

第3号

2017.6

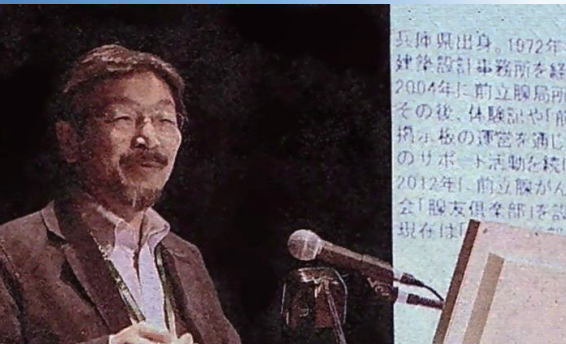
前立腺がん患者・家族の会

腺友倶楽部

今年もやります！ ひげで男性のがんを啓発するRUN&WALKイベント
Mo-FESTA (モーフェスタ)

CONTENTS

| | | |
|-------------------|------------------|----|
| ● 活動報告 & 新年度を迎えて | 武内 務 (理事長) | 2 |
| ● セミナー (大阪) 講演録 1 | 溝脇尚志先生 | 3 |
| ● セミナー (大阪) 講演録 2 | 溝上 敦先生 | 8 |
| ● ドクター赤倉の〈医療閑話〉 | 赤倉功一郎先生 | 14 |
| ● 腺友だより 1 | 中野俊夫さん | 16 |
| ● 腺友だより 2 | 平沢茂雄さん | 21 |
| ● 今を生きる！ | タカラソクワイト 谷島雄一郎さん | 24 |



兵庫県出身。1972年建築設計事務所を経て2004年に前立腺局前その後、体験部や「前」の各の運営を通じてのサポート活動を続け、2012年に「前立腺がん」会「腺友倶楽部」を設立。現在は

会報 上段：創刊号 下段：第2号



前立腺がんセミナー2016 東京



前立腺がんセミナー2016 大阪 懇親会



モーフェスタ 2016 東京（上段）・大阪（下段）



活動報告 & 新年度を迎えて

～ 新年度の方針について～ 武内 務 (理事長)

NPO 法人として始めて迎えた 2016 年度は、文字通りフル稼働の 1 年でした。本来ならもっと堅実に、少しずつできることを増やして行くべきだったかも知れませんが、私達の多くはいわゆる働き盛りを少し過ぎ、そろそろ先の見える年代であり、ましてやがん患者。気力と体力のある限り、今やれることはできるだけやっておこうと考えたわけです。若者の猪突猛進と同じですね。(笑)

新年度の目標は、初年度の目標を引き継ぎ、より堅実にこなすことです。遠くない将来、認定 NPO 法人の取得もちよっぴり視野に入れながら。

腺友倶楽部が主催する事業活動

- ・前立腺がんセミナーの開催 (東京：7/15、大阪：10/9)
- ・WEB 上で上記講演の動画配信を行う
- ・会報を年 3 回発行し (講演録も掲載)、全国のがん拠点病院に配布
- ・男性のがんを考える「Mo-FESTA」の開催 (大阪：11/5、東京 12/17)
- ・「前立腺がん学習会・相談会」の開催 (名古屋、福岡、徳島など)
- ・語ろう会 (前立腺がん体験の発表とおしゃべり会) …新規企画

参加、協力するイベントや学会等

- ・各種学会への参加 (泌尿器科学会、放射線腫瘍学会、癌治療学会、臨床腫瘍学会、前立腺研究財団シンポジウム、他)
- ・各種イベントへの参加 (CNJ ジャパンがんフォーラム MBS ちゃやまちがんフォーラム、リレーフォーライフ等)
- ・セミナー開催、運営の協力 (講師の受諾、患者講師の紹介なども)
- ・全がん連主催の会議やがん政策サミットへの参加

2016 年度 主な活動報告

| | | |
|-------|-----|-----------------------|
| 2016年 | 4月 | NPO法人腺友倶楽部設立 |
| 2016年 | 4月 | 日本泌尿器科学会 (仙台) |
| 2016年 | 6月 | 会報創刊号発刊 |
| 2016年 | 7月 | 前立腺がんセミナー2016東京 |
| 2016年 | 8月 | ジャパンがんフォーラム (東京) |
| 2016年 | 10月 | 前立腺がんセミナー2016大阪 |
| 2016年 | 10月 | 癌治療学会 (横浜) |
| 2016年 | 11月 | ちゃやまちがんフォーラム (大阪) |
| 2016年 | 11月 | Mo-FESTA 2016大阪 |
| 2016年 | 11月 | 日本放射線腫瘍学会 (京都) |
| 2016年 | 12月 | 前立腺シンポジウム (横浜) |
| 2016年 | 12月 | Mo-FESTA 2016東京 |
| 2017年 | 1月 | 会報第 2 号発刊 |
| 2017年 | 3月 | 学習会 & 相談会 (名古屋、福岡) |
| 2017年 | 3月 | アジア・パシフィック地域 患者ミーティング |

前立腺がんセミナー 講演録 1

前立腺がんに対する放射線 外部照射療法の最前線



身体に優しい放射線治療

放射線治療の最大の特徴は、機能・形態が温存できるということです。治療が終わってからの生活の質も、高い状態を保って過ごすことができます。また高齢者にも優しい治療で、根治療法から対症療法まで適用範囲が広く、多くのがんが治療対象となっています。

舌がんでは、小線源療法による治療が可能ですが、うまくやると、きちんと治療することができ、今まで通り普通に食べて、普通に話をするということが可能です。手術で舌を半分取った場合には、会話も聞きとりにくい状態になってしまいます。

子宮頸がんも、治療成績は手術とほとんど変わりませんが、有害事象 (3 度以上) の発生率では、手術は放射線治療の倍以上となっており、ヨーロッパでは極早期の子宮頸がんを除き、放射線が標準治療とされています。

放射線でがんが治る仕組み

自然界には様々な放射線が飛び交っているので、我々の身体には、ある程度その耐性が備わっており、がん細胞の方が正常細胞より放射線に対してダメージを受けやすく、その修復能力も、正常細胞の方ががん細胞よりも優れているのです。

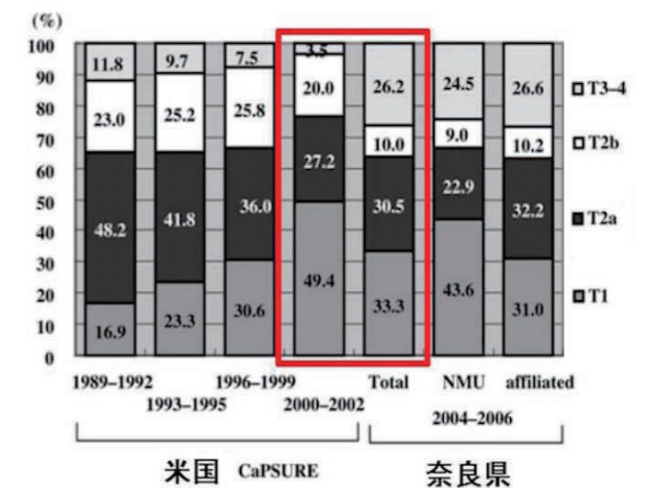
「患者・家族の集い 2016 大阪」 2016/10/10
京都大学医学部放射線治療科教授 溝脇尚志先生

今日は、放射線療法の中でも外部照射に重点をおいた話となります。全体の流れとしましては、放射線治療の特徴や前立腺がんの現状、そして病期分類と治療選択肢の概要を説明させていただき、後半になりますが、外部照射の進歩と今後の方向性について話をさせていただきたいと思っています。時間の関係もあり、十分なお話はできないかも知れませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

放射線に対する感受性や修復能力の差をうまく利用して、原発部の臓器をできるだけ温存しながら、がんの根治を目指すのが、放射線治療の基本的な仕組みです。

前立腺がんの現状

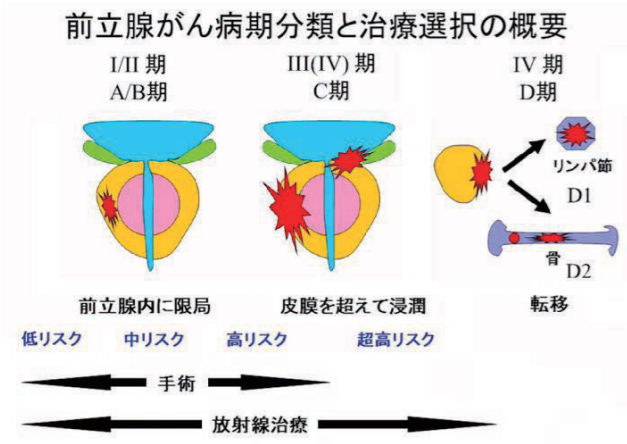
前立腺がんの罹患数は、去年の推計では既に男性のがんではトップとなっています。予想よりかなり早いペースで、前立腺がんが増えているということになります。



これは前立腺がん発見時の病期の構成比率を表しています。日本 (奈良県) では 4 人に 1 人が進行がんで見つかっています。欧米と比較して、日本では進行がんが見つかる比率が高いのが特徴です。

病期の分類と治療選択枝

前立腺がんの病期分類は、前立腺内に限局しているⅠ・Ⅱ期、皮膜を超え外へ湿潤をしているⅢ期、既にリンパ節や骨などに転移をしているⅣ期に大きく分けることができます。前立腺がんの場合は、同じ限局がんであっても、PSAの数値、あるいは画像検査による進展ぐあい、さらには病理医が生検サンプルを見て判定する顔つきで、その危険度の判定が変わります。比較のおとなしいがんか、危ないがんかを総合的に判定し、低リスク、中リスク、高リスク、超高リスクという形で分類しています。



手術という手法は、一般的には限局がんが対象ですが、少し皮膜を超えて湿潤している患者さんぐらいまでが対象になります。それに対して、放射線治療は骨盤内のリンパ節転移まで、根治的に対応が可能です。

前立腺がんの放射線療法

外部照射の治療風景@京大病院



これは、京大で外部照射 (IMRT) をやっている風景で、うつ伏せでやっています。コンピュータ制御で治療しますので、基本的に患者さんは台の上でこのように寝ているだけです。外部照射には、X線以外に粒子線 (陽子線や重粒子線) を用いる方法もあります。

小線源治療 (インプラント)

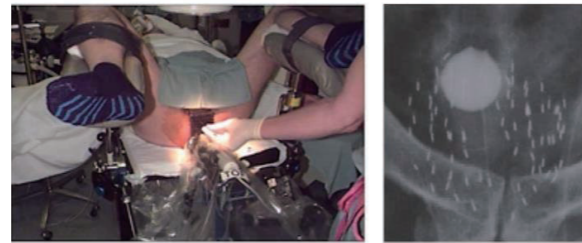


図: ユーロメディテック社提供
図1: 治療後24時間の単純写真
2008放射線治療医計画ガイドラインより

線源を密封した小さなカプセルを前立腺の内部に入れ込むのが小線源療法です。麻酔をして、超音波で見ながら針を十数本刺し、小さな線源 (シード) を埋め込みます。前立腺に留まり、弱い放射線を出しながら、じわじわ治療していきます。リモートアフターローディング (RALS) の場合は、一時的に線源を送り込んで治療します。小線源治療と外部照射を組み合わせた治療法もあります。

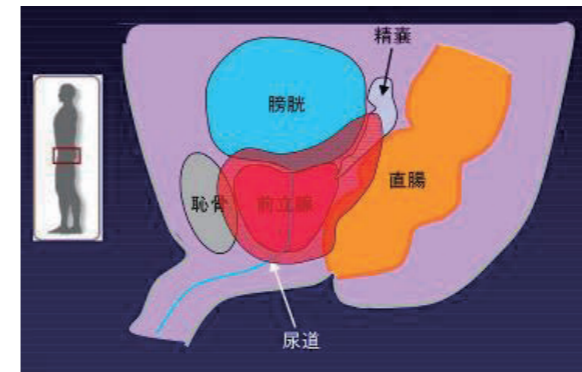
副作用にも注目を

限局がん (B期) であれば、適切に治療された場合、どの治療法を選択しても、治癒率はほぼ同等とされています。差がなければ、副作用など他の要素も考えながら最適なものを選ぶということになります。

ただ、予後の状態は変わらないにしても、手術と外照射とインプラント (小線源療法) では、治療期間や性機能の維持、晩期の直腸出血、尿失禁や狭窄などでそれぞれ生じ易い副作用が異なります。治療選択は、このあたりも含めて考える必要があります。

前立腺がんの特徴と放射線治療

前立腺がんの放射線治療では前立腺の周囲に1cm弱ぐらいのマージン (余裕) を取って照射をします。境界の内側を100%、外側を0%というのは物理的に不可能ですし、尿や便、腸内ガスのため具合で、多少前立腺の位置がずれるからです。



すると、どうしても膀胱下部や直腸の前面に放射線が当たることとなります。膀胱より直腸のほうが放射線に弱いので、外照射では直腸の障害が一番問題になります。

放射線治療の副作用は、急性期と晩期に分かれます。急性期には頻尿、尿勢低下、排尿困難、排便時の出血などの症状がありますが、これらは治療後数ヶ月程度の範囲で、いつまでも残るということはありません。晩期の副作用には、直腸出血、血尿、排尿困難、尿道狭窄、等々があります。こちらの方は、頻度は高くはないものの、出現すると非常に治りにくいと言えます。これらの発生頻度をできるだけ下げることが重要となります。

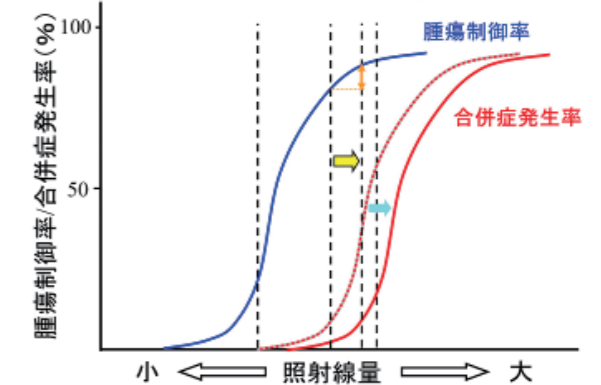
外照射の進歩について

全ての治療法に長所と短所がありますが、X線外部照射の長所は、とにかく侵襲性が低いことです。手術では医師の技術差がハッキリ出ますが、外照射では、治療計画のチーム内外での確認修正が可能ですので、比較的標準化が容易です。短所としては治療期間が長いことです。普通2ヶ月ぐらい

はかかります。また、晩期の副作用として直腸出血が怖いとされていますが、現在は技術が非常に進歩して、ほとんど心配がいらぬ程度にまでなっています。

昔は、前後対向2門照射を代表する二次元照射が主流でしたが、前立腺がんの治療にはほとんど役に立ちませんでした。その後、三次元原体照射 (3D-CRT) が登場してきました。この技術開発によってかなり狙いが的確になってきたとは言え、多方向から放射線を集中照射しても腫瘍に囲まれているような正常組織には、放射線が当たるとのを避けることはできません。がん細胞にだけ当て、正常細胞に当てないということは、なかなか難しい問題でした。

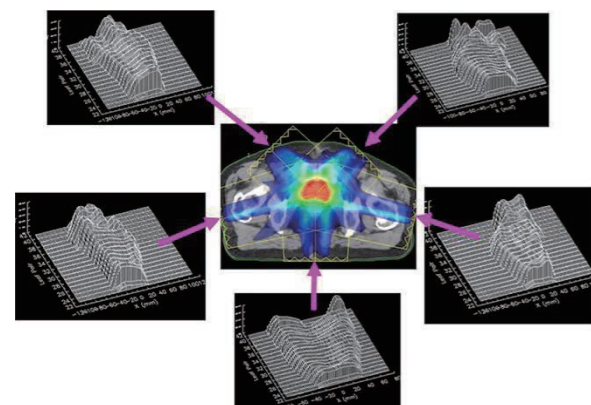
3D-CRT/IMRTの治療戦略 (体積効果を活用)



これは放射線治療の治療戦略を決定する理論的な模式図です。照射線量を上げると腫瘍制御率は上がりますが、同時に非常に高い合併症発生率を起こしてしまいます。そこで腫瘍制御率と合併症発生率の差が最も大きい辺りを狙って、かなりシビアに照射線量を決めているわけです。もし、合併症の発生率曲線をもっと右に寄せることができれば、照射線量をもっとあげることができるわけです。この問題の解決策としてIMRT (強度変調放射線治療) という照射方法が開発されました。

IMRTでは、すだれのように細分化された高速シャッター (MLC) をコンピュータで制御するこ

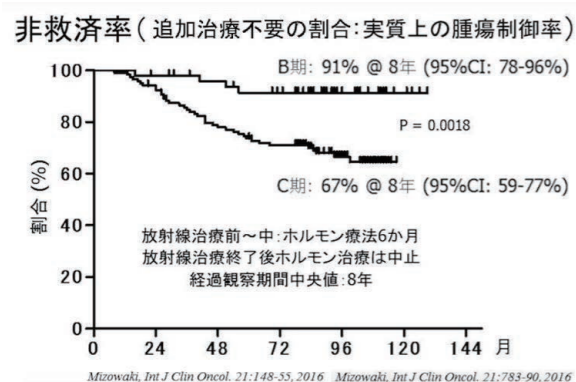
とによって、各方向に渡って、線量分布に濃淡を付けた照射が可能となり、正常組織を避け、腫瘍のみ



結果として照射部分は本当に前立腺の形そのものになっています。この計算は、人間の頭脳では難しいので、コンピュータの最適化機能というのを使っています。また、ホルモン療法を併用すれば、生存率、非再発率ともに治療成績が上がる

ことがわかっています。MLC (マルチリーフコリメータ) の幅も、当初は10mm ぐらいでしたが、最近では2.5~3mm 程度に細くなってきました。これも周辺臓器の副作用を減らすことに貢献していると思われる。

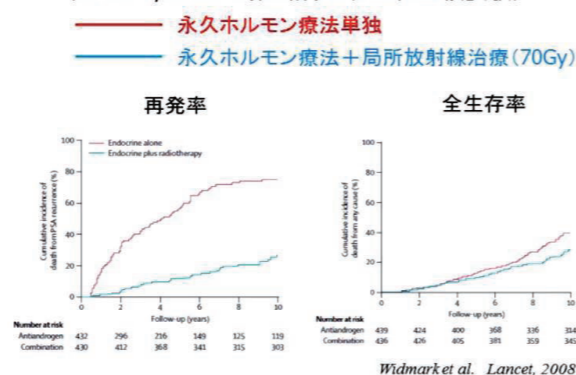
京大の外照射の治療成績 (追加治療なしの腫瘍制御率) を示しておきます。



局所進行がんについては、以前はホルモン療法というケースも良くありましたが、放射線治療も併せて行った場合には、治療成績が大幅に向上

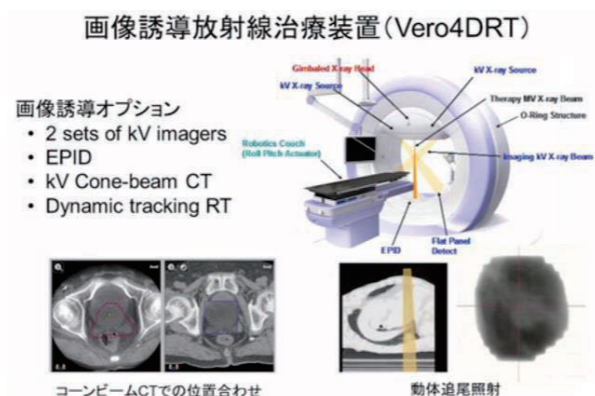
ることが判っています。

局所進行がんにおける局所(前立腺)根治的外照射の意義 (SPCG-7/SFUO-3 第3相ランダム化比較試験)



画像誘導放射線治療 (IGRT)

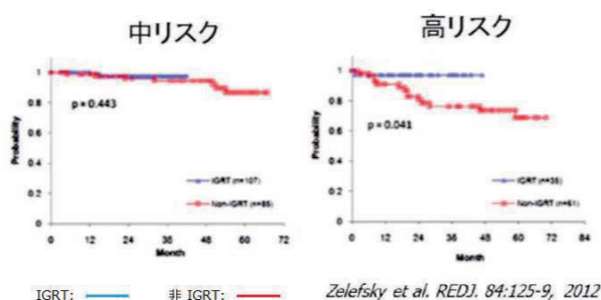
外照射の位置合せは、以前は骨を基準として行っていたのですが、今は京大ではこのような器械を使っています。



放射線治療を行う直前に、その場でCT画像を撮ることができ、治療計画時の画像と重ねることで前立腺移動を補正し、誤差の極めて少ない照射を行うことができます。

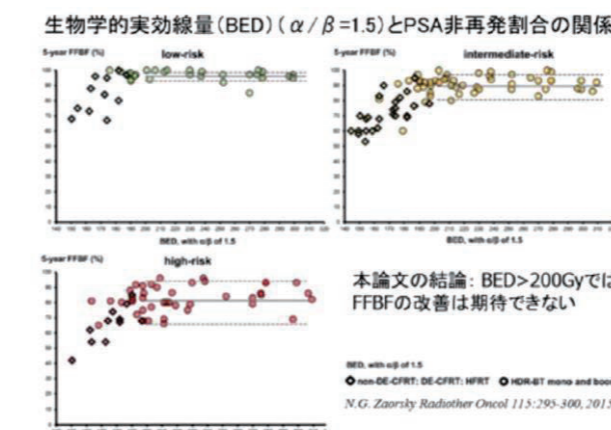
アメリカのデータですが、画像誘導を用いると、高リスクの治療成績も低・中リスク比べて見劣りがしないほど向上しています。(青線)

画像誘導IMRT (IGRT) vs. 非画像誘導IMRT



照射線量について

放射線治療では、生物学的等価線量を上げると治療成績が良くなると言われてきましたが、はたしてどのぐらいの線量が最適なのか、これについては、従来良く判らなりましたが、最近このような論文が発表されました。



これによると、200Gy 以上では治療成績はほとんど変わっておりません。このデータの外照射には画像誘導が含まれていないので、実質線量ももっと低いと考えられます。それも勘案すると、生物学的等価線量は180Gy 程度 (外照射では78~80Gy 程度) で十分であり、この程度の線量で、副作用の更なる軽減を目指すべきだと考えます。

寡分割照射

外照射は治療期間が長いことが最大の欠点です。寡分割照射では、1回の照射線量を増やして、治療回数を減らそうという考え方です。

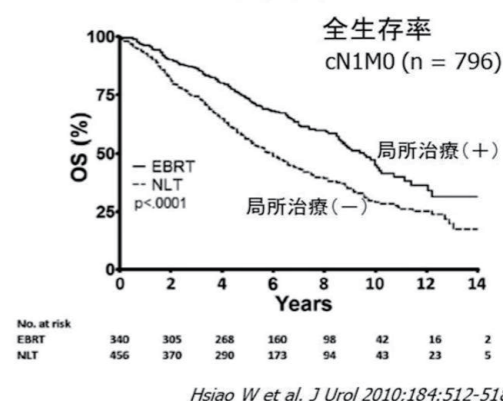
一回3Gy (2回) 程度であれば、すでに8年の観察データがあり治癒率と副作用は、通常照射とほとんど変わらないので、これは治療選択肢と考えても良さそうです。サイバーナイフなどを用いた定位照射では、1回7~8Gy、4~5回です

京大では3.6Gy で15回、約3週間で終わる寡分割照射の臨床試験を行いました。腫瘍効果が高く、副作用は少ないという結果がでており、今秋の癌治療学会で発表するつもりです。適度な寡分割は望ましい傾向だと思えますが、極端な寡分割は今のところ標準とは言えないようです。

リンパ節転移例に対する局所治療

PSAが100もあって、リンパ節転移があるような場合には、これまではホルモン療法ということが多かったと思いますが、局所治療をしたほうが、治療成績が良いというデータが出ています。

骨盤リンパ節転移陽性例に対する根治的局所治療の意義



京大では、2005年からリンパ節転移がある場合には、局所とリンパ節への照射はもちろん、必要に応じ骨盤内照射も行っています。骨盤リンパ節転移陽性例のIMRT治療成績は、5年PSA非再発率が69%と、放射線治療後も2年間のホルモン療法を行っていることを差し引いても良好な成績が得られています。

前立腺がんの場合、少数の転移の場合は、積極的な放射線治療を考慮したほうが良いのではないかと示すデータが蓄積されつつあります。

以上、終盤駆け足になってしまいましたが、ご静聴ありがとうございました。

進行性前立腺がんとのつきあい方
～診断と薬物療法について～

「患者・家族の集い 2016 大阪」 2016/10/10

金沢大学医学部泌尿器科教授 溝上 敦 先生



今日は前立腺ガン啓発のブルーネクタイをして来ました。特注品なので日本でこのネクタイを持っているのは数十人ぐらいしかないと思っています(笑)。今日のお話は、どちらかと言うと進行した前立腺がんの患者さん向けとなります。基本的な治療の流れはあってもそれに当てはまらない患者さんも多いので、個々の状況に応じた治療法を考えていかねばなりません。私が患者さんだったらどうするかということを常に考え、保険診療の範囲内でベストの治療を目指しています。

薬物療法の基本的な流れ

薬物による一般的な去勢術としてはリューブリンとかゾラデックス。それにアンチアンドロゲン剤であるカゾデックス(ビカルタミド)が主な治療法となります。再発するとカゾデックスをオダイン(フルタミド)と取り替えるアンチアンドロゲン交替療法を行います。その次は女性ホルモンなど、それも駄目なら化学療法。さらにはデカドロンなどのステロイドを使っていく、あるいはその後の痛みを和らげる緩和ケアという流れになっていくと思います。

骨に対する治療としては、ゾメタ、ランマーク、デノスマブというような薬と併用しながら骨症状の悪化を防ぐというようなことをよくやってきました。ところが 2014 年以降、新しいホルモン療法薬、イクスタンジ(エンザルタミド)、ザイティガ(アピラテロン)などが日本にも登場してきました。化学療法の新薬ジェブタナ(カバジタキセル)も使えるようになりましたし、放射性医薬品であるゾーフィゴ(ラジウム 223)という注射薬も新しく登場しました。

私達の大学では、粒子線は別として、放射線治療も含めてほとんどの治療法が揃っています。リス

クに応じた治療方針は大体決まっていますが、高リスクの浸潤がんが問題です。浸潤が軽度ならインプラント(低線量率小線源療法)でも良いと思うのですが、精嚢上部に浸潤が及ぶような難しいケースでは、高線量率組織内照射の針を精嚢の奥にまで刺す治療を行っています。この治療は、患者さんにとって姿勢が窮屈で辛いと思うのですが、現在は、一回 13Gy だけの照射だけとなり、患者さんは非常に楽になりました。その時にはもちろん、IMRT やホルモン療法も併用します。

症例 1



これは、70 歳で 6 年程ホルモン療法(MAB)を続けておられる方です。PSA が上がり、カゾデックスを止めたり交代療法を行ったりしても、少し

下がればまた上がる、その繰り返しです。さてこれにはどう対応すべきでしょう。

私なら画像検査を行います。CT と MRI を撮ってみると、おにぎり型の前立腺の中に病巣と思われる領域が見受けられました。骨シンチでは転移はみあたりません。念のため生検を行って、生きたがん細胞の存在を確認し、限局部の放射線治療(外照射)を行いました。その後 PSA はずっと下がり、患者さんは今も元気にされています。

症例 2



PSA 270、グリソンスコア 4+4=8、T4N1M1b、膀胱湿潤もあり、リンパ性湿潤もあって骨転移もある。前の先生はデカドロンも使われていました。デカドロンを使うと PSA は下がります。しかし、その後、また徐々に上がってきました。

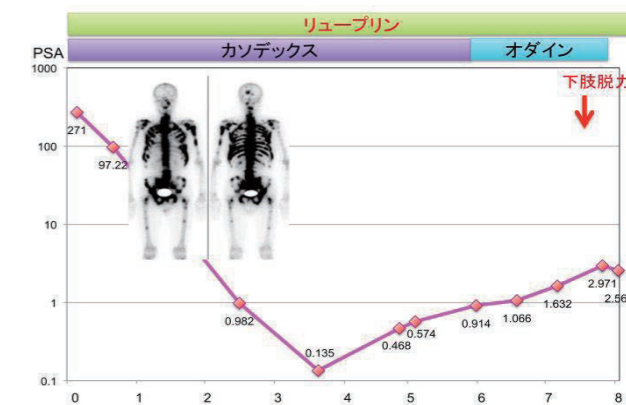


骨シンチを行うと、9 番目胸椎の部分だけが真っ黒になっており、ここが PSA 上昇の原因だろう

と判断しました。ゾメタも併用しながら放射線治療を行うと、PSA はずっと下がってきました。2 年経過後エストラサイトも服用していましたが、PSA、BSI とも上がってきており、骨シンチを行うと腰椎に新しい転移が見られました。

転移個所に再び放射線治療を行ったところ、現在は病状が安定しています。このように、ホルモン治療だけをやっている訳ではありません。放射線治療医とは密にコンタクトを取りながら、必要に応じて放射線治療も積極的に行っています。

症例 3



PSA 271、グリソンスコア 8、T3 で頭部にも骨転移が広がるいわゆるスーパースキャン状態でした。

一般的なホルモン療法で PSA は劇的に下がり、その後、徐々に上がってきましたが、当初の数値から見れば大したことはないと思っていました。しかし 2 を越えた時に急に下肢の脱力、下半身の完全麻痺が起こりました。MRI を撮ると、胸椎の 5 番目と 9 番目が完全に圧迫され、これは完全な脊損状態です。急遽、手術になりました。幸いなことに、この方はその後再び歩けるようになっていきます。画像検査をきちんとやっておかないと、こうした予期せぬ事態が起こり得ます。

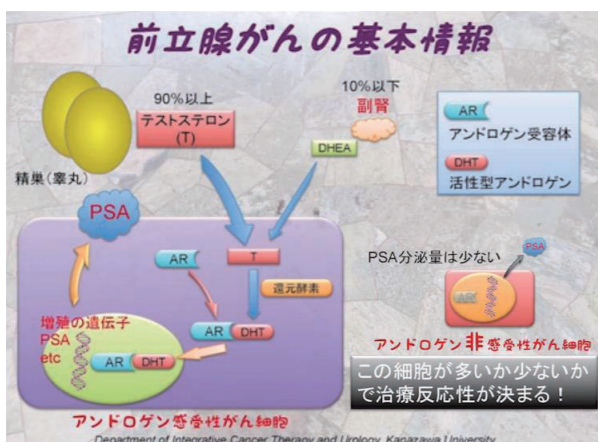
画像検査の重要性

前立腺がんは骨に転移しやすいので、画像診断

はとても大切です。骨シンチは経過を追跡するという意味ではちょっと難しい面がありましたが、最近 BONENAVI というコンピュータによる解析装置ができました。BONENAVI では、骨全体に対する骨転移の割合を BSI という数値で、定量的に把握できるようになり、骨転移の経過変動を追えるようになってきました。

PSA再燃のメカニズム

前立腺は男性ホルモンの影響を非常に強く受けている部位です。男性ホルモン（テストステロン）の90%以上は精巣から出ており、残りの男性ホルモンは副腎から出ています。男性ホルモンががん細胞に入ってくると、テストステロンが活性化しDHTに変化、それがアンドロゲン受容体（AR）に結合し核内へ進入、DNAの遺伝子と結合し、がん細胞を増殖促進させてPSAを高めます。



去勢術により、精巣からのテストステロンの供給が断たれたとしても、副腎から出てくる男性ホルモンをうまく利用して、またDHTに変換してしまおうという作用が起こります。がん細胞のDHT濃度が上がり、なんらかの理由でアンドロゲン受容体（AR）が再活性化すると、僅かなDHTとアンドロゲン受容体がまた細胞の核内に入り、増殖遺伝子やPSAの分泌を再び上げていく。これが、PSAが再燃するしくみです。

もう一つ、これが一番問題かもしれません。実は、がん組織の中にはホルモン療法にほとんど反応しないアンドロゲン非感受性のガン細胞が少なからずあると思われます。PSAも僅かながら分泌していると考えられ、これが多分、ホルモン療法の反応性を決定しているんじゃないかと思えます。

骨はカルシウムだけでなくタンパク質の宝庫でもあります。増殖に関係しているタンパク質が、転移しているがん細胞を再増殖させたり、がん細胞自身の様々な遺伝子の変化で再増殖し始めると、本来PSAの分泌が少なくとも、やはりがん細胞の総和でPSAが上がってくる。私達は、二つのメカニズムのPSAを見ているわけです。

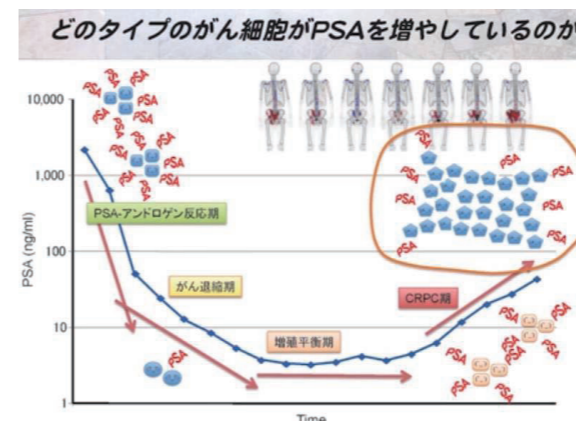
PSAだけをみるのは危険



この患者さんは、初めて見つかった時はPSAが2160。とんでもない数字です。骨転移（BSI）も3.9%でした。ホルモン療法は良く効いていましたが、やがて再燃してしまいます。PSAが40といえば元の1/50というまだまだ低い数値ですが、BSIはすでに治療前と同程度まで上がっています。これは一体どういうことでしょうか。

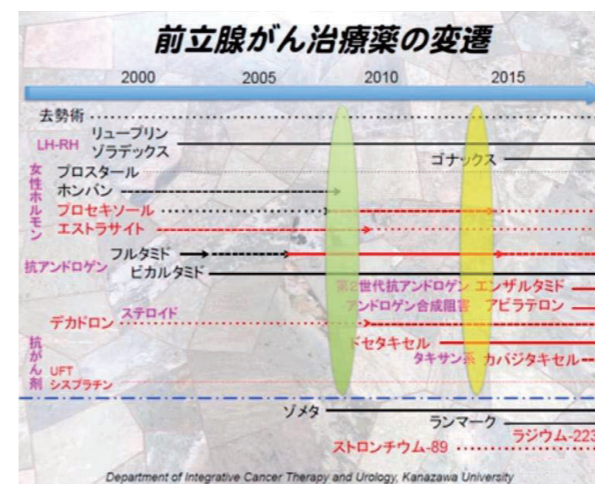
がん細胞はアンドロゲンに感受性があり、PSAを分泌しやすいタイプのものであれば、非感受性でPSAを僅かしか出さないものもある。この患者さんの骨細胞の中でこのようながん細胞がやたら

増加したためではないかと推測されます。



治療法の変遷

前立腺がんではどのような薬が使われてきたか、その変遷をここにまとめてみました。



新薬登場以前のホルモン療法

日本では、諸外国に比べて比較的ていねいなホルモン療法が行われてきました。人種など患者背景に違いはあるので一概には言えませんが、骨転移のある患者さんの生存率の比較でも、日本のほうが優れていますし、臨床試験時に、過去に何種類のホルモン療法を経験していたかというデータを見ても、日本の方が明らかに海外より多い。坑アンドロゲン交替療法も、多くの場合で（金沢大では61%）効果が認められるし、そのような人は予後が良いということも判っています。プロセキソール（女性ホルモン系薬剤）やデカドロ

ン（ステロイド）も捨てたものではありません。このような従来からの治療薬をビンテージ薬と呼んでおり、様々な工夫をしながらこれらの薬を用いてきましたが、我々はこれを誇りに思っているわけです。思っていた…と言っても良いかも知れません。近頃はこれらのビンテージ薬を知らない若い先生も増えて来て、新薬登場以降は、とかく安易に新薬に流れがちで、ビンテージ薬が疎かにされる傾向が見受けられます。ビンテージホルモン療法薬は、それほど見劣りするものではないと思いますし、また、女性ホルモン製剤を使用した後でも、新薬アピラテロン（ザイティガ）の効果はほとんど変わらないことも判っています。効果の大きい新薬はいわば伝家の宝刀です。そんなに早く出さなくても良い、私はそういう風に思っています。

新規ホルモン療法薬

アピラテロン（ザイティガ）は、男性ホルモンの合成に関わる主要な酵素 CYP17 を阻害する薬で、去勢抵抗性前立腺がん（CRPC）では、主に副腎からのアンドロゲン合成を妨げています。

エンザルタミド（イクスタンジ）というのはDHTが結合するのを阻害してアンドロゲン受容体（AR）が核内に入るのを邪魔する薬です。どちらもかなり強力で良く効く薬です。

新薬の価格について

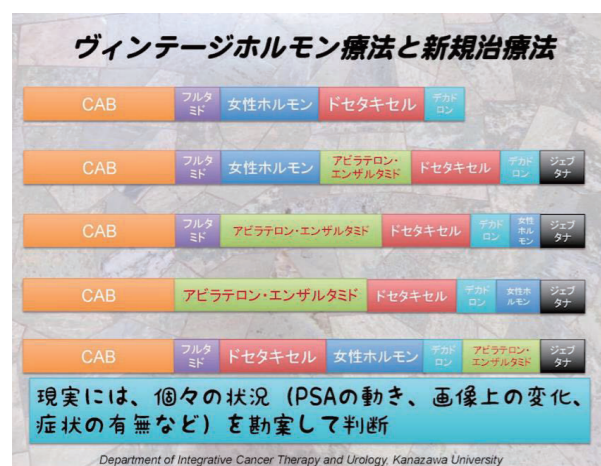
| 薬剤名 | 1日投与量 | 1ヶ月薬価 |
|------------------|-------|------------------|
| カソテックス 80 mg | 1錠 | 24,396 円 |
| オダイン 125 mg | 3錠 | 23,778円 |
| エストラサイト 156.7 mg | 2~4c | 20,268~40,536円 |
| プロセキソール 0.5 mg | 2~3錠 | 2,148~3,222円 |
| デカドロン 0.5 mg | 1~2錠 | 168~336円 |
| イクスタンジ 40 mg | 2~4c | 141,246~282,492円 |
| ザイティガ 250 mg | 2~4錠 | 221,454~442,908円 |

H28年4月新薬価

前立腺がんの治療薬の費用は1ヶ月でどのぐらいなのか、判り易くまとめてみました。

新薬は驚くほど高いです。デカドロンは新薬に比べれば、ただ同然と言っても良いでしょう。自己負担の額はもっと少ないと思いますが、結局、国と患者さんでこれらを負担しているわけです。

新規ホルモン療法を行うタイミング



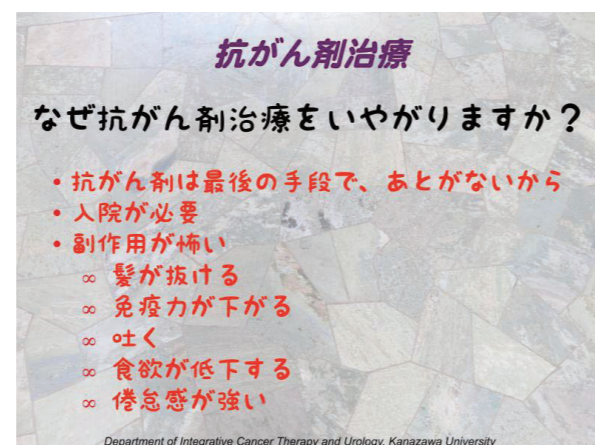
次は新規を用いるタイミングについてです。最近では、こうした新薬をどんどん前倒して使う傾向があります。しかし、効果の違いはどの程度あるのでしょうか。

新規ホルモン療法薬も、やはり耐性が生じ効かなくなることがあります。さらに、強いホルモン療法薬を使うと、アンドロゲン受容体が活性化され易くなるとか、アンドロゲン非依存性のがん細胞を増加させてしまうようなことが、基礎実験のレベルですが、あるのではないかとされています。

近頃はドセタキセルの後でも使えるカバジタキセル (ジェブタナ) という薬も出て来ましたが、ドセタキセルを早くから使わなければならないケースもあると思いますが、現実には個々の状況、PSAの動きや、画像上の変化、症状の有無などを勘案しながら、総合的に判断する必要があると思っています。

抗がん剤治療の必要性について

抗がん剤の治療を積極的に受けようという人は少ないようです。抗がん剤は最後の手段で後がないからとか、入院はいやだ、副作用が怖いなど、様々な理由があるようです。もちろん、ここに書かれているような副作用もない訳ではありません。

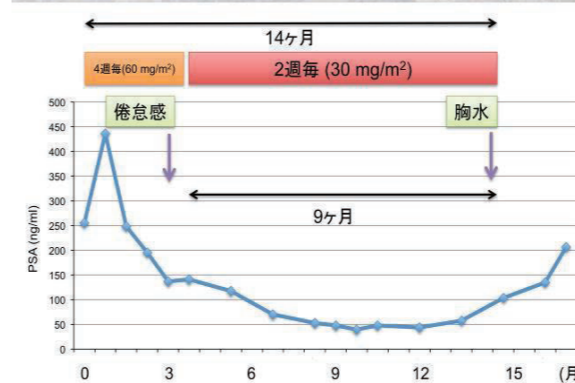


しかし、前立腺がんのホルモン療法というのはアンドロゲン感受性のある細胞にしか働きません。化学療法というのは、アンドロゲン非感受性の細胞をターゲットにしているわけです。進行した前立腺がんの患者さんの90%以上の方は、多かれ少なかれ非感受性のがん細胞を持っています。ただ1割ほどの患者さんは、非感受性のがん細胞がほとんどない方もおられ、このような方はホルモン療法の効果が長期に渡って持続します。でも、ほとんどの方は、合併症とかそういうものがなければ、いつかは抗がん剤を使わなければならないと覚悟をしておいてもらった方が良いでしょう。要はそのタイミングと使い方だと思うのです。

ドセタキセル (タキソテール) の投与方法

ドセタキセルなどの抗がん剤を使っている患者さんは3~4週間ごとに使っている方が多いと思います。ところが、Lancet と言う有名な雑誌に、2週間ごとの投与で使える期間が延びたという論文が出ており、それを実際に試してみました。

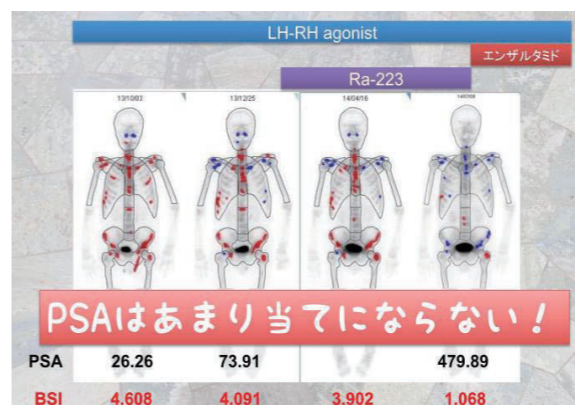
ドセタキセル隔週毎投与方法 (76歳)



ある患者さんに、最初は4週ごとに60mgを投与。倦怠感が非常に強くなったので、2週間ごとに30mgの投与に切り替えました。半量ですが、1ヶ月分の投与量には変わりはありません。すると、骨髄抑制の程度を見てもそれほど減りませんし、発熱とか感染症もほとんど心配しなくていい。脱毛はしますが、完全に抜けるというほどではないし、食欲もそのままある。このような患者さんがほとんどです。つまり、きちんと考えて使えば、ドセタキセルもさほど恐れることはありません。投与方法はなかなか変えられないという施設もあるかもしれませんが、そこは主治医の先生とよく相談してみても良いのではないのでしょうか。

ゾーフィゴ (Ra-223)

ゾーフィゴはアルファ線を出す放射性医薬品で2016年6月に承認されました。カルシウムと似た性質を持ち、骨に留まり放射線を放出します。



この方の使用経過を見ると骨転移 (BSI) は減っていますが、PSAは大きく増えています。骨転移の程度とPSAの値が一致しないというこのようなことが、現実にはしばしば起こっているのです。PSAだけでは、あてにならないということです。

ゾーフィゴを使うタイミングは、転移が多過ぎず骨痛も少ないほどほどの時期が良さそうです。新薬やドセタキセルを使用する前の方が良いでしょう。使用が遅れると内臓転移が出る可能性があります。ピンテージホルモン療法薬や、骨転移で良く用いられている点滴薬ゾメタなどと併用するのが良さそうに思います。

まとめ



私としては、このピンテージというホルモン療法薬を、新薬と組み合わせながら上手に使って行きたいと考えています。最後に、もう一度言いますが、患者さんと常にコミュニケーションをとりながら、『自分あるいは家族が患者だったら、どのような治療を選ぶか』ということについていつも考えながら、治療にあたるべきじゃないかなと思っています。

長くなってしまいましたが、ご静聴ありがとうございました。

日本の前立腺癌診療の特徴 ～各科医師の役割分担の違い～

前立腺癌の診断や治療において、我が国では泌尿器科医が担当している場合がほとんどかと思えます。腺友倶楽部会員の皆様の主治医も泌尿器科の医師ではないでしょうか。ところが、国が変わればやり方も変わるものであり、診療の役割分担は必ずしも世界共通ではありません。そこで、日本とアメリカの違いをご紹介します。日本での診療科の役割分担の長所と短所についてご理解いただこうと思います。

前立腺癌のスクリーニングについて、日本では住民検診や人間ドック、あるいはかかりつけ医での PSA 検査が主な受診のきっかけです。アメリカでは住民検診や人間ドックのような制度はあまり発達していません。ほとんどのアメリカ人はかかりつけ医を持っており、かかりつけの家庭医に相談して、PSA 検査を受けることが多いようです。確定診断のための前立腺針生検は、日本でもアメリカでも泌尿器科医が主に施行しています。また、MRI や CT などの画像診断については、日米ともに放射線診断医による読影が行われています。

治療方針の決定においては、日本では泌尿器科医あるいは泌尿器科の中の討議で決められることが多い現状です。一方、アメリカでは、泌尿器科医、放射線診断医、病理医、放射線治療医、腫瘍内科医、看護師やコメディカルを含めた討論会（カンサーボード）が開かれ、そこでの議論に基づいて推奨する治療法が決定されます。最近、日本でもカンサーボードに準じて、複数の診療科医師で討議することが増えてきました。

前立腺全摘除術をはじめとする手術は泌尿器科医の仕事です。これは日米共通です。開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット手術のいずれも泌尿器科医が執刀します。

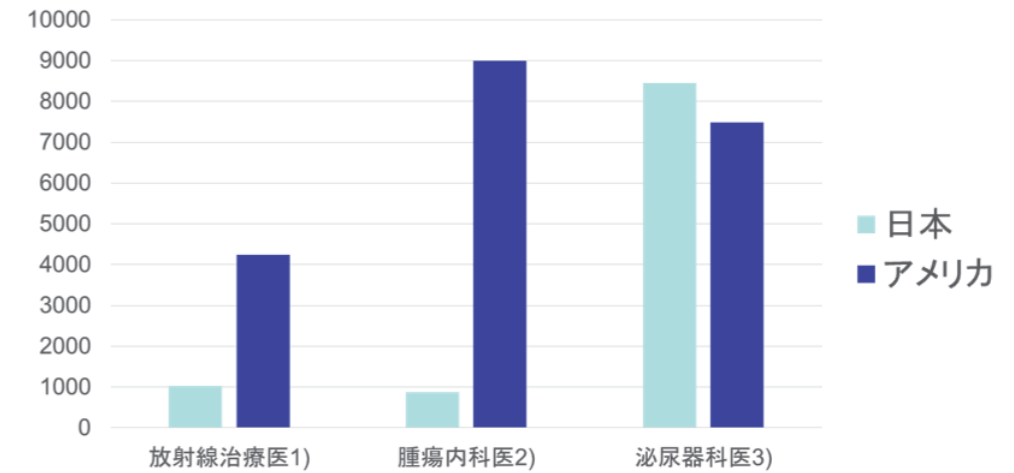
放射線外部照射療法については、日米ともに放射線治療医が担当します。放射線治療医が診察し、治療計画を立てて、治療を行ないます。皆様の中には、放射線治療を行なうにあたって、放射線科に紹介され放射線治療医の診察を受けた方もおられることと思います。放射線小線源療法は、日米で泌尿器科医と放射線治療医が協同して治療にあたる人が多いようです。ただし、その役割分担は国によっても病院によっても異なっています。

薬物療法が日米の違いが最も大きい領域です。我が国においては、ほぼすべてのホルモン療法は泌尿器科医によって行われています。また、抗がん剤化学療法も多く施設で泌尿器科医が担当しています。ところが、アメリカでは腫瘍内科医が薬物療法とくに化学療法を施行することがほとんどです。「腫瘍内科医」とはあまり聞いたことがない言葉かもしれません。アメリカでは、あるゆるがんの薬物療法は主に腫瘍内科医が行っており、さらに細分化されて、消化器、呼吸器、泌尿器などを専門とする腫瘍内科医がいます。

そして、進行再発がんの緩和ケアの担当についても、日本では泌尿器科医が最期まで看取らせていただくことが多いと思われれます。一方、アメリカでは積極的治療がなくなると緩和ケア医に主治医がバトンタッチされることが多いようです。

各診療科の医師数を比較してみます（下図）

診療科医師数の日米比較(参考:日米の総人口比約1:2.5)



1)放射線治療専門医:日本2013年、アメリカ2010年 2)日本:腫瘍内科(がん薬物療法)専門医2013年、アメリカ:腫瘍内科医(推定値)2015年 3)泌尿器科学会正会員:日本2017年、アメリカ2017年

日本では放射線治療医の数が少ないことが指摘されています。放射線治療専門医の数は日本1019人(2013年)に対して、アメリカ4236人(2010年)でした。日米の総人口比が約1:2.5ですので、日本で放射線治療が全国くまなく行われているとは言い難い状況が推測されます。また、日本では腫瘍内科医の数は極めて少なく、アメリカの腫瘍内科医約9000人(2015年推定値)に対して、日本の腫瘍内科専門医(がん薬物療法専門医)はたった874人(2013年)でした。泌尿器がんを専門とする腫瘍内科医にいたっては日本全国で10人もいないと思われれます。なお、泌尿器科医については、泌尿器科学会正会員数で日本8449人(2017年)、アメリカ7483人(2017年)でした。日本では、泌尿器科医が、診断、手術、薬物療法、緩和ケアまで幅広く診療にあたっていることの現れでしょう。

それでは、診療科の役割分担の違いによって、実際の治療経過にどのような差があるのでしょうか。

か。日本のように泌尿器科医が診断から治療そして看取りまで担当することで、患者さんやご家族との信頼関係が強くなり、患者さん側の気持ちが安定すると思われれます。一方で、治療法の選択において、どうしても泌尿器科医自身が担当する得意な手術療法を奨める傾向があるかもしれません。これに対して、アメリカのようにそれぞれの専門家が自分の得意分野を分担するシステムでは、豊富な経験に基づいて専門性の高い治療を施すことが可能です。しかし、患者さんの気持ちとして、次々に主治医がかわり、ベルトコンベアに乗せられたかのように不安が募ることもあるでしょう。

このように、治療における各科の役割分担の違いには、一長一短があり、また国民の文化的背景の相違も反映しています。このような違いをご理解いただいたうえで、主治医や担当医と良好な信頼関係を築いて、治療を進めていくことをお勧めします。

腺友だより

～「胃がん」つづいて 「晩期前立腺がん」～

中野俊夫さん



はじめに

4年前に69歳で胃がんの手術を受け、3年前の70歳のときには最も進行した前立腺がんの告知を受けて現在治療中である。

東京ビハーラ「がん患者・家族語らいの会」に入会して2年になり、この会に役に立つことであればと講話を引き受けたが、私は、がんからの生還者ではなく治療中であることから、昨日思っていたことが今日は異なり、自分自身について語ることの難しさに直面してしまった。代わりに前立腺がんそのものについて語ることにして、粗原稿で東京ビハーラの西原祐治先生にアドバイスを仰ぎ、先生のアドバイスで体験を加えていくうちに、自分の心境も少し加味することができた。

この講話の多くは、がん関連書籍等から引用しており、東京ビハーラの『会報』と『通信』からも引用している。

タイトルの言葉「晩期がん」は済陽高穂先生の著書から引用した。

前立腺がん：それは油断(傲慢と無知)

胃がんは、喫煙習慣(35年間)があり、定期的に検診を受けていたので早期に発見され、内視鏡的手術で切除できた。今のところ再発の兆候はないようである。前立腺がんの病期ステージはA～Dがあり、最悪の病期ステージD2で発見されるまでに、私には二度の油断があった。

第一の油断は、61歳で受けたPSA検査の判定が「精密検査不要」で、そのあと妻から検診の勧めがあったにもかかわらず「自分は前立腺がんには縁がない」と思い込み、70歳まで検査を受けなかった傲慢さである。

第二の油断は、66歳で受けた人間ドックで前立腺肥大の診断があったが泌尿器科に通わず放置し、がんも疑わなかった無知である。前立腺肥大を治療していればもう少し早いステージで前立腺がんをキャッチできたはずである。今は、第3の油断を避けなければならないと思っている。

骨転移・リンパ節転移前立腺がんの告知

70歳で受けた検査はPSA値が異常に高く直ちにがん拠点病院で精密検査を受けることになり、その結果は「進行性がん、リンパ節・腰骨に転移、治療はホルモン療法。このステージで10年くらい生存している人もいる」との告知であった。この時、「もし、セカンドオピニオンを望むなら、紹介状を書く」と言ってくれた。

胃がん手術を「がん研有明病院」で受けているので有明病院を一瞬考えたが通院のことを考えて自宅(横浜市鶴見区)に近いこの病院に決めた。しかし、この主治医は、二か月後にここを去ってしまった。

主治医が代わり、3ヶ月毎に診察・血液検査・ホルモン注射を受けている。薬(カソデックス)は

毎日飲んでいる。今のところ、普段と変わらない生活ができています。PSAは0.01まで下がったあと上昇が続いている。

(PSA上昇の様子を見るために2017年3月からカソデックス休業中)

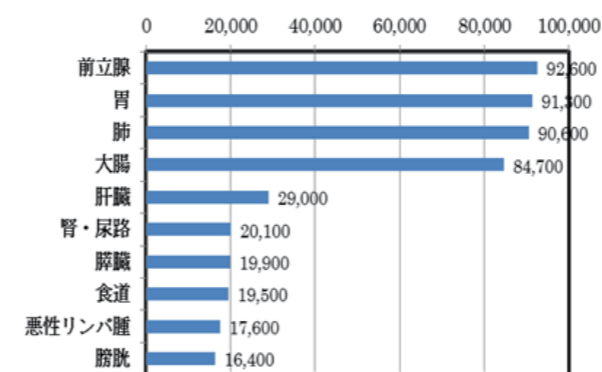
えっ、私の寿命はあと2年!

直近(9月)の診察で主治医から「中野さん、今は何もないと思っているでしょうけど、がんの顔つき(がんの性質)が悪く、ステージD2です。5年生存率20%ですよ。周りの人によく伝えておいて」と言われた。そうなら、治療を開始してから既に3年になるので、私の寿命はあと2年しかないことになる。

前立腺がんは平成元年頃まで、手術可能な段階で見つかる患者は非常に少なく、ほとんどが私のように骨転移で見つかった。

日本人の2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなると言われている。20年ほど前までは、がんと宣告されると、「まだ長い」と思っていた人生にいきなり終止符を打たれてしまうイメージであったが、医学の進歩でがんは短期で闘うものではなく長期に闘うもので、慢性疾患のひとつと考えるべきものといわれている。

男性上位10 (罹患数: 576,100人)



2015年、男性のがん罹患率予測は、前立腺がんが胃がんを抜いてトップになった。また、がん10年

生存率(読売2016.1.21)によると、前立腺がんは他のがんと比べて生存率が高い。ステージIV(D)の10年生存率は38%であるが、ステージD2の私にはそのまま当てはまる数値ではない。

PSA検査を受けましょう

前立腺がんは、特殊な例を除いて発育速度が遅く、自覚症状が現れない特徴がある。最近PSA検査の受診率も上がり早期に前立腺がんが発見されている。

| PSA値 | 判断の基準 |
|-------------------|-----------------------------|
| *前立腺肥大や前立腺炎でも高くなる | |
| 4.0以下 | 正常と判断されるが前立腺がんの疑いは皆無ではない |
| 4.1~10.0 | 60~70%に前立腺がんがないことが多い。グレーゾーン |
| 10.1~20.0 | 40~50%に前立腺がんがある |
| 20.1以上 | 50%以上に前立腺がん、広がっているリスクあり |

検査は手軽な血液検査なので、私のような失敗を繰り返さない為にも受けて欲しい。この講話で伝えたい意図のひとつでもある。

前立腺がんの治療法と副作用

ステージCまでは根治を目指す治療法があり、その治療法も多彩である。ステージDになると、がん細胞が広がっており積極的な治療は望めず、ホルモン療法が中心となる。

前立腺がんは男性ホルモンの存在の元で大きくなる。それを薬でブロックすることにより、がん細胞が弱ったり死んだりして委縮するが、ホルモンがなくなっても前立腺がん細胞がなくなるわけではなく、肥料がなくても植物が生きているのと同じである。

ホルモン療法の副作用は様々で、主なものはホットフラッシュ、肥満、骨粗鬆症、筋肉量低下、皮膚が薄くなる、体毛減少…など。

去勢抵抗性前立腺がん

ホルモン療法を続けていると、男性ホルモンが無くてがんが勝手に増殖する能力をつかむ（去勢抵抗）。早い人で2~3年で効かなくなる、長い人で7年程度と言われている。新規治療薬もでてきているが、標準的にはホルモン療法のあとは化学療法から緩和医療となる。免疫療法も研究されているがこれからの治療方法といわれている。

前立腺がんが進んでしまった方への救い

『ウォルシュ博士の前立腺がんガイド』で著者は、心の結びつき、信念・祈り・精神性、食餌療法・健康維持について述べている。

- 心と体の結びつき**
 - 「人間は一人で生きようになっていない。他の人達と関係しながら生きている。家族や他の人と強い絆を持っている患者は病気に強い。」
- 信念、祈り、精神性**
 - 多くの研究で、自分以上の何か偉大なものの存在を信じているの方が長生きし、血圧が低く、痛みを伴う治療をすることが少ないことが明らかである。
 - あなたの感謝の祈りを、治療にあたっている医師や、治療の研究にあたっている科学者や、家族に向けて下さい。きっと本当の癒しが得られるかもしれません。
- 食餌療法 健康**
 - 食餌療法の効果は分かっていないが、赤みの肉と乳製品は前立腺がんの細胞を活性化する。脂肪の摂取量を減らし、豆類を多くとる食事に変える。
 - 沢山たべて複合ビタミンを摂る
 - 体重を保つ・運動をする・良く眠る

私はこの中で、「感謝」と「沢山食べて、体重を保つ・運動をする・良く眠る」ことに注目している。近藤誠先生も著書で「がんにかかったら、美味しいものをいっぱい食べて体重維持をはかるのが延命のコツだ」と書いている。

がんの「苦しみ」と「痛み」と「痛い」

がんの苦しみは「自分は、がんが原因で死ぬと思い、生き続ける辛さであり、他の疾病との違いである」と言われている。

当「がん患者・家族語らいの会」で「中野さんにはどんな痛みがある？」と問われたことがある。「特に痛いところはない」と応じて、少し間をお

いて「精神的なものは表現できない」と言って、難を逃れた。この時に「痛み」と「痛い」は違うということに気づいた。

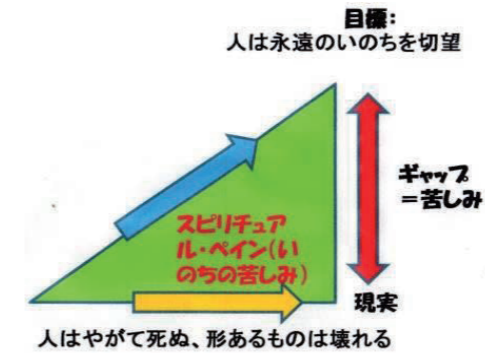
ここに示すトータルペインの相関図は、この会で講話を聞くまで関心を持っていなかった。著者により細部で微妙な表現の相違があるが、痛みの説明によく用いられている。がんの痛みは「身体的・精神的・社会的苦痛とスピリチュアル・ペイン」から成っていることになる。



この相関図のなかで、現在の私にフィットするのは、孤立感・疎外感、副作用、死に対する恐怖とスピリチュアル・ペインである。スピリチュアル・ペインを田中雅博先生は著書で「対応した日本語翻訳が難しく、いのちの苦しみと呼んでいる」と述べている。

苦しみとスピリチュアル・ペインの関係

「スピリチュアル」は日本語で「精神的」という意味もあり、スピリチュアル・ペイン（いのちの苦しみ）とは何かという疑問が私に残っていたので「問題解決手法」を使い考察を試みた。図のように「人（私）は、やがて死ぬ」という現実を知っている。一方で「人（私はがんにもかかわらず）は、永遠のいのちを切望する」という目標がある。



この目標と現実のギャップが問題で、問題が「死の苦しみ」である。このプロセス内に存在するものが問題の要因で、その要因が「スピリチュアル・ペイン」と考えられる。「問題解決手法」では要因分析から対策へと進むが、この分析は困難と思える。従って、がんの痛みはスピリチュアル・ペインが大半とも言えよう。

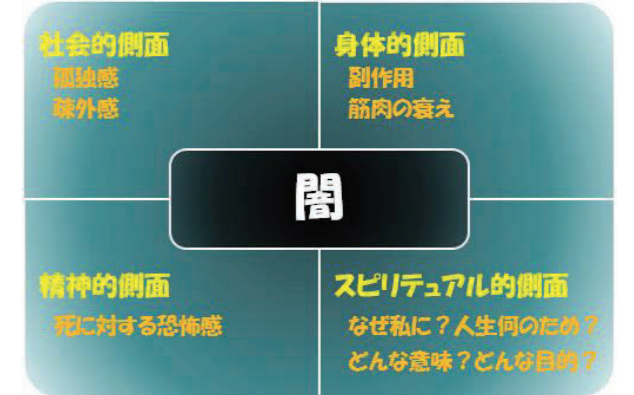
告知を受けてからの私

○社会的側面；
近親者の間で、私の前では「がん」の話をしないという不文律が自然と出来あがるが、「腫物には触れない」雰囲気は患者にとって疎外感になると思う。私は、積極的にがんを公表することをためらうこともある。それは、「周りからの慰めや、大事にして欲しい」と過度に思われたくない自分がいるからである。これは患者の孤立感でしょうか。

○身体的側面；
むくみ、ホットフラッシュなどの副作用と加齢によるものか判然としない筋肉の衰えがある。

○精神的側面；
死に対する恐怖感にぬぐえない、口に出せない。

○スピリチュアル的側面；
これまでの人生への反省、むなしさ、寂しさなど、情けない自分が浮き彫りになり、このままではいけないという焦りが生まれた。
治療を続けていると、精神的・身体的・社会的痛みが和らいだためか、「生きている実感」がある。



○その先は間；
「顔つき（がんの性質）が悪く、ステージ D2、5年生存率 20%ですよ」と言う主治医の言葉は、第三の油断の誠めか、それとも間の中の灯かと思う。成人になってから身近な人との別れは、母方の祖父、父母、叔母、義父の5人である。

祖父以外は夜間に病院で息を引き取り、臨終に接したのは祖父だけである。祖父は明治10年の生まれで、念仏の人生を送り、ずっと健康で、長く臥せることもなく没した。亡くなる日、母に代わって枕元で見守っていると、「人間には一度はあること」とポツリと言ってその日の夜中、84歳で息を引きとった。

「死ぬときは有難うと言いましょ」と東京ビハラの種村健二郎先生の講話もある。自分は七転八倒して去ると思うが、「人間には一度はあること」「ありがとう」と言って去りたいと思っている。

生きている実感



「生きている実感」があると述べたが、それは朝起きて夜寝るまでの間に「あっ、これが生きているということか」と感じる刹那の生である。筋力低下を補う目的でジムに通い、がんに効くという減塩食やジュース作りの料理に参加している。こんなことは「食欲で無駄」と心の片隅に愚痴もあるが、これらに集中しているときに「生きている実感」を覚える。また、生涯学習で、音楽が苦手な私には声明の練習は辛い「痛みの無い辛さ」に集中しているときも同様である。

一方で自分は、

- ・ 5年生存率 20%の一人になりたい。
- ・ 前回の東京五輪では若干の思い出がある。

2020年のオリンピックは、競技を生で観戦したい。

- ・ 10年生きる一人になりたい。

その時は男性の平均寿命 80 歳に到達できる。

などなど、不定を先送りしているが、長さに価値を求めない一瞬もある。その時は「生きている実感」そのものである。

*

庭の甘夏は未だ幼木ながら今年は 20 数個も実をつけた。ハチミツ、黒砂糖、三温糖を使いママレードを作り、ゴールデンウィークに行った義母 92 歳の誕生日で集まった姪たちに配った。

*



*

この世に生きる真の満足と喜びを見いだしているわけではない。副作用を意識すると、「生きている実感のない時」である。一日の多くは「生きている実感」も「生きている実感が無い時」のどちらでもなく、惰眠を貪っている毎日であることをつけ加えておきたい。

【注記】

- ・本文中に個人名が出ているが、全てネットで検索可能な方々です。
- ・本文は、2016年12月10日、「東京ビハラー、がん患者・家族語らいの会」で、がん患者の一人としてスライドを使い発表したものの要約で、同様の内容が「東京ビハラー、がん患者・家族語らいの会」通信3月号（2017年）に掲載されています。

腺友だより

～ 旅と人生 ～

平沢茂雄さん



カイロの旧城壁の修理現場

クルーズ

私は数年前、百日間世界一周クルーズに参加しましたが、寝たきりの方、車椅子の方等も参加していました。寄港地に着くとそれらの方々も車椅子等の専門スタッフにより観光していました。

前立腺疾患も人生というクルーズの寄港地に停泊した体験として、学びや人生観を深める有益なチャンス(人生経験)とすることができました。とは云え、罹るよりも罹らない方が良いでしょう、という方がいるかも知れません。これは人それぞれですね。

クルーズは一つの船に千人以上が乗っているので、一つの「集団」と云うよりも一つの「社会」ですね。恋愛や喧嘩は当たり前、時には殺人もあります。洋上を航海するときは、四方波ばかりで、ときおりイルカや飛び魚が舳先を競うのみ、水平線の丸み以外はなにも視界に入らない日々も珍しくはありません。



旅への思い

私は 18 歳まで、信州は伊那谷の奥地から一步も外に出たことはありませんでした。その後、神田、渋谷と移り住んで 50 歳を過ぎてから初めて海外旅行を初体験しました。それから 20 年、重ねた渡航歴は 71 カ国となります。

まだ私が十代の頃、仏文学者の河盛好蔵氏(今年 115 歳)の言葉に「若いときは旅をしなさい。歳を取ったらもう一度脳内旅行しなさい」とありました。これを記憶していて、私は 71 カ国の 1 日単位の克明な旅日記を残しています。

TVなどで、世界の旅番組を見ると、たいがい私の旅した土地で、当時は懐かしく思い起こされ、もう一度、脳内旅行できるのでした。

シベリヤ

シベリヤ鉄道の夜行列車では、キエフ大学の体育の教授と同室となり、アルメニアコニャックを酌み交わしながら日本の古武道について語り合い、帰国してから合気道の本を送ると、キエフの果物の図鑑を頂きました。

レニングラード(サンクトペテルブルク)ではエルミタージュ美術館の館員ミス・ハルコワ・ヘレンと知り合い、彼女はモスクワで上演される能を見に行くとのことでした。彼女はまた世阿弥の「風姿花伝」をロシア語訳で読んでいるとのことでした。また、最近では俳句を作っているとのこと「早

朝の雀の声が静寂の心」というもので、添削して欲しいと云うので、私は「この句は的確に句心が表現されているので添削の必要は無い」と云ってあげました。その後ミス・ヘレンは私をモスクワ近郊の自宅へ招聘したいとのことでしたが、これは私の都合で実現しておりません。

ラオス

アジアではラオスをはじめとして、旅行者が足を踏み入れない奥地を、その国の軍人が運転するジープで尋ねたりしました。ジープはトヨタ車でしたが、計器類は無くなっており、ガソリタンクも穴が空いていて、プラスチックのガソリタンクを運転席に置いて、ビニール管でガソリンを誘導していました。



夜は民家に招待されて、どぶろくで深夜まで宴会でした。酔っ払うと私は日本語で、相手はその国の言葉で論争しました。例えば「ドストエフスキー」という言葉を共通のテーマとして、交互に持論を展開するのです。互いになんとなく納得できたのは不思議でした。酒の肴は近くの川で獲れたちびナマズで、室内で火を焚いて、串焼きにしました。

ラバウル

パプアニューギニア・ニューブリテン島のガゼル半島東側に位置するラバウル市は、シンブソン

湾を臨む良港であり、東ニューブリテン州の州都でしたが、遠い昔からたびたび噴火に見舞われており、1994年にも、二つの火山の同時噴火によって、5m以上の降灰が市街を襲い大きな打撃を受け、住民は近郊の山林に避難し、ラバウル空港は放棄され、南東に20km離れたココポの町に遷都となったのです。



写真は日本海軍爆撃機「一式陸攻」で、ジャングルの椰子林に墜落し火山灰に埋もれていたものです。飛行兵が乗っていたであろう操縦席には、草が生い茂っていました。ラバウル付近では各国の援助で再建が進むものの、旧市街は今も降灰に埋もれ、飛行機や戦車の残骸が放置されたままとなっています。

サンティアゴ・デ・キューバ

サンティアゴ（聖ヤコブ）にちなんだ地名は多いのですが、ここはキューバのサンティアゴ。坂の街、石の街でもあります。空は抜けるように青く、熱気は充満しています。日陰に沿って坂道を上って行くと、突然ドアが開いて、カモシカのようなキューバ娘が飛び出してきました。カメラを向けると喜んでポーズをとります。警戒心はなく、底抜け明るいのです。壁はひび割れ、下水が道まで流れ出ていますが、今を楽しまなければと、瞬時も楽しむことを忘れない人々なのです。広場や町角があれば人が

集まり、人が集まれば楽器を演奏し、歌い躍っています。老いも若きも一体となってそれを楽しんでいます。町中には崩れた廃屋も散見されます。

キューバは貧しいという見方もありましょう。でも、楽しくて満ち足りていることが「貧しい」ということであるとしたら、貧乏大歓迎ではありませんか。貧富とは価値観の相違でしかありません。

別の日、ソーシャルワーカー校を訪問しました。正面玄関に到着すると、すでに学生達が薔薇の花を手に私達を待ち構えています。大変な歓迎振りで、まずは演奏から始まります。歌うは白人の女子学生のひとりで、ブルーの目、そばかすの目立つ愛らしい顔立ちに亜麻色の髪、のびやかな姿態にチャイナドレス、声もプロ並みです。他に歌手の披露もあり、最後に再びそばかすの美少女が登場して、体操競技のような回転舞踏を所狭しと披露してくれるのでした。



住めば都

旅をしていると、その土地に住んでみたいと思うようになります。しかし日本には家庭もあるし長期滞在は不可能です。そこで一ヶ月単位であちこちに滞在してみました。アジアのある国では、日本大使館の近くで湖畔のマンションに滞在しました。涼風の吹き込む窓をあけて、椰子の葉擦れの音を聞きながら、読書やパソコンで時間を過ごしま

す。それにも厭きると散歩にでます。湖畔を一周したり、時には現地で知り合った友人を訪問したりしてマンションに戻ると、昼食の用意ができています。昼食後はベッドで仮眠をとります。この昼寝も至福の時間帯でした。湖上で冷やされた風が寝室を通り抜け、心地よいのです。



危ない目にも

これまでの人生を振り返ると、命を落としそうな危機にも数回出逢っています。例えば一酸化炭素中毒で気絶したり、海外では麻薬の誘惑に乗りかけたり、その他諸々の誘惑に迷走しそうになったりして。そのたびごとに天の助けというか、紙一重のところ踏みとどまることが出来たのは、自力とは異なる力が働いていたおかげと、感謝しないではられません。

病状にも触れておきます

私の場合、前立腺疾患は早期に発見されながらも、治療を始めたのは PSA13.75ng/ml からでしたが、幸いにも術後の後遺症はまったく無く経過しました。しかし数年後再び PSA 値が上昇し再び HIFU の施術を受けました。しかしその後また PSA 値が上昇し始めたので再びホルモン間歇療法を開始。この一年半ほどは三ヶ月間隔の血液検査のみを行っています。(了)

今を生きる！ がん経験を新しい価値に変えて未来をつくる！

ダカラコソクリエイト

発起人・世話人 谷島 雄一郎 (やじま ゆういちろう)

GIST（消化管間質腫瘍）と呼ばれる 10 万人に 1~2 人の希少がんの患者で、39 歳です。普通のサラリーマン。一児のパパでもあります。罹患から 5 年経ちますが今も治療中。ちょうどこれも病院のベッドの上から書いています。ラジオ波で肺に転移した腫瘍を焼きました。何回かやっていますがやっぱり痛い。



▼自己紹介

長女が誕生する直前の 2012 年 7 月にがん（食道原発 GIST）が見つかりました。当時 34 歳。既に転移もあり、食道全摘、肺一部切除などの手術をしましたが 1 年後に再発。その後、標準治療では奏功なく、治験、手術やラジオ波等で姑息的治療を繰り返しながら防戦中です。

そんな先に見えない闘病生活のなか、「病気にとられて生きるのはやめよう。がんになった経験を生かし、大切な人たちの生きる未来に何かを残そう」と決めました。

15 年 9 月、「がん経験を新しい価値に変えて社会に活かす」をテーマにしたソーシャルデザインプロジェクトを立ち上げました。名前を「ダカラコソクリエイト」と言います。

<https://www.dakarakosocreate.com/>

現在、若年特有の悩みを抱える 20~40 代の働く世代のがん経験者約 30 名と、そんな自分たち「だからこそ」できることを模索し、形にしようとして大学や企業と連携しながら活動しています。

今回はこの「ダカラコソクリエイト」の活動を軸に、僕なりのがんと向き合い方をご紹介させていただければと思います。

がん経験者の視点で社会の課題解決に挑む

survivor (がん経験者) × creative (創造力) × issue (社会の課題)

がん患者など心理的問題を抱えた人に対して用いられる『問題解決療法』と、イノベーションを生み出すマネジメント手法である『デザイン思考』を組合せ、様々な業種との連携により、社会課題の解決策の立案・作成を行うのがダカラコソクリエイトの活動です。

▼LINE スタンプ

僕達がん経験者は周囲の無神経な言葉に傷つけられることが多々あります。ただ、周囲・社会一般の方々に悪気はなく、本当に辛い状況の人にとっていった言葉をかければいいのかかわからないだけだったりします。だったら、がん経験者がこれまでかけてもらってうれしかった言葉、支えられた言

葉は、「周囲からの言葉に傷つく」というがん経験者の課題、「苦しむ人にどう言葉をかけていいかわからない」という社会全体の課題、この両方へのソリューションになり得るんじゃないか。

そのためにはより社会に広がり、伝わりやすいデザインにする必要がある。

そこで目を付けたのが LINE スタンプ。ワークショップを何度も重ね、昨年 10 月、がん経験者の闘病を支えた言葉を、誰でも日常で使えるようデザインした LINE スタンプ「癒し忍法 ニャ助とバ次郎」をリリースしました。大切な人に寄り添いたい、でもうまく言葉が見つからない、そんなときにぴったりな言葉を実際の闘病エピソードとともに発信しています。

やむは 今休むは 時間

周り比べて焦ったり、先が見えない時に言われた言葉。今は休んでただ治療に専念すればいいんだと思えるようになった。

社会から取り残され孤立した気になる時、味方がいると実感できる言葉は、とても嬉しい。相談しようかな、という気持ちになる。

味方やで!!

LINEクリエイターズスタンプ

「がん経験者」が掛けられて「嬉しかった言葉」「支えられた言葉」を誰でも日常で使えるLINEスタンプにしました！

スタンプに込められた心温まるエピソードと想いをWebで公開中！

癒し忍法 検索

<http://www.dakarakosocreate.com/nyasukeandpajiro>

▼怒りと悔しさから

なぜこんな取り組みを始めようと思ったのか。きっかけは、試すことができる抗がん剤がなくなったことでした。闘病が始まって 3 年が経ったころです。

正直、治療に関してはベストを尽くしてきた自負がありました。自分なりに勉強し、複数の専門医とつながりを作り、標準治療の次は治験にもトライしました。「これだけがんばって、たくさんものを犠牲にしてきて、何も報われないのか。」世界の理不尽さを呪いました。怒りと悔しさから、「このまま終われるか！世界に見捨てられた自分が世界を幸せにしてやる！！」というおかしな復讐心ともに、「救われない者への救って何なんだろうか」という中二病的命題について真剣に考えるようになりました。

▼娘が見せてくれた景色

そんなある日、当時 3 歳の娘がデジカメで出鱈目に写真を撮っていました。しょうがないな、と写真に目をやると実に面白い。僕が気づかないであろう高さに咲く花、迫力をもって写されたドアのベンチ。彼女の視点、彼女の感性で切り取られた世界は本当に新鮮で、僕を感動させてくれました。

「これって価値なんじゃないだろうか。がんになって自分は市場価値が劣る人間になってしまった、と心のどこかで卑屈になっていた。けれどそうじゃない。がんを経験した自分だからこそ見える景色というものは、誰かを幸せにする価値に変えられるんじゃないか。」そう思いました。

僕のがんの発覚とともに生まれた娘。すくすくと成長する姿に、決意しました。「自分が死んでもこの子たちが生きる未来は続いていく。だったら、たとえ自分がいなくなっ

まったとしても、大切な人が生きる未来のために、自分なりのやり方で何かを残していこう。」それが僕の救いになると信じて…

▼若いからこそ

そこから行動を起こします。まず、働く世代の若手ががん経験者に積極的に会いに行くことを始めました。何かを始める上でのつながりが欲しかったのです。そこで働く世代のがんサバイバーは若い世代特有の経験や苦悩を抱えていることを知ります。仕事、恋愛、結婚、子ども（妊孕性）・・・人生の大事な時期にがんになったことで多くのものをあきらめ、失っていること。孤独と不安の中で、自らの価値を見失いそうになるのです。

でもダカラコソ、今生きていることに感謝して社会のために何かしたい。そんな思いを会ったみなさんから強く感じました。

その思いを価値に変えたい。でもどんな形で？僕は既存のがん関連の活動や医療の世界に感じていた課題がありました。ひとつは活動に参加する人ががん患者や医療関係者といった、既にごんに関心が深い人ばかりであり、一般の人は届きづらいこと。ふたつ目は、がん治療はその目的を、延命より、いかにがんを抱えて自分らしく生き続けるかにシフトし始めており、その実現には医療の世界だけでなく多業種・多分野を超えた連携が必要であること。

だったら、そこに僕達の「だからこそ」が生きてるのではないか。がん経験を、若いからこそ「楽しさ」と「ワクワク感」をもったデザインにして社会に還元できないかと考えました。

次にそれをどういうステップで進めていくか。悩んでいた時に会ったのが、大阪大学人間科学研究科の平井啓准教授でした。「デザイン思考」「問題解決医療法」のフレームワークをご提供いただき、ともに活動を発足させることとなります。

▼より良い社会へのアイデア

そうして15年9月、働く世代の若手ががん経験者のみなさんとキックオフしたダカラコソクリエイト。大学、企業、他様々な分野の方々と定期的にワークショップを進めながら、がん患者の視点から社会の役に立つようなプロダクトを生み出すことを目指して活動を進めています。これまで、冒頭でご紹介したLINEスタンプをはじめ、小児がん専門の治療施設「チャイルド・ケモ・ハウス」さんの「チャリティーウォーク2016」で実施した参加者の願いをシェアするプログラム「ミライの種」や、がん啓発イベント「ちややまちキャンサーフォーラム2016」での患者・医師・マスメディアの業界の垣根を超えた、会場参加型のトークセッション&ワークショップ「上手ながんの泳ぎ方」の企画運営なども成果の一つです。現在も複数のプロジェクトが進行しています。

もっとも最近のプロダクトは「離れた家族をつなぐ遠隔操作の絵本」。入院中でも子どもに何かしてあげたい、という僕の悩みの解決から始まったそれは、テクノロジーと患者の思いのコラボレーションにより実現しました。患者や医療の現場に合わせた、「オーダーメイドのプログラム開発」と「患者のコンテンツカ」（当事者や現場は凄いいコンテンツカを持っていると僕は考えています）の融合により、絵本という形で離れた家族の時間を取り戻すソリューションを生み出しました。

もちろん、参画するがんサバイバーにとっても自身の人生を豊かにし、成長につながるような活動にしていきたいと思っています。



▼自分の人生を愛したい

僕は生きていく上で最も悲しいことは、自分の人生を愛せなくなることだと思っています。それががんという理不尽によってならなおさらです。だから僕は、がんになって良かったとは今も思いませんが、**がんになったことも含めて、この人生で良かった、他の誰でもない自分に生まれてきて良かったと思えるよう生きていきたい**と願っています。ではどうすればいいのでしょうか？それは、自分の大切なものに気づき、いかに大切にしているかということではないでしょうか。ちょっと癪ですが、**がんは、大切なものに気づかせてくれるきっかけにはなります**。そしてがんを経験したみなさんの多くから語られるのは何気ない日常の大切さです。

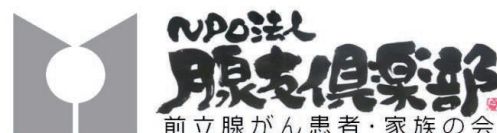
だから僕は、病気だからといって諦めるのではなく大切な日常を取り戻す、さらにはもっと輝かせる、そんなチャレンジをしていきたと思っています。それはもしかしたら、発想の転換や、ちょっとした工夫でできることなのかもしれないから。**がん経験を新しい価値の変えることで、自分と社会の課題を解決しながら、関わる人達がワクワクできる**、そんな一石三鳥を目指して今後も試行錯誤を続けていくつもりです。



真夏を思わせる好天が続き、空梅雨かと思っていると突然凄い雨となり、土砂災害や河川の氾濫も出ているようです。雨というのは、喜ぶ人も居れば嘆く人も居る。天の仕業ですからこれはいかんともしようがありません。窓の外は小降り。編集作業には、このほうが涼しいし、雨滴が木の葉を打つ音を聞きながらというのもいわば洒落たBGM・・・悪い気はしません。

創刊号を発行したのは、ちょうど昨年この時期でした。初年度は2回の発行ペースでしたが、今年度からは年3回の発行を目指すこととなりました。腺友倶楽部としては、セミナーやモーフェスタもそれぞれ東京、大阪で開催しているのですが、その合間を縫うことはできません。常にそれらと並行しつつ会報の準備を行わねばならないので、なかなか大変なことではありますが、会報の発行が、システムとして定着するまでは、なんとしても頑張らねば。

このたびの表紙は、写真と思う方も居られるかも知れませんが、実は、画家 松浦國樹さんによるオイルパステル画「鼓坂のムク」(部分)、2015年の改組第2回日展の入選作です。ご本人は残念ながら数カ月前にご逝去されました。奥さまに掲載のお許しをいただいております。



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29年6月30日
 第3号

振込先

- 三菱東京UFJ銀行 宝塚中山支店 (店番485)
 普通預金 200774
 口座名義 エヌピーオーハウジンセンユウクラブ
 NPO法人腺友倶楽部
- 郵便振替
 口座記号番号 00950-3-236106
 トクヒ) センユウクラブ
 口座名称 NPO法人腺友倶楽部