

NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

広島市の平和記念公園では8月6日、米国による原爆投下から70回目の「原爆の日」を迎え、100か国の代表らが参列して平和記念式典が開かれました。NPO法人がん患者支援ネットワークひろしま会員の皆さまにおかれましても、それぞれのお住まいの地で犠牲者の冥福と世界恒久平和を祈られたことと思います。



わが国の人口構成はますます高齢化が進み、戦後生まれが80%を超えています。戦争を体験していない世代がほとんどという現状ですから、被爆体験の継承・伝承は容易ではないでしょう。その中で広島に生まれ育った私たちは、子や孫たちの世代に平和の尊さを不戦の誓いと共に伝えていく責務があると信じています。

さて、ニュースレター「がん110番」第69号をお送りします。本号においては、わが国が世界に誇る「国民皆保険制度」を考えるための「社会保険審査を考えるフォーラム」が開催された報告を初めとして、がん医療に関する情報やがん闘病の体験記など盛りだくさんの投稿記事が掲載されていますので、じっくりお読みください。当会は、引き続いてがん患者さんとご家族や友人知人の皆さまのお役に立てるよう、地道な活動を通じ一人でも多く皆さまのニーズに答えていきたいと考えています。よろしくご支援をお願いいたします。

理事長 廣川 裕

● 今年度の第2回（通算で第66回）「市民のためのがん講座」は、「リンパ節転移：(2)腹部」です

今年度の「市民のためのがん講座」は、年間共通テーマを「症例から学ぶ再発がん：リンパ節転移」として、(1)胸部・(2)腹部・(3)骨盤部・(4)頸部のそれぞれのリンパ節転移について、4回に分けて勉強しています。

○平成27年度「市民のためのがん講座」

第2回（通算66回）「リンパ節転移を勉強しよう！ (2)腹部：胃・大腸・膵臓・肝臓・腎臓のがん転移」
廣川 裕（当会理事長、広島平和クリニック院長）

○と き 平成27年8月23日（日）午後2時～4時（開場：1時30分）

○と ころ 広島県民文化センター（広島市中区大手町1丁目5-3 ☎082-258-3131）

リンパ節転移は、肺癌・食道癌・胃癌・大腸癌・子宮頸/体癌・卵巣癌・腎臓癌・膵臓癌などなど、どの種類のがんにも共通する治療上の重要な問題です。しっかり勉強して、「賢いがん患者」になりましょう。

● 「社会保険審査を考えるフォーラム」について

標記フォーラムが、7月5日に広島国際会議場フェニックスホールで、約1000人の参加者を得て開催されました。主催者は社会保険診療支払基金という民間企業ですが、私は土肥先生（前広島日赤病院院長）の勧めで、被保険者パネリストとして参加しました。それまでは、その名前はもちろん、何をするとところかも知りませんでしたが、保険診療について少し勉強しましたので、被保険者（患者）として知っておいた方がよいと思うことを、少し紹介させていただきます。（次ページに続く）

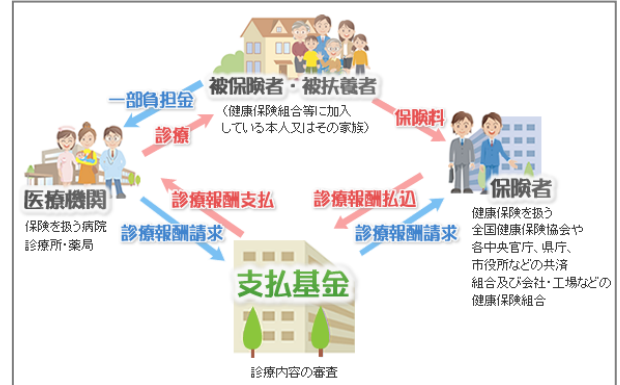
● 「社会保険審査を考えるフォーラム」について

(前ページからの続き)

1) 支払基金の役割について

医療の世界では、被保険者（患者）、保険者、医療機関が存在しますが、支払基金は医療機関と保険者の間を取り仕切る行司のような役割をしています。つまり医療機関から送られてきた医科・歯科レセプト（請求書）を審査し、OKならば医療費を支払い、保険者に医療費と手数料を請求します。審査結果に不満がある場合は、医療機関や保険者と話し合って解決してゆきます。

日本の国民一人あたりの医療費が、先進各国「G7」の中でトップクラス（低額）であるのは、縁の下で地道な努力をしている支払基金の貢献は少なからずあると認識しました。



2) 日本の医療保険制度について

私は、日本の保険制度が世界に誇れる「国民皆保険制度」で支えられているということ、今回初めて知りました。

具体的には、保険適用の範囲では平等で、病院選択の制約もなく、一方では国民一人あたりが支払う医療費が少ない、少なくとも現時点では世界に誇れる制度だといえます。

しかしながら、高齢化の進展に伴い、医療費は右肩上がりに増えていて、社会保険予算は国家予算の3分の1を超えました。2025年問題といわれている後期高齢者の急増は、現在の優れた医療保険制度を崩壊させるリスクを抱えています。すでにこの5月に成立した医療保険制度改定案は、被保険者の負担増が並んでおり、被保険者にとって厳しい方向へと進んでいます。

しかし、財政的に支えきれなくなりつつあるのも事実ですから、被保険者も賢い消費者に変身し、禁煙、食生活の改善、適度な運動など、一人一人が健康維持のため生活習慣を改めるとともに、検診による早期発見など、一人一人が健康維持に心を配り、結果として医療費の削減する努力を本気で考えるべき時期が来たと感じています。

3) 被保険者パネリストとしての私の発言

(1) 高額医療について

高額医療の救済処置として、高額療養費制度があつて、保険診療の範囲においては上限が抑えられている、これは大変ありがたい制度であるが、自由診療については保険も適用されず、海外では承認された薬や治療方法は高額で、より良い治療は受けたい、されどこの経済的負担には耐えられない、この狭間で苦しんでいる患者の救済も真剣に考えて欲しい。

(2) 支払基金の役割の拡大

被保険者は支払基金との直接の接触はありません。したがって支払基金にお願いしたいことは、その役割や日本の医療制度は他の国に比べてどんな位置づけにあるのか、どんな病気にたくさんの医療費を使っているのか、さらには日本の医療制度が抱えている将来課題などについて勉強をする機会を積極的に作ってほしい。これが、被保険者が医療保険に対する関心を深めることにつながり、国民をあげて医療問題に取り組もうという土壌を生み、先ほど述べた賢い消費者への道を踏み出す第一歩となると信じています。

以上が報告ですが、医療費問題は今や国民あげて取り組むべき、待ったなしの課題であることは間違いありません。だから、敢えて本件を報告させていただきました。なお、シンポジウムの発言原稿の作成に当たっては、廣川先生、ネクサスの中川さんからご指導、情報提供いただいたことを報告し、この場を借りて心よりお礼申し上げます。

副理事長 井上 等



● Dr. 津谷のコーナー 「コーヒーの効用」

最近のニュースです。「コーヒーを1日3-4杯摂取する人は、ほとんど飲まない人に比べ全死亡リスクが24%低下することがわかった。」コーヒー好きの方にとっては、うれしいニュースです。これは、東京大学/国立がんセンターの医師により、3月11日にオンラインで発表されたジャーナルからです。

くわしく内容を紹介しますと、40-69才の日本人9万人超の男女を登録し、1990年から調査を開始し、死亡あるいは2011年まで追跡した大規模なデータです。追跡期間は平均18.7年で、この間に1万2874例が死亡、このうち5327例ががん、1577例が心疾患、1264例が脳血管疾患、783例が呼吸器疾患、992例が外傷による死亡で、残りはその他の死因でした。これらを統計学的に解析した結果、コーヒーをほとんど飲まない人と比べ、1日あたり、1杯未満、1-2杯、3-4杯と多くなるほど、死亡リスクの低下を認めています。すなわち、コーヒーを1日3-4杯摂取する人は、ほとんど飲まない人に比べ全死亡リスクが24%低下することがわかった、との結論です。しかし、心疾患、脳神経疾患、呼吸器疾患による死亡リスクの低下が顕著であったが、がんとの関連はなかったようです。

世界でのコーヒーの消費を調べてみました。一人あたりの消費量が多い国は、ルクセンブルグ、フィンランド、デンマークとつづき、日本は29位でした。一日あたりに換算すると、それぞれ7.8杯、3.3杯、2.6杯になります。ちなみに日本は0.9杯でした。

それではルクセンブルク人、フィンランド人、デンマーク人は日本人より死亡リスクが少ないか？これは単純には比較できません。人種間の違いもあり、食事、生活習慣などを調整してみなければなりません。今後の検討が必要でしょう。しかし、7-8杯もコーヒーを飲む国民が、心疾患、脳血管疾患が少ないとのデータはありません。やはり何でも過ぎれば、良くないものですね。

副理事長 津谷 隆史

図1 コーヒー摂取と全死亡リスク

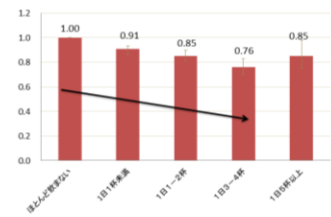
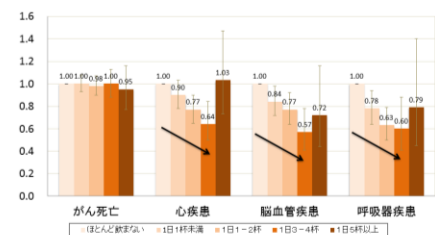


図2 コーヒー摂取と死因別死亡リスク



● 一病息災 「長寿者の言い分」

90歳過ぎの女性。

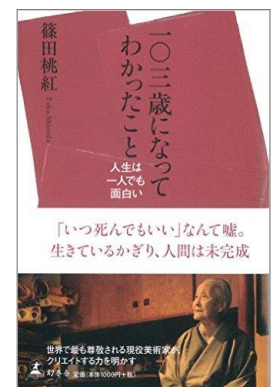
からだの動きが少し不自由ですが、比較的元気な様子。ある時、孫の1人から「おばあちゃん！ まだ元気だから100歳まできっと生きられるよネ---」と。すると「なに！じゃあ100歳以上も生きてらいいんのかね？」という言葉が返ってきたとか。このやりとり、実に微笑ましく前向きですね。（ちなみに、ご当人は私の友人の母上様です）

「103歳になってわかったこと」の著者・篠田 桃紅（美術家）さん。

自分一人でも人生を楽しむ極意を記しています。「食べ過ぎてはいけないし、少なすぎるのもいけない。」「自分に規律は課さないし、外からも課せられない。」「自分の目でみれば、新しい発見、新しい喜びがある。」「自らの足で立っている人は、過度な依存はしない。」「したいことをする。それを苦勞とは言わない。」など。

自分の心を信じてこそ「我慢しない」「期待しない」「逆らわない」で、毎日を楽しむことができると言っています。

以上、ご参考になれば！



理事 和田 卓郎

● 在宅医のつづき ～ご存知ですか～

厚労省の資料によると高齢化に伴い 2030 年には約 50 万人分の看取りの場所が不足すると予想されています。現時点では日本人の 80%以上、がんの場合は 90%以上の方が病院でお亡くなりになっていますが、ご存じのように医療費が毎年高騰しているために国は医療費を抑制する目的でベッド数と入院期間の削減を行っていますので病院は患者さんを今以上に受け入れることができません。

また在宅で最後までお過ごしになるためには医療やケアのサポート体制が整っていなければなりません。地域格差があり全国どこでも同じようなサポートが受けられるとは限りません。介護施設も介護保険を利用する施設は数が限られていて需要が多いので入居するのでさえ困難ですし、最近「雨後の筍」のように出来つつあるサービス付き高齢者住宅は費用が高額で医療のサービスが十分に整っていないところもかなりあるようです。

何だかお先真っ暗といった状況ですが、これらの問題は受け入れる側の施設の問題だけでなく私たち日本国民の看取りに対する意識にも問題があるように思います。何かあれば病院が面倒を診てくれる時代は過去のものになりつつあります。もし自分に介護が必要になった時、がんになって終末期を迎えた時にどこでどのように過ごしたいのか等について常日頃からご自身で考えたりご家族と話し合っておく必要があるように思います。が如何でしょうか？

理事 田村 裕幸

看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



● 連載「がんになって（26） ー胃がんリスクABC検診ー」

今回、書籍紹介で、胃がんを取り上げたので、胃がん検診について述べる。

広島市、呉市も含め、多くの市町村が行っている胃がん検診は、バリウムを用いた「胃部エックス線検査」である。内視鏡検査(胃カメラ)と比較して、レントゲン技師が行うことができ、一度に多くの人を検査できるというメリットがある。他方、直接胃の中を見る内視鏡検査の方が小さい病変も見逃さない可能性が高いことは容易に想像できる。また、多くの医師は内視鏡検査に関心があり、胃部レントゲン写真を正確に読める医師は急速に減っているはずだ。私も熱心に勉強した経験がない。このような検査を漫然と続けていて良いのだろうか。

ところで、1983 年オーストラリアでマーシャルとウォレンがピロリ菌(ヘリコバクター・ピロリ)を発見し、その後色々なことがわかった。例えば、松尾らは、広島大学病院内視鏡診療科で診療した胃がん患者 3,161 人についてピロリ菌感染の有無を検討し、未感染者は 21 人(0.66%)であったと 2011 年報告した。つまり、日本において胃がん患者 100 人のうち 99 人が、ピロリ菌が関与したのだ。その他の研究、調査より、胃がんの発症の機序は次のようにいわれている。

幼少期、ピロリ菌が胃に感染する(注 1)。その後、胃粘膜に炎症がおきて、その結果、粘膜が萎縮する。この異常な胃粘膜から胃がんが生まれる(注 2)。ピロリ菌に感染すると、血中のピロリ菌抗体が陽性となる。胃粘膜の炎症、萎縮が進むと、血中のペプシノゲンという物質の濃度が下がる。よって理論的には、採血し、ピロリ菌抗体、ペプシノゲン濃度を調べ、胃がんのリスクの高い人だけ、内視鏡検査を行えば良いことになる。

現在、ピロリ菌抗体が陰性の群をA群、ピロリ菌抗体が陽性だがペプシノゲンが正常な群をB群、ペプシノゲンが低値の群をC群と名付け、「胃がんリスクABC分類」と呼び、検診に用いようとする試みが始まっている(胃がんリスクABC検診)。

井上らは、人間ドック受診者 8,286 人を対象に、血液検査と内視鏡検査を同時に行い検討した。胃がん発見率はC群で 1.87%(2,089 名中 39 名)、B群 0.21%(3,395 名中 7 名)で、A群 2,802 名からは 1 例も見つからなかった。予想通り、C群が 1 番高かったが、

胃がんリスク健診 (ABC健診)

ABC分類	A群	B群	C群	D群
ピロリ菌	-	+	+	-
ペプシノゲン値	-	-	+	+
胃がんの危険度	低	→		高
おすすめ検査頻度	5年に1回	3年に1回	2年以内	毎年

その後の検討で、スキルス性胃癌等の予後の悪い低分化型は、B群に多いことも分かった(注3)。

以上より、A群は内視鏡検査は不要で、B群C群のみ対象にすればよいこととなる。また、今では、抗生剤等を用いることにより、ピロリ菌の除菌成功率は約90%なので、除菌することも大切である。除菌により、胃癌発生リスクは、2分の1から3分の1に低下することがわかっているが、既感染者はやはりリスクが高いので、注意深く経過観察する必要がある。

これらの知見を基にして、岡山県真庭市等で、ABC分類でリスクを判定し、その後、必要な人に内視鏡検査等を行う検診が始まっている。

この新しい検診は始まったばかりで、検討課題も多いが、従来のエックス線検査より理論的で、今後一般的になることも予測されるので紹介した。詳細は、井上和彦著「胃癌リスクABC分類活用マニュアル」(先端医学社)を参考にしていきたい。

理事 井上 林太郎

注1) 成人で初感染しても、その大部分は急性炎症で終わり、慢性化することは稀である。

注2) 黒木奈々さんも、ピロリ菌に感染していた。

注3) 胃癌の多くは、比較的予後の良い高分化型であるが、スキルス性胃癌がその代表である非常に予後の悪い低分化型の場合もある。黒木さんは、スキルス性胃癌であった。

● がん患者さんから元気をもらった

旅で出会ったAさんご夫妻の生きる姿勢が、何ヶ月経っても忘れられないので書いてみました。

団体旅行の初対面の人達と慣れてきた頃のある日、同じ食卓に座ったAさんご夫妻との会話中に、奥さんが「私は乳がんの全摘手術をしているのよ」と言いました。驚いた私が「あら！実は私もがん患者ですよ」と言いますと奥さんは信じられないと言う表情で、「とても元気そうに見えるけど本当なの？」と言うのです。

私は次のように話しました。「これまでに3度がんを患い、金持ちならぬ『がん持ち』の身です。3度目のがんは完治しないと知り、これ以上がんと闘って生活の質(QOL)を落とすたくないので無治療を選択しました。そう決心してからは好奇心も強まり、また感謝の気持ちも湧き充実した日常を送れるようになりました。」

奥さんは感に堪えないと言う表情で「まあ！うちの主人もあなたと同じ考えを持っていて、いつも前向きに生きています。主人は2年前に食道がんの手術をしてからは食事が普通に出来なくなりました。後遺症で声が出なくなり、鼻で息をすることも出来なくなり、喉に穴を開けて呼吸をしています。」

私は返す言葉もなく、ご主人の顔を見ると笑顔で頷きながら私を見ているのです。穏やかな表情を見ると私はホッとしたので、思い切って「私はがんの勉強会で学んでいる最中ですが、もう少し詳しく説明をして貰えませんか」と頼みました。

お二人は快く受け、ご主人の筆談を奥さんが解説をしながら話してくださいました。「手術は12時間以上かかり、腸を切り取って食道の代用として胃に直接つないでいます。でも、腸は内側がデコボコしているので少しの食べ物や飲み物でも途中で引っかかってしまい、胃に落ち着くまでに時間がかかるのです。ですから一日7回に分けて少しずつ食べています。もっと困るのは喉に開けた穴が乾燥するので、たびたび手当をしなければならないのです。けれども主人は最期まで自分らしい生き方をするのだと言っています。主人は写真が大好きで、二人で年に何度も海外に行き写真を撮っています。」

ご主人からいただいた紙切れを見ると、「あなたは今のままで良いのです。よい人生を送りましょうね」というメッセージでした。これほどの苦難に会いながら今残っている身体能力と気力を振り絞り、誇り高く生き抜いておられるAさんを心から尊敬しました。

帰国してからもAさんの堂々として生きる姿が忘れられません。私もAさんのように生きていけたらいいなあ、とつくづく思うのです。

会員(ボランティア) 玉田 浩子



● 前立腺がんの発覚から

縁あって、今年からボランティアの仲間に入れていただいた佐伯俊典（66）です。ちょうど1年前に広島赤十字・原爆病院で前立腺がんという診断を受けました。それから術前検査や貯血等を経て手術に臨んだのですが、自己決定とは言いながら大きな流れに身を委ねるのが精いっぱいじっくり自分の状態を見つめる余裕はありませんでした。1年経ったということで、これから自分ががんどう向き合っていくかという心の準備をするためにも、これまでのことを振り返ってみたいと思います。

亡くなった父が、（それが直接の死因ではなかったのですが）前立腺がんということで、ホルモン療法を受けていました。前立腺がんには遺伝的なファクターもあると聞いたので、気になって私も前立腺がんのマーカである PSA（前立腺特異抗原）値を毎年測るようにしていました。毎年の検査結果をグラフに描いていたのですが、PSA 値はこの10年で徐々に上がり続けました。昨年7月の人間ドックの検査で、とうとう PSA 値が 4.0（目安となる基準値）を超えてしまいました。父のこともあり、疑心暗鬼でいるのも嫌なので、前立腺の生検を受けてみることにしました。1泊入院での前立腺生検はそんなに苦痛もなく短時間で終わりましたが、検査結果が心配でした。

生検1週間後に外来で検査結果の説明があり、採取した12検体の中5検体からがん細胞が確認されたということで、「前立腺がん」の宣告を受けてしまいました。ある程度覚悟はしていましたが、現実のこととなると穏やかではられません。インターネットでいろいろ情報をかき集め始めました。それと並行して、転移の有無を含め、全身状態を診るために骨シンチグラフィやCTの画像診断を受けました。

画像診断の結果は幸い骨や他の部位への転移は今のところ見られないということで、少しは安心しましたが治療の方向性を決めなくてはなりません。気は重かったのですが、担当医師と面談し、今からの選択肢やそれぞれのメリット・デメリット、予後についての説明等を聞きました。

骨シンチグラフィやCTの結果から、手術でがんの部位を除去するという方法がとれるということで、再発時の治療法を少しでも多く残しておきたいので、手術ということに決めました。手術への不安は大きかったのですが、何もしないことへの不安や再発時の不安等がそれを上回り、最終的にはあまり迷わず、手術して前立腺を全摘するという選択肢を選びました。手術方法も、腹腔鏡やロボットを使う手術もあるということでしたが、「開腹手術」に決めました。

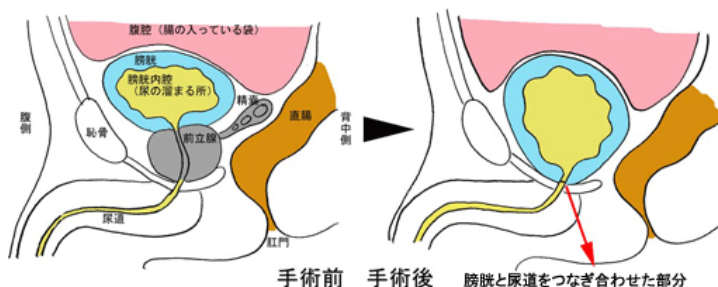
手術までの1か月間、自己血貯血（400ml×3=1200ml）や術前検査等で時間が過ぎる中、だんだん手術が現実のものとして意識に上ってきました。身辺を少しずつ整理したり、3週間程度の入院に備え家の用事を済ませておいたり、結構忙しく1か月が過ぎました。入院翌日には、「まな板の鯉」状態で5時間ほどの手術が済みました。その夜は、麻酔が切れると手術部位が痛く眠れる状態ではなく、痛みどめの注射を何度か打ってもらって何とか凌ぎました。翌日からはリハビリのため歩行も始まりましたが、痛くて立ち上がるのも大変な状態なので歩行距離も僅かでした。

3日目からは食事もとれるようになり、徐々に普通の生活に戻っていったのですが、毎日尿バッグに溜る尿の色や量、排液バッグに溜る腹腔ドレーンからの排液の色や量が気になる生活でした。手術時に尿管を切断し体内でつないであるのですが、つなぎ目の部分から大量に尿が漏れ出て腹腔ドレーンからの排液が一向に減らないのです。

このまま尿管の接合部から尿が漏れ続ければ再手術をしなければいけなくなるかもしれません。尿道カテーテルの固定法や固定位置などを調節しながら様子を見て、10日以上かかってやっとドレーンからの排液が止まり、ドレーンを抜くことができほっとしました。

術後3週間で退院に漕ぎ着けることができ、久しぶりに自宅に帰れたのですが、大問題がありました。手術後から尿漏れがひどく、尿パッドを常時使用していたのですが、帰宅して多少なりとも動くようになると、体の位置を変える

前立腺がんの手術前後



たびに尿が大量に漏れ出し、ほとんど垂れ流し状態でした。退院時に1日当たり200～500ml、退院2週間後でも1日当たり100～200mlの尿が尿パッドに漏れ出てしまいました。

主治医からは術後に尿漏れは必ず起こることや、多くの患者で時間とともに改善していくことを聞いていましたので、勧められた骨盤底筋体操等もしながら様子を見る毎日でした。多量に尿漏れをするため紙おむつなしでの外出もできず、手術部位の痛みも相まって、ほとんど外出できない日々が続いて精神的にも苦しかった覚えがあります。

退院後5週間の時点で1日当たり20～50mlまで尿漏れが減り、やっと外出しようかという気持ちになれました。できるだけ心配ない状態で外出するために、紙おむつを3種類、尿パッドを4種類ほど購入しいろいろ試してみました。10週目の年末にはようやく尿漏れも僅かになりましたので、普通の下着を着用できるようになりました。

その後は2か月ごとの外来受診でもPSA値等にも異常がなく、当面再発もなく一安心していた今年の4月、突然下腹部に違和感があり、見てみましたら異様に膨れている部分があります。何事だろうか、ひょっとすると・・・と、不安いっぱい翌日外来受診しました。診察結果は鼠径ヘルニアだろうというものでした。

手術するしかないということで、5月中旬に再度入院し鼠径ヘルニアの手術を受けました。今回の手術は2時間程度、入院も短期間で済みました。前立腺全摘手術を受けた患者の20～30%位は鼠径ヘルニアを発症するというインターネットのデーターもあり、事前にこの発症の可能性について知らされていればあんなにびっくりしなかつたらうな、と思い残念です。泌尿器科の主治医にはこのことを伝えておきました。



がん発覚からあれこれあって、気が付いたらもう1年になっていたという感じです。この1年間、私自身は心身ともにいろいろ大変だったのですが、妻をはじめ家族の気苦労は一方ならないものがあつたことだろうと思います。また、様々な励ましやアドバイス等を通して、手術後の不安でいっぱいの私を支えてくれた友人や知人の存在はかけがえのないものでした。

今回の私の経験がどなたかのお役にたつと嬉しいなと思います。

会員（ボランティア）佐伯 俊典

● 「広島県がんピアサポーター養成研修」を受けて思うこと

2月に開講された県のピアサポーター養成研修を受けて、早半年が経ちます。実際に研修を受けられた方で、病院や相談室などで相談を受けている方は、研修が役に立っているのでしょうか？

私は、娘が乳がんになってオロオロしていた時期でしたので、研修のお話を聞いてすぐ受けようと思いつきました。しかし、それから県からは何の音沙汰もありません。娘も手術後の抗がん剤治療も終わり、再発や転移もなく、経過観察の時期に入り一安心しているところです。でも、あの研修、一体なんだったのかと思うこともある今日この頃です。

これからピアサポーターとして活動できる日が来るのかなと、不安半分、期待半分でした。この時期になっても何も連絡がないということは、自分で活動の場を探してやりなさいということなのでしょうか。私の場合は、ボランティアで電話相談を2ヶ所でやっていますので、研修は役に立っていることもあるのですが…

県としては構想があつて研修をされたのだと思います。これで研修が全て終わりというのも寂しい気がしますし、たった1回の研修で、あとは自分で活動しなさいと言われるのも難しいと思います。継続研修をしながら、少しずつピアサポーターとしてスキルアップし、患者さんに役立っていけるのかな？など、いろいろなことを思う日々です。県の研修の続編のお話があればぜひ参加したいと思っています。

会員（ボランティア）植田 明美



● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

未来のことは未来の私にまかせよう

— 31歳で胃がんになったニュースキャスター —

黒木奈々著 文藝春秋 2015年3月初版

はじめに

2015年1月4日。この日は特番。久しぶりの仕事だ。午後2時、マネージャーの鈴木さんと一緒に『国際報道2015』のフロアに入った。

「私が、今日ここにいられるのは奇跡だと思います。8月27日、がんを告知されたのを最後に番組をお休みさせていただきました。その後、手術を受けました。手術の前日に皆さんからいただいた色紙がものすごく励みになりました。今日、復帰することを目標にずっと治療してきました。皆さんの支えのおかげで、ここまで来ることが出来ました。本当にありがとうございます。」

言い終えるや、感極まって号泣してしまった。温かい拍手で皆が励ましてくれた。そして、午後6時10分オンエア開始。

「あけましておめでとうございます。国際報道2015です。」思ったよりも冷静な声が出た。番組終了後の反省会では、感激し、やっぱり泣いてしまった。「今日オンエアを無事に終えられたのは、皆さんの支えがあったからこそです。治療を終えて、また必ず皆さんとお仕事ができるように頑張りますので、よろしくお願ひします。」皆が「絶対にまた帰って来てね」と言って下さった。幸せだった。また、頑張ろうと思った。

著者の紹介

1982年11月12日、鹿児島市で生まれる。小学生の時、将来はアナウンサーになると決めた。安藤優子、三雲孝江、河野景子さんら有名アナウンサーが、上智大学の出身と知り、2001年同大学フランス語学科に入学。在学中、フランスへ留学。2006年4月毎日放送に入社。その後フリーに転向し、2007年4月から、「TBSニュースバード」のキャスターとなる。2011年4月NHK BSのニュース番組のサブキャスターへ転職。2014年4月、「国際報道2014」のメインキャスターに抜擢された。同年8月27日胃がんを診断され、翌日より休養に入った。

著者の病歴等

2014年7月27日(日)、友人とレストランで会食中、突然胃に激痛がはしり、救急車で救急病院を受診。精査の結果、胃の穿孔が原因とわかった。手術を勧められたが拒否し、保存的に加療。8月18日から仕事に復帰。25日再度同病院で胃カメラ施行。穿孔は治っていたが、ピロリ菌がいることがわかった。詳しい結果は後日ということであった。8月27日、番組終了後、お父様から、病院から悪性細胞があったと連絡があった、と電話があった。9月5日、セカンドオピニオンを求めて、がん研有明病院を受診。同病院への転院を決めた。3日後、胃カメラ施行。初期のスキルス性胃がんであると告げられる。9月19日手術。10月29日より、再発リスク軽減目的で、抗がん剤治療が始まる。

翌年1月4日、1日限定で「国際報道2015」に復帰。2月、本闘病記を脱稿。3月30日より、毎週月曜日限定で仕事をされている。

本書の内容・感想

8月27日、帰宅後、所属する事務所の社長に電話。彼女は、降板も覚悟していた。

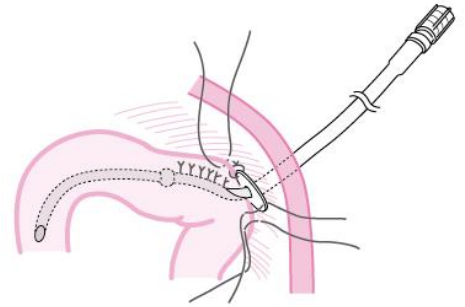
『私はストレートにこう切り出していた。「降板でしょうか？」答えは聞きたくない。でも、私の予想していなかった言葉が返ってきた。「NHKの皆さんは、『降板じゃなくて、ずっと待っているから』と言って下さったよ。」私は号泣した。こんなにうれしいと思ったことはないかもしれない。私の人生そのものだった大好きな仕事が奪われる恐怖から少しだけ解放されて、生きる希望がわずかにできた。』

彼女は、「復帰」することを目標に治療に専念することになった。

主治医は、当時副院長であった消化器外科、山口俊晴先生(現在は病院長)、担当医は速水克先生。9月17日入院。15時過ぎから山口先生より手術の説明があった。まず、お腹に穴を開けて転移がないか、内視鏡でみる。転移があった場合、抗がん剤を使って、がんを小さくして、二、三ヵ月後に改めて手術する。そして、



以下抜粋する。『「もし開腹で胃を全摘できた場合、黒木さんには普通の人にはやらないことを提案したい」と山口先生が言った。「あなたには早く社会復帰してもらいたい。テレビに出る方ですから、ガリガリじゃダメでしょ。すぐ栄養をとれるように、細いチューブをお腹の脇から入れておきましょう。術後、口から食べられたら使わなくてもよいけれど、どうしても食べられない時はチューブから直接腸に栄養剤を入れて、痩せすぎないようにする。そうすれば見た目もさほど変わらないから。」いわゆる「腸ろう」と呼ばれるものらしい。即座にやることを決心した。』さらに、今回見つけられなかったら、二年後には命はなかったとはっきり言われ、これまで「死」がこんなに近くにあったなんて考えたこともなく、怖かったそうである。 幸い転移はなく、19日手術はできた。



10月20日、退院後初めての外来。まず山口先生の診察があり、その後、消化器内科の高張大亮先生より、抗がん剤等の説明があった。ステージはⅢで、今後5年の間に、60～70%の確率で再発する可能性がある。最初の2年までが非常にリスクが高く、5年を過ぎたらほぼ再発はない。再発のリスクを減らすために抗がん剤治療をやったほうがよい。ステージⅢの人への標準補助的の化学療法は、「TS-1」という飲み薬を服用するのが一般的だが、TS-1と「シスプラチン」という点滴タイプの抗がん剤を組み合わせることを勧める。TS-1単独では、再発のリスクを10%減らすことができるが、シスプラチンを加えると、さらに35～50%に減るからだ。ただし、日本ではまだ一般的ではない。

具体的には、まずTS-1を4週間、毎日朝夕2回飲んで、その後2週間は何も飲まない休薬期間がある。これが1クール目。2クール目は3週間TS-1を毎日飲んで、その後2週間はお休み。ただし2クール目では、TS-1を飲みはじめて8日目にシスプラチンを点滴で投与する。この薬はひどい吐き気や腎障害を引き起こすため、入院が必要。3クール目、4クール目は、2クール目と同じ。シスプラチンの投与は3回。5クール目以降はTS-1のみになって、4週間飲んで、2週間休みというサイクルが1年続く。さらに。

「速水先生から聞きましたが、黒木さんが復帰を希望している1月4日の特番はちょうど2クール目の休薬期間にあたります。出演することができるはずですが、全3回のシスプラチン投与も、うまくいけば2月ですべて終わります。3月からTS-1だけになるので、頑張って4月から仕事に復帰してほしいです。」

実際には、10月29日から第1クール開始。12月10日から、第2クール開始。16日入院し、17日にシスプラチンの点滴を受けた。投与から3日目。吐き気、倦怠感、眠気等の強い副作用が出始めた。食事がとれない。予定では21日に退院するはずだったが延期。状態は悪かったが、24日退院。28日頃より体調が戻り、1月4日に間に合った。

本書は1月5日で終わる。

『明日は久しぶりの外来だ。2週間後には、2回目のシスプラチン投与が待っている。また、シスプラチンの副作用の吐き気と味覚障害が待っていると思うとつらいけど、それもなんとか乗り越えられそうな気がする。1回目も乗り越えられたのだから。今は目の前にある現実一步一步取り組んでいく。きっと結果はついてくる。「生きてさえいればなんとかなる。今やるべきことは今の私が全力で取り組んでいく。その先の未来のことは未来の私にまかせる……。」ドイツのまきちゃんの言葉を思い出した。 そうだ。未来のことは未来の私にまかせて、私は今できることをやり続けるしかないのだ。』

1月4日を目標に頑張ってきた。つらいこともあったけれど、それに負けないように闘ってきたから、昨日があった。緊張したけれど、昨日は番組に戻れてうれしかった。やっぱり私はキャスターをやっていきたい。他の仕事をやれと言われても、もうこの仕事しかできない気がする。私はやっぱりニュースキャスターなのだ。昨日、オンエアが終わった時、決意を新たにした。必ずがんを治して、この場所に戻ってくる……。』

私も時々、今後また別のがんに罹り…とか、脳梗塞、認知症になったらどうしようとか不安になる。が、私もまきちゃんの言葉を思い出して、未来のことは未来の私にまかせて、今やるべきことやろうと決意した。

理事 井上 林太郎



● 広島県内のがん関係イベント情報

○日本サイコロジ学会総会 市民公開講座「人はがんとどう向き合うか？」

日時：2015年9月19日(土)午後3時30分～午後5時(開場午後3時)

場所：JMS アステールプラザ(広島市文化創造センター) 大ホール

〒730-0812 広島市中区加古町4-17 TEL:082-244-8000

特別講演：「人はがんとどう向き合うか」

垣添忠生先生(財)日本対がん協会会長・国立がんセンター名誉総長

参加費：無料、事前予約先着順(FAX申込書にて)

問合せ先：第28回日本サイコロジ学会総会事務局

TEL:03-5981-6011、FAX:03-5981-6012

主催：一般社団法人日本サイコロジ学会

○「ひろしま乳がんアカデミア」

日時：2015年10月11日(日) 午後1時～午後4時(開場12時)

場所：広島国際会議場フェニックスホール(広島市中区中島町1-5)

プログラム：広島県内の乳がん治療医師を講師とした公開講座

第1部：疫学・検診・診断

第2部：手術・再建・放射線治療

第3部：薬物治療

第4部：最近のトピックス、乳がん患者会・サロンの紹介

参加費：無料、事前申込不要、定員(1200名)

対象者：一般の方、乳がん患者およびその家族

問合せ先：ひろしま乳がんアカデミア事務局(担当：角舎学行)

広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科

(〒734-8551 広島市南区霞1-2-3)

TEL:082-257-5869、FAX:082-256-7109 [http://Hiroshima-academia.com./](http://Hiroshima-academia.com/)



● 編集後記

暑い。暑い。何度叫んでも涼しくなるわけではないのだけど、つい言ってしまふ、「暑い」と。あまりの高温に脳みそが溶けたのか腐敗したのか、思考が断片的でまとまりません。物事を計画的にあらかじめ準備することができない。この原稿も書けない(笑)。でも、立秋を過ぎて時に朝夕に涼しい風が吹くことがあります。早く思考力を取り戻したい!(ま)

■ 発行：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま 事務局
<http://www.gan110.rgn.jp>

■ お問い合わせ：info@gan110.rgn.jp
TEL & FAX：082-249-1033

■ Copyright：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

このニュースレターは、当会の会員に配付しております。
当会の活動を充実させるため、入会希望者のご紹介をお願いします。