

● 井上さんの書籍紹介

「がん患者、お金との闘い」  
札幌テレビ放送取材班  
岩波書店 2010年1月初版



はじめに

序文にはふさわしくないが、1人でも多くのがん患者さんにこの制度、「障害年金制度」を知っていただきたいので、まず、本書から引用する。

『がん(悪性新生物)が障害年金受給の対象になったのは20年以上前、1986年からである。どんな病気がどのような基準で対象になるのか、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」に定められた。最終的には、CT検査や腫瘍マーカーなどの検査結果の数値、転移の有無、病状の経過などを照合した上で、三級、二級、一級と決定される。

直腸がんで人工肛門になった場合や咽喉がんで声帯を失った場合など、身体的な困難が明らかなる場合にはもちろん該当するし、たとえば、乳がんで乳房温存手術を受けた後、骨に転移が判明し、就労が困難な人などにも適用されている。

年金の支給は、国民年金(障害基礎年金)は一級と二級が、厚生年金(障害厚生年金)は一級、二級、三級が対象となる。国民年金の支給額は一律で、一級が年額99万125円、二級が年額79万2100円。子どもがいる場合には、人数に応じ加算される。厚生年金の支給額は、保険料を支払っていた期間の給与の額によって異なる。

ところがこの制度のあり方について、ひとつ決定的な課題がある。それは、あまりも知られていないことだ。社会保険事務所の窓口の職員も知らないことが多い。』

本書の内容・感想

本書は、ドキュメンタリー番組「命の値段 がん患者、闘いの家計簿」(2009年2月、日本テレビ系列NNNドキュメントにて放送)をもとに、書籍化されたものだ。

本書の主人公は、金子明美さん。大腸がんと診断されたのは、2003年7月、35歳の時だった。金子さんは看護師として活躍中で、札幌在住、夫の健二さん、小学5年生の長男・芳洋くん、生後6か月の優奈ちゃんの4人家族であった。2003年10月、わずか手術して3か月後、卵巣に転移していることがわかった。故郷、伊達市に戻られ、隣の室蘭市で手術を受けられた。しかし、完全に切り除くことができず、抗がん剤治療が始まった。再就職された健二さんの給与は、1か月23万円。

健康保険の自己負担には上限がある。「高額療養費制度」である。1か月の総医療費が100万円かかった場合、一般的な所得の場合、手続きをすると、自己負担は、約9万円となる。さらに、1年間で3回以上、高額療養費の支給を受けている場合は、4回目から減額され、自己負担は約4万5千円となる。それでも、1年間に治療費のみで、約70万円となる。その他、当然、最低でも通院費等必要である。

マイホーム資金として蓄えていた500万円も闘病費用となった。しかし、2年で底をついた。

明美さんは、市役所に何度も足を運び、相談したが、何の糸口も見出せなかった。そして、病院のソーシャルワーカーから、“はじめに”で紹介した、「障害年金」を教えられたのである。申請から数か月後、がんにより労働が困難だとして、障害年金、月 6 万 6008 円が受給できるようになった。毎月の医療費をカバーできる。これは大きな支えとなった。明美さんは、以降、同じく治療費で悩む患者と出会ったら、必ず障害年金の申請を勧めた。

高額療養費制度にも大きな問題がある。明美さんも、この制度を利用されていたが。払い戻される時期だ。以前は、入院も通院も、治療費の自己負担 3 割を窓口で支払い、3 か月後に高額療養費の払い戻しが入金されるというのが基本だった。2007 年、「窓口で多額の現金を用意することが負担となる」という患者の声から、入院の場合に限り、支払い時に限度額の差額が返ってくるようになった。すなわち、入院中は、月々、約 8~9 万円用意すればよい。ところが、通院の場合は以前のしくみのままなのである。これが問題なのである。

2008 年 10 月。この頃、腹水が貯まり、全身に転移していた。長男・芳洋くんは高校 1 年生。優奈ちゃんは、4 月に小学 1 年生となる。主治医は、2008 年 7 月に保険診療が認可された、分子標的薬、アービタックスの使用を勧めた。これしかないのである。しかし、1 回の自己負担額が、約 6 万円。毎週 1 回行方。最初は副作用等確認するために、入院となるが、2 回目以降、外来治療となる。通院となると、3 か月経たないと高額療養費分は戻ってこない。アービタックスの自己負担は月 24 万円のため、3 か月分、72 万円を用意しなければいけない。治療費の工面については万策尽きていた。結局、窮状を理解した知り合いの申し出に甘え、借りるしかなかった。その後の明美さんの胸中は以下の通りである。

『アービタックスを週に 1 回、投与し続けている。ささやかであるけれど、幸せを守りたい。そのために最後まで生きることを諦めたくない。その一方で、自分に問い続けている。最新の抗がん剤治療のために、3 か月、72 万円をかけ、お金を借りてまで治療を受けてよかったのか。』

本書の最後を引用しよう。

『がん対策基本法の冒頭、基本理念には次のように記されている。

第二条三項 がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方針等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

2007 年 4 月の法律施行から 2 年以上が経過した。しかし、明美さんには法律に守られているという実感が、まるで湧いていない。むしろときどき、ふと、こんなことを思うのだ。「生きていていいのかな…」

生きたい—。当たり前を、この社会は受け止められずにいる。』

2010 年 1 月 16 日午前 11 時 15 分、永眠された。41 歳であった。

その他、民間のがん保険についての記載もある。国内でがん保険を扱う生命保険会社は 19 社ある。そのうち、通院治療に保険金を支払う会社は 7 社、その内、主契約に含まれているのは、3 社。外来化学療法が主となりつつある実情に合っていない。

2 人 1 人が、がんになる今。治療法が進化する一方で、長引く治療、高価な薬によって、患者の生活が追い詰められていくという現状。多くの人に読んでいただきたい。

会員 井上林太郎



る本は異なる。よって、星野さんは、入手した本はすべて目を通し、そして、性別・年齢などの注、概要を付け、ホームページに掲載されている。その数は、がんに関するものだけで1,100冊、その他の闘病記などもあり、2,300冊に及ぶ。

次に、90年代後半、“インターネット”という新しいメディアが登場した。さらに、2002年、ブログ(日々更新される日記的なWebサイト)が日本でも流行し今に至る。今では、携帯電話からも簡単に更新でき、「ブログ闘病記」という言葉も生まれた。他方、「インターネットの情報は玉石混淆」とも言われている。ちなみに、グーグルで「胃がん」を検索すると、183万件の情報にヒットする。医学に関することだけだと、国立がん研究センターの「がん情報サービス」などから、正確かつ新しい情報を得ることができるが、患者さんが求めていることは、治療法だけではない。これらの声に応えるために生まれたのが、ライフパレット (<http://lifepalette.jp/>) である。2008年3月、杉山博幸さんと和田ちひろさんの手によって生まれた。患者支援のコミュニティサイトである。開設以来、月間8万人を超える人々が訪問する。

本書は、前半に、がんの部位別に、「パラメディカ」「ライフパレット」お薦めの闘病記が簡単な解説とともに紹介してある。書籍40冊、ブログ30冊。この中から、あなたが探している闘病記が見つかるかもしれない。さらに、これを手がかりに、「パラメディカ」「ライフパレット」から探していただければ、幸いである。後半は、闘病記の変遷などが俯瞰的にまとめられていて、また、ライフパレットの誕生や運営指針、今後への展望などが書かれている。

最後に、著者からのメッセージ。

『闘病記もネット闘病記も、病気とどう向き合えばよいか、これからどう生きていけばよいかという漠然とした不安に寄り添いながら、自分の答えを見つけるのに非常に有用である。あとになって「こんな闘病記もあったのか。あの時この闘病記があったら」とならないようにしたい。』

追記

先日、「パラメディカ」をチェックすると、『店主入院につき、しばらく閉店します!』とあった。星野史雄さんのことが心配である。

会員 井上林太郎



そして、ジェムザールという新しい抗がん剤が使えるようになった。この薬は、5-FU より腓がんに対し有効で、放射線の感受性を増強させる。このような 30 年余りの臨床研究により、「5 年生存率 50%」という素晴らしい成績が生まれた。今では、T3 ステージだけを対象にしても、5 年生存率 50%である。なお、放射線療化学療法は、現在、世界的に研究が進んでいるが、80 年代に生まれた『2 チャンネル化学療法』は標準療法となっていない。何故ならば、方法がかなり面倒であるからだ。

さらに、「腓がんを早期に発見して治療する」というテーマにも取り組まれている。独自に開発された検査法、手術法により、これまで 20 人の患者さんを治療され、全員が再発なく生存されている。

そして、石川先生の方針は、『常に難治がんをチャレンジすること』。

その他、開設以来、疫学調査を行われている津熊秀明先生。年間肺がんの手術を 230 例行われ、術中迅速切離面洗浄細胞診などの最新技術を駆使されている呼吸器外科の兒玉憲副センター長。新たな診断法の研究に取り組まれている、加藤菊也先生らが紹介されている。また、『とにかくがんから生還しよう！』『どの治療法を選ぶかは、最後は患者さんにお任せして、我々はただひとりひとりを丁寧にきちんと治療して行こう』『我々が挑戦しないで誰がやるんだ』『自分の担当した患者さんとは、最後まできちんと医師として関わる』等、医師としての姿勢も教えてくれ、患者の立場としても頼もしい。

2015 年移転し新しくなる。これが、堀正二センター総長の言葉だ。『がん医療日本一を目指すキーワードは「誇り」です。当センターは、医療スタッフはもちろん、患者さんも誇りを持てる医療機関でありたいと考えています。我々スタッフの側は、「我々は歴史に裏打ちされた高いレベルで最前線の治療を行っている」という自負であり、患者さんは「ここで治療を受けてよかった」という思いです。つまり、双方の質的な「誇り」の充実を、新病院ではよりいっそう追及していきたいと思います。』

本書を通じて、「大阪府立成人病センター」という素晴らしい、誇れる、がん専門病院が西日本にもあることを知っていただきたい。そのことだけで、楽になる。また、医師は、真摯に病気と闘い、患者さんと病気と向き合っていることも知っていただきたい。2 人に 1 人ががんにかかる時代。がんの患者さんもそうでない人も、希望がもらえるであろう。

会員 井上 林太郎





のなかで葬儀を行なうことだった。

葬儀無用論があるのは知っている。しかし人間の暮らしには、日常生活とは別の時間が流れる「儀式」が必要だと思う。葬儀はその儀式のなかでもっとも厳粛なもので、ひとは儀式のなかに身をおくことで死者を想い、そしていずれは自分にも必ずやってくる死について考えることが出来る。日常生活と、死という非日常を儀式によってきちんと分ける。「形式ばる」と言うが、死という圧倒的な不条理を前に「形式」は必要だと思う。悲しみという生まの感情を形式によって一度冷却する。

いくつか希望を出した。

葬儀の場所は小さくてもいいから、その日そこでひとつしか儀式が行なわれないところにした。幸い、葬儀社の方が杉並区のある寺に付属する小さい葬儀場を探してくれた。

通夜の席の酒もいやだった。喪主の方が客への礼儀として「故人はにぎやかなのが好きでしたから」と酒をすすめる。それはしたくなかった。家内がやつれ、そして静かに息を引き取っていた姿が目に焼きついている人間には「故人はにぎやかなのが好きでしたから」と決まり文句を言う気にはどうしてもなれなかった。

弔電の披露を割愛していただくこと。弔電は葬儀に出席出来なかった人のもので、披露されるのは名のある偉い人のものが多い。これはなんだか肩書きを大事にしているようでいやだった。

お経と弔辞。そして来て下さった方々のお焼香。願っていたとおりの静かな葬式となった。』

私も、このような葬儀をしてもらいたいし、妻にもしてやりたい。理想に近い葬儀を行うことが、死者を弔う第一歩であり、悲嘆の仕事（グリーフワーク）の第一歩であるのではなかろうか。

悲嘆 (grief) とは、死による喪失から生じる心の苦しみである。精神医学者ロバートバックマンは、「親が亡くなるときには過去を失い、配偶者がなくなるときには現在を失い、子供が亡くなるときには未来を失う」と言っている。しかし、その失った時間を埋めていかなければいけない。残された者に課せられて仕事なのである。

私は、本書によって始めて、グリーフワークについて勉強した。皆様にも是非読んでいただきたい。

会員 井上 林太郎



● 井上さんの書籍紹介

「がん 生と死の謎に挑む」  
立花 隆 著 文藝春秋 2010年12月初版

はじめに

がんに関する書籍は、どうしてがんが発生するのか、転移のメカニズムは、という研究に関する本（基礎医学）、病院での検査、治療法に関する本（臨床医学）、闘病記の3つに大別できるであろう。立花先生は元々基礎医学に興味があり、本書は、自分ががんに罹り、ますます基礎医学に興味を抱かれ、そして生まれた。本書は、第一章「がん 生と死の謎に挑む」、第二章「僕はがんを手術した」の2章からなり、DVD「NHK スペシャル 立花隆 思索ドキュメント がん 生と死の謎に挑む」が付いている。第一章は、現在、がんの研究はどこまで進んでいるか、がん研究の最前線のことがわかりやすく書いてあり、第二章は闘病記である。



実験漬けの生活を続ける根性がなかったこと、また、才能もないことも悟り、4年間でピリオドを付けたのだが、実は私、大学を卒業後すぐに、基礎医学の一つである生化学の大学院に進んだ変わり者(?)なので、本書を楽しく読めた。一般の人にはとっつきにくいかもしれないが、このレベルまで噛みくだいておられるのは、さすが、立花先生である。

基礎医学を通じて、がんとは何か、今後の展望を、ジャーナリスト、評論家の視点、観点から、まとめられている。この点でもユニークであり、素晴らしい一冊だったので、紹介する。

著者の紹介

本名は橘隆志。1940年生まれ。ノンフィクション作家、ジャーナリスト、評論家。社会に大きな衝撃を与えた「田中角栄—その金脈と人脈」はご承知の通り。

著者の病歴

1997年6月(57歳時)、突発性高血圧で東大病院に入院。生活習慣病の累積した状況であった。2007年11月(67歳時)、人間ドックの腹部超音波検査で膀胱内に隆起性病変が指摘された。同年12月4日午前3時頃、肉眼的血尿を認め、同日、東大病院泌尿器科で内視鏡検査、「多発性膀胱がん」と診断される。12月27日、内視鏡手術、膀胱内抗がん剤注入療法を受けられた。筋層には浸潤していなかった。その後、術後補助療法として、BCG療法を2ヵ月間施行。現在、再発、転移等なく経過良好であるが、多発性の場合、再発率は70~90%なので、主治医より「いずれ再発がある」といわれている。

本書の内容・感想

まず、第一章より。

私には、がんの浸潤や転移に関与する遺伝子 HIF-1(ヒフワン)の話が一番興味深かったので紹介する。HIF-1 (Hypoxia- Inducible Factor-1; 低酸素誘導因子-1)は、1992年セメンザ(Semenza)らが発見した蛋白質である。がんは血管を作り、酸素・栄養等を得ながら、限りなく増殖する。さらにがんが大きくなると、中心部に十分に血液が届かず、酸素不足になる。普通の細胞ならば死ぬが、がん細胞は HIF-1 を上手に使う。低酸素誘導因子という名前の通り、がん細胞は HIF-1

を使って 100 以上の遺伝子に命令を出し、消費エネルギーを減らし、低酸素の状況にも耐えられる能力を獲得する。こうして強くなった細胞が浸潤・転移の主役である。さらに、放射線療法にも抗がん剤にも耐えられる力も持つようになる。

ところで、1989 年ノックアウトマウスという実験方法が開発された。これは、妊娠の極めて初期の胚と呼ばれる段階で、目的とする遺伝子を潰して(ノックアウト)して育て、正常マウスと比べ、その遺伝子の機能を推定する方法である。HIF-1 遺伝子ノックアウトマウスも作られた。そのマウスは臓器ができる前に死亡した。理由は、

初期の胎児には血管がないために、低酸素状態にある。その時活躍するのが、HIF-1。HIF-1 があるからこそ、血管や神経ができるのだ。がんの浸潤・転移に関与する HIF-1 は、実は、哺乳類の胎児期にも必要だったのだ。現在、哺乳類以外の生物もこの HIF-1 を使っていることがわかっている。

さらに、今の地上の生物も、最初は海と陸を行ききしていたと推測され、海のような低酸素状況では、HIF-1 は重要で、動物の進化の中でずっと保存してきたと考えられている。がんの浸潤・転移能力は、生物が進化していく過程で必要だった能力だったのだ。

これらのことをふまえ、立花先生は以下のように考える。抄出する。

『がんは進化の長い歴史が生んだ病気である。だからしぶといともいえる。がんの最大の武器は、この長い進化の歴史の最も古いところからずっと続いてきた、生命の最も基本的なメカニズムそのものを利用しているところにある。

それに対して、我々が持っている武器とは、この進化の長い歴史が生んで我々に与えてくれた頭脳であり、かつ、その頭脳がもたらす我々の不屈の意志であると思う。がんがどれだけしぶとくかろうと、そのしぶとさの謎を突き止めずにはおかない我々の脳と、それを克服せずにはおかない我々の強い意志が、がんに対する最大の強さだと思う。そしていずれ、時間はかかろうとがんは必ず克服されるだろうと私は思う。』

私も同意見である。人類は、感染症をほぼ克服した。がんもいずれ克服できると思う。さらに、下記の文章も現在の状況を的確と捉えていると思う。抜粋する。

『がんは自分の外にいる敵ではない。自分の中にいる敵だ。あなたのがんはあなたそのものである。がんには、生命の歴史がこめられている。がんの強さは、あなた自身の生命システムの強さでもある。だからこそがんという病気の治療は一筋縄ではいかない。がんをやっつけることに熱中しすぎると、実は自分自身をやっつけることになりかねない。そこにがん治療の大きなパラドックスがある。』

その他、立花先生の死生観なども書かれている。「がんとは何か」を考えるためにも、是非多くの人に読んでいただきたい。

会員 井上 林太郎



も、問題は「体が弱っていくことも含めて人生なのである」と思えるかどうかではないでしょうか?』

1週間前からはケアの中心軸は徐々にご家族に移行する。

『死の1週間前からは、ご家族にもできることをすこしずつ手伝っていただくようにしています。体を拭くなんて、そのこと自体は最後までナースでもできる作業です。でも、そこで手伝っていただくことによって、ご家族に「自分も死を見送るためのケアができた」と思えるようになっていただきたいのです。

亡くなっていくかたに「自分は家族に大切にされている」という感覚を持ってもらうこともホスピスの重要な側面でもあります。』

田村恵子さんの死生感も参考になる。

『よほど歴史に名を残すような人物でもない限りは、人間というのは親しい人の心のなかに残るということですか、死後、生きた痕跡を残していけないのではないのでしょうか。わたしが生きていたことについて、100年経ったあとに誰が覚えているかと言ったら、誰も覚えていない。でもわたしの親しい人は、わたしが亡くなったことを受けてわたしとの関係で育んだものを抱えながら別の人も接していく。これが、小規模ではあってもわたしという人間が死んでもつながっていく大切な気持ちなのかなと個人的に思っている。』

淀川キリスト教病院は、キリスト教徒の病院ではなく、宣教師が日本にきて、日本のなかでも医療の貧しいところに病院を作りましょうという意図でできた、一般市民のための病院である。このことも付け加えておきたい。

最後に。この本の中で私が一番好きな言葉。

『生きた結果にあるものが「死」。死があるからこそ今が輝く。』

私も、理不尽な死であっても、「死に向き合い、今を生き、最後の時間(とき)まで生き抜き生き切ることが大切」と思うようになった。

生について死について考えるためには、時間も必要であると思います。本書を通して、考えていただければ幸いです。

会員 井上 林太郎



私が駆け付けた時、満足が母にはあった。納得した選択をしたということが大切なのだと思った。』

お父様は最後まで娘の父親としての仕事をされ、奥様は最後まで奥様としての仕事をされ、ご主人様はそれに応えられたのだと思う。自宅でもこのような素晴らしい看取りができるのである。私も昨年、診療所の医師となり、看取りをさせていただいているが、このようなケースは稀ではなく、逆に多いように思う。

また、次のような心境も吐露されている。－死のにおいが怖かった－より。

『私は、死に向かう人と一緒にいる体験ははじめてだった。実家の玄関を開けリビングに入ると何となく死のにおいがして、この空気の重苦しさが怖い時もあった。一般生活者も、人間がどのように死に至るのか知っていたら心の準備ができる。病院や機関によっては、家族へ看取りの説明書を渡しているのでは是非参考にされたらと思う(例えば、「ご家族の方へ」東京厚生年金病院)。』

私も終末期の患者様の点滴量には注意する。多く点滴すると、喘鳴が強くなったり、手足にむくみがきたり、場合によっては胸水や腹水の原因となるからだ。本人様、ご家族様の理解、承諾を得て行っているが、やはり、死期を早めているようでどこかひっかかる。この文章も私にとって参考になった。一家で死ぬ様子、在宅診療と看取りの35日間－より。

『先日、大田秀樹先生の講演を聞く機会があり質問した。「私の末期がんの父は在宅診療を受け500mlの点滴をし、最期は延命をしないでと言った父の願いで点滴も外してしばらくして逝きました。もしかしたら、もっと点滴をしたらもう少し長く話せたのかという思いが残っています」と。大田先生は答えた。「その医師は100点滴の処置ですよ。満足死ですよ。」私はあらためて父の死に方を褒めていただいたようで、胸の底から完了した。』

最後に、－こうして学んだ結果、私自身の最期の希望ベスト5－より抜粋する。

『①自宅で介護保険と自費(できる範囲で)で専門職の皆様に援助してもらおう。②訪問看護師さんとヘルパーさんの手助けをもらい、食事の工夫と福祉器具によって自立状態をできるだけ長く保ち、ぎりぎりまでトイレの迷惑をかけないようにする。③苦しまないよう痛みコントロールするお薬の使い方が上手な訪問診療医師に願います。④事前指示書または口頭で、延命治療は一切しないで欲しいことを周りの方々に言い周知しておく。⑤自分も家族も丸くおさまる関係が心残りのない満足だと思うので、生きているうちからコミュニケーションの質を大切にする。』

2人に1人ががんに罹り3人に1人ががんで亡くなる。皆様も、「がんで逝くひと」になるかもしれないし、「送るひと」になるかもしれないのだ。本書を通じて、『がんで逝くひと、送るひと』について、学び、考えていただければ幸いである。

会員 井上 林太郎



●井上さんの書籍紹介

「再発 ーがん治療最後の壁ー」  
田中秀一著 東京書籍株式会社 2011年6月初版



はじめに

『医療の進歩により、がんはもはや不治の病ではない、といわれるようになった。たしかにかつてとくらべると、がんの治癒率は高まっている。それでも、がん患者の約半数は生還することができない。その理由はがんが「再発」と「転移」を起こすことにある。最初の手術などの治療は「成功」し、その後の定期的な検査の結果も「順調」と医師から告げられ安堵していたとすれば、再発と告知された時のショックは大きい。手術は成功したのではなかったのか？ その後も、きちんと医師の指示通りの薬を飲み、検査を受けていたのは無意味だったのだろうか。「なぜ再発をするのか」より』。これが帯の惹句である。

ところで、最近、他のがんと異なり、大腸がんの場合は、肝臓・肺への転移でも手術できる場合は予後が良いこともわかってきた。しかし、この場合でも、術後5年生存率は20~50%である。

また、手術できなくても、1990年代に使えるようになった抗がん剤、2007年から次々登場した分子標的薬のため、以前の再発後の平均的な生存期間は6~8か月であったのに対し、現在は、2年から2年6か月となったと、専門医、製薬企業は強調する。しかし、これらの治療には、従来の抗がん剤が使われるので、骨髄抑制、吐き気・嘔吐、脱毛等の副作用は100%ある。各々、「子供が小学校に行くまでは生きたい」等の理由はあるだろうが、いずれ近い将来、死が待っている。だのにこのようなつらい治療を受けなくてはいけないのか。また、データは平均ではないか。医師、家族が治療を勧めても、多くの患者さんの気持ちは揺れると思う。今回、高野利実先生へのインタビューから、このことについて学んだので、紹介する。

尚、本書には、その他、再発メカニズムの最新の情報、再発がんの治療法、緩和ケア等色々なことがわかりやすく述べられている。

著者の紹介

読売新聞社医療情報部長。慶應義塾大学経済学部卒業後、読売新聞社入社。医療情報部次長を経て、2008年11月より現職。1998年、「国内初の卵子提供による体外受精」の報道で新聞協会賞受賞。著書に、「がん治療の常識・非常識」(講談社)等がある。

本書の内容・感想

「抗がん剤をどう使うか ー抗がん剤治療の実際ー」より、抄出する

『これまで述べてきたとおり、再発がんの治療は抗がん剤の利用が中心になる。

抗がん剤治療の実際について、虎の門病院臨床腫瘍科部長の高野利実医師に聞いた。

高野 新薬は次々と登場しているが、白血病などを除くと、全身に転移をきたした進行がんを完治させるような薬は出ていない。これは今後も変わらないと思う。

ー抗がん剤治療のメリットは何ですか。

延命効果は得られている。たとえば進行肺がんの場合、イレッサを使うようになって、2年以上生きられる人はあきらかに多くなった。ただ、抗がん剤を使っても、使わなかった場合に比べて、その患者さんが延命したかどうか誰にもわからないし、本人も実感できない。治療を受けてよかった、と満足して亡くなっていく人はあまり多くない。最終的に病状が悪化してきたときは、「この抗がん剤を使ってよかった」というよりも、「もっと良い抗がん剤があれば、こんなふうにならなかったのに」と思う人が多いようだ。治療法がなかった昔の人のほうが、医療の限界を認識して、納得して最期を迎えていたように思う。

ー他のメリットは。

がんの症状を和らげたりして、生活の質(QOL)を向上させることができる。医療の現場では、「腫瘍(がん)の大きさを小さくすること」に治療の目標が置かれがちだが、進行がんの場合、本当の治療目標は、患者さんの幸福に直結する、QOLの改善と延命効果、「がんと長くつきあう」ことだ。

私は、効果判定の指標として重視すべき順位は、①自覚症状、②腫瘍の大きさ、③腫瘍マーカー、だと説明している。②や③のほうが客観的なので、医師のなかにもそればかり重視する人がいるが、本当の目標は何なのか忘れてはいけない。腫瘍マーカーが下がっているからと抗がん剤が漫然と続けられ、患者さんがどんどん衰弱していくケースもあるが、抗がん剤を何のために使うのか、きちんと考えながら、適切に使っていくことが重要だ。

ー抗がん剤が効かない場合はどうすべきか。

抗がん剤によるメリットがないと考えられる場合は、薬の副作用だけを被ることになるので、治療は中止すべきだ。ただし、個別の患者さんにたいする延命効果は誰にも確認できないので、本当にメリットがないのかどうかは厳密にはわからない。やむをえず、がんの大きさを測り、がんが増大していれば治療を中止する、というのが一般的な考え方となっている。

また、副作用があっても、それを上回る効果が表れていると考えられる場合は治療を継続するが、デメリットのほうが大きいと考えられる場合には、治療を中止する。このあたりは、かならずしも客観的に決まられるものではないので、毎回の診察で、患者さんとじっくり話し合いながら、本人の価値観も重視して判断する。

使える抗がん剤の種類は増えているが、「使える薬があるから使う」というのは本末転倒だ。きちんと、メリットとデメリットを予測し、その抗がん剤を使うのが自分にとって患者さんにとって本当によいことなのか慎重に考える必要がある。』

現在、早期がんの治癒率は良くなっているが、やはり、がん治療の最後の壁は再発である。私も、この本を参考にし、再発しても、医療の限界を認識して納得して、元キャンディーズ、田中好子さんのような穏やかな最期を迎えたい。

会員 井上 林太郎

●井上さんの書籍紹介

「たとへば君 四十年の恋歌」  
河野裕子 永田和宏著 文藝春秋 2011年7月初版

はじめに

『手をのべて あなたとあなたに触れたきに 息が足りないこの世の息が (裕子絶筆)』

歌は遺り歌に私は泣くだらう いつか来る日のいつかを怖る (和宏)

乳癌で逝った妻とすべてを見届けた夫 二十一歳の出会いから死の直前まで 歌人夫妻が紡いだ380首とエッセイ』

この、新聞に載っていた新刊の広告が、本書との出会いであり、すぐに求めた。この2つの歌でも私には十二分であったが、河野、永田先生には失礼な言い方であるが、読み終わると、羨望と嫉妬を覚えた。今回は本書を紹介する。



著者の紹介

河野裕子

昭和21年熊本県生まれ。大学在学中に第15回角川短歌賞受賞。平成14年「歩く」で若山牧水賞および紫式部文学賞、平成21年「母系」で斎藤茂吉短歌文学賞および迢空賞受賞。宮中歌会始詠進歌選者。平成22年8月12日、乳癌のため死去。64歳。

永田和宏

昭和22年滋賀県生まれ。京都大学再生医科学研究所教授などを経て、現在、京都産業大学総合生命科学部部長。平成16年「風位」で芸術選奨文部科学大臣賞および迢空賞受賞。平成21年紫綬褒章受章。「塔」短歌会主宰。宮中歌会始詠進歌選者。

河野裕子先生の病歴

2000年9月左乳がん発症。手術。リンパ節への転移があり、ステージはIIとIIIの間。2008年7月に再発。2010年7月7日よりご自宅にて療養。8月12日永眠された。例年になく暑い夏。蝉声が沁み入るような夏の日であった。

本書の内容・感想

最初は、題名の「たとへば君」を理解することができなかったが、今は、永田先生を越えて、私に呼びかけているような気がする。これは、河野先生が21歳、お二人が出会われた頃、詠まれた歌の起句である。詳しくは本書に譲るとして。

『たとへば君 ガサッと落葉すくふやうに私をさらって行つてはくれぬか』

本書は7章から成り立っている。出会いから結婚・出産、若き日々、アメリカ留学中のこと、多忙な日常、発病、再発、絶筆。時系列で、歌、エッセイがまとめられている。今回は、後半部分、発病以降をとりあげる。

初診時、診察医より告知を受けて。9月22日。  
『まつ黒いリンパ節三つと乳腺の影、悪性ですとひと言に言ふ』  
『さうなのか癌だったのかエコー見れば全摘ならむリンパ節に転移』  
そして、病院でご主人とお会いになる時。  
『何といふ顔してわれを見るものか私はここよ吊り橋ぢやない』

8年が過ぎ、ようやく、もう大丈夫と思いはじめていた矢先、転移を告げられた。  
『まぎれなく転移箇所は三つありいよいよ来ましたかと主治医に言へり』  
『大泣きをしてあるところへ帰りきてあなたは黙って背を撫でくるる』

辞世の歌はどのようにして生まれたのだろうか。本書より抄出する。  
「2010年。抗癌剤の効果を見きわめるため、最後に京大病院に入院したのは6月。そして退院したのは7月7日、七夕の日であった。もうこれ以上使える抗癌剤はない。  
私自身は、どうしても、日常の生活の中で、河野裕子の最期の日々を共にしたかった。私たちが普通の生活をしている、その横に河野が臥せっている、そんな形で彼女に寄り添っていたかった。

8月11日。いよいよ裕子の状態が悪い。汗をかき、「苦しい、どうにかして」から、「もう死なせて」に変わる。

私たち家族の青春時代の、あの楽しい記憶に包まれて眠ってくれただろうか。

1時間ほども眠ったあと、ベッドの両側から見つめている私たちに気付いたようだ。不思議そうに眺めて、呟くようにゆっくり、かろうじて聞き取れるほどの小さな声で話し始めた。

『あなたらの気持ちがこんなにわかるのに言ひ残すことの何ぞ少なき』

一首ができる、言葉が次々に芽づるのように口にのぼってくるようだ。十分ほどの間に、数首ができた。最後の一首は。

『手をのべてあなたとあなたに触れたきに息が足りないこの世の息が』

こんな風にして河野裕子は死の前日まで歌を作った。生まれながらの歌人だったのだと思う。

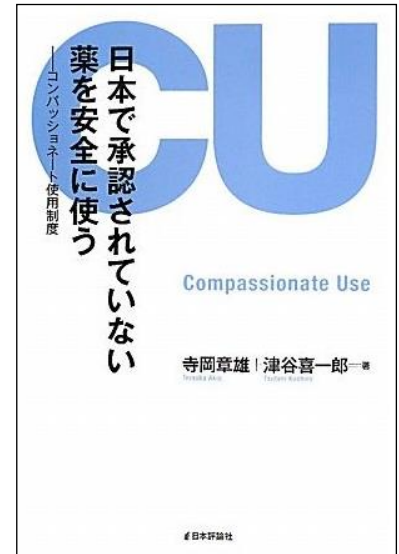
翌12日。やはり苦しみの発作の直後に、『われは忘れず』と呟いた。「それから？」と促すと、「うん、もうこれでいい」と言った。それが歌人河野裕子との別れであった。」

最後の歌、そして、他の歌も、多くの人の心の底の琴線に共鳴すると思う。門外漢の私もそうであったように。是非、皆様に読んでいただきたい。

会員 井上 林太郎

●井上さんの書籍紹介

「日本で承認されていない薬を安全に使う
ーコンパッションネート使用制度」
寺岡章雄 津谷喜一郎 著
日本評論社 2011年6月初版



はじめに

欧米で、テモダールという抗がん剤を用いて、悪性神経膠腫(脳にできるがん)の臨床試験(治験)が行われていた。2004年米国臨床腫瘍学会(ASCO)で、テモダールに放射線療法を併用した療法の有効性を調べた臨床試験の結果が報告された。放射線治療単独群と比較すると、増悪停止期間、生存期間中央値などすべて、併用群の方が優れていた。日本で承認されたのは、2006年である。

その間、日本では、どのようにして、このような未承認薬を入手していたか。医師、または、患者が、個人輸入代行会社に依頼し、「個人輸入」して用いる。この方法は薬事法で認められている。ただし、費用、安全性の問題などある。

あまり知られていないが、方法は個人輸入だけではない。欧米には、治験中の未承認薬を入手できる「未承認薬の人道的供給システム(コンパッションネート使用制度; CU (Compassionate Use) 制度)」が確立されており、それを利用する方法だ。コンパッションネートとは、「思いやりのある」という意味である。

実際、帝京大学医学部付属病院脳神経外科、藤巻高光医師は、FDA(米食品医薬品局)に申請し、CU制度を用いて、テモダールを入手されていた。1~2週間で入手可能な個人輸入と比べると、約2か月かかるのが問題だ。ただし、薬代は無料となり、通関手数料や運送費のみの数万円で入手できる。

この制度は、名称、内容は様々だが、アメリカ(1987年法制化)だけでなく、EU(欧州連合)加盟国すべてにもある。隣国韓国にも、2002年できた。

私は、本書により初めて、この制度を知り、日本も早急に、創設が必要だと痛感した。よって今回は、本書を紹介する。

著者の紹介

寺岡章雄 1995年(株)武田薬品工業退社。2010年京都大学医学部大学院卒業。日本社会薬学会常任幹事。津谷喜一郎 1983年東京医科歯科大学大学院修了。現在、東京大学医薬政策学特任教授。

本書の内容・まとめ

がんなど命を脅かされる疾患に罹患し、他に治療手段がない患者が、自分の命を救うかもしれない開発段階の薬を試したいという要望を強くもつのは自然なことである。それと同時に、それらの新薬の副作用に心配を抱くのも自然なことである。新薬なら何でもいいというのではなく、安全性・有効性などについて専門家によってその時点で可能な評価がなされ、そうした情報をもとに、できるうるかぎり確かなものにアクセス(近づく、入手)できるよう願っているのが、患者の真の願いと考えている、と著者は述べている。

これを解決する方法として、よく「承認の迅速化」といわれるが、イレッサの事案をみるとわかるように、

「早い承認」と「安全性の確保」は相反する。安全性の確保には、「臨床試験を正確に行う」ことが必要となる。だったら、上記の患者の願いをかなえるには、どのようにしたらよいのか。それは、「CU 制度」を導入することだ、と著者は主張する。

著者は、CU 制度を「命を脅かされる、ないし衰弱性の重篤な疾患に罹患して、ほかに治療手段のない患者が、人道的見地から公的な例外的措置として、一定のルールのもとで未承認薬にアクセスできる制度」、また未承認薬が国内で治験中の場合は、これに、「臨床試験に参加できない場合に」の前提条件が加わる、とまとめている。(薬理と治療 38(2). 2010 より引用)

本書には、世界各国の現状の報告と、日本の CU 制度創設への提言がまとめられている。今回、日本について、簡単に紹介する。

日本には公的な CU 制度は存在しない。しかし、生命を脅かし他に代替する治療手段がない疾患に対して、人道的観点から未承認薬の管理・供給が公的に行われてきている例もある。その一つがエイズ治療薬である。(「限られた治療域で公的に行われてきた人道的供給」より)

1996 年、「HIV 感染症治療薬の開発促進に係る研究班(厚労省)」が組織化された。代表研究者が個人輸入した未承認薬を、担当医からの要請に応じて、治療研究のため無償で交付している。その担当医師は、登録される。薬剤と治療法についての情報は、インターネット上に公開されている。さらにそこには、賠償責任が生じた場合を想定して、医師賠償責任保険も紹介してある。

これらの経験をふまえ、2007 年 7 月、「有効で安全な医薬品を迅速に供給するための検討会(厚労省)」は、CU 制度の導入を検討するように提言した。「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会(厚労省)」では、CU 制度の導入にふれ、「安易な導入によってかえって薬害を引き起こすことにならないよう、慎重な制度設計と検討が必要である」としている(2010 年 4 月)。しかし、具体的な方針には触れられていない。

他方、本書では、具体的に、提言している。タイトルだけを列記する。「制度の基本」「対象とする未承認薬」「対象とする患者」「患者指名タイプの CU の制度設計」「患者集団タイプの CU の制度設計」「安全性・有効性の可能なかぎり最大限の確保と患者保護、副作用被害の補償」「患者の自己負担の軽減」。(第 5 章 日本における CU 制度創設への七つの提言)

これらを踏まえ、著者は、「おわりに」で次のように述べている。

「医薬品は有効性と安全性を確認して販売承認されるまで長い時日を要する。それを待てない患者が未承認薬に公的なアクセスをできるようにする CU 制度は、社会にとって不可欠の制度である。日本は CU 制度について世界に遅れをとったが、後から進む者には先進例に学び、その経験・教訓を生かして短期間によりよい制度をつくれる利点がある。本書がそのことに役立てればと願っている。」

CU 制度をつくることは、国にしかできないが、つくるように働きかけることは、がん患者にもできる。日本にもこの制度ができ、一人でも多くのがん患者が満足できる治療を受けられるようになること、これが私の今年の願いである。

会員 井上 林太郎