

ニュースレター Newsletter



市民のためのがん治療の会

No. 2

2014. 5

Vol.11 (通巻 42 号)

巻頭言

「医師として、 政治家として、 当事者として」



日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
前参議院議員・内科医師

梅村 聡

略歴

1975年大阪府堺市生まれ。大阪教育大学附属高等学校池田校舎を経て、2001年大阪大学医学部医学科を卒業。大阪大学医学部附属病院で研修後、大阪大学第2内科（現内分泌・代謝内科）入局。箕面市立病院、大阪大学医学部附属病院内分泌・代謝内科にて診療・研究に従事。2007年7月の第21回参議院議員通常選挙で大阪府選挙区より初当選。2012年10月厚生労働大臣政務官就任。2013年9月より日本医師会総合政策研究機構客員研究員。2014年5月より大阪大学大学院医学系研究科招へい准教授。日本内科学会認定内科医。

私は元々、糖尿病などの生活習慣病の診療・研究に携わる内科医でした。政治と何の縁もなく過ごしてきましたが、あるきっかけで2007年夏の参院選に立候補することとなり、初当選。その後1期6年間、参議院議員を務めました。そのある「きっかけ」とはがん患者さんのために政治家として奔走し、またご自身もがん患者の一人として政策に取り組みされた故山本たかし参議院議員でした。ご自身の体調では、夏の暑い大阪府選挙区での戦いは難しいとのことで急遽、その後任を私が引き受けることになったのです。その結果、私も議員在職時、「がん対策」に取り組むこととなったのです。具体的には超党派の議員連盟「国会がん患者と家族の会」の事務局長を務め、様々な政策に携わりました。例えば2012年度からの「がん対策推進基本計画」に、喫煙率引き下げ等のたばこに関する数値目標を入れ、最近では「がん登録推進法」がこの議員連盟から議員立法として提出され、国会で可決・成立しました。必然的に山本さんの多くの仕事を引き継ぐこととなりました。

また私の任期中に秘書がすい臓がんにかかり、2人3脚で闘病しました。手術、抗がん剤、放射線療法、自由診療、民間療法…。4年半にわたる闘病生活でしたが、47歳でこの世を去りました。医師の立場からは感じる事がなかった様々な問題点を認識することになったのです。現在、私は医師として様々な活動を行っていますが、以上のような経緯から、可能であればもう一度国政（国会）で仕事をしたいと考えています。その時までには多くの方の声を聞き、多くの現場を歩きたいと思っています。

『がん患者としての自戒』

近畿大学学長 塩崎 均



和歌山県出身、大阪大学医学部医学科卒業。平成13年、近畿大学教授（現在に至る）、大学院医学研究科授業担当。医学部外科学Ⅰ教室勤務、医学部附属病院第一外科部長兼務。平成14年、医学部附属病院中央手術部長。平成15年、医学部外科学教室勤務、医学部附属病院外科部長兼務。医学部外科学教室（上部消化管外科部門）勤務、医学部附属病院上部消化管外科部長兼務。平成16年、医学部附属病院長。学校法人近畿大学評議員就任（現在に至る）。平成20年、医学部長（現在に至る）。平成21年、学校法人近畿大学理事就任（現在に至る）。

第Ⅳ期進行胃癌のがん患者として闘病生活、さらにその後の経過を振り返り、化学放射線療法後の胃切除患者が経験している日常を報告する。

近畿大学医学部附属病院の院長に就任し、多忙であったこともあり2年ぶりに受けた検診（PETセンター開設のモニターとしてPET/CT検査を受けた）で、私の専門分野の進行胃癌（No.16リンパ節に複数の転移）が発見され、治療する身が治療を受けることとなった。PET検査の画像に映し出された状況が自分のものとは信じられなく、茫然としたあの時の気持ちが、今でも鮮明に甦ってくる。発見される2年前に胃内視鏡検査を受け何も異常がないことを確認しており、半ば安心して受けた検査であった。その日から、今後を如何に生きるかの自問自答が数日間繰り返された。一度は何も治療しないでやり残したことをやり遂げようと考えた。しかしながら、がん治療の外科専門医として多くの胃がん患者さんを手術してきた医師として、出した結論は「諦めるのではなく、自分が今まで培ってきた知識や技術を総動員してできるだけのことをやってみよう」であった。胃癌では通常行われない抗がん剤と放射線治療を組み合わせた化学放射線治療を試みることにした。この治療に関しては放射線治療医が胃がんには有効であるとの根拠（エビデンス）がないことを理由に、当初は反対したが、私自身のことであり説得に努め最終的には了解を得た。抗がん剤の点滴+放射線治療を受け、その後、手術を予定した。食道がん患者には通常行われている治

療であるが、私自身も胃癌患者にこの治療を行うのは初めての試みであった。苦しい化学放射線療法が終了し、2か月後に胃切除術（D3リンパ節廓清：腹部大動脈周囲リンパ節廓清）を受けた。

1. 術4日後から嘔気、嘔吐があり、水分の摂取も上手く進まず、末梢からの補液のみの栄養管理が難しい状況で、1か月間に15kgの体重減少を経験した。
2. その後、朝食にパン食がだめなこと、お茶碗半分量のお粥と副食が最も良く摂取・消化できることを経験し、術後1か月で社会復帰した。
3. 手術後8年を経過し、体重は5kg回復したが、朝食の摂取が上手くいかないこと、時々起る腸閉塞の恐怖など、胃切除を受けた者でないと解らないこと経験をしている。

今日、元気に社会生活を過ごせていることについて感じるのは、「天命」「家族の支え」を実感し、「諦めない、弱音を吐かない」「今が一番若い」の実行であり、「一期一会」「敬天愛人」「則天去私」などの先人の教えの有難さである。

そのお蔭で、これらの悩みを通じて患者さんとの良好なコミュニケーションを取り合える喜びを味わっているし、病を経験することは必ずしも不幸なことではないと患者さんと語り合えるこの頃である。

『甲状腺検査の問題について』



北海道がんセンター名誉院長 西尾 正道

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。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2008年4月より院長。2013年3月定年退職後は名誉院長として、月曜日午前は「がん何でも相談外来」を担当している。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）、『放射線健康障害の真実』2012年4月刊（旬報社）の他にがん治療領域の著書・論文多数。

本原稿は「反原発新聞第427号：2013年10月20日」の「反原発講座」にご寄稿したものを現時点までの情報を基に紙面の都合で書き直したものである。

3.11の福島原発事故後、福島県民健康管理センターで18歳以下を対象に超音波診断装置による甲状腺検査が開始された。その結果、2014年2月7日に2013年までの2年半の期間に、74人の悪性腫瘍（癌）の発見が報告された。これを受け、原発事故由来かどうか議論の的となっている。

福島県民健康管理センターは、チェルノブイリでは事故後4～5年後から発生しており、発見された癌は放射線由来ではなく、無症状の時期に進歩した診断装置を使用しているので発見率が高いのだと主張している。一方で、有病期間も考慮した統計学的手法で、被曝による異常な癌の多発であるとする主張もある。しかし、いろいろな要因を考慮すれば現時点では結論は難しい。

小児甲状腺癌は100万人に2～3人程とされているが、このデータは不完全な日本の癌登録によるものであり、癌治療を行なって登録された一部の患者数をその年齢層の全人口で割ったものであり、比較できるデータとは言えないのである。潜伏癌（死後の解剖で発見される癌）の代表である甲状腺癌がこの程度の数字とは考えにくい。発症率と発見率は異なるのである。

また、腫瘍の大きさは、癌細胞の倍加時間（癌腫の違いで1～3ヵ月と異なる）と、癌組織内の細胞分裂している増殖分画（癌腫の違いで6～90%）により決まる。1cm大の腫瘍は約1gで約10億個の細胞の塊である。単純に細胞分裂回数だけの計算でも2の30乗（ 2^{30} ）で約10億個となる。この時間的な増大スピードを考えれば、1～2年で1cmの癌にはならない。一般的に医学で言われている放射線誘発悪性新生物は白血病で7年、固形癌で10年前後である。チェルノブイリで最も早く出現した甲状腺がんは最も放射線の影響を受けやすい事故当時0～3歳児の小児であり、そのため4～5年後に発見されている。し

かし福島の検診では10歳以上の小児であり、平均年齢は16.9歳±2.6歳で、腫瘍サイズは14.3mm±7.6mmである。2011年に検査した4万人余りの中から15名（1/2,770）が発見され、2012年は50名（50/139,239=1/2,784）が発見された。これは自然発生の確率と考えられるのである。ちなみに2013年に検査した結果ではまだ精査が終わっていないが10名（10/88,554=1/8,855）の確率である。

放射線による確率的影響の有害事象は、被ばく線量が高ければ発生頻度は高くなり、また早期に出現する。線量が少なければより晩期に発癌する。この点を考えると、もし現在発見された甲状腺癌が放射線起因性のものであれば、極めて高い甲状腺等価線量だったこととなり、また超スピード癌となる。こうした超スピード癌は転移能も高く、極めて治癒率が低くなる。

ヨード摂取状態の生活環境や民族的な違いもあり、多くの要因が絡んだ状況の中で一つの医学的結論を引き出すことは簡単ではない。今できることは精度の高い検査を淡々と行なうことである。ただ何も説明もせず画像も渡さないため不信感が強い。甲状腺検査の画像データは本人に渡し、進学や就職や移住により、どの地域に住んでいても長期間の検査を受けられる体制の構築が必要である。原発事故による健康被害対策を厚労省が環境省に丸投げしたため、福島県以外の検査に対する診療報酬上の対応も決まらず、適切な健康管理が行なわれていない事態こそ改善すべきである。また被ばく由来の甲状腺癌のグループでは約4割の人が、染色体の検査で「7q11（7番染色体のq11領域）」のコピー数増加が起こっているという報告が2011年にドイツから出されている。こうした染色体の検査もがんと判明して切除した標本の検査を行うこともすべきである。最後に、セシウムはカリウムと類似した体内動態であり、ほぼ全臓器に取り込まれるが、子供の場合は甲状腺に最も多く取り込まれることから、汚染地域に住み続けることが甲状腺がんの発生を助長する可能性は否定できず、長期的な対応が望まれる。

治る可能性のある患者を“放置”するのは罪深い ～近藤先生、それは科学の否定です～



日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科部長 勝俣 範之

1988年 富山医科薬科大学医学部医学科卒業、大隅鹿屋病院研修医、茅ヶ崎徳洲会病院内科レジデント、国立がんセンター中央病院内科レジデント、国立がんセンター中央病院第一領域外来部乳腺科医員を経て2003年国立がんセンター中央病院薬物療法部薬物療法室医長。2004年同院第二通院治療センター医長、2010年同院乳腺科・腫瘍内科外来医長。2011年 日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授、現職。この間、2004年 ハーバード大学公衆衛生院留学

所属学会：日本臨床腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本内科学会
American Society of Clinical Oncology

専門領域：内科腫瘍学全般、抗がん剤の支持療法、乳がん、婦人科がん化学療法、がんサバイバー支援など

「婦人公論2013.11.7号」より転載

進行する不安を抱えてわざわざ放置するのは ですか

あなたはもしがんが見つかったら、治療をせずに放っておきたいと思いませんか？ 初期の小さながんは、ほとんどの場合、簡単な手術でとてしまうことができます。進行する不安を抱えながら、わざわざ放置する方法が正しいとは思えません。また、近藤先生は、例外はあるとはいえ抗がん剤を使うなど言っています。しかし手術や抗がん剤を「間違っている」と否定することは、診療ガイドラインを、さらには科学を否定することにほかなりません。

近藤先生の“がんもどき”理論が話題になっています。確かに病理学的に定義されているがんでも、臨床的には進行しないがんがあることは事実です。“がんもどき”と呼ばないだけで、ステージ0の上皮内がんは放っておいても進行しない可能性があり、治療するかどうか議論は分かります。でも、ステージ0でも、中には進行がんになるものも隠れている。私は死なないものもあるからといって、治せるはずのものをわざわざ放っておくことは勧められません。

実際、『がん放置療法のすすめ』を読んで近藤先生のところへ行き、治療しないことを選んだ患者さんが、がんが転移してしまってから、「どうすればいいでしょうか」と私のところに来たことがあります。最初にしっかり治療すれば3～4割は治る可能性があったケースです。

医師は患者に最善の医療を提供することが法律で義務付けられています。「治療する」という選択肢についてもきちんと説明する義務があるのに、それをしないのは、説明義務違反にあたるのではないのでしょうか。

抗がん剤が悪いのではなく使い方が問題

近藤先生は抗がん剤が効かないことを示す根拠の一つとして、進行期肺がんで、抗がん剤治療と無治療を比べた臨床試験を紹介しています。そして抗がん剤治療をしたほうが生存期間は長いという結果に関して「何らかの人為的操作が加わったと考えられる」と断言し、抗がん剤の延命効果を否定しています。しかし、どんな「人為的操作」なのか、科学的根拠は示されていません。

確かに抗がん剤は毒ですから、悪者にされやすい。でも、抗がん剤を否定してしまうのではなく、本来は、うまく使うことこそが重要なのです。抗がん剤は、「副作用があっても使うメリットがある」場合に使うもの。メリット・デメリットをしっかりと説明し、がんのタイプ、ステージ、患者さんの希望を総合的に判断して、一緒に治療方針を決めていくべきであって、一概に何が悪いとか悪いとか言える話ではない。

近藤先生は急性白血病や悪性リンパ腫など「血液のがん」の多くには抗がん剤が効くけれども、肺がんや胃がんのような「固形がん」には効かないと主張しています。しかし、この病気は抗がん剤が効く、それ以外はすべてダメな

どと病気で分けることはできません。たとえば、90歳の白血病の患者に抗がん剤を使うかどうか。本人と相談して、治療しないという選択をすることは、いくらでもあります。高齢で合併症がたくさんある人、脳梗塞で寝たきりの人、人工透析をしていて心臓に合併症があるなど治療によるリスクがある人に対しては、経過観察することはよくあります。私たちは、それをわざわざ“がん放置療法”とは呼ばないだけ。治療方針は個々の患者さんによって違うのです。

腫瘍内科医が圧倒的に足りない

日本の抗がん剤治療は、その95%以上を外科医が行っています。外科医は抗がん剤の専門家ではないので、全般的に使用量が適切ではなく、副作用対策も十分に行われていない傾向があります。もちろん、外科の先生が悪いわけではありません。外科医が手術から抗がん剤治療まですべてを行うことに無理がある。つまり、抗がん剤治療のプロである腫瘍内科医が少なすぎるのが問題なのです。

現在、日本には腫瘍内科医が1,000人しかいません。あと5倍は必要ですが、育てるのに10年はかかる。腫瘍内科医は、すべてのがんについての知識をもつ必要があります。しかし多くの腫瘍内科は、呼吸器内科や消化器内科などからの寄せ集めで成り立っており、たとえば呼吸器内科出身の腫瘍内科医は肺がんだけ、消化器内科出身だと消化器がんしかわからない、ということが起こってしまう。きちんとした腫瘍内科医を育てるには、全国の大学に腫瘍内科の講座をつくるのが喫緊の課題です。

では我々腫瘍内科医がどのように治療方針を立てるかという、まず個々の患者さんに対して、抗がん剤を使うべきかどうかを吟味します。抗がん剤は必要な人にしか使いません。そして、使うなら最大限に副作用を減らす努力をします。吐き気やしびれ、だるさなどの症状をマネジメントして、QOLをいかに保つかを

考える。また、残された時間が限られていることがわかったら、最後の最後まで抗がん剤治療を行うということはしません。「せめて最後の3ヵ月は自分の時間を大切にしたい」と誰もが思うでしょう。我々は治る患者ばかりを相手にしているわけではありませんから、ゆくゆくは亡くなる人もいます。そうしたときに、無駄な抗がん剤は使わないで最後までその人らしい生き方ができるようサポートするのです。この適応を見極めるのが重要なのであって、亡くなる直前まで抗がん剤治療を続けるのは腫瘍内科医の恥だと思っています。

だからと言って、「抗がん剤は毒だからやらないほうがいい」という近藤先生の主張は論外です。患者さんを間違った方向に導かないでほしい。治る可能性のある人に対して治療しない、というのは罪深いことです。

早期発見・早期治療だけでいいのか

がんについては、早期発見・早期治療ばかりが強調されていますが、私は「検診さえやっておけばよい」というメッセージは間違っていると思います。この点については、近藤先生の意見に部分的に賛成です。

検診の一番の問題は、がんでない人をがんと診断してしまう可能性があること。過剰診断しないよう、精度管理をきちんとする必要があります。乳がん検診に関しては、近藤先生がいうように否定的な議論があることも事実です。でも、否定的な結果が一つ出たからといって、全面的に検診を止めるべきだということにはなりません。何度も同じような結果が出て、科学的なコンセンサスが得られてから、客観的かつ冷静に判断していくものだからです。

もちろん、検診の啓蒙は大事ですが、あまりにその重要性ばかり強調すると、がんにかかった患者さんが「検診をしなかった自分が悪い」と思うようになります。周りの者も「検診をしなかったから悪い」とレッテルを貼るような

るかもしれません。がんになったことが悪いことをしたかのように扱われるのは、どうかと思います。誰もががんにかかる可能性があるなかで、本当に大切なのは、がんになった場合にも、がんと共に生きながら、患者が安心して暮らせる社会をつくることだと思います。

忘れてはならないのは、がんになっても、治療を続けながら生き続けた人たちの存在です。たとえば、2011年にがんで亡くなった、元キャンディーズのスーちゃんこと田中好子さん。彼女は乳がんを発症し、その後再発を繰り返しながらも治療を続け、19年間もがんと共存しました。その間、仕事もなさっていた。

しかしメディアで伝えられたのは、亡くなる直前に息も絶え絶え語られたメッセージの録音だけ。これでは、がんは怖い病気、死んでしまう悲しい病気というイメージしか伝わらない。どのようにがんと闘い、共存しているかという情報こそ、大切にされるべきだと思います。がんと闘っている人は、“がんに負けた人”ではない。そういう共通認識を誰もが持てる社会にしていきたいものです。

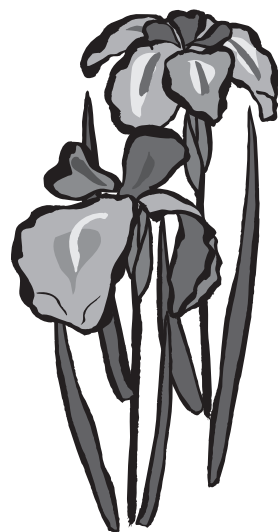
文芸誌ではなく学術雑誌に投稿すべし

日本のがん医療のレベルは、海外に比べて遅れている面はありますし、近藤先生が正しいことを主張して医療界を変えてきた実績があることは認めます。彼はアメリカに留学して早くから乳がんの温存療法を見てきて、日本でそれを進めようと学会の先生方に進言したのです。ところが、それが却下されてしまった。今では日本でも温存療法が主流になりましたが、日本の医学界は早くから近藤先生を締め出したという経緯がある。

また、個人的な経験ですが、私が研修医のときに「インフォームド・コンセント」（治療に関する具体的情報を得たうえでの同意）の概念について教えてくれたのは近藤先生でした。1989年当時、日本ではまだその考えが根づいて

いませんでしたから、そのときは、「すごい先生がいるものだ」と思ったものです。

だからこそ、近藤先生が自分の理論が本当に正しいと思うなら、日本のがん治療を変えるために、正しい行動をしてほしいと思うのです。一般書を出したり、一般の雑誌に寄稿することでは、医学界は変わらない。先生には英語で医学論文にまとめて、海外の雑誌に投稿してほしいのです。科学的に価値がない論文は投稿しても載せてもらえませんし、医学論文では感情的・抽象的な表現は使えません。そういったものをすべて排除して、きちんとした論文にまとめてほしい。そこで初めて専門医として対等な議論のテーブルにつくことができるのです。



うか。本人と相談して、治療しないという選択をすることは、いくらでもあります。高齢で合併症がたくさんある人、脳梗塞で寝たきりの人、人工透析をされていて心臓に合併症があるなど治療によるリスクがある人に対しては、経過観察することはよくあります。私たちは、それをわざわざ“がん放置療法”とは呼ばないだけ。治療方針は個々の患者さんによって違うのです。

腫瘍内科医が圧倒的に足りない

日本の抗がん剤治療は、その95%以上を外科医が行っています。外科医は抗がん剤の専門家ではないので、全般的に使用量が適切ではなく、副作用対策も十分に行われていない傾向があります。もちろん、外科の先生が悪いわけではありません。外科医が手術から抗がん剤治療まですべてを行うことに無理がある。つまり、抗がん剤治療のプロである腫瘍内科医が少なすぎるのが問題なのです。

現在、日本には腫瘍内科医が1,000人しかいません。あと5倍は必要ですが、育てるのに10年はかかる。腫瘍内科医は、すべてのがんについての知識をもつ必要があります。しかし多くの腫瘍内科は、呼吸器内科や消化器内科などからの寄せ集めで成り立っており、たとえば呼吸器内科出身の腫瘍内科医は肺がんだけ、消化器内科出身だと消化器がんしかわからない、ということが起こってしまう。きちんとした腫瘍内科医を育てるには、全国の大学に腫瘍内科の講座をつくるのが喫緊の課題です。

では我々腫瘍内科医がどのように治療方針を立てるかというと、まず個々の患者さんに対して、抗がん剤を使うべきかどうかを吟味します。抗がん剤は必要な人にしか使いません。そして、使うなら最大限に副作用を減らす努力をします。吐き気やしびれ、だるさなどの症状をマネジメントして、QOLをいかに保つかを考える。また、残された時間が限られていることがわかったら、最後の最後まで抗がん剤治療

を行うということはしません。「せめて最後の3ヵ月は自分の時間を大切にしたい」と誰もが思うでしょう。我々は治る患者ばかりを相手にしているわけではありませんから、ゆくゆくは亡くなる人もいます。そうしたときに、無駄な抗がん剤は使わないで最後までその人らしい生き方ができるようサポートするのです。この適応を見極めるのが重要なのであって、亡くなる直前まで抗がん剤治療を続けるのは腫瘍内科医の恥だと思っています。

だからと言って、「抗がん剤は毒だからやらないほうがいい」という近藤先生の主張は論外です。患者さんを間違った方向に導かないでほしい。治る可能性のある人に対して治療しない、というのは罪深いことです。

早期発見・早期治療だけでいいのか

がんについては、早期発見・早期治療ばかりが強調されていますが、私は「検診さえやっておけばよい」というメッセージは間違っていると思います。この点については、近藤先生の意見に部分的に賛成です。

検診の一番の問題は、がんでない人をがんと診断してしまう可能性があること。過剰診断しないよう、精度管理をきちんとする必要がある。乳がん検診に関しては、近藤先生がいうように否定的な議論があることも事実です。でも、否定的な結果が一つ出たからといって、全面的に検診を止めるべきだということにはなりません。何度も同じような結果が出て、科学的なコンセンサスが得られてから、客観的かつ冷静に判断していくものだからです。

もちろん、検診の啓蒙は大事ですが、あまりにその重要性ばかり強調すると、がんにかかった患者さんが「検診をしなかった自分が悪い」と思うようになります。周りの者も「検診をしなかったから悪い」とレッテルを貼るようになるかもしれません。がんになったことが悪いことをしたかのように扱われるのは、どうかと思

います。誰もががんにかかる可能性があるなかで、本当に大切なのは、がんになった場合にも、がんと共存しながら、患者が安心して暮らせる社会をつくることだと思います。

忘れてはならないのは、がんになっても、治療を続けながら生き続けた人たちの存在です。たとえば、2011年にがんで亡くなった、元キャンディーズのスーちゃんこと田中好子さん。彼女は乳がんを発症し、その後再発を繰り返しながらも治療を続け、19年間もがんと共存しました。その間、仕事もなさっていた。

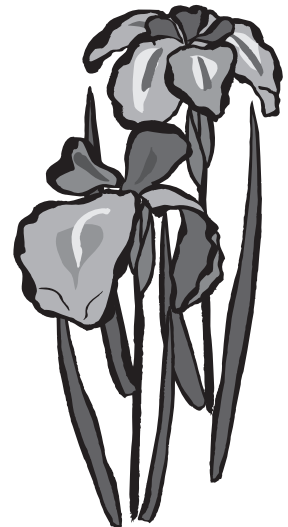
しかしメディアで伝えられたのは、亡くなる直前に息も絶え絶え語られたメッセージの録音だけ。これでは、がんは怖い病気、死んでしまう悲しい病気というイメージしか伝わらない。どのようにがんと闘い、共存しているかという情報こそ、大切にされるべきだと思います。がんと闘っている人は、“がんに負けた人”ではない。そういう共通認識を誰もが持てる社会にしていきたいものです。

文芸誌ではなく学術雑誌に投稿すべし

日本のがん医療のレベルは、海外に比べて遅れている面はありますし、近藤先生が正しいことを主張して医療界を変えてきた実績があることは認めます。彼はアメリカに留学して早くから乳がんの温存療法を見てきて、日本でそれを進めようと学会の先生方に進言したのです。ところが、それが却下されてしまった。今では日本でも温存療法が主流になりましたが、日本の医学界は早くから近藤先生を締め出したという経緯がある。

また、個人的な経験ですが、私が研修医のときに「インフォームド・コンセント」（治療に関する具体的情報を得たうえでの同意）の概念について教えてくれたのは近藤先生でした。1989年当時、日本ではまだその考えが根づいていませんでしたから、そのときは、「すごい先生がいるものだ」と思ったものです。

だからこそ、近藤先生が自分の理論が本当に正しいと思うなら、日本のがん治療を変えるために、正しい行動をしてほしいと思うのです。一般書を出したり、一般の雑誌に寄稿することでは、医学界は変わらない。先生には英語で医学論文にまとめて、海外の雑誌に投稿してほしいのです。科学的に価値がない論文は投稿しても載せてもらえませんし、医学論文では感情的・抽象的な表現は使えません。そういったものをすべて排除して、きちんとした論文にまとめてほしい。そこで初めて専門医として対等な議論のテーブルにつくことができるのです。





『東北がんネットワークの試み』

山形大学がん臨床センター長（放射線腫瘍学分野） 根本 建二

東北大学医学部卒業後、宮城県立成人病センター放射線科、東北大学医学部大学院、東北大学医学部付属病院助手、東北大学大学院量子治療学分野講師、東北大学大学院放射線腫瘍学分野助教授を経て平成18年4月山形大学医学部放射線腫瘍学分野教授。平成19年4月から山形大学医学部がん臨床センター長を兼務。

がん対策基本法という法律があります。この法律では、日本のどこにすんでいても等しくレベルの高いがん医療が受けられるよう“均てん化”ということがうたわれています。しかしながら、現実には地域によりがんの治療法が異なったりしますし、放射線治療分野では地域によっては導入されていない機械もあることから、“均てん化”が達成されているとは言いがたい状況もあります。

このような問題を解決するための、県を越えて東北地方の病院が連携しようと、東北がんネットワークという組織が平成21年に作られました（現会長：嘉山孝正国立がん研究センター名誉総長）。山形大学と東北大学が呼びかけを行い、東北地方の30を越えるがん診療に熱心な病院が会員として参加しています。化学療法、放射線治療、緩和医療、など6つの委員会にわかれて、がん医療の向上に向けた活動を行っています。このような、県境を越えた広域でのがん医療のレベルアップの試みは、全国でも東北地方でしか行われていません。

私が委員長を務める放射線治療の委員会では、放射線治療の情報共有で成果をあげています。放射線治療に特殊なものがいろいろあり、どの病院でその治療ができるのか、その病院で治療を受けるためにはどうすれば良いか、などの情報は、専門医も患者さんも持っていませんでした。医師、患者さんとも優れた治療を選ぶ機会を失っていることとなります。病院が連携し、得意な分野の情報と共有することで、地方の医療資源を有効活用できるようになりました。東北地方も放射線治療の情報は<http://tohoku-gannet.jp/>にありますので是非ご覧ください。

また、このネットワーク東日本大震災の際にも大きな力を発揮しました。3月11日の震災から土日を挟んで、翌火曜日の3月15日には東北地方のほぼすべての放射線治療施設の被害状況、他院

からの放射線治療患者受け入れ情報のリストが整いました。

震災により何らかの形で放射線治療が休止した病院は東北地方全体で25病院でしたが、被害からの復旧は速やかで、おおよそ2週間で8割の病院で放射線治療が再開したことを把握できました。非常勤医が交通網の遮断で動きがとれず、放射線治療ができなくなった病院もありましたが、ネットワークが大学を越えた派遣調整を行うことで、放射線治療の継続、新患の受け入れも可能でした。ネットワーク内での情報共有はほぼすべての病院の放射線治療が正常化した震災2ヶ月後の5月半ばまで続けられました。

放射線治療分野では重粒子線治療装置、陽子線治療装置など、数十億～百億円を超える高額な最新鋭機器が登場し、成果を上げています。しかし、高額であるため、人口密集地に設置が偏り、東北地方の患者さんに有効に使われているわけではありません（現在、東北地方の粒子線施設は郡山市の南東北病院の陽子線施設のみ）。最近ではこのネットワーク内に粒子線コンソーシアムという組織設置し、東北地方での粒子線治療装置の有効活用や導入への取り組みも行っています。広大で人口密度の少ない東北地方で、地域の方が粒子線治療を適切に利用できるようにするため、加盟病院と粒子線治療施設をITネットワークで結び、東北地方のどこからでも陽子線治療や重粒子線治療の相談ができる体制整備をはじめています。また、今後はネットワークメンバーが協力して、重粒子線治療装置や陽子線治療装置の適正配置や有効利用も検討していく予定です。

このように東北がんネットワークは様々な形で地域のがん医療のレベルアップに貢献しています。皆様のご支援を賜れば幸いです。



『遺伝性大腸がんについて』

がん・感染症センター都立駒込病院外科医長 山口 達郎

平成6年3月北海道大学医学部卒業、平成6年4月～同附属病院で研修後、国立札幌病院（現、北海道がんセンター）、深川市立総合病院、岩見沢市立総合病院を経て平成11年4月～がん・感染症センター都立駒込病院、現職。

平成21年『HNPCC大腸癌における発癌および進展に関する研究』にて学位取得、医学博士、日本外科学会指導医、日本消化器外科学会指導医、日本大腸肛門病学会専門医、家族性腫瘍学会評議員、臨床遺伝専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本がん治療認定医機構暫定教育医

【はじめに】

大腸がんは、悪性腫瘍の中で最も罹患者数の多い疾患のひとつであり、男性では胃がん、肺がんに次いで第3位、女性では乳がんに次いで第2位と報告されています。また、死亡者数で見ると、男性では肺がん、胃がんに次いで第3位ですが、女性では第1位となっています。

大腸がんのほとんどは散発性大腸がんで、遺伝性は認められません。しかし、大腸がんの数%は遺伝的素因が関与して大腸に腺腫（ポリープ）やがんを発症します。中でも、『家族性大腸腺腫症』と『リンチ症候群』は、原因遺伝子や併存する疾患の解明が進んでいるので、本稿にて紹介いたします。

【家族性大腸腺腫症】

家族性大腸腺腫症は、APC遺伝子を原因遺伝子とする常染色体優性遺伝の形式をとる遺伝性疾患です。つまり、性別に関係なく、50%の確率で親から子に遺伝する疾患ということです。家族性大腸腺腫症では、若いうちから大腸にたくさんの腺腫が発生します。この時できた腺腫は良性ですが、時間の経過とともにその腺腫は100%癌化するとされています。

それでは何故、家族性大腸腺腫症の方は、大腸にたくさんの腺腫ができて、大腸がんができるのでしょうか？ 家族性大腸腺腫症の原因遺伝子のAPC遺伝子は、大腸に腺腫ができるのを防ぐ働きをしています（がん抑制遺伝子）。APC遺伝子は父方と母方由来のものがあります。大腸に腺腫ができるためには、両方の

APC遺伝子が働かなくなる必要がありますが、家族性大腸腺腫症の方は、生まれつき父方あるいは母方由来のAPC遺伝子が正常に働いていないため、もう片方のAPC遺伝子が正常に働かなくなれば腺腫ができるので、腺腫ができやすい体質であるということがわかります。そのため、大腸にたくさんの腺腫ができるのです。

遺伝子検査を受けるためには、遺伝性腫瘍の専門医やカウンセラーから遺伝カウンセリングを受ける必要があります。家族性大腸腺腫症について十分なカウンセリングを受け、遺伝子検査のメリット・デメリットをよく理解した上で検査を受けるようにしてください。

家族性大腸腺腫症の治療は、大腸がんになる前に大腸を切除することです。手術を受ける時期や手術の方法は異なりますが、遺伝子検査の結果を参考にすることがあります。それは、APC遺伝子の変異の場所によって、腺腫のできやすさに違いがでてくるからです。

また、家族性大腸腺腫症の方には、大腸腺腫の他にも胃や十二指腸、小腸にも腺腫ができたり、デスモイド腫瘍という腫瘍ができたりします。したがって、大腸を切除すれば通院や治療が終わるということはありません。一生涯に渡って、定期的な検査が必要になります。

【リンチ症候群】

リンチ症候群は、以前は、遺伝性非ポリポーシス大腸癌（HNPCC）と呼ばれていました。家族性大腸腺腫症とは異なり、大腸内に多くの腺腫は発生しないものの、遺伝により大腸がん

ができるからです。しかし、大腸がんだけでなく、子宮がんや小腸がん、泌尿器系のがんの発生も多くみられるため、現在では報告者の名にちなんでリンチ症候群と呼ばれるようになりました。

リンチ症候群も家族性大腸腺腫症と同じように、性別に関係なく、50%の確率で親から子に遺伝します。原因遺伝子は、ミスマッチ修復遺伝子であるMLH1遺伝子、MSH2遺伝子、MSH6遺伝子、PMS2遺伝子などが報告されています。いずれも、細胞分裂時におけるDNA複製の際のエラーを修復する働きがあります。したがって、これらの遺伝子が働かなくなると、エラーのままのDNAとなり、これが癌化につながります。

リンチ症候群の確定診断のためには、遺伝子検査は必須で、上記のミスマッチ修復遺伝子に病的変異を認めた場合、リンチ症候群と診断します。リンチ症候群のスクリーニングのためには、アムステルダム基準IIや改訂ベセスダガイドラインを用います。これらの基準やガイドラインに当てはまる場合、がんの組織的な検査や遺伝子検査に移ります。リンチ症候群における遺伝子検査の場合も、遺伝カウンセリングを行います。リンチ症候群や遺伝子検査そのものに対する十分な理解と、同意が必要です。

リンチ症候群では、大腸以外にも様々ながんの発生をみるため、婦人科や泌尿器科といった消化器外科・内科以外の診療科での生涯に渡る検査が必要です。

【最後に】

遺伝性大腸がんの頻度が大腸がんの数%といえども、その数は決して少なくありません。医療者における遺伝性大腸がんの認識も少しずつ広がっていますが、すべての消化器外科医や消化器内科医が熟知しているとは言いがたく、見逃されている場合があると考えられています。遺伝性大腸がんが心配な場合には、専門病院の専門外来やカウンセリングの受診をお勧めします。

アムステルダム基準II

- 家系内に少なくとも3名のリンチ症候群に関連した腫瘍（大腸がん、子宮がん、小腸がん、尿管あるいは腎盂のがん）が認められること
- そのうちの1名は他の2名に対して第一度近親者（親、子、兄弟）であること
- 少なくとも2世代にわたって発症していること
- 少なくとも1名は50歳未満で診断されていること
- 家族性大腸腺腫症が除外されていること
- 腫瘍の組織学的診断が確認されていること

◇◇◇ 参考文献 ◇◇◇

公益財団法人がん研究振興財団 がんの統計 '13
遺伝性大腸癌診療ガイドライン2012年版
金原出版





『膵臓癌の診断』

産業医科大学医学部膵臓病先端治療講座教授 山口 幸二

昭和53年3月九州大学医学部卒業後、同第一外科入局、同第一外科助手、同助手講師、講師を経て平成14年九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科学助教授。平成19年九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科学准教授を経て平成20年産業医科大学医学部第1外科教授、平成26年産業医科大学医学部膵臓病先端治療講座教授、現職。

この間、平成4年アメリカ合衆国ピッツバーグ大学（外科）留学

1. 要旨

年間2万8千人以上の日本人が膵癌で死亡し、その数は年間膵癌発症者数とほぼ同等で、膵癌が難治性固形癌の代表と言われる所以である。膵癌の治療に関しては、外科的切除が唯一の5年後の生存が可能となる得る治療法である。したがって、切除可能な早期の膵癌を診断する方法の確立が急務である。膵癌に特異的な症状はないため、原因が特定されない腹痛、腰背部痛、黄疸、体重減少、また膵酵素上昇や急激な糖尿病（糖代謝障害）の発症がみられた場合、膵癌を疑って検査する必要がある。さらに膵嚢胞性腫瘍（膵に袋状のものが出来る病気）の一つである膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）も膵癌の発生母地として注目を集めている。各種画像検査にて確実な質的診断が得られない場合には、組織診あるいは細胞診検査が行われる。リスクファクターの拾い上げと画像診断を駆使し、根治手術が可能で小膵癌をいかに発見するかが今後の膵癌予後改善の重要な課題と考えられる。

2. 膵癌のリスクファクター（表1）

欧米に比較し、我が国における家族性膵癌の報告は少ないが、膵癌の家族歴は膵癌の危険因子であるという認識が我が国でも広まりつつある。そのため、日本膵臓学会でもプロジェクト研究が開始されている。また、Peutz-Jeghers症候群（ポイツ・ジェーガース症候群）や遺伝性膵炎など、いくつかの遺伝性疾患において膵癌が高率に発症することが知られており、これらは遺伝性膵癌症候群と呼ばれている。

糖尿病、慢性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）が膵癌のリスクファクターとして知られている。また、喫煙、大量の飲酒、および肥満（過体重）も膵癌発症のリスクを高めるとされる。したがって、これらの危険因子を複数有する場合には膵癌の高リスク群として膵臓の検査を行うこと

表1 膵癌発症の危険率（参考文献2より引用）

家族歴	膵癌	13倍
	遺伝性膵癌症候群	4.46倍
	糖尿病	1.8~2.1倍
	肥満	BMI30以上では1.8倍
合併疾患	慢性膵炎	4~8倍
	遺伝性膵炎	健康人の53倍
	IPMN	0.95~1.1%/年
嗜好	喫煙	2~3倍

がガイドラインでは勧められている。米国では家族性膵癌の高リスク集団に超音波内視鏡（EUS）を主体としたスクリーニングを行い、約10%で何らかの腫瘍性病変（浸潤癌を含む）を発見したとの報告がある。

3. 膵癌を疑うべき臨床症状

他に明らかな原因がみられない腹痛、腰背部痛、黄疸、体重減少が生じた場合は膵癌を疑い、検査が行われるべきである。一般に有症状の膵癌の場合は進行癌が多いとされる。一方で、膵癌は特異的な症状に乏しく、一部の進行膵癌には無症状の症例もある。血中アミラーゼや血中リパーゼといった血中膵酵素上昇は膵癌に特異的ではないが、早期診断の手がかりとなることもある。また、急激な糖尿病（糖代謝障害）の発症や悪化（特に、高齢者）では膵癌の存在を疑い、検査を行う必要がある。また、糖尿病を新たに発症後3年以内は膵癌の存在に注意を要するとされている。

4. 専門医にコンサルテーションするポイント

健康診断などで高アミラーゼ血症が指摘された場合、スクリーニングの腹部超音波検査で膵管の拡張や嚢胞性病変が発見された場合、また急激な糖尿病の発症や悪化（特に、高齢者）が見られた場合には直ちに専門医にコンサルテーションし、膵癌の詳細な検査を行うべきである。

5. 膵癌診断のための検査（表2）

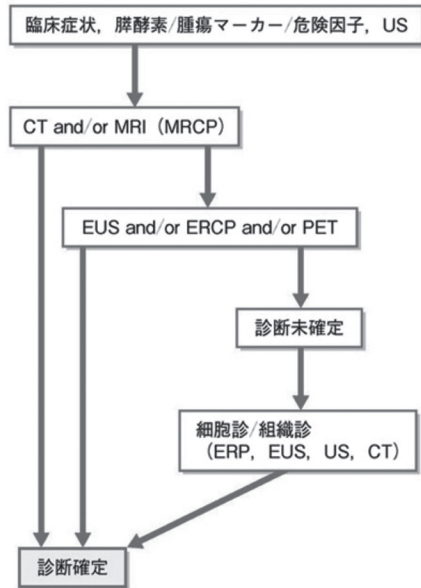
血中膵酵素、腫瘍マーカー：膵癌では腫瘍による膵管閉塞（腫瘍に伴う閉塞性膵炎）が起こり、アミラーゼ、リパーゼ、エラスターゼ1など膵酵素の上昇が見られることがある。腫瘍マーカーについてはCA19-9、CEA、DUPAN2、Span1などがあるが、多くの場合、進行癌で高値を示し、実臨床ではこれらの腫瘍マーカーは膵癌切除後の再発フォローアップや化学療法の効果判定（特に切除後のCA19-9値）には有用であるが、早期膵癌の診断には有用性が低い。

画像診断：膵癌を疑った場合、まずUS、CT（特に、造影CT）、MRIを行い、必要に応じてMRCP、EUS、ERCP、PETなどを組み合わせて診断する。

超音波検査（US）

体外US検査は簡便で非侵襲な検査であり、スクリーニング検査として有用である。直接所見としては低エコーを示す腫瘤であり、間接所見としては膵管の拡張や胆管の拡張が重要である。また、

表2 膵癌診断アルゴリズム (参考文献2より引用)



造影剤を用いた造影USにて膵癌の診断能を向上させたとの報告もある。特に間接所見である膵管の拡張に注目し、膵癌の存在を疑い、出来るだけ小さな膵癌を診断することが望まれる。

CT

CTは病変の位置、大きさや拡がりを診断する必須の検査である。ただし、単純CTは膵癌の質的診断には適さないため、喘息や造影剤アレルギーなどの禁忌症例でない限りは極力、造影CTが勧められる。一般的に、膵癌は造影の遅延相で造影効果を有する低吸収性腫瘍として描出される。また、隣接臓器（胃、大腸、副腎、腎臓など）や大血管（門脈、脾静脈、大静脈や上腸間膜動脈、総肝動脈、腹腔動脈、脾動脈、大動脈など）への浸潤の有無も判定でき、手術適応の判断に重要な所見が得られる。最近、MD-CTの導入で膵癌の存在診断能が向上してきており、比較的小さな段階で診断される膵癌が多くなってきている。

MRI/MRCP

一般的にMRIで膵癌はT1強調画像で低信号、T2強調画像で等信号～軽度高信号を呈する。MRCPでは腫瘍による膵管や胆管狭窄と上流の拡張の評価が可能であり、ERCPよりも侵襲度が低いという利点がある。MRCPは前述の拡張膵管の診断に特に有用で、拡張膵管の存在がより小さな膵癌診断に有用である可能性がある。こうした膵管の拡張により、より早期の膵癌の発見につながったとの報告があり、従来のように、膵腫瘍に注目するだけでなく、膵管の拡張に注目し、膵臓の精密検査を行うとより小さな膵癌がより多く見つかることが期待される。

超音波内視鏡 (EUS)

感度および特異度が高く、体外式超音波検査やCTで描出されないような小さな膵癌も検出可能である。また同時にEUS-FNA (fine needle aspiration) による細胞診・組織診検査で確定診

断が可能であり、優れた診断能を持つ検査である。EUSはERCPと異なり、検査後に膵炎を誘発しないので、術前の膵癌確定診断（穿刺細胞診や組織診）におけるEUSの重要性が増している。

ERCP

膵管、胆管の直接造影が得られ、診断に有用であるだけでなく、細胞診や狭窄病変に対するステント治療も同時に行うことができる優れた検査である。しかし、時に検査後急性膵炎などの合併症を伴うため患者にはその必要性和リスクを十分に説明する必要があるが、膵癌を疑った場合にはできるだけ行うことが推奨される。膵癌の所見として主膵管の狭窄、途絶および分枝膵管の不整像（乏分枝像や拡張）などがあげられる。また、研究レベルではあるが、膵液中の遺伝子検索（K-ras変異、TP53変異、テロメラーゼ活性、DNAメチル化異常など）行われている。しかし、診断的意義については確立されていない。早期膵癌（特に、非浸潤癌）の診断にはERCP下の膵液細胞診は必須の検査と考えられる。

PET

比較的大きな膵癌の感度は約80-90%と高いが、一方、2cm以下の小膵癌に対する診断能については十分に検討されておらず、定まった評価はない。臨床的には他の画像診断で診断されない遠隔転移を診断し、膵癌のSTAGING診断（不必要な外科手術を回避する）に有効であると考えられる。

6. 治療後の経過観察

手術後の再発の検査や化学療法による治療効果判定には、術前（あるいは治療前）に上昇していた腫瘍マーカーの推移（特に、CA19-9）が有用である。また、CTを3～6ヶ月おきに行い、再発や癌の進行具合を評価する。

7. 参考文献

- 1) 佐藤典宏, 水元一博, 田中雅夫: 【膵臓症候群 (第2版) - その他の膵臓疾患を含めて -】 膵腫瘍 膵癌 家族性膵癌, 日本臨床 別冊: 322-326. 2011.
- 2) 日本膵臓学会 膵癌診療ガイドライン改定委員会編: 科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン2009年版. 東京 金原出版, 2009
- 3) 山口幸二, 当間宏樹, 佐藤典宏, 高畑俊一, 中村雅史, 横畑和紀, 川本雅彦, 伊藤鉄英, 田中雅夫: 【膵癌の診断と治療】 膵癌の早期診断は可能か? 高危険群から. 外科治療 97: 225-231. 2007
- 4) 山口幸二, 高畑俊一, 当間宏樹, 佐藤典宏, 中村雅史, 水元一博, 田中雅夫: 膵癌初期病変として閉塞性膵炎をいかにしてとらえるか? 小膵癌 (pTS1) よりみた膵癌初期病変としての膵管拡張. 膵臓 22: 246. 2007
- 5) 家永淳, 佐藤典宏, 山元啓文, 本山健太郎, 中房祐司, 住吉金次郎, 中島豊, 筒信隆, 寺坂禮治, 田中雅夫: 【膵癌・胆道癌の前癌病変、リスクファクターを探る】 膵癌のリスクファクターとしての糖尿病. 胆と膵 31:137-141. 2010

がんを抱えて「働く」



どちペインクリニック・玉穂ふれあい診療所看護師 木之元和美

昭和47年准看護師免許、56年看護師免許。49年山梨勤労者医療協会勤務、59年退職。60年医療法人石和温泉病院勤務、平成4年病棟婦長、6年から退職まで感染対策副委員長・褥瘡対策副委員長。10年介護支援専門員取得、11年看護部次長、ケアマネジャー兼務、18年から退職まで看護部長。23年石和温泉病院定年退職。24年医療法人どちペインクリニック・玉穂ふれあい診療所医療地域連携室勤務、現在に至る。

この間山梨県看護功労賞受賞、13年オーストラリア海外研修
山梨県立看護大学非常勤講師、普通第一種圧力容器取扱作業主任者

私は平成24年4月20日、胆管がんの肺への転移の告知を受けました。両肺への複数の腫瘍がみつき、5月2日から抗がん剤の治療を受けることになりました。抗ガン剤で小さな腫瘍をたたけるだけ叩いてその後の治療法を考えると、主治医の方針でした。

平成22年12月肝内胆管癌で肝臓の一部の摘出手術を行い、L字型に切った腹部の傷がまだ癒えてない時期でした。23年3月31日定年を迎え、少し休んで又看護師として現場復帰しようと考えていた矢先です。まさか……私が。

転移があるということは全身に癌細胞が広がっているという認識あり、涙が止まりませんでした。抗がん剤の副作用の怖さから体が震えあがる思いを持ちながら、もう働くことはできない、と全身の力が抜けていき気が失せていました。

そんな悶々と過ごしていた、平成24年6月、ナースセンター（看護協会）から、1本の電話がありました。7月29・30・31日と、甲府市小瀬球場での少年野球の救護班の依頼でした。私はその時一瞬の不安がよぎりました。抗がん剤と利尿剤の服用をしていたからです。主治医はいつも私に働くことを推奨してくださっていました。真っ先に主治医に相談したところ大賛成してくださり、利尿剤は中止となり、猛暑の3日間（38度39度）小瀬球場に向かいました。その結果暑さも疲れも感じることなく、むしろ救急車を呼んだり熱射病になった方を冷やしたりしながら、細胞が活性化してくるのを体中から感じ取ることができたのです。そして8月1日、

どちペインクリニック・玉穂ふれあい診療所に履歴書も持たずに「私を使ってほしい」と飛び込みました。「辛い場面も沢山あると思うけれど、死ぬまでいてください」と統括師長に言っていただき、経験を活かすようにと地域連携室の勤務をすすめてくださいました。

今、私は2年目を迎え、看護師でよかった！と看護の仕事を通して沢山の感動をもらっています。ある日がんの転移の為、3ヶ月前に看護師を辞めたという51歳の女性が相談に見えました。Yさんは外来通院と在宅支援を受けながら自宅で生活を送ることになりました。しかし、数ヶ月後緊急入院しその後逝去されました。25年12月7日ご遺族と語る会（忘れな草の会）が開催されました。その時Yさんのご子息に、「木之元さんは癌になったのになぜ働いているのですか？」と涙をポロポロ流しながら聞かれました。私は小瀬球場での話をしました。「そうか、母も看護師を続けていたら、もっと生きていたかもしれませんね。いつも木之元さんを目標にしていると言っていました。母の分も頑張ってくださいね。会えてよかった…！」と、紙面には表すことができない力をご子息からいただいたのです。この時ほど看護の仕事に誇りを持てたことはありません。今、私は63歳、暖かい職場で理解ある上司に恵まれとても幸せです。悩んでいる皆さん！どんな形でも現場にいらしてください。今まで培った多くの経験があればきっと感動をもらえるはずですよ。

癌になると4人に1人は依願退職に追い込まれることが多いという統計があります。癌に



なった本人よりも職場側で、いつ何が起きるか分からない人を使うわけにはいかないという理由がとて多いようです。医療の現場でもそうです。私もその経験者です。定年後新しい職場へ責任者として採用になったばかりで肺への転移を告知されました。そして、「治療に専念してください」の一言で退職に追い込まれました。

だから癌になったからといって仕事はやめないでほしい。今職を探している人はきっと理解ある職場はあると思います。

自分の病気を隠さず 週1日からでもいいからという気持ちで当たってください。ご自分のキャリアを信じてそして人を信じて、自分のがんが今以上悪さしないと信じてください。

抗ガン剤は怖い、がん=死 という概念はまだあります。でも癌にかかった人が元気に前向きに笑顔で生きている姿はきっと格好いいし、社会の見方もかわってくるのではないかと、考えています。

あきらめない。あきらめるということは逃げ出すことである。

①パート勤務でも責任はあり、中途半端なことはできない。だからやりがいを感じる；働いた時間より、仕事に対する熱意と誠意と深さが重要だと思う

②かつて部下だった人が、上司になったとしても、長い間に培った職業人としての本質は誰よりもあると誇りを持ってほしい。その姿はとても格好いいと思う。

平成26年2月1日(土)のNHK総合「目撃!日本列島～仲間だから～がんと生きる看護師～」では、自らががん患者でありながら、患者ならではの細やかな心配りで患者たちの看護に澁刺と活躍しておられる、看護師の木之元和美さんの活動ぶりが報道された。自らが患者であることが、他の患者にも良い効果をもたらすと同時に、仕事を持つこと、人の役に立つことが、木之元さんご自身の治療にも良い効果をもたらしている様子が生き生きと報道された。早速ご連絡をしてご寄稿をいただいた。(會田昭一郎)



「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

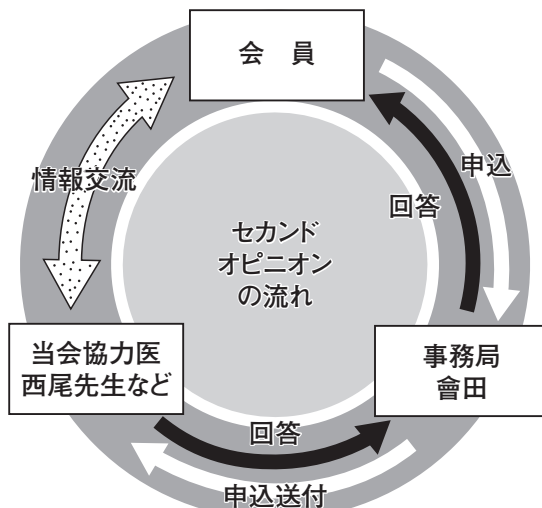
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては急速に進歩している放射線治療に関する最新の情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方が、適切なアドバイスをいたします。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門医です。

●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。

●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 (最高顧問、北海道がんセンター名誉院長)
沖本 智昭 (代表協力医 兵庫県立粒子線医療センター副院長)
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) 高松 岡 播磨 義国 浜下 洋司

【甲信越支部】

堀川 豊 (支部長) 小椋理恵子 (事務局長) 上村 佑記 (事務局)

【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
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名誉院長
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



◆お問い合わせ

営業統括本部 TEL 03-3816-1163 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

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。
(2014.5)

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)
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
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+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
がんの放射線治療	西尾 正道	2000/11	日本評論社	¥2,000+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
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+税
多重がんを克服して	黒川 宣之	2006/02	金曜日	¥1,300+税
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+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
最新版 私ががんならこの医者に行く	海老原 敏	2009/08	小学館	¥1,700+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 :		

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