

がんってどんな病気？

- 第1章 がんについて
- 第2章 がんの治療について
- 第3章 がんの治療 手術編
- 第4章 抗がん剤治療
- 第5章 放射線治療
- 第6章 がん対策基本法
- 第7章 緩和医療
- 第8章 健康や治療と栄養

第1章 がんについて

1. 「がん」とはどんな病気？

がんとはいったい何者なのでしょう？まずここから話を始めましょう。

人間の細胞はすべて常に生まれ変わっています。これを新陳代謝といいます。

細胞が生まれ変わるときに遺伝子に傷がつくと「悪性細胞」になります。遺伝子の傷の原因はタバコ、酒、塩分、紫外線、熱い飲み物などです。

「悪性細胞」が増殖して集団となったものが「がん」です。「がん」は勝手に増えて大きくなり、栄養を盗み、最後は体がもたなくなって死んでしまいます。

ですから、「がん」は自分の体から出た病気、自分の変化(変性)した「分身」なのです。分身にしてはさっぱりかわいげないんですけどね！

新陳代謝がもっとも早い胃や腸の粘膜は、5日程度で生まれかわります。大まかに言うと、1ヶ月で6回、1年で72回、10年で720回、50年では3600回も生まれ変わるのです。生まれ変わる回数が多いほど遺伝子が傷つき、「悪性細胞=がん」ができる可能性が高くなります。

医療の進歩により日本人は世界一の長寿国になりました。長生きする分だけ細胞が生まれかわる回数も増えました。その結果「がん」も増えたのです。

よく「がん」は遺伝ですか？と聞かれます。「がん」が遺伝するというのは半分正しく、半分間違いです。

親や兄弟に「がん」患者がいる場合、いない場合に比べて2倍程度「がん」にかかりやすくなるといわれています。特に遺伝的要因が強い「がん」として、大腸がん、乳がん、前立腺がんが挙げられています。

遺伝子の要因のほかに、生活習慣が大きく発がんに影響します。さしあたり、禁煙、塩分控えめ、運動などが予防策として重要です。これらは他の生活習慣病、「高血圧」「糖尿病」「高コレステロール血症」などの予防と同じですね！

ただ、これらの予防策をすれば“絶対に「がん」にならない”わけではないことをお断りしておきます。

2. 日本人の「がん」

日本では毎年約127万人の人が亡くなっています。死亡原因の第1位は「がん」で、約37万人(29%)です。

死亡原因になる「がん」は性別でその部位に多少違いがあります(下表)。

一般的に「口」から「おしり」までの消化管とそれにつながる肝臓、膵臓(すいぞう)、胆嚢(たんのう)などの消化器がんで全体の6割弱、それに肺と乳腺、前立腺を加えると実にごがん死亡の8割以上を占めるのです。

順位	男性		女性	
	1	肺	5,5万人	大腸
2	胃	3,2万人	肺	2,2万人
3	大腸	2,7万人	胃	1,7万人
4	肝臓	1,9万人	すい臓	1,6万人
5	すい臓	1,2万人	乳房	1,4万人
6	食道	0,9万人	肝臓	1,0万人
7	前立腺	0,9万人	胆道	1,0万人
合計	21,9万人		15,2万人	

(2015年がん死亡予測)

ところで「がん」になった人はみんな亡くなってしまおうのでしょうか？いいえ、そんなことはありません。

推計値ですが、死亡数対罹患者の比で考えると、2人ががんにかかると1人は治り、1人は残念ながら亡くなるということです。

そして、「がん」には治りやすい「がん」と治りにくい「がん」があります。

肺がん・肝がんでは、10人中約6~7人が亡くなるのです。

一方、胃がんや大腸がんは死亡率が10人に4人以下、さらに乳がんは10人に約2人となります。

この違いはどこから来るのでしょうか？理由は色々あるのですが、一番は診断時点での「がん」の進み具合です。早く見つければ治る可能性は高くなります。

検診が進んでいる胃・大腸・乳房などは早期がんでの発見がしやすいので生存率が高いわけです。

がん治療の大原則は、やはり「早期発見・早期治療」なのです。

3. 「ガン」の予防

今まで、「がん」の病気の基礎知識や日本の実態を、このコーナーで述べてきましたが、ここで大切な「がん」の予防についてお話します。

「がん」にかからないことに越したことはありません。現在推奨されている予防法をお教えします。

- 1、禁煙。受動禁煙を避ける。
- 2、適度な飲酒。日本酒換算で1日1合(ビール大瓶1本)以内。
- 3、定期的運動。毎日合計60分程度の歩行、週1回は汗をかく。
- 4、成人期での体重維持。BMI[体重(kg)÷身長(m)の2乗]が
中年男性 21-27、中年女性 19-25。
- 5、バランスの良い食事。
 - ・塩分摂取制限。1日 10g以内、高塩分食品は週1回以内。
 - ・野菜・果物を1日 400g。野菜は毎食、果物は毎日。
 - ・熱い飲食物は最小限。飲料は冷ましてから。
 - ・添加物の多いような、ハム、ソーセージなどの保存食は最小限に。
- 6、肝炎ウイルス、ピロリ菌、ヒトパピローマウイルスなどの感染の有無を知り、治療・予防の措置を取る。

以上です。ただ、これらを守れば「がん」にならないのではなく、「がん」にかかりにくくなるとお考えください。

日本全体でみると禁煙により、男性9万人、女性1万に「がん」患者を予防可能と言われています。

やはり禁煙治療からでしょうか！？

4. 胃がん検診について

当院では“胃の透視＝バリウムを飲んでいただいて視る胃の検査”は行っておりません。透視の装置は置いていないのです。

胃透視による検診のお陰で、日本では早期胃がんが発見され、治療成績も素晴らしく上がりました。

しかし、医療技術はさらに進歩しました。現在“非常に早期のがん”の場合、お腹を切

らずに内視鏡(胃カメラ)だけで治療ができるようになりました。

そのような初期の病変を見つけるには、透視では難しい場合が多く、胃カメラで調べないといけません。

透視と胃カメラの見え方の違いは、モノクロの写真とカラー動画の違いを考えてもらうといいのではないのでしょうか。

盛岡市の検診でも平成28年からは胃透視のほかに胃カメラを選択できるようになりました。

市などの検診以外でも胃がん検診を受けようと思っている方は一度ご相談ください。

5. 胃がんとピロリ菌について

「ピロリ菌」という細菌をご存じですか？ 今から約30年前に見つかった比較的新しい細菌です。この菌は胃の粘膜に住み着くことが知られています。

ピロリ菌の感染は主に口からで、衛生状態の悪い環境での水や食品を介しての感染や離乳食の口移しも原因と考えられています。そして、日本人の約半数が感染していると言われていています。特に中高年の感染率が高いと言われていています。

ピロリ菌の持続感染は、萎縮性胃炎、胃・十二指腸潰瘍、胃がん、胃悪性リンパ腫、過形成性ポリープなどを引き起こすと考えられています。

特に萎縮性胃炎は胃がんの元になると言われていて注意しなければいけない病気です。萎縮性胃炎の診断には胃カメラが必要です。

ピロリ菌に感染しているかどうかは、胃カメラと血液検査等で簡単に分かります。

当院では、苦痛の少ない胃カメラなど検査方法が選べますので、気になる方は一度院長やスタッフにご相談下さい。

6. 食道がんについて(1)

前回まで胃がんを中心に書いてきましたが、今回は口から入った食べ物が胃に入る、その手前の“食道”の話をしていきます。

私は大学病院に勤務していた時、胃がんと食道がんの両方のチーフを経験しましたが、長くかかわったのは食道がんの方面でした。少し前では、指揮者の小沢征爾さんやサザンの桑田佳祐さんが手術したことでご存知かもしれません。

食道がん手術は消化器外科の中でも最も難しい手術といわれています。当時、年間 30 名くらいの手術に携わっていましたが、年間手術例が 30 例だと、全国の病院で 20 位くらいでした(「全国〇〇ランキング」に名まえが出たりもしました)。

食道がんの症状は、「食べ物がのどにつかえる」が圧倒的に多く、また、お酒好きの人に多いのも特徴です。そして食道がんが診断がついた時はすでにかかなり進んでいる場合が多いのです。

早期がんは自覚症状がないため、見つけるには今のところ内視鏡(胃カメラ)以外ありません。心配な方は胃がん検診も兼ねて内視鏡検診をおすすめします。

7. 食道がんについて(2)

食道がんは実は圧倒的に男性に多く、またお酒好きに多いのが特徴です。特に「酒を飲むときは“つまみ”はいらぬ」系の方は要注意です。

それと、食道がんはその他のがんと同時に、あるいは時間をおいて起こることが多いのも特徴です。これを重複がんと言います。

食道がんと重複するがんとして多いのは、口の中のがんである舌がん、咽頭がん、喉頭がん、肺がん、胃がんなどです。これらのがんの種類をみると、胃までの食べ物の通り道と肺までの空気の通り道です。つまり、口と鼻から入った食べ物や空気に含まれている発がん物質に「より多くさらされている部位」ががんになりやすいのです。

もう一つ厄介なことがあります。それはこれらの部位のがんが、往々にして“たちが悪い”ことが多いということです。どのように悪いかというと「なかなか症状が出にくい」「早期に転移を起こしやすい」「大きくなるスピードが速い」のです。

一般的に胃がん検診は年 1 回で大丈夫と言われていますが、食道がんでは「この前の検診では何でもなかったのに、1 年でこんなに進んで・・・」ということも中にはあるのです。

早期発見には胃がん以上に内視鏡が有力で、特に特殊な光を当てて観察する方法(NBI)が有用です。胃がんの項でも書きましたが、少なくとも年 1 回の内視鏡は必要と思っていた方がいいと思います。

8. 逆流性食道炎について

皆さんは「^{ぎゃくりゅうせいしよくどうえん}逆流性食道炎」という病気をご存じですか？テレビで、鉄腕アトム で宣伝していたこともあります。

逆流性食道炎 と食道がんは全く別な病気ですし、患者さんの数は逆流性食道炎の方が圧倒的に多いです。

症状は「胸やけ」、「げっぷ」、「みぞおちのもたれ感」などです。

食道がんや胃がんもこれらと同様の症状を訴えることがあります。

ひどくなると飲み込むときにつかえるなどの症状を訴えます(食道がんと同じなので要注意)。

これらの症状を感じる程度は個人差が大きいです。また、太り気味の人にも多く見られます。

なぜかという、お腹に脂肪がついてお腹の中に食べ物がたまるスペースが狭くなります。そのため、食べるとすぐにお腹が一杯になり、胃から胃酸などがあふれて、食道に逆流するためです。

最終診断はカメラで行います。いずれ良いお薬がありますので、気になる方はご相談ください。

院内に
パンフレットが
ありますよ

9. 大腸がんについて(1)

今回から大腸がんの話をしていきます。大腸がんは、今一番増えているがんで、男性で3位、女性では1位の死亡数、罹患数(りかんすう=患者さんの人数)は男性4位、女性2位で頻度の高いがんです。そして実は岩手県は全国でも有数の大腸がんの多い県なのです。

口から入った食べ物は、食道・胃・十二指腸・小腸(空腸・回腸)を経て大腸(結腸)にはいり、肛門から便になって出ていきます。

大腸は 1.5~2m程度の長い管で、盲腸からS状結腸までの結腸とそれより肛門側の直腸に分かれます。長い大腸のどこに「がん」が多いかというと、だいたい直腸に4割、S状結腸に3割、残りの結腸に3割くらいです。つまりお尻に近い部分にがん

が多いのです。

大腸がんは部位別に症状が違います。S状結腸がんや直腸がんでは、血便、便が細くなる、残便感、腹痛、下痢と便秘のくり返しなど排便に関する症状が多くなります。特に血便の頻度は高く、痔との鑑別が重要です。

一方、盲腸や上行結腸(じょうこうけつちょう)がんでは血便を自覚することは少なく、貧血で気付くこともあります。腸が狭くなりおこる腹痛や腹鳴(ごろごろする)、腹部膨満感(ふくぶぼうまんかん=おなかの張り)や痛みを伴うしこりが初発症状のこともあります。

いずれ早期発見、早期治療が大切ですし、他のがんと同じく早期がんでは症状はほとんどありません。

やはり、検診が非常に大切です。

10. 大腸がんについて(2)

前回お話しした通り、大腸がんは最近急増しているがんです。

大腸がんの特徴は、多くの場合、ポリープが“がん化”して発生します。(そうでない場合もあります。)

(細胞の異常増殖によってできた突起物をポリープと呼んでいます。体の内外のいろいろなところにある、おできのようなものと考えてください。)

ポリープの大きさが1cmまでであれば、がんはほとんどないと言われています。そして大きくなるにつれてがんの可能性も高くなり、1.5cm以上だとポリープの一部にがんが紛れ込んできます。

この場合、ポリープの先端にがんが出来ます。胃がんではポリープのがん化はあまり多くありません。これは大腸がんとうちの大きな違いです。

小さなポリープは大腸カメラでないと見つからない場合が多いです。そして小さいポリープのうちポリープの切除(ポリペクトミー)してしまえば安心です。

大きくなれば切除は手術になります。

ポリープ切除は入院で行う病院もたくさんありますが、当院では大腸カメラでの検査の際にポリープが見つければ、可能な切除は同時にやっけてしまいます。つまり入院することなく、外来で可能です。

(すべてのポリープ切除が外来でできるわけではありません。大きいものなどは切除手術が必要です。)



第2章 がんの治療について

1.

今まで胃がん、食道がん、大腸がんの記事を書いて きました。

共通することは、早期がんで見つければ治る可能性は高くなりますが、自覚症状がないため、検診が重要だということです。

早期の大腸がんは、「ポリペクトミー」といって、大腸ファイバー検査のときにそのまま切除する事ができます。(当院でも切除できることは前号お話ししました。)

これよりももう少し進んだがん(ポリペクトミーでは治らない)「早期がん」に分類される大腸がん、胃がん、食道がんに対する治療はどのようになっているのでしょうか。今日はそのお話です。

これらの早期がんには、「内視鏡的粘膜下層剥離術(ないしきょうてきねんまくかそうはくりじゅつ)」というのが行われます。これはカメラを用いて切除するのはポリペクトミーと同様ですが、もう少し広い範囲で粘膜を切り取る手術です。

従来では手術で胃や腸を大きく切り取ってしまっていたものが、粘膜だけの切除で治るようになりました。通常入院が必要です。

県内では岩手医大が圧倒的な実績を持っており、全国でも有数の治療成績です。当院から良い先生を紹介できますよ。

2.

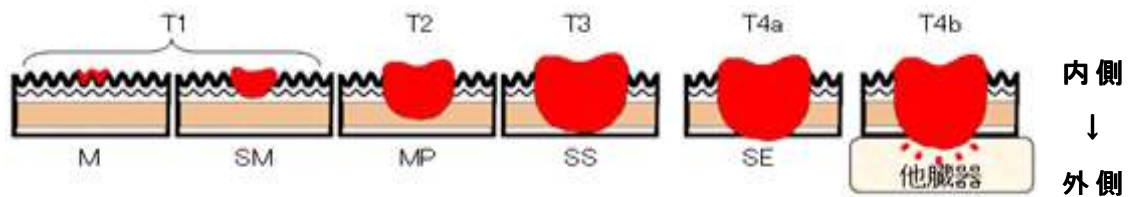
前項では、早期がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術についてお話ししました。

では内視鏡的粘膜下層剥離術で取りきれないがんはどうするのでしょうか？

今回は、そのお話をします。

胃がんを例にとつて説明します。「がん」は粘膜・・・つまりいちばん内側の層の細胞が“がん化”して発生します。それが徐々に大きくなり、横に広がると同時に壁の奥の方(外側)に徐々に入って

いきます。



どれ位深くまでがんが入り込んでいるかを、上の図のように分類します。早期がんとはT1までの深さのものをいいます。そして内視鏡的粘膜下層剥離術でがんが治るのはT1のMまでです(たったこれだけです!)

T1のSMからT4bまでの深さのがんは、手術で胃を切り取らないと治りません。T1のSMとは、粘膜下層にまでがんが入り込んでいるもので、早期がんに分類されますが、粘膜下層剥離術ではダメなのです。

どうしてかということ、SMまでがんが入り込んでしまうと周りのリンパ腺にがんが飛びやすくなる、つまり元々あったがんの場所とは違う場所にがんが飛び移ってしまうことが分かっているからです。これを“リンパ節転移”といいます。

そうすると、リンパ節を含めて広い範囲で胃を切らないとがんが取りきれないわけです。「がん」の手術の特徴はリンパ節も一緒に切り取るということです。

次章では、もう少し詳しく話して行きます。



第3章 がんの治療 手術編

1.

今回から、「がん」の手術についてお話しします。

まず、皆さんに認識して欲しいのは、手術はがん治療の王道ということです。

がんの治療の3本柱は、手術・放射線・抗がん剤の3つです。

放射線や抗がん剤の治療は最近非常に進歩しています。

しかし、「がんを治す」という視点で見ると、やはり手術がメインの治療にな

ります。というより、手術をメインの治療にせざるを得ない進み具合の患者さんが、いちばん多いということです。

前々回、早期がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術（以下、内視鏡剥離術）についてお話ししました。

早期がんが多く見つかるがんでは、内視鏡剥離術の割合が増えて外科手術の割合は減ります。

ちなみに、岩手医大の胃がんを例にとると、内視鏡剥離術の症例数の方が多くなってきています。これは全国的にみても高い割合です。

その理由は2つ。1つは、胃がん検診が発達して検診で見つかるがんは、ほとんどが早期がんであること。そしてもう1つは、内視鏡剥離術が上手にできる医者がいるということです。

県内の他の病院では残念ながら内視鏡剥離術が可能な症例でも外科手術に回ることも多いのが現状です。

今回は手術の話をする予定でしたが、ちょっと話が脱線してしまいました。

次回から本格的にがんの外科手術に関してお話しします。外科手術も最近では進歩していて、少なくとも昔のように、「切腹してくる」などと、決死の覚悟で手術に臨むということはほとんどなくなってきています。胃を全部切り取っても、痛みはかなり少なく、術後数日で食事を始めて、10日から2週間以内に退院して職場復帰するのが当たり前です。

大腸などはもっと楽にできる場合も多いです。

2.

前項でも書きましたが手術はがんの治療の王道です。しかし、「手術」と聞いて、皆さんが第一に思い浮かぶのは「不安」、「おっかない」ですよね。なぜそうなのか、私が外科医として手術をやってきた経験上、その理由がいくつかあると思います。

- ①うまいかなかったら？死んだり、後遺症が残るのでは？
- ②自分の家族や知り合いが手術後うまいかなかった。
- ③痛いのは嫌だ！！
- ④麻酔で意識がなくなるのが怖い。
- ⑤信頼できる医者に手術してもらえるかどうか分からない

等々。これらはもつともです。一番心配なのは①だと思います。医学的には「合併症」と言い、薬の副作用と同じと考えて良いです。医学の進歩は非常に早くて、外科手術にもかなりの進歩があります。

しかし、残念ながらある一定の割合で合併症が起こるのは避けられません。間違っただけで欲しくないのは、合併症の起こる確率というのはかなり低いものです。医師から手術の話を知ると、手術すれば恐ろしい合併症が必ず起きてしまうような錯覚を受けます。

現在の医療訴訟で一番多いのは、「医師の説明がなかった」が理由で有罪になることです。

ですから、医師は何万分の一の確率の合併症でも説明し、死んでしまうことがあるかもと言ってしまうのです。

これはアメリカのような訴訟社会の悪弊が日本に伝染したもので、一般の患者さんに大きな誤解を与えています。がん治療として手術を選択する場合は、がんを治すために手術が最適である場合と考えて下さい。

がんが治らなければ死んでしまうわけですから、その辺を間違えないで欲しいものです。

3.

最近のがんの手術はものすごく進歩しています。身近な人ががんの手術を受けて、あっという間に退院してきていませんか？

10～20年前は覚悟をきめて「切腹してくる」みたいに思い詰める人も少なくなかったですし、一旦手術で入院すれば1～2ヶ月入院は当たり前でした。

ところが最近では、通常の胃がんや大腸がん手術なら1～2週間、乳がん手術なら長くても1週間程度の入院です。

なぜそうなったのでしょうか？ それは鏡視下（きょうしか）手術の普及が大きいのです。

鏡視下手術とはお腹に0.5～1.5cm程度の穴を開けて、そこからカメラや長い鉗子（かんし＝手術用の「手」のかわり）を入れて手術する方法です。

胃や腸を切ったり縫い合わせたりする機械もたいへん進歩しました。

（ちょっと脱線・・・医療用のカメラや内視鏡は世界的にオリンパスが7割～8割以上のシェアを占めていて、実は超・優良企業なのです。ですから不祥事

がちよっとあってもオリンパスと提携したがる企業はたくさんあるので、倒産の心配はないのです。)

これで、お腹の傷はとても小さくてすみます。

すると痛みも軽く早く起き上がれるし、すぐにご飯も食べられるようになり、早く退院できるのです。

身内の自慢でもないですが、実は私が勤務していた岩手医大の外科は全国でも有数の鏡視下手術実施施設です。

東大や京大を初め、全国の名だたる大学や病院から多くの先生が見学に来られます。

そして従来の開腹手術と同等の治療成績が得られるようになってきています。



第4章 抗がん剤治療

1.

今回からは、手術以外での治療について話して行きます。

「がん」に対する治療は現在、大きく“手術”“抗がん剤治療（化学療法）”“放射線治療”の三大治療で成り立っています。最近のがん治療は大変な勢いで進歩していますが、最も顕著なのは化学療法です。

がん治療の中で恐らく最も患者さんに嫌われている(?)治療が化学療法でしょう。「吐き気や脱毛などの強い副作用に悩まされて、拳げ句に効かない」というイメージがあると思います。

なぜでしょう？

前に話しましたが、がんは自分の正常な細胞が新陳代謝の過程でがん細胞に変化したもので、もともと自分自身の細胞なのです。抗がん剤というのはがん細胞を殺す薬ですが、自分の分身であるがん細胞だけを殺して、他の正常な細胞に悪影響を与えないということは、なかなか難しい事なのです。さらにがんは、大きくなる（がん細胞の数が増える）過程でいろいろな不死の特性を兼ね

備えていきます。簡単に言うと、いろいろな武器を身につけて、抗がん剤から自分を守るようになっていくと思ってください。ですから、抗がん剤は効く場合と効かない場合の差が激しいのです。

一般の薬品が厚生省に認可される場合、ほとんどの人に効果があると認められるから認可されるのですが、抗がん剤の場合はそうではありません。おおよそ、15%程度の患者さんでも、がんがある一定以上小さくなれば認可されるのです。「100人中15人しか効かないけど、薬として認可される」というのが抗がん剤の力量なのです。

でも、それほど捨てたものでもないですよ。それは次回以降に。

2.

一昔前まで、我々ががん治療を専門にする医師の間では、「がんは抗がん剤では治らない」というのが常識でした。これは今でも正しくもあり間違いでもあります。

いまだにほとんどのがんが薬だけでは治らないのは事実ですし、特に日本人に多いと言われる胃、大腸、肺、乳がんなど一般的ながんを完治させる治療は手術以外ありません。

しかし、ある種のがんは薬だけで治るようになってきましたし、手術で取りきれないような進んだがんを化学療法で小さくしてから手術するといった治療は広く行われるようになってきました。

抗がん剤は、大きく3種類に分かれます。①がん細胞を殺す薬剤 ②ホルモン剤 ③分子標的治療薬です。最近の進歩は特に③が著しいです。

今回は①について説明します。

この手の薬は昔からあるものです。つまり副作用が強い薬が多いです(悪いイメージの象徴)。

でも、効く場合はすごく効きますし、現在でも抗がん剤の治療の主流です。患者さんに投与する前に効果があると分かっていたら良いのですが、現時点で完全に効果を予測することは一部を除いて不可能です。

私も若い頃に随分と研究したのですが、完全な予測は困難でした。

ただ、最近は抗がん剤に対する知識や経験が豊富な医師、看護師、薬剤師などがチームで患者さんを診るようになってきました。

また、多くの抗がん剤治療が外来で出来るようになりました。

その理由は、副作用の吐き気や白血球減少(感染に弱くなります)に対する良い薬が出てきて、入院しなくても対処できるようになったからです。つまり、昔ほど副作用を恐れる必要はなくなったということです。

少なくとも、知り合いの話や近所の友達の言う「抗がん剤の悪い話」を鵜呑みにして、固定観念にとらわれて“抗がん剤治療を拒否する”といった行動は避けた方が良いと思います。

3.

抗がん剤は、①がん細胞を殺す薬剤、②ホルモン剤、③分子標的治療薬の3つに大きく分けられると書きました。ここでは、②と③について解説します。

まず、②ホルモン剤について。これは主に乳がんと前立腺がんで多く使用されます。

特に乳がんでは重要な治療戦略の一つに組み入れられていて、乳がんの細胞を一部切り取ってきて、“女性ホルモンの関与があるかないか”を調べます。関与があれば、女性ホルモンの働きを弱める抗女性ホルモン剤を使用するわけです。ホルモン剤は一般に強い副作用はあまりなく、非常に使いやすいのも特徴です。また、再発予防や病状を安定させるために、長期間(数年から10年程度)服用してもらうことも多いです。

次は、③分子標的治療薬についてです。なにやら難しい名前ですが、今後の抗がん剤はほとんどこのタイプの薬になると言われていて、近年の進歩が著しい薬です。がんの発生から成長、増殖の仕組みが遺伝子レベル、分子レベルで解明されてきたため、がんが大きくなる上で必要な「細胞を増やす因子」や、「新たに血管を作る因子」を阻害する薬剤が作れるようになったのです。この薬の出現により、たとえば慢性骨髄性白血病や消化管間質腫瘍などの治療は一変し、かなり治療成績は上がりました。他にも、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、リンパ腫、白血病など多くのがんで分子的標的治療薬が使われるようになり、治療成績も向上しました。

ただ、良いことばかりでもありません。続きは次回。

4.

今回は「分子的治療薬」の後編です。この薬の登場で、画期的な進歩を遂げたがん治療ですが、良いことばかりではありません。今までの抗がん剤と副作用が違うため注意が必要なのですが、さらに問題なのはお金です。

抗がん剤はおしなべてその他の薬剤より高価ですが、この手の薬の価格は半端ではありません。この治療については、まさに「命には値段がある」と言えると思います。

どの抗がん剤を（通常二つ以上を組み合わせる）、どのようなスケジュールで使うかは、その患者さんのがんの進み具合や状態によって異なります。また、薬の量は身長と体重で決まりますから、すべての人が同じ薬剤費とは限りません。

ここで一つの例を紹介します。手術ではがんが取りきれず、抗がん剤治療しか治療方法がない大腸がんの例です。

何も治療しなければ、おおよそ余命6ヶ月と診断されたとします。

従来の標準治療は抗がん剤2種類を丸二日かけて点滴し、これを月2回、薬が効かなくなるまで行います。現在の標準治療は従来の抗がん剤に分子標的治療薬を加えたものです。それぞれの場合の効果の持続期間、生存期間、1ヶ月の薬剤費を表に示します。

皆さんはどう思われますか？

	効果の持続期間	生存期間	薬剤費（1ヶ月）
治療せず	—	6ヶ月	—
従来の標準治療	8ヶ月	19,9ヶ月※	約42万円
最新の標準治療	9,4ヶ月	21,3ヶ月※	約80~110万円

※この場合の生存期間は標準治療後に、別の治療を行った場合です。

5.

前回、手術では取りきれず、抗がん剤治療しか治療方法のない大腸がんの例

で薬剤費を示しました。詳しく説明してみます。

たとえば、何もしなければ6ヶ月で亡くなりますが、薬代はかかりません。従来の標準治療を受ければ月に約42万円の薬代で19.9ヶ月生きられる、最新の標準治療では月に約80万から110万円の薬代で21.3ヶ月生きられるということになります。

“抗がん剤の効果が持続している間は治療を続ける”とすると、従来治療では42万円×

8ヶ月=336万円、最新治療は80~110万円×9.4ヶ月=752万円~1034万円にもなります。

でも、日本人は国民皆保険という有り難い制度のお陰で、月の医療費の自己負担の上限が決まっていますから、1ヶ月に約4~15万円程度（所得によって違いがあります）の自己負担で済むのです。

そして、4ヶ月以上治療が続けばさらに自己負担額は少なくなります。自己負担はいずれにしても上限を超える高額なので、どちらの治療でも自己負担額は変わりませんから、みんな最新の治療を希望します。そうすると治療費はどんどん額が増えます。健康保険が赤字になるのも当然です。

また、薬代は高額ですが、実は病院の収入にはなりません。

しかもこれらの薬は、ほとんど海外からの輸入なのです。つまり健康保険で国民みんながお金を出し合っているけれど、実はかなりの部分は海外の製薬メーカーの利益になっているのが現状です。

当事者でない皆さんでも、複雑な心境になりませんか？



第5章 放射線治療

1.

今回から、がんの3大治療の最後、放射線治療について解説します。

放射線というかつては原子爆弾、昨今は原子力発電所と、一般の方にはあまり良い印象はないかもしれませんね。

しかし、放射線治療も近年非常に進歩してきているのです。放射線治療を受ける患者数は、1995年当時は10万人以下だったのが、2009年では20万人まで急増しています。

欧米ではがん患者の半数が放射線治療を受けているのに対し、日本では3~4人に1人と言われていて、もっと普及しても良いと考えられています。

放射線を大量に浴びると、正常の細胞もがん細胞も死んでしまいます。しかし、正常な細胞とがん細胞では放射線に堪えられる量が違う（放射線感受性が違う）ので、その差を利用してがん細胞を殺して正常細胞は殺さないようにするわけです。放射線に対する感受性の差が大きければ大きいほど、効果が高くなります。現在では使用する放射線の種類や照射の仕方などが大きく進歩して、副作用が少なくがんを多く殺せるような工夫がなされているわけです。

今回は、放射線の使い方や有効ながんの種類を解説します。

2.

以前はがんにかかってしまった患者さんに“放射線”というと、「私はもう手遅れですか？」といった反応が返ってきたものです。

でも今は放射線を上手に使いこなすことが、がん治療でもキーになります。放射線の使い方は大きく三つに分かれます。

1. 放射線単独、あるいは抗がん剤と組み合わせて、手術なしでがんを根治しようとする場合（がんをやっつける決め手は放射線）

2. 手術の前か後に組み合わせて、がんを根治しようとする場合（決め手は手術）

3. がんの根治は困難だが、症状の緩和に用いる場合

1. の場合は、一般に放射線感受性が高い腫瘍で、臓器を温存したい場合に行われます。かなり進んだ食道がんや咽頭がん・喉頭がん・舌がんなどの頭頸部がんが主な対象になります。また、前立腺がんでは放射線を当てる範囲を狭めて副作用が少ない方法で行われます。

2. の典型例は乳がんや子宮がんなどの婦人科がん、一部の泌尿器系のがんや脳腫瘍や肉腫なども対象になります。非常に進行した直腸がんでも行われます。

3. でいちばん頻用されるのは、骨に転移が起こった場合の除痛です。がんの骨への転移は骨折や著しい痛みをとめない、症状を緩和する目的で放射線治療を行います。

一方、胃がん、肝がんには放射線はあまり利用されません。肺がんも特殊な組織型が対象になることが多いです。膵がんや胆道系のがんは、感受性があまり高くなく、また、照射に際して腸管への影響が避けられず(腸は放射線に弱いのです)、一般に行われません。



第6章 がん対策基本法

1.

今まで、がんをやっつける治療について概説してきました。ここで少し行政の話をしていきます。ちょっと堅い話ですがお付き合いください。

皆さんご存知の通り、がんは日本人の死因の第1位です。以前にも書きましたが、がんになった人が全員そのまま亡くなるわけではありません。(第1章3.参照)。

がんの種類によってかなり差はありますが、全体で見るとおおむね2人に1人は助かります。逆に言うと、残念ながら2人に1人は亡くなるわけです。

そこで、平成19年にがん対策基本法が施行され、国を挙げてがん対策を推し進めようということになったのです。

その大きな柱は以下の3点です。

- ① がんの予防及び早期発見の推進
- ② がん医療の均てん化の促進
- ③ がん研究の推進等

①と③はわかりますよね。②の“均てん化”というのは、患者さんの居住地にかかわらず標準的ながん医療が受けられるということです。

そして閣議で「がん対策推進基本計画」案を決定し、各都道府県で「都道府県がん対策推進計画」を策定することになりました。もちろん岩手県も作りました。

この法律の基本理念で重要なのは、前述の“均てん化”と“患者の状況に応

じ、本人の意向を尊重して治療方法を選択できるよう医療提供体制を整備する”ということです。

患者さんと治療にどのような影響があるのか、次回以降もう少し詳しく説明します。

2.

がん対策基本法の基本理念で重要なのは“がん医療の均てん化”と“本人の意向を尊重して治療方法を選択できるよう医療提供体制を整備する”だと書きました。

まず、“がん医療の均てん化”です。

日本人に多いがんについては、どこに住んでいても標準治療が受けられることが目標です。

胃・大腸・肺・乳腺・肝臓の5つの臓器のがんは“五大がん”と呼ばれています。これらには「標準治療」というのがあります。

標準治療というのは、以前にも少し書きましたが、医学的根拠に基づいた現時点で一番推奨される治療のことです。

がんにかかり、治療法を決めなければならないときには、ともすると、お知り合いや身近な人の経験から治療の良し悪しを判断しがちです。が、ごく少ない例からの判断は間違いのもとです。それぞれのがんの特性は様々ですので、やはり専門医の判断が欠かせません。

標準治療の話に戻しましょう。この標準治療をどこに住んでいても受けられるようにしようということです。

そこで「がん診療連携拠点病院」という制度が出来ました。岩手県の中心となる県診療連携拠点病院は岩手医大、九つの2次医療圏に各一つの地域拠点病院（たとえば盛岡市は岩手県立中央病院）が指定されました。

県拠点病院には「腫瘍センター」が必要です。岩手県では岩手医大に「腫瘍センター」が設置されています。他の地域では「〇〇がんセンター」などの名称の施設もありますね。

開業する前に、わたしは岩手医大の腫瘍センターのセンター長をしていました。そのおかげで、岩手県や東北地方のがん医療体制の構築や、医療人の育成、一般の皆さんへの啓発などに関する仕事にずいぶんかかわらせていただきました。

た。

盛岡医療圏では、岩手医大から医師が派遣されている盛岡日赤や盛岡市立病院などでも標準治療が受けられるレベルにあると個人的には考えています。標準治療が受けられる病院を増やすことが均てん化ということなのです。

3.

今回はがん対策基本法のもう一つの基本理念、“患者の状況に応じ、本人の意向を尊重して治療方法を選択できるよう”というお話です。

座頭市で有名な勝新太郎さんは頭頸部（とうけいぶ）のがんで亡くなりました。

一般的にある程度進行したがんは手術、抗がん剤、放射線を組み合わせる（集学的）治療を行います。

しかし、彼は手術を拒否しました。詳細は分からないので何とも言えませんが、もしかしたら手術を受ければ助かったかもしれないのに手術を拒否したのです。

その理由はまさに彼らしいものです。頭頸部がんの手術は喉頭を摘出します。つまり、今までのようには声が出せなくなります。「俺は役者だ。声が出ないなら死んだほうがまだ。」20年近く前だったでしょうか、その理由を聞いて私は、今後このように治療法を患者さんが選ぶ時代が来ると思いました。

欧米では以前から当たり前のことです。しかし、現在の日本では必ずしもそうではありません。

その理由はいくつかありますが、私は医師と患者の双方に責任があると思います。

患者さんの話をよく聞かずに自分の意見を押し付け、威張ったり怒鳴ったりする医師。医者の説明を理解しようとせず、自分では何も考えずに質問もしない、それでいて不都合な責任を医療側に押し付けようとする患者さんやご家族。とても残念なことです。

私は少なくとも自分の診療では、専門家の立場から患者さんに病態や治療法をよく説明し、承諾を得てから治療を開始するように心がけています。

そして、治療がうまくいかない気がする、よくならないと感じる時でも隠さずに教えてほしいと言っています。この繰り返しがとても大切です。

次回、自分で治療法を決めるということをもう少し詳しくお話しします。

4.

がん対策基本法の重要な基本理念の一つは、“患者が自分の意志で治療法を選択できる”です。

自分の治療を選べることは、当たり前で普通のことだと思われかもしれませんが、実際にはだいぶ大変なことなのです。

通常、がんの正確な診断（進行度）が判明すると、おのずとやるべき治療（標準治療）が決まる場合が多いです。

しかし、中には「手術と放射線のどちらを選びますか？」と患者さんとご家族に選択してもらうことも少なくないのです。

さらに、再発時や緩和医療、看取りの時期というふうに、一般に死が近づくに従って、治療や治療以外の様々な事柄に関しても重要な判断を迫られるのです。

それらを“自分の意志で決める”ということです。

このような時にどうしても求められるのが、患者さん自身とご家族が病気に対して必要な知識を持ち、医師の話をよく聞いて、自分の病状を理解することです。

今まで知らなかったし、考えたこともなかったことを、限られた時間で懸命に勉強しなければなりません。

最終的には担当医の提案した治療を受けても、そうではない選択をしても、みんなが納得して進めていくことが大事なのです。

患者さんにつらい病状を伝えることに抵抗を感じるご家族はたくさんいます。

「本人は気が弱くてたえられないと思う」「そんなつらい話はしないでほしい」といったご家族の意見をよく聞きます。でも、「自分が同じ立場だったらどうしてほしいか」と聞くと、ほとんどの方は「全部隠さず話してほしい」と答えるのです。

“悪いニュース”には伝え方があります。私たち、がんを治療する医師は伝え方も学んでいます。

そして、何より重要なのは、伝えた後で周りでも真剣にフォローすることです。

“支え続ける“ことは、口で言うほど楽ではありません。しかし、ご家族にはぜひ患者さんのつらさを一緒に分かち合う努力をお願いしたいと思います。

がんは治ることも治らないこともあります。しかし、もしがんで亡くなられたとしても、それまでご家族が治療のために一緒に努力したことで、最期を迎えたときに「悲しいけれど納得」「つらいけれど悔いはない」と思えるのです。



第7章 緩和医療

1.

がんが死因の第1位である現代では、がんはどうしても「死」に結びつけられます。

がんになる人がすべて亡くなるわけではありません。しかし、がんの種類によって違いはあるものの、全体で見ると、がんにかかった人の半分弱の人が残念ながらがんで亡くなることとなります。この事実は専門知識のない一般の人に何とも言えない恐怖、言い換えると苦痛を与えています。

また、実際にがんになれば様々な困難が発生して、患者さんに苦痛を与えます。

“緩和医療＝緩和ケア”とはこれらさまざまな苦痛を和らげる医療のことです。

緩和ケアというと末期がん患者を看取る医療、死ぬ間際の限られた人たちの医療と考えられがちですが、そうではありません。“がんと診断されてから治るまで、あるいは亡くなった後まで、そのすべての過程での苦痛を和らげる”医療が“緩和ケア”なのです。生き死に限らず、苦しさを和らげようというものです。

がんにおける苦痛は大きく4種類に分けられます。そしてこれらが全部あまって患者さんに対する苦痛になります（これを全人的苦痛といいます）。

全人的苦痛は、“身体的” “精神的” “社会的” “霊的” の四つで構成されています。

これはがんに限らず、命に関わる病気ではどれも共通なのですが……。ちよっと難しい話になりましたね。

次回からこれらの苦痛を一つ一つ解説していきます。
理解することが、苦痛を軽くすることにつながるからです。

2.

前回は、がんによる苦痛は全人的苦痛であり、それを和らげる医療が緩和ケアであって、死を看とる医療ではない。そしてその苦痛は身体的、精神的、社会的、霊的の4つがあるというお話をしました。

今日はまず“身体的な苦痛”についてです。

がんが恐れられる理由の一番は死に至る病ということですが、もう一つの理由は「がんは痛い」と思われていることです。

しかし、全てのがんの患者さんがすべての進み具合で痛むわけではありません。多くの場合、がんがかなり進行して体の至る所に転移が起こってくる＝末期の状態になると「体がだるい」「動くのがしんどい」「疲れる」などの症状が出てきます。そしてがんが神経や腸を巻き込んだり、骨に転移して骨折したりするとかなり強い痛みが出てきます。

ですからがんが進行してから、その存在する場所によって様々な症状が起こり、その代表的な症状の一つががんによる痛みだと言えるのです。

現代医学では、痛みの原因や発生のしくみとその対処方法の研究が進み、かなりの確率で痛みをコントロールできる（やわらげられる）ようになりました。良く効く薬も出てきています。

これらを駆使することで平穏ながんの最期を迎える方も増えてきているのです。その主役の薬はモルヒネなどの麻薬性鎮痛薬です。

今回は皆さんの誤解が非常に多い、麻薬について解説します。

3.

がんの苦痛の中でも最も知られているのは「痛み」ですよね。現在は、痛みに対して様々な治療法が開発されています。特に“麻薬性鎮痛薬”を上手に使いこなすことは有効です。

麻薬と聞くと多くの患者さんは、「麻薬中毒になる」「末期状態でまもなく死ぬと思う」から「犯罪になる」「ヤクザを思い浮かべる」などといった悪いイメージを持っているのではありませんか？

これは全くの間違い、誤解です。

麻薬性鎮痛薬は“医師の処方で正しい使い方”をすれば、非常に良く痛みを取ってくれて、おかげで快適に過ごせるのです。日本は欧米に比べて麻薬使用量が極端に少ないのですが、医療の面ではこれは残念なことです。

医師にも患者さんやご家族にも、鎮痛薬としての正しい麻薬の知識がないために、がんの痛みをひたすら我慢する（根性論）だけでつらい最期を迎える患者さんが多いのです。

このような現状を打破するため、国や地方自治体は学会などと協力して緩和医療のための研修会を全国規模で行っています。

自慢ではありませんが、私はその第一期生、全国から約100人集まって国立がんセンターで行われた全国初の指導者研修会に岩手県を代表して研修を受けた2名のうちの一人です。

その後県内で研修会を毎年数回開催し、多くの医師が受講しています。

現在ではがんのみならず、ひどい腰痛や膝痛に対しても麻薬性鎮痛薬が認可されています。是非、麻薬に対する誤解を解いて頂ければと思います。

4.

今回から身体以外の苦痛に関してのお話をします。まず、“精神的苦痛”です。

その名の通り、“気持ちのつらさ”です。これは色々な場面で起こります。

がんの診断を受けたとき（あるいはその前）から、病状説明、治療の選択（手術、抗癌剤、放射線など）、再発の告知、治療法がなくなったとき、死期が迫ったときなど、多くの場面で心配し、不安になり、うつ状態になったり、やけになったり、諦めたりといった“気持ちのつらさ”が精神的苦痛です。

多くの患者さんを診てきて私が“一番やってはいけない”と思うことは、気持ちのつらさを心配する余りに、重要な事実（がんであること、再発したこと、治療法がないことなど）を曖昧なままにして、きちんと本人に伝えないことです。

不安なまま、隠されていることから先に進めません。

当然ですが、特に悪い事実を伝えることは患者さんに大きな精神的苦痛を与えます。しかし、その気持ちを医療関係者や家族がしっかり受け止めてあげることが大切です。患者さんは泣き叫んだり、子供のように我が儘になったり、うつ状態になったりすることもあります。でも、時間が経つと落ち着かれて、最終的に受け入れて前向きになることができるはずです。

その間、周囲の人達は根気強く、かつ、しっかりと患者さんを支えてあげないといけません。その支えてあげることが、紛れもない「緩和ケア」なのです。

その根本は、時間をかけて話を聞いてあげて、患者さんの気持ちを理解することから始まります。がんを治療する病院は大病院が多く、患者さんも殺到します。したがって、「時間をかけてゆっくり」ということがなかなかできにくく、様々なトラブルになることもままあります。

大病院集中では、緩和ケアが難しいのはそのためです。

5.

今回は、“社会的苦痛”に関してのお話をします。一般にがん、心臓病、脳卒中といった三大成人病ではその重症度に応じて治療期間は長くなります。特にがんでは常に「自分のがんは治ったのか？」 「再発しないのか」と言った不安（精神的苦痛）がつきまといまいます。近年は外来通院で治療が継続されることがほとんどですが、この延長線上に現実問題が立ちはだかってきます。それらを社会的苦痛といえます。

具体的には以下のようなことです。仕事の休職や配置転換、さらには解雇といった仕事に関すること。高額な治療費の負担や収入の減少などといった経済的な問題。配偶者や子供、両親などとの家族関係の変化（立場や上下関係の逆転なども）。さらに友人などとの人間関係が悪化したりすることもあります。

また、死期が迫ってくれば財産分与、相続などの問題も発生してきます。

実際に私が多くの方を看とってきた経験のなかでは、冷たい仕打ちや心変わりなど、人間の嫌な部分を見せられることもしばしばありました。体や心の苦痛だけで患者さんは辛いのに、さらに社会的苦痛が加わると本当に患者さんの精神状態は荒れてしまいます。

このような社会的苦痛に対処、相談するために多くの病院では「医療相談室」を設けていてソーシャルワーカー（相談員）が常駐し、様々な相談に乗ってくれています。

ソーシャルワーカーは医療や法律や補助制度などに精通していて、できるだけ快適な療養生活が送れるように一緒に考えてくれます。しかし、そもそも社会的苦痛では実際の生活がおびやかされたり、劇的に変化してしまうことが原因なので、まずこの現実を受け止め、冷静に対処することがなにより重要です。

6.

今回は、4つの苦痛の最後“霊的苦痛”に関してお話します。

霊的などというとお化けが出てきそうですが、多分に精神的なもので宗教的な側面もあります。心の苦痛の問題です。

これは本人が病状をどのように理解しているかにもよりますが・・・。

例えば一家の大黒柱として家で一番偉かった父親が、妻や子供の世話なしでは日常の生活ができなくなったり、社長として君臨していた自分が部下から心配される等々。

みんなが世話してくれたり、心配してくれるのを「自分はみんなから哀れに思われている」と解釈したりして、自分が情けなくなったりします。

今まで自分が“一番価値があり重要である”と思っていたことが全く無意味に思えてむなしくなったり（プライドの喪失）、大きく価値観が変わってどうしていいかわからなくなってしまうのです。

さらに今までの自分の行いが悪かったためにこのような罰を受けているという自責の念にかられることもあります。

「生きる意味」とか「死への恐怖」などを考えて悩む、そういう苦痛があるのです。ある意味非常に哲学的なのですが、多くの患者さんが直面する苦痛の一つです。

このような様々な苦痛に対しては、やはり「心を開いて、正直に気持ちを話す」ことが重要になってきます。

患者さんが持つ苦痛をひとつひとつ解決してゆきましょう。どんなことで困っていますか？何がつらいですか？どうぞご相談ください。



第8章 健康や治療と栄養

1.

本章では、「栄養」についてしばらく書いてみたいと思います。

「がん」の話から少し離れる部分もありますが、大切な話です。

私は大学勤務時代、外科医の専門として食道がんを中心とした消化器がんを診療していました。

その関係で、大学病院の「栄養サポートチーム（NST）」の立ち上げを行いました。

消化器のがんでは手術後の栄養摂取が予後に大きく影響するからです。

大学を辞めてからも、NSTのディレクターやスーパーバイザーなどを兼任する形で参加しています。

今でも年に数回はこの栄養関連の講演依頼が県内外であり、出向いています。

私が扱ってきた栄養はいわゆる低栄養、栄養障害と言われるものです。消化器がんの摘出手術などの術後管理での重要なテーマです。

まあ、低栄養の患者さんに接する都合上、痩せた先生だとイマイチ説得力がないかと思い、自分を無理矢理？過栄養にしたわけで・・・（これは完全に言い訳ですが）。

過栄養、すなわち肥満は脳卒中や心臓病の原因になるので戒めないといけません。実は痩せていればよいかということそうでもないのです。

生活習慣病予防のために「野菜中心の食事」にして「肉や油ものは控えて」は悪くないのですが、年齢や体型などで食事の内容は変える必要があるのです。食事は毎日の、そしてある程度年齢が上がってくれば数少ない楽しみにもなっています。皆さんの食事に対する認識を新たにしてもらうために、次回以降、もう少し詳しく栄養のことをお話しします。

2.

最近、老年医学の領域で提唱されている「サルコペニア」という考え方が、栄養状態と病気の関わりで非常に重要視されるようになってきました。

今回からこの「サルコペニア」についてお話ししたいと思います。

なにか不可思議な言葉が出てきたと思うかもしれませんね。

サルコペニアというのはギリシャ語からの造語で、「筋肉＝“sarx”」と

「減少＝“penia”」の二つを合わせた造語です。要は筋肉の減少によって起こる様々な障害だと思ってください。

この概念は比較的新しく、1989年に提唱され、その定義などが国際的に一致したのは2010年です。しかし、それ以後世界的に急速に広まり、日本でもよく知られるようになってきました。

サルコペニアは筋肉が衰えることによる障害の総称ですが、その原因は大きく加齢（1次性）と加齢以外（2次性）に分かれます。

年をとって体がだんだん弱く衰えていくのは、ある意味自然の摂理です。そして体が衰えて最終的に亡くなってしまう場合を通常「老衰で亡くなる」といいます。

一方、加齢以外の原因は、①活動性の低下に起因するもの、②疾患に起因するもの、③栄養に起因するもの の3つに分かれます。次回からそれぞれについて解説します。多くの皆さん心あたりがあると思いますよ。

3.

今回から筋肉が衰える「サルコペニア」という障害について詳しくお話します。

筋肉が衰えるというのは実際どういうことなのか、ある程度年を重ねると皆さん思うことそのものです。でも漠然と感じるだけでは医学的ではありませんよね。誰が見ても衰えているということが客観的にわかる必要があります。その基準は3つ。

①筋肉量の低下、②筋力の低下、③身体能力の低下 です。

このうち①の筋肉量の低下が絶対条件です。これを測るのは難しいようですが、実はタニタなどの体重計で十分です。よく体脂肪率が出る体重計がありますよね。それで筋肉量を測ります（詳細は省きます）。

②の筋力の低下は握力で測ります。男性25kg、女性20kg未満が該当します。

③の身体能力の低下は歩行でわかります。ある程度広い道路で歩行者用信号が青のうちには向こうまで渡りきれない、あるいは歩行者用信号が青になってから若い人と同時にスタートして、若い人が向こうに着いたときに自分が半分

まで行けない、ときには身体能力低下と判断します。歩いたときの感じは自分でも納得できるものと思います。道路を渡るときに、是非注意してみてください。

これらの基準に該当するとサルコペニアの疑いがあります。

4.

筋肉が衰える病態をサルコペニアと言いました。

その原因はいくつかありますが、大きく一次性（年取ったせい）と二次性（病気のせい）の2つに分かれます。実際には年取った上に病気になることで余計病状が進むわけです。

一次性サルコペニアが進行すれば、最終的に老衰で亡くなることになります。あるいは一次性サルコペニアが進んで体が弱って最終的に肺炎で亡くなることもあるでしょう。現在、日本ではこのようなパターンで亡くなるのは、死亡原因第3位の肺炎と第5位の老衰でおよそ15%を占めます。

がん、心疾患、脳卒中を合わせると約55%です。

ここままで死因の第5位までを占めるのです。第6位以下は不慮の事故や自殺ですから、サルコペニアという病態が重要であることはおわかり頂けると思います。

二次性サルコペニアの原因は大きく3つに分かれます。①活動性の低下（寝たきり、不活発、生活失調など）、②疾患（がん、炎症性疾患、臓器不全など）、③栄養（吸収不良、消化管疾患、経口摂取不足）です。

5.

今回は加齢以外の原因で筋肉が衰える二次性サルコペニアについてお話しします。

原因は、①活動性の低下、②疾患、③栄養の大きく3つに分かれます。

活動性の低下の原因は、脳卒中や心臓や肺の疾患、あるいは太ももや背中・腰骨の骨折（骨粗しょう症の骨折）によって発病前に比べて動けなくなった場合、認知症や精神疾患で動けなくなる、または、食欲不振になる場合（食べない、食べたくない）、配偶者、両親、子供などが転居・死亡などでいなくなり、

今までの生活ができなくなる場合などがあります。

つまり体だけでなく、心や社会的な変化でも食べられなくなるとサルコペニアになってしまいます。

病気の後遺障害だけでなく、奥さんが先に亡くなって自分では料理ができず結局食べない、旦那さんが亡くなって一人だけでは料理を作る張り合いがなく、面倒くさいから食べない、ということも起きるのです。

このような場合は、何か生きがいを見つけられないといけませんね。心のよりどころと言ってもよいでしょう。周囲の方は孤立によってサルコペニアに至らないかもちょっと気にかけていただきたいと思います。

転ばぬ先の杖です。自分や家族の体が衰えたときのことを健康なときに考えておくのも大切です。

6.

今回は二次性サルコペニアの原因はどのような疾患があるかをお話しします。

基本的に体力が消耗する疾患はすべて可能性があります。

中でも重要なのは悪性腫瘍（がん）です。一般にがんが進行すると低栄養になり、結果としてサルコペニアになります。

更に進行すればいわゆる「がんの末期」という状態になり、死亡してしまいます。なぜがんで亡くなるか？・・・

その7割程度の直接の原因は低栄養＝サルコペニアだと考えられています。それなら栄養を強制的に入れてやれば良いのか、というとそうではないのです。

栄養を入れた方が良い時期があり、その時期を逃すと今度はかえって有害になります。ここががん治療の際のジレンマです。

がんの治療は大きな病院で行うことが多いのですが、主治医の先生で栄養にまで気をつけてくれる医師は、実はあまり多くありません。

必要であれば私の方でいつでも相談に乗ります。

栄養状態を保つことが生きていく上で非常に重要であるということを、是非皆さんに認識して頂きたいと思います。

7.

今回は二次性サルコペニアの原因分類の最後、「栄養」に関してお話しします。これはもう純粹に食事量が少なかったり、極端な偏食だったり、体に必要な栄養量が満たされない場合です。社会的にご飯を作る人がいなくなったり、作れなくなったりして食べられないという場合もあります。しかし、結構厄介なのは「どこも悪くないけど食べたくない」という訴えの場合です。

「最近痩せた」と心配して来院する患者さんは実は結構いらっしゃいます。我々は、初めにこのような症状の患者さんが来ると、がん？糖尿病？など様々な疾患を考えます。そしてこれらが否定されると「原因不明の食欲不振、体重減少」ということになります。これは病名が付かないのですが、病態はまさにサルコペニアなのです。このような場合、原因は身体よりも精神的なものが多く、いわゆる“老衰”の始まりであることも多いのです。

人間の最も基本的な欲求である“食欲”がなくなることは、生命体としての終わりが近づいているということかもしれませんね。

