

岸本 私が食事に気を遣っていることを、いろいろ言う人もいます。前だって同じような食事をしていたのに、がんになったんだから意味がないとか、食事なんて関係ないという人。治るの？ 再発防げるの？ 根拠は？ という人。因果関係がハッキリしないものを心地良いとは思えない人が多くて、そういう人からは説明を求められるんです。

中川 それはおかしいですね。何かしているという感覚の方が大事だと思います。

岸本 運と努力の程よい統合といえますか。そういったものの伝わる人と伝わらない人がいますね。努力は報われるという風に人生を生きたい人もいます。そういう人は運という要素を認めない。逆に、努力が実らなかつた裏切られたという経験が強すぎて、世の中の生老病死すべて運と言って、何も努力しないニヒリズムの人もあります。

中川 そこで人間として何を

していかかというの、かなり根源的な問題ですね。いずれにしても個々の努力とは別に、米国が力を入れてるのは検診です。30年前に比べて子宮頸がんの死亡率が大幅に下がっていると言われているんですけど、実はステージごとに比較するとほとんど変化がないんです。何のことはない30年前より早期発見で

岸本葉子×中川恵一 日常の中の がん

今回のテーマは、がんに対してどのような備えをすればよいのか、です。

中 知らなすぎる

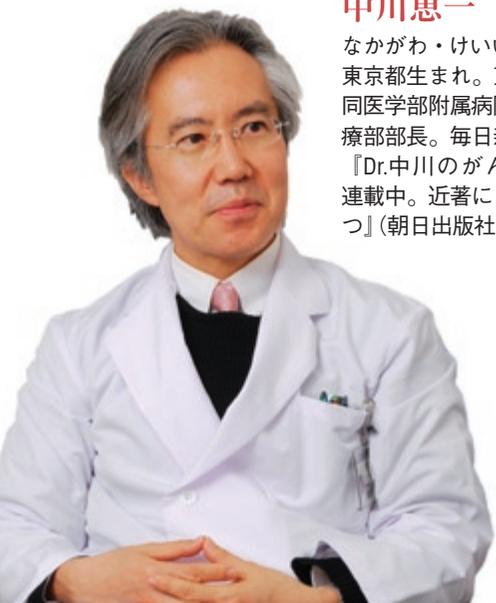
岸本葉子

きしもと・ようこ ●1961年、神奈川県生まれ。東京大学卒業。保険会社に勤務した後、北京外国語学院に留学。旅や生活にまつわるエッセイストとして活動する。近著に『岸本葉子の根菜ごはんのすすめ』(昭文社)。



中川恵一

なかがわ・けいいち ●1960年、東京都生まれ。東京大学卒業。同医学部附属病院緩和ケア診療部部長。毎日新聞朝刊にて『Dr.中川のがんを知る』を連載中。近著に『がんのひみつ』(朝日出版社)。



きるようになっただけのこと。がんで死なないためには早期発見に尽きます。検診と死亡率減少に直接的な因果関係があるというデータは少ないんですけれど、しかし米国では、検診率が上がって死亡率が下がりがり2つのカーブはちょうど逆になっています。

岸本 乳がんは啓発活動が盛んで、私たちと同世代の人も自分たちの問題だと考えてるようになっていきますけれど、他のがんはまだまだかなと思います。

中川 自分たちの問題と考えるだけでは、米国のように受診率9割までいかないですよ。知識のない人でも行くのは、無料で、なおかつ行った方が得になるように強制力が働いているからです。

岸本 インセンティブの付け方ということですか。

中川 というより強制力の方が正しいと思います。米国の医療というのは映画『S i C

KO』に描かれた通りで、がん患者を放置すると治療費に税金がかかるから早期に発見したいというだけ。根本の発想が、人助けじゃなくて金儲けなんです。でも、それでその人が救われるなら構わないじゃないかとも思います。

岸本 日本の場合、自治体の立場では、検診にはお金がかかるので、本当はあんまり受診してほしいくないというようなくとも聞きますよね。

中川 がん対策基本法で受診率5割をめざしていますけれど、5割ですら実現が怪しいし、そもそも5割では死亡率を下げるに至らないです。

岸本 日常とがんが完全に切り離されていて、非常事態になってから初めて考えるから、そんなことが起きているのかなと思います。

中川 まったくです。自分の人生の道の上にあつて運が悪ければ落ちる穴のようなものなのに、全然がんのことを考

主治医への信頼と依存強い。地域に戻ることは正直、不安が残る。(岸本)

えていないですよ。毎日新聞の行った世論調査では、緩和ケアという言葉を知らない人が72%いたんです。3人に1人はがんで死ぬのに、これはヒドイと思いませんか。

岸本 本当に驚きです。**中川** 言葉も悪いのかもしれないんですけどね。

岸本 終末期治療のターミナルケアとかホスピスケアの方が知られていますね。でも「緩和」という単語は、本質はついていきますよ。心や体の痛みを和らげるのだから。「緩和ケア」を知らないということは、そのために使う麻薬についても知らないことになりませんか。

中川 ええ。とにかく皆さん使いたがらないです。使用量

が米国の20分の1です。米国では歯痛でも使うのでやり過ぎですけど、いずれにしても日本は世界の平均以下しか使ってません。

麻薬を使う人は自分たちとは別の人間だという意識で、境を作りたがるんですよ。麻薬より危ない薬はいくらでもあるし、痛みを取った方が長生きするという臨床試験結果もあるのに。死を避けようと無意識でしていることが、かえって死を近づけているんです。

つらくとも勉強を

中川 患者にとつてはつらいことでも、やはりがんのことをきちんと知ってもらうことが結局は得になると思うんで

す。心の問題ではなく、現実の問題です。知らなければ本当に損しますよ。

岸本 でも、自分が何を知らないのかすら、分からないかもしれないから、

中川 医師が悪いんでしょうか。でも欧米の患者は、ちゃんと知っているわけですよ。医師ってそんなに立派な人ではないので、あわよくば自分の商品を買ってもらいたい。外科なら手術を勧めるし、腫瘍内科医は化学療法を勧めるんです。トヨタの社員が日産車を勧めたりはしないですよ。すべてのビジネスと同じなんです。だから患者が自分で勉強して、トヨタと日産を比べないといけないんです。

岸本 患者は最初に診ていた

だいた医師への信頼、依存心が強いと思います。専門家の先生に、日産車もあるけど、あなたにはトヨタがいいと思いますよと言われると、そうかなと思ってしまうんです。**中川** 主治医の話は非常に重大で、これほどの権限を与えている国・体制は他にありません。主治医の権限の強さが、チーム医療を阻害する要因にもなっています。**岸本** 主治医への信頼と依存は間違いなくあります。私は感情を見せることはなかったけれど、それでもあの先生がいる限り同じところへ通おうと思っっています。地域連携ができてから地元病院へ向け、と言われるても不安に思っています。

中川 厚労省の考えは、頭の中だけで理屈をこねくり回したものです。拠点病院構想にしても在宅推進にしても、患者の心にある依存の問題が考慮されていません。東大病院で在宅導入するのが、どんなに大変か。「見放すのか」と言う人ばかりです。

岸本 特に外科の場合、肉眼で体の中を見て、手で触っているというのもあると思いません。

中川 これまで診断、治療、フォローアップ、看取りを全部外科がやってきました。でも外科の志望者が急激に減っていますから、もう無理です。外科だけに頼ると、がん難民がどんどん生み出されることになりません。

岸本 冷静に考えれば在宅や近所で緩和ケアを受ける方がメリットあるかもしれないんですけど、具体的にイメージできないんですよ。**中川** それはそうでしょう。霞が関の考え方がステレオタ

イブなんで、そもそも都市部の場合、病院で死にたい人の方が多く感じています。**岸本** 家で死にたいという時、それを受け入れる家族の問題も大きいでしょう。都市部は核家族化が進んでいて、大家族と核家族とは介護力が違いますよね。**中川** そうですね。緩和が進んでいるのは、むしろ地方で、コミュニティが残っている所です。

岸本 鎌田實先生の諏訪でのお話を伺うと、緩和にしても在宅にしても、イメージは東京とだいぶ違います。**中川** 自然の力が違います。雄大な自然に包まれていると、全体の一部という感覚、もみじの葉っぱも散れば、おれも死ぬだろうという感覚を覚えます。都市では全能感や不死感が出てしまうんです。

岸本 自然に抱擁されているという感覚がないから主治医に依存してしまうのかもしれない。

外科医だけに頼ると どんどんがん難民 生み出される。(中川)