

もっと

知ってほしい

乳がんのこと

監修

社会医療法人博愛会 相良病院 院長

大野真司

ANSWER BREAST CANCER

自分の病気を理解するために、担当医に質問してみましょう



治療方針を決めたり、健康管理をしたりするうえで、自分の病気の状態をよく理解しておくことが必要です。次のような質問を担当医にしてみましょう。

私の乳がんは
どのようなタイプで、
病状はどのようなものですか

病理検査の結果を
説明してください

私のがんは、
どの病期(ステージ)ですか

がんはリンパ節やほかの
臓器にも広がっていますか

治療の選択肢
(手術、放射線、薬物療法)
について説明してください

この治療の目的と利点を
教えてください

治療に伴う副作用、
後遺症にはどのようなもの
がありますか

治療によって日常生活
(仕事・家事・育児)は
どれくらい制限されますか

私の希望(胸のあいた服を
着たいなど)に合った
治療法はありますか

質問があるときや問題が
起こったときは誰に
連絡すればよいですか

私が参加できる
臨床試験はありますか

治療にかかる費用を
教えてください

私や家族が精神的な
サポートを受けたいときは、
どこに相談すればよいですか

私がほかに聞いておくべき
ことはありますか

「乳がんの疑いがある」といわれたあなたへ

「乳がんの疑いがある」「乳がんです」といわれて、あなたは気が動転しているのではないのでしょうか。

乳がんは女性にとって大切な乳腺の病気。乳房を失うのではないかと、これからの人生がどうなるのかと、不安や心配でいっぱいになっているかもしれません。

乳がんは、比較的治癒率の高いがんであり、新しい治療法も次々に開発されています。手術と分子標的薬といわれる新しいタイプのがん治療薬や女性ホルモンによるがんの増殖を抑える薬などを組み合わせることで、かつて治りにくかったタイプの乳がんでも飛躍的に治療成績が向上しています。乳房を温存したり、再建したり、女性らしい体を保つような治療法もあります。

乳がんの治療法の選択肢は多様化し、一人ひとりの病状やがんのタイプ、価値観に合わせた個別化治療も進んでいます。納得して治療法を選択し治療が受けられるように、まずは、乳がんそのものや標準的な治療法について正確な情報を集めましょう。

この冊子はその情報源の一つです。医療スタッフと十分コミュニケーションを取りながら、納得のいく治療を受けられるよう、私たちはこの冊子をつくりました。どうぞご活用ください。



CONTENTS

乳がんとはどのような 病気 ですか	4
どのような 検査 で、乳がんだと確定診断されるのですか	5
病期 とその 治療法 について教えてください	6
どのような 手術法 がありますか。また、 乳房再建 について教えてください	8
手術による 後遺症 にはどのようなものがありますか	11
放射線療法 はどのようなときに必要ですか	12
薬物療法 にはどのような種類があり、治療法はどのように決まるのですか	13
転移・再発乳がん には、どのような治療法がありますか	17
薬物療法では、どのような 副作用 がいつごろ現れますか	19
治療や療養を支える多くの専門家がいます	23
Patient's Voice	7、9、14、16、17

乳がんとは どのような病気ですか

A. 乳がんは、乳頭から放射状に張りめぐらされている乳腺にできるがんです。乳がん検診やしこりなどの自覚症状で発見されることが多いのが特徴です。

●乳がんは乳腺にできる悪性腫瘍

乳房には、15～20個の乳腺が放射状に張りめぐらされています。この乳腺にできる悪性腫瘍が乳がんです。乳腺は母乳（乳汁）を分泌するための組織で、乳汁を運ぶ乳管、乳汁を作る小葉に分かれています（図表1）。

この乳管、小葉などの細胞が異常に増殖した状態が乳がんです。がん細胞が乳管や小葉といった上皮細胞の中にとどまっているものを「非浸潤がん」、がん細胞が乳管や小葉の周囲に広がったものを「浸潤がん」といいます（図表2）。非浸潤がんは命の危険はありませんが、浸潤がんでは目に見えないほど微小のがんが広がっている危険性があるため、浸潤がんの多くで全身を対象にした治療が必要です。

組織型による分類では、約90%は乳管にできる乳管がん、約5%が小葉から発生する小葉がん、そのほか粘液がん、髄様がんなど特殊な型のがんに分けられます。ただ、組織

型によって、治療法や病気の経過が変わるわけではありません。

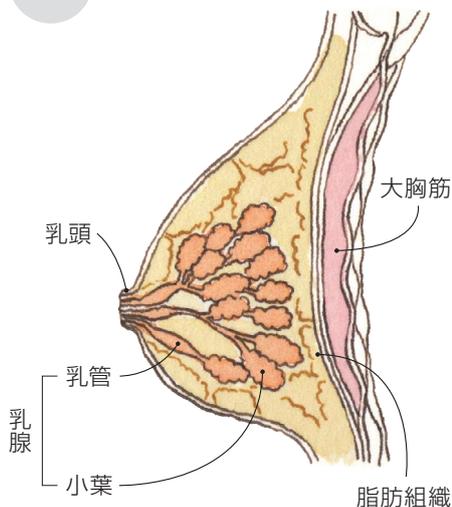
●がん検診、しこりなどの症状で発見

年齢別には30代から増え始め、40代から70代に多いのが特徴です。比較的若い20～30歳代で発症する「若年性乳がん」の人（全体の約4%*）もいます。

また、乳がん全体の0.7%*と非常に少ないものの、男性も乳がんになるケースがあります。男性乳がんは比較的進行が早い傾向があります。

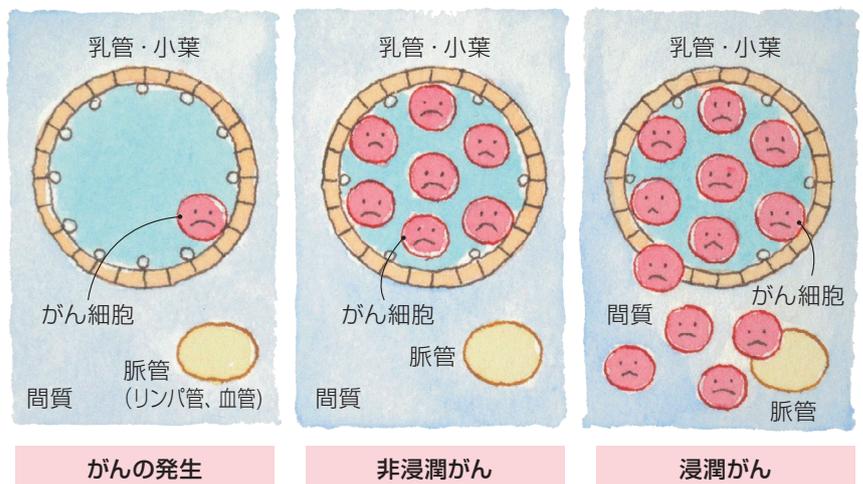
乳がんが見つかるきっかけは、主にマンモグラフィなどによる検診と、しこり（腫瘤）、乳頭からの液状物質の分泌、乳頭・乳輪部の皮膚の湿疹・ただれ（びらん）、皮膚のくぼみ（陥凹）などの自覚症状です。これらの症状は、乳がんだけではなく、良性の乳腺疾患でも生じることがある症状ですが、乳房に何らかの異常を感じたら、乳がんかどうか、早めに診断を受けることが大切です。

図表1 乳房の構造



「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

図表2 浸潤がんと非浸潤がん



「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

どのような検査で、乳がんだと確定診断されるのですか

A. 視触診やマンモグラフィ検査、超音波検査などの画像診断のあと、病変の組織を顕微鏡で調べる病理検査で診断が確定します。

乳がんが疑われたときには、まずは、問診、視触診、マンモグラフィ検査、超音波（エコー）検査で、病変やしこりの存在を確認します。視触診では、医師が乳房を観察し、乳頭に分泌物や湿疹がないか、しこりの場所、大きさ、硬さ、首やわきの下のリンパ節（腋窩リンパ節）の腫れの有無を確認します（図表3）。

マンモグラフィは乳房専用のX線撮影装置で、視触診ではわからないほど小さなものも含めた病変の有無、石灰化などが確認できます。石灰化とは、乳房の一部にカルシウムが沈着することです。石灰化があっても良性であることがほとんどですが、1か所に石灰化が集中しているようなときには悪性の恐れがあります。

また、超音波検査は、超音波を乳房に当てて乳房内にしこりがあるかどうかをみるのに有効な画像検査です。特に、閉経前の人は乳腺の密度が高く、マンモグラフィでは病変の有無がわかりにくいいため、密度にかかわらず病変の有無が確認できる超音波検査が役立ちます。

●良性が悪性かは病理検査で

こういった検査でがんの疑いが強いとき、あるいは、良性が悪性か判断がつかないときには、穿刺吸引細胞診、あるいは、針生検（組織診）といった病理検査でがんなのかどうか、がんだとしたらどういう性質を持っているのかを調べます。

穿刺吸引細胞診は、皮膚の上から病変部に直接細い針を刺し、注射器で吸い出した細胞を染色し、顕微鏡で観察する検査です。針生検は、局所麻酔をし、穿刺吸引細胞診よりも太い針を刺して病変部の組織の一部を採取し、それを染色して顕微鏡でみる病理検査です。医療機関によっては穿刺吸引細胞診と針生検を両方行いますが、針生検のほうがより正確

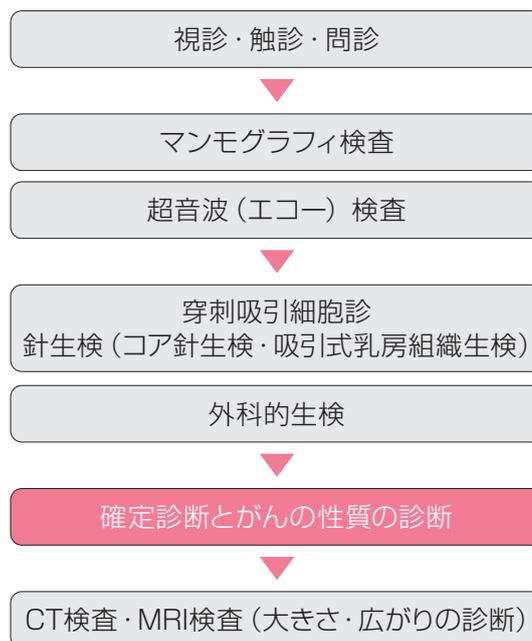
な診断が可能なので、穿刺吸引細胞診を行わず針生検のみで診断するところもあります。

針生検は、使う機器によって、コア針生検と吸引式乳房組織生検（機器名によってマンモトーム生検、バコラ生検とも呼ばれる）の2種類に分けられます。コア針生検は、ばねの力を利用して組織を採取する方法です。1度に1か所の組織しか採取できないので、コア針生検で判断がつかない場合は、吸引力を利用して1度に複数か所の組織が採取できる吸引式乳房組織生検を行います。それでも診断が確定しなければ、手術で病変の一部か全部を採取する外科的生検を行う場合もあります。

病理検査の結果、乳がんだと診断された場合には、さらに、CT（コンピュータ断層撮影）検査、MRI（磁気共鳴画像）検査でがんの大きさや広がりを見る必要があります。

図表3

乳がんの検査と確定診断までの流れ



「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

病期とその治療法について 教えてください

A. 乳がんの病期は腫瘍の大きさと広がり、リンパ節やほかの臓器への転移の有無によって、0期～Ⅳ期に分類されます。治療法の選択肢は、がんの大きさ、広がり方と形態、病理検査で調べたがんの性質などによって変わります。

病期（ステージ）は、自分の病気の状態や予後（治療の見込み）を知り、治療法を決めるうえで重要な指標となります。乳がんの病期は、腫瘍の大きさと広がり、そして、周辺のリンパ節やほかの臓器への転移の有無などによって、0、ⅠA、ⅠB、ⅡA、ⅡB、ⅢA、ⅢB、ⅢC、Ⅳ期まで9段階に分けられます。0期は非浸潤がん、Ⅰ期以上は浸潤がんで、Ⅳ期に近いほど進行した状態です（図表4）。

乳がんの治療は、手術や放射線療法といった局所療法、薬を使った全身療法を組み合わせで行うことが多く、何通りもの選択肢があります（図表5）。

治療法については、日本乳癌学会が「乳癌診療ガイドライン」として標準化しています。標準化された治療（標準治療）は、多くの臨床試験の結果をもとに検討され、専門家の間

で合意が得られている現時点で最善の治療法です。日本乳癌学会では、がんの体験者と一緒に「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」を作成しており、ホームページから誰でも閲覧できます。

●治療はがんの性質、体調、本人の希望で

どの治療法を選ぶかは、病期、病理検査によってわかるがんの性質、患者さん本人の体の状態（閉経の状況、臓器機能が良好に保持されているかなど）、本人の希望などによって変わります。

なお、腫瘍のある乳房が赤く腫れる「炎症性乳がん」や「ほかの臓器に転移がある」と診断されたときには、最初に薬物療法を受けることになります。乳がんの性質を知る指標については、薬物療法（p.13～16）の項で詳しく説明しますが、まずは、担当医に病理

図表4 乳がんの病期

転移	リンパ節やほかの臓器に転移を認めない	同じ側のわきの下のリンパ節にレベルⅠ、Ⅱの転移がある	同じ側のわきの下のリンパ節にレベルⅠ、Ⅱの転移があり周囲組織に固定されているか、内胸のリンパ節に転移がある	同じ側のわきの下のリンパ節にレベルⅢの転移、または鎖骨上に転移があるか、内胸とわきの下（レベルⅠ、Ⅱ）の両方に転移がある	ほかの臓器に転移がある
腫瘍を触れない	該当せず	ⅡA	ⅢA	ⅢC	Ⅳ
大きさ2cm以下	ⅠA、ⅠB（同じ側のリンパ節に微小転移がある）	ⅡA	ⅢA	ⅢC	Ⅳ
大きさ2cmを超えるが5cm以下	ⅡA	ⅡB	ⅢA	ⅢC	Ⅳ
大きさ5cmを超える	ⅡB	ⅢA	ⅢA	ⅢC	Ⅳ
皮膚の変化がある、または炎症性乳がん	ⅢB	ⅢB	ⅢB	ⅢC	Ⅳ

0期：非浸潤がん

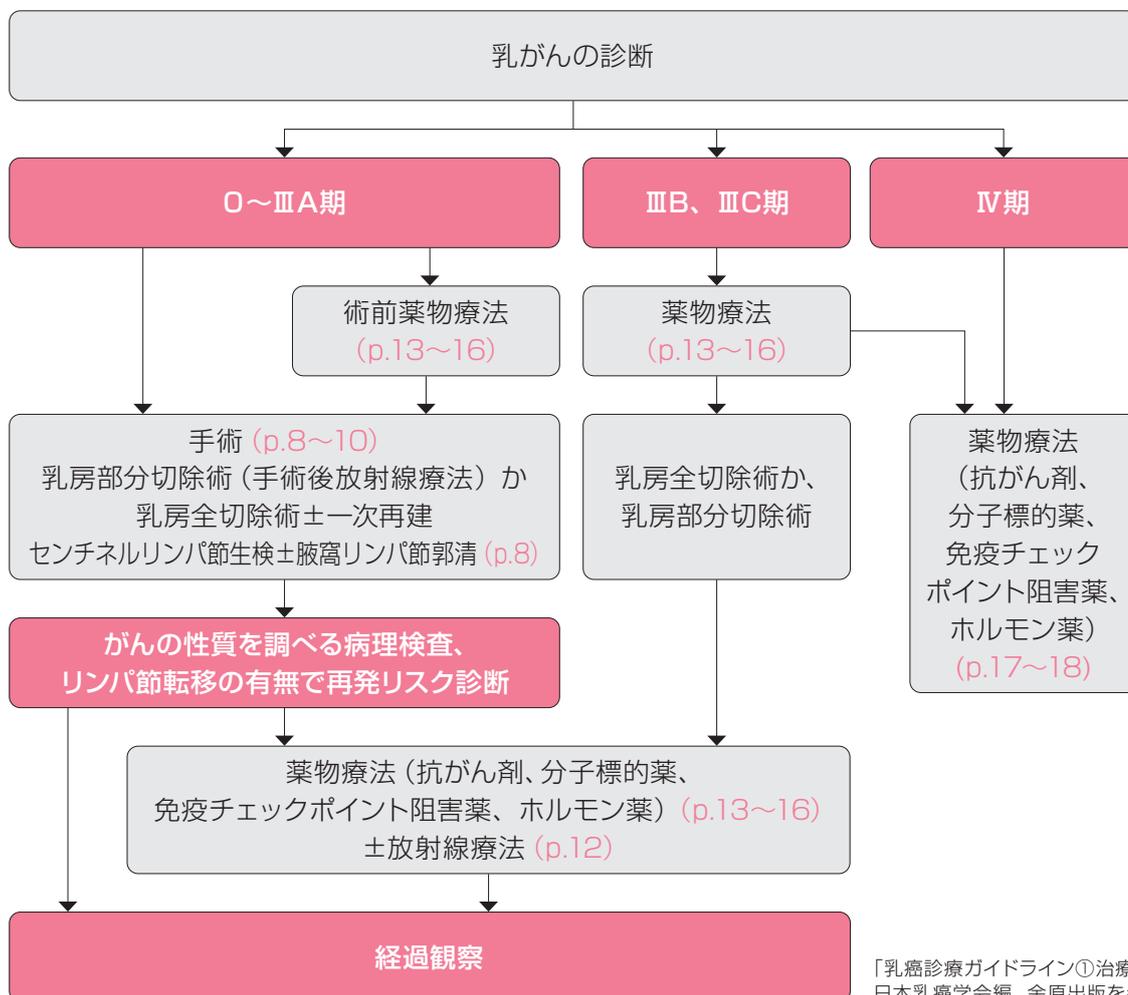
わきの下のリンパ節転移は、小胸筋より外側の縁からわきに近くにある「レベルⅠ」、小胸筋の背側または小胸筋と大胸筋の間にある「レベルⅡ」、さらに小胸筋より内側の縁より内側で胸骨に近くにある「レベルⅢ」の3段階に分けられる。

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

検査や画像診断の結果を聞き、自分の病期やがんの性質について知っておきましょう。
複数の選択肢がある場合には、治療の目的、

内容、リスク、利益、治療期間や費用について詳しい説明を受け、担当医ともよく相談し、納得して選ぶことが大切です。

図表5 乳がんの治療の大まかな流れ



「乳癌診療ガイドライン①治療編2022年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

Patient's Voice 抗がん剤による脱毛がイヤだったけれど、今はウィッグを楽しんでいます 1

C型肝炎の治療をしていたとき、胸に違和感を覚えて病院へ。ステージIの乳がんと告知され、乳房温存療法を受けました。幸いリンパ節に転移はなかったのですが、担当医から再発の可能性について話があり、抗がん剤による治療、放射線療法、ホルモン療法を勧められました。何より気になったのは、抗がん剤の副作用による脱毛でした。どうしても受け入れがたくてすぐ返事はできなかったのですが、同居中の母が「ちゃんと支えるから、大丈夫だよ」と言ってくれて、母と夫のために抗がん剤治療を受けようと決意しました。

それからお店にウィッグを見に行ったり、インターネットで探したりして、最終的に格安のウィッグを4つ購入。気になるところは美容院でカットしてもらい、帽子と合わせて自然に見えるアレンジを考えました。今はウィッグで、ポブ、ロング、ショートを楽しんでいます。(48歳・診断から2年目)



どのような手術法がありますか また、乳房再建について教えてください

A. 乳がんの標準的な手術法には、乳房を残す乳房部分切除術と、乳房を全部切除する乳房全切除術があります。
手術を受ける前に、乳房再建を希望するかどうかもお考えおく必要があります。

●乳房部分切除術と乳房全切除術

乳がんの手術の目的は、①局所のがんを取り除く、②手術で切除した病変を病理検査で詳しく調べ、その結果からがんの性質を確定診断することです。標準的な手術法は、乳房部分切除術あるいは乳房全切除術です。

乳房部分切除術は乳房を残して、病変とその周辺を部分的に取り除く方法、乳房全切除術は、大胸筋や小胸筋といった胸の筋肉を残して、乳房をすべて切除する手術法です。乳房部分切除術と放射線療法を組み合わせた乳房温存療法は、乳房全切除術と同等の治療成績が得られることがわかっています。

乳房部分切除術の対象になるかどうかは、腫瘍と乳房の大きさのバランスによって決まります。日本では、腫瘍の大きさ3cm以下が乳房部分切除術の目安です。腫瘍が大きい場合で乳房部分切除術を希望する人は術前に薬物療法を受けて腫瘍が縮小すれば、乳房部分切除術の対象になります。ただ、腫瘍と乳房のバランスで、乳房部分切除術を受けても、乳房が変形してしまうなど、満足のいく結果が得られない場合があります。どちらの手術を受けるかを選べる際には、担当医に術後の乳房のイメージを見せてもらい検討しましょう。

なお、次の①～③に当てはまるととき、本

人が乳房温存を希望しないときには乳房部分切除術の適応にはなりません。①2つ以上のがんのしこりが同じ側の乳房の離れた場所にある、②乳がんが広範囲にわたって広がっている、③放射線療法を行う体位が取れない、妊娠中などの理由で、放射線療法が行えない。

●センチネルリンパ節生検とは

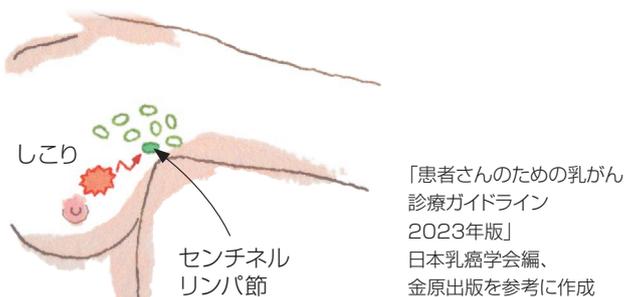
どちらの手術法を受ける場合でも、術前に腋窩リンパ節に明らかに転移があると診断されたときには、現時点ではリンパ節を郭清(切除)するのが標準治療です。

リンパ節を郭清する目的は、腋窩リンパ節転移の個数や大きさを調べるため、そして、再発を防ぐためです。

触診や画像診断などで、腋窩リンパ節への転移がなさそうだと診断されているときには、手術中、あるいは術前の検査として、必要に応じてセンチネルリンパ節生検を行い、そこで転移の有無を顕微鏡で調べます(図表6)。

センチネルリンパ節は、腋窩リンパ節の中で最初にかん細胞がたどり着く場所であり、見張りリンパ節とも呼ばれます。センチネルリンパ節に転移がなければ、そのほかのリンパ節に転移がある危険性が低いので、腋窩リンパ節郭清を省略できます。最近の研究では、センチネルリンパ節への転移が2mm以下と微小であれば、郭清してもしなくても予後に影響はないとの結果が出ており、微小転移なら腋窩リンパ節郭清を行わないのが標準治療です。また、2mm超のマクロ転移でも一定の条件(①センチネルリンパ節への転移が2個以下、②乳房のしこりの大きさが5cm未満、③術後に腋窩を含む放射線照射を施行、④術後薬物療法を施行など)を満たす場合には、腋窩リンパ節郭清の省略が可能です。

図表6 センチネルリンパ節の位置



●保険診療で乳房再建も

乳房再建とは、手術で失われたり変形したりした乳房を形成外科的な技術で再建する方法です。乳がんの手術を受ける前に、乳房再建についても医師の説明を聞き、検討することが重要です。乳がんの手術と同時に再建する方法もありますし、乳房再建を希望するかどうかで、乳がんの手術法の選択が変わってくる場合があるからです。乳房部分切除術が可能な程度の大きさの腫瘍でも、乳房部分切除術ではなく、乳房全切除術あるいは皮下乳腺全摘術(右上コラム)と再建手術を組み合わせたほうが満足感が高いケースもあります。

乳房再建によって再発が増えたり、再発の発見が遅れたりすることはありません。再建には、がんの手術と同時に行う一次再建と時間を置いて行う二次再建があります。一次再建はがんの切除と同時に行うので、乳房を失う精神的なダメージが少なく、入院が1度で済みます。時間をかけて再建方法を選びたいときや、一次再建を実施していない病院で治療を受けるとき、がんの広がり方などによっては二次再建が適している場合もあります。

再建手術の方法には、患者さん本人の組織(自家組織)を胸に移植する方法と人工乳房(インプラント、p.10写真)を使う方法があります。自家組織による再建も、腹部の筋肉、脂肪、皮膚などを移植する「腹直筋皮弁法」(図

乳房の皮膚を残す「皮下乳腺全摘術」

皮下乳腺全摘術は、乳房の皮膚を残して乳腺をすべて切除する手術法です。この手術法の利点は、皮膚を温存することで、がんの手術と同時にエキスパンダーを入れる一次再建が比較的簡単に仕上がりよくできることです。対象は、腫瘍が小さい人、病変が広範囲な非浸潤がんの人です。

この方法には、乳頭・乳輪を残す方法と切除する手術法があります。乳頭・乳輪を切除すれば従来の乳房全切除術とほぼ同じ治療成績が期待できます。

乳頭・乳輪を温存する場合と切除する場合とでは再発率などの差が証明されていないため、乳頭壊死や乳房内再発のリスクを知ったうえで温存するかどうか考えたほうがよいでしょう。

表7)、腹部やおしりなどの脂肪組織を血管がついた状態で移植する「穿通枝皮弁法」、背中の筋肉などを移植する「広背筋皮弁法」(図表8)の3種類に分けられます。穿通枝皮弁法は、筋肉を採取しないためダメージが少ないものの手技が難しく、今のところ一部の医療機関でしか行えないのが難点です。

人工乳房による再建(図表9)では、風船状のエキスパンダー(p.10写真)を胸の筋肉の下に入れ生理食塩水を使って皮膚を伸ばしたあと、人工乳房を挿入します。いずれの再建法でも、乳輪・乳頭の再建は再建乳房の形が安定してから行います。必要なときだけ皮膚に接着する人工乳房や人工ニップル(つけ乳首)もあります。

2 Patient's Voice 「再建は自然なこと」、医師の言葉で決意しました

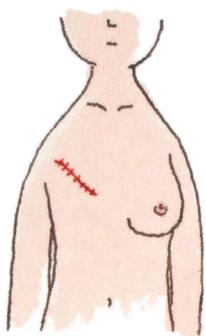
母が乳がんになって3年後、42歳のときに私も乳がんが見つかりました。腫瘍は2か所あり、担当医からは乳房全切除術を勧められました。乳房再建の説明もありましたが、全摘した母の姿を見ていたので胸はなくなるものだと思いますし、再建はごく一部の特別な人がやるものだという思いがありました。

ただけ夫が、「まだ人生は長いのだから話だけでも聞いてみたら」と背中を押してくれて、形成外科を受診しました。そこで出会った先生が、「本来あるべきものがなくなるということは、体のバランスも心のバランスも崩れるもの。再建はごく自然なこととして検討していいんですよ」と。結局、腹直筋皮弁法で一次再建しました。術後の喪失感がなくて、それが本当に救いでした。今は再建してよかったと心から思っています。

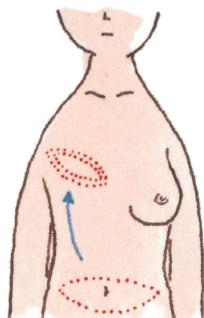
(44歳・診断から3年目)



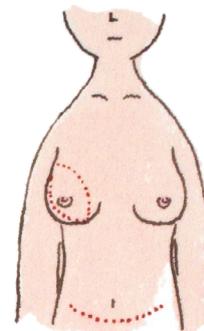
図表7 腹直筋皮弁法



①再建前

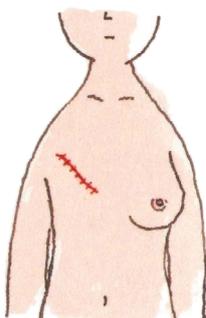


②腹部を切開して腹部の筋肉、脂肪と皮膚を血管を付けたまま乳房へ移植する

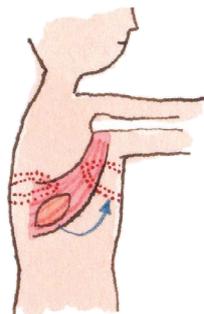


③乳房の傷を閉じて、乳房の再建が完了する。その後乳輪と乳頭を再建する

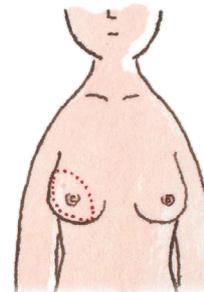
図表8 広背筋皮弁法+人工乳房



①再建前

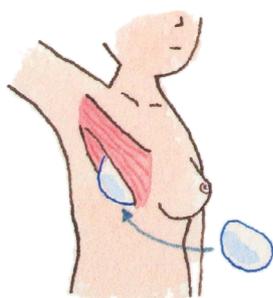


②背中から切開し、広背筋を内側から乳房の位置へ移動させる。エキスパンダーを入れて皮膚を広げ生理食塩水を注入する

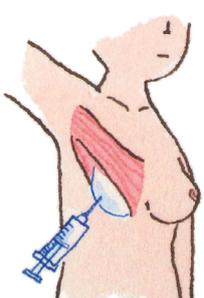


③1か月ごとに約3~6か月間生理食塩水を追加した後、エキスパンダーを抜去し、人工乳房に入れ替えて再建が完了する。その後乳輪と乳頭を再建する

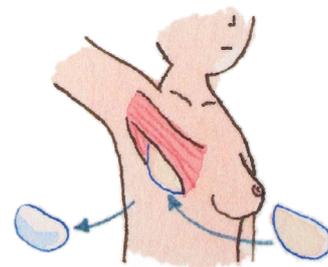
図表9 人工乳房



①乳房切除術後、エキスパンダー挿入手術を行い生理食塩水を注入する



②1か月ごとに生理食塩水を追加注入する。約3~6か月間続ける



③エキスパンダーを抜去し、人工乳房入れ替え手術を行い乳房再建が完了する。その後乳輪と乳頭を再建する

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

自家組織を使う場合、自分の組織なのでやわらかく自然な仕上がりになりますが、腹部や背中など、組織を取った部分に傷が残ります。

人工乳房を使う場合は新たな傷ができない半面、再建していない側の乳房が下垂するとバランスが悪くなる可能性があります。乳房

再建は乳がんでの乳房切除後や皮下乳腺全摘術後に、日本乳房オンコプラスティックサージャリー学会の認定施設*で所定の研修を受けた認定医による再建を受けた場合に限りて保険診療の対象となります。よく比較検討して、自分に合った再建手術を選ぶことが大切です。



①インプラント



②①のインプラントを横から見た画像



③ティッシュ・エキスパンダー（挿入して少しずつ組織を拡張する）

*①と③は保険診療の対象。



④人工ニップル（つけ乳首）

写真提供：①~③アヴィ合同会社 アラガン・エスティティックス、④株式会社アヘッドラボラトリーズ

手術による後遺症には どのようなものがありますか

A. 乳がんの手術の主な後遺症は、リンパ浮腫と慢性的な痛みです。肩関節が動かしにくくなることもあるので術後はリハビリ体操を続け、痛みなどの症状は医療者に相談しましょう。

●リンパ浮腫の予防にもなるリハビリ体操

手術で腋窩リンパ節郭清をしたときには、リンパ液の流れが悪くなり、肩関節が拘縮して動かしにくくなることがあります。予防のためには、リンパ液を外に出すドレーンをつけている間は、ボールを握る運動や、指を1本ずつ動かす指の曲げ伸ばし運動、ドレーンが抜けてからは、腕の挙上運動（図表10）や肩関節を回す運動などのリハビリテーションを1日3回3か月以上継続すると効果的です。

手術の後遺症として最も問題になるのは、リンパ節郭清や放射線療法が原因で、リンパ液がたまって腕が腫れた状態になるリンパ浮腫です。リハビリテーションは、リンパ浮腫の予防にも役立つと考えられています。リンパ浮腫を防ぐには、重いものを持ったり、腕を強く振るような運動を避けることも大切です。また、体を締めつけるような下着や衣服は避けましょう。皮膚に傷ができると、腕の血液の循環量が増え、リンパ浮腫を発症しやすくなるので、日ごろから、虫刺されやけが、細菌感染、日焼けなどをしないように気をつけることも大切です。さらに鍼・灸や強い力でのマッサージは逆効果なので、絶対に行わないようにしてください。

治療は、弾性着衣（弾性スリーブや弾性グローブ）や弾性包帯による圧迫療法、圧迫療法をした状態での運動療法、手を使ったリンパドレナージ、皮膚の保湿ケアなどを組み合わせて行います。圧迫療法に使う弾性着衣や弾性包帯は保険診療の対象になります。10mm以上腕回りが太くなったとき、腕のむくみや腫れがあるときには、担当医に相談しましょう。リンパ浮腫の治療を専門にしたリンパ浮腫外来がある医療機関もあります。

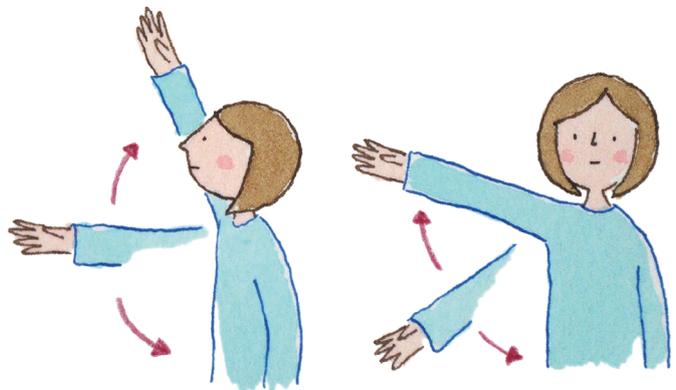
●術後の痛みは我慢せず医療者へ伝えよう

手術後は麻酔薬や鎮痛薬を使って痛みを抑えますが、強い痛みを感じるようなら我慢せずに担当医や看護師に伝えましょう。痛みを我慢し過ぎると、かえって痛みを感じやすくなり、より強い薬を使わないとコントロールできない状態になります。腋窩リンパ節郭清をしたときには、手術の傷やわきの下の周辺の知覚が低下することがあります。

こういった痛み、違和感、しびれ、知覚低下などは、術後数か月でほとんど感じなくなるのが一般的ですが、知覚異常、鈍痛、神経痛のようなキリキリとした痛みが数年以上続く人もいます。耐えがたい痛みや痛む回数は徐々に少なくなる人が多いものの、眠れない、仕事や家事ができないなど日常生活に支障があるようなら、緩和ケア外来や麻酔科、ペインクリニックで相談しましょう。

図表10 リンパ浮腫を予防するリハビリ体操

腕の挙上運動



手術したほうの腕を前方と真横に90度以上上げる。
前方に上げにくい場合、両手を組んで上げるようにする。

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」
日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

放射線療法は どのようなときに必要ですか

A. 乳房部分切除手術のあとや、乳房全切除術でも腋窩リンパ節に転移がある場合、腫瘍が大きい場合には、再発を防ぐための放射線療法が必要です。放射線療法は痛みの治療にも有効です。

放射線療法は、細胞の増殖に必要な遺伝子に作用してがん細胞にダメージを与え、死滅させる局所療法です。手術後の放射線療法の目的は、温存した乳房や、乳房切除後の胸壁や周辺のリンパ節からの再発を防ぐことです。

乳房部分切除術を受ける人は、術後に放射線療法を受ける必要があります（p.8）。乳房部分切除術では、切除した組織の断面およびその近くにがん細胞が残らない（断端陰性）ように、腫瘍とその周辺を取り除きます。それでも、目に見えない微小ながん細胞が乳房内に残っている危険性があり、放射線療法

でそういった微小ながん細胞を死滅させて根絶やしにする必要があるのです。

乳房温存療法の一環である放射線療法は、温存乳房に1回2.0グレイを23～25回、合計46～50グレイを5週間かけて照射します。1回の照射線量を2.5～2.75グレイに増やし治療回数を15～20回に減らす寡分割照射でも、1回2.0グレイの場合、同等の効果が得られることがわかっています。腋窩リンパ節に転移が多数あった人は、鎖骨上窩（首のつけ根の鎖骨の上の部分）のリンパ節も併せて放射線をかけます。

1回の照射時間は1～3分程度なので、放射線治療の期間中でも、仕事など通常の生活が続けられます。1度にたくさんの放射線を照射しないのは、正常細胞への影響を最小限にとどめるためです。

乳房全切除術でも、腋窩リンパ節に4個以上転移があった場合や腫瘍が5cm以上だった場合は、薬物療法のほかに放射線療法を行うと再発のリスクを下げられます。また、腋窩リンパ節転移が1～3個でも、放射線療法が勧められることがあります。放射線は、腫瘍のあった側の胸壁と鎖骨上窩に1回2.0グレイを23～25回、合計46～50グレイを5週間かけて照射します。

放射線は目に見えず、痛くも熱くもありませんが、治療中、または治療終了後数か月以内の副作用として、倦怠感、皮膚炎、放射線肺臓炎を生じることがあります。薬物療法と放射線療法の両方を受ける必要があるときは、抗がん剤治療が終わって副作用がある程度落ち着いた時点（1か月後ぐらい）から放射線療法を開始します。放射線療法は、骨転移などの局所的な痛みの軽減にも有効です。

臨床試験とは？

新しい薬や治療法の人間に対する有効性や安全性について調べるために行われるのが「臨床試験」です。現在、使われている薬や標準治療は、国内外で臨床試験を重ねることで開発、確立されたものです。

臨床試験には、数人を対象に安全性をみる「第Ⅰ相試験」、数十人を対象に効果と安全性をみる「第Ⅱ相試験」、数百人を対象にすでに承認されている薬と新薬の候補、あるいは、標準治療と新治療の候補を比較して効果と安全性をみる「第Ⅲ相試験」の3段階あります。臨床試験は医療の発展に不可欠であり、試験への参加は将来の患者さんを助けることになります。ある程度よいとわかっている薬や治療法が早く使える利点がある場合もありますが、予期せぬ副作用が出る危険性もあります。臨床試験への参加を検討するときには、試験の段階、目的と方法、利点やリスクをよく確認することが大切です。



薬物療法にはどのような種類があり、治療法はどのように決まるのですか

A. 乳がんの薬物療法に用いる薬には、抗がん剤、ホルモン薬、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬などがあります。治療法は、病期、がん細胞の性質、年齢、本人の希望などに応じて決まります。

乳がんが乳管外の周囲の組織に広がった浸潤がんの一部は全身病で、たとえ腫瘍が小さくても、体のどこかに見えないくらい微小ながん細胞が潜んでいる危険性があります。薬物療法は、その微小転移のリスクを消滅させるためにも重要な役割を果たしています。

薬物療法の目的には、①体のどこかに潜んでいるがん細胞を根絶して術後の再発を予防するため（術前・術後薬物療法）、②手術前に腫瘍を小さくして、乳房部分切除を目指すをめ、あるいは治療効果を確認するため（術前薬物療法）、③最初からほかの臓器にあった転移や再発の治療のため——の大きく3つに分けられます。

また、乳がんの薬物療法に用いる薬には、抗がん剤、ホルモン薬、分子標的薬（抗HER2薬、CDK4/6、mTOR阻害薬、PARP阻害薬など）、免疫チェックポイント阻害薬などがあります。どの薬を治療に使うか、あるいは組み合わせて使うかは、病理検査で調べたがん細胞の性質（ホルモン受容体の有無、

HER2タンパク発現の有無）により分類されたサブタイプ分類と再発リスク、本人の希望などを考慮して決めます（図表11）。自分のがんの性質と再発リスクを知ることは、治療法を選ぶうえでとても重要です。

●薬物療法のタイミング

抗がん剤や分子標的薬による薬物療法は、同じ薬剤を使う場合は手術前でも手術後でも乳がんの再発率や生存率には差がないとされています。術前薬物療法のメリットは、①大きい腫瘍が縮小すれば乳房部分切除が可能になる場合がある、②乳がんのタイプによっては早い段階で薬物療法の効果判定ができる、③その効果（病理組織学的にがん細胞が消えたかどうか）によって術後薬物療法を変更し再発リスクをより減らせることです。万が一、術前薬物療法中に腫瘍が大きくなってしまったら、手術を早めに行うか、薬を変更します。

炎症性乳がんやステージⅢB、ⅢCの乳がんでは、まずは薬物療法を行い、腫瘍が縮小したら手術を実施します。

サブタイプ分類とは？

同じ乳がんでも、比較のおとなしいものから悪性度が高いものまでその性質はさまざまです。ホルモン受容体（ホルモン感受性）の有無（p.14コラム）、HER2タンパク過剰発現の有無（p.15コラム）によって、5つのサブタイプに分けられ、推奨される薬物療法の内容が異なります（図表11）。

ホルモン受容体陽性の乳がんは「ルミナル（Luminal）タイプ」と呼ばれ、がんの増殖能力が低い場合は「ルミナルA型」、高い場合とHER2陽性の場合には「ルミナルB型」に分類されます。

図表11 乳がんのサブタイプ分類

ER=エストロゲン受容体、PgR=プロゲステロン受容体

	ホルモン受容体		HER2	薬物療法の内容
	ER	PgR		
ルミナルA型	陽性	陽性	陰性	ホルモン療法
ルミナルB型 (HER2陰性)	陽性	弱陽性 または陰性	陰性	ホルモン療法± 抗がん剤±CDK4/6阻害薬
ルミナルB型 (HER2陽性)	陽性	陽性 または陰性	陽性	ホルモン療法+ 抗HER2薬+抗がん剤
HER2型 (HER2エンリッチド)	陰性	陰性	陽性	抗HER2薬+ 抗がん剤
トリプル ネガティブ	陰性	陰性	陰性	抗がん剤± 免疫チェックポイント阻害薬

「乳がん 治療、4薬物療法」国立がん研究センターがん情報サービスを参考に作成

ホルモン受容体陽性とは

生検や手術で採取した乳がんの組織を免疫組織化学法という病理検査で調べ、エストロゲン受容体（ER）とプロゲステロン受容体（PgR）の両方、あるいはどちらかが陽性なら「ホルモン受容体陽性」と判断されます。ホルモン受容体陽性乳がんでは、女性ホルモンがその受容体に結びついてがん細胞の増殖を促します。このような乳がんでは、体内のエストロゲンの量を減らしたり、女性ホルモンが受容体と結びつくのを邪魔したりするホルモン療法が有効です。

ルミナルB型（HER2陽性）、HER2型、トリプルネガティブの場合には、術前薬物療法で腫瘍が消えたかどうかで術後の薬物療法の内容を変えることで、再発リスクを下げられるため、術前に3～6か月間、薬物療法を行うことが多くなっています。一方、ホルモン療法については術前にする意義がわかっていないため、一般的に術後に行います。

●ルミナルA型

女性ホルモンの刺激によってがんが増殖するタイプなので、ホルモン療法を中心に再発を予防します。ホルモン療法は、ホルモン薬を用いて体内のエストロゲンを減らしたり、エストロゲンの取り込み口であるホルモン受容体に働いてエストロゲンとの結合を邪魔したりしてがんの増殖を抑える治療法です。

女性ホルモンをつくる機能は閉経を境に大きく変わります。そのため、ホルモン療法の内容は閉経前か閉経後かで異なります。

閉経前には、エストロゲンは主に卵巣でつくられます。脳の視床下部の指令を受けた下垂体が分泌する「性腺刺激ホルモン」に刺激され卵巣がエストロゲンをつくるのです。閉経前のホルモン療法に用いられるLH-RHアゴニスト製剤は、視床下部から指令が出ないようにして卵巣からのエストロゲン分泌を抑える薬です。閉経前でホルモン受容体陽性の人は、術後にLH-RHアゴニスト製剤（卵巣機能抑制薬）を1か月または3か月に1回、2～5年間皮下注射し、抗エストロゲン薬のタモキシフェンを5～10年間服用します。

一方、閉経後は、卵巣ではなく、腎臓のすぐ上にある副腎皮質から分泌される男性ホルモン「アンドロゲン」がエストロゲンに転換されます。その過程で働くのが、脂肪組織などから生成される「アロマターゼ」で、その働きを阻害するアロマターゼ阻害薬を使うとエストロゲンがつかられず、がんの増殖が抑えられます。

閉経後の再発予防治療としては、5～10年間アロマターゼ阻害薬を服用するのが標準治療です。術前にこの薬を使った場合には、術後と合わせて5～10年間になるようにします。

タモキシフェンを2～5年間服用後に閉経した人は、2～5年間アロマターゼ阻害薬の服用を追加するとさらに再発が抑えられます。

●ルミナルB型(HER2陰性)

基本的に、ルミナルA型と同じように、閉経前はタモキシフェン+LH-RHアゴニスト製剤、閉経後はアロマターゼ阻害薬で再発を予防するための薬物療法を行います。

また、①腋窩リンパ節転移が4個以上、②腋窩リンパ節転移1～3個で、腫瘍径が5cm以上、または悪性度を表す組織学的グレード3（組織学的グレードは1～3に分けられ、3の場合は比較的再発リスクが高い）のどちらかを満たす場合には再発リスクが高いため、ホルモン療法に、CDK4/6阻害薬アベマシクリブの内服を2年間併用します。

CDK4/6阻害薬は、細胞の周期調節に関わって、がん細胞の異常な増殖を促すCDK（サイクリン依存性キナーゼ）4/6というタンパク質の働きをブロックする分子標的薬

Patient's Voice

3

ママになるため、受精卵凍結を選択

31歳のとき、告知を受けました。その後、すぐに結婚しましたが、子どもがすごくほしかったので、一番気になったのが「赤ちゃんを産めるのか」ということでした。担当医からは治療が終わる5年後なら可能だが、抗がん剤やホルモン療法の副作用で閉経し、妊娠できない可能性もあると聞きました。5年後が果てしなく遠く感じ、描いていた未来が崩れた気がしました。

担当医は出産を希望する私の気持ちを大事にしてくれ、抗がん剤の治療を受けるべきかを調べるオンコタイプDX検査と受精卵凍結の話をしてくれました。迷いましたが、「絶対にママになりたい」と強く思ったので両方受けることにしました。抗がん剤は検査の結果、省くことができ、現在ホルモン療法中です。「子どもは5年後にね」と言ってくれた夫と、2人の生活を楽しみながら治療が終わる日を心待ちにしています。（33歳・診断から2年目）

です。再発リスクが中等度の場合には、ホルモン療法に、内服薬の抗がん剤S-1 (TS-1) を1年間併用します。

再発リスクが中等度というのは、腋窩リンパ節転移が1～3個でアベマシクリブ投与の対象にならない、あるいは、腋窩リンパ節転移はないが腫瘍径2cm未満で明らかな脈管（リンパ管、血管）侵襲があるか、組織学的グレード1で腫瘍径3cm以上、組織学的グレード2で腫瘍径2cm以上、組織学的グレード3などに当てはまる場合です。

腋窩リンパ節転移はないが組織学的グレードが1で腫瘍径が2～3cm未満、組織学的グレード2で腫瘍径2cm未満など、抗がん剤治療が必要かどうか迷うようなケースでは、再発リスクを調べる遺伝子検査「オンコタイプDX検査」と、がんの増殖能の指標となるKi67の値などによって、ホルモン療法の前に点滴による抗がん剤治療、またはS-1の服用を併用するか判断します。

乳がんの再発リスクと抗がん剤の効果を予測する遺伝子検査には、「マンマプリント」もありますが、こちらは2023年10月現在、保険適用になっていません。

●ルミナルB型 (HER2陽性)、HER2型

HER2陽性乳がんでは再発予防のために、抗HER2薬と抗がん剤を併用した薬物療法が必要です。抗HER2薬は、がんの増殖に関わるHER2タンパクを狙い撃ちする薬です。乳がんの初期治療に用いられる抗HER2薬には、トラスツズマブ、ペルツズマブ、T-DM1（トラスツズマブ エムタンシン）があります。T-DM1は、トラスツズマブと抗がん剤のエムタンシンを結合した薬です。

ルミナルB型 (HER2陽性) とHER2型の場合は、ステージⅠでは術後にパクリタキセル (週1回/3か月) とトラスツズマブ (3週間に1回/1年間)、ステージⅡ以上では術前に、シクロホスファミド+ドキソルビシンまたはエピルビシンを4サイクル (3週間に1回/3か月) 行い、その後抗がん剤のドセタキセルと、抗HER2薬のトラスツズマブ+ペルツズマブの3剤併用療法 (3週間に1回/3か月) を行います。この6か月間の術前療

法で完全に腫瘍が消えた場合には、トラスツズマブ+ペルツズマブの併用療法を9か月行います。術前の3剤併用療法で完全に腫瘍が消えなかった場合には、抗HER2薬を変更しT-DM1を10か月間投与します。

●トリプルネガティブ

エストロゲン受容体、プロゲステロン受容体、HER2タンパクの3つが陰性の乳がんです。腫瘍径が1cm超～2cm以下でがんと同じ側のわきの下か胸骨のそばにリンパ節転移がある、あるいは腫瘍径が2cmを超えるなど再発リスクが高い場合には、免疫チェックポイント阻害薬と抗がん剤を併用します。

免疫チェックポイント阻害薬は、がん細胞が免疫細胞のT細胞にかけているブレーキを解除し、T細胞を活性化することでがんを攻撃する薬です。

トリプルネガティブで再発リスクが高い場合には、術前に、ペムブロリズマブと、抗がん剤のパクリタキセルとカルボプラチンの3剤併用療法を4サイクル (3週間1サイクル) 行います。その後、3週間を1サイクルとして、ペムブロリズマブ+シクロホスファミド+ドキソルビシンまたはエピルビシンの3剤併用療法を4サイクル、合計6か月実施しま

「HER2陽性」と「HER2低発現」とは？

HER2は、細胞の増殖に関わるタンパクで、がん細胞の表面にあるアンテナのようなものです。HER2陽性かどうか調べる検査には、生検や手術で採取した組織を用います。その検査法は、タンパクの過剰発現の量を調べる免疫組織染色 (IHC法) とタンパクをつくるもとになる遺伝子増幅の量をみるISH法に分けられます。ISH法には、蛍光色素により遺伝子の量を調べるFISH法、色素を用いるCISH法、銀粒子を使うSISH法、CISH法とSISH法を組み合わせたDISH法があります。

HER2タンパクの発現量は、IHC法で「3+」「2+」「1+」「0」の4段階に分けられ、「3+」ならHER2陽性、「1+」と「0」はHER2陰性と判定されます。「2+」の場合は、ISH法で調べ、HER2遺伝子の増幅があればHER2陽性です。

2023年3月に、転移・再発乳がんの治療として、「HER2低発現」に対しても抗HER2薬が使えるようになりました。HER2低発現とは、IHC法「2+」でISH法での遺伝子増幅なし、あるいは、IHC法「1+」の人です。HER2低発現かどうかは、「ベンタナ ultraViewのパスウェーHER2 (4B5)」というコンパニオン診断薬 (治療前に該当する薬の効果を調べる検査) で判断します。

す。さらに再発リスクを下げるために、術後は、ペムブロリズマブを3週間に1回、9サイクル単独投与します。

腫瘍径2cm以下で再発リスクが低い場合には、術前か術後にタキサン系抗がん剤などを用いたTC療法（ドセタキセル+シクロホスファミド）を3か月間（3週間に1回/3か月）やアントラサイクリン系抗がん剤を用いたAC療法（ドキシソルピシン+シクロホスファミド）、またはEC療法（エピルピシン+シクロホスファミド）を3か月間（3週間に1回/3か月）と、タキサン系抗がん剤（ドセタキセルまたはパクリタキセル）を3か月間の合計6か月間行います。腋窩リンパ節や胸骨

リンパ節に転移があるなど再発リスクが高い場合には投与間隔を短縮して2週間に1回点滴投与を行うdose-dence（ドーズデンス）抗がん剤治療を、術前に4か月間実施することもあります。

術前の抗がん剤治療で腫瘍がすべて消えなかった場合には、術後に内服薬の抗がん剤カペシタビン*1を6～8サイクル服用します。カペシタビンは1日2回、14日間服用し、7日間休薬して1サイクルです。

●BRCA1/2遺伝子検査陽性

BRCA1とBRCA2という遺伝子に変異（病的バリエーション）があると、乳がん、卵巣がん、すい臓がんなどの病気の原因となります。BRCA1/2遺伝子検査を受け、陽性かつHER2陰性で再発リスクが高い場合には、術後にPARP阻害薬のオラパリブを1日2回1年間服用します。

PARP阻害薬は、がんの生存に欠かせないPARPタンパクの働きを邪魔する薬で、BRCA1/2陽性のがんに効果を発揮します。

オラパリブが術後に使われるのは、BRCA1/2遺伝子検査陽性で、ルミナルA型・B型ならリンパ節転移が4個以上、あるいは、術前薬物療法でがんが消失せず、再発リスクが高い人です。トリプルネガティブなら術前抗がん剤治療でがんがすべて消えなかった場合、あるいは、腫瘍が2cmより大きいか腋窩リンパ節転移1個以上の人などがオラパリブ服用の対象となります。

Patient's Voice

4

30歳でがん、娘の明るさに救われました

3歳の娘と告知を受け、家に帰ってから娘を抱きしめて一緒に泣きました。30歳でがんになるなんて夢にも思っていなくて、夫は「若くから死んでしまう」と本気で思ったようでした。

手術して、私はもう治療は終わりだと思っていました。でも、術後に担当医から、HER2タンパクの過剰発現があるから抗がん剤と分子標的薬の治療をしないといけないと聞いたときは本当につらくて、2日間ずっと涙が止まりませんでした。今は抗がん剤の治療が終わり、分子標的薬の治療を3週間に1回受けています。副作用もなく、元気になってきたなと感じる毎日です。

子どもは敏感で、何かを隠されると不安があるので、がんということ、胸の傷、抗がん剤で髪が抜けた頭もすべて見せました。最初は驚いていましたが、私の頭を指さして「てるてるぼーず」と言って、明るくしてくれたことに救われました。（31歳・診断から1年目）

乳がんや卵巣がんになりやすい遺伝子って？

がんのほとんどは、喫煙、食生活、運動不足など生活習慣や環境が原因ですが、乳がんの中には遺伝性のものが、5～10%あるといわれます。これまでの研究で、遺伝的に乳がんを発症しやすい人の中には、細胞ががん化しないように細胞を修復する役割のBRCA1遺伝子、BRCA2遺伝子のどちらかに異常（変異）がある人が多いことがわかっています。どちらかに変異があると、変異のない人よりも若い年齢で乳がん、卵巣がん、すい臓がんなどを発症しやすく、両側の乳房ががんになったり、同じ側の乳房内に別のがんができてりするリスクがあります。

BRCA1/2遺伝子検査で陽性だった場合には、乳房温存療法が可能でも乳房全切除術を選択するなど、治療方針が

変わります。また、卵巣・卵管、あるいは健康な乳腺の予防切除といったリスク低減手術も保険診療で受けられるようになってきました。

BRCA1/2遺伝子の変異は、生まれたときからある場合と後天的な場合があります。先天的な遺伝性乳がんの場合には、親や姉妹、子どもにも50%の確率で遺伝している可能性があるため、BRCA1/2遺伝子検査は遺伝カウンセリングとセットで受けるのが望ましいとされます。遺伝カウンセリングの実施医療機関は、全国遺伝子医療部門連絡会議の「遺伝子医療実施施設検索システム」*2の「家族性腫瘍」の欄で閲覧できます。なお、がんになっていない人の遺伝子検査は自費診療です。

転移・再発乳がんには、 どのような治療法がありますか

A. 診断時や再発時に遠隔転移がある場合には、薬物療法でがんとの共存を目指します。乳がんの再発には、「局所再発」と「遠隔転移」があり、局所再発ではがんを手術で切除し、放射線療法や薬物療法を行います。

乳がんが肺、肝臓、骨などほかの臓器に転移することを「遠隔転移」、手術した側の乳房やその周囲の皮膚やリンパ節に再び腫瘍ができることを「局所再発」といいます。再発とは、乳がんができたところから体のどこかにあった微小ながん細胞が、初期治療でも死滅せずに、あとになって出てきた状態です。10年以上経ってから再発し、遠隔転移が判明する人もいます。

●局所再発したら手術が基本

温存した乳房内に再びがんが発生したときには、基本的に乳房全切除術で乳房をすべて切除します。

乳房全切除術後2年以上経ってから周囲の皮膚や胸壁に再発し、ほかの臓器に転移がなく切除が可能であれば、手術で再発腫瘍とその周辺を取り除きます。放射線療法を受けたことがなければ、術後に放射線治療も行います。

局所再発でも、手術から再発までの期間が短く（一般的には2年以内）、炎症性乳がんのように皮膚や胸壁全体が赤みを帯びている場合には、先に薬物療法を行い、効果があれば手術や放射線療法を行います。

●遠隔転移では薬物療法を

遠隔転移の場合には、薬による全身療法で進行を抑え、症状を和らげながら、できるだけ長くがんとの共存することを目指します。薬物療法は、がんのサブタイプ分類や患者さんの体の状況（閉経の状況、臓器機能など）、本人の希望などによって選択します。最初の薬物療法が効かなくなったら、二次治療、その後は三次治療といった具合に、薬を変え、がんとの共存しながらこれまで通りの生活が続けられるようにします。

●ホルモン受容体陽性かつHER2陰性

CDK4/6阻害薬のバルボシクリブかアベマシクリブと、アロマターゼ阻害薬のアナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタンのいずれかを併用します。閉経前の場合は、さらに、LH-RHアゴニスト製剤を併用し卵巣機能を抑えます。

軟部組織や骨のみの転移の場合、内臓への転移があっても症状がなく生命の危険がない場合、初期治療からかなりの年月が経ってから再発した場合には、閉経前ならLH-RHアゴニスト製剤とタモキシフェン、またはアロマターゼ阻害薬、閉経後ならホルモン薬のフルベストラントかアロマターゼ阻害薬の単剤投与も選択肢です。

最初の治療が効かなくなったら、フルベストラント+CDK4/6阻害薬に切り替えます。閉経前なら、LH-RHアゴニスト製剤を併用

Patient's Voice

5

病気が人ごとになってきたころに再発 普通の生活が長く続けられる治療を希望します

術後7年目に骨転移が見つかりました。仕事、子育て、家事と普通の生活を送り、病気が人ごとになってきた時期でした。半年に1度の定期検査で異常はなく、再発はまったく想像していませんでした。

半年ほど前からあった背中への痛みが徐々に強くなり、ある朝、とうとう起き上がれなくなりました。脊椎から腰までの転移巣が神経に当たっていて、それはもうものすごい痛みでした。すぐに入院することになり、大量の鎮痛剤で1か月ほど疼痛コントロールを行いました。その後、放射線療法やホルモン療法を行い、痛みが和らいだので退院しました。

今は有難いことに「長いお付き合いで一緒にがんばりましょうね」と言ってくださった先生のもとで治療を続けています。最近、抗がん剤の治療を始めたのですが、普通の生活ができることを大切にして、治療を選んでいきたいと思っています。（50歳・診断から8年目）

PD-L1とは

がん細胞に対する免疫を抑制したり停止させたりする働きを持つタンパクです。がん細胞はPD-L1を発現することで、免疫細胞の攻撃を逃れています。免疫チェックポイント阻害薬である一種のPD-L1阻害薬は、この仕組みをブロックすることで免疫細胞を活性化する薬です。PD-L1検査は、生検で採取したがんの組織を用いてPD-L1の発現度合を調べる検査です。

します。二次治療、あるいは三次治療として、エキセメスタンとmTOR阻害薬のエベロリムスの併用療法を行うこともあります。広い範囲の肝転移や肺転移など命の危険がある内臓転移があるときには、ホルモン療法ではなく、抗がん剤による治療を行います。

●抗がん剤が必要な人

ドキシソルビシン、エピルビシンといったアンソラサイクリン系抗がん剤とシクロホスファミドの併用療法、あるいは、ドセタキセル、パクリタキセル、ナブパクリタキセルといったタキサン系抗がん剤による治療が第一選択です。パクリタキセルに血管新生阻害薬のベバシズマブを併用することもあります。

術前か術後にアントラサイクリン系とタキサン系の抗がん剤を使い、あまり時間が経たないうちに再発した場合には、カペシタビン、S-1といったフッ化ピリミジン系抗がん剤、またはエリブリンなどで治療します。

●BRCA1/2遺伝子検査陽性

HER2陰性の人に対しては検査を行い、陽

性だった場合には、最初の抗がん剤治療の前に、PARP阻害薬のオラパリブの投与を行います。また抗がん剤治療が効かなくなった後でもオラパリブ投与は可能です。オラパリブは1日2回内服する薬です。

●HER2低発現

抗がん剤治療後に病状が進行、または再発したHER2低発現 (p.15コラム) の人は、抗HER2薬のT-DXd (トラスツズマブ デルクステカン) を3週間に1回点滴投与します。T-DXdは分子標的薬のトラスツズマブにデルクステカンという抗がん剤を結合した薬です。

●HER2陽性

抗HER2薬のトラスツズマブとペルツズマブに、タキサン系抗がん剤 (ドセタキセルかパクリタキセル) を併用します。効果がなくなったら、抗HER2薬をT-DXdに切り替えます。T-DXdが効かなくなったらT-DM1、その後は、ラパチニブとカペシタビンの併用療法などで治療します。

●トリプルネガティブでPD-L1陽性

生検で採取した組織を用いてPD-L1検査を行い、陽性であれば、抗がん剤のナブパクリタキセルに、免疫チェックポイント阻害薬の一種でPD-L1阻害薬のアテゾリマブかペムブロリズマブを併用する治療が第一選択です。ペムブロリズマブには、パクリタキセル、あるいはカルボプラチン+ゲムシタビンを併用することもあります。

●高頻度マイクロサテライト不安定性陽性

DNAの修復機能の低下の有無を調べるマイクロサテライト不安定性 (MSI) 検査で陽性 (MSI-High) と診断された場合は、抗がん剤治療の後、ペムブロリズマブが選択肢になります。ただし、乳がんでMSI-Highとなるのは1%未満と、かなりまれです。

骨転移の場合には、乳がんの薬物療法のほかに、骨転移治療薬のゾレドロン酸やデノスマブを投与し、場合によっては放射線療法や整形外科的な手術を行います。

脳転移では主に放射線療法が行われ、病巣が1個でほかの臓器に転移がない場合には手術を考慮します。いずれの場合も担当医と相談し納得して治療を受けることが大切です。

がん遺伝子パネル検査とは

次世代シーケンサー (NGS) と呼ばれる遺伝子解析装置を用いて、100個以上の遺伝子異常の有無を一度に測定する検査です。がんゲノム検査とも呼ばれます。

乳がんの場合、がん遺伝子パネル検査が受けられるのは、標準治療が終わった患者です。保険適用となる遺伝子パネルには、生検や手術で採取した組織を用いて124個の遺伝子異常を調べる「オンコガイド (OncoGuide) NCCオンコパネル」と、324個の遺伝子異常を調べる「ファウンデーションワン (FoundationOne) CDxがんゲノムプロファイル」があります。十分な組織がないときには、血液を用いた「ファウンデーションワンリキッド (Foundation One Liquid) CDxがんゲノムプロファイル」で検査します。

がん遺伝子パネル検査は、がんゲノム医療中核拠点病院が同拠点病院、同連携病院*でのみ受けられます。

薬物療法では、どのような副作用がいつごろ現れますか

A. 吐き気やアレルギー反応は24時間以内、骨髄抑制、全身倦怠感、下痢、口内炎は3日～2週間目以降に起こりやすい副作用です。脱毛など2週間～1か月以上経って出る副作用もあります。

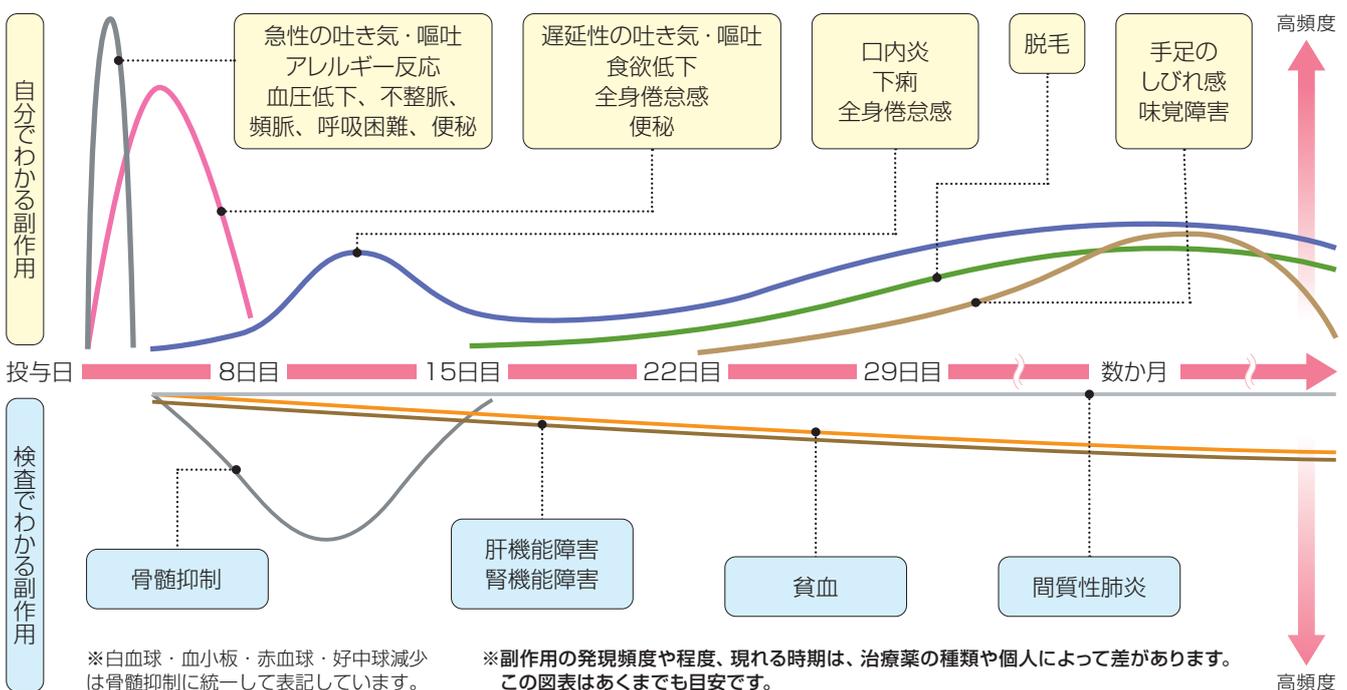
薬物療法で出やすい副作用と症状の強さ、出現時期は、薬によって異なりますし、患者さんによっても個人差があります。副作用に対処する薬の開発が進み、吐き気・嘔吐などのつらい副作用はかなりコントロールできるようになってきました。副作用の一般的な出現時期や対処法を知っておくと、冷静に対処できます（図表12～17）。

副作用には、ある程度自分で対処できるものと、我慢せずにすぐに病院へ連絡したほうがよいものがあります。また、自覚症状があるものもあれば、最初は目立った症状がなく検査でわかる副作用もあります。不安があったら担当医や看護師、薬剤師に相談するようにし、副作用を恐れて勝手に薬物療法を中断しないようにしましょう。

乳がんの薬物療法に使う抗がん剤に共通し

て出現しやすい副作用は、骨髄抑制（白血球・赤血球・血小板・好中球の減少）です。エピルビシン、シクロホスファミド、ドキソルビシンなど、吐き気が強く出やすい抗がん剤を使う際には、あらかじめ点滴の中に吐き気止めを入れ、セロトニン受容体拮抗薬やニューロキニン1受容体拮抗薬、ステロイドなどを服用します。エピルビシン、ドキソルビシン、ドセタキセル、ナブパクリタキセル、パクリタキセルは特に脱毛が出やすい薬です。脱毛は治療を開始してから2～3週間後くらいから始まり、眉毛、まつ毛、体毛が抜けます。アンスラサイクリン系薬剤（エピルビシン、ドキソルビシンなど）は心臓に対する副作用に要注意です。タキサン系薬剤は手や足のしびれ、ピリピリ感、感覚が鈍くなるなどの末梢神経障害が起こりやすい薬です。ボタンをかけた

図表12 どのような副作用がいつごろ現れるのかを知っておきましょう（抗がん剤治療）



妊娠中の乳がん治療、 治療後の妊娠・出産は？

妊娠中に乳がんが見つかった場合も、病期やサブタイプに合わせた標準治療を行います。妊娠を継続し出産・授乳をしても、がんの進行が早くなったり再発率が高まったりすることはありません。中絶しても妊娠を継続しても再発率に差がないことがわかっています。ただし、特に妊娠初期には、がんの検査や治療が胎児に影響を与えることがあるので、家族や医療者とよく話し合い、治療開始時期や妊娠を継続するかを検討しましょう。

一方、がんの治療の影響や女性の年齢が高くなるにつれ、自然妊娠が難しくなることがあります。将来、妊娠・出産を希望している場合は、治療前に受精卵や卵子の凍結を検討するなど事前に行えることもあるので、担当医に相談しましょう。治療後に妊娠・出産、授乳しても再発率が高くなったり胎児に影響が生じたりすることはありません。ただ、乳がんの薬物療法中や、抗がん剤治療や抗HER2療法終了後6～7か月間、タモキシフェン終了後2～3か月間は妊娠を避けましょう。

ホルモン受容体陽性乳がんの術後ホルモン療法は10年間と長期間にわたるため、治療後には年長的に妊娠・出産が難しくなる場合もあります。妊娠・出産のためにホルモン療法を中断するかどうかは、担当医と十分話し合い判断しましょう。現在、早期乳がんの患者さんが、18～30か月の術後ホルモン療法の後、約2年間治療を中断して出産を目指す国際共同研究(POSITIVE試験)が進行中です。中間報告では、ホルモン療法を中断して妊娠・出産しても再発率には影響がないとされています。

く、ものを落としやすいなど、日常生活に支障が出始めたら早めに担当医に伝えましょう。

分子標的薬は、抗がん剤で出やすい骨髄抑制、脱毛などの副作用は少ないのですが、抗HER2薬のトラスツズマブ、ペルツズマブ、T-DM1などは、まれに心毒性（心臓機能の低下、心不全などを引き起こすこと）が現れます。血管新生阻害薬のベバシズマブは高血圧、タンパク尿、鼻や歯ぐきからの出血、骨髄抑制が要注意です。

CDK4/6阻害薬のバルボシクリブは骨髄抑制、感染症、肺塞栓症、アベマシクリブは下痢、好中球減少、吐き気、感染症、またmTOR阻害薬のエベロリムスは骨髄抑制、腎不全、間質性肺炎、肺塞栓症に注意が必要です。

PARP阻害薬のオラパリブで注意したいのが、骨髄抑制と間質性肺炎です。

ホルモン薬は、抗がん剤のような副作用は少ないですが、顔がほてったり、急に汗が出たりするホットフラッシュ、更年期障害のような症状、性器出血、精神・神経症状が人によっては強く出ます。また、頻度は低いものの

図表13 乳がん治療に使う抗がん剤と主な副作用

■ここに掲載している副作用は、比較的発症頻度が高いものを中心に、患者さんやご家族が知っておきたい症状を取り上げています。

薬剤名	主な副作用
イリノテカン	骨髄抑制、下痢、脱毛、吐き気・嘔吐 など。
エピルビシン	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、脱毛が出やすい。動悸、息切れが起こる場合も。
エリブリン	骨髄抑制、脱毛、末梢神経障害 など。
カベシタピン	骨髄抑制、手足症候群、吐き気・嘔吐、脱毛。心障害・肝障害にも注意。
カルボプラチン	吐き気・嘔吐、骨髄抑制、食欲不振。間質性肺炎、急性腎不全、肝障害、血栓症、脳梗塞が起こることも。
ゲムシタピン	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、肝障害、間質性肺炎にも注意。
シクロホスファミド	吐き気・嘔吐、骨髄抑制、貧血、脱毛。まれに、出血性膀胱炎、肺線維症が起こる場合も。
S-1 (テガフル・ギメラシル・オテラシル)	骨髄抑制、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐、色素沈着、手足症候群、肝障害。間質性肺炎、心筋梗塞、急性腎不全、急性膀胱炎にも注意。
ドキシソルビシン	脱毛、骨髄抑制、吐き気・嘔吐。心毒性ショック、間質性肺炎が起こる場合も。
ドセタキセル	骨髄抑制、脱毛、浮腫、発疹、アレルギー反応、末梢神経障害。吐き気・嘔吐が出る場合も。
ナバパクリタキセル	脱毛、末梢神経障害、骨髄抑制、倦怠感、吐き気。間質性肺炎、肝障害、敗血症、腸炎などにも注意。
ビノレルビン	骨髄抑制、静脈炎、腸管麻痺。吐き気・嘔吐、間質性肺炎、気管支痙攣が起こる場合も。
パクリタキセル	骨髄抑制、脱毛、アレルギー反応。吐き気・嘔吐、末梢神経障害、動悸・息切れが起こる場合も。
5-FU (フルオロウラシル)	骨髄抑制、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐、脱毛。小脳失調、動悸・息切れが起こる場合も。
メトトレキサート	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、肝障害・神経障害、脱毛。高用量で腎障害を起こす場合も。

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

肺塞栓症、脳梗塞、心筋梗塞を引き起こします。LH-RHアゴニスト製剤やアロマターゼ阻害薬は関節のこわばりや痛み、骨粗しょう症が起りやすい薬なので、定期的に骨密度を測ります。重い副作用が出たときには薬物療法を中止し休薬するか、使う薬を変更します。

免疫チェックポイント阻害薬のアテゾリズマブとペムブロリズマブでは、甲状腺機能障害、肝障害、間質性肺炎、大腸炎、1型糖尿

病、副腎機能障害など、免疫機能が働き過ぎることによる副作用が生じることがあります。免疫関連の副作用は、薬の投与が終わってしばらく経ってから現れる場合もあるので、気になる症状があったら早めに医師、薬剤師に相談してください。

薬物療法を受けるときには、事前に出やすい副作用とその対処法、病院へ連絡すべきときなどを確認しておきましょう。

図表14 乳がん治療に使う分子標的薬と主な副作用

分類	薬剤名	主な副作用
抗HER2薬	トラスツマブ	発熱・悪寒、アレルギー反応、全身倦怠感。まれに(2~4%)心毒性が出る。
	T-DM1(トラスツマブエムタンシン)	全身倦怠感、鼻出血、吐き気、発熱、食欲減退、骨髄抑制、肝障害、末梢神経障害。まれに心毒性を起こす。
	T-DXd(トラスツマブデルクステカン)	吐き気・嘔吐、骨髄抑制、倦怠感、脱毛、食欲不振、間質性肺炎。肝障害、下痢・便秘、インフュージョンリアクション、味覚障害、心障害などにも注意。
	ペルツマブ	下痢、脱毛、全身倦怠感、骨髄抑制、末梢神経障害。アレルギー反応、間質性肺炎、心毒性にも注意。
	ラパチニブ	下痢、発疹、手足症候群、口内炎。まれに肝障害、間質性肺炎、心毒性が現れる。
血管新生阻害薬	ベバシズマブ	高血圧、タンパク尿。アレルギー反応、消化管穿孔、鼻や歯肉からの出血、骨髄抑制にも注意。
mTOR阻害薬	エベロリムス	口内炎、骨髄抑制、高血糖、腎不全、間質性肺炎。アレルギー反応、肺塞栓症にも注意。
CDK4/6阻害薬	パルボシクリブ	骨髄抑制、疲労、貧血、感染症、吐き気、脱毛、口内炎、下痢。まれに肺塞栓症が起こる。
	アベマシクリブ	下痢、好中球減少、吐き気、感染症、疲労感。肝機能障害と重度の下痢、骨髄抑制に注意。
PARP阻害薬	オラパリブ	吐き気、貧血、疲労感。骨髄抑制と間質性肺炎に注意。

図表15 乳がん治療に使うホルモン薬と骨転移治療薬の主な副作用

分類	薬剤名	主な副作用
LH-RHアゴニスト製剤(閉経前)	ゴセレリン	ホットフラッシュ、更年期障害のような症状、頭痛、関節痛。性器出血、血栓症、精神・神経症状、骨粗しょう症、まれに心不全が起こる。
	リュープロレリン	
抗エストロゲン薬	タモキシフェン	
黄体ホルモン薬	メドロキシプロゲステロン	体重増加、顔のむくみ、性器出血、血圧上昇。まれに血栓症を起こすので要注意。
アロマターゼ阻害薬(閉経後)	アナストロゾール	ホットフラッシュ、頭痛、関節痛、性器出血、骨粗しょう症。まれに血栓症やアナフィラキシーショックを起こすので要注意。ホットフラッシュの頻度はタモキシフェンより少ないとされる。
	エキセメスタン	
	レトゾール	
抗エストロゲン薬(閉経後のみ)	トレミフェン	副作用はタモキシフェンと似ているが、高用量投与が可能。
	フルベストラント	注射部位の痛みやかゆみ。血栓症、肝障害に要注意。
骨転移の治療薬	ゾレドロン酸	発熱、低リン酸血症、低カリウム血症。まれに顎骨壊死(あごの骨が炎症を起こし壊死する)を起こす。
	デノスマブ	頻度は少ないが低カルシウム血症、顎骨壊死、アレルギー反応を起こす。

図表16 乳がん治療に使う免疫チェックポイント阻害薬の主な副作用

分類	主な副作用
アテゾリズマブ	倦怠感、下痢、吐き気。甲状腺機能障害、肝機能障害、間質性肺炎、副腎機能障害、下垂体機能障害、重症筋無力症、重度の皮膚障害などにも注意。
ペムブロリズマブ	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、下痢、倦怠感、食欲不振、甲状腺機能障害。間質性肺炎、大腸炎、劇症肝炎、副腎機能障害、神経障害、腎障害などにも注意。

図表17 乳がんの薬物療法の主な副作用と対処法

症状・副作用	対処法
吐き気・嘔吐	抗がん剤投与直後24時間以内に起こる急性の症状と、24時間から1週間の間に起こる遅延性の症状がある。吐き気が出やすい薬を使うときは予防的に吐き気止めの薬を服用。抗がん剤投与当日の食事は控え目にし、乳製品や脂っこいものは避ける。食事は気分のよいときに。
アレルギー反応・血管痛	点滴中に違和感、息苦しさ、血管に沿って痛みなどがあつたときは医療者に知らせる。トラスツズマブなどの初回治療時に悪寒・発熱が出た場合、非ステロイド系消炎鎮痛薬で改善する。血管痛は腕を温めながら投与すると軽減する。
骨髄抑制	発熱を伴う好中球減少症を抑える薬を予防投与する場合も。自覚症状はない場合が多いが、感染を起こさないように人込みを避け、うがい・手洗いを励行。血小板の減少時は傷をつくらないようにする。
貧血・全身倦怠感	少しの活動でも疲れたりふらつくときは休息を取り、車の運転は控える。体がつらくない程度に家事や軽い運動は続けたほうがだるさが軽減される。
下痢	重症のときは整腸剤や下痢止めを使用。脱水症状にならないように注意。
口内炎	治療前に歯科で口腔ケアをするとひどくなりにくい。歯磨きや1日7~8回のうがいで口内を清潔にし保湿を心がける。香辛料の強い食事、熱いもの、硬いものは控える。
手足症候群	掌や足の裏の刺すような痛み、手足の感覚の鈍化、腫れ、発赤、発疹、皮膚の乾燥やかゆみなどが起こる。軽症の場合は保湿クリームやステロイド外用薬で改善。中等症以上では減薬や休薬を検討する。
色素沈着	掌、足、爪、歯に出現しやすい。日光に当たる部分に色素沈着が起こることがあるので日焼けを避け、ひどいときには医療者に相談を。治療終了後、6~12か月で軽快する。
味覚障害	苦みを強く感じたり、味を感じなくなったりしたときには、亜鉛製剤の使用で改善する。
爪の障害	爪が黒くなったり、割れやすくなったりすることも。マニキュアでカバーしても構わないが、爪が割れたりはがれたりしたときは医師や看護師に相談を。
末梢神経症状	手足や口にしびれ感、ピリピリ感があつたら早めに担当医に伝える。ビタミンB剤やグルタミン、漢方薬の服用、手足を温めると症状が軽減する。外傷に気づきにくくなるので、けがややけどに注意。
むくみ	ドセタキセルなどで手足、顔にむくみが出ることがある。予防のためにステロイド薬を使い、むくみが出たときに利尿薬の投与が行われることも。急にむくみが出たときには医療者に相談を。
高血圧	ベパズマブ使用時に高血圧になることも。降圧剤で改善するが、自覚症状がない場合が多いので定期的に血圧の測定を。
粘膜からの出血	鼻血や歯ぐきから出血したり、まれに、胃腸から出血する。通常は自然に止まるが、胃腸から出血した場合には手術が必要。
脱毛	帽子やナイトキャップを被ると髪の毛が散らばるのを防ぎ、脱毛によるショックを軽減できる。必要に応じてウィッグやバンダナの利用を。
心毒性	心臓がドキドキしたり、息苦しくなつたときには医療機関へ連絡を。
ホットフラッシュ(のぼせ・ほてり)	一般的な更年期障害であればホルモン補充療法を行うが、再発を増加させるので乳がん患者には不向き。抗うつ薬、抗てんかん薬、降圧薬によって改善する。
性器出血	性器出血や血液が混じつた腔分泌物があつたら、婦人科で検査を。
関節炎・骨粗しょう症	骨密度が低下しやすいホルモン薬を使うときは、骨密度を定期的にチェックし骨折に注意。カルシウムやビタミンDを含む食品の摂取、定期的な運動を。
精神・神経症状	頭痛、気分の落ち込み、イライラ、やる気が起きない、不眠などは睡眠薬や精神安定剤、カウンセリングで改善する。

「患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版」日本乳癌学会編、金原出版を参考に作成

こんな症状が出たときには
すぐ病院へ
連絡を!

- 38度以上の発熱に痛みや出血を伴う
- 強い胸痛、動悸や息苦しさ、空咳が続く
- 嘔吐または下痢が続き、水分もとれない
- 手足の強いしびれ、ピリピリ感、痛み

夜間・休日の緊急時の連絡先と連絡方法をわかりやすい場所に貼っておきましょう。



治療や療養を支える多くの専門家がいます

医療機関や地域には、あなたの治療だけでなく、療養生活を支える専門がたくさんいます。これらの専門家はすべての医療機関や地域にいるわけではありませんが、紹介してもらえることもあります。気になることはなるべく早い段階で相談するといいいでしょう。



診断・治療について知りたい

乳がんの治療にあたる乳腺外科医、腫瘍内科医、放射線治療医などの担当医に相談しましょう。治療方針については、放射線診断医、病理医、麻酔科医なども含むチームで決めています。

また、病棟や外来の看護師も相談のしてくれます。がん看護専門看護師、乳がん看護認定看護師、がん薬物療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、手術看護認定看護師などの資格を持つ看護師がいる病院もあります。

医師や看護師に直接話にくいときには、医療相談室にいる医療ソーシャルワーカーなどに相談しましょう。

治療の影響による外見の変化がづらい

乳がん手術によるボディイメージの変化や、薬物療法の副作用による外見の変化がづらい場合にも、1人で抱えこまず、看護師などに相談しましょう。外見の変化への社会・心理的支援を行うアピアランス支援センターを開設している病院もあります。国立がん研究センターのアピアランス支援センターが公開している患者向けの情報*も参考になります。住んでいる自治体にウィッグや補正下着の購入費助成制度がないかも調べてみましょう。

痛みが強い、精神的に苦しい

がんそのもの、あるいは治療に伴う痛み、精神的なつらさに対応する緩和ケアは、診断後、早い段階から受けることができます。

緩和ケア医や看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職などが集まる緩和ケアチームが相談にあたります。また、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師という認定資格を持つ看護師もいます。

退院後は緩和ケア外来が、在宅医療では在宅医や地域の在宅緩和ケアチームが緩和ケアを担当します。ペインクリニックにいる麻酔科医も痛みの専門家です。

薬の副作用、鎮痛薬などについては担当医や薬剤師に率直に話すとよいでしょう。

不眠が続く、気分の落ち込みがひどい

不安や気持ちの落ち込み、不眠、食欲不振などが続く場合には、担当医に相談する

か、精神腫瘍医、精神科医、心療内科医の診察を受けましょう。公認心理師や精神看護専門看護師が心理的ケアにあたることもあります。

入院中・退院後に体力が落ちた

ベッドで長く安静にしていると、手足の筋力低下など、体力が落ちてしまうことがあります。必要に応じてリハビリテーション科医が診察したり、理学療法士、作業療法士がリハビリを支援したりします。

転院や在宅医療について相談したい

転院や在宅医療に関しては、院内の医療相談室や地域連携室、がん診療連携拠点病院にある、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや看護師に相談しましょう。療養場所の候補、退院前後の手続きなどを教えてもらえます。また、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャーなど、在宅での医療や介護の専門家にもつないでもらえます。地域包括支援センターでも相談できます。

経済的に心配なので相談したい

治療費や生活費、就労の問題などで心配なときには、かかっている病院の医療相談室、または近くのがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに相談しましょう。

なお、公的医療保険には、高額な治療費の自己負担を軽減する高額療養費制度があります。公的医療保険の窓口申請して限度額適用認定証を受け取り、事前に病院に提出すれば、外来でも入院でも窓口の支払いが自己負担限度額の範囲内で済みます。

妊孕性温存治療助成事業、小児・AYA世代の在宅療養費助成制度などが利用できる場合もあるので、住んでいる市区町村でも相談してみましょう。

治療と仕事の両立を相談したい

病院の相談室やがん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーや社会保険労務士などに相談しましょう。病院と職場の情報共有をサポートするなど、がん治療と仕事の両立などを支える両立支援コーディネーターがいる病院も増えてきています。休職後の復帰、転職、再就職の支援も受けられます。

ピアサポーターや患者支援団体も頼りになります

同じ病気や障害などを経験した人同士が支え合うピアサポート。「ピア(peer)」とは英語で「仲間」「同輩」「対等の人」といった意味の言葉です。

ピアサポートの場では、病気や生活に関する情報、悩みや不安を共有することで、家族や医療・福祉関係者からの支援とは異なるサポートを得られます。

がんのピアサポートを行っている組織としては、がんの種類別の患者支援団体、病院が公認して病院内で活動する患者さん主体のボランティアグループ、がんの種類を超えて、がん患者さんの支援にあたる団体などがあります。患者・家族同士が交流できる「患者サロン」を開催している病院もあります。

ピアサポートを行う組織の情報は、かかっている病院の相談室やがん相談支援センター、インターネットで得られます。

全国に乳がんの患者会はたくさんあり、若年性乳がんの支援団体、男性乳がんの会・メンズBCなども活動しています。

がんについての相談に関するサイト

- 国立がん研究センター がん情報サービス「制度やサービスを知る」

<https://ganjoho.jp/public/institution/index.html>

患者さんが使える制度、仕事や学校、お金に関する情報の入り口となるページです。

- 国立がん研究センター がん情報サービス「がんの相談」

「がん相談支援センター」とは

<https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/cisc/cisc.html>

- 国立がん研究センター がん情報サービス「がん診療連携拠点病院などを探す」

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch>

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでは、その病院にかかっている患者さんや家族もさまざまな相談をすることができます。

- がん制度ドック

<https://www.ganseido.com>

NPO法人がん暮らしを考える会が運営しているウェブサイト、患者さんの属性について質問に答えることで、利用できる可能性のある公的支援制度や民間保険を検索できます。





ピンクリボンとは？

米国をはじめとする海外では、
乳がん啓発のシンボルとしてピンクリボンが使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、アメリカンホーム保険会社、
アッヴィ合同会社 アラガン・エステティクス、
セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



MBS Jump Over Cancer

●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>



●アメリカンホーム保険会社 <https://www.americanhome.co.jp/>

Allergan Aesthetics

an AbbVie company

●アッヴィ合同会社 アラガン・エステティクス <https://nyubo-saiken.com>

SECOM セコム損害保険株式会社

●保険もセコム <https://www.secom-sonpo.co.jp/>

後援



日本乳癌学会

The Japanese Breast Cancer Society

●一般社団法人日本乳癌学会 <https://www.jbcs.gr.jp/>

制作：認定NPO法人キャンサーネットジャパン

CNJ CancerNet Japan

冊子はみなさまからの寄付・遺贈・支援で制作しています。

制作・増刷・改訂へのご支援をお願いします。寄付金控除等の税制優遇を受けることができます。

寄付・遺贈の申し込み ▶ <https://www.cancernet.jp/donation>

その他の冊子一覧 ▶ <https://www.cancernet.jp/category/publish>



※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際にはご連絡ください。

2012年 9月 第1版 第1刷

2015年 8月 第2版 第1刷

2018年10月 第3版 第1刷

2023年10月 第4版 第1刷



●この冊子は下記URLからダウンロードできます。

<https://www.cancernet.jp/nyugan>