

# ニュースレター Newsletter



市民のためのがん治療の会

No. 3

2014. 7

Vol.11 (通巻 43 号)

## 巻頭言

### 日本専門医機構 の設立



日本専門医評価・認定機構

池田 康夫

#### 略歴

1968年

慶應義塾大学医学部卒業

1991年 4月

慶應義塾大学医学部内科教授就任、同大学総合医科学研究センター初代所長を経て、医学部長を務める

2008年～

(社)日本専門医制評価・認定機構 理事長 (～2014.5.8)

2009年 4月～

同大学名誉教授、早稲田大学理工学術院生命医科学専攻教授就任

2014年 4月～

早稲田大学特命教授就任

2014年 5月 7日～

(一社)日本専門医機構 理事長

我が国の専門医制度の舵取りをする新しい組織として「日本専門医機構」が去る5月7日に設立されました。これまでの我が国の専門医制度はそれぞれの領域の学会が制度設計をして専門医の育成、認定に当たってきましたが、学会間での差異が大きく、国民に広く理解される制度となっていなかったとの批判もあり、厚生労働省での「専門医の在り方に関する検討会」での一年半に及ぶ議論を経て新たな機構が設立されたものです。新機構の目指す所は「専門医制度の標準化、専門医の質の一層の向上、患者さんにわかりやすい制度」であります。機構は、日本医学会連合、日本医師会、全国医学部長病院長会議が設立時社員となり、各診療領域を代表する22名の理事、3名の監事によって構成されその活動が開始されています。第一回の理事会において新機構の組織図が示されましたが、新たな社員として基本診療領域の専門医委員会の代表者、がん治療認定医機構も新たに社員として加わる事が認められ、医師のプロフェッショナルオートノミーに基づいた名実共にオールジャパンの組織が出来上がりました。早速、専門医の認定・更新の基準を含む専門医制度整備指針の策定、専門医を育成する為の標準的な研修プログラム作成への取り組み、研修施設の認定等の議論が始まっています。機構内にはAd hocの委員会として、「総合診療専門医に関する委員会」、「がん診療の専門医に関する委員会」、「医療倫理・臨床研究に関する委員会」が設けられ、喫緊の課題解決に向けた取り組みも開始されました。

新たな専門医制度は2017年に初期研修を終了して、後期専門医研修に入る医師を念頭にその準備が進められています。

## 平成26年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



## がん放射線療法の進歩 ～高橋信次先生の原体照射から～

川崎幸病院 副院長・放射線治療センター長 田中 良明

1966年名古屋大学医学部卒業後、1971年名古屋大学大学院医学研究科を満了し、名古屋大学医学部附属病院放射線科講師、1977年米国ニューメキシコ大学癌研究治療センター研究員を経て、1978年浜松医科大学放射線科助教授、1985年東京都立駒込病院放射線科部長、1994年日本大学医学部放射線科教授、2007年定年退職し日本大学研究所教授、2009年メディカルスキニング大宮所長、2012年より現職の川崎幸病院放射線治療科部長、副院長・放射線治療センター長

最近の放射線治療の技術的進歩は目覚ましく、がん病巣に対して従来よりも精度よく的確に照射できるようになった。これによって、がんの局所制御率の向上と放射線照射に伴う副作用や晩期有害事象の発生の軽減が期待できるようになり、より理想に近い放射線治療が可能になってきたといえよう。この背景には、コンピュータ技術を応用した医療機器類の技術的改良が大きく関与していることは言うまでもない。すなわち、CT、MRI、PETなどの画像診断情報の放射線治療への応用や、治療装置における高精細な多分割コリメータ（MLC）の改良と普及、コンピュータ治療計画システムの登場などであり、これらの整備によりIMRT（強度変調放射線治療）やIGRT（画像誘導放射線治療）などの高精度な外部照射治療技術が臨床的に適用可能になったといえる。しかしながら、これらの放射線治療の発展の歩みを振り返ってみた際に、忘れてならないのは、わが国において放射線医学の分野で多くの業績をあげられた高橋信次先生の功績である。

## 高橋信次先生の功績

高橋先生は、明治45年に福島県二本松町（当時）で生まれ、東北帝国大学医学部を卒業後、青森医学専門学校（弘前大学医学部の前身）の放射線科教授を経て、昭和29年に42歳で名古屋大学教授となり放射線医学講座を開講した。その後、浜松医科大学副学長、愛知県がんセンター総長を歴任し、昭和60年に73歳で逝去された。高橋先生はX線回転撮影法や原体照射などで数多くの研究業績を上げられ、昭和52



図1 高橋信次先生  
1984年文化勲章受章(72歳)

年に恩賜賞日本学士院賞受賞、昭和54年に文化功労者顕彰、昭和59年に文化勲章を受章された（図1）。

## 1) X線回転撮影の研究

X線回転撮影とは、コンピュータのない時代に、X線フィルムを用いてアナログ方式により人体の横断面を画像化する方法を考案し実用化したもので、国際的にもタカハシモグラフィとして知られ、今日のCTの源流をなしているものである。この研究の発端は、高橋先生が在籍しておられた東北大学の放射線医学教室で、1944年頃、古賀良彦教授の下で「廻転撮影法」の研究を行っていたが、終戦をはさんで肺浸潤で療養していた際に、枕元にあった円筒形の茶筒を人体に見立てて、その横断面を撮影する方法についてヒントを得たといわれている。

廻転撮影法には7種類ほどの撮影法があるのだが、その中に、多数の横断面を複数のフィルム・カセットを用いて一挙に撮影して臓器の立体像をありのままに復元する方法があり、これを「原体撮影法」と命名された。そしてこの「生体をありのまま」に撮像するという理論展開が放射線治療における回転照射に応用され、MLCを用いて照射野形状を変化させながら照射する「原体照射法」へと発展した（図2）。

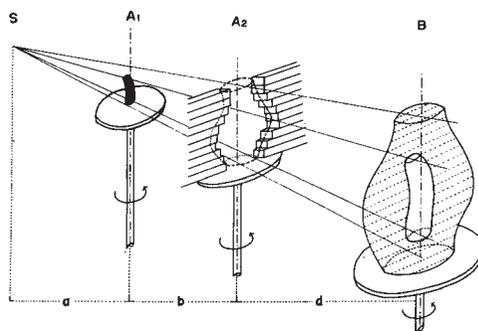


図2 原体照射の概念図

## 2) 遠隔コバルト照射装置による原体照射の研究

最初に行ったのが島津製作所製の遠隔コバルト照射装置による原体照射であり、子宮癌における骨盤リンパ節領域を系統的に照射する方法として臨床応用された。さらに、体内の重要臓器への照射線量を減らす方法として、打ち抜き照射法を考案し、上顎癌では眼球の遮蔽に応用して放射線治療後の晩期有害事象である白内障の発生頻度の低減に結びつけた(図3)。

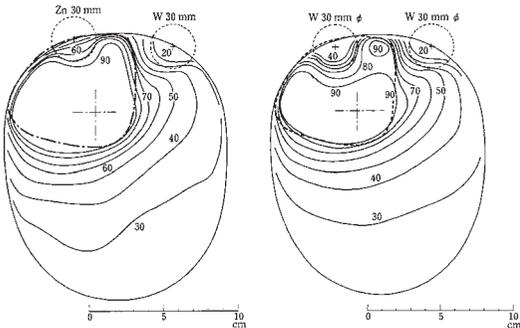


図3 上顎洞癌に対する打ち抜き原体照射の線量分布

## 3) 多分割コリメータ (MLC) の臨床応用

いっぽう、短冊状に並べたタンゲステン製の遮蔽板を線源ガントリーの回転に合わせて出し入れ調整する多分割コリメータ (MLC) を考案し、リニアック治療装置の照射口に取り付けた。実際の使用に当たっては、回転横断写真をト

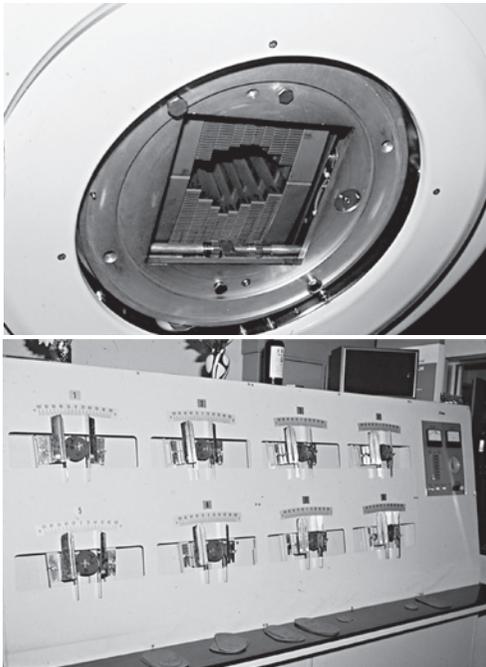


図4 (上)1974年当時、名古屋大学病院に設置された8葉からなる多分割コリメータと(下)駆動制御装置

レースしてがん病巣の治療範囲を設定し、その形に合わせてベークライト板を切り抜き、これをMLCの駆動制御装置にセットして回転照射中に照射野形状を変化させた。この機械的仕様の基本的構造は原体照射のハード面での心臓部をなすものであり、現在のIMRTの技術につながるものである(図4)。

## 4) コンピュータ制御による原体照射からIMRTへ

その後MLCの制御方式はアナログからデジタル方式になり、コンピュータ制御による三次元原体照射が可能となり、さらに照射野内の線量強度を変化させる方法と最適化プログラムによる線量計算法を駆使することにより、より高精細な線量分布が得られるIMRTへと発展した。これによって、がん病巣の形状に合致した高線量の照射と、周囲の健常臓器への線量を軽減する方法が可能となり、腫瘍の局所制御率の向上と放射線治療に伴う副作用、合併症などの有害事象の低減が期待できるようになった(図5)。

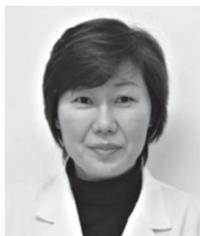


図5 前立腺癌に対するIMRTの線量分布。  
(上)横断面、(左下)矢状断面、(右下)冠状断面

## 最近の高精度な放射線治療技術に期待するもの

最近の放射線治療は、回転照射を応用した原体照射の延長線上にIMRTやIGRTの技術があり、さらに呼吸同期で代表される動体追従法など、時間的因子を加味した四次元放射線治療の臨床応用に発展してきている。がん病巣に的確に照射するという技術的進歩は、より理想的ながん放射線療法へと発展し、臨床における治療成績の向上に大きく寄与しているものと思われる。このように高橋先生の先駆的な研究成果を再認識し、そこから現在の新しい放射線治療技術につながった発展の足跡をレビューすることは、最新鋭の放射線治療の内容を理解する上で意義があると考えられる。

## 平成26年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



## 重粒子線治療について

神奈川県立がんセンター 放射線腫瘍科・重粒子線治療施設整備室 中山 優子

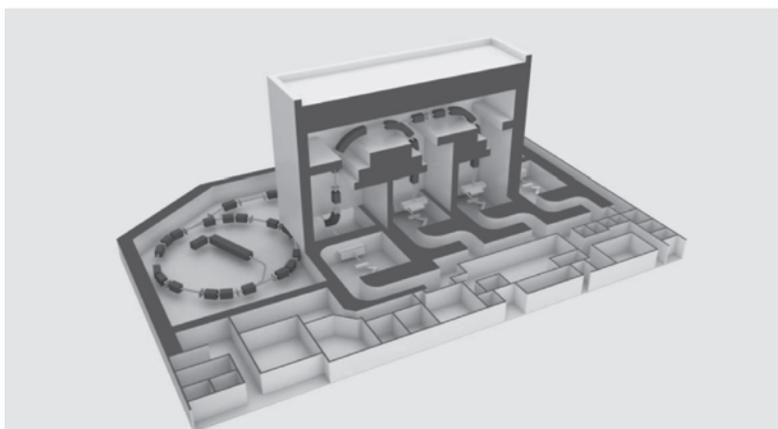
1984年群馬大学医学部医学科卒業後、同大学医学部放射線科入局。1999年同大学医学部放射線科講師、2005年東海大学医学部専門診療学系放射線治療科学准教授を経て2008年神奈川県立がんセンター放射線腫瘍科部長、現職。

2008年北里大学大学院客員教授併任、2010年神奈川県立がんセンター重粒子線治療施設整備室長併任、現職。

今回、市民のためのがん治療の会で講演する機会をいただき、本当にありがとうございました。川崎幸病院副院長・放射線治療センター長の田中良明先生にお声かけいただきました。川崎幸病院には初めてお邪魔しましたが、最新設備を備えた立派な病院で大変驚きました。当日は満席となり、参加者の方々はメモを片手に熱心に聞いてくださいました。また、質疑応答の時間には、多くの質問に田中先生のみならず西尾先生も答えてくださり、現在の放射線治療の状況が参加者の方々にはよく理解できたのではないかと思います。この講演会の後、参加して下さっていたある患者さんが外来受診の際に曰く、“先生と西尾先生、意見を言い合っていたので仲が悪いのかと思いましたが、終わった後、談笑していましたね”と。どんな雰囲気だったか、おわかりいただけると幸いです。

## ①はじめに

神奈川県立がんセンターでは、来年度となる平成27年度に重粒子線治療を開始する予定です。施設の愛称は、i-ROCK (ion-beam Radiation Oncology Center in Kanagawa) アイロックで、日本の重粒子線治療施設としては5番目、がんセンター併設型の施設としては世界で初めての施設となります。



図の説明：左上方の丸いラインが加速器になります。加速された炭素イオンビームが各治療室へ運ばれます。治療室は4室あります。

## ②重粒子線治療とは

炭素イオンを光のおよそ70%のスピードまで加速した炭素イオン線を用いる治療です。現在、使用されているのは炭素イオン線だけですので、これを重粒子線と呼んでいます。重粒子線の特徴は、がん細胞に対して生物学的に高い効果を示すこと・がん病巣への線量集中性がすぐれていることが挙げられます。通常のX線治療では治りにくかった腫瘍に対して、すぐれた治療効果が得られています。また、1回に大線量照射することができるので治療の回数も少なくて済みます。

## ③重粒子線治療の適応

私たちの施設では、まだ治療をはじめていませんので、重粒子線治療をリードしてきた放射線医学総合研究所（以下、放医研）・重粒子医科

学センター長の鎌田正先生よりスライドをご提供いただき、それに基づいてお話をしました。放医研では、いままで世界中で重粒子線治療をうけた12000人の患者さんのうち、8000人以上を治療してきた実績があります（NATURE Vol.508,133-138, 2014）。

まず、他治療が困難で重粒子線が有効な疾患、具体的には、局所進行頭頸部癌（腺癌系、黒色種、肉腫など）、頭蓋底腫瘍、直腸癌術後骨盤内再発、切除非適応骨軟部肉腫などです。放射線治療後の再発症例に対しても重粒子線治療を行っています。また、X線を用いた通常の放射線治療も行われている疾患に対しては、少しずつ照射回数を減らすことにより安全性を確認しながら、短期照射法を確立してきました。具体的には、I期非小細胞肺癌（1回照射、1日）、肝細胞癌（2回照射、2日）、膵癌・食道癌（12回照射、3週間）、前立腺（12回照射、3 - 4週間）などです。

#### ④i-ROCKの特徴

##### 1) がんセンター病院との併設型施設

i-ROCKは、がんセンター病院に併設型の施設であることから、各臓器別のがん専門医との横断的な連携により高度ながん診療を提供することができます。また、重粒子線治療前の外科的な処置や緊急時の対応、化学療法との併用など、すべてをがんセンター内で対応することができます。

##### 2) 放射線腫瘍センター

がんセンターでは、現在、定位放射線治療や強度変調放射線治療などの高精度放射線治療や腔内照射、内用療法などを積極的に行っています。これらの種々の高精度X線治療と重粒子線治療を合わせて、放射線腫瘍センターとして運用することにより、個々の患者さんに最適な放射線治療を提供することができます。

##### 3) 外来通院型の施設

神奈川県立がんセンターは横浜市の中心部に位置し、交通の便がよいため、外来通院を主体とした施設設計となっています。また、人口の多い地域であり、神奈川県での重粒子線治療適応患者数は年間約2,500例と推定されています。

#### ⑤おわりに

重粒子線治療は現在、先進医療として種々のがんに対して施行されています。今後、適応疾患の拡大、化学療法との併用などまだまだ発展します。私たちは、がんセンターのみならず神奈川県全体の放射線腫瘍センターとして機能できるように施設作りに取り組んでいきたいと考えています。

参考：神奈川県立がんセンター ホームページ  
<http://kcch.kanagawa-pho.jp/newcenter/i-rock.html>



図の説明：アイロックの建設は順調に進んでいます。

# 特別寄稿



## 鼻血論争を通じて考える

北海道がんセンター名誉院長 西尾 正道

1947年函館市生まれ。1974年札幌医科大学卒業。国立札幌病院・北海道地方がんセンター放射線科に勤務し39年間、がんの放射線治療に従事。がんの放射線治療を通じて日本のがん医療の問題点を指摘し、改善するための医療を推進。「市民のためのがん治療の会」顧問。

巷では、今更になって鼻血論争が始まっています。事故後は鼻血を出す子どもが多かったので、現実には勝てないので多くの学者は沈黙していましたが、急性期の影響がおさまって鼻血を出す人が少なくなったことから、鼻腔を診察したこともないと思われる専門家と称する学者達は政府や行政も巻き込んで、放射線の影響を全否定する発言をしています。これはまさにICRPの疑似科学盲信者の科学的研究姿勢の欠如と、原発推進者達の事実の隠蔽です。またストレス症候群の症状の一つとして「鼻血」の報告はありませんから、医学的にもストレスについても無知のようです。

こうしたまだ解明されていない鼻血や全身倦怠感などの症状については、ICRPの基準では理解できないのです。ICRPの論理からいえば、シーベルト単位の被ばくでなければ血液毒性としての血小板減少が生じないので鼻血は出ないというわけです。この場合は大変深刻で、

出血傾向による諸症状が出現し、鼻血どころではなく、歯磨き時に歯茎から出血もしますし、紫斑も出るし、消化管出血や脳出血なども起こり致命的となることがあります。しかし現実には血小板減少が無くても、事故直後は鼻血を出したことがない多くの子どもが鼻血を経験しました。伊達市の保原小学校の『保健だより』には、『1学期間に保健室で気になったことが2つあります。1つ目は鼻血を出す子どもが多かったこと。…』と通知されています。またDAYS JAPANの広河隆一氏は、チェルノブイリでの2万5千人以上のアンケート調査で、避難民の5人に1人が鼻血を訴えたと報告しています。こうした厳然たる事実があるのです。

この鼻血については、次のように考えられます。通常は原子や分子は何らかの物質と電子対として結合し存在しています。セシウムやヨウ素も例外ではなく、呼吸で吸い込む場合は、塵などと付着して吸い込まれます。このような状態と

**Emission of spherical cesium-bearing particles from an early stage of the Fukushima nuclear accident.**  
 Kouji Adachi, Mizuo Kajino, Yuji Zaizen & Yasuhiro Igarashi.  
 Scientific Reports Volume: 3, Article number: 2554 : 2013.8.30.

**原発事故で放出されたセシウムを高濃度で含む不溶性の球状微粒子についての論文(Cs Particle)**

**走査型電子顕微鏡(SEM)でプルूमには直径数マイクロン以下の多量の球状粒子が含有**  
 3月15日の試料には、0.5 μm以上の粒子が大気1m<sup>3</sup>あたり平均4100万個含有し、放射性物質の大部分が球形で、メルトダウンによって核分裂生成物と炉材の一部が蒸発・気化し、早い段階から凝縮した形態となった。セシウムを含む合金の微粒子は直径2.6 μm。Cs137+Ca134が 6.5Bqであった。

Imaging plateを用いた観察  
March 15, 2011

Before exposure to water / After exposure to water  
Scale bars: 1 μm

**放射性微粒子が湿润した鼻・喉頭・口腔・咽頭の広範囲な粘膜に付着すると影響は強く出る(面積効果)**

走査型電子顕微鏡(SEM)に装着されたエネルギー分散型X線スペクトロメータ分析では、セシウムが明瞭に認められた

(ヨウ素の場合)牧野淳一郎(東工大)氏試算:局所に数Svの被曝の可能性  
 空間線量が 1.5mSv/h だった双葉町の場合⇒過小評価しても4.8Sv

空气中の粒子状ダストによって鼻血が増加するとの報告  
 Bray D:Clin Otolaryngol Allied Sci.12:29(6):655-8,2004. &  
 Wantke F:Clin Exp Allergy.:26(3)276-80,1996.

**健康影響は不溶性の放射性微粒子が粘膜に付着した内部被ばくという観点から評価すべき**  
 (①セシウムホットパーティクル, ②不溶性の微粒子, ③付着して被ばく, ④面積効果, ⑤子供は高感受性)  
 鼻血は事故直後の急性期の反応であり、現在の線量では鼻血はなく、風評被害にはならない。

なれば放射化した微粒子の状態となり、湿潤している粘膜に付着して局所的に放射線を出すこととなります。そのため一瞬突き抜けるだけの外部被ばくとは異なり、**内部被ばく**となるのです。

健康影響は、不溶性の放射性微粒子が、粘膜が湿潤した鼻腔・喉頭・気管・口腔・咽頭の広範囲な粘膜に付着すると影響は強く出ます。この場合はいわゆる面積効果です。これらの内部被曝という観点では、①不溶性の微粒子ですぐには消えないセシウムホットパーティクルの存在 ②付着して被ばくする ③面積効果 ④子どもは高感受性で影響が強く出る ⑤鼻血を出しやすいキーゼルバッハ部位は空気中のダストが最も集積する場所である。こうした要因を評価する必要があります。

事故後数日間の状態では、放射性浮遊塵による急性期の影響が真っ先に出ます。放射性浮遊塵を呼吸で取り込み、鼻腔、咽頭、気管、そして口腔粘膜も含めて広範囲に被ばくすることになりますから、最も静脈が集まっている脆弱な鼻中隔の前下端部のキーゼルバッハという部位から、影響を受けやすい子どもが出血することがあっても全く不思議ではありません。

また咽が痛いという症状もこうした機序によるものです。この程度の刺激の場合は粘膜が発赤したりする状態にはならず、診察しても粘膜の色調変化は認められませんが、粘膜の易刺激性が高まるため、広範な口腔・咽頭粘膜が被ばくした場合は軽度の痛みやしみる感じを自覚するわけです。受けた刺激を無視し、採血や肉眼的な粘膜炎所見などの明らかな異常がなければ、放射線が原因ではないとして刺激の実態をブラックボックス化するICRPの評価だけでは事実は解明できません。

ICRPの健康影響評価では現実には起こっている被ばくによる全身倦怠感や体調不良などのいわゆる「ぶらぶら病」も説明できません。そのため何の研究や調査もせずに、精神的・心理的な問題として片付けようとするわけです。ちなみに医学的にはストレス症候群の身体症状の一つとして鼻血が出るという報告は有りません。

今後、生じると思われる多くの非がん性疾患についても否定することでしょう。鼻血論争は、未解明なものは全て非科学的として退け、自分たちの都合のよい内容だけを科学的とする従来のICRP主義の人たちの発言の始まりでしかないと思います。

医学論文で、空気中の粒子状ダストが鼻血を増加するという報告もありますし、放射線治療においては常識的なボリューム効果（この場合は付着した面積効果）も考えると、放射線が鼻血の大きな要因として関与していると考えられます。

最後に、世界で初めて証明されたセシウムホットパーティクルの論文サマリーに私の見解も入れた図と、2104年4月の東京での放射線像展の写真で不溶性の放射性物質が付着している長靴の写真をつけておきます。こうした放射性微粒子が2年経っても付着していることが写真で証明されています。また何回洗ってもTシャツを測れば、放射線が検出されるのはこのためです。

(2014.5.23.参議院議員会館記者会見時配布資料)

## 平成26年第1回「市民のためのがん治療の会」講演会 切らずに治す「放射線治療」を考える

- 日時 平成26年5月10日(土) 13:30~16:30
- 場所 川崎幸病院 5階講義室1・2 神奈川県川崎市幸区
- プログラム
  - 13:30~13:40 開会挨拶  
市民のためのがん治療の会代表 會田昭一郎  
川崎幸病院 院長 笹栗 志朗
  - 13:40~14:30 「がん放射線療法の進歩－高橋信次先生の原体照射から－」  
川崎幸病院副院長・放射線治療センター長 田中 良明
  - 14:40~15:30 「重粒子線治療について」  
神奈川県立がんセンター放射線腫瘍科部長  
重粒子線治療施設整備室長 中山 優子
  - 15:30~16:20 質疑応答

## 特別寄稿

### がんは最初が肝心、最初が全て～35歳春、舌がんの小線源治療を受けて

市民のためのがん治療の会 会員K・T (35歳)

昭和54年札幌市生まれ、35歳。大学卒業後電気機器メーカー勤務、営業／企画業務に従事、海外駐在中に舌に違和感を感じ、検査の結果、早期舌がんの宣告を受け、「市民のためのがん治療の会」のサイトで北海道がんセンター西尾名誉院長を知り受診、小線源治療を受け、3週間で職場復帰、現在に至る。

いま、日本人の約半数以上は、生涯で一度以上はがんに罹患し、死因の1位もがん、という現状です。但し、40代以下では、罹患する確率もまだ小さく、特に働き盛りの30～40代の方々にとっては、がん、といっても自分達の両親や祖父母での話。自分の身に近々で降りかかってくる話と考えている方は少ないと思います。私もまさにその一人でした。

しかしながら、働き盛りだからこそ、がんに対する知識を正しくもって、いざ自分が罹患した場合の備え（経済的・精神的なもの、そして適切な情報収集）は必要であると今、実感しています。

がんは、今や不治の病ではありません。早期発見と適切な治療によって多くのケースで根治可能です。但し、如何に早期発見をするか、如何に適切な治療を探し出すか、これは、当然たまたま掛かった医師の方に左右される部分も当然ありますが、自分の意志と心持ちが、極めて重要だと痛感しております。

私は、2014年3月、早期舌がん（Ⅱ期 [T2N0] 扁平上皮がん、直径2.2cm、表在型で薄い）と診断されました。

元々、2013年5月くらいから、奥歯の尖った部分が舌の裏にあたり痛く、口内炎のような状況になりつつあり、歯科医で当該奥歯を削る処置をしました。ちょうどその頃、仕事の面では、念願の海外駐在を拜命し、同月に発展途上国に赴任。忙しい毎日が始まっていました。その後、口内炎はなかなか治らずに、忙しい毎日の中でしたが、現地の歯科医で診察を受け、再度歯を削ったり、いくつかの種類の塗り薬を処方されながら、過ごしていたのですが、11月頃になっても未だ治らず、患部が白くなり始め、1月に入りさすがに心配になって、歯科ではなく同じ現地の口腔外科を訪問し、生検を実施。結果は「悪性に移行するリスクがあるので、再度の精密検査をお勧めする」という診断でした。この診断を受けて、顔

面蒼白。すぐに上司に事情を話し、日本に帰国し、東京の大学病院で再度検査を行い、3月頭に、舌がんの診断を受けた、という経緯です。

日本での精密検査初日の時点で、がんの可能性を言及されていたので、その後すぐにインターネットで情報収集を開始しました。そこで分かったこととして、早期で対処出来れば生存率も90%近くと極めて高いこと、若くしても罹患する可能性があること（多くの若い患者さんが開設されたブログにより、非常に勉強になると共に勇気づけられました）、そして、早期の場合の治療方法としては主に、切除手術と小線源治療の2つがあること、です。

治療方法の選択については、とても悩みました。一見、小線源治療は切除不要で根治率も切除の場合と変わらない、そして舌が温存される訳ゆえ、良いこと尽くし。ですが、じっくりと調べて、メリット・デメリットを整理しました。

正直なところ、この頃は、“なぜ自分が?”、“もう仕事がかれまで通り出来なくなるのでは?”、“なぜもっと早くがんになる前に対処できなかったのか?”、“自分はもう死ぬのだろうか?”、“妻と子供をどう養っていくんだ……”という不安と悲壮感が、ぐるぐると頭の中を駆け巡り、当然ひどく落ち込み、茫然としていましたので、最終的には、命さえ助かれば、という思いに至っており、検査を受けた東京の病院で切除手術（舌の1/3以上を失う）も已む無し、と覚悟を決めつつありました。

ですが、調べていくと、当会の會田さんの記事を見つけることが出来、北海道がんセンターに西尾正道先生という、放射線治療の権威であり多くの舌がん小線源治療の症例を持たれている先生のことを知りました。そして、既に同院の名誉院長となられている西尾先生が“がん何でも相談外来”を開設されて多くの患者さんの相談を受けているということがわかり、念のため、

早期舌がんの治療法	メリット	デメリット
切除手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病変部が取りとれたか否かをきちんと確認出来る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術後の生活に支障が出る（会話、食事）</li> <li>・ 再建手術を伴う場合は、移植元の腕や脚にも影響が出る</li> </ul>
小線源治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 舌が温存されるので、術後の生活に支障が出ない</li> <li>・ 入院期間も少なく、復帰が早い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 放射線により正常組織へ影響が出る可能性がありえる（歯や骨、晩期での影響）</li> <li>・ 現時点、この治療を提供できる医療機関が少ない</li> </ul>

お話だけでも伺えれば、と思い、札幌へ。この外来にて、西尾先生に病変部を見て頂き、“切除と小線源が出来るが、あなたのケースの場合は、小線源の方がより有効”とのコメントを頂戴、私の場合は主とした病変部の隣に、がんか白板症か疑わしい部分があると、この部分も含めての切除だと場合によっては取り損ねる可能性があるから、とのことでした。このお言葉に基づき、北海道がんセンターにて、小線源治療を受けることに決めさせて頂いた次第です。実を言うと私の実家がちょうど札幌であったこともあり、運命めいたものも感じたことも一因でもありました。

なお、小線源治療については、現在、絶滅危惧医療と言われ、提供する医療機関も日本国内でも数か所と限られているようです。理由は、

- ①採算が合わない（舌がん患者の実数は他のがんに比べて少数ながら、隔離部屋等の設備維持費も掛かる）
- ②国内での線源の供給がStopしている（輸入するとコストが3倍以上）
- ③十分な治療技術を有した放射線科医の実数が少なく、①②の状況下で後輩も育たないということ。

なお、この治療法は、海外でも医療従事者が被ばくすることもあり、廃れていると言われていきます。

(注)「絶滅危惧医療」は會田の造語

この治療を受け、その効果を実感している当人として、この状況に対してはとても残念に感じています。

切除手術についても技術が向上しており、会話や食事に影響も出にくくなってきているとも聞いてはおりますが、患者としては、それぞれの病状や希望（例えば、話すことや飲食することが仕事であったりする方は、舌を温存出来ることが最優先だと思います）により選択肢がある環境が理想だと思っています。こういう治療法がある

のに受けられず、人生の方向転換をせざるを得ない患者さんもいるかもしれません。

この舌がんの小線源治療を維持継続していくためには、例えば、採算観点や後進育成という観点ではセンター化を推進したり、という方策もあろうかと思えます。沢山の先生方がこのような議論を既にされているかとは思いますが、当該治療を受けた一患者としては、その有効性から、是非今後の患者さんのためにも、維持継続を頂けることを切に願うばかりです。

いま、この原稿を書いている時点で、治療から約1か月が経ちました。

治療の間はなかなか大変でしたが、粘膜炎による痛みも徐々に回復しており、経過も順調です。仕事も、駐在の継続は控えることになりましたが、日本に戻って同じ仕事を継続出来ることになりました。

改めて、今般、特に思ったことは、やはり自分の病気ですから、十分に調べて自分で納得して、適切な先生、病院、そして治療法を選択することが、自分の今後の人生の為に如何に重要かということです。

私の場合は、切除でもうまく行っていたかもしれませんが、取り得る選択肢の中で、信頼できる先生方との相談の結果、適切な選択をすることが出来たと思っています。（今般は北海道がんセンターの先生のみならず、東京の病院の先生からも温かいサポートを頂きました）

働き盛りの若い世代であっても、がん罹患する可能性はあり、適切な定期健診や、いざ自分が罹患した場合の備えをきちんと考慮していくことをお勧めしたいと思います。

これらのために、この“市民のためのがん治療の会”は、とても多くの有益な情報を発信しています。私もその一助にでもなればと思ひ、入会させて頂き、僭越ながら本原稿を寄稿させて頂きました次第です。

 会員の声 

## 「会員の高齢化と、会員の開拓」

市民のためのがん治療の会  
代表 會田 昭一郎

このところ講演会が少ないので、講演会の講演要旨を次号のNLに掲載するということができず、「がん医療の今」掲載分を流用することも多くなっております。一方、西尾先生からも「がん医療の今」からの転載もいいが、会員からの投稿が欲しい、とのご意見もいただきました。実は「会員の声」に掲載したいのですが、一時は講演会が多く、講演要旨で紙数が尽きてしまい、会員の声を掲載するスペースがなかったのですが、今度は逆にになってしまいました。会員の声は時々募集しておりましたが、みなさん、結局「観客」で、「プレーヤー」にはなっていないだけで、「黙っていても、會田さんがうまくやってくれるだろう」式で、今までの経験ではほとんど寄稿はありませんでした。

そこで今回は、決め打ちで編集サイドからご寄稿をお願いすることとしました。また、各位、がんについての意識は高いでしょうからいくらでも書くことはあると思いますが、「何を書いて良いか分からない」などと情けないことを言う方も多いのも現実です。今回はそういうことにも配慮し、テーマを設けてみました。テーマは「会員の高齢化と、会員の開拓」としました。

このメールを見てください、「私こと高齢に伴い諸事体調その他 意のとおりにならぬこと多く長期に亘り何かとご配慮を頂いておりましたが、この度 退会させていただきたく……」この方は非常に会の運営にご協力いただいた優秀な方ですが、お年には勝てないということでしょう、こういう事例が非常に多くなってきました。本当に残念です。こういう方、つまり辞めたいわけではないが、万止むを得ず退会させていただきたいということです。

ところで年間80万人以上の方ががんを発症しています、毎年ですよ。ですからニーズはあるはずですが、ミスマッチしているのですね。がん患者会と言ってもほんとに色々で、西尾先生のようなきびしい方が、「この会のように地に足が付いたような活動をしている会は無い、「がん医療の今」やNLの定期発行などもすごいことだ」と言ってくださるような会です。セカンドオピニオン情報提供能力は、どこにも負けなと思っており、もっと頼りにされて会員が増えてもいいはずですが、知られていないのでしょうかね。こんな優れたがん医療情報を持っている患者会が、このまま朽ち果てるのも、社会的にももったいないと思いませんか。また、500人ぐらい集まる講演会をやっても、入会する人はせいぜい2、3人です。

そこで前述のようなテーマを決めて寄稿依頼をしようと考えました。多くの皆さんは当会に参加して良かったと思ってくださっておられることと思います。それなら自分が良かったから、お知り合い、お友達にも勧めていただくなどどうでしょうか。保険のお仕事の方も多いようですが、お仕事ではそうやってお客を増やしておられるのではないのでしょうか。仮に会員が10倍の1万人になれば単純に会費だけで年間2,000万の予算規模になります。そうすれば事務局長なども雇用でき、会の運営も飛躍的に発展します。

特段、構えて大論文をお願いしておりますわけでもございませんので、「そういわれれば、こんなことに気付いた」など、お願いできれば幸いです、というようなことで、北海道から九州まで、今までに会に様々な関わりを持ってくださった方々にお願いをいたしましたところ、10名中4名の方から下記のようなご寄稿をいただきました。これも残念ですよ。寄稿されなかった6名の方のうちお一人から今回はパスとのご連絡がありました。後はなしの礫。掲載はお寄せいただきました原文そのままに掲載させていただきました。ご寄稿いただきました皆様には心から御礼申し上げます。

今回は初めての試みでしたが、なるほどと思われることも多々ありました。役員会等で十分検討し、運営に役立てたいと思います。次号からもスペースがある限り様々なテーマについてお願いしてみたいと思っております。引き続き「会の運営について考えたことがない」などと言わず、俺が会長ならこうするのに、等と會田を引き摺り下ろすような刺激的なご提言をお願いします。こういうことを考えるのが健康と長生の基だと思えます。

## ◇ご寄稿その1 福島県福島市 菅野喜久江

任意の団体の一番の悩みであり、もっともむずかしい問題だと思います。

私が当会を知ったのは、平成22年2月がんの告知を受けた時期、やみくもにがん関係の本を読んでいる中のある1冊に（題名や著者名を忘れましたが）この会の記事が載っており、事務局をたった1人できりもりしている會田さん自身の病気に対する研究心と自分の確信する医療を求めて北海道まで行き、信頼した医師と積極的に治療を続けた記事を読み感銘を受けた事、又その本に「当会」は本当の意味で市民の為を考えている日本でも数少ない良い団体であると載っており入会させて頂きました。

昨今は、安易に値の張るサプリや食品、法外な医療を求める人口が多く、地味な活動を通して勉強したり、ピアカウンセリングをする大切な事は、即効性が無い為か、実はここが1番大切なのに見逃されています。

当会はホームページも充実していますが、やはり知名度不足で開いてもらえないのか、この際逆療法で、もっと高い会費とハデな広報でもすれば会員が増える？ それでは本来の趣旨が違いますね。

## ◇ご寄稿その2 東京都小金井市 西村 春夫

日頃会の運営について考えたことがない者にとってはこの題目で的確に意見を述べることは難しいですが、ほんの思いつき程度で書いてみます。

その前に会のNews Letterが何千と刷られ全国のがん大病院に送られていると會田さんから聞かされたことがあり、実際、病院でどのように収蔵され公開されているのか知りたいたいとお話がありました。私が肺がんの手術と定期的検査を受けているのは東京女子医科大学付属病院です。そこの外来病棟に「からだ情報館」があり、ある時そこに行ってNews Letterの収納状況を見てきました。係りの人に現物を示し、これのある巻号を見たいと申し出ました。開架式の棚にNews Letterのバックナンバーがファイルとなって編綴されていました。きちんと保管されているのを見出しました。ただしファイルを見出したのは私自身で、係りが案内したわけではありません。

さて会員の獲得ですが、奇策があるわけではありませんが、紙面の刷新について以下少しばかり書いてみます。紙面が会員とのコミュニケーションの重要な手段であり、会員でない人も見る機会があり会員を増やす手段になると思います。この会の会員相互の交流のブログ？を作るのはどうですか。これをブログと言うのか。会のHPでは勝手に投稿は出来ませんね。ただ私自身は作る技術は持ち合わせていません。

ただし以前行った刷新の試みで効果がなかったことを私がまたまた今回書いているのかもしれませんが。その場合はご容赦です。

1. 多分、会員にはがんの患者、がんの病歴者が多く、その人たちは健康に注意して毎日を過ごしているのではないのでしょうか。日常の健康維持の方法(世

間的には食事、運動、睡眠、ストレス回避など)についての小さな記事を増やす。つまり会員の健康維持の記事の類です。

2. 新聞の投書欄のような会員の声の欄を特設する。少量の文章でもよい。會田さんがメールを送って来られる時の添え書きは何時も共感して読んでいますが、あの程度の小さな身辺雑事や近況報告でも投稿するよう呼びかける。会員が孤立感を持たないようにする。
3. 高齢になって紙面を読むだけでも孤立感が救えればそれだけで会員に留まっても宜しいのではないのでしょうか。具体的に協力できなくても一行の身辺雑事の送付（郵送かメールか）でオーケー。
4. セカンドオピニオンの記事は受けた会員は一般に記事に出したがる心理があるのでしょうか、その種の記事が少ないですね。私などはそういう記事を読みたいですね。8年前に前立腺がんと診断された時、セカンドオピニオンを取りました。しかし、取ったは良いが、知識がなかったので外科的手術にしまった。この会を知っていれば別の対処をしていたかもしれません。後の祭り。
5. セカンドオピニオンとまでは行かないが、がんの定期検診後ちょっと質問したい事項がある場合があるかもしれません。セカンドオピニオンの前哨戦のようなものです。
6. 私のような病歴、健康度の会員は少数派か多数派か、どういう人々が会員になっているか、実態を知りたいところです。投稿や近況報告を見ず知らずの人々を相手にするのも一つの方法ですが（実際外出できない会員もいると思いますので）、地域、地域で7、8人の集会を開き、人を知り己を知り交流を重ねることも大事ではないでしょうか。
7. 大学医学部に「患者学」という講義があるかどうか知りませんが、あれば會田さんなどさしずめ分担講義をして学生の家族の入会を勧めるのも一策。上記患者の声も資料になります。

## ◇ご寄稿その3 愛知県名古屋 西村 弘之

テーマの「会員の高齢化と、会員の開拓」ですが、がんに限らず高齢化と病気には強い正の相関があることは広く認識されています。また、全国（世界）レベルから各病院単位に至るまで、さまざまな疾患には患者の会が結成されています。特に難病といわれる疾病ほど規模が大きく、結束が固いのが特徴です。

これには3つの傾向があり、釈迦に説法とは存じますが、

- 1) 同病相哀れむ。  
共感ですね。互いに慰めあいたい。
- 2) 情報交換の場を欲する。  
薬をもすがりたい。あげくに怪しいサプリや宗教に手を出す輩も……。
- 3) 年齢にしたがって疾病が増加する。  
これは当然のことで、患者会には高齢者が多い。人生わずか50年時代な発症する前に死

でしまうので問題にならなかった。

1)には口コミや流言飛語が多く、あまり近寄りたくありません。2)と3)が問題で、正確で効果のある薬の提供。栄養と衛生状態の改善、医学の進歩による高齢化はどここの患者会でも悩みの種ですね。個人的な経験則ですが、がんは50代半ばに発症することが多いような気がします。くたびれ始め、体調が変化を始めるからでしょうか？

ですからどの患者会も例外なく同様の悩みがあると思えます。「高齢化」は日本全体の問題で、私如きがアレコレ言えるテーマではありません。次に「会員の開拓」ですが、これを「開拓」と言って良いのかどうか私には分かりません。

500人の講演会で2、3人の入会ですか……

私の場合、正確な情報と治療法を知りたくて入院していた医大の図書館に通い、ネットで調べ、担当医に煙たがられながらも西尾先生にたどり着きました。これも私見ですが、医者は自分の治療法のメリットは喧伝しますがデメリットには口をつぐむ傾向があるようです。明日手術だという前日になって「実はこういうデメリットもあるかもしれない」と言うのです。北海道がんセンターも例外ではありませんでした。

「開拓」法はどうでしょうね？ できるだけ正確かつ生活に合った治療法を平易に伝えるしかないようです。あとは患者側の問題で、すがつた薬が実は鯛の頭でも患者が納得すればハッピーなのですから。札幌KKRで挨拶された高知から出席された宮地郁子さんのお話のなかで「半摘の説明だったのに、舌を全摘されて声帯まで摘出されても感謝している患者もいた」と言う事実に衝撃を覚えました。僕だったらぶんなくってのに。

と言うわけで、私にはノーアイデアです。地道に活動を続けるか、全国難病患者会の紹介と言う膨大な作業に踏み込むか、マスコミにどんどん登場するしか手はないと考えます。會田さんの尽力には頭が下がりますが、私はこの程度の人間です。ゴメンナサイ。

#### ◇ご寄稿その4

元気で楽しく101歳で天寿（ピンピンコロリ）目指して！

広島県廿日市市 小島 史朗

私75歳で家内72歳の持病持ちの二人ですが、持病持ちの二人がどんな“ほどほど生活習慣”で元気で楽しく過ごせて天寿できるかが最重要課題です。

私の持病は①糖尿病と②気管支喘息ですが、糖尿病は近くの総合病院で月1度定期受診しておりHbA1c≒7.0（投薬あり）で医師から“ギリギリセーフ”と言われていています。ちなみに合併症予防の目標値は7.0%です。気管支喘息は寒い季節になるとたまに出ますが今の暖かい季節では落ち着いています。近くの専門開業医に診て頂いており、投薬は吸入薬“キューバル100エアソール”で気管支の慢性的な炎症を抑える薬だそうです。

私の趣味の一つがオペラ合唱ですが、最近“声枯れ”がして近くの総合病院の耳鼻咽喉科の専門医から“主

因は加齢なるも吸入薬の副作用もある”と伺っており、吸入薬を勝手にやめて、今は声枯れるが解消しています。“症状が無くても予防のために吸入を続けたほうが良い”そうですが、寒い季節でどうなるか経過観察しようと思っています。今通院は止めていますが、必要な時には事情をお話して漢方薬など副作用“声枯れ”のない投薬を希望する予定です。寒い季節には①水分で喉を潤し②マスクやうがいをしっかり励行するつもりです。素人の間違った選択の懸念もありますが試してみます。

私は父を53歳で亡くしています（私の高校入学日でした）。父が受診時には末期の胃がんと肝臓がんでした。母を73歳で亡くしています（糖尿病合併症の腎盂炎でした）。今75歳で両親より長生きをさせて貰っており感謝しています。両親から学ばせて貰い“元気で賢く生きたい”との思いがあり“健康お宅”生活習慣を心がけています。家内と一緒に、受診機関を変えて人間ドッグを年2度受診しており、脳ドッグも数年間隔で受診しています。

いつの日かどこかの癌になるとの思いがあり、ドッグ受診は早期発見・治療の機会を逃さないための手段です。早期であれば選択肢も多く賢い選択をできるとしています。“がん治療の会”に入会させて頂いているのは、見つかった時にはご相談に乗って頂き“賢い選択をしたい”との思いです。

“がん治療の会”はあいだ様個人のご尽力で運営されていると思っています。あいだ様にはお元気で長生きして頂きたいのですが、人の寿命には限りがあります。会員同士横のつながりのネットワーク構築ができていれば長く存続できるのかと思っています（メールアドレス）など希望会員に限定して公開。希望すれば、顧問先生へのご相談もできるように（有料）。

世の中にはインターネットや図書・報道などのマスコミ情報と医療情報が溢れており、異論もあります。

が、真相を確かめたい時や具体的ご相談内容で、真に信頼できて安心できる相談場所が求められていると思います。“がん治療の会”もその一つと思いますが、永続性の点でどうでしょうか。会員を増すには、増す理由があると思います。“会員になるに値する内容が何か”しっかり考えて工夫が要ると思います。他にはないメリットは何か。会員同士の横の繋がり（相談や情報交換ができる）ネットワーク構築もその一つと思っています。個人情報など悪用される可能性があります。ありますがデメリットを少なくできるやり方があると思います。

人間の体は複雑です。“自分の主治医は自分”の認識のもと、身体の仕組みと正しい使い方を学び、良い生活習慣を実践継続することが大切だと思います。今持病持ちですが残されている機能を大切に“予防に勝る良薬はない”を心がけて元気で楽しく生きたいですね。

「寝たきり長寿」や「病氣長寿」で生きていてもつまらないと思っています。

100歳まで「元気で楽しく生きて」101歳で天寿（ピンピンコロリ）できることが望みです。

## ◎ 自著紹介

西尾正道 著

### 『がん患者3万人と向きあった医師が語る —正直ながんのはなし—』



西尾 正道 (にしお まさみち)  
「市民のためのがん治療の会」顧問

福島原発事故から3年経過し、日本は『ナンデモアリ』の世の中となっています。原発事故に対する人権を軽視した為政者の姿勢と対応は、近隣のアジア諸国以下とも言えます。こうした為政者の姿勢は、時代錯誤の「特定秘密保護法」を成立させ、権力の悪用により「集団的自衛権」を閣議決定するにいたりました。このままでは日本も徴兵制となるであろう。戦後レジームの終焉と、新たな戦前のレジーム構築がなされているのです。

チェルノブイリ事故後の対応には主に国の命令で軍人が携わり、石棺を作って放射性物質を閉じ込めています。しかし日本では労働者を掻き集め、賃金のピンハネまでして働かしています。今後、100~300年かかる廃炉までの過程で労働力は確保できず、戦争ばかりではなく、原発事故収拾のために徴兵制となるだろうと私は考えています。

また、住民に対しては十分な賠償もなされず、生活や家族の繋がりを奪うばかりでなく、職業被ばくの線量限度と同等で、放射線管理区域の4倍近い年間20mSv（外部被ばく線量）の所にまで住まわせます。これは現行の多くの法律に違反した対応です。さらに帰還を促している見識のなさは国民の健康も奪うこととなるでしょう。

ご都合主義的に後だしジャンケンで被ばく線量限度や種々の規制値を緩和するのでは国民はたまったものではありません。年間5mSv（外部被ばく3mSv+内部被ばく2mSv）以上の区域は強制移住とし、移住を余儀なくされた人達には、日本のような仮設住宅ではなく永住できる住居を用意し、すぐに同じ仕事を提供したチェルノブイリ事故対応とは雲泥の差です。

また私が40年間関与していたがん医療においては、がんと診断されても放置を勧めたりする馬鹿げたカルト教祖のような医師に騙される患者さんも出ているが医療の状況にも呆れています。

さらにTPPの問題では、関税などが話題となっていますが、実は最も深刻なのは健康問題です。国は貿易摩擦を避けるために、農薬の規制値は大幅に緩和され、遺伝子組み換え食品も大量に摂取する日常生活となります。これらの化学物質は高い発がん性だけでなく、子どもの神経発達障害を起す毒性も明らかとなり、自閉症スペクトラム障害（アスペルガー

症候群を含む）、ADHD（注意欠如多動性障害）、LD（学習障害）と診断される発達障害の子どもが激増している原因となっていることが分かってきました。このため、EU加盟27カ国は、予防原則に基づいた配慮で、昨年からはネオニコチノイド系農薬は規制・禁止が始められ、また遺伝子組み換え食品は禁止されています。これと比較すれば、日本は為政者の出鱈目さと国民の民度の低さが組み合わされた結果であるとしても、将来深刻な健康被害が危惧されます。

がんを含めた多くの疾患は食の生活習慣と関係しています。がん患者の増加は高齢者が増えたからだと言う軽薄な医師もいますが、それだけではなくがん罹患者は若年化していることも大きな要因です。それには戦後の大気中核実験による放射性物質の世界的な汚染や農薬や化学物質も関係しています。

今後は東電福島原発から海洋に流出し続けているストロンチウムなどの放射性物質は生物濃縮され、海産物を食す人間の内部被ばくも深刻となります。食品汚染の実測体制を構築し、そのデータを基に健康被害を分析することが必要ですが、充分には行われていません。戦後の生活の在り方や文明そのものの見直しまで考えなければならない時期になっているのです。

原子力政策を推進することを目的とした単なる民間NPO団体であるICRP（国際放射線防護委員会）の内容を盲信する御用学者や、「がん放置療法」を唱える近藤 誠医師に討論会を呼び掛けても決して応じてはくれません。論破されるのが怖いのでしょうか。そのため、この本を書くことにしました。また高齢社会のがん治療において主役となる放射線治療についても知って頂きたい項を加えました。本のサブタイトルには、「賢く生きるために知っておきたい放射線の光と影」としました。今や国民病とも言えるがんについて正しく理解し、『反省はしても後悔はしない』人生を送っていただければと思います。

国際原子力カムラに代表される「お金のための科学・医学」から「国民のための科学・医学」への転換が必要なのです。

### 『がん患者3万人と 向きあった医師が語る —正直ながんのはなし—』



旬報社 2014年8月5日刊 定価1400円+税

## 「市民のためのがん治療の会」の活動

### ●放射線治療医によるセカンドオピニオンの斡旋

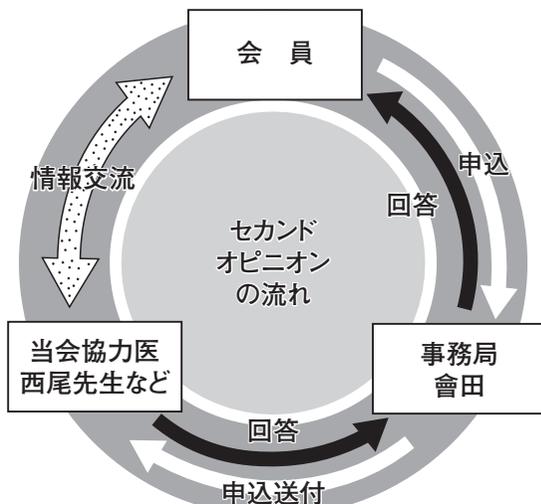
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては急速に進歩している放射線治療に関する最新の情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方が、適切なアドバイスをいたします。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門医です。

### ●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 (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 03-3252-1691



### ◆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。  
(2014.7)

## 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