第11回
がん患者大集会報告書

いのちに希望を－part2
がん対策基本法改正に向けて

of the patients ,by the patients, for the patients
変えよう日本のがん医療、手をつなごう患者と家族たち

第 11 回がん患者大集会　アピール文

要望書　厚生労働省へ

1. がん対策基本法の改正及び次期がん対策推進基本計画において、できるだけがん患者の声を反映していただきますようお願い致します。今年2015年6月29日付けの NPO 法人がん患者団体支援機構の改正案についてご検討をお願いいたします。「届けよう！がん患者の声」に集まった意見を届けますので、その意見を汲んだ改正、計画を作成していただきますようお願いいたします。
2. がん患者が希望を持てる治療法、新薬、治療技術の研究・開発について国を挙げてさらに取り組んでもらいたいと希望します。
3. がん患者が不適切な情報に惑わされることなく、必要としている時に適切な情報が患者に届くよう施策を講じていただきますようお願いいたします。
4. がん患者、家族の生活支援及び就労支援をお願いします。

①がん拠点病院において、ハローワークの出張所を設置し、がん患者の就労問題に取り組んでもらいたい。
②ピアサポートの更なる理解及び拠点病院内の相談支援センターと患者会等の連携によるピアサポート活動の支援をお願いします。

要望書　日本医師会へ

1. がん患者が地域で安心してくらせるように、切れ目の無いがん医療のために、地域包括ケアの推進と病診連携の推進をお願いいたします。
2. 在宅での適切な緩和ケアの推進をお願いします。そのための教育システムの構築をお願いします。
3. 地域のがん患者会活動に理解と支援をお願いいたします。

がん患者・家族へ

1. がん患者・家族も適切な治療が受けられるよう、正しい知識を得て適切な判断ができるよう、勉強をしましょう。
2. がん相談支援センター、がんサロン、患者会等を利用し、孤立することなくがん患者として生活の質を維持しましょう。

平成 27 年 11 月 15 日

■目次

■ご挨拶　理事長　浜中　和子 3
■ご挨拶　塩崎恭久厚生労働大臣(代読　厚生労働省　がん・疾病対策課　課長佐々木健氏) 3
■ご挨拶　日本医師会会長　横倉義武氏(代読　常任理事　道永麻里氏) 3
■プロフィール 4
■講演②　鳶巣賢一先生(がん・感染症センター都立駒込病院　院長) 5
■講演③　佐々木健氏(厚生労働省　がん・疾病対策課　課長) 6
■講演①　吉野ゆりえ氏(希少がん「肉腫(サルコーマ)」患者) 7
■講演④　鈴木義行先生(福島県立医科大学　放射線腫瘍学講座　主任教授) 7
■講演⑤　玉田耕治先生(山口大学大学院　医学系研究科免疫学分野　教授) 8
■講演⑥　光嶋勲先生(東京大学大学院　医学系研究科　形成外科　教授) 9
■届けよう!がん患者の声(がん対策基本法改正に向けて)　山本ゆき(当機構理事長) 9
■第二部　シンポジウム 10
■閉会式ご挨拶　厚生労働省　がん・疾病対策課　課長佐々木健氏 15
■閉会式ご挨拶　日本医師会　常任理事　道永麻里氏 15
■閉会式　挨拶　副理事長・事務局長　山田陽子 15
■事前アンケート結果 16
■会場アンケート結果 17
■会場の感想　アンケートより抜粋 18
■会場風景(当日会場準備／大集会) 21
■第 11 回がん患者大集会収支報告 22
■主催・共催・後援・協賛・寄附・協力・制作協力 22

■当日プログラム

開催日時　2015 年 11 月 15 日(日)　開場:9 時 30 分　開始:10 時　終了:16 時
開催場所　東京医科歯科大学 M&D タワー　鈴木章夫講堂(東京都文京区湯島 1-5-45)
メインテーマ　「いのちに希望を－part2　がん対策基本法改正に向けて」

10:00－10:10	**開会式**あいさつ	浜中和子(NPO 法人がん患者団体支援機構　理事長) 厚生労働大臣（代読　厚生労働省　がん・疾病対策課　課長　佐々木健氏) 日本医師会会長　横倉義武氏(代読　常任理事　道永麻里氏)
10:10－10:50	**講演①**	**「キャンサーギフト～神様からの贈り物」** 吉野ゆりえ氏(希少がん「肉腫(サルコーマ)」患者)
10:50－11:20	**講演②**	**「私見―これからのがん医療の方向性」** 鳶巣賢一先生(がん・感染症センター都立駒込病院　院長)
11:20－11:40	**講演③**	**「がん対策の最近の動向」** 佐々木健氏(厚生労働省　がん・疾病対策課　課長)
11:40－12:00	**「届けよう！がん患者の声」(がん対策基本法改正に向けて)**　山本ゆき(当機構副理事長)	
12:00－13:00	昼休憩　12:50 より　**皆で踊ろう～「のの字の歌」乳がんリハビリ＆自己検診　体操！**	
13:00－13:30	**講演④**	**「切らずに治す～最新の放射線治療～」** 鈴木義行先生(福島県立医科大学　放射線腫瘍学講座　主任教授)
13:30－14:00	**講演⑤**	**「免疫治療がもたらすがん治療の未来」** 玉田耕治先生(山口大学大学院　医学系研究科免疫学分野　教授)
14:00－14:30	**講演⑥**	**「がん切除後の失われた機能と形の再建」** 光嶋勲先生(東京大学大学院　医学系研究科　形成外科　教授)
14:30－14:45	休憩	
14:45－15:45	**シンポジウム** **(コーディネーター:三宅智先生)**	**吉野ゆりえ氏　佐々木健氏　玉田耕治先生** **鈴木義行先生　光嶋勲先生**
15:45－16:00	閉会式　アピール文提出 あいさつ　佐々木健氏　(厚労省　がん・疾病対策課　課長) 道永麻里氏　(日本医師会　常任理事) 山田陽子　(NPO 法人がん患者団体支援機構　副理事長・事務局長)	

■ご挨拶　　理事長　浜中　和子

皆様こんにちは。本日は第 11 回がん患者大集会へようこそおいでくださいました。

「変えよう日本のがん医療、手をつなごう患者と家族たち」をスローガンに 2005 年第1回 がん患者大集会が開催され、今年で11年目を迎えました。これまで当会では「緩和ケア」「がん医療の地域格差問題」、「ピアサポートと就業問題」、「新薬と新しい治療、ドラッグラグ」「在宅緩和ケアの推進」等について討議し、厚生労働省にアピール文を届けてきました。その結果、第2期のがん対策推進基本計画にはこれらの項目がいずれも盛り込まれました。第 11 回目の今年は「いのちに希望を―part2 がん対策基本法改正に向けて」がテーマです。来年のがん対策基本法の改正に際して、がん患者一人ひとりが前向きに治療や自分の生き方、最期の迎え方に向き合うことができるように、また、がんになってもがん体験者が希望をもって生きていくことができる、そのためのがん対策となるようにと願っています。

本日はいのちに希望が持てるような、患者体験談、がん対策、最新のがん医療についてご講演いただき、講演、シンポジウムを通して、皆さんとこれらの問題を討議し一緒に考えていきたいと存じます。そして大会の最後に皆様からお寄せいただいた「届けよう！　がん患者の声」を厚生労働省と日本医師会にお届けしたいと思っています。実りある大集会になりますように、私たちスタッフ一同、頑張りたいと思いますので、皆様どうぞ宜しくお願い致します。

■ご挨拶　　塩崎恭久厚生労働大臣(代読　厚生労働省　がん・疾病対策課　課長佐々木健氏)

「第 11 回がん患者大集会」の開催に当たりご挨拶申し上げます。

今回で 11 年目となるこの集会が盛大に開催されますことについてお祝い申し上げるとともに、開催にご尽力された関係者の皆様に深く敬意を表します。

我が国においては、2人に1人ががんに罹り、3人に1人ががんで亡くなっております。がんは、昭和56年以降、死亡原因の第1位であり、患者の皆様ご自身の負担だけではなく、社会経済的にも大きな負担になっています。私自身も、議員時代には「がん対策基本法」や「がん登録等の推進に関する法律」の成立にも深く関わってきました。本日のテーマである「がん対策基本法の改正」については、この10年間の状況や今後を見据え、議員連盟での改正に向けた動きを踏まえ、厚生労働省としても対応していきたいと考えております。また、「がん登録等の推進に関する法律」 については、来年 1 月の施行に向け、円滑に実施できるよう、最終的な準備を進めています。このほか、更なるがん対策の充実のため、6月1日に開催した、がんサミットにおいて、年内を目途に「がん予防」「治療・研究」「がんとの共生」を柱とした「がん対策加速化プラン」を策定することにしました。現在、とりまとめに向けて、鋭意、議論を進めています。本日の集会では、がん患者、体験者、家族、医療・福祉関係者、さらにがん医療に関心のある方々が「いのちに希望をpart2 がん対策基本法改正に向けて」をテーマに、今後のがん対策について、議論が行われると伺っております。私達といたしましても、皆様の活動を心強く感じるとともに、皆様と協力して、国民の視点に立ったがん対策を進めていきたいと考えています。最後に、本日お集まりの皆様方のご健勝と、この集会が大きな成果を上げられますことをお祈り致しまして、ご挨拶とさせていただきます。

平成 27 年 11 月 15 日　厚生労働大臣　塩崎恭久（代読）

■ご挨拶　　日本医師会会長　横倉義武氏（代読　　常任理事　道永麻里氏）

第11回がん患者大集会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

わが国におけるがん対策につきましては、平成19年のがん対策基本法の施行とそれに基づき策定されたがん対策推進基本計画により、総合的かつ計画的に推進されてきましたことは、ご高承のとおりであります。平成24年6月には、小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題など、新たな課題に対応するべく第2期基本計画を策定し、がん患者を含む国民にとって安心かつ納得できる医療、社会的支援の実現に向けた施策が実施されております。また、近年、全国でがん登録の標準化が進んだことにより、都道府県別のがん罹患率、がん死亡率などの様々なデータが明らかになってきました。平成28年1月からは「がん登録等の推進に関する法律」が施行されますが、これによりさらなるがん医療の質の向上、また、国及び地域における科学的知見に基づいたがん対策やがん検診を含めた効果的な予防施策の実施につながるものと考えています。一方、基本計画に掲げられている平成19年度からの10年間の目標である「がんによる死亡者の減少」、具体的には「75歳未満の年齢調整死亡率の20％減少」について、本年6月に厚生労働省のがん対策推進協議会がとりまとめた基本計画の中間評価報告書では、減少傾向ではあるものの全体目標の達成は難しいとの統計予測が示されました。同報告書においては、がんによる死亡率の減少が目標に達しない原因として、喫煙率半減、がん検診受診率50％という当初の目標水準が達成されていないことが指摘されており、法制化を含めた国としての受動喫煙防止対策等の実行、また、国民へのがん検診の重要性に対する啓発活動など、より一層のがん対策の推進が必要であると考えております。

今年のテーマは「いのちに希望を－Part2 がん対策基本法改正に向けて」と伺っております。来年はがん対策基本法制定から 10 年となり、超党派議連では同法の改正についても議論されているところでございます。

改正の具体的な内容については、今後、検討されることと思いますが、がん罹患率や死亡率の減少はもちろんのこと、現にがんに罹っておられる患者や家族が安心して治療や生活を営むことができるものとなるよう、願うものであります。

日本医師会といたしましても、かかりつけ医が日頃から診ている患者に対してがん検診の受診勧奨を積極的に行うことを推進するとともに、現在、検討が行われている「がん対策加速化プラン」、さらには今後議論が開始される「次期がん対策推進基本計画」について、国民にとって真に実効性・有効性のあるがん対策の策定、推進につながるものとなるよう、関係省庁、関係団体と連携して積極的に取り組んで参る所存であります。結びに、本集会の開催にあたり、関係者各位に深く敬意を表し、本集会が有意義なものとなりますことを願いますとともに、本日ご参加の皆様方のご活躍を祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。

平成 27 年 11 月 15 日　日本医師会会長　横倉義武(代読)

■プロフィール

講演：

吉野ゆりえ（よしの　ゆりえ）　氏
（希少がん「肉腫（サルコーマ）」患者）

元ミス日本。元全日本ダンス選手権ファイナリスト。世界ダンス議会国際審査員。日本ブラインドダンス協会理事。ブラインドダンス講師。ウリナリ芸能人社交ダンス部特別講師。
東京大学医科学研究所研究員。星槎グループ特任講師。「いのちの授業」講師。フリーアナウンサー。
執筆家（『がんの先進医療』『かまくら春秋』『JBpress』等連載中）
テレビ・ラジオ・新聞・雑誌などのメディアやイベント・講演等でも活躍中。ブログ http://ameblo.jp/yurieyoshino

鳶巣賢一（とびす　けんいち）　先生
（がん・感染症センター都立駒込病院　院長）

1974 年京大経済学部卒。社会人を経験した後に 1982 年に同大学医学部卒業。その後、同附属病院泌尿器科、滋賀県立成人病センター、国立がんセンター病院で泌尿器科のがん臨床医を経験。1999 年より国立がんセンター中央病院総合病棟部長を経て、2003 年から静岡がんセンター病院長。さらに、2010 年に静岡がんセンター名誉院長、聖路加国際病院がん診療特別顧問となり、2014 年４月から、がん・感染症センター都立駒込病院長となる。泌尿器科がんの診断と治療を専門とする。

佐々木健（ささき　たけし）　氏
（厚生労働省　がん・疾病対策課長）

和歌山県立医科大学医学部卒業。
1993 年厚生省入省。
広島県福祉保健部健康対策課長、厚生労働省九州厚生局医事課長、
岡山県保健福祉部長、
厚生労働省新型インフルエンザ対策推進室長、
大臣官房総務課企画官（保険局併任）などを経て、
2015 年 10 月より現職。

鈴木義行（すずき　よしゆき）　先生
（福島県立医科大学
放射線腫瘍学講座　主任教授）

1995 年群馬大学医学部医学科卒業
2001 年群馬大学大学院　修了・博士（医学）
群馬大学医学部　放射線医学教室　助手
2003～2004 年米国マサチューセッツ総合病院／
ハーバード大リサーチ・フェロー
2006 年　群馬大学大学院　腫瘍放射線学　講師
2011 年　群馬大学大学院　腫瘍放射線学　准教授
2014 年　福島県立医科大学　放射線腫瘍学講座
主任教授（現職）

玉田耕治（たまだ　こうじ）　先生
（山口大学大学院　医学系研究科
免疫学分野　教授）

1992 年九州大学医学部卒業。
1994 年に九州大学大学院入学後（1998 年修了）、米国での 10 年以上にわたる研究期間も含めて、現在まで一貫してがんに対する免疫療法の研究・開発に取り組む。米国ではジョンズホプキンス大学医学部およびメリーランド州立大学医学部にて主任研究者として研究室を主宰。2011 年より山口大学医学部免疫学教授として着任。原著論文 100 報以上。研究内容は PD-L1 などの免疫チェックポイント分子の同定と機能解析、および CAR-T 細胞療法の技術開発など。日本がん免疫学会理事。

光嶋勲（こうしま　いさお）　先生
（東京大学大学院 医学系研究科　形成外科　教授）

1976 年鳥取大学医学部卒業、
東京女子医科大学一般外科（医療練士）
1977 年東京大学医学部形成外科（研修医）
1983 年筑波大学臨床医学系形成外科（講師）
1990 年　川崎医科大学形成外科（助教授）
1996 年　ハーバード大学留学
2000 年　岡山大学医学部形成再建外科（教授）
2004 年　東京大学形成外科・美容外科（教授）
2009-2010 年　国立シンガポール大学シニア・コンサルタント（教授）
2012 年-バルセロナ大客員教授
海外学会招聘手術（生中継）　1997 年～　18カ国 30 施設

司会：木蘭（ムーラン）　氏

（NPO 法人がん患者団体支援機構　理事）

その昔ビクターから歌手デビュー、DJ 番組も何本か担当。19 年前「鼻中隔がん」で丁度りんごの芯をくり抜くような大手術。
その為嗅覚は失くなり顔の真ん中はスッポリ空洞になりましたが、
がん患者さんとそのご家族を応援したいとチームリライフを作り、NetTV「Canps Station」NetRadio「リライフ談話室」のパーソナリティー、又「リライフバンド」のボーカルとして歌手活動。
医療関係イベントの司会もしています。
「Cancer　Supporter's　Station」代表

コーディネーター　：三宅　智（みやけ　さとし）　先生

東京医科歯科大学　臨床腫瘍学分野・教授
医学部附属病院　腫瘍センター長

1987 年　東京医科歯科大学医学部卒業
1987 年　同　第 1 外科学教室入局
1994 年　友愛記念病院　外科勤務
1996 年　Harvard Medical School, Dana-Farber Cancer Institute 留学
1999 年　埼玉県立がんセンター研究所　主任（分子疫学）
2001 年　東京医科歯科大学　分子腫瘍医学分野講師
2003 年　東北大学医学研究科　発生分化解析分野講師
2005 年　友愛記念病院　緩和ケア・化学療法科
2007 年　友愛記念病院　緩和ケア・化学療法科部長
2010 年　栃木県立がんセンター　緩和ケア病棟医長
2012 年　現職

■講演②　　鳶巣賢一先生（がん・感染症センター都立駒込病院　院長）

「私見―これからのがん医療の方向性」

がん医療の目指すものは？　生き続けると言うことは、様々なリスクや迷いを引き受けることです。先のことは、誰にもわかりません。そんな中で、人は、皆、自分の生きている時間が、より充実し、納得できる時間になるように過ごしています。そして、様々なリスクの一つにがんという病気があります。今や、男性の２人に一人、女性の３人に一人が、一生涯の間にがんに罹患する時代です。ご家族のことも含めると、国民全員が避けては通れない課題です。医療者は、がんという病気を契機に患者さんやご家族と出会い、共同作業を開始します。本来、がん医療は「生き続ける人に対する支援」であるべきだと考えています。その意味では、生命予後だけに重きをおいた治療成績の評価だけでは不十分で、診断・治療開始時から治療後、患者さんがどういう風に生き続けるのか？までも配慮する必要があります。

がん医療の足取りと今後の方向性　過去30年間のがん診療の足取りを振り返ってみると、現在の立ち地位と近未来の方向性が読み取れるように思います。1990 年以前は、疾患の根治性、治療成績の向上をめざすことに精一杯で、患者さんの日常生活がどうなるのか？という視点での配慮が希薄であったと思います。また、病名やがん疾患の進行状況、治療内容に関する説明も不十分で、いわゆるパターナリズムが色濃く残っていた時代でありました。
1990 年頃から、「IC(インフォームド・コンセント)」、「QOL(生活の質)」、「緩和医療」という言葉が登場し、病名告知と十分な説明、相互理解の必要性が求められる時代となりました。この間、より低侵襲の手術が工夫され、機能温存あるいは機能再建術式が開発されてきました。また手術のみならず放射線治療や化学療法も駆使した集学的治療により、治療効果の向上、機能温存をめざす方法が工夫されてきました。
2000 年代に入り、病名告知が普及し、症状緩和も重要な医療の一環として認知され、緩和ケア病棟や緩和ケアチームが設置されるようになりました。診断・治療という医療の根幹部に加えて、QOL への配慮、及びその維持のためのリハビリの重要性が、さらに強く認識されてきました。また、放射線治療分野では正確に、高線量照射ができる機器・技術の開発が進められ、治療合併症を減らしながら、より高い治療効果が得られるようになりました。薬物療法の分野でも、新たに分子遺伝学的な研究成果に基づいた新薬が開発され、治療効果の改善に寄与してきました。
これらの動きは、患者さんの声が結集する形で、がん対策基本法、及びその具体化をめざしたがん対策推進計画の策定に結実しました。ほぼ同時に全国的に展開されたがん診療連携拠点病院の整備も、この方向性を示したものと思われます。
そして、2010 年代に入り疾患の診療と治療方法の進歩に加えて、治療中・治療後の身体的・精神的な支援に加えて、社会・経済的な支援、さらには霊的な課題に対する支援までが行われる体制が構築されてきました。このような方向性は、今後も継続され、より充実してくると思われます。

今後のがん医療の課題　「2025 年問題」と総称される少子高齢化の問題、及び医療費高騰への対応、など、大きな課題に直面しています。高齢化は、糖尿病、心・脳血管疾患、認知症をもつがん患者の増加を意味します。つまり、がんという疾患だけをみるのでは十分ではありません。さらに、超高齢社会では、独居・老老介護世帯の増加、医療と介護をになう若年者人口の不足、対応できる施設の不足が現実の問題となっています。つまり、がん疾患への対応を考えるとき、これらの社会的課題も一緒に考える必要があります。
さらに、医学の進歩が医療費を高騰させているという皮肉な問題が起こっています。新たに開発された治療薬や機器は非常に高価です。それが保険診療として承認されることは福音ではありますが、そのために公的な保険制度の破綻はますます進行します。高額な医療費を誰が負担するべきでしょうか？もし、これらの費用を受益者負担とすれば「金の切れ目が命の切れ目」という笑えない話になってしまいます。

今後の対策は？　これまでの医学的進歩を、全ての国民に対して平等に生かすために、どんな工夫ができるでしょうか？また、不足する医療・介護分野の人的資源を、どのように補っていけるでしょうか？国のがん対策は、その方向性を示していると思われます。2014 年 1 月に「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が示されました。この中で、がん相談支援センターの機能をより強化し、疾患診療に際して付随的に惹起する身体的、精神的、社会・経済的、霊的な広範囲の課題に対応することを求めています。また、特定の拠点病院で診療を完結するのではなく、地域全体で医療をカバーすることを前提に、病病連携・病診連携の協力体制の整備を求めています。2015 年になり「がん対策加速化プラン」の検討が開始され、この 3 本柱の一つである「がんとの共生」の項目の中に、「がん患者が住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるよう、拠点病院との連携を保ちつつ、在宅療養・介護体制の整備等を進めることが喫緊の課題」との記載があります。これは超高齢社会の中でのがん医療の方向性を示したものといえます。
このような状況の中で、患者・家族、国民、地域住民の意識改革も必須であると思われます。「誰かが助けてくれる」という漠然とした甘えは禁物です。地域のコミュニティーの中で互いに助けあって、医療・介護の支援を行うことも必要になります。また、増え続ける医療費の負担についても、国任せにするのではなく、可能な範囲で皆が助け合う覚悟が必要ではないでしょうか？そして何よりも大切なことは、この厳しい状況の中で、自分はどう生きるのか？自分にとって、一番、大切なことは何だったのだろうか？など、事前に良く考えておくことではないでしょうか？

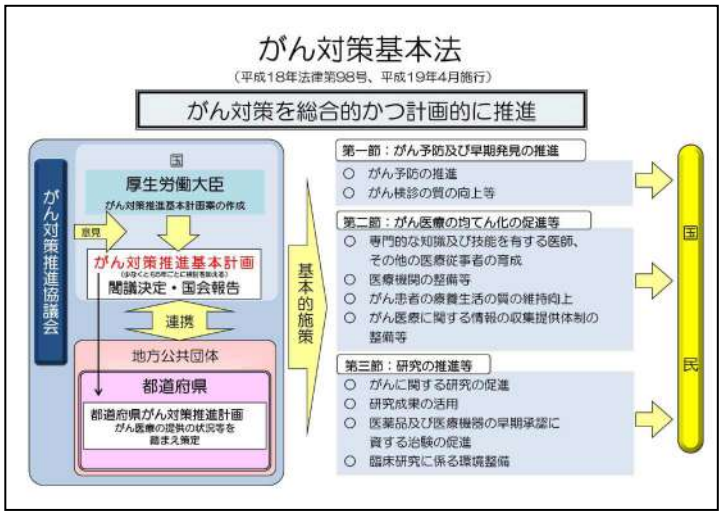
■講演③　　佐々木健氏（厚生労働省　がん・疾病対策課　課長）

「がん対策の最近の動向」

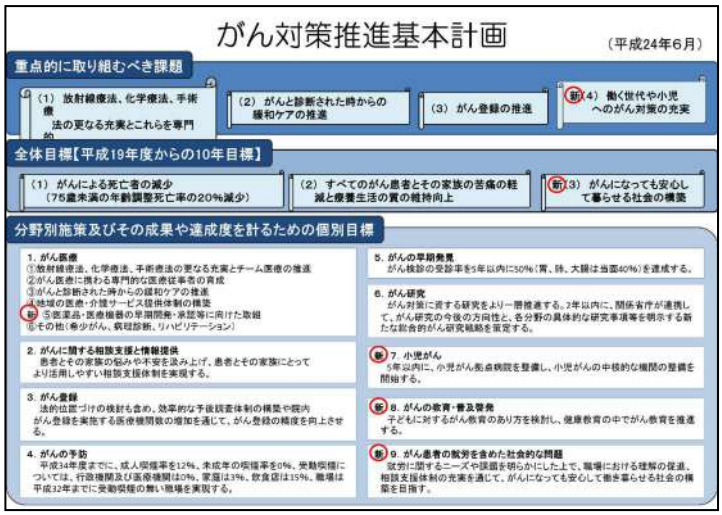
1　がん対策基本法・がん対策推進基本計画

平成18年6月に「がん対策基本法」が成立（議員立法）し、平成19年4月に同法が施行され、がん対策推進協議会が設置された。（図1）

がん対策基本法に基づき、政府はがん対策の総合的かつ計画的な推進を図るための基本的な計画を策定しなければならないとされていることから、有識者やがん患者等から構成される「がん対策推進協議会」により「がん対策推進基本計画」が取りまとめられ、平成19年6月に閣議決定された。基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになったことから、協議会において見直しの議論を進め、平成24年6月に新たな基本計画が閣議決定された。（図2）



（図　1）



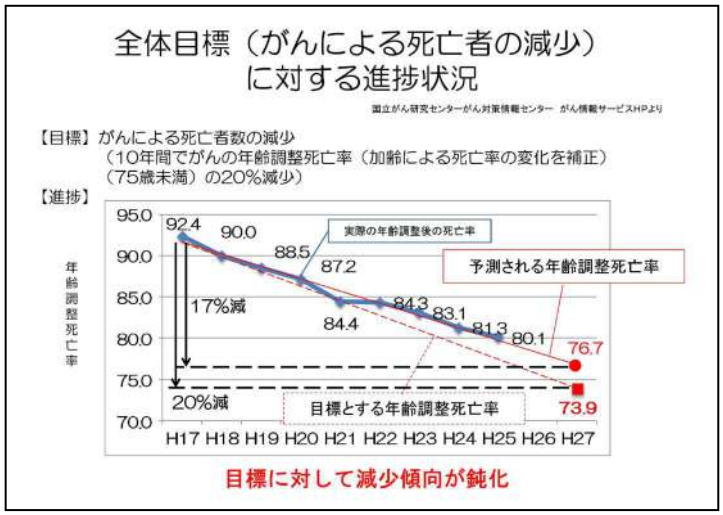
（図　2）

本年6月には、協議会において「がん対策推進基本計画中間評価報告書」がとりまとめられたが、基本計画の目標が実現困難な見込みとなっており、がん対策の強化を図ることが重要となっている。（図3）

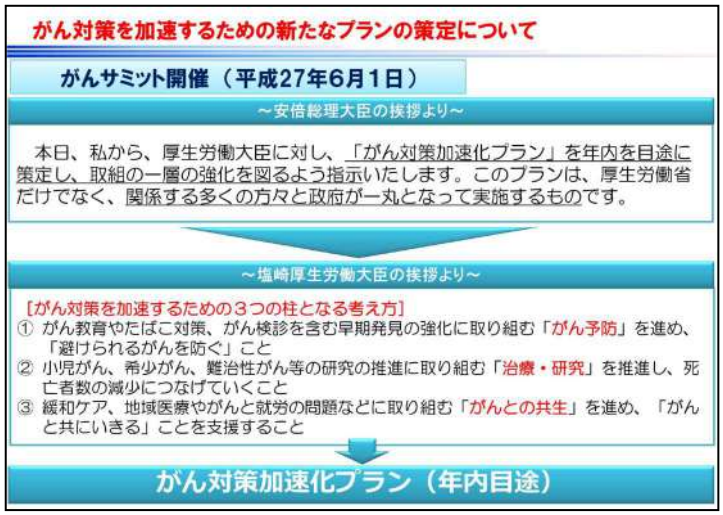
2　がん対策加速化プランと今後の動向

本年6月に開催された「がんサミット」において、総理から、がん対策加速化プラン」を年内を目途に策定するよう、厚生労働省に指示があったところであり、塩崎厚生労働大臣から「がん予防」、「治療・研究」、「がんとの共生」の3つの柱となる考え方が示されたところである。（図4）

一方、がん対策に係る議員連盟である「国会がん患者と家族の会」において、がん対策基本法の改正について議論されており、更に平成 29 年 6 月を目途として「第 3 期がん対策推進基本計画」策定に向けた検討を行う予定である。



（図　3）



（図　4）

■講演①　吉野ゆりえ氏（希少がん「肉腫（サルコーマ）」患者）

「キャンサーギフト～神様からの贈り物」

筑波大学国際関係学類在学中に「ミス日本」に選ばれ、競技ダンサーとして世界を舞台に活躍してきた演者が、「忘れられたがん」と呼ばれる希少がん「肉腫（サルコーマ）」に罹患しました。「5 年生存率 7%」と言われる中、19 度の手術＆5 度の放射線治療＆5 クールの抗がん剤治療を克服しながら、今年の 2 月に「10 年生存」を達成しました。
自身の病と闘いながら、世界初の視覚障がい者の方のための「ブラインドダンス」を立ち上げ、自分に続く現在と未来の患者さんのために、肉腫（サルコーマ）＆がんの啓発活動や診療改善活動（日本初のサルコーマセンター誕生）、ピア（仲間）サポートに尽力してきました。そのような経験を生かして、「いのち」や「今」の大切さ、他者への思いやりを伝える「いのちの授業」を、全国の小学校・中学校・高校・大学・企業・病院などで展開しています。さらに現在は、東京大学医科学研究所に在籍し、東京大学大学院経済学研究科の松井彰彦教授の「社会的障害の経済理論・実証研究」のプロジェクトメンバーとなり、がんの長期療養者として当事者研究をしています。
当日は、そんな「がんに罹患したからこそ経験することのできた生き方」をご紹介し、皆様と一緒に「がんと共存する力」について考える貴重な時間を共有できたことを、とてもありがたく思っています。

■講演④　鈴木義行先生(福島県立医科大学 放射線腫瘍学講座 主任教授)

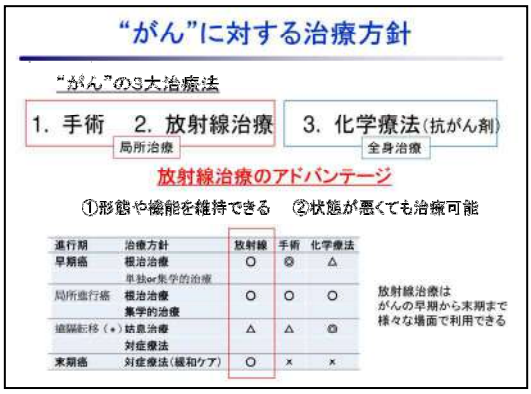
「切らずに治す～最新の放射線治療～」

福島第一原発の事故以来、放射能（線）に関して様々な情報が氾濫しております。事実として、人体内はもちろん、食べ物や空気中にも放射能（線）は存在しており、被ばくを 0 にすることはできません。しかし、私たちは日常生活の中で放射能（線）を様々に有効利用してきました。その一つが、放射線によるがん治療です。

放射線治療は、レントゲン博士による X 線の発見の直後からスタートし、約 120 年の歴史があります。当初は、CT/MRI やコンピューターも無かった時代ですので、がん病巣に放射線（線量）を集中させることが難しく、なかなか治療成績も改善しない日々が続きました。しかし、近年になり、機器や IT 技術の進歩に伴い治療機器・技術が発展し、少なくとも一部のがんでは、治療成績は手術を凌駕する程にまで改善しております。何と言っても、放射線治療の良い点（利点）は、①形態・機能が温存できる事、②手術・化学療法に耐えられない様な状態の悪い患者でも多くの場合治療が可能、であり、早期がんから末期がんまで、様々な場面で利用されております。特に、子宮頚がんは、現在、欧米では I 期であっても 70%程度、III 期ではほぼ 100%の患者さんが放射線治療を選択されています。

特にこの 10 年程の放射線治療の進歩は著しく、前立腺がんや頭頚部がんに対する強度変調放射線治療（IMRT）はもちろんのこと、骨軟部腫瘍（骨や筋肉にできる腫瘍）などでは重粒子線治療が“標準治療”と考えられるようになりつつあり、まさに日進月歩の様であります。また、更に、最近では、がん病巣により線量を集中させる試みとして、呼吸に合わせて放射線を On/Off する呼吸同期照射法や、病巣に動きを追跡して照射する動体追跡照射法、なども開発され、正常組織への線量を極限まで低下させることが可能となってきております。

これらの新規治療法の開発にともなう放射線治療成績の改善、高齢化による合併症を抱え手術が出来ない癌患者の増加、Quality Of Life (QOL)の重視などの理由から、現在では、放射線治療は、手術療法・化学療法とともに、悪性腫瘍に対する重要な治療法の一つとして認知されております。前述の子宮頚がんのみならず、脳腫瘍、頭頚部腫瘍、肺がん、骨肉腫、肝がん、前立腺がん、などでも、低侵襲な最新医療として威力を発揮し、手術に替わる治療として利用されており、80～90%の確率で局所制御（放射線を照射した部位のがんが治る）されるようになっています。



放射線治療を受ける患者さんの数も 10 年で約 2 倍となる勢いで増加しており、現在では、日本におけるがん患者さんの“3 人に 1 人”が放射線治療を受けていると推測されています（日本放射線腫瘍学会の全国調査より）。また、欧米では、すでに“3 人に 2 人” が放射線治療を受けており、日本でも、放射線治療が、今後益々重要な治療法として認知されていく事と考えております。

■講演⑤　玉田耕治先生（山口大学大学院 医学系研究科免疫学分野 教授）

「免疫治療がもたらすがん治療の未来」

現在日本では年間 35 万人もの人ががんで死亡しています。一般的に行われる外科療法（手術）、化学療法（抗がん薬）、放射線療法では治らないがんがあるのが現実です。私たちの体にはもともと免疫が備わっており、外敵から身を守ってくれています。その免疫力を使ってがんを攻撃し、現在治らないがんを撲滅しようというのが「がん免疫療法」です。数十年前から、さまざまな研究が行われてきましたが、最近の研究の進歩は目覚ましく、標準治療として承認される薬も出てきました。

免疫とは、病原体やがん細胞などの異物を排除するもともと体に備わった機能であり、異物を感知すると、免疫機能を担うさまざまな白血球が体内で活躍を始めます。まず、樹状細胞が異物を取り込んで分解し、「正常ではない」という目印（抗原）を出して、攻撃命令を出します。抗原を見つけたヘルパーT 細胞は、キラーT 細胞と呼ばれる細胞を活性化させて、標的となるがん細胞を殺すために攻撃を仕掛けるのです。T 細胞は T 細胞受容体という部分で異物を感知して、別の受容体からの刺激性共シグナルと抑制性共シグナルのバランスによって、異物が攻撃対象かの判断をします。車の運転に例えると、T 細胞受容体がエンジンを作動するキー、刺激性共シグナルがアクセル、抑制性共シグナルがブレーキに当たります。

免疫力を利用したがんの治療法には、どんなものがあるでしょうか。一つは、がんの目印を認識し、がんを専門的に攻撃する「がん特異的キラー細胞」を増やす方法です。古くから行われている治療法に、養子免疫療法があります。がんの患者さんの T 細胞は活性化しているだろうという推測のもと、患者さんから T 細胞を採取し、体外でさらに活性化・増殖させた後、体内に戻し、免疫反応の増強を狙う方法です。また、人工的に合成した「がん抗原ペプチド」をがんの目印として注射することで、キラーT 細胞にがんの攻撃を促すがんペプチドワクチン療法も比較的古くから取り組まれていますが、いずれの方法も現時点では標準治療として確立はしていません。

最近になって、がんの患者さんの体内ではがんに対する免疫システムが抑えられていることが分かってきました。免疫反応を潜り抜けてきたがん細胞は非常に賢く、巧妙な細胞です。攻撃を仕掛けても「何とか生き残ろう」と、本来は出るはずのない免疫反応にブレーキをかける物質の発現を促し、活性化しようとする T 細胞を抑え、攻撃から逃れようとしていたわけです。養子免疫療法やがんペプチドワクチン療法で思った通りの効果が出なかったのもこのことが理由の一つです。ならば、免疫に急ブレーキをかけている状態（免疫チェックポイント）を取り除けばアクセルが効いて進むという発想が、最近 5 年程度のがん免疫療法の急速な進歩につながりました。ブレーキ役になっていた物質は、PD-1、PD-L1 と言われる分子です。その機能を抑えてしまう薬（抗 PD-1 抗体）を投与し、ブレーキを外し、T 細胞を活性化し、がんを殺してしまおうという方法です。実際、抗 PD-1 抗体の投与によって、皮膚がんの一種であるメラノーマ（悪性黒色腫）、非小細胞肺がん、腎細胞がんが進行した患者さんの 20～30％でがんが消えるなどの効果が認められています。一方で、10％前後で発疹や下痢、間質性肺炎などの副作用も確認されていますが、免疫療法の場合、一度治療効果が出ると、効果が長く続くという特徴を持っています。この治療は 2014 年 7 月に日本で初めて手術ができない進行期のメラノーマの標準治療として認可され、現在欧米ではメラノーマに加えて、肺がんの一部でも承認されています。

最先端の免疫を利用したがん療法として、遺伝子改変 T 細胞を用いるものも登場してきています。急ブレーキがかかり、壊れた車のような状態にあるがんの患者さんの免疫システムの代わりに、遺伝子組み換え技術を利用して、もともとがんとは全く関係のない T 細胞を、がんを攻撃する細胞に作り替えてしまう治療法です。まだ研究段階ではありますが、臨床応用を目指して、多くの研究や臨床試験が世界中で進行中です。がんを殺す能力がない通常の T 細胞を、遺伝子操作によりがん特異性 T 細胞にすることは、普通の飛行機を高性能ミサイル搭載の戦闘機に改造するようなもので、がんを狙い撃ちにする高い治療効果が期待されています。

がん免疫療法にはまだまだ多くの課題もありますが、とても有望な治療法です。がん免疫療法をさらに発展させ、がんの撲滅を達成することが最終的な目標で、それを山の頂上と考えると現在はまだ 2-3 合目といったところです。

■講演⑥　光嶋勲先生(東京大学大学院 医学系研究科 形成外科 教授)

「がん切除後の失われた機能と形の再建」

形成再建外科では最近可能となった新しい外科の技術を用いて失われた体の復元修復を目的としたいろいろな外科手術を行います。こういった新しい手術の基本となる特殊な技術としては微小外科(マイクロサージャリー)の技術があります。これは顕微鏡を見ながら直径が 0.5～3mm 前後の血管、リンパ管あるいは神経をつなぐ技術です。この技術を使えば切断指再接着、リンパ浮腫におけるリンパ管静脈吻合、神経線維吻合などが可能です。また身体のある場所から別の場所に大きな骨・筋肉・脂肪の固まりを生きたままで自由自在に移植することが出来ます。こういった技術は1970年代から行われだしたのですが、切断された指をつなぐことが最初の出発点でした。その後、例えば本人の足の指を手の指にしたり、足の爪を生きたままで手指の爪にしたりできます。腰の骨を使って大きなあごの骨を作ったり、あるいはお腹の筋肉を犠牲にせず脂肪を大きく取ってその脂肪でなくなった乳房をつくったり、腕の肉を使って例えば舌癌を取ったあとの舌をつくったり、あるいはお腹の腹筋を神経と血管をつけたままで顔に移植して動かない顔を動かす、笑いを復元することも可能です。また失われた陰茎に対して腕の肉で感覚のある陰茎を作り、尿道は盲腸を組み込んで，作った尿道から尿が出て，マスタベーションも sex もでき子供を作ることもできます。このような手術は脳外科・耳鼻科・口腔外科・泌尿器科などからも求められ、そういった科と合同で新しい治療が始まっています。あるいは整形外科領域では、癌で手足を切断せざるを得ない患者さんに対して、癌を十分に切除して、そこに本人または人工の骨を移植し、背中の筋肉と皮膚を神経血管を付けて手足に持っていき、その筋肉の神経を手足の神経につないで筋肉を思うように動かすようにすることが可能になりました。すでに手足，腕などを切断せずに残せる、しかも残った手足，腕が動き感覚が出るというようなところまできています。この技術は顔の癌で失われた顔面を作り自分の意思どおりに動かす手術にも応用されています。また最近の新しいトピックとして、性同一性障害の治療があり手術による身体の修正(性別適合)手術を行います。このようにこれまで治すことができなかった身体の大きな欠損、あるいは脊髄損傷などの神経麻痺の患者さんの治療も可能となりつつあります。さらに免疫抑制剤の発達によって手足，声帯，あご，乳房の移植など死体や親族からの身体のパーツの移植が現在欧米でなされつつあります。今後形成再建外科はこのような領域で発展することになると思います。

■届けよう!がん患者の声(がん対策基本法改正に向けて)　山本ゆき(当機構理事長)

スライドにて支援機構に寄せられたがん対策に対する意見を紹介し、支援機構が厚労省に提出した改正案について説明。意見では、まず、基本理念に関して、「がん対策基本法は経済優先の法律ではなく、患者家族を中心とした人間優先の法律であることを冒頭に掲げていただきたい」という内容のものが2件あり、支援機構の改正案には、新たに「がん患者の人間としての尊厳が守られ、がん患者の生きる希望となること」という条文の追加を要望しております。

また、「各都道府県のがん対策推進委員会は、患者家族関係委員を増やし患者側の意見をよく聞いてほしい」などの意見もありました。その他に、地域間格差をなくし治療を充実させるために、専門の医療従事者を養成するだけではなく確保する必要性、情報提供体制の整備、終末期医療体制の整備、がん検診の徹底、就労、がん教育、小児がんなどに関する要望や意見も寄せられており、それぞれ支援機構案に盛り込みました。

例えば、現行法では謳っていない「医療機関の責務」を新たに盛り込み、「医療機関はがん患者が切れ目なく治療が受けられるよう連携を取り合い、がん難民を出さないようにしなければならない」「がん拠点病院等の医療機関は、院内に設置されている相談支援センター等の患者相談支援機能を充実させ、がん患者及びその家族等の相談に迅速かつ適切に応じ、患者会、患者サロンなどのピアサポート活動を支援するものとする」の追記も要望しております。また、「がん体験者への支援等」として、「国及び地方公共団体は、がん体験者の生活の質の維持向上のために、がん体験者への情報提供を行うとともに、就労支援等の生活支援を行うものとする」の追記も要望。さらには「正しい知識の普及」の節を新たに立てて、「国及び地方公共団体は、がんについての正しい知識を普及させ、がんになっても安心して暮らせる社会をめざすとともに、義務教育の場において、がんを通しての『いのちの授業』などを活用し、がん患者の人間としての尊厳を守るよう社会に働きかけていく」の条文の追記や、がんハラスメントをなくすために「国及び地方公共団体は、法人・企業等に対し、がんを理由とする差別や不利益待遇をしないよう働きかけていく」という条文の追記も要望しています。

当支援機構では、国会で法改正がなされるまで意見を募集しています。(4 月末まで)

■第二部　シンポジウム

三宅：それではこれよりシンポジウム「いのちに希望を－part２　がん対策基本法改正に向けて」を始めたいと思います。

浜中:「いのちに希望を－part２」というのは、２０１１年の第７回がん患者大集会で「いのちに希望を　～新薬と新しい治療～」と題し、「国内での新薬と新しい治療法の積極的開発、ドラッグラグ・デバイスラグ解消が生きる希望につながる」をテーマに開催しましたので、今回は、新しい治療法の開発はどこまで進んでいるのかも含めた part２ということになっています。

三宅：まず、私の方から、それぞれの先生に、ご講演に関して感想も含め、質問させていただきたいと思います。

●吉野ゆりえさんへ

三宅:吉野さんは大学生の時に罹患され、その後、手術、放射線治療、抗がん剤治療を３０回近くも繰り返し受けてこられ、今年２月で 10 年目を迎えられたとのことでした。現在、治療を受けておられる患者さんたちに大きな励みと勇気を与えてくださっていると思います。その一回一回の治療の苦しみを乗り越えられ、「がんと共存する方法」を身につけておられるようにお見受けしますが、ご自身、一回、一回の治療に向かわれる時、あるいは、治療が終わった時、どのようなお気持ちだったのでしょうか。

吉野：(本人の希望により不掲載)

浜中：吉野さんは「がん患者だからこそ」の考え方に立ってダンスの世界、医療の研究分野、ピア活動やテレビ雑誌などで広く活動されておられます。「患者力」といいましょうか、患者さんの「発信力」というものを強く感じました。活動はご自分の生きがいでもあると思いますが、それだけではなく、今、治療を受けている仲間のために、また、後に続く患者さんたちのためにご自分の立場でやれることをやっておられるわけですね。

　実は、そういう患者さんの声が、この１０年のがん医療を変えてきたといえます。大集会の第１回は２００５年、テーマは「がん難民、そんな言葉をなくしたい！」、第２回は翌２００６年、「最後まで患者を見放さない医療のために」がテーマでした。皆さん、ご存知のように、これらの集会がその年の６月の「がん対策基本法」の制定に繋がっていったわけです。

　吉野さんにがんが見つかったのも２００５年ということで、基本法も来年で制定から１０年、吉野さんご自身ががんとともに歩んでこられた時期と重なるわけですが、基本法ができて、がん医療が変わってきたと実感されますか？

吉野：(本人の希望により不掲載)

●鈴木善行先生へ

三宅：鈴木先生からは、放射線治療の分野は急速な発展を遂げており、手術、化学療法と並んでがん治療法の一つとして認知され、放射線治療を受ける患者さんもこの１０年で２倍になったとのお話をいただきました。手術ができない患者さんの間では需要が高まっている、がんの種類によっては手術に替わる治療となっているということでした。

国のがん対策基本計画が平成２４年から第２期を迎え、５年の見直しということで、今年の６月に中間評価報告が出されました。先進的な放射線治療機器に関しては、「適正配置について検討」していくとあります。また、標準的治療の実施割合が、「早期肺がん外科・定位放射線療法」は８８．９％と高くなっておりますが、乳がんの「乳房切除術後高リスク症例放射線療法実施率」は３３．１％となっています。放射線治療の専門医などの医療従事者の数が足りないのか、機器が足りないのか、先生は現状をどう見ておられますか？

鈴木：一つはマンパワーですね。特に放射線治療医、そもそも放射線科と言うと、皆さんレントゲンを読む先生というイメージがあると思いますが、まさにその通りで、放射線診断の先生はいっぱいたんですが、治療の先生は今でも専門医 1000 人ちょっと。機械がかなり高度化してきたものですから、それを扱うのに医学物理士という職業の方が必要ですが、その医学物理士もアメリカは結構いっぱいいるんですが、日本はやっと増えてきて 700 人位です。放射線治療の施設は 700 施設あるんですけど、医学物理士が 700 人で、放射線治療医が 1100 人だとすると、一つの機械に医学物理士ひとり、医者がひとりという状況になっていますのでそこがマンパワー一番の問題になっていますね。機械の方はお金の問題で経済の問題

ですので、今は大変かもしれませんが、経済が上を向けばまた違う話になると思います。
三宅：去年から診断と治療が別の分野になったんですけれども、診断と治療って傍から見ているとかなり違うように思うんですが、今後それは基本的には分化していく形になっていくんでしょうか。
鈴木：専門医がまた再来年になったら変わってきます。放射線科は日本では診断と治療で一括りになっているので(他の国ではいわゆる腫瘍内科学と腫瘍放射線ですね)、そこは国民の皆さんや、政府の関係者にご判断いただくということになります。
浜中：粒子線治療に関して佐々木課長にお尋ねします。重粒子線治療は高額で負担できる患者さんは限られています。今後、保険適用になるのか患者にとって大きな関心事です。来年行われる診療報酬改訂では重粒子線も改定の対象になっていると聞いています。これまですべての限局性がんに対しては、先進医療A（一番基準が緩い）ということになっていると思います。佐々木さん、今後、どのようになっていくのか教えていただけますか？
佐々木：たまたま私は前職で保健局におりまして、現在粒子線は重粒子線、陽子線ともに先進医療という仕組みの中で実施をされています。陽子線や重粒子線がスタートしたのはもう10年以上前なので、その時はそれほど明確にはなっていなかったのですが、現状では先進医療というのは保険収載を目指すための診療という位置づけになっております。まさにそういうところで平成22年から粒子線に関しては保険収載に必要なデーターが集積されていないという指摘が続けて先進医療会議で出されてきまして、やっと今回8月とか9月位に日本放射線腫瘍学会の方が施設横断的に一般的データーをまとめて発表していただいているという状況です。その詳細は申しませんけれども、その中でもまだまだ既存治療との比較ということについては、十分実績が上がっていないと指摘されておりますので、そうゆう意味ではまだ保険収載に向けて検討を進めていっているんですけれども、データーが足りていないという状況でございます。それで、ちょっと私も(担当を)離れておりますので、直近の状況は分かりませんが、少なくとも保険収載に向けた検討はずっと続けているということです。ご指摘の通り設備等ハード面で非常に高額であるということは言われておりますが、これは他の治療でも最近、抗がん剤やその他の治療でも非常に高額になってきておりますので重粒子線治療だけが高額で問題があるかどうかと言うとそうではなく、全体的にがんだけではなく、医療の中で用いられる薬や医療機器について、どうゆう費用のところまでカバーするのか、これは医療全体の問題だと理解しているところでございます。

●玉田耕治先生へ
三宅：玉田先生には免疫学の研究のお立場から、免疫治療について率直なお話をいただきました。免疫チェックポイント阻害療法は、日本やアメリカ、ヨーロッパで医薬品として承認され、悪性黒色腫や肺がんの一部に対する治療薬として実際に投与されているということですが、薬剤がすべての患者さんに効果的ということではない、また、副作用も他の抗がん剤の副作用とは異なるとのことでした。また、遺伝子組み換えの技術を使っての治療法も開発されつつあるとのことですが、こちらも副作用の問題もあり、まだ、完成してはいないとのことでした。今後の見通しをお話いただけませんか？
玉田：臨床治験で優れた成績が出ているのが腎がんですね。これは、世界的に複数の施設で（国際共同治験）で、第三相の臨床試験、つまり大規模なスタディで患者さんに沢山参加していただいて効くかどうか判断するというのがあります。それで第三相臨床試験で非常に有効であるという有効中止が出ました。つまり最初の計画通り全部やる必要はありませんという、途中の段階で有効であるとわかり、もう治験を止めてくださいという指示が出て、今止まってそのデーター解析の途中ですので、腎がんに関しては恐らく申請すれば承認が出るだろうと思います。それ以外のがんでも、例えば卵巣がん等様々な治験が進んでいるので、単剤でも承認されるがんは今後出てくるだろうと思います。ただやはり、治療効果を高める為には併用方法、「抗がん剤との併用療法や分子標的薬と続いての併用療法」が、今後様々ながんに対して承認が広がっていくだろうと思います。
三宅：承認が広がってくると経済的に高額な薬剤ですので、どういった形で我々、もしくは患者さんも使いこなしていくかどうか、その辺はいかがでしょうか？
玉田：やはり効きやすいがん、あるいはそのがんの中でも効きやすい個人を特定する様なバイオマーカーと言われる検査をして、より効率的に効く患者さん、副作用の少ない患者さんに投与することだと思います。例えば遺伝子の異常に対する分子標的薬は、遺伝子異常があれば効く、遺伝子異常が無ければ効かない、比較的 all or nothing ではっきり出来るんです。しかし、免疫チェックポイント阻害剤に関してはバイオマーカーがたとえ見つかったとしても、それで絶対的なマーカーにはならないんですね。ですから、こういう患者さんには効きやすいと見つかったとしても、じゃあその患者さんじゃない人には絶対効かないと言われると決してそうではないので、その場合にその患者さんに投与しないということが倫理的に認められるのかという問題点もあります。ここは非常に難しいですけれども、薬価的な問題も含めて、今後厚労省とも色々話が必要だろうと思います。
浜中：これまでに、様々な免疫療法を試された患者さんも多くおられます。ひとくちに免疫療法といっても様々なものがあり、効果がなく、しかも治療費が高額で長く続かなかったり、途中で亡くなられる患者さんもおられたわけです。また、主治医から「免疫療法を受けるなら、もう化学療法はしません」と絶縁状を突き付けられた患者さんもおります。患者さんたちが迷ったり困ったりしないように患者さんたちへのアドバイスや注意点などお話いただけませんか。
玉田：アドバイスはなかなか難しいですが、標準治療というものは、臨床治験をしっかりして、きちんと統計学的に検査をして、既存薬と比べて有意に治療効果があるんだと示したうえで初めて標準治療になるんですね。そういうステップが必要だろうと思います。ただ、それをするには非常に長い時間と莫大なお金がかかります。それが薬価の高い理由でもあるんですけども、その場合にはやはり可能性があるんであればそれは承認薬になる前に可能性が無いわけではないです。ただそれが本当に効くのかどうかというのはしっかり統計学的なことをやらなければ最後まで何もいえないですから、やはり標準治療をされている最先端の現場の先生方からすると、そうじゃない治療方法を受け入れるのはちょっと躊躇する現実があるかもしれないですね。ただ、やはり免疫療法も

含めて、最先端のものは分からない所から無いところからスタートするので、まずどの段階で患者さんに届けることが出来るのか、特に免疫チェックポイント阻害剤のように効くだろうとある程度予測出来ているが、まだ承認されていないもの、こういったものをどうやって届けるのがいいかは大きな問題だろうと思いますね。
浜中：免疫チェックポイント阻害剤の治療は山口大学ではしていらっしゃらないですか？
玉田：これは臨床試験なので全国いろんな治験をやっている施設で、(山口大学はしていないんですけど) 臨床試験はやっていますので、その施設では受けることは可能なんです。臨床試験というものは、これはまだ既存薬と比べて治療効果があるかどうか分からないからやっているわけなんですね。だから、どんなにチェックポイント阻害剤が優れているとは言っても、例えばこのがんでは証明されていませんよという段階で治験をしていると、もしかしたら実はまったく効かなくて副作用だけがあるかもしれないですね。それから臨床試験の場合は、特にランダマイズ試験といっていろんなグループのどこに所属するのかランダマイズ（無作為）に決めますので、自分はこの薬の治療を受けたくてこの治験に参加したんだけど、違う薬に指定される事もあるんです。そういうリスクを全て説明して、ご理解をいただいた上でないと、治験だからこの治療が受けれるかというと、そう簡単な話ではないんですね。だから、それは是非 PMDH に早く承認をしていただくという所が一番のステップだろうと思います。(注:PMDA;Pharmaceuticals and Medical Devices Agency 独立行政法人医薬品医療機器総合機構)
浜中：具体的に臨床治験を何処でしているのか、そういう情報はどうやったら患者さんは得られるのですか？
玉田：それは主治医の先生にご相談されるのが一番いいと思います。

●光嶋勲先生へ
三宅：光嶋先生にお伺いいたします。自分も医療者として圧倒される内容ばかりでした。形成再建外科という科は全国でどれくらいの病院にありますか？
光嶋：大病院にはほとんどあると思います。80%くらいあるでしょうね。
三宅：実際に東大では年間手術例は？
光嶋：年間 1200 例くらい
三宅：基本的に保険適用ですか。
光嶋：全例保険適用です。
三宅：今回スライドを見ると、個人の手技の格差が大きいと思いますが実態はいかがでしょうか。
光嶋：これはやっぱり外科の手術の中でも標準的ではありませんので、キャリアとか、或いは何処でトレーニングを受けたとか、要するにカーペンター(大工)みたいなもので、どれくらい工夫できるか、よく私はマジシャンのように、いかにマジックのタネを沢山持っているかに例えます。ちょっとした傷跡、ちょっと目を細くしたり、大きくしたり、特に顔面はや手は、どこまで技師(わざし)としてできるかというところがありますね。
三宅：がん対策基本法で均てん化と言われていますけども、形成外科的な手技の均てん化は、果たして可能なのでしょうか。どこに行っても同じ手術が受けられるか。
光嶋：そうですね。ただ時間がかかりますね。ちらっと今日言いましたが乳房再建で deep flap という腹直筋を入れないお腹の贅肉だけを取ってくる再建法がありますが、あれは実は 1986 年に私が世界に先駆けてつくば時代から実施したんですね。それは均てん化するまでに 20 年位かかりました。最初発表した直後は、若い先生たちが行ってことごとく失敗して犠牲者が随分出ました。学会としては出来るだけやらないという方針でいました。10 年位経ってアメリカでやる人が出てきて、私は論文だけは書いていましたので、その二人でヨーロッパで打ち上げたんですね。このままにしておくのは勿論もったいない、今のままでは、アメリカでも日本でも恐らく消えるだろうと。そこでライブを始めたんです。実際手術をやって見せる。その時そこに最初に集まったのは 100 人、12 年間ブランクがあったが、ヨーロッパで打ち上げて 100 人集まりました。その人達が、今大体４０代後半で世界の最先端を行っていまして、彼らは各国で自分のボスと闘って生き残っていった。それくらい大変なんですね。２０００年以降、海外から日本に(その手術が)入ってきましたが、日本は保守的で、日本で均一化するには文化的にかなり難しい。ただし技術的に日本人が優れているので、実際に若い人を中心にやっています。
三宅：海外に向けての発信が非常に大事だということですね。
浜中：光嶋先生のスライドを拝見して、まさにゴッドハンドだと思いました。光嶋先生の技術の素晴らしさを実感しました。光嶋先生のこの技術を、全国の形成外科の先生方が習得するのは可能ですか。
光嶋：可能です。特に日本人は形成外科の細かい技に長けていて、習得する機会があれば必ず見に来ます。海外からもそうですね。東大へ年間 100 人位、海外の連中は手術を見に来ています。日本人も結構来ています。
その後自分の母校の大学や病院に帰ってやっています。やる気のある人たちが必ず見に来ますし、技を盗みます。技術って普遍ですね。時間はかかるけど必ず均一化していくでしょうね。ただし 10 年とか掛かるでしょうけども。
浜中：光嶋先生の技術をぜひ多くの先生方に受けついでいただきたいと思います。耳鼻科、口腔外科などの他科と連携して再建治療が行われるわけですね。チーム医療としての連携はうまくいっているのでしょうか。
光嶋：ほとんど外科系全てと連携しています。一旦やりだすとお互い非常に楽といいますか失敗が無くなりますね。それから何かが起こっても万全の最高の治療が出来ますし、患者さんにとっても非常にいいと思います。最高の手術が出来ます。
浜中：地方の方からも紹介がたくさんありますか。手術は何か月待ちですか？
光嶋：地方でやられていないリンパ浮腫や特にひどい人は沢山いらっしゃいます。
手術は 2, 3 か月待ちます。外来に来るまで 3 か月かかります。最近は地方でもかなり他科との合同アプローチが進んでいます。
浜中：表に出る部分については毎日患者さんがつらい思いをされているので、手術ができることを知るだけでも希望の光になると思います。
光嶋：特に顔面は他の場所と違って男の人でも泣いて来られますね。普通の人から見ると軽くても人によって受け止め方が違います。電車などで子供が集まってきて何か言われるとか、思いを出すに出せない、聞いてくれる人もいないので、メンタルケアが必要です。リンパ浮腫もそうですけどこれから先どうなるんだろうという不安に対して、治療があるんだと知ってもらうだけでもいい

と思います。
三宅：「失われた機能と形の再建」という、願ってもない治療法がどんどん進んでいるというまさに「いのちに希望を、生活に希望を」というお話でした。

●佐々木健氏へ
三宅:午前中にご登壇くださいました駒込病院院長の鳶巣先生が、時間の都合でこのシンポジウムにはご参加いただけておりませんが、鳶巣先生からは、これから我が国のがん医療が直面するであろう問題点をご指摘いただきました。
　まさに、その点をこれから議論していきたいと思います。医学は日進月歩です。しかし、一方で、誰もがその恩恵に浴することができるわけではありません。その時に、鳶巣先生から「不足する医療資源の中で、医療者及び患者がお互いに協力し、時に妥協しながら生きることを考えていくべきではないだろうか」というご示唆をいただいたと思います。そこを患者や医療者はどう乗り切っていくのか、また、政治・行政はどのような政策を示すべきなのでしょうか。佐々木さん、まず、行政の立場から改正される基本法と絡めながら、その点、どう思われますか？
佐々木：午前中鳶巣先生の話を聞いておりまして大変感銘を受けたところです。妥協という言葉はちょっと否定的なニュアンスもあるかと思うんですが、私は鳶巣先生がおっしゃりたかったのは、やはり一人一人の患者さんが、ご自分はどうしたいかきちんと考えて、これが上手く医療者側に伝わって共有して、出来るだけ要望に添った形でいろんな治療やそのサービスが回っていけばと思っています。もう一つ、ご要望のある限りとことんまで最新の治療やベストなケアをするのかという問題点に関しては鳶巣先生もおっしゃっていただいたとうり、社会経済を考えていかなければならないということもあったと思います。社会経済的な状況は、行政というのは基本的に決まった予算の中でどう使っていくのかということでございますので、それを増やすのか減らすのか、これは政治的な判断ということになります。当然財源というのはどこから取ってくるのか、誰が負担するのか、負担の仕方としては税金ということと、ちょっと将来のつけまわしになりますが国債､公債を遣うことがございます。そういうことを総合的に考えてどこまでのことが出来るのかを考えて、どこまでやるのか。行政の担当者として心掛けなければいけないなと思っていることは、私のご説明でも申し上げましたが費用対効果です。いろんな政策、予防、検診、医療体系も含めて、どれが一番的に効果的であるか、どれが一番必要視されているのか、いろんなデータや、現場の先生方、患者さんの意見も聞きながら、取捨選択してやっていかなければ今の予算の中では難しいんじゃないかと感じるところでございます。
三宅：佐々木課長の午前中のご講演では、第２次がん対策推進基本計画の目標の実現が遅れているとなっており、厚労省のみならず、関係省庁との連携の下に「がん対策加速化プラン」を年内に策定するとのことでした。どの点が、目標実現困難なのでしょうか。
佐々木：私の講演の中でも触れさせていただきましたが、一番我々が焦点にあげていますのは、年齢調整死亡率２０％減ということを目標にしています｡途中までは順調にいっていますが近年、ここ数年のペースでは、１７％に留まるとの予測なので､それに関しては死亡率では予防、検診、医療と合わさって計算しており、特に第三期計画が２９年の６月となっておりますので、この一年ちょっとの間で更に力を入れていくべきものは何かと取捨選択して、提示させて頂きたいと今議論を進めています。
浜中：患者の方もあれもこれもと望んでも叶えられないこともあることは承知しています。鳶巣先生がおっしゃったように、患者と医療者が互いに歩み寄って、心を通わせ合い、乗り切って行く事も大切です。その点吉野さんは、ご自分の体験を通してどう思われますか？
吉野：（本人の希望により不掲載）
三宅：ここから少し、がん対策基本法の改正について、各先生方からもご意見を伺いたいと思います。医師の立場から見て今後のがん対策についてご提案、アドバイス等ありましたら、ご意見いただけますでしょうか。
鈴木：前回がん対策基本法で放射線治療の話をしっかり書いていただいて、我々放射線関係者は、元気づけられたので、いい所はいいともう少し書き加えていただけるとありがたいと思っています。
三宅：私は緩和ケアを担当していますが、放射線治療はどちらかというと横断的に　いろんな診療科と協力してやると思うんですが、がん診療全体を俯瞰した場合に今足りないものは何か感じますか。
鈴木：我々はなかなか人数が少ないのでいろんなキャンサーボードで出ていますが全てに出られないのは我々の反省すべき点だと思います。なるべく出たいんですが胃がん、肺がん、皮膚がん全部出ると、一週間全部キャンサーボート漬けになって、仕方なく出られる所だけ出ています。我々ももう少し人数を増やして全てのがんに対応出来るようになって、もっと患者さんと話が出来たらいいなと思います。
三宅：まずは、人的要因があるということですね。
玉田：免疫療法に関してはまだ前回は含まれていなかったと思います。今回の改正で是非免疫療法に関して、免疫チェックポイント阻害剤のようなブレーキを外すという薬､細胞療法のようなアクセルを踏むというような薬、どちらも大事ですのでどちらも組み込んでもらえればと思いますね。
今日の話を聞いてご理解いただけたと思いますが　免疫療法はがんを直接攻撃する薬ではなくて、がんを攻撃してくれる免疫細胞を制御する治療法ですので、ありとあらゆるがんに効くという可能性がある、全てのがんに効くわけではありませんが､やってみないとわかりません。効く可能性があるという横断的な治療法になります。主治医の先生に免疫療法のことを聞いてわかるのかということもありますので、是非現場の先生たちも免疫療法が理解出来るように情報発信も含めて、均てん化ということになりますが、法改正に含めてもらうと認識が良くなると思います。
光嶋：色々言いたいことは沢山あります。まずチームアプローチは人件費として認められてないんですね。特に頭蓋底がん、頭頸部がんは手術が非常に長く、場合によっては朝方まで 24 時間やるんですが､最後にやるのが形成外科医なんです。ですから朝 9 時から翌朝までぶっ通しでやるという状況で、そういうこともあって形成外科医の中でがんの再建をやろうかという人は非常に少ないです。自分の人生を犠牲にしてやろうかという労力に対する評価は全くありません。ですから自分がボランティアで手術に参加している状況です。昼までに終わってしまう手術と全く同じコスト（保険点数）なんで、やれば

やるほど一般病院だと赤字でしょうね。これは大学でしか出来ない。これに対するきちっとした評価が必要です。対応の兆しは2年前に厚生省から夜間の手術に関して保険点数を1.5倍に認めてよろしいと出たんです。しかし、現実的には当直の次の日には手術をしてはいけないという色々な条件が付いていて、それを出来るのはごく一部の大学だけで、もう少し柔軟な対応が必要でしょうね。人件費の再評価を。
次々と手術方法が複雑化していて、例えばリンパ管縫合、リンパ管移植まで入ってきていますが（おかげでどんどん難しいのが治ってきています）治療費は、保険適用でも1本繋いだ治療費と昔と全く同じですね。3時間で終わる手術と10時間の手術とマンパワーが5倍ぐらい違っても保険点数は一緒。これは、患者さんにとったらありがたいことなんでしょうが。そういう所を、特に再建外科に対する評価を加味していただきたいと思います。

●質疑応答

浜中：会場から質問が届けられていますので幾つか答えていただこうと思います。
鈴木先生へ：アブスコパル効果と放射線ホルミシス効果はどのように違うのですか。
鈴木：アブスコパル効果は放射線を当てていない所もがんが消える効果で、ホルミシスはそれのベース、放射線を浴びると免疫も活性化されるということで、ホルミシス効果が強くなるとアブスコパルと似た意味になるかもしれません。深い話です。難しくてすみません。
浜中：軟部肉腫の患者です。同じ病気の転移なのに2回目以降重粒子線の治療回数を減らすのはなぜですか。
鈴木：多分重粒子治療はプロトコールでやっていますので転移に対しては例えば4回とか決まっているだけで、肉腫は治る様な量を当てていると思います。
例えば1日1ずつかけて100と、1日に2ずつかけて100とは全然効果が違うんですね。例えば1日に2ずつだったら実際3分の1の量でいいこと。色々換算式がございまして、なかなか難しいんです。どちらも 90%位当てた所は治る量になっていると思います。
浜中：玉田先生へ　免疫チェックポイント阻害剤の実用化はいつ頃でしょうか。
玉田：実用化と言うのは標準治療として認められるという意味だと思いますが、　これは疾患によって異なります。各がんそれぞれに対して臨床試験が進んでおりますので、例えば腎がんであれば中々予想は難しいんですが、PMDAとお役所が決めることで、例えば肺がんは非常に近いですね。肺がんはもうそろそろと言われています。腎がんが来年か再来年の頭か。ホジキンリンパ腫は近いと言われていますね。先ほども言いましたように治験を全部やって、データー解析をしてですからやはりそれなりの時間がかかります。早いやつは来年もありますし、遅いものは2年3年後ということもあります。
浜中：それについてニボルマブは頭頸部の腺様嚢胞がんにも効きますか。
玉田：よく聞かれるんです。チェックポイントは私のがんに効くんですかと。それは何度も申しますが大規模スタディーをやって、統計学的にしてきちっとした処理をして、(効くか効かないかと感覚で物を言っちゃあいけない領域なので)しっかりやったうえでしか言えません。ここでは答えは出ません。
浜中：光嶋先生へ　リンパ浮腫の方でマッサージ等で治まる初期のリンパ浮腫には、バイパス手術の適応は必要でしょうか。
光嶋：最近のデーターで初期に治まるのはあまり多くないですね。非常に少ない。ただ、何でフォローして初期で治まったかハッキリしてないと思います。初期に治まって、治ったと思ったら大間違いで、私の治療している患者さんで初期には治まったけど、何年後にはまた出てきて、ドンドン進行していった人は大勢います。それから今片方だけにしか出ていない子宮がんの足に、もう片方の本人は異常がないと信じ切っている足が、両足ともに進行するパーセンテージはフォローを長くすればするほど増えてきます。10年位のフォローで確か両足なるのが30%。フォローすればするほど出てきますので私が言っているのは出来るだけ早くバイパス手術してしまうのがいいと。　ちょっとでも疑いがあれば早期に検査して、インドシアニングリーン(蛍光色素)を注射して、紫外線カメラを当てるとリンパ管の中を蛍光色素が上がっていくのが見えるんですね。リンパ廓清した人は正常に比べて非常に遅いです。鼡径部に行くまで(ふつうは)15分とか20分なのが30分1時間とか何時間もかかる。それによって機能がどこまで弱っているかすぐ判るんですね。リンパ浮腫になる人は鼡径部にいっぱい色素の溜まりが出来るんですね。それで一見正常に見えても、将来必ず浮腫が出ますというのは分かります。検査は保険適用ではないのですが。はっきり診断がつくので、それをお見せすると本人は慌てて「すぐ手術をやってください」と言われますね。ですから手術を勧めます。局所麻酔で出来ますので、大きな手術ではありません。将来の予防的なバイパス手術というんですが。
浜中:それは光嶋先生のところ以外でもできますか。
光嶋:大病院でリンパ浮腫をやってる所であればやってくれると思います。場合によっては自費になることもあります。
浜中：初期の方も早期に受診されればいいということですね。
吉野さんへ。
難しい質問ですが、私は健常者であろうと病者であろうと生きていくうえで一番大切なことは、強い生命エネルギーを常に持つことだと思います。強い生命力に満ちた人間になるには生きるうえでどう行動したらよいのでしょうか。
吉野：(本人の希望により不掲載)
浜中：玉田先生へ
乳がん患者です。がんが見つかる以前から橋本病、関節リウマチがあります。これらの自己免疫疾患を持つ人で、免疫療法の適応はどんなでしょうか。
玉田：免疫チェックポイント阻害剤は免疫のブレーキを外すお薬ですから、ベースに自己免疫がある方に投与するのはかなり躊躇することがあります。その基礎疾患である自己免疫疾患が悪くなる可能性が高いですね。ですから現在の臨床治験であっても、明らかな自己免疫疾患のある人は治験に入れないようになっていると思います。ですから、それが実際承認されることになってどこまで許容するかは別問題ですけども、かなり注意が必要だろうと思います。
浜中：鈴木先生へ
放射線は同じ所には二度と当てられないと聞きましたがどうしてでしょうか。
鈴木：実際には当てていることは結構あるんです。放射

線が体に与えた影響は何年経ってもそのまま残るんですね。例えば100が一杯だとすると、これ以上やると放射線障害が出るという場合に、1回治療して70までいきましたと、薬だったらまた0からだけど、放射線は2回目だと71、2、3と数えていくんで、がんを直す放射線を当てると100を超えてしまいます。そういうことで、なるべく2度目はやらないって言ったんだと思うんですけど、今はピンポイントで当てますのでちょっと側に出来ても完全に前と重ならなければ何度でも出来ます。違う場所であれば10回でも20回でも何度でも出来ます。

●まとめ

浜中：これまでのがん対策を強化するにしても、加速化プランで新たな対策を講じるにしても、それら一つひとつの対策の元になるのは、「がん患者の人間としての尊厳」ではないか、と思います。命は助けてもらった、でも、普通の生活ができなくなってしまったと絶望の淵に追いやられる患者さんも多いわけです。また、医療用麻薬の処方を受けられずがんの疼痛に四六時中耐えなければならない患者さんもまだおられると聞きます。在宅の受け皿が整わず「在宅難民」という言葉も聞かれます。
午前の部で、支援機構の基本法の改正案が示されましたが、きょうの先生方のご講演や意見交換を通して、まさに、先生方たちが、がん患者さんの人間としての尊厳が守られるように、患者さんの身体に負担の少ない治療法を開発したり、失われた機能や形を回復させたりと最期まで希望をもって生きられるように日夜、医療現場で頑張ってくださっているのだと実感しました。
１０年前のがん対策基本法の原点、それは「人間としての尊厳を求めたがん患者さんたちの叫び」だったと思います。まだまだ、標準治療ができていないところや、地域間格差も解消されていません。がん対策基本法は原点を忘れることなく、新たな１０年に踏み出していただきたいと思います。私どもがん患者団体支援機構では、来年の６月の改正時までに、皆さんから声を集め、「届けよう関患者の声」として国会のがん議連や厚労省に届ける予定です。是非ともみなさんのご意見をどんどんお寄せ下さい。

三宅：そろそろ時間になりました。本日は長時間のご聴講ありがとうございました。登壇してくださった先生がたありがとうございました。
最近患者中心の医療と言われています。最近は更に一歩進んで、患者さんを真ん中に置くんじゃなくて患者さんも我々のチーム、医療者と介護、地域、行政も含めたチームに入っていただく。これは実は患者さんは自分の症状に関しては一番の専門家と言われています。ですので今後は患者さんご家族も一緒になったチームとして我々とがん診療について一緒になって考えていける世界になったらいいと考えています。
本日はどうもありがとうございました。

■閉会式ご挨拶　厚生労働省　がん・疾病対策課　課長佐々木健氏

ただ今大会のアピール文確かに受け取らせて頂きました。私も今日1日参加させて頂きまして、今後がん対策担当としてしっかり進めて参りたいと思います。がん患者、家族の皆様、関係者の皆様と連携して進めて参りたいと思います。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。ありがとうございました。

■閉会式ご挨拶　日本医師会　常任理事　道永麻里氏

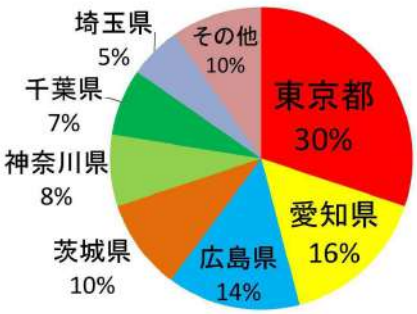
貴重なご意見をありがとうございました。私がこの会に参加するのは3回目となります。いつも充実した会で感激しております。この3つのアピールを大事にして今後日本医師会の方でもちろん患者さん、医師会に入っている先生方、現場で治療されている先生方、病院と協力して上手くいくように頑張って行きたいと思いますので宜しくお願いします。ありがとうございました。

■閉会式　挨拶　副理事長・事務局長　山田陽子

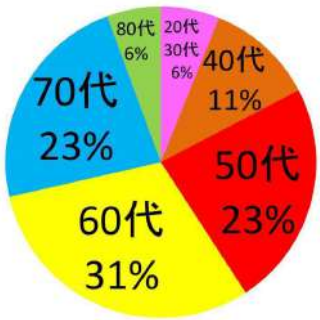
本日は、長時間にわたり、会場の皆さま、並びにインターネットでの視聴参加者を含め、沢山の方にご参加頂きまして、誠にありがとうございました。
全国のがん患者・体験者・ご家族の熱い思いを一つにまとめて、厚生労働省・日本医師会に託すことが出来ました。改めまして感謝申し上げます。ありがとうございました。
これまで11回と続けてきました「がん患者大集会」も、旅立って行かれた三浦捷一先生を初め、多くのがん患者と関係者に見守っていただいていると信じております。
第12回がん患者大集会は、来年10月に、秋田での開催を予定しております。ぜひ皆様と一緒に、がん患者・体験者・家族が、誰でも、どこにいても希望を持って生きていける社会をつくるための大集会にしたいと思いますので、引き続きご支援・ご協力を頂けますようお願い致しまして、閉会と御礼の挨拶とさせて頂きます。
皆様、本日は、誠にありがとうございました。

■事前アンケート結果

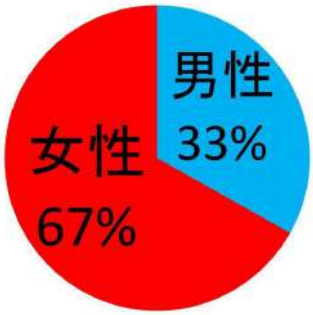
都道府県



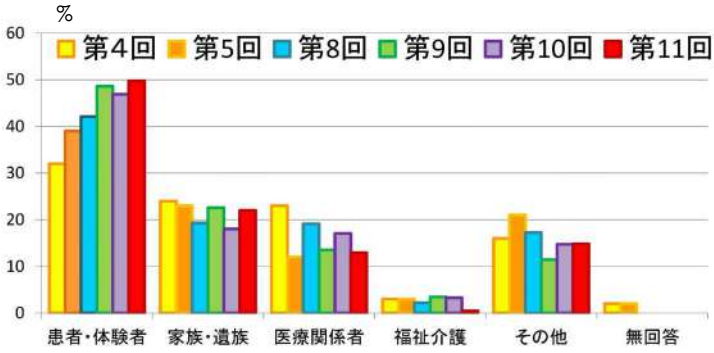
年代



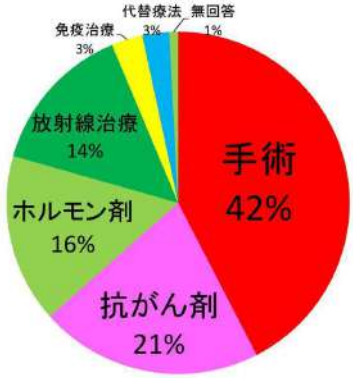
性別



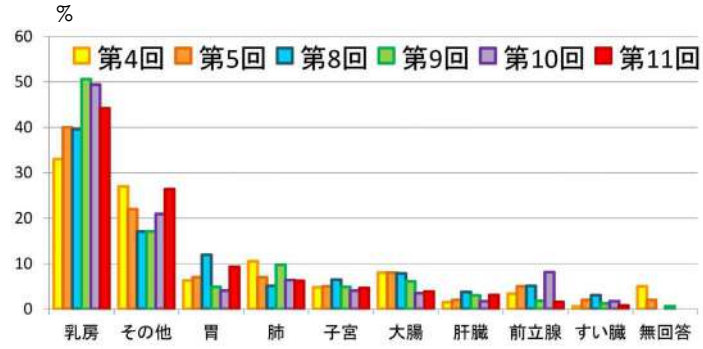
立場は？



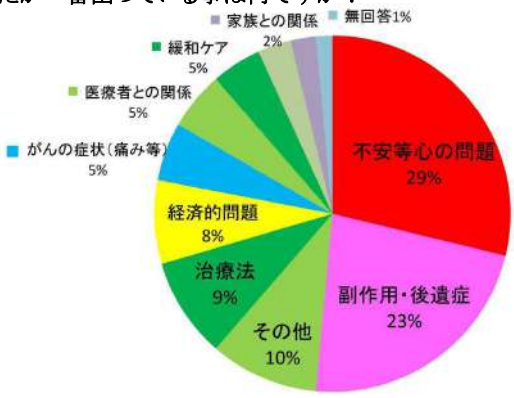
がんの治療は何をされましたか？



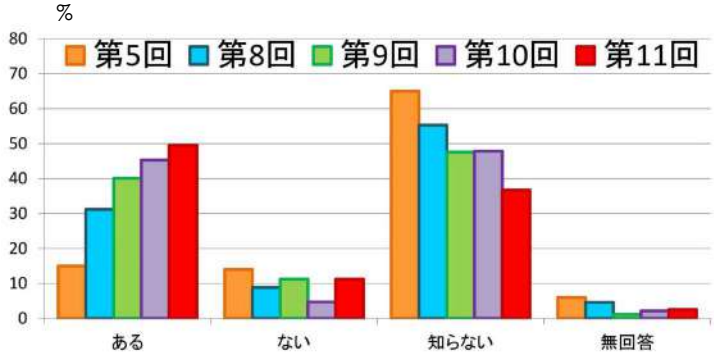
がんの部位はどこですか？



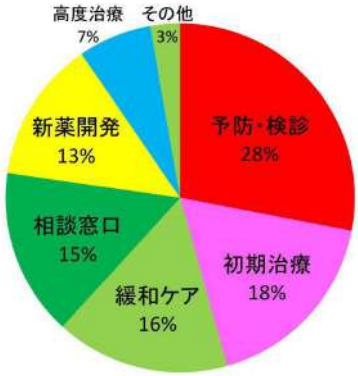
あなたが一番困っている事は何ですか？



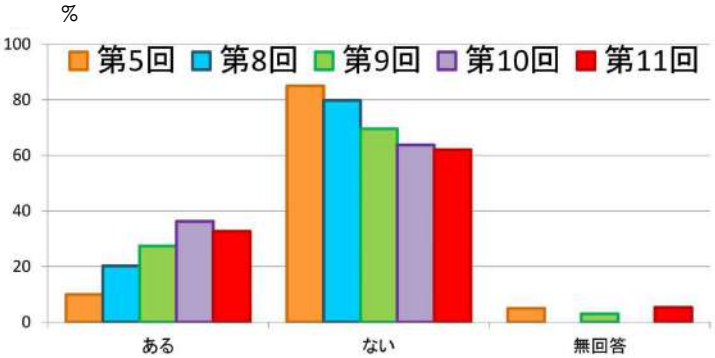
がん診療連携拠点病院にがんサロンが設置されていますか？



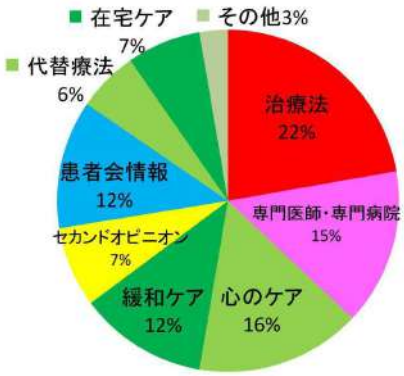
がん対策で重要だと思う分野は何ですか？



がんサロンを利用した事がありますか？

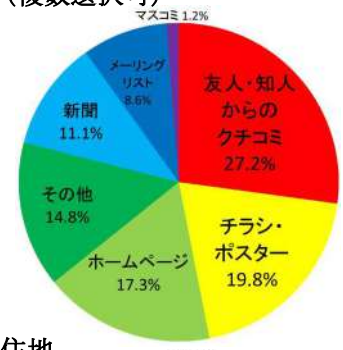


どのような情報が欲しいですか？

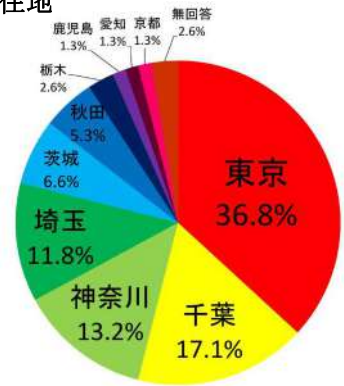


■会場アンケート結果

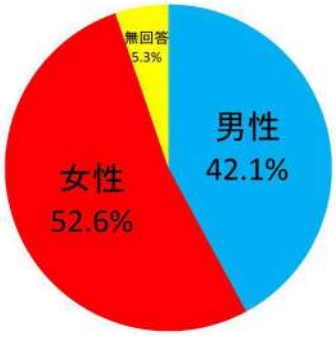
1.どのようにしてお知りになりましたか？（複数選択可）



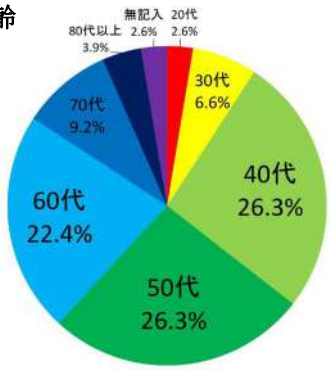
2.居住地



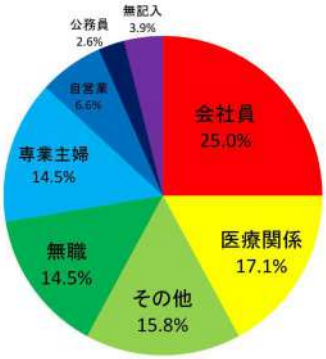
3.性別



4.年齢

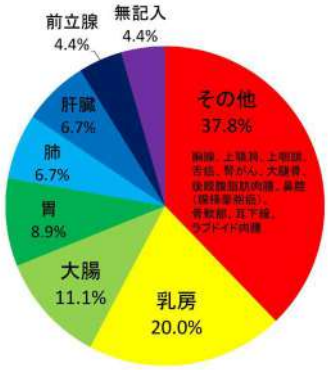


5.職業

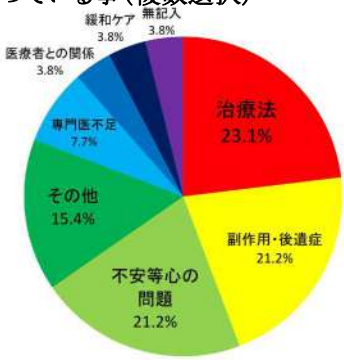


6.立場(複数選択可)

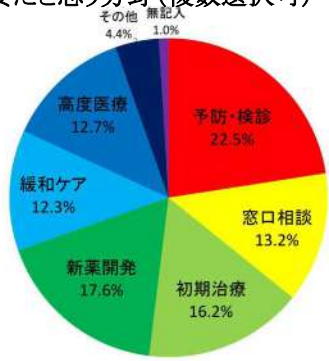
7.部位



8.困っている事（複数選択）

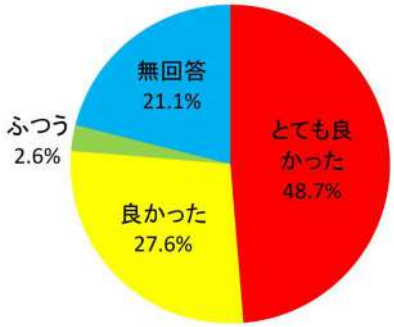


9.重要だと思う分野（複数選択可）

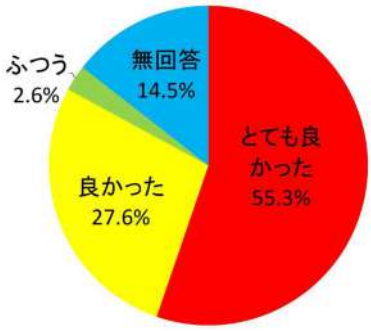


10.どのような情報が欲しいですか？（複数選択可）

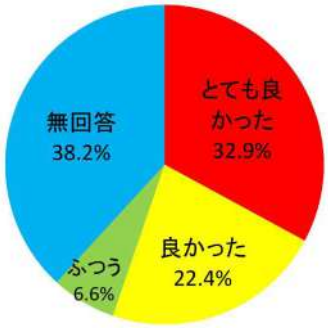
11.午前の部・講演について



12. 午後の部・講演について



13. シンポジウムについて



■会場の感想　アンケートより抜粋

午前講演感想	午後講演感想	シンポジウム感想	アピール文、全体感想
吉野さんのがん人生に感動しました。がん対策基本法成立に向けて活動した10数年前の患者会の統一とあの力を忘れずに来年に希望を！！	各先生の講演内容は大きなプラスです。	完璧な人生などありませんね。吉野先生のお答えに賛同。	アピール文を厚労省が全て受け入れて実行して下さることを切望します。 患者へのアピール最高でした。
吉野さんの話はすごかったです。特に現在進行形というのが。しかし私達には出来ないので穏やかに過ごしています。	免疫療法は参考になった。末期癌に対する治療法及び緩和療法が知りたかった。	実際にすぐ受けられる治療法や効果や医療費を知りたい（最終末期癌患者と家族より）	各先生方の専門説明より、現役患者さんの最新治療や副作用時の過ごし方等の内容を知りたかった。来場の皆さんは専門知識はあります。もっと苦労している生活を知り理解したい。
吉野さんの前向き人生拍手です。山本さんのまとめ素晴らしいです。ご苦労様	盛沢山の専門の話、秋田では聞かれない充実した有賀だと思いました。	マイク使用でも聞こえが悪い時もあった。光嶋先生の形成について24時間続く手術に費やす時間マンパワーについて良くわかります。	がん患者とその家族へのアピール良かったです。
がんとの闘いをキャンサーギフトと受けとめ、治りにくい希少がんでもポジティブに生き抜く吉野さんに励まされた。遺伝子解明、再生医療など先端医療が進化する一方で寿命と健康寿命の差など超高齢社会が抱える課題は多い。その中で鳶巣先生の「生きるだけで十分な仕事をしている」という言葉が印象的だった。がん対策基本法との関連では希少がんの診療体制、がん拠点病院にハローワークの出張所を設けるなど実現してほしいと思った。	放射線治療のアブスコパル効果や超微小外科のリンパバイパス手術の効果に人体の不思議を感じた。一筋縄ではいかないがんに立ち向かうには、今注目のがん免疫療法を含めてケースごとにどんな治療を組み合わせれば最も効果的なのかを検討する個別化治療の時代なのだと感じた。	チーム医療の大切さがいわれるが、職種を越えた連携、病院の科同士の連携がまだまだなのではないかと感じた。個々の医療者が最高の治療を追求すると同時に患t者の意見も十分入れてお互いにメリットを生かす試みが重要だと感じた。	がん患者の立場から発信したいいアピール文だったと思う。がんになっても最後まで自分の人生哲学を貫いて生きていけるように、がんサロンや患者会などがん患者団体は活躍してほしいと思う。それはがんのみならず、認知症やその他の病気の患者団体のモデルにもなると思う。
がんを取り巻く環境が少しずつですが良くなっているのを感じました。	日本の形成外科のレベルの高さに大変驚きました。	それぞれの立場で発言してくださって希望を持てました。	がんになっても希望を持てる社会を実現してください
吉野さんのお話を聞きたくて本日参加しました。お会いできてうれしく思います。	勉強になりました。	生の声を聞く事ができてよかったです	来て良かったと改めて思いました。有難うございました。
吉野さんの話、肉腫治療の希望が大きくなったと思います。	最新の治療の内容が良く分かって参考になりました。	先端医療を受けるための現実の難しさも感じた（高額医療費など）	国がもっと医療分野のために予算をまわすべき。それと最先端の治療法は各病院の域を越えて行えるようにするべき
吉野さんの生き方、病気との向き合い方に感銘しました。病をプラスにして厚労省まで行った行動力に感心しました。鳶巣 Dr の話はとても共感しました。院長なのに Ptさん目線の考えをもっていて、権力振りかざさず飾り院長づらしていないこと、温かい人柄が伝わりました。先生の所で勤務したいと思いました。	最先端の治療法が具体的でわかった。専門性分野であり少し難しい部分もあったけどよい勉強になりました。この治療法を現場の治療医がどの程度理解しているか問題に思いました。治療 Dr が知らなければこれらの治療を Pt は受けらないと思う。	がん対策基本法に関して Drの意見は不安だった。その時間を会場とのディスカッションに使ってほしかった。せっかくの機会なので会場との質疑応答を中心にしてほしかった。	講演の途中で入席する方は、別席に案内してほしいです。せっかく集中して聞いている事が中断され、席に座ってもゴソゴソして居眠りしており迷惑でした。初めて参加しましたが、素晴らしいと思います。全国に患者さんがいるので、5 か所くらいの場所で開催してほしいです。
個々の歴史とか経緯など省略しても良いのでは。我々は今後を中心にこれからのことを知りたいのだから（身体の不具合への対処を中心に）	切るのが大好き、日本の医療とよく言われる。高度の大学研究機関と現場いわゆる臨床現場と医師の能力に融合性なるのか。	多少参考にはなった	厚労省も教授陣それぞれの分別でする気があるだろう。もうかるガンに対する傾倒も判らないでもないが希少ガンにも陽を射しのべて欲しい。
患者体験の吉野さんのお話感動しました。5 年生存率 7%でとても前向き色々な事に挑戦なさってる姿が輝いていました。基本法の山本さんの時患者さんの声に同感する事が多かったです。	放射線治療、免疫チェックポイント阻害剤、とても良く分かりました。免疫阻害剤は思ったより実用化ははやいですが希少がんも早めにお願いします。	字をもっと大きくお願いしたいです。	体験談、患者会の声、放射線、免疫療法とても勉強になりました。
吉野ゆりえ様、何度も治療をくり返したら前向きに取り組んでおられること、今後も良い状態が保たれる事を願っています。	光嶋先生の形成外科の症例について良い結果が得られる事がすごい進歩だと感じました。治療を得られた事によりそれからの人生が変わるのだと思います。	親族や友人の死を見送り治験の段階から間に合わない。早く無念な死を救える様に期待します。	沢山の命の犠牲のうえに技術の進歩があると思う。メンタルケアの大切さ。早期発見、早期治療（アピール文）
がん患者として病とどのように向き合い今後の人生を過ごして行くべきか示唆に富むお話を伺うことができました。	がん治療に関する最先端治療の情報をお聴きし、とても参考になりました。特に失った組織の再建や浮腫の治療に驚きました（すごい効果と思う）	discussion をお聴きし個々の内容や課題などをより深く理解することができました。	やや「てんこ盛り」のいろいろな課題を追加されている感じです。少しでも多くの項目を採用されることを期待します。
①吉野さんの生き方は患者の花でした。②鳶巣先生の超高齢化社会対策はもう少しマスコミに取り上げて欲しい内容で素晴らしいです。	免疫チェックポイント治療が日本と世界で広まるよう期待しております。早くノーベル賞受賞期待しています。	三宅先生、光嶋先生素晴らしいです。	良かった
体験談、医療費を含めての考察は必要で良かった	最新の療法が興味深かった	いろんな意見が聞けて良かった	
午前講演感想	午後講演感想	シンポジウム感想	アピール文、全体感想

午後から来たので午前の話は聞けず残念でした。	最先端の治療法を知ることができました。とても心強く思いました。	患者、医療者、行政の立場で基調なご意見を聞けました。厳しい現実もありますが、希望をもって未来に向かっていきたいと思います。	
・吉野さん今を生きる目的を持って生きたいと思います・鳶巣さん生命あるもの終わりがくる！厚労省、抗がん剤、放射線、ホルモン治療の副作用のリカバリー（対策）は！？	免疫療法期待しています。スーパーマイクロサージャリ　バンザイ	がんの治療はまだまだ手探り？	
体験者の生命の声、又医療者側の多角的目線によりの本の医療の欠点があぶり出されたと思う	最近の医学、考え方、大いに啓発されました	専門分野のレベルが理解出来ました。	
吉野さんのお話から患者でも出来ることが沢山あることを再認識できました。沢山のパワーをいただきました。ありがとうございました。	様々な治療の情報を知ることができ希望が持てました。医療は日進月歩・・・あきらめず治療を続けていきたいと思います。		患者、医療、行政の立場から話を沢山聴くことができ有意義な会でした。今後もずっと続けてほしいと思います。
勉強になりました。	自分の部位や治療法について知ることにより勉強となりました。		がんになったことは幸せではないが、がんでも幸せはあること再度考えさせて頂くことが出来ました。
がんについて勉強すること、自分の治療について考えることも大事だが社会的な活動も必要だと痛感した。	様々な分野の最先端のお話を聞けて大変勉強になった。特に形成外科のお話は重要な、普段は知り得ない内容でとても良かったと思う。		初めての参加なので進行方法がよくわからなかったが主旨には賛同する。
鳶巣先生の哲学的なアプローチが勉強になった。	免疫療法に興味を覚えました。		非常にすばらしい内容と思いました。
吉野さんのパワーとオーラ、鳶巣先生の誠実さに打たれました。吉野さんのダンス活動、ボランティア参加させて頂きたいです。	研究、治療に人生をかけておられる方々に頭が下がります。心強い限りです。		人はお互い助け合う存在なのだと実感しました。こんなにも沢山お助けのエネルギーに囲まれているのだと心暖まる1日でした。
神様からの贈りものと言えるのはがん患者の勝ち組という印象。乗り越えられた人、治療も及ばす亡くなったがん患者の人々からの思うとうらやましい。	専門的な内容であったが新しい治療について知るよい機会でありました。故人が治療中に知っていれば有効な方法もあったと思う。		保険医療費の増大に関して高齢で余命の短い患者に高額な保険医療を施すことにも疑問を感じる。よく言われるトリアージでも言えるか。就業可能な本当に必要な人に十分な治療が保険で出来るよう、医療費の分配そのものを考えてほしいと思う。免疫や重粒子など有効な治療が標準で受けられる社会になってほしい。
・吉野さんの活動については存じ上げていましたが、今日は生の声を伺えて良かったです。ありがとうございました。 ・「希少がんセンター」が出来るまでの歩み（5年）も感慨深く伺いました。 ・鳶巣先生のお話の中で「医療緩和ケアも同じ」というのは全く同感です。とかく細かく専門分野に分けられがちですが「相談支援センター」を覗くと、スタッフが忙しそうで決して相談し易い様子ではありません（がん医療の中枢である大学病院に通っていますが、スタッフはいつも下を向いてデスクワーク中）多岐に渡る事項をそこで行うには少し重荷がありすぎるのではないでしょうか？もう少しスタッフを増やすなどして相談しやすい状況や相談のしがいある「質」を作っていただきたいと思います。	・今、重粒子線治療を受けている最中です。放射線治療の未来を伺い希望が持てました。入院中でも参加して良かったです。 ・免疫療法、再建に関する技術、両方ともとても exciting！な内容でした。スゴイですね～。		本日は素晴らしい集会を催していただき、本当にありがとうございました。来年も必ず参加したいと思っています。
患者自身の体験談又がん医療の現状について改めて確認できて良かったです	午後は所要がありまして残念ながら参加しておりません		
吉野さんの前向きなパワーに打倒されました。鳶巣先生のような先生（病院）に治療をしていただきたいと思いました。佐々木さん、山本さんのお話は参考になりました。	鈴木先生のお話を聞いて希望が湧いてきました。光嶋先生の形成の技術には驚くばかりです。多くの Dr にもこの技術が継承されるよう願っています。		
がん患者ではなくても生きていく上で大切なことを改めて考えるよい機会となりました。	放射線、免疫療法、再建全てにおいて技術の進歩を知り希望が持てると思いました。医薬品の開発を含めて今後さらにがん対策が向上することを望みます。		
同じ肉腫の方が話ことを知り参加しました。前向きさ、行動力に感銘を受けました。国立のがんセンターにもｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝでお世話になったので、吉野さんの活動のおかげです。ありがとうございました。	免疫療法の今後に期待しています。早く希少がんにも使えるようになってほしいです		
吉野先生の講演は普段怠惰に生活している自分が情けなくなってくる程素晴らしいお話でした。役人、医療従事者だけではなく、がん経験のお話が聴けたのが大変良かったです。	コーディネーター特に三宅先生と浜中先生のコンビ連携が抜群で、質問のタイミングなど上手でした。	・質問形式の質問受付が大変良かったと思います。 ・講師紹介がなかったのが良かったです。	
私の生きる目標は「5年生存率を上げるために貢献する」「今をいきいきと生きる」こと。「父を4年前に肺がんで亡くし、残された母を置いて先に逝けない」吉野さんに強く共感しました。		がん患者として何が出来るか、ご活躍されている先生方のお話を聞いて参考にしたいと思い参加させていただきました。大変参考になりました。	
患者様、患者支援者の力、医師の力		患者、家族へのアピールは少し酷かな？でも大事なことですね。	
吉野さんの生き方や鳶巣先生のお話は共感できた		賛同できるが署名を集める必要はないのか？ボランティアの役割が大きいが立場が不安定である。またボランティア教育や専門知識をもったボランティアの参画が必要。善意だけではだめだと思う。	
現在とこれからの医療の向かう姿が知れて良かった			
体験者の話は参考になりました。講演の中にはパワーポイント画がよく見えないものあり。各方面からの話題で良かったと思います。			
吉野さんの前向きな姿勢に心を打たれました。			
午前講演感想	**午後講演感想**	**シンポジウム感想**	**アピール文、全体感想**
吉野ゆりえさん、鳶巣先生、山本さんのお話・・・とても良かったです。がん患者に生きる力になると思いました。			

佐々木さん・・・スライドの文字が多すぎて読む間がほとんどなく分かりづらかったです。		
・抗癌剤についての反対論を多く耳にしますが進んだ抗がん剤治療、放射線と組み合わせた治療などの有り方を知る手掛かりが得られました。 ・癌治療後の形成外科的治療が患者の QOL を UP させるという講演が感動的でした。	情報が大切と思った。癌に対する多科によるチームワーク治療が大切なのは言うまでもありませんが、ひとつの医療機関で対応できない場合には医療機関同士の壁が薄くなるといいと思った。治験の評価ですが希少癌のように症例数が少なく大規模スタディが出来ない場合はどうするのか・・・	・癌は100人100様であるため、各癌の治療ガイドラインの範囲が対応できなくて、癌治療難民になっている患者もいることが問題だと思う。・標準治療から外れてしまった方をどう救済していくのか。・まず患者の癌がどういう振る舞いをする癌なのかを診断することが基本診療として発展していって欲しい。
世の中にはこんな形の治療があるということを薄ぼんやりと知っていても、実際どこでどのように行われているかわからないことが多く、それがもっと広まり、患者が自由に選択できる時代が来ればいいと思いました。	患者、家族、医師、医療関係者、行政 etc 様々な立場の人の槙のつながりがもっと強くなれば	幸いなことに自分自身は治療後の経過もよく、特に困っていることもないので、このような機会に自分から参加することはなかったかもしれないと思います。ただ、たまたま知り合った同病の患者さんからの縁で会に出席し、いろいろ学ぶことで自分からも何か支援できること、発信できることを保っていく必要があるのかなと思いました。
自分も受けてみたい治療法があった	主治医ともこれだけ話せたら良いとな思った	

免疫治療が再発の予防に使えるのが最も求められることではないのか	「不適切な情報」とは何か。研究や実績の芽を摘むのではないか。標準プロトコールが万能ではないはず
ニボルマブが早く使えるようになってほしい。	治療と検査は放医研、診察は有明にかかっています。日頃の通院は会社近くの耳鼻科医院で、3医者が集まって話すことはないので、私は誰に相談したら良いかいつも悩んでいます。
放射線治療と免疫治療が特に良かった	本日は1日中かかったが現在がん患者で治療中の私にとって役立つ事が多いと思います。

30分は短いです。40～60分とって詳しく聞きたいです。
がん治療について、いろいろな角度からのアプローチがあることを知ることができてよかった。
形成外科というと単なる美容と思いがちだが、日常生活を普通におくるため素晴らしい技術で治療されていることを改めて認識した。普段なかなか聞いたり見たり接したりする機会のない講演でよかった。放射線については、どれだけ副作用を減らしながら治療とのバランスをとることが大切だと実感している
最先端の治療に対する理解が深まった
免疫学の玉田先生、形成外科の光嶋先生の話はタメになりました。
朝雨だったせいか参加者が少なく感じましたが、このような会が続いていきますよう希望します。ありがとうございました。
最後に厚労省、医師会そして自分たちへアピール文を届けるのがよかった。自分ごとにならず、やりっぱなしではない、次の法改定に生きることを願う。
賛同します。毎年素晴らしい会をありがとうございます。
素晴らしいと思います。
良かった

MDRT The Premier Association of Financial Professionals®　一般社団法人MDRT日本会

1927年に発足した Million Dollar Round Table (MDRT) は世界67の国と地域の500社以上で活躍する、43,000名以上（2015年8月現在）の会員を有する、卓越した生命保険と金融サービスの専門家による国際的かつ独立した組織です。
MDRT会員は卓越した商品知識をもち、厳しい倫理基準を満たし、優れた顧客サービスを提供しています。また、ビジネスと地域社会のリーダーとして世界中で認知されています。

■会場風景（当日会場準備／大集会）

会場：東京医科歯科大学

司　会

受付

ブース

打合せ

打合せ

ののじの体操

シンポジウム

■第 11 回がん患者大集会収支報告

平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 1 月　18 日　[税込] (単位:円)

収　入		支　出	
科　目	金　額	科　目	金　額
協賛金	1,355,000	講師謝金	278,371
寄付金	101,021	旅費交通費	328,369
		地代・家賃	81,000
		会議費	24,996
		消耗品費	301,616
		インターネット作業等	208,900
		振込手数料	2,018
		印刷代(ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ等)	64,490
		通信費・荷造運賃	38,736
		租税公課	600
		その他の経費	53,560
		報告書関係	73,365
合　計	1,456,021	合　計	1,456,021

■主催・共催・後援・協賛・寄附・協力・制作協力

主催: NPO 法人がん患者団体支援機構・第 11 回がん患者大集会実行委員会

共催: 東京医科歯科大学附属病院　腫瘍センター

後援

厚生労働省, 文部科学省, 国立研究開発法人国立がん研究センター, (公社)日本医師会, (公社)日本看護協会, (公社)日本薬剤師会, (一社)日本臨床衛生検査技師会, 日本癌学会, (一社)日本癌治療学会, (一社)日本血液学会, (一社)日本サイコオンコロジー学会, 日本製薬工業協会, (公財)日本対がん協会, (一社)日本医療機器産業連合会, 日本死の臨床研究会, (一社)共同通信社, NPO 法人日本ホスピス在宅ケア研究会, (公社)日本臨床腫瘍学会, NPO 法人楽患ねっと, NPO法人婦人科悪性腫瘍研究機構(JGOG), NPO 法人地域チーム医療推進協議会, (公財)正力厚生会, (福)NHK 厚生文化事業団, 日本臨床細胞学会細胞検査士会, NPO 法人日本緩和医療学会, (公財)先端医療振興財団, 読売新聞社, 朝日新聞社, 日本経済新聞社, 中国新聞社, 毎日新聞社

協賛

一般社団法人 MDRT 日本会, ヤンセンファーマ株式会社, 緩和ケア推進コンソーシアム, 富士レビオ株式会社, グラクソ・スミスクライン株式会社, 新尾道薬局, アストラゼネカ株式会社, 中外製薬株式会社, ファイザー株式会社, エーザイ株式会社, ㈱オズ・インターナショナル, アステラス製薬株式会社, MSD 株式会社

寄附

医療法人社団　浜中皮ふ科クリニック、図書出版木星舎

協力

日本細胞診断学推進協会　細胞検査士会、一般社団法人 MDRT 日本会

制作協力(インターネット放送)

安藤正男

Eisai エーザイ　AstraZeneca Oncology　Pfizer Working together for a healthier world™ より健康な世界の実現のために　日本で60周年

オズ・インターナショナル　中外製薬　新尾道薬局 広島県尾道市栗原町5901-1

命を明日につなぐ。希望は世界中にある。

課題と国境を越えて、人々の明日をひらく製薬会社、ヤンセンファーマ。

世界のすべてが、私たちの研究室。
病と懸命に闘う患者さんのために、最高の科学と、独創的な知性、
世界中の力を合わせ、新しい可能性を切り拓く。

すべては、私たちの解決策を待つ、ひとつの命のために。複雑な課題にこそ挑んでいく。
新しい薬を創るだけではなく、それを最適な方法で提供する。

革新的な薬や治療法を、届ける。世界中に、私たちを待つ人がいる限り。

誰もが健やかに、いきいきと暮らす社会。
そんな「当たり前」の願いのために、自ら変化し、努力を続けます。

ヤンセンファーマ株式会社　www.janssen.com/japan

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

緩和ケア
推進コンソーシアム
Palliative Care Consortium

「がんと診断された時からの緩和ケア」の推進

すべてのがん患者さんとそのご家族が、
様々なつらさから解放されるために、私たちができること。
それは「がん患者さんやご家族のため」に企業の枠を越えて
社会を動かす活動を展開することだと考えました。
私たちは、企業団体「緩和ケア推進コンソーシアム」です。

参加企業：
塩野義製薬株式会社、帝國製薬株式会社、ムンディファーマ株式会社

くわしい情報はホームページで：www.toutu.jp

（2015年7月現在3社　企業名五十音順）

腫瘍マーカー、感染症検査を中心とした
臨床検査薬のリーディングカンパニー

富士レビオ株式会社
http://www.fujirebio.co.jp

新しい価値の創造を通じて
世界の医療に貢献します。

gsk

私たちの使命は
「生きる喜びを、もっと」

グラクソ・スミスクラインは、研究に基盤を置く世界をリードする製薬企業です。呼吸器領域、中枢神経領域、抗アレルギー領域などの医療用医薬品やワクチン、「コンタック」「シュミテクト」「ポリデント」などの消費者向け製品を通じて、人々の「生きる喜びを、もっと」に貢献してまいります。

グラクソ・スミスクライン株式会社
〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15 GSKビル
http://glaxosmithkline.co.jp

意　味

人任せではなく、がん患者が自身の命のために「声を上げる」イメージを力強い片腕で表現。そしてもう片方の手は、みんなで協力し合う、つながりあう連帯感をアピールし、全体的にハートのモチーフで心の交流や人の温もりを演出しました。青と赤のツートンカラーは、男性と女性、患者と医師、患者と家族などの相互する関係、さらに静脈と動脈をイメージしています。

Canps
Cancer Patients
Support Organization

特定非営利活動法人　がん患者団体支援機構
第 11 回がん患者大集会実行委員会

実行委員長・理事長：浜中　和子

東京事務局　〒158-0091 東京都世田谷区中町 2-21-12　なかまち NPO センター内
TEL:03-6411-6471　　FAX:03-6411-6474

尾道事務局　〒722-0022　広島県尾道市栗原町 5901-1 浜中皮ふ科クリニック内
TEL:0848-24-2413　　FAX:0848-24-2423

Mail: info@canps.jp　　URL:http://www.canps.jp