

第 151 回 フリートークの会 2018 年 12 月 15 日 出席者 11 名

- A さん 私は、60 歳で乳がんになりまして、現在は後期高齢者になったんですけれども、乳がんの転移のことはものすごく気になりますけれども、物忘れはひどくなるし物覚えは悪くなるし、そっちの方の心配もいろいろありまして、このまま年を取っていくのが怖いような感じています。まあなんとなく過ごしていこうと思っているこの頃です。
- B さん 私は乳がんになって 3 年なんですけれども、転移の方がちょっと心配なんですけれども、今度 3 年目の検診があるんですけれどもちょっと心配しながら過ごしております。
- C さん 私は、50 歳で乳がんになってちょうど 10 年になります。1 月に最後の検診がありまして、それでなんともしなかったら市民検診に行くように言われているんですけれども、10 年が目の前に見えてきて、ゴールが見えてきたと思っていた矢先に、娘が胸にしこりがあると言い出しまして、それで、娘は体形が私より主人の方に似ていると思っていたので心配は特にしていなかったんですけれども、胸にコリとしたものがあるというので、ネットで調べたら、若年性、特に 30 歳未満は 2% 出てたので、違うでしょって言いながら、頭の中ではこの病院で診てもらおうかっていう、どうしようどこに連れて行こうって思ったら、所沢の瀬戸病院に週に 1 回佐藤先生がいらしているんで、予約入れようとしたら 2 週間、3 週間後ということだったんですけれども、まあ違うだろうと思ってたし、で、予約して佐藤先生に診てもらったら、佐藤先生もたぶん違うだろう、若いし、でもお母さんがそうだし、急にコリとできたっていうんだったら一応細胞診してみよう、っていうのもう徳洲会病院に来てくれてと言われて、行って細胞診をしました。で、細胞診の結果を聞きに行ったら「出たよ」って話になって、私は先生の前でうろたえまして、「ウソでしょ!」「私が再発した方が 100 倍いい! 自分がなった時の 100 倍悲しい」って、思わず叫んじゃったんですね。で、結婚するつमोरの彼もいましたし、お正月にお互いの家にあいさつに行くという話にもなっていたんですけれども、全部白紙で別れてくれてもいいよ、たぶんあちらさんもお嫌だろうし、っていうような感じになって、それで、若いから卵子凍結しようっていうことになって卵子凍結して。そして、オンコタイプ DX っていう本人に特化した遺伝子検査の結果が出て、治療方針が決まるんですけれども、一応リンパ節転移は無く、温存 1.5 センチのステージ 1 ということまではわかって。私は自分が全摘なものですから気が狂いそうになって…もう何を食べても砂を喉に突っ込まれているような状態というのがここ数か月で。ああ自分が終わったら娘。私はちょっと早いんですけれども、私よりもちょっと上で、50 代後半とかで病気が見つかった人にすれば、娘は 40 歳くらいになる。ああ恐ろしい病気だなというのが実感です。すみません、長くなりました。
- D さん 今回 3 回目の参加になります。前回、佐藤先生に、細胞診が、前の病院でされた細胞診と、それからセカンドのところやった細胞診の結果が違ったので、ルミナル A と B の違いであればまだよかったんですけれども、Her2 が違ったんですね。それを佐藤先生に相談したら、やはり自分の命のことだし、オンコタイプの検査をやった方がいいということでやりました。その結果は Her2 は陰性だったんですね。しかも抗がん剤をやってもそんなに効かないタイプ。数%しか効かないので、それだったらそれはやらないで、ホルモンの値が高かったんで、ホルモン治療を今やっています。ただ、やっぱり始め何もわからずに最初の病院で結局 Her2 陽性として出て、そのまま術前を勧められていたので、そこでもし術前をやっていたら、全然違う結果、なんだなというのが改めて。深い、こんなに深いことなんだな~というのが実感して。やっぱり一つ一つ向き合っていくと、いけない病気なんだな~ということをつくづく…。1 年前乳がんの悪性の結果が出て、それからやっと 1 年、だからこの 1 年はすーごい密度が濃い…手術していまホルモン治療をしていますけど、そしたら今度はやっぱり転移とか、あちこち痛くなるとまた検査なのかな~とか、やっぱりず~っと頭の中にはあって、考えてないときもあります

けど、それだけを考えているわけじゃないですけど、やっぱり…10年経たれてる方もいらっしゃるんですけど、まだ先は長いんだな～って思ってます。

Eさん 私は乳がんになったのは2年前の冬なんですね。それで先々週ですか、2年目の検査を受けてきて、来週その検査結果が分かるので、今とても心配なんですけれども、ただ、がんになると、私は前から申し上げているんですけど、すごい心配性なんですけど、まずがんのことを考えないことが再発を防ぐことだっていう、その言葉がすごく大きかったですね。だから最近はあるまいもう考えないですし、昨日は忘年会で、家に帰ってきたのは11時だったんですね。そうすると今までならちょっと帰りが遅かったりすると体調が悪くなってたんですけど、がんの再発を防ぐにはがんのことを忘れること。毎日がんのことを考えている人は再発になりやすいと。その言葉がなんかすごく重くなって、昨日なんか帰ってきてても全然体調も悪くないし、あ～人って考え方次第でこんなに違うのかな～って思ったんですね。ですからこれからは、なるときはなる、今がんにかかってない人でも、健康な人だっていつどうなるかわからないですよ。ですからあんまり先のことより今を楽しく、今日もちょっとジムで。私、毎日9時には家を出てます。毎日ヨガをして、プールで1時間泳いで、これをしてたら大丈夫だっていう確信ですよ。金曜日以外はジムで毎日それをして、それで金曜日は詩吟を習っているんですね。発表会もいろんなところでやってるんですね。何百人を前にして、私も去年習い始めたばかりなんですけれども、今はもうとにかく、がん患者であつてもがん患者じゃないんだというふうに思って元気にしています。

Fさん 私は40代の時にがんになって、15年以上経ちました。この間久々に、女子高だったんですけども、これから毎年クラス会をということでランチをしたんですけども、43人中20人くらい集まって、その時の話で、4人ががんになった。つまり5分の1ががんになったということで、私が40代でがんになって、他の3人が50代でなったということで、やはり乳がんは身近なことだな～というのを感じました。

Gさん 来年の6月で手術後満10年になります。乳がんが分かった当初は両方にありまして、リンパ節転移も大きかったので、もうすぐ死んじゃうと思っておろおろしましたが、治療が大変うまくいきまして、今は忘れるくらいで暮らしております。ありがたいです。その一方でがんはとりあえず山を越したけど、これから年取ってどうなっていくのかなとそんなことを思いながら、なるべく楽しく元気な日を感謝しながら暮らしていきたいと思っています。

Hさん 私は、手術をしてから来年の8月で10年。術前に化学療法をして、全摘して放射線をして、その年は2月から抗がん剤で、1月に初診で、すぐに抗がん剤治療に入って、ちょっと進行していたので、ほぼ1年最初の年は治療に明け暮れましたけれども、今はどうにかホルモン剤の治療も終了して…やっぱりあまりがんのことは考えないようにしてますけれども、皆さんと同じように加齢に伴ういろんなことがありますので、注意して過ごしております。

Iさん しばらくご無沙汰しておりました。私はちょうど2年前に乳がんになりまして、丸2年経って再発が見つからなければ、再建をしようと思っていまして、それで、先月の検査でとりあえず再発は見当たらないということだったので、さっそく動きだしまして、そうしたらあれよあれよという間に手術の日が決まってしまうと、なんかあまり考える間もなく、まあいいことはどんどん進めて、その波に乗っていかうと思って今そんな感じで、手術に向けて体調を整えて、行こうと思っています。私はトリプルネガティブなので、3年くらいで再発が無ければ少しいいんじゃないかっていうタイプのがんで、なかなか同じ種類の乳がんの人がいないんですね。だからなんかちょっと寂しいような気がするんですけども、お話が合えばいいんですが、ホルモン治療の方が多くて、ちょっと私がそういう治療が一切無く、半年の抗がん剤だけで終

わりなんで、ちょっとお話がね、すみません、合うかどうかわからないんですけども、こんな状況にいます。

Jさん 私は去年 50 代後半で乳がんが見つかりまして、友達が 10 年くらい前に乳がんで亡くなったもので、私も毎年 1 年に 1 回、自分の誕生日月に定期的に乳腺外科の検査を受けていたんですけども、見つかってしまって、小さかったので先生は部分的に取ればとおっしゃってたんですけども、私は怖がりなので、がんと聞いただけで「あ、私は死んじゃうんだ！」と思ったくらいなので、思い切って全部取っていただいちゃったんです。部分だと放射線とかやるけど、全摘だったら初期だからいらんかもしれないって言われたんで、もう全部お願いしますということで全部取っていただいて。それから半年して、右の取った方の点検と、左の残っている方を診ていただいたら、先生がエコーがここで止まるんですね。え？と思って「先生、何ですか、はっきり言ってください。」て、「こっちにも影がある」って言われてベッドから転げ落ちちゃいまして、針を刺して生検をしたんですけども、はっきり出ないのでちょっと待ってみようかということで、その後 3 ヶ月後に診たときに、大きくなっていたら私も考えるんですけども、形が変わらないままなのでまたそのまま現状維持させといて下さい、ということで、経過観察、それが不安だな～ということでお話したら、いい場所があるから来てみたらということで、今日来ました。毎日がんのことは考えないようにしようと思うんですけども、つい考えちゃったり、根は結構楽天的なので、すっかり忘れて遊び歩いてたりとか、両極端な生活をしております。

Kさん 私は趣味で卓球をやっているんですけども、急遽試合の団体戦に出ることになりまして、今日も午前中打ち合わせをしてきたんですけども、“ローマは 1 日にして成らず”ですけども、ショートパンツを履いてやるつもりです。で、日々はですね、とにかく忙しくしてます。あけぼの会のサロンですとか、先日は鎌田実先生の講演会に行ってきました。とにかく笑ったり、こういう集まりをしたりとか、運動もしたりとか、そういうふうにと人と交わらないと。今日ここに来た 1300 人はそういう病気にならないだろうと、ただ家に閉じこもっているのは非常に良くないってことを言ってくれて。で、先生のサイン会の時に勇気を出して声かけて「私は乳がんを患ったものですけども」って言って、直接声かけてお話ができてよかったと思いました。薬の副作用で相変わらず指にしびれはあるんですけども、卓球の試合は、しびれサーブで頑張ります。

佐藤先生 僕、今のお話を聞いてちょっととっても気になったことが実は一つあって。先々週、立川で講演をしてきたんですけども、がんセンターの副院長の藤原先生と、私と、あと北里大学の腫瘍を担当されている先生、その 3 人だったんですけども、その北里大学の先生は肺がんがご専門なので、その場が初対面だったんですけども、あとは全癌連の代表の方、その方は悪性リンパ腫のサバイバーの方ですね。そこで私は、個別化医療についての外科的治療について話してくれっていうお話だったんで、話した内容が…あるんですけども。で、手術の話って結構嫌なんですよね。嫌だけれども大切だから話さなければいけない。なぜかという、お話を聞いている方が皆さんほとんどもう手術をやっている方なんですよね。ですから、今こんな術式がありますよ、こういう風なことですよ～って言って、え～私と違う～とか、になると困るので。ただ、正しい知識を持ってほしいのと、あと、もちろん両側の乳房切除をしている人以外に関しては、まだリスクもあるということで。あとは乳がんのサバイバーであるということを表明されている場合には、相談に乗らなくてはならないケースもあると思うので、正しいことをやっぱり知っていただこうと思っています。

で、その中で、心配だから乳房切除というのにちょっとドキッとして。というのは、今回の僕のテーマは、「リスクに応じた局所療法」って、これ全部お話しするつもりはないんですけども、時間があったら話しますけれども、こういうタイトルで話をしたんですね。僕はこの話をして、あとは藤原先生などはお薬の話をしたんですね。これ皆さんにぜひ認識しておいていただきたいのが、大きく取

ればいいもんじゃないぞっていうね、というのは、早く見つければそれだけ治る確率も高いし、それだけ失うものも少ないですよ。たとえば同じ種類のがんであれば、場合によっては抗がん剤が要らなかったり。同じ種類のがんであれば一ですよ。ですから早く見つけたほうが治る確率も高いし、お薬の治療も場合によっては控えることもできるし、手術に関しても今は小っちゃくていいんですね。どうしてかというお話をちょっと、初めの方だけします。細かい話は皆さんが興味があればちょこっとお話しますが。ていうのは実はこの講演の次の週に、サンアントニオで乳がん学会というのがありまして、それで、ここで話していることでちょっとまだ一つ引っかかっていたことがあったのが、それが大規模な臨床試験の結果がサンアントニオで出ましたので、立川の講演では話せなかったんですけども、まだ結果が出ていなかったの。ちょこっとだけ話して。今の、心配だから取りました・・・じゃないよっていうことですね。

え〜と、乳がんというのは皆さんご存じのように、小さなしこりの段階から私たちは小さながんの粒がどこかにあるというふうに想定をして治療方針を考えるわけですよ。ですから、手術だけで終わる方というのは比較的珍しくて、まあ具体的に言うと、非浸潤がんで乳房切除された方は、おそらく追加の治療は一切要らないと思いますが、それ以外の方に関しては何らかの治療をやはり考慮する可能性がある。手術というのはあくまでもそこだけのものですね。で、ホルモン治療というのは、いろいろな時期で治療を開始された方がいると思いますけれども、初めはタモキシフェン 5年間とか、今はアロマターゼ阻害薬を 10年。サンアントニオでの発表、これは論文での発表ではないんですけども、日本からもアナストロゾール、商品名でいうとアリミデックスというお薬も、長期投与の方が有効であろうというような発表があったので、おそらくどのようなアロマターゼ阻害薬も 10年の方がよさそうだと。ただこれは、だから皆さんやましようということではないんですけどね。どういった方には必要そうで、どういった方にはそうじゃなさそうっていうのがありますので、ただ申し上げたいのは、ホルモン治療もかなり進んできました。術後の補助療法、これも（スライドを示して）上の段に行けば行くほど効果があるものですけども、今私たちの病院施設では左の上にある ddAC-P って書いてある、これがほとんど。海外でもこれが多い治療です。おそらく皆さんの中で化学療法を受けた方は、これをやっている方はまだいない、と思います。私たち以前からこれをやっていますけれども、まだやられていない施設もあります。GCSF という白血球を高めるようなお薬を投与しながら、でも、かなり毒性の強い抗がん剤をしっかりやる。なにしろしっかり治すと。で、このように、これエスカレーターなんですけれども、お薬の治療ってどんどんどんどんエスカレートしてきてるんですね。治すための治療ですよ。治すための治療、補助療法。5年から 10年。タモキシフェンからアロマターゼ阻害薬。CMF から AC。パクリタキセル。そしてドーズデンス療法の時代ということで、どんどんエスカレートしてきている。そのぶん治る人がどんどん増えてきています。この前、私の病院で統計を取っている方が言ってくれたんですけども、今、ナショナルキャンサーデータベースというのをささなくちゃいけない、全部しらべているんですね、カルテで。本当にここの病院で治療を受けた人って、再発しないんですねって言ってくれて、統計取ってくれて。私も一部は取っているんですけども、全部は取っていませんでしたので、そうやって実感するんだなって。今ほんとに治る時代なんです、ほとんどが治ると思います。治らない人は何か理由がありますね。なんかわかんないけどお父さんが胃がんで苦しんでるところを見ちゃったから、私、抗がん剤必要だったけどやらなかった〜とか、お薬をちゃんと飲むべきなのにぜんぜんさぼって飲まなかったりとか…なんか理由がありますね。ちゃんとやった方ってほとんど再発してないですよ。

Kさん 先生、今おっしゃった治療は、保険が利く治療ですか。

佐藤先生 全部保険が利きます。保険以外はできないので。

で、このような時代になってきますと、今度は手術の方を…今ちょうどお話があったように、今の抗がん剤の話と同じように、大きくすればそれだけ良くなりそうだというようなイメージも確かに出てくるのは当然なんですよ。ただ手術を大きくすればするほど、あるいは放射線照射をがっちりかければかけるほど患者さんの負担というのはやはり大きくなっていくわけですね。ただ昔はお薬の治療と

というのがあまりしっかりしていなかったもので、やはり大きな手術が必要だった時代があったのは事実なんですね。ただ今言ったように、お薬の治療というのは、じつは局所に対しても非常に有効性を示してくるということが分かってきたんです。例えば、乳房を残す手術の場合、昔は結構大きく取っていたんですね。だから、がんだからしょうがないでしょ、残るだけありがたいと思えないみたいに言ったかどうか知りませんが、かなり大きく取って、あとの見栄えなんて考えないような、とりあえず残す。あとは、悪い時代があったのを覚えているんですけども、各病院の温存率というのをデータで出して、マスコミが煽ってですね、競争みたいな、ある大きな病院が温存率 90%以上って、でも内情を知っているんですけども、見られたもんじゃなかったですね、ただ残っているだけでね。そういう風な競争みたいなことがあったのを覚えています。やっぱり残すからにはしっかりきれいに治さなくちゃ意味がないですよ。汚いというか、あまりきれいに残せないのであれば、乳房切除して再建した方がよっぽどいいわけですよ。ということで、昔大きく取っていたんですけども、これは（スライドのグラフ）右に行けば行くほど時代の流れなんですけども、どれだけ余計に取ったかというのを見ていくと、大きく取ろうと小さく取ろうと、昔 1980 年代を見ると大きく取る方が再発が少なかったんですけども、だんだん収束していくのが分かると思うんですけども、今、大きく取っても小さく取っても再発率はあまり変わらなくなっているんですね。それなら小さく取った方が、ね、一定の容積です。また、放射線照射の効果っていうのが、一番上にあるのが昔の臨床試験ですね、乳房温存療法か、乳房切除か、縦軸が局所再発率なんですけども、その時の臨床試験データで、だんだん最近のデータに近づいてくるわけですけども、最近の臨床試験法が再発率が少ないんですね。少ないもの同士で比較しているっていうね。つまり全身治療というのは治すために非常に重要なんですけども、それは局所のためにやるわけではないんですよ、内臓のためにやるわけなんですけども、結果的に局所にも働きかけて、局所再発率もどんどん減ってきているのが現状です。これ、患者さんの会にもこういうのを出したんです。バリューっていうのが最近流行っているんですね。バリューセットとか。考えたことないですか、バリューって何なのか。なんかよく聞きますよね、バリューって。“価値”っていうことなんですけどね。価値っていうのはあるものとの比較ですよ。自分にとって大切なもの、自分で考えるわけですけども、実はこのバリューという言葉は医学の方でも強く求められてくるようになってきています。これは米国の JAMA という医師会雑誌みたいなものですけども、Breast Cancer、Value Based patient outcome これどういうことかという価値に基づいた医療をやりなさいっていう時代に今来ているんですね。患者さんの求める医療、皆さんちょっとポカーンになってるんですけどね、じゃあバリューって、価値って医療の世界で何かっていうお話なんですけども。あまり考えたことないですよ、医療における価値、私たちも今これすごい求められているんです。これやらないと病院が生き残れない、つぶれるような。バリューっていうのは、結果をコストで割ったものっていうふうに医学界では位置付けられています。これがもうちょっと何かっていうとですね、価値は質×サービスをコストで割って、あと効率係数を掛けるわけなんですけども、これが医療の世界でいう“価値”というふうに言われています。つまり、さっき言ったみたいに質が良くても、サービス…サービスといってもいろいろありますよ、サービスがあまりよくなかったら、あの病院行かないだとか、あるいはサービスばかり良くてもいい加減な治療ばかりやってたら行かないだとか。治るんだけど合併症起きて、つまりコストが高いとか。あるいは治るんだけど、あまりきれいな治し方をしてくれない、とか、そういうのが全部組み込まれて私たちは価値というものを生み出すわけなんですね。これは、アメリカでちょっと流行っている、ホントかウソかわからない、アメリカの人たちが日本に来て、入院をして、日本の病院食だそうですけども、うちの病院はこんなじゃないですよ、ぜんぜん違うんですけども、あるいくつかの病院ではこんなすごい食事が出る、みたいな。ま、そういうことをやっていてサービスを高めて、病院の価値を高めようというような試みもあります。最近、ホテルみたいな病院が増えてきましたけどね。いわゆるサービスを高めて価値を—というような方針も見受けられますが、ただこの価値に基づく医療というのは、皆さん感じないかもしれないんですけども、実は今、医学界、日本だけじゃなくて世界でもものすごく注目されているんですね。で、ここにも書いてありますけれども、Outcome と医療費の比較ランキング、日本はそんなに悪くないんですね、実は今言ったバリュー。

あまり悪くないということが分かっている。実は海外に比べて結構いい方。で、この時頂いた私のテーマは、“がんの個別化治療時代—副作用は小さく、効果は大きく”というこのタイトルでしゃべられて言われましたので、なるほどこういうことを言ってるんだな〜と。つまり質も上げつつなおかつコストも下げなければ、コストっていうのはお金じゃないですよ、お金も含めてもいいと思いますけれども、合併症であったり、病院に閉じ込められる時間だったり、しょっちゅう何回も通院するだったり、傷跡もそうかもしれない、そういうのを含めて、コストを下げ、価値を高める、なおかつ質も維持して、っていうのを求められてるっていうのが今の時代なんですね。これ、サンアントニオ私の発表が12月の3日から始まったんですけども、実は今、医学界で何が生じているかという、乳がんの世界で生じているのは、エスカレーターをだんだん降りていこうって話なんですね。つまりある程度もう頭打ちなんですね。しかもなおかつ医療というのはどんどん進歩してきているので、やみくもに患者さんに同じ治療をするのもおかしい。必要ない患者さんもいるかもしれない。オンコタイプDXというのが海外でも普通に使われていますし、私たちも自費診療では使っていますけれども、必要のない患者さんには、抗がん剤をやらなければその分その方のコストが下がりますよね。患者さんの個別化というのもそうですし、あるいはがんのタイプというのもそうですし、お薬の副作用というのも考えても今少しづつ見直しがかかっているのも事実です。特に最近多い臨床試験があります。最近の臨床試験は、より効果があるものより効果があるもの、どんどんエスカレーターになってきたんですけども、実は最近の臨床試験は、比劣性試験というのが非常に増えているんです。どんどん上へ上へというのが優越性試験ですね。Aという治療とBという治療とどちらが効果が上なのか、どちらが治る人が多いのか、どんどん臨床試験をやる。今言った非劣性試験ってどういうことかという、効果が同じようだったらそれでよしとする試験ですね、その代わりにその治療は合併症が少なかったり副作用が少なかったり、点滴が飲み薬で済んでしまったり、回数が多かったのが少なくなったり、もちろん費用も安かったり。つまり効果が同じだったら、副作用の少ないものの方がいいだろうというのを検証しようという試験がものすごく増えています。これ非劣性試験といいます。私たちが医療を比較するとき、こういう図をよく使うんですね。生存時間解析。ちょっと説明しますと、例えば心臓の手術をしました。心臓の手術を10人やったけれども、まあ5人がその後亡くなってしまったと、でもその時に半年で5人亡くなったのと、10年で5人亡くなったのとでは意味が違いますよね。つまり医療行為においては結果と同時に時間軸というのが非常に重要になってくるんですね。ですからこういった図で判断することが多いんですね。生存時間解析。 Kaplan-Meierというのを使うんですけども、これは縦軸が100%、横軸が時間なんですけれども、初めは皆さんお元気なので100%、だんだん時間とともにこう、ただ、角度が急かどうかというのも重要になってくるわけですね。角度が急というのは何か起きては欲しくないことが起きている場合は角度が急になる。この角度をハザードっていうんですけどもね。ハザードがどれだけ緩やかになったのかっていうのが非常に重要になってきますね。これをハザード比っていうんですけども。ですから資料の内容によって、同じハザードの比であっても意味がいろいろ変わってきます。例えばこれ、ハザード比0.66、34%改善しましたよ、傾きがこれだけ上向きになりましたよ、心配が少なくなりましたよ。これも同じ0.66なんです。これさっき言ったアロマターゼ阻害薬を5年よりも10年飲もうという場合。実はその人にとっての差って少ないですね。ただ34%回避できるというのは事実なので、その人の持っているリスクによって決まってくるというのが重要。ま、こういう図で私たちはよく話をします。あけぼの会の講演とかでもこんなのがいっぱい出てくると思います。それでこのお話だけしてちょっと診察に行ってきます。低侵襲治療のこういうふうな流れから治療薬がどんどん良くなってきてから、さっき言ったみたいな乳房温存手術、見張りリンパ節生検、そして部分照射、これずーっと私第二のライフワーク、私、見張りのリンパ節生検というのを日本で初めて導入したんですけども、いまもう普通に保険収載されていますけれども、次の私のプロジェクトとしては、乳房の部分照射、これ10年前に私が始めて、で、やっとこれの大規模な臨床試験が今回のサンアントニオで出たんですね。有用性が示されたので、これおそらく標準になるはずですよ。ならない方がおかしい。でここで重要なのが、最近これも言われている Less is more という言葉が言われているんですね。先ほどのお話と逆ですよ。心配だから大きく一じゃなくて、小っちゃい方が効果が上のことが実は外科の世界ではあるん

ですよ。小っちゃい方が、それは生活の質のみならず、治療効果も上だということが最近わかってきたんですよ。Less is more、いろんところで言われる。もともと Less is more というのは概念からなんですけれども、よくデザインかなんかで使うみたいなんです最近。うじゃうじゃしているお部屋よりも物が少ない方がかえってきれいに見えるとか、いろいろ飾ったりするよりも。ただ医学界ではこの Less is more、少ない方がより効果を生むということが最近よくよく言われるようになってきました。実際にみても、もし同じ条件だったら、先ほどのグラフですけれども、乳房温存療法を選んだ方が、生存率が上だということもわかっているんです。同じ条件だったら。というかなんて最近こういうことが言われるようになったかという、私たちは同じだって聞いてたんですけども、そうじゃなくてそれよりも効果が上だということが分かってきたかという、最近 AI の時代なんですね。大きな患者さんのデータが全部解析できるようになったんですね。これを見ていただくと、カリフォルニアのデータベース、N っていうのは人数ですけども、10 万人のデータなんですね。10 万人の臨床試験なんてないんですよ。同じ条件だったら、青印の方が乳房温存手術、赤印の方が乳房切除。同じことがいろんところで言われているんですね。条件が同じだったら、乳房温存療法の方が乳がんを治す力は上だっているんですね。見張りのリンパ節生検。これも知っている方いると思うんですけども、最近は見張りのリンパ節生検、見張りのリンパ節に転移があったとしても郭清しない時代に入っています。私のところでも郭清しないです。取らないです。取らない方が、場合によっては生存率が上の可能性が出てきています。今、10 年の成績が出ています。こういう話をすると皆さん引いちゃうんでね。(笑い) 私取られたって、ね。だからそれはその時と今は違うんでね。しょうがないんですよ。でも、これからなる人が相談に来たらそうやって答えてあげて下さい。部分照射。この中のほとんどの方は温存した場合は全乳房照射していると思いますけれども、私の施設ではもう 10 年前からそこだけの放射線照射、そこだけの放射線照射の方が心筋梗塞の発生率というのがグッと少なくなってきましたね。合併症も整容性も全部いいっていうのが分かってきていますね。生存率も上がってきています。こういうふうに Less is more の時代になってきているということで一、乳房切除が悪いって言ってるんじゃないんですよ。もし、私は心配だから、より治したいから乳房切除をっていう方がもしおられたら、その考え方に基づいて乳房切除を選ぶんだったら間違えてますよって教えてあげてください。違う理由だったらいいんですよ。あるだけで心配なんです、残っているってだけで心配でしょうがないんです。それはいいです。ただ、私はしっかり治したいから、1cm でも乳房切除するとかね、あるいは、お金儲けのために再建手術をたくさんしたいっていう施設もいっぱいあるんですね。1cm でも乳房切除、再建手術するんですよ、放射線の設備がないから。よくないですよ、それ。せつかく小っちゃく見つかっているんだから、それは必要最小限の治療でいいですし、逆に乳がんじゃない方は、ちゃんと検診を受けたり、あるいは早く行けばそれだけより小っちゃな治療で治るし、より少ない損失で物事が解決できるので検診は受けた方がいいですよ、っていうメッセージを言いたいので、皆さんが後悔したり、そういうのは一切要らないです。ただこれからの人はぜひ…

K さん 先生、昔っていつのことですか？　すでに手術した人が、治療した人が、これからどういうふうに日常生活は普通に…

佐藤先生 昔というのは、もう日進月歩です。例えば今、部分照射が絶対いいですって言えるのは先々週の話。その人が間違った治療をしたってということではないんです。その時その人が決めたこと、やった治療というのはそれで正しいんです。その時はそれでいいんです。ただ、これから皆さんが相談を受けたときに、私はこうだったからこうした—ではなくて、昔と違う…

F さん 医学は日進月歩だから。

I さん いつの話だって、何ヶ月か何年かしたら古い話になっちゃうんだって。(笑)

佐藤先生 トリプルネガティブっていう言葉ももうすぐ無くなりますから。
だから、なにしろ違うんで…

Iさん 時代についていけなくちゃね～。

佐藤先生 そうなんです。ただ皆さんは、人から質問をされる立場になる可能性があるので、やっぱり
場合によっては、相談を仮に受けるんだったら、責任がありますから、正しいことは知っておいた方が
いい。

Kさん じゃ固まなくていいですね、はい。(一同笑)

Iさん その時は一番の治療法、その時代は。私も全摘をしてるんだけど、2年前はそれが正しかったん
だと思うのね。いまはこういう結果が出ているけど、これだって何年かしたら、え～そんなに古
いことやってんのっていうような時代にどんどんなっていくから。

Fさん 今、いい薬が出てから大丈夫なんですよ。その頃はいい薬が無かったから切るしかないんです
よ。

Iさん 検査だってね～今の精度に比べたら全然違うし。

Kさん だけど、今の医療になっても…この間なんか53歳で乳がんで亡くなったってニュースで言っ
たのね。それだけ悪くなってから治療したってことなのかな。

Gさん それだけ早く見つければ、いい治療をすれば乳がんの患者は減っていくんですよ。

Iさん 私たちの治療はあこがれの治療だったはずなのよね。10年前の人からしたら。

Kさん 昔は選べなかったじゃないですか、お医者さんしかわからなくて、患者は何も言われなくて、
こうこうですよ、手術しますよ、全摘ですよとか言われて…

Iさん いい時代になったじゃない。

Kさん そうそう。私はたまたま医療スタッフの人に知り合いがいて、私がパニックってたら、どっちで
も選べるのよ、どっちがいいのって。私はおっぱい残したいって言ったら、じゃあそれでいいじ
ゃないって言って、看護師さんでもお医者さんでもない人なんだけど、以前から知ってた医療ス
タッフの人が言ってくれたんで。それで残せた。全然その時は何もわからない、誰に何も言うこ
とも聞くこともない。がんになってから勉強会に出て勉強して。今はなる前に勉強しに来る人が
多いですよ。

佐藤先生 (診察から戻られて) 皆さん、どんなお話をされていましたか？

Cさん 治療の話で、10年前と全然違うって話と、佐藤先生が素晴らしいって話をしました。

佐藤先生 いやいや、だって皆さんの時と同じ治療をしてたら、医学が進歩してないってことですもんね。ぜ〜んぶ変わってきているから。ただね、患者さんの言葉って大きいんですよ。い〜つから説明しても、何言っても、患者さんの言葉にかなわないんですよ。で、僕よくたとえを出しますが、あそこのお店美味しかったよって食べた人が言うのが一番説得力がありますよね。

Fさん 口コミ、口コミ、すぐ行っちゃう。

佐藤先生 いろいろな方にお話ししても、理系でもう科学的にものを分析されるような方でも、隣の方の治療内容が違っただけでビックリしちゃうような。頭の中では分かっているはずなのに、自分とは病状が違うとか、時代が違うとかいうのも分かっているはずなのに、なかなか難しいところがあるんですよ。でもやっぱり大切なのが、僕がいうより患者さんが言う方が絶対説得力があるんですよ。だからこそ、責任もあるので。私たちは私たちが責任があるんだけど、それは今最先端の情報を提供するの私たちの仕事なんだけど、でもどうしても患者さんというのは近くの人、あるいは同じ経験を持つ人の意見というのものにもものすごく左右されるので、まあ、わかんない場合はわかんないって言った方がいいな〜って個人的には思いますけどね。相談に乗ってあげるんだったら医療のこと以外で相談に乗ってあげた方がいいのかな〜と思いますけどね。というわけで、耳に痛く感じられた方もいるかもしれませんが、むしろ同じだったらかえって怖いので。全然進歩してないじゃないのって。伝統芸能じゃないのでね。変えていかなきゃいけないことなので、皆さんと違って当然なので。

Kさん でも先生、日本の医療者はみんなそういうふうに進歩しているんですか？ 変えていくようになっていくんですか？

佐藤先生 あの〜、それが実は問題で、お薬の治療に関しては皆さんなるべく追いつこう追いつこうとしてるんですけど、いわゆる局所療法、手術であるとか放射線治療とかこういったものに関しての、興味がなさすぎるんですね。海外はね、手術をやる人とお薬の治療をやる人が分かれているので、手術をやる人はきれいな手術をやらないと生き残れないし、お薬の治療の人はもちろんお薬の治療に専念できるわけなんだけど、日本の場合っていうのはいわゆる腫瘍内科医というのはあまりにも少ないので、外科のメスを握っている人がお薬もやらざるを得ないし、場合によってはペインコントロールもやらなくちゃいけない、なんでも全部やらなくちゃいけないので、2つのパターンにたぶん分けられると思いますね。不勉強な人と、勉強しすぎて疲れちゃってる人と、どっちかに分けられるんで。ただお薬の勉強をしないわけにはいかないんで、下手したら患者さんの方がよく知ってるなんてことになっちゃう。だって皆さん命がかかっているわけだから、インターネットで調べたらパーッといろんなこと調べられちゃうんでね。ただ、手術に関してはなかなかわからないことがあるので、そこらへんが僕個人的には問題だなと思っているんですが、薬物療法に関してはそんなに変わらないと思いますね。これからもっと変わらなくなってくると思いますね。というか更なる個別化がされてきますので、ほんと、人それぞれで…

Kさん 先生、一言でいうと、患者は乳腺外科医を選べばいいんですか？

佐藤先生 いや、選べないと思います。というのは、いろいろ問題があるんですけど、これ皆さんのことを振り返ってみたいと思います、乳がんという診断が付いてから治療を開始までの時間が圧倒的に短いので。皆さんだいたいびっくりしちゃうってあつたふたしちゃうって、医者を選ぶという感じじゃないですよ。車買ったりお家買ったりするのはちょっと違いますよね。いろいろ下調べして準備して半年かけてっていうふうにはならないので、だから現実問題としてはそういうふうには

なっていないと思います。だからこそ目の前の人の口コミであるとか、そういうものにもものすごい左右されると思うんですけれども。難しいですよ。難しいと思います。

Aさん がんて長いですよ。大昔、私の両親ががんで死んだのも40何年前、その前からがんはずっとあって、乳がんも、はい完治です、おめでとうございましてと言われるようになるのっていつでしょうかねって、何かの本に書いてあったのは、今世紀の終わりくらいにはって、あと100年くらいありますよね。そんなにかかるのかしらって。

佐藤先生 いや僕は正直言ってわからないですけどもね、例えば前立腺がんなんて、これは医学部の時で医者はみんな知っていることですけども、解剖したときに8%くらいの方は前立腺がんを持っているんですね。だから別にがんを目の敵にする必要はないと思うんですけども。

Iさん 乳がんもそうですよね。なんか大きくならないで、人の寿命の方が先に尽きるから。

佐藤先生 そういうのもあるので、あんまりその完治とか完治じゃないとか考えなくていいと思うんですよ。

Aさん でも転移というのがいつも頭にあるのね。治りましたって言われたら、それも考えなくてよくなるかなってというような感じもしますけれども。長いわ〜って。

佐藤先生 お気持ちよくわかりますけれどね。でも〜…ほとんどの方治ってますけどね。(一同笑)
そう言われ続けて、僕今の施設に来て10年ちょっとになりましたけれども、言われ続けて10年経っている方ばかりですので。中にはおられますけれどね、でも…。そんなの言ったら地震とかの方が怖くないですか？(一同笑)30年以内に70%ですよ。

Eさん 私は、乳がんの手術で取ったものを見て先生から、11年前に出来たものですよって言われたんですね。

佐藤先生 11年ていうその1年の端数がよくわからない。(一同笑)

Eさん で、私は乳がんの検診手帳を見たんですよ、そうしたらちょうど11年前に、石灰化あり、でも心配なしって書いてあったのが11年前なんですよ。

佐藤先生 おそらくおっしゃっているのは、10年単位で、これも根拠というのは実はあまりなくて、モデルがあるんですね。どういうモデルかという、僕が調べた範囲では、イギリスの人口の統計モデルがあるらしいんです。ある村にボンと引っ越してきて、誰もいないところに、で、それが何年くらい経ったら一つの社会を形成できるか、そういう統計のモデルがあるらしいんです。がんの広がりも同じということで、一つのがん細胞が1cmくらい、1cmといっても細胞は何億とありますので、一つのがん細胞がそれくらいになるまで。もちろん細胞分裂というのは一斉に細胞分裂をするわけではないので、それぞれが細胞分裂をしていくわけですし、細胞分裂の周期もありますので、一つのがん細胞が1cmくらいになるまでには5年から10年かかりますと言っていることですので、その石灰化とそれは全く関係がないですし、おそらく申し訳ないですけど何か勘違いされていると思います。あのね、11年なんて言う人いないですから。(一同笑)勘違いだと思います。それと今回の乳がんは関係ないと思います。

Eさん 先生、痛みってどうなんでしょう。なんか脇の下が痛かったり。痛みって別にいいんですか？がんのせいじゃないですか？

Kさん 生きている証拠ですか？

Cさん 私の先生はね、ここでの話で、背中が痛かったら肺に転移してるかもしないって誰かが言っていて、それを先生にそのまま、背中が痛かったら肺に転移している可能性があるんですかって聞いたら、誰がそんなこと言ったんですか、そんな人と付き合わない方がいいですよって（一同笑）。だからここが痛いあそこが痛いというのは考えない方がいいってというのは学びました。

佐藤先生 僕もそう思います。

Kさん 先生、乳がんになったら、子宮がんの検査は必ず1年に1回は必ずやった方がいいですか。

佐藤先生 えーと、乳がんとうちがんの直接の因果関係はないです。タモキシフェンを飲んでいる方で、閉経後の方に関しては、子宮体がんの発生のリスクが上がるので、年に1回の子宮体がんの検診というのは推奨はされていますが、今閉経後の方はほとんどアロマターゼ阻害薬を飲んでいらっしゃるんで、あまり今そういった方は少ないですよ。

Kさん 私は、ホルモン剤は飲んでないんです。

佐藤先生 飲んでいないのであれば、子宮頸がん、あるいは体がんは別個のリスクとして自分で考えて、検査に行くか行かないか判断されたらいいと思います。だから大丈夫って言っているわけじゃないですよ。乳がんだから、他の人よりも子宮がん検診を受けなければならないかどうかということはありません、ということで、ご自分の判断でいいと思います。

Jさん 先生、遺伝子検査ってさっき娘さんが、ね、受けたって。私も娘がいるんですけど、した方がいいんでしょうか。

佐藤先生 その方の持っているリスクがどれくらいあるかどうかということ、先ほどもし家族の方に乳がんであるとか卵巣がんであるとかあるいは場合によってはすい臓がんであるとか、そういったものが非常に多いような家系であるという場合には、ご本人がまず遺伝子検査を受けられて、それでもしあるようだったら、その場所について娘さんを調べるということは意味があるかもしれませんけれども、ご本人のリスクがそんなに無いようであればあえて受ける必要はないと思います。

Jさん 今多いんですか、遺伝子検査を受ける方。

佐藤先生 ほとんど受けません。高いので。20数万円かかるということと、これもこの前患者さんの会で問題になったんですけども、日本って後進国なんです。つまりそれを調べることによって、何か不利益を受けたとしても、それに対する罰則規定が日本にはないんです。例えば、何らかの不利益を受ける可能性がありますよね。保険の加入であったりとか、不利益を与えちゃいけませんというような法律が、例えばアメリカにはあるんです。でも日本には法律がないんです。守ってくれないんです。だから自分の判断でやるしかなくて、まあもちろんそれに対する、もし陽性だった場合に対する…陰性だったらそれでいいんですけども、陽性だった場合の、悩み、も出てきますよね。新たな悩み。どうしたらいいのかとか、あるいはそれを誰に伝えたらいいのかとか。新たな悩みが生じてくるんですけども、ただ問題となっているのは、これもこの前の患者さんの会でパネルディスカッションで話したんですけども、PARP阻害薬というお薬が、再発の乳がんの患者さんに対しては、再発ですよ、再発の乳がんの患者さんに対して保険適応、使えるようになったんです。どういった方が対象かといったらまさしく今言いたいわけの BRCA1/2 の遺伝子変異のあ

る方の乳がんに対してなんですけれども、そのお薬を使わなくちゃいけないし、場合によってはアストラゼネカ社としては売らなくちゃいけないので、保険適応にしちゃったんですよ、遺伝子検査を。再発している方で、その PARP 阻害薬の適応を考える方は血液検査で調べることができます。簡単に調べちゃうんです。でも片や家族歴がすごい強くて私どうなのかって心配されている方に関しては法整備がなにもされていないのに、いきなり保険適応になっちゃったんですよ。で、なおかつそこで調べた検査を、例えばある方が再発をしました、PARP 阻害薬を使いたいと、で、保険適応で家族歴もあるのでちょっと調べます、と。で調べて陽性でしたと。そのデータを本来なら用いて、つまり遺伝子はいろんなところにミスがある可能性があるわけですけど、それが保険で調べられるわけですよね、ここの部分の遺伝子変異ですっていうのは数値でバツと出てきますので、本来だったらそこだけを用いて家族の方を調べればいいだけなんですけれども、それは使っちゃいけないというわけのわからない縛りがあるんですよ。しかも家族は自費で 20 万円払ってやらなくちゃいけないんですよ。だから逆なんですよ、本来ならばそういった BRCA1/2 の遺伝子変異というのを場合によっては保険でしっかりカバーしたりだとか、リスクの高い人ですよ、韓国なんかはちゃんとできていますけれども、そういうのをちゃんと法整備もしっかりして、たまたま再発してしまった人に関して、調べて確認しましょうーだったらわかるんですけども、お薬を売らんがためかどうがちよっとわかりませんけれども、いきなり BRCA1/2 の遺伝子変異をその人に対して保険適応で調べることができちゃったんですよ。あとは何にも関係なし、お構いなし。だからちょっとおかしなことが起きてるんですよ。話を戻しますけれども、あまり家族にがんが多いとか、ご本人が両方乳がんだったりだとか、そういったことがなければ、あえて調べる必要はないと思います。…日本て変な国なんです。(一同笑) いやほんとそうなんですよ。まだいまだにオンコタイプ DX が保険通りませんし、米国腫瘍学会でも今回のサンアントニオでも人種差によらず、無駄な抗がん剤を避けられる人がいっぱいいるんですよ、あの検査を受ければ。それが分かっているのにまだやる。

C さん あれが入院中に検査ができれば、高額医療費で、入院の時の適応で、すごく安く上がりますよね。

佐藤先生 それもそうですけれども、あの制度もよくわからなくて、月跨ぎっていう制度もよくわかりませんけれどもね。でもどうしてもそういう時に手術をしなければならない人もいますからね。あれもなんかよくわからない制度ですよ。患者さん、手術早くしなくちゃいけないんだけど来月にしたいんです、どうしてですか、月跨いじゃうからって。なんか変ですよ。ね。(一同あ〜) かといって、ここでよく話題になる定期的な腫瘍マーカーを保険で認めたりとかね。もっとああいうところをしっかりとお役所が正しいことはどんどん認めて、正しくないところは制限するっていうふうにやらないと、お金いくらあっても足りないと思います。先ほどの、背中痛いからって、はいじゃあ CT っていう、患者さんが CT 撮れっていうのを、こっちがいやいやいらんって言うとなぶ、もし本当に病気があったらあとで怒られから、しょうがないですねじゃあ撮りますっていうしかない。本当に疑ってないなら CT 撮っちゃいけないですよ。心配だから PET 撮りましょうとか、心配だから何とかしましょうなんて言ったら、そんなことやってたら日本つぶれちゃいます

K さん 先生の病院は、乳がんの患者さんは増えているんですか。

佐藤先生 今年はですね、周りがちょっと変わったっていうところもあるんですけども、今年の初回の乳がんの患者さんが、今年いっぱい手術を予定されている患者さんでみると 174 人です。年代はいろいろ。174 人は結構多いと思います。

B さん 最新のゲノム医療についてちょっと説明していただけますでしょうか。

佐藤先生 その話をずーっとこの前やってたんですよ、実は。患者さんの会で、藤原先生と一緒に。藤原先生の受け売りで言いますけれども、そんなに期待しない方がいいですよ。4月から入りますけれども、がんセンターではもうやってますよね。実際にお薬にあたる人が10%。だからあまり過度に期待はしないでっていうのが、あの時の会の趣旨でした。つまり新しいことをやったらそれがいいわけでは決してないんですよ。中にはそういう人もいるっていうことであって、実際にお薬に結びつく、あれは遺伝子を網羅的に調べますね、ここに遺伝子変異がある場合はこの薬が候補になりますよーじゃないんです。このお薬に関連した臨床試験に参加できますよ、ぐらいのものなんです。治験に参加できますよ。で、そこにたどり着くのが10%ぐらいです。

Bさん 治験自体に参加できるっていう可能性が10%。

佐藤先生 そうなんです。またそれがうまくいくかどうか、また、治験ですからね。

Bさん 遠い将来にはそれが整備できれば大丈夫？

佐藤先生 整備できればじゃなくて、遠い将来、になるために今治験があるわけです。臨床試験があるわけです。

Bさん データを集めて、それで結果が出れば。しかも薬が開発されなければいけないということですね。

佐藤先生 そうです、そうです。ですから藤原先生も、僕が思っていることと同じことを言っていましたけれども、皆さん方の娘さん、お孫さんのためにやってるって。皆さん方のためではないですね。