【つくば会場】

乳がん県民公開セミナー in つくば　プログラム

日　時　　平成２３年１１月２０日（日）１４：００～１６：３０
場　所　　筑波メディカルセンター病院　西館３Ｆ　ＴＭＣホール
　　（つくば市天久保１－３－１）

植野先生あいさつ

１４：００　　開　　会
１４：００～１４：０５　　あいさつ
　筑波メディカルセンター　ブレストセンター長　植野　映　先生

【第一部】講　演『乳がんのいろいろ～癌の個性に合わせた治療計画』
　　座　長　筑波大学臨床医学系乳腺甲状腺内分泌外科教授　原　尚人　先生

座長　原先生

講演１（１４：０５～１４：２２）
テーマ『乳がんの検診を受けましょう！』
演　者　つくば総合健診センター診療部長　東野　英利子　先生

講演２（１４：２２～１４：３９）
テーマ『乳がんの広がりによる術式の違い』
演　者　筑波メディカルセンター病院　乳腺科科長　森島　勇　先生

講演３（１４：３９～１４：５６）
テーマ『乳がんの性格にあわせた初期の薬物療法』
演　者　東京医科大学茨城医療センター　乳腺科教授　藤森　実　先生

講演４（１４：５６～１５：１３）
テーマ『乳がんの再発とその対策』
演　者　筑波大学臨床医学系乳腺甲状腺内分泌外科講師　坂東　裕子　先生

休　憩（１５：１３～１５：２８）

講演５（１５：２８～１５：４５）
テーマ『乳房の再建について』
演　者　　筑波大学臨床医学系形成外科教授　関堂　充　先生

会場準備（１５：４５～１５：５０）

【第二部】質疑応答（１５：５０～１６：３０）

司　会	筑波メディカルセンター　ブレストセンター長	植野	映　先生
パネリスト	つくば総合健診センター部長	東野英利子	先生
（順不同）	筑波メディカルセンター病院　乳腺科科長	森島	勇　先生
	東京医科大学茨城医療センター　乳腺科教授	藤森	実　先生
	筑波大学臨床医学系乳腺甲状腺内分泌外科講師	坂東	裕子　先生
	筑波大学臨床医学系形成外科教授	関堂	充　先生

１６：３０　　閉　　会

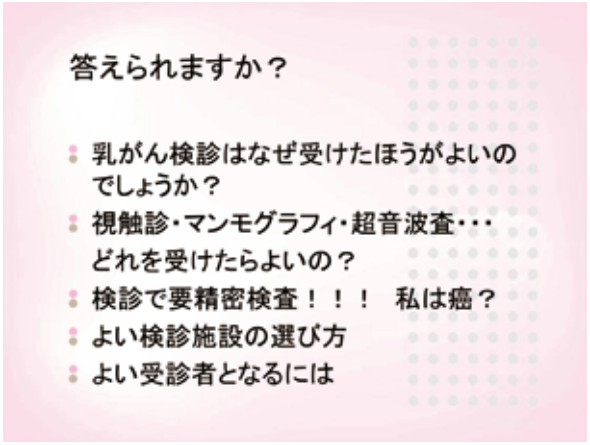
【基調講演１】

乳がんの検診を受けましょう！

つくば総合健診センター
診療部長　東野　英利子　先生

皆さん，こんにちは。つくば総合健診センターの東野でございます。

私の話は余り難しい話ではないので，皆さんリラックスして聞いていただければと思います。



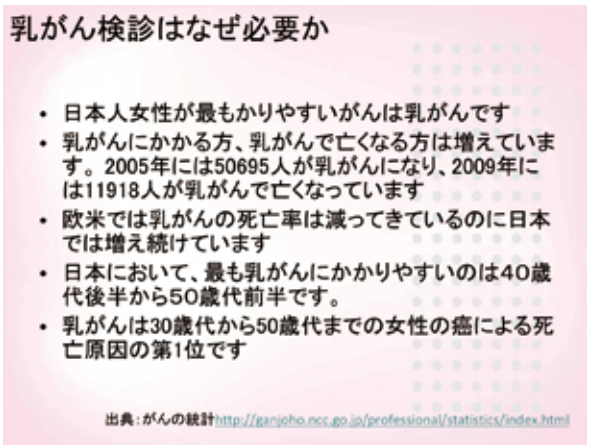
スライド１

【スライド１】

乳がん検診を受けましょうというお話なのですが，これら全てに答えられる方は私の話を聞くことはありません。まず１つは，乳がん検診は，なぜ受けたほうがいいのでしょうか。視触診とかマンモグラフィとか超音波検査といろいろあるのですが，私はどれを受けたらいいのでしょうか。検診で精密検査を受けてくださいと言われてしまいました。私はがんでしょうか。よい検診施設の選び方，この辺はためになりそうですね。よい受診者，皆さんがもし受けていただくには，よい受診者になっていただきたいので，その辺をどうしたらいいかというのをお話ししたいと思います。

【スライド２】

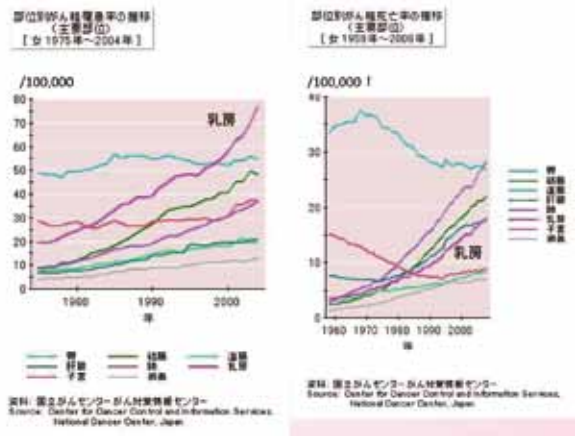
このスライドは文字が多くてすみません。乳がん検診がなぜ必要かというと，日本人女性が最もかかりやすいのが乳がんだからです。さらに乳



スライド２

がんにかかる方，乳がんで亡くなる方が増えています。2005年には約５万人が乳がんになって，2009年には１万人以上が乳がんで亡くなっています。

また，大事なことは，欧米では乳がんの死亡率は減ってきているのに，日本では増え続けているということです。特に，日本において最も乳がんにかかりやすいのは40歳代後半から50歳代の前半で，ほかのがんに比べると早い年代に多くなっています。乳がんは30歳代から50歳代までの女性におけるがんの死亡原因の第１位です。



スライド３

【スライド３】

前のスライドは，字が多かったのでグラフでお示ししたいと思います。これを見ていただくと，左側が部位別の乳がんの罹患率の推移ということで，こちらにあるような幾つかのがんを線で示してあるのですが，乳がんはピンクで書かせていただきました。乳がんにかかる方というのはずっと増えていて，1998年から女性の中で一番にかかりやすいのが乳がんとなっています。

今１万人以上が亡くなっているとお話ししましたが，乳がんで死亡する方は一番多いわけではありません。死亡なされる方では，一番上が胃です。胃がんとか肺がんとか大腸がんのほうが多いのです。ですから，逆に言うと，乳がんというのは，かかっても治療して治る方が多いとも言えると思います。

スライド４

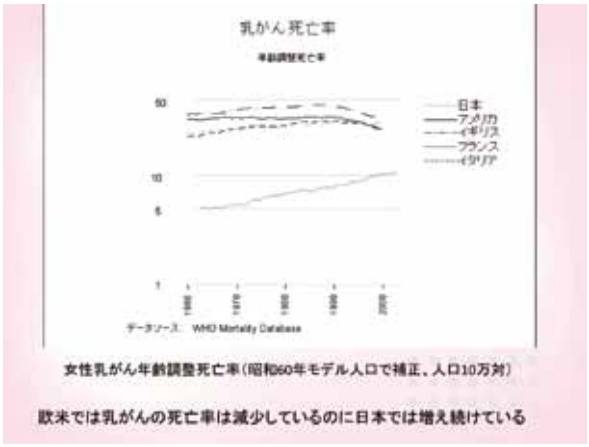
【スライド４】

これは，何歳くらいの人が乳がんにかかりやすいかということをあらわしています。年代が新しくなるにつれて罹患率は増えているのですが，一番かかりやすいのはこの辺です。大体40歳代後半から50歳代前半の方がかかりやすいということになります。これを，ほかのがんと比べてみるとどういう結果が出るかというと，

【スライド５】

ほかのがんは，大腸がんにしろ，肺がんにしろ，胃がんにしろ，子宮がんは別なのですが，みんな年配の方のほうが多いのです。80歳とか90歳とか，日本の場合は寿命が長いですから，ほかのがんはそういう方に多いのに対して，乳がんはここ（40歳代後半から50歳代）ですからね。まだ働き盛りの，お子さんも小さい，そういう方がなるわけですから，早く見つけて，早く治療するということが重要なことだと言えると思います。

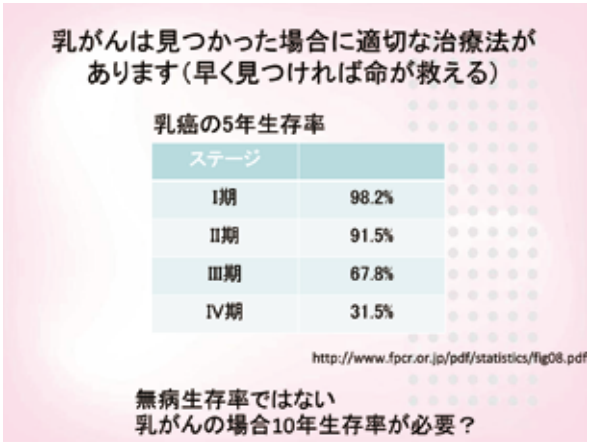
スライド５



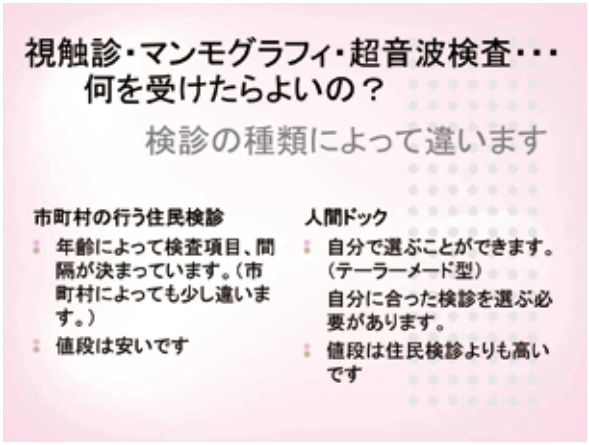
スライド６

【スライド６】

先ほどのお話しにもあったのですが，乳がんというのは，アメリカとかイギリスとかフランスのような欧米諸国のほうがずっと多いのです。日本では，死亡なされる方はここ（一番下の線）ですので。しかし，最近になってほかの国では死亡率が下がってきているのです。それはなぜかというと２つ理由が考えられています。１つは乳がんに対するいい治療法がどんどん出てきていますから，なっても，亡くなる方が少なくなってきたということ。もう一つは，やはり検診によって早期のがんが見つけられてきているのではないかということです。日本では，どうでしょうか。欧米と同じような治療がもし受けられているとすると，もしかしたら日本で増え続けているのは，やはり検診がきちんとされていないということかもしれないので，ぜひ多くの方に検診を受けていただく必要があるかと思います。



スライド７



スライド８

【スライド７】

もう一つ，がん検診を勧める重要なポイントは，がんは見つかっても，それに対する治療法がなかったら見つけてもしようがない，ということです。知らないうちに亡くなってしまう方がいいというのも変な言い方なのですが，見つかっても，あなたは治りませんと言うのでしたら，見つける意味がないわけです。乳がんは，これからお話がたくさんありますが，見つかった場合に適切な治療があるということ，早く見つければ命が救えるということが非常に大事なことです。これは乳がんの５年生存率なのですが，I期というのは，しこりの大きさが２センチ以下でリンパ節転移のないものですが，98％の方が５年は生きるということなのです。２センチというと結構大きいので，自分でも見つけられるかなと思われるかもしれないのですが，５年というのは，５年後にも生きているということです。そのときに転移のある状態で非常に辛い思いをして生きているのか，そうではなく普通の状態で元気に過ごせているのかという，違いがあります。この表ではその区別はしていませんので，早く見つけていただくと，元気に普通の生活ができるということです。

乳がんの場合は，５年は生きても，10年後までは生きられないという方がたくさんいらっしゃいます。例えば肺がんとか膵臓がんというのは，かかっていることがわかると５年生きることが厳しいのですが，乳がんは，５年は生きられても10年はという方もいらっしゃるので，早く見つけることは意味があることだと考えております。

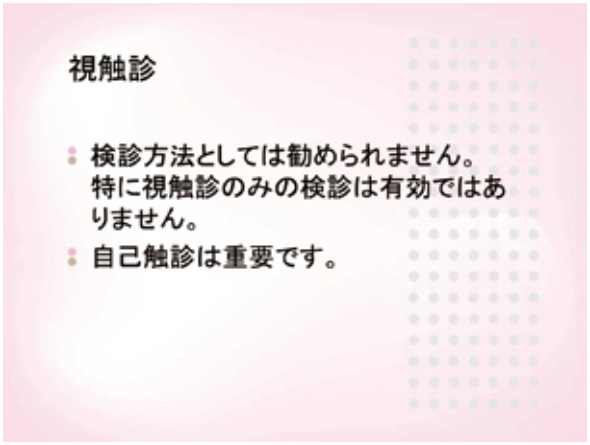
【スライド８】

では，視触診，マンモグラフィ，超音波検査，いろいろあるみたいですが，何を受けたらいいの？ということに関してですが，それは検診の種類によって違っているのです。市町村が行っている住民検診というのがあります。これは税金を使って行う検診で，年齢によって検査項目とか検査の間隔が決まっています。市町村によっても少し違うので，市町村に聞いてみていただくことが必要かと思います。私は毎年やりたいとか，私はこっちもやりたいということは市町村の場合はなかなかできないのですが値段は安いです。

それに対して，人間ドックでも乳がん検診を受けられるのですが，これは，ある程度自分で選ぶことができます。テーラーメード型というのですが，私はどうもこの検査が向いているようだから，こちらのほうがいいかもしれないな，というように自分に合った検診を選ぶことができます。ただし，値段は住民検診よりは高いです。３倍ぐらいするかもしれないのですが，1,000円単位の値段だと思いますが，ちょっと高い。どちらを受けるのですかということです。

【スライド９】

今度は検診の方法になってきますが，視触診というのがあります。以前は日本では視触診による乳がん検診というのが行われていたのですが，今は検診方法としては勧められないということになっています。特に視触診のみの検診というのは有効ではないので，今は多分ほとんどそういうのはないと思うのですが，それだけというのはお受けにならなくてもいいかもしれません。



スライド９

では,触るのは余り有効ではないのかというと,自己触診というのは大事です。検診で視触診をしてもらうというのは余り有効ではないのですが,自分で触っていただくというのは大事なので，それは覚えておいてください。後でなぜかというのをお話ししたいと思います。

スライド10

【スライド１０】

マンモグラフィというのは，現在，日本で一番広く行われている検査法で，これが一般的な検査法ですが。２方向撮る場合もあって，40歳代の方は２方向が勧められています。

(スライド省略)

これはマンモグラフィの写真で，こちらが右側の乳房と左の乳房。何か変なところがありますよね。ここのところに病気が写っております。これは，いわゆる腫瘤，しこりと言われるものです。それで，これは遠くから見ても見えるのです。

(スライド省略)

今度は別の方です。実は，これはちょっと難しいのです。ちょっと大きくしますと，この辺に白いのがぽつぽつと見える。これが，乳がんの所見なのです。これを何というかというと，石灰化といいます。石灰化というのはカルシウムの沈着なのですが，その石灰化，カルシウムが沈着した原因が乳がんによるものだということです。この所見は非常に早期の乳がんであることが多く，マンモグラフィは，石灰化を見つけるのに非常に有効であると言われています。

でも，ここにも白いところがあるし，反対側にもちょっと白いところがあります。これも石灰化なのですが，これはがんではないのです。ですから，やはり専門的な知識のある人が写真を見る必要があるのですが，このように石灰化で見つかる乳がんもあります。

(スライド省略)

ちょっとこれは難しいのですが，ここに異常があるのですが，ちょっとこの辺がけばけばとしています。こういうのは乳腺構築の乱れというのですが，こういうので見つかるがんもあります。

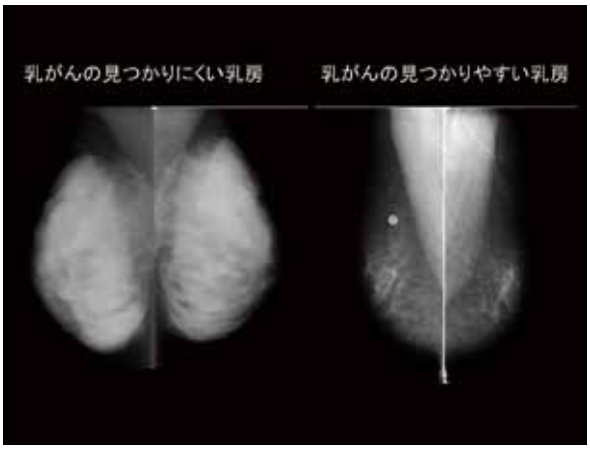
(スライド省略)

では，これはどうですかというと，私にもがんは見つけられるわという方がいらっしゃいますね。ここに何か変なものが写っています。でも，実はこれはがんではなかったのです。ですから，マンモグラフィで写っているものイコールがんではありません。さらなる検査をしなければわからない場合もあるし，専門家が見れば，ちゃんと区別のつくものもあります。ですから，やはり専門家が写真を見ることが大事なことになっております。

【スライド１１】

乳がんの見つけにくい乳房と見つかりやすい乳房があります。左の乳房は，濃厚乳房といって，乳腺が多い。右の乳房を脂肪性乳房といって脂肪が多いのです。どちらかというと，左のような乳房は若い方に多くて，右側の乳房は年配の方に多いです。

スライド11



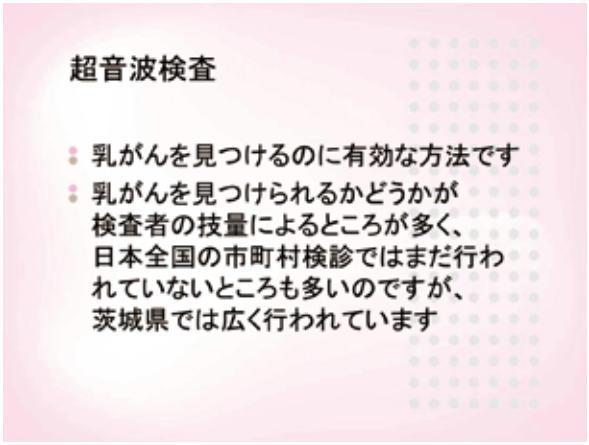
スライド12

【スライド１２】

右のマンモグラムには，何か見えますよね，皆さん。実は，これと同じものが左の乳房にも載っているのですが見えにくいですよね。枠をつけるとちょっと見えるのですが，どうですか，見えますか。見えないですよね。ですから，左側の乳房は，こういうしこりが見つけにくい。先ほどお見せした石灰化は見えるのです。ただ，こういうしこりは濃厚乳房では見えにくいということがあります。

【スライド１３】

では，どうしたらいいかというと，超音波検査というのが一つの方法です。乳がんを見つけるのに有効な方法とされています。ただ，乳がんを見つけられるかどうかが，検査をした人によること多く，日本全国の市町村検診ではまだ行われていないところが多いのです。茨城県では，超音波によって乳がん検診を行うことができる非常に優秀な方がたくさんいて，茨城県では以前から広く行っております。



スライド13

（スライド省略）

これは，40歳代の方でこれです。10ミリ以下の非常に早期の乳がんが，このように見つかっております。

（スライド省略）

この方は，50歳代で視触診も受けたのですが，視触診は異常がありませんでした。超音波で見るといかがでしょうか。しこりがありますよね。これは検査をしてくださった方が見つけてくださって，精密検査の結果，乳がんと判明したものです。

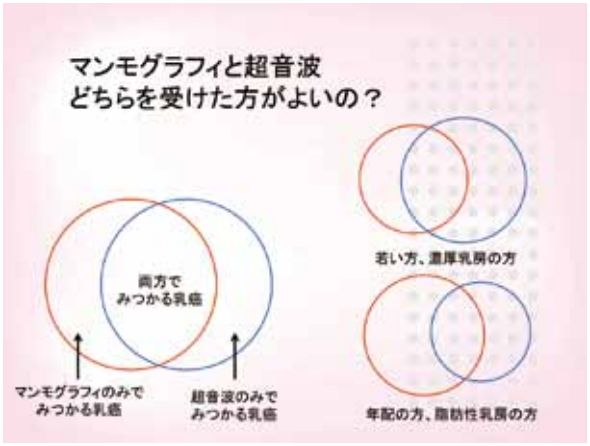
（スライド省略）

ここにも同じようなものが写っていますよね。ですから，この方も精密検査を受けていただきました。そうしたら，結局これは精密検査の結果，乳がんではなかったということです。がん検診は百発百中というのは難しいのですが，小さな乳がんが超音波検査で見つかっています。

（スライド省略）

この方は，2005年に受けたときに，こういうものがあって，これは非常に小さいですし，乳がんという診断は難しいということで，一応大丈夫でしょうという判定になりました。この方は定期的に受けていただいて，１年後にもう一回受けていただいたら，ちょっと，大きくなっています。大きくなるものは，やはり非常に気になります。心配ですので精密検査を受けていただいたら，実際には，これは乳がんだったのです。１年後でも，まだ10ミリ未満でした。10ミリ未満の乳がんというのはまだ非常に小さなものです。こういうふ

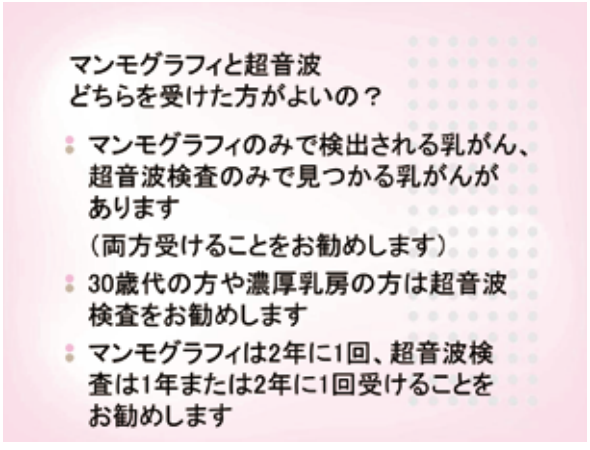
うにして見つかってくるものもあります。ですから，定期的に受けていただくというのが非常に大事だと思います。



スライド14

【スライド１４】

マンモグラフィと超音波，どちらを受けたほうがいいの？という話があります。このスライドはマンモグラフィで見つかる乳がん，超音波で見つかる乳がんを円で表しています。当然，両方で見つかる乳がんもあるのですが，マンモグラフィだけで見つかる乳がん，超音波だけで見つかる乳がんがあるので，両方受けていただくと，これら全部が見つかるということになります。どちらかというと，若い方とか，さっきお話しした濃厚乳房の方は超音波で見つかる乳がんのほうが多くて，年配の方とか脂肪性乳房の方というのはマンモグラフィで見つかる乳がんのほうが多いということがあります。茨城県では，年配の方はマンモグラフィを中心にして，若い方は超音波を加えていくという乳がん検診の形になっております。



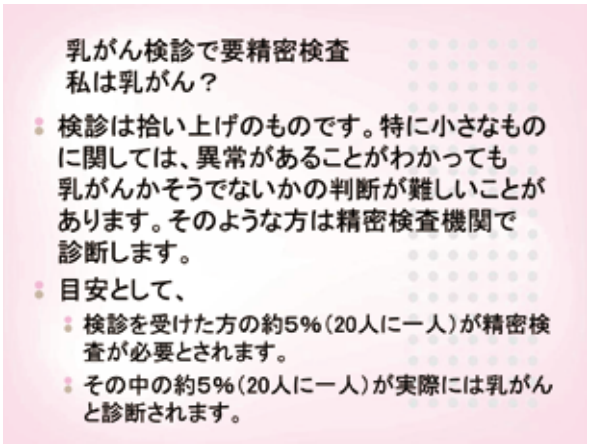
スライド15

【スライド１５】

今お話ししたのことで解決できたと思うのですが，どちらを受けたらいいのかというと，マンモグラフィのみで検出される乳がん，超音波検査のみで見つかる乳がんがあるので，両方受けることをお勧めします。30歳代の方は，マンモグラフィをやっても乳がんが見つかりにくいことが多いので，30歳代の方，濃厚乳房の方は超音波検査をお勧めします。

ただ，自分が濃厚乳房なのか脂肪性乳房なのかなかなかわからないので，大体は年齢によって決めるのですが，人間ドックでは，ご自分の乳房にあわせた検診を受けることができるかもしれません。

どのくらいの間隔で受ければいいかというと，一応マンモグラフィは２年に１回，超音波検査は害のない検査ですので，１年または２年に１回受けることをお勧めしております。



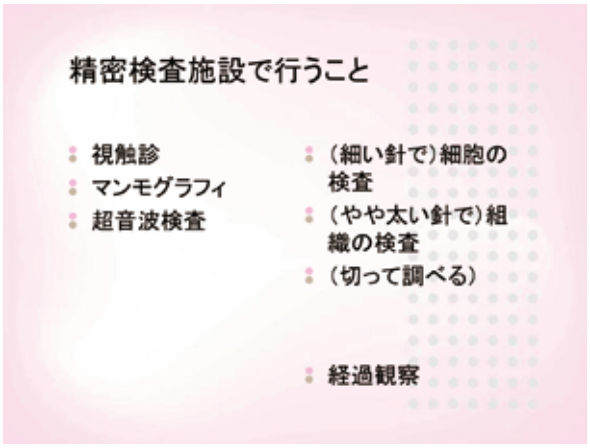
スライド16

【スライド１６】

“乳がん検診で精密検査をしてくださいといわれました。私は乳がん？？”，外来をやっていますと，昨日届いた精密検査結果を持って次の日来る方がたくさんいらっしゃいます。精密検査を受けてくださいと言われた方が全員乳がんかというと，そうではないのです。検診は拾い上げなので，特に，先ほどお見せしたような小さなものに関しては，異常があることがわかっても，乳がんかそうでないかの判断が難しいことがあります。そのような方は精密検査機関で診断するということになっています。

これは大体の目安なのですが，検診を受けた方の約５％，20人に１人ぐらいが精密検査が必要とされます。その中で実際に乳がんなのは，その中の５％，20人に１人ぐらいです。ですから，

精密検査を受けてくださいと言われた人の20人のうち19人は，実際にはがんではないのです。どちらのほうが多いかというと，がんでないほうが多いのですが，やはりがんの方が含まれているので，きちんと精密検査を受けていただきたいのです。“私はがんだと思って，食べるものも食べられずに，この１週間の間に５キロもやせてしまいました”と言っていらっしゃる人がいるのですが，早期の乳がんを見つけようとしているということと，全員が乳がんではないということを知っていただいて，お友達にこういう方がいらしたらアドバイスして下さればと思います。



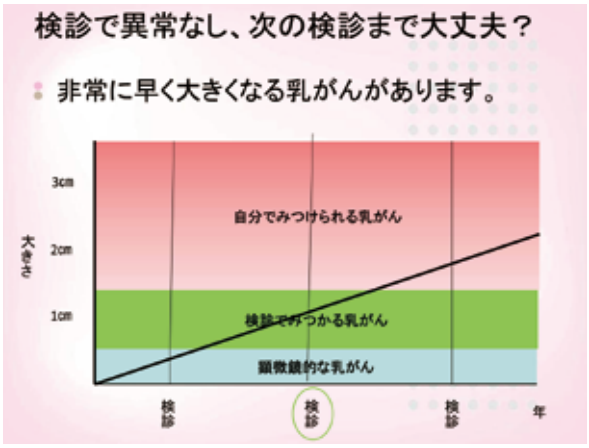
スライド17

【スライド１７】

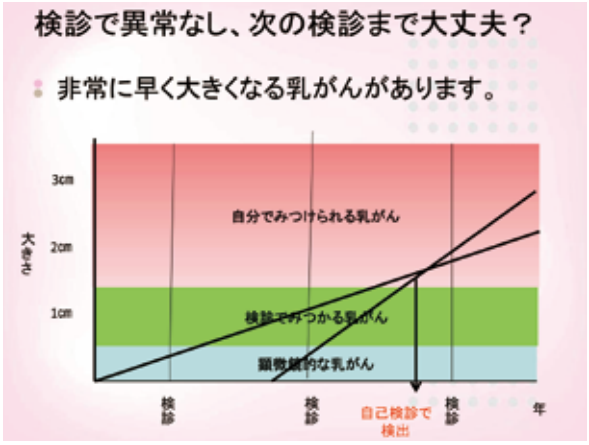
精密検査施設で行うことに関してですが，視触診やマンモグラフィや超音波検査の必要なものを繰り返したり，病理組織の検査を行ったりします。細い針で細胞をとったり，局所麻酔をして少し太い針で組織をとったりするのですが，最近，良性か悪性かを決めるために手術でとって調べるということは余りしなくなりました。判断は迷うけれども恐らく良性だろうと思うものに関しては，経過を見るということも病院ではしております。

【スライド１８】

なぜ，先ほど自己触診が大事かというお話をしたかというと，検診で異常なしと言われて，私は毎年検診を受けているのだから来年まで大丈夫だろうと思われる方がいらっしゃるかもしれません。普通のがんは比較的ゆっくり大きくなるので，こういうふうに検診を規則的に受けていただくと，最初のときは，もしかしたら顕微鏡的にはあったけれどもつかまらなかったかもしれないのですが，次の検診のときに見つかって，比較的小さな段階で治療していただくことになります。大きくなれば自分で見つけられるのですが，検診の方が早く見つかります。検診で見つかりにくい形の乳がんというのもあるのですが，そのほかに，非常に早く大きくなってしまう乳がんが，どうもあるみたいなのです。



スライド18

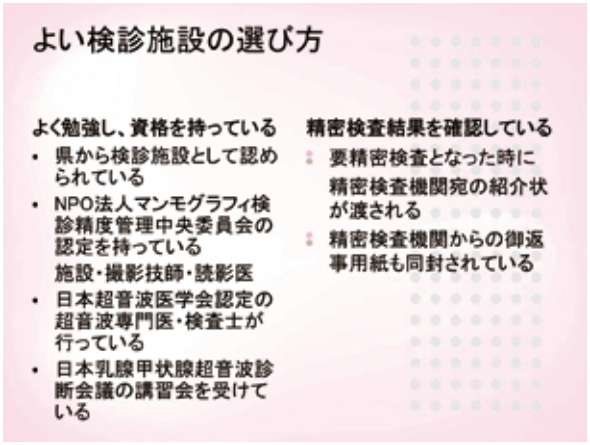


スライド19

【スライド１９】

そうしますと，このときはなかった。この検診のときは，まだ検診では見つからなかった。しかし次の検診の時には非常に大きくなってしまうことになります。

でも次の検診に行く前に自己触診をしていただけると，この時点で自分で見つけて，そこで病院にかかっていただいたければ，ここまで大きくならずに見つけていただける。ですから，こういう早い乳がんもあるということを知っておいていただいて，自己触診というのも１カ月に一遍ぐらいやっていただくのがいいかと思います。



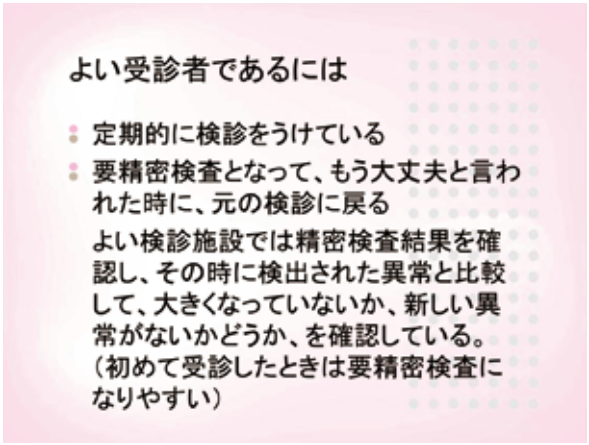
スライド20

【スライド２０】

よい検診施設の見分け方ですが，どこの検診施設も勉強しているのですが，よく勉強して資格を持っている施設というのは，県から検診施設として認めています。市町村検診の場合も検診施設として紹介しているのは，やはりきちんとした勉強をして資格を持っている施設です。

具体的なものとしてどういうものがあるかというと，ＮＰＯ法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の認定があったり，超音波医学会の認定があったり，日本乳腺甲状腺超音波診断会議の講習を受けたりしていること，こういうところがいい施設ということになります。もう一つお話をすると，精密検査結果を確認しているのが，具体的にいい検診施設なのです。どういうふうにわかるかというと，精密検査が必要になった人に，あなたはこういう検査で，こういうところに異常がありますから精密検査を受けてくださいというか，精密検査施設あてに紹介状を作成してくれます。例えばマンモグラフィで，どこの部位にどういう異常があったので精密検査して診てください，という手紙です。ただ精密検査に行ってくださいだけというのは，実は余りよくない。精密検査施設で，どこが悪かったのかわからないのです。

もっといいのは，そのときに，精密検査機関からの返事用紙も同封している施設です。精密検査機関から，この方はきちんと調べたけれども大丈夫でしたよとか，そういう情報を受けとると，検診施設はそれをもとに，この方は大丈夫なので，次回こういう方が来ても大丈夫なのだなというふうにして，どんどん精度が上がっていきます。ですから，こういうものを発行しているのもどちらかというといい検診施設なのです。



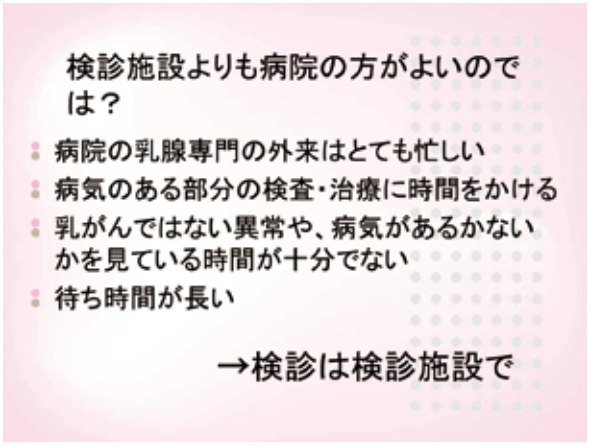
スライド21

【スライド２１】

最後に，では，よい受診者であるにはどうしたらよいかお話ししましょう。

まず，第１，定期的に検診を受けているということです。

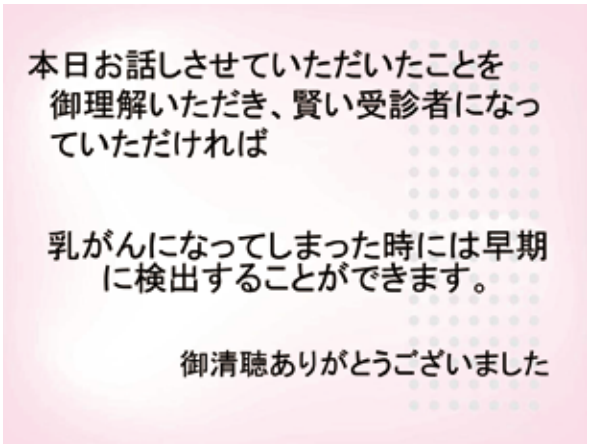
次に精密検査が必要と言われて，受けて，もう大丈夫と言われたときに，もとの検診に戻るというのが比較的いいことです。初めの検診施設に何か問題があれば別ですが，余り問題なければ，先ほどお話ししたように，よい検診施設というのは，精密検査結果を確認して，そのときに検出した異常と比較して，次の検診にいらしたときに，それより大きくなっていないかとか，新しい異常がないかどうかというのを確認しているのです。ですから，初めて受診していただいたときは要精密検査になりやすいのです。時々，“私は毎年ひっかかっちゃうのよ”という方がいらっしゃるのですが，それは，前とちゃんと比較していない施設かもしれないので，余りそういうのはよろしくないです。



スライド22

【スライド２２】

皆さんの中には，検診施設で受けるよりも病院で診てもらったほうがいいとお考えの方がいらっしゃるかもしれません。でも病院の乳腺専門外来というのはとても忙しくて，病気のある部分の検査とか治療に時間をかけていて，乳がんではない部分，いわゆる検診，病気があるかないかを診ている時間が十分はないことが多いです。また病院では結構長いこと待たされたりしますので，検診施設で検診を受けていただいたほうがいいと思います。



スライド23

【スライド２３】

最後のスライドです。

本日お話しさせていただいたことをご理解いただき，賢い受診者になっていただければ，乳がんになってしまったときには早期に検出することができると思います。

どうも，ご清聴ありがとうございました。

【基調講演２】

乳がんの広がりによる術式の違い

筑波メディカルセンター病院
乳腺科科長　森島　勇　先生

筑波メディカルセンター病院の乳腺科の森島です。よろしくお願いします。

私は，手術についてのお話をさせていただきます。

乳がんの広がりによる術式の違いということでお話しします。

●乳がんの発生と広がり方について

●広がり診断の検査について

●手術術式について

●まとめ

スライド１

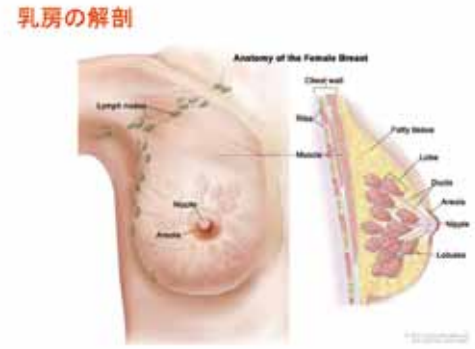
【スライド１】

お話の内容は４つに分けて，まず，乳がんの発生と広がり方について，乳がんがどこに発生して，どう広がっていくかということを主流，それから，その広がりをどう診断するかについて，実際の術式はどうかということで最後にまとめという形でお話をします。

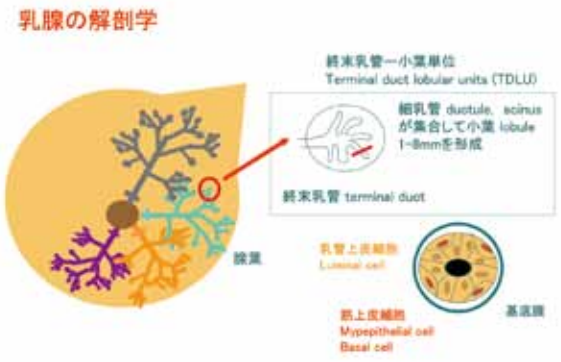
まず，広がり方です。

【スライド２】

乳房の解剖ということで，まず，どこにがんが発生するかということを知る必要があります。乳房は，ご存じのようにここにあります。ここのところを縦切りにしましたらこういう絵になるのです。大胸筋の上に乳房があります。乳房の中には脂肪と乳腺という組織がまざっているというか，層状に重なっているというのが解剖になります。これを，まず頭に入れておいてください。



スライド２



スライド３

【スライド３】

これは模式的な絵になるのですが，今度は正面から乳房を見た。そうすると，先ほど言った乳腺というのが，乳頭を中心にしてどんなふうに存在しているかというと，実は，こういった幾つかの木の枝みたいなものが書いてありますが，一つの単位は腺葉。枝あるいは房のイメージです。これが実は16個とか20個ぐらいの数，乳房の中に存在しています。

この房一つをを見たときに，この末梢の赤丸がついている，ここのところで実際にミルクをつくって，管が集まって一番太いところに集まって

きて乳頭からミルクが出るといった実際には解剖になっています。

がんはどこから発生することが多いかといいますと，ミルクをつくる場所に相当する一番末梢の部分です。終末乳管から細入管という細い乳管が集まっている。ここのところを終末乳管小葉単位といいます。ここのところの細胞ががんになってくるということで，ここのところをまた輪切りにしますと，このような形になります。周りに基底膜という膜があって，その中に筋上皮細胞と書いてあります。それから，ミルクをつくる乳管上皮細胞という形になります。ここのところの細胞ががんになるということです。

スライド４

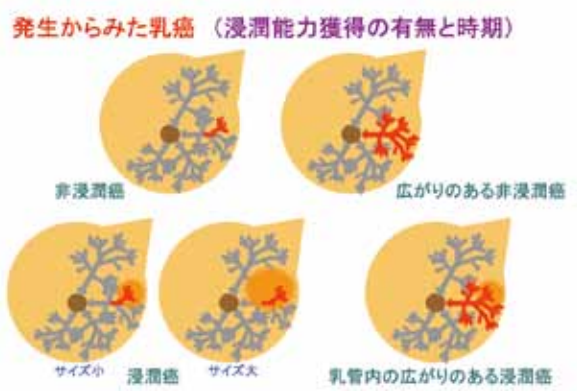
【スライド４】

まず，これも一つ用語として確認しておきたいのですが，基底膜というのが実は大事で，基底膜を食い破っているか否かで，食い破っていなければ非浸潤がん，食い破っていると浸潤がんということになります。模式的にかきますと，非浸潤がんは，この赤のところの枝の中だけにがんがある。食い破っていると，こういうしこりになっていく。非浸潤がんは管の中にあります。超早期の転移がない状態。病期はゼロということで，ちょっとチクワの中のイクラと同じだと，このような印象。浸潤がんは管の外に出てきてしまって，しこりをつくって，転移の可能性が出る病気１以上ということです。これは頭に入れておく必要があります。

【スライド５】

そうしますと，がんの発生が起こりまして，そこからどんどん進んでいくと，どういうパターンがあるか。大きく４つ，ないし５つあるのです。

がんが最初に発生したすぐの段階ですと，まだ



スライド５

基底膜を食い破ることができませんので非浸潤がんです。ですが，そのがんがどんどん管の中を広がっていきますと，こういうふうに枝全体を冒すような形になります。広がりのある非浸潤がん。（右上）

ですが，がんが発生してからすぐの時間的に短い間に浸潤しますと，こういった形でしこりをつくってきます。サイズが小さい場合と，大きく塊になる場合。（左下）それから，ある程度広がった段階で基底膜を食い破った場合，そうすると乳管内に広がりのある浸潤がんという形になります。（右下）

大体このような４つのパターンで，実際に診断されたときには，がんが見つかるということになります。

（スライド省略）

これをどう診断するかということなのですが，広がり診断の検査としては，超音波とマンモグラフィに加えてＭＲＩという検査が，実は広がりの診断にはかなり有効だということです。

実際に例を見ていきます。

（スライド省略）

これは広がりがないです。マンモグラフィで，ここに白く写っている腫瘤があって，超音波でもしこりがあります。ＭＲＩではしこりの周りのところには異常はないというのが広がりのない浸潤がんです。

（スライド省略）

それから，これは石灰化なのですが，マンモグラフィですと白い点々で細かいものが見えるわけ

ですが，超音波で見ても，同じように白い点々が見えますが，しこりをつくってくるのではなく，この範囲のところにがんが広がっているというパターンです。

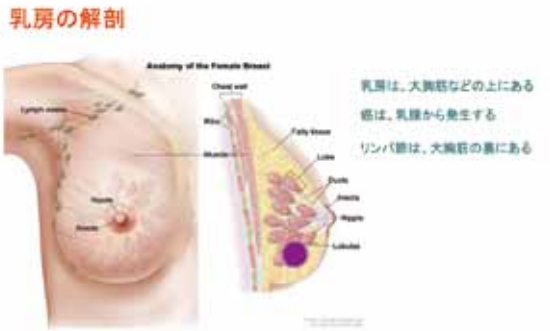
（スライド省略）

それから，ＭＲＩの検査でよく見ることがあるのですが，複数しこりを見つけることがあります。これが一つの絵が並んでいるというふうに見てください。だんだん乳房が正面のほうを向いてくるというやつ。しこりが，ここととここ，白く写っている部分が２カ所見えると思います。ここだけではなく，こっちもがんがあるということで，この場合は複数個しこりがあるので，そこのところまでがんを取らなければいけない。

（スライド省略）

これは，区域性に広がる，さっきの石灰化と同じようなパターンです。ここのところに白い点々があります。

こういったような形で検査をして，がんが実際どんなふうに乳房の中に存在しているのかというのを調べるわけです。

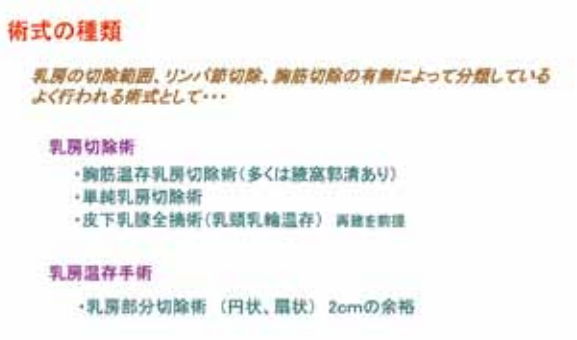


スライド６

【スライド６】

そういうふうに広がりを調べた場合に，術式をどう考えていくかということについてです。

もう一度解剖に戻りますが，乳房は大胸筋の表面側にあります。がんは，先ほどお話ししたように乳腺から発生するので，こんなところにできてくるのです。リンパ節はどこにあるかというと，わきの下のちょうど裏側のところに存在する。そこにあるということです。ですから，これをどう取っていくかという話です。



スライド７

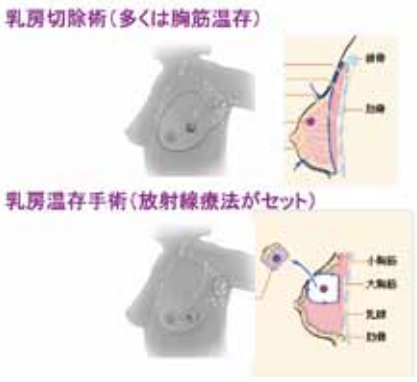
【スライド７】

術式の種類なのですが，これはいろいろな呼び方があって，たくさんあるのですが，代表して大きく２つあります。乳房切除術というのと，乳房温存手術という，そのほうが頭がすっきりするかなと思います。乳房をどう取るかということとか，リンパ節をどこを取るかとか，大胸筋とか小胸筋といった胸筋をどう取るかということで，術式の呼び方はいろいろ決まってくるのですが，代表して２つ。

乳房切除術の中には，胸筋温存乳房切除術とか，単純乳房切除術とか，あと，皮下乳腺全摘出，この場合は乳頭とか乳輪を温存して，再建を前提とするような手術なのです。

それから乳房温存手術というのは，乳房部分切除，円状に切ったり，房の形をイメージした扇状に取ったりするということをします。

大体，部分切除といっても，しこりそのものを取るのではなく，２センチほどの正常部分の幅をつけて余裕をつけて取るというのがその手術です。



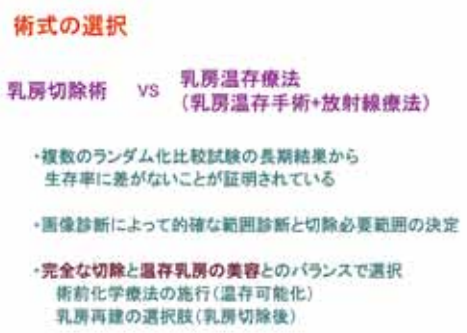
スライド８

【スライド８】

これも模式的にかきますと，ここにがんがあります。すると，筋肉は取らないので，ここの筋肉

の前のところで切ります。皮膚は取ります。こういう形で患部を切除します。傷は，男の人の胸みたいなイメージで傷が一本つくような格好になります。

乳房温存手術というのは放射線療法とセットになるのですが，これは部分的に取ります。しこりの部分から，先ほど言った２センチほどの余裕を持った塊として取ります。美容的には，こういう傷がここになっていますが，変形が結構きてしまう場合もあれば，余り変形がこない場合もあります。



スライド９

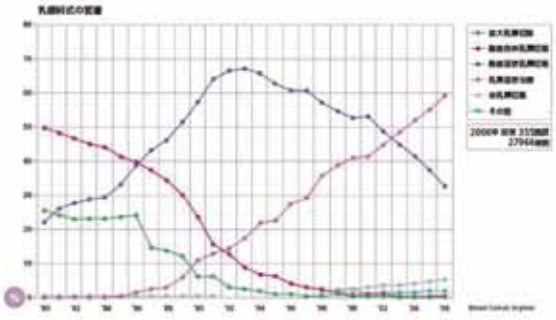
【スライド９】

どういうふうに選択するかということの大原則なのですが，乳房切除術と乳房温存療法，乳房温存手術プラス放射線療法というのが温存療法ということになりますが，これは幾つかの複数のランダム化比較試験というのが，乳房を切除した人たちと温存療法をしていた人たちが何年かたって再発率がどうだとかということを調べることをしています。その長期の結果，20年以上の結果から，生存率に差がないことがわかっていますので，逆に言えば，どちらの手術でも選択することができるということです。ただし，画像診断をしっかりして，取らなければいけないところはしっかり取るということが大事です。

その上で選択するということで考えますと，何が何でも温存すればいいというものではなく，がんはもちろん取らなければいけないのと，温存された乳房との美容のバランスが大事です。そういったことで実際の術式が選択される。

最近の傾向としましては，術前化学療法といって，手術の前に抗がん剤を使ったりすることによって，がんが小さくなります。がんが小さくなれば，ある程度しこりが大きかったものが小さくなることによって，今までバランスが悪くて温存が難しかったのが，温存できるようになったりする。

あるいは，乳房再建というのが最近日本でも行われるようになってきていますので，格好が余りよくないような温存になってしまうのだったら，乳房切除プラス再建を選択するという選択肢が出てきているということです。



スライド10

【スライド１０】

これは，日本乳がん学会が調べた術式の変遷ですが，青いのが胸筋温存乳房切除術で，右肩上がりなのが乳房温存治療ということで，ここは2006年になりますので，今，手術の第一選択というのは，乳房温存療法ということになっています。

ただ，さっきお話ししたように，術前化学療法で温存の率が増えたりとか，それから，やはり無理な温存はしないで再建のほうにということで，最近は少し幅が狭くなってきている可能性もあるかと思います。これが実際のトレンドになります。

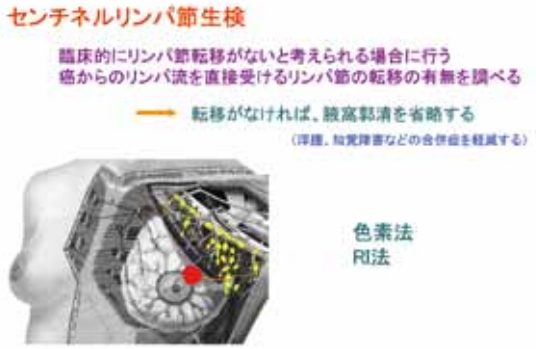
（スライド省略）

あと，腋窩のリンパ節についてなのですが，最近はセンチネルリンパ節生検という方法がありまして，昔は一律，腋窩リンパ節は郭清していたのですが，臨床的にリンパ節転移がないものは郭清しないようにしましょうという方向になってきた。

診断はいろいろな方法があるのですが，超音波が一番わかりやすいかと思います。

ここにドーナツみたいな黒い部分があります。これは腋窩のリンパ節なのですが，これは転移はないという判断をします。一方，こちらの黒い丸，こういったのは転移がある。これは，大きさがど

ちらも５ミリぐらいしかないと思うのですが，こういうふうに超音波である程度診断ができるわけです。

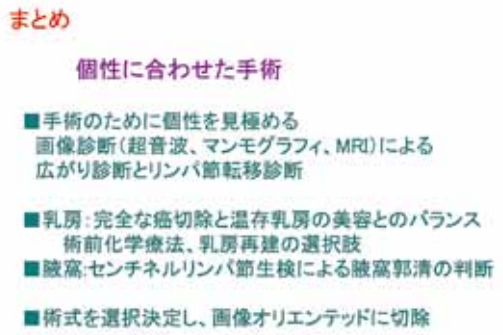


スライド11

【スライド１１】

超音波では断定的なところまで診断ができませんので，さっきお話ししましたセンチネルリンパ節生検を行います。ここのところにがんがありまして，がんから一番最初に流れ着くリンパ節のことをセンチネルリンパ節といいますが，それを代表して手術中に取り出して，顕微鏡の検査で転移がないかどうかを調べて，転移がなければ，残りのリンパ節は大丈夫だろうということで手をつけないということをしています。

この写真で，青く見えているのがありますよね。これは色素法というので，センチネルリンパ節生検をあぶり出しているということです。転移がなければ，郭清を省略することによって腕の浮腫とか知覚障害などの合併症を軽減することを行っています。



スライド12

【スライド１２】

まとめますと，個性にあわせた手術ということで，手術のために個性を見きわめる。画像診断，超音波，マンモグラフィＭＲＩによる広がり診断とリンパ節転移診断をしっかり行って，その上で乳房に関しては癌の完全切除除と温存乳房の美容のバランス。腋窩に関しては，センチネルリンパ節生検を行って郭清するかしないかを決めるということです。もし温存の場合には，画像をオリエンテートにきちっと切除するというのが個性にあわせた手術ということになるかと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

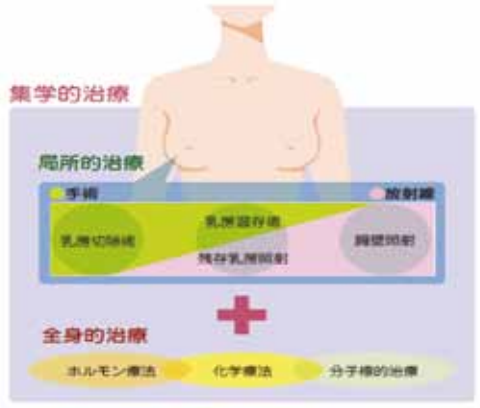
【基調講演３】

乳がんの性格にあわせた初期の薬物療法

東京医科大学茨城医療センター
乳腺科教教授　藤森　実先生

よろしくお願いします。

初期の薬物療法ということなのですが，実は個人個人の乳がんの性格，そのお一人お一人の乳がんというのがいろいろな性格があるということがわかってきました。それはお一人お一人の性格とはまた別に，乳がん細胞そのものの性格というのがいろいろあるということが最近わかってきたわけです。

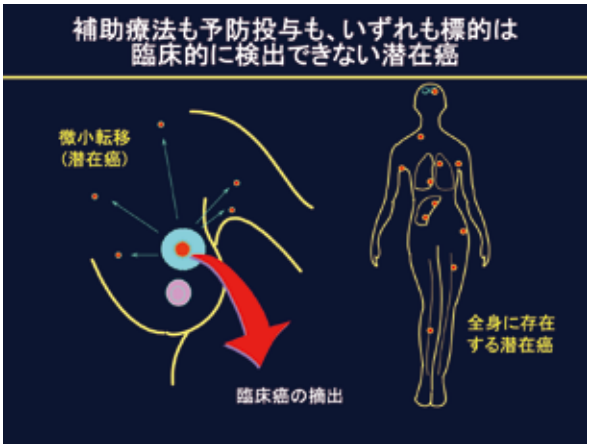


スライド１

【スライド１】

乳がんの治療は，先ほど森島先生から手術のお話がありました。その前に東野先生から，乳房にしこりがあっても良性のしこりが多いというお話もありましたが，がんと良性腫瘍の一番の違いは，全身的な病気になるということです。良性腫瘍も乳房にしこりをつくるわけですが，良性と悪性の一番の違いは，良性というのは，乳房のここの局所からほかへ行くことがない。ここだけで終わってしまうので，仮にしこりが大きくなっても，ここを切り取ってしまえばそれでおしまい。それを良性というのですが，乳がんがなぜ悪性なのかというと，ここにできたしこりが，だんだん病気が進むにつながって全身に広がる。これが悪性という定義になります。ですから，乳がんの治療は，手術を含めた局所治療，きょうは放射線のお話は余りないのですが，手術と放射線療法を含めた局所治療に加えて，全身的な治療というのを必ず組み合わせた，いわゆる集学的治療が必要だということになります。

全身的治療には，ホルモン療法，化学療法，それから分子標的治療というものがあるのですが，こういうものを組み合わせる方法として，個人個人の乳がんのがん細胞の特性にあわせて治療をしていくのが良いというのが最近わかったことです。



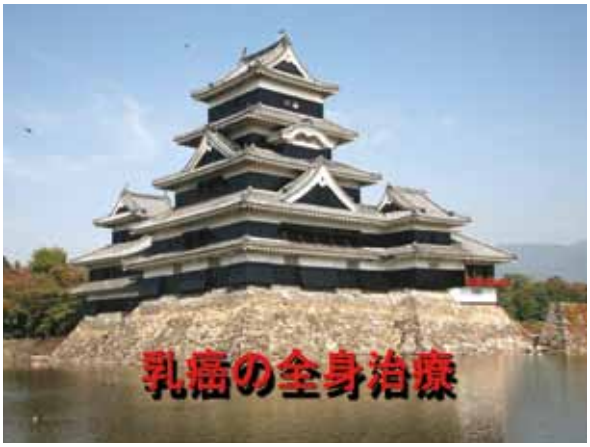
スライド２

【スライド２】

この初期の薬物療法というのは基本的にどういうことかというと，局所にあったがんを手術と放射線治療で治療した後，先ほどお示ししたように，がんというのは全身に広がっていると考えられますので，いろいろなレントゲンとか肺のＣＴとか，おなかの超音波というものをやっても，しこりは写らない，そういう段階であっても，実は全身に細胞の形でがん細胞が潜在する。その潜在しているがんを，お薬を使って予防的に治療してしまお

うというのが初期の薬物療法になります。これをやると，再発を防げて，乳がんを完治させることができるということです。

次のお話で出てきますが，残念ながら，こういうところに明らかにＣＴその他でしこりがはっきり見えたり，肝臓に超音波ではっきりしこりが見えるような再発したがんは，完全に治すことはほとんど不可能になってしまいますので，まだ目に見えない潜在しているがんを治すために治療するのです。それが初期の薬物療法になります。



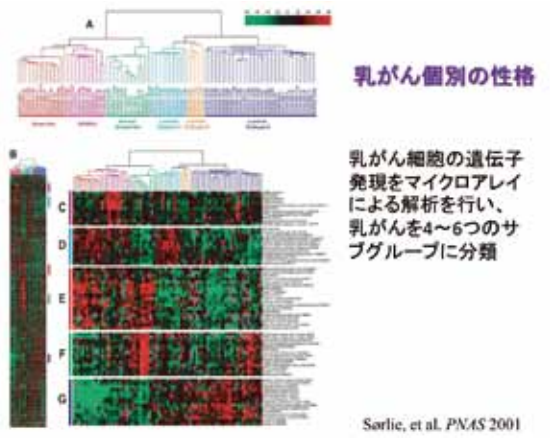
スライド３

【スライド３】

つまり，全身的な治療で治していくのですが，なぜ，このがんの全身治療というのは難しいかというと，これは国宝松本城なのですが，人間の体もお城みたいで，外からの攻撃にはちゃんと，例えば，石を落としと言いまして，忍者が登ってこようとすると，ここから石を落として妨害するのですが，人間の体も，外からの攻撃にはある程度ちゃんとする防御があるのです。しかし，がんは，最初から中から出てくるので難しいのです。中から出てきたものを何とかしなければいけないのですが，中から出てきたものに関していろいろな性格を見つけて，それに合った攻撃法を見つけようというのが最近の話です。

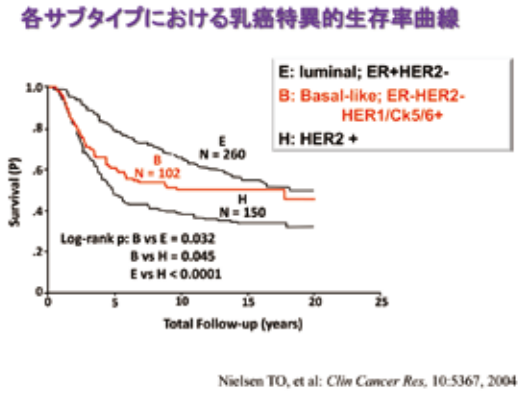
【スライド４】

これは外国のグループなのですが，2001年に，これ何かモザイクみたいなのが見えますが，これは何をしているかというと，がんの細胞の中の遺伝子を調べていまして，縦が一人一人の乳がんで，横がいろいろな遺伝子になるのですが，その遺伝子のいわゆる発現，遺伝子がいっぱい出ているか



スライド４

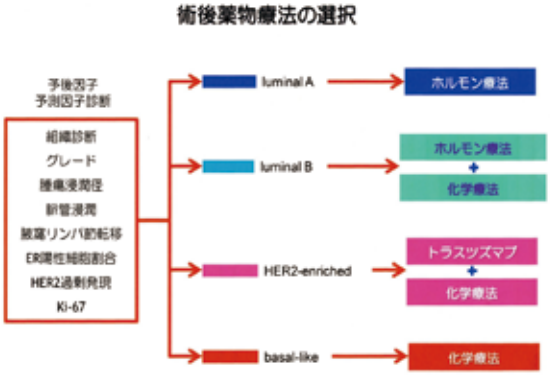
出ていないかということを色で示しているのですが，色のパターンによって同じ乳がんでも４つから６つぐらいグループに性格が分かれるということがわかりました。



スライド５

【スライド５】

そのグループごとに治り易さが全然違うということがわかりまして，



スライド６

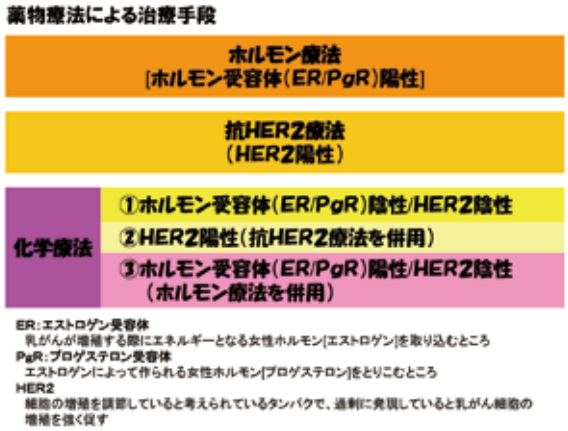
【スライド６】

例えば，こういったグループの名前があるのですが，そのグループによって，使う薬物療法を変え

ていこうということが最近はっきりわかりました。

基本的には，いわゆる女性ホルモンに反応して大きくなるような乳がんをお持ちの方は，ホルモン療法を中心に行っていこうというのが一つあります。

それと，ＨＥＲ２と書いてありますが，これはハーツーというのですが，これは，いわゆるがん遺伝子の一種なのですが，このがん遺伝子が非常に関連している乳がんの人がいまして，そういう方の場合は，トラスツズマブという，いわゆる分子標的治療薬を使いますと，非常に有効に再発を防ぐことができることがわかりました。



スライド７

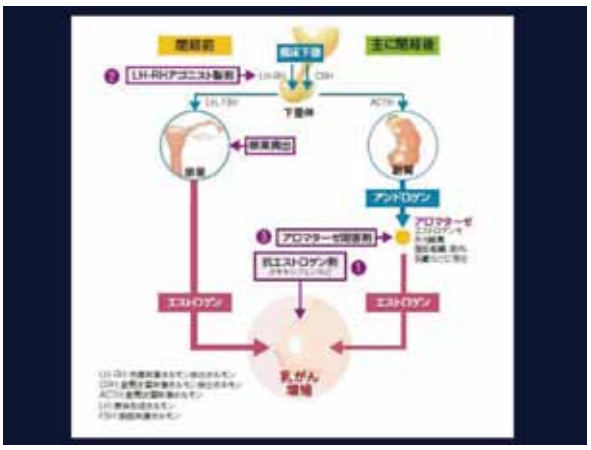
【スライド７】

ですから，ホルモン療法，それからＨＥＲ２を標的とした分子標的治療薬というものが使えるか使えないかというのを個人個人の乳がん細胞について調べまして，それによって治療手段を決めていこうということです。

ホルモン療法，分子標的療法が有効でない方に関しては，化学療法を行います。ホルモン療法や分子標的治療薬が使える方に関しても，化学療法を組み合わせることがあります。

【スライド８】

まず，ホルモン療法は，基本的に女性ホルモンの一種であるエストロゲンという女性ホルモンが乳がんに働くと，がんが増殖するというタイプの乳がんの方がいらっしゃるので，このエストロゲンという女性ホルモンが乳がんに働かないようにするお薬を使うのがホルモン療法ということになります。



スライド８

最近は，ここに書いていますＬＨ－ＲＨアゴニスト，さらにアロマターゼ阻害剤がありますが，閉経前の方と閉経後の方で使う薬が違いまして，閉経前の方はＬＨ－ＲＨアゴニストを注射します。この注射を月に１回，あるいは３カ月に１回打ちます。それから閉経後の方は，飲み薬でアロマターキインヒビターを使います。ホルモン療法は，閉経前の方と閉経後の方で治療手段が変わってくるということになります。

スライド９

スライド10

【スライド１０】

ただ，ホルモン療法にも幾つか副作用があるので，そういうものを見ながら治療していくということになります。

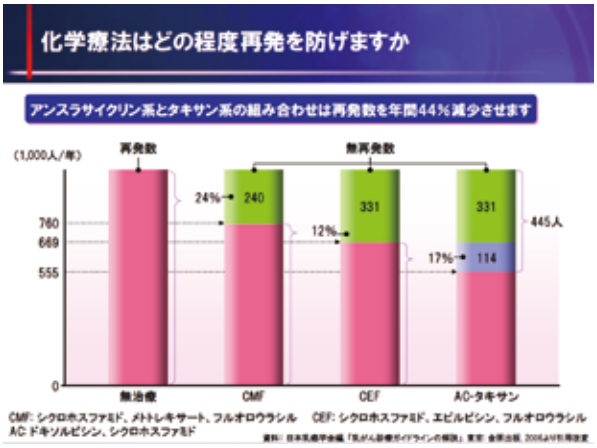
	一般名	略名	主な商品名	投与方法
アルキル化薬	シクロホスファミド	CPA	エンドキサン	経口，静注
代謝拮抗薬	メトトレキサート	MTX	メトトレキサート	静注
	5-フルオロウラシル	5-FU	5-FU	静注
	カペシタビン	CAP	ゼローダ	経口
	テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤	TS-1	ティーエスワン	経口
ビンカアルカロイド系薬	ビノレルビン	VNB	ナベルビン	静注
アンスラサイクリン系薬	ドキソルビシンまたはアドリアマイシン	DXRまたはADM	アドリアシン	静注
	エピルビシン	EPI	ファルモルビシン	静注
タキサン系薬	パクリタキセル	PTX	タキソールなど	静注
	ドセタキセル	DTX	タキソテール	静注

スライド11

【スライド１１】

それから，化学療法ですが，化学療法は，よく使われるのはアンスラサイクリン系とタキサン系が，今，初期の治療ではよく使われます。

スライド12



スライド13

【スライド１３】

化学療法をやる，やらないで再発してくる人が抑えられるというのも，はっきりわかってきたことです。

スライド14

【スライド１４】

ただ，化学療法もいろいろな副作用がありますので，

	ホルモン療法単独	化学療法併用
増殖指標（細胞増殖に関連する遺伝子の発現）	低い	高い
グレード（乳がんの悪性度）	グレード１	グレード３
ホルモン受容体陽性割合	より高い	より低い
腫瘍の大きさ（径）	≦２cm	＞５cm
腫瘍のまわりの血管などに浸潤しているか	広範囲に浸潤していない	広範囲に浸潤している
脇の下のリンパ節転移数	なし	≧４個
患者さんの希望	化学療法の副作用を避けたい	使用可能な治療を全て希望

スライド15

【スライド１５】

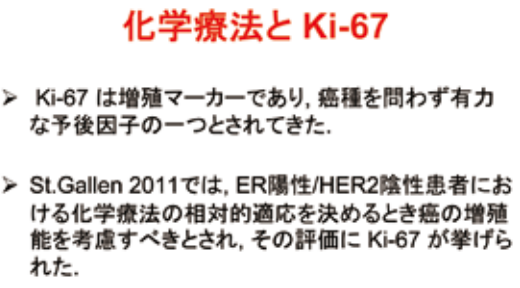
ホルモン療法が効く方に化学療法を一緒にやったほうがいいのか，あるいは化学療法をやらなくてもいいのかという選択も，個々の個人個人の乳がんの性格にあわせて考えていくことが必要です。例えば，ホルモン療法が効く乳がんの方でも，横軸にあるような項目を個々の患者さんについて調べていくことで，この方はホルモン療法単独で十分再発を抑えることができるか，あるいは，化学療法を併用したほうがホルモン療法だけよりもしっかり再発を抑えることができるというのを個々に検討してやっていくことになります。

【スライド１６】

例えば，我々の施設では，ホルモン療法が効くタイプか，分子標的治療薬が効くタイプかという

スライド16

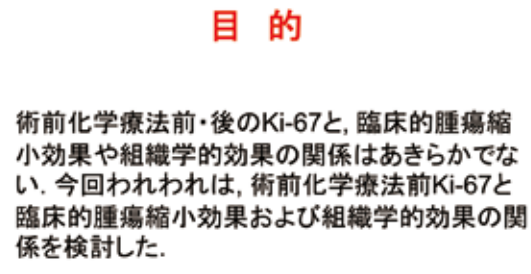
ことを年代で調べますと，ホルモン療法が効くタイプの方が最近は多いのですが，こういうたくさんいる方に対して，ホルモン療法のみで十分再発が抑えられるのか，やはり化学療法も一緒にやっていったほうがいいのかということを見るために，



スライド17

【スライド１７】

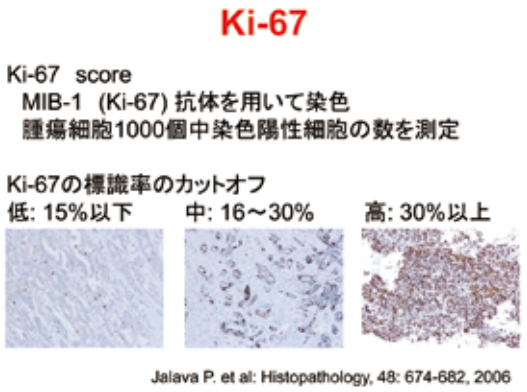
例えば，今，一つのマーカーとしてKi-67というマーカーが一つあります。このマーカーがあると，がんがより悪いものだと昔から言われていたのですが，これを使いますと，



スライド18

【スライド１８】

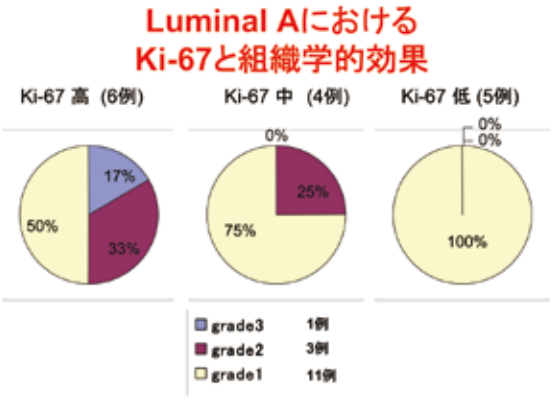
例えば，我々の施設で術前に化学療法をやった人たちに関してKi-67と治療効果の関係を見ますと，このマーカーで抗がん剤が効く，効かないというのがある程度わかるということがわかってきました。



スライド19

【スライド１９】

これは免疫染色といって，個々の患者さんのがんを特殊な方法で染めますと，Ki-67が非常にたくさん出ている人と，ほとんど出ていない人に分かれるわけです。



スライド20

【スライド２０】

これを見てみますと，Ki-67が非常に高い人は抗がん剤も非常に効くのですが，Ki-67が低い人は抗がん剤はほとんど効かないことがわかって，こういうマーカーを使えば，抗がん剤を併用したほうがいいタイプのがんをお持ちなのか，抗がん剤は要らなくてホルモン療法だけで十分再発が抑えられるかということに関して個々の治療戦略を立てることができるようになってきました。

結　果

1. Ki-67高値群では臨床腫瘍縮小効果があり，乳房温存率の向上が期待できる．

2. Luminal AであってもKi-67高値群では半数で組織学的縮小効果を認めた．

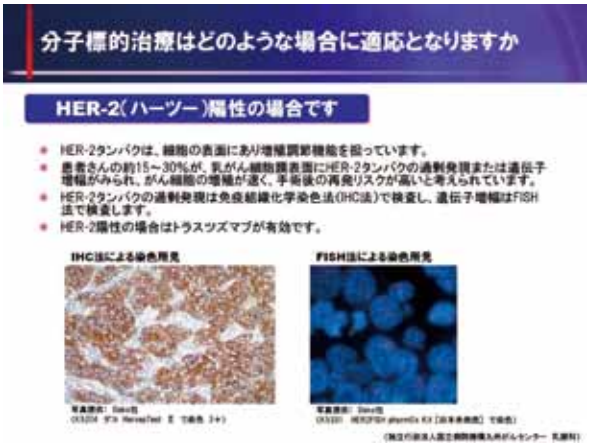
スライド21

	ホルモン療法単独	化学療法併用
増殖指標（細胞増殖に関連する遺伝子の発現）	低い	高い
グレード（乳がんの悪性度）	グレード1	グレード3
ホルモン受容体陽性割合	より高い	より低い
腫瘍の大きさ（径）	≦2cm	>5cm
腫瘍のまわりの血管などに浸潤しているか	広範囲に浸潤していない	広範囲に浸潤している
脇の下のリンパ節転移数	なし	≧4個
患者さんの希望	化学療法の副作用を避けたい	使用可能な治療を全て希望

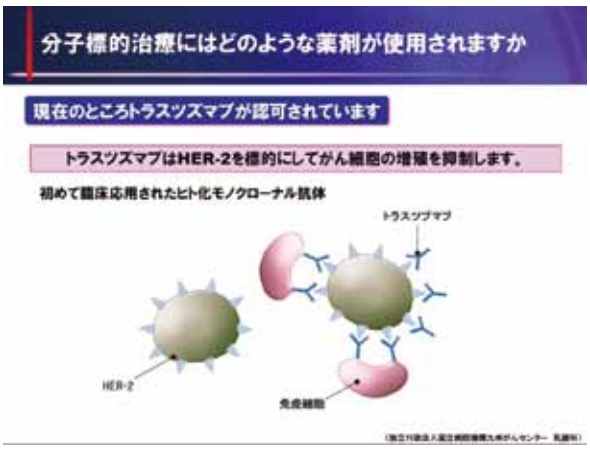
スライド22

【スライド２２】

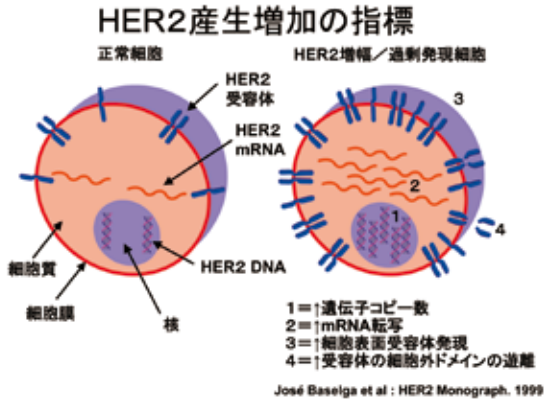
ということで，ホルモン療法，化学療法一つとっても，いろいろな指標で解決していくということができます。



スライド23



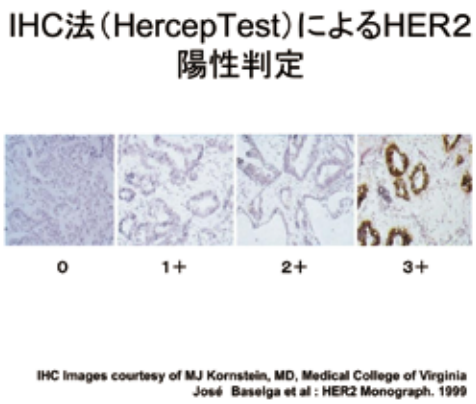
スライド24



スライド25

【スライド２５】

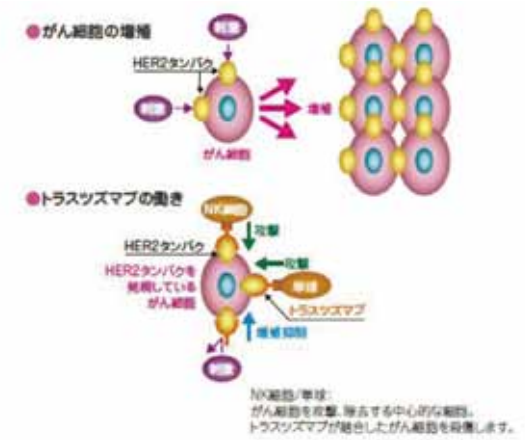
それから，ＨＥＲ２ハーツーという，がん細胞の表面にアンテナみたいに出ていて，このアンテナからがん細胞をどんどん増やしましょうという刺激，シグナルが出るのですが，うちの施設の場合，やはり２割弱程度の人がこういう乳がんをお持ちなのです。



スライド26

【スライド２６】

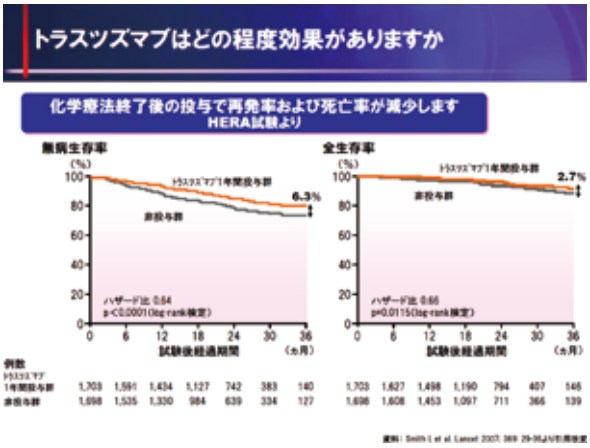
そういうタイプの方も，こういう免疫染色をするとよくわかりますので，



スライド27

【スライド２７】

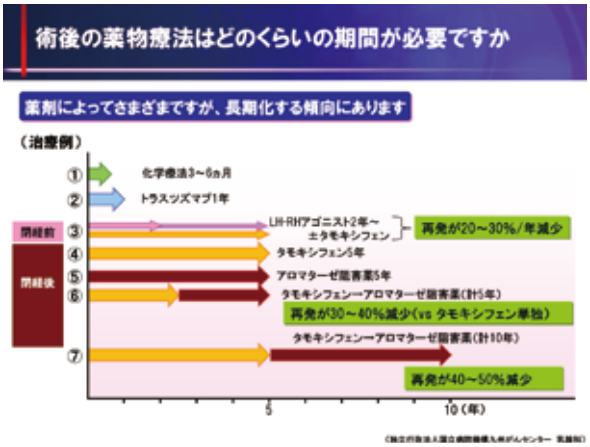
そういう方には，分子標的治療薬,ハーセプチンというお薬になりますが，そういうものを使いますと，



スライド28

【スライド２８】

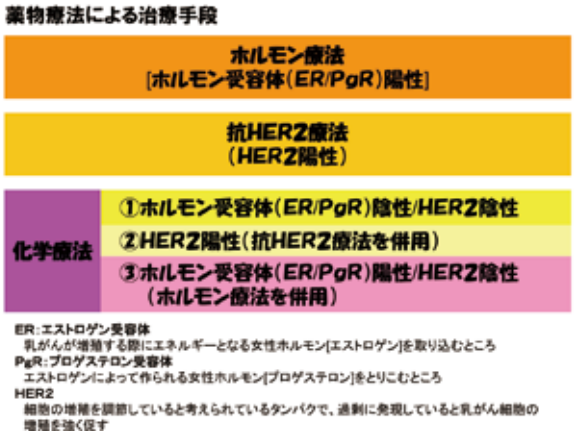
このように手術後の再発率が明らかに抑えられるということがわかってきました。



スライド29

【スライド２９】

　ということで，化学療法，分子標的治療薬，それからホルモン療法の３つをいろいろ組み合わせて治療します，ホルモン療法に関しましては，５年が標準になりますが，個々の性格にあわせて，ホルモン療法，化学療法，分子標的治療法を単独でやったり組み合わせして再発を抑えていこうということで，



スライド30

【スライド３０】

これが，今，初期の治療として重要なところであります。

（スライド省略）

　日本人の乳がんは働き盛りに多いですので，家族も含めて大変なことになるのですが，やはり再発をなくすことで，がん患者さんのご家族も幸せになるような治療を，患者さん個人個人の個性にあわせて戦略を立てていくというのが今の作戦であります。

　どうもありがとうございました。

【基調講演４】

乳がんの再発とその対策

筑波大学臨床医学系乳腺甲状腺内分泌外科
講師　坂東　裕子　先生

皆さん，よろしくお願いします。板東です。

多分，きょうお越しになった方は，やはり乳がんについて非常に興味が，あるいは関心が高い方，もしかしたらご家族，あるいはご本人が乳がん治療中の方もいらっしゃるかと思います。

藤森先生のお話の中で，かなり複雑な乳がんの治療についてお話がありましたが，乳がんの再発について，さらにもうちょっと話をさせていただきたいと思います。

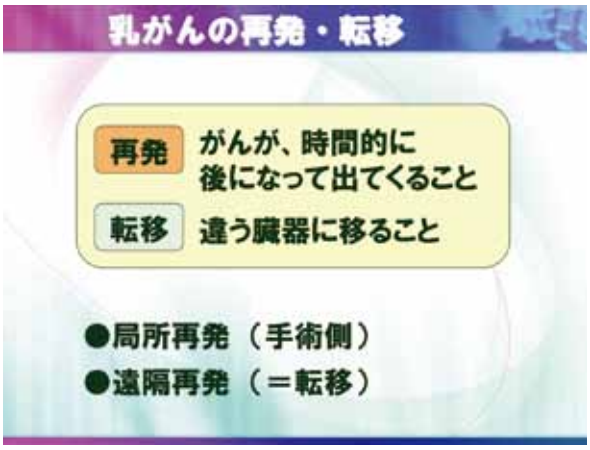
スライド１

【スライド１】

一般的に乳がんと診断をされますと，その後，手術，放射線，あるいは抗がん剤といった初期の治療を行います。これで皆さん治ってしまうといいのですが，恐らく乳がんと診断された方のうちの３割ぐらいは，残念ながら再発を迎えてしまいます。

では，再発を迎えた後，また治癒，治るのかというと，今の医学ではなかなかここから治癒になる方は非常に難しくて，いろいろな治療をしながらも，残念ながら最終的には乳がんで命を落とすということ，これが乳がんの治療の流れとなっております。

でも，再発をしてからすぐおしまいというわけではなく，その後どんなことができるのかといったことについてお話をしていきます。



スライド２

【スライド２】

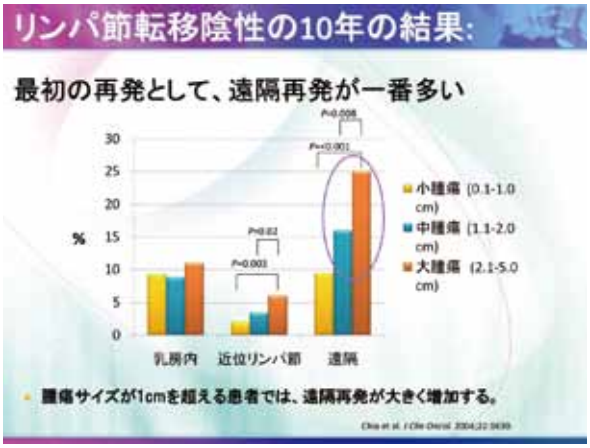
では，再発，もう一つの言葉として転移という言葉もよく使われるかと思います。一般的には再発という言葉は，がんが一たん治ったように思われるけれども，後々，時間的に後になって出てくることを指します。手術をした，抗がん剤をした２年後，５年後に再発をした，そういう使い方をします。

転移というのは，違う臓器に出ることをいいます。乳房とか，わきの下のリンパ節ではなく，例えば肺，肝臓，骨，遠くのリンパ節に，また乳がんの細胞が出てくることを転移といいます。局所再発といって，乳房に手術をしたのに，また乳房にしこりが出てしまうということもあります。遠隔再発，乳房ではなく，肺や肝臓に出てくることを転移というふうに言葉としては使っていきます。

スライド３

【スライド３】

乳房の再発，転移の起きやすい場所はどこか？一つは，局所として手術をしたはずの乳房，あるいはわきの下のリンパ節，皮膚といったところに出てくるものを局所再発といいます。遠隔の転移としては，手術から遠い部分のリンパ節，例えば首のリンパ節，肺の中のリンパ節，実際には肺のしこり，肝臓のしこり，骨への転移，脳への転移といったところが，乳がんにとっては要チェックです。



スライド４

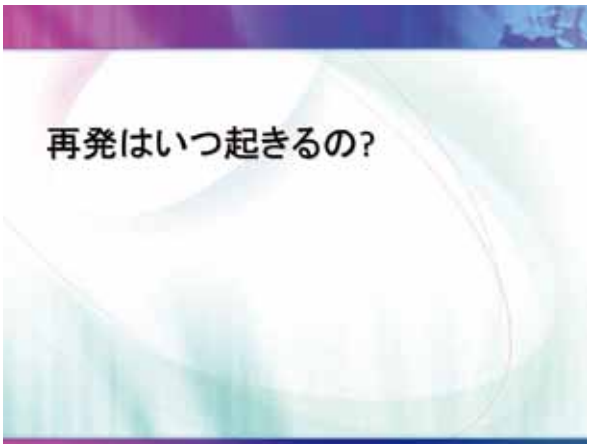
【スライド４】

では，皆さん手術をするときに，温存にするのか全部取るのかと悩むときに，また乳房にがんができたら嫌だわとおっしゃる方もあるのですが，最初の再発としては，乳房に出ることが多いのか，遠くに出ることが多いのか，これは統計学的に見てみますと，リンパ節転移が陰性の方であっても，５年，10年という単位で見ていくと，乳房の中に出てくる可能性は10％弱ぐらいです。一方，転移といって遠隔に転移，遠くに転移をする方は，しこりが大きければ大きいほど，先ほど言った25％ぐらい高くなっております。ですので，乳がんの治療を考える上では，また乳房に出てくることよりも，肺や肝臓といった遠くに出てくることを気にしなくてはいけません。

スライド５

【スライド５】

遠隔転移というのは，生存にかかわる因子です。再発率というのは，もともとのしこりの大きさとかＨＥＲ２とかＥＲといった予防因子と，あるいは治療のタイプによって異なってきます。再発部位の発見までの時間というのも，腫瘍の性質によって変わってきます。



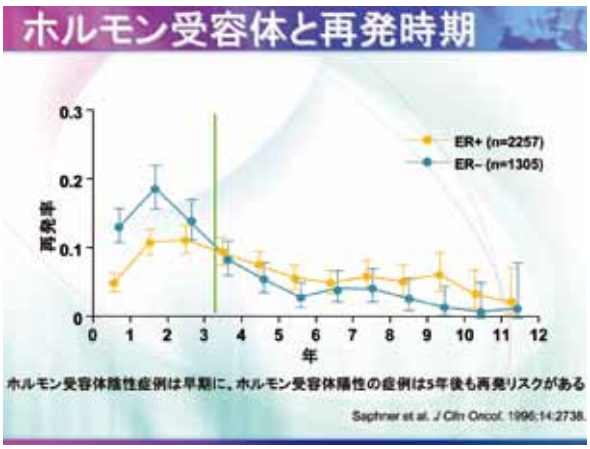
スライド６

【スライド６】

では，再発は，いつが起きやすいのでしょうか。

【スライド７】

最近わかってきたこととして，乳がんの種類によって再発のしやすい時期が違うということがわかってきました。ＥＲというのは，ホルモン受容体といって，エストロゲン受容体，ホルモンのお薬が効きやすいかどうかの目安となります。ホルモンのお薬が効きにくいＥＲマイナスのがんとい



スライド７

うのは，圧倒的に３年ぐらいまでの再発が多いです。手術をしてから３年間ぐらいは非常に気をつけなければいけないのですが，５年間を過ぎてくると再発率はかなり少なくなってきます。

一方，ＥＲ陽性，女性ホルモンの薬が効きやすいタイプの乳がんというのは，確かに３年までも若干再発率は高いのですが，３年たったから安心かというとそうではなく，５年たっても10年たっても10年を過ぎても，ある一定頻度で再発をしてくるということがわかっています。ということは，再発をしやすい時期というのは，腫瘍の性質によって異なるということです。

スライド８

【スライド８】

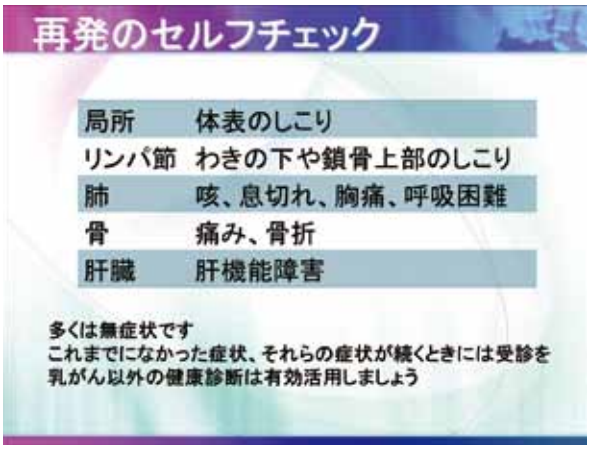
今のところ，アメリカなどのガイドラインでは，手術をした後，再発に関してどのような病院にかかって，どんな検査をすればいいかという一定のガイドラインがあります。乳腺に出てこないかどうかのチェックは，初めの１年ぐらいは３～４カ月ごと，５年を過ぎれば１年に１回でいいでしょうということになっています。マンモグラフィも１年に１回です。

東野先生からお話があったような自己触診は，もちろんいつでも大切です。

それから，１年に１回の婦人科検診などもしてくださいというガイドラインが出ています。

では，ＣＴや骨シンチとかはどうなのかというと，今現在は，定期的な採血，あるいは肺のレントゲン，骨シンチＣＴ，腫瘍マーカー，ＭＲＩやペット，こういったものは余り推奨しないということが言われています。

再発に関しては，残念ながら今の時点では，早く見つけても，ある程度症状が出てから見つけても，どちらにしても治せないので，早く見つけるということに関して余り重きは置かれていません。再発を見つけると，再発の治療をずっとしていかなければいけない。それよりも症状がない限りは，基本的には今の生活を楽しんでいただく，それが大切だということで，今のところは日本の乳がん学会の診療ガイドラインにおいても，骨シンチＣＴなどを定期的には推奨はしていません。



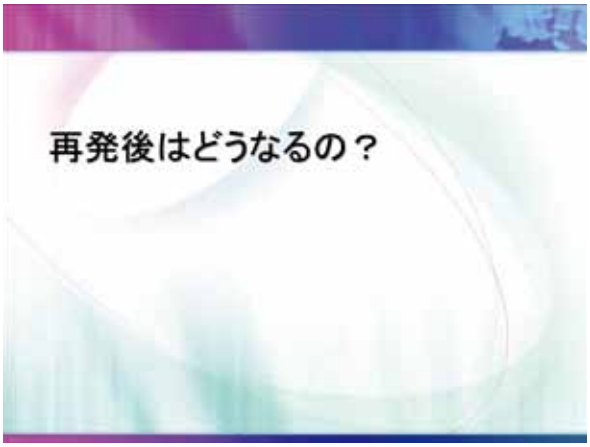
スライド９

【スライド９】

ただし，再発がないかどうか自分で気にすることはとても大切です。お胸にしこりがないかどうか，わきの下とか首のつけ根，鎖骨にリンパが腫れていないかどうか。肺に転移をした場合には，せき，息切れ，あるいは肺の痛みとか呼吸困難という症状が出ますので，普通の風邪などとは違って，こういう症状が起きていないかどうか，骨に転移をすると，例えば腰痛とか足の痛みといった，そういう痛みが出てきます。ふだんと違わないかどうかを気にすることが大切です。

時々採血などをする。これは人間ドックのようなレベルでも構いませんが，肝臓の機能のチェッ

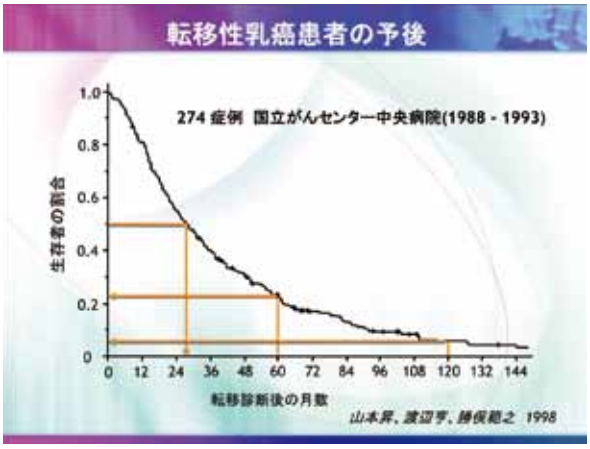
クということも必要です。再発の初期というのは，多くは無症状なのですが，これまでになかった症状が出てきた場合，そういった症状が続く場合は，受診を勧めるという様にしています。



スライド10

【スライド１０】

では，再発をしてしまった場合，その後の経過はどうなのか。

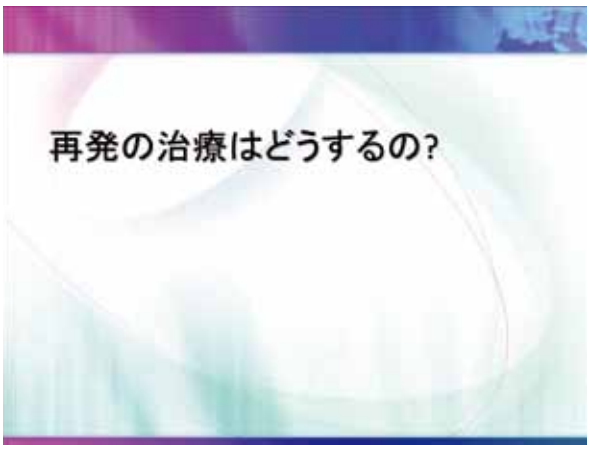


スライド11

【スライド１１】

日本人のデータとしては，ちょっと古いデータですが，1998年に国立がんセンター中央病院からデータが出ています。

再発が見つかってからの生存曲線というのを見てみますと，約50％の方は２年ちょっとで命を落とされています。早い方は，再発が見つかってからすぐに命を落とされる方もあります。ですが，一方，再発が見つかってから５年経過をしておられる方も20％以上になります。再発が見つかって10年経過をされる方も５％ぐらいいらっしゃいます。再発をしてからの経過というのも人それぞれです。



スライド12

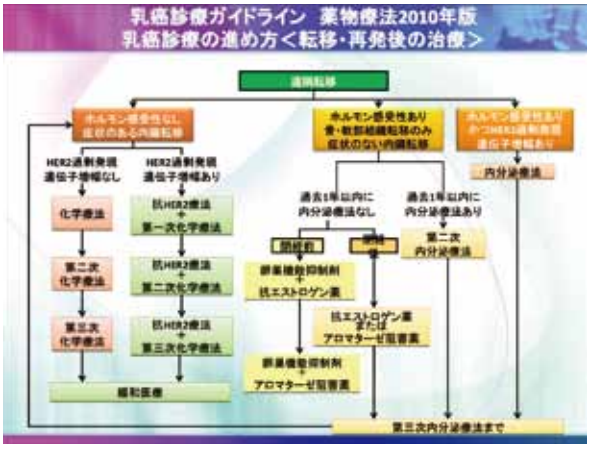
【スライド１２】

再発の後の治療，どんなものがあるのか。

スライド13

【スライド１３】

まずは，局所再発，また胸に出てきた場合には，温存手術をされた方の場合には，また残っていた乳腺に出た場合，乳房切除術を行います。もし乳房切除をされていた方の場合には，もう一度取ったり，あるいは放射線の治療ということも対象になってきます。ここでは，できれば取れるものは取るというスタンスです。



スライド14

【スライド１４】

では，お薬の治療，あるいは，遠隔転移が出た場合にはどうなのかというのを見ていきます。

これは，乳がんの診療ガイドラインに詳しく載っています。診療ガイドラインは患者さん向けの本も出ていますので，もし興味のある方は，ぜひそういった患者さん向けの乳がん学会が出している診療ガイドラインを見ていただきたいと思います。先ほど藤森先生のほうにお話があったように，ホルモンの感受性がある場合，まずはホルモン治療を行うというのが原則です。でも，既に症状があったりとか，早く良くなってくれなくてはいけないといったときには，抗がん剤治療を行ったり，あるいはハーセプチンというお薬を行ったりとかもしていきます。ですので，一概に再発を行ってからの治療はこれというのはなくて，その状態，あるいはケース・バイ・ケースで違うということがわかっていただければと思います。

スライド15

【スライド１５】

ホルモンのお薬といっても，今非常にたくさんのお薬が使えるようになってきました。一覧表として,乳がんの関連のものとして挙げてみました。それぞれ再発前に使えるもの，再発後に使えるもの，お薬の飲み薬のもの，注射のもの，いろいろありますが，こういったものを適宜，その状態などにあわせて組み合わせて使っていきます。

【スライド１６】

抗がん剤に関しても，私が乳がんの勉強を始めた15年ぐらい前には２種類しかなかったのですが，今は本当にたくさんのお薬が増えてきています。新しくアブラキサンというお薬なども去年から使えるようになりました。

スライド16

スライド17

【スライド１７】

今年になってからも使えるようになったハラベンといったようなお薬もあります。新しいお薬が決していいお薬というわけではありません。どのお薬が効くかというのも，やってみなくてはわからないのですが，１個がだめでも，ほかのがある。それから，飲み薬のお薬もあれば，抗がん剤もあり，点滴のお薬もありますので，生活の状況とか通院ができるような状況にあわせて使っていくということになります。

【スライド１８】

分子標的治療も，ハーセプチンとか，あるいは飲み薬のタイケルブというお薬，一番新しくはアバスチンという血管新生阻害薬というのも使われるようになってきました。

スライド18

スライド19

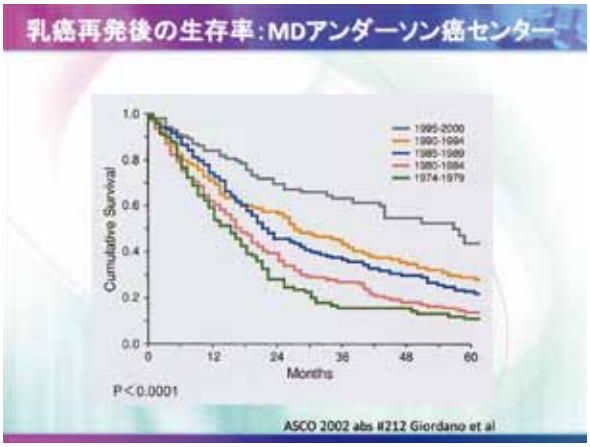
【スライド１９】

再発や転移の乳がんに対して，抗がん剤，点滴だけで行っていくと，第１回目に使う場合には約50～60％ぐらい効果があります。２回目以後に使うときには若干その効果は落ちてきますが，全く効かないという方は非常に少なくて，何らかのお薬が効くことが多いです。

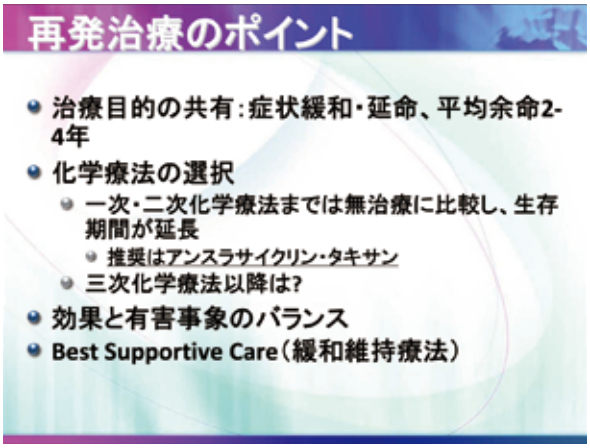
ただ，お薬の中には，髪の毛が抜けやすいものもあるし抜けにくいものもあります。しびれといったような副作用が強いものもあれば弱いものもあります。ですので，これが本当に何を選ぶかというのは，人それぞれで違うということがとても大切です。

【スライド２０】

先ほど日本のデータで，５年間の生存率20％と挙げましたが，アメリカのがんセンターから出ているデータでは，1970年代，1980年代前半・後半，1990年代前半・後半となるにつれて，先ほどの生存カーブというのが非常にとんとんと良くなってきています。最近では，再発が認められてからでも，大体多くの方が５年ぐらいは頑張れるというデータも出てきています。新しいお薬も出てきて，また，私たちもそれを少しずつうまく使いこなせるようになったことで，再発後の予後というのも改善してきています。



スライド20



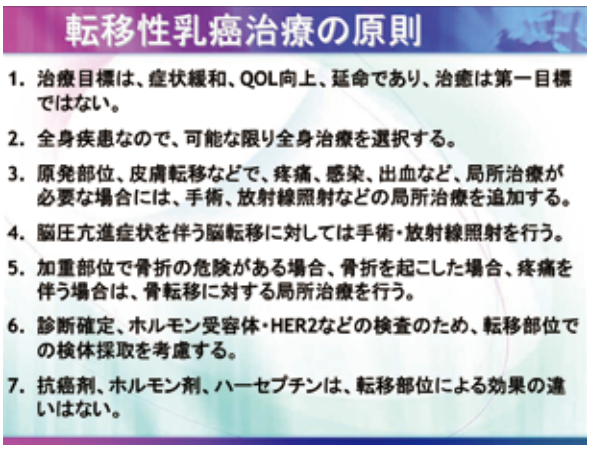
スライド21

【スライド２１】

再発治療のポイントとしては，平均より２年から４年ということになってはいますが，１次治療，２次治療，いろいろなお薬を使いながらやっていきます。アンスラサイクリン，タキサン，これは術後でもよく使いますが，再発でも使うということが大切になってきています。効果と副作用のバランスを見ながら，そして緩和療法なども早期に導入をしながら見ていきます。

【スライド２２】

原則はいっぱいあります。私たちは，治療を行うときにいろいろなことを加味しながら行っていきますが，治療の目的は，あくまでも治癒ではないので，強いお薬をうんと使ってやるというよりは，症状緩和，ＱＯＬの向上，そして延命といっ

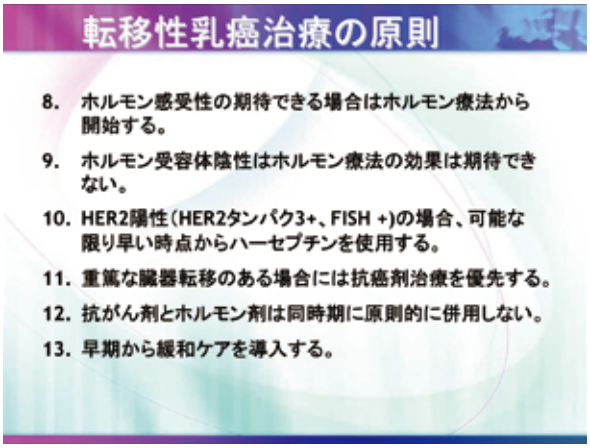


スライド22

たもののバランスを見ながら行っていきます。

可能な限り全身治療を行います。例えば，大腸がんでは，肝転移を起こすと肝臓を切除するということもあるのですが，乳がんの場合には，局所の再発以外では手術は余り行わないです。脳転移とか骨の転移の場合には，手術や放射線といった局所治療を行うこともあります。

また，ホルモンの受容体，ＨＥＲ２などを調べるために，少しだけとって調べるということも行います。

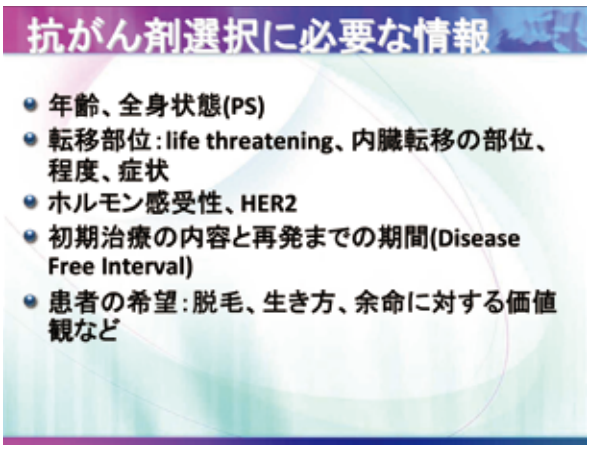


スライド23

【スライド２３】

それから，ホルモン治療の使える可能性が高い場合には，ホルモン治療などを先に行っていきます。できるだけ副作用が少ないものを優先するという治療の目的もあります。ＨＥＲ２陽性の場合には，ハーセプチンといっていた抗ＨＥＲ２治療も積極的に行っています。

抗がん剤とホルモン治療は余り同時には行いません。順々に使っていきます。そして，早期から緩和ケアを導入するということがとても大切です。



スライド24

【スライド２４】

抗がん剤選択。どのお薬を今使うべきかということを選ぶに当たっては，年齢や全身状態，それから，すぐよくなってくれないと命にかかわるのかどうか，症状の状況にもよってきます。これも，ホルモン感受性やＨＥＲ２の状況も大切ですし，初期の治療，術後の治療はどのような効果があったのかということを評価することも必要です。

そして，患者さんのご希望が何よりも一番大切で，どんな生き方をしたいのか。少しでも長生きをしたいのか，あるいは，少しでも副作用が少なく今の生活を送っていきたいのか，残された命の長さはだれにもわかりませんが，それをどのように使っていきたいのかということを明確にしていくことが一番大切だと思います。

（スライド省略）

一例を出してみたいと思います。

42歳の女性です。本当に若い35歳のときに左の乳がんの手術をされ，その後，抗がん剤やホルモン治療も行っていたのですが，３年後に肝臓にたくさんの転移が見つかってきました。結構転移の量が多いですよね。これを見ると，うわあ，厄介かなと思いました。多発の肝転移，小さな肺の転移もあります。

（スライド省略）

このお方の場合には，非常に肝転移がたくさんあるということ，ホルモン治療をやっている間の再発だったので効きにくいかもしれないということを考えて，抗がん剤を行うことにしました。

（スライド省略）

幸い，抗がん剤を始めてよく効き始めてきました。この黒い丸がなくなったのが目にわかると思います。こういったように，再発をしたからそこでおしまいというわけではなく，治療がうまく選択できると，その後も人生まだまだ続くということを，初めからお話をしていくことが大切です。

スライド25

【スライド２５】

一般的には，インフォームドコンセントというと，お医者さんから説明があって，これをしましょう。はい，わかりましたというイメージを抱かれるかもしれません。

スライド26

【スライド２６】

でも，再発の医療の現場においては，治療について，副作用について，それから一般的にはこれがいいと思われますよというお話をした上で，でも，患者さんがどのような治療を受けたいのかというのを積極的に表現していただくことが何より大切になります。患者さんの目指したいような人生設計というものを伺った上で，どのような治療を計画していくかが，再発の治療においてはとても大切だと思って治療に当たっています。

以上です。ありがとうございました。

【基調講演５】

乳房の再建について

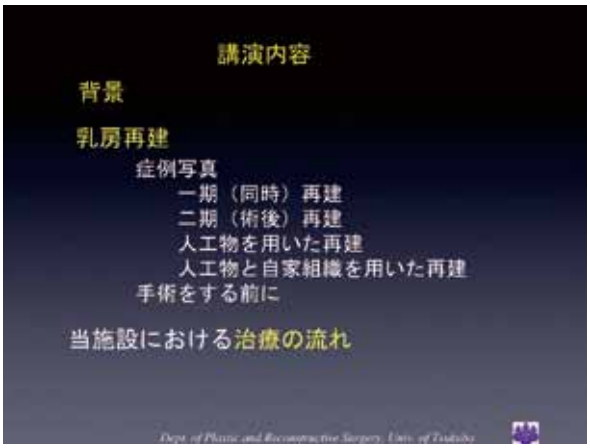
筑波大学臨床医学系形成外科
教授　関堂　充　先生

筑波大学形成外科の関堂と申します。

今まで，乳がんの切除ということを中心にお話をされてきましたですが，私はちょっと毛色を変えて，では，どうやってつくろうかというお話をさせていただきます。

(スライド省略)

これは,有名な着衣のマハというフランシスコ・ゴヤの有名な絵画です。現在，上野の国立西洋美術館に来ている絵です。もう一本対となった，裸のマハという絵も皆様ご存じだと思います。このように，乳房というのは女性の非常に重要なパーツを占めております。



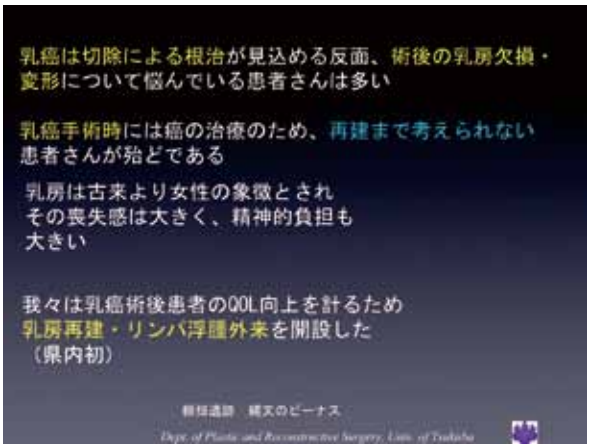
スライド１

【スライド１】

今回の内容としては，少し背景をお話しさせていただくのと，乳房再建の実際の症例写真，あとは，手術をする前に気をつけること，どうやって現在我々が治療しているのかということについてお話しさせていただきます。

(スライド省略)

乳がんというのは，女性のがんの中で現在一番多いと言われております。生涯に16人に１人が罹患するという2004年の厚労省の統計があります。先ほどからお話に出ていますように，30歳代から増加し，50歳代にピークを迎えるという非常に女盛りの時期にかかるがんということになります。



スライド２

【スライド２】

切除によって非常に根治が見込めるという反面，術後の乳房欠損や変形に悩んでいる患者さんは非常に多いと思われます。

私も再建外来をやっておりますが，乳がんの手術のときは，皆さん，がんを取るということで大体頭がいっぱいなので，再建に関してはなかなか考えられないという患者さんが非常に多いという印象を受けております。

(スライド省略)

乳房は古来より豊穣のシンボルや女性の象徴とされ，喪失感が大きく，失うことによって精神的な負担というのも非常に多くあります。

乳がん術後の患者さんのＱＯＬ，生活を少しでもよくしようということで，我々は現在，乳房再建外来・リンパ浮腫外来というのを開設しております。

（スライド省略）

難しい話を最初にするよりは，実際どのように再建しているかというのを見ていただいたほうがいいと思います。患者さんの承諾を得て出させていただいております。

（スライド省略）

乳房は１期再建と２期再建というのがあります。１期というのは，手術をしたときにそのままつくってしまう方法です。２期というのは，手術をして一回傷をふさいで平らな状態になってしまって，それを後日つくろうというのが２期です。本来なら１期から出そうかと思ったのですが，なくなったほうがイメージが多分つかめると思うので，取った後の再建からお話しさせていただきます。

（スライド省略）

この方は乳房全摘後の再建です。典型的な欠損です。

再建方法はいろいろとありますが，この方は広背筋皮弁といって，背中から皮膚と皮下組織を筋肉につけて，前方に回して乳房を作成いたしました。やはり皮膚が足りないので，背中の皮膚が少しこうやって前に出てしまいます。取ったところは，縫合してしまいます。特に機能障害などはありません。

（スライド省略）

次に，乳輪，乳頭を作成しました。これで，ある程度正常な形態に近づけたかと思います。

（スライド省略）

次に，この方は，右は乳房温存術後です。言い方を変えると部分切除という言い方です。左は全摘されています。その後放射線照射をうけております。

この方は，欠損が大きく，ある程度ボリュームが必要なので，腹部から組織を持ってきました。よく見ると，腹部に虫垂炎の跡があったり内視鏡の跡があったりします。下腹部の皮下脂肪を使わせてもらいます。皆さん30歳，40歳を過ぎますと，ある程度下腹部に脂肪がある方が多いので，乳房再建には非常によい適応になります。

この方は，図のように腹部から皮膚と皮下脂肪を血管つきで取って，これを血管につないで乳房を再建いたしました。

これが手術後の状態です。取ったところを縫って，へそのところを形をよくしてあげています。今後の問題としては，逆に右の温存術を行ったところが結構目立つので，そこに少し膨らみを入れてあげようと計画しております。

（スライド省略）

乳房即時再建，１期再建ともいいます。

なかなか手術の写真というのは血液のついた写真が多いので，できるだけそれをなくして，血の少ないきれいな写真だけにいたします。

（スライド省略）

この方は左の乳がんです。部分切除つまり温存術をされております。取ると，これだけ引っ込んでしまいます。引っ込んでしまうと，やはりそこに膨らみをつくらなくてはいけないということで，

（スライド省略）

広背筋皮弁を行いました。広背筋皮弁というのは，こういうある程度部分欠損に適している手術術式です。

術後６カ月の状態です。術前と比べて，それほど膨らみには変わりはない。ここは，大体下着に隠れるぐらいのラインになっています。もちろん，機能的には問題ありません。

（スライド省略）

この方は左の乳がん術前です。乳房というと，みんな必ず左右対照というものではありません。この方もそうなのですが，特に大きい方は左右差が結構ある方がいらっしゃいます。この方は左を皮下乳腺全摘といって，中身は皮膚を残して全部

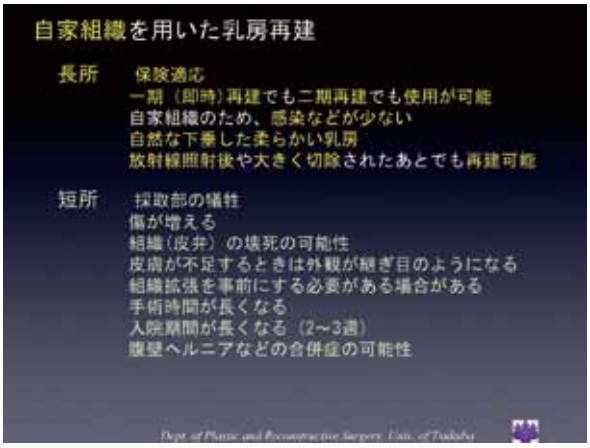
取ってしまいました。このように平らになっています。下腹部の皮膚と皮下脂肪を使って組織を持っていきます。

(スライド省略)

この方は腹直筋皮弁というのですが，反対側の筋肉を取って，その上の皮膚と皮下脂肪を上に移動して膨らみをつくります。これが術後７カ月の状態です。まずまずの対象性を保っていると思います。これが下腹部の傷です。

(スライド省略)

先ほどのを見てみますと，術前と比べて，それほど遜色ないような大きさにはできていると思います。



スライド３

【スライド３】

今までのは，自家組織を用いた乳房再建です。自家組織を用いた乳房再建というのは，まず保険がききます。１期でも２期でも使用が可能です。また，自分の組織ですので感染が少ないというメリットもあります。

あと，やはり人工物と比較して，自然なある程度下垂したやわらかい乳房をつくることができます。

また，放射線がかかったり，多く取られてしまった後でも再建可能であるというメリットがあります。

デメリットですが，やはりどうしてもどこかから取らなくてはいけないので，最終的に傷ができてしまう。あとは，持っていた組織が全部ついてくれればいいのですが，一部つかないということもあります。

また，先ほど出ましたが，皮膚が足りないときは，少しほかのところの皮膚が出てしまうので，継ぎ目のようになってしまうことがあります。

また，人工物に比べると手術の時間が長いく，入院の期間が長い。大体２～３週間ぐらいの入院になります。

あとは，腹壁ヘルニア，おなかのところが弱くなるといったような合併症があるという可能性があります。これも，そんなにあるものではもちろんありません。

(スライド省略)

次に，人工物を用いたインプラントを用いた再建も，もう一つ選択肢になります。

(スライド省略)

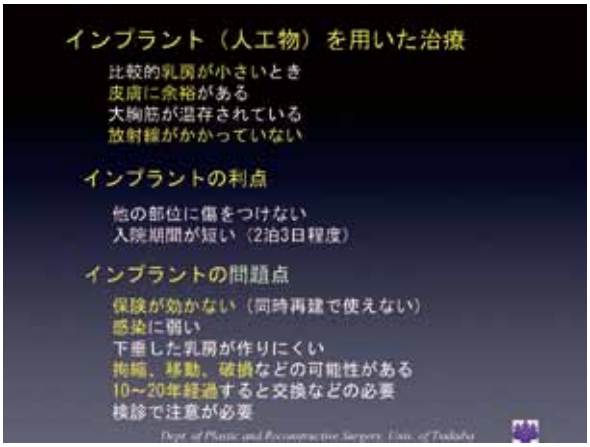
インプラント，いわゆるシリコンインプラントというものですが，いろいろなものがあります。まずはサイズです。この図はいろいろなサイズがあることを示しています。次の図は幅と高さです。幅が狭いのから大きいのまで，高さが低いのから高いものまで，あと突出度が低いのから高いのまでといろいろなパターンがあります。高さ，幅，突出度が近いものを選択します。ご存じのように日本では認可されていないので，これに関してはアメリカからの輸入という形になります。そうすると，日本人の乳房というのは，幅が割と広くて突出度が小さいという特徴がありますので，やや日本人には合わないという問題点もあります。

(スライド省略)

次に，実際の例です。この方は，皮下乳腺全摘をされています。この方に対して乳房インプラントを入れますと，かなり左右対象にはなったと思います。ご本人も，少し胸のあいた服が着られるようになったと喜んでおります。

【スライド４】

インプラントは，どういうときに使っていいのかというと，まず，比較的小さいときには使えると思っています。あとは，皮膚に余裕があるとき。先ほど大胸筋を取るかどうかという話をしましたが，筋肉があるとき。放射線などがかかっていな



スライド４

いときには割と使えます。

メリットとしては，やはり傷をほかのところにつけなくて済む。あと，入院期間は，今は大体２泊３日ぐらいでやっていますので，入院期間が短いということです。

問題点ですが，一番は，やはり保険がきかないというのがあります。また，同時再建で使えないというのがデメリットになります。

また，人工のものですので，やはりどうしても自分のものに比べると感染に弱いですし，形がある程度決まってしまうので，下垂した乳房がつくりにくい。人工物ですので，やはり永遠というわけではなく，10年か20年経過すると交換などをしなければいけないかもしれないと言われております。

また，挿入物の移動拘縮，破損という可能性を常に気しなくてはいけません。

（スライド省略）

乳房全摘というのは，皮膚を取ってしまうパターンも多いのですが，皮膚を取ってしまうと，どうしても皮膚が不足するのでインプラントを入れられない。そういうときにはエキスパンダーというものを使います。これは中に生理食塩水が入っている，風船のようなものです。風船にここから水を入れていくと，だんだん皮膚が伸びていって，皮膚に余裕ができます。ちょうど傷があるところからエキスパンダー（組織拡張器）を入れるところです。

手術後はこのような状態です。少し水を入れた段階で，少し膨らませております。ただ，明らかに反対側よりは膨らんでおりません。

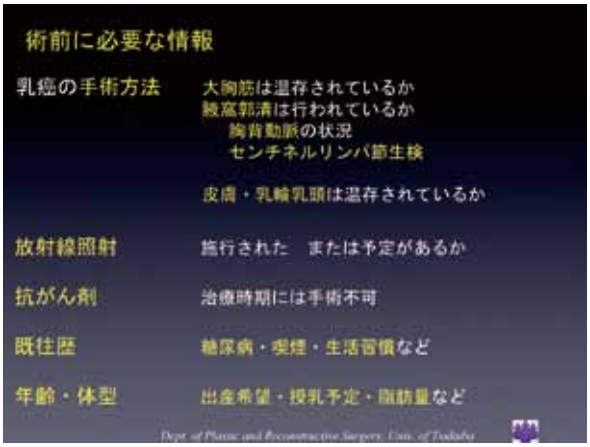
（スライド省略）

外来で週に一遍来てもらって，だんだん膨らませていきます。

エキスパンダー自体は比較的弱いので，ここでインプラントに入れ替えをします。見てわかるように乳輪，乳頭がありませんので，乳輪，乳頭も自分の組織でつくってあげる。それによって，かなり正常には近づくと思います。

（スライド省略）

この方は，おなかの皮膚を使いたいのですが，おなかの皮膚は余り出したくないという方でした。そういう方には組織拡張をして，まずある程度膨らませてあげます。すでにある傷を切って，エキスパンダーを入れてあげて，外来で膨らませます。ただ，この方はちょっと固くて，余り膨らみがよくなかったのですが，最終的にはおなかから組織を持っていって膨らみをつくりました。手術前と比べると，かなりよくなったというのがわかると思います。



スライド５

【スライド５】

乳房再建を受ける前に幾つか知っておかなくてはいけないことがあります。

１つは，まずは，どういう手術がされてきたのか。どんな手術がされたのか。筋肉は残っているのか，腋下からリンパ節は取られているのか，そのリンパ節の周りの血管はどうなっているのか，あと，もちろん乳輪，乳頭があるのかないのか。なければ，つくらなければいけません。

ほかにどんな治療をされてきたか。放射線照射をされてきたのか，これから予定があるのか，抗がん剤をされているのか。抗がん剤をやっている

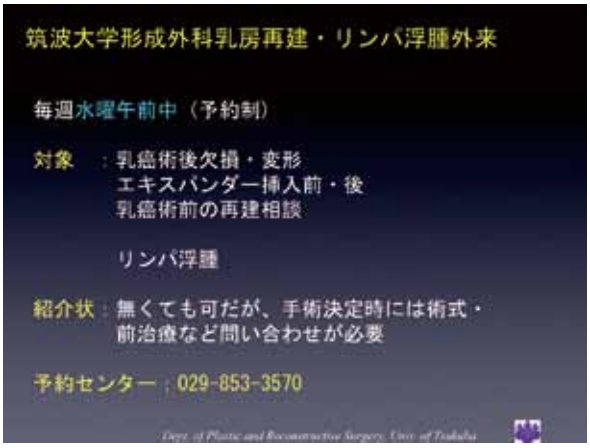
時期には抵抗力が弱くなりますので，手術はできるだけ避けておきたいというのがあります。

あと，既往歴です。全身的に傷が治りにくくなるような要因，例えば，糖尿があったり，たばこを吸ったり，生活習慣で何か問題があったりと傷が治りにくい状況がないかどうか。年齢や体型。これから出産をしたり授乳をしたりするのか。それによって手術の術式が変わりますし，脂肪があるのかないのか。もちろん胸の大きさにもかかわりがあります。

（スライド省略）

術式ですが，どれだけ取られているのか。術式も，ざっと私が並べるだけでもこれだけあるので，この中のどれがされているのか，または，これからどれをするのかということが必要な組織を選択する観点から必要になります。

基本的には，筋肉が温存されていない時にはインプラントが使えませんので，自分の組織を使わなければいけませんし，照射というのはかなり組織が傷みますので，そのときも自分の組織を使わなければいけません。



スライド６

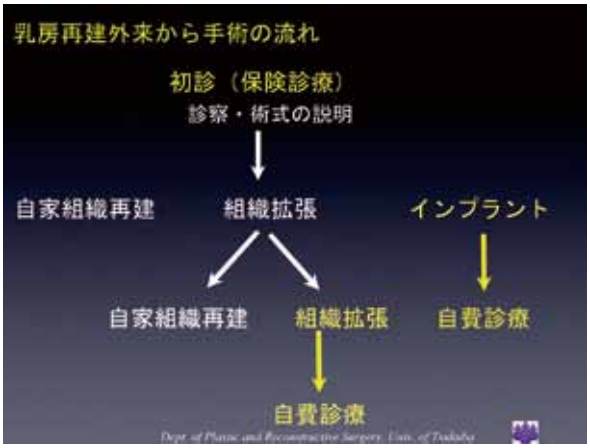
【スライド６】

簡単に，当施設の乳房再建についてお話しいたしますと，

今，毎週水曜日，予約制でやっております。対象としては，乳がんの術後の欠損，これから切除予定の方，同時，もしくは２期再建の相談，エキスパンダーが既に入っている方，これから入れる方などです。リンパ浮腫も一緒にやっております。

紹介状はなくてもいいのですが，手術をするときには，先ほどお話ししたようなことを調べなくてはいけないので，前にかかっていた病院からの紹介状などがあると，こちらも非常に助かります。

予約番号は，先ほどのハンズアウトにも書いてありますのは，ここにお電話をしていただいて，乳房再建外来と言って予約していただくことになります。



スライド７

【スライド７】

手術の流れですが，大体，初回はお話だけということにしています。まず，患者さんには考える時間が必要ですし，お話のみであれば保険診療でできます。また手術の適応について診察をさせていただきます。

手術には，やはり全身麻酔をかけるため全身検査が必要になります。まず，自分の組織を使うかインプラントを使うかで次回の手術が異なります。この黄色いのが自費診療だと思ってください。インプラントの方は自費診療になり，そこから自費診療に切りかえます。

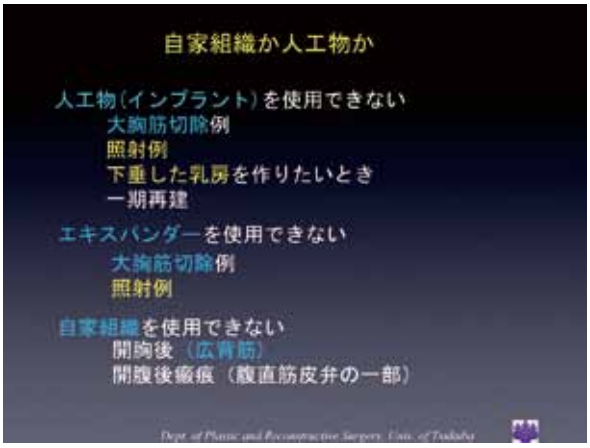
組織拡張，自家組織の人に関しては保険ですが，インプラントを入れかえるときには，自費診療になります。

（スライド省略）

自家組織は，先ほどもお話ししましたが保険がききますし，１期も２期も可能です。１期のときには，当院の乳腺外科の先生と一緒に手術をさせていただいて，取るのと一緒にそのままつくってしまいます。入院期間が大体２～３週間ぐらい見ていただくと，ほぼ大丈夫だと思います。手術時間が長くて，いろいろな術式によって変わりますが，５時間以上はかかります。輸血は通常不要です。

（スライド省略）

インプラントの費用ということですが，インプラントというのは，先ほどもお話ししたように保険適用ではありません。保険適用ではないということはどういうことかというと，まず外来の全身麻酔の検査や，２回目からの診察，入院費などが自費になります。インプラントというのは日本でつくっていませんので，外来ではからせて，ご本人に適切なサイズをこちらからオーダーして入ってきます。大体３週間ぐらいかかります。原則２泊３日入院です。ただし，例えば出血が多いとか，ご本人がもうちょっといたいときには，１日約３万円で延長ができます。基本的に２泊３日で，抜糸は１週間後に外来で行います。人工物は比較的手術が早くて，１時間あたりで手術が終わります。

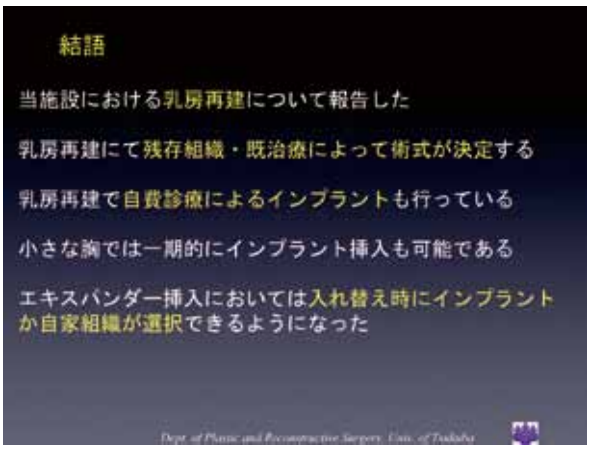


スライド８

【スライド８】

自家組織か人工物か。それは，私たちの決める要因もありますし，患者さんの希望というのも，もちろんかなりあります。実際に，希望されても使えないということもあるわけです。大胸筋がなかったり，照射後乳房を少し下垂化したものをつくりたいとき，１期再建のときです。エキスパンダーを使えないのも同じような時です。

どんなときに自家組織以外でやるのかというと，例えば広背筋が開胸とかで切られている場合で，開腹後の瘢痕のときは使えないということはあります。ただ，これも瘢痕の種類によっては使えることもあります。帝王切開の方もできる場合がありますので，おなかを切ったら必ずできないというわけではもちろんありません。



スライド９

【スライド９】

現在，我々が行っている乳房再建についてお話をさせていただきました。自費によるインプラントも，自家組織も行っておりますし，小さい場合には，術後でも拡張しないでインプラントを入れるということも可能ではあります。

（スライド省略）

可能な限り正常に近いようなきれいな胸をつくっていきたいというのが我々の目標であります。

どうもありがとうございました。

【質疑応答】

○植野

それでは，今から質疑応答を行いたいと思います。

時間は４時半までです。

パネリストは，つくば総合健診センター部長の東野英利子先生，筑波メディカルセンター病院の乳腺科の科長の森島先生，東京医科大学茨城医療センター乳腺科教授の藤森先生，筑波大学臨床医学系乳腺甲状腺内分泌外科講師の坂東先生，筑波大学臨床医系形成外科教授の関堂充先生です。よろしくお願いいたします。

それでは，会場からご質問を受け付けたいと思います。日頃感じているようなことをご質問いただければよろしいかと思いますが，どなたか，いかがですか。

○質問者

今日は，ありがとうございました。

私は，Ａ病院で４月から治療を受けている者なのですが，２点お伺いしたいと思います。

まず１点は，乳房再建を今度する予定なのですが，私は自費診療でシリコンを入れかえるつもりでいます。そのシリコンのほうが認可されて保険診療になる見通しみたいなものはあるのかということと，もう１点は，先ほど坂東先生のお話の中であった，再発は早く見つけても余り意味がないということだったのですが，患者としては，一刻でも早く見つけて治療したほうが痛みとか広がりがないのではないか，生存率に変わりはあるのではないかというイメージがあるのですが，その辺をもうちょっとお聞きしたいと思います。よろしくお願いします。

○植野

わかりました。

それでは，一番最初の乳房再建についての保険適用の見通し等について，関堂先生お願いします。

○関堂

保険認可に関しては，学会のほうから何年も前から，申請は毎年出しているのですが，やはり生命予後などに関係ないということで，なかなか通らないというのが現状であります。

昨年ぐらいから通ると言われているのですが，どうもなかなか進展がありません。また,認可されるものはかなり限定されたものになるようです。

○質問者

ありがとうございました。

○植野

それでは，坂東先生。

○坂東

再発を早く見つけるための検査というのは,本当に皆様にとっては切実な,いつも疑問を持っていらっしゃる点だと思います。

これまで臨床試験という形で，同じ条件の患者さんたちを，半分は例えば半年に１回超音波の検査をして，１年に１回ＣＴをしてという検査を，半分は何もしなくて再発が出て，自分が何か症状があったら，そのときに応じて検査をする。どちらの患者さんたちの方が長生きできたかということ，それから，日常の生活を

楽しく送れたかというような，そういうアンケート調査と，あるいは生存の期間の患者の調査が行われています。

幾つかの検討があるのですが，その結果，早く見つけようとしてたくさん検査をした方も，検査をしなくて，何かあったときに検査をした方も，生存の期間は同じだったのです。それをもって，今の時点では，早く見つけてもなかなか治らない。反対に言えば，見つけてわかってから見つかっても，それからの治療はよく効くので，そこからで充分間に合うというメッセージだと思うのです。

やはり再発が見つかってしまうということは精神的なストレスが非常に大きいです。なおかつ，それに伴って抗がん剤などの治療を始めると，治療の副作用などもかなり大きいです。再発をしてからの目的が，治癒ではなく，現状安定，あるいは，これ以上悪いことが起きないようにするということなのであるとすれば，何もない時期に，わざわざ副作用が強いものをするということは，かえって副作用がある期間，薬のために苦しい思いをする期間がかえって長くなってしまうだけだったという結果が出ています。

もう一つ，ＱＯＬといって，生活の質，楽しく人生を過ごせたかどうかというアンケート調査も同時に行ってみると，これは，しょっちゅう検査をしていた方のほうが不安が大きかったというデータが出ています。検査をすると，どなたも皆さん検査の結果が出るまで非常に不安ですよね。さらに検査をすると，本当は乳がんの再発とかではないけれども何か変，というのが結構よく見つかるのです。それは，ＣＴの検査とか超音波の検査というのは，どれも万能ではなく，検査に伴って何か異常というのが見つかってしまう。さらにもっと検査が必要になってしまうので，その間，不安をあおってしまうだけなのかもしれない。そういう検査によるデメリットもあります。

そういったことからも含めて，皆さんが皆さん，やはりＣＴとか超音波をちょくちょくやるというのは余りよくないだろうと私たちは考えています。

ただ，もちろん，これはケース・バイ・ケースでもあろうと思います。先ほどお話をしたように，乳がんの再発が起きやすい時期というのがある程度わかってはきています。例えば，この方の場合には３カ月後，半年後，少なくとも診察をして，調子が悪くないかどうかをチェックをしてということは必要ですし，反対にホルモンのお薬が効きやすい方の場合には，５年たったらいいよというのではなく，５年たった後でも，10年でも15年でも大丈夫かどうかというチェックをしていくことが大切です。みんなが定期的にＣＴや骨シンチを受けることが必要というわけではないと思っていただければと思います。

○植野

どうもありがとうございました。

十分症状が出てからでも間に合うということですね。今の治療方法は，前もって無症状のときに検査をやる必要はない。出てからでも遅くはないのです。だから，そう思っていただければと思います。

それから，また，本当に再発する方というのが，今では，全乳がんの中では４分の１ぐらいの方です。無症状のときに検査をしても，４分の３の方はむだに終わっているというのも現実なものですから，そこまではやらなくてもよろしいかと思います。

それでは，そのほかにご質問ございますか。いかがでしょうか。

○質問者

今日は，どうもありがとうございました。

私は，Ｂ病院で化学療法が始まったところです。私の場合，術前化学療法で，その後，手術を予定しているのですが，術前の場合は，術後は化学療法は使わないという記事を見たもので，術後はどのような治療法をしていくのか，一般的な話で構わないのですが，お話を聞かせていただきたいです。

○植野
　それでは，藤森先生，よろしくお願いします。

○藤森
　それも先ほどお話ししたように，どのタイプの乳がんかというのにかかると思います。やはりホルモン療法が有効であるかどうかというのが一つ大きな判断になると思うのですが，今のところホルモン療法が有効な方でも，術前ホルモン療法は余りやられなくて，化学療法からやられる方のほうが多いと思います。そういう場合は，化学療法で，もちろん全部消えてしまえば一番いいですし，全部消えなくても，ある程度小さくなれば，先ほどの温存手術をしたときも乳房の変形が少なくて済むような手術ができます。
　術後は,全身療法に関しては，ホルモン療法が効く方であれば，やはりホルモン療法を加えることになります。
　それともう一つ，分子標的治療薬，再発でない初期の治療に使えるお薬はハーセプチンというお薬になるのですが,そのハーセプチンというお薬が効くタイプの乳がんかどうかというのも,その方のがん組織をとって特殊な検査をすればよくわかりますので，それによって，そのお薬を使うかどうかです。そのお薬に関しては，現在は，手術前から使うという方法もありますし，手術後それを使うという方法もありますが，基本的には手術前に使ったとしても，前後あわせて１年間，そのお薬を使うことで，再発を非常に有効に抑えることができます。繰り返しになりますが，ホルモン療法が効くタイプの乳がんであるのか，あるいは，分子標的治療薬が効くタイプの乳がんであるのか，あるいは両方とも使える乳がんなのか，両方とも使えない乳がんなのかというところをよく主治医の先生とご相談して，それによって治療方針が分かれていきます。

○質問者
　どうもありがとうございました。

○植野
　ありがとうございました。
　先生，がんが消失したというところをもう少し詳しくご説明していただけますか。

○藤森

マンモグラフィとか超音波，あるいは広がりに関しては，先ほど森島先生がＭＲＩとかでお話をしましたが，そういうもので評価します。化学療法をしたら例えばＭＲＩで完全に消えてしまったというのを臨床的な完全寛解といいます。ただ，最終的には，いわゆる病理，顕微鏡でそこにがん細胞が残っていないかどうかを調べるのが一般的なので，手術したときに，その部位をある程度細かく顕微鏡で調べて，顕微鏡でも完全に生きているがん細胞のないものを，pCRという，病理学的完全治癒ということになります。そうした場合は，術前化学療法をやって病理学的完全治療になった方とそうでない方と比べますと，そうなった方は，再発する率が明らかに低くなって，完全に治る率が明らかによくなっているのは証明されています。術前の化学療法でどのぐらい効いたかというのも，その後の乳がん，ご自分ではどういうふうになっているかというのを予測するのに非常に有効ではあります。

○植野

どうもありがとうございます。

そのほかに，いかがでしょうか。ご質問ございますでしょうか。この際，ふだん疑問に思っているようなこと，どうぞ遠慮なく。

○質問者

藤森先生に，その続きでお聞きしたいのですが，ハーセプチンというのを使うことによって，術前に使うと割合的に２分の１の確率で消えるということを聞いたことがあるのですが，実際に，今までで何人中何人消えたという数字的なものは教えていただけませんか。

○藤森

そうですね，やはり50％ぐらいだと思いますが，分子標的治療薬も，一番どこが違うかというと，がんというのは，実はしこりに，細胞がすごい数集まっているので，その細胞それぞれに標的分子が出ているか出ていないかなのですが，手術前では均一にそういう標的分子が出ていますから，手術前に，まだ非常にフレッシュなときにそういうハーセプチンという薬を使うと，やはり半分ぐらいの方が完全に消えるという経過になります。それは，再発してくると，そういう標的分子の割合が非常にモザイク状になったりしてしまうので，ハーセプチンを再発してから使っても，完全に消える率が非常に低くなってしまうということす，手術前から使ったほうが，がんが消えていく率は確かに高いという，それは言えます。

○質問者

私は一般参加なので，詳しいことはよくわからないのですが，がんが消えても手術はしないといけないのですね。

○藤森

すべてのがんが本当にすべて消えていれば，手術しなくてもいいですが，完全に消えているか消えていないかを証明する手段が残念ながら今ないというのが現状です。先ほど申しましたように，たとえ画像的に消えていても，少し癌が残っている方がいらっしゃいます。手術しなくてもよかったと証明できればいいのですが，今のところは，手術した後で病理学的に完全に消えているというのを確認して，もしかしたらこの人は手術しなくてもよかったのではないかというのを後で確認するしか現実には方法がないということです。

本当に完全にがん細胞すべて消えている段階を手術して顕微鏡で見なくてもわかる手段があれば，手術しないで治る人も将来出てきていいと思うのですが，今のところは難しい。

○質問者
ハーセプチンを使うことによって，２分の１の確率で消えた方の年代別とかで，消えやすい年代，消えにくい年代とか，体質だったりとかはあるのですか。

○藤森
年ですか。

○質問者
年齢とか体質とかで，消えやすい，消えにくいというのはありますか。

○藤森
ハーセプチンという薬は，さっき言ったように，細胞のあるアンテナにくっつく，いわゆる抗体というものなのですが，そういう抗体がアンテナにつくことによって，がん細胞が増えるのが抑えられるという機能によっているので，がん細胞の性質によって消えるか消えないかというのがあるのですが，もう一つ，そのがん細胞のアンテナに抗体がくっつくことによって，そのがん細胞をやっつける，いわゆる広い意味での免疫作用がかかわって消えていくというメカニズムがあるので，がん細胞とは別の宿主側の要因というのもあります，それに関しては，今のところ，この人はハーセプチンが効く体質だとか，研究レベルではありますが，そういう検査は今のところできないです。今のところは，がん細胞そのものがＨＥＲ２遺伝子をいっぱい出しているからハーセプチンが効くだろう。あるいは，ＨＥＲ２をいっぱい出しているけれども，アンテナから下へ行く，電波をつなげる間のコンセントみたいなのがおかしくなっていて効かない人とか，それが弱くなっていてハーセプチンが効かないとか，がん細胞そのもののメカニズムは個々にある程度わかってきています。ただ，体質でハーセプチンが効くか効かないかに関しては，今のところ，まだ不明です。

○質問者
ありがとうございます。

○植野
年代的なこともお聞きしたかったのですね。若い人だったら効くかどうかとか，お年を召していると効きにくいのではないかとか。いかがですか。

○坂東
ハーセプチンというお薬が，手術の前の術前の化学療法で一緒に使っていいというのが厚労省から法的にオーケーとなったのはつい最近のことなので，日本人でのデータというのは，残念ながら，まだ余り系統だったものがありません。ハーセプチンと抗がん剤を一緒に行うと，治療効果も高いのですが，恐らく心臓に対して少し副作用も高くなる。それは，年齢が高くなるにつれて少し高くなるということがあるので，一般的には，抗がん剤そのものも65歳とか70歳ぐらいまでしか行われていないですし，恐らくハーセプチンと抗がん剤の併用というのも，65歳ぐらいまでを対象にしている施設が多いと思います。
ホルモン陰性，ＨＥＲ２陽性とか乳がんのタイプ別で見てみると，私たち自身のところについて見ていた分では，数としては多くないですが，若い方でも60歳代，あるいは50歳代以降，閉経後の方でも治療効果そのものには大きな変わりはないように思います。

○植野
一応は，治療効果には差はない。ただ，体で抗がん剤に対して耐えられるかどうかというのは年齢によって違うということですね。それですから，これはＭＤアンダーソンでやられたテストなのですが，術前にやってハーセプチンを加えると，62％ぐらいの方が寛解になっております。ところが，ハーセプチンを加えないと25％ぐらいが完全消失を期待している。しかし，このテストは途中で打ち切られたのです。何で打ち切られたと思いますか。

○質問者
わかりません。

○植野
そのぐらいに，すごく差が大きかったのです。62％も亡くなるのと，25％ぐらいのとでは，このテストをずっと続けていること自体，使わないほうの方に対して失礼だろうということで，勝負があったということで，そういうふうにして術前に使うようになったのです。ただ，日本では，なかなかそれを証明するのが難しかったのですが，やっと，今年のいつだったでしょうか。

○質問者
厚生省では，今月。

○植野
今月だったですかね。そういうお薬です。あとは，完全に消失といっても，病理組織学に完全消失といっても，これが，すべてがんがなくなったわけではないです。完治ではないです。だから，取っていても完治しているとは誤解しないほうがよろしいかと思います。

○質問者
ありがとうございました。

○植野
その他にいかがでしょう。
原先生から，何かありますか。

○原
東野先生にお聞きしたいのですが，検診をやらせていただいているときに患者さんにお話を聞くと，何か最近しこりを感じたのですが，ちょうどつくば市から検診のお知らせが来ました。それでいらしたという方がいらっしゃるのですが，こういう方はどうすればいいのでしょうか。まず，しこりがあって，でも，ちょうど検診のお知らせが来ました。どこに行けばいいのか。

○東野
最近はいい検診で，できるだけ乳がんを見落とさないようにはしていますが，それでも，やはり検診で検出しにくい形の乳がんというのもあるのです。そうすると，自覚症状があって検診を受けたら，たまたまそういうタイプで，私は大丈夫なのかもしれないと思って病院にかかるのが遅くなってしまう方がいらっしゃいます。例えばしこりがあったときは，そのしこりに合った検査方法というのがあります。病院だとそういうことができるのですが，検診は，先ほどもお話ししたように，あなたは何歳ですからこういう検診をやり

ましょうということになります。そこで何か自分で気になることがあったら病院を受診していただいて，それで，もし乳がんではなかったら，では大丈夫ですよということで普通の検診にお戻りいただくのがよろしいかと思います。そのようにお願いいたします。

○植野
はいとうぞ。

○質問者
今日は，先生，ありがとうございます。
私は，乳がんの手術をして17年ぐらいになるのですが，そのころと今と治療は本当に隔世の感というか，全然治療が違うのですが，それは先生方のご努力があると思います。
これからお聞きしたいのは，先日，くるみの会で遺伝性乳がんについてお話をいただきました。私にも，実は26歳になる娘がおります。それから，私には姉妹もおります。遺伝性乳がんというのは，たしか身内に３人以上と聞きましたが，私は今のところ１人なのですが，やはりどのように私の姉妹，それから娘について気をつけたほうがいいのかお聞きしたいです。

○植野
いかがでしょう。

○藤森
家族の中に乳がんがある方というのは，やはり日本人でも全乳がんのうちの15％ぐらいいらっしゃるのですが，そのうちの３分の１は日本人でも，明らかに遺伝する乳がんの方がいらっしゃるのです。
BRCA1という責任遺伝子がはっきりしている遺伝性乳癌は,常染色体優性遺伝ですから,100人兄弟がいますと，50人乳がんになるという確率になります。今，血液検査で乳がんになる遺伝子をお持ちかどうかが検査できるようになっております。その場合は，乳がんになった方の遺伝子を先ず調べます。
ただ，問題は，保険診療になっていないことです。結構高い検査という問題があると思います。明らかな遺伝性乳がんという家系ではない場合は，娘さんとかそういう方に関して遺伝子検査は必要ないです。しかし，環境的には，やはりお母様と同じような環境にいた期間が長いということで，遺伝とは関係なく，やはり多少危険があるかもしれないということになります。それで検診が必要ということになります。

○東野
ですから，検診をしっかり受けていただいて，あと自己触診をしていただければ，なることを防ぐことは難しいかもしれないですが，早く見つけられるかと思います。

○植野
遺伝のほうは結構難しくて，これはユタ州で見つかったのですが，あそこはモルモン教徒が多くて家系図がきちんとされていたものですから，その中から見つかってきていますよね。

○藤森
昨日,乳がん学会の遺伝性乳がんの班会議に出席しました。今アメリカでは，予防的な乳房切除というのが始まっているのですが，日本でも，やはり遺伝子変異がある方に関しては，ちゃんと病院内とか，第三者も含めた倫理委員会で話し合って，予防的な切除を始めようかという段階まで来ています。

○植野
　これは，よく家族の中でも話し合っていかないと，プライバシーの問題もありますし，十分に気をつけてください。

○原
　もし，お知り合いの方とか，乳がんが家系に多い方がいらしたら，今，遺伝子外来というのを開設していまして，これは，例えばうちの大学でも今できているのですが，その専門の先生がいて，カウンセリングをしてくださる。そういうシステムが出てきていますので，もし本当に家族の中でいっぱいいらっしゃる方がいたり，ご心配の方は，その辺に問い合わせていただくとよろしいかと思います。

○藤森
　つけ加えますと，ホームページもありますので，遺伝性乳がん，卵巣がんと開いていただければ，茨城県でそういうカウンセリングを開いて遺伝子検査までできるところというのが３カ所あるはずです。うちと，つくばと，もう一カ所，３件あります。

○植野
　霞ケ浦医療センター。

○藤森
　３カ所ありますので，そういうところでお話を聞いた上で，血液検査で，ちょっと高いですが遺伝子検査をしてもらって，遺伝性の乳がんの可能性があるかないか調べられるように茨城県でもなっております。

○植野
　その他に，いかがでしょうか。

○質問者

本当に，今日はありがとうございました。

ここだけのお話にするのは本当にもったいないと思うぐらい内容の濃い話だったのですが，すべての先生にお聞きしたいことが，担当の先生がコミュニケーションが大事とおっしゃられたのですが，患者は結構，いい先生とかいうのをいろいろ言うとは思うのですが，先生方から見て，医師から見てよい患者というのはどうなのかなと，それぞれ先生方の個性もあると思うのですが，すべて先生に言われたとおりという時代は終わって，やはり医師と患者，その家族が一緒になって治療に向かうというのがすごく大事だとは思うのですが，先生からして，患者さんやサポートされる家族の方がこういう方だったらいいなという理想像か何かあればお話しいただければと思うのですが，いかがですか。

○植野

なかなか難しい質問ですが，我々医療従事者は患者さんを選べないのです。来た方は皆様歓迎しますが，どうしましょう。一言ぐらいずついただけますか。東野先生からいきましょうか。

○東野

私は治療させていただく立場ではないのですが，先ほどもちょっと検診でお話しさせていただいたのですが，例えば前にあって，病院の先生から，大丈夫だよ，検診に戻っていいよと言われたときに，私は，では，どういうところが怪しかったのかをきちんと把握していただけると，次の検診のとき，その情報を持って検診を受けていただくのが，その方のためになるかと思います。検診の立場からは，去年もひっかかったということだけれども同じところかわからないし，同じ大きさかどうかわからないのに，大丈夫とは言えないですよねということで，結局もう一度病院を受診してくださいということになります。自分の体のことですから，そういう情報をきちんと，例えば，変な話ですが，どこの場所に何ミリのがあると言われました。でも，それは大丈夫と言われましたとか，そういう情報をご自分で知っていただくと，私たちとしては非常にうまくいくのかなという気はいたします。

○森島

非常にお答えにくいのですが，一緒にやっていくという姿勢がとれるのが一番いいと思うのです。私たちは，やはり専門的な知識を持っているので，それを提供して，それに対して患者さんがどう考えているか，どういう考え方とか生き方というのを持っているかということをあわせて，こういう治療をしていきましょうというのを一緒に決めていけるような関係がいいのではないかと思っています。

○藤森

難しいのですが，今，森島先生が言われたとおりで，基本的には，医者を敵だと思わない人がいいと思います。中には，乳がんなんか見つけやがってみたいな感じの方もいらっしゃるので，そういう感じでなくて，一緒にやっていけるということが一つと，我々もそうなのですが，外来は非常に時間が短くて，ちょこちょこっとしか話ができなくて，非常にいろいろな問題があると思います。それでも手術に関しましては，手術前は，ある程度一生懸命説明したいということもありまして，患者さんとご家族をお呼びして，ある程度話をする時間をとるのですが，そこでしっかりディスカッションといいますか，相談，話し合いができるというものが非常に重要だと思います。

やはり手術を目の前にして，家族も含めて動揺していて，あっという間にそこを過ぎてしまいますと，我々としては一生懸命説明したつもりなのですが，全然聞いていないとか，話と違うと思われる方がいらっしゃいまして，そこは，やはり医師の僕らも問題があるのですが，一緒にそういう場でとことん話し合える，仲間として話し合えるような関係を何とかつくっていければと思います。それは双方の問題ですけれども，や

はり一生懸命話したつもりでも，事細かく説明したつもりなのに，話と違うとか聞いていないと後で感じられる方も中にはいらっしゃると思うので，そういうのは防げるように，一緒に話し合いができるというのが一番いい関係だと思うのです。

○植野
忙しい先生をつかまえて，もう一度お話というのがちょっとつらいときも患者さんの場合はありますよね。そういう場合，どんなふうにするのがよろしいのでしょうか。

○藤森
少なくとも，僕らは手術の説明をできる限り，１日は間を置きたいというか，もちろん外来から話はしますが，入院の直前の説明も，できるだけ１日ぐらい置いて，その間のときに，いつでも看護師さんに，まず文句とか疑問を言ってもらうというふうにしているのですが，そこは，やはり一つ持っていなければいけないと思います。

○植野
どうもありがとうございました。坂東先生。

○坂東
難しいのですが，一つは，私は，今日は再発についてお話をしました。こういうふうにして治療をどうしたいと決めるのは難しいかもしれませんが，例えば今は仕事に集中していたいから余り入院したくないとか，もし，そういう優先順位があることがあるのであれば，それを是非言っていただきたいと思っています。それに合わせて，かなえられることもあるし，難しいこともあるけれども，何が大切なのかというのを教えていただけると，その後私たちがアプローチもしやすくなるというのが１点です。
あともう１点は，今日いっぱいお話を伺ったと思うのですが，全部はみんな覚えられないですよね。私も，例えば自分が患者の家族となった場合を思ってみると，３つぐらいまでしか大切なことは思い出せない，あるいは，きっちりと覚えていられないというのがあるので，一度ですべてを解明しようとするのではなく，私たちは，もちろん求められれば何度でもお話をしていきますので，一回聞いて，ここがわからなかったと思ったらメモに残しておくなり，また次回聞いていただいてと，一つ一つクリアにしていければいいかと思います。余り一度に欲張り過ぎないほうがいいのかもしれないということを思ったりします。
ありがとうございます。

○植野
なかなか理解するまで時間がかかりますし，理解しても心がついていかないというときもありますよね。ただ，手術までには十分に時間をとっていきたいとは思います。
関堂先生。

○関堂
私は，ちょっと毛色が違って再建するほうなのですが，さっきお示ししたように，常に幾つかオプションがあります。
要するに，同じような欠損でも人によってこういうつくり方をするとか，別なつくり方するというのがあります。ですから，まず，自分の手術前に，こちらからこういう欠損にはこういうやり方がありますと，大体幾つかお話をするのです。その中で何が自分にとって大事なのか，自分の希望はどれなのかというのをある程度はっきりさせていただく必要があります。話していると，どうしても取りたくないという人もいらっ

しゃいます。例えば，特に乳輪，乳頭です。乳輪，乳頭を取りたくないという方は結構います。ただ，やはり治療上必要であれば切除しなければいけませんから，まずは，私の場合であれば，がんでだめなところを取ってしまうということをまず優先させていただく。その上で，こちらでできることを提示して再建していく。現在ではかなりのところまで再建できますので，そこをまず考えていただきたい。

あと，やはり自分にとって残すことが大事なのか，切除による治療を優先するのかどちらが大事なのかということをある程度はっきりさせていただくのが，再建にとっては重要です。再建には同時再建の他にあとから行う再建もありますので,希望の方は後日行うことも可能です。

○植野

皆さん先生方に共通して言えるのは，やはり説明と同意というのを今皆さんしっかりされていて，お互いに納得した上で治療をしたいというところだろうと思うのです。余り納得しないで治療に入ってしまって，後で，実は自分はこうじゃなかったのだと言われるのが一番辛いだろうと思います。そのあたりは，きちんと同意されて行うのがよろしいかと思います。

原先生にもお聞きしてよろしいでしょうか。

○原

２つお願いしたいということもあるということではないのですが，まず１つは，皆さんお一人でなく，家族の方とかご一緒に来られるのはいけないことだと遠慮される方もいらっしゃるのですが，それは全然なくて，時と場合によっては，例えば，ちょっとショックなことをお話しするときに，ご本人は真っ白になってしまうので，誰かいると，横で聞いてくださるとか，先ほど言ったように人それぞれ解釈が違うので，複数の方に来ていただくと，その誤解もとれるので，是非，時と場合によっては，我々がお願いすることもあるのですが，エコー画像とか，誰か付き添いを一緒に来られることを躊躇することはないということを考えております。

あともう一つ，大変いつもお時間がなくて申し訳ないと思っているのですが，１人の方で，是非お時間をかけてお話ししたいと思っても，残念ながらできないというのは，次の方，その次の方が待たれていて，その方も用事があるからということで，そういう場合，もし，逆に患者さんの方から言っていただくのは，時間があるので最後に回していただいて待ちますからとか，もしくは後日とか別の日という形で言っていただけると，我々としても，その日の患者さんが終わったら，ほかの方を待たせないで，その方に集中してゆっくりお話できるので，そういう形でお時間を融通したことを言っていただいたりすると，それでゆっくりお話できることもあるので，そういうことも躊躇なく言っていただければ，我々もありがたいと思っております。

○植野

どうもありがとうございました。

我々医療従事者は，患者さんを選ぶことはできません。この患者さんは嫌だなんていうような心は持たないです。そういうふうに教育されています。どなたの患者さんにも，悩める方には何とか解決しようと考えていますので，そのあたりは遠慮なくどんどん言っていただければありがたいとは思います。

それでは，最後になってまいりましたが，ここに事前の質問事項もいただいているのですが，この中で，どうしても聞いておきたいという方いらっしゃいますか。

○質問者

私は，申込書をするときに質問書を書いておいたのですが，受診率が低い理由は何でしょうかということで，ある地区で，検診の機会が少なくて受診しにくいというお話をいただいた。

なぜかといいますと，私は第２回からピンクリボンフェスティバルのウオーキングを担当しておりまして，門前の小僧をやっています。わからないのだけれども，夕方までみっちり勉強させていただいて，私のウォーキング教室には乳がんが入ってくるのです。そんな話をしましたら，こういう返事が返ってきたところが県北の地区であったのです。そのことを，私はそれ以上の知識がないので説明できなかったのです。自治体には，今回のは茨城県がかかわっておりますから，そういった面の検診をもっとしっかりやっていただいたほうがいいのではないかと，そのとき感じたのです。

これにもう一つありまして，私の妻の母親は，今から40年前に58歳で乳がんで亡くなりました。ですから，我が家では乳がんは非常に恐ろしい病気だと言っていますが，最初からリンパ節まで回っていまして，その後経過がよくなくて，それを悲観しまして，昔のトイレは下駄履きでしたね。あれで転がってしまいまして，それで骨折しまして，それが命とりのもとになりました。

そういったことがありますので，あのときに今のような受診というのをうんと騒がれておりますというと，あのときに命を落とさないで済んだのかなということを考えることがあります。

是非，そういったことなので，今日は，この席は現在の当事者の乳がんの患者さんのお時間だと思ったのですが，あえて紹介させていただきました。先生，よろしくお願いします。

○植野

どうもありがとうございます。

それでは，森島先生に聞きましょうか。

○森島

受診率が低い理由ですね。これは，２つの方向から理由があると思います。

１つは，やはり受診する側（住民）に本当にそれだけ認識があるか。今は，もうピンクリボン運動とか，結構，乳がんのことが皆さんの頭の中に入ってきていますので，受けなければいけないというのはわかるようになってきたとは思うのですが，受診行動につながらない。それが一つ。

あともう一つ，受診率，これ言われているのは，多分住民検診のほうだと思うのですが，住民検診は行政でやっているので，申し込みの仕方が年の単位で動いていて，例えば，10月の２週間の間にしか申し込みができないという事例があります。実際にそういう市町村，自治体が多い。それが，多分，ある地区で検診の機会が少ないというもう一つの理由と思うのです。これは，やはりその制度というか方策を考える必要があることだと思っています。

あとは，もう一つは，住民検診だけではなく，人間ドックという方法もあるので，もし受けたいと思えば，どうしても，お金はかかってしまうのですが，受けることは自由にできると思っています。そのような情報提供も必要と思います。

○植野

東野先生，補足ございますか。

○東野

なるだけ精度の高い検診をやろうとしますと，今バスで行くのですが，やはりバスの台数にも限りはありますので，対策型検診の集団検診だと，その地区に行ける時というのが決まってしまうのです。ですから，一つは，市民の方々から，もっと私たちは受けたいのだということで市町村に働きかけていただくというのは，一つのいい方法かと思います。

私たちも，できるだけそれには応えたいのですが，なかなかうまくいかない場合もあるかと思います。

あと，医療機関検診というのもございますので，その検診票を持って医療機関を受診するというのもあり

ますので，少し探していただければと思います。

○質問者

おかげさまで，私の講座のラインが少し深まりそうでございます。ありがとうございました。

なお，恐ろしい病気だという私の家族，家内は73歳になりましたが検診を受けていないのです。それから，その娘も41歳になるのですが受けておりません。運がいいとかは言えないのです。それが，やはりいけないのかもしれません。反省いたします。

○森島

是非，受けてもらったほうがいいと思います。

○植野

できれば，皆さん方が，今日受けたいと思ったときに受けられるような検診を目指していきたいと思います。

アメリカでは，すぐに街頭で乳がん検診を受けたいといったときに受けられるような設備も整えているところはあるのです。そこまでになればいいのですが，いかんせん，まだ乳がんの発生率がアメリカは日本の３倍ぐらいありますから，そのぐらいのニーズはあるのですが，おいおいそこまで行けるように我々も頑張っていきたいとは思います。

それでは，時間も過ぎてまいりましたので，今日は，これで終了したいと思います。

本当に長い間，演者の先生方，それから，今日出席された皆様方，どうもありがとうございました。