

A さん 最近の…近況というと…一番の課題はダイエット。ホルモン治療のせいだとずっと言い訳していたんですけど、そうも言っていられなくなって、もう何年も会っていない親戚に、のっぴきならない用事で会うことになったので、これはもうダイエットしないと。(笑)

B さん ここ（フリートークの会）へ来る前、みんなでランチするんですけど、そうするといつも S さんを思い出んですけど、S さんはもう何十年も抗がん剤の治療をしてらして、副作用で今は大変らしいんですけど、この前もメールで「ぼつぼつ頑張ってます。皆さんにお知らせしておいてください」って、ちょっと S さんにしては珍しく気弱な感じで、いつも S さんは力強くて積極的な感じなのに、ぼつぼつなんて消極的な感じで、あ～S さんもいろいろ背負っているものがあるのかしらって思いながら。

私なんかは、毎日忙しくって、くたびれちゃって、孫に追い立てられ、娘にこき使われて、今日も帰りに孫を迎えに行かなきゃならなくて。そんなところです。(笑)

C さん 私のかかっている病院にも、患者の会というようなものがあるって、そこで知り合った方からメールをいただいたんですけども、その方は、担当医とどうしても合わなくてっていう悩みがあるそうで、私も経験があったので、病院の相談センターに言えば担当の先生を変えてもらうこともできますよってアドバイスしたんですけど、そこまでするのに迷いがあるようで、今度ランチすることになったので、その時にもしまだ迷っていらっしゃるようだったら、診察の予約を入れていたにもかかわらず断って以来診察を受けていないっておっしゃっていたから、何とか、首に縄をつけてでも連れて行かないとちょっと心配だと思っていたら、担当医を変えてもらえましたっていうメールが来たので、ああよかったと思って、っていうことがありました。

D さん 私は、7 月で丸 3 年になるんですけど、7 月が来ると、あ～7 月だという思いがあって、変わらないのでありがたいです。

E さん 私は 6 月に手術をしたので、今月で丸 6 年になるんですけど、いつも佐藤先生のお話を思い浮かべながらも、画像診断、画像検査と、受けたんですけども…。CT は 3 ヶ月毎なんですけれども、無事ですって言われて丸 6 年経ったという感じなんですけれども、元気でいられているのでありがたいなと思っています。

F さん こんにちは。また今月も元気に来られましたことに感謝します。ありがとうございます。私の最近の日々は、結構楽しく暮らしています。庭先に植えた野菜を取って食べて、マスカットの苗を買ってきて植えて、それがかなり大きくなりまして、今袋を掛けて実が大きくなるのを楽しみにしています。前にもお話ししましたが、卓球の試合に出ました。初心者で出まして、混合ダブルスで勝ちました。優勝はできませんでしたが。今度 7 月に上級の方と試合をすることになっていますので、週に 3 回から 4 回練習をしています。まだまだ下手くそですけど楽しいです。6 月に病院へ行ってエコーと CT とマンモの検査をして、採血もしてもらって、来週結果を聞きに行くんですけど、手先の痺れは相変わらずあるんですけど、今日皆さんとお

会いしたら痺れを忘れてまた前向きに行こうと思ひまして、頑張っていこうと思ひます。ただ、疲れると痺れるより先に腕の方に痛みが走るときがありまして、なんだろうな～と思ひながら気にしないで行くしかないかな～と思ひて日々を送っています。

佐藤先生 先日検診をしている中でお話をしたことでちょっとびっくりされて、印象に残ったって言われたことがあったんですけども、検診をしていてしこりが見つかるとするじゃないですか。検診でしこりが見つかって乳がんの疑いがありますって言われて、患者さんが病院に行くじゃないですか。で、病院に行ってまたマンモグラフィーをもう 1 回やって超音波やって細胞あるいは組織の検査をやって…最終的に大丈夫でした、あーよかったって患者さん喜ぶじゃないですか。でも検診の世界から言ったら、それは最低のことをやったことになるんですよ。というのは、検診はがんを見つけるためにやっているのであって、その方はしこりがあったから検診を受けたのかもしれないけれども、実際マンモを何回も受けて、しこりがあるかもしれないねって言われて、針を刺して、その間恐怖におびえるわけですよ。医療費もその方は払って、痛い思いもするわけですよ。で結局がんじゃないわけで。その人は本来検診なんか受けなくてもよかったわけですよ。ということで、そういう検診を悪として、検診はいいか悪いかをアメリカなんかは論じるわけですよ。そういうのを“疑陽性”というんですけども、検診を導入することによってその疑陽性がどれくらい出てしまうか、逆に検診を受けたから早く見つけて、小さな腫瘍で見つけて、本来ならば乳がんで命を落とす方が救われるということがあるわけですよ。ですから、バランスを考えるということが大切ですよ。例えば毎年毎年 MRI やって…なんてやってたらほとんどの方が小っちゃい腫瘍で終わって、乳がんの生存率ものすごく上がると思うんですね。でもその背景には今言ったような、場合によっては MRI の造影剤で死んでしまう人、その間すごい恐怖に怯える人、あるいは不必要な放射線を浴びることになったりとか…。で、必ずその検針業務なりそういったチェック機関というのは、悪い例というのをもち出すわけですよ。そんな話を看護師さんたちに話したらすごくびっくりしてたんですね。どうしても医療従事者というのは、見落としちゃいけない、早く見つけなきゃと思うんですけども、最終的にはやった方が悪かったという人に対して思いを馳せるということがあまりないですね。

逆に面白かったのが、その患者さんは超音波は嫌だって言ったんですね。お金がかかるから。マンモだけやってくれて。その方は大阪の方で、だから金銭感覚がしっかりしているのかどうかわかりませんが、やるからにはどういった意味があるのかきちんと把握しておきたいという。やるということに関して日本人はあまり問題視しないというか。

今回、米国腫瘍学会でも問題になったのがお金、なんですよ。患者さんのポケットマネーで支払うならいいかもしれませんが、7割あるいは9割公費負担ですからね。でも今いいお薬がどんどん出てきてもなかなか患者さんのところに届くのに時間がかかるかもしれない、これから高齢化社会になっていきますから、正しいところにお金が行かなくて変なところばかりお金が流れていく可能性がありますよね。ですから検診についてもいいかしっかり見極めていかないと…イギリスなんかはしっかりしているんですよ。ほとんどが公費負担ですので、簡単には認めないんですね。アメリカは私的保険制度ですので国によって違いますけれども、日本はそういう意味ではちょうど中間にあるような感じですけども、私の立場からするとザルだな～って感じがしますね。

Bさん 検診はタダだって思っているんですよ。タダだから検診で診てもらおうって感じですよ。

佐藤先生 ただ検診はクオリティーが低いただけなんです。例えば市の検診なんかですと乳がん専門の医師が診ていませんからね。どういう質の検診かということは知っておいたほうが良いと思いますね。

Eさん 私も乳がんの発見が遅れたのは、検診でマンモグラフィ検査を受けて「石灰化が見られます」って言われて、「石灰化ってなんですか」って聞いたら、「いや、健康な人でも石灰化は見られますから」って言われて終わっちゃったんです。その時、乳がんの疑いがあるって言ってくださればね〜。だから検査してもそれをちゃんとお医者さんが診て言ってくださらないと、検査したって有効じゃないとあとから気が付いた。そういう失敗がいくつかあって…まあ何とか生きてますけど…

佐藤先生 逆の例もいっぱいあるんですよ。市の検診なんかで、これは絶対引っかけられないだろうというレベルのものも引っかけちゃってますよ。あまりにも実情がひどいので、ある時政治家の方にも介入していただいて…今ちょっと変わってきましたけど。

Eさん 早く発見すればいいというものでもない…

佐藤先生 前に話題になった「余命 1 か月の花嫁」が出たとき、20歳代の女性たちがたくさん病院に押し寄せたっていうじゃないですか。ああいう例は非常にまれですし、私個人的にも経験がないですね。だから逆に揺り返しがすごいですよね。

Fさん でも先生、検査してそうかもしれないとかそうですよとかって言われて、地獄に落ちたような気持ちになるのに、誰を頼ればいいのか。大学病院なんかでもいろんな問題があって、自分はどうなるんだろう、患者の不安は…

佐藤先生 難しいですよ…うちの病院の関係者の方が乳がんで、別の病院でもう手術はやったんですね。で、術後の全身治療、補助療法を考えたときに主治医のいうことがよくわからないので、どうい先生か教えてほしい、場合によってはうちの病院に来たいということだったんです。僕もしらない先生だったので、●●の担当の人に聞いたんですよ。そうしたらその人が「私は担当ですけども、あの先生にはかからないほうが良い」って言うんですよ。その方はその先生をよく知っているんですよ。

Fさん 人によっても違いますね。ある人はいい先生だって言っても、別の人はあの先生やだっていうことがあるし、同じ病院でも先生によっていうことが違ったり、先生の病院内での派閥とか…

佐藤先生 先ほどの乳がんの患者さんのお話ですけど、補助療法のお話ですけど、この化学療法をやれば100%よくなります、でも副作用はこれくらい軽微なものですって言ったら100%その治療を受けると言うんです。あるいは、この抗がん剤をやったとしてもあまり効果は上がらないし、副作用もこんなにありますよって言ったら、たぶんほとんどの方が受けないと思うんですね。だから一概に

化学療法を受けるとか受けなくて決めないで、どれくらい必要性があるのか、やることによって何を失うのかということをよく議論して決めていかないと、命がかかっているものですからね。

術前あるいは術後の治療というのは、患者さんはわからないわけですから、メリット、デメリットをきちんと説明して、患者さんが判断するために必要な情報をきちんと提供していかなくてはならないと思うんですね。そのために僕たちもちゃんと勉強していかなくてはいけないと思いますし、患者さんにも限られた時間の中で必要な情報を伝えていくことが重要だと思いますね。そういうことがもしできなのであれば、いくら感じのいい先生であったとしても…感じのいい先生悪い先生で判断することは怖いことだと思います。一つ言えることは、患者さんも人任せじゃないほうがいいかなって。

Eさん 自分の体のことは自分でもっとよく知らなくちゃいけないんだということは、今回のことですごく思いました。

Cさん ガイドラインに沿って治療してくれる先生がいい先生と考えていいんですか。

佐藤先生 そうですね。ガイドラインというのはそもそも、ロジャー・リー先生という先生がいらっしゃるんですけどもガイドラインという考えからを持ち込んでくれた先生なんですけれども、その方が、もう亡くなった方なんですけれども、非常に印象的なことを教えてくれたんですけども、ガイドラインというのはあくまでもガイドラインなんです。すべての人に当てはまるとは限りませんし、もしそのガイドラインに多くの人が賛成しない、いろんな意見があるようであればそのガイドラインはすぐ改定されるべきであるし、ほとんどのガイドラインが改定されていますね。例えば、私たちがよく使う NCCN のガイドラインというのがあるんですけども、これは4か月に1回更新されるんですね。それぐらいコロコロ変わるということですね。必ずしもガイドラインがすべて正しいということではないんですよ。ただそれ自体は知っておかなければ話にならないので。例えば、患者さんが一番耳にするかもしれないものでザンクトガレンのガイドラインというのがあるんですけども、ザンクトガレンというのはスイスにある都市なんですけれども、そこでザンクトガレンのガイドラインを作った先生が「あんなものに従っちゃだめだよ」というんですね。作った先生が言うんですよ。その国際会議というのがウィーンで行われるようになって、実際に目にしてみるとガイドラインなんてもんじゃないですね。例えばどういうことが書いてあるかという、こういう患者さんには化学療法の施行を考えたほうがいいですよ、ぐらいにしか書いてないんですよ、化学療法をしなさいじゃなくて。カナダから出てきた報告で、ガイドラインを意識して治療をしている先生の担当している患者さんと、無視して治療された患者さんとは予後が全然違ったんですね。ガイドラインを意識して治療した医師の担当する患者さんのほうが長生きしたんですね。ですからやはりガイドラインは知っておかなければならないけれども、それにある程度従ったり従わなかったりというのは、個々のケースによると。

Fさん 先生、アメリカと日本で、違いは感じますか？ 日本の患者を診ておられますけど、日本の患者とアメリカの患者でどう違いますか。

佐藤先生 日本の患者さんとアメリカの患者さんとは、基本的に圧倒的に日本の患者さんのほうが恵まれていると思いますよ。アメリカの患者さんは何でも自分に責任があるわけですよ。自分で情報

を持ってなくちゃいけないし、自分で決めていかななくちゃいけないんですよ。例えば、手術はこの先生、腫瘍内科はこの先生、自分でやっていく。日本は一人の先生に付いたら、その先生がいろいろやってくれて全部やってくれる。逆に怖いといえば怖いんですけども、そういう意味では日本の患者さんは恵まれていると思いますよ。ただ逆に怖いと言え、一人の先生が何でも全部決めてしまうということと…アメリカは保険がしっかりしていますので、例えば、交通事故を起こしてバンパーこすっちゃった、どうせ車が古いからそろそろ買い替えたいと思っていたから買っちゃおうか、バンパー取り換えちゃおうか、なんて思っても保険会社は認めませんからね。バンパーのへこみを直して塗り直させられますからね。

F さん アメリカは保険がしっかりしてるんですか？ なんか日本みたいな保険制度がいいっていつて変えようとしてるけどなかなか反対が強くてできないって…

佐藤先生 それは受ける側の問題だと思うんですが、そうではなくて保険会社が、私的保険ですからなかなかお金を出さない、例えば、術後 4 年目だから CT を撮りますって言っても、保険会社が、何で撮るんですか、意味があるんですか、ガイドラインにもそんなこと書いてありませんし、メリットが証明されていないのに、なんで保険会社がこの人の CT にお金を出さなきゃいけないんですかって。しっかりしたエビデンスに基づいて医療をやらないと、保険会社はお金を支払ってくれない、医療ができない仕組みになっているんですね。ただ日本は逆に何をやっても許されちゃうわけですよ。

F さん 健康保険があるから。

佐藤先生 その割には変な縛りがあるし、CT は月何回までとかね。必要なら何回やってもいいじゃないですか。隙間がいっぱいあるし。へんなことばかりじゃないですか。生命保険 3 つも 4 つも入っていると、それぞれ 100 万ずつ保険が下りて一とか。ちょっとよくわからないと思うことが多いんですけど例えば、〇〇保険会社に入られている方いるかどうかわかりませんが、非浸潤がんで乳房切除になった患者さんに、非浸潤がんは大腸ポリープと同じ扱いですから保険は支払われませんって言われちゃう、ちょっとまだおかしいな～と思うところもあるし、ただ逆に日本の患者さんはそういう面では楽ではある。その代り何でもされちゃうので、どっちがいいのかわかりませんが…。

B さん アメリカは、乳がんの患者さん多いんですか？

佐藤先生 圧倒的に多いですね。

B さん アメリカの乳がん治療ってどんな感じですか。

佐藤先生 僕はアメリカの患者さんの会にも参加したことがあるんですけども、細かいことは分からないんですね。というのは、僕がいた場所はどちらかというと、ボストンだったので、裕福な場所でしたので。よく言われることは、開業医さんがしっかりしているんですね。いい面ももちろんあ

るので、悪い面を聞いて医療不信にならないでもらいたいんですけど、日本の場合はというと、日本の開業医さんて、開業医としての訓練を受けていないんですよ。ただ大学で消化器を勉強しました、開業医やって患者さん診てます、高血圧とか糖尿病の患者さんが来ました、でもその人は糖尿病の患者さんの相談に関してなんの訓練も受けていないんですよ。アメリカではそういう意味では、プライマリーケアメディケーションという、プライマリーケアとしての専門をしっかり持っているので、耳鼻科以外の専門を全部持って、ここが病気であると思ったらその専門の病院へ送る、というところが日本とちょっと違いますね。いいか悪いかはわかりませんよ。ただその開業医の先生たちは、〇〇大学で勉強してます、何かあったら送りますから—というのを売りにして…。  
ねえ、ヤブの先生もいるでしょ？（一同笑）でも皆さん賢くて、あそこはヤブなのですいてるので予防接種はどこでも同じだから、すぐしてもらえるので予防接種だけはそこにいく。

Bさん 予防接種はあの先生で決めてるところありますもん。（一同笑）

佐藤先生 皆さん、賢く使い分けていらっしゃいますよね。ということで、アメリカは開業医さんがしっかりしている。ただ、悪い面でいうと、保険会社に縛られているんですね。なるべく医療費を使わせないように。患者さんが医療を受けるということは保険会社が損をするわけですから。ですから、検診をしっかり受けさせるとか、食生活の改善に努めて病気にさせないということを一所懸命させるわけですよね。ただそれがやりすぎで変な方向に行ってるっていう面もあるんですけども。いわゆる保険請求させないようにするためにっていうことで、マイケル・ムーア監督のアメリカの医療の闇を照らした映画がありましたけれども、そういうのも問題になっていますが、ただ、開業医さんがちゃんと生活指導したりマンモグラフィーの検診をするように言ったり、しっかりやってくれるんですよ。

Bさん 保険料がたくさん払える人はたくさん払って、そうするといい診療が受けられるんですか？ 払えない人は医療が受けられないということもあるんですか？

佐藤先生 そこが問題点ですよ。例えば、私が知っている範囲の話ですけども、いい会社に入るといい保険に入れるわけですよ。要は給料の中に含まれているということで。そればかりではなくて、高齢の方とか低所得者の方とかにはメディケア、メディケイドといってそれぞれ公的保険制度がありますから。ボストンは比較的裕福なマサチューセッツ州でしたので、あまりそういった問題にはならなかったんですけども、そうじゃない他の都市ではいろいろ問題もあると思いますけれども…。総合的に見ると日本はいいなと思うんですけども、逆に人任せすぎる、特にがん治療に関しては。

Fさん ホントそう思いますよ。お医者さまに言っちゃいけない、タブーのことがあるんじゃないかと思って、患者としては知識が無いぶん言えない。そこが自分の病気に関することで、ここが聞きたい、でも先生に失礼になるんじゃないかと思って言えないんですよ。ここを質問してみようと思ってメモ書いて持っていくんですけど、先生の診察時間も限られているし、これ言っちゃタブーなのかな、なかなか聞きたいことが聞けない。検査結果を見て先生が「あ」って言うだけで気になる。何かあるのかなって気になるけど、その先まで聞けないんですよ。

佐藤先生 私の場合ですけど、この人には言ったほうがいいタイプの人と、言わないほうがいいタイプの人とってということがやっぱりあるんですよ。

Fさん 私は何でも知りたいですけど。(笑)

佐藤先生 病気のことなんかあまり知りたくもないしっていう方に対して、腫瘍マーカーが今回はこうだから再発の治療をこうこうととかあまり細かいこと言ってもね、それより、今病気の勢いが上がってきているからこんな風に一なんて言ってあげたほうが、その後の治療を怖がらずに受け入れやすい方もいれば、きっちり自分で納得をして、信用して、次のステップへ、例えば再発治療で薬が効かなくなってきた次の薬に変えたりするわけじゃないですか、ちゃんとした説明をしたほうがいい人もいれば、いろいろなんですけれど、ただ何も言われないと、どちらかというところの人は何も疑問に思っていないくて、今の治療に満足しているんだと思っちゃいますよね、医者側としては。

Fさん じゃ患者の側はやっぱり質問するべき。

佐藤先生 言っていたほうがむしろやりやすいですね。一番やりやすいのは医療従事者が一番やりやすいんですよ。患者さんが医者とか看護師さんというほうが一番やりやすいですね。医者なんて一番いいですね、説明が一番少なくて済むから。(一同笑) 全部分かってるんで。

Fさん じゃ先生、末期で時間ないですよなんて、私が例えば末期であると1か月ぐらだから、そのつもりでいなさいよなんてことを言ったりするんですか。

佐藤先生 まず1か月では僕はそういう発言はしないです。今の時代ってホントにお薬がよく効くからぎりぎりのぎりぎりまでわかんないんですよ。ぎりぎりのぎりぎりで1週間くらいになってこのお薬が効かないなってなって判断した時には…。

Fさん モルヒネですか。モルヒネ使うんですか。

佐藤先生 いやいや…。モルヒネっていうのは医療用麻薬を総称しておっしゃっているんだと思うんですけども、別にモルヒネが末期というわけではないんですけども…

Fさん 私の知識がその程度なんですけど。

佐藤先生 …患者さんなんとなくわかっているんですよ、1週間くらい前の時というのは。

Aさん 私が入院していた5,6年前の話なんですけど、同室の患者さんで、離れて暮らしている大学生の娘さんに来てもらうように先生から言われている人がいたんです。でもその娘さんも卒業間近で就職先も決まっていて、卒論の真っ最中で、高いお金出して帰省はできない、お金も時間もないから卒業式が済んでから帰るからっていうんだけど、娘さんにしてみれば人生の大切は時で、でも先生は、いやちょっとでもいいから帰るように言ったほうがいいって病室で押し問答してて…

佐藤先生 病室で押し問答しないほうがいいですね。(笑)

Aさん 先生は何とか娘さんに帰ってきてもらえて言っていて、母子家庭らしいんですけど、その方は私に「3月になってからでも大丈夫だよね～」なんて、私に同意を求められても困るけどって(笑)…。なんか現実を受け止めることも大事なのかな～って思っ

佐藤先生 現実を受け止めるというか……僕はそういうことは一番最初に言いますね。再発をした時点で。というのは、治療の目的をちゃんとお話をしないと、最初の治療だったら、補助療法でしたら、場合によっては説得じゃないですけども、ちょっとしっかりと治療をすることを強めにお奨めしたりすることはありますけれども、再発治療はまたちょっと意味合いが違いますので、それぞれの患者さんの目的が出てきますので、つまり残された期間が1年かもしれないし、中には5年10年という人もいますけれども、ただ再発された方の治療の目的が治すことじゃないんですね。場合によっては延命につながるかもしれないけれども、基本的には生活の質をいかに充実させるかということが治療の目的になってきますので、そうするとかなり患者さんの考え方っていうものが影響をおよぼして来ますので、ということは、事実上事実としてお話ししなければならないので。場合によっては補助療法の段階でお話ししますが、再発をするというのはこういうことですよ、だから補助療法が非常に重要になってきますから、しっかり考えてくださいっていうお話をしますが、中には、いや再発してからそこから頑張りますから、そこから3ヶ月に1回CT撮りますから、ちゃんと先生の言うとおりに病院に来ますから、再発したらすぐそこから抗がん剤でもなんでもやりますから、なんていう間違っ

Fさん それは間違っ

佐藤先生 基本的に再発っていうのは、画像診断で見える状態を言いますので、内臓に…遠隔転移の話ですけども、遠隔転移に対していわゆる早く見つければ治るか治らないかっていうことですけども、これも臨床試験でちゃんと確認されているんですね。それが一つと、あとは再発が見つかった場合に、ちょっと前の試験ですけども、例えば白血病のように骨髄移植をやって抗がん剤を投与する、それでもやっぱり治らなかったんですね。ということで、今、私たち乳がん治療をやっているものの常識としては、再発乳がんの治療の目的というのは“延命”ですね。治すんじゃなくて延命。それとあとは症状の緩和ですね。再発臓器によって辛い思いをするのであれば、病気自体のボリュームを減らさなければいけない、ということで、病巣の腫瘍の抑制、それと生活の質、ですから病気だけを考



ちが低いじゃないですか。じゃ CT 撮るときましよう、はい、わかりました、たまたま肺がんが見つかってよかったね、なんてこともあるかもしれないし、あるいは「なんで必要なんですか」なんて聞くと「これで肺がんが見つかる人がいるんですよ」なんてそういう口実にする人もいるかもしれない。でも別に乳がんになった人が肺がんになるリスクが高いわけではないので。あまり理屈っぽく聞くと主治医の先生に嫌われちゃうから～って。でもあまり受け身態勢っていうのもどうなのかな～って…。

E さん 患者の年齢によって先生の対応って変わりますか？

佐藤先生 傾向はありますね。やっぱり高齢の方ってというのはあまり細かい話をしても拒絶する傾向にあると思いますけど、そのかわり家族の方の方が神経質になったり。だから誰に説明してるのか分からなくなっちゃうとか（笑）。患者さん目の前にいるのに、ずーっと家族の方に話してるとか。

E さん 若い患者さんの方が治療に力が入るとか（一同笑） 老い先を考えて…

佐藤先生 それはないですけどね～。ただ老い先を考えて治療はするんですよ。ただそれは僕たちが勝手に老い先を決めるんじゃないで、そういうのはちゃんと説明するわけですけどね。興味深い話が、温存手術をやった方に対する放射線照射の適応を考えた場合に、例えばある一定の年齢でそんなにリスクの低い患者さんには放射線を省略する場合がありますよ。なんでかという、別にご高齢の患者さんだから放射線照射省略していいわけではないんですよ。局所再発する前にお亡くなりになる場合が多いんですね。乳がん以外の病気で。余病があって。ですから何でもかんでも放射線をやればいいということではないんですね。ただそれは米国の臨床試験の場合なので、日本みたいな平均寿命がどんどん上がっている国とは違いますから、必ずしもそれを当てはめてということではないと思うんですけども、ただ、ご高齢であっても放射線照射をやった方がいい場合もあるんですよ。やった方が局所再発率が 1/3 くらい下がるっていうのが分かっているんだけど、下げたのはいいんだけどその人にとってあまりメリットになっていないというのがその試験の結果なんですよ。だから場合によっては手術しないこともあるんですよ。例えば、心臓にバイパスいっぱいやってて 80 歳後半とか 90 歳前半くらいで… いやいややろうと思えばできるんですよ、局所麻酔でできるんですけど、でも家族もどうなの？という感じで、ご本人もなんかこう達観してるし、乳がんと言われても笑い飛ばしちゃう感じ。でもそういう方に限ってずーっと大丈夫なんですよ。

A さん 先生の患者さんで最高齢って何歳ですか？

佐藤先生 100 歳の方はいませんがね。でも男性で 92 歳で手術した方がいましたよ。

A さん は～92 歳。男性でも乳がんていらっしゃるんですね。私の友達のご主人も乳がんて言っていましたよ。

佐藤先生 結局乳がんは大丈夫でした。東北の震災の時、前の時の方が揺れたって言っていましたよ。関東大震災。（笑）

(一同驚き) 関東大震災、すご〜い。

佐藤先生 お元気な方でしたからね。その方は手術する必要性があったので、全然ご病気がなかったから。そういう 92 歳の方もいれば、ホントに調子の悪い 80 歳前半の方もいれば。そこは年齢で区切ることはないと思いますし、あるいは病気の質にもよるわけですよ。例えば抗がん剤しか効かないタイプのがんを患っている方であれば手術しかないわけですよ。または、ホルモン治療が効くようなタイプの乳がんで、体調があまりよくないと。で、乳がんのことがなかったとしても、2年、5年、その方にとっての寿命というものがあって、その方に対してはもうホルモン治療はできないですね…。これはもう年齢で決まるものではないと思いますし。

D さん 触診でしこりがあったら、これは乳がんかなって触った感じでわかるものなんですか？

佐藤先生 明らかなものは分かりますけれども、分からないといった方が正しいんじゃないですかね。というのは、例えばよく聞くと思うんですが、こんなんだったら乳がんか、とかね。皮下脂肪ってあるじゃないですか、皮下脂肪の下に乳腺があるんですよ。で、乳腺でも表面に近いのか、奥の方に近いのかで、同じ 1 cm のしこりでも触った感じが全然違いますよね。あるいは皮下脂肪の厚さによっても違いますよね。皮下脂肪が全然ない方の 1 cm のしこりと、皮下脂肪が厚くて、なおかつ乳腺の下の方、胸壁に近い方にできている 1 cm のしこりとでは、表面からの触った感じは全然違う、座布団の上から触っているようなものですからね。ですから触診で大丈夫とか大丈夫じゃないとかいうのは言っちゃいけないことだと思いますし、現実にある方が、その方は亡くなっちゃったんですけども、触診で大丈夫って言われて、半年以上放っておいて、ひどい状態になって私のところに来たんですけども、術前がん療法やって、再発して、訴訟になりましたね、そちらの病院。

D さん 触診だけだったんですか。

佐藤先生 触診だけ。