

総説

癌の統合医療 —医療者と患者による創造—

Integrative Oncology, An Introduction—Creation by Medical Professionals and Patients

水上 治*
Osamu MIZUKAMI

要 旨： 統合医療は、「西洋医療・補完医療から、広範でより正確な情報下で、患者が自分の価値観・人生観・死生観に基づいて自由に選択しながら、信頼する医療者と共に創っていく全人医療」と定義される。西洋医療のみでは進行癌ほど治りにくく、QOL（生活の質）低下などの短所があり、統合医療が必須である。科学的根拠については、RCT（ランダム化比較試験）に弱点があるので、統合医療的な評価法として、「帰納法」と「直感」を提案する。医療者は独善的になるのではなく、自己否定して謙虚に患者側に入り、患者側から医療を見直し、患者と共に新しい統合医療を創造していく。これが究極の癌統合医療である。

ABSTRACT: I define integrative oncology as holistic medicine created by medical professionals with patients who can freely choose conventional and complementary medicine in the sense of their philosophy. The number of cancer death among Japanese has been increasing, and the conventional oncology is poor at treating advanced cancer patients, and the conventional oncology has many weak points such as low quality of life. Therefore, the integrative oncology is essential. When I evaluate efficacy of the therapies, I have chosen induction and intuition rather than randomized controlled trial. I propose the Japanese-style integrative oncology which is created by the medical professionals with the patients.

Key Words: Integrative oncology, Conventional oncology, Sense of philosophy, Induction, Intuition

I 癌統合医療の必要性

1. 癌医療の現状

我が国の癌死亡者数は、この半世紀で4倍程増加しており、日本人の高齢化が背景にあるが、2008年時点で男性の58%、女性の43%が癌と診断されており、癌が蔓延していると言っても過言ではない。

ところが、5年生存率は改善が乏しく、特にステージⅢ、Ⅳに関しては、この半世紀を見ても、多くの癌についてあまり改善されていない。初期癌が治りやすいと言っても、5年生存率は100%ではなく、ステージⅣについては、未だに治癒が極めて難しい現状がある。ここに癌統合医療が必要な大きな理由が存在する。

2. 癌は多因子病

特定病因論とは、ある疾患が単一の原因で起こるという考え方である。結核が結核菌で起こるよう

に、感染症はこれで説明できるが、癌の原因は複雑である。

癌は多因子で起こり成長する。基本的に癌遺伝子と癌抑制遺伝子に突然変異が起きることでスタートするが、発癌3段階説で示されるように、イニシエーションからプロモーション、プログレッションへと進行する。この間遺伝子の突然変異の修復、変異細胞の自死、免疫細胞の攻撃などから免れたエリート細胞のみが生き残り増殖する。誰でも毎日5000個程度の癌細胞が発生しているのに、全員が癌にかかるわけではないのは、本来人体は癌にならないようにできているからである。西洋型癌の増加、日本型癌の減少の背景にライフスタイルの洋風化がある。日系米国人やブラジル人の癌死因を見ると、食生活など環境因子の大きさが示唆される。

癌は多因子疾患だから、治療も多方面から攻めていく必要があるのは明白である。

3. 標準治療で癌が治りにくい原因

標準治療は癌細胞を敵とみなし、手術でえぐり取

* 健康増進クリニック

表1 癌細胞と周辺

低	免	疫	力
低	酸		素
低	体		温
低	血		流
低	抗	原	性
高	活	性	酸
高	炎		症
高	血		糖
内	分	泌	不
交	感	神	經
栄	養	代	謝
			異
			常

表2 癌補完医療の目標

高	免	疫	力
高	酸		素
高	体		温
高	血		流
高	抗	原	性
低	活	性	酸
低	炎		症
低	血		糖
内	分	泌	安
副	交	感	神
栄	養	代	謝
			正
			常
			化

る、放射線で殺す、抗癌剤で殺す、要するにすべて攻撃的な医療で単純過ぎる。癌のメカニズムが複雑であることを忘れてはいけない。

癌細胞と周辺は、以下の様な特徴を持っている(表1)。

だから癌の補完医療では、表2の各項目を目指す。そのための手段は無数にあるので、いくつかを組み合わせることが補完医療となる。これらの項目が改善していけば、必ず治癒力が増し、癌の進行遅延・停止・縮小・消失が起こってくる。

4. 癌標準治療の問題点

外科手術・放射線療法・化学療法から成る標準治療は、いくつかの大きな問題を抱えている。

1) 命懸けである

外科手術は術後死の問題、放射線療法は晩期障害、化学療法は毒性による死亡などを抱えている。標準治療はまさに命懸けである。癌死はやむを得ないとしても、合併症死は受け入れがたい。

2) 後遺症がある

手術は臓器をえぐり取るので、必ず局所に障害を起こす。患者によっては一生苦しむことになる。放射線で間質性肺炎になると治りにくい。抗癌剤によって起こった腎不全や手足のしびれ等は、休止後も改善しないことが多い。

3) QOL(生活の質)が下がる

標準治療によるQOLの低下が大きな問題である。体調が悪い癌患者はより不安になり、闘病心を失いやすい。

4) 医師が冷徹である

癌告知により希望を失う人が多い。余命告知は絶望をもたらしやすい。

国立がん研究センターの研究によると、日本人約10万人を20年追跡した結果、がん患者以外の人に比べ、癌告知後1年以内の患者の自殺率は23.9倍であ

った²⁾。スウェーデンで約600万人を対象にして15年追跡した調査では、癌以外の人に比べ、診断後1週間以内の自殺率は約12.6倍、1年以内では3.1倍であり、日本よりはるかに低い³⁾。

癌告知後の日本人の自殺者があまりに多いのに衝撃を受けた。欧米と明らかに違う我が国の風土に、現在の癌告知が合っているのであろうか。私は癌告知には賛成だが、今回発表された事実は、もう一度原点に返って癌告知の仕方を真剣に考え直す時期に来ていることを我々に告げている。

5) 癌難民が多い

担当医との信頼関係を築けていない患者が多い。泣く泣く通院していても、本心は転院したい患者は精神的癌難民である。医師は患者の癌が進行して標準治療的にやることがなくなると、まだ元気なのに緩和ケアを紹介するが、患者は医師に見捨てられたと感じる。

II. 癌の統合医療とは

1. 定義

統合医療は「西洋医療・補完医療から、広範でより正確な情報下で、患者が自分の価値観・人生観・死生観に基づいて自由に選択しながら、信頼する医療者と共に創っていく全人医療」と定義される。

2. 補完・代替医療の区別

Oxford American Textbook of Oncology⁴⁾によれば、「代替医療」とは「西洋医療の代わりに用いられる医療」であり、「補完医療」とは「西洋医療と共に用いられる医療」である。

癌医療においては代替医療ではなく、補完医療を使う。なぜなら、現実には超早期癌でない限り、癌を代替医療だけでは治しにくいので、補完医療なのである。

全米癌回復財団の資料では、余命いくばくもない状態から奇跡的に回復した1万5千人以上の中で、標準治療をきちんと受けていた人は、96%以上に及ぶ⁵⁾。代替医療だけで癌を治療するのには高いリスクがある。

3. 癌統合医療の公式

癌統合医療 = 癌標準治療 + 癌先端医療 + 癌補完医療

癌統合医療はこれら3種の無数の組み合わせである。十分な情報下であれば、例えば標準治療のみでも、補完医療のみでも、統合医療である。

癌先端医療は本来西洋医療に含まれるが、免疫療

法の様に、医師からエビデンスレベルが低いとされ、補完医療扱いされている。しかし私は先端医療の中に、肺癌に対するラジオ波焼灼療法のように、有効なものも多数あると考えている。

Ⅲ. 西洋医療の歴史と哲学

1. 西洋医療の文化的背景

西洋医療は、当然ながら、西洋人の文化に反映され、西洋人の価値観で決定される。西洋人は分類すれば狩猟民族である。我々東洋人から見れば、自我を大切にし、自分と他人を峻別し、自己主張が激しいから、医療も攻撃的であり、手術で病巣をえぐり取り、放射線で焼き、抗癌剤で敵を殺す。医師も患者も自我が強いので、医療は両者のぶつかり合いである。医療現場では専門家である医師が優勢だが、劣勢気味の患者は訴訟でお返しをする。癌告知も余命告知も、自我を尊重する文化から自然に生じたものである。

我が国は長い歴史を背景に伝統的な文化を持ち、独自の医療もあった。ところが明治以後西洋文明が怒濤のように押し寄せ、医学においても、1874年西洋医学のみが認められた。医学校はすべて西洋医学であり、医療も鍼灸や柔道整復などを除けば西洋医療のみであった。終戦後も怒濤のようにアメリカ医療が日本を席卷した。長い間医師はそれを鵜呑みにしてきた。国が認める医療について世界を眺めみると、日本と米国だけが基本的に西洋医療のみで、ヨーロッパやアジアは伝統医療や補完医療が共存している。

一方西洋医療を150年取り入れてきたにもかかわらず、日本人そのものの自我の構造は、東洋人である。東洋人は農耕民族である。自己主張をせず、周囲との平和を好む。人間は自然の一部であり、自然と調和して生きてきた。自然を征服するという発想はない。病巣をえぐり取るのではなく、人体という小宇宙を大宇宙と調和させると、自然治癒力で病気は治る、という医学体系を築いてきた。用いるのは養生や薬草やオイル、鍼灸、ヨガなど体に優しいものばかりである。

長く我々は西洋医療を学び実践してきたが、そろそろ、東洋医療の長所を取り入れた、日本人に合った医療を見つけ出す時ではないか。

2. 医学と医療の相違

統合医療を批判する医師は例外なく「医学」と「医療」を混同している。「医学」は「理論」「学問」

であり、「医療」は具体的な「実践」「選択」である。

医学は科学の一分野であり、医学書には、科学に則った理論が書かれている。しかし医学は科学であるといっても絶対真理ではない。医学書が絶えず改訂されているのでもわかるように、医学はすべて仮説である。

3. 科学はすべて仮説である

科学はすべて仮説である⁶⁾。科学的真理と言われるものでも、間違っていることがわかれば、改正される。だから科学から派生した西洋医学も仮説ではない。科学について詳しい人ほど、科学の限界を知っている。

4. 医療は科学でない

医療は科学ではない。医療は実際に行われている診察であり、検査であり、治療であり、現実そのものである。癌医療において、手術するのか抗癌剤を受けるのか、補完医療を併用するのか、現実的に選択することが医療なのである。

5. 医療とは生き様である

医療はその地域の伝統・文化と密な関係を持ち、患者固有の価値観・人生観・死生観を見事に反映する。だから、医療は、患者のものの考え方によって違ってくる。自分の人生の途上で不本意ながら癌と出会った、どんな医療を選択しようか、抗癌剤を選ぶか選ばないか、仕事をどうしようか、その人の人生の生き方そのものである。有限な命を意識して、小さいことに感動することを大切に生きていくこともできる。

どんな医療を選ぶかは、死に方でもある。抗癌剤を選んで延命に挑戦するか、QOLを第一に考えて抗癌剤を選ばないかは、どう死んでいくかを患者が選び取ることである。

生き方や死に方に正しい、間違っている、はない。その人の命の使い方は自由である。正しい医療、間違った医療はない。

6. 医療の押しつけは犯罪である

医師による医療の押しつけは、それが親切心から出たとしても、犯罪になりうる。なぜなら西洋医療自体がリスクを伴い、心身の苦痛をもたらし、最悪命に関わるからである。

しばしば見受けられることであるが、患者が抗癌

剤を拒否したら、診療を拒否すると脅迫する医師は、医師法第19条「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」の違反である可能性が高い。

7. 「科学的根拠」を検証する

最高に近いエビデンスレベルとされるランダム化比較試験 (RCT) にも弱点はある (表3)。

- 1) 統計学の対象は同質である必要がある。ボールベアリングと違い、人間という個体差がある対象は非適応である。
- 2) 統計処理に使う計算式は単なる仮説であり、どの計算式を使うかで、結果は異なる。
- 3) 危険率の設定は現実にはそぐわない。5%の危険率は5%の判断ミスの可能性があるから、生命に関わる癌治療にふさわしくない。
- 4) RCTでどの群に入るかは、くじ引きで決められるから、不利な群に入ったら損である。時間的に余裕がない進行癌の患者にRCTを受けさせるのは、極めて非倫理的である。
- 5) RCTで対照群に比べて新しい抗癌剤で2週間延命すれば、国に認定されるが、臨床的には意味はない。
- 6) 治療効果を定量化できない医療を扱うことができない。
- 7) 集団の傾向は個人を無視している。100人に1人の奇跡は統計処理で埋もれてしまう。
- 8) RCTでは、効かないことを証明できない。
- 9) 客観的な研究といっても、データの解釈は主観的である。
- 10) 一つの治療のみピックアップしてのRCTは、実際には患者は同時にいくつかの治療を併用しているのもので、現実的でない。

表3 RCTの限界

同質でない人間は統計処理の非適応である
計算式は仮説である
危険率は判断ミスの可能性を認めている
非倫理的である
わずかな延命を有効としている
定量化できないパラメーターではRCTができない
集団の傾向と個人とは違う
RCTでは無効証明が出来ない
現実的なスタディデザインではない
解釈は主観
他の治療を受けていることがある
多くの癌の抗癌剤はRCTを免除されている
外科はRCTができない

- 11) RCT中に患者が密かに別の治療を受けていることがある。
- 12) 患者が少ない癌の抗癌剤はRCTが要求されないが、不公平である。
- 13) 外科手術はRCTがやられていなくても認定されているが、不公平である。

8. 効果の判定には「帰納法」と「直感」が優れている

RCTに頼らない良い評価法はあるのだろうか。

癌の教科書通りの医療を実践することは「演繹法」である。理論を目の前の患者に当てはめるだけなので、この方が医師としては楽である。しかしそれでは治療成績は良くなり、医療の発展は期待できない。

むしろ私は「帰納法」を勧める。様々な癌患者を日々診ながら、患者がどういう医療の組み合わせで改善しているか、共通の効果的医療を推察し、原理を見つける。これが「帰納法」である。古来世界中の医師がやってきた古典的方法であるが、これで新発見が可能となり、医療が進歩する。目の前の患者1人1人がどう生きてきたか、これから病とどう対峙するか、謙虚に患者の声を聴く。患者をていねいに診ることは効果判定に重要なことはない。

「直感を持ちうる者が名医である⁷⁾」。長年の「帰納法」的診察は、鋭い「直感」力を生む。これはコンピューターでは不可能な人間特有の能力である。

癌医療での効果判定に関し、日常診療での「帰納法」と「直感」の組み合わせは、RCTより断然優れていると、長年の癌臨床に私は確信している。

IV. 主客二元論は正しいか

1. 客観の起源

エビデンスには絶えず客観性が求められる。ここで、客観性、主観性という概念について、考えてみよう。

人類の歴史上、主観、客観という概念は長年の間全く存在しなかった。主観と客観を分け始めたのは、明らかに17世紀のデカルトである。彼は、「方法序説」の中で、「我考える、故に我有り」、と言っている。現象は実在でないが、現象を見ている我、自分だけが信頼できる、事物を客観的に見ることが大切だ、と彼は言い始めた。距離を置いて事物を見て、見ている自分をいわば生体遊離のように客体から離してみる。自分を対象から切り離そうとする、これが客観性である。

デカルトは哲学者であり、科学者でもあったから、この概念、主客分離の考え方が、その後の科学の発展に強力に役立った。科学の実験では、対象に感情を入れずに、冷静に実験し、データをまとめ、誰がやっても同じ結果を得たら、新発見として認められる。

西洋ではすべての捉え方の根底に、人間と自然、心と体、自己と他者というように、この二元論を置く。人間も機械論的な解釈になる。そして部分の寄せ集めが一つの物を創っていると考える分割論的解釈も重視する。

そして、医学も科学の一部として、人間を含む生物を実験の対象にして、この方法論で研究されてきた。研究者はモルモットなどの動物や人間をできるだけ冷静に扱い、感情移入せずに実験する必要がある。もしある特定の生物を可愛がったり虐待すれば、その生物のデータに狂いを生じるかもしれない。今病院で医師がクールなのに不満を感じている患者の話を良く聴くが、本質的に西洋医療は患者をクールに扱う医療なのである。

このデカルトの方法論を人間に適用することが、本当に妥当なのだろうか。私はこの原理を医学に応用することには短所があり、適応でないと考える。「デカルトが確立した自然科学は生命のない物質を解明し利用するためにはまことにすばらしい道具である。しかし、それは生命の理解には適しない⁸⁾」。

2. 人間機械論の間違い

18世紀の医師ラ・メトリは、人間機械論を展開した。「人間はきわめて複雑な機械である⁹⁾」。西洋医学は人間機械論であり、分割論である。部品交換の医学であり、何でも機械的に考える。だから、すでに癌の大きな塊があれば、絶対に癌で患者は死ぬと医師は考える。

福岡伸一は、「生命が分子機械であるという見方は、実は生命をフリーズさせている¹⁰⁾」と言う。

生命は1個の細胞を活かしている無限のエネルギーである。1個の細胞は自らを複製する。2個、4個、8個、16個と勝手にネットワークを組みながら増えて行く。癌細胞も増えていくが、癌細胞を殺すリンパ球が元気であれば、癌細胞は減少し、遂にはゼロになる事もある。

人間という生命体は一瞬一瞬分子レベルでダイナミックに動いているから、少し前の自分でなくなっている。患者に将来何が起こるかは、神ならぬ医師には何ら判るはずがない。

私自身癌の奇跡的な治癒例を多数経験している。肝転移が消えれば、肝細胞が再生する。肺も同じであるし、骨転移も良くなれば骨の欠損部分は塞がれる。

私に興味深い臨床経験がある。肺腺癌・脳転移の余命2ヶ月と宣告された老人男性が、補完医療のみで数ヶ月後肺と脳の腫瘍が完全消失した。その後元気に過ごしていたが、6年後入浴中急死したため病理解剖を受けた。死因は脳梗塞だったが、かつての5センチほどの脳転移巣が完全に正常の脳細胞で置き換わっていた。人間の生命力・再生力はかくもすさまじいのであるから、生命に関し予想を立てることはできない。

3. 西田幾多郎の主観と客観、主客合一

主観、客観は哲学的概念である。これを調べていて、行き着いたのが、西田哲学である。日本的な哲学者として評価されている西田幾多郎は、近年世界的に「生命の哲学者」としても注目されている。彼は主著「善の研究」などで、純粹経験（例えば先入観なしに桜の花に出会って、美しさや匂いに感動するという経験）では、主観も客観もなく、主客合一、と言っている。「現前の意識現象とこれを意識するということとは直に同一であって、その間に主観と客観とを分かちこともできない。……デカルトが余は考う故に余在りというのは已に直接経験（純粹経験）の事実ではなく、已に余ありということを経験して居る。また明瞭なる思惟が物の本体を知りうるとなすのは独断である¹¹⁾」。

日本では、主観と客観を分けて考えてこなかった。西洋のように人間を自然と対峙させるのではなく、自然の中の自然そのものとして捕らえてきた。西洋の自然観が自然破壊に陥ったことは明らかである。日本人に自然破壊は違和感があるのは、人間が自然の一部だからである。

自分の側から世界を見ると、どうしても自己中心的になる。世界に入っていくと、高みの見物となる。世界に存在するのが私の自我だけであり、世界の事象は自我の意識によって生み出され、世界の中心は自我だけであるという見解を「独我論」という。西洋の考え方は独我論に陥りやすい。客観的と言いながら、自分中心の主観主義に陥りやすい。事物が人の脳を通る瞬間、その人の主観で判断する。個人の脳が生み出す限り本物の客観性などあるはずがない。

西洋医療で、医師が患者という世界から遊離しが

ちなのは、二元論的世界観から来ていると私は理解している。医師は独善となり、神の地位に昇る。客体化は対象を冷徹に見やすくなる。これは温もりのある医療と逆の方角である。しかし患者はモルモットではなく、医師と同じ血が流れている生命体なのである。

ところが、西田は、「自己が世界の中に入って世界を見る¹²⁾」と言っている。「とにかく、われわれは自分の中から世界を見ようとしがちである。したがって、どうしても自己中心的となり、主観主義的になる。西田哲学は、このような自己中心的・主観主義的な物の見方を転換して、逆に世界の側から物を見ることを説く哲学であるといっているであろう¹³⁾」。

西田哲学のすごさは、「自己否定」にある。これは西田が一時座禅に没頭していたこと、親友の仏教学者鈴木大拙からの影響などから来ている。生まれ、生き、死んでいく世界を外から冷徹に見るのではなく、まず「自己否定」してそこに入り込み、そこから外を見る、のである。主客合一であり、医療で言えば、医師や医療者がいったん「自己否定」し、患者の側に入ってくる、患者の側から医療者や医療を見る、という視点は極めて斬新である。

「西洋文化は真の意味で主体を包むことはできない。主体はつねに物（環境）の外に置かれている。世界が真に創造的となるためには、主体を超えてこれを包む立場が必要になる。これが西田のいう「物になって見、物となって行く」行為的直感の立場であって、この立場にあってはじめて環境即主体・主体即環境として（絶対）矛盾的自己同一的に世界が真に創造的となるのである。このように西田は、彼の「行為的直感」を東洋的伝統にもとづいた思想であり、また日本文化を真に世界史的ならしめる思想である、と自負していたのである¹⁴⁾」。

医療者が患者と一体になって初めて、共に新しい医療を「創造」することが可能となる。医療者と患者による「創造」という視点こそ、西田の独壇場である。これは単なる哲学ではなくて、医療革命である。

医療者が死の恐怖におののいている癌患者と先入観なしに対峙し、医療者側が「自己否定」して謙虚になり、話し合いの中でお互い信頼感を持ち合い、患者側との垣根を取り払い、医療者が患者の中に「入り込み」、患者と共に過ごし、患者と共に悩み苦しむ喜び、患者の側から医療側を見直し、厳しい現実があるとしても、医療者と患者お互いが教え教えられ、共に成長し続け、両者が一体となって新たな

医療、即ち統合医療を「創造」していく（行為的直感：お互い感じ取りながら行動していくこと）。そこでは弱っていた患者の生命が再創造され強化され、遂には癒しが起こり、治癒に至ることもある。自ずと最善の結果がもたらされる。西洋医療と補完医療の統合、医療者と患者の統合、患者の体と心と霊の統合、癌細胞と正常細胞との統合、生と死の統合（絶対矛盾的自己同一：絶対矛盾する物が共存すること）が起こる。統合医療そのものはここまで深いと確信する。これが理想的な癌統合医療ではないか。日本が世界に発信できる日本型癌統合医療ではないか。現実はこの理想にほど遠いとしても、目指すべき究極の目標であると私は確信する。

V. 日本型統合医療の発信

「これ迄は西洋人は自分の文化が人間の文化として最も優れたものと考え、人間文化の進んで行くことは自分達の文化の方へ進むこととし、東洋等の他の民族は遅れているのでそれも進めば自分達と同じものにならねばならぬと考えた。日本人にもそう考えている人もあるが、私はそうではなしにリーグル（美術史家）等の言う意味で東洋には根底的に違ったものがあると思う。それらが相補って人間文化を形成し、完全な人間性をあらわして行くのではなかろうか。こういうものを見出すのが日本文化の進む道だと思う。……しかし東洋が発達して西洋がその中に入ってしまうのでも又その逆でもない。又東洋と西洋とが全く離ればなれだと言うのでもなく、謂わば一つの木の二つの枝なのである。二つに分かれて居るがその根底に於て結びつき相補うのである。一層深い根底を見出さねば東洋と西洋とが一つになった世界文化は考えられないのである¹⁵⁾」。

西洋の文化的基盤はキリスト教であるが、その教えは、神の一人子イエスが自らを否定し、人間の子として生まれ、十字架で死んだことで人間の罪をあがなった、ということである。キリスト教は神の側から見ると、全否定、謙虚の極みの宗教である。西洋の病院の歴史を紐解くと、紀元4世紀頃からヨーロッパでは修道院が病院を併設し広まった¹⁶⁾。そこでは修道僧が病人の世話をしたが、イエス・キリストの自己否定に習い、自分を無にして病人に奉仕した。それは近年でもマザー・テレサの奉仕等に見られる。

ところがデカルトの二元論が医療を支配し、医師等医療者が謙虚さを失い、独我論に陥り、今に至っている。

キリスト教医療の理想とするところは、「医療者からの患者に対する愛」である。しかし西田哲学の本質はもっと深く、「医療者と患者の愛の交流による創造」である。私の臨床経験でも、恐れとおののきに極限まで苦しんでいる癌患者の統合医療は、ここまで行かないと成功しない。「愛の交流による創造」まで到達した症例は、例外なく両者が極めて満足すべき結果を得る。癌が治ることが望ましいが、おそらくそれが最終ゴールではない。医療者も患者も、慰められ、エネルギーに満たされ、成長し、日々刻々新しい医療を「創造」していく。

これが癌統合医療の理想である。これ以上の癌医療があろうか。私は、日本が誇る癌医療として、この究極の医療を自信を持って世界に発信していきたい。

引用文献

- 1) がんの統計 '13. 公益財団法人がん研究振興財団、東京、2012 : 23.
- 2) Yamauchi T, et al. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychooncology*. 2014; 23: 1034-41.
- 3) Fang F, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1310-8.
- 4) Shaw H, Complementary and alternative medicine. *Oxford American Textbook of Oncology*. Oxford University Press, New York, 2009: 194.
- 5) アンダーソン・グレッグ：ガンに打ち勝つ患者学. 実業之日本社、東京2005 : 36.
- 6) 竹内薫：99.9%は仮説. 光文社、東京、2006 : 33.
- 7) 沢瀉久敬：医学概論. 誠信書房、東京、1960 : 213.
- 8) 沢瀉久敬：医学の哲学. 誠信書房、東京、1964 : 207.
- 9) メトリ・ド・ラ：人間機械論. 岩波書店、東京、1932 : 47.
- 10) 福岡伸一：生命操作と生命観. 高草木光一編：いのちから現代世界を考える. 岩波書店、東京、2009 : 33.
- 11) 西田幾多郎：善の研究. 西田幾多郎全集旧版第一巻. 岩波書店、東京、1947 : 49.
- 12) 西田幾多郎：哲学論文集第三. 西田幾多郎全集旧版第九巻. 岩波書店、東京、1949 : 277.
- 13) 小坂国継：西田幾多郎の思想. 講談社、東京、2002 : 77.
- 14) 小坂国継：西田幾多郎の思想. 講談社、東京、2002 : 248.
- 15) 西田幾多郎：日本文化の問題. 西田幾多郎全集旧版第一四巻. 1951 : 404-6.
- 16) 梶田昭：医学の歴史. 講談社、東京、2003 : 102.

▶著者略歴◀

水上 治

1973年弘前大学医学部卒業以来、内科勤務医として東京都内の病院で統合医療を40年以上実践。現在健康増進クリニック院長として癌臨床に従事。癌先進補完医療研究会理事長。東京医科歯科大学医学博士、米国ロマリンダ大学公衆衛生学博士。著書に「日本一わかりやすいがんの教科書」(PHP研究所)、「がん患者の迷いに専門医が本音で答える本」(草思社)など。

i 連絡先

〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-8-21 山脇ビル5F
健康増進クリニック