

ニュースレター
Newsletter

No **4**

市民のためのがん治療の会

2006.10

Vol.3 (通巻 12 号)

巻 頭 言



日本放射線腫瘍学会会長
山田 章吾

東北大学大学院医学系研究科医科学専攻
 内科病態学講座放射線腫瘍学分野
 教授

略 歴

1975年 3月 東北大学医学部医学科卒業後、放射線科助手
 1976年 6月 宮城県立成人病センター勤務
 1982年 6月 東北大学医学部放射線科助手
 1983年 9月 東北大学医学部放射線科講師
 1984年 11月 東北大学医学部放射線科助教授
 1988年 9月 米国テキサス州ヒューストン MD アンダーソン病院留学
 1990年 1月 東北大学医学部放射線科助教授
 1996年 7月 東北大学医学部放射線科教授
 2002年 11月 東北大学医学部附属病院 院長
 2004年 11月 東北大学大学院医学系研究科教授

専門 放射線腫瘍学

学会等役員

日本医学放射線学会理事 2002年 4月～
 日本放射線腫瘍学会理事 1998年 11月～
 同 会長 2005年 11月～
 日本癌治療学会評議員 2001年 7月～
 日本頭頸部腫瘍学会評議員 1997年 6月～
 日本小児がん学会評議員 1998年 4月～
 原子力安全研究協会評議員 2002年 4月～
 日本食道学会評議員 2003年 4月25日～

がんに対する放射線治療の進歩は目覚ましいものがあり、比較的早期のがんであれば、手術に匹敵する治療成績が得られています。放射線治療の最大の利点は機能温存で、QOL 重視の風潮の中で放射線治療の重要性は益々高まっています。現に欧米ではがん患者さんの6割が治療のどこかで放射線治療を受けています。しかし本邦ではその比率は2割に過ぎません。本邦ではがん治療の最前線で頑張ってきたのが外科の先生で、手術主導で治療が行われ、手術のできない患者さんが放射線治療を受けてきたという事情があり、そうした患者さんは放射線治療でも治療が困難で、この事実がまた放射線治療の患者さんを減少させるという歴史の結果と考えられます。欧米では体格からしても手術が難しい人が多く、また QOL への関心が高かったこともあり、放射線治療を受ける患者さんが多く、放射線治療への人的、物的整備が十分なされてきました。本邦でも物的には整備されてきましたが、人的整備は不十分です。がんの種類が異なりますので、欧米のように6割とまではいきませんが、放射線治療を必要とする患者さんがどこでも最適な治療を受けることができるシステム作り、とくに放射線腫瘍医や欧米型の物理士、専門技師や看護師さんなどの育成が急務です。第19回日本放射線腫瘍学会では人材育成や放射線治療の標準化などを主題とし、また會田様には学生や研修医に、患者さんを代表してメッセージを伝えていただく予定です。医師と患者さんが協力してがん治療を良くするために邁進したいと考えております。

平成18年 第3回 「市民のためのがん治療の会」 来賓挨拶



「がん対策基本法をめぐって」

衆議院議員 荒井 聡

北海道立札幌南高等学校、東京大学農学部農業工学科卒業後、昭和45年4月農林水産省入省。平成5年農林水産省退官、同年衆議院議員選挙初当選。現在4期。民主党総務局長、党役員室長、党国会対策委員長代理等を経て、現在は衆議院・議院運営委員会筆頭理事。また、学校法人札幌慈恵学園顧問、よさこいソーラン祭り顧問、北海学園北見大学地域開発政策研究所専任研究員を兼任。

1. 西尾先生との出会い

「西尾先生、民主党はがん対策法の検討に入りました。先生の意見を民主党の案に参考にしたいと思っています」

「荒井さん、いつでも民主党本部に行くよ。日本の放射線治療の実態を政治家にも知ってもらいたかったんだ」

こんなやり取りを北海道がんセンターの西尾先生と話したのが本年2月ごろだったでしょうか。そしておっとり刀で駆けつけてくれました。

西尾先生とはかれこれ10年ぐらいのお付き合いでしょうか。先生よりも皮膚科の女医さんの奥様とのテニス仲間というほうが正確です。テニスがご縁の奥様とはシックハウス症候群の法的規制を創る際にいろいろと教えていただいたのです。当時社会的に問題になりかけていたシックハウス症候群が、建材の化学的組成にあり、この解決には医者だけではなくハウスメーカー、建築士、建材メーカーなどの意識高揚が必要だとの意見は法律の中で生かされたのです。その先進的な奥様が「荒井さん、一度主人の話聞いてください、日本の放射線治療の実態を知ってもらいたいです」

そんなお誘いを受けていたのですが、ご主人とはパーティや懇親会などで会うだけで詳しく聞く機会を失っていました。「荒井さん、放射線科の医師はセカンドオピニオンの医師として優れていますよ。放射線科医師は内科的、外科的治療の双方を見ているから、比較的客観的判断ができるんですよ」時折の会話もがん治療の話よりも、セカンドオピニオンの重要性、アメリカとの診療体制の違いなどの話に終始していました。

ところが今年に入り政府は高齢者医療費の抑制を図るため、患者負担の増高を狙いとされた健康保険法の改正案を164国会に提出してきたのです。

2. がん対策法の検討

この改正案では、良質な医療の提供を促進させるという観点が抜け落ちていました。特に象徴的なのががん治療の実態でした。年間30万人の死亡原因でありながら、診療、治療水準の地域、病院間の格差は歴然としていました。そこで民主党は、国を挙げ

てガン対策に取り組む決意を示し、がん治療水準の向上を図る法的根拠を制定すべきと主張したのです。がん治療の現場が次々と明らかになりました。特に放射線治療については欧米では主流になりつつあるにもかかわらず、その体制整備が極端に遅れていることも判明しました。何よりも専門医が不足していることでした。そこで冒頭の私からの西尾先生への要請となったのです。幾多の検討を重ねとうとう2006年4月4日衆議院に「ガン対策基本法」を提出しました。ところが与党はこの法案の審議に応じないのです。国会は与党と野党の戦いの場でもあります。与党は本法案が財政需要を招くとの理由で消極的であるのに加え、野党の得点にさせたくないとの思惑が入り込み、「与党案ができるまで審議入りはできない」との態度を取ったのです。こんなとき私が国会対策委員長代理を任じられました。委員長代理は与野党折衝の最前線です。2ヶ月前偽メール事件で民主党国会対策は大失態を演じていましたので、わたしの任務は国会対策の建て直しです。与党のスキャンダルを追っかけるのは華々しいのですが、それより国民生活に直結した事案で勝負すべきだと考えていました。そこでこのがん対策基本法で民主党国対の再起にかけたのです。与野党折衝の機会ごとに早期の審議入りを訴えたのです。とうとう5月19日に委員会審議に入ることが了解されました。しかし国会日程は残すところ1ヶ月。参議院の審議日数を考えれば、常識的には可決成立させることは困難です。あきらめかけていた6月6日山本たかし議員がガン対策基本法の必要なことを、がん患者として血のじむような訴えを参議院本会議で行ったのです。政治家が自らががん患者だと告白することは、自らの政治生命を危うくします。この僅か15分の演説がほとんどの国会議員を動かしました。胃がん手術をされた民主党の仙谷由人議員、自民党の鴨下議員、公明党の福島議員などが与野党案の調整に乗り出したのです。驚くなかれわずか2週間で本法案は衆参両院で可決成立したのです。まだまだ不十分な点があります。しかしがん患者の声がガン医療政策に反映される仕組、ガン専門医の養成の強化、地域格差の是正などを織り込んだのです。国会史上稀有な出来事でした。

3. 放射線治療

7月16日、北海道がんセンターで開催された第3回「市民のためのがん治療の会」講演会の冒頭、私が挨拶をしました。

「わが国のがん治療は欧米諸国に比し遅れています。がん難民が多量に発生しています。特に米国で一般的な放射線治療の普及がなされていません。これはわが国の医学部教育に原因があります。大学での放射線治療講義が極端に不足しています。なによりも医療現場を踏まえた大学教育がなされていないのが主因であります。」私の年来の持論を述べました。文部省には医学行政官はいないのです。医科大学病院は厚生省所管ではないからです。ここに医者の養成と医療現場の需要のアンバランスが生じていると考えていたからです。

ところが私の後、基調講演をされた西尾先生は私の持論に異論をぶつけたのです。「ただいま荒井衆議院議員が指摘したことも原因のひとつです。しかし多くの人間の行動原理は経済です。経済的にメリットがなければ人間は動きません。医者もまた人間です。診療報酬の高い科目を専攻するのはやむを得ません。わが国では、抗がん剤治療や外科治療のほうが医者にとってはるかに経済的メリットがあるのです。しかしアメリカやヨーロッパは違います。機能損失が少なく副作用の少ない放射線治療のほうがはるかに高額医療とされているのです。したがって優秀な治療医は争って放射線治療医を選択するのです」

わが国のがん治療費の70%以上は抗がん剤治療に費やされています。もっとも抗がん剤の有効性は20%あれば有効とされていますから、現実には抗がん剤治療はその治療費コストに見合っているか疑問でしょう。手術は27%、最後にわずか3%が放射線治療費だったのです。つまり報酬費が医療の提供構造を決めているとの西尾先生の指摘は当たっていたのです。パソコンを使っただけの微小計測は日本の得意分野です。放射線治療の機械製作だけでなく、治療手法も専門的な工学技術士の知識の生かせる分野でしょう。

この工学的技術を応用すれば、より効率的で副作用の少ない放射線治療は日本的技術でもあります。いよいよ来年度のがん対策費の政府案の検討が始まりました。どのような内容か患者さんとともに見つめていき、不十分であれば国会議論に付すつもりです。がん対策法に魂を入れる年であります。

今国会は「がん対策法」がわが国のがん治療のあり方に一石を投じたこととなります。そして私自身がかかわったことに晴れがましい想いを抱くのです。西尾先生ご夫妻はもとより、ご夫妻との出会いを作っていたいただいた北楡病院の川村理事長（私のテニスの永遠のライバルです）に感謝するしだいです。

北海道支部の活動について

市民のためのがん治療の会

北海道支部長 木村 勝夫



この度、北海道がんセンター大講堂において、北海道において初めて「市民のためのがん治療の会北海道講演会」を開催しました。

何せ初めての講演会であり、果たして何人の方のご参加が得られるのかとても心配でした。北海道新聞や読売新聞のご協力を頂き「講演会のご案内」を掲載して頂きましたが、この時は反対に、収容できない人数になったらどうしようか等と悩んだ時期もありました。しかし、会場最適収容人員の150名のお集まりを頂き、滞りなく開催出来ホッとしました。

各地の講演会に参加されているという某会員から「素晴らしい企画ですね」と言われました。治療継続中の患者さんのジャズ演奏や、正にコメディアン、札幌市内の某倶楽部の専属歌手が、イヨマンテの夜等を歌ってくれました。参加された方は元気で勇気や癒しを得られたのではないのでしょうか。

また、患者さんの体験談も迫力が有ったと云うことです。体験発表後担当した先生が、治療経過を画像により説明されたからです。

更に驚かれたのは、患者さんにとって終焉の話はタブーとされています。しかし、「私が最後を看取ってあげるから心配するな、夜は嫌だぞ、勤務時間中に頼むぞ」等という会話や、患者さんからも先生の激務を気遣ってか「後10年は生きるのだからそれまで先生も元気でいてくれよ」等と言う様な会話が有りました。これは、医師と患者が完璧な信頼関係が出来ているから出来る話であり、このような病院で治療を受けられている患者さんを羨ましく思われたそうです。

「日本の頭脳」と評される田辺先生のお話は格調の高さを物語る光景がありました。それは日曜日でしたから診療中という先生はおられなかったと思いますが、明らかにドクターと思われる新進気鋭の方が真剣に講演を聴いてメモしておられたからです。

さて第1回目を開催すれば、次回は何時になるだろうかと思も考えます。

今回「話が長すぎて身体が持ちません」と不満を漏らし、途中退場された方が2人程おられました。しかし、大多数の方は次の講演会を待っているのではないのでしょうか。

北海道文化放送「のりゆきのトークで北海道（毎月第3水曜日）」に會田会長や西尾先生が出演されており、放送がある度に入会申し込みの問い合わせがメールやFAXで送られてきます。早速放送を担当しておられる方の入会もありました。北海道の会員はまだ増加しそうです。

初めて出来た支部の地元での講演会となりましたが、会場の準備から後かたづけまで、殆どを病院勤務者のご支援を頂きました。ご多忙な勤務の中、ご協力を頂きました皆様から御礼を申し上げます。

今後は頂いたアンケート等を参考にしながら、先魁支部としてどのように活動をしていけば良いのか真剣に考えていきたいと思ひます。

平成18年 第3回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



「知っておきたいがん医療のうらばなし」

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、2005年より現職。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。

当会の活動を開始して3年目となるが、今回は初めて札幌市で講演会を開催した。私の地元であり、日頃からお付き合いさせて頂いている多くの方々にお世話になり、無事盛会に講演会を終えることが出来、感謝の念にたえません。

来賓の荒井 聡衆議院議員の御挨拶では本年6月16日に成立した「がん対策基本法」の経緯などが報告されました。また「ストップ・ザ・がん難民シリーズ」を放送している北海道文化放送（UHB）の関係者からも御支援を頂き、徳永エリさんにはプロの司会をして頂きました。患者さんからの発言は4人をお願いしましたが、担当がん状態でなおがんと闘っている南山さんや南部さんの「生の声」は、講演会後のアンケートを見ると出席者に感銘を与えたようです。また手術を拒否して進行喉頭がんを克服した原さんとその仲間達のジャズ演奏も楽しませて頂きました。稀な悪性中皮腫の治療を経験した岡本さんからは軽妙なお話を聴くことが出来ました。

講演会開催の週は北海道大学で放射線治療の国際的な研究会があり、シンポジストとして来札していた当会の設立委員のお一人でもある田辺英二氏からも講演を賜ることが出来ました。札幌支部長の木村さんはじめ多くの御支援に改めて御礼を申し上げます。

私は「知っておきたいがん医療のうらばなし」というタイトルでお話させて頂きました。2005年には32.5万人が癌死し、平成16年の医療費は32兆円を超えました。こうした事態に対して、私達は癌による死亡者数の減少と低い医療費で効率よく

治療するがん医療を考える必要があります。そして不幸にして癌を克服できなかったとしても、「納得のいく医療」をうける権利があります。しかし日本の癌医療を取り巻く現状は多くの問題を抱えています。バランスの崩れた日本の癌医療を一言で言えば、「優位な外科治療と、無駄な抗癌剤の多用と、貧困な放射線治療体制」と表現できると思います。講演ではこの表現を裏付ける具体的なデータを示し、また海外との比較や今後の対策などにも愚策かも知れませんが言及させて頂きました。ここでは紙面の都合で2,3の事柄についてのみ書きたいと思います。

放射線治療は臓器や形態を温存し機能を残すことができ、また手術や抗癌剤の治療よりも患者さんへの負担は少ないため、高齢者や内科的合併症のある患者も治療が可能であり、がん治療の中でうまく使えば有効な治療法です。

日本では昨年のがん罹患者数は約62万人であるが、2003年に放射線治療を受けた新患者数は約15万人で、20%強の患者さんしか放射線治療を受けておらず、米国の六割と比較して非常に少ない。そして放射線治療医や医学物理士などの人材が圧倒的に不足して

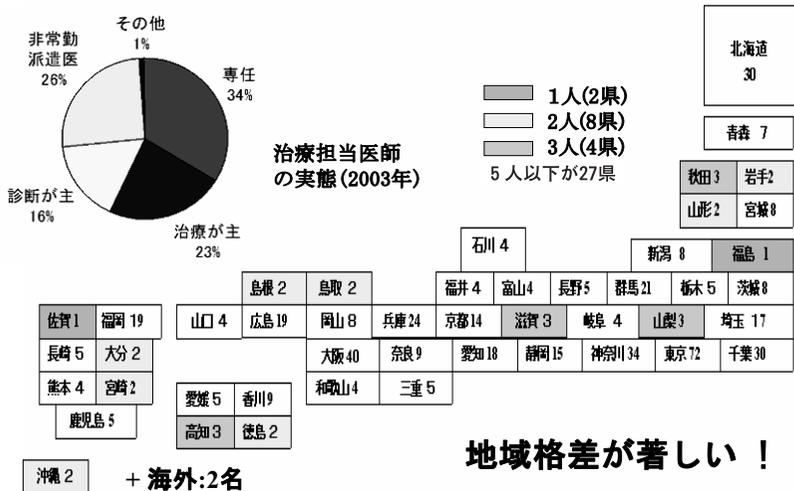


図1 日本放射線腫瘍学会認定医（500名）都道府県別人数（平成18年7月）

表1 期待される抗癌剤のがん種別効果

★	抗がん剤で完治する可能性のあるがん 急性白血病、悪性リンパ腫、精巣(睪丸)腫瘍、絨毛がんなど
●	症状の進行を遅らせることができるがん 乳がん、卵巣がん、骨髄腫、(小細胞)肺がん、慢性骨髄性白血病など
▲	症状が和らぐ可能性があるがん 前立腺がん、甲状腺がん、子宮がん、肺がん、大腸がん、胃がんなど
■	ほとんど効果が期待できないがん 脳腫瘍、腎臓がん、膵臓がん、肝臓がんなど

おり、最先端技術が生かされていない。放射線治療に携わる日本放射線腫瘍学会の認定医は五百人であり、米国の十分の一である。図1に都道府県別の放射線治療の専門医数を示すが、地域格差も著しく、5人以下が27県もある。また放射線治療の専門医が常勤している施設は、治療装置を保有している約700箇所のうち1/3である。物理工学とコンピューターテクノロジーの進歩が合体してピンポイント照射に代表されるようながん病巣にだけ絞って照射する高精度な治療が出来るようになってきているが、こうした医学の進歩を患者さんに十分に還元できないのが現状である。

「未承認抗癌剤」の問題では、未承認抗癌剤が使用できれば癌が治るような表現で間違った報道がなされている。

「早期承認」を目的に活動している患者会もありますが、現状の抗癌剤の限界も良く理解して治療を考える必要があります。通常の「薬」は使用すれば、多少の効果の程度の差はあってもほとんどの人には効果を示し、副作用は使用した集団の中でごく少ない確率でしか発生しません。しかし全ての人に効果的な抗癌剤は無いため、抗癌剤の定義は通常の「薬」の概念とは大きく異なっています。抗癌剤では副作用は高率に発生し、その程度も辛いものです。しかし効果の点では20%に奏効すれば抗癌剤として承認され使用できます。「奏効」とは著効と有効を足したものです。肉眼的に腫瘍が消失すれば「著効」であり、腫瘍サイズが半分以下に縮小すれば「有効」とされます。白血病や悪性リンパ種などの血液の癌では著効を得ることが出来ますが、通常の臓器の腺癌や扁平上皮癌などの病理組織型では、著効を得ることはほとんど期待できず、効果があったとしても「有効」のレベルです。3cmの腫瘍が2cmに縮小すれば「有効」の判定となります。従って抗癌剤の

効果(奏効率)は野球のバッターの打率と同程度なのです。そのため抗癌剤治療の効果は、表1に示すようなものと考えてください。しかし世界人口の1.9%である日本で、世界の抗癌剤の20%以上が使われています。こうした現実を認識して、抗癌剤の選択も主治医と患者さんが良く相談して治療することが望まれます。

「がん対策基本法」では、①がん予防・検診の推進、②がんの医療情報の提供、③がん治療の均てん化(地域がん診療連携拠点病院の指定、がん専門医の育成、など)、④緩和医療及び終末期医療の充実、⑤がん登録の実施、⑥抗がん剤等の治験の促進、⑦先端的ながんの治療法の調査研究、などの事項が重点的に謳われています。そして2次医療圏に1カ所程度のがん診療連携拠点病院を指定し、地域格差が大きいがん診療を“均てん化”することが大きな目標の一つとなっています。2006年7月28日現在で45都道府県177カ所が指定を受けています。また地域がん診療連携拠点病院の機能強化拡充の具体的な内実としては、専門的ながん医療に携わる医療従事者の配置や緩和医療および終末期医療の充実やセカンドオピニオンの提供体制などがあります。しかし具体的な整備はまだまだ長い月日が必要であり、特にがんの専門医の育成には時間が掛かります。そのため医学的尺度が整うまでは、患者さんの目線に立った患者側の尺度で医療を評価し、良質な医療へと転換する努力も必要です。

具体的には(1)全人的対応、(2)安全管理、(3)相互信頼、(4)情報開示などの質を高め、がん患者支援・相談センターを上手に利用して治療法の選択肢の情報を得て自主決定するくらいの気概を持ちたいものです。「説明と同意」の医療から「説明と選択」の医療への転換です。標準的な治療をしても再発や転移をきたして死に至る患者さんも多いが、重要なことは自分の病気と受けている医療の真実や限界を正しく認識し、医療の過程において自己決定権が確保されることであると私は考えています。

日本の財政支出の中で公共事業は欧米の3倍で、社会保障は1/2であるが、この現状は大きく変化することは無いであろう。だとすれば今後の医療は患者負担の大幅な引き上げと、保険外併用療養費(混合診療)の導入が必須です。厳しい医療費抑制の中で、しっかりとした死生観を持って科学性と合理性を考えて自分の治療を適切に選択して頂ければと思います。

平成18年 第3回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



「医療用電子加速器技術の進歩」

(株)イーイーティー 代表取締役社長／工学博士 田辺 英二

1975年米国デューク大学大学院博士課程終了後スタンフォード大学加速器研究所にてマイクロ波加速器の研究に従事。1978年米国バリアン社マイクロ波研究室マネージャー。1986年シリコンバレーで Advanced Electronics Technology, Inc. 設立。1988年川崎市に(株)イー・イー・ティー・ジャパン設立。2001年東京工業大学原子炉工学講師、2002年東京大学大学院工学研究部門非常勤講師。(株)イーイーティー、(株)アドバンス、(株)アキュセラ、各社代表取締役。電磁波、プラズマ、荷電粒子のソフトウェアとハードウェアの技術と経験を中心に、通信、半導体、医療の分野にて新製品の開発、製造販売、輸出入、サポート事業の展開を行うと共に、国際的に産学連携を推進している。

I. 放射線治療装置の歴史

がんの放射線治療の歴史は非常に古く、レントゲンが1895年12月にX線を発見したそのすぐ翌月に最初の放射線治療が行われた。当時のX線管はガス封入型であり、そのエネルギーは5kVと非常に低く表在性のがんの疼痛が緩和された程度であったが1913年にクーリッジが熱タングステンカソードを利用した真空型X線管を開発して以来、1920年代には200kV～400kVのX線管ががんの放射線治療に一般的に使われる様になった。しかし、これらのエネルギーでもX線の量(線量)の殆どが皮膚表面に集中し深部治療は不可能であった。

1942年ベータトロンと名付けられた電子加速器が開発され、エネルギーが20MeV程度の加速器が1970年代中頃まで放射線治療に使われた。しかし、線量が充分とれない、重い、ガントリー回転角度が小さいなどの理由でベータトロンは現在では殆ど使われなくなっている。1950年代になってコバルト線源による放射線治療が始まったが、やはりエネルギーは1.17MeVと1.33MeVのガンマ線であり、これも深部にX線量を到達させるには不十分であった。

一方1940年代後半に開発されたマイクロ波を使ったリニアック(線形電子加速器)の技術の進歩は目ざましく1962年には現在の医療用リニアックの原型であるアイソセントリック型リニアックがスタンフォード大学とバリアン社の産学連携プロジェクトとして開発され市販用初号機が納入された。これが世界で最初の360°のガントリー回転が可能なりニアックであり1.5mの長さの進行波型加速管と90°のベンドマグネットを使い2MWのマグネトロンによるパルスマイクロ波を加速管に供給することで6MeV電子を加速しその加速された電子ビームを重金属ターゲットに当て高エネルギーのX線を出すシステムであった。その後、加速管に改良が加えられ1968年にはサイドカップル型の定在波加速管が開発され、加速管長が30cmで6MeVの加速が可能となった。

それ以後の大きな改良は1970年代後半にエネルギー可変の加速管が開発されたことであり、これによってスペクトラムの揃った低エネルギーと高エネルギーの電子ビームが同じ加速管から加速可能となった(図1)。そして1980年代以降、リニアックによる放射線治療が外照射治療の主流となっていった。図2に米国と日本における医療用リニアックの年次増加を示す。



図1 医療用リニアックシステム

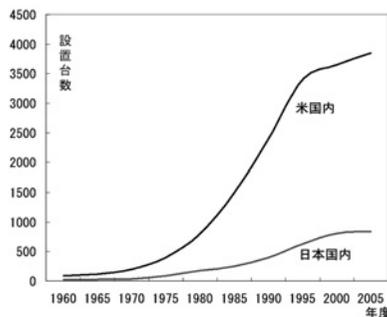


図2 日米における年次別医療用リニアック設置台数

II. 最新の放射線治療装置

現在、リニアックを使った放射線治療の装置は全世界で8,000台近く存在し、毎日12万人以上のがん患者がこの技術の恩恵を受けている。最近特にコンピュータの急速な進歩と共にマルチリーフコリメータ(MLC 図3)の改良により、X線のがん組織の部分に選択的に照射出来るようになった。現在の治療装置の主流は放射線量をMLCを使って空間と時間で制御しながら照射するIMRT(強度変調放射線治療)と呼ばれている治療方法である。米国ではその治療効果が認めら

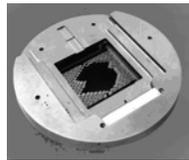


図3 マルチリーフコリメータの写真

表1 放射線治療の新しい動向と今後

IMRT (強度変調放射線治療)
IGRT (画像誘導放射線治療)
SRT (定位放射線治療)
SRS (定位手術的照射)
TOMOTHERAPY (トモセラピー)

れたことで80%の放射線治療にIMRTが使われている。表1に米国における放射線治療方法の

新しい動向を示す。IMRTはマルチリーフコリメータの動きを治療計画に沿ってコンピュータで制御する事でがん組織へのX線線量の集中と周囲の正常組織への線量軽減が行なえる治療であるが、高精度の装置と治療技術を必要とするので日本国内では未だ一般的に使われてはいない。

定位放射線治療(SRT)は元々、脳腫瘍に対して行なわれていた定位放射線外科治療(SRS)であるガンナイフやリニアックラジオサージェリーの技術を体幹部のがん組織の照射に応用する高精度の照射技術であり、2004年4月より肺がんおよび肝臓がんの定位放射線治療に対して健康保険適用となった。

定位放射線治療では1回の線量を10Gy程に上げて、5回程照射する事で肺がんや乳がんの治療に大きな治療効果を上げ始めている。これらは呼吸によるがん患部の動きを低エネルギーのX線やレーザー等でモニターを行いながら呼吸同期させて照射し(IGRT)又CTを治療室内と同室に設置し位置照合も行なう事で達成されている。

トモセラピーはIMRTを更に進化させたものであり、図4に示す様に丁度ヘリカルCTに6MeVの加速管をのせた形状をしている。IMRTでは5~6方向からMLCを各方向でコントロールしてX線照射する方法であるがトモセラピーの装置では全角度からヘリカルCTの様に治療用X線を照射する事が可能であり線量をがん組織により集中させる事が出来る。トモセラピーが実際のがんの放射線治療に使われ始めたのはごく最近の事であり治療効果のデータが蓄積されるにはまだ数年かかると思われる。

今後これらの新しい放射線治療装置の開発に必要な

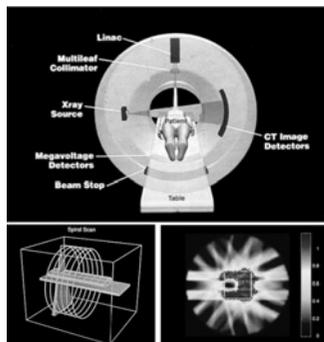


図4 トモセラピー

となる電子加速器の仕様を表2に示す。加速管は小型化の方向に向っており、加速電界として50MV/m程度が必要となる。同時に線量を上げる為には、平均ビーム電流量を上げる必要があり、現行

表2 将来の医療用電子加速器の仕様

1.	線量	1Gy/sec
2.	X線ビーム位置精度	0.1mm
3.	加速管長	30cm
4.	ビームエネルギー	10MeV
5.	ビーム時間コントロール	0.1 μsec

表3 放射線治療に関する日米比較

比較項目	日本	米国
放射線治療専門医数	418人	4200人
医学物理士人数	70人	4700人
治療技師人数	1555人	15000人
治療装置保有施設数	702施設	2600施設
外部照射治療装置数	868台	3700台
がん患者数/年	60万人	130万人
年間放射線治療患者数	15万人	70万人

表4 日米における前立腺がんの放射線治療費用

治療法	日本	米国
通常治療	~40万円	16300ドル
IMRT	40万円~110万円	35400ドル

のリニアックの10倍近いビーム電流を加速する必要がある。又電子ビームの時間コントロールが非常に大切であり、0.1 μsecの時間分解能でビームをコントロールする必要がある。又変換されたX線ビームの空間精度も0.1mmと現在の10倍の精度が必要となるだろう。

わが国では電子リニアックよりはるかに高額な粒子線治療装置の開発と設置が進んでいる。粒子線治療はIMRTやIGRT等の電子線を使った治療方法等と充分比較検討するとともに、同時に放射線治療の先進国である米国の進み方をもう一度良く理解する必要がある。すなわち、表3と表4に示す様に米国と比較して国内の大きな問題は治療装置の開発に起因するというよりは人材の育成と適正な治療価格の設定である。

III. まとめ

急速な高齢化社会において国内においても放射線治療の重要性が少しずつ認識され始めている。しかし、放射線治療が米国の様に医師と患者と社会に認知され、誰にでも受けられる状態になるにはまず熟練した医師、物理士、技師の養成と適正な治療報酬の設定が不可欠である。また、誰にでも何処にいても放射線治療に関する情報が入手可能となり患者自身が自分で自由に治療方法を選択出来る様なレベルに引き上げる必要がある。現在は本来あるべき姿と程遠く、今後、さらに一般に対する啓蒙と行政に対する働きかけが必要である。

平成18年 第3回「市民のためのがん治療の会」講演会 患者さんのおはなし

「肺癌患者さんからの報告」

南山 勝美 (62歳・札幌市)

私は、がん患者として放射線治療及び抗がん剤治療を受けるまでに至った経緯並びに受診に関する思いなどについてお話しさせていただきます。なお、私は現在62歳で札幌市内在住です。この始まりは、平成16年2月に腰に違和感を覚え、3月初め頃から徐々に痛みがきつくなりだし、朝起きてから1時間くらいは痛くて前かがみになることができないほどになったので、市内でも知名度の高い総合病院の整形外科を受診しました。結果は、筋肉痛ということで湿布薬の処方を受けましたが、痛みに耐えきれず他のクリニックを数軒訪れ電気治療、マッサージ、針治療及び神経ブロックなどの治療を受けましたが効果はなく、再度最初の総合病院へ行ったところ、間違いなく筋肉痛であり、安静にした方が良いということで関連の整形外科病院を紹介され入院しました。その病院のMRI検査でも筋肉痛との診断で暫くの間はただ寝ているだけ、後半はリハビリと称してストレッチ、自転車こぎ及び院外散歩などをしていましたが、激痛は治まらず2度にわたり病院長に交渉しましたが、正真正銘の筋肉痛だと言われ、結局2カ月ほどして自主的に退院しました。

全く勤務に戻れる状態ではなかったため、7月始めに別の総合病院で診察を受け、骨シンチ、CT検査などの結果、背骨に腫瘍のあることが分かり、それは原発不明の転移性骨腫瘍（第10胸椎）との診断で即入院となりました。なお、入院中は原発探しのため、PET検査、その他関係のありそうな検査を数々受けましたが分かりませんでした。

不安な思いでいるうちに、北海道がんセンターでセカンドオピニオンを始めたことが分かり、9月に放射線科と整形外科を受診しました。放射線科の西尾先生から、原発が分からなくても腫瘍があるのに何で今まで治療をしなかったのか、私ならすぐに治療を始めるのと言われました。私も先生のお話を聞いて十分納得し、希望を持つことができましたので早々入院させていただきました。入院の日から直ちに放射線治療を受け、約1カ月後に退院しました。さらに、退院後のPET検査で原発が判明し、第四期の肺がんで副腎にも転移していましたので再入院

し、放射線治療及び2回にわたる抗がん剤治療を受け約2カ月後に退院しました。現在、退院後1年7カ月経過しましたが再発等もなく自宅で通常の生活を営んでいます。なお、私もPET検査が万全であるとは思っていませんが、いくらかでも再発等の早期発見ができるならと、先生と相談しながら半年に1度PET検査を受けています。また、経過観察等のため約3カ月に一度がんセンターに通院させていただいています。

結果として、がんセンターでセカンドオピニオンを実施していなければ、この病院へ行くことも西尾先生に出会うこともありませんでした。私はこの制度のおかげで先生に適切な放射線治療をしていただくことができたことを心から感謝しています。

最初の2つの病院の医師、たまたま一つ目の総合病院は部長職の医師、二つ目は整形外科病院長でしたが、二人とも完全な誤診だったわけで、出会った医師により約4カ月、間違った治療を受けるなどして貴重な時間を無駄に費やすことになりました。このような経験をすると患者自身が医師の診断について疑問を感じ次々と病院を変えるのも仕方がないのかなとつくづく考えさせられました。これは非常に難しい問題だとは思いますが。

★医師コメント★

南山勝美さんは原発不明の転移骨腫瘍で来院し、放射線治療を行い疼痛緩和を得た。その後、原発巣は肺癌と判明し、肺原発巣と副腎転移へ化学放射線療法を行い、現在は経過観察している。診断学が進歩しているが今でも最後まで原発不明のままの人もいる。がん性疼痛の緩和治療としての放射線治療の有効性を実感した症例でもある。また南山さんの経過から、PET検査の有効性ばかりでなく、限界と問題点も解説した。

「長く生きたら次のがん」

南部 秀吉 (70歳・札幌市)

私は、昭和61年9月(49歳の時)に喉頭癌が見つかり、その時すでに頸動脈に癒着したリンパ節に転移していた。幸いにして西尾先生に診察を受けたの

が私の命を20年も長びかせて頂いたのだと思っております。

家内は当時4期の末期であると聞かされていました。当時、X線を20回照射し、喉頭を全摘出し、頸動脈にへばりついている癌は取り除くのに大変だったようです。私にとって声の無くなる人生は死んだ方が……と幾度も考え、知人が当時の東京専売病院にのど(喉)を取らずに月3～4度レーザー光線の治療をうけていた為、私も入院時、用事を作り東京まで行って来ましたが、どうしても全摘出しなくてはダメ、と言われ西尾先生に全託することが出来ました。

手術で喉頭は全摘出して、頸動脈の上には細いチューブの様な物を十何本か入れ、その中にイリジウムとかを入れ、鉛で囲まれた病室で3泊4日、四六時中びっしり照射を受けました。朝8時30分に麻酔され終わったのは夕方5時頃であったと後で聞かれました。

術後でもあり熱は出る、首から上は腫れて、身動きひとつ出来ず、今思えば本当につらく大変でした。その後、流動食を鼻から、100日位しておかゆも食べられるようになって、こめかみが痛く、筋肉も使わないでいるとすぐ、衰えるものでした。4ヶ月位で退院でき、今度は徐々に発声練習です。仙台に発声教室があると聞き、行こうと思いましたが、歩く時も家にいても、とにかく一生懸命声を出す練習をしていた処、“ア”という声が出ると腹筋が次々アイウエオが出て、現在は日常生活には何ら支障がなく、小さい声ですが、電話口でも聞き取れる……と言われるようになりました。西尾先生には20年近くも診て頂き、もう大丈夫、と太鼓判を押され、これで私は長年の癌ともすっかり縁が切れたと安心していました。長年の不摂生が本当に今になって分かってもう遅いのですが、昨年12月肺癌が新たに見つかりました。

喉頭癌になる前は、一日にタバコ百本、お酒二升は飲んでいました。そのつけがまわってきたのだと思います。お金を使ってタバコ、飲酒で身体を悪くし、その後は高い病院代となり、大切な命も縮める事になるとは……この年になって分かった事でした。

12月肺癌になり4月頃に眼に転移し、再度西尾先生のお世話になっております。

肺の方も眼の方も今回は放射線で治療し、今は自宅で静養中です。これからは自分に与えられた余生

をゆっくり有意義に日々暮らしていこうと思っております。平成18年7月25日 南部 秀吉

★医師コメント★

南部さんは左頸部リンパ節転移を伴う進行した喉頭癌(声門上癌)であった。約4cmの左頸部リンパ節転移は総頸動脈に固着しており、当時の病期分類ではT3N3M0=4期の喉頭癌である。術前照射40Gy後に喉頭全摘術と左根本的頸部郭清術を行った。リンパ節転移は頸動脈壁に癒着浸潤していたため、術中にイリジウム-192線源用の誘導管を留置してきて、術後にイリジウム-192線源により頸動脈壁周囲に術後照射を行った。現在の周術期小線源治療の草分け的な症例である。喉頭全摘しても食道発声法を身につけて、上手にお話できる状態で、幸い喉頭癌は再発無く経過していました。

しかし20年目に肺癌が見つかりまた私が治療に携わっています。肺だけでなく転移した脈絡膜にもピンポイント照射も併用した放射線治療を行い、経過観察中である。一つの癌が治っても長生きすれば別の癌が発生します。重複癌とか多重癌と言いますが、南部さんもこの重複癌例のお一人です。

「がんに負けない」

岡本 治 (67歳・空知郡奈井江町)

こんにちは、岡本 治と申します。私の年齢は67歳で、職業は塗装業を営んでいます。

私の病名は、アスベストによる悪性の中皮腫です。腹部にしこりの様な物を感じたのは、平成15年の夏頃でした。その時は肉腫のようだという事で11月に、一度目の手術をしました。その結果、どうもがらしいと言うことでいくつかの大病院で検査をしましたが、1年間わかりませんでした。翌年の平成16年の9月にまた同じ所に小さいしこりを感じ、11月に再度手術する事になり、その時には約2センチ位の大きさでした。この2回目の手術の結果、進行の早いがんが中皮腫と言う事でした。先生の話ですと、普通は肺に出来るそうで、私の様に鼠径部に出来るのは非常に珍しいとの事でした。大変なショックを受けましたが、手術では広い範囲で切除したそうですが、今後どのような治療を行ったらいいのかと聞

きましたら、美唄労災の奥山先生より札幌のがんセンターなら中皮腫にあった抗癌剤があるのではないかと言われ、また放射線ではすごい先生がいるので行ってみたらどうですかと言って頂いたので、即、お願いをして12月に北海道がんセンターに来ました。そこで西尾先生にお会いしましてすぐに入院する事が出来ました。

私は美唄労災病院や、がんセンターで抗癌剤の副作用で苦しんでいる人、食事も取れない人を見て覚悟を決めて治療に入りましたが、思った程の副作用などはありませんでしたが放射線では尿の出が悪かったり痛みなどがありました。我慢が出来ない程ではありませんでした。でもやはり少しは痩せましたが、家内には少し痩せて丁度いいと言われました。入院生活で気が滅入る時もありましたが、2週間に一度は自宅に帰る事で気分転換になりましたし、病院では暗い話よりも楽しい話を心がけました。

看護師さんからは病人とは思えないね、と言われながらも、うるさい患者だったと思います。またここに来て、小さい子供さんもがんで入院しているのを見て胸が痛みました。

私には、1人娘がおりますが、小学5年生の時にウイルスによる脳髄膜炎にかかり、3ヶ月間近く意識がありませんでした。医者からは後遺症が残るかも知れないと言われましたが、まったく傷害もなく1児の母になっております。

私もまた、いつ再発するかもしれないと言う不安がありますが、あの時の娘や孫を思うと、こんな病気に負けてなるものかと今は、若い職人と一語に無理をせず仕事をしたいと思っております。

国会ではがん関連法と言う新しい法律が出来た様ですが、道内では、がん専門の病院や放射線科の先生方が少ないと聞いていますので、一日も早い対応をお願いしたいです。

アスベストによるがんに犯されましたが、美唄労災の奥山先生やがんセンターの西尾先生に巡り会えた事を今は幸せに感じております。私はがんに関する情報や、本などは一切読まない様にしています。また、健康食品なども口にすることはありません。三度の食事と、8時間の睡眠、そして沢山のひととお話をする事（家内はこれを檀家参りと言う）、一番の治療法は、家内が病人扱いをしてくれない事かもしれません。

そして、がんに負けない、生きる、と言う強い気持ちをもって頑張りたいと思います。

★医師コメント★

長く塗装業に従事し石綿曝露歴がある。精巣鞘膜から発生し、右鼠径部に腫瘤を形成したため切除したら悪性中皮腫であった。再発後にまた手術したが、切除断端にがん細胞が残存したため術後に照射と化学療法（シスプラチン）を同時併用して治療を行った。悪性中皮腫の80%以上は胸膜から発生するが、腹膜や心膜からも発生する。精巣鞘膜からの発生は0.1%以下といわれ、非常に稀な例である。有効な抗癌剤が無い中皮腫に対しては手術と放射線治療を上手に組み合わせることが重要である。

「ガンは私の友人」

原 政功 (66歳・札幌市)

私、昭和15年7月31日生まれ66歳（ミュージシャン）テナーサックス奏者。今年で49年目、現在も演奏中です。

平成14年春5月初め頃、喉にギリギリとした痛みが走りこの後、血痰が出るようになり個人病院耳鼻咽喉科に受診しました。大丈夫です、風邪からくる喉の痛みです。でも一寸変な痛みです（変な予感でした）。悪いものではないとの事でその日はうがい薬と吸入で終わりました。

安心して帰ったのですが、12月に入りだんだんと痛みも強くなり再診しましたが、その時先生の顔色が変わったのです。紹介状を書きますからこの病院に行ってください（予感が当たった）。

紹介状を持ち社会保険総合病院へ。病名、下咽頭癌（悪性）と診断、当病院より専門病院の方が良いのではと言われ、また紹介状とレントゲンフィルムを持たされ北海道がんセンターへ（私の友人で薬品会社に勤めている人の話では、耳鼻咽喉科〇〇先生、放射線科西尾先生と聞いていましたので）。

まず耳鼻科で、レベル4ですぐ手術します。私は目の前が真っ暗になりました。「手術はしません。手術をしたら私の人生終わりです。一生サキソフォンが吹けなくなる、手術はしません」……と、言い続けました。先生がそれでは放射線科と相談してみ

ましよう……。

初めて西尾先生に会いました。ガンの事、放射線の事など色々説明していただきました。しかし、私の身体は病にむしばまれてポロポロでした。胃癌5回いずれも胃カメラで摘出、この4回目レベル3～4で手術を言われ無理を言ってカメラで、夜トイレで吐血し意識消失、血圧上40下不能、肝硬変、ウイルス性骨髄膜炎、慢性腎不全、慢性膵炎、椎間板ヘルニア手術など併せて色々あり、56～60kgあった体重が41kgしか無くなっていました。

西尾先生も困っていたようです。腎不全のため抗がん剤が使えないと言うのです。また、放射線だけでも5kgはやせるとの事でした。私は、放射線だけでいいです、退院するまでに5kg太って帰ります、と。

明けて15年1月5日本格的に放射線治療に入りました。コバルトの事は知っていましたが、直線電子加速器(リニアック)は初めて見ました。まず首あてマスクを作り首に合わせます。タテ、ヨコ、ナナメに線が入り、私がベッドに横になると上から固形物が下りてきて近くなってくるとやはりタテ、ヨコ、ナナメの真赤な線がマスクの線とピタリと一致したのです。見事の一言です。点と線が交じり合った所がガンの場所、一点集中(ピンポイント)照射、これを10回クリアした時、先生から意外な言葉が返ってきました。ガンが1/3小さくなっていると喜ぶ先生と同時に私は“ヤッター”と叫んだ。私より先生の方がうれしそうでした。これを26回、私の場合抗がん剤は使用していないので、とどめの4回計30回。入院して以来3ヶ月ですでに約束の体重も46kgになり、無事退院する事が出来ました。

私事になりますが、まずガンになったら手術の前に放射線を勧めます。あとは先生を信じる事です。そして自分を信じる事、けして落込まない事、目的を持って明るくハイになる事です。これが私の“モットー”です。

友人が病院に見舞いに来て「ガンなのになぜそんなに楽しそうな顔をしているの」と皆さんに言われました。「ガンは私の友人です」。こうなれたのも西尾先生の普段から患者に対する思いやりの裏技かも!!

西尾先生、私が今テナーサックスを吹けているのも先生あっての私です。7月16日「市民のためのがん

治療の会」に出演させていただき、この会の事を知りました。さっそく會田代表様に電話にて入会申し込みました。西尾先生ありがとうございました。

★医師コメント★

講演会では素晴らしい演奏をして頂き有難うございました。サックスを吹き続けたいという執念ががんを治したようです。闘病では気持ちの持ち方も大事ですね。

平成18年 第3回「市民のためのがん治療の会」講演会

1. 日 時 平成18年7月16日(日)
13時00分～17時15分
2. 場 所 北海道がんセンター大講堂
3. 講演内容等
 - 12:30 司会 北海道文化放送リポーター 徳永エリ
受付開始
 - 13:00-13:05
開会挨拶・オリエンテーション
当会代表 會田昭一郎
 - 13:05-13:15
来賓挨拶 衆議院議員 荒井 聰
 - 13:15-14:15
「知っておきたいがん医療のうらばなし」
当会代表協力医・北海道がんセンター
統括診療部長
西尾 正道
 - 14:15-14:20
「市民のためのがん治療の会北海道支部について」
市民のためのがん治療の会北海道支部長
木村 勝夫
 - 14:20-14:30
「ストップ・ザ・がん難民シリーズについて」
北海道文化放送ディレクター 杉村 和紀
 - 14:30-15:10
「患者のお話」(南山 勝美、南部 秀吉)
休憩
 - 15:20-15:40
演奏会(原 政功)
 - 15:40-16:00
「患者のお話」(岡本 治)
 - 16:00-17:00
「世界の放射線治療装置と治療技術の進歩」
当会創立委員・東京大学非常勤講師・
AET代表取締役
田辺 英二
 - 17:00-17:15
開会挨拶
当会創立委員・株式会社アキュセラ副社長
上總 中童

がんの放射線治療を応援する署名活動

東京大学附属病院緩和ケア部長
東京大学医学部放射線科助教授

中川 恵一



東京大学医学部医学科卒業後、昭和60年東京大学医学部放射線医学教室入局。社会保険中央総合病院放射線科、東京大学医学部放射線医学教室助手、専任講師を経て現職。平成15年東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部長（兼任）。この間スイス Paul Sherrer Institute へ客員研究員として留学。英文論文などによる学術発表の他、患者/一般向けの啓蒙活動にも力を入れている。著作には、「緩和医療のすすめ」、「放射線をかけると言われたら」、「放射線治療とEBM」、養老孟司先生との共著「自分を生ききる一日本のがん治療と死生観一」、「ビジュアル版がんの教科書」（近著）など多数。

がん放射線治療の充実を求める市民運動に取り組んでいます。まず、3月21日に、東大で、「がんの放射線治療を応援する市民集会」を開催し、以下の決議文とそれに基づく署名活動を採択しました。

- 1) 放射線治療の専門医と専門の放射線技師を増やすこと
- 2) 放射線治療の品質管理の専門家を育成すること
- 3) 放射線治療の診療報酬の適正化をはかること
- 4) 科学的で公正ながん治療情報を開示すること

集会のもようは、NHK、日本テレビのニュースで報道されたほか、読売新聞の医療ルネッサンスの記事となりました。本会員 [SA1] の皆様からも献身的なご協力を頂き、10万人という目標をほぼ達成しています。4月28日に、集まった署名のうち、約5万人分を、首相官邸で、安倍晋三官房長官に提出した上で、放射線治療の充実についてお願いをしました。

安倍官房長官には、今回の訪問の前に、2回、講義に官邸に伺っていますので、放射線治療の必要性はよくご理解頂いておりました。今回の国会の衆議院予算委員会でも、「放射線の専門家が非常に少ない。欧米の治療をみると、手術による治療、抗がん剤による化学療法、放射線治療があるが、放射線が重視されている」と述べ、放射線治療を普及させていく重要性を強調され、放射線治療が進むよう環境作りを進めていく考えを示されています。また、放

射線治療の「需要が増え、（専門医が）足りなくなる」と述べ、専門医を養成していくために「診療報酬上の評価も必要だ」との見解を示されるなど、放射線治療に関する非常に前向きな答弁を頂いています。

5月15日には、署名約1万人分を、文部科学省の石川明高等教育局長に提出して、医学部での教育内容の見直しや放射線治療の教授職の充実などについて要望いたしました。また、5月15日には、署名約2万人分を、厚生労働省の赤松副大臣に提出して、がん対策における放射線治療の重要性を説明してきました。

前後しますが、3月16日、参議院予算委員会の公聴会で、放射線治療と緩和ケアについての意見を述べて参りました。

こうした流れを受けて、6月16日に成立した「がん対策基本法案」においても、放射線治療と緩和ケアの必要性が十分に組み込まれるべく、要望を行ってきました。結果的に、第十四条「国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。」が入りました。「その他の医療従事者」には、専門の診療放射線技師や放射線治療品質管理士が含まれます。参議院の附帯決議には、放射線治療の品質管理についてもはっきりした記述が入っています。今後も、放射線腫瘍医の増加や品質管理の充実など、放射線治療の環境整備を訴えていきたいと思えます。会員 [SA2] の皆様のご支援をよろしくおねがいたします。



コマキ リツコ先生
 プレスミーティング
 順天堂大学放射線医学講座
 唐澤 久美子



昭和34年生。昭和61年 東京女子医科大学医学部卒業。同年 同大学放射線科研修医。平成元年 同 助手。平成12年 同 講師。平成14年 順天堂大学放射線科講師。平成17年 同 助教授。

専門医：日本医学放射線学会専門医、日本放射線腫瘍学会認定医、日本乳癌学会乳腺専門医

委員等：日本放射線腫瘍学会評議員、日本乳癌学会評議員、日本食道学会評議員、日本放射線腫瘍学会広報委員、関連学会委員、日本医学放射線学会医学物理士認定委員、日本乳癌学会専門医試験問題作成委員、ガイドライン作成委員、用語委員など

去る、平成18年6月30日、順天堂大学 有山記念館講堂にて、M.D.アンダーソンがんセンター放射線腫瘍科コマキ リツコ教授のプレスミーティングおよび講演会を行いましたのでご報告します。

コマキ先生は、順天堂大学放射線科の客員教授ですが、大学でのご講演は今回が初めてでした。今回そこにプレスミーティングを併催致しました。これは以下の経緯によるものです。

以前より、市民のためのがん治療の会代表の會田昭一郎様と唐澤で、放射線治療を一般に広報するための手段について相談をしていました。そのなかで會田様が、海外の著名な先生に放射線治療の重要性を言っていただくことは、日本人に有効ではないだろうか、しかもその方が日本出身であったなら、日本語でのアピールはより理解され易いだろうと仰っておられました。確かにそれは有効な手段に思われ、しかもコマキ先生であれば間違いなくインパクトがあるだろうと考えました。

この會田様のご発案をコマキ先生に率直に申し上げたところ、「日本の放射線治療を良くするための努力は厭いません、私にできる事なら何でもします。」との有り難いお言葉を頂戴しました。

プレスミーティングでは、最初に中川先生に日本の放射線治療の現状をお話戴き、會田様から患者の立場でのお考えをお話戴きました。その後、司会を唐澤、中川先生、會田様で行ない、コマキ先生のお考えを伺いました。コマキ先生のお話の要約は以下です。

日本では放射線腫瘍医はまだ少ないが、米国では50倍もの倍率の公募者がある人気の部門で、各科からの尊敬を集めている。それに引き換え、日本のがん医療は、まだ外科が牛耳っているという印象を受

ける。外科・内科・放射線腫瘍科が3科で協議して治療方針を決めるのではなく、外科治療の後に放射線腫瘍科や腫瘍内科に紹介されるようでは最適な医療は望めない。米国では3科で診察を受けてから治療を開始する事は必須であり、日本のようにどの治療が最も患者のためかという議論なしで初回治療に取りかかるのは問題である。その点で日本はアメリカと比べて、がんの医療体制としては40~50年近く遅れている。ましてや、がんの登録制度がなく、予防や治療のサポート体制も整っていない。

放射線療法は機能と形態を温存できる素晴らしい治療法である。1980年代、米国でもまだ外科の力が強かったが、放射線腫瘍学の先達達が戦ってこの地位を築きあげてきた。日本の方はおとなしく、主張を通そうと人を罵倒するような事はしないが、本当に大切な事は言わなければならない。

医学部における放射線腫瘍科と放射線診断科を分離することも、業務や教育の方向を考えれば当然である。米国では1970年代に別れている。

日本では放射線治療の品質管理の人材も不足しており、育成の必要がある。基礎の優秀な物理学者はいるが、医学物理の人材が少ないのは残念である。

M.D.アンダーソンがんセンターの放射線腫瘍部門は全米1位の規模で、1日の治療患者数450人で、リニアック22台を有するが、放射線腫瘍医50人、研修医22人、医学物理士60人、線量測定士70人、放射線治療技師70人と人材も豊富である。現状の日本のように少ない人数で荷重労働をすることは、品質の低下、ひいては事故につながり危険である。

と、我々が日頃言いたい事を、マスメディアにアピールしていただき、会場の放射線腫瘍医および放射線治療関係者は大いに盛り上がり、拍手を送りました。先生のご尽力に報いるために、今度は我々の更なる努力が求められているように思い、決意を新たに致しました。



中川 一

中川 一

Ritsuko Komaki

唐澤久美子

「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

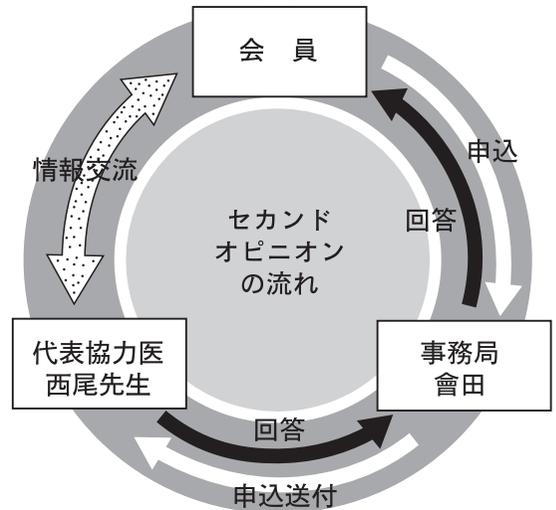
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては放射線治療に関する情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方の中から、適切な先生をご紹介します。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門家です。

●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ても医療サービスを受けられ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。



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	有木佳子	家近信行
生田いさ子	池崎清	石毛雅子	井上佳典
岩崎亨	上野暢久	小賀野智	確井美智子
内田圭衣子	大川勇	葛西美譽子	萩野和義
小澤敬子	賀川明	葛西道生	楮本智子
北川佳恵	城戸マツコ	甲平一郎	国生淑子
小杉俊夫	小林軍一	酒井恭子	志賀瑠美子
宿谷恒夫	庄司淑子	住谷禎文	染谷治男
高野昌昭	高松忠	谷川文吉	谷口朔
千木良由里子		千坂雅子	天神巖
富永裕美子	中村ヒサ	南雲政義	新部英男
新部英男	西岡秀子	沼口健治	沼口健治
早川和重	林紀江子	沼林淳子	福井禎子
兵藤恵美子	平岡真寛	平塚理子	松田真己子
藤田博	藤田芳子	前村朋子	山崎次郎
峯野敏子	茂木昌孝	山川美子	山崎浩光
山下敦子	横田恵美子	吉村和枝	

法人

エー・イー・ティー 九州講演会協賛各社 札幌医大放射線科
中外製薬 千代田テクノル Hi-Art

編集後記

- 毎朝、朝日に当たりながら呼吸を整え、皆さんのご快癒をお祈りしております。その朝日は夏の間は高く、ベランダからは拝みません。気が付くといつの間にか朝日を浴びながら呼吸法をしているのに気がきました。時は移り、そういう季節になったのですね。
- 講演会は年4回の予定ですが、このところ回数が増え、その分ニュースレターへの掲載分も多くなり、会員のページがとれなくなってきたのが悩みの種です。会員の方が全員インターネット環境にあるわけではないのも分かりますが、HP上に投稿を掲載するようなことができないか、など検討しております。ご意見などお寄せ頂ければ幸いです。
- 最近、マスコミからの会員への情報提供依頼が相次いでいます。「がん難民の経験」などの事例を求めるケースも多いです。がん医療を改善するためにメディアの協力は欠かせません。何でもそうでしょうが、棚たて式に、成果だけを待っているのではなく、自分から求めると言うこともある程度は必要ではないでしょうか。お名前、映像、お声、写真などは色々加工できますので、プライバシー保護についてはご希望を述べられれば、十分に保護されます。できる範囲で協力できることには是非ご協力をお願いいたします。(A)

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。

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)

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
アイントープ事業部
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

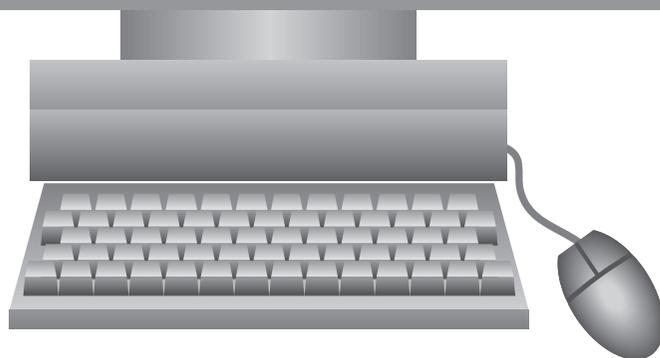
参考書籍のご案内

注文	書籍名 / 著者 / 出版社名	頒価
	がん医療と放射線治療 / 西尾 正道 著 / エム・イー振興協会	1,500
	がんの放射線治療 / 西尾 正道 著 / 日本評論社	2,000
	放射線治療医の本音 / 西尾 正道 著 / NHK 出版	1,400
	よく分かる癌放射線治療の基本と実際 ／兼平 千裕 / 編真興交易(株)医書出版部	3,200
	眠れ！兄弟が／篠田 徳三 著 / 文芸社	1,300
	前立腺ガンーこれだけ知れば怖くないー ／青木 学 訳 / 実業之日本社	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 / コモンズ	1,600
	ガンに打ち勝つ患者学 / 藤野 邦夫 訳 / 実業之日本社	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 / 小学館	1,700
	自分を生ききる / 中川 恵一・養老 孟司 共著 / 小学館	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 / 講談社	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 / NHK出版	1,600
	多重がんを克服して / 黒川 宣之 著 / 金曜日	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 / 日経 BP 社	2,400
	安心して受ける放射線治療 ／伏木由見子 訳 / 市民のためのがん治療の会	300
	がんの教科書 / 中川 恵一 著 / 三省堂	1,700
	花と遊んでときどき仕事 豊田 マユミ 著 / 牧歌舎	1,400
	講演会などのDVDのご案内	無料
	入会案内	無料

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		

「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。



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