

## 【50周年記念特別企画】

## 記念講演

寛仁親王殿下



これから癌のお話をします。私は基本的に抗癌剤が嫌いで、6回手術をして1回も抗癌剤を使っていませんが、反対する者がお話をするのも「結構です!」ということなので、それを含めて12年前の下部食道癌から始まり下咽頭痛に至るまでのお話をします。

まず、5年前に癌研究振興財団の国際シンポジウムで講演した内容から抜き出し、簡単にお話ししたいと思います。

1991年1月に私は下部食道癌の手術をしました。年末に胸のあたりに引っ掛かりを感じ、検査の結果、下部食道に癌が発見され、以後、計6回手術をしました。下部食道癌に始まり、92年6月に頸部食道切除・左頸部リンパ節郭清・遊離空腸による食道再建を実施。94年7月、舌根・喉頭蓋切除・右上頸部リンパ節郭清、退院後リハビリテーション中に右頸部に異常を感じ、9月中旬、試験切除の結果、転移が見られたため、9月に右頸部リンパ節郭清を実施。95年9月、下咽頭部分切除が実施されました。

初回の左反回神経、迷走神経吻合と、2回目の頸部食道遊離空腸による食道再建が医師団にとって最も気がつかれた事。また先の2つの手術が3回目のとき、嚥下運動にどう影響するか心配された事。右頸部リンパ節郭清のあと放射線治療をせずに経過観察をすることは勇気を必要とした事。下咽頭部分切除は嚥下機能を残すために、当初、放射線治療を計画したものの、食道鏡検査で予想より下部に病巣があったため、手術を実施したことなどが苦労された部分であると聞きました。

私の所見として、体調はきわめて良好です。初手術時の体重は67kg、手術のたびに一進一退を繰り返し、最高で71kg、最低で57kgの落差があります。これは5年前の話ですから、現在、体重は66~67kgで手術前と変わりません。食欲に関しては、一度も食欲不振に陥る経験はありません。

しかし、食道を全摘、胃を1/3切除したため、1回での大量摂取は不可能で、術直後はお寿司が4個で拡張感のため痛みを感じましたが、現在は22個が最高記録です。時間をかければ通常の人とほぼ同量食べることが可能ですが、短時間の場合、ハンバーガー1個半で鈍痛を感じます。

疲労に関しては過激な運動、根をつめた仕事が続くと、以前の1/3の運動量、仕事量で疲労を覚えるので休養を取ります。私は、本業はスキー・インストラクターで、障害者福祉のフィールド・マネージャーであります。したがって、手術ごとに一番気になったのは、体力が術前の状態に戻るか否かです。結果として、主治医の説明どおりであったのが嬉しいことであります。

術後、コンマ何秒を競う競技はあきらめました。しかし、アルペンスキーはシーズン中約40日間の大会、合宿、講習会を実施していますし、クロスカントリースキーについては完走を目的としたレースに4大会に出場しています。

現在、私がこうして元気な一番大きな理由は、国立がんセンターの医師団が手術の都度、可能なかぎり温存術式を取り、身体全体へのダメージを少量化することに心を砕いてくださったことによります。

第2の点は、人生の大半を運動選手として過ごしてきた経験が、術直後から本能的に身体訓練を再開させる発想と実行に結びついたためと考えています。この件は初めの数年間、医師団との間で激しい論争になり、特に内科医との意見の相違は大きなものがありました。しかしながら、将来のことは不明ですが、現在は結果的に私の実行力が正しかったことを証明していると思います。

術後10日目に歩行許可が出たとき、当時の古い回廊のようなつくりの病棟を周回していました。3周から5周、10周と増やしていきましたが、たまには縦のトレーニングもしましよと看護婦さんが言ったので実行しました。スキー部時代、階段駆け登りの練習をやっておりましたから、10階から地下2階まで下りて、上がってくるということを当然のようにやりました。

その時は本当に苦しくて、身体を切られて包帯がぐるぐる巻きでしたし、点滴を持ったままでやっていたら、内科医が飛んできて真剣に怒られました。あなたの血液状態は最悪だから、こんなことをしてはいけないということです。けれども、私たち運動選手は動けないときは本当に動けないことを知っています。そこで先生の話をししばらく黙って聞いていましたが、「先生、ここは病院でしょう。万が一私が倒れたら、また助ければいいでしょう」といって、黙々と歩きました。

たしかにこちら結構苦しい。エベレストの頂上直下100mはこんなものではないかと思いました。私の歩いているスピードが本当にそういう感じで、ハアハア言いながらゆっくり下に行ってまた上がってくる。そういうことを毎日やっていたわけです。国立がんセンター創設以来、そういうことをした人は初めてだそうです。先生方は手術が成功したとお思いになっていますが、私は自分の体力を信じて徹底的にトレーニングをしたからだとも思っています。

第3点で大切なことは、癌患者にとって癌が発生する以前の人生において、いかなる人生観や人生に対する美学を自分に課していたかということと、残りの人生で何を為したいのかに関して、明快な方法論の所持の有無であろうと考えます。術前と術後の人生哲学をきちんとしているか否かが、Quality of Life に関して、将来のターミナルケアに関して患者にとってきわめて重要な生活維持への要因になると思います。こういう内容のスピーチを5年前に国際シンポジウムで発表しました。

続いて、癌患者に対してぜひ医師の方に、留意していただきたいことをいくつか挙げます。インフォームド・コンセントについて、日本では誤解されている気がします。「説明と同意」と訳されているのかもしれませんが、私はそのことを知らずして本物のインフォームド・コンセントをしたと思います。

私は高校生のころから日本中に友だちをつくってきて、障害者福祉、青少年育成、国際親善、スポーツ振興という仕事の中で、仲間をつくることに血道をあげてきました。おかげで癌が発見されたときに多くの医師を知っており、食道癌の大家は誰かということ在必死になって調べ、当時45歳の人間としてはかなりの情報量を持っていたと思います。

高知医大の先生をはじめ、5人ほどの先生方を私は選び出しました。当時、国立がんセンターの院長でいらした末舩先生をご紹介いただいて「私の知り得た情報ではこうですが、どの人がナンバーワンか教えてください」と真剣に質問をしました。先生の専門は肺でしたから、気兼ねなく言いたいことをおっしゃるだろうと思いましたが、はっきりしたことを言ってくださいませんでした。

これはあとで末舩先生と仲よくなってから、ひどい質問をされたものだと言われてました。外科医は昨日までは名医だったかもしれないが、今日の手術を見てみないかぎり名医とは言えないとのことでした。

結果的には当時、札幌冬季オリンピック以来面識のあった札幌医大名誉教授の和田武雄先生から、だれがナンバーワンという時代ではなく、チーム医療が一番大切だとアドバイスを受けました。「では、チームとして食道癌を取るには一番いいのは」と言うと、「築地の国立がんセンターだろう」とおっしゃいました。これ

以上、あれこれ考えても仕方がないので、国立がんセンターに行くことにしました。

現在の日本でのインフォームド・コンセントは、患者さんが調子がおかしいということで病院に行き、検査の結果、先生から説明・告知をされ、そして患者と家族が同意する。このことをインフォームド・コンセントと理解している気がしますが、私から言わせると、さらにプラスして患者側がもっと知識を持っていなければいけない。それから、患者側の決定権がないのはおかしいと思います。私は5つの選択肢を自分で考え、持っていたわけです。高知医大にも本当に行く気になっており、ベストドクター、ベストホスピタルがいいと思い、そう考えたのです。

いずれにしろ、現在、私が仲間のなかの癌患者に、紹介やアドヴァイスすることがありますが、まな板の上の鯉ようになって、医師を盲目的に信じてはいけなく必ず言っています。ある病院を信頼できなければ、別の病院の選択も必要で、そういったことを含めて患者と医師側が徹底的に議論をすることが本当のインフォームド・コンセントだと思います。この点、国立がんセンターは本当にそれをなさっていたと思います。

日本人はすごくあきらめがいいから、病院で本当にまな板の上の鯉になってしまう。私はこの12年間の経験で、先生方にも知らない部分が沢山あるのだということが体験できました。これは恥ずべきことではないと思いますし、癌はとても難しく個体差があります。

私の手術が成功したので、親戚の80歳近くのおじいさんが、先生を指名して同じ箇所の同じ大きさの癌を取ったことがあります。術後の経過が全然違いました。先生に聞いたところ、私のときは食道周囲のリンパ節をかなり摘出したそうですが、私の親戚の場合には同じ場所でも高年齢ゆえ生死にかかわるので、ほんの少ししかリンパ節を取らなかったようです。それは年齢によって、あるいは男女差もあるでしょうし、予後がこれだけ違う病気はちょっとありませんから、そういった意味も含めて徹底的な議論をしておかないといけないと思います。

食道の手術のとき、術後の痛みは鉛板を中に埋め込まれたようなものだと聞いたのですが、正しくないと思います。そんな中世の拷問のようなことをされた人はいないはずですから、その痛みがどうであるかは知らないはずで、おそらく、だれかが「ボーン」とした痛みというふうに言ったことを、日本語として鉛を埋め込まれたように解釈したのだと思いますが、現実には線的に痛いのです。それを自分で切られていない先生方は、どうしても固定観念として説明なさることが多いのだと思います。

また、患者のあるべき姿について、医師側にもぜひ知っていただきたいのは、日本の見事な保険制度というもので、自然に必要な検査以外も行う癖がつき、患者

の側も保険で済むという安心感から、深く考えない部分があるという事です。私は大酒飲みで、癌になる前、入院をして肝臓を休めなければいけないことが10回ではきかなかったと思います。

我が国の国民は、皇族は金持ちだと思っていますが、少なくとも戦後は歳費で生活しているのです。お金持ちではないし、皇族には保険がありません。ところが医師はそういうことをご存じないから、徹底的に無用と思える検査までしてしまいます。

最初に驚いたのは、日赤医療センターで血液検査をしたときに、外来受付の支払いで並んでいました。みんな1,500円、2,000円なので意外と安いんだと思っていたら、私のところに来たとたん「寛仁親王3万7,000某」と言われたんです。血液検査だけで3万7,000円なんてありえないと言ったのですが、窓口の上司の人から、「貴方は自費払いになっていますから」と説明されました。そこではじめて、あなるほどと理解出来ました。

そこで、あるとき、太い注射器を持ってこられたとき、「先生、これは何ですか。それがいくらか御存知ですか？」と質問しました。それは膀胱の検査をするためにだったようですが、「私の膀胱が悪いはずはないですから、やめてください」と。差額ベッドについても社長に電話をかけて、「うちのかみさんは日赤の名誉副総裁をやっている。その旦那なのだから何とかしてくれ」と大真面目に言いました。われわれの生活をよく知っているはずだし、こちらは仕事で忙しく、たびたび外泊するので考えてくれとって掛け合い、その分は半額かかしてくれました。これは医師というよりも病院対患者の問題ですが、患者と医師との間にきちっと議論、討議が成り立ってこそ、本当のインフォームド・コンセントだと思います。

医療において、大切なのはムントセラピーの大切さです。ドイツではムントセラピーのテストがあるそうで、手先が器用でも、ムントセラピーのきちっとしていない人は受からないという話を聞いたことがあります。ところが日本は、医は仁術という発想がありますから、医師のことをすぐ認めてしまう部分があります。

実際に、障害者福祉の仕事で仲良くしている脊損下肢麻痺の人から聞いた話ですが、ある先生がカルテもろくに見ずに看護婦さんの言うとおりに、注射をしたのだそうです。その先生は注射器を刺すときに、「チクツとするからね」と必ずおっしゃって注射をされる。けれどもカルテを読んで、脊損下肢麻痺だとわかれば、お尻はチクツともしないことがわかる。彼女は先生にそう言われても、あとで何をされるかわかりませんから恐れてしまい、結局何も言えなかったといえます。

私の癌を最初に発見したのは、公邸に近く、古くから

存じ上げていた前田外科病院の前田昭二先生という院長でした。そのときに内視鏡が入って10秒もしないで、「食道癌だ」と先生方が話しているのが聞こえました。何十年も私をご存じで、はっきりものをおっしゃる先生だから、結果的にはそれがありがたかった。私はそんなことを言われてもショックを受ける人間ではありませんので、それでよかったです。

その先生は「ぼく、失敗しちゃった」ということもおっしゃったりしますが、だから患者としてはとても安心感があります。それは先生との長い付き合いで、先生がこの男には隠してもしょうがないということをご理解いただいていたのだと思います。

がんセンターに入院して困ったのは、消化器の渡辺寛先生は手術はものすごいお上手らしいのですが、しゃべり方がお下手なんです。かたくななおじさんでどうにもならず、「先生、言いたいことはわかりますが、患者にはとてもわかりにくいですよ」とよく言ったりしました。

これは日本人固有の器用さと技術向上への願望から来ており、技術水準のレベルの高さというのが圧倒的に日本の医学界、特に外科医に関しては大切にされているからだろうと思います。外国人は小さいときから討議とか議論を訓練されているので、自己主張していかないと彼らは生きていけない。日本人はそうではなく、「和をもって尊しとなす」ですから、私のように何でも正論を言う人間は、難しい立場に置かれます。議論、討議下手、自己主張が下手だからかと思いますが、日本の患者は何も言えない。

私はスキー・インストラクターで、斜面を滑りながら、下手な人にワンポイントでわかるように専門用語を使わず、ひざを前に曲げてとか、具体的にわかりやすく言わないといけません。スキーでオリンピックに出た様な選手が現役を引退すると、試験を受けてインストラクターのライセンスを取りますが、彼らはほとんど本能的な勘で滑ってきているわけで、それが素人にスキーはこうですと急には教えることが難しいのです。同じことが医師にも言えて、どうやったら患者さんにわかり易く説明できるかを基本に戻って考える必要があります。

最後に申し上げたいのは、癌患者に対して見舞う人、先生方、看護婦さんにしても「頑張って」と言われますが、患者は真剣に頑張っているのです。それは言っていたきたくない。病室を離れるときに、「お大事に」と言っていたのが一番ほのぼのとします。例外的に仲のいい祇園の芸者さんが「おきばりやす」と言って帰っていったんですが、京都弁のはんなりしたすばらしいイメージどおりで本当にきばらなきゃっと思いました。しかし頑張ってといわれてもつらいものがありますから、皆さんも患者の気持ちになっていただきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。