

ニュースレター Newsletter



市民のためのがん治療の会

No. 4

2013. 11

Vol.10 (通巻 40 号)

巻頭言

日本放射線腫瘍学会の活動



公益社団法人日本放射線腫瘍学会 理事長

西村 恭昌

略歴

西村恭昌 (にしむら・やすまさ)
1981年京都大学医学部卒業、1981年から京都市立病院放射線科、1985年から1989年まで京都大学大学院医学研究科、1989年から京都大学医学部放射線科講師・助教授などを経て、1998年から近畿大学医学部放射線医学教室主任教授、2005年同放射線腫瘍学部門主任教授、2009年近畿大学医学部附属病院がんセンター長。放射線治療専門医、現在日本放射線腫瘍学会理事長、日本医学放射線学会理事、日本ハイパーサーミア学会理事、NPO西日本がん研究機構副理事長など。

日本放射線腫瘍学会 (JASTRO) は、日本の放射線治療、放射線腫瘍学を発展させるためには、欧米のように独立した学会を持つ必要があるとの思いの中、1988年に設立されました。2008年には一般社団法人、2012年には公益社団法人に認定され、現在会員数は3,400人を越えています。本年2月には念願であった日本医学会の113番目の加盟学会となりました。JASTRO理事長として考えていることを述べさせていただきます。

以前に比べるとがん治療における放射線治療の役割あるいは存在感は大きくなっています。各施設での放射線治療患者数は増加の傾向にあり、2010年のJASTRO構造調査では、年間約25万人の方が放射線治療を受けておられます。高精度機能を有する直線加速器は年々普及していますが、それを使いこなす放射線治療専門医は1,000人に足らず、医学物理士、放射線治療専門放射線技師、認定看護師などのメディカルスタッフも不足しており、今後さらに増え続ける放射線治療患者に対応するにはオンコロジーチームの育成が急務と考えています。

社会への情報発信も重要です。がん患者およびそのご家族への放射線治療の最新情報発信をホームページ、市民公開講座などで積極的に行っています。一度JASTROのホームページ (<http://www.jastro.or.jp/>) をご覧ください。放射線治療Q and Aや各種ガイドラインもアップされています。今年の秋には最新の「放射線治療計画2012」もアップされる予定です。また、専門医制度の変更に伴い廃止された認定放射線治療施設を、患者さんが安心して放射線治療を受けられる新しいJASTRO認定施設として認定する仕組みを構築中で、来年には公表できるものと考えています。JASTROの活動にご理解とご協力をお願いいたします。

◆◆◆北海道支部 新体制スタート◆◆◆



高松 岡

平成18年（2006年）7月16日北海道がんセンターの講堂で行われた、「市民のためのがん治療の会」の講演会に初めて出席したのが、会との関りの第一歩でした。そ

の後、毎月第三水曜日に開催される例会に出席することになりました。

木村支部長の名司会のもと、忌憚のない話し合いがされていました。勿論、後半には、がんセンター院長の西尾先生が見えられ、患者たちの疑問や治療方針について、適切なアドバイスをされていました。

患者同志の情報交換、プラス医師によるアドバイスを頂ける北海道の例会は、他の患者会に無いもので、私達の心の支えであり、誇りでもありました。

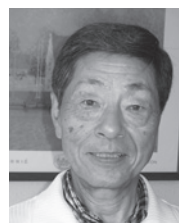
しかし、今年3月いっばいで西尾先生が院長を勇退され、木村支部長も来年の東京転居を前提に、支部長を下りられました。後任をめぐり北海道支部はちょっと混乱となりました。

幸い、西尾先生の後のアドバイザーは、沖本智昭先生に引き受けて頂けることになりましたが、支部長を引き受けて下さる方が現われず、4人の世話人体制で、北海道支部を続ける事になりました。

今年78歳になるうえ、パソコンも出来ない私

も、その1人になりましたが、出席する事、参加する事で、その責任の一端を担って行きたいと思っています。

皆さん、それぞれの出来る事で、会を盛り立てて行きましょう。



播磨 義国

私が「市民のためのがん治療の会」と出会ったのは、平成18年春、2月に肺癌の手術をし、不安な日々を過ごしていた時でした。新聞で知り連絡しましたところ、曾田代

表から資料をFAXで送って頂き、治療経過で不安に思っていること等、早速セカンドオピニオンを申し込みました。数日後、西尾先生から意見がFAXで届きました。少し安心したのと、新たな心配が交錯したのを今でも鮮明に覚えています。

それから翌年9月、“がん患者活動サロンひだまり”が発足しました。第1回活動から現在まで1度も欠席せず、出席させて頂いています。

特別な事情のない限り西尾先生が顔を出し、がん治療専門医に出席いただけるという、がん患者にとっては夢のような患者会でした。

当時の私の様な不安を持っている患者の皆さんの質問にいろいろな角度からアドバイスをし、医療情報面で大変勉強になりました。

西尾先生は3月に定年退職をされ現在は協力医の沖本智昭先生が引き継いでくれています。また、「市民のためのがん治療の会」設立以来北海道支部長を務めておられた木村勝夫支部長が一身上の都合で退任され現在、北海道支部長が空席になっています。

ひだまりサロンを継続するか否か患者会の中で何度も議論されました。全国的にも例のない「がん治療専門医に同席を頂ける患者会」を追求、発展させ全国に広めていく為にも継続することになりました。

支部長は不在ですが微力ながら会を支える方々のお手伝いをし、努力していきますので、何とぞよろしくお願い致します。



浜下 洋司

昨年9月にサロンに参加しまして、他にも市民と共に創るホスピスケアの会、北大病院わかばカフェ、手稲溪仁会病院あけぼの会にも参加しております。

特にホスピスケアの会の山田富美子さんには大変お世話になり、同会広報誌にサロンの体験談を掲載して頂いたり、札幌市立大学看護学部の授業で講演会の手配をして頂きました。

また今回ニュースレターを配布した札幌医大のがん相談センターからも参加の要請がありました。

自己紹介ですが、北海道小樽市出身49歳・会社経営・趣味読書映画音楽鑑賞



柏木 雅人

昨年7月に胃がんを患い、術後再発や転移の心配で不安な日々が続いていた時に地元北海道新聞でがんセンターの患者会の記事を見つけて参加し、今年度からスタッフ

となりました。

現在当会の他札幌市内5ヶ所の患者会に出席し他の患者会の情報を提供したり、患者さんの悩みに応じて他患者会への参加を呼び掛けています。

初めて患者会に出席する方に共通している状況ですが、自分が治療しているがんという病気、入院中の費用や退院後の再就職や家族の生活等々の様々な問題についての情報量が少ないという事です。情報量が少ないと患者さんは不安になり、時間が経つにつれそれは大きな悩みになります。患者会の情報はその不安や悩みを少しずつ解消し心を開放します。心が開放されるとそれは希望になります。“今日はここで心配事の全てを話して下さいね”と言った患者会のスタッフや患者会の先輩の会員さんの経験談や適切なアドバイスはその悩みを解消する力があります。また当会では西尾先生、沖本先生ががん治療について直接患者さんに分かりやすく解説してくれます。

患者会が終わり笑顔や安堵の表情を浮かべながら帰途につく患者さんを見ると患者会の大切さを感じます。

私はまだまだ力不足ではありますが、浜下支部長他諸先輩達の薫陶を受け日々研鑽していく所存です。

平成25年 第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(1)



「市民のためのがん治療の会」

顧問 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ーがん患者2万人と向き合っー』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。

本年最初の講演会は堀川 豊氏（甲信越支部長）らのご尽力で、7月13日（土）に山梨県立文学館で開催した。佐藤 弥先生（山梨大学医学部附属病院副院長の）から来賓のご挨拶を頂いた後に、私は「これからのがん医療を考える」と題して超高齢化社会のがん医療の課題についてお話させて頂いた。

次に超目玉としてご協力頂いた俳優の菅原文太さんから「がんと仲よく」と題して、経験談を語って頂いた。私も若い時に『仁義なき戦い』や『トラック野郎』シリーズの映画で楽しませて貰い、お会い出来ることを大変楽しみにしていました。お会した第一印象は8歳となっても「さすがに恰好よく、存在感がある」でした。菅原氏は7年前に膀胱がんと診断され、膀胱全摘術を勧められたが、QOLを考えて陽子線治療という切らない治療法を選んだ。幸い経過は良く、7年目を迎えても再発や転移はなく、山梨県でお元気に農業を始めておられる。膀胱がんの治療法選択において色々と調べ相談したことにより納得のいくがん治療をうけることができた好例である。治療結果が良好だったこともあり、結論は『人生、なるようになる』との達観したものであった。あの独特の低音で、時には冗談を交えて淡々と語る経験談に皆が引き込まれ、カリスマ性を感じました。

最後の講演は山梨大学放射線科の大西 洋先生から、「山梨地域における～世界最高レベルの放射線治療～」と題してお話頂きました。放射線治療の照射技術は物理工学とコンピューターテクノロジーの進歩により目を見張るも

のとなった。山梨県でもこうした最新の照射技術で治療できるような医療機器が整い、全国レベルの放射線治療が可能となったことが報告された。大西先生は山梨県の放射線治療のトップランナーとして毎日の診療や後進の指導に当たられている。放射線治療の場合は治療機器も良くなければ良い治療ができないが、大西先生らの専門医が最新機器も使えるようになったことは喜ばしいことである。

講演会最初の私の話の内容は、超高齢化社会のがん医療の課題についてである。団塊世代ががん年齢を迎え、日本のがん罹患者は急増し、課題は山積みである。医療・介護の給付費は、2012年度現在約44兆円である。しかし団塊世代がすべて75歳以上になる2025年度には、約1.7倍の74兆円にまで膨らむと推計されている。こうした高齢社会では放射線治療は重要な治療となることから、私は放射線治療の供給体制整備の必要性を1981年の論文に書いている。

しかし、まだ課題は多い。図1に1995年を基準とした放射線治療の新規患者数と放射線治療医数などの推移を示す。高齢化社会を迎えて放射線治療の需要は急増しているが、治療医のマンパワー不足は深刻である。

またTPP（Trans-Pacific-Partnership、環太平洋戦略的経済連携協定）への参加により、日本社会の在り方が大きく変化しようとしている。生活習慣病も含めた疾病発生の予防や後発医薬品の使用推進などで緊縮財政を目指したとしても限りはある。アベノミックスに浮かれている

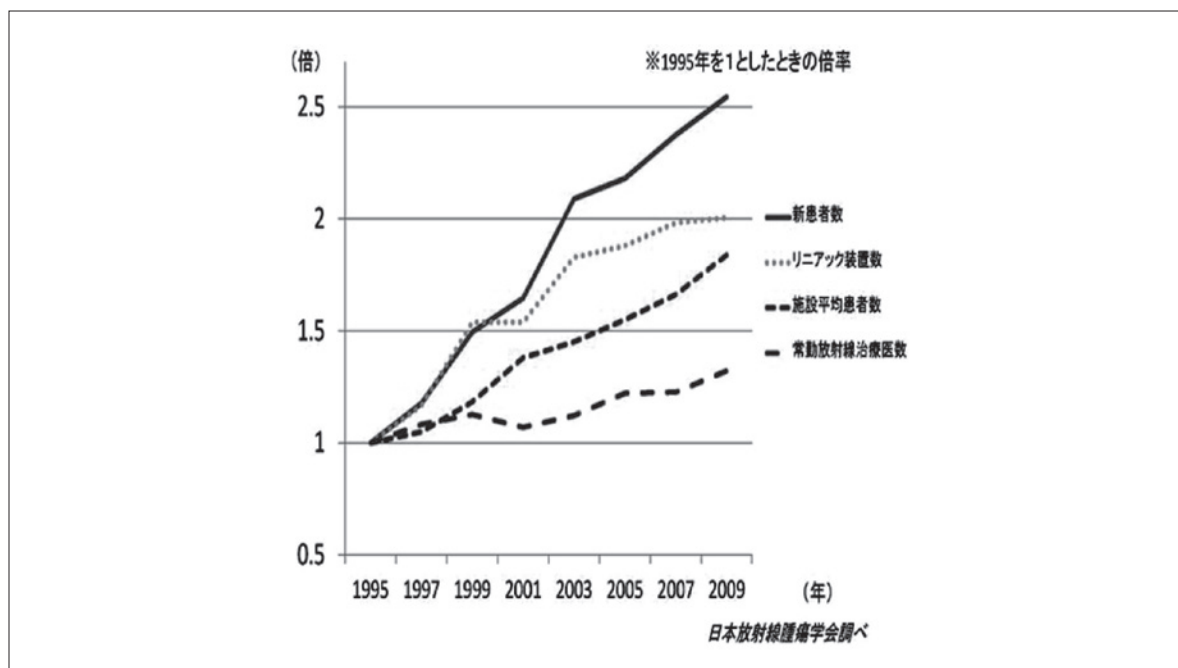


図1 放射線治療新患者数・医師数等の年次推移

が、人口減少に歯止めがかからない国に右肩上がりの経済成長は望めない。経済活動のグローバル化により国家資本主義的要素が強まっている昨今、TPP参加は医療領域にも大きな影響を及ぼす。皆保険制度・現物給付・フリーアクセスといった日本の良い医療保険制度の崩壊が危惧されている。TPPへの参加により医療場面では以下の方向性への変化が予測される。まず、家庭医経由での専門施設への受診となり、フリーアクセスが制限されたりする。また、国民皆保険の消滅と混合診療の解禁による公的医療保険の給付範囲の縮小、自由診療の拡大、民間保険会社への加入促進、株式会社の医療への参入、薬価の高騰、知的財産権侵害名目の裁判の多発などである。まさに「金の切れ目が、命の切れ目」的な医療となる。

今後の医療行為や医薬品の評価は、効果費用分析や費用有用性分析という視点を加味して考える必要がある。このためには国民が人生80年の死生観や価値観を創生し共有することにより、進歩した科学や医学の御利益を最小の格差で享受できるような社会正義や公平性を担保する行政的な配慮が課題となる。だが、現実

逆行しているのである。学問としての医学行政学が必要な時代となってきたが、その根底になければならないのは、個々人の死生観や価値観である。医師と患者の関係にしても『説明と同意（インフォームド・コンセント）』から『説明と選択（インフォームド・チョイス）』の関係が求められる。医療情報を熟知して最後は患者自らが治療法を選択する姿勢が求められるのである。

福島原発事故後の国や企業の出鱈目な対応を見れば、この国は国民の生命や人権などよりも目先の経済的利益を優先させる国であることを自覚し、自分の健康は自分で守り、生き様・死に様は自分で決めることが必要なのである。こうした実は深刻な話を漫談風に話す話術を多少なりとも身に付けることができたのも「市民のためのがん治療の会」のお蔭である。

そして「市民のためのがん治療の会」甲信越支部長の堀川 豊様から閉会のご挨拶を頂き、盛会に講演会を終えることができた。関係各位に感謝いたします。

平成25年第1回「市民のためのがん治療の会」講演会要旨(2)



山梨地域における世界最高レベルの放射線治療

—最新鋭放射線治療装置によるあらゆる先端高精度放射線治療の実施—

山梨大学放射線科 大西 洋

神奈川県小田原市出身。1988年千葉大学医学部卒業後、山梨医科大学、成田赤十字病院、MD Anderson Cancer Center 等で修行後、2004年山梨大学医学部放射線科助教授、2007年より同大学准教授。専門は放射線腫瘍学。体幹部定位放射線照射においては世界的権威。山梨大学で開始されたトモセラピー治療、春日居サイバーナイフリハビリ病院のサイバーナイフ治療、相澤病院の陽子線治療の監修も行う。日本放射線腫瘍学会の理事等の要務を担いながら患者さん思いのがん医療を実践している。

全国版の本誌を利用して山梨のローカルな話題を述べさせていただくのは大変強縮ですが、内容はワールドクラスな話ですのでお許しください。山梨地域周辺（あえて山梨県としていないのは、関連施設があります松本市を含むからです）の現在の放射線治療は、いずれも最新型の汎用リニアック、トモセラピー、画像誘導密封小線源治療システム、サイバーナイフ、陽子線治療装置から成り立っており、いずれも山梨大学放射線科で治療の運営に当たっています。単一施設管理下では世界的にみても世界最高峰の総合的な放射線治療を提供することが可能です。実は、山梨県は15年前には旧型のリニアックが2台しか設置されておらず全国でも最低の放射線治療環境でありました。日本最低レベルから世界最高峰に短期間で登り詰めた背景には、山梨大学や山梨県政の放射線治療に取り組む施策と配慮や、民間施設の先端放射線治療に対する積極的な投資姿勢のおかげであり、関係各方面に深く感謝するものです。

放射線治療は「切らずに治す」身体に優しい治療法です。最近の機械工学のめざましい進歩により放射線を病巣部だけに精密に集中させることが可能になり、以前よりずっと安全確実に根治させることが可能になりました。現在日本ではおよそ二人に一人ががんに罹り、そのうちの二人に一人が放射線治療を受けることになると考えられていますので、全国民の四人に一人が放射線治療を受ける計算になります。全国調査によると、山梨では全国平均を大きく上回る放射線治療施行率が示されています。

そんな中、平成24年10月15日、山梨大学医学部付属病院に新放射線治療センターが開設され、最新鋭放射線治療装置による先端高精度放射線治療が開始されました。これに先だって平成24年4月には、春日居リハビリテーション病

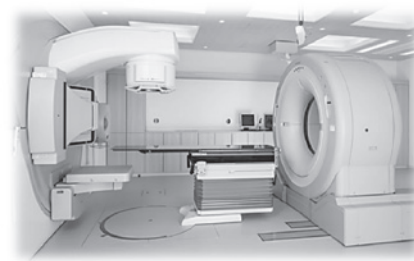
院に従来の頭部病変に加えて体幹部病変にも治療が可能な最新型サイバーナイフ装置が導入されました。また平成25年末からは松本市の相澤病院にて陽子線治療が開始されます。

それぞれの先端装置について概説いたします。

①CT一体型最新リニアック装置

(山梨大学医学部付属病院)

最新型汎用型リニアック装置(エレクタ社製、シナジー)に診断用CTを世界で初めて一体化させたシステム型装置で、全ての放射線治療(定位放射線治療や術中照射も可能)に対応できます。コンピュータ制御の160枚の微小ブロック、コンビームCT撮影装置、6軸可動式ベッドを備えており、診断用高速CT一体型としては世界初の装置です。また山梨大学で開発された呼吸性移動対応装置「アプチェス」を併用することにより肺癌や肝臓癌への精密な照射が可能です。



②トモセラピー (山梨大学医学部付属病院)

従来のリニアック装置に比べてX線を発生させる加速管が小さく、高速で回転させることが可能です。極細の64枚のスリット状のブロックがコンピュータと連動して開閉され、強度変調放射線治療という複雑な腫瘍の形状にぴったり合わせた線量分布を作製することができ、周囲の正常臓器を避けながら腫瘍だけに放射線を集

中させることが可能です。前立腺癌・頭頸部癌・脳腫瘍などに威力を発揮します。



③血管撮影CT装置一体型の小線源治療装置

小型のコバルト60を使用した高性能の後充填式小線源照射装置に世界で初めて血管撮影CT装置を装備した小線源（ガンマ線）治療装置です。子宮頸癌、前立腺癌や頭頸部癌の小線源治療をCTで画像誘導下に精密な治療が可能です。



④サイバーナイフ

（春日居サイバーナイフ・リハビリテーション病院）

工作機械として用いられる高精度アームを用いて、従来より小型化された加速管を操作し、150-200方向から細い放射線ビームをピンポイントで集中照射できるロボット型照射装置です。呼吸による移動を伴い肺癌に対して、ミサイル誘導システムを応用した追尾技術も可能です。放射線に弱い正常臓器のそばにあるような腫瘍の場合には最も効果を発揮します。



⑤陽子線治療装置（相澤病院）

①～④の照射装置はX線やガンマ線といった、身体の奥まで達して突き抜けていく性質の放射線を用いていますが、陽子線はある深さで

大きなエネルギーを発生して止まり（ブラッグピークと名付けられています）、その奥には達しない特殊な性質を持っているので、腫瘍の裏側の臓器は被曝せず、X線より線量集中性の高い線量分布を得ることが可能です。またX線には効きにくいタイプの腫瘍にも効果が期待されています。陽子線治療装置を設置するには、従来はサッカーグラウンドくらいの土地が必要でしたが、相澤病院に導入される装置は駐車場の一角に設置可能なほど世界最小コンパクト設計で、呼吸性移動腫瘍にも対応でき、多方向からピンポイントの照射が可能な最新型の陽子線治療装置です。



私たちは、これらの最先端照射装置を用いて患者さんごとに最も適した身体に優しい放射線治療を提供していきたいと考えています。一施設の判断でどの装置も扱えることはそれぞれの装置所有施設を渡り歩く必要はなく、患者さん個々に最適な照射装置を効率的に選択することが可能です。これからますます高齢化が進む中で、低侵襲な放射線治療の重要性は益々大きくなると考えられます。また、高精度な治療が可能な最新照射装置だけあれば最適な治療を提供できるわけではありません。私たちは、これまでの長い放射線治療経験を活かしながら、患者さんのお話をじっくり伺い、個々の病態や希望に合わせた治療法を患者さんと相談して決めていきます。最も大切なのは、患者さん個々の気持ちや考え方に高精度な治療戦略を立てることであり、医師との十分な会話なしでは成り立たないと考えております。「治す」ことだけが最適な選択とは限らない場合もあります。医師と患者さんとの十分なコミュニケーションこそが、世界最高レベルの照射装置を活かすキーワードです。そのためにも、「がんという人間の宿命」に立ち向かう心構えを普段から考えておく必要があると考えています。

いずれの治療を希望する場合でも、県内外を問わずご相談をお寄せください。

特別寄稿



胃がん検診で推奨されるのは「バリウム検査だけ」という不思議

武蔵浦和メディカルセンターただともひろ胃腸科肛門科院長 多田 智裕

全国最大級のメディカルモール 武蔵浦和メディカルセンター（埼玉県さいたま市）内の胃腸科肛門科専門クリニック、ただともひろ胃腸科肛門科院長。東京大学医学部卒業。東京大学大腸肛門外科、東葛辻仲病院の勤務医を経て、2006年にただともひろ胃腸科肛門科を開業。医療技術の高さとホスピタリティーが評判となり、県外からも患者が訪れる人気クリニックである。
2012年4月より東京大学医学部客員講師も兼務。

市民のためのがん治療の会には人間ドックを含む検診で問題ないと言われていたのに検査後まもなくがんが発見された無念の気持ちが寄せられることがある。なんでも100%ということはないので、ある程度はやむを得ないこともあるかもしれないが、ご本人やご家族にとっては何とも割り切れない気持ちであろう。

検査結果の解析は読影をはじめ、医師等の医療側の力量の差はいかんともしがたいと思うが、その前に検査方法の問題がある。胸のX線間接撮影はそもそも結核予防法に基いて行われているが、肺がん検診にも利用される。胸のX線間接撮影の効果について問題になったこともあったが、うやむやになっていまだに行われているようだ。肺がんについてはヘリカルCTによる検査を主張しておられる方もある。

今回の胃がんもそうだ。例のバリウムでは影として腫瘍が把握されるだけで、粘膜に薄く広がるタイプのものは見落とされるのではないか。内視鏡で直接診る方がはっきり分かるに決まっている。

ついでに食道も診られる。

また、当会では肺がん検診についても、昨年3月に、放射線医学総合研究所名誉研究員の飯沼武先生に『CT肺癌検診と炭素線一回照射による治療』と題して、低線量CTによる検診についてご寄稿いただいた。http://www.com-info.org/ima/ima_20120314_iinuma.html

結局多田先生もおっしゃる通り、議論は患者＝消費者不在で、下衆の勘繰りと言われればそれまでだが、胸のX線間接撮影も、バリウムによる胃がん検診も、変更になれば検診車をはじめとする検査事業者並びに事業者団体の体制にとって大問題になるので今回の厚労省研究班の見解も現状維持ということになり、今まで通りとなったのではないかなどと、つい考えてしまう。

常に物事は、何のためにやっているのか、そのために一番いい方法は何か、を考えるべきだろう。

因みに、胃カメラは良いとしても、バリウム検査より費用が、というご意見もあろう、熱心な読者はご存じであろうが、既に多田先生には本年2月に、『さいたま市民はなぜ内視鏡検査を1,000円で受けられるのか』http://www.com-info.org/ima/ima_20130206_tada.htmlと題してご寄稿いただいておりますので、改めてご覧ください。

なお、このコラムはグローバルメディア日本ビジネスプレス(JBpress)<http://jbpress.ismedia.jp/> 2013.09.03(火)に掲載されたものをご厚意で転載させていただいたものです。

いつもながらの多田先生のご厚意に感謝いたします。

(會田昭一郎)

8年ぶりとなる「胃がん検診ガイドライン」の改訂を前にして、日本消化器がん検診学会が9月30日まで意見募集を行っています。

今回のガイドライン案の結論は、「胃がん検診として推奨できるのは胃のX線検査（バリウム検査）のみであり、他の胃内視鏡検診、ヘリコバクター・ピロリ検査などは胃がん検診として推奨しない」ということです。胃がんは現在でも日本人の癌罹患率トップであり、その対策は国民的課題と言ってもよいでしょう。その予防対策として、胃がんの一番の原因とされているヘリコバクター・ピロリ菌の検査を推奨しないというのです。おまけに、胃がんの発見率が内視鏡より遥かに劣るX線検査を推奨するという決定がなされました。

言い換えれば、「胃がんの死亡率を減らしたければ、胃内視鏡よりも精度の低い胃のバリウム検査を受けることを推奨します」という決定です。胃がん検診を受ける方々はもちろん「がんを早く見つけたい」と願っています。しかし、その思いが聞き入れられているとはとても思えないガイドラインだと言うしかありません。この決定は、医療の本来の目標であるはずの“みんなが健康で長く暮らせること”が見失われているという、医療にまつわる根深い問題を示す象徴的な出来事ではないかと思えます。

最重要項目は「根拠が十分あるかどうか」

現場の医師の感覚として、白黒の胃のバリウム検査よりもカラーの内視鏡の方が胃がん発見率が高いのは間違いないでしょう。しかし、ガイドライン判定の場では、いくら「さいたま市では胃内視鏡検診を導入することで、今までのバリウム検査では早期がんは20%しか見つからなかったのに、内視鏡検診では早期がんの段階で見つかる方が80%になった」と主張しても、「胃内視鏡検診の方ががんを早期に発見できる

ことを示唆する報告はあるが、根拠（エビデンス）不十分」とされてしまいます。まず、バリウム検査と胃内視鏡検査を患者に自由選択で選ばせている時点で、“対象の選び方に問題あり”とされてしまいます。さらには、胃内視鏡検査はまだ開始してから数年しか経過していないため「観察期間が短い」という問題があるから「根拠として不十分」となってしまうのです。

完全な研究データを揃えるためには、“胃のバリウム検査を受ける人たち”と“胃内視鏡検査を受ける人たち”を振り分け、長期的にその状態のまま観察しなければなりません。そのような研究を行うことは現実問題として不可能です。ガイドライン委員会の最重要事項は、「十分な期間と数多くの症例数が揃っていて文句のつけようのない証拠となっているかどうか」です。そのような観点から判断すれば、まだ始まって間もない胃内視鏡検診が「胃がん検診に有効性あり」と決定されることはあり得ないのです。

一致しない各プレイヤーの最重要目標

「胃内視鏡検査は根拠が十分にまだ揃っていないので、胃がん検診のガイドラインとしては推奨できない」というガイドライン委員会の主張は、理屈としては分かります。

しかし、それはあくまで、「証拠が十分にあること」を最優先事項として判定するガイドライン決定の場においては、という条件付きでの話です。胃がん検診時に何を最重要視するかは立場によって様々です。例えば、胃がん検診として「ペプシノゲン検査」（血液検査で胃炎の強さを判定する検査、胃内視鏡検査よりもコストは5分の1程度で済む）を行うことも、胃がん検診のコストを下げることを最重要目標とする保険者側の立場からすると十分に正しいと思えます。

一方で、医療現場（開業医を中心とする医師会）が「胃内視鏡検査を全員に行うことが最も有効な胃がん検診である」と主張するのも、胃がんの早期発見率を高めるということを最重要目標とするのであれば一番の王道のはずです。このように、「十分なエビデンス（根拠）」を目標とするか、「コストパフォーマンス」を目標とするか、「胃がんの発見率（胃がん検診の精密さ）」を目標とするか、医療を行う立場によって最重要目標が異なります。同じ医療業界の中で別々の目標を目指しているのが医療現場ではよく起こる問題なのです。

みんなの究極の目標は同じはず

これに対する打開策は1つしかないと思います。つまり、検診や医療の究極の目標は「みんなが健康に長生きできること」のはずです。それに異論を唱える人はいないでしょう。その目標に向かって、各自の方向性を修正すればよいのです。「みんなが健康で長生きできること」という究極の目標の前では、「証拠が現段階で不十分である」ことにはこだわってはいられないはずです。また、「コストが高いから安い検査を」ではなく、「最良の検査をコストを下げて提供する方策」をギリギリまで模索すべきです。医師側も「万全」ばかりにこだわるのではなく、技量と診断技術の向上によるコスト削減に努力すべきでしょう。

胃がん検診のコストパフォーマンスと質の向上に関しては、次のような“さいたま市方式”が1つの答えになり得るのではないかと思います。市民全員に胃内視鏡検査を提供して内視鏡画像を全て回収し、専門医によるダブルチェックを行います。一方でコスト上昇を抑えるために、「胃底腺ポリープ（胃の良性ポリープ）や十二指腸潰瘍（ガンになることはない）の病理

組織検査は行わない」などの内部規則を徹底する、というものです。ガイドライン委員会も「根拠が不十分である」点を強調するのではなく、根拠が揃うまでの時間により失われる国民の健康を考慮した上で最終声明を出すべきではないでしょうか。

<掲載にあたっての追記>

連載記事内では書ききれませんでした。ヘリコクターピロリ陰性の方の胃がん発症確率は0.02%です。ということは、ヘリコクターピロリ菌がいない方は胃がん検診を受けても99.98%（！）は異常なしとなり、検診自体の意味がほとんど無い事を意味します。これほど低い確率（5,000件やって1件胃がんが見つかるということは、当院のように全国的にトップクラスの胃内視鏡検査件数を行う施設においても1年で胃がんが1人見つかるかどうかという計算になります）のために検診を施行する事は、いうなれば「白血病が心配だから血液検査を毎年受けないとダメです」、「甲状腺がんの危険があるので甲状腺の検査を毎年しましょう」というのと同じ事です。

日本における胃がんの発症率は今は多いとはいえ減少傾向です。今年2月にヘリコクターピロリ除菌が保険適応になった事もあり、日本におけるヘリコクターピロリ菌感染者は数年のうちに激減する事でしょう。胃がんも、食道静脈瘤・C型肝炎などのように、ほぼ撲滅されてしまう病気となる運命なのかもしれません……

10年経過すれば“バリウムや内視鏡のどちらか”という議論ではなく、胃がん検診そのものが“不要”となってしまう可能性もあるのです。それくらい、医療の進歩が速い中、ガイドライン委員会の決定はエビデンス（証拠）重視で慎重のあまり遅すぎると改めて思います。

特別寄稿

国民性から解く保険外併用療養費制度

混合診療裁判原告がん患者 清郷 伸人



昭和22年熊谷市生まれ。幼少期より東京都江戸川区、小田原市、松江市、江津市郊外、秋田市、岡山市、高知市、京都市で過ごす。卒業後、自動車セールスマン、事務器メーカー、出版社を経て化学工業事業者団体を平成24年退職。平成12年腎臓がんになり、摘出手術、翌年頭部蝶形骨と頸骨に転移し、混合診療で治療後現在は経過観察中。平成13年『がんからの贈りもの』を自費出版、平成17年治療中に混合診療問題に遭遇、翌年『違憲の医療制度』を出版。同時に治療を受けていた保険外の免疫治療と保険治療の併用を求めて東京地裁に国を提訴。平成19年一審で勝訴するも、21年の控訴審、23年の上告審で敗訴。24年『患者本位の医療制度を求めて』を出版。趣味は読書、ゴルフ、日本酒。

清郷伸人さんは、腎がんの治療にあたって、保険診療であるインターフェロン療法と保険外診療である活性化自己リンパ球移入療法（LAK療法）を受けていたが、「保険外診療」である活性化自己リンパ球移入療法（LAK療法）を受けると、原則としてすべての診療が自己負担になるのは不当だと訴えていたものだ。1審は、「すべての費用を患者負担にするのは誤りだ」として、国の政策を違法とする初めての判断を示したが、2審は訴えを退けた。平成23年10月25日の判決で、最高裁判所第3小法廷の大谷剛彦裁判長は、「混合診療を原則として禁止しているのは、医療の安全性を確保し、患者に金銭的な負担をかけないためで、認めないことには合理性がある」と指摘し、清郷さんの上告を退け、これによって、国の政策は妥当とした2審の判決が確定した。混合診療を巡っては、規制緩和の一環で7年前に解禁することも検討されたが、保険が適用される診療が増えただけで、解禁は見送られた。

そこで今回はまず清郷さんの闘病の経緯をお示しいただいたのちに、今回の最高裁の決定を中心にお考えを示していただいた。

何度もレポートしている通り、医療関係者の懸命の努力にもかかわらず、日本では標準療法ではがん患者の半数しか救えていない。患者が第4の治療法を求め、選択することは憲法13条の幸福追求権で保障されているはずだ。どんな治療法でも許可しろとは言わない。FDAもガイドラインを示しているように、私はCompassionate Use、すなわち治験薬の人的使用まで公権力が実質的に禁止することは許されないと思う。この扉を閉ざしているのは、実はわれわれ自身かもしれない。

なお、本原稿は、露書房「がんの先進医療」7月号に掲載の原稿を大幅に追加したもので、MRIC by 医療ガバナンス学会発行「医療ガバナンスNEWS2013年8月1日」に掲載されたものをご厚意で転載させていただいたものです。（會田昭一郎）

現在までの病気の経過

【2000年】

- 11月29日 超音波検査を行った検診機関より左腎臓に影があるからすぐ精密検査をするように職場に電話が入る。
- 30日 友人と相談し、がんセンターに連絡、泌尿器科医師の診察を受ける。超音波画像で腎腫瘍が疑われ、CT、MRI検査を予約する。
- 12月13日 医師が5センチの腎臓がんと診断、告知する。
- 22日 骨シンチグラフィ検査で再検査され、頭と頸の骨2カ所に所見を指摘される。
- 25日 医師は骨の所見は良性の可能性高いと診断し、念のためMRIを予約する。

【2001年】

- 1月15日 入院する。
- 17日 手術前の説明で、検査の結果、骨の所見はがんではない。

- 19日 左腎臓摘出手術。
- 31日 がん組織病理説明で、悪性度（G）は2、分類（T）は1（7センチ以下）、浸潤はなかった。
- 2月1日 インターフェロン自己注射開始。約1年間の予定。
- 8日 退院。
- 5月30日 定期検査のMRIで頭と頸の骨に所見、すぐCTも撮影する。
- 6月1日 医師から腎臓がんの骨転移と診断、告知される。

〈告知内容〉転移は頭部蝶形骨とC7頸椎の2カ所。危険なため手術は不可。放射線や自己免疫療法はできるが救命率は20%くらい。抗がん剤は効かない。余命は今読めない。がんが頭や頸を通る神経を圧迫するとしびれ、麻痺などが始まる。

- 6月 米国のMDアンダーソンがんセンターとメモリアル・スローン・ケタリング

- がんセンターに画像フィルムと診断書を送り、セカンドオピニオンを行う。2カ所とも画像ではがんと確認できないが、治療は米国と変わらないという意見だった。
- 7月13日 リニアック放射線治療開始。17回照射する。
- 9月以降 インターフェロン療法と活性化自己リンパ球療法（LAK）開始。LAK療法は2週間に1回通院で点滴を行う。さらに検査は頭頸部と胸腹部のCTをそれぞれ半年に1回、骨シンチグラフィを年1回行う。
- 【2005年】**
- 10月6日 がんセンターでLAK治療の中止を告げられる。
- 以降 インターフェロン療法と検査に月1度～3ヶ月に1度通院。
- 2008年 インターフェロン療法も中止して、検査のみに通院。

1. 混合診療問題が徘徊する

いま混合診療という妖怪が日本国内を徘徊している。それは長い間日本には無いものとされてきた。医療を統制する行政からは観念すらできないとされ、医療者の団体である医師会からも世の中に出てきてはならないタブーとされてきた。当然メディアにも患者会にも識者等にも医療問題として意識されることはなかった。しかし小泉政権によって混合診療解禁が閣議決定され、2006年厚労大臣と規制改革大臣の混合診療に係る合意書が結ばれ、医療制度改革が行われたとき、タブーだったパンドラの箱はついに開けられたのである。しかしその後、歴代政権の規制改革のたびに混合診療問題は浮上することになる。なぜか。それは何度改革の俎上に上ってもこの問題が進展せず、堂々巡りを繰り返しているからである。官僚は改革をサボタージュし、医師会は反対の大合唱、メディアも患者会もそれに唱和した。さらに筆者の混合診療を求める訴訟は敗訴となり、司法からも退けられた。それにもかかわらず安部内閣によって再びこの問題が浮上している。

何度つぶされても不死鳥のように蘇ってくる。何故なのだろう。それは混合診療が死に直面するような重病や難病の患者にとって最後の希望の灯だからである。日本で認められた保険診療の効果もなく、日本の医療から見棄てられた患者が、日本では使えないが海外の先進国では認められた治療があると知ったとき、藁にもすがる思いで受けたいと思うのは当然である。もう一つ理由がある。政権がこの問題に向き合

わざるを得ない理由は多分こちらである。40年後の世界を予測した『2052年』の著者ヨルゲン・ランダースが指摘しているように、国家の破綻を招くほどの世代間格差は国民全員が犠牲を分かち合って解決しなければならないが、少子高齢化が加速する今後の日本に迫る膨大な医療費を真摯に考えれば、混合診療という自発的な私費負担は国家として避けて通れない問題だからである。

2. 保険外併用療養費制度の本質

政府公認の混合診療といえるこの制度は、それまで特定療養費制度とっていたものを2006年の医療制度改革で衣替えしたものである。制度の建前は、特定の保険外診療だけには保険診療との併用（混合診療）を認めるというものである。そしてその本音は、当局が特定したものの以外の一切の保険外診療（先端的・先進的自由診療、新薬等）には保険診療との併用を禁じることである。保険外診療を封じ込める当局の執念がいかにか強いものか、これに違反した場合の罰則が尋常ではない。医師や病院は最大5年間の保険資格停止を受け、患者はその疾病で給付された保険分全額（通常医療費の7割）を返還しなければならない。自由診療そのものは禁止されていないし、町中のどこでも受けられる。しかし保険診療を受けていたら、どんな病状に陥っても絶対それは受けてはならないのである。

小泉規制改革が混合診療問題の解決を両大臣の合意書において保険外併用療養費制度に求めて以来、歴代政権は混合診療については解禁ではなくその制度の充実によって規制改革を実現しようとしてきた。しかし、この問題が改革の俎上に何度も上ることが示すように制度の充実が遅々として進まなかった。そして、それはこの制度の本質がもたらす宿命なのである。この制度は、患者の求める先進医療を受けやすくし、政権の命ずる規制緩和を実行しているという行政のアリバイ作りを本質としている。混合診療への要望の受け皿として当局の努力を示すための道具である。（実際、筆者の訴訟の最高裁判決は、この制度があるから混合診療の解禁を求めることは的外れというものであった。）アリバイなら形だけあればよく中味は重要ではない。政権は政策を示し、内閣は閣議決定するが、政策は多岐にわたり多数控えているため、あとは官僚に任される。さらに政治家には任期もあり、選挙もある。一方、官僚は終身雇用で専門分野に特化し、基本的に前例主義である。その結果、この制度の7年間で認められた保険外併用療養（評価療養としての先進医療）は100件余りに過ぎない。

保険外併用療養費制度が行政当局にとって本質的に不本意なものであるもう一つの理由は、筆者の訴訟で最高裁の寺田判事が判決の意見書において指摘しているように、医療の平等性は行政当局の伝統的な不拔の信念ということである。国民皆保険によって国民の医療に責任を負い、保険診療を監督しなければならない当局にとって、保険外診療は聖域を侵食する存在であろう。

3. 国民性による安全性・有効性の罍

先進的医療や先端的医療が保険外併用療養（評価療養）に組み入れられるには、専門家会議や審議会で保険診療ほどではないにしろ安全性や有効性が認められなければならない。しかしその場で新しい医療にお墨付きを与える専門家や委員は、ある理由から慎重にならざるを得ない。当然、評価療養の承認は遅れ、または見送られる。その理由とは、承認した評価療養で万一の事故が起こった場合の責任が厳しいことである。まず日本では一斉に世論の批判にさらされる。メディアも大衆も犯人探しが得意であり、必ずスケープゴートを探し出す。これが安全性・有効性の罍である。だから当局は先進的・先端的医療も新薬もなるべく評価療養にせず自由診療のままにしておく方が、責任は負わずにすむのである。

その一方で日本人は自己判断や自己責任を回避し、公の権威によるお墨付きを欲しがらる。それだけではなくこのお上頼みの国民性は、命の瀬戸際の患者が自己責任で選んだ治療に対しては無慈悲である。重篤な患者は保障された安全性より一縷の有効性に賭けるほかない。保険承認された抗がん剤でさえ死亡を含む副作用の塊である。患者を助けたい医師は治る可能性のある未承認の治療や薬を使おうとするが、日本ではこの選択は厳しい罰を伴うため実施が難しい。しかし多くの国民はこの仕組みを支持しているのである。

このような国民性を背景に当局は、国民皆保険で負っている国民の生命と健康への責任と医療の安全性・有効性に仕掛けられた罍という二律背反のはざままで保険外併用療養という難物を扱いかねているといえる。他方で政府においては規制改革としての混合診療問題は、遅々として進まない保険外併用療養費制度に矮小化されて論じられている。今まで述べたようにこの制度はその本質から停滞的であり、既得権益層にメスを入れイノベーションを起こす規制改革になじまない。当然、保険財政の建て直しにも寄与しない。

4. 国民性の中にある危険

最近、遺伝子検査による予防医療が話題になっている。「治療から予防へ」と医療費の効率性を向上させるために、その高額な費用に保険を適用すべきという議論がある。しかし、現状の負担のまま公的保険で何でも賄うというのは夢物語ではないだろうか。むしろ、このような予防医療こそ民間保険の出番である。民間保険には予防によって医療保険金支出を抑えたいという強いインセンティブがある。すべての国民が予防医療の恩恵に浴さないでも、可能な人だけでも受けたいという発想は日本人には相容れないのだろうか。

日本にはiPS細胞研究のような優れた医学研究があり、医療にも世界に冠たる技術がある。戦後の日本をここまで育て上げたのは、他の産業も含めた無名の優れた技術者たちである。しかし、お上依存と付和雷同の国民性の中で、それは羊の優秀と従順に化してしまう。この優れた能力を持ちながらきわめて御しやすい国民性は、固執的な官僚と愚昧な政治家を生み、次第に日本が世界から取り残される危険を招いている。それは真面目な兵と優秀な士官を持ちながら、愚昧な将校と指導者のために無残な敗戦となった歴史を想起させる。トーマス・マンは、国民はその国民性にふさわしい政治家しか持つことはできないと述べている。

混合診療規制の本質は、国家権力による国民の権利の侵犯である。憲法13条には、公共の福祉に反しない限り、個人の自由の権利は最大限尊重されるとある。自由診療は存在する。それを受けることは自由である。しかし、保険診療を併用すると瞬時に受療の権利は剥奪される。混合診療は、それほど公共の福祉に反するものなのか。規制はさらに、保険外でも効果の期待できる医療を受けて治療を目指す生存権、国民皆保険の被保険者として保険受給を剥奪されない平等権、永年義務として支払った保険料の対価としての財産権といった憲法で保障された基本的人権を侵すものである。

ただ権力がそのような本能を持つということは世界中の国民の共通認識である。そしてこの理不尽に対する抗議を言論や行動で示すことは民主主義の根幹であり、今トルコやブラジル、エジプトで起こっていることはその意味で健全なのである。戦中のジャーナリスト清沢淵によって「元来が、批判なしに信ずる習癖をつけてこられた日本人」（『暗黒日記』1945年4月17日）といわれ、メディアも学界も職能団体も地域も総じて国民が権力に厳しく反抗することのなかった近代日本人の国民性は変わらないのだろうか。

「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

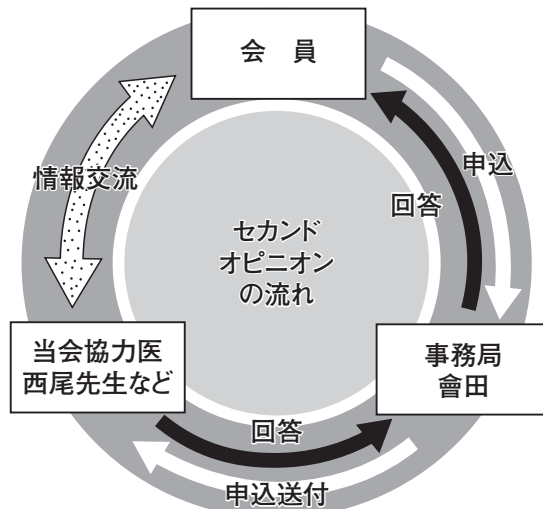
臓器別・器官別の専門医とは異なり、全身のがんを横断的に診ている放射線治療医によるセカンドオピニオンは、患者にとって有益な情報です。放射線治療に関する情報がきわめて不足しているため、患者にとっては急速に進歩している放射線治療に関する最新の情報を得られる意味でもメリットがあります。セカンドオピニオンをご希望の方には、がんの状態やお住まいの地域などを考えて全国の放射線治療の有志の先生方が、適切なアドバイスをいたします。これらの先生方は日本医学放射線学会専門医及び日本放射線腫瘍学会認定医の両方の資格を有するがんの専門医です。

●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 (顧問、北海道がんセンター名誉院長)
- 沖本 智昭 (代表協力医 北海道がんセンター放射線診療部長)
- 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】
- 高松 岡 播磨 義国 浜下 洋司 柏木 雅人
- 【甲信越支部】
- 堀川 豊 (支部長) 殿村 一夫 (副支部長) 小椋理恵子 (事務局長)
- 【ご支援】
- 田辺 英二 (株エーイーティー代表取締役社長) (HP運用支援)
- 細田 敏和 (株千代田テクノル会長) (ニュースレター制作支援)

創立委員

- | | | | |
|-------|------------------------|---------|-------------------------------|
| 會田昭一郎 | 市民のためのがん治療の会代表 | 西尾 正道 | 独立行政法人国立病院機構
北海道がんセンター名誉院長 |
| 上總 中童 | 株式会社アキュセラ 顧問 | 山下 孝 | 癌研究会附属病院顧問
(前副院長) |
| 菊岡 哲雄 | 凸版印刷株式会社 | * 中村 純男 | 株式会社山愛特別顧問
* 故人 |
| 田辺 英二 | 株式会社エーイーティー
代表取締役社長 | | |

(五十音順)

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

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。
(2013.10)

推薦書籍・DVDのご案内

書 籍 名	著 者	発行日	出 版 元	当会頒価
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 (会員持価¥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 (会員持価¥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	2010/04	制作 東京慈恵会医科大学	¥1,000

入会案内、会についてのお問い合わせなどの場合は、e-mail が便利です。FAX、郵便の場合は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 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