



通信
第42号

平成19年4月18日 発行

発行：「α」通信編集部

活動場所（第1日曜日、第3水曜日、2・4土曜日）

千葉大学・福祉環境交流センター内

TEL/FAX:043-290-3029

事務局連絡先

〒273-0033 船橋市本郷町505-1-704

FAX:047-333-0679 TEL:090-9317-8488

http://www009.upp.so-net.ne.jp/alpha_chiba/

発行責任者：土橋 律子

編集責任者：五十嵐昭子

3月3日（土）、「私たちの選んだ医療－患者と医師それぞれの視点から－」と題する講演会を行いました。再発・転移と闘いながら医療のあり方を問い続けてきた柳原和子さん、そして柳原さんの肝転移の治療をしてきた近畿大学医学部の工藤正俊さんに、講演をしていただきました。

「再発転移したら全身化学療法しかない」という“常識に”、局所療法を丁寧に行っていくことでまだまだ打つ手がある、という可能性を示し、患者にとっては希望を、医療者に対しては常識を打ち破る問題提起をした講演会になったと思います。

私たちの選んだ医療 －患者の視点から－

柳原 和子（ノンフィクション作家）



柳原 和子さん

柳原和子です。会場に集まった多くの患者さん、ご家族、遺族のかたがた、皆さんがんばってきたな、って敬服いたします。

つい最近、税金申告の手続きをしながら、ため息がでまし

た。再発以降の治療費は保険適用範囲に限られた治療費だけで1年間に200万円を超えます。しががない作家の年収のほとんどが家賃と治療費で消えます。息をするためだけに400万円近くが飛んでしまう。自分の生命を維持するために働く、きわめてシンプルで素敵なことではありますが、逆にみれば稼ぐだけのために生命をつないでいる、という陳腐な現実であるともいえます。ほとんど呆然としてしまいます。

死ねば稼がなくもいい。死ぬのは簡単。治療を受けなければいい。

生きるとはなにか？ なんのために生きるのか？

ほぼ日常的にはごまかしていた事実を、つくづく考えこんでしまいました。

今から37年前。卵巣がんで4年半を闘病していた母が終末期を迎えたとき、わたしの生家売りました。環状八号線建設による再開発と重なってはいましたが、治療費を捻出する両親の苦肉の策でもあったと記憶しています。そして6カ月後、母は苦しみぬいて亡くなりました。末期であっても、母の生命の延長のために我が家の戦後の思い出のすべてを投げ打つことになんの疑問も抱かず、結束した家族の末っ子であったことを今、わたしは感謝し、誇りに思っています。しががない公務員、3人の教育年齢にさしかかった子供たち。母は家族に迷惑をかけたくない、と自殺まで考え、遺書を認めたこともあります。どれだけつらかったかな、と。その母が決断したわけです。家売る、と。人は生きる。生きるために生きる。若きわたしへの両

親が遺してくれた究極の教えだったと思います。

今一人。わたしのもう一人の母と慕う人ですが、医療過誤で娘を亡くした長尾クニ子さん。彼女は母、薬害エイズの被害者、難病の患者たち、身体障害のかたがたと並んでわたしが医療を考えるうえでの先生の一人です。彼女が大腸がん、肝転移でなくなってゆくまでの一年間、語り続けたことがあります。「死ぬまで生ききる、大変なことやわ」

うつにみまわれて

今日、会場で驚いたのですが、さきほど売ったというわたしの生家の隣人の方々に来てくれました。また、長い間売れない作家をやっているのだから「あなたに屋根を貸してあげる」と、現在住んでいる京都の家の家主でもある学生時代からの親友、現在の主治医である工藤先生、どこの病院にも必ずお見舞いにくてくれた患者会の草分け、どんぐりの会の方々、カンボジアやエチオピアでの取材を手伝ってくれた友人の仲間、読者の方……。たくさんのなつかしい方々が会場に来てくれていると知りました。

ちょっぴり、うれしいような悲しいような。「生前葬だな」と感慨深いです。

生前葬なんて、縁起でもないですが、昨年夏から今年の2月までかなり深いうつにみまわれ、うつが心身症を伴い、それを耐えているうちからからだではなくこころのなかでの生死の境が曖昧になった瞬間を意識しました。からだのなかのがんは治療によって消えたり出たりを数カ月おきに繰り返して、一月の治療で一瞬画像から消えたものの、今またこの原稿を推敲している段階でさらなる再発巣が映り……。ひとつの現象として、そうした諸々を噛み締め、こらえていた我慢で奥歯が割れたり、というような日々が続きました。余命6カ月を告知されてから3年半。長かったです。長いけれど、なにもない。からっぽです。今日一日、今日一日、と積み重ねてきた日々でした。

ジェットコースターのように死ぬ、生きるを激しく上下しているうちに、なんとなく生きても死んでもかわらない、というような曖昧な境地に入り込んでしまいました。人はこうして死を受容するのだな、と感じています。

だからといって、いつも苦痛に歪んだ表情をして、



涙ながして愚痴っているわけではありません。木々の芽吹き、花の開花、空の透明さ、風の光、こうした会合、人との語らい、作品の完成……。ささやかなできごとによってこころおどる毎日を過ごし、謳歌してきました。

「α」との出会い

「α」と最初に出会ったのは、初発からたちあがってゆく過程で、玄米菜食と山歩きを徹底的に行う修行僧のような2年を過ごし、生涯でもっともすがすがしい体調、精神、魂が哲学的に深まり、生を謳歌していた時期でした。『がん患者学』完成直後、まだ世間ががん患者としてのわたしをほとんど知らない時期でした。「α」は生きがい療法とならんでもっとも早いうちに招いてくれた患者会のひとつです。

その会で患者のこころ、患者の生き方を見ようとしないうち現代がん医療現場を痛罵し、「(厚生省でもなく、医師でもない、医療者でもない)患者こそが医療を変えます」と発言したわたしに「α」の会員でもあり、今、千葉県がんセンターのセンター長をされている竜崇正さんに「医師の努力も知らないで、生意気言うな」と厳しく批判されました。今思うと、わたしも元気でした(笑)。

あの日、竜さんとは二次会が終わるまで、前後4時間以上もの長い時間をかけて議論を尽くしました。なかば喧嘩腰だったその日の議論の相手が、それから5年後に再発後の手術を執刀してくれるとは、思いもよらぬ出会いだったわけです。

「α」の主宰者土橋律子さん、事務局の野田真由美さんは当時から変わらずわたしのよき批判者であり、友人でありつづけてくれています。時に自分自身を見失いがちになるメディアという世界にあって、よき批判者、現場からの批判者をもったわたしは幸福です。

本音をぶつけ合って 生まれた信頼関係

さて、当時の竜さんは千葉県佐原市にある県立佐原病院の院長でした。国立がんセンターの廊下を肩で風切って歩いていた数々の栄誉を手にしていた彼が250床の小さな病院、その患者の多くが長い療養を必要とする老人たちである過疎地の病院に赴任したわけです。若き日から医療の平等、医療の社会への貢献、といった理

想を追い求めて一見わがまま、奔放（笑）を生き、権力・権威に対して物怖じせず発言し、改革し、自らの独自の手技を編み出し、精進しつづけてきた竜さんという肝臓外科医を慕って、弟子筋にあたる高山亘というブラックジャックとわたしが渾名をつけたすぐれた外科医が赴任していきます。佐原での経験は竜さんの生涯の金字塔にもなってゆくわけですが、当時、働き盛りだった彼には厳しい人事でした。しかし、彼はめげなかった。佐原で日本のトップランクの肝臓がん治療の成績を打ち立てる。彼らの改革の志に、そこで働く地元出身の看護師さんたちが応えます。すぐれた病院をわたしたちの手で生み出そう、と。人手も財政も不十分、行政からの締め付けばかりが強く、銀行のように利益を求め、批判ばかりが強くなってゆく世間の荒波の中でよき地域医療を生み出そう、日本のがん医療を佐原から変えてみせる、と奮闘しました。世の総合病院が巨大化してゆくなかで、わずか250床の過疎地の病院が忽然と美しき専門家集団に生まれ変わります。病院内のIT化は徹底し、インフォームドコンセント、カルテの電子化などさまざまな試みが進んだ。この努力と成果は県の行政はおろか地元の千葉県住民も知りません。数人が一念発起すれば病院は変わる見本ですね。

あの喧嘩腰の議論の日から一年後、竜さんに招かれ、ひとしきり医療批判、医療者批判を言いたい放題ぶちまけ（笑）、医療者の多くの怒り



平成13年12月の講演会で

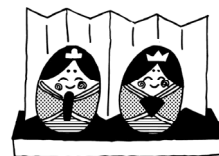
を買いました。その医療者が後の主治医団、看護師としてわたしを支えてくれた方たちです。

講演の日、竜さんと一緒に病院敷地にしだれ桜を植林させていただきました。患者が散歩できる庭を、と竜さんがわたしの願いに応えてくれた計画です。患者の憩いの花園が今日も地域住民の手で維持されています。

思えば、わたしの6カ月の生命を3年半にも延ばしてくれたひとつの治療であった手術をその佐原病院で受けることになるとは……。入院中から積み重ねてきた佐原病院の看護師さんたちとの深い友情は今も強い絆となってわたしの

闘病を支えてくれています。

そうした数々の出会いを準備してくれた「α」だからこそ、近ごろはあんまり下手なので断りがちだった講演を、恥ずかしいですが、引き受けさせていただきました。



余命6カ月の決断

もの書きを目指した若き日、わたしはひとつのテーマについて1冊、と決めていました。

真実を掘むためにひとつのテーマを繰り返し書くことで深めるのも重要な道筋ですが、それを捉える自分の視点が変わらぬ限りまったく飛躍できない、深まらない、手慣れにしかすぎない単なる商売に惰することもまた事実です。しかし、商売は喉から手が出るほどしたかったですが、それほどの才覚もなし、文才もなし（笑）。さきほど申し上げたように、わたしの暮らしを陰ひなたになって支えてきてくれた家族、親友を裏切らぬ程度の生き方はしていきたい。世間がどうあれ、作品の底に流れている姿勢に彼女たちは厳しい。

しかし、がんについては4冊近く出しました。いくらでも書くことがあります。でも、再発して余命6カ月の宣告を受けた日、決めました。ここからは人の批判はすまい、と。人の批判をするにはエネルギーがいらいます。根拠となる取材、しかもなにか問題ない？ってな意地悪な視線で。正しいとしても、あとに残るのは虚しさだけです。批判するわたし自身はどうなの？という問いかけが永遠の木霊として響く。そうして過ごすのはやめよう、と決めました。もちろん、人が苦しんでいるときは別です。間違いを糾す、批判するときはその場、その人を前に議論をもちかけ、解決してゆく、と決めました。作品世界はとくに守ろう、と思いました。最後の作品になるかもしれない言葉をどのように構築するか？ 人としての美しさを見出す旅にしたい、と思いました。

医療に対してもそうです。再発後は治療も複雑になり、たくさんの医療者が通過します。そのなかにあって医療現場をわたしというひとりの患者の視点で記録した『がん患者学』を記したわたしが、読者になにを語りかけるのか？

わたし自身の人としての弱さ、脆さ、だらしなさ。そして医療についてはゴミを汚い、とな

じるのではなく、すがすがしい薔薇や野の花を選んでばらまこうと思いました。

作品に登場する人、とくに医師はみなすぐれた人です。人として、医療者として。同時にそれぞれみな、抵抗者であり、改革者でもあります。だから、わたしは作品に残しました。それでも、わたしの本、闘病記、及び NHK のテレビを観た方のなかに、「柳原和子さんが良くなったのは、特別な医者が NHK のカメラの威光を借りて特別な治療をして、最高級の治療をさせてもらったから、ここにあるんだ」と思われた方があった。自分では無我夢中でしたが、いつもカメラが吸い付いているわけではなく、いつももの書きやっているわけでもありません。でも、批判をされれば、そうだったような気もしなくはなくなってくる。

できごと、言葉とは、悪意でつなげばそれなりの真実性を帯びた物語ができます。

苦しみました。

昨年来のうつはそうした苦しみのほてったようにも思います。発言すること、人前にでること、書くことが怖くなりました。

再発時、ある玄米菜食推進の患者会の主宰者が、「玄米菜食をやめたから」と批判を展開しました。わたしは今も代替療法への夢を決して捨ててはいません。わたしだけの症例で言うなら、確信に近いなにかを感じてもいます。ただし、治るから、ではありません。代替療法の奥底に流れる自然観、人間観、生命観にわたしは惹かれます。魂の救いにもなる。闘病の支えにもなっている。現代がん医療現場に決定的に欠けるなにかを基本的なレベルで暗示している、と確信しています。

ただし、初発のときのようにそこにどっぷりと浸かるだけの勇気も、経済的な余裕もない。作品を残すためにだけ生命をつなぐ、そのために治療を受ける、稼ぐ日々です。

そもそも『がん患者学』には〇〇をすれば治る、という言葉わたし自身は記していません。患者の証言としてはでてきますが、周到にさけて書いています。治れば勝ち、治らなければ負け、というそういうものの考え方は近代医療における軸であり、大事ですが、しかし、人間の

価値とはそうしたものとして測っては寂しい。人間であるとは、もっとすばらしい営みではないか？がんを治せなくとも、治らなくたって、誰もがすばらしい勝者です。



自分が自分に対して勝者となる生き方を模索する機会としてがんを考える。

そういえば最初に「α」に来たとき、小鳥を連れてきましたよね。あのときはどんな質問だってへいちゃらでした。蕩々と語れました。医療について批判できました。生命について語れました。でも、今は生きた時間の複雑さと重たさで満杯になり、語れなくなった。

今ここに立つわたしの生命をつなぐためにどれだけの人の力と努力がかかっているのか？それを思うと、わたし自身の生そのものが矛盾をはらんだものであるわけです。

以来、そもそもあまり頭のよくないわたしの言葉、文章は常に混乱、矛盾をはらんだ文体となりました。それこそがわたしなのですが、論理的整合性をもっともすぐれた思考法としてあがめる現代にあっては少々、厳しい。この数年間、ほとんどの講演を失敗に終わっています。で、断る（笑）。閉じこもる。

がんを生きる矛盾、混乱を作品に高め、伝えるのはともかく、むずかしいです。

しかし、わたしはそこにがん患者の現実と未来への可能性を読んでいきます。

統計と論理で読もうとする科学的医療の限界を突破するなにかがそこにある、と。

人を見抜く力

さて、演題にある患者として折々のわたしの決断、いかにわたしは決断したか？ です。

ひとことではいえません。

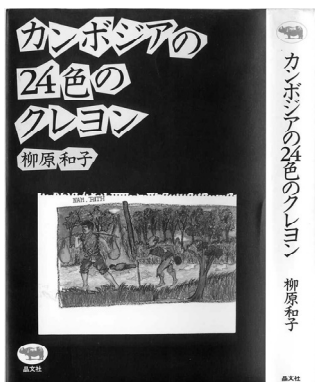
その折々、必死にない頭で考え、最後は直感で、からだの声で動いた、それだけです。

詳しくは初発時は『がん患者学』、再発後のある時期までは『百万回の永訣』という作品を読んでください。それぞれ渾身をこめて記したので重たいですが、われながら、いい本です。再発したとき、『がん患者学』を読み直し、ほかならぬわたしが勇気づけられ、これは誰が書いた本？と思わず著者の欄を見返したほどです（笑）。

ただ、思い起こすに、決断の基本となるわたしの細胞のなかの息づかいのようなものはどこから生まれ、またどういふふうにはぐくまれたのか？を語ることはできます。

まずは母がいました。母の病がありました。学生時代のあらゆる権威への反抗がありました。





カンボジアの24色のクレヨン
柳原和子

母の死、それ以降の障害者、薬害、医療過誤のかたがたとの濃密な付き合いがあります。どちらかといえば医療現場に否定的な側面でも医療を学んできたわけです。

医者言葉をにわかには信じない、という

基礎的な資質がはぐくまれていました。

それ以上に重要なのは、孤独で貧しいさびしがりや、という人生、生き方でした。

若いときから旅をしてきました。しかも極めて過酷な地を旅し、過酷な現実にあえぐ人々の渦の中でもものを感じ、考えてきた。過去の作品をいくつか読んでくださいね(笑)。

カンボジアの難民キャンプで折り重なるように大きな洞穴に埋められてゆく人々の死体、死臭。涙も枯れた家族の瞳を呆然と眺め暮らした数日間。戦場で地雷を踏みかけ、エチオピアでは宗教的な規律を守って、飢えていながら死んだ山羊を司祭の祈りが与えられていない、祝福されていない肉として決して食わず、死んでゆく人々の人としての律儀さに立ち尽くす。イスラエルとパレスチナの戦場で家族が殺されても殺されても、石を投げ続ける民族の抵抗の志…。東欧でスパイ呼ばわりされ尋問を受けながら、自分で自分の正当性、自分は自分であることを主張し、理解してもらおうとすることがいかに難しいのか？を実感します。アマゾンでは大地が決して人知の及ぶような浅薄な、支配しうるものでないことを知り、カルカッタの埃まみれになって路上でいざるもの乞いの生命力と、それを蹴飛ばす人のおぞましさに浸って1週間を過ごし、ともかく移動し、考えてきたわけです。

数々のおぞましいほどの極限で人の救いになるのはやはり人、と知りました。重要なのは人が人を犯し、破壊し、また同時に人は人によって救われる、という事実です。

人の渦のなかで誰がわたしを救ってくれるかを峻別するのはむずかしい。人のかもし出す匂い、吐き出す言葉の信憑性を嗅ぎとる感覚。そういう、いわば勘のようなものがおそらくわたしはきわめて鋭敏だ、と思います。それを培ったのはさきほどの孤独、旅、さびしがりや、といった資質や生き方です。

借りてきた論理や言葉にはほとんど信じられぬほどの拒絶反応を起こす習性。振り返って今思うとしたら、わたしの場合、6カ月の余命告

知を受けながらも、結果として3年半を超えてなんとか元気に過ごしてこれたのは、皆さんが期待するように、名医、工藤先生なら誰でも救ってくれるとか、代替療法に秘密があるんじゃないか？特効薬を知っているのでは？というようなことではありません。わたしが唯一、今日語れるとしたら、人を見抜く力です。しかし、わたしのその場における救世主があなたの今の救世主とイコールではない。ここは大事にしておいていただきたいことです。

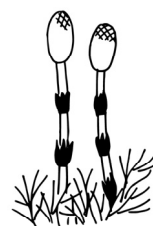
救世主を見抜いたというより、ここにははだめ、という感覚でした。これはあきらかになにかがおかしい、うそがある、ごまかしがある、と感じるとき、そこに居続けようとせず、感謝して決別する、といういわば感覚のようなもの。もちろん、昨日の魔王が今日の救世主に変貌することはいくらだってあります。それががんの世界であり、がん医療の世界です。そこでなにを判断基準とするのか？

医療現場の権威主義的な肩書き、知識と情報の量はもちろん重要ではありますが、なによりも、それをからだに叩き込んできたかどうか？言葉の操作、錬金術で己をごまかしてはいないかどうか？治療法の種類、御託ではなく、それを熟知し、経験を積んで駆使しうる人であるのかどうか？そしてどれだけの人間観をもっているのか？

究極のところ、そこに尽きます。

40代を超えれば、医師は数千人の患者を相手にしてきています。しかし、わたしたち患者は初めての、一回の病で、しかも最後の病になるかもしれない。瀬戸際で彼らと対峙しています。玄人の彼らが素人のわたしたちを煙に巻くのは簡単です。赤子の手をひねるようなものです。知っているものとして知識を駆使すれば、王者として君臨することはできる。しかし、それをどれだけ自分の課題として引き受け、使いこなし、実際に他人である見ず知らずの患者を救ってきているのか？あるいは救おうとしているのか？をわたしたちは見抜かなければならない。

そこで重要なのは、知識の量、言葉の渦、テクニックに惑わされないということ。そのとき重要なのは実は、魚屋さんのよしあしを見抜く眼力、八百屋さんの質を見抜く眼力をそこで駆使することなのです。わたしたちが日常使っている眼力です。見かけがよくデザインされていても、中身が薄



い人はすぐにわかる、あれです。

何をもって人を信頼するのか

わたしは10年間患者をやってきました。初発のときから転移はあるし、腹膜播種もあったし、再発後はおよそからだが休まる日がないほどの再発・転移・治療で、極めて過酷な患者をずっとやってきました。最初は京都大学病院ですから、頭の良い、自他共に日本一を自負し、認知されている大学だったわけです。そこで働く人々はわたしが知る通常の世界の人たちとまったく異なる世界の人でしたが、その中でわたしが徹底して信頼したのは、研修医になって1年目の学生だったわけです。その彼に賭け、5年間、彼の研修先を無謀なくらい追いました。ひとりの人間がある基礎的な知識を持っていれば、そこから重要なのはひとりの患者のために力になろうとして探る力、いわば治そうとするモチベーションと情熱なのです。

再発後、彼は研究の場に入り、今また臨床現場に復活しました。わたしのためにそうした力と技術を磨く、精進を続ける人は誰なのか？それをさぐるのが患者としてもっとも難しいところなのです。

そこが決まれば、治療法はいわばあとから必然としてついてきます。医師とともに、今わたしにはどのような治療法が的確なのか？ともにさぐりあてることを喜びあう日々。

患者とともに、その患者に合う治療法をさぐり、その治療にもっとも適した医師をさぐり、医療機関をさぐり、頼み込んで依頼し、時間の許す限りその治療現場に足を運ぶ。

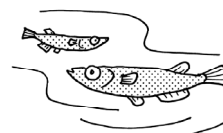
おそらくは理想の医師とはそういう人、とわたしは感じています。そこまでやりきれば医師も患者も、たとえ死に瀕したとしてもやりぬいた感動を遺す、余韻はすがすがしいものとなるはずなのです。もちろん、ほとんど不可能です。あとは引き算です。理想から今はなにを妥協するのか？その駆け引きです。

わたしは幸福な患者で、秒単位で忙しい工藤先生の最後の臨床現場の患者となれたような気がします。今は、ほとんど先生は大学にはいらっしやいませんが、当時、奇跡的に臨床現場に彼がいたんですね。わたしが彼をすぐれた人、と直感したのは、うそが微塵も



ないということです。

そして人を決して小ばかにしない。彼が医学会ですぐれた業績を刻んでいる、と知ったのはずいぶん後です。最



初の感動は、わたしの過去の画像データを詳細にきちんと見たその姿にありました。その愚直なまでの記録を読み解く姿。

多くの医師が過去を決して問題にせず、今の治療にしか関心を抱かないのに対して、彼は長い間のわたしががんの病巣の動き、治療との関係での動きを画像というツールで徹底して追おうとするその姿に対して、でした。あとは瑣末なことです。病をみる彼の姿勢、患者を読む彼の姿勢はそこにすべて表れています。過去をないがしろにせず、病状の変化から未来を生み出す方法論をさぐろうとする視線。

そしてもうひとつ。好奇心と愉快がり方。工藤先生は、「おまえそんなバカなことを言うなよ」という目線をひとつもわたしに見せたことがありません。素人の発想を楽しむ余裕を常にもっています。入院して最初の日に、「肝臓ってどういう臓器ですか」ということから出発するわけです。肝臓に4つも5つも転移巣が出ていて、何度目かの絶体絶命となれば理性すら失って、かつての初歩的な勉強も消えています。血液の流れも、工藤さんは手の動きで確かめながら話し、抗がん剤がどのように静脈から腫瘍巣に到達するかを説明する姿。薬剤の回り道を知る。

愉快でした。また、わたしは患者学という領域をひっさげているために、立場上、海外からも日本からもこんな治療法があるよ、との情報がくる。その時に、たぶん今もっともおもしろい議論の相手は工藤さんなんですね。「先生、玄米食ってどう思う」と問えば、彼は自分の側の科学的態度から一生懸命語る。でも、決して説得しない。そうした議論に他の科学的医学、医療を標榜するほとんどの医師は「何を馬鹿な、愚かだ。俺を信用しないのか」と居丈高にごまかします。神頼みについてエピソードがありません。彼が友人の病床を見舞ったとき、わたしとの会話でふつうのごとお札の効果についても語ります。「最後はお札です」・・・日本を代表する内科医の言葉です。

患者は人であり、人が人であることへの敬意と愛着がそこにある。

素人には素人なりの生活者としてのすごさがあるし、その人が生きてきた軌跡が生み出す視覚がある。一番おびえている時の人間の五感の

鋭さは強烈なんですね。

わたしは、「この人」とそのとき決めました。彼に思う存分、ありったけの力を発揮してもらいたい、と思いました。そして彼に申し出ました。わたしの主治医になってください、と。NHKのカメラが回り始めるはるか8カ月ほど前の話です。

当時、中央公論に闘病記を書いていた。医師、病院の名前が実名ででている。工藤先生は一瞬、いやだな、うるさい、うっとうしい、と思ったそうです。あとで知った事実です。でも、自分は自分、ありのままにやるしかない、とすぐに思い直した、とも。

ね？ 再発後の混乱した病状の、次々と襲ってくる危機に瀕した治療現場って、気どり・特別をよそおってなんかいられません。治らない、数々の病院をさまよい、医師の側に言わせればドクターショッピングのなれのはてであるわたしを引き受けてくれた、というただそれだけでわたしは感謝しました。それだけで十分、名医と思います（笑）。

実はわたしは今、おまかせ医療をやっています。もちろん、なにかが起きるたびにわたしなりに徹底して調べ、工藤先生にもわたしが集めた情報をお知らせし、ともに議論はしますが、最後のところではおまかせなんです。彼を選択した自分に責任を持つ、信頼する、ということをおわたしの最後の志、と決めているからです。彼もまた、わたしのためにさぐりあててでしょう。必要なら、ほかの医師の助けを求めよう。それが信頼です。

病気におびえ、苦しみの渦中にある患者にインターネットや医学文献にかじりつかせる医療、医師はおかしい。不信、不安を与えている、という証拠です。

結果はあとからついてくるものです。結果はいつも悪いことしか想像つかぬ闘病の日々でなにがわたしの判断基準か？ それは今となっては人としての信頼なんですね。



もちろん、迷います。先生を疑うこともある。忙しく留守ばかりの先生ですから。

でも、おそらく、ここから先はわたし自身との勝負なんです。

わたしはどう生きたのか？ わたしはなにを最後の力としたのか？

友情と信頼でしょう

か？ それを生み出すためにどれだけの努力をわたしは尽くしたのか？それがわたしのわたしであるための努力、というしかありません。



恐怖・不安を医師に伝え続ける

今は文学的、哲学的課題にしか関心が向かいません。

考えるための医療を彼にまかせる。彼に半分負ってもらう。わたしの願い、希望は十分すぎるほどわかってきている医師としてわたしは彼を選択しました。

この人で駄目なら駄目なのだ、ある瞬間思わせてくれたのは、最初入院して動注を入れたときです。医療知識は知識としておもしろいわけです。あらゆるマスコミが医療知識と最前線情報を〇〇レポートという特集で組んだりする。しかし、それが実際の、しかもわたしのからだにおいて臨床の場面でどうわたしに活かされて、わたしにどういう形で現れるかということが、わたしにとって問題であるにも拘わらず、そこで、ガタガタってなるわけです。

病院ランキングなどが週刊誌に出たりします。そういうことをやってもじつは患者にとって何の意味もない。メディア的には意味があるけれども、先ほど言いましたがある患者にとって神様でも、別の患者には悪魔、ということが日常なのががん医療なのです。

自分の中におきた恐怖について、最初の1年間は工藤先生に、わたしは医療が嫌い、医者が嫌い、信頼していない、としつこく言いました。画像検査を指示されるたびに、「先生がいなければわたしががんは生まれませんよ」と笑いながら言ってきたわけです。わたしが自分のいやなことについてずっと言い続けてきたのは、先生にそれを越える何かを言ってほしかったからです。ほんとは先生の言うとおりに納得できたらいいなと願っている。だけど、「そうじゃないのでは」という恐怖、不安が湧くわけです。その恐怖を縷々語る。これがなかなかみんなやらないんですね。みんな勇敢でいさぎよい患者さんなんだな、と感心します。

わたしの闘病の間の躁言を発表してきた「南禅寺便り」をインターネットでひくと、わたしがいかにだらしなかがわかります。メディア

に作られた虚像に惑わされず、みなさん自身がいろいろなことに挑戦して行ってほしいと思います。

婦人科を離れることで 得られた“今”

ひとつだけ。

わたしが婦人科を離れたということ、よきにつけあしきにつけ、これは大きなことでした。工藤先生が“臓器専門家”とおっしゃいます。理屈でいえばわたしは婦人科にいたほうがいいはずですが。ここが大きなヒントであり、厳しいところです。

「外科医はメスで切りたがる」。ある病理医の言葉です。その論理で言えば、腫瘍内科医は抗がん剤を使いたがる、放射線医は放射線を使いたがる、ラジオ波治療医はラジオ波を使いたがる。人間とは得意技に生きる存在です。たしかにその道に精通してゆくと違う世界が切りひらけ、はるかかなたもミクロの宇宙も見えてくる。そこまで到達した人はおそらく他の道に精通した人のみる独自の視界への尊敬があります。つまり、他の領域の専門家への尊敬もおおのずと生まれる。しかし、なかなかそこまで精通する人は少ないです。

工藤先生はそのひとりと知りました。わたしが彼から学んだのは、自信がある人、あることに精通する人というのはわからない、ということにきわめて敏感だ、ということでした。わかっていることをひけらかすことももちろん、ないです。そしてわからない、と知ってわかるためになにをすればいいのか？ がきちんとわかっている、ということです。

わからないことについて誰がわかっているのか？ どう調べればいいのか？ 専門家の長所、欠点、弱点をどうカバーするのか？ そこを熟知しているということ。

おそらく経験、というのが大きいかと思いません。臨床の医師たちの経験の積み重ねが、それらを補う。



臨床が医師、専門家を成長させ、研究がそれを整理させ、さらに発想を広げ、立証してゆく。これはもの書きにおける想像力、調査、文献解読と現場の関係と告示しています。

骨盤内に残存した腫瘍について手術か放射線か迷っ

ていたとき、手術に決めた一番の理由は、肝臓外科医の竜先生が「肝臓は開けない」と言ったことでした。

一般的には腫瘍内科医も含め、「どうせ開けるなら肝臓



も見たい、これからの治療計画のためにも上腹部まで開けて」と頼んでも「肝臓は開けない」と主張しました。肝臓はすでに切るだけでなくラジオ波治療など内科による経皮的治療も進んでいる、とご存知だったからですが、「手術は最小限の1時間半で切り上げ、がんを肝臓に追い込めば完治の可能性もある」と診断したわけです。自らの得意技を彼は使わない、という判断を告げた。しかし、肝臓治療に精通しているからこそその判断でもありました。

多くの乳がん、婦人科がんでは肝臓に転移した途端、ほとんどの医師から「遠隔転移したから抗がん剤、全身治療でないと駄目」と告げられます。標準的にはまちがいはない。しかし、標準というのは中間値、と考えていい。精通していない人がそこまでやれば間違いではない、という可能性もある。

「血行で回っているから全身に転移した」……わたしもそう思いました。しかし、肝臓専門医である竜さんと工藤さんだけはそうは言わなかった。肝臓ががんを食い止めることもある、と彼らは経験的に知っていたからです。わたしはこの人に身を委ねようと決めました。同時に、先を読んだ。いたずらに治るから、という理由ではなく、最悪の事態を想定しました。手術をしたら体力が落ち、肝臓に飛ぶ、出る。その場合、肝臓の治療について精通している人がそこにいないといけない、ということで肝臓専門の外科医に手術をお願いし、その手術前に肝臓の内科的治療のできる内科医工藤さんに会っていた。

楽観と最悪、それを常に意識する。計画をたてるときに必要な条件です。

わたしの生ききる道

さて、今、わたしはそうした思考法を捨てています。最悪だけを考えている。治る可能性については考えません。長生きしたい、という期待も消えています。もちろん、生きたい、死にたくはない。でも、そうでないほうがはるかに可能性として高い。

治療法の選択については、いまや人知を超え

たところまでできてしまった。標準治療の段階ははるか昔に終わっています。ガイドラインも意味がない。玄米菜食、自然療法を徹底する道は残っていますが、生きるために生きるというふうな考え方は消えています。

死んでもいい、十分生きた。

ただし、みなへの恩返しをしたい。医療と、生き残るためになにをなすべきか？

仕事です。書くこと。言葉を生み出すこと。

他の人にとってはつまらないことですが、わたしの生き残る証です。

治るために生きるのではなく、言葉を生み出し、運命の声を聞こう。

医療格差？

次に、医療の格差について語ります。手術が終わり、肝臓にさらなる多発転移巣が発見されたとき、ある高名な大学の高名な医師が診断しました。「肝臓に5個もある、手術も失敗、ラジオ波治療の範囲を超えて緩和ケアの段階です」

工藤先生はそれに対して言いました。

「肝機能がよければ3個でできて5個でできない、というのは論理的におかしい。大きさもさまざまな方法を駆使すれば、うちでは9cmのものまで焼きました」。

この格差はなんなのか。多くの患者は高名な大学の高名な助教授である診断に落胆し、緩和ケア治療にはいつていつてしまうかもしれません。どうすればいいのか？

そうした課題は山積しています。それを解決するために患者と医療者がこうしてふだんに語り合うこと。そのとき、こころがけたいのは患者が被害者で医師が加害者、患者が弱者で医師が強者、与えられる者としての患者、与えるものとしての医師という構図からいづれもが自由になるということ。これもまた工藤さんとの2年間の交流がもたらしてくれた贈り物です。

患者の傷はもちろんです。医師もまた人生のさまざまな岐路に傷ついている。常に万全、万能ではない。そこを思いやりながら、待たなしのがんの進行にどうチームプレーで臨むか？ 一方的に要求をつきつけるのではない、

患者が医師を思い、医師は患者を思い、相互にこころ傾けあう医療をどうしたら築けるのか？

医療に限定するなら、まずはそれぞれの臓器、また



は治療のスペシャリストが医局、地域、専門科の壁を越えてひとりの患者のために知恵をだしあう。連携する。

患者もまた連携する。たくさんの小さなバラの花を分け与える。

“治療法がまだある”という希望

最近の相談者の例を話します。国立がんセンターで、もう超末期で実験医療も全部やりました、もう何もできませんと言われた乳がんの患者さんがいます。ある医者に電話をかけ、相談したらそこから先、4段階くらいやるがありました。彼女の場合は達観してなにもせず死を迎えるのはむずかしかった。子供がいましたから。治療することが必要でした。少なくとも希望につながる。病院を替わりました。その時から、彼女は身体が弱ろうが何しようが心が元気です。緩和ケアと平行してやるということも全部わかっているけど、元気です。死についてもそれぞれの人それぞれの納得が必要です。

ただ、これも悲しいことに他の病に比べれば贅沢な話です。それを教えてくれたのは湯沢市の南雲幸江さんです。彼女も過酷ながんを生きていながら、がんは贅沢な病、といいます。彼女は、医療からの撤退時を確認するために学び、検査を受ける、とも語ります。

余命6カ月の告知はずいぶんと過酷な日々と試練をわたしにもたらしましたが、成長もさせてくれました。今、わたしはとても幸福です。世界の7割の人口のかたがたが、せめてがんを患う年齢まで生きたい、せめて日本なみの医療を受けたい、と願っている現代にあって、多くの方々の力を得て生きてきました。そのお礼を言葉にすることでできうる限り、返してゆきたいと思っています。治るためは終わり、治らなくてもいい、その日までしっかりと人としての己を見つめ、社会をみつめ、人が人であることをまるごと言葉にできるように精進してゆきたい、と願っています。

自分たちの手でがん医療のための資金を作ろう！

最後にわたしの夢を語りますね。それは、患者がお金を持つことです。全国のがん患者がお金を作り出し、持つ。アメリカの患者たちがやったように何十億、何百億というお金をみんなで作る。そして医師を患者が選んで、例えば転



移がんのセンターを作る。肝臓医を結集して、転移がんについても日本が最高の医療を作り上げる何かを切り開いてもらう。治療法の統計を患者サイドで行う。代替療法の可能性もいろん

な先生に探ってもらう。政府や製薬メーカー、医療器具、設備、建設会社の利潤のためでない研究、実践。患者のための医療に医療者が先進できる財政的基盤を作り出す。誰のための医療なのか？ その自覚をもてる医療環境を生み出すこと。患者自身がどうやって心のケアをやるか。なおかつ、治療を受けられない患者たち、アジアやアフリカの患者たち、それからイラクの患者たち、その患者たちに「わたしたちは見ている、かたわらにある」と、その声をあげてあげられるような福祉活動もする。そうやってはじめてわたしたち自身がその主体になれる。

まあ、期待したんですけど、その夢は妄想で終わりそうです。

実はわたし、民主主義というのを信じています。ひとりひとりが社会の担い手である、ということ。その実感をもって生きるということ。そのために自己犠牲が求められることもある。がん患者がそれをなし得るという自信は大きいのです。薬害エイズ、障害者、難病の方々と交流してわたしは気づいています。苛酷でありながらもその生の時間をすがすがしく、健やかに生ききっている人はたったひとつ大きな共通項がある。それは人のためになろう、という志です。誰かから必要とされる人間になろうと努力すること。

なにより、人間が持っている生き物としてのからだに潜む本能的な力、感受性をみがいてもう一回、自分の周囲を、医療を、病状を考えなおしてみたいものです。

キューバが洪水に遭ってアメリカの経済封鎖のなかで再建不能となったとき、世界再貧国のニカアグラが、自分たちが一番苦しいときにキューバのお医者さんたちが助けに来てくれたお礼にと、1円2円の浄財を集め、送りました。食料品店の棚がからっぽの日々を生き延びている貧しいキューバもまた、空腹を耐えながら、太陽とフルーツを食べさせれば子供たちは元気になる、とチェルノブイリの子どもを1万6千人も引き受けて白血病の治療にもあたりました。貧乏で苦しいときほど人の力になる意思を学びました。豊かさを恵むのではなく、苦しみ、貧しさを分かち合う思想。

患者学がほんとうにめざしたことはそういうことだった、ということを近頃、感じています。

工藤先生はこういうことを言ったことがある。「柳原さん、信ずるものは救われる、ですよ」……以来わたしは、宗教のようにその言葉に忠実になっています。こころの奥底に猜疑心がわいたとき、わたしはその言葉を思います。工藤先生を信じるのではありません。生き物としてのわたしの潜在力を信じる。怖くて、怯えて、混乱している。生々しく揺れ動いている。でも、その負の揺れが人が何かを生み出す力でもある、と信じたい。

世界各地の悲嘆、戦乱、飢餓の地をめぐり、さまざまな医療被害者の人生を垣間見ながら、その過去がなにかを生み出してきた現場から教えられたことです。

逃げたくなるとき、めげているとき、いつも基本に戻ります。患者であるからこそ気づく、見えるなにかがある……と。わたしの言葉の源泉は人としてのわたしにあるのだ、と。誇りを持ち続けていきたいといます。ありがとうございました。

今日、会場にわざわざ倉敷から伊丹仁朗さんが来てくれていますので紹介したいと思います。わたしが人を判断するときのもうひとつのポイントはオリジナリティです。その人は借り物の言葉、借り物の情報を平然と自分の情報として語っているのかどうか？ それとも、自らの経験を積み重ね、精進を重ねて身体で感じとり、さらに実証性を追い求めて研究し、思索を深めて出した言葉か？ 見分けようといつも思っています。

たぶん、皆様も工藤先生の講演からその一端を感じ取っていただけたと思いますが、伊丹先生もそういうもう一人の方です。

今、マスメディアや医師たちが笑いのがんへの効用を語ります。伊丹先生が笑いを医療活動に導入したころ、心の問題として生きがいを作ろう、モンブランに登ろう、富士山に登ろうと発信したとき、世間のほぼ7割の人は、「何言ってるの。がんの問題で不真面目な」と疑いのまなざしを向けたのではないのでしょうか？ そうした世間、学会の主流の流れに

敢然と立ち向かい、自分の意志を貫いた医師として伊丹先生をみなさんに紹介致します。

(講演内容に加筆修正しました)



開業医としてがん難民問題に直面して

伊丹と申します。私は岡山県倉敷市で開業している内科医ですが、私のところにずいぶんたくさんのがん闘病中の方が相談に見えます。そのほとんどの方が、大学病院、がんセンターというような大きな病院で治療を受けてきて、「これ以上治療法はない」といわれてなんとかならないかというようなご相談に来られるんですね。私の小さなクリニックで年間 100 人くらいおいでになります。

私は、少し以前から笑うとナチュラルキラー細胞（NK 細胞）活性が強くなって治療効果を促進するというので笑うことをお勧めしてきたんですけど、訪ねてこられるいわゆるがん難民の方々のお話を聞いていると、もう笑っている場合じゃないと思うようになってきたんです。

実は、一週間前に東京からわざわざ私のところに相談に見えた方がいらっしゃいます。これは、77 歳の男性の方のお嬢さんなんですけど、この方のお父さんは前立腺がんで数年前からある大学病院で治療を受けてきた。ところが、一昨年の 10 月ごろに、骨転移が見つかり再発したことがわかりました。その後は「もう治療法はない」というので、あまり治療は受けていなかったんですね。ところが、去年の暮れになって、突然下半身麻痺になってしまったわけです。またその大学病院に入院することになった。これは、骨転移が脊髄を圧迫して下半身麻痺をおこしたんですね。

私はこの話をきいて唾然としました。なぜなら、骨転移が胸椎とか頸椎にあれば脊髄麻痺を起しますから、放射線療法をするなり、なにか予防措置が必要なんですね。ところが、その病院ではその処置が全然されていない。

去年の 4 月から、ゾメダという骨転移の特効薬が認可になって、国内で保険適用になっています。すべての固形癌の骨転移に効果があります。ところが、その治療をされていないんです。どういうことかと思ったんです。でも、医者が「治療法がないから家に帰ってくれ」というので、今、在宅で過ごしている。「頸椎に転移がありますか？」と聞くと「あります」ということなので、「じゃあ、大急ぎでそこに放射線療法をしないと頸から下が麻痺になりますよ」と申し上げたんですね。

どうしてそんな手抜き治療、人命軽視の治療が行われているのでしょうか。これは、代表的ながん難民だと思うんですが。私は、この病院の名誉のために病院名は伏せますが、某慶応大学附属病院泌尿器科・・・。こんなに、国内でも信頼性のある病院でこういう手抜き治療、人命軽視が行われているということですね。

がん患者大集会が 2 回行われ、それを受けて厚生労働省ががん対策情報センターを作られたそうですが、私は、こういったセンターが作られてもがん難民問題は解決しないんじゃないかと思います。今後、がん難民はいくらでも発生してくると思うんですね。というのは、全体的ながん情報センターが作られて全体的の方針、枠が作られても医療の現場で人命軽視、手抜き治療が行われているんですから、これはどうしようもないわけです。たった、一例の特別な例かともみなさんお考えでしょうが、そういう一例の人が出るということは、同じような手抜き治療を受けている人が、その病院では何百人、何千人といるということなんですね。これは非常に恐ろしいことじゃないかと思います。

がん難民をなくす三つの提言

がん難民対策について私は三つの方法が必要になるんじゃないかと思うんですね。一つは、がん治療をしているすべての病院で、がんの総合診療科が作られる必要がある。がんを診断を受けた人はまず、総合診療科で医師がディスカッションして治療法を決める。そして、その治療が必要な外科なら外科、放射線科なら放射線科、腫瘍内科へ紹介して、治療が終了したらまたそこへ帰ってきて、その治療効果を評価して次の治療方針を決める。そういうがん総合診療科を作る必要がある。

二番目には、進行がん・再発がんの人に対して、医師のほうが一方的にもう治療法はないとさじを投げる人命軽視が行われ



生き甲斐療法を提唱した伊丹仁朗さん(平成13年10月の「α」の講演会に講師として来ていただきました)

ているという問題について、日本の医学会全体がこれを反省して、今後進行がん・再発がんの人に対する人命を尊重して、できるだけ元気で長生きしていただく方向に方針転換しなくちゃいけないと思います。各学会をあげてそういう教育をするなり研修会を開くなりして、厚生労働省がリーダーシップをとって意識改革を図っていく必要がある。

三番目には、がん難民の方の救済機関が必要だと思います。日本各地にがん難民救済機関を作って、そこには医師だけでなく看護師や患者さんの代表や、あるいは家族、弁護士などで

構成して、このがん難民の方々の訴えをよく聞いて、どんな問題なのか、問題があればそれをその病院に対して厳重に注意する。そして同時にがん難民の方々が受けた損害について、損害賠償をしてもらう、という
ような救済機関が必要ではないかと私は考えています。

発言の機会をいただき、ありがとうございました。



柳原和子さんの治療経過と一臨床医が日頃考えていること



工藤正俊さん

ご紹介いただきました近畿大学の工藤です。このような会でお話することは少ないので、どうい話をしたらいいかちょっと困ったのですが、僕自身は柳原さんの治療に携わって

ただなので、特別なことは何もしておりません。我々のところでやっている一般的な医療をやっているだけです。私自身は消化器内科医で、肝臓内科、消化器がん、とくに肝がんの治療に当たっているわけですが、がん全般の大家でもなく、また、スーパーマンでもありませんので、すべてのがんについてお話をするというのももちろんできません。したがって、柳原さんという一患者さんの治療経過を中心に、どのようなことを普段考えているかということ、特に、自分のこと、画像診断のこと、あるいは臨床医ということなども少し含めてお話させていただきたいと思います。

自己紹介

私自身は愛媛県の田舎で生まれ、家族親戚に一人も医者はおりません。医学部の学生の頃は、開業医も勤務医も大学の先生もみんな同じ知識・技術を持っていると漠然と思っていた、ほんとに田舎のポツと出の学生だったんですね。大学生の5年の時に、母方の祖母がある日ある時、

工藤正俊（近畿大学消化器内科教授）

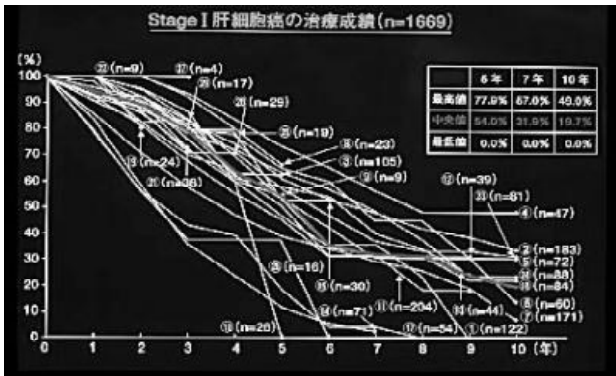
道路でくも膜下出血で倒れたんです。典型的な症状だったのですが、入院したところで脳梗塞と診断されまして、明らかに誤診なんです、その後の対応も非常に横柄で、某元帝大、一般的には尊敬される大学の出身者なんです、はじめて医者にもいろんな格差があるということ意識しました。

そしてさらに、京都大学の研修医のとき、僕自身の指導してくれる医者が、非常に実験には興味があったんですが、患者さんのことについて聞くとほとんど僕らと同じレベルで、教科書を見ないとわからないといった状態で、臨床能力は非常に低いと感じました。ちなみにこの先生は現在、ある大学の現職の教授なんです……。

そういったことで、どうも大学病院にいたのでは、目の前の患者さんを自信をもって診られるいいお医者さんにはなれないんじゃないか、と非常に強く思いました。とにかく、いいお医者さんになれるところはどこかということで、当時の関連病院の神戸中央市民病院に行ける、という機会があったので、飛び出すような形で出ました。その後、多くの同級生は、大学に帰るコースを選ぶんですが、僕自身はアウトローの世界で、まったく大学に帰ることに魅力を感じませんでした。18年間、神戸中央市民病院で過ごし、医者としては最高の臨床経験を積むことができたと思います。要するに自分の中の最終ゴールはいわゆる「いいお医者さん」になりたい、目の前の患者さんに自信を持って治療できる、100人いたら100人の中でトップの医者になりたいということでした。

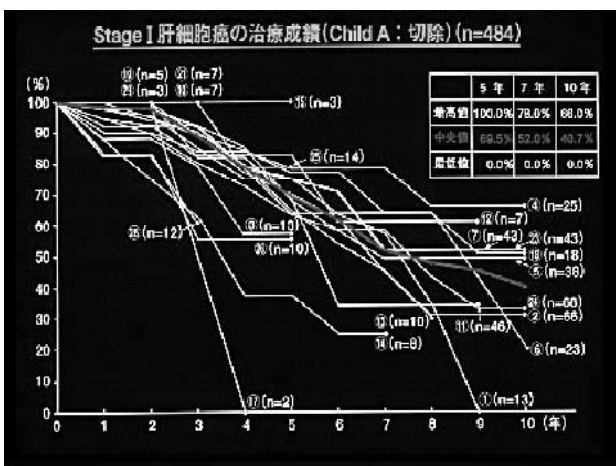
病院間の格差

僕の専門は肝細胞がんです。予後の向上、早期発見とかいろいろなことがあります。初回治療の選択・根治性と同様に、再発の早期発見と適切な治療が非常に大事であるということは肝臓の世界では一般的なコンセンサスになっております。



Stage I 肝細胞がんの治療成績(図1)

ある時に、近畿一円のすべての大学病院、成人病センターという基幹病院、肝細胞がんを積極的にやっている病院だけを集めて調査をしたことがあります。肝臓がんではステージIという、2cm以下の単発の肝がんはすごく予後が良い。肝機能も良ければこれはもう非常に予後が良いとわかっています。ところが、この891人の方の成績をまとめてみると15年生存率が77パーセントから0パーセントまで開きがあることがわかりました。



Stage I 肝細胞がん切除の治療成績(図2)

これは、肝細胞がんステージIですべての治療方法を含んでおりましたので、さらに、切除したものだけを取りだして比較してみました。調査した病院間ではほとんど病院間格差はない

これだけの施設間の成績の違いは何を意味するか？

- 肝細胞癌は再発を繰り返さず腫瘍であるため初回の根治治療が全てではない
- 初回治療と同じくらい再発の早期発見・治療が重要
- 根治後の再発抑制治療をしているかどうか
- 肝細胞癌治療に対する知識・技術・および情熱を持っている専門医がいるか
- 肝炎から肝癌に至る自然経過・治療介入に対する知識をトータルに持った専門医がいるかどうか

このような違いにより患者さんの生命予後は場合によっては数年以上、変わってしまう。

(表1)

はずなんです、ここには大きな開きがある。肝機能も良くて条件も同じものを切除して10年後の生存率に開きがある。

肝がん治療には施設間格差が厳然としてある。初回の根治、切除の技術にはそれらの施設間では差がないと考えられるのに、なぜ10年後そんなに違うのか。初回治療と同じくらい再発を早く見つけるということが大事だし、肝細胞がんに特殊なことです。どのように再発抑制治療をしていくか。要するに肝がんの再発治療に対する知識技術のみならず、情熱を持っている専門医がいるか、肝炎から肝がんに至る自然経過、治療介入に関する知識をトータルにもった専門医がいるかどうかで、平気で患者さんの生命予後が数年間くらい変わってしまうということがこういう成績からわかるわけです。

柳原さんの治療

初発からの治療経過

- 1997年5月 卵管癌にて手術(京都大学病院)
- 1997年6月 全身化学療法開始(CAP療法)→腹膜播種消失
- 2003年11月 多発肝転移判明(15個以上)と骨盤内局所再発
- 2003年12月 全身化学療法開始(TJ療法)
- 2004年3月 CTにて肝転移は2個へ
- 2004年8月 腫瘍消失
- 2004年12月 PET検査にて骨盤内(結腸近傍)に再発認める。
- 2005年1月 骨盤内再発にて開腹手術施行(佐原病院・千葉)

(表2)

柳原さんの治療経過を少し紹介させていただきます。これは我々のところに来る前の経過で

すが、1997年に卵巣がんで京大病院で手術、その後、全身化学療法が極めてよく効きまして、腹膜播種等も消失。それから2003年、この時はもう6年経っていましたが、多発肝転移が15個以上、骨盤内局所再発ということです。2003年11月たまたま撮ったCTですが、一番大きいもので6cmくらい、それから数ミリのものが15～16個ぐらひはあります。そういうような状況で発見されました。ただ、非常に抗がん剤が良く効きまして、全身化学療法、いわゆる標準治療のTJ療法で肝転移が2004年には2個、2004年12月には肝内の腫瘍は画像上は消失。よく見ると2～3mmの癍痕とか黒っぽいところはあるわけですが、ほとんど画像上は完全消失に近い状態。2004年RE-PETで骨盤腔内に再発が認められまして、MRIでも確認、そして、開腹手術。いろいろとあったようですが、佐原病院の竜先生のところでお腹手術を施行しました。

その後、肝転移が見つかったということで、我々のところに来られているわけです。2005年2月にはじめて来られまして、2個くらいということで来られましたが、よく見ると、肝転移は5個くらいあるし、最大4cmくらいはありそうだということになりました。



肝転移像。全身化学療法でこのときは消失した。(図3)

柳原さんは最初に来られたときに、「3cm、3個以下」とか、「ミラノ基準」とかいろいろ言われました。2005年に科学的根拠に基づく肝がん診療ガイドラインというのが出ましたが、実はこれは肝転移には当てはめないというのが一般的なんです、一応目安にはなります。肝機能と数と直径で治療方針を決めるということなんです、肝機能はともかくとして「3cm、3個以下」というのは、一応診療ガイドラインによれば切除か局所療法となっています。これは、いわゆる標準治療ですね。

治療戦略

- ✓ TAE先行ラジオ波治療、後で動注化学療法追加 → 採用
- ✓ 動注化学療法の後、残った部分にラジオ波追加

柳原さんの癌は抗癌剤に感受性がある。従って動注化学療法をしてしまうと、もう超音波では検出できなくなる。しかし、完全に壊死しきらないものから又、再発してくる。それよりは見える癌は物理的に100%破壊しておけば、再発の心配はない。抗がん剤も残った微小病巣に対してだけなので少なくなる。

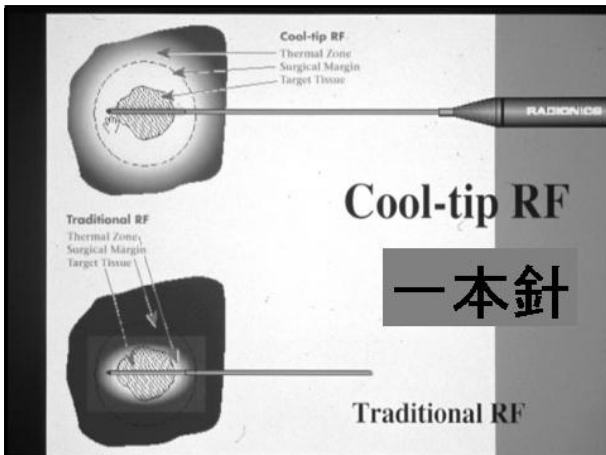
(表3)

その後、5個で最大4cmで肝外に転移巣がないということと、化学療法が非常に良く効いているので十分治療を行う価値があるということで、ラジオ波治療を行うことにしました。まずその前に、ラジオ波で焼ける範囲を広くしたいということで、肝動脈塞栓術を行いました。TAE＝塞栓術についてはあとでラジオ波について説明するときにもたお話ししますが、動脈を詰めることによって大きく焼く、そして後で動注化学療法を行う。というのは、一回小さくなったものがまた大きくなってきてるものもあるので、やはり目に見えないものがあったとしても不思議ではないので、その方法を採用しました。

もうひとつ、動注化学療法を行って、残ったものにラジオ波を追加するという考え方もあります。消化器内科の中でも動注化学療法を多くやってる若い人が提案して議論もしたんですが、僕はこちらはあまり賛成しませんでした。その論理的根拠は、柳原さんの場合、非常に抗がん剤に感受性がある。したがって、動注をしてしまうと超音波に見えなくなってしまう可能性がある。でも、ほんとうに消失しきらないものは、いずれまた再発してくる。だから、目に見えるものを物理的に破壊しておいて、抗がん剤も残ってる微小がんに対してやるだけなので、少なめでいいということにもなります。

ラジオ波焼灼療法

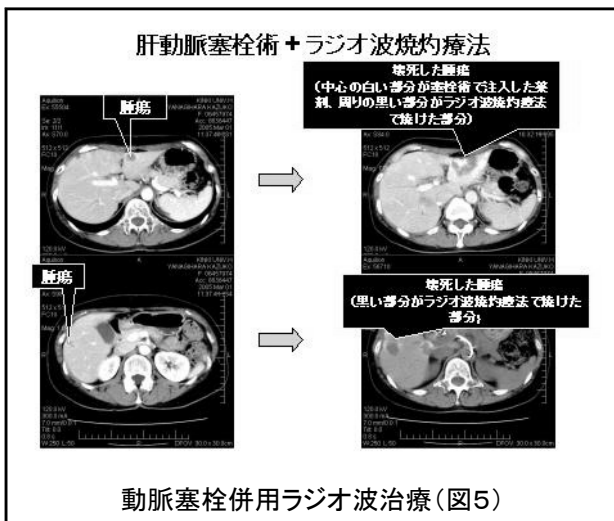
ラジオ波というのは、今一般に行われているのは、電極を1本突き刺して、そこに高周波が流れて、がんを焼く方法です。肝細胞がんの場合には被膜があって、それより外にがんが出てくることは少ないんですが、転移性肝がんの場合は、被膜がなくて、わりと浸潤性なので、画像



エコーガイド下でこの電極をがんを穿刺して焼く(図4)

よりもおそらくもう少し大きいところまで焼かないとがんが残ってしまいます。

ちょっと専門的になりますが、ラジオ波というのは、70度80度くらいで温めて焼く治療なんです。がんの周囲は動脈、門脈と血流でいっぱい、スポンジの中を血が流れているようなものですから、常に体温(36度)で冷やされているんです。塞栓療法というのは動脈から塞栓物質を入れて、門脈のほうにも交通があるので門脈にも流れてがんの壊死効果はありますが、その壊死効果に期待するだけではなく、周囲の肝臓の血流を落とすことで一回り大きく焼く。例えば、7cm、8cmでも焼ける場合があります。というようなことで、動脈塞栓併用ラジオ波治療を選択しました。

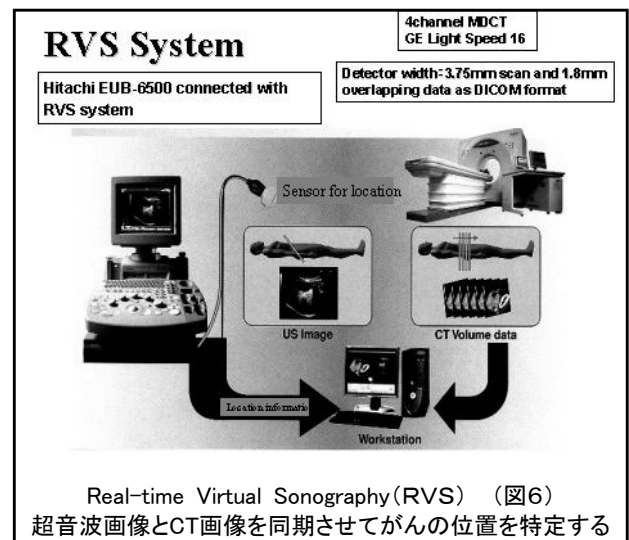


動脈塞栓併用ラジオ波治療(図5)

これでうまくいきました。二回目はRVS併用で行いました。RVSは超音波診断装置、ワークステーション(RVSソフトや患者の画像データを内蔵)、磁気センサーと磁気発生器から構成される特殊な装置です。超音波だけでは見えない非常に小さいがんの場合、これまでの多くの病院では刺せなかったわけですが、CTのデータと

超音波のデータをワークステーションに持ってきて、位置情報を特殊な磁気で同期させ、同じタイミングで動かすことができるんですね。

これはまったく違う人のがんですが、ここに1個8ミリのがんがあります。実際にこれは超音波では見えません。普通は、だいたい慣れた人がCTの画像を見て、超音波でこのへんにあるはずだと思って治療するわけです。熟練した人がやって、がんのところにリピオドールという特殊な試薬を入れて一回り大きく焼いているところですが、この部分は焼いたはずなのに残っているんですね。ということは、他のところを刺して焼いてしまっているんですね。こういうことは起してはいけないんですが、超音波だけだと見えないから往々にして起こる。



柳原さんのときにはこの見えないものをきちんと焼くためにはどうしたらいいか。例えば、ここに門脈の血管があって、超音波で見えないんですけど、CTでがんが超音波のここに見えるという情報がありますので、それを根拠にラジオ波の針を刺して焼きます。これは別の患者さんなのですが一発できれいに焼けています。柳原さんの場合もラジオ波で大きく焼けて、治療できました。一番大きかった4cmぐらいのものも動脈塞栓をしたためにかかなり大きく焼けて、完全に焼けてます。

動注リザーバを留置

そして、いよいよ3月25日に動注リザーバを留置するということになりました。動注リザーバというのは太ももの付け根に留置ポートを入れて、カテーテルをここに置きっぱなしにするというものです。その動脈カテーテルから造影剤を流しながらCTを撮るといって、もっとも

感度の高い検査方法を行いました。擬陽性もありますが、それで見ると矢印のところにもリング状に小さい転移が見つかってきます。そういう残ったものに対して動注化学療法を開始しまして、2005年8月にはCTでは肝病変は消失。腫瘍マーカーCA125も下がりました。

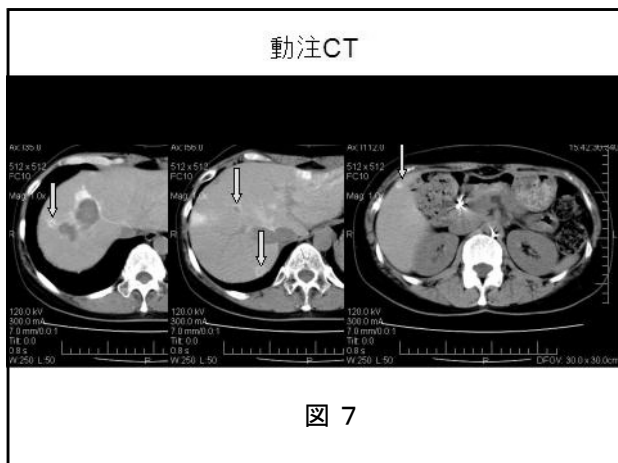


図 7

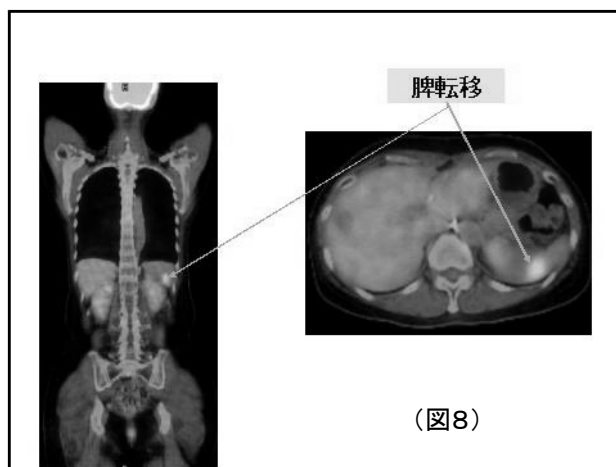
が、このときに1個だけ残ったものがありました。動注のポートを入れていますから、ここが光っていますが、消えない。カテーテルから造影剤を流しているから、血液が流れて抗がん剤がいつても消えないということで違う方法で見てみる。鉄造影剤で SPIO という細胞に取りこまれる造影剤を入れると肝臓に取り込まれて真っ黒になる。正常な肝臓は取り込まれて黒くなるけれど、がんがあれば取り込まれないので真っ白になるはずなんです。そういう検査をしてみますと、何もないということで、あれは血液のシャントという血流の異常であるということがわかりました。がんではないという診断ができましたので、余分な治療をする必要はない。そこをがんと思ってしまうと、またラジオ波電極を刺して余分な治療をしてしまうかもしれないところを、こういう検査をすると回避できるわけです。

PET-CTで脾臓への転移見つかる

2005年10月のCTですが、これもラジオ波でがんが消失しました。何回か再発しましたが、そのたびに肝臓内についてはコントロールできました。2006年2月に、時々にはPETも撮っておかないと、ということでPET-CTを撮りましたら、傍大動脈リンパ節転移と脾臓の転移が見つかりました。光っているところが転移巣で、リンパ節、脾臓、肝門部のリンパ節が光っています。脾臓には確かに何かあることがわかりま

すし、肝門部のリンパ節は非常に強く光っていますが、驚いたことにCTでははっきりしないんですね。CTだけで経過をみていると、肝門部のリンパ節は見つからなかった可能性もあります。CTとPETを行ってシミュレーションをし、PETに同期して併せて治療計画を立てるということは非常に効果があったと思います。

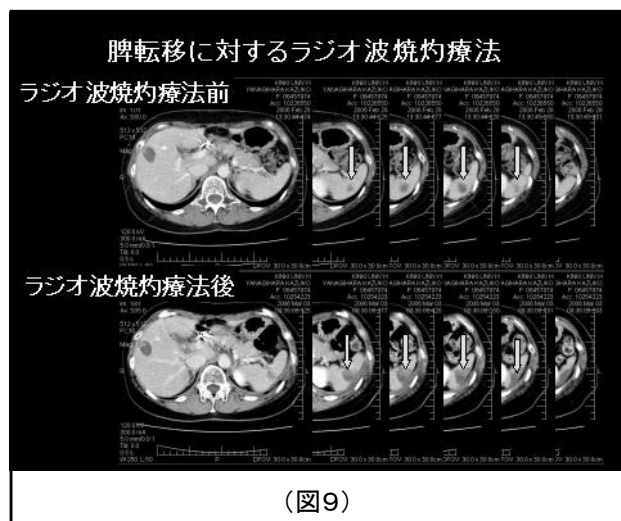
まずは脾臓のほうをどうするか。脾臓はいろいろ選択肢があるわけですが、開腹あるいは腹腔鏡下で脾臓の摘出をするというのが標準的な方法。もうひとつは脾臓の動脈を詰める方法。これは確実な根治的な方法ではありません。脾臓へのラジオ波治療というのは海外の文献ではありますが日本ではあまり報告はなくて、もちろん近畿大学ではやったことがありませんでした。どうしたものかと思い、外科の先生とも相談しました。これはちょっと乱暴な話かもしれませんが、もし出血があった場合は外科医もスタンバイで開腹手術に移れるというし、ご本人にも了解していただいたので、僕自身としては初めてだったのですが、まず安全にできると考え、脾臓もラジオ波で焼きました。焼いてみたらこれもうまく焼けました。



(図8)

あと残りが傍大動脈リンパ節転移です。こうなってくると、僕自身もあまり専門ではありませんので、どうしたものかということで、全身化学療法かなと考えたわけですが、いちおう腫瘍内科の福岡先生にも相談しました。また放射線治療も非常に充実していますので、放射線科の教授にもちょっと聞きまして、「放射線と化学療法を併用するとよく効きますし、消失してしまう人もありますよ」と、あまり聞いたこともないような話も聞きました。それでは、それほど侵襲もなくて、試してみる価値が十分あるんじゃないかということで、PETシミュレーションによる放射線治療計画及び併用化学療法(こ

れは極めて微量です) を行いました。



(図9)

そういったことで、2006年5月に放射線治療を終わりました。脾臓など主だったところの集積はすべてまったく光らなくなったし、一応完全にフリーの状態になりまして、この段階ではすべての転移巣は消え、腫瘍マーカーも正常になりました。そのあと11月に定期的なPETを行いました。基本的に前の画像と同じで再発なし。でもやはり少し不安がありました。上の横隔膜のところのすぐ近くに焼いた跡がこうやって黒く写っていますが、基本的にはリンパ節にもまったく再発はありません。

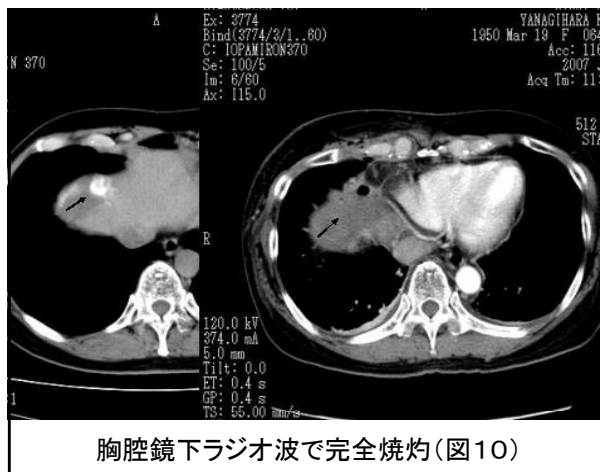
横隔膜の近くの転移は 胸腔鏡下ラジオ波で治療

PET だけでは肝臓内の微細な評価というのは不可能です。空間分解能ではやっぱり CT のほうが良いので、肝臓に関しては CT で行わないといけないということで、12月にすぐに造影 CT を行ったわけですが、血流の異常ではないもの、明らかな病巣が見つかりました。

すぐ上は心臓があって、横隔膜があって、肺がありますから、極めて悪い位置に再発がありました。場所的に、できないことはないかもしれないけれど、以前人工胸水を入れて、CTガイドでやったこともあります。さらに上の部分ですから経皮的な治療は難しいんじゃないかということで、いつも相談している肝臓外科医に相談しました。もっとも侵襲性が低く確実な治療効果をあげている胸腔鏡で、胸のところからアプローチして横隔膜を少しだけ切って内視鏡の先についている超音波を当てて、それをガイドにラジオ波治療をするというのが、体力も免疫力も維持できるので一番いいとお勧めしまし

た。

2007年、この1月に胸腔鏡下ラジオ波をして、効果判定 CT で完全焼灼。数日で退院。これが造影剤が入った心臓で、すぐこのあたりにできていた。ちょっと黒っぽくなっているのは大きめに焼いているからで、その下のスライスでも完全に焼けているので、かなり十分なマージンを取って焼けております。したがって、現時点では、画像上根治となっています。



胸腔鏡下ラジオ波で完全焼灼(図10)

画像診断

さて、画像診断のことも少し触れてくれというお話でしたので、肝臓に関しての一般的なことについてお話しします。

画像診断と一般にいった場合、まず、形の変化＝形態ですね。超音波でしこりがあって、それがどういう形をしているかということで診断をする。

それから血流診断、これは一番よく行われている方法ですが、造影剤を静脈から入れて時間的に CT を取って、血行動態を見てがんか良性か、残っているがんのかどうかを診断します。造影 CT、造影 MRI、あるいは血管造影というのもそれに入りますし、血管造影と CT を組み合わせたアンギオ CT というものもあります。

それから機能、これは働きを見る。さっきのようにシャントとがんの区別をするにはこう

画像診断

- 形態－超音波など
- 血流－造影CT、造影MRI、アンギオCTなど
- 機能－SPIO-MRI
- 代謝－PET-CT

(表4)

いうものを入れると非常によくわかります。

一つの方法だけですべてがわかるというのではなくて、ちょっと怪しいものを見たら精密検査としてこういったものを組み合わせるのが一般的です。

PET

肝臓の腫瘍の検出

通常、CTを用いることが多いが血流のshuntや微小転移性肝癌を検出する精密検査法としてSPIO-MRIが行われる。これは超磁性体鉄造影剤を静脈注射するとクッパー細胞という肝臓の中の網内系細胞に取り込まれることを利用して診断する。

癌の部分＝白く写る
正常な部分＝黒くなる (表5)

PET に関しては、どんな小さながんでも見つかるような報道もあつたり、ちょっと誤解があるかもしれません。単にブドウ糖の代謝機能を見ているので、光らなくてもがんがある可能性もある。ただ、思いも寄らないところに見つかることもあるので、目的に応じて使い分けたり、併用するという事です。肝臓の腫瘍の検出に関しては通常、造影 CT なんですけど、血流のシャント、微小転移性肝がん、これを検出する検査法としてさきほどの SPIO という、コロイドといって非常に粒子の大きいものを入れると、クッパー細胞に食べられてイメージになるんです。ちょっと難しいかもしれませんが、がんの部分は白く写って正常な部分は黒くなるので、シャントを疑う場合にはこれを行わないといけません。

PET-CT

- 癌は一般に増殖のためにブドウ糖を多く消費する。(ブドウ糖代謝のイメージング)
- 転移巣の検出には優れる。
- ただし超音波やCTで描出されていても取り込まれないことがしょっちゅうある。
- サイズも肝臓の中に関しては2cm以下は一般に描出は難しい。
- いわゆる空間分解能が悪い上に、正常の肝臓にもブドウ糖は取り込まれるため癌との差が出にくい。

(表6)

一般にがんというのは増殖のためにブドウ糖を食べるんです。PETはFDGというブドウ糖の代謝を見る画像診断なので、いろんな他のところからの転移巣、例えばリンパ節や骨とかの検出に優れているのですが、ただ、空間分解能という点では非常にぼーっとしたイメージですから、超音波やCTで描出されていても、取り込まれない、あるいは光らないことがしょっちゅうあります。

サイズも、こと肝臓に関しては、肝臓自体がブドウ糖を取り込んで光っているので、非常に強く光らないとあまり小さいものは見つからない。肝臓の中でもよく光れば見つかります。いわゆる空間分解能がPETは悪いということと、正常な肝臓でブドウ糖が取り込まれるということで、がんとの差が出にくいので、PETで何もないといっても、肝臓に関しては安心できません。これは肝臓に限らないんですが。

画像診断とは

- 画像は語って(訴えて)いる。
- 画像診断とは考えること(論理的思考過程)
- それぞれの画像診断の長所・短所を熟知して次にどの検査をすれば確実に診断あるいは知りたい情報が得られるかを熟知している必要がある。
- 放射線科医にも間違いは少なからずある。現場の臨床医がオーダーしないと放射線科医には勝手に検査を行う権限はない。

(表7)

画像診断というのは、実は病変自体が語りかけている。それをいろんな方法で何を語っているのかを理解する。ですから、画像診断とは論理的な思考過程です。単に絵合わせではなくて、あるいはパターン認識ではなくて、こういうような病態によってこういうような検査でこういうような像が出ているからこうだ、というふうに理詰めで考える。すると、自然にその画像が語っていることが理解できるということになります。ですから、それぞれの画像の長所短所、あるいはその成り立ちといいますか、それを熟知して、次にどの検査をすれば確実に診断、あるいは知りたい情報が得られるかをよく知っておく必要がある。

実は、放射線科医には少なからず間違いがあるんですね。それはしかたのないことで、これは広く浅く診断することなので、例えば僕等の

領域である肝臓がんでいうと、治療を何回もやっている方の治療したところを何か別のように診断したり、再発ではない昔からあるものを再発と診たり、いろいろ忙しいですから間違いもある。放射線科医が勝手にいろんな検査を進めるわけにはいかないの、現場の臨床医が鑑別のための検査のオーダーをしないとイケない。とりあえずその診断ではそうだという、一枚の画像を見て、書いていただけなのです。ただそうはいつでも広く浅くということなので、肝臓だけを見ていてもわからないような、他に腸管とか肺の情報なども書いてくれて、それが役立つことがあるので、両方が大事なんです。

臓器スペシャリストになれ

臓器スペシャリストというのを僕等は学生時代や消化器内科に入ったときには言われました。肝臓のこと、あるいは消化器のことなら誰にも負けないというぐらい徹底してやる。つまりその臓器のスペシャリストになるのです。それから、専門の臓器の画像診断も放射線科医に負けないぐらいやる。病態・病理組織診もきちんと顕微鏡を見てトレーニングを受けないとイケない。治療方針の決定、他科とのカンファレンス、これももちろん外科、放射線科、病理ということになりますけど、治療まで、技術・知識共に精通している必要がある。

例えば泌尿器科とか眼科のようなところだと、当然診断から治療まで一人でやっていくわけですが。内科領域では消化器もかなり専門分化が激しくて、食道の専門家、胃の専門家、大腸の専門家、それから肝臓の専門家、あるいは膵臓の専門家というように分れてきているので、いいことか悪いことかわかりませんが、少なくともその分野に関しては、臓器スペシャリストであるという人も必要です。

ということで、肝臓に限っていえば、放射線医より病理医より正確な病巣の診断ができるケースもあるんですね。例えば、病理医が肝臓の専門でない場合に、我々のほうがある程度病巣を顕微鏡で見てどうだという診断ができて、それを日本の肝臓病理の専門家に送ってもらおうとやはり僕等のほうが正しい場合もあります。もちろん、これは肝臓だけに限ったことですが。例えば、消化器内科医が肺がんの診断とか治療をするということは許されなくて、全くの素人ですが、こと自分の領域に関してはスペシャリストとして診断から治療までやらないとい

けないと我々は思っています。

画像診断の役割

画像診断の役割には、次のものがあげられます。

- ・拾い上げ（スクリーニング、検出）
 - ・鑑別診断
 - ・悪性度評価
 - ・広がり診断（ステージング、数、大きさなど）
 - ・治療効果の判定
 - ・ラジオ波治療の穿刺ガイド
- すべて重要です。

例えば広がり診断は治療戦略を立てる上では必須の情報で、もし過小評価すると、例えば、数や大きさを低く評価した、つまりステージを1段低く評価したとします。そうすると再発率が高くなる。実際は見逃されていた病巣が大きくなってきて、そこでは「再発しましたね」といわれる。過大評価すると先ほどのシャントをがんだと思って不必要な治療を行ってしまい、結果的に患者さんに不要な負担、リスクを負わせてしまうということになります。これは放射線科医の能力だけに頼るのではなく、自分自身の読影能力を身につけていることが臨床医としての大前提です。ダブルチェックが重要で、放射線科医の足りないところ、オーガンスペシャリストの足りないところはお互いに補い合う必要があります。

広がり診断は重要

- ・治療戦略を立てる上で必須の情報
- ・過少評価していると再発率が高くなる(実は見逃されていた病巣が大きくなってきただけ)
- ・過大評価すると不必要な治療を行ってしまう。結果的に、患者さんに不要な負担、リスクを負わせてしまう。
- ・放射線科のレポートに頼るのではなく、自分自身が読影能力を身につけていることが臨床医としての大前提(ダブルチェック)

(表8)

超一流臨床医とは…

臨床医であるということ、特に超一流の臨床医であることは、ずば抜けて多くの症例を経験し、知識・技術を身につけ、その分野を極めるということだと思います。最先端の論文の情報

もきちんと読んで、新しい情報も身につけている。診断能力が必須だと思います。

一例一例に普遍性と特殊性があることを骨の髄から知るということは、多くの症例を経験しないと得られない感覚です。医者になって今 29 年目になりますが、同じ肝がんといっても多種多様で、肝がんとはこんなものだという普遍的特徴もあるんですが、ひとりひとりいろんな特殊な型があって、腫瘍マーカーが上がる人もいれば上がらない人もいる、抗がん剤も効く人と効かない人がいる。つまり、一例一例全部違うんだということを経験する。

神戸でのかんりの患者さんの例でいいますと、がんだけを見て、特に抗がん剤治療とか、他科の人などを見ていると、思い切って手術をして過剰治療になったり、思い切って抗がん剤治療をしてかえって予後を悪くするというケースもやっぱり経験しますし、いわゆる標準治療を超えて治療をするとメリットがある患者さんもいる。そういうことがわかるようになるのは、経験としかいいようがないわけですが、なんとなくこの人は、きちんとやればできるんじゃないかという勘は出てくるかと思っています。

東大の幕内先生が肝がんのガイドラインを作ったんですが、東大の外科でやってる手術や移植はガイドラインをはずれてやっています。消化器内科でも 7 cm でも 8 cm でもラジオ波をやっています。ですから、実際にはガイドラインというのはあまり専門家ではない人が過剰治療をして患者さんの予後を悪くしたりすることがないように、あるいは、一般には専門医ではない人の底上げという意味でのエビデンス、目安であるということです。

転移・再発がん治療に対する私見

転移再発癌の治療に関する私見

- 標準治療はないが多くの場合は全身化学療法
- 原発臓器により治療効果・予後は異なる
- 肝臓に局限している限り治療(根治的治療)の選択肢は広い(切除、ラジオ波、動脈塞栓、動注化学療法、腹腔鏡下・胸腔鏡下治療、放射線治療)
- 肝臓だけにとどまることの多い大腸癌はたとえ肝臓に転移しても完全に治癒してしまうこともある。
- 可能な限り肝癌の局所を徹底的に治療しその後、動注などを併用する。必要なら微量全身化学療法を併用。局所治療を併用することで抗癌剤のトータルの量も減らせるし治療効果は格段に高くなる

(表9)

転移、再発がんの治療に関しては、標準治療はないんだけど、多くは全身化学療法が行われています。これは事実です。原発臓器によって治療効果も予後も異なりますが、肝臓に局限してる限り、特に大腸がんの場合にはきちんと切除したり、2個、3個できてもラジオ波で取り除いて、完全に治癒してしまう人もあります。

膵臓がんとか、胆道系のがんなどは肝臓だけに局限しているように見えても、もともと悪性度が高いですし、臓器によっても違いますが、治癒するものもあります。肝臓に局限している限り、根治的治療の選択肢は広い。切除、ラジオ波、動脈塞栓、腹腔鏡下、胸腔鏡下治療、放射線治療などいろいろある。放射線治療の先生は、放射線治療も局所治療というふうに位置づけているようですが、このへんはまだよくわかりませんが。

肝臓にのみ局限する転移であれば

- 局所治療(切除、ラジオ波)と動注化学療法を組み合わせた治療を行うことは決して悪いことではない。ラジオ波の場合大きく焼灼するため動脈塞栓(TAE)を併用することも良い
- 肝臓外にでも放射線治療、ラジオ波など根治的制御能力の高い治療法が適応できれば可能な限り行い全身療法との組み合わせが効果を高め副作用、骨髄疲弊などを予防するうえで重要

(表10)

大腸がんはたとえ肝臓に転移しても完全に治癒してしまうこともあるので、可能な限り肝がんの局所を徹底的に治療する。その後動注化学療法などが必要だとしても微量で済むと思うんですね。局所療法を併用することでトータルの抗がん剤の量も減らせるし、治療効果はむしろ高くなる。100 あるがん細胞も局所をゼロにすれば、残ったのが 20、30 になり、それだけ効きやすいということです。

全身化学療法では大きな 3cm のものを 1.5cm にするためには何カ月もかかって、部分的な効果は認められますが、多くの場合はがんは残っているわけですから再増殖します。ラジオ波治療はとりあえず、一回一日で完全に壊死させることができますから、非常にわかりやすい。肝臓の中は、完全に CR (Complete Response・完全壊死) が得られる。ですので、やって悪いことはないと思います。

肝臓のみ局限する転移であれば、局所治療と

動注化学療法を組み合わせる治療を行うことは、そんなに侵襲はないですから、悪いことではない。ラジオ波の場合は大きく焼くための動注塞栓術を併用することも悪いことではない。肝臓に関しては、放射線（ラジエーション）など制御能力の高い治療法、あるいは切除も含まれますが、適応できれば可能な限り全身療法との併用で効果を高めることが、再発などを防ぐ上ではいいのではないかと思います。

再発転移の患者さんには、一箇所に再発した限局再発の人から、全身多発転移がんまでいろいろあるわけですが、基本的には局所再発がんはもう一回切除とか局所療法できちんと治療するというので、あまり意見の食い違いはない。

多臓器、あるいは全身に転移がある場合は全身化学療法になってくると思いますが、問題は重複しているところです。こういったところは、多発または全身転移であったとしても、局所をきちんと治療して、プラス動注なり全身化学療法なりを加える。固形がんのマスリアクションといって、体積をとりあえず減らしておいて、それから化学療法をするという方法があります。局所は確実に消えますが、ではほんとにそれが生命予後を変えるのかという議論がありますが、

見えてるところをきちんと消せる局所治療であれば、やって悪いことはないという考えも成り立つと思っています。肝臓の場合はそう思いません。

やる気と情熱をもった医師たれ！

私が日ごろ医局員に言っていることというのは、「医者であったらあんまり頭はいらない。やる気と人間性の二つだけでいい」ということです。やる気＝モチベーション、向上心を持って日々臨床の知識・技術の獲得に前向きな努力を惜しまない。結果として最先端のことをやって得られた新しい技術は論文として報告して、世界・世の中に還元する義務があるのではないかと。

チームの中で仕事をする。したがって、人間性とか人格は多少は大人になっても変えられずから、そういう努力も重要だと思います。患者さんにとってもこういうモチベーションと向上心を持ったやる気のある医者というのは良い医者であろうと思います。

ちょっとまとまりのない話になりましたが、以上です。ありがとうございました。