



通信  
第43号

平成19年7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/](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

紫陽花の季節もそろそろ終わりを告げ、暑い夏がそこまで来ています。うっとうしい梅雨も、植物から見れば「穀雨」という、なくてはならない天の恵みでもあります。

さて、今号では3月の講演会の後半をお届けします。柳原和子さん（ノンフィクション作家）・工藤正俊さん（近畿大学消化器内科教授）に、お二人をドキュメンタリーを撮影する立場から見守ってきたNHKディレクターの篠田恵一さんに加わってもらい、がん医療、とくに再発転移に対するがん医療のあり方について、会場の皆さんと共に考えてみました。

がん医療の底上げを図るための標準治療。それが逆に患者の望む治療に対する壁になっている、という現実。これは、がん医療が発展してきた段階での新たな問題点とも言えると思います。

## 私たちの選んだ医療 —患者と医師それぞれの視点から—



野田(世話人)・篠田さん・柳原さん・工藤さん

野田：では、これから第2部に入ります。第2部ではもう一人のゲストをご紹介します。柳原和子さんの闘病を撮り続け、「百万回の永訣」というドキュメンタリーを作ったNHKのディレクター・篠田恵一さんです。柳原さんを3年間、工藤さんを1年半くらい、一番近くでお二人のパートナーシップも含めてご覧になってきた篠田さんにコーディネーターをお願いしたい

と思います。

篠田：ただいまご紹介いただきました篠田と申します。柳原さんには2003年の再発がわかったときからずっと取材させていただいています。工藤さんは、一昨年の夏くらいから取材でお世話になっておまして、お付き合いさせていただいています。取材者という立場で患者である柳原さんを取材し、医師である工藤さんを取材させていただいたので、多少客観視できるような立場で対談のお手伝いをさせていただければと思っています。

柳原：さっき、楽屋裏で打ち合わせしてた時に篠田さんがおもしろいことを言いました。「柳原さんは5分に一回意見が変わる。工藤先生はひとつのことについて聞いても絶対に変わらない。だから、これは真実なんだなって、ほんとによくわかるんです」と。とってもよく見ていたなとわかったんですけど。

篠田：柳原さんのおっしゃることが日々変わるというのは事実です。(会場笑い)ただ、それは良く言うと、まさにその時の人間、その瞬間その瞬間で判断されているので、変わるんだろう

なということで、別に移り気だから変わるとか、そういうことではないなと思っていて、そういう判断が積み重なっていつか今があるんだろうと思っています。

柳原：去年ハイビジョンで放送されたものが90分番組になって、明日総合テレビで4時30分から放送されます。私は今回一切口出ししなかったら、すごく“良い”番組に蘇っちゃったんですね。もし良かったら多くの人に見てもらって、いろんな批評をNHKに寄せてあげてください。がんサポートキャンペーンも3月で終わり、非常に番組数が少なくなって“患者の目”がNHKの中でもしぼんでいきつつあります。全員がポジションも変わったし、ひとりひとり小さな闘いを続けていってくれと信じていますけれど、みなさんの声がNHKを作りますので、ぜひいろんな番組を作ってもらうためにも具体的に出して行ってあげてください。番組で言っているメッセージをどう受け止めたか、そういうコミュニケーションを彼等にしてあげてください。公共というのを育てるのはたぶんそういうことだと私は思っていて、それは医療を育てるものと同じだと思っています。

### 再発転移後の治療について



篠田さん

篠田：では、本題に入りたいと思います。ここからは会場のみなさんもぜひ発言をしてほしいというのが主催者の要望なので、双方向で行きたいと思いますのでよろしくお願いします。

最初に取り上げたいことは、再発転移後の治療についてです。病院に行くと、「もう打つ手はありません」「全身の抗がん剤治療しかありません」というふう

に道が閉ざされてしまう。柳原さんの場合も、2003年の秋、再発転移が見つかったときは「肝臓に多く見つかるともうだめだ」と言われ、さらに、「あるとしても、抗がん剤ですね」ということで、道が閉ざされる感がありました。実際その後の3年半を見てくると、抗がん剤だけでなく、ラジオ波とかいろいろなものを組み合わせさせてやってきた。そこに再発転移後の医療の可能性はあるんじゃないか、ということを柳原さんはおっしゃっていて、工藤さんも、医師の立場でそこに何か可能性はあるんじゃないかと

お考えのようなので、それについてお二人がどのように思っているのか、さっきの話と重複になるかもしれませんが、改めてどうでしょうか？  
柳原：このことについて具体的にリアルに語れるのは私よりも南雲幸江さんじゃないかと思うんです。新潟県湯沢町の乳がんの再発患者さんです。乳がんの転移が発見されたときに、抗がん剤しかだめだよと言われ続けたんですが、リンパ節転移について放射線治療を選択し、以後2年間の寛解を経て、再び今リンパ節にチラチラ見えているんですけど、その中で抗がん剤をどういうふうにかというのをいつも悩み続けている人です。

### 局所治療と全身治療を両輪に

南雲（会場）：いつも悩んでいます。今も悩んでいます。再発・転移の治療を進める上で局所治療と全身治療を両輪のようにして受けたというのが私の考えの柱なんです。というのは、全身治療というのはあくまでも化学療法ですので、化学療法というのは、いつか



南雲さん

有効性が低くなって副作用のほうが大きくなってくる。有効性のために他の薬に変えるときが来るという意味ですが、保険適用のものもあれば未承認のものもあります。いろいろ副作用も研究されてきて、良い薬が多くなってきてはおりますが、なかなか副作用がないという薬はありません。それは風邪薬にしたって同じことですが、一般の薬と違うところは、普通の薬が90パーセントくらい、なんらかの症状緩和があるのに比して、抗がん剤の有効性は極端に低くて、3割の人に効けばそれはもう大見得を張って有効と言えるんですね。つまり、7割の人には効かないんです。はじめる前に、どちらかという自分効く方だと思って受けるんです。そう思わないととてもやれない。でも、どちらかという効かないことが多々あります。化学療法の副作用を低く抑えて、有効性を最大に、長期にするために局所治療は外したくないのです。

### 治療経過

私の治療経過について話します。原発は1996



年でした。治療の根治術では、術前化学療法で腫瘍縮小効果が小さく、石灰化が広がっていたこともあり、胸筋温存で左乳房切除、乳房を温存することはできませんでした。

仕事に早く復帰したかったので、放射線治療が加わらない全摘でした。術後の補助療法は抗がん剤を受けましたし、後々になって不勉強を悔いたのですが、ホルモン感受性がないにも関わらず、ホルモン治療も受けました。

私が真剣に考えたのは、2003年に局所再発をしたときです。やはり原発治療の乳腺外科医のところに行きました。診断は胸骨傍リンパ節転移でした。術前抗がん剤、根治手術、術後補助療法とこれまでの経緯から考えると局所療法というのは功を奏さない、というような説明がありました。遠隔転移は認められなかったのですが、ホルモン感受性がなく、Her II (+++)、閉経後でしたので分子標的薬をメインにした化学療法を受けながら局所治療を考えたのですが、局所治療に賛成を唱えて下さる先生はみつかりませんでした。最初からずっと主治医との泣き笑いコミュニケーションがあり、絶大な信頼を置いていましたから主治医の指示に従って治療を行いました。しかし、感覚では腫瘍周辺のこわばりも和らぎ、薬は効いているようなのですが、画像データで腫瘍の縮小効果は劇的ではありませんでした。

治療を続けるうちに、階段の上り下りがちょっと息苦しくなり、運動すると不整脈のようになってくることがありました。心臓のエコー検査をするのですが、自覚症状がありながらも数値的には正常範囲内にある。更年期なのか、それともハーセプチンの副作用が引き起こす心毒の前触れなのかが自分では判断できかねました。内科の先生にご相談したら、「どちらともいえないけれど、この数値であれば天秤にかけるとメリットがある」ということで「このままハーセプチンを続けましょう」とアドバイスをいただきました。

がんで死ぬのも忌々しいけれど、その前に治療薬で心臓に支障を来たすようになって日常生活がままならなくなったら、QOLどころかにつきもさっちな行かないわいと思っておりました。その気持ちが膨らんだのは、局所再発と診断され、治療を開始した6月から1年間で過ぎてても、私の場合、傍胸骨リンパ節からどこへも飛んでいかなかったからです。それで、もしかしたら

今ならやれる何かがあるかもしれないという期待で、有効な局所療法はないものと手探りで探し始めました。

## インターネットで情報収集

インターネットを使い、いろんな患者会を通して情報を集めました。あけぼの会、ソレイユ、アイデアフォーなどが乳がんの患者会だったので、そちらのおしゃべり会に出席したり、または機関紙を取り寄せたり、ホームページを閲覧したりということから始めました。たまたま乳がん患者会とは別の放射線治療を勧める患者会に出かけたことから急展開しました。放射線の治療というのはいろんな手法があり、“放射線”とひとくくりになった中に線の種類がいろいろで、機種もさまざまですから部位によっては使えるかもしれないという情報を得ました。それで、あらためて局所療法というものを選択したということです。

放射線治療で寛解を経たのですが、また2006年の5月に出てきてしまいました。エコー検査を地元の病院でしました。「ちょっとまた影ができています」ということで生検をしたら、『クラスV』という結果がでました。「やっぱり……」と奇妙な納得感がありました。というのは、些細なことですが日常生活で「ん？」と思うことが度々起きていたからです。

私は登山が大好きなんです。湯沢町という山に囲まれたすり鉢のようなところに住んでいます。気分転換と、考えをめぐらすには山歩きが最適です。ところが、登山道の階段を前へ進もうとすると身体が前に行かずに後ろへ倒れるんです。6月、7月は難なくできた登山が8月にはトラブル続出でした。不安になり主治医に相談して、骨シンチを撮りました。結果は「新たな集積を認めない」「異常なし」、よって「考えすぎじゃないの」と言われて、オシマイ。「でも、何かおかしい」という思いを持っていました。ほんの僅かずつだけ体重がじわりじわりと下がっていく、頭頂部から脱毛が増えてくる、暮れ頃になりますと今度は背中のところ痛くなってきて腕が上がりなくなりました。その度に先生に話しては骨密度検査を受け、血液検査に甲状腺機能検査を併せてもらう、頭髪は皮膚科で相談するという具合でした。どれも『異常』





を示すデータはありません。「大丈夫だよ、まだ骨シンチを撮ってから時間が経ってないから様子を見よう」と言われました。

「骨転移かも……」は、こんなことを繰り返した先にありました。車を運転して通院していたのですが、頸を後ろに向けることができなくなりました。不得手のバックが益々苦手になりました。だんだんステージが進んでいく周りの乳がんの人たち、先に逝く人たちが何人か続いたものから、「今度は私の番かもしれない」という被害妄想がエスカレートしていきました。正月のお餅を食べた後からひどい腰痛で動けなくなり、四つんばいで這い回っているような生活になりました。痛くて身体を動かすこともできない。トイレに這って行くのがやっとの状態ですから、病院に行くこともできません。とにかくこの痛みがおさまるのを待とうと鎮痛剤などで10日くらい過ごしました。

1月末に先生のところに行き、秋から間もないけれど再び骨シンチをお願いしました。田舎ですからこの検査機関は新幹線で30分ほどかかりますし、予約が取れたのは1カ月前で3月初旬でした。結果は2箇所、はっきりと黒々としたものが見えました。胸椎と仙腸関節部というところでした。もう、これは来るべきときが来たと思いました。

## 画像診断の難しさ

いざ骨転移の治療をはじめようかという前になって、果たしてこれがほんとうに骨転移かどうかということでまた悩みました。というのは、四つん這い生活をせざるを得なかった痛みが、時々引けてくるのです。1カ月のうち1週間くらい引けてくる時期がありまして、やれやれと思うと激痛が襲ってくる。これを柳原さんに話したところ、「違うんじゃない？それは骨転移じゃないよ、単なる腰痛だよ」と言われたからです。まずは「正確な診断」だ、ということになりました。放射線科の先生がいらっしゃる患者会もありましたので、そこでちょっと融通を利かせてもらって診てもらいました。そして、骨シンチの画像から「強く骨転移を疑う」と断言されました。更に骨転移かどうかを調べるためにMRIを撮ったのですが、肝心な「仙腸関節部のところが撮れていない」というのです。そ

こでまた二重にショックを受けて、やっぱり来るべきときが来たんだと思って、柳原さんに話しました。そして、柳原さんは燃えに燃えて、「もう一回、別の先生に診てもらおうよ」と言われて、全然分野が違うからということで工藤先生のところに駆け込んだ次第です。

で、どうだったか？ 工藤先生は、「大丈夫ですよ、どこにも見当たりませんよ」と言われて、私は、鳩が豆鉄砲をくらったようで黙ってしまったんです。悪くなったことだけを考えていたので、それが「シロ」だと言われても、「クロ」は消えないんです。「先生、ないんですか？ ないんですか？」と聞くんですけど、「ありません」と繰り返すだけなんです。

この体験から放射線科に限らずMRIや細胞診をしたときに、オーダー票と一緒に検査の結果をもらうように心がけるようになりました。それは、工藤先生が「何を根拠にそう言われたの？」とおっしゃったからです。検査の結果は質問するとそれに答えて説明してくれますが、「それを書面で下さい」というと結果だけをくれるんですね。「オーダー票はありますか？」と言っていると、オーダーした理由の中に、例えばこの患者さんは、前歴は乳がんでいつ治療をして、こういう経過を経ているので再発、転移の恐れがあって検査を受けられました、ということが一筆書かれており、それについての返事が返ってきます。

私が工藤先生のお話を聞いて良かったと思ったのは、診断の根拠を患者にわかりやすく話してくださったことです。つまり、形態・血流・機能・代謝といったことを、ありのままにわかりやすく説明をしてもらえるとということが、私たちが自分の現状を知るうえで一番いいのではないかと考えています。それが一番私はうれしかったです。

私の骨転移騒動は事なきを得ましたので、放射線治療から「CR」へ、そして照射して「CR」に至ったけれど傍胸骨リンパ節に再度の発現となりました。それと第二肋間（左）のところにもしこりがあります。現在、この2箇所をハーセプチンとゼローダで治療しています。今のところ重篤な副作用はなく順調に経過していますが、このままで無限にコントロールすることは難しいことです。抗がん剤治療と放射線治療を組み合わせで迎えた「寛解」でした。「寛解」プラス「無治療」という手放しの生



活は快適でした。再発後は全身治療がお奨めでしょうが、何らかの局所治療を併せてやっていきたいというのが希望です。以上です。

篠田：ありがとうございます。今のお話、二つポイントがあって、局所治療と全身治療の組み合わせをどうしたらいいのかということと、画像診断についてです。局所治療と全身治療ということでは、工藤先生も柳原さんもそうですし、今の南雲さんもそうですけど、全身治療だけではなくて局所治療を合わせることで戦局を開いている方はけっこうお見受けするよう気がするんですが、工藤さん、再発転移以降は全身治療が標準となっているんですが、現実はやっと違うんじゃないかというあたりをドクターから見てどうでしょうか。

### 肝臓に関しては転移であっても局所療法が可能の場合はある

工藤：僕は消化器内科医で、かつ、肝がんの治療をメインにやっていますので、幅広いがんのなかですべて一般化した話はちょっとできないんですけど、確かに、再発あるいは転移といっても肝臓に限局している2、3個ぐらいのものであれば、

原発巣にもよりますが、大腸であれば、局所をきちんと取れば非常に効果があるし、明らかに生存率は増すし、完全に治癒することもある程度あります。動注なら、大量の抗がん剤ではなくて、少量の抗がん剤でもある程度効果があります。僕らの外来に来られる方で、確かに多臓器に多発転移がある場合には、局所治療を加える意義はどうかなと思う方はありますけど、大腸がん、あるいは婦人科がんであったとしても、肝臓だけに限局していて、リンパ節とか骨とかにないのに、その病院では全身化学療法しか受けてないということはありませんね。

肝臓にしかない場合には、ラジオ波では2 cmとか3 cmのがんの体積を簡単にゼロにできる。固形がんの効果判定というのはCRとかPRとか言われますが、目にみえてるところは100のものを一日でゼロにできる。肝臓の中においては画像的には消し去ることはできるので、それにプラス全身化学療法をするのか動注化学療法



工藤さん

をするのかはケースバイケースで、柳原さんの場合は肝臓だけに限局していたので動注化学療法をやりました。それはもう僕らにとっては一般的な考え方になっていますが、他科の先生方は、一臓器にでも転移があれば全身病ということで、全身化学療法をやる方が多いようです。それはそれで標準なんですけれども、ただ一臓器にあって、特に肝臓に留まっているようであれば、きちんと局所治療で消すということは悪いことではない。

じゃ、それが生存率の向上につながっているのか、データがあるのかといわれると、ないんです。しかし、全身化学療法で3 cm、4 cmのがんを消し去ることは無理なんです。非常によく効いても、3 cmのがんが1 cmになった場合は、これは著効ですが、たぶんまた再発する。ですから、やるべきだと言い切ることは難しいですが、僕のところに来た方は、条件がよければ、局所療法＝切除・ラジオ波・局所放射線治療を組み合わせると肉眼的に見えるものをきちんと処理することはできます。

これは証明のしようがありませんが、できるだけがん細胞を局所に関しては根絶的に制御すれば、生存の向上に結びつくと思っております。ただ、これを科学的に証明するというのはまず無理だと思います。目の前の患者さんはたくさんいることだし、基本的には、できるのであれば局所療法をきちんとやるということ、できるならば、切除、肝臓であればラジオ波や放射線治療というのは、その専門家に相談してやるというのは決して悪いことではないと、僕はそう信じてやっています。

### 診療科の壁を越えるには

篠田：さきほどの表にあったような微妙なところ、エビデンスはないけれど、やったらいいかもしれないというエリアがありましたが、そこにたどり着きたい場合は、結局柳原さんの場合は、婦人科にいたままだったらたどり着けない。南雲さんも乳腺外科の先生とだけ話していたらたどり着けなくて、放射線科の扉を叩いたからそこにたどり着けた。患者としては、結局原発の治療を受けていた科を飛び出ることが大事だということでしょうか。

柳原：飛び出すことを皆さんに勧めはしません。ただ、先日、ある乳腺外科の信頼するお医者さんに、私の本を読んで工藤さんのところに行った患者さんについてお話申し上げたんです。「全

部の治療をやりきりました」「でも肝臓に残ります」と乳がんの末期を宣告されて、腫瘍内科もぐるぐるまわった中で、私の本か講演かテレビを見て工藤先生のところへいきました。数が多かったからラジオ波はやらなかったけど、動注というやり方で、私を診てくれている若いお医者さんが、タキソールとカルボプラチンという私と同じ抗がん剤を入れてみた。そしたら消えたんですね。そしてそのことについてさきほどの乳腺外科の先生に、「静脈全身治療と動脈の局所治療をうまく組み合わせると何か変わるってことはありますか？」と聞いてみたら、それはもう発想外なんですね。婦人科でも、肝臓に散ったものに対して、動注療法という発想はたぶんなくて、静脈から全身に入れてまわすというのが多いんですね、いまだに。



柳原さん

そういうところで壁になっているのが、「標準治療」という壁なんです。それは、もちろんお医者さんの側から言うと、標準治療を越えて治療して亡くなってしまったら、そこは裁判になるという問題があることを、竜先生から私はずいぶん教育を受けたけれど、そのことは今はおいといて、消化器がんの先生方は最終的には抗がん剤を信じていない。期待はしているけれど、どこか信用しきってはいない。それは肝臓という臓器がなせる技だろうと思うんです。そこで、いろんな治療の発想をしているんです。つまり、抗がん剤をなるべく有効に、微量で長く使いながら何かをやってみようという発想で考えている。頼るべきものに最初に食いついてはいない。たぶん、この発想が日本の肝臓治療を世界一にさせた大きなものだと思います。

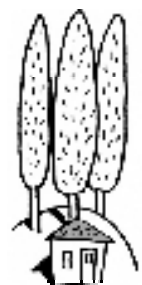
標準治療の圧迫感、そこで思考停止が起きている。あるところから、これだけやっていたら正しい医療ということになってしまっている。その人間の壁をどうするか。その原因は、社会的人間的事情、それから、経済の問題、さまざまあると思うし、患者と医師の信頼関係もあると思う。抗がん剤に対する期待のないところでの日本の肝臓医たちのこの10年の試みというのは、極めて興味深いものがあると思います。

もうひとつ私のヒットだったと思うのは、工藤先生も含めて、肝臓医だったことです。つまり、転移がんに関して言えば、転移した側の臓器の影響をかなり受けるのではないかと一瞬思

ったことがあって、そのことの中で極めたものがすごく大きかったということ。婦人科がんは、今、治るがんにしていこうとしているので、初発で治っていく。乳がんもそうです。そうすると、乳がんとか、治るがんと言われる子宮がんとか卵巣がんでは、治らなくなったがん患者の不幸性というか、医療における悲劇性が極めて濃くなっている。そのところで発想している。でも、肝臓医たちは、大量の再発がんを闘い続けているので、婦人科がんの医師より、概して絶望するのが遅いですよ。だから、粘ってくれる。婦人科の先生の常識では、肝臓にいったらもう終わりと言われていたのに、このイメージから脱皮する、標準治療とか、その他の臓器の治療側が持っている常識を突破するために、肝臓医の助けが大いにあった。逆に言えば、そういう肝臓医たちの歩んだ道筋、何を求めたかを考えてみるとヒントが得られるかもしれません。

工藤：お話を聞いていて、ひとつ思い出したことがあるのでご紹介したいと思います。近畿大学には腫瘍内科学教室という、化学療法をやる科があるんですが、そこに福岡教授がおられて、日本だけではなく国際的にも非常に有名な人です。僕は非常に感銘を受けたことがありました。ある患者さんが、腫瘍内科と僕のところの消化器内科の両方を受診したんです。乳がんの肝転移が2cmくらいで、あと、肺にちょっとあったかもしれません。最終的には腫瘍内科で診るんですけど、ご本人がラジオ波で焼いてほしいと言っているのです。ということで紹介されたんですね。それで、一日で焼いてお返ししたら、福岡先生と次に会ったときに、「ラジオ波って、エライもんができたなあ」とおっしゃるんですね。ということはどういうことかということ、つまり、知らないんです。それ以来、3cmくらいまでの肝転移は全部、化学療法の前に紹介してくるんです。

再発に対する標準治療は化学療法だと言われていたけれど、化学療法内科医もそれをほんとうに信じているわけではなくて、それしかツールがなかったからそれを使っているわけです。僕らは、化学療法内科医は、ラジオ波とか、そういう局所治療があるのを知っていながら、信用していなくて化学療法をやっているのかなと思っていたんですが、実は単に知らないだけだったんです。それからは肝



臓にメインの転移があって、それが小さいときには、まずラジオ波をして、それから化学療法をやる、という方法でうちの腫瘍内科はやります。

## 医師の壁をどう突破する？

柳原：南雲さんの一番言いたいのは、医者壁を突破できないことなんです。標準治療は続いているから、抗がん剤を勧められたときに断れない。遠隔転移に対して局所治療も加えたいと言っても、何をバカなことを言っているという目線がまず返ってきて、話題にもならないんです。医者同士がそういう発見を情報交換しただけのように望みたいけど、それは、やはり自分の身をもって患者が突破していくしかない。それはそうだと思います。医者も患者の実態を見たから変わったわけですから。でも、そうするように勧めることはできません。そうすることは、その病院を逃げるしかなくなるという構造になっていて、逃げた病院に対して申し訳ないことをしたと患者は思う。

底上げするためには標準治療化することは大事なんですけど、ただ、それによってあるところから先の治療はすごく閉ざされている。私がたくさんのお医者さんと議論をしながらわかったことは、他科の最先端のことについて、極めて無知であることが多いということです。今の専門の領域の忙しさとそのための勉強とで、そんなことまでやってられない。だから、そのところをどうしたらいいかという問題です。情報センターを作ればなんとかなるかというところ、がんの問題は、多臓器に渡って複雑になってくるので、やっぱり主治医が臨床経験の中で他科はこういう症例について使えるツールを持っていないか、というような興味を持って見ていくしかない。

私を最初に治療した若い医師は、大学に3月いっぱい戻ってくるんだけど、彼は2年間研修医をやり、その後過疎地の治療を2年やって、そのあと2年間アメリカに研修に行って抗がん剤に目覚めました。私がラジオ波の話をする、「京大の婦人科では年間6人くらいしか肝転移がない。だから、やっぱり抗がん剤をやったほうが効率が良いから、僕はラジオ波について学ぶ必要はない」と言う。研究テーマが抗がん

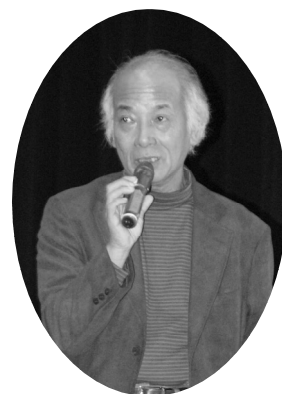


剤になってしまったから、当然のこととして抗がん剤を一生懸命やろうとするわけです。ましてや抗がん剤が卵巣がんの治療の主流だから。そうすると、主流をはずれてくれるくらいに、患者が望むことをやるのかどうか。ただし、そのとき患者は覚悟を決めなきゃいけないと思うんです。この医者とこれをやるんだから、私はもうはずれたぞ、ということに覚悟を決める。私は覚悟を決めてやるとエネルギーが沸いてくる、逆境に強いタイプなのでいいんですけども、そのところですね。お医者さんも限界を患者との関係の中でどう突破するか、っていうことなんです。

篠田：じゃ、どうその壁を突破したらいいんでしょう。では、竜ドクターがおられるので、他科との壁問題というあたりを……。

## それぞれの得意分野をつなぐ 総合戦略を持って

竜：私は外科医なので、外科で切れない患者もあるし、自分たちの限界もいっぱいあるわけです。どうしたらその限界をのりきれるかが問題なわけです。外科で切れなければ放射線療法もやってみよう、自分たちでできなければ他の科の助けを借りよう、そう思っているわけですね。



千葉県がんセンター長  
竜さん

昔の乳腺外科医は乳がんは局所のがんだと信じていたんです。だから、筋肉もリンパも郭清して、できるだけ取るハルステッド法が標準療法だった。それに対して、乳がんは全身病だからそんなことをやってもしょうがない、ハルステッド法でやっても温存療法でやっても生存率は変わらないじゃないか、というデータがアメリカから出されてきた。乳がんは全身病だから局所を取る、といいながら局所に放射線までかけるのは矛盾していると今思っているんですけど、それが標準的治療とされています。乳がんの場合はとくに一度転移が始まったら全身病であるとエビデンスなく信じている人たちがいて、それがいま世界的標準と言われているんですけど、やはり命を取られるところを治療すればいいと思うんです。転移がどこかに隠れているかもしれない状態では、無

駄うちになるので、抗がん剤をやらなくてもいいのではないかと、というようないろんな考えがあるんですね。いまのガイドラインで縛られたなかでやると標準的治療をやらないと罪悪かのような気がしているわけなんですね。

私が「肝臓がんをやる」と言ったときに当時の恩師が烈火のごとく怒りました。そのときは肝硬変の方がだいたい5年後には30%しか生き残っていないわけです。そういう人たちががんになる。だいたい行き倒れている人が多いわけです。そういう人たちのがんを治してどうなるんだ、とか言われたわけです。そうは言っても千葉大学にはすばらしい世界的な肝臓の奥田先生とかがいて、がんになったら国立がんセンターに送っている状況だったんで、それでもやらしてくださいとやったら、皮肉なことにごんになった方が長生きする。肝硬変合併肝臓がんの5年生存率は、今は60%だそうですね。

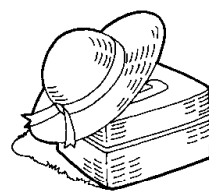
いろんな常識というのはどんどん変わっていくもんだと僕は思うんですね。今それぞれのお医者さんが目の前の患者さんをどうやって治そうかと、もう一回原点に帰るといふうになることが必要だと思うんです。その中で自分の得意なところは自分で、不得手なところは得意な所と連携して、どのように患者さんに対していくかという総合戦略の時代が始まるんだと思うんですね。

昔、中山恒明先生が千葉大学で食道がん手術を始めたときは、食道がんの手術死亡率は90%だったんです。今は手術死亡率は数%以下になっています。90%死ぬ手術をやるのは許されなかったとなると、食道がんが手術で治る時代は来ないのです。治らないがんを治すようにするには、今の標準的治療をどうやって打ち破って、新しい標準的治療を打ち立てようか、というふうにはほんとのがんの最前線に立ってる人は考えているんです。間違えて考えてる人は、「標準的治療をやらないと訴えられちゃう」という脅迫観念の中で診療をしているんですね。

医者が少し萎縮していて強迫観念に陥ってるということが確かにあるんですが、ここは「患者さんと一緒になってやれることをやりましょう」というふうになれば、もっと多くの医者が、再発したときにすぐにあきらめるような雰囲気から脱却できるんではと思います。

## 他科との連携をとりながら治療 してくれる医師に巡り会うには？

南雲：会場の皆さんにお尋ねします。私は工藤先生に巡りあった柳原和子さんはすごくラッキーだと思います。というのは工藤先生が、婦人科の先生・放射線の先生を交えて話し合っ



治療方針を決め、さらに放射線治療を受けているときにも工藤先生はそちらに立ち会っておられたのが映像でありましたよね。というように今ご自身の主治医が他科の先生にアドバイスを受けて治療法を指し示して下さったという方はどのくらいおいででしょうか？　そういう方いらっしゃいますか？

原田：私は今年どんぐりの会で体験談を発表しますが、私は全国的に珍しい副腎がんで今年で8年目です。消化器の内分科から始まって消化器内科・外科とチームでやりまして、放射線からすべて、私も一緒に画像見ながら先生と友だちのように意見を対立するくらいにやってきました。いまのところ副腎がんというのは日本で10人くらいしかいませんから治療法がなかったんですが、先ほど伊丹先生から近年こういうお薬があるということで今日大変参考になりました。放射線科も行きましたし、肝臓に3回転移して肺も2回手術しまして、計5回手術しておりますが今のところ抗がん剤も使ってないし、見た目はがんとは思われないと思います。気力ががんばってるんですよ。女子医大ですがチームワークでやっております。いろんな先生と話し合いながらやっていて、はっきりいって余命もありませんが、自分の命は自分で決められる立場にあります。私はがんと共に生きようと思っております。やはり信頼できる先生たちに出会うということが大事だと思います。

柳原：問題はこの方ひとりしかいないってことでしょう？

南雲：工藤先生は柳原さんでなかったとしても同じようにやはり他科を巡って、あるいはいろんな先生のアドバイスを受けて治療を進めるようにしているとおっしゃいます。私は京都から近畿医大病院まで柳原さんにご一緒していただきました。何しろ往復5時間、片道2時間半かかるんです。放射線治療のために往復5時間もかけて、しかも乗換えがありながら毎日通ったというあなたのそのパワーにも驚きました。私は2日間でギブアップしました。そこをやり遂げたというあなたのパワーに参りました。患者でもそこまでやる人は少ないし、工藤先生に巡りあうことができるまで「ドクターハンディン



グ」、「ドクターショッピング」という人もおいででしたけれど、そこまでしていろんな先生のところを駆けずり回るパワーは本当に見上げたもんだと思っております。そこまで努力すれば神様は何らかのくもの糸を下げてくれるんじゃないかと思いました。でも、そこまでやらなければ工藤先生のような先生を見つけることが出来ないということが問題ではないでしょうか。

工藤：昔から関連する科の治療に関しては例えば内科・外科・放射線科で外科手術にするかラジオ波にするか、という話し合いをすることは一般的にはありました。最近非常に便利になり、お互いが同時に別の場所で画像が見れるコンピューター



工藤さん

端末があり、PHSで話しながら同じ画像をみてすぐ相談ができます。ですから外来中にも外科の先生と同じ画像を見ながらすぐ相談できるんですね。自分がきちっと責任を持たなくてはいけない方に関しては自分が決断しなければいけないので、そうやって決めるわけです。別の科にお送りした方がいいと思った場合は紹介状を書いてそちらに行ってもらいます。相談してから紹介することもします。その気になれば出来る話しです。

篠田：どうすればその気になってもらえるかということがむずかしいですね。柳原さんはその気になってもらえた。まあ工藤先生に出会ったからかもしれないですけど。

柳原：それは竜先生も同じですよ。婦人科と乳がんは女性が相手なんです。そこがちょっと違うのかなというふうには思うんです。女の方は社会に慣れてないからモノをいったら怒られるんじゃないかという怯えで断ち切っちゃうことがあると思います。

入院すると工藤先生は「あ、ここだ」というときに来るんですよ。一番過酷な時期の画像診断のその場に来てくれた。一番恐怖心に怯えるところはどこかということが、どこかで本能的にわかって、そのときそばにいますよ。私は感動したんですけど、それはどこから来るんだろう。私は工藤先生がはぐれっ子だからだ

と思うんです。医局からはずれて、ある大きな集団、それも世界的有名な大学から外れて臨床の現場にもぐり込んで行った、ここにすべての原点があると思うんです。そこでどうやって人間と人間が繋がりながら生きていくかということはどこかでつかんだんだと思っている。これは文学記者の見方。それは自分もそうだから。どこにも属さないで生きてきたから、人間に対してなにをどこで関係を持っていけばいいかということをしごく考えるわけです。“感じる”ということが重要なんです。人の寂しさというのはどこにあるかということについて。臨床医というのは多分そういうことを日々研鑽していると思うから。柳原さんは幸運だった、特別患者だったからと思う前に、それがやってほしいことであるのならば、どうしてできないんだろうということについてみんなで素朴に考えあっていたらいいと思うんです。

一人の人を全部見ていてくれるということは、忙しくて現場に来なくても、若い医師が主治医に具体的に報告することでつかんでくれてる、という信頼関係が出来るまでの何回かだと思うんですね。やっぱりそれがあって「最後ダメでもしょうがない」と踏み切っていけるのだと思う。その踏み切りというのは重要なんですよ、私たちにとって。

私は画像見ないと今でも先生に言います。ないとわかったら見る、説明を聞くと。イヤです。悪いけど私そんなにしっかりと自分の病に向き合って生きていくならもうやめたい。逃げて自分の中でないものとして本を書きたい。だから南雲さんとさっきの原田さんがすごいのは日々向き合っている。南雲さんは「いつ治療をやめるかを決定するために画像見るの」というけど、私にはそんな勇氣はないので「いいときだけ見ます。悪いなら言葉で言ってください」と言います。言葉はいかようにも私の想像力で消すことも出来るし、数カ月本を書いてれば良いんだからと思っているんです。そういうことを判ってくれなければ標準的な、「何月何日説明します、ご家族集まってください」という「がん患者学」のあのシーンになるわけなんです。今日結果がわかっているのに「一週間後でなければボクはあなたに伝えません」というのは、全員にいっぺんに説明したほうが医者が楽になるから、と



いう説明を受けました。

そのくらい彼らが過酷な医療の中にいるから、それをどうしたらいいのかっていうことを厚生労働省とかに言わせるのではなくて現場から考えて、現場の医師がほんとうの理想の医療をどうしたら出来るかということについて考える。それは絶対に患者のためになるから。批判も大事ですけどそこをやり抜いていきたいと思って、いいことをいっぱい広げようと思っています。

私は特別だから助かったと感じている人、一回でも私が特別と思ったことがある人手を挙げてもらえますか。ほんとはもっというでしょ？

そうです特別でした。だってカメラが回ってるし、書くんですから。だけど、よくみてください、海千山千のお医者さんですよ。私がもし特別な治療を受けて治ったんなら、実は治ってないけど、特別を広げる方向で考えよう。みんな特別になろう。がん患者になったんだから特別になろう。

工藤：柳原さんに行った治療はふつうの治療ですよ。どう特別なのかはよくわかりません。カメラが回っているし、確かにいろいろ書かれる可能性はあります。ただ、治療方針に影響したか、結果に影響したかという点については、特別だったから影響したということはありません。



篠田：僕は取材でつきあわせてもらっている立場でいうと、まさに先ほど南雲さんがおっしゃったように、ここまで治療について食欲に医師と対話する方はいない。まあノンフィクション作家というお仕事があるからかもしれませんが。現実

にそういうふうに食欲に行ったから今がある、という意味でいえば特別なのか知れませんが、それが自分にできるかといえはすごく難しいと思うんです。だから「みんな特別になろう」というのはよく分かります。

あと、取材があることで治療をことわられたこともあったんです。そんなことはご本人も言わないし、要するに「ドキュメント撮ってるので取材したい」って言うと、「出て行ってくれ」って事もあったわけですよ。カメラが付いてくるということの負の側面も引き受けながら、柳原さんは取材を受け入れ、その記録が医療のよりよい形だとか患者さんにいいことだと思ってやってるんだな、とボクは受け取っているんです、特別ということですね。こまかくしゃ

べって恐縮なんです。ではせっかく二人いるんですから会場からお聞きになりたいこととか思っていることなどがありましたらどうぞ。

深見（がんサポート編集長）：

いまお話しを聞いていますと、標準治療というのはすごく悪者みたいな印象を抱かれた方が多いのではないかと思うんですが、それについて僕はちょっと弁護しておきたいと思います。というのは、再発転移のがん



深見さん

治療というものに標準治療というのはいないんです。申し訳ないけれど標準治療として確立されたものはありません。ただまあ、乳がんの場合と最近の大腸がんで FOLFOX とか FOLFIRI とかいう治療が出てきているので、そういう面では少しあるかもしれないですが、基本的にはないわけですね。標準治療というのは初期治療なんです。日本の場合はここ5年くらいは標準治療に目を向けられてきましたけども、それ以前は標準治療は確立されていなかった。お医者さんの意識はどういうものだったかという点、病院内で標準的に行われている治療が標準治療だと思っていた方がたくさんいたわけですよ。

標準治療というのは、僕は効果が立証された今の時点では最良の治療だと思っています。ただ標準治療は50%治療だと思うんです。なぜかという点、標準治療はあくまでもベースであって、やはり残りの50%は医者経験とか技術とかを盛り込んでいって、情熱を傾けてやるというものだと思うんです。ですから標準治療というのはベースの治療だけでも大事にしていかなければいけない、と思っています。ですから柳原さんがもちろん今おやりになっている代替治療とか非常に尊い治療だと思っていますし間違っていないと思いますが、それは標準治療とは関係がないことですからね。そういうことを言いたかったのです。

篠田：標準治療を悪者というつもりはなかったと思うんですが、おっしゃられるように標準治療が50%治療で、工藤さんの言葉で「普遍性と個別性があることを骨の髄から知る」と、そういうことなんでしょうね。

平川：私は血液がんで骨髄移植をして今元気でいますが、さきほど私が特別だと言ったのは、やっぱりここまで動ける人は少ないですよ。しかもドクターとはつきりケンカできる人は少ないですよ。



医者になにか言うのは、私も患者で図書館員なので、医療関係を知らないわけじゃないですけど、医療者にははっきり言っても大丈夫というのがあるながら、いやだと思われたくないからこんなこと言おうかどうしようかなと遠慮するし。治療を自分で選ぶとき、情報がないんですよ。それでいろいろ文献を調べました。だけどやっぱり情報がないんです。「情報をください」と言ってもらったけど、ほんとうにそれがすべてかどうかわからなかったです。だからあんなに動けてケンカできるってすごいですよ。羨ましいですよ。私の知ってる患者がドクターとケンカしたのを見たことは一回もないですよ。だからそういう意味で私は特別だと思ってる。

自分が病気になったときに、病気になる前にたまたま看護系の短大の司書だったんでフラッシュアップのために「がん患者学」を読んでいて、私はシングルなのでいろんなものを人に頼もうということも勉強したし、柳原さんの本を読んで力強かったのは、体力、お金の力、智の力、その3つがあったら……と言い切っていましたね。医者だけの力ではないんだって思えたことが、力がなくなったときだったので力強かったです。

実際、セカンドオピニオンを自分から3カ所くらい行ったんですが、いろんなことがありました。セカンドオピニオンは当たり前、とみんなが言ってくれたことがすごく支えになりました。だから今迷っている人は絶対にセカンドオピニオン取った方が良いと思います。さっき特別と言ったことはパワーがあったことがすごいなど、今でもそう思っています。(拍手)

柳原：さっきの南雲さんの話し方を聞いて分かると思うけど、すごく勉強してて医療のことをよく知ってるでしょ？ 私は医者とケンカするときにはそういうのはなくて感情でケンカしてる。ケンカできたのがすごいというんなら、最初から不良の烙印を押されてたからです。こいつはうるさいぞ、と思われてたし、復権を果たそうとしてニコッと笑ったって、向うはマスメディアでうるさいこと書いてるアイツかと思っ  
ているのがひしひしと伝わってきたから、鬼のようにそのことについて引き受けながら意地張るしかなかった、ということで、今は楽ですが。

工藤先生はマスコミに興味はないですよ。出たいとも思ってないし、なおかつ私自身のことをまったく知らないし。自己紹介で本を持っ

ていきましたが、私が帰ったあと、「しまった、でも担うしかないな」と思ったと、ずいぶん後で聞きました。ほとんどほかのお医者さんのすべてを迎え撃つ感じでした。だからケンカにならざるを得ないのね。私だって可愛く行きたかったけど、すでに可愛くない女っていう烙印がついていたからいくら化粧でごまかしてもダメで、そこが大変でした。(笑)

だけど多くの患者さんに言うんだけど、自分の限界の中に医療知識を閉じ込めたらソンだよ。相手の能力を引き出す力を身に付けろって。医療の枠内でイエスカノーかを聞いたら、医者は絶対にイエスカノーできっぱりと答えてしまう。だけどこっちが無知蒙昧のようにニコリ笑って空っぽになると、それ以上のものを引き出すことができる。私のようにケンカしてもなんの意味もないんです。医者はみんな救いたいんですよ、基本的には。その原理的なところに訴えていくことと、覚悟を持って私は特別患者になるっていうふうに思うこと。「特別に扱って欲しい」患者は全員思ってますよ。それが私の“個別”という言葉であり、医療という言葉で私の事を見据えて、「あなたの今はこうなんだけど、ボクはここが判らないからこうしよう」と。優れた医者というのはそういうことができる。さっき工藤先生がおっしゃった「超一流」が付く医者は。超一流の医者をたくさん作りましょうよ、みんなの力で。これまた「作りましょう」なんておこがましいですね。なっていたきましようよ。(笑)

## 最後に、主催者からお聞きします



野田さん(世話人)

野田：予定の時間をオーバーしたのでそろそろ締めにしたいのですが、最後に工藤さんと篠田さんにお聞きします。まず工藤さん。お話に出てましたけど柳原和子さんと言う人をご存知でしたか？  
工藤：まったく知りませんでした。

野田：それでは柳原和子さんという患者さんと関わったことによって、想定外の角度からスポットライトを浴びる、例えばテレビのカメラが入ることもそうですし、このような患者会に呼ばれることも含めて、おそらくこれまでご自分が考えていらした医師としてのパターン

と違った場所に引っぱり出されるというか、そういった状況になってらっしゃると思うんですがそのことについてなにか感じていらっしゃいますか？

工藤：いや、特別はないですが成り行きで。鈍感なのかな？ ともかく入院されたとき、本を渡していただいて、「私って医療批判をする」って自分で言われて、中央公論でしたっけ？ あれを出されたとき、「こうやって書かれるのか」と初めて認識しました。これはまずいことになったなと思って、でもまあ淡々と自分の思ったことやるしかない、そのうちに見極めてどっかに去って行ってくれるかもしれないし（笑）、僕は僕のやり方で行く、そういうふうには覚悟を決めました。後は成り行きですね（笑）。

野田：ありがとうございました。患者の方が特別だと一般の方から見られてしまうような場合、批判も含めていろいろ言われるわけですけど、そんな患者さんを自分の患者に持ってしまったドクターの気持を聞いてみたかったです。

篠田さんにコーディネーターということで一切下駄を預けてお任せしたんですが、何年かの間追ってこられた中で、治療しても治療しても次々出てくるという過酷な時間を側で見ていて辛かったこともあったと思うんですが、お付き合いが長くなればなるほど被写体と撮影者というより人間関係といったものが出来てくると思うんで、そんな中で撮ることが辛い、苦しいみたいな時期はあったんでしょうか？

篠田：そういう意味ではずっと辛いということですよ。でも仕事だから撮りますが、カメラを向けているということは銃口を向けていることだと思っていて、ずっと大変な気持ちではあります。けれども、ひとつは柳原さんがこのことを記録することによって、こうこうこういうことがこうなるんだっていうご本人の思いがあって、それをボクたちもともに受け止めてやるって決めた以上、それが辛いからとやめることは裏切りになるわけです。あとは出来るだけそばにいさせてもらおうように、銃口を向けながらだけれど、撮りに行くというのではなくて、そばにいながら撮れるようにという二つを心がけながらやりました。

野田：ありがとうございました。実を言えばこの講演会の前に明日の「百万回の永訣」の放送があったら、テレビを

見てからのほうが話しももっと深く聞いていただけたと思うし、この講演の宣伝もしてもらえな、と目論んでいたのですが、残念ながら逆になってしまいました。ここでお聞きくださった方はぜひ明日見ていただきたいと思います。これで締めに入りますが、最後に柳原さんが大すきな歌があるそうです。

柳原：すごい聖人像になってうれしいですけど、私を踏み台にしてとにかくみんなやるんです。生きて行ってほしい。大変だと思うけど。そのために恥ずかしい思いもしたし、ストリップもいっぱいやったけど、篠田さんに絶対に寝巻き姿を見せないって意地張ってたけど何シーンか撮らせてしまったし、弱々しい私を見せないって言ったけど見せてしまった。このことから柳原さんがどうのってことでなく、見つければいい先生もいるし、努力してる先生もいるし、伊丹先生のような先生もいる。その中で何かをつかんでいくってことを講演の中でつぶやきのように言ったけど、自分に自信を取り戻して大事な時間を得るということ、大変だけやっていこうよね。ということで感動した音楽を聴いて、歌える人は歌ってください。吉田卓郎さんが24歳のときお遍路の映画を作ったときの主題歌で「今日までそして明日から」という歌です。

—音楽—



講演会後の懇親会で

