FB News No.336（2004年12月１日号）付録

Newsletter ニュースレター

市民のためのがん治療の会

No 4

2004.11

巻 頭 言

患者の決断

宮川 公男

略 歴
1931年 埼玉県に生まれる。
1958年 一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了。商博。
1971-95 一橋大学商学部教授。
現在 麗澤大学国際経済学部教授・一橋大学名誉教授・財団法人統計研究会理事長。
研究分野 政策科学・統計学・意思決定論。
著書 『政策科学の基礎』、『基本統計学』、『高速道路―何が問題か』など多数。

20年前に統計学的判断を一つの助けとしてがんから生還した体験記を発表して話題を呼んだ。
『統計学でリスクと向き合う―あなたの数字の読み方は確かか』（東洋経済新報社、2003年）に収録。

私は今から丁度20年前の1984年にがんで右腎臓の摘出手術を受け、その後まもなく肺に転移したがんについて主治医の勧める手術を断って幸いにも今日まで生き延びている。その時の私の病状と決断とを記した一文について、お願いしてコメントをして頂いた西尾正道先生によると、「宝くじに当ったような幸運」とのことである。私自身もなぜ生き延びることができたかについて、いくつか思い当ることはあっても、基本的には理由がわからない大きな幸運だったと思っている。

さらに私はこの経験から実に多くのことを学ぶことができた。その最大のものは、100％確実な正解がない治療方針の決定においては、最終的には、医師や家族など誰にも責任を求めることなく患者自身がしなければならない決断があるということである。もちろん、その決断は医師が提供してくれる情報など、適切な情報を参考にした（informed）判断に裏づけられたものでなければならない。私の場合はそれに私の専門である統計学も判断の助けになった。しかし結局は誰にも委せられない「患者の決断」によらなければならなかった。それは患者でなければ判らない苦しい決断であると思う。

もう一つ重要なことは、病気と向き合う患者の姿勢である。私自身決して強い精神力の持ち主とは思ってはいないが、病気にポジティブな姿勢で向き合ったことがよかったと思っている。患者がネガティブな姿勢になってしまっては、いかに有能な医師の力も大きく減殺されてしまう。その意味では、良医をつくる一つの力は患者にあるともいえる。本会の会員の皆様にも是非このことを銘記して頂きたいと思う。

第３回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)

「がんの集学的治療法：英知を集めてがんを治す」

昭和52年３月京都大学医学部卒業、同６月京都大学医学部附属病院医員（研修医)、昭和59年４月京都大学医学部附属病院放射線科助手、昭和62年１月米国スタンフォード大学放射線腫瘍科客員助教授、平成元年６月京都大学医学部講師（放射線医学)、平成４年１月京都大学医学部助教授（放射線医学)、平成７年６月京都大学大学院医学研究科教授。

京都大学医学部放射線科　平岡　真寛

はじめに

1985年の年末にレントゲン博士がＸ線を発見した。翌年にはベックレル博士が放射能を発見し、1998年には、キュリー夫人が放射能を有する元素としてポロニウム・ラジウムを発見しました。1896には最初のＸ線治療が多毛症の患者さんに行なわれ、1899年にはがんに対して最初のＸ線治療が行なわれています。すなわち、放射線治療の歴史は、放射線の発見と共に始まっているのです。その後、治療機器、治療技術の開発、あるいは基礎となる放射線生物学の進歩に支えられ、放射線療法は、手術療法、化学療法と並ぶがん治療の三本柱の一つとして現在広く用いられるに至っています。

１．放射線治療の特徴

放射線療法を同じ局所療法である手術療法と比較した場合、⑴患部を切除しないで治療するため機能・形態の温存に優れている。⑵いかなる部位でも（手術の出来ない部位でも）自由に照射できる。⑶手術に比べて体の負担が少なく、合併症を有する患者や、高齢者にも適応できる。という大きな利点を有しています。各種の癌治療法を生存率、生存期間だけでなくQOLの観点からも評価しようという近年の意識変革の中で、また高齢化社会の急速な到来を間近に控えて、放射線療法のこれらの特長は今後より大きく評価されるものと考えられます。

他方、放射線療法の問題点は、第一に手術療法に比べて局所制御の点で劣る癌が少なくないことです。その原因としては、細胞、あるいは組織レベルの要因により、がん病巣の放射線感受性が低くなること、病巣周囲に放射線感受性の高い臓器が存在する場合、局所制御に必要な線量を照射できないことが挙げられます。第二は、腫瘍周辺部の正常組織に放射線が照射されることに伴う放射線障害の出現である。すなわち、根治性の向上と放射線障害の軽減が放射線療法における最大の課題ですが、それらを克服すべく種々の方法が開発され、またされつつあります。

実際、早期の食道がん、子宮がん、頭頸部がん、肺がん、前立腺がんなどは、放射線治療単独によって手術に匹敵する効果が得られている。

２．放射線治療の手順と用いられる機器

１）診断

的確な診断が最初のステップです。がんであるという病理組織的な診断と画像診断による広がり診断が必須です。

２）放射線治療計画・シミュレーション

放射線治療においてまず最初になされるのは適応の決定であり、次いで治療計画です。治療計画には、治療目的の決定（根治治療か姑息治療か)、治療法の選択（放射線単独治療か手術、抗癌剤を併用するか、放射線単独治療の場合には外照射のみか、小線源治療を用いるか)、照射方法の決定があります。

治療計画に必要な機器としてシミュレータがあります。

⑴ Ｘ線シミュレータ

Ｘ線透視による位置決め装置である。本装置にて、照射装置と同じ幾何学的条件で透視、撮影ができ、治療ビームの方向、照射野が設定さ

れます。

⑵ CTシミュレータ

X線CTの出現により、治療すべきターゲットおよび照射すべきでない重要正常組織の正確な位置情報が得られるようになりました。本装置は、X線CTスキャナー、治療計画装置、レーザー投光器からなる三次元放射線治療計画システムであり、個々の症例に合った最適な治療計画を行うことができます。がんを三次元的に狙い撃ちする場合には必須な機器です。

3）放射線照射

上記の放射線治療計画に基づき、実際に患者さんの病巣部に放射線を照射します。

3．放射線治療の目的

放射線治療を行う場合、癌の治癒を目的にするか、あるいは症状の軽快や生命の延長を目的とするかで照射範囲や線量が変わってきます。

1）根治照射

治癒を目的とする。放射線感受性にもよるが週５回、１回1.8-2Gyの分割で６－７週間、総線量60-70Gyを照射します。根治照射の適応となる一般的条件は、１）放射線感受性が高い腫瘍、２）放射線感受性はそれ程高くないが病変が小さい、３）周囲正常組織の耐容線量が高い、４）局所に限局していることです。また、手術により形態、機能が大きく損なわれる症例に、放射線治療が優先的に行われることがあります。

2）姑息的（症状緩和）照射

根治は期待できないが、患者のQOLの向上を目的として治療を行うものです。骨転移に対する疼痛の緩和と病的骨折の防止、脳転移に対する神経症状の改善、進行食道がんに対する通過障害の改善などが代表的なものです。また、脊髄圧迫症状、SVC症候群の改善を目指した緊急照射も適応です。

3）予防的照射

乳がん手術後の領域リンパ節照射、白血病における寛解後の全脳照射がこれに含まれます。

4．集学的治療における放射線治療の役割

がん治療の成否は初回治療に大きく左右され、一旦再発を来すとその治療は一般に困難です。そのため、初回治療時に最適な治療法を選択することが極めて重要です。各種癌治療法にはそれぞれ固有の利点、欠点が有り、それらを十分理解した各専門家（腫瘍外科医、腫瘍内科医、放射線腫瘍医）による集学的治療の体制を構築することが必要です。

1）手術療法と放射線療法の併用

放射線と手術の併用には、異なる病巣を対象とする場合と同一の病巣を対象とする場合があります。前者については、原発巣を放射線、所属リンパ節を手術で治療する場合と、逆に原発巣を手術で、所属リンパ節を放射線で治療する場合があります。

同一病巣を放射線、手術で治療する場合は、その順序と時期により、術前照射、術後照射、術中照射に分けられます。

2）抗がん剤との併用

近年、抗癌剤の進歩は著しく、副作用対策の向上と合わせ、化学放射線療法は、癌治療の大きな柱になりつつあります。その理論的根拠は、照射効果を薬剤により高める、あるいは放射線が照射されない部位に対して薬剤の効果を期待することです。抗癌剤の有効性が高い肺の小細胞がん、悪性リンパ腫は、従来より放射線と化学療法が併用されています。最近は、頭頸部がん、乳がん、肺の非小細胞がん、食道がん、直腸がん、肛門がん、子宮がん、膀胱がんなど、多くのがん、中でも局所進行がんに対して、積極的に試みられています。

第３回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)

「こうやって減らす！放射線治療の副作用」

昭和62年３月京都大学医学部卒業、同６月京都大学医学部附属病院医員（研修医）、昭和63年４月公立小浜病院医員、平成３年４月京都大学大学院医学研究科腫瘍放射線科学大学院生、平成７年10月京都大学医学部附属病院放射線科助手、平成９年６月Humboldt財団客員研究員（ドイツ・Essen大学）、平成11年５月から京都大学医学部附属病院放射線科助手、平成12年７月から京都大学医学部附属病院放射線科講師。

京都大学大学院医学研究科腫瘍放射線科学　大屋　夏生

放射線治療がいろいろながんに有効なことは最近よく知られてきましたが、いざ自分が放射線治療を受けることになったら、やっぱり気になるのは放射線の副作用です。一昔前に比べれば、放射線治療に関する理解はかなり広まったと思われますが、「放射線は怖い」または「放射線治療は怖い」という漠然としたイメージは、患者さんのみならず医師の間でも根強く残っているようです。

まず、原発事故や核兵器から連想される「放射線は怖い」というイメージは、「野放しにされた放射線」すなわち「不特定多数に対する制御できない全身被曝」であるがゆえの怖さです。一方で放射線治療は、「デザインされた放射線」すなわち「必要な人だけに対する必要な線量の局所照射」であり、非常に有用ながん治療のモダリティーです。つまり、放射線治療の人体に対する影響は、野放しの放射線とはまったく異質のものと言えます。例えば、一人あたり１Gyに満たない線量であっても、意図されない公衆被曝であれば人類全体にとっての脅威になりますが、綿密に計画された60Gyの局所照射は、がんの標準的放射線治療として健康の維持に貢献しうるものです。

次に「放射線治療は怖い」というイメージについてです。すべての医療行為には、副作用（有害事象）が多かれ少なかれ付随しており、放射線治療も例外ではありません。しかしながら、医療はバランスが重要なのであって、「期待される効果」と「予想される有害事象」を常に天秤にかけながら、もっとも有利と判断される治療が選択されていくのが合理的です。放射線治療も、ある確率で起こりうる危険を理解した上で、それを上回る利益を期待してしばしば選択されてきました。そして、その期待に応えるだけの治療成績をあげることができたため、放射線治療は現在のように広く普及してきました。確かに放射線治療にも有害事象は存在し、稀に重篤なものにも遭遇しますが、それも含めて放射線治療の有用性が認識されていると言えます。

しかしながら、「放射線治療（の有害事象）は怖い」というフレーズは、しばしば現実以上に強調されて語られる傾向があるように思われます。その理由の一つは、放射線治療では有害事象が遅れて（数年後とか）発生することがあるという時間的要素です。治療行為と有害事象がワンセットとなっている外科手術などと比べて、油断した頃に出現する放射線治療の有害事象の方が、より印象的なわけです。

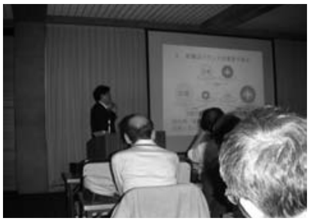
放射線治療の有害事象には、急性有害事象と晩発性有害事象があります。急性有害事象は照射期間中から１・２ヶ月以内に発生するもので、粘膜炎、皮膚炎、放射線性宿酔症状などが代表的です。自然治癒しますが、重度になると治療完遂の妨げになるので、予防や迅速な対応が必要です。晩発性有害事象は、稀ではありますが、一旦発症すると難治性です。放射線治療後３ヶ月以降に出現し、重篤な場合はQOLを著しく低下させたり致死的であったりするため、その発症確率を低く抑えるために、治療技術の開発と様々な工夫がなされています。

放射線治療の副作用の発生メカニズムは複雑ですが、主として正常細胞のDNAのダメージを介した細胞の脱落によるものと考えられます。放射線が照射されると、まず一旦は、がん細胞も正常細胞も公平にDNAダメージを受けます。しかし、正常細胞では、細胞死が起こる前にDNAを修復し無傷に戻す機序が働きます。一方でがん細胞においては、DNAダメージが修復される前に、細胞死として顕在化しやすいという特色があります。よって、がん細胞の方が、正常細胞よりも若干放射線感受性が高いということになります。その感受性の差が、放射線治療の「窓」と表現されます。その「窓」が狭いとがんの治癒は困難であり、「窓」が広いほど安全かつ有効な治療を行いやすくなります。「窓」の広さは病態によって様々で、個人差や腫瘍差が大きく、治療前に予知することは容易ではありません。また実際には、正常細胞とがん細胞の感受性の差はわずかであり、臨床的な「窓」は十分に広くないというのが現実です。近年著しく進歩してきた放射線治療ですが、その進歩の歴史イコールこの「窓」を拡げるための努力そのもの、と言っても過言ではありません。

本講のタイトルの「こうやって減らす！放射線治療の副作用」も、「こうやって拡げる！放射線治療の窓」と言い換えることができます。以下に「窓」を拡げるために、実際に行われている工夫をいくつか紹介します。

まずは、「分割で窓を拡げる」です。１回の放射線線量を少なくし照射回数を多くする、つまり放射線を細かく分割するほど、「窓」は拡がります。例えば、１回線量３Gyで20回照射するよりも、１回線量２Gyで30回照射する方が、安全性は高くなります。なぜ放射線治療は６週間以上かけてゆっくり行うのか、という質問を時々受けますが、それは「窓」を拡げるためだと言えます。

次に、「薬剤併用で窓を拡げる」です。いくつかの抗癌剤の中には、がん細胞の放射線感受性を高める作用をもつものがあり、それを放射線治療と併用することで「窓」を拡げることが可能です。これが、化学放射線療法（いわゆるケモラジ）であり、最適な併用タイミングや投与量を決めるための臨床試験が行われています。正常細胞もがん細胞と同様に増感されたのでは意味がありませんし、併用薬剤そのものの副作用にも注意が必要です。



次に、「線量集中で窓を拡げる」です。がん組織に放射線を集中し、周辺の正常組織に対する線量を減らすことにより、治療の「窓」は劇的に拡がります。放射線治療の中でも長い歴史を持つ、小線源治療や術中照射のコンセプトは、この線量集中そのものです。また、ラジオサージェリーや強度変調放射線治療（IMRT）に代表される、最新の放射線治療技術の多くは、外照射ベースの線量集中技術であると言えます。

この他にも、治療の「窓」をいかに拡げるかという視点から、臨床の現場では様々な工夫や試みがされています。近い将来、より洗練された、安全かつ効果的な放射線治療が提供できるようになると思います。そしてさらに重要なのは、患者さん自身の放射線治療に対する正しい理解です。皆さんも、情報収集の「窓」を大きく拡げて、放射線治療を使いこなしていただければ幸いに思います。

第３回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)

「前立腺癌に対する治療法選択　―放射線治療の位置づけ―」

平成１年３月京都大学医学部卒業、同６月京都大学医学部附属病院医員（研修医）、平成２年６月田附興風会北野病院放射線科医員、平成５年４月京都大学大学院医学研究科腫瘍放射線科学大学院生、平成９年４月天理よろづ相談所病院放射線部医員 、平成11年６月京都大学医学部附属病院放射線科助手、平成13年１月スローンケタリング記念がんセンター医学物理学教室客員研究員、平成14年７月から京都大学医学部附属病院放射線科助手。

京都大学医学部附属病院 放射線科 助手　溝脇　尚志

はじめに

前立腺がんは、罹患率の高い欧米諸国と比べるとわが国では希な疾患であったのですが、近年急激な増加の一途をたどっています 。実際、臓器別がん死亡数の増加比をみるとすべてのがん種のなかで最大であり、世界的に見ても年齢調整死亡数の変化率（1970年と1990年の比較）は約90％の増加と約110％弱の増加であるメキシコに次いで第２位（第３位以下の増加率は45％以下）であります。この原因はいろいろと推測されていますが、生活スタイルの欧米化や高齢化が一因であると考えられています。従いまして、今後のわが国のがん治療の中での（もちろん男性が対象ですが）前立腺癌の占める重要性はますます大きくなることは明らかであります。

前立腺がん治療の国内外の状況

前立腺がんに対する標準的な治療手段としては、外科手術、放射線治療、ホルモン療法があります。このうちホルモン療法は一時的にがん病巣を抑えることが可能ですが長い目で見た場合根治は望めず、手術と放射線治療の二つが根治治療となります。もちろん、早期の病変ではホルモン療法のみ（場合によっては無治療）で長期にわたって病気が進行しない場合もありますので、あくまで病状と個人個人の体の状態に合わせた治療選択が必要です。現在米国では、前立腺がん患者に対する治療選択として、手術、放射線治療、ホルモン療法がそれぞれ1/3ずつ初回治療手段として選択されていると言われています。しかしながら、しっかりした前立腺がんが見つかった場合、よほどの高齢者や治療の妨げになる合併症がなければまずは根治治療を希望されますし、根治を目指した治療を行うべきであると考えます。

さて、現時点での前立腺がんに対する根治治療の選択肢に関する国際的に認められている標準見解は以下のごとくです。

１．Ｂ期（がん病巣が前立腺内にとどまる状態）では、手術、放射線治療とも同等の治療成績である。（合併症は一長一短）

２．Ｃ期（がん病巣が前立腺の皮膜を破って外に出ている状態）では、手術による根治は難しく放射線治療が第１選択となる。

３．Ｄ期（リンパ節や骨に転移がある場合）では、根治は望めずホルモン療法が第一選択となる。

一方、わが国の前立腺がん治療の特徴は、一口でまとめると手術偏重と内分泌療法の安易な多用といえます。もちろん手術中心の治療が行われてきたのは我々放射線治療側の力不足が一因であり、内分泌療法についても保険制度や国民性の違い（米国では80歳以上の方でさえ、勃起能維持に対する関心がわが国とは比較にならないほど高いのです。）が大きく影響していることは事実であります。残念ながらわが国では放射線治療の専門家である放射線腫瘍医が依然として大きく不足しております。（専門医は米国の1/10以下です。）しかし、臨床現場における地道なレベル向上に努力した結果、10年前と比較すると放射線治療技術の向上は目覚しく、多くの施設で欧米と同等レベルの治療が行える体制が整えられつつあります。しかし、残念ながら、手術適用外の場合や拒否例においては放射線治療という選択肢が示されないままホルモン療法が漫然と行われることが依然として多く見受けられ、われわれとしても正しい情報の発信と国内での手術に匹敵する長期治療成績の達成が急務であると考えております。

前立腺がんに対する放射線治療について

一言で放射線治療といってもさまざまな種類が存在し治療適用が若干異なります。前立腺がん治療に用いられる放射線治療は、まず外部照射と小線源治療に大きく２分されます。外部照射は、その名のとおり体の外から放射線を照射する方法であり、体にメスを入れたり針を刺したりという侵襲的なことを行わずに治療できることが最大の特徴です。一方、小線源治療は、前立腺内に体の外から針を刺して前立腺内部に放射線同位元素を挿入して中から放射線を照射する方法です。この小線源治療は、放射線同位元素の小さなカプセルを永久的に埋め込むインプラントという方法と一時的に（数日間～１週間ほど）チューブを留置して遠隔操作で線源を送り込んで治療するリモートアフタローディン

グ（RALS）という方法があります。小線源治療は、治療期間が約２ヶ月かかる外部照射と比較して１日から１週間で治療できる特徴があります。

さて、肝心の適切な治療法選択ですが、外部照射は単独でＢ期からＣ期のすべての病変に対して適用可能なのに対して、インプラント単独の治療はＢ期のうち比較的早期の病変に対して適応になります。Ｂ期でもやや進行気味の病変には外部照射の併用が必要となります。また、RALSはＢ期から一部Ｃ期に対して治療が行われていますが、やはりＢ期の早期以外の病変には外部照射が併用されることが多いです。

また、治療に必要な期間につきましては、手術は３週間から１ヶ月、外部照射は７週間から２ヶ月、小線源単独治療は数日～１週間と大きな差があります。

各治療法に伴う合併症

各治療手段においてもっとも問題となる合併症は、手術では尿失禁と勃起不全、外部照射では直腸出血、小線源治療では尿道狭窄等の尿路障害であります。しかし、トップクラスの施設では、重篤なものが発生する確率はいずれも数%から十数%程度にとどまっています。さらに、最近の外科手術や放射線治療技術の進歩により、外部照射でも強度変調放射線治療を行っている施設からの小線源治療に匹敵する低い直腸出血率の報告や（インプラントでも直腸出血は数%の頻度が報告されています）、低い尿失禁発生率の手術成績の報告もあり、最初に述べた合併症の一般知識が必ずしも当てはまらなくなりつつあるのも事実です。

外来で思うこと

外来で多くの前立腺がん患者さんの2nd opinionを受けて不思議に思うことが一つあります。放射線治療の場合、強度変調放射線治療、粒子線治療、はたまたインプラントと最新の「治療手段」を求めて来られますが、多くの方は「あなたの施設では、○○○○を行っていますか？」、「○○○○で治療していただけるんですね？」というご質問は必ずされますが、施設の治療実績や治療成績に関して質問される方はそんなに多くはありません。一見逆のように思えますが、従来の旧式な方法での外部照射では治療施設が変わっても大体同じような治療内容であったのですが（逆にいうと工夫のしようがなかったともいえますが、この点が術者の手技や熟練度に結果が左右される手術と比較して放射線治療の利点の一つであったのも事実です。）、強度変調放射線治療などのハイテク治療はかえって施設間の治療内容の違いが拡大してしまっています。私は、アメリカ・ヨーロッパ、日本と多くの施設での前立腺がんに対する外部照射（強度変調放射線治療を含む三次元治療）の方法を見てきましたが、感心するぐらい各施設まちまちな方法で治療を行っています。どれが良くてどれが悪いということではなく、治療計画、固定法、装置・機器、技師さんの能力等々、施設の実情に合わせて慎重に検討された方法で標準以上の治療成績が出せればそれで良いのですが、その実現には時間をかけたノウハウの蓄積が施設ごとに必要です。また、小線源治療は、前期の要因に加えて手術と同様に術者の腕前という重要な要素が加わります。インプラント先進国の米国からの報告を見ても、初期の頃は治療成績が今ひとつだったり合併症が多かったりということが実際起こっています。

「あなたの施設では、○○○○を行っていますか？」、「○○○○で治療していただけるんですね？」という質問を手術に当てはめると「○○メスで切ってくれますか？」、「先生○○メスを持っておられますか？」となりますが、手術における場合の最大の関心事はあくまで「どこで誰に切ってもらうか」であって先にあげた手術用具に対する質問などはほとんど聞いたためしがありません。ハイテク治療装置もあくまで放射線治療の治療手段であって治療結果を保証するものではなく、結局扱う人がキーであります。

終わりに

會田さんが会の冒頭で「車を買うとき、家を買うときはかなりの時間と労力をかけて各種のリサーチをするのに、自分の命のかかった治療法の選択に真剣にならないでどうするのか？」とのお言葉を述べられましたがまさに同感です。アメリカには、すべての関連学会に出席するようなつわもの患者さんもおられます。そのような方々は例外としても、自分の病気に対する複数の一般書を読んで共通事項を整理して基礎知識を得た上で（１冊では非常に偏った本に当たる場合があるので注意が必要です。）、複数の科のできれば複数の医師に今度は具体的な疑問点について意見を聞くぐらいは実践すべきではないでしょうか？　前立腺がんの場合、通常セカンドオピニオンのための十分な時間的余裕があります。

本稿が、一人でも多くの方の納得できる治療法選択の一助になれば幸いです。

第３回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(4)

「がんを局所病と考えるか全身病と考えるか？」

独立行政法人国立病院機構　北海道がんセンター放射線診療部長　**西尾　正道**

函館市出身。1974年札幌医科大学卒業後、国立札幌病院放射線科勤務。1988年同科医長となり現在に至る。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２万人と向き合って－』2002年６月刊(NHK出版)、の他に放射線治療領域の専門著書多数。

はじめに

本日は３連休のなか、お集まり頂き有難うございます。本会の会員には関西の方が少ないため、今回は京都大学医学部放射線科の御尽力により関西で講演会を開催させて頂きました。３人の先生方から放射線治療に関する一般的な知識や最近の進歩についてお話を聞くことができました。私は本会の活動開始以来、会員の方々からのセカンドオピニオンの回答に携わってきました。ある乳癌症例の話題を取り上げて、閉会のご挨拶とさせて頂きます。

がんを局所病と見るか全身病と見るか

Ａさんは乳癌の手術後に、胸骨傍リンパ節に転移が出現した。主治医は乳がんが全身的に広がっていると考え化学療法を行った。Ａさんの相談はこの治療法で良いのかセカンドオピニオンを求めて来られた。私は胸骨傍リンパ節のみの転移の状態であることから、まだ全身化していない可能性もあり、照射して現在臨床的に把握している病巣を完全に消失させるようコメントした。

乳房内に発生した乳がんはリンパ管を通り、周囲の領域リンパ節に転移する。最も転移しやすい部位は患側の腋窩リンパ節であるが、その他に鎖骨上リンパ節、鎖骨下リンパ節、胸骨傍リンパ節などに転移する。そのため進行例では、この領域のリンパ節までを切除する手術も行われる場合もある。また腋窩リンパ節転移が多い症例や原発巣が乳房内側にある症例では、術後に鎖骨上リンパ節や胸骨傍リンパ節へ術後照射が行われ、再発率を低下させる治療も行われている。これは領域リンパ節の転移までは局所病の段階であるという考え方である。そして胸骨傍リンパ節に転移があっても治癒した症例も多い。しかし、最近は比較的効果的な抗癌剤が開発され、最初の手術後に再発した場合は化学療法を中心に治療する傾向がある。勿論、化学療法やホルモン療法を使用するのは構わないが、放射線治療を上手にタイミング良く使うことにより、完治を望める治療の可能性が出てくる。現状の化学療法は、効果的とは言え完治に持ち込む可能性は非常に低く、延命効果を期待する治療法と考えるべきである。局所再発（胸壁や領域リンパ節転移）のみの場合は、再手術や放射線治療という局所治療法を有効に使うことが重要なのである。Ａさんも胸骨傍リンパ節へ照射して長期生存することを願うものである。

おわりに

各部位の臓器別のがんに携わる医師と、放射線治療を専門にしている医師の意見が治療法の選択において異なる場合もある。この最も大きな原因は放射線治療をタイミング良く使う知識の問題である。また放射線治療機器を保有していない施設では、放射線治療がbetterであっても施設内でできる他の治療法を選択する場合もある。しかしこれは患者さんにとっては不幸なことである。当会の活動の一つに放射線治療医によるセカンドオピニオンがある。患者さん達はこうした情報を得て自分で医療内容を熟知し多くの選択肢の中から、納得のいく治療を受けて頂きたいと思います。本日は有難う御座いました。

続きはコチラをクリック　→

予防医学とＩＴ (2)

大学共同利用機関法人
人間文化研究機構
国文学研究資料館・複合領域研究系・助教授（医学博士）
原　正一郎

個人の健康データを時系列的に処理するためには、データを長期間にわたりコンピュータに蓄積する必要があります。コンピュータにデータを蓄積する仕組みをデータベースと呼びます。OracleやACCESSといった名前を知っている方も多いでしょう。これらは商用のデータベースソフトです。またMySQLやPostgreSQLなどフリーソフトとして有名なものもあります。このようにデータベースそのものは確立された技術なのですが、いざ健康データに適用しようとしたら、困難な問題が立ちはだかっていたのです。

我々は大学進学、就職、異動や転職などにより、住む場所や職場を変えています。ですから、全ての健康データをコンピュータに蓄積できたとしても、会社や居住地によりコンピュータは異なります。博多にあるコンピュータ会社と室蘭にある製紙会社が同じコンピュータを利用しているとは考えにくいでしょう。コンピュータが異なればデータベースも異なります。

さて健康データベースは縦方向がデータ項目名、横方向が個人を示す表と見なすことができます。例として２つのデータベースＡとＢが次のようになっているものとします。

データベースＡでは血清総コレステロールを「総コレステロール」という名前で登録していますが、データベースＢでは「TChol」となっています。データベースは、データ項目名と値の対で処理を行います。「総コレステロールの値は200」といった具合です。ですから、データ項目名が異なるだけで、データベースＡとＢはデータの交換ができないことになります。人間なら簡単にできることでも、コンピュータにとっては難しいことも多いのです。それでも、データベースＡの「総コレステロール」とデータベースＢの「TChol」は同じであるとコンピュータに指示すれば（プログラムを書けば）何とかなります。しかし性別になると、データ項目名も値も異なるので複雑になります。データベースＡの場合、データ項目名は「性別」であり値は「男」か「女」です。しかしデータベースＢの場合、データ項目名は「SEX」であり値は「M」か「F」になります。こうなると「M」はmale（男性）に由来するという知識がなければ、人間でも意味が分からなくなります。余談ですが、「性別」の値が「１」ならどうでしょうか？ JIS（日本工業規格）のX0303によれば、性別コードの「１」は男性、「２」は女性です。いずれにしても、値についての対応表をプログラムにしなければなりません。氏名になると更に深刻です。データベースＡのデータ項目名は「氏名」ですが、データベースＢでは「姓」と「名」に分かれており、構造そのものが異なります。データベースＢの「姓」と「名」をこの順序で繋げればデータベースＡの「氏名」になると、コンピュータに指示しなければなりません。最後に赤血球数を見てみましょう。データベースＢではデータ項目名「RBC」です。おそらくRed Blood Cellsから命名されたのでしょう。値がかなり違っています。どちらかが間違っているのでしょうか？ 実はデータベースＡの単位は「百万個/μl」であるのに対して、データベースＢの単位は「万個/μl」だったのです。なお例には示しませんでしたが、個人の時系列データ値に微妙な段差が生ずる例があります。病気になったという場合もありますが、検査法や検査装置や試薬などが変更されたために生ずる場合も多いのです。このように健康データをデータベース化しただけでは、不整合が多く殆ど使い物にならなかったわけです。ある意味で医療情報の歴史は、このようなデータの不整合を解決しようとする努力の歴史であるとも言えます。

この問題の解決法を一言で述べてしまえば「標準化」です。要するにデータ項目名や単位や検査法が異なっているためにデータの処理が困難になっているわけですから、これを統一してしまえば良いわけです。かなり乱暴な言い方ですが、かつての標準化とはこのようなものでした。利害関係のある健診機関などの代表者が集まり、データベースに登録するデータ項目名や単位などを統一しようとしました。しかし、どの機関も自分達のデータベースに変更を加えたくありませんので、会議は踊っても合意には達しなかった、ということは容易に想像がつかれると思います。運良く合意に達したとしても、議論に長い時間がかかったあげく、せっかく合意した内容は時代遅れになっていた、という話を聞いたこともあります。もう一つ、この種の標準化の問題点は多様性を阻害するということです。多様性というのは将来の発展の芽となりますので、研究者はこの点を特に重視します。ですから多様性の芽を摘んでしまうような標準化には反発があるわけです。このようなわけで、「初期」の標準化の多くは成功しませんでした。

次回では、新しい標準化の方法について述べさせて頂きます。

データベースＡ

氏名	住所	性別	年齢	最大血圧	最小血圧	総コレステロール	血糖値	赤血球数
鈴木太郎	東京都江東区…	男	44	140	80	200	100	4.7
斉藤花子	千葉県船橋市…	女	50	150	85	220	120	4.2
………………								

データベースＢ

姓	名	都道府県名	区市町村名	AGE	SEX	収縮期血圧	拡張期血圧	TChol	Glucose	RBC
鈴木	太郎	東京都	江東区…	44	M	140	80	200	100	470
斉藤	花子	千葉県	船橋市…	50	F	150	85	220	120	420
………………										

ニュースレターに今思っていること書きませんか

市民のためのがん治療の会会員　内田　敏

当会の事務は会代表の會田さんがひとりで処理しています。１日大半を会の仕事に使い、無給余禄なしで会を支えられています。ご多忙です。會田代表が楽になればとお手伝いをしております。ニュースレター編集は創立委員の菊岡編集長と會田代表のふたりが手分けしております。時間に追われながら発行しておられます。私も会の手伝いをしているので、友人に当会での手伝い等について語り、さらに会の活動を知ってもらおうと、ニュースレターを見てもらっております。病気知らずでがん関連知識の少ないその友人が、ニュースレター創刊号から３号を読んだ感想を伝えてきました。日本の死因トップが最近がんになり、10年後４人に１人ががんになる。がん治療は急速に進歩し、多くの患者を救ってきている。がん治療は外科手術、抗癌剤の化学療法、そして放射線治療の３ツがある。放射線治療はがん治療に非常に有効である。米国では放射線治療ががん治療の中心になっている。しかし、日本では放射線治療実績が少ない。がんの増加と「切らない治療」を求める患者の要望に応えられる放射線治療を日本に広げることと、広げるための問題に取組んでいる。…というのがわかったと言っておりました。ニュースレターはその役割を果せていると思います。当会は放射線治療以外の治療に関しても取組んでいますが、当面の焦点を、放射線治療に当てています。友人の感想からニュースレターが有用に表現されていると思います。

がん治療に放射線治療があるということを選択肢にできると当会は積極的に啓発しております。放射線治療を受けようと決めた時、治療現場はどうなっているのでしょうか。がん治療に日本放射線腫瘍学会は、放射線治療を行うには少なくとも治療専門医１人と放射線技師２人が必要としている。放射線治療を行う医療機関は全国で約800、これに対して放射線治療専門医は400人強に過ぎないと公表しております。充分な経験のない医師が治療する施設があり、放射線治療医がいない県が数県あると新聞が報じております。

また、放射線治療の進歩に、治療計画の作成や実際に計画通り放射線が当たっているかの点検をする「医学物理士」という専門スタッフの存在があるようです。米国では４千人が活躍しているが日本では160人だけで、その多くも大学などの研究機関におり、医療現場は極めてすくないようです。

「2015年問題」。… 50歳台半ばの団塊の世代が、がんにかかりやすい年齢に達する10年後、がん患者はピークを迎え、放射線治療を受ける患者は年間13万人から19万人に増えると見込まれる事態を2015年問題と言うそうです。放射線治療で治せる患者が増加する中で、このような放射線治療現場のお寒い状況を知るとなにか虚しくなります。放射線治療専門医不足の背景には医学教育で放射線治療が軽視されてきた事などを読売新聞は報じていました。また、放射線治療は膨大な投資が掛かるのに診療報酬が低いのでないかと思っています。そのために病院が収益の低い放射線治療に熱心にならないのかもしれません。当会の代表医師西尾正道先生は「がん治療で放射線治療の役割は広がっている。専門医を養成し、安全に治療できる体制を早く整えるべきである。」と各方面に強調されています。西尾正道先生が強調されていることを、ひとりの声は小さくとも、このひとりの声が大きな力になると思い、構造改革になるように希望を出し続けたいと思います。私は病院の放射線科があれば放射線治療医がいると思っていました。放射線科といっても、診断をする科で診断する先生はいるが、治療医のいない病院がほ

とんどと、当会で知り驚きました。放射線科は診断医師のいる科でした。治療医のいる放射線科をどう見極めるのか、患者は判りません。

有効な放射線治療を受けたくても、医療機関格差、地域格差がある現実をなんとかしてよ！と思い…書かせていただきました。

がん患者は、手術・放射線治療後も、いろいろな不安を持ちながら、治療後の長い闘病生活を送ります。がんは慢性疾患になったといわれます。長い付合いの病気だと認識することでないでしょうか。

がん治療に携わっている多くの医師の共通意見に次のようなことが言われているそうです。「がん治療は医療だけでなく、生活習慣や食生活、何より心のケアが重要で、体の免疫力を保つことだと考えられています。気持の落ち着いた前向きな人は、再発しても長生きする傾向にあるそうです。医学的根拠による証明は難しいが、絶対に治るとという意欲持ってがんと向き合うことが、がんの進行と再発の抑制につながる。」と説明がされております。

心と体の状態をよりよく保ち、前向きな気持が大事なのだと思います。

厚生労働省研究所の調査で、がんを患った人は「再発、転移や将来への不安など心の問題」の訴えは49%で、医療機関が設ける相談窓口で、心理的問題は２%にすぎないと８月４日付読売新聞が報じていました。

簡単に解決しにくい心の問題は相談窓口があっても相談しにくいと思います。私は６年前腎臓がん摘出手術の後、自宅に戻り前向きに生活したいと考えました。50歳台後半で現役でしたので仕事を続けて社会と繋がって行きたいと一心に思いました。社会や家族の中での役割を果すことが前向きになれるとの思いでした。仕事に関して、上長はゆったり過ごした方がよいと好意的に善処してくれたのと、後身に仕事を繋ぐ時期に重なり、仕事の質・量が軽くなりました。

私は仕事が軽くなってしまい、仕事にハリを失ってしまいました。同僚達からも仕事を軽くしてもらい、体力範囲で仕事した方が良いと支援してくれました。仕事をしたいと念じている私としては、こういう好意は世間のがんに対するバリアのように思えました。こういう相談を主治医にしても適切な答えはないと思い、自分なりにハリを持つために仕事の他に、できれば生涯の目標を作り、それに挑戦を初め、いままでも続けております。

患者はがん治療のために生きているのでないと思います。社会に繋がっていたいと思う患者は多いと思います。こういう思いを支える社会があればと思います。洋々な不安を抱える患者は、掛かりつけの病院でゆっくりとこういう類の相談はしにくいです。治療の主治医の他に、心のケアの相談役になれる主治医がいたらと思います。がん患者同士の集りだけでは心のケアの解決は難しいと思います。専門医師による「がんの家庭医」がいてくれたらと思います。こんなことを思っていましたので、書きました。

当会のセカンドオピニオンは、放射線施設のある病院、専門治療医のいる病院の問いあわせすれば、対応してくれると思っております。

また、心のケアで治療主治医に相談できないが専門医師の意見を聞きたい内容をセカンドオピニオン表に記入すれば、対応してくれると思っております。がんの家庭医に近いこともできていると思います。こういうこともしている「市民のためのがん治療の会」の活躍を支えられればと思い、會田代表のお手伝いをしております。

会員の皆様……

１行でもよいですから、ニュースレターに書いてみませんか。また、文章は苦手だか、話しをするから、会で文章にしてくれるならという場合には、會田代表と手伝い会員（内田もその要員ですが）がお話をお伺いし、文書にさせていただきます。どうぞ、会の方にご一報下さい。お待ちしております。

以上

読者コーナー

市民のためのがん治療の会 会員 **谷口　朔**（横浜市）

前立腺ガン治療（Brachytheray-密封小腺源療法）の経過（その２）

３．帰国後の治療

10月７日㈪　横浜のけいゆう病院泌尿器科部長井沢明先生の診察受診（田崎先生の紹介状並びにレントゲン写真、関係書類等持参）尿、血液検査実施尿検査の結果、多少の潜血は認められるが問題はない。
血液検査による、PSA（術後２週間後の数値、後日確認）は、4.50であった。（手術前は、23.40）。
田崎先生にメールで確認したところ、きわめて順調に下がっている。
これから、まだまだ下がる由。
なお、本日放射線科の診察も受け、今後の治療について打合せる予定であったが、担当医の都合で10/17㈭になった。

10月17日㈭　けいゆう病院放射線科　伊東先生診察
田崎先生、井沢先生の指示で、11月第１週から放射線の治療を始めるが、今回の治療は、骨盤周辺のリンパ腺への転移を防ぐ目的もあると思われるので、それであれば、週５日の放射線治療が必要ではないか？　一度、田崎先生に開始時期と、週の回数（田崎先生の指示は、Linacで週２回180cGY,×25回計4500cGYの外照射を骨盤腔に）を確認した上で、10/31㈭に来院されたし。
伊東先生の話によると、週２回では治療効果が少ないのではないか但し、週５回行うと、腸が侵され下痢をしたり、肛門が痔のようになり、排便時に痛みが出る等副作用がある由．週２回の場合は副作用は少ない由。

10月18日㈮　田崎先生が、たまたま東京に来られていたので、電話連絡をとり、上記の放射線治療について相談したところ、11/６㈪に井沢先生の診察日にPSAの検査をすることになっているのであれば、当日の採血が終わってから放射線治療を開始してください。
なお、放射線治療の回数は当初の予定どおり週２回×25回で実施方、担当医にお願いするようにとの指示があった。
（上記の内容で後日メールがあった。）
本日、術後初めてゴルフをしたが、特に異常はなかった。

10月31日　けいゆう病院放射線科　伊東先生診察
上記の放射線治療の開始時期と週の照射回数については、田崎先生の指示どおり、11月７日㈭から週２回（木、月）で実施することになった。
本日は、放射線を照射する個所に（下腹部）マジックでしるしをつけた。
照射期間中は、マジックのしるしが（線）消えないように注意する（薄くなったら上からなぞること）以外は、ウオーキング、ゴルフ等運動をしてもよいと。

11月６日　けいゆう病院　PSA検査結果3.33と低下

11月７日　同上　本日より放射線外部照射開始Ｌinac で１回180cＧy×25回　計4500cＧynの外部照射を週２回×25回、骨盤腔に実施する事になった。

11月20日　本日　第5回目の照射→排便時に痛みが出てきた。

11月25日　第６回目照射　肛門周辺に炎症が起こり、出血を伴い排便時の痛みが強くなってきたので、馬油（商品名そんばあゆ）を排便時と入浴後に塗りこむようにした。

11月30日　馬油が効いてきたようで、排便時の出血も痛みも少なくなってきた。
但し　排便回数は、１日２～３回と増えてき、便も柔らかくなった。

12月２日　PSA検査結果　　2.19と低下
田崎先生の指示により、免疫力を調べるため、ＮＫ細胞の検査実施。
白血球数　5400　赤血球　395万　リンパ球12.4%　ＮＫ細胞54%と正常であった。

12月16日　東京メディカルクリニック（港区芝公園）で、田崎先生上京時に診察経過はすこぶる順調と、その際、放射線治療の副作用による肛門周辺炎症治療に馬油使用につき、質問したところ問題なしとのこと。

12月26日　第15回目の照射　本年最後　年末年始の為次回は10日後の１月６日

15年１月６日　PSA検査　1.40と低下　採血後16回目の照射

２月６日　第25回目の照射　放射線外照射は本日で終了した。
照射していた場所は、10日間はこすって洗わないよう指示あり。

２月10日　PSA検査結果　1.38と若干の低下
白血球数　5300と正常　　来月ＮＫ細胞の検査を行う。

２月20日　照射終了後2週間経過後は、照射期間中、時々起こっていた胸のむかつきはなくなり、肛門周辺の炎症も綺麗になった。

15年２月上旬で、前立腺がんの治療は、一応終了した。
尚、経過観察のため、PSAを含めた血液検査と尿検査は10～15/11までは、毎月、以降は、２ヶ月毎実施中。（NK細胞検査は、3ヶ月毎、インターロイキン　IL12の検査は、6ヵ月毎→いづれも免疫力の検査）

○PSAの推移

手術前	14/6	23.40
手術後	14/10	4.50
	14/11	3.33

以降毎月PSA数値は、下がってきたいる。

	15/11	0.36
	16/01	0.44
	16/03	0.33

４．◎現在までの治療 →

①密封小線源療法（永久留置法、組織内照射法等共言う）
前立腺内に放射線源を永久的に埋め込む治療法
この治療法は私が米国で治療を受けた当時（平成14年）は、まだ日本では承認されていなかった。
ただし、この治療を受けられる対象者は、原則としては、がんが、前立腺の中に留まっているステー

ジＢで、PSA20以下、グリソンスコアー7以下の人が対象の由。
平成15年から日本でも出来るようになった。
前立腺全摘手術と同様の効果があり、しかもED,尿失禁等後遺障害が、個人差はあるものの、極めて少ないといわれている。
ニューヨーク医科大学病院Westchester Medical Centerで、平成14年９月24日に手術実施。
━ これにより前立腺内のガンを死滅させる事ができた。━
②帰国後　骨盤腔に放射線外照射治療→以下は田崎教授の指示。
PSAが20以上及びグリソンスコアー６以上の人を対象に前立腺周辺への微小ガン細胞の浸潤及リンパ線等への転移、再発防止の為の治療
けいゆう病院（横浜）泌尿器科、放射線科で実施
14年10月７日～15年２月６日で治療終了。
以後　PSA検査（毎月）、NK細胞検査（３月毎）
③マイタケエキスとビタミンC2,000㎎の服用→再発、転移防止
一度に2,000㎎のビタミンＣを服用すると、胃腸をやられる事があるので、1,000㎎づつ２回に分けて服用の事。
14.9.27より服用中→PSAが正常範囲になるまで服用ということであったが、現在も服用している。
これは、全摘手術、放射線治療等でガンを摘出、縮小した人に有効で、肉眼で判らなかったガン、写真、映像等検査で判明出来ない微小ガンを、自然死滅させる効果がある由。
なお、再発転移防止の他免疫力強化にも有効。→副作用なし。
④食事療法→Dr,TAZAKIからの指示→継続中→再発防止策
食事療法を徹底してください。脂肪、赤身の肉は厳禁、ミルク及び乳製品も避けること。良いのは大豆蛋白、白身魚、トマトなど緑黄色野菜です。
→当初１年程度の予定であったが、現在でも極力実施している。
○現在残っている後遺症害、副作用
手術治療前と比較して、排尿回数が、少し増えた(日中２～３時間置き、夜中１～２回→現在は０～１回→手術前は０回)。
また当初は排尿及び排便を、もよおしてきたとき、我慢できる時間が短くなっていたが、最近では、そのような症状も少なくなった。
なお、最も心配していた尿失禁については、術後一時的な排尿障害はあったものの、尿失禁は全くなかった。
機能障害の方は、現状は全く機能していません。
→これは、70歳という年齢のせいかも知れませんが。私の場合こちらの方は、あまり重点をおいていいなかった。
放射線外部照射を終了して一年ほど経過した今年(平成16年）の初め頃から、下血がときどき見られるようになり、田崎教授に相談したところ、至急検査するようにと、前田病院（赤坂見附）を紹介され、2月に大腸と胃の内視鏡検査を実施。
下血の原因は、放射線外部照射による晩期障害で、直腸に炎症ができており、そこからの出血と判明。
なお、大腸に１センチ大のポリープ（放置しておくとがん化の恐れあり）が見つかり、３月下旬入院のうえ切除手術実施。
下血の原因が、胃がん、大腸がんでなくて一安心。
最近では、下血もほとんど見られなくなった。

それ以外は体調等も含め異常なし。

5．◎以上の経過を踏まえ、現時点（平成16年４月）での中間結論
前立腺ガンの治療法として、
① 外科的手術
② 放射線療法
③ ホルモン療法
④ 化学療法
等の治療法があるが、当時日本で出来る治療法のなかで、最善の治療法と言われているのは、天皇陛下が行なった、前立腺全摘出手術（年齢、他の病気の有無によっては出来ない事があるようだ）であると言われていた。
私の日本での主治医も、この治療法を薦めてくれたが、いずれの治療法にも一長一短がある。確かに再発、転移の防止を考えると、日本で出来る治療法の中で全摘手術が、最善のようであったが、しかしながら、これとても、個人差はあるものの、男性としての機能障害、特に尿失禁等排尿障害が懸念されること。
機能障害は年齢的な事を考えても問題ないが、排尿障害を抱えた、これからの人生を考えると大きな問題である。
どの治療法でも、副作用、後遺症害、再発、転移や将来への不安はあるが、いろいろ検討した結果、お金はかかるが、そういったものが、一番少ない治療法と考え、アメリカでの放射線源を永久的に前立腺内に埋め込む治療法を選択した。
その結果は前述の通りであるが、現時点では、予想以上の結果であり最善の治療法であったと満足しています。

6．今度、私の前立腺ガン治療の主治医を担当していただいた、ニューヨーク医科大学泌尿器科教授田崎　寛先生には、私の帰国後の治療のフォローアップもきめ細かくやっていただき、(日本での検査結果、体調、諸々の相談をメールすると、すぐに指示、回答が送信されてきます）また、教授は日本に年２～３回学会等で帰国されますが、その際、東京で診察、相談に乗っていただいています。
このような素晴らしい先生にめぐり逢えたことは、私にとって大変幸運であった。
田崎先生に心から感謝している次第です。
どのような病気でも治療法はいろいろ数多く、しかも各々の治療法には、利点も欠点もあるものです。自分の病気、病状を正しく理解し、最適な治療法を選ぶには、セカンドオピニオンは有意義で欠かせないものではないかと思います。
その為には、患者と医師が、胸襟を開いて情報を共有する必要があるのではないか。
これからは、患者が医者を選ぶ時代といわれています。
まして、世界で高度先進医療が急速に進歩をとげている現状から、自分の病気に真正面から向きあって、内外からたくさんの情報を集め、セカンド、サード、オピニオン等活用して、最適な治療法、病院、主治医を自分で選び、納得したうえで病気と闘い治療を受ける時代が到来したことを痛感しています。

医者を選ぶのも寿命のうち ←このことを自分の寿命をまっとうするために肝に銘じている次第です。

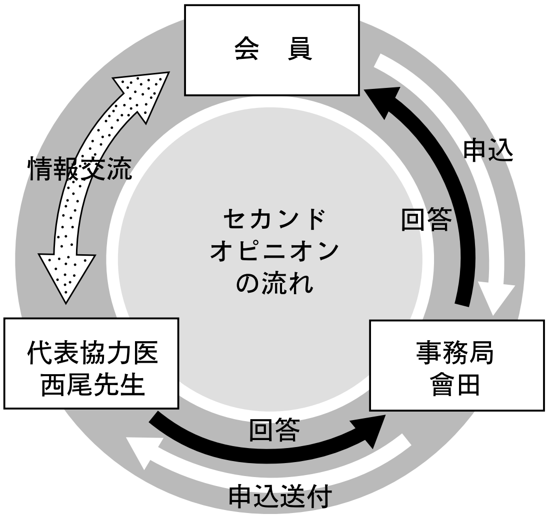
以上

「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ので、患者にとっては放射線治療に関する情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方の中から、適切な先生をご紹介いたします。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門家です。

●放射線治療についての正しい理解の推進
当面は放射線治療を中心とした講演会や治療施設への見学等を行う予定です。ご参加は原則として会員に限らせていただきます。

●制度の改善などの政策提言
医療事故等による被害者はいつも医療サービスの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。



創立委員

會田昭一郎	市民のためのがん治療の会
上總　中童	株式会社バリアンMEメディカルシステムズ技師長
菊岡　哲雄	凸版印刷株式会社
田辺　英二	株式会社エー•イーティー•ジャパン代表取締役社長
中村　純男	株式会社山愛特別顧問
西尾　正道	独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター放射線診療部長
山下　　孝	癌研究会附属病院放射線治療科部長

（五十音順）

お問い合わせはこのページをコピーし、下記にご記入の上FAXか郵送でお送りください。

フリガナ			
お 名 前	（姓）		（名）
〒		ご住所	
ご自宅電　話 ご自宅ＦＡＸ	市外局番（　　）局番（　　）電話番号（　　　） 市外局番（　　）局番（　　）電話番号（　　　）		
E－mａｉｌ			

FAX 042-572-2564　住所 〒186-0003 国立市富士見台1-28-1-33-303 會田方

過去１年間に以下の方々からご寄付をいただきました。ありがとうございました。（敬称は省略させて頂きます）

個　人
内田 伸恵　大石　元　神田 幸一
岸　和史　笹井 啓資　宿谷 恒夫
寺嶋 廣美　新部 英男　早川 和重
松井 正典　山口 法子　山下 敦子
南雲政義・幸江

法　人
株式会社エー・イーティー・ジャパン
シーエム・エス・ジャパン株式会社
株式会社千代田テクノル

団　体
慈恵医大放射線科

参考書籍のご案内

「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。当会宛にｅメール、FAX、郵便でご注文いただければ、送料は当会負担でお送りします。料金は用紙を同封いたしますので、郵便振替でご送金下さい。

『がん医療と放射線治療』西尾正道著
2000年４月刊
（Ａ５判180頁、定価1,500円）
㈱エムイー振興協会

医師や知識人向けで、日本の放射線治療とがん医療の問題を取り上げ、がん医療の持つ光と影を明らかにして、求めるべきがん医療は何かを提示した。
がん医療にスポットを当てれば、日本社会の歪みが逆に浮かび上がってくる。

『放射線治療医の本音
－がん患者２万人と向き合って－』
西尾正道著
2002年６月刊
（四六判、260頁、定価1,400円）
NHK出版

市民向けで、癌医療の現状と問題点を指摘すると同時に、患者さんのエピソードを通じて放射線治療についてわかりやすく解説した。

『よくわかる癌放射線治療の基本と実際
－放射線治療に携わる看護スタッフと患者のために－』　兼平　千裕
東京慈恵会医科大学放射線科教授編集
東京慈恵会医科大学放射線治療部　著
2004年４月刊（Ｂ５判・184頁・定価3,360円）
【真興交易㈱医書出版部】

技術進歩が目覚しい放射線治療全般の基本原理を広くわかりやすく解説。患者を受け持つ看護スタッフから治療を受けている患者やその家族にも参考になる一冊。

『眠れ！　兄弟がん－がんになった
－外科医の告白－』
元・大宮赤十字病院外科部長
現 足尾双愛病院副院長
篠田徳三著
2004年９月刊（Ａ５判150頁、定価1,300円）
文芸社出版

現役の外科医で「市民のためのがん治療の会」の会員でもある著者が、がんの同時多発テロに見まわれ、がん闘病生活における壮絶な戦いにより、高いQOLを維持するために手術を避け、化学放射線療法を選択。医師ならではの鋭い分析。

『前立腺ガン
－これだけ知れば怖くない－』
世界のトップレベルの名医による
最新治療ガイド
東京慈恵会医科大学　青木　学訳
2004年８月刊（定価1,500円）
実業之日本社

日米の名医が協力して、いま注目の「ブラキセラピー」（組織内照射療法）をはじめとする最先端の情報を提供。

編集後記

発足以来10ヵ月しか経過していませんが、既に講演会を４回実施しました。ニュースレターの編集発行も軌道に乗ってきました。これもひとえに会員の皆様、当会の理念にご賛同頂きご協賛いただく協賛会員の皆様、惜しみないご協力を賜る協力医の先生方、会の運営に色々ご協力下さる皆様など多くの皆様のあたたかいご協力の賜と、心から感謝申し上げる気持ちで一杯です。早いもので昨年ご入会になられました会員の皆様から順に２年目の会員登録更新の時期が近づいて参りました。順次ご案内致しますので、引き続き会を支えていただきますよう、よろしくご協力のほどお願いいたします。　（會田）

私は勤務先の関係で、毎日山の手線の巣鴨で乗り換えますが、巣鴨といえば、とげぬき地蔵尊であまりにも有名ですが、その地蔵通りを、さらに歩いて行きますと、右側に猿田彦大神（巣鴨庚申塚）と言う庚申塚がございます。ここは、がん封じとして絶大な信仰を集めることで有名で、熱心にお詣りする人の姿をよく見かけます。機会がございましたら一度行かれてみては如何でしょう。　（菊岡）

● 協賛会員募集 ●

全国各地での講演会の開催、書籍の出版など「市民のためのがん治療の会」のさらに幅広い活動のために協賛会員を募集いたしております。
年会費　個人　１口１万円　法人　２口２万円です。
ご送金先は、三井住友銀行　国立（くにたち）支店
　普通口座　市民のためのがん治療の会
　口座番号　666　7693285です。
よろしくご協力のほどお願い申しあげます。詳しいことはe-メール（com@luck.ocn.ne.jp）または FAX（042-572-2561）までご連絡下さい。

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
表紙デザイン　㈱ワールドプランニング
制作協力　株式会社千代田テクノル
印刷・製本　株式会社テクノルサポートシステム
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

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

定位放射線治療システム
サイバーナイフⅡ

医療機器事業部
TEL 03-3816-2129

線量計測事業部
アイソトープ事業部
線源事業部
医療機器事業部
原子力事業部
薬事・技術部
大洗研究所

◆お問い合わせ

TEL 03-3816-5241　FAX 03-5803-4870
ホームページURL　http://www.c-technol.co.jp

株式会社千代田テクノル

〒113-8681　東京都文京区湯島1-7-12
千代田お茶の水ビル