

第3編

市民公開シンポジウム 「がんの克服へ」 内 容

1. 概要

1-1 名称

順天堂大学

がん生涯教育センター、附属病院がん治療センター開設記念 市民公開シンポジウム
「がんの克服へ」

http://www.juntendo.ac.jp/graduate/laboratory/labocancer/lecture/l_01.htm

1-2 日時、場所、対象

開催日時： 平成 19 年 10 月 22 日（月） 14：00～16：30

開催場所： 順天堂大学 本郷キャンパス 有山登記念館 3 階講堂

参加対象： 一般の方、大学院生、学部学生、一般教職員、学外者（自由参加、入場無料）

1-3 内容

第一部	がんに対する順天堂の取組み	小川 秀興	順天堂大学理事長、学長
	がん生涯教育センターについて	木南 英紀	医学研究科長
	がん治療センターについて	林田 康男	がん治療センター長
	がん治療の現状と展望	鶴丸 昌彦	がん生涯教育センター主幹コーディネータ・がん治療センター教授
	乳腺センターにおけるがん治療	齊藤 光江	がん治療センター先任准教授
	がん治療の集学的チーム医療	高橋 和久	がん治療センター教授
		唐澤久美子	がん治療センター先任准教授
第二部	パネルディスカッション ～今、がん治療で必要とされることは何か～		
	おわりに： がん生涯教育センターの時代的意義	樋野 興夫	がん治療センター教授

1-4 参加者の概要

参加者数 366 名

1-5 主催、後援

主催：順天堂大学 がん生涯教育センター

後援：新潟大学、東京理科大学、明治薬科大学、立教大学

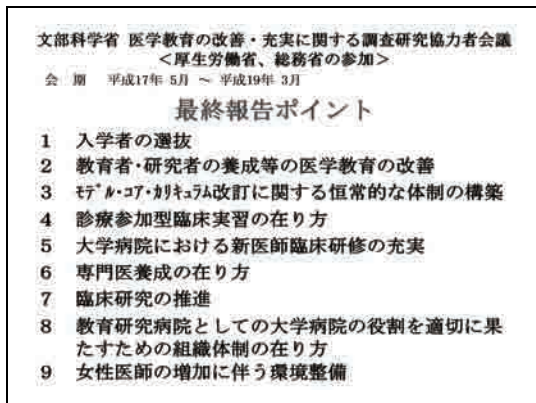
1-6 アンケート回答数

アンケート回収：192名分

2. がんに対する順天堂の取組み

(学校法人順天堂理事長・順天堂大学長 小川秀興)

皆さん、よくおいでいただきました。昨日、今日と見事な秋晴れの日が続きます。今日、ここに順天堂大学は、がんのプロフェッショナル、がんの専門医、がん専門研究者、がん専門医療従事者育成のためのプロジェクトを立ち上げました。幸い文部科学省から採択を頂きました。したがって、ここで医療関係者のみならず、一般社会の方々も交えまして、都民公開講座というかたちでお話をさせていただきます。



日本の医学教育は、かなりのトップ教育がなされているのですが、さらなる改善はいかようにあるべきか、充実させるにはどうしたらいいかという調査研究協力者会議を、文科省の主導で、厚生省、そして総務省も参画いたしまして、平成 17 年から 19 年の約 2 年の間討議してまいりました。私はその一員として、最終報告をまとめた責任の一端を担う者であります。

まず医学部に入ってくる入学者の学力は大変大切だが、果たしてそれだけでいいのか。豊かな感性、教養のある人物を選び、そしてそのように育成していくべきであろうということが答申されました。教育者、研究者の養成等の医学教育をさらなる改善を図っていこうということでもあります。

全国に国公私立 80 の医師養成機関、医学部を有する大学がありますが、その大学各々の特性は特性として保ちつつ、モデルとなるコアカリキュラムを

整備して、これだけはしっかり習得してほしいというものを再点検いたしました。もっとも、医学部はどこかの大学の医学部を出た者であれ、全国统一国家試験がありまして、これに合格しないと医師として認められないわけでありまして、通りさえすればいいという考えもあります。また逆に出来の悪い人は通れないということもあります。しかし、本当にそのレベルはどの辺りに置いたらいいかということもディスカッションされました。

それから学生の教育、あるいは大学院生の教育について、将来 10 年後、20 年後、30 年後、50 年後を担うような若き人材を、全国にあまたある 80 の大学でいかように実習させ、そして診療の現場で豊かな教育ができるか、安全な治療に参画できるかということも問われました。

また、新しい臨床研修、大学病院について、どこかの大学を出ても、全国にネットワーク、インターネットで公開されまして、この大学で研修を受け入れます、何人受け入れます、この病院では何人受け入れますということが極めてフェアに選択されております。そのようにして集まった新しい医師をいかように教育していくか、そのコアとして大学病院の果たす重要な役割、根幹は何かということも問われました。

それから同時にたくさんの専門家を育成しなければいけません。専門家をどのようなかたちで専門的に教育していくか。そして、また専門に分かれている人ばかりの集団では、日本の医療は危ういものがあります。総合的にものを見られる人をいかように育成していくか。順天堂大学では高度に分化した専門家がたくさんの科に分かれて、わかりやすい言葉で診療を行っておりますが、同時に総合診療科といって、自分はどこにかかっているかわからない人もそこに行けるようなシステムを具備しています。

臨床研究は、日本が世界に冠たる医療大国として文化、文明のリーダーとして、そして平和的な科学

技術である医療をこの日本からいかに発信していくか、日本発の医療材料、医薬品、そして大きな診断用、治療用の機器が平和的に世界の恵まれない人々のために供給できるようになっていくための臨床研究はいかようにあるべきかということも整備され、提言されました。

そして何よりも教育研究病院として大学病院の役割を適切に果たすための組織体制を常に見直していこう。当たり前のことなのですが、これで終わりということではなくて、日々、日進月歩、常に見直していこうということです。

そして、スライドの9番目にありますが、たくさんいる女性の医師が働きやすいような環境を、果たして大学、そして社会は、これを備えているであろうかということも徹底的に見直し、また社会に提言していこうということが行われました。

これが、文科省が中心となって現場で働く大学人、医療関係者、有識者、そして一般の患者さんの代表までも入れまして、いろいろな観点からまとめ上げたポイントでございます。

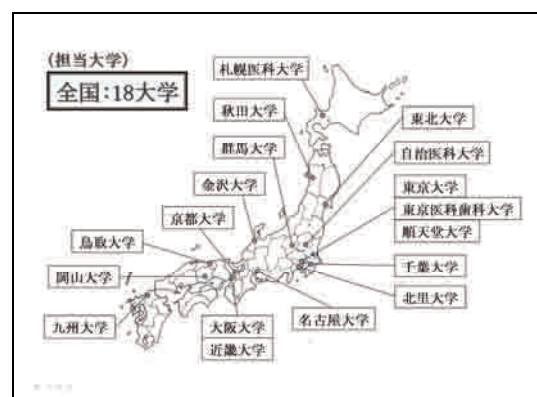
文部科学省
平成19年度 大学院教育改革支援プログラム
 選定結果：20件（16大学）
 東北大学、千葉大、東京大、東京医科歯科大、名古屋大、京都大、大阪大、神戸大、岡山大、熊本大、順天堂大 など16大学

平成19年度 がんプロフェッショナル養成プラン
 選定結果：18件
 札幌医科大、東北大、自治医科大、群馬大、千葉大、東京大、東京医科歯科大、金沢大、名古屋大、京都大、大阪大、岡山大、九州大、順天堂大 など18大学

その中で大きなコアになったものは大学院教育改革です。大学の教育はだいたい今の話ですが、それが終わった後、大学院としてどのようなユニークな、あるいはスタンダードなうえに特色を持った大学院教育を展開していくか、専門家を育成していくかということが、全国公募されました。今はどの大学だから研究費がもらえるというのではなくて、医学部長、学長等の責任において大学をまとめまして、このような姿勢で我々は臨みますということを申し出て、選考委員会において八十数件の中から16大学が選ばれたわけです。ここに順天堂大学の大学院教育はたくさんの課題を掲げております。そ

して、その課題の中の最も最たるものの1つにがんプロフェッショナル養成プランがありまして、これも公募されまして18件、18大学が選ばれました。

がんプロフェッショナル養成プランは、国公立大学から申請されましたプログラムの中から質の高いがんの専門医等を養成しうる内容を有する優れたプログラムに対して、国として、国民として財政的な支援を行って、大学の教育の活性化を促進し、今後のがん医療を担う医師、医師のみならず看護師、技師、その他心理療法士等も含めまして全サイエンス、文化系、理科系も含めましての英知を結集するようなプログラムをどのようなプランをお持ちですかということが公募されまして、要請に合致するものが採択されたわけです。



これは全国に地域的な配慮もかなりなされておりまして、九州では九州大学、北海道では札幌医科大学と拠点が定められました。

首都ですが、東京では東京大学、東京医科歯科大学、順天堂大学の3つが拠点校となりまして、それぞれ共同支援研究を行う大学のマッチングが行われました。東京医科歯科大学は、東京工業大学・日本医科大学と連携をとっております。順天堂大学は、化学、薬学、物理学等々の広いバックグラウンドを持つ東京理科大学・明治薬科大学・立教大学、そして北陸の名門大学であります新潟大学とも連携をとり、一緒になってがん専門家の養成を行います。順天堂大学と新潟大学は、研究者間の交流も大変盛んであり、つながりがあります。

そういうわけで、このようなグループを形成します。

その目指すものは実践的で、学問は医学をコアとしますが、医学をコアとしながら、横断的に看護学

も心理療法も物理学、化学、薬学も横断するような研究者、学者がともにすばらしいがん治療の現在を担い、そして将来の発展を果たすような人材を育成していくのに協力し合う。

そしてまた、本日ここにいちばん強調したいのは、社会の皆様とのチャンネルも大いに広げて、社会の現場の、患者さんの、患者さんのご家族の方々の意見も取り入れながら、我々現場の人間はともに手を携えて進んでいこうというのが眼目であります。

まずその人材教育、専門的な世界をリードするような人材をここにおいて育成するということです。

何と言ってもコアはがんの治療です。皆さん、お話するまでもなく、日本には癌研究所、国立がんセンターのみならず、各県に県立がんセンターが治療コアとしてたくさんあります。順天堂のこのがんプログラムは癌研、あるいはがんセンターといくつかの都立病院等々とも人材の交流を図りながら、静岡県立がんセンターとも図りながらやっていくわけです。

癌研などではなかなかもって難しいこと、大学でできること、それは何かといいますと、がんは何々がんとあるものがあるわけですが、その患者さんには必ずと言っていいほど合併症がある。がんは胃のがんであるが、高血圧がある、動脈硬化がある、あるいは糖尿病がある、腎炎がある。そういうところを全人的に、全学的にとらえて、かつそれを正確にとらえたうえで、その人の抱えるがんの治療を行っていくという総合的な診療科をもっているということです。たくさんの専門科があって、また総合的に臨床を診られる施設は大学附属病院であります。その中において患者さんを全専門的、全診療科が共同、協力して治療することを大きなコアとして、がんだけを診て、他を顧みずということのなきように、そのような教育をしていくのが、大学においてこのような拠点が定められ、しっかりやっていただきたいというのが国、文科省の要請でありますし、私どももそれを真摯に受け止めて、順天堂、東京のど真ん中の本郷、全国のど真ん中にある大学病院といたしまして、全国からここに学ばんとするものはどこの大学を卒業しようとも、どこの病院で研修を受けようとも、ここにおいて参集して、ともに最新の、そして心の通ったがん治療学を学んでほしいというのが、私どもの眼目であります。

以上、やや長きにわたりましたが、私の順天堂におけるがんの教育はかくあるべし、目指します眼目についてお話し申し上げました。どうか皆さん、よろしく願いいたします。以上です。

3. がん生涯教育センターについて

(順天堂大学大学院医学研究科長 木南英紀)

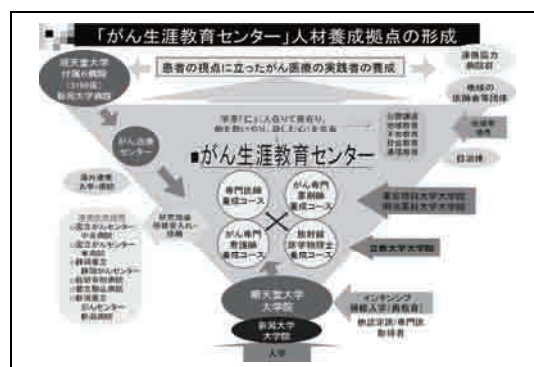
それでは私のほうからもう少し詳しく、「実践的横断的『がん生涯教育センター』」を立ち上げたので、これについてご説明申し上げたいと思います。

いま小川理事長・学長からお話がありました、本年度から公募が始まりましたがんプロフェッショナル養成プランであります。今がんで亡くなる方はすべての疾患の第1位を占めております。しかしがんを横断的にあるいは集学的に診療できる専門家が全国ではまだ少ないということで、その養成が急務であるという背景があります。

そこで患者中心のチーム医療ができる医師ばかりではなくて、コメディカルも含めたがん医療者、従事する者を養成していこうということで、それに対して国として支援していくということでありませう。

すでにお話がありましたとおり、できるだけ多くのがん専門家を育てるため、大学間連合で申請するというのが特徴であります。例えば北里大学が主幹校になりまして、このように慶應大学をはじめ7大学、医学部を持つ大学がそのうち5つ入っております。九州地区は九州地区の12大学、うち医学部を持つ大学は10大学で、九州地区全体のがんのプロフェッショナルを養成するという申請の仕方しております。

そういった中で順天堂の場合は、順天堂大学、東京理科大学、明治薬科大学、立教大学連合というかたちで申請をいたしました。その後に新潟大学にも参加していただきました。



この図1枚でがん生涯教育センターのことをご説明したいと思います。がん生涯教育センターはもちろん人材養成の拠点と位置づけております。この拠点では大学院と大学病院が一体化して専門家を育成することになりますので、したがって大学院生としていずれのコースも入学していただくことになります。

この中ではいま4つのがん専門家養成コースを用意しております。がん専門医師の養成コース、がん看護専門看護師の養成コース、がん専門薬剤師の養成コース、放射線治療に必須であります放射線医学物理士の養成コースであります。

先ほども少しお話がございましたが、がん専門薬剤師のほうは東京理科大学と明治薬科大学との共同により、放射線医学物理士は立教大学と共同して養成していく。医師は順天堂大学および新潟大学で、看護師は本学の医療看護学研究科で育成していくということでスタートしています。

大学院コースのみならず、ここにありますようなインテンシブ・コースも用意しております。これは例えば外科の専門医を持っているが、さらになんかのことについて短期間ではあるけれども研修したいという要望に応えるために、4年間あるいは3年間というプランではなくて、もう少し短期で専門教育を行っていくコースです。

臨床の修練を受け入れるに当たっては大学病院にありますがん治療センターが研修の場になりま

の活動報告をいろいろな媒体で紹介していきたいと思っております。これは1月に行う大学院の入学試験です。又、いま教材をつくるべく、がん医療コアカリキュラムという本の刊行を進めております。とりえず生涯教育センターでの教材としてつくりますが、全国のがんプロフェッショナル養成コースの共通の教材として使っていただけることを期待しております。

本格的には4月以降、コースの授業を開始するというかたちで進めていきたいと思っております。ぜひこの生涯教育センターをご理解いただきまして、ご支援をいただきたいと思っております。以上でございます。

4. がん治療センターについて

(順天堂大学医学部附属順天堂医院がん治療センター長 林田康男)



私は今年度の9月18日に開設いたしました順天堂がん治療センターにつきましてお話ししたいと思います。

従来、がん治療は順天堂大学におきましては、それぞれの診療科で十分行われているのが現状でございますが、実際には今までのお話にありましたように、横のつながりを持った、その治療が実際には円滑に行われていないというのが現状かと思えます。それを円滑に行うということ、さらに後ほどお話し申し上げますが、がん治療の中にはがんの治療をするということだけでなく、がんの終末期をきちんと迎えさせるということもがん治療の一環であろうかと思えますので、そこの辺りのお話をしたいと思います。

順天堂がん治療センターは4月1日に開設され、実際に開院いたしましたのが9月18日で、すでに何人かの患者さんにはご利用いただいております。右側の下の写真を見ていただきますと、7人の者が、いつもあのようなかわいらしい笑顔で迎えておりますので、ぜひご利用いただきたいと思えます。

がん治療センターでのがんの集学的な治療、従来、集学的治療は言葉としては使われているのですが、実際にはどんなものかということで、簡単に皆さん方にお話ししたいと思います。

先ほど小川先生、あるいは木南先生からございましたいろいろな併存疾病を有する患者さんをいか

にチーム医療をするかということかと思えます。例えばがんの患者さんの治療はもちろんでございますし、多臓器にがんが見られる患者さん、胃がんと肺がんを併存している、あるいは肺がんでありながら脳に転移している、あるいは乳がんで骨に転移している、そのような患者さんの場合には脳の専門家、あるいは整形外科なり、ペインなり、痛みを和らげる科のチームと一緒に患者様を診るということでございます。

これらのがんの治療とは別個にいわゆるターミナルケアあるいは緩和ケアを目的とした患者さんへの対応が、やはりこれのがんの治療として非常に大事な一端であろうかと思えます。特に順天堂ではもともと相談支援センターというのがございますが、それも今回、がん治療センターの中に入りました。緩和ケアを含めた相談支援センター、自分の家の近くにどんな病院があるだろうか、どんな医療施設があって、どんなことをしてくれるのかといった情報もがん治療センターで行えるというかたちでございます。

がん治療センターにおける治療の流れでございます。先ほどお話がありましたように、本当に狭心症や心筋梗塞などを持っているがんの患者さんは循環器内科のチームが、透析をしている患者さんで、がんを持っている方は腎臓内科のチームが、喘息や慢性呼吸器疾患などを持っている患者さんは呼吸器内科のチーム、もちろん肝機能障害などを持っている患者さんは消化器内科のチームが一体になってがん治療をセンターで行うということでございます。

ですからがん治療センターでは各臓器別専門医が1カ所に常に集まりまして、1人の患者さんについて、まず最優先すべき病態は何か。心筋梗塞を治してがんの治療に入ろう。あるいはその次に最良の治療は何かということを選択し、治療が開始されると思われてよろしいかと思えます。

がんの治療方法には外科手術によるもの、内科的治療の中の化学療法、放射線療法、その他がございますが、これらの治療とは別個に、先ほどお話ししたましたが、緩和ケアという基本的には他の医療機関との連携を常に保って治療やケアを行う。これが非常に大事な目的を持っているのではないかと思います。もちろんそのときには相談支援センターも一緒になって診るということでございまして、がん治療では外科的、内科的治療のほかに緩和ケア、相談支援センターを含めた、いわゆる集学的治療を行おうというのが今回の目的でございます。

8月28日に行われたがん患者さんの集まりの、朝日新聞のニュースがあります。やはり痛みはもう我慢しない、緩和ケアの充実を訴えるということで、患者さん、あるいは患者さんの周りにおられる家族の方は、おそらくこの問題を切実に感じられているのではないかと思います。今日は後ほどご質問もいただきまして、その問題も含めてお話をしたいと思っております。

どうぞがん治療センターをご利用いただきたいと思います。

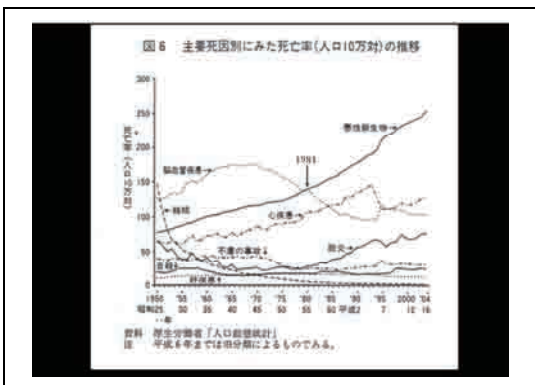
5. がん治療の現状と展望

(がん生涯教育センター主幹コーディネータ 鶴丸昌彦)

私に与えられた時間は 15 分ですが、何とか 15 分でまとめてしゃべりたいと思います。

「がん治療の現状と展望」ということでお話をさせていただきます。ここにありますように、私は食道胃外科をやっております。消化器外科です。ですからがんの一般的な治療と言っても、これは非常に多くの治療法があるわけですから、主に消化管、特に食道と胃に焦点をあてて、今日はお話をさせていただきます。

厚生省から毎年出る「国民衛生の動向」という小冊子がございます。そこに出ている表ですが、今年平成 19 年ですから 18 年の平均寿命の推移です。これは毎年ずっと延びてきております。少しこの辺で 0.1 とか 0.2、短くなったところもありますが、平成 17 年には男性の平均寿命が 78.56、女性が 85.52、昨年の平均寿命が、男性 79 歳、女性 85.81 歳です。ですからどんどん延びてきております。ほとんど半分以上の方は男性でも 80 ぐらいまで生きるようになった。高齢化社会とよく言われますが、これは日本の健康の管理と申しますか、こういう衛生行政、そういったものが非常に発達している証拠であるのではないかと思います。



これは死亡率です。毎年毎年人口の配分が変わっていますので、どんどん変わってくるんですが、1981年、昭和56年を境にして、それまでは脳血管障害、脳梗塞、脳出血、脳血栓、こういったものが

死亡率1位だったのが、悪性新生物、つまり主にごんと肉腫がどんどんうなぎ上りに上昇してきております。

男性、女性で分けてみますと、これは部位別に見た悪性新生物の年齢調整死亡率、ここは少し問題です。年齢調整死亡率というのはここにありますように、昭和60年の人口の年齢分布に換算した表であります。そして胃がんはどんどん減っている。これは新聞でよく報道されています。それに対して肺がんが非常に増えてきている。大腸がんも増えてきている。食道がんは横ばい。

女性も多少似ておりますが、乳がんという女性の特殊性のものもありますが、これも増えてきている。結果、胃がんは非常に減っているという報道がよく見受けられます。

ところが、この年齢調整死亡率が実はくせ者なのです。よく考えないといけない。これは先ほど申しましたように、昭和60年の人口の年齢の比率に換算したもののなのです。最初にお話ししましたように平均寿命はどんどん延びています。ですから、現代は高齢者が非常に多い。これは実際の数字とは異なってくるわけです。がんは成人病の1つでありますから、高齢者が多ければ、そのグループ、その集団にはがんの人が非常に多くなるということで、これを均一化するために年齢分布に換算したものです。ですから高齢者が増えれば、年齢調整死亡率は実数より少なくなって表現されます。

年齢3区分別人口推移

年少人口(0-14) / 生産年齢人口(15-64) / 老年人口(65-)

年	年少人口(0-14)	生産年齢人口(15-64)	老年人口(65-)
昭和50年	1,000,000	10,000,000	1,000,000
昭和55年	9,500,000	10,000,000	1,000,000
昭和60年	9,000,000	10,000,000	1,000,000
昭和65年	8,500,000	10,000,000	1,000,000
昭和70年	8,000,000	10,000,000	1,000,000
昭和75年	7,500,000	10,000,000	1,000,000
昭和80年	7,000,000	10,000,000	1,000,000
昭和85年	6,500,000	10,000,000	1,000,000
昭和90年	6,000,000	10,000,000	1,000,000
平成5年	5,500,000	10,000,000	1,000,000
平成10年	5,000,000	10,000,000	1,000,000
平成15年	4,500,000	10,000,000	1,000,000
平成20年	4,000,000	10,000,000	1,000,000
平成25年	3,500,000	10,000,000	1,000,000
平成30年	3,000,000	10,000,000	1,000,000
平成35年	2,500,000	10,000,000	1,000,000
平成40年	2,000,000	10,000,000	1,000,000
平成45年	1,500,000	10,000,000	1,000,000
平成50年	1,000,000	10,000,000	1,000,000
平成55年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成60年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成65年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成70年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成75年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成80年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成85年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成90年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成95年	500,000	10,000,000	1,000,000
平成100年	500,000	10,000,000	1,000,000

からないというのが現実なのです。

いろいろな検査法、例えば画像診断、X線造影、内視鏡、超音波、シンチグラフィ、CT、MRI、PET、いろいろなものでどのぐらいの進行度かというものを見るわけです。

これは食道がんの転移があったリンパ節の大きさを測ったものであります。1999年で9254個のリンパ節について、320個転移があった。この320個について計測してみますと、リンパ節転移があったものの長計が平均7mmである。実際、平均7mmの中の転移巣は5mmである。これは実際の計測データです。

ただ1mm、1mmをプロットしてまいりますと、5mm以下のリンパ節、転移があっても5mmなかったというリンパ節が実に全体の37%、つまり31%は5mm以下だったんです。これは食道がんです。ですから5mm以下のリンパ節は術前の診断、あるいは体の外からの診断は、診断するのが非常に難しいというのが現状なのです。

ですから転移がないという診断は極めて難しい。転移があるという診断はいいんですが、転移があるという診断、結果が得られなかったということしか言えないんです。ですからその中には本当に転移がないということと、見えない転移がある。両方の可能性を考えておかないといけません。

ということで、リンパ節の転移は診断が非常に難しい。しかし、これはリンパ節だけではなく、血管の中の例えば肝臓の転移や、そういうのもそうなのですが、例えばリンパ節転移があるなしでがんを手術した場合に治り方が全然違うのです。これは5年生存率。5年たって健全な方は一応がんが治ったという考え方で5年生存率というわけですが、リンパ節転移がない人は80%の確率で治っていた。ところがあった人は3分の1の人しか残念ながら治せなかった。これが生命曲線です。

そしてその中でもさらに数が多い人、少ない人、これでまた生命曲線が変わってきます。ですから1個から4個まで、5個以上の方は全体の5分の1の方しか治すことができなかった。5分の4の方は手術したが、残念ながら治せなかったという確率になってくるわけです。

ですからこういうことを頭の中に入れながらがんの治療はやらないといけません。がんの治

療をいろいろなことを今はやっているわけですが、主にこの手術療法、放射線療法、化学療法。最近では化学放射線療法とって、この2つのコンビネーションでやるのがほとんどですが、ほかの治療として免疫療法、温熱療法、分子標的治療、あるいは遺伝子治療が今後の治療法として上がってきています。

ですから先ほどのリンパ節、診断のことを頭に入れますと、手術の場合は原発巣を含めてできるだけ広い、しっかりとした切除をすれば、見えないものまで切除範囲内に入れることができる。そういう考え方のもとに根治的ながんの治療は広く取る。がんのところだけではなくて、周りを広く取るという考え方になっているわけです。

もちろん最近は機能の温存ということを考えて機能の温存手術、そして低侵襲手術ということも考えられていますが、基本はこうなのです。

これは食道がんの生存率ですが、しっかりと広範囲に郭清した拡大郭清と、今までのあまり郭清しなかったものとの生命曲線といえますか、生存率を見てみますと、5年生存率、60カ月で50%と37%、これは統計学的に明らかな有意差が出てくるわけですから、手術としてはできるだけしっかりやったほうが良いということになるわけです。

ところが、先ほどからお話ししますように、手術では治せないがんがかなり多いわけです。そしてさらに術後、手術をいたしますと、いろいろな欠落症状が出てまいります。胃の手術は特に食事ができないとか、直腸の手術の場合は、排便あるいは排尿障害とか、そういったいろいろな症状が出てまいるわけですから、手術をしないで治せば、それにこしたことはないわけです。

あと、どういう治療をやるか、あるか。そうしますと、やはり放射線治療と化学療法が出てまいります。放射線治療は手術と同じように局所の当たったところだけの治療ですから、局所の治療と言えるわけです。単独の照射あるいは化学療法とコンビネーションでやる方法。それから化学療法、これは全身治療です。主に再発の防止あるいは残存の腫瘍に対して、あるいは切除不能のがんに対して、あるいは手術前の予備治療としてがんを小さくするための治療が今まではやられていました。

しかし最近では放射線治療は成績がかなりよく

なっていました。例えばこのように食道がんも非常に強かったものが、かなりきれいに治っています。

例えばこの方は、実は声帯がすぐこの辺ですから、手術した場合は声帯も取らなければいけないというかなり大きい腫瘍ですが、これに放射線をかけることによって、この方はもう5年以上健在です。

このようにある症例においては、これが全例ではないのです。放射線をかけた人が全部治れば、これは我々の出番はなくなってしまうわけですが、そういうわけにはいかない。やはり効くものには効くが、効かないものには効かないのです。

根治的に放射線治療だけ、化学放射線治療だけどのぐらい治せるかということは今いろいろなグループで研究しているわけです。

これは JCOG という日本では非常にしっかりした組織です。JCOG というところでいろいろな検討をやっているのですが、根治的な化学放射線治療。根治的というのはそれだけで治そうという治療です。だいたい50から60ぐらいかけるのですが、施行した症例の30~40%程度に何らかの救済治療。CRというのは完全に消えたと思われる症例ですが、3分の2が消えたと思われても、消えたと思われたものの半分には再発が出てきてしまった。計算すると、実はこれが3分の2になるわけですから、もう少し多い数になるんですが、一応施行した症例の30~40%には追加の治療が必要になった。これは手術を含めた治療です。こういうデータが出ております。

ASCO という学会がありますが、そこに出されたがんセンターからの報告例です。これは出した先生の許可をちゃんともらっております。これは築地のがんセンター中央病院です。これは化学放射線療法だけでやった場合、ステージII、ステージIIIという中等度の、これは手術でも一番の適用になるような、こういう症例に関して治療をやりました。そうしますと1年生存、2年生存、3年生存、3年生存率が約50%という数字が出ております。これは化学放射線治療の成績です。

これは実は私どもの成績です。これと同じ条件で成績を出してみました。そうしますと、私たちの成績が、これは手術だけです。これは5年生存率が61%、3年生存率は70%。

先ほどの表をまとめましたが、3年生存率が48。私どもの3年生存はクリニカル、こちらですね。約70%、5年生存率でも55ということで、残念ながら今のところは化学放射線療法、根治療法は手術ほどの成績が得られていないということでもあります。それでは化学療法ではどうかということです。

これも JCOG というグループの発表ですが、これは手術単独と化学療法をコンビネーションでやったものがどのぐらい成績がよくなったかということを出したグラフであります。これは、5年生存率はこちらのほうがやや上にいっていますが、残念ながら統計学的に有意差……。有意差が出るにはpが0.05以下でないといけないんです。0.13ということで、統計学的にはあまり差がないということになるわけです。

ですから残念ながら化学療法を付加しても、この研究では化学療法が効いたという結果が出なかった。これはすべての死亡を含んだ統計であります。

ところがこれを見方を変えて、disease freeというのは、要するに再発のない状態がどこまで続いたかということを見ますと、リンパ節転移がなかった人と転移があった人のグループに分けてみますと、転移がなかった人に関しては化学療法をやってもやらなくても変わらなかったが、転移があった人に関してやってみると、pが0.41ということで、これは有意差があった。がんがない時間、再発が来るまでの時間に関しては、リンパ節転移があった方には化学療法が有効であったということで、これ放射線化学療法もあるいは化学療法も有効性が今後期待できるわけです。ところが現時点では残念ながらまだまだ手術単独よりは成績が良好ではない。それよりも多少悪い。

その他の治療はこういうものがありますが、これはあくまでも補助療法であって、今後こういう治療が進歩して、日常の臨床的に使えるようになると思います。

ということで、これはやはり手術では治せないものがある。手術だけではだめである。そして、手術もいろいろな障害を起こしてしまう。例えば、では放射線はということになると、放射線も化学療法単独では手術を凌駕しない。化学療法もある条件下では少し成績をよくすることができる。

ということで、がんには手術だけではなくて放射

線療法、化学療法、こういったものをすべて集めた、いわゆる集学的治療が必要であるということになるわけです。乳腺もそうです。乳腺は放射線の治療をすることによって縮小手術ということで、かなりいい成績が得られるようになったわけです。

ですからほかのがんにおいてもこのように集学的治療をすることによって、侵襲を少なくして、さらにいい成績が出てくると考えられる。これが我々の今後の課題である。

つまりこの集学的治療においては9月18日に私たちが立ち上げましたがん治療センター、つまり集学的治療のコーディネーターとしての意味が非常に大きくなっていくということで、これはがんをわずらった皆様に何らかの貢献ができるのではないかと考えております。どうもご清聴ありがとうございます。

6. 乳腺センターにおけるがん治療

(順天堂医院乳腺センター 准教授 齊藤光江)

皆様、こんにちは。私、順天堂乳腺科の齊藤と申します。私は約4分の1世紀前に千葉大を卒業しまして、東大の外科に入局しまして、癌研で臨床経験を積み、それから東大にまた戻りまして教育経験を少し積んだ後に、こちらに1年半前に赴任いたしました。

当初、私が専門といたしました乳がんの治療は内科、外科、放射線科、あるいは緩和ケア、そういったところを患者さんが転々とするような診療をしており、特に大学におきましては科と科の間の障壁が非常に分厚くて、たった1つのがんなのに、1つの臓器、単一臓器のがんなのに、いろいろな科に患者さんが赴かなければいけないということに、私は非常に大きな疑問を抱きました。それで順天堂のお話があったときに、ぜひそういったものを取っ払って、新しい臓器別診療を実現させていただきたいという私のわがまを順天堂がまるごと買ってくださいということで、1年半前に乳腺センターが発足いたしました。

今日のお話ですが、乳がんとはという話が前半。それから乳腺センターの紹介を後半にさせていただきますと思います。

まず乳がんです。

とにかく乳がんは社会問題になっているために、たびたび誌面をにぎわしています。欧米では8人に1人が乳がんになっています。

日本はといいますと、二十数人に1人、頻度はまだ低いんですが、このようにやはりトップのところに書いてありますね。直腸がんと結腸がんを合わせますと、乳がんよりやや高頻度ですが、ほぼ1位を両方で争うようなかたちで伸びているという実情があります。

死亡数はといいますと、先ほどから鶴丸先生のお話で生存曲線がたくさん出てまいりまして、皆さん、死という言葉に敏感になっていらっしゃるかもしれませんが、死亡数は乳がんでもやはり増加してい

ます。ただこれは日本での現象であって、欧米ではもう低下が始まっています。

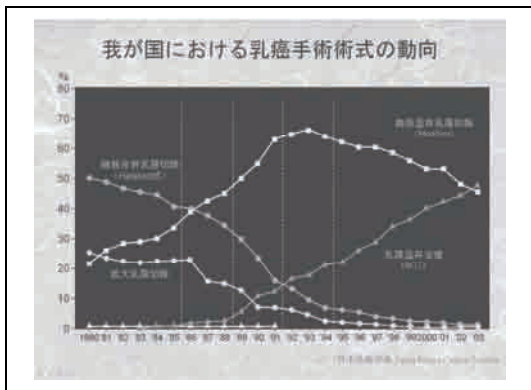
皆様の中に乳がんの検診を受けられたことがある方がいらっしゃいますでしょうか。実は、欧米で死亡数が減ってきているのは、検診が普及してきている。その他にもいろいろ理由があるんですが、そういったことが1つの原因ではないかと言われております。ところが日本人でまだ死亡数が増えているのは検診が進んでいないんです。欧米、進んだ国では9割以上の方が検診のお勧め年齢になりますと、マンモグラフィー検診を受けています。ところが日本では受けていない人が9割以上なのです。

さて、外来で平均で来られる方、しこりを悩みとして来られる方の平均の腫瘍径は今は2.5cmです。2.5cmはどれぐらいかわかりますか。500円玉の大きさなのです。1円玉ぐらいで見つけられるのではないかと、皆さんは思っているようですが、500円玉ぐらいの大きさになって、初めて皆さんは気がつくられるのです。ところが500円玉と1円玉は5mmしか変わらないんです。1円玉は2cmなのです。ただ乳がんでは2cmまでに発見されたものを早期といいます。ですから1円玉の大きさと500円玉の大きさでは成績がだいぶ違うのです。

ちょうどこんな大きさに相当します。それでこれから必要なのは啓発、皆さんに知ってもらう。そういった運動なのです。

これは少し痛そうですが、マンモグラフィー検診はしこりが手で触る前に異常を発見してくれる可能性がある診断方法なのです。

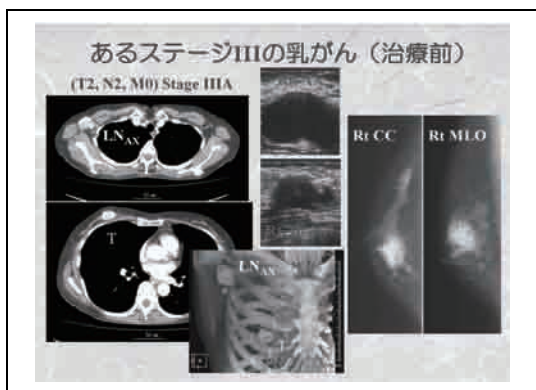
これはまた別の診断方法ですが、もっと痛くなくできる検査です。



そうは言え、手術はだんだんに縮小できるようになってきました。その理由は、皆さんの意識が少し高まってきたせいもあるかもしれませんが、初診時、最初に訪ねられたときに大きな手術が必要な方でも、薬が非常によく効くのが乳がんの特徴でして、お薬で縮めて小さな手術に持っていける方が増えてきているのです。

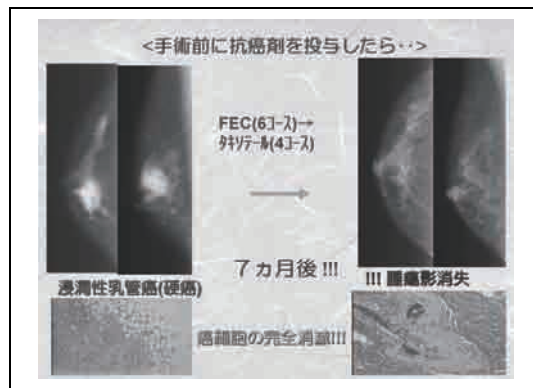
全部取っていた手術、乳房全摘術が1990年代初期に60%ぐらいの比率を占めていたんです。このころに20%以下だった温存術がだんだん上昇してきて、この数年ぐらい前に両者は交差して、今やほとんどの方が温存術ができるような時代に入ってきています。

また脇のリンパ節の手術も昔は当たり前に行っていたのですが、中には省くことができるという手技を開発したグループがありまして、センチネル、見張り番のリンパ節といいます。これだけを取って、ほかを取らなくてすむような縮小手術が可能になる人が増えてきています。



あるステージIIIの乳がん。ステージIIIは500円玉よりさらに大きくて5cm以上に育ててしまった人のがん、あるいは500円玉ぐらいの大きさでも脇にリンパ節転移がある方、こういう方はステージIIIと

いいです。ステージIIIのがんはCTで見ますとここに見えますのがお乳の中のがんです。これは骨まで見えていますが、特殊な、これは再構築といまして、CTをもう一回三次元に見えるようなかたちで構築しますと、ここに原発巣が見えています。これがリンパ節転移で原発巣よりも、お乳の中のしこりよりも大きく腫れたリンパ節が1つ見えるのがわかるといいます。マンモグラフィーではこのように、超音波ではこのように映っています。

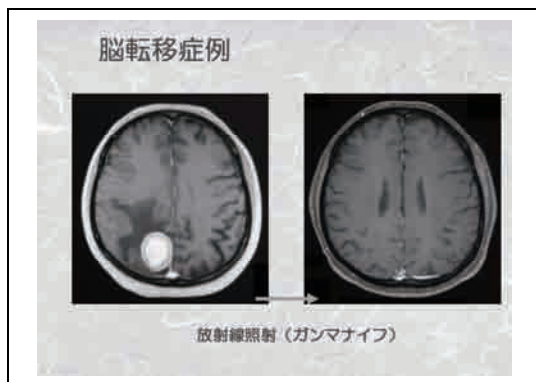


これが最初の像です。ここで薬、これは抗がん剤ですが、数カ月使ってみました。そうしましたところ、こうやって消えているのがわかりますね。このように非常によく効いている人たちがどんどん増えてきています。顕微鏡で見てもこの方の場合には全くがんが発見されないぐらいに消失していることが証明された例です。



この手はもう少し進んだ方で、ステージIV、ほかに転移が発見されてしまっていた人です。この方は手の薬指、中指骨という骨が消えているのがわかりますが、ここに、少し珍しいのですが、こういうところに転移した方です。3カ月後、少し短くなってしまったのですが、骨ができていますのわかりますか。これもある治療をしてこのように治ってきてい

るのが示されている像です。これは放射線の照射と薬物、分子標的治療薬、ハーセプチンという新しい薬を使ったところ、このように改善したということが示された一例です。



これは乳がんでは骨がいちばん転移が多くて、2番目に肺かそれを覆う膜、3番目に肝臓、4番目が脳なんです。そのほかの臓器にはあまり転移しないという特徴があります。この方は脳の中に転移を起こしました。それが放射線の治療後に消えたということを示した写真です。

乳がんの治療は今日、話題になっています集学的治療、外科治療、内科治療、放射線治療です。また痛みを伴う症状緩和に関しては緩和治療がありますが、そういったいろいろな治療が有効な疾患の1つです。そしてどんな治療が最適なのか、どういう治療をやっていくべきなのかというのは日々更新されます。日々というのは少し大きですが、どんどん医療が進んでいきますから、10年前の治療はもう今の治療の常識ではないです。そして2年前の治療ももう今年の常識では少しずつなくなっています。そのように日進月歩なんです。そして世界で2年ごとに見直す機会が設けられています。

まとめます。乳がんです。予防。本当の意味での予防はできません。原因がわかっていないからです。

ところが早期発見が有効です。早期発見はどのように有効かといいますと、早期発見すればするほど治りがいいということと、あとは自分で早期発見しやすい場所であるということと、早期発見できる手段が豊富だということです。それから、早期発見できなくても、治す手立てがいろいろあります。そして先ほどのようにステージⅢという進行した状態で見つかった方でも縮小ができたり、あとは薬物が有効だったりということがわかりました。

それからもっと進んで進行、再発してしまった乳がん、この方々も望みがあるんです。20年前の方々は転移をしていますと、余命は平均2年半だったんです。ところが今は約5年と伸びています。これは治療の発達のおかげです。働き盛り、30歳から60歳までの女性の中で、先ほど鶴丸先生のお話で年齢調整死亡率というお話があったと思いますが、そういったちょうど働き盛りの女性の一番の敵になります。

これは間で話しませんでした。発がん後10年ぐらいかけて大きくなって発見される大きさになると言われており、またその後、約10年間治療を要する人たちもおり、また経過観察を15年要する長い、ゆっくりした病気であることが特徴です。これは先ほどの消化器がんとだいぶ違うところです。

これからセンターの紹介をいたします。

我々はチーム医療を行っています。

このようにカンファレンスにはさまざまな職種スタッフが集まります。看護師、薬剤師、そして医師が日々コミュニケーションを図って、一人ひとりの治療を決めていくということを実践しております。

またお一人おひとりの治療方針を決めるばかりでなく、ときどき日進月歩の知識をみんなで共有し、更新し、または意見交換をするカンファレンスも行っています。

また病棟の回診におきましても、回診というのは病棟を回ることだけではなく、カルテを全部見ると言うのですが、カルテをみんな見ているところです。薬剤師さん、看護師さん、医師が意見を交わしながらやっています。

また外来では病理医、ナース、私などの乳腺外科医、患者さんご夫婦と一緒にご自分の手術検体を見る機会を設けています。これはオプションで希望があった方だけです。これはボランティアでコストは取れないのです。

また院外での活動です。院外においても患者さんと接する機会をたくさん設けています。日常臨床では1人平均13分の診療です。中には、非常に込み入った説明には40分から60分かけておりますが、全員の方にそれだけの時間をかけることができません。それでまだまだ足りないという方々を集めまして患者会をつくったり、あるいはこのように検診の

仕方をお教えするような機会、啓発の場を設けたり、あるいは我々が院外で研修を受けてきたりということを実践しています。

チーム医療はあくまでも中心は患者さんということで、こういった機会は絶対必要かと考えております。

これは私が去年訪ねたマニラです。このように自分の余暇を利用して、海外の視察を行い、そこで行うことはないと、少し厚かましくもお節介を焼いてきたりしています。今年、いま留学生でいますビビアン・エンリケさんですが、乳腺外科医で、うちで得た知識を持って帰って向こうで役立てようという意気込みのある女性です。いま一緒に勉強しています。

これは我々が逆に先進国に学びに行った機会です。今年の4月から6月まで、これも私1人ではなく、看護師、薬剤師と3人セットで M.D.アンダーソンのがんセンターで研修する機会を設けて、研修していたときの風景です。

質の高いチーム医療実現には、実はチームワークというのは分業あるいはその集合のように思われるかもしれませんが、単なる分業や集合ではなく、互いが理解し合い、統合されている必要があります。そのために理解の場として教育の場、また統合の場としてコミュニケーションの場が必要と考えます。

互いの理解のためにそれぞれの職種の理解を深める場を設けて、例えば看護師。お互いに医師、看護師が知っているようで、お互いの教育バックグラウンドを知らなかったりします。こういった紹介をします。

薬剤師さんもそうですね。どんな勉強をしてきた人たちなのか、実はよく知らないのです。紹介しないとイケないのです。

これは後で唐澤先生が発表して下さるかもしれませんが。医学物理士さんはどんな方なのか。こういった勉強もしています。

コミュニケーションの場と時の設定、このようにほぼ毎日朝晩あります。

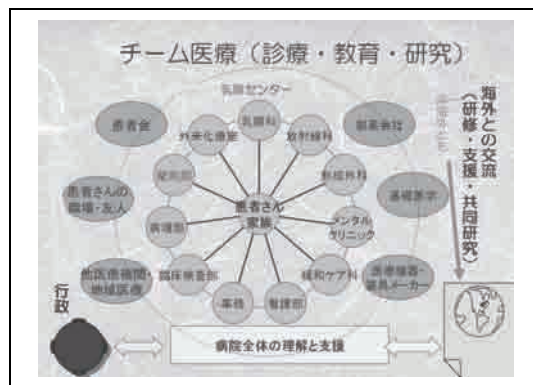
我々の診療例数ですが、このようにセンターが立ち上がってから倍に、そして今年になってまた1.5倍にと増えています。

今後の計画ですが、今日のメインテーマであります教育の推進にも貢献できたらということで、今ま

で我々が毎週やってきましたカンファレンスがチーム医療の中核となって、必須の項目になることをうれしく思っています。

この辺りに我々も少し貢献できるかと思っています。

乳がん治療は年数をかけて進行してくる乳がんに対していろいろな治療が必要で、治療を専門とする職種が力を合わせていく必要があるということを表した図です。乳がんは治りやすい病気です。このように時期が早ければ完治と言えたり、あるいは完治と最初に言えなくても、最終的に治癒されたり。このように軽快だけの人でも治療を工夫することによってこのように長く生きていただくことが可能です。



これが私の描くチーム医療です。ご清聴ありがとうございました。

7. がん治療の集学的チーム医療

(順天堂大学大学院放射線医学 准教授 唐澤久美子)

(順天堂大学大学院呼吸器内科学 教授 高橋和久)

7-1 唐澤久美子先生 講演内容

皆様、こんにちは。立ち見の方、申し訳ございません。あと少しでございますのでご辛抱ください。放射線科の唐澤でございます。よろしくお願いたします。

私は今日は「放射線治療が集学的治療に果たす役割」ということについてお話をさせていただきます。今回、がんプロフェッショナル養成プランで放射線腫瘍医と医学物理士の養成を私どもがいたします。そういう職種について少しお話をさせていただきます。

先ほど来お話がございますが、がん治療は大きな柱が3つあると認識しています。もちろんこれ以外の治療法もたくさんあるのですが、がん治療の3本の柱といいますと、まず外科的切除、放射線治療、薬物療法です。日本は非常に立派な外科の先生が大勢いらっしゃいます。外科治療は非常に盛んに行われています。ところが、この2つがどうもまだ弱体である。特に放射線治療はWHOの「World Cancer Report」、世界のがん患者さんの統計を取っているような報告書ですが、世界のがん患者さんの約半数に放射線治療が行われていると書いてございます。それは必ず一次治療として行われているというわけではなくて、その患者様のがんになられてからがんの治療が終わるまでの間で、半数の方が放射線治療をご利用になっているという意味でございます。ところがそれが日本ではまだ4人に1人か、それ以下ぐらいなのです。その結果、何が起こってくるかといいますと、これは今のことをもう少し詳細に示しております。これは厚生労働省のホームページに載っております。アメリカではがん患者さんの66%が、昨年度放射線治療を受けておられます。ドイツではそれが60%、英国では56%です。日本は25%

でございました。

ということは、本来、放射線治療によって恩恵を受けることができる患者様がその恩恵を受けないでいる。患者様が損をしているということなんです。

がん対策基本法が今年の4月に施行されました。その中でも特に放射線治療と化学療法に重点を入れましょう。日本のがん治療はいい面もある。ところが遅れている面もある。それは放射線治療と化学療法である。そこでございます。

これは日米の放射線治療の構造比較を示しております。統計の年数が違っていますので、そのままご覧いただけませんが、アメリカと日本の人口はだいたい半分ぐらいかと見ていただいていると思います。放射線治療の施設数自体はそんなに劣ってはおりません。施設の数はいままあございます。患者様の数がこちらが16万2000人、こちらは70万人です。がん患者さんへの適用率が25%がこの年では60%。ここが非常に違うんです。放射線治療にかかわる医師、あるいは医学物理士は非常に少ない。

施設はあるんだけど、きちんとした治療ができていない。私もそうなんです。施設はこれだけあります。医者の数がだいたい同じです。認定医と言われている医者が500人ぐらいしかおりません。その医者は自分の施設だけではなくて、ほかの施設に助けにいかねばいけません。私はいま大学以外に3カ所行っておりますが、週に半日行って、そういうところで診療して、その患者様を拝見する。そういう状況でございます。そんなことではいい医療ができるわけがないということで、がんプロフェッショナル養成が必要だということになったんです。

もっと困ってしまうのが医学物理士さん。皆様、

きつとあまりお聞き及びでない職種だと思います。後でご説明いたしますが、治療に限らず、放射線診断もそうなのですが、技術進歩が非常に進んでおりまして、医者や診療放射線技師さんではなかなか対応できない。放射線は物理が非常に必要な学問でございます。物理の専門家、物理学者が臨床の場で治療医と一緒に仕事をしてくれないと、きちんと正確な治療ができない。その職種がとても大変なことになっています。

アメリカではだいたい今は5000人ぐらいいます。日本は100人ちょっとの数を書いてございますが、多くの方は研究者で、大学とか研究所に行っているらしいまして、臨床で大学病院、一般病院で働いている医学物理士さんはほんの10人、20人ぐらいなのです。こんなに施設がたくさんあるのに、きちんと医学物理士がいて、きちんとした放射線治療をやっているのは、少しびっくりなのですが、本当に何十もございません。

では、がんの放射線治療は少しなじみがないところもございまして、これについてご説明をさせていただきます。本当はここをお話ししますと、とてもとても長いお話ですが、今日は概略だけご説明させていただきます。

放射線治療は大きく分けて3種類ございます。外部照射。体の外から遠隔照射装置、よく言うリニアックです。リニアックはLinear Accelerator、直線加速器でだいたいX線です。X線による放射線治療をする。昔はコバルト60、コバルト遠隔照射装置を使っていましたが、今はほとんどそれは使っていませんが、外からかける治療。これが放射線治療の8割方だと思っただけでよろしいと思います。イメージはこんな感じです。これもそうですが、患者さんはベッドの上にお休みになっていて、機械が回って決められた場所に放射線をかける。この方は喉のご病気ですが、赤く示したところにたくさん放射線がかかっているよということです。これはだいたい少しずつ放射線を分けてかける。だいたい6週間かけるというのが一般的なのですが、1回でかける方法。先ほど齊藤先生のスライドにありましたガンナイフも外部照射の一部です。

最近では肺の定位照射、4回で肺がんをやっつけようという治療も行われています。これは外部照射です。

あとは小線源治療がございます。これは小さな放射線の出る粒、針、ワイヤを患者さんの体の中に入れて治療するという方法です。腔内照射は自然にある体腔に放射線の出るものを入れて治療する。少し図が小さいのですが、例えば肺がん、気管のがんや食道がん、子宮頸がん、子宮体がんとか、腔のあるところ、胆道がん等も使いますが、中に入れて治療する。

あとは組織内照射。刺すのです。がんのところに直接針や粒を刺して照射をする方法。最近、日本では前立腺がんのシードという小さな種みたいな線源を使った治療がたくさん行われるようになってきています。今後は乳がんにはやはりがんの場所だけに小線源を刺して治療するというのが、アメリカではだいぶ広まってきていますが、日本ではまだまだ1、2カ所の施設しかやっていませんが、そういう治療法もございます。

あとは内用療法。放射線の出る薬を飲んだり、静脈内に注射をしたりして、病気のところにその放射線が出る物質が集まって治療する。大きく分けてこの3つがございます。8割方、2割弱、ほんの少しという感じです。

放射線治療はどんながんを使うのでしょうか。いろいろながんに使います。ただ、先ほどから鶴丸先生もご説明いたしました、放射線にも得意と不得意がございます。胃がんは放射線が非常に不得意でして、残念ながらほとんど有効ではございません。手術していただいたほうがよほどいい。

放射線治療が今いちばん得意としているがんは乳がん、前立腺がん、肺がん、頭頸部がん、悪性リンパ腫、脳腫瘍のうちの一部、食道がんの一部、あとは子宮頸がんです。

例えばこの患者さんはこんな大きな乳がんがございまして、この方は残念ながら骨に転移がございまして、手術の麻酔がかけられなかった。では、放射線の治療と抗がん剤を使いましょうとって、この大きながんがすべてなくなっています。

この方は前立腺がんです。前立腺がんはいろいろな治療法がございます。外部照射、外からかける放射線の治療。あとはシードを入れたり、小線源を刺したりする方法。アメリカでは前立腺がんの患者さんの約3分の2が今は放射線治療を受けておられます。3分の1の方が手術。どうしてそうなったかと

いうと、効果が同じで副作用が少ないんですね。手術もちろん有効です。ただ、前立腺がんはけっこうご年配の患者様が多くて、ご入院いただいて、前立腺がんを全部取る手術をすると、あとはいろいろな機能障害も残りますし、痛い目にも遭いますし、ご入院に伴ういろいろな合併症も出てまいります。ですからあまり好まれない。外来で通って、普通に仕事しながら治療ができるというので、前立腺がんはいまアメリカではほとんど放射線のほうにどんどん変わりつつあります。

あとは肺がんです。早期の肺がんは手術していただいたほうがよしい。ただ中には放射線だけで完治できるようなタイプもございます。体幹部定位照射。肺のご病気に集中して放射線をかけるような技術が日本で非常に進んでおりまして、日本が世界をリードしている治療の1つでございます。小さい腫瘍に対してですが、そういうのを順天堂でももちろんやっています。

この患者様は手術ができないような大きな肺がんです。抗がん剤と放射線ですっきりがんがなくなったということがございます。

あとは頭頸部がん、お喉やお口のがんです。この患者様はペ口のがん、舌がんです。よくこれは歯医者さんにお通いになっていると口内炎ですよと言われて片づけられるんですが、実はがんでした。これを手術をしますと、ペ口を切らなければならない。ペ口を切るというのは、やはりご自分の身になってお考えになればおわかりと思いますが、大変ですね。しゃべることも、召し上がることも非常に不便になります。放射線ですと、そういうことがなくて治します。

あと、喉頭がん、咽頭がんも同様だと思います。治りは同じでも、治療の後の生活がより過ごしやすいほうがいい。喉頭がん1期は非常によく治ります。手術でも放射線でもほとんど治ってしまいます。ところが手術をなさいますとお声が出なくなるか、もしくは非常に悪いお声になってしまう。放射線で治療いたしますと、全くそういうことがない。お声は元のままで、だいたい9割以上の方が治ります。万が一そこで再発したときに、残念ながら手術をすれば、100人患者さんがいらしたら90人の方は声が残ったままで治ることになります。

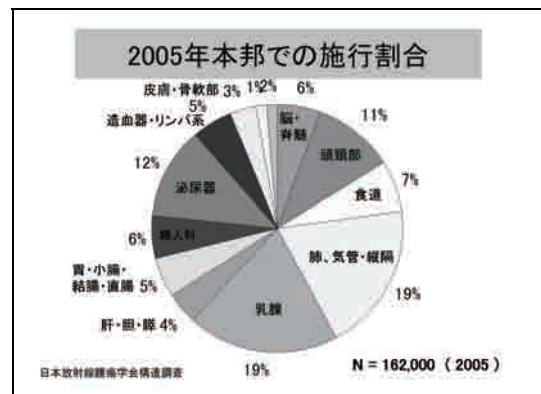
あとは悪性リンパ腫です。悪性リンパ腫も放射線

が非常に効くタイプのご病気で、抗がん剤と放射線を組み合わせて治すことが多いです。

脳腫瘍もいろいろなタイプがございますが、大事な脳を予防的にたくさん取ることはなかなか難しい。この患者さんは7歳の男の子ですが、こんなのができて、歩くこともできなくなってしまった。これは放射線が非常に効きやすいタイプの腫瘍でございます。放射線をかけてすっきり治っております。

あとはこれ、膵臓がんです。膵臓がんはなかなか難しいがんの1つではあるのですが、これは術中照射をしています。手術でなるべくがんを取って、そこに放射線を集中してたくさんかける。それによって治る率をよくします。

あとは子宮頸がんです。子宮頸がんは世界のガイドラインには手術と放射線の治療の効果が全く同じである。手術のほうが少し副作用が多いので、まず放射線をやりなさいと、実は書いてございます。ただ日本ではまだまだとてもそこまではいいません。その原因の1つには放射線治療の専門家が少ないということがあると思います。



これは2005年の統計ですが、日本でどんながんの患者さんが放射線治療を受けておられるかという、がんの割合です。日本のがん患者さんで放射線治療をやっている方の何割ぐらいがどんながんかといいますと、やはり肺がん、乳がん、あとこれ、泌尿器科がんはほとんどが前立腺がんですが、これなどが多いです。婦人科がん、やはり機能、形態温存が必要な頭頸部がんが多いです。この辺の消化器系のがんの数はとても多いんですが、放射線は残念ながらあまり得意ではございません、あまりございませぬ。

どうして日本でそんなことになってしまったの

か。日本は、実は放射線治療が戦前はけっこう進んでいたんです。1930年代、癌研病院がフランスからラジウムの線源を輸入して、非常に進んだがん治療をやっていた。ところがだんだんそれが先細りになっていく。1つには、おそらく放射線アレルギーが日本人にはあるのではないかと私は思います。放射線治療が非常に進歩したのは1950年代でございます。日本はその時期にみんな原爆が落ちて、放射線が怖いということがよくわかってしまったんですね。放射線は体に悪いのではないかと、何かとんでもない副作用が出るのではないかと、放射線をかけるぐらいなら死んでしまったほうがいいとか、原爆みたいになってしまうのではないかとという間違った認識が残ってしまった。

ところが日本人のちぐはぐなところは放射線診断は今では世界でいちばんたくさんやっています。CTなんて日本人がいちばんたくさんやって、いちばん被曝しているのですが、こと放射線治療になりますと、どうも放射線アレルギーが再発いたしまして、何か体に悪いのではないかとということになって、あとは専門家が足りないということで、皆様に正しい知識をお教えする方がいなかったということでこういうことになった。

あともう1つは、別にこれは外科の先生が悪いと言っているわけではございませんで、外科の先生に非常に活躍していただけるようながんが日本には多かった。胃がんとか、とても放射線では太刀打ちできない。手術のほうが絶対いいというがんが多くて、がんは切らないと治らないのではないかと、患者様がみな思っていたらっしゃった。でもそれはがんの種類によりますので、種類を選べば、放射線でもよりよく治すことができるというのがございます。

放射線治療患者さんはいま16万人ちょっとと申し上げましたが、10年ぐらいで倍以上に増えると予想されております。今でさえスタッフが足りない。これでどんどんスタッフを増やしませんと、放射線治療の専門家を増やしませんと、治療が受けられない患者様がが増えてしまうということでございます。

我々の生涯教育センターでは放射線腫瘍医と医学物理士を養成しています。

放射線腫瘍医は少し聞き慣れない言葉かと思えます。日本で普通、放射線科医といいますが、放射線の診断をする。レントゲンのフィルム、CT フィ

ルム、MRIフィルムを読んで、所見を書いて、臨床家の先生に返す医者とは皆さん、思っているかもしれませんが、それとは全く違っていて、放射線を使ってがんの治療をする腫瘍専門家、oncologist。oncologistは外科の専門家、内科の専門家、放射線の専門家がおりますが、その1つでございます。

あと、もっとこれがわからないと思いますが、医学物理士。放射線の診療が適切に行われるように、医療の現場において放射線物理の専門家として関与する医療職。欧米では医者と同等の立場で、放射線科に必ずいる職種でございます。

医者のほうは順天堂で養成を行いインテンシブ・コース士は立教の物理の先生方にご協力をいただいて、一緒に養成する計画でございまして、腫瘍医のコースとあとは物理士の大学院コースとインテンシブ・コースがでございます。

患者さんのためのがん医療は患者さんの視点に立った医療。その患者さんにとって最良の医療を提供しなくてはいけない。何々の治療法をやってくださいとって患者さんはおみえになっているのではなくて、治してください、よくしてくださいとっておみえになっているわけですから、そのための集学的な知恵を集結しなければいけない。そのためにはがん治療の専門家を養成しなくてはならない。それで本学の学是「仁」。ちゃんと人のことを考えて、患者様のことを考えて治療ができるような人材を育てましょうということでございます。以上です。

ルなどの多種の職種の医療人が共同で、全人的な治療に当たることを意味するわけです。患者さんとその家族を中心に、すべての治療に当たる職種の人間が集まって、その治療方針を決定し、治療を行うということでもあります。

今のようなことを実現するために順天堂においては2つの試みを行いました。1つががん治療センターの創設、もう1つはがん生涯教育センターの創設であります。がん治療センターの中ではさまざまなことが行われています。林田先生からもご紹介がありましたキャンサーボード、化学療法、緩和ケア、患者相談室等々がございますが、今日はこの3つのことについてお話しします。

一方、がん生涯教育センターは一言でいいますと、がん治療センターで働くがんのプロフェッショナルを養成する、育成のセンターであります。そこで教育を受けた人材ががん治療センターで医療を展開するということでもあります。



これはキャンサーボードでございます。キャンサーボードというのは、例えばある肺がんの患者さんがいたとします。私の専門は肺がんでございます。そうしますと、この患者さんを手術で治すのか、放射線で治すのか、あるいは両方を使うのか、化学療法がいいのかと悩む場合があります。その場合は呼吸器内科医、外科医、あるいは放射線科の先生と共同でがん治療センターで協議をします。まずは化学療法を行おう。そしてその後に手術を行い、手術が終わった後に放射線をかけよう。そういう治療方針を決定するわけでもあります。

今まではおのおの診療科に患者さんが出向きまして、そこで治療方針を決めていることが多かったんですが、今後はがん治療センターで集学的治療の

立案をし、そして実施を行うことになるわけです。

化学療法についてお話をしたいと思います。化学療法は内科的治療で最も大切な抗がん剤を使う治療ですが、現在、順天堂医院におきまして1号館の3階の南向きの部屋。1号館の中で最も日当たりのいいお部屋を化学療法室にあてました。ここにありますようにリクライニングチェアが14床、通常のベッドが6床ございまして、入院して治療に当たっていただいております患者さんに使っているベッドと比べても、はるかに、非常に質の高い快適なものを使っております。ここには液晶のテレビがございまして、ヘッドホンがございまして、音楽を聴きながら患者さんは抗がん治療を受けることができますわけでもあります。非常に快適なわけです。

余談ですが、日本人はベッドが非常に好きなのです。リクライニングチェアはあまり好きではないんですが、外国に行きますとほとんどがリクライニングチェアということでございます。順天堂においては乳がんの患者さんが非常に多いということで、リクライニングチェアを14、通常ベッドを6床用意しております。まさに安全で快適な設備のわけです。

化学療法室のスタッフです、室長のほか、各診療科の医師、当番医師、専任の看護師、専任の薬剤師等々が集まりまして、月に1回化学療法委員会を開催して、主にリスクマネジメント、さまざまな有害事象に対する対応等々について話し合っています。ということで、これはまさにがんのチーム医療の典型例でございます。

もう1つ、今日のお話でなかった点に緩和ケアという言葉があります。緩和ケアチームががん治療センターの中にはございまして、非常に重要な仕事を担っています。現在、緩和ケアチームは4名のメンバーでございまして、室長がペインクリニックの先生でございます。実際にそれ以外に医師が1名、それから緩和ケアの資格を取りました認定看護師が1名、そして重要なことは緩和ケアは痛みを取るだけではなくて、精神的なケアが非常に重要なわけでもあります。そういういわゆる psychooncologist、そういう患者さんのメンタル面をケアするメンタルクリニックの医師1名の合計4名からなりまして、このように病棟でのカンファレンス、そして最近では外来での診断、治療に当たっているわけです。

まとめますと、その活動内容は、まず身体症状の緩和。すなわち痛みを中心としていかにそれを取ってあげるかということをやっております。2つ目が精神症状。患者さんは痛みのみならず、不安感、焦燥感、不眠などを訴えます。薬以外にさまざまなカウンセリング等々を通じて、いかにその症状を緩和してあげるかということ。さらに筋力や体力低下などの対応。それから非常に重要なのがご家族からの相談の窓口になること。

それから、どうしてもすべての患者さんを助けることができません。その場合に多くの患者さんはご自宅に帰りたいという希望があります。その場合に在宅ホスピスを含め、在宅療養の態勢づくりを支援すること。それから順天堂以外の緩和ケア病棟転院の相談。医療者側のコンサルテーションなどを主な活動内容としています。

従来は病棟を中心に緩和ケアチームは活動しておりましたが、がん治療センターができてから、緩和ケアチームによる外来を開始しております。月曜日から金曜日まで、完全予約制ですが、このような時間帯に患者さんからの、あるいはご家族からのコンサルテーションに応じているということです。まさにこれもがんチーム医療でございます。

このような理想を持って我々はがん治療センターを運営し、いま始めたところでございますが、やはり何と言ってもそこで働く医師、コメディカルの育成が非常に重要であります。ということでがん生涯教育センターの創設に至ったわけです。

がん生涯教育センターの役割は大きく2つございます。先ほど来申し上げております人材育成、生涯教育があります。人材育成は専門医、これは化学療法に特化した専門の医師、放射線治療、先ほどお話しした緩和ケアの専門医師、これが放射線の専門の医師と同様に非常に少ないんです。いかに患者さんの心の痛み、身体の痛みを取ってあげるような、緩和ケアに精通したドクターを育成することは非常に重要なわけです。そのような専門医師を育成するコース、それからがん専門の看護師、薬剤師、先ほど放射線の唐澤先生のほうからお話がありました放射線の医学物理士の育成のコースを用意しています。

そして生涯教育としまして、そのほかにすでに専門医を取っている方ががんのことを勉強したいと

いうことにも広く間口を広げまして、このようなコースを設けているわけです。

まとめてみますと、順天堂医院には今年の4月、実際には9月にがん治療センターがオープンしました。そこでは患者様一人ひとりの治療方針を各診療科医師、看護師、薬剤師などのコメディカルも含めて協議いたしますキャンサーボード。そして化学療法で安全な抗がん治療を行い、緩和ケア、患者相談室を設けています。

そしてそこで働く医師、コメディカルをここにあります大学院医学研究科にありますが生涯教育センターの中で育成いたします。化学療法、放射線、緩和ケア、そのほかコメディカルの育成を順天堂の医学研究科、あるいは新潟大学、その連携の大学院。小川先生がお話になりました明治薬科、東京理科大、立教大学等々の連携の大学院から人材をこちらのほうに提供していただいて、育成して、将来的にはがん治療センターで質の高い、患者さんを中心とした医療ができるスタッフを育成することで行っています。

最後でございますが、医学部のほうにも悪性腫瘍科学研究室という研究室ができました。そして今年から3年生の学生を対象に臨床腫瘍学の講義を開始いたしました。16コマの講義で医学部の学生の中にも1人でも多く腫瘍学、がんの撲滅に前向きに取り組んでくれる若い医師を育てたいということで、現在、医学部の教育にも力を入れているところです。

まさに患者中心の集学的なチーム医療を促進することが、我々、全順天堂の願いでございます。

以上、ご清聴ありがとうございました。

8. パネルディスカッション

「今、がん診療で必要とされることは何か」

司会：4時でございますので、ただいまからシンポジウムを始めさせていただきますと思います。司会は私と病理腫瘍学の樋野教授でございます。樋野先生、どうぞよろしくお願ひいたします。いろいろな質問が来ておりますが、少し大きな質問からお聞きしたいと思います。

唐澤先生にまずお聞きしますが、先ほどから医学物理士が日本と欧米、特にアメリカでは数が違うということですが、私は医療保険のほうの仕事もしていますが、医療保険では医学物理士が全く評価されていない。いわゆる点数の中に入ってこないということでございますが、この辺の問題をひっくるめていかがでございますでしょうか。

唐澤：ありがとうございます。まず日本では医学物理士は国家資格になっていないんです。学会の認定資格でございます。それに対する保険点数の加算が何もございません。ですからどんなによい医療ができて、病院の収入に直接それがつながらないと、なかなかそういう方が配備されない。ですから義務化していただくしかない。こういう人がいないとできないということを、やはり国が言ってくださらないとなかなか広まらないのかと思います。

司会：放射線医も少ないというのは、何か理由がございますか。

唐澤：わかりません。構造的なことだと思います、やはり悪循環に入っているんだと。そういう分野が後れて、その後で教育がまた後れて、ほかの科の先生にもそういう治療があるというご説明もできなかったし、教育もできなかった。そういう悪循環をここで断ち切って、きちんと養成するためのこのプランではないかと思っております。

司会：もう1つお聞きしたいんですが、早期のがんに対して放射線療法だけを行うことは、現在、実際に行われていますか。

唐澤：前立腺がんなどでは手術と代わって行われています。手術をせずに放射線治療をするというのが

一般的になってきています。

司会：例えば食道がん、肺がんなどにおいてはいかがでございますでしょうか。

唐澤：肺がんはごく一部の肺がん、非常に限局性の肺がんには体幹部定位照射というのがございますが、早期がんでいらっしゃっても、必ずしも皆さんがその適用になるわけではありません。

司会：先ほどのお話を伺っていると、手術のための放射線療法というニュアンスが非常に多かったです。いわゆる放射線だけで治るんだということが、実際にそういうデータは出ていますか。

唐澤：放射線治療を1896年からやっけていて、放射線だけでがんが治るというデータはもう100年以上蓄積しているのですね。それが日本では知られていない。なぜ日本ではこんなに知られていなくて、手術の補助療法という認識になっていたのか。これは非常に間違ったところなんです。決して別に夢の治療でもございませぬし、副作用ももちろんございませぬし、不得意ながんもございませぬ。ただ、これでがんが完治するというのは確かな事実でございますので、それだけはお認めいただければと思います。

司会：ということでございますので、ぜひ皆さん方、大いに期待を持っていただきたいということになるかと思っております。特にいま肺がんの話が出たんですが、高橋先生、肺がんの診断ですね。私もある施設で産業医をやっております、年に一遍胸の写真を撮る。どうもそれを見ているだけでは肺がんの早期発見などはできないのではないかというのが現状だと思うんですか、こういう考え方はいかがでございますでしょうか。

高橋：ありがとうございます。非常に恥ずかしい話なんですが、肺がんはなかなか治療成績の上がない、難治性がんの代表でございます。現在、がん死の第1位は肺がんなんです。年間約6万人の方が肺がんで亡くなっております。その1つの理由は、や

はり早期発見が難しいということ。例えば胸部レントゲン写真による検診はもうだいぶ前から行われていますが、なかなか早期の肺がんが見つからないということがございます。

先ほど、乳腺の齊藤先生も言われていましたが、T1、いわゆる早期というもののクライテリアですが、肺がんの場合は3cm以下となっておりますが、その段階で見つけても、実際に進行していることが多い。実際には1.5cm以下の小さい、非常に小型の肺がんを見つけないと、手術だけで完全治癒するのが非常に難しいということがございます。

そのために最近行われていますのがヘリカルCTによるらせん型のCT検診がございまして、これをやりますと、通常のレントゲン写真では見つからなかったような小型のがんが見つかるようになりました。実際にそのようなものを切除しますと、5年生存率は95%以上、野口のA型と呼ばれる小型肺腺がんに限っては100%、すなわち全員助けられますので、いかにそのようなものを組み合わせて早期診断をしていくのかということが今後のポイントでございます。

ただ、やはり全員にCTをかけますと被曝の問題がございまして、またコストの問題がございまして、そのようなことで効果対費用を考えながら、今後はやっていけないといけなかつとは考えております。

司会：いま全員CTということですが、唐澤先生、その問題はいかがでございましょうか。

唐澤：日本人は先ほども申し上げたように放射線診断がとても好きでございます。あと、保険の費用がわりと安いのです。アメリカでCTを受けようと思えば、非常にお金がかかって、受けたくてもなかなか受けられない。日本は少し病名がつくと簡単にCTを受けられます。ただ本当に皆さんが必要か。やはり必要な方を限って、時期もしょっちゅうやる必要があるわけではありませぬし、本当に必要な方を限ってやれば有用だと思えますが、本当に日本国民が全員CT検診をするといいかというのは少し疑問だと思います。

司会：被曝量の問題としてはだいたい年何回ぐらいが1つの目安になりますか。今日は一般の方が多くございますので、わかりやすくお願いします。

唐澤：医療被曝は実は、限度がございませぬで、いくら被曝しても、その方にとってそれが得であれば

いい。ところが1つの目安は胸の写真100枚と胸のCT1回が同じ被曝量なんですね。「今年、先生、胸の写真10枚撮ったけれど、もうやめてCTにしてくれない」というのは少し違ってまして、胸の写真100枚撮って、やっとCT1回ですから、CTをするということは、それだけ考えてお受けいただく必要があるかと思えます。

司会：わかりました。今度は乳がんに移りたいと思います。乳がんの診断には、特にご結婚されている女性の場合は、半分はだんなのせいだぞと聞いたのですが、今でもそんなことは通用いたしますか。

齊藤：昔からそういうことを私は信じていないです。全く関係ないです。

司会：先生、いま早期診断の質問もございましたので、その辺りのお話をさせていただけますか。

齊藤：今のCTに絡んだ質問が会場の中からありまして、マンモグラフィーやエコーで何もなくて、CTに映る乳がんがありますかという質問をいただいたんですが、これは場合によりあります。ただ頻度は非常に低いと思います。理由はCTは、単純のCTであれば、そういうことはないとお答えしたほうがいいと思いますが、造影CTで、造影することによって初めてわかりやすくなるがんがあるからです。エコーは検者の腕がよければ、そういうことはないですが、これは格差があるのはある程度やむを得なくてということで、このお答えはイエスですね。そういうがんは確かにあります。ただ頻度は低いということです。

ほかのご質問にもお答えしてしまってもよろしいですか。たくさん質問をいただいたんですが、具体的にお答えする必要のある質問がほかに2つほどあります。例えばオーダーメイドの医療はどのぐらい進みそうですかという質問です。患者さん一人ひとりに、例えば遺伝情報に関連して抗がん剤が決められるかどうかということに関しては、世界中で研究が進んでいます。ただし、実用化するためには何回も検証する実験、臨床試験を進めなければいけませんので、応用できないものがまだまだ多いです。ただそのいい例として先ほど挙げましたハーセプチンというお薬があります。ああいったものもHER2という蛋白を発現していることがわかった人たちに有効例があるということ。あるいはもっと古くからわかっているホルモン受容体のあるなし、こう

いったものも個別化医療の1つになります。

もう1つ、乳がんの質問です。化学療法で縮小したがんをすぐに手術するか、もっともって効き目を見てから手術するかという質問があったんです。これはやはりどのお薬も耐性があります。そのお薬が効かなくなってしまう時期がいずれ来るとされていますので、我々が決めた期間はそういったものも考慮した期間ですから、ずっとやればどんどん小さくなるかということ、そういう例もあるんですが、そうではない例も考えての至適な期間を設定してあるということをご承知おきください。

そのほかになりますと、もう少し抽象的な質問なので、後でよろしいですか。

司会：どうもありがとうございました。1つ、大きな問題がございまして、これは社会的な問題にもなっているんですが、外国で使われている抗がん剤の種類はものすごい数があります。日本ではその3分の1だろうと言われているのでございまして、これは高橋先生、いかがでしょうか。先生は専門医の立場から、がんのいわゆる治験にかかわる問題を含めてお話しただけですでしょうか。

高橋：これは抗がん剤だけの問題ではございませんで、日本の薬、新薬の承認の過程そのものに、構造的な問題が少しございまして、認可までに非常に時間がかかるということがございます。特に抗がん剤につきましては、実際に海外でかなり多くのエビデンスがあり、実際にそれを患者さんに導入することで、患者さんが利益を得ることがわかっているにもかかわらず、厚労省のほうでなかなか認可がされず使えないという現状がございます。

実際、国のほうでそれは大きな問題であるということを理解いたしまして、最近では早期に承認できるようなシステムに変わってきております。例えば具体的に申し上げますと、中皮腫という病気がございます。これはアスベストで、兵庫県の尼崎で非常に多くの患者さんが出ました。その患者さんに対して特効薬と言われているアリムタというお薬がございまして、それは審査から承認までが非常に短期間、1年ぐらいでその承認に至ったという経緯がございまして。それは社会のニーズということから、承認までの過程を非常に簡素化したということがございます。今後は抗がん剤についてはやはりそのような方向で進むのではないかと考えています。

しかしながら、欧米に比べますと新規抗がん剤、特に先ほど出ました分子標的治療薬が今後主流になります。その認可はどうしても欧米よりも数年遅れることが、現状でございます。

司会：ありがとうございました。もう1つ、外来での化学療法はどこまでできるのでしょうかという大きな質問なのですが、これはいかがでしょうか。

高橋：ありがとうございます。今後、患者さんのQOLを考えた場合に、在宅での医療を受けることが非常に重要になっておりまして、その1つの柱が外来化学療法でございます。以前は化学療法、抗がん剤は2カ月間、3カ月間入院したまま治療を受けることがほとんどでございましたが、最近は外来に化学療法の場がシフトしてきています。

しかしながら、外来化学療法を受けられる患者さんの条件というのがございまして、比較的全身状態がいいとか、1時間以内で通える患者さんとか、さまざまなクライテリアがございまして。それを満たして初めて外来化学療法に行けるということがございます。

実際に肺がんが中心ですが、外来で化学療法をやっている患者さんにアンケート調査をしたことがございまして、入院でやっていたときと、外来でやっていたのとどちらがいいですかということをお細かく調査をいたしますと、非常におもしろいことに、全員の結果で判定しますと、やはり外来化学療法の患者さんのQOLはよかったです。そういう結果でございました。しかしながら年齢ごとに分けますと、65歳以上の高齢者の方にとっては入院化学療法のほうがはるかによかったです。若い方、いわゆる仕事が継続できる方は外来化学療法で受ける恩恵が非常に高かったということで、非常に大きくその違いがございました。

したがって、個々の患者さんにおきましては本当に外来化学療法が患者さんのQOLを向上するかどうかということをやったり考えていかなければいけないのかと考えておりますが、世の中の流れは多くの化学療法は外来にシフトしているということがございまして、それを安全に行うためのきちとした病院側のシステム、そして患者さんにどのようなことが危険なことなのかということ。こういうことがあつたらすぐに病院に来なさいという情報を十分に提供することが医療者側の責務として今後は

あるのではないかと考えております。

司会：ありがとうございました。実際には外来化学療法加算がございまして、外来で化学療法をしますと、保険の点数もちゃんと加算できるシステムづくりに変わりつつあります。これはやはり薬漬け、入院漬け、入院による薬漬けのシステムを直そうというところで、実際には外来に移行させて化学療法はできるというのが厚労省の考え方であります。それもいま年代によって差があるということは、少しおもしろい結果が出ているのかと思いますが、その辺りも含めて、今後は考えていく問題かと思えます。ここで少し外科の問題に移りたいと思えます。私もともと本来は外科医でございます。鶴丸先生、外科でこれは手術、これぞ手術をして治せるというのがありますよね。この問題を含めて、なぜここまでほったらかしにしてくれたんだとか、そういう問題はいかがでしょうか。

鶴丸：なかなか難しい問題ですが、例えば私がやっている食道がんは、だいたいがんはみんなそうなんです。早期のときにはほとんど症状がないですね。ですからがんを治すことに関しては、早期のうちに見つけることはいちばん大事なことです。それはこれからの、もちろん厚労省の方針の1つになっているわけです。ですからこれは定期的に、例えば誕生日とか、年に1回やる以外にないんです。

例えば食道がんの場合は、食道の構造自身、ほとんど筋肉でできているわけですから、非常に伸び縮みするわけです。食道がんの症状の1つはやはり食事がつかえるという症状なんです。それは筋肉の全周性の3分の2ぐらいが硬い腫瘍で覆われないと症状は出てこないんです。ですから、1カ月前に気がついて来たのにこんなに進んでいたというのがよくあるんです。絶対に治せるのは早期のうちなんです。ですからそういう状態で見つけるには、とにかく定期検診以外にないんです。

そうしますと、例えば食道がんの場合はほとんどが手術の対象になってくるんですが、先ほど唐澤先生が言われましたように、早期のうちは、これは例えばリンパ節の転移がないわけですから、ああいう大きい手術をする必要はないんです。私たちも好きこのんでああいう大きい手術をしているわけではない。必然的にあのようになってしまったということなんです。要するに、手術をしなくてすめば、それ

にこしたことはないんです。

ですから非常に早期の場合、つまり転移が起きてないと言われるような非常に浅いものに関しては、だいたい内視鏡の治療でそこだけをはぎ取るというかたちができる。しかし、かなり全周性になるとこれが無理なので、そういう場合は全部、今は放射線に頼んでいます。そういううちだったら完全に治るんです。ですからやはり早いうちに、絶対治るには定期検診以外にないと思えます。

司会：ハイリスク群の洗い直しといいたいまいしょうか、拾い上げは実際に行われているんですか。例えば先生のほうのデータを食道がんから見ますと、かなりの高い率でアルコールとたばこ、両方が……。そういうことではいかがでしょうか。

鶴丸：たばこはいろいろな方面から集中攻撃を受ける喫煙です。たばこを吸っている方は肺がん、食道がん、胃がん、これはリスクが非常に高いです。特に食道の場合はたばこ、アルコール、飲酒ですね。それから熱い食事、飲み物、辛い。要するに食道の粘膜を刺激するもの。この4つが非常に高い、ハイリスクグループと言われるんです。その中で特に喫煙、飲酒を比べてみますと、全く飲まない人に比べると、要するに40倍の罹患率、こういうデータがあります。これは九州大学から出したデータですが、そういうハイリスクの人がそれぞれあるわけです。胃がんの場合もある。

例えば大腸の場合、大腸は脂肪食を非常に好む方はやはりハイリスクと言われていています。ですから少し太って、脂肪食が非常に好きな方はハイリスクである。そういう方は特にそういうことに注意して、定期検診が必要です。ただ、中には吸わない、飲まない人でもなるものはなるんです。ですから、特にハイリスクという方は絶対欠かさない。でもどんな人でも年に1回の検査がやはり必要であるということです。

司会：これはがん家系といいたいまいしょうか、cancer family syndrome みたいな、そういう傾向はあるんですか。

鶴丸：がん自身が遺伝する疾患では絶対ないです。ただ、今いろいろな遺伝子分子学的に発がんが研究されてはいるんです。いわゆるがんになろうとするものを防ぐような遺伝子は当然あるわけです。だからそういうものはある程度遺伝してくる可能性。要

するに、p53とか、そういう遺伝子がある程度遺伝する可能性があるわけですね。がん家系、がんが多く発生した方、家族、あるいはがんにも1回なった方は次のがんもありうるということで、遺伝ではないが、なりやすい体質は多少あると、臨床的には感じています。

司会：わかりました。先ほどの鶴丸先生のお話の中で放射線療法が適用範囲がものすごく広がったと思われるんですが、唐澤先生、この問題についてはいかがでしょうか。

唐澤：ありがとうございます。放射線治療は非常にハイテクなものでございますので、近年の技術革新で非常に進歩したんです。おそらく50年前の放射線治療は適用範囲はあまり広くなかったでしょうし、副作用もあって、効果もあまりよくなかった。診断機器の進歩と同様でございまして、放射線治療機器の進歩は非常に急峻なんです。ですから、今までこんなものは放射線で治らなかつたのにとこのものが治るようになってきている。放射線を集中して病気のところにかける技術、新しい種類の放射線、例えば陽子線、重粒子線とか、いろいろなものが出てまいりましたので、以前に比べるとずっとよくなりました。適用範囲は広がっていると言えそうです。

司会：わかりました。齊藤先生の乳がんのところでは放射線とのタイアップが非常に重要かと思うんですが、先生のほうからいかがでしょうか。

齊藤：放射線科、唐澤先生には日々お世話になっております。乳がんは最近、先ほどの図でもお示しましたように温存術がずいぶん比率が高まってきました。これは1つは手術を小さくできるようになってきたということは確かなんですが、もう1つは皆さんのニーズです。なるべく残したいという思いを反映しています。これは昔の温存術と今の温存術はだいぶ違ってきていまして、浸潤がんといって、ちょうど植物で言えば実をつくる部分、タンポポで言えば綿毛の部分、これは取っておかなければいけないんですが、多少のひげ根を残さないと、そのニーズに応えられないという現状があります。要するに、その植物を全部取らなければと思っていた昔の大きな手術が、今は皆さんのニーズによって少し残さなければいけない。その少し残したものを焼く手立てとして、要するに除草剤をまくような、そ

ういったことをイメージしてもらえばいいと思いますが、それに放射線が非常に有効です。

ということで、小さく切れば、放射線が必要というように今はセットになってきています。

司会：今までのところはいろいろな治療法、あるいは臓器別の現状についてお話しいただきましたが、せっかく来られていますので、今後の期待です。夢はどうなんだというところを含めてお話しただきたいと思います。放射線療法の夢といたしましょうか。これからの将来の問題、まだ全然現実的なものでなくてもけっこうでございますから、こういうものが夢なんだということを含めて、現状をお話しただければよろしいかと思います。

唐澤：ありがとうございます。いま非常に面白い分野なのです。非常に進歩しています。まだまだやるべきことも多いのです。全く完成したものではございません。非常によくなってきてはいますが、まだ依然として発展途上でございます。正常のところをなるべく傷をつけないで、がんだけをやっつけよう。がんというのはどうしても丸くクリットしたものではございませんので、周りのところは混ざっているわけです。正常の組織とがんが混ざっている。そこをいかにがんのところだけをやっつけるかということは、たぶんお薬と放射線を併用するとか、いろいろな技術を加味して、今度は進んでいくのではないかと思いますので、まだまだ夢はたくさん。副作用がなるべくないというか、なくてがんを治す。患者さんにやさしい治療が夢でございます。

司会：ありがとうございました。高橋教授には抗がん剤の専門医、がんの専門医として、肺がんも含めてがんの専門医の要請。いわゆるがんの専門医は順天堂に何人おられますかという質問も実は来ています。その辺の問題を含めて、教育の面も含めて少しお話しいただけますか。

高橋：ありがとうございます。がんの専門医の定義によるんです。現在、がんの専門医はいくつかございます。今いろいろな学会がございまして、例えば主に外科系のがんを先生が診ていらっしゃる学会と、内科系の抗がん剤を主に扱っているドクターがつくった内科系のがんの学会。それから基礎の先生がやっているがんの学会といくつかの学会がございまして。現在までそれぞれの学会でばらばらに専門医制あるいは認定医制をつくった経緯がございま

す。
 国、厚生省はそれではいけない。患者さんにとってバラバラあるのではなくて、画一化したものをつくりなさいということで、昨今、がん治療認定医機構という機構が日本にできました。その中にごん治療認定医を育成しようということで、具体的に言いますと日本癌治療学会と臨床腫瘍学会、日本癌学会、全がん協という4つの学会および団体が共同でそのような認定医制度機構をつくりまして、来年1月に初めての試験が行われるようになります。ですから現時点においてはがん治療認定医はまだおりませんが、それぞれの学会で、例えば内科系でした臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医がございまして、癌治療学会では臨床試験の登録医がそれに代わるものだとしますと、すでにあるわけです。それぞれ専門医の定義が異なりまして、一貫していないということで、今後はがん治療認定医が大きながんの専門家という意味では位置づけられるのではないかと考えております。

実際にごん生涯教育センターでがんの専門医を育成するというごことでございますが、4年間たちますと大学院を卒業しますので学位を取るわけでございます。それとともに専門医、これはがん治療認定医の専門医ということで、その専門医と学位を同時に取れるコースということで、医学研究科長にこのコースをつくっていただきました。このコースに来ていただきますと、そのような専門医が自動的に4年後から生まれてくることになってきます。

私自身、がんの専門医を育成するのにいちばん大切なことは、やはり学生のモチベーションを上げることではないかと思っています。医学部の学生は非常に多くおりますが、どこの大学でも横断的な講義はなかなか行っていません。各臓器別の講義、そういうのがありまして、例えば腫瘍学とか感染症とか、横断的な講義体系がなかなかございませんでしたので、例えば腫瘍全般に非常に興味を持ってやっついこうという学生がなかなか育ちにくい環境が順天堂以外にもございました。

それではいけないということで、私が最後にお話ししましたが、横断的な腫瘍全般を診断、病態、治療、予防まで含めたものを幅広く講義をすることによって、医学部の学生にかなり早い段階から興味を持たせてやるということが、今後、順天堂のみならず、

日本全体で専門医を増やすということのいちばん大切な事柄ではないかと考えております。

司会：どうもありがとうございました。齊藤先生には乳がんの早期発見の一般の方に対するコツ、それと今後の夢といいましょうか、乳がんに対する今後の展望といいましょうか。将来像を少しお話しいただけますか。

齊藤：まずは有効だという検証がきちっとされているわけではないですが、まずお乳を触ってください、毎日お乳を洗わない方はいらっしやらないと思いますので、自分の胸を触るということ。それから自治体からお勧めが来ている年齢になりましたときに、受診率をやはり高めないと、全体で早期発見は実現しませんので、自治体からの検診のお勧めがあったときには、それをきちっと利用していただきたいと思います。

あと夢を語るためには、やはり今の問題をきちっと明確にしなければいけないと思います。そのために皆さんからいただいた質問はとても役に立って、先ほど半分だけお答えさせていただきましたが、残り半分は「乳腺センターが有名になればなるほど、待ち時間がひどくなってきているようだ。中には夕方以降待って」ということが書いてありまして、あとは「齊藤の体は大丈夫なのか。家庭はどうなっているのか」、そんなことまでご心配いただいたり、あと「婦人科とつながりがあるのだが、乳腺センターにはそのままかかれるのか」とか、要するにちゃんと外来に気持ちよくかかれて、また医師も健康を保つということがずっと考慮されている診療状況なのか。そういうことだと思います。

この4枚をまとめてお答えをさせていただきますながら、自分の夢を語りたと思います。まず混み状況はひどいです。夕方以降というのは、終電ぐらいになる方がいらっしやいます。私、当初、即日診断といいまして、今日、おみえになった方は今日中に診断しますというお約束をしたんですが、とうとう何カ月か前に日付変更線を越えてしまいました。ということでそれ以降、1回破られますと、どんどんルーズになりまして、平気で24時を過ぎてしまうという診療を朝からずっとぶっ続けてやっています。こういう状況はなぜ生じるかといいますと、やはり専門医が足りないです。各県、平均10人ちょっといるんです。しかし、その中で乳がんの専門医は外

科で取っていたり、内科で取っていたり、放射線科で取っていたりで、やはりそれぞれの専門家がもっともっと育つ必要があります。それから一生懸命やればやるほどそこがいいということでたくさん集まっていたとということは、こちらとしては気持ち的にはうれしいんですが、体としてはやはりつぶれていきます。

これは医療行政の中で話しているのには限界があって、もっと医者数を増やさなければいけない。もっと深刻な科はたくさんあります。私たちはまだこれでもやっていますが、小児科、婦人科であるとか、どんどん足りなくなっている科がたくさんある。これを行政のほうできちっと見直していただかなければならないと考えます。

齊藤の生活はご心配いただきましたが、何とかやっております（笑）。現役で母親をやっていますが、きちっとご飯もつくっております。ただ、少し人には見せられないような状況です。

将来の夢です。先ほど少しありましたが、オーダーメイド化がどうなのか。これはがんのレベルでもオーダーメイド化が必要です。やはり心に対してのオーダーメイド化がとても必要だと私は思います。やはり病気に合わせる。それから患者さんに合わせる。これがまだまだです。やりたいという意欲のあるものはたくさんいます。それが先ほどお示したようにチームで力を結集してやっていかないとまくいけません。そのためのこれからの、ここでテーマになります生涯教育だと思います。

そして高橋先生は大学院のお話をされましたが、大学院を出る方は一部です。大学院を出ない医者も、あるいはほかの医療者もやはりみんな同じ教育を受けるべきと思っております。ですので、細々とではありますが、乳腺センターではそんなことをすでにやり始めているということです。もっともっと心、体のオーダーメイド化が進んでいくことが私の夢です。

司会：どうもありがとうございました。それでは鶴丸先生、消化管がんについての現状と夢をお願いします。

鶴丸：要するにそのがんがどういう状況であるかというのが検査できっちりとわかるようになったら、例えば本当に外科の手術が必要なものか、あるいは化学放射線療法で治るものか。消化管は集学的とい

いますか、抗がん剤との併用がけっこう多いのですが、放射線との関連は食道がんがいちばん多いのですが、ほかの大腸がん、胃がんは、先ほど唐澤先生が言われましたように放射線はあまり得手のほうではない。食道がんも例えばリンパ節転移がないものに関しては、化学放射線療法でかなり有効ではないかと私自身は思っているんです。リンパ節に関しては私の印象としては原発巣よりはやや効果が落ちるのではないかとこの印象を持っているもので、リンパ節転移のある、ある程度転移があっても、5個以内であればかなりの確率でこれは治せるわけです。5個以上あったものは、やはりほかの集学的治療、特に化学療法、そういったものを一緒にやらないと成績がよくなっていかないという状況があります。

先ほども私のプレゼンテーションでお話したように、なかなか正確にはこれがかめないというのが現状なんです。ですからそのがんがどういう状況にあるか、転移の状況にあるか。それがはっきりとわかれば、いろいろな選択肢が出てくると思うんです。

司会：ありがとうございました。先生も家庭崩壊の医師の1人に入っているのですが、おうちは大丈夫でございますか。

鶴丸：おかげさまで私も子どもは2人いるのですが、2人とも勝手に生活しているようで、何とかやっております。

司会：それでは、私のほうから少しお話をさせていただきたいと思います。この中に「地域間格差の問題は大変重要だと思います」ということなのですが、まさにそのとおりでございます、地域間格差ならびに病院格差、これは明らかにございます。実はこの問題に初めて厚労省ががんセンターを調べて、もうこれは大変なことが起きているということで、今回のがん治療センター、がん拠点病院、がんの研修センターの設置に入ったわけでございます。厚労省がやるということは必ずうまくいきます。実はいま皆さん方、いわゆる少子化問題、高齢化社会ということで非常に問題だ、問題だと言っているんですが、実は10年前は人口が多いから減らしたい。みんな長生きしたいというのが実は夢だったわけです。それが今は実に本当にそのとおり、人口が減って、高齢化社会になったわけです。ここに例のお金の問題

が、年金の問題が入ったのでおかしくなりました。

実は医師の数もそうでございます。もう十数年前に医者は多いんだということで、医者減らしということで、実際に医者減らしに入ったら、ものの見事に医者の数は減りました。それで今の問題でございます。ただし今回、厚労省はがんに対してものすごくしっかりがん拠点病院、がん研修センターをつくりましょうということなので、ぜひ期待をしていただきたいと思います。

特にこの中で問題になります地域間格差は、がん治療センターがきちんと出来上がったときには病病連携、病診連携がきちんとできて、その差がなくなっていくだろうということになろうと思いますし、来年の保険改正ではまたいろいろな意味で診断をしていい病院、診断はしなくてもいいという病院とか、そういう差をちゃんと分けてくるはずでございます。ぜひ期待をしていただきたいと思います。それでは最後に、樋野教授から総括をいただきたいと存じます。

9. 総括～終わりに：がん生涯教育センターの時代的意義～

(順天堂大学大学院分子病理病態学 教授 樋野興夫)

このがん生涯教育センターのシンポジウムをやりましたが、思えば2004年に佐藤泰然生誕200年というシンポジウムをやったのであります。そのときにも「おわりに」を語りましたから、人生、終わりの人生ということでもあります。要は日本最古の現存する医学学校として最も古い順天堂大学、来年170年になりますが、その順天堂大学で今までの一皮むけたがん医療、がん医学はどうあるべきかということが我々に課せられた課題であると思うわけでありませぬ。

今日はこのように「がん克服へ」と題してこういうシンポジウムが企画されたわけでありませぬ。

なぜがん生涯教育センターかということでもあります。一言で言えば、医師、医療従事者は生涯の学徒であるということでもあります。なぜならば、患者は最新、最良の医療を期待しているからであります。専門家でさえ、日々の努力を怠るときに専門家とは言えなくなる。それが今の医療であります。でありますから、我々は謙虚でなければならぬということでもあります。そのためにはなぜかということ、患者は尊厳であるからということになります。

大学は学際的な活動ができなくなると、大学は減びるということでもあります。たとえ医療だけであってもならない。我々は学際的な活動ができなくなると、大学は減びるということを知らなければなりません。

がん生涯教育センターの時代的意義は、理念は、「世界の動向を見つめつつ、歴史を通して今を見ていく」。

使命は「俯瞰的にがんの理を理解し、『理念を持って現実に向かい、現実の中に理念を問う』人材の育成である」。

社会貢献は、「複眼の思考を持ち、視野狭窄にならず、教養を深め、時代を読む「具眼の士」の種蒔きである」。これが大学の使命であろうと思うわけでありませぬ。

がん克服へということでもあります。要はがん研究の目的は、「人の体に巣くったがん細胞に介入し、その人の死期を再び未確定の彼方に追いやり、死を忘却させる方法を成就することである。その目の患者がそのがんでは死なないと思うことががんの治療であり、ほかの病気で死んでもいいということでもあります。目の前に来た患者がその病気で死なない。死を忘却させるということでもあります。

がんというのはどんな人でも人生、いばらの道であります。にもかかわらず宴会でもあるということでもあります。人は最後に死ぬという大切な仕事が残っている。これが我々のがん克服への道であろうと思うわけでありませぬ。これは天寿がんへの実現であり、天寿をまっとうしてがんで死ぬ。我々はがんは共存しかあり得ないということでもあります。

将来はがんで死なない時代が来るとのことでもあります。こういうのがん哲学、できればがん哲学外来をやりたいと思っているわけでありませぬ。

これが順天堂、御茶ノ水であります。この順天堂の隣には医科歯科大学があり、我々順天堂もあり、片や日大もあり、もっと行けば東大もあり、そして川を渡れば杏雲堂病院もあり、病院がたくさんあります。1日の患者は順天堂で4000人を超えていますが、御茶ノ水境界に来る外来の数は約1万人と言われております。しかしご覧のようにJRにはエレベーターがない。こういう町であります。でありますから、患者さんのほうでぜひ街全体をよくしようという動きになっていただきたい。これががん生涯教育センターの決勝点であるわけでありませぬ。我々大学のみがよくなっても、患者にとってはよくならないということでもあります。

我々の求めるのはメディカルタウン。要するに街全体がメディカルの街になる。順天堂、この御茶ノ水を中心にして、毎日1万人の患者が来るこの大学で、かつての城下町のように、天守閣があったように、大学病院を中心にしたメディカルの街にする。

これが我々ががん生涯教育センターの最後の決勝点であろう。我々は空を撃つような健闘はしない。我々は常に決勝点を見通した視点を持ちたい。これが日本最古の順天堂大学の皮むけたがん医療、がん医学の夢であると思うわけです。

今日はどうもありがとうございました。