

# 4期のがんを 生き抜く ために。

がん医療の世界に訪れた大きな変動期。  
がんで命を諦めたら、損な時代に突入した。

## がん治療は 諦めたら「損」

藤野 いま、がん医療の世界に大きな変動期が訪れています。この分野では、およそ五年ごとに大きな変動期がやってくるのですが、二〇一五年頃から新しい変動期が始まったと

私は思っています。実際にこの二、三年で局所進行がんや全身転移の4期のがんの患者に助かる人たちが出てきているのです。

拙著『4期のがんを生きぬく最新医療』（小社刊）では、そうしたがん患者たちがどのように助かったのか、あるいは生きのびているかについて、個別の事例を挙げつつ、世界中で開発が進む新しいがん治療の技術も紹介しています。

長尾 さつそく読ませて頂きましたが、医者である私としても非常に勉強になる内容でした。というのも、いまの医療は細分化が進み、幅広く

診られる医者がいないのです。日進月歩で治療法が更新されている現代において、例えば優秀な胃がんの専門医であっても、大腸や肝胆膵、肺などの他のがんについては、最新の治療法をとっても学びきれないのです。藤野 今日はまず、実際に医療現場で働く長尾先生とがん医療のいまについて話したいと思います。

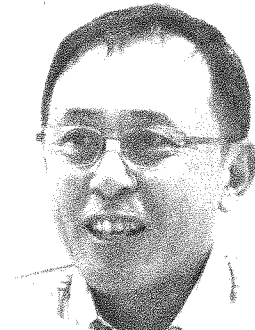
長尾 そうしましょう。藤野 そもそも、がんのステージは0期から4期までの五段階です。がんの部位によっては、さらに2期のA・B、3期のA・B・Cといった具合にさらに細かく分類されます。

これまでの、例えば3期のBになると、もう助からないと言われていました。それでもはや、4期になると余命一カ月とか三カ月と言われて



藤野邦夫  
ふじのくにお

（翻訳家、がん医療コーディネーター）  
一九三五年石川県生まれ。早稲田大学フランス文学科卒業、同大学院中退。出版社勤務後、翻訳業と執筆業に専念。東京大学、女子栄養大学の講師を歴任。一九八〇年代から、がん医療を中心とする欧米の医学書を訳したことから全国のがん患者の問い合わせを受けるように。毎年、三〇〇人前後の患者の相談のつぎきた。著書に『がん難民コーディネーター』など。近著に『4期のがんを生き抜く最新医療』（小社刊）。



長尾和宏

ながおかずひろ  
（医師、医療法人社団裕和会理事長）  
一九五八年香川県生まれ。東京医科大学卒業。大阪大学第二内科に入局。九五年に兵庫県尼崎市で開業。三六五日中午無休の外来診療と二四時間体制での在宅医療に従事。医学博士、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。著書に『平穏死』10の条件』『葉のやめどき』『痛い在宅医』など多数。

きたのです。しかし、最近ではこれまでの当たり前が覆りつつある。

長尾 おっしゃる通り、現在は「4期＝死」という時代ではなくなりました。大腸がんについては、4期の五年生存率が三三割、つまり、三人に一人は五年後も生きているのです。また、4期から完治した事例もたくさんあります。

藤野 これまでの膵臓がんは、罹患した人数だけ亡くなってきたと言えます。それがいまでは、4期のAであれば助かる人も出てきました。

長尾 そうですね。四十代の方が罹患することが多いスキルス胃がんの4期も、昔であれば末期と思われるようになりました。しかしいまでは、五年以上生きる方が始めています。

藤野 大腸がんや乳がんの場合、すべてのステージを含めると一〇年生存率が九〇割になっています。つまり、それらのがんでは亡くなる人の

### 記事のポイント

- 医療技術の進歩によって、地域や病院ごとの技術格差が生じている。患者や家族がよく調べて病院を選ぶべき。
- 世界の医療先進国ではがん患者の死亡率が下がっているが、日本は逆。問題はがん検診の受診率の低さにある。
- がん治療に伴うデメリットがメリットを上回るタイミングを見逃さずに緩和ケアに切り替えることが大切。

ほうがむしろ少ないのです。

**長尾** 前立腺がんでも同じことが言えます。いままでは「がんⅡ死」という時代でしたが、現在は必ずしもそうではなくなっている。つまり、諦めたら「損」な時代なのです。

**藤野** 治療の際に重要なのは、最初にかかる病院です。大きい病院だから必ずしも信頼できるわけではない。国立がん研究センターが二〇一八年三月に発表したデータによると、全国一八八カ所の病院の特に肺がんと肝臓がんの五年生存率に、大きな開きがあることがわかっています。

肺がんでは治療率が高い病院で六八・九割であるのに対し、最も低い病院はわずか二・三割。肝臓がんでは、五年生存率の高い病院が七一・六割であるのに対し、低い病院は一五・八割だったのです。

**長尾** がん対策基本法では、がん治療の均てん化の促進が謳われていま

が整っており、キャンサーボード（専門医や医療スタッフによる症状や治療方針についての意見交換・共有・検討・確認）がしっかり行われている病院を選ぶべきです。そうした情報も病院のホームページに公開されています。

**藤野** スーパードクターがいることに越したことはありませんが、その人に診てもらえるかはわかりませんからね。

**長尾** 抗がん剤治療については、プレジジョン・メデイシン（精密医療）という近年の流れをくんだ病院



スーパードクターが  
いる病院よりも  
チーム医療の体制が  
整っている病院を  
選ぶべきです。

す。すなわち、どの地域でも同じ水準の治療が受けられるようにということ。ところが実際は、まだまだ地域差は存在し、病院や医者によって得手不得手があるのが現状です。

**藤野** すべてのがんを完璧に治療できる病院なんて、どこにもありませんからね。

**長尾** だからこそ藤野さんが言われるように、患者自身がよく調べて、納得のいく形で病院を選ぶことが大事なのです。

## 患者自身の選択が 生死を分ける

**藤野** 病院について調べる時には、地域連携室や患者の会への相談のほか、インターネット上に公開されている各病院の治療例と手術例の数に参考になるでしょう。つまり、単純にそれらが多い病院のほうが信頼できるということです。

かを見分ける必要があるでしょう。

実はこれまで、抗がん剤治療は臓器別で行われていたのですが、いまではより精密な遺伝子別の治療に変わりつつあるのです。将来的には、遺伝子型と抗がん剤の最も確な組み合わせを、AI（人工知能）がはじき出すようになるとも言われています。

**藤野** 遺伝子解析にかかる時間と費用が格段に縮小された結果ですね。

現在、がん患者が遺伝子解析を受けられる病院は、全国に二五〇カ所あります。ただし、患者が自ら申し出

**長尾** いまは情報がオープンになっているだけでなく、がんカフェやマギーズ東京のように気軽に相談できる機関も増えてきています。命がかかっているわけですから、患者自身がかつかりと調べるべきだと思います。事前に調べずに、病状が悪化したからクレームをつける患者がいまですが、半分は患者自身にも責任があると云わざるを得ません。

**藤野** 家族がいるならば、家族にも責任がある。がんの宣告を受けた患者自身は冷静に判断できない場合があります。家族も患者と同じ気持ちでがんに向かうべきです。もしも、わからないことがあれば、病院に聞けばいい。例えば、いくら大病院であっても放射線科医がいない、あるいは放射線治療の機器がない病院に的確ながん治療はできません。

**長尾** それからスーパードクターがいる病院よりも、チーム医療の体制

ないと解析してくれない病院もあるようです。

**長尾** もしも近くに納得できる病院を見つけれないのであれば、ホテル住まいをしても、信頼の置ける病院での治療を検討してもいいかもしれません。

**藤野** ずっとホテル住まいをしなくても、例えば手術だけを実績のある病院で受けて、他のルーティーンの治療は地元でやってもいい。

ただし、一度、手術や治療を受けると、なかなか病院を変えられないというのが実情です。経営的にも、術後患者のルーティーンの治療だけを請け負う病院はそう多くはありません。だからこそ、最初の病院の選択に命がかかっているのです。

**長尾** 日本では、三大療法のうちの手術療法と化学（薬物）療法が重視され過ぎており、放射線療法が軽んじられている傾向があります。した

4期のがんを  
生き抜く  
最新医療

がん治療は情報戦!  
どうすれば「4期」から  
生還できるか

藤野邦夫著「4期のがんを生き  
抜く最新医療」好評発売中!

問題だと私は考えています。さらに、放射線治療のための機器は高額なので、中程度の病院では簡単に買うことができない。これらのことが、がん治療の格差につながっているのかもしれないね。

長尾 ガイドラインの話が出たのでこれは国の施策にも関わってきますが、私自身は放射線療法こそが最重要視されて良いのではないかと考えています。

藤野 いまの放射線療法の進歩を考慮しても、これからがん治療のなかで放射線療法の占める割合は、確実に大きくなると思います。

他方、日本のがん医療にも良い点があります。やはり諸外国と比べても日本の保険制度は圧倒的に良い。

長尾 アメリカでは、金の切れ目が医療の切れ目になっていますね。日本はいまの制度を守っていく必要があります。

藤野 何とか守っていききたいですね。皆が口にする

「まさか私が……」

長尾 これまでは、良きがん医療に巡り合えるかどうかは「運」としか言いようがありませんでした。しかし、現在はその「運」を自ら手繰り寄せることができるようになったのです。

藤野 おっしゃる通りです。そして、「運」を手繰り寄せることができるかは、情報戦を制することができるとにかかっています。

長尾 にもかかわらず、現状では運に任せてしまっている患者がいかに多いことか。例えば、抗がん剤治療を受けている人に「なんのために受けているの?」と聞いても、「わからない」と答える人が少なくありません。抗がん剤治療には必ず、コンバージョン(手術ができない患者に

数カ月間の化学療法をして、手術ができる状態にする治療法)や再発予防、延命、完治といった目的があります。その目的を理解せずに、多くの患者が医者任せ、すなわち運任せになっているのです。

藤野 本場にそうですね。患者がしっかり理解し、納得するためには、医者と患者間の「言葉のギャップ」を埋める必要もあります。例えば医者が当たり前を使う「根治」という言葉の意味を、正確に理解している患者がどれだけのでしょうか。もっとも、医者にとっては医学用語のほう

が便利なのではないでしょうか、患者に意味が通じていなければ元も子もない。

長尾 そうですね。言葉のギャップについては、医者の側も大いに反省し、患者にわかりやすい言葉遣いを心がけるべきでしょう。コミュニケーション・スキルの観点でも、患者の立場になって説明できるかどうかは、医者としての能力の一つと言えます。いずれにしても、理解や納得という点では、医者の側も患者の側も互いに心がけるべきですね。

藤野 治療だけでなく、検診についても触れておきたいと思います。実



これから  
がん治療のなかで  
放射線療法の占める  
割合は確実に大きく  
なると思います。

は、世界の医療先進国ではがん患者の死亡率が毎年下がっているにもかかわらず、日本だけが上がり続けています。この原因の一つに、がん検診の受診率が挙げられます。欧米諸国では七〇〜八〇割であるのに対して、日本では三五〜四〇割という数値なのです。

長尾 がん検診は敷居が高いという声をよく聞きます。「発見されたら怖いから受けられない」と。

藤野 しかし、最近ではがんの若年齢化が進んでいます。特に大腸がん、スキルス胃がん、乳がん、子宮頸がんは四十代がピークと言われているのです。

したがって、三十代、四十代の人たちも一度は検診を受けたほうが良いでしょう。とりわけ、親や兄弟にがん患者がいる場合や、喫煙者などはなおさらです。また、女性は二十五歳を過ぎたら乳がんの自己検診を

するべきです。

**長尾** いま、日本では二人に一人ががんになると言われています。日本人に生まれた限り、がんになることはもはや当たり前なのです。くれぐれも「自分だけは大丈夫」と思わないことです。

**藤野** がんになった人は「まさか私  
が……」「夢にも思わなかった……」  
と必ず口にしますね。

**長尾** がんが死なないためには、何よりもまず早期発見・早期治療が大原則なのです。これは昔もいまも変わりません。

**藤野** がんを正確に見つける画期的な技術として、個人的に非常に期待しているのは、血液、唾液、尿などを用いて診断する「リキッド・バイオプシー」です。これは、患者と医師の双方にとって負担の大きな生検を避けるだけでなく、いま以上に精度の高い診断を目指す試みです。

っておくことが必要です。つまり、がんの診断を受けたら専門医と、地域のなんでも相談できるかかりつけ医の双方に「二股」をかけておくのです。

どんなに画期的な治療法が生まれ  
たとしても、いまは三人に一人は  
がんで亡くなっています。がんで亡  
くなる人にとって、いつかは抗がん  
剤が効かなくなる時がやってくるの  
です。一般的には、余命三カ月になっ  
たら抗がん剤治療をやめますが、た  
まにやめ時を間違え方がいます。そ  
のことで後悔する人も多いのです。  
**藤野** がん治療には、必ずデメリッ  
トがあります。

**長尾** デメリットがメリットを上回  
るタイミングを見逃さずに、緩和ケ  
アに切り替えることが大切です。

**藤野** どの段階であれ、がん治療に  
とって大事なことは痛みを鎮めること  
です。痛みがなくなると患者は元氣

**長尾** 生検は、病変部位の組織を採  
取し顕微鏡で観察するなど、身体的  
負担が伴うものです。現時点でのが  
ん診断はいわば原始的な方法と言え  
ます。その意味では、簡単にがん診  
断ができる時代になりつつあるとい  
うことですね。

**藤野** この「リキッド・バイオプシ  
ー」では、治療が必要ながんなの  
か、それとも治療が必要のない「天  
寿まつとう型のがん」なのかが、生  
検の時点でわかるとされます。

**長尾** 「天寿まつとう型のがん」であ  
れば、すでに多くの方ががんとうま  
く付き合いながら生活されています。

## 医療の進歩と 緩和ケアの重要性

**藤野** 最後に、長尾先生の専門であ  
る緩和ケアについてお聞きしたいと  
思います。

一般的にいまの医療では、標準治

になりやすから。

**長尾** 緩和ケアでは鎮痛のためにモ  
ルヒネを使うのですが、これについ  
ても誤解が多い。モルヒネという名  
称を聞くだけで怒る人もいれば、殴  
りかかってくる人もいるくらいです。  
**藤野** モルヒネについては、適量で  
あれば長期間使用しても問題ありま  
せんね。

**長尾** 「モルヒネ死」では決して  
ないのです。最近の研究では、緩和  
ケアを受けると、むしろ余命が伸び  
ると言われています。つまり、緩和  
ケアそのものが延命治療でありがん  
治療になるのです。日本では、残念  
ながらまだまだ緩和ケアが正しく認  
識されていません。まずは、在宅で  
も十分に緩和ケアができるというこ  
とを知ってもらいたいですね。

**藤野** そうですね。私も、今後はま  
すます緩和ケアが重要になってくる  
と思っています。

療が徹底されていて、薬も使い、放  
射線も使い、現在利用できる最良の  
医療を施しても、回復の目処が立た  
ない場合、患者に「治療を終了しま  
す」という宣言がされます。

それで患者が標準治療の終了を告  
げられると、病院側は緩和病棟へ移  
ることを提案します。しかし定員数  
もあるのです、多くの方は緩和病棟の  
空きを待つあいだに亡くなってしま  
う。そうした患者の多くは、一カ月  
〜一カ月半程度しか生きられないの  
です。

緩和病棟がダメならホスピスを紹  
介されますが、月に三〇万円程度の  
費用が必要になります。そして最後  
の手段が自宅療養です。ところが、  
良い在宅医に巡り合うことは至難の  
業です。

**長尾** 良い在宅医に出会うために  
は、治療の終了を告げられる前か  
ら、信頼できるかかりつけ医をつ



紙、そしてその向こうに。

私たちはビジネスパートナーの皆様  
頼れる水先案内人として、  
「紙」と、その先を見据えた明日へ航行してまいります。

**日本紙パルプ商事グループ**

www.kamipa.co.jp/



# 潮

## 10

THE USHIO[うしお]October, 2018

昭和36年11月22日第3種郵便物承認  
平成30年10月1日発行  
毎月1回1日発行 通巻716号  
<http://www.usio.co.jp>

特別企画

## 「健康寿命」 を考える

中村耕三／藤田紘一郎／大淵修一／水口俊介

## 日中平和友好条約 40周年記念特集

王 敏／孫 秀連／段 文凝

新連載エッセイ

## 名越康文のシネマ幸福論

