

特集

第41回 大阪の医療と福祉を考える公開討論会

# がん医療を考える

—その知識、本当ですか?—



この記事は、令和元年10月22日に開催された「第41回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」の様をまとめたものです。



古川圭子・毎日放送アナウンサー

**〇司会（古川圭子・毎日放送アナウンサー）**

皆様、こんにちは。「第41回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」にご来場いただきまして、誠にありがとうございます。この公開討論会は、大阪府医師会の主催、毎日新聞社・毎日放送・大阪府地域医療推進協議会の後援で開催いたします。

さて、我が国の死亡原因の第1位はがんで、全死亡の27.9%を占めています。また、生涯でがん罹患する確率は、男性で62%、女性は47%とされています。私達の身近にあり、しかも油断できない疾患です。一方で、近年は、新時代の抗がん剤である免疫チェックポイント阻害薬、また、強度変調放射線治療（IMRT）、サイバーナイフ、更には粒子線療法など、最新技術を駆使した放射線療法の発展によってがん治療は飛躍的に進歩しました。がんを治療しながら、どのように社会生活を過ごすのかを考えることは、今後のがん医療では重要な要素となってきます。

今回は、がんに対する様々な治療や最新の話、また、健康保険との関係、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）——「人

生会議」とも呼ばれていますが——にも触れながら、がん医療について皆様と考えてまいりたいと思います。

では、討論会に先立ち、主催者の大阪府医師会長の茂松茂人よりごあいさつを申し上げます。

**〇茂松** 「大阪の医療と福祉を考える公開討論会」は昭和56年から始まりまして、今回で第41回を迎えることになりました。

公開討論会では、今までその時その時に皆様の関心が高い在宅医療、また、人生の最終段階における医療・介護などの内容で議論させていただきました。今回は、最近、最も進んでいるがん医療に焦点を当てました。今まではがんイコール死というように表現されましたが、今はその進歩の中でこの言葉が覆されてきて、がんを治療しながらいかに社会の中で生活していくかということが問題になってきています。仕事を続けられるのか、また、社会生活の中にどのような変化をもたらしながら頑張っていくのか、また、医療費の問題など、皆様が不安に思っておられることについて率直な意見をいただき、少しでもその疑問に答えていきたい、また和らげていきたいと思っています。

今、情報というものが本当に錯綜しております。サブタイトルに「その知識、本当ですか？」と付けさせていただきました。インターネットにアクセスすると色々な情報が手に入りますが、その情報が偏っていたり、私ども医療者からすると不適切ではないかと思うような情報も流れています。ですから、正確な情報を皆様方に知っていただきたい。これについては、我々が重要視しているかかりつけ医、近くに信頼できる先生を持っていた



茂松茂人・大阪府医師会長

き、自分や家族の方の調子が悪くなればその先生にご相談いただく。そうすると、しっかりと的確な情報を流していただけて、本当に

正確な情報が伝わるのではないかと考えております。

大阪府医師会では、皆様方が住み慣れた地域で安心・安全に暮らしていけるように今後も努力を重ねてまいります。皆様方にご理解、ご支援を賜りまして、この会が有意義な会になることを祈念申し上げ、あいさつとさせていただきます。

○司会　まずは、「治療する側の立場」から、最先端の現場で毎日がん治療に取り組んでおられる大阪国際がんセンター副院長の今村文生先生より、現在のがん治療についてお話をいただきます。

## 治療する側の立場から

○今村　治ることが期待できない進行がんはどう向き合えばよいのか、特に進行がんの治療の柱である薬物療法について、一緒に考えていきたいと思えます。

よい治療、自分に合った治療を受けたいという希望があると思えます。よい治療とは何で、どのように決まるのかということが問題になりますが、この点は、かなり以前から科学的に決めるとされています。例えば治療Aと治療Bがあったときに、両方の治療の効果と副作用を科学的な方法で比較して、優れている方が「標準治療」と呼ばれる治療になります。これは一種の勝ち抜き戦で、その勝者が標準治療となるわけです。こうした勝ち抜き戦を何十年とやってきた結果、この10年ぐ



今村文生・大阪国際がんセンター副院長

らいでがんの薬物療法は大きく変わりました。この中で分かってきたのですが、治療の進歩の上で特に重要なのは新薬の登場です。

今回私がお話するのも、昔からの化学療法ではなくて、分子標的治療や免疫療法という最新の治療です。

この2つの新治療が登場した背景には、がんに関する大きな発見があります。その発見は、一言で言うと、がんという相手をよく知るとのことにつながっています。

第1の発見は、がんは遺伝子の異常で起こる病気だということが分かってきたことです。遺伝子は通常あまり変わりませんが、がん細胞の遺伝子には変化がたくさん見られます。がん細胞の遺伝子の変化の中には、がん細胞の数を増やす働きを持つものがあります。がん細胞の増殖を起こす異常な遺伝子は、がん細胞にとっては、仲間を増やす重要な遺伝子であり、がんのドライバー遺伝子——運転手のようにがんをドライブしているというイメージの名前が付いています。大切な点ですが、がん細胞に見つかる遺伝子の変化は、通常はがん細胞だけに見られるもので、子孫には遺伝しません。

### 分子標的治療とがんゲノム医療元年

遺伝子はタンパク質を作って機能しますので、ドライバー遺伝子が作り出すタンパク質を狙って、その分子の機能を止める薬が作られてきています。このように、狙った分子に特異的に作用する薬剤を「分子標的薬」と言います。分子標的薬を使った「分子標的治療」が、今、肺がん等の治療を中心に大きく花開いています。

肺がんでは、ドライバー遺伝子が作り出すタンパク質を狙った分子標的治療が成功しています。現在、肺がんのドライバー遺伝子は

4つ明確になっており、それらを見つける検査と、見つかったときに保険で使える分子標的薬が複数登場しています。その4つは、EGFR、ALK、ROS1、BRAF遺伝子に変異したものです。それぞれが異なる肺がんを作りますので、治療薬も違ってきます。

最新の肺がん学会のガイドラインには、進行肺がんを診断したら、個々の患者さんのがんのドライバー遺伝子を全力で探しましょうと書いてあります。また、ドライバー遺伝子が見つければ、分子標的薬を使って治療を開始しましょうと明記されており、その成績も明確に記載されています。肺がんでは新しい分子標的が次々と見つかり、今度のガイドラインでは、分子標的とその治療薬が更に増えると思います。

分子標的治療はがん治療全体に大きなインパクトを与え、日本でもがんゲノム医療が始まりました。令和元年は「がんゲノム医療元年」とも言われています。がんゲノム医療では、様々な臓器に発生する一人ひとりの患者さんのがんを対象にして、がんの分子標的、特にドライバー遺伝子を見つけることをひとつの目標としています。そのために、遺伝子パネルを用いて、100個から350個の遺伝子を一度に調べます。

### がん免疫療法

大発見が2つあると言いましたが、もうひとつは、去年のノーベル賞の免疫療法です。我々の体内ではがん細胞が毎日発生していると言われています。では、なぜがんが発病しないかというと、身体には免疫というシステムがあり、発生したがん細胞を排除している

わけです。排除するときの主役がリンパ球です。がん細胞の排除がうまくいかず、がん細胞が免疫の攻撃から逃げ切った結果として、病気としてのがんが発病するということになります。

がん細胞と対峙したリンパ球は、がん細胞を敵だと思って破壊しようとしています。ところが、がん細胞も抵抗し、表面にPD-L1という分子を出します。このPD-L1は、リンパ球のPD-1という分子と結合します。結合するとどうなるかという、がん細胞がリンパ球に「私（がん細胞）はあなたの敵ではなくて味方ですよ」と囁くわけです。すると、リンパ球は戦うことをやめてしまいます。

だとすると、PD-1とPD-L1の結合を切ることができれば、リンパ球の攻撃は成功するのではないかと考えられますが、抗体という分子を使って、これができるようになりました。PD-1という分子に結合する抗体のひとつが有名なオプジーボです。オプジーボがPD-1に結合すると、PD-1はPD-L1に結合できなくなるので、がん細胞の囁きがとまります。そうすると、リンパ球の攻撃モードが続くことになり、うまくいくとがんを排除できることになります。

PD-1やPD-L1は、免疫の機能をチェックし、コントロールしているので、「免疫チェックポイント」分子と言われます。そこに働いて、チェックポイントの機能を抑制する薬剤が「免疫チェックポイント阻害剤」です。PD-1とPD-L1の結合の阻害は、がんに対する免疫を強める方向に働きます。

免疫チェックポイント阻害剤の効果は、病気によって、また患者さんによってもかなり違います。免疫が効きやすい肺がんでも、現

状では効果が出るのは15～30%位かと思います。一方、効いた場合は効果が長く続き、中には、腫瘍が消える人もいます。薬は2年間ぐらいで止めることもあるのですが、驚くべきことに、止めても効き続けることがあります。更に、そのまま5年を超えても病気が出てこないことが、ある程度の確率で起こります。こうなると、我々があまり使えなかった「治癒」という言葉が使えるようになることも期待できると考えています。

進行がんの薬物療法をどう考えるかという点ですが、ひとつは、現在の治療では「個々の患者さんに合った治療」を選べる可能性が随分広がったと思います。もうひとつは、その治療が、実際に体や病気にうまく合って、治療効果が出た場合は、ある程度の長さの安定した時間が得られます。その時間を有益に使うということも選択肢になるのではないかと思います。

治療を選択するには情報が非常に大事で、最新の治療の情報はガイドライン等に広く公開されています。がん治療を始める際には、ぜひそれらを参考にいただければと思います。また、かかりつけ医の先生を持つことも非常に大事で、専門的な情報を分かりやすく説明していただければと思います。

○司会 続いては、「患者さんとしての立場」から、片桐修一先生にお話しいただきます。市立豊中病院顧問・元病院長というお立場であるのですが、治療する側であり、治療される側でもある、お医者さんでありながらがんを経験されたお立場からお話を伺います。

## 患者の立場から



片桐修一・市立豊中病院顧問／元病院長

○片桐 私は血液内科医として三十数年、血液がんの治療に携わってきました。その後、一転して自分のがん患者になって約6年半、そして、ここ3年間は復職して病院勤務をしながら治療を続けています。

最初に結論を申し上げますと、がん治療を受けるに当たって大事だと思うことは、最善を願いつつ最悪に備えるということです。それでは、私のがんの物語を聞いてください。

当時62歳、病院長になって2年、体重は少しずつ増えていました。ところが、平成25年5月、連休明けに体重を測ると2キロ減っていました。1週間後に測ってみるとまた2.5キロ減っており、合計4.5キロ、連休前と比べて7%減少していました。減量するつもりがないのに体重が4.5キロ以上、または5%以上減る場合、意図しない体重減少と言いまして、しばしば大きな病気が隠れています。その後、胃がん、病期3cと診断されまし

た。

さて、治療の始まりです。まず、がんを含めた胃の下半分を切って、更に周囲のリンパ節も切除しました。それなりに術後合併症もあったのですが、無事退院しました。そして、少し日を置いて、術後化学療法を始めました。ところが直後に感染症を発症して入院での抗菌剤治療を余儀なくされました。また同時に肝転移が見つかり、こちらは、血管塞栓術とラジオ波で治療をしました。

このような状況では仕事復帰のめどが立たず、8月に病院を退職しました。そして緊急入院から4カ月経った12月によりやく自宅療養の運びとなりました。

その後、自宅で療養を続けていましたが、思いの外がんは再発せず、肝転移が消えて無事3年が経過しました。病院からフルタイムの非常勤医師のオファーをいただき、28年9月に復職しましたが、復職3カ月後のCTで右肺中葉にがんの転移が見つかり、翌29年1月に胸腔鏡下肺中葉切除術を受けました。しかし、手術翌月の腫瘍マーカー（CEA）が術前よりはるかに高くなっていました。

そこで、29年3月から外来化学療法を行うことになりましたが効果は一時的で、30年3月には、免疫チェックポイントであるオプジーボの出番となりました。

ところが、脳転移が見つかり、オプジーボは中止して、転移性脳腫瘍の切除術を行いました。術後はサイバーナイフによる定位放射線療法を受けました。7月には左頭頂葉に新

たな脳転移、また10月には左上肺野に新たな転移が見つかりましたが、いずれも小さく、同じくサイバーナイフの外来治療で消失しました。幸い昨年10月以降は新たな転移はありません。

### 最善を願いつつ最悪に備える

まずがん治療で最初に行われる病名告知と告知後の病状説明について述べさせていただきます。

テレビ、新聞、雑誌、書籍、インターネットで様々な知識を得ている方も少なくないと思います。しかし、それらの知識は正しいかもしれないし、正しくないかもしれません。正しいとしても、あなたの病状に当てはまるとは限りません。いずれにしても、あなたに

にとって大事なものは、一般的ながんの話ではなく、他の人のがんの話でもなく、あなたのがんの話なのです。ですから、主治医の先生の話をお聞きになるときは、持っている知識は一旦横に置いて、心を開いて聞いてほしいのです。

いまひとつ、治療はうまくいくときも、いかないときもあります。しかし、あなたが受けるのは、押しも押されもされぬ標準治療です。これは、科学的根拠に基づいた現時点の最善の治療です。そして、標準治療は時間が経ち治療が進歩するとともに更新されていきます。治療の進歩は明日への希望の更新にもつながるわけです。ですから、いつも最善を願いつつ、それでも最悪に備えておいてほしいと思います。

## 治療費・健康保険制度・介護保険制度

○司会 最善を尽くしたいと思うのですが、心配になってくるのがお金の問題ですね。ここからは大阪府医師会で医療保険を担当しておられる栗山隆信理事に、治療にかかる費用や保険について聞きたいと思います。

○栗山 一定の一部負担金を支払う保険診療、全額自費で支払う自由診療はよくご存じだと思いますが、混合診療、先進医療、保険外併用療養費制度、高額療養費制度など、聞き慣れない制度があって戸惑うことも多いかと思います。それでは、がんの診療にかかる費用負担について説明いたします。

まず、保険診療です。がんの診療も一般の



栗山隆信・府医理事

診療と同じようにほとんどは公的医療保険で行われております。国民皆保険制度の我が国では、日本のどの医療機関に行っても保険証1枚で、同じ金額で同じ治療を受けることができます。また自己負担は原則として最大3割までです。その上、1カ月の医療費が高額になって、定められた上限額を超えた場合は、高額療養費制度を利用すれば、超えた分の払い戻しを受けることができます。

一方、保険で認められていない診療を自由診療といいます。公的医療保険を使用せずに診察や治療を受けることで、患者さんが診療費の全額を支払うこととなります。

保険診療と自由診療を合わせて使う場合を混合診療といいます。例えば、がんの診断までは公的保険で定められた範囲内でできたが、治療は保険で認められていない抗がん剤を使わなければならないとなれば、それは自費診療になって、混合診療となります。

混合診療は原則禁止されていますが、例外として保険外併用療養費という制度があります。国が認めたものについては保険診療と自費診療を合わせて使うことが認められており、支払いは、保険と自費分という形で負担が軽減されます。先進医療にかかる費用は患者さんが自費で全額負担し、簡単な診察などの保険適用されている部分については保険給付される制度です。保険外併用療養費制度には、現在3つあります。

1つ目は評価療養です。先進医療など将来的に健康保険が適用されることを前提として、保険として認められるかどうかを評価する診療です。

2つ目は選定療養です。選定療養とは差額ベッド代のことで、それは直接医療には関係

ないので当然自己負担になります。

3つ目は最近できた患者申出療養です。患者さんの申し出によって未承認の薬や高度な医療技術を用いる診療で、国内未承認の医薬品をいち早く使いたいという患者さんの思いに応えるために作られた制度です。

○**司会**     がんは高度な医療を願えば願うほど高額のコストがかかるというイメージがあるのですが、支払えない、支払いに困るということもありますよね。

○**栗山**     医療費の上限額が分からなくては診療を受ける際に、経済的な不安が、病気の不安以上に大きいかもしれません。

そこで、その不安を少しでも解消するのが高額療養費制度です。高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額がひと月で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。年齢や所得に応じて上限額が決まっており、それを超えた場合に超過分を保険給付する仕組みです。

また、健康保険限度額適用認定証というものが、認定証を病院の窓口で提示することにより、支払いを前もって上限額に留める方法があります。

○**司会**     病院での治療が終わって家に帰ってから、介護保険を利用したいなと思ったときに、そうした人も使えるのかなということはいかがでしょうか。

○**栗山**     介護保険も使えるのですが、条件があります。65歳以上の人は第1号被保険者といい、日常生活に何らかの支援や介護が必要になった場合は、どんなけがや病気であっても介護保険サービスを受けることができます。

40歳から65歳未満の人は第2号被保険者と

いい、16の特定疾病でなければ介護保険サービスを受けることができません。がんはその16の中に含まれていますが、条件があります。回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限るとされているので、かなり重症でないと40歳から65歳未満の方は受けることはできません。

40歳未満の若年がんというのがありますが、40歳未満は残念ながら介護保険を使うことができません。

介護保険による自己負担額は、65歳以上は所得に応じて1割、2割、3割ですけれども、65歳未満は1割です。医療保険の高額療

養費制度と同様に、介護保険においても医療保険と介護保険の合算額が高額になった——医療保険だけでは高額にならない、介護保険だけでは高額にならない場合でも、合算になった場合は、これは1年間を通じるのですが、高額医療・高額介護合算療養費制度があり、1年間の自己負担支払額が限度額を超えた場合に支給されます。

○**司会** ここからはコメンテーターとして大阪府医師会で広報を担当しておられる阪本栄理事にも参加いただき、がん治療と仕事、日常生活をどうしていくかということについて、意見交換に移りたいと思います。

## 治療と仕事の両立、ACP



阪本栄・府医理事

○**阪本** がんは高齢者に多いというイメージがあるかもしれませんが、約3割の方は20歳から64歳、つまり働き盛りの方に多いと言われております。よって、がんになっても仕事と治療を両立することが必要になります。

しかしながら、仕事をされている方ががんになった場合、34%の方が退職を余儀なくされた、あるいは解雇されたというデータがございます。自営で仕事をされている方の場合は、13%の方が廃業しているという報告もございます。治療も進歩しており、がんになったから治らないということは決してございませんので、治療を受けながらどうやって仕事をするかということが問題になってきているという状況です。

○**片桐** 最近は手術も入院期間も非常に短くなり、手術以外の治療も原則外来でできるような流れになっています。よって、体調さえ戻れば、仕事をしながら治療を受けることが以前より容易になっています。何より仕事をしている方が元気が出るし、経済的にも安定しますし、治療の励みにもなると思いま

す。ただ、がん患者の就業に関する社会の前向きな意識と理解が必要です。

○今村 最近では仕事を続けながらがん治療をされる方が非常に増えてきています。分子標的薬というのは飲み薬なので、ご自宅で飲んでいただくだけでいいですし、点滴の場合も外来でできるようになってきていますので、多くの方が仕事と両立されていると思います。

○栗山 大阪には国が指定するがん診療連携拠点病院と大阪府が指定するがん診療拠点病院が合わせて60カ所ぐらいあります。がん診療連携拠点病院では、看護師や医療ソーシャルワーカーなどの専門相談員が電話や面接などにより相談に対応しているほか、がんに関する情報提供を行っています。

ここで少し話を変えて、地域医療の連携と在宅医療に関してお話ししたいと思います。

最近は大きな病院と中小病院の連携や、病院と診療所の連携がかなり充実しています。医療機関同士で診療情報提供書、いわゆる紹介状をやりとりして患者さんの情報を共有します。がんに関する専門的な医療は病院で、普段の体調管理やがん以外の一般的な病気は近くのかかりつけ医を受診されるのがよいと思います。また、医師や看護師がご自宅を訪問する在宅医療を受けることができます。定期的な訪問診療や、24時間体制で患者さんの求めに応じて臨時的に往診を受けることもできますし、自宅での酸素療法、点滴、抗がん剤、麻薬での痛みのコントロールも可能です。また、訪問看護ステーションから看護師や理学療法士が訪問し、ご自宅で穏やかに安心した生活を過ごすことができるよう、在宅医療の面でのサポートを行っています。地域

医師会が中心となって医療連携体制が整備されていますので、かかりつけ医、または地元

の医師会にご相談いただければと思います。

○司会 お仕事や治療のこと以外に、ご家族とのお話などについてはいかがでしょうか。

○阪本 ACPという言葉をご存じでしょうか。アドバンス・ケア・プランニング、最近、「人生会議」という愛称が付けられました。将来の医療およびケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、また、医療やケアを担当する方が繰り返し話し合いを行って患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

本格的に迎える超高齢社会は、多死社会でもあります。尊厳ある生と死を実現するためには、在宅においても、施設においてもACPの普及が重要だと考えております。人生の締めくくりの時期に本人の意思を尊重した最適な医療とケアを提供するには、普段から話し合う、それも繰り返し話し合っ

て意思を共有することが非常に重要と考えております。

ACPというのは、人生の最終段階をどう過ごすかということで、暗くなりがちかと思いますが、あくまでも前向きにこれからの生き方を考える仕組みと理解していただきたいと思います。医療や介護の希望を伝えることも大事ですが、まずはご自身の人生観や価値観、それから、自分自身が大切にしてきたこと、そういったことを考えてみるのもよいかもしれません。

ただ、ご自身の意思というものは変わってきますので、繰り返し話し合うことが大切です。そのときの考え方や希望などを文書に

書き留めておくこともいいかと思えます。

○栗山 ACPの普及度ですけれども、今年、大阪府医師会が行った府民対象のアンケートでは、「知っている」と「聞いたことがある」方を合わせて8.5%、10人に1人しか知らないわけです。また、医師会員対象の調査では、「よく知っている」の15%、「ある程度知っている」の24%を合わせても4割以下と、認知度はまだまだ低い現状です。

## ACPを行う目的

○片桐 ACPを行う目的は質の高い終末期医療を提供するという事なのですが、大事なことが3つあると思います。

第1に、患者さんご自身がACPを望んでいるということです。患者さんが終末期に対して拒否とか不安を持っておられるときは、その気持ちに丁寧に対応しないといけません。

第2に、ACPを行う時期ですが、早過ぎても、遅過ぎても有益性が低下すると報告されています。開始時期については、欧米では「サプライズ・クエスチョン」なるものが提唱されています。それは、主治医に「この患者さんが今から1年以内に亡くなったら驚きますか」という問いを立てたときに、主治医の答えが「驚かない」であれば、それはACPを始めるときだということです。随分荒削りな判断基準ですが、5年前に発表されたイタリアのボローニャ大学の論文を見ると、かなり正確に死期を予測していて役に立ちそうだと思います。

最後に、ACPが常に継続されて更新されるということです。さほど遠くない死につい

て意識する状況で行われるので、患者さんご自身が死生観と向き合うということもあります。ただ、その死生観というのは、私の経験では結構変わります。極端なことを言えば、今日の死生観が明日も同じである保証はどこにもありません。だからこそACPというのは継続・更新されないといけないということになります。

ACPを価値あるものにするためには、患者さんご自身が語る人生の物語を道標として、患者さん、ご家族、医療従事者が気持ちを合わせて、その時点の最善の道を探す、これしかないと思います。

○司会 どれだけ予防できるのかということも大事になってくると思うのですが、がん予防についてはいかがでしょうか。

○阪本 28年12月にがん対策基本法が改正され、がん対策が国レベルで行われています。大阪府では、がんになっても心身ともに適切な医療が受けられて、安心して暮らせる社会を目指すといった基本理念を掲げ、第3期の大阪府がん対策推進計画が行われています。

では、大阪の現状はどうかということですが、新たにがんになる方は年間5万人を超え、年間2万人の方ががんで亡くなられています。

予防については、たばこ対策が喫緊の課題と考えています。また、大阪府では、がん検診を受ける方が少しずつ増えてはいるのですが、全国ではまだまだ最低レベルという状況が続いています。ぜひがん検診を受けていただきたいと考えています。

○今村 がんは予防が大事です。たばこを吸わないのが一番重要と思いますが、慢性感

染症やウイルス感染についてチェックしていただくのもいいと思います。それから、食生活に気を付けることも非常に重要だと思います。

次に早期発見です。がんは症状が出てきたら進行がんです。そうすると、症状で見つけようというのは絶対だめで、検診を受けるのが一番となります。

## 質 疑 応 答

○会場 唾液1滴とか血液1滴でがんが発見できるということが5年後、10年後に実用化されると聞きました。今どれくらい進んでいるのでしょうか。

○今村 がん患者さんの血液の中にはがんの遺伝子が流れています。1ccぐらいの血液で今でも診断はできますが、まだ精度がよくないので、犬を使ったり虫を使ったりして更に精度のいい方法を探しています。今はまだ実験段階で信頼性は低いと思いますが、近い将来実現されると思います。

○司会 がんの種類に関してはどうですか。例えば血液1滴で全部が分かればすごく楽ですね。

○今村 がんの性質は色々ですから、当然

見つけやすいものと見つけにくいものがあると思います。

○会場 東洋医学では医食同源と言われていますが、こういうものを食べたらよいというのがありますか。

○片桐 ある特定の食材がリスクを上げるかもしれないという論文の報告はありますが、常識的にはバランスのいい食事が、一番リスクが少ないと思います。

○会場 ストレスが神経を弱らせるということは裏付けがあるのでしょうか。

○片桐 私はストレスのない生活をしている人に、今までお会いしたことがありません。何もしないことでストレスがなくなることはないと思います。ストレスのない生活



は、自律神経を介して体にいい影響を与える可能性を否定はしないけれども、それを求めるのは青い鳥を探しているのと一緒ではないかと思います。

○**今村** 日本人は結構ストレスがあると思いますけれども、すごく長生きですよ。世界には日本人よりずっとストレスの少ない国民もおられると思いますが、その人達がすごく長生きというわけでもないのに、他の要素の方が大きいのではないかと思います。

○**会場** 大腸がんでは、カプセルを飲んで、それを解析して見分けるという検診の方法があると聞きましたが、いかがでしょうか。

○**今村** カプセル内視鏡というものです。精度に関しては、まだまだではないかと思っています。内視鏡では、ポリープなどがあるとその場で取ってくれて、それで治療が終わります。カプセル内視鏡の場合はそうはいきませんので、嫌でなければ内視鏡がいいのではないかと思います。

## 最後に

○**今村** 最先端の話というか、少し難しいこともあったかもしれませんが、非常に楽しませていただきました。

○**片桐** がんになってしまったら、決断すべきときに、ご自身で大事だと思うこと、生き方、自分の望む医療・ケア、そのすべてを自ら選び取る、なかなか大変ですが、選び取っていただけたらいいかなと思います。

○**栗山** 保険に関する仕組みや制度を説明したのですが、一度聞いただけではお分かりになりにくかったと思いますので、頭の片隅に入れていただければと思います。また、アメリカなどでは医療を受けることによって破産したりするような現状ですが、日本では、そうしたことは基本的にはありません。国民皆保険制度を守っている日本では、経済的にも安心して的確な医療を受けることができます。大阪府医師会は、これからも皆様方が安心して医療を受けることができるよう国民皆保険制度を守っていききたいと思います。

○**阪本** がんに限らず病気すべてについて早期発見、早期治療が重要だと思います。大阪は健康指標がワーストという現状ですので、ぜひ検診を受けてください。

それから、人それぞれ性格や価値観、人生観が違いますので、ACPがいいから何でもかんでもしましようということではありません。押し付けにならないように配慮が必要だと思いますので、ぜひご理解いただきたいと思っています。

大阪府医師会では、かかりつけ医を持つことを推進し、検診も受けていただくことで皆様の健康を守っていきたいと考えておりますので、今後ともご理解のほどお願いいたします。

○**司会** がん医療について考えていただききっかけになればよかったです。ありがとうございました。

(文責：広報委員会)

## レポート

はじめに、茂松茂人会長のごあいさつと台風19号のため日程を変更せざるを得なかったことのお詫びの言葉が語られました。情報過多の時代に、かかりつけ医を持つことの大切さも話されました。

大阪国際がんセンター副院長の今村文生先生より、ご専門の肺がんについて、4つのドライバー遺伝子の変異や転座がある時に、キナーゼ阻害剤が飲み薬として良い成績であることが示されました。続いて、免疫チェックポイント阻害剤である標的分子CTLA-4に対するヤーボイ、標的分子PD-1に対するオプジーボを使用した1回の治療で劇的に改善した症例が紹介されました。

市立豊中病院顧問、元病院長の片桐修一先生は、自らの体重減少に始まった壮絶な闘病体験を時にはユーモアを交えて（「胃がんで依願退職しました」）語られました。現在は、お仕事にもしっかり復帰されています。先生が強調されたのは、「いつも最善であることを願いつつ、それでも最悪の場合にも備えてほしい」ということでした。先生の今後のご健康とご活躍をお祈りします。シンポジストになってくださって、ありがとうございます。

大阪府医師会理事の栗山隆信先生が、国民皆保険制度の重要性のお話から、保険外併用療養費のこと、そのうち「評価療養」「選定療養」「患者申出療養」のお話をされました。高額療養費制度では、病院の窓口であらかじめ「限度額適用認定証」などを提示すれば、窓口での支払いを上限額に留められるとのことでした。介護保険の適用についても教えていただきました。

府医理事の阪本栄先生によると、がんになった後、勤務者の34%が依願退職または解雇、自営業者の13%が廃業されているとのことでした。ディスカッションで、ACP（最近、名訳の「人生会議」と呼ばれていますが）について、サプライズ・クエスチョン「この患者さんが今から1年以内に亡くなったら驚きますか」と主治医に聞いて、その答えが「驚かない」なら、すぐに始めるべきだとの話がありました。また、がん予防としては、①禁煙②ウイルス性肝炎の治療③検診を受ける④バランスの取れた食事——が挙げられました。

私ごとですが、私も今は元気にはしていますが（笑）、平成7年1月に甲状腺がんで全摘術と9カ所のリンパ節転移を取りました。術後のRI検査で更にリンパ節転移が見つかり、同年3月にRI治療を行いました。全摘のため、一生、チラージンSを内服して採血して甲状腺機能とマーカーであるサイログロブリンをフォローしないとイケません。大変面倒です（笑）。会場はほぼ満席で、古川圭子・毎日放送アナウンサーのパネリストへの質問がお上手で、フロアからの質問もあって、充実した会でした。 広報委員 佐野 博彦