



お金があれば、標準治療よりもよい最先端治療を受けられますか？



イラスト：さかいゆは

「お金はいくらでも出すので、とにかく一番いい治療をしてほしい」と言われることがあります。

いわゆるお金持ちの方から言われることが多く、そういう方にとっては、「せっかく自分にはお金があるのに、他の人と同じ治療では満足できない」という気持ちも働くようです。

ただ、このようにおっしゃるのは、お金持ちではありません。「全財産をはたいてでも、借金してでも、一番いい治療を受けたいんです（受けさせたいんです）」と、患者さんやご家族から懇願されることもあります。「お金よりも命が大事」「命はお金には代えられない」という言葉もよく聞きます。

保険適用の標準治療が一番お勧め

患者さんたちの思いをうかがい、それを受け止めた上で、私はこう答えます。

「『一番いい治療』として私がお勧めするのは、保険適用となっている『標準治療』です」

目の前にいる患者さんが、お金持ちであってもそうでなくても、答えは変わりません。お金持ちや、社会的地位が高い方だからといって、保険適用外の高額な治療を勧めることはありません。有効性と安全性が確立した「現時点で一番いい治療」は「標準治療」と呼ばれ、日本では保険適用となっていることがほとんどです。「とにかく一番いい治療をしてほしい」と言われたら、「わかりました。標準治療をきちんとやりましょう」とお答えします。

がん保険に加入している方の中には、「先進医療特約」や「自由診療特約」をつけているので、せっかくなので先進医療や自由診療を受けたい、とおっしゃる方もおられます。そういうご希望があったとしても、私が勧めるのは、先進医療でも自由診療でもなく、保険適用となっている標準治療です。先進医療とは、保険適用とすべきか評価中で、まだ保険適用となっていない先進的な医療で、厚生労働大臣が定めています。先進医療を臨床試験として行うことはありますが、とてもまれなケースで、「先進医療をやってほしい」という患者さんに、「では、これを」と示せることはほとんどありません。

自由診療とは、有効性や安全性が確立しておらず、保険適用となる見込みもないような治療を自費で行うもので、これをお勧めすることはありません。どこかのクリニックで自由診療を受けたいという患者さんがいたら、「やめておいた方がいいですよ」と説明します。「お金があるから」「自由診療特約に入っているから」という理由で、保険診療以外の治療を選びたいという気持ちもわかりますが、有効性や安全性の確立した保険診療を受ける方がずっと得策です。



新しい治療法を試す「治験」は無償

そんな私も、保険適用外の治療を日々行っています。それは、「治験」です。治験というのは、まだ承認されていない新しい治療法を、患者さんにご協力いただいて試す臨床試験のことです。

現時点で有効性と安全性が確立している標準治療をきちんと行うのが基本ですが、私たちには、次の標準治療となる新しい治療法を確立する使命もあり、多くの「治験」を行っています。治験によって、現在の標準治療よりも優れた治療だと証明できれば、その治療は新たな標準治療として保険適用となり、広く使われることになります。

治験に参加しても、必ず恩恵を受けられるわけではありませんが、未来の標準治療を先取りできる可能性があり、新しい治療法の開発にも貢献できます。そして、治験に参加する場合、治療費は無償となります。

もし、保険適用外の治療で、費用を請求されているとしたら、それは正式な治験ではなく、有効性と安全性の確立していない治療が、自由診療で行われていることとなります。本当にいい治療なのであれば、きちんと治験を行って、有効性と安全性を証明し、標準治療として世界中の患者さんに届けるべきですが、それをせずに自由診療で高額な費用を受け取っているとすれば、お金儲けだけが目的だと言われても仕方ありません。

保険適用外の高額医療には手を出さない

保険適用外で高額な費用を払って治療を受けるのは、お金が無駄になるだけでなく、治療によって不利益を被るリスクも高いので、手を出さないのが得策です。「安かろう悪かろう」と世の中ではよく言われますが、保険適用外の医療に関しては、「高かろう悪かろう」と考えるのがよさそうです。高い費用を払っていることでよい治療を受けている感覚になってしまう患者さんもいて、だからこそ、このビジネスが蔓延しているわけです。お金持ちならともかく、そうでない方が「お金をやりくりして」という話をうかがうと、とても悲しい気持ちになります。

標準治療もけっして安くはありません。特にがん医療では薬剤費の高騰が続いていて、一つの薬で1年間の医療費が数千万円かかるものも、次々と登場しています。ただ、日本は「国民皆保険」で、医療費の自己負担は1～3割に抑えられ、しかも自己負担額が、所得に応じて決められた金額を超えた場合は、それ以上負担しなくてよい「高額療養費制度」もありますので、国民の誰もが手の届く費用負担で標準治療を受けられるようになっています。

お金持ちしか標準治療を受けられない国も多くある中で、すべての国民が、最先端の「標準治療」を受けられる日本の医療制度は、世界に誇るべき素晴らしいものだと言えます。とはいえ、高額療養費制度が適用されても、自己負担額の上限を払い続けるのは楽なことではないという方も多く、中には経済的な理由で治療を中止してしまう方もおられます。コスト（費用）とベネフィット（効果）のバランスを慎重に検討しながら、きちんと話し合うことが重要です。

理解されていない「標準治療が最高の治療」

標準治療が現時点で最高の治療なのですが、それが正しく理解されていないという問題もありそうです。標準治療は、「並」の治療であって、「お金を出せば、もっといい『特上』の治療が受けられるはず」と思われているのかもしれませんが。

標準治療は、「並」ではなく「特上」であり、松竹梅で言えば「松」です。誰もが標準治療を受けられる日本では、「普通」の治療に感じられるかもしれませんが、実際は世界中の多くの患者さんが治験に参加するなど、膨大な労力と費用がかけられて、その地位を確立したものであって、選び抜かれた特別な治療と言えます。

「標準」というのは、英語では「スタンダード」ですが、「スタンド（立つ）」+「ハード（しっかりと）」が語源と言われています。スタンダードには、「軍旗」という意味もあり、「集結地点を示すために、しっかりと立てられた、目立つ旗」がその由来とされています。集団の中心にあって、すべての人がよりどころにするようなイメージです。

スタンダードを書き換える形で医療は進歩してきました。その時代における最高の治療が標準治療で、それをしのぐ新治療が現れたときに、標準治療の座をニュースタンダードである新治療に継承して今に至っています。この先も、標準治療を軸に、スタンダードを超える可能性のある新治療を治験で試みながら、医療は進歩していきます。



推奨されるのは、現在の標準治療をきちんと受けることであり、もし機会があれば、新治療を試す治療に参加することも推奨されます。きちんとしたよりどころがない、しっかりと立てていない「自由診療」は、たとえよさそうに見えたとしても、手を出さない方がよいでしょう。

これまで、「標準治療」について、患者さんと医療者でイメージのずれがあり、それがコミュニケーションを妨げていたのかもしれませんが。これからは、標準治療のイメージを少し格上げした上で、患者さんと医療者がスタンダードを軸に話し合い、納得できる治療方針を考えていけるとよいと思っています。



(高野利実 がん研有明病院院長補佐)

なんと医者が堂々と関わっている... 「がん治療」で特に要注意な「代替療法の名前」

代替療法とインチキ治療

代替療法というのは、いわゆる民間療法のことです。断食を含む食事療法や、がんの効果があるといわれるサプリメント（フコイダン、アガリクスなど）、漢方薬や鍼灸、カイロプラクティックやアーユルヴェーダ、ホメオパシーなどがあります。いずれもがんそのものには治療効果はありませんが、治るかもしれないという希望（実際は空手形ですが）を持つことで、身体や心のつらさを一時的に軽くする効果はあるかもしれません。

がんになったら、だれしもできるかぎりの治療を望むのは当然です。少しでも効きそうな治療をあれこれ試したくなる気持ちもわかります。その思いにつけこむのが、商売としての代替療法です。「がんに効く」「がんが消えた」「ステージ4の患者が生還」「末期がんを克服」などの誘い文句で、インチキ治療を売りつけるのは、ほんとうに卑劣だし、あくどいと思います。

がんになったら「標準治療」を受ける。これがもっとも安全な選択です。標準治療は多くのデータの積み重ねで検証され、医学的にもっとも効果が高いと推奨されるものだからです。

ところが、「標準」という言葉を、スタンダードクラスと誤解して、標準ではいやだ、スーペリアとか、エグゼクティブなどもっとランクの高い治療を受けたいと望む人がいますが、そういう治療は存在しません。

そんなものを求める人がいるので、口のうまい代替療法商法があとを絶たないのだと思います。中には医者が堂々と関わっている代替療法もあるので要注意です。特に油断ならないのが、「免疫細胞療法」といわれるものです（まぎらわしいですが、「免疫療法」とは別物です）。これは患者さんの血液から、免疫に関わる細胞を取り出し、一週間ほどで約千倍ほどに増殖させ、ふたたび体内にもどすというものです。強力な免疫が働くように思えるかもしれませんが、そもそもがん細胞は前述の通り、免疫の攻撃を免れるための「免疫チェックポイント」を持っているのです。これを放置したまま、免疫細胞をいくら増やしたところで、がんを攻撃することはできません。

ほかにも、がんワクチンなどもありますが、今のところ有効性は証明されていません。これらの療法はすべて自由診療なので、医療保険が使えず、治療費は医者が自由に決められますから、きわめて高額です。こういうところにするのは、だいたい標準治療で治療の余地がなくなった患者さんです。薬にもする思いなのでしょうが、偽の希望にだまされて、みすみす少なくないお金を無駄にするのは、誠に痛ましいことです。



*本記事は、久坂部羊『人はどう老いるのか』（講談社現代新書）を抜粋、編集したものです。



標準治療を基本に、がんになっても自分らしい生活を

2023/09/12

NPO 法人キャンサーネットジャパンとアストラゼネカは5月23日、卵巣がん WEB 市民公開講座「卵巣がんとともに歩む〜治療、アピアランスケアの理解を深める」をオンライン開催した。日本では毎年約1万3000人が新たに卵巣がんと診断され、約5000人がこの病気で亡くなっている。卵巣がん WEB 市民公開講座では、東京女子医科大学産婦人科准講師の本橋卓氏が、「がんの治療をその人らしい生活のなかで。患者さんに合わせた治療方針の選び方」と題して講演した。

標準治療は現時点でナンバーワンの治療

講演の冒頭で本橋氏は、70歳の女性患者のエピソードを紹介した。この女性に5時間に渡る開腹手術を実施したところ、卵巣に約20cmの悪性腫瘍があり、その周囲に無数に散らばる腹膜転移が見つかった。夫と長男に、手術後に抗がん剤治療をするのが標準治療であることを説明すると、長男が、「もっといい選択肢はないでしょうか。再生医療などはどうですか、最近有望だ」という話を知り合いの先生から聞いています」と質問したという。



「私は、この言葉こそが治療のスタートだと感じ、臨床試験や標準治療についてこのご家族に説明しました。当然のことながら、患者さんにご家族が望むのは、ナンバーワンの最高峰の治療です。標準治療という“並”の治療では困る、最新の治療で治してほしいという熱意をぶつけてくださったのだと思います。ただ、医療において標準治療は並ではなく、国内外の臨床試験の結果、その時点でナンバーワンのベストな治療です」と、本橋氏は説明した。臨床試験は、ヒトを対象に、医薬品や医療機器の安全性、有効性を確認するために行われる。第1相、第2相、第3相の3段階の臨床試験があり、最終段階の第3相では、現在の標準治療との比較試験を実施する。例えば、現在の標準治療のAという薬剤と、新治療のBを比較し、Bの方が効果や安全性が勝っていれば、Bが新しい標準治療となる。

卵巣がんの治療は、日本婦人科腫瘍学会が作成している『卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン』で標準化されている。医療者向けだが、最新の2020年版は、同学会のホームページで閲覧できる。

どこで治療を受けるかは婦人科腫瘍専門医がいる病院が目安に

卵巣がんを含む婦人科がんの臨床試験を行う国内グループには、日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）・婦人科腫瘍グループ、婦人科がん臨床試験コンソーシアム、関西臨床腫瘍研究会、西日本がん臨床腫瘍機構など7つ以上の団体がある。世界にも同じようにたくさんの臨床試験グループがあり、毎年6月に開催される米国腫瘍学会（ASCO）では世界中から集まった研究者たちが最新の知見を報告し、標準治療が変わることもある。

本橋氏は、「臨床試験の結果は、卵巣がんになった患者さんが、自分には見返りがないことを承知の上で、命がけで残してくれた情報です。これによって、科学的に安全性と有効性が示されたのが標準治療です」と語った。卵巣がんの治療医は、1. もともと産婦人科医、2. 腫瘍内科医で婦人科専門——主にこの2通りがある。腫瘍内科医は、がんの薬物療法専門の内科医で手術は実施しない。本橋氏を含め卵巣がんの治療を担当する医師は、産婦人科医として婦人科がんの治療を専門にするようになったケースが多い。どこで治療を受けるかは、日本婦人科腫瘍学会の婦人科腫瘍専門医がいるかどうかを参考になる。

「婦人科がんの専門医の多くは、がんの患者さんを助けられなかった経験から、婦人科がんを専門にする道を選んでいきます。私もそうでした。特に、私が研修医だったときには、今よりも卵巣がんの治療成績が悪く、患者さんを助けられなかつた経験をし



ました。ほとんどの婦人科がんの専門医は、自分で選んで人生の使命として、ある意味好きでがん治療をやっているのです、患者さんは何を言ってもいいのです。不安や心配事、つらいことがあったら、担当医に話してください」と本橋氏は話した。

BRCA 陽性が BRCAness なら PARP 阻害薬による維持療法を

卵巣がんの場合、IA 期/IB 期で低異型度のおとなしいタイプを除き、ほとんどのケースで手術の後、薬物療法を行うのが標準治療だ。本橋氏は、「薬物療法は、遺伝子特性によって薬を選別する時代になっています。卵巣がんでは BRCA という遺伝子に異常がある、あるいは、それと同じように BRCA 遺伝子が働かなくなっている BRCAness (ブラッカネス) の患者さんが大勢います。その人たちには PARP (パーブ) 阻害薬という薬がよく効きます」と解説した。

BRCA 遺伝子に異常があるか、この遺伝子が働かなくなっ

ているがん細胞は、PARP という酵素によって DNA の損傷を修復し増殖している。PARP 阻害薬は、この DNA の修復を邪魔することで、BRCA に異常があるがん細胞の死滅させる薬だ。「ほかに、がんが新しい血管を作って栄養を取ろうとするのを邪魔して兵糧攻めにする『血管新生阻害薬』といった薬が卵巣がんに使われています。がん細胞を直接殺すだけではなく、がん細胞がどうやって生き延びているのかその仕組みを解明して、それに対する薬を開発する時代になってきているのです」。

治療のことを考える時間は最小限にし自分らしく過ごそう

本橋氏は、2 人の患者のケースを紹介した。1 人目は、膵がんのステージ 4 で、余命 3 カ月と宣告された患者のケースだった。その男性は、生後 6 カ月だった我が子と、毎日 1 枚ずつポラロイド写真を撮り続けた。

男性はどんどん痩せていき、約 1 カ月で息を引き取った。妻は写真を持って病院へあいさつに行き、「私は、この 30 枚の写真があれば、この子を立派に育てる自信があります。この子がどんなに父親に愛されていたか、この 30 枚の写真で伝えることができます」と話したという。

「私は、抗がん剤治療で 1 カ月命を延ばすことに意味があるのかと悩んでいた頃に、薬剤師の友人からこの患者さんの話を聞き、こういった余命 1 カ月の過ごし方もあるのだと学びました」と本橋氏。

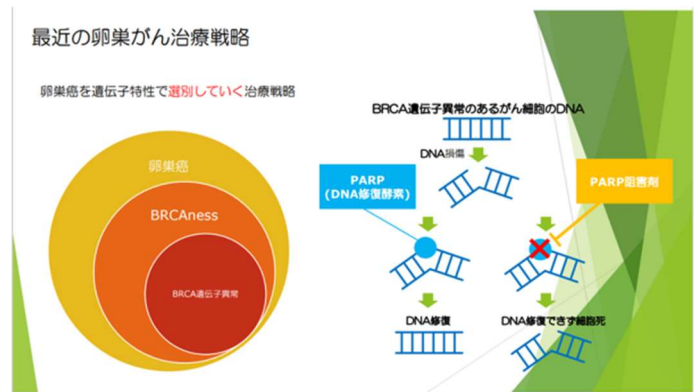
もう 1 人は、犬のブリーダーをしている 50 代の女性のケースだ。卵巣がんが腹水がたまった状態で来院し、手術と抗がん剤治療をした 1 年後に再発した。再度抗がん剤治療と維持療法を受けて 5 年経ったので、責任をもって犬の命を預かれないと考えて休んでいたブリーダーの仕事を再開することにしたという。

本橋氏は、「本当にいろいろなケースがあります。私たち医師には、どの方がどうなるか推理はできないのですが、ナラティブ・ベースド・メディシン (NBM : Narrative Based Medicine) という言葉があります。患者さんの物語、視点を重要視する考え方です。私が考える患者さんに合わせた治療とは、ご本人が卵巣がんの勉強をして治療法を選ぶことではありません。治療のことを考える時間は最小限にし、治療中も、あなたらしく生きていただきたいと思います。皆さんの時間を作れるように我々婦人科がん治療医が努力しますので、治療によってできた時間はあなたの周りにいる人や、見える景色、食べたいもの、やりたいことに使ってください」と強調した。

リンパ節を切除した場合はリンパ浮腫の予防と早めの対処が重要

Q&A セッションでは、「卵巣がんを早期発見する検診はないのか」との質問に、次のように回答した。「海外のデータで、50 ~ 74 歳の閉経後の女性約 20 万人を 2 群に分け、年 1 回の経腔超音波検査による卵巣がん検診の効果をみた研究があります。残念ながら、検診を受けても受けなかった群に比べて卵巣がんの死亡率は下がらないという結果でした。ですから、卵巣がんを早期発見する方法は今のところ確立されていません」。

(福島安紀 = 医療ライター)





入院・手術のときに絶対役立つ！ 「高額療養費をさらにお得に使う裏ワザ3選」



ライフ・社会知らないと損する！医療費の裏ワザと落とし穴

2023.10.27

大きなケガや病気、入院などの際に必ず使うべきなのが高額療養費制度。医療費が高額になったときに自己負担額を軽減してくれるものだが、実は使い方にはコツがある。もしものときに絶対知っておくべき高額療養費制度の裏ワザを3つ紹介しよう。

(フリーライター 早川幸子)

医療費が100万円かかっても高額療養費制度で自己負担は9万円に

「高額療養費」は、医療費が高額になったときに、患者が自己負担するお金を軽減してくれる公的な医療保険（健康保険）の制度だ。医療費が家計の大きな負担にならないように、患者が支払う自己負担額が一定の範囲に収まるように設計されている。この制度があるおかげで、たとえ医療費そのものが100万円、300万円、500万円と高額になっても、患者が自己負担するお金は数万円～数十万円程度に抑えることができるのだ。病気やケガをしたときの強い味方になる制度だが、実は、その人の状況に応じて、さらに医療費を抑えられる裏ワザがある。今回は、この高額療養費をさらにお得に使う方法を考えてみたい。

病院や診療所を受診すると、窓口では、年齢や所得に応じて、かかった医療費の1～3割を自己負担する。風邪や胃腸炎、ちょっとした打撲など、日常的な病気やケガの治療費は数千円～数万円だ。たとえば、医療費の1～3割を支払っても、家計へのダメージは低く抑えられる。だが、がんや脳血管疾患、大腿骨の骨折など、大きな病気やケガをすると、医療費の1～3割といえども自己負担額は高額になる。たとえば、医療費が500万円かかった場合は、3割負担で150万円、2割負担で100万円、1割負担でも50万円だ。医療費が家計の大きな負担となり、それが原因で貧困に陥ってしまう可能性がある。そこで、1973年に導入されたのが高額療養費だ。医療費が一定額になるまでは、通常通りに1～3割を支払うが、そのラインを超えた部分の医療費の自己負担額が軽減されるという設計になっている。この自己負担限度額は、70歳未満、70歳以上で分かれているが、今回は70歳未満の人のケースで見よう。ちなみに、これとは別に、新型コロナウイルス感染症で入院した場合に限り、2024年3月までは、通常の高額療養費の自己負担限度額から、原則的に1万円を減額する公的支援が行われている。

所得に応じて異なる自己負担額 まずは高額療養費制度を理解する

現在、70歳未満の人の高額療養費の自己負担限度額は、所得に応じて5段階に分類されている。

たとえば、(ウ)の年収約370万～約770万円の人の1カ月当たりの上限額は、【8万100円+ (医療費の総額-26万7000円) ×1%】。医療費が100万円だった場合、3割負担だと30万円が自己負担額になるが、高額医療費が適用されるので、最終的な自己負担は9万円程度。医療費の負担はかなり抑えられる。

●高額療養費の自己負担限度額(70歳未満の人)

| 所得区分 | 1カ月の患者負担の限度額 | 多数回該当 |
|--|----------------------------|---------|
| ア 年収約1160万円～ 健保:標準報酬月額83万円以上 国保:年間所得901万円超 | 25万2600円+(医療費-84万2000円)×1% | 14万100円 |
| イ 年収約770万～約1160万円 健保:標準報酬月額53万～79万円 国保:年間所得600万～901万円 | 16万7400円+(医療費-55万8000円)×1% | 9万3000円 |
| ウ 年収約370万～約770万円 健保:標準報酬月額28万～50万円 国保:年間所得210万～600万円 | 8万100円+(医療費-26万7000円)×1% | 4万4400円 |
| エ 年収～約370万円 健保:標準報酬月額26万円以下 国保:年間所得210万円以下 | 5万7600円 | 4万4400円 |
| オ 住民税非課税 | 3万5400円 | 2万4600円 |



高額療養費は申請しないと取り戻せないケースもある

●ケース1： 同じ月に、家族の医療費も高額になった ⇒ 世帯合算の手続きを忘れずに！

高額療養費は、1人の人が、1か月に、1つの医療機関に支払った自己負担額の合計が上限額を超えると適用される。さらに、同じ月に、同一の健康保険に加入する家族の医療費が高額になると、「世帯合算」といって、家族の自己負担分もまとめて申請できる。ただし、その患者の家族も医療費がたくさんかかったかどうかは、病院や診療所では判断できない。そのため、世帯合算するためには、自ら申請する必要がある。この申請を忘れると、せっかく取り戻せるお金を損してしまう可能性があるのだ。

たとえば、月収45万円のAさん（50歳・会社員）のケースで考えてみよう。Aさんの妻はパート労働者で、Aさんの健康保険の扶養家族になっている。Aさん夫婦は、同じ月に病気になり、それぞれ医療費が50万円ずつかかった。Aさんの高額療養費の自己負担限度額は、【図1の（ウ）】なので、病院の窓口では限度額適用認定証を提示して、8万2430円ずつ自己負担している。夫婦が支払った自己負担分の合計は、16万4860円だ。

だが、同じ健康保険に加入している家族の医療費は、世帯合算して高額療養費の適用を受けられる。そのため、Aさん夫婦の本来の高額療養費の限度額は、【8万100円 + (100万円 - 26万7000円) × 1% = 8万7430円】だ。健康保険組合に世帯合算の申請をすると、窓口で自己負担したお金の合計16万4860円から、高額療養費の限度額8万7430円を差し引いた7万7430円が還付されるのだ。反対に、還付申請しなければ、約8万円ものお金をみすみす損してしまうことになる。

70歳未満の人は、医療費の自己負担額が2万1000円を超えると世帯合算ができる。1人分の医療費では自己負担限度額まで届かなくても、世帯合算すれば高額療養費の適用を受けられることもあるので、同じ月に医療費が高額になった家族が複数いる場合は、忘れずに世帯合算の申請をするようにしたい。

以前は、医療機関の窓口で、いったん医療費の3割を支払った後で、加入している健康保険組合に患者自身が申請して、高額療養費の上限額との差額を払い戻してもらう手続きが必要だった。だが、診療報酬請求の仕組み上、申請してから還付金が振り込まれるまでには3か月程度かかる。いずれ還付されるとはいえ、その間、数十万円単位のお金を用意するのは大変だ。特に、がんなど、治療が長引くケースでは、かなりの負担となっていた。また、高額療養費の存在を知らないために、申請しないまま、時効を迎えるケースも数多く報告されていた。

そのため、現在は制度が改善されて、医療機関で自己負担限度額を証明するための「限度額適用認定証」を提示すれば、最初から高額療養費の上限額まで支払えば良いようになっている。限度額適用認定証は、健康保険証のように自動的に送られてくるものではない。必要な人が健康保険組合に発行してもらうことになっている。担当窓口に行けば、その場で発行してもらえるので、医療費が高額になりそうな場合は早めに入手しておこう。申請先は、会社員は勤務先の健康保険組合や協会けんぽ、自営業など国民健康保険の加入者は市区町村の窓口だ。ただし、マイナ保険証（マイナンバーカードで健康保険の資格確認を行うもの）で受診した場合は、自己負担限度額の確認もできるので、限度額適用認定証がなくても高額療養費を適用してもらうことができる。

このように、以前に比べると、高額療養費は使い勝手が良くなっているが、裏ワザを利用すれば、さらに医療費を軽減できる可能性もある。

忘れがちな「院外処方された薬」入院代と合わせて世帯合算が可能（掲載省略）

●ケース2： 入院して病院で高額療養費が適用されたが、薬局で薬代も支払った！

⇒ 薬局に支払った薬代は金額にかかわらず世帯合算を！

家計に余裕があれば「あえて限度額認定証を使わない」もあり、カードのポイント稼ぎに活用（掲載省略）

●ケース3： 大きな病気をして高額な医療費がかかったが、家計には余裕がある

⇒ あえて限度額適用認定証を使わずにカード決済でポイントをためる！



「コロナ・インフル同時感染」に備える

高齢者などで重症化の恐れ

2023年10月18日



今村 顕史氏

今年（2023年）は例年より早く季節性インフルエンザの流行が始まり、シーズン本番の冬季に向け新型コロナウイルス感染症（COVID-19）との同時流行を心配する声が高まっている。がん・感染症センター都立駒込病院感染症センター長／感染症科部長の今村顕史氏が懸念するのは、両ウイルスへの同時感染だ。単独感染に比べ、高齢者などでは肺炎をはじめとする症状が重症化しやすくなる恐れがあるという。両ウイルスの同時流行は今シーズン（2023/24シーズン）本格的に経験する初の事態、同時感染は知見に乏しい未知の病態だ。いかに備えるべきか、同氏に見解を聞いた（取材日＝10月5日、感染症発生動向は10月13日時点の情報に基づく）。

ピークアウトした COVID-19、流行拡大が続くインフルエンザ

まず、両感染症の現時点の流行状況を見ておこう。国立感染症研究所および厚生労働省が発表する感染症発生動向調査の第39週（9月25日～10月1日）週報によると、COVID-19については定点当たり報告数が8.83（報告数4万3,705人）と、前週（第38週：9月18～24日）の同11.01（報告数5万4,346人）から減少した。第35週（8月28日～9月3日）には同20.50（10万1,289人）に達していたことから、今村氏は「ピークは8月下旬から9月上旬で、現在はピークアウトしたと見られる」との見方を示す。

一方、インフルエンザについては、夏休み明けから学級閉鎖・学年閉鎖などが増加するなど季節外れの流行が見られたが、全国における第39週の定点当たり報告数は9.57（報告数4万7,346人）と前週（第38週）の7.09（報告数3万5,021人）から増加を続けている。注意報レベル（定点当たり報告数10以上）の地域は38週の9都県から14都県に拡大した。同氏は「流行拡大は続いており、予断を許さない状況にある」と注意を呼びかける。

冬に再流行の可能性高い COVID-19、インフルエンザは2009年と類似？

今後の流行についてはどうか。今村氏は「正確に予想するのは極めて難しい」としながらも、次のように展望する。

COVID-19については、このまま減少傾向が続いて今回の流行が落ち着いても、冬に再流行する可能性が高い。過去3年は年明けに流行拡大する傾向にあった。コロナウイルスはもともと、冬に流行しやすい性質のものに加え、冬は換気が難しく、狭い空間に人が集まりやすくなるという環境要因もある。その上で、同氏は「最近の新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）については高い感染性を維持しながら、変異株による免疫逃避によって感染拡大が起きていると考えられる。変異前ウイルスの感染者では、再び感受性者となる恐れがある」と指摘する。

インフルエンザについては、9月に注意報レベルに達するのは、新型インフルエンザウイルスが発生した2009年以降のことである。この年、新型インフルエンザは9月に流行が拡大して冬前にピークとなった。一方、本来の2009/10シーズンに季節性インフルエンザの大きな流行はなく、新型インフルエンザは2011年にはAH1pdm09として通常の季節性インフルエンザとなった。

同氏によると、現在のインフルエンザの季節外れの流行は、COVID-19に対する感染対策が徹底された影響によるもの。インフルエンザの流行を3年間経験していなかったため感受性者が増加し、通常の流行シーズン以外でも感染者が多く発生していると推測される。

同氏は「感受性者の増加による流行時期の早期化という点では、現在の状況と2009年は似ている」としながらも、「2009/10シーズンは未知の新型ウイルスの登場であり、ウイルスに対する人々の免疫状態は現在とは異なっている」と指摘。「2009/10シーズンと同じような流行パターンになるかは不明である」と述べ、冬季の流行も想定しておくべきだと慎重姿勢を崩さない。例年の傾向としては11～12月に注意報レベル、年明けの1～2月に警報レベルとなることが多い。



また、例年の典型的パターンとしては、A型の流行が先行し、その後遅れてB型が増えるケースが多い。同氏は「現在はAH3が最も多いが、AH1も増えており、B型も見られる。複雑な流行状況となっており、A型がピークを超えて落ち着いても、その後にB型が流行する可能性も否定できない」と補足する。

両ウイルスとも細菌性肺炎を続発しやすく、同時感染により重症化

現在のところ、COVID-19とインフルエンザの流行のピークが一致する事態は起きていない。しかし、流行の山はある程度重なっており、今村氏は同時感染への警戒を呼びかける。

同氏が考える同時感染には3つのパターンがある。

- ① 両ウイルスに同一感染者から一緒に感染する場合
- ② わずかな時間の差で両感染症を発症する場合
- ③ 1つ目の感染症が治りかけたところに、2つ目のウイルスに感染する場合

エビデンスは乏しいものの、同時感染により肺炎などの症状が重症化する可能性がある。長崎大学などが行ったハムスターを用いた実験では、両ウイルスに感染することで、肺炎が重症化・長期化する可能性が示されている（Sci Rep 2021; 11: 21259）。英国の研究チームが2020年2月～21年2月に、SARS-CoV-2感染者約7,000例を調査したところ、3.2%がインフルエンザウイルスにも感染しており、両ウイルス感染例はSARS-CoV-2単独感染例に比べ、人工呼吸器装着のオッズ比が4.14（95%CI 2.00～8.49）、死亡が2.35（同 1.07～5.12）だった（BMJ 2022; 376: o809）。

同氏は「いずれの研究もCOVID-19流行の早い段階で行ったもの。デルタ株までのSARS-CoV-2は、ウイルスそのものが肺炎を起こしやすかった。現在のオミクロン株とは状況が異なる」としながらも、同時感染の脅威について、次のように解説する。

インフルエンザもオミクロン株もウイルスそのものによる肺炎のリスクは低い。しかし、両ウイルスとも細菌性肺炎を続発しやすい点に注意が必要だ。特に、高齢者が1つ目のウイルス感染によって日常生活動作（ADL）が低下した状態で2つ目のウイルスに感染した場合、ADLがさらに悪化し肺炎などの重症化リスクが高くなる。基礎疾患の悪化も懸念される。

特にSARS-CoV-2に先行感染した場合、全身状態の悪化が危惧される。嚥下機能が低下した結果、誤嚥性肺炎を発症し、要介護度が高まることはよく経験するところだという。このような状態でインフルエンザに感染したら、ダメージはより大きくなる。

若年者にとっても、同時感染は大きな負担になるだろう。高熱、筋肉・関節痛など発症時に強い症状が発現するインフルエンザ、咳や倦怠感などの症状が長く続き味覚・嗅覚障害などの後遺症の問題もあるCOVID-19のダブルパンチは、肉体的にも精神的にもつらいはずだ。小児では、インフルエンザ脳症による重症化も念頭に置かなければならない。

同時感染のリスク低減のためワクチン接種を

両感染症が同時期に流行した場合の医療への影響はどうか。今村氏は「外来では発熱で受診する患者数が両感染症の合計となるため、診療の負担が大きくなる。入院病床においても同様で、救急搬送や病床の運用に大きな負荷を与えるだろう」と展望する。

両感染症の治療に不可欠な鎮咳薬や解熱薬の使用量が増え、供給不足に陥ることも懸念される。特に前述のようにCOVID-19は咳の症状が長期化しやすいので、鎮咳薬の不足がさらに深刻になるかもしれない。

同氏は同時感染のリスクを低減するため、両ウイルスに対するワクチン接種を推奨する。インフルエンザについては、例年より早めの流行となっていることから、特に高齢者や基礎疾患のある人は早めの接種が望ましい。

SARS-CoV-2ワクチンについては、9月20日からオミクロン株XBB.1.5系統対応となっており、現在の流行状況に応じた高い有効性が期待できる。生後6カ月以上の全ての人が接種可能。高齢者や基礎疾患のある人は重症化予防のため、特に必要だ。後遺症の軽減効果も期待するという。なお、SARS-CoV-2ワクチンは他のワクチンと2週間の間隔を空けて接種することになっているが、インフルエンザワクチンとは同時接種が可能である。

同氏は「COVID-19はパンデミックからエンデミックに移行する過渡期。5類感染症に移行したことで一般臨床医の負荷は増えている。同時感染の患者に遭遇した場合、それぞれの感染症に対する治療をきちんと行うしかないが、未知の問題が立ち足はだかることもあるだろう。皆で情報共有しながら、乗り越えていきたい」と呼びかけている。

（「医療の蠢動」取材班）



免疫の力を借りてがんと闘う

中西美荷=医学ライター

手術療法、放射線療法、化学療法（抗がん薬）に続く第4のがん治療といわれる免疫療法。それはどんな治療なのか。なぜ効果があり、何が期待できるのか。今、受けることのできる免疫療法、そして今後、期待される免疫療法はどのようなものか。「多様な時代を生きる～あなたの選択、私の選択～」をテーマに8月5日、6日にオンラインで開催されたジャパンキャンサーフォーラム2023から「がん免疫療法の現実と未来への展望」の概要と講師からのメッセージを紹介する。

免疫は「非自己」であるがん細胞をどう排除する？（掲載省略）

2013年のブレイクスルーとされたがん免疫療法:1. 受容体遺伝子導入T細胞療法（掲載省略）

2013年のブレイクスルーとされたがん免疫療法:2. 免疫チェックポイント阻害療法（掲載省略）

科学的に証明されたがん免疫療法を選ぼう

効果が証明された免疫療法は国に承認され、保険診療として一般診療で行われる。一方、効果が証明されていないものの中で、効果を証明すべく行われているのが臨床試験あるいは治験（厚生労働省から薬としての承認を得る目的で行われる臨床試験）である。治験で良い成績が得られれば、効果が証明されて国に認められることになる。これらの科学的な治療法に対して「自由診療」と呼ばれるものは、効果が証明されていないにもかかわらず、しばしば多額の治療費を取って行われる治療ということになる。門脇氏は「できれば効果が証明された免疫療法を、それが無い場合は臨床試験あるいは治験に参加するというのが望ましい方法である」と話した。

製薬企業は薬の候補物質として70万の化合物を持っている。まず動物実験など非臨床試験によって有効性・安全性を調べる。この段階ですでに候補化合物は10000分の1の70個に絞られ、人、患者を対象とした試験に移る。少人数の患者を対象に安全性や体内での動きを調べる第1相から、比較的少人数の患者を対象に有効性と安全性を調べる第2相、多くの患者を対象に現在使われている薬などと比較して有効性と安全性を調べる第3相までの試験で有効性・安全性を調べて、これらをすべてクリアして合格すると厚生労働省に申請し、承認されれば販売となる。化合物はこの間にさらにふるいに掛けられ、残るのは25000分の1の28個程度だという。「このような非常に厳しい科学的プロセスを経て薬は世に出されている」（門脇氏）。

がんの臨床試験結果などで出てくる「無増悪生存率」という言葉は、読んで字のごとく、「がんが進行せず安定した状態で生存している患者割合」で、がんが消えなくても大きくなりません生存している患者も含む。そして「全生存率」は仮にがんが大きくなっても生存している患者を含むすべての生存患者の割合である。

横軸を年、縦軸を全生存率とする生存曲線は治療をしなければどんどん低下するが、延命効果がある治療を施すと低下は緩やかになる。さらに効果が上がって一部の患者が長期生存あるいは治癒するような治療では、しっぽが平坦な「テイルプラトー」の生存曲線が描かれる。「こうした患者をさらに増やすべく、治療開発が進められている」（門脇氏）。

CAR-T細胞療法の対象は今血液がんのみ（掲載省略）

免疫チェックポイント阻害薬の効果・副作用とその対処法（掲載省略）

今後は「より早期」、「他の治療法との併用」が進められる（掲載省略）

腫瘍組織では免疫細胞の侵入が抑制されている（掲載省略）

がん免疫細胞の代謝競合:がん免疫療法も突き詰めれば兵糧攻め?（掲載省略）

光とT細胞の2段階のステップでがんを排除する光免疫療法

鶴殿氏は患者からの質問が多いとして、がんの第5の治療法とも呼ばれる光免疫療法にも言及した。光免疫療法には、薬剤の組織への送達において、腫瘍血管の特徴を利用したリポソームを用いる方法と、抗体を用いる遠赤外線免疫療法（再発、手術不可の頭頸部がんに対する治療として2020年9月に承認）のふたつがある。いずれも「まず光でがん細胞を破壊し、（それにより広が



った)がん細胞の情報が樹状細胞によってT細胞に伝えられてT細胞ががん細胞を破壊する」という2段階のステップから成る。

鶴殿氏は患者からの質問が多いとして、がんの第5の治療法とも呼ばれる光免疫療法にも言及した。光免疫療法には、薬剤の組織への送達において、腫瘍血管の特徴を利用したリポソームを用いる方法と、抗体を用いる遠赤外線免疫療法(再発、手術不可の頭頸部がんに対する治療として2020年9月に承認)のふたつがある。いずれも「まず光でがん細胞を破壊し、(それにより広がった)がん細胞の情報が樹状細胞によってT細胞に伝えられてT細胞ががん細胞を破壊する」という2段階のステップから成る。

リポソームを用いる方法では、リポソームで封入した光感受性物質を血中に入れると正常な血管からは漏れないが腫瘍血管から漏れてくるという性質を利用して、これを腫瘍にのみ届ける。腫瘍組織に十分なリポソームが沈着したところで体外から近赤外線を照射すると光感受性物質が反応して発熱し、がん細胞の膜を破壊して、がん細胞の内容物が漏れ出てくる(がん細胞が死ぬ)。遠赤外線免疫療法では、ある特殊な抗体に光を受けると熱を出すIR700という物質を結合させ、この抗体を患者に注射する。抗体の力でこれががん中に十分に集積したところを見計らって遠赤外線を照射すると、IR700が発熱してがん細胞を破壊し、がん細胞の内容物が出てくる。ここまでは光によってがん細胞そのものを破壊するという過程である。

破壊されたがん細胞の断片はリンパ節の中で樹状細胞に貪食され、がん細胞にどのような情報があるのかをT細胞に提供する(免疫サイクルが始まる)。T細胞はがん細胞の状況を理解した上で現場に駆けつけ、がん細胞を認識して破壊する。

Q&A

Q1: 免疫療法は何年ほど続ける必要があるか?

A1(門脇氏): CAR-T細胞療法は1回のみで比較的長く効く。ICIに関しては臨床試験では半年、1年、2年、あるいは効いている限り続ける、重篤な有害事象、副作用が起こらない限り続けるなど、いろいろなセッティングがある。実臨床では2年ぐらいが目安だが、たとえば特に副作用がないが腫瘍が残っていて、やめると大きくなりそうだというような時には長く続ける。有効性と安全性によってケースバイケースで、5年以上続ける場合もある。

Q2: キイトルーダ(ペムブロリズマブ)投与開始後半年で全身の関節痛と筋肉痛が出て、投与終了から5年経つが、いまだに症状が残りステロイドがやめられない。副作用の継続期間について何かデータはあるか。

A2(門脇氏): irAEが長い期間続くことは当初考えられていたよりも意外に多いことが明らかになっている。たとえば2021年に報告された論文では、術後の悪性黒色腫に対して再発を防ぐために抗PD-1抗体を1年間投与した例において、実に43%の患者で投与終了後12カ月を超えてもirAEが持続していた。irAEの96%はグレード1-2のマイルドなもので、関節、唾液腺、神経といった内臓以外で長引く傾向があった。1/3程度の患者でステロイドを要し、ステロイドをやめると再燃する可能性があるため続けざるを得ない。たとえば膠原病やリウマチといった自己免疫疾患に似て長年にわたる治療が必要で、現状では重篤ではないにしても長引く可能性はある。

講師からのメッセージ

鶴殿氏: 私は基礎研究者だが、免疫療法というのは、なかなかこれで決まりというような一足飛びに決定打が出るものではないことは、お分かりいただけたかと思う。ただ、着実に基礎研究は進んでいるし、臨床からのフィードバック情報も加味しながら、着実に世界は進展しているの、近い将来、根治あるいは治癒を期待できるようながん免疫療法が出ることを切に願っている。

門脇氏: がん免疫療法は新しい治療で発展途上である。有効性が明らかになっているし、さらに成績が向上することは十分に期待できるが、irAEのコントロールも重要となる。有効性と安全性の両方を改善させながら、今後、基礎的な研究と臨床の場がタイアップして、さらに発展することが確実視されるといってもいいと思う。「乞うご期待」と申し上げたい。

2023 ONLINE Japan Cancer Forum

日本がん免疫学会共催

がん免疫療法の現実と未来への展望

免疫の力でがん細胞を排除するとはどういうことなのか

鶴殿 平一郎 岡山大学 大学院 医歯薬学総合研究科 医学系講座 免疫学分野 教授

ますます発展するがん免疫療法—臨床の立場から—

門脇 則光 香川大学 医学部 附属病院長 香川大学 医学部 血液・免疫・呼吸器内科学 教授

司会: 小島 あゆみ ライター&エディター



*このQRコードで、講演のビデオをYoutubeで見ることができます。



乳がん放射線療法の有効性、1980年代以前 vs.以降／Lancet

提供元: ケアネット

公開日: 2023/11/16



放射線治療は1980年代以降、よりターゲットを絞れるようになり、安全性と有効性が改善されている。英国・オックスフォード大学のCarolyn Taylor氏らEarly Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG)は、1980年代以前と以後に行われた乳がん患者に対する局所リンパ節放射線療法の無作為化試験における有効性を評価し、1980年代以降に行われた試験では、乳がんの死亡率および全死因死亡率が有意に低下していたが、1980年代以前の試験では有意な低下はみられなかったことを示した。Lancet誌オンライン版2023年11月3日号掲載の報告。

2008年末までに開始した無作為化比較試験の被験者データをメタ解析

研究グループは、早期乳がん女性患者に対する局所リンパ節放射線療法と非局所リンパ節放射線療法を比較した、2009年1月1日以前に開始したすべての無作為化比較試験からデータを収集し、被験者個別データを用いたメタ解析を行った。

試験は、MEDLINE、Embase、Cochrane Library および学術会議アブストラクトを含むデータベースを用いた、EBCTCGの定期的で体系的な検索により特定された（右側乳房がんの場合のみリンパ節放射線療法を行った試験が1件含まれた）。

各試験の治療の相違点は、具体的な局所リンパ節放射線療法（内側乳房鎖、鎖骨上窩、または腋窩まで、もしくはこれらの組み合わせ）だけだった。

主要評価項目は、あらゆる部位の再発、乳がん死、非乳がん死、全死因死亡だった。

データは試験担当医によって提供され、解析に適したフォーマットに標準化。そのデータの概要は検証担当医に戻された。log-rank解析で初回イベント発生率比（RR）と信頼区間（CI）を求めた。

新しい試験では、乳がん死亡率は0.87倍、総死亡率は0.90倍に

17試験が特定され、データが入手できた16試験（被験者総数1万4,324例）を解析対象とした（被験者165例の1試験はデータが入手できず除外）。

1989～2008年に開始された、より新しい8試験（被験者総数1万2,167例）では、局所リンパ節放射線療法は再発を有意に減少した（RR: 0.88, 95%CI: 0.81～0.95, p=0.0008）。主に遠隔再発が減少しており、局所リンパ節再発はほとんど報告されていなかった。

放射線療法は乳がん死を有意に減少し（RR: 0.87, 95%CI: 0.80～0.94, p=0.0010）、非乳がん死への効果はみられなかった（0.97, 0.84～1.11, p=0.63）が、結果として全死因死亡を有意に減少した（0.90, 0.84～0.96, p=0.0022）。

試算例では、15年乳がん死の推定絶対減少率は、腋窩リンパ節転移のない女性では1.6%、同リンパ節転移1～3個では2.7%、同4個以上では4.5%だった。

一方、1961～78年に開始したより古い8試験（被験者総数2,157例）では、局所リンパ節放射線療法の乳がん死への影響はほとんどみられず（RR: 1.04, 95%CI: 0.91～1.20, p=0.55）、非乳がん死は有意に増加していた（1.42, 1.18～1.71, p=0.00023）。同リスクは主に20年後以降に現れ、全死因死亡も有意に増加していた（1.17, 1.04～1.31, p=0.0067）。

（医療ジャーナリスト 當麻 あづさ）