

ニュースレター
Newsletter



市民のためのがん治療の会

No. 2

2012. 4

Vol.9 (通巻 34号)

巻頭言

「ほほえみ大使」
として



歌手、エッセイスト、教育学博士

アグネス・チャン

略歴

香港生まれ。
1972年、「ひなげしの花」で日本デビュー。
上智大学を経てカナダ・トロント大学卒業。
1989年、米スタンフォード大学教育学部博士課程に留学。
教育学博士号 (Ph.D.) 取得。
歌手活動ばかりでなく、日本ユニセフ協会大使としてのボランティア活動や文化活動など幅広く活躍している。
9月15、16日に行われる「リレーフォーライフ横浜」では実行委員長を務める。

2007年、10月1日、私は乳がんの手術を受けました。早期発見のおかげで、手術も治療も簡単に済みましたが、今もホルモン治療を続けています。副作用に苦しんだ時期もありました。でも今は毎日元気に仕事やボランティア活動に励んでいます。2008年からは、日本対がん協会の「ほほえみ大使」に就任し、がん征圧運動に参加するようになりました。がん治療の専門家との交流も重ね、勉強をし、仲間と共に活動させていただいています。

日本はがん大国と言われていています。二人に一人はがんになり、3人に一人ががんで命を落としているのです。がん征圧には、課題がいくつもあります。まずは、がんの検診率が他の先進諸国と比べて、きわめて低いことです。がんは身近な病気です。決して他人事ではないという現実を、広く知らせることが大事です。早期発見すれば、長生きできるがんも多いのですから、前向きに検診を受けてほしいのです。検診の方法や、受け皿の問題も議論的になっています。

患者に対するケア、新薬や治療法の開発、医療関係者の育成など、がん制圧のためには、やらなければならないことが沢山あります。高齢化や環境の汚染によって、これからは、がんの問題がさらに大きくなると予測されています。官民一体となって、早急にかんに立ち向かう力を備えたいものです。

私はがんになって、人生に対する考え方が変わりました。毎日を大切に過ごすようになり、生きていることに深く感謝の念を抱くようになりました。仲間が沢山増え、精神的にも逞しく成長してきたと思います。

自分のがんの体験を話すのは恥ずかしいのですが、少しでも皆さんの参考になれば幸いです。

平成24年第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



がん診療機能を充実した、新・千葉徳洲会病院について

千葉徳洲会病院院長 高森 繁

医療法人沖縄徳洲会千葉徳洲会病院院長。福岡県博多市出身。1987年産業医科大学卒業後、順天堂大学医学部附属順天堂医院外科勤務。同院第2外科（現、肝胆膵外科）にて門脈亢進症治療、肝胆膵外科を中心に消化器外科治療に従事。1995年肝移植臨床研究目的にて英国ケンブリッジ大学 Addenbrook's Hospital 留学。1998年順天堂大学第2外科講師。2002年8月より現病院肝胆膵外科部長、2004年4月より副院長、2011年4月より現職。2008年日本肝胆膵外科学会高度技能指導医に認定され、現在も肝胆膵外科治療を中心に、胃がん、大腸がんなど広く消化器疾患の外科治療および化学療法を行っている。

徳洲会グループの発祥は、1973年大阪府松原市に徳田病院（現、松原徳洲会病院）が開設されたことにさかのぼります。それ以来現在に至るまで、北海道から沖縄まで、更には2006年12月に海外第1号病院として設立されたブルガリア・ソフィア市の1,016床のソフィア徳田病院、第2号病院として今年2月にオープンしたばかりのブラジル・アプカラナ市に天才心臓外科医として有名なバチスタ医師と共同で建設した徳田虎雄心臓病院（オスピタル・ド・コラソン・トラオ・トクダ）を含めると68病院が開設されました。救急医療、災害医療、循環器疾患治療を中心に発展してきましたが、2004年からグループをあげてがん治療に本格的な取り組みをおこなっています。2003年スタートした文部科学省のリーディングプロジェクトとして始まった「オーダーメイド医療実現化プロジェクト」に参画、2008年には徳洲会オンコロジープロジェクトを発足させ、全国の徳洲会グループ病院が参加し、標準化学療法を検討しグループ内での統一プロトコルを集約しています。また日本におけるがん放射線治療の立ち後は歴然としており、グループとしてもこれから新築移転していく老朽化した多くの病院において放射線治療機器の導入を検討しています。

千葉徳洲会病院はグループ内でもがん治療の旗艦病院的位置づけで認識されており、今回の病院建て替えに際してもがん治療を中心に構想し、放射線診断、治療機器に多くの予算を計上しています。また従来からがん治療の中心として行ってきた手術治療、化学療法に関しても更に充実すべく設計しました。本年4月には着工する予定で、職員一丸となって来年10月のオープン時点で病院機能がベストとなるよう体制作

りに努力を重ねているところです。今回行われた市民のためのがん治療の会において新病院構想について講演させていただきました。

現在の病院は昭和61年6月に開院、許可病床は304床を有し、船橋市の地域医療、なかでも救急医療にも力を入れ、地域の中核病院の一つとして位置づけられています。建物の老朽化が進み今回の新築移転となりましたが、敷地面積、延べ床面積ともに現病院の約3倍とゆったりした作りとなります。地下1階、地上8階建ての建物ですが、昨年の東日本大震災の教訓に学び、耐震構造を発展させた免震構造をとり、災害時にも病院機能を維持できる設計となっています。

当院は千葉県二次医療圏では東葛南部に位置し、その医療圏人口は約170万人と千葉県では最大です。千葉県もがん治療体制に力を入れており、国・県のがん拠点病院に加え、千葉県がん診療連携協力病院制度を平成23年7月に発足させ、当院を含む13病院が指定を受けています。

現在の日本のがん治療の問題点は、放射線治療施設が不足していること、また末期がん患者に対する緩和治療体制が充実していないことがあげられます。また治療面での最近の推移としては、化学療法の主体が入院から外来治療へシフトしてきていること、手術治療もできるだけ手術侵襲を小さくするために鏡視下手術の適応を広げる傾向にあるということなどがあげられます。これらを踏まえて新病院でのがん治療機能を拡大すべく設計を行いました。

まずは核医学診断、放射線治療を地下1階にセンター化して新設導入することを決めています。核医学診断装置としてはPET-CT (Positron Emission Tomography CT)、SPECT

(Single Photo Emission CT) を、放射線治療機器としてリニアック、サイバーナイフ、RALS (Remote After Loading System: 遠隔操作密封小線源治療) を予定しており、これらの導入により幅広いがん診療が可能となります。

緩和治療は入院治療と在宅治療の2つに分けて考える必要があります。現在、日本の緩和治療のほとんどが一般病床で行われているのが現状で、緩和ケア病棟という理想的環境で終末期を迎えることができる患者は残念ながら一握りと言えます。これは緩和ケア病棟の絶対数が全く足りない状態にあることが原因です。関東1都6県における緩和ケア病床数を表1に示しましたが、平均では人口100万人に対して25床と非常に少ない数字となっています。日本では現在一生のうちで2人に1人ががんに罹患し、男性では4人に1人が、女性では6人に1人ががんで死亡するとの統計がでており¹⁾、終末期医療を含めたがん診療を考える上で、がん診療を行う病院は緩和ケア病棟を持つべきであるという考えは必然と湧いてきます。そこで新病院では、個々の部屋にゆとりを持たせ、最上階の8階に独立した形で24床の緩和ケア病棟を計画しました。談話室なども大きく取り、必要があればご家族も一緒に過ごせる大きな部屋も設定しました。しかし、これからの緩和治療のあり方は、高齢化に比例して増加するがん患者人口を考えるとともに入院治療だけで対応できるものではないと考えられます。また自宅以最期を迎えたいというニーズにも多く、在宅緩和治療の充足が早急な課題と考え、新病院では在宅治療部門の充実も大きなテーマとして掲げています。

現在のがん治療の主体は化学療法、手術治療

にあるのが現状です。化学療法は以前は入院で行われていたことが多かったのですが、現在では国の医療保険情勢、患者の負担を少しでも減らすとの観点から、多くの治療が外来で可能なものに変化してきました。しかし、外来で抗がん剤を投与するわけですから投与中受ける側の患者さんの環境を快適な状況に保つということが大切と考えられます。新病院では2階南側の日当たりの良い場所に外来化学療法センターを広い面積をとって設計しており、個々の患者さんのプライバシーを尊重しつつアメニティーにも配慮した20床の独立空間を提供致します。

手術室はICUとともに3階に高度医療の集約を図り設計し、現在の4部屋から9部屋に拡大するとともに、これからのがん手術の主体となることが予想される鏡視下手術専用の部屋を4部屋計画しています。現病院でも肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、膵がんに対して適応を絞った上で鏡視下手術を行ってきましたが、新病院では光学器械などを最新のものへ刷新した上で更に鏡視下手術症例を増やしていきたいと考えています。

最期に、このような会を運営されている代表の會田様、代表協力医の西尾先生、そして関係者の皆様の努力に敬意を表するとともに、今回当院を紹介させていただく機会を与えていただきましたことに深謝致します。これからのがん治療に微力ではありますが当院もできるだけの努力をはらっていききたいと考えております。

参考文献

- 1) 財団法人がん研究振興財団2010年版、累積がん罹患・死亡リスク

表1 関東1都6県における緩和ケア病床数

	東京都	神奈川県	千葉県	栃木県	埼玉県	群馬県	茨城県	合計
緩和ケア病床数	409	249	150	81	69	58	56	1,072
人口(万人)	1,318	906	620	200	720	201	295	4,250
人口比/100万人	31	27	24	41	10	29	19	25

平成24年第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



膵がんに関する朗報—チャレンジするペプチドワクチン療法

千葉徳洲会病院 副院長 浅原 新吾

岡山県倉敷市出身。1990年 広島大学医学部医学科卒業後、広島大学医学部附属病院、順天堂大学医学部附属順天堂医院、癌研究会附属病院（現がん研有明病院）で、とくに肝胆膵の悪性腫瘍の診断、治療に関して研鑽を積む。2007年1月から医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院診療部長、同年8月より同院副院長、現職。他の病院で治療が困難といわれた進行がんの方の治療に積極的に取り組んでいる。2009年3月から2年間、標準治療が無効となった膵がんに対するペプチドワクチン療法の臨床研究を同院において行い、その効果が反響を呼んでいる。

平成22年人口動態統計によりますと、平成22年の全死亡数は119万7千122人であり、そのうち悪性新生物の死亡数は35万3,499人で、死亡総数の29.5%を占めて死因順位の第1位となっています。膵がんによる死亡数は約2万8千人で、肺がん、胃がん、大腸がんについて4番目です。

膵がんは早期発見が困難で、約60%の患者が診断時には切除不能な状況です。そうなると、治療法は抗がん剤、放射線治療ですが、他臓器転移がある場合には放射線治療を行わないため、抗がん剤治療が唯一の治療法となります。

現在、切除不能膵がんに対しては、ゲムシタピンとTS-1という抗がん剤が標準的治療として用いられていますが、5-FU単独投与群と比較して生存期間中央値や1年生存率は改善したものの、それぞれ5.7ヶ月、18%と満足のものではありません。H24年にはタルセバという分子標的薬が膵がんに対して保険適応となりましたが、これまでの治療に比べてわずか2週間の延命効果がえられるだけです。つまり膵がん治療に関しては、この15年ほとんど進歩がない状態です。

そこで注目されているのが免疫療法です。自分の免疫力を使うため副作用が少ないことが利点で、膵がんの標準治療であるゲムシタピンやTS-1の治療を受けないで、最初から免疫療法を受ける方もいらっしゃいます。ただ、この免疫療法も様々なものがあります。

インターネットで「膵がん」と「免疫療法」で検索すると、多数の免疫療法がヒットしますが、そのほとんどは科学的な裏付けのなされていない治療法です。1回の治療に百万円以上の料金がかかりますが、患者様の多くは他に治療の選択肢がないため、その治療に希望を託さざるをえません。さらに、治療を受けて効果が得られなくても、「もともと進行した状態で治療を開始しており、効かなくても仕方ない」と言われれば、その説明を受け入れるしかありません。膵がんに限らず、一般の免疫療法を受けているがん患者の多くがこのような状況にあるのが現状です。

さて、免疫療法について少し説明します。免疫療法には、非特異的免疫療法と特異的免疫療法があります。非特異的免疫療法には、免疫賦

活剤、丸山ワクチンなどに代表される感染免疫療法、インターフェロンなどを投与するサイトカイン療法、それに血液中から取り出したリンパ球を活性化させ、それを体内に戻すLAK療法やCAT療法、血液中からとりだした樹状細胞とリンパ球を混ぜて活性化させ、体内に戻す樹状細胞活性化リンパ球療法などの養子免疫療法があります。これらは一般的にからだ全体の免疫力をあげる方法であり、がん細胞そのものをターゲットとしているわけではありません。一方、特異的免疫療法には、養子免疫療法とがんワクチン療法があります。この養子免疫療法は、非特異的免疫療法の場合と違って、がんの組織から取り出したリンパ球を活性化して利用する方法や、手術で取り出したがん細胞と、リンパ球や樹状細胞を混ぜて活性化させ、それを体内に戻す方法などがあります。ただし、これらの治療には、体内から取り出したがん組織が必要になりますので、手術ができない患者様には行うことができません。一方、がんペプチドワクチン療法は、がん細胞の表面にある、そのがん特有の抗原を同定してその一部からペプチドを作成し、ワクチンとして皮下投与するものです。過去に取り出された各種のがん組織から抗原が特定されているため、組織の摘出のための手術を受ける必要はありません。このペプチドワクチン療法の研究が全国的に進んでいるところです。がん治療におけるペプチドワクチンの作用機序は、以下の通りです。がん細胞の表面にはがん特異抗原が多数あります。遺伝子解析の情報を用いて、その中から最も治療効果の期待できる抗原を特定し、その抗原の一部をペプチドワクチンとして使用します。免疫を監視している樹状細胞が、投与されたペプチドワクチンを察知して取り込みむと、樹状細胞はTリンパ球にこのペプチドワクチンを提示します。そうすると、Tリンパ球はこのペプチドワクチンを取り込んで活性化し、がん特異的細胞傷害性Tリンパ球となります。そして、このTリンパ球が一斉にがん細胞に攻撃をしかけ、がん細胞を破壊します。以上がペプチドワクチンの作用機序です。

私どもは、平成21年3月から2年間、東京大学医科学研究所と共同で、標準治療が効かなく

なった進行膵がんの方に対して、ペプチドワクチン治療の臨床研究を行いました。

この臨床研究に参加していただいた患者様の内訳は、年齢が33~80歳、平均年齢61.3歳で、手術後の再発の方が16名、手術不能であった方が15名の計31名です。ペプチドワクチンを毎週一回、鼠径部の皮下に注射するという方法で、できるだけ長く継続しました。

これまで報告されているペプチドワクチンの副作用の主なものは、ワクチンを注射した部位の腫れ、発赤、かゆみで、そのほか発熱、悪寒、頭痛、不快感などがありますが、いずれも軽度なものであります。今回の臨床研究で使用したペプチドワクチンの副作用は、注射部位の腫れ以外に、間質性肺炎、肝障害がありました。いずれもワクチン投与を中止したことで治癒しており、重篤なものはありませんでした。

次にその効果ですが、ペプチドワクチンを4回以上投与できた29名のうち、腫瘍が完全に消失した方が1名、大きさが増大しないでどまっていた方が18名、投与後も増大を続けた方が10名でした。また、50%生存期間（治療を受けた方の半数が生存していた期間）は142日でした。以前当院で進行膵がん患者様に対して標準治療を行い、その後何の治療も行わないで経過をみた方9名の50%生存期間が83日でしたので、ペプチドワクチン治療だけで約2ヶ月の延命効果が得られたこととなります。ごく最近、膵がん治療に保険適応となった抗がん剤の延命効果が2週間なのに対し、このペプチドワクチンは、治療方法がなくなってしまった患者様の命を2ヶ月延ばすことができたのです（図1）。この治療効果を検証すると、ペプチドワクチン投与によって、この膵がん特異的細胞障害性Tリンパ球が活性化されていたグループでは、されていなかったグループに比べて生存期間が70日以上延長していました。（図2）。つまりペプチドワクチンが有効に作用すれば、自ずと延命は得られるということです。

では実際に肝臓への転移が消失した方の画像を示します。その方は、33歳の女性で、平成20年

に11月に膵がんに対して手術をされ、術後再発予防に行ったジェムザールで強い副作用がみられ治療は中断。直後のCT検査で肝転移がみられ、それが急速に増大してきたために臨床研究に参加されました。

治療開始から肝転移の増大は止まり、3ヶ月を過ぎたあたりから、体調が改善していき、6ヶ月目で肝転移の縮小傾向がみられるようになりました。さらに治療開始1年後にはほとんどわからないくらいに縮小したため、ご本人様の希望でペプチドワクチン治療は一旦終了としました。その後無治療で1年間経過観察しましたが、治療開始から2年後のCT検査で、肝転移は完全に消失していることを確認しました（図3）。

このように、抗がん剤治療で効果が得られなくても、ペプチドワクチン治療で効果がみられる場合があります。副作用がほとんどないため、抗がん剤治療で体調が悪化している方にも投与できるという利点もあります。

現在も多数の癌腫でペプチドワクチンの臨床研究や治験が行われており、その結果も出始めています。今後、皆さんができるだけ早くペプチドワクチンを薬として使用できるよう、ペプチドワクチン治療に携わる私たちが、さらなる活動を行っていきたいと思います。

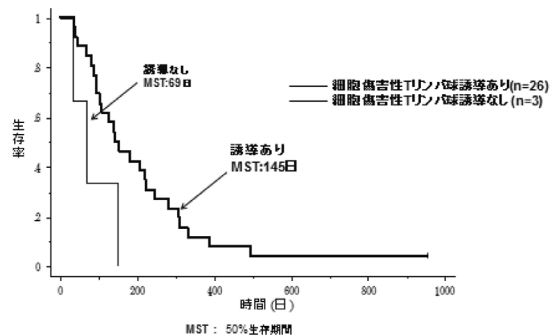


図2 CTL誘導能の有無と生存曲線

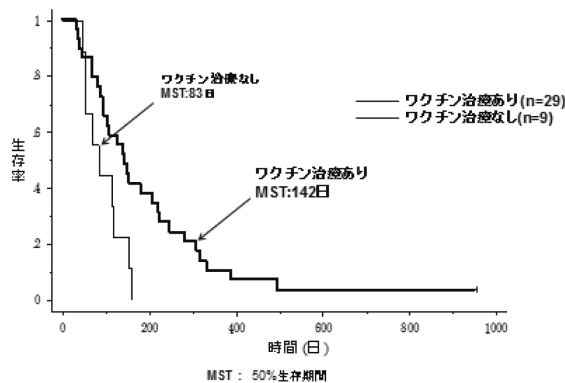


図1 ワクチン治療の有無と生存曲線

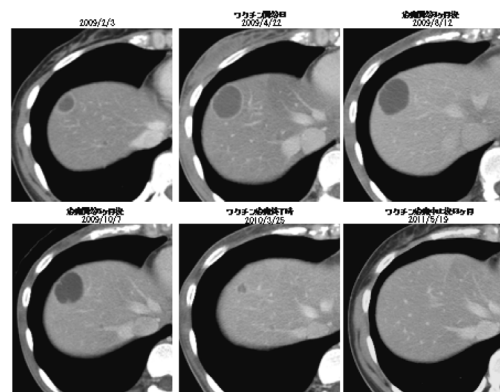


図3 肝転移の経時的変化

平成 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(3)



患者さんの真剣さに感動

北海道がんセンター 院長(当会代表協力医) 西尾 正道

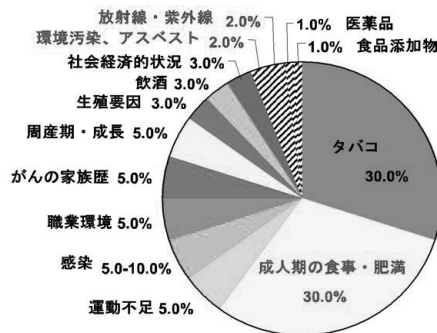
独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター院長。函館市出身。1974年札幌医科大学卒業後、国立札幌病院・北海道地方がんセンター放射線科勤務。1988年同科医長。2004年4月、機構改革により国立病院機構北海道がんセンターと改名後も同院に勤務し現在に至る。がんの放射線治療を通じて日本のがん医療の問題点を指摘し、改善するための医療を推進。著書に『がん医療と放射線治療』2000年4月刊(エムイー振興協会)、『がんの放射線治療』2000年11月刊(日本評論社)、『放射線治療医の本音ーがん患者2万人と向き合っー』2002年6月刊(NHK出版)、『今、本当に受けたいがん治療』2009年5月刊(エムイー振興協会)の他に放射線治療領域の著書・論文多数。

本年最初の講演会は2月18日に「がん医療への新たな挑戦」と題して、船橋市で開催した。船橋市の講演会は昨年企画されていたが、3.11.東日本大震災のため中止したいきさつがある。講演会ではまず、高森 繁先生(千葉徳洲会病院院長)から移転新築して平成25年秋にオープンする予定の新病院の紹介があった。新病院では社会的ニーズに対応すべく、放射線治療も開始してがん医療の充実を計る予定であることが話された。次に浅原新吾先生(千葉徳洲会病院副院長)から「膵がんに朗報、チャレンジするペプチドワクチン療法」と題する講演を頂いた。たまたま数日前にNHKテレビでワクチン療法が取り上げられ、その番組に出演した浅原先生の話が話題となり、今回の講演会は今までない

人達が集まった。500人以上の方々足をはこんでくださったようであるが、あらかじめ用意しておいた拡張した会場も満席となり、立見も出る始末で、入りきれずにあきらめて帰った人もいたことは大変申し訳ないと思っている。浅原先生からは、標準的な抗癌剤治療が無効となった患者さんに対するペプチドワクチン治療の成果が報告された。治療例の中に、劇的に効果が見られ、肝臓転移が消失した1例を経験した報告や生存期間の延長から、ペプチドワクチン治療が第四の治療法としての可能性を期待できるものであった。今後の更なる研究が望まれる。新幹線で講演会に駆けつけてきた人もいたようであるが、最も治癒率の低い膵臓癌に罹患し、真剣に治療法を模索し闘っている人達が

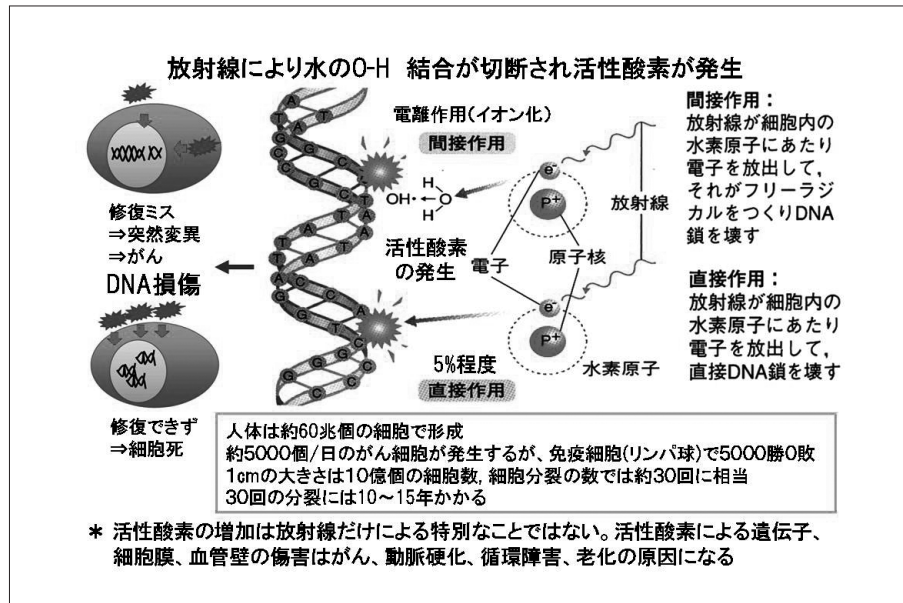
活性酸素を過剰に発生する因子

- ・ 運動、食品(特に過酸化脂質)
- ・ アルコール、高温
- ・ 放射線、紫外線
- ・ ストレス、炎症
- ・ タバコ、アスベスト
- ・ 医薬品、ホルモン
- ・ 環境汚染物質
- ・ 食品添加物
- ・ 発がん物質



Cancer Causes Control 7: 55-58 (1996)

これらの因子が重複し複合的影響により相加的に発がんリスクが高まる



いかに多いのか驚いた次第であり、あらためて医療情報の提供の重要性を感じることができた。

私は「がんの時代をどう生きる」と題して、雑駁ながらお話をさせて頂いた。命取りとなかなかねないがんに罹患した人は、納得のいく治療を望んでいる。しかし、分子標的薬や抗体医薬などの登場により医療費も高騰しており、費用効果分析の視点も導入して医療の質を考えなければならない時代となっている。そこでは個々人の死生観も問われることとなる。医療費や医療資源も有限であり、社会全体として効率的な社会保障や医療の在り方の議論の中で、がん医療の在り方について国民的なコンセンサスを作り出す必要がある。講演では、高齢者のがん治療の中心となる放射線治療の最近の進歩と、福島原発事故で心配されている放射線被ばくによる健康被害について報告した。1960年からの50年間で日本のがん患者数は約4倍となっている。この増加率は単に人口構成が高齢化しているという単純な理由では説明できない。ほとんどの発がんは生活習慣に起因したものであると考えられており、その主な外的環境要因は図に示すような因子である。

放射線もその一要因であり、水分子に対する電離作用により活性酸素が発生し、遺伝子を傷つけることによるものと考えられている。

今回の原発事故による低線量の被曝でも、傷ついた遺伝子が発がんの原因となったり、継代的に引き継がれて先天異常の原因となる可能性があるため問題なのである。こうした時代に生きている我々は二人に1人はがんに罹患するという現状を考えて、「どう生きるか」、「どう人生を締めくくるか」を日常的に考えて有意義な生活をして頂きたいと思う。

講演会は大盛会に終了することができたが、開催に当たりご尽力して頂いた千葉徳洲会病院の皆様心から感謝し、稿を終わる。



「散染」による内部被曝の拡大にストップを



Photo by Takashi Yajima

岐阜環境医学研究所 松井 英介

岐阜県立医科大学卒業後、岐阜大学医学部放射線医学講座助手、講師、助教授。1981-82年 ベルリン市立呼吸器専門病院 Heckeshorn 病院留学。医学部退官後、愛知県犬山中央病院放射線科部長を経て、岐阜環境医学研究所・座禅洞診療所を開設、所長、現在に至る。この間、呼吸器疾患の画像および内視鏡診断と治療、肺がんの予防・早期発見、集団検診ならびに治療に携わる。厚生労働省『肺野微小肺がんの診断および治療法の開発に関する研究』等、肺がんの診断・治療法の確立に関する研究委員、日本呼吸器学会特別会員・専門医、日本がん検診・診断学会評議員、日本呼吸器内視鏡学会特別会員・指導医・専門医、東京都予防医学協会学術委員など。日本気管支学会第一回大畑賞(2001年)、第13回世界気管支学会・気管食道学会 最優秀賞(2004年)。「Handbuch der inneren Medizin IV 4A」(1985年 Springer-Verlag)、「胸部X線診断アトラス5」(1992年 医学書院)、「新・画像診断のための解剖図譜」(1999年 メジカルビュー社)、「気管支鏡所見の読み」(2001年 丸善)など執筆。

●はじめに

2011年3月11日から早くも一年以上が過ぎ去りました。みなさま、いかがお過ごしですか。

こうしている今も、多くの子どもたちが放射性物質で汚染された地に住みつづけています。避難所・仮設住宅で、また遠く離れた地で、不自由な生活を送っている方々も少なくありません。高度に汚染された東電原発事故現場で作業に携わっている方々のことを考えると、胸が痛みます。

私たちのからだの細胞を蝕みいのちを脅かす内部被曝の源はつぎの四つです。

第一は、東電原発事故現場から今も大量に放出され水・大気・土・自然生態系を汚染しつづけているセシウム137、ストロンチウム90やプルトニウム239などの各種放射性物質です。

第二は、「除染」ならぬ「散染」作業による、新たな内部被曝です。

第三は、政府が全国の自治体に押しつけているガレキや汚泥の処理です。高温処理に伴う大気汚染と、高濃度汚染焼却灰の埋め立てによる地下水系の汚染が問題です。各種放射性物質は東電敷地内に封じ込めるべきです。

第四は、食です。政府が示した新基準値(許容線量限度値)には、骨や歯に長期間蓄積するストロンチウム90の基準値がまったく定められていないなどさまざまな欠点があります。

甚大な被害を受けるのは、なかでも胎児や小さな子どもたちです。

いのち、とくに子どものいのちを守るため、多くの人びとの力を総結集し、東電・日本政府・原子カムラペンタゴン(財・官・政・報・学)の無謀で非人間的なやり方にストップをかけましょう!

全てのひとが、誇りをもって働けるように、政府をして長期計画を立てさせましょう。とくに、汚染の少ない北海道や九州をはじめ遠隔地で、地域のつながりと伝統文化を保ちながら、農業・

酪農・漁業・林業などがつづけられるように、一次産業最優先百年の計を策定させましょう。

日本列島のみならず地球全体に甚大な汚染をもたらした原発事故の原因企業に謝罪と賠償を求め、日本政府には、百年の計を実現できる基金の設立を求めましょう。

さまざまな被害をうけた私たちは、他方で原発推進を黙認しつづけて、その結果次世代に大きなツケを残してしまいました。私たちが手をつないで立ち上がることは、子どもたちへの謝罪のささやかな第一歩ではないかと思うのです。

内部被曝の理解は、私たちが手をつなぐための必須条件だと考えます。

以下、「除染」ならぬ「散染」を中心に、いま全国各地で大きな関心の的になっているガレキ処理と食の安全についてもすこし考えてみましょう。

●「除染」ならぬ「散染」

○環境省のホームページに入ってみると

「環境省 除染」と入力して環境省のホームページに入ると、そこは「放射性物質による環境汚染情報サイト」です。このサイトの最初が「原発事故による環境汚染」の説明です。

(<http://www.env.go.jp/jishin/josen-plaza.html>) 文科省が東日本全域の地表面から1m高さの2012年11月5日現在の空間線量率を示した地図が出てきます(http://josen.env.go.jp/os/en/os_01.html)。

ついで、「放射性物質・放射能・放射線について」の説明です。ベクレル(Bq)とシーベルトと(Sv)の解説と図がありますが、内部被曝についての説明は全くありません。

つぎが「汚染原因となる放射性物質」です。ヨウ素とセシウムについての簡単な解説があります。「ストロンチウム、プルトニウム等が放出されました」との記述はありますが、これらの物理学的半減期も生物学的半減期の記載は

なく、これら核種による健康影響を無視ないし軽視した記述になっています。

環境省独自に行なった放射性物質の環境汚染調査結果はないのか、文部科学省の考え方が引用されており、それはつぎのようです。「50年間積算実効線量は非常に小さいことから、今後の被ばく線量評価や除染作業においては、セシウム134、137の沈着量に着目していくことが適切である」と考える。

ストロンチウムとプルトニウムなどさまざまな核種の事故現場からの放出量は、誰もがアクセスしやすい形で公表されているとは言えません。私も経産省のサイトで検索しましたが、データを確認することができませんでした。そのこと自体、自由と民主主義の基本に触れる問題です。

○ストロンチウム90という厄介な核種

昨2011年6月6日IAEAが来たときに保安院が出したデータでは、ストロンチウム90の放出量はセシウム137の約100分の1だとしています。ところが、ストロンチウム90の物理学的半減期は約29年と、セシウム137の約30年と同じくらいなのですが、生物学的半減期がまるで違うのです。ストロンチウム90のそれは、セシウム137よりはるかに長く、体内ではカルシウムに似た挙動をするので、骨や歯に集中的にとりこまれ数十年もの間そこに留まりベータ線という高密度にDNAを傷つける放射線を出しつづけるのです。

その結果子どもでは、骨の成長が障害されますし、骨肉腫など骨のかんの原因になります。また骨には赤血球や白血球・リンパ球など血球を作る骨髄と呼ばれる部分がありますので、白血病など血液のがんや免疫不全の原因にもなるのです。

○「除染」はできるのか

環境省の情報サイトの二番目は、「除染について」です。除染の方法として、取り除き（除去）、さえぎり（遮蔽）、遠ざけることによって、被曝線量を下げることができると書かれています。

しかし現地の方々の声を聞くと、「一時的に下げることができても、また上がってくる！」のです。放射性物質は、洗ったからといってなくなり、大気と水と土と生きものとの間を絶えずめぐり巡っているからです。

山には、太陽と大気と地下水に育まれた樹や草が茂り、降り積もった落ち葉は豊かな土を創ります。そこにはミミズや微生物、モグラたち

がいます。イノシシやシカや鳥たちも暮らしています。それら生きもの間を放射性物質は循環し濃縮されていきます。

住宅地や畑や田んぼを「除染」しても、また放射線量が上がってくるのは、汚染された空気や水が山から里へ降りてくるからです。地下水に溶け込んだ放射性物質は溪流になり河川となって海に流れます。阿武隈川や那珂川の河口付近で汚染が高度であることは、すでに確かめられています。水は、山や田畑や街に降り積もった各種の放射性物質を集め、湖や川に住む生きものたちを被曝させます。汚染された水は川から湖さらに海へと続き、原発事故原発から直接流れ込んだ汚染水に加わり、地球規模で拡がり、海の生態系汚染はいっそう深刻化していつているのです。

スレート瓦やコンクリートの壁、道路の舗装材に染み込んだ放射性微粒子は、高圧水を吹きつけるやり方では取れず、逆に汚染を拡げるだけだということもわかってきました。それらの構造物を剥がして取り替えないかぎり、放射性物質は除去できないのです。

○放射性微粒子は消えてなくなるわけではない

「除染」したといっても“取り除かれた”汚染物質は消滅するわけではありません。校庭の一角や通学路の脇や山の中に積み上げられた汚染物からは、放射性微粒子が少しずつ地下水に移行し、井戸水や飲料水の水源を汚染すると考えるべきです。高圧水吹付による「除染」の場合は、地下水系や空気を介して川や湖や海を汚染するルートのほかに、川や湖に直接流れ込み、海をも汚染すると考えるべきではないでしょうか。

当初畑の土の表面数センチを剥がせば、「除染」できるとか、表面と深いところの土を入れ替える「天地返し」をやれば良いなどと言われていたましたが、そう簡単ではないことがわかってきました。原子力研究機構が調べたところ、当初地表から5cmまでの浅いところにとどまっていた汚染が、一年後の3月では、10~30cmの深さまで浸透していることが確認されたのです（2012年3月14日付中日新聞夕刊）。

人工物質を田畑に入れて放射性物質を吸着させ、作物に放射性物質を移行させない方法も考えられているようですが、農作業をする場の汚染はそれで下がるわけではなく、そこで働く人たちの内部被曝は一向に考慮されていないようにみえます。

自然環境を良い状態に保つことが最大の目的であるはずの環境省ですが、そのホームページ

には、ここに紹介したような「除染」による環境負荷に関する記述はまったく見当たりません。

○除染作業による被曝、とくに内部被曝の危険

三番目に、除染作業についての簡単な解説があります。除染方法が写真つきで説明されています。最大の問題は、呼吸を介した内部被曝の危険性についての注意が見当たらず、写真を見る限り、じつに杜撰なやり方で作業がやられているのです。

呼吸器病を専門とする放射線科医の立場から率直に申しますと、除染作業は高濃度に汚染された土や汚泥や木の葉などに触るわけですから、セシウム137などが放射するガンマ線による外部被曝がまず問題になります。これを防ぐには鉛の防具が必要です。そして作業にともなって、様々な放射性微粒子が空气中に漂います。ミクロン以下の小さな粒子は長く空气中に留まり、風が吹けば遠くまで拡がっていきます。これを呼吸などによって体内に取り込むことによって起こる内部被曝は大変厄介です。ミクロン以下の小さな粒子は簡単なマスクでは防げません。

体内に取り込まれたセシウム137やストロンチウム90などの小さな粒が繰り返し放射するベータ線は、外から放射されたガンマ線よりDNAに傷をつける力が大きいのです。プルトニウム239が出すアルファ線は、ベータ線よりはるかにエネルギーが大きいので、健康影響も桁外れに大きいのです。ごく限られた量でも大変危険です。「除染」作業にはアスベスト除去作業よりも嚴重な対応が求められます。本来充分な知識と経験を積んだ専門労働者が行うべきものです。アスベスト除去作業などに従事する労働者の安全について定めた「石綿障害予防規則(平成十七年厚生労働省令第二十一号)」以上に厳しい安全管理が不可欠です。

南相馬市の方に聞いた事例を紹介しましょう。この市は、人口7万人程でしたが、災害の後約1万人に減りました。しかし避難先で食べていけないなどの理由で、戻ってくる人たちもいるのです。政府と市は「除染」すれば住めるとして帰還を呼びかけています。そこへ乗り込んできたのが、何億円もの税金を手にしたスーパーゼネコン・大成建設。ところが実際の「除染」作業は地元の人たちがやるという構図です。自治会に何十万円かのお金が配られ「除染」への動員がかかります。子どもを抱えた若いお母さんが、無防備な格好で「除染」作業に出ているかなければならないのです。無法状態といわれても、反論できない状況が、すでに被曝した地

域住民に新たな内部被曝を強いる形で進んでいます。

ゼネコンといえば、東電・東芝・日立・三菱・大手銀行などと一緒に原発を推進し、取り返しのつかない、人類史上最大の放射能災害をもたらした原子力ムラの張本人です。本来ならば、被曝し生活を奪われた住民に謝罪し自らの罪を償うために奔走すべきゼネコンが、地域の子もたちの健康被害などには目もくれず、新たな「除染」ビジネスに乗り出している！なんという不条理でしょうか。

○住民の集団移住こそ、仕事と暮らし、子どものいのちを守る道

除染にかかる多額の税金があるのなら、集団移住にこそ使うべきだとの議論は、全村避難を余儀なくされた飯館村でも、なされてきました。長年苦勞して牛を育て、土を創り、離れた地から研修にくるほど、全国的にも知られた優れた村づくりを進めてきた村です。自分たちが築き上げてきた村のコミュニティーを守るため、市町村合併にも応じなかったほどです。そこへ突然やってきた東電原発事故による放射性物質。自然生態系は破壊され、人びとは生活と仕事の場を奪われたのです。村びとの無念は、言葉では表せません。

「除染すれば住める」というのが、日本政府・原子力ムラの基本的な考えです。しかし、政府は、自ら乗り出して「除染」を進めようとはしていません。それは遅々として進まないまま、あつという間に一年が過ぎ去りました。

こんな状況の下で、村の大半を占める美しい山の除染などできないと考え、汚染の少ない新しい地で、今までのコミュニティーと技術・文化を生かしながら農業・酪農をつづけようと、努力を始めた人びともいます。(千葉悦子、松野光伸「飯館村は負けない—土と人の未来のために」岩波新書、2012年)。

●ガレキ処理

○汚染を全国に拡げるガレキ処理

政府は、2011年3月11日の東日本大震災と東電原発事故によってもたらされたガレキの処理を全国の自治体に焼却・埋め立て処理させようとしています。

放射性物質によって汚染されたガレキを焼却した場合、バグフィルターなど有害物除去装置が設置された焼却炉であれば、放射性物質は99.99%除去できると、環境省は言ってきましたが、実証的な根拠はありません。全国各地の

焼却炉でバグフィルターの故障が起きており、その安全性には大きな疑問符がついています。静岡県三島市で市民NGOの方が調べたところ、放射性物質はかなり大気中に漏れていることが確認されました。

また焼却灰に関しても、環境省は、8,000ベクレル/kg以下であれば、管理型処分場での埋め立て処分ができるとしていますが、全国各地の最新鋭の管理型処分場でも、取水シートの破損事故が起こっており、地下水との接触による環境汚染が危惧されています。

2012年8月に成立した放射性物質汚染対処措置法は、原発施設から発生する放射性廃棄物に含まれるセシウム137のクリアランスレベルの基準値を100ベクレル/kgから、8,000ベクレル/kgに緩めたのです。

○クリアランス制度は廃止すべき

100ベクレル/kg以下なら原発の廃材を鍋やフライパンなど日用品にリサイクルしても良いとするクリアランス制度は、日本では国会を通過してしまっていますが、ヨーロッパではこの制度を許さなかったのです。1997年EU議会にこの制度が上程されようとしたとき、ECRR（ヨーロッパ放射線リスク委員会）が待ったをかけ、これを止めたのです。たとえ少量でも、体内に入ったとき、放射性微粒子から照射されるアルファ線やベータ線は周囲の細胞DNAに傷をつけ続け、さまざまな病気を引き起こすからです（松井英介「見えない恐怖—放射線内部被曝」旬報社、2011年）。

○「放射性廃棄物全国拡散阻止！3・26政府交渉ネット」

2012年3月26日、国の内外から2,000人以上の賛同を得て、衆議院第一議員会館で開かれた集会「放射性廃棄物全国拡散阻止！3・26政府交渉ネット」には、北海道を含む全国各地から200人もの人びとが集まりました（2012年3月27日付東京新聞）。この集会決議文の一部を以下にご紹介します。

…日本は明治時代の足尾鉍毒事件以来、水俣病事件など数多くの公害・労災・職業病をもたらしてきた反省から、世界に例を見ない公害・環境法制度を整備し、あらゆる公害被害等の根絶・救済をめざして、国及び地方行政における環境政策を今日まで営々として築き上げてきました。しかし、今回の国及び一部自治体が推進している震災がれきの広域処理は、被害者、国民の営為を身にするものに等しいと言わざるを得ません。

私たちは被災地との絆を大切にするためにも、「非汚染地」に汚染物を持ちこむことは止め、「非汚染地」は、「汚染地」からの避難地域、汚染地に安全・安心な食べ物や製品を供給する場所として確保していきたいと思えます。…

●食品の許容線量限度値は厳しくし、いのちと健康を守る

4月から施行される食品の新しい安全基準値（許容線量限度値）には、いくつか重大な問題点があります。

まず依然として、ストロンチウム90の基準値が定められていないことです。仮にセシウム137に比べてストロンチウム90の一般自然生活環境への放出量が少なかったとしても、体内にはるかに長い期間とどまってベータ線を出しつづけるため、ストロンチウム90内部被曝による健康影響は決して無視できないのです。

セシウム137の新基準値にも問題があります。500ベクレル/kgを100ベクレル/kgに下げたといっても、まだまだ緩いのです。とくに子どもは感受性が強いので、食品に含まれる人工放射性物質はゼロでなければならないのですから。

米と牛肉の基準値が9月いっぱい、大豆は年内、それぞれ500ベクレル/kgに据え置かれていることも、大問題です。

●おわりに

「散染」による内部被曝の深刻化を食い止めるためには、内部被曝の理解が拡がるのが必須の条件だと考えます。

最近出版された肥田舜太郎「内部被曝」扶桑社新書、2012年をぜひともお読みください。竹野内真理さんによる巻末の【解説】「肥田先生からの手紙」も、心打たれる内容ですので、お目通しくださいますよう、お勧めいたします。

最後に、いよいよ4月から本格的に動き始める「市民と科学者の内部被曝問題研究会（略称：内部被曝研、AC SIR）」ご注目ください。市民のためのがん治療の会代表協力医で北海道がんセンター院長の西尾正道先生も呼びかけ人のお一人として会の発足にご尽力くださいました（HP：<http://www.acsir.org/>）。会の発展が内部被曝理解の拡がりにつながると思えますので、ぜひとも知恵と力をお貸しくださいますよう、お願い申し上げます。



自著紹介

西尾正道 著
『放射線健康障害の真実』

西尾 正道 (にしお まさみち)

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 院長
(放射線治療科)
「市民のためのがん治療の会」代表協力医

人生訓の一つに『後悔先に立たず』という諺がある。福島原発事故後1年経過して、現在稼働している原子力発電は北海道泊原発3号機のみとなった。しかし夏場の電力需要を考慮して点検中の原発を再稼働する動きが活発化している。電力が足りないという脅しを武器にして、原子力ムラの攻勢が活発化している。しかし冒頭に挙げた諺こそ、今一度噛みしめてみるべきである。

福島原発はまやかしの冷温停止宣言が出され、復興に向けて歩んでいる。だが原子炉建屋内は放射線量が高く、全く人間が立ち入り作業できる環境ではないため、廃炉に向けた対応は全く目途が立っていない。作業用ロボットの開発もこれからである。再度の地震で崩壊しかねない4号機建屋には、10年以上使用してきた1,500本以上の使用済み核燃料棒がプールに浸かっているだけの状態で見えている。いつ何時大気中で臨界となってもおかしくない危険性を孕んでおり、安心して地域を復興できる現状ではない。

核反応を利用した技術は核兵器開発で始まり、原子力発電へと展開してきたが、その過程で、作業員の健康被害を過小評価するために内部被曝の問題を不問にしてきた歴史がある。ICRP (国際放射線防護委員会) と IAEA (国際原子力機関) は、ぐるになって放射線の人体への影響を学問的にも修飾し、御用学者も育成してきた。今回の事故対応においても、こうした一連の原子力政策を推進する立場からの情報操作を変更する兆しも無い。

こうした現状で、内部照射 (患者さんにとっては内部被曝) を利用した低線量率小線源治療に長年携わってきた臨床医の実感から、放射線の健康被害を再考し著したのが本書である。広島・長崎の原爆の急性被曝の不備な健康被害の分析を根拠に構築されたデータでは説明できない疫学的データが数多く発表されている。しかし低線量慢性被曝の問題はほとんど解明されていない。そこでは外部被曝と内部被曝の違いは無視されているばかりではなく、放射線の線質の問題 (光子線か粒子線か)、放射線のエ

ネルギーの問題 (生体内では数 eV、診断用放射線は KeV、核反応で放出される放射線は MeV の世界)、細胞に当たる放射線密度の問題、等が全く検討されていない。

そして最も基本的な問題として、熱量換算で放射線の影響を考えていることへの疑問も議論されることはない。水分子レベルで生じる電離作用の生物学的な影響を、熱量換算による物理学的な尺度では説明できないという現状の科学の限界も自覚すべきである。

一度事故を起こせば取り返しがつかないものとなり、またその収拾策すら見いだせない状態なのに、政府は全国の原発の再稼働を行おうとしている。この見識の無さには呆れるばかりである。

福島原発事故を教訓として今後の日本社会の在り方を根本的に考え、また自分の人生の歩みの質を問いなおすチャンスだと思っている。電力を得る手段は原子力だけではなく、研究の進歩により代替え可能な手段もある。原発の「安全神話」の嘘はばれ、使用済み燃料の処分や事故対策を考えれば「安価神話」も崩壊した。そして放射線による遺伝子の傷害は継代的に引き継がれ、劣性に進化する生物としての人間の未来を憂慮すれば、脱原発に向けた姿勢が当然のように思う。原発は地震大国で狭い国土の日本には全く不向きな電力供給手段であることを国民のコンセンサスとしたいものである。本書が原子炉も政治もメルトダウンしている日本社会の在り方を再考する一助となれば幸いである。

● 当会ホームページの「推薦書籍」のページからも申し込みます。

● 申し込みは
市民のためのがん治療の会
『放射線健康障害の真実』係宛
e-mail : com@luck.ocn.ne.jp
F A X : 042-572-2564
郵 送 : 186-0003

東京都国立市富士見台1-28-1-33-303

『放射線健康
障害の真実』

(旬報社発行
四六判並製
96ページ) は
「市民のための
がん治療の
会」で取り扱っ
ております。
当会頒価
1,000 円
(送料とも)。

会員の声

「市民のためのがん治療の会」公開講演会 (2月18日、千葉県船橋市)に参加して

福中 冬子 (東京都・町田市)

「市民のためのがん治療の会」が主催する講演会に参加したのは今回が初めてである。その数日前に偶然、産経新聞で案内を目にしたのがきっかけだった。2月始めに母(71歳)が婦人科の検診で腹部に腫瘍があることが分かり(その時点での所見は子宮肉腫疑い)、インターネットを通じて情報を集め始めた矢先のことだったので、何はともあれ、という感じで参加を決めた。

私が癌に「関わる」ことになったのは2002年、70歳だった父が前立腺癌と診断されたのが始まりである。私は当時米国に留学中で、色々な人に相談したが、治療法を自ら選択する米国人の基本姿勢には勉強させられた。The American Cancer Society や The National Cancer Institute 等のホームページは、基本的な治療オプションや進行中の治験情報から、関連する学術論文情報(出典元文献)まで網羅した非常に有用なもので、これらを基に当該論文に片一端から目を通した。勿論、医師ではない私が、具体的内容や恣意性を含むかもしれぬ数値の意味を100%理解できた訳ではないが、他方、「現条件下で何かベストか」という判断をする為には十分な知識を得ることができたと思う。そして父の年齢や癌のステージを考慮した上で私が達した結論は、主治医が指示した手術ではなく小線源治療、というもので、父は都内の病院で一時的ブラキセラピーの処置を受け、その後幸いなことに再発や転移もなく、元気に過ごしている。

今回講演会に参加させて頂いたのは、この間に知った免疫治療についての話を第一人者から聞く事ができる、という理由からだった。また、母の治療にペプチドワクチンを使用した免疫治療がオプションとして存在するのか、それを知りたいこともあった。当日の講演は膀胱癌治療が中心だった訳だが、それでも免疫治療がどのような体制で行われているのか、どのような結果がこれから期待できるのか等を知るのに非常に有益だった。また北海道がんセンターの西尾院長の講演には非常に感銘を受けた。「日本では放射線治療が十分活用されていない」という言葉は、父の経験を通じて素人の私でも感じた事であるし、学会の体質や日本の医療制度の表裏をすべて知り尽くしておられるであろう氏から

の、医療の実態や福島原発を巡る率直な申し立てはとても重いものだった。

母の治療はこれから始まる訳だが、今回半ば偶然に知ることになった「市民のためのがん治療の会」に出会うことができ、とても嬉しく、心強い。そして癌と「賢く」闘うための手助けを頂きたく、心よりお願いする次第である。

ペプチドワクチンにかける患者の思い

水村美智子 (埼玉県・川崎市)

昨年12月、滋賀医科大学の醍醐弥太郎先生を招いて開催された八王子での講演会に出席させていただきました。抗ガン剤も効かなくなった末期の膀胱ガン患者である母のために、何ができるだろうと調べていたとき、膀胱ガン患者支援会の「パンキャンジャパン」の方が「ペプチドワクチン」という治療の臨床試験が効果を上げていると教えて下さいました。そして、その研究を行っておられる醍醐先生のお話をお聞きする機会があると知り、喜び勇んで講演会へ足を運んだのです。

醍醐先生の講演では、ペプチドワクチンの仕組みが良く理解できただけでなく、患者のことを真剣に心配し、新たな治療法を探し出そうと努力なさっておられる先生の情け深い姿勢を拝見して、大変感激いたしました。そして、患者に負担の少ないこの治療法が、将来必ずや手術・抗ガン剤・放射線治療を超える標準治療の土台になるだろうとの確信を持ちました。また、講演会の終わりに会の代表の會田氏のお話を伺い、この会の趣旨に深く共感し、入会させて頂いた次第です。

さて、ペプチドワクチンは今現在闘病中の患者にとっては未だ遠く、手が届きにくいものです。研究を行っている病院は少なく、遠い地方にある場合も少なくありません。そして、臨床試験の実施されるタイミングと募集条件に合わなければならず、更にその中でもごく若干の人数しか選ばれないのです。それでも他に望みがない患者にとっては、その少ない可能性にかけるしかありません。まるで宝くじのようです。

千葉徳洲会病院副院長の浅原新吾先生が行ったペプチドワクチン治療で、とある若い女性の膀胱ガン患者が完治したというニュースがNHK番組「あさイチ」で報道されました(今年2月6日)。それから約二週間後の2月18日に船橋で開催されたこの会の講演会には、浅原先生を始めとする千葉徳洲会病院の先生が講師として立てられていたために、定員100名の会場に400名近くの聴衆が押し寄せたほどの大きな反響となっていたのでした。

もっとも、浅原先生は講演会で、テレビで取

り上げられたような完全な治癒が見られたのはその一名の方だけであり、延命効果の平均値は約2ヶ月ほどであること、つまり、現段階では、他の治療法に比べてダントツに治療成績が良いと言えるほどではないことを率直に報告されました。ニュースで過剰な期待を抱きかけていた私にとって、現状を正しく知る良い機会となりました。しかしその上で、標準治療に見放された患者にはペプチドワクチンが一縷の希望をつないでくれる唯一の選択肢であることを理解し、今後の研究の発展を心から願うのです。

ペプチド・ワクチン（會田会長さんの東奔西走）

竹内 元昭（山口県・山口市）

2005年6月舌癌の発症以来、同年12月左頸部リンパ節転移、2007年1月右肺門転移、2011年1月転移肺癌再発と憎っくき癌と闘っています。そして遂に2011年12月咯血がありました。

過去6年間に放射線照射・抗癌剤投与を受けているので、新たな治療は限界です。

6年前と違い今の私には“死”は怖くありませんし、やり残したことが2つありますが覚悟はできています。

そんな中、年の瀬も押し迫った12月30日衝撃的なメールが會田会長から届きました。“救われた”と思いました。

それは、東京医科学研究所の中村裕輔先生のペプチド・ワクチンの情報でした。早速中村裕輔先生のホームページ（Dr. YUSUKE NAKAMURA' LABORATORY）を閲覧し、私に合った病院を探しました。

肺癌（転移）の対応病院である岡山県の大学病院に連絡を取りましたが、私の癌は肺癌では

なく原発の“舌癌”つまり癌種は頭頸部癌だということでした。

改めて、中村裕輔先生のホームページを閲覧したところ熊本大学病院歯科口腔外科に頭頸部癌があり受診しました。

血液検査の結果、ワクチン接種が可能ということになり、1月25日(水)から毎週1回水曜日にワクチン接種を開始することになりました。

その間、4回目を接種した頃、呼吸が息苦しくなり受診したところ、肺門の腫瘍が思ったより早く成長しているとのことで、ステント留置術を受けました。

こうなったら腫瘍の成長とワクチンの効果とのせめぎ合いです。

3月1日には會田会長より中村裕輔先生の最終講演会開催のメールが届きました。早速聴講しました。

このような會田会長からの情報提供に本当に“救われた”と思います。“感謝”です。

3月16日の参議院予算委員会において、新党改革の荒井広幸委員がペプチド・ワクチンの実用化の提言をしました。荒井発言の中に會田会長の紹介がありました。これまた會田会長の要請活動の結果でした。

このように、われわれへの情報提供、中村裕輔先生との信頼関係を軸としたワクチンへの取り組みおよび法的制度化への要請活動等々、會田会長の世のため人のための粉骨砕身には、頭が下がります。と同時に「自分で勝ち取るう」精神の先達者としての會田会長に、われわれも負んぶに抱っこではなく、自分で勝ち取るべく行動したいものです。

（参考）荒井広幸参議院議員の委員会提言の内容（You Tube）<http://www.youtube.com/watch?v=KduE8rEYwcQ>

「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の活動にご協力いただいている方々

西尾 正道（代表協力医）
木村 勝夫（北海道支部長）
沖本 智昭（山口県支部長）
佐原 勉、羽中田朋之、平野 美紀、
福士 智子、前村 朋子、村松 二郎
田辺 英二（㈱エーイーティー代表取締役）
細田 敏和（㈱千代田テクノ社長）
（ニュースレター制作支援）
會田昭一郎（代表）

創立委員

會田昭一郎 市民のためのがん治療の会代表
上總 中童 株式会社アキュセラ 顧問
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
代表取締役社長
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院長
山下 孝 癌研究会附属病院顧問（前副院長）
*中村 純男 株式会社山愛特別顧問
*故人
(五十音順)

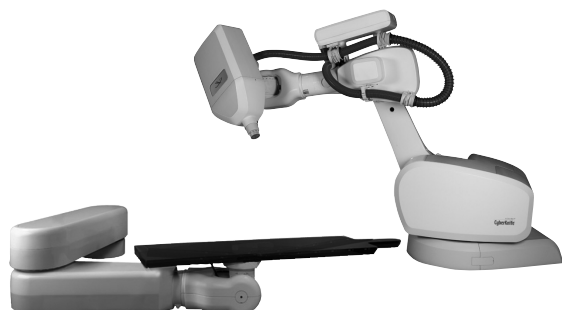


放射線の安全利用技術を基礎に 人と地球の安心を創造する



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 TEL 03-3816-2129

営業推進本部
TEL 03-3816-1163



◆お問い合わせ

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

株式会社 **千代田テクノル**

〒113-8681 東京都文京区湯島1-7-12
千代田お茶の水ビル

推薦書籍・DVDのご案内

下記取扱書籍は2012年4月現在のものです。本会・本会会員発行以外の書籍は、原則として発刊後4年で取り扱いを中止しますのでご了承ください。(2012.4)

注文	書籍名	著者	発行日	出版元	当会頒価
	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)
	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
	がんは放射線治療でここまで治る	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
	放射線健康障害の真実	西尾 正道	2012/04	旬報社	¥1,000
	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
	がんの放射線治療	西尾 正道	2000/11	日本評論社	¥2,000
	内部被曝からのちを守る —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
	見えない恐怖 放射線内部被曝	松井 英介	2011/06	旬報社	¥1,400
	放射線医療 CT 診断から緩和ケアまで	大西 正夫	2009/09	中央公論新社	¥840
	多重がんを克服して	黒川 宣之	2006/02	金曜日	¥1,300
	眠れ！ 兄弟がん —がんになった—外科医の告白—	篠田 徳三	2004/08	文芸社	¥1,300
	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
	最新版 私のがんならこの医者に行く	海老原 敏	2009/08	小学館	¥1,700
	前立腺ガン治療革命	藤野 邦夫	2010/04	小学館	¥700
	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	2009/09	制作 東京慈恵会医科大学	¥1,000
入会案内		無料		講演会などの DVDのご案内	無料

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 :		

「市民のためのがん治療の会」では、みなさまのご参考となる書籍の斡旋をしております。注文欄にチェックをして当会宛にeメール、FAX、郵便でご注文頂ければ、送料当会負担でお送りします。料金は同封の郵便振替用紙でご送金下さい。恐縮ですが、送金手数料はご負担下さい。FAX、郵便の場合はこのページをコピーされますと便利です。

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

また、ご入会ご希望の方や当会について詳しくお知りになりたい方もこの用紙で「入会案内希望」の注文欄にチェックをして、同様にお送り下さい。説明書をお送りします。

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