

# ニュースレター Newsletter

# No. 3

# 2016. 7

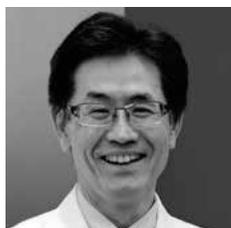
Vol.13 (通巻 51 号)



## 市民のためのがん治療の会

### 巻 頭 言

## 次期がん対策 推進基本計画の策定が 始まっています



国立病院機構九州がんセンター  
院長

藤 也 寸 志  
とう や す し

#### 略 歴

1984年九州大学医学部を卒業し、外科に入局、1989年九州大学大学院博士課程修了後、九州大学ウイルス学文部教官、アメリカMDアンダーソンがんセンター留学を経て、1997年より国立病院（現・国立病院機構）九州がんセンター勤務。2015年7月より現職  
専門は食道外科、日本食道学会・理事、日本気管食道科学会・理事、日本癌治療学会・代議員、日本がん治療認定医機構・理事など。  
厚生労働省「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」・構成員  
国立がん研究センターがん対策情報センター・がん情報サービス専門家パネル委員

昨年行われた、がん対策推進基本計画の中間評価では、「10年間でがんの年齢調整死亡率20%減少」の目標達成は困難と予測され、がん対策加速化プランが出されました。現在、第3期がん対策推進基本計画の策定作業が開始されており、「がん対策推進協議会」と共に、〈がん診療提供体制〉、〈検診〉、〈緩和ケア〉に関する検討会が開催されています。

〈がん診療提供体制のあり方に関する検討会〉では、今まで推進されてきたがん医療の“均てん化”とは逆に、“集約化”した方がよい領域や機能についての議論もされ、「均てん化と集約化のバランス」が重要な検討課題となっています。また、「がん患者さんやご家族が必要な情報にたどり着くことが出来ないこと」が重要な課題です。がん診療連携拠点病院には「がん相談支援センター」が設置されていますが、前述の中間評価では、利用した人はわずか8%でした。利用者の満足度が81%であることを考えると有用なシステムですが、周知が全く不十分です。情報提供について医療者の意識改革が必要です。

我々医療者は、いずれの課題に関しても患者さんやご家族の視点に立って深く思いを致す事が求められています。一方で、がん診療連携拠点病院の指定要件は、年々高度になってきています。厳しい医療経済状況の中で、国や都道府県の十分な補助がない中、病院スタッフの使命感や情熱を維持し、その活動を持続させるための視点も必要だと感じています。国民と医療者が一体となって、がん医療を推進していくためのシステム作りを求めていきたいと思っています。

## 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



## 「より良いがん治療を提供するために」を共催して

厚生連高岡病院 院長 北川 清秀

昭和26年石川県金沢市生まれ、昭和51年金沢大学医学部卒、金沢大学放射線科入局。その後富山県立中央病院放射線科、ゲーテ大学病院放射線科（フランクフルト）、金沢大学病院放射線科を経て昭和60年富山県厚生連高岡病院放射線科、平成27年院長就任し現在に至る。放射線科専門医、日本IVR学会IVR専門医、富山大学臨床教授、金沢医科大学臨床教授

平成28年4月13日(土曜日)に、「より良いがん治療を提供するために」というタイトルのものと、富山県厚生連高岡病院講堂を会場として提供させていただきました。市民のためのがん治療の会と当院の共催という形で会を開かせていただき、沢山の方にお集まりいただきました。当初の予想をはるかに上回るもので、患者さんや一般の方々の関心の大きさを窺い知ることができました。

当院腫瘍内科柴田和彦先生には「がんを生き抜く人々を支えるーがん診療拠点病院の取り組み」、放射線治療科高仲 強先生には「放射線を正確に治療するためにーその意義と技術の進歩」、北海道がんセンター名誉院長西尾正道先生には「変わるがん医療・変えようがん医療」ということで講演していただきました。かなりの長丁場でしたが、皆さん熱心に聴講されました。西尾先生のパワフルなご講演がとても印象的でした。

私事ですが、金沢大学を昭和51年に卒業して放射線科医局に入局いたしました。放射線科を選んだ動機は、当時を思い出すとやや不純なものでした。何処へ進もうか迷いながら医師国家試験の勉強をしており、公衆衛生関係の本に医師の内訳が載っており、臨床では放射線科医が最も少なかった事を記憶しています。少ないところなら多少頭が悪くても大丈夫だろうという安易な選択でしたが、診断学に興味があったことも間違いありませんでした。当時母親にそれは一体何をするとおられるのかと質問され、田舎の母親の期待を裏切ったようでした。

入局して最初は病棟業務、放射線治療、診断学と数年間を過ごしました。結局、私は画像診断を主とした方向に進みました。当時、放射線治療に対する各科医師の理解（誤解と言った方が正確）には想像を絶することがよくありました。内容としては、「殆どすることがなくなったので放射線治療でもお願いします」に近いも

のが多かった印象があります。若い私達は随分憤慨したものです。

西尾先生とお話しさせていただいたときに、40年経った今でも各科の医師は私の若いときとそんなに変わっていない（当時ほどではないと思いますが）のだと知らされました。私達、放射線科医の啓蒙が足りない事と医学教育の双方に問題があるような気がします。各科医師の放射線治療に対する理解と知識がなければ、患者さんは不利益を被ることになります。セカンドオピニオンがもてはやされている昨今ですが、何処で誰に受けるかでその後の人生のすべてが変わってくることもあります。

当院は富山県西部に位置し、高度急性期・急性期の病院です。救急医療とがん診療を2つの大きな柱としています。地域がん診療連携拠点病院として総合的ながん診療センターを備え、化学療法、放射線治療、緩和ケア、がん診療相談の部門にて、がん患者さん及びご家族の方々と関わりを持っています。年間約1,400人のがん患者さんの診療にあたっており、今後さらに県西部の中心的役割を果たしていきたいと存じます。がん化学療法専門医、放射線治療専門医、緩和ケア専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師、緩和ケア認定看護師など多数の職種が関わっており、きめの細かい医療を提供できる環境にあります。セカンドオピニオンを含めてお役に立つことがあれば、いつでも協力させていただきます。

昨今、医療情報は様々なところに飛び交っています。良質な情報があれば悪意や欺瞞に満ちた情報も多々あります。患者さんが、正しく必要な情報を選び取ることは時に難しいこともあります。市民のためのがん治療の会が、患者さんにとって正確で有益な情報を発信されていくことが、最も大事な使命ではないかと思えます。會田昭一郎会長はじめ支部の方々のご健康と益々のご活躍をお祈りしています。

## 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)

## 開業医から見たがん治療

高岡市医師会長 藤田 一



1985年金沢大学医学部卒業後、金沢大学医学部大学院。第二内科の医局に所属し、糖尿病、高脂血症、動脈硬化などの診療と研究を行う。小松市民病院、天神会古賀病院（久留米市）、厚生連高岡病院に勤務し、内科臨床一般、特に循環器（心臓病）の診療に従事。  
2000年～現在 藤田内科クリニック院長。外来診療の他、学校医、産業医など地域医療に従事。  
高岡市医師会理事、富山県医師会理事等を歴任、2015年より高岡市医師会長、現職。医学博士。日本内科学会認定内科医、日本医師会認定産業医。

平成28年4月23日、私の住む富山県高岡市で「市民のためのがん治療の会」の講演会が開催された。その時の西尾正道先生の講演「変わるがん医療・変えようがん医療」は、がん医療の理解を深めるのみならず、社会の問題点をも鋭くえぐるもので、大変感銘を受けた。

私はがんの専門医ではないが、一般内科医として30年間がんの診断や治療に関わってきた。平成12年に開業してからは、進行したがん患者さんの在宅医療も行っている。こうした経験をもとに、一般的な開業医から見たがん治療に関して述べたい。

私自身が最も感じるのは、がん診療の進歩がとて速いということである。私が医師になった頃、がんは不治の病と言われ、ほとんどの患者さんに病名の告知はされなかった。そして、がんの末期になっても本人には病状を隠し続け、苦痛を和らげる処置も不十分なまま、点滴などの延命処置が行われていたのであった。その頃から比べると、現在のがん診療は大きく変わっている。まず病気の解明が進み、予防ができるようになってきた。次のがんの診断技術の進歩と健診の普及により、がんの早期診断が可能になってきた。そして、手術、化学療法、放射線療法など、がんの治療法はいずれも著しく進歩し、白血病に対する骨髄移植などの新しい治療法も目覚ましい効果を上げている。

最近「全国がんセンター協議会」がまとめたがんの10年生存率は58.2%となっている。これは、がんの半分以上は治ってしまうことを意味している。また、がんを完全に治すことができなくても、治療を続けることで良い状態を保つことができるようになってきた。そして、残念ながらがんが進行してしまった場合でも、緩和医療により苦痛を軽減できるようになってきている。私は、在宅で進行がんの患者さんの緩和医療や看取り

を行ってきたが、多くの患者さんががんを受け入れ、立派に療養されていることに、驚かされている。自宅は、病院と比べると生活しやすい環境であり、社会とのつながりが保たれ、本人の役割もある。病院から自宅に帰ることによって、がんの苦痛が軽減され、元気になったり、安ら became になったりする患者さんを、たくさん見てきた。

それでも、がんは死因の第1位であり、がん診療にもいろいろな問題点がある。その中で最も気になるのは、民間療法や間違った情報である。特に診断の初期に間違った情報を信じてしまうと、本来すべき治療を怠ってしまい、悲惨な結末を迎えてしまうことになる。医療機関で「もう治療法がない」と言われた時に、民間療法に頼る人もいる。もう治療法がないと言われて平静を保つことは、誰でも難しいであろう。本来であれば、医療人が最後まで支えていくことが必要ではないだろうか。

民間療法の多くは、診断や治療後の評価に関しては医療機関に任せっきりである。誰でも物事に取り組む時には、まず自分でよく見て判断し、それから行動するであろう。この「よく見る」という最も重要な部分を他人任せにしている民間療法が、信頼できるとは私には思えない。

医療機関においても、個々の患者さんにとっての最善の医療が選択されるとは限らないから、がん患者さんにはセカンドオピニオンが大変重要である。しかし、利害関係のない優秀な第3者からセカンドオピニオンを得ることは実際には困難である。「市民のためのがん治療の会」では、セカンドオピニオンに対応可能な放射線科医を紹介するシステムがあり、とても有用である。

すべてのがんが克服される日が来るまで、我々は各自の持ち場で、今できることを精一杯やっていくことが重要である。「市民のためのがん治療の会」のますますの発展を期待している。

## 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)



## がんを生き抜く人々を支える～がん診療連携拠点病院の取り組み～

厚生連高岡病院 腫瘍内科 柴田 和彦

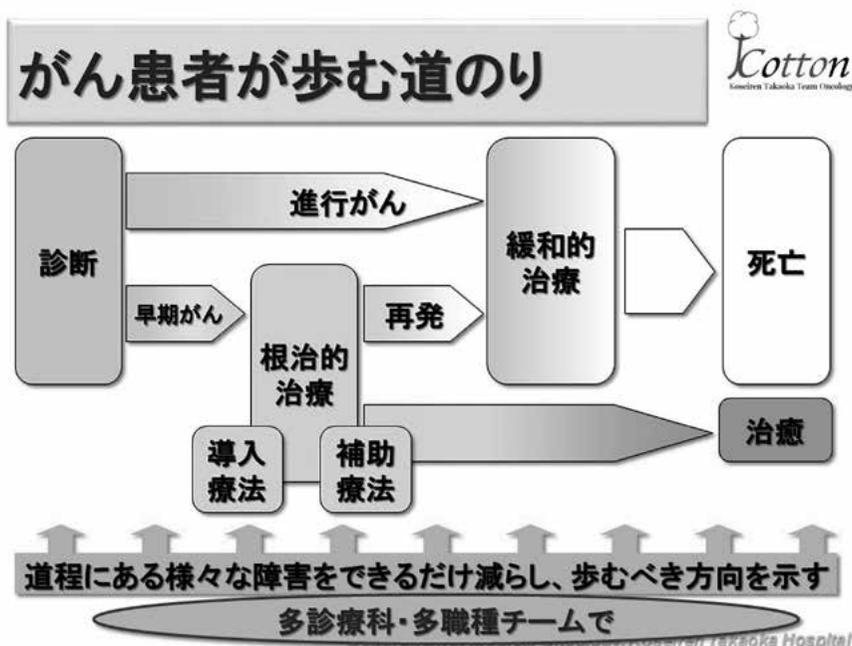
富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 総合的がん診療センターセンター長代理・腫瘍内科診療部長  
高岡市生まれ。1988年金沢大学卒業。金沢大学第三内科助手等を経て1997年より厚生連高岡病院勤務、  
2007年4月より現職。日本臨床腫瘍学会認定がん薬物療法専門医。  
肺がんを中心に幅広い腫瘍の薬物療法を行っている。

がんと診断された人を「がんサバイバー」といいます。がんが完治して「がんを克服した」と考えられる人だけがサバイバーではなく、現在治療中の方々や、有効な治療法がなくなりホスピスケアを受けている方々も、同様にサバイバーです。治癒するか否かにかかわらず、がん患者（サバイバー）の歩む道のりには、様々な障害が待ち受けています。がん診療に携わる医療者の仕事は、この障害をできるだけ減らして、歩いていく方向をサバイバーとともに考えていくことではないかと考えています。そのためには、主治医だけではなく、多診療科、多職種チームで臨むことが重要です。「がん」という曲がりくねった分岐の多い道を歩むサバイバーは、えてして自分の立っている場所や、たどるべきコース、目標を見失いがちです。がん診療に携わる医療者は、サバイバーが最良のコー

ス取りでゴールを目指せるようにガイドする、いわば視覚障害者マラソンの伴走者のようなものではないかと考えています。

国のがん対策として、2006年に制定されたがん対策基本法に基づき、5年に一度、がん対策推進基本計画が策定されています。この中で、がん医療の均てん化を目指すための医療機関の整備の方策として、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と略します）の整備と指定が行われています。富山県では、4つの2次医療圏に対して、県拠点1か所、地域拠点7か所が指定を受けており、当院も地域拠点病院の一つです。

拠点病院の取り組みの一つとして、がん相談支援と情報提供が挙げられます。がん情報に関しては、インターネット上に不適切な情報も多く、情報の出所が重要です。ぜひ、国立がん研究センターの「がん情報サービス」 ganjoho.jp

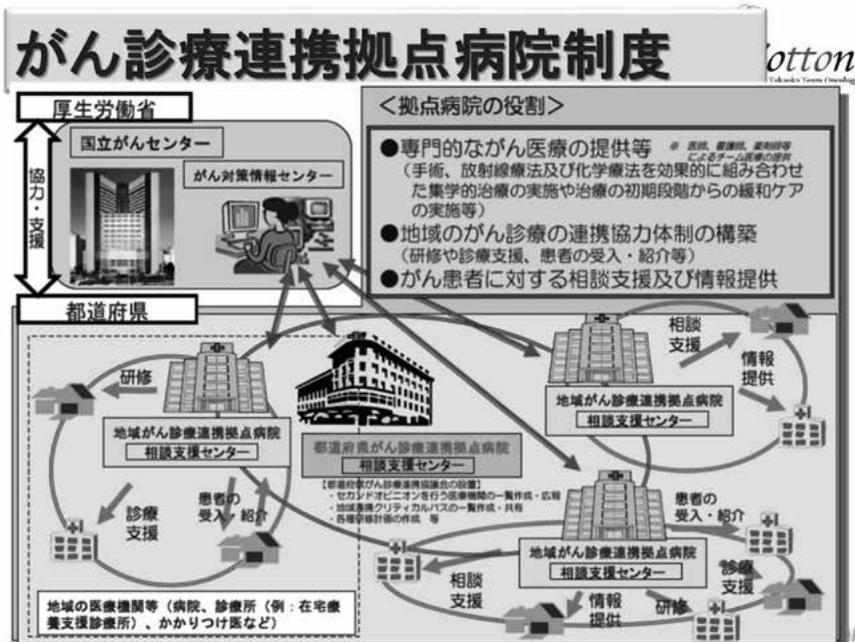


など、信頼できるサイトを閲覧していただきたいと思います。

拠点病院に求められる診療体制は、集学的治療・標準治療の提供、放射線治療の提供体制、化学療法（薬物療法）の提供体制、診断時からの緩和ケアの提供体制、が求められています。「集学的治療」は、手術療法、放射線治療、薬物療法、内視鏡治療やインターベンショナル・ラジオロジーなどの手法を適切に組み合わせることです。この実現のために、一人一人の患者の治療方針を多診療科で検討するカンサーボードの設置運営が求められています。「標準治療」とは、現時点でその患者さんに対して最良と考えられる治療のことです。標準治療の進歩は、患者さんに参加いただく臨床研究の結果の積み重ねによってはじめて得られます。一方で、先進医療はまだ標準治療とは認識されない治療のことで、本来すべてが臨床試験として行われ、将来の標準治療を目指すこととなります。ところが、巷で行われているいわゆる「免疫（細胞）療法」は、臨床試験として行われることもなく、治療効果の有無がはっきりしてないにもかかわらず、多額の費用負担が生じており、倫理的に大きな問題を抱えています。一方、免疫チェックポイント阻害薬は、現在日本でも黒色腫（皮膚がんの一種）と非小細胞肺癌の患者さんに対して保険適応となり、一定の効果を挙げつつあります。

診断時からの緩和ケアに関しては、まず医師からの病状説明の際に、看護師や臨床心理士などの同席を基本とし、初期治療の内容だけではなく長期的な治療プロセス全体について十分なインフォームド・コンセントに努めること、看護師などによるカウンセリングを活用することが求められています。さらに、治療期を通じて、一貫した手法を用いた苦痛のスクリーニングを行っていくことも求められています。

第1期、第2期のがん対策推進計画を通して、10年間で年齢調整がん死亡率の20%減少が数値目標として掲げられていましたが、その達成が困難となってきました。そのため、国は昨年末に「がん対策加速化プラン」を策定しました。この中ではがんのゲノム医療（遺伝子情報に基づく医療）の推進、標準的治療の開発・普及、がん患者の就労支援、がん治療の副作用に対する支持療法の開発・普及、緩和ケアのさらなる推進、などの方策が示されました。当院では、総合的がん診療センターのもとに、緩和ケアセンター、薬物療法センター、放射線治療センター、がん相談支援センターの4つのサブセンターを置き、拠点病院に求められるさまざまな条件に対応できるような体制整備を進めています。「がんを生き抜く人々とともに」のスローガンのもと、関連職員が一丸となってがん対策に邁進していきます。



## 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(4)



## 放射線を正確に照射するために —その意義と技術の進歩—

厚生連高岡病院放射線治療科 高仲 強

厚生連高岡病院放射線治療科診療部長

日本医学放射線学会代議員、日本医学放射線腫瘍学会代議員、日本医学放射線学会放射線治療専門医。1954年東京都生まれ。1983年金沢大学卒業。金沢大学附属病院放射線科に27年間勤務し、2014年4月より現職。金沢大学在任中文部科学省長期在外研究員として米国に留学。北陸地方の数少ない放射線治療医として北陸地方における放射線治療の普及と発展に寄与してきた。

1895年にレントゲンが実験中にX線を発見したところから放射線の歴史が始まり、放射能の歴史は1898年にキュリー夫妻がラジウムを発見したところから始まる。レントゲンが発見したX線は当初より細胞障害性があることが知られ、癌治療への利用として1899年には鼻部の基底細胞癌に対する放射線治療の成功例が早くも報告されている。現在がん治療の3本柱として手術、化学療法、放射線治療があるが、放射線治療は最も歴史が古いものである。

しかし、創生期の放射線治療は、深部まで到達するようなX線は得られなかったため体表のごく表面的な治療しかできず、放射線治療の発達の歴史はまずは深部まで到達するエネルギーの高いX線を得る事にあり、これが結果として加速管の小型化に代表される発達に結び付き、現在の高精度放射線治療機器の基礎となっている。しかし一方、深部に到達し深部の腫瘍の放射線治療が可能になってくると、浅部しか照射出来なかった時代と比較して、逆に正常組織の障害が問題になり、深部の腫瘍に対し正常組織の障害を起さずに如何に放射線を照射するかが重要となった。

今日我々は、正常組織の障害を避け、腫瘍に如何に照射可能であるかを治療可能比という概念で説明している。照射線量の増加に伴う組織の障害発生率はS字状曲線になるが、これを腫瘍組織、正常組織で描いて、正常組織の障害を極力避けて、腫瘍組織を最大限障害させる線量ラインを見いだせること、すなわち治療可能比が1以上になるかどうか放射線治療の鍵と

なる。実際の放射線治療では非常に複雑で単純ではないが、放射線治療の概念としては分かりやすく、また放射線治療の発達は放射線治療可能比の向上の歴史でもある。

その治療可能比向上の具体的な方法の一つが分割照射である。深部までX線が到達しない浅部放射線治療の時代では1回に大線量の照射を施行していた。当時は体表の変化を目視にて確認しながらの照射であったために、大線量の照射が可能であったが、目視できない深部の治療にも大線量の照射を適応したところ、重大な正常組織の障害を生じた。それを改善するために登場したのが、1回の照射線量を少なくし、連日照射するいわゆる分割照射である。分割照射の原理は、放射線によるDNA切断の回復が正常組織と腫瘍組織では正常組織の方が腫瘍組織より起こりやすいことを利用し、毎回の照射で生じる僅かな腫瘍組織のDNA損傷を蓄積することによって最終的に正常組織の障害を最小限に抑えて腫瘍組織に障害を生じさせることにある。これは時間的に治療可能比を向上させるため、時間的線量配分の改善とされる。現在、分割照射は月から金の週5回照射を基本とするが、腫瘍の性状によって過分割照射、あるいは定位照射に代表される1回大線量寡分割照射のような分割法が工夫されている。しかし、分割法そのものは近年大きな変化はなく、分割法で治療可能比の更なる向上を得ることは困難である。

しかし近年、大きく変化したのは腫瘍への正確な照射法の開発である。これは空間的に腫瘍

への照射を工夫するもので、空間的線量配分の改善と言われる。放射線治療計画は当初はX線透視機械を用いて2次元のかつ矩形的に行われた。この透視を用いた2次元計画は腫瘍形状がX線透視で視認出来ればまだ良いが、多くの場合透視では確認出来ず、その場合は周囲の骨構造を基に照射野を設定し、かなり曖昧な計画と言わざるを得なかった。この状況を変化させたのがCT技術の進歩に伴うCTシミュレータとマルチリーフコリメータ (MLC) を用いた3次元治療計画の登場である。CT画像で腫瘍を認識しMLCで周囲正常組織を遮蔽した3次元計画は、腫瘍への正確な照射のみならず周囲への余分な照射を避けることが出来ることから著明な治療可能比の向上が得られた。現在、治療計画装置やMLCの発達によりMLCの開発当時の治療より遙かに高精度な放射線治療の施行が可能であるが、このCT画像とMLCを用いた3次元原形照射の概念は、現在の放射線治療の基礎をなしている。更に一層の放射線治療計画の高精度化とMLCの発達に伴い、定位放射線治療や強度変調照射などの高精度で特異的な放射線治療が日常的に施行されている。これら最新の放射線治療技術はコンピュータ技術の進歩に伴って可能になった空間的線量配分の進歩であり、この進歩が放射線治療の現在の発展そのものである。

一方、放射線治療の大きな問題はその施行の正確さである。放射線治療は従来、治療計画から算出された計画中心を体表にマーキングし、その体表マークを基に照射台上の患者をセットアップすることによって施行してきた。しかし、伝統的なこの方法は、ある程度の照射誤差は避けられない。この患者セットアップの方法を劇的に変化させたのが画像誘導放射線治療である。この方法は、照射台上で患者の2次元透視画像やcone beam CT画像所見を取得し、その画像と治療計画画像を合致させて患者自動セットアップするものであり、治療計画とミリ単位の誤差で照射可能となっている。当初は治

療計画画像の骨構造との照合であったが、最近では腫瘍での照合を行うようになり、またその腫瘍の移動に合わせての照合も可能になっている。この画像誘導放射線治療を用いることにより、前述の高精度の放射線治療計画を誤差なく照射可能であり、2次元照射で始まった放射線治療は、4次元照射まで現在進化している。

以上、放射線治療の進歩を述べたが、この進歩は、小線源治療など種々ある放射線治療の内の外部照射についてである。しかし、この著明な進歩こそが近年の放射線の進歩であり、幾つかの癌腫で手術と匹敵する治療法へと発達させた。また近年の超高齢化を迎えた日本では、身体に優しい放射線治療は貴重な癌治療法となっている。

しかし、最新の放射線治療が、癌治療の現場でいかに活かされているという訳ではなく、認知度という面での普及は十分ではない。この原因として高精度放射線治療機器が十分普及していないこと、放射線治療を行う側のマンパワーの少なさがある。しかし、それ以上に問題なのは、他診療科の放射線治療の認知不足である。何故こんなになるまでに、もっと早い時に紹介あればいくらかでも放射線治療で良くできたのに、と感じる放射線治療医は未だ多いと考える。今後重要なのは、他診療科への知識の普及と認知度の向上である。

当院は、富山県西部の地域癌診療拠点病院として地域の癌診療を提供する老舗の病院で、放射線治療は、当初より私が担当し10年以上経過した。当初は外勤であったが、2年前に私が常勤となり、同時に放射線治療科を開設し、現在高精度放射線治療を行っている。放射線治療の認知度は、開始当初よりかなり向上はしているが、まだ十分ではなく、特に高精度放射線治療に関する認知度は低い。今後は、他診療科との関連を密にし、必要な患者に、必要な時期に適切に放射線治療を提供できるようにすることこそ病院の、更には地域の癌診療の質を高めるということを信じて診療にいそしむ毎日である。

# 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(5)



## 『変わるがん医療・変えようがん医療』

「市民のためのがん治療の会」顧問 西尾 正道

北海道医業専門学校校長、独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 名誉院長(放射線治療科)、認定NPO法人いわき放射能市民測定室「たらちね」顧問。

1947年函館市生まれ。1974年札幌医科大学卒業。国立札幌病院・北海道地方がんセンター放射線科に勤務し39年間、がんの放射線治療に従事。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。

平成28年市民のためのがん治療の会第1回講演会は「より良い癌治療を提供するために」と題し、平成28年4月23日(土)に富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院との共催で高岡病院の講堂をお借りして開催された。

厚生連高岡病院の北川清秀院長から開会のご挨拶を頂いた後、腫瘍内科診療部長の柴田和彦先生から、がん診療連携拠点病院としての取り組みやチーム医療の重要性についてお話を頂いた。また放射線治療科診療部長の高仲 強先生からは進歩した放射線治療の技術を駆使した高精度放射線治療について講演を頂いた。私は『変わるがん医療・変えようがん医療』と題して、TPPの締結を目前にした現状も踏まえ、今後の日本の医療がどのように変わろうとしているのか、そして我々国民はどのように対応すべきなのかなどについて私見を述べさせて頂いた。

医療の内容や方向性は社会経済的な枠の中で作られている。労働力が富の源泉であった時代から、科学技術や情報が富を生み出す時代となっている。昨今の原子力政策推進やTPP問題などにまつわる国民の健康問題は軽視され、グローバル企業の意向に沿った政治的な判断が行われている。TPP協定(環太平洋戦略的経済連携協定)が批准されれば、日本

の医療も大きく変化する。農産物の関税問題が取りざたされることが多いが、TPPの真のターゲットは日本の医療である。

現在の日本の薬価は中央社会保険医療協議会(中医協)が公定価格を決め、保険診療の中で薬剤は使われている。しかし、TPP後は製薬会社が中医協の公定価格の決定プロセスに影響力を及ぼし、製薬会社の言い値に近い価格となりかねない。

このため、医療費は膨大に跳ね上がると考えられる。海外の医療機器も同様に購入価格は値上がりするであろう。資料1に主な抗がん剤の価格の推移を示すが、1970年代は1カ月当たりの薬価は数千円であったが、1990年代には数万円となり、21世紀になれば数十万円となり、最近使用開始されたニボルマブに至っては数百万円となっている。今後も高額な薬剤の開発・販売により日本の医療費問題は大きな課題となり、医療制度の変更が余儀なくされる可能性が高い。

こうした薬剤費を中心とした医療費の高騰に対応すべく昨年の安売法で騒がれていた国会で、ほとんど報じられることなく医療法の一部改正がなされ、個人負担が増加する仕組みが作られた。患者申出療養制度が創設され、混合診療の解禁と拡大の仕掛けが新設された。平成28年4月からの診療報酬上変更された主な3項目を資料2に示す。入院中の食費も段階的に引き上げられることとなっている。

また日常生活の中で農薬や化学物質などに曝露され、また体内に取り込まれている現代社会において、遺伝子組換え食品の摂取も加わり、人体への悪影響が危惧されている。さらに2011年3月の福島原発事故による放射性物質の拡散による汚染環境下での生活による健康被害が心配されている。野村大成氏(大阪大学名誉教授・放射線基礎医学)の1980~1990年代の研究において、低線量の放射線と低用量の毒性化学物質に汚染されると、一方だけではがんが発



資料1 日本の主な抗がん剤の1ヶ月当たりの薬価

## 平成28年4月からの主な改正のポイント

### 入院時の食事代の標準負担額を段階的に引き上げます

1食あたりの標準負担額		平成28年度から	平成30年度から
A	一般(B・Cに該当しない方)	260円	360円
B	住民税非課税世帯 (Cに該当する方を除く)	210円	460円
	過去12ヵ月の入院日数が90日以下	160円	
	過去12ヵ月の入院日数が90日超		

※ただし、難病患者等は260円のまま課税費となります。

### 紹介状なしの大病院等の受診に定額負担が導入されます

医療機関における外来の機能分化を進めるため、平成28年度からは、紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の大病院を外来受診する場合、原則として初診時または再診時に3割～1割の自己負担に加え、定額負担が必要になります。

### 患者申出療養制度が創設されます

困難な病気とたたかう方からの申出に基づき、国内では承認されていない薬や医療技術等を、迅速に保険外併用療養の対象として使用できるようにするしくみです。

患者からの申出により、国や医療機関等で迅速に安全性や有効性、実施計画等の審査が行われ、治療に活用されるようになります。



## 資料2 H28年4月からの医療法改正のポイント

生しなくても、相乗効果でがんが発生しやすくなることが報告されているが、日本の現状はまさにこうした多重複合汚染の環境下にあると考えられる。二人に一人ががんになる時代となっているが、今後はさらにはがん罹患率は高くなると思われる。「一億総活躍社会」ではなく、「一億総癌罹患社会」・「一億総奇病・難病社会」となる可能性がある。こうした複合汚染社会の深刻な事態について情報を共有し、医療を賢く変えて対応する必要がある

そのため、我々はがん検診や非がん性生活習慣病

の健診も心掛け、早期や初期の段階で疾患を制御する方向で対応することが望まれる。

がんという進行すれば命取りとなる疾患に対して『早期発見・早期治療』が叫ばれ、常識となっているが、今後は医療費の面からも真剣に対応すべきである。

早期のI期で発見すれば、そのがん治療では外科的切除や放射線治療で治癒が望め、通常は抗がん剤治療の必要はない。そのため約50万円以下の医療費で対応できる。しかしII期以上の進行した状態では治癒できない人が出現するばかりではなく、抗がん剤を使用することも必要となり、医療費は桁違いのものとなる。今後TPPが批准され薬剤費が高騰

すれば、「金の切れ目が命の切れ目」となりかねないのである。発がんにつながる多重複合汚染の社会で、個人的に発がんの予防と言っても限界がある以上、がんで命を落とさない対応を心掛けるべきであろう。こうしたがんとの賢い向き合い方について私見をお話しさせて頂いた。

最後に、講演会の閉会にあたって、ご挨拶を頂いた高岡医師会長 藤田 一氏と、司会の労のため駆けつけて来て頂いた当会の甲信越支部長 堀川 豊氏に心から感謝いたします。

## 平成28年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会

### より良い癌治療を提供するために

13:30	開 会	(司会)市民のためのがん治療の会甲信越支部長	堀川 豊
13:30~13:40	開会挨拶	市民のためのがん治療の会代表	會田昭一郎
		富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院院長	北川 清秀
13:40~14:10		「がんを生き抜く人々を支える-がん診療連携拠点病院の取り組み-」	
		富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院	
		総合的がん診療センターセンター長代理	
		腫瘍内科診療部長	柴田 和彦
14:10~14:40		「放射線を正確に照射するために-その意義と技術の進歩」	
		富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院	
		統合的がん診療センターセンター長	
		放射線治療科診療部長	高仲 強
14:40~14:50	休 憩		
14:50~16:00		「変わるがん医療・変えようがん医療」	
		北海道がんセンター名誉院長	西尾 正道
16:00~16:25	質疑応答		
16:25~16:30	閉会挨拶	高岡市医師会長	藤田 一

## 特別寄稿

### 「放射線の健康被害を通じて科学の独立性を考える」

北海道医薬専門学校校長  
北海道厚生局臨床研修審査専門員 西尾 正道  
北海道がんセンター名誉院長

#### はじめに

私はがんを放射線で如何に治すかという放射線の光(表)の世界に身を置き、高額な放射線治療機器の導入がままならない国立病院という環境下で、ラジウム ( $^{226}\text{Ra}$ )、セシウム ( $^{137}\text{Cs}$ )、ゴールドグレイン ( $^{198}\text{Au}$ ) やイリジウム ( $^{192}\text{Ir}$ ) などの線源を手取的に取り扱う低線量率小線源治療も多用してきた。これは腫瘍に線源を刺入したり、線源を腫瘍に密着させて照射する治療法であり、患者さんにとっては内部被ばくを利用した治療法である。このため術者の被ばくは避けられず、今となっては「馬鹿かお人好し」しかしない治療法となり、絶滅危惧種の治療法となっているが、この低線量率小線源治療は放射線治療法の中でも最も局所制御率が高い照射法である。今では全国的には唯一、前立腺がんに対してエネルギーの低いヨウ素 (I-125) 粒子状線源の組織内照射が行われている。また骨転移の疼痛緩和治療としてストロンチウム ( $^{89}\text{Sr}$ ) (商品名:メタストロン注) を日本で最も多く使用してきた。こうした内部被ばくを利用した放射線治療を行ってきた経験から、放射線の影(裏)の世界について考察した。

2011年3月11日の福島第一原子力発電所の事故後の政府・行政の科学的根拠のない対応は、放射線の健康被害について根本的な視点から考える機会となった。その考察を通じて突き当たったのは、現在、国際的に放射線防護体系として流布されているICRPの理論には科学性がなく、原子力政策を推進するために修飾された疑似科学的な物語であるという事実だ。本稿ではICRPの報告をもとにした放射線防護学や健康被害について幾つかの問題点について述べる。

#### ICRPとはどんな組織か

日本政府は不定期に刊行されてきたICRP報告やIAEA(国際原子力機関)勧告をもとに種々の対応を行っている。代表的な対応の一つが福島県民の年間線量限度を20mSvとしていることである。そして最近では帰還政策に邁進している。

このICRPの実態とは、いかなるものかを考えてみる。放射線のある程度正確に測定できるようになったのは、1928年頃である。こうした背景もあり、1928年に放射線の医学利用領域の放射線業務従事者の健康問題について医師が中心となり「国際X線およびラジウム防護委員会」が設立された。

しかし、1946年に原爆製造に携わった多くの核物理学者が上記の委員会に参入し、NCRP(米国放射線防護審議会)が設立された。この為、放射線の医学利用の問題は軽視され、核兵器開発の視点から見た健康問題に議論はシフトした。このNCRPがほぼ同じ陣容で1950年にICRPに衣替えした。このため医学利用における健康管理の視点は軽視され、原子力政策を推進する立場の組織に変容した。ICRPと改称した2年後の1952年には、深刻な健康被害の要因となる内部被ばくに関する第二委員会の審議を打ち切った。そこから内部被ばくに関しては隠蔽と研究中止の世界が始まったのである。ICRP設立当初の内部被ばくに関する委員会の委員長だったK・Z・モーガンは、『ICRPは、原子力産業界の支配から自由ではない。原発事業を保持することを重要な目的とし、本来の崇高な立場を失いつつある』と述べている(『原子力開発の光と影—核開発者の証言』昭和堂,153頁,2003年)。ICRPは人間の命と健康より産業界と軍の経費節減要求を優先させたのである。核兵器製造や原発作業員の安全を考慮すると原子炉の運転はできなくなるため、 $\alpha$ 線と $\beta$ 線による内部被ばくを排除したのである。

広島・長崎への原爆投下後も残留放射線は無いとし、内部被ばくを隠蔽し、内部被ばくの問題を提起した肥田舜太郎医師へ脅迫めいた対応の延長上に放射線防護学を構築したのである。原発稼働における放射線の利用においてもこの姿勢が貫かれており、放射線は「コスト・ベネフィット」の観点から論じられている。ICRPは国際的原子力推進勢力から膨大な資金援助を受けているため権威のある公的機関のように振舞っているが、実際は単なる民間のNPO組織なのである。また研究機関でもなく、調査機関でもない。民間の組織は目的を持って活動するが、ICRPの目的は原子力政策の推進であり、国際的な「原子力ムラ」の一部にすぎないのである。米国の意向に沿って原子力政策を推進する立場で核兵器の規制などを行っているIAEAやUNSCEAR(国連放射線影響科学委員会)などと手を組み、原子力政策を推進する上で支障のない内容で報告書を出しているのである。報告書作成に当たっては、各国の御用学者が会議に招聘され、都合のよい論文だけを採用して作られる。ICRP自体が調査したり研究したりすることはない。このためICRPは多くの医学論文で低線量被ばく健康被害が報告されても一切反論もできず、無視する姿勢となっている。日本

でもICRPに関与している学者やICRPの報告に詳しい有識者が政府・行政の委員会のメンバーとなっているため、国民不在の対策となるという構図となる。

医療関係者の教科書も全てICRP報告の内容で記載されているため、今回の事故が起こっても多くの医師には問題意識が生まれないのである。

現在、福島県の一般公衆に対して、年間線量限度20mSvという非常識な線量を強いているが、ICRPの一般公衆への人工放射線の年間線量限度の変遷を見ると、1953年勧告では15mSv、1956年勧告では5mSv、1985年勧告では1mSv（例外は認める）としており、健康被害の現実を踏まえて減少させている。そして1986年のチェルノブイリ原発事故を経験して、1990年勧告では1mSv（例外は認めない）としており、それに準じた基準が諸国の国内法に取り入れられている。日本の対応が例外的で異常なのである。

なお、ICRPは「しきい値なしの直線モデル」を認めており、BEIR（米国科学アカデミーの「電離放射線の生物影響に関する委員会」）と同様の姿勢を取っているが、事故後の日本政府は100mSv以下では明らかな健康被害は他の要因も絡むことから証明することはできないとする立場を取っており、国民の健康に関しては、より無責任な態度に終始している。これでは「国民の生命と財産を守る」として集団的自衛権を語る資格はない。原爆投下後の最初の対応として、爆心地から2km以内の人を「被ばく者」として認定したが、2kmの地点で被ばく線量が約100mSvとされているため、100mSv以下の非被ばく者の調査が充分には行われていないので、データが無いだけなのであるが、健康被害が出ないと言いくるめているのである。

## ICRPの疑似科学の幾つかのポイント

ICRPの疑似科学的核物理物語においては、まず放射性物質を「気体」の時の測定から始まり、それを基にして計算やデータ分析を行ない理論を構築している。このため放射性物質が微粒子としても存在することを想定せず考慮外としている。気体中の放射線量は物理量であり信用できるが、この線量を人体影響に結びつける過程で誤魔化しが生じる。まず吸収線量は $1\text{Gy}=1\text{J}/\text{Kg}$ と定義されているが、この定義量では生体の影響は説明できない。もちろん1Gyと10Gyでは10倍のエネルギー付与として相対的な比較はできる。

しかし原爆投下時の米国の公式見解である「全身被ばく7Svが致死線量」を考えてみると、X線や $\gamma$ 線の場合は放射線荷重係数=1なので、体重60kgの人では $60\times 7=420\text{J}$ （ジュール） $\approx$ 約100カロリーとなる。熱量換算では、約150Kcalであるおにぎり1個食べれば全員死亡することとなる。付与された放射線量（吸収線量）を熱量換算する定義量では、人体影響は全く説明がつかない。Gyという定義量自体が、放射線物理学と分子生物学のインターフェイスとはなっていないと言わなければならない。

また等価線量はGy $\times$ 放射線荷重係数として計算してい

るが、例えばトリチウムの $\beta$ 線の係数は1ではなく、実験結果では1.5~2とされている。

さらに実効線量への換算には組織荷重係数という全く実証性のない仮定の係数が使われている。ここでは性別や年齢などの補正もない。こうした根拠のない非実証的係数を組み合わせたSvという単位では人体影響を正確に評価できず、Svの隠された意図は放射線の種類、被ばく部位、被ばく様式の違い、被ばく者の違いなどを一緒にして健康被害と線量との相関を分析できないようにすることにあると勘繰られるほどインチキなものなのである。放射線の影響は原則として被ばくした部位や臓器にのみ現れるのであり、被ばくしていない部位にまで実証されていない係数を使って全身化換算する手法自体が間違っているのである。

胸部単純写真を撮影する場合、被ばくしているのは胸部であり、それ以外はほぼ無視できる散乱線である。したがって本来の被ばく線量は胸部部の等価線量として表現されるべきであり、全身化換算した実効線量で表すこと自体が問題なのである。

次のポイントは最も影響のある問題を隠蔽する姿勢である。まず放射線生物学においては、放射線感受性に関する『Bergonie-Tribondeauの法則』という大原則がある。放射線感受性は、①細胞分裂が盛んなもの、②増殖力、再生能力が旺盛なもの、③形態及び機能の未分化なものほど高いというものである。この①の原則から言えば、人体の中で最も感受性が高く影響を受ける臓器は骨髄や小腸（上皮細胞）や精巣などであるが、それ以上に影響を受けるのは受精卵や胎児である。このため流産・死産・先天障害の発生に繋がるが、深刻すぎるので、隠蔽と過少評価に徹する姿勢となっている。

また内部被ばくの深刻さにも同様に対応している。外部被ばくと内部被ばくをたとえると、「外部被ばくとは、まきストーブにあたって暖をとること、内部被ばくは、その燃え盛る“まき”を小さく粉碎して、飲み込むこと」とたとえることができる。どちらが細胞に障害を与えるかは誰でも解ることである。内部被ばくでは放射性物質の近傍の細胞にだけ膨大な影響を与えるのである。

さらに前述したようにICRPでは原発事故で放出された場合は、放射性物質が微粒子として存在することは想定外であるが、実際には事故で放出した種々の放射線は中性子線以外は荷電されており、大気中では何らかの物質と電子対となり、微粒子の個体となる。結合した物質によって塩化物、酸化物、水酸化物となり、土・砂・塵などと付着している。筑波市の気象研究所で事故直後の大気中の浮遊塵を捕集した研究から、2013年8月に足立光司氏はセシウムを含む不溶性の球状微粒子の存在について報告(K. Adachi, et al : Scientific Reports Volume: 3. 2554 : 2013. 8. 30.) している。それによると、走査型電子顕微鏡に装着されたエネルギー分散型X線スペクトロメータによる分析では、セシウムの明瞭なピークが認められ、鉄や亜鉛も含まれていた。

2011年3月15日の採取試料には、 $0.5\mu\text{m}$ 以上の粒子が大気 $1\text{m}^3$ あたり平均4,100万個含有されており、1回目のプルームに含まれる放射性物質の大部分が球形で、メルトダウンによって核分裂生成物と炉材の一部が蒸発・気化し、早い段階から凝縮した形態となっており、セシウムを含む微小粒子は直径 $2.6\mu\text{m}$ で、Cs137+Ca134が6.58Bqであった。まさにセシウムホットパーティクルとも言えるものである。なお、この“Cs Particle”を水に漬けた後で回収し、表面形状を観察したが、変化はなく、不溶性（難溶性）と判断された。

この微粒子の問題は2014年12月21日（日曜日）23時30分からのNHK Eテレ サイエンスZEROで『謎の放射性粒子を追え!』と題して取り上げられた。科学的に考えれば、少しも“謎”ではないが、気体中の放射線量を測定することから出発しているICRPの理論では“謎”だけである。図1にイメージングプレートで証明されたセシウムを含んだ微粒子を示す。これは南相馬市の某小学校前に2013年7月26日から10日間設置したハイボリュームダストサンプラー（地上1m）のフィルターを市会議員から送ってもらってイメージングプレートに3日間重ねて画像化したものである。事故後2年以上経過しても空気中にはセシウムを含んだ微粒子が浮遊しており、呼吸により体内に取り込まれているのである。

さて、こうした超微粒子が呼吸や食事で体内に取り込まれた場合はどうなるのであろうか。この問題は微粒子のサイズによって体内動態は全く異なるのである。人体の細胞の直径は $6\mu\text{m}\sim 25\mu\text{m}$ であるが、ナノメートル（nm）のサイズ\*の微粒子では、体内動態は大きく異なる。

【★ $1\text{m}=1000\text{mm}$  ( $10^3$ ) = $1,000,000\mu\text{m}$  ( $10^6$ )  
= $1,000,000,000$  ( $10^9$ ) nm】

図2に粒子のサイズによる体内動態を示す。花粉などの微粒子は気道粘膜の絨毛運動で鼻腔内に排出される。呼吸で取り込んでもセシウムホットパーティクルの粒子が排出され鼻粘膜に密着して傷つければ、鼻血の原因ともな

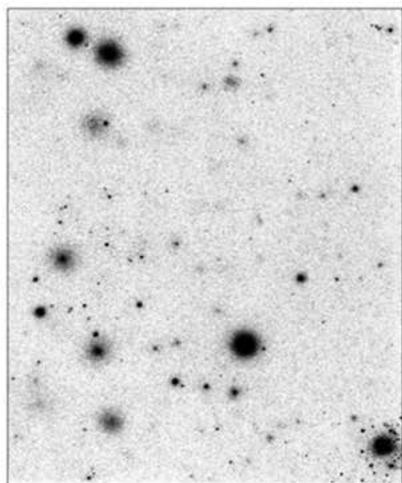


図1 セシウムを含んだ微粒子

るのである。500mSv以上でなければ骨髄障害が起こらず、出血傾向が出ないので、鼻血は出ないと主張するICRP信奉者には考えられないことなのである。放射線障害で出血傾向が出れば、脳出血や消化管出血などの致命的な事態も想定しなければならず、鼻血どころではないのである。

大気汚染の一つとしてPM2.5が問題となるのは、この程度のサイズから肺胞にまで達するためである。100nm以下では細胞膜や血管壁を通る。血管内に入れば全身を循環し、胎盤の血液循環を通して胎児も被ばくすることとなる。こうして全身に放射性物質がまわれば、色々な臓器に影響が出現しても不思議ではない。核種によっては臓器親和性があり、その臓器に集積されるため電離密度も高くなり影響は強くなる。ストロンチウム（Sr）であれば2価アルカリ土類金属のカルシウム（Ca）と同族体であるため骨に蓄積する。骨組織への取り込みは造骨活性に依存するので、成長期の子どもの骨に取り込まれ蓄積し、β線を放出し続けるのである。

こうした臓器への集積・蓄積の問題はICRPでは全く考慮されていない。侵入する経路や滞在時間により影響は異なることから、生物学的半減期も意味がなくなるのである。

この状態を考えれば、チェルノブイリ事故後のがん以外の慢性疾患の増加も医学的には説明ができる。いわゆる『**長寿命放射性元素体内取り込み症候群**』として考えることができるのである。

食品から摂取するカリウム（ $^{40}\text{K}$ ）は、体内ではカリウムイオンとして存在しているが、原発事故で放出された放射性物質の微粒子サイズは大きい。このため、心筋などでは細胞膜のカリウムチャンネルを障害し、細胞内外のカリウムのバランスを崩し、心伝導系の異常をきたし心電図異常が見られたり、最悪の場合は若者でも突然死につながる。こうした事態をICRPでは全く想定していない。

さらに次の問題点は、内部被ばくの影響を評価する場合、ICRPの考え方は、「線量が同じであれば、外部被ばくも内部被ばくも人体影響は同等と考える」と取り決め

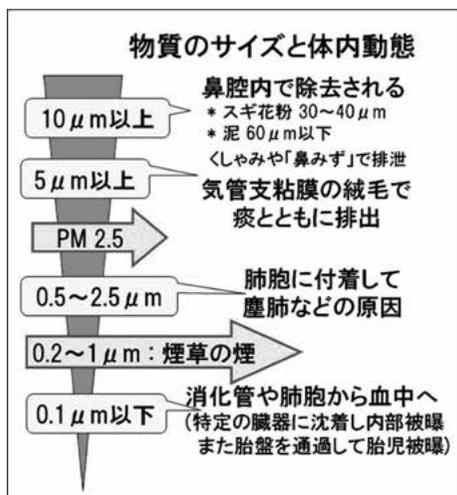


図2 物質のサイズと体内動態

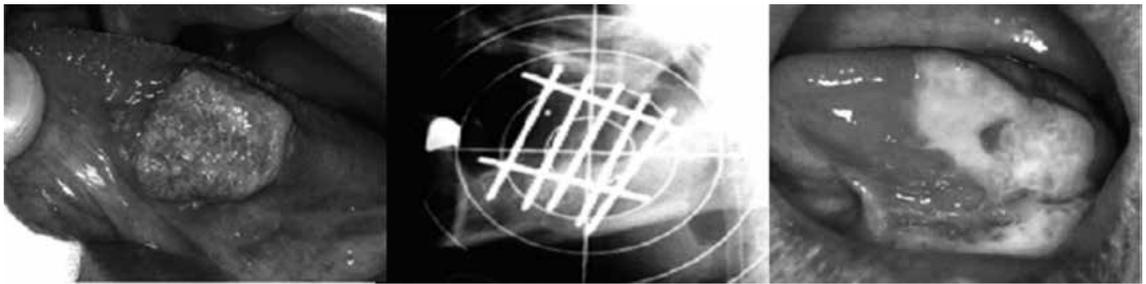


図3 舌癌に対するCs-137針による組織内照射例  
(治療前所見、刺入時X線写真、抜針10日後の粘膜反応)

ていることである。ここでは空間的線量分布は全く考慮されていない。

このため内部被ばくの実効線量の計算では、放射性物質の近傍の限局した局所の細胞にいくら当たっているかを計算するのではなく、全身化換算するため超極少化した数値となる。目薬を全身投与量としているようなものである。眼薬は眼に注すから効果も副作用もある。それを口から投与して、投与量が少ないから影響はありませんと言っているようなものである。

図3は舌癌に対するセシウム針の組織内照射例である。 $^{137}\text{Cs}$ は94.4%は30年の半減期でまず $\beta$ 線崩壊し、 $^{137\text{m}}\text{Ba}$ となり、その後2.5分で $\gamma$ 崩壊して安定な $^{137}\text{Ba}$ となる。このため尿測定などで $\gamma$ 線1 Bq検出されれば体内では実際には $\beta$ 線1 Bqと $\gamma$ 線1 Bqの合計2 Bq被ばくしているのである。

$^{137}\text{Cs}$ 針は $^{137}\text{Cs}$ の粉末を白金イリジウムで被覆し針状にしたもので、この被覆により $\beta$ 線を遮蔽し、 $\gamma$ 線だけを取り出して照射している。2 cm程度の腫瘍の周囲に7本の $^{137}\text{Cs}$ 針を刺入し5日間留置して内部から照射している。抜針10日後の粘膜の急性反応が示されているが、照射後の粘膜炎が強度となり白苔が出現している。刺入部位の周囲にしか反応は出ていない。透過性の高い $\gamma$ 線治療でも線源の周囲にしか被ばく影響は出ていない。

この症例は $^{137}\text{Cs}$ 針線源から5 mm外側の範囲に60Gy/5日間照射し治療している。放射線は当たった所にしか反応は出ない。内部被ばくの計算は被ばくしている細胞の線量で評価すべきであるが、これを全く被ばくしていない全身の細胞まで含めて全身化換算して計算することは全く意味がない。このようなICRPの計算方法では内部被ばく線量は本当に当たっている細胞集団の数万分の一～数十万分の一の線量となる。

内部被ばくの線量を全身化換算して、なおかつインチキな実効線量(Sv)に換算することが如何に無理なのかを知るべきである。

原発事故後の外部被ばくでは全身が均一に被ばくすると考えてもよいが、内部被ばくでは放射性物質の周囲の細胞だけが被ばくしているのである。 $\alpha$ 線では体内での飛程は40  $\mu\text{m}$ ほどであり、 $\beta$ 線であれば0.5～数ミリ程度であり、またその周囲の細胞にだけ全エネルギーを放出するので逆に影響は大きいのである。

食品から摂取するカリウム( $^{40}\text{K}$ )は、体内ではイオンと

して存在しているが、原発事故で放出された放射性物質の微粒子サイズは大きい。このため、心筋などでは細胞膜のカリウムチャンネルを障害し、細胞内外のカリウムのバランスを崩し、心伝導系の異常をきたし心電図異常が見られたり、最悪の場合は若者でも突然死につながる。

紙面の制約もあり、3点に絞ってICRPの理論的な問題点を指摘したが、それ以外にも生体影響に関しては遺伝子解析もできる時代となったが、1945年の原爆投下のデータを根拠に組み立てられたICRPの理論では最近の知見を十分に採用せず、内部被ばくの研究もせずに、その影響を過小評価しているのが現状である。ちなみに、①エネルギーの問題(数eV～KeV～MeV)、②LET(Linear Energy Transfer, 線エネルギー付与)の問題、③細胞周期と放射線感受性の問題(G2・M期の細胞が影響大)、なども検討すべきである。こうした基本的な問題を抱えて、生体影響を正確に反映するものではない実効線量だけで議論され、対策が立てられていることが多重の誤魔化しなのである。原発は稼働するだけで膨大なトリチウム( $^3\text{H}$ )を出す、トリチウムはDNAに取り込まれる。DNAの二重螺旋を結合させている4つの塩基間に働くのは水素結合力なのである。このため原発立地地域の住民の健康被害はこれが原因の一つなのである。

原発の問題は、単に人体影響ばかりでなく、『戦争では国破れて山河あり』だが、『原発事故では山河なし』なのである。コストベネフィットで原発稼働の理由も使用済み燃料棒の処理や廃炉費まで含めると破綻している。科学的にも医学的にも放射線の健康被害に関しては経済的利害を超えて真実を解明するという独立性を持って進められるべきであろう。真実のデータを基に社会全体としてどのように使うかは次の問題なのである。全国にばら撒かれた原子力発電所にミサイル一発撃ち込まれれば簡単に負ける国なのに、戦争ができる国にしようとする見識の無さはと共通する姿勢なのであろうが、国民はICRPの催眠術から覚醒するべきであろう。

本稿は西尾先生が北海道医報平成27年11月1日第1166号に寄稿されたものを、北海道医師会のご了解のもとに転載させていただきました。ご協力に感謝申し上げます。



## ◆◆◆北海道支部長就任あいさつ◆◆◆

市民のためのがん治療の会  
北海道支部 支部長 播磨 義国

この度、北海道支部長を務めさせて頂くことになりました播磨義国と申します。

會田代表がよくお話しされますが「永年実績のある支部」ですので、大変責任を感じています。甚だ微力ではありますが、浜下事務局長・スタッフの皆様と協力し合いながら、会員の皆様、ご家族の皆様方のために役立ち、より良い支部運営が出来るよう努力して参ります。

何卒宜しくお願い致します。

私と会の出会いは10年程前です。肺がんの手術をし、不安な日々を過ごしていた時、地元新聞に会の記事を見つけて入会した時からです。そして「がん患者サロンひだまり」に出会いました。

平成19年9月、西尾院長（現・名誉院長）のご尽力で、北海道がんセンターの一室が解放されて「がん患者サロンひだまり」が発足しました。毎月第三水曜日、13時～15時、月例の患者会で、今年5月現在105回目の例会になりましたが、欠かすことなく、開催し続けております。

この会の顧問をされています西尾先生は、特別な事情がない限り同席され、がん患者さんやご家族の方からの医療に関しての疑問や不安等について、積極的に分かり易くアドバイスをさせて頂いています。国内屈指のがん治療専門医に同席頂けるという夢のような患者会です。

私は深刻な表情で来られた方が明るい顔で帰って行く姿を、この9年間、数多く見て来ました。各地域に色々な患者会が有ります。専門的医療情報、正しいがん知識を得られる患者会は極々限られていいます。悩みや、同じ部位の患者さんとお話をしたい、聞いてもらいたいと言う事で参加される方もいます。しかし、一番求めているのは医療情報です。これから高齢化率の上昇に伴って二人に一人はがんになる時代です。最重要医療情報を知らされず担当医の意

のままにがん治療を行ったと言う事をよく耳にします。

ここで、私の体験談として、前回発行号（4月号）の「北海道支部がん患者活動サロンひだまり100回を迎えて」の中で記させて頂きましたが、今一度簡略に述べさせて頂きます。

昨年11月喉の痛みで近くの耳鼻咽喉科を受診したところ、喉に潰瘍が出来ていると言われ、北海道でも大病院のひとつであるK病院を紹介されました。精査の為、組織を採取し、1週間後、結果は悪性であり、病名は「中咽頭がん」と告げられました。担当医から直ぐ入院の他、今後の治療（手術）の為、担当医と打ち合わせをするとの事でした。西尾先生から“ひだまりの会”の中で「K病院の治療は手術で、身体に大変な負担がかかる」とのアドバイスを頂いていましたので、その場でお断りして、翌12月8日、放射線治療の為、北海道がんセンターへ入院しました。治療の為検査を色々しましたが、担当医からK病院で“がん”と診断した組織を取り寄せ、再度精査していると聞かされました。入院から10日後、精査の結果「がんではない」と思いもしなかった嬉しい結果を知らされ、12月18日退院しました。西尾先生のアドバイスがなかったら、しなくて良い手術をし、高額な治療費を払い、身体に大変な負担をかけ…背筋が凍りつくような思いがします。セカンドオピニオンの重要性を改めて認識した一件です。

今後、私自身の体験、今迄会から得た情報、又、他から得られる情報を機会がある度、会員の皆様、ご家族の皆様、そして地域の皆様へ提供して参ります。そして、がんと共に生きる人々、ご家族の方々へ希望と力を与え、1人でも多くの方から感謝される活動を促進して行きたいと思えます。



## 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  
サイバーナイフラジオサージェリーシステム

医療機器営業部



◆お問い合わせ

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  
千代田御茶の水ビル

