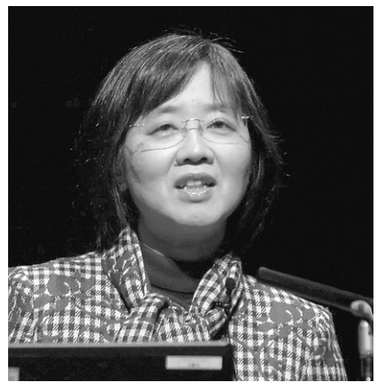
がんを学ぶ
～予防と検診から～

静岡県立静岡がんセンター公開講座第五弾「がんを学ぶ～予防と検診から～」（静岡新聞社・静岡放送、三島市民文化会館主催、県立静岡がんセンター共催、スルガ銀行特別協賛）の第七回講座が3月15日、三島市民文化会館で開かれ、高橋かおる乳腺外来部長と鳶巣賢一病院長が、急増する乳がんと、がんとともに～生きる力～をテーマに講演しました。その概要をお伝えします。なお、今年度の講座は今回が最終回です。来年度は、今年9月にスタート予定です。

〈企画・制作/静岡新聞社営業局〉



高橋かおる（たかはし・かおる）氏
県立静岡がんセンター　乳腺外科部長
1986年浜松医科大卒業。同年東大病院第二外科入局。東京船員保険病院外科、東京都立墨東病院外科等を経て、94年より癌研究会附属病院（現：癌研有明病院）乳腺外科。2006年より県立がんセンター乳腺外科部長。専門は乳がんの早期診断と縮小手術。日本外科学会指導医、日本乳癌学会専門医。

急増する乳がん

日本女性のがん第1位

日本人女性の乳がんは急激に増加しており、1985年の時点で年間約5000人だった乳がん死亡者数が、2005年には1万人を超えるまでになりました。現在、罹患率では日本女性のがんの第1位、30歳―64歳の年代では死亡者数でも1位のがんとなっています。

これまで、日本人女性は欧米諸国に比べて乳がんが少ないことで有名でしたが、近年の急激な乳がん増加の背景には、日本人の食生活の欧米化や、乳がんには女性ホルモンのエストロゲンが深く関与しているため、女性の社会進出に伴う初産年齢の高齢化、子供を生まない人の増加など、女性のライフスタイルの変化なども大きな要因と考えられています。

乳がんの病状はO期からⅣ期に分類され、O期とⅠ期を日本では早期乳がんと呼んでいます。O期では10年生存率はほぼ100％、Ⅰ期ならば約90％が10年以上の生存が可能で、乳がんは早期で見つければ9割以上が治る、比較的治りやすいがんだと言えます。

乳がん最大の特徴は、自分で触って見つけることができるということ。早期発見の第一歩は、しこりを見つけるための「自己触診」です。早期の基準である2㌢大（1円玉程度の大きさ）のしこりなら、自分で発見することはさほど難しくありません。毎日入浴時など、自分の乳房をよく触ってみてください。初めはよくわからなくても、繰り返していくうちに小さな変化にも気付くようになります。実際、乳がん発見方法がどうなっているかを見ますと、6―7割が自分でしこりに気付いてがんを発見しています。しこりに気づく前に検診で発見された乳がんは残念ながら少数派。乳がんの多くは基本的に自分で触って見つけるものだということを、女性の方は十分自覚していただきたいです。

受診率低い日本女性

また近年、マンモグラフィ（乳房専用のレントゲン撮影）検診が大変注目されています。視触診では気付かないような小さなしこりや、しこりとなる前の早期がんを発見することができる検診です。欧米諸国では、マンモグラフィ検診が普及しはじめた90年代あたりから、乳がん死亡率が確実に減ってきています。日本でも2004年から、40歳以上の女性を対象に各自治体でのマンモグラフィ検診が始まりましたが、残念ながらその受診率は低く、わずか十数％程度となっています。乳がんの死亡率を下げるためには、早期のがんを発見することが何より重要です。日ごろから自己触診をして自分の体の状態に関心を持つよう心がけ、定期的にマンモグラフィを用いた乳がん検診を受けるようにしましょう。

手術が主体の乳がん治療

乳がんの治療は、手術療法、放射線療法、薬物療法の三つを組み合わせて行いますが、この中で手術は、治療可能な乳がんのほぼすべてに必須となります。昔の日本の乳がん手術はハルステッド法という、乳房も筋肉も全部取る方法が主体でしたが、86年ころから乳房は全部取るけど筋肉は残す方法が主流となり、同時にこのころから日本でも次第に乳房温存も始まって、現在では日本の乳がん手術は乳房温存が約6割となっています。

乳がんが最初に転移するのは、わきの下のリンパ節ですが、リンパ節に転移があるかどうかは、リンパ節を取って顕微鏡で調べないとわかりません。ですから、従来の乳がん手術では、わきの下のリンパ節をまわりの脂肪ごとまとめて切除して全部調べる「リンパ節郭清（かくせい）」が全例で行われていました。もし1―数個のリンパ節だけを調べることで全体の移転の有無を予測できれば、全部を手術で切り取って顕微鏡で調べないとわかりません。メスで切らずに焼くという方法などは、現在いくつか試みられていますが、まだ試験的な段階です。

セカンドオピニオンとは、治療法の選択に当たり、主治医以外のほかの医者から、治療法の妥当性や意見を聞くということです。注意していただきたいのは、セカンドオピニオンを正しく受けるためには、主治医にセカンドオピニオンに行きたいということです。

県立静岡がんセンター
乳腺外科部長
高橋　かおる 氏

まず主治医の方針を聞く

手術に際し、患者さんから「手術しないでも治りませんか」と質問されますが、乳がんに限って言えば今のところ答えはノーです。抗がん剤だけで乳がんが消えるといったことは時にはあるのですが、本当にがんが消えたかどうかは、その部分を取らなくてすむ。これはセンチネルリンパ節生検で、色素やアイソトープ（放射能をだす物質）を用いて、がんが流れやすいリンパ節を探し出し、これを手術中に調べて転移がある人だけに郭清をします。

触診習慣化で早期発見

乳がんは早く見つけるほど、生存率が上がって命が助かります。さらに乳房やリンパ節を取らずに済む可能性も高くなります。一方、がんは進行するほど、治療費も高額になります。「元気に、安く、美しく治す」ためにも、何よりもまず早期発見が重要です。そのためには、自己触診をしっかりやること、そして定期的に乳がん検診を受けるようにしましょう。

特に、自己触診は、本日から始め、自分の習慣にしてください。

がんとともに～生きる力～

鳶巣 賢一（とびす・けんいち）氏
県立静岡がんセンター　病院長
1974年京大経済学部卒。82年同医学部卒後、同附属病院泌尿器科、滋賀成人病センター、国立がんセンター病院泌尿器科がん臨床医を歴任。2002年から静岡がんセンター病院長。

あるがん患者の選択

本日は、全7回の総括として、これまでの知識をどう生かすか、医療者との信頼関係を築くためにどのような配慮が大切か、についてお話させていただきます。

私たちは、生まれてから死に至るまで、長い人生を生き続けます。その途中で、多くの選択の機会があります。その時には、必ず、自分にとってもっとも納得のいく選択肢を選び取っているはずです。このことは、病気になったときでも同じことです。この選択の仕方が、その人の生き方の特徴、考え方をよく表しています。

他方、医療者は、患者さんのがんの状態に合わせて最適な選択を一緒に考えることがその役目です。

私が関わった2人の患者さんの選択をご紹介します。はじめに、右の腎臓に20㍉の大きさの腎臓のがんが偶然発見された76歳の女性です。自覚症状はなく、たまたま検診でCTや超音波検査を受け発見できたタイプのがんでした。

この女性は、軽い心不全の状態です。脳梗塞で寝たきりの夫の介護を自宅でしているため、最初の担当医から「入院して手術を」と提案されましたが、長期の入院は難しいと断り、相談に来ました。

初めての会話で、がんだと素直に告げました。その次の続きが大事なのですが、すかさず「でも、そんなに心配ないと思う」と付け加えました。現在どこにも転移はなく、1年ぐらいは何もせず、どうするか考えていても構いませんと話したところ、少しうつ気味だった女性が話を聞いてくれる状態になりました。その後の検査でも、進行が遅いということが裏付けられました。

しかし、その後、問題が起こりました。胸のしこりが乳がんだと診断されました。この時点で、腎臓がんと乳がんのどちらが危険かを考えて、乳がんの手術を行い、薬での治療も開始しました。やはり、腎臓がんより、乳がんの方が寿命に影響すると考えられました。その後は、乳がんからの再発がないかどうかを見比べながら、かつ、腎臓がんの大きさの変化を追うという二つを天秤にかけることになりました。

それからもう4年がたち、女性は80歳を超えました。心配していた乳がんからの再発はありません。腎臓がんは、少し大きくなり、20㍉から25㍉になりました。しかし30㍉を超しても寿命にはすぐに影響しない状態であることが多いので、私はまだ、あわてることはないとは思っています。この方がこれから元気で過ごす「期待余命」や、夫の介護、この病気の進行具合を思うと、本当に医療者が腎臓の手術を推奨してよいかどうか、迷っているのも事実です。

いわゆる「経過観察」は医療者側の度胸が試される判断です。症状が悪化した場合の責任をどうとるかという問題があり、医療側からすれば、「怖いから何でもやっておく（手術する）」場合もあります。

一方、患者さんが過去の自分の選択を悔やまないかという心配もあります。医師として医療判断を責められることはあっても、その結果は患者さんの体にしか返ってきません。私は「それでもいいですか」と恐る恐る聞いています。中には「結構です」とはっきり答える患者さんもいますが、この女性はまあ、もうそうなればしょうがない」という返事をしてくれました。

次回の受診日でも同じような会話をしながらこの方にとって最適な判断をするための相談をする予定です。

次の例は精巣がんにかかった27歳の男性です。肺などに転移があったことから、最初に抗がん剤の治療をして、小さくなったタイミングで残った病巣を手術で取り出す方針を立てましたが、何種類もの抗がん剤を試しても効かず、手術できる条件になりませんでした。

残された選択肢は2つに絞られます。1つは、大変厳しい判断ですが、これ以上続けても体がぼろぼろになるだけなので、「残された時間を有意義に使いませんか」と促すことです。

それを避けるかのように、試験的にあの治療がある、と治療を続行することがあります。しかし、続ければその分副作用が出て、最後はがんで亡くなったのか、副作用で亡くなったのか分からないような「泥仕合」的な状況になることも少なくありません。

話し合いの結果、この男性は治療をあきらめ、住み慣れた故郷に帰ると判断しました。私は、帰郷に先立ち地元の医師に病状を説明、男性には「危険な状況になったときは緊急でもいいからすぐに病院に」と伝えて送り出しました。それから間もなく、男性は亡くなりました。

県立静岡がんセンター
病院長
鳶巣　賢一 氏

最適な選択は自立から

二人が下した選択の背景には医師との信頼関係があると思います。医療者と患者との間で信頼関係を築くためには何が必要なのでしょうか。

医療者側にはプロとして、病気の状態、将来像に対する判断力が必要です。その上で、しっかりとした死生観と覚悟がなければいけません。相撲のがっぷり四つのように、目の前の患者さんと本気で向き合わなければ、「恐ろしい話」を切り出せないからです。相手の気持ちに共感していないと、自分の言っていることが患者さんに通じないと思います。私は40歳半ばころからようやく四つに組めるようになったと感じています。

深刻な状況を伝えることは誰にとっても負担が大きく、時間もかかります。しかし、一般的な現在の医療現場では、医師、看護師不足から、時間的、精神的な余裕が不足しています。さらに、一般の公的病院は経営赤字の解消を厳しく迫られ、今後も理想的な医療ができない状況が続き、ますます余裕がなくなる可能性があります。

一方、患者さんの側には、一層の自立が求められています。限界のある状況下で自分らしい選択をし続けることは大変難しいことです。しかし医療者との信頼関係を築くためには、まず患者さん自身が自分のことを決め、意思表示することが基本だと信じます。酷な表現かとも思いますが、がんになり、厳しい状況下で最適な選択肢を一緒に考えるということは、患者、医療者両者に与えられた人生の修行だと思うしかないのです。この際に、出会った者同士が自立していれば、二人の信頼関係はかなり強固なものになります。

医療者すべてが完成した人格者ではありません。時々、「あの人も人の子なのだ」と思い出してください。人生において、お互いに修行を重ねる発展途上人であるという現実を理解してください。

医学は科学ですが、医療の現場では医療者と患者さんの合作による物語が展開されます。がんと向き合い、互いを信頼し合って一生懸命日々を生きたら、きっとお互いに、充実した、実りのある人生の時間を実現できると思います。皆さんにも、気持ちを前向きに保ちながら、切実で重要な問題を一生懸命、医療者と一緒に考える風景を連想していただきたいと切に願います。

タウンミーティング ◆質疑応答◆

事前や当日寄せられた質問を中心に山口建総長を交えて質疑応答が行われました。紙面の都合により、本講座の内容に即した質問事項をまとめました。

Q　マンモグラフィー検診を受け、石灰化があるといわれました。乳がんに関連する可能性はありますか

高橋　石灰化には、母乳を分泌する乳管の中で分泌物が固まって結晶化し、白い石のように写る場合と、がん細胞が乳管に詰まり、死骸になって写る場合があります。マンモグラフィーだけで良性とわかる石灰化もありますが、がんか良性かの区別が難しい石灰化では詳しい検査が必要です。最近では、狙った石灰化部分を正確に採取できるマンモトーム検査も普及しています。

Q　がんでの生存率は体の場所により違いますか

鳶巣　全ての臓器のがんに目安となる生存率は出ています。通常、治療が終わって5年後まで生存していれば、そのがんはほとんど治ったと考えられますが、乳腺や、前立腺がんなどは10年間は警戒が必要です。また、日本ではがん登録が徹底されていないので、雑誌などに掲載されるデーターは正確ではない部分があります。さらに、病気の進み具合は個人によるため、一つの数字が万人に当てはまるわけではありません。あくまで、基準的な目印です。

山口　7回の講座を通じて、さまざまながんがあることを学んだと思いますが、やはり、がんにならないために、予防と早期検診が大切です。禁煙や生活習慣の改善を心がけましょう。