

## 目次：

- ・がんの薬物療法について調べてみましょう ……1
- ・2011年度第2回講演会報告 ……2  
「がん化学療法の  
ウソ、ホント」  
講師：林 和彦教授  
(化学療法・緩和ケア科)
- ・新着図書紹介 ……4

## がんの薬物療法について 調べてみましょう

がんの治療法の一つ、薬物療法は抗がん剤やホルモン剤などの薬でがんを治療する方法です。また鎮痛薬などでがんによる症状を緩和することもがんの薬物療法といえます。

からだ情報館で利用できるがんの薬物療法の資料をいくつかご紹介いたします。(図書は、『基礎からわかる服薬指導』以外は全て“QZ1 腫瘍”の棚にあります。)

## ☆図書☆

### ・『基礎からわかる服薬指導』

浜田康次、吉江文彦、山口晴美 著，ナツメ社，2011年

※10章に悪性腫瘍の薬剤、11章に痛み作用する薬剤が紹介されています。



このみ  
“QV1  
薬理学”  
の棚

### ・『外来がん化学療法Q&A:安全使用これだけは必要!: 抗がん薬の適正・安全使用と副作用対策』第2版

古河洋、松山賢治 監修，阿南節子 編著，  
河野えみ子、櫻井美由紀、徳島裕子 共著，じほう，2010年

### ・『基本まるわかり!分子標的薬』

石川和宏 著，南山堂，2011年



### ・『よくわかるがん緩和医療:患者と医療者の必携エッセンス』

江口研二、井関雅子 編，医薬ジャーナル社，2010年

## ☆インターネット☆



**がん情報サービス** <http://ganjoho.jp/public/index.html>

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター作成のHP。がんについての情報が満載です。抗がん剤や鎮痛剤に関するQ&Aや緩和ケア病棟をもつ病院の検索もできます。

**特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会**

<http://www.hpcj.org/index.html>

緩和ケアについての情報が得られます。緩和ケア病棟だけでなく、緩和ケアチームがある病院、在宅での緩和ケアを提供している診療所なども探すことができます。

# 「がん化学療法のウソ、ホント」

講師：林 和彦教授（化学療法・緩和ケア科）  
2011年度第2回講演会 2011.10.22（土）

がん診療連携拠点病院とは、平成19年施行の「がん対策基本法」に基づき策定された「がん対策推進基本計画」によって定められたもので、全国どこでも質の高いがん医療を提供できるように、厚生労働省が病院を指定している。指定された病院は、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、患者さんへの相談支援や情報提供などを行う。

当院は当初から診療実績や設備、サービス面が評価され、東京都の推薦を受け地域がん診療連携拠点病院に指定されている。平成19年10月にがんセンターを発足し、「至誠と愛に基づく全人的ながん医療」を基本理念に掲げ、診療科にとらわれない横断的ながん医療に大学全体で取り組んでいる。

今回は本学がんセンター病院部門の一つ、外来化学療法室の室長であり、化学療法・緩和ケア科の教授である林和彦先生に「がん化学療法のウソ、ホント」というテーマでご講演いただいた。

## ○抗がん剤について

抗がん剤の感受性・有効性は臓器によって異なる。消化器のがんは治りにくいが、白血病の一部や悪性リンパ腫は8割方が治る。最近では、がんの特異な細胞だけを狙って攻撃し、正常な細胞は傷つけない分子標的薬という薬も出ており、新薬の登場で様々ながんの予後が格段に良くなり、年々成績が上がっている。

抗がん剤は効果を得られる一方で、副作用との戦いを強いられる薬である。抗がん剤に限らず、どの薬も用量と効果の関係は直線にはならずS字曲線を描くことが多い。このS字曲線で薬の効果と副作用の関係を考えたとき、例えば睡眠薬の場合は2つの曲線がとても離れている。効果が100%あり副作用がないという

濃度の範囲が広い。そのため非常に安全に使用できる。現在の睡眠薬は大量に飲んでも死なないものが大半である。ところが、抗がん剤の場合は2つの曲線が近い(図1)。そのため投与する量のさじ加減が難しく、もし副作用が出ないところまで減量すると効果は50%になる。抗がん剤は効果と副作用の関係を考えながら投与しなければならない難しい薬である。

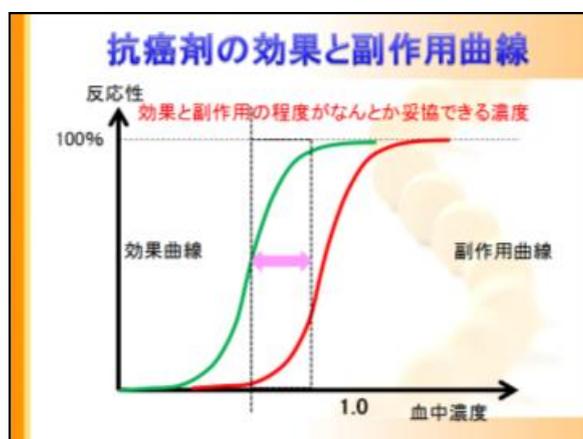
林先生は「抗がん剤は毒だと思いながら治療するべきだと思う。しかし一方で、新薬で生存率が上がるという劇的なことが色々ながんで毎年のように起こっている。患者さんには常に『今日治らなくても、もしかしたら明日は治るかもしれない』と言いつけています。」という。

## ○緩和ケアについて

かつては緩和ケア、モルヒネというと、がんの末期をイメージさせるもので、実際そのような使われ方をしていたが、現在は異なる。早期から導入し痛みや精神的な苦痛などを取り除きながら治療を行うものになっている。

鎮痛薬として使われるモルヒネは、「使うと癖になる」「だんだんと効かなくなる」という誤解をもっている人が多い。モルヒネの依存が発生するのは医療目的以外で使った場合のみで、痛みがあり適量を鎮痛薬として使う場合は依存が出ないメカニズムになっている。モルヒネは投与の量が重要で、例えばモルヒネが効く有効用量が50の場合に5だけ投与すると、効果が出ず便秘や吐き気などの副作用のみが出てしまう。有効用量より多く投与する場合はというと、動物実験レベルなので人に完全に一致するかは微妙だが、有効用量の10倍で呼吸が抑制され、35倍で死に至るといふ。しかし実際にはこれほどの量を投与するのは物理的に不可能である。

モルヒネは、少なすぎると副作用のみが出るが、かなり増量しても死に至ることはない。そして患者さんの状態を見ながら量は調節されるので、安心してほしいという。

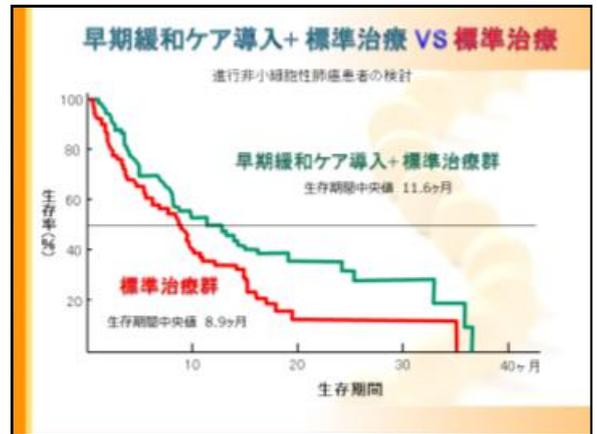


(図1) 抗がん剤の効果と副作用曲線  
(講演スライドより)

緩和ケアについて、所詮症状をごまかしているだけではないのかと思う人も多い。緩和ケアの効果について研究した論文がある。進行性非小細胞性肺癌の患者さんを対象にしたもので標準治療（抗がん剤治療）群と標準治療+早期緩和ケア群の予後を比べたところ、緩和ケアを導入した方が全体的に予後が良かったと報告されている(図2)。痛みや精神的な苦痛を取り除き、本来持っている力を使える状態に戻してあげるだけで、生存期間の延長およびQOLの改善が見られた。

WHOは「がん治療早期からの緩和医療」を推奨し、我が国の「がん対策推進基本計画」でも重要性を強調しているが、この結果により早期の緩和ケア導入の有効性が証明されたと言えるのではないだろうか。

林先生は「緩和ケアは、痛みのケアだけでなく精神的なケアも視野に入れている。患者さん本人だけでなく、患者さんの家族、また患者さんが亡くなられた後の遺族に対してもケアも行う。これが現在の緩和医療のグローバルスタンダード、世界の標準的な緩和医療のモデルです。しかし我が国はまだこの形になっていないので、それを進めるのも私の使命だと思っています。」と話された。



(図2) 早期緩和ケア導入+標準治療VS標準治療 (講演スライドより)

**Q&A** 講演後に行われた質疑応答をご紹介します。

**Q1: 抗がん剤治療を行い、最初からモルヒネを使っている。痛みがなくなってきたが、モルヒネを少なくしたり、やめてもいいのか?**

**A1:** それは主治医が考えること。モルヒネは痛みに応じた分であれば副作用が出にくい。痛みが抗がん剤の治療で楽になりモルヒネが過剰になれば、眠気が出たり意識がとろんとするなど通常副作用が出る。その場合必ず減量する。

**Q2: スライドに「モルヒネ（医療用）」とあったが、一般的なモルヒネと違うのか?**

**A2:** 違わない。医療目的で使うということで表記した。ただ世の中に出回っている、悪い意味のモルヒネは、乱雑に作られており不純物が混じっている。本来のモルヒネの問題ではない問題も含んでいる。

**Q3: 抗がん剤に耐性はあるか?**

**A3:** 抗がん剤が有効であると判断する基準は、がんの体積が半分以下になった場合で、例えば100が40になったら有効であるという。そのままずっと効いていれば治癒と同じだが、同じ治療を半年から一年続けるとがんが大きくなってきてしまうことがある。それを耐性と称する。昔は耐性というと、ずっと殴られてきたものが殴られても痛くなくなるのだと考えられていたが、最近では実は違うのではないかと考えられるようになってきた。例えばこの部屋全体をがんの固まりだと考えて、アルコールを抗がん剤と考える。みなさんに焼酎を飲んでもらい、気持ち悪くなったら部屋を出てもらう。これを抗がん剤が効いている状態だと考える。そうすると、何杯飲んでも平気な人がいて部屋に残る。つまり抗がん剤が効かないがん細胞が残り、完全になくならない。そのまま同じ治療を続けると逆に増えだす。これが耐性と称されるような現象だと思われる。その場合、別のハンマーでそれまでとは違うところをたたく。

**Q4: 抗がん剤の経口薬と点滴のそれぞれの特徴や違いは?**

**A4:** 基本的に抗がん剤のメカニズムとして大きく変わることはない。経口薬のメリットとしては、針を刺されないですむ。病院に来ないで家で飲める。また経口薬は28日連続で飲んで様子を見るが、もし最初の5日間で副作用が出たら止めることもでき、安全に使うことができる。点滴は3週間に一度行い、通常ある程度の量を一度に摂取するが、一度入れてしまうと取り出せない。副作用が出たら対処的な治療をしていくことになる。

経口薬のデメリットとしては、自分で飲まないといけないので飲んだら苦しいと分かっている



るものをなかなか自分で飲めない。そのため専門家のもとで点滴を入れてほしいという人もいる。どちらを使うかは主治医とよく相談することになると思う。

**Q5：患者がインターネットで医療情報を調べるときに気をつけなければいけないことは？**

A5：本来、本人も含めて家族にしてもらいたいのは、インターネットで情報を調べることではない。検索サイトで得られる情報は玉石混合。無責任な発言がたくさんある。医者もインターネットで情報を得るが、専門的なネットワークを用いたり、世界中の仲間と情報交換をする。偉そうかもしれないが、検索サイトで検索できる情報とはクオリティーが全く違う。家族にはいつも「私のことを信頼してください。患者さんの医療のことは全部私に任せてください」と話をする。家族には私ができないことをして欲しい。一緒にご飯を食べたり、出かけたり、話をしたり、そこにエネルギーを使ってほしい。ただ、充分に対応できない医者も多く不幸にも家族が自分で情報を集めないといけない場合は、検索サイトで調べるのではなく、その分野の先生に聞いてほしい。

例えば、さめの粉なども効くのであれば製薬会社が出しているはず。精神的に安寧を得られるなら毒でなければいいと思うが、得体の知れないものは避けたほうがいい。漢方薬と称する中国の薬を飲んで、亡くなってしまった例がある。結局誰にも責任を追及できなかった。藁をもすがりたいという気持ちは重々理解できるが、藁はつかんでもおぼれるだけ。この分野に一生懸命やっている立場としてはこのような答えになる。

**Q6：がん治療に立ち向かうためによく前向きにというが、治療効果として大きく違うのか？**

A6：がん治療のコツはそこ。治らないと思った患者さんで治った人がほんの数人いる。それはボーっとした人。危機感がなく好きなことばかりしている。しかし検査の度に良くなり、最終的にがんがなくなった。なくなるはずはないと抗がん剤を飲み続けてもらったが、長い人は7年くらい飲んでとうとう三行半を突きつけられてしまった。その人は今でも生きている。逆に絶対良くならないというタイプはメソメソする人。一般的に、がんだと受けとめるまでに2週間、内容を理解するまでに2ヶ月かかるといわれている。その間、暗い顔をするのは分かるが、それ以上たってもずっと暗い顔をしている人、薬が効いているのに暗い顔をしている人、将来を悲観して泣いている人は絶対に良くならない。

これは医学的に証明されていて、ノルウェーの医学生を卒業試験の前に検査すると、猛勉強しているので免疫力ががん患者さん並に落ちている。試験が終わって1ヶ月くらい遊んで帰ってきたところを再度検査すると免疫力が上がっていて正常より高かったりもする。

これはストレスが影響している。ストレスにはいろいろあるが、精神的なものも痛みもそう。中途半端に痛みがあると動きが悪くなる、気持ちもふさぐ、食欲もなくなる、体力が落ち、抗がん剤に対抗する力もなくなるなど悪循環に陥る。

患者さんが治る道は、本来もっている動物の力を最大限に活かすこと。自分だけがかわいそう、世の中の中心と考えるのではなくて、みな同じと考える。医師のほうが先に死んでしまうかもしれないし明日のことを考えても仕方ない、そういう風に考えるしかないのではないかと思う。

**新着図書紹介**

**◆『口から食べる嚥下障害Q&A』 第4版**

藤島一郎 著，中央法規出版，2011年

食べ物や飲み物が食べられない、飲み込めないという「摂食・嚥下障害」について書かれた本です。関係する「誤嚥性肺炎」の説明もあります。Q&A形式で書かれており、気になるところから読んでも理解しやすいように工夫されています。



からだ情報館NEWS 第8号

編集・発行：総合外来センター1F「からだ情報館」  
 発行責任者：田邊 一成  
 発行日：2012年2月2日