

第4号
2018.4

前立腺がん患者・家族の会

腺友倶楽部

CONTENTS

- Mo-FESTA 2017 報告 須藤英彦 2
- セミナー（徳島）講演録1 福森知治 4
- セミナー（徳島）講演録2 古谷俊介 10
- ドクター赤倉の〈医療閑話〉 赤倉功一郎 16
- 今を生きる！ 阿南里恵 18
- 腺友だより 渡辺孝則 22
- 2017年度 活動報告 武内 務 27

絵：松浦國樹

パパも元気でいてほしい！ Mo-FESTA 2017 REPORT

ひげを身につけRUN&WALK！…男性のがんを啓発し、メンズヘルスを訴える運動「Mo-FESTA2017」は、大阪と東京の2カ所で、無事に終えることができました。

ランニングやウォーキングにご参加の皆さま、ボランティアの皆さま、ご支援をいただいた企業や団体の皆さまに、心よりお礼を申し上げます。

まずは、嬉しいご報告を申し上げます。初年度は赤字であったこのイベントでしたが、2年目となる2017年は、ささやかではありますが、24万円弱の余剰金を生み出すことができました。（収支報告書をご覧ください）

しかし、問題は余剰金の使い道です。

当初予定していたご寄付先は日本泌尿器科学会でした。前立腺がん患者用ガイドラインの作成を要望し、その費用の足しにさせていただきたいと考えておりましたが、結局、寄付金は受け取っていただけませんでした。

この余剰金は、一旦、腺友倶楽部でお預かりし、有益な使途（寄付先）を検討中です。使い道が決まりましたら、またご報告をさせていただくつもりです。

（Mo-FESTA実行委員会 実行委員長 NPO法人腺友倶楽部 理事長 武内 務）



Mo-FESTA2016 収支報告書			活動を終えての感想
<収入の部>			ボランティアの方々へのアンケートより ● 2回目ということもあり、昨年よりスムーズで楽しめた。大変盛り上がった。 ● 前回の反省が随所に活かされており、スタッフも落ち着いて対応できた ● 今後もボランティアスタッフとして参加したい。 ● 今後も継続してほしい。 ● ピンクリボンのように認知度がアップすることを期待したい。 ● 少しでも、ピンクリボンに追い付きましょう！ 来年の課題は参加者の増員かな？
項目	金額	摘要	
参加費	844,080		
協賛金	1,996,800	協賛企業5社	
寄付金	227,468	クラウドファンディング：¥169,235 他	
（収入計）	3,068,348		
<支出の部>			
項目	金額	摘要	
会場設営費	1,376,420	会場設営費、音響設備、会場使用料	
大会運営費	1,001,151	飲料水、物品仕入、ゼッケン、保険等	
会議費	54,370	会議室レンタル費用等	
印刷、消耗品費等	278,464	チラシ、送料、文具等	
事務局委託費	43,006	外注費等	
交通費	62,670		
広告費	14,488		
寄付金	237,779	余剰金	
（支出計）	3,068,348		



★ Mo-FESTA 大阪 2017

「Mo-FESTA大阪」は11月12日（日）大阪城公園で開催されました。

前年とちょっと違ったのは、つげさん（貝塚市のイメージキャラクター）の登場でした。これはトピックスと言っても良いのではないのでしょうか。「つげさん」は貝塚市の伝統工芸品「つげ櫛」をモチーフにしたキャラクターですが、立派なおひげが目立つので、「Mo-FESTA」のゆるキャラかと見間違えるほど。お子さん達には絶大な人気で、一緒に写真を撮るご家族連れもたくさん見受けられました。今後もMo-FESTAの会場に来ていただいて、楽しく応援していただけることを願っています。

また、かるてぼすとさんには、写真撮影のために、写真ボードと横断幕を作っていただきました。こちらも家族連れや企業でご参加いただいた皆さまの集合写真等に活用いただき、大変喜んでいただきました。このような新しい試みは、今後もどんどんやっていきたいと思っています。

★ Mo-FESTA 東京 2017

「Mo-FESTA東京」は12月17日（日）前回同様、国営昭和記念公園で開催されました。

東京のトピックスをあげるなら、間違いなくカンサーフィットネスさんのチアダンスでしょう。ウォークとランのスタート前に、明るくカラフルなパフォーマンスで参加者に元気を注入していただき、大いに盛り上がることができました。寒い中、本当にありがとうございました。

そして、ゴールではあのメキシコ、ミュンヘン、モントリオールオリンピックのマラソン代表選手の宇佐美さん（東海大学名誉教授、NPO法人日本スポーツボランティア・アソシエーション代表）が、タイムキーパーを買って出てください、ゴールされる皆さん一人ひとりに、タイムをお伝えいただきました。日本マラソン界のレジェンド、オリンピックがゴールで参加者を迎えてくれる大会はそうありませんよね。

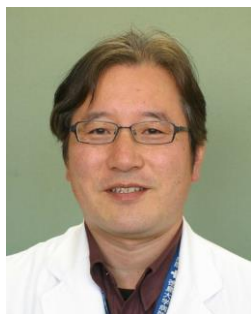
最後は、Monderful賞（ひげの仮装大賞）で、大いに盛り上がりました！！

報告：NPO法人腺友倶楽部 理事 須藤英彦



前立腺がん向き合うにあたり 知っておきたいこと

「前立腺がんセミナー in 徳島」 2018/02/25
徳島大学医学部泌尿器科 講師 福森知治 先生

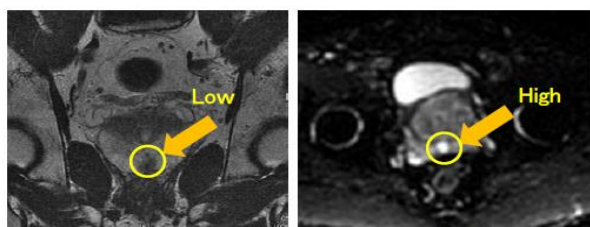


2018年2月、NPO法人AWAがん対策募金との共催で、徳島で前立腺がんセミナーを開催しました。徳島大学泌尿器科教授の金山博臣教授に座長を務めていただき、泌尿器科の福森先生と、放射線治療科の古谷先生に講師をお願いしました。福森先生の講演は、実際には2部構成となっており、後半は主に進行がんと薬物療法に関するお話でしたが、会報への掲載にあたっては、紙面の都合もあり、前半の講演をメインに、後半は基本的な部分だけをピックアップし、ひとつの講演の流れのように表現させていただきました。

前立腺がんの診断

前立腺がんのほとんどは無症状で進行します。そのため前立腺がんかどうかの診断には、PSA検査の数値が重要となります。PSA値は4未満であれば問題はなし。概ね4以上10未満のいわゆるグレーゾーンであれば、生検を考慮しますが、年齢やPSAの上昇度合い、MRIの画像検査の結果等を参考にしながら、がんの可能性を総合的に考え、生検の必要性を判断します。PSA10以上であれば、がんの可能性は一段高くなってしまいますので、基本的に生検をお勧めしています。

前立腺癌の検出にMRIが有用です！



T2強調画像

拡散強調画像

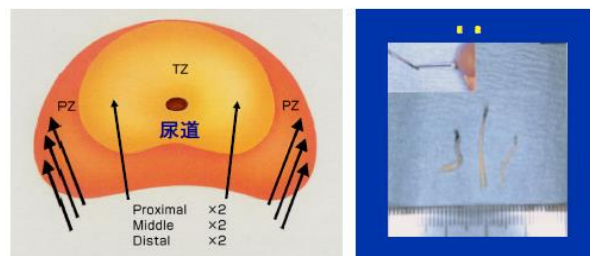
さまざまな条件で検出可能に

近年、MRIの精度や造影方法にも工夫がこらされ、マルチパラメトリックMRIなど、がんの影が見えやすい撮影法が行われるようになってきました。以前は生検後にMRIを行うことが多かったのですが、生検後では画像判定がしにくい場合もあるので、近頃ではMRIを先にすることが増えてきました。このほうが、生検の要非の参考資料としても利用できるからです。

生検も以前は直腸に挿入したプローブの超音波画像を見ながら、ランダムに突き刺すやり方でしたが、最

近では、MRIと超音波を組み合わせ、従来の生検に加えて、がんの疑いのある部分を狙って生検を行う方式も導入されるようになってきました。転移の有無の判定は、MRI、CT、骨シンチを用いるのが一般的です。

経直腸的超音波ガイド下生検(組織検査)



主に辺縁領域(外腺)を10-12本採取する

リスク分類

治療の話に進む前に、知っておいていただきたいことがあります。前立腺がんにはその悪性度の判断に用いられる3つの指標があるということです。

- 1) PSA値
- 2) グリソンスコア(生検組織)
- 3) 臨床病期

これらの指標を組み合わせることで「低」「中間」「高」の3つのリスクに分類されます。3つの指標がすべて「低リスク」に含まれるものであれば、全体としても「低リスク(群)」であり、どれか一つでも「高リスク」の指標があれば、全体としては「高リスク(群)」という判断になります。それらいずれにも該当しないものが「中間リスク(群)」とされています。

リスク分類(前立腺がんの悪性度の指標)

- 低リスク群** PSA 10未満 and グリソンスコアー6以下
臨床病期 T1c, T2a
- 中間リスク群** PSA 10-20 or グリソンスコアー7
臨床病期 T2b
- 高リスク群** PSA 20以上 or グリソンスコアー8以上
臨床病期 T2c

前立腺がんの治療の考え方

前立腺がんの治療法は多岐にわたりますが、臨床病期とリスク分類によって、望ましいと思われる治療法の選択肢をかなり絞り込むことができます。

前立腺がん治療の考え方

	限局性			局所進行	転移・進行	
	低リスク	中リスク	高リスク		N (+)	M (+)
その他	監視療法					
手術	前立腺全摘除術			ロボット手術		
放射線療法	根治的外照射				IMRT	姑息的照射 対症照射
	小線源療法(単独)	小線源療法+外照射 ホルモン		小線源		
薬物療法	(局所療法と併用が基本) [※]				ホルモン療法 (単独)	

※内分泌療法単独で治療されることもある

前立腺癌診療ガイドライン2016年版、NCCNガイドライン(前立腺癌, 2018)を参考に作成。

この図の一番上の監視療法というのは、すぐに根治治療をせず、しばらく経過を見ていく治療法です。低リスクの場合には、まずはこれが可能かどうかを考えます。根治を狙う場合は、手術または放射線治療となります。放射線には外部照射と小線源療法があります。高齢の方で、積極的な治療はしたくないということで、ホルモン療法を選択される方もおられますが、当然、男性ホルモンの低下による副作用がつきものなので、治せる場合は、根治療法の選択が望ましいでしょう。

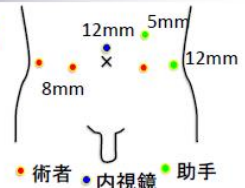
手術

以前は開腹手術がほとんどでしたが、近年はロボット支援手術(ダヴィンチ)が普及してきました。ロボットと言っても鉄腕アトムのように自分で動くのではなく、執刀医は少し離れたところから、腕のようなアームを遠隔操作して手術を行うのです。

昨年は、年間約13,000人がロボット手術を受け、徳島大学でもすでに約400件の治療実績があります。

ロボット補助下前立腺摘除術

- ◆ 平成24年4月から保険適応
- ◆ 全国に約260施設(272台)導入
- ◆ 年間約13,000例(2016年)治療
- 徳島大学 約400例 治療



ロボット手術の何が良いかと言うと、手振れが全くせず、肉眼よりはるかに良く見えることです。手術はしやすく、非常に緻密なことができます。例えば、小さい米粒に名前を書くとか、うんと小さな折り紙で折鶴を作るなど、細かい作業も得意なのです。出血が少ないので輸血をすることもほとんどありません。手術で一番問題になるのは尿失禁ですが、昔のようなジャジャ漏れはほとんどなく、せいぜいちよい漏れがある程度です。手術の利点としては、尿が出にくい方にとってはうんと楽になります。治療がうまくいけば、すぐに薬と縁が切れるというのも魅力かもしれません。ただし、ロボット手術が、開腹手術や腹腔鏡手術よりも優位であるという保証はありません。施設によってもそれぞれ得意とする手術方法が違うためです。手術には、少量とは言え、尿漏れの可能性は否定できませんし、がんが少しでも前立腺外にはみ出ている場合(被膜外浸潤)には、完全に取りきることが難しいという欠点もあるので、長所、短所の見極めが大事と思われる。

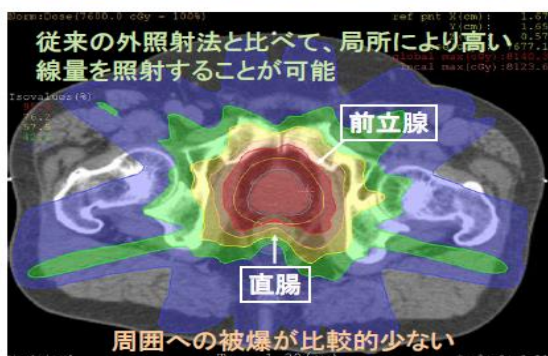
外部照射

放射線治療では、病院を見るコツがあります。まずは良い装置が入っているかどうか。そして、それを使いこなせる技量をもった治療医と技術者が居るかどうか、これが施設選びの条件になると思われます。この10数年で、外部照射の治療装置は大きく進歩してきました。徳島大にもこのような最新の治療装置が

入っています。

一昔前の外部照射は、標的を2次元で捉え、影絵の輪郭を照射するようなやり方だったので、不必要な部分にも放射線が当たっていましたが、それが3次元照射に進化し、さらに、前立腺の標的だけに強い放射線を当て、正常組織に当たる放射線は極力減らす工夫が積み重ねられ、現在の強度変調放射線治療（IMRT）という照射方式が用いられるようになってきました。

強度変調放射線治療（IMRT）の線量分布



上の図で言えば中心の赤いところに線量を集中させて、周りの組織、例えば腸とか膀胱の放射線量をできるだけ減らすということです。そういう計算がコンピュータの力を借りてできるようになっており、近年は位置がずれないように正確に重ね合わせる画像誘導という技法も用いられるようになってきました。

小線源治療

小線源治療の実際

前立腺

線源を挿入しているところ

線源挿入後のX線画像

線源を充填したカートリッジ

線源挿入具（アプリケーター）

超音波探子

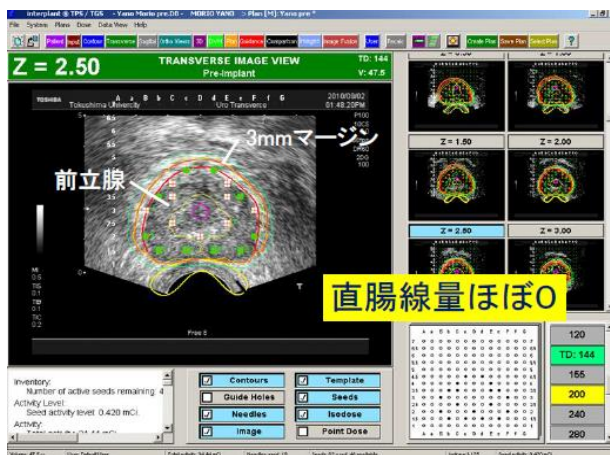
アプリケーター針

- 短期間（3泊）の入院
- 小線源の挿入：1時間程度
- 線源は永久に埋め込んだまま

写真：日本メジカシス株式会社提供

小線源治療というのは、上の図のように生検をする時のような姿勢でお尻からエコーを差し込み、前立腺の内側に放射性の小カプセルを埋め込んでいくという方法です。この方式では、しっかり前立腺に放射線が

当たります。ただ、小線源治療をやっている施設は120施設足らずなので、これを使っている患者さんは延40,000人程度に留まっています。徳島大学では830例以上の治療実績を上げています。



小線源治療では、放射線は前立腺だけにしっかり当たり、他にはあまり当たらないので、副作用も比較的少なくて済みます。以前は便に血が着くようなことも見受けられましたが、それもかなり頻度が減ってきました。小線源治療は、施設によって治療成績に差があると思います。そのあたりを良く見極めて、施設を慎重に選ぶ必要があるようです。

・トリモダリティー

これは「ホルモン療法+小線源+外照射」の3つ（トリ）を組み合わせた治療法（モダリティー）という意味です。高リスク群の前立腺がんが良い適応で、高リスクで手術はやりにくいとか、手術では再発率が高いとか言われた方にとっては、トリモダリティーは最良の選択肢かも知れません。

手術 vs 放射線治療の比較

本音！ 手術、放射線、どちらがいいの？

ロボット手術 vs. 放射線治療

長所

- 排尿障害の改善
- 術後葉なし
- リンパ節廓清可能

短所

- 尿失禁
- 入院期間（約10日）

長所

- 低侵襲
- 性機能温存
- 被膜外浸潤にも有効

短所

- 排尿障害
- 直腸障害

手術と放射線治療ではどちらが良いか、という話ですが、それぞれに長所、短所があります。ロボット手術の場合は排尿状態が改善されますし、術後に薬も不要です。リンパ転移があっても、丁寧にやれば取ることも可能です。手術ではきちんと診断がつかます。短所は尿漏れの可能性があるということと、入院期間が、どうしても10日ぐらい必要となることです。放射線治療の場合は、入院期間はあまり長くないということが一つ、それと、前立腺より少し広がっている部分にも放射線を当てることのできることで、被膜外浸潤にも有効だろうと思われれます。基本的に、実際に前立腺に限局しているがんの場合は、手術と放射線では、治療成績にほとんど差がないと言って良いと思います。

監視療法

「がんなのにそのまま様子を見るの？」という話ですが、仮に見つかったとしても、一生そのまま放置しておいてもほとんど悪さをしないというおとなしい前立腺がんも少なからずあるのです。

監視療法では、定期的にPSA検査（3～6カ月毎）や組織検査（1～3年毎）を行って、がんが進行していないかどうかを確認します。もし、悪くなっている兆しがあれば、手遅れにならない間に積極的治療に移行するということになります。

PSA監視療法の適応

- グリソンスコア 6以下
- 生検でがん検出本数が2本以下（腫瘍占拠割合 50%以下）
- PSA 10 ng/mL 以下
- 臨床病期 T2 以下の場合

- ✓ 手術や放射線治療の副作用を回避
- ✓ 経済効果

日本泌尿器科学会編 前立腺癌診療ガイドライン2016年版

このような「超低リスク」に該当する患者さんは、基本的に監視療法の対象と考えて良いでしょう。監視療法は欧米ではたくさん報告されています。慌てて手術や放射線治療をしなくても良いのではないかと仰うことです。手術や放射線治療など、根治狙いの治療法

には、良いところもありますが、必ず副作用も付いて回ります。しかし、監視療法に副作用は全くありません。経済的にもお金はあまりかからないし、極力過剰治療を避けるという意味もあります。ただ、最後まで監視療法を貫けることができるかと言えば、そうとは限りません。むしろいずれは治療を行う必要があると思っておいたほうが良さそうです。いずれ進行していくリスクもかかえているので、そういう点も分かった上での選択肢の一つです。

治療法の比較

もし前立腺がんが見つかって治療方法を選択する時、どれを選ぶのかということになります。次の3つの治療法について、このような比較表にまとめてみました。

	ロボット	小線源	監視療法
治療成績			
低リスク	◎	◎	◎
中間リスク	◎	◎	○
高リスク	○	○	×
	拡大リンパ廓清	トリモダリティー	
年齢(75<)	×	○	○
合併症			
BPH	○	△ ×	○
緑内障	×	○	○
身体的負担	△	○	○
経済的負担	△	△	◎
時間的負担	△	○	○

ロボットができて、手術は本当に良くなりました。放射線治療もすごく技術が進んで良くなっています。監視療法も、低リスクであれば、手術と比べても予後は変わらないと言われていています。どの治療法もクオリティが上がっており、治療成績も良くなっています。何年か前と比べますと、どの治療法を選択しても、それほど悪い結果にはならないだろうと思えるところまで来ていると感じられるようになってきました。

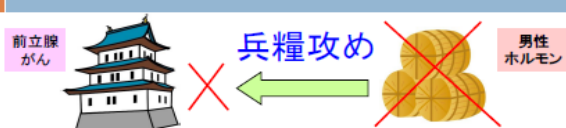
ホルモン療法

高リスクの前立腺がんに対して放射線治療を行う場合、その効果を高めるため、一定期間（数か月から数年）補助的にホルモン療法を用いることがあります。ホルモン療法そのものをメインと考えるのは、転移を有する患者さんとか、初期治療後に再発された患者さ

んとなります。根治治療が可能な患者さんでも、高齢であったり、手術や放射線治療などの積極的治療を望まれない場合には、ホルモン療法を行う場合もあります。

前立腺がんというのは、男性ホルモンを餌にして育つと思ってください。この男性ホルモンを断つのがホルモン療法です。男性ホルモンを作る精巣を摘出する方法もありますが、現在は薬による方法が一般的です。男性ホルモンを断つと言うことは、前立腺がん細胞から見れば、兵糧攻めを受けているのと同じことです。

ホルモン療法の詳細



- 男性ホルモンの分泌を抑える
LH-RHアンタゴニスト、LH-RHアゴニスト(注射)
- 男性ホルモンの前立腺がん細胞への結合を抑える
抗男性ホルモン剤(内服薬)

注射と内服薬の併用: MAB (Maximal Androgen Blockade)

兵糧攻めの基本形としては、男性ホルモンそのものを断つ(分泌を抑える)方法と、男性ホルモンが前立腺がん細胞に届く手前でブロックする(がん細胞との結合を阻止する)方法の2種類があります。前者は、LH-RHアゴニストまたはアンタゴニストという注射薬です(リュープリン、ゾラデックス、ゴナックスなど)。後者は、抗男性ホルモン剤(カゾデックス、オダインなど)という内服薬です。注射と内服薬を同時に行うホルモン療法のことをMAB(CAB)療法と呼んでいます。

ホルモン療法で男性ホルモンが低下すると、副作用が出てきます。男性ホルモンを元から断てば、性機能不全(ED)は必発です。他に良くある副作用は、のぼせ(ホットフラッシュ)、筋力低下、肥満、骨粗鬆症など多くの種類があります。

去勢抵抗性前立腺がん(CRPC)

ホルモン療法を継続すると、いつかその効果がなくなり、男性ホルモンがほとんどないにも関わらず、前立腺がんが増殖することが珍しくありません。この状態を、去勢抵抗性前立腺がん(CRPC)と呼んでいます。

・新規ホルモン剤

CRPCになった時、2種類の新規ホルモン剤が使用できるようになりました。すなわち、アピラテロン(ザイティガ)とエンザルタミド(イクスタンジ)という薬です。ただ、これらはいずれか一方の薬を使ったあとは、他方の効き目が悪くなる「交叉耐性」があると言われているので、薬は2種類であっても、主に有効なのは1種類と考えたほうが良さそうです。

新規ホルモン剤

男性ホルモン合成阻害剤
アピラテロン(ザイティガ®)

男性ホルモン受容体阻害剤
エンザルタミド(イクスタンジ®)



- ✓ 適応は去勢抵抗性前立腺がん
- ✓ 全生存率を有意に改善(寿命が延びる!)
- ✓ 抗がん剤投与までの期間を延長

・抗がん剤

抗がん剤はどれも最後の砦のように思われていて、抗がん剤を使うようになると、もう後がないように感じる方もおられるかも知れませんが、最近では、転移を有する患者さんには、かなり早い時期から使うことが増えてきました。ホルモン剤と並行して早くから使ったほうが寿命が延びるというデータも存在するので、欧米ではすでにそのような使われ方をしていますが、日本では保険適用の関係もあり、去勢抵抗性前立腺がんになってから検討するのが標準的な使い方となります。

抗がん剤は有効!

ドセタキセル(タキソテール®)

カバジタキセル(ジェブタナ®)

最近では早めに投与する傾向!

- ✓ ホルモン療法の無効例にも有効
- ✓ 転移数が多い症例で予後改善
- ✓ 吐き気などの副作用は予防可能
- ✓ DNA合成阻害
- ✓ 新規ホルモン剤 無効例にも有効
- ✓ ドセタキセル 無効例にも有効
- ✓ 転移数が多い症例など良い適応



ドセタキセルが効かなくなっても、そのあとにはまだ新しい抗がん剤カバジタキセル(ジェブタナ)が使

えるようになりました。カバジタキセルは、新規ホルモン剤が使えなくなっても、一定の効果が見込めると考えられています。

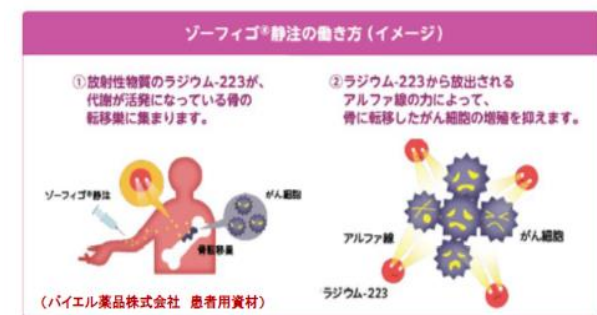
副作用の強さは個人差が大きいのですが、食欲減退などは止むを得ないにせよ、吐き気などの副作用は抑えられるようになってきました。

・放射性医薬品

骨転移に対する薬としては、ゾメタやランマークを考えるのが普通でしたが、2016年には、骨転移に効果的で、アルファ線を放出する放射性医薬品ゾーフィゴ（Ra223）も厚労省の承認を得ました。

これまであったベータ線を放出する放射性医薬品メタストロン（St89）は、骨の痛みを抑える疼痛緩和に用いられていましたが、ゾーフィゴは寿命を延ばす効果もあると言われています。ただ、使うことのできる施設が限られていることや、内臓転移が出てからでは使えないなどそれなりの注意が必要となります。

新しい骨転移治療薬 ラジウム-223(ゾーフィゴ®)



✓ 月1回、計6回静脈投与、骨転移のみに有効

終わりにあたって

普段患者さんと接していると「先生にお任せします」という言葉を良く聞きます。それで良いのかということですが、施設によっては、手術しかない施設もあれば、放射線しかない施設もあるので、皆さん自身がある程度の知識を持っていただくということはとても大切です。ご自分の希望はきちんと主治医にぶつけるべきです。今日お話ししている内容とか、本を読むとか、ネットを調べるとか、いろいろあると思います。ウェブでお勧めしたいのは「腺友ネット」です。

この中の「前立腺がんガイドブック」に書かれている解説は、専門医である私の眼から見ても、とても良くできていると思います。

最近は動画でもいろいろ観ることができます。YouTubeで「前立腺がん」と打ち込んでその動画を見てください。手前味噌ですが、私が話をしている動画も出てきます。皆さん自身がこういった情報をしっかり集めていただくということが、本当に大切だろうと思います。

あなたにふさわしい治療を選ぶために

本音!

- 主治医まかせにしない
自分の希望をきちんと伝える(メモの利用)
- 手術、放射線など、それぞれの意見を聞く(医師、治療経験者など)
- さまざまな情報を集める
市民講座、メディア、書籍、知り合い、医師など

これが最後のメッセージとなりますが、ほんの数年前までは、抗がん剤（ドセタキセル）がほんとうに最後の砦でした。それが今では、新薬が増え、その使い方や手順にも迷いが出るほどになってきて、患者さんの寿命も明らかに延びてきました。新薬の研究開発は現在もどんどん進んでおり、あと数年経てば、また大きく状況が変化するかも知れません。現在すでに薬物療法に頼っておられる患者さんも、しっかり希望を持ってできるだけ頑張っていたいただきたいと思います。

ありがとうございました。



「前立腺がんセミナー in 徳島」の二人目の講師は、放射線治療科講師 古谷俊介先生です。前立腺がんの治療には、放射線治療医にも重要な役割があるのですが、とかく泌尿器科医の影に隠れて、患者からは見えにくい存在となっています。このたびは、前立腺がんにはどのような放射線治療があるのかという話は基より、放射線治療医はどのような場面で登場し、泌尿器科医とどのような形で協力しているのか、古谷先生には、そのあたりも含めてお話をさせていただきました。

放射線治療にはどのような種類があるのか、まずは放射線が用いられる場面で分類してみますと、ざっと以下の3種類になろうかと思われれます。

- 1) 根治を目的とした放射線治療：根治照射
- 2) 術後再発に対する放射線治療：救済照射
- 3) 進行がんに対する放射線治療：緩和照射

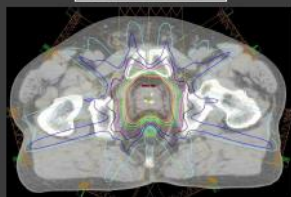
放射線治療の特徴と言え、まずは、切らずに治療ができるので、体への負担が少ないことでしょう。高齢や合併症などの理由で手術が難しいような場合でも、放射線治療を受けることは可能です。臓器をそのまま残せるので、形や機能の損傷を最小限に留めることもできますし、照射中は痛みやかゆみもまったくありません。

根治を目的とした放射線治療：根治照射

放射線治療は、照射方式で大きく分けると、体の外から照射する外部照射と、体の内部から照射する小線源治療の2種類に分けられます。

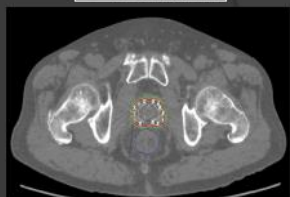
外部照射・小線源治療の特徴

外部照射



- 広い範囲を照射できる。
→ 前立腺被膜を超えた病変、リンパ節転移にも照射可能。

小線源治療



- 線源の周囲にのみ強い放射線を照射。
→ 前立腺に高い線量を集中する。

外部照射は、前立腺の周囲に広く放射線を当てることが可能ですから、前立腺がんが被膜を超えているような場合や、リンパ節を含む骨盤域全体への照射も可能となっています。外部照射には、通常のX線治療と粒子線治療があります。

小線源治療というものも2種類あり、線源にヨウ素（I-125）を用いる低線量率小線源療法と、イリジウム（Ir-192）を用いる高線量率小線源療法に分かれます。多いのは低線量率小線源療法のほうです。

外部照射

外部照射(X線治療)

リニアック



- 台の上に寝るだけで、照射中何も感じない(非侵襲治療)。
- 1回10~20分程度。
- 前立腺がんでは7~8週間程度の治療期間。
- 外来で治療可能。

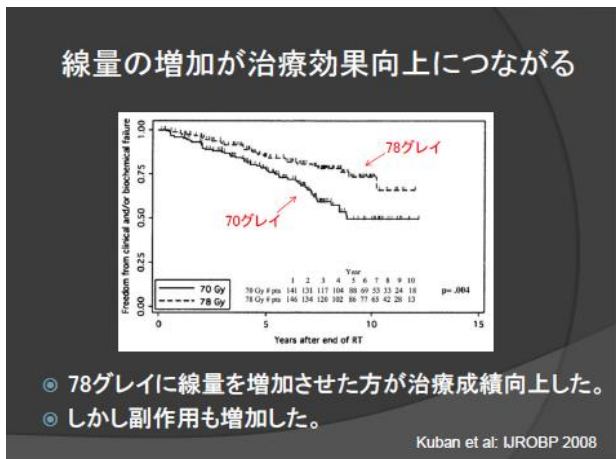
通常リニアックと呼ばれる機種を用いて、照射角度を変えながらX線を照射します。週に5回、前立腺の場合はだいたい7~8週間ぐらいを要します。治療期間が長いということが負担になることとは思いますが、非侵襲的治療ですので、外来で治療を受けることも可能ですし、仕事をしながら来院されている方もいらっしゃいます。

・ 3 DCRT



X線治療は、現在、非常に進歩しております。少し前までは、三次元原体照射 = 3DCRTと言われる方法が主流を占めていました。多方向から前立腺の形に合った照射野を作成し、前立腺に放射線を集中的に当てるというやり方です。1回2Gyで、計70~74Gy程度が多いと思います。この方法は多くの施設で受けることが可能でしょう。

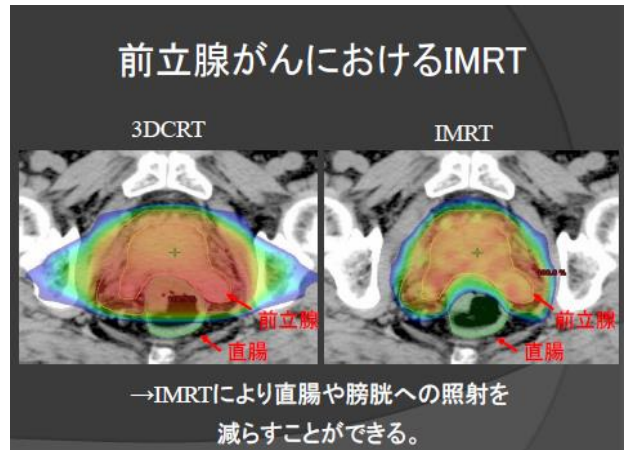
放射線の量を70Gyから78Gyに増やすと治療成績が良くなるということが分かっていますが、そうすると副作用も増えてしまうのが問題でした。



・ IMRT

そこで考え出されたのが強度変調放射線治療IMRTという照射方法です。これは3DCRTと同じく、がんの形に合わせた照射を行うのですが、更に、線量に濃淡を付け、周囲の正常臓器を避けるようにする技術です。これにより、副作用を減らし、標的への線量を増やすことができます。IMRTでは、現在76~

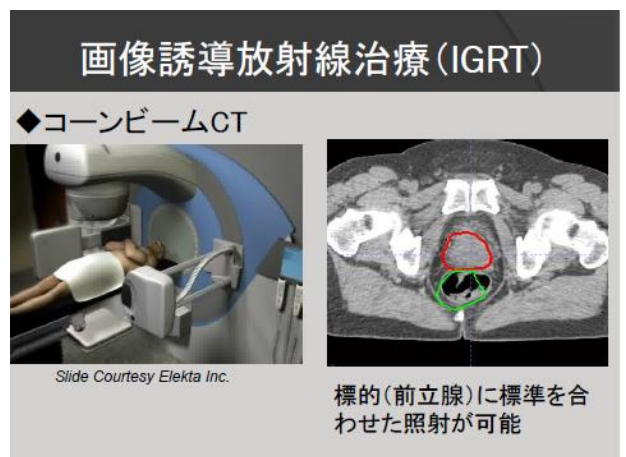
80Gyの放射線を当てている施設が多いと思います。ただし、IMRTの実施施設は3DCRTより少ないというのが現状です。



IMRTについてもう少し詳しく見てみますと、左が従来の3DCRT、右がIMRTです。前立腺の後ろ（下側）には直腸が食い込むように接しています。従来の方法ですと、前立腺に放射線を当てると、直腸にもかなりの範囲に強い放射線が当たってしまいますが、IMRTを使うと、前立腺の形に添って放射線を当てることができるので、直腸への照射を避けることができます。

・ IGRT

3DCRTでもIMRTでも外部照射の時に注意しなければならないことは、体内での前立腺の位置は、常に同じではないということです。日によって位置が変わってしまいます。膀胱内の尿のたまり方や直腸にあるガスや便のたまり方によって、前立腺の位置は日々、移動してしまいます。



移動する前立腺に対して放射線を正確に当てないといけませんが、これを可能にしたのが画像誘導放射線治療=IGRTという技術です。最近のリニアックにはこの様にCTを撮る装置がついており、CTで撮影した画像と、その日の前立腺の位置を重ね合わせて狙い撃ちをするということにより、毎回、正確に放射線を当てることが可能になってきます。

IGRTを用いることによって、同じ線量の放射線を当てていても治療成績が良くなったとか、副作用が減ったという報告が見られていますので、IGRTを使う位置合わせ技術は非常に重要となっています。

最近、前立腺がんの治療で用いられているリニアックの機種には、IMRTやIGRTが組み込まれ、回転型IMRT (VMAT) を行うものなど、様々な機種が出ています。しかし、これらを用いてどのような照射をするのかということが肝心になりますので、治療成績が装置によって変わるわけではありません。



照射線量は多いほど再発リスクが減ることが知られています。放射線治療 (外部照射) を受ける際の注意点としては、正常組織へのダメージを防ぎながら、いかにして照射ターゲットに高線量を与えることができるのかがポイントとなってきます。照射線量も70Gyと80Gyでは大きく違うということです。

粒子線治療

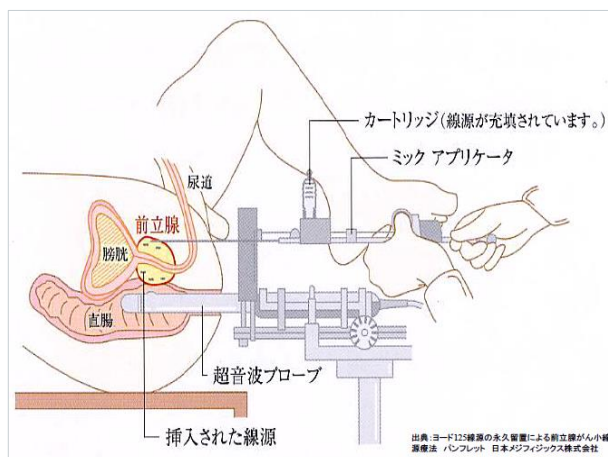
粒子線治療には陽子線治療と重粒子線 (炭素線) 治療があります。粒子線の物理的特徴としては、X線と比べて、がんへの集中性が優れるという点があります。

X線は、照射ターゲットを突き抜けますが、粒子線は、ピタッとここで止めることができるので、正常組織のダメージを少なくできると言われています。しかし、IMRTと粒子線で、本当にどちらの方が良いのかということはまだわかっておりません。ただ、副作用の方で比較すると、粒子線治療の方がX線と比べると少ないのではないかとされる報告はあります。重粒子線 (炭素線) 治療では、治療期間は3週間ぐらいで終わります。現在のところ粒子線治療を実施できる施設は17施設と限られており、患者さんの負担額が大きいというのが問題でしたが、2018年4月より保険診療となる予定です。

小線源治療

・低線量率小線源療法 : LDR

ヨード (I-125) が内封された5mmぐらいの小カプセルを前立腺内に埋め込む治療で、全国118施設で実施されています。前立腺に対しては非常に強い放射線を当てることができます。当院では3泊4日の入院で行っています。ただ、外部照射と違って下半身麻酔、腰椎麻酔の必要があります。



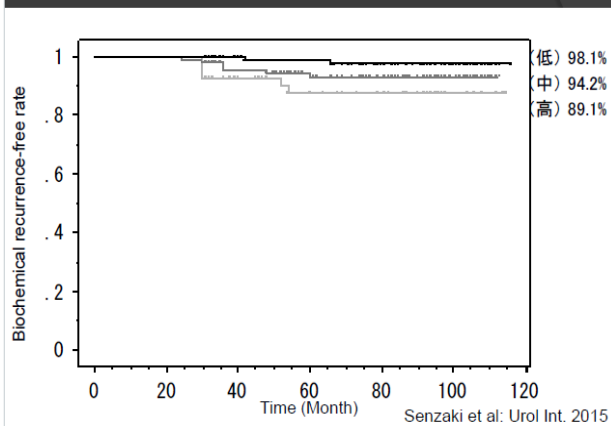
実際の方法ですが、まず、腰椎麻酔をして寝ていただいて、会陰部から針を前立腺に10~20本ぐらい刺して、コンピュータで計算しながらだいたい50個~100個ぐらい小線源を埋め込んでいきます。

この方法は、前立腺に対して非常に強い放射線を当てることができるので、良い治療成績が出ています。

小線源治療と言うのは非常に施設間の差が大きい治療法でもあります。適応範囲を低リスクに絞っている

所もありますが、低・中リスクに対しても小線源単独治療を行っている施設もあります。高リスクがんや局所進行がんに対しても、外照射等を併用し積極的に治療を行っている施設もあります。線量も施設によって大きく違います。小線源を埋め込む技術にも差はあるでしょう。小線源治療を受ける場合には、そのあたりの見極めが大事となってきます。

小線源治療のリスク分類別治療成績(徳島大学)



・トリモダリティ

高リスク前立腺がんに対しては、三つの治療を組み合わせています。まず小線源治療を行い、被膜外・精嚢に広がるがんに対しては外部照射を併用します。前立腺内の腫瘍には放射線が重なって当たるので、強力な照射ができることとなります。更にホルモン治療を併用して放射線の効果を高めます。

高リスク前立腺がんに対するトリモダリティ治療

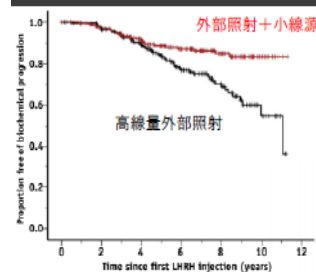
- ◎ 小線源治療＋外部照射＋ホルモン治療
 - 小線源治療: 前立腺に高線量
 - 外部照射: 被膜外・精嚢浸潤まで照射
 - ホルモン治療: 放射線の効果を高める、微小転移の治療



高リスク前立腺がんの治療では、トリモダリティは、非常に良い治療成績が出ています。ただ、単独照射に

比べれば、副作用のリスクが少し高くなってしまいますので、注意が必要です。

高線量外部照射 vs 外部照射＋小線源



- ◎ 外部照射＋小線源の方が治療成績良好。
- ◎ ただし、併用療法は副作用も増加。

Morris et al: IJROBP 2017
Rodda et al: IJROBP 2017

・高線量率小線源療法: HDR

イリジウム192を用いた高線量率組織内照射(HDR)

- ◎ 強い放射線を出すイリジウムを用いる。
- ◎ 一時的に挿入して、短時間で照射終了。
- ◎ 治療後周囲への被ばくがない。
- ◎ 被膜外、精嚢への照射が行いやすく、局所進行例でより有効。
- ◎ 数回の治療中、ベッド上で体動制限あり。
- ◎ 実施施設が少ない。



高線量のイリジウム線源 (Ir-192) を、前立腺内に一時的に挿入して、短時間で照射を終わります。体内に線源が残りにませんから、治療後、周囲への被ばくの心配はありません。この治療法の最大の利点は、針を刺しさえできれば、被膜の外とか精嚢への奥深くまで照射を行い易いということです。ただ、治療は1回では終わらない事が多いので、その間ベッド上で同じ姿勢のまま動けないということが患者さんには辛いようです。これを実施している施設はそう多くはありません。

放射線治療の副作用

放射線治療が始まってから、治療が終わって3カ月ぐらいの間に起こってくる早期の副作用は排尿障害です。尿の回数が増える、我慢ができなくなる、尿が出

にくくなる、排尿時に痛みを感じるなどの症状が見られます。その後は徐々に改善していきますが、中にはかなり長引いてしまう方もおられます。

放射線治療の副作用

- ◎ 急性期(治療中～治療後3か月)
 - 頻尿、尿意切迫、排尿困難、排尿時痛
- ◎ 晩期(治療後3か月以降～数年)
 - 頻尿、尿意切迫、排尿困難、排尿時痛、血尿
 - 直腸出血
 - 性機能障害

半年以降～数年経って出てくる晩期の副作用は、直腸出血で、これは、放射線によって直腸の壁がただれ、出血してしまうことですが、近年は随分減ってきました。性機能障害は、手術と比べると度合いは低いと言われていますが、それでも徐々に低下してくる傾向にあります。

監視療法、外部照射、小線源治療、手術という四つの方法でQOLを比べた報告が、昨年ありました。

性機能は手術が低下しやすく、尿閉や膀胱刺激症状は外部照射や小線源で起こります。排尿に関しては、手術は監視療法よりもむしろ良くなっています。やはり、前立腺を取ることで、肥大症の症状も改善するというので、これはやはり手術のメリットかと思えます。一方、尿失禁は手術で起こりやすい。直腸炎の症状は外部照射で起こりやすいということで、やはり、治療方法によって副作用の出方が異なります。

放射線治療の二次発がん

放射線治療の二次発がんは、通常5年以降に発生するがんのことを言っています。この二次発がんに関しては、高いエビデンスに基づくデータがないというのが現状です。従来の照射野の広い時代では、外部照射を行うと、直腸がんや膀胱がんの発生率が高くなるという報告が多くみられます。一方、現在行われている3DCRT、IMRT、小線源などでは、手術と比べあ

まり差はないという報告が多くみられますが、現在の照射方法に関する報告は10年を超えるようなデータがまだ少ないので、本当に差がないのかわかあまり良く分かっておりません。

放射線治療後 二次発癌について

- ◎ 高いエビデンスに基づく二次発癌発生リスクに関する知見は存在しない。
- ◎ 旧来の照射野の広い時代の報告では、外照射で直腸癌や膀胱癌の発生率が高いとする報告が多い。
- ◎ 現在の3DCRT・IMRT・小線源治療では手術と比べ差がないとする報告が多い(しかし長期データまだ少ない)。

前立腺癌診療ガイドライン2016年版より

術後再発に対する放射線治療：救済照射

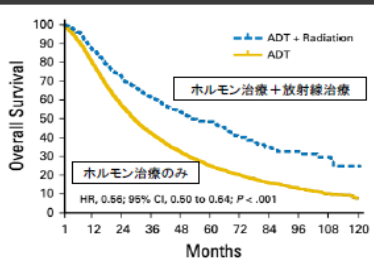
前立腺の全摘術の後、いったん低下していたPSAが再上昇、0.2ng/mlを超えると再発と認定されます。このような場合には画像検査を行って他に転移がないということを確認した上で、放射線による救済治療を行っています。

術後の照射は前立腺が存在しないので、本来前立腺があった辺りを中心に広範囲にやや少なめの放射線を当てるわけです。根治を期待しているものの、5年非再発率はおよそ5割とされているので、初期の根治狙いの照射とは大きく異なります。

進行がんに対する放射線治療：緩和照射

転移がんの治療は薬物療法が第一ですが、その効果が期待できなくなった場合に、前立腺の局所再発とか、転移巣によるいろいろな症状の緩和を目的とした放射線治療を行います。例えば血尿が起こったり、尿道が狭くなっておしっこが出にくくなったり、直腸が狭くなって便がしにくくなるなどの症状が起こることがありますが、これらに対して放射線治療は有効です。症状を取るだけであれば2～3週間程度の短期間の治療でも有効です。

転移のある場合でも前立腺に対する放射線治療が有効である可能性



- ◎ 転移のある前立腺がんにおいてホルモン治療単独よりも、放射線治療を併用した方が生存率改善。
- ◎ 前立腺局所の治療が遠隔転移の活動を抑制する？

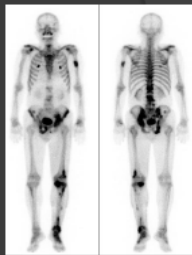
Rusthoven et al: J Clin Oncol 2016

転移を有する前立腺がんは、通常の手順ではまず最初にホルモン療法とされることが多いのですが、前立腺に放射線治療を加えると生存率が良くなったという報告が最近ありました。

放射線治療医の間では、少数転移（オリゴメタ）に対しても、放射線治療は有用だという認識が高まりつつあります。

骨転移に対する放射線治療

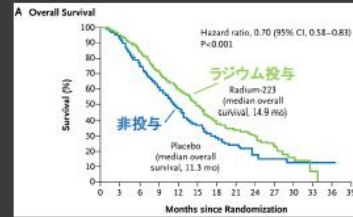
- ◎ 前立腺がんの転移好発部位
- ◎ 疼痛、病的骨折、脊髄圧迫
- ◎ 外部照射により疼痛改善率7割、3割で疼痛消失。
- ◎ 効果出現するまで3週間、20-24週持続



放射性医薬品の内用療法

骨転移の痛みに対して、従来は、ベータ線を放出するメタストロン（ストロンチウム89）が用いられてきました。2016年、新たに保険適応となったアルファ線を放出する放射性医薬品ゾーフィゴ（ラジウム223）は、生存期間を延長できる治療薬として、今、骨転移のある去勢抵抗性前立腺がん患者から、注目を浴びている薬です。ただし、使用のタイミングは難しく、骨転移が全身に広がったいわゆるスーパースキャンという状態や、内臓転移が出てしまってからでは遅すぎるので注意が必要です。

塩化ラジウム治療が全生存期間を延長。



- ◎ その他、病的骨折、脊髄圧迫、外科的処置、追加照射までの期間の延長が得られる。

Parker et al: N Eng J Med 2013

そろそろ時間が近づいてまいりました。

前立腺がんの放射線治療と言うのは、早期がんから進行がんに至るまで、幅広く利用できる治療法です。放射線治療には、治療効果、副作用、治療期間、侵襲性、費用、通院/入院など様々な方法があります。どのような放射線治療を行うのが一番自分に向いている治療法なのか、良く検討し良い治療法を選択していただければありがたいと思います。

以上で終わりますが、ご清聴ありがとうございました。

前立腺がん患者会アジア太平洋合同会議に参加して

我が国においては、乳がんなどでは古くから患者会が結成されて活発に活動してきました。ところが、男性は引込み思案であるためか、前立腺がんについては患者主体の組織は長く存在しませんでした。この「腺友倶楽部」が日本初の前立腺がん患者会といえます。まずは、国内で活動の輪をひろげ、会員同士の交流を深めて、日本社会に向けて声を発信していくことが優先事項です。一方で、他の国の状況に目を向けることで、新たな課題や問題解決の糸口が見えてくることもあります。今回、アジア太平洋地域の前立腺がん患者会の合同会議が開催され、共同座長として参加する機会を得ましたので、ご報告させていただきます。

このたび、オーストラリア、韓国、台湾、中国、日本の前立腺がん患者会が集まって、アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議が創設されました。そして、2017年3月30日に、東京において初会合が開催されました。初回会合では、オーストラリアのDamien Bolton教授とともに私が共同座長を務めさせていただきました。そして、各国患者会からの代表とともに、日本からは腺友倶楽部の武内務代表が参加され、現状の発表と意見交換を行ないました。

こ存知のように、欧米諸国では前立腺がんの罹患率・死亡率は以前から高かったために社会全般の前立腺がんに対する認知度や対策はすすんでいます。これに対して、アジア諸国では前立腺がんへの一般社会の認知はいまひとつの感がありました。しかし、近年の人口の高齢化や生活様式の変化にともなって、日本をはじめとするアジア太平洋地域において前立腺がんの罹患者数は急増しており、今後数年間で大きな健康上の課題となるものと推測されています。このような時機に、アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議が社会にむけて前立腺がん患者に対する支援を改善する統一声明を発表したことは、きわめて意義のあることと思われます。

今回の会議を通して、国によって前立腺がんの現況さらには医療制度や歴史的経緯が異なっており、目的や活動内容に差があることがわかりました。

オーストラリア前立腺がん財団は、オーストラリア社会の多様性を認識し、研究の促進、啓発・教育キャンペーン、患者や家族の支援などの活動を行なっているとのことでした。

韓国前立腺がん患者協会は2017年に設立され、患者間での情報共有や課題の認識などを通じて影響力を行使することを目指しています。

台湾前立腺がん予防協会は2007年に設立され、PSAを中心とした前立腺がんへの意識向上を目的としています。

中国プライマリーヘルスケア財団は1996年に設立され、経済的にも質的にもより良い医療を提供することを目標として活動をすすめています。

このように具体的な活動には違いがあっても、前立腺がんに対する社会の認知を向上させて患者や家族への適切な支援を求めることでは一致しています。各国患者会がお互いに連絡をとりあい、情報を交換して、交流を深めていくことで、活動の活性化ならびに社会や政府への働きかけを強化できると期待されます。

本会議の内容は、世界男性デー（11月19日）に先立つ2017年11月17日に「前立腺がんアジア太平洋白書：変化のための統一声明」として発表されました。アジア太平洋の地域社会、医療従事者、政府、医学界に対して、前立腺がんおよび前立腺がん患者への理解と支援の改善を呼びかけています。ご興味のある方はぜひご覧になってみてください。最後にサポートいただいたヤンセンファーマ株式会社、出席された各国の代表ならびに関係各位に感謝いたします。

* 白書のダウンロードはこちらから

https://www.janssen.com/japan/sites/www_janssen.com_japan/files/pcpc_ap_hakusho.pdf



前立腺がん アジア太平洋白書 変化のための統一声明

アジア太平洋地域の前立腺がん患者の転帰と
支援を改善するための優先事項



アジア太平洋前立腺がん患者会 合同会議の創設メンバー

(アルファベット順)

Prostate Cancer Patient Association, Korea,
韓国前立腺がん患者協会 代表：Dar Sook Lee氏（会長・創設者）

Prostate Cancer Foundation of Australia,
オーストラリア前立腺がん財団 代表：Anthony Lowe氏（准教授、最
高経営責任者）

China Primary Health Care Foundation,
中国プライマリーヘルスケア財団 代表：Hu Ningning氏（副事務総
長）

Senyu Club, Japan,
腺友倶楽部 代表：武内務氏（理事長）

Prostate Cancer Prevention Association, Taiwan,
台湾前立腺がん予防協会 代表：Hsu Tsai-Yun氏（理事長）

創設メンバーは、2017年3月に東京で開催されたアジア太平洋前立腺がん患者会合同会議の初代会の
共同議長（下記）に感謝の意を表す：

赤倉功一郎先生

独立行政法人地域医療機能推進機構 JCHO東京新宿メディカルセンター 副院長・泌尿器科部長、
日本

Damien Bolton教授

メルボルン大学外科教授・Austin Urology Unit責任者、オーストラリア

アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議の初代会と、前立腺がんアジア太平洋白書：変化のための
統一声明の作成と発表は、Johnson & Johnsonの一部門であるJanssen Asia Pacificが後援した。この
白書は、アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議の創設メンバー、およびアジア太平洋前立腺がん
患者会合同会議の初代会の共同議長と協議して作成されており、アジア太平洋前立腺がん患者会
合同会議の独立した意見と見解を反映し、スポンサーの見解を反映するものではない。

前書き

前立腺がんはアジア太平洋地域で増加しており、今後数年間で大きな健康問題となるだろ
う。懸念すべきことに、低いスクリーニング率と非効率なケアのために診断が遅れ、この
地域の一部では死亡率が高い。同時に多くの患者とその家族は、この深刻な病気が人生に
大きな影響を与え、十分な支援がされていないとも感じている。さらに、病状に対する意
識が全体的に欠如しており、医療政策や研究における優先領域としてあまり見られていな
い。

こうした現状に対して、この度、アジア太平洋地域各地の前立腺がんの患者団体は、団結
して変化を促し、前立腺がん患者に対する支援を改善するための統一声明を初めて発信し
た。

地域的な広がりや局地的な関連性を結びつけ、新たに組織されたアジア太平洋前立腺がん
患者会合同会議は、前立腺がんケアのギャップについて利害関係者と地域社会を啓発する
ことにより、より良い患者転帰を支援することを目的とする。

2017年3月に開催された合同会議の初代会では、日本、オーストラリア、中国、韓国、
および台湾の患者団体の代表者が集まり、前立腺がん患者である男性、そのケア提供者、
およびその家族が直面する課題について各地域の視点を共有した。この白書はその結果で
あり、前立腺がん患者を支援し、地域での疾病による負担を軽減するために各国が取り組
むべき行動を示す。

我々は共同議長として、アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議の初めての会議に関わっ
たことを誇りに思い、前立腺がんがこの地域の健康上の優先事項となり、患者の生活が改
善されることを目指した長期的な努力の始まりとなることを期待している。



赤倉功一郎
独立行政法人地域医療機能推進機構 JCHO
東京新宿メディカルセンター 副院長・泌
尿器科部長、日本



Damien BOLTON
メルボルン大学外科教授・Austin
Urology Unit責任者、オーストラリア



目次

- 1 エグゼクティブサマリー
- 4 アジアにおける前立腺がん
- 11 アジア太平洋地域の課題
- 18 変化のための統一声明—行動の要請
- 20 アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議について
- 22 アジア太平洋前立腺がん患者会合同会議の組織について
- 27 参考文献

今を生きる！

23歳で子宮頸がんが見つかり、
抗がん剤、広汎子宮全摘出、放射線治療を行う



阿南 里恵

- 特定非営利活動法人日本がん・生殖医療学会 理事
- 厚生労働省がん対策推進協議会 前委員
- 厚生労働省委託事業 がん対策推進企業
アクションアドバイザーボードメンバー
- 著書：「神様に生かされた理由」（合同出版）

23歳、子宮頸がん

がんが見つかった23歳の時、私は東京の不動産会社で分譲マンションの営業をしていました。社員300人で一丸となって、一部上場を目指しているところでした。1日も早く出世して、グループ会社を立ち上げる！という夢に向かって必死でした。



毎日の努力の先には望んでいる未来があることを確かに感じていました。しかし、ある日不正出血から子宮頸がんが発覚しました。

手術は実家のある大阪で受けるつもりでしたが、直前に、不安に襲われ東京へ逃げ戻ってしまいました。

お母さんに「とにかく帰るからひとりにして」というメールを送ったところ、「子宮を失うどうこうではなく、とにかく生きなさい。子どもが産めなくなってもそれはそれで生きていく道があると思います。」という長い返事が届きました。それでやっと手術を受ける覚悟が決まりました。

治療のために休職をすることになりましたが、治療中の唯一の願いは職場復帰でした。職場の仲間や社長の

励ましがあったからこそ、大変な治療を乗り越えることができました。

ところが抗がん剤、広汎子宮全摘出術、放射線治療が終わってみると、体力が著しく低下していることに気付く、職場復帰への自信を失いました。そして、あれほど戻りたかった職場を自ら退職してしまいました。今思えば、当時はその先のことを全く考えず安易に退職を決めてしまったと反省しています。

生きて良い理由

1年間、実家で暮らしながらアルバイトをして体力を回復させ、再び上京する決心をしました。

全国で保育サービスを展開する会社で、正社員の仕事に就きました。出産できない身体になったために、一生子供に触れることが無いのかと思うと寂しかったのです。

会社へは、がんの経過観察中であることを黙って入社しました。そこでお客様から圧倒的な支持を得ている橋本さんというベビーシッターに出会いました。彼女はベビーシッターとしての技術はもちろん、人柄も大変素晴らしい方でした。その橋本さんに、ある日突然肺がんが見つかり、僅か3か月で亡くなってしまいました。私は再び死の恐怖に直面するとともに、強い罪悪感に襲われました。

「あれほどみんなに必要とされ、愛されていた橋本さんが亡くなって、以前のようにバリバリ働くことも、子供を産むこともできなくなった私が生きて良いのだろうか……」

半年間、自分が生きて良い理由を探し続けました。そして、ひとつの答えにたどり着きました。私のがんの体験談を話すことで、誰かががんを予防しようと思ってくれるかもしれないと思ったのです。当時の私に出来る唯一の“生きて良い理由”でした。長い経過観察期間を終えると同時に、両親の反対を押し切って講演活動を始めました。当時は子宮頸がんに対する偏見があったことと、若くして子供を産めなくなったことを公表するのはとても勇気がいることでした。

講演活動の広がり

講演といっても、最初は自分で作った原稿を壇上で読むだけで精一杯でした。緊張で手や足が震えていました。2、3か月に一度、地方自治体が主催するがん啓発セミナーなどで講演する機会をいただきました。講演を聴いてくださった方々からは、とても温かくて心強いメッセージがたくさん届きました。

そして、活動を始めて1年ほど経った頃、あるNPO法人のお声がけで、初めて中学校でのいのちの授業をさせていただくことになりました。その時、私の中に衝撃が走りました。



「私がやりたいのはこれだ！」と思ったのです。私は思春期の時期から両親、特に母親との関係がとても悪くなり、そのまま大人になってしまいました。逃げるようにして就職で関東にやってきて、好き勝手に生きていました。そんな時にがんになったのです。それまでの人生をひどく後悔しました。もっと早く親の愛情に気付いていれば、もっと優しくしていればと思うと涙ばかりがこぼれました。いのちの授業は、私が23歳でがんになってやっと気付けたことを学生たち

に伝えられるチャンスだと思いました。

それから母校などを伝えて積極的に学校での講演を行っていきました。

自分の人生を見つめるきっかけ

がんになってから10年という節目を迎える頃、私はすっかり「がん経験者の阿南里恵」という肩書きで生活をしていました。

ある時、講演活動がきっかけで主治医と再会し、副理事長を務めていらっしゃる日本がん・生殖医療学会の活動を知りました。

日本がん・生殖医療学会は妊娠、出産の可能性を残すがん治療の研究と普及活動を行っている学会です。

「いのちが助かったんだから」と自分に言い聞かせて、色々なことを諦めてきた20代が思い出されました。もしもあの頃の私と同じ苦しみを抱えて生きている患者さんがいるのなら力になりたいと、学会の理事長に自ら申し出て仲間に加えていただきました。



がん・生殖医療のことを学んでいくと、抗がん剤の影響で早発閉経が起こる恐れがあることを知りました。急いで検査を受けに行くと、それが近い将来自分の身に起こることがわかりました。残っている少ない卵子を凍結するべきか、でもその為のまとまったお金はどうするのか、代理出産が認められていない日本で凍結した卵子を使える日が来るのか、その前にどうやって結婚するのか、閉経したらどれほど体調が悪化するのかなど、たくさんの不安と疑問が降って湧いてきました。それを機に今後の人生設計を考えることが多くなりました。その中で、ある自分の思いにも気が付きました。それは、23歳の時に私の原動力となっていた強

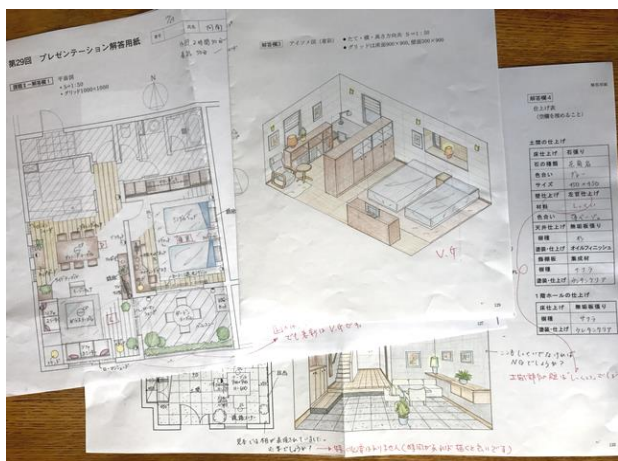
い思い。

「ビジネスの世界で認められたい。」
がんの活動をしていて、どれほど講演に呼んでいただいても、メディアで取り上げていただいても、がんになる直前の自分を超越することができませんでした。「がん経験者」という肩書きが無くて、社会で結果を出し、必要とされる人になりたい・・・私はがんから離れて新たな世界に挑戦する決心をしました。

新しい夢

「美しい空間づくりに携わりたい」という思いから建築の世界に飛び込むことにしました。しかし、専門的な知識は何もない状態だったのですぐに資格の情報などを集め、インテリアコーディネーターの資格取得のための学校に入学しました。

インテリアコーディネーターの資格は非常に出題範囲が広いので難易度が高いのですが、年に一度しか試験がありません。同じ教室には2年目や3年目の受講生が何人もいました。建築の歴史から始まり、構造や工法、家具、塗料、冷暖房やキッチンの設備などの仕組みやメンテナンス方法など、多岐にわたる膨大な知識を習得しながら、二次試験に向けて製図の猛特訓もしなくてはなりません。確かに勉強は大変でしたが、これまで日常生活の中で無意識に触れていた物や使っていた物に名前や歴史があったことを知るのを楽しくてなりません。



後遺症を告知して挑んだ就職活動

インテリアコーディネーターの一次試験にはなんとか

無事合格し、二次試験の結果を待ちながら就職活動を始めました。私は両下肢にリンパ浮腫という後遺症があり、立ち仕事の多いショールームやモデルハウスでの勤務は難しいため、設計事務所などを当てることにしました。しかし、どれほど思いは強くとも、受け入れてくれる企業は簡単には見つかりませんでした。未経験でも受け入れてもらえるのは20代半ばまでということを感じました。連日不採用の通知が届きました。がんになったことや後遺症があること、講演活動をしてきたことなどを隠さずに採用試験に挑んでいたことも連敗の理由だったかも知れません。しかし、諦めずに挑んだ結果、インテリアコーディネーターではなく、営業職でとても理解のある素晴らしい建設会社に就職することができました。ありのままの私を受け入れてくれる会社が見つかったのです。それによって、ずっと一人で暮らしていた関東から大阪へ引っ越すことも出来ましたし、心が折れそうな時にはいつもキャリアコンサルタントの友人が具体的なアドバイスと勇気を与えてくれました。



世界で一番大好きな父の最期

実は就職する半年ほど前に、父に進行した肺がんが見つかり、私は自分自身が後悔をしないために大阪に引っ越すことを決めました。そして、大阪の建設会社に就職して1年半後に父は亡くなりました。子供の頃から厳しくて怖い存在でありながらも、面白くてカッコ良い父でした。

最初に放射線治療を受けましたが、その後は度々入院を繰り返して抗がん剤治療を行いました。抗がん剤の副作用がどんなに辛い時でも、私が病院に行けば身体を起こして会話をしてくれました。



そんな父が、昨年2月の終わり頃、抗がん剤の副作用が大変な時にインフルエンザにかかりました。数日で高熱は下がり、なんとか乗り越えられそうだった矢先に気胸を起こしました。がんもその短期間で進行していたため、よほど苦しかったのでしょう。私に向かって真剣な眼差しで

「こんなにしんどいんなら、もう終わりにしたい」と言い、私も真剣な顔で「そうか」と答えました。その直後に父は主治医を呼びました。主治医は今後治療を続けても効果が見込めないことを丁寧に説明し、痛みや苦しみが楽になる薬を使うことも出来ると伝えてくれました。父はそれを希望しました。その夜、家族全員を集めました。鎮静剤を使うことに対して家族の意見が分かれました。兄は泣きながらも納得してくれましたが、母はまるで子供のように泣きわめいて断固拒否しました。

その夜、父は15分おきに激しい辛さと痛みを訴え続け、やっとの思いで朝を迎えました。どうして決心しただけの鎮静剤を使わないのか不思議でなりませんが、父が深夜に看護師さんに伝えた言葉にハッとしました。

「家族の中に受け止められていない者がおるんです。その者が受け止めるのを待ってから薬を使いたいんです。」

父は母を待っていたのです。

翌朝、母が病院に着いて早々に父と二人で話し合ってもらいました。随分と時間が過ぎてから、看護師さんが私たちを呼びに来てくれました。母は泣きながらも納得した様子でした。その日の午後から鎮静剤の投与が始まりました。しばらくは意識もあり会話も出来て

いましたが、その分痛みや苦しみも続いていました。やりきれなくて看護師さんに強く当たってしまいました。しかし、その日から鎮静剤の量が3倍に増え、やっと眠ってられる時間が長くなりました。

その翌日、父は息を引き取りました。

父の死を通して、母は妻として、兄と私は親子としての絆をしっかりと確認することができました。

今をどう生きるか

父の最期を看取ることができ、私の中で大きな変化がありました。人はどれくらい長く生きたか、何で亡くなったかよりも、最期までどう生きたかの方が大切だと思いました。父のお通夜の日、夜10時頃に以前勤めていた職場の方々が来てくださいました。他府県で仕事をされていたのに、わざわざ終わってから集まってくくださったのです。皆さんのお話で父がいかに愛され、頼られていたのを知りました。そして、父が努力の人だったことを心から誇りに感じました。

私は今年の冬から、家具やインテリアコーディネートの勉強のためにイタリアに留学します。人は誰も明日生きているかどうかはわかりません。だから、今を全力で生きて、運よく数年後も生きていられたら、その時に見える景色は必ず今とは違っていると信じています。

父のようになりたい、その思いは私をいつまでも支えてくれる大きな力になりました。

腺友だより

～ 夫婦同時癌宣告から 始まった ～

渡辺孝則さん（67歳）



夫婦同年同月癌宣告

都内で税理士をしておりましたが、59歳でがん宣告され、4年後の64歳でリタイアして現在に至っています。

2010年3月、まず妻に食道癌が見つかりました。このままでは余命半年とのことで国立がんセンター東病院を紹介して貰い精密検査を受けさせました。手術して癌を取りきれれば5年後生存率80%と診断されましたので、6月に9時間に及ぶ食道全摘手術を行いました。妻の手術は成功し、現在も再発はありません。

その3月に、私もPSA12.4と前立腺癌の疑いを言われました。「何で俺までもが！」と頭が真っ白になりました。次ページ左側の写真は、この頃病院の待合で写したのですが、改めて見返すと、二人とも相当落ち込んでおり、明日がないという顔つきをしています。私も同じ国立がんセンターを紹介して貰い、ここには陽子線治療があると聞きましたので、精密検査を受けることになりました。

生検で18本中7本がヒットしてグリソンスコアは9でした。そしてMRI検査によりリンパ節にも転移していることが分かりました。

「手術も放射線も、もちろん陽子線も駄目です。ホルモン治療しかありません。ホルモン治療は2年から5年、短い人は半年で効かなくなります。5年後生存率は50%です。完治・根治はしません。」と泌尿器科の担当医に言われました。

まさに夫婦ダブル癌、それも同年同月の癌宣告でした。神も仏も無いのかと世を恨みました。

すぐに泌尿器科から腫瘍内科に移され、主治医が決まり、説明を受けました。

主治医の先生は2年から5年の間に新薬が開発されるかも知れないので、それを期待して今を楽しく生きてくださいと言われてました。そう言われて楽しくなんかいけるわけはありませんでした。

またがんセンターには精神腫瘍科という診療科があり、そこで抗鬱剤と睡眠導入剤を処方して貰い、仕事をしながら妻の入院・手術の付添と自分の検査や治療の通院をしました。辛い3ヶ月でした。

セカンドオピニオン

リンパ節に転移しているとなぜ根治法ができないのか？…とインターネットで検索しまくりましたが良い回答は見つかりませんでした。

その年の10月になってセカンドオピニオンを受けました。病院については知識がなかったのですが、日本一の病院はT大病院だろうと勝手に想像し、同病院でセカンドオピニオンを受けました。天皇陛下が手術された病院だからと、微かな期待を持って30分2万円のセカンドオピニオンを受けました。

雑で不親切なセカンドオピニオンでした。

結果は国立がんセンターの主治医と同じ意見でした。また、将来劇的な新薬開発など期待できないとも突き放されました。とても落ち込んで赤門を潜って仕事に戻りました。



ホルモン治療を7年9ヶ月継続

以後3ヶ月に一度、PSA検査及びリュープリンの注射とカソデックスの処方箋を貰うため通院が始まりました。

絶望と達観の繰り返しが続きました。

そして4年後の7月に精神的に耐えきれず、仕事をリタイアしました。これで気持ちが吹っ切れました。

もういつ死んでもいいや、思い残すことはない!と開き直りました。

現役のときは長期の休みなど取れませんでした。ようやく夫婦の時間をもてるようになり、毎年夫婦で海外旅行にも行くようになりました。孫達の成長も7年間も見ることができました。

そして今後、ホルモンが効かなくなったら抗癌剤は拒否しようと決意するようになりました。

完治・根治できるならどんな副作用にも立ち向かえるでしょうけれど、僅かな延命のために副作用が酷いと言われる抗癌剤は勘弁し欲しいと思い、主治医にも話しました。

主治医は、それも選択肢のひとつですね、と言ってくれました。

その後2014年に新薬のイクスタンジとザイティガが認可されたのは朗報でした。T大のセカンドオピニオンの医師の予測は外れました。

間欠療法

7年9ヶ月の間に、リュープリン注射は1度だけ9ヶ月お休みし、カソデックスは2度に渡り通算33ヶ月

お休みしました。

ホルモン治療の間欠療法については、効果延長があるかまだ定説はないそうです。私は主治医の意見でお休みしたり再開したりしてきました。カソデックスをお休みするとPSAが徐々に上がり始め、服用を再開すると劇的に下がりました。PSAに一喜一憂するなと言われていますが、ジワリと上がっていくときは実にはいやなものでした。逆に下がるととても気分が良い一時を味わえました。ただそれにも慣れてきました。

PSAに対する不安や安心が続くのは検査後の一週間程度で、やがて忘れるようになりました。何事もなく日常に戻っていきます。

一応、毎年3月に骨シンチの検査を行っていました。通算6回行いました。

幸に私の場合は骨への転移はありませんでした。

閉尿と3度目のカソデックス再開

2度目のカソデックスのお休みの期間に、PSAは、最低値だった0.05から徐々に上がり始めました。主治医は4を超えたらカソデックス服用を再開しましょうねと言っていました。ところが2015年9月に4を超えたのですが、今度は10になるまでまだ待ちましょうと引き延ばされました。

そしてこの2015年頃よりお酒を飲み過ぎると尿が出にくくなり始めました。ただ朝になると排尿できていました。以後、気を付けておりましたが、2016年12月5日に自宅でワインを少し飲みましたら、また閉尿になりました。今度は朝になっても一滴も出ません。

苦しくて、近所の病院で膀胱内留置バルーンカテーテルを挿入されました。2日後にがんセンターで主治医に外してもらえました。飲酒による前立腺の炎症だと言われました。40数年続いた大好きなお酒をきっぱりとやめてしまいました。閉尿のあの苦痛、そしてカテーテルをぶら下げた不便な生活は二度と嫌でした。また、PSAも10.53まで高まっていたのでカソデックスを再開されました。

放射線治療 (IMRT) という選択肢

カソデックスを再開して2週間後の2016年12月22日、僅か14日間でPSAは10.53から3.18と実に70%近く下がりました。「ホルモンは効いていたんだあ〜！去勢抵抗性にまだなっていなかったのだ〜！」と、翌月、最高の気分で正月を迎えることができました。2017年6月15日、PSAは0.85まで下がりました。その日主治医から突然、「渡辺さん、リンパ節に放射線を当ててみましょう。癌が治るかも知れませんよ。最近では放射線装置が格段に進歩したので当てられるようになりました。」と言われました。まさに狐につままれたような気分でした。ずっと駄目だと言われ続けていた放射線治療を行うことで、もしかしたら完治するかも知れないと……。いやいや、又喜びはするまいと自分に言い聞かせながら放射線科を訪れました。そして7月19日から9月8日まで37日間毎朝7時に家を出て治療に向かいました。



国立がん研究センター東病院にはIMRT（強度変調放射線治療）の機械が4台ありいずれもIGRT（画像誘導放射線治療）付きだそうです。

毎日画像で前立腺の位置を確認し、ミリ単位でベッドを動かし正確にエックス線を当てるとのことでした。特に骨盤内リンパ節は小腸に近接しているのを慎重に当てなければ大変なことになるとの放射線技師の説明でした。リンパ節への照射の場合は37回74Gyが限界と説明されました。

担当技師さんはリンパ節に当てるのは初めてだと言っていました。

無事9月8日に照射が終わり、約4ヶ月経ちました。

心配していた直腸出血もありませんでした。

現在もホルモン治療は継続しており昨年12月のPSAは0.62とほぼ横ばいです。しかしホルモンがまだ効いているのか、放射線の効果があったのかまだ分かりません。今後PSAが上がり始めれば、CRPC(去勢抵抗性癌)に移行したと判断されますが、判定は先延ばしされています。

でも、ここまでしていただいたので結果はどのようになろうとも悔いはないという心境です。

一度はあきらめた命ですととても穏やかな気持ちになっています。

ホルモン治療の効果が人様より長く続けてくれたお陰で、最新の医療機器による照射にも巡り会えた訳です。前方に何か小さな光が見えた感じがしました。

腺友倶楽部との出会い

長い間、ホルモン療法しかない諦めていたためインターネットでも病気のことは検索しなくなっていたのですが、2016年9月30日、偶然に腺友倶楽部を知ることができ、即、入会しました。そして翌月10月10日の大阪セミナーに出席しました。

京都大学の溝脇先生（放射線）、金沢大学の溝上先生（ホルモン治療）、東京薬科大学の岡先生（飲酒と閉尿）の講演をお聞きしました。その時点では自分には放射線治療は不可能だと思っていたので溝脇先生の講演でリンパ節転移にIMRT照射が有効になったとの説明を見逃していました。

今になってセミナーの動画を見返せばこの説明があったのです。また溝上先生の講演でホルモン治療を今一度勉強することができました。

岡先生の飲酒と閉尿についての講演は、その後まさに実体験をしてしまいました。

長い間、ひとりで悩み続けていましたが、その後の懇親会で同じ病気の人たちとお会いすることができ、とても心強く感じました。

懇親会では皆さんの病気の深度や治療法は微妙に違っているのがわかりました。

しかし複雑な心境にもなりました。自分より病状が軽い方には正直、羨望を感じます。重い方の話を聞くと心が暗くなります。

でも腺友倶楽部に入会して良かったと思っております。がんセンター病院では日に何百人も癌患者が通ってきますが、患者同士の会話や情報交換などは皆無です。主治医の先生とも2時間以上待たされてお話できるのは数分です。

孤独感はつのります。

患者会ではその孤独が癒せるのです。

一昨年9月に本会に入会し、多くの仲間と知り合いになれ今まで孤独で悩んでいた状況が変わりつつあるように感じています。

また昨年7月15日の両国セミナーの後の懇親会で、偶々同席になった4人が偶然千葉県にお住まいでしたので話が盛り上がり、仮称“千葉地域親睦会”を結成し9月10日に船橋で第一回親睦会を開催しました。3時間半は瞬く間に過ぎました。その後12月に2回目を開催し次回は今年3月に集まろうという事になっています。

食事制限について

前立腺癌は肉食民族に発生が多いということなのでこれも腺友仲間との話題に出ました。

昨年9月9日の名古屋セミナーで講師の先生が、

「何十年も食べ続けた結果ですので、既に前立腺癌に罹患している中高年者は今現在の食事制限は気にしないで結構ですよ。」と講演でお話しされていたことな

ど話題になりました。

小生の主治医にも、食事は制限しなくて良いですよ、好きな物を食べて楽しく生活してくださいと言われておりましたので「さもありがた」と思いました。

もちろん野菜等多く食べることは健康には良いことでしょう。

ただ動物性タンパクや糖類の過度の摂取制限は逆に健康問題になりますよとアドバイスされています。

高額な免疫療法について

7年半前に癌宣告されずっとホルモン療法で生存しています。しかし罹患当時は薬をもつかむ気持ちで色々なセミナーに出席しました。

費用は見積もりで数百万円に上るケースもありました。がんセンターの主治医に相談しましたら、おやめになった方が良いでしょうとアドバイスされ、それ以後は考えないようにしています。

敬遠すべき“免疫療法のクリニック”には共通する2点があるそうです。

- ◆健康保険を扱っていない
- ◆入院施設をもたない

万一悪化しても治療や入院ができず、結果責任が不明瞭となりやすいとか。

最後に

ヒトの致死率は100%です。遅いか早いかの違い、それは運命だと思います。

運命を受け入れようと考えています。

*

次ページに、参考資料として過去7年間の治療の記録を添えておきます。

治療の記録 (参考資料: 渡辺孝則さん提供)

年	月	日	PSA	増減	リュープリン	カゾデックス	摘要	体重
2010	3	5	12.4				地元病院検査	63.4
	3	25					癌らしいと言われた	63.4
	4	6	10.4	-2.00			国立がんセンター初診	63.6
	4	13					MRIリンパ節転移発覚	63.6
	5	11					入院針生検 GS9	65.4
	5	12					CT 骨シンチ	65.4
	5	24			注射	2週間服用	リュープリン開始	65.4
	8	24	0.6	-9.80	注射			66.0
	11	30	0.9	0.30	注射			67.8
2011	3	4	1.3	0.40	注射	3ヶ月服用		68.7
	5	25					CT 骨シンチ	70.7
	5	31	0.1	-1.20	注射	3ヶ月服用		70.7
	8	30	0.1	0.00	注射	3ヶ月服用		71.1
	12	2	0.1	0.00	注射	3ヶ月服用		73.5
2012	3	2	0.1	0.00	注射	3ヶ月服用		74.9
	5	29	0.1	0.00	注射	3ヶ月服用		76.2
	9	4	0.1	0.00	注射	3ヶ月服用		77.3
	11	29	0.06	-0.04	注射	3ヶ月服用		78.6
2013	3	7	0.05	-0.01	注射	3ヶ月服用		79.7
	6	13	0.06	0.01	休薬	休薬		77.2
	9	5	0.27	0.21	休薬	休薬		76.4
	12	5	1.06	0.79	休薬	休薬		77.7
2014	2	6					CT 骨シンチ	77.8
	3	6	2.88	1.82	注射	2週間服用		77.7
	6	6	1.12	-1.76	注射	休薬		78.3
	9	4	1.58	0.46	注射	休薬		78.1
	12	4	2.77	1.19	注射	休薬		78.5
2015	2	6					CT 骨シンチ	78.6
	3	12	3.15	0.38	注射	休薬		78.5
	6	11	3.68	0.53	注射	休薬		76.1
	9	17	4.22	0.54	注射	休薬		73.9
	12	17	4.45	0.23	注射	休薬		74.9
2016	3	24	5.52	1.07	注射	休薬		76.6
	6	16					CT 骨シンチ	76.9
	6	30	6.77	1.25	注射	休薬		76.9
	9	29	8.51	1.74	注射	休薬		77.6
	12	6	10.53	2.02	注射	服用再開	PSA10超 (7年ぶり)	77.6
	12	8					MRI	77.6
	12	22	3.18	-7.35	注射	3ヶ月服用	一気に下がった!	77.7
2017	2	16	1.45	-1.73		3ヶ月服用		76.7
	3	16	1.26	-0.19	注射	3ヶ月服用		76.6
	6	15	0.85	-0.41	注射	3ヶ月服用	放射線してみようか	77.0
	6	22					CT 骨シンチ	77.0
	7/19-9/8						IMRT (37回)	75.3
	9	14	0.62	-0.23	注射	3ヶ月服用		74.9
	12	14	0.27	-0.35	注射	3ヶ月服用		75.8

NPO法人となり2年が経過しました。前立腺がん情報をお伝えするという使命は、なんとか果たせているのではないのでしょうか。情報収集はネットのみならず、できるだけ関連学会にも参加して最新情報を得るようにしています。セミナーは単独開催だけでなく、名古屋、徳島では共催セミナーとなりました。今後はもっとこの形が増えていくと思われます。「アジア・太平洋前立腺がん患者会合同会議」は、赤倉先生も「医療閑話」で取り上げておられますが、私も日本の患者会代表として参加させていただき、それぞれの国の前立腺がん事情が分かって、大変興味深く感じました。この1年間にやってきた様々な活動を下の一覧表にまとめてみました。どうぞご覧ください。

2017年度 主な活動報告

2017年

3月	アジア・太平洋前立腺がん患者会合同会議 発表
4月	日本泌尿器科学会（鹿児島） 参加
5月	闘病記フェスティバル（大阪） 講演：武内
5月	腺友倶楽部 総会
6月	会報「腺友倶楽部」第3号 発行
6月	全国がん患者団体連合会総会 参加
7月	J-PALS（患者団体代表者サミット） 発表
7月	前立腺がんセミナー（東京） 主催
7月	日本臨床腫瘍学会（神戸） 講演：武内
8月	ジャパンキャンサーフォーラム（日本橋） ブース出展
8月	腺友語ろう会・懇親会（大阪） 主催
9月	前立腺がんセミナー：転移がん（名古屋） 共催
10月	腺友語ろう会・懇親会（東京） 主催
10月	前立腺がんセミナー（大阪） 主催
10月	日本泌尿器腫瘍学会（品川） 参加
10月	ちゃやまちキャンサーフォーラム（大阪） 講演：武内
10月	J-PALS WEST（患者団体代表者サミット） 参加
11月	Mo-FESTA PR冊子 発行
11月	Mo-FESTA大阪（大阪城公園） 主催
11月	日本放射線腫瘍学会（大阪） 参加
11月	「前立腺がんアジア太平洋白書」 プレスリリース
12月	前立腺研究財団シンポジウム 参加
12月	Mo-FESTA東京（国営昭和記念公園） 主催

2018年

1月	前立腺がんセミナー in 徳島 共催
3月	J-PALS WEST（患者団体代表者サミット） 参加
3月	神戸市患者団体交流会 参加



前立腺がんセミナー 東京



懇親会 東京



ちゃやまちキャンサーフォーラム MBS



前立腺がんセミナー 大阪



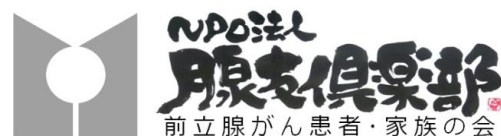
懇親会 大阪

編 集 後 記

桜も散り、裏山に登るとコバノミツバツツジが綺麗に咲いています。朝食を取っていると、学校へ向かう子供達のにぎやかな声が聞こえてきて思わず窓の外を眺めました。小学1年生を取り囲むようにして7~8人がワイワイと家の前を通り過ぎ、その声も徐々に遠のいていきます。やがてしばらくするとウグイスの声。ちょっと頼りない若鳥のようですが、ホーホケキョは親の鳴き声を真似ながら日々上達して行くと言う。我々も、後に続く若者や子供たちのためにも、もっと背筋を正す必要があるのかも知れません。

第3号を発行したのは、昨年6月末でした。少なくとも年2回の発行ペースは守っていきたいと思っていましたが、急遽、ひげを着けて男性のがんを啓発する「Mo-FESTA」のPR冊子を作ることになり、会報第4号を先送りせざるを得なくなりました。それでも、年度内の発行を目指していたのですが、これもまた諸事情で原稿がまとまらず、ようやくこの4月に発行できる運びとなり、安堵しているところです。

このたびの表紙は、第3号に続いて 松浦國樹さんによる「白山神社のカツラ」（2016年）を使わせていただきました。オイルパステル画（100号）の部分（左側半分）です。



発行：NPO法人腺友倶楽部
<http://pc-pc.org>
〒665-0875
宝塚市中筋山手2-2-14
TEL 070-5507-6914

発行日：平成30年4月30日
第4号

ご寄付をよろしく申し上げます

振込先

- 三菱東京UFJ銀行 宝塚中山支店（店番485）
普通預金 200774
口座名義 エヌピーオーハウジンセンユウクラブ
NPO法人腺友倶楽部
- 郵便振替
口座記号番号 00950-3-236105
口座名称 トクヒ)センユウクラブ
NPO法人腺友倶楽部