

# 腺友倶楽部

日本初、ひげで男性のがんを訴えるイベント  
「Mo-FESTA」を大阪/東京で開催！

## CONTENTS

● 活動報告	1
● 特集：Mo-FESTA 報告	2
● セミナー東京：佐藤威文先生講演録	7
● セミナー東京：早川和重先生講演録	11
● ここが変わった！ガイドライン2016	15
● 腺友だより：古戸 望さん	17
● 腺友だより：大橋典弘さん	20
● 今を生きる！：長谷川一男さん ワンステップ理事長	23

# 活動報告

2016年4月～12月



## NPO法人となった 最初の年を振り返る…

NPO法人腺友倶楽部 理事長 武内 務

**腺**友倶楽部が任意団体から NPO 法人となったのは 2016 年のエイプリルフルでしたが、これは嘘じゃありません。以降、年末までの活動を振り返ってみたいと思います。

**前**立腺がんの情報発信というのは、以前から力を入れてきた活動です。「前立腺がんセミナー 患者・家族の集い」を開催し、その動画をインターネットで配信し（腺友倶楽部のウェブサイトと、CNJ のキャンサーチャンネルで）、その内容を掲載した会報を全国の拠点病院にもお届けするという事業です。

前立腺がんセミナーは、7 月には東京で、10 月には大阪で開催することができました。「東京」の講師は、北里大泌尿器科の佐藤威文先生と、同放射線治療科の早川和重先生です。「大阪」では、金沢大泌尿器科の溝上敦先生と京都大放射線治療科の溝脇尚志先生に講師をお願いしました。

前立腺がんの治療法は、泌尿器科と放射線治療科に跨っているのです、できるだけ両科の先生のお話を聞きたいと思っています。

**も**う一つ、総力を上げて取り組んだ大きな活動があります。すでに世界では、男性のがんの啓発と、男性の健康をひげでアピールする運動（Movember）が行われていますが、日本ではまだほとんど知られておりません。

私たちが目指したのは、「ひげ」を身につけた日本初のラン&ウォークイベント「Mo-FESTA(モーフェスタ)」の開催です。初開催ゆえの苦労は色々ありましたが、11 月には大阪、12 月には東京で開催でき、男性のがんにはこういう啓発の形もある！ということ、関係者や一般の方にも、少しはお示しできたのではないのでしょうか。

余剰金ができれば、日本泌尿器科学会に、患者用の前立腺がん診療ガイドラインを作成してほしいという申し入れと共に、ご寄付もしたいと思っていたのですが、はたしてその結果はいかに・・・詳細は本号の特集記事「Mo-FESTA 報告」をご覧ください。

**そ**の他の活動としては、日本泌尿器学会、日本放射線腫瘍学会での発表や、日本癌治療学会でのポスター展示、前立腺研究財団シンポジウムの出席の他、がん関連フォーラムの出展もいくつかありました。具体的に、いつ、どのようなことをしてきたかは、会報第 3 号（次号）に 1 年間の活動を、まとめて掲載する予定です。

年度内（2017 年 3 月まで）に、予定していたのに、まだ出来ていない活動は、名古屋、福岡での学習会（兼懇親会）です。多忙を言い訳にはしたくないので、これらも順次進めて行ければと思っています。

特集

# Mo-FESTA 報告

**大阪**：大阪城公園 …… 平成28年11月13日

**東京**：国営昭和記念公園 …… 平成28年12月17日





昨年、ひげを身につけてラン&ウォークする、わが国初のチャリティイベント「Mo-FESTA」を、11月13日には大阪（大阪城公園）、12月17日には東京（国営昭和記念公園）で開催するという念願が叶いました。事務局メンバーとして、両会場の準備、運営に携わった須藤英彦さんに、実行委員会を代表して「Mo-FESTA2016」の報告をして頂きます。

「Mo-FESTA」について、あまりご存じない方のために、まずは、「Mo-FESTA」開催の起源である「Movember」の話から、説明を始めてみたいと思います。

近年、欧米豪では「Movember」というチャリティ運動が盛んになっています。「Mo（口髭）」+「November」の合成語で、11月に一斉にひげを伸ばすことにより、男性の病や健康の啓発を行い、ご寄付を募る運動です。しかし、ひげを伸ばすという行為は、わが国と海外では、文化や社会事情の違いが大きく、これをそのまま根付かせるのは至難の業と考えました。

そこで、「Movember」のシンボルとしてすでに世界で認知されているひげというアイテムを活用し、新たなムーブメント「Mo-FESTA」を提唱した訳です。付けひげや、ひげを描いたTシャツや風船など、ひげに関するアイテムを身につけて、老若男女が走ったり、歩いたり…ユーモラスに男性のがん・メンズヘルスを「ひげ」でアピールする「ラン&ウォーク」イベントです。

日本ではランニングブームの追い風があり、ウォーキングも盛んです。参加者を増やすことができれば、余剰金を捻出し、男性のがんの啓発活動や関連する研究等に、ご寄付という形で支援ができるのでは、と考えたのです。

女性のがんの代名詞とも言える乳がんを啓発するピンクリボン運動はすでに定着していますが、これまで男性のがんやメンズヘルスについて、社会に広く啓発する運動はほとんど行われていませんでした。

「Mo-FESTA」を一言で簡単に言うなら、「日本版Movember」であり（海外で行われているMovember運動とは直接の関係はありません）、「男性版ピンクリボン運動」と言っても良いでしょう。

では、なぜ私がこのイベントに関わることになったのか。話は1年前に遡ります。あれは、初めて、「腺友倶楽部」の会食に参加した時のことです。私の自己紹介を聞いて、武内理事長が、関西

弁で、『あんた面白いね〜。よかったら、来年日本で初めて開催する予定の「Mo-FESTA」を手伝ってくれないか?』

また、副理事長の大塚さんも、貴方のような人を探していたと手放しで喜んでくれました。こうして、年齢も他のメンバーと比較すると若く、前立腺がんの治療もひととおり終わり、ウォーキングの会の主宰や研究もしている私に、白羽の矢が立ったのでした。

「Mo-FESTA」開催に向けての最も大きな課題は「集客」でした。協賛や後援を募るにあたって設定した大会規模は、どかんと行こうということで、ランナーとウォーカー合わせて1,000名。私の主宰する「歩こう会」に参加して下さるメンバーは多くても10名程度。なんと100倍の人数なのです。さらに、運営事務局のスタッフもボランティアを含め、数十名集めなければなりません。

会場の選定も、大阪（大阪城公園）はさほど問題なく決まりましたが、東京の会場探しは難航し、国営昭和記念公園と決まってからも、正式許可を得るまでに随分時間がかかってしまい、結局募集期間が短縮され、参加者募集にはかなり不利な状況となりました。

参加者の募集は、募集代行サイトを使いながら、Facebook やネットでの告知、チラシの配布等を行いました。最終的には企業への団体参加もお願いしました。ボランティアは、大阪ではランナーが多かったのですが、東京では早稲田大学やCNJ（がんネットジャパン）等のコミュニティにもお願いをし、その結果、50名を超えるボランティアにお集まりいただくことができました。

当日は おかげさまで、大阪（11/13）、東京（12/17）の両会場とも好天に恵まれ、参加者のみならず、スタッフやボラも、笑顔あふれる楽しい大会となりました。

実際の参加者はスタッフを含めて、大阪で280名、東京で220名、両会場で500名ほどでしたが、募集期間が約1ヶ月間、わが国初開催のイベントという厳しい条件を考えると、500名という人数は数字以上の値打ちがあり、参加された皆さんには大いに喜んでいただき、次回への手ごたえを感じることができたので、まずは成功と言っても良いのではないのでしょうか。

実際の運営面では、大阪は腺友倶楽部の本拠地であり、理事長や事務局長をはじめ実行委員会のメンバーや組織がしっかり出来上がっていたのですが、東京は、一からのスタートということで、運営組織については、私の個人的なネットワーク



## Mo-FESTA 収支報告

金銭的には、反省が望まれる結果となりました。最終的には赤字となり、腺友倶楽部からの借入で一時しのぎをする結果となりました。来期は何としてもこれを改善しなければなりません。初回ゆえの焦りや不手際も色々ありました。細部を言いたすときりがありませんが、結論としては、まだまだ実行委員会の実力が足りなかったということでしょう。この反省を来期に生かし、今後の良い方向につなげたいと思っています。



(歩こう会)を中心に体制を整えていきました。会社の同僚や大学の後輩、ウォーキング協会の知人、SNSの友達、家族等、これまでのネットワークをフルに活用しました。

FacebookやWEBページのPR広告なども試しにやってみました。最終的には、「Mo-FESTA」のWEBページへの「いいね!」も短期間で1,000を超えることができ、「Mo-FESTA」の認知度UPに貢献できたと思っています。MBSやNHKでの放映、また朝日新聞、毎日新聞、神戸新聞での掲載等、マスコミに取り上げられたことも大きな収穫だと思います。

また、Mo-FESTA 実行委員会の事務局はNPO法人である腺友倶楽部が中心となっていますから、基本的に実行委員会のメンバーはがんサバイバーになります。お金もないので、企業や地方自治体、医療団体、個人などに協賛金やご協力を頂かなくてはなりません。初めてのイベントなので、ピンクリボンウォークのように実績もありませんので、それこそ、一からお願いしなければなりません。

収支は残念ながら芳しくはなく、ご寄付ができるという当初の狙いにはほど遠かったわけですが、これは、第1回の催しでもあるので、そう全てが

思うように運ぶはずがありません。内容は冷汗ものでも、なんとか大過なく収めることができたのも、ひとえに、後援や協賛して頂いた地方自治体や団体、企業の皆様のおかげだと思っています。ここに改めて、後援や協賛をして頂いた関係者の皆様には感謝を申し上げます。

私個人では、それこそ何もできませんが、「腺友倶楽部」は勿論のこと、実行委員会に加わっていただいた「精巣腫瘍友の会 J-TAG」、「前立腺がん啓発推進実行委員会」の皆様や、ご支援ご協力頂いた様々なコミュニティの皆様のお力をお借りして、何とか、日本初の「Mo-FESTA」の形を示すことが出来たと考えています。武内実行委員長の「なんとかなりまっしゃろ〜・・・」のお言葉も大変励みになりました(笑)。

今後も、次の新しいステージに向けて、積極的に、臆せず挑戦していきたいと思っています。



須藤英彦 鈴木基之

Mo-FESTA2016 収支報告書		
<収入の部>		
項目	金額	摘要
参加費	732,760	RUN196名、WALK174名 合計370名参加
協賛金、寄付金	1,507,450	協賛企業5社
借入金	266,184	NPO 法人腺友倶楽部より
(収入計)	2,506,394	
<支出の部>		
項目	金額	摘要
会場設営費	1,257,900	会場設営費、音響設備、会場使用料
大会運営費	683,254	飲料水、物品仕入、入園券、運送費、保険代等
会議費	74,572	会議室レンタル費用等
印刷、通信、消耗品費等	180,030	チラシ、ポスター、送料、文具、応急医薬品等
事務局委託費	160,000	外注費等
交通費	66,700	
広告費	83,938	フェイスブック等
寄付金	0	余剰金
(支出計)	2,506,394	

「患者・家族の集い 2016 東京」2016/7/16

北里大学医学部泌尿器科

准教授 佐藤 威文 先生

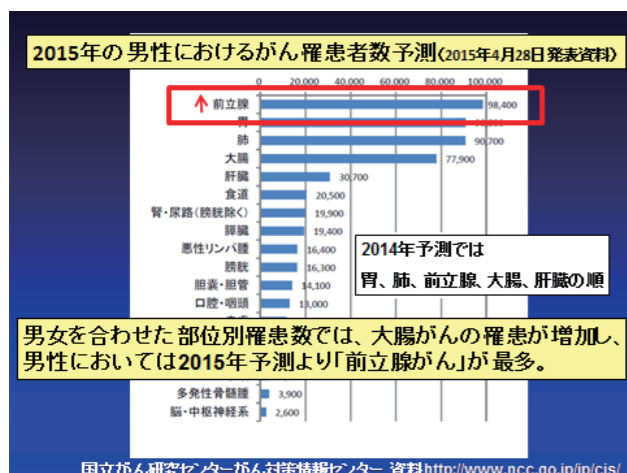
今日は腺友倶楽部が NPO 法人になって東京で初めてのがんセミナーということで、新しい内容をギリギリまで練りあげて作ってまいりました。皆様方とこのような場を共有出来ることを非常にうれしく思っています。早期の状況から進行がんの最新治療解説という内容でスライドを使ってお話をさせていただきます。

### 2015年男性がん罹患者のトップに



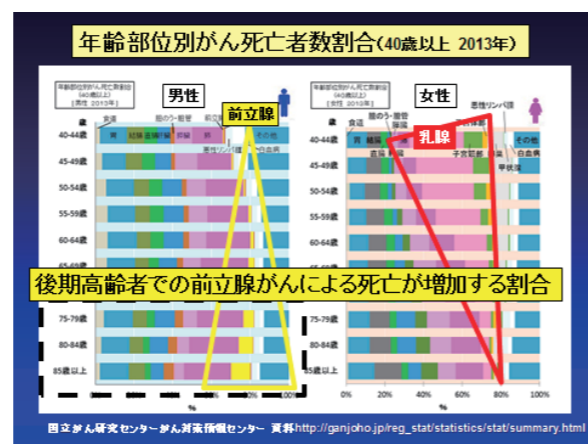
7月15日、国立がん研究センターで発表されたのですが、がん全体の罹患された患者さんが、初めて年間100万人を超えることが

分かってまいりました。男性がん罹患者の第一位は前立腺がんで、女性は乳がんとなっています。統計を取り始めた1975年から40年間で約5倍と、一貫して前立腺がんを含めた悪性腫瘍は増えています。2014年は男性がんでは胃がんが1位だったのですが、昨年、今年と前立腺がんが1位なり、マイナーながんでなく、米国と同様になってきました。



患者さんの年代推移を見ていきますと、2025年に向けて75歳以上(後期高齢者)の方が一貫して増加し、今から10年経つと全体の新規患者さ

んの3分の2は後期高齢者が占める事になり、年代に応じて様々な治療が求められる事になります。決して悲観することではありませんが、前立腺がんは、乳がんとは異なり、高齢者になるほど死亡者数割合が高くなっています。



今日は3つの特に新しい学会のトピックスを、なるべく分かりやすい内容で準備してまいりました。

### 新しい高精度生検について

PSAが高くてがんの疑いがある時、現状では超音波を用いた生検が行われていますが、画像診断の精度が大きく上がってきています。MRI(核磁気共鳴画像法)は古くから使用されていますが、ここ何年かで非常に、画像で同定出来るような形になってきており、次にご紹介するようなDWI(拡散強調画像)やADC画像などを複数組み合わせることで前立腺がんの局在部位を画像で同定して行こ

うという事がかなり可能になっています。

私どもの患者さんの実例になりますが、前立腺がんと診断されて放射線を当てた後、局所再発の可能性のある患者さんで、従来から用いられてきた画像では分からないが、拡散強調画像(DWI)で見ると、光っているところが疑わしいのが分かります。

3次元の基盤の目のテンプレートを使って組織を取って見ると、拡散強調画像(DWI)の疑わしい場所とほぼエリアが一致しています。

**前立腺がん診断におけるMRI画像の進歩**

核磁気共鳴画像法: **Magnetic Resonance Imaging, MRI**

- 被験者に高周波の磁場を与え、人体内の水素原子に共鳴現象を起こさせて反応する信号を撮影・画像化する仕組み。
- マルチパラメトリックMRIとは、従来から用いられてきた形態画像としてのT2強調像に、2種類以上の機能画像を組み合わせた診断法。
  - 拡散強調画像(DWI:diffusion weighted image)
  - ADC画像 (apparent diffusion coefficient)

まだ名称は日本の学会で正式に用語が決まっていますが、MRIと超音波の画像融合によるリアルタイム狙撃前立腺生検へと世界の流れが変わってきています。

前立腺診断だけでなく、全体治療や局所だけの治療(フォーカルセラピー)も可能性が出てきて世界中の臨床医が検討を始めています。

**3D Targeted Prostate Biopsy**

**Morphological Segmentation**

MRI-TRUS Fusion Targeted Biopsy(につき、米国を中心とした標準化の流れ。更にはFocal Therapy(局所療法)への可能性。

### 最新の密封小線源療法

密封小線源療法は前立腺の中から放射線を当てるのですが、中に入れるシード(ヨウ素125線源)に関して新しい情報をご紹介したいと思います。密封小線源療法はこの10年で治療方法は確立されています。

従来のシードを一つ一つ置くだけでなく、新しい治療でシードをブロックの様に連結させ、前立腺内の一定エリアにきちんと置いてくるような方法が可能になってきています。

スペーサーを用いたリンク(連結型)シード線源

2012年7月承認

線源      スペース      線源

“Lego style”のスペーサーを組み合わせる

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 81:1010-6, 2011

もう一つ新しいものとして今年承認されたのですが、線源の周囲に吸収性の網がカバーされていて、前立腺の中でのなるべく動かないようにする線源も臨床に入ってきています。

吸収性の編み糸で覆われたシード線源

TSLセラストラド

ポリグラクチン910製編み糸      6.0 mm      1.0 mm      純チタン製カプセル      セラAgX100

セラAgX100      4.5 mm      0.8 mm      純チタン製カプセル      ヨウ素-125を化学的に結合させた線源

ポリグラクチン910製編み糸      純チタン製カプセル      セラAgX100

2016年3月承認

編み糸が抵抗となり、前立腺組織内での移動を抑制

今まで低リスクが適応とされてきましたが、中リスク、一部の高リスクにも適応が広がってきています。治療成績も優れておりますが、患者さんの日常生活の質を保てるのが大きな特徴です。

シード治療の長所は、尿失禁への影響が少ない事、入院期間が短期、もう一つ機能が温存できる割合が多いという事です。

短所は一時的に排尿障害があるのと、すべてのがんに適応とはならない事です。

5年間の再発は約5%。これをどうするかが我々の今後の課題です。

さらにシード治療の精度を上げるのに、患者さんがCTスキャンの中に入って手術治療を受けるリアルタイムハイブリッド法と命名している方法が可能になってきています。

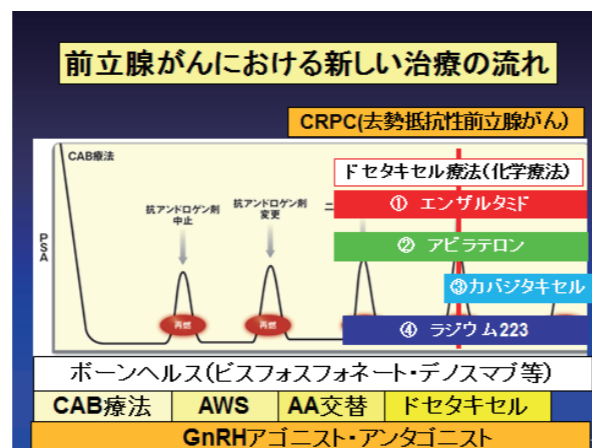


局所進行の高リスクがんに対しては、前立腺の中に針ごと留置して高い線量を当てるイリジウム192高線量率組織内照射（HDR）の有効性が注目されています。

### 新規薬剤の適応と注意点

前立腺がんが進行した状況で、ホルモン療法は男性ホルモンを抑え、がん細胞抑制に長期間有効ですが、PSAが上がって効かなくなる去勢抵抗性前立腺がんに関する新しい薬の使用について今から説明いたします。

今まではホルモン療法が効かなくなった時、化学療法としてドセタキセルが唯一の方法として知られていました。

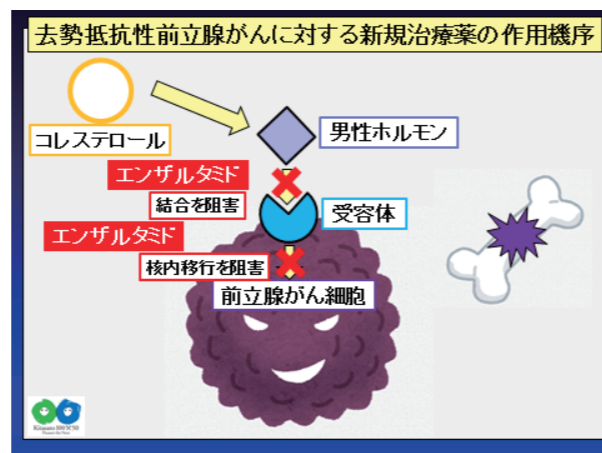


### エンザルタミド

(イクスタンジ 2014/5 保険認可)

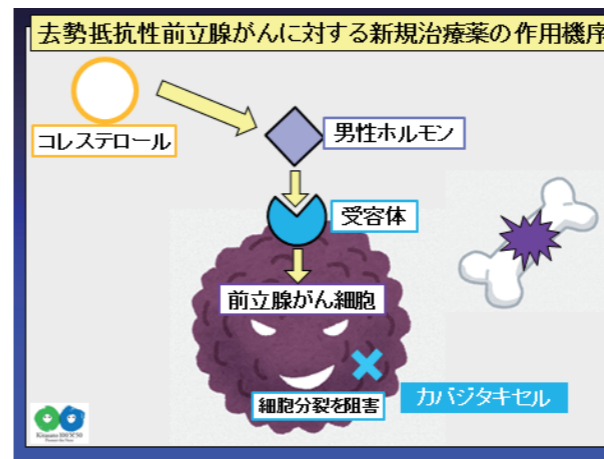
前立腺がんは基本的に男性ホルモンを糧として増殖します。コレステロールから合成されて男性ホルモンが出来、がん細胞の受容体にくっついてがん細胞が増殖するというのが、前立腺がんの一番簡単なメカニズムです。

エンザルタミドは男性ホルモンと受容体、またはがん細胞の中に入っていく所(核内移行)をブロックします。この薬の注意すべき副作用は倦怠感と食欲不振です。何でも無い人もいるのですが、この2年間の導入で副作用が分かってきました。したがって、生存期間を延長するための薬として認識していただく事が必要です。症状が強い場合、用量を調整し緩和する方法も、主治医に申し入れていただくことも可能です。



**アビラテロン** (ザイティガ 2014/9 保険認可)  
コレステロールから男性ホルモンに合成されるのを徹底的に枯渇させるのがアビラテロンです。そのため他のホルモンでカバーするステロイドを飲まなければいけない理解が必要になってきます。副作用は重篤ではないですが、肝機能が早期に悪化したり、カリウムの値が下がっていないかの注意も必要です

**カバジタキセル**(ジェブタナ 2014/9 保険認可)  
カバジタキセルは細胞分裂を直接止めてしまう薬で、ドセタキセルの次に使う抗がん剤になります。副作用は、白血球が一時的に大きく下がり、免疫力が下がる注意が必要です。



**ラジウム 223** (ゾーフィゴ 2016/6 承認)  
前立腺がんの骨の転移に対する放射線の薬で、骨髄や消化管に影響があるので注意が必要です。

### ラジウム223で注意する副作用

- 1) 骨髄抑制
- 2) 下痢(消化管排泄)

### 副作用への対応

- 投与前の血液データ確認
- 炎症性腸疾患(クローン病・潰瘍性大腸炎)などの既往がある場合、主治医に申し出る。

初回	好中球数	≥1,500/μL
	血小板数	≥100,000/μL
	ヘモグロビン	≥10.0g/dL
2回目以降	好中球数	≥1,000/μL
	血小板数	≥50,000/μL
	ヘモグロビン	≥8.0g/dL

骨転移に対する治療は、従来デノスマブ(ランマーク)ゾレドロン酸(ゾメタ)が承認されていますが、低カルシウム血症などに注意して、カルシウム、ビタミンD剤を補い、口腔内を清潔にして合併症を防ぐ必要があります。

骨の転移を抑える事は、厳しい状況においても生存を伸ばす重要なターゲットになります。



### おわりに

CRPC(去勢抵抗性前立腺がん)は戦国時代と言われ様々な新薬ができています。

さらに放射線治療が加わり、骨の転移に対する対応や、新しい治療法も検討されています。

どの薬剤や治療方法の効果的か。お一人の患者さんに全部の薬、治療をするのではなく、どれが効果的で時間を無駄にせず有効性を引き出せるかというテーラーメイド化も始まろうとしています。これからも希望をもって治療に取り組んでいただければと思います

講演は以上になります。ご清聴ありがとうございました。

今日は、放射線治療がどういった状況にあって、将来どんなふうになっていくかについて、多少私見も含めてお話をしたいと思います。



### 放射線とは何か

ご存知のように、放射線というのはレントゲン博士がX線を発見してから、平和利用が始まったわけですが、すでに1世紀以上経つわけです。レントゲン博士が偉いのは特許を取っていなかったことで、これが役立つということを当初、予言していました。写真も撮れるということが分かったのですが、放射線というのは目に見えず怖いものというイメージがあります。ただ、私たちは普段紫外線を浴びているわけで、簡単に言いますと、紫外線のエネルギーを高くしたものがX線とご理解いただければと思います。特徴は体を通り抜けるという事で、写真が撮れるわけです。

もう一つ、キューリー夫妻のラジウムという放射能をもった物質が発見されたことにより、医学の利用が始まりました。今、ラジウムは使われていませんが、これが発展してイリジウム192とかヨウ素125とかの小線源治療に繋がっています。

「患者・家族の集い 2016 東京」2016/7/16

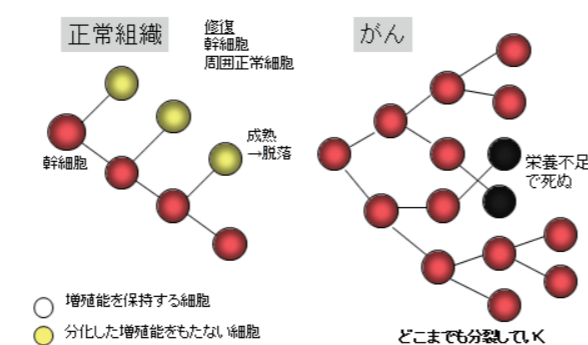
北里大学医学部放射線治療科 教授  
北里大学病院 副院長 早川 和重 先生

### 放射線が何故がんにも効くのか

正常細胞とがん細胞の違いを簡単にお話しますと、正常細胞でも普段、常に分裂している皮膚細胞のようなものがあるのですが、一定の秩序で組織が維持されています。がん細胞は勝手にどんどん増える所が怖い所です。栄養不足になると死んで永久に増え続ける事は出来ないのですが、どんどん増えて場所がなくなると、宿主である体自身もなくなってしまうわけです。がん細胞が分裂増殖するのは細胞の核内の染色体にある遺伝子(DNA)がコピーをしていくので、そこにあるコピー情報を放射線が傷つけることで、生体への影響を及ぼす最初の標的になっていくわけです。

死んだがん細胞は、最終的には自らの細胞(代表は白血球)が食べるので、患者さんご自身の体に生気・活気がないと同じ治療をしていても結果が変わってくる可能性があるといえると思います。正常細胞は幸い放射線でちょっと傷がついても回復力が強く、回復を待って分裂をして行きます。こういったことをよく理解していると恐れる事はないと思います。

### 正常組織とがんとの違い



私たちは自然放射線を常に浴びており、ヨーロッパ行きの飛行機往復で線量計をつけるとレントゲン写真3枚位の被ばくをします。パイロットやCAの人ががんになる事はありません。正常細胞はちょっと浴びても回復するわけです。

### 最新の放射線治療の実践

治療室の多くは地下にあるのですが、機械が重いのと放射線を遮へいする場合を考えて作られています。放射線治療は局所療法で、手術との大きな違いは形があるがままだに残るといふことと、体への負担が軽く、外来で通院治療も可能なのが大きな特徴です。

### 放射線治療の特徴

- 局所療法である。
- 病巣部を切除しないので、形態や機能を温存することが出来る。
- 解剖学的に手術の出来ない(いかなる)部位でも治療(照射)できる。
- 化学療法に比べ、全身への影響が少ない。
- 副作用に急性反応と晩発性(遅発性)反応がある。
- 通院治療が可能である。

前立腺がんの放射線治療はどんな段階のがんであっても、特に遠隔転移、骨に転移していても、どっかで検討する治療手段であると念頭に置いていただければと思います。

治す目的で前立腺に当てる場合や骨の転移で痛みをとる場合にも非常に有効な治療と言えます。

放射線治療は外から病巣に当てる外照射や密封小線源治療、飲んだり、注射をする内照射があります。

外照射のIMRT(強度変調放射線治療)は外来で通院できるので、たくさん選択されていますが治療回数が多くなるので、数回で終わる治療も当院でも取り組んでおり、2016年春から保険診療

扱いになっています。

密封小線源治療は低線量率(ヨウ素125使用)と高線量率(イリジウム192使用)の2つの方法があります。

### 前立腺がんの放射線治療法

- 外照射療法:強度変調放射線治療(IMRT), 定位放射線治療(SRT)
  - 合併症や年齢などで小線源治療のできない患者でも治療可能
  - IMRTは外来通院で治療可能(35~40回程度の通院が必要)
  - 直腸線量を減らし、より多くの放射線量を照射可能
  - SRT(定位放射線治療)は短期4回程度で治療
- 密封小線源療法(組織内照射):
  - 前立腺に針を刺し、前立腺の中に線源を1次的もしくは永久に留置し、照射する方法
    - LDR(low dose rate)低線量率
      - I-125を密封した粒を前立腺内に永久に留置する方法
      - 高線量の投与が可能
      - 低リスク~中間リスクが適応、リスクが高い症例には外照射を併用
    - HDR(high dose rate)高線量率
      - 前立腺内部に空洞の針を刺し、放射線治療室にて空洞内Co-192線源を移動させ照射する方法
      - (低リスク)中間~高リスクが適応⇒外照射併用

外照射は画像誘導放射線治療と言われる時代になりました。CTで前立腺の位置を確認補正し、最近では非常に細かく中の強度を変えられる技術が普及、これによっていろんな方向から当てる事が可能になってきました。

普通の強度変調放射線治療は7週間とか8週間通っていただくのですが、患者さんの負担が大きいということで、最近では4回ぐらいで定位照射と言う治療が取り入れられるようになってきました。大学の新病院になってトモセラピーという機械を導入して、CTと同じように器械が周囲を回りながら、放射線を当てたい所だけ塗り絵をするように線量を集中して治療します。

### 画像誘導放射線治療:3次元⇒4次元(定位放射線照射,呼吸移動対策など)

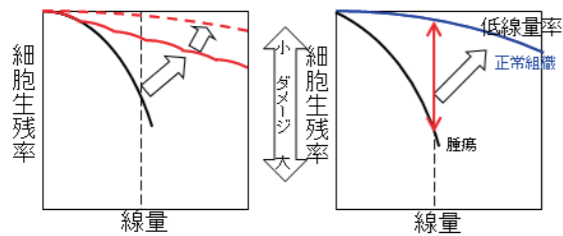


低線量率はヨウ素 125 を永久挿入してしまうのですが、低線量でも長い間曝射されるとがんのほうがどんどん死んでいく現象がおきてきます。低線量率はかなりの線量が照射可能で、平均 160Gy 以上当たるんですが、5 年で PSA の再発をしない割合が 95%、6 年 90%、期間を伸ばして中間リスクまで伸ばしても、あまり差がないことが分かってきました。

### 低線量率効果

(少しずつ放射線が当たる効果)

- 照射線量が同じ場合、低線量率で(少しずつ当たる)長時間の照射の方が正常組織のダメージが少なくなる



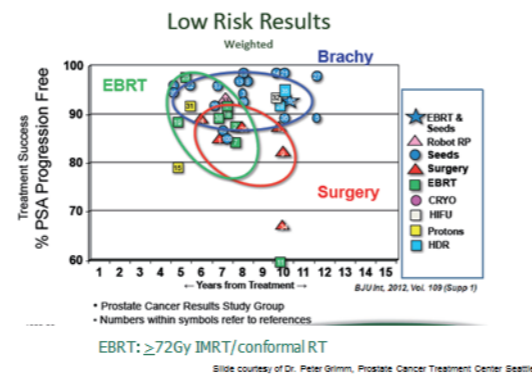
今度はイリジウム 292 で一時的に入れる高線量率の組織内照射です。尿道の位置を確認しながら本学では 5 回に分けて放射線を当てます。それが終わった後、外照射で 2 種類 30GY を当てます。最近ではトモセラピーで外照射を加えます。超高リスクでも 5 年での 80% 以上の方が再燃せずに生存していることで、適応としてはいい治療法かなと考えています。

### 高線量率 Ir-192 密封小線源療



これは、本学でも指導を受けたピーター・グリム先生が、アメリカを含めた論文データを集め治療と PSA の非再燃率を示すグラフです。小線源は 10 年経ってもあまり成績は落ちない。外照射、手術は徐々に下がっていく傾向が見られます。実際にドイツで IMRT80Gy 以上かけた症例と小線源と比較した論文では、5 年ぐらいまでは成績が同じですが、以降は小線源がフラットなのに外照射はだらだら落ちて行っています。

### 低リスク, PCRSG Criteria



中間リスクになってもほとんど同じで、10 年経ってもほとんど横ばいですね。前立腺がんの放射線治療は IMRT が、現在多くの治療期間で行われているのですが、小線源治療は長期成績を見る限りは今後の主流になっていくのではと考えています。小線源は高線量の局所照射も可能で、例えば再発した症例には良い結果になって行くのではないかと考えています。

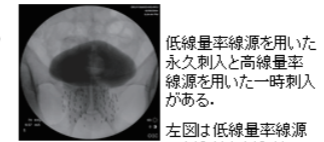
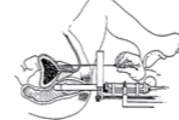
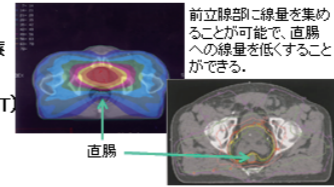
### 密封小線源療法の今後

- 前立腺癌に対する放射線療法の主流
- 近年の腫瘍学における戦略として、小さな腫瘍に対しては標的臓器を全て摘除・治療するのではなく、侵襲・機能を鑑みた部分的な治療が進められてきている。  
'Organ-preserving therapy'
- 前立腺の部分的局所のみを高線量を照射することが可能である (Focal Therapy)。

### 多様な前立腺がんの放射線療法

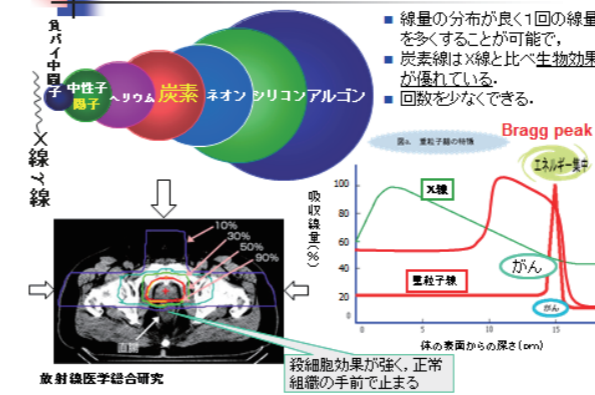
#### 前立腺がんの放射線治療法(多様)

- 外照射療法
  - 強度変調放射線治療 (IMRT)
  - 定位放射線治療 (SRT)
- 密封小線源療法 (組織内照射)
- 重粒子線治療
  - 陽子線・炭素線照射



注目される重粒子線治療は日本が世界をリードし、国を挙げて取り組んで来た経緯もあります。ヘリウムより重い炭素線を使い、まわりにほとんど影響を及ぼさず X 線の 3 倍と言われて X 線の効かないがんによく効き、回数を少なくするメリットもあります。ただ、先進医療で 300 万円以上かかり、国も先進医療の在り方を検討している最中であります。

#### 重粒子(炭素)線治療



放射線治療の副作用は治療中に出てくる早期(急性期)と、終わって出てくる遅発性(慢性期)があります。治療中の副作用はあまり気にしません。治療後良くなるのが分かっているからです。私達が気にするのは遅発性の後遺症です。小線源治療では後になって尿道が狭窄することがあります。ただレスキューは可能なので、その辺は十分注意して経過観察しています。

### 放射線同位元素内服療法

放射線同位元素 (RI) を注射したり飲んだりすると、その薬剤が特異的に臓器や病変部に集まってがん細胞をやっつけます。放射線同位元素には 3 つの放射線 (α、β、γ) があり内照射にいいのは α 線、β 線です。それに選ばれたのがストロンチウム 89、バリウム 223。学校で習った元素周期律表で見分かるように、カルシウムと似た行動を取り、半減期も短く、骨への転移療法に向いています。

### 終わりに

高齢者の中でもこれから前立腺がんはどんどん増え続けます。放射線治療は体にやさしいがん治療です。がんは治るようになったし、かなり進行したと言っても結構良い状態で生活を維持できるようになりました。どうせ治るなら良い状態で治りたい。がんに関して患者さんとよく話をするのですが、必ずしもマイナスだけではないかと思えます。「がんになったおかげで周りが優しくなった」と言われます。放射線治療が生活の質を向上するためどこかで役立つのではないかと考えています。

### まとめ

- 放射線治療は高齢者にも容易に行える身体(からだ)にやさしいがん治療法である。
- 治療装置・治療技術の進歩により前立腺に大線量を集中させることが可能になった。
- 放射線治療には、外照射療法(3次元原体照射、強度変調放射線治療)と密封小線源療法(低線量率、高線量率)、RI内用療法(骨転移)がある。
- 治療成績は良好である。
- 副作用として、一過性の急性反応は少なからず認められるが、処置が必要な慢性反応(後遺症)はまれである。

どうもご清聴ありがとうございました。



# ここが変わった！

## 前立腺がん診療ガイドライン 2016 年版

JCHO 東京新宿メディカルセンター

副院長・泌尿器科 部長 赤倉 功一郎 先生

2016 年 10 月に、前立腺癌診療ガイドライン 2016 年版（日本泌尿器科学会編）が発刊されました。2006 年版、2012 年版以来、4 年ぶりの改訂です。前立腺癌診療に関しては、この 4 年間に、ロボット支援手術の普及や去勢抵抗性癌の新規治療薬などの大きな変化が occurred。変更や追加された点を中心に解説いたします。

前立腺癌診療ガイドライン 2016 年版では、これまでのガイドラインと同様に、前立腺癌の疫学から緩和医療にいたる広い範囲の課題を取り扱っています。日常診療での疑問を定式化したクリニカルクエスチョンを設定し、それへのアンサーとその推奨グレードを明示する形式になっています。2012 年版と比較して、分野の数は 11 から 16 に、クリニカルクエスチョンの数は 63 から 70 に増加しました。分野として、「診断」は「病期・リスク分類・ノモグラム」と「診断方法（マーカー、画像、生検）」と「病理学的事項」に、「放射線療法」は「外照射」と「組織内照射」に細分化されました。また、新たに「Focal therapy（凍結療法、HIFU）」、「救済療法：根治的治療（手術・放射線）後の再発治療」、「骨転移治療（bone targeted therapy、bone health）」が加えられました。そして、「化学療法、その他」は「去勢抵抗性前立腺癌（新規ホルモン薬、化学療法薬）」に改編されました。

● 2012 年版では、リスク分類とノモグラムは「治療総論」で概説されたのみでしたが、2016 年版ではクリニカルクエスチョンを設定して詳述されました。治療選択の場で、リスク分類やノモグラムが重要とみなされていることの現れです。

● 原発巣の評価に関して、2016 年版では MRI の撮像方法を示して multiparametric MRI が推奨されました。前立腺癌診断において、MRI 画像の進歩には眼を見張るものがあります。

● 2016 年版では、「病理学的事項」という分野が新設されて病理診断の最近の変化や遺伝子異常について記述されました。

● 2012 年版の「PSA 監視療法」は 2016 年版では「監視療法に名称変更されました。これは、監視療法中の経過観察方法として、PSA 検査のみではなく前立腺生検による評価が必須であるため、PSA に限定しない名称がふさわしいという判断によります。

● 「前立腺全摘除術」に関して、ロボット支援前立腺全摘除術の推奨グレードが C1 から B に引き上げられました。我が国でもロボット支援手術が普及し、標準術式の一つになりました。

● 根治的外照射におけるホルモン療法併用の効果に関して、推奨グレード C1 が A-C1 に引き上げられました。放射線外照射においては、リスクに応じてホルモン療法を併用するのが標準といえます。

● 「ホルモン療法」に関連して、初回からドセタキセル化学療法を併用することが推奨グレード B で奨められました。これは、欧米での最近の臨床試験の報告に基づくものですが、我が国では今のところ保険で認められておらず経験が少ないのが現状です。

● 「救済療法：根治的治療後の再発治療」については、2012 年版では「治療総論」で簡単に触れられたのみでしたが、2016 年版では新規分野として詳しく述べられています。我が国でも前立腺癌検診が徐々に普及し、早期前立腺癌と診断されて根治療法を受ける例が増えており、したがってその後の再発も増加しているわけです。

● 「去勢抵抗性前立腺癌」という新たな分野が作られ、2012 年版でも推奨されていたドセタキセルに加えて、エンザルタミド、アピラテロン、カバジタキセルについて記載されました。

● 新設された「骨転移治療」において、画像診断（骨シンチグラフィ、PET、MRI）や骨代謝マーカー、そして治療薬（ビスホスホネート、デノスマブ）について推奨されました。

改訂された内容を見ると、診断や治療の分野の進歩が著しく、大きな変更や追加が行われています。このガイドラインは、泌尿器科医のみならず前立腺癌診療に従事するすべての医療者を対象としていますが、患者向けにはやや難解な部分があるかもしれません。主治医とともに、上手にガイドラインを利用して前立腺癌診療に役立てることを願っています。



# 腺友だより

～ 生涯現役をめざして～

古戸 望 さん



**定**年退職後、3年契約で台湾の化学会社で技術顧問として働き始めた2015年5月、雇用契約も残すところ半年余りになった頃、二年間の雇用延長の打診を受け、思案をしている最中、帰国休暇中の人間ドック受検で、腫瘍マーカー検査にてPSAの数値が前年の4.2から6.1に上昇しました。

数年前から上昇傾向にあり、不安を感じながらの受検でしたが検査終了後、面談の担当医より、前立腺炎或いは前立腺癌の可能性が有るので医療機関を受診し更に詳しい検査をして下さいと勧められました。

**や**はり、という思い、胸騒ぎ、嫌な思いがよぎりました。

雇用契約を解除して、日本での精密検査か、或いは台湾での検査か、思いは幾度となく揺れ動きました。定年後生涯現役を目指し、海外の会社で技術顧問として働く事を目標に、英語、中国語、専門分野、研鑽を重ねました。そう簡単に、一旦実現した台湾での生活をあっさりと諦める訳にはいきませんでした。

**決**心がつかぬまま台湾に戻り、通院出来る事、英語で意思疎通が出来る事、この二点を条件とし

て、病院探しを始めましたがなかなか条件に合うような病院が見つからず難儀をしている時、自転車仲間から和信治癌中心醫院を紹介されました。この病院は台湾唯一の癌専門病院で、台湾有数の大企業の寄付を基金として、1990年3月に開設され、最新の医療設備を備え海外留学を経験した優秀な専門医がいることで、広く台湾中に知られています。日本統治時代から『北投温泉』として知られる台北市北投区にあり、今でも日本風の温泉旅館が数多く存在します。

**片**道2時間かけて病院に到着、初診申請書記入は全く分かりません。呆然としていると、受付に『志工』と染め抜かれた、背心(袖なしの上着)を着た、日本語が少し話せるボランティアの欧巴桑(おばさん)が親身になり手助けをしてくれました。

『心配するな、きっとよくなるよ』、皺まみれの欧巴桑(おばさん)の励ましの言葉、異国での癌検査、不安で、ただオロオロするばかりの私を励ましてくれた事、生涯忘れることはありません。

**触**診、病理検査、MRI、骨シンチ、やはり前立腺癌との診断でした、告知内容は、cT2bN0M0、GS7、浸潤なし。初めはとても信じる事が出来ませんでした。まず呆然自失、そして次に『なんで、この俺が?』という思いにかられました。小学生、中学生、健康優良児で幾度となく表彰さ

れたこの俺が『橋本病、狭心症、心筋梗塞に続き、何故、癌に!』と言う、怒りにも似た感情が沸き上がり、涙があふれそうになりましたが、平静を装うしかありませんでした。

担当医からは、『心臓に問題が有るので、放射線治療(IMRT)を勧めます、次回通院時まで他に希望する治療が有れば相談しましょう』と言われました。PSAという用語、その持つ意味くらいは知っていましたが、前立腺癌に関する知識は皆無でした。

**と**にかく、前立腺癌を知る事が先決と思いインターネットで情報を集めている時に、「前立腺癌を患って」(ひげの父さんのソウルフルワールド)のブログに行き当たり、一気に全文を拝読させていただき、即、会員申請をさせて頂きました。“ひげの父さん”の体験、知見、本当に心強い支えになりました。

更にIMRTによる治療方法の資料をインターネットで読みあさり、理解を深め、この方法に賭けてみようと思つたに至りました。

**3**カ月間のオダイン服用、38回76グレイの放射線治療後6カ月間のハルナール服用、排尿、排便、軽度の副作用を発症しましたが大事に至らず、その後は経過観察、2016年9月現在、治療終了後8カ月でPSAは1まで下がって来ました。



# 腺友だより

～今までの危機と現在の危機物語～

大橋典弘さん

通院は治療時間を入れて、往復5時間を要しました。交通費総額、69,600円(220,800円)、合計金額310,350円でした。治療費は日本よりは格段に安いと思います。

**台湾**の病院は技量格差、設備格差が非常に大きいので、慎重に病院を選ばなければなりません。台北市、新北市の大学病院、総合病院であれば優秀な医師が多く日本語が話せる医師もいます。日本の病院との交換実習プログラムを持っている病院もあり、日本の病院と比較しても全く遜色はありません。

**台湾**の病院は日本と違い、殆どの病院は完全看護制ではありません。従って身内、或は家族が病室に泊まり込みで入院患者の世話をしなければなりません。

遠方からの家族、身内の為の宿泊施設、食堂が備わっていてコインランドリー等も完備しています。殆どの総合病院ではボランティアの方々が献身的な奉仕活動をされていて、英語、日本語が可能な方々もいて、特に外国籍の患者さん達にとっては本当に心強い制度だと思います。

**台湾**は自転車天国です、自転車専用道路が整備されていて、各地に駐輪スタンド、休憩所が設備されています。東海岸の海岸線、海の色は非常に美しく、西海岸は夕日の絶景ポイントが数多くあ

ります。海風を頬に感じながらのサイクリングは最高のストレス解消方法です。

あと数カ月でサイクリングが解禁になります、前立腺に圧力、負担が少ないサドルも購入しました、指折り数えてその日が来るのを待っています。

あと何年ペダルを踏めるでしょうか？我がDNAのみぞ知る、残された日々を自転車三昧の人生にする為にも、あと一年間、台湾で頑張ります。



## 第1の危機(序章編)

**私**は昭和36年5月に神戸で生まれました。家の近くには、築島を築くため平清盛に使っていた松王丸という人物が人柱になったと伝わる来迎寺があります。

私が小さな頃、この運河に掛かる橋を、母が私を乳母車に乗せて渡っていました。昔の事なので、道路整備は完全ではなく、橋の所々に危険箇所がありました。母は注意をしながら乳母車を押していましたが、ある所で私を乗せた乳母車が運河の方にひっくり返ってしまいました。母は『私が運河に落ちてしまった』と慌てたそうです。しかし、全く覚えていないのですが、私はその時、乳母車の手すりをしっかり掴んでいて無事だった様です。

## 第2の危機(幼児期篇)

**私**がよちよち歩きの頃、母親に連れられて姉と一緒に公園に行きました。私がブランコの近くで歩いていた時、誰かの乗ったブランコの板が目の前に迫ってきたのは覚えています。しかしその後の事はよく覚えていません。私の両頬には、その時傷口を縫った跡が今でも薄っすらと残っています。

## 第3の危機(暴漢者)

**中**1の頃、歩道を歩いていた時に、大柄な男子(この後は暴漢者とします)が急に私を殴りました。その暴漢者は、悪で有名な中学の名前を言って私を脅しました。暴漢者は自転車に乗っていて、私に自転車を漕がせ、暴漢者の言う通りに走らせろと言うのです。私は怖かったので暴漢者の言う通りに走っていました。神戸は近くに海があり、第3突堤という場所にもその子に乗せて走りました。突堤には巨大な船が、直径150mm以上ある太いロープによって何艘も繋留されていて何人か作業をしている人がいました。その時、私の頭をよぎったのは、このロープに自転車を乗せると、後ろに乗っている訳のわからない子の状況を変える事が出来るのではないかと思いました。

**私**は、スピードを上げてそのロープにぶつかりました。私はある程度何が起こるか分かっていたのですが、後ろに乗っている暴漢者は前が見えていないので、晴天のへきれきだったと思います。結果、私と暴漢者と自転車は船と突堤の隙間に落ちてしまいました。私は全く泳げなかったで、汚い海の水をいやというほど飲んでしまい、このまま死んでしまうかと思いました。私達はその後、近くで作業していた人に助けられ、警察も来て事なきを得ました。しかし、あの暴漢者はどうなったのでしょうか。

## 第4の危機（運動篇）

**私**は、体育の授業では短距離走はいつもビリでしたが、長距離ではビリにならない様に校区の近所を走っていました。会社に入ってからには神戸の小さなマラソン大会に出て楽しんでいました。27歳の頃には、ほとんど泳げないのにトライアスロンに参加しました。私はこの大会の水泳は、プールだったので気楽に考えて大会要項もあまり見ずに当日を迎えてビックリ。そのプールは瓢箪の様に曲がりくねったプールの周回コースだったからです。私は真っ直ぐに泳ぐのも怪しいのに、曲がりながら泳ぐのは至難の技でした。私は仕方ないので、多角形に泳ぎ、他の人に置いてきぼりをされ、先頭の泳者に追い立てられて傍に避けたりして散々でした。

**そ**れから月日が経ったある日、トライアスロンクラブに入会した私は、練習会の帰りに、国道2号線を自転車で走っていました。その時は40km以上のスピードが出ていたと思われます。その時、急に自転車の前輪から異音が出たと思った途端、前輪が自転車から外れて、フロントフォーク（自転車の前輪を固定しているハンドルの下から伸びている2本の爪）の先端がアスファルトに突き刺さりました。その瞬間、私はアスファルトに頭から突き刺さりました。幸いヘルメットをしていたので今ここに存在していると思うのですが、そのヘルメットは、内側のウレタンも外側のシェル部分も大きく損傷していま



した。私は緊急搬送され、応急処置を受けましたが、私の歯は4~5本折れ、数本はグラグラしていました。それから暫くの間、私の身体から出る汗は右半分しか出ていませんでした。

## 第5の危機（震災篇）

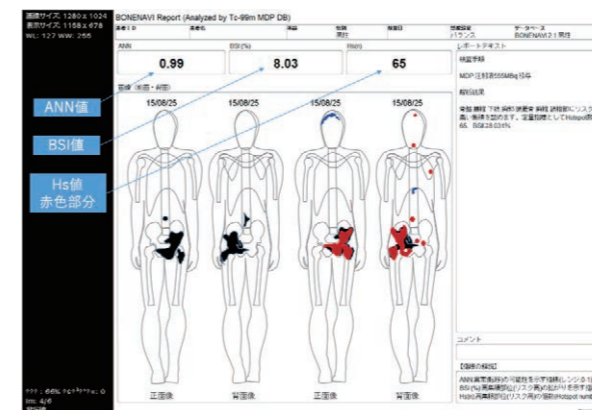
**1**995年1月17日。その日は、いつもの様に工場の中で仕事をしていました。異音が出たと思ったら、急に立ってられないほどの縦揺れがして、しばらくすると停電になりました。工場の外に出ると、ひんやりと風は冷たく、辺りは異様に静まり返っています。（私の勤務している会社の工場は、神戸の第4工区と呼ばれている埋立地です。後から調べてみると震度7の範囲に当たりました）遠くで小さくサイレンが鳴っていて、阪神高速湾岸線の壁面には所々赤い光が数箇所見えました。この赤い光は、大火事の反射が写っているのだと思いました。この震災では私の友人を含め沢山の人がお亡くなりになりました。私の自宅も全壊になったり、数々の出来事があったりして書ききれません。この経験後は、東北や九州の震災、国内外での災害に特に敏感になってしまいました。もしもまた機会があればお話ししたいと思います。

## 最新の危機（がんの告知）

**会**社から生活習慣病の予防検診を受診した一週間後の事です。受診した機関から速達が来て、ALPという数値が1896と高値なので、至急精密検査を受ける様に書いてありました。私は早速、会社近くにある総合病院の内科を受診しました。この病院は、血液検査を外注して検査結果は1週

間かかります。1度の検査では分からず、2回目の精密検査でもわからなかったのが、甲状腺で有名な病院を紹介され、予約・受診しました。しかし、その病院でもALP高値の原因がわからず、再び同じ総合病院に戻りました。今回は他の内科医に診ていただきました。その内科医はMRIとCTを撮り、診断結果は『背骨に比較的大きい転移性の腫瘍が複数あり、骨折の危険がある』事がわかりました。

**そ**して、今の病院を紹介され数々の検査後、生検を行い前立腺がんが診断されました。生活習慣病検診機関より速達が来てから優に2ヶ月が経過していました。骨シンチも撮りましたが、その画像解析をしたところ骨転移が全身に広がっていました。泌尿器科の先生には『骨転移範囲が広く治療はホルモン療法しかできない』と言われました。



そして、ゴナックスの注射（治療数日前の血液検査結果はALP4824、PSA876）をしたところPSAの数値は10.4まで下がりましたが、今年の2月から数値は再び上昇に転じたので、追加のホルモン療法としてカゾデックス（2ヶ月後に上昇）、オダイン（1ヶ月のみでした）と変わりました。現在はアビラテロン（ザイティガ）に変わっていま

す。担当医の説明では、『後は抗がん剤治療になる』ということです。

**効**果は不明ですが、がんの増殖が活発にならないように私が心得ていることは、炭水化物を極力摂らない。体を温めるように努力する。腸を元氣するために野菜や発酵食品を極力摂取する。



三朝温泉（ラジウム泉）で療養する様にしています。

ケーキはいけないのですが、心の健康食として少しは食べています。

前立腺がんの事も書いている私のブログがあるので読んで頂ければ幸いです。

<http://plaza.rakuten.co.jp/tenko3/>

\* 差し絵（デジタル画像）はご本人が描かれました

# 今を生きる！

NPO 法人 肺がん患者会ワンステップ

理事長

長谷川 一男



長谷川一男、肺がん患者です。  
がん種が違って、せまってくる不安や戸惑いは同じ。患者は其中で右往左往しながらも立ち続けるしかない、という状況にあると思っています。そんなとき、どうすべきか、どうあるべきか、というようなことを今回は書かせていただきます。あくまで個人的な意見ですが、まじめですよ(笑)。全然違うな、という場合はご容赦を。では、よろしくをお願いします。

## ▼自己紹介

45歳です。神奈川県横浜市に妻の実家で子供2人と住んでいます。マスオさんです。仕事はフリーのテレビディレクター。精力的に働いていました。発症は2010年2月25日です。日付を忘れていません。発症した日付忘れない方多いですよ。やはり、人生が変わった日だからと思います。39歳でした。咳がすごく、首がはれてきた。それで救急で病院行って、肺がんの中の「腺がん」というタイプであることがわかりました。ステージは進行した4。生存期間中央値は12か月です。

## ▼肺がんという病気

数あるがん腫の中で、肺がんは死亡数1位。年間におよそ7万5千人が命を落としています。たばこが原因というイメージですが、そうではない患者も多いです。私もそのタイプで喫煙歴はありま

せん。非喫煙者の肺がん患者は特に女性で増えています。肺がんは治療法の進歩も著しく、長期生存者も増えているという状況ですが、やはり予後が悪い難治性のがんに位置づけられると思います。

## ▼私の治療歴

抗がん剤は8個使用。めぼしいものは使いました。次の薬は話題のオプジーボになります。さてどうなることやら。数年前に陽子線・重粒子線・手術も行いました。三大治療は全部やっています。手術では右肺を全摘出しました。肺が半分ないわけですから、階段を登ることや小走りがきついです。座っていると普通でいられます。残念ながら手術の合併症も起こしました。今も苦しんでいます。現在おなかの中に複数の転移があります。これを書いているのは11月中旬。下旬には検査があり、今、かなりのドキドキ中でありま

## ▼ワンステップの立上げへ

発病してから5年が過ぎた2015年4月、私は「肺がん患者の会 ワンステップ」を立ち上げました。2016年の4月からはNPO法人に。設立の動機は「患者体験の知見・知恵が蓄積され、継承される受け皿が必要」と感じていたからです。

肺がんの患者会というのは、今までほぼ存在していないという現状がありました。予後が悪いため、人のために何かするという状態ではなかったわけです。そんな中でも個人でHPを作って、何の薬を使ったとか、副作用がどうだったとか、全部細かく紹介している方がいました。さらにそのHPの掲示板では、患者が活発にいろんなQ&Aとか相談したいなことをやっていたんです。私はいつもその掲示板に行っていました。またその方の薬や副作用の経験を読み、そうかそうかと思っていました。命に限りがあるにつげられ、どうしていいかわからない患者たちの「居場所」みたいなところがあったんです。

ところが、そのホームページは今存在してないんですね。ホームページは維持費がかかるので、その方が亡くなってしまうと消えてしまいます。いろんな患者さんがそこに集まってきて、その患者さんたちの体験とか知恵とか、そういったものがそのホームページにはものすごく詰まっているのに、それが消えてしまった。自分の中で耐えられなかったです。そんな思いがあって、患者の体験や知恵が蓄積されていくもの、継承されていくもの、そういったものが何かできないかなと思って、患者会を作ろうと思いました。

## ▼大切にしていること 「知って考える」

自分の治療を振り返ってみると・・・向き合い方として、ひとつ貫いているものがあります。それが「知って考える」ということ。闘病の中で「知って考える」を繰り返してきました。

そもそも「知って考える」とは・・・

- ①彼を知り己を知れば百戦あやうからず
- ②残念ながら悪い結果になる場合もある。  
それを納得するためには「自分で決める」  
ってことが重要。

そんなことだと思っています。でも・・・「知ること」が大事とはそれなりに一般的で、誰でもそう思います。でも、ことはそう簡単ではないのではないかと。実は、「怖い」。そんな話をしたいと思います。

私の3つめの薬の選択時、医師の説明はそれまでとはうって変わったものでした。具体的な抗がん剤の提示をされません。今までは、これが一番いいですよ、と言われてそれに決めてきた。しかし、3つ目になると、これだ、というものはない、と言うのです。いくつか残された薬を、順々に使って行って、効果があればそれを続ける、という説明でした。3つくらい抗がん剤の名前が挙がり、そして、どれにする？と言われてたわけです。皆さんも、薬ABCDあるけど、どれにする？って言われたことないですか？でも、そんなこといわれても決められないですよ。だからそれから調べました。「知って考える」をやる

うとしたんです。

主治医が言うには、3つの中でもタキソテールがいいという。だからタキソテールを調べはじめました。まずはインターネット。見たのは論文の和訳でタキソテールはどれくらい効果があって、持続するか。肺がんには必ず出てくる薬ということもわかりました。副作用でおこる脱毛も有名。体験者のブログなども読みました。そしてこの薬を最後に亡くなる方もいました。

つまり、調べて見えてくるのは、「起死回生の一手」ではなかった。つらい現実です。そしていわゆる「正しい」のでそこに付け入る隙はありません。そうなってくると「知って考える」はいいことないじゃん、ということになります。かえって、不安に満たされる結果になってしまいました。

じゃあ、どうするのか？みなさんはどうされているのでしょうか？僕自身、これに対する明確な答えはありません。僕の場合はこう考えたということで紹介します・・・こちら

### 「知らないままでいる不安より、知ったことで起こる不安のほうが、ずっとマシ」

そもそもなぜ「知ろう」としたのか？それは、選択のそのときそのときを医師と相談しながら決定していく。その積み重ねこそが「最高の延命」をうむ、と思った。今、それを実行しているだけ。

さらにこんなことも考えました。

### 「べつにこの苦しみが、今始まったわけではない」

治療は様々な苦難や選択の連続です。初診の時、

がんかどうかで悩み、最初の治療の選択を悩み、今度は薬が効くか効かないかで悩み、薬を使えば副作用で悩み、最期は薬の中止を見据えることも必要になってくる。選択は繰り返され、そのたびに悩むわけです。

ならば大事なものは、問題は常に起こるものと考え、そしてその一つ一つに丁寧に対処していく。こういった何かあれば解決を探っていく姿勢を身に着けることが大切と思いました。

「知って考える」という考え方がすべてを解決するわけではないと思いますが、自分自身には合っていると感じています。治療への向き合い方はひとそれぞれで、こうだという正解はないと思います。一人一人が納得する治療を選べばいいと思っています。

### ▼「支えられている」

病気になり、家族に対して思うことに、「支えられている」という思いを強く抱くようになりました。よく覚えているのはキャッチボールです。近くの公園に家族で出かけて、当時小3の息子とやりました。球がそれるとそれをとりに行くのが普通ですよね。でも僕は当時具合が悪くて体力的にとりに行くのは大変でした。だから球がそれると、子供がびゅーっと走ってきて、僕を追い抜いて球をとりに行く。そんなキャッチボールが始まりました。何回もそういったことが起こるので、息子が肩で息をするようになりました。そのうち、妻と娘がカバーに入るようになりました。それた球をとるために、僕の後ろに立ってくれたのです。

家族全員が僕をカバーするキャッチボールが始まりました。この時、心がガガガッと揺さぶられる感じがしたのを今でも覚えています。

「俺は支えられている」 そう感じたのです。今まではこの病気になり、子供へ何か伝えたいと言う気持ちが大きかったです。何か与えたい、そう思っていました。でも、逆でした。僕が家族に支えられていました。肩ひじ張らず、普通に、そして感謝しながら、生きていけばいいのだと思ったことを覚えています。

### ▼ピコ太郎のパロディ

さて、終わりに近づきましたが、みなさんにぜひ応援をお願いしたいことがあります。今、東京オリンピック・パラリンピックに向けて、罰則付きの受動喫煙防止法案の作成が進められています。オリンピックの開催都市は、すべてこの法案を作るのが通例なのですが、日本だけまだやっていません。また、先進国の中で、受動喫煙の対策は日本が最低という位置にいます。私たちはこの法案の早期成立を応援しています。

ところで皆さんは、PPAP=ペン・パナイナッポー・アッポー・ペンで、一気に有名になったピコ太郎をご存じですよね？ 受動喫煙防止法案の要望書を提出するにあたり、世の中に無関心ではいてほしくない、ピコ太郎のパロディを作りました。

お時間あれば見てくださいませ。

読んでいただいて、ありがとうございました。



(注) 長谷川さんは、クラウドファンディングで、このような本も出版されています。

### 「肺がんのわたしが あなたに知ってほしい3つのこと」



3つのうちのひとつが、コレ。

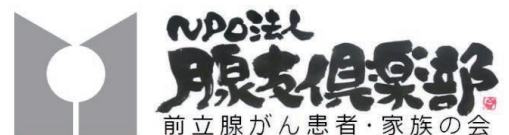
”喫煙は、肺がんのリスクを高めるが、たばこを吸わなくても肺がんになる”

## 編 集 後 記

昨年中に発行するはずだった会報「第2号」ですが、このたびようやく皆さんの手元にお届けできることとなりました。

昨年（2016年）は、NPO法人になった年であり、さらに新たな事業として、男性のがんをもっと知ってもらうため、「ひげ」をシンボルとした日本初のラン&ウォークイベント「Mo-FESTA」を企画・開催した年でもありました。昨年の秋から年末にかけては、大阪での前立腺がんセミナーの開催や、各種がんフォーラムへの対応も重なり、会報の編集にまで手が回らなかったというのが正直なところですが、発行が遅れた分、モーフェスタを総括し、その特集記事が可能となり、これは好ましい副産物と言っても良いでしょう。セミナーの誌上再録は東京(7月)の分は掲載できましたが、大阪(10月)は次号送りとなりました。ページ数が増えすぎることを懸念したためですが、これは編集者としてはありがたい悩みかも知れません。

表紙の画は、岩絵の具を使った日本画で、90歳を越えておられる曳野娃湖さんにご提供いただきました。



発 行：NPO法人腺友倶楽部  
<http://pc-pc.org>  
〒665-0875  
宝塚市中筋山手2-2-14  
TEL 070-5507-6914

発行日：平成28年1月30日  
第2号