



平成22年7月25日 発行

発行：「α」通信編集部

活動場所（第1日曜日、第3水曜日、2・4土曜日）

千葉大学・福祉環境交流センター内

TEL/FAX:043-290-3029

事務局連絡先

〒273-0033 船橋市本郷町505-1-704

FAX:047-333-0679 TEL:090-9317-8488

<http://www.alpha-chiba.com/>

編集・発行責任者：五十嵐昭子

支えあう会「α」では2010年度の計画として、会員・賛助会員として活動に参加・協力して下さっている医療者を講師に招き、30名規模の連続講座を行うことにしました。

7月4日はその第1回目でした。講師は千葉ポートメディカルクリニック院長の今村貴樹さん。今村さんは「がん患者のあきらめない診察室」というWEBサイトを2004年に立ち上げ、多くのがん患者・家族の相談や治療にあたられてきました。2005年にクリニックを立ち上げてからは地域の在宅医療にも取り組み、精力的な活動を続けていらっしやいます。

広報期間が短かったにもかかわらず多くの方が参加してくださり、講演後の質疑も真剣なものでした。そのあとお茶とお菓子を囲んでの分かち合いを行い、充実した第1回目となりました。

ここまで進んだオーダーメイドのがん医療

今村 貴樹（千葉ポートメディカルクリニック院長）



熱く語る今村貴樹さん

「ここまで進んだオーダーメイドのがん医療」ということで、希望的な話があるのではないかと期待されていると思うんですが、「希望と現実」についてお話ししたいと思います。

これからのがん医療は個人個人、一人ひとりにあった治療ということになってきます。十把一からげの治療ではなく「あなたにはこの薬は効く」「あなたにこの薬は効かない」「あなたは

手術をした方がいい」「あなたには抗がん剤の方がいい」と、個人個人に合わせた治療をする時代がすぐそこまで来ています。もう一部は実践化されています。今日はその話をしたいと思います。

「がん対策基本法」が もたらしたもの・足りないもの

がん対策基本法は、患者の意見を取り入れた議員立法として提案され、2006年に国会を通り、2007年に施行されました。現時点での意義と問題点をあげてみます。

意義は何か。少なくともがん診療連携拠点病院では、“標準治療”と呼んでいる60点から70点以上の治療がちゃんとできてきています。対

ここまで進んだオーダーメイドのがん医療	1
質疑応答	11
十二指腸がんを体験して	17
会員の近況	21

気功入門	22
事務局からのお知らせ	23
他団体の催し案内	26
編集後記	28

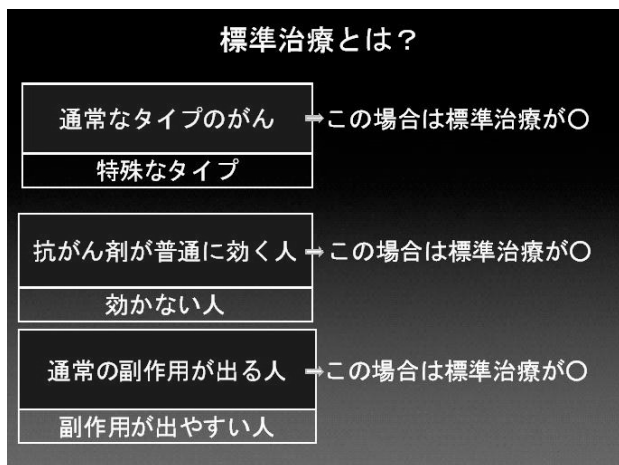
して問題点は何か。1. 特殊ながんにはまだ対応できていません。2. 患者個人にあった治療というものもまだできていない。3. 労力、時間、お金のかかる治療も残念ながらまだできていない。これががん診療連携拠点病院の問題点です。

具体的に言うと、特殊なタイプのがんというのは、例えば神経内分泌腫瘍があげられます。

【注：神経内分泌腫瘍とは、神経内分泌細胞に由来する腫瘍の総称で、膵臓、下垂体、消化管（胃、十二指腸、小腸、虫垂、大腸）、肺、子宮頸部など全身のさまざまな臓器に発生する。】

これらについては日本のがん拠点病院はなす術がありません。それは簡単なことで、神経内分泌腫瘍で世界的に標準とされている4つの薬が全部保険外だからです。保険外の薬を使えるところでないこれらに対する治療はできません。ただ、人口でいくと日本では数百人ぐらいしかいないので、そういう特殊なタイプの腫瘍というのは標準療法の対象になっていません。

次に、“患者個人に合わせた治療”があります。乳がんというOncotype DXという検査方法があります。乳がんの組織をとって21個の遺伝子を調べると、腫瘍の大きさやタイプに関係なく再発率がわかります。ここに実際の検査結果がありますが、非常に腫瘍が大きく3cm以上あった方なのですが、この方は再発率がわずか5%しか出てこなかった。それに対して大きさが1cmしかなかった方の再発率が実は26%検出された。今、乳がん標準治療では大きさとタイプで治療法を決めています。これからは遺伝子を調べることによって、手術をした後に抗がん剤治療をやった方がいいのか、やらなくていいのかが分かります。「あなたの腫瘍は大きいですが再発しにくいですよ」という場合もあるわけです。これは日本でも十分にできる検査です。



それからもうひとつ、“抗がん剤感受性試験”というのがあって、これも採ってきたがん組織を感受性試験に出すことによって、この薬は効く、この薬は効かない、この薬はまあまあ効くということがわかります。手術をした後にその組織があればそれはすぐわかる。どんながんでも検査できます。



千葉県がんセンターのIMRT

“手間・労力・金がかかる治療”としては、陽子・重粒子線治療、IMRT（強度変調放射線治療）、ノバリス（定位放射線治療装置）があります。放射線医学総合研究所が稲毛にありますが、そこがもつ重粒子医科学センター病院では陽子線や重粒子線を使った治療をしています。IMRTは千葉県がんセンターにはあって、前立腺がんの治療に非常によく役立っていると思います。ノバリスはまだ日本に20施設しか入っていません。こういった治療はまだまだ標準化されていないので拠点病院ではできません。

拠点病院で見られる治療の問題点

パクリタキセル

パクリタキセル（タキソール）という抗がん剤があります。胃がんや乳がん、非小細胞肺がんなどに非常に効く薬です。このパクリタキセルは、標準量を入れるとビールの中びん2本分くらいのアルコールが入ります。お酒が全然飲めない方にこの抗がん剤の点滴をやると、たちどころにフラフラする。ですから、お酒が飲めない人にはこういう薬は使わないようにすべきですが、まだまだできていない。タキソールを使う前には「あなたはアルコールが強いですか」と医師は必ず聞かなくちゃいけないのですが、しばしば聞かないことがあります。「標準治療だからこれしかない」と思いつめているお医者さんというのが、残念ながらまだいます。

脳転移の場合

脳に転移したときには、放射線治療が主になりやすいんですが、残念ながら人間の脳にける放射線というのは一生に1回しか当てられません。2回以上やると廃人になります。しかし、3cm以下の小さい転移の場合は全脳照射という脳全体に放射線をかける方法ではなく、ガンマナ



イフとかサイバーナイフというやり方があります。これは何度でもできます。残念ながら千葉大にも千葉県がんセンターにもなく、千葉県では鶴舞病院（千葉県循環器病センター）にあります。東京では築地のガンマナイフセンターといったところをやっています。どちらもがん診療連携拠点病院ではありません。こういった治療が拠点病院ではしばしば見逃されている。脳に転移があると、もうそこで治療が終了ということもめずらしくないので。

個人差を認めない

個人差を認めない

今がん治療をやっている方で、途中で治療を中断される方がいます。副作用が強い場合は当然やめなくてははいませんが、せっかくよく効いているのに、最初に「これは 6 コース」と決めたから終わりという場合があります。それはほんとうに良いのだろうかという疑問が残ります。追加治療をすることで治癒する可能性はないのだろうか？ それを追求していくとどうだろうか、ということがあります。

問題は、その薬の効き方、それから副作用の問題です。同じ病気でも個人個人で差があります。同じ病気で同じ病室にいる人は全部同じ治療をするのが正しい、という考えを残念ながら日本では持ちやすい。がん治療にあたっているトップ医師の考え方は、どうも平等性、均一性を好むようです。「あなたはこの治療を 4 回しかやらない」「あなたにはまだ残っているから 8 回やる」とか、そういったことをどうも好まない。一人ひとりの個人差というのをあまり好まない傾向があります。

なぜかという、我々の意識の中に一人ひとりのがん患者さんに対して治療法を変えることが差別になるんじゃないかと捉える傾向があるからだと思います。がん拠点病院の先生に話を聞くと、そのように答える方がいらっしゃいます。この意識はまだまだあると思います。

均一性を好む傾向は、日本の健康保険制度の問題に負うところが大きいのです。日本の医療は、先進国の中でも非常に安いコストで、なおかつ一定レベル以上の医療を行っていると評価されています。このことで世界から注目されているんですね。がん治療もそうです。日本全国多くのところで標準治療が行われていて、しかもそれが非常に安いお金でできている。これは

日本が誇るべき点なんですから、一端視線を変えるとどうでしょうか。

裏を返せば一人一人にあった、コストと労力をかけた個別治療には向いていない。例えば、がん拠点病院の先生ですと一日に診る患者さんの数はだいたい 40 人から 50 人、あるいはもっと診なくちゃいけない。一人一人にあったコストと労力をかけた個別治療をしようとするとな日 10 人も診られません。私も一コマで 5 人診るのが精一杯です。ですから、そういった個別治療をしようすれば非常にお金と時間がかかります。個別治療は日本の健康保険制度と今のがん診療連携拠点病院の体制には向いていないということになります。

標準療法からオーダーメイド型治療へ

通常タイプのがんで、抗がん剤が普通に効いて、通常の副作用が出る人にとっては標準治療で OK です。標準療法から外れたがん、抗がん剤が効かない人、副作用が出やすい人では標準治療が決して正しい治療法ではありません。こういう人たちにこそオーダーメイド型治療が効果を発揮します。

では、こういう特殊なタイプのがんの人をどうしたらいいか。

がん組織を調べてその抗がん剤感受性試験（CD-DST 法）をやることによって、抗がん剤が効く・効かないを調べることができます。標準治療だけこの抗がん剤は効かないし、標準治療じゃないけどこの抗がん剤は効くということもあるかもしれません。今、胃がんだけは保険が通っているんですが、他のがんでは残念ながら保険は通っていません。しかし、乳がんでも大腸がんでも肺がんでも検査はできます。

それから、副作用の少ない薬、特に分子標的薬が効くタイプにははじめから使っていく。副

標準治療からオーダーメイド型治療へ

1. 抗がん剤感受性試験（CD-DST法）を活用する
2. 副作用の少ない薬（特に分子標的薬）が効くタイプなら、早めから使用する
3. 副作用の出やすさが事前に判明するなら調べる。判明せず、投与して副作用が出現したら、減量。
4. 将来的には、がん組織と患者の少量の血液をコンピューターで解析して最善の治療法が提示される時代が来る。



作用が出やすいか事前に調べられるんだったら調べる。もちろん、今すべての薬が調べられるわけではないですけど、一部は調べられますので、分子標的薬を使う場合は調べる。

将来的には、これはそんなに遠い夢ではなく、10年20年したらたぶんこうなります。がん

組織とその患者さんの血液を採って遺伝子を調べてみれば最善の治療法がコンピュータではじきだされてくる。今はそれに向けて模索している段階です。まだ頂上までは行ってなくて3合目4合目ですけども、血液がんはかなり進んでいますし、大腸がんや肺がん、卵巣がんなどもこういったことはだいぶ進んでいます。今日この話を聞いて、そんな夢物語と思うかもしれませんが、若い方ならば自分の代になるころにはあたりまえのことを言っているぞという時代になってくると思います。

オーダーメイド治療の実例

大腸がんの場合

大腸がんの話から行きます。大腸がんの分子標的薬には今までアービタックスという薬があって、先月(2010年6月)からベクチビックスが認可されました。この二つの薬は、K-RAS遺伝子が正常型か変異型かで効くか効かないかがわかります。若干変異型の方が多いかもしれませんが、だいたい五分五分です。ということは、この薬は大腸がんの方の半分くらいの方にしか効かない。逆にいうと半分以上の人はやるだけ無駄なんです。この薬を効かない人にやると逆に寿命が縮みます。

K-RAS遺伝子 野生型
分子標的薬の投与で大幅に生存期間延長
K-RAS遺伝子 変異型
分子標的薬の投与で小幅に生存期間短縮

では、この薬が効くかどうかをどれだけの病院が調べているかということ、千葉県内の大腸がんの患者さんでK-RAS遺伝子の検査をした人は10%しかいません。大半が国立がんセンター東病院と松戸市立病院です。千葉市内では皆無に近いです。私のところは単なるクリニックですが、一番多いくらいです。千葉大も千葉県がんセンターも他の病院もほとんどこの検査を

やっていない。

医者の中で、この薬が効くか効かないかという検査はやりたくない、という気持ちはどこかで働いているかもしれません。この検査をやったあなたは効きます、あなたはこの薬は効きませんというのはなかなか言いづらいかもしれません。でも、ほんとうは、この検査は大腸がんの方すべてがやるべきです。

乳がんの場合

乳がんのホルモン治療薬でタモキシフェン(ノルバデックス)はけっこう多くの方が投与されている代表的な薬です。最近の研究ではこのホルモン治療薬が、誰に効くのか、誰に効かないのかがわかるようになってきました。血液検査でCYP2D6遺伝子があるかないかを調べると、タモキシフェンが効くかどうかわかります。

タモキシフェンを5年間服用している人で普通の正常型と言われている方は再発率がだいたい15%弱。低活性型と呼ばれている人は29%が再発ですので、2倍違います。つまり低活性型と判定された人はタモキシフェンをいくら飲んで再発の可能性が高いので、違う治療法を考えたほうが良いということになります。

では、日本人女性でだいたいどれくらいいるかということ、中間型と低活性型を合わせてだいたい6分の1(15%)くらいいます。今50人ちょっと検査したんですが、私のところで8人います。6人に一人はこのタモキシフェンは効かないということをご理解いただきたいと思います。

アントラサイクリン系のアドリアマイシンという脱毛の強くでる赤い薬がありますが、この薬がどういったタイプの乳がんにも効くかかわってきました。Her2陽性の大半の乳がんの方には有効です。それに比べてHer2陰性の大半の方には効きません。ですからこのことがわかっただけでも、この薬を投与するかしないかが

CYP2D6遺伝子

5年間タモキシフェン服用しての再発率

1. 正常型	14.9%
2. 中間型	20.9%
3. 低活性型	29.0%
4. パキシル併用(ホットフラッシュを防ぐため) 3と同じ程度	

Her2 およびホルモンレセプター

Her2 陽性 アントラサイクリン系 有効

Her2 陰性 アントラサイクリン系 大半無効

Her2 陰性・ホルモンレセプター陽性
タキサン系 有効

Her2 陰性・ホルモンレセプター陰性
タキサン系 多くは無効

わかる。

それから、Her2 陰性、ホルモンレセプター陽性の方にはタキサン系が有効だということがわかってきました。パクリタキセル（タキソール）とかドセタキセル（タキソテール）、アブラキサン（アルブミン結合型パクリタキセル）ですね。それから、Her2 陰性でホルモンレセプター陰性の方、つまり我々がトリプルネガティブと呼ぶ乳がんの方が 2 割くらいいます。この方たちは通常使っている乳がんの薬では効きにくいということがわかっています。

ハーセプチンという薬があります。Her2 陽性の乳がんの方に使うんですが、どの人に効くか効かないかということがわかってきました。日本人の中で高奏効型、中間型、低奏効型と 3 つに分かれます。これはまだ臨床段階での応用にはなっていないんですが、今のところの研究によると、高奏効型と言われる人はだいたい日本人の約 80% から 90% くらいいます。ですから、8 割くらいの人にはハーセプチンを普通に使っていただいて良いのですが、遺伝子の問題があってハーセプチンが効かない人がいるというのわかってきました。だいたい 2 割くらい日本にはいます。こういう人たちには Her2 陽性だろうが効きが悪い。

ハーセプチン

Her2陽性すべてに有効ではない

高奏効型 82% 有効

中間型 42% 有効

低奏効型 35% 有効

それから、さっきほど言った Her2 陰性でトリプルネガティブの人は、普通の乳がんではあまり使わない白金製剤ですとか、ナベルピンや 5-FU 系、アバスチンなどがよく効くことがあります。ですから、治療を分ける必要が出てきています。

肺腺がんの予後を左右する2つの遺伝子

肺がんについても遺伝子がわかっています。この EGFR 遺伝子と K-RAS 遺伝子を調べると生存率が全然違います。この K-RAS 遺伝子に変異があると平均生存期間は 15 カ月ですが、EGFR 遺伝子に変異があると 37 カ月です。割合で言うと、1 (K-RAS 遺伝子変異あり) 対 2 (両遺伝子に変異なし) 対 1 (EGFR 遺伝子変異あり) くらいですね。K-RAS 遺伝子に変異のある人たちを集めてきて成績が悪いといってもしょうがないし、変異のない人たちを集めてきて成績が良いといっても意味がない。ですから、この人たちが全部同じ治療でよいということにはならない。このたった二つの遺伝子を調べただけでも少なくとも 3 つのタイプに分かれる。ですから治療法を変えなければいけない。これがオーダーメイド医療です。

	平均生存期間	割合
K-RAS遺伝子変異あり	15カ月 (13-22カ月)	23.3%
K-RAS, EGFR遺伝子変異なし	23カ月 (21-28カ月)	50.2%
EGFR遺伝子変異あり	37カ月 (32-42カ月)	26.5%

膵臓がん、胆管がんの場合

日本の標準治療ではジェムザールと TS-1 がありますが、ジェムザールが効かない人というのがわかっています。強い副作用が出る人もわかっています。これはまだ日本では調べられないのですが、デオキシシチジンキナーゼ (DCK) という酵素ががんの中になければ、いくら膵臓がんや胆管がんをジェムザールをやっても効かないのです。実はこれは肺がんでも同じで、この酵素がなければ効かない。

すい臓がん・胆管がん

1. ジェムザールが効かない理由、強い副作用が出る理由
 - 1) デオキシシチジンキナーゼ(DCK)という酵素ががんの中になければ、ジェムザールは効かない。
 - 2) チニジデミナーゼという酵素を体内に持たない、あるいは少ない人はジェムザールの副作用が出やすい。
2. TS-1の副作用が強く出る人
 - 1) DPDという酵素を体内に持たない、あるいは少ない人は、TS-1の副作用が出やすくなり、致死的な場合もある。
 - 2) 5-FU系の薬（ゼローダ、UFTなど）も同じ

それからジェムザールの副作用が出やすい人はチニジデミナーゼという酵素をもっていない人です。こういった酵素を体の体質として持っているかないかで副作用の出方が違います。ジェムザールというのは非常に副作用が少ない薬なのですが、強い副作用が出やすい人は6%くらいいます。それはこの酵素が少ないからです。ですから100人中6人にとっては、膵臓がんの標準治療というのは決して標準ではない。100人中94人は大丈夫なんですけども、日本のがん治療の中では残念ながらその6%の人を見逃している。というか、見逃さざるを得ない。

TS-1も同じです。こちらは調べられます。普通の人はDPDという酵素を体にもっているんですが、持っていない人が1割くらいいます。致死的な副作用も1000人に一人くらいいます。TS-1だけでなく、ゼローダ、UFTなども同じです。そういった人たちまで見逃してはいけないというのが私の立場です。

食道がん・咽頭がんの場合

食道がんや咽頭がんの喉のがんがあります。手術と放射線化学治療とどちらがいいかよく聞かれますが、もうわかっています。ひと言でいってしまうと放射線化学療法がよく効く人は放射線化学療法をやりま。残念ながら効きにくい人は手術をしましょう、と話します。

実は、これは、食道がん、咽頭がんだけでなく子宮頸がんも同じです。子宮頸がんも放射線化学療法が効きやすい人とそうでない人は事前にわかります。ですから、それによって治療法を選べば良いのです。手術が好きな人はあまりいませんので、温存療法が効く人を最初に選んで、そうでなければ手術と考えるのが全うだと思いますが、どの医者にあたったかによって

治療法が決まってしまうのが現状です。

遺伝子検査をやればどっちが効くかということがわかります。食道がん、咽喉頭がんでは、3つあります。P53 遺伝子は放射線が効きやすいかどうか分かるし、ERCC 遺伝子を調べればシスプラチンとかプリプラチンなどの白金製剤が効きやすいかどうか、DPD 遺伝子を調べれば5-FU や TS-1 が効くかどうかわかります。最低この3つの遺伝子を調べれば良いのです。

これらを調べてすべてが効きやすいなら放射線化学療法をやりましょう、温存で十分ですよということになります。でも、今のがん診療連携拠点病院の先生方は残念ながらこういったことを無視している。例えば放射線科にあたらしたら放射線治療をやるし、外科だったら手術をやるということになっている。個別医療、オーダーメイド医療にはなっていません。

食道がん・咽喉頭がん

調べるポイントは

- a. P53遺伝子 放射線が奏効しやすいか
- b. ERCC遺伝子 白金製剤（シスプラチン）が奏効しやすいか
- c. DPD遺伝子 5-FU（またはTS-1）が奏効しやすいか

a-cがすべて奏効しやすいタイプなら放射線化学療法で。それ以外なら手術がベターな選択。

抗がん剤の効果と副作用

次に、抗がん剤治療が嫌われる理由は副作用があるからですね。効くかどうかもわからない。では、事前に効くかどうか分かる、事前に副作用がでるかどうかもわかるということになれば、抗がん剤に対する拒否反応は小さくなるんじゃないかと思うんです。そして、それが徐々にわかってきています。

抗がん剤

決定するのは

- 効くかどうか ← がん組織の遺伝子
- 副作用の程度 ← 患者個人の遺伝子
- 転移・再発するかどうか ← がん組織の転移・再発を司る遺伝子異常

抗がん剤が効くかどうかはがんの遺伝子を調べれば一部わかります。副作用の程度も患者個人の遺伝子を調べればわかるようになってきましたが、もちろん全部ではありません。転移や再発をするかどうかというものが組織の転移や再発を司る遺伝子を調べればある程度わかる。乳がんでいえば 21 個の遺伝子検査をすることによって再発率がわかります。

こんな医者には要注意！

美しい誤解がいくつかあります。例えば「名医・有名病院だから効果がある抗がん剤治療をやってくれるのでは？」という誤解。名医・有名病院でやるのは標準治療であって、効果があるかどうかという遺伝子を事前に調べることはしません。あくまでも 60 点、70 点の標準治療をやる。

それからエビデンス（証拠）を無視し、経験だけで治療するベテラン医師の方も×です。

どんな時にも副作用のない、副作用の少ない治療をやる宣言している医師もやはりおかしいですね。この人には副作用がある、この人にはないというも事前に調べなくてはわかりません。事前に調べてもわからないこともあります。

がんというのはいろんながんがあって、いろんな増殖の仕方や遺伝子異常があるわけですが、そのすべてに効果があるという免疫療法とかビタミンC療法とか健康食品などもあり得ない。少なくとも 100 歩譲って「肝臓がんのこのタイプには効く」とかいうのであれば考えられなくてもいいですが、全部のがんに効くと宣伝しているようなものはまず嘘っぱちです。

それから、がんはすべて取りきったから抗がん剤治療は不要だというのも×ですね。なぜなら、がんはすべて切り取ったけれども遺伝子に

<本当は信じたい・・・しかし誤解です>

1. 名医・有名病院だから、効果がある抗がん剤治療をやってくれる
2. エビデンスを無視し、経験だけで治療するベテラン医師
3. どんな時にも副作用のない（少ない）治療を行うと宣言している医師
4. すべてのがんにも効果があるとうたっている免疫療法、ビタミンC療法、健康食品など
5. がんはすべて取り切ったから抗がん剤治療は不要とする医師

よっては再発しやすいがんもあるからです。

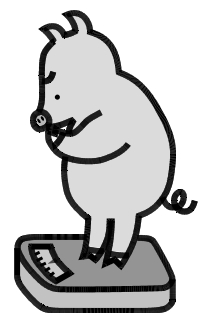
もう一度確認します。

副作用を恐れて少量休眠療法をやるとういう人もよくいるんですが、大事なことは効く薬は効くし効かない薬は効かないので、どんな形にしようとか効く薬を使わなくちゃいけません。効かない薬を効かせることはいくら名医・有名医でもできません。

時代が追い越した近藤理論

さて、「患者よ、がんを闘うな」や「がんもどき理論」で有名な近藤誠さんをご存じですか？近藤誠さんはなぜ間違っているのか？間違っているという少し語弊がありますが、残念ながら時代の進歩についていけなかった。我々は「エビデンスの進歩への敗北」と言っています。この方は乳がんを主にやっていたのですが、乳がんは非常にオーダーメイド型治療が普及しました。「がんもどきはがんではないので治療する必要はない」という「がんもどき理論」が一時出ました。Oncotype DX の検査をやる性格の良いがんもどきのがん、つまり再発率の非常に低いがんか、小さいけど非常に悪性度が高く再発しやすいがんかがわかります。“がんもどき”はきっとあったんです、昔も、今も。ただ、感覚で言うのではなくて科学的な検査で分かる時代になりました。ですから、「発見された時には、転移する性質があるがんならすでに転移しているし、“癌もどき”なら治療しなくても転移しないのだから、自覚症状もないうちに手術をして不便な生活をする必要はない」という理論はかなり乱暴な理論ということになってしまいました。経験主義ではなくて、遺伝子検査で乳がんの再発率はわかるようになったからです。

近藤誠さんの話で、「抗がん剤は効かないし、副作用のためにかえって寿命を縮める」というのがありました。これは、完全に間違いということではないです。以前はそういうことは確かにありました。しかし、抗がん剤感受性試験をやり、効く抗がん剤と効かない抗がん剤を分け、効かない抗がん剤は最初からやらないということができるようになりました。一部の抗がん剤では副作用の程度も遺伝子検査で分かるようになって



きました。

乳がんでよく使われたアドリアマイシンという非常に脱毛が強く出る赤い色の抗がん剤がありますが、今は多くの乳がん患者さんには使わなくなっています。だいたい7割くらいの患者さんには効かない。3割くらいの患者さんにしか効かないことがわかってきました。ですから3割以外の方には、近藤誠氏がいったようにこの薬は“意味のない抗がん剤”だったということになります。

手間とコストがかかるオーダーメイド型の治療を嫌がるお医者さんはけっこうがんセンターに多いんです。一人ひとり手間をかけた治療は診療体制上できないし、そのためにこういう検査をやりたいがらないという人もいます。厳しい言い方になりますが、近藤誠氏とは、手間とコストがかかるオーダーメイドのがん治療を嫌う医師たちと、どんなに科学が進歩しても科学よりも情緒を重んじる人たちの微妙なバランスの上に存在したトリックスターだったと言わざるを得ません。

脱毛対策

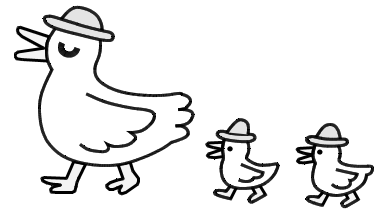
抗がん剤がなぜ嫌かというのと脱毛が嫌という人がかなり多くいます。これは、オーダーメイド治療とはあまり関係ないんですが、実は脱毛を防ぐ方法があります。ディグニキャップという、中に冷却水が流れるようなヘルメットを想像してください。抗がん剤の点滴をやる前に頭全体を冷やします。頭を5℃に冷やすことによって頭の血流量を減らし、抗がん剤の影響を押さえて脱毛を防ぎます。

ヨーロッパではもう5000人以上が使っています。日本ではまだ数百人のレベルですね。こういったキャップをかぶって抗がん剤治療をすれば脱毛を心配する必要がなくなります。実際にどれくらい使ったかという、滋賀県に加藤乳腺クリニックで200人以上やってかつらが必



ディグニキャップ

要なほどの脱毛になった人は2人です。ですから脱毛が心配な人がこういったものを知っているか知らないかで差が出ますね。



抗サイトカイン療法

これは、番外編です。

よくあるテーマですが、なぜ、進行がんになると体重が減ったり、食欲低下したり、体のだるさ、うつ状態になりやすいのかということですね。人によっては、がんが進行しても心は元気で朗らかに過ごしている人もいます。例えば、松戸市立病院で亡くなられた小倉恒子先生。あの方とは、亡くなる数日前まで私はメール交換をしていました。本人はまだまったく亡くなるつもりはなくて、気持ちだけは元気そのものでした。でも、まだがんはそんなに進行していないのに、なぜこんなにうつ状態になってしまっているんだろうという人もいます。それも実は原因がわかっている。

がん細胞からはいろんなものが出ますが、このサイトカインとか、IL-1（インターロイキン1）とかIL-6（インターロイキン6）、TNF- α などホルモンのようなものを血中に出します。この血液に出てくるサイトカインが、うつになったり食欲や体重を減らすという症状を引き起こしています。IL-1とかIL-6を血液で調べると、たちどころに高いことがわかります。ですから、がん患者さんを励ましたり、いろんなものを食べさせてもサイトカインが減らなければこういった症状は変わらない。

それで、我々が考えたのがこの“抗サイトカイン療法”というものです。簡単に言えば血液中のサイトカインを下げましょうという話です。それをやると食欲が出て体重が増加し、QOLが改善します。残念ながらこれはがんそのものの治療ではなく、がんになった人の元気の悪い状態を上げる治療です。ですからどちらかという緩和ケアのほうに向いているのですが、必ずしも緩和ケアの先生がこの治療に注目しているわけではありません。すぐに痛み止めに走る傾向がありますが、食欲も戻り体重も増加することも非常に重要じゃないかと思えます。

抗サイトカイン療法にはいろんな方法があっ



て、千葉市内で緩和ケアをやっているある先生はステロイド剤のデカドロンをよく使います。これは弱い抗サイトカイン作用があつて若干効きます。丸山ワクチンをやっている人もいます。確かにサ

イトカインを少しだけですが下げます。ですから、丸山ワクチンをやつてなんとなく元気が出たという人はいます。

本命は、レミケードやアクテムラなどです。今臨床試験を海外でやっていますが、リウマチの薬、膠原病の薬なんです。膠原病もサイトカインをたくさん出すんですが、この膠原病の薬を使うことによってがん患者さんがなぜか元気になる。その原因はサイトカインを減らすからです。ただ、高価なので、なかなかまだ手が出ません。多くの先生方がデカドロンを使うというのも決して間違いではありません。緩和ケアというのは決して痛み止めだけではないので、抗サイトカイン療法もぜひ注目してほしいと思います。

まとめ

全部の抗がん剤がオーダーメイド型治療にむいているわけではありません。副作用が全部わかっているわけではないし、効果が全部わかっているわけではないです。どの薬が使えるか、どれがまだわかっていないかを表にしてみました。星マークがついているものはわかっています。

さきほど言ったタモキシフェン＝ノルバディックスがどんな人に効くのかはもうわかっています。大腸がんのアービタックス、ベクチビックスは K-RAS 遺伝子を調べることによって誰に効くかわかっています。ジェムザールも効果、副作用、両方わかっています。TS-1、5-FU なども、効果、副作用共にわかっています。

パクリタキセルでいうと、さきほど言ったようにアルコールが弱い人は副作用が出やすい。白金製剤は効果の方がわかっています。イリノテカンも効果はわかっていますが、副作用の方はわかっています。このパンフレットはイリノテカンを発売している会社が出しているんですが、イリノテカンを使う前に UGT1A1 遺伝子の検査をやりましょう、ともう患者さんに啓蒙しています。なかなかまだ日本のお医者さん

がやりたらない。今、イリノテカンを使っている 95 %のお医者さんはまだこの遺伝子検査をやっていないと会社が言っていました。つまり、この検査によってこの抗がん剤が効く効かないということを調べることをまだお医者さんが非常に嫌っていることがわかる。

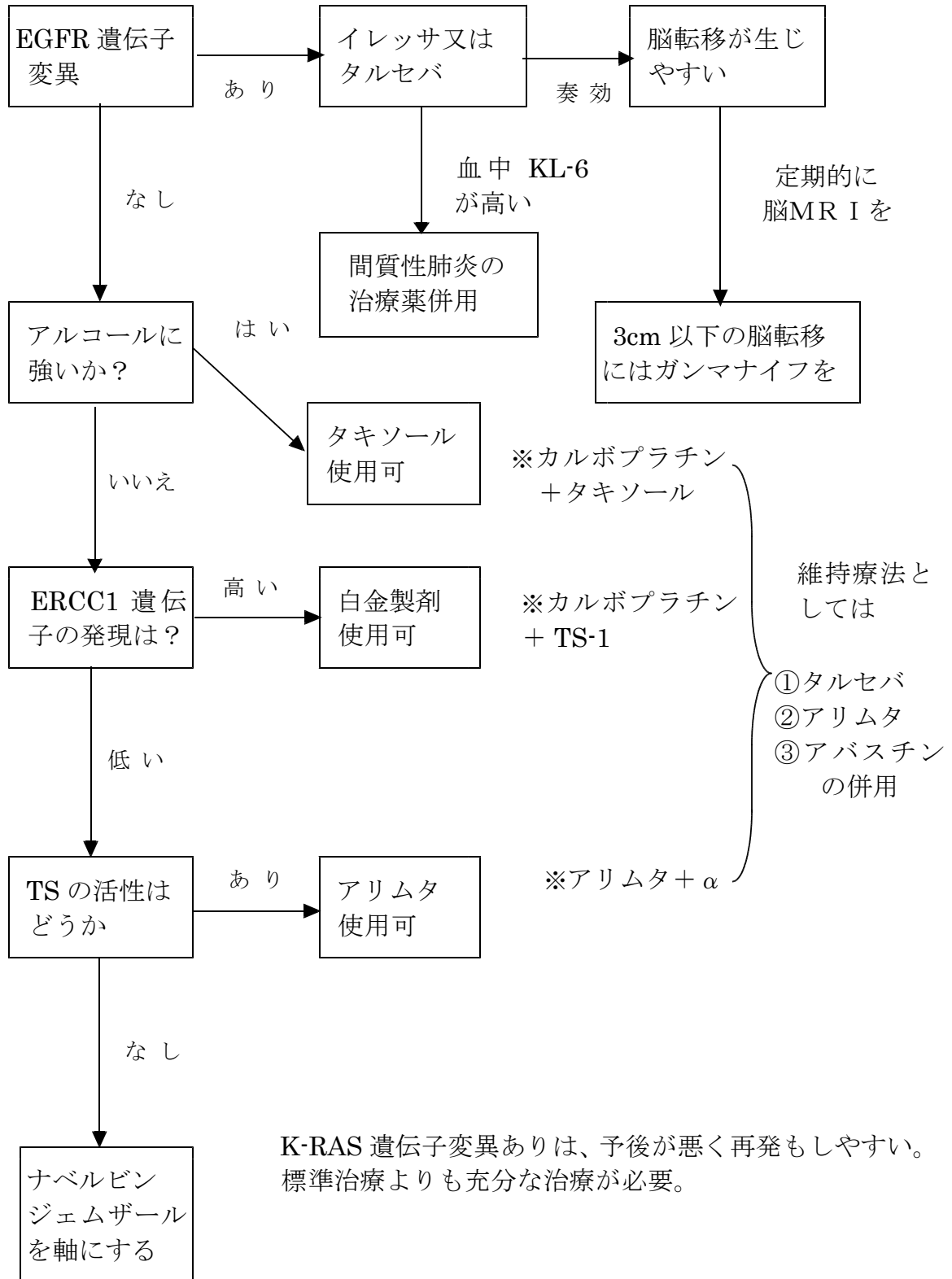
ハーセプチンもそうですね。アントラサイクリン系もわかっています。肺がんのイレッサ、タルセバも EGFR 遺伝子などを調べることによって効果が出ないタイプがわかる。アブラキサンももうわかっています。

専門的な話が多かったので、わかっていたいただきたいことは、だいぶがん治療は進んでいます。あと 10 年、20 年もするとオーダーメイド型医療も普及してくる。

もうひとつ考えなくてはいけないことは、標準治療は 7・8 割の人にやるのは確かに良いんだけど、そうじゃない人にとっては決して良い治療法ではない。標準治療をやつてダメだった人にもう少し救いの手を差し伸べなくちゃいけない。そのためにこのオーダーメイド型医療が今後普及してこなければいけないんですが、今のがん診療連携拠点病院での外来待ち、入院待ちの状態を考えたとき、なかなか進みそうにありません。ですからそこをなんとか進める工夫を、これから患者団体などが動いて医者を動かしていかなくちゃいけないと思っています。そうすれば、副作用がきつい抗がん剤をやらなくてすむし、いわゆる十把ひとからげの治療が標準治療だという現状を変えることができると思います。これを結びの言葉とします。

抗がん剤	効果	副作用
1.タモキシフェン(ノルバデックス)	★	
2.アービタックス、ベクチビックス	★	
3.ジェムザール	★	★
4.TS-1、ゼローダ、5-FU、UFT	★	★
5.クリタキセル(タキソール)		★
6.金製剤(シスプラチン、カルボプラチン、オキサリプラチン)	★	
7.イリノテカン		★
8.ハーセプチン	★	
9.アントラサイクリン系	★	
10.イレッサ、タルセバ	★	
11.アブラキサン	★	

非小細胞性肺がんのオーダーメイド治療



質疑応答



熱心に質疑が続きます

卵巣がんの治療が肺がんを抑えていた？

Q：私は5年前に卵巣がんをやりました。抗がん剤のパクリタキセルとカルボプラチンをやって2年後に肺がんになりました。1cmくらいの小さいものだったんですが、外科で普通の肺がんの手術で取ってもらいました。パクリタキセルとカルボプラチンをやっていたから大きくならなかったと考えていいのでしょうか？

今村：パクリタキセルというのは肺がんでも非常によく使う薬です。肺がんと卵巣がんではちょっと使う量が違うだけで一緒なんです。ですから、若干それは効いていた可能性があります。

イレッサの開始時期について

Q：今村先生に倉敷でセカンドオピニオンを受けた患者の家族です。イレッサを勧められていて、検査結果でEGFR変異があつて効くだろうということになりました。始める時期ですが、今村先生は「すぐにでも始めなさい」ということでしたが、主治医は「再発してから」というのですが、これについてはどうでしょうか。

今村：肺がんに対して、イレッサやタルセバが効くタイプにどのタイミングで治療を開始するかというのはすでに報告されています。肺がんにはカルボプラチンとタキソールという組み合わせと、イレッサがあるんですが、イレッサが効く人に対して、イレッサを先にやってその後カルボプラチン+タキソールを追加した場合、カルボプラチン+タキソールを先にやってその後イレッサを追加した場合とでどれだけ差がついたかということ、イレッサでスタートした人が2倍くらい生存期間が上でした。つまり、同じ薬でもAからBという順番でやるのと、BからA

という順番でやるのとでは残念ながら寿命が変わってきてしまうんです。ですから、イレッサに関しては、最初からやるべきというふうに結論されました。順番を変えてはいけません。Q：今はまだ経過観察中で、体力を戻しているという感じなんですけど、早ければ早く始めたほうが良いのでしょうか？

今村：カルボプラチン+タキソールをやるのなら体力の回復はきっと必要だと思いますが、イレッサはさほど副作用が強い薬ではないので開始しても良いと思います。

CD-DST法による感受性試験について

Q：肺腺がんステージIVの患者です。抗がん剤感受性試験について聞きたいのですが、手術をしていないと受けられないものですか？生体検査だけでは難しいのでしょうか？

今村：手術じゃなくても、新鮮な組織があればできます。1グラムもあれば十分です。ですから、これから生検をして感受性試験をやるという方法はあると思います。

Q：このCD-DST法は先進医療かなにかになっていたと思うのですが？

今村：肺がんは入っていなかったと思います。胃がんは入っているんですが、肺がんはまだ認められていないという記憶があります。

Q：では、逆に言うと、できるところというのは、限られてくるのでしょうか？

今村：その試験をやっている検査会社は三菱化学の子会社です。どこの医療機関でもやろうと思えばできます。ですからまず主治医に検査をしてもらえるかどうか聞いてみたら良いと思います。

遺伝子について

Q：CYP2D6 遺伝子というのは、がんの疑いのあるものがこれからがんになるかどうかを調べることができるのでしょうか？

今村：それについては、確かまだ出ていなかったと思います。あくまでもがんに対しての検査なので、それががんなのか中間のものなのかを調べるのには向いていない検査です。

Q：私は直腸がんをしました。がんの原因というのは、遺伝子の破壊が起きているという問題なのかが知りたいのですが。

今村：一つや二つの遺伝子異常では、たぶんがんにはならないと思うんです。環境因子なども含め、たくさんの遺伝子異常が重なって、がんが決定的になって出てくる。また、がんになっ

たとしても、転移や再発を促す遺伝子に異常が少なければ、がんはどんどん大きくなるけれども他には転移しない、という場合もあるでしょう。逆に再発とか転移の遺伝子に異常が来た場合には、小さいのにいきなり遠隔転移することもあると思うんです。いろんな遺伝子異常が積み重なるといこと、環境破壊もその原因の一つだろうし、焦げたもののなかにある物質もそうかもしれないし、そういうものが積み重なってがんになっていくと思っています。

Q：がんになりやすい遺伝子という、もともと体にある遺伝子の問題と、例えば **OncotypeDX** のようながんそのものの遺伝子について調べるといことと、分けて考えた方がいいということですか？

今村：はい、そうです。今日のお話の大半は、がんそのものの遺伝子についての話です。それに対して、がんになりやすい遺伝子というのは、よく家族性がんといわれるものです。家族性のがんについて今分かっているのは、乳がんと卵巣がん、特に乳がんです。**BRCA** 遺伝子という遺伝子が調べられています。乳がんの方で 3 親等以内に、叔母まで、従姉妹まで入れてもいいかもしれませんが、その中で 3 人以上乳がんの人がいたらそれは家族性乳がんを疑います。卵巣がんも一緒です。そういった場合は、乳がんになりやすい遺伝子 **BRCA** 遺伝子を調べたほうが良いです。

胃がんについて言うと、遺伝性というよりどちらかという、昔、水道水を飲んだかどうか問題です。ヘリコバクターピロリという細菌が胃がんの原因であることが分かっています。ピロリ菌を完全に除去すると、胃がんはかなり減ります。たぶん 3 割から 5 割くらい減ってきます。ピロリ菌の検査をみんなやって、今のうちに除菌すれば胃がんになる心配は少なくとも半分以下になるということです。

胃がん、肺がん、咽喉頭がん、食道がんというのは、**P-53** 遺伝子の異常がしばしばあります。これも、血液検査で調べることができるんですが、先ほど言った 3 親等に 5 人以上これら 4 つのがんの方がいたら **P-53** の検査をすることをお勧めします。ある程度がんになりやすい体質があることもわかってきましたが、まだ全部ではありません。

標準治療について

Q：標準治療の問題点を指摘されていたと思うのですが、その医者勉強不足で標準治療まで

達していないという問題なのか、それとも標準治療の水準そのものをもっと上げるべきだ、という問題なのですか？

今村：毎年いろんながんのガイドラインが新たに出ています。そのガイドライン通りの治療をやるのが精いっぱいというところもまだまだ多いです。それすらできていないところも多数あります。下を引き上げることと、上を伸ばすことのどちらも必要ですが、下を引き上げることが優先してやっています。予算もそちらの方がつけられている状況なので、なかなか標準治療を超える力が足りない状態です。

抗がん剤を替えるタイミング

Q：抗がん剤を替えるタイミングというのは、どういうものがありますか？

今村：一つには、重い副作用が出た時、二つ目は、効かなくなったときです。残っている抗がん剤の種類にもよりますが、ある程度効いているときは替えません。はっきりと効かなくなったら替えますが、効きが悪いだけでは替えません。

Q：アリムタを 1 回やって効かないので替えると言われた人がいるのですか？

今村：1 回じゃわからないでしょうね。アリムタが効くかどうかは、もし肺がん組織があったらその **TS** 遺伝子を調べればわかるのですが、たぶんその検査はやっていないと思うので、1 回ではたぶんわからないと思います。やはり 2 回やったほうが良いと思います。

未承認薬について

Q：未承認薬についてのお話をお願いできますか？

今村：ドラッグラグの問題というのをみなさん聞いたことがありますか？日本での抗がん剤治療は海外に比べるとやはり若干遅れています。10 年前では 5・6 年くらい遅れていたんですが、今やっと遅れが 1・2 年くらいになって、かなり欧米に接近してきました。未承認薬というのは、海外ではすでに認可されているけれど日本ではまだ認められていない抗がん剤で、日本の医者はなかなか使ってくれないという状況があります。未承認薬と認可されている薬を組み合わせる医療を混合医療といいます。日本の診療体制では禁止されています。



未承認薬を使うと保険がきく薬も全額自費になり、とんでもない額になる。

ただ、厚生省が“高度先進医療”と認めたものに関しては、保険内で治療して未承認治療だけが自費になるという制度があります。例えば、稲毛の放射線医学総合研究所でやっている重粒子線治療は、300万円という治療費は保険が効かないけれども、その他の医療費は保険がききます。未承認薬も、重粒子と同じように保険外だけれども、他の治療費は保険内でできる制度であればと思うんですが、なかなか医師会の抵抗が激しくて実現していません（私は医師会には入っていないので言えるんですが）。今、世界的に混合診療が認められるようになってきているので、日本でも混合診療が認められる時代になれば問題は解消していくのではないかと期待しています。

休眠療法について

Q：オーダーメイド医療という言葉でよく使われるものに、休眠療法のように抗がん剤の量を減らして副作用が出ないようにして長く続けるというような考え方もありますが、そういったことについてどのようにお考えでしょうか？

今村：効く薬を長くやっていく場合には非常に効果があります。よく言うんですが、みなさんが望んでいることは“がんを瞬間的に小さくする治療”ではなく、“なるべく副作用を少なくして、なおかつ寿命が延びる治療”ということではないでしょうか？薬の効果があって、なおかつ副作用が非常に強く出る人に少量休眠療法をやるのはとても賛成です。それは、優れた方法だと思います。事前に遺伝子検査でわかれば、もっと少量休眠療法をやる人を選ぶことができる。しかし、副作用が全然出ない人に少量休眠療法をやることは意味がありません。また、効かない薬をどれだけやっても休眠療法はできないことも理解しておいて欲しいと思います。

経済的な問題について

Q：遺伝子検査は保険がきくのですか？

今村：全部の検査が保険で認められていないわけではないんです。さきほど言った大腸がんのアービタックス、それからベクチビックスが効くかどうかの検査は最近では保険が効くようになりました。たぶん自己負担は数千円くらいでできます。これは非常に進歩だと思いま



す。それによって薬が効くか効かないかが事前にわかります。

抗がん剤感受性試験 CD-DST 法では、胃がんがまず突破口を作ってくれました。今はそれ以外は保険がきかないので10万円近くかかります。そのうち肺がんでも乳がんでも卵巣がんでも保険がきくようになるんじゃないかと期待しています。しかし、そういう検査方法が保険で承認されること自体、日本では非常に進歩だと思います。あと何年かすると抗がん剤感受性試験は認められるようになると思います。

Oncotype DX はちょっと高額で、数十万します。これが一番高いです。それによって抗がん剤治療をやる人、やらない人を分けることができるので、もっと安かったらと思いますが、今はそれだけのお金はかかります。

タモキシフェンが効くかどうかの CYP2D6 遺伝子検査は、今4万円ちょっとくらいでできます。決して安くはないんですけども、血液検査でできます。

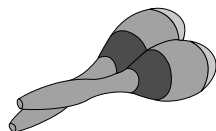
イレッサ、タルセバの EGFR 遺伝子の検査ももう保険がきいています。9000円くらいでやっていると思います。ですので、まだまだ全部の検査が認められるまでの過渡期ですけども、先へ行けば行くほどいろんな検査に保険が使えるようになるかと期待しています。

乳がんの術後補助療法について

Q：ハーセプチンかタイケルブかの治療があったのですが、どれにあたるかはわからないというのでそれは断って、ハーセプチンを選んだんですが、5月にハーセプチンが終わりました。術後補助療法としてタイケルブを、ということ聞いたんですがやった方がいいのでしょうか？また、その副作用についてはどうなのでしょう？

今村：ハーセプチンにタイケルブをはさむのかという臨床試験をやっていますよね。私のところでタイケルブを術後補助療法としてやるかどうかの判断は、それを参考にしているわけです。ハーセプチンを術後補助療法でやっているのに、なぜさらにタイケルブをするのかというのは、ハーセプチンが効かないタイプの乳がんが日本人女性では約2割いるからです。その2割の人たちを再発させないためにタイケルブを使えば、一応2つの薬を使うことによって、さらに再発数が減るだろう、というのがその臨床試験の目





的です。ですので、あなたが、8割の幸運な人に入っているとしたらタイケルブはいらないけれども、2割の方に入るのではと心配するのであればタイケルブを最低半年くらい飲んだほうが良いと思います。

タイケルブの副作用ですが、日光を浴びると皮膚炎を起こしてしまうんですね。ある一定以上の日焼けを防止する日焼け止めを塗らないとちょっと夏は外には出られないのできついかもかもしれません。冬場に飲むのは良いのですが。

Q：飲む時期をずらすことはできるんですか。
今村：臨床試験は無理ですが、個人的に使ってみるといいんじゃないですか。7・8月は避けるほうが良いですね。

食道がんの治療について

Q：1年前に、食道がんのステージⅢで全摘して胃を引き上げています。去年の11月と今年の4月にシスプラチンとタキソテルの点滴をやったんです。その都度、その直後の血液検査では、腫瘍マーカーのSCCが2回とも膨れ上がって倍増しているんですね。複数の医院で血液検査をしたんですが、A系統の病院もB系統の病院も、データの取り方は違うんですけども、それぞれ倍になってることは事実なんです。シスプラチンが私に合うのかどうかかわからなくて、今個人的に疑問に思っています。それから、今後、年に4回程度は、抗がん剤の投与が必要だろうと主治医から言われているんですが、命のためなんですから、やるんですが、ちょっと考えると憂鬱なんですね。普通の薬と同じような抗がん剤というのは、一般的にあるのかどうか教えていただきたいのですが。

今村：食道の場合ですと、内服薬でもし治療するという事ならばTS-1という薬があります。S-1とも言います。タキソールとTS-1という組み合わせです。シスプラチンとTS-1でも良いのですが、タキソール+TS-1というのも手だと思えます。その場合、タキソールが点滴でTS-1が内服です。

Q：主人が内服を希望する場合には、タキソールとTS-1が良いのではないかとお答えいただいたのですが、最良の効果というのとはどちらなのでしょう。

今村：いろんな治療法があります。どの治療の方がよく効くかというのは、残念ながらここだけの話からではみえてきません。どういう治療

法があって、どういう可能性があるのかという話でいくと、内服を希望する場合はこういう治療がある、点滴を希望する場合にはこういう治療があるという話になるんですけど、一般的に、もしものすごくよく効く薬、最優先してやるべき治療があるとしたら、医師はまずそれを勧めます。それを勧められないということは、どれも変わらないと考えていいでしょうから、内服を希望される場合にはTS-1をやってみてもいいですよということです。決して効果が落ちるわけではありません。

Q：一般的にはどの薬でも飲むスタイルによって対応できるということですか？希望によって、状況によって。

今村：がんの種類によっても違います。あなたの場合は、そういう薬がありますよという話です。

主治医とのコミュニケーションの取り方について

Q：タキソールとTS-1という組み合わせが良いだろうということですね。そういうことは患者の立場として、一般論ですが、主治医に対して堂々と問題提起してよろしいのでしょうか？主治医の顔を見ながら言うべきことなのか、医学のことは俺に任せろという人もいるんじゃないかと思うんですよ。

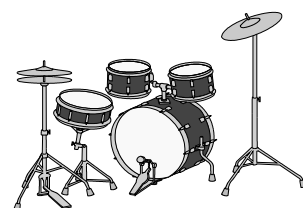
今村：私は主治医の顔色より自分の命のほうが大事なのでガンガン言います。主治医の顔色をうかがって自分の命を落とすのは嫌なので。

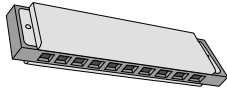
Q：やっぱり、自分が言うべきですよ。

今村：はい。自分が言えないようなら家族の方が言うのもいいでしょうし、それでも言いつらければお手紙を書いたらどうでしょう。医者も人間ですから、面と向かって言われるとちょっとムカっとする人もいますが、手紙で言われれば、ああそうかと思う人もいます。

Q：がんに関連する本がいろいろ売られていますよね。そういう中で、正確に理解できているかはともかくとして、自分なりに学んだ中で自信のあることはどんどん言って構わないということですね。

今村：構わないと思いますよ。ただ、勉強したことの内容なんですけれど、例えばいろんな説を唱えている先生がいます。その説がほんとうに正しいかどうか、ある程度信





用できるかどうか、その説を他の先生が信用するかどうかです。今日、私の話したこと、テキストが

ありますけれど、どの先生に持っていても結構です。テキストの内容で、どこがおかしいと言ってもらって全然かまいません。今、私が言っているのは、いろんな学会で証明されたことをしゃべっているだけであって、自分の頭の中で思いついたことではありません。ですから、自分の頭の中で思いついたことはダメだけれども、ちゃんとした証拠のあることだったら、いくらでも主張していいんじゃないでしょうか。そこが大事です。サメの軟骨が効くとかいうのは信用できるとは思わないんですが、こういった論文を否定するお医者さんは、たぶんいないと思います。

加藤（薬剤師）：今行ってらっしゃる病院の看護師さんとか、自分の話しやすい人を見つけて、「先生にこんなことを話したいんだけど」というように相談されるのも良いのではないのでしょうか？その医師の個性を知っている職員にアドバイスしてもらうのはいいことだと思います。

今村：おっしゃる通りだと思います。私も医者なので、医者立場はわかるんですけども、混雑している外来とか特に急いでいるときに、質問を二つ、三つとやられるとやっぱりむかつくこともあるし、他の人のことも考えてほしいと思います。だけど、あらかじめ質問を用意してもらってそれに答える分には、別に時間をとって説明することも可能です。やはりその場を少しわかっていただいた方がお互いの感情には良いと思うんです。聞き方ですよ。なんでも聞いてくれという人にはもちろん良いと思いますが、そのお医者さんお医者さんによって聞き方を選んでいただいた方が良いと思います。

腫瘍マーカーについて

Q：そちらの男性がおっしゃっていたマーカーの変化について聞きたいのですが。

今村：抗がん剤治療をやった直後に反応する、上がるということは決してめずらしいことではありません。基本的には2週間以内をめどにします。1か月经っても腫瘍マーカーが上がっているようだったら、それは効いていないと考える方が妥当です。

腫瘍マーカーの評価の仕方ですが、ひとつのマーカーが前回の値より20%以上変化した場合、しかもそれが2回続いたら上がっている、

下がっていると読んでください。誤差範囲の中で上下しても、効いた効かないと喜んだりがっかりしたりしないでください。

Q：腫瘍マーカーの検査に保険が効くのは1か月に1回じゃないですか。つまり、2か月間という単位の中でみるのか、それとも、自費で2週間に1回とかやって、20%の上下が2回続いたら、というようにみたほうがいいのですか？
今村：腫瘍マーカーが1か月1回しか保険内で測れないというわけではありません。腫瘍マーカーというのは、施設によっても違うんですが、だいたい1か月に4000円くらいの病院の収入になります。どんなマーカーを測っても1個だいたい1500円くらい検査料がかかります。ですので、1個の腫瘍マーカーをひと月に2回測っても、病院は儲けています。だいたい2種類で見ていることが多いので、2個を2回測ると4×1500円＝6000円支出になり、4000円収入ですので2000円は病院の持ち出しになります。患者さんから4000円以上いただくことは混合診療の関係でできませんので、1か月に1回しか測れない病院が多いのです。決して1か月に1回しか測れない、ということではありません。私のところでは必要があれば1か月に3回くらい測っています。

毎週測ってもあまり意味はないので、2週間とか10日に1回測ってみるといいと思います。

肺線がんステージⅣ・骨転移あり、今後の治療方針は？

Q：先ほども言ったのですが、僕は肺腺がんのステージⅣで、今ファーストラインの5クール目で、アリムタと白金製剤を使っているんですけど、幸運なことにかかなり縮小しているという状況です。このまま僕自身としては、いけるところまで行って、と思っているんですが、それが効かなくなった場合に次に何の薬を使うかというところで今日は来たのですが、先ほどの抗がん剤感受性試験や遺伝子検査の話もいろいろありましたが、僕の場合、どのタイミングで何からやるべきかということをお教えいただければと思います。

今村：まず、白金製剤はたぶん6回やってひとつの区切りだと思うんですが、6回やったところで、ステージⅣがステージⅢaになったかどうか、それから転移が小さくなったかどうかということになります。例えば



転移のところが小さくなったら IMRT などの放射線治療でやっつけて、なるべく完治に近い形にもっていく。転移のところに照射して原発のところを外科的に取る。6回終わったところで、転移と原発のところがどういうふうになったかというのが非常にキーポイントです。

どれをやっても完治、手術にはもっていけないというならば次のことを考える必要があります。その場合、ひとつは、EGFR 遺伝子を調べて、イレッサあるいはタルセバが効くかを調べてみるのもひとつの方法だと思います。

Q：僕の転移場所は骨なんですけれども、良性なのか悪性なのかよくわからないという状況で、転移巣がどうなっているのかというのは今わからないのですが、原発のほうは1センチくらいになっています。僕自身は抗がん剤が終わったら放射線をかけたいと思っています。

今村：どちらに放射線をかけたいと思っていますか？

Q：肺のつもりでいます。骨のほうは悪性なのか良性なのか、抗がん剤の6クール目が終わってから骨も放射線をかけるかどうか決めたいと思っていますんですけど。

今村：原発のほうを手術して、骨のほうに放射線をかけるという手はないんですか？

Q：今、初めて聞きました。

今村：そっちでもいいんじゃないかと思うんですけど。それでその後、再発予防でゾメダで維持療法をずっとやっていく、できるだけ完治に近い状態に持っていく。僕ならそっちを考えますね。ただ、どうしても手術が嫌だったら、肺を粒子線かなんかで焼き切っちゃって、骨のほ

うを調べていくというのはいいんですけど、どっちかというとなんかそんなに小さかったら取りたいなという気がします。あなたが、70歳80歳の方だったら勧めないんですけど、あんまり私と歳が変わらない気がするのですね。

Q：39歳です。

今村：私より若いですね。なるべく根治の方向に持っていったほうがいいんじゃないかと思えます。

Q：ちなみに、その手術と放射線で寛解に持って行った場合、さきほどの感受性試験をやった次の抗がん剤を決めていくということですか？

今村：その通りです。それで、EGFR 遺伝子の変異がある場合、タルセバを維持療法にもっていけるし、変異がなければアリムタだけの維持療法もあるだろうし、CD-DST 法の抗がん剤感受性試験をやって、例えばナベルピンが効くならやるという手もあると思います。それはもう、ケースバイケースです。でも、やっぱり僕だったら肺のほうを取ってしまいますね。なぜなら、肺に放射線をかけてしまうと、その後、イレッサとかタルセバは放射線との相性が良くないんです。なので、選択肢を多く残しておくという意味で、私だったら肺にはあまり放射線はかけない。肺にかけるとしたら、IMRT 等でピンポイントでかけます。全体的に肺に幅広くは当てない、というふうに考えます。



「がん」について学ぼう！話そう！

これからの連続講座のお知らせ

第2回	10月3日	最近のがん外科治療と内視鏡治療の進歩 前千葉県がんセンター長 竜 崇正さん
第3回	12月5日	抗がん剤治療と緩和ケアチームの活動について さんむ医療センター薬剤師 加藤久勝さん
第4回	2月6日	肺がんとその治療 国保君津中央病院副院長 柴 光年さん
第5回	3月6日	自分で決める在宅ホスピス 山本医院 院長 山本 篤さん

受講料：会員無料 一般 1 講義 500 円 定員 30 名

場 所：千葉大西千葉キャンパス社会文化科学研究科棟内講義室 時間：13 時～16 時

問い合わせ・申込み：090-9317-8488・080-5048-8488・info@alpha-chiba.com

十二指腸がんを体験して

河野 誠



河野誠さん

河野でございます。よろしくお願いいたします。

私は 2001 年に手術をしました。2000 年の暮れあたりから夜寝るとシクシク腹が痛むんです。おかしいなとは思ったけれど、まったくがんなどとは

考えずにいました。翌年の 2 月ごろ、いつまでたっても夜チクチク痛むのが治らないし、痩せてくるものですから診てもらいました。

「これは、十二指腸潰瘍だから薬を飲めば治りますよ」ということで、薬をいただいて 2 カ月飲んだんですが、一向にそのチクチクが治らない。夜になると痛む。そして体重もどんどん減るんです。それで、もう一度検査をしてみると、「これは非常に珍しいんだけど、十二指腸にがんが出来ている」ということで、至急取ったほうがいいだろうということになりました。

データがないくらいめずらしいがん

先生は、非常にベテランだったんですが、「実は私は 600 回手術をしているけれど、十二指腸がんというのはやったことがない」と言うんですよ。それくらいめずらしいと。千葉県で年に数件しか発生しないということなんです。生存率も何もデータがないと言うんです。「まあ、半分くらいは生きるでしょう」と言われました。データがないくらいめずらしく、先生も初めてだけど、「大丈夫です、やります」ということでやってもらいました。

6 月の中旬に入院して、7 月 4 日に手術ということで毎日毎日検査検査で 20 日間近く検査をやって、それから手術を受けました。9 時に手術が始まって、「河野さん、河野さん」という声が何回も聞こえてきて、目が覚めました。それが 5 時頃でした。だいたい 8 時間くらいかかりました。十二指腸というのは非常に小さな器官なんです。腸と胃の間であって他の内臓器官の連結器のような役割をしている。肝臓とか膵臓とか胃とか、腸とかいうところの連結器を

取ってしまうから、みんな離れちゃう。それをくっつけるので手術に非常に時間がかかる。手術後しばらくは 8 本、体から管が出ていましたね。女房が「タコの八っちゃん」なんて言っていましたけど、そういう状態でした。でも、自分ではこれでダメになるとは全然思わなかったですね。

敗血症であわや…

20 日くらいで出られるよと言われていたんですが、7 月の初めに手術して 7 月の終わりころからまたおかしくなってきました。内臓の器官をあちこちくっつけているので、漏れるんですね。なかなか液が完全に出ない。中にはこれが体内に入ると体が溶けちゃうというような膵臓あたりの液があるので、非常に心配がありました。

突如 40℃の熱を出して、薬を飲めば下がるんだけど、数時間後にまた 40℃の熱が出る。これはおかしいというので、あれこれ処置をしているうちに、こっちは意識が朦朧としてきて、上の血圧が 50 くらいまで下がったんです。医者も慌てまして、家内も呼ばれて、危ないということになったんです。実はこれは院内感染で細菌が血液に入る敗血症ということでした。がんのほうは何とかなったけれども、これで死んじゃうんじゃないやだな、とその時は内心思いました。

それも、非常に手厚く治療していただいて、治りました。それで、最終的には 9 月 25 日に退院したんですが、実に 3 カ月と 15 日、105 日間入院していました。その間、ちょうどあの 9.11 のニューヨークの事件があった年にして、テレビで見て「ああ、すごいことやるなあ」と思ったことを覚えております。それから、新宿の雑居ビルが焼けて、そこに入っていた飲み屋の人が大勢一酸化炭素中毒で死んだ、あれは 9 月の 1 日だったかな、そういう事故のあった年でした。

その後、先生が非常に心配されたのは、転移をしていると怖いということでした。「あなたのがんは非常に中枢になるところのがんだから、あちこちいつている





可能性がある」と、それを非常に恐れられていました。胆のうはもちろん取りましたし、肝臓、それから膵臓、胃も3分の1取りました。別に転移しているわけじゃないんだけれど、周りへの転移を恐れて取りました。

そのために手術後管が8本出ていたわけなんです。それも徐々に1本ずつ減っていきました。9月25日に退院してきて蟬の声を聞いたときは大変うれしかったです。生きてる感じがしました。

経過は順調、しかし…

十二指腸にはどうしてそんなにがんが少ないのかというと、非常に細胞の転換が早い組織だそうで、がんになる暇がないんだそうです。どんどん新しい細胞に代わっていくので、非常にがんは珍しいということで、私も慌てて医学書を見ましたけれど、十二指腸がんなんていう説明文も医学書にはないんです。よっぽどのものでないと無かった。

自分でがんを体験してから、著名人の訃報を見るとつい何で亡くなったのかを見るようになりました。がんで亡くなる方は非常に多いんですが、十二指腸がんの方は一人しかいなかったです。でも、いました。この8年間に一人だけ死因が十二指腸がんの方がいらっしゃって、やっぱりいらっしゃるんだなと思いました。

この7月で私も9年になりますし、医者からは「もうあなたは来なくていいよ」と言われました。来なくていいよと言われると心配になるんですね。それで、ぜひ半年に1回くらいは診てくれとお願いして、無理矢理半年に1回検査してるんですけど、まあ、良かったなと思っています。

病気はそんなふうに順調ですが、一昨年夏、熱が出た時に風邪だと思ったら胆道炎と言われました。肝臓でつくられた胆汁を十二指腸に運ぶ管が胆道で、そこに炎症が起きたということで、「あなたのような手術をした人はよく罹るし、悪化すると胆道がんになる」と言われました。幸いこれも治りました。

特に自分で変わったなと思うのは、風邪をひかなくなったことです。現役のころは、年に2・3回は必ず風邪をひいていたんですが、自分の体質が変わったように思います。酒を飲まな

くなったこともあると思うんですが……。

私の健康法

ちょうど、私が退院してきた頃、9年、10年前は、いわゆる「キノコ」ブームでした。キノコさえ飲めばがんにはならないようなすごい宣伝がありまして、本は出るわ、有名な医学者が出てきて宣伝するわで、キノコがいい、キノコがいいと言うんです。私なんかそういうのを読んですぐにキノコに飛びつきまして、アガリクス、メシマコブ、この二つが有名ですけど、一生懸命買って飲みました。高いんですよ。高いんですけど命には代えられないと、女房が「飲め、飲め」「いいから飲みなさい」と。それで飲んでいたんですが、そのうちどうもそんなものは効果がないんだという説が出だしたんです。逆にアガリクスなんて飲んでるとがんになる体質になるというようなことまで出てきて、困ったなと思いました。私は、何でも最後までやるほうなので、絶対にやめないで飲んでいたんですけど、薬屋のほうから詫言状がきました。「生産を中止しましたのでもうご提供できません」ということで、アガリクスをやめました。

やはりこれからは免疫力だなと、それがまず強くならないとがんには勝てないなと考えるようになりました。若い人ががんになりにくいのはやはり体力があるからじゃないかと。これもいろいろ本を読んだり、たまたま町内会で講演会があったので聞きに行ったときに、まず食事、それから運動、それからストレスをなくすと、こういうことがいいんだと話されていました。私たちのように老人になってくると、老化防止というものも非常に大きな問題になってくるんですね。がんも怖いですが、実は老化のほうも怖いので、なんとかあまりボケないでいたいなと思っていたときに、ちょうどその話がつながったんです。どういう食事がいいかと思ったら、「まごはやさしい」と言うんです。

- ま・・・豆
- ご・・・ゴマ
- は・・・ワカメ・海草類
- や・・・野菜
- さ・・・魚
- し・・・しいたけ・キノコ類
- い・・・いも類



こういうものを食べていると体の中に免疫力ができる、と。どちらかというと我々は肉が中心



だったですよ。魚よりは肉、野菜なんかも食べない。だいたい現役のころは、野菜なんかイヤでした。こんな生野菜をどうして食べる

らんだろうと思ってましたが、この話を聞いてから特に野菜、それから魚、豆と、これを私は中心にしたんです。

豆が一番いいのは納豆。毎朝1パック食べます。体にいいような気がします。ゴマは粉末になったものもありますし、ワカメや昆布、それから野菜は摂らなきゃいけないということで、朝どんぶりにいっぱい人参とキャベツを中心にして、トマトとかいろんなものを食べます。絶対に煮たりはしない。レンジに入れると旨いと言いますが、あんなもので温めたものはイヤで、生がいいです。それから、魚。今までは、肉と魚では3対1くらいで肉が多かったんですが、これを逆にしまして肉1で魚が3。特に魚は青身の魚がいいんですね。これは、ドコサヘキサエン酸(DHA)が非常に多い。これは、血流を良くして動脈硬化を防ぎ、免疫力をあげてくれる。青身の魚と言えば、サンマやアジ、イワシ、サバ、安い魚でいいんです。肉はなるべく食べない。でも、肉食べたいですよ。たまに、食べるとものすごく美味しい。これも、家族の協力を得まして、なるべく魚を食べる。野菜は山ほど食べる。納豆は朝必ず1個食べる。この3つは確実に守りながらその他のものを食べています。

それから、これに新しくつけたのが“よ”。「まごはやさしいよ」とつける。これは、ヨーグルトです。ヨーグルトは非常に良いと思います。毎日買っているとたいへんなので、これも女房が当時流行っていたカスピ海ヨーグルトの種を三越で買って来て、1回やったらずーっと続いています。変える必要がないんです。ちょっと入れておくことができる。冬だと丸2日。夏だと1日24時間でヨーグルトができる。それはもう絶対に欠かさない。これも山ほど食べる。乳酸菌がありますから体に良いということで、食べます。「まごはやさしいよ」が我が家の食事の中心です。

運動と遊びも取り入れて

それから、ここに“ああ”をつけます。これは、別に嘆いているわけではないんですが、「あ

は「歩く」です。もうひとつは「遊び」なんです。「ああ、まごはやさしいよ」と。

9年前の手術までは歩くのは嫌いで、スポーツも大嫌いでしたが、先生に歩いたほうが良いと言われたものですから、やりだしました。最初のころは5分くらいしか歩けなかったんですが、今は1日4~50分歩きます。人によっては1日1万歩歩くとかいいんですが、それはちょっとできないのでせいぜい4~50分。50分というと、だいたい5~6000歩になります。これだけ歩いていれば体に効く気がします。途中あちこち寄って、時には喫茶店に寄るなどいろいろ楽しみながら、そのかわり毎日行きます。絶対に私はやめない。家内が呆れるんです。行くのやめろと言っても行く。雨が降ったら外は無理なので、家の中を歩く。家の中を歩くのものはものすごく疲れるんです。小さい家だからすぐにぶつかる。クルクル自分の家の中を回っていると目が回っちゃうんです。だから、家の中のとときは25分くらいにします。そのかわり階段を上がり下りする。これが良い運動になるんですね。15回から20回上がり下りすると、1時間歩いたみたいに疲れます。しかし、どんなことがあっても私はやりだしたらやめない。雨だろうと風だろうと、歩くんです。

また、太ももの筋肉をつけるため、左右片足立ち1分間体操(ダイナミックフラミンゴ体操)もやり、寝たきりにならないよう気をつけています。

人間、ストレスが良くないと言いますが、私はそうじゃないと思っています。悪いストレスはいけないけれど、良いストレス、刺激を与えるストレスは大いにやるべきだと思ひまして、これまで無趣味だったんですが、退院してから囲碁を始めました。二つの町会で週に半日ずつ2回あるんです。それから、5年ほど前から川柳を町内会ではじめました。15人ほど集めてやっていたら会長にされて、下手な川柳なんですが、そういうことをやっています。この川柳をやってちょっと失敗したなと思っているのは、新年会がαの新年会と同じ日で、会長になったものだから、今年はαの新年会には来られませんでした。αの新年会はとても楽しみにしていたんですが……。

その他にも、ちょっと現役時代の資格があったものだから、全然畑違いなんです。千葉県弁護士さんたちと「消費者行政を良くする会」





というのを作って活動しています。地方の消費者行政というのは非常に遅れていて、市町村に消費者からの苦情を受けるような窓口がありません。千葉県では57の市町村のうち半分以上は窓口がないんです。

そういうものを作らせようということで始めまして、これは私が中心になっているわけではないんですが、サポーターとしてやっています。そういうものもひとつの遊びじゃないか、良い遊びなんじゃないかなと思っています。

がんがなぜできるかということの本で読むと、正常な細胞がなんらかの影響で急激に大きくなっていき、それで悪化してがんになっていくとあります。なぜ急に悪い細胞になっちゃうのかというと、やっぱり何かストレスがあるんだろうと思うんですね。身体的、精神的なストレスが。しかし、特に私たちのような高齢者はボケが非常に怖いので、ボケ対策でも良い刺激を与えることはいいんですね。そう思って自分でもあえて遊んでいます。αでも良い刺激をもらえますし、通信を読ませてもらうと良い刺激を受けます。みなさん、がんばっているんだとか、医療はここまで進んでいるんだとか、い

ろんな刺激を得ますので、非常に参考になります。

こういうことをやりながら、食事に注意し、自分でラジオ体操からいくつか取り出して、夕飯前に自分なりの体操をする。子供や孫のことはもう気にしない。自分たちのことは自分たちでやるようにと割り切って考えております。

今日一日に感謝し、明日に期待しない

最後に、私は日本人に一番多い無宗教なんですけど、この病気になってから、我々の力ではどうしようもないような存在がある、それが助けてくれたりすると思うようになりました。もしそれを神とするならば、それは、キリストでもない、お釈迦さんでもない、イスラム教でもない、非常に大きなもの、それが世の中を運命まで決めている、抗いようがない存在なんです。だから我々はもうお気に召すまま、神の意思のままに生きていくと、明日死ぬといえどどんなに抵抗しても死んじゃうだろうと思います。それで考えを変えて、なんとか生きていなんて思わない。今日一日生きられたことを神に感謝しようというふうに自分で決めました。夜寝る時、「今日一日楽しく過ごせました」と感謝し、明日もよろしくとは言わないんです。今日だけのことを感謝するというので一日を終ることにしております。ありがとうございました。

2010年度総会を行いました

6月6日(日)13時から、2010年度総会を行いました。今年の総会は出席者15名、委任状33名、会員数114名で1/3に達し、会則第5章第10条により成立が宣言されました。

昨年に続いて秋元さんに議長をお願いし、議事はスムーズに進行しました。予算案では、助成金の記載方法を巡って議論がなされ、内容は変わりませんが表記方法を変えた方がいいということになりました。新しい予算を同封しますので、総会議案の差し替えをお願いします。

今年の活動計画で大きな変化は、定例会の中で7月、10月、12月、2月、3月を連続講座としたことです。講師を会員・賛助会員の医療関係者をお願いし、がん医療について学ぶと同時に医療者との交流を図ろうという企画です。「α」は会員に医療関係者が多いことが1つの特徴ですので、この特徴を生かした試みといえます(第1回目は今号で報告しております)。

また、今年度の役員は以下の通りです。
よろしくをお願いします。

事務局長 五十嵐昭子(渉外・広報・「α」通信・気功)
野田真由美(渉外・広報・WEB管理・相談・
テープ起こし)
土田直子(サロン運営管理)
鈴木圭子(会計・名簿管理・親睦旅行企画)
監事 清田栄子、岩崎悠紀子(新任)

