

ニュースレター Newsletter



市民のためのがん治療の会

No. 1

2016. 1

Vol.13 (通巻 49号)

巻頭言

全員がん検診



市民のためのがん治療の会
代表

會田昭一郎

略歴

昭和17年東京生まれ。独立行政法人(内閣府所管)国民生活センターで永年消費者問題を研究。平成12年に舌がんの宣告を受け、国際標準治療を調べ、アメリカのNCIのパンプレットなどで小線源による放射線治療を知る。北海道がんセンター名誉院長西尾正道先生の治療を受け3週間で職場復帰、約15年経過し再発・転移も無く、高いQOLを維持している。これらの経験から初期治療の選択の段階での放射線治療情報の欠落に注目、患者=消費者の権利が著しく損なわれており、がん治療に関する情報公開の重要性を痛感、平成16年、部位別ではなく横断的ながん患者の会「市民のためのがん治療の会」を設立、代表。

明けましておめでとうございます。

今年 は申年ですが、当会は従前よりそうしてきましたが、「見ざる、聞かざる、言わざる」ならぬ、「見よう、聞こう、言おう」を一層強力に進め、がん治療を本当に「市民のため」のものにすべく、活動して参りたいと存じます、どうぞ皆様の一層のご支援ご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

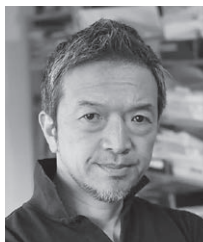
さて、市民のためのがん治療の会は今年、創立以来13年目の活動に入ります。この間、放射線腫瘍医によるセカンドオピニオン情報提供等ユニークな活動を続けて参りましたが、ここでこのような直接会員に寄り添う活動に加え、「がん検診によるがんの早期発見早期治療」をもう一つの活動の柱としたいと存じます。

がんは老化現象の一つと見られ、高齢化の深化と共に黙っていてもがん患者は増加します。加えて当会顧問の西尾正道医師によれば、農薬・化学物質・遺伝子組換え食品の摂取により相乗的にがんは増加し、また日本は世界一の医療被ばく国であり、診断被ばくが原因とされる発がん、さらには福島原発事故による放射性物質の飛散による「長寿命放射性元素体内取込み症候群」とも言える発がん等々、日本における発がんは、今後、ますます増加することが予想されます。

二人に一人はがんになるとよく言われますが、間もなく三人に二人ががんになり、三人に一人ではなく二人に一人はがんで亡くなる時代も空論ではないでしょう。早期に発見し治療することにより、低侵襲の治療で生存確率を高め、安い医療費で対応できることは明らかです。

できるだけ身体的、社会的、経済的に負担を軽減して、可能な限り全員検診に近づくよう、運動を展開して行きたいと存じます。(本誌6ページの「本会の考え方」もご覧ください)

平成27年 第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



迷走する胃がん検診

ジャーナリスト 岩澤 倫彦

ジャーナリスト、ドキュメンタリー作家。テレビ朝日「Jチャンネル」ディレクター等を経て、1999～2014年まで「フジテレビ・ニュースJAPAN」調査報道班チーフディレクターとして救急医療、臓器移植などの医療問題を報道。「血液製剤フィブリノゲンのC型肝炎ウィルス混入」のスクープで、02年度・新聞協会賞、米・ピーボディ賞。著書に『ドキュメント・検証C型肝炎』、『薬害C型肝炎 女たちの闘い』、『バリウム検査は危ない』（全て小学館）。

＜胃がんとピロリ菌＞

胃がん患者の99%が、ピロリ菌感染者であることはご存知でしょうか？これは、ピロリ菌に感染していない人に、胃がん検診はムダということを意味しています。約10年前、胃がんリスク検診＝ABC検診という手法が確立されました。ピロリ菌の感染有無と胃粘膜の萎縮度（ペプシノーゲン値）を組み合わせて、各個人の胃がん発生リスクを4段階にグループ分け、リスクごとに内視鏡検査を実施する方法です。

神奈川県横須賀市は、バリウム検査で胃がん発見ゼロの年が続いたことから、2012年度に全面的に胃がんリスク検診へ切り換えました。結果、1年間で108人から胃がんを発見したのです。

胃がんリスク検診は、自治体よりも企業のほうが積極的に導入して、目覚ましい成果を上げています。ただし、ピロリ菌感染者が未感染と誤判定されるケースや、ピロリ菌未感染者からも胃がんが確認（約1%）されているという課題も残っています。それでも多くの臨床医は、バリウムからリスク検診（内視鏡検査）に移行するのが妥当だと考えていますが、これを阻止しているのが“検診ムラ”です。

＜胃がん検診問題取材したわけ＞

「今どき、胃がん検診でバリウムを飲む医者はいない」

あるドクターの話聞き、取材をしてみると、「見落とし」「X線の被曝」「バリウムの副作用事故」など具体的な問題が判明しました。全国に先駆けて内視鏡検査を導入した新潟市では、内視鏡の胃がん発見率は、バリウムの3倍。つまり、胃がん検診の方法を改善していれば、多くの命が救われた可能性があります。

今年6月から、私は小学館の週刊ポストで「バ

リウム検査は危ない」というタイトルで連載を開始しました。多発するバリウム検査の重大事故、利権と化した検診のカネとヒトの流れ、バリウム検査を守る学者グループの存在と多額の研究費。マスコミとしては初めて、胃がん検診をめぐる利権構造を伝え、新たな取材を追加して、11月には同タイトルの単行本を上梓しました。

＜バリウム検査の危険な実態＞

バリウム検査後の便秘に苦しんだ経験を持つ人は、多いのではないのでしょうか。去年は、バリウム検査で便秘になった80代男性がトイレで苦しんだ挙げ句、亡くなるという事故がありました。

私の取材チームで、硫酸バリウム造影剤の副作用を調査したところ、2014年度だけで、「大腸穿孔＝68例」、「腸閉塞＝7例」、「アナフィラキシーショック＝3例」を確認しました。これはPMDA＝医薬品医療機器総合機構が公開しているデータから、「上部消化器造影検査」を抽出、「原疾患」がある患者を除いたものです。（消化器系がん手術の前に、バリウム検査を行う場合がある為）

連載記事を見た福島県の60代男性から、「今年9月にバリウム検査で大腸穿孔となった」と連絡がありました。緊急手術を受け、17日間入院、半年間は人工肛門の不自由な生活を送るそうです。

驚いたのは約30万円の治療費は自己負担だということ。検診団体と町職員の訪問があり、男性が「自分のようなケースは過去にあったのではないか？」と聞いたところ、放射線技師はこう答えました。

「私どもは、日本対がん協会の支部にあたりまして、定期的に勉強会や報告会をやっていますが、○○さんのようなケースはありませんでした」

硫酸バリウム造影剤が、高濃度タイプに切替

えられてから、大腸穿孔などの事故も増加して、関係者の間で問題となりました。放射線技師が知らないのは、不勉強か、嘘のどちらかです。

今年5月、頭を下にした状態で急傾斜した検査台から滑り落ちた女性が、壁との間に挟まれて死亡する事故も起きています。事故原因の一つが、普段から安全装置の肩当て（ストッパー）を外して検査していたことであり、検診団体の安全管理がズサンだった事は明らかなのに一切の責任は問われず、放射線技師だけが業務上過失致死で書類送検されました。

放射線被曝も無視できません。バリウム検査の被曝量は「0.6mSv」と引用されますが、実際にはこの約5倍の被曝をしているという研究報告があります。合計8カットの撮影を行うバリウム検査の場合、胃の状態を確認するために撮影の合間もずっとX線を照射するので被曝量が多くなるのです。

＜検診ムラと利権＞

自治体の胃がん検診は、国立がん研究センター（以下、国がん）が中心となって作成する、ガイドラインで実質的に決定されています。「死亡率減少効果」が論文で証明されていることが必要条件だと、国がんは説明しています。が、バリウム検査の論文を調べてみると、中南米コスタリカでの研究や、バイアスの可能性が付記されたコホート研究でした。

ガイドライン作成の中心人物は、国がんの齋藤博部長です。彼が9年間で得た厚労科学研究費は、4億7,699万8,000円（2006～2015年度）。部下の濱島室長の9,922万2,000円（2010～2015年度）と合わせると6億円近い莫大な金額です。胃がん検診ガイドライン作成メンバー9人中7人が、莫大な研究費を分け合う仲間でした。

バリウム検査に投入されている税金は約600億円。大半が日本対がん協会という国内最大の検診組織に流れています。トップは国がんの元総長 垣添忠生氏、常務理事は国がん現理事長の堀田知光氏、評議員には前出の齋藤部長が名を連ねています。対がん協会の成り立ちを考えると、国がんとの関係性は利益相反の疑いがあると思います。

日本対がん協会は、朝日新聞の創立80周年記念事業として誕生しました。事務局は有楽町マリオンにあり、朝日新聞からの出向者は常時3人。

東京以外の全国に支部があり、そこに自治体幹部が天下りしています。これは、中立公正な検証の妨げになるはずで、滋賀県ではバリウム検査で不自然な死亡事故が発生していながら、原因究明を求める遺族の要請を無視して放置したという事例があります。

＜機能不全の胃がん検診＞

渋谷区在住の50代男性は、国が指定したバリウム検査を信じて、毎年欠かさず検査を受けていました。「要精検」と判定された年、クリニックで内視鏡検査を受けて問題ナシとされましたが、翌年のバリウム検査では「進行した段階のスキルス性胃がん」と判明しました。

胃がん治療の第一人者で世界的に名を知られる、上村直実医師（国立国際医療研究センター・国府台病院院長）に男性の内視鏡検査画像を診断してもらいました。事前に何も情報はお伝えしていません。

「スキルスの可能性が高いですね、この人は。理由は、空気を入れても膨らみが悪い部分があるでしょう。あとは太い襞ですね。これらはスキルスの典型的な症状です」

上村医師のコメントです。見逃し、見落としは、バリウム検査だけでなく、内視鏡検査でも起こり得るのです。

胃がんは、ステージIで発見できると、9割以上が完治できます。上村直実医師は「内視鏡であれば、風邪を引いた時と変わらない負担で治せます」と明言しています。

＜胃がん死を防ぐために＞

今年3月に公表された、胃がん検診ガイドライン・2014年度版では、バリウム検査に初めて内視鏡検査が加えられました。しかし、内視鏡医のマンパワー不足などの課題は残されたままです。

これを解決する方法が、胃がんリスク検診で検診対象者を絞り込む手法なのですが、ガイドラインには不採用でした。企業の健診事業を受けている労働衛生協会は、2013年度のバリウム検査件数が、前年比5割減と公表。リスク検診を導入する企業の急増が原因、と分析しています。検診ムラが徹底して、リスク検診を否定してみせるのも、胃がんリスク検診の普及でバリウム検査が淘汰される可能性を承知しているからだだと思います。

平成27年第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



「なぜ、いま、検診か」

「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学校長、厚生労働省北海道厚生局臨床研修審査専門員、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27年市民のためのがん治療の会第4回講演会は「がん検診を考える」と題し、平成27年10月23日(金)に徳永エリ参議院議員の御厚意で参議院議員会館の会議室をお借りして開催した。講演会の開催にあたり、ご尽力いただいた會田会長、小川ひろみ様や東京在住の会員の皆さまに心からお礼を申し上げます。

講演会では長年、C型肝炎訴訟や胃癌検診の問題を取材してきた岩澤倫彦氏から胃癌検診の問題を講演頂きました。この40年間胃癌による死亡者は約5万人前後で推移しており、がん検診の目的である死亡者数の減少は見られず、バリウム検査の問題点が説明された。私は検診による医療被曝を避け、早期癌も見つけやすい内視鏡検査（3～4年毎）に切り替えるべきであると考えており、またピロリ菌感染陽性者を中心に検診を進めるといふ検診対象者の絞り込みも必要であると考えていたため、岩澤氏の講演には多くの点で共感するものがあった。

私は「なぜ、いま、検診か」と題して、現状のがん検診の問題点をお話しし、検診も保険診療とすべきであることを訴えさせて頂いた。

日本は世界一の医療被ばく国であり、2004年には日本人のがん罹患者の3.2%が診断被ばくが原因とされる論文まで出されている。またがん検診の有効性に疑問を投げかけ、『がん放置療法』まで言い出す医師も出現する昨今である。しかし、がん治療においては、早期に発見し治療することにより、低侵襲の治療で生存確率を高め、安い医療費で対応できることは明らかである。問題は効率のよい低線量被ばくによるがん検診が検討される時期となっていることである。超音波検査装置の画像解像度の向上と血液検査による腫瘍マーカーやウイルス感染の有無などの検索が進歩した現在、今一度がん検診のあり方を考えるべきである。

具体的には現在行われている5つの疾患（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん）

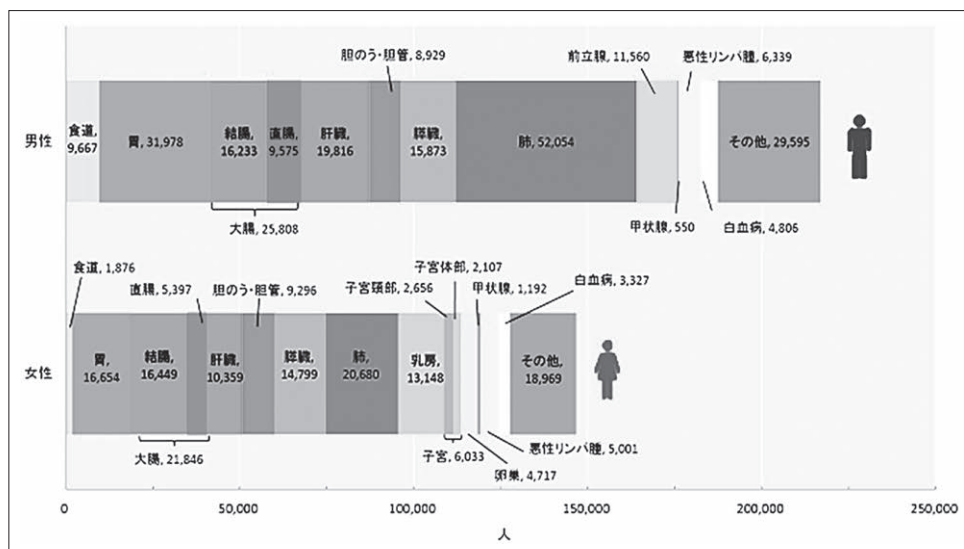


図1 2013年の部位別がん死亡者数（資料：国立がん研究センターがん対策情報センター）

は今年の予測がん罹患者数98万人のうち53%を占めるものであるが、肺がんの次に死亡者数が多い肝臓・胆嚢・膵臓の領域のがん検診はされていない(図1)。

現状では進行癌で発見され、死亡者数が増加している肝・胆・膵などの臓器に対する検診体制も望まれる。肺がん検診では被ばく量の多い毎年のX線間接撮影は止め、3～4年に一度のCT撮影に変えることも検討されるべきである。戦後、国民病だった結核対策として「結核予防会」が胸部写真撮影を開始したが、結核による死亡者が激減し、がん対策に業務を切换え、対がん協会を中心として肺がん発見のために胸部写真を撮り続けている歴史的な経緯があるが、40年前の手法に固辞することなく、CT撮影も検討すべきである。米国の肺癌リスクの高い被験者53,454人を対象とした無作為化比較試験(NLST試験)では、CT検診により、肺癌陽性率はCT群24.2%、胸部X線群6.9%であり、CT群の肺癌死亡率の方が20%低かったと報告されている。

胃がん検診も早期がんの発見が容易ではないバリウム透視撮影を止め、ピロリ菌感染者を対象とした内視鏡検査とすべきである。また低い管電圧で撮影するため被ばく線量が多くなる乳房撮影を止めて超音波診断に切り替えるべきである。カナダのNational Breast Screening Studyでは最長25年に及ぶ追跡調査の結果から、「マンモグラフィ検診は乳がん死を抑制しない」という報告が出され、ノルウェーからはマンモグラフィ検査は乳癌発生率に影響しているという報告もある。

子宮がんにおいても子宮体がんが増加している現状では検診により、妊孕性を確保できる早期の処置が望まれる。これは少子化対策にも通じる対応である。子宮頸がんワクチンの副反応が問題となっているが、弱毒化ワクチンでも不活化ワクチンでもなく、遺伝子操作によりHPVウイルスを分解して成分だけを取り出し、アジュバントという免疫増強剤を添加したスプリットワクチンである子宮頸がんワクチンではまだ予測できない想定外の副反応のリスクの解明は充分にはなされておらず、当面はワクチン接種よりも検診を心掛けるべきである。私が医師となった1974年には子宮がんと言え、子宮頸がん：9割、子宮体

がん：1割であったが、2014年には子宮頸がん：4割、子宮体がん：6割となっている。子宮頸がんワクチンが約7～8割の予防効果とすれば子宮がん全体の約1/3の予防効果となる。こうした現状を考えれば、検診で早期発見し妊孕性を保存できる対応が重要なのである。

さらに肝臓がんなどではHCV・HBV検査によりキャリアを対象とした超音波検診も有用である。こうした時代の進歩に対応した検診が考えられるべきである。

二人に一人ががん罹患すると言われる時代であるが、今後の日本では福島原発事故による放射性物質の飛散による『長寿命放射性元素体内取込み症候群』とも言える発がんや慢性疾患が確実に増加する。また日本は単位面積当たりで比較すると世界一農薬が使用されており、また残留基準値も緩い。またTPPにより、遺伝子組換え食品の表示もできなくなり、健康被害が危惧される。最も使われているネオニコチノイド系農薬が自閉症の主な原因であることも判明した。農薬・化学物質・遺伝子組換え食品の摂取や放射線被ばくにより、相乗的に健康被害の増加が予測される時代となり、日本人の生活のあり様を考えると同時に、**がん検診を保険診療にすることにより低額な医療費で済む早期がんを発見し治療する必要がある。**政府は「一億総活躍社会」と叫んでいるが、このままでは「一億総奇病・難病社会・一億総癌罹患社会」となりかねない。

医療はTPPの最大のターゲットとされており、今後は抗癌剤も高騰するが、抗癌剤を使用しないで済む治療が望まれる。そのためにはハイリスク群の検討を行い効率性も考え、低線量被ばくも考慮した検診を更に普及させるべきである。検診を保険診療とすることにより、最終的には医療費も削減できるのである。最後に今後の放射線被ばくを極力低減したがん検診のあり方についての私見を表1に示し、校を終わる。

表1 今後の望まれるがん検診

★ 胃がん	・ピロリ菌検査	・Ba検査より内視鏡(3～4年毎)
★ 大腸がん	・便潜血	・内視鏡(+カプセル内視鏡)
★ 肺がん	・痰細胞診	・CT(3～4年毎)
★ 乳がん	・視触診	・超音波検査
★ 子宮がん	・細胞診	・予防ワクチンは任意接種
* 肝・胆・膵臓がん	・超音波検査	・HCV&HBVのキャリアを対象
◆ 全身検査	・PET	・腫瘍マーカー

平成27年第4回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)

「がん検診を考える」

市民のためのがん治療の会

平成27年10月23日、参議院議員会館において「がん検診を考える」をテーマに講演会を行いました。

講演会はジャーナリスト 岩澤倫彦氏の「迷走する胃がん検診～バリウム検査の危険性と“検診ムラ”の大罪～」、北海道がんセンター名誉院長 西尾正道医師の「なぜ、いま、検診か」の後、会場との質疑を行い、終了しました。その時の講演、質疑を踏まえ、私たちは下記を中心にがん検診を考えました。

1. 今や国民病といえるがんに対して、結核の感染症法同様の定期検診を義務付ける
2. 検診の科学的根拠を明確にし、どの検診ががんの発見に有効かの研究を進める
3. 当面検診も保険診療とし、公費負担を目指す

1. がんにはならないで済めばいいに決まっている。ただ、我々を取り巻く環境は、どうしてもがんが増加する複合汚染が進んでいる。
2. がんになる確率が増えるという現実を冷静に考えれば、がん治療においては、早期に発見し治療することにより、低侵襲の治療で生存確率を高めれば、安い医療費で対応できることは明らかである。
3. このような状況においては、現在100%自費で受けているがん検診の受診率を高めるために、検診も保険診療とすべきである。さらに、今や国民病ともいべきがんに対しては、結核などと同様に、強制力を持った全員検診を目指すべきである。

●がんを取り巻く環境

まず我々を取り巻く環境を見てみましょう。従来からよく言われていた2015年問題＝団塊の世代が70歳になる：がんの好発年齢に達したのはすでに昨年です。がんには言わば老人病の側面があり、高齢化率が急速に上昇することは、がん罹患する人も急増することを意味します。

加えて当会顧問の西尾正道医師によれば、日本は単位面積当たりで比較すると世界一農薬が使用されており、また農薬残留基準値も緩い。またTPPにより、遺伝子組換え食品の表示もでき

なくなり、健康被害が危惧される農薬・化学物質・遺伝子組換え食品の摂取により、相乗的にがんは増加する可能性が高まると考えられます。

また日本は世界一の医療被ばく国であり、診断被ばくが原因とされる発がん、さらには福島原発事故による放射性物質の飛散による「長寿命放射性元素体内取込み症候群」とも言える発がんも増加するでしょう。

以上のような状況の下で、現状でもよく、二人に一人はがんに罹患すると言われていますが、今年のがん患者は国立がん研究センターの発表でも98万人、もう100万人時代です。間もなく三人に二人ががんになり、日本人の死因もがんは三人に一人から二人に一人になります。今や国民病として、国が先頭に立ってがん対策を講じる段階です。

残念ながら罹患してしまったら、I期で発見されれば局所治療法で治癒が望めますが、進行したり、全身化すると、治療は基本的に抗がん剤治療も必要となります。ところがTPP発効により、ますます抗がん剤が高騰することが確実視される中、早期で発見し、手術または放射線治療で局所制御できれば患者の身体的、精神的、経済的負担は軽く、健保財政にとっても負担軽減となります。今や国民総医療費は40兆円、国家予算の半分です。

●エビデンスのある検診による早期治療

がんにならないに越したことはありませんが、残念ながら罹患してしまったら、I期で発見し、局所治療法で治癒するようにしましょう。食道がん、胃がん、大腸がんなどでも内視鏡的な手術で済むでしょうし、子宮頸がん、前立腺がん、肺がんなども比較的侵襲性の低い治療で治る可能性が大です。そうすればまず患者は肉体的、精神的負担も軽く、経済的にも楽になります。家族の負担も軽くなり、仕事への影響も軽くて済み、ひいては健康保険財政負担も減少します。

正に近江商人の「三方よし」どころか「四方、五方よし」のいいことづくめであり、すぐ取りかかりましょう。世の中には良いと分かっているもやらないことがたくさんありますが、まずは命にかかわるがんの問題から始めましょう。

では具体的にどうするか。早期がんで発見する

ためには、検診を受けましょう。まず、エビデンスのはっきりしている検診を選定し、また効率的な検診対象者の選定も検討することが大事です。検診そのものも本当に「市民のための検診」かどうか、検討が必要です。そして重要なのは、みなさんが検診を受けるためには、検診が受けやすい条件を整えることが肝要です。

- ・ 経済的→保険診療、公費負担等、個人負担を可能な限り少なくする
- ・ 社会的→受診しやすい条件整備（労働条件、受診時間など）
- ・ 身体的→受診の困難さ、検査時の痛みなどの軽減（検査機器、技術の向上）
- ・ 制度的→国民病とも言えるがん、感染症法のような強制力を持った検診制度へ

「わかっちゃいるけど……」というのは世の常、検診で早期発見、早期治療すればいいことづくめと分かっているけど、「がんと言われるのが怖い」「時間が無い」「お金がかかる」などの理由でがん検診率はなかなか向上しません。

●全員がん検診を実現

「がん対策推進基本計画」などでは検診率を50%にするという目標が掲げられていますが、がんが国民病だとすれば、かつての国民病の結核のように、法律で検診を義務付け、100%検診すべきではないでしょうか。結核で死亡する人の数は年間2,000人強ですが、がんによる死亡数は40万人近くですから、結核の200倍近い死亡数です。感染症法によって行われている結核検診のような強制力の伴った体制作りが必要だと思います。

結核の検診は皆さんも健康診断の時にバスのような検診車が来てくれて、しかも無料で受けられますが、がん検診は忙しい人などが検診を受けやすいようなシステムになっていない上に、基本的に有料です。

簡便に受けられ、費用負担もないような仕組みにして、全員検診を実現すべきでしょう。

●当面は保険診療とし公費負担を目指す

ここまで来ると直ちに反論があるでしょう、「一体、国民全員のがん検診を無料にするという膨大な予算はどこにあるか」と。

ただ、それなら今のままにしていれば国民総医療費はどんどん膨張するばかりですが、思い切って予算を投入すれば、すぐには無理ですが、徐々に費用減殺効果が出ることは明らかです。この費用の投入は、がん検診を健康保険扱いにしても結局公費を使うのに変わりはありません。

では予算が無いかというところでもないのではないのでしょうか。現在の抗がん剤はほとんど全て輸入薬品であり、年間輸入額は2兆5,000億円以上あり、輸出入インバランスの大きな要因の一つにさえなっています。TPPが発動されれば、韓国の例を見ればわかるように、現在の2倍の5兆円になるかもしれません。1期で手術か放射線で局所制御できれば高い薬を使わなくても済むでしょう。また、平成26年度の会計検査院による「指摘金額」（不適切な会計経理により生じた徴収不足額や過大支出額など）は2,060億円に上ると言われています。検査の実施率は8%程度ですから、本当は2兆800億円程度になり、お金はあるはずですよ。

問題になっている子宮頸がん（HPV）ワクチンの導入時のことを思いだしてください。HPVワクチンは当初は子宮頸がん予防に役立つとして当会もその普及に努力しましたが、その時点での問題は「費用」でした。総額6万円前後もするので、何とかこれを無料にと運動し、すぐに無料にするのも無理と思い、当会も健康保険での接種を主張しました。しかし、保険収載すれば健康保険財政がひっ迫するので、最終的に政府は定期接種に組み込み、公費で接種することとしました。

そうは言っても、直ちにがん検診を全額公費負担にするのも抵抗が大きいでしょうから、当面は保険収載して個人負担を軽減させることとし、全額公費負担へと徐々にでも良いですから移行するよう求めたいと思います。

もう一つ、「検診マニア」のような人たちが、あちこちの病院で検査を受けたがるという問題も懸念されるかもしれませんが、これは現在問題になっている多重頻回受診問題同様、検診登録制度などによって、特別の指示が無い場合は一定期間内の保険検診は受けられないようにすることは可能だと思います。

政治とは税金の使い道を決めることだ、と言われることがあります。正にこのようなことは国民自らが、自分たちが苦しまず、安くがんを治して、国も助かることを選択するかどうかにかかっているのではないのでしょうか。

市民のためのがん治療の会は先頭に立ってこうした政策の実現に向けて、みなさんと共に進みたいと思います。

この趣旨を取りまとめ、政府、関係省庁、関係諸団体、報道機関等へ申入れを行いたいと考えております。皆さまからの建設的なご意見をお待ちいたします。

特別寄稿



緊急提言 「これでいいのか! 日本のがん登録」

「市民のためのがん治療の会」顧問 名誉院長 西尾 正道

北海道医薬専門学校校長、厚生労働省北海道厚生局臨床研修審査専門員、
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。

国民病ともなっている悪性新生物（がん）に対する対策には、がん登録は不可欠な資料となる。がんの罹患や生存の状況等を把握することにより、我が国のがんの現状を把握し、がん対策の基礎となるからである。このがん登録は従来より、大阪府や宮城県などは精度の高い「地域がん登録」を行っており、日本全体の推定値の算出に大きく寄与してきた。また臓器別のがん登録に関しては関連した学会などがデータ収集を行っている。さらに「がん対策基本法」が成立して全国に「がん診療連携拠点病院」が指定されたが、そこでは指定要件の一つとして「院内がん登録」が義務付けられ、そのデータを国立がん研究センター内の「がん対策情報センターがん統計研究部」（部長：西本 寛）が集計し報告している。現状では大きく分けてこうした3つのがん登録が行われている。10年以上前に「院内がん登録」の届出票（調査票、登録票）を作成するにあたり、従来から行われていた各地の「地域がん登録」で使われていた届出票の登録項目やその選択肢コードを考慮し、極めて完成度の低い「院内がん登録」の届出票が作成され、現在使用されている。この届出票の作成過程に関わった人達は、①がん登録業務関係者、②がん検診関係者、③統計学関係者、が中心で、臨床の現場を知らない人達であり、患者さんの流

れやがん治療の詳細にも理解不足であったため、極めて臨床医の眼から見れば不備で使いにくく、がん対策のためには不十分なデータしか出ないものであるが、現在も使われている。

今回、2013年12月13日に「がん登録等の推進に関する法律」が成立し、「全国がん登録」が法制化された。この法律にしたがって、患者さん本人の同意は必要とせず、2016年1月1日からの診断症例の届出が行われる。登録項目は表1に示す26項目であるが、問題はこの項目の完成度の低さである。これは選択肢項目が不完全で登録に迷う従来の「院内がん登録」がそのまま使用されていることである。がん診療を専門としていない高齢の開業医も含め、がん登録を求めるには余りにも完成度が低いものである。

2016年から全国の全ての病院（20床以上）と診療所（19床以下の医院や外来のみのクリニック）は手上げ方式であるが、がん登録が開始される。実際に登録の締め切りは1年後であり、早急に再検討して誰もが登録し協力しやすい届出票に改善すべきである。この問題点の幾つかを具体的に述べ、同時に私案を提示する。なお、登録項目の詳細は「全国がん登録届出マニュアル2016」（http://ganjoho.jp/data/reg_stat/cancer_reg/national/hospital/can_reg_manual_2016.pdf）を参照して頂ければと思う。

表1 「全国がん登録」の26登録項目

項目No.	登録項目
1	病院等の名称
2-7	診療録番号、カナ氏名、氏名、性別、生年月日、診断時住所
8-12	側性、原発部位(診断名)、病理診断、診断施設、治療施設
13-17	診断根拠、診断日、発見経緯、治療前進展度、術後病理学的進展度
18-21	外科的治療、鏡視下治療、内視鏡的治療、治療の範囲
22-25	放射線療法、化学療法、内分泌療法、その他の治療
26	死亡日

まず、【⑧側性】の項目では、【1.右、2.左、3.両側、7.側性なし、8.不明】となっているが、これは【1.右、2.左、3.中央、4.両側、5.多発、8.該当しない（例：胃）9.不明】とすべきである。この選択肢コードは1976年にWHOが刊行した「癌登録基準*」に記載されているものである。（*：WHO癌登録基準、金原出版、1981年刊）。【3.中央、5.多発】の選択肢コードを追加することによりほぼ全臓器の側性を把握できる。

次に【⑫治療施設】の項目は【1.自施設で初回治療せず、他施設に紹介またはその後の経過不明、2.自施設で初回治療を開始、3.他施設で初回治療を開始後に自施設に受診して初回治療を継続、4.他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診、8.その他】となっているが、これでは入力時に選択肢コードを読みながら考えて入力しなければならず、厄介であり、また一次治療例か再発・転移例の治療かの区別ができない。このコードでは一連の一次治療の中で行われている放射線治療例は多くの場合は二次治療例として登録される。治療内容を把握するためには、私案として【症例内容】と項目名を変更して【1.一連の一次治療例、2.二次治療例（再発・転移例）、3.診断のみ、4.経過観察例（投薬も含む）、8.その他、9.不明】とすべきである。

【⑬診断根拠】の項目では、【1.原発巣の組織診、2.転移巣の組織診、3.細胞診、4.部位特異的腫瘍マーカー、5.臨床検査、6.臨床診断、9.不明】となっているが、私案としては【1.組織診、2.細胞診、3.臨床診断（画像診断・腫瘍マーカー・臨床検査を含む）、9.不明】で事足りる。原発巣からの組織診か転移巣からの組織診かは問題ではない。臨床では生検しやすい部位から採取するからである。また臨床診断では画像診断や臨床検査を組み合わせた総合判断が行われることから一括して良いのである。

【⑮発見経緯】の項目に至っては臨床を知らないコード化にはあきれるばかりである。この発見経緯のコードは【1.がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例、3.他疾患の経過観察中の偶然発見、4.剖検、8.その他、9.不明】となっている。しかし通常はがん患者の7割前後は自覚症状で医療機関を受診して癌が発見されるものである。この選択肢コードが無いと、全て【8.その他】として集計されることとなる。ちなみに女性で最も多い乳癌では、55.7%は「自分で見つけ受診」（日本経済新聞 2015年11月27日記事）しており、こ

のグループは全て【8.その他】として集計されるのである。

2009年にこの「がんを発見した経緯」に関する不備な選択肢コードを使って集めた「がん診療連携拠点病院」の集計では、がん検診での発見が8.6%であり、「その他・不明」が62%であると報告されていた。6割以上のデータを無駄にしているのである。この項目に関する私案として、【1.自覚症状、2.がん検診・健康診断・人間ドック、3.他疾患の経過中に発見、4.剖検、8.その他、9.不明】とすべきである。

【⑯治療前進展度】の項目に関しても40年以上前に作られた【400.上皮内、410.限局、420.所属リンパ節転移、430.隣接臓器浸潤、440.遠隔転移、777.該当せず、499.不明】という選択肢コードを使用しているが、現在は主な疾患では臨床病期分類が使われており、この病期を採用すべきである。リンパ節転移だけでは、疾患によってはⅡ期からⅣ期まであり、また【430.隣接臓器浸潤】も主観的な判断となる。この項目に関しては【1.Ⅰ期、2.Ⅱ期、3.Ⅲ期、4.Ⅳ期、5.0期、8.病期分類なし、9.詳細不明】と臨床病期で統一すべきである。なお上皮内がんの0期に関しては数字と紛らわしくなるため、【5.0期】とコード化した。こうした臨床病期の経時的集計により、早期発見の推移も把握できる。

また【⑰術後病理学的進展度】の項目は手術しない症例も多く不必要であり、削除すべきである。この項目は「院内がん登録」のレベルで集計すべきである。

項目⑱からの4項目は観血的治療として、外科的、鏡視下、内視鏡的、観血的治療の範囲、として届出票が作成されているが、この区別は必要なく、観血的治療（外科的、鏡視下、内視鏡的、など）として一項目で済むことである。外科治療だけ細分化するのはバランスにかけており、これでは放射線治療も外部照射か、小線源治療か、RI内用療法か、粒子線治療か、など区別する必要があるし、また根治的照射か緩和的照射かなどを区別する必要がある。抗癌剤の投薬も術後の補助療法としての投与か、緩和的治療としての投与か区別する必要がある。この届出票の作成にあたり、外科治療に関してマニアックな人達の意見が強かったのかもしれないが、表2の私案と比較して頂ければ如何に偏ったものが理解できるであろう。

なお、【⑳死亡日】に関しては、届出時は空欄

となる場合が多いと思われ、この欄は別途に5年後や10年後に調査し記入することとなる。その場合は、【死因】の項目も加えても良いであろう。この場合の選択肢コードは、原病死か他病死かの区別くらいは必要である。がんが治っても他病死する症例も多くなっているからである。

また重複がん(多重がん)も多く、1割～2割程度の頻度で見られるが、特に上部消化管では高率であり、長期的観察では3割程度の症例が多重がんとなっている。このため届出票をまとめて提出する都道府県単位の業務の過程では2項目追加し、【名寄せ記入欄】と【同一症例内番号】を記入する工夫が必要である。2015年のがん罹患患者数は98万人と予測されているが、順調に稼働すれば100万件以上のデータ件数が集まることとなる。その場合は実人数を把握するためには名寄せして同一人物のデータをまとめる必要がある。このため、(姓)と(名)の頭文字(ひらがな)と生年月日(西暦)を組み合わせて同一人物を名寄せすることが当面の工夫として考えられる。将来、マイナンバーを使用すれば、この項目は不必要となる。(例)として患者名が「日本一郎」で、1945年8月15日に生まれた場合は【にい19450815】と記入し、名寄せすれば、かなり効率的となる。また届出件数と実人数を区別するために名寄せした同一人物のデータに番号を振り実人数として集計する。データに【1-1】と記入すれば、疾患ごとの罹患患者数は集計できる。また前述した多重がんの扱いに関してはこの【同

一症例内番号】の記入に際し、2番目のがんに関しては【2-1】、3番目のがんに関しては【3-1】というような整理により多重がんも集計が可能となる。

「院内がん登録」は完成度の低い不備な選択肢コードのまま開始されたため、2009年5月に私は責任者である祖父江友孝氏と西本寛氏に出向いてお会いし、問題点を指摘したが、『院内がん登録』は始まったばかりなので、5年間はこのままさせてほしい』と言われ、静観していた。しかし、この完成度の低い登録項目とその選択肢コードを継承し、今後の日本のがん対策の基礎となる「全国がん登録」を開始することは許されないことである。

2015年10月23日に国立がん研究センターの堀田知光理事長に直訴し、11月12日には厚労省のがん対策課の担当者にも手弁当で説明に伺ったが、変更する予定はなさそうである。

調査票作成にかかわった人達(委員)の中には肩書で選ばれ、自分で入力したことがない人達も多い。また作成者は個人的な興味や、業績づくりの意識しかないのであろうか。このままでは不完全な選択肢コードが混在し、入力する臨床医や事務職員は大変困惑することとなる。大局的視点と長期的な展望を持ち、バランスある完成度の高い「全国がん登録」の届出票の作成が望まれる。厚労省でこのがん登録に関与した委員会は早急に再検討すべきである。最後に私案を提示し、稿を終わる。

表2 全国がん登録調査票(西尾私案)

調査項目		選択肢コード	
個人 識別	①病院等の名称		
	②診療録番号		
	③カナ氏名	(姓)	(名)
	④氏名	(姓)	(名)
	⑤性別	1.男性 2.女性 9.不詳	
	⑥生年月日	(西暦) 年 月 日	
	⑦診断時住所		
腫瘍 情報	⑧原発部位	(ICDコード)	
	⑨病理診断	(病理コード)	
診断 情報	⑩側性	1.右 2.左 3.中央 4.両側 5.多発 8.該当しなし(例:胃) 9.不明	
	⑪診断施設	1.自施設診断 2.他施設診断	
	⑫診断根拠	1.組織診 2.細胞診 3.臨床診断(画像診断・腫瘍マーカー・臨床検査を含む) 9.不明	
	⑬診断日	(西暦) 年 月 日	
	⑭発見経緯	1.自覚症状 2.がん検診・健康診断・人間ドック 3.他疾患の経過中に発見 4.胃検 8.その他 9.不明	
治療 情報 転帰	⑮臨床進行度	1.I期 2.II期 3.III期 4.IV期 5.0期 8.病期分類なし 9.詳細不明	
	⑯症例内容	1.一連の一次治療例 2.二次治療例(再発・転移例) 3.診断のみ 4.経過観察例(投薬も含む) 8.その他 9.不明	
	⑰切除療法	1.自施設で施行(観血的・手技であり、手術・鏡視下・内視鏡的切除を含む) 2.自施設で施行なし 9.不明	
	⑱放射線療法	1.自施設で施行(全ての線質・照射法を含む) 2.自施設で施行なし 9.不明	
	⑲薬物療法	1.自施設で施行(ホルモン療法・免疫療法を含む) 2.自施設で施行なし 9.不明	
	⑳死亡日	(西暦) 年 月 日	
*	死因		
届出事務業務で記入			
名寄せ記入欄		(姓)と(名)の頭文字(ひらがな)と生年月日(西暦)を組み合わせて同一人物を名寄せする。(例)日本一郎の場合⇒にい19450815	
同一症例内番号		多重癌も考慮して同一人物の複数登録データを並べ替えるために使用 (例)1-1	

特別寄稿

がん患者さんを支える法律さえあれば、 2人に1人のがん患者さんは、治療と就労は両立できる (遠藤らの復職実態調査から見えてきた「未来のかたち」)

東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二講座 遠藤 源樹



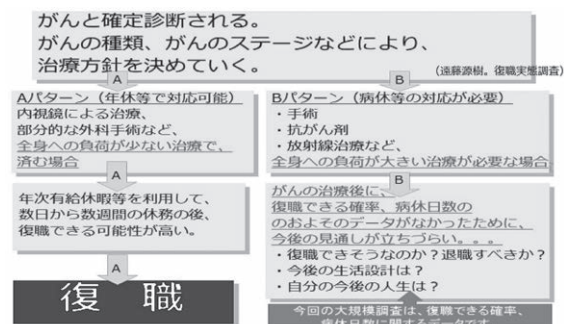
医師、医学博士、日本産業衛生学会専門医（産業衛生専門医）、第一種作業環境測定士等。専門は疫学・産業医学。主な研究テーマは「復職（Return to work）」。
福井県大野市出身。産業医科大学医学部を卒業後、JR東京総合病院、医療法人社団こころからの元氣プラザ、東日本電信電話株式会社、日本クロージャー株式会社、朋和産業株式会社等の産業医として、多くのがん患者の就労支援を経験。獨協医科大学博士課程（公衆衛生学）を修了後、現在、東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二講座助教。日本医療機能評価機構EBM医療情報部（Minds）客員研究員、国立国際医療研究センター客員研究員等も兼任。

がんになったら、職場復帰できる状態に戻れるのか？
ある日、がんと診断されたら……

がんは、そのまま放っておけば、身体を蝕（むしば）んでいくものですから、生きるためには、必ず治療をしなければなりません。そして、出来る限り早く、治療をした方がいいのは周知の事実です。

がんの種類、がんのステージなどを考慮しながら、患者さんと主治医が話し合っ、治療方針を決めていきます。治療方針が決まると、仕事を休む期間がある程度、推測できます。

それは、下の図にありますように、AパターンとBパターンがあります。



Aパターンは、内視鏡による治療や、部分的な外科手術など、全身への負荷が少ない治療で終了する場合です。Aパターンの場合は、年次有給休暇等を利用して、数日から数週間の休務の後、復職できる可能性が極めて高いでしょう。

しかしながら、Bパターン、つまり、開腹手術や、抗がん剤投与など、全身への負荷が大きい治療が必要となるケース。このBパターンの方が圧倒的に多く、Aパターンのような早期がんなどの方は、ある意味、「不幸中の幸い」だと思います。

Bパターンの場合は、年休の範囲内だけでは復職は難しく、特に、中小零細企業のがん患者さんの場合、退職を選ぶ人も少なくないでしょう。なぜ、退職を選ぶがん患者さんが少なくないのか？

それは、がん患者さんを支える法律が、日本にはないからです。

Bパターンになったがん患者さんの、フルタイムで復職するまでかかる日数は？

遠藤らは、がん患者さん1278名の復職実態調査を、日本で初めて実施し、2015年8月に、国際学術誌Journal of Cancer Survivorshipに論文として発表しました。その結果は、下の表のとおりです。

結果

表 1. がん種に層別化した病休開始日から365日後までの転帰 (n=1278)

がん種	人数	男性	女性	時短勤務/フルタイム		退職	死亡	病休継続	フルタイムで復職	時短勤務/フルタイム	
				N	N (%)						N (%)
胃がん	282	262	20	52.9	62 / 124	0	16	3	40	223	5.6
食道がん	67	64	3	54.7	123 / .	9	7	2	5	42	8.4
膵臓・胆膵がん	146	140	6	51.9	66.5/136.5	3	16	4	31	92	3.0
肺がん	162	143	19	54.1	96.5 / .	7	22	11	31	91	2.9
肝臓がん	98	91	7	54.4	194 / .	6	31	7	13	41	3.2
乳がん	97	0	97	48.1	91 / 209	2	1	6	15	72	4.8
女性生殖器がん	67	0	67	46.4	83 / 172	0	0	5	11	51	4.6
男性生殖器がん	78	78	0	53.0	60.5/124.5	4	1	5	16	52	3.3
膵膵系腫瘍	53	52	1	53.2	52 / 127	0	7	1	15	30	2.0
血液系腫瘍	95	86	9	49.0	241 / .	1	12	19	14	48	3.4
他のがん	133	117	16	50.7	91 / 195	3	19	11	38	60	1.6
全体	1278	1033	245	51.9	80 / 201	35	132	74	229	802	3.5

(Endo et al. Journal of Cancer Survivorship 2015)

上の表のとおり、Bパターンになった場合の、フルタイムで復職するまで要する療養日数は、がん全体で201日（約6か月半）です。特に、がん種ごとでは大きく異なり、胃がんは124日、大腸がんは136.5日、乳がん209日、子宮がん等の女性生殖器がんが172日、前立腺がん等の男性生殖器がんは124.5日であった。（統計解析上、中央値が算出できませんでしたが）、白血病などの血液系腫瘍は、フルタイムで復職するまで15年間を要していました。

がんによる病休開始日から6か月までのフルタイムでの復職率は47.1%、病休開始日から12ヶ月までのフルタイムでの復職率は62.3%でした。がんの種類により顕著な差がみられ、累積フルタイムでの復職率は、2極化していました。前立腺がんなどの男性生殖器がん、胃がん、子宮がんなどの女性生殖器がん、乳がん、大腸がん

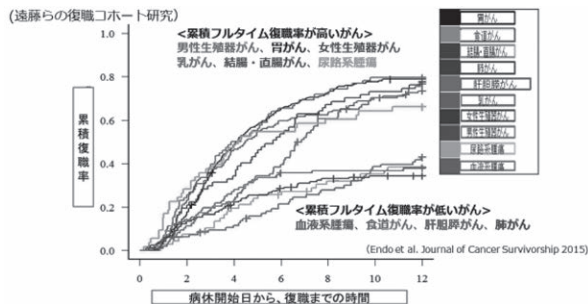


図1. がん種別の累積フルタイム復職率の推移 (n=1278)

などは、企業が一年待てば、3人中2人がフルタイムで復職できることが、データからも読み取れます。

また、このがん患者さん全員が職場復帰する際、復職直後に「短時間勤務が望ましい」か、「フルタイムで復職できる」かの産業医判断を受けていますが、「短時間勤務が望ましい」と判断された方（前者）が、後者に比べて、3.5倍でした。つまり、多くのがん患者さんにおいて、復職時、短時間勤務制度は必要な状態であったということです。それは、がん治療などに伴う疲労、痛み、食欲不振、嘔吐などのからだの症状だけでなく、メンタルヘルス不調、睡眠障害、心理的苦悩などの心の症状など、様々な因子が絡んでいるからです。

産休・育休には法律があるからこそ、多くの女性が職場復帰できる社会になった

復職支援に関する法整備の中で最も進んでいるのは、妊娠・出産・産休後の復職支援・育児です。育児・介護休業法等が制定されたことにより、より多くの女性が出産後に安心して復職できるようになりました。昭和の日本であれば、「女性が結婚→退社」が普通だったかもしれませんが、現在では、少しずつ、妊娠・出産中も、会社に籍を残しながら、産休・育休後に復職する女性が格段に増えました。これは、まさに、法律の力です。

しかしながら、疾病休業（がんや脳卒中など）を支える法律はなく、がんになり、療養期間が長期になると、退職せざるを得ない方々が多数であるのが、今の日本です。

法整備による、がん患者さんの復職支援

より多くのがん患者さんが職場復帰できる社会にするためには、がんので仕事ができなくなっても、「一年間、会社に籍を残さなければならない」ことを保障（身分保障）する法律（がん対策基本法等）の整備が何よりも重要です。その理由は、多くの中小企業では、がんなどの病気で休める期間の設定が存在していなかったり、タイム

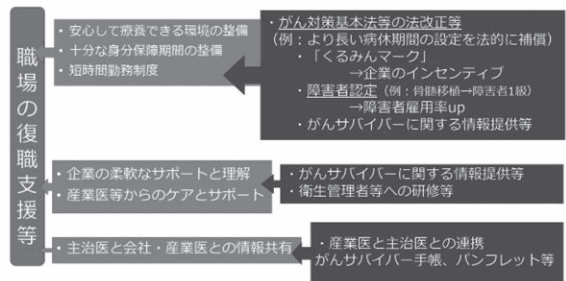


図. 法整備による、がん患者さんの復職支援 (遠藤の提案)

リミットが3カ月や6か月などに設定されている所が少なくないからです。働く世代のがん患者さんの多くが、そのタイムリミットや、「会社の空気」を読んで、退職を選んでいるのです。

産休・育休には法律があるために、雇用が保たれ、より多くの方が復職できるようになったのと同じように、がん患者さんにも、その雇用を守ってくれる法律さえあれば、より多くのがん患者さんが職場復帰できる世の中に変わります。遠藤らの復職実態調査の結果からは、フルタイムで復職するまで平均6か月半かかることから、1年間の身分保障期間があった方が良いでしょう。育休などに積極的に取り組んでいる企業などへの「くるみんマークのがん版」があっても良いと思います。

また、「白血病の患者さんで骨髄移植→障害者認定」や、「抗がん剤治療中のがん患者さんを障害者雇用率の算定基準に含める」等を認めれば、企業は、がん患者さんが職場復帰しやすい環境を整えようとするインセンティブになると思います。

現在、続きの論文を執筆中ですが、実際、このような復職支援制度の御蔭で、がん患者さんの2人に1人が、復職後、がんの治療と仕事を両立できていることが分かりました。がん患者さんを支える法律さえあれば、2人に1人のがん患者さんは、治療と就労は両立できるのです。

より多くのがん患者さんが「復職」できる社会に、今こそ、皆で力を合わせるべきだと思います。

より多くのがん患者さんが職場復帰できる社会にするために

現在、がん患者さんの雇用を守ってくれる法律がない

* 提案 *

研究結果（遠藤らの復職実態調査から）：
がん患者の療養日数の中央値は、約6か月半
←身分保障1年間を法律で保障（育児・介護休業法のように）

研究結果（遠藤らの復職実態調査から）：
「短時間勤務が望ましい」と判断した産業医判断が約3.5倍
←短時間勤務制度を法律で保障（育児・介護休業法のように）

◎ 自著紹介

岩澤倫彦 著

『バリウム検査は危ない』

—1000万人のリスクと600億円利権のカラクリ—



岩澤 倫彦 (いわさわ みちひこ)
ジャーナリスト・ドキュメンタリー作家

日本の中高年世代にとって、バリウム検査は毎年恒例の行事として馴染み深い存在だろう。不味い液体を我慢して飲み、炭酸ガスで胃が膨れてもゲップを禁じられ、“逆さはりつけ”姿勢の恐怖に耐える。こうした苦行にも似たバリウム検査を受診するのは、胃がんを早期発見できると信じているからだ。

しかし、バリウム検査については、胃がん診療を専門とする医師から長年にわたって疑義が呈されてきた。「見落とし、見逃しの多発」、「X線画像の精度的な限界」「放射線被曝」等に加えて、「バリウム検査より内視鏡検査のほうが、3倍も胃がん発見率が高い」という事実も明らかになっている。

また、バリウムが腸内に溜まり固着して腸壁を突き破るといふ、死亡リスクが高い重大な事故が多発しているのだ。さらに胃がんの99%は、ピロリ菌感染者であることが医学的知見として確立されている。裏を返すと、ピロリ菌未感染者にとっては、バリウム検査を毎年受診するのは無駄な行為なのだ。

そしてバリウム検査では、医師の立ち会いが法令で定められているにも関わらず、放射線技師の団体が行ったアンケートによると、209の検診団体のうち120が医師立ち会いせずと回答している。自治体のバリウム検査で、コンプライアンス違反が常態化しているのは、異常としか言いようがない。

こうした状況にありながら、バリウム検査が続けられている理由とは何か？

それは、胃がん検診が巨額の利権となっているからだ。バリウム検査に毎年投入される税金は、600億円。これを取りまく、医学者、検診組織、役人、そして新聞社も含めた巨大な“検診ムラ”ともいふべき利権構造が長年にわたって構築されてきた。

厚労省は、2016年度から胃がん検診に内視鏡検査を導入する方針を決定したが、現時点では対応できる医療機関や内視鏡医が足りない為、現実的ではないと現場から早くも混乱を危惧する声が上がっている。受診者をピロリ菌感染者に絞り込む等の解決策があるが、バリウム検査の延命をはかる検診ムラの抵抗によって実現していない。

一方で、年間5万人が胃がんで命を落とす現状

を変えようと、“検診ムラ”を相手に行動する医師も現れている。

本書は、新聞やテレビが報じてこなかったバリウム検査の危険性と、利権にまみれた“検診ムラ”の実態、そして胃がんから命を守るために必要な対策とは何か、これらを調査報道によって描いたノンフィクションである。

<第1章：知られざる大腸穿孔と放射線被曝>

バリウムで大腸に孔が開いた女性、心肺停止からの生還ドキュメント、原発作業員の労災認定を超える放射線被曝

<第2章：隠された死>

バリウム検査での死亡をめぐる疑惑、受診者の自己責任にすり替えた検診団体、検診台に挟まれて命を奪われた女性

<第3章：検診ガイドラインの迷走>

国立がん研究センターが支配する多額の研究費、バリウム検査に真の科学的根拠はあるか、中立公平性なきガイドライン

<第4章：検診ムラ>

600億円利権に群がる組織と人、全国天下りリスト、国内最大の検診組織の実像、バリウム検査廃止に動いた医師の理念

<第5章：胃がん見逃しに5つの理由>

妻が語る若きサラリーマンの死、見逃し率45%の報告、バリウム検査5つの問題点

<第6章：内視鏡検査の現場から>

名外科医がメスを置いた理由、最新の内視鏡検査とは、スキルスはバリウムのほうが見つかるという嘘、ある患者からの提言

<第7章：胃がんリスク検診をめぐる攻防>

早期発見された女性の体験談、住民の命を守るための決断、胃がんリスク検診によって検診対象者は絞り込める

『バリウム検査は危ない』

—1000万人のリスクと
600億円利権のカラクリ—



小学館 2015年11月3日刊 本体1200円+税

「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

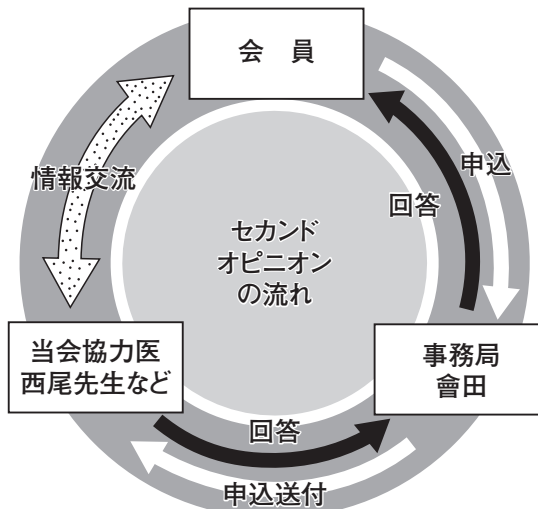
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては急速に進歩している放射線治療に関する最新の情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方が、適切なアドバイスをいたします。これらの先生方は日本放射線腫瘍学会認定医の資格を有するがんの専門医を中心とするエキスパート集団です。

●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等を行う予定です。

●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。



「市民のためのがん治療の会」のさらなる幅広い活動のためにご寄付をお願いいたしております。ご送金は下記までお願いいたします。

ゆうちょ銀行 〇一八(ゼロ イチ ハチ) 普通口座 市民のためのがん治療の会
口座番号 018 6552892a

市民のためのがん治療の会協力者

- 西尾 正道 (顧問、北海道がんセンター名誉院長)
 會田昭一郎 (代表) 佐原 勉 福士 智子 (理事)
 羽中田朋之 平野 美紀 前村 朋子 村松 二郎 (協力員)
【北海道支部】
 柏木 雅人 (支部長) 浜下 洋司 (事務局長) 高松 岡 播磨 義国
【甲信越支部】
 堀川 豊 (支部長) 上村 佑記 (事務局)
【滋賀県支部】
 藤井 登 (支部長) 寺本 了俊 (副支部長) 藤原 哲男 (副支部長)
【ご支援】
 田辺 英二 (株エーイーティー代表取締役社長) (HP運用支援)
 細田 敏和 (株千代田テクノル会長) (ニュースレター制作支援)

創立委員

- | | | | |
|-------|------------------------|---------|-------------------------------|
| 會田昭一郎 | 市民のためのがん治療の会代表 | 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名誉院長 |
| 上總 中童 | 株式会社アキュセラ 顧問 | 山下 孝 | 癌研究会附属病院顧問
(前副院長) |
| 菊岡 哲雄 | 凸版印刷株式会社 | * 中村 純男 | 株式会社山愛特別顧問
* 故人 |
| 田辺 英二 | 株式会社エーイーティー
代表取締役社長 | | |

(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

下記書籍は一部を除き2012年末を持ちまして当会での取り扱いを中止いたしました。
書店、アマゾン等にてお求めください。永年ご利用いただきましてありがとうございました。
(2016.1)

推薦書籍・DVDのご案内

書 籍 名	著 者	発行日	出 版 元	当会頒価
がんは放射線でごこまで治る 第2集	市民のためのがん治療の会	2014/12	市民のためのがん治療の会	¥1,200+税 (会員特価¥1,000)
正直ながんのはなし ～がん患者3万人と向き合って～	西尾 正道	2014/07	旬報社	¥1,400+税
がん医療の今 第3集	市民のためのがん治療の会	2013/02	旬報社	¥1,400+税
がん医療の今 第2集	市民のためのがん治療の会	2011/09	市民のためのがん治療の会	¥1,300 (会員特価¥1,000)
がん医療の今 第1集	市民のためのがん治療の会	2010/10	市民のためのがん治療の会	¥1,500 (会員特価¥1,000)
がんは放射線でごこまで治る 第1集	市民のためのがん治療の会	2007/12	市民のためのがん治療の会	¥1,000+税
増補改訂版 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	2010/04	市民のためのがん治療の会	¥1,000+税
被ばく列島 -放射線医療と原子炉-	小出 裕章・西尾 正道	2014/10	角川学芸出版	¥800+税
放射線健康障害の真実	西尾 正道	2012/04	旬報社	¥1,000+税
今、本当に受けたいがん治療	西尾 正道	2009/05	エム・イー振興協会	¥1,500+税
内部被曝からいのちを守る -なぜいま内部被曝問題研究会を結成したのか-	市民と科学者の内部被曝問題研究会編	2012/01	旬報社	¥1,200+税
見えない恐怖 放射線内部被曝	松井 英介	2011/06	旬報社	¥1,400+税
前立腺ガン -これだけ知れば怖くない- (第5版)	青木 学 訳	2010/02	実業之日本社	¥1,500+税
前立腺ガン治療革命	藤野 邦夫	2010/04	小学館	¥700+税
前立腺がん治療法あれこれ 密封小線源治療法とは? 小線源治療法のDVD	三木 健太 青木 学 他	2010/04	制作 東京慈恵会医科大学	¥1,000

【入会案内希望】

入会案内、会についてのお問い合わせなどの場合は、e-mail が便利です。FAX、郵便の場合は上記【入会案内希望】を丸で囲み、このページをコピーされ、下記にご記入の上お送りいただくと便利です。ご連絡先は下記の「会の連絡先」をご覧ください。

フリガナ		
お 名 前	(姓)	(名)
ご 住 所	〒	
ご自宅 TEL () - ご自宅 FAX () -		
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 :		

◆本誌についてのお問い合わせ、ご連絡等は、下記、会の連絡先宛にFAXか e-mail にてお願いいたします。

編集・発行人 会田昭一郎
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 会田方
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