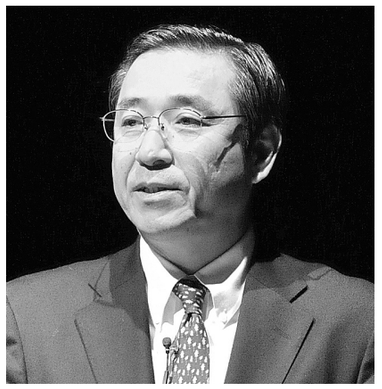
がんを知る
～最新医療と暮らしの応援～

静岡県立静岡がんセンター公開講座第7弾「がんを知る～最新医療と暮らしの応援～」（静岡新聞社・静岡放送主催、県立静岡がんセンター、静岡県立大学共催、スルガ銀行特別協賛、静岡市後援）の第4回講座が昨年12月18日、静岡市民文化会館で開かれ、寺島雅典胃外科部長と、福地智巴医療ソーシャルワーカーが、「胃がんの早期発見と最新治療」、「緩和ケア～心と暮らしの調和を求めて～」をテーマに講演しました。その概要をお伝えします。

〈企画・制作／静岡新聞社企画事業局〉

胃がんの早期発見と最新治療



寺島 雅典（てらしま・まさのり）氏
県立静岡がんセンター胃外科部長
1983年岩手医大医学部卒。87年大学院修了。94-95年米国ハーバード大留学。2002年福島県立医科大第一外科助教授。07年同大付属病院臨床腫瘍センター部長、教授。08年から静岡がんセンター胃外科部長。日本消化器外科学会指導医など。

県立静岡がんセンター
胃外科部長
寺島 雅典 氏

胃がんと環境的要因

WHO（世界保健機関）によると、世界におけるがんの罹患（りかん）率の中で胃がんは男性では4番目、女性では5番目です。男女合わせた胃がんの罹患率は2番目、死亡率は4番目になっています。国内の死亡率は減少傾向で、男性で第2位、女性は3位です。ただし罹患率は男性1位、女性2位で、「かかりやすいがん」といえます。

胃がんは地域性の高いがんとしても知られています。アジアに非常に多く、世界全体の73％を占めています。その中でも人口が多い中国が一番患者数も多く、次が日本です。それ以外の地域では南米の太平洋側、チリやペルーに患者数が多くなっています。

日本国内においても地域性がはっきりしています。男女ともに東北、あるいは北陸の日本海側に多く、南に行くほど少なくなります。

家族の誰かが胃がんになると、両親や兄弟も胃がんを発症する割合が高いのは事実ですが、これは遺伝ではなく、衣食住を共にする環境的な要因がかかわっていると推察されます。

なぜなら、胃がんの発生時期が、がんができやすいといわれる年齢、60歳をピークにした「一峰性」だからです。ではどんな環境要因が胃がんを招くのでしょうか。

第一の原因は食塩です。非常にしょっぱい食べ物を食べると、胃がんになりやすくなります。東北、北陸の日本海側に胃がんが多い理由も、日常の食生活が高塩分だからと考えられています。

逆に、野菜、果物、緑茶は、予防効果が認められています。静岡県は、ミカンやお茶の産地であるため、胃がん患者が少ないと思われます。

ピロリ菌で胃がんに

さらに喫煙は明らかに胃がんの発がんと関係あります。またエプスタイン・バール・ウイルスやピロリ菌が胃がんを誘発します。特に、ピロリ菌に感染していて、食塩を過剰摂取すると、胃がんが発生する割合が非常に高くなるという研究結果が出ています。

一昨年、日本の研究班が行ったピロリ菌除菌による胃がんの発生抑制効果についての調査もそれを裏付けています。

早期胃がんで内視鏡治療を受けた患者の半分を除菌、残りを除菌しないで経過観察した結果、除菌したグループは272例中、9例しか胃がんが発生しませんでしたが、除菌しなかったグループは、272例中、約1割、24例に胃がんが発生しました。

このため、現在では内視鏡治療後の胃がんの発生予防を目的としたピロリ菌の除菌は保険適用となっています。

塩分や喫煙、アルコール、ウイルス、さらには脂肪やホルモンなどが胃の細胞のDNAを傷つけ、正常でない細胞が増えることによりがん細胞が増殖するのです。

禁煙をし、一日の塩分摂取量を10㌘未満に抑えたうえで、毎日野菜を約400㌘食べるのが胃がん予防に効果的です。

早期胃がんは無症状

胃がんの早期には、胃が痛い、もたれる、膨らむ、食欲不振などといった症状がでますが、これらは胃がんに特有な症状ではなく、さらに早期胃がんの約半分は無症状です。

早期発見には検診が欠かせません。1万人が胃がん検診を受診すると、約12人に胃がんが見つかるとされています。検診の段階でがんが発見されれば約80％が治ります。わが国の外科医の胃がんの手術成績は世界トップと認められています。臨床病期第1期の患者の5年生存率を比べると欧米は約50％、日本は約90％と圧倒的な差があります。

残念なことに、全国的な胃がん検診の受診率は25％と決して高くありません。さらに県内では中でも静岡市の受診率が10％未満という状況です。胃の調子に関係なく検診を受け、適切な治療を受けましょう。

進歩する胃がん治療

治療法も進歩しています。内視鏡や腹腔鏡手術は、技術の上達や手術器具の発展などにより手術対象となるがんの大きさが拡大しています。静岡がんセンターでは年間約350例の内視鏡切除、胃がん手術も約400例行っています。胃がんの外科手術に関しては、国内で3番目、内視鏡治療に関しては、1番か2番の数だと思います。

現在は開腹手術に比べ痛みが少なく、傷が小さいことがメリットとされるこれらの手術の成績は、執刀医の技術レベルに大きく左右されます。更なる普及のためには技術レベルの平均化を図り、開腹するより術後の合併症が少ない、再発が少ないといったより医学的なメリットを証明する必要があるでしょう。

そのほか注目したいのが米国で普及が進む「ダ・ヴィンチ（da Vinci）」システムのような、ロボット技術を活用した手術です。国内にはまだ数台しか導入されていませんが、医師は立体画像を確認しながら手振れ防止機能を利用して手術を進められるので、腹腔鏡より精度の高い手術が可能となる事が期待されています。

このほか、開腹せず、口、尿道、肛門などといった体の開口部から手術器具を挿入してがんに近づき、患部を取るNOTES（ノーツ）技術の普及や、ナノテクノロジーを応用してがんの転移を細密に判断できる技術の研究・開発が進んでいます。今後は胃がんの状態や患者さんの希望に応じた「治療の個別化」が進むことが期待されています。

緩和ケア～心と暮らしの調和を求めて

福地 智巴（ふくち・ともは）氏
医療ソーシャルワーカー
1993年早稲田大卒。94年国立医療病院管理研究所（現国立保健医療科学院）に非常勤勤務。97年信愛病院緩和ケア病棟担当。2002年筑波大大学院教育研究科修了。05年より現職。社会福祉士、臨床心理士。

医療ソーシャルワーカー
福地 智巴 氏

緩和ケアの幕開け

1948年、国連総会で世界人権宣言が採択されました。60年代になるとこの権利が「患者の人権」にまで広がり、終末期にある患者へのケアの重要性が議論されるようになりました。そのような中で、67年英国に終末期の患者を対象にした「聖クリストファーホスピス」が設立されます。

施設の中心人物であるシシリー・ソンダース医師は、がん末期の痛みを和らげる、モルヒネの研究・開発を行い、緩和医療の進歩に貢献しました。

また、米国のエリザベス・キューブラー・ロス医師は、終末期の患者の心の有り様を示し、患者がさまざまなことを感じ、考え、望みを持っていることや、治療は無理でも、医療者がすべきケアがあるのだということを主張する著書を出版し、緩和医療の礎を築きました。

一方、終末期の患者の権利やケアの概念が日本に導入されるようになったのは、70年代です。日本の医療は、がんの診断・検査、治療の分野では顕著な進歩を遂げてきましたが、その一方で、治癒が困難な終末期にある患者へのケアがおろそかになっていました。

その反省から、終末期ケアの重要性を認識した先駆的な医療者が草の根的な取り組みを展開し、81年にわが国初のホスピス緩和ケア病棟が浜松市に誕生します。

そして、90年には、ホスピス緩和ケア病棟への入院料が健康保険の対象になり、2002年には、一般病棟で専門家チームによって緩和ケアを受けた場合にも健康保険が適用されるようになりました。

このように終末期ケアとして導入され、発展してきた緩和ケアですが、近年、その対象や内容は、変化しています。終末期だけを対象にするのではなく、治療の初期の段階から提供され得るものとされています。このことは、06年に成立した「がん対策基本法」を受け策定された「がん対策推進基本計画」の中でも、はっきりと明記されています。また、家族もケアの対象としているのも特徴です。

すべての苦痛に取り組む

私たちは日常、それぞれの方法で、身体、心、社会的な役割などのバランスをとりながら生活しています。しかし、罹患（りかん）したことで、生活全体の調和は崩れ、患者と家族は多くの苦痛や問題に直面します。緩和ケアでは、苦痛を、身体、精神、社会、実存の各面からとらえ、「全人的苦痛」と総称します。

痛みやだるさ、つらい副作用など身体的な苦痛には、鎮痛薬、点滴、胸水・腹水の除去処置などで対応します。

また、病気になったことによる不眠や不安、病気や治療の影響による意識障害などの精神的な苦痛に対しては、悩みを聴き（傾聴）、心の安定に効果のある薬物の処方、リラクセーション法の指導などで対応します。

社会的役割の遂行や治療費の捻出（ねんしゅつ）、家族や知人、地域の人たちとのかかわりへの心配は社会的な苦痛となります。この場合、社会保障制度の活用や、生活設計の支援、各機関や人との調整をして、問題解決を支援します。

自分の人生への問いや疑問といった「実存的苦痛」には明確な解決策はありません。医療チームのメンバーは、患者に寄り添い、患者が大切だと考える人生の価値をともに探り、その方の人生の意味づけを支援します。

緩和ケアとは、病気を抱えながらも生活の質（QOL）を維持する、またより良い生活を創っていく総合的なアプローチといえます。

緩和ケアの活用を

緩和ケアを受ける方法は大きく分けて3つあります。1つは、専門家で構成された「緩和ケアチーム」を利用する方法、もう1つは、緩和ケア病棟に入院する方法、そして、自宅で苦痛緩和を図る在宅緩和ケアを利用する方法です。

現在は、病期に応じて、この3つの方法を上手に活用できるような体制作りが進められています。

緩和ケアは、家族、そして遺族もケアの対象にしていますので、がんによって引き起こされる苦痛を自身や家族だけで抱え込まず、治療を受けている病院や、地域の相談支援センターなどを活用してください。

タウンミーティング ◆質疑応答◆

事前や当日寄せられた質問を中心に山口建総長を交えて質疑応答が行われました。紙面の都合により、本講座の内容に即した質問事項をまとめました。

Q　胃がんの手術後、一度に食べる量が減り、寝る時間のころ空腹を感じます。就寝前に食事をとっても大丈夫ですか。

寺島　寝る前に食べると就寝中に胆汁や食物が食道を逆流し肺に入り発熱する恐れがあります。我慢できないようであれば、消化の悪い固形物や脂肪分を避け、糖分の入った消化のよいゼリーなどを食べてください。

Q　がんになった叔父が最後は自宅で家族に看取られ亡くなりました。叔父の妻が精神的に立ち直れませんが、どこに相談すればよいですか。

福地　遺族ケアは緩和ケアの中でも今後充実するべき分野です。入院していた場合と異なり在宅の場合は遺族へのケアが途切れがちです。まずは、在宅医療スタッフか、通院していた病院の相談室に問い合わせてみてはいかがでしょう。当がんセンターのよろず相談でも、お話をうかがうことができます。

山口　患者さんの自分らしい生き方を最後までサポートするのが緩和ケアの目標です。ペットと触れ合うことができ、植物の世話などができたりする小さなスペースが、当センターの緩和ケア病棟では備えられています。