

## 健康講座・講演要旨

## 「がんと向きあふか

## 〜パートナー〜」

講師 佐々木常雄先生 (都立駒込病院名誉院長)



お招きいただきまして誠にありがとうございます。2 回目ということで、もうあれから 11 年経ったのかなというところでございます。

今ご紹介いただきましたが、私は昭和 45 年に弘前の大学を卒業して、青森県立中央病院というところに行つて、白血病の患者さんの治療をやり、すごく良くなった患者さんがいて、これはこのがんとか白血病とかというのが自分の仕事かなと思いました。それで、東京のがんセンターへ行こうと思ひ、3 年間だとい

うことで、松永藤雄先生のお許しを得たわけですけど、松永先生は、「お前、東京へ行って 3 年もいるなら、もうきつと帰って来ないな」ところおつしやつたのです。が、3 年過ぎたら今度は松永先生の方が駒込病院の院長になつていて、「お前、来ないか」と、そんなことで、1 年でも 2 年でも少しお手伝いして、田舎に帰ろうと思つたのですが、なんと 40 年も都にお世話になることになりました。

平成 18 年にここでお話しさせていただいて、その後、病院長になつて、ちょうど改修工事がありました。病院も 250 億近くかけての全面改修ですので、やりながら、しかも診療を続けながらということ、結構これはしんどかったところがありますが、それで定年になりましたが、

改修工事が終わるまでということ、1 年延長し 2012 年に院長を終わつてその後、また病院経営本部から医師アカデミーで研修医の世話をしてくれないかと言われまして、そこでまた仕事をさせていただいたのです。その医師アカデミーも 2015 年 8 月で終わりました。

そのようなことで 40 年、非常に長い間お世話になつて、自分の人生のほとんどを東京都で仕事をさせていただいたというようなことでございます。

それで、2006 年、あれから 11 年ですが医療はどう変わったかということをお話しさせていただけます。がん医療のいわゆる制度がいろいろと変わってきたこと、駒込病院の改修工事を含めたがん医療の進歩、そして薬物療法の進歩、最後はがん人生、心の充実というようなこととお話しさせていたかどうかと思ひます。

## がん医療、制度の改革

2007 年 4 月にがん対策

基本法という法律ができました。6月にはがん対策推進基本計画というのができまして、これでは各都道府県が国の基本計画を基にがん対策推進計画を作りなさいというようなことになったわけです。

国のがん対策推進基本計画では一番上に「全ての患者、家族の安心」ということがあって、「がん死亡者の減少(20%減)」を目標にしています。75歳未満のがんの死亡者を20%減らすというようなことです。

もう一つ「生活の質の向上」ということを掲げています。

20%減らすためには、早期発見。平均30%の人はしか受けていないがん検診の受診率を50%にする。それから、煙草も本当は禁煙にしたい。この煙草はなかなか難しく、煙草の会社の人達から何からいふような意見が出て、結局「未成年の喫煙率0%」となつています。

重点的に取り組むべき事項では、「医療従事者の育成」、それから「緩和ケア」という考え方を進めていこうと、

がん登録という、がんの患者さんの数、どの地域でどのがんが多いかというようなことをちゃんと調査する。そして医療連携というのをやっていたこととしています。さらに「相談支援」、「情報提供」を目標として、国の基本計画ができたわけです。

この20%減というのは根拠がある程度ありまして、実はがんというのは、本当は世界的に自然に1年に1%減っているのではないかと、それが言われてきました。そして喫煙率が半分になれば、がんになる人は1・6%減るだろう。健診も50%を超えれば、がんが死ぬ人が4%ぐらいは減るはずだと。治療法も発達して、更にどこでもちゃんとした治療を受けられるというふうになれば、4・7%減るはずだと。合わせて20・3%。こういう根拠は一応国ではあったわけですね。

それを基に東京都のがん対策推進計画というのは、2008年にできたわけですね。がんの予防、高度ながん医療、患者・家族の不安の軽減、そしてがん登録とがん研究の推進を基本方針として、東京都がん診療連携協議会を作つて、皆でまとまつてやっていたことになりました。

減、そしてがん登録とがん研究の推進を基本方針として、東京都がん診療連携協議会を作つて、皆でまとまつてやっていたことになりました。

都道府県がん診療連携拠点病院というのは、各県に一所ずつ作つてある。ただ東京は非常に大きいので、二つの病院を作ろうということ、駒込病院とがん研有明病院が都道府県がん診療連携拠点病院という形になりました。

当初、地域がん診療連携拠点病院というのが14か所、今はもつと増えました。東大、順天、日本医大、聖路加、女子医大、日大、帝京、まあそういう錚々たるところが地域のがん診療連携拠点病院というのになったのです。

これに匹敵するような病院はまだたくさんあったのを、東京都が認定する診療拠点病院としました。

私達の駒込病院が中心になつて協議会を開いて、がん登録をしましょう、地域の連携をしましょう、と。がん研

有明は教育、医療従事者の質の向上、医師、看護師、その他の教育をしようと役割分担を図つたわけでありました。駒込病院が中心で全体、東京都のがん医療の質の向上を、あるいはどうがん登録をして、連携を上手くやつて相談支援ができるようにするか、そんなこともみんな、駒込病院が担うようなことになったわけでありました。

### 10年間の成果と現状

それで、結局10年経つてどうなったか。75歳未満のがん患者の死亡率を20%減と言つたのがどうなったのか。去年12月で大体まとまつて、20%まではいかなかったけれど、17%減ぐらいいまではいったという。ところが、急激なこの超高齢社会、75歳以上の人がどんどん増えている時代。75歳以上のがんの死亡者はどんどん増えている。結局は全体のがんの死亡者の数はどんどん増えていっているという現状があるわけですね。従

いまして2015年には全国でがんにより亡くなる人は

37万人。今や新たにがんと診断される人は2016年には百万人を超えたというような時代になってきているわけですね。

東京都のがんで亡くなる患者さんの方も、東京都は国の十分の一ですから、ちょうど3万何千人というように、どんどんやっばり増えていく。平成23年において、がんが亡くなる人で75歳以上の人が54%ということ、がんが亡くなる人も75歳以上の方が多いわけなんです。長生きしておられてがんになるというようになつたわけですね。

これからの問題なので、けれども、がんになつても安心して暮らせる社会の構築というふうなことで、本当にがんになつても安心して暮らせる社会を作れるのかどうかというふうなことは、この高齢社会での非常に問題なわけですね。お年寄りがすごく増えてきている時代に、がんだということ、さて誰か面倒を見られるかということ、急に具合が悪くなつたときに

すぐ診てもらえるところはちやんとあるのか、電車に乗るのが大変になってきてというときに、具合悪いときすぐ近くの病院でパッと入院させてもらえるか、血を吐いたとか痙攣がきたとか何か息が苦しいとか、何かのときにすぐ診てもらえるか。ここが東京の医療において大きな問題であります。

これから75歳以上のがんについて、東京も国もどうやっていけば良いのか、国の方針としては在宅ということが言われていますが、一人暮らし、あるいは配偶者が高齢という現状で、24時間誰が面倒をみるか。

それから老人の施設で高齢のがん患者を受け入れてもらえるかどうかという問題があります。例えば老健のあたりですと、もうがんの患者さんはほとんど受けません。老健も包括医療で抗がん剤なんてとても出せない。そして急性期病院は今救急でどんどん入ってくる、入れてくれる病院では早く退院させる。療養型病院は小泉改革の時にごっそり

減らされて、ベッド数がすごく減って、というようなことがあるわけですね。ですから、例えば駒込病院のある文京区あたりでも、急性期のベッド数は4千ぐらいあるのですね。ところが療養型病床は80何床しかない。文京区に住んでいる人達は、急性期病院で早く退院と言われても、家で過ごせない状況だどこへ行

くのかという、これは本当に喫緊の問題であるというふうに思います。もう一つは認知症でのがん治療、これをどうしていくか。または若い人でいくと、がんになって仕事が続けられるように。このようにたくさん問題を抱えているという現状があります。

### 駒込病院 がん医療の進歩

次に駒込病院のがん医療の進歩ということをお話させていただきます。

がん医療はいろんなことが進歩してきました、内視鏡で取れるものは取っていく、それで外科の手術は、なるべく大きな手術はしないで機能を

保存する。喉頭がんみたいなのは喉をみな取ってしまうというようなことはしないで、放射線と化学療法とを使い、取る所は小さく、なるべく手術の傷も小さくしてやろうと。ダビンチというロボットも出てきました。放射線治療は強度変調放射線治療というのが、がんの所だけやろうというようなことがあります。更に、薬物療法は分子標的治療薬というようなことが行われてきているわけです。

駒込病院の改修が2009年から、1年半か2年ぐらいで終わる予定だったのがだんだん延びて、約2年半に渡って、やっぱりやりながら改修というのは非常にしんどかった。

801床の内600床ががんで、感染症は30、一般は171という形で作り上げて、緩和ケアの22床を作った。今まで大部屋が6床だったのは、4床室にしました。801床を確保するには、裏の臨床研、研究所のところも病院にしてというようなことになりました。一類の感染症も2床。エボラ出血熱みたい

なのが出てきた時に、ちやんと匿ってやれるように、空調から何から全部変えた。それで手術室が9つしかなかったのを15に増やした。手術の回転を良くしようと。PETとかPET-CTとかさういうのも入れました

それで、がん専門医だけしか居ないのががんセンターとかがん研有明なのですが、駒込病院はがん以外の専門医も居て、高血圧だ、心臓あるいは腎臓、肝機能、高齢社会ではやっぱり合併症を持っている人はたくさんおられるわけですが。糖尿病とか、こういう人達でも診られます。

正直な所、がん研有明なんかはいろんな合併症があると自分のところでは診ないと言います。手術もしません。国の制度的な問題なのですが、早く退院させてベッド回転を良くしないと診療報酬が減らさないと診療報酬が減るのでですね。でも合併症を持っている人だと、なかなかさつさと帰れないというところもあって、そこが経営上は痛し痒いのですね。

でも、でもやっぱり、都立の病院なのだし、合併症を持っていてもやれる病院なのだ。これは絶対良い病院なのだ。お年寄りで見つかったがん以外、他は全部元気だという人はそんなにそんなに居ません。そういうようなことで、駒込病院は少しは入院が長くなっても何とか存続し、うまく都民の為にやっていかなければならないのだと思います。

平成21年当時国立がん研究センターの土屋院長は、「駒込病院は良いね。患者さんには本当に良い病院だね。自分のところは何か合併症があったら診られないよ」と言われました。これはどうしても堅持していかなければならないと、そういうふうに思っています。

がんの場合は、臨床ばかりではなくて、研究部門も残す松沢に移った総合臨床研究所の支所にして、我々と一緒に仕事ができるような形をとっています。

放射線治療ですけれども、サイバーナイフと、ヴェロと、



トモセラピーという、三つが入ってしまっていて、この三つを併せて持っているというのが駒込は全国で初めてで、今も他所では大学病院でもありません。

このトモセラピーというのは、毎回CTで確認できる。放射線で治療する、その機械でCTが見れる。がんがだんだん放射線治療で小さくなってくると、そのようにCTがちやんと見て、それで放射線のかける範囲を狭めていく。毎回CTで放射線の治療をする直前に見られるわけです。

それからサイバーナイフとあって、これは特に頭に腫瘍があるような患者さんに対してですけれど、小さいものでもほとんどずれが無く、ロボット技術で、全体的に上のヘッドが回って行って1ミリ程度の誤差で済む。そういう正しい位置に放射線を当てられるというような治療であります。

もう一つは、ヴェロという装置で、動体追尾放射線治療ということなのですが、肺がんは肺が呼吸によって動くわけですが、その動いている所にその通り追尾し、動きに合わせて放射線が当たる。こういうようなことで、この三つが入ったということでは、どこの病院でも羨ましがられるというところどころであります。患者さんにとって非常に有効、良いわけで、放射線の治療をされる患者さんもだんだん増えていっているわけでありませう。

もうひとつまた変わったところは、通院治療センターとあって、化学療法という昔

はほとんど長い間入院して化学療法、抗がん剤の治療を受けていたわけですから、今はがんの医療というのはもう本当に外来で、外来に50床、入院ベッドではないのです。外来で治療するというような国の方針もあって、仕事をしている患者にもすごくその方が良いことは良いわけですね。ただ遠くから通ってくる人、お年寄りの人はやっぱりちよつと入院してやりましようというようなこともありませう。また抗がん剤の治療でも、長くかかるような点滴の場合には、あるいは次の日も吐き気があるような薬をやる場合はどうしても入院してやったりもしますが、多くのがん治療は外来でやっているというよううな時代になってきました。

緩和ケアの病棟ですけれども、緩和ケアができて、なるべくカンファタブルに過ごせるように、というよううなことであります。

前に副院長をされていた内川澄先生が、肺がんでこの病院で亡くなって、その後にご遺族から寄付をいただいで、

風呂の中でミスト(霧)で気持ち良くなれる、きれいなという機械が入っています。皆の協力でカンファタブルなものができたと思っております。

また、緩和ケアチームというのがあるって、普通の病棟に入っている患者も辛そうなの人がいたら精神科の先生とか、薬剤師さんとか、看護師さんとか、チーム皆で患者さんを看るというよううな仕組みも増えてきております。

また、口腔ケアでは、特に年を取ってきたり、あるいは放射線治療で口辺りに放射線を当てるもの、あるいは抗がん剤で口内炎が起きているなど、口腔ケアって非常に大事なのです。それも病院でどんどんやってこられるよううなかたちになってきました。

駒込病院だけのお話をとらあえずいたしましたが、駒込病院のがん医療はこんなふうにして改修が終わって進んできています。

**薬物療法の進歩**  
今度は薬物療法、薬の方の

お話をしていきたいと思ひます。

正常細胞は、外から「分裂しなさい、正常な二つになりなさい、今までの古いやつは消えて無くなりなさい」とちゃんと指令を受けて分裂して新しい細胞に変わっていくわけです。がん細胞は、勝手に増殖する因子があつて、どんどん分裂していく、これががん細胞なのです。

抗がん剤というのは、核酸DNAをやつつけるので、正常細胞もがん細胞も殺す。だからたくさんはやれない。だけれど、がんがもしやつつけられた場合は、がん細胞を根こそぎやつつけられるというわけです。その代わり副作用も強いので、副作用をなんとか抑えながら正常細胞の回復を待つてまた治療するというよううなことをやってきたわけです。

最近出てきた分子標的治療薬というのは、正常細胞にはほとんど作用しない。がん細胞の増殖因子だけをやつつけ、核はやつつけないのだということなのです。だから免

疫抑制もないし、白血球も減らない。これが分子標的治療薬なのです。

しかし、がん細胞の本当の核をやっつけていないのだから、増殖因子だけやっつけたとしてもがんは小さくならないのではないかと、単に増殖を抑えるだけではないかと思っ

ていたら、実はがんもほとんど小さくなっていた。飲み薬もあるし、副作用もすごく少ないのではないかと思っ

たから、思わぬ副作用もあったと。例えばイデッサでは肺障害という副作用が出てきたわけです。

また、この同じイマチニブという薬が、消化管間質腫瘍という稀な病気ですが、これに非常に良く効くということが分かってきました。大体遺伝子原因があると83%ぐらいの人に効くのですが、これも

すごく良い状態になったというので止めると、ガタガタガタと再発して、悪くなっている。3年良い状態、5年良い状態でも、止めてみたら、やっぱりガタガタガタと悪くなる。5年以上良い人はそのまま飲んでいれば再発しないの

です。ところが止めてみたらガタガタガタと。これは止められない。いつ止められるかというのわからない。

こういうことで、効果は絶大なのだけど、いつ止められるかわからない。しかも薬代が高い。ここに問題があるわけ

です。次にトラツズマブ(ハーセプチン)です。乳がんの予後がすごく悪いのは、いろんな遺伝子が分かってきて、ハーシー(HER2)過剰ということが分かってきた。これに対してトラツズマブという薬が出来てきました。ハーシーが過剰に出ているような乳がんは約20~30%で、これにトラツズマブをやるとすごく良くなつたわけです。胃がんでも、ハーシー過剰の予後の悪いタイプの胃がんはトラツズマブをやると、すごく効果がある。トラツズマブをやっている悪くなってきた、もう効かなくなってきたとしても、他の抗がん剤と一緒に続けている方が良いということも分かっています。

もう一つ今度は大腸がん

か肺がんの方にはよくベバシズマブ(アバスタ)というのが使われますけれども、これによって2000年から7年間で生存期間中央値が12か月から31か月ぐらまで、3倍近く延びてきた。このベバシズマブという薬も、悪くなつても続けた方が長く生きられる。

駒込病院のホームページにはこんなことが書かれています。「大腸がんは肝転移があつても根治し得る可能性のある疾患です。」根治し得ると書いています。「切除不能の肝転移でも、分子標的治療薬と全身化学療法の併用により縮小化を図り、改めて切除することによって良好な成績を上げています。」

大腸がんはいまや肺に転移がある、肝転移があるというように、いわゆるステージ4でも末期ではない、根治し得る可能性がある。こういう状況なわけです。

今度は肺がんの方もお話をしますと、イレッサというのが2002年に日本で保険適用になった。肺がんで有効に

なつたのです。アメリカでは効かなかった。認可されなかつた。

ところが、なぜ日本人に効くのかということがあつて、分かつてきたのは、肺がんそのものの遺伝子変異で、遺伝子変異がある人には、75%が効くけれども、遺伝子変異が無い人には13%ぐらしか効かない。どうもアジア人、女性、煙草を吸っていない人、それで腺がんという人達に効くのだということがだんだん分かつてきた。そういう人達は、圧倒的にEGFRという遺伝子変異があるということ

で、こういう人にイレッサを飲ませれば75%以上の方に効果があるということが分かつてきたわけであり。ただイレッサの効果もずっと長く続くのではなくて、一年ぐらいで悪くなつてくる人も結構おられる。ただ、悪くなつて止めた場合に、急激にさらに悪くなるということがあつた。それではとまた飲ませてもみたがまた良くなつた。このようにことがあつて、悪化しても治療を続けた方が良い

のか。寝たきりになっていて苦しいと言いながらもそれでも飲みたいと言って薬を飲み続けられる方もおられるわけでありませう。

### 正常細胞に働く薬

ご存知かと思いますが、最近ニボルマブ(オプジーボ)という薬が出てきました。今までの抗がん剤はがん細胞を叩き、正常細胞も叩いた。分子標的治療薬は増殖因子を抑える。ところがこのニボルマブは今までのがんに対する薬とは全く違って、正常細胞に働く。ニボルマブは、長年期待外れであった免疫療法が固形がんに対して初めて有効性が示したもののなのです。

T細胞というのが普通はがん細胞をやっつける働きをするのですが、がん細胞がこのT細胞とうまくくっついてしまつてT細胞が働かないようになって、がんは逃げるようになってきたのです。これをヒト・モノクローナル抗体というのを使ってT細胞とがん細胞を離して、それでT細胞ががん細胞をやっつけられる

ようにするといふ薬なので。ただ、効く人にはすごく効くらしいのですが、実際に効いた例は20%ぐらいではないかといふふうに言われています。そして正常細胞に働くものだから、免疫療法とはいへ副作用がとても心配。肺繊維症でもう亡くなっている人もおられる。肺がんの中でもどの人にやれば良いのかというのが分かっていない。

### 医療と経済

医療経済というのが今すごく問題になっていて、さっきの大腸がんのベバシズマブ(アバスタン)は、もし1年間生存が延長としたとして、このために費用は約5百万円かかる。これは日本の保険診療では高額療養費制度があつて支えるのだけれども、1年間生きて5百万円かかつて、本当に見合った効果なのかというようなことを言われる。1年間長生きしても苦しんで長生きしたのか、あるいは本当に元気になって長生きしたのかというようなことだつて問題ではないかということ

言われる人もおられる。

先程のニボルマブ(オプジーボ)に戻りますけれども、これを1年間投与すると約3500万円かかる。これでは医療保険財政を圧迫して、日本の医療制度を亡ぼすのではないかということ言われている。実はこの値段がアメリカの2倍、イギリスの4倍だつたということ、この2月から薬価が半分に切り下げられました。でも本当に効く、治るといふのであればいいのですが、本当に効くのか、副作用の予測もある程度できるのか、まあそういうようなことが分かってくればとは思ふのですけれど。

分子標的治療薬は、手術できなくても内服や注射でも効果があるかもしれないし、高齢者には適している。しかも悪くなつても続けた方が良く、この言われるけれども、あるドクターは、75歳以上の人は延命治療に変えたら、もうこんな高い薬は止めたい、というようなことを言われるわけです。

### がん人生 心の充実

柏木哲夫さんという淀川キリスト教病院の先生がこんなことを書いています。この人はホスピスの大御所です。「最近では効果が高く副作用が少ない分子標的治療薬が出てきたことから、末期でも緩和ケアと並行しながら化学療法を続ける患者さんが増えていきます。こうした状況は抗がん剤の副作用に代わつて新たに生じた副作用に思えてなりません。」「日本の医療に死の準備という概念を持ち込むのは容易なことではありませんが、良い看取りへとうまく移行できる方法論を考える必要が生じてきているように思えます。」と、こう言うのですね。

これは心の問題の方で最後にお話しさせていたかどうかと思ひます。いろんな問題点を薬の治療で申し上げてきたけれども、もう治療法が無いたけれども、3か月の命だと言われて相談に来られる患者さんがたくさんおられるわけです。知る権利、自己決定権と言われながら、実際にその場になった時の患者さんは最大

に辛い宣告を受けて厳しい状況に立たされるわけでありませう。

平成24年の第2期がん対策推進基本計画で、これまでの取組みは精神的な痛みに対するケアが十分でなかったと、僕はこれを反省している文章なのだなと思つて見たわけです。「がんになつても安心して暮らせる社会の構築」といふふうに謳つて、拠点病院や立派な病院がいっぱいでき、相談支援センターもでき、医者も緩和ケアの研修を受けたりなんかしているけれど、それでもやっぱり治療困難になつた患者さんの心のケアはまだまだだなどいふふうに私は思つているわけです。

長尾和宏さんという関西の方で開業されていて、尊厳死協会の副会長をされている方が、「日本のがん患者は子供っぽ過ぎる。」「しっかりと死生観を持って。」と本に書いています。柏木先生も死を受容することが大切だと、こつこつおっしゃる。しかし、健康なときに死の勉強をしたり、しっかりと死生観を自分が

持つていると思っても、いざ本当にがんになって死が差し迫ったときは、その死生観が全く役に立たなくなつた患者を、私はたくさん経験してきた。死の恐怖だったり、生きたいという気持ちが湧いてきたりする。

例えば百年以上前のことです。パスツール研究所所長のメチニコフという人が「生と死」という本にこんな文章を書いていきます。「私の親しい友人は、すでに長年、死に対して心をととのえ、まったく平静に死に直面していた。彼は自分の仕事をできる限りやりとげたと信じていて、自分の生涯を終えさせることこそ完全に自然のことであると考へた。だから理性と意思という点からすれば、死の恐怖などというものはあるはずがなかった。」

す。私はメチニコフが語つたことに似た患者さんをたくさん経験させていただいたわけです。

生まれてきたからには必ず死が来る。人間は皆死ぬのだ、次は自分の番だと思えば良いのだと、言われても、それを理解できていても、がんが悪くなつて本当に死が近づいたときには死への恐怖が出てきた。生きたいという気持ちが強くなる。それは人間として当然のことではないかと僕は思うのです。

ただ、天寿を全うした場合の老衰死では、私実際に老健で経験したのですが、そのような死の恐怖というのは無いようです。眠たくなるように死にたい。これは、がんのときと天寿を全うしたときとは違うように思われます。がんの患者さんの心の中では、死への準備と生きたい気持ちとが交錯しておられて、今日は「もうこのまま死んでも良いな」と思つても、次の日はまた「やっぱり生きたいよな」と、そういうことの繰り返しだと僕は思うわけです。

人生の終末においては、しっかりした死生観を持つてということではなくて、患者さんの弱さと未練を肯定する心を医療者がもつてほしいというふう思うのです。

あるホスピスで僕が訪ねて行くと、患者さんが「何か新しい薬が見つかりましたか。新聞に新しい薬が載っていましたね。これはホスピスのスタッフには聞けないのだよ」と言います。ホスピスに入つていて、もう自分は死ぬのだと思つていても、新しい薬が載つた新聞の記事には目が行くわけです。「やっぱりこれは無理なのだろうね」と、僕に聞くわけです。ホスピスのスタッフには聞けない。しかも患者さんは、そのホスピスのスタッフが、あの人はもう死を覚悟できているよ、生きるのを諦めたよ、とホツとしているのだということを見抜くのです。それで患者さんは死を受け入れたように振舞つていることもある。ケアをしていてくれるスタッフに嫌われたくないのです。ケアを良くしてもらいたいとい

う心が働くわけでありませう。

ある有床診療所に行くと、本当に末期の患者さんにリハビリテーションで筋力を付けようとしている理学療法士さんがいる。もう僅かな命と、患者本人が気づいていても、やれることは一人でやりたい。一人でトイレに行きたい。理学療法士がその筋力を維持するためにリハビリをやってくれる。単に延命させるというのではなくて、死ぬまで生きることを支える医療と、このところにあるわけでありませう。生きることを支える医療と、とても僕は大事だと思つたわけでありませう。

辛いこと、悲しいことを、そして生きていたのだということを、正直に言える社会。そういう社会であるかどうかが問われているように思ひます。立派な死生観を持つて、う、我慢して何も言えない、言い出せないような世の中って、なんかちょっとおかしい、というふう思うわけです。フランクという、ナチスのガス室で殺されることを

助かった、「夜と霧」という本を書いた人ですが、不治の患者はもう人間社会では役に立たないから、不治の患者の救済は非生産的だということに對して、「社会に役立つことが人間の存在を量ることのできる唯一の物差しではない」と言っています。フランクは人間の命を「生きる価値のない命」とみなして、その「生きる権利」をなく奪する権利は誰にも無いのだと言っているのです。

例えば家にいてほとんど歩けず、窓際の椅子に座つてうつらうつらしているおばあさん、大変非生産的な生活をしている。でも、子や孫の愛情に包まれて「うちのおばあちゃん、代理不可能で掛け替えのない存在」なわけでありませう。直接役に立たないからといって生きていく意味がないということではない。地球に70億人いても、一人一人の命は代替不可能な命なので

す。

2013年ですか、「程々に死ぬ哲学とか、しっかりとした死生観を持つてとか言っ

て、命を諦めるのが立派であるような、社会に役に立たないからといって死を勧めるような、そんな社会になってはいけないのだと思います」と、新聞に書いたことがありません。生きたいというのが当たり前じゃないかということ、僕は思っていたわけがありません。

末期になってからも延命治療で長く生かそうというようなことではなくて、本当に死が身近に迫ったとき、まだ死にたくないと思う患者さんの心、未練を肯定する心が大事で、人の命を大切にすること、人の命を大切にすること、ということに通じていくのではないかなというふうに最近は思っております。

これからの医療は、先程の薬のように命の値段というのがとても問題になっているような感じがしています。現在は薬でまだ治療まで至らない、その過程だと思っております。ゆくゆくは薬で治る時代になっていくのだと思うのだけれど、今、命の値段というもの、命の値段というものをしっかりと議論しておかなければならないのかなと

いうふうに思います。

遺伝子検査というのもどんどん進んで、将来あなたはがんなるよと分かってしまうような時代になってきます。この人達の心の問題もとてもありますし、人工知能というのがどんどん出てきて、そうするともう医者診断よりも正確かもしれない。治療法の選択も人工知能がやっていたら良いのかもしれないような時代になってきて、そういう時代が本当に人間にとって良い時代なのかどうか、よく分らないというようなことがあります。

原義雄先生が昭和50年に駒込病院の副院長でおられたときに、こんなことを書かれました。「家族にとり、本人にとり、少しでも長く愛する患者と共に生き続けることは大きな喜びであるから、効果の期待のできる治療はたとえホスピスといえども試みるべきである。」「治る見込みがなく、将来、社会の戦力にならない者を生かし続けて何のメリットがあるか、無駄な努力ではないかという叱責も分かる。

しかし、そうした意見は医の倫理に悖る」と言うのですね。「欧米のホスピスではそうした努力を早くから放棄している。私は日本ではその真似はしたくない」と、そう言っていて浜松にホスピスを日本で初めて作られて、やっておられました。

平成10年、「がんを生きる」という本を書きました。また最近「がんと向き合い生きていく」という連載を日刊ゲンダイで始めたところがございます。私の長年やらせていただいた思いは、やっぱり人間は生きたいのだ、命を大事にしたいのだということ、その思いをわかっていただければと思います。ありがとうございました。