

第 141 回 フリートークの会 2018 年 1 月 13 日 出席者 9 名

A さん 昨年がんサミットに行って、光治療のお話を聞いたんですけども、それはどういうものなのか。いろいろな治療のお話を聞いて、今後どんな治療法が出てくるのかなとか、今日は、分からないことをいくつか教えていただきたいと思って来ました。よろしく願いいたします。

B さん 9 年目に肝臓と骨に転移して治療をしています。先日佐藤先生から、標準治療で一番いい治療の方法ですっておっしゃっていただいたので、さっそく主治医にお話ししましたらすごく喜んでました。今、ちょっと腫瘍マーカーが上がってきたので血液検査をして、また腫瘍マーカーが上がっていたら薬を変えようかって話をしている、ファイザー製薬さんから出た新しい薬がいいって話を聞いたので、先生とどうしようかなって相談している最中です。仕事もしていますので、こんな身体でも仕事を続けられているっていうのが、たいへんな時もありますが、がんばっています。

C さん 皆さん、明けましておめでとうございます。ここに来るのがいつも楽しみで。近況としては、12 月に幸手市と埼玉県立大学看護科の生徒さんと一般の市民の方の前で、議題が「がんになっても自分らしく生きよう。元気な家族、仲間にいるために。」という講演会に行って参りました。つたない体験なんですけれど、いままでは乳がんになって手術をして入院してその後の経過のこととか自分の心境をお話出来たんですけど、やっぱりこの議題からして、乳がんと告知された時にどれだけ怯えたかとか、これから老人になって老老介護だとか、単身で暮らしている方たちがこれから年を取っていく、医療のことだけでなく生活していく上での悩みとかを、気持ちの上でとらえて発表させていただいたんですけども、参加した方の中には、娘さんが 40 代で乳がんになって、お母さんが神経質になって娘さんに必要以上に言いすぎている、こういったことをどうしたらいいだろうかっていうことを、お父さんの方から相談を受けたりですとか。ある看護師さんの体験で、自分は看護師になる 15 年前に母親が乳がんになった時に冷たい言葉で「お母さん、手術すれば治るでしょ」って言ってしまったというんですね。その時のことをずっと後悔しながら看護師の仕事をしていたけど、そういうことじゃいけないと気付いたっていうことをおっしゃっていました。あとは…アドバンスケアプランニングっていうんですか、病気になる前に、病気になった時にどうするかっていうことを家族に伝えておくことが大事だっていうことを講師の先生に教えてもらったんですけども、なかなか終末期だとか最期の時のこととかって家族や子供たちに言えていないことがありますので、これは避けて通れないことなので、辛いとか嫌だとか思わないで、乳がんに関してだけではなく、これからはそういう勉強もしていかなければならない年齢になったと思いました。これからもお勉強させていただきます。よろしく願いいたします。

D さん 私は 12 月に 1 年目の検査を受けて、無事クリア出来たんですね。で、私は姉も乳がんになっているんですけど、周りに乳がんの患者が多いんですけど、自分だけは乳がんには絶対ならないという気持ちでいたんですが、15 年くらい毎年検査をしていたんですが、そこで乳がんって言われて、その時ショックでショックで、目標が 1 年を乗り越えるということでやっと去年の 12 月全部の検査をして異常がないということだったんですけども、私は、皆さんにも笑われるくらいの心配性で、よく 1 年乗り越えたな～と思って自分を褒めてあげたいなという、やっとここでなんとか…(乳がんを) 忘れる日もできて来たんですね。去年の 12 月は、検査で再発が見つかったらどうしようと心配で、あちこち痛くなったりして前回(フリートークの会を)お休みしたんですけども、その時に「この寒い冬を乗り越えればあなたは大丈夫ですよ。この冬を乗り越えなさい」という言葉を支えにして、あと佐藤先生の「歩きなさい。歩くのが一番いい」とおっしゃったので万歩計を買って、必ず毎日 1 万歩以上歩くことを目標にして、あと毎日ジムに行ってるんですね。ヨガとか整体をして、あとは 1 時間位プールで水中ウォーキン

グをして、それで何とか忘れていられる日もできてきて、それもこの会に参加させていただいて、皆さんにいろんな言葉をかけていただいて助けられて、菊池先生と佐藤先生のおかげと感謝しております。

Eさん 私は左の胸を全摘出して2年になりますが、何とか生活しております。ちょっとこのところ腕が痛かったり腰が痛かったり、肝臓に嚢胞があったりしますけれども、経過観察って言われましたので、そのまま状態で今のところ普通の生活しております。

Fさん 昨年はたいへんお世話になりました。今回でこの会は4回目なんですけれども、昨年ここでこういった貴重なお時間をいただいて、いろいろお勉強をさせていただいて。通っている病院に患者会とかそういった話合える場がなかったので、自分でちょっとやってみようと思って、昨年の4月から始めて、細々と同じ病院の患者さんと集まって質問会とかそういうのをやっているんですよ。その中で、人によってやっぱり全摘した方がいいのかとか温存した方がいいのかとか、こういう治療法でいいのかとか、質問がいっぱい飛んでくる中、答えられない自分が悔しかったり、日々勉強してどうにか答えられるようになりたいかと思って、こういう場をいただいているのすごく感謝して毎回参加させていただいているんですけれども、今年もよろしく願いいたします。

Gさん 今日初めて参加させていただきます。分からないことだらけなんですけれども。数年前に母が認知症になって、ずっと介護していて、自分の体のことは後回しになってたんです。で、母が介護施設にお世話になることになったので、今度は自分の体をつてなった時に、なんかちょっとしこりを感じていたんですけど、その前に五十肩になってすごく痛かったので、この辺も全部五十肩のせいだと思いこんでいたんですけど、しこりが触れるようになって先月中旬にマンモとエコーをやって、乳がんでしょうって言われて。で、PET/CTをやりましょうって言われて、なんか全然分からなかったの、やるもんなんだと思ってやったんですね。で、そのあと生検をやって、その生検の時も乳がんでしょうって言われて。で、結構大きかったので、術前化学療法から始めますとおっしゃって、何も分からないので、ネットでいろいろ調べたりして、それでこの会のことも知ったんですけども、術前化学療法というののメリットとかデメリットとか、まあこれからいろいろ出てくると思うんですけども、何も分からなくて、こうしようと言われて、何も分からない…セカンドオピニオンについても先生は言ってくださったんですけども、それすらよくわからなくて…。今日こちらに来るのも悩んだんですけども、皆さんのお話や佐藤先生のフリートークの内容もホームページで読ませていただいていたので、少しは頭に入ったんですけど、まだハテナがたくさんあるので、ここにきてお話を聞かせていただけたらと思って参りました。よろしく願いいたします。

Hさん 今年で術後9年目を迎えます、今は何も検査もしていませんので、すっかり忘れていた時間も増えて参りましたが、時々フツと完全には解放されていないんだなとちらちらと感じながら、でも日々感謝しながら暮らしております。最近気になっていることは、遺伝性乳がんと卵巣がんのことが新聞やテレビなどで取り上げられることが多いので、私は、妹が乳がんで亡くなっていますので、従妹もそうでしたし、遺伝性の乳がんというのが、自分で終わらないで、もしかして姪に行くかもしれないと思うと、どんなふうに話しておいたらいいのかなと思いますし。その遺伝性の乳がんや遺伝性の卵巣がんがつながっているのか別々のことなのか、遺伝的な要素が強くて乳がんになった人は、卵巣がんを警戒しないといけないのかとか、その辺がちょっと考えると怖いな〜という気もしますので、そこを知りたいなという感じです。

Iさん 私は、来月で術後6年で、子宮体がんや卵巣がんなんですけれども、縁あってこういった乳がんの専門の先生を迎えたフリートークにも通わせていただいているんですけども、日々勉強

させていただいています。よろしくお願ひします。

佐藤先生 個別にいろいろとお話はありますけれども、総括で大まかなこととお話して、あとは皆さんのお話を中心にしようと思ひますので、で、今日お話ししようと思ひていたのは…うちの病院は毎週木曜日に、男性の看護師さんなんですけれども来てもらっています。病院の近くに米軍の横田基地があるんですね、そこで患者さんの安全を担当している方なんですけれども、その方は、奥様が日本人で、すごく日本が好きの方なんですけれども、日本の医者には嫌ひって。なぜ嫌ひかっていうとですね、日本のお医者さんはロジックベースだと。つまり先ほど光治療の話がありましたけれども、数字を出してくれないと。つまり、こうこうだからこれはきっと効くんですよって、確かに理屈は通るんですけども、じゃあその治療で治った人はどれくらいいるんですかっていうと分からない…。だから納得ができないと。日本人、私も含めてですけども、結構そういう傾向がありますよね。いろいろ理屈をこねるのは得意かもしれないし、場合によっては日本人とユダヤ人て頭いいなあと思ひますけれども、海外の人たちと比べると。ただ実際私も含めて日本人が国際学会に行くと、海外の人たちにだいたい論破されますね。勝てないですね。なぜかというところ向こうの人は数字をよく知っているんですね。例えば、ちょっとテストじゃないですけど、僕たちがいかに数字を知らないかという…例えば所沢は人口がどれくらいか、埼玉県は人口がどれくらいかパッとと言えます？ 向こうの方って結構インテリジェンスない人でもパッパ数字言うてくるんですよ。自分の住んでいるところは人口何人だけでもお前の住んでるところは人口何人だなんて、パッとと言えるんですよ。

いやいや(笑)、調べる必要ないですよ。だから日本人がバカだって言っているわけではなくて一数字に弱いんですよ。あまり数字に興味がないというか。かといって数学は得意ですよ、海外の人に比べると。数学オリンピックなんか…頭はいいですよ。つまり数字で論じる文化がない。そういうのも変な民間療法に流される一つの要因じゃないかなと思ひているんですけども。

例えば、先ほどの光治療の話ですけども、おそらくまだエビデンス無いです。理屈はすごいです。そこは日本人なんです。理屈こねるのは得意なんです。例えば、PET/CT やりました、PET やると早くわかるんですよ、って。じゃ PET をやったということでその患者さんに対して治療がうまくいくのかいかないのかという数字は無いです。海外の方っていうのは PET/CT を導入した場合にこのステージの方にこれをやった場合に、これをやったらこれくらいリスクになる、という話になる。なぜかというところ、海外は全部お金がついて回りますから、日本みたいに皆保険制度で守られてませんから、特にアメリカは、私的保険制度ですから、はっきりしたエビデンスが無ければ保険照会しないですよ。例えば PET/CT やりたい、MRI やりたいっていても、アメリカは MRI は 20~30 万円位しますから、日本と桁が違ひうんで、保険会社は認めないですね。

今日、前半の僕のお話は 10 分くらいでたぶん終わります。今日は皆さんと考え方を共有した方がいいなと思ひて。常識というところ。で、常識というところは何かというところ、別に難しいことを言っているのではなくて、今まで私たちが日常普通にやっていること、医療行為についての話です。日常普通にやっていることが本当に正しいのかどうか、というふうな意味合いでの常識です。(江口洋介のスライド)

“一つ屋根の下” のあんちゃん、“そこに愛はあるのか” 「そこにエビデンスはあるのか」、なんか数字で示せるような証拠はあるのか。先ほど言ったスコット先生、「アジアの、日本人の医者にはかかきたくない、何言っただかかわかんない、言うのはいいから数字で示してくれ」数字は言わない、分からないから言えない、と。海外だったら、これをやったら副作用何%、効果が何%、非常に分かりやすい。だから日本人の医者にはかかきたくないという彼。

まあいろいろそういったロジックが好き好きな人もいれば嫌ひな人もいるんですけども、ただ、そういう文化の日本人に付け込んで変な商売をする人が多いですよ。だいたい変な医療をやる医師って丁寧ですよ。僕のところにもいっぱい手紙が来ます。こんな素晴らしい免疫治療をやっているのだから先生のところでお困りの患者さんがいたらご紹介くださいって、熱心に…患者さん欲しいのだからそこにエビデンスがあるかどうか。熱意って、なんに対する熱意なのか、患者さんに対する熱意なのか、高級車を買いたい熱意なのか、よくわからない。その表れとしてお手紙を書いているのかもしれない。ちょっと分からないですね。ただ私たちが賢くならなければいけない。

これ（地図のスライド）今度厚生労働省の会議で出そうと思っているんですけども、これどこでしょうね。…どこでしょう…こうやったら分かる（ひっくり返す）（一同あ〜）日本なんですね。海外の人から見たら日本はこう見えているかもしれない。日本でちっちゃな国だと思いますよね。じゃあ日本でどれくらいの大きさだと思います？ 例えばアメリカと比べるとどれくらいだと思います？

Hさん 1つの州くらい？

佐藤先生 1つの州くらい。そう思いますよね。こんなにでっかいです、実は。（一同あ〜）つまり私たち数字があまり得意じゃないっていうか、数字になじむ文化が無いと、結構だまされていることが多いんですよね。ということをもまず…始めの段階で頭をちょっと1回シャッフルしましょうということで日本地図を出したり…あるいは米国との比較、日本で結構大きいんですよね、アメリカの上の方から下の方まで。

先ほど運動の話が出ましたけれども、私も去年の11月から車やめたんですよ、歩くのが重要だと思って。これも（机の上のお菓子）ありがとうございます、あとでいただきますけれども、でも乳がんの人はこれ食べちゃダメですよ。（一同笑）甘いものはがんの栄養ですからね。あとでお話しますが、政府もやっとなかなか重い腰を上げるようになって、今度お薬が出るっていう話ですが、あれ1日2万円しますからね。

Bさん 1ヶ月45万円くらいになります。

佐藤先生 そうですよ。そういうお薬が必要な方もいらっしゃるのでもあまり言えませんけれども、一番いいのは再発しないのが一番いいですよ。ということで、じゃ再発しないためには何が一番いいかという、やっぱり運動と食事なんです。それで今うちの病院もスタートしていますけれども、がんリハ、あとはがんに対する食事療法ということに関して政府がお金を出しました。あ、でも再発していても食事療法は重要ですけどね。1回食事の指導をすれば、患者さん2,600円取られちゃうんですけども、でもそれに比べても1錠2万円のお薬をずっと飲み続けるよりもよっぽどいいですよ。あるいはがんのリハビリテーション、運動療法も含めて。アロマターゼ阻害薬を長く飲まなくちゃなくなってきたし、お金がいつばいかかるようになってきたんですけども、そんなことより運動した方が、タダだし、患者さんの負担も少ないし、いろんな予防にもつながるし、ということで、お薬に依存しないようなことに対して政府が本腰を入れてきた一つの証拠ですね。あとでお話しますが、病院でそういうことにセンシティブなんです。何がセンシティブかという儲かるぞ、これやったらお金もらえるぞってなったらそっちの方に動くんですよ。例えば私たちの病院も、がんの栄養サポートチームっていうのをすぐ作りました。しかも増員です。というのは患者さんにしっかりそういうことをやれば病院が儲かるからですね。それは正しいことなので、正しい方向に行っていることはいいことなんですけれども。…だから、こういうお菓子とかね、これもたまになんてしょうけれども、（一同笑）たまにはいいと思いますけれども。うちの母親も乳がん3年目になりますけれども、脅かさないとすぐ体重が。普段の栄養指導も受けさせましたけれども。

Dさん 先生、甘いものっていうと、蜂蜜なんかはどうなんですか。（一同笑）

佐藤先生 （笑）蜂蜜分かんないです。程度の問題です。これ（お菓子）食べたから悪くなるって言うんじゃないですよ、がんの再発しないようにっていうお話をしているときに、甘いものを食べながらっていうのはどうかな〜っていうだけであって、別に蜂蜜いいと思いますよ。

Dさん でも甘いからよくないですよ。なんか前に先生、みんなにはかわいそうだけど甘いものはよくないだよ〜っておっしゃったから、甘いものを食べる時は必ず佐藤先生の顔が浮かんで…。

佐藤先生 それでいいです。それでいいです（笑）。習慣ですからね。僕は煙草を吸いませんけれども、煙草を吸う人の煙草と同じ。習慣ですよ。

Cさん Dさんと同じで、先生のお話をここに来て聞いていると、セーブできるようになりましたね。

佐藤先生 こういうの（お菓子）を横に見ながらセーブするっていうのもいい訓練になります。

話を数字の話に戻しますが、うちの病院は多摩地区にあるんですね。所沢近いです。多摩地区ってどれくらいの大きさだと思います？ 例えば沖縄と比べるとどれくらいだと思います？ 沖縄本島の倍くらい？ 同じくらい？ 半分くらい？ 実は沖縄本島と同じくらいの大きさなんです。広いんですよ。こういうのを数字で見ると、あ、なるほど、という感じになるんですね。人口は沖縄の4倍。数字って大切ですよ、比較をしたりするうえで非常に大切。ま、あんまりやるとお医者さんに嫌われちゃうんで。ただ、数字はどこかで意識をした方がいいと思います。で、なんでこういうことを言うかということですね、いろいろ世の中変わって来ているんです。というのは、ロジックじゃ追いつかなくなっちゃったんですね。というのは、いろいろな因子が入ってきます。例えば先ほどの、人に説明するのが難しいという話、難しいのはあたりまえです、全部違います、患者さんごとに。例えば、病気のことを考えるにしても、ある治療法が有効かどうかを考えるにしても、しこりの大きさも人によって違うし、画像による写り方だって違うし、先ほど術前治療の話が出ましたけれども、乳がんのタイプもいま全然違ってきているんですね。どのタイプがどういう治療がいいかっていうのも違って来るし、あるいは実際にどういう治療をやったかっていうのもいろいろなことが変わってくるし、いろいろな因子が組み合わさってきて初めて治療効果の予測っていうことになるので、これ無理ですね、ロジックでやるのは。じゃあ何が必要かって言ったら、こういう治療をやったらこういう結果ですというような数字が必要になってくるんですね。臨床試験の結果というのをもちこないと、いくら屁理屈こねようが何しようが分からない。だいたい理屈だけのものってインチキですよ。例えば、これはいかに理屈がうまくいかないかっていうことの一つの表れの大切な試験なんですけれども、ATAC試験っていうのがあったんですね。これは3000人ずつ3つのグループに患者さんを分けたんですね。いまホルモン治療をやっている方いらっしゃいますよね。ホルモン治療は実は2種類あるんですね。タモキシフェンというお薬、抗エストロゲン剤ですね、女性ホルモンに非常に似たような顔つきをしているんですけども、本当は女性ホルモンではないのががん細胞が死んでいってしまうというようなタモキシフェンというお薬と、あとはアロマターゼ阻害薬、たぶん飲んでいらっしゃるかな、閉経を迎えた方は卵巣から女性ホルモンが作られない、卵巣から女性ホルモンが作られない状況を閉経というんですけども。そういった方に関しては体の中の、肝臓であるとか脂肪であるとか、その脂肪が重要になってくるんですけども、脂肪から女性ホルモンが作られるんですね、アロマターゼという酵素を使って。で、そのアロマターゼという酵素を抑えてしまうことによって女性ホルモンを下げる。乳がんにとっては餌が無くなる。で、そのアロマターゼ阻害薬がいいですよ～ということを示した最初の試験なんですけれども。それがATAC試験。Aというのはアロマターゼ阻害薬、Tというのはタモキシフェン、Aがアロマターゼ阻害剤のみですけども、そのあとCってありますね、これはコンビネーション。一見理屈ではアロマターゼ阻害薬、女性ホルモンをグ～っと下げた状態で、うその女性ホルモンをつかませたら一番効果があると思うじゃないですか。女性ホルモンをエサにしているタイプの治療としては、本当の女性ホルモンを下げておいて、なおかつウソの女性ホルモンを投与すれば。ということで、Cというのはこの2つを同時に飲んでいただくというのがコンビネーション。でも2つ同時に飲んでいる人いないですよ、誰も。本当はこの試験Cが一番いいと思ったんですよ、足し算されるから一番いいと思ったんです。そうしたら一番上の線（スライドの折れ線グラフ）、これは上に行くほど成績がいい、再発の人が少ないということなんですけれども、一番上のはアロマターゼ阻害薬単独なんです。で、下の二つは、タモキシフェン+ウソの女性ホルモンだけ、あるいはアロマターゼ阻害薬も合わせて飲んだ方。アロマターゼ阻害薬単独よりも、タモキシフェンを足したら効果が落ちてしまったって話なんです。タモキシフェンが足を引っ張っちゃった。こういうことが理屈をこねる医療ではよく出てきます。これは試験をやってみなければ分

からないんですよね。だからお医者さんが気を利かして、このお薬をついでに足したらきつとがンをよりよくやっつけてくれるだろう、でも成績は分からないけどこれがきつといいんだと思ってやってみたら、実は足引っ張ってたなんてことがあるんですね、こんなふうに。本人は足し算されたからよりよくなったと思っていたら、実は引き算されてたなんて。これ代表的な試験です。これ製薬会社はかなり損をしているわけです、3000人ずつで(3グループで9000人)割り付けられた試験ですから。ただ、こういうふうに証明するっていうのは、お金ももちろんかかりますけれども非常に大切なことで…。

Fさん 先生、途中でですけど一つ質問いいですか？

佐藤先生 はいはい、いくらでもどうぞ。

Fさん 例えば、閉経といっても、微妙な年齢の時ってあるじゃないですか。そういう時ってどうしたらいいんですか。やっぱりタモキシフェンをそのまま飲んでいた方がいいのか、それともちゃんと血液検査とかしたほうがいいんですか。

佐藤先生 いい質問ですね。基本的に血液検査すべきです。閉経の定義があるんですね。まず一つは、無月経になってから1年以上経過していることであったり、あるいは血液検査でエストロゲンという女性ホルモンが低値であって、なおかつ脳から卵巣に対して、生理を起こさせなさいよ、女性ホルモンを出しなさいよという刺激のホルモンが高いというのが条件です。つまり性周期の中でたまたま上からの刺激が出てなくて女性ホルモンが低いということもあるので、閉経後の方っていうのは、出したくても卵巣が出せない状態ですから。脳からの指示はず〜と行ってるんですね。だから脳からの指示のホルモンの値が高くて、でもそれでも女性ホルモンの値が低いというのが閉経の定義です。

Fさん でも例えば1月に測ったら低くて、5月に測ったら高くなってたなんていう可能性はないですか。

佐藤先生 基本的にいま言ったような定義を満たしていれば閉経にはなりますけれども、一番の難しい問題は、化学療法をやって抗がん剤をやって一時的に閉経になった方に関しては難しい場合があります。ですからよくしばしば実臨床で行われるのは、怪しい時にはタモキシフェンの投与になります。というのは、アロマターゼ阻害薬というのは、基本的には脂肪を中心としたところから女性ホルモンが出てくるのを抑える薬ですから、卵巣から女性ホルモンがいっぱい出ていたら話にならないんですよ。タモキシフェンはどちらも対応が可能ですので。ただ、閉経というのが分かっているのであれば、アロマターゼ阻害薬の方が有用性が高いので、アロマターゼ阻害薬の方を優先的に使うべきだということにはなっていますけれども、怪しい時はタモキシフェンを使うのがいい。ただ、本当の本当が一番有用性が高いのは、閉経状態に持っていくお薬を使った状態で、アロマターゼ阻害薬を用いるのが一番有効だというのが、確か2年くらい前の大規模なソフト試験というのが出ています。

Fさん それは、現場では結構そういうふうになっているんですか？

佐藤先生 ええと、使えないんです。というのは日本では保険が通らないんです。つまり閉経させるお薬というのは、保険病名では、閉経前乳がんなんですよね。閉経前の患者さんだから、生理を止めるお薬を使うわけでもんね。閉経後の人に使ってもしょうがないわけですよね。アロマターゼ阻害薬というのは閉経後乳がんという症状詳記なんです。この二つが同時に社会保険庁に行くわけですよ。この人どっちなんですか。閉経前乳がんなんですか、閉経後乳がんなんですか。ということで、保険で切られます。切られるということは、病院が赤字になる。で、一部先ほど CDK4/6 阻害薬の話が出ましたけれども、あれにまつわるものは使えるようにはなっているんです。閉経に持っていったなおかつ、っていうのは特別な縛りを切っているんですけれども、今回は補助療法ということに関して

は、いま言ったのが一番いい治療だというのが分かっているんですけども、日本の現状ではできない。ただ、必要な方には僕もやることはあります。アロマターゼ阻害薬を投与してただけでも、途中で生理が戻ってきちゃったと。注射を加えたりだとか、あるいはタモキシフェンというのは子宮に対しては、子宮体がんにつながってしまうだとか、あるいは子宮筋腫が大きくなったりする方も中にはいるわけですね。そういった方に関しては継続が出来ないので、アロマターゼ阻害薬と閉経するお薬を用いると、筋腫なんてスッと無くなっちゃいますね。

話を戻しますと、要はやってみなければ分からないということが非常に多いんですね、医学は。人さまのカラダっていうのはね。理屈通りに行かないですよ。

Dさん 先生、質問いいですか？ 私、1年目の検査で、先生が、調子はどうですかって聞かれたんで、痛かったりするんですって言ったら、ホルモン剤を変えてもいいですよって言われたんです。で、私はいまアリミデックスを飲んでるんです。これはアロマターゼ阻害薬ですよ。先生は、そんなに調子が悪いんなら、ホルモン剤の影響だから、変えたいと思ったらいつでも来てくださって言われたんです。

佐藤先生 いい先生じゃないですか。

Dさん いやでも私としては…あなたにいま一番最適なのはアリミデックスですよって言われたんです。

佐藤先生 一番最適なのはアリミデックスではなくて、一番最適なのはアロマターゼ阻害薬、という意味であって、アロマターゼ阻害薬には大きく構造式が違うステロイド骨格をもったものと、ステロイド骨格をもっていないもの2種類あるんですね。で、アロマターゼ阻害薬の中の、ステロイド骨格をもっていない、構造式が違うという意味なんですけれどもね、その中には2つ、レトロゾールというお薬と、商品名アリミデックス、アナストロゾールっていうんですけれども、この2種類あるんですね。ステロイド骨格をもったものに関してはエキセメスタンっていうのがあるんですね。ステロイド骨格をもっていないものから持っているものに変える時に、関節痛とかの軽減を達成できる方がいるんですね、2割くらい。それで、変えますかっていうようなお話であって、別に、アロマターゼ阻害薬の中で変えるというのは、そんな。それよりも、長期に渡る治療ですからね、5年、場合によっては10年間ということですから、そんな、痛い状態です〜と過ごすようであれば、早期にお薬を変更して、痛い思いを軽減しようという意図があるのであればいいと思います。

Dさん でも私としてはずいぶんその痛みはよくなっているんですね。で、先生からは簡単に、いつでも変えたいときは変えますからって言われたんですけども、私の中ではちょっと…。でも今あなたが飲んでるのが最適なんですよって言われると、もう少し様子を見ようかなと思っているんですけども。

佐藤先生 数字の話をするとうと、3剤はまったく同等です。アリミデックスの方がレトロゾールよりも有用であるという報告は一切ないです。ですから、アロマターゼ阻害薬があなたにとっていいですよという意味で言っているんだと思いますよ。でも、痛みが軽減しているのであれば、今のままでいいんじゃないですか。

で、最近…患者さん、医者には聞かないと怒られると思っているのか、お家に帰った時に、なんで聞いてこないんだって怒られて、また翌週来たりする方がいるんですけども、よく言うのが、ステージいくつですか？って。私はステージ2なんですか、3なんですか、とか。で、私はいつも、ステージにこだわる必要はないっていうお話をしている、ここでもお話をしているかもしれないんですけども、というのは、おとなしい3cmの乳がんと、おっかない1cmの乳がんだらば、おっかない1cmの乳がんの方が私たちはよりがんの脅威を感じますし、場合によってはそれだけ負担のかかる治療をお願いすることにもなるので、あまり大きき、あるいはリンパ節の転移状況、ま、他の臓器に

あるかどうかということも非常に重要なんですけれども、あまりステージにこだわるのはどうかという話はず〜っとしていたつもりなんですけれども、つい先日、いわゆる TMN 分類という…T というのはしこりの大きさ、N というのはリンパ節の転移状況、M は他の臓器に転移しているかどうか、この 3 つでステージが決まってくるんですけれども、AJCC というのは米国で出しているステージの分類法です。今回これがガラッと変わりました。大きさだけでステージは言いませんよっていうふうに変わりました。当たり前ですよ、こんな、いま遺伝子がどうたらこうたら言っているときに、しこりの大きさが 1cm だからステージいくつって、そんな時代じゃないんですよ。ということで変わりました。細かい話なんですけれども、例えばしこりが大きくても遺伝子的にこういうものだったらステージ 1 としますとか、書いてあるんですね。だから、そういう話まで持って行ってしまうと、医学的な話は医者にさせた方がいいと思います。それ以外の、患者さんに寄り添うだとか、あるいは大まかな治療の流れだとかってというのは教えてあげた方がいいと思いますけれども、あなたは温存した方がいいのかとか、あなたはなにやった方がいいのかというようなものに対応するのは、たぶん難しいと思います。実際に、これはつい最近の、有名な雑誌にも出たんですけれども、新しい分類の方が意味がありますよ、実際に患者さんの生命予後とかを反映するのは、しこりの大きさとかリンパ節とかだけじゃなくて、そういったがん細胞の特徴も加味したほうが、患者さんにとって…ステージを知りたいのは、おそらくどれだけ自分が病気に対して脅威なのかということを知りたいからでしょうけれども、それは旧分類よりも新しい分類の方がよっぽど意味がありますよ、というのが報告されています。

私、11 月から病院の経営的なことに関与しなければならなくなってしまうと、1 ヶ月に 1 回、私の病院は東京西徳洲会という病院なんですけれども、病院は全部で 70 以上あるんですね。クリニックも含めると 200 くらいあります。その代表者が全部集まって、会議とかするわけですね。あるいは患者さんのためにどういったケアをするべきかといった理念というんですかね、そういうことも泊まり込みで議論するわけですよ。その時にグループの理事長がおっしゃったのが、病院も変わっていかなくちゃいけない、ダーウィンの進化論じゃないんですけれども、病院で例えると、大きな病院が生き残るわけでもないし、強い病院が生き残るわけでもない。変化に対応できる、患者さんのニーズにすぐ対応できる病院が生き残るんだ。ただ、ダーウィンの進化論で、ダーウィンが一つだけ言わなかったことが、進化していく動物が生き残っていくというダーウィンの進化論なんですけれども、今の時代はそれにスピードが必要だと。スピードが速く対応することが必要だと。何十年、何百年かけて動物は進化していくんですけども、今はそういう時代じゃないというわけで、ガンも先ほどの TMN 分類もこうやって変わってきましたね。医学も変われば、世の中も変わって来ているんですね。例えば何が変わってきたかという、これは経営会議で使ったスライドなんですけれども、ちょっと拝借して…。私たちのライフスタイルは変わってきたんですね、例えばこれは大正期の夫婦のライフスタイルです。ご主人が定年して、何年か経つとご主人が死んじゃって、奥さんがず〜っと長生きしてっていうのが大正期ですね。このころはご主人が亡くなるのが、そうですね平均 50 代後半で、そこから奥さんが何年か生きて、で、それが昭和 36 年になってくると、リタイヤする年齢が 60 歳で、そこからご主人が 70 歳くらいまで生きて、そのあと奥さんはさらに生きて、で亡くなる。その順番は変わらない。平成 21 年を見ますと、ご主人の定年がちょっと延びて 65 歳。そのあとご主人は 80 歳まで生きるんですね。奥さんはさらにず〜っと 87 歳まで生きるんですね。平均ですね。このように、時代がずいぶん変わってきましたよね。で、人口のピラミッド、こういう形で報告がされています。2013 年、団塊の世代の次の世代ですね。2025 年になると、団塊の世代の次の世代が、高齢者の仲間入りをしつつあります。2060 年になると、それが優位を占めて、実はこのあと 2100 年になると、人口が半分になります。何を申し上げたいかという、実は今年の 4 月に、大規模な診療報酬の改定があります。それによって病院がゴロっと変わります。今それに対応していない病院は確実につぶれますから。いまつぶれてますよ、ボロボロ。なんでかという政府としては、2060 年を見据えた医療法の体制の変更を余儀なくされているんですね。人口の推移からいうとこういう形になってきます。2060 年を考えた場合に、政府のお役人の方、2060 年、2100 年のことを考えていろいろ政策を考えて…でない日本滅びちゃいますからね。2100 年には人口が半分、5000 万人になって

しまう。で、そのうちの高齢者が40%。そういうのもあるから、ロボット開発に力を入れたりだとか、外国人労働者をどうするかだとか、いろいろ対策を立てているわけです。その中で、病院に対する対応ですけれども、病院をこういうふうに変えていくように縛りがどんどん厳しくなっています。いま、うちの病院もそうですけれども、7対1病院。7対1というのは何かというと、患者さん7人に対して看護師1人の対応ができる病院。なんでこういう病院にするかということ、こういう病院にすれば、病院が儲かるようなシステムになっているんですよ。つまり患者さんが、7対1の病院に入院した場合と、10対1の病院に入院した場合だと料金が違うんです。いろいろ加算が発生しています。でもそれは、皆さんの安全を確保したり、例えば感染に対する加算がどういうふうになっているのか。病院に行ったらいっぱいそういうことが書いてあるんですね、皆さん素通りしちゃっていると思いますけれども、病院に入院すると、あれみんな加算されています。医療安全に対して、うちの病院もそうですけれども、医療安全室というのがあって、そこに専属の医療スタッフが配置されていて、そこに入院すると、そういったものが配置されていない病院よりも多くお金が取られています。でもそのかわり確実に安全です。そういったモチベーションでこういった7対1の病院がどんどん増えたんですけれども、先ほどお話したように、だんだん高齢化が進んできて、場合によっては認知症の方もどんどん増えてきます。そうするとこういった急性期の病院はむしろ重要ではなくて、それよりも亜急性期だったり、長期療養のクリニックというものがどんどん必要になってきます。先ほどご両親の介護がっておっしゃっていましたが、そういったものがどんどん必要になってきます。ですから、今度4月の改定で政府はこういうふうな方向でいくようにしています。逆にこういうふうな方向にもって行かせるにはどうしたらいいかということ、本当の急性期じゃないような病院は生き残れないようにしないといけないんですね。例えば、看護必要度というのがあるんですけど、急性期の患者さんを診ていなかったら、あなたのところ加算しませんよ、と。つまりこのように7対1の看護体制を取っていたとしても7対1の体制を取っているということは病院としては看護師さんの給料をいっぱい払っているということですよ。でもおたくは7対1の対応はしていないので、加算はさせませんよ、という病院は無駄にお金を払っていることになるので、潰れちゃうんですね。だから今、200床くらいの病院はどんどん慢性期病棟に変わっているのわかります？ 昔は救急車も受け入れてた病院が、どんどん変わって…

Aさん 介護施設を作ったり、リハビリ施設も作ったり…

佐藤先生 そうそう、そうそう。そういうのがもっと加速します。一気にそういう時代に入って、政府はそういうふうに対応しているんですね。というような時代の流れがあります。で、その中で、がんの治療を考えると、先ほど言いましたけれども、やはり予防医学っていうのが重要になってきたり、あるいは、ただ漫然と病院に行けばいいわけではなくて、近くのクリニックを充分活用して、なおかつ本当に必要な時は、大きな病院に行って、ちゃんとした治療を受けて、しかも先ほど言ったように、これからもっともっと厳しくなってくると思います。変な医療はたぶん淘汰されるはずですよ。そんなことにお金を使っている余裕はないはずですよ。というような、いま医療業界はこういうふうの流れにありますよ〜という中で、がん治療の話、必要があれば個別に対応したいと思いますが。

Dさん 自分でわかるのが乳がんって言われてますけど、私の場合は、先生が診てもしこりが分からなかったんですね。乳頭腺管がんっていうのなんです。それで私、マンモで分かったわけなんです。そういった場合は、マンモをしょっちゅう撮るわけにはいかないですよ。

佐藤先生 まず、最初の答えからいいですけども、乳頭腺管がんは普通のがんです。乳がんは、一般的に3つのタイプに分かれます。あ、ごめんなさい、その前に言わなくちゃいけない、乳頭腺管がんとか言っているのは日本だけです。意味がないので、海外ではその名前を言っても誰も分かりません。コモンタイプっていうのと、それ以外のタイプっていうのに大きく乳がんを一頭微鏡上の種類に分かれます。そのコモンタイプ、コモンっていうのは“よくある”っていうことね、コモンタイプは、

乳頭腺管がんと、充実腺管がんと、硬がんの3つに分かれます。ですから乳頭腺管がんは普通のがんです。べつにしこりが触れないとか、そういうがんじゃないですけどもね。

Dさん そうなんですか。でも私も触って分からなかったし。

佐藤先生 それは乳頭腺管がんだからじゃないです。乳頭腺管がんは普通のがんです。乳がんの3分の1、あるいはそれ以上が乳頭腺管がんです。ただ、それと、しこりが触れる触れないというのは話が別で、触れないようながんというのはいくらでもあります。例えば、深いところにできていたら触れないことも多いですし、分からない乳がんというのはいくらでもあります。だから乳がん検診は重要ですよ。触診だけでは不十分ですよ。例えば皮膚の下には皮下脂肪があります。その下に乳腺組織という固い組織があります。その下にまた脂肪があって、その下に筋肉があるんですけども、乳腺自体固いですから、その下の方にちっちゃなしこりがあつたら、これ分からないですよ。あるいは場所によっても分かりにくい場所もあります。乳腺組織が非常に豊富な場所にちっちゃいのが出来たとしても、分からないこともありますし、あるいは固いがんだったら分かることもあれば、柔らかいがんだったら分からなかったり、あるいは大ききだつて小さければ分からないし、あるいはしこりを作らないがんもあります。乳管、管の中でば〜っと這っていくようながんは分からないです。ただそれと乳頭腺管がんは話が別です。

Dさん 今後どのように、1年に1度のマンモでよろしいでしょうか。

佐藤先生 1年に1度のマンモグラフィで結構です。

Cさん 先生の病院で、栄養サポートのチームを作ったとのことですが、自分たちは日常生活で気をつけることは、野菜とか…。

佐藤先生 あ〜野菜いいんじゃないですかね。でも、僕ここで何回もしゃべってる気がする。(一同笑)ただ臨床試験もちゃんとやられているんですよ。だから高脂肪食がどうかっていうのは、たぶん関係あるだろうとしかまだ言えませんよという答申です。その臨床試験が2つされて、一つはいいデータが出て、一つはそうじゃなかった、変わらなかったの、たぶんいいでしょ、ただどっちにしても健康にはいいので。

Cさん ただ今度は軟骨が減ってきているので、膝だとかいろいろ乳がん以外の老後の併発する病気とかが、白内障、緑内障、耳とか、仲間うちでも聞くようになってきたので、その辺が…歩くといいと思いますが、歩くと軟骨が減るので…

佐藤先生 プールで歩いたらいいんじゃないですか。というのは、実際の話ですけども、アロマターゼ阻害薬を投与している方で、骨密度を毎年測るわけですよ。で、骨密度が急に上がる人がいるんです。どうしたのって聞いたら、運動を始めましたっていう人が多いですね。私、骨強いと思います、だって牛乳飲んでカルシウムいっぱい摂るようにしてますって言うてる人に限って、骨密度が全然高くないですよ。やっぱり運動が一番なんですよ。重力に抗うような。

Cさん 整形の先生にも言われました。レントゲン撮っても、足首もなにもなっていないって。やっぱり運動していたせいですねって。

佐藤先生 やっぱり運動と食事がいいんじゃないですか。

Iさん 先日乳がん検診に行ってきたんですけど、触診をしてくれた先生が内科の先生だったんですよ。

そういうのって…自分でも時々見てるんですけど、やっぱり専門外の先生が診ると、どうなんでしょうか。

佐藤先生 乳腺の専門が触診の検診はやらないと思います。足りないですよ。

Iさん それでもわかる先生は分かるんですよ、触診でも。

佐藤先生 分かる先生は分かるんですけども、何が一番いけないかっていうと、個人的に思うことなんですけれども、マンモグラフィーでも大丈夫なのに、全然問題ないのに、触診でがん疑って診断しちゃう人がいるんですね。がん疑っていか…要精査って上げちゃう人がいるんですね。患者さんにしたら、要精査って言われたらちょっと厳しい…。何でもないっていうのが分かるまで。僕は水曜日に瀬戸病院で検診をやっていますけれども、いま、外来で2ヶ月くらい待ちちゃうみたいですけども、がんですって言って泣く人はいないんですけども、大丈夫って言われて座り込んで泣く人って結構いますね。だからそれだけやっぱり精神的に追い詰められるってことですよ。がんだって言って大丈夫なのは、きっと精密検査って言われた時点でがんだと思っているんでしょうね。それよりも大丈夫って言われて急に安心して泣き出しちゃうっていうのは。それまでの間はすごい心配だったみたいですから。これはまた検診の話にはなるんですけども、いわゆる偽陽性、何でもないので引っかけるといってはしばしばやりがちなんですよ。見落としだなんていって怒られちゃたいへんだなんていうのを避けるためだと思うんですけども。

Hさん 私は発見がずいぶん遅かったんですけども、その間に2度、こんなこと言っちゃったらそのお医者さんに悪いと思うんですけども、2度失敗してると思うんですね。マンモをやってたんですけども、石灰化っていうのが出て、石灰化ってなんですかって聞いたら、乳がんでなくてもなるんですよっていつてそのまま何もなかったんですね。それから、ここにしこりが無いけど脇に、リンパにコロッと触るものが出来たので病院に行った時に、触診だけしかしなかったんですね。そのあとどんどん大きくなるから別の病院に行って、検査しなかったんですかってあきれられちゃったんですけど、医療機関に行っても2度失敗してるんですね。ですからこのことをしっかりきちんと診られる先生に診ていただかないとダメなんだと。一般的な健康診断をやる先生も、先生によってはそんなに乳がんに関心が無い先生もいるわけで。

佐藤先生 これ前にお話したことあると思うんですけども、所沢市の議員さんが乳がんで治療したんですけれども、その方検診で大丈夫って言われて、大丈夫って言われたんですけど写ってませんかって僕のところを持ってきたんですね。…写ってるんですよ。(一同え〜)ですよって話になって、さすがに所沢市まずいなって思ったのが、その議員さん、病院に怒鳴り込んでいったんですね。あとで教えてくれたんですけども、おじいさん医師が一人で読んでたらしいんですね。それから二重読医をしていない、どういうことだっていうことで、ま、議員さんなので、すぐ変わったということが何年前にありましたね。

Dさん 石灰化って言われたら、その石灰化したところは取った方がいいんですか。

佐藤先生 石灰化もいろいろな石灰化があるんですね。良性の石灰化もあれば、乳がんに伴う石灰化もあるんです。ただ、石灰化を取るって大変なんですよ、実は。手術で取るのは医者は楽なんですけれども、そんなことで手術してたんでは患者さんはたまったもんじゃないので、針を刺す方法もあるんですけども、石灰化の多くがマンモグラフィーでしか見えないので、マンモグラフィーをしながら針を刺すっていう検査が必要になってきますね。ただ、それは患者さんに対する負担も大きいので、手術中マンモグラフィーを撮った状態でず〜っといなければならないですからね。

Dさん 私、病院で、あなたのがんは11年前にできてましたって言われたんですね。それ分かるんですね。

佐藤先生 11年で…1年の端数がよくわからないけど、でもそういう規模でいいと思います。

Dさん 11年前って言われました。それで私は15年間、ケアノートを持っていたので、11年前を見たら、石灰化ってなっていたんですよ！ ところがそこにかっこで、良性なので心配ないって書いてあるんです。

佐藤先生 それは、一つのがん細胞が発生して、ある程度の大きさなるまでに10年近くの年月がかかりますよ、ということであって、がんのしこりが10何年前からあるということではないんですね。1cmのしこりは何億ものがん細胞で構成されているので、一つの細胞が何億までになるには、非常に長い年月をかけて、計算で行くと5年とか10年かかりますよというようなお話で。ただある程度大きくなってくると、それが一気に増えてきますからね、早く病院に行った方がいいんですけども、ただ、起源をたどると10年前に発生しているので、その間に他の臓器に行きやすいですよというような説明はします。例えば2mmくらいを越えてくると、それが育ってくるためには血管を引っ張ってこなくちゃいけないので、それを介して体のいろんなところに行きやすいがんですから、だから乳がんは全身病、つまり手術だけで終わる病気じゃなくて、場合によってはホルモン治療、抗がん剤、分子標的療法等で全身に染みわたるような治療をやりますよ、という説明の時に、あなたのがんは10何年前からありますよというお話はしますけれども、10年前に石灰化があつてうんぬんというのは関係が無い話です。それは良性の石灰化です。

Dさん 関係無いですか。私、びっくりして、それが、11年前に出来てましたって、ほんとにケアノートを見てみたら11年前に石灰化ありって書いてあって、ただ、良性で心配なしって書いてあったんですね。で、友人に会ったら、実は石灰化があるって言われたんで、その場で取ってもらったって言うんですよ！ だから最近はそのような方向になっているのかなって思ったんですよ。

佐藤先生 それは違います。それは、その石灰化が悪性を疑うような可能性のある石灰化だったのか、患者さんがとっても気にするから取りましょうということだったのか、それは分かりませんが、ただ、単純に不安だというだけで自分の体を傷つける必要はないと思います。

Gさん 私は、痛みで、ズキズキとか、チクチクとか、そういった痛みがあつて病院に行こうと思ったんです。しこりも気になったんですけど、乳がんで痛くなるんですか？

佐藤先生 いろいろな感じ方をするとはいえますけれども、必ずしも乳がんは痛くありませんって言い切れませんが、ただ、いろんな感じ方をしますし、本当にしこりが痛いのか、その周囲が痛いのかっていうのは分かりませんが、

Gさん がんで言われてからあちこち痛いんですね。なんか手足のしびれだとか、目も見えなくなってきたとか、いろいろあるんですけど、さっきの先生お話を聞いて、お菓子とか甘いもの好きだし、ご飯やパンも好きだし、糖尿病って言われてはいませんが、そういうのを気を付けてなきゃいけなかったんだらうなって反省はありますけど。

佐藤先生 いや、それだったから乳がんになったとかじゃないですよ。ただ、一病息災という言葉もあるくらいですからね、本当は無病息災でしょうけれども、せっかくこういう体験されて、これから治療で大変でしょうけれども、それを機会に健康な食事を心がける。別に、好きなものを制限しましょうとか、そういうことを言っているのではないんですけども、多くの場合が習慣ですよ。

Gさん 主治医の先生から、術前治療というのを聞いたんですね、小さくしてからって。

佐藤先生 先ほど、メリット、デメリットっていうことをおっしゃっていましたが、術前化学療法というのは大きく分けて2つの意味があります。まず、関係ない方から言いますね、たぶんそうじゃないと思いますので。まず1つ目の術前化学療法というのが、手術できない状態だと。昔はこういうのばかりだったんです、いま手術したくても、例えば乳がんを取るのはいいんだけど、そのあと覆わなくちゃいけないですからね。植皮をしなくちゃいけないとか、あるいは筋肉にかみつっちゃって手術では取れないだとか、あるいは皮膚から飛び出しちゃっているとか、そういうものに関する術前化学療法というのがあります。ただ、そういうのはほとんど最近無くなりましたけどね。そんなになる前に来ますからね。と、一般的な術前化学療法、こちらでいいと思いますけれども。この一般的な術前化学療法というのはどういうことかということ、要は手術のあと抗がん剤治療をするのを前倒しするだけなんです。術前化学療法は、ここ（しこり）のためにやっているんじゃないんです。目に見えないがん細胞をやっつけるためにやっているんです。なぜ私たち、乳がんが、がんというものが怖いかというと、他の臓器で育ってきちゃうから怖いんですね。先ほど11年前からっておっしゃってましたけど、そういうふうな時間の中で、体の中の小っちゃながん細胞の粒が潜んでいるわけですね。それが時間と共にだんだん大きくなってくと、乳腺自体は生命の維持に関係ないけれども、肝臓だとか骨だとか、こういったのは生命活動を維持するのに重要な臓器ですよ。そこにがんの細胞が広がって行ってしまうと、生命活動が維持できないから、がんというのは怖い病気なんです。ですから、目に見えない小っちゃな粒だったら、抗がん剤を用いることによってそれを消し去る可能性があるわけなんです。それが術後の補助療法って言いますが、手術をして、その後にそういったお薬をやってやっつけましょうということ。ただ、全員が補助化学療法が必要なわけじゃなくて、例えば、とてもタチの悪いがんだったりとか、あるいは、もうリンパ節にいっぱい病気があったりだとか、あるいは、傷痕が結構大きかったりだとか。そういった方は、手術の後で、抗がん剤が必要になりますよ。やったほうがいい人が多いですよ。じゃあ逆に、手術の後やるってことがある程度分かっているんだらば、手術の前にやっちゃいましょうっていうのが術前化学療法。手術の前にやることのメリットっていうのが、場合によっては、しこりがぐ〜っと小さくなる方がいるんですね。小さくなると、患者さんが乳房を残す手術を希望される場合には、今だったら乳房を残す手術はお奨めできないんだけど、小さくすることによって乳房を残す手術が可能になる人が出てくる。全員じゃないですけどね。あるいはもともと乳房を残す手術を予定している方であったとしても、より小さく切除ということで、より整容性を保ったような手術をすることができるというのが、術前化学療法のメリットです。もう一つの付随したメリットとしては、手術の前の抗がん剤をやって、中には20%くらい、あるいはもっと強烈なのをやった場合だったら、半分近くくらいの方に関して、がん細胞が見えなくなっちゃう場合があるんですね。ただそれは、手術がいらなくて言うてるのではなくて、手術してみなければ分からないし、しかも顕微鏡上で見えないっていうだけですけれども、顕微鏡上がん細胞が全部殺されちゃってる方がいます。そういう方ですと、ここで死んじゃっているんだから、体の中に潜んでいるがん細胞は全部死んじゃっているんだらうということで、その後の生命予後が非常にいいということにつながる。ただ残りの8割、5割の人はどうするのって話になっちゃうので、それがどれだけ患者さんにとってメリットになるかというのはまた別な話ですけども。あるいはこれは…僕はあまり直接的なメリットではないと思っているんですけども、一応言われているメリットなので言いますが、万が一再発をしたときに、このお薬がよく効いていたなという情報が分かる。つまり、しこりがあるってこの抗がん剤を使ったらきゅ〜って小さくなったから、あの抗がん剤効くんだったなってわかる。ただ、治すための治療なので、別に再発した時のことなんて考える必要はないと思いますし、先ほどの話じゃないですけども、いま医療は日進月歩ですから、万が一そういうことになったときには違う医療があるし、違うお薬があるはずなので、そんなことを考える必要はないと思うので、ま、分かりやすいメリットとしては、より小さな手術で終わる可能性がある。デメリットはですね、本当に抗がん剤がいいか分からない方にやる場合があります

ね。つまり、先ほど言ったように、しこりは大きいんだけれどもものすごくおとなしいがんだった場合に、手術を先行してやった場合には、その病気をよく調べることができますので、本当はどれくらい拡がりがあったのか、例えば5cmのしこりであったとしても、浸潤している、実際に乳管を食い破っているのはものすごく小さいがんもあるんですね。そういうのは抗がん剤がいらなわけですよ。ただ大きな手術は必要になるとしても。だから手術を試してみている情報が分かって、その時点で治療法が検討できるっていう、あるいはリンパ節の転移状況、リンパ節に病気があるのかないのか、もしある場合は何個あるのかというのは、手術を先行したらわかるわけですね。術前化学療法をやった場合には、例えばリンパ節転移ありませんでしたっていうのも、本当になかったのか、抗がん剤によって無くなっちゃったのかっていうのが分からないわけですよ。それによって手術の後の放射線の必要性だとか、仮に同じ乳房切除したとしても、放射線の必要性であるとか、範囲であるとか、というのが分からなくなってしまう。あるいは、術後でいろいろわかる情報が分からない状態でやりますので、抗がん剤も結構強めにやることも多いです。あるいは逆に、やっても途中で大きくなってきちゃって、抗がん剤が効かないなんてこともあります。ですからまあ、メリット、デメリット、それぞれありますので、そこらへんはよく相談の上でお決めになった方がいいとは思いますが、ただ一つ言えるのは、生存率はどちらも同じです。手術の前にやっても後にやっても。それは各種の臨床試験ですべて同じデータが出ていますけれども、同じ治療法を用いるのであれば、手術の前も、手術の後も、治る確率は同じです。だからメリットは、場合によっては小っちゃな手術のなるかもしれないというのがメリットだと思います。

Eさん 私の場合は、乳がんとは関係ないかもしれませんが、なんか膵臓とか肝臓に嚢胞があったんですね。これは転移から来るのか。

佐藤先生 全然関係ないと思います。経過観察でいいと思いますし、乳がんに関連付けて心配されることはないと思いますよ。

Fさん 私事ではないんですけども、先ほど言ったように患者会をちょっとやっていて、そこで知り合った患者さんで、きちんと手術前に検査もやって、主治医ともちゃんと話をして、患部の拡がりも確認した上で内視鏡で手術をして、断端陽性が出ちゃったそうなんです。その方、怒り狂ってしまって、私のところにお電話があったんですけども。

佐藤先生 断端陽性に関しては、僕の個人的な意見ですけども、断端陽性を出す先生は、いい先生だと思います。なぜかという、断端陰性にしたかったら簡単なんです、いっぱい取ればいいんですよ。もし万が一その先生が、何か欠けていたかもしれないところがあるとしたら、事前の説明をしてないですね。つまり、しこりがどれくらい広がっているかっていうのは分からないんですよ、顕微鏡上の話ですから。

Fさん MRIで検査しても。

佐藤先生 MRIでも。いまアメリカではMRIは保険が下りないところが多いです。なぜかという、MRIを安易に導入することによって、米国では乳房切除率が増えちゃったんです。なぜかという、先ほどからお話に出ますけれども偽陽性っていうのがあるんですね。MRIって結構何でも拾っちゃうんで、範囲が広くなっちゃうんです。そうすると、あまりそういう機会はないと思うんですけども、例えば、私なんか中国の患者さんがいろいろいるじゃないですか、海外の方はものすごく心配性の方が多い、日本人の方が結構大丈夫な感じで、お医者さんに対する信頼が厚いんですかね。海外の患者さんの方がもう自分中心ですからね、心配性が強いんですよ。特に海外ではMRIのルーティンの導入によって乳房切除率がグッと増えたっていうのがあって、それでさっきお話ししたけれども、MRIをやることによってどういうメリットがあるかという臨床試験がされたんです。

何を指標としたかということ、実はアメリカは、くりぬき手術をやるじゃないですか、で、断端陽性でもう一回くりぬいたりっていうのが比較的常識です。追加切除が20%から40%くらいあります。それが実は逆に問題にもなっているんですけども、邪推をすれば、手術をすればお金が入ってきますから、やればそれだけお金が入ってくるので。日本の勤務医って、やってもご苦労様って言われるだけで給料は増えないですよ。海外はやればやるだけ入ってくるので、躊躇しないっていうか。ただ、MRIを導入することによって、いわゆる再切除率、つまりMRIを意識して取るようにしたら、もう1回手術をする人が増えたか増えなかったかという臨床試験をやったら、変わらなかったんですね。だからアメリカはMRIの導入は、ルーティンでMRIをやるのはナシですよっていうのがアメリカの考え方です。ただヨーロッパでは普通にMRI使いますし、日本でもほとんどの施設でMRI使っています。ただ、問題点が、MRIというのはそんなに万能ではないです。だから分からないんですよ。で、分からないからどうするかということ、しこりからちょこっと安全域を見越してくりぬくんです。

Fさん それはどれくらいのマージンですか。

佐藤先生 だいたい1cmです。ただ、僕は1cmなんです。多くの施設が2cmなんです。これがいま日本の一番の問題点で。

Aさん この前〇〇先生が言ってました。癌研は取りすぎたからいけないって。

佐藤先生 いまは変わったので。というか、ご存じの方もいると思うんですけども、昔って放射線って言えなかったそうですね。放射線の先生とお話すると、昔は、原爆のことがあったので、電気治療とかいう言葉を使ったそうですね。放射線と言うと、日本人はものすごいアレルギーがあった時代があったそうです。で、乳房温存手術を放射線抜きでやろうとしたんですね。そうすると何をやるかということ、いっぱい取るんですよ。海外の考え方はそうじゃなくて、より必要最小限の切除量にして、放射線をかけてきれいな乳房を残しましょうというのがコンセプトなんですよ。だから海外の先生方はぎりぎり取るんです。だから切除率も増えて来ちゃった。あとで顕微鏡で見たら、断端陽性ですよ。癌研はいっぱい取って、しこりから充分離れていますよというのを確認して、それで放射線はいらないですよって、これ理屈で勝手にやってたんですよ。臨床試験なんか何もやっていないですよ。もっと悪いのが、その後に放射線が必要ですよっていうのがエビデンスという形で出て来たんですけども、当時の手術の仕方をそのまま習った先生たちが、ああエビデンスですねっていうことで、そんな手術をした状態でまた放射線かけてるんですよ。最悪なんですよ。特に海外だったらまだいいかもしれないですけども、日本人の乳房はそんなに大きくはないので、2cmのマージンでくりぬいて、その後に放射線をかけたらだいたい委縮も生じますので…いま暗黒の時代なんですよ。で、それを直そうというので、いまいろいろ…要は治すんだったらきれいに治さなくちゃいけない、整容性が大事なんですよ。だから、断端陽性にしたのは…僕はよくわかりませんが、その先生はきれいに治そうという意図のもとに働いている先生なんだと思います。ただ、僕はそんな文句言われたことないんですけども、始めに説明しておくべきなんですよ。

Dさん 断端陽性ってなんなんですか？

佐藤先生 断端陽性っていうのは、取ったものの端っこに、がんの細胞が見えますよということなんですけれども、それもね、この会で何回も言っていることなだけで、断端、端っこに対しては最近あまり意味がなくなってきたんですよ。というのは、お薬がしっかり効いてくるようになってきたので、お薬治療というのは局所の再発には効果があるので、昔は、がんの端っから5mmはずしといてくださいよ、それがだんだん2mmになって、いまは取ったそのところにがん細胞が無ければ、断端陰性ですよというふうに米国は定義を変えたんですよ。だから何をもちて断端陽性って

言っているか分からないですけど、場合によっては定義によっては断端陰性かもしれないですね。ただ、言っておかなくちゃいけないのは、乳房温存手術というのは整容性、美容上に重きを置いたような手術なので、不必要にいっぱい取ってしまうと、それだけ乳房の容積というのは見た目が非常に悪くなってしまいます。だから私たちは、ある程度の範囲から1cm、どれくらいかの範囲をもってくりぬきますよ、手術の結果もしそこに断端陽性ということがあった場合には、場合によっては追加切除を相談するかもしれませんが、というお話はしておくべきだと思います。普通はします。

Hさん 私はちゃんと説明を受けました。私は化学療法をしてとても小さくなったんですね。小さくしてから手術しました。それで、びっくりするくらい抗がん剤が効いたので、セカンドオピニオンをやっていただいた先生から、温存でやったの？ってびっくりされたくらいなんですけれども、で、手術の前の日に先生からちゃんと説明があって、切って、そして手術中に断端で切って切ったところの端っこを生検して、もしまだがん細胞があったらさらに1cm切りますって。断端が陰性になるまで、極端に言えばですね。切ったところががん細胞が無いかどうか検査しながら手術するんですよってことを説明を受けました。

佐藤先生 ただ、断端陽性だからといって、再発するわけではないので。リスク因子にしか過ぎないので。ただね、それもまた難しく、つまり端っこにあったから残っているってわけではないんですよ。というか、もともと私たち乳房温存手術をするには、がん細胞が残っていると思って手術をするんですよ。残っているから放射線が必要なんです。断端陽性ということは残っているボリュームがそれだけ大きい可能性があるっていうだけなんです。ですから、断端陽性イコールがん細胞がそこに取り残されていて、それで後で再発するっていうわけじゃないんですね。だって陰性でも残っているわけですから。だから放射線が必要なわけですよ。ですからそれに関しては患者さんとよく相談するわけですよ。ただ大切なのは断端陽性というような結果になるということは、しばしばあるし、断端陰性に保つ先生が別に名医なわけでもないし、いっぱい取ればそれだけ断端陰性を確保できるわけで、だから僕は、断端陽性である先生が悪いとも思わないし、ただ、説明の仕方が悪い…という可能性はあるのかな～とは思っています。

Iさん 乳がんの内視鏡手術って初めて聞いたんですけども、少ないんですか。

佐藤先生 鏡視下手術って言いますがけれども、例えば、乳房切除をする際に、僕も小っちゃな傷でやるんですけども、僕はいらない…できちゃうんで大丈夫ですけども、乳輪のところに小っちゃな傷を入れて、中を全部取ることができます。内視鏡というか鏡視下ですね。内視鏡を補助下で使って、あるいは腋の下であるとか、あるいは乳房の下垂のところにラインを入れて全部取っちゃう。その際に、いわゆる鏡視下の手術、内視鏡のようなものを補助的に使って取ることがありますけれども、そんなに流布していない、というのが現状ですね。

Cさん 先生、いま手術と入院でどれくらいなんですか。

佐藤先生 手術の規模によります。あとは、患者さんが退院を希望されるかによります。例えば私の施設で言ったらば、これはシステムなんだろうがないんですけども、前日に入院していただいて手術をして、翌々日に退院です。希望によってというのは、例えば、ドレーンというのが入っている方がいます。例えば腋の下のリンパ節を取った方、あるいは乳房切除した方はドレーンというのが入っています。ドレーンが入っていたとしても別に退院はしていただいていいので、でもみんな嫌がるんですね、ここからこんな出ているんで。だから別に、退院希望の方はどうぞって言いますし、まあアメリカなんかは非常に医療費が高い国ですから、丸24時間経ったらそのまま退院ですし、乳房温存手術だったらば日帰り、全身麻酔であったとしても帰ってましたけど。だから、それは患者さんと相

談で、ただ、皆さんドレーンが抜けてから退院したいという方がほとんどですので、ドレーンが抜けるのがだいたい1週間くらいかかってしまいます。1週間後にドレーンを抜いて退院ということです。

Fさん センチネルリンパ節の一番目のリンパって、すぐ見ればこれって分かるんですか。

佐藤先生 センチネルリンパ節をどうやって見つけるかという、それは薬液を注射して、その注射が流れて行った先のリンパ節なんですね。そこから、薬液が流れ込んで行ったリンパ節をどうやって見つけるかというわけですが、多くの場合は放射線同位元素をくっ付けます。テクネシウムという放射線同位元素をくっ付けた薬液を注入するわけです。で、リンパの流れに沿ってそれが腋の下に流れて行くわけです。で、最初に到達したリンパ節にとどまるような薬液を使いますので、ということはがん細胞も最初にそこに到達するわけですね。ですから、そこから出している放射線を頼りにそのリンパ節を取るんですけれども、その放射線を見つけるために、ガイガーカウンターというものを使います。福島原発事故の時によく出て来たもののペンシル型の小さいものですが、そこから出してくる放射線を頼りに、そこに小っちゃな傷を入れて、そのリンパ節を取ってくるというのがセンチネルリンパ節生検。

Fさん その病理の結果は、1個の人もいれば2個の人もいたりするんですか。

佐藤先生 センチネルリンパ節がだいたい1個ないしは2個。あるいは3個、4個というふうに見つかる方もいます。要は、センチネルリンパ節は、薬液がどう流れているかということですので、その人それぞれで違ってきます。

Fさん 1個の人もいれば、2個、3個、4個の人もいると。例えばその1個を取ったとして、その1個は大丈夫だったんだけど、飛ばして3個目とかに行っちゃっている方もいるんですか。

佐藤先生 センチネルリンパ節生検を行って、センチネルリンパ節じゃないリンパ節に病気があるということですね。まれだけれどもあります。それは、もともとはセンチネルリンパ節生検を行う臨床試験が行われた時代、今はもうそんなのやりませんけれども、センチネルリンパ節生検をして、なおかつ、そのあと全部腋の下のリンパ節を取って、どれだけ重要なかっていうのを調べる試験をやったんです。それだとやはり数パーセントはリンパ節への転移がありますが、いまはもう分からないですね。センチネルリンパ節で陰性だった場合には、もう腋の下は取りませんし、いまはセンチネルリンパ節生検で陽性であったとしても腋の下は取らない時代になってきました。

Aさん 私、リンパ節いっぱい取りました、14年前。リンパ節、昔は全部取りましたよね。

佐藤先生 センチネルリンパ節生検を行って、そこに病気があった場合に、放射線照射をすることによって対応するというのが、取るということと成績が同じだったので、なおかつ、取らないで放射線照射をしたほうが、浮腫が少ないので、いまは放射線照射で対応する方が多くなっています。

菊池院長 乳がんというのは、前立腺がんと近いんですけど、比較的長生きするんです。だからこういう集まりができるんです。がんというのはあくまで局所ではなくて、全身病と思った方がいいです。よくわからないところがいっぱいあって、転移のメカニズムというのも正確には分からないところがあります。ただ、いま分かっているのは、転移ってというのはただがん細胞が飛んできて、そこに来ればすぐ転移するっていうものではないってことは確か。飛んで行っても、一万回に1回くらいしか転移しない。転移ってというのはほとんど起こらない。起こるのは奇跡、と聞いていいです。そういうことが分かっている。あとは、転移する前に、そこを転移しやすいような場所にしておくような機序があるらしい、ということが分かってきた。要するにがんでも転移を抑えられ

ば別に、局所だけでいるぶんには問題が無いわけで、そういう研究はいま進みつつあります。それをやらないと、いろんな治療をやっても、あっちにこっちに出たってなっちゃうので、まあ、現実的には、最初に手術をやって、手術、放射線、化学療法とやっていくわけですけど、そのうち手術で、必要な臓器は取らなくてもというようになっていく可能性はあります。リンパ腺を、僕らもよく取るんだけど、リンパ腺を全部きれいに取ってしまうんだけど、じゃあリンパ腺は何の役にも立っていないのかっていうと、そんなことは決してないので、本来は取らなくていいものを取っている可能性は非常にある。だけど、取らないと、そこに転移があるかどうか分からない。今の時点では。それが一番問題なんです。取ることだけが問題ではなくて、取らないで置いておいた人を、取らなかったからといってもその人が再発した場合に、どうしてそうなったか分からない。だから、一応ある基準でリンパ腺を取ってる。だけどいい加減に取っているんだったら、どこに転移しているかわからないので、骨盤内リンパ腺を取る。でも取りながら、これ全部取っていいのかなと思いつつ手術している人もいます。それは、必要なはずなんですよね。取らなくていいものを取っている可能性もある。これからそういう研究もしていかなきゃいけない、と私は思っているんです。おそらくそのうちそういうこともだんだん分かってくると思います。