

はじめに

「あとは緩和……」と、宣告された方に読んでいただきたい

皆さんは、「がん患者」という言葉にどのようなイメージをお持ちでしょうか。

単に「がん患者」といつてもさまざまです。がんと宣告され、これから治療を受けようという患者さん。治療を受けて完治した患者さん。現在進行形で治療中の患者さん。ひとまず治療が一段落した患者さん。がんが再発したり、転移したりで、再び治療中の患者さん。そして、がんがいよいよ進行し、終末期を迎えた患者さん……などなど。皆、同じ「がん患者」ではあっても、状況は異なります。

そうしたなかで、本書を真っ先に読んでいただきたい患者さんは、ある意味、医師に見放されたがん患者さんです。特に、「……あとは緩和医療を受けることをお勧めします」と、医師に宣告された患者さん、および、その家族の方々です。

申し遅れました。私は、九州で医師になり、癌研究会附属病院などの外科医を経て、

現在は東京都内で、クリニックを開業しているがんの診療医です。癌研時代には、呼吸器のがんを中心に外科手術に携わっていましたが、現在は、ほぼすべてのがんを相手に、抗がん剤での治療を行っています。

「なんだ、それならよその病院と同じじゃないか」

と、思われる方もいらっしゃるでしょう。けれど、私手がける抗がん剤治療は、多くの病院とその使い方が異なります。ごく少量の抗がん剤（低用量）による治療を軸にしたものです。

### 勝てないがんに、「勝つ」ための治療を受けている

「ごく少量？」「低用量？」「なんじゃ、それ？」

そう思われるのも当然です。皆さんが受けてこられたがん治療は、すべからく「がんに勝つ」ための治療であったのではないかと推察します。

しかし、私が行っているのは、「がんと引き分ける」ための治療です。引き分けは、

勝ちでもありませんが、負けでもありません。負けなければ、少なくとも命を失う状態には至らない——。それが私の考える、病態によつては最善のがん治療だからです。

私のクリニックを訪れる患者さんは、大学病院、総合病院といった基幹病院から、

「もう治療はありません」

「あとは緩和や、ホスピスでのケアを考えましょう」

と、宣告された方がほとんどです。

これ以上、治療法がない、副作用や合併症により治療継続が不可能、治療による副作用がたつらく、患者さんサイドが治療継続を望まない——といった理由で、「あとは緩和」と宣告されながらも、体調自体はまだそう悪くはなく、ある意味、普通に日常生活を営んでいる患者さんたちです。

そうしたがん患者さんたちに共通していることは、皆さん、がんそのものへの治療を求めていらつしやることです。まだ、通院できる体力があるのに、これまでの担当医からは、もう治療法がないと見放されたことに、皆さん、納得がいかないのです。

「なんの治療もせず、死ねというのか」

「ただ死に向かうために、緩和ケアやホスピスの予約をし、その日を待つだけなのか」

そんな不満を持った方々は、

「何かできる治療はないのか——」

と、さまざまようことになり、「がん難民」と呼ばれるようになります。

### がんと「引き分ける」ことは、勝ちに等しい

開院から8年以上がたちました。さまよった末に、がんと引き分けることを目指した患者さんのなかには、8年前に末期がんと言われ、その後8年間も「末期」のまま通院を続けている患者さんもいらっしゃいます。もちろん、がんが完治したわけではありません。けれど、がんの進行をコントロールすることで、引き分けをずっと続けているのです。これは、ある意味、勝ちと同じと私は思っています。

「あとは緩和」と宣告された患者さんたちの診察を通して私が感じたことは、皆、大體同じような状況で迷い、一度は途方に暮れておられます。本来、がん診療は個々の患者さんの特徴をとらえながら進めていくものでしょうが、私のクリニックにたどり着いた患者さんたちは、皆、どこか似たような状況で行き詰まった体験をされているのです。皆さん、問題点の根幹は似かよっているということです。

### ますます増えていく「がん難民」

「がん難民」化する患者さんは、今後ますます増えるいっぽうです。開院してからの8年間に、がん患者さんを取り巻く環境が変わっていないことの表れとも感じています。

現在のがん診療には進歩したこともあれば、問題点もあります。がんと向き合うことをやめてしまう患者さんも多くなったように漏れ聞きます。けれど、闘っている患者さんもたくさんいらっしゃいます。その現実のなかで、がん患者さんほどのようにご自身の診療を組み立てていくのがよいのか——。

少なくとも、「今」できうることを考えなくてははいけません。  
その選択肢を考えるとときに、本書が少しでも皆さんのお役に立てればと思います。

三好 立

がんは  
引き分けに  
持ち込め

目次



はじめに<sup>1</sup>  
「あとは緩和……」と、  
宣告された方に読んでいただきたい

## 第1章 「がん難民」が増えている

- 1 「治る人、半分」「治らない人、半分」——それが、がんの現実 18
- 2 がんの「標準治療」は、手術、抗がん剤、放射線 19
- 3 標準治療には「終わり」がある<sup>23</sup>
- 4 「緩和ケア」だけでは納得がいかない患者さん 25
- 5 「がん難民」とは、希望と治療を求めてさまよう患者さん 26
- 6 がん治療と緩和医療。その理想と現実<sup>29</sup>
- 7 本心では緩和医療を受け入れられない<sup>31</sup>
- 8 がんの終末期。元気で急にガクンとなり、そこから早い<sup>32</sup>
- 9 「がん難民」となった患者さんの治療プロセス<sup>35</sup>
- 10 「治療消失期間」こそが、「がん難民」を生んでいる 37

- 11 治療消失期間における、がん患者さんの動き 39
- 12 「治らないがん」の治療の目指すところは？ 40
- 13 治療消失期間のあるべき治療とは？<sup>43</sup>

## 第2章 がんと「引き分ける」選択

- 14 低用量抗がん剤治療こそが、「引き分け」を目指す治療法 46
- 15 低用量でも、がんの増殖にブレーキはかけられる 49
- 16 がんと「引き分ける」ことは、勝ちに等しい<sup>50</sup>
- 17 標準抗がん剤治療と、低用量抗がん剤治療の違い 52
- 18 なぜ、一般の病院では行っていないのか？<sup>58</sup>
- 19 低用量抗がん剤治療を一般の医師はどう見ているか？<sup>59</sup>
- 20 大病院では、リスク回避の点からもやれない治療 61
- 21 低用量であっても、制がん効果には確信が持てた<sup>63</sup>
- 22 低用量抗がん剤治療では、複数の抗がん剤を組み合わせる 65

- 23 「がんの多様性」を考えて、低用量抗がん剤を使用する 88
- 24 最初は、一般的な抗がん剤の「あたり」を見る 72
- 25 低用量抗がん剤の薬の選び方や投与法は、漢方に似ている 75
- 26 低用量ではあるが、副作用がないということではない 78

### 第3章 「引き分け」に持ち込めた患者さんたち

- 27 低用量抗がん剤治療での1回投与量の目安 84
- 28 ●引き分け症例1 「余命3か月」とされた肺がんの50代女性 85
- 29 「余命3か月」のはずが、すでに1年半経過 88
- 30 ●引き分け症例2 大腸がんが肺に転移した70代女性 89
- 31 ●引き分け症例3 胆管がんの70代男性。手術をせずに通院中 92
- 32 ●引き分け症例4 脾臓にできためずらしい血管肉腫の60代男性 95
- 33 ●引き分け症例5 白血球数減少で治療ができなくなった乳がんの女性 99

### 第4章 「引き分け」を目指したら、がんが縮小した

- 34 ●がん縮小症例1 「もって半年」の膵臓がんが、想定外の縮小 104
- 35 ●がん縮小症例2 肝転移もあった、若年性トリプルネガティブ乳がん 107
- 36 ●がん縮小症例3 50代男性。骨盤内肉腫で肺転移 110
- 37 ●がん縮小症例4 60代女性。子宮体がんで肺転移 113
- 38 ●がん縮小症例5 50代女性。子宮頸がんの肺転移 116
- 39 80歳以上、ご高齢の方ががん治療とリスク 118
- 40 低用量なら、90歳でも抗がん剤治療を受けている 120
- 41 ●がん縮小症例6 80代男性。直腸がん 122
- 42 ●がん縮小症例7 70代男性。たばこを吸う人の肺がん 125
- 43 ●がん縮小症例8 50代女性。卵巣がん直腸浸潤あり 127
- 44 ●がん縮小症例9 がんが消えた腎盂がんの両肺転移 130

## 第5章 がん「引き分け症例」の真実

- 45 「都合のよい症例だけでは？」という疑問のために 134
- 46 追跡した内訳は男性124人、女性217人 135
- 47 疾患制御率は、52・5% 138
- 48 最長通院者は、8年通院する肺がん患者さん 140
- 49 副作用は「グレード0〜1」がほとんど 142
- 50 ムカムカするなど、多少の吐き気はあるが…… 144
- 51 抗がん剤という「毒」を、使い続けることの問題はないか？ 146
- 52 いつまで治療は可能か？ 147
- 53 結論。低用量抗がん剤治療は「水」ではない 150
- 54 偶然は何度も起きない 152
- 55 再現性のある、身体にやさしい「心の化学療法」 155

## 第6章 低用量抗がん剤治療と先進医療

- 56 複数の治療法で「引き分ける」選択 158
- 57 ●ベストミックス症例1 肺がん×放射線治療（ガンナイフ） 159
- 58 ●ベストミックス症例2 胃がん×CART（腹水濾過濃縮再静注法） 163
- 59 ●ベストミックス症例3 食道がん手術後×血管内治療 167
- 60 ●ベストミックス症例4 転移性骨盤内カルチノイド×外科手術 172
- 61 ●ベストミックス症例5 副腎転移×外科手術 176
- 62 肺がん×自家がんワクチン療法 その考え方 180
- 63 ●ベストミックス症例6 肺がん×自家がんワクチン療法 その実例 184
- 64 ●ベストミックス症例7 がん×分子標的治療薬 188
- 65 ●補足1 Ⅱ「温熱療法」との併用 191
- 66 ●補足2 Ⅱ「漢方薬」との併用 194
- 67 ●補足3 Ⅱ食事療法との併用 その考え方 196

## 第7章 「引き分ける」ための地元主治医の見つけ方

- 68 ●補足4 Ⅱ食事療法との併用 その実践 198
- 69 ●補足5 Ⅱ高濃度ビタミンC療法との併用 202
- 70 ●補足6 Ⅱ健康食品、サプリメントとの付き合い方 204
- 71 地元の主治医に見守ってもらおう体制づくり 208
- 72 見守り型の医師で、耳を傾けてくれる医師を見つける 209
- 73 急変時に、「たらいまわし」の扱いを受けないために 211
- 74 地元主治医は必ずしも、がん専門医である必要はない 213
- 75 地元主治医への具体的な「お願い」の仕方 215
- 76 主治医が代わるときは、診療情報提供書をもろう 220

## 終章 最後まで生き抜く緩和治療を

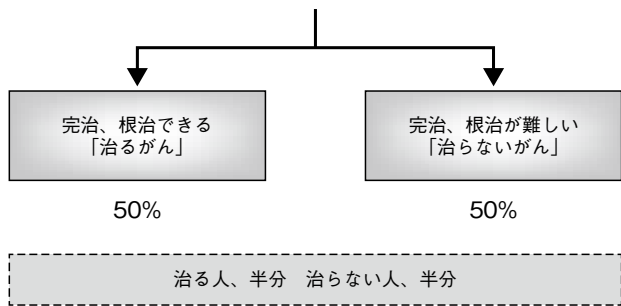
- 77 がん治療はひとつずつ、粛々と 226
- 78 最後まで頑張ることも、緩和治療のひとつ 227
- 79 「2人にひとり」が、がんで死ぬ時代へ 229
- 80 「がん難民」の診療は、町医者が主役でいい 231
- 81 思い描く「がん診療のかたち」 233
- おわりに 236
- 上薬若水（上薬は水の若し）

「おことわり」

本書で紹介している抗がん剤などの薬剤は、「一般名」で記載しています。ただし、一部を「製剤名」で記載している場合があります。

## 第1章 「がん難民」が増えている

### 年間98万人が新たにがん患者となる



#### 1 「治る人、半分」「治らない人、半分」——それが、がんの現実

現在の日本では、年間に100万人近い方が「がん患者」の仲間入りをしています。2015年4月に公表された国立がん研究センターがん対策情報センターの予測によれば、2015年にがんと診断される方（罹患数）は98万人になるとされ、死亡数も年に37万人を超えるとの予測値でした。

「国民の2人にひとりのがんになり、3人にひとりのがんで亡くなる」

もはやがんは、誰しもがかかる国民病としての様相を呈してきています。

がんと診断された患者さんは、半分が現在の医療で完治、根治できる「治るがん」です。しかしながら、残りの半分は完治、根治が難しい「治らないがん」となります。がんを治したいという願望は皆さん同じです。けれども、がんと診断されてから、がんが「治る人」と「治らない人」に分かれるのが現実です。

もちろん、早期にがんが発見されればされるほど、治る確率は上がり、発見が遅れると治る可能性は低くなります。しかし、がん全体としては、がんと診断された時点

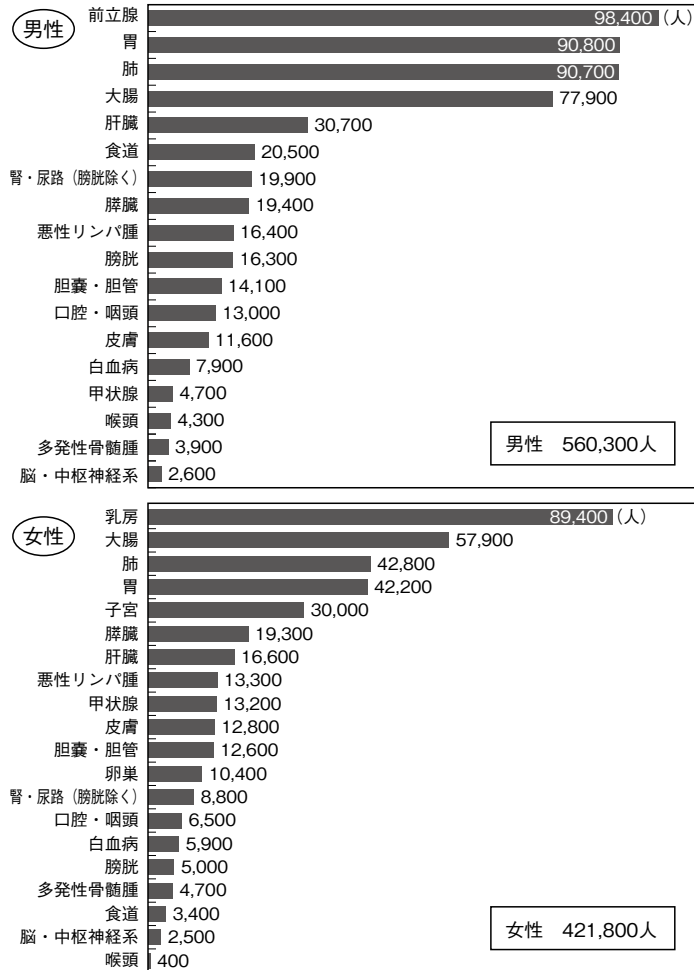
で治るか治らないかは、大変ざっぱですが、50%の確率だと感じています。これは、がん診療にあたっては医師としての私の感覚ですが、まずは患者さん、および、その家族の方は、この数字の事実を頭に入れる必要があります。

「治る人、半分」「治らない人、半分」——です。

#### 2 がんの「標準治療」は、手術、抗がん剤、放射線

現在、がんの治療は手術、抗がん剤治療（化学療法）、放射線治療を3本柱とし、大学病院、がん専門病院、総合病院などの基幹病院を中心に行われています。もちろん、前立腺がんや、乳がんにおけるホルモン療法、早期膀胱がんに対する免疫治療、早期肺がんでの「光線力学的治療（PDT）」や肝臓がんでのラジオ波焼灼術など、患者さんのがん種

### 2015年のがん罹患予測



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

や病状によっては、治療法のバリエーションは多岐にわたりますが、やはり治療の中心となるのは前述の3本柱です。

また、EBM (Evidence Based Medicine = エビデンスベースドメディスン) という言葉を聞いたことがあるかと思いますが、エビデンス (科学的根拠、証拠、実証データ) に基づいた医療のことです。

今日の日本の医療は明治維新とともに採用された西洋医学が中心です。西洋医学は、科学的論理性、実証性を要<sup>かな</sup>として、厳格な臨床試験をベースに発達してきた医学です。そのため、日本では科学的根拠、つまりエビデンスを重要視した最良と思われる治療法が「標準治療」として、保険診療で患者さんに提供されています。

「標準」という言いまわしは、誤解を招く可能性がありますが、標準治療とは保険診療における最善の治療 (ゴールドスタンダード) を意味します。

つまり、日本の保険診療に、たとえば標準以上、つまりスペシャル医療などのランクがあるわけではありません。現時点でその病気に対するさしあたりベストと評価されている治療法ととらえてください。がんの場合も同様です。むしろ、「標準治療」の「標準」の意味するところは、北は北海道から、南は沖縄まで、多少の地域差はあ

### 3 標準治療には「終わり」がある

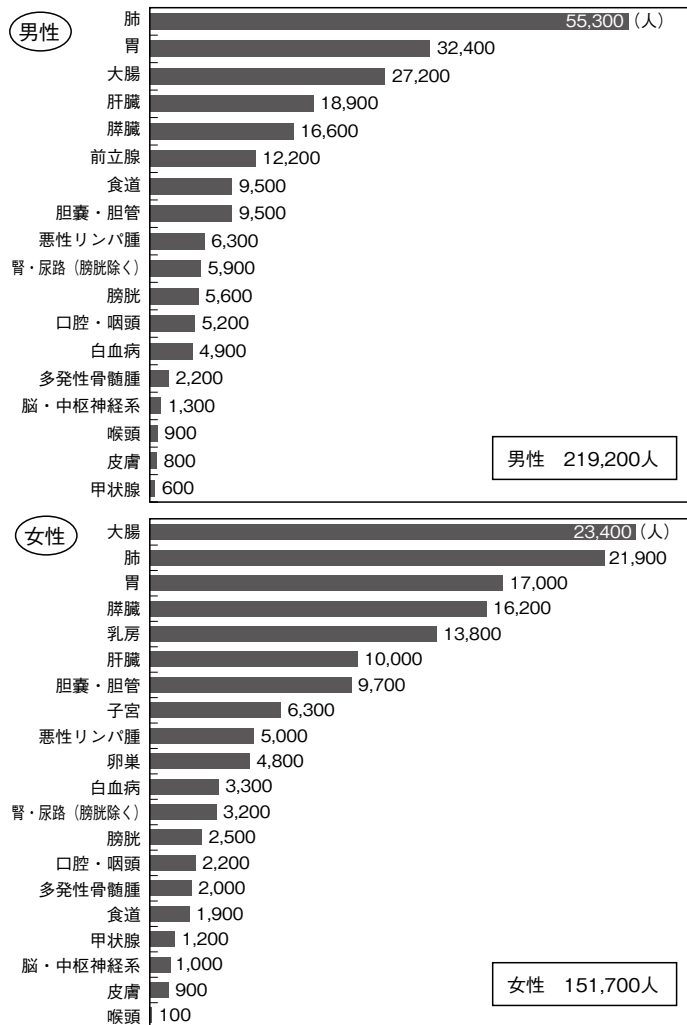
次に日本のがん診療の全体像は、手術、抗がん剤治療、放射線治療の3本柱を中心とした「標準治療」と、「緩和医療」の2つに大きく分けられます。緩和医療とは、がんに伴う痛み、精神的苦痛の除去を目的とした医療行為全般のことです。がんそのものを叩こうとする治療行為ではありません。

標準治療を使いきった、あるいは標準治療ができなくなった時点で、がんそのものに対する治療がなくなりますので、

「もう、治療はありません。あとは、緩和医療をお考えください」と言い渡されることとなります。

とはいえ、日本中どこに住んでいても、ほぼ同程度の治療内容が患者さんに提供される、という意味での「標準」ということです。そういった医療体制が取られていても、「治る人、半分」「治らない人、半分」であることは変わりません。にもかかわらず、がん患者さんの多くは、標準治療の医療体制のもと、まずは「がんを積極的に叩く治療」にほぼ自動的に入っていきます。

2015年のがん死亡予測



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」



このような状況の患者さんは、再発がん、進行がんといった完治、根治の難しい「治らないがん」なので、外科切除や放射線治療の適応は限られてくるため、ここでクローズアップされる標準治療とは、必然的に抗がん剤治療を指すことがほとんどです。つまり、全身状態はよいけれど、所定の抗がん剤を全部使いきった、あるいは抗がん剤の副作用のために、全身状態が悪化し、治療を継続しなくてもできなくなった状態などを意味します。

治療で心身ともにボロボロになる——その多くは抗がん剤治療によるものです。

「あんなつらいことはない。もう、抗がん剤治療はいやだ」

と、治療の途中で治療の継続を拒否した場合も、

「それならここでの治療はもはやありません。あとは緩和病棟などに行ってください」

と、宣告されるのが一般的なのではないでしょうか。

ほかに、抗がん剤治療の副作用で苦しんだ身内や知人を見たことで、最初から「抗がん剤治療はやりたくない」という患者さんも同様です。その場合も、

「それなら、手術も放射線治療もできませんので、ほかに提供できる治療はありません

ん」

と、なります。

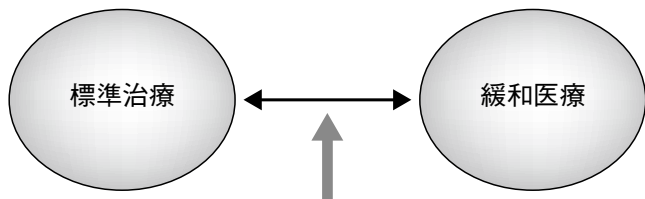
仮に緩和医療を選ばなかったとしても、一般的な病院では、そこから先の治療は限られてきます。がんの進行に伴い、起きてくるさまざまな症状に対処する対症療法が一般的です。貧血がひどくなれば、輸血することもそのひとつ。痛みが強くなってくれば、痛みを止める薬を処方してもらう……と、やはり治療は痛みを和らげる治療だけが残された治療となってしまうのです。つまり、緩和病棟へ入らなくても、そこでの治療は緩和ケア寄りになっていくのです。

#### 4 「緩和ケア」だけでは納得がいかない患者さん

ところが、「もう治療はありません」「緩和医療や、ホスピスケアへ」と言われた段階で患者さんは、まだ「元気」で通院できる体力があることが多いのです。ですから、なんの治療もせず、死に向かうために緩和ケアやホスピスでその日がくるのをただ待つだけという流れに不満を持っています。

「何かできる治療はないか？」

## 日本のがん治療の現状



この間がすっぱり抜けている。  
治療の行き場を失った「がん難民」の多くは、この部分にいる。

間に大きな隙間が存在することにより生まれます。そして、「がん難民」のほとんどはこの隙間にいます。この隙間をいちばん実感しているのは患者さんご本人、あるいはその家族の方々でしょう。

この隙間では、「治療はない」が前提のため、標準治療の提供場所である大学病院、がん専門病院といった基幹病院で、どんなにセカンドオピニオンを求めても、解決策が出てこないことが多いのです。

いっぽう、緩和医療では、モルヒネによる疼痛コントロールや胸水・腹水を抜き取るなど、がんに伴う症状の緩和行為は行うものの、がん病巣そのものに対しての医療行為は何もしないで「人生の終日」を待つのが現状です。

がんそのものへの治療を要望しても「もはや延命効果が見込めない」ということで治療がなくなるのです。

「本当に、もうあきらめなくてはいけないのか？」  
という思いから、希望と可能性を求めて、なんらかの治療を求めてさまよう患者さんが世の中にはたくさんいるのです。

そんな患者さんたちのことを、いつの頃からか、「がん難民」と呼ぶようになってきました。

「がん難民」という言葉をインターネットで検索すると、65万件もの関連する事柄がヒットします。標準治療では打てる手がなくなった患者さんのことをおおむね指しています。では、「治らないがん」の患者さんが皆、「がん難民」なのかというと、それも違うようです。

## 5 「がん難民」とは、希望と治療を求めてさまよう患者さん

私は「がん難民」を、  
「なんらかの治療、希望、可能性を求めてさまよう患者さんたち」と定義しています。ここでのキーワードは「さまよう」です。

さまよう患者さんの出現は、現在の標準治療と緩和医療とに連続性がなく、両方の

しかし、多くの患者さんはたとえ緩和病棟を勧められようと、「冗談じゃない。座して死を待つわけにはいかない」「これでは悔いが残る」と、いつまでもがんそのものに対するなんらかの治療行為を求めています。

少し前の調査になりますが、望ましい死を迎えるために、がん患者の8割は「最後まで病氣と闘うこと」が重要と回答していたそうです。それに対し、医師で「最後まで病氣と闘うこと」を重要と回答した人は「2割だった」と、東京大学の研究グループが発表しました。2009年のことです。東京大学医学部附属病院の放射線科外来を受診中のがん患者さんに加え、医師、看護師、一般都民まで含めた1000人を超すアンケート調査から得られたものです。医療サイドの思いと、患者サイドの思いのギャップが数字で明らかにされたということです。

さて、こういった「がん難民」と呼ばれる患者さんは今後ますます増えていくでしょう。なぜなら、現在の「3人にひとりのがんで死ぬ」といわれている時代から、いずれ、「2人にひとりのがんで死ぬ」時代がくるといわれていますので、必然的に

その数は増えることになります。

## 6 がん治療と緩和医療。その理想と現実

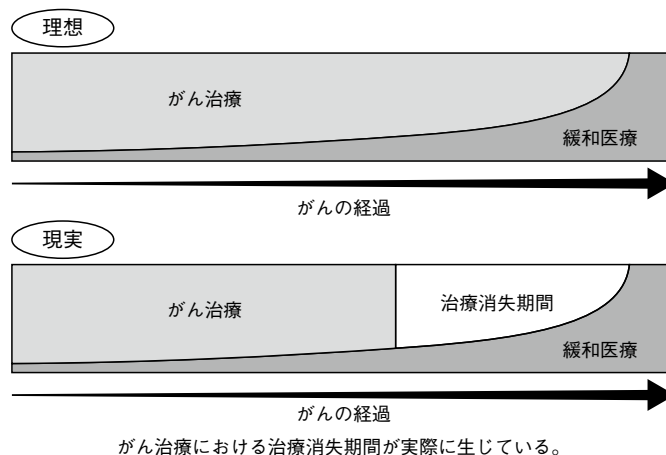
では、「治らないがん」の診療の現実を見てみます。

がん診療は大きく「がん治療」と「緩和医療」に分かれることは前述しました。ただし、がん診療を総合的に見ると、これらの2つは、別々に、あるいは対立させて考えるのではなく、双方が相補的に必要とされることで成り立っています。

つまり、「治るがん」の患者さんや、診断初期の治療開始時点では「がん治療」が中心となり、「緩和医療」の占める割合は少なくなるのに対し、強度進行がんや、再発がんといった「治らないがん」の患者さんにおいては、がんの経過に伴い、「緩和医療」の比率が徐々に多くなっていきます。

ここで、「がん治療」と「緩和医療」の比率の移行が、がんの経過に伴い、切れ目なく、なだらかに実践されることが理想とされています。双方は、コインの表裏、飛行機の左右の翼と同じで、どちらかが欠けると、がん診療はバランスを失い、形を成さなくなります。

## がん治療と緩和医療 理想と現実



まず、がん治療と緩和医療の「理想」の状態を見てみます。

最初は「がん治療」が診療のメインを占めていたものが、がんの経過に伴い徐々に「緩和医療」の比率が多くなっていき、最終的には、「緩和医療」が「がん治療」に完全に置き換えられますよということを表しています。いっぽうでは、結果としてがんが治せない、治らなかつたという現実をも意味しているのですが、いずれにしても、「治らないがん」は少しずつ、なだらかに「がん治療」の比率を「緩和医療」に移行させながら、「看取り」に向けて人生をソフトランディングさせようということなのです。

### 7 本心では緩和医療を受け入れられない

では、実際に「がん治療」と「緩和医療」は図のように切れ目なく、なだらかに相補関係を保ちながら移行できているのでしょうか。

じつは、その点こそが、現在のがん診療の現場の抱える問題点であり、「がん難民」を生み出す最大の土壌となっているのです。結論から言うと、がん治療から緩和医療への移行は、なだらかではありません。その瞬間は突然です。

「もう治療はありません。あとは緩和ケアとなります」

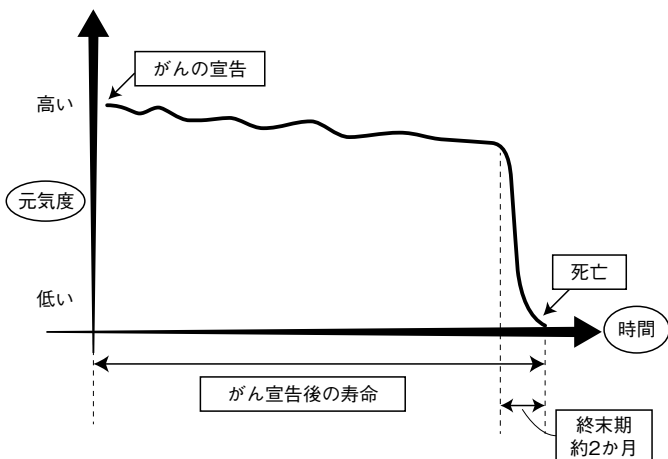
「治療は終わりましたので、緩和病棟、ホスピスの予約をしましょう」

などと、ある日、担当の医師から突然告げられます。

のちに、私のもとを訪れた患者さんのなかには、そのときの心境を「青天の霹靂」と表現した方もいました。

「えっ？ まだ元気なのに。まだ頑張れるのに。もう治療は終わり？ 治療がないってどういうこと？」

がんの宣告から、亡くなるまでの元気度



せらうえでも重要なプロセスなので、こ  
こは避けてどうか直視していただきた  
いのです。

少し衝撃的かもしれませんが、「治ら  
ないがん」の経過です。上の図のごとく  
となり、いずれは、がんの進行が原因で  
人生の終日を迎えます。

グラフは縦軸が「元気度」、横軸が  
「時間」です。がんと宣告されてから、  
亡くなるまでの期間が患者さんの残され  
た寿命です。

がんは、心筋梗塞や脳卒中のような急  
性期疾患と違い、経過はゆっくりとして  
おり、がんの宣告を受けた後も、図のよ

「緩和ケア？ 緩和に行けつていうけど、緩和はがんの治療はなしでしょ？ あとは死ぬだけってこと？」

といった感じで、「突然、はしごがはずされた」という思いの患者さんがあまりにも多いのが、現在のがん診療の現実です。

机上の理論では、がん治療から緩和医療への移行はなだらかにいつているはずなのですが、突然の治療終了宣言のために、現実には「がん治療」が存在しない「治療消失期間」が存在してしまうのです。ですから、がん治療と緩和医療の「理想」の図（30ページ、上）ではなく、「現実」の図（30ページ、下）のほうが正しく現在のがん診療の状況を表しているといえるでしょう。

8 がんの終末期。元気でも急にガクンとなり、そこからが早い

「がん難民」について、さらに踏み込んでいくためには、まず「治らないがん」の経過がどのようなものかを見ていく必要があります。いずれは訪れる「終末期」や、「死」を直視しなくてはならないため、できれば目を向けたくないところでもありますが、がんの診療の全体像を見通し、自分の治療プラン、治療目的をはっきりとさ

うな比較的特徴のある経過をとりまします。

つまり、がんは身体の中にあっても、まだまだ元気な方はすぐに身体が弱って、死に至ることはありません。日常生活を普通に過ごしている方がほとんどです。もちろん、抗がん剤治療などによって体調を崩したり、状態の善し悪しの波はあるにしても、一定の元気で日常を過ごすことができることが一般的です。「がんが悪さをしなけりゃ、身体は元気」という状態こそ、がんの特徴のひとつを顕著に表しているのです。ところが、ほぼ平行に推移していた元気のグラフが、ある日、あるとき、こればかりは神様にしかわかりませんが、急にがんの勢いが増して下降線を描きはじめます。それまでの、身体の力と、がんの力が、パワーバランスを保ちながら生体を維持していたところから、急に体内の勢力図が書き換えられていくかのようです。

そして、ここから亡くなるまでの期間が、いわゆる「終末期」となります。米国医師会雑誌『JAMA』(Journal of the American Medical Association)の論文では、残された時間は「約2か月」とされています。もちろん、この期間は平均値であり、実際にはもっと短い患者さんもいらっしゃるでしょう。

治らないがんの経過をまとめると、

「がんではあっても、当面はずっと元気。ところが、ある時期、急にガクンときて、そこからが早い」

となります。遺族の方々の、

「この前まで、あんなに元気だったのに……」

「こんなに急に逝ってしまうなんて……」

という言葉はある意味、がん患者さんの経過を正確に表していると言えるでしょう。

## 9 「がん難民」となった患者さんの治療プロセス

さて、「がん難民」と形容される患者さんの、実際の治療過程に踏み込んでみましょう。私のクリニックを訪れる患者さんは、当方での治療をはじめの前は、皆すべからく「がん難民」と呼ばれていた患者さんたちです。縁あって、私のクリニックにたどり着くまでは、「なんらかの治療と、希望や可能性を求めてさまよっていた」患者さんばかりです。

454例の治療背景を見てみますと、以下のようなものでした。

- 標準治療をやり終えた、もしくは適応となる標準治療がない。 178例 (39・2%)
- 副作用がつらく、これ以上の治療継続を希望しない。 114例 (25・1%)
- はじめから標準治療や、抗がん剤治療を希望しない。 89例 (19・6%)
- 高齢や併存疾患があることなどの理由で、副作用、合併症発症の可能性が高く、そもそも標準治療が受けられない。 34例 (7・5%)
- そのほか。 39例 (8・6%)

ここでの9割超の患者さんたちの共通点は、理由はどれであれ、標準治療が受けられず、「治療がない」という点です。

そして、もうひとつの共通点は、こういった患者さんのほとんどが「元気である」ということです。皆さん、普通に日常生活を送られています。仕事をされている方もおられます。何も知らない他人が見たら、教えられない限り、がん患者とは気づかないことが多いでしょう。つまり、

「元気なのに、治療法がない患者さん」

これこそが、「がん難民」と呼ばれる患者さんたちの特徴です。元気だから、からだ身体も頭もまだ十分動きます。標準治療ができなくなったところを、それでも何かないと、治療と、希望、可能性を求めてさまようことになるのです。こうして、「治らない」がん患者さんは、本人も意識してか、しないでか、「がん難民」になるのです。

## 10 「治療消失期間」こそが、「がん難民」を生んでいる

ここで、先の2つの図(30、33ページ)を組み合わせた別の図(38ページ)で、「治らないがん」の経過と治療の流れを、同時に見てみます。「がん難民」ががんの経過と診療の流れのどの部分で生まれているのが、視覚的にさらにわかりやすくなります。

治らないがんでは、治療経過のなかで、標準治療が終了した時点で、「あとは緩和……」の宣告を受けることとなります。

そのことは、「あとは緩和……」の宣告を受けた患者さんの側からすると、治療の

「がん難民」となるのです。

## 11 治療消失期間における、がん患者さんの動き

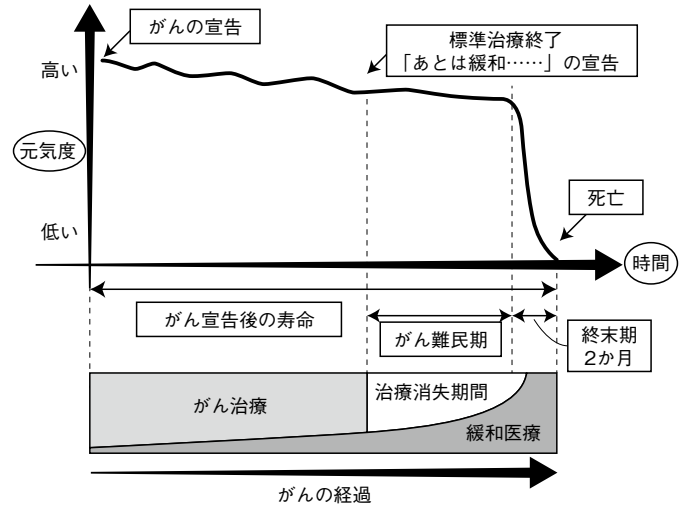
さて、標準治療がなくなると、がん専門病院や、大学病院に行っても、「治療はない」わけですから、どこに行っても、新しい治療方針はほとんど出てくることはありません。ところが、ネットを調べたり、書店に行くと、治療は「ない」はずなのに、なぜか、いろいろ出てきます。これが、患者さんがおの取り入れている代替療法、もしくは民間療法です。いくつかの例をあげてみます。

◆免疫力を高める治療いろいろ（広義の免疫療法） ◆高濃度ビタミンC点滴 ◆サプリメントいろいろ ◆漢方 ◆食事療法 ◆温熱療法 ◆玉川温泉 ◆岩盤浴 ◆ホルミシス（低放射線療法） ◆自然療法（里芋湿布、こんにやく湿布、枇杷の葉温灸……）などなど、枚挙にいとまがありません。

私のクリニックを受診された患者さんたちの初診時に、いろいろ細かい話を聞くと、病院での治療以外に、列挙したようなことを、独自に取り入れている方々がとても多

## 「治らないがん」の経過とがん治療

Lynn J: Serving patients who may die soon and their families. JAMA, 285: 925-932 (2001) を改変

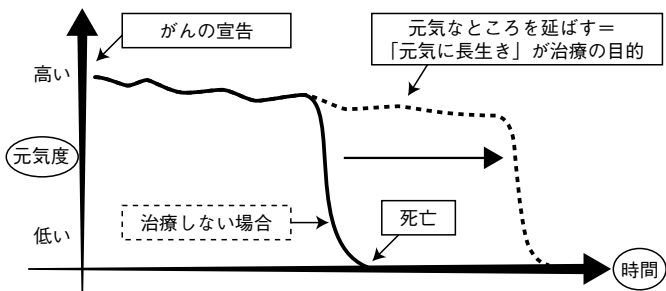


消失という突然の環境の変化に戸惑うこととなります。

今までは、主治医が進む方向をある意味、導いてくれていたのですが、標準治療の終了後、みずから何かを求めて踏み出したその先は、指針のない世界なのです。何が正しいのか、どれが信用に足るものなのか、この先どうなるのか、誰を頼ればよいのか、まったくわかりません。こうして、治療の消失とともに自分の治療の道しるべを失った患者さんは、結果として、なんらかの治療を通じて、希望と可能性を求めてさまよう「が



「治らないがん」の治療の目指すところ



私のクリニックで目指していることは、治療消失期間におけるがん診療です。  
 大きな病院でがん診療に当たっている医師にすれば、「そんなものはない」のひとことかもしれません。けれど、私は別の考えを持っています。言わば、「標準治療を使いきったあとの治療」です。  
 では、「治らないがん」における治療の目的を確認しておきましょう。「がん難民」と呼ばれる患者さんたちへの治療は、「何を」「どうする」ことを目指しているのか——ということなのです。

ある一線を超え、患者さんの元気度がガクンと落ちはじめた状態のがんを、元のレベルに引き上げることが困難です。患者さんの病状が悪い方向に進み、元気度が一気に下がりはじめると、それを引き止めること

12 「治らないがん」の治療の目指すところは？

緩和医療の目標は、がんの診断初期から終末期に至るまで、あらゆる苦痛を取り除く積極的な全人的ケアの達成にあるはずですが、しかし、がんの治療をしてほしいのに「治療がないという苦痛」「治療してもらえないという苦痛」を、緩和医療ではまず考えてくれません。心のケアには配慮をしているはずの緩和医療が、ある意味、新たな苦痛をもたらしているのです。

この、「標準治療を使いきった」あとの治療をどう考えるのか、どうするのか——。これこそが、現在のがん診療に突きつけられた大きな課題なのです。

いのです。読者の方で、患者さん、もしくは家族の方がおられたら、多少なりとも「自分と同じだ」と思う節があるのではないのでしょうか。これらの代替療法や民間療法は、必ずしも科学的根拠が十分なものとは言えず、薬にもすぎるような思いの人相手の、かなり怪しげな「がんビジネス」のようなものも含まれています。それでも、患者さんは薬にすがろうとするのです。

は残念ながらできません。けれども、元気の保たれている状態を、できるだけ長くすることはできないことはありません。つまり、それこそが、治療の目指すところとなります。

41ページの図の横線の部分を長く維持することは、「元気に長生きをする」ことを意味します。つまり、ガクンとこなければ患者さんの体調はそう悪くない状態を保てるでしょう。つまり、ずっと「元気なまま」です。がんが身体に存在していても、元気であれば、そのまま長生きできるのです。

視点を変えれば、がんは勝とうとするのではなく、「がんと引き分けを目指す」ということです。「がんと一生、お付き合いする」ということも、とらえることができます。

もちろん、がんを身体から完全に追い出して「根治したい」というのが、がん患者さん皆の共通した願いであることは重々承知しています。けれど、完治という患者さんの期待に応えることがどうしても難しい。しかしながら、「元気に長生きしたい」という希望に対しては、医療者が知恵をしぼることで、何かお手伝いができるかもしれない——ということなのです。

### 13 治療消失期間のあるべき治療とは？

「がんが治らないまでも、今の状態を少しでも長く維持できないか——」  
という患者さんに応えるのも医療の役目です。

がんは勝つことは難しくても、「引き分けを目指す」ことや、「一生、がんとお付き合い」するためには、どんな治療法があるのか——。思いつくままに条件を箇条書きにしてみましたところ、以下の7項目になりました。

- 1 「元気で長生き」につながる治療であること。
- 2 副作用が少ない、身体にやさしい治療であること。
- 3 継続性があり、かつ、効果が期待できること。
- 4 どの患者さんにも行える治療であること。
- 5 入院することなく、外来通院で行える治療であること。
- 6 治療の意志がある限り、受けられる治療であること。
- 7 経済的負担を軽減できうる治療であること。

このなかで、「継続性」というのは特に重要で、継続性があるゆえに「治療消失期間」を補填ほてんできるのです。また、経済的な継続性も重要で、標準治療以外の治療法といえば、高額な自費診療がほとんどとなるため、患者さんに経済的な負担がおよぶことも少なくありません。たとえば、「がん難民」となった少なからぬ患者さんが経験してきた免疫療法などでは、ひとつの治療コースに、200万円とか、300万円という費用が必要だった、とうかがうこともしばしばです。これでは、経済的継続性に乏しく、治療を求める患者さん皆が受けられる治療とは言い難く、まさに、「金の切れ目が治療の切れ目」になってしまいます。

治療消失期間のあるべき治療法として、今、選択肢に加えていただきたいのが、低用量抗がん剤による治療です。「はじめに」で触れたように、私のクリニックでは、すでに8年以上の実績のある治療法です。聞きなれない言葉であると思いますので、次章で詳しく説明したいと思います。

## 第2章 がんを「引き分ける」選択

#### 14 低用量抗がん剤治療こそが、「引き分け」を目指す治療法

がんは勝つことは難しくても、「引き分けを目指す」ことや、「一生、がんとお付き合い」することこそが、これからのがん治療です。

その選択肢として、私のクリニックでは「低用量抗がん剤」による治療を行っています。2007年に開院して以来、試行錯誤を繰り返しながら続けてきた「身体からだにやさしいがん治療」です。8年間に500人以上の患者さんとともに取り組んできましたが、その疾患制御率は50%を超えています（疾患制御率については、5章で詳しく述べます）。

そもそも、「治らない」とされたがん患者さんばかりであることを考慮してください。なのに、進行をゆるやかにし、引き分けの状態を続けている患者さんが半数以上もいらつしゃるのです。

患者さんの「元気で長生き」につながっている治療成績でもあり、がん診療医としてこの結果は誇りでもあります。こうした経験を重ねたことで、現在の私は、確信を

もって言いまわることが出来ます。

「元気に長寿を目指すがん治療は、引き分けを目指す治療法である」

「引き分けを目指す治療法として、低用量抗がん剤ほど、患者さん本位の治療法はない」と――。

では、低用量抗がん剤治療とはどのようなものなのか――。

簡単に表現すると、

「患者さんひとりひとりの体質と、病状に合わせた量の抗がん剤で治療しよう」というものです。

具体的には、標準治療における抗がん剤治療（標準抗がん剤治療）よりも、使用する抗がん剤の量がかなり少なくなります。がんの種類によつては、5分の1であったり、20分の1であったりと、相当少ない場合もあります。

そのため、副作用をほとんど認めません。というのも、副作用が出ないように抗がん剤の量を調節しますので、患者さんにおいては、苦痛を伴わずに日常生活を普通に

維持した状態で、治療を継続できることが何よりの特徴です。

ですから、「もう緩和ケア以外の治療はありません」と宣告された患者さんにも、治療を受けていただくことができます。よほど体調が悪くない限り、がんの終末期であっても、希望されるどの患者さんにも治療を提供することができるのです。

健康保険適用の抗がん剤の使用であれば、保険診療での対応が可能な場合もあるため、経済的にも患者さんの負担を軽くすることができます。

抗がん剤の投与は外来通院で行いますから、入院費などかかりません。身体にやさしい治療法は、患者さんの経済的負担の点でも「続けられる治療法」であることが、理解いただけるのではないのでしょうか。つまり、何か月、何年という治療の継続ができれば、と言えらるるのです。

なお、私のクリニックで行っている低用量抗がん剤治療は、国内および国外で行っている「がん休眠療法」「メトロノミック化学療法」と呼ばれる治療法と同じコンセプトの治療法と考えていただいてもかまいません。治療の細部では定義が異なる場所もありますが、基本的に「少ない量の抗がん剤投与で、がんを抑えよう」という発想

は同じです。本書ではこれらも含めて、「身体にやさしいがん治療」としてとらえ、私が通常、患者さんに説明している「低用量抗がん剤治療」を使用することにします。

## 15 低用量でも、がんの増殖にブレーキはかけられる

少し専門的な説明となりますが、低用量抗がん剤治療の目指すところは次のようになります。

「**腫瘍の原発巣、転移巣が長期にわたり増殖せず、静止したままの状態**で**宿主に腫瘍負荷をかけずに経過する状態を目指す**」

原発巣とはおおもとのがんのことで、転移巣とは原発巣から離れた臓器やリンパ節に飛び火して増殖したがんのこと。わかりやすく言い換えると、

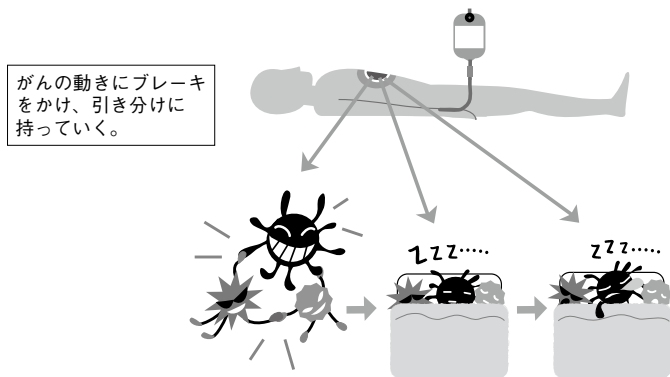
「**がんの病状に、全体として動きがない**」

ということ。そういう意味で「休眠療法」という呼び方もされるわけです。

つまり、がん治療の効果としては、押しも引かれもしない「引き分け状態」です。がん「同居・共存」し、「お付き合いしながら長生きしよう」というものです。

たとえるならば、がんの増殖に対して「キュッキュッキュツ」と、ブレーキをかけ

### 低用量抗がん剤治療の目指すところ



るイメージです。

だから、私のクリニックを訪れる患者さんたちにはこう説明しています。

「がんは、引き分けなら大丈夫です。だって今、あなたは元気じゃないですか。だから、がんは勝たなくていい。ここからは、引き分けを目指せばいいのです」

これが低用量抗がん剤治療の考え方です。

16 がん「引き分ける」ことは、勝ちに等しい

誤解のないように付け加えると、私は「治るがん」の患者さんにも、「引き分けを目指せ」と言っているわけではありません。

ましてや、がんの標準治療の否定でもありません。完治が大きく期待できる病状であれば、まずはでき

るだけ早期の段階から標準治療で治療を受けるべきです。第1章で触れたように、がん治療の根本は、手術、抗がん剤治療（化学療法）標準抗がん剤治療、放射線治療であるからです。

「引き分け」を目指すのは、あくまで再発がん、転移がんなどの根治の難しい段階に至ったがんに対してです。

治療を受けている患者さんはもちろんのこと、治療にあたる医療者も、

「このがんをなんとかしたい」

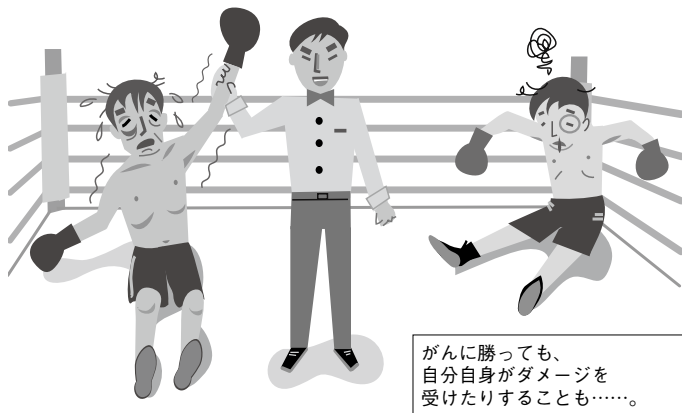
という思いで日々の治療を行っています。実際、外科医だった私は、「必ず、やっつけてやる」「制圧してやる」という意気込みですべての患者さんと接していました。

しかしながら、進行がん、再発がんなど、そもそも完治や根治の難しいがんでは、そういった思いに対して結果がついてこないことが多々あります。

治療効果の追求のあまり、身体がボロボロになってしまっている患者さんを拝見することはしばしばあります。しかし、人間は元気でなければ食べられないし、食べられなければ、生きること自体が難しくなってしまう。

進行がんや、再発がんの治療においては、そんな状態を避けるためにも、治療には

### 標準抗がん剤治療の場合……



がんを引き分けて、「がっぷりよつ」で動かず……を目指す。



いっぽう、低用量抗がん剤治療では……

17 標準抗がん剤治療と、低用量抗がん剤治療の違い  
大学病院や、基幹病院などで行われている抗がん剤治療では、「どのようながん」に対して、「どんな抗がん剤」を、「どの期間」に、「どれくらいの頻度」で「どれく

「まだまだ生きなさい——ということなのね」と、とらえるくらいの気持ちでよいのです。  
もちろん、それ以上の治療効果が現れるケースもあります。けれど、引き分け以上の効果が得られれば、それこそは、その方の持つて生まれた運命——。  
「まだまだ生きなさい——ということなのね」と、とらえるくらいの気持ちでよいのです。

「落とすどころ」が必要なのです。治療の目標をどこに置くか、現実を直視して考える必要があります。私が患者さんに提案するときも、考え方は同じです。  
「まずは引き分けを目指しましょう」  
これを最初の落としどころにして治療に入ります。「引き分け」は勝ちではありませんが、「引き分け続けること」を次の目標にすれば、人生はまだまだ継続できます。進行がんや、再発がんの治療では、「引き分けは、勝ちに等しい」からです。

「量の量」投与する——ということが、細かく決められています。これは、抗がん剤が医薬品として認可されるうえで「用法・用量」がまず定められているからです。

たとえば、知名度の高い抗がん剤のひとつに、「5-FU<sup>ファイブフラキ</sup>」(製剤名。一般名/フルオロウラシル)という抗がん剤があります。錠剤、注射液とありますが、ここでは点滴で使用する注射液で説明します。胃がん、肝臓がん、結腸・直腸がん、乳がん、膵臓がん、子宮頸がん<sup>すいぞうけい</sup>、子宮体がん、卵巣がんに効能・効果があるとされ、添付文書にはその単独での使い方もこまかく記されています。いくつかの使用法が記されていますが、そのうちのひとつの用法・用量の要旨は次のようになります。

《通常、成人には体重1kgあたり1日5〜15mgを、最初の5日間連日1日1回、静脈内に注射、または点滴静注(静脈注入)する。以降は、体重1kgあたり5〜7・5mgを隔日に、1日あたり1回静脈内に注射、または点滴静注する》

もちろん、患者さんの状態によって、用量を適宜減量することはありますが、その場合も、減量の基準が細かく規定されています。

簡単に言えば、標準治療における抗がん剤治療(標準抗がん剤治療)とは、こうした抗がん剤の定められた用法・用量にしたがい、かつ、医学会が定めたガイドラインに沿った使い方となります。

標準抗がん剤治療が、「少しでも多くのがん細胞を叩くこと」を目的としているため、こうした使い方になっています。

対して、低用量抗がん剤治療の考え方は、がん細胞をたくさん叩くことばかり考えずに、「がんとお付き合いしながら長生きしよう」というものです。

したがって、抗がん剤の投与の仕方も大きく異なります。

標準抗がん剤治療は、言わば「コップ酒の一気飲み」に似ています。

対して、低用量抗がん剤治療は「おちよこで少しづつ」——という飲み方です。

お酒に対する身体の反応を見ながら、いたわりながら飲み続けようというものです。標準抗がん剤治療は、皆一律に「コップ酒の一気飲み」が基本ですから、結果として、個人個人の体質に無頓着です。吐き気止めなどの副作用の予防対策をあらかじめ行いながら薬剤投与を行っていますが、やはり吐き気などの胃腸障害、白血球数が下がるなどの副作用は出ます。



いっぽう、低用量抗がん剤治療で使用する抗がん剤の量は、1回の投与量が標準投与量の5分の1〜20分の1くらい。外来通院で行う治療となります。

そのうえで、1週間ごとく隔週など、ある一定間隔で投与を繰り返す患者さんが多いでしょう。もちろん、個々の患者さんによって、抗がん剤に対する感受性が異なるため一概には言えませんが、体質と病状を見ながら、重篤な副作用が出ないように投与量を調整していきます。低用量とはいえ効果があるということは、逆に低用量でも副作用がありうるということでもあります。しかしながら、たとえ副作用が出たとしても、標準治療よりは軽くすむわけで、外来通院でも対応しやすいことが特徴です。

副作用が出た場合、その症状を緩和する薬剤を使用することで対応しますが、基本的には症状がおさまるのをじっと待ちます。「時間薬<sup>じかんぐすり</sup>」です。副作用という「嵐」が、過ぎ去るのを待つという感じですよ。

### 標準抗がん剤治療の 薬剤の使い方



言わば、  
コップ酒の  
一气飲み。

### 低用量抗がん剤治療の 薬剤の使い方

身体をいたわる  
ように、おちょ  
こで少しずつ。



18 なぜ、一般の病院では行っていないのか？

「引き分けを目指す」治療の意義、つまり、これからのがん治療においては、低用量抗がん剤治療という選択肢もあるということ、皆さんにもある程度、ご理解いただけたのではないかと思います。

しかしながら、患者さんたちの疑問はまだあります。私のクリニックを訪ねる患者さんたちは、口々にこうおっしゃるのです。

「でも、どうして普通の病院では、患者の体質や体力に合わせて抗がん剤を調節してもらえないのでしょうか？」

もつともなご質問だと思います。先にも触れたように、標準治療での抗がん剤の使い方はじつに細かく定められています。

「それが決まりなのです。抗がん剤は、身長と体重から割り出される量を、一気に飲む。ようなやり方が全国一律の標準」となっており、これ以外の「飲み方」は「非標準的」で、間違った治療法」としてやってもられません。お年寄りや体力の弱った方の場合、投与量を減らしたりしますが、低用量抗がん剤治療のように、お

ちよこでチビチビ飲むようなやり方、さらには、好きにブレンドするようなやり方は、ありえない抗がん剤投与方法」として、相手にもされないうしょう」と、お答えしています。

それでも、患者さんの疑問はまだ消えません。

「患者の体質や体力に合わせて薬を調節することは、そんなにいけないことなのでしょうか」と、どこか腑に落ちないというような顔をされる患者さんは少なくありません。

補足ですが、私のクリニックでは、標準抗がん剤治療と同じ抗がん剤を使う場合でも、標準治療で定められている用法・用量で使うことはまずありません。したがって、大変ややこしいのですが、同じ抗がん剤を使用している、低用量抗がん剤治療は、非標準的な抗がん剤治療となるのです。

19 低用量抗がん剤治療を一般の医師はどう見ているか？

そうしたなかで私のクリニックも開院から8年がたちました。開院当時に比べると、

少しずつですが、他の医療者からの問い合わせも増えてきています。

少量の抗がん剤であっても、組み合わせを検討し、患者さんの状態に合わせて使用することで、制がん作用につながることに気づいた医師が増えてきているのです。医療の世界は、すぐには大きな変化は期待できませんが、少しずつですが確実に変化してきているのは事実です。

しかしながら、多くの大病院でも、基幹病院でも、抗がん剤の使い方は、相変わらず「一気飲み」の投与方法です。それが、標準治療における抗がん剤治療です。そこに従事している多くの医師たちは、低用量抗がん剤治療ということをどのように見ているのかと言え、

「そんな抗がん剤は、水<sup>グ</sup>だね。薬じゃないよ」

「何それ？ その変な抗がん剤の使い方は？」

「効くわけないよ、そんな少ない抗がん剤の量で」

「そんな治療、責任持てないよ」

と、まだまだ理解していただけていないことも事実です。

患者さんが主治医に「……低用量抗がん剤治療をやりたい」と申し出たときに、多

くの医療機関の主治医から返ってくる反応のほとんどがこんな声なのです。

さらに、

「空<sup>カウ</sup>抗がん剤ならやらないほうがマシだよ。気休め治療だね」

「そんな変な治療するなら、ほかに行きなさい」

と、高名な腫瘍内科医から患者さんが叱責されたこともうかがいました。私の治療に対するご意見は真摯<sup>しんし</sup>にうかがいますが、患者さんに対して何もそこまで怒らなくてもいいのに……と、私は悲しくなりました。

そもそも、低用量抗がん剤治療を実践したことのある大病院の医師はほとんどいないはずなのですが、やったこともない治療を頭から完全否定です。

## 20 大病院では、リスク回避の点からもやれない治療

実際のところ、低用量抗がん剤治療のような標準からはずれた<sup>グ</sup>非標準治療<sup>グ</sup>に興味があつたとしても、それを基幹病院などの大きな組織でやろうとすると大変です。

仮に、低用量抗がん剤治療を大病院が導入しようとした場合、「本当に低用量の抗がん剤が効くのか？」という「臨床試験」扱いになるため、その実施内容が医の倫理

に基づいて適正に行われるかを審査する、「倫理委員会」という審査を通す必要があります。

人の身体を使用した新しい試みは、この「倫理委員会」を通さないと行うことができません。しかしながら、「水」と揶揄される、エビデンス（科学的根拠）に乏しい低用量抗がん剤治療が大病院の倫理委員会で承認されることは、今のところまず期待できないでしょう。

そのため、私に限らず、医師個人が低用量抗がん剤治療に興味があつて、「やってみたい」と思つても、大病院という大きな組織のなかでは、ひとり勝手にことを進めることは許されず、簡単にはできないのです。

また、医療訴訟の問題とも無縁ではありません。標準からはずれた治療を提供することは、それだけ医療提供者側としては「冒険」を意味し、リスクを負うことにもなります。現在の日本の医療現場は医療訴訟を恐れています。特に大きな社会的役割を課せられた大学病院などの基幹病院ほど、その傾向は強いかもしれません。

そういった病院の動向にはメディアも目を光らせています。そうしたなかで、標準にのっとった治療を行つていけば、仮に治療の結果がだめだった場合でも、標準治療

という正しい治療を提供した結果であり、「免罪符」にすることができません。

仮に、標準からはずれた「冒険」をしてうまくいかなかった場合、

「冒険したからだめだった。どうしてくれるんだ」

「標準治療をやってくれていけば、こんな思いをすることはなかったのに……」

と、患者さんの家族から厳しい声がかかることも十分にありうることです。

エビデンス重視の、さしあたりベストとされる標準治療を患者さんに提供するということは、ある意味、医者や医療訴訟から守つていられるという見方もできるのです。つまり、標準治療からはずれた治療を行うということは、医療者にとって結構大変なことなのです。

## 21 低用量であっても、制がん効果には確信が持てた

じつは、かく言う私も以前は同じスタンスでした。

「低用量抗がん剤治療……なんじゃ、それ？」

基幹病院の勤務医として働いていた頃、外科医として受け持った患者さんに、抗がん剤治療を行うことはありませんでした。もちろん、標準量以外で行ったことはありません。

副作用に苦しみながら、ポロポロになっていく患者さんも少なからずおられました。もつと劇的に減らして抗がん剤を使ってみたい——という思いはありましたが、大病院の一医師としては、「やれなかった」というのが正しい言い方かもしれません。

ところが、私のように、そういった大きな組織を離れ、個人開業の身になると、大組織ゆえの制約や縛りがなくなり、逆に己の判断と責任のもとで、世の中の常識からはずれることになろうとも、

「それが患者さんのためになることであれば、どんどんやろう」

という自由度がきくようになります。もちろん、患者さんの同意のもとです。医療は、医師サイドの一方的な施しではありません。医師と患者さんが同じ方向を向きながら、相互関係、信頼関係のなかでつむがれるものですから。

それでも内心はどきどきでした。低用量抗がん剤治療への期待と可能性は信じていましたし、すでにわずかですが、有効性を示す報告もありました。それでも、

「こんな少ない量の抗がん剤で病状が進んで、患者さんが取り返しをつかいないことになってしまったらどうしよう……」

と、びくびくしていたことを告白しておきます。

ところが、実際に自分でやりはじめてみると、すぐにその制がん効果に確信を持つことができました。世の中、教科書に書いてないことはいっぱいあります。そもそも、標準量の5分の1、20分の1の濃度で、抗がん剤を使用したらどうなるか、ということを知っている医師はまずいません。それなのに、やったこともない人間がはじめから、「水みたいな抗がん剤」「だから効くはずがない」と決めつけているわけです。

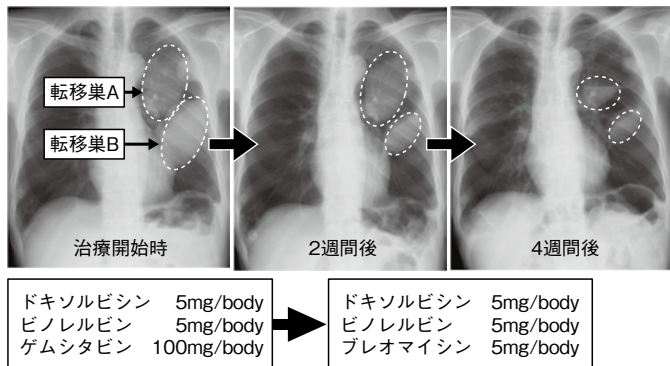
どうせ「水」と思っているのであれば、効くとか効かないとかエビデンスがどうかゴチャゴチャ言っていないで、「とにかく何症例かやってみなよ」という感じですか。これが私の本音です。

## 22 低用量抗がん剤治療では、複数の抗がん剤を組み合わせる

ここで、ある患者さんの症例を見ていただきます。医師の世界では、「患者さんが教科書」という言葉があります。医学書で学ぶことよりも、実際の診療のなかに学ぶことがあまりにも多いからでしょう。その言葉の重要性をあらためて実感した患者さんがいらっしやいました。

63歳の男性、ひだりだたひ左大腿に発症した「MFH」という腫瘍が、肺のあちこちに転移した

### 抗がん剤感受性と転移巣の多様性



治療開始時の抗がん剤の組み合わせで転移巣Bは縮小したが、転移巣Aは縮小しない。  
2週間後にゲムシタビンをプレオマイシンに変更したところ、転移巣Aも縮小した。  
転移巣Aはプレオマイシンに、転移巣Bはドキソルビシン、ビノレルビンに感受性ありと推測。

さくなりました。

このことより、腫瘍Aにはプレオマイシンが、腫瘍Bにはドキソルビシン、ビノレルビンが効くことがわかりましたが、ゲムシタビンが効くがん細胞はこの患者さんの身体の中にはないことも考えられました。

この現象は、低用量ではあっても、同じ患者さんで薬剤を変えることによりがんの縮小効果が現れたことを示しています。これは、患者さんそれぞれのがん細胞に合った抗がん剤を的確に選び出すことができれば、低用量の抗がん剤でも制がん効果が期待できるということを意味しています。

低用量抗がん剤の治療において、留意すべきことは、そもそも2つありました。

患者さんです。「多発肺転移」の症例です。

MFHとは、悪性線維性組織球腫 (Malignant Fibrous Histiocytoma) の略で、身体の腕や脚といった部分にできることが多い肉腫というがんの一種です。抗がん剤や放射線治療が効きにくい、とてもたちの悪いがんです。

67ページの図中の転移巣Aと転移巣Bをご覧ください。まず、次の3種類の抗がん剤を低用量で併用して治療を開始しました。

ドキソルビシン (一般名。製剤名/アドリアシンII抗がん性抗生物質)  
 ビノレルビン (一般名。製剤名/ナベルピンII微小管重合阻害薬)  
 ゲムシタビン (一般名。製剤名/ジエムザールII代謝拮抗剤)

患者さんの病巣Bは小さくなりましたが、病巣Aは特に変化はありません。そこでさらなる治療効果を求めて、ゲムシタビンをはずし、代わりにプレオマイシン (一般名。製剤名/ブレオII抗がん性抗生物質) を加えて、ドキソルビシン、ビノレルビン、プレオマイシンと、薬剤の組み合わせを変えて投与したところ、今度は、病巣Aも小

- 1 副作用が出ないように、低用量で抗がん剤を使用する。
- 2 休薬期間なしに一定間隔で繰り返し投与する。

しかし、この63歳の男性患者さんのケースにより、今までの低用量抗がん剤治療でははつきりしなかった、「薬剤の選択法」という第3のポイントが新たに導き出されたのです。つまり、

- 3 患者さんごとに、どの薬剤を、どのくらい少量で使えば、制がん効果を生むのか？

これこそが、私のクリニックで開院以来、追求し、取り組んでいることなのです。少し専門的なことにもなりますので、この点は第3章で説明を加えたいと思います。

### 23 「がんの多様性」を考えて、低用量抗がん剤を使用する

私のクリニックの低用量抗がん剤治療において、留意していることはもうひとつあります。キーワードは、「がんの多様性」ということです。がんの診療を考えるにあたり、非常に大切なポイントになります。聞きなれない言葉でしょうが、少しお付き合いください。

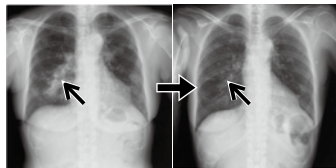
がんは身体の中で、最初はひとつのがん細胞として発生します。

そしてこのがん細胞が、1個が2個、2個が4個、4個が8個、8個が16個……と、倍々のねずみ算で増えていきます。がん細胞自体、もともと通常の身体の中には本来存在しない「異常な細胞」であるため、がん細胞が複製を重ねて増殖していく過程において、「異常さ」が徐々に変わっていきます。がんは、はじめはたった1個のがん細胞、1種類のがん細胞からはじまりますが、億単位のがん細胞に増殖し、目に見えるがん（臨床がん）にまで成長した際には、性格の異なる何種類かのがん細胞が集まった集合体となっています。

このことを「がんの多様性」と呼びますが、その多様性の中身は、個々のがん患者さんで異なります。したがって、**がんの治療、特に制がん効果を生み出す抗がん剤の**

### 60代、女性

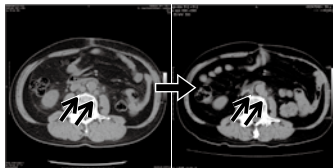
＝肺腺がん、転移性肺腫瘍



ネダプラチン 10mg/body  
+アムルピシン 20mg/body  
週1回投与、縮小。

### 50代、男性

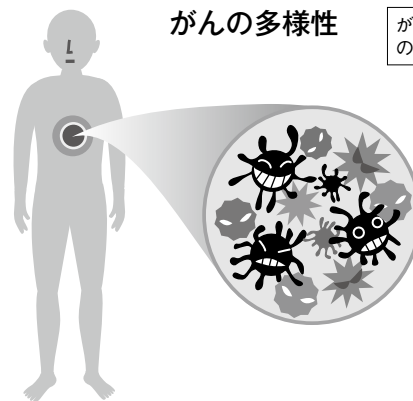
＝肺腺がん、左副腎転移、  
傍大動脈リンパ節転移



ティーエスワン<sup>(※1)</sup> 50mg/body隔日服用  
+ゲムシタピン 200mg/body  
週1回投与。  
傍大動脈リンパ節転移がほぼ消失。

### がんの多様性

がんは性格の異なる多種  
のがん細胞の集まり。



組み合わせは、このがん細胞集団の多様性にどう向き合うかがカギとなります。

そこで、もうひとつの症例をご紹介します。肺腺<sup>はせぞん</sup>がんの4人の患者さんですが、同じ「腺がん」という組織型であっても、「がんの多様性」から導いていくと、薬剤の組み合わせはそれぞれまったく異なったものとなるのです（71〜72ページの図）。

したがって、医療従事者の方が以下のケースをご覧になったら、「ありえない組み合わせだ」と指摘されるのではないのでしょうか。いずれも、肺腺がんの一般的な薬剤の組み合わせでないことが、私のクリニックでの特徴かもしれません。

では、同じ肺腺がんの「がんの多様性」をどのようににさぐっていくか——です。実際の治療手順は以下のようになります。

基本は、薬剤を試行錯誤的に使用して、患者さんががんに合う抗がん剤、そして患者さんの身体に合う抗がん剤を拾い上げていくこととなります。

「拾い上げる？ やってみたいとわからない——ということ？」

そうお感じの方もいらっしゃるかもしれません。

しかし、この「拾い上げる」という導き出し方は、用法・用量が定められた、標準抗がん剤治療ではまですでにない使い方です。

何より、大学病院や、基幹病院では体制的にも難しいでしょう。それは、マンツーマンで、個人個人の身体の状態を細かく見ながら、拾い上げていく手法だからです。そこには、患者さんに合わせたオーダーメイドのがん治療が必要不可欠なのです。その体制があり、低用量で抗がん剤を使用することで、

71 ※1=ティーエスワン（製剤名。一般名/テガフルル・ギメラシル・オテラシルカリウム）

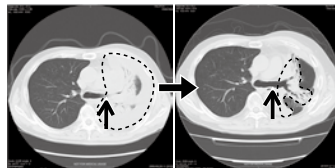


●イリノテカン（一般名／イリノテカン塩酸塩Ⅱ植物アルカロイド注射液）  
中国原産の喜樹という植物から抽出した物質から合成する抗がん剤です。DNAの分裂を阻害する薬ですが、効果の反面、副作用が強く出やすい薬です。小細胞

●タキサン系（一般名／パクリタキセル、ドセタキセルⅡ微小管重合阻害薬注射液）  
細胞が増殖するには細胞分裂が必要ですが、そのカギとなるのが細胞内にある微小管という分裂にかかわる物質です。この物質をバラバラの状態にして、分裂を妨げ、結果として細胞死へ導く薬です。植物のイチイからの抽出物が原料です。卵巣がん、非小細胞肺がん、乳がん、子宮体がんによく使用される抗がん剤です。

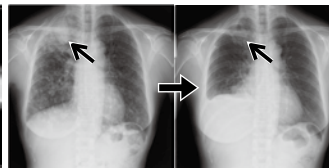
●白金製剤系（一般名／シスプラチンなどⅡ白金製剤注射液）  
白金からつくる金属化合物の抗がん剤で、こちらもがん細胞内のDNAの合成を阻害する薬です。膀胱がん、前立腺がん、卵巣がん、子宮頸がんはじめ、頭頸部がんから食道がん、胃がんなど、幅広い効能・効果があるとされています。

60代、男性  
＝肺腺がん、がん性胸膜炎



ビンレルビン 5mg/body  
+マイトマイシン 1mg/kg  
+ドセタキセル 10mg/body  
隔週投与、縮小。

60代、女性  
＝肺腺がん、多発肺転移、  
転移脳腫瘍



アムルビシン 10mg/body  
+ドキシソルビン 10mg/body  
週1回投与、縮小。

●フルオロウラシル系（一般名Ⅱ代謝拮抗剤注射液）  
製剤名「5-FU」として知られる抗がん剤です。代謝拮抗剤というのは、がん細胞内の遺伝子であるDNAの合成を妨げ、がん細胞の新陳代謝を阻害する働きを期待されている抗がん剤です。胃がんなど消化器がん、乳がん、子宮がんなどに使用されます。

24 最初は、一般的な抗がん剤の「あたり」を見る  
低用量抗がん剤治療の使いはじめとしては、抗がん剤としても一般的なものを投与しています。ごく簡単に説明をします。  
はじめて行うことができる手法だと、私は思っています。

肺がん、非小細胞肺がん、子宮頸がん、卵巣がん、手術不能もしくは再発した胃がんや、結腸・直腸がん、乳がんなどにも使用されます。

74

●ゲムシタビン（一般名／ゲムシタビン塩酸塩Ⅱ代謝拮抗剤注射液）

製剤名「ジエムザール」として知られる抗がん剤です。DNAの合成を阻害する薬です。非小細胞肺がん、膀胱がん、胆道がん、尿路上皮がん、手術不能または再発乳がんなどに使用します。

このなかのどれかは皆さんも、一度はお聞きになったことのある抗がん剤ではないでしょうか。

ここで使用した抗がん剤により、制がん効果が見られた場合、それは「あたっていい」ということ。「がんの多様性」のなかの、どれかのがん細胞に効いている、と判断します。

1種類の抗がん剤だけでがん全体が抑えられているようなら、そのまま経過を見ます。しかしながら、多くの場合、1種類の抗がん剤だけでがんをコントロールするこ

とはまず難しい。2種類以上の抗がん剤を併用することがほとんどです。そのため、治療効果を得るために、2種類目、3種類目と、患者さんに合った薬剤を見つけ、抗がん剤の種類を重ねていきます。

複数の抗がん剤を重ねていく目的は、最終的に、もっとも効果的ながん全体を抑える薬剤の組み合わせを導き出すためです。少量の抗がん剤使用だからこそ、この試行錯誤は患者さんの身体に負担なく、繰り返し行えるのです。

薬剤が「あたっていた」場合、その薬剤の投与量を増やしたくなりますが、じつはそうはしないのです。ここでもカギになるのは、「がんの多様性」です。多様性を考えながら、次の「あたり薬剤」を模索したほうが、がん全体の制御につながるように、経験的に感じています。

25 低用量抗がん剤の薬の選び方や投与法は、漢方に似ている

使用する薬剤と、患者さんの身体の反応を見ながら抗がん剤を取捨選択し、加減していく方法は、じつは漢方治療の発想にも似ています。

私は、漢方医学については専門外ですが、漢方の専門医にうかがったところでは、

75

「漢方では、証<sup>しょう</sup>に合わせて漢方薬を選択し、患者さんに投与していく」とのことです。

「証」とは、体力、体質、症状などから患者さんの状態を総合的に評価した診断結果のことだそうです。しかも漢方薬は、少量ずつ何種類かの漢方生薬が調合されたものです。

低用量抗がん剤治療でも、「少量」「多剤併用」のうえで、ひとりひとりの患者さんの薬剤に対する反応を細かく診察しながら、がんの制御を試みる治療法となります。以下に具体的な手順を説明します。

●**投与間隔** 原則として週1回ですが、使用薬剤の種類や遠方からの通院や、治療効果が顕著な場合は2週1回の通院にしたりと幅を持たせてあります。抗がん剤投与はすべて外来通院で行います。

●**投与前の検査** 毎回、投与開始前に採血し、白血球数、貧血の有無、血小板数、末梢血リンパ球数は院内の検査機械でチェックします。

肝機能、腎機能といった生化学検査は院外の検査機関で行っているため、次回抗

がん剤投与時に確認することになりますが、低用量抗がん剤治療の場合問題になることはほとんどありません。

●**点滴薬剤の投与法** 投与抗がん剤量が少ないので、1種類の抗がん剤あたりは15分くらいで点滴終了します。抗がん剤を生理食塩水50～100mlに溶解して使用します。3～4種類の薬剤を多剤使用しても、点滴時間は最長1時間半くらいです。

この点滴時間が短いのは、低用量抗がん剤治療のもうひとつのメリットです。

近年、外来で抗がん剤治療を行う医療機関はぐんと増えてきました。入院しての抗がん剤治療と違い、「患者さんへの負担が少ない」と言われていますが、はたしてそうでしょうか。

標準抗がん剤治療を外来通院で行うと、受診受付↓採血↓外来診察室となるのが一般的です。採血した血液の検査結果が出てからの診察となりますので、混み具合によつては、1時間も2時間も待つことさえあるでしょう。診察で、血液検査に問題がなければ、いよいよ抗がん剤の点滴となりますが、点滴内容にもよりますが、おおむ

ね2〜3時間かけて薬剤を血管内に流し込むのが一般的です。この違いはなぜか？  
点滴する抗がん剤の量が、低用量抗がん剤治療よりはるかに多いからです。  
さらに、会計待ちをして病院を出る頃には、結局1日仕事になることもザラでしょう。  
実際は結構疲れてしまいます。

### 26 低用量ではあるが、副作用がないということではない

さて、使用した低用量の抗がん剤が「あたっている」と、患者さんにはどんな身体の変化があるのでしょうか。

1 全身状態の改善 たとえば、局所の痛みが改善します。その結果、痛み止めが  
少なくなったりし、全身状態もよくなるのです。薬が効いているよい兆候とな  
ります。

2 副作用が少ない あたっていない抗がん剤では、少量でも体調不良や吐き気な  
どの副作用が現れます。たとえば、なんとなく体調がすっきりしない、少しム

カムカする、といったような、標準抗がん剤治療では当然のごとく扱われる身  
体の反応ですが、じつは、この副作用こそ、薬剤選択を考え直すべき、重要な  
情報であることが多いのです。訴えが続くようであれば、その抗がん剤はあ  
たっていません。

### 3 血液検査値の所見 毎回、外来で血液検査を施行して、白血球数、分画バラ

ス（好中球、リンパ球、単球、好酸球、好塩基球の5種類は、それぞれ分画  
と呼ばれる）、ヘモグロビン値、血小板数、肝機能、腎機能、CRP（炎症反  
応）などを、前回値と比較します。低用量とはいえ、薬の身体に対する影響は  
比較的早く現れ、1回の投与、もしくは2回の投与で、薬剤と身体の相性をお  
ぼろげながら見てとれることは多いのです。薬が「あたって」いるかどうかは、  
次のような血液所見が重要と考えています。

● がん性貧血が改善する。

● 白血球数の上下はあまり気にしない。

たとえば、6000個/μl（マイクロリットル）≡ミリリットルの1000分の1）の白血球数が3000個/μlになったとしても、好中球、リンパ球の比が変わらなければ、好中球の比率が下がる標準抗がん剤治療で見られる骨髓抑制による白血球減少とは異なります。そういった場合、がんの制御につながっていることもあるので、他の臨床所見と合わせて総合的に判断します。逆に、低用量でありながら、好中球の比率が減少するようであれば、抗がん剤が「あたっていない」かもしれないので注意が必要です。

血小板数が治療前に40〜50万台と高値の場合、少しずつ下がりはじめ、最終的に20万前後に落ち着きます。進行がんの患者さんは血小板高値であることが多いのですが、血小板が細胞増殖にからむことがあるので、血小板数の減少は抗がん剤効果推定を目安になると考えています。

- 肝機能の指標の値の安定、もしくは改善。
- 腎機能の指標の値安定、もしくは改善。

そしてもちろん、薬剤があたっていれば、画像上の縮小、腫瘍マーカー（がんのつくる特殊な物質の各種指標）の減少などを見ることが少なくありません。

ここでの注意点ですが、「低用量」で投与するから「副作用がまったくない」と考えるのは大きな間違いです。問題は、その薬剤が「あたっている」か、「あたっていない」かにかかわってきますが、抗がん剤が少量でも効果を見ることが、逆に少量であっても、副作用というマイナスが出ることもありうるということです。標準量の5分の1や、20分の1で使用するからこそ、「個の体質」と「薬剤の相性」が、より鮮明にわかるのではないかと推察しています。当院でのごく少量の使用量で副作用が出る抗がん剤は、もともとその患者さんに対しては、使用してはいけない薬剤であったと考えます。

第3章 「引き分け」に持ち込めた患者さんたち

27 低用量抗がん剤治療での1回投与量の目安  
 ここからは、がんを「引き分け」に持ち込み、元気に長生きしている方々の実際の状態を見てください。

その症例を説明するうえで、本書での抗がん剤投与量の単位についての約束ごとについて述べておきます。

たとえば、身長170cm、体重60kgの患者さんに、ある抗がん剤を「100mg/m<sup>2</sup>投与しなさい」となった場合、計算式から体表面積を算出（この場合1・7m<sup>2</sup>）し、「100mg×1・7m<sup>2</sup>＝170mg」が投与量になります。また、ひとり（1個体）の投与量は、「mg/body（身体）」という単位を使います。この例での投与した抗がん剤の量は、「170mg/body」という表示になります。

医師は「mg/m<sup>2</sup>」「mg/body」といった単位の扱いに慣れていきますので、頭の中がそれほど混乱することはありませんが、一般の方々には大変わかりにくいのではないかと思います。

また、読者の皆さんが知りたいのは、「結局どれだけ投与したの？」というところであろうと思いましたが、本書では投与抗がん剤量の単位を「mg」に統一しました。特別の注釈がなければ、文中の「mg」は、すべて「mg/body」ととらえてください。

さて、論より証拠。その「水」と擲<sup>ツ</sup>される低用量抗がん剤治療の実症例を次に見てください。百聞は一見にしかず<sup>〆</sup>です。

### 28 ●引き分け症例1 「余命3か月」とされた肺がんの50代女性

縁あって私のクリニックを受診されたときに、余命を言い渡されている患者さんは少なくありません。50代の女性・M子さんは「余命3か月」と宣告されていました。

病名は浸潤<sup>しんじゆんせい</sup>性粘液産生性肺腺<sup>ねんえきさんせいはいせん</sup>がん。がんは左右の肺に転移し、病巣は広がっており、ステージIV<sup>フォー</sup>。ステージとは病期のこと、IVの場合は原発巣から、多臓器などへの転移が認められる状態です。レントゲン写真では左右両側の肺の下方が、全体的にぼんやりと白い陰影を呈しています。

肺がんは「小細胞肺がん」と「非小細胞肺がん」に分けられます。さらに、非小細

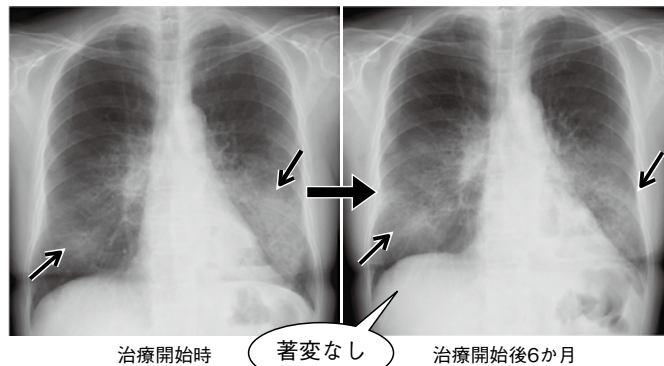
で、長生きは無用」

と、最初から標準抗がん剤治療を希望されていませんでした。時代は、医者が患者さんの治療方針を決定するのではなく、患者さんみずからご自分の死生観をもとに、受けたい治療を希望できる時代にも入ってきたように感じます。つまり、ネット社会になり、巷に情報があふれるようになったために、患者さんのニーズも多種多様。そこに応えることがこれからの医療者の命題です。

M子さんのように、「標準抗がん剤治療を最初から受けたくない」という患者さんの場合、一般的には治療法はないわけで、「あとは自然にまかせて、泰然自若として人生の終幕を迎えましょう」という心境となれば、何もすることはありません。しかしながら、人間なかなかそうはいきません。結局、「抗がん剤治療はしません。でも、何もしないのもいや」と、なるのはある意味、自然な流れです。M子さんが低用量抗がん剤治療を検討したい、と私のクリニックにいらしたのはそうした状況のなかでした。

「少量の抗がん剤で、身体にダメージを与えないようにしながら、がんを引き分けながらお付き合いする」という治療が、M子さんの琴線に触れたようです。

### 50代、女性＝浸潤性粘液産生性肺腺がん



肺がんは「扁平上皮がん」「腺がん」「大細胞がん」に分けられます。その腺がんのなかで、粘液産生の著しいタイプのを浸潤性粘液産生性肺腺がんと呼び、肺腺がん100例中1〜2例の比較的めずらしいがんになります。

この肺がんでは、粘液が肺の中の末端の肺胞部分にジワッと溜まっていくように進展するため、レントゲン写真で見るとモヤッとした輪郭のぼけた画像になります。徐々に、粘液が肺の中に溜まっていき、やがて呼吸不全が進行していくというタイプの肺がんです。

さて、そういった肺がんになったM子さんは、糖尿病と慢性リウマチを患っていたこともあり、死生観のしっかりした方でした。

「<sup>からだ</sup>身体に負担が出るかもしれない治療をしてま



## 29 「余命3か月」のはずが、すでに1年半経過

M子さんはその時点で地元の緩和ケア外来に通院していました。その主治医には、「このまま治療を何もしないっていうのも気持ちがおさまらないので、低用量抗がん剤治療をやってみたいのです。だけど、もし調子が悪くなったら、家から近いこの病院で、今までと同じように先生に診てもらいたい」と、相談されたのです。

「ふーん、低用量抗がん剤治療ねえ……。あまり聞いたことのない治療だけど、あなたが通いたいのであれば、それはかまいません」

と。幸いなことに快諾を得ることができ、「余命3か月」のはずが、なんやかんやで治療開始から1年半が経過しました。使用薬剤は「ゲムシタビン100mg＋ネダプラチン10mg＋ニムスチン5mg」を週1回の投与です。

この浸潤性粘液産生性肺腺がんが1年半もの間、悪化せずに現状維持しているということは、普通は考えられません。緩和ケア外来の主治医も予想していなかった結果に驚いているようです。そして、当初3か月と宣告されていた「余命」はもはや、誰

にもわからなくなりました。なぜなら、がんと引き分け状態をキープし続けているからです。

お酒の大好きなM子さん。

「昨日も夜中の3時までスナックで飲んじゃって。私がいちばん元気で、友だちのほうが先に潰れて寝ちゃってんのよ」

と、診察室で笑いながら話します。

知らない人が見たら、「余命3か月」を言い渡されていた肺がんの患者さんであることも、そして今もがん治療中の患者さんであるとも、夢にも思わないでしょう。

## 30 ●引き分け症例2 大腸がんが肺に転移した70代女性

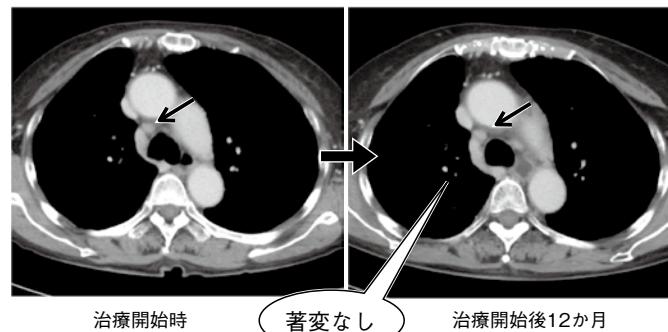
「引き分け続ける」ことは、治らないがんの治療法の極意です。

70代の女性、B子さん。大腸がんの手術後は順調に推移し、もう大丈夫か、と思われた5年後に、肺と縦隔（じゅうかく）に転移が見つかりました。大腸がんは、手術後5年がたとえいちおうの完治となりますが、根治の節目で再発を見る悔しいケースも少なからず存在します。

B子さんは、温泉や小旅行に出かけることを楽しみにされています。そのため、抗がん剤治療がお休みになることもありますが、私はそれで全然かまわないと思っています。「治療が優先なのか」「人生の楽しみが優先なのか」といえば、もちろん人生の楽しみこそ優先すべきことなのです。「人生のための治療」であり、「治療のための人生」ではありませんので――。

強い副作用の現れた標準治療の継続をこの時点でやめ、私のクリニックの低用量抗がん剤治療に切り替えられたのです。幸いなことに、フルオロウラシル、シクロホスファミド、ドキシルピシンなどの薬剤を低用量で使用しながら、QOL<sup>キユーオーエル</sup>（生活の質≡Quality of Life）はおおむね現状キープです。私のクリニックでの治療を開始してから2年以上が経過しました。「大腸がんの手術から10年がたちました」と、B子さんは感慨深げに話されていました。

### 70代、女性 ＝大腸がん手術後、縦隔リンパ節転移



再発が確認されたあと、標準抗がん剤治療をずっと行ってきました。標準抗がん剤治療での薬剤が身体に合っていたのでしようか、副作用らしい副作用もなく、順調に治療を続けてきました。ところが、別の種類の抗がん剤を開始したところ、強い皮膚湿疹や血圧上昇といった副作用が出現し、投薬の継続ができなくなりました。抗がん剤は、それぞれの薬剤で副作用の発現機序が異なるため、薬剤を変更したら途端に副作用が強くなったということはめずらしくありません。もちろん逆もあり、薬剤を変えたら副作用が軽減した、なくなったということもあります。いずれにせよ、今までに経験したことのない

31 ●引き分け症例3 胆管がんの70代男性。手術をせずに通院中  
 都内のがん専門病院で、「閉塞性黄疸」を契機に「胆管がん」と診断された70代男性のK雄さん。

閉塞性黄疸とは、肝臓から十二指腸に至る胆汁の流出経路のどこかが、なんらかの原因で閉塞し、胆汁が排泄できなくなると胆汁が血液に混じり、その結果、眼球結膜（白目の部分）と皮膚が黄色くなることを言います。

まず、胆管という胆汁の通り道に、ステントという管を通して黄疸を軽減する処置を行いました。黄疸さえ解除してしまえば、肝不全が進行することもなく、時間は稼げます。ひとまず、黄疸という目の前の問題はなんとかなりました。そうになると、次の一手をどうするかということをお案することになります。

80歳近い年齢を感じさせないほど頭も身体も矍鑠としていたためか、がん専門病院では、「希望されるなら根治手術ができますよ」と手術を勧められたそうです。

画像診断の進んだ現在、CTの画像だけで胸や腹部のがん手術は大体の「設計図」

をイメージすることが可能です。持ち込まれたCT画像を確認すると、たしかに、腫瘍の周囲組織への浸潤もなく、「臍頭十二指腸切除術」という術式で病巣を肉眼解剖学的に取り除くことは可能だと思われました。がん専門病院の見立ては私にも、同じ外科医として十分理解できるものでした。

しかしながら、患者さんと家族が選択したのは、手術ではなく、標準抗がん剤治療でもなく、低用量抗がん剤治療でした。

年齢もそれなりということで、手術も、標準抗がん剤治療もしないで、現状維持を目指しながら、残りの人生を過ごしたいとのことでした。

その後、病態は低用量抗がん剤治療でよい感じでコントロールされてきました。腫瘍マーカーの「CA 19-9」はほぼ横ばいを示しながら推移しています。

腫瘍マーカーとは、がんのつくる「特殊な物質」のことで、身体の中のがんが増えると血液中に流れ出すので、体内のがんの「ある・なし」「がんの多い・少ない」を知るための「マーカー（しるし）」として利用できます。それで「腫瘍マーカー」と呼ばれています。

そう思えるのです。

### 32 ●引き分け症例4 脾臓にできたためずらしい血管肉腫の60代男性

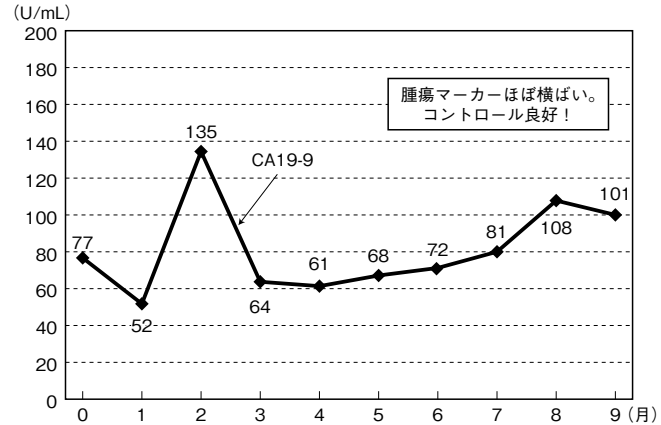
61歳の男性患者さん。脾臓ひだんにできた血管肉腫けいがんにくしゅというめずらしい症例です。

ここで、「癌がん」「がん」「肉腫」といった用語の整理をしておきましょう。

人間の身体を1本の「管」と考えると、口から肛門こうもんまでの管です。その管の内側の壁かべ（食べ物と接触する）と、外側の壁は「上皮」で、この2つの上皮に挟まれた空間が「間葉かんよう」です。

まず、「上皮」ですが、上皮とは私たちの身体の表面をぐるっと覆っている組織のことを言います。皮膚も、食道もそうですし、肺や、胃、大腸などのすべての臓器や腸管の表面を構成する組織です。そして、この上皮を構成する細胞を「上皮細胞」と言い、この上皮細胞から発生した（上皮由来と言います）悪性腫瘍を漢字で「癌」（英語では cancer/carcinoma と言います）と書きます。食べ物と接触する管として、

70代、男性＝胆管がんにおける腫瘍マーカー CA19-9 の推移



腫瘍マーカーにはいろいろな種類があり、がんの種類によって特徴的な腫瘍マーカーがある程度決まっています。CA19-9は、胃がん、大腸がん、膵臓がん、胆管がんなどに特徴的な腫瘍マーカーで、治療経過を見るのによく利用されます。

そして、腫瘍マーカーだけでなく、画像所見上も著変なく、副作用も認めません。相変わらず背筋はピリッと伸び、矍鑠じやくじやくとした足取りで定期的に通院されています。

この患者さんから得たことは、「攻めるばかりが人生にあらず」というところです。順調な経過を見るたびに、私には

食道、胃、大腸はわかりやすい。ですから、食道上皮から発生するのが「食道癌」、胃の上皮から発生するのが「胃癌」、大腸は「大腸癌」です。

ここで、「肺癌」や「肝癌」などの癌も上皮由来の悪性腫瘍になります。なぜなら、肺も肝臓も腸管の憩室<sup>くつしつ</sup>として発生してくるため、腸管同様に上皮由来に分類します。憩室とは高速道路のパーキングエリアのようなもので、本道から入り込んだスペースでもイメージしてください。本道から入り込んでいるだけですから、結局本道とはつながっています。だから、肺癌、肝癌は上皮由来に分類されるのです。

いっぽう、「間葉」は、上皮で囲まれた内側の部分です。見方を変えると「間葉」は「非上皮」です。ここで、じっと、自分の手を見つめてください。「上皮」である皮膚の下にどのような組織がありますか？ 脂肪、筋肉、骨、軟骨といったものが頭に浮かぶのではないのでしょうか。

そして、そういった「非上皮」を「間葉」と呼び、間葉を構成する細胞を「間葉細胞」と言います。そして、間葉細胞から発生した（間葉由来と言います）悪性腫瘍のことを「肉腫」（英語では sarcoma）と言います。

肉腫の代表的なものは、骨肉腫<sup>こつにくしゅ</sup>、軟骨肉腫<sup>なんこにくしゅ</sup>、横紋筋肉腫<sup>おうもんきんにくしゅ</sup>、平滑筋肉腫<sup>へいかつきんにくしゅ</sup>、線維肉腫<sup>せんいにくしゅ</sup>、脂肪肉腫、血管肉腫などがあげられ、発生した組織名が冠されています。

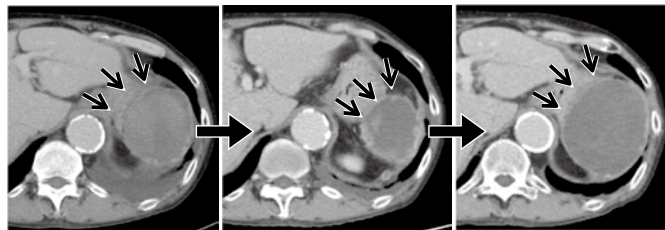
まとめると「上皮由来」の悪性腫瘍である漢字の「癌」と、「間葉由来」、つまり上皮ではない組織から発生した悪性腫瘍の「肉腫」を合わせて、ひらがなで「がん」もしくはカタカナで「ガン」と書きます。「がん」は、そのほとんどが塊<sup>かたまり</sup>をつくって増生するので、固形腫瘍<sup>こけいしゅよう</sup>とも呼びます。本書は固形悪性腫瘍（固形がん）全般についての内容なので、ひらがなの「がん」を使用しています。

さて、本題に戻ります。脾臓の血管肉腫に対して、摘脾<sup>てきひ</sup>（手術で脾臓を取る）を行い根治術としましたが、肉腫はなかなか簡単な相手ではありません。手術から3か月後に切除した近くに再発しました。

再発した肉腫の治療は、行うとなれば抗がん剤治療になるのですが、肉腫は抗がん剤治療も放射線治療も効きにくいことが多く、これといった治療法が確立されていません。そのため、がん治療にかかわる医師泣かせのがんです。

また、この患者さんは、心臓の手術の既往があり、「ワルファリン」という血液を

### 60代、男性 ＝脾臓血管肉腫手術後、局所再発症例



年間を通して、ほぼ同じ状態にコントロール。

固まりにくくする薬を飲んでおり、また、大動脈炎症候群という難治性疾患もありました。こうなると、標準抗がん剤治療も難しいケースです。

そうした状況下で、私のもとを訪ねて来られ、低用量抗がん剤治療を開始。使用薬剤はシスプラチン、ドキシルビシン、ゲムシタビンなどを低用量で適宜使用しました。

抗がん剤は一般的に、細胞分裂をしている細胞に作用します。増殖速度が速いがんは、それだけ細胞分裂が盛んであることを意味しています。そうすると、薬剤が「あたる」と、増殖速度の速い肉腫は治療効果を見るのにさほど時間がかかりません。その後は、1年を経過しても、同じ状態をキープしています。もちろん、副作用も現れていません。

### 33 ●引き分け症例5 白血球数減少で治療ができなくなった乳がんの女性

遠方より来院される乳がんのS子さん。50代の女性です。

私のクリニックでは、遠方からの患者さんでも低用量抗がん剤の治療を行っていますが、もちろん、地元の主治医が了承している患者さんに限らせてはいただいています。やはり通院さえ可能であれば治療は可能なのです。

さて、S子さんですが、直前まで行ってきた標準抗がん剤治療のダメージが、相当見受けられました。ボクシングというボディブローのように、ダメージが蓄積して、白血球数が少なめのため、主治医は、次の抗がん剤投与になかなか踏み込めないでいました。

主治医は、抗がん剤を変更して継続しようと、ダメージから回復するのを待っていますが、いつぼうのSさんは治療が中断しているため、不安がいつぱいです。

そうしたなかで、縁あってSさんは低用量抗がん剤治療をはじめられたのです。幸いなことに、地元の主治医も快く送り出してくれたそうです。

私のクリニックで治療をはじめたときの白血球数は2300〜3000個/μl（マイクロリットル≡ミリリットルの1000分の1）前後（基準値4000〜9000

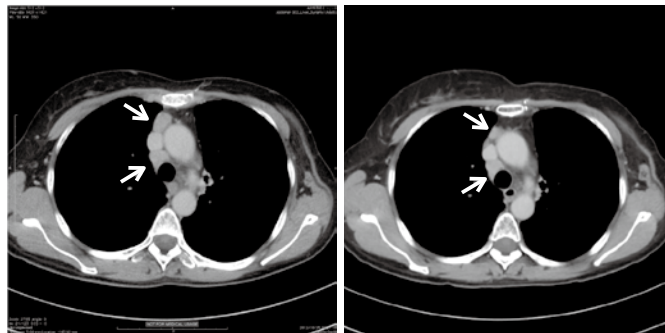
この2点に留意しながら薬剤の種類と投与量を探っていくのがコツになります。そうすると、白血球数が少ないながらも、体調を維持しながらのがん制御が可能になるのです。使用した薬剤は、「フルオロウラシル50mg+ゲムシタピン50mg+マイトマイシン0・5mg」という内容です。

低用量抗がん剤治療は、こういった患者さんも安全に治療の導入が可能です。また、低用量抗がん剤治療では、白血球数が少ないからといって、好中球を増やす薬である「G-CSF」（顆粒球コロニー形成刺激因子製剤）を使用することはまずありません。私はここ5年ほど使用した記憶がありません。無理やり好中球だけを増加させ、現状の白血球の分画を能動的に変化させても、低用量抗がん剤治療の場合、ほとんどメリットはないように感じています。

標準抗がん剤治療の副作用などが原因で、治療が止まってしまうことは実際大変多

## 1 白血球数は少ないままでかまわない。 2 けれども、好中球とリンパ球のバランスは崩さない。

### 50代、女性＝左乳がん手術後、 転移性肺腫瘍、縦隔、頸部リンパ節転移



フルオロウラシル 50mg/body+ゲムシタピン 50mg/body  
+マイトマイシン 0.5mg/body 週1回投与、縮小～不変。

個/μl)。白血球の分画は好中球（顆粒球）が60%、リンパ球が30%くらい。けれど、低用量抗がん剤治療は問題なくできました。経過も順調で、見事に引き分け状態をキープされています。

ここで、白血球数の少ない患者さんに低用量抗がん剤治療を行うときのコツのひとつですが、白血球数が少ないながらも元氣な「今」を崩さないように治療することを考えます。そのためには、今の数値以下に、白血球数を下げなければいけません。無理に上げる必要もないのです。ただし、医師には白血球数の増加にこだわる方も多く、そうした免疫至上主義者にはなかなか理解していただけないことですが……。つまり、

いことです。その場合に低用量抗がん剤治療を試みることは、ベストな選択肢である――。個人的にはそう感じていきます。

## 第4章 「引き分け」を目指したら、がんが縮小した



### 34 ● がん縮小症例1 「もって半年」の膵臓がんが、想定外の縮小

私のクリニックでは、治ることが難しいがんに対して、まずはがんとの「引き分け」を「落としどころ」にして治療を開始します。

その方法論としての低用量抗がん剤治療ですが、ときに、こちらの予想以上に治療効果を発揮することがあります。制がん効果は「引き分け以上」。つまり、がんが縮小することがあるのです。

しかしながら、もともと、がんを小さくすることを狙っているわけではありませんので、これは「想定外に効いた」というだけの話です。想定外とはいえ、がんが縮小することは悪い話ではありません。「うれしい誤算」であり、「ラッキー」ととらえます。本章では、そういった想定外に効いた症例を見ていきたいと思います。「水」と揶揄される低用量抗がん剤ですが、その秘めた制がん効果は侮れません。

予後の悪いがんとして知られる膵臓がんの症例です。

60代のN子さんは、糖尿病の精密検査の際に膵臓がんを指摘されました。病変は膵

臓だけでなく、左右の肺にも転移がいくつか指摘されました。

ゲムシタビンという抗がん剤治療を一度は受けましたが、強い吐き気が副作用として現れてきたため、継続できませんでした。膵臓がんで、発見時に多発肺転移があったことなども踏まえると、主治医から言い渡される話も厳しくなります。

「もって、半年ほどとお考えください。あとの治療は、緩和ケアが中心になるでしょう」

主治医から、「余命半年」と言われ、「あとは緩和……」と宣告されたのです。

あと半年で、自分の命が終わる――。

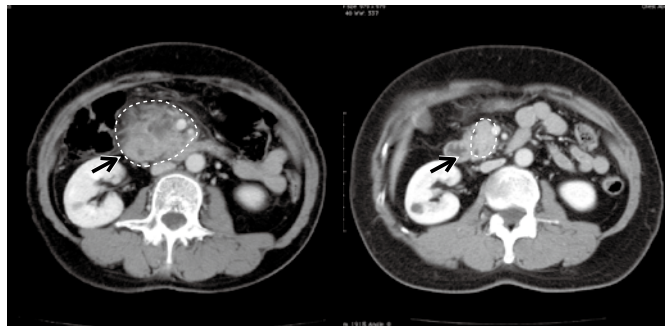
そう告げられたとき、あなたはおとなしく受け入れられるでしょうか。

N子さんは動きまわりました。経済的な負担も承知のうえ、免疫療法や、さまざまながんの代替療法を渡り歩き、たくさんのお金をつぎ込んだ末、私のクリニックにたどり着きました。

さつそく、低用量抗がん剤治療開始です。

「ゲムシタビン100mg＋シクロホスファミド50mg」を週1回投与から開始しました。

## 60代、女性＝膵臓がん、多発肺転移



ゲムシタピン 100mg/body+シクロホスファミド 50mg/body 週1回投与、縮小。

膵臓がんは低用量抗がん剤治療の相性はそう悪くはなく、過去の症例経験からもトライしてみる価値は十分あります。実際、N子さんは、治療開始から2年半が経過しましたが、原発巣は縮小したままで変わりません。

多発肺病変も著変はなく、現時点でも全身状態に大きく影響を与えることはありません。当初は腹腔神経叢に腫瘍が浸潤し、痛みが出てくるのを心配していましたが、それも今のところ大丈夫そうです。

N子さんが、「膵臓がん」と診断を受けたのはある大病院です。その外来にもし今、N子さんが姿を見せたとなると、主治医はきつと目を疑うはずです。

「なんで、生きているの？」

と――。悪性度の高い膵臓がんでも、低用量抗がん剤治療でここまでできるのです。がん治療は、発想の転換が求められている時代にきているように感じています。

### 35 ●がん縮小症例2 肝転移もあった、若年性トリプルネガティブ乳がん

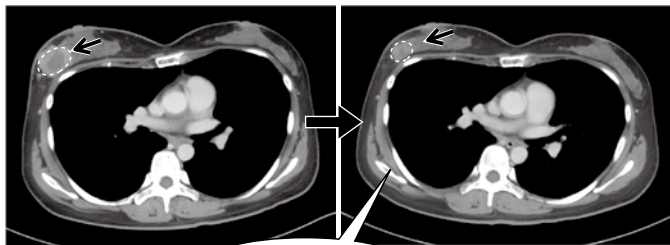
乳がんはがんのなかでも、発症年齢層が若いのが特徴です。胃がんや肺がんなどと比べても、40～50代が多いがん種です。そのなかでも、35歳未満の乳がんを「若年性乳がん」と言います。

30代のK子さん、病院での精密検査の結果は、まさかの乳がん告知でした。

しかも、乳がんのタイプを調べてみると、ホルモン受容体（エストロゲン受容体、プロゲステロン受容体）陰性、「HER2」（ヒト上皮細胞増殖因子受容体2型）というがん遺伝子も陰性の、「トリプルネガティブ乳がん」でした。乳がんにはホルモン療法が効果を発揮しますが、その治療法が使えないがんであり、また、HER2を攻撃する分子標的治療薬も使にくいタイプのがんだったので。

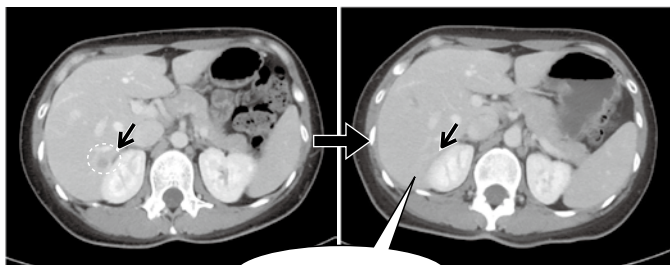
主治医から、術前化学療法↓手術↓放射線照射の治療方針を提示され、術前化学療法を施行しました。抗がん剤治療は著効しましたが、その先の治療は希望しませんでした。

若年性乳がん



乳がん原発巣縮小!

若年性乳がん、転移性肝腫瘍



肝転移巣消失

「トリプルネガティブ」の意味するところは、「ホルモン剤が効かない」「分子標的治療薬の『ハーセプチン』(※2)が使えない」ということを意味し、がんを抑える薬の種類に制限がかかるため、不安が増強される気持ちはわからなくはありません。そもそも「ネガティブ」という単語の響きがよくありません。けれど、「トリプルネガティブ」であっても、低用量抗がん剤治療でちゃんと

した。その後は、免疫療法や食事療法を導入しましたが、病状は徐々に進行していった。そうした経緯を経て、K子さんは私のクリニックへたどり着きました。幸いなことに、地元の主治医が快く当方での低用量抗がん剤治療を了承してくれたとのこと。医師が、低用量抗がん剤の導入を容認してくれたことに、まずは感謝です。そのいっぽうで、K子さんの乳がんは、肝転移と骨転移がさらに認められる状態になっていました。使用薬剤は「カルボプラチン50mg + ドセタキセル10mg」を週1回投与です。脱毛の副作用が強い抗がん剤の「ドセタキセル」。標準治療では「70mg/m<sup>2</sup>」を3週ごとに使用しますが、5〜10mgを週1回間隔くらいで使用する分には脱毛はほとんど認めません。K子さんへの低用量抗がん剤治療は想定以上に効いてくれました。乳がん原発巣は小さくなり、また、肝転移巣も消失し、骨転移部の痛みも軽減しました。もちろん、副作用なく、腫瘍マーカーも減少傾向です。「トリプルネガティブ乳がん」の患者さんは、外来ではじめてお会いするときに、どこことなくがっかりしたような表情をされていることが多いので、印象に残ります。

対応できるのです。トリプルネガティブでも、他のがんと同様に、がん細胞と抗がん剤の相性を合わせながら、治療を組み上げていけばよいのです。

### 36 ●がん縮小症例3 50代男性。骨盤内肉腫で肺転移

次にご紹介するのは、骨盤内肉腫（びくじ）の多発肺転移と診断された50代の男性の患者さん・F夫さんです。

肉腫という腫瘍は、治療法がない医師泣かせの「がん」のひとつ。F夫さんは、北海道の病院で肉腫と診断されましたが、治療方法がないため、いきなり緩和病棟を勧められたそうです。医師の宣告にびっくりしたF夫さんは、

「東京に行けば、何かよい治療法があるかもしれない」

と、都内のがん専門病院を受診しました。

ところが、期待していた専門病院での判断も、地元の主治医と同じ。実際、あとで見せていただいたレントゲン画像（112ページ）での肺の転移巣は巨大で、

「この状態でよく飛行機に乗って北海道から出て来たな」

と、驚かれても不思議ではないものでした。実際、そう思われたと思います。専門

病院の医師の口ぶりは、さらに患者さんを失望させるものだったそうです。

「これは、治療どころではない。今すぐ北海道に帰って緩和病棟に入院しなさい」

と、言い渡されたそうです。そんなつらい体験を繰り返したのちに、縁あって、F夫さんは私のクリニックを受診されました。進行がんの症例を見慣れている私ですら、その肉腫の肺転移の画像には息をのみました。

「これは、どうしたものか……。進行の速そうな肉腫だ。このままだと1か月もつかもわからない……」

当時の私の記録には、そんなメモが記されていました。

この場合の問題点は、「本人がどこで死にたいか」ということを考慮に入れなくてはいけないということです。治療は、必ずしもうまくいくとは限りません。「引き分け」に持ち込めなければ、F夫さんの場合は、東京という見知らぬ土地で人生の最後を迎えることになるかもしれません。治療導入にあたり、非常に重要なポイントになります。

しかし、患者さん本人は「東京で最後を迎えてもいい」という強い意志をお持ちで、家族からも「本人がそこまで言うなら、家族は全力でサポートする」という「覚悟」

難治がんに対しても、低用量抗がん剤治療は患者さんに、ある時間をつくってあげることができました。難治がんであっても、トライしてみる価値がある——と、勇気づけられた症例でした。

### 37 ●がん縮小症例4 60代女性。子宮体がんで肺転移

子宮体がん、左右両方の肺に多数の転移のあるTさんは60代の女性です。大病院での抗がん剤治療が終了し、「余命3か月」の宣告を受けました。けれど、その後を受診した緩和ケア科の担当医師が、

「まだ体力的に元気そうだし、仕事も続けているし、このまま何も治療しないってのもどうかかな……」

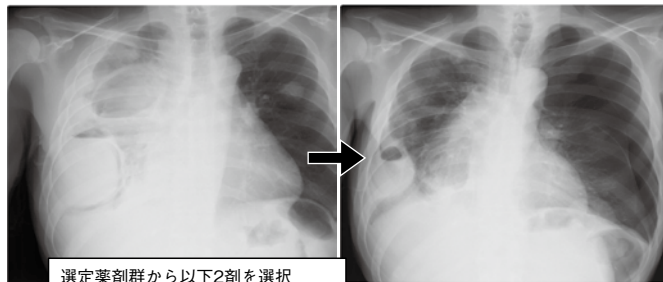
と思っただけでしょう。

「低用量抗がん剤治療つてのをやっている医者があるけど、話だけでも聞いてみる?」

と、私のクリニックを紹介されて受診に至りました。

さっそく治療を開始したところ、驚くほどよく治療に反応しました。Tさんは、自

### 50代、男性＝骨盤内肉腫、肺転移症例



選定薬剤群から以下2剤を選択  
アムルピシン 20mg/body  
+ニムスチン 25mg/body  
週1回投与

標準量の1/2～1/10の投与量で、  
著効?!

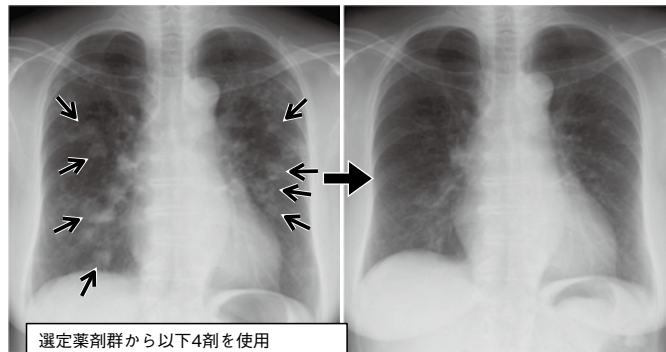
がうかがえました。そこで当方の診療連携病院のそばに、ウィークリーマンションを借り、家族も一時的に生活の場を北海道から東京に移して、治療が開始されました。

低用量抗がん剤治療は、開始からすぐに反応が出ました。肺にあった大きな転移巣が、あつという間に小さくなりました。予想以上の治療効果にこちらもびっくりです。

来院時、強かった呼吸苦症状は軽快し、体調も上向きとなりました。しばらく東京で治療を継続していましたが、やはり自分の生まれ育った故郷に戻りたいと、北海道に帰られました。

残念なことに、その数か月後、F夫さんは北海道の緩和病棟でお亡くなりになったと、家族から連絡をいただきました。しかし骨盤内肉腫という

### 60代、女性=子宮体がん、肺転移症例



選定薬剤群から以下4剤を使用  
フルオロウラシル 125mg/body  
+ドキシソビシン 10mg/body  
+シクロホスファミド 100mg/body  
+ネダプラチン(白金製剤) 10mg/body  
隔週投与

標準量の1/10の投与量で、4年生存中。

分のレントゲンを見ながら、  
「治療法はないって、はっきり言われた  
んですけどねえ……」

と、不思議がっています。

一時は、辞めることも考えていた仕事  
も、そのまま普通に続けることになりま  
した。というより、がんの症状が改善し、  
余命もわからなくなり、辞める理由がな  
くなってしまったのです。

標準抗がん剤治療の問題点のひとつと  
してあげられるのが、仕事との両立です。  
がんは、働き盛りの年齢の患者さんが罹  
患することも多いのです。

「命がかかっているのだから、仕事は休  
みなさい」

「命と仕事、どちらが大切なのですか？」

と、治療優先を言い渡されている患者さんは多いはずですが、  
「命も大事だが、仕事も大切。優先順位はない」  
と、思っている患者さんはたくさんいらっしゃいます。

低用量抗がん剤治療では、治療に要する時間が短く、副作用もほとんどないため、  
日常生活に支障をきたすことがありませんので、治療と仕事の両立が比較的しやすい  
のも特徴のひとつと言えるでしょう。

さて、Tさんの治療を開始してから4年がたちました。がんの進行はストップがか  
かったままで、コントロール良好です。

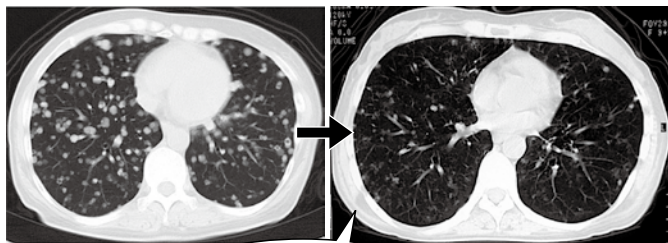
そんなある日、たまたま別件で、その大病院の救急外来を受診したところ、「あ  
と3か月」と宣告した担当医とばったり出くわしたのです。担当医は、Tさんを覚え  
ていたようです。

「ほうけたような顔で、あれ、まだ生きてたの？」と、言われました」

と、Tさんは笑いながら診察室で話していました。医師の発した言葉として、随分  
失礼な言い方ですが、同業者として気持ちはわかります。



### 50代、女性＝子宮頸がん神経内分泌腫瘍



両側多発肺転移縮小!

#### 38 ●がん縮小症例5 50代女性。子宮頸がんの肺転移

50代、女性、子宮頸がんの両側多発肺転移のR子さん。組織型は「神経内分泌腫瘍」というちよつとめずらしいタイプの子宮頸がんです。「あと3か月……」の宣告を受けられたそうです。

当方での治療を開始する前に、免疫力を上げてなんとかしようと、免疫専門クリニックでさまざまな免疫療法を受け、「ウン百万円以上」の高額をつぎ込みましたが、

白血球数は上がらない、免疫力は上がらない、病状はどんどん進行する、と期待に反して改善は見られませんでした。

そうしたなか、縁あって私のクリニックを訪ねられました。

「ネダプラチン5mg＋イリノテカン10mg」を週1回投与し、さらに「エトポシド25mg錠1錠」を週に3日間内服していただきました。で、病状は写真のごとくです。

両側の肺に、花吹雪のようにあった転移巣が著明に縮小しました。副作用はまったくありません。自分のレントゲン写真を見ながら、Rさんは、

「狐につままれたみたい」と、つぶやきます。

何はともあれ、投与をはじめて約12か月。「あと

「医学的に、すでにこの世にはいないはずの患者さんが、なぜか目の前にいる」という状況なのでしょう。このように、低用量抗がん剤治療で「元気に長生き」に持ち込めたために、かつての担当医から、  
「あれ？ まだ生きてたの？」  
と、びっくりされた患者さんはほかにもいらっしゃいます。こういったエピソードが繰り返されたこともあり、

「さあ、主治医がびっくりするような結果を目指しましょう」

私のそんなかけ声で、低用量抗がん剤治療は開始されるようになりました。

3か月」と、言われた余命宣告は余裕でクリアです。治療の副作用はまったくありません。そして、この先のことには予測不能です。なぜなら、病状が進行するから余命宣告がなされるわけで、「引け分けのまま」なら、余命宣告はしようがありません。

さらに補足させていただくと、治療費は今までの治療よりもはるかに安価です。免疫療法につき込んだ「ウン百万円」はなんだったのでしょうか。

ここで、がん治療の真理をひとつ。がんの治療はお金をかけたから「効く」というものではありません。安価な治療であっても、「効く」治療がよい治療なのです。そもそも、がんは「お金」は見えていません。

### 39 80歳以上、ご高齢の方のがん治療とリスク

ここで、80歳以上といった、高齢の患者さんのがん治療に目を向けてみましょう。現在のがん治療が、手術、抗がん剤治療、放射線治療の3本柱となっていることは前述しましたが、高齢者の場合、体力の低下や認知症の問題、腎機能や肝機能が低下しているといった、他の持病（併存疾患）などの理由で治療に対するリスク（危険度）が高くなります。そのために、提供できうる標準治療がないことが少なくありません。

医者は誰だって、治療で患者さんを苦しめようなどとは思っていません。しかしながら、患者さんがご高齢の場合、よかれと思ってやった治療が、逆に患者さんを苦しめる結果となる確率が高くなります。たとえば、こういうケースです。

「手術をし、がんは取れました。でも手術後の回復が悪く、足腰も弱って歩けなくなったのです。それで寝たきりになって……結局、だめでした」

私も外科医として、手術をしたためにかえって日常生活に支障をきたしてしまったり、寝たきり状態から回復できなかった患者さんを、過去に何人も経験しました。もう少し患者さんの年齢が若ければ、なんの問題も起こらないはずの手術なのに、高齢であったがゆえに、手術後の回復が思わしくなかったということです。

抗がん剤治療も同様です。とりあえず、標準抗がん剤治療はできたものの、「薬の副作用でヘロヘロになって、よくなるどころか、すっかり弱っちゃった」

これもよく耳にすることです。命にかかわることもあり、まさに本末転倒です。「おじいちゃん、がんはそのままだけど、治療しないほうが全然元気じゃない？」

という家族の声は、実際、本当によくうかがう話なのです。



#### 40 低用量なら、90歳でも抗がん剤治療を受けている

高齢の患者さんでは、行っている治療や、導入しようとしている治療が、人生最後の時間帯をつらい時間にするものにならないか、かえって命を縮めるものにならないかをよく考える必要があります。ですから、お年寄りでは「何もしない」という選択も、じつは「治療戦略」になるのです。

しかし、これらはあくまでも医療者の視点です。本人は何歳になっても、「まだまだ生きていたい。だから、生きるための治療をしたい」

「せめて、もう少しお迎えを延ばしたい。だから、何かしらの治療を……」  
と、考えているお年寄りはたくさんいらっしゃるのです。

「がんなのに治療は何もしないのか——」

という精神的重圧に年齢は関係ありません。「何もしない!!見捨てられた」と、感じることもつながります。そういう意味では現在の標準治療は、「まだ生きたい」「治療をしたい」というお年寄りを<sup>まも</sup>るに<sup>か</sup>けることになり、「高齢者が<sup>がん</sup>難民」をつくり出している側面があるのは事実です。

けれど、今はもう違う——ということを皆さんには知っていただきたいのです。低用量抗がん剤治療では、標準治療、特に標準抗がん剤治療で対応できないご高齢の方にも、治療の道がひらけるようになりました。

私のクリニックの患者さんには、標準抗がん剤治療を断られたご高齢の患者さんが少なからずおられます。そのなかで、低用量抗がん剤治療を行った最高齢は90歳の方です。かつての主治医からは、

「もう、十分生きてほしい？」

と、言われたとお話でした。しかし、十分かどうかは、患者さんご自身が判断されることです。少なくともこの90歳の方は「まだまだ」と思われたため、治療を希望され、私のクリニックを受診されたということです。

当方の低用量抗がん剤治療の基本適応条件は、

- 1 患者さん本人に治療の意思と希望があること。
- 2 通院できる体力があること。

この2点です。この2点がクリアできれば、よほど分の悪い併存疾患や、社会的条件などがなければ、年齢制限はありません。高齢の患者さんになればなるほど、治療は「ご本人が希望するかどうか」がポイントになりますので、家族の方が「治療をさせたい」と強く要望されても、積極的な治療開始理由にはなりません。また、自力で通院できないような体力の場合は、低用量とはいえ、抗がん剤治療は「百害あって一利なし」と考えています。

#### 41 ●がん縮小症例6 80代男性。直腸がん

実際に、高齢者の直腸がんの原発巣コントロールを目的に低用量抗がん剤治療を導入した症例をお見せします。この患者さんはとても元気な80代の男性です。

しかしながら、見た目がどんなに元気でも、心筋梗塞しんきんこうそくの既往、うつ血性心不全の既往（最近の話）のある80代後半と知ると、手術や標準抗がん剤治療を「ぜひやりましょう」という医者はそういないでしょう。

病巣は肛門こうもん直上の直腸膨大部という場所に陣取っています。肛門からの距離が短いので開腹手術なら、人工肛門は必須です。内視鏡的切除は「筋層浸潤あり」のため、

「根っこ」が残るのでやめたほうがいい」という、内視鏡医のコメントでした。

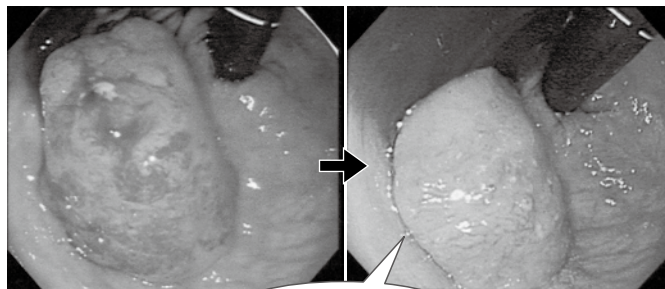
患者さんの腫瘍は直腸膨大部という比較的広い空間を有する部分にあるため、このまま病巣が大きくなってきても、腸閉塞ちようへいそく症状をきたしてくる可能性は低そうです。また、この時点でほかに転移は認めません。そういう意味では、こういうがんはいっさい手をつけず、放ったらかしにしておいても1〜2年は臨床的にはあまり「悪さ」をしないとも思われます。

とはいえ、高齢であろうと「治療する」「治療しない」を最終的に決断するのは患者さん本人です。だから私は、本人が希望するのであれば、「状況が許す限り、治療を提供する」ことを軸に、できることを考えました。

最終的には、本人に加えて家族とも協議のうえ、低用量抗がん剤治療の導入となりました。

使用薬剤は、「フルオロウラシル+シクロホスファミド+白金製剤」を低用量で使用です。副作用もなく、病巣もよい感じでコントロールできています。知人の内視鏡専門医に定期的に経過を診てもらったところ、「原発巣は縮小傾向にある」とのコメ

## 80代、男性＝直腸がん



縮小傾向あり

ント。予想以上に効いています。  
「低用量の抗がん剤で、この結果は興味深いです  
ね」

と、その知人医師。私がかつて勤務していた癌  
研時代からの知り合いです。医師としても興味  
があるのでしよう。大腸内視鏡検査を毎回快く引  
き受けてくれます。

高齢の患者さんでも低用量抗がん剤治療であれ  
ば、がん治療の継続が可能です。標準治療から見  
放されて、「治療法がない」と告げられた「高齢  
者が難民」の患者さんにとって、大きな希望に  
なるはず。 「よい時間をいちばん長く」のた  
めの選択肢として検討していただければと思います。

## 42 ●がん縮小症例7 70代男性。たばこを吸う人の肺がん

喫煙者の肺がん、肺線維症<sup>はいせんいしょう</sup>併存症例をお見せします。喫煙は、肺がんの発生率上  
昇だけでなく、肺線維症という病気の原因にもなります。

肺という臓器は、正常だときめの細かい、柔らかいスポンジのような臓器です。か  
つて、北海道富良野市在住だった「たばこを吸わない女性の肺のホルマリン標本」を  
手にしたことがあります。ラベンダー色をしたきめの細かいスポンジのようでした。  
いっぽう、たばこで傷んだ肺、つまり肺線維症になった肺はゴワゴワと硬くスカス  
カで、ヤニで汚れた「へチマのたわし」という形容がピッタリの状態になります。

肺線維症というのは結構厄介な病態で、抗がん剤治療とともに、肺線維症が一気に  
悪くなることあります。その結果、呼吸不全で死に至ることもあり、「こんなこ  
となら、治療をやらなければよかつた……」となりかねません。

この、70代後半の男性患者さんも、  
「治療そのものが引き金となり、肺線維症を悪化させる可能性がある」

ところが、その1年後に骨盤内での再発を指摘されます。そこでも再度、抗がん剤治療を勧められるものの、希望されなかったため、「あとは緩和……」の宣告を受けられたということです。

ところが、その1年後に骨盤内での再発を指摘されます。そこでも再度、抗がん剤治療を勧められるものの、希望されなかったため、「あとは緩和……」の宣告を受けられたということです。

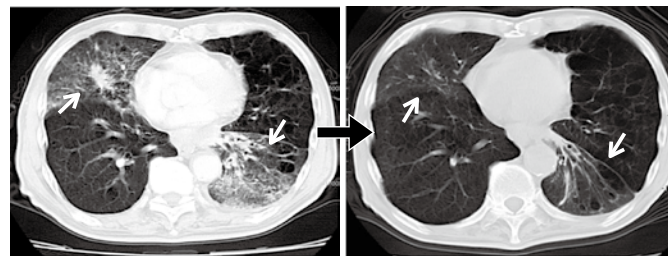
### 43 ●がん縮小症例8 50代女性。卵巣がん直腸浸潤あり

50代、女性、卵巣がんの患者さんのケースです。

卵巣がんのステージは「病期Ⅲb」と診断され、切除手術を受けました。手術後の標準抗がん剤治療を勧められましたが、本人は抗がん剤での治療は希望せず、免疫力を上げるという代替療法のみでの治療を選び、そのまま経過観察となりました。

悪化させずに投薬行為はやれる……という印象を持っています。ケースバイケースですが、治療開始の間口は広いように感じています。いずれにせよ、よかれと思いつつながら提供する治療が、逆に患者さんにダメージを与えるようでは元も子もありません。低用量の抗がん剤使用とはいえ、併存疾患を持つ症例では、最大限の注意が要求されます。

### 70代、男性 ＝肺線維症を伴う肺小細胞がん



選定薬剤から以下3剤を使用  
ドセタキセル 20mg/body  
+ネダプラチン(白金製剤) 10mg/body  
+アムルピシン 20mg/body  
週1回投与

標準量の1/4～1/10の投与量で効いた！  
しかも、肺線維症併存症例にも  
安全に施行し得た。

という理由で、がん専門病院での標準抗がん剤治療が見送りとなったのです。

では、私はどう考えたかといえば、「今以上に悪くならなければ」というスタンスで低用量抗がん剤治療を導入しました。

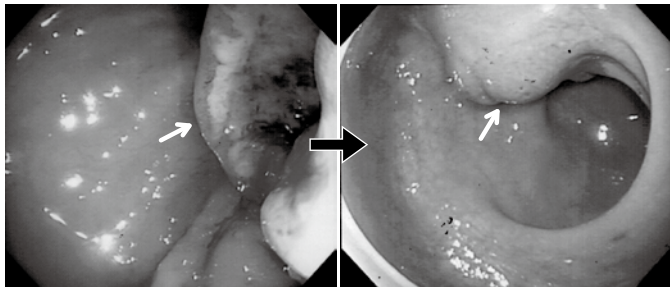
この患者さんの肺線維症をはじめ、心臓疾患、高血圧、糖尿病、膠原病、腎機能障害、肝機能異常、その他のさまざまな併存疾患を持つ患者さんにも低用量で治療しています。

本人、家族に

「チャレンジケースである」

ということをご理解いただいたうえで治療開始となりますが、肺線維症には過去7例に導入しています。手応えとしては、抗がん剤を少ない量で使用する限り、「併存疾患を

### 50代、女性＝卵巣がん手術後、 骨盤内再発。直腸浸潤、下血を伴う



治療開始後2か月。下血はおさまり、直腸病変は著明に縮小した。  
地元主治医もびっくりの症例。

まあ、がんは普通、代替療法でなんとかなるはずもなく、病変が増悪するのは当たり前です。私のクリニックを受診したときには、骨盤内再発が直腸に進行して出血しており、結構な量の下血もあったのです。

固形がん（97ページ参照）の特徴として、「硬くて、もろくて、出血しやすい」というのがあります。直腸浸潤部からの出血を止めるためには、出血を起こしている場所への物理的的刺激を取り去ることを考えなくてはなりません。

連携医療機関の外科医とCT画像、大腸内視鏡検査の所見から、人工肛門をつくる方針が導かれ、経過を見ながら、手術日も決める段取りとなりました。

その間、「手術日が決まるまでの間……」という感じで、低用量抗がん剤治療となりました。すると、劇的な変化がありました。

治療開始後、下血量は減り、1か月ほどで出血も認めなくなりました。腫瘍マーカーの「CA125」は102U/ml（インターナショナルユニット／ミリリットル）から、48U/mlに減少しました。2か月後の経過観察目的の大腸内視鏡検査で、驚きの変化がありました。なんと腫瘍が著明に縮小していたのです。主治医はびっくりです。

使用抗がん剤は、「イリノテカン10mg＋ゲムシタビン100mg」を週1回投与。副作用はまったくなし、ということと、しばらくはこのまま低用量抗がん剤治療を継続することとなりました。もちろん、人工肛門造設術は見送りとなりました。

この経過を見ていたある看護師は驚嘆していました。最近、私のクリニックで働きはじめたばかりですが、それまで勤務していた大病院では抗がん剤治療に携わっていません。

「本当に、こんな少ない抗がん剤で効くなんて……思いもしなかった」

と、かつての私と同じ言葉を口にしていました。

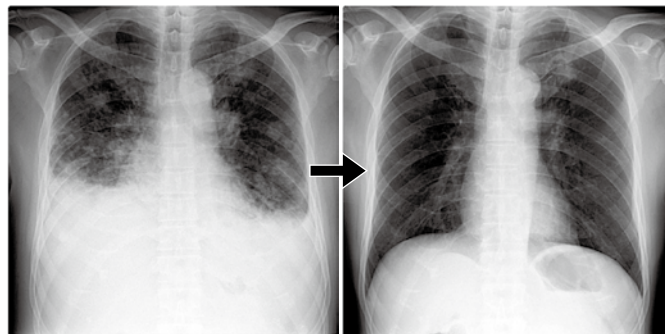
「これは、やばい……」

本音の感想です。まず緊急時対応病院の確保と在宅酸素療法の導入を行い、診療環境を整えたうえで低用量抗がん剤治療に入りました。使用薬剤は「シスプラチン10mg + ゲムシタビン100mg」を週1回投与です。

治療の反応は速く、1か月後には肺転移薬と胸水はきれいになくなり、もちろん呼吸苦、血痰、咳症状もすべて認めなくなりました。とても1か月前に死の淵をさまよっていた患者さんには思えません。

まして、抗がん剤が効きにくいといわれる腎盂がんですが、「こういうこともあるのだな。まずはトライしてみるものだと、改めて感じさせてくれた患者さんでした。」

### 50代、男性＝腎盂がん、多発肺転移で胸水が溜まっていた



治療開始前

治療後3か月

#### 44 ● がん縮小症例9 がんが消えた腎盂がんの両肺転移

低用量抗がん剤治療が、まずは引き分け狙いの治療であり、ときに予想以上に効く場合があることをお見せしてきたわけですが、100例に1例くらいの割合で、がんが消えてしまうことを経験することがあります。

50代なかばの男性で、血尿を契機に見えられた腎盂がんの患者さんそのひとりです。がんが見つかったときには、すでに両側肺にたくさん転移しており、胸水も溜まっていました。治療を先延ばしにしているうちに、呼吸苦、血痰、咳症状まで出現していたのです。そんななかで縁あって、私のクリニックへ。最初の受診での私の印象は、

第5章  
がん「引き分け症例」の真実



## 45 「都合のよい症例だけでは？」という疑問のために

提示できる症例はまだまだありますがキリがありませんので、この辺にしておきます。さて、ここまでにご紹介した患者さんの症例では、「よいところばかり見せているんだらう？」と、思われる方もおられるはずです。

じつはそのとおりです。100%の治療は存在しませんから、治療効果の見られなかった患者さんが存在するのは事実です。では、低用量抗がん剤治療に「どのくらい期待してよいのか？」となります。そこで治療成績を示します。

私のクリニックの開院当初からのものですが、低用量抗がん剤治療を導入した454症例の解析結果をまとめてあります。全体像をうかがい知ることができるように簡単に紹介したいと思います。

ここで、お断りしておきます。過去の症例を集めて解析するタイプの臨床研究の場合、この454症例をそのまま解析しても、正しい解析結果は出てきません。玉石混漚いっしょくせんなのです。そこで、過去の症例データを解析するときは、難しい言葉で「交絡因子こうりやくいんしを省く」と言いますが、解析結果によっても悪くも極端な影響を及ぼす症例を省いて、

コアとなる部分で解析を行います。

## 46 追跡した内訳は男性124人、女性217人

本書では454症例から、交絡因子を省いたコアな341例を追跡率96・5%で解析しました。追跡率とは、治療した患者さんが最終的にどうなったかというのを突き止めることで、臨床研究においてとても重要な検討項目です。追跡率が高くなればなるほど、解析結果の信頼性は上がります。ですから、コアな部分を追跡率96・5%で行った当方の解析結果は、そこそのことは言っていない内容だと感じています。

ここからは、より専門的な話が続きます。先に結論をお知りになりたい方は、150ページの「結論」まで飛ばしていただいてもかまいません。

内訳は男性患者さん124人、女性患者さん217人です。年齢は21歳から90歳まで、平均年齢は60・6歳です。年齢の若い人はもちろんですが、ご高齢の方でも使用する抗がん剤が低用量になるため、とり行うことができます。

341例中病期Ⅲが28例、病期Ⅳが308例と、完治、根治困難な症例が全体の98・5%を占めます。前立腺ぜんりつせんのD期はⅣ期に分類し、Ⅲ期には卵巣がんの腹膜播種症ふくまくはくしゅ



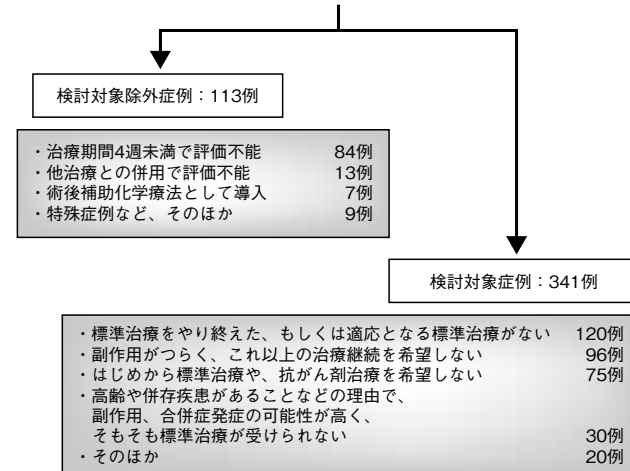
もうひとつ説明が必要です。固形がんの治療効果は「RECIST基準」(Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) というものが使われます。完全治癒、改善、不変、進行の4段階で評価されます。

さて、抗がん剤の治療効果は全体の症例数中で占める「完全治癒+改善」症例の割合を「奏効率」(Response Rate %) と言い、世界中で認められている抗がん剤の評価基準になっています。たとえば、ある治療が「20%に効いた」という場合、一般にその治療の奏効率が20%であることを指します。最近では「不変」も有効な範囲と提唱されてきており、全体の症例数中で占める「完全治癒+改善+不変」症例の割合が

例が多く含まれています。

病期とはがんの進行度を表すものであり、大きくIからIVまでの4段階に分けられています。ローマ数字が小さいほどがんの進行度は軽いことを示しています。病期IVというのは固形がん(97ページ参照)では多くの場合、原発巣から遠く隔てた臓器に転移した遠隔転移を伴っている状態で、がんの進行状況としてはいちばん進行した状態になり、もつとも完治、根治の難しい病態になります。

### 低用量抗がん剤治療導入454例



交絡因子を除外した341例を検討対象症例とした。

### 低用量抗がん剤治療導入者の内訳 (検討対象症例：341例)

- ◆性別：男性 124例 (36.4%)  
女性 217例 (63.6%)
- ◆平均年齢：60.6歳 (21-90歳)
- ◆臨床病期：病期(ステージ) II 2例 (0.6%)  
病期(ステージ) III 28例 (8.2%)  
病期(ステージ) IV 308例 (90.3%)  
(前立腺がんの病期Dを含む)  
脳腫瘍 1例 (0.3%)  
不明 2例 (0.6%)

低用量抗がん剤治療でのがんの種類別治療効果  
(検討対象症例：341例)

	完全治癒	改善	不変	進行	計
肺	1	7	36	20	64
胃	0	1	9	17	27
大腸	0	2	15	21	38
直腸	0	0	7	7	14
乳腺	1	7	26	10	44
子宮頸部	0	2	4	13	19
子宮体部	0	1	1	3	5
卵巣	1	3	16	11	31
膵臓	0	2	8	17	27
胆嚢・胆管	0	1	2	4	7
腎盂・腎臓	1	0	0	1	2
尿管	0	0	1	0	1
膀胱	0	1	0	2	3
前立腺	0	0	1	4	5
副腎	0	0	1	0	1
腹膜原発	0	0	3	3	6
悪性黒色腫	0	0	0	2	2
肝臓	0	0	0	3	3
腹腔内平滑筋腫	0	0	1	0	1
子宮平滑筋腫	0	0	2	2	4
脾臓血管肉腫	0	0	1	0	1
四肢横紋筋肉腫	0	0	0	1	1
骨盤内肉腫	0	1	0	0	1
子宮癌肉腫	0	0	0	1	1
四肢MFH	0	1	0	0	1
食道	0	0	1	8	9
甲状腺	0	0	1	0	1
咽頭	0	0	3	3	6
肛門管	0	0	0	1	1
直腸カルチノイド	0	0	0	1	1
頭蓋内胚細胞腫	0	1	0	0	1
小腸原発	0	0	1	0	1
原発不明癌	0	0	0	1	1
重複癌	0	0	3	3	6
その他	0	0	2	3	5
	4 (1.2%)	30 (8.8%)	145 (42.5%)	162 (47.5%)	341 (100%)

病理組織別の治療効果  
(検討対象症例：341例)

	完全治癒	改善	不変	進行	総数
肺癌	2	20	114	110	246
扁平上皮癌	0	0	11	28	39
小細胞癌	0	2	2	1	5
LCNEC(肺)	0	0	1	2	3
NEC	0	1	1	0	2
カルチノイド(直腸)	0	0	0	1	1
尿路上皮癌	1	1	1	3	6
明細胞癌(腎臓)	0	0	3	3	6
平滑筋腫(子宮)	0	0	3	2	5
横紋筋肉腫(四肢)	0	0	0	1	1
癌肉腫(子宮)	0	0	0	2	2
顆粒膜細胞腫(卵巣)	0	0	1	0	1
血管肉腫(脾臓)	0	0	1	0	1
MFH(四肢)	0	1	0	0	1
悪性黒色腫(皮膚)	0	0	0	2	2
腺様嚢胞癌(耳下腺)	0	0	1	0	1
副腎癌	0	0	1	0	1
肝細胞癌	0	0	0	2	2
小葉癌(乳腺)	0	1	0	0	1
髄様癌(乳腺)	0	1	0	0	1
腺扁平上皮癌(膵臓)	0	0	1	0	1
多形癌(肺)	0	0	0	1	1
大細胞癌(肺)	1	0	0	0	1
胚細胞腫瘍(脳)	0	1	0	0	1
重複癌	0	0	3	3	6
不明	0	2	1	1	4
	4 (1.2%)	30 (8.8%)	145 (42.5%)	162 (47.5%)	341 (100%)

●疾患制御率 52・5% ●奏効率 10%

治療が効くとか効かないは、あくまで確率論です。たとえば「90%治ります」といった治療も、「治らない10%」に入った患者さんにとって、「90%」という確率はど  
うでもよい数字です。患者さん個人にとって結果は「シロカクロ」しかないわけで、  
どうなるかはやってみなくてはわかりません。  
さて、総合評価としては、次のようになります。

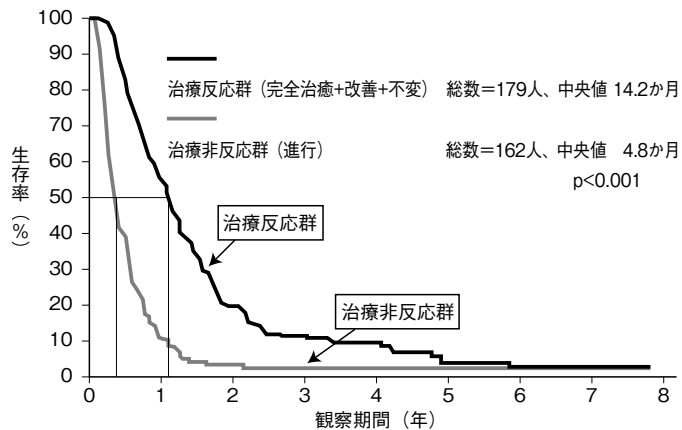
療効果の解析です。

47 疾患制御率は、52・5%

私のクリニックでの341例のがんの種類、および、病理組織学的診断から見た治

「疾患制御率」(Disease Control Rate %)として表されます。  
当方の低用量抗がん剤治療は「引き分け目指し」の治療法ですから、奏効率Ⅱ「完  
全治癒+改善」に「不変」を加えた「疾患制御率」で治療効果を判定します。

低用量抗がん剤治療の生存曲線  
治療反応群と治療非反応群  
(検討対象症例：341例、追跡率96.5%)



● 2年生存率20% ● 3年生存率10%

生存曲線を見ていくと、疾患制御に至らない症例（治療非反応群）は、一般に知られている緩和治療のみの生存曲線とあまり変わらないようです。つまり、延命していません。

しかしながら、効いた患者さんで計算しますと、生存期間の中央値が「14・2か月」です。この数字もまた捨てたものではないかな、と思います。

そもそも、「治療がない」と言われた患者さんを対象に、半分以上の症例で効果があり、明らかに生存期間を延ばしているであろう治療法は、現時点でほかに

「疾患制御率52・5%」ですから、引き分け狙いの治療として、2人にひとりの患者さんでがんの動きを止めることができました。

「奏効率10%」というのは、予想以上に効いた患者さんが10人にひとりくらいはいるということですよ。狙ったものではなく、引き分け狙いだったのに、「予想以上に効いた」症例ということですよ。治らないがんの治療で10人にひとり、腫瘍が縮小する治療というのは、そう捨てたものではありません。

今回の解析で、臨床経過からがんが進行している患者さんのなかに、低用量抗がん剤治療が明らかにブレイキとして機能している、「ゆつくりと進行」の症例も少なからず存在します。「ゆつくりと進行」は、それはそれで「元気な時間を長く」に寄与していると思われれます。そのため、「治療」としての意味はあると考えられます。

したがって、低用量抗がん剤治療は、明らかに半数を優に超える患者さんにおいて、がんの制御に働いていることがわかりました。

48 最長通院者は、8年通院する肺がん患者さん  
次に、「生存率」を示します。

低用量抗がん剤治療の副作用

副作用内容				副作用内容					
副作用内容	度数	比率 (%)	副作用内容	度数	比率 (%)	副作用内容	度数	比率 (%)	
グレード0	208	61	グレード2	骨髄抑制	15	4.4	グレード0	61.0%	
グレード1	吐き気	66	19.4	味覚異常	2	0.6	グレード1	41.3%	
	便秘	22	6.5	便秘	5	1.5	グレード2	7%	
	口内炎	4	1.2	吐き気	2	0.6	グレード3	1.2%	
	味覚異常	8	2.3	グレード3	骨髄抑制	1	0.3	グレード4	1.5%
	嘔吐	2	0.6	吐き気	3	0.9	副作用内容の重複あり(総数=341人)		
	下痢	1	0.3	グレード4	SJS (※3)	1	0.3		
	食欲低下	1	0.3	ショック	4	1.2			
	舌の荒れ	1	0.3	※3 SJS: スティーブンス・ジョンソン症候群 (皮膚粘膜眼症候群)					
	脱毛	13	4						
	手足症候群	5	1.5						
	末梢神経障害	7	2.1						
	骨髄抑制	7	2.1						
	吃逆 (※4)	1	0.3						
	倦怠感	1	0.3						
耳鳴り	1	0.3							
薬剤性肝障害	1	0.3							

- グレード0 正常 / 基準値範囲内、なし
- グレード1 軽症 / 軽度の有害事象
- グレード2 中等症 / 中等度の有害事象
- グレード3 重症 / 高度の有害事象
- グレード4 生命を脅かす、または、活動不能に至る有害事象
- グレード5 有害事象による死亡 (因果関係あり)

私のクリニックで行っている低用量抗がん剤治療では、副作用はそのほとんどが、グレード0～1です。

副作用が少ないからこそ、外来での対応が十分可能なのです。なお、143ページの図中の比率を足すと100%を超えるの

何かあるでしょうか。  
 ちなみに、最長は、開院以来8年通院を継続してる肺がんの肺転移、脳転移の患者さんです。8年間、引き分け続けているわけです。  
 今後も当方は、疾患制御の期間を少しでも延ばしていくように、薬剤の選択、組み合わせの検討を進めていくつもりです。標準量の5分の1～20分の1の投与量で制がん効果を見るところ、ユニークな現象を示す低用量抗がん剤治療が、今までの標準抗がん剤治療の幅を広げて、がん医学界に一石を投じることになるのか、あるいは忘れ去られるのかわかりませんが、さらなる治療の詳細は今後の発表までお待ちください。

49 副作用は「グレード0～1」がほとんど  
 副作用の判定は、米国立がん研究所 (National Cancer Institute) がつくった判定基準を用います。「CTCグレード」(Common Toxicity Criteria) と言われ、全身症状、消化器症状、白血球数などの各項目の副作用 (有害事象) について、判定しやすいように以下の0から5までの段階評価を行います。

143 ※4=吃逆 (きつぎやく)。しゃっくりのこと。

は、副作用が重複している患者さんがいるためです。

当方には、遠方から、来院している患者さんも多いので、治療がうまくいくことはもちろんですが、同時に当方の治療で地元の主治医に迷惑をかけることも大切です。力及ばず、がんの制御が困難な場合、その病状の進行に伴う診察や緊急対応などの大変なところを地元の主治医にお願いすることになるため、少なくとも当方の治療による副作用の「尻拭い」を地元の先生にさせるわけにはいきません。地元の先生に、「どこかで変わった治療をしているけど、効いているみたいだから、まあいいか」

と、受け入れていただくには、とにかく当方の治療で迷惑をかけることが大切と考えています。

#### 50 ムカムカするなど、多少の吐き気はあるが……

具体的に低用量抗がん剤治療で多い副作用として吐き気があります。

抗がん剤投与後1〜2日目に多く見られます。しかしながら、「ちよつとムカムカする程度」が多く、吐き気止めはいちおう「お守り」としてすべての患者さんに処方していますが、実際に患者さんが使用することはほとんどありません。

少なくとも、「吐き気止めが必需品」とされる標準抗がん剤治療の副作用を経験した方に言わせると、「ムカムカはあったけど全然楽ちん」だそうです。

白血球数減少時に使用する「G-CSF」（顆粒球コロニー形成刺激因子製剤）も、低用量抗がん剤治療では使用することはほとんどなく、当方ではここ数年、使用した記憶がありません。標準抗がん剤治療では、この製剤を頻回に肩に注射している患者さんも多いことでしょう。私のクリニックでも、万が一に備えて冷蔵庫にG-CSF製剤を確保していますが、使用機会がほとんどないため、使用期限切れになると医療廃棄物として破棄することになっています。

患者さんがとても気にされる「脱毛」も稀です。たとえば、「パクリタキセル」や「ドセタキセル」といったタキサン系の抗がん剤の場合、標準治療ではごっそりと髪が抜けます。しかし、当方でよく使用する「ドセタキセル5〜10mg」の週1回投与だと、ほとんど抜けません。

総じて、低用量の抗がん剤では、副作用はないか、あっても対応しやすい許容範囲内です。

51 抗がん剤という「毒」を、使い続けることの問題はないか？

ただし、よい話ばかりではありません。いちばんの問題は「アナフィラキシー・ショック」です。急性の一種のアレルギー反応ですが、開院以来の8年間で4症例経験しています。およそ2年に1回、忘れた頃に起きます。同じ薬剤を使用しているもある日突然起きることもあり、必ずしも予測できません。ショックの発症は緊急事態ですが、ショック発症後の処置により入院することなく、全員がレスキュー後は帰宅されています。

低用量抗がん剤治療はまず、安全に外来での投薬治療はできます。しかしながら、「リスクはゼロではない」ということを常に頭に入れて、少ないながらも、抗がん剤という「毒」を使用しているという自覚のもとに慎重に治療にあたらなくてはなりません。

また、引き分け続けるためには、抗がん剤を投与し続けます。その際、心配されるのが、その累積投与量です。しかし、これもまず問題にならないと考えています。

低用量抗がん剤治療では、薬剤を標準量の5分の1や、20分の1の量で使用するかからこそ、「個の体質」と「薬剤の相性」が、より鮮明にわかると述べました。個人の体質に合った薬剤は、私のクリニックの使用量であれば、次回投与時には、前回投与された薬剤はすべて代謝されて体内には残っていないようです。

そのため、繰り返し投与による「累積」は起こらないと考えています。逆に、体質に合っていない薬剤は、当方の投与量でも、患者さんの症状の訴えと、血液検査値で「何か変だ」、「何かおかしい」といった感じで違和感が現れます。そういった薬剤は、「累積」が起きる前に、投与を止めていることが多いため、問題はまず起きることがないのです。

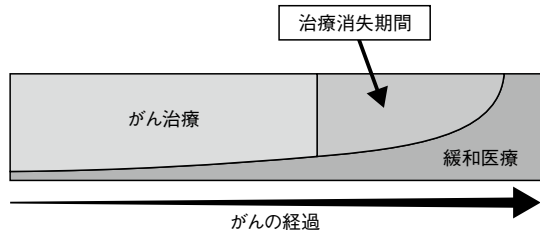
52 いつまで治療は可能か？

最後に、患者さんは、いつまで外来通院が可能かということを検討してみます。

残念な事実ですが、治らないがんでは、どこかでがんの勢いが強くなり、がんに押しさられる時期が訪れます。

その時期がいつか、というのは誰にもわかりません。しかし、そうしたなか、患者

低用量抗がん剤治療で、治療消失期間を補填できる

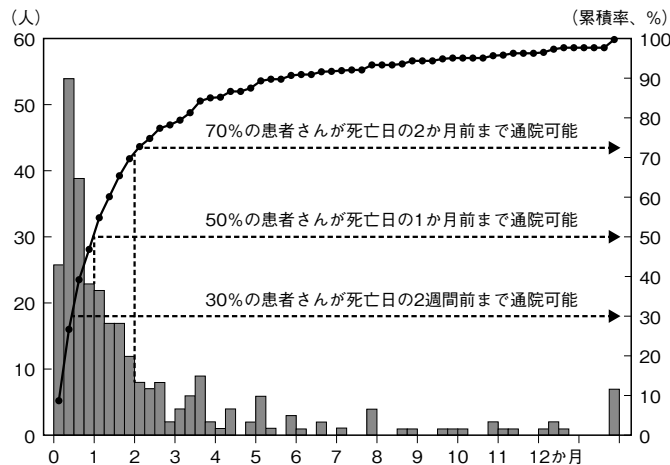


このことは、第1章で触れた標準治療終了後の治療消失期間（32ページ）を、低用量抗がん剤治療により確かに補填できることを示しています。治療行為に切れ目をつくることができるのです。

がんは治らなくとも、QOL（生活の質＝Quality of Life）を保ち、苦痛なく、がんと共存しながら、少しでも長く日常生活を送れたらと思うのが、多くの患者さんと、私のクリニックの願いです。

そのため、低用量抗がん剤治療を軸とした治療を患者さんに提供しながら、疼痛コントロール、がん性貧血に対する輸血、栄養剤点滴、経腸栄養剤処方、ステロイド投与、胸水・腹水穿刺、精神的サポートなどの外来で行いうる緩和診療を必要に応じて並行して行います。がんと向き合う患者さんや家族の抱えるさまざまな不安を取り除くよう心

最終外来通院日から死亡日までの期間  
(検討対象症例：300例)



さんは果敢にがんに対応する心と姿勢を見せてくれます。そういった患者さんに、どこまで医療サイドは、ともに伴走できるのか、ということです。

低用量抗がん剤治療では、図のように半分の患者さんが、死亡日の1か月前まで通院、3人にひとり、2週間前まで通院可能です。

ステロイド点滴や補液のために、亡くなられる3日前、あるいは前日まで通院した患者さんいらっしゃいます。つまり、終末期に入ってから、本人の希望さえあれば、ギリギリまで、患者さんの希望をつなぐ、なんらかの治療行為の提供が可能です。

がけた医療を提供することこそが、がんの外來診療の目指すところです。

通院可能な限りは当方の外來にて、そして通院不能となった場合には地元連携病院、緩和病棟、在宅医療へとつないでいきます。がん治療から緩和医療へのなだらかな移行は、良好になしえていると感じています。我々のあり方は、現在のがん診療の抱える大きな課題をクリアする完成形のひとつではないかと思っています。

### 53 結論。低用量抗がん剤治療は「水」ではない

まあ、いろいろゴチャゴチャ書きましたが、結論は以下のごとくです。

- 1 低用量抗がん剤治療は、2人にひとり、効果を認める。
- 2 低用量抗がん剤を「水」と擲<sup>や</sup>擲<sup>ゆ</sup>するのは間違いだである。
- 3 低用量抗がん剤治療は空<sup>カク</sup>抗がん剤治療、気休め治療ではない。

日本のがん治療はエビデンス（科学的根拠）に基づいた治療であることは述べました。ところで、このエビデンスにはランクづけがあるのをご存じでしょうか。鰻井の

「松」「竹」「梅」のようなもので、以下の6段階になります。

### ●エビデンスのレベル分類

- レベル1 〓 システマティックレビュー／メタアナリシス。
- レベル2 〓 ひとつ以上のランダム化比較試験による。
- レベル3 〓 非ランダム化比較試験による。
- レベル4 〓 分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究）による。
- レベル5 〓 記述研究（症例報告やケース、シリーズ）による。
- レベル6 〓 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見。

### ●推奨治療グレードの分類

- グレードA 〓 行うよう強く勧められる。
- グレードB 〓 行うよう勧められる。
- グレードC 〓 行うよう勧めるだけの根拠が明確でない。
- グレードD 〓 行わないよう勧められる。



さて、気になるのは、低用量抗がん剤治療のエビデンスレベルでしょう。

ようは、レベル1と2が鰻井の「松」、レベル3と4が「竹」、レベル5と6が「梅」といったところです。今回、本書で呈示した低用量抗がん剤治療の治療成績や解析の科学的根拠は、レベル4と5の中間あたりに位置し、科学的裏づけと信頼度は「竹の下くらい」という評価を受けます。

また、治療としての奨励グレードではCだと思えます。「行うよう勧めるだけの根拠が明確でない」となります。残念ですが、日本の医学上重要なエビデンスレベルでは、これが低用量抗がん剤治療への評価となります。ここが最大の弱点です。

#### 54 偶然は何度も起きない

さて、第1章の冒頭でも述べましたが、日本では患者さんに提供される医療には科学的根拠、つまりエビデンスが重要視されます。エビデンスがない、あるいは弱いとされるがん治療は、たとえ患者さんが希望されても、

「エビデンスがないのでやりません」

「エビデンスがはつきりしないので勧められません」

といった感じで、多くの大病院や、専門病院の医師は取り合いません。抗がん剤治療では特にその傾向が強くなり、ひとこと言えば、やってももらえません。

現時点では「エビデンスがはつきりしない」ととらえられるどころか、

「抗がん剤を少なく使うなど言語道断。科学的検証以前の効くはずのない治療」

としての認識が普通です。

ただし、あまり反論しないで言われっぱなしというのもなんですので、「そう変な治療ではない」ということを、エビデンスを支える基盤である統計学を少しからめて考察してみます。

別に大げさな理論展開をするつもりはありません。ただ、低用量抗がん剤治療を「意味がない治療」、「空抗<sup>カウ</sup>がん剤」「そんな量では効かない」などと頭から切り捨てることは、「統計学上矛盾がありますよ」というだけの話です。

だから、低用量抗がん剤治療という一治療法に対して、もう少し目を向けて少しくらい評価してくれてもいいんじゃない？ ということです。

つまり、偶然は何度も起きません。そして、偶然と思われていたことが続けて起こるといふことははじめから偶然ではなく、「必然ですよ」というだけの話です。

たとえば、100人の患者さんに低用量抗がん剤治療を提供して、そのうち効果を認めた患者さんがたった1名だったとすると、その1名は「偶然の1例」「たまたまの1例」として統計学では見なされません。

ところが、実際には低用量抗がん剤治療の効果を認める患者さんはそんな少ない数ではなく、50%以上の患者さんに治療効果が認められます。この数字は統計学上、無視できません。「偶然」「たまたま」が連続して起こることはそれこそ奇跡、神がかりを意味します。宝くじに連続して当たり続けるようなものです。ですから、治療効果が2人にひとり以上の確率は、「偶然」「たまたま」ではありません。

少し話はそれますが、先日、癌研時代の知人医師、某総合病院の呼吸器外科医長より、

「低用量抗がん剤治療を『裏メニュー』ではじめたからね」と、連絡がありました。

「たしかに効く症例がありますね。目からウロコが落ちました」と、メールには感想も綴られていました。昔の私と同じ経験です。

### 55 再現性のある、身体にやさしい「心の化学療法」

そして、患者さんの身体からだにやさしいこの治療に対して、興味を示して目を留めるのは、医師よりも看護師が先のようにです。最初は半信半疑だった外来化学療法担当の看護師も、「へえ、効くものなのですね」と言ってくれたそうです。

そこでは、  
「外来化学療法室の看護師から、『心の化学療法』と呼ばれていますよ」とのことでした。

つまり、何が言いたいかというと、このように私以外の別人が別施設で行っても、空抗がん剤や、気休め治療ではなく、同様になんらかの治療効果が観察されているのです。ということは「再現性がある」ことも意味しています。科学における「再現性」は、「普遍性」を意味してくるためとても重要です。

さらに付け加えておきますが、この治療の原型は国内、国外で以前から細々と試み

られていた治療法で、効果があることも報告されていました。つまり、私の現在の治療もある意味ではその再現性を見ているとも言えます。

したがって、「再現性」がある治療なのです。

それでもなお、否定的見解から抜け出せないとしたら、抗がん剤は標準治療のように一気飲みで、ガツツリ使わないと効かないという、医学生るときから刷り込まれた学問的先入観が、低用量抗がん剤治療導入の妨げになっているのかもしれない。

低用量抗がん剤治療は、全国どこでも、医療従事者がほんの少し意識を変えて、「ちよつとやってみるか」となることで、多くの患者さんにも提供できるようになります。そして、そのなかから、必ず、「へえ、効くんだねえ」と、目からウロコが落ちた医師が少しずつ増えてきたらいいだけの話です。

教科書に書いてないことは、世の中にたくさんあります。

まだまだ時間が必要でしょうが、抗がん剤投与法に関しては将来大きな転換期がくと信じています。私にはそのような気がしてなりません。

## 第6章 低用量抗がん剤治療と先進医療

## 56 複数の治療法で「引き分ける」選択

ベストミックスとは、複数の手段を組み合わせてもっとも効率的な解決策を得ることを言います。私のクリニックでは現在、低用量抗がん剤治療を軸とした治療を転移がん、進行がんといった根治の難しい患者さんに提供していますが、なんでもかんでも、低用量抗がん剤治療のみで対応しているわけではありません。

目指すところは「引き分け」ですので、ひとつの方法論に固執してがん治療を論じることを賢明とは思いません。患者さんは十人十色です。それぞれ個々の病状に柔軟に対応し、他治療とのベストミックスを展開し、広義のオーダーメイド治療を展開していくことは大いにあります。

低用量抗がん剤治療とのベストミックスとして、導入する頻度の多い治療法は放射線治療、CART（腹水濾過濃縮再静注法）、血管内治療、免疫療法（自家がんワクチン療法）など多岐にわたります。

症例数は少ないですが、外科手術とのベストミックス症例もあります。すべての治療には、適応条件があります。どの治療との併用がベストミックスになるのかは、

個々の患者さんの病態を見ながら考えていきます。低用量抗がん剤治療は副作用が少なく、一般に他治療とぶつかることがないため、ベストミックス治療の展開は比較的容易です。

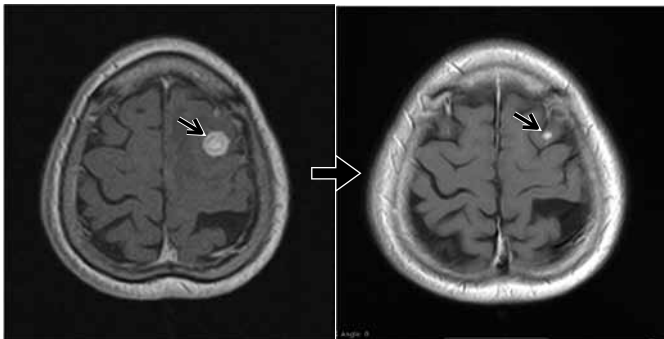
次に低用量抗がん剤治療と他治療とのベストミックス症例を、いくつか紹介しましょう。

## 57 ●ベストミックス症例1 肺がん×放射線治療（ガンマナイフ）

放射線治療は低用量抗がん剤治療の強力なパートナーとして、積極的に併用している治療法のひとつです。放射線治療は最近、粒子線治療（重粒子、陽子線）、ガンマナイフ、サイバーナイフ、IMRT（強度変調放射線治療）など、ピンポイントで病巣に放射線を当てる方法が発達してきており、がん局所制御の強力なツールです。脳外科医や放射線治療医と医療連携を取りながら、転移性脳腫瘍やリンパ節転移巣コントロール、疼痛コントロール、腫瘍からの出血のコントロールなど、患者さんの病態に合わせて積極的に利用しています。

局所コントロールを目的としたガンマナイフと、全身療法としての低用量抗がん剤

80代、女性  
＝転移性脳腫瘍に対するガンマナイフ治療



転移巣の縮小を認める。

「頭は頭、身体は身体の法則」  
と、私は勝手に呼んでいます。

まずは、頭の病変から取りかかります。大小の病変が多発している状態でしたが、脳外科医はガンマナイフでの治療を選択しました。ガンマナイフとは、放射線をメスがわりとし、手術

た20年以上前は、「脳転移＝死」の方程式でした。ところが、最近では、ガンマナイフやサイバーナイフといった放射線治療の進歩で脳転移の患者さんの90%は、頭の病変が原因で命を落とすことはなくなりました。そのため、頭部病変をしっかりとコントロールしてもらったうえで、こちらは「首から下」の治療に専念すればよいのです。

まず、頭の病変から取りかかります。大小の病変が多発している状態でしたが、脳外科医はガンマナイフでの治療を選択しました。ガンマナイフとは、放射線をメスがわりとし、手術

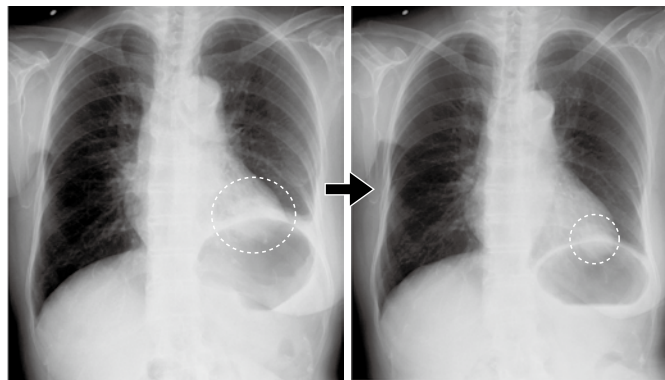
治療は、もともと相補的なものですから、多数の患者さんで役立っています。ベストミックス症例を見てください。

乳がん手術後の経過観察のなかで発見された左肺がんのE子さん。年齢80歳を超えるもお元気の女性です。がんが「老化病」としての側面を強く持つ以上、超高齢社会に伴い、一生のうち2回、3回と多種のがんを患う患者さんもさほどめずらしくありません。今後ともそういった多重がん、重複がんの患者さんは増加してくるでしょう。

さて、E子さん。組織型は扁平上皮がん、縦隔リンパ節、多発脳転移を認め、病期IV期の肺がんと診断されました。そのため、タキサン系抗がん剤が導入されましたが、末梢神経障害（指先のしびれ）が強く、中止となりました。どうにもこうにも副作用に参ってしまい、その後の抗がん剤治療を希望されなかったため、「あとは緩和……」となりました。そうしたなか、縁あって私のクリニックを受診されました。

私のクリニックでは、転移性脳腫瘍のある固形がん（97ページ参照）症例は、「頭」と「首から下」の病変とを完全に分けて治療戦略を進めます。私が医師になっ

80代、女性  
＝原発性左肺扁平上皮がん、多発脳転移あり



腫瘍の縮小を認める。

で切り取るがごとく脳転移を潰していく放射線治療の一種です。よく耳にするサイバーナイフなども同様の放射線治療です。頭の病変は、ガンマナイフできっちり叩きました。以降、頭は定期的に検査を行い、また脳転移が出てくるようであれば、その都度叩くこととしました。

低用量抗がん剤治療開始後、肺がんは縮小傾向にあり、腫瘍マーカーも減少してきています。副作用は認めません。

高齢ですが、体力を落とすことなく治療を進め、うまくがんとお付き合いできていますので、このまま方針を変えることなく、治療を継続することにしました。

進行がん、再発がんの診療においては、頭

と躯幹を押さえていけば、ほとんどの病態に対応できます。ところが、私のような一般外科医にとって頭というのはどこかブラックボックスです。だから、頭の専門医がそばにいてくれると、これほど心強いことはないのです。

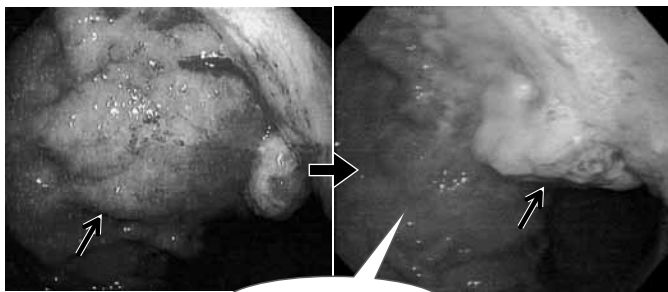
「首から上はおまかせする。首から下はこっちが引き受ける」

といった感じで、脳外科医との連携が構築されると、治療、経過観察を含めてとてもやりやすくなります。私のクリニックスでは、縁あって優秀な脳外科医グループとの連携があり、適切な処置の方向性と治療プランを立てていただいています。素晴らしい人の「縁」にただただ感謝です。

58 ●ベストミックス症例2 胃がん×CART（腹水濾過濃縮再静注法）

がん細胞がお腹の中にもばらまかれるように広がると、お腹に水が溜まってくるがん性腹水の状態になります。腹水貯留の状況はさまざまですが、対処法として利尿剤投与がよく使用されます。お腹に溜まった水分を「尿」として、体外に出してやろうという考え方です。ところが、この利尿剤、効く人には効きますが、効かない人にはまるで効きません。ほかの腹水コントロールの方法として、水分制限、塩分制限、ステ

### 40代、女性＝スキルス胃癌



縮小傾向あり!

スキルス胃癌はがん細胞が胃の粘膜の下に潜り込むように進展、増殖していくために、熟達した胃カメラの施術者でもがんの存在が、ときに発見しづらいとされています。胃カメラでは粘膜表面しか観察しないので、「アレっ? なんか変だ」と思ったときには粘膜裏側で結構進行している場合があることも、よく知られるところです。H子さんは、普段かかっている医師から胃がんを指摘されるも放置し、私のところを受診されるまでの約1年間は無治療でした。

外来ではじめてお会いしたときは、がん性腹水でお腹がパンパン。低用量抗がん剤治療どころではなく、まずは腹水をなんとかしなくては……という状態でした。

大至急、知人の医師に頼み込み、さる大学病院

ロイド投与など、教科書的にいくつかあるものの、結局は効果がないことのほうが多く、腹水コントロールは医師の悩みの種であることはしばしばです。そうしたなかで、CART（腹水濾過濃縮再静注法）という手法が最近注目を集めています。CARTとは「Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy」の略で、穿刺した腹水をフィルターで濾過して細菌やがん細胞などを除去し、さらに濃縮器で余分な水分を取り除き、アルブミンやグロブリンなどの「栄養分」を濃縮後、再び点滴で患者さんの体内に戻す緩和的措置のことを言います。せっかく抜いた腹水ですが、「中の栄養分だけはもとの身体に戻してやろうじゃないか」という考え方の治療です。

CART自体はがん細胞をやっつけにくい治療ではないので、低用量抗がん剤治療のような全身治療と併用することにより、腹水穿刺の間隔を延ばしたりすることを試みます。実際、間隔が延長するだけでなく、抗がん剤治療が効けばCARTが必要なくなったりすることもあります。

以下にCARTと低用量抗がん剤治療のベストミックス症例をお見せします。スキルス胃癌と診断された40代の女性のH子さんです。

に入院していただき、そこでCARTを行ってもらいました。穿刺した腹水は12ℓでした。1ℓ≒1kgとすると、約12kgです。スーパーで売っている10kgの米袋を想像してみてください。この重さ以上のものが、お腹の中に入っていたと思うとびっくりです。CARTを担当してくれた医師も12ℓは、その大病院の「記録ものです」とのことでした。

さて、お腹がラクになったところで、低用量抗がん剤治療の開始です。今まで、まったく手つかずだったのが功を奏したのかどうかはわかりませんが、驚くほど治療に反応がありました。治療の開始は、「エピルビシン10mg+マイトマイシン2mg」を週1回投与で使用しました。その後、「メトトレキサート5mg」を追加すると、腹水の溜まるスピードは明らかに減少し、体調もどんどん回復。食事も摂れるようになり、当初、げっそりとしていた顔もふっくらとしてきました。すっかり元気になって仕事にも復帰しました。

その後、腹水が徐々に溜まらなくなったため、CARTから離脱することができました。この結果には、担当した大病院の医師もびっくりです。今回、連携を組んでいただいた医師は、癌研時代の知人外科医で、H子さんの治療をきっかけに、途切れしていた交流がはじまりました。がん専門の外科医に、低用量抗がん剤治療の存在を知ってもらおうきっかけにもなった患者さんでした。

### 59 ●ベストミックス症例3 食道がん手術後×血管内治療

血管内治療とは、動脈や静脈にカテーテルといわれる細い管（そうめんぐらいの細さです）をがんのそばまで挿し込んで、血管の内側から血管を塞いで血流を止める塞栓物質や、抗がん剤を流し込んで治療する方法です。

がんには、がん組織に酸素や栄養を供給している「腫瘍血管」という血管がありません。がんも活動する生きた細胞ですから、正常細胞と同じように酸素や栄養を必要とします。したがって、がんに酸素や栄養を送っている腫瘍血管を潰してやれば、「兵糧攻め」の要領で、がんを退治できるのではないかと考えるのです。また、がんの腫瘍血管を潰すだけでなく、がんのすぐそばで抗がん剤を使用してやれば、より効果的にがんを撃退できるのではないかと期待するのです。

血管内治療は、最初は原発性肝臓がん、転移性肝臓がんなど、肝臓病変の治療から発展したのですが、



「血管内径が1mmあれば、身体のどこでもカテーテルを入れて治療ができますよ」という頼もしい血管内治療のプロフェッショナルドクターとの診療連携ができています。その結果、乳がんや肺がん、そのほかの悪性腫瘍病変まで病状に合わせて幅広くその適応を広げています。

標準治療のガイドラインからはずれる治療になることもありますが、世の中、教科書にのっていないことなどたくさんあります。そこには治療効果を見る症例も多く、患者さんの病態に応じて大いに活用しています。

放射線治療と同様、血管内治療は特定の限られた場所のがんを治療対象とするので、全身性の抗がん剤治療とは互いに補い合う治療になります。

おもに、肝転移巣、縦隔周辺の転移病巣を低用量抗がん剤治療とのベストミックスとして採用することが多いです。血管内治療で使用する抗がん剤の投与量は、カテーテルをがん病巣のすぐそばまで持つていって使用しますので、比較的少なめです。当方の連携医療機関の血管内治療は1か月〜1か月半に1回の施行、3回を1コースとしていますので、低用量抗がん剤治療は、その血管内治療の合間に行います。血管内治療も、低用量抗がん剤治療も使用抗がん剤投与量が少ないため、両者は併用可能な

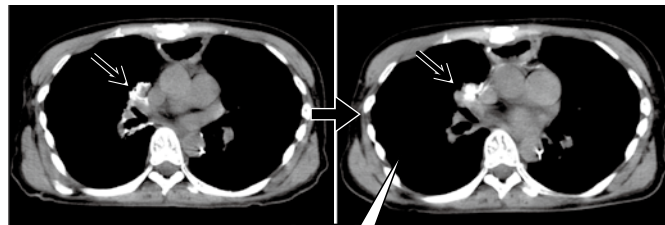
のです。

さて、血管内治療ですが、肝臓病変に対する効果はよく見かけるため新鮮味がありませんので、食道がんの肺門部リンパ節転移に対して、血管内治療と低用量抗がん剤治療をベストミックスとして導入した症例を紹介します。

血管内治療は、肺野末梢病変への適応は難しいのですが、気管支、血管などが肺に出入する肺門部や胸部の左右肺と胸椎、胸骨に囲まれた縦隔部の転移巣、リンパ節転移巣には、気管支動脈や内胸動脈からのアプローチが可能なため、よい適応になる症例が多いのです。

食道がん手術後のU子さんは、50代の女性です。放射線治療、抗がん剤治療と、ひととおり標準治療を行いました。しかしながら、肺門部リンパ節転移病変の制御が困難となり、受診していたがん専門病院では治療法がなくなつたのです。そして、「あとは緩和……」の宣告を受けました。そうしたなかで縁あって、私のクリニックを受診されました。もともと低用量抗がん剤治療を希望して来院された患者さんでしたが、

50代、女性  
=食道がん手術後、肺門部リンパ節転移  
血管内治療+低用量抗がん剤治療で病態維持



縦隔、肺門部の病変は、  
血管内治療のよい適応になることが多い。

CT画像の所見から、  
「低用量抗がん剤治療よりも、血管内治療のほうがよいのでは？」  
と、判断しました。

低用量抗がん剤治療を軸として治療を組み立ててはいますが、なんでもかんでも低用量抗がん剤治療でがん治療を突き進むつもりはありません。患者さん個々の病状に応じて、最適な方法の模索を心がけています。

その結果、血管内治療を第一選択としました。何はともあれ、「治療法がない」と言われて途方に暮れていたところから、新たな治療方針が決まり、先に進むことになりました。患者さんのホッとした表情とともに、安堵で涙ぐんだ顔

は今も忘れません。

この患者さんは、その後、血管内治療施行の合間に「フルオロウラシル+ドセタキセル+シクロホスファミド」を使用した低用量抗がん剤治療の併用を続けました。その結果、落ち着いた病状のまま1年半以上が過ぎ、現在に至ります。

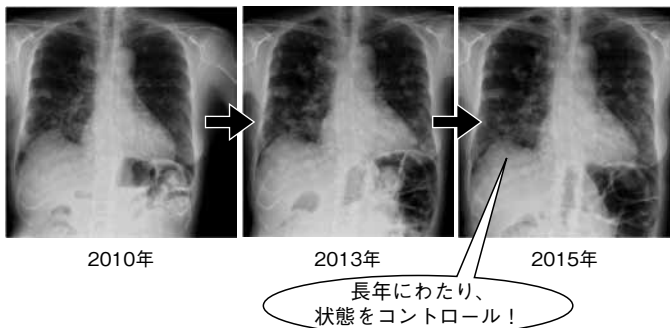
以前、ほかの患者さんでも血管内治療を導入したいと、がん専門病院の主治医に申し出たところ、「エビデンス（科学的根拠）がない」と、けんもほろろの扱いでしたが、いやいや、やってみる価値は十分にあります。

「元の主治医（がん専門病院）の先生に元気な顔を見せに行ったら？ 驚くかもよ」と提案してみたところ、患者さんは首を横に振ります。

「自分を見捨てた医者のところには絶対に行きたくない」と、そんな声が聞こえてくるようでした。

いずれにせよ、患者さんの「ネバーギブアップ」——つまり、「あきらめない」にどう応えていくかが我々に求められていること。「あとは緩和……」と言われたあとも、知恵を絞れば、まだ何かとやれることがあるはずですよ。

### 70代、女性 ＝骨盤内カルチノイド、両側多発肺転移症例



私のクリニックでのお付き合いもずいぶん長くなっています。低用量抗がん剤治療を開始してから6年です。6年間にわたる画像、腫瘍マーカーの推移から、低用量抗がん剤治療により、カルチノイドの増殖速度をさらに抑えることができていると言えると思います。

Y子さんの胸部レントゲン写真は、何も前情報がないければ、はじめて見る医師は皆、「これは大変だ」と驚くことでしょう。けれど、医師がびっくりするような画像所見でも、がんが悪さをしなければ元気です。がんとお付き合いをしながら、現在も2週間に1回の頻度で、元気に外来通院されています。

さて、そんなY子さんですが、私のクリニッ

### 60 ●ベストミックス症例4 転移性骨盤内カルチノイド×外科手術

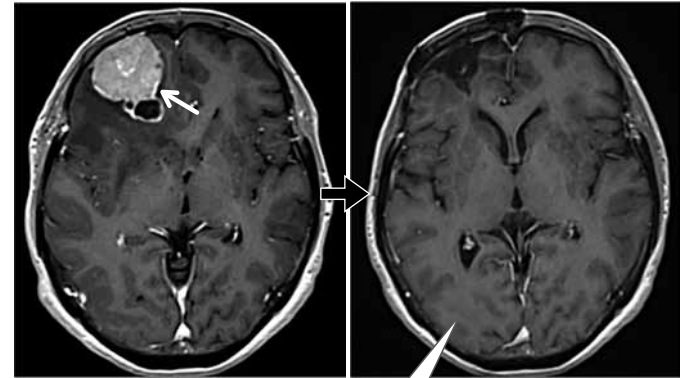
一般に転移が生じた場合、多発病変としてがんが複数か所に出現してくることが多いため、手術の適応となることは稀です。転移がんでは、がんが全身に広がっているとみなすことが普通のため、抗がん剤による全身治療が選択されることがほとんどです。

そういったなかで、少ないながら転移がんでも手術が適応となるケースがあります。手術とのベストミックスの2症例を見てみましょう。

Y子さんは70代。多発肺転移で発見に至った骨盤内カルチノイドの患者さんです。カルチノイドは、肺や消化管に発生するめずらしいタイプの腫瘍です。神経内分泌腫瘍とも呼ばれていますが、骨盤内が原発巣となるとさらにレアケースとなります。

カルチノイドは発育速度が比較的ゆっくりしており、低悪性度のがんとして扱われます。Y子さんも、両側多発肺転移で発見された骨盤内のカルチノイド腫瘍を切除したのは10年前です。

転移性脳腫瘍、手術症例



手術後4年以上、再発なし。

クでの治療経過のなかで、転移性脳腫瘍の手術を受けています。

ある日、「最近、身体の動きが悪い」という訴えがあったため、頭の精密検査をしたところ、右前頭部に40mm大の転移性脳腫瘍が見つかりました。さっそく、知人の脳外科医に相談したところ、「比較的大きな転移巣だが、数は多くなく単発でもあるのでガンマナイフなどの放射線治療よりも、ここは手術による摘出がよいだろう」となりました。手術後、また脳内に新しい病変が出てきたときには、ガンマナイフで対応する、という治療方針が決まりました。

方針が決まれば、あとはトントン拍子。

手術は3時間程で終了し、「きれいに取れました」という脳外科医の言葉にひと安心です。

脳転移のある固形がん（97ページ参照）症例の治療方針は「頭は頭、身体は身体の法則」ですので、頭が一段落したら、多発肺転移のコントロールに戻ります。頭の手術からすでに4年以上が経過しましたが、3か月に1回、脳外科医の診察を続けていますが、幸いなことに再発はありません。

肺病変も今のところコントロール良好と順調で、低用量抗がん剤治療と脳外科医による手術のベストミックス症例となりました。

私のクリニックは銀座にあることもあり、長い間通院しているY子さんは、いつしか銀座界隈は半分自分の庭のようになってしまいました。そして、治療日はそのまま、銀座ランチの日になります。「銀座のランチ情報はY子さんに聞け」というのが、我々の合い言葉になっているほどです。

## 61 ●ベストミックス症例5 副腎転移×外科手術

もう一例は、副腎転移巣に対して手術を行い、その後、低用量抗がん剤治療を導入した患者さんのケースです。

患者さんは、主治医から「もう治療法がありません」と告げられ、低用量抗がん剤治療を希望してお見えになった50代の男性です。外来に見えたときの6年前に、右肺がんの根治手術を受けています。

肺の手術から約4年がたったところで、左副腎への転移が確認されました。抗がん剤の内容を変えて治療を行ったり、さらには血管内治療も加えましたが、がんがなくなり出す特殊な物質から、腫瘍マーカーとなつているCEA値（がん胎児性抗原）はどんどん上昇し、がんの進行は止まりません。副腎転移巣が指摘されてから2年、腫瘍は左腎、脾臓、膵臓ににくい込むように広がり、鶏卵大くらいの大きさになっていました。

さて、そうした状況下で、持参されたCT画像を見つつ、病歴をうかがううちに、「あれ？ これって、手術できるのでは？ たしかに転移がんだけど、状況からすると

手術で根治できる可能性はある。低用量抗がん剤治療はやるにしても手術後だ……」  
と、思われるケースでした。

検証してみると、標準抗がん剤治療の効果は今後も望めそうにないこと、原発巣はコントロールされていること、左副腎転移巣が確認されるまでの時間が約4年と長く、転移巣発見から2年の間に新しい転移巣が出現してこないこと、年齢が若く体力的に問題がないこと、副腎転移は左腎、膵臓、脾臓に浸潤しているが一塊（全部まとめて）に切除が可能であること、腕のよい信頼できる外科医を紹介できる、といった諸理由から外科的切除が第一選択と判断しました。

手術後、腫瘍のポリウムの絶対量が減少したため、当然のごとく腫瘍マーカーは一気に下がりました。ただし、本来は根治を期待したわけですから正常値になつてほしかったというのが本音です。手術2か月後のCT検査で大動脈周囲リンパ節転移が確認されました。腫瘍マーカーもまた、徐々に増加傾向にあります。根治を狙つた、ここまでの治療戦略を振り返って検討しましたが、とりあえず腫瘍総量が減少できたことを前向きにとらえました。

つ増えてきます。

がん細胞が抑えられているいっぽうで、白金製剤系に感受性のあるがん細胞は少しづつ増えてきます。

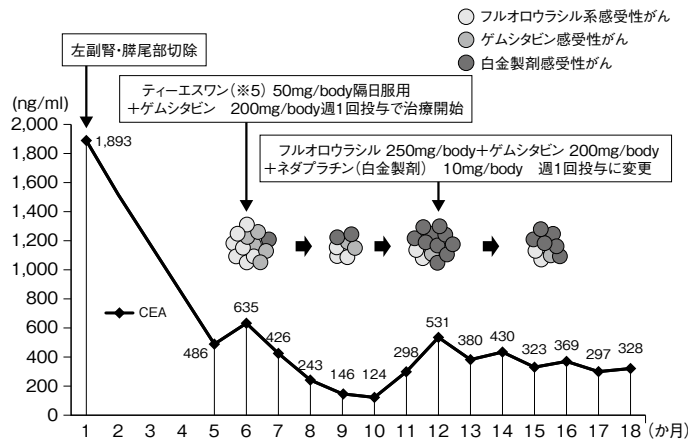
ところが、もう1種類、白金製剤に感受性のあるがん細胞が最初から潜んでいます。低用量抗がん剤治療開始時点では、相対的に数が少なかったため、臨床的に目立たなかつたと考えられます。ところが、フルオロウラシル系、ゲムシタビン感受性のあるがん細胞が抑えられているいっぽうで、白金製剤系に感受性のあるがん細胞は少しづつ

この一連の腫瘍マーカーの動きは、第2章で述べた「がんの多様性」を頭に入れて検証すると、身体の中でどのような現象が起きているのかを推測することができます。

まずは、治療の経過から、患者さんのがんの塊が、少なくともフルオロウラシル系、ゲムシタビン、白金製剤にそれぞれ感受性のある3種類の「多様」ながん細胞から形成されていると考えられます。最初に投与したフルオロウラシル系とゲムシタビンに感受性のある細胞は、「ティーエスワン（※5）+ゲムシタビン」の組み合わせで縮小します。腫瘍マーカーの減少は、それらの抗がん剤に感受性のあるがん細胞が少なくなっていることを意味します。

A値は300 ng/ml（ナノグラム／ミリリットル）前後でキープしています。

### 50代、男性＝肺腺がん、左副腎転移症例 「がんの多様性」の経時的变化に対応する



そして、次の手を打ちます。治療は終わりではありません。このタイミングで低用量抗がん剤治療を開始しました。肺がんで比較的效果を認める、低用量の「ティーエスワン（※5）+ゲムシタビン」のコンビネーションが予想以上に反応しました。その結果、腫瘍マーカーはどんどん下がり、転移リンパ節も小さくなりました。

ただし、また腫瘍マーカーが上昇傾向を見せたので薬剤の組み合わせを「フルオロウラシル250mg+ゲムシタビン200mg+ネダプラチン10mg」の3剤を、週1回点滴投与に変更していきました。幸い副作用もなく、CE

そうになると、あたかも腫瘍全体としては、抗がん剤が効かなくなったように見えます。薬剤耐性とも呼ばれている現象ですが、じつは、最初から感受性のないがん細胞が増加してきただけの話です。「ネダプラチン」という白金製剤を追加したタイミンGから、腫瘍マーカーの上昇は止まり、横ばいで推移していきます。先行した2種類の抗がん剤では制御できない、白金製剤感受性のがん細胞にネダプラチンが効き、結果的に「がんの多様性」に対応し、「がん全体」の制御に結びついたことを意味しています。

低用量抗がん剤治療は、単に少ない量の抗がん剤を盛るだけでなく、こうした「がんの多様性」の経時的変化を予想、もしくははとらええながら、こちらもその変化に対応していく治療でもあります。「がんの多様性」に対して千変万化していく側面があるのです。

## 62 肺がん×自家がんワクチン療法 その考え方

免疫療法は、身体の免疫力を高めて、あるいは免疫の力を利用してがんをやっつけてやろう、というコンセプトの治療法です。がん治療の3本柱である手術、抗がん剤

治療、放射線治療だけでは、治療成績に頭打ち感も感じるなかで、「免疫療法」は、3本柱の「次の一手」として注目されてきました。

ほんのひと昔前までは、「免疫療法なんて効かない」と一笑に付される傾向が強かったものが、大学病院などでの臨床試験が広がりを見せていることも手伝って、免疫療法そのものの認知度や受容度、理解度が高くなってきています。

また、最近発売された「免疫チェックポイント阻害薬」の出現は、今後のがん治療の世界を「免疫」が大きく変革していく可能性を秘めています。国内では、抗PD-1抗体薬などの阻害薬が、いずれがん患者さんの身近なものになる日がくるでしょう。

さて、私のクリニックでは免疫療法のひとつである「自家がんワクチン療法」（セルメディシン社）を患者さんの希望があれば提供しています。

自家がんワクチンは、手術で摘出されたがん組織（手術摘出標本、約2g必要）から「がんワクチン」を生成し、体内のがんをやっつけるリンパ球を活性化する治療法です。理化学研究所・元細胞開発銀行室長の**大野忠夫博士**の研究から誕生しています。

「ホルマリン、パラフィン固定組織から作成したワクチンに誘導された細胞傷害性T細胞 (CTL = : Cytotoxic T Lymphocyte)」

という、「がんを攻撃するリンパ球の一種に関する基礎実験 (『Nature Medicine』1995)」から始まり、筑波大学脳神経外科、東京女子医科大学脳神経外科での臨床試験を経て、現在に至っている治療法です。

ワクチン作成に必要な組織は、ホルマリンで固定された標本でもパラフィン包埋<sup>ほうまい</sup>ブロック (がん組織を蠟<sup>ろう</sup>で包んだ塊状の標本) でもOKです。ワクチン作成に必要ながん組織は、以前の手術で摘出した患者さん自身のがん組織が残ってさえいれば、ワクチン生成が可能というのが魅力です。

実際、数年前までは、「ワクチン作成のために、切除標本がほしい」と主治医に頼むと、怪訝<sup>けげん</sup>そうな顔をされたり、「そんな治療は聞いたことがない」など、いやみのひとつも言われたりすることが少なくありませんでした。

しかし、2011年、自家がんワクチン療法の神経膠芽腫<sup>しんけいこうがしゅ</sup> (グリオブラストーマ) に対する論文が、アメリカの著名な医学雑誌 (『JOURNAL OF NEUROSURGERY』) で発表されて以来、大きく流れが変わりました。以降は、自家がんワクチン療法希望患者さんへの医療機関からの標本提供が、スムーズにいくようになりました。医療の世界は、たった一篇の英語論文で手の平を返すように劇的に変化することがあります。

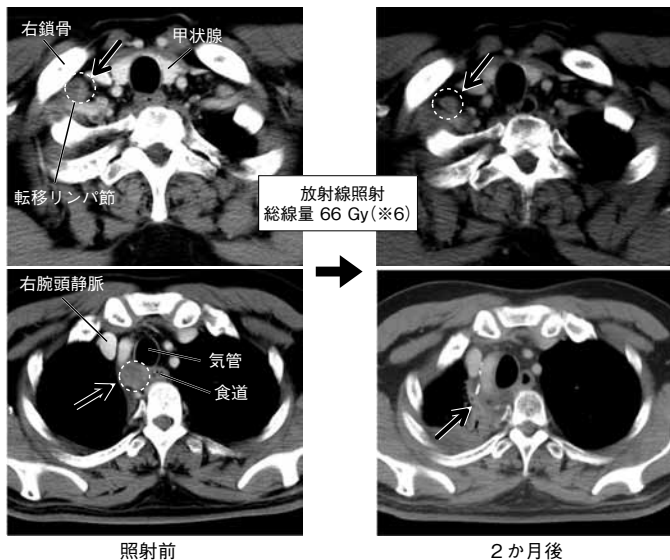
ただし、自家がんワクチン療法を希望しても、患者さんが一度も手術を受けていない場合、また手術を受けていたとしても、がん組織が少ない場合は、残念ながらワクチン作成ができません。また、医療機関によっては、過去の標本は、がん治療の研究に使用するという公共財産の側面があるため、患者さんに提供できないことがあるようです。

今後手術を受けることになる場合、ご自分のがん組織がなんらかの形で治療に使える可能性があるということなのです。手術の際は、「標本の一部を譲り受ける」ということが、将来の常識になるかもしれません。

「がんは切っても捨てるな。それが自分のがん治療の特効薬となる」



### 50代、男性＝肺がん根治手術後



ということなのです。

### 63 ●ベストミックス症例6 肺がん×自家がんワクチン療法 その実例

では、肺がん症例で「自家がんワクチン療法」との、ベストミックス症例を見てみましょう。

地元の大学病院で、「右上葉肺がん」と診断され根治手術を受けた50代の男性。手術後、補助化学療法を勧められるも、抗がん剤治療も、放射線治療も、「いやだ」と断っていました。しかし、「別な治療法であれば何か治療をしたい」という希望があつて、私のクリニックにたどり着きました。

患者さんの希望もあり、手術後の免疫療法として、自家がんワクチン療法を導入しました。免疫療法導入のタイミングは、初期治療後の再発予防目的の補助療法としての導入は比較的良好な適応条件と考えられ、まずはそこから対応しました。しかしながら、現実はそのような甘いものではありません。

病理組織学的には「低分化型肺腺がん」と呼ばれる、喫煙者にできやすい、たちのよくない腺がんでした。自家がんワクチン投与後、2か月で縦隔リンパ節、右鎖骨上

リンパ節に転移が出現してきました。免疫療法一般はその効果を見るとしても最低3か月くらいかかると言われています。自家がんワクチンの効果発現の前に、がんが先に動き出したという感じです。鎖骨上のリンパ節は、触るとゴリゴリと固く触れます。

「これは、予後が良くない。厳しいぞ……」

そのときの私の率直な思いです。こうなると、放射線治療を避けることはできません。

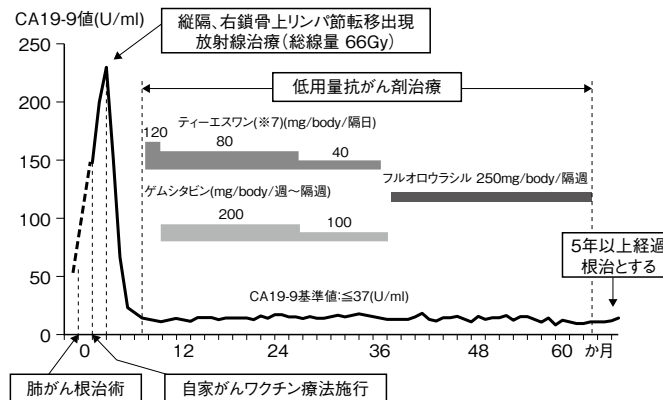
縦隔と鎖骨上領域に放射線照射を行いました。放射線照射は著効

185 ※6=Gy (グレイ) は吸収線量のことで、臓器に吸収される線量の単位。

これは私見ですが、免疫療法全般について言えることは、がんの治療はなかなか理論どおり、理屈どおりにはいかないものです。自家がんワクチン療法に限らず、「活性化リンパ球療法」(LACK)「樹状細胞療法」(DC療法)「ナチュラルキラー(NK)療法」を含めて、必ずしも患者さんが考えているほどうまくいく世界ではありません。実際、がん治療の世界に「うまい話」はそうそうあるものではありません。加えて、

ワクチン療法の効果が発現した症例が過去に報告されています。  
放射線ががんを崩すことにより、はっきりと抗原提示がなされるため、免疫療法の治療効果が高まる、というのが現象説明の考察のようです。つまり、この患者さんのケースでは、放射線併用により、自家がんワクチン療法の治療効果が全身療法として効果的に引き出され、さらには補助療法としての低用量抗がん剤治療も、維持療法として寄与したのではないかと考えています。  
総括してみると、標準抗がん剤治療だけではやりたくない、という患者さんに対して免疫療法、放射線治療、低用量抗がん剤治療をベストミックスとして、治療を組み立てた症例となります。

50代・男性＝  
右肺がん手術後、縦隔、頸部リンパ節再発症例  
(自家がんワクチン＋放射線治療＋低用量抗がん剤治療)



し、転移リンパ節は著明に縮小しました(185ページの画像)。さらに、低用量抗がん剤治療を補助療法として導入し、フルオウラシルの投与を開始しました。その後、腫瘍マーカーは正常値となり、長期にわたり無再発で経過し、5年経過したところで「根治」となりました。  
この患者さんは、一見、放射線治療が著効したようにも見えますが、鎖骨上のリンパ節がゴリゴリと触れるような肺がん症例、しかも、低分化型肺腺がんでは一時的に放射線治療が著効しても、その後、遠隔転移がまず出現します。しかし、この患者さんでは出現しませんでした。また、がん病巣に放射線をあてたのちに、

それぞれ高額な費用もかかり、コストパフォーマンスは決してよいとは言えません。

したがって、現時点での免疫療法全般は、「第4の治療」などと、もてはやされるものではなく、「余剰資金で行う補助療法のひとつ」としてとらえたほうが間違いないでしょう。

がん診療の現実には、地味で地道な世界です。「夢のような治療」はありません。しっかりと説明を聞いて、情報収集し、十分納得のうえ、開始することをお勧めします。

#### 64 ●ベストミックス症例7 がん×分子標的治療薬

がん治療における分子標的治療とは、がん細胞の特定の分子構造を狙い撃ちしてその機能を抑えることにより病気を治療することを言います。そして、この分子標的治療に使用する新しいタイプの抗がん剤を「分子標的治療薬」と呼びます。

「分子」という言い方がわかりにくければ、「目印」という単語に置き換えてみるとイメージしやすくなります。がん細胞に存在する、がんの悪性化にかかわる増殖因子や転移関連因子など、関係する「目印」に作用してがんの進行を制御しようというこ

とです。分子標的治療は創薬や治療法設計の段階から分子レベルの標的を定めている点が、従来の抗がん剤開発や、研究とは異なる点です。

分子標的治療薬の具体的な薬剤名(製剤名)として、「ハーセプチン」「イレッサ」「タルセバ」「アバスチン」「グリベック」「スーテント」ほか、多種におよび、日本ではそれぞれがんの種類によって保険適用薬となっています。

私が、低用量抗がん剤治療を行っていることもあり、

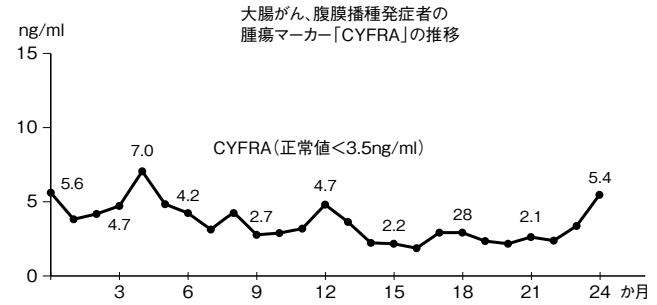
「分子標的治療薬も投与量を減らすのですか？」

と、患者さんから聞かれることがあります。

しかし、分子標的治療薬は副作用の発現がない限り、標準量を投与の基本としています。というのは、副作用なく効いているのであれば、無理にいじる必要はないと考えるためです。

ところが、いろいろ試行錯誤していると、「低用量抗がん剤治療+低用量分子標的治療薬」で、がんの制御がなしている症例に出くわすことがあります。

薬剤を少ない量から段階的に投与量を増やしていきながら、薬の安全性を確認しつ



つ、最大投与量を決める「第一相試験」という臨床試験があります。

その第一相試験の報告内容を詳しく見てみると、じつは分子標的治療薬でも最大投与量の5分の1くらいの投与量で、治療効果の出ている症例があるのです。つまり分子標的治療薬も患者さんによっては、投与量を減らせる症例があるということなのです。

標準治療でも一般的な抗がん剤と分子標的治療薬を併用することは、特にめずらしい話ではありませんが、低用量抗がん剤治療とさらに低用量の分子標的治療薬の併用で、長期にがんの制御ができていく症例があります。

以下の症例は、大腸がん、腹膜播種の患者さんです。

使用薬剤は、「フルオロウラシル125mg＋オキサリプラチン50mg＋ベバシズマブ100mg」を隔週投与です。大腸がんの標準的な抗がん剤投与方法である「FOLFOX

(※8)＋ベバシズマブ」を、そのまま低用量で投与しただけです。標準量では、副作用がたらく、治療の継続ができませんでした。

そこで、私のクリニックでは副作用が出ない量まで減量して投与しました。どうなるかと思いましたが、2年以上の長期で病態は安定しており、CT画像上も著変なく、腫瘍マーカーの「CYFRA」はほぼ横ばいで経過しています。

ケースバイケースですが、分子標的治療薬は標準投与量を基本としつつも、個々の患者さんの体質、状態で投与量を微調整するという意味では、従来の抗がん剤による低用量抗がん剤治療と使い方が似ることがあります。

### 65 ●補足1Ⅱ「温熱療法」との併用

ここからは、患者さんが、ご自分の治療（療養法）として取り入れている「温熱療法」「食事療法」「高濃度ビタミンC療法」「サプリメント」などのいくつか代表的なものに関して、私の経験からのアドバイスをしたいと思います。

これらは、併用することで、明らかな治療効果として見えるかという点、ほとんど効果として経験したことはないため、私から積極的に患者さんに勧めるものではありません。

ません。ただ、おもに受けている治療に対して「喧嘩しない治療（療養法）」なら、「まっ、一緒にやってもいいんじゃない？」——というくらいの話です。

ここからは、効果症例を経験していないため、症例提示はありません。

まずは、「温熱療法」からです。

発熱に伴い「がん」が消失したという実例は、数は少ないものの、昔から存在します。なかでも、丹毒（溶連菌感染）に伴う発熱現象で「がん（肉腫）が消失した」というドイツの外科医、ヴィルヘルム・ブッシュ（Wilhelm Busch）の1866年の報告は有名です。

この19世紀という時代は、抗がん剤はもちろん、抗生物質、点滴すらありません（ペニシリンの発見は1928年、抗がん剤、点滴は第二次世界大戦以降）から、熱でがんが消失したという、この報告には信憑性を感じます。

紀元前400年頃のギリシアの医師ヒポクラテスも、温熱をがん治療に利用したそうです。また実験的にも、がん細胞が正常細胞に比べて熱に弱いことは証明されており、熱で「がんを制御できる」ことへの期待は今でも確かに存在するのです。

しかしながら、がん細胞が正常細胞に比べて、「熱に弱い」というのは事実にもかかわらず、実際の臨床では、温熱だけでがんを制御できることはほとんどありません。ですから、現在の「温熱療法」は、温熱の持つ付随した効果に着目した補助療法として考えるのが一般的です。

なお、温熱療法の補助作用としては、以下の3点があげられます。

- 放射線感受性の増進
- 抗がん剤感受性の増進
- 免疫力を上げる

このようなことから、温熱療法は放射線治療や抗がん剤治療と組み合わせるとよいとされています。ようは喧嘩する組み合わせでなければ、理論的にはよいことをしてくるであろうという、理論先行の併用治療になります。また、温熱には免疫賦活化作用もあるため、免疫療法としての側面も期待できるかもしれないということも考え

られます。

## 66 ●補足2Ⅱ「漢方薬」との併用

患者さんには、ご自分の治療に漢方薬を取り入れていらっしゃる方もおられます。

正直、開院以来、漢方薬ががんの制御に大きく寄与した症例は見たことがありません。しかしながら、がん診療に伴うさまざまな患者さんの訴えを軽減したり、体内環境を整えるのに併用することがあります。

私自身、漢方の専門家ではありませんが、がんは総力戦、利用できるものは利用すべきとも考えるため、低用量抗がん剤治療の補助薬として以下の薬剤を適宜使用することもあります。

- 抗がん剤による末梢神経障害 芍薬甘草湯、牛車腎気丸、疎経活血湯
- 手術後の腸管運動調節 大建中湯
- がん性咳嗽（しつこい咳） 麦門冬
- 機能的胃腸症 六君子湯

## ●利尿剤 五苓散

そのほか体調を整えることを目的に、十全大補湯、補中益気湯、柴胡桂枝湯、小柴胡湯を処方することもあります。

患者さんのなかには、「漢方は副作用がないから」と、気軽に服用したがる方がおられますが、じつは注意が必要です。漢方も副作用が出るときは出ます。私の聞きかじりの知識でお話させていただくと、漢方医は「証」に合わせて薬剤を患者さんに投与していくそうです。「証」とは体力、体質、症状など、患者さんの状態を総合的に評価した診断結果のことを指しますが、「証」が合っていないと副作用を発現することがあるようです。

たとえば、「十全大補湯」を、免疫力を上げるといふ理由で、服用している患者さんを比較的多く見かけますが、私自身は「十全大補湯」で全身の浮腫が起きます。私の場合には、「十全大補湯」は私の「証」に合っていないということになります。

## 67 ●補足3 食事療法との併用 その考え方

「医食同源」という言葉は中国医学からくる考え方で、生きることの原点であり、健康の源は「食」であるということです。

現在、「飽食国家・日本」においての、暴飲暴食、栄養の偏った食習慣は、メタボリックシンドロームの原因ともなり、心疾患、脳血管障害といった病気の予防に関連しているため、「食のあり方」を考えることはとても大切なことです。

さて、「がんの食事療法」というものがあります。

その療法には、玄米食や自然食品の摂取を中心にしたたり、動物性たんぱく質の摂取を制限したり、なかには「肉魚だめ」「塩っ気だめ」「乳製品だめ」「お酒だめ」……と、かなり厳しいものもあるようです。ようは、食事療法により人間に本来備わっている自然治癒力を高めたり、免疫力を増強させることにより、「がんを治そう」「がんを予防しよう」というもののようなのです。

自然治癒力とは、たとえば切り傷が自然に治っていく、風邪を引いても自然に治っ

ていくといったように、病気や傷を治すみずからの身体にある自然な機能のことを言いますが、その機能を食事により高めることで、がん向き合おうということなのです。

そのがんの食事療法に関して、私からは特にコメントはありません。

というのも、私のクリニックでも食事療法を取り入れている患者さんをそこそこお見かけしますが、正直、食事療法が効いているという症例を、開院以来、一度も経験したことはありません。

また、医師になって20年以上が過ぎましたが、食事療法でがん制御ができた症例を自分の目では見たことはありません。だから、「効くの？」と聞かれても、コメントのしようがないのです。そのため、補助的な療養法のひとつとして位置づけています。

ただ、経験上言えるのは、低用量抗がん剤治療では、食事療法をしていようがいまいが、治療効果の発現には関係ありません。むしろ、「食べることは人生の楽しみだ」と考えていますので、個人の嗜好におまかせするのがいちばんと感じています。

そもそも、当方で治療されている患者さんのほとんどが「治らないがん」の患者さんで、「あとは緩和……」と言われた患者さんです。したがって、暴飲暴食するよう

な患者さんはまずいませぬ。良識の範囲での食事量です。また、お酒をやめることありません。酒は百薬の長。良識の範囲で飲むぶんには、酒も人生の楽しみです。好きなものをバランスよく食べながら……これがいちばんでしょう。それで、長生きしている人がいるのも、間違いのない事実です。

#### 68 ●補足4Ⅱ食事療法との併用 その実践

さて、食事療法の観念論的なところはこのくらいにしておいて、実際に私のクリニックで行っている、低用量抗がん剤治療中の食事指導をご紹介します。こちらのほうが、患者さんや家族には役に立つのではないのでしょうか。

がん患者さんでは、病状により、「食事が摂りにくい」「体重が減っていく」「ご飯が昔の半分も食べられない」……といった相談を受けることがしばしばあります。味覚や嗜好も変わってくることもあるため、日常の食事が今までとは同じようにはいかないのです。

熱心な家族は、食べたものや、量までノートに記録して、「これだけしか食べない、食べられない」「偏っている」「食べないとがんに負けちゃ

う」「こんなにがんばって作ってるのに……」

などと話されます。

またともに食事が入っていない状況で、バランスなんて言っていられません。食べやすいものを食べたいときに、食べただけ、まずはカロリー摂取が先決です。

「カップラーメンなんて食べたことがなかったのに、すごくおいしく感じる」

「マ○ドナルドのハンバーガーが食べやすい」

など、嗜好が変わり、今まで食べなかったジャンクフードや味つけの濃いものが食べやすいという人もいます。ジャンクフード、大いに結構。しっかりとカロリーがあります。いずれにせよ、人間は口から食べるようになっていきます。

「食べたいときに、食べたいものを、食べられるだけ食べる」

「バランスは考えなくていい」

「点滴の200キロカロリーよりも、口からの200キロカロリー」

それが、当方の食事指導の基本方針となります。そもそも、がん治療中は、とにかく最低限食べてカロリーを摂取し、体力をつけないと治療継続ができません。朝昼晩の3食でカロリーを考えずに、間食も含めて、1日のトータルカロリーを考えること



が必要です

● 間食のお勧め（そこそこのカロリーです）

ホットケーキ、どら焼き、バームクーヘン、フルーツサンド、おしるこ、クッキー、ビスケット、チョコレート……。

● デザートのお勧め（のどごしのよいもの）

アイスクリーム、プリン、ヨーグルト、ゼリー、フルーツ……。

● ドリンクのお勧め（水やお茶より、カロリーのあるドリンク）

スポーツ飲料、野菜ジュース、フルーツジュース、ミルクティー、カフェオレ、乳酸菌飲料、食前酒……。

● スープのお勧め（水分とさまざまな具材が一度に摂れるもの）

ありあわせの刻んだ野菜+コンソメで。

ありあわせの刻んだ野菜+トマトの水煮缶で、トマトスープ。

ありあわせの刻んだ野菜+味噌で。

ありあわせの刻んだ野菜+中華スープの素+最後にごま油。

※それぞれのスープに、炭水化物を少量投入してもOK。

ごはん↓雑炊やリゾットに変身。マカロニやシオート pasta ↓ペンネやミネストローネ風に変身。うどん、めん↓カレーうどんや、中華めんに変身。

● 冷凍食品やコンビニのお勧め（食べたいときの食欲を失わずに、即食べられる）

焼きおにぎり、うどん、グラタン、ドリア、たこ焼き……。

● ファストフードのお勧め（味覚が変わり、はつきりした味を好む方）

ハンバーガー、フライドポテト、ドーナツ、カレー……。

● 外食のお勧め

これは、どうかお好きなものを召し上がってください。お店の雰囲気や食事をすすめるメンバーの効果もあり、皆さん、いつもより箸がすすむようです。

つまり、状況により、がん患者さんの食事とは、食事療法、ダイエットメニューの逆バージョンです。「太ります」と言われているものがベストです。こういった具体的な話をすると、家族は、「なんか少し気が楽になりました」と、安心されます。ゆるい、食事療法も悪くありません。お試しを。

#### 69 ●補足5Ⅱ高濃度ビタミンC療法との併用

一時の狂騒的なブームは少し落ち着いていた感がありますが、「高濃度ビタミンC療法」を、今でもご自分の療養に取り入れている患者さんは少なくありません。

「高濃度ビタミンC療法はがんに効きますか？」

実際、患者さんにもよく聞かれます。ですが、いつもこう答えています。

「私自身は、効いている症例を見たことがありません」

また、低用量抗がん剤治療時に、高濃度ビタミンC療法を併用してはようが、して

いまいが、効果の発現に差はありません。がん治療の世界では、併用すると治療効果が「上がる」とされるお話もありますが、それなりの治療効果を有していないと統計学的な数字としては出てきません。残念ながら、高濃度ビタミンC療法にはそこまでがん制御効果はありません。

また、お値段もそれなりにです。

もう一点、低用量抗がん剤治療と高濃度ビタミンC療法を併用する場合は、同日の投与はお勧めしていません。過去、同日投与で、どういいうわけか体調を悪くする患者さんが続いたため、高濃度ビタミンCの投与を抗がん剤投与日から、2〜3日ずらしたところ、症状は軽快しました。当方の経験からは、同日投与は注意が必要と考えています。

## 70 ●補足6 健康食品、サプリメントとの付き合い方

「健康食品やサプリメントも治療に組み入れるべきか？」

という質問を患者さんからよくいただきます。それに対する私見を述べます。

健康食品、サプリメントの類を医師の立場として治療戦略の中軸にすえたり、患者さんに強く勧めたり、強制的に購入させたりすることには大きな問題があるでしょう。しかしながら、がん患者さんたちの4割以上はなんらかの代替療法を行っているというアメリカの調査結果もあります。そこには、何かに頼っていないと精神的に落ち着かないという、「藁にもすがりたい」患者さんの心理があります。

ですから、その心情を考えると個人の裁量範囲内でそれらも「あり」なのです。

そして、健康食品やサプリメントにどのようなようにお金を使うかについては、すべて「患者さんの懐の中の問題」であって、本来医師の関与するところではありません。

しかしながら、健康食品やサプリメントの類のために、あまりにも理屈に合わない多額のお金を使っているケースを見聞します。その結果、本来必要なことにお金がまわらないといった、ナンセンスなことも起きています。そうならないように導くの

も、医師の役目かもしれません。

こうした背景には、何種類もの健康食品、サプリメントを同時に飲まれ、それだけでかなりの費用（月額5万〜30万円以上）を負担している患者さんがあまりに多いからです。

私の立場としては、「その類には、気をつけてください」としか言えません。

孔子の有名な言葉に、「巧言令色、鮮矣仁」というものがあります。

「口先が巧みで、角のない表情をするものに、誠実な人間はほとんどない」という意味だそうですが、代替医療の世界をのぞくたびに私は頭の中にこの故事が

浮かびます。つまり、ほとんどの代替療法は「巧言令色、少なし、効果」です。

口先巧みにがん患者さんに売り込みに来ますが、そこそこのお値段がするわりには、がん制御力を認めることはまずありません。

多くの健康食品やサプリメントに共通しているのは、患者さん本人の「免疫力」、あるいは「自然治癒力」を最大限に引き出して、「がんと闘う」、あるいは「がんをやっつける」というコンセプトのものがほとんどです。特に、医師に見捨てられて「がん難民」となった患者さんにとって、それらの言葉は最後のよりどころです。

しかしながら現実問題として、健康食品やサプリメントの類でささやかれる免疫力、自然治癒力では、がんとはまず勝負になりません。それらはがんと闘うための「軽いおまじないのひとつ」というくらいの認識にしておくべきです。

結論として、健康食品、サプリメントの類で重要なことは、

「お小遣い以上のお金を投入しない」

これに尽きます。つまり、言いなおすと、「お小遣い以上のお金を使う価値はない」ということです。

## 第7章 「引き分ける」ための地元主治医の見つけ方

## 71 地元の主治医に見守ってもらう体制づくり

低用量抗がん剤治療のお話を軸に、がん患者さんの治療について書いてきましたが、ここでとても大切な留意点があります。

患者さんが皆、「治療」に目がいくのは当たり前だと思いますし、「治療」のことで頭の中がいつぱいになる気持ちは十分すぎるほどわかります。しかしながら、24時間、365日、安心してがん診療を続けていくためには、「治療」と同じくらいに重要なことがあります。これは、患者さんがどんな治療を選択しようが変わりはありません。それは、「**地元の主治医を確保しておく**」ということなのです。

というのは、治療がなくなり、がん難民となると、今まで治療を受けていた主治医とのつながりが切れ、主治医不在の状態になってしまいます。

特に、遠方の大病院や、がん専門病院などの基幹病院で治療をされていた患者さんの場合にその傾向が強くなります。基幹病院は、基幹病院での治療終了前後の時点から、患者さんの地元の医療機関との連携を積極的に進め、切れ目のない医療連携を行うことを目指していますが、実際には、手がまわっていない患者さんは非常に多い

のです。実際、私のクリニックを訪ねて来る患者さんのほとんどは、初診の時点では**地元主治医が不在の状態**で来院されます。

なぜ、地元主治医が必要なのか。いちばんの理由は、「患者さんを見守ってもらう」ためです。

医師は「治療型ドクター」と「見守り型ドクター」に大きく分かれます。もちろん、両方を兼ね備えているという医師がいてもかまいませんが、一般に基幹病院の専門医は「治療型ドクター」です。病状が進行し、「がん難民」になると専門医との関係が希薄になります。これは専門医が標準治療による「治療型ドクター」だからです。

ですから、「がん難民」の方々に必要なのは、どちらかというと「見守り型ドクター」となります。

## 72 見守り型の医師で、耳を傾けてくれる医師を見つける

「見守り型ドクター」とは、患者さんのがんの状態を把握しながら、「何か困ったことがあれば、いつでも診ますからね。入院も大丈夫ですよ」

といった対応をしてくれる医師になります。

「がん難民」の患者さんたちは、こういった見守り型の地元主治医を確保することが重要になります。

なかでも、「なんでもやっていい」というのが、ポイントのひとつです。標準からはずれた治療をまったく受け付けないという医師も少なくありません。

「変わった治療をするなら、責任が持てないから、私は診ません」

と、言うような医師です。これはこれで、仕方ありません。特に、抗がん剤を使用した治療となると、なおさらこの傾向があります。だから、

「何をやってもいいよ」非標準治療もOK」

と、言ってくれる医師を見つけないけません。ところが、そういった患者さんにとって都合のよい医師は、簡単に見つからないことも多いのです。だから、地元主治医の確保ができていない患者さんは、すぐにでも行動を起こしていただきたいのです。患者さんの、「なんでもやってみたい」という声に、耳を傾けてくれる主治医を探すことが重要なのです。

### 73 急変時に、「たらいまわし」の扱いを受けないために

地元主治医を確保する、さらにもうひとつの大切な理由は「たらいまわしにならない」ためです。

仮に、がん患者さんが急に体調が悪くなり、救急車を呼んだとしましょう。地元主治医を確保していないと、そのまま、その日の救急当番の医療機関に運ばれて行きます。受け入れ先の病院がなかなか見つからないときは、俗に言う「たらいまわし」となります。

たらいまわしになるとどうなるでしょうか。いずれは、どこかの病院に搬送されるでしょう。けれど、医師も患者さんもお互いに初対面。医師にとっては、はじめて診察する患者さん。患者さんにとってもはじめて診てもらう医師になります。医療の現場は情報戦でもあります。突然飛び込んで来た患者さんですから、患者さんがどのような病気で、どんな治療を受けてきたか、といった細かい情報はほとんどありません。それでも、一時的に、急場をしのいだあとは、

「いつも診てもらっている先生の診察を受けてください」

となります。地元主治医を確保していない場合、救急での診療が終わったのち、ど

ここでその後のことを相談したらよいのでしょうか。

実際、たらいまわしになったことのある患者さんは、

「いやあ、ホントに三好先生の言ったとおりでした。二度と、今回みたいにならないように、急いで地元主治医を探します」

と、身にしみて実感されたようです。

また、地元主治医を確保する場合、入院設備のある病院の医師が経験的に望ましいでしょう。がん診療では病状の急変がいつでも起こりえます。その状態によっては緊急で入院しなくてはならないことも多いのです。

そのため、低用量抗がん剤治療を受けようとする患者さんは、できるだけ入院設備が備わっている医療機関に主治医を見つけていただきたいのです。私は必須条件と考えています。

入院設備のある病院では、その病院にかかっている患者さんの診察は、夜間、休日でも当直医が対応してくれるはずです。救急隊に、

「〇〇病院の患者です」

「〇〇病院にカルテがあります。そこに連れて行ってください」

と、言えばまず、たらいまわしになることはありません。

がん診療では、万が一の非常事態にたらいまわしにならないよう、自分の診療環境を整えておくことが、治療と同じくらいに重要なのです。

#### 74 地元主治医は必ずしも、がん専門医である必要はない

「地元主治医はどのような医師がよいのでしょうか？」

と、よく聞かれます。

まず、専門性は必ずしも必要とはしません。

それぞれの領域の専門家が、地元主治医として確保できれば、それはそれで望ましいことですが、患者さんの患っているがん領域を専門としている医師が、地元主治医としてそうそう見つかるわけではありません。

本来、各領域の専門医はその分野の手術、あるいは標準抗がん剤治療を行うとき、つまり、胃がん、大腸がんは消化器専門医、子宮がん、卵巣がんは婦人科医師というように、強い専門性が発揮されます。

しかしながら、標準治療が終了した「治療消失期間」において、専門家がその専門

スキルを十分に振るうところは、ほとんどありません。つまり、**地元主治医は必ずしも専門医である必要はありません。**がん診療の経験があり、痛み止めの出し方に精通しているなどにこしたことはありませんが、ようは患者さんの希望を汲み、応援してくれる医師、そして、何か困ったことがあったり、体調が悪くなったときに全身状態を診てくれる医師であれば十分です。

そして、繰り返しにもなりますが、主治医がいる医療機関は入院設備のあるところが安心です。というのは、がん診療は、先の見通しがはっきりしないことも少なくありません。地元主治医の確保は、病態急変時などの緊急対応の意味合いも強いいため、いざというときに入院できるようになっているほうが、患者さん本人だけでなく、家族も安心です。

標準治療が終了して、「あとは緩和」と言われた時点では元気な状態だとしても、その先は、いつ何が起るかは誰にもわかりません。予想外のことが突然起きることがあるかもしれません。

ですから、「もしも」のときのために入院設備のある病院に地元主治医を確保しておくのです。通院にかかる手間、家族のサポートなどを考えると、ご自宅からできるだけ近いところが圧倒的に便利です。だから「地元」にこだわります。

### 75 地元主治医への具体的な「お願い」の仕方

完治、根治の難しいがんの治療に関しては、もう少し患者さんの自由度を認める柔軟性が医療現場にあればと思うことがありますが、現実はそうではないことも少なくないため、いざ地元の主治医を見つけようとしても、なかなか難しいものです。低用量抗がん剤治療を行うときは、現在の主治医との関係に気を配る必要があるため、熟慮が必須で患者さんと一緒に悩んでいることは今でも少なくありません。

それでも、私のクリニックでの診療経験をもとに、地元主治医の見つけ方をいくつか探ってみましょう。

#### ●今診てもらっている医師に、直接交渉する。

いちばんストレートで、イエスカノーか、答えは早いです。

今まで、診てもらっていた医師のもとを離れ、新たに主治医を探すのは、考えているよりもはるかにエネルギーが必要です。それなら、今までの医師に、これからも自



分を継続して診てもらおうということです。標準治療を打ち切った医師であっても、「あとは緩和……」と宣告した医師であっても、そこは割り切ってはいかがでしょうか。

具体的な切り出し方は、次のような言葉です。

「何も治療しないというのは耐えられません。だから、低用量抗がん剤治療というものをやってみたいのです。標準的な治療でないことはわかっています。でも、今後体調が悪くなったときは、家から近いので先生に今までどおり診てほしいのです」

こんなふうには、頼み込んでみましょう。

看板の立派ながん専門病院や、大学病院、標準抗がん剤治療を生業とする腫瘍内科しゅよう内科の先生相手では難しい場合が多いのですが、一般総合病院や民間病院の場合、かなり柔軟に対応していただけることが少なくありません。

最終的には個々の医師の裁量によるところが大ですが、非標準治療をはじめた患者さんの「困ったときに、助けてください」という申し入れを、比較的寛大に受け入れてくれることが多いように思います。

医療の世界も、基本は人付き合いです。かえって、内緒にしたり、隠し事をしたりすることは信頼関係にもかかわってきます。気を配ることは大切です。「案ずるよりも産むが易し」です。まずは、患者さんから「私の地元主治医になってください」と、正直に切り出してみましょう。

### ●「緩和ケア」の病院を利用する。

治療消失期間の「がん難民」の患者さんたちは総じて元気であるため、ある意味「緩和」に目を向けることを否定している方々です。

しかしながら、地元主治医という「見守り型ドクター」が必要であることは強調してきたとおりです。では、このような見守り型ドクターは、どういったところにいるのでしょうか。じつは、「がん難民」となった患者さんが避けてきた「緩和」の領域に多いのです。

ですから、「緩和」の二文字とお住まいの地域を検索ワードとして、「緩和ケア科」のある病院のあたりをつけ、直接緩和ケア担当医師に相談してみるのも、「地元主治医」にたどり着く方法のひとつです。

しかしながら、緩和ケア外来を主治医として利用できるかどうかは、最終的には、

各医療機関の特徴に左右されることになります。いずれにしても、目をそらしていた「緩和」の二文字を、地元主治医にたどり着くために、あえて利用するというのも方法論のひとつです。

#### ●医療連携室、医療相談室を利用する。

本来、大学病院や大きな総合病院などの基幹病院は、手術や標準抗がん剤治療、放射線治療といった「高度医療」、つまり、いろいろな標準治療を患者さんに提供するのを目的としています。

ですから、基幹病院での「高度医療」の提供が終了すると、基幹病院はその役目を終えることになります。治療をはじめたら、最後まで同じ先生に診てほしいのが人情ですが、なかなかそうはいかないのです。基幹病院は、「高度医療」のために患者さんがさまざまなところから集まってくる病院です。ですから、「高度医療」の提供が終了した患者さんが滞ると、基幹病院はパンクしてしまい、本来の業務に差し支えが出てしまいます。

そこで、集まって来た患者さんに対する「高度医療」の提供が終了した時点で、患者さんをそれぞれの元の地域に戻し、地元での診療、療養に切り替えましょう、ということになります。ここで、「地域に患者さんに戻す」といつても、どこかの何先生にその後の診療を引き継いでもらうのかというのは、なかなか患者さんだけでは対応できるものではありません。基幹病院の医師も、患者さんの地元病院のお世話まで手がまわりません。

そういったときに機能すべく、大学病院や基幹病院に設けられているのが、「医療連携室」などと呼ばれている部所です。基幹病院と地元の医療機関、医療福祉サービーストを結ぶ「架け橋」となってくれるソーシャルワーカーがいます。看護師さんがその業務に携わっているところも最近ではよく耳にします。

優秀な担当者に当たると、テキパキと話が進みますので、ぜひ一度相談を持ちかけてみてはどうか、と思います。不思議なことに、この医療連携室なるものの存在を知らない患者さんが意外に多いのです。私のクリニックに来て、はじめてそういった部署の存在を知ることになる方が多いのも事実です。

## 76 主治医が代わるときは、診療情報提供書をもろう

一般には紹介状と呼ばれるものですが、これまで受診されていた医療機関を離れ、新しい病院で主治医を探す場合には、元の主治医から「診療情報提供書」をいただいでください。

患者さんの症状、診断、治療、画像診断など現在までの診療の総括や紹介の目的などが書かれたものです。医療の現場は情報戦です。患者さんの背景を知り、円滑に診療、診療方針を立てるのに、診療情報提供書はとても大切です。

いろいろな事情で、紹介状を持たずに来院される患者さんが多いのも事実ですが、我々医師の世界は、この診療情報提供書という文書でつながっているとどこもありません。できる限り診療情報提供書を手には、医療機関を受診することをお勧めします。

もうひとつ、地元の先生に主治医になってくれるよう、私に「紹介状を書いてもらえないか？」と聞かれることがあります。

けれども、私のクリニックのような非標準治療を中心に患者さんに提供している立

場としては、最初からお手紙で地元の先生に医療連携をお願いするのは、経験的に難しいのです。なぜならば、

「当院では低用量抗がん剤治療という、非標準治療を患者さんに行っています。患者さんが、日常を過ごしている地元で、もし何かあった場合、先生のところでの診療を希望されています」

という内容のお手紙を送ったとします。もし、私が地元主治医で、このような手紙を受け取ったとしたら、かなり気分を害する可能性があります。本音で言えば、こんな思いになるのではないのでしょうか。

「変わった治療を勝手にやっておいて、何かあったらコチラで診ろ？ ふざけるな」ということなのです。

ところが、患者さん自身が、地元主治医に受けようとしている治療のことを話された場合、医師の対応は大きく変わると思っています。

●これからやろうとしている治療は、非標準治療であること。

●自宅から遠いため、病状が進行した場合や緊急時は先生を頼るしかない。

●だから、診てほしい。

こうしたことをお伝えし、了解を得たのであれば、ここではじめて当方は主治医あての手紙がとでも書きやすくなります。患者さんが地元主治医との間に人間関係を構築されたところで、以下のような文面をお送りすることができるのです。

「当院の治療で、先生にご迷惑をおかけすることは、まずないかと存じますが、患者様の病状の進行時、急変時は貴院にて対応していただけると患者様よりうかがっております。本来は、治療提供を行っている当方にて対応すべき話とは存じますが、自宅遠方のため、貴院におすがりさせていただくこととなります。このたびの医療連携、ご厚意に深く感謝申し上げます次第です」

医療は、医師が一方的に患者さんに診療行為を提供するものではありません。医療サイドと患者さんサイドが人間同士の関係をつむぎながら成り立つものです。

「和をもって尊しとなす」

この精神が、円滑に物事を進めるのは医療現場も同じです。24時間、365日。と

にかく、ご自身が安心して自分の治療を進めていけるように、ぜひ、地元主治医との円滑な人間関係の構築を忘れないでいただきたいのです。そうやって足場をしっかりと固めていけば、患者さんは、どのような治療だろうが、どんなに遠方だろうが、安心して「自分のやりたい治療」を受けられるようになります。

終章  
最後まで生き抜く緩和治療を

## 77 がん治療はひとつずつ、肅々と

がんの外來診療を中心としたクリニックという方向で開院してから、8年以上がたちました。多くの方々を支えられ、今日に至ることに感謝の念が絶えません。

私の患者さんの多くは、治療方針に悩んだり、途方に暮れながら治療を探し求めてさまよっている「がん難民」と呼ばれている方々です。「がん難民」と称される患者さんのがんの完治は難しいという現実のなかで、患者さんのよりどころ、羅針盤として機能できないかと、クリニックのあり方を模索してきました。

その模索のなかから得た確信は、まず、がん診療とは、医療者サイド、患者さんサイドの双方が同じ方向を見ながら、ともに目の前のことに対応して歩みを進めていかなくてはならないものであるということです。

がん診療では、先の見通しが立ちにくいことも少なくありません。そうしたなか、ひとつひとつ積み上げるように、進んでいくだけです。その積み重ねの結果として、2年たった、3年たった、5年が過ぎた……となるのです。これが「引き分け」を目指す、がん診療の現実です。「神の手」などと呼ばれるような、派手な世界では決してなく、地味な積み重ねの世界です。

目の前のことを積み重ねていったその結果として、今があるという当たり前すぎるものが、がん診療では大切なことなのです。

## 78 最後まで頑張ることも、緩和治療のひとつ

「緩和医療」はがんと診断されたときから、並行して行う……と表向きはなっていますが、実際は、治療から分断された最後の部分、いわゆるターミナル期に治療を終了し、穏やかに過ごすための時間をサポートする医療機関が多いのが現実です。

私のクリニックとの診療連携を積極的に行ってくださる医療機関に、N病院があります。その緩和ケア病棟のS医師は、「治療は何もしない」ことを中心とした多くの緩和ケアとは異なり、積極的な緩和ケアを奨励、実践している先生です。そのS医師からいただいた「報告書」の一部をご紹介します。

《緩和ケアに目を向けずに、最後の瞬間まで頑張ることも、患者さん、家族の大切な選択肢だと思います。穏やかな終末期の日々を過ごしていただくための緩和ケア病棟だけでは、どうしてもそこに当てはまらない方も出てきてしまいます。》

古くからあるホスピスにとっては、私たちの活動は「ホスピスケアじゃない」かもしれませんが、患者さんの「頑張る」ことを支援することを目標にやっております。《がんという病に対して、どのように向き合い、いつまでファイティングポーズをとり続けるか、それは患者さんの数だけの多様性があると言っていていいでしょう。S医師は緩和ケア病棟の長として、多くのがん患者さんの「最期の時間」に立ち会ってこられました。そこでも、患者さんの多様性に積極的に、そして柔軟に対応してこられたドクターです。

こういう医師であれば、主治医と縁の切れた患者さんにも目を向けてくれます。地元主治医にと、患者さんにS医師を紹介すると、

「あなたがやりたいことは、全部応援しますからね」

そんなひとことが患者さんに添えられます。

その言葉に、安堵し涙を流した患者さんもおられました。そして、このひとことでどれほど患者さんが安心し、希望をつなぎ、勇気を与えられることか。

患者さんのニーズの多様性に柔軟に対応する実践医療。最後のギリギリまでがんの治療を望んでいる患者さんに、「抗がん剤」をもってサポートする私のようなものに

対して、ある意味冷やかな一瞥を向ける医療関係者がいることも知っています。

しかしながら、「生き抜くための緩和治療」があってもいいじゃないか、と思います。それをサポートする私のような医師がもつといいと思っています。

ところが、医師ひとりでやれる範囲はたかが知れています。だからこそ、方向性を同じくする医師同士の小さな輪を広げていくことが、がん診療において重要であることを痛感しており、今後ともひとつずつ積み上げていくことだと思っています。その積み重ねが、がん患者さんの力強いサポーターとなって、成熟していくことを期待してやみません。

## 79 「2人にひとり」が、がんで死ぬ時代へ

2014年の日本の平均寿命は男女とも80歳超えとなりました。今でこそ、日本は世界の長寿国のひとつではありますが、20世紀前半までの平均寿命はほぼ50年でした。第二次世界大戦後より、平均寿命は右肩上がり得上昇し現在に至りますが、その要因のひとつとして抗生物質のペニシリン、ストレプトマイシンの開発、商品化が上げられるでしょう。

抗生物質の開発は国民病、亡国病とまで言われた結核や肺炎など感染症の克服に貢献しました。そして、この感染症の克服と寿命の延長に代わって、近年クローズアップされてきたのが、「老化としての側面を持つがん」という病気です。現在、日本人の3人にひとりがかんで亡くなっていることは、国民病の主役が感染症からがんに切り替わったということにほかなりません。そして、いずれ2人にひとりがかんで死ぬ時代になることでしょう。いえ、もう目前に迫っているのです。

私の実家は田園風景豊かな九州ののんびりとした田舎で、病院をしております。今でも定期的に実家の診療を手伝いに帰っています。そのため、東京という大都市に位置する「都市部」の医療事情と、実家での診療を通して知る「非都市部＝田舎」の医療事情の両方を眺め見ることができます。

都市部では病院の選択肢が多く、非都市部では病院が少ないために選択肢が限られる、といった差はありますが、共通しているところは、どちらも基幹病院はじめ、大病院のがん診療外来は患者さんであふれている、ということなのです。

これは、日本全国でがん患者さんは、大病院に集中しているということです。こういった現状を見てみると、今後の超高齢社会に伴い、ますます「がん人口」は

増加していくわけですから、基幹病院ばかりががん診療のすべてを担っていては、基幹病院の外来がパンクしてしまいます。実際、すでにそういう状態になっているところも見聞きしており、「3時間待ちの3分診療」はいつまでも改善されにくい状況にあります。

## 80 「がん難民」の診療は、町医者が主役でいい

さて、当方で行っているがん診療の内容は第5章でも述べたように、低用量抗がん剤治療だけでなく、がんの疼痛コントロール、胸水・腹水穿刺、輸血や栄養剤の点滴、患者さんや家族の精神的サポート、そして通院不能となった患者さんの緩和ケア病院、ホスピスケア、在宅診療へのつなぎを行っています。

さらりと書きましたが、これらの内容の意味するところは、「がん患者さんひとりひとりのフォローは結構手間暇がかかりますよ」ということになります。そしてこれだけ手間暇のかかることが、基幹病院をはじめとした大病院に集中し要求されているところがあります。そして本音では、大病院の医師からすると、このあたりは「面倒な部分」でもあるのです。



単に胸水・腹水穿刺をとっても、人、場所、時間が必要になります。しかし、大病院では、標準治療を中心としたがんの治療行為が本来の業務であるため、胸水・腹水穿刺のような緩和的措置までは、手がまわりにくいのです。どこかそこだけ担当してくれる医師がいれば、「業務に追われることなく、うれしいのにな……」が正直なところではないでしょうか。

では、その「面倒」なことをやっている私自身は、どういう医者か？ というところ、外科医としてがん診療に携わっていた経歴を持つ一介の町医者です。がん診療をメインとしているクリニックということで、いろいろ設備投資をしているかといえば、そうでもなく、院内には血球計測装置、レントゲン、エコー（超音波診断装置）と抗がん剤の調合時に使用するクリンベンチといった、診療に必要な最小限の医療機器と点滴ブースがあるだけです。見る人によっては、「えっ、こんな設備でがん患者さんをきちんと診れているの？」と思われるかもしれません。

CT検査やMRI検査は、近くの画像センターや連携病院で行いますので、自前での必要性を感じたことはありません。最小限のものがあれば、再発がん、進行がんの患者さんの診療は、結構やれるものなのです。もともと、私自身がそう感じたのは、大病院を辞して、開業医として今の町医者に落ち着いてからの話です。

いずれにせよ、がん外来診療のクリニックとして8年以上、低用量抗がん剤治療という「治療」と、緩和医療を並行して行ってきました。いつか自前の入院施設が手に入るといいな、そうすれば、通院できなくなった患者さんも最後まで診ることができると思うことがないわけではありませんが、当面はこのスタイルでやるつもりです。

## 81 思い描く「がん診療のかたち」

「がん難民」の患者さんたちへ、低用量抗がん剤治療という「治療」を提供しながら、並行して緩和治療をも提供していくというスタイルは、もともと多くの開業医や民間の医療機関で取り組んでいいように思います。ハードウェア、マンパワーを備えた大きな病院のバックアップは大前提となりますが、小さなクリニックや中小の民間病院だ

からこそ小まわりがきくことはあります。大病院では手の届かないところに手が届いたり、患者さんサービスとしてやりやすいこともたくさんあるはずです。

町医者こそ、もつと積極的にこれからのがん診療にタクトを振る立場として、参画していいと思います。そうすることで、患者さんは、より身近な医療機関で治療を含めたがん診療を受けることができるのです。

そのいっぽうで、種々の業務に追われる基幹病院の医師の負担も、かなり減らせるのではないかと考えます。

実際、当方の一部連携病院とは、このような関係が築けており、「がん難民」と呼ばれる患者さんのがん診療のあり方に対して、当方なりの答えを出せていると思っています。

がんは治ることに越したことはありません。ただ、現在の「がん難民」の問題の本質は、がんが治らないことが問題ではありません。がんの進行とともにある段階から、がんの治療がなくなることが問題なのです。ですから、将来、日本全国津々浦々どこでも、幅広い裾野で低用量抗がん剤治療をベースとしたがん治療と、緩和医療を受

けられる日がくるとしたら……都市部、非都市部に関係なく、「がん難民」という言葉は日本からなくなることでしょう。

患者さんが、目の前のことをひとつひとつクリアしながら、がん治療を進めていくことをお伝えしましたが、医療界も目の前のことをひとつひとつクリアしながら、前進していくという意味においては同じなのです。

## おわりに 上薬若水（上薬は水の若し）

中国・春秋時代の思想家で、老子という人物がおりました。

その老子の言葉で、「上善若水」というのがあります。「上善は水の若し」と訓読みされます。「若し」は、「如し」とも書きます。中国人の知人に、改めてその意味を問うてみたところ、上善は、「善」の最高レベルを意味し、上善若水は名利を争うことなく、静寂にしとやかに善行を行うことを表す言葉とのことでした。

私のクリニックで行っている低用量抗がん剤治療は、ときに「水」と揶揄されることもありますが、私はひとつひらめきました。老子の「上善」を「上薬」とし、「上善若水」をもじり、「上薬若水」と表現してみました。また、漢方医学では「上薬」には、「毒性がなくて生命を養う薬」という意味があるそうです。

文字の使い方や意味合いに問題がないか確認したところ、元の言葉の意味からは離れるけれど、文字だけの意味を考えれば問題なく使えると、「老子」の国の方からもお墨つきをいただきました。「素敵な言葉ですね」とのコメントも添えられました。

医療の現場には、「がんの治療なのだから、少しくらいの副作用は我慢しなさい」という風潮がまだまだあります。多分、そう言っている医師も、自分自身ががんになり、抗がん剤治療を受ける立場になると前言を翻す人も多いのではないのでしょうか。

身体に負担のかからない治療で、いかにがんの制御をするか――。

これこそが、我々が取り組んでいる課題であり、変わらない追求です。そうしたなかで、「水」と揶揄される低用量の抗がん剤を「上薬」とし、その「上薬」をもってがんの制御を目指したいと思うばかりです。そして、その「上薬」の使い方のさらなる追求を、今後も進めていくつもりです。

「上薬若水」の精神からぶれることなく、今までどおりの自然体で、患者さんの診療を続けていく所存です。

2015年12月

銀座並木通りクリニック

三好 立

協力

片岡達治

（銀座並木通りクリニックスがん薬物治療担当顧問）

岡田里香

（銀座並木通りクリニックス医療コーディネーター）

朝日厚子

（銀座並木通りクリニックス分院院長）

構成

松井宏夫（医学ジャーナリスト）

撮影

半田広徳

イラスト

なかじままり

装丁

漆崎勝也（朝日メディアインターナショナル）

図版作成

朝日メディアインターナショナル

企画

沢田 浩（セブン&アイ出版）

編集

セブン&アイ出版書籍編集部