

# Newsletter

ニュースレター

# No. 4

# 2018. 10

Vol.15 (通巻 60 号)



市民のためのがん治療の会

## 巻頭言

### 放射線治療における 時間と空間



日本放射線腫瘍学会第31回学術大会長  
近畿大学医学部放射線医学教室  
放射線腫瘍学部門 教授

西村 恭昌

#### 略歴

- 1981年 京都大学医学部 卒業
- 1981-85年 京都市立病院  
放射線科研修医
- 1985-89年 京都大学大学院医学研究科  
博士過程修了、医学博士
- 1989年 京都大学医学部附属病院  
放射線部助手
- 1990-91年 米国Kentucky大学  
放射線医学科研究員
- 1992年 京都大学医学部附属病院  
放射線部助手、復職
- 1993年 京都大学医学部  
放射線医学講座、講師
- 1995年 京都大学大学院医学研究科  
放射線医学講座、助教授
- 1998年 近畿大学医学部放射線医学  
教室、主任教授
- 2005年 近畿大学医学部放射線医学  
教室放射線腫瘍学部門  
主任教授
- 2009年 近畿大学医学部附属病院  
がんセンター長

日本放射線腫瘍学会（JASTRO）第31回学術大会を2018年10月11日（木）から13日（土）の3日間、国立京都国際会館を会場に開催することとなりました。メインテーマに「時間と空間の最適化」、サブテーマに「守破離」を掲げ、このテーマに沿って、特別企画、シンポジウム、ワークショップなどを企画しました。「時間と空間」は放射線治療の基本です。放射線治療における治療期間は、局所制御率に大きな影響を与えており、一旦開始した放射線治療は予定通りに終了しないと、治療成績が落ちることがわかっています。逆に、頭頸部がんなどでは1日2回照射する加速過分割照射や、休日照射などで照射期間を短縮し治療成績の改善が可能です。最近では1回線量を2 Gyより大きくして照射回数を少なくする寡分割照射も、その有効性が明らかになってきました。

がんによって線量を集中する空間的線量分布の改善は過去30年間で著しいものがあります。X線シミュレータでの2次元治療計画から、CT画像やMRI、PETなどの画像をもとにする3次元、4次元治療計画が臨床現場で使われるようになり、定位放射線治療、強度変調放射線治療、粒子線治療などの高精度放射線治療が広く行われるようになりました。このように進歩した放射線治療がさらに多くのがん患者に適応されるように一層努力していきたいと考えています。一般の方々に放射線治療をより理解していただくために、12日は「放射線治療の得意ながん」、13日は「医師ががんになったとき」のテーマで市民公開講座を開催いたします。代表の會田さんにも参加していただきます。お近くにお住まいの方はぜひご参加下さい。

## 特別寄稿



### 男性の尿漏れに対する先進的な治療法 尿漏れ手術「人工尿道括約筋植込術」

国立がん研究センター東病院 泌尿器・後腹膜腫瘍科 増田 均

1989年東京医科歯科大学医学部卒業後、東京医科歯科大学医学部附属病院医員（研修医）、東京医科歯科大学泌尿器科（助手）、同講師等を経て2007年がん研有明病院泌尿器科・前立腺センター（医長）。東京医科歯科大学泌尿器科（准教授）がん研有明病院泌尿器科・前立腺センター（副部長）を経て2017年国立がん研究センター東病院 泌尿器・後腹膜腫瘍科（科長）、現職。  
2013年より東京医科歯科大学臨床教授。この間米国ピッツバーグ大学においてリサーチフェローとして研究。

指導医：日本泌尿器科学会指導医

専門医等：泌尿器内視鏡学会認定 泌尿器ロボット支援手術プロクター（手術指導医）、日本内視鏡外科学会技術認定医、泌尿器内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医、癌治療認定医、腹腔鏡下小切開手術（ミニマム創内視鏡下手術）練達医・施設基準医、日本泌尿器科学会専門医、日本ロボット外科学会認定 ロボット専門医

学会等：泌尿器科学会NCD委員、日本泌尿器科学会評議員、日本ミニマム創泌尿器内視鏡外科学会（理事）、泌尿器抗加齢医学研究会（理事）、日本排尿機能学会（前理事 現監事）、外科系学会社会保険委員会連合（外保連、日本排尿機能学会）、日本泌尿器科学会 編集委員会 編集幹事（2013年4月27日-2015年6月）、日本泌尿器科学会教育ワークショップ班員（2010年、2014年）、小切開・鏡視外科学会（評議員）

#### 1. 前立腺とはなんでしょう

前立腺とは、男性だけが持つ臓器で、精液の一部である前立腺液を作り、性行為時に収縮し、前立腺液を尿道に排出する臓器です。前立腺液は、精子の運動を助けるのが役目ですので、前立腺とは本来は、種の温存のための臓器といえます。寿命が短かった時代は、この役目が主でしたが、寿命が戦後急激に伸びたため、前立腺癌や前立腺肥大症として話題に昇るようになりました。人間の前立腺は、膀胱の下に、尿道を取り巻く形で存在することから、加齢で前立腺が大きくなると（肥大症）、尿道を圧迫して下部尿路症状を引き起こします。これは人間や犬独自の構造であり、ねずみやうさぎでは、前立腺が尿道の後ろにくっついているだけの腺臓器で、まさに種の温存のためだけにあります。

前立腺は、中心領域・移行領域（内腺部）と、辺縁領域（外腺部）から構成されており、良性疾患である前立腺肥大症は、移行領域で発症し、前立腺がんは、主に辺縁領域から発症します。

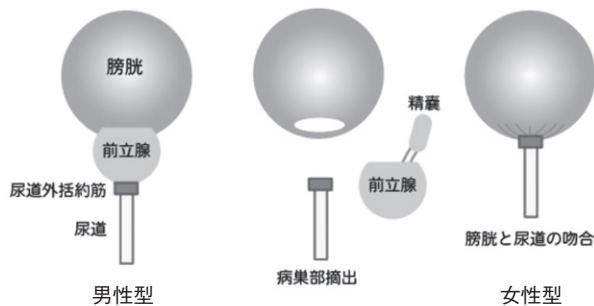
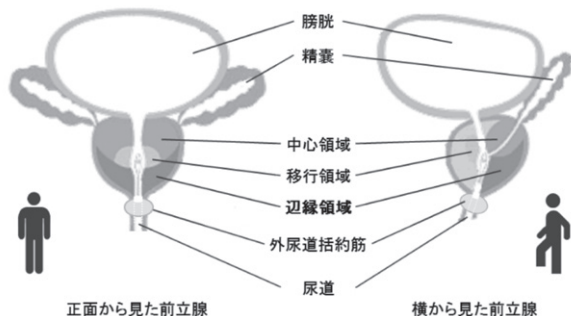
辺縁領域は、身体の正面から見ると、膀胱よりも遠く（下）に位置し、外尿道括約筋-前立腺のペニス側（下）に接しており、尿道を取り巻く形で位置し、尿を膀胱に溜める際に、尿道を締めつける筋肉-に接しています。

で位置し、尿を膀胱に溜める際に、尿道を締めつける筋肉-に接しています。

#### 2. 前立腺癌の手術：前立腺全摘除術

前立腺癌の確立された危険因子は、加齢、人種、遺伝です。それに環境因子として食事が加わります。明らかな高齢者癌ですが、PSA測定が広まり、40代で見つかる人もいます。米国の黒人に極めて多く、人種に食生活の欧米化、肥満が拍車をかけています。罹患数は90,000件と年々増加しており、その内20,000件で外科的治療を実施しており、ロボット手術の普及に伴い、増加基調です。外科的治療で行われる前立腺全摘術とは、“膀胱と尿道の間に存在する前立腺と精嚢を取り除き、膀胱と尿道を繋ぎ合わせる手術です。いわば、男性型の尿路を、女性型の尿路に変更する手術ともいえます。

1での図をみてもらうとわかりますが、前立腺がんが発生する部位（辺縁領域）は、膀胱から遠く、尿道を締めて膀胱に尿を溜めることができる外尿道括約筋の近くののです。つまり、がんを根治させるには、尿を溜める機能である外尿道括約筋を多少は傷つけてしまう可能性があり、根治性と、



正面から見た前立腺

横から見た前立腺

男性型

病巣部摘出

女性型

機能温存のせめぎ合いといえます。尿を溜める機能を温存させる（外尿道括約筋を守る）ために、実際の手術では、尿道を長く残すことが必要で、15倍程度の拡大視野で、出血が少ないロボット手術が今では、有利といえます。

### 3. 前立腺全摘後の尿失禁

前立腺全摘後は、多くの患者さんが、大なり小なり尿漏れを起こします。女性は、もともと前立腺がないので、外尿道括約筋と骨盤底筋群で、うまく尿禁制を保っています。男性は、前立腺自体が尿禁制におおきく貢献していたため、これが瞬間的になくなってしまい、外尿道括約筋と骨盤底筋群でうまく尿を保てといわれても、女性のようにうまくいきません。一定期間の訓練と機能の回復に時間がかかります。術前からの骨盤底筋群体操は、この回復時間を早めます。参考までに、ミニマム創内視鏡下前立腺全摘術後の尿漏れ改善度合いを見ると、術後6ヶ月間で急速に回復し、6ヶ月を境に、以降の回復は緩やかになり、2年まで回復傾向はありますが、それ以降はありません。

大半の患者さんは、1～3ヶ月程度で、尿失禁の回復を自覚し、6ヶ月までには、今後なんとかなるだろうと安心します。この6ヶ月が、キーポイントの時期です。6ヶ月の段階で、尿取りパッド1日4枚以上となる重症患者は、その後尿禁制に至る可能性はありません。また、重症患者で、骨盤底筋体操を頑張ればよくなるということもありません。体操は基本的に、自然によくなる患者さんが、より早くよくなるというものです。従って、よくなること、自分の体操の仕方が悪いとか自分を責める必要はありません。保険適応になっている薬剤は、スピロペントのみですが、有効性は低いと思います。この時期には、抗コリン剤（バップフォー、ベシケアなど）、β3作動薬（ベタニス）、漢方薬（牛車腎気丸など）、三環系抗うつ薬（トフラニー

ル、トリプタノール：副作用である排尿困難を逆手にとった治療です）など、担当医も考えて処方しているころでしょう。その他、干渉低周波などを薦められていることもあるかと思いますが、軽度の尿失禁では、有効な場合もありますが、重症例にはほぼ無効と言えます。

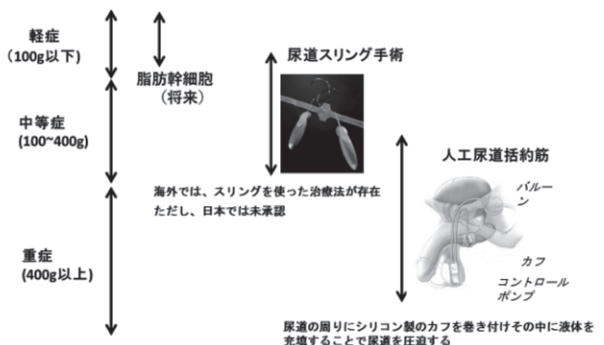
一般的には、全摘術の1～3%で尿取りパッド1日4枚以上となる重症患者が発生し、中等度を合わせると、6%程度で、尿漏れに悩む患者が発生しています。つまり、現在20,000件の前立腺全摘患者数から試算すると、およそ1,000名の尿漏れに悩む患者が毎年発生しています。

### 4. 前立腺全摘後の尿漏れ対策

学問的には、尿失禁の重症度は、24時間パッドテストで判定します。受けられたかたもいるかもしれませんが、枚数による評価は、かなり主観的で、パッドの大きさによる相違や、まめに交換する患者さんもいるので、実際の量を歩行や階段の上り下り後に、測定する方法です。客観的なのですが、面倒なので、枚数による評価が一般的になっています。軽度といわれる100cc以下の場合、現在、研究がすすんでいる再生医療（脂肪幹細胞）が今後期待されています。一方で、200cc以上の中程度・重度という尿漏れが発生している場合は、「尿漏れ手術／人工尿道括約筋」の適用が一般的です。その中間に、メッシュによって尿道を吊り上げるスリング手術がありますが、男性用のキットは日本では未承認で、使用できません。人工尿道括約筋は、最終かつ最も確実な手段ですが、最大の問題は、その普及率の低さです。米国では、年間5,000件程度（前立腺全摘は70,000件）同手術が施行されていますが、日本では160件程度です。日本では、米国より尿失禁は少ない

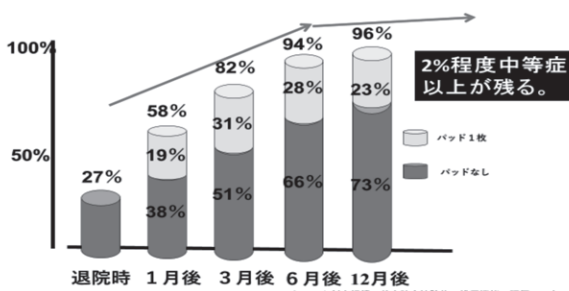
## 術後長期尿失禁患者の治療

### 24時間 パッドテストからみた適応



© 2018 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

尿禁制の経時的推移 (210例)

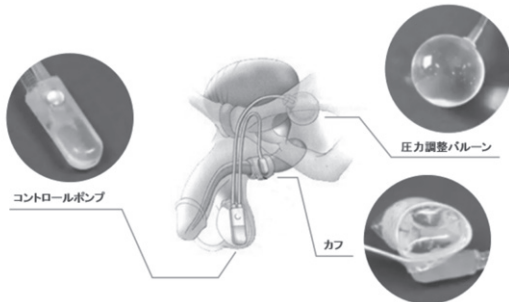




といわれていますが、手術件数（20,000件）からみても、対象患者は、もっと多いはずです。十分な情報が、患者さんどころか医療関係者の間にも伝わっていません。

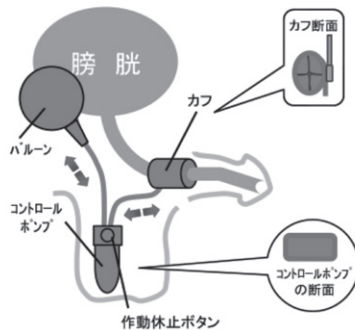
### 5. 尿漏れ手術／人工尿道括約筋とは

男性の中程度～重度の腹圧性尿失禁のゴールドスタンダードであり、2012年4月より保険適用されており、高額療養費制度も適用されると、患者負担は10万円前後です。シリコン製のコントロールポンプ、カフ、圧力調整バルーンから構成され、これがチューブで接続されています。



体内に完全にうめこみますので、外からは分かりません。コントロールポンプは、精巣（睾丸）の上あたりにきます。手術前に、埋め込むセット一式をみて、触って頂いて、システムを理解して頂きます。

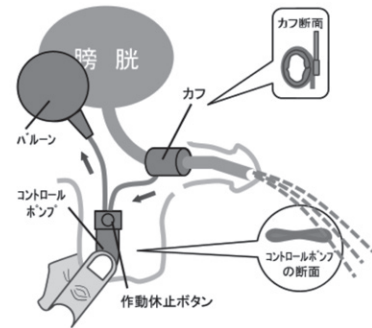
#### A. 通常の尿禁制状態



普段は、カフ内に充填された生理食塩水により、カフが膨らんで、尿道が圧迫されています。その結果、膀胱に尿がたまり、尿意を感じることができます。この尿道を閉鎖する圧は、70mmHg程度と拡張期血圧よりやや低めに設定されています。あまり、この圧が高いと尿道への血流が減ってしまい、尿道が萎縮してしまうからです。大きな咳やくしゃみの時は、100mmHg以上に圧が上昇するので、瞬間的に尿が漏れることがあります。患者さんには、完全に尿漏れをとめるのではなく、パッド1枚（小

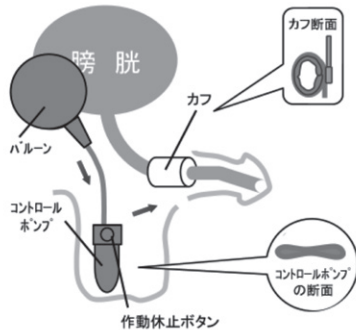
さい）にする手術と説明しています。

#### B. コントロールポンプを数回押す⇒排尿



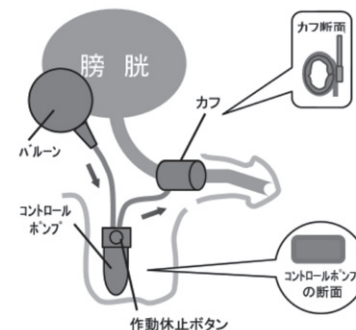
尿意を感じたら、コントロールポンプを3回程度摘むと、カフ内の充填された生理食塩水が、赤矢印の方向に流れ、バルーン内に移動します。その結果、カフが開くので、腹圧で膀胱内の尿を出すことができます。コントロールポンプの上で作動休止ボタンがあり、これを間違えてスイッチと思う患者さんもおおいので、手術前に実物をよくみてもらいます。また、ポンプがずべるので、慣れるまでは、両手を使い、便座のほうで、排尿するのがよいです。慣れてくると、立って片手でポンプを操作して、排尿できます。あせらないで下さい。

#### C. バルーンの生食が戻る（20-30秒後）



バルーン内の生理食塩水が、自然にチューブ、コントロールポンプを介してカフに戻ってきます。コントロールポンプが膨らんでいきます。

#### D. バルーンの生食が戻る（1-2分後）



## 人工尿道括約筋

患者満足度調査<sup>1)</sup> (米国)

尿漏れ手術は、患者QOLの改善に大きく貢献



手術を受けた患者の満足度



仮にもう一度尿漏れした場合、再手術の希望度合い



同じ悩みを持つ患者さんに勧める度合い

1) Post-Prostatectomy incontinence and the artificial urinary sphincter: a long-term study of patient satisfaction and criteria of success. J Urol Dec 1998; 160(6): P. 1979-1989

治療法の概要

歴史

- ・米国で開発され、米国をはじめ欧州やアジア諸国など世界に普及
- ・今日まで40年以上、15万人以上の患者さんの治療に使用されている

手術・入院

- ・手術は全身麻酔で所要時間は1~2時間程度
- ・入院期間は数日~1週間程度

費用

- ・2012年4月より、保険適用
- ・高額療養費制度も利用可能、年齢や所得に応じ、5~15万円程度

人工尿道括約筋は、患者さんのQOLを大きく改善し、高い患者満足度を示す

カフに生理食塩水が、完全に戻るのに3分ほどかかりますので、その間に排尿を終えて頂くこととなります。

人工尿道括約筋の患者満足度は、海外の調査では、患者満足度は90%であり、仮に再度漏れた場合の再手術希望は92%、同じ悩みの方に勧める方は96%と高いものです。

## 6. 患者さんの適応

- ・前立腺全摘術後半年以上経っており、尿取りパッド3~4枚/日以上(いわゆる、中程度~重度の尿漏れ)
- ・患者のQOLを著しく妨げる/心の病に陥っている場合は、パッド枚数が2枚/日以下でも積極的に手術を推奨
- ・放射線療法の既往は禁忌にはならない。

編集注：人工尿道括約筋の施行について相談できる病院等

都道府県	病院名	診療科	住所	連絡先(代表)
北海道	北海道大学病院	泌尿器科	〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目	011-716-1161
北海道	札幌医科大学附属病院	泌尿器科	〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目291番地	011-611-2111
宮城県	東北大学病院	泌尿器科	〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1	022-717-7000
宮城県	東北医科薬科大学病院	泌尿器科	〒983-8512 仙台市宮城野区福室1-12-1	022-259-1221
千葉県	国立がん研究センター東病院	泌尿器・後腹膜腫瘍科	〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1	04-7133-1111
埼玉県	防衛医科大学校病院	泌尿器科	〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2	04-2995-1511
神奈川県	北里大学病院	泌尿器科	〒252-0375 神奈川県相模原市南区北里1-15-1	042-778-8111
東京都	東京医科歯科大学医学部附属病院	泌尿器科	〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45	03-3813-6111
東京都	聖路加国際病院	泌尿器科	〒104-8560 東京都中央区明石町9-1	03-3541-5151
東京都	慶應義塾大学病院	泌尿器科	〒160-8582 東京都新宿区信濃町35	03-3353-1211
東京都	東京慈恵会医科大学付属病院	泌尿器科	〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18	03-3433-1111
愛知県	名古屋大学医学部附属病院	泌尿器科	〒466-8560 名古屋市昭和区鶴舞町65番地	052-741-2111
愛知県	名古屋市立大学病院	泌尿器科	〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1番地	052-851-5511
奈良県	奈良県立医科大学附属病院	泌尿器科	〒634-8522 奈良県橿原市四条町840番地	0744-22-3051
福岡県	原三信病院	泌尿器科	〒812-0033 福岡県福岡市博多区大博町1-8	092-291-3434

## 7. 患者さんへの説明

- ①尿漏れがゼロにはならない事。
- ②排尿の度にポンプ操作が必要な事。  
もともと、パッドが2枚程度の患者さんでは、自然排尿ではなくなるうえに、軽度の尿漏れが残存する場合もあるので、高い満足が得られない場合もあるので、よく説明を聞いて下さい。重症の患者さんほど、満足度は大きいものになります。
- ③故障・感染などにより抜去リスクがある事、抜去リスクは、術後5年で、20~25%で発生。

故障の場合は、故障した人工尿道括約筋を抜去しながら、同時に新しいものに入れ替えることができます。感染した場合は、除去して、感染がおさまってから(3~5ヶ月後)いれかえることとなります。

## 8. 最後に

人工尿道括約筋は、泌尿器科医といえども十分な知識を有しておらず、ナースを含めて医療従事者や、患者に情報が届いていない状況であることから、啓発活動が重要と考えています

尿が漏れたままの生活は、虚しいものです。本手術で、尿漏れを改善して、人生を楽しんでもらいたいと思います。

また、人工括約筋を施行するまでではないが、尿漏れで困っている患者さんも多数おられます。再生医療とスリング手術の研究、導入も進めているところです。患者さんの声を力にして、すすめていきたいと思っています。

## 平成30年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会報告

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） 西尾 正道  
市民のためのがん治療の会 顧問

「市民のためのがん治療の会」の平成30年第1回講演会は「今、後悔しない生き方を考える」の第3弾として「患者よ、がんと賢く闘え」と題して平成30年7月8日(日)に北海道がんセンター（大講堂）で開催された。講演会は2部構成で、1部の「がんと賢く闘う」では現在のがん医療の現状についてお話しした。2部では「放射線の健康被害を正しく知る」として、福島原発事故後の放射線被曝による健康問題についてお話しした。1部のがん医療の問題としては、日本の社会経済的な医療問題と最近の治療法を説明した。がん治療に当たっては十分な情報を得て、賢い選択を行うように訴えさせて頂いた。現在の日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳で、国民全体では84歳となっているが、日本人の平均寿命が50歳を超えたのは昭和22年(1947年)であり、この70年間で34歳もの長寿となっており、歴史的にも特筆すべき社会の進歩と医療の恩恵がもたらされているのです。

治療法の選択に当たっては医師から説明を受け治療法を承諾する「説明と同意」から、説明を受けてから自分なりに最適な判断をする「説明と選択」の時代となっていると思っています。有効で効率的ながん検診の問題や、機能と形態を温存できる放射線治療の進歩について話しました。その他に最近注目されている「がん光免疫療法」やがんの増殖に参与しているドライバー遺伝子を標的とする分子標的治療（ゲノム医療）などについても簡潔に紹介した。高齢化する今後は社会保障全体が破綻しかねない状況となっており、患者側も賢い対応が必要なのです。

2部では放射線の健康被害という闇の世界について主にお話ししたが、健康問題は放射線被曝だけではなく、現状は農薬や遺伝子組換え食品なども絡んでいることを述べた。以前、「成人病」と言われていたものは1996年に生活習慣病と名称を変えたが、現在は暮らしている生活環境そのものが発癌に参与し、また増加している難病・奇病の発生に参与していることから、

「生活環境病」ともいうべき時代となったと思います。

戦後の大気中核実験による放射性物質の地球全体への拡散と海洋汚染も疾患の増加に参与しているが、核兵器開発と原子力政策を推進する国際勢力が強大な力で放射線健康被害の不都合な真実を隠蔽し、そして科学的とは言えないインチキな疑似科学的物語で国民を騙し、催眠術にかけています。『嘘も百万弁言えば真実となる』手法で民間団体にすぎないICRP（国際放射線防護委員会）の報告書が教科書の内容となっているため、福島原発事故が起きても愚策が続いています。「一億総被曝国家プロジェクト」が進行している日本では、今後の国民の健康被害が憂慮されます。放射線の健康被害の評価に関しては放射性微粒子の体内取込みによる内部被ばくを考慮しないことが、最大の過少評価となり、このままでは国民の人体影響の真実は解明されません。

また最も普及しているネオニコチノイド系農薬が自閉症や小児の発達障害の原因であることが突き止められても、日本の農薬残留規制値は世界一緩い。また遺伝子組換え食品は品目数においても世界一食されており、大豆やトウモロコシは90%以上が遺伝子組換えのものとなっている。米国では主に家畜の餌となっている大豆は日本人は納豆や豆腐として食し、味噌や醤油の原材料となっていることから、長期的には日本人の健康被害が心配される。また今年3月末で「主要農作物種子法」が廃止され、「生きるための種」から、「売るための種」へと変質し、食の安全ばかりか、食料自給率の低い我が国にとって食料供給の問題も生じることとなります。

そして世界一の放射線被曝と農薬・遺伝子組み換え食品などの多重複合汚染が相乗的に発癌に繋がり、精神疾患の増加や奇病・難病の増加が危惧されます。最後に講演会開催に当たりご尽力頂いた「市民のためのがん治療の会」北海道支部の皆さんに心から感謝いたします。



## 「当会15年間の活動と今後を考える」

市民のためのがん治療の会 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 名誉院長

このNewsLetter（会報）は通巻60号である。当会の活動を開始して、年4回発刊し15年となった。私は医学部を卒業後に国立札幌病院・北海道地方がんセンターに就職し、一か所の施設に39年間勤務して医師人生を終えた。この間、がんの放射線治療に携わってきたが、1970年～1980年代の放射線治療は敗戦処理投手のような色彩が強かった。多くの疾患で外科治療ができず、抗癌剤治療も有効でない患者さんが、他に治療法が無くなってから放射線治療に紹介されて来た。いわゆる「でも・しか治療」である。仕方が無いから「放射線治療でしょうか?」、「他に治療法が無く、放射線治療しかないね」の世界である。

これは全国の医学部80施設の放射線科学講座は診断学と治療学に分化しておらず、専門分野の異なった領域も、放射線を使用するという共通性で一つの講座（医局）となっており、またその放射線科学講座の教授はほとんどは診断学を専門とする人であった。40年以上経過した最近でも放射線科学講座が診断学と治療学に独立して分かれ教育を行っている医学部は3割程度であり、先進諸外国と比較して極めて遅れている。このような医学部教育では、がん治療において放射線治療を上手に使うという視点は身につかない。

しかし、放射線物理工学とコンピューター技術の急速な進歩が合体し、高精度な放射線治療となり、外科治療と同等な治療成績を得ることができる疾患も増えてきた。

たまたま、2000年に舌癌となった当会代表の會田昭一郎氏がインターネットを調べて当院を受診する出会いがあった。治療後約3年経過し、會田氏も定年退職となり、時間的に余裕ができたことから、当会を発足することとした。私の目的としては、放射線治療に関する十分な医学部教育がなされていないことから、現場の診療場面で他科の医師に働きかけるだけでは不十分であり、市民が放射線治療について理解し、がん治療法の選択肢の一つとして認知してもらうことであった。

当会の発足に当たっては2003年11月に東京

有明で開催された第16回日本放射線腫瘍学会（JASTRO）において学会長であり旧友でもあった山下孝癌研究会附属病院放射線治療科部長が、患者会として当会が活動を行う趣旨説明の機会を市民公開講座の中で時間を設けてくれた。そして2004年から刊行した会報創刊号に『会発足に期待する』と題して巻頭言を寄せて頂いた。

私はJASTROニュースレターに当会の設立と協力医としての参加を呼び掛けたところ、あっという間に60名以上の放射線治療の専門医が協力医として集まってくれた。また年4回刊行している会報に関しては、2004年年頭にお会いした細田敏和千代田テクノル社長（現会長）が会報の印刷を請け負ってくれた。またインターネット上で当会の広報活動として、ホームページを開設しているが、これは当初から田辺英二氏（株式会社エーイーティー代表取締役社長）の支援を得て維持している。田辺氏は30年来、米国で放射線治療機器リニアックの製造に関わり、米国のがん医療の動向に詳しく、日本も米国並みに放射線治療が治療法として普及することを願って当会を支援してくれている。こうした皆さんのご支援により当会の活動が維持ができることは本当にありがたいことであり、感謝・感謝・感謝である。しかし、15年経過し、會田代表も後期高齢者入りし、私も退職して6年目となり、全国の医療施設の情報も最新のものではなくなり、また最近の治療法の進歩も実感として経験する機会も激減したことから、私自身は身を引きたいと思っている。老兵は去るのみである。

2006年にがん対策基本法が成立し、全国に400カ所以上の「がん診療連携拠点病院」が指定され、がん相談室が設置された。またインターネット上には医療情報が豊富に掲載されている時代となり、当会の活動も「時代の中での役割」はそれなりに果たせたのではないかと考えている。時代が変われば、患者会活動の在り方も変化して当然である。今後は、會田代表とともに理事や協力医の皆さんで今後の活動について決めて頂ければと思っています。

## 市民のためのがん治療の会の今後に期待する

兵庫県立粒子線医療センター 院長 沖本 智昭



平成2年長崎大学医学部卒業後同放射線科入局、同放射線科医員、広島県立広島病院放射線科医長、山口大学医学部附属病院放射線科講師、北海道がんセンター放射線診療部長を経て平成26年から兵庫県立粒子線医療センター副院長、平成27年から同院長となり現在に至る。この間平成8年から2年間テキサス大学ヘルスサイエンスセンター・サンアントニオ研究員。

【専門】放射線腫瘍学 粒子線医学 放射線病理学

【資格】医学博士、放射線治療専門医、がん治療認定医、神戸大学連携大学院教授、大阪大学招へい教授

市民のためのがん治療の会15周年を感慨深く迎えました。

私が市民のためのがん治療の会に関わって十数年になります。当時、放射線治療を有効に使っていただくため、あえて放射線科以外の医師が参加する学会・研究会で放射線治療の有効性を発表していました。しかし、その効果は極めて限定的でした。放射線科以外の医師に対する啓蒙は困難で時間がかかると悟り、次の方法として考えたのが、市民に対して放射線治療の有効性を啓蒙するという方法でした。その時初めて、「市民のためのがん治療の会」の存在を知りました。調べて見ると、西尾正道先生が代表協力医という事で運命的なものを感じました。何故なら、私が長崎大学放射線科で研修していた時の指導医（内田孝俊先生）が西尾先生に研修指導を受けており、内田先生から西尾先生の事を聞き、是非西尾先生の元で研修したいと思っていたからです。しかし病理学の大学院進学やアメリカ留学した事から西尾先生の元で研修するという事は出来なかったのですが、「市民のためのがん治療の会」の協力医という形で関わる事ができたというわけです。その後も、様々な偶然（必然かも知れませんが）が重なり、北海道がんセンター放射線診療部長として、西尾先生の直接の部下となりご指導いただく事が出来ました。現在、兵庫県立粒子線医療センター院長という要職を担えているのも、北海道がんセンター時代の経験があったからです。この場をお借りして西尾正道先生に御礼を申し上げます。

当会の活動の中心である「放射線腫瘍医によ

るセカンドオピニオン情報提供」というユニークで重要な活動をずっと、ほぼ一人で担ってこられた代表協力医の北海道がんセンター院長（当時）の西尾先生が現役を引かれるに際し、この会の代表協力医は現役の医師でなければならぬということに私に託されました。私は以前から当会の協力医として協力してきてはいたものの、西尾先生の豊富な知識技術やだれにも負けない臨床経験の豊富さなどを思う時、お引き受けする事に躊躇がありました。しかし先に述べたように、北海道がんセンターで放射線診療部長として直接西尾先生のご指導を受け、いわば多くの後輩を指導・育成してこられた西尾先生の最後の愛弟子という幸運を得ており、「市民のためのがん治療の会」の日常的な活動にも他の協力医の先生方より比較的多く接していたこと、そして何よりこの会の理想とするところや理念などについて常々共感しており、お引き受けをすることとしました。

扱、いつかは訪れることではありますが、昨年来ニュースレターで1年間にわたり市民のためのがん治療の会をこれからどうするかという検討が始まりました。多くの意見が「このユニークな活動を何とかして続けてほしい」という熱烈な希望と、「さりとて私が代わって引き受けましょうとまでは言い切れないもどかしさを感じる」という誰でもそうだろうと思われるような話が続いていました。

前号のニュースレター（通巻59号）の巻頭言を依頼されたとき、會田代表にもしかして「市民のためのがん治療の会」が終わってしまうとす



れば悲しい気持ちで一杯だと伝えたのを覚えています。そこで前号の巻頭言にはあえてその話題には触れず、自分の専門である「肝細胞癌に対する体幹部定位放射線治療と粒子線治療」について寄稿した次第です。

セカンドオピニオン情報提供についても現場にいと今でもまだまだ不備な点が多く、患者や家族の要望には応え切れていない。また、今は紙媒体のニュースレターを読む人がいないという見方もありますが、少なくとも私の施設では、患者さんや家族の方々は良く読んでおられます。活字離れ、ネットの時代と言っても、まだまだ紙媒体からの情報を得たがっている方々も多いと思います。

加えてニュースレターの今までの巻頭言寄稿者を見れば、当会の活動がどれほど広範な有識者とのネットワークに支えられているか明らかですし、その他ニュースレターの発行にはほぼリンクして年4回程度行われてきた講演会、最近こそ2週間で更新となりましたが以前は毎週更新の「がん医療の今」、これらを背景とする単行本の発行など、当会の膨大な実績を思う時、これらを基礎としてさらに発展させてゆくべきではなからうかとの思いがあります。

このような会の蓄積などを踏まえ、役員会でもなんとか継続の道はないかと熱心な検討が続けられているようで、セカンドオピニオンの仕組みや、ニュースレターの内容の見直し、ホームページの見直しなどのプランが固まりつつあるようです。中でも「市民のためのがん治療の会」と「市民のためのがんペプチドワクチンの会」の統合により、放射線治療と免疫療法の融合に対しても非常に大きな期待を持っています。

「市民のためのがん治療の会」は標準治療でのセカンドオピニオン情報提供を行っていますが、それだけではどうしても治療に行き詰まってしまうケースがまま見受けられます。これに対し「市民のためのがん治療の会」の有志が、5年前に当時としてはEBMレベルで、最も第4の治療法

に近いと思われたがんペプチドワクチンの臨床研究・治験への参加などを考えた会を創設されました。この会では、市民の、市民による、市民のための臨床研究、つまりわが国で初めての市民主導型臨床研究という画期的な事業を行ったのです。残念ながらペプチドワクチンはなかなか効果が上がらず、その後の研究に期待しているところですが、その後開発されたオブジーボなどの免疫チェックポイント阻害剤などの華々しい成果に、ようやく免疫療法が脚光を浴びてきました。「市民のためのがんペプチドワクチンの会」はペプチドワクチンに限らず免疫療法の会に衣替えしたうえで「市民のためのがん治療の会」と統合し、これからのセカンドオピニオンには、免疫療法も加えた情報提供ができるようにしたいということを検討中とのことです。

わたしはこの「市民のためのがんペプチドワクチンの会」との関係でペプチドワクチン研究にも参加した経験があり、当時から放射線治療と免疫療法との組み合わせに非常に興味を持っていました。今回これらの二つの会が統合する構想もあるようで、こうした中から新たな治療法がブレイク・スルーし、難渋しているがん難民へのより良い情報委提供ができることを大いに期待したいと思います。

最後に私の専門である粒子線治療について述べます。国外では、急速に粒子線治療装置が導入されています。これは粒子線治療の有用性が認知され、更に装置の小型化と低価格化が実現した事によります。日本では、小児がん、骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍、前立腺癌のみが保険診療という現状ですが、今後、肝細胞癌、膵臓癌、肺癌など更に多くの悪性腫瘍に対して保険診療として粒子線治療が施行出来る時代が必ず来ます。X線治療、陽子線治療、重粒子線治療、放射線治療と抗癌剤や免疫療法との併用療法など、新たな次元に入った放射線治療を市民の方々に伝えるという事で貢献できるように努力する所存です。



## 「市民のためのがん治療の会」の活動について がん患者会運動の新地平

市民のためのがん治療の会代表 會田昭一郎

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（国立がん研究所）のパンフ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で西尾正道先生の治療を受け3週間で職場復帰、約18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選択の段階での放射線治療情報の欠落に気づき、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し、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・代表に就任。

当会ニュースレターは本号で通巻60号となり、創立15年の記念すべき号となった。がん患者である私が、主治医の西尾先生のご協力を得て会を創立し15年、私も後期高齢者となり、西尾先生にもいつまでもご無理を言えなくなってきた。そこで今年の10月を見据え、昨年10月号から1年間かけて理事会を頻繁に行い、理事の皆さんのご意見をいただきながら「市民のためのがん治療の会の活動について」として毎号、当会の今後のあり方について検討してきた。

本来このような重要な会の意思決定には、総会等の議決等が必要であるが、実際問題として全国に点在している会員の皆さんのご意向を反映するのは困難な状況であるので、それに代わるものとして会員にアンケートを実施したところ、「このような会は他にない」「是非続けて欲しい」が、「代表も高齢となり西尾先生にもいつまでもご無理は言えない」「さりとして代案／妙案もない」というのが最大公約数であった。また、「このような優れた会の活動があるにもかかわらず、ほとんど知られていないのではないか」というご意見も多かった。

一方、当会の「売り」であるセカンドオピニオンは、全国にがん地域連携拠点病院ができ、そこには患者相談支援センターが設置されているほか、多くの医療施設に「セカンドオピニオン外来」などが出来ており、更には15年前に比べると驚異的な発展を遂げつつあるインターネットでも膨大な情報を得られるようになった現在、私たちの運動は一定の成果を挙げ、当会で言うことは終了してもいいのではないかとこの意見も根強い。

それではがん患者をめぐる状況、就中セカンドオピニオンについては果たしてそうだろうか。日々全国からの問合せに応じている

最前線では、今もなお治療法を求めてさまよう「がん難民」が多く存在する。私はセカンドオピニオンを得るための窓口など量的な整備はなされたが、従来行ってきた標準治療によるセカンドオピニオンに加え、免疫療法などの新しい治療法も次々に開発され、これらのコンビネーションなども考えると、セカンドオピニオンは高度化・複雑化し、相談窓口の体制も考え、更にはセカンドオピニオン受診の際の諸手続き等制度的な諸問題という難問題の解決など、セカンドオピニオン情報提供は第二世代に入ったのではないかと思われる。

まさに“Im Westen Nichts Neues”、西部戦線異状なし、とも言ってられないのではないか。

私たちは現在、セカンドオピニオンを患者の治療法の選択肢の拡大と捉え、患者へのより良い情報提供を行うべく懸命に模索が続いている。特に4期の相談者等に対し、どのようなアドバイスができるかも大きな問題として取り組んでいる。私たちは市民団体で、運動体だ。医学にも限界があり、どうにもなすすべがないということもあることは重々理解しているつもりだが、「残念ながらお役に立てません」と言われた患者や家族の気持ちは、察するに余りある。「これではあまりにもかわいそうじゃないか」というのが患者会としての強い思いであり、「市民のためのがんペプチドワクチンの会」を設立して第4の治療法を模索したのもその努力のひとつだ。そこで①国が認めている治療法で、②できれば保険適用であり、③高額でない治療法を組み合わせるなどして、このように治療に行き詰まった方々へのアドバイスなどができないものか、等も検討して行きたい。

ところでこのような努力の前に立ちふさがる医療ムラのような様々な仕掛けがあり、患者が患者に

とって最適な治療法の選択にバイアスがかかる、結果的に最適な治療が行われないという重大な問題に直面している。

- ①多額の金銭が講演料、原稿料などの形で製薬会社から医師に支払われ、その患者に最適とは言えない、患者の望まない抗がん剤が使われたりする可能性が生じている。
- ②手術と放射線治療が同等の治療成績である場合でも、外科医から放射線治療の紹介が積極的に行われておらずダビンチなどを導入した場合、経営上の理由から手術が選択され、切らなくてもいい場合にも切られる可能性がある。
- ③専門医制度などで一定の実績を積まなければならない場合、患者のためよりも専門医制度のために最適とは限らない治療法が選択される可能性もある。
- ④実績を積むために、無理に新しい治療法を行う場合もあり、そのために医療事故が発生し大きな問題となったこともある。

このような理由で、患者は必ずしも最適な治療法を受けられるかどうか、保証の限りではない状況にある。こうした状況で自らの治療法の選択肢の拡大のためにセカンドオピニオンを求めて来る多くの患者や家族が絶えない中で、「一定の役割を果たした」と言って活動を停止して良いのだろうか、というのがこの一年間の理事会での議論であった。私たちの始めた「医療ムラ」への鋭い追及は、西尾先生が創立時に言われた、「ぼくたちの活動は、ひとこと言えば、『情報公開』なんだ」という言葉をいまさらのように思い出す。

私たちはこれらの条件を踏まえ何とか継続を模索した結果、下記のような方針で進むこととしたいと考えるに至った。

- ①当会の「売り」であるセカンドオピニオンは協力医にセカンドオピニオン外来として受けていただく
- ②ニュースレターは役に立つ医療情報、患者体験記、良書紹介などリニューアルする
- ③ホームページをリニューアル、自主運用できるようにする
- ④講演会、見学会などを定期開催する
- ⑤同時にがんは「生活習慣病」というより、核実験、原発事故並びに原発運転に伴う放射性物質の地球的拡散、ネオニコチノイド

などの農薬拡散、肥育ホルモンや抗生物質漬けの肉類等の摂取、遺伝子組み換え農産・魚類などの摂取が複合的に生活環境を汚染する中での正に「生活環境病」であるという認識の下での情報公開・普及啓発活動を行う

- ⑥以上についての政策提言を随時行い、当会の活動を知っていただく機会を増やし、社会的なムーブメントにつなげる
- ⑦このようなことを通じて会員の増強を図り、安定した財務基盤を整える。

特に当会の売りであるセカンドオピニオンについては、医療技術・情報等の大きな進歩に対応し、

- ①患者の自主申告フォーマットの企画や患者自身の画像ディスクを含む医療データを患者自身が所持、管理することによって診療情報提供書等が無くてもセカンドオピニオンが受けられるような制度要求を行う。
- ②承認された標準療法に加え、臨床研究・治験等への参加、認可されている標準治療以外の治療法の採用等について、必要な制度要求等を行う。
- ③これに対応し、従来行っていた「市民のためのがん治療の会」は標準治療で対応し、「市民のためのがんペプチドワクチンの会」は未承認薬等も含めて対応してきたものを、免疫療法も標準治療と認められてきた事態に即応し、「市民のためのがんペプチドワクチンの会」を「市民のためのがん免疫療法の会」に改めたくえて両団体を合併することを検討する。
- ④これらを通じて、患者の自主独立を促し、自分の体は自分で管理し守るという意識改革を行う。

などの市民運動を行う。

これらの大幅な改革を断行するため、市民のためのがん治療の会は決算期が1～12月であるが、2団体の合併を行う場合は決算期を4から3月へと移行することとしたい。そのため、ニュースレターは次号は1月発行ではあるが、移行期間を取り、1月発行号を場合によっては中止することも考えている。

これまでのご支援・ご指導を心から感謝し、わたくしどもの志をご理解いただき、これらの改革の実現と今後のご支援・ご協力をお願いいたします。



## 北海道支部の活動報告

2018年6月～9月  
の活動報告市民のためのがん治療の会  
北海道支部事務局長

浜下 洋司

- 6月9日14時から札幌禎心会病院の市民医療講演会に参加しました。高木 克（放射線治療センター副センター長）先生から、演題「からだに優しい前立腺がん、すい臓がんの陽子線治療」。内容は4月から陽子線で前立腺がんを治療することが保険適用になり、当病院での治療の説明が話されました。80名程の参加でした。
- 6月20日の例会は18名の参加で、腎盂・前立腺・大腸・乳がんの治療について話が有り、また、がん免疫療法などの治療法について話を聞きました。
- 7月8日は13:00から「がんの早期発見と適切治療の市民公開講座・第3弾 今、後悔しない生き方を考える」と題して、西尾先生の講演会を開催しました。演題は第一部「患者よ、がんと賢く闘え」第二部「放射線の健康被害を正しく知る」。たっぷり3時間半の熱の入った講演会でした。参加者は130人、北海道がんセンター大講堂が一杯になりました。この大講

堂は次回から新しい講堂になります。講演会のアンケートの興味深かった内容の項では、①放射線の治療とその効果について。又放射線の内部被ばくについて。②抗がん剤の治療効果について。③生活環境病の視点から見た話や、食の文化・農薬や遺伝子組み換え食品のリスクについて。等今までの講演会の中で、反響は最高でした。

- 7月18日の例会は、7月8日講演会を開催した後の例会で、24名の参加でした。内容は肺・前立腺・消化管・乳がんの治療について話が有り、又、がん免疫療法などの治療法、腫瘍マーカー等の話が出ました。
- 8月15日の例会は、お盆でしたが18名の参加でした。内容は膀胱・大腸・すい臓の治療について話が有り、また、腫瘍マーカーとストロンチウム89についての話等が出ました。
- 最後に、9月4日に21号台風が札幌に大風を持って来て、多くの樹木が倒れました。5日は後片付けに追われ、6日未明震度7の胆振東部地震が発生、道内のライフラインはズタズタ。電気のブラックアウトと断水、固定電話の不通、JRの運休。液状化現象・山崩れと大きな被害が出ましたが、1週間ほどで回復の兆しです。皆さん方からお見舞いの連絡があり、紙面をお借りしてお礼を申し上げます。



7月8日 講演会風景



8月15日の例会の写真

## 滋賀県支部の活動報告



市民のためのがん治療の会  
滋賀県支部長  
藤井 登

出前授業や出前講座を年間20回以上行っていますが、がん検診の受診率や特定検診の受診率が向上しません。検診の受診率を向上させないと発見時には、重症化している可能性があります。また、特定検診はH25年のデータによりますと、滋賀県内の平均が37.0%であるのに、私どもの活動拠点である長浜市は28.3%と平均を大きく下回っています。病気の発見が遅れ、これまた危険性が高くなります。こんなに講演活動をしているのになぜでしょうか？なぜ働き盛りの人たちの検診率が低いのでしょうか？それは出前授業は小中学生を中心に、また出前講座は、自治会や老人会で行ってきました。働き盛りの人たちへの周知は、殆どしてこなかったのが現状です。それが原因の一つと考えられます。一家の大黒柱の皆さんへの啓発活動が、今年の大きなテーマになります。

前回の内容の抜粋です。検診率が上がってこない、その問題を乗り越える次なる一手として、がん検診・特定健診の受診率向上！、がん患者がこんなに元気なことを皆さんに知ってもらいたい！を訴え、7月15日告示7月22日投開票の長浜市議会議員選挙に出馬しました。會田代表、西尾先生、市民のためのがん治療の会滋賀県支部の皆さんには、出馬前にご報告させていただき

快諾をいただきました。西尾先生には推薦文まで書いていただきました。地盤を持たない選挙でかなり苦戦をしましたが、無事当選することができ、議員として8月から仕事を始めています。次回の定例会では、一般質問で市立長浜病院の経営状態、医師不足の問題、がん検診・特定健診の受診率向上させるには？、教育問題について質問を予定しています。

先日は市長との意見交換が実現し、市立長浜病院の経営問題、医師不足の解決策、がん検診率が向上しない理由などを話し合いました。その翌週には、市長、顧問医伏木先生、事務局長野崎と四人での意見交換も実現し、より意義のある会となりました。長浜市も他の地方都市と同様人口減少が進んでいます。また高齢化も進んでいます。医師不足は不安が募るばかりです。医局からトップダウンで医師を派遣していた時代は終わり、医師が地域や病院を選べる時代になっています。一極集中は避けられず、都会に医師があふれ地方には医師がいないそんな時代になっています。しかしただそれを見過ごすわけにはいきません。地方が元気を取り戻し、医師が住みたくなる地方都市を作らなければなりません。近々の課題としてみなが一丸となって取り組まなければなりません。

かつて、長浜市が全国で住みよい町No.1になったことがあります。それは医療・教育・公共サービスの充実があったからです。今後高齢化が必至の長浜市が病院の充実なしで住みよい町になることは考えられません。医療の充実と教育の充実を達成すればおのずと人は集まってくると思います。かつての住みよい町全国No.1をもう一度取り戻せるよう頑張ります。

2018年(平成30年)7月23日(月曜日)



支持者から花束を受けとる藤井登氏

長浜市議選  
新議員26人顔ぶれ決まる  
投票率は大幅低下46・54%



発行所  
〒525-0033  
滋賀県長浜市八幡町2249-5  
滋賀夕刊新聞社  
代表取締役



市長との意見交換会  
(ひだりから野崎事務局長・伏木顧問医・藤井長浜市長・藤井)

平成30年長浜市議会議員選挙当選

「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

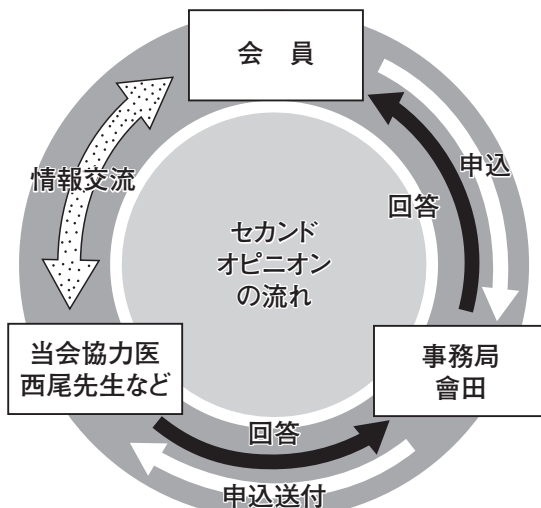
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては急速に進歩している放射線治療に関する最新の情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方が、適切なアドバイスをいたします。これらの先生方は日本放射線腫瘍学会認定医の資格を有するがんの専門医を中心とするエキスパート集団です。

●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 6552892

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 (理事) 黒川 文雄 (理事) 瀬川 孝夫 (理事)  
 羽中田朋之 平野 美紀 福士 智子 前村 朋子 村松 二郎 (協力員)  
**【北海道支部】**  
 播磨 義国 (支部長) 浜下 洋司 (事務局長) 高松 岡 (顧問)  
**【甲信越支部】**  
 堀川 豊 (支部長)  
**【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<br>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<br>(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<br>* 故人            |
| 田辺 英二 | 株式会社エーイーティー<br>代表取締役社長 |         |                               |

(五十音順)





# 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す  
(2018.10)

## 推薦書籍・DVDのご案内

書 籍 名	著 者	発行日	出 版 元	当会頒価
患者よ、がんと賢く闘え！ 放射線の光と闇	西尾 正道	2017/11	旬報社	¥1,600+税 (会員特価¥1,500)
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)
* がんは放射線でここまで治る 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)
* がんは放射線でここまで治る 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
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
前立腺がん治療法あれこれ 密封小線源治療法 小線源治療法のDVD とは？	三木 健太・青木 学・他	2010/04	制作 東京慈恵会医科大学	¥1,000

\*は市販しておりませんので、直接、「市民のためのがん治療の会」にお申し込みください。

### 【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 がご便利です。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ご便利です。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 會田昭一郎  
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 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