治験のデータが先行したりすることによります。



スライド４０

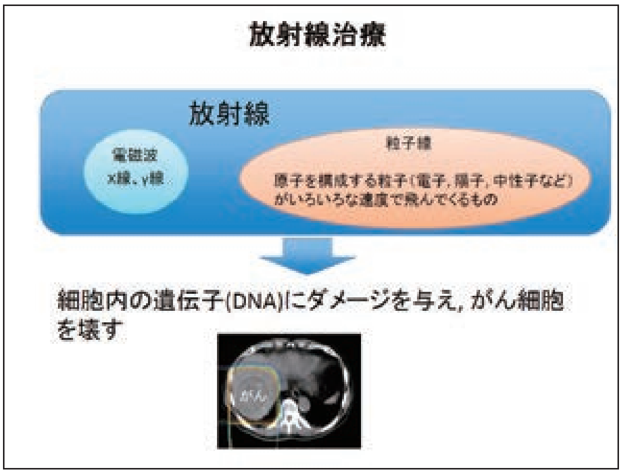
【スライド４０】

言えることは、抗がん剤が非常に進んできたおかげで、治らないがんが治るようになってきたと、手術で取れないがんを持っている患者さんも少しずつ長生きできるようになってきているというのが大きな進歩だと思います。

スライド４１

【スライド４１】

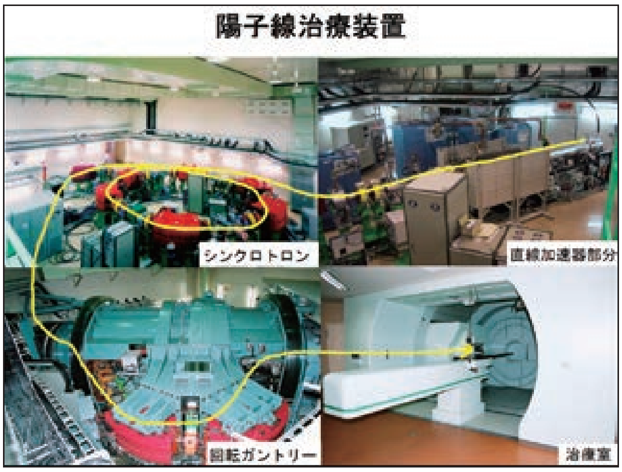
最後に、放射線のことを簡単にご紹介したいと思います。



スライド４２

【スライド４２】

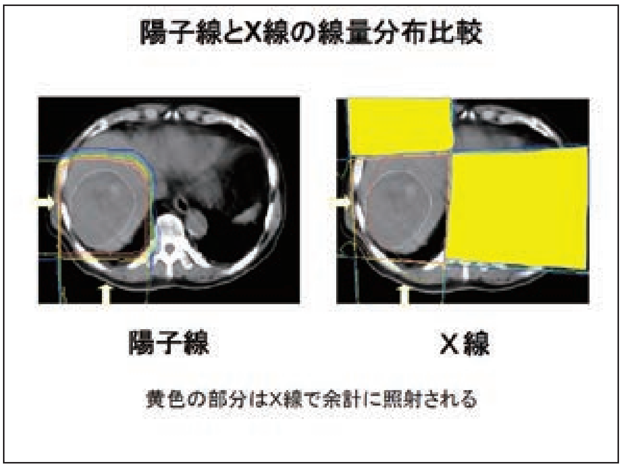
先ほど、藤森先生が、がんは遺伝子の病気だというお話をしましたけれども、放射線は電磁波や粒子線を用いてがん細胞の遺伝子にダメージを与えてがん細胞を壊すという治療になります。



スライド４３

【スライド４３】

ここにある大きな機械は陽子線という機械でして、この中をこのような感じで粒子が通って患者さんのがんをやっつけるという機械になっています。



スライド４４

【スライド４４】

陽子線を使うと、従来のエックス線で当たっていたような、余計な部分の放射線が当たらずに済むということで、患者さんの侵襲が少ない治療と考えられます。

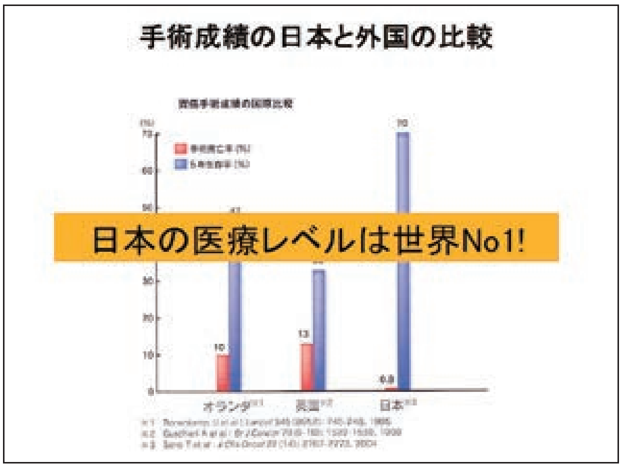
スライド４５

スライド４６

【スライド４５・４６】

最後に、日本の医療の質に関して、簡単にお話

ししたいと思いますけれども、いろいろなことから世界的にもかなりいいのかなと考えられるんですが、一つは、平均寿命がこんなに長いのに、国民一人当たりの医療費がこんなに抑えられているということです。それを支えてきたのが高度な医療なのかなと、一つはと考えられると思います。



スライド４７

【スライド４７】

その根拠ですが、これは胃がんの手術、オランダ、アメリカ、日本を比べますと、手術で亡くなる方のパーセントが 10%台あるのが、日本は１％ないぐらいで、５年生きられる確率も大分高いということで、日本の医療レベルは世界一なのかなと考えられると思います。

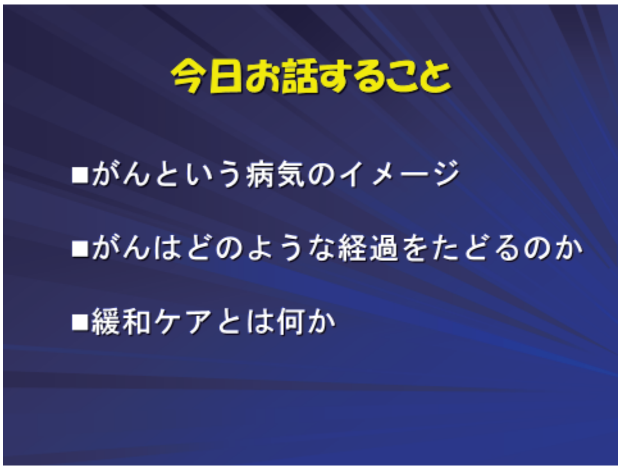
駆け足ですが、これで終わりにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

【講演３】

緩和ケア

筑波メディカルセンター病院　副院長
志眞　泰夫　先生

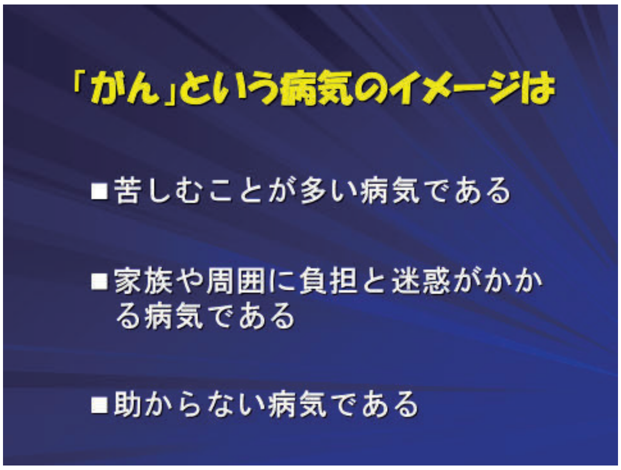
これまでの講師のお話で、がんという病気のイメージがある程度皆さんの中にできたと思います。



スライド１

【スライド１】

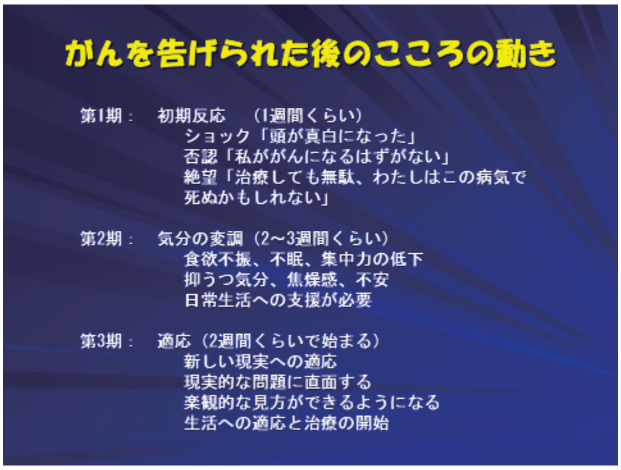
そこで、緩和ケアのことをお話しする前に、「がんという病気のイメージ」と「がんはどんな経過をたどるのか」ということをお話しして、それから緩和ケアのお話をしたいと思います。



スライド２

【スライド２】

まず、がんという病気のイメージ、今、皆さんは遺伝子変異とかＤＮＡの傷とか、いろいろな勉強されました。でも、病気のイメージを描く上で大事なのは知識より自分自身の経験ですね。身近な人、自分の親とか、兄弟とか、親戚とか、そういう人たちががんになった、あるいはがんの経験をしたということで、がんという病気のイメージを持つのではないかと思うのですね。最近は、テレビとか、雑誌とか、あるいは映画などでも取り上げられることが多くて、そういうものでイメージを描く方もいるかもしれません。そうするとやっぱり、がんという病気にはこのスライド２に示すように余りいいイメージはない、と思います。

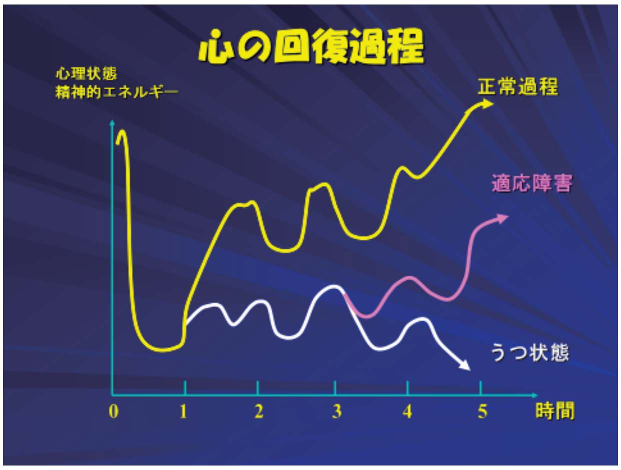


スライド３

【スライド３】

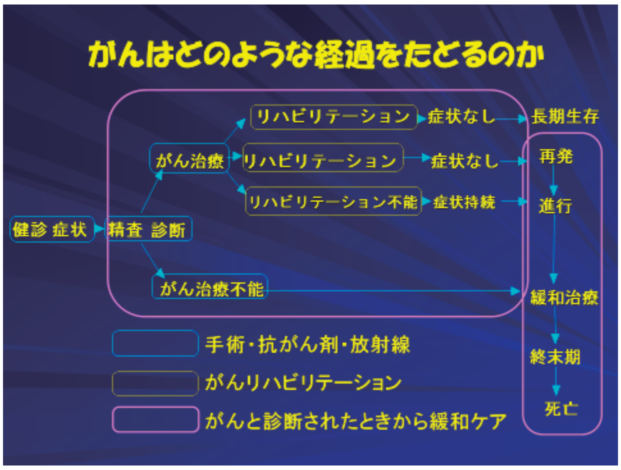
がんは助からない病気だというイメージを持っている方が、がんと告げられた時、がんと診断をされた時、どんな気持ちになるか、ということを三つの段階に分けて示したスライド３です。まず、初期反応、それから気分の変調の段階、そして適応の段階、適応までは少なくとも２週間から３週間かかります。初期反応というのは、やっぱり誰でもびっくりするわけです。人生には三つの

坂があります。人生の登り坂、下り坂、もう一つ、「まさか」という「坂」がございまして、　こういう気持ちになるのは当然です。中には絶望してしまう人もいる。その後、食欲がなくなったり、眠れなくなったりして、でも、葛藤しながらだんだん気持ちを立て直すという時期があります。この第２段階の時期はとってもつらい時期です。なかなか現実を受け入れられない、気持ちが現実に付いてゆけない、とってもつらい時期です。しかし、人間はよくしたもので、やっぱり３週間から４週間ぐらいたつとだんだん新しい現実を受け入れる、あるいは受け入れざるを得ない。



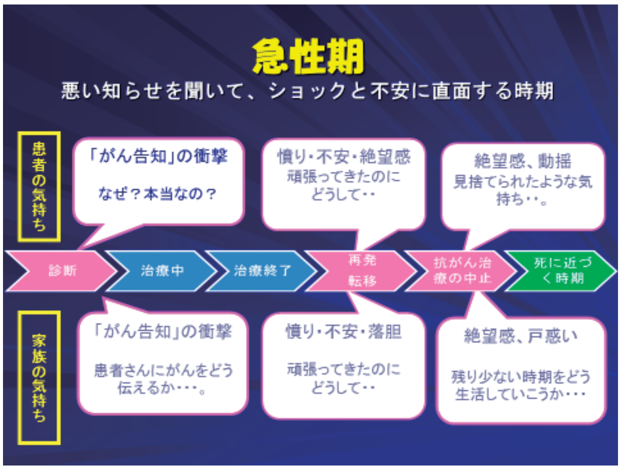
スライド４

【スライド４】
　それがスライド４の図になります。多くの方は葛藤する時間もありながら、またもとの気持ちのレベルに戻っていく。しかし、中には元に戻れない方もいます。病気になる前の半分ぐらいのエネルギーしかなくなってしまうような方もいます。あるいはもっと落ち込んでしまう方もいます。回復過程は人によって異なります。



スライド５

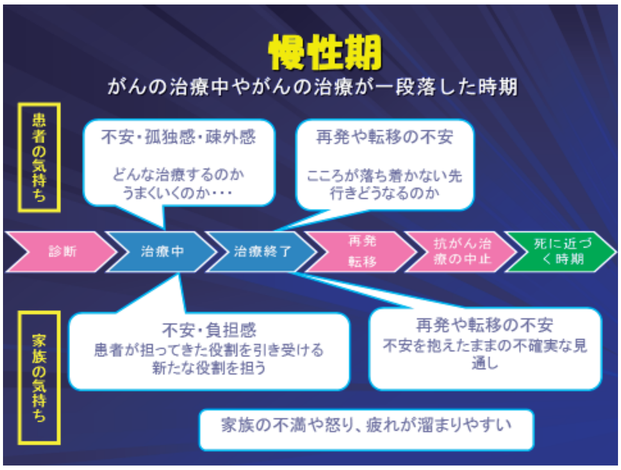
【スライド５】
　さて、がんという病気はどういう経過をたどるか、ということですが、心の回復過程は頭の片隅に置いてください。スライド５のように、まず、健診や検診などで見つかる場合、それから症状が出て見つかる場合があり、いずれもその後詳しい検査がされます。そして、がんの初期治療ができる場合もありますが、がんの初期治療ができない場合もある。抗がん剤などの薬物療法にしても、放射線療法にしても、手術などの外科療法にしても、がんが見つかった人は誰でもできるかというと、必ずしもそうではない。
　そして、がんの初期治療がうまくいった場合、リハビリテーション、もとの生活に戻るための期間があって、そして長期に生存することもある。だれでもそうなりたいと思いますよね。でも、残念ながら、もとの生活に戻ったけれども、再発してしまう、転移してしまう。そうなっていく方もいます。　近年、わが国のがん医療では緩和ケアはその全体の過程を支えるケアであり、医療だというふうに考え方が変わってきております。これまでは、再発して進行して亡くなるまでのここが緩和ケアだといわれたのですが、厚労省は「がんと診断されたときからの緩和ケア」という考え方に変わってきています。がんと診断した時点から緩和ケアは始まると。これが今の考え方であります。



スライド６

【スライド６】
　先ほどの心の回復過程を思い出してください。実は、この過程はがんという病気の過程で何回も訪れます。まず、診断されたときに衝撃を受けます。そして、もう一度再発・転移をしたときも、

やはり同じような心の反応と回復過程をたどるといわれます。乳がんの患者さんでは、むしろ再発とか転移を言われたときの方が強い衝撃を受け、うつ状態になる方が多いといわれています。そしてがんに対する治療がもう難しいと言われた時期、こういった時期にはやっぱりショックと不安に直面します。

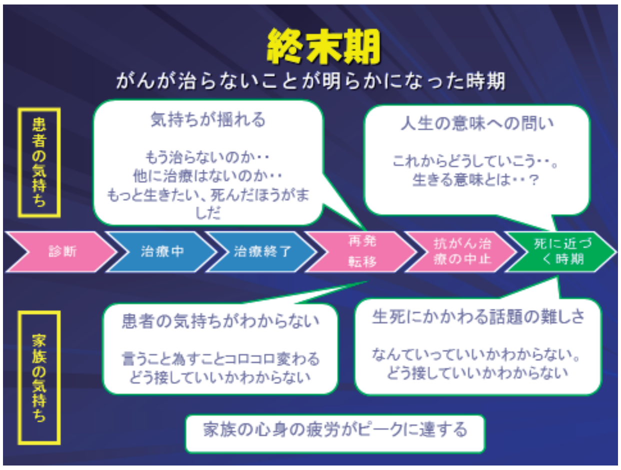


スライド７

【スライド７】

がん治療中や治療が一段落した時期は、もとの生活や気持ちに戻るのかというと、必ずしもそうではない。やっぱり治療効果への心配や再発の不安がつきまといます。それから孤独感や自分の身体の形が変わってしまったこと、それによる疎外感、孤独感、例えば乳がんの方が温泉に行ったらお風呂に入れない、そういった気持ちがこの時期にあるのです。あるいは、またがんが再発するのではないだろうか、そういう気持ちもあります。

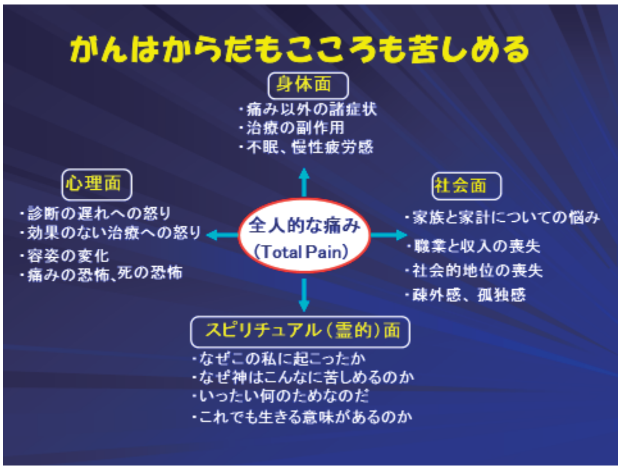
実はご家族も、こういう患者さんの気持ちに非常に左右される、影響されるということもあります。



スライド８

【スライド８】

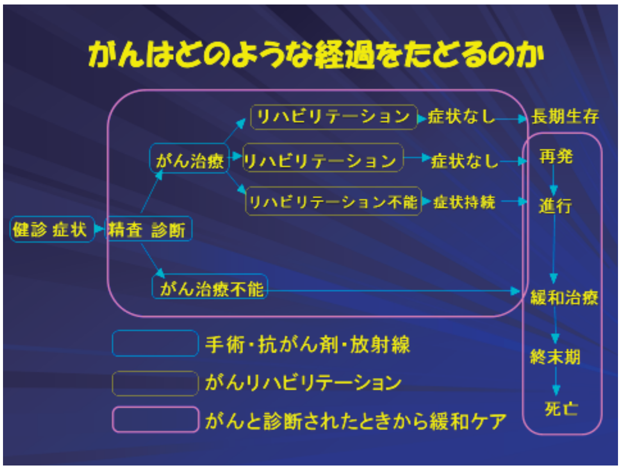
そして、がんが治らないということがはっきりして、がんに対する治療が難しくなる時期、いわゆるエンド・オブ・ライフ、終末期が始まります。この時期はこの時期でやっぱり気持ちが揺れます。葛藤します。そして自分の人生を振り返る。いい人生だった、と思う人もいれば、何でこんな病気になって私は納得できない、と思う人もいる。こういった気持ちの変化、気持ちのプロセスががんという病気には必ずつきまといます。



スライド９

【スライド９】

つまり、身体だけの病気ではないということです。心や仕事やお金の問題も、そして自分の存在そのものも揺らぐような、そういうのががんという病気がもたらす体験というか、感情だと思います。

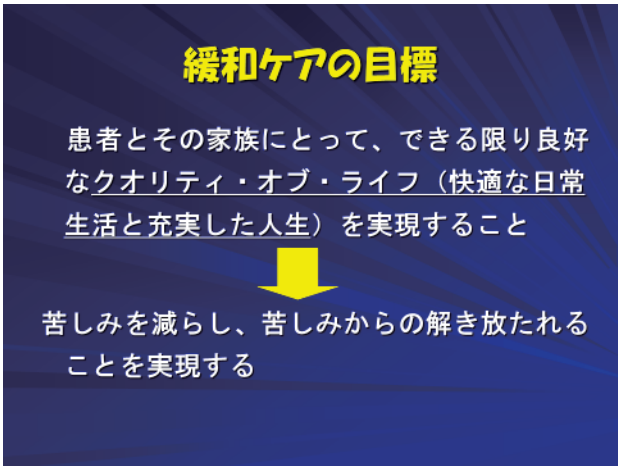


スライド１０

【スライド１０】

もう一回、このプロセスを見てください。確かにがんという病気を治療することが、大事であることは間違いありません。同時に、緩和ケアがな

ぜ診断の時期から必要なのかというと、がんを抱えて生活をどうするかということです。つまり、病気のことはもうお医者さんに任せたから、私は私でやればいいわ。確かにそうです。だけど、私だけではできないこと、それががんという病気にはあるのです。緩和ケアの専門家はがんという病気のことはもちろん十分理解した上で、その方ががんを抱えながら、どうやって生活するかというところに焦点を当てます。それががん医療における緩和ケアの役割なります。

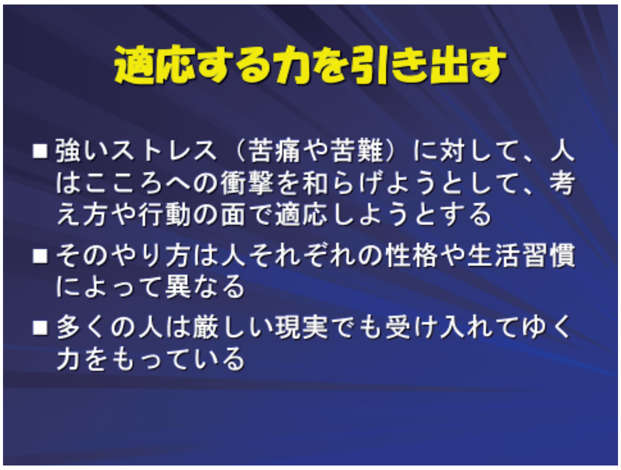


スライド１１

【スライド１１】

緩和ケアの目標は、患者さん、そしてご家族（緩和ケアではご家族も第二の患者であり、ケアの対象といわれています）にとって、できるだけ良好で快適な日常生活と充実した人生を実現することです。

病気の治療と生活はどっちが大切か、ではないのです。両方が大事なのです。そして、がんという病気に伴う苦しみをできるだけ減らして、苦しみから解き放たれることを実現しよう、これが緩和ケアの目標になります。



スライド１２

【スライド１２】

そのときに私ども緩和ケア専門家が一番心がけることは、その人にある「適応する力」を引き出すことです。人は人生の中でさまざまな苦難を経験いたします。そして、必ずそこからまた立ち上がっていくという力を持っている。それが私どもの基本的な考え方です。それは 3.11 の大きな災害を考えても、その後の原発事故を考えても、確かに大きなつらい出来事ではありましたけれども、しかし、その中からもう一度立ち上がっていく、つまり、厳しい現実を受け入れて、そして前へ進んでいく力を一人一人が持っている。それが緩和ケアの基本的な考え方です。それをどう引き出すか、厳しい現実を乗り越えるために我々は何ができるか、それが緩和ケアで最も問われることになります。

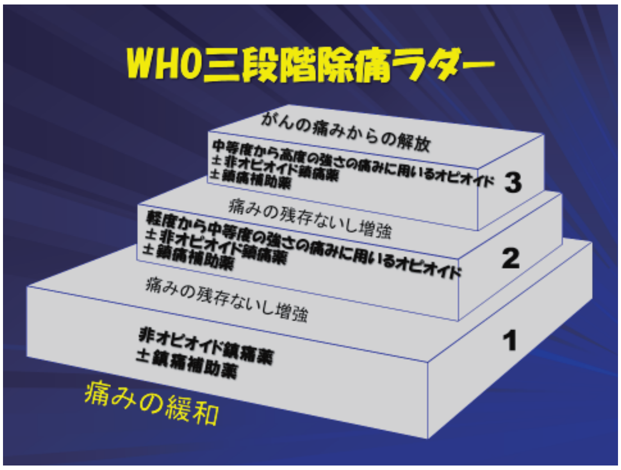
スライド１３

【スライド１３】

それでは、具体的に何をするのか。緩和ケアの目標はわかった。そして、それを実現するための基本的考え方もわかった。それでは、どういう戦

略でいくのか。

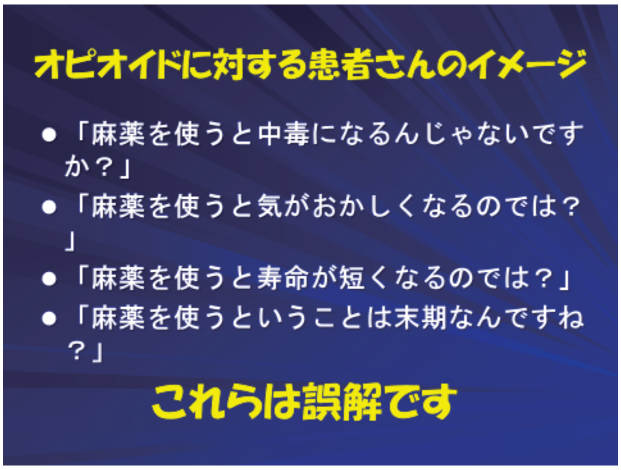
まず、「苦痛な症状を緩和すること」であります。最近の抗がん治療は、できるだけ副作用がなく、身体の負担がなくやろうという方向に進んでいます。機能温存の手術、がん化学療法の副作用を軽減する支持療法、そういったものがさまざま考えられています。それも含めて「緩和ケアだ」と私どもは思っています。できるだけ治療に伴う苦痛を緩和する、それから生活を支える、心と気持ちを支える、家族を支える、そしてそれを専門家の多職種チームで支えていく、これがある意味私どもの戦略、ストラテジーになります。これらのことを実践していくことで緩和ケアを皆さんに届けていくことになります。



スライド１４

【スライド１４】

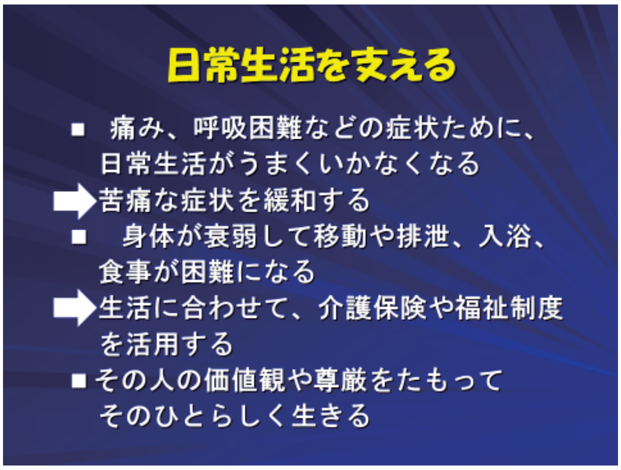
症状を緩和するということで一番わかりやすいのは「痛みの治療」だと思います。ここにお示しします「WHO３段階除痛ラダー」は、世界中で行われている標準的なやり方です。がんの治療あるいは診断に携わる医師であれば、だれでもできるのがこの方法です。除痛ラダー（梯子あるいは階段という意味）２段階目からオピオイドという言葉が出てきます。オピオイドは、オピウム（ケシの成分であるアヘン）のような成分を持ったお薬という意味ですけれども、厚生労働省は「医療用麻薬」と呼んでおります。



スライド１５

【スライド１５】

医療用麻薬はさまざまな誤解がある薬です。「麻薬を使うと中毒になるのではないか」「気がおかしくなるのではないか」「寿命が短くなるのではないか」「末期に使われる薬ではないか」これらは誤解です。どういう誤解かということは、ご質問があればあとで少しお話ししたいと思います。いずれの疑問もオピオイドというお薬についてきちんと医師の指導のもとに使っていけば、問題のないことであります。

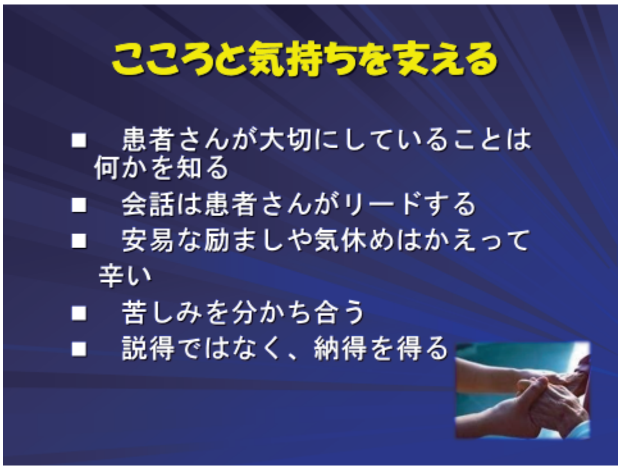


スライド１６

【スライド１６】

さて、日常生活をどうやって支えるか。やっぱり症状の緩和が第１です。生活をする上で困る症状、痛みや呼吸困難、手のしびれや下痢・便秘、そういったものを和らげていかないと生活はうまくできません。同時に、体力も落ちます。その方の生活の状態にあわせて、介護保険、福祉制度を活用してサポートします。介護保険や福祉制度に頼るだけでなく、生活の知恵が大事です。皆さんは、制度や保険を利用したりするだけではなく

て、ご自分で生活しながら編み出してきた知恵があるはずです。病気で体が衰弱したときには、その知恵を上手にそれを使う、それも大事なことであります。そして自分自身の価値観を大切にしていく。

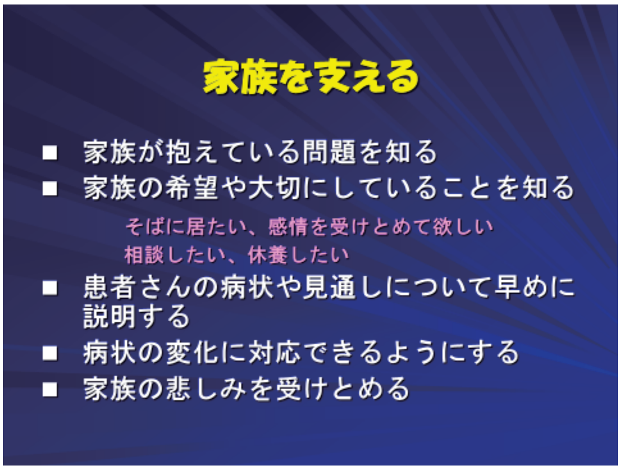


スライド１７

【スライド１７】

次に、心と気持ちを支える、どういうふうにするのか。やっぱり、患者さんが「何を大切にしているか」を知ることです。ある人にとっては、実は病気よりも娘の結婚の方が大切なのかもしれない。また、ある人にとっては、自分ことよりも母親のことが心配かもしれない。必ずしも病気が全てではない、ということもあります。

患者さんは言いたくても言えないことがあります。弱い立場です。そこでまず、患者さんに話をしてもらうことが大事です。そして、安易に励ましたり、気休めを言っても、かえってつらいこともあります。何よりも、その苦しみを理解して分かち合うこと、これは実はだれでもできることなのです。物事を決めるときは「説得ではなくて、納得」であります。



スライド１８

【スライド１８】

家族を支える。同じことですが、やっぱりご家族が大切にしていること、あるいはご家族の希望は何か、ということを私どもは確認します。そして、これが大事なのですが、患者さんの病状や見通しについて、ちょっと早めにご家族に説明しておく、こんなふうになるかもしれません、こんな経過をたどるかもしれません。でも、結果としてそれはそうならないかもしれない、すなわち「最善を期待しつつ、最悪に備える」のです。そういうことでご家族は気持ちの準備ができることがあります。つまり、患者さんの病気の変化に対応できることがご家族にとっては大事なことです。そして、ご家族の悲しみを受けとめることも私どもの大事な役割であります。

スライド１９

【スライド１９】

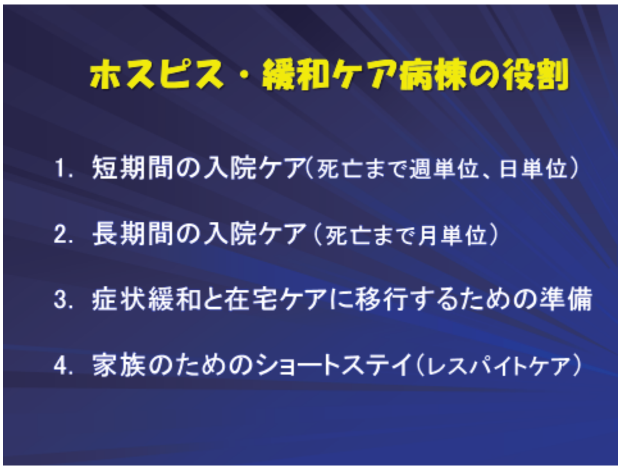
そして、チームで支える。スライド１９は緩和ケア病棟のチームです。医師もいます、看護師もいます、薬剤師もいます、理学療法士もいます、後ろに栄養士がおります。さまざまな専門職が多

職種でチームを組んで緩和ケアを担っています。

スライド２０

【スライド２０】

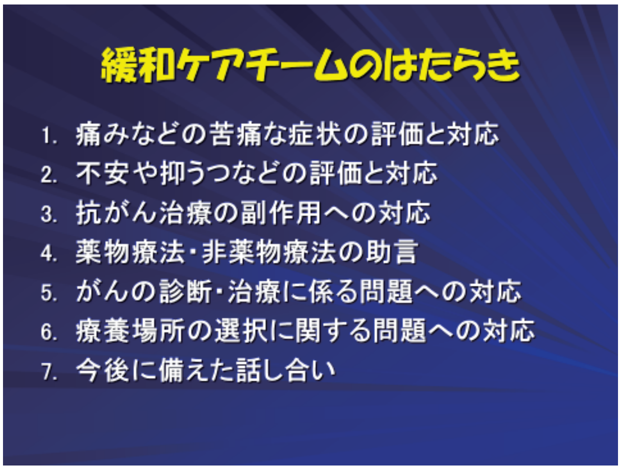
さて、茨城県では、緩和ケアはどんな状況なのか。正確に言うと茨城県における「専門的な緩和ケア」の現状はどうか。今、私どもは医師であれば、看護師であれば、誰でもできる「基本的な緩和ケア」を広めています。茨城県では、約 800 人の医師が緩和ケア研修を受けています。看護師も同じくらいの方が受けています。つまり、茨城県のたくさんの医師や看護師が基本的な緩和ケアを提供できるようになりつつある。それでもなかなか対応が難しい問題を抱えた患者さんやご家族に「専門的な緩和ケア」が必要とされます。それを提供するのが、県内９つのがん診療連携拠点病院に設けられた緩和ケアチームであり、県内に４つ、水戸済生会総合病院、県立中央病院、筑波メディカルセンター病院、つくばセントラル病院に設けられた緩和ケア病棟です。緩和ケア病棟は 2015 年度に志村大宮病院、2016 年度に日立製作所総合病院に設けられると聞いております。今後「基本的な緩和ケア」を提供できる医療者が県内に広がって、さらに専門のチームや病棟が充実してゆくように努力したいと思っています。



スライド２１

【スライド２１】

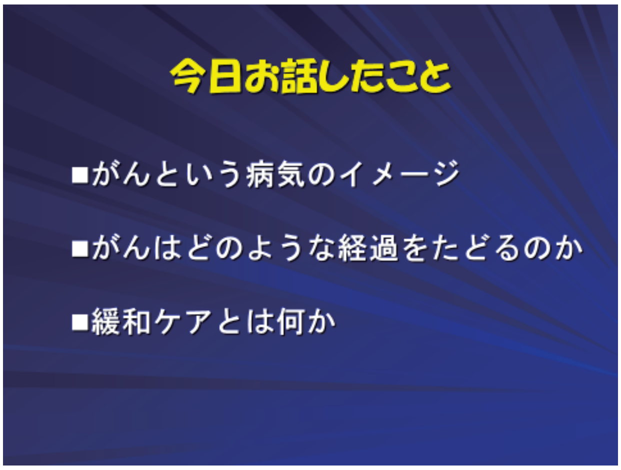
「専門的な緩和ケア」を提供する緩和ケア病棟は４つの役割を持っております。亡くなる直前の「短期間の入院ケア」が最も多いです。それから、どうしても長期に入院ケアがわたる場合もあります。最近、少し増えてきているのが「自宅に帰って療養するための準備」に入院される場合もあります。ご家族が倒れてしまう、あるいは何らかの理由でご家族が自宅で対応できなくなってしまった場合、レスパイトケア（短期間の休息のための入院ケア）と呼ばれている入院ケアもあります。



スライド２２

【スライド２２】

緩和ケアチームは、ここに挙げた７つのケアを提供するわけですが、特に最近、「今後に備えた話し合いと療養場所の選択」が緩和ケアチームでは大きな課題になっております。つまり、病気が進んできた場合、これからどうするかを話し合うということであります。



スライド２３

【スライド２３】

今回、お話ししたことは、がんという病気のイメージ、それからがんがどんな経過をたどるのか、そして、その経過の中で緩和ケアはどんな役割を果たすのか、どんな目標を持っているのか、をお話しいたしました。どうもご清聴ありがとうございました。

【講演４】

がんを経験して

～患者の立場から～

八重樫　眞人　先生

こんにちは。日立からまいりました八重樫と申します。52 歳の会社員です。８年前に肺がんで右肺の全摘出を受けています。その１年後に、同じ肺がんで抗がん剤治療を受け、さらに１年後、上咽頭がんでそれを放射線で治療を受け、３度のがん治療を経験したサバイバーです。

きょうはがん経験者として話をさせていただきます。

私の場合は会社の検診で指摘を受けたのが始まりでした。その後、総合病院で検査を受けましたが、がん以外の病名を告げられました。仕事柄検診の機会が多く、再指摘を受け、さらに診察を受けに行ったのですが、その病院の先生は別人のような高圧的な態度をとられ、同じ薬を処方されるだけで、あとは検診先の医師の批判的な話を続けられるだけで、何もありませんでした。

その後、残念にも、１年がたった 2006 年５月でした。一人息子が小学校に入った１カ月後、人生で初めてのがん告知、肺がんステージ３Ｂ、治療困難と宣告を受けてしまいました。

結果として、サードオピニオンになりますが、命を救っていただいた先生の話では、大きさ７センチのがん、そのままにすれば１年との宣告でした。

告知を受けたとき、私は不思議なくらい冷静でした。死への恐怖は余り感じた記憶は残っていません。ただ、頭の中に浮かんだことは、７歳の息子が自分の力で飯を食えるようになるまで自分は死ぬわけにはいかない。今から自分は必要な時間をどうすれば生き続けることができるのか、今思えば当てもない考えが私に右肺全摘出を決意させ、その後治療に当たらせるには十分なエネルギーでした。

必要な時間を生き続けるために選んだ道は、国立がんセンター東病院へのセカンドオピニオンでした。そしてそこから、茨城にも腕のいい医者はいるよと紹介を受けての県立中央病院での治療が始まりました。当然、どんな治療でも 100％治る保証はありません。７歳の息子が父親の死を受けとめることができるのか。とてもできるわけはない。せめて６年生だったら……。毎日の繰り返しの問答は私が告知を受けてから最初の苦悩、苦痛でした。

３度のがん治療での入院、闘病生活、療養生活、副作用、どれもつらく長い時間でした。それを乗り越えることができたのは、これまでの経験をフルに生かし、全力を尽くすと言ってくれた信頼できる医師たちとの出会い、そして大勢の看護師さんたちの支えです。何より、最大の支えは家族でした。妻と息子の協力がなければ、乗り越えることはできなかったでしょう。妻は息子を学校に出してから家事を済ませ、往復２時間をかけて病院まで毎日通ってくれました。週末には息子と二人、弁当をつくり、病室に来てくれました。このときのお昼御飯が長い治療生活の中で、ベッドに座って病院食を食べる私を囲んでですが、家族３人で食事を取れる唯一の時間でした。

また、友人の力添えは私たち家族にとって、大きな大きな支えでした。ステージ３Ｂ、右肺全摘出の肺がんは、高校時代からの友人たちにも、あいつはそう長くはないと思わせるには十分な現実でした。もし、私が死んだ場合、息子と家内のいやしに少しでもなればと、私にはブリーダーの都合だと、規制が厳しくなり、困っているからもらってやってくれとミニチュアダックスフントを１匹、どれだけブリーダーの仲間に頭を下げたことでしょうか。無償で譲る手配をしてくれました。今ではその犬は息子が名付け親となって８年。息子の部屋を陣取って大きな顔をしております。

今、皆さんの周りには、私が告知を受けた８年前とは違い、触れやすい場所にがんの情報が数多く置かれているものと思います。病院の中に限らず、新聞や雑誌、紙面でもがんに関する記事もふえ、テレビでもがんを放送する機会がふえています。何かがきっかけで診察を受けたときに、ちょっとだけがんの二文字がチラつくときがあるかもしれません。どんなときでも結構です。先生に何を聞けばよいのか、自分ならどうするのか、がんと診断されたと仮定して、お茶を飲みながらで

も、酒を飲みながらでも、シミュレーションしてみるのもいいのではないでしょうか。

もし、残念にも告知を受けてしまったときには、あきらめず、二、三日でも、一週間でも、どれくらい時間がとれるかわかりませんが、考えをまとめて気持ちが落ち着いてから、医師としっかり話をすることが告知を受けてしまった後、自分自身と家族にはとても大切なことだと思います。

そして治療を受けながらの生活、がんという病気とつき合い方を考えてみる必要もあるのではないでしょうか。今、がんは必ず死に直結する病気ではなく、長くつき合う慢性的な病気へと扱い方や認識も変わり始めています。まだまだ偏見が消し去れない多くの現実が存在する事実もありますが、ひとり孤独に闘う病気から多くの皆さんと向き合い、長くつき合う病気へと変わり始めています。私が多くのがん仲間に支えられ、がん経験者、サバイバーだと名乗るきっかけを見つけたのは３年の治療が終わった後でしたが、少しだけ視線を変えて見ると意外と身近な場所に自分はサバイバーだと名乗る人がいたりするものなのです。

病院にもピアサポートや相談窓口もあり、患者会を紹介した冊子も置かれています。ソーシャルネットワークを通じ、多くのがん経験者とつながりも取りやすくなっていますから、多くのがん経験者とつながり、話をできる場所もふえてきています。支えられたり、支えたりで、新しい仲間を少しつくってみるのも、告知を受けてしまった後、がん患者の生活には自由に取り込める大切なアイテムの一つではないでしょうか。どんな形であっても、がんサバイバーとしてがんと向き合い、生きていくためには自分一人ではなく、多くの人の支えが必要になります。まだ偏見が残る世の中で、がんサバイバーは力を貸してくれとは言いづらいものです。健康な皆さんも含め、がん経験者の方も少しだけで構いません。機会があれば、力を貸してやってください。よろしくお願いします。ありがとうございました。

【講演５】

がんを体験して

～家族の立場から～

古徳　利光　先生

古徳と申します。私はつくば市内で内科の医院を開業している医者でございますので、一般の方とはがんという病気に対する認識はちょっと違うかなという気もしますけれども、今からちょうど６年前に自分の家内をがんで失いまして、家族を失う悲しみは医者も一般の方も同じと思いまして、そのときに自宅で看取ったのですが、その経過についていろいろ感じたことを、ここで話してみたいと思います。

（スライド省略）

これは私の家内がゴルフをやっている写真なのですが、なぜこんな写真を出したかと言いますと、すい臓がんでかなり進行して手術不能であるというがんの診断を受けた前日に私とゴルフに行ったのです。ゴルフをワンラウンドして、ちょっと疲れたとは言っていましたけれども、ゴルフをワンラウンドした人が、翌日にもう進行がんであったということで、余りにも大きな違いを強調したいと思いましてこれを出してみました。

（スライド省略）

これは発病から死亡までの経過でございます。2008 年６月上旬に、「やせた」と申しました。やせたのは結構じゃないかというようなことを言っていたのですが、特別ダイエットをしたわけでもないのにやせてきたと言うので、もしかしたらがんがあるのではないかと思いました。

そこでまず、がんを調べるのにどこからやるかというと胃がんだろうということで、上部消化管の内視鏡検査、胃カメラを筑波メディカルセンターにお願いして、検査をしました。結果は病院から私のところに電話がありまして、「先生、大丈夫でしたよ。軽い変化はありますけれども、悪性のものはありません」ということでした。せっかくメディカルセンターに行ったから、血液でも取って検査をしたのか聞きましたら、いや、血は取らなかったと言うので、それではうちでやろうということで、私のところで採血して検査センターに出したのです。これがその検査のデータです。

（スライド省略）

これを見ますと、皆さんもよくご存じだと思うのですけれども、こういう検査のわきにＨとかＬと、数値が高いとか低いとかという印がありますけれども、これにはほとんどありません。貧血もないし、肝臓も腎臓も異常がない。唯一、ヘモグロビンＡ１c、これは皆さん糖尿病の方はご存じだと思うのですけれども、糖尿病の程度の指標で、これが 5.9 でちょっと高い。だけど、69 歳の女性のヘモグロビンＡ１c が高くてもそのときはほとんど気にしませんでした。

ついでに、さっきもちょっと出ました腫瘍マーカーもやってみました。これは余り当てにならない、検診では役に立たないと言われておりますけれども、いろいろある中で、ＣＥＡとＣA19-9 の二つをやってみました。ＣA19-9 は正常の倍ぐらいあったのですけれども、メディカルセンターの先生に、これが高いのが気になると申しましたら、そんなのは先生、幾らでもありますよと。これだからがんだとは言えませんと言われたのです。

そうかなと思いつつ、最後に、安心するために、腹部のＣＴ検査をしておけばいいのだなと思って、ＣＴ検査をお願いしたのです。ゴルフをやった次の日にＣＴ検査をしました。どんなことをされるのかと心配そうにしていましたものですから、私も一緒について行って、技師さんに、結果が出たら、明日の朝、私の診療所にファックスを入れてくださいとお願いしたのです。

（スライド省略）

その結果がこれです。ごらんのように、すい臓がんとなっており、少し浸潤して血管を巻き込んでいて、ダグラス窩に、子宮の後ろの方には腹水みたいなのがたまっているような感じがすると

いう報告が、私が診療している９時か 10 時ぐらいにファックスで送られてきたのです。私はこれを一瞬見たときにびっくりして、頭が真っ白になるとはこのことかと思いました。きのう一緒にゴルフに行った人がこういう状況だったとは夢にも思わなかったものですから、頭が真っ白になるということは本当に何も考えられないということです。ですから、私はよくがんの告知のときに、はっきり告知されて、頭が真っ白になって、さあ、治療法はどうしますかと言われたって答えが出せるわけがないとつくづく思います。

このとき、家内はＣＴの結果を聞くためにメディカルセンターの病院に行っていたのです。だからこれを私だけが知って、すぐそのときどういうふうにしたのかもう覚えてないのですが、家内がメディカルセンターの待合室で待っているところへ追いかけて行って、まだ診察前でしたものですから、順番を待って、診察室に入って、担当の医師と話をしました。そして、こういう結果だと。この結果に関して全部は話しませんでした。とにかくすい臓にがんがありそうだから、もっと検査しましょうというので、ＭＲＩか何かそのとき撮ったのです。入院を予約して、検査して、７月７日に入院したのです。

入院しまして、結局、外科で検討された結果、手術はできないと。血管を巻き込んでいるので、放射線と化学療法しかないと言われたわけです。病院の先生も上手なことを言って、がんの治療は手術だけではありませんよ、みたいなことで、放射線と化学療法という方法もありますよと言われて、納得したようでした。放射線をやると白血球が減りますから、白血球が幾つ以上になったら治療ができないということになって、家内の関心はそっちに向かいました。白血球がきょうは 3,000 だとか、2,500 だとか、そういうことをずっと言っていました。がんの告知はすべて一度に告げるのではなく、小出しに少しずつ時間をかけて告げるのがよいと思います。ちょうど 10 年ぐらい前に私の友達を同じようなすい臓がんで失っていて、彼は１年ちょっとで亡くなっているので、彼女はあと１年だなあと思っておりました。放射線治療と化学療法をずっとやりまして、予定の放射線治療が終わって退院しました。

退院後は自宅から化学療法をやるために定期的に病院に通院していたわけなのですが、だんだんと症状は重くなってきまして、最初は犬の散歩ぐらいできたのですが、だんだんそれもできなくなり、次第におなかが張ってきて腹水が貯留してきたのです。そこで腹水がたまって、いよいよ腹水を取ろうということになり緩和病棟に入院させていただきました。６月末に病気が発見されて、10 月末にはもう緩和医療に入ったわけです。このときに家内は積極的に治療を希望して抗がん剤をやってほしいと言ったのですが、肝臓に少し転移がありましたものですから、これ以上やっても無駄だと言われて、あきらめて、緩和の治療をしていたのです。

（スライド省略）

私の家内はカトリックで洗礼を受けておりまして教会に通っていたのです。これは元気なときの写真ですが、マイケルさんという神父様が大好きで、この人が病室までお見舞いに来てくれました。教会の神父様はお見舞いに来て、どんなことをするのかなと見ていましたらまずお祈りはするわけです。その後、必ず「頑張っていますね、頑張ってください」と言って帰るのです。それしか言わないです。週に一度くらいお見舞いに来てくれましたが最後までそれしか言いませんでした。

11 月に退院します。これは本人の強い希望で退院したのですが、その理由は、隣の部屋で患者さんが亡くなられて、夜家族が泣いている泣き声が聞こえると。この病院で夜中に患者さんが亡くなると、ざわざわ廊下の様子が聞こえると。そういう環境に私はいたくないと言うのです。ただこうやってずっと待っていて、死ぬまでじっとしてこの病院に入院しているなら、私はうちに帰る。そのとき、私と家内の二人だけの生活でしたから、私も患者さんを診る仕事もありますし、うちに帰って、これは大変だなと思ったのですけれども、そう言われれば、やっぱりうちに引き取って自分で看取るしかないとそこで覚悟を決めました。実際、一人ではできませんので、訪問看護をお願いして、訪問看護の人に週二、三回ずっと来てもらいまして、私が患者を診たり、仕事をしている間は訪問看護の人に来てもらったり、それから自分

の診療所を毎日オープンできませんから、メディカルセンターから若い先生に助けに来てもらって、何とかつないで診療所はそれなりにやって、ほとんどつきっきりといいますか、なるべく一緒に過ごす時間を持つようにしました。

そういうわけで、だんだん悪くなっていったのですが、結局最後まで、もう死を悟ったなどということは一言も言わずに、奇跡のようなことが起こるのではないかというような期待感をほんの１万分の１でも持っていたみたいで、神父様が来て、お祈りして、「頑張っていますね」と言うと少し元気が出る。ずっとそういう毎日でございました。けれども、いよいよ最後になったときには、娘が３人いるのですが、家族全部うちに来てもらい看取ったわけです。

私がここで感じたのは、あくまでもあきらめない、最後まで何か奇跡が起こるのではないかという希望を少しでも持っていることはやっぱり大事なことなのかなと思いました。よく私の患者さんでも、あと何カ月なんて言われた人でも、どういうわけか長生きして元気でいる人がたまにはいるのです。だから、そういうケースにあてはまらないかという願いを常に思っておりました。わずか半年で逝ってしまったので、非常に残念だったのですが、こんなに元気だった人がいくら健康管理をやっていても、運が悪ければこういうことになるのかとつくづく思いました。こういうこともあるということを皆様にお話ししてみたいと思ってやってまいりました。以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

◎質疑応答・自由討論（敬称略）

司会　東京医科大学茨城医療センター　病院長　松﨑　靖司
パネリスト　東京医科大学茨城医療センター　乳腺科　教授　藤森　実
（順不同）　筑波大学　医学医療系　消化器外科　准教授　村田　聡一郎
筑波メディカルセンター病院　副院長　志眞　泰夫
八重樫　眞人
古徳　利光
土浦協同病院　看護師長　松本　俊子
茨城県薬剤師会　地域医療委員　坂本　岳志

○司会（松﨑）
　これからは質疑応答、自由討論の時間でございますので、パネリストにつきましては、先ほどご講演いただきました５人の講師の皆様に加えまして、土浦協同病院看護師長松本先生、茨城県薬剤師会地域医療委員坂本先生のお二人にも参加していただいております。
　それでは、パネリストの皆様、よろしくお願いしたいと思います。
　まずは、事前にいただいた質問があります。そちらの事前にご提出いただきましたご質問を優先させていただきまして､こちらのパネラーの先生方から回答していただくという形をとらせていただきます。先ほどたくさんのご質問をいただきました。全部のご質問に答えるのは難しいと思いますので、時間の進行を見まして、臨機応変という形で進めさせていただきたいと思います。
　事前質問の中で、第一番目に、予防検診に関するものがございます。このことに関しまして、最初のご質問は、がんの予防法、日常の生活習慣で気をつけたほうがよいことを教えてくださいというご質問が来ております。これは先ほどのご質問の中にも、生活の中で喫煙とかストレスとか、がんを悪くする関与がありますかというご質問も実際ありますので、このことも含めまして、どんなふうにがんになるかというお話は藤森先生にしていただきました。がんは正常に戻るかどうかということまで含めて、予防、検診を含めまして藤森先生からお答えしていただきたいと思います。藤森先生、よろしくお願いいたします。

○藤森
　予防というか、日常習慣ということですが、先ほどお話ししましたように、がんの原因はもともとある正常な細胞の遺伝子が傷ついていくことなのです｡その傷つく原因を減らすことが一番大きいことで、実際の生活では、食生活が一つの大きな問題になります。それからもう一つ、絶対に忘れていけないことは、やはりたばこです。
　喫煙に関しましては、肺がんだけではなく、ありとあらゆるがんに喫煙がいけないことははっきりしておりますので、たばこを吸われる方は、残念ながら、がんに向かって進んでいることは事実でございますから、がんの予防方法としては禁煙すること、ご自分は吸っていなくても、たばこを吸っている方のそばにいますと、副煙流を吸ってしまうとそれもがんになりますから、やはりたばこを吸っている所には近づかない、これも大きなことになります。
　食事につきましては、日本で多い胃がんなどではやはり塩分の高い食事は胃がんの原因になることははっきりしておりますので、減塩は食事の中では重要なことになると思います。
　油っこいもの、乳がんなどを考えますと、食生活で言いますと、昔から乳がんは欧米の方に多くて日本人には少なかった。しかしながら、昔からいわれていたのは、ハワイに住んでいる日本人は日本本土に住んでいる日本人の方より乳がんが多いということがありまして、これは全て食生活によるものであります。ですから、乳がんに限って言いましたら、昔ながらの日本食の食生活が乳がんにならないためにはいいと思います。今日本でもいろいろなジャンクフードで欧米型の油っこい食事が多くなっており

ますが、やはり本当は日本食の方が乳がんにはならないと思います。
逆に、日本食の塩からい物は先ほど言いましたように、胃がんになりますからそういうところに気をつける。食生活、たばこ、これが一番日常生活の予防方法で大事なことだと思います。
それと、日本人はそんなに多くはないのですけれども、皮膚がんがあります。これは紫外線を浴びすぎるといけないということがありまして、もちろんある程度日に当たらないといけないのですけれども、昔、僕らが小さいころは夏休みに真っ黒に焼けないと夏休みが終わった後に怒られたのですが、そういうのは直接皮膚がんにつながりますから、紫外線の浴び過ぎは絶対いけないこと。これらはがんにならないために気をつける日常生活のポイントだと思います。以上です。

○司会（松崎）
おわかりいただけましたでしょうか。日常生活の中でも、やはりたばこの問題とか食事、こういったものは私たちの身の回りで毎日いろいろ遭遇する内容ですから、そのことに関しまして、今藤森先生が言われた内容につきまして、ご理解していただければと思いますので、食べる物がいかに重要かということです。食べ物と発がんの状況はだんだんといろいろなことがわかってくるようになりましたから、食事の内容に気をつけましょうということです。これはおわかりいただけたのではないかと思います。
先ほど、予防で、こういう質問が、アンジェリーナ・ジョリーさんの予防切除の話がありました。日本ではどのぐらいの施設で現時点においてこういうことが行われていますかと、こういったことがどのくらいのがんの段階でやるべきですかと、その辺りをかいつまんでお願いします。

○藤森
先ほど、講演でもお話ししましたけれども、母親、父親からがんが遺伝する人は、がん患者が 100 人ぐらいいた場合に、５人くらいはそういう頻度があります。ただし、親から受け継ぐ遺伝子に傷がついているためにがんになるわけですけれども、残念ながら、がんになる前に、その遺伝子を調べて遺伝子に傷があるとわかっても、遺伝子の傷そのものを治す方法がないものですから、なかなかこれは難しい問題です。結局、そういう遺伝子に傷があって、将来がんになるとわかっても、遺伝子そのものを治療する方法が今はないので、先ほどお示ししたような予防的な切除という極端な話になるのが現実であります。
日本では、乳房の予防的切除に関しましては、まだなかなかいけないというところがありまして、研究段階として始めようとしている所は大阪大学、聖路加病院が出てきておりますが、やはり今のところ、それはまだ日本では根づいていないと思います。やはり早めに見つけて、手遅れにならないうちに治療するという段階までが日本の現状だと思います。
その前に、果たして本当に遺伝性のがんかどうかの遺伝子検査の問題です。遺伝子検査の問題も、その遺伝子を調べること自体が高価ということと遺伝子検査の意味をどういうふうに理解してやるか、まだいろいろな問題がありまして、そんなに普及していないのが日本の現状と思います。その辺も含めてまた我々も含めて検討していかなければいけないという段階だと思います。

○司会（松崎）
ありがとうございました。まだ、これもなかなか難しい問題を含んでいるとことをご理解した上でと。余りマスコミに先導されないようにしていただきたいということでございますので、よろしくお願いしたいと思います。
それでは、次の質問です。がんの術後の健康管理、例えばどんなふうに再発を防ぎましょうかとか、転移を抑えるためにどんなことを注意したらいいかという、答えづらいかもしれませんが、村田先生、よろしくお願いいたします。

○村田

まず、がんの術後の健康管理につきましては、どのような手術を受けたかによって、想定される合併症、健康管理の問題、いろいろありますので、受けた手術の内容によってどこを注意したらいいのかは手術を担当した先生とよく相談していただければいいと思います。

一般的に言いますと、例えば胃の手術をすると、どうしても体重が落ちてきてしまう、やせてきてしまうことがあります。がんの予防の観点からしても、やせていくことは余りよろしいことではありませんので、食べ方を工夫していただいて、なるべくやせないようにする。大腸の手術の方に関しては、便秘とか腸閉塞がとてもよろしくないので、やっぱり食べ方に気をつけていただくと。一般的に言えるのは、運動をやっていただくことは非常に大事かと思います。

あとは、転移、再発を防ぐために注意すること、これも手術の後、担当の先生から必ずお話があると思うのですけれども、今、補助化学療法といいまして、手術が終わった後、抗がん剤の治療をやるかどうかは非常に大きな要素になっています。大腸がんや胃がんなどでは、ガイドラインが非常に進んでいまして、多くの証拠をもとに、こういう治療をした方がよろしいのではないでしょうかということを担当の先生がお話しすることがあると思います。一般的にはそれをもとに判断していただくのがよろしいのですけれども、薬の治療費の問題もありますし、副作用の問題もあります。その後、社会的にお仕事をしなければいけないとか、いろいろな要素があると思うので、そこはよく相談していただきたいと思います。

一番大事なのは、通院を最低５年は欠かさずに行くと。途中で通院をやめてしまうと、病気が再発しても相当進行しても気がつかない場合もありますので、そこはよく気をつけていただければと思います。まとまりませんが、そういうところでよろしくお願いします。

○司会（松﨑）

ありがとうございます。これはなかなか難しいところですけれども、村田先生は消化器外科医でいらっしゃるから、今のお話は術後にこういうことに気をつけてくださいということは、やはり再発を予防するには大事だというメッセージですので、これは治療後の話になりますけれども、非常に大事なポイントですから、今村田先生がお話になった内容につきましてご了解していただければと思います。

村田先生、もう一つ、胃がんのピロリ菌の質問がありました。ピロリは症状がないときの検査は保険が通らないのでしょうがないのですけれども、ピロリは除菌する必要があるかというご質問です。ピロリを除菌することで発がんを予防できますかというご質問が来ておりますけれども、お答えしていただけますか。

○村田
ピロリ菌に関しましては、おそらく60代以上の日本人の方だと、６割、７割の方がピロリ菌を持っていらっしゃいます。その方が皆さん胃がんになるかというと、なりませんので、ピロリ菌を持っていれば必ず除菌しなければいけないということは決してありません。今のところ、必ず除菌することを勧められているのは、潰瘍を発症した方、あるいは胃炎の方は除菌した方がいいと思うのですけれども、がんが怖いから必ず除菌しなければいけないということはないと思います。

○司会（松﨑）
そういうことですね。これも今、ピロリ、ピロリで、ピロリがあるとみんながんになるのではないかと思いがちなのですが、決してそうではないということ、ですから、胃炎があったり、潰瘍があったりという場合はピロリのチェックはできますからそれをしていただく。基本的には、潰瘍の方は除菌した方がいい、ピロリがいると潰瘍が悪くなりますから、除菌をする。
それから萎縮性胃炎といって、胃の粘膜が萎縮するような慢性胃炎を持っている方は非常に発がんしやすいこともわかっています。ですからそのような方の場合には除菌をするということを主治医の先生とよく相談をしまして、現状、自分の体がどうかを認識していただいて、除菌をするかどうかを決めていただくということで、やみくもに全部除菌をすればいいということではないという今の回答であります。
がんの早期発見のためのチェックはお金がかかりますよね。検診は当然病気ではないですからお金がかかってしまうと。これに対してもっと安くならないでしょうかとご質問があるのですけれども、藤森先生、簡単にご説明お願いします。

○藤森
おっしゃるとおりで、医療保険は病名がついた方にしか使えないので、検診には使えないのですが、検診でも、例えば乳がんの場合は自治体補助があって、マンモグラフィとか超音波検査が数千円でできるようになっておりますし、がん種によって年齢ごとに、ご存じのように、無料クーポンを配られてそういう検査をやっておりますので、今のところ、そういうのをうまく活用して検診を受けていただくというところになると思います。これをもっと安くするというのは、行政が税金をどううまくするかという問題になってくると思いますが、いかがでしょう。

○司会（松﨑）
そうですね。やはり、基本的には、最初のスクリーニングの検診は市町村が行っております健康診断を第一に優先していただきたいということで、お金をかけないスタートはそこが大事であると、今の藤森先生のお答えはそこに尽きると思います。
ですから、がんにならないためにはどうするか、がんの原因は何か。例えば、肝臓がんにすれば、Ｃ型肝炎、Ｂ型肝炎というウイルスが原因だと。それはわかっていると。そうすると、Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎のチェックを一生に１回やりましょうと、それは今日本でキャンペーンになっていますから、そういったものも今ちゃんと県でも無料検診ができますから、そういう予算がちゃんとついていますので、そういったものを受けてみなければ、そういったものをちゃんと受ける、検診の窓口があることを知っておいていただきたいというのが、きょうのセミナーからのメッセージであるということをご理解いただければよろしいのではないかなと思います。
いずれにしましても、例えばＰＥＴ検査をやりたいとか、そうなると、自分での担保としてやるわけですから、それはお金がかかって当たり前、仕方がないことになると思います。ですから、このことはよくご了解いただいた上でということになりますから、ＰＥＴは通常健康保険が適用されてやる場合は、大体７万5,000円ぐらいかかりますから、自己負担で１割から３割としても２万2,0000円ぐらい。診察料もかかれば３万5,000円ぐらいかかるわけです。これは保険診療の場合になります。ですからそれは

がんがどこかにあって、腫瘍マーカーが高いからどこか見つけようと。では、ＰＥＴを受けようといった場合は保険診療となりますが、何もないけど、自分ががんかどうかわからないからＰＥＴを受けようというときは７万5,000円払っていただくと。これはやむを得ないというのが今の日本の医療の現状であるということでございます。これはご理解のほどお願いしたいと思います。
続きまして、治療に関するご質問が非常にたくさん、途中でもたくさん出ました。治療に関しては、村田先生の方から非常に多くの進歩があるのだよということは先ほどの講演でご説明していただきました。ですからそのご質問があったのですが、それは先ほどのことでご回答が得られたとご理解ください。
ご質問の中に、がんの免疫療法とワクチン療法のご質問がありました。事前質問では免疫療法の質問がありました。ワクチン療法について藤森先生から補足していただけますか。

〇藤森
がんの免疫療法は昔からいろいろ出ているのですが、昔から、なんとなく免疫を上げれば、がんが治るのではないかという話が巷にあるのですけれども、最近は免疫療法がかなり変わってきまして、免疫療法をするときに、どこをたたけばいいかというピンポイントに免疫を上げる、あるいはがん細胞が免疫から逃げている、そのメカニズムを突き詰めて、逃げているための分子を標的にした治療とか、そういうのがだんだん出てきました。
ただし、今のところ、がん免疫療法、がんペプチドワクチンといわれるもので認可されているものは、アメリカでは前立腺がんの再発、それから悪性黒色腫の再発、日本でも、悪性黒色腫の再発に認められている、この３種類のみです。結局、実際の臨床治験を経て、今のところ効果があるだろうと認められているのはこの３種類のみです。今後、ちゃんとした治験を通って新しい本当に効く免疫療法が出てくると思いますから、昔からの何となくのがんの免疫療法といった本とか、そういうものに惑わされないように、しっかりした証拠のある免疫療法がこれからだんだん増えてきますので、そういうものを受けられる方向がよろしいかと思います。

〇司会（松﨑）
藤森先生が今ご経験も実際、先端のことをやっていらっしゃるので、村田先生は筑波大学でもやっていらっしゃいますよね。ワクチン療法と……先生方のグループではやってないか。そうか、内科と陽子線のときの話になるか。これは高度先進の新しいところになりますので、幾つかの専門医療機関、大学等が中心になってしまいますけれども、こういうワクチン療法、免疫療法の新しい試験が行われているのが現状であるということをご理解いただければと思います。
それでは、今の免疫療法、ワクチン療法、あと、もっと具体的な質問が来ております。
７月にＥＳＤ、先ほど村田先生にご説明していただきましたけれども、胃の粘膜の剥離、粘膜化層の剥離手術を内視鏡でお受けになったと。ステージ・ワンＡと。実は、ＥＳＤは３センチが一つの基準になっているのですが、実は４センチだった。ちょっと心配だと。何かアドバイスありますか。まず、先生、お願いします。

〇村田
スライドが出るようでしたら、お願いしたいのですけれども、ＥＳＤは、胃がん学会が胃がん治療ガイドラインを出しています。内視鏡的に胃がんを切除するガイドラインが大まかに決められています。
ご承知のように、内視鏡の治療は胃の外にあるリンパ腺は取れませんので、リンパ腺の転移の可能性がないのはもちろん大前提なのですけれども、ここに書いてありますように、大きさがまず２センチ以下で、組織系が分化型腺癌はリンパ節の転移を起こしにくい種類のがんです。
あと、ul-と書いてあるのは、潰瘍のようにくぼんでいる病変は取りにくいので最初にこの前提があります。
左側の二つ、粘膜層Ｍと書いてあります。それからその下の粘膜下層ＳＭと書いてあります。ここら

辺ぐらいまでが内視鏡的な治療の限界です。その下の赤くなっている筋肉の層にかかってしまうと、内視鏡では取れません。また、リンパ腺の転移が出てくる可能性があるので、この左の二つ、一番確実なのは一番左側が適用になります。

ご質問のリンパ節転移の心配の件です。右側のちょっと小さくて申しわけないですが、今、適応拡大されていまして、ここにありますが、３センチまでなら適応拡大することが臨床研究としては認められています。ご質問は３センチということになっています。

では、３センチを超えるとどのようになってしまうかというと、その左側にありますリンパ節の転移の可能性を 1,200 例とか、物すごくたくさんの数を調べています。一番上は３センチ以下の粘膜にとどまるがんの場合のリンパ節の転移を書いていますが、1,230 調べてゼロ個ということで、1,230 のゼロということで、ゼロ％です。

３センチを超えたらどうかということのデータはその次にあります。またM癌で腫瘍の大きさは制限なしと。３センチを超えたものも全部入ったものを 929 例調べたところ、やっぱり粘膜にとどまっていればリンパ節の転移はほとんどなしということですので、このご質問に関しては、３センチが４センチになったということで、とりたてて物すごく心配する必要はないのかなと思います。

ただ、施行していただいた先生とよく確認していただきたいのは、大きい病変ですと、水平部の切れ端とか底の部分の切れ端の所にがんが残っていないことをちゃんと確認していただく必要があると思います。もし、がんが完全に取り切れていて、ステージが１Ａで確定した場合でも、やっぱり５年間は通院を欠かさずにしていただきたいと。ご心配のリンパ節はＣＴや超音波でないとわかりませんので、定期的な検査を受けていただくことをお勧めしたいと思います。

○司会（松﨑）

ありがとうございました。これは大分具体的なご自身の病気の状況になりましたので、こういうようなかなり細かな判断が必要になってくることをご理解いただきたいということでありまして、よく主治医の先生の説明を受けて、判断をしていただいて、心配をとっていくことを図っていただきたいということであります。

それでは、次は緩和の話に移らせていただきます。

志眞先生にお願いしたいのですけれども、痛みをとるためには麻薬を使うと聞いております。麻薬を使うと中毒にならないか心配です。大丈夫でしょうかというご質問なのですが。

○志眞

麻薬と言われると、危険ドラッグも含めてさまざまなものをみなさんは思い浮かべると思います。先ほど申し上げましたように、医療で使われる麻薬は「医療用麻薬」と言います。その中でもモルヒネが有名ですけれども、それ以外に最近はオキシコドンやフェンタニルといった様々なオピオイド、医療用麻薬が使われています。これらの医療用麻薬は「痛みがあるから使う」ということが大切なポイントです。つまり、医療用麻薬であっても「痛みのない、痛み止めを必要としない状態」で使った場合には、快感が生じていわゆる「麻薬中毒」、すなわち、薬物依存になります。しかし、がんの痛みがあって、それが慢性となっている場合には、痛みを感じる脳の中枢がある意味で痛みによってかなり痛めつけられています。したがって、医療用麻薬を使っても、快感は生じないのです。依存症にはならない。ですから、がんによる痛みがあってオピオイド、医療用麻薬を使う限りは依存症にはならないとご理解ください。がん治療がうまくいって、がんがなくなる、あるいは小さくなって医療用麻薬を必要としなくなれば、止めることもできます。

○司会（松﨑）

ありがとうございます。やはりこれは使い方によって違うのだということで、遊びで使ってはいけませんという話でございますのでおわかりいただけたかと思います。

それでは、こういう緩和につきまして、緩和ケアを受けるには、本人の希望、あるいはドクターの意思・意向、どちらですかというご質問があるのですが。

○志眞
基本的には患者さん本人の希望が大切です。今、がん診療に携わる医師は「基本的な緩和ケア」を勉強している方が増えています。がん治療を専門に担当している医師でも、緩和ケアがちゃんとできる方も増えてきています。そういったがん治療医と相談をすることが大事だと思います。
しかし、痛みが強い場合、がん治療を専門に担当している内科医や外科医で、やっぱり自分ではこれだけ強い痛みの治療は無理だという場合には、患者さん、あるいはご家族にやはり緩和ケアの専門医に相談した方がいいのではないですか、とお勧めすると思います。そういう意味で、「専門的な緩和ケア」について言えば、医師がお勧めする、あるいは看護師がお勧めすることはあると思います。でも、自分には緩和ケアは必要ないと思えば、もちろん断っていただいていいと思います。しかし、痛みを抱えたまま治療を続ける、生活を続けるのは非常につらいことです。そういった医師や看護師のアドバイスもぜひ参考にされて、緩和ケアの専門家に相談していただければよいと思います。

○司会（松﨑）
それでは、もう一つあるのですけれども、緩和ケア病棟はまだ限りがありますよね。県内でもそうたくさんの施設があるわけではありません。希望すれば入院はすぐできるでしょうか。なかなか入院できませんか。緩和ケアの費用はどれくらいかかりますかというご質問です。

○志眞
まず、緩和ケア病棟は、先ほどお示ししましたように、がん治療が難しくなれば、だれでも入院する必要があるかといったら、必ずしもそうではありません。患者さんの多くは一般病棟に入院して、必要なときに緩和ケアを提供されることもあります。古徳先生の奥様のようにご自宅で訪問看護を受けて過ごすこともできるわけであります。
ただ、緩和ケア病棟で専門的な緩和ケアを受けないとなかなか苦痛がとれなかったり、あるいは身体が衰弱したり、家族がいなかったりして、自宅では生活ができない方もいます。その場合には、できるだけ患者さんのご希望を尊重して緩和ケア病棟に入院できるようにします。しかし、松﨑先生が言われましたように、現在、茨城県内の病床数はまだ100床にも満たない状況です。すぐに入院させてほしいと言われてもなかなか入院できない場合もあると思います。
もし、苦痛な症状があって、とてもつらい場合には、早めに主治医の先生にご相談いただくことが大事だと思います。例えば、筑波メディカルセンター病院緩和医療科は筑波大学付属病院緩和ケアセンターと連携して、両方の病院の外来に通院するということも始めております。なるべく早めに病院のがん治療を担当している医師や緩和ケアチームにご相談されて、必要なときに緩和ケア病棟に入院できる準備をしておく、ということもこれから必要なことだと思います。そして、これからはできるだけどこの病院でも、あるいはどこの診療所でも、緩和ケアが受けられるような体制作りをしていきたいと思っています。
緩和ケア病棟に入院した場合の費用は、「定額制」といって１日の医療費が一定の額に決められて、健康保険で支払われます。詳しいことは、病院のソーシャルワーカーにお聞きください。

○司会（松﨑）
ありがとうございました。大体、現状の緩和についてはおわかりいただけたのではないかと思います。
それでは最後のパートなのですが、療養生活について、まとめに入っていきたいと思います。きょうは患者さん並びに家族の立場でご講演をいただきました。ご質問の中に、ご自身や家族の方ががんになって困った、そういうときに際しまして、きょう既にお話をいただいております。それをまとめていた

だくということで、ご自身のがんやご家族のがんといったときに、困ったこと、つらかったこと、それから逆に、こういうことをやったのがよかったということにつきまして、八重樫先生、古徳先生、あと、緩和の認定看護師でいらっしゃる松本さんからも、この辺りにつきまして、お一人ずつお願いしたいと思います。
　八重樫先生お願いいたします。

○八重樫
　最初に話をさせていただきましたけれども、そのほかですと３度がんの治療を受けています。当然ながら、今皆さんの前で服を着て座らせてもらっていますけれども、私の場合は右肺がないというハンディキャップのほかに、大元の原因は１回目の右肺全摘出の後、膿胸というものを起こしてしまいまして、それを抑えてもらって退院しています。
　２回目の治療で抗がん剤を使い、副作用で免疫力が下がり、それが爆発してしまいました。その治療の一環として、７年前から開窓術を受け、見えないのは当然なのですけれども、右胸のこの辺に当時はこぶしが一つ入るほどの大きさの穴を開けています。今現在もその穴はそのままです。ですので、乳がんの方と同じと言っては失礼ですが、公共のお風呂には当然みずから望んで入ることはしていません。
　その穴の中も、出血が大量ではないですが、常にあります。そういったハンディキャップを抱えた体で世の中へ戻っての生活は、やはり結構つらいもの、困ったものというのがいろいろな場面であります。ただ、周りの人間でわかっている方は手を貸していただけるのですが、やはり年を取れば取るだけ、世間様に迷惑をかけていることが意外と申しわけなく、重く感じるようにもなってきていますので、その辺がつらいことの一つでしょう。
　私に限らず、がん経験者の方はさまざまなつらい思いをされていると思いますので、短い時間で全て話しできませんが、それが一つです。
　逆に、うれしかったこと。基本的に、がんを経験してうれしいことはないと思っています。ただ、経験してしまったがゆえに感じたこと、その一つが最初に治療を受け終わった後、社会復帰したときでしょうか。会社を半年休んで戻った初日でした。私ががん治療を終えて会社に戻った人間であるということをおまえら忘れているのではないかというぐらいの仕事の山。以前と何も変わらず、仕事が降ってきました。ただ、それに私の体が反応しているのですよね。当然ついていけません。ただ、何とか動こうとしています。動こうとしている体に対して、私の認識が後から追いかける形で、そうだよな、この仕事は次こうやるのだよなと、認識の方が遅れて意識するようなものでした。ただ、その荒々しい風が半年休んで、がんの治療を終えて戻った私には、今でもはっきり覚えていますが、物すごくうれしいものでした。嫌味ではないです。本気でうれしかったです。多分周りにだれもいなかったら、かなり涙を流していたと思います。これががんを経験した後でうれしかった、代表的な一つでしょうか。よろしいでしょうか。

○司会（松﨑）
　古徳先生。

○古徳
　困ったこと、つらかったこと、これはあらゆる面で困ってつらかったのですけれども、私は介護保険を利用して訪問看護の人にかなり助けられました。ベッドとかいろいろなものをレンタルするすべを習いました。最後には、おむつの交換の仕方まで訪問看護の看護師さんに習いまして、それで介護することができたわけであります。
　ただ、ここで申し上げたいのは、亡くなった後、残された家族の悲しみをいやすグリーフケアをがんセンター総長の垣添先生が新聞に書いておりましたけれども、グリーフケアもケースバイケースで、私がうれしかったのは、訪問看護してくれた看護師さんが後になってから、先生、「線香をあげさせてくだ

さい」と言って訪ねてくれました。そのとき、「何か困っていることはありませんか」と言われたときは、本当に有難くうれしく思いました。ですから、そういう制度はまだありませんけれども、コーディネーターみたいな人がやってくれるといいなと思います。よく患者さんに、「奥さんの分まで長生きしてください」なんて言われていましたけれども、そのようなことを言われてもちっとも慰めにはなりませんで、自分の命なんてどうでもいいやと半分思っていて、自分はいつ死んでもいいやぐらいの気持ちでいるのですから、家内の分まで長生きしたいなんて全然思っておりません。今ではまた別ですけれども、そのときはそう思いました。

私がうれしかったのは、奥さんを亡くした患者さんが私のところに来て、「先生の気持ちは良くわかるよ」って、ただそれだけ言ったのです。もう一人の患者さんは、「先生の顔を見るのが私はつらいから、きょうは薬だけもらって帰るよ」と帰った人もいたそうです。そういう話を聞いたときは本当にうれしく思いました。

○司会（松﨑）

ありがとうございます。今古徳先生がおっしゃられたことは非常に大事なことだと思います。やはり残された家族の気持ちをどうしていくか、こういったところへの気配り、目配りがいかに大事かということのメッセージでありました。

松本先生、今立場上、こういったことに多くかかわっていらっしゃると思いますが、一言お願いします。

○松本

私はいつも病院で、緩和ケアチームとか、がんの相談の仕事をしております。やっぱり、つらかったことということで体のことも多いのですが、一番多いのは気持ちがわかってもらえない、例えば主治医の先生とか、ご家族に自分の気持ちがわかってもらえないのだというつらい相談をよく受けます。

また逆に、がんになってよかったこと、余りよかったことはないのかもしれないのですが、自分の生活を振り返られたこと、がんという大きな病気をして、今までは仕事だったり、お金だったり、地位だったり、そういうところがすごく一生懸命だったのだけれども、もっと大切なものがあるのだと気づけたとか、やっぱり家族のありがたさがすごく身にしみたとか、がんにかかって人は日々成長するんだということを患者さんやご家族の言葉から私も勉強させてもらっています。

○司会（松﨑）

ありがとうございます。こういうところも非常に大事ですよね。

坂本先生、薬剤の薬局等の立場から、何かそういうようなこと、患者さんやご家族とやり取りとか、いかがでしょうか。

○坂本
　私は調剤薬局に勤めているのですけれども、通常、調剤薬局といいますと、皆様に処方箋を持って来ていただいて、薬を調剤してお渡しするのがメインの仕事と思っていただいているかと思うのですけれども、最近は訪問薬剤指導といいまして、患者宅に訪問させていただいて、病院と同じような形で薬の調整などをさせていただくことも多々やらせていただいております。全ての薬局がというわけではないので申しわけないところがあるのですけれども、そういったところで患者宅に訪問した際に、やはり聞くのが、松本先生が言われたように、言い方はちょっと悪くなってしまうのですけれども、やはり先生方はお忙しそうで、私たちの言いたいことをきちんと伝えきれないということをよくおっしゃっています。
　我々薬剤師ですとか、看護師、ケアマネさんなどが行くと、医師と比べて話しやすいのでしょうね、いろいろ話を聞き出して、実は、先生にこの薬をきちんと飲んでいると言ったけど、実は飲めていないのですというのを打ち明ける方が結構いらっしゃいます。そういったものを我々の方から、患者さんの立場からは告げ口されたというような認識にもなってしまうので、言い方は気をつけているのですけれども、医師にそういった情報を伝達することによって、患者さんが困っていることを、主治医ですとか、ほかの医療スタッフに伝わるということもよく経験しております。そういったところでは我々薬剤師もかかわっている状況となります。

○司会（松﨑）
　今のお言葉も大事で、やはり医師だけではなかなかできない、医者も忙しいというのは、これは言いわけなのですけれども、全部はカバーしきれないという面がありますので、そういったところにコメディカルのスタッフの皆様方、ベテラン看護師の方々、総合相談支援センター等、一生懸命こういったことを取り扱っていただいています。もちろん、今のように、薬剤師の先生方にもいろいろなことを今お手伝いしていただいているわけです。ですから、こういうチーム医療はそういうことがチーム医療でありますので、みんなで患者さんを支えていく、ご家族を支えていくというのが今の医療の重要な役割、立ち位置でございますので、医療スタッフへ遠慮なくお声がけをしていただくということで、みんなそれに真摯に答えますので、ざっくばらんにご質問していただければと思います。
　最後に、今医療費は非常に高い。新しい薬がどんどん出れば新しい薬は高い。私も外来の現場で、こういう高い薬を使っていて、どこまでやったらいいのでしょうかと。自分のお金も年金でやっているから限界がありますというお言葉を出される患者さんが当然いらっしゃるわけであります。こういう悩み

は現実的に非常に大事なことだと思います。ですから、こういったときの療養の医療費等のお悩みに対してどのようなアドバイスをされるかということを、最後に松本先生と坂本先生から一言お願いしたいと思います。

〇松本

医療費の問題はとても大きくて、私どもに相談があった場合には主にソーシャルワーカーとか医療事務の者が専門で担当しております。高額療養費制度がこちらの冊子の 29 ページにあったりします。これは年齢、保険とか、地域によっても少し違いますので、最寄りのがん相談支援センター、この冊子の裏側に 17 カ所、茨城県には相談支援センターがありますので、ここにご相談いただいて、専門のソーシャルワーカーとか医療事務の者にご自分の状況を説明して一緒に考えていくというのが重要ではないかと思っております。

〇坂本

今、松本先生の言われたように、私どももこういったメディカルソーシャルワーカーの方にご相談をさせていただいたり、あとは主治医の先生と本当にその治療を行うべきか否かをきっちり議論していただいたりすることをお勧めしております。ただ、なかなか患者さんから言いにくいということもあるので、そういったときによく言うのが、メモ書きをしてそれを主治医の先生に渡しなさいとときどき言います。先生の前で言いたいことを一生懸命ためていってもなかなか言えずに帰ってきてしまうということが散見されるため、何かメモを書いて、それを渡していただいたり、伝えさせていただいたり、あとは薬剤師としまして、必要な治療を中止することはできませんけれども、必要のないものは中止させていただきたいと思っております。

先ほど言ったように、抗がん剤の治療を行っていて、医師に対してはこの抗がん剤をきちんと毎回飲んでいますとお伝えしてはいたのですが、実際には飲み込むことができずに、１回のお薬代が３割負担の方で５万から６万円ぐらい支払っていたのを、半年ぐらいためていたという現状があります。ですので、もし、そういった飲めないですとか、この薬がたくさん余ってしまっている、もしくは不安がある場合には、薬剤師など、もしくは看護師さんなどに相談していただきますと、そこから医師につないでいただくこともできるかと思いますので、そういったことも活用していただければと思います。

〇司会（松﨑）

よろしいでしょうか。今、坂本先生がおっしゃった内容も非常に大事なことでありまして、医者が安易に薬を出すというと語弊がありますけれども、薬はだんだん増えるという傾向にあるのも否めない状況でありますから、本当にこれを飲まなければいけないか、医者が出したのだから飲まなければいけないと思うのは当然のことなのですが、ふとそこに疑問を感じたらば、遠慮なくご相談していただきたいということでありまして、先ほど申しましたように、チーム医療でありますので、いろいろな所に相談する窓口が今あります。ですから、自分で悩まないで、ご相談をかけていただくことがこういう医療をやっていく上で、当然医療費の削減にもなりますし、無駄なお薬でお金をたくさん出していくのは全く損ですから、そういったことがなきように、みんなでこれはやっていくことが今後の非常に重要な医療の中の現場としては、皆様方も一緒に協力してやっていく必要があろうかと思います。

きょうは非常に多岐にわたりまして、がんにつきまして、医療の立場、患者さんの立場、ご家族の立場、そして皆さんを支える立場、多くの多職種との連携を患者さんの皆様方を中心にということでこのパネルを企画いたしました。ちょうど時間ではございます。

この貴重な時間にパネリストの皆様方、会場の皆様、貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。これをもちまして、このセッションを閉じさせていただきます。

どうもご協力ありがとうございました。