

ニュースレター
Newsletter



No **1**

2007.1

Vol.4 (通巻13号)

巻頭言

『がん医療は
国民福祉のための
最重要課題』



日本医師会会長
唐澤 祥人

千葉大学医学部卒業、同愛記念病院勤務を経て昭和44年唐澤医院院長就任。墨田区医師会会長、東京都医師会会長、日本医師会理事を歴任、平成18年日本医師会会長。

新年明けましておめでとうございます。新春にあたり、市民のためのがん治療の会会員の皆様にご挨拶の機会をいただき、誠に光栄に存じます。貴会ががん治療のために長年にわたり放射線治療を基本とした多くの医学的情報を提供し、さまざまながんの治療と克服に貢献をされ、衷心より敬意を表するものであります。

また、一般の市民に対しての啓発活動を推進し、がん医療の現場におけるがんと闘う方々と、そして病苦をともしする家族への支援活動や、さまざまな問題点を政策提言し、事業展開をされておられます。このような事業の目指すものは、日本医師会の医療政策にとっても大変重要な事項であります。

いま少子高齢社会の進展とともに、健康長寿の延伸という大命題が唱えられるようになりました。本年はいよいよ団塊の世代が還暦を迎えますが、いわゆるわが国の中核たる生産世代の退役がはじまり、このような大きな転換期に、政治や教育、そして医療・保健などの役割が期待されております。全世代を通じた健康推進策と疾病予防のための取り組みが、人口減少時代の中心課題であります。

ことにごがん医療は、その予防策の啓発とともに早期発見・早期治療の推進と、最も適切な治療を提供するためのエビデンスに基づいた医療提供体制の確立、拠点病院や疫学的研究体制からの新たな治療方法の開発、セカンドオピニオンの体制の充実が、長寿社会を価値ある社会にするものと確信しております。

ここにあらためて、貴会が広く国民福祉向上のために今後もご活躍、ご発展されますことを祈念いたします。

平成18年 第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



「肺がんと最先端手術～胸腔鏡手術」

独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター 呼吸器外科医長 近藤 啓史

昭和55年旭川医科大学卒業後、旭川医大、北大、旭川医大病棟医長等を経て平成4年国立札幌病院・北海道地方がんセンター外科（厚生技官）に転出。同年7月国立がんセンター中央病院 副院長成毛昭夫先生に出会い、師弟関係となり、胸腔鏡手術を開始。平成16年4月より現職。医学博士、旭川医大非常勤講師。日本外科学会（認定医、専門医、指導医）。手術手技研究会第10回指定研究「鏡視下手術のおける鉗子型およびピストル型直針縫合器の開発」（平成10年3月）表彰。

我が国の原発性肺がん（以下肺がん）の発生数は年間約6万人とされています。肺がん切除率は40～50%と言われ、年間切除例は多くて約3万例です。切除例の5年生存率は約50%であり、全肺がんの5年生存率は20ないし25%と考えられています。このように治癒率が低いのは喫煙者が多いことと早期発見が遅れているためです。血痰、頑固な咳、胸痛などの症状がでたときは殆どがⅢ期（縦隔リンパ節転移、心臓や太い血管・中心部の気管支・胸壁への浸潤、癌性胸水）Ⅳ期（他臓器への転移）のことが多く、手術はできないし、できたとしてもその後抗癌剤治療、放射線治療を余儀なくされます。現在、「肺がん死」から身を守るには喫煙をしないこと（喫煙後2～30年立ってから肺がん発生率が右肩上がりに増加する）、受動喫煙（周りの人のタバコの煙を吸うこと）を予防すること、症状がないうちに毎年検診（健康診断）を受けること、近親者にがん患者がおられる人で喫煙者の人にはCT検診を受け、早期のがんで見つけることをお勧めしたい。肺がんを予防することは現在できないが、遅らせてくれるかもしれないし、見つかってもし小さい初期あるいは早期の肺がんで済むかもしれない。呼吸器外科医の立場から言うと、治りやすい状態で手術をすれば、確実に根治ができるし、今はやりの内視鏡手術（胸腔鏡手術）で完治させることもできる。症状のあるⅢ期以上の状態で来られ、治してくれといわれてもなかなか大変である。外科医の世界では、「医者を選ぶのも寿命のうち」という格言があります。しかしⅢ期、Ⅳ期（脳、骨、副腎など遠隔部に転移を持つ人）で来られて治してくれと言われても、どんな手術の達人も、名人も助けてあげられない。昔からがんは頑固の人がなると語呂合わせみたい言われ

ます。私は10年以上肺がんの他消化器、乳腺のがんの外科も研鑽してきましたが、確かに頑固な人が多いという印象を持ちます。Ⅲ期Ⅳ期の人を見ると、「俺は喫煙してもがんにはならない」と公言していたとか、「僕はがんにはならないから検診は必要ない」とか、わがままなのか頑固なのかそういう人が多いことに気づきます。病のもととは心からという言葉があります。「病氣」の字をよく見ると「病は氣（こころ）」からと読めるではありませんか。頑固な器質ががんを誘導しているかもしれません。最近の研究で、笑うと糖尿病の人の血糖値が下がり、そして体を構成する細胞の中の21個の遺伝子のスイッチがオンになったと言う報告があります。がんは遺伝子病とも言われています。受精したときに父親母親から貰ったがん遺伝子が、長い間頑固な心遣いをしていてがんを誘導する遺伝子（がん遺伝子）にスイッチが入り、がんができるのではと思います。そしてがんの誘導、進行を早めるのは喫煙、大酒飲み、ストレス、肉類主体の食事などではないかと思っています。このように意外と心の使い方（心遣い）が病氣、がんを誘導しているのでは？と思います。肺がんを予防することが完全にできない現在、「タバコを止めましょう」、「検診を受けましょう」と言われたら、「はい、はい」と素直に聞く必要があるのではないのでしょうか。

私は比較的早期のⅠ期肺がんの人には今日の本題の「胸腔鏡手術」をお勧めしています。せっかく早期に見つかったのに、メリットがないのはおかしいと思うからです。命が助かるなら、大きく胸を開けられたってしかたがないという論法も成り立ちますが、手術は外科医（術者）の腕の問題です。良い外科医の条件は自分の手術器具を持つぐらいの技術で

持ち、患者さんに優しく、誠実に生きることであると教えてくれた先生がいました。患者さんを自分の身内と思い、技（わざ）を磨き、手術日前より体調を整え、的確な手術が行えるよう日々努力をするべきです。胸腔鏡手術はソフトバンクの王監督の胃の手術で有名になった腹腔鏡手術とよく似ている手術手技です。今までは大きな傷を開け直接内部を見て手術をしていましたが、直径5mmあるいは10mmの棒状の先端内部にレンズがついている内視鏡と呼ばれる装置を直接胸の中に入れ、外科医はテレビモニター（局部が20～30倍に拡大されます）を見て、大きくても4cmくらいの傷数カ所で手術を行う技術です。傷の大きさ、手術内容はそれぞれの外科医の腕にかかってきます。この手術の利点は1) 痛みが少ない、2) 早期離床（翌日には歩けます）、3) 早期退院（術後7日位から）、4) 早期の社会復帰、5) 両側に肺がんがある人では同時に手術が可能。欠点はモニターを見ながらの手術（技術）は難しく、外科医の誰でもが簡単にできる手術ではないことです。私たちは肺がんの手術には胸腔鏡手術は困難と諸先輩方から言われた平成4年より「安全確実」を合い言葉に手術器具・手術技術の開発をし、そして鍛錬してきた胸腔鏡手術も最近では開胸と同等の手術が可能となりました。Ⅱ期、Ⅲ期の患者さんにも家族の人ともどもよく話し合い、理解と納得が得られましたら胸腔鏡手術で行っています。また初期の肺がんの人たちには、小さく肺を取る縮小手術を胸腔鏡手術で行っています。なぜなら同時にまたその後の経過観察中に約1割の患者さんに新しい肺がんができるからです。その都度肺を取っていったら（肺が

んの時は一般的に肺葉切除をします。しかし肺は右に3葉、左に2葉計5葉あり2葉以上取ったら呼吸苦などがでてきます）肺がなくなり運動時の呼吸苦、呼吸不全になり酸素をいつも携帯しないといけなくなる可能性があります。初期、早期で見つかったら、なるべく肺を温存する方がよいのですが、開胸手術でも難しく手術法としては一般的ではありません。当科では良く吟味して肺部分切除、区域切除などの肺温存手術を胸腔鏡手術で行っています。

最後に、患者さんはがんと言われたら、約9割の方が「うつ」になると言われています。また家族の方も同様です。外科医は技を使い、患者さんの身体からまずがん病巣を取り除くために命を懸けなければなりません、患者さん家族の「こころ」も無視してはいけません。身体を治すとともに心も助けるように努力をしなければなりません。この先生に出会って良かったと思われるよう、「医者には宗教家でもあるべきだ」（医聖ヒポクラテスの言葉）と思います。「傷を小さく、痛みを最小に、そして手術効果は最大に」が私の開発した胸腔鏡手術のモットーです。ご縁があればどうぞいらしてください。ご意見、ご相談は keishi@sap-cc.go.jp まで。図は「外科医は腕とハート」の私の信条のマークです。



平成18年第4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」

平成18年10月21日(土) 13:00～16:30 東京医科歯科大学5号館特別講堂

< 日程 >

12:30	受付開始		
13:00-13:05	開会挨拶	当会代表	會田昭一郎
13:05-13:10	来賓挨拶	シー・エム・エス・ジャパン株式会社代表取締役	芦野 靖夫
13:10-14:00	「最先端の肺がん手術～胸腔鏡手術」	北海道がんセンター呼吸器外科医長	近藤 啓史
14:00-14:50	「肺がん化学療法最前線」	東京共済病院 腫瘍内科	高野 利実
14:50-15:00	休憩		
15:00-15:50	「肺がんの放射線治療」	北里大学 放射線科教授	早川 和重
15:50-16:20	「まとめのお話」	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
16:20-16:30	閉会挨拶	当会創立委員 株式会社山愛特別顧問	中村 純男

平成18年 第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



「肺がん化学療法最前線」

東京共済病院 腫瘍内科 高野 利実

1998年東京大学医学部卒業。腫瘍内科医を志し、東大病院内科および放射線科・総合腫瘍病棟で研修。2000年より東京共済病院呼吸器科に所属し、乳がん・肺がんの薬物治療を担当。2002年より国立がんセンター中央病院内科レジデント。肺がんに対するイレッサ®の効果予測因子についての研究で米国臨床腫瘍学会 Merit Award、世界肺がん会議 Young Investigator Award を受賞。2005年に東京共済病院に戻り、念願の「腫瘍内科」を開設し、現在に至る。Human-Based Medicine (HBM；人間の人間に拠る人間のための医療) を掲げ、主に乳がん・肺がんの薬物治療と緩和医療に取り組んでいる。ホームページは <http://homepage2.nifty.com/toshimitakano/>。

腫瘍内科医の視点から、肺がん治療の流れや、病
気や治療との向き合い方についてまとめたいと思
います。

肺がん治療には、手術、放射線療法、化学療法な
ど、直接がんに作用する「積極的治療」と、がん
には直接作用しないけれど、がんの症状や治療の副
作用を和らげ、人間らしく、生活の質（QOL）を維持
しながら生きることをサポートする「支持的治療」
があります。ある程度進行した肺がんの場合、がん
を完全になくす（根治する）ことは困難ですが、
「がんとうまく長くつきあう」という目標に向かっ
て、「積極的治療」と「支持的治療」をバランスよ
く行っていくことが重要です。腫瘍内科医は、積極
的治療としての薬物治療（全身治療、化学療法）と
内科的な支持的治療を行うとともに、外科医、放射
線科医、緩和ケア医などと緊密な連携をとりながら、
患者さんの道案内をする役割を担っています。

ここでは、肺がんの大部分を占める「非小細胞肺
がん」の治療法を簡単に説明します。「早期肺がん」
では、まず手術が行われますが、手術のあとで、目
に見えない「再発の種」をやっつけるために化学療
法を加えることがあります。一定の割合で再発を防
ぐ効果（ベネフィット）がありますが、副作用（リ
スク）もある治療ですので、担当医とよく話し合っ
て、治療を受けるかどうか判断する必要があります。
「局所進行肺がん」では、手術、放射線療法、化学
療法を適切に組み合わせる「集学的治療」が重要で
す。「進行肺がん」では、積極的治療の中心は化学
療法です。最初に行う「1次化学療法」では、白金

製剤（シスプラチンまたはカルボプラチン）と第3
世代抗がん剤（パクリタキセル、ドセタキセル、ゲ
ムシタビン、ビノレルビン、イリノテカン）のい
ずれかの2剤併用が行われます。化学療法の副作用と
しては、吐き気・嘔吐、脱毛、白血球減少をはじめ、
様々なものがありますが、どういことがどうい
タイミングで起きるのか、どのように対処すればよ
いのか、を担当医からよく聞いておくことが重要で
す。正確な知識は副作用軽減にもつながります。

近年のがん薬物治療で注目されているのは、「分
子標的治療薬」です。がんの発生、増殖、転移に関
与する分子に狙いを定めてから開発される薬で、肺
がんでは、「上皮成長因子受容体（EGFR）」を標的
とするゲフィチニブ（イレッサ®）がその代表です。
イレッサは、世界に先駆けて2002年7月に日本で承
認され、今や、進行肺がんの治療には欠かせない薬
となっています。1日1錠の内服で、日本の肺がん
患者さんの約30%に明らかな腫瘍縮小効果をもたらし、
多くの場合は比較的小さな副作用で長期間続け
ることができます。ただし、皮膚障害、下痢、肝障
害の副作用が高頻度でみられるほか、致命的な肺障
害をもたらすこともあり、イレッサを使った人のう
ち約2%が副作用で死亡しています。マスコミは、当
初「夢の新薬」と騒ぎ立てて過剰な期待を煽り、副
作用死が増えてくると、「悪魔の毒薬」かのように、
死亡数をセンセーショナルに報道して過剰な不安を
煽ったわけですが、「リスク」（危険性）か「ベネフィ
ット」（効果）のどちらか一方だけを考えるのではな
く、その両者のバランスで判断することが重要です。

イレッサの場合は、どういう患者さんに効きやすく、どういう患者さんに肺障害が起きやすいのかを調べる研究が盛んに行われ、女性、「腺がん」という組織型、喫煙していなかった人でイレッサが効きやすく、肺障害は起こしにくいことがわかってきました。さらには、効果を決定づけているのが、EGFRの遺伝子変異であることも解明されており、今後は、これらの情報に基づいて、リスクとベネフィットのバランスを的確に判断することが求められます。「イレッサには延命効果がない」という報道がされたこともありましたが、正確には、「海外の臨床試験において、イレッサによる『明らかな延命効果』は統計学的に証明されなかった」ということであって、私たちは、国立がんセンター中央病院でイレッサ承認前後の患者さんを比較して、イレッサが延命効果をもたらしていること、そして、その効果はEGFR遺伝子変異のある患者さんで顕著であることを示しています。患者さんの利益を第一に考えた報道をマスコミに求めつつ、皆さんには、センセーショナルなマスコミの報道にはあまり惑わされないようお願いしたいと思います。

イレッサの例に限らず、がんの治療には必ず「リスク」（危険性）、「ハーム」（害）、「デメリット」（不利益）、「コスト」（費用）が伴うわけですが、それらを上回る「ベネフィット」（利益・効果）が期待される場合に限って、治療を行うことが許容されます。ただし、「リスク」も「ベネフィット」も、客観的にその大小を決められるものではなく、患者さんの価値観によって左右されますので、治療法について話し合うとき、患者さんは、まず自分の価値観を医療者に伝えなければなりません。また、「ベネフィット」とは治療目標に近づくことですから、治療目標をきちんと決めて、患者さん側と医療者側でそれを共有していなければ、話は始まりません。簡単なことだと思うのですが、残念ながら、今のがん医療ではこれらの前提はあまり重視されていないようです。患者さんの価値観と関係なく医者が治療

方針を決めてしまったり、治療目標が明確でないまま、「何のためかわからない治療」が行われていたり、医者までもが目標を見失って、「薬があるからそれを使う」（治療のための治療）という単純な発想で漫然と治療が進められたり、といったケースをよく耳にします。リスクベネフィットバランスが軽んじられている証拠でしょう。

リスクとベネフィットを予測する上でもう一つ重要なのが、「エビデンス」と呼ばれるもので、過去の臨床試験で示された統計学的事実のことです。医療とは不確実なものですので、「リスク」も「ベネフィット」も、基本的にはやってみないとわからないのですが、より高いベネフィットとより低いリスクが確率的に期待できる治療を選ぶためにエビデンスを使うわけです。この考え方を、「エビデンスに基づく医療（EBM）」といい、現在の医療の原則となっています。「絶対的な真実」に基づいて完璧な医療をしているように見せていた「お医者様」と、それを神様のように信じていた患者さん、という前近代的な関係が崩壊した現代にあって、「エビデンス」は、「患者さんが信じるもの」と「医者が根拠とするもの」を結びつける「共通言語」となります。患者さんも「エビデンス」を知り、医療者と対等に語り合うのが、これからの理想の医療だと思います。

私は、「人間の人間に拠る人間のための医療」（Human-Based Medicine）という標語を掲げています。患者さんは、人間として本来的に抱え持っている「生老病死」と向き合いながら、医療に主体的に取り組み、自分の価値観と治療目標を医療者に伝え、最低限のエビデンスの知識を持って、医療者と人間として対等に語り合う必要があります。そして、忘れてはならないのは、医療の目標は、「人間の幸福」だということです。医療は完璧ではありませんが、幸福を目指す患者さんをサポートするために、いつでも皆さんのそばにあるのです。

平成18年 第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)



「がんの放射線治療」

北里大学医学部放射線科学 早川 和重

1978年群馬大学医学部卒業と同時に群馬大学医学部放射線医学教室に入局、放射線腫瘍学、放射線生物学の研究に従事。群馬県立がんセンター、癌研究会附属病院、山梨医科大学などを経て、1991年群馬大学講師。1993年米国テキサス大学MD アンダーソンがんセンターに文部省在外研究員（甲種）として留学。2000年北里大学医学部放射線科学主任教授。2003年4月より北里大学病院副院長（診療担当）・診療部長。専門：放射線腫瘍学。肺がんの診断と放射線治療。医学博士、日本医学放射線学会専門医、日本放射線腫瘍学会認定医、日本臨床腫瘍学会暫定指導医、日本核医学会認定医、日本乳癌学会認定医。

1. 肺がん治療における放射線治療の役割

肺がんには、いろいろな性格のがんがあり、早期に診断されれば外科治療を主体とした局所治療で治癒が望める非小細胞肺がん、増殖が旺盛で全身性疾患として扱われている小細胞肺がんと大きく分けられています。

1) 非小細胞肺がんの放射線治療

肺がんの多くを占める非小細胞肺がんは、ほとんどが扁平上皮がん、腺がん、大細胞がんの3種類に分けられますが、全体の7割前後の患者さんは、診断された時にはすでに進行しているために外科治療の対象とならないのが現状です。また、最近では高齢の患者さんも増加しており、心臓や肺機能の低下あるいは他の合併症のために、早期がんであっても手術が受けられない人も増えています。このような切除不能と判断された非小細胞肺がんの患者さんには放射線治療を主体とした治療法が選択されるのが一般的です。また、切除可能と判断されても十分切除できない場合には術後がん遺残部や周囲のリンパ節に対して放射線治療が行われることもしばしばです。

放射線治療では照射した放射線の量に応じて確率的にがん細胞が死滅していくために、がんが小さいほど治癒の可能性は高く、径5cm程度の大きさまでが良い適応と考えられています。また、前記の3種類のがんの中では、扁平上皮がんは局所制御率の向上がそのまま長期生存率の向上に結びつきやすく、放射線治療主体で最も治癒が期待できる疾患です。

局所進行がんでは画像検査で遠隔臓器への転移が明らかでなくても微小転移の存在する確率が高くなるため全身化学療法の併用が標準的治療法として行

われています。併用時期は同時併用が推奨されています。これは、多くの抗癌剤には放射線の効果を増強する作用があり、がん病巣局所に対する抗がん剤の併用効果も期待できるからです。ただし、高齢者や全身状態が不良な人には化学療法併用の利益は明らかではありません。

2) 放射線治療技術の進歩

放射線治療の技術も大きく進歩しています。最近ではコンピュータ技術の進歩によって、放射線治療装置の機能が向上し、非常に高精度にがん病巣のみに放射線を集中させることが可能となりました。このように多方向から病巣範囲の形状に合わせて照射を行い、周囲の正常組織への照射線量をできるだけ少なくする照射技術は3次元原体照射法と呼ばれています。とくに早期の非小細胞肺がんに対して放射線の線量集中性を高めた定位放射線照射では、病巣に1回で大線量を照射できるために数回の放射線照射で治癒する症例が増えてきています。また、わが国では重粒子線治療施設も設置されており、陽子線や炭素線を用いた治療も行われています。これらの電荷をもつ重粒子線では、一定の深さ以上には進まないということと、停止直前に線量が最大になるという特徴を有しています。これらの特徴から、陽子線や炭素線ではX線に比べてがん病巣周囲の組織に強い副作用をおこすことなく、がん病巣に十分な線量を照射することができます。現在は、肺がんをはじめ多くの難治性腫瘍に対する臨床試験が行われており、局所制御率の向上に期待が寄せられています。

一方、胸部X線写真に写らない早期の多発肺がん患者さんも放射線治療の適応となります。このタイプのがんは太い気管支に発生する扁平上皮がんが多

く、気管支腔内から放射線をあてる方法（密封小線源治療による気管支腔内照射）も用いられています。この方法は放射性同位元素であるイリジウム192を気管支内に挿入し、気管支腔内からがん病巣に線量を集中させるため周囲の肺組織への照射線量を少なくできます。気管支腔内照射の治療成績では、治療率も80%以上と良好な成績が報告されています。

通常の放射線治療では一日1回の分割照射法が用いられますが、1回線量を通常分割線量の半分近い線量に下げ一日2回照射する多分割照射法の研究も行われています。多分割照射法は、最終的な総線量を通常分割照射法と同じにした場合、治療後に生じる遅発性の有害反応の軽減に有効とされています。また、1回目と2回目の照射の間隔は6時間以上必要であるとされています。

3) 小細胞肺癌に対する放射線治療

小細胞肺癌は、肺癌全体の15%前後を占め、非小細胞肺癌と比較して、腫瘍の増殖速度が速い反面、抗がん剤にも放射線にもよく効くという特徴を有しています。治療は抗がん剤を組み合わせた全身化学療法が主体となりますが、病巣が片側の胸郭内に限局している場合は限局期と呼ばれ、化学療法と胸部病巣への放射線照射との併用療法が標準的治療となっています。併用方法は、両者を同時に開始し、胸部照射には一日1回の通常照射法よりも一日2回（1回線量は通常分割照射の4分の3）とした多分割照射法を用いる方法が最も有効な治療法の一つであることがわかってきました。また、抗がん剤は脳組織の中に入りにくいいため、小細胞肺癌では脳転移で再発する症例も少なくありません。そこで、初期治療効果が良好（腫瘍消失あるいはそれに近い効果）であった場合には、潜在的脳転移の制御を目的として脳全体に放射線照射を行う予防的全脳照射を行うことが推奨されています。現在では限局期小細胞肺癌の5年生存率は25%前後に向上しています。

4) 緩和医療としての放射線治療の役割

がんが広範囲に進行して治癒が望めない場合でも、肺癌による血痰・胸痛・呼吸困難などの症状や骨

転移に伴う疼痛、脳転移に伴う意識障害・運動障害の緩和を目的に放射線治療が行われる機会も少なくありません。このような場合の治療を対症的照射と呼びますが、治療による効果は80～95%と高率に認められます。対症的照射が麻薬などの薬物療法と異なるところは、症状の原因となっているがん病巣を抑えられることで、結果として長期生存する患者さんも認められることです。このように述べてきますと、肺癌のあらゆる病態が放射線治療の適応になりうるということがおわかりかと思えます。

2. 放射線治療による副作用と対策

抗がん剤を併用しないかぎり、白血球減少、嘔吐、免疫力低下などの全身的影響はほとんどみられません。また、頭部への照射を行わなければ髪の毛が抜けることもありません。放射線治療中によくみられる影響としては放射線食道炎があります。食道に近い気管周囲のリンパ節などを治療する場合には食道も照射されるからです。症状としては、食べ物を飲み込むときにつかえ感や痛みが生じます。この食道炎は一過性で治療が終了すれば2～3週で自然に軽快します。果汁や熱い飲み物など食道粘膜に刺激のあるものを避けることも症状の緩和に役立ちます。治療中の飲酒は厳禁です。その他、治療による副作用は放射線のあたる部位や量によって異なりますが、いずれも一過性のものが多く、心配ありません。副作用の症状が気になる場合には、それをやわらげる方法もあります。最近では放射線防護剤の研究も進んでいます。治療後に生ずるものでは、放射線肺炎、肺線維症があります。放射線を受けた肺組織は、治療後1～3か月して炎症性変化をおこし、やがて線維化して硬くなります。放射線による正常組織への影響は、通常、放射線が照射された範囲に限定されるため、放射線治療専門医（放射線腫瘍医）のいる病院で正しい治療が行われれば、重篤となることはほとんどありません。ただし、抗がん剤との併用や広範囲の放射線照射が行われた場合に照射範囲を超えて肺炎が発症し重症となることがあります。気管や食道、背骨の周囲に病変があると、脊髄へも放射線があたります。しかし、脊髄の障害は避けることが可能で、最近ではほとんどみられなくなりました。

平成18年 第5回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



「乳癌手術後7年過ぎて」

元・国民生活センター理事 青山三千子

東京女子大学卒業後、経済審議庁、日本生産性本部、日本消費者協会、国民生活研究所、国民生活センター理事。横浜国立大学、東洋大学、金城学院大学(院)、新潟医療福祉大学 等 講師等歴任。著書に「消費者問題」「消費者相談」「節約ヒント」等のほか、集英社「イミダス」消費者問題担当。

インフォームド ディシジョンへ

乳癌手術後7年経過、第一目標の5年生存線はクリアしたが“癌は一生”と思い、再発予防に努めている。幸い名医、チーム医療、懇切丁寧な説明にセカンドオピニオンの必要は感じなかったが、患者としての主体性に欠けていた。

インフォームドコンセントは単なる“説明と同意”ではない。診察結果、治療法、成功率、とりわけ“危険性”“副作用”の説明に納得した上での同意が必要だ。診察した医師の専門領域情報を受身で聴くのではなく、複数の治療法を患者が比較して選択するインフォームドチョイスが行われ、さらに進んで、患者が自分の治療法を組み立てるインフォームド ディシジョンを求めたい。医療従事者は患者をサポートする専門家“患者の、患者による、患者のための”医療になる。

患者が自分のいのちを守る責任を持つ。癌を治すのは癌患者自身だ。医療過誤も防げるだろう。何より患者が明るくなる。

孤独からの脱出：ネットワーク

乳癌を発見した7年前の極月半ば、深夜ひとり茶の間で味わった“天上天下ひとりぼっち”の凄まじい孤独感は二度と再び味わいたくない。“孤独からの脱出”こそ、癌患者として私のしなければならない第一歩であった。

名著『癌患者学』を書いた柳原和子さんの近著『百万回の永訣』には、幾つかのご自分の俳句が収められている。そのひとつ

風光る ひとりひとりの 独りかな

(2004年5月30日)

は私を泣かせる。孤独だったのは私だけではない。癌患者治療に“孤独からの脱出”対策が必要である。

“癒やし”を求めて、私は、クラシックのコンサート、俳句、書道、茶道に励んだが、癒やされたのは、

それぞれの会合で出遭った“人”“人”“人”であった。その典型が、術後ケアの外科外来の掲示で知った“癌患者と家族の会”である。

“患者の会”は単なる慰め会ではない。癌患者として、参加者一人ひとりがどのように生きているのか、生きようとしているのか、率直に、明るく語られる癌仲間のエネルギーは、いつの間にか、私を癒した。誰よりの名医、何よりの妙薬となった。私は、癌患者の会の仲間を愛し尊敬した。凄絶な孤独を忘れた。柳原和子さんが同書の締め書いている。

「あなた方（柳原さんの場合の“人びと”は、秀れた医療従事者が中心であるが）が救い出してくれたのはからだだけではない。救われたのは、からだ以上に、魂だった」

人びとの結びつきが世界を変えると説いた『ネットワークキング』（1982年、リップナック & スタンプス）に賛同したロバート ミュラー（元国連事務次長）の詩「ネットワークを作ろう」は“ネットワークは奇跡を起こす。あなた自身の人生が変わる。新しい自由、新しい幸福だ”と謳っている。

医療のユビキタス

柳原和子さんのネットワークと私のネットワークとは違う。柳原さんは患者の先頭で闘う戦士であるが、私は主体性に欠けた患者だ。

しかし、ネットワークの違いによって救われ方が違ったり、患者の主体性・自覚の有無で受ける医療に差がつくようでは困る。不公平だ。“自己責任”などと言わないでほしい。“いつでもどこでも誰にでも”。ラテン語で“いたるところにある”という意味の“ユビキタス”（同時遍在性）という言葉は、主として情報ネットワークで使われるが、この「市民のためのがん治療の会」も“いつでもどこでも誰でも医療”を目指している。「市民のためのがん治療の会」に期待する。

平成18年 第5回 「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



「川崎市の取組について」

川崎市長 阿部 孝夫

東京大学法学部卒業後、自治省（現総務省）に入省。在サンフランシスコ日本国総領事館領事、自治省財政局公営企業第一課課長補佐などを経て、自治大学校、北陸大学、高崎経済大学、法政大学教授などを歴任。2001年川崎市長に就任、現職。

川崎市では、「誰もがいきいきと心豊かに暮らせる持続可能な市民都市かわさき」をめざして全力を傾注しているところでございますが、高齢化の進行に伴い今後ますます増える「がん」についても、喫緊の課題として積極的対策を講じているところでございます。

「がん」は老化の一種として発現するものであることから、今後「国民病」としてますます身近な存在となるとともに、食や生活の欧米化などを要因に、がんの種類も多様化してきていることから、患者さんにとりましては、放射線治療など、治療方法に様々な選択肢が得られることが重要と考えております。

以下に、川崎市のがん対策における取組について御紹介させていただきます。

本市における公衆衛生施策としての、がん対策事業は昭和35年から始まり、衛生教育の中で子宮がんについての保健指導を実施し、さらに市民の受診を容易にすること及び一般医療機関の整備を促進すること等を目的とした「川崎市がん相談規則」を制定して、がん検診の一次スクリーニング検査費等を公費で負担するがん相談事業を、昭和58年の老人保健法施行まで実施してきたところです。

現在、本市におけるがん検診は、「がん予防重点健康教育及びがん検診のための指針」に基づいて実施しており、受診対象者への個別通知や市政だより、保健福祉センターでの各種事業を通じて周知を図りながら受診率の向上に努めています。

併せて、生活習慣病予防教室等の事業を通じてがん予防対策に取り組んでおります。

検診体制につきましては、昭和41年6月に、がん検診センターを設置し、がん征圧の中核施設としての役割を果たすとともに、保健所と連携しつつ集団検診、精密検診、経過観察などの一貫した検診体制の確立を図り、さらに、検診から治療までのトータルケアに対する市民ニーズが高くなってきたことにより、現在は井田病院総合医療部がんセンターにおいて検診を実施しております。

このように本市のがん施策につきましては、保健指導・相談・検診事業を中心に推進してきたところですが、地域医療の側面では、昨今の状況として、国の「第3次対がん10か年総合戦略」を踏まえ、神

奈川県が「がんへの挑戦・10か年戦略」を策定し、その重点項目に「地域がん診療拠点病院ネットワークづくり」を掲げたことによって、川崎市内では、市立井田病院が地域がん診療連携拠点病院に指定されているところです。

井田病院は、本市南部保健医療圏に属し、専門的な成人疾患医療を提供する一方で、保健、医療、福祉の機能を総括する複合施設として、「総合ケアセンター」を併設した医療施設となっております。

特に、終末期医療を担う緩和ケアが充実しており、患者さんの苦痛や症状を和らげると共に、家族の心労を癒し、患者さんや家族が安らかな気持ちで療養生活を送れるように緩和ケア病棟を設置し、がんに対する療養という面から地域でのリーダーシップを発揮できると考えております。

また本市北部保健医療圏におきましては、がん研究に伴う最先端の高度医療が受けられる拠点整備を進めており、井田病院と同様に地域がん診療連携拠点病院として指定を受けるべく調整中であり、がんに対する診療面での充実をも図ってまいりたいと存じます。

以上のように本市においては、検診、診療、療養という観点からの整備を行なうことによって、がんに対するトータルケアを可能にする医療体制整備を進めているところです。

さらに、がん治療の充実には治療方法や選択肢を増やすといった取組みとともに、治療後の生活の質（QOL）の向上が大切と考えておりますことから、今後とも充実した体制づくりを目指してまいりたいと考えております。

また、わが国におけるがん治療につきましても、グローバル化が著しく進展する中、欧米などと同レベルの治療体制や患者さんの選択肢の多様化がはかれることは、全ての市民が求めるものと考えているところでございます。

こうした観点からも、「市民のためのがん治療の会」の皆様をはじめ、関係各位の精力的な活動に心より敬意を表するところでございます。

私といたしましても、医療、健康、福祉など、直接人々の幸福に寄与できるような分野に重点を置いたまちづくりを進めてまいりたいと存じます。

平成18年 第5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

<私の前立腺がんと IMRT>

かずさ ちゅうどう
上總 中童

突然のがん宣告は、がんについて何も知識がなければ、「癌は死に至る恐ろしい病気」との考え方からとても平静ではられない。ただ単に恐れ、慄き、パニックに陥ってしまう。私の場合前立腺腫瘍マーカーの PSA 値が平成12年では1.9で正常値の上限とされる4以下であったが、平成13年には2.5と若干上昇し、平成14年11月の定期検診で5.5とさらに大きく上昇した。このため前立腺の針生検を受けた結果、右葉より前立腺がん細胞が見つかった。幸いX線CT、MRIや骨シンチグラフィ検査でリンパ節や骨への転移所見はなく限局性前立腺がんと診断された。私はその時、最先端放射線治療システムの提供を業としていて、IMRTという放射線治療技法を日本のがん患者に利用して頂くことが私の使命だと思っていた。又幸い多くの最高の放射線腫瘍医師から親身になった助言を頂いた。その結果冷静さを保ってQOLの向上とコストベネフィットを重視した体外放射線療法を選択できた。治療は京都大学病院で米国での治療実績を基にした最も信頼できる強度変調放射線治療（IMRT）により周囲に存在する直腸や膀胱等の正常組織への放射線量を独自の線量制約に基づいて慎重に制限した治療が行われた。結果は現在まで3年を経過しているが放射線による重篤な副作用は全くない状態である。

がん患者にとって必要なことをまとめてみると：

- 治癒率だけでなく、治癒の質と治療によるその後のQOL。
- 信頼できる施設と医師を見つけることは一般に簡単ではない。そのために治療結果の情報を患者に客観的データとして正しく集計され、情報提供の正確性、公平性、透明性のある公表システム。
- 患者は自分で知る努力をして、セカンドオピニオンにより十分納得したうえで、放射線治療を受ける。
- 自分のことは自分で責任を取りたい。そのためには医者、看護師、技師などを充分に利用できる状況を作る努力が必要。
- これからは受益者負担の原則のうえで医療報酬は出来高払いではなく治療の質と技量に支払われなければならないと思う。医療関係者の努力に報いられる経済構造が必要だ。
- 行政は常に患者を中にして学会の場を通じて三者が共通の立場で今後の医療行政を話し合っ欲しい。

<後の生き方を考えさせられた舌がん告知と小線源治療>

きむら たかし (56歳・山梨県北杜市小淵沢町)
木村 隆

私の舌がん発症から小線源組織内照射治療・退院までの経緯を箇条書きにし、最後に私見を述べさせていただきます。

- 平成18年6月中旬頃から舌の左縁に口内炎らしきものが発生する。

過去に何回か口内炎になったことがあり、今回も同様であろうと思い、薬局にて口内炎用の薬を買って求め、しばらく塗る。

- 3ヶ月間程私事で忙しく、食事中に痛さを感じ、気にはなっていたが、病院行きを延期していた。この3ヶ月間で、白い糜爛状のものが多少大きくなり、糜爛状の周囲も白くなっていた。

- 9月14日(木)長野県茅野市にある総合病院の耳鼻咽喉科にて初診。

乳頭種等が考えられるが、念のため組織検査をしましょうと糜爛上の一部を切り取る。

- 9月28日(木)午前9時30分、再診。病理検査の結果、悪性であり病名は舌がんとす。

診断される。治療には切除手術と放射線治療がありますとの説明（具体的な方法には触れず）。「紹介状を書きますが、長野県、山梨県の大学医学部付属病院または東京にもガンセンター等があります。またインターネットでも調べられます」との説明を受ける。すぐに何処何処と決める気にならず、とにかく宛て名を書かずに紹介状を書いてもらうことにした。

- 9月28日(木)午前10時30分、自宅に戻り、舌を切りたくない一心で舌がんとは何であるか？

その治療法にどのようなものがあるか？何処の病院が良いか？等調べる。大学病院でも舌がんという項目はあっても、ほとんどが切除手術の説明であり、放射線治療でも外部照射と外科手術との併用であった。検索を進めるうち、「市民のためのがん治療の会」代表會田昭一郎さんが、過去に同じ舌がんになり、小線源治療という方法で舌を切らずに治ったとの記事を見つける。同時に西尾正道先生の名も知る。

小線源治療とはどのようなものか、西尾先生とはどのような方なのかを調べる。

西尾先生の講演会ビデオの音声や1998年5月号「道新トウデー」の記事を読み、この先生に任せようと思いを決める。調べ初めて2時間が経過していた。

- 9月28日(木)午後12時30分過ぎ、北海道ガンセンター医療連携室に電話を入れる。

西尾先生が出張中のため連絡を取り月曜日に電話をもらうことになる。

- 9月29日(金)月曜までの時間が惜しく、再度医療連

携室に電話をかけ、西尾先生の外来診療を受けたいと伝え、その旨先生へ伝言をお願いする。

- 10月2日(卯)午後、北海道に向かう。
- 10月3日(辰)午前、西尾先生の外来診療を受ける。ただちに入院。
- 10月4日(巳)昼12時頃、Cs-137針による小線源組織内照射治療を受ける。
この日から10本の針を舌に刺したまま5日間特別室(鉛で囲まれた監視カメラ付独房(?)ともいう)で過ごす。
- 10月9日(月)午前11時30分頃。抜針し一般病棟へ移動。約119時間の照射終了。
- 10月11日(水)午前10時、退院。

以上が舌がん発症と治療退院までの経過です。現在は放射線治療後の炎症を含嗽を続けながら治癒を待っている状態です。がん告知から激動の1ヶ月余りを過ごし、次のことを感じています。

患者が充分納得出来る、医師によるファーストオピニオンであれば良いのですが、中途半端な説明であれば無い方が良い。がんの宣告を受けた途端に死ぬわけではないので、セカンドオピニオン先を含め、自分が納得の出来る治療方法を冷静になるべく速く探すべきである。

主治医は自分で見つけ決めるもので、最初にかかった医師が主治医ではない。そういう意味で、私は西尾先生がご自身の著書の中で書いておられる「オンリーワンチャンス」「医者選びも寿命のうち」を身をもって体験致しました。

舌がんは、あごの下など首周辺のリンパ節転移が多いと言われていて、不安が消えるまでには何年間もかかるのですが、これからは生活習慣を改め、自己治癒力を高めるよう努め、時間を大切に物事に感謝し、前向きにがんと戦っていこうと考えています。

悩んで過ごしても、明るく過ごしても、塞ぎ込んで過ごしても、楽しく過ごしても、人生の過ぎる時間の量は同じです。それならば病人食作りで台所に立ちっぱなしの妻に感謝しながら明るく楽しく前向きに過ごした方が得というものです。これが私の今の心境です。

<セカンドオピニオンへの三つの提言>

しのだ とくぞう
篠田 徳三 (69歳・さいたま市)

4年前の平成14年の10月、喉頭がんにより、リンパ節照射を行ないました。ステージ2でしたので放射線治療だけですむだろうと安心していただけ、放射線照射の副作用である食道炎も重なり食べられなくなりました。平成15年1月に食道がんとなり、これがかなり進んだ3期の進行がんだったのです。私は元来外科医であり、とくに消化器を担当して

りましたから食道がんの手術成績は他の大腸や胃がんに比べたら予後が悪いことは十分承知していたのでショックでした。直近のがんセンター外科にてリンパ節転移が確実な3期の進行がんであることが判りました。過去に私が携った食道がんの患者さんの顔や名前が思い出されました。昔の私の先輩たちが行なった進行食道がんの手術成績がかなり悪かったことを思い出した時自分の手術に対する不安が大きいのとなりました。かつ手術の根治性について不安と疑問があることを主治医に述べました。しかし型どおりの手術予定の説明を受け手術承諾の日が迫ってきました。こどもたちは外科以外のセカンドオピニオン(SO)を受けるべきだということです。私の長男が内科医で、義弟と長女の夫も内科医であり、彼らの意見には手術に対して批判的な雰囲気を感じました。こどもたちは、親父は外科医だからこそ内科医の意見を聞くべきだということです。確かに今日までメスこそ最も信頼できる武器と考えていましたから。身動き取れない衰弱きった私は長男に検査材料を持たせて他施設の消化器内科医のSOを依頼しました。最終的には放射線化学療法を選択して3年9ヶ月になり、何の支障もなく充実ある生活が出来ており感謝の毎日です。SOは今や常識ですが三つのことを訴えたい。①患者自身は肉体的精神的に疲弊の絶頂にあり冷静な判断が出来ないことがある(SO自体可なりのエネルギーを要す)。家族や友人などの周囲の暖かい協力が必要。②億劫がらないで他の専門分野、他施設のSOが必須。③後日初診医への治療後経過報告を行なうことが患者自身の精神的安堵となる。

(篠田先生は当日欠席でしたが、ご了解をいただき、ご提案等を掲載させて頂きました。)

<がんと10年>

つみた ゆきこ
積田 由紀子 (54歳・新宿区)

1997年4月、乳房の小さなしこりに気付きエコーと細胞診で乳がんと診断されました。再度の穿刺を断り、術中病理検査をお願いして、2週間後に左乳房非定型切除をしました。リンパ転移、ホルモン感受性なし。この時はがん細胞を一刻も早く取り除きたいと手術を急ぎ、完全に縁が切れたと確信していました。ショックや落ち込みより、がんをやっつける意気込みで闘志満々でした。夫や子供たちは「乳房より命」、私は「これからは性別を超えて、人間として生きます!」と、今振り返れば元気でんきな患者でした。

4年後2001年2月鎖骨上窩リンパ節に再発転移、この時はショックでした。初めて、命の限界や死を意識しました。主治医にセカンドオピニオンの希望

を伝え、資料を全ていただいてがん専門病院へ転院しました。乳腺内科でホルモン療法、抗がん剤治療（シクロフォスファミド・アドリアマイシン、ハーセプチン・タキソール、TS-1、フルツロン、ナベルピン）を3年間続けました。どの抗がん剤も終わるとマーカー値上昇、リンパ節増大の繰り返しでした。3年間の治療で心身ともに疲れきっていた2004年1月、医療担当の新聞記者の友人が大学病院の放射線腫瘍医を紹介してくれました。放射線腫瘍医の「間に合ってよかった、放射線治療の最後のチャンス」この一言は忘れられません。左鎖骨上窩リンパの局所再発の場合、その部分に放射線治療することが全身治療になる、ということがよく理解できました。30回60グレイの照射をし、2年半余りを無治療で過ごしました。セカンドオピニオンの大切さを実感したのはこの時です。この時まで医師や書籍、マスコミ、医療情報や闘病記などからも放射線治療についての正確な情報は得られず、「放射線は局所療法」と思い込んでいました。

今年の9月にPET検査で胸骨傍と鎖骨下リンパ節に転移が判明、現在放射線と抗がん剤（ゼローダ）で治療中です。今回も乳腺内科医「経過観察」、放射線腫瘍医「すぐ治療」と見解は分かれましました。セカンドオピニオンの必要性は認知されつつありますが、再発後はもっと重要で寿命を左右すると実感しています。また患者自身も病気を正しく理解し、医師の説明を納得いくまで聞く勇気を持ち、選択できるだけの知識は必要でしょう。がんは再発すると一生縁の切れない「道連れ」、でも私のほんの一部分でしかありません。夫と一女二男の暮らしを楽しみ、ボランティア活動をライフワークに、私は私らしく生きたいと思っています。

<舌癌・今・そしてこれから>

みわ ますこ
美和 万寿子

25歳、舌癌と診断されました。

その頃私は、平日はおもちゃのプランナーとして会社に勤務し、休日は新米のダイビングインストラクターとして活動していました。

そんな忙しくも充実した日々を送る中で、突然受けた舌癌の宣告はまさに衝撃でした。前年から舌の痛みは感じており、病院に行ったりもしましたが、「若いのでガンではないと思います。」と言われた事もありました。

癌の診断を受けた時には既に4センチ強の大きさにまで広がり、リンパへの転移の可能性も高いとの事でした。はじめは外科手術を予定しており、手術の日取りも決まっていたのですが、知人から北海道の西尾先生の事を教えてもらい、放射線治療を受ける事に。無事に舌は根治しました。東京に戻って、紹介頂いた先生のもとで検診をしていただいていた所、リンパへの転移が見つかり手術しました。

宣告から2年、おもちゃのプランナーもダイビングのインストラクターも、どちらもバリバリと活躍しています。もし、あの時外科手術を選択していたら、舌を半分切除し、再建をしても、今の生活は成り立たなかったでしょう。願わくばまだまだ長いであろうこの先の人生も軌道変更を余儀なくされていたと思います。「なぜ、今の自分が？」と嘆いた事もありましたが、逆に貴重な経験ができた和前向きに考える事ができるようになりました。それまで以上に自分の身体、自分の時間、周りに居てくれる人の大切さを感じています。今後、ますます充実した、面白い人生が送れる予感。まだまだこれからです。



平成18年 第4・5回「市民のためのがん治療の会」講演会



「講演会を振り返って」

当会代表協力医師・北海道がんセンター 副院長 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—がん患者2万人と向き合っ—』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。

平成18年の第4回講演会は10月21日に東京医科大学の講堂にて肺癌の治療をテーマとして開催し、肺癌に対する3大治療法の最近の進歩について、それぞれの立場から講演して頂いた。肺癌はセカンドオピニオンの相談でも最も多い疾患であり、また罹患者数も多く難治癌であることから本邦のがんによる死因のトップである。

肺癌の外科治療の話では北海道がんセンター呼吸器外科医長 近藤啓史先生から胸腔鏡下手術を中心に伺った。開胸せずに低侵襲で治療する手術の進歩も目を見張るものである。また東京共済病院腫瘍内科の高野利実先生からは抗癌剤の話を受けた。お話では最近の分子標的治療薬などの抗癌剤治療の進歩ばかりではなく、臨床腫瘍医（がん薬物療法専門医）の必要性やがん治療への基本的な関わりなど広範な内容が分かりやすく説明された。放射線治療については、肺癌の放射線治療の第1人者である北里大学の早川和重先生から講演を受けた。諸先生方には心から感謝いたします。

また急遽11月11日には、川崎市や川崎商工会議所や特定非営利法人東京地域チーム医療推進協議会（TeamNET）などの後援を頂き、川崎市で第5回の講演会を開催した。この講演会では「がんと診断されたら」というテーマで放射線治療を受けた患者さん達によるパネルディスカッションを企画した。いつ聞いてもがん患者さんの生の声は説得力があり、また表面上は悩みなどを見せずに力強く生きている姿には敬服します。

またがん経験者である元国民生活センター理事 青山三千子様による医療消費者としての患者の立場から講演を頂き、その後、阿部孝夫川崎市市長と対談をお願いした。

川崎市は東京都内の大きな病院と神奈川県内の医療の中心的地域である横浜市の中間にあり、30分前後でアクセスできる地理的な問題から、川崎市独自でがん対策を考えるというよりは周辺の地域の中でがん対策を考えるという阿部市長の判断は見識あるものであり、納得するものであった。

また当日は休憩時間にシャンソン歌手の上原英里

様の歌とギターを楽しませて頂いた。

私は肺癌の講演会では本会の成り立ちや現在の活動状況を報告した。また肺癌は転移しやすいがんであり、そのため骨転移や脳転移を治療する患者さんも多く、こうした放射線による緩和治療について報告した。

また川崎市の講演会では基調講演として、がん医療を取り巻く動向と、放射線治療の現状を報告した。今秋は慌ただしく2回の講演会を開催したが、ご協力頂いた各位には心からお礼を申し上げます。

平成18年第5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：川崎市、川崎商工会議所
平成18年11月11日(土) 13:00~16:30
川崎市産業振興会館

<日程>

12:30	受付開始	
13:00-13:05	開会挨拶	当会代表 會田昭一郎
13:05-13:10	オリエンテーション	
13:10-13:40	講演	北海道がんセンター統括診療部長 西尾 正道
13:40-14:40	パネルディスカッション パネリスト)	上總 中童、木村 隆、積田 由紀子、 美和 万寿子
	司会兼)	
	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
14:40-15:10	講演	元 国民生活センター理事 青山三千子
15:10-15:40	休憩と音楽（シャンソン）	
15:40-16:15	対談	川崎市市長 阿部 孝夫 元 国民生活センター理事 青山三千子
	司会)	北海道がんセンター統括診療部長 西尾 正道
16:15-16:30	閉会挨拶	
	当会創立委員、エー・イー・ティー代表取締役 東大非常勤講師	田辺 英二

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。ここに各社名を記し、感謝の意を表すものです。ありがとうございました。

特定非営利法人東京地域チーム医療推進協議会（TeamNET）、
株式会社東京ベイ・メディカルフロンティア

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

サイバーナイフ事業部
TEL 03-3816-2129

営業推進本部
TEL 03-3816-1163



◆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

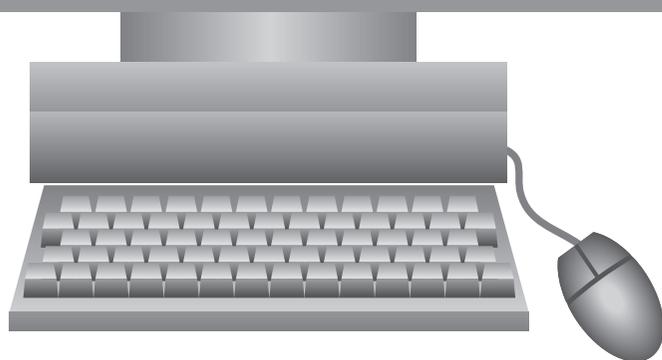
参考書籍のご案内

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 / 編真興交易株式会社出版部	3,200
	眠れ！兄弟がん / 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
	ビジュアル版 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
	命と向き合うー老いと日本人とがんの壁 ／中川 恵一、養老 孟司、和田 秀樹 著 / 小学館	1,400
	心配しないていいですよ 放射線治療 ／山下 孝、隅田 伊織 著 / 真興交易株式会社出版部	1,800
	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)	(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