

ー金沢大学サテライト・プラザ ミニ講演ー

会場：金沢大学サテライト・プラザ

日時：平成14年5月10日（金） 午後6時～7時30分

テーマ 「がんの休眠療法ーがんと長く共存して天寿を全うするー」

講師 高橋 豊（金沢大学がん研究所助教授）

1. がん休眠療法とは

今日はがんの休眠療法についてお話ししますが、休眠は睡眠とは違います。全く眠っているという意味ではなく、活動を停止するという意味です。最近では、休眠という言葉は、例えば「オウム真理教が休眠中だ」というように使われました。オウム真理教の人は眠っているのではなく、活動を停止しているわけです。



そういう言葉ですので、まちがえないでいただきたいと思います。

心筋梗塞とがんとどちらが怖いかという質問をしましたら、皆様は、おそらくがんが怖いと思うでしょう。がんという病気は正体が不明であり、幽霊と一緒に、わけのわからないものは怖いからです。

しかし、がんというものを知って、こういう治療があるのだということがわかれば、かなり怖さがなくなってくるのではないのでしょうか。それを皆様にぜひ理解していただきたいというのが、今日の目的です。

（以下スライド併用）

まず、つい先日、NHK「ためしてガッテン」で放送された症例をご紹介します。膵臓がんは進行が非常に早いことで有名で、この患者さんも手術したのですが、やはり1.2センチの肝転移が見つかりました。そこで、ある病院で治療されましたが、また大きくなってしまったために無効と判断され、もう治療はないと言われたのです。しかし、本人も納得いかずにいろいろ探した結果、私どもの病院に来られ、治療に入ったという方です。

どんどん大きくなっていった肝転移は、我々の治療により、ある大きさですずっととどまっているという状況になりました。

治療を始めたころに比べると、大きくなってきていた腫瘍の進行が止まっており、しかも、日常生活に全く支障がない。外来の治療をしており、2週間に1回、大阪から通っていらっしゃるという状況です。これを見て皆様は、この症例は抗がん剤が効いたと思われませんか、それとも思われませんか。

今の医学では完全に無効です。なぜなら腫瘍が大きくなっているからです。小さくなっ

ていなければ、無効と判断されてしまいます。しかし、この状況を見て無効と判断するのはおかしいのではないかというのが、私の休眠療法のスタートです。皆様にはおそらく有効だと思っていただけると思うのですが、医者というのは長年、がんを小さくしなくてはいけないと思い込んでいましたので、なかなかこれを有効とは言えません。この患者さんの結果も有効ではないかということ、ぜひ皆様に言いたいというのが、今日の講演の目的です。

基本理念は、「がんは大きくならなければ人は死なない」というきわめて簡単な話です。がんというのは、存在そのものが毒になるわけではありません。心筋梗塞などは、病気があるといつ死ぬかわからない非常に怖い病気ですが、がんはそれがあからといってすぐ死ぬわけではないのです。例えば肝臓ならば、肝臓が機能を果たせないぐらいにまでがんが大きくなったときに初めて人は死ぬわけで、1センチや2センチでは何の症状もありませんし、血液検査でも何の異常もありません。

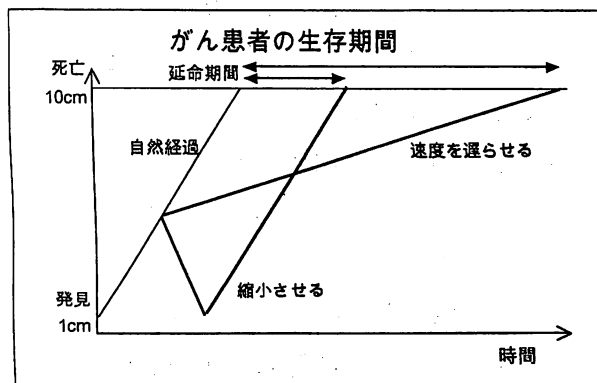
休眠療法の定義ですが、これまでは、がんが縮小しなければその治療は効果がないとされてきました。しかし、増殖の抑制、つまりどんどん大きくなるのを止めればいいのか、止めることから延命が得られる、治療戦略だと理解していただければいいと思います。

増殖の抑制とは何かということですが、これは増殖を止めることだけではなく、腫瘍が小さくなることや、増殖が遅くなることも含めます。このような違いは腫瘍の種類によるもので、例えば飛んでいる飛行機が墜ちるのは、ミサイルで飛行機を撃ち落とすということもありますが、それだけではなく、燃料がなくなって止まってしまうと飛行機は墜ちます。それと同じように、増殖が止まると死んでしまうがんもある。そうすると小さくなるということもあります。それはがんによって違いますが、増殖の抑制という意味では同じだということです。

それよりも、延命するためには継続することが大事です。つまり、一時的に小さくなることよりも、長期間増殖を遅くすることがより延命につながるということが重要なポイントです。

## 2. がん患者の生存期間

我々は通常1センチぐらいでがんを発見し、10センチぐらいになりますと、患者さんが死んでしまいます。ですから、自然経過の途中で多少小さくしても、また大きくなりますと戻りますので、延命期間は短い期間しかありません。しかし、速度を遅くして長く続けると、生存期間は長くなります。ですから、長く続け



ることが延命にいかにか重要かということがおわかりいただけると幸いです。

本日は、がん休眠療法を説明するにあたり、がんとは何か、抗がん剤治療の問題点、休眠療法の仕組み、そして実際という4点について説明させていただきます。

### 3. 人体が作られる仕組み

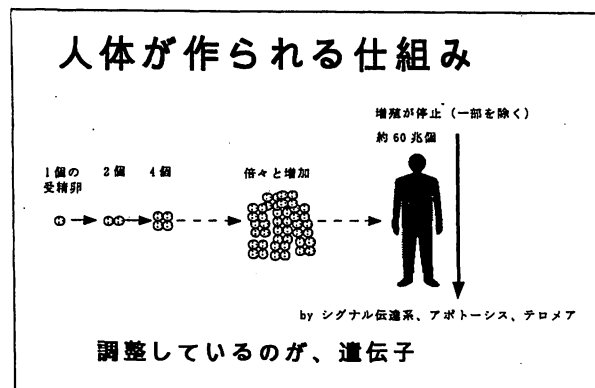
がんを知るためには、まず、人体がどういうふうにつくられているかということが重要です。1個の受精卵が2個、4個と倍々に増加し、それとともに目、脳、骨など人間の体の構成部分に分化しながら、約60兆個になったときに増殖が停止します。もしもこれがもっと手前で止まると、ネズミみたいな体になってしまうかもしれませんし、もっと増殖が進めば、ウルトラマンのように大きくなってしまふかもしれません。遺伝子がしっかりしているから増殖が止まって、しかも目や脳、骨などいろいろなものをつくって1人の人間ができるということです。これが今、何回も言いました遺伝子の働きによるものです。

遺伝子とは何でしょうか。我々の60兆の細胞は、すべてDNAを持っています。

このDNAというのは、ACGTという4つの塩基（記号）が約数十億個並んでいるものです。これを少しずつ分解し

ていきますと、約3万個の遺伝子があることがわかりました。この3万個というのは、昨年クリントン前大統領がゲノム計画で発表したものですが、要するに3万冊の百科事典を持っているようなものです。例えば目をつくるとなれば、この3万冊の百科事典の中からこの本とこの本というふうを選んでつくっていきます。これが人間一人一人が持っている仕組みです。そして、この遺伝子一個一個に5万から7万の4つの文字が並んでいる、それが一つの遺伝子です。

皆様はきっと、こんなものが並んで、どうしてそんな複雑なものができるのかと思われるかもしれませんが、しかし、皆様が聞いていらっしゃるCDや、見ておられるDVD、あるいは最近ではテレビ自体がデジタル放送化などといっていますが、あのデジタルというのは0と1なのです。0と1の2つの文字だけで映画や音楽ができるというわけで、それが4つあるということはその二乗、要するに0と1で1万個表現できるとしたら、4つだとその二乗ですから1億を表現できる。こういう4つの記号で非常に大きなことができるのだということがおわかりいただけると幸いです。これが遺伝子です。ですから、皆様の細胞一個一個が大変な情報量の3万個の遺伝子を持っているのだと理解していただければと思います。



#### 4. がんの発生

遺伝子が異常となるのは、例えば本当はCCだったものをAAにまちがえたりするときです。細胞が増えるときにコピーをミスしたり、発がん物質が邪魔をしてAになってしまったり、あるいはウイルスなど、発がんの原因となるものが変えてしまうということです。少し変わっただけで、正常な遺伝子ががん遺伝子になってしまいます。このがん遺伝子が1個ではがんになることはなく、数個になるとがんが発生するといわれています。

ですから、脅かすわけではありませんが、皆様の体の中の何個かの細胞はすでに2~3個のがん遺伝子を持っているかもしれない。それが4個、5個になると、ついにがんが発生すると考えられています。

がん遺伝子が5個、6個になってがん化した細胞は、先程の正常細胞と同じように2個、4個と増えていきます。ただ、

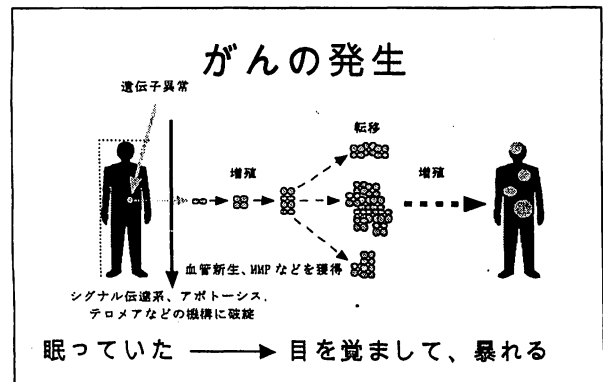
これは増殖するだけで、先程のように目や骨に分化することはありません。そして、転移が起こってどんどん増え、人間は死んでしまいます。もっとわかりやすくいうと、眠っていたものが目を覚まして暴れているということです。それならば、治療というのはもう一度眠らせればいいのではないかと、そういった意味でも、休眠療法という名前が出てくるのです。

もう一度、がんとは何かということをもとめますと、3万個の遺伝子のうち、細胞の増殖にかかわる遺伝子(この遺伝子が何個あるかわかりませんが)の数個に異常が起こって、止まっていた増殖が再び起き、しかも、それがたった1個の細胞から始まっている。それががんなのです。

例えば、我々が胃カメラでがんを見ますと、正常細胞とは全然違うことがわかるのですが、体の遺伝子から見ると区別が付きません。自分の細胞ですので免疫も働きません。しかし、他人にはうつりません。これががんの特徴です。自分の体の一部だということが一番重要なポイントです。

がんの最初の大きさは10ミクロン(100分の1ミリ)です。これがどんどん大きくなり、大体10センチになったときに死亡するとしますと、がんの一生の真ん中ではその大きさはわずか1ミリです。我々は1センチで早期だと思っていますが、実は1ミリががんの一生の真ん中です。1センチなどというのは、中年を過ぎたぐらいの状況だと思っていただければいいと思います。

ですから、がんは長い、長い病気なのです。もともと病気というのは、早く起こったものは早く治せます。しかし、ゆっくり時間がかかってできたものは、時間をかけて直さなければいけないというのが病気の鉄則で、そういう意味からも、後程述べる治療の概念が



出てくるのがおわかりいただけるのではないかと思います。とにかく、がんというのは時間をかけて大きくなったものだという事です。

がんを消滅できるかということですが、成功したのは比較的早期のがんにおける手術と白血病などごく一部における抗がん剤治療のみです。

がんを消滅できるかという質問は、テロを消滅できるかという質問とよく似ています。テロリストと非テロリストを区別するのは難しく、我々がアラブ人を見ると皆オサマ・ビン・ラディン氏に見えてしまいますし、アメリカでもそういうことがあったらしく、アラブ人がすべてテロリストに見られたようなこともありました。もう1つ、テロリストもはじめは普通の人間であり、テロリストとして生まれるわけではありません。そういった意味では、これを選別するのは本当に難しく、不可能です。がんにも同じようなことが言えるのです。

例えば、テロリストが世界に点在しているとしますと、これをどうやって爆撃するのか。1か所だけを攻撃してもしょうがありません。がんでも同じようなことが起こっていて、目に見えないものももっともって点在しているかもしれません。すべてを攻撃するのは無理です。しかし、無理だから何もするなというわけではありません。

それならば、テロリストがテロを起こさない、あるいは起こせないようにすればいいのではないかということです。どうしたらいいかというと、資金源を止める、貧困が原因とすれば貧困を救済する、あるいは憎しみが原因とすれば、憎しみを和らげるといったことが考えられます。これが私のがん休眠療法の発想に直結する話です。

金沢の人なら皆さんご存じだと思いますが、昨年、五木寛之さんの、「大河の一滴」が映画化されました。その本の中に以下の文章が書かれています。

がんというのは自己細胞だ。叩きつぶすとか、焼き殺すなどということはずれている。がんは悲鳴を上げながら暴走している。どんどん勝手に増えていって、自分のせいではないのだと。止めてくれと叫びながら突っ走っている。だから、必要なのは、細胞の暴走を制御し、コントロールして減速させることだ。

ここに書いてある言葉は、まさに私が先程「増殖抑制」ということで言ったのと全く同じです。

## 5. 抗がん剤とは

次に抗がん剤治療の問題です。どうしても抗がん剤の治療が中心になってきますので、この辺をぜひ知っていただきたいと思います。

抗がん剤には、まず、旧来の抗がん剤というものがあります。抗がん剤の歴史は短く、まだ50年ほどです。この旧来の抗がん剤は増殖する細胞を殺すという作用ですが、今、がんの特徴的な分子を抑えるという、新しいタイプの抗がん剤が次々に生まれつつあります。今日はこの辺を中心にお話ししたいと思いますが、こういったものが休眠療法につながるということです。

この旧来の抗がん剤というのは、驚かれるかもしれませんが、実はがんを殺す薬ではありません。増殖する細胞をすべて殺す薬です。ですから、抗増殖細胞剤というべきかもしれません。

先程、人体は全部眠っていると言いましたが、骨髄や消化管粘膜、髪の毛など、増殖している細胞もあります。こういったものは1日に約3000億個、かなり多い数ですが、全体からいえば人体の0.5%が増殖しているということです。白血球や胃粘膜は次々と生まれかわらなくては行けないのですが、そういった細胞とがん細胞と一緒に殺してしまうわけです。それで、下痢、嘔吐、あるいは白血球減少といったことが副作用としてどんどん出てくるのです。

国立がんセンターの名誉総長である杉村先生は、だれもが認める日本のがん研究のリーダーです。この先生から、今年の正月このような年賀状をいただきました。その中で「抗がん剤というのは、主作用がいわゆる副作用といわれている骨髄障害や消化管出血、副作用ががんの縮小である」という、非常にうんちくのある奥の深い言葉をおっしゃっています。

確かに、どんな医者でも抗がん剤を使って副作用を出すのは簡単です。しかし、がんの縮小はだれにでも出せるものではありません。そういう薬でがんを消そうとすること自体がかなり難しいということがわかると思います。

歴史をお話ししますと、19世紀から20世紀の医学の発展は、梅毒や細菌を克服しました。それならばがんも消せるのではないかということで、ナイトロジェンマスタードという毒ガスの一種を使ったところ、悪性リンパ腫という血液のがんの一部が小さくなることがわかりました。それが1950年代です。

これがきっかけで抗がん剤というものがどんどん出てきて、白血病や睾丸腫瘍で治癒が見られました。さらに副作用を軽減する薬剤や骨髄移植などにより、どんどん投与量を増加することができ、これならがんが克服できるのではないかという感じで進んできたのです。

ところが、そう甘くはありませんでした。1980年代ぐらいからは、批判的意見が続出しました。結果的にはほとんどのがんで大きな成果は得られておらず、わずかなものだけで効いている。抗がん剤はいいのだという宣伝をしていますが、実はほとんどのところではうまくいっていないというのが現状です。

目標はどうしても縮小です。「縮小なくして延命なし」という言葉が、医学界でも憲法のようになっています。これがあるかぎり、抗がん剤の治療は壁にぶちあたることになります。

## 6. 現在の抗がん剤治療の問題点

抗がん剤の問題点を見るために、どのように認可されているかということをご紹介します。認可までには第1相試験から第2相試験、第3相試験があります。1番目は安全性試

験， 2 番目が縮小を見る試験， 3 番目で生存期間を見ます。そこで初めてEBM， しっかりした医学的根拠のある治療になるということです。

最初に安全性試験（第 1 相試験）ですが， ここで薬の量が決められます。最初， 例えば 3 人の人に 20mg 投与します。そして， 重篤な副作用がゼロであれば， 次に 30mg を 3 人に投与します。このようにして 60mg で初めて副作用が出たとすると， もう一度 50mg に戻して確認します。そして 6 人の副作用がゼロだったから 50mg に決定ということになります。

この過程では全く効果について触れていませんが， 効果は関係ありません。有効例は 30mg で 3 分の 1， 50mg， 60mg でも 3 分の 1 です。普通の薬なら， では 30mg にしましょうという発想なのですが， 抗がん剤だけは効果には関係なしに， とにかく濃度を高くしたいというのが現在の決定のしかたです。

これは副作用に縛られた量で， 決してこの 50mg がいいとは限りません。限らないどころか全然足りないのです。実は 500mg ぐらいまでいけば， がんは殺せるのかもかもしれません。ただ， 人間も死んでしまいます。結局はそういう薬なのです。それでいいわけではないのですが， 抗がん剤による治療がそういう治療だということをまず理解していただきたいと思えます。

第 2 相試験で縮小を見るのですが， 縮小というのは面積で半分以下になるということです。よくマスコミでは「抗がん剤が効きました」という表現になりますが， それは面積で半分以下になったことを示します。有効率が 20% ほどで認可されるのですが， これは 5 人に 1 人が半分程度縮小するということを示しています。これだけにすぎません。この半分ということにどれほどの意味があるかを， 後程説明いたします。

第 3 相試験では生存期間を見るわけですが， 縮小率が高いけれども延命しないということがよく出てきます。つまり， 縮小したからといって延命につながっていない。これは非常に大きな問題です。

「縮小なくして延命なし」という言葉があるように， 我々医者は縮小を目指しています。もちろん延命が一番大事なのですが， 延命というのはすぐにわかりませんので， どうしても縮小を目指すことになります。しかし， 縮小が延命につながらないとしたら， 医者は何をしているのだということになりますから， これは非常に大きな問題だと思います。どうしてかということは今までだれも考えていません。それが抗がん剤治療の問題点ではないかと， 個人的には考えています。その点については後程ご説明いたします。

現在の抗がん剤治療の問題点を 3 つにまとめてみますと， ①「効いた」というのは， がんが半分になったことを意味します。皆さんは半分になったことがいいと思われるかどうかわかりませんが， 例えば手術で半分にしたからといって意味があるとは思えません。この半分というのが本当にいいのかということです。

②それでも「効いた」という症例は 20~30% にすぎません。そして， 私はその 20~30% の中に入ってラッキーだったと思っても， 結局， 2~3 か月苦しんで， ③生存期間が 2~3 か月延長したにすぎないのです。

それでいいのか、それでも抗がん剤治療を受けますかということで、近藤誠先生から「がん闘うな」という話が出ました。マスコミの方もほとんどその意見に賛成したわけです。一方で抗がん剤の他の専門家は、今でもそうですが、「奇跡を信じ、苦しみに耐えて、闘え」と言っています。私はこれを不毛な二者択一と呼んでいます。どうせ奇跡を信じるなら、民間療法に奇跡を信じた方が患者さんも楽ですから、民間療法に逃げてしまいます。それが現状です。

そこで私は、抗がん剤をうまく使ってがんと共存・和解するという休眠療法を、第3の選択肢として提案したのです。

もう1つ、これまでの専門医の現況ですが、がん患者さんには数居が高い治療になっています。決められた投与量があり、もしその量が患者さんに投与できないとしますと、その患者さんにはもう治療はしないということになります。つまり、100mg 投与すると決まっていれば、とても100mg はいけないから50mg にするという投与方法はしません。それが現在の専門医のやり方です。ですから、決められた投与量を投与できない人は脱落してしまいます。そして、投与ができて、副作用が強い人も脱落します。さらに縮小しない人も脱落します。結局副作用がなく、効果がある人しか残りませんので、きわめて少数の患者さんにしか恩恵がない治療になってしまっているのです。

これもかなり大きな問題だと思っています。抗がん剤治療というのは、もっと広く多くの人に恩恵が出るような治療にするべきではないかと。そして、脱落した方は「がん難民」となり、たくさんの方がさまよっていらっしゃるというのが現状です。

## 7. 抗がん剤による延命の仕組み

次に、休眠療法の仕組みという話に移りたいと思います。例えば、治療によって、結果的に腫瘍の大きさがそれほど変わらないという場合、いろいろなことが考えられます。まず、ぐんと小さくなって、またもとの大きさに戻った人。ある程度小さくなって、また戻った人。それから、ほぼ変化なしできた人。いろいろあります。しかし、効果判定では、ずっと腫瘍の大きさに変化のない人は無効、いったん半分以下の大きさになった人は有効と判断されます。

皆様はどちらでもいいじゃないかと思われるのではないのでしょうか。要するに、これは薬から判定した効果判定であり、患者さんの方からいうとべつにどちらでもいい。一度小さくなって、期待を持たせて、結局もとの大きさに戻るなら、ずっと大きさが変わらなくてもいいのではないかと。それは冗談ですが、患者さんにとってはこれは関係ないはずす。

もう1つ大きいのは、その先を考えたときにどちらがいいのかということです。ずっと大きさの変わらなかった患者さんそのままいくのではないかと、逆にいったん小さくなってまたもとの大きさに戻った患者さんは、そのまま大きくなり続けるのではないかと不安が残ります。今日はデータをお示しませんが、実際、私は両者を比較して、ずっと



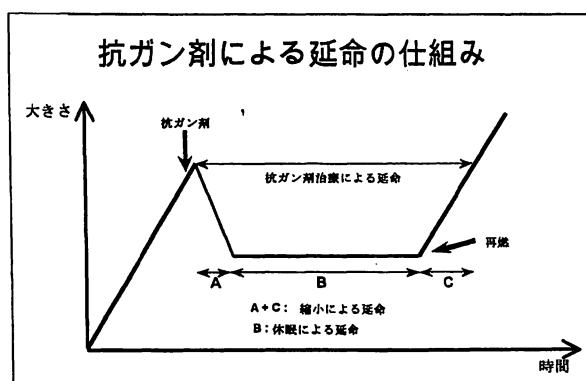
変化のなかった方の生存期間が長いことを証明しました。ですから、決してこれは悪くないと。本当にそうなのかということを示すために、今、臨床試験を全国規模で行っているところです。

手術と抗がん剤治療の違いをお示しします。薬で腫瘍が半分になりますと、これはよく効いたと喜んでいますが、では手術で半分取って意味があるのでしょうか。そんなことはだれも思わないでしょうし、我々外科医も、もし手術で全部取らなくていいのならこんなに楽なことはありません。半分取るだけなら、すべての手術は1時間、2時間で終わってしまいます。半分にするのは簡単なのです。

しかし、手術で残った腫瘍というのは、すぐに大きくなってしまいます。ところが、抗がん剤の場合には、すぐに大きくならないで動きが止まったような状況になります。これを私は休眠という言葉を使って表現しているのです。

これをもう少し分解しますと、小さくなる時期(A)、増殖が止まっている時期(B:休眠)、そしてもとの大きさに戻る時期(C)になるのですが、縮小のおかげで延命した期間というのはAとCを足したもので、先程の手術と同じです。Bは縮小とは何も関係なく、増殖が止まっている休眠による延命です。つまり、抗がん剤による延命というのは、縮小による延命と休眠による延命の2つから構成されている。これが非常に大きなポイントで、手術と違うところです。逆に言いますと、手術は縮小しかなく、抗がん剤の休眠というのは抗がん剤治療に特徴的な延命期間なのです。ここを大事にしなくてはいけないのではないかとことです。

実際にいろいろ検討しています。まず、縮小による延命はどれくらいかということですが、縮小率(面積)から見て有効と判断されているものは、わずか2か月しか延びません。長さが半分、つまり面積で4分の1になったものでも105日です。確かに、結構小さくなりますとかなり延びてきます。なかなか縮小したことが延命につながらなかったのは、縮小率50%という不十分なものを有効と判断したからなのです。縮小率の低いものを有効と判断すれば、かなり延命がなされるわけです。



では、そういうものを有効とすればいいではないかと思われるでしょうが、そうしますと効く薬がなくなってしまいます。こんなに小さくなる症例はないのです。そうすると、近藤先生がおっしゃる「がんと闘うな」、抗がん剤無用論と全く同じなのです。ですから、縮小だけを考えるとこういう矛盾がおり、近藤先生のがんと闘うなという話に賛成するしかなくなってしまうのです。

もう1つ、では、私が大事だと言っている休眠(B)が、全体(A+B+C)のどれぐ

らいを占めているかということを経験してみましたところ、平均3分の2なのです。小さくなった症例でさえも、延命の3分の2は休眠から得られており、縮小からの延命は3分の1しかありません。それならば、休眠をもっと大事にすべきではないか、休眠を延ばすことが最も重要になってくるのではないかということがおわかりいただけると思います。

先程、「縮小なくして延命なし」と言いましたが、そのアンチテーゼのような「Survival without Tumor Shrinkage (縮小なき延命)」という英語の論文を書き、これが1995年に、「JNCI」というアメリカのがんセンターの雑誌に載りました。がんの専門誌としては世界でも一流で、そこに載ったことにより、この休眠療法が世界的に認められました。

要するに、Bが長くて、AとCは短い。AとCが短い理由は、それほど小さくならないからです。それならば、縮小にはこだわらずにBを長くするという治療をすべきではないかと考えるに至ったわけです。

## 8. がん休眠療法にはどのようなものがあるか？

休眠療法の実際について次にご紹介いたします。私がこれを考え出した10年前には、その理論はわかるが、実際には難しいだろうと言われていました。しかし、最近、血管新生抑制剤や増殖因子の抗体といった新しい抗がん剤がどんどん開発され、休眠療法の現実化が期待されるようになりました。このような抗がん剤は、数年以内に使えるようになるのではないかと予想しています。その一部として、乳がんではハーセプチンという抗がん剤がすでに使われるようになっていきますし、こういった新薬がすぐに使えるようになってくると思います。

将来的には、がんワクチンや遺伝子治療が進みます。遺伝子治療というのは誤解が多いのですが、ウイルスの遺伝子操作でどんどん物質を作るようにするということです。結局のところ、なかなかがんを殺すということにはつながらないようで、増殖を抑える治療になっていくのではないかと思います。

そうは言いますが、これをただ待っているわけにはいきませんので、私は抗がん剤の投与方法の変更を考えたわけです。そのほかには免疫療法やホルモン療法があります。ホルモン療法は一部の乳がんなどでしかないようですし、免疫療法もそれほど強くはないようですが、免疫も重要なポイントではあると思います。今日は抗がん剤と血管新生抑制剤の話をご簡単に紹介します。

## 9. 少量分割投与の仕組み

休眠療法では、抗がん剤をどのように投与するかについて説明します。

今の投与方法は、先程も申しましたように、人が耐えうる最大量を投与するものです。これは決して効く量ではありません。例えば最大耐用量といいましても、効く量の10分の1かもしれません。耐えうる最大量というのは、個人によってかなり違います。そして、投与間隔というのは単に副作用が回復するまでの時間です。もちろん目的はがんの縮小で

す。その結果として、効果は大したことがないのに副作用はひどい、危険を及ぼすことすらあるというのが現在の抗がん剤治療です。

これを簡単にアルコールで例えますと、皆さんもご存じのように、飲める量は人によってかなり違います。それは肝臓にある酵素で規定され、個人によって5～10倍違います。つまり、ビールが1本しか飲めない人もいれば、10本飲める人もいるということです。

抗がん剤も同様で、同じようにやはり酵素で規定されておりまして、5～50倍も違います。これほど違うのに、同じような量で治療していくことの方がかなり危険だといわざるをえません。

要するに、3～6人にお酒を飲ませて限界の量を調べ、それでいいのだということで多くの人に飲ませる。その中にはどうしてもお酒に弱い人が含まれますので、多くの急性アルコール中毒症の患者が出てしまいます。

例えば、自分の息子さんが二十歳ぐらいになってお酒を初めて飲むときに、どういう飲ませ方をしますか。どれだけ飲めるかわからないというときには、やはり少しずつ飲ませるのではないのでしょうか。ところが、抗がん剤の治療はどんと飲ませるのです。それで急性アルコール中毒のようになってもお上が決めた量だから仕方がないという感じです。

結局のところ、さじ加減が非常に重要になります。さじ加減が大事なのはわかるのですが、これは非科学的だと批判されます。つまり、ある人には10mg、ある人には100mg投与していると、何が効いたかわからず、データとしてなかなか出てきません。そういった意味では非科学的といわざるをえないのですが、患者さんのことを考えれば、さじ加減が大事なのです。

ここで葛藤が起こり、非科学的でもかまわないという方もたくさんいらっしゃいます。例えば、マスコミを賑わわせている平岩先生などというのは、まさにさじ加減の名手で有名になっているのですが、どうしても学会では非科学的だと批判されてしまいます。

私は大学にいる人間ですから、なんとかこれを科学的にしようといろいろ考えてきました。その一つが少量分割法という方法です。

CP11（塩酸イリノテカン）という抗がん剤は、通常、240mgを例えば月曜日に投与しますと、次の次の週の月曜日にまた240mgという治療法がなされています。これを一度に投与するのではなく、6回に分けて投与する方法を考えました。これはどんなに分割してもいいというわけではないのですが、効果がありそうな最低量が40mgといわれていますので、そういったことから逆算したのです。

一番わかりやすい例えでいいますと、運動によるダイエットです。例えば、2週間に1回、日曜日に240分（4時間）の運動をしますと。ところが、4時間も運動しますと、疲れてダウンしてしまって、次のときにはできません。そういうことが抗がん剤でも起こってしまっていて、1回目は投与したけれども、副作用が強くて、次の投与ができなかった。もうあとはしませんよと言われて、治療がなされない。今日も私のところに来た手紙でそういうお話がありましたが、そういうことは多いのです。本当に運動と一緒に。

ところが、これを40分ずつ6回するのです。よく運動は30分以上しなさいといわれますが、月、火、水と毎日40分ずつ運動して、4日休んで、また月、火、水と運動する。こういうことなら、きっと多くの人ができるのではないかと思います。これならば続きますから、効果が出てくるのではないかと。そういうふう考えたわけです。

実際、抗がん剤というのは、低濃度でもがん細胞の増殖を止める効果があるということがわかっていました。しかし、がん細胞を殺すことしか考えておりませんので、これはいつの間にか忘れられてしまったのです。

低用量を少しずつ投与し、増殖を止めるという作用を使えばいいのではないかと、そういうアバウトな感じでいけば、本当に安全で、皆さんが続けられる治療になるのではないかと。ということがいえます。

これは一つの症例ですが、80歳の方で、5センチほどの胃がんの肝転移があります。普通、80歳にもなりますと抗がん剤治療はほとんど行わないと思いますが、私は先程の治療をやってみました。そうしたところ、ずっと外来で治療を行っており、ゆっくりゆっくり小さくなっていきました。血液検査で腫瘍マーカーの値が下がっていますが、大きさはまだ小さくなっていません。普通、2か月たっても小さくなっていなければ、抗がん剤の評価では無効と判断され、それ以上は治療がなされません。大きさが変わらないことを有効と判断しているからこそ続けているわけですが、その結果、ゆっくりゆっくり腫瘍マーカーの値が下がって、正常値まで入りました。

しかし、これだけ治療してうまくいっていても、やはりがんはなかなか消えません。これはもうしかたがないといわざるをえません。どうしても耐性などいろいろ問題がありますし、全部消えるようなものでもないのです。ただ、こういう状況が続けば、先程から言っていますように、患者さんは亡くならないのです。この人はずっと外来ですし、81歳、82歳、83歳となりまして、今、これが2年半続いています。これはうまくいった症例だと思います。

小さくなった例もあります。ひどい肝転移と肺転移があったのですが、肺転移はほとんど消え、肝転移も同じです。こういう症例ももちろんあります。

この症例は、10センチ、8センチ、5センチの3つの大きな肝転移がありまして、このまま放っておきますと、あと2〜3か月で確実に亡くなると思われました。しかし、今では休眠期間が5か月間ずっと続いています。小さくなるというのが確かに理想ではありますが、小さくなることを目指した治療ではなくて、このままでもいいと思って治療していて結果的には小さくなったのです。

私どもの症例は、結果的に見れば小さ



くなっていることから、お前も結局小さくなることを目指しているのではないかと批判されますが、そうではありません。結果的に小さくなったのであって、決してはじめから縮小を目指しているわけではありません。結果として、しかも長い時間をかけて小さくなったという症例が多いのです。

この人は下行結腸の肝転移です。大腸がんがあつて、肝転移があるのですが、大腸がんを手術せずにこの治療を行いました。普通、大腸がんは手術で取ってしまうのですが、そうやってしまいますと、肝転移はどんどん大きくなってしまいますので、そういう治療は私はまちがっていると思っています。この方は大腸がんで亡くなるのではなく、肝転移で亡くなることはまちがいありません。そういう点では、一番大事なものを優先して治療していくというのも非常に重要なポイントではないかと考えてやっています。

結果ですが、低用量法と従来法とでは、副作用に極端に差が出てきます。低用量法というのは、量はかなりたくさんいっていますが、副作用は少ないのです。量が少ないからたくさんいけたのか、副作用が少ないからたくさん量がいったのか、どちらが先かわかりませんが、いずれにしても従来法では65%、低用量法では19%と、かなり副作用が少ないことがおわかりいただけだと思います。

その結果として、投与期間は約4倍、投与量も4～5倍という治療ができました。抗がん剤治療というのは手術と違って一発勝負ではなく、どれだけ継続できるかということにかかっています。そういう意味では、副作用が出てしまつては継続できないわけですので、副作用がないからこそ続けることができた。しかも、その効果判定として、小さくならなくてもいいと思つて、増殖が抑制できたということで見たら長く継続できたということです。

縮小した症例（PR）は、従来法で30%なのに対して低用量法では50%程度で、それほど目立つ差ではありませんが、全く効かなかった症例（PD）は、低用量法で1例、従来法では6例ということで、かなりの差が認められました。

一番言いたいのは休眠期間で、90日より長いものと定義しますと、従来法ではわずか17.6%、低用量法では68.8%ということで、かなり長い期間継続が得られました。従来法では有効な症例が約30%あつたにもかかわらず、休眠期間が90日以上の症例はそれよりも少なくなっています。これは何を示すかといいますと、一時的にしか小さくなっていない。ですから、患者さんを喜ばせておいて、結局すぐに大きくなってしまつてしまう症例が多いということです。低用量法では、有効な症例が50%なのに対して、休眠期間が90日以上の症例は70%と上がっている。ですから、NC（不変）の症例の中にも休眠期間90日以上に入ってきているものがある、うまくいっているということです。それに関連して生存期間も延びており、非常にいいかたちかと思っています。

実際に、低用量法を行った症例では、吐き気止めや骨髄を刺激する薬の使用量が減っており、医療経済的にも決してむだではないと思っています。現在、スタートしたばかりではありますが、この比較試験を東京のがん研病院と一緒に日本全国で行っているところで

す。

欧米ではタキソールとかタキソテールという抗がん剤があり、これが同じような結果になっています。発想は全然違うのですが、300mg を3週間に1度投与されていたものを、100mg 毎週投与に変更したという投与のしかたです。なぜこんなことをしたかという、アメリカのある先生が、3週間に1度では間隔が開きすぎるのではないかと、毎週した方がいいのではないかと考えたからだそうです。そうしたところ、副作用が激減して効果が高まったという報告がされ、これは世界中に広まり、乳がんや卵巣がんでタキソールやタキソテールを使うときには、こういった方法がメジャーになってきています。

抗がん剤の少量分割投与というのは、何ととっても継続が重要です。「継続は力なり」とはよくいったもので、やはり継続というものが抗がん剤少量投与にとっては重要だということ。

先程、ダイエットの話をしました。それと同じです。テレビでは1週間でどれだけやせられるかという番組があり、1週間で10キロやせるとか、5キロやせるとか競争していますが、ダイエットというのはいうまでもなく長丁場の話です。1週間で10キロやせるよりも1年間で10キロ、それが続くことが大事で、結果的に成人病を予防するという発想でいかないと、がんの治療もまちがった方向に行くのではないかと。そういうことで継続が重要だということ。

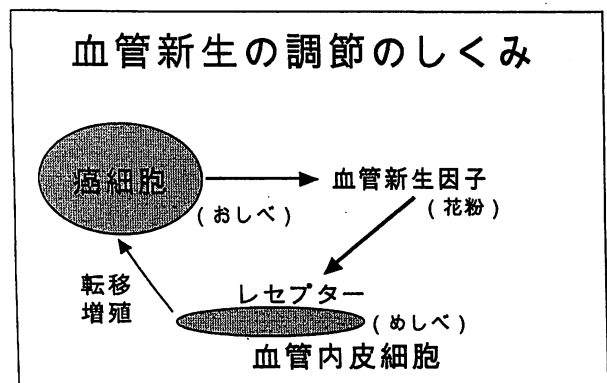
## 10.血管新生の調節の仕組み

次に、新しい抗がん剤の一つである血管新生の抑制を紹介します。がん細胞もやはり栄養と酸素がないと生きていけません。血液があるところでしか生きられませんから、がん細胞は血管の周りでしか増えていくことはできないのです。ところが、血管が増えていきますと、がん細胞がどんどん増えていきます。逆に言えば、がん細胞が増えるためには、血管がどんどんできなければいけないということです。

これは道と考えるだけでいいと思います。道がないと家が建てられません。道がどんどんつくられてきたことによって、家が建てられ、町が発展するわけです。そうしますと、入ってくる物流も多くなりますので、道（血管）が太くなる。あるいは、どんどん入ってくるものが多くなる。そして、がん細胞が増えていくのです。まちづくりにはまず道づ

くりが大事だということと同じなのですが、これが血管新生です。

実際の写真をお見せします。ウサギの角膜では、血管新生を刺激するような物質を入れますと、血管がどんどんつながっていきます。がん細胞がこういったものを産生していま



す。

鶏卵の漿尿膜でも、どんどん血管が集まり、その血管も太くなります。こういったものが血管新生です。

がん細胞というのは、血管なしでは中心部に栄養が行きませんので、死んでしまいます。これはがん細胞を球状に培養するテクニックで実験したのですが、培養液が周りにあり、がん細胞はマリモようになります。そうすると、周りの細胞しか生きていません。中身は全部死んでいます。中の細胞が生きていくためには、栄養を送る血管が必要で血管新生がいかにか大事かということになります。要するに、血管新生を止めればがんを殺せるのではないかということを考えるに至る研究結果です。

血管新生では、がん細胞が血管新生因子を産生し、これが血管内皮細胞という血管をつくる細胞に行き、血管内皮細胞が増えます。血管がどんどん増えて、またがん細胞が増える。その繰り返しです。わかりやすく言えば、がん細胞が雄しべで、花粉を飛ばして雌しべにつながっている。こういったものが血管新生です。

私は大腸がんの血管新生の調節機構をアメリカの方で研究してきたのですが、VGEF物質が産生され、それがレセプターと結びついてがん細胞の転移や増殖を高めます。そうであれば、VGEFをブロックするか、レセプターをブロックすれば、がん細胞は増殖できないのではないかとということが簡単に予測できると思います。つまり、花粉をブロックするか、花粉が雌しべにくっつくところをブロックすれば、実ができないという話です。

実際に、この治療が現在アメリカではなされておまして、次にその結果を紹介いたします。

まず、花粉をブロックするVGEFの抗体ですが、抗がん剤のみの場合とこの抗体を併用した場合の縮小率を比べると、抗がん剤のみでは17%、併用すると40%に増えるといういい結果が出ています。休眠期間も、5.4か月から9か月に増えています。

アメリカでは、これまでは縮小率だけだったのですが、こういった薬では休眠期間（これは私が勝手に言っている言葉ですが、同じような発想で使っています）も実際に2大評価項目として使われはじめていました。なぜこういうものが使われたかということ、血管新生というのは増殖するために必要なもので、血管新生を止めたからといってがんが死ぬわけではありません。今、血管があって、そこに栄養が行くわけですから、今あるものが死ぬわけではありません。これからできるものをブロックするという治療ですから、縮小では評価できないのではないかと考えて、増殖が止まる休眠期間を評価しようということになったのです。

結果的には縮小もかなりうまくいったので、この薬に関してはうまくいったということです。これがどんどん進んで、うまくいけば大腸がんではこういう薬が実現する可能性が高いと思います。

もう1つはレセプター拮抗剤で、花粉が雌しべにくっつくのをブロックする薬です。この薬はまさに私の理論にぴったりと合う薬で、併用しても、抗がん剤のみでも、縮小率は

変わりません。ところが生存期間は、併用したらかなり延びています。

なぜかということを経験した結果、縮小したものと長い休眠期間の症例を合わせますと、かなり差が出てくるということがわかったのです。つまり、縮小しなくても休眠期間が長い症例はちゃんと生存期間が延びるということ、この抗がん剤でも証明できたということです。まさに、こういったことがどんどん出てくるのではないかと思います。

つまり、21世紀の抗がん剤というのは、がんのみを標的とした治療で、副作用は少ないのです。私の出していたNHK「ためしてガッテン」のときに、山瀬まみさんが、「副作用がないならば、どんどん使って全部消せばいいじゃないか」という質問をされました。そのとき、司会の志の輔さんは「あとから答えます」と言いながら、結局答えなかったのですが、これはどういうことかということ、たくさん使うのではなくて、長く使わずとがんを抑えていくということなのです。ですから、ずっと眠らせることができる可能性が高いという治療です。

がんを殺すという発想ではなく、ずっと眠らせるということが、21世紀の抗がん剤の特徴です。逆に言いますと、がんのみを標的とした薬でこういう効果が出るということは、これが本当のがんの治療ではないかということ、最近、私は逆に学んでいます。

それならば、今までの20世紀の抗がん剤もこれを見習えばいいのではないか。そういう発想で抗がん剤治療をするべきだと思っています。

先程からも言っている話ですが、抗がん剤というのは、量が少なければ細胞の増殖を止め、多ければ細胞を殺します。アルコールでも、ほろ酔いから泥酔、急性膵炎となっていくわけですが、ほろ酔い加減は健康によく、がんの発生率が低いともいわれています。アルコールでほろ酔い加減がいいということは、抗がん剤もその程度の量で使うのが本当はよかったのではないか。このように考えますと、決して抗がん剤は怖い薬ではありません。抗がん剤が怖いのは量が多いからであって、100mgは怖いけれども10mgは怖くないという発想で見ていただければ、それほど怖いものでもないということがおわかりいただけると思います。

もう1つ、これはアメリカで違う角度から、抗がん剤を少しずつ投与すれば血管新生が抑えられるという、まさに今私がお話した2つが結びついたような説を、血管新生を初めて発見したFolkmanという世界的に有名な先生が出されました。

これは、がんをターゲットにしているのではなくて、血管新生を抑えたのだということを実験的に証明しており、血管新生を抑えるスケジュールなのだということで大変話題になっている、アメリカのデータです。

私は血管新生と低用量抗がん剤を休眠療法で結びつけたということで、先生にアメリカに招待していただきました。

「Folkman's War」という本には、Folkman先生ががんと闘っている、がんだけではなく当局とも闘っているということが詳しく載っています。

ここまで休眠療法を説明してきましたが、決して抗がん剤だけの話ではありません。が



ん治療全体が変革するということを私は考えています。がんの治療は、大きく分けて手術と抗がん剤がありますが、手術というのは局所、抗がん剤は全身です。この2つのバランスが重要なのです。ですから、比較的早期は手術が主になるでしょうし、高度に進行したがんは抗がん剤が主になります。

現在の治療戦略でいいますと、まさに消滅を目指しており、そうすると、手術も抗がん剤も大きくなります。このいい例が、人気アナウンサーであった逸見政孝さんです。最初に大きい手術をしたときには、手術の神様といわれた主治医の羽生教授が週刊誌で持ち上げられたのですが、抗がん剤を使って患者さんが逆に早く亡くなってしまいますと、今度は治療がまちがっていたのではないかと報道されました。

しかし、がんの消滅を目指すという発想からいいますと、これは正しいのです。これを中途半端にしたら消滅は目指せません。つまりこの戦略はまちがっていないが、がんの消滅を目指すという戦略がまちがっているのだと思います。

休眠療法を目指しますと、手術も抗がん剤もやさしくなります。つまり、よりやさしい治療でより長い延命が得られるのではないかと。信じられないかもしれませんが、これまで戦略をまちがっていたからこそ、これが可能なのです。要するに、がんと共存を目指せば、延命期間も長くなるということです。

私はすべて休眠療法をすればいいと言っているわけではありません。肺小細胞がん、辜丸腫瘍、あるいは白血病など、結構抗がん剤の効果が期待されるものは、抗がん剤をたくさん使って一生懸命治療するべきだと思います。しかし、ほとんどのがんでは難しいのです。乳がん、骨髄移植などいろいろ含めて、通常の2倍から3倍の量を使うという試験が世界的になされたのですが、世界中でこれは否定されました。効果が少しは期待される乳がんでも否定されたわけですから、効果がほとんど期待されないがんでは困難と言わざるを得ません。

こういったものは、先の血管新生など21世紀の抗がん剤と現在の抗がん剤を併用する。同じ発想でこれを組み合わせながら休眠療法にもっていくのがいいのではないかと思います。実際、アメリカではすでにこういう臨床試験がなされています。

ただ、これはがんを消滅するという発想ではなくて、がんと長く共存していくというものです。人間には寿命があるわけですから、それと共存して寿命が勝てば、つまりがんが死ななければ、これはがんに勝ったといえるわけです。それを目指せばがんの克服もできるのではないかと思います。まちがった方向に行くと、一生苦しみながら、イスラエルとパレスチナのように苦しい争いをしながら競っていかなければいけないのではないのでしょうか。つまり、共存といいますが、共存する相手はお互いに憎しみのある相手ですから、非常に難しいことはまちがいありません。私たちにとっても、がんというのは憎しみある敵です。イスラエルにとってパレスチナは嫌でしょうし、パレスチナもイスラエルのことが嫌でしょうが、共存していかなければ未来はないと考えていくべきではないかと私は思っています。

## 11. がんの一生における点と線

最後に、がん治療の点と線という話ですが、少し角度を変えてみますと、がんの一生には、発生して、発見されて、再発して死亡するという4つの点があるわけです。この間を潜伏期、転移期、共存期と名づけたのですが、現在の治療はこの点を消そうという治療です。

確かに手術は成功しました、しかし、抗がん剤はうまくいっていません。ですから、私が言っているのは、この線を延ばせばいいのではないかという発想です。がんが再発したからといってすぐ死ぬわけではなく、少なくとも半年間ぐらいはあるわけです。半年もあるのに、最初の1か月でなんとかしようという発想はなくて、その半年を使って、1年、2年と延ばしていくような治療ができるのではないかと思うのです。

がんの予防も、発生という点を消すのではなくて、40才でがんになるのは困るから潜伏期を長くして、発現を60, 70, 80才と延ばしていく。これががんの予防だという発想をしていけば、よりやさしく、それほど苦しみのない治療になってくるのではないか。また、そうなってくれば、がんという病気自体が怖くなくなってくるのではないか。怖くなくなってくれば、どんどんこういう治療が発展して、今の糖尿病や肝炎と同じような病気になってしまうのではないかと私は期待しています。

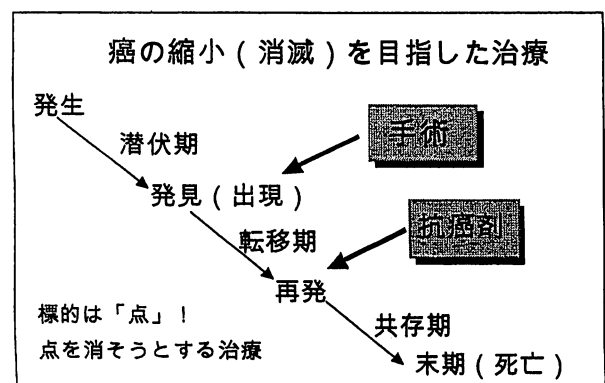
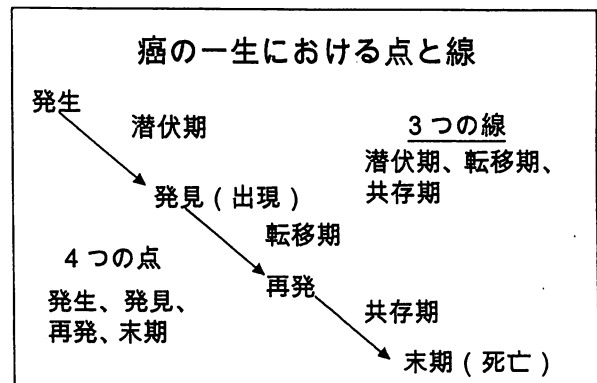
最後にがんにつきあう3か条をご紹介します。

まず、がんを予防する。もちろんこれが一番です。早期発見ももちろん増やしていただきたい。そうすると、手術で治せます。しかし、ここを超えてしまいますと、やはり共存を目指したこういう治療がいいのではないか。こういうことを私は言っているのだと、最後に確認していただきたいと思います。

## 12. がん休眠療法とは

最後のまとめです。がん休眠療法というのは怪しげな名前ですが、決して怪しげなものではありません。医師と患者、要するに人類すべてが、がんという病気に対する意識改革をすべきなのです。糖尿病など慢性疾患のように考えれば、慢性疾患のように治療できるのです。

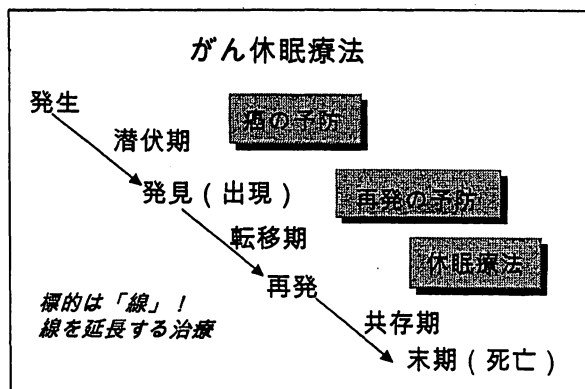
また、がんの本質と抗がん剤の本質を



今日ご説明させていただきましたが、当然行きつく治療になるのではないかということがわかりいただけたのではないかと思います。

さらに、抗がん剤治療だけではなく、手術にも大きな変革をもたらします。

これが皆様の幸福につながると私は固く信じ、今日の講演を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



### 質疑応答

(フロア1) 12年度にがんの開放講座があり、そのときにもいろいろ質問がありましたし、医科歯科大学の先生が予防医学ということで説明されました。私が、先程言われた近藤誠さんのお話を少しすると先生のお名前が出て、休眠という言葉が出たのです。そのときはそれ以上質問の時間がなかったのでやめました、今日は先生に会えて光栄です。

一つ素人が言うことですが、抗がん剤を使う場合には、少なくともやはり副作用があると思うのです。それを、継続すれば力になるということは、何でもあると思いますが、吐き気が止まらないという苦痛、それと痛さ。これで同年輩の連中が死んでいったのを見ると、早いものは6か月です。手術して。出てきて3か月です。

そういう例を見たり、若いときに、胃潰瘍ががんになるから切りなさいと言われて切ってしまった。いわゆるがんもどきです。そういうことを考えると、近藤誠さんの言うことは、中にはがんと闘うなということは全然書いてありません。

ですから、がんと闘うときに副作用があったり、近藤誠さんがおっしゃるのは、むだながんと闘うなという意味なのです。そういう場合は対症療法があるじゃないかと。最小限の、例えば乳がんだったら温熱療法という方法を試されており、放射線科のドクターでもあります。そういうもので対症療法をして、そして存命していった方がいい。すべての臓器を取ってしまうようなことはやめておくと。よく読んでみると、そういうことが書いてあるのです。そうすると、先生の話と似たところがあるのです。

(高橋) 確かに、私も近藤先生のご意見と全く逆とは思っていません。ただ、近藤先生は、目的をがん縮小としか考えていませんでしたし、抗がん剤で増殖を止めようという発想がなかったのです。

(フロア1) あの方は、抗がん剤はほとんど効かないと。

(高橋) 効かないというのは、小さくならないという意味なのです。

(フロア1) もう1つは、昭和医科大学のドクターで、脳外科の名医で、慶應大学にいらっしゃる方の徹底的に腫瘍を切る、切って、切って、切りまくるといふ本が2年前にベストセラーになっています。その方は今ご存命かといったら、おそらくお亡くなりになったと。

そして話が飛んですみませんが、昭和30年代、私たちが就職したときには、国民センターの\*ささきゆうぞう\*先生は、塩分が非常に悪いのだと。そういう本を私は今でも持っているのです。それがずっと、がん研のセンター長は、すべてがんで死んでいる感じです。ああいう姿を見ると、やはり時代時代においてがんの定義が違ってくるし、そういうことを考えると、私は先生のお考えは非常にユニークだと思います。素人から見れば。しかし、やはり苦しまなければならぬわけでしょう。共存はできないですよ。

(高橋) ですから、抗がん剤を苦しいほど使うのではなくて、抑えていくような治療をするのです。1年で再発するようなものを、2年、3年、5年と延ばしていくわけです。

人間の寿命が150ぐらいまで延びますと、おそらく全員がんで死にます。がんというのは、もしかしたら人間があまり長生きしないようにする病気かもしれません。そういう病気なのです。そういうふうを考えなければ、がんという病気は克服できないと思います。

(フロア1) もう1つついでに、簡単に。丸山ワクチンというものは、30万人の人間が受けているのです。石川県でも、丸山ワクチンを打ってあげるといふドクターはたくさんいます。丸山ワクチンは30万人の実績があって、そして3万人の結果があるけれども、あれは全然効果がない。こういう考え方でしょう。だから、医学界の中でもいろいろ意見を戦わせるのは当然でしょう。当然でしょうが、先程言われたように民間療法もあるのです。ですから、そういう方法でも、少しでも長生きできれば、苦しみが少ないという生き方の共存になるのは私は理解できるのです。

(高橋) アガリクスなどの民間療法を信じる人もいらっしゃいますし、あるいは宗教を信じる人もいます。私は西洋医学、現代医学の立場から、抗がん剤をうまく使うともっといい話ができますよということを行っているのです。それでも、嫌だという方はいらっしゃいます。そこまで私は強要しません。

(フロア1) 強要ではなくて、もしも先生のおっしゃることで長く生きられたのならば、これはノーベル賞ものですよ。

(高橋) それほど大したことはないのですが。

(フロア2) 非常にわかりやすいご説明で、大変よく理解できました。個人的な質問になって申し訳ないのですが、実は私の身近で、実際に3週間に1回病院に行って、抗がん剤を打っている人がいます。その人は髪の毛が全部抜けて、眉毛も抜けて、白血球がなくなっていました。非常に切迫した状況だと思っています。

先程から出ています『患者よ、がんと闘うな』という本を呼んで、絶望的になったのですが、今日のお話を聞いて、ある意味光を見いだしたような気がします。実際、この治療法を全国どこでも受けることはできるのでしょうか。

(高橋) その先生が同じような発想をしてくだされば簡単です。副作用も出ませんし、安全ですので、従来の投与方法よりも簡単なのです。

(フロア2) 先生のところに押し掛けるのがいいかと思うのですが、現在、千葉に住んでいますので、もしお差し支えなければ、そういうことをやっている病院を紹介していただきたいのですが。

(高橋) そういう質問がよくあるのですが、私にしか出来ない治療では有りませんし、誰にでもできる治療です。それが医療だと思っています。

(フロア3) 私も手術を受けたのですが、現在再発しております。でも、とても元気です。まさに休眠療法に近い状況にいるのだと思います。

私が5年前に抗がん剤の投与を受けたときには、非常に大量に使ったものですから、1回目のときに、それこそ毛がなくなりました。どんどん無くなる、爪も変形すると言った具合に副作用が強い。けれども、体力のある人にもない人にも同じ量を使っていることに、当時、私は大きな疑問を持っていたのです。今日のお話を聞いて、希望を持ったというか、裏付けが取れたのではないかという気がします。

もう1つ、金大で、どこの科もそのようなかたちで対応していらっしゃるのかそのあたりをお聞きしたいのですが。

(高橋) それを聞かれると非常に答えにくいのです。

(フロア3) 今は、患者がお医者さんのやり方に対して、自分はこうしたいと言う時代になってきていると思うのですが、先生がおっしゃるようなかたちの治療を受けたいと言った場合、どうなのでしょう。

(高橋) 何でも言ってくださいと言うのではないのでしょうか。それでいいと思います。現在は患者さんの選択の時代ですから、遠慮なくおっしゃればいいと思います。

(フロア3) そのときに嫌な顔をして・・・。

(高橋) もうそんなことは許されない時代ですから、大丈夫です。医者もいばっていられる時代ではありません。

(フロア3) 気の強い人間だけがそういうことができる。現実にもうそうだと思うのです。ですから、そういうことをみんなが言えるような状況を作ってほしいと思うのです。

(高橋) もう大丈夫です。そうなっています。

(フロア4) 私の姉も去年の11月に大腸がんの手術をしましたが、まだ4か月しかたっていないのに肝臓と肺の方に転移したということで、5月2日に再入院しまして、7日から抗がん剤の治療が始まりました。本人がやはり怖がっているのです。今日、先生のお話を聞きに来たのです。

始まったその治療のやり方は、5-FUとアイソボリンを1週間に1回、それを6サイクルで1クールです。それを何回するかは検査しながら決めると言われています。休眠療法にあたるのかなとかすかな希望を持っているのですが、違いますか。

(高橋) 近いと思いますが、重要なのはその治療をどう評価するかです。つまり、小さくならなければもうだめだと判断するか、大きさが変化しないということは効いているのだと思ってそれを継続するかどうかです。

今の5-FUの抗がん剤が効いても効かなくても、また薬を変えていくというふうに、あきらめないでどんどん続けていくことが重要なのです。例えば、糖尿病だとインシュリンでずっといけばいいわけですが、がんはそういうわけにはいかなくて、やはり薬はずっと効くわけではありません。

何がいいのかという問題ではなくて、いいものをいつも用意しておいて、次々と使っていく。1つの薬で半年、1年。それで5つあれば5年といった発想でいくべきではないかと思います。今の治療はまちがってはいませんので、受けてかまわないと思います。