

ニュースレター
Newsletter

No **2**

 市民のためのがん治療の会

2006.5

Vol.3 (通巻 10 号)

巻頭言

**Les Misérables,
the Japanese cancer
patients**



Ritsuko Komaki

テキサス大学 M.D.Anderson
Cancer Center 放射線腫瘍科教授

略歴

- 昭和44年 広島大学医学部卒業
放射線影響研究所
- 昭和46年 St.Mary's Hospital
- 昭和48年 Veteran's Administration Hospital
- 昭和49年 The Medical College of Wisconsin
- 昭和53年 同 放射線医学 助教授
- 昭和58年 同 放射線腫瘍学 准教授
- 昭和60年 Columbia Presbyterian University
放射線腫瘍学 准教授
- 昭和63年 University of Texas,
M.D.Anderson Cancer Center 放射線腫瘍学
准教授
- 平成6年 同 放射線腫瘍学 教授
- 平成17年 順天堂大学 放射線科
客員教授

「日本のがん医療は、欧米に比べ遅れている」というようなコメントを聞くことがある。アメリカは確かにがん医療の最先進国のひとつであるし、私のいる MD アンダーセンがんセンターは世界最高水準を誇る施設であるが、そこから見ても日本のがん医療は決して遅れているとは思えない。こうしたケースでは多くの場合、進んでいるところもあれば遅れているところもあるというべきであろう。だが、日本のがん医療のレベルは総体的に見て、非常に高いと思う。

ただ、放射線治療についての環境の遅れは指摘せざるを得ない。私が放射線治療医であるから言うのではなく、がんの根治治療は手術か放射線治療であり、日本のがん患者は手術は世界的にも定評のあるハイレベルの治療を受けられるのに、もう一つの根治治療である放射線治療については情報も不十分である上に、治療を受ける機会も少ないのは不幸な事態としか言いようがない。

アメリカではがん患者の65%が一次治療として放射線治療を選択しているが、日本では25%程度と聞く。

最近では日本でも患者がグループを作ってがん医療に対する要求を行っているようだが、それらは「未承認抗がん剤の早期承認」やそれらの「健康保険適用」であるようだ。そんな中、3年ほど前から活動している「市民のためのがん治療の会」だけが唯一、正しい放射線治療の普及啓発を標榜して活動しているのは注目に値する。

手術や化学療法についての情報はメリット、デメリットを含め国民の中になんかなり浸透してきているが、放射線治療については、これからだ。

さて、国民の放射線治療に対する理解が進んで、放射線科の受診が多くなったらなったで、これまた大変だ。日本には放射線治療医が500人しかいない、人口比で見てもアメリカの5分の1だ。最近のIT技術の粋を集めた治療機器での治療に医師とともに参画する医学物理士なども、極端に不足している。

政策というものが「今、何が重要か」を決定することだとすれば、行政、学会、関連事業者等ももっとこういう市民団体と連携し正しい放射線治療の普及啓発に関心を持ち、運動を支援すべきではなかろうか。

現在のままでは日本のがん患者は一次治療で局所制御出来るチャンスを見逃すことや、骨転移などによる疼痛緩和なども受けられないと言った不利益を蒙る確率が高い。

言うまでもなく放射線治療も、手術や化学療法同様、万能ではないが、放射線治療が普及しないて損をするのは、日本の患者である。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



「今何故放射線治療なのか、放射線治療に問題はないのか？」

久留米大学医学部放射線科教授 久留米大学病院緩和ケアセンター長 早渕 尚文 はやぶち なおふみ

昭和22年生。昭和47年 九州大学医学部卒業。同年 九州大学医学部附属病院放射線科医員。昭和59年 九州大学医学部講師。昭和63年 佐賀医科大学放射線科助教授。平成3年から久留米大学医学部放射線科教授。この間、平成7年から平成11年まで久留米大学病院副院長兼務。また、平成10年から久留米大学病院緩和ケアセンター長兼務。

日本のがん治療の趨勢が外科的治療（手術）から、放射線治療に大きく変わろうとしています。それは患者さんから「声などの機能を残して治療してほしい」、「乳房などの形態を残して治療してほしい」、という要請が大きくなっていくことや、高齢者が増えていような合併症のために外科的な治療が難しい場合が増えたことなどが大きいと思われます。

ところで、私が医者になった1970年代の放射線治療はコバルト（正確にはコバルト遠隔照射装置）が主流でした。そして放射線治療に対する一般の方の認識は、「効果は不十分で、副作用が大きく」、お医者さんから「放射線で治療します」と言われたら、「末期で、もう助からない」というものではなかったでしょうか？例えていえば放射線治療は「敗戦処理が専門の投手」というところだったでしょう。

ところが最近では放射線治療は外科治療に匹敵する位の力を持ち、「がん治療の左のエース」の役割を期待され、そして副作用が少なくなっ、高齢者にも用いることができるようになっていきます。何故、この30年程の間に「敗戦処理が専門の投手」から「がん治療の左のエース」になったのでしょうか？

その答えは近年の科学技術のすばらしい発達と、それを放射線治療に生かそうと頑張ってきた人たちの努力にあると考えられます。この30年程の間に変わった主な点をあげてみましょう。

第一はリニアックの進歩と普及です。コバルトからリニアックに治療装置が替わって、線源が小さくなり半影部分（十分な線量がかかっているでもなく、全く線量が入っていないわけでもない中途半端な部分）が随分小さくなりました。しかし、もっとも大きな違いは照射に要する時間が劇的に短くなったことです。コバルトでは痛みを少なくするために1回大量照射を行うとなると15分も20分もかかり、これでは痛みのため（もともと痛みがあるので治療するのに）じっと寝ていることができそうもありませんでした。リニアックによる照射時間は通常1分以内、8Gy程度の1回大量照射でも2—3分程度で終わりますので、患者さんも十分我慢できる時間内で終わり、負担が随分小さくなりました。同時に、治療に要する時間が短くなったことで、複雑な照射が可能になったり、一日にたくさん患者さんを治療できるようになったりしてきました。

第二にCT、MRI、PETなどの画像診断装置の飛躍的な進歩も大きいと思います。従来は病変の位置、大きさや浸潤範囲があいまいだったため、どうしても確認のため手術が必要だったり、放射線治療をするにしてもやむをえず必要以上に大きな範囲を照射していました。これでは正常組織の障害が強く、「民間人が大量に被害を受けた太平洋戦争中の東京大空襲」と同じでした。ところがCT、MRI、PETなどの

画像診断が進歩したため、ちょうど「レーダーの進歩で爆撃するべき目標があきらかになった」ように、照射するべき範囲を確実にとらえることが可能になったのです。

さらに必要なところだけを確実に照射する方法も進歩しました。これもコンピュータ技術の進歩のおかげです。放射線治療の前に行う位置決め（シミュレーションと言います）もCTを用いることによって3次元的に行えるようになりました。複雑な照射を行う場合でも、コンピュータの進歩で計算が随分速くなりました。これらの技術の粋を集めて複雑な腫瘍の形に放射線を集中する強度変調放射線治療（IMRT）もたくさんの施設で行われるようになりました。例えば、「湾岸戦争時のミサイルのように必要な軍事施設のみを破壊して、民間人の犠牲を最小限にすることができた」と同じで、腫瘍の治療は確実に、そして正常組織の障害は最小限に押さえることができるようになったのです。

最近ではリニアックで用いられる超高圧X線（通常数百万ボルトから一千万ボルト程度に加速されたX線）に替わって、腫瘍の制御がより確実に行えて、正常組織の障害が少ない陽子線や重粒子線による治療もあちこちで行われたり、計画がすすんだりしています。欠点は建設コストが百億円以上という大変高価な上、稼働後も維持費がかさむということです。

このように放射線治療は随分進歩したのですが、日本の放射線治療には大きな問題点もあります。放射線治療の技術が発達するに伴い、それに関わるスタッフがより多く必要になるのですが、現実にはスタッフの配置が不十分であることです。同じ放射線でも例えば胸の写真を撮影する場合やCTを撮影する場合に比べて、放射線治療の場合には大きく異なる点があります。

それは、胸の写真やCTの場合はできあがりの写真を見て、場合によっては、もう一回撮影のやり直しが可能です。放射線治療では正常組織の障害の点からやり直しができないことです。そのため放射線治療では徹底した厳しい品質管理が要求されます。欧米ではこの品質管理は放射線治療担当医や放射線治療担当技師とは別に、理工系出身者の専門家によって行われています。しかし、日本では放射線治療専門医、放射線治療専門技師とも、大幅に不足しているのが実状ですが、さらにこの品質管理のためのスタッフの配置が基本的に全くなされていません。これまでは、放射線治療担当技師が通常業務が終わった後、自発的に品質管理も行っていた病院が多かったのですが、それでは限界がありました。これからの放射線治療は患者さんの希望される機能や形態を保った上で、腫瘍の制御をきちんと行うことが大切ですが、そのためには放射線治療専門医、放射線治療専門技師、そして放射線治療品質管理のための専門家のチームワークが必要不可欠なのです。そこで、放射線治療に関係する5つの学会・団体が協力して放射線治療品質管理のための専門家（私達は放射線治療品質管理士とよぶことにしました）を平成17年からつくることにして現在400名程を認定いたしました。詳しくは放射線治療品質管理機構のホームページ(<http://www.ics-inc.co.jp/qcrt/>)でご確認下さい。

今後のがん治療は外科治療から放射線治療へ、そして放射線治療でも「そこにはどんな最先端の治療装置があるか」で選ぶのではなく、「そこには放射線治療専門医、放射線治療専門技師や放射線治療品質管理士などの充実したスタッフがそろっているか」で選ぶ時代ではないでしょうか。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



「放射線治療に対する誤解と偏見」

九州大学医学部保健学科 教授 寺嶋 廣美

昭和45年3月 山口大学医学部卒。昭和45年4月 九州大学医学部放射線科学教室入局。昭和51年4月 九州がんセンター、放射線治療部。昭和55年4月 産業医科大学放射線科講師。昭和62年7月 同 助教授。平成11年3月 九州大学医療技術短期大学部教授。平成14年10月 九州大学医学部保健学科教授。専門分野：放射線腫瘍学、癌の温熱療法 日本放射線腫瘍学会認定医、日本ハイパーサーミア学会指導医、日本医学放射線学会専門医

1. はじめに

今や癌は50%は治せる時代になりました。一般に癌の治療と言えばまず手術と抗癌剤の治療を考える人が多い様です。放射線治療も手術と同じく強力できれいに治せる治療方法ですが、この利点を認識されている人はまだ少ないと思われます。我が国では“放射線”と聞けば原子爆弾や放射線障害を連想し、危険視する傾向がありました。さらに「放射線治療は末期の癌にしか適用されないのではないか？」との、間違っただ概念が広がっていました。そのため一般の人はもちろん、医療者からさえも敬遠される事もありました。しかし最近ではインターネットやマスコミなどによる情報の普及もあり、少しずつ放射線の良さも認識される様になって参りました。以下、癌の治療と放射線治療の特徴や適応などについてお話をしてみます。

2. 癌の治療に必要な事柄と放射線治療の特徴

癌の治療法では次のような事が満足されている必要があります。

- 1) 優れた永久治癒率をあげる方法である。
- 2) 治療に伴う副障害が許容される範囲にある。
- 3) 病巣の拡がり、患者の年齢、全身状態などを考慮したとき、余生を最も幸福に暮らし得るような治療方法である。

以上の様なことを考慮しますと、放射線治療もその条件を満たしています。

放射線治療の大きな利点は、機能と形態を残したまま治せる事です。しかも手術や抗癌剤による治療に比べて身体的負担が少ない治療法ですので、高齢者や体力の弱った人でも安心して受けられます。放射線治療は早期の癌はもちろん根治的に治せますし、進行した癌においても症状を緩和させ延命効果をもたらす事が出来る幅の広い治療法です。以前より放射線治療で手術と同じ治癒率で治せるがんは喉頭癌、舌癌、子宮頸癌、悪性リンパ腫、皮膚癌など多くあり

ました。最近では治療方法の進歩によりさらに早期の肺癌、肝臓癌、食道癌、前立腺癌、転移性脳腫瘍なども治せる様になりました。

3. 放射線治療の長所がよく判る治療例

例を皮膚癌に取って見ますと、顔面特に口唇に出来た癌では、手術をしますと変形し、開口障害を来し食事に困る場合もあります。しかし放射線治療でなおせば元の状態まで回復して治り、美容的にも機能的にも優れていますので満足度が高くなります。喉頭癌の場合は手術をすれば声は失わなければなりません、放射線治療で治せば声はそのまま保たれますので仕事や社会復帰が容易になります。乳癌ではここ10年くらいの間に日本でも「乳房温存療法」が定着して参りました。乳房温存療法とは早期の乳癌(3 cm程度)であれば、癌の部分を少し大きめに切除して、乳房の大部分は残します。そして残した乳房に放射線を照射しますと、乳房を全部切り取った場合と同じ治癒率で治せます。乳房温存療法を受けた人からは、“友達と温泉に旅行に行ったり、プールで泳いだりするの抵抗感がなくなった”と言う感想が多く聞かれます。女性であるという精神的な充実感を失わずに生活が送れる様になりました。

4. まとめ

最近では癌の治療においても、十分説明を受け納得した上で治療を受けることが勧められています。これを“インフォームドコンセントを得る”と言います。また、疑問に思ったら、別の医療機関にても治療の方法等について意見を求める(セカンドオピニオンを求める)人も多くなってきました。自分の身体は自分で考えて、健康を保つ事にも自己責任をもつ必要が有ります。今後はいかに楽しく有意義な人生を過ごせるかを考えた治療が大切です。これからは癌の治療で放射線療法がもっと活用されるようになるでしょう。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)



「緩和医療と放射線治療」

八幡慈恵病院院長(現 関西労災病院 放射線治療部長) 松井 正典

昭和49年3月 国立山口大学医学部卒業。昭和54年1月 佐賀県立病院放射線科医長。昭和54年7月 九州大学付属病院放射線科助手。昭和56年9月 国立病院九州がんセンター放射線治療厚生技官。昭和58年4月 九州大学医学部歯科放射線科助手。昭和59年9月 デンマーク政府奨学生・オーフス癌研究所留学。昭和60年8月 九州大学歯科放射線科助手に復学(放射線治療・放射線診断)。昭和61年4月 小倉記念病院放射線科部長。昭和62年7月 栃木県立がんセンター放射線治療医長。平成5年5月 聖マリア病院放射線治療部長・ホスピス医・緩和医療。平成16年4月 医療法人慈恵睦会 八幡慈恵病院理事長・院長就任。成人病・老人医療・終末期医療に携わり現在に至る。放射線専門医・放射線治療認定医・身体障害者認定医・介護支援専門員。所属学会：日本放射線医学会、日本放射線腫瘍学会(評議員)、癌治療学会、日本頭頸部腫瘍学会、日本乳癌学会、日本フリーラジカル学会、静脈経腸栄養学会

近年、人口構成の変化や医療環境の激動に伴い2000年の死亡率は、第1位が人口10万人に対し240の悪性新生物で、2位、3位の心疾患、脳血管障害を大きく上回っています。2002年には75歳以上が人口の7.7%を占め、2025年には17~20%に達すると予測されるため、悪性新生物による死亡数が増加すると考えられています。現在、すべてのがん患者様が治療する確率は50%~55%程度で、約半数近くの患者様が再発しています。もともと、再発したがんは、一般的に治療率はきわめて低く、まして高齢者で多くの合併症を有している場合は、厳しい根治治療には耐えられず治療関連症状が悪化して死亡時期が早まる可能性が高まる可能性があります。初発のがんでも根治困難の段階に達している場合でも同様のことが考えられます。このような患者様に対し医療者が取り組むべき課題は、「がんの完全消失」、「がんの根治」ではなくります。第1に考慮し治療の目標とするのは、疼痛コントロールも含めた倦怠感、不眠、呼吸困難などの症状の良好なマネジメントを維持して、患者のQOL(良好な全身状態)を確保することです。症状が緩和されない場合は、がん患者は精神的苦痛、ひいては社会的不安の増強、霊的悩みを経験するようになりやすいとされています。従って、疼痛緩和は非重要な緩和医療の原点ということになります。放射線治療は、比較的低侵襲で臓器機能の温存とその形態を温存しつつ症状緩和と腫瘍縮小を同時達成できる治療であるため緩和医療において有効な治療法となっています。

1. 疼痛コントロール

これを実行するには、モルヒネなどを含む鎮痛剤やステロイド剤などを駆使するとともに、腫瘍自体が疼痛の原因である場合は、高率にその部位の放射線照射により疼痛が著明に緩和します(疼痛緩和率80~90%)。この対象になるのはがんの骨転移です。骨転移部位に照射すると①疼痛の緩和、②骨折の回避または遅延、③骨折の治療に効果が期待できます。右肺尖部に発生したパネコースト肺癌が腕神経叢に浸潤した場合や腫瘍・リンパ節転移巣腫大による神経圧迫または血流障害で生じた疼痛は、放射線治療で腫瘍が縮小すると症状が緩和されます。一般に10回程度の照射が行われますが、状態によっては1~3回で治療を終了して患者様の負担を軽減する方法もあります。進行腺がんでは周囲神経叢への浸潤が生じており疼痛を伴っているが、照射により症状緩和が得られる可能性があります。これによる短期副作用は、体幹部が照射野に含まれるため軽度の倦怠感や腹痛などをともなうことがあります。中期的には十二指腸潰瘍が生じることがあります。

2. 脳転移に対する治療

がんの脳転移が進行すると頭痛、嘔吐、意識障害等が生じますが、ステロイドや脳圧減少薬とともに放射線治療を行うと、一定期間またはかなりの期間症状の減退、消失が得られます。これによる

最大の副作用は、全脳照射による脱毛です。これを回避するために、最近では、ガンマナイフやリニアックによる定位照射が行われるようになりました。これでは、1つ1つの照射野が小さいので脱毛部位も小さくなります。正常脳が照射されるボリュームも小さくなりそれによる副作用の減少が期待できます。しかもこれらによる照射回数は全脳照射より少なくなり、1回照射で終了させることも可能です。

3. 呼吸障害

肺癌や悪性リンパ腫が上部気道や上大静脈に接して腫大すると気道や静脈を圧迫して呼吸障害を発生させます。比較的大きな線量を数回照射すると腫瘍の縮小に伴い浮腫も減退して気道の狭小化を解除して呼吸を楽にします。気道内で腫瘍が増大すると気道閉塞で無気肺が進行して急激な呼吸困難に陥ります。真の腫瘍の範囲が決定しにくい難点がありますが、緊急に放射線照射を行うことで無気肺の改善と呼吸困難からの脱却を可能にすることが出来ます。

4. 出血

子宮癌では、初発でも再発でも性器出血が主症状になることがあります。この疾患では、放射線線源を子宮腔内、腔空内に挿入し3~5回大線量を照射すると止血されることが多く、通常は外照射が併用されます。

5. 肺転移病巣

いろいろながんが肺に転移した場合、他の部位に病巣が認められない場合は治療する意義が生じます。腫瘍サイズが小さいと低侵襲で効果的な治療として、放射線定位照射が可能です。副作用として肺線維症が局所的に生じますが、呼吸障害に発展することは希です。

6. 進行咽頭癌・食道癌の放射線化学療法

咽頭癌、食道癌は進行状態で発見されることが多く、手術でも放射線治療+化学療法でも治療成績が同じと言われています。燕下困難、燕下痛が症状ですが、十分な支持療法を行いつつ放射線化学療法を施行すると腫瘍縮小により通過障害は緩和されます。しかし、急性の粘膜炎がおこり治療による疼痛が一過性に増強します。強力な鎮痛剤による疼痛緩和と十分な栄養補給を行いつつ予定線量を照射することが局所腫瘍が消失することになり最終的には良い結果をもたらすこととなります。

最後に、緩和医療では特に患者様と医療者のコミュニケーションが重要です。疼痛緩和を成功させるためには、互いの信頼関係の中で、患者側が痛みの程度を表現し、医療側がそれを信用して治療内容を増減させるという関係が成立しなければなりません。医療側の様々な不備があっても、それを指摘しつつも患者様が医療者とのコミュニケーションチャンネルを閉じられないようにすることが治部の利益を守ることに必要だと思います。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(4)



「前立腺がんの治療における放射線治療の役割」

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学 講師 なかむら 中村 かつまさ 和正1988年 九州大学医学部卒業 1997年 カロリンスカ研究所研究員(医学物理学)
2003年 九州大学大学院臨床放射線科学 講師

前立腺がんは、日本人の間で急激に増加しています。また、PSA と呼ばれる前立腺特異抗原の血中濃度を測定することにより前立腺がんかどうかわかりますので、健診によって早期に診断されることも多くなってきました。

放射線治療は、古くから前立腺がんの根治治療のひとつとして認識されていました。しかし、従来の治療装置では十分な線量を前立腺に投与することができず、その治療効果は限られていたと言わざるを得ません。しかし、近年のコンピュータ技術の発達により、前立腺により多くの放射線を照射し、その周囲への被ばくを低減する、多くの技術が開発されました。前立腺がんの最新の放射線治療として、3次元放射線治療、強度変調放射線治療、小線源療法(組織内照射)などが用いられるようになり、副作用を少なく、安全に、そしてより効果的に治療できるようになっています。

まず3次元原体放射線治療(3 dimensional conformal radiotherapy, 3DCRT)について説明します。放射線治療は、外から当てる外部照射と、放射線を含んだ小さい線源を挿入する小線源療法のふたつに大きく分かれますが、3DCRTは外部照射の代表的なものです。この治療の特徴は、多分割絞りと呼ばれる装置で放射線の形状をターゲット(腫瘍など)に沿ったものに変え、正常組織の被ばくを少なくすることができることです(図参照)。3DCRTの普

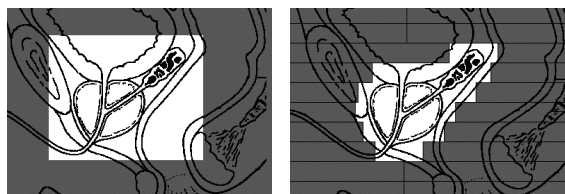
及により、前立腺がんの外部照射で問題となっていた直腸出血の頻度を低くすることが可能となりました。

また、多分割絞りを同一照射野内で動かすことにより、コンピュータで計算された不均一な線量分布を生み出し、ターゲット内で最適な線量分布を形成する強度変調放射線治療(intensity-modulated radiation therapy, IMRT)も普及し始めています。IMRTの最大の利点は、膀胱や直腸に対する線量を3DCRTよりもさらに低減することが可能となることです。これを使うことにより、3DCRTでは限界の75Gy以上の線量を前立腺に安全に投与できるようになっています。

また、ヨード125という放射線を放出する物質を直径0.5mm、長さ約5mmの筒型容器に封入した小さい線源を、前立腺組織に永久的に刺入する、いわゆる小線源療法による治療が数年前から日本でも開始されており、注目を集めています。この治療の利点は、外照射よりさらに多くの線量を前立腺に照射できること、および短期の入院のみで治療が終了することです。

小線源療法には、高線量率組織内照射という方法もあり、これは、前立腺に細いチューブを数日間挿入したままにし、そのチューブ内に小さいイリジウム線源を繰り返し挿入して治療する方法です。この方法は、ヨード125による小線源よりもやや進行した前立腺がんにも用いることができます。

以上に述べましたように、前立腺がんに対する放射線治療は急速に進歩しており、治癒率は手術とほとんど変わりません。治療を選択する際には、手術だけではなく、放射線治療という方法についてもぜひ主治医にお尋ねください。放射線腫瘍医の意見を聞くことも非常に大切なことと思います。



a) 従来の照射野 b) 多分割絞りを使った場合
多分割絞りをを使用することにより、前立腺周囲の膀胱、直腸などへの被ばくを低減することができる。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(5)



「私が小線源治療法(ヨウ素125永久埋め込み治療)を選んだ理由」

九州女子大 特任教授(公衆衛生学担当) 理学博士 橋本 昭雄

1946年福岡県生まれ。06年3月31日まで北九州市水道局水質試験所勤務。専門は、水処理を始めとする「環境改善技術」。これまでに、インドネシア、フィリピンなど東南アジアおよび、チュニジアなど海外でJICAの専門家として水環境改善プロジェクトなどに従事。4月1日から現職。

私は、2003年9月に九州労災病院で受けた人間ドックの検査結果で前立腺特異抗原(PSA)検査の数値が4.77であったことから、思いもよらない新しいドラマの展開が始まった。

担当の医者は、「PSAの値が要精密検査の基準値4.0を超えていますから、細胞検査を受けてみますか?」「数値自体は低い値ですから、恐らく大丈夫だと思いますけど、一応ガンが見つかる確率は、数値からして恐らく10%以下ですがね。」とおっしゃった。その日、直ちに泌尿器科で細胞検査のサンプリングを行った。

それから3週間後、細胞検査の結果がでた。結果は、高分化ガンが検出された。グリソンスコアは、7程度との判定であった。

泌尿器科の担当医は、30才代後半のH先生であったが、検査結果の説明の後、小生にとって病院では初体験の言葉を聞いた。H先生は私に、「インターネットはやりますか?」「はい、やりますが、どうしてですか?」と私は聞き返した。「インターネットのwebsiteに前立腺ガンの治療方法などがでていますから、それを検索して、あなたが受けたいと思う治療法を探して見ませんか。全摘出手術を望む場合は、私に執刀させて下さい。ここの病院でできない手術は、私が紹介状をかきますから。」、これは、患者としての私に病気の治療法を選ぶ権利を与えていただいた初めての経験であった。

インターネットで検索したところ、手術による全摘出法では、術後性的機能が温存できる確率は、50%程度と聞いていたが、実際の成功の確率は、10%程度で、後は、バイアグラなどの薬を使った治療を含めての数字であることが判ってきた。何よりも入院期間が40日間というのは、まさに恐怖であった。

超音波を応用した治療法についても検討し、岡山市民病院で担当医の診察を受けたが、小生の前立腺には直径1cmの石灰化部分(石)が検出されたので、超音波照射の際、石の裏側が陰となって十分な治療効果が期待できないとの理由で治療を受けられなかった。

最後に、選択したのが、小生が、最終的に治療を受けることになった、小線源治療法(ヨウ素125永久埋め込み治療)である。インターネットのwebsiteの検索結果では、治癒率は85%程度で術後の性的機能の温存率は90%程度であった。当初、東京のガンセンターでの治療を希望したが、当時、200人待ちの状態で、1月に20人しか治療できないので、10ヶ月以上待たなければならない状態であった。2004年の12月までは、西日本でヨウ素125小線源治療法を行っている病院など関係機関はなく、東京近辺での治療しか選択枝はなかった。治療機関を探してる間に、約4ヶ月間があっという間に過ぎてしまった。2004年が開けて、岡山大学付属病院で治療が受けられるようになった。

2004年6月23日(水曜日)に入院し、24日にヨウ素125のカプセルを埋め込む手術を受け、27日には退院して28日(月曜日)から担当医の薦めもあって出勤し普段通りに仕事に復帰した。思い返してみても、手術時間は、下半身麻酔で2時間程度と知らされていたが、覚えているのは、最初の30分程度で後はぐっすり寝込んでしまい、目が覚めた時には、手術は終わっていた。本当に楽な前立腺ガンの治療であった。2006年6月24日で満2年を迎えるが、すべて順調であり、毎朝のジョギングと筋肉トレーニングを欠かさず、生活習慣病と闘う毎日である。

平成18年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(6)



「がん治療のパラダイムシフトー知って得するがん治療」

当会代表協力医師・北海道がんセンター 統括診療部長 西尾 正道

函館市出身。1974年札幌医科大学卒業後、国立札幌病院放射線科勤務。1988年同科医長となり現在に至る。がんの放射線治療を通じて日本のがん医療の問題点を指摘し、改善するための医療を推進。著書に『がん医療と放射線治療』2000年4月刊（エムイー振興協会）、『がんの放射線治療』2000年11月刊（日本評論社）、『放射線治療医の本音ーがん患者2万人と向き合ってー』2002年6月刊（NHK出版）、その他に放射線治療領域の専門著書多数。

「市民のためのがん治療の会」が発足して3年目を迎え、本年最初の講演会は福岡市で開催した。講演会の前日は九州地区の放射線治療を担っている医師や診療放射線技師の皆さん方が集まり第4回九州放射線治療システム研究会が開催されていたため、今回の講演会に当たっては多くの医師達の協力を得ることができた。

久留米大学放射線科 早淵尚文教授からは「がん医療における放射線治療の現状と今後の役割」と題して放射線治療の概況を、九州大学保健学科 寺嶋博美教授からは「放射線治療に対する誤解と偏見」を払拭するお話を聴くことが出来ました。また八幡慈恵病院 松井正典院長からは「緩和医療と放射線治療」のお話があり、放射線治療が緩和医療の現場で大きな役割を果たしていることが認識できました。さらに九州大学放射線科 中村和正先生からはユーモア溢れる口調で、急増している前立腺癌の放射線治療について解説があり、そして前立腺癌の治療経験者である橋本昭雄様からは貴重な体験と患者としての本音を聴くことが出来ました。ご協力頂いた皆様には心からお礼を申し上げます。

私はがん医療を取り巻く社会の変化や医学と技術の進歩による考え方の変化を「がん治療のパラダイムシフト」として捉えてお話させて頂きました。

「パラダイムシフト」とはその時代の人のものの見方の変化を意味しますが、IT技術の進歩を背景にがんの診断と治療は大きく変化しています。画像診断の領域では人体情報の組織密度や信号の違いをIT技術により高速に処理して画像化し、低侵襲で小さな病巣も発見できる時代となっています。早期のがん病巣の検出により、切除治療においては縮小手術も標準化し、放射線治療の領域ではピンポイント照射に代表

される技術によりがん病巣にだけ絞り込んで照射することが可能となった。また化学療法でも細胞毒としての抗癌剤から、がんの増殖に関係している因子だけに作用させて効果を狙う分子標的薬の使用と開発が進んでいる。こうした各領域の進歩により、がん医療は「早期発見・早期治療」という概念から、「適時発見・適切治療」という概念が変わりつつある。

またがん患者さん達もより良いがん治療を求めて活動を開始している。3月19日には東京のNHKホールに約2千人が集まり「第2回がん患者大集会」が開催された。私も医師の立場から土屋了介先生（本年4月より国立がんセンター中央病院院長）と共に壇上でディスカッションに加わり、日本のがん医療の改善に向けて発言する機会があった。また3月10日には民主党の政策調査会の勉強会で約1時間にわたり日本のがん医療の問題や放射線治療の充実に向けてアピールする機会を持つことが出来ました。日本のがん医療を良くするために、放射線治療医の育成、放射線治療の環境整備ならびにがん情報センター設置に関する要望を行ってきました。具体的な対策としては、欧米同様に「放射線腫瘍学」および「放射線診断学」の講座を分離独立し放射線腫瘍医を育成する。また医学物理士（放射線治療品質管理士）を国家資格とし、制度的に配置して放射線治療の安全性を確保することが必要であり、そのためには医療環境を整備をした医療機関には診療報酬を加点したり、地域がん拠点病院における常勤放射線腫瘍医の雇用の義務化などを政策に盛り込むよう要望した。今後も講演会だけでなく、セカンドオピニオンへの対応とともに政策提言や書籍の出版などの活動も継続したいと考えている。皆様の御支援をお願いします。



「理工科系専門家の立場から見た今後のガン治療」

東京大学大学院工学系研究科原子力専攻教授 上坂 充

昭和60年3月 東京大学大学院原子力工学博士課程修了（工学博士）、昭和60年4月 石川島播磨重工業（株）エネルギー開発室、平成3年4月東京大学大学院附属原子力工学研究施設助教授、平成12年4月同教授、平成17年4月現職。

放射線治療用装置は電子・X線用の電子線形加速器（ライナック）が、世界に約1万台、日本に約800台稼動し、主役であります。しかし残念なことに電子を発生・加速する加速器部分は、この40年ほとんど進歩がありません。ようやくここ数年新しい小型ライナックが開発され、実用化されはじめています。その様子を図1に示します。加速器が小型になると、ロボットアームに載せて、患者さんに接近して照射・治療することができます。治療用ライナックが小型化されると、診断用X線CTに搭載して、診断・治療の両用装置が可能となります。一方世界に30施設、日本に6施設程度稼動する大型の粒子線治療施設も、放射線医学総合研究所等によって、その小型化が進められ、群馬・福島・福井県にて新設の予定です。

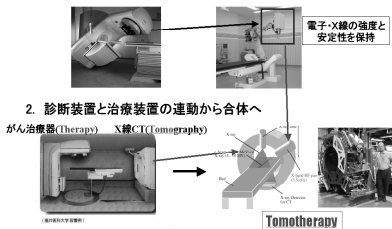
放射線医療とは、図1を見てもおわかりのように、医学の分野で最も科学技術レベルの高いものです。医者・放射線診療技師の方々にも高度な物理の知識が必要となります。図2に放射線医療先進国のアメリカでの医学物理士の増加のグラフを示します。現在約5千人が臨床現場で活躍し、年間5百人程度の雇用があります。欧米では医学は理工学と歩調を合わせて発展してきました。大学・研究機関で新しい医療機器システムを発明・開発し、それを医学物理士とともに普及した様子が、その単調増加から見て取れます。今後新しいライナックシステムの開発普

及、および粒子線施設の増加に伴い、医学と物理の橋渡したる医学物理士の需要が増すことは間違いありません。

我が国の医学部をもつ主要大学ではその医学物理の人材育成のシステム作りの具体策が急ピッチに進んでいます。図3に東京大学の、医学物理を含む、医療バイオ分野での、医工学部共同による教育研究体制の新設の様子を示します。システム創成学科や原子力国際専攻には医学物理を目指す学生が5名程度進学してきています。その人材育成計画は、文科省科研費にも採用され、日本原子力学会医学物理研究専門委員会を中心に、欧米型医学物理の創成と人材育成が全国ネットで展開されます。

研究開発型医学物理創成研究では、イメージガイドピンポイント照射システム開発、高度治療計画コンピュータシステムである生体シミュレータ、それら開発研究と一体の人材育成を目指していきます。ここでは、例えば図4のように、正常細胞への被爆を避けられるピンポイント照射システムと、抗がん剤を副作用少なく患部に伝達する薬品輸送システムとの融合技術の開発も目指します。手術の少なく、副作用も少なく、被爆量も少ない、究極の国産ガン治療システムを目指してまい進してゆきたく存じます。その暁に、欧米のような優秀な医学物理士が品質管理する安全安心な放射線医療現場が創成されていくことと信じています。

1. 電子・X線発生装置の性能を保持して小型化



2. 診断装置と治療装置の連動から合体へ

図1 ガン治療用電子・X線発生装置の高性能化

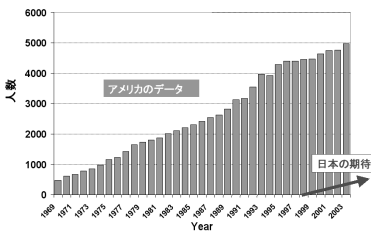


図2 アメリカでの医学物理士人口統計と日本での期待

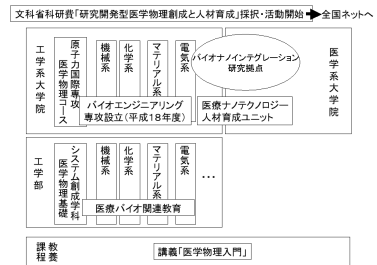


図3 東京大学での医学物理を含む医理工学教育研究新体制

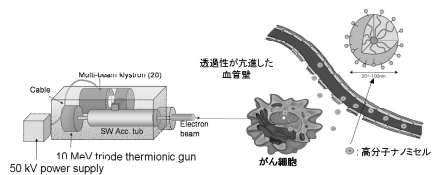


図4 ピンポイント放射線治療システムと抗がん剤伝達システムの融合

書評紹介

西尾正道 著 放射線治療医の本音 —がん患者2万人と向き合って—

平岡 眞寛（ひらおか・まさひろ）

京都大学大学院医学研究科放射線腫瘍学・画像応用治療学講座教授。52年愛媛県生まれ。77年京大医卒。95年より現職。著書に「画像診断によるがんの病期分類」「放射線治療マニュアル」など多数。第45回日本癌治療学会会長。

日本を覆う「がん治療の非常識」を退ける1冊

放射線治療のオピニオンリーダー西尾正道先生が新しい書籍を刊行された。多くの悪性腫瘍で手術に匹敵する治療効果が得られ、しかも機能や形態の温存が可能な放射線治療が、我が国では欧米ほど広く行われておらず、結果的にがん罹患した患者さんが大きな不利益を蒙っているという憂うべき状況がある。放射線腫瘍医はその状況を改善すべく努力しているが、その先頭に立っているのが西尾先生である。医療システム、医学教育、医局制、情報公開、医師—患者関係など日本の医療が抱える多くの問題が根底にあり、それらに鋭いメスを入れた書籍を今まで医療従事者向けに刊行し、世に問うてこられた。

本書は、1997年8月から2002年4月まで、北海道新聞社の月刊誌に連載したものを修正、加筆してまとめられた。一般の人を対象に、がん診療の現状を伝え、放射線治療をやさしく理解してもらおうという目的で書かれ、いろいろな工夫がなされている。

まず第1は、章の組み立てである。第1章の「がんは怖くない」から始まり、「まだまだ理解されていない放射線治療」、「日本の医療のおかしさがよく見える」、「がん医療は社会の縮図である」、「医療情報は誰のものか」、「医者の本音と患者の本音」、最後の「がんと賢く闘う」と全部で7章からなっている。各章には、10編前後の話が含まれている。読み進んでいくと、最近のがん患者の増加、治療法の進歩、日本のがん治療の問題点、患者のQOL向上、さらには医療経済的にも放射線治療がもっと使われてしかるべきであること、国際的に見ていかに日本のがん診療が立ち遅れているか、そういう日本の状況で良いがん治療を受けるには患者になった場合どうしたらよいかということか、よく整理され、分かりやすく書かれている。

第2点は、一話完結のそれぞれの話に、患者さんのエピソードを織り交ぜていることである。「がん患者2万人と向き合って」という副題が示すように、他の臨床腫瘍医の追従を許さない豊富な臨床経験を基に、自らが経験した患者さ

んを登場させることにより、著者の本音が説得力を持って伝わってくる。

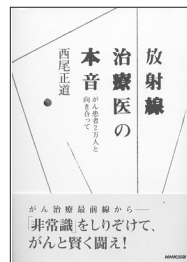
更に説得力を増しているのは、数字の活用である。日本放射線腫瘍学会の理事としてデータベース委員会を担当している著者は、数字に強い。がんによる死亡者の41・6%が75歳以上で、75歳以上の女性では49%ががんにより死亡しているというデータを示されると、高齢者に対するがん治療の重要性がはっきり見えてくる。舌癌の治療を小線源治療で行うと30万円で済むのが、外科手術だと300万円に跳ね上がることで、医療経済的にも放射線治療の優位性が明確にされる。

がんの診療行為別の医療費の比率が、入院費34%、投薬15%、注射13%、検査12%、画像診断9%、手術9%、診察料3%、麻酔2%、処置料2%、放射線治療1%であり、がんの直接治療費の比率では、抗がん剤73%、手術24%、放射線治療3%との99年度の医療費の資料が示されている。がん治療の貢献度と診療報酬のアンバランスが際立っているが、このくらいの医療費しか放射線治療に使われていないのであれば、放射線治療施設全てに医学物理士を配属して、放射線治療の質向上に資することなど簡単ではいかと思ってしまう。これで世界の常識、日本の非常識のひとつが解決される。

毎月、西尾先生の頭を悩ましていたであろうと推察するが、話のタイトルも実によく考えられている。「一番うれしいお礼は50円のハガキ」「患者と医者のQOL」「人の命は銀行より軽い」「研修医哀歌」「国立病院の中にある頑固な病気」など、読んでみると著者の幅広い学識、見識に感心してしまう。また、やり切れない怒りもドンと伝わってくる。

新聞上でのタイトルは「がん患者と向き合って—放射線科医のつぶやき」だが、本書が多くの人に愛され、「つぶやき」が国民の「大きな声」となって、本来あるべきがん診療が日本で1日も早く実現することを願わずにはいられない。

本書は、一般人を対象に書かれたものであるが、我々医療人にとっても考えさせてくれる多くの題材が含まれている。読書の秋にお勧めである。（新医療2002年11月号より転載）



放射線治療医の本音

—がん患者2万人と向き合って—
西尾正道 著

NHK 出版（2002年6月）1,400円

道新 Today に連載。患者さんの話を通じて放射線治療を語る。一般市民向け。

著者が語る

—私の言いたいこと—

NHK がんサポートキャンペーン
チーフプロデューサー
京田 光広

納得の医療にたどりつくため、自分らしい暮らしを続けるために、患者・家族にできることは何なのか。この本は、今まさにがんと向き合っている同じがん患者の方々に役立ててほしいと願う先輩患者・家族のみなさんの、体験と知恵の結集です。

先輩患者・家族の声をもとに、情報の集め方、セカンドオピニオンのとり方から、副作用や後遺症の乗り切り方、経済的な問題、そして、治らないといわれたときにどうすればよいのか、といったことまで、私たちががんと告げられた後、直面しうる問題をできるだけ広い範囲にわたってとりあげました。

NKHでは、2005年度、放送80周年事業として、「がんサポートキャンペーン」を展開しました。がんという病と向き合う当事者の視点で、医療や社会を見つめなおそうという試みです。「生活ほっとモーニング」や「ETV ワイド」、「NHK スペシャル」などの番組はもちろんのこと、ホームページを通じて、体験者のみなさんの声に耳を傾け、患者・家族、そして社会ががんという病とどのように向き合えばよいのか考え、発信し続けてきました。

キャンペーンにとって欠かすことができなかったのが、専用開設したホームページです。ホームページに設けた「がんサポート伝言板」には、治療法の選択の悩みから、がんとどのように向き合えばよいのかという心の問題、経済的な悩み、後遺症や副作用の対処法まで、さまざまな不安や悩みが寄せられました。

同時に、ホームページに寄せられたお悩みには、先輩患者・家族から驚くほどたくさんのアドバイスや応援のメールが届いています。

乳がんの術前化学療法を受けた方からの「手足の感覚が麻痺して不安な日々を送っている」という悩みには、同じ乳がんの患者の方から、「私の場合、手足の麻痺は1年から1年半続きました。でも徐々に元に戻りますよ。お風呂で

手足の指をよくマッサージすると感覚がよく取り戻せました。大丈夫。」という励ましのメールが寄せられました。

再発した大腸がんの抗がん剤治療を続ける二児のお母さんからの「子どもの成長が見たいばかりに高額な抗がん剤治療を続けて、家族に申し訳ない、このまま生きていてもいいですか?」というメールには、「家族はどんなに迷惑をかけられても、ママには生きていて欲しい!」、「私も同じです。わがままと言われても生きていたい。生き抜いていきましょうね。」という、応援のメッセージが届きました。

私たちは、当事者のことは当事者がいちばんよく知っているし、自分のことは自分で決めることができる、という考え方でがんサポートキャンペーンを展開してきました。

本当の意味で患者の視点から医療を語る、という試みは、メディアの世界でも容易なものではありませんでした。がん医療という専門的な分野であるが故に、まず医療者に取材し、医療の論理の中で患者の話を書くことになりがちです。どこに立って情報を伝えるか、そこに、患者・家族のみなさんに支えられながら挑戦したのが、がんサポートキャンペーンでした。

「たとえ医療の詳細な知識をもっていなくても、患者のことは患者がいちばんよく知っているし、十分な説明を受ければ、自ら決めることができる。」「自分の専門家は自分しかいない。」

そのことを、先輩患者のみなさんが、この本の中で証明してくれています。

*がんサポートキャンペーンは、2006年3月をもって、ひとつの節目を迎えました。ホームページは今後も運営を続けますので、よろしく願いいたします。

がんサポートキャンペーンHPアドレス：
<http://www.nhk.or.jp/support/>



がんを生き抜く 実践プログラム

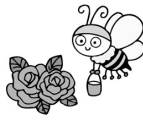
NHKガンサポートキャンペーン事務局編

NHK 出版 (2006年1月) 1,600円

納得出来る医療を受け止めるための
先輩患者の体験と知恵を結集した
NHK がんサポートキャンペーンの
集大成。

会員ひろば

お便りコーナー

雑感

岩手にホスピス設置を願う会 会員 谷藤 由佳

初めて投稿させていただきます。私は約1年の短い期間ですががんの放射線治療がメインの小さなクリニックに勤めていたことのある薬剤師です。そこで私は患者さんとのふれあい、親戚の看取りを通して貴重な経験をさせていただきました。そして今は、岩手で緩和ケアを広める運動に参加しています。皆さんは緩和ケアやホスピスにどのようなイメージをお持ちでしょうか？ たぶん、痛みなどを取り除く以外に積極的には何もしない、最後に行く所で二度とは出られないところでしょうか？ 現在では大部異なります。世界保健機関（WHO）は、「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛み、その他の症状のコントロール、心理面、社会面、精神面のケアを最優先課題とする。緩和ケアは、疾患の早い病期においても、がん治療の過程においても適用されるべきである。」とっています。緩和ケアの早期の介入により痛み・不快な症状の大部分がコントロール出来、なるべく苦痛を減らして生活の質（QOL）をたもったままで日常生活を長く過ごすことが出来るようになってきています。また、症状を取り除く過程で気力・体力が回復し積極的な治療が出来るようになる場合もあります。また、もし不幸にして治すことが出来なくても、そこでやる事がなくなったわけではありません。医療従事者としてはむしろここからが勝負です。出来るだけ苦痛を少なくし、その方の希望にそうように手を尽くして貴重な時間をよりその方らしく積極的にキラキラと生きぬいていただく、そのためにどのような支援が出来るか医療の質や力量が問われる分野なのです。私

の大好きな本「がんばらない」（鎌田實 著）のなかにインフォームドチョイス（説明と選択）という言葉があります。インフォームドコンセント（説明と同意）という言葉は近年だいぶ浸透してきたように思います。そこから100歩進んで医師がすべての選択肢を説明し患者さん自身で選択する。そのためには医師を初め医療関係者は常に研鑽を積まなければなりませんし、自分達の出来ること、自分達には出来ないが他で出来る可能性のあることをすべてさらけ出す度量も必要です。また患者さん自体も今までのお任せの立場からきちんと理解するための努力も必要ですし、自分らしい生き方をするために選択する強さも必要となってきます。一見厳しい事を言っている様に聞こえるかもしれませんが、また難しい事を言っていると思われるかもしれませんが、でも何も厳しい事、難しい事ではありません。ただ健康なときにちょっと自分自身に聴いてみて下さい。また、家族や大切な方たちと話をしてみてください。もし、自分が辛い症状があり命の最後が見えかけてきたとしたらどこでどう過ごしたいか、そしてそれを家族や最後まで一緒にいてくれるであろう周りの人に意志表示をしておきましょう。“手だてがなければ辛いことはしないで欲しい。”“最後までとことん頑張るよ！”また自分の大切な人たちがもし末期癌などで辛い状況にみまわれたとき自分はどのようにあげたら一番その人のために何ができるのだろうかと思像してみてください。この春、富山県でつらい問題提起がありました。もちろん日本の法整備の不備など改善していかなければならない問題もありますが、医療関係者のみならず皆に立ち止まって考えて欲しいのです。医療者はまだ患者や家族の考える時間の余裕のあるうちにきちんと延命治療などについて説明し患者や家族が納得した上で決断が出来るように説明する義務があります。また、納得した決断が出来るようになるためには患者・家族と医療者間、家族間、医療者間すべての普段からのコミュニケーションがなにより大切なのです。

話は変わりますが、今は痛みや不快症状のか

なりの部分はコントロールができ、患者さんには痛みなどを取ってもらう権利があり、医療者は取り除く義務があります。ただ、残念ながらまだまだ患者さんがそのことを知らなかったり、遠慮したりで我慢する場合があります。もし、寝むられないくらい痛い、日常の生活に支障があるくらい痛いなどがあれば、主治医の先生や看護師さんに遠慮しないで伝えてみて下さい。一度でだめでもあきらめないで何度でも伝えて下さい。痛み以外にもだるい、気持ち悪いなど不快なことがあれば、ドンドン遠慮しないで伝えて下さい。うまくいかないときは他のだれにでもよいので周りの人やお近くの医療相談所、患者会などにご相談してみてください。決して我慢をしたり、あきらめたりしないで下さい。

緩和ケアを広める活動に参加していて、これからの緩和ケアに関してのキーポイントは、医学生のみならず医療者全体の教育やレベルアップ（技術面だけでなく、心のあるケア・患者に寄り添ったケアが出来るように）、患者の啓蒙、地域でのケア体制の整備だと感じました。緩和ケアを考えることはがん医療全体を考えることになり、がん医療全体を考えることは地域の医療全体を考えることにつながると思います。



先日、札幌まで行って参りました。

いつも、市民の会にはお世話になり、有難うございます。

私は、2年前、早期の舌癌で手術をしました。そのあと「市民のためのがん治療の会」のことを知り、入会させて頂き、私の状態であれば、組織内照射という放射線治療で、舌をきらずに治療が十分に期待できたということを知りとても残念な思いをしました。

それから、少しずつ、医師まかせではなく、自分でもちゃんと調べて、よりよい選択をしてゆきたいと強く思うようになりました。

今のところ、幸い、再発、転移もなく過ごしてきましたが、時折、ズキンとした重苦しい痛

みや、のどの圧迫感など、気になる自覚症状があり不安がふくらんでいました。主治医には問題なしと言われ、その言葉を信頼しつつも、初発の苦い経験があり、舌をこれ以上切ることに強い恐怖感がありましたので、すっきりしないでおりました。

自分の感覚も大事にしたい、見過ごしてあとで後悔はしたくないという思いが強まり今回、思い切って札幌まで西尾先生を受診することにいたしました。先生からは、小さな再発であれば、組織内照射で治せるとセカンドオピニオンで返答いただきましたので、もしもの事があれば、是非お願いしたいという思いでした。

北海道は遠いということもあり、迷っていたのですが、気持ちが固まると、さっそく会へ意向をお伝えしましたら、すぐに対応をして下さり、西尾先生とも、直接お話しすることができ、とんとんと伺う運びとなりました。気持ちというのは本当に大きいもので、先生のお声を聞いて、伺うことが決まると嬉しくて、病気など吹っ飛んでしまう位でした。そして実際にお訪ねし、丁寧な診察をして頂き、気になることも納得のいく説明を頂き、“全く心配ない。大丈夫ですよ”と先生に肩をぽんとたたいて頂いた時には、不安がいっぺんに消え、大きな安心が得られました。病院を出た時には、すっかり気持ちが軽くなり、そのあと2日程小樽、札幌の町をひたすら歩き、旅を楽しんで帰路に着くことができました。

患者さんならどなたでもそうだと思いますが、ちょっとした事でも、悪いサインでは…と、とても不安な気持ちになります。小さな一歩でも前に進むことに大きな勇気が要ります。

今回、会田さんに“すっきりしておいで！”と背中を押して頂いたお陰で前に進めたと思います。とても感謝しています。

これからも、あまり、先のことを悩まないで、目の前の“今”を大切にしながらタイミングを逃さずよりよい選択をしてゆきたいと思います。

いろいろと有難うございました。そして、これからもどうぞよろしくお願い致します。

(大阪府吹田市 S.T)

「市民のためのがん治療の会」の活動

●放射線治療医によるセカンドオピニオンの斡旋

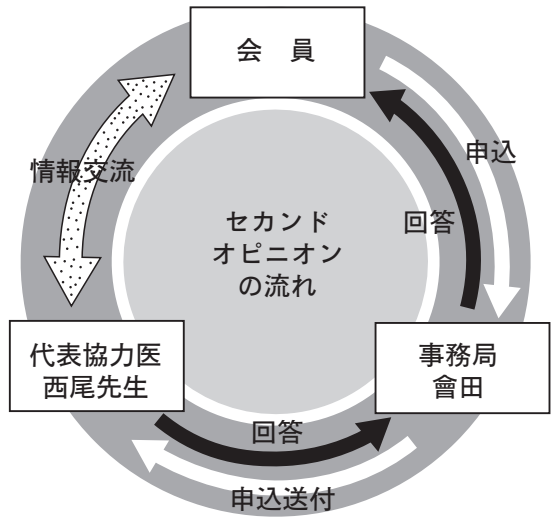
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては放射線治療に関する情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方の中から、適切な先生をご紹介します。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門家です。

●放射線治療についての正しい理解の推進

当面は放射線治療を中心とした講演会や治療施設への見学等を行う予定です。ご参加は原則として会員に限らせていただきます。

●制度の改善などの政策提言

医療事故等による被害者はいつも医療サービスを受ける消費者である患者です。こうした問題や医療保険など、医療の現場や会員の実態などを踏まえ、がん治療を取り巻く制度的な問題などに対する具体的な政策提言などを行い、具体的に改善策の実施をアピールしてゆきたいと考えております。



平成18年第1回「市民のためのがん治療の会」講演会プログラム

主催：市民のためのがん治療の会 後援：朝日新聞社 福岡県医師会 福岡市医師会
 日本対がん協会 福岡県対がん協会
 がん患者団体支援機構

2006年1月29日(日) 12:00~16:15 福岡明治安田生命ホール

<日程>

11:00	受付開始		
12:00-12:20	開会挨拶・オリエンテーションとお話	当代表	會田 昭一郎
12:20-13:00	「がん治療のパラダイムシフトー知って得するがん治療」	当代表協力医	海道がんセンター統括診療部長
13:00-13:20	「放射線治療に対する誤解と偏見」	九州大学保健学科教授	西尾 正道
13:20-13:55	「緩和医療と放射線治療」	八幡慈恵病院院長	寺嶋 廣美
13:55-14:10	休憩		松井 正典
14:10-14:50	「前立腺癌の治療における放射線治療の役割」	九州大学 放射線科講師	中村 和正
14:50-15:10	「私の前立腺癌治療経験」	患者	橋本 昭雄
15:10-15:50	「がん医療における放射線治療の現状と今後の役割」	久留米大学放射線科教授	早淵 尚文
15:50-16:15	閉会挨拶	当会創立委員 (株)アキュセラ副社長	上總 中童

今回の講演会につきましては、下記の各社からご協賛を頂きました。ここにご社名を記し、感謝の意を表するものです。ありがとうございました。

アールテック、エイベックスメディカル、エレクト株式会社、グラクソスミスクライン、産業科学株式会社、シーエムエスジャパン、シーメンス旭メディテック株式会社、千代田テクノル、東芝メディカルシステムズ、Hi-ART、バリアンエムイーメディカルシステムズ、ファイザー製薬株式会社、明治安田生命、ユーロメディテック (五十音順)

参考書籍のご案内

「市民のためのがん治療の会」では、みなさまのご参考となる書籍の斡旋をしております。注文欄にチェックをして当会宛にeメール、FAX、郵便でご注文頂ければ、送料当会負担でお送りします。料金は同封の郵便振替用紙でご送金下さい。FAX、郵便の場合はこのページをコピーされますと便利です。(FAX 042-572-2564 住所 〒186-0003 国立市富士見台1-28-1-33-303 會田方)

また、ご入会ご希望の方や当会について詳しくお知りになりたい方もこの用紙で「入会案内希望」の注文欄にチェックをして、同様にお送り下さい。説明書をお送りします。

注文	品名等 / 著者等	頒価
	がん医療と放射線治療 / 西尾 正道 著	1,500
	がんの放射線治療 / 西尾 正道 著	2,000
	放射線治療医の本音 / 西尾 正道 著	1,400
	よく分かる癌放射線治療の基本と実際 / 兼平 千裕 編	3,200
	眠れ！兄弟が／篠田 徳三 著	1,300
	前立腺ガンーこれだけ知れば怖くないー / 青木 学 訳	1,500
	切らずに治す がん重粒子線治療がよくわかる本 / 辻井 博彦・遠藤 真広 著	1,600
	ガンに打ち勝つ患者学 / 藤野 邦夫 訳	1,500
	私のがんなら、この医者に行く (名医143人紹介) / 海老原 敏 著	1,700
	自分を生ききる / 中川 恵一・養老 孟司 共著	1,400
	がん戦記ー末期癌になった医師からの「遺言」ー / 三浦 捷一 著	1,600
	がんを生き抜く実践プログラム / NHKガンサポートキャンペーン事務局 編	1,600
	多重がんを克服して / 黒川 宣之 著	1,300
	がんを生きるガイド「がん難民」にならないために / 日経メディカル 編	2,400
	安心して受ける放射線治療 / 市民のためのがん治療の会 発行	300
	がんの教科書 / 中川 恵一 著	1,700
	花と遊んでときどき仕事豊田 マコミ 著	1,400
	講演会などのDVDのご案内	無料
	入会案内	無料

過去1年間に以下の方々からご寄付をいただきました。ありがとうございます。(敬称は省略させていただきます)

個人

青木由起子	青山三千子	生田いさ子	池崎 清
岩崎 亨	上野 暢久	上原 智	確井美智子
萩野 和義	賀川 明	葛西 道生	カズモトモコ
後藤由美子	酒井 恭子	庄司 淑子	住谷禧世子
高松 忠	谷川 文吉	谷口 朔	田村 信治
天神 巖	富永裕美子	中村 ヒサ	
南雲政義 幸江		新部 英男	西岡 秀子
沼口 健治	林 紀江子	平岡 真寛	平塚 理子
福井真己子	前村 朋子	松田 宏子	峯野 敏子
茂木 昌孝	山川 美子	山崎 次郎	山下 敦子
横田恵美子	吉村 和枝	渡邊 浩光	

法人

エー・イーティー 久留米大学医学部
シー・エム・エス・ジャパン 中外製薬
千代田テクノ 八幡慈恵病院

協賛会員募集

全国各地での講演会の開催、書籍の出版など「市民のためのがん治療の会」のさらに幅広い活動のために協賛会員を募集いたしております。
年会費 個人 1口1万円 法人 1口2万円です。
ご送金先は、三井住友銀行 国立(くにたち)支店
普通口座 市民のためのがん治療の会
口座番号 666 7693285です。
よろしくご協力のほどお願い申し上げます。詳しいことはeメール (com@luck.ocn.ne.jp) または FAX (042-572-2564) までご連絡下さい。

フリガナ		
お名前	(姓)	(名)
ご住所	〒	
ご自宅TEL	市外局番 () 市内局番 () 番号 ()	
ご自宅FAX	市外局番 () 市内局番 () 番号 () 電話とFAXの番号が同じ場合は「同じ」、FAXを使っておられない場合は「なし」とご記入下さい。	
e-mail		

編集後記

- NCIの患者向けパンフレットシリーズのうちの「Radiation Therapy and You」の翻訳版「安心して受ける放射線治療」を発行した。翻訳、デザイン、編集、監修など当会の活動に協力して頂いている皆様の絶大なご努力の賜だ。また、多くの皆様のご寄付が、こうした事業を支えて頂いた。改めて心から感謝申し上げます。
- 九州での講演会は、早瀬先生はじめ九州の先生方のご協力で成功裡に無事終了。松井先生にはまとめ役として献身的なご協力をいただいた。また、ご協賛頂いた多くの事業者の皆様にも感謝申し上げます。
- 放射線治療は治療機器の進歩が著しい。そこで今回は工学的なお立場から、東大の上坂先生にご寄稿いただいた。
- 当会もお陰をもって創立3年目に入ることができた。石の上にも3年という。会員は800名に近づいており、会の一層の充実に努めるための内部体制の充実に注力すべき時だと思う。(A)

創立委員

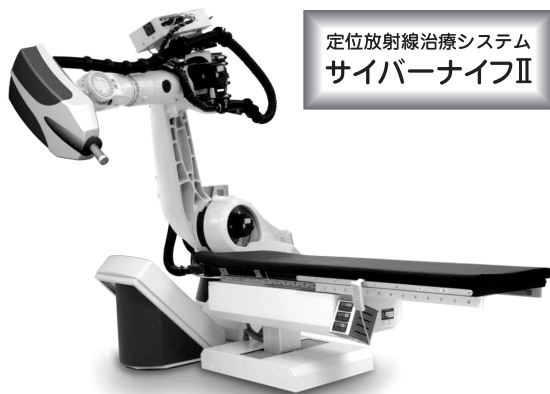
會田昭一郎	市民のためのがん治療の会代表
上總 中童	株式会社 Accuthera 取締役副社長
菊岡 哲雄	凸版印刷株式会社
田辺 英二	株式会社エー・イーティー・ジャパン 代表取締役社長
中村 純男	株式会社山愛特別顧問
西尾 正道	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター統括診療部長
山下 孝	癌研究会附属病院院長補佐 (五十音順)

発行人	會田昭一郎
編集人	菊岡 哲雄
発行所	市民のためのがん治療の会
制作協力	株式会社千代田テクノ
印刷・製本	株式会社テクノサポートシステム
会の連絡先	〒186-0003 国立市富士見台1-28-1-33-303 會田方 FAX 042-572-2564 e-mail com@luck.ocn.ne.jp
URL	: http://www.com-info.org/
郵便振替口座	「市民のためのがん治療の会」 00150-8-703553

TECHNOL

放射線の安全利用技術を基礎に 人と地球の安心を創造する

すばらしい可能性を持つ放射線を
皆様に安心してご利用いただくことが私たちの願いです



定位放射線治療システム
サイバーナイフⅡ

医療機器事業部
TEL 03-3816-2129

線量計測事業部
アイソトープ事業部
線源事業部
医療機器事業部
原子力事業部
薬事・技術部
大洗研究所



◆お問い合わせ

TEL 03-3816-5241 FAX 03-5803-4870
ホームページURL <http://www.c-technol.co.jp>

株式会社 **千代田テクノル**

〒113-8681 東京都文京区湯島1-7-12
千代田お茶の水ビル