

SIGHT 2008年 AUTUMN

総力特集！ 日本の医療はなぜ私たちにラクに治してくれないのか？

「早期発見・早期治療」だけでは8割のがん患者が救われない

腫瘍内科医 浜松オンコロジーセンター長
渡辺 亨

インタビュー
大室みどり

——今日は日本のがん治療がいかに遅れているのかということをおうかがいしたいと思います。

渡辺 遅れているというより、不十分なんですよね。現実問題として専門家がいなさ過ぎるんですよ。これまで日本のがん治療では、「早期発見・早期手術」という部分がフォーカスされていて、そのパラダイムに入る部分の医療者はすごく増えたんです。診断をする人や、レントゲンや外科手術をする医療者はいっぱいいます。でも、実はこの枠組みから外れた進行がんの患者さんも大勢いて、その方たちに対応する医療者がほとんど育成されていません。このあたりの構造的な問題は深刻ですね。誰も足りないところに人を配置しようとコントロールしないんです。医学部を卒業して何科に進むのかは自由裁量ですからね。

たとえば今まで日本で一番多かったのは胃がんでしたが、胃がんを見つける方法にはレントゲン診断や消化器内視鏡があります。それで、消化器に携わる医者というのは、外科か内視鏡かどちらかで、1980年代くらいに胃がんの抗がん剤治療が少し芽生えてきても、抗がん剤治療をする医者はまず皆無でした。多くのドクターは診断にのみ興味があって、内科的な治療には興味がなかったんです。なぜなら、がんの「治療」は外科が手術でやるものだっていう認識だったから。つまり、外科手術のための早期診断なんです。

——診断をして、「はい、あなたはがん細胞が見つかりましたから、手術をしないとイケませんよ」と言って、外科医に回すということですか？

渡辺 そうです。それで、このパラダイムでうまくいった人は、「よかったですね、よかったですね」ということですが、じゃあ早期に発見出来なかった人や外科手術のあと再発した人など、このパラダイムから外れてしまった人はどうするんでしょうか。たとえばI期の胃がんは、5年生存率98%と言っていますが、実はそこから外れる人はいっぱいいるんです。がんの再発や転移といった事態は決して珍しいことではありません。転移というのは、たんぽぽの種が吹き飛んでいくように、微細ながんの粒子が体中に拡がって、たとえばも

ともと乳がんだったものが脳や骨など離れた箇所で見られることを言います。そういう人をどうするかという体制がまるで出来ていないんですね。外科治療をして、その後の抗がん剤治療をどうするかとか、再発をどうするかってところがほとんど空白地帯で、その状況はいまだにほとんど変わっていません。がんの専門家がない。

——臓器縦割りで診療科が決まっていて、産婦人科だったらお産を取り上げるような人が子宮がんも診るとか、そういうことですか？

渡辺 産婦人科でいえばそういうことです。

——先生は、がん患者さんの数の割合を、1：8：1だとおっしゃっていますね。まず初期治療の段階にあたる方というのは、だいたい1割に過ぎず、どうしても手の施しようがなくなってしまうとホスピスをご紹介する段階の方が1割ぐらい。残りの8割を支える医療者が足りないということですか？

渡辺 そうですね。最後の1を診るホスピスケアというのは、まだまだ不十分ではありますが、だいぶ増えてきました。しかし、問題はまんなかの8の部分です。この部分にあたる人たちというのは、再発していたり転移していたり、あるいはひょっとしたら再発や転移があるかもしれないという不安を抱えている状態なんです。この方たちに対して十分な手が尽くされていないのが現状です。つまり初期治療の診断と、外科手術などの初期治療が終わりましたよという部分は、がん治療の入口に過ぎないんです。それなのに、専門医がないから、外科医が手術が終わった後も患者さんが亡くなるまでずっとフォローするんです。放射線治療やるにしても、抗がん剤治療やるにしてもすべて外科医が診ていた——「診ていた」んじゃない、「診ている」んです。今だって同じ状況なんです。

——過去ではなく、現在の問題なんですね。

渡辺 でも、外科医は一生懸命やってるんだから責められませんよ。だって、がん診療拠点病院（全国どこでも質の高いがん医療が受けられるように、厚生労働省が整備を進めている各地の診療拠点のこと）ですら、救急外来もやるんですよ。がんの手術はもとより、海で溺れて担ぎ込まれた人の処置もするし、虫垂炎とかそういう手術もするわけですから、手が回らないわけです。外科医と腫瘍内科医の僕が、5分、薬のことを話ただけで、「いや、もう全然違うな」とむこうが言ってきますよ。抗がん剤のことで、こういう選択肢もあります、ああいう選択肢もどうですかって言うと、「そういうふう考えるんですか！」っていうふうに。彼らは生業として、外科手術を志してやっていますから、無理もありません。最近になって、外科医が抗がん剤治療することが問題視されるようになりましたが、じゃあこちらにバトンタッチしてくださいと言えだけの腫瘍内科医がいるかっていうと、まだまだないんですよ。過渡期と言えば過渡期だけでも、最初から外科手術の対象にならないような人をフォローする人や、心のケアをする人、ずーっとがんのケアをしていく専門家が育成されることが急務ですよ。それは一朝一夕には無理で、5年とか、やっばり時間がかかりますよ。

——今、先生のような腫瘍内科医は増えつつあるんですか？

渡辺 少しずつは増えてきています。でも多くは、そういう名前、看板を上げているだけです。実際には、消化器内科で内視鏡中心にやってきた先生が、まあ消化器の抗がん剤治療もやりますよということで腫瘍内科の看板を上げたり、呼吸器内科で、肺がんの化学療法とか呼吸器やってますよという人が腫瘍内科の看板を上げたり。「群盲象を撫でる」みたいなどころがあるんですよ。何となく抗がん剤を使いこなせるとか、表面的なことだけで腫瘍内科だと言っている病院も多いんです。本来、腫瘍内科というのは、患者さんを心とか思いとか、理念でもって診ていくというところがコアにあるんですよ。たとえば、がんが再発しても、別に患者さんが何か不適切な行動をしたからではないし、医療者が悪いわけでもない。そうではなくて、がん自体の性格が再発するものだということをきちんと説明できるのががんの専門家なんです。ところが、外科医には、自分の手術が不十分だったから再発したんだってという負い目を持ちながら患者さんと接する人がたくさんいます。がんが再発した患者さんが、私のところにセカンド・オピニオンで来て、こちらで治療を受けたいとなった時に、「患者さんがこういうふうに希望しているので、もしお許しただければ、こちらで担当しますよ」と外科の先生に手紙を書くと、本来だったらそれは自分が最後まで診なきゃいけないものだとか、手術が不適切で再発させてしまったとか、そういうことを言う人が多いんですよ。それに、患者さん側には、自分が無理し過ぎちゃったから、お酒を呑み過ぎちゃったからがんが再発したんだと、自分の過去の行為を責めて「自分が悪いんだ」と思いこむ人もいます。それから、そこに乗じて、「あんたが悪い」と言う医者もいます。

——えっ、そうなんですか？

渡辺 たとえば、手術後に、方々に飛散したたんぽぽの種を撲滅する目的で抗がん剤治療をしますが、その時は、よっぽどうまく説明しないと、患者さんに治療の意図を伝えられません。手術で目に見えるものは取りました。しかし、目に見えないものがあるかもしれないし、ないかもしれない。それを撲滅するために抗がん剤治療やりましょうということですが、目に見えないわけですから、患者さんにしてみれば「こんなに副作用があるけど、効いてるんでしょうか？」と思うでしょう。そうすると外科医は、「まあ手術で取り切れたから、抗がん剤はやらなくてもいいですよ」と言ってしまうんです。そうすると患者さんだっけ、「じゃあやめましょう」と言うでしょうし、患者さんが「抗がん剤はもうやめたい」と言うと、簡単に「ああ、そうですか」となるんです。でもしばらくして、その患者さんが再発すると、「あの時あなたが嫌だと言ってたから、自分が悪いんですよ」と患者さんを責めるんですよ。「患者さんが悪いわけでもなく、医療者が不十分だったわけでもなく、がんという病気が悪いんだ」という気持ちが出発点にないから。

コミュニケーション不全から

「がん難民」が生まれる

渡辺 21世紀のこの時点で、がんという病気に対して、出来ることと出来ないことがあって、出来ることについてはプロフェッショナルとしてベスト・エフォートでやっていきましょう。でも、出来ないことがあるということは、患者さんも認識してほしいし、医療者もちょうと説明しなければなりません。出来ること、出来ないことを冷静に切り分けて、患者さんには、出来ないことがあるんだっていうことを温かく説明して、その上で最後まで出来ることは全部やりますよと伝えなくてはいけない。患者さんに相対峙していかないといけないわけですよ。これはコミュニケーション術ですよ。こうした作業は時間もかかるし、根気もいりますから、忙しい時や、うまく伝えられないようなときには、どうしても投げ出したくなりますよね。がんが悪くなったりすると「もう他の病院行ってくれ」なんてことになってしまうんです。

——いわゆるがん難民が生まれるわけですね。

渡辺 そうそう。「うちの病院では出来ることはもうありませんよ」とか言われて、がん難民が生まれるんです。それから、自己決定というのが勘違いされています。「出来ることはこれとこれがあります。どれをやりますか？ 来週までに決めてきてください」って丸投げされるわけです。丸投げされても患者さんは判断できませんから、その場合もがん難民になってしまうんです。さらに不安になった患者さんは民間療法に走ったりします。で、民間療法では活性化リンパ球療法やれば治るみたいな、出来もしないことを出来るみたいに言うんですよ。

——がん難民の問題はどれくらいシリアスなんですか？

渡辺 かわいそうなくらいシリアスですよ。外科の先生たちが手に負えないような患者さんに対して、そんなにしなくたっていいんじゃないのっていうくらい、どっか行ってくれという感じで意地悪く、冷たく接するんですよ。そうすると、どこか行きたくなりますよね。国立がんセンターなんかでもそうです。これ以上はもう標準治療はありませんと言って、「他行ってください」とか「おうちの近くで診てもらってください」と言って宛名なしの紹介状、つまり宛名をご担当先生とかにして紹介状を渡すケースが多いんです。

——紹介状の意味がないですよ。

渡辺 (笑) 意味ないですね。やっぱり、患者さんをどこかにお願いする時も、ちゃんと、「先生、お願いしますよ」ってバトンタッチするのが責任ある医療ですよ。無責任に宛名なしの紹介状書かれたら、そりゃあ難民にもなりますよ。

なぜがんに立ち向かう体制が 全くできていないのか

——がんって私たちにとってもっとも身近でもっとも怖い病気ですけど、それに立ち向かう体制が全く出来ていないんですね。そもそも、なぜ「早期発見・早期手術」一辺倒になっちゃったんですか？

渡辺 それは、行政がキャンペーン的に「早期発見・早期手術に力を注ぎましょう」というのは、とても言いやすいし、話がうまくまとまりやすいからですね。そもそも、がんの告知もあまりやらない風潮だったので、「進行がんです」と言ってもなかなか受け皿が出来てないわけですよ。再発した人の終末期医療をどうしようかなんていうのは、最近では光が当てられてきましたが、やっぱりちょっと暗いところがあります。でも、早期発見・早期手術のために最先端の機械を導入しましょうとか、ロボット外科だとか、そういう話はバラ色に響くわけです。たとえば早期発見・早期外科治療のためにこれだけの研究費を出してやったところ、これだけ診断率が向上したっていうサクセス・ストーリーは、最初から出来レースとして話を作りやすいわけですよ。行政としては、「健診を市町村で 35 歳以上を対象にやりましょう」とか「うちの市は全部無料にしますよ」とか言いやすいですよ。選挙公約にもなりやすいし。

——なるほどなるほど。

渡辺 このように、「早期発見・早期手術」というのは全ての人に受け入れられるがんの施策だったんですよ。しかし近年は、このパラダイム自体もあまり意味がないということがわかってきました。「早期」という概念がまやかしであって、ウサギとカメみたいな話なんです。がんにも性格があって、浸潤がんと非浸潤がんというものがあります。たとえば乳がんは乳管からがんが出来るわけですが、乳管には基底膜という、ちくわでいえば外側の茶色い焦げた部分があって、それを破って、外に張り巡らされた毛細血管やリンパ管に出て、血管の中に入って他のところに流れていく可能性があるがんのことを浸潤がんといいます。つまり、浸潤がんは転移するんです。それに対して非浸潤がんというのは、乳管にとどまって転移しないんです。胃がんでいえば、胃の粘膜の表面だけにちょこちょこっと出来ているがんを粘膜内がんといいます。非浸潤がんや粘膜内がんは早期がんだとよく言われますが、実は時間的に早い・遅いという概念のものではないんです。これらのがんのうち、50%はやがて浸潤がんになり、広がっていくわけですが、残りの 50%は、ずーっと非浸潤がんなんですよ。進行するものについては確かに早期ってことになるけど、残りの半分は、ずーっと放っておいてもそのまんま。来年診ても、再来年診ても同じなんです。

——害のないものなんですか？

渡辺 そう、害のないものなんです。いずれ大きくなっていく浸潤がんを非浸潤の段階で見つけることは意味がありますが、害のないものを見つけても仕方がない。だから、全てを「早期」という時間軸だけで考えるのではなくて、がんの性格も考えて、ちゃんと切り分けないとイケませんね。また、もうひとつがんに立ち向かう体制を整えられなかった原因に、告知の問題があります。

——最近までがんの告知はタブー視されていましたね。

渡辺 そうです。で、ニワトリが先かタマゴが先かですけど、サポートする体制がないから、告知しないという面もありました。告知されたらあの人、塞ぎ込んで自殺でもしたらどうしようという時に、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）という、心の問題をバックア

ップしてくれる分野の専門家がいれば、告知したっていいわけですよ。ただそういう体制もないから、告知したら大変なことになる。本人には言わない、家族にだけは言うようにしよう、ということになるんです。そういう感じだったから体制も出来ないし——ということですよ。で、もし胃がんですと言われてたら、じゃあがんの専門家に診てもらおうと思いますよね。ただ、「胃がんです」とは言わなくて、「胃潰瘍のちょっとタチの悪いものです」と話をされたら、がんの専門家を探さないですよ。

——(笑)当たり前の話ですよ。

渡辺 そうですね。だから、がん治療のニーズが発生しない状況になっていたわけですよ。そうした状況でずーっと来てたんですが、ここにきて、終末期医療はどうするんだとか、がん難民はどうなんだって問題が一気に爆発してしまったんです。それはやっぱり、個人を尊重しなきゃいけないとか、情報開示とか言われる時代の流れに、がん医療は乗り遅れてしまったということなんですよ。

——がん医療に対するニーズが高まって、がん診療拠点病院が各地に作られていますね。

渡辺 はい。一生懸命、診療拠点病院を作ってますけど、これがまた偽物ばかりです。がん診療拠点病院って早く手を挙げたほうが勝ちみたいなところがあって、指定されると診療報酬がいろんな点でよくなるから、決して体制が整っていなくても表面だけ取り繕ってやってる事例が全国にいっぱいあります。がん診療拠点病院なのに、がん専門家がいらないんです。

抗がん剤は劇的に進化している

——次に、抗がん剤についてお聞きします。抗がん剤といえばものすごくつらくて苦しいものというイメージがありますが、昔と比べて進化しているんですか？

渡辺 それはもう、毒から薬へというぐらいがらっと変わってますよね。1950年ぐらいに出来た抗がん剤治療体系は、基本的には、毒ガスから出発しています。副作用もありますが、それをどうにか抑えつつ、毒をうまく使おうということだったんです。ただハーセプチンや、アバスチン、血管新生阻害剤など、新しい治療薬がどんどん出来てくると、まったく副作用なく、びっくりするくらい劇的な治療効果を得られるようになりました。そうすると、準備が出来た疾患から、順次、毒の治療から薬の治療に置き換えていくわけですよ。たとえば、5年前ぐらいまでは、慢性骨髄性白血病の治療は、患者さんを無菌室に2～3週間閉じ込めて骨髄移植をやっていたわけですが、今はもうグリーベックという飲み薬ができて骨髄移植の必要はなくなりました。治療自体もがらっと変わったんです。それから、吐き気止めや熱が出た時の抗生物質といった、副作用対策の薬もすごくよくなってますね。20年前は、患者さんは抗がん剤治療のために、少なくとも2泊3日ぐらい入院して、その間、洗面器抱えて吐きどおしだったんですよ。夜中も。で、僕ら研修医や若手の仕事っていうのは、患者さんが吐き過ぎて脱水になったら点滴したり、とにかく2泊

3日のお世話係でしたよ。それが当たり前でしたが、今はよく効く吐き気止めの薬が開発されて、せいぜい吐き気はつわり程度になって、同じ治療が外来でできるようになりました。このように薬剤自体はとてよくなってはるけれど、問題はお金です。薬剤がめちゃくちゃ高くなったんです。

——よくなるのと比例して値段が上がっているということですか？

渡辺 そうですね。厚生労働省は新規性を評価すると言っているんですが、実は、新薬はベンチャービジネスがかつかつの予算で開発したものを大企業がパクッと買ってるわけですから、開発費なんかほとんどかかっていないんですよ。それで大企業が潤っているという仕組みですね。

——製薬会社ばかりが儲かっているということですか？

渡辺 そうでしょうね。でも、薬はよくなった。ハーセプチンという乳がんの治療薬ができたんですが、これは今まで一番タチの悪いとされていた、一気にうわっと拡がって、肝臓に転移が出て、1ヵ月もしないで亡くなってしまふような、手のつけられないタイプを劇的によくする薬なんです。治ったんじゃないかという人も出てくるぐらい効果が出ているんです。これは一回の点滴で7万円ですね。

——高いですねえ。どうしてもお金持ちは治るけど、貧乏な人は——っていう傾向はあるんでしょうか？

渡辺 でもね、そんなに貧乏な人って実は日本にはあまりいないんですよ。というのは、保険で7割カバーされて、さらに高額医療の還付が必ずあるから。日本は恵まれています。

副作用のない薬は存在しない

——少し前に、イレッサ（抗がん剤の一種で肺ガンの治療薬。2002年7月に認可を受けたが、今年3月末時点の厚生労働省発表によると、1916件の副作用被害が報告されており、そのうち734人もの患者が死に至っているという）の副作用が大きな問題となりました。抗がん剤で多くの患者さんが亡くなってしまったわけですが、そういう事故は防ぎようがないんでしょうか？

渡辺 イレッサからは多くのことを学んだと思います。というのは、さっきのハーセプチンだって、効くタイプの乳がんの人は2割ですよ。8割の人は効かないんです。それが最初からわかっていたわけですよ。しかしイレッサの場合には、肺がんの中で、どういう人にイレッサが効くのか全然わからない状況で、市販されてしまったんです。普通、ああいふ新しい薬は、だいたいアメリカやヨーロッパで先に市販されて、日本は後追いですから、先行して使われている国でいろんな問題はだいたい解決済みで、日本ではとりあえず形だけの治験をやるんですが、イレッサは日本が世界初だったんです。日本が初というのは、肺がんの先生方や厚生労働省が「夢の薬・イレッサ」とか言って、世界に先駆けて日本で承認しようと熱病に浮かされたように突っ走ったからなんですよ。さらに、普通承認さ

れてから市販されるまで何ヵ月かかかるんですが、その間、1錠8千円ぐらい患者さんがお金を払えば使っていていいですよという特別措置まで認めてしまったんです。その時に、歯医者さんが知り合いのがんの患者さんとかのために処方したとか、もう、歯止めが効かないぐらい流通してしまっただ。で、イレッサを使うと、副作用で間質性肺炎というのが5%の患者さんで起きるんですが、これは特別高い確率ではなくて他の治療薬でも同じように起きるんです。でも、イレッサは大量に流通していたから、副作用の問題がものすごく前面に出てしまったんです。で、どういう人が効きやすいかは発売時はわからなかったんですが、発売していろいろ調べてみると、煙草を吸ってない女性で、肺腺がんの患者さんは効きやすいとだんだんわかってきたんですよね。じゃあなぜそういう人が効きやすいのか、遺伝子の検査をしたら、ある特定の変異がある人は、イレッサが効くということがわかりました。つまり、5%の人に副作用が出て、この人は絶対効かない、この人は効くという、リスクとベネフィットのバランスが、ちゃんと評価出来るようになったのは、市販されてだいぶ後だったんです。肺がんの中には、腺がん、扁平上皮がん、大細胞がんというのがありますが、最初の理屈で言うと、この中の扁平上皮がんにはイレッサは効くだろうと考えられていたんですが、それが見事に違っていて、実際には扁平上皮がんには全然効かず、腺がんには効いたんです。最初にわかっていればよかったです。今は、逆に新薬の認証はものすごく慎重です。「薬害許すまじ!」ということで、100%安全な薬を提供するのが厚生労働省の使命だという風潮ですからね。

——100%安全な薬って可能なんですか？

渡辺 不可能でしょうね。薬というのはやっぱり諸刃の剣ですから、100%安全なものだという認識は捨てて、リスクとベネフィットを十分に理解した専門医が「これぐらいは安全だけど、これぐらいの危険性があるよ。だけどそれを上回るだけのベネフィットがありますから、使ったほうがいいですよ」と説明した上で扱わなきゃいけないんです。まあ、がんについては専門医がいないのが問題なんです。

——なるほど、またそこに行くんですね。

重厚長大な病院ではなく、 小さな病院のネットワーク作りを

——御著書『がん常識の嘘』の中で一番印象に残ったのが、「辻辻の交番のような町のがん診療施設の設立を目指しました」という言葉なんですが、先生が国立がんセンターの内科医長を勤められた後、浜松で病院を構えられたのは、理想の治療、理想のケアをするためにはこの形しかないと思われたということですか？

渡辺 そうですね。父も祖父も、この地で内科医をやっていて、往診とかしょっちゅう行ってるのを見て育ったので、やっぱり、こういう形で、患者さんの近くでやるのが一番いいかなと思ったんです。国立がんセンターには20年近くいましたが、あそこは患者さんと

の距離が遠いんです。全国から患者さんが来てくれましたが、患者さんは前の日に東京に来て、泊まって、朝から3時間待って。それでたったの3分診療っていう状況だったんです。それで「帰って、地元の先生に診てもらってください」みたいな感じでしたから、こういう体制はやっぱり間違ってるなと思いました。それでいろいろ考えてみると、やっぱり、重厚長大な病院を頂点として、二次、三次の病院に患者を振り分ける上意下達のピラミッド型医療じゃダメなんです。がん診療拠点病院というの、ピラミッド型ですよ。そうではなくて、横のネットワーク型で、同じような規模の病院があちこちにあって、連絡を取りあえるというようにしていくのが一番いいなと思ったから、僕は浜松でやっているわけです。オンコロジーセンターと呼んでいますが、このクラスのクリニックがあちこちにあれば、近在の人はだいたいここで事足りるわけです。それから、もし手術が必要だとか、大がかりな検査が必要だという時のために、このネットワークの中で拠点病院というのが存在すればいいですけどね。

——まさに辻辻の交番ですね。日本全国見渡した時に、他にこういった、徒歩何分かで駆け込める交番のようながんの病院ってあるんですか？

渡辺 まだないですね。まあ、僕がやってるのを注目して、いずれはああいうふうにやりたいて言ってくれる若い奴は多いです。がん医療の実践の場として、浜松を中心にネットワークが出来れば、それをモデルとして同じ形のものが他の地域でも出来てくるでしょうね。それが僕の変らぬ夢というか、努力目標なんです。重厚長大な大病院というのは必要ないと思うんですよ。何でもかんでも入院しなきゃとか、大きな病院で診てもらいたいとかって、みんなそう思うでしょ？

——偉い先生がいて、すごい機械がいっぱいあって、何だか万能感に捕われがちなんですよ、きっと。

渡辺 そうそう、その万能感が実は妄想なんです。だからこうしたネットワークでいつでも診てくれて、ちゃんとした検査もしてくれて、正しい治療をしてくれてという感じにしたいですね。

——ニーズはありますよね。

渡辺 ええ。やってみて、やっぱりニーズは高いですし、ほんとに一番必要とされるものだと思います。ただ、さすがに大きな設備投資が出来るほどではないです。小さな機械を導入するとかっていうことは出来ますが、ここに健診部門を作ってみようとか、放射線治療設備をここに入れようというような大規模な発展はなかなか難しいですね。ま、地道な発展で。もともとが辻辻の交番レベルというようなコンセプトなので、何から何まで交番に揃ってなくてもいいかなあということで、ある程度、機能的には抑えておいたほうがいいかなとは思ってます。

——ではひとつのオンコロジーセンターにはそれぞれ最低限の機能があって、たとえば放射線治療設備については、隣に同じ規模の放射線科のオンコロジーセンターがあって、そこネットワークを組んでいく、といったことが理想なんですね。

渡辺 そうですね。ネットワークの中に、たとえば外科手術のためのサージカルセンター、放射線治療のためのラディエーションセンターがあって、そういうところと関係していくということですね。ただ、やっぱり、サービスの基本として、「患者を動かすな。医者が動け」という考え方でいたいですね。つまり、患者さんにあっちの病院に行ってください、こっちの病院で検査してくださいと言うんじゃなくて、患者さんはひとつのところにずっといて、その前をいろんな医者が、必要に応じてチームの一員として加わったり、必要がなくなったらいなくなったりする、患者さんにとってストレスなく治療できる体制がいいかなと思っています。

——すごく理想的ですね。小学校みたいにひとりの担任の先生が国語でも算数でも理科でも教えるんじゃなくて、中学校以上のように、いろんな先生が入れ替わり立ち替わり教室に来るのと同じイメージですか？

渡辺 そうですね。しかも担任にあたる先生はひとりいて、患者さんの全体的なことはちゃんと把握してるという感じです。

地域のがん病院こそ、 一般臨床と臨床研究の同時進行を

——なるほど。また、先生はセントラル・オンコロジー・グループの構築も目指されているとのことですが、これはどういったものですか？

渡辺 セントラル・オンコロジー・グループというのは、一般臨床で目の前の患者さんにとって最善の医療を提供すると同時に、未来の患者さんにいい医療を提供するために臨床研究をしていこうというシステムを、日本の中部地域で展開しようという構想です。新しい治療のためには現在の患者さんに協力してもらうことが不可欠です。たとえばAというお薬が今まで標準でしたが、Xという新しいお薬が出てきましたと。いい薬だと言われてるけど、ほんとにいいかどうかちゃんと検証してから世の中に出しましょうという時に、臨床研究を行います。つまり、今の患者さんに、「これから、Aというお薬か、Xというお薬のどちらかを飲んでもらいます。どちらの薬かはあなたもわかりませんし、僕らもわからないんですよ」と言って薬を飲んでもらいます。そうして一定期間治療を受けてもらった後に、Aを飲んだのかXを飲んだのかわかるようにして、Xがほんとにいいかどうかを調べましょうという、ランダム化比較試験をやるわけです。そのプロセスがなかったから、イレッサみたいなことが起こってしまうんですが。

——でも、渡辺先生のように専門知識をちゃんと持つての方がこまめに様子を見てくださって、サポートしてくださらないと、安全かどうかわからない薬を自分が試されるなんてとても受け入れられないですよ。

渡辺 そうでしょうね。国立がんセンターで臨床研究がうまくいかなかったのは、まさにそういうことだったんです。紹介されて初めて来た患者さんに「新しい薬の研究に参加し

てくれませんか」って言うてもどうも信じられませんよね。だから難しい研究は重厚長大な病院でやるけれど、一般臨床は地方のクリニックでやりなさいということではなくて、患者さんに近い存在であるオンコロジーセンターで研究もやって、そのバックアップもちゃんとして、そして困った時はいつでも面倒見ますというようにしたいんです。臨床研究と一般臨床を車の両輪として引っ張っていけば、地域のがん医療のレベルは確実に向上すると思いますよ。

がんになったら

どんな病院に行くべきなのか

——最後に、実際がんになった時に、どんな先生に診てもらえばいいのかということをお聞きしたいです。

渡辺 まあ今は看板から入らざるを得ないですね。でも、やっぱり看板に偽りありという病院はいっぱいあります。だから看板に頼って行くのはいいですが、それに惑わされずに、実際にドクターに会って話を聞いてみて、自分との相性を確かめるべきですね。この先生だったらいいなと思えば続けていけばいいし、どうもなあと思ったら無理にそこに続けてかかる必要はないというように、自分で見定める必要があります。

——よりよいサービスを受けられるところ、自分との相性がいいところを見定めるということですね。

渡辺 そうですね。とにかく、ひとつの病院に行ってそれで決めてしまう必要はないんです。病院は移っていいんですよ。それから、いずれは正しい看板を上げている病院ではなくては、がん拠点病院にはなくなってくるでしょうね。そういう点ではマスコミの本当の意味でのランキングが重要でしょうね。今のランキングは、病院の大きさとか、手術件数とかっていう外形基準でしかないから、医療の量ではなくて質を反映出来るようなランキングが出来てくると、一番いいですね。S