

# ふくろうの止まり木

トリプルネガティブ乳がん患者会  
ふくろうの会 会報 No.2  
平成 28 年 12 月発行

## ごあいさつ

こんにちは。代表の福原です (\*^\_^\*)

ふくろうの会が立ち上がって早いもので 11 ヶ月が過ぎました。

立ち上げてから勉強会・懇親会を東京・大阪で 3 回開催することができました。皆様ありがとうございました (o^^o)

毎回開催して思うのですが、皆様と一緒に勉強し、共有できる時間の大切さ。勉強内容は、難しい単語や言葉が並び、分かりにくいと言う声も多数いただきます。ですが、貴重な学びの時間に、初歩的な内容の講義ではなく、自分達では知り得ない情報や知識を講義して下さいと敢えて先生方をお願いをしています。分からない事は、自分で調べることも大切だと感じています。実際、主治医の先生とコミュニケーションが取りにくいと言う方も多くいらっしゃいます。それは、患者自身が勉強不足、自身の病氣と向き合えない、知識がない、という事も少なからず原因の一つと感じています。少しでも知識が備われば、主治医の先生とのコミュニケーションが円滑になるのではないのでしょうか？ 医者も一人の人間です。感情があります。ロボットではありません。できるだけ患者に寄り添って欲しいと思うのは当たり前の事ですが、求めるばかりではいけないのでは？ と私は思います。なので、敢えて当会の勉強会は難しい内容 (スパルタ?) かもしれません。一人でも多くの会員の皆様と、共に勉強し、正しい知識を身につけていただきたいと考えております。SNS の情報の中で何が正しく、何が正しくないのかなど、自分の身は自分で守れる様に…。当会の願いです!! 次は大阪で開催いたしますので、皆様のご参加お待ちしております。

そして現在ふくろうの会の会員数は 80 名になりました (= 'v ` `) 人 ('v ` ` =) こんなに沢山の方々が賛同して下さい、役員一同心から感謝しております。皆様の声を聞きながら、活動をしていきたいと思っておりますので、ご意見などございましたら、お聞かせいただければ幸いです。

一步一步、会員の皆様と歩んでいきたいと思っておりますので、今後ともふくろうの会をよろしく願いいたします!

## 第 4 回 勉強会・懇親会のお知らせ

### 勉強会 (会員・一般)



日時 平成 29 年 1 月 29 日 (日) 10:00 ~ 12:00  
場所 大阪大学医学部附属病院  
オンコロジーセンター 5 階がんセンターボードホール  
講師 ①多根井 智紀 医師  
大阪大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科  
『乳がん・トリプルネガティブ乳がんについて』  
②佐藤 友紀 先生  
大阪大学医学部附属病院 遺伝子カウンセラー  
『遺伝子検査を受けた方がいいの?』  
会費 無料  
定員 50 名



ウィッグ譲渡会 (主催: ふくろうの会)

12:00 ~ 13:00 同 4 階 患者交流サロンにて

### 懇親会 (会員限定)



勉強した後にモリモリ食べて、楽しくおしゃべり  
しましょう!!!  
日時 平成 29 年 1 月 29 日 (日) 13:30 ~ 15:00  
場所 千里阪急ホテル「カフェ&バイキング シャガール」  
会費 3000 円 (バイキング)  
定員 20 名

- ・参加ご希望の方は、ホームページの申し込みフォーム、又は当会メールアドレスより、勉強会は 1 月 28 日まで、懇親会は 1 月 21 日までにご連絡をお願いいたします。
- ・定員になり次第、募集を締め切らせていただきます。

## 活動報告と皆様へのお願い

私達は現在、勉強会や懇親会開催の他にも様々な活動をしております。とはいえ役員の力だけでは微力です。皆様にもご協力いただければ幸いです。宜しくお願い致します！

### 活動報告

- 2016年9月22日 第3回勉強会・懇親会開催（東京 / 表参道） \*ウィッグ譲渡会同時開催！  
7月3日 第2回勉強会・懇親会開催（大阪）  
6月16,17,18日 乳がん学会にてブース展示  
5月19日 会報 第1号『ふくろうの止まり木』完成！会員様限定で郵送いたしました！  
4月3日 第1回勉強会・懇親会開催（東京 / 飯田橋）  
1月23,24日 全国がん患者会会議 FFJCP2016 参加  
21日 『トリプルネガティブ乳がん患者会ふくろうの会』設立  
2015年11月14日 MBS ちゃやまちがんフォーラムに参加  
8日 ふくろうの会設立に向けての説明会（新横浜）



### リーフレットの設置

皆様に入会時お送りしている当会のリーフレットを、現在下記 29 施設のがん支援相談室などに設置、または配布のご協力をして頂いております。新米の患者会でありながら、どの施設も快く承諾を下さり、大変ありがたく思っております。依頼の際に、「トリネガの患者会を待ち望んでいた！」、「必要としている患者さんが沢山いた」等、嬉しいお言葉もたくさん頂戴しております。そんな皆様の期待に沿えるよう、私達は目標に向かってしっかりと活動をしていきたいと思っております。

#### リーフレット協力施設（順不同）

- <近畿地方> 大阪大学医学部付属病院（大阪府）、淀川キリスト教病院（大阪府）、京都府がん総合相談支援センター（京都府）、国立病院機構大阪医療センター（大阪府）、公立那賀病院（和歌山県）、すずかけの木クリニック（大阪府）、市立岸和田市民病院（大阪府）、乳腺ケア泉州クリニック（大阪府）、社会医療法人製鉄記念広畑病院（兵庫県）、和歌山県立医科大学紀北分院（和歌山県）、市立ひらかた病院（大阪府）  
<関東地方> がん研有明病院（東京都）、昭和大学病院（東京都）、北里大学病院（神奈川県）、筑波大学附属病院（茨城県）、聖マリアンナ医科大学病院（神奈川県）、東京ボランティア・市民活動センター（東京都）、都立駒込病院（東京都）、国立研究開発医療法人国立がんセンター中央病院（東京都）、国際医療福祉大学三田病院（東京都）、日本医科大学附属病院（東京都）、つくば国際プレストクリニック（茨城県）、平塚共済病院（神奈川県）、  
<北海道・東北地方> 小林病院（北海道北見市）、会津中央病院（福島県）  
<中部地方> 名古屋第二赤十字病院（愛知県）  
<中国・四国地方> 松江赤十字病院（島根県）、とくしまプレストケアクリニック（徳島県）  
<沖縄> 宮良クリニック（沖縄県）

☆お願い☆

今後もリーフレットの設置にご協力いただける施設等の情報がございましたら、お知らせください。是非とも皆様のお力添えを、宜しくお願い致します。

### Tea Time



10月は乳がんの啓発月間。あちこちで関連のイベントがありましたね。私も2年前ウィッグを卒業し、ピアサポートをしようと心に決めた10月は思い入れのある月です。そんな10月に乳がん経験者のためのヨガクラスを始めました。そのクラスで出した「宿題」をご紹介します。「1日に1回、自分が『満たされているなあ』と感じる時間を作ること」。深呼吸して、新鮮な空気で満たされているなあ。太陽の光をいっぱい浴びて、満たされているなあ。どんな小さなことでもOK！  
皆さんはどんなことで満たされているなあと実感されますか。ささやかなことでよいので、意識的に自分がそう感じる瞬間を作ってみるのはいかがでしょうか？（牧野 あずみ）

## 会計報告

会員様から頂いた年会費は『ふくろうの会』運営費・勉強会実施に伴う経費で使わせて頂いております。又、皆様からいただいたご寄付、チャリティTシャツやふくろうストラップの売り上げをトリプルネガティブ関連の研究施設に寄付を…と考えていますが、今の段階ではまだまだ金額が足りない状況です。今後もチャリティ活動にご協力をお願いいたします。

収 入	
年会費収入	228,000
寄付収入	216,800
チャリティ収入	60,800
計	505,600

単位：円

支 出	
会運営費	151,483
勉強会経費	25,375
計	176,858

『ふくろうの会』運営費 内訳

- ・リーフレットや会報の作成費
- ・通信料金

## ウィッグ譲渡会のご報告

初の試みとなる『ウィッグ譲渡会』を勉強会会場で行いました。沢山のウィッグやケア帽子・備品などを寄与していただき、ありがとうございました。役員一同、心より感謝申し上げます。今回の譲渡会では役目を終え、出番の無かったウィッグ6点を新しい持ち主へ受け渡すことが出来ました。『ウィッグ譲渡会』が初の試みだった為、ウィッグの展示の方法、抽選申し込みの方法などなど…色々な課題があることが分かりました。又、お渡しの時に不手際があり、ご迷惑をお掛けしてしまったことをお詫び申し上げます。今後は手順を見直し、スムーズに行えるよう務めて参ります。

★これからもウィッグ譲渡会を開催いたします。フルウィッグ、部分ウィッグ、ウィッグスタンド、ケア帽子など…役目を終えたウィッグ達を是非ともご提供下さい。ご協力をお願いいたします！！

注) 詳細は勉強会実施時にホームページ等、ご確認をお願いいたします

(田村 千景)



## ふくろうの会チャリティーTシャツ 販売中

当会は「ふくろうの会チャリティーTシャツ」を1枚2000円で販売しております。

このTシャツの売上金は、原価を除く全てを当会への寄付金として頂戴致します。頂きました寄付金は、当会の運営、ならびに新薬開発や臨床試験への資金として、研究機関や各種団体へ提供させて頂きます。ご支援の程、宜しくお願い致します！！



外で着ようと思わないでください(笑)！！  
これはチャリティーです！  
詳細、ご注文はホームページへGO!!!



## 勉強会のご報告

お陰様で、これまで3回の勉強会を開催することができました。今回の号では、第2回、第3回の勉強会内容を、詳しくご報告致します。第1回は、第2回とほぼ同じ内容です。役員が勉強会のビデオを何度も見直し手分けしてまとめたものなので、至らない部分も多々ございますが・・・勉強会にご参加できなかった皆さまへ、少しでもご参考になれば幸いです。間違い等があるかもしれません！！ご参加下さった皆様、その際は是非ともご教授をお願い致します！ふくろうの会全員で協力して、知識を獲得していきましょうね(^^)よろしくお願い致します。

### はじめに

勉強会にご参加される皆様へのお願いです。講義を聞く前に、是非とも当会ホームページの「トリプルネガティブ乳がんについて」「治療法」をご一読下さい。インターネットや患者向けの本に書いてあるTNBC情報より、やや詳しく、また情報がまとめて記載されております。当会の勉強会では新たに情報や知識を深めていただきたいという思いで先生に講演をお願いしておりますため、新薬のお話し、研究のお話しがメインとなっております。一般的なお話しは、当会のHPで事前学習して頂くことで、より有意義なお時間を過ごせることと思います。ご理解、ご協力をお願い致します。

また、解らなかったこと、解りにくかったことなどは、サークルスクエアでご質問下さい！！谷野医師と金丸が、できる限りご回答いたします！！ ※配布資料について

講義内容に機密事項スレスレ(笑)の内容を含んでおりますため、講師の先生から配布資料はNGがでております。ご理解の程よろしくお願い致します。

### 講師の先生のご紹介

#### 第1、2回

#### 谷野 裕一 先生

現 北里大学病院 乳腺・甲状腺外科 科長

2017年1月～ 神戸大学医学部附属病院 乳腺内分泌外科 准教授

当会顧問医師

<先生からのメッセージ>

池田紫先生が基礎から薬剤開発まで詳しくお話し下さいました。そこまで分かっているならこうしたら良いんじゃないか、薬があるなら使ったら？という質問もありましたが、実際は使ってどれくらい効果があるかは臨床試験をしないと分かりませんし、副作用も大切です。臨床試験には時間もお金もかかります。

先生が何故医者になったのかというところも興味深かったです。若い女性の先生はみんなの味方。沢山育って欲しいですね。

私は、来月から神戸大学に異動になります。今まで同様「夢と妄想」を大切に、私が出来ることを考えて、みなさんと一緒に色々やって行けたらと思っています。みなさんも、ふくろうの会で、夢を実現しませんか？一緒に見つけていきましょうね！！



#### 第3回

#### 池田 紫 先生

昭和大学病院 乳腺科 常勤医師

元 JAL客室乗務員!!

金丸の医学部同級生(余分な情報!?)

<先生からのメッセージ>

私はまだ臨床研究に関われるほど医者として円熟している訳ではなく、年齢やキャリアからして臨床研究の中心になることは困難だと思います。それでも臨床研究が今の分野で何が走っていて、外来や病棟で出会う患者さん達にアナウンスしたり関与できるか考えるのは、私たち臨床医の役割だと思っています。この講演を準備していて、担当したTNBCの患者さんとのたくさんのエピソードを思い出しました。彼女達、TNBC患者さん達を救ってあげたい、救えるようになってほしいと常日頃から思っていたので、ふくろうの会に関われて、またこのような機会を与えてくれたことに、心から感謝しています。

## 第2回 勉強会

日時： 2016年7月3日

場所： エルおおさか (大阪 天満橋)

参加者： 40名

講師： 谷野 裕一先生

内容： トリプルネガティブ乳がんについて  
臨床試験について



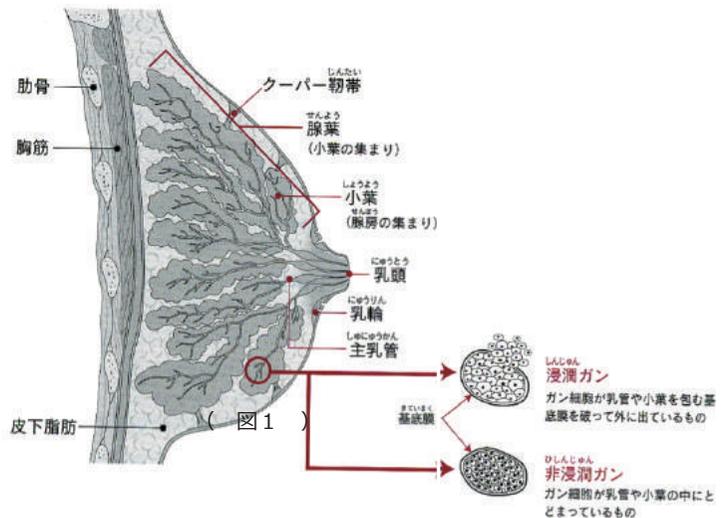
### (勉強会レポート)

#### がんとは何か？

がんとは何かと聞かれた時、答えることができない、よくわかっていない人が多い。がんとは、遺伝子の異常によって細胞が無制限に増え、他の臓器に散らばり（浸潤、転移）、大きくなって体に害を及ぼす病気のことを言う。

#### 乳がんとは？

乳房は、乳頭の下に葡萄の房状のものが20個位連なっている。一つ一つの房から母乳が出て、その房が軸につながり、軸が乳首につながっている。この軸を、乳管という。乳管は細胞でできており、この細胞からがんが発生し、増えていく。管の中だけでがんが収まっているものが非浸潤がん、管からはみ出てしまったものを浸潤がんという。管の外には血管やリンパ管がある。血管に浸潤すると、血液に乗って肺や肝臓や骨などの臓器に流れていき、リンパ管に浸潤すると、リンパ節に流れていく。(図1)



マンモグラフィーで、塊としてわからず点々の石灰化だけを見つける事があり、これは非浸潤がんであることが多い。9割は浸潤がんで見つかるが、必ずしも肺や肝臓などに転移している訳ではない。

#### 乳がんの治療とは？ (特に TNBC について)

“がんを治す”と、インターネットで検索すると、信頼のおけない（データのない）情報がたくさん出てくる。アメリカでは、不適格な情報の発信は禁止されているが、日本は野放し状態になっている。その情報をもとに、患者さんからこの治療法はどうか？と聞かれることはあるが、私は患者さんに治ってほしいので、データのない情報はお勧めしない。

現在、乳がんに対する標準治療（効果があるとのデータをもとに保険適応され、ガイドラインで推奨とされている治療法）は、手術・薬・放射線治療の3つ。原発性乳がんの治療法は、手術でとれる人は、乳房全切除又は部分切除+センチネルリンパ節生検又は腋窩郭清を行うことが基本で、必要な人は術前か術後に補助療法として抗がん剤治療を行い、さらに必要な人は追加で放射線治療を行う。最初から手術で取れない、または遠隔転移をしている人は、まずは抗がん剤治療を行う。

補助療法の補助とは手術に対しての補助ことを言う。手術をしても体のどこかにがん細胞が残っているかもしれない。他の臓器にがん細胞が転移をしても、1センチ以下の場合、CTや骨シンチで分からないことが多い。残っているがんの量が少ないうちに抗がん剤をすることで、特に抗がん剤の効果が高いとされている TNBC は、再発率を手術単独に比べて半分減らすことができる。まれに抗がん剤を勧めても、“今はやりたくない、また出てきたらやる”と拒否する方がいるが、残っているがんがどんどん増えて、遠隔転移をしてから抗がん剤をしても、完治は難しいことが多い。

放射線治療は、リンパ節転移・リンパ管浸潤のある方を対象に行う。放射線治療をする事により、局所再発率を3分の1に減らすことができる。

術前術後に行う抗がん剤治療は、治す（再発を減少させる）為の治療である。決められた期間、多少辛くても再発率を少なくできる最良の方法で行い、終了後に普通の生活に戻ることができれば良いとされる。手術が出来ない方、再発された方には、症状を緩和、再度出てくるのを抑える為に治療を行う。普通の生活をしながら治療を行っていくことが最優先と考えられており、減量や休薬することで副作用を最小限に抑え、精神的なサポートも行い、QOLを保ちながら治療を行う。無理して抗がん剤を続けると寝たきりになってしまう可能性があるため、自分はどう暮らしたいか、何がしたいかを家族や医療者と話し合い、治療方針を考える事が大切だ。

## TNBC とは？

TNBC のネガティブとは、“ネガティブな病気”ということではなく、ホルモンレセプターのエストロゲンレセプターとプロゲステロンレセプター、HER2 が陰性（持っていない）という事である。

TNBC はそれらが陰性というだけで一括りにされているが、実は色々なタイプの寄せ集めであり、その分類方法が研究されている。そのタイプは、ふくろうの会ホームページにもあるように7つと言われているが、それらを大きく、Basal-like (BL1、BL2) と、mesenchymal(M、MSL)、luminal androgen receptor の3つの集団に分けて考えている。(表1)

疫学では、TNBC は黒人に多い。肺や肝臓への転移や、対側乳がんの発生率が、他のタイプに比べて多い。これは、TNBC には BRCA 変異乳がんの割合が他のタイプに比べ多いことが原因と考える。3年以内の再発率が高い反面、3年越えれば再発率は低くなる。

(表1) トリプルネガティブ乳がんのサブタイプ

マイクロアレイ法という検査法を用いて、癌細胞の遺伝子を調べ、その特徴によって以下の7つに分類します。この方法は煩雑で費用も高額であり、通常、一般診療では行っていません。

- \* basal-like 1 (BL1) サブタイプ
- \* basal-like 2 (BL2) サブタイプ  
細胞増殖能が極めて高く、細胞周期関連遺伝子や DNA 傷害応答性遺伝子が高発現。遺伝性乳癌の原因遺伝子の一つ BRCA1 の遺伝子変異を受け継いだ保因者に発生する乳癌 (BRCA1 関連乳癌) の 80 ~ 90%は、遺伝子発現プロファイルでは BL に分類される。
- \* immunomodulatory (IM) サブタイプ  
髄様癌が代表、免疫反応に関連した遺伝子が高発現。
- \* mesenchymal (M) サブタイプ
- \* mesenchymal-stem like (MSL) サブタイプ  
transforming growth factor [TGF] - $\beta$ 、EMT、増殖因子、Wnt/ $\beta$ -catenin シグナルに関連した遺伝子が高発現。  
後者では幹細胞関連遺伝子も高発現。
- \* luminal androgen receptor (LAR) サブタイプ  
アンドロゲン受容体 (男性ホルモン) や luminal 関連遺伝子が高発現。
- \* Unstable(UNS)  
上記どれにも分類できないもの。

## Basal-like 乳がん、BRCA 遺伝子変異乳がん、BRCAness (機能不全) とは？

TNBC の多くは Basal-like 乳がんといわれている。正常乳管は 2 層構造を持ち、外層には基底細胞 (Basal cell) が含まれている。Basal-like 乳がんはここから発生するといわれており、免疫染色でトリプルネガティブかつ CK5/6 が陽性であることが、Basal-like 乳がんの特徴とされている。non Basal-like 乳がんは予後が良いとされているが、免疫染色では分類できない。

Basal-like 乳がんは、通常の抗がん剤が効きにくいとされているが、他に弱点がある。多くに BRCA1 の異常があり、これは発がんの原因でもあるが、DNA 損傷を引き起こす抗がん剤に弱い。

この BRCA の異常には、親の BRCA 異常を遺伝し生まれつき全身の細胞に異常がある場合 (BRCA 遺伝子変異乳がん) と、突然変異で乳がんの腫瘍だけに異常がある場合 (BRCAness) がある。

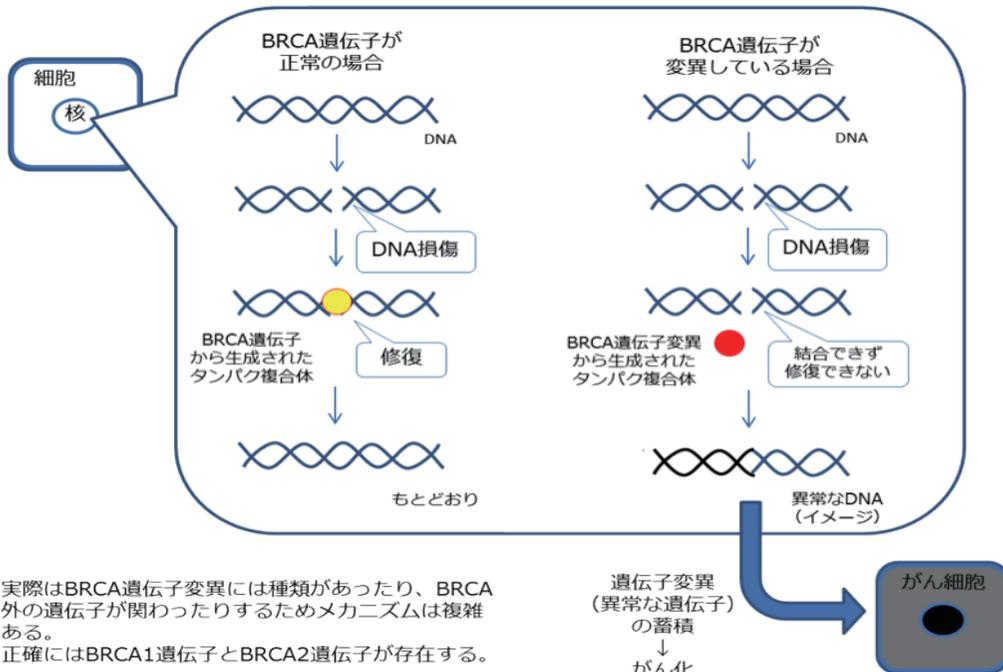
DNA は二本線で出来ている。DNA が損傷を受けた時、様々な方法で修復が行われる。その方法の一つに相同組み換えという方法があり、DNA の片一方が損傷を受けた時、もう一方で修復する方法だ。

だが相同組み換えには BRCA1/2 が必要であり、この異常 (欠損や機能不全) があると相同組み換えでは修復できない。 どんどん遺伝子異常が重なっていき、がんが発生しやすくなる。生まれつき異常がある人は、若い頃から TNBC が出しやすい。(図2)

このタイプの TNBC には、通常の抗がん剤よりもプラチナ製剤 (カルボプラチン・シスプラチン)、PARP 阻害薬が効き易い。プラチナ製剤は、DNA を直接傷害することで抗がん作用を発揮する。PARP 阻害薬は、相同組み換えとは別の方法である遺伝子修復に関与する、PARP を阻害する (図3)。

BRCA 異常により遺伝的に不安定となったがん細胞は、プラチナ製剤や PARP 阻害薬によって、より攻撃を受けやすいのだ。

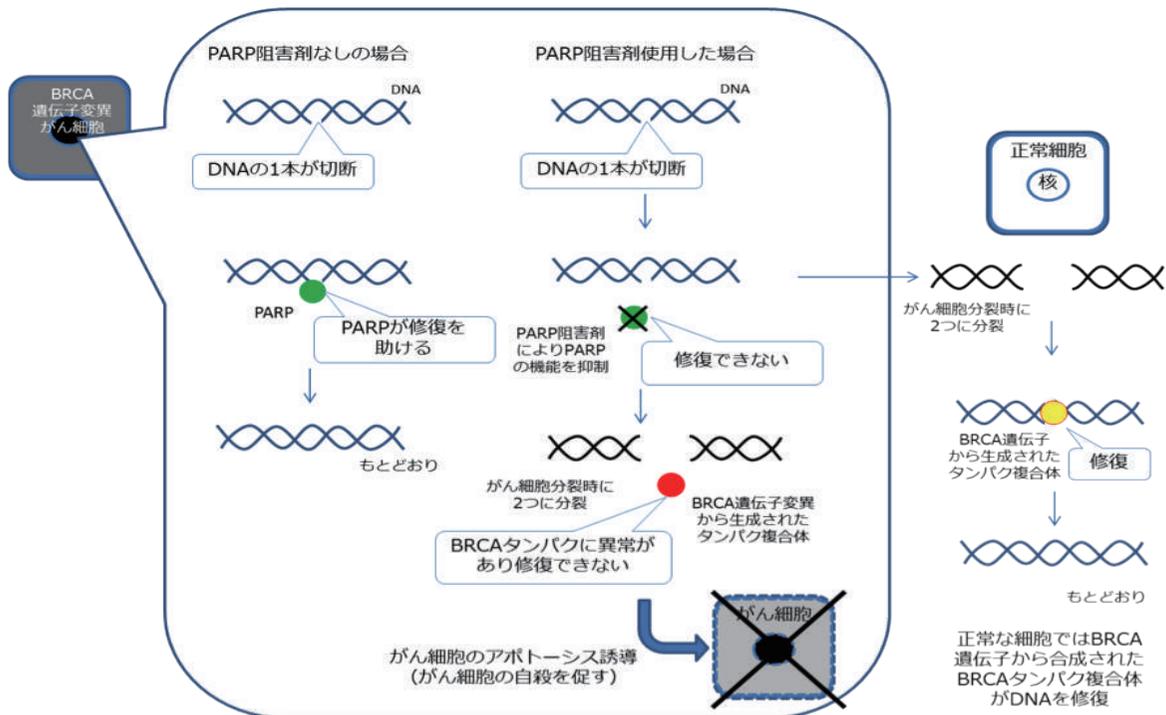
**BRCA遺伝子に変異（異常）→損傷したDNAが修復できず、がん化する確率が高くなる**



\* 実際はBRCA遺伝子変異には種類があったり、BRCA以外の遺伝子が関わったりするためメカニズムは複雑である。  
\* 正確にはBRCA1遺伝子とBRCA2遺伝子が存在する。

( 図 2 )

**BRCA遺伝子に変異（異常）とPARP阻害剤**



( 図 3 )

## 臨床試験、薬剤開発について

一つの薬が開発され、世に出てくるまでには、多くの時間と費用が必要だ。技術的にも難しく、世界で抗がん剤を開発できる国は6ヶ国しかなく、日本はその一つだ。

臨床試験の前に、前臨床試験というものがある。

- ① スクリーニングテスト…細胞に薬をふきかけて、がん細胞に効いて正常な細胞に異常がでないかをみる試験。
- ② 非臨床試験…マウスに投与し、毒性と効果を確認する。

この二つの試験をクリアして臨床試験へ進む。

がんの臨床試験は3段階ある。

第Ⅰ相試験：薬を初めて患者に投与する。投与量や副作用を調べ、効果はあまり見ない。

第Ⅱ相試験：少数の患者に投与し、抗腫瘍効果と安全性、薬剤が有効か調べる。

第Ⅲ相試験：奏効率・生存期間・副作用・QOL等を、従来の薬剤と比較して有効かを調べる。千人単位の大規模な試験の為、膨大な資金が必要。

新薬の臨床試験は、まずは再発・転移の方を対象に行われることがほとんどだ。臨床試験の時点では、新薬の効果は保証できていないため、既存の治療法で効果が得られなかった患者を対象にして行うことが多い。そこで効果が証明され、ある程度の副作用が把握できた段階で、補助療法としての臨床試験が検討される。

新薬開発に対しては、研究をしてくれる施設、莫大な費用、気の遠くなるような時間、患者自身の声などが必要である。欧米では、がんの研究機関に寄付が集まる仕組みが確立されているが、日本ではがん研究の資金が圧倒的に足りないのが現状である。これらを乗り越えていける仕組みを築いていきたいと考えている。

## サンアントニオ乳がんシンポジウム2014で発表された臨床試験

- ドイツの臨床試験…初発 TNBC に対し、補助療法におけるカルボプラチン併用の効果をみる  
方法： 術前化学療法で、**カルボプラチン+タキソテール+アドリアマイシン** vs **タキソテール+アドリアマイシン** の pCR (病理学的完全奏功) 率、DFS (無病生存期間) を比較検討  
結果： カルボプラチン併用群は、pCR 率が 16.3% 高く、DFS も良好であった。  
\* カルボプラチンの追加により、TNBC の再発率が下がる可能性が示唆された。  
\* BRCA 異常があるだけでは効果の差はあまりないが、BRCA 異常かつ家族歴ありの患者では、効果が大きかった。  
この結果から、カルボプラチンは全員に効果的なわけではなく、今後、どんな患者に効くのか絞り込みの試験が必要であることが示唆された。
- イギリスの臨床試験…再発 TNBC に対し、カルボプラチン単独の効果をみる  
方法： **カルボプラチン単独** vs **タキソテール単独** の、PFS (無増悪生存期間) と OS (生存期間) を比較検討  
結果： カルボプラチン群において、BRCA 異常がある患者で PFS が 3~4 か月延長。  
タキソテール群では、BRCA 異常あるなしで差は出なかった。  
OS に有意差はなかった。  
\* BRCA 異常のある患者では、カルボプラチンが有効である可能性が示唆された。  
\* OS に有意差がでなかったが、この試験では、カルボプラチンが効かなくなったらタキソテールを、タキソテールが効かなくなったらカルボプラチンを使用している。どちらを先に使用したか、で分けているに過ぎないため、今後さらなる検討が必要だ。
- アメリカの臨床試験 (CALGB 40603) …初発 TNBC に対し、カルボプラチンとアバスチンの効果をみる  
方法： 術前化学療法で、dose dense AC (2 週間おきに AC を投与する方法) に加えて、**タキソール単独** vs **タキソール+アバスチン** vs **タキソール+カルボプラチン** vs **タキソール+アバスチン+カルボプラチン** の、pCR 率、OS を比較検討。

結果： カルボプラチン使用群で、pCR 率が高かった。

アバスタチンの追加で、効果に差はなかった。

OS に有意差は出なかった。

- \* OS に差が出なかったため、この結果ではカルボプラチン追加が TNBC の予後を改善するとは言えない。
- \* 全体の pCR 群と non pCR 群の OS を比較すると、pCR 群の 5 年生存率は 90%以上で、non pCR 群は 60%であった。今回は、カルボプラチン使用群で pCR 率の改善が、OS の改善を示す結果にはならなかったが、今後試験を重ねることで、pCR 率の改善 = OS の改善、とみなすことができる可能性が示唆された。

- **日本（安藤先生）の臨床試験**…初発 HER2 陰性乳がんに対し、補助化学療法におけるカルボプラチン併用の効果をみる  
方法： 術前化学療法で、FEC に加えて**タキソール単独 vs タキソール+カルボプラチン** の pCR 率 を比較する。

結果： どちらの群においても、ER+ より ER- の方が pCR 率が 2 倍近く高かった。

全体で、カルボプラチン追加により、pCR 率が 17%→31%と、14.2% 上昇

TNBC だけでは、カルボプラチン追加により、pCR 率が 27.5%→61.5% と、34% 上昇

ER+ だけでは、カルボプラチンを追加により、pCR 率が 9.8%→8.2% と、1.6% 低下

- \* TNBC にはカルボプラチン追加が有効である事が示唆された。
- \* TNBC は ER+ に比べ、抗がん剤が効きやすい事が示された。
- \* しかし、OS を追う臨床試験を組んでいなかったため、この試験結果で、カルボプラチンが TNBC の予後を改善するとは言えない。

- **京都大学の臨床試験（CREATE-X）**…初発乳がんの補助化学療法で non-pCR 症例に、カペシタビン追加の効果をみる

方法： 標準治療で術前化学療法を行い、手術をした結果、non-pCR（抗がん剤で、がんが完全には消えていなかった）の症例を対象に、**無治療 vs カペシタビン 6～8 週間投与** の、DFS、OS を比較検討

結果： DFS、OS 共に、カペシタビン投与群でやや良好であった。

ER- だけの検討でも、カペシタビン投与群の方がどちらも良好で、ER+ も含めた全体での検討よりさらに差が出た。

- \* TNBC の non-pCR 症例に、カペシタビン追加が有効である可能性が示唆された。
- \* この試験では、カペシタビンの投与量が高容量であったため、副作用から途中で離脱した率も高かった。今後は副作用の面も含めて容量や期間などを検討し、さらなる臨床試験が必要と考えられた。

## TNBC に対する研究

TNBC の中でも、さらにサブタイプがあり、そのタイプ別に効果のある治療法が異なる可能性が考えられている。薬剤開発と同時に、サブタイプの分類方法も研究されている。

- **MLPA 法**

BRCA の異常には、親の BRCA 異常を遺伝し生まれつき全身の細胞に異常がある場合（BRCA 遺伝子変異乳がん）と、突然変異で乳がんの腫瘍だけに異常がある場合（BRCAness）がある。BRCA 遺伝子変異乳がんは全身の細胞が変異しているため、血液検査でわかる。BRCAness は、がん細胞だけ変異しており、これを調べる方法が MLPA 法である。この方法で BRCAness を同定し、BRCA 遺伝子変異乳がん同様に、カルボプラチンや PARP 阻害薬が効くのではないかと研究が行われている。

- **PARP 阻害薬（オラパリブ）**

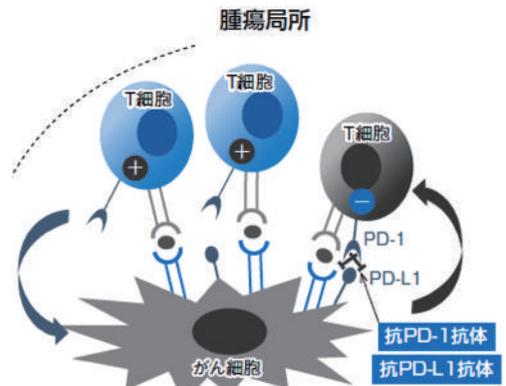
初発 TNBC、進行再発 TNBC で第 3 相の臨床試験が行われている。

BRCA 遺伝子変異ある方が対象。

エリ布林との併用試験も行われている。

- **免疫チェックポイント阻害薬（ニボルマブ・ペンブロリズマブ）**

自身の持つ免疫細胞である“T 細胞”に、がん細胞を攻撃させるための薬。がん細胞は、T 細胞に攻撃のブレーキをかける仕組みを持っており、このブレーキを解除する。具体的には、T 細胞が持つ PD-1 という抗体に、がん細胞が持つ PD-L1 という抗体が結合することで、攻撃のブレーキをかけている。免疫チェックポイント阻害薬は、この PD-1 または PD-L1 を阻害することで、攻撃のブレーキをかける仕組みを解除し、T 細胞にがん細胞を攻撃させる。（図 4）



（図 4）

## ○ アンドロゲンレセプター (AR) 阻害薬 (エンザルタミド)

TNBCの中には、アンドロゲンという男性ホルモンを餌に育つタイプ (AR 陽性乳がん) がある。このアンドロゲンレセプターを阻害するエンザルタミドという薬があり、AR 陽性乳がんに有効であることが示唆されている。現在前立腺がんの治療にはすでに保険承認されており、海外ではAR 陽性乳がんに対して臨床試験が行われている。数十人単位の小規模な試験であり、途中結果では、劇的な効果は出ていないようだ。また、この薬が効くとしても、AR 陽性乳がんであるかの検査について同時に保険適応される事が必要だ。

## Advance Care Planning (APC) について

がんですよ、と告知された時、それはとても大きな問題で、受け入れる器が小さいと何が何だか分からなくなって、不安になってしまう。患者と家族がこの先どのように治療したいか、暮らしたいかを、医者と話をしながら決めていくが、この状態では選択することが難しくなってしまう。

例えば一升瓶のお酒を、小さなお猪口に注いでも直ぐに溢れてしまう。一升瓶のお酒のように大きな問題は、大きい器、つまり患者一人ではなく、医療者、家族などがサポートしながら、対応していく必要がある。この考え方が、Advance Care Planning (APC) であり、私が診療において大切にしていることだ。

最後に、皆さんは何をしたら納得した人生を送れますか？

「ああ、今日1日良かったな」と思える日を幾日増やせるか、悔いのない人生を送れるかが大切ではないだろうか。

(金丸、福原、田村、前中)

## 2016 乳がん学会ブース展示



東京ビックサイトで行われました。  
当会ブースでは、いつも勉強会時に掲  
示している模造紙大のポスターや写真、  
リーフレット、チャリティーTシャツ等を  
展示しました！



## 第3回 勉強会

日時： 2016年9月22日

場所： 東京ウィメンズプラザ（東京 表参道）

参加者： 47名

講師： 昭和大学病院乳腺科 池田 紫 先生

内容： トリプルネガティブのテイラーメイド戦略

【テイラーメイド医療】とは

患者の個人差に配慮して各個人に最適な医療を提供すること。遺伝子診断によって得られる遺伝子情報に基づいて、その患者に有効な薬剤や治療法を判断する。オーダーメイド医療。



### (勉強会レポート)

#### ヘルスリテラシー、EBM (Evidence-based Medicine : 疫学を用いた科学的根拠に基づいた医療) について

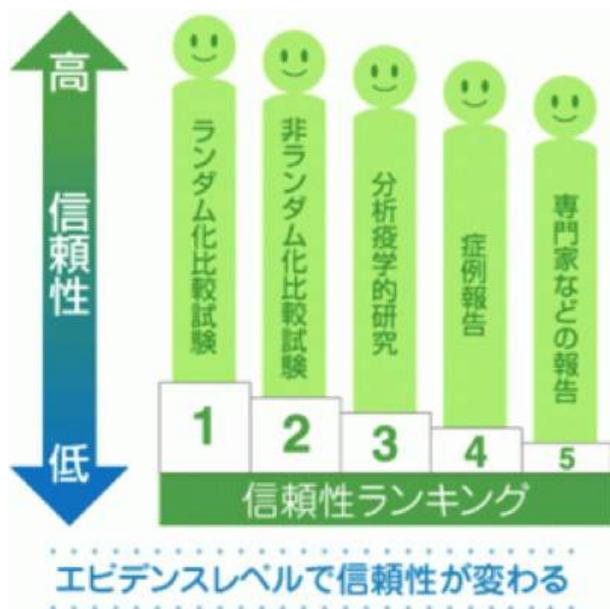
病気の本質について理解し、必要な情報を正しく得て、臨床で活用する事は、医師にとっても非常に難しい課題だ。昭和大学病院の研修医になって最初に徹底的にたたきこまれたのが、このヘルスリテラシーについてだった。「できるだけ健康によいことをしたい」「効果のある治療を受けたい」という願いに応えるために、多くの研究による検証が行われ、その結果に基づいて多くの健康法や薬が開発され、病院で治療が行われている。テレビや本、インターネットなどの情報は、全てが正しいと言い切れず、エビデンスがないことも少なくない。その情報がエビデンスに裏付けられたものである、ということを知った上で選ぶ事は、命に関わる問題である以上、非常に大切なことだと思う。

では、エビデンスの情報は、どこにあるのか。一般的に、エビデンスは研究論文として、定期的に学会が刊行している学術雑誌に投稿される。学会がその論文を掲載するかどうか判断し、妥当と判断されれば掲載される事となる。日本の論文は医学中央誌のデータベース（医中誌 web）、海外の論文はアメリカ国立図書館のデータベース（Pubmed）で検索し、閲覧できる。医系大学の図書館が国公立の図書館などでも閲覧できる。論文を読むのが難しい時は、診療ガイドラインなどがある。それらを集めたものが、医療情報サービス Minds であり、乳癌に限れば JCCNB のホームページにまとめて掲載されている。

情報を得たら、そのエビデンスが信頼できるものなのを見極める必要があり、その時に役立つのがエビデンスレベルだ（図1）。最も高いエビデンスは、ある治療を行う群と対照になる群をできるだけアットランダム（無作為）に分けて行われた比較試験である。さらに、このランダム化比較試験を複数行った結果をひとつにまとめたメタアナリシスは、非常に高いレベルといえる。最も低いのは、患者データに基づかない専門家や委員会の報告で、データを示さずに話をしたり、1つの症例のみで全体のものを言う専門家を批判的に見るのが大切だ。

#### トリプルネガティブ乳癌のテイラーメイド戦略

多くの研究結果から、TNBC の pCR（病理学的完全奏）率は、既存の抗がん剤で約 33% であり、他のサブタイプに比べ多い。pCR を得られた症例の予後はかなり良好であることがわかっており、既存の抗がん剤治療で pCR 得られなかった TNBC への対策が必要である。TNBC には多様なタイプがある。網羅的遺伝子解析により、様々な subtype が発表されているが、より簡便な同定方法の追究と、他の方法でその同定結果と同じ結果が得られるかの確認が必要であること、そして、そのうえで治療戦略を評価できる臨床試験の立案と遂行が必要である、と考えている。



(図1)

2011年にアメリカのリーマン医師がTNBCの遺伝子をプロファイリングしてさらに細かく7つ（どこにも分類できないもの、を含める）のサブタイプへのグループ分けを提唱した（図2）。サブタイプ別に抗がん剤への感受性を調べると、pCR率はそれぞれ異なる結果となった。同じbasal likeタイプでも1と2では全く異なる結果となったのだ。このことより、リーマン先生の提唱するサブタイプの間で、性質も異なり、それに伴い治療戦略も異なることが示唆された。それらの結果をふまえ、昭和大学では、subtype別の治療戦略が考えられている。

サブタイプ分類	治療研究戦略
基底細胞様1 (basal-like 1): 細胞サイクル(周期)、DNA修復および遺伝子増幅	・PARP (DNA修復を担う酵素) 阻害薬、±DNA障害薬? ・相同組換え(HR)
基底細胞様2 (basal-like 2): 成長因子シグナル(EGFR, MET, Wnt, IGF1R)	・上皮成長因子受容体(EGFR) 阻害薬(セツキシマブ、ラパチニブ) ・自己複製経路(幹細胞)
免疫調節系 (immunomodulatory: IM): 免疫細胞プロセス(乳管浸潤がん/乳腺腫瘍がん)	・免疫チェックポイント (PD1/PDL1, CTLA4) 阻害 ・ワクチン: MUC1, NY0-ES01
間葉系 (mesenchymal: M): 細胞運動性および分化、EMT(上皮間葉転換)プロセス	・(微小管重合阻害薬エルブリン?) + P13Ki, RAS/MEK/Erk, MET, PTENなどを阻害
間葉系幹細胞様 (mesenchymal stem-like: MSL): Mと類似しているが、成長(増殖)因子シグナリングを有し、遺伝子増幅が低レベル(化生がん)	・(微小管重合阻害薬エルブリン?) + P13Ki, RAS/MEK/Erk, MET, PTENなどを阻害
管腔アンドロゲン受容体 (luminal androgen receptor: LAR): アンドロゲン受容体および下流遺伝子、ルミナル特性を有する	・アンドロゲン受容体を標的とした製剤(エンザルタミド、ピカルタミドなど)

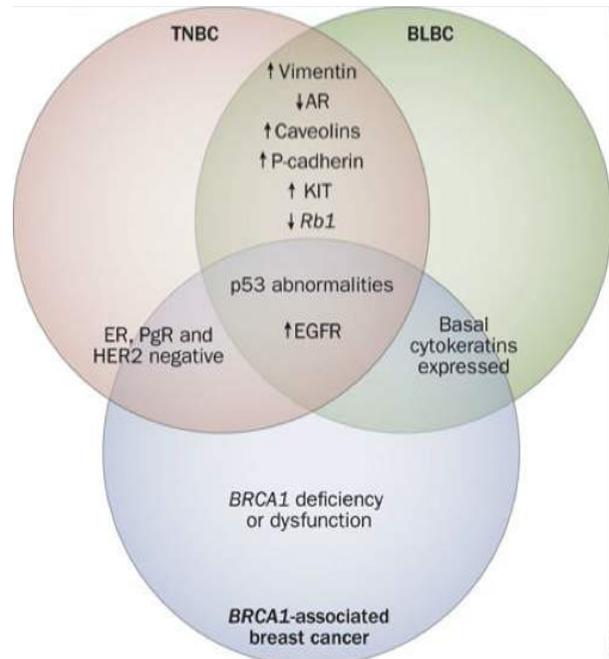
(図2)

臨床的にはTNBCを7つではなく、Basal-like、間葉系 (Mesenchymal) , ホルモン (アンドロゲン) related の3つのグループに分けることで、その生物学的特徴をもとに標的となる最適治療が可能ではないか? というものだ。TNBCの大部分を占めるBasal-likeタイプは白金製剤、PARP阻害薬、抗EGFR抗体薬が、間葉系タイプには抗血管新生薬やSrc阻害薬という細胞増殖に関わるシグナル伝達を阻害する分子標的薬が有効だと言われている。Src阻害薬とは、ダサチニブという白血病に使われる薬がその代表で、海外では乳癌に対する臨床試験が行われている。単剤投与で劇的というわけではないがまあ効果があったという結果であった。日本の研究では、卵巣癌で行われたが効果は認められず、適応追加の検討はされていない。それから、ホルモンrelatedタイプにはホルモンレセプターの感受性を低下させるようなお薬が有効だとされている。

### TNBCとbasal-like、BRCA 遺伝子変異乳癌について

TNBCの性格を考えるうえで非常に大事なのが、TNBCとbasal-like、BRCA遺伝子変異乳癌の3つの関係である。Basal-like乳癌の特徴として、CK5/6の発現、EGFR遺伝子変異が多い、p53遺伝子変異が多い、細胞分裂サイクルにあるがん細胞が多く、がん細胞の増殖するスピードが非常に高いことが挙げられるが、多くの性質はこれら3つに共通した特徴だ。TNBCの80%以上がBasal-like乳癌、BRCA1遺伝子変異乳癌の約80-90%はBasal-likeであり、組織のパターンや遺伝子変異の型も類似していて、これらが癌化に至る経路には共通したメカニズムが関与していると推測されている（図3）。逆にBasal-likeの中でTNBCは50%といわれており、ホルモン受容体陽性乳がんもそこそこいる。

DNAに何らかの遺伝子変異がおこったときには、身体のなかで正常なDNAに戻そうとする力が働く。そのうち、似通ったDNA鎖に置き換わることで修復されるのが相同組み替えで、BRCAは複合体を作ってその相同組み替えの一部を担っている。DNA修復機能はいくつかあるが、このBRCA遺伝子の欠損または機能不全があると、DNA修復のエラーが起りやすくなる。その結果、染色体異常、突然変異による遺伝子の不安定性が発生し、発がんする、というメカニズムだ。生殖細胞のレベルで異常があると、生涯で乳癌または卵巣癌になる確率がぐんと高くなる。数年前に正常乳腺を全摘出したアンジェリーナジョリーという女優さんは、ここに変異があると診断されていた。



(図3)

BRCA の変異については、生殖細胞レベルでの、つまり親から受け継がれた遺伝子変化以外にも、正常な機能を示さなくなった BRCA 機能不全状態になっている場合に、BRCA 関連のがん化がおこるのではないかとされており、この BRCA の機能不全状態を BRCA Aness とよぶ。BRCAness はトリプルネガティブの約半数でおこっている可能性がある。

明石先生の研究によると、TN 症例に対し、BRCAness により分類することで、より効果的な化学療法レジメンを選択できる可能性が示唆された。分類方法は、MLPA 法という方法でがん細胞の遺伝子学的解析を行い、スコア化した。標準治療で奏功しなかった群の BRCAness 陽性率は高く、BRCAness 陽性の患者には、白金製剤等の追加治療が必要である可能性が示唆された。

BRCAness 陽性 --- 白金製剤 / 高容量アルキル製剤中心

BRCAness 陰性 ---- タキサン系などの標準治療

## カルボプラチン承認に向けての研究成果

白金製剤、特にカルボプラチンは、その毒性より乳癌の臨床ではあまり使われていなかったが、DNA を直接的に障害するという強い効果から BRCA 遺伝子変異乳癌に有効なのではないかと言われている。

2010 年に発表された TNBC における術前化学療法の比較試験の論文によると、カルボプラチン使用群は pCR83%と、他の抗がん剤使用群に比較して高い効果が得られており、さらにカルボプラチンの治療を受けた群の中において、BRCA 遺伝子変異乳癌の方が効果が高かったことが報告されている。

2012 年に私が臨床外科学会で発表した研究である、TNBC に対するゲムシタビン・カルボプラチン併用による術前化学療法の第 2 相試験の結果は、pCR 率は 72%で、全例カルボプラチン使用期間中に c PD (病状悪化) 症例は認めず、cSD (病状変化なし) 4 例とも AR (アンドレゲンレセプター) 陽性であった。カルボプラチンは TNBC 症例に有効であり、より安全に使用できるレジメンであることが示唆された。androgen receptor type は、カルボプラチンの感受性が低いことも示唆された。また、病理学的治療効果 Grade2b 以上であった症例 7 例中 3 例は、BRCA1/2 変異症例であった。

現在、カルボプラチンは国内でいくつかの試験が行われているが、どちらも第二相試験である。国内での承認に対しては、残念ながらもう少し試験がすすんでからになるのでは、と予想される。

### 【国内における臨床試験の進捗状況】

1. Triple negative 乳癌における、エリブリンメシル酸塩を用いた術前化学療法多施設共同無作為化第 II 相臨床試験 (JBCRG-22)
2. HER2 過剰発現のない乳がんに対する術前化学療法における Carboplatin / Weekly Paclitaxel→CEF と Weekly Paclitaxel→CEF のランダム化第 II 相比較試験

アメリカで保険適用なのは卵巣癌のみであるが、アメリカの場合、保険診療下で適応外使用が可能な仕組みがあるとのことだ。日本の抗がん剤の承認は少なくともアメリカより 5 年は遅れており、日本での承認はまだ少し先と思われる。去年度、腫瘍内科で 1 年間勉強していたが、肺癌の患者さんなどでは、高齢とか身体が少し弱っているときはシスプラチンではなくカルボプラチンを投与する傾向があった。気をつけるべき白金製剤の副作用として急性腎障害があるが、カルボプラチンの点滴でそのよう重篤な有害事象には出会わなかった。比較的安全に使用できる薬であり、早く承認されて使えるようになれば、と願っている。

## オラパリブに対する研究と、エリブリンとの併用試験

BRCA が機能欠損した癌細胞が生存するためには DNA 修復に関係する PARP は必須であり、オラパリブは PARP に対する阻害薬である。BRCA1/2 が機能しない細胞にオラパリブを投与すると、細胞がもつ DNA 修復機能が 2 種類とも働かなくなる。結果、「合成致死」と呼ばれる癌細胞選択的な細胞死が誘導される。また、BRCA1/2 遺伝子以外の別の因子異常によって DNA 修復機能が欠損している場合も、PARP 阻害薬によって選択的な合成致死が成立すると考えられる。(図 4)

# Olaparib (LYNPARZA™)の作用

- BRCA1/2が機能しない細胞に、オラパリブを投与すると、細胞がもつDNA修復機能が2種類とも働かなくなる結果、「合成致死」と呼ばれる細胞死が誘導される

## HRD腫瘍におけるオラパリブ単剤投与の作用

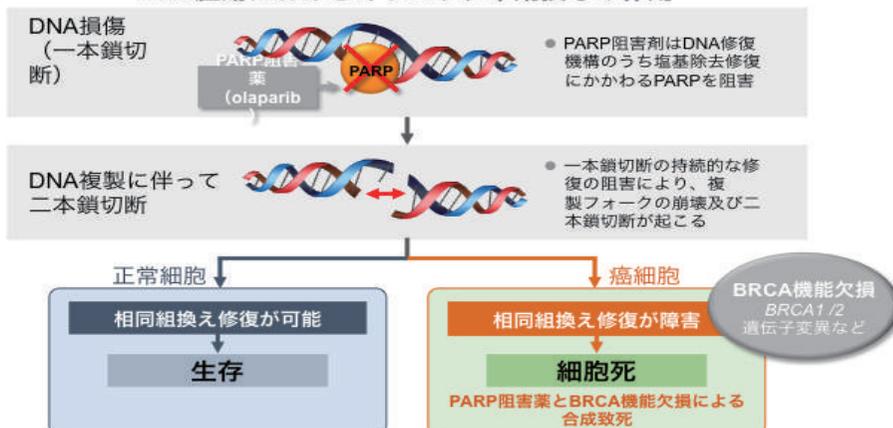


図4 豊田昌徳, 他. 癌と化学療法 39: 519-524, 2012. 清宮啓之. 日本臨牀 78: 1330-35, 2015. Yelamos J, et al. Am J Cancer Res 1: 328-346, 2011. より作成

現在、昭和大学病院では、術前後に既に化学療法が終了しているトリプルネガティブ乳癌かつBRCA変異陽性乳癌に対しオラパリブの有効性と安全性を評価する臨床研究OlympiA(Olaparib in Adjuvant BRCAm breast cancer)が行われている(図5)。現在進行中のものであり、結果は今後発表される。

エリ布林は、癌が細胞分裂する際に必要な物質ができないようにして分裂を防ぐ抗がん剤で、海洋生物のクロイソカイメンの抽出物を使って日本で開発された薬である。2011年に承認されてから、再発乳癌に広く使われている。エリ布林がトリプルネガティブに特に効果があるという研究結果は世界でいくつも発表されている。日本では、転移性トリプルネガティブ乳癌へのエリ布林、オラパリブ併用による有効性を検討する臨床試験の結果が、2016年のASCOで発表された。結果は、無病再発期間中央値 4.2ヶ月、縮小率 37.5%であり、エリ布林とオラパリブの併用は再発トリプルネガティブ乳癌に有効であることが示唆された。

1. 原発性のトリプルネガティブ浸潤性乳癌
  2. BRCA1/2変異あり
  3. 再発リスクが高い
    - 術後補助療法 腋窩リンパ節転移陽性又は原発腫瘍が2 cm以上
    - 術前補助療法 non pCR
1. 十分な局所治療(手術)及び補助化学療法を終了
    1. 乳房温存術又は乳房切除術、及びセンチネルリンパ節生検又は腋窩リンパ節郭清
    2. アントラサイクリン系又は/及びタキサン系による補助療法を少なくとも6サイクル終了

図5

## 免疫チェックポイント阻害薬

免疫チェックポイント阻害薬は、どのサブタイプにも共通して使える可能性がある。がん細胞を直接殺すのではなく、がん細胞を殺そうとする免疫にブレーキをかけようとする分子複合体の働きを阻害する仕組みだ(マイナス×マイナス=プラス、のイメージ)。免疫機構を使って細胞の障害に働く免疫細胞、T細胞ががんの細胞を殺すために活性化される。その活性化したT細胞の表面に、PD-1という分子がある。その一方ではT細胞の働きをおさえようとするPD-L1という分子があり、このPD-1とPDL-1が結合するとT細胞の活性がおさえられてしまう。どこを阻害するかでいくつかの種類の免疫チェックポイント阻害薬があるが、MK3475、ペンブロリズマブはPD-1とPD-L1の結合を阻害する(図6)。機序が非常に複雑なものと、量のコントロールが非常に難しい薬であり、ちまたでいう免疫療法はそのあたりが管理されていないこともあって、効くも八卦、効かぬも八卦といったところだ。しかしながら、絶対に効きます、だから数百万かかります、と誇張してうたっているのが、ヘルスリテラシーや医療という概念にはあてはまらないのかな、と憤りを感じる。

昭和大学では、切除不能の局所再発または転移性トリプルネガティブ乳癌へのMK-3475および化学療法併用投与とプラセボ+化学療法を比較する試験が今年の8月から行われており、来年9月に終了予定だ。

## AR(アンドロゲンレセプター) 阻害薬

TNBCの中で、AR陽性の患者は約10%といわれており、前立腺がんで既に使用されているAR阻害薬（エンザルタミド）の有効性が示唆されている。実際、進行TNBCに対する臨床試験で、AR陽性乳癌においてエンザルタミドは臨床的に効果があることが確認された。さらに、新規の遺伝子発現プロファイリング検査によって、エンザルタミドでより効果が得られる患者さんを同定できる可能性が示唆された。日本ではまだ臨床試験が始まっていないが、効果があるのであれば、高齢者や体が弱く抗がん剤が使いにくいAR陽性のTNBC患者には、是非とも使いたい薬である。

### 最後に

one for all, all for one というのは、去年の乳癌学会のテーマでもあり、昭和大学乳癌外科のマインドでもあって、私自身も大好きなことばである。大規模試験は綿密なデザインが生まれ、実際に色々な業種の方たちが関わって、何年もかかって結果を出す。10年以上にもわたる研究もそれほど珍しいことではない。それらの研究がまず実験室で、人間以外の動物で、それから人へ、それも何相かにわかれ行われてシステムティックに吟味され、それからようやく役人の方達が動き出して話し合って書類が交わされて、それで新しい薬が世に出る。それらは全て、目の前で病気で苦しんでいる一人の人を救うためだと思っている。私はまだ臨床研究に関われるほど医者として円熟している訳ではなく、年齢やキャリアからして臨床研究の中心になることは困難だとは思いますが、それでも臨床研究が今どの分野で何が走っていて、外来や病棟で出会う患者さん達にアナウンスしたり関与できるか考えるのは、私たち臨床医の役割だと思っている。これ講演を準備していて、担当したTNBCの患者さんとのたくさんのエピソードを思い出した。彼女達、TNBC患者さん達を救ってあげたい、救えるようになってほしいと常日頃から思っていたので、ふくろうの会に関われて、また今日このような機会を与えてくれたことに、心から感謝している。

(金丸 里奈)

## 懇親会のご報告

### 第2回懇親会

今回は勉強会の会場で移動はなく、お互いの顔が見えるようにテーブルを並び替え、お弁当を食べながらのアットホームな懇親会となりました。自己紹介では、これまでの経過や経験、ふくろうの会への思いをシェア。うちとけた雰囲気のまま、グループに分かれてのフリートークも大いに盛り上がりました。あちこちでやわらかな関西弁が行き交う和やかで、くつろいだ笑顔に満ちた時間が流れていました。



### 第3回懇親会

今回は貸し切り会場で講師の池田紫先生もご参加くださいました。先生自ら各テーブルを回られ、乾杯♪。とても気さくであたたかなお人柄にすっかりファンに…。懇親会での谷野先生のお話は、「がんと生きるということ」がテーマ。『納得すること』が大事。人生の終焉をどう迎えたいか、ゴールから生き方を考える、との内容が印象的でした。代表福原からは「抱えているもの、背負っているもの、全部ここに置いていってください。家では泣けない人も、ここで泣いていってくださいね」とのメッセージ。感極まって涙ぐむ代表の姿にこっそりもらい泣き(笑)。谷野先生、池田先生、代表福原からの思いを受け取られ、会員さん同士の交流も深められた皆さん。晴れやかな表情で帰られるのをお見送りしながら、見送る側の代表が「気をつけて帰ってね」と声をかけられているのを目撃。最後まで愛にあふれた会でした。

(牧野あずみ)



## 勉強会の裏事情

勉強会を開催するにあたり、私達役員が裏でどのような事をしていたのかを、赤裸々に告白したいと思いますε-(´∀`;) )

まず、講師の先生を誰に頼むかですが、講師を呼ぶには費用が…。そこで顧問の谷野先生に無償でお願いし、毎回快く講師を引き受けていただいています。声を大にして、「先生ありがとー！」と心の中で叫びました(笑)

次に開催する場所を決める。これが一番の難関でした(～～;) 当会は拠点を構えていない為に、公共機関の会議室を借りる事がなかなか難しいのです！そんな中、役員は必死に安く借りられる会議室を探す為に、汗水を流し(笑)、せっせと会場を探しました。一番苦労したのが、第1回と第3回の東京勉強会の開催場所です！M役員は、1円でも安く借りる為に、眠たい目をこすり、早朝に家を飛び出し、電車を何本も乗り継ぎ、開館前に汗を流しながら並び、予約の順番待ちをしてくれました(涙) また声を大にして、「M役員ありがとー！」と心の中で叫びました(笑)

開催場所は、時間制限がある為、勉強会の時間が押してしまうと、片付けがもう大変！イスやテーブルなど全て元の位置に戻さなければいけないのです。今考えると笑話ですが、第3回の会議室の片付けが一番大変でした！鬼の様な係の方が、まさにシンデレラのいじわるな姉みたいで…(\*\_\*) どう見ても年下の若い女の方に、アゴで指示されました…。

みたいな事が多々あるんですよ～。だいたい、勉強会の開催日の2ヶ月前から準備をしています。いつもギリギリになっちゃうんです。勉強会のチラシを、がん拠点病院に配置依頼をしたり、懇親会会場を探したり、当日の荷物運び(家出する位の荷物なんですよ～)は誰がするかなど。そして、勉強会が終われば次の勉強会の準備が始まります。この様にして、裏で役員は動いていますので、もし心の優しい天使の様な方がいらっしやいましたら、お手伝いいただけたらありがたや～！いや、皆さん優しい天使なはずだ(\*^^\*) 役員だけでは手が回らない時は、「そのあなた、あなたですよ！」声かけますからお願いいたします！

あと、第3回勉強会懇親会では、ふくろうの手作りチャリティーストラップを販売させていただきました。このふくろうストラップを作ってくれたのは、T役員です！パートから帰り、座る暇もない中、食事の支度をし、眠たい目をこすりながら、夜なべでふくろうを編み続けてくれました(涙) また声を大にして、「T役員ありがとー！」と心の中で叫びました(笑)

毎回勉強会の度にお配りしているクリアファイルは、K役員の全て手作りなんです！医者仕事をしながら、子育てをし、子供と寝てしまいそうになりながらも、眠たい目をこすり、人数分作ってくれています(涙) また声を大にして、「K役員ありがとー！」と心の中で叫びました(笑)

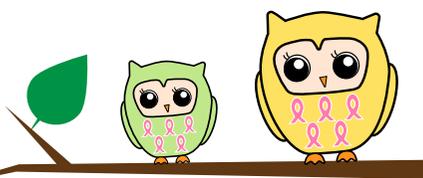
毎回ボランティアスタッフをしてきている仲間にも感謝の気持ちでいっぱいです(T ^ T) 多々至らない点もあるかと思いますが、何卒ご理解ご協力の程よろしくお願いたします。これからも、勉強会懇親会を続けていける様、役員一同頑張りますので、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いたします。

(福原 宏美)

### 編集後記

間もなく『ふくろうの会』が産声をあげて1年になろうとしています。会報第2号はこの1年の勉強会の情報が盛りだくさんです。会場に足をお運びいただけなかった方にも、しっかり内容がお届け出来るよう、医師である役員を中心に準備してまいりました。乳がんの講演を聴きに行っても「トリネガの事はほんの少しだけ」「自分にはあてはまらない話がほとんどで満足出来なかった」というご経験をされた方もいらっしゃるのではないのでしょうか。トリネガに特化した患者会だからこそやれる事を見つけましょう！やりましょう！ 会報のご感想・ご意見 メールにてお待ちしております。

(前中 郁)



## トリプルネガティブ乳がん患者会 ふくろうの会

E-mail : [tnbc.fukurounokai@gmail.com](mailto:tnbc.fukurounokai@gmail.com)

HP : <http://tnbcfukurounokai.wix.com/tnbc>

