

かに

KANI



第32号 2005

本誌は、宝くじの普及宣伝事業として作成されたものです。

表紙のことば

癌と云う病気の概念がはっきりしたのは、19世紀中葉以後の事であるが、癌と云う言葉自体は、東西ともに可成古くから行われている。英仏語のCancerは、ラテン語のまま、蟹の意味を兼ねている。そして、このラテン語はまたギリシャ語のカルキノスから来ている。2,400年前のギリシャのヒポクラテスは、すでに病気としてのカルキノスの特徴を書き記したと云う。西紀200年に死んだローマの医師ガレノスは、カンケルを「時に潰瘍を伴う悪性の極めて硬い腫瘍」と定義した。蟹の字をこう云う病気の名にしたのは、昔から珍しくない乳癌の恰好が、蟹を連想させたからであろう。赤黒い、凹凸のある、醜いその外観は、まさに蟹の甲羅そのものだが、腋の下のリンパ腺まで病気が拡がり、しかも、その間を繋ぐ、リンパ管までおかされた、乳癌の末期の姿は、蟹の鉗やその足の節々をさえ、連想させる。

一方癌の字は、中野操氏の考証によれば、南宋の医書にすでに用いられているようだ。病だれの中の品山は岩石の意味で、やはり皮膚癌や乳癌の外観からの表徴文字と察せられるが、この字は癌の組織の持つ大きな他の特徴——他の組織と比較にならぬ程、堅い性質——まで表示し得て、妙である。

表紙の絵は「がざみ」と呼ばれる「わたりがに」の一種で、太平洋の日本近海に普通の、食用蟹の一つである。海底の砂に巧みにもぐり込み、しかも、海を渡って遠くにまで行く。癌の持つ周囲組織へのもぐりこみ（浸潤）や、方々への飛び火（転移）は、この蟹の性癖で巧みに表現されている。

題字の達筆は藤井理事長の揮毫である。編集部苦心の作と察せられるこの加仁は、草書では「かに」となる。仁術に加えるもう一つのもの——一般人の理解と協力——なくしては、癌撲滅の大目的は達成し得られない事を、言外にうたっているものと云えようか。蟹の周囲のあみ目の一つ一つは癌の細胞である。

(久留 勝・くる まさる；国立がんセンター第3代総長)

第18回
国際がん研究シンポジウム
「前立腺がんをめぐる課題と挑戦」



米国、フランス、オランダ、台湾、韓国及び国内から演者を招聘（2005年1月24日～26日・国際研究交流会館）



シンポジウム会場

がん予防展

岐阜県

がん予防サイクル体験
(2004年10月30日~31日・参加者2,937名・岐阜市)



クイズで学ぶがん予防

(2004年10月9日~10日・参加者2,624名・高岡市)

富山県



がん講演会

東京都

(2004年11月27日・参加者734名・東京都中央区立中央会館)



(2004年9月5日・参加者2,863名・我孫子市)

千葉県



真剣に耳を傾ける参加者

第5回
国際がん看護セミナー
「がん患者の自律を目指して」



ドイツ、オーストラリア、シンガポール、イギリス、アメリカ及び国内から演者を招聘
..... (2005年2月25日～26日・国際研究交流会館)



セミナー会場



テリー・フォックスランによる
寄附の贈呈式



ロバート・G・ライト駐日カナダ特命全権大使

(2004年12月9日・国際研究交流会館)



がん研究助成金
贈呈式

RR・研究支援者
採用式典（辞令交付）



河野会長より一般課題24名、特定課題3名に贈呈
(2005年3月22日・国際研究交流会館)



土居専務理事より辞令交付
(2005年4月1日・国際研究交流会館)

カラーページ がん研究振興財団の事業から

巻頭言

がん征圧へ向けて……………河野 俊 二 …………… 6

座談会

「がんとその看護」について

……………阿部 恭子/梅澤 志乃/坂元 敦子/戸谷 美紀/森 文子/長前キミ子/土居 眞…………… 7

随想

熊野灘、東京、富士山麓 ―がんの社会学研究を目指して― ……山 口 建 …………… 28

がんセンターめぐり (29)

独立行政法人国立病院機構大阪医療センターの紹介……………廣 島 和 夫 …………… 36
辻 伸 利 政

海外のがん研究・医療機関から (5)

カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) からの便り ……関 根 茂 樹 …………… 40

仲間 [活動紹介]

国立がんセンター中央病院がん医療サポートチームの紹介……………角 美奈子 …………… 44

国際シンポジウム・ハイライト

第 18 回国際がん研究シンポジウムを終えて ……藤 元 博 行 …………… 47

国際がん研究講演会要旨

スーザン・バンド・ホーウィッツ博士

(アルバート・アインシュタイン医科大学分子薬理学) ……廣 橋 説 雄 …………… 51

カリ・ヘミンキ博士

(ドイツがん研究センター分子遺伝疫学部教授) ……中 釜 齊 …………… 53

国際がん看護セミナーに集う

がん患者の自律を目指して ―第 5 回 国際がん看護セミナーから― ……浅 沼 智 恵 …………… 56

研修報告

Vanderbilt University Medical Center での研修 ……山 田 真由美 …………… 63

M. D. Anderson Cancer Center にて研修して ……菊 地 実 …………… 66

欧州の放射線治療に触れて……………村 石 泰 伸 …………… 69

研究解説

ヒストンアセチル化による癌細胞の放射線感受性亢進を目指して……………安 達 正 晃 …………… 73

ニュース・トピックス

QOL と医療連携―ソーシャルワーカーの立場から― ……大 松 重 宏 …………… 76

質問コーナー

肝がん Q & A ……奥 坂 拓 志 …………… 79

財団の事業概要

「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」支援事業 …………… 84

看護等コメディカルの人材育成事業 …………… 91

第 37 回がん研究助成金の贈呈 …………… 92

財団発行の広報・学術のための刊行物一覧 …………… 93

ご寄附芳名録

…………… 94

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿

…………… 97

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表

…………… 99

あとがき

…………… 100

がん征圧へ向けて



財団法人がん研究振興財団 会長

河野 俊二

「がん」という病気は人類共通の敵であり、その征圧は今日の世界が解決しなければならない最重要課題の一つであるといえます。

財団法人がん研究振興財団は、がん征圧のため昭和43年に発足しました。そして昭和58年6月には、閣議決定された官民一体で取り組む「対がん10ヵ年総合戦略」について民間団体が担う事業を幅広く実施していくこととしました。

平成6年度からの「がん克服新10ヵ年戦略」に引き続き平成16年度からは、「第3次対がん10ヵ年総合戦略」がスタートしました。

この戦略は「がんの罹患率と死亡率の激減を目指して」をキャッチフレーズとして、がんの本態解明と克服に向けた新しい研究戦略を構築し、個々人に最適の世界最高水準のがんの予防と医療を国民全体が享受する社会を実現することにあります。

私がこの財団の会長をお引き受けしたのも「第3次対がん10ヵ年総合戦略」がスタートした年です。

実は、私事で恐縮ですが、私自身も胃がんで十数年前に手術を受けた経験があります。幸いにも早期であったので治癒いたしました。その折、私の体得した最大のものは早期発見の大切なことでした。

そのような関係で、私もがん征圧という国民の悲願に非常に関心があり、財団の会長をお引き受けした次第です。

当財団はがん征圧という創設の精神に則って、社会に貢献するため、様々な事業の推進・強化を図ってまいりました。

「第3次対がん10ヵ年総合戦略」の1年目を加え

た現在までの事業実績は、将来の我が国のがん研究の中核となる若手研究者を育成する「リサーチ・レジデントの受入れ」は1,294人、諸外国の大学・研究機関に派遣して最前線の研究に取り組む「日本人研究者の海外派遣」は695人、諸外国の第一線の優秀な研究者を招へいし、我が国の研究者と共同研究を行う「外国人研究者の招へい」は658人となっています。

また、「国際がん研究講演会」は、昭和59年度から毎年海外から世界の研究をリードする著名な研究者を2人～4人お招きして学術講演会を開催したものであり、合計64人を数えました。また「国際がん研究シンポジウム」は、昭和63年度からこれまでに18回、「国際がん看護セミナー」も平成12年度から5回と実績を積み重ねてまいりました。

昭和43年の財団発足以来、毎年交付している、がん研究助成金は現在まで664人の医師、研究者に交付しております。

がん患者が高齢化社会の進展とともに、増加していくことが予想される現在、当財団の使命はますます深まっていくものと考えます。

私としてもこの財団を育て発展させ、がん征圧にいささかでも貢献できるよう努力してまいりたいと考えております。

なお、当財団のこうした事業活動は、国民の皆様からの尊い浄財により支えられております。

今後とも、国の戦略でもあり、国民の悲願であるがん征圧に対して一層のあたたかいご支援、ご協力をお願い申し上げます。

(この しゅんじ)

「がんとその看護」 について

平成 17 年 4 月 25 日

(出席者)

阿部 恭子 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター
認定看護師教育課程専任教員

梅澤 志乃 国立がんセンター中央病院精神看護専門看護師

坂元 敦子 東京都済生会中央病院がん看護専門看護師

戸谷 美紀 国立がんセンター中央病院副看護師長がん看護専門看護師

森 文子 国立がんセンター中央病院副看護師長がん看護専門看護師

(コーディネーター)

長前キミ子 前国立がんセンター中央病院看護部長

(司会)

土居 眞 財団法人 がん研究振興財団専務理事 (敬称略・五十音順)

はじめに

司会 本日はお忙しいところ、ありがとうございました。

今回の企画は、国立がんセンターの看護部の皆さんのご協力を得て財団が実施している国際看護セミナーが、去る1月に第5回を迎え一区切りついたこと、第3次対がん総合戦略の医療の均てん化において看護の果たす役割は非常に大きいということ、また、本誌の座談会で、がん看護について取り上げたことがないということもあって企画いたしました。

企画に当たりましては、長前キミ子さん（前国立がんセンター看護部長）に多大なご協力をいただき、感謝しております。

長前 私、3月31日で定年退職いたしまして、今、フリーであります。在職中は本当に財団の方々

にはいろいろお世話になり心から感謝を申し上げたいと思っています。

今、専務さんがおっしゃったように、『加仁』でがん看護について取り上げたことがないというお話でしたので、今回、こういう機会をつくっていただいたことを非常にありがたく思っております。できるだけ皆さん、日々思っていることを自由に話し合いができればと思っております。今日はありがとうございました。

司会 今後のがん看護を考える上でいくつかの要因を考えておく必要があります。

1つは、がん患者は確実に増えるということ。現在、30万人の方が亡くなられ、50万人が罹患していますが、今後、高齢化の進展とともに確実に増えます。また、医療技術の進歩により、がんにかかっても治癒した人、いつ再発するか不安を抱えている人、再発した人など患者さんのニーズ



左手前から戸谷、梅澤、阿部、長前、坂元、森、土居の各氏

が多様になることが考えられます。

2点目は、がん患者さんのライフスタイル。特に、家庭の看護・介護力が非常に弱いところで闘病生活をしていかないといけない。

3点目が、医療環境です。がん患者数の増加に対応できるかどうか。また、がん治療は、集学的な医療といわれますが、病院内の診療科はもちろん、がんセンター、総合病院やクリニック等のがん診療施設間の役割分担と連携をどのように解決していくかです。

特に、入院期間が短期になってきており、がんという慢性的な疾患に対し、だれが責任を持って患者さんの総合的な治療計画を作成し、管理するか、また、患者さんの教育をどのように行っていくかが重要ではないかと思えます。

4点目が情報化社会。これは患者さんにとっては、情報量が増えるという意味でのプラスの面もありますが、逆にいろんな情報が入り過ぎてマイナスということにもなりかねない。また、医療機関では、いろんな手段が増えますから、インターネットやテレビ電話を使って患者さんへのサービスをしていく時代が、そんなに遠くない時期に来るという気がします。

こういう点を踏まえて、がん患者、家族の生活支援を考えていく必要があり、看護はどのように対応していくかという点も含めて進行ができれば

と考えています。

まず、自己紹介も兼ねて、皆さん方のお仕事についてお話ししていただければと思います。

がん看護の現場

阿部 私は、平成3年に千葉大学の看護学部を卒業しまして、千葉県がんセンターの脳外科の病棟で2年間勤務しました。それから、東札幌病院のPCU（ホスピス病棟）で1年勤務した後に、千葉大学の修士課程に入学しまして、平成9年に修了しました。修了後に1年間保健師として、がんの集団検診の最初の間診や、がんの予防の健康教育にかかわりました。

その後に千葉県対がん協会に看護師として勤務し、今度は、いわゆる2次検診といひましようか、精密検査にかかわる部分、診断をつける部分に携わりました。平成11年より川上診療所乳腺・甲状腺クリニックに勤務し、乳腺と甲状腺を専門にしながら、風邪の人も糖尿病も、それから高脂血症も、一般の方も診つつ、検診もしつつ、がんの化学療法もしながら、デイサージャリーもするというとても広範囲な仕事をしておりました。そのときに、平成14年だったと思えますけれども、日本がん看護学会のサテライトのシンポジウムでお話をさせていただく機会を得まして、乳がんの

クリニックでの外来化学療法ということについてのお話をさせていただきました。

現在は、今年4月1日から現職に着任し、千葉大学で乳がん看護認定看護師の教育が今年度の10月から始まりますので、その開講に当たって準備を進めている段階です。

今日は、こちらの財団が看護について注目してくださったということをごく嬉しく思っています。日ごろ思っていることをお話しさせていただくせっかくの機会ですので、十分にお話をさせていただきたいと思ってまいりました。

もう1つは、クリニックにいたときに思っていたことは、自分が情報の外に置いていかれるというか、自分の周囲にがん看護を専門とするナースがいないとことにごく不安を覚えました。ですから、ナースにとって施設を超えて連携していくということが不足していると思いますので、今日のこの機会にいろいろな分野の専門看護師の方のお話をうかがって、勉強させていただきたいと思えます。

このようなプロセスを経ておりますので、今日ここで話しする私の立場としては、まず1つが、乳がんの患者さんの外来でのあり方、クリニックでどのようなケアを行うことが可能であったか、またそれについてどんな問題があったかということをお話しできると思います。

それから、がんに関しては、私は最初から最後まで、集団検診からホスピスまで全部経験してまいりました。ですから、長く見てきた中でいろいろな体験していることをお話しできると思えます。特に看護師が検診の部分に携わる機会というのは少ないと思いますので、その部分での問題点なども日ごろ思っていることがありますので、お話しできると思えます。

そしてもう1つは、乳がんの認定看護師が分野認定されて、これからスタートするにあたって、いろいろな問題がございます。それについてもお話しできるかと思ってまいりました。

坂元 東京都済生会中央病院に勤務しております。私は、現在の職場に勤務してから2年たったところですが、済生会での、がん看護専門看護師としての仕事がまだ定まっていない状況で、すべ



坂元 敦子 専門看護師

てにおいて模索中です。

私は、国立病院附属の看護学校を卒業後すぐに国立がんセンターに就職をしまして、10年間看護師として仕事をさせていただきました。その間に、現在でいうWOC (Wound Ostomy Continence、創傷・オストミー・失禁) 看護の認定看護師の資格も取りまして、ストーマケアや褥瘡ケアの仕事もさせていただきました。その仕事をしながら、たくさんのがんサバイバーと出会って、その方たちが生き生きと力強く生きていらっしゃる様子に大変感銘を受けました。そうするうちに、部分的なことではなくて、もっと全体的なことを学びたいというような気持ちがわいてきたのです。そのときは漠然としたものだったのですが、もう1度学生に戻って勉強してみようと決心しまして、結局、一旦離職して、6年間、学業中心の生活を送りました。

その間に、経済的な事情からですが、街の小さなクリニックや老人ホームのようなところでアルバイトをしました。この、直接的にはがん看護と関連がないような体験を通して、人間はがんにもなるし、高血圧にも、糖尿病にもなる、湿疹もできる、というように、がん体験もいろいろな出来事の中の一つであるということを実感しました。がん専門病院に勤務したことは私にとって大変貴重な体験でありましたし、今の自分を支えているものに間違いのないのですが、これから先は一般の病院の中であらゆるがん看護をやってみたいと思っています。それで現在のような職場にいるわけです。

それと、もう1つ、がんセンターに勤務してい

たころになかなか実践できなかつたことが、「地域に根差した」というところです。当時を振り返ると、チャンスはたくさんあったのに、自分にはそれが見えていなかっただけだと思うのですが、今度はそういった仕事もしてみたいと思っています。現在、模索中ですが、この座談会に参加させていただくことで、地域の施設との連携についても私自身が学ばせていただく機会にしたいと思っています。

森 私は、平成4年に、熊本大学の教育学部の特別教科（看護）教員養成課程を卒業して、初めは九州大学の附属病院に就職し3年間内科病棟に勤務しました。血液疾患をメインに診ているような病棟なんですけれども、ほかに消化器の固形腫瘍の方もいらっしゃったし、糖尿病もいるし、循環器疾患で、心筋梗塞や不整脈の方がいて、PTCAやカテーテル・アブレーションをしたりとか、混合内科でいろんなものを診ながら3年間過ごしたというような状態でした。

その後、兵庫県立看護大学というところで3年間助手の仕事をしていただきました。ここでは、4年制の看護大学の学生さんたちの講義とか実習とか演習の指導にかかわってきて、基礎教育の中でがん看護とか、看護というものがどういうふうに教育されているのかということを見ていくことができたのかなと思っています。その後、大学院に進学して、2年間大学院に行った後に、2000年から国立がんセンターに就職しています。

がんセンターでは、造血幹細胞移植病棟に勤務しておりまして、2003年11月にがん看護専門看護師の認定をいただきました。そのまま病棟で勤務をしていたんですが、去年の5月末ぐらいから、国立看護大学校の研修部というところで、がん化学療法の認定看護師のコースを開くということで、その準備と実際のコースが始まってからの運営にかかわっていくために、併任という形で国立看護大学校の研修部に3月まで行っておりました。その後、また病院に戻って、同じように造血幹細胞移植病棟で勤務しております。

まず最初ががん看護に関心を持ったのは、ターミナルケアをやりたいという思いがあったんで

す。がんの患者さん方というのは、昔はターミナルのイメージがすごく強かったところもあって、自分の中でもそう思っていたんだなと今思いません。ターミナルケアをしたいと思ってがん看護に関心を持っていたんですけども、実際の現場に出ると、やはり治癒を目指して頑張っておられる方がすごくたくさんいて、実際に元気になられていく方もいっぱいいるし、がんを持ちながらもお元気に過ごされている方はたくさんいらして、そういう人たちの力になれるということが私にとってはすごく魅力で、ターミナルケアだけではないなということを感じようになりました。自分が今まで仕事をしてきた環境では、治癒を目指して化学療法をする人たちがたくさんいました。しかも移植という形なので、かなりヘビーな治療になるし、命もかけているので、治療期にある人たちのがん看護というのがどうあるべきかといったところで考えることが多くあった経験だったのかなと思っています。

あと、阿部さんも認定看護師の教育にかかわられておられるということなんですが、私もちょうど3月まで、本当につい最近までがん化学療法看護認定看護師の研修にかかわっていました。1期生を送り出して、修了生もたまたま同じ職場にいたりして、その人たちの頑張っている姿も見ながら一緒に勤務させてもらっています。これからCNSやCENが専門性を発揮して活躍できることに期待もたくさん持っていて、そういった点についても少しお話ししていけるかなと思います。

戸谷 私は、91年に千葉大学の看護学部を卒業しまして、がんセンターにすぐ就職しました。私の場合は、高校3年のときに祖父を肺がんで亡くした経験と、先ほど専務理事さんが言われたように、これからがん患者さんがどんどん増えていく中で、がんを絶対勉強したいという強い意志、もうがん看護しか頭がないという感じで、がんセンターに就職ができて、すごくうれしく思って働いていました。5年間勤めた後に大阪府立看護大学で2年間助手をして、その後、千葉大学大学院修士課程を修了しまして、2001年にまたがんセンターに戻ってきました。

病棟はずっと混合個室病棟に勤めていましたの

で、がんの内科、外科、初期の方から終末期の方まで幅広い患者さんのケアをさせていただいて、2002年7月に国立がんセンター中央病院の緩和ケアチームの専従看護師になりました。

国立がんセンター中央病院の緩和ケアチームでは非常にたくさんの患者さんをケアしております。2003年が600名、2004年が約700名の患者さんのご依頼がありました。多くは再発や終末期の方なんですけれども、治療に伴う苦痛もあります。手術の痛みもそうですし、抗がん剤による吐き気とか、末梢神経障害によるしびれの緩和もあります。その中で医師と協働して看護師として何ができるのかということを考えて、活動してきました。その活動を通し、2003年にがん看護専門看護師の認定を受けました。

私の専門は、やはり緩和ケアということなんですけれども、緩和ケアというのは決してターミナルケア、終末期だけではなくて、WHOも言っているように、がんの診断時あるいは診断される前から、患者さんとご家族の身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな苦痛をトータルに考え、緩和するという理念です。

梅澤 国立がんセンター中央病院で、リエゾン精神専門看護師（以下リエゾンナース）をしている梅澤志乃と申します。

私は平成7年に聖路加看護大学を卒業した後、聖路加国際病院に就職しました。主に急性期の一般内科病棟で勤務をしていたのですが、がんの患者さんはもちろんのこと、脳梗塞の方や呼吸器疾患で人工呼吸器を使用している方など、さまざまな疾患の方が入る病棟でした。そのような病棟だったので、日々業務に追われておまして、精神的ケアが必要と思う人がいてもゆっくりお話しをする時間がとれず、ジレンマを感じていました。

また、看護師は精神的なケアを感覚でやっているところがあると思うのですが、聖路加国際病院にはリエゾンナースがおり、そのナースのアセスメントがきちんと理論立ててされていることを日ごろから見ていましたので、ゆくゆくは精神看護を専門的に勉強したいと考えていました。

さらに、今思えば、看護師5年目の頃からバーンアウトのような状態に陥ってしまっていて、少し臨



梅澤 志乃 専門看護師

床を離れたいという気持ちもありました。

以上のような理由から、聖路加看護大学の大学院に入り、精神看護を専門に勉強しました。とはいっても、私の興味は身体疾患を抱えた方の精神的ケアでしたので、精神科以外の外科や内科といった一般領域において精神看護の知識と技術を応用し心の問題に対応する"リエゾン精神看護"を専門にすることとしました。その中で特に"がん"にこだわっていたわけではなかったのですが、総合病院でのリエゾン精神看護実習中に相談のあったケースのうち、半分以上はがん患者さんだったこともあり、そういったケアが求められているのだと痛感していました。

その後、就職の段階で、縁あって長前前看護部長さんからリエゾンナースを探しているというお話を伺いまして、卒業後がんセンター中央病院に就職しました。今年で3年目になります。

現在の私のポジションは外来所属で、週1 / 3は外来看護師として勤務していますが、残り2 / 3はリエゾンナースとして病棟や外来でフリーに活動させていただいています。戸谷さんと同様、緩和医療支援チームの一員でもあります。チーム内では、主に精神科医や心理療法士と一緒に活動をしています。実際には、精神科に依頼のある不安や抑うつ、せん妄などのケースに関わっています。それ以外に、直接私に相談のくるケース、例えば、ナースが患者さんとの関わりで苦慮している場合に、一緒に看護計画を立案するような活動も地道に行っています。さらに、ナースのメンタルヘルスのサポートとして、カウンセリングをし

たり、必要時精神科への紹介といったこともしています。

今日、ここで私がお話しできることとしては、まずがん患者さんの精神症状、サイコオンコロジーについてや、実際に臨床で行っている精神的ケア・看護についてがあるかと思います。また、私の関わらせていただいている対象は患者さんとそのご家族であると同時に、ケアをしているナースでもあるので、ナースががん患者さんと関わる中で、どのようなストレスやジレンマを抱えているかということやその対処についてもお話しできるかと思います。また、がん看護を専門にされている方々とはちょっと違った角度、距離を置いた立場から、がん看護についてお話しできるかとも思っています。

がんと診断された時のサポート体制

司会 どうもありがとうございました。

がん患者・家族の問題は、患者さんの病気の経過によって異なると思いますが、まず、検診やクリニックで精密検診の必要がある、あるいはがんの疑いがあると言われた時、なかなか冷静に対応できる人は少ないと思います。パニック状態になるなど様々な問題が出てきますが、がんに直面した時の問題、あるいは告知の問題について話を進めたいと思います。

阿部 なぜパニックになってしまうかという、精検の前や集団検診の時点で医療者から受診者への説明が不足しているためだと思います。なぜ検診をやっているか、精密検査をなぜするか、どういう方に精密検査が対象になるかなどのアナウンスが一切なくて、ただ市町村のサービスであるとか、配偶者として医療保険の中でサービスとして検診を受けたら、たまたま要所見になって、精密検査になってしまった。そこから、がんというものが発見されるまでの間が皆さんブラックボックスなのではないかなと思うんです。

全く知識がなくて、例えば診断がどういうふうにしてつくのかとか、診断をつける過程というのはどういうふうにして過ごせばいいのかとか、そういうことの意味が一切ないために、次の

段階では、身の周りの方の末期の状態のがんであったり、とてもシビアな治療とか、そういうところに頭が飛んでいく。そうすると、自分ががんかもしれないという時にどうすればいいかわからないし、がんと診断された時にも、どういう治療が今後組み立てられるかとか、そういうものが全くイメージがつかない。

ですから、今回、『87%』という乳がんのドラマがありまして、すべてがすべてそのとおりとは言いませんけれども、参考になったと思います。診断・治療の経過についての情報が適切に患者さんに提供されるということが必要なのではないかと思います。

ここ数年、がんについての患者さんを対象とする雑誌が随分増えました。3冊から5冊ぐらいあるかと思います。内容を吟味しなければいけない部分もありますが、セカンドオピニオンを受けるにはどうしたらいいかとか、検査をどういうところで受ければいいのかとか、適切に書いてあるものもありますので、そういう情報源から患者さんが学ばれる、家族の方も学ばれるといいのかなと思っています。また、看護師、保健師からも患者さんに、検査・診断の過程の理解が得られるように説明するのが良いと思います。

今ちょうど過渡期だと思います。今まで全くそういう情報がなくて、すべて医師にお任せしていたのが、インフォームド・コンセントと言われ始めたのが91年ぐらいだったのではないかとは思いますが、インフォームド・コンセントが10年以上たってだんだん広まって、情報が患者さんや家族のものである、意思決定というのも患者さんのものであるということがようやく普及してきて、今、実際に意思決定をする時に何が足りないのかということがだんだんわかってきたんじゃないかなと思います。

坂元 病院の中でも同じようなことが起こります。

秋になると、検診を希望される方とか、あるいは、検診の結果もう少し詳しい検査が必要という説明を受けた方が大勢受診されます。それで、その中の何人かは、さらに詳しい検査をという話になっていきます。そうすると、「毎年検査を受け

ていたのになぜ? どうして?」ということになるんですね。そこで、説明のときには「検診は予防ではない。早く見つけるためにしているのが検診であって、何度検診をしたといっても、それは病気の予防ではない」という話からまず始めなければいけないというのが現実なんです。

システムができて、普及して、たくさんの方が検診を受けて、早期発見につながるのはいいと思うのですが、これで十分かどうかという疑問はあります。阿部さんのご意見そのままだと思うのですが、検診のその先のことについては、情報も支援体制もまだまだ本当に少ないと思います。

司会 がん検診の制度というのは比較的古くて、特に胃がん検診、それから子宮がん検診が制度的には非常に早く発足しています。最初の頃は、受診率や精密検査への誘導などが問題になり、健康教育も充実してきたと思います。

がんに対する関心は非常に高くなってきて、知識も増えてきているように私は思いますが、今おっしゃるような話になってくると、がんについての理解は、進んでいないのかもしれない。

坂元 検診の必要性がわかって、実行もするところまでは、すごく広まったと思うんですね。

ただ、「自分はそうでは(がんでは)ないだろう」と思いながら検診に出かけるということが多いのではないのでしょうか。それが、想像もしていなかった方向に進みはじめたときに、「どうしよう…」「なぜ?」「ほんとうにそうなのか?」というふうになってしまうということですね。

司会 恐らくこれは検診でなくても、一般の医療機関に行かれても、初めてがんの疑いがある、まず最初はそう言われるのでしょから、その段階での対応というのは、どこの病院でも苦勞されるのではないかと思います。

戸谷 国立がんセンターを受診される患者さんの多くは、最初に受診した病院でがんの可能性が非常に高いとか、がんであるという説明をされています。患者さんはインターネットや本で情報を集めたり、知り合いや身内の医療関係者などにご相談されていらっしゃる方が少なくありません。



阿部 恭子 専任教員

坂元 がんの疑いがあると説明する段階、その最初の段階がとても大事だと思います。現状では、いろんな意味での情報が非常に少ないので、まず医師の説明がとても大事ですし、必要だと思うんですね。検査の意味合いとか、検査結果についてとか、これから先のこととか、事細かに繰り返し説明を差し上げる必要があると思います。

その後で、その説明を聞いてどういうふうに感じられたかとか、理解はできたかとかそういうことこのフォローを別の側面から、あるいは時間をおいてナースがかかわることは必要だと思います。

司会 最初にどのように適切な情報を伝え、理解していただくかが、患者さんの行動を方向付けていくと思いますが、そういう点ではまだまだ取り組みができていない部分もあるのかもしれないですね。

阿部 難しいですね。必要性は十分感じているながらも、看護師がかかわれなくて、告知を受けて2週間ぐらい頭が真っ白になると言われる時期に、結局、患者さんも家族の方も家庭で過ごされてしまう。そこに専門的なアプローチがなかなか届きにくいというのが1つ問題だと思います。その時に、不安が強くなって、何か診断がつけば、心理面・精神面に対する専門的なアプローチがあるかと思うんですが、そこまでいかないような状況だと、そのままお家で何とか過ごされることが多いと思います。

埼玉県立がんセンターが告知後ケアプログラムという冊子をつくって、外来でナースが告知後の

ケアを今も継続して行っていると思います。そういうプログラムとしてきちんと設置しなければ、今の日本の外来の中ではなかなか告知後のケアは難しいと思います。病院全体の組織としての外来のあり方ということの問題は、長前婦長さんの方がおっしゃられるところかとは思いますが、やはりそこが大きなネックになって、告知後の患者さんへのサポートが十分でないのかなと思いますね。

イギリスでは、乳がんのプレストケアナースがそこでかかわって、じっくり話を聞く。また、先輩である乳がん患者さんが診断された患者さんの不安を聞くというようなシステムをつくっている。ですから、日本でもいろいろやり方はあると思います。

梅澤 がんセンター中央病院の外来では、看護師が告知時の診察に意識してついたり、診察の前後で個別にお話する時間をとるように努めていますが、まだまだ十分な関わりができていないのが現状です。ただ、朝のカンファレンスでケースについて話し合ったり、科ごとの受け持ち看護師を固定したりすることで、少しでもよいケアが提供できるよう努めています。また、看護相談を本格的にはじめる計画も進行しているところです。

他に臨床をしていて思うことは、告知ということがんと診断された時をイメージすることが多いと思うのですが、むしろ再発時や緩和ケアへの移行期の方が、絶望感が強まって辛いとおっしゃる方もいます。そのような時期における看護も考えていかなければならないと思っています。

司会 告知の話も、最初のがんの問題だけではなく、すべてが告知なんだという意見もあります。今おっしゃられた告知後のフォローする体制が病院にはないと言っているんですか。

長前 私は、ほとんどないと言っているのではないかと思います。

私は管理的な立場で、外来の看護充実ということとをずっと言い続けてきていますが、現実、やっぱりいろんな規定がありますね。例えば外来患者30人に対して看護師が1人とか、そういう制度的なものがあって、なかなかうまく増員ができない

ということと、そういうことが必要なんだということを幾ら言っても、やっぱり行政の方たちとか、その辺あたりがわかってくださらないとか、わかっていただけないのが非常に残念ですね。

告知、IC (Informed Consent) をする時に、必ず看護師が同席していて、患者のフォローをするというのは非常に大事なことで、特に外来へ初めて来られた患者さんの場合には、是非同席したいとか、同席しなくてはならないわけですね。でも、それができないというのが現実なんです。がんセンターでもいろいろ工夫してやってはいるんですが、全然十分ではなく、私もヒアリングに本省（厚生労働省）に呼ばれていくんですが、患者数の割にはがんセンターの外来看護師の数は多いといつも言われるんです。そのたびに数の問題ではないんだということを何回も言ってはきているんですが、なかなか受けとめてくれないとか、理解がされないというのが現実ですね。

司会 がんセンターでできなければ、一般病院の中ではもっと難しいのかもしれないですね。

坂元 確かに、大変難しいのが現実です。見方といいますか、方法を少し変えるということにもなるのですが…。

私は、がんを体験された方々のセルフヘルプグループやサポートグループに参加していた経験があるのですが、ひとりのサバイバーが、がんを告知された日のことを振り返って、「だれでもよかったの、私は。」「あの時私には、『今ね、あなたはがんですと言われてきたのよ。今、私、そういわれてきたのよ』と言え場所さえなかったの。」と、そう話してくれたんです。私にはその言葉がすごく衝撃的でした。

そのサバイバーは、告知されたその場で医師の説明はある程度受けたし、看護師もそばにはいた。だけれども、会計をしたり、いろんなことを済ませて、病院の玄関を出ようとするときに一ある程度時間が経っているわけですね、外来の告知のその場面から一そのときに、何かが、言いようもない何かが襲ってきたというのです。そして、その気持ちのまま、誰にも何も言えずに帰らなければならない自分、聴いてくれる人も場もなかった自

分…そういうお話しをしてくださったんですね。

ですから、外来のその場で、医師がサポートすることも必要ですし、看護師がサポートすることも必要ですが、忙しい、厳しい外来診療の中だけでそれを考えるのではなくて、もっともっといろいろな場の提供の仕方、いろいろなサポートの仕方を考えてもいいんじゃないかなと思うのです。

司会 そういう場を提供するとすれば、具体的にどういう形になるでしょうか。

坂元 例えば海外の例ですと、だれが入ってもいい、どんな話をしてもいい、そういう部屋があって、そこに看護師やボランティアの方—先輩サバイバーになるわけですが—そういう方がいてむかえてくれるというのがあります。そういう場の提供でもいいと思います。

司会 告知された時の精神的な問題は、一般的にはどういう経過をとることが多いんですか。

梅澤 一般的に告知後の情緒的反応とその後の適応過程としては、ショック・混乱、ついで不安・落ち込み、そして新たな生活への適応といった3つの時期に分けられるといわれています。

まずがんと診断された直後は非常に強い衝撃を受けます。また、病気を否定したい気持ちや絶望的な気持ちにさいなまれることもあります。これが最初のショック・混乱の時期です。

その後は、今後に対する不安や気持ちの落ち込みが生じたり、「どうして自分だけががんなのか」といった怒りがわき、一時的には日常生活に支障が生じる場合もあります。これが、2番目の不安・落ち込みの時期です。

しかし、次第にこのようなストレスに何とか対処しようとする心の働きが生じ、つらい状況にありながらも物事の楽観的な側面に視点が向けられるようになります。これが再適応の時期で、通常は2～3週間でこの時期を迎えることができるようになりますといわれています。

しかし、中には3週間を過ぎても、気持ちが非常に辛く、日常生活に支障があったり、仕事に集中できないといった症状が続く方がいるかと思われれます。そのような場合は、精神保健の専門家に相談する必要があるかと思えます。

がん患者に多い3つの精神症状としては、適応障害、うつ病、せん妄がいられています。病期によって割合が異なるのですが、大体がん患者の約半数に何らかの精神症状が認められることが、今までの研究から明らかになっています。これらの精神症状に対する治療として、うつ病とせん妄については薬物療法が必須です。適応障害（がんの進行や再発といったことに関連して起こる不安や抑うつ）に関しては、薬が必要となる場合もありますが、周囲のサポートで、十分乗り越えることができる場合もあります。ですから、ナースがその患者さんの話をじっくり聞き、気持ちに寄り添うことはとても大切な看護だと思っています。

司会 サポートがないと、ますます不安になっていく。

阿部 なかなか治療を受け入れられなくて、手術を勧められても受け入れないままにどんどん悪くなってしまったりだとか、代替療法の方に心が向いてしまったりとかということも事実だと思います。

先ほど坂元さんがおっしゃった、どなたかにちょっと言えるような場ということもすごく大事だと思うんですが、うつというほどではないけれども、不安があつて、それを解消されない方が多分、セカンドオピニオンに流れているんじゃないかなと思うんです。

結局、最初の診断を受けた病院での看護師というのは、患者さんからみればあくまでも医師の意見を言う同じ部類の人になりますから、医師の診断なり治療法なりに反対に疑問に思うことがあった時に、患者さんにしてみれば看護師は相談相手にはならないと思うんです。看護師としては何でも言ってほしい、もちろん、医師の説明に対して疑問があったり、反対があるんだったら聞きたい、というのはナースの気持ちの中にはあるんですが、同席したナースに患者さんが言うのは難しいのではないかなと思います。場を提供して、別の方がいて、それを受けとめるというようなシステムの方が本当はいいのではないかなと思います。

告知後の精神的なフォローということだけではなくて、情報がきちんと適切に理解されているかの確認が、今は、されていないので、そのはけ口

としての間違っただセカンドオピニオンがすごく増えて、それがさらに外来を混乱させているという感を覚えております。

あと今、開業して、医療コーディネーターをしているナースもいますので、お金を出せば、そういうサービスを受けることができる。一部の人は知らないと思いますし、それが自分にとって身近と思うかどうかはまた別なんですけど、移植のコーディネーターと同じく、がんの治療のコーディネーターというのが必要なのではないかと昨今思います。

司会 そういう意味では、一般の人の力を医療の側がもう少し頼っていいのではないかと。例えば乳がんの患者さんの会とか、あるいは胃がんの患者さんの会があります。そういうところは、そういう活動をされているのではないかと思います。いかがですか。

患者さんの迷いを解く活動ということで、ボランティアが病院にいるというのはありますか。

阿部 診断がつく前の患者さんですとか、これからどこで治療を受けるかという方に対して、そういうセルフヘルプグループの方から情報を得て、聞いてきましたという方も実際にいらっしゃいます。

坂元 済生会ではボランティアにがんサバイバーへのそういったサポートはしていただけていないです。今は、お買い物や散歩のような、療養生活の中のサポートという範囲です。

緩和ケアと看護

司会 がんの再発など病気が進行していけば、最初の告知の段階と異なった問題が出てくるものだと思います。化学療法や放射線療法などに伴う副作用や疼痛ケアなどニーズが変わってくる。特に末期の場合の看護、介護だと思います。

戸谷 再発や進行した患者さんの場合は、化学療法を次々に行いますけれども、治ることは固形がんの場合は難しいわけですね。ですけれども、患者さんたちは少しでも長く生きたい。あるいは治りたいというお気持ちを非常に強く持っていらっしゃるんで、どんどんやっていく治療がうま

くいかなくなってきた時、特に国立がんセンターで何とかしてもらえると強い期待を持っていらっしゃるんで、落胆、絶望感、あとは見捨てられ感を持ちやすいと思います。

患者さんの見捨てられ感に私が看護師としてしていることは、「あなたは1人の大切な方です」というメッセージを、態度で、気持ちで伝える、つまりその患者さんの思いや価値観を大事にすることです。それが患者さんにとっては支えになって、これからの人生を考えられるようになっていくように感じています。

あと、もう1つ実際的な問題では、緩和チームの患者さんは30代、40代、50代の方で50%なんです。そうすると、介護保険が使える年代ではない。緩和チームがかかっているくらいですから、痛みが強かったり、脊椎転移による下肢不全麻痺の方も少なくありません。生命予後はあるけれども、麻痺や痛みなどで日常生活にサポートが必要なのに介護保険も使えないと、家族のサポートも非常に少ない時に、患者さんがこれからどこでどのように過ごしたらいいのか、緩和チームではとても悩んで、患者さんの希望をききながら調整しているところです。

梅澤 今、戸谷さんがおっしゃったように、これはがんセンター中央病院のシステムからくる特色だと思うのですが、積極的抗がん治療ができなくなると、緩和ケア専門の病院へ転院という形になることが多いので、その際の見捨てられ感というのは、患者さんやそのご家族にとって非常に大きな苦痛を伴うと思います。またその際、病気が治らないことや見捨てられることに対する怒りを医療者にぶつける方もおられ、医師や看護師側が無力感を強め、疲弊している場合もあるかと思います。

森 終末期のケアとはまたちょっと違うかもしれないんですけど、見捨てられ感という話が出てきて、私のいる移植病棟でも経験することがあると思いました。当院の移植病棟には、いろんな地方から紹介されたり、リスクが高いのでとか、年齢が高いのでとかいうので、移植をそう多くやっていない施設では、移植することのリスクが高くて難しいと言われるような人たちがたくさ

ん来られるんですね。

自分でがんセンターの移植病棟で移植をしたいと選んでこられる方もいらっしゃるんですけども、そういう方がどんどん来て、しかも最後まで診てほしいと期待をもっておられます。大体の方が自分たちが入ってこられた時には、入院中の他の方が、ちょっと早いかもしれないけれども、次に、自分のお家の近くの病院で診てもらいましょうと言われながら、ちょっと不安も持ちながら帰って行って、お部屋があいて自分も入院できたのですが、そのことはほとんど意識化されないようです。でも、自分がいざその場に立たされると、やっぱり出ていきたくないと思ってしまうようです。

最後までがんセンターで診てほしいとおっしゃられる方がとても多くて、継続医療先との連携の仕方というのが非常に難しいなというのと、そこがちゃんとつながっていけるようにするんだということを患者様にお伝えしていくこと自体がすごく難しいなと思いますね。

それも伝えればいいのかといえば、そうではなくて、連携できるということが患者さんがわかれば安心できるというわけでもありません。患者さん自身は自分の病気とか、やっている治療がどうなのかとか、連携体制ということではなく、今後の見通しというところに関心があるので非常に難しい。連携のシステムができたから、患者さんの不安が減るかという、そうでもないのかなと思うことはたくさんあります。

司会 難しいですね。資源にも限度があるし、今後、一つの病院ですべてに対応するというわけにはいかない。そうすると、病気の時期や治療方法によって、あの病院へ行ったり、この病院へ行ったりというようなことが将来的には出てくる。そうなってくると、見捨てられ感をどうサポートするかは難しい問題ですね。

坂元 そうですね。私の勤務している病院の近くには、がん専門病院や大学病院がたくさんあります。そういう環境の中で、では、うちの病院は何ができるのか、専門病院ではなく、総合病院としてどういうがん治療やケアができるのかということとはとても求められるというか、突きつけられ

ている切実な課題なんですね。

私はこれからますます他の医療施設との連携が不可欠で重要になってくると考えているのですが、連携していこうとするからには、自分の施設がいろんな意味でレベルアップしていかなければいけないわけですね、「私たちの施設では、こういうことができますから安心して来て下さい」、あるいは「戻ってきてください」と言えるだけのものがなければいけないと思うのです。その辺、医療者が「連携」を唱えだけでなく、患者さんやご家族に「それでは、あそこに行こう」「あの病院に帰ろう」と思っただけのような病院づくりをしなければいけないなと思いますね。

がん医療の連携

司会 がん医療の提供の話になりますが、がんセンターのように全ての診療科ががんの専門というところもあれば、手術はできるが、化学療法や放射線療法はできないという病院もあります。

患者さんが専門性の高いところを望むとなると、どうしても一般病院のところは治りやすいがんだけに限られてしまう。病院の性格、あるいは、機能によって、患者さんへの対応が異なると思いますが。

坂元 一つの病院の中でも、いろんなことが、まだばらばらではないかと思います。治療やケアも他の施設との連携の仕方も、科によっても違うし、医師個人によっても違います。ある程度統一したものが必要だと思います

それから、限られた資源を有効に使って、がん医療をどう提供していくかということですが、簡単に治るものや治療後のフォローは近くの小ぢんまりした病院で、難しいものは専門病院でというふうにおそらくはなっていくのでしょうし、それが現実的なんでしょうね。でもレベルはここで大丈夫、ここまできたらあちらというふうに分けを考えるのは医療を提供する側ですが、患者さんにとっては、それはもうどんなレベルのものであっても、自分が一番信頼するところ、ここが最高だと思えるところで医療を受けたいと思うのは当然のことで、そのニーズに応えることも私たち

の役割ですし、それに応えたいという気持ちもありますし、どちらにもうまく折り合いをつけて、納得して満足のいく方法で、というのが一番難しいところだと思います。

阿部 3月まで勤めていた、千葉市内のクリニックでは、千葉県対がん協会での一次検診で要精密検査といわれた方に、二次検診をして、クリニックで診断をつけて、がんセンターや大学病院に紹介していました。手術後の化学療法はクリニックで行って、その後もクリニックでフォローしていました。クリニックで再発時の治療も行い、緩和ケアが必要になった時には、緩和ケア病棟のある病院に紹介したり、地域の在宅の緩和ケアをしているクリニックと連携を図りました。地域の資源に恵まれたといいましょうか、放医研もありましたので、骨転移ですとか、それから脳転移に対しての治療もできる体制でした。

医師が中心になってつくったネットワークではあるんですけども、そのネットワークをうまく活用していくことができたかなと思っています。ですから、やはり地域の資源の整備がまず大事だと思います。

司会 がんセンターの場合は、難しいかもしれませんがね。地域性というのがあるのかなのか、非常に見えないところがある。どういうふう to 今後患者さんのケアをしていくかとなると、それこそ見捨てられ感というだけで終わってしまう。

これが四国のがんセンターとか九州のがんセンターになると、状況が異なるのかもしれませんが。いろんなシステムが組みやすい部分があるかもしれない。

阿部 四国がんセンターでは、化学療法の事前の採血を患者さんの近くのクリニックで行って、データを四国がんセンターに持って行って、化学療法をして、その後のフォローはまた近くの病院でやっていると思います

長前 だんだん今そういう傾向になってきてまして、がんセンターも、先ほど専務さんがおっしゃったがん医療の均てん化の進め方をもう始めているんですね。

ただ、現場の者はよくわかると思うんですが、がんセンターは日本では最高のがんの医療をやっ

ていることで、患者、家族はここで絶対に、ここにずっとかかって、ここで死にたいという人が相当多いわけですね。その辺あたりが非常に難しいですね。

千葉みたいにシステム化できれば理想でいいんですが、例えば近所の紹介くださった地元のお医者さんに引き継いだとしても、いや、私は最後は救急車を使ってでもがんセンターに行くんだと、どうしてもがんセンターから離れたくないというのが非常に強いのではないのでしょうか。

患者、家族が安心できる体制づくりをきちっとしないと、見捨てられたとか、そういう感情だけが残っていくのではないのでしょうか。

がん看護の専門性

司会 今のような患者さんのいろんなニーズにどう応えるかというのは、看護師さんの役割だと思うんですが、その中でもがん専門、あるいは認定という形で皆さん方は専門性を持たれてきています。

専門看護師、あるいは認定看護師とはどういうものですか。

戸谷 専門看護師制度は、1996年に日本看護協会で、疾病構造の複雑化・慢性化や患者さんのニーズの多様化などに対して、患者さんやご家族のQOLとか、日本全体の看護の質の向上ということを目的としてつくられた制度です。

現在、専門看護師は、がん看護が44名で、全ての看護分野を合わせると98名になります。

森 1200名ぐらいいますね。

がんに関係のあるのは、がん性疼痛、ホスピスケアとがん化学療法で、あと乳がん看護が今度教育が始まります。

司会 専門性をどういうふう to 生かしていくかというのは非常に難しいと思いますが、いかがですか。

坂元 日々大変苦労していることなので、どうすればいいかということの答えにはならないかもしれませんがね。

私の場合は、WOC看護の認定看護師の資格もありましたので、その分野から入っていくという

技を使えたんですね。認定看護師の領域ですと、やることははっきりしているというか、わかりやすいものですから、ナースサイドでも困ったときに、専門の人を呼ぼうというところにすぐ結びつけることができるんですね。

例えばストーマのケアですと「漏れたから来てほしい」、褥瘡のケアですと「悪化してしまって難しくてできないから来てほしい」というように活用しやすいのです。専門家への評価もはっきりしています。ストーマ用の袋がうまく貼れるようになった、スキントラブルや褥瘡が治ったというふうに、役に立ったかどうか明確です。ですから、活用しやすいアプローチしやすい。

では、がん看護の専門看護師はどうかということになると、少し違って難しいところがあります。それは、はっきりしないものを相手にすることだと思うのです。ナース自身が、自分が困っているということに気づいていない、困っていると自分でわからないので、誰かに相談しようと思わない。それから、なんだか悶々とした思いがあるときに、誰かに相談したら、困っている自分に気づいた、そういう体験が非常に少ない、というようにです。

それで私は、専門看護師の視点で見て、この患者さんは少し問題が起きているようだとか、この病棟のナースは少し困っているようだとこのころに、こちらからアプローチをする、問いかけるということからまず始めています。

そこで大事なのが、私が感じている問題をナースと共有するということなんですね。私が問題と感じて、私が解決しようとしたのでは、その回1回きりで終わってしまうのです。そこでナースと問題を共有をして—これは何とかしたい問題だとナース自身も実感して—それから、一緒に苦勞をして、結果が得られて、「ああ、よかった」とか「これは、不十分だった」とか、何かが残ったときに、なんとなく「あの人（専門看護師）が来ると少しいいことがあるみたいだ」とか「何かが変わるみたいだ」というような感じを持ってもらえる。そういうことを1つずつ積み上げていくことができればと思っています。

戸谷 実践の他に、病棟に入り込んでいって、



森 文子 副看護師長

複雑な問題状況を一緒に考え、解決策を導き出すというコンサルテーションや、あとは病院の看護のレベル全体をアップするための教育システムの構築とか、教育の役割も重要だと感じています。

司会 がん専門看護師とがん認定看護師の役割は異なるのですか。

森 認定看護師の役割は、実践、指導、相談の3つです。専門看護師は実践、教育、相談、調整、倫理調整、研究の6つの役割があります。指導と教育がどう違うのかというのが期待されている役割内容の違いを示すでしょうか。相談の中身も、認定看護師は「看護職者の相談を受ける」となっていて、専門看護師は「看護職者とそれ以外のケア提供者になる人たちの相談も受ける」ということなので、看護職者以外の医師から相談を受けたり、ほかの職種の人たちからの相談も受けることを役割とされている点が違うと思います。

長前 専門看護師とか認定看護師の活動にドクターの理解というか、そのあたりはどんな状況ですか。

坂元 やはり医師もナースと同じで、認定看護の領域の方がすごくわかりやすいようで、相談も大変多いです。

がん患者さんのケアについての相談では、がん看護を専門に学んできた看護師であるということは一部の医師にも理解があって、「何をしてくれるかよくわからないけれども、呼んでみよう」とか、「患者さんが悩んでいるようなので話を聴いてあげて欲しい」というような依頼があることもあります。

そういう場合は医師の患者さんへの説明も「専門の看護師さんがいるから、話をきいてもらったらどうでしょう」というものです。

長前 緩和チームなんかの場合に、ドクターがすぐ依頼をするとか、そのあたりはどうですか。できる状況にありますか。

戸谷 医師からの相談もあります。依頼する側の医師の方も使い分けていて、鎮痛薬がすぐ必要な非常に強い痛みの時は緩和ケア科の医師に相談するし、精神的に落ちつかないとか、じっくり話を聞く人を患者さんが求めているとか、浮腫のマネジメントとか、そのニーズに応じて私やリエゾンナースに依頼が来ます。

司会 症状ケアはもちろん大事だと思いますが、一番大事なのは精神的なケアではないでしょうか。特にいろんなことに対して不安、恐らく家族にもしゃべれない不安が大分出てくる。そういうことを聞いてもらうだけでも違うのだろうと思いますが、その辺でいかがですか。

坂元 専門病院にいる専門看護師の活動の仕方と一般病院にいる専門看護師の活動の仕方は違ってくるだろうと思っています。

一般病院ではより自由にダイナミックな動きができるほうが良いと思っています。もちろん、1つ1つの病院に個性がありますし、専門看護師にも一人一人個性や得意とするところがありますので、すべてがそうだとは言いえないのですが。

フリーで動くときには、起こっている問題に気づきにくいという不利な点もあります。どこか1つのところに常にいる場合は、そこで起こっている問題や患者さんの悩み、ナースの悩みが手にとるようにわかると思います。けれども、フリーの場合はそうはいきません。私も、敏感になっていることが必要ですし、それと同時に、コンサルテーションということにまだなれていないナースたちに、悶々としている自分に気づくこととか、専門職のサポートを受けるということを伝えていかなければならないと思っています。それを伝えながら、お互いに成長して、コンサルテーションができるようになったときには、専門看護師が一般の病院の中で活動することやフリーで動けるような体制をとっていることが、効果を発揮するように

なるのではないかと思いますね。

梅澤 私が引き受けるコンサルテーションの例として、「患者・家族への対応が難しい場合」があります。当院では、明らかに不安が強いとか、気持ちが落ち込んでいそうだった場合は、精神科医に相談がいきます。しかし「何だかよく分からないけれど問題がありそうだった」とか、「ナース側が患者さんと関わるのにストレスを感じている」という場合に、私のところに相談がくることがあります。

ですから、先ほど坂元さんがおっしゃっていましたが、問題が分からないところに関わるというのが専門看護師の役割の一つと思っています。病棟ナースと一緒に問題点を明らかにして、明らかになった問題に対しどう関わるかということを考えていくことで、ナースのスキルアップにつながり、看護の質の向上に貢献できると思っています。

また、その他にも、この精神状態は精神科が介入するレベルだとか、このケースは病棟ナースで十分対応できる状態だといった、トリアージのできる者が必要だと痛感してしまっていて、その役割をとっていくのも専門看護師の仕事だろうと思っています。

司会 大学という立場で見た時にいかがですか。

阿部 皆様のお話の中で、何をするかというのがはっきりしているということはすごく大事だと思います。ナースに対してもですし、患者さんに対しても理解を得る、医師に対しても理解を得るという実績をもっと示していいのではないかと思います。

ナースはとても奥ゆかしくて自分たちがしていることをPRしないんですけれども、何を学んできたか、どういう時に自分が力になれるかということをもっとアピールする。口を開いて表に言うという過程を経ることが大事なのではないかと思っています。

対象は患者さんですから、患者さんにも理解していただくのが大事だと思いますし、これからは手術件数で医師、病院を選ぶと同じく、認定看護師や専門看護師がいる病院を患者さんが選ぶよう

になっていくのではないかと期待したいです。現在では、認定看護師や専門看護師がいることが学卒のナースが新しく職場を決める時のある程度目安になってきつつあるそうです。認定看護師や専門看護師を配置することの意味というのをもっともいろいろな角度から、また多方面にPRをしていくことが大事なのではないかと思えます。

司会 役割が見えていない、まだ広がっていないという部分はありますね。歴史が浅いということもあるんでしょうけれども、それに伴ってまだ実績というか、研究も含めて今育ちつつあるという段階ですか。

阿部 多分正直なところを言うと、その職場の中で自分の働く、力を発揮する場所を開拓して、そこを確立させるところに、今、皆さん、エネルギーをかなり注いでいるのではないかと思います。

長前 それと管理者というか、看護部長とか、そういう者たちが、どんな活動ができるかをきちんとサポートしてあげないと、なかなかうまく進まない。さっきドクターのかかわりの話をしたように、周りの者がバックアップしてあげることが大切です。

司会 看護師さんの世界でも、就職するならない病院、いい指導者がいるところへととなると思いますが。その目安として、こういう専門看護師、認定看護師がいる、あるいは研修にださせる病院というのは、それなりのレベルが高い。病院にとっても、質の高い看護師さんが来るし、確保しやすくなるというメリットは非常に大きいのだろうなという気がします。

どこの病院でも、がん患者は多くなる可能性が高いと思いますが、患者さんにとってはいいサービスするということは、逆に、職員教育という質の確保という点では、認定とか専門性を持った人をいかにリクルートしてくるかが大切だという気がします。

阿部 それぞれの病院を押さえている行政、例えば、国公立や県などがあると思うんですが、行政のトップの方々が人材としての設備投資にどれだけ投資できるか、意識を持つかで10年後には随分方向が変わってしまうのではないかと思います。

逆に経済的な余裕のない都道府県もあると思うんです。そうすると、例えば6カ月間ナースを研修に出すには、6カ月間の人員の補給が必要ですが、財源がないと研修にナースを出せない。いつまでたってもその施設では専門看護師や認定看護師のリクルートもできないし、育てることもできなくて、将来的にマイナスになるということを今のトップの方がわからないと、そういう危険も起こり得るのではないかなと思います。

また、せっかく取った資格について、自分の施設の中で力を発揮するという事は可能だけれども、どこか別の病院から頼まれて、教育をお願いしますと言われた時に、その施設の管理者が、たとえばプライベートの時間を使うにしても、それを認めないということも実際聞きますので、管理者の方や、その施設の本当にトップと言われる方、設置団体が理解をしてくださらないと、将来の増加は難しいと思います。

梅澤 システムと同時に、やはり私たち専門看護師が何を提供できるか示していくことが重要なのかなと思います。いてもいなくてもあまり変わらないのであれば、ポジションをもらうことが難しいとなっても、仕方がないのではないかと思います。

司会 入院期間の短縮で、患者さんとの信頼関係を作るのが難しくなっていることはないでしょうか。

患者さんは病気を抱えて、がんと言われれば恐らく一生悩まないといけない。しかし、相談の前提である信頼関係を築くことが非常に難しくなってきているのではないか。だから、外来も含めて、どういうふうに対応していくかが問題になる。また、外来も遠くから来られる方が多いので、地域との橋渡しということをどうしても考えざるを得なくなる。

具体的にどうしたらいいかというのは非常に難しい問題ですが、こうした問題に対応するために、病院の専門あるいは認定看護師さんの組織のあり方、またキャリアパスをどう築くか、何かご意見がありますか。

森 フリーで動く立場のCNS（Certified Nurse Specialist、専門看護師）というのも確かに必要

だと思うんです。それは全体をオーバービューできるし、外来から入院してまた外来へという流れを見ていくこともできる立場で、いつでも連絡がとれて臨機応変に動けるといふ部分で、すごくいいと思います。

私は今、病棟配置の状態で、病棟で勤務をしながらCNSとしての実践をしているという立場のCNSです。その中で、やっぱり問題は現場にあって、そこで患者さんに会うから、かかわるから、また、スタッフ同士で話をするから問題が見えてきたり、解決するためのチャンスがあるという、役割発揮の機会にあふれていると感じます。CNSが病棟の中にいるということの価値があるんだなということを感じているので、そういう立場のCNSというのもいいのかなと思います。

病棟でも、私が最初に来た時は、この人は大学院を出た人で、何ができるんだろうなと思いつつも多分見ていたのだと思うんですけれども、だんだんみんなといろいろ話をしたり、患者さんに実際にかかわる姿をみんなが見てくれるようになって、みんなが私を使ってくれる場面が出てきました。私も問題を見つけて、じゃ、ちょっと考えようよという場面がつかめるようになってきました。例えば患者さんのケアや、研究で困っているから、助言が欲しいとか、教育をどうしていいかと考えるから、相談に乗ってほしいとかということも、同じ職場にいて、すぐその辺にいるから声かけられるという場合もたくさんあるのかなと感じています。

数がふえないことには無理な話なので、すぐには難しいかなと思うんですけれども、病棟配置のCNSがいても意味があると思います。フリーの立場では、全体をいろいろ見ながら、病棟の日常にグッとコミットするのはすごく難しいところもあるかと思うと、必要かと考えます。病棟配置でCNSとして活動するには、時間もつくっていくのがすごく大変で、自分の中の切りかえもすごく難しいと思うんですけれども、そういう人もいいのかなと思います。

2003年に、財団の助成を受けてメイヨークリニックに行かせていただきました。メイヨークリ

ニックは、病棟に日本で言う師長さんという立場のようなナースマネージャーという人とCNSが配置されていました。スタッフは困った時に病棟配置のCNSに相談をしたり、CNSも毎日病棟にいて見て回ったりとか、患者さんのケアにかかわったりしていました。そういう人もいれば、横断的に動くCNSもいるし、1個のプロジェクトに専門的にかかわっているCNSもいてという状態だったので、いろんなパターンがあってもいいのかなと感じました。私の今ある立場からすると、とても現場の中にコミットできて、みんなもだんだん使ってくれるようになっていく気がするので、こういう立場もいいんだなとちょっと感じていて、こういう活動をもっと外にアピールしていけるようになればいいなと思います。

看護研究の進め方

司会 看護師さんの研究活動は、条件的にも非常に厳しいと思いますが、がん看護の研究も大分進んできているように思います。また、看護のEBMという問題もあろうかと思いますが、研究について話題を進めて行きたいと思います。

梅澤 私自身は、大学院終了後、臨床に戻ってからは研究に全く関わっていない状態です。必要だしやっていかなければならないとは、常々思っているのですが。

看護研究について最近思うことは、例えば医師のようにチームを組んで一つのものを作り上げていくというシステムが、看護にはなかなかないということです。ナースは、個々ががんばって研究をやっていますが、同じようなテーマの研究がいくつもされていたりして、なかなか継続・発展していかないということを感じています。これは、研究に対する看護教育がまだまだきちんとされていないこともあるかと思っています。

また、精神科チームと一緒に活動をさせてもらっていて感じることは、何も看護だけで研究をしていなくてもいいのではないかと、みんなでもいいものを作り上げていけばいいのではないかとことです。看護の視点から現象を見たときに、重要で意味のある研究というものがあるので、逆

に他職種にそういったことをアピールし、看護主導でやっていけるくらいにならないといけないのではないかと思ったりもします。私自身の現状は全然追いついていませんが。

戸谷 医師がたくさんのお金をかけてやっている研究の中にナースも参加して、こういう治療を受けている患者さんの心理社会的な問題とか、副作用のケアの開発とか、一緒にやれば、さらにいい研究になるのではないかと思います。

司会 看護師が引っ張っていかないといけない部分というのはあるのではないかと。

戸谷 言われるのを待っている、受け身の姿勢ではダメで、積極的に切り込んでいかないといけないのかなと思います。

阿部 新薬が出て、添付文書には治験段階でどれぐらいの副作用があったというデータが出る。それに対して、MRさん（Medical Representative、医薬情報担当者）の方々が言うのには、今度実際に使い始めた時に、実際にどれぐらいの頻度で本当に副作用が出ているのかだとか、その副作用に対してのナースのケアはどのように行われて、それによって治療が継続しているのか継続していないのか、そういう部分のデータを本当は欲しいと。だけれども、それができないでいるというのはすごく問題点として指摘されているんですね。

ですから、化学療法のエキスパートの方が出てきた。その方々と上手に連携をしていくことによって、看護の研究というものの意味がすごく注目されるのではないかと思います。今、戸谷さんが、たくさんのお金がかかっている医師の研究の一部をとったんですけれども、研究に必要な資金を得るための働きかけを考える必要があると思います。

去年の10月に日本乳がん看護研究会という乳がんの看護の研究会ができました。将来的には、研究会の中で研究をして、実績を出せると良いと思います。そのために必要な資金を、何らかの方法で積極的に得るようにして、シビアな状況を少しでも積極的に乗り越える努力が必要かと思いません。

森 私のいる移植病棟に関していうと、結構多職種で研究をしたり、班研究の分担研究をさせて



戸谷 美紀 副看護師長

もらったりして、割といろんな研究を外に積極的に出している方ではないかなと思っています。

それも本当に日常の患者さんの困っていることとか、看護していて困っていることから出てきているものをトピックスにしています。例えば口腔ケアをどうするとか、スキンケアをどうするとか、腸管のGVHD（移植片対宿主病、Graft Versus Host Disease）が出た人たちの食事療法をどうしていくとかということを取り上げています。栄養士さんに入ってもらったり、歯科の先生たちに入ってもらったり、いろんな職種の人たちが入って研究をして、まとめて出すということをしているので、看護の視点を生かした多職種での研究が全く不可能ではないんだなということは実感しています。

今後は、学会発表レベルで止まっていることや、単施設、がんセンターの移植病棟でやったものを外に出すというレベルで今のところ止まっていることが多いので、それを単施設ではなくて、いろんな施設でやってどうだったかというデータをためて、ペーパーにして外に出すということをもっとしていく必要があるんだろうなと思っています。

あと、看護師と研究の関係というと、学会などで、研究を発表するところがゴールということが多いようです。データを使うとか、あっちでこの研究をやっているから、これをちょっと活用してみようとかというのが少なく、どこかでやっていたような研究をまたどこかがやって、同じような発表をしてというケースが多いように思いま



長前 キミ子 前看護部長

す。そういう研究結果の使い方も取り組んでいかなければいけないのかなという気がしています。そういうところをCNSとか認定の人たちが専門的な分野の情報を常にアップデートして行って、それを現場に使いやすい形で提示することをしていく必要があるのかなと感じています。

坂元 まず、「研究ってすごく難しいこと」とか「大変なこと」というふうに感じてしまうんですね。研究と聞いただけで、もう、取り掛かる前から困難感ばかりが先にたつてうんざりしてしまうんですね。

そうではなくて、いつも自分たちがやっていることを整理したり、ちょっとした疑問や知りたかったことの答えを見つけるためにやってみようというように、研究そのものを身近で面白いものに感じられるようにするところからのサポートが必要だと思います。

もう1つは、看護の領域ですと、量的な分析をする研究だけではないと思うんですね。ちょうどいい解析ソフトさえ使えば答えがポンと出てくる、そういうものではないので、スーパーバイザーがどうしても必要ですし、今、とても切実に欲しています。大学との関係があっても、臨床の看護研究に専門家を巻き込んでいくことは少ないようです。ぶつ切りにしないで全部を巻き込んで、丸くなっていくにはどうしたらいいのかなと思います。ぜひそれができるようにしたいと思います。

もう1つは、森さんのご意見と一緒に、自分たちが取り組んだ研究は、何とか、へとへとになりながらも終わらせたけれども、せつかくのその仕事

を自分たちの実践に活かすことができない。あるいは、文献から得たものを自分たちが使えるようにアレンジして活用する、そして、またその結果を整理してみるというようなつながりがなかなか上手にいかないのですね。1つ1つで終わりにしないで、つながっていくようになると研究することの面白みも出てくるのではないかと思います。

司会 研究の場合に、病院の臨床の場と看護大学との連携が非常に重要だと思いますが、看護大学の方も教育で忙しい、人のゆとりが余りないなど条件的に厳しい面もあると思います。現状はいかがですか。

阿部 千葉大学看護学部附属看護実践センターの教員は、千葉県がんセンターの研究にスーパーバイザーとしての役割をはたしています。ですから、大学の中に、そういう部門があれば可能なのかなと思います。

長前 今、スーパーバイザーの話が出たんですが、確かにそうだと思うんですね。看護というのは、量ではかれない、数で出せない面が多く、評価がなかなかしにくいところがありますね。それから、今まで明確な根拠を持った研究の教育が少なかったこともあってできないということとか、研究は研究、臨床は臨床みたいに、研究と臨床をドッキングして進めていくというのがなかなかないのが現実なんですね。

私が在職中に非常に思ったことは、今、研究というのは業務の傍らでする時代ではもうないと思っています。1つの方法として、ドクターたちに指導をいただくことがありますけれども、いつでも困った時に行って相談をするとか、指導をもらうとか、そういう人、1人でも2人でもいいんですが、そういうスーパーバイザーをつくるということが非常に大事ではなからうかなと思っています。

そういう人たちが身近でいろんな指導をしていけば、難しいところも、ああ、こういう考え方ができるのねとか、だんだんじんじんでくるし、研究がおもしろくなってくだろうと思うんですね。高いところからではなくて、一緒に相談してやっていこうではないかというようなレベルから進めていくのも研究を推進するためには必要です。人

の数というか、看護師の数で縛られるところはあるんですが、私も是非専門に研究指導をする者を設けたいと工夫をしました。毎日だけでなくもいいんですね。週に何回でもいいから、そういうコースを開くとか、教室を開くとか、少しずつやっていかないとなかなか成果が出ないと思います。

これからのがん看護

司会 時間になりました。最後に、長前さんから今後のがん看護の展望についてお話いただければと思います。

長前 実はいろいろな方から、キャリアのある看護師からも「がん看護って何?」、「他の看護とどう違うの」と聞かれることが多々あります。先日はマスコミの方から「なぜがん看護はこんなに注目をされるのか」と問われました。

語弊があるかもしれませんが、例えば手術が必要な胃潰瘍の場合、手術後、抗生剤の投与を日数を重ねることで大体経過は順調ですが、がんの場合、手術後、抗がん剤投与、又は放射線治療と併せて行われることが多く、その副作用は相当なものです。また常に再発、自分の将来についてなど多くの不安があります。がん看護はいろいろな視点から患者、家族を支援する必要があります。日常のがん看護の主なものには精神的なものへの対応、副作用対策、QOL向上に対する支援が挙げられますが、今後は予防に向けても活動しなければなりません。

さらに研究は臨床に生かせる研究を専門家のもと充実できるシステム作りが急務です。先のがん医療の均てん化会議が進められている話が出ましたが、看護においても、どの施設においても同じような看護が受けられるようにしたいです。そのためには、特になんセンターのような専門施設においては、多くの研修生を受け入れ、人材育成の強化を図ってほしいと思っています。

今、幸いに多くのがん専門看護師が誕生しています。我々はこの専門看護師に多くの期待を持っています。この専門看護師が連携を取り合い、リーダーシップを発揮することで、がん看護のレベルが確実に上がっています。



土居 眞 専務理事

がんは慢性疾患で、治療経過も長期間になります。その間、患者、家族に多くの問題が生じます。これらの問題を受けとめ支援出来るのは、看護師が適任と考えます。中でもより深く専門的に学んだ専門看護師の役割は重要です。もっと主体性を持って活動していいと思います。患者を全人的に観れるのは看護師であり、将来的には患者に必要な治療、援助が、看護師から指示が出せるような時代が来るものと信じています。そのためには我々はもっと患者、家族を知り、情報を多く持ち、研究を重ね、多くの視点で研鑽を積み成長することであると思います。

本日はありがとうございました。

司会 本当に貴重な意見、ありがとうございました。これで終わりにさせていただきます。

資料 1. 検討会報告書（平成 17 年 4 月）

I がん医療水準の均てん化に向けての提言

1 がんの専門医等の育成について

- (1) 大学講座の設置
- (2) がんの専門医の認定基準
- (3) がんの専門医の育成方策
- (4) がん医療を支えるコメディカルスタッフの育成方策

2 がんの早期発見に係る体制等の充実

3 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

- (1) 地域における医療機関連携
- (2) 全国的な医療機関連携

4 がん登録制度

5 情報の提供・普及

- (1) 一般国民に対する正しい情報の提供
- (2) 医療関係者に対する情報の提供
- (3) がん情報センター（仮称）の設置

II 看護師等コメディカルスタッフの育成方策

「がん医療現場においては、がんの告知、抗がん剤治療による副作用への対応、終末期医療、家族ケアなどその業務内容は多岐にわたり、医師のみでの対応は困難となっていており、がん医療に携わる看護師、診療放射線技師、薬剤師等のコメディカルスタッフと一体となったチーム医療の提供が重要である。特に診断・治療法が高度化・専門分化してきているため、ひとりのがん患者の治療に当たって、複数の専門性を持った医師やコメディカルスタッフが診断・治療計画に加わり、協力してチームとして医療を進めることが重要となっている。

- (1) 国立がんセンターにおけるコメディカルスタッフ（診療放射線技師、看護師、がん登録実務者等）を対象とした研修コースを拡充（都道府県がん診療拠点病院（仮称）のコメディカルスタッフを対象としたがん診療に関する高度な研修）すること。
- (2) 国立がんセンターなど国は、都道府県がん診療拠点病院（仮称）等がん専門医療機関の薬剤師を対象とした研修コースを設置（平成 17 年度に創設されるがん専門薬剤師認定制度に対応するため、指導的立場のがん専門薬剤師を育成）するとともに、長期間にわたる系統的な研修により、抗がん剤調製やがん薬物療法、緩和医療など高度な技能と知識を持つ専門薬剤師を育成すること。
- (3) 都道府県がん診療拠点病院（仮称）におけるコメディカルスタッフ（診療放射線技師、看護師、がん登録実務者等）を対象とした短期研修コースを新設（厚生労働科学研究事業等による地域がん診療拠点病院のコメディカルスタッフを対象とした研修の支援）すること。

また、以上のようながんの専門医等の育成を着実に推進するため、育成に携わるがん専門医療機関の指導体制の強化方策も検討する必要があるとしている。

資料 2. がん看護専門看護師、認定看護師

	専 門 看 護 師	認 定 看 護 師
役 割	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門看護分野において、個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。(実践) 2. 専門看護分野において、看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。(相談) 3. 専門看護分野において、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーションを行う。(調整) 4. 専門看護分野において、個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。(倫理調整) 5. 専門看護分野において、看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。(教育) 6. 専門看護分野において、専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。(研究) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定の看護分野において、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践) 2. 特定の看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う。(指導) 3. 特定の看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う。(相談)
看護分野	<ol style="list-style-type: none"> 1) がん看護、2) 精神看護、3) 地域看護、4) 老人看護、5) 小児看護、6) 母性看護、7) 成人看護(慢性)、8) クリティカルケア看護 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 救急看護、2) 創傷・オストミー・失禁(WOC)看護、3) 重症集中ケア、4) ホスピスケア、5) がん性疼痛看護、6) がん化学療法看護、7) 感染管理、8) 訪問看護、9) 糖尿病看護、10) 不妊看護、11) 新生児集中ケア、12) 透析看護、13) 手術看護、14) 乳がん看護、15) 摂食・嚥下障害看護、16) 小児救急看護、17) 認知症高齢者看護
教育課程	<p>専門看護師の教育は看護系大学大学院修士課程で行われ、日本看護系大学協議会が専門看護師教育課程の特定と認定を行っている。</p>	<p>ふさわしい条件を備えた教育機関を認定看護師教育機関として認定する。6ヶ月以上であり、原則として、連続した(集中した)昼間の教育であること</p>
受験資格	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること 2. 所定の教育を修了していること <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護系大学大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得した者。なお、看護系大学大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準の所定の単位に満たない者は、必要単位をさらに取得するものとする。 (2) 看護学以外の関連領域の大学院等を修了した者で、(1)において必要単位をさらに取得した者。 (3) 外国において(1)～(2)と同等以上の教育を受けたと認められた者。 3. 専門看護師としての必要な実務経験があること <p>保健師、助産師及び看護師の資格取得後、実務経験が通算5年以上であること。そのうち通算3年以上は専門看護分野の経験があり、その経験のうち、1年以上は専門看護師に必要な所定の教育修了後の実務経験を含まなければならない。</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること。 2. 認定看護師として必要な実務経験があること。保健師、助産師及び看護師の資格取得後、実務経験が通算5年以上であること。そのうち通算3年以上は特定の認定看護分野の経験を有すること。 3. 日本看護協会が認定した認定看護師教育課程を修了していること。または、外国において上記と同等と認められる教育を修了していること。
更 新	<p>認定を受けてから5年ごとに更新審査を受けなければならない。</p>	<p>認定を受けてから5年ごとに更新審査を受けなければならない。</p>
有資格者数	<p>平成17年3月1日現在、102人、がん看護は44人</p>	<p>平成17年2月現在、9領域で1239名、がんに関連するWOC 308名、ホスピスケア100名、がん性疼痛看護157名、がん化学療法看護68名</p>

資料：社団法人日本看護協会公式ホームページ(<http://www.nurse.or.jp/index.html>)から作成



熊野灘、東京、富士山麓 —がんの社会学研究を目指して—

静岡県立静岡がんセンター総長

山口 建

私のふるさととは、三重県南部、東紀州の漁村である。人口は2千人あまり、山が迫る土地に民家が密集し、住民は皆、顔なじみで、路地を歩けば各戸の暮らしぶりがよくわかった（写真1）。父はこの街で内科・小児科医院を開業しており、父の診察室と街の狭い路地とが、「医者屋のケンちゃん」と呼ばれていた私の遊び場だった。小さな医院の待合室は、町の人々のサロンでもあり、また、国民皆保険はまだ実現しておらず、窓口で「診療費が払えない。釣ったばかりの魚を代わりに持ってきた」と訴える患者さんもいた。子ども心に、医療の様々な断面を見聞きしたように思う。

中学校から一人で東京に出、大学を卒業してすぐ国立がんセンターにもぐり込んだ。センターでは、内分泌専攻の医師として、再発・進行乳がん

患者の診療に当たるとともに、研究所の一員として、がんとホルモンの関係について研究を進め、新しい腫瘍マーカーを開発した。こうして、国立がんセンターという世界に冠たる研究指向型の高度がん専門医療機関で30年近くを過ごし、研究に一区切りがついた頃、どういう訳か、子どもの頃、診察室で見た情景や休暇で故郷に帰ったときに、父と一緒に往診に行ったり、あるいは、地方の病院でがんの治療を受けた患者さんの相談に乗ったりしていたことなどが頭をよぎるようになった。

もちろん、国立がんセンターでも様々な経験をした。死を間近にした患者さんから、「先生、私はもう長くはないが、今が一番幸せなの」と言われ、返答に窮したことがある。幼いときに生き別れになった息子から、初めて手紙が届き、成人し



写真1 ふるさとの港

た様子をうかがい知ることができる写真も入っていた。あまり感情を表さない女性であったが、その時は全身が喜びを物語っていた。程なく、彼女はホスピスに移り、息子に会うこともなく、そこで息を引き取った。たとえ身体はひどく病んでいても、一通の手紙だけで幸せにもなれる。「絶望の向こうに希望を見ることこそ、人間の特性である」という言葉の重みを知った。

子どもの時の体験、がんセンターでの経験。そういうことを合わせ、医療者の診療技術とともに、患者の視点に立った医療、あるいは、がんの診療を受ける患者の生活にまで踏み込んだケア、そういう研究が必要ではないかと考えた。そういう視点を持つと、今までは、医療者として気にかけていなかったことが眼に見えるようになってくる。

静岡がんセンターの計画を手伝っていた時、小児がんを診療するか否かが議論となった。静岡県には、県立子ども病院という全国的に見てもレベルの高い小児病院が存在する。そこに患者さんを集中する方が、医療の質も上がるし、病院経営の面でも正しい道だと考え、そう進言した。ところが、がんセンターの建設予定地である静岡県東部の小児がん患者の親の会から反対の声が上がった。小児がん患者の家庭の"三重苦"を是非解消したいという主張である。もともと若夫婦で収入が少ないところに医療費が重くのしかかる。入院中の子どもを、何とかして毎日見舞ってやりたいが、病院が遠方であれば、交通費の負担も大きい。そして、小児がんの入院治療は長期に及ぶ。共働きの場合、一日がかりでの見舞いを続ければ、妻が仕事を続けることができなくなり、その収入が途絶えてしまう。

多くの小児がん患者の親の会との討議を重ねた後、静岡がんセンターに小児科を設置する問題は、最終的には、子ども病院との連携により医療の質を確保しながら、10ベッドという小規模の小児がん病棟を運営することで決着を見た。開院後3年目の現在、病床はほぼ満床で、センターの敷地内には、小児がん患者の家族専用の宿泊施設「ひまわりの家」も準備され、子どもの心のケアにあたるチャイルドライフ・スペシャリストも加わり、子どもたちには最良の療養環境が提供されている。

もう一つ印象に残っているのは、作家の井上靖氏のお嬢さんの言葉である。井上氏は平成3年、国立がんセンターで亡くなられた。氏は、伊豆の出身で、静岡がんセンターの近くの"クレマチスの丘"に井上靖文学館がある。単に、井上文学のファンであり、文学館の隣人であるという理由で、文学館の理事を務めているうちに、お嬢さんとお話する機会を得た。井上氏は、死を間近にして、「今から自分は死ぬが、その様子をしっかりと見ておきなさい」と子ども達に告げるほど冷静だった。ところが、死の直前、井上氏が大変残念そうに話したことがあった。お嬢さんは、それが気がかりで、いつか医療関係者に伝え改善してもらおうと思われており、その役が国立がんセンター出身の筆者に回ってきたのである。最後を迎えたとき、井上氏は、呼吸困難のために酸素テントに入られたが、そこには、赤い大きな字で「火気厳禁」と書かれていた。井上氏は、「具合の悪い人間、まもなく死のうとしている人間に、火気厳禁とはいかにも寂しい。せめて、教典の一節でも書いてくればよいのに」。そう言い残して亡くなられたそうである。医療関係者にとっては、爆発事故を防ぐための大切な言葉であるが、患者の視点からは、精神的な苦痛につながってしまった。今では酸素テントは使われていないことを説明し、お嬢さんは、長い間の心のわだかまりが消えたと言われた。

そういう体験を経て、「がんの社会学」が重要な役割を担うと信じるようになった。医療従事者が考え、研究するがん医療のテーマに加え、患者や家族の視点で始めて気付く、様々な問題があり、それを解決するための研究や事業が必要であると思えてきた。そこで、1998年より、厚生省がん研究助成金「本邦におけるがん医療の適正化に関する研究」に着手し、我が国におけるがん対策の将来像に関する研究を実施した。また、1999年から2002年まで、厚生省がん研究助成金「がん生存者の社会的適応に関する研究」を実施し、我が国のがん生存者の実態と将来像を明確にした。重要な成果は、1999年末の時点で、診断後、5年を経過しておらず、経過観察中あるいは再発のためがんと闘っている5年未満生存者数は137万人、また、

診断後、5年以上経過し、ほぼ治癒と見なされる長期生存者は161万人に達していること。そして、高齢化が進む2015年には、その数が、それぞれ225万人、308万人に達するという現状と未来予測である。現在のがん医療体制は、そういう「がんの時代」に十分、対応しているとは言えず、「がんの2015年問題」として警告を発してきた。その主張は、2001年から開始された厚生労働省科学研究費補助金によるメディカル・フロンティア戦略研究事業にも生かされ、がんの臨床研究の充実と地域がん診療拠点病院の認定などの動きにつながった。

がん生存者研究は、メディカル・フロンティア戦略研究事業において、「心のケアや医療相談の在り方に関する調査研究」として継続された。主眼を置いたのは、医療従事者が気付かないがん患者の悩みや負担を明らかにするための全国的なアンケート調査である。ある医療の専門家からは、「誰もが重要だと考えるが、誰も実施できなかった調査」と評され、その規模や回答率の点で実現が危ぶまれた。しかし、その後、準備を進め、2003年に「がん患者として悩んだこと」、「悩みを和らげるために必要なこと」を問う、世界的に見ても例を見ないほど大規模なアンケート調査を実施した。対象者は、全国53箇所の病院に通院中のがん患者と15の患者会の会員であり、最終的には、7,885名から回答を得、総計2万6千件の悩みの事例を集めることができた。研究の概要をまとめた「がんと向き合った7,885人の声」という報告書では、悩みの半数が「不安などの心の問題」として分類され、心のケアの重要性が数字の上でも裏付けられた。心の問題をさらに詳しく分析すると、「がんの再発や転移への不安」、「将来に対する漠然とした不安」、「死の意識」、「絶望感」などが多数を占め、家族や仕事に関する不安も数多く認められた。

「がんと向き合った7,885人の声」は、静岡がんセンターのホームページにも掲載され、医療関係者が患者の悩みを理解するための情報源として活用されている。また、がん患者の立場では、同病の先輩の体験記として患者自身が目を通し、これから自分がたどる道筋についての心の準備を進め

るためにも役立っている。報告書を活用した成果の一つとして、「がんよろず相談Q&A集①—医療費編・経済就労編」も公開された(写真2)。

がん患者の心のケアには、医療関係者や周囲の人々と患者との対話を推進し、孤独感を癒すことも大切である。そこで、静岡がんセンターでは「がんよろず相談所」を設置した(写真3)。ここでは、専任の看護師やソーシャルワーカーが、話を聞き、一緒に考え、もし良い解決策があればその支援に努めている。患者の心の痛手が深い場合には、精神腫瘍学を専門とする医師や臨床心理士の診療を仰ぐこともある。よろず相談における対面相談と電話相談とを合わせた件数は、当初の予測を大きく上回り、年間7千件を超え、このような医療相談に対する患者のニーズがいかに高いかがうかがわれた。「はじめて十分に話を聞いてもらえた」と涙する患者や家族も多い。

本年11月には、静岡がんセンター研究所棟が完成する(写真4)。8部3室体制で、数十名の研究員が、診療支援、新医療技術開発に取り組むことになる。



写真2 調査報告書「がんと向き合った7,885人の声」と「がんよろず相談Q&A集」



写真3 がんよろず相談所

ユニークな点は、ベッドサイドのニーズに即したテーマについて、がんセンターの職員、協定を結んでいる早稲田大学、東京工業大学、東京農工大学、静岡県立大学などの研究者、企業の研究者が一堂に会し、協働して研究を進めようとしている点である。すでに、診療支援につながる新世代の画像診断支援システムについて、富士写真フイルム株式会社との包括的共同研究がスタートし、企業の研究者が、医療現場で、最先端の画像診断の実態を学び始めている。“机上の空論ではなしに、臨床現場に学ぶ。”そういう方針で、医療に携わるひと作り、もの作りが進められている。

この研究所には、全国的に例がない二つの研究部が設置された。患者・家族支援研究部と看護技術開発研究部である。前者は、すでに活動を開始しており、よろず相談とも協働し、がん患者や家族の支援に役立つツール作りに取り組んでいる。初代の部長は、国立がんセンター出身の看護師、石川睦弓氏である。看護技術開発研究部は、がん患者のケアの充実を目指し、研究所棟が完成後に活動を始める。

幼い頃に、故郷の診察室で垣間見た光景がもと

となり、半世紀を経た今、様々な形での患者ケアの実践、研究につながった。診療技術の開発に比べて、患者ケアに関する研究はまだ研究手法も乏しく、手薄である。しかし、新たな患者支援ツールが開発されれば、多くのがん患者にとっての福音になる。そういう期待を込めて、「がんの社会学」研究を進める毎日である。

(やまぐち けん)



写真4 静岡がんセンター研究所棟完成予想図

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センターの紹介

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

院長 廣島 和夫

がんセンター長 辻仲 利政

I 病院の理念・使命

当センターは、昭和20年に旧厚生省（現 厚生労働省）管轄の国立大阪病院として発足したが、平成16年4月1日に独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センターとなった。独法化以降も「公」の病院としての役割を担い、「公」的病院としての責務を自覚し規範となるべき医療を提供すること、および「公」でなければ取り組むことが困難な領域・「公」がやるべき領域の医療を提供することを使命としている。

II 当センターの診療機能

(1) 政策医療の推進

- 1) 広域災害医療・救命救急医療：大阪府の3次救命救急センターに加えて、国の広域災害に対する西日本災害医療センターとして機能している。
- 2) エイズ医療：近畿ブロックの拠点病院（院内組織「HIV/AIDS先端医療開発センター」）。
- 3) がん医療：かつて厚生労働省によって全国8ブロックに配置されたがん基幹施設の、近畿ブロック基幹施設として機能している（以下、Ⅲ参照）。
- 4) 循環器病：上記と同様に、近畿ブロックにおける基幹施設として機能。
- 5) 難病および政策医療分野（腎臓病・糖尿病・血液疾患・肝臓病・骨運動器疾患・アレルギー疾患・成育医療・感覚器）における専門医療

施設。

- 6) 病院データ：運用病床数 650床（ICU/CCU14床、救命センター 30床）、職員数 約850名（医師 122名、レジデント 42名、研修医 32名）、2：1看護、入外比率 1.5以下、平均在院日数 17.3日（H16年度通年）、急性期特定療養費加算取得（H17.3月）、延べ退院患者数 12,232名（H16年度）。

(2) 教育研修

- 1) 卒前教育：5大学医学部学生の臨床実習を引き受けている。また、看護師養成校など多くの職種の卒前教育を担当している。
- 2) 卒後教育・研修：研修医（18名／年）・レジデント（20名／年）教育を担当している。

(3) 臨床研究部

分子医療研究室・政策医療基盤技術開発研究室・免疫感染研究室・医療情報研究室・臨床疫学研究室で多くの臨床研究がおこなわれている。神経幹細胞培養センターが併設され、今年度から再生医療に関する基礎的・臨床的研究が始まる。

III がんセンター診療部・情報管理部 紹介

過去20年来がんは日本人の死亡原因の第1位であり、疾病対策上の最重要課題として対策が進められてきた。国が担うべき根幹的な医療である「政策医療」において、がんはその代表的な疾患であ

る。国立病院機構ががん診療を担当する利点は、営利を追求しない公平な立場による医療が行えること、国立がんセンターを中心として全国に広がる国立病院機構の医療センターにより形成されるネットワークを利用した臨床共同研究により先駆的治療の開発や標準治療の確立ができること、教育研修病院として優れた人材が確保され専門性の高い治療が可能であること、があげられる。当院は近畿におけるがん治療の中核病院として、専門的および先進的がん治療を行ってきた。また、臨床共同研究組織の中核メンバーとして活動している。

(1) 大阪医療センターに

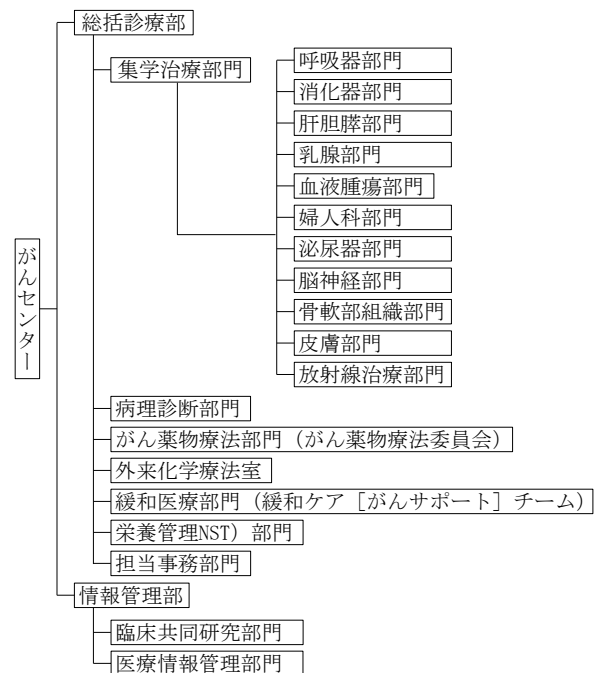
がんセンターが生まれるまで

国立病院時代に、がん政策医療ネットワークが提案され、国立がんセンターを頂点とし、各地域にそれぞれひとつの基幹医療施設と専門医療施設群が認定された。この計画的なネットワークを構築することにより、診療、臨床研究、教育研修、情報発信の各分野において計画に基づいた医療を行い、がん医療の最終目的である、がんの治癒率の向上、がん患者の苦痛の軽減およびがんの発生頻度の減少に役立てようとするものであった。当院は、近畿地区の基幹医療施設であり、「より多くの患者により安くよい医療を」をモットーとして可能な限り患者さんに身体的、精神的および経済的負担をかけず、質の高いがん治療を行う事を目標としてきた。

基幹病院ネットワークとして以下の成果が得られた。

- ①病院相互の院内がん登録内容を検討して統一した登録標準項目を確立し、がん拠点病院共通の院内がん登録票が誕生した。
- ②各種がんにおける治療の質を検証するために臨床指標を確定し、現在集計を進めている。がん治療の施設、地域格差を検討してより均一な質の高い医療の実現するためである。
- ③近畿がん政策医療ネットワークとしては、がん告知の現状調査を行い、地域格差を検討した。
- ④また、各専門施設において治療成績の集計が

図1 大阪医療センター がんセンター組織図



可能ながん腫と臨床指標を調査した。

国立病院の独立法人化に伴い、従来の政策医療ネットワークは消滅したことになるが、今後残された課題は厚生労働省の班研究に依頼されることになる。

また、がん拠点病院ネットワークの構築に伴って、地域がん政策医療ネットワークの役割が移行することになる。

(2) がんセンターの誕生

がん治療は、一人の医師や単独の診療科により担われるものではない。診断、治療、看護や緩和の各プロセスにおいて、それぞれの専門家が力を合わせる必要がある。診断においては、放射線診断医、消化器および呼吸器内科医、病理診断医と各専門診療科診断医の高い診断能力が不可欠である。加えて最新の性能の高い診断機器が必要である。治療においては、優れた外科チームと麻酔医、周術期管理チームおよび集中治療室が必要であり、薬物療法を担当する腫瘍（内科）医と放射線治療医もがん治療においては不可欠の存在である。優れた看護チームの存在も、がん治療には不可欠であり、また、緩和ケアチームもなくてはならない。

独立法人化に伴って、当院ではがんセンターと

図2 外来化学療法室



しての役割を十分に果たし、対外的にもがん治療の中心病院である事をアピールするため、組織機構の整備に取り掛かった。がんセンター機構は、診療部門と情報管理部門により構成される(図1)。診療部は、集学治療部門、病理診断部門、栄養管理部門(NST)、がん薬物療法部門、外来化学療法室、緩和医療部門(がんサポートチーム)、担当事務部門により構成される。各集学治療部門は、内科(医)、外科(医)および放射線科(医)により構成され、各部門において横断的カンファレンスを行って当該の患者様に対する最良の治療方針を決定することになる。乳腺部門がモデルケースであり、乳腺専門医、放射線医、病理医、がん専門看護師による診断と治療方針決定および治療効果判定が毎週のカンファレンスにより行われている。消化器部門においても、内視鏡診断と治療方針決定が消化器内科医と外科医とのカンファレンスにより行われており、進行再発症例に対しての薬物療法も共通したプロトコールに基づいて治療が行われている。

(3) 外来化学療法室(図2)

2002年7月に外来化学療法室を立ち上げ、現在がん薬物療法の多くは外来通院により行われてい

る。外来化学療法室はいまやなくてはならない存在であり、従来からのがん治療体系を大きく変化させた。がんセンターの重要な一部門であり、がん化学療法の安全性、快適性、治療の質の向上を目指して活動してきた。がん教育を充実させるため、毎月定期的ながんセミナーを開催している。また、他施設からの研修生を受け入れ、がん診療レベルの向上に貢献している。

(4) 薬物療法委員会

入院および外来時のがん薬物療法における患者と医療者の安全を守り、薬物療法の適切な運用を監督するために設立された。主な役割は、調剤における安全性の確保(ガイドラインに従った薬剤科での調剤)、処方ミス防止の院内システムの構築、治療時の患者と医療者の安全の確保、薬物療法プロトコールの審査と同意の確認、などである。薬物療法委員会で承認を受けた治療プロトコールは、オーダーリング画面に登録され、薬剤科での調剤を済ませて病棟に運搬される。現在多くのプロトコールが登録され運用されている。

(5) 緩和ケア(がんサポート)チーム

緩和治療医、精神科医、がん専門看護師および

がん疼痛認定看護師によるがんサポートチームが設立され、昨年より活動を開始している。がん患者のトータルケアを目指し、着実に実績を上げてきた。主治医だけでなく、担当看護師を始めとした関係医療者からの依頼を受け付けている。従来から問題となっている診療科の垣根も克服されており、全国的に見ても依頼件数の非常に多い緩和ケアチームである。

(6) 情報管理部門

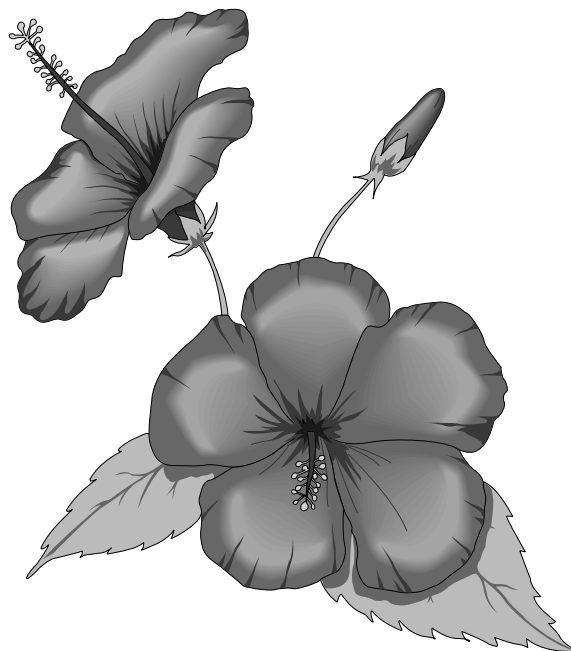
当院で取り扱っているがん患者データをファイルし、治療方法と治療成績を調査することは、がん専門治療施設としては不可欠な業務である。従来、各診療部門や事務部門で別々に管理されてきた業務を統括管理する部門として誕生した。なかでも、院内がん登録の運用は重要な業務の一つである。従来から行ってきた院内がん登録システムを完全なものにし、がん拠点病院登録標準項目を充足するものへと更新する課題がある。また、がん治療に関して治療成績を含めた情報発信を行うこと、ホームページを管理する事も業務の一つである。

今後、がん患者数は引き続き増加すること、質の高い医療を求めてがん専門治療施設に患者が一層集中することが予想される。また、がん治療および薬物療法は絶えず進歩している。組織機構の確立により、当院がんセンターもがん治療における重大な任務をまっとうする準備が整ったといえる。

IV 最後に

高度の総合病院機能を維持しつつ一方で特定の領域を特化、とくに特化された領域が多岐にわたっていると、ときとして病院の進む方向が揺らぎ、特化領域のさらなる先鋭化が困難となる。特定機能病院を目指している当センターとしての足場固めはまだ続く。

(ひろしま かずお)
(つじなか としまさ)





カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) からの便り

国立がんセンター研究所病理部研究員 関根 茂樹

昨年8月から、がん研究振興財団の援助を受けてカリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) に留学しています。今回、私の現在所属している研究室紹介のご依頼を受けました。アメリカに来てまだ1年も経っていませんので、果たしてアメリカのシステムを十分に理解しているか不安もありますが、私の現在所属する研究室、そしてUCSFについて紹介させていただこうと思います。

サンフランシスコ

カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) のあるサンフランシスコは、観光地としても有名なところですのでご存知の方も多いでしょうが、その土地柄等について簡単に触れておきたいと思います。カリフォルニア州のほぼ中央、サンフランシスコ半島の北端に位置するサンフランシスコは、太平洋とサンフランシスコ湾によって三方を海に囲まれた港町で、合衆国の西の玄関口とも言われます。坂道の多いことでも知られていますが、歩くのが大変なことがある一方、見晴らしの良い高台が随所にあり、天気さえ良ければ海と美しい町並みを一望することができます。市内にはバス、地下鉄、路面電車からなるMUNIと呼ばれる公共交通機関が充実しており、アメリカとしては珍しく、車が無くても何とかやっていける町です。

サンフランシスコは移民が多く人種的多様性に富んだ地域で、2000年度の統計によれば、総人口75万人のうち白人は半数を下回り、アジア系が

30%、ヒスパニック系が14%を占めています。アジア系、ヒスパニック系移民の割合は年々増加傾向にあり、今後ますます増えていくことが予想されています。こうした土地柄ですので、日本人が歩いていても特に外国人と思われることもなく気楽です。日系人や長期滞在の日本人の数は1万人を超え、日系スーパーや書店等が並ぶジャパントウンのほか、日本語補習校、日本語の通じる病院、テレビの日本語放送等、各種日本人向けサービスも充実しています。全体に治安もよく、日本人にとっては生活しやすい町の一つと言えるでしょう。欠点を挙げるとすれば、ボストン、ニューヨークに並ぶ家賃の高さと、温暖なカリフォルニアのイメージとはかけ離れた不安定な天候でしょうか。家賃は一時期より随分値下がりしたとはいえ、1ベッドルームのアパートでも1000-1500ドルと、東京都心並みです。また気候に関しては、年間を通して気温が安定しているため過ごしやすいものの、夏は霧が多い上に気温は22～3度までしか上がらない日が多く、冬は雨の日が続きます。

(写真1)



写真1 サンフランシスコ湾からみたダウンタウンの町並み

カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF)

UCSF は Los Angeles, Davis, Santa Barbara など10のキャンパスからなる UC system と呼ばれるカリフォルニア大学の一つですが、UCSF はいくつかの点でいわゆる普通の大学とは異なります。まず UCSF は医学、歯学、薬学、看護学の医学系大学院のみから成り、4年制の学部を持ちません。このため、カリフォルニア大学の中でも例えば UCLA などが総合大学として、カレッジスポーツなどからも一般になじみがあるのに比べると、アメリカの中でさえ大学としての認知度はあまり高くないようです。しかし、UCSF の医学部はアメリカ西海岸で最も長い歴史を持ち、臨床、研究とも全米で常にトップクラスにランクされる大学です。2003年度、UCSF は国立衛生研究所 (NIH) から総額4.2億ドル (うち医学部が3.5億ドル) の資金援助を受けており、これは全米の研究施設の内、第4位にランクされています。

一般にアメリカの大学というと広大な敷地を持つキャンパスをイメージすると思いますが、UCSF はこれまでそのようなキャンパスを持たず、サンフランシスコ市内の数箇所に分かれたビル群として存在していました。このうち、UCSF Medical Center そして多くの研究室がある Parnassus キャンパスが最も大きな施設になります。しかし街中にあるという立地条件のため、スペース不足は常に大きな問題でした。このため現在、サンフランシスコ湾に近い Mission Bay に広大な敷地を持つキャンパスを建設中で、一部の研究室から移転が始まっています。

UCSF に関連する有名人としては、レトロウィルスに関する研究でノーベル賞を受賞した Harold E. Varmus、Micheal Bishop や、プリオンの発見でやはりノーベル賞を受賞した Stanley Prusiner などが挙げられます。このうち Micheal Bishop は現在 UCSF の総長を務めるとともに、いまでも彼自身の研究室を運営し研究を続けています。

最近の話題としては、カリフォルニア州の ES 細胞研究プログラムの採択が挙げられます。このプログラムは、州が10年間で30億ドルの予算を投じるといふ全米最大のもので、研究機関のみなら

ず政界やビジネス界からの注目も集めています。この本拠地としてサンフランシスコが最近、選ばれましたが、多数の生物学研究者を擁する UCSF の存在はやはり大きかったようです。UCSF でも、このプログラムに対応して幹細胞研究を進めるためのシンポジウムなどが多く開かれるようになってきています。

研究室

私が現在所属する Matthias Hebrok 研究室は、UCSF Parnassus キャンパスにある糖尿病センターに属しています。このセンターは糖尿病患者の治療と生活の質の改善のための臨床医学と、糖尿病治療を目的とした基礎研究のための組織で、基礎研究面では現在13人の research faculty が所属しており、遺伝学、免疫学、シグナル伝達、再生医学など多方面から糖尿病治療を目的とした研究が行われています。当然、腫瘍の研究はこのセンター内では主流ではないのですが、インスリン分泌にかかわる膵に関する研究とのつながりから私たちの研究室を含む一部で膵腫瘍の研究も行われており、膵内分泌腫瘍で有名な Doug Hanahan もこのセンターに属しています。糖尿病センターの入っている Health Science Building は Parnassus の丘の上に位置しているため非常に眺めが良く、11階にある私たちの研究室からは、晴れた日にはサンフランシスコの西側の町を通して太平洋に沈む夕日を望むことができます。(写真2)



写真2 ラボから見た太平洋



写真3 ラボメンバー。右端が Matthias。

私のボスである Matthias は、膵発生、特にインスリンを産生する β 細胞の分化にかかわるシグナル伝達を専門としています。ハーバード大学の Doug Melton 研究室でポスドクをした後、5年ほど前に独立したばかりの若い研究者です。最初はテクニシャンを含めて3、4人で始まったそうですが（ちなみに最初のポスドクは千葉大学から留学されていた川平 洋先生です）、現在は計10人のポスドク、大学院生が所属する中規模研究室に成長しています。ボスがドイツの出身である他、メンバーは、イタリア、インド、カナダ、スペイン、フランスそして日本と、アメリカの研究室らしく世界中から集まっています。（写真3）

もともと Matthias は発生学が専門で、正常膵発生におけるシグナル伝達のマウスモデルを用いた解析を行っていたのですが、膵発生において重要な働きをしている Hedgehog シグナルの異常な活性化が膵がんの発生に重要な働きをしていること、そして膵がん細胞の増殖に重要な働きを果たしていることを見出し、膵がんにおけるシグナル伝達に関する研究を展開させてきました。

現在、私たちの研究室ではトランスジェニックマウスやコンディショナルノックアウトマウスモデルを用いた膵発生および膵再生におけるシグナル伝達の研究を中心に行っています。腫瘍の研究

については正常の膵発生におけるシグナル伝達への理解を通じて、膵がんなどの病的な状態におけるこれらのシグナルの変化と機能を研究し治療に結び付けていくことを目標としています。また、最近幹細胞を用いた再生医療への応用、特にインスリン分泌細胞の誘導も研究室の重要なテーマになりつつあります。

研究室の日常は思った以上に日本のそれと異なるものはないと思います。しかし、医学、生物学に特化した非常に大きな大学であるため共同利用施設が充実していること、そして広い分野にわたる研究者が所属しているため、技術的な面でアドバイスを得たり、共同研究を行うことが比較的たやすいことは大きな利点だと思います。

アメリカに来て感じたこと

アメリカに留学されている多くの方が言われることですが、やはりアメリカの研究室の特徴は研究費配分のシステムと、若い時期から（30歳代くらい）独立した研究者として自分の研究室を運営することのできる人事制度にあると思います。

研究費の審査については、NIHの研究費申請書類の準備に関わる機会があったのですが、数十ページに及ぶ、背景、具体的な研究方法、現在ま

での進捗、今後の展開の予定、引用文献などを含む、一般の論文以上に詳細で非常に具体的な内容のものでした。これらの書類はNIHのCenter of Scientific Reviewにおいてそれぞれの専門分野の研究者によって審査されますが、その申請書の数と量を考えると、公正な審査のために非常に大きな労力を払っていることが理解されます。この研究費配分のシステムについてはいくつかの良書がありますので興味のある方は是非読まれることをお勧めします。また、実験助手、ポスドクなどの人件費もこのようにして競争的に配分される研究費から出されるため、いかに有名な教授であっても研究費が獲得できなければ、研究室を縮小せざるを得ません。それぞれの専門分野の研究者による相互評価によって研究費が配分され、それが個々の研究室の運営に直接影響を与えているわけです。また大学としても研究費を獲得できる研究者を招くこと、そして所属する研究者が研究費を取れるようにサポートすることが大学全体の活性化に最も重要なこととなります。この競争的に配分される研究費の詳細かつ公正な審査とその額の大きさがアメリカの研究室を支えるとともに、その淘汰と活性化に大きく寄与しているということを強く感じました。

最後に、今回留学の機会を与えていただいたがん研究振興財団と国立がんセンター研究所病理部の皆様に深謝いたします。

(せきね しげき)

プロフィール

- 1996年 筑波大学医学専門学群卒業
- 1996年 筑波大学附属病院研修医（病院病理）
- 1999年 国立がんセンター研究所病理部研究員
- 2004年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校 Matthias Hebrok 研究室



国立がんセンター中央病院 がん医療サポートチームの紹介

国立がんセンター中央病院
放射線治療部医長
角 美奈子

1993年に発足しました国立がんセンター中央病院がん医療サポートチームは、多くの方に支えられ12年目を迎えました。がんセンターをはじめがん研究振興財団のみなさまやOBの協力と援助、そして患者さん御家族に励まされて活動を続けておりますことに感謝しております。ここでがん医療サポートチームの初心をふりかえるとともに、現在の活動の内容について紹介させていただきます。

国立がんセンター中央病院を受診され治療を受けられる患者数は年々増加していますが、一方で治療内容の高度化・複雑化により業務内容はますますハードとなり、医療者も緊張とストレスの中で仕事をする日々が続いています。その中で、がんに関しての情報も氾濫しており、患者さんや御家族、ご友人など周囲の人々が玉石混淆の情報にさらされ戸惑っている姿をよく目にします。がん医療サポートチームが発足したころの中央病院は、現在のような臓器別構成でなくA棟は内科系でB棟が外科系であり、各フロアが肺や消化管など領域に分かれていました。診断や経過で治療方法が変われば転棟される患者さんも多く、わが放射線治療部などは10階・7A・6B・4A・3Aと5病棟に患者さんが別れて入院されており、朝夕回診すると院内一周という状況でした。回診する先々で患者さんや御家族のがんについての悩みや情報への希望を耳にしておりましたが、多くの医療者がみなさんの要望にどうすれば応えられるかを模索していました。治療方針の決まり方や、再発・転移に対する不安にどうつきあえばいいのか、日常生活の送りかたはどうすればいいのか、といったさまざまな情報について、多くのスタッフ

が情報提供をしたい希望があるのにその機会がないことに悩んでいました。

そのような状況の中で、現在静岡県立静岡がんセンターに勤務される安達 勇先生がともに働く看護師さん、がん研究振興財団の赤池さんらと相談しながら立ち上げたのが中央病院がん医療サポートチームでした。患者さんやご家族への情報提供や患者会との情報交換を主な活動内容として、“この指とまれ”方式でのスタートでしたが医師・看護師以外に看護助手、栄養師、薬剤師やがんセンターで働く秘書さんたちと、仲間が増えていきました。当時中央病院長であった垣添現総長にがん医療サポートチームの活動計画について相談した安達先生が、激励していただいた内容を興奮しながら話してくれたことを覚えています。活動内容については月1回の定例会で検討を重ねました。情報提供について検討したことは、①がんセンターとして最新の情報を積極的に発信すること、②基礎的研究より臨床、日常生活のサポートまでなるべく広範な話題を提供すること、③多くのかたに情報が届く工夫をすることでした。手段として、がんセンターのスタッフにお願いして講演会を開き、その内容をパンフレットとして残すことより活動を開始しました。

最初の講演会は院内の患者さんやご家族を対象に、荒木 順子栄養管理室長（当時）を講師に“がん患者の食事と栄養”と題して、1994年7月に研究所のセミナールームで第1回学習講演会が開催されました。準備も広報も未熟でしたが予想を大幅に超える110名の参加者に驚きながらも、多くの皆さんの応援で活気あふれる講演会を行うことができメンバー一同で感動したことを覚え

ています。会場に一杯の来場者に用意した資料が足りず慌てふためく場面もありましたが、院長が励ましの声をかけてくださりそれを契機に落ち着きを取り戻したこともよい思い出です。講演会の内容は医事出版社のご協力で診療と新薬に掲載いただき、次回の講演会来場者に別冊をお渡しできることとなりました。学習講演会の内容は、来場者にアンケートで要望を募ったりメンバーで相談して決定していますが、治療のみでなく日常生活のサポートや緩和ケアなどなるべく内容や講演者ともに多岐にわたることを心がけてきました。多忙な日常の中でボランティアで講演いただいた講師の方々には、無理なお願いを快く引き受けていただきほんとうにありがたく感謝しております。2005年4月で41回目を数えましたが、参加された患者さんやご家族に“ありがとう”“これからも続けてね”と言葉をいただくことで、継続するエネルギーをいただいています。ご自身やご家族のがん以外の病気や最新の医療についていろいろ情報を得たいという、多くの参加者の熱意に支えられて学習講演会は年3～4回の予定で、今後も続けさせていただきたいと考えておりますので、講師を依頼させていただきます際にはよろしくご協力をお願いいたします。

院内を対象とした学習講演会で経験を積み重ねたところで、1995年11月に最初の市民公開講演会を国立がんセンター中央病院・がん研究振興財団主催、中央区医師会共催で、中央区立中央会館（現銀座ブロッサム中央会館）で開催することとなり、がん医療サポートチームで運営にあたることとなりました。成毛副院長（当時）と森山現がん予防・検診研究センター長にご講演いただきましたが、申し込みが殺到し市民の期待の高さにメンバー一同で感動するとともに、継続することにより多くの参加者の激励に応えることを誓いました。市民公開講演会では、がんセンター内外の御多忙な先生方に時間を割いていただき最新の研究成果や市民の要望の高い内容についてご講演いただいております。市民公開講演会ではがん医療サポートチームのみでなく、中央病院のボランティアの方々をはじめOBなど多くの方に運営に参加していただいております。市民公開講演会の忘れ

られない出来事として、“がんに打ち克つには一私の経験から一”と題して市川 平三郎名誉院長に講演いただいた第3回市民公開講演会では、1000名の定員に対し応募者多数で会場よりあふれるという事態となり、関係者一同うれしい悲鳴をあげました。看護助手さんをはじめとする会場係りの皆さんが、病院で鍛えた必殺の微笑みで座席の有効利用を努力され何とか無事終了しました。第11回では杉村 隆名誉総長に“がんーこの内なる敵と皆さんと共に戦う”と題して講演いただきましたが、講演後の反響が大きくVTRやテープの希望を含め公演内容を知りたいという問い合わせへの対応に追われたことも貴重な経験です。がんに関する研究成果を市民に向けて発信することの反響は大きく、年2回でなく回数を増やしてほしいという希望や講演時間も長くしてより詳しく聞きたいという希望も寄せられており、多くの声に応えていく責任をがん医療サポートチームのメンバー全員で感じています。市民公開講演会の内容はがんセンターのホームページに掲載いただくとともに“がん医療の現在”として出版されておりますが、遠方で講演会に参加できないが内容をホームページや本で見たいという方々より激励をいただいております。関東一円のみでなく日本中の多くの市民に支えられ育てられていることに篤く感謝しております。

国立がんセンター中央病院には以前より多くの患者会があり、ストマ造設後のQOLの向上に大きな貢献をされたり、勉強会や談話会の開催など活発な活動をされてきた経緯があります。同時に情報の収集や会合のスペースの問題など、さまざまな課題を抱えておられている現状があります。国立がんセンター中央病院がん医療サポートチームは、患者会と連携しがん医療に関するさまざまな学習の機会を設けることによって、患者の闘病と治療後の生活を側面から支援することを使命のひとつとしております。国立がんセンター中央病院には10を超える患者会がありますが、患者会との連絡会を定期的に開催し、患者会の活動状況や抱えている問題点について意見交換を行っています。新たな会員の募集や定例行事（学習会や旅行・談話会など）などお互いの活動状況をお話し

ただ、患者会からの要望（各患者会の定例会などの講師紹介や講演依頼、会場確保など）を伺っています。患者会からの相談の受け皿のひとつになればと始めた活動でしたが、むしろがん医療サポートチームのメンバーが教えていただくことも多く情報交換の場となっております。グループ診療制がはじまった頃外来の変化にとまどわれたグループがありましたが、先行していた泌尿器グループの患者会のみなさんより状況を説明いただき理解を深めていただいたこともありました。情報プラザつきじのスタートも長年の患者会の皆さんの希望の実現ということもあり、喜びを分かち合うことができました。患者会の皆さんには応援していただくことばかりのがん医療サポートチームですが、今後少しでも力になれるように努力したいと考えています。

現在のがん医療サポートチームはボランティア委員会の下部組織として、国立がんセンター中央病院の医師、看護師、看護助手、医療連携室や薬剤部・栄養管理室・研究所職員など約40名が参加して運営しています。主な活動の内容は、①患者・家族・院内スタッフを対象とした学習講演会の開催、②一般市民を対象とした市民公開講演会の運営、③患者会とのがん医療サポートチーム連絡会を開催しています。メンバーは常時募集しておりますので、体力のある方は体力を、時間がちよっぴりでもあるかたは時間を、知恵を貸していただける方は是非ご意見を、ボランティア精神で提供いただきますようお願いいたします。

（すみ みなこ）



第18回国際がん研究シンポジウムを終えて

国立がんセンター中央病院泌尿器科医長
藤元 博行

第18回国際がん研究シンポジウムが、平成17年1月23日（日）の前夜祭に続き、翌日24日（月）から26日（水）までがん研究振興財団3階の国際研究交流会館で繰り広げられました。今回のテーマは「前立腺がんをめぐる課題と挑戦」とし、近年本邦でもPSA検査の普及に伴い、患者数が増大著しい疾患であり、泌尿器がんの中でもホットなテーマでした。垣添 忠生国立がんセンター総長を組織委員長、杉村 隆先生をアドバイザーに迎え、我々ととりわけ交流の深いMayoクリニックのMyers教授、東北大 荒井 陽一教授並びに私が組織委員としてプログラム並びに発表者が決定されました。海外の演者14名、国内16名、参加者は約150名となりました。本会は海外の前立腺がんの大物実力者が多数参加するシンポジウムになりました。昨年も本会に参加され

たIARC(WHO 国際がん研究機関)のDr. Boyle、ノースウエスタン大学臨床前立腺がんプログラム所長Dr. Catalona、メモリアルスローンケタリングがんセンターの外科医Dr. Scardino、ロチェスター大学の腫瘍学教授Dr. Missing、オランダロッテルダムErasmus大メディカルセンター教授Dr. Schroder、放射線科医からはメモリアルスローンケタリングがんセンター放射線腫瘍助教授Dr. Zelfsky、国立台湾大学メディカルセンター前立腺センター長Dr. Pu、国立ソウル大学泌尿器科教授Dr. Lee、前述のMayoクリニックのDr. Myersなどなど蒼々たるメンバーでした(写真1)。これは決して誇張ではなく、日本で実施された前立腺がんに関する会合でこれほどのメンバーが一同に会することは無かったと思われます。このため連日、会館は参加者で埋め尽くされ、白熱した議論が交



写真1 海外及び国内の演者の方々

わされました。(写真2)また海外の「大物」メンバーも、このように朝から夕方まで席を一つにしてじっくり議論を交わすことも稀であるため、彼らもこのような議論を楽しんでいたように思われました。事実アメリカから参加の Dr. Catalona とオランダから参加の Dr. Schroder は組織委員が意図せずとも、激しい debate (論争) を繰り広げました。Dr. Schroder は自分の発表の翌日、もう一度、反論のための発表を行ったくらいです。参加者からはこのようなシンポジウムが実現できたことに対する感謝の念が多数寄せられました。

ただシンポジウムはいくつかのアクシデントにより冷や汗ものでした。何よりも混乱の原因は、アメリカ東海岸を襲ったブリザード(大雪)でした。空港から飛行機が飛ばない。このため最も大変であったのはメモリアルスローンケタリングがんセンター放射線腫瘍助教授 Dr. Zelfsky でした。彼は飛行機のキャンセルのため、日帰りとなりました。本音としては「勘弁してくれ」であったようでしたが、Dr. Myers の「顔をたてるために」参加すると電話してきたくらいでした。さらに彼は小線源治療の第一人者であるシアトル前立腺研究所所長 Dr. Grimm のデータまで説明してくれました。Dr. Grimm 自身は直前に身内のアクシデントがあり参加できなくなっていました。またクリーブランドクリニック外科教授 Dr. Klein も飛行機が飛ばず参加できなくなったため、発表内容を Eメールで送信し、それを Dr. Catalona が替わって発表してくれるなど、直前まで、「これはもう駄目か!？」と思ったことが何度もありましたが、参加者のいろいろなご厚意に助けられ、会を進めることができ、終わってみれば大成功となりました。

日曜日の前夜祭に引きつづき、1月23日からシンポジウムは開始されました。

杉村先生、Dr. Myers の Opening メッセージに引き続き、疫学と病理についてのセッションが行われました。Dr. Boyle が前立腺癌の疫学について、スクリーニングが生存率を改善していることをチロル地方での研究により証明されていることを発表されました。引き続き、香川医大泌尿器科教授、笥 善行先生が本邦、局所前立腺がんに対する無治療、経過観察の研究の成績を発表されま

した。Bostwick 研究所所長の Dr. Bostwick は、いわゆるラテント癌についてその大部分はやはり low grade, early stage であることを発表されました。三重大学病理学教授、白石 泰三先生は本邦での前立腺癌病理の第一人者であり、日本人の前立腺癌における移行領域と辺縁領域の構成などについて解説されました。群馬大学教授、鈴木和浩先生は群馬大学が以前から取り組んでこられた疫学調査に基づく家族性前立腺癌について、悪性度は通常の前立腺癌と変わらないが、発生頻度が高いことを呈示されました。

一日目の午後は予防と診断についてのセッションが行われました。現在、前立腺癌のスクリーニングは PSA であり、その中からどのような症例に対して前立腺生検を実施するのか、無用な生検を避けるためにも PSA 4.0ng/dl で良いとする Dr. Schroder と前立腺全摘の成功のためにはより早期の癌を発見すべきであり、low PSA でも生検すべきであるとする Dr. Catalona、あるいは期待余命との関係から適応を考慮すべきとする元群馬大学泌尿器科教授、山中 英壽先生が発表されました。前述したように Dr. Schroder と Dr. Catalona は激しい議論の応酬となり(写真3) 討論参加者としては興味ある議論でした。

更に PSA をしのぐ腫瘍マーカーの可能性について、Carbohydrate の関連について弘前大学泌尿器科教授、大山 力先生が、Molecular マーカーについて京都大学泌尿器科教授、小川 修先生がそれぞれ発表されました。前立腺癌の画像診断の精度向上の可能性について米国立がんセンターの



写真2 白熱したシンポジウム



写真3 熱心な討論参加者

小林 久隆先生が総説されました。また予防について大豆、イソフラボンなどが関係していることを筑波大学泌尿器科教授、赤座 英之先生が発表され、一日目を終了しました。

二日目、三日目は局所あるいは進行、転移性前立腺癌に対する治療に関してであり、局所前立腺癌に対しては現在、手術療法、放射線治療、小線源治療など様々な治療法が入り乱れており、大変議論の多いセッションでありました。また新しい分子標的治療や韓国、台湾、日本における前立腺癌の現状解析などのセッションが行われました。米国東海岸を襲ったブリザードの関係で発表者の到着がおくれプログラムを一部変更をして対応しました。

局所前立腺癌に対する重粒子線治療について放射線医学総合研究所・重粒子線医科学センター長の辻井 博彦先生がその可能性についてお話をされ、Dr. Myers が前立腺全摘の全体的な概説、東北大 荒井先生が勃起神経温存を客観的に評価し、尿道機能の回復とも関連していることを発表されました。

新しい治療法では東京大学分子細胞生物学研究所教授、加藤 茂明先生がアンドロジェンレセプターの機能について、久留米大学免疫学教授、伊東 恭悟先生がペプチド療法の可能性、岡山大学泌尿器科教授、公文 裕巳教授が遺伝子治療について現在、実施中の phase I 研究の成果も併せて発表されました。

アジアにおける前立腺癌の罹患率は韓国、台湾、日本とも増加の一途をたどっているが、食生活の違いの関連か発生頻度が異なることが Dr. Pu, Dr. Lee ならびに札幌医大泌尿器科教授、塚本 泰司先生等から呈示され、興味深い内容でありました。

局所進行前立腺癌に対する治療に関してはまず前立腺全摘後の PSA failure の放射線治療の適応について Dr. Scardino が、現在本邦で臨床試験が開始された PSA failure 後のランダム化試験について九州大学泌尿器科、内藤 誠二先生が発表されました。また日本における放射線治療の現状について PSC を用いた解析結果について当センター放射線治療部、角 美奈子先生が発表されました。

前立腺癌に対する内分泌療法ではそのタイミングについて Dr. Messing が、また化学療法の可能性についてメモリアルスローンケタリゲンがんセンターの Dr. Solid が発表されました。

最終日は局所進行前立腺癌に対する局所療法として放射線治療について Dr. Zelfsky が三次元放射線治療、IMRT、小線源治療を総説、筆者が前立腺広汎全摘についてその成績を発表しました。

今回のシンポジウムは多数の参加者のもと実りある討論が行われ、本当に意味深いものとなりました。この会をサポートいただいた、杉村先生をはじめ、がん研究振興財団にこの場をおかりして御礼申し上げます。

(ふじもと ひろゆき)

第18回国際がん研究シンポジウムプログラム

「前立腺がんをめぐる課題と挑戦」

2005年1月24日～26日 国際研究交流会館

組織委員会

委員長： 垣添 忠生（国立がんセンター）
委員： ロバート・マイヤーズ（メイヨークリニック）
藤元 博行（国立がんセンター中央病院）
荒井 陽一（東北大学）

アドバイザー： 杉村 隆（国立がんセンター）

..... 第 1 日

開会

歓迎の辞

杉村 隆（国立がんセンター）

開会の辞 - 前立腺がん - 21世紀の挑戦 -

ロバート・マイヤーズ（メイヨークリニック）

1. 疫学と病理

前立腺がん：疫学的抑制

ピーター・ボイル（国際がん研究機関）

有利な生検結果を備えた T1c 前立腺がんの PSA 倍加時間をういた積極的な経過観察

寛 善行（香川医科大学）

ラテントがん：現在のコンセプト

ディビッド・ポストウィック（ボスイック研究所）

ラテントがん、前立腺の結節性あるいは全体的増大：形態計測と病理組織学的解析

白石 泰三（三重大学）

家族性前立腺がん

鈴木 和浩（群馬大学）

2. 予防と診断

2005年における前立腺がん検診の賛否

フリッツ・シュレーダー（エラミス大学）

前立腺がん検診：今日の争点

ウィリアム・カタローナ（ノースウェスタン大学）

前立腺がん検診、生検と期待余命

山中 英壽（黒沢病院）

PSA とがん関連炭水化合物変化

大山 力（弘前大学）

前立腺がんの分子マーカー

小川 修（京都大学）

前立腺がん病期診断における画像手法

小林 久隆（米国立がんセンター）

前立腺がんの発生予防を目的とした

臨床試験の利点と欠点

エリック・クライン（クリーブランド・クリニック財団医科大学）

（カタローナ博士による発表）

イソフラボンによる前立腺がん発生の予防

赤座 英之（筑波大学）

..... 第 2 日

3. 局所限局性前立腺がん治療法

前立腺がんに対する炭素イオンを用いた重粒子線治療

辻井 博彦（放射線医学総合研究所）

恥骨後式前立腺全摘除術

ロバート・マイヤーズ（メイヨークリニック）

前立腺全摘除術の機能評価とその成績

荒井 陽一（東北大学）

4. 前立腺がんの現在アジアの状況（1）

韓国の現状

チョンウック・リー（国立ソウル大学）

台湾の現状

ヨンシャウ・プー（国立台湾大学）

5. 分子生物学と新しい治療法

前立腺がん発生とアンドロゲンレセプター機能

加藤 茂明（東京大学）

前立腺がんに対する個別化ペプチドワクチン

伊藤 恭悟（久留米大学）

前立腺がんに対する遺伝子治療

公文 裕巳（岡山大学）

6. リンパ節転移陽性進行性前立腺がんの治療

遠隔転移のない前立腺がんに対するホルモン療法：タイミングと課題

エドワード・メッシング（ロチェスター大学）

進行性前立腺がんの化学療法

ディビッド・ソリッド（メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター）

7. 局所限局性／局所進行性前立腺がんの治療法

前立腺全摘除術後の PSA 再発に対する治療

ピーター・スカルジーノ（メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター）

前立腺全摘除術後の PSA 再発に対する治療

内藤 誠二（九州大学）

前立腺がんの外照射療法

角 美奈子（国立がんセンター中央病院）

..... 第 3 日

7. 局所限局性／局所進行性前立腺がんの治療法（続き）

局所前立腺がんに対する high dose 放射線治療

マイケル・ゼレフスキー（メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター）

術前ホルモン治療を併用した前立腺広汎切除

藤元 博行（国立がんセンター中央病院）

前立腺がんの小線源治療

ピーター・グリム（シアトル前立腺研究所）

（ゼレフスキー博士による発表）

前立腺全摘除術後の PSA 再発に対する放射線治療の役割

マイケル・ゼレフスキー（メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター）

8. 前立腺がんの現在アジアの状況（2）

日本を含むアジア諸国で前立腺がんが

なぜ増加しているのか？

塚本 泰司（札幌医科大学）

閉会

閉会の辞

垣添 忠生（国立がんセンター）

国際がん研究講演会要旨

スーザン・バンド・ホーウィッツ博士 (アルバート・アインシュタイン医科大学分子薬理学)

国立がんセンター研究所 所長

廣橋 説雄

(コンタクトパーソン)

第64回国際がん研究講演会 (International Lectureship) は米国アルバート・アインシュタイン医科大学のスーザン・バンド・ホーウィッツ博士 (Dr. Susan Band Horwitz) をお招きして平成17年3月23日に国際研究交流会館国際会議場にて開催された。ホーウィッツ博士は抗がん剤の一つタキソール (商品名: Taxol, 一般名: paclitaxel) が標的とする分子が細胞のチューブリン (tubulin) であり、その重合を促進することにより微小管 (microtubule) を安定化し、がん細胞の分裂を阻害することを発見したことで著名である。タキソールは1971年、アメリカ保健省の大規模な抗がん剤探索プロジェクトにより、セイヨウイチイ (*Taxus Brevifolia*) の樹皮から発見された構造的に非常にユニークな天然に存在する化合物で、今日は化学合成が可能となり、乳がん、肺がん、卵巣がん等の治療に多くつ

かわれている。今回は「タキソール、チューブリン、そして腫瘍：がん治療新時代の挑戦 (Taxol, Tubulin and Tumors: Challenges in the New Era of Cancer Therapeutics)」と題されて約1時間30分の講演をいただいた。また一緒に来日されたご主人のマーシャル・S・ホーウィッツ博士 (Dr. Marshall S. Horwitz) も同じアルバート・アインシュタイン医科大学の微生物学・免疫学教室で研究を行っている科学者であり、同日国立がんセンター研究所にて「アデノウイルス免疫制御タンパク質：シグナル伝達への影響とI型糖尿病の予防 (Adenovirus Immunoregulatory Proteins: Effects on Signal Transduction and Prevention of Type 1 Diabetes)」と題された講演をおこなっていただいた。マーシャル・S・ホーウィッツ博士の研究室では、アデノウイルスの免疫制御タンパク質、特に early region 3 (E3) 蛋白質に注目し、アポトーシスの抑制やクラスI組織適合抗原の発現低下の機構や、I型糖尿病の疾患モデル研究へと展開された研究を進められており、その最新の成果が報告された。いずれの講演も多数の参加者があり、予定時間を超過するほどの活発な討論がなされた。

ホーウィッツ博士の研究経歴

ホーウィッツ博士は1958年米国のプリン・モア大学を卒業後、1963年にブランデイス大学にて生化学の学位を取得された。その後タフス医科大学、エモリー医科大学でポストドクトラル・フェローを行われ、1967年以降は現在まで一貫としてアルバート・アインシュタイン医科大学にて研究が続けられている。1980年には同大学分



スーザン・バンド・ホーウィッツ博士

子薬理学・細胞生物学の教授に就任され、2000年からはアルバート・アインシュタインがんセンターの治療部門の副所長の重責を負われている。1992年の米国がん研究連合会 (American Association for Cancer Research (AACR)) のブルース・F・カイン記念賞など多数の賞を受賞され、2002年から2003年の AACR の会長に就任されている。2003年の第94回 AACR の年次総会は当初カナダのトロント市で4月に行われる予定であったが、東アジアで発生した重症急性呼吸器症候群 (SARS) の患者が年次総会前にトロント市でも発見された。本総会の参加者には医師など医療関係者が多く含まれることから、SARS の伝播を防ぐため総会の直前に延期が決定された。博士を含めた当時の AACR 幹部の英断であったと今日でも語りつがれている。さらに驚くべきことはわずか数ヶ月の後に再度日程を組みなおし、場所を変え米国のワシントン D.C. にて何事もなかったように約60カ国より約1万5千人以上の参加者のある総会を開催したことである。また本年5月3日には長年の功績により博士は米国の国立科学アカデミー (National Academy of Sciences) のメンバーに選出されている。

タキソールの作用機構の解明と展開

ホーウィッツ博士がタキソールの研究をはじめたのは、博士がアルバート・アインシュタイン医科大学の講師であった1977年に届いた米国がん研究所 (National Cancer Institute) からのその当時まだ全くの未知であったタキソールの作用機構の研究を依頼する1通の手紙がきっかけであった。博士はその当時カンプトテシン (camptothecin) やブレオマイシン (bleomycin) などの抗がん剤についての研究をされていたが、構造的に非常にユニークなこの天然化合物について特に興味をもたれた。早速研究を始めてみるとこの薬剤の作用は非常に特徴的であることが直ぐに判明した。ナノモルレベルの低い濃度でも子宮がん細胞の増殖を抑制し、フローサイトメーターで測定すると細胞の殆どが4倍体となり、DNA合成が起こるが、細胞分裂の中期でブロックされることが明らかになった。さらに蛍光顕微鏡で細

胞を観察すると著名な微小管束が形成されていることが分かった。微小管は α と β のチューブリンの2量体から形成され、タキソールはその内 β -チューブリンに結合し、その重合を促進することにより抗がん作用を示すことを明らかにされた。さらに博士らのグループはチューブリンへの結合部位の構造同定、タキソールの細胞内のシグナル伝達への影響、がん細胞がタキソールに対し抵抗性をしめる場合があるが、その分子機構解明などの研究へ展開させ、その詳細について研究報告がなされた。

ホーウィッツ博士の現在の研究

博士は最近では epothilones や discodermolide といったタキソールに類似した抗がん剤についても研究をすすめておられ、さらにタキソールとシグナル伝達阻害薬の併用の有用性も見出されている。タキソールの耐性の分子機構に mitogen-activated protein kinase kinase (MEK) の活性化が関わり、MEK の阻害薬である CI-1040 をタキソールと併用することで、腫瘍の増殖を抑制するのみならず、fibroblast growth factor による血管新生も抑制することを明らかにされた。タキソール耐性がん細胞ではチューブリン遺伝子に変異がみとめられるだけでなく、質量分析を用いたプロテオーム解析により β II と β IV a チューブリンが失われ、 β III が増加することを示された。

おわりに

講演会の終わった日、ホーウィッツ博士夫妻をお招きし、神田錦町の学士会館にて杉村 隆名誉総長、筑波大学の西村 暹先生、そして数人の国立がんセンターの研究者とともに懇談しながら夕食をとった。外はあいにくの雨模様だったが、お話するうちに博士夫妻の科学者としての知性的で理論的な面とともに、やさしく心遣いされるお人柄を感じ取れた。これからも情報交換を密に続けること、そして近い将来再会することを強く約束したのは言うまでもない。

(ひろはし せつお)

国際がん研究講演会要旨

カリ・ヘミンキ博士 (ドイツがん研究センター分子遺伝疫学部教授)

国立がんセンター研究所 生化学部長

中釜 斉
(コンタクトパーソン)

第63回国際がん研究講演会 (International Lectureship) は、平成17年3月15日に、ドイツがん研究センター (ハイデルベルグ) の分子遺伝疫学部教授・カリ・ヘミンキ博士をお招きして開催された。ヘミンキ博士は、遺伝疫学的な方法を取り入れたヒト発がんの要因に関する研究を長らく続けてこられた。一卵性及び二卵性双生児を用いた統計解析によるヒト発がんの環境及び遺伝要因に関する最近の研究成果は、がん研究者の注目を浴び、その発表論文は広く引用されている。最近では、家族性がんの研究にも精力的に取り組まれている。今回は、「家族性がん：集団から遺伝子へ」というタイトルでご講演頂いた。尚、前日の3月14日には、静岡県三島市の国立遺伝学研究所において、「がん易罹患性の遺伝学」というテーマで講演をして頂いた。講演会には多くの方が参加され、活発な討論が行われたとお聞きした。

ヘミンキ博士の研究経歴

ヘミンキ博士は、1973年にヘルシンキ大学(フィンランド)を卒業され、医学博士号を取得された。その2年後には同大学医学部生化学教室の助手、1987年には職業健康研究所(ヘルシンキ)の教授に就かれたのち、1989年にカロリンスカ大学(スウェーデン)の疫学部教授に就任された。2002年からは、主たる活動の場をドイツ・ハイデルベルグのドイツがん研究センターに移され、分子遺伝疫学部の教授として着任、現在に至っている。2003年より、同センターにおける「がんのリスク要因と予防に関する研究領域」の主任教授として、その重責にあたられている。ヘミンキ博士は、がんの分子疫学の領域で常に世界をリードしてきた研究者であり、2000年にはヒト発がんの原因としての遺伝要因と環境要因の寄与に関する画期的な業績を上げられた (New Eng J Med. 343 : 78-85,



国立がんセンターで講演中のヘミンキ博士

2000)。

がん発生における遺伝要因と環境要因

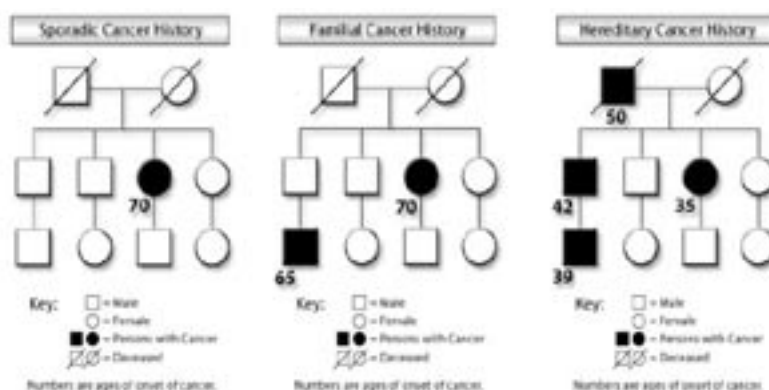
—双生児を用いたコホート解析—

ヒトがんの分布には罹患率において明らかな地域差が認められる。例えば、乳がんの発生において、北米地域やヨーロッパ、オーストラリア地域では10万人中90人以上と高い罹患率を示すのに対し、アジア地域や中東地域、アフリカ大陸の一部の国では20人以下の罹患率に過ぎない。このことは、ヒトがんの発生が環境要因と遺伝要因との複合的な作用により規定されていることを示すものである。ヘミンキ博士は、デンマーク、フィンランド、スウェーデンの3か国の約4万5千組にも及ぶ双子の資料を用いて、がん発生に関わる環境要因と遺伝要因の寄与を統計学的に解析した。例えば、がん発生における遺伝要因の寄与に関しては、遺伝子の一致率が100%である一卵性双生児のグループと、一致率が平均50%の二卵性双生児の2つのグループ間のがんの罹患率を比較することで、がんの発生における遺伝要因の寄与を統計的に算出できることになる。主要な11臓器でのがんの発生率を一卵性及び二卵性双生児のグループ間で比較した結果、前立腺がん(42%)、大腸がん(35%)、乳がん(27%)の3種類の腫瘍で、遺伝要因の関与が統計的に示された。カッコ内の数字(%)は遺伝要因の寄与率の統計学的な推定値を表している。

家族性がんデータベースの構築

ヘミンキ博士はさらに、スウェーデンが国をあ

げて現在取り組んでいる「家族性がんの研究」についての説明をされた。家族性がん研究の基礎的資料となる「家族性がんデータベース」の構築については、スウェーデンでは1958年に国家規模でがん登録の制度が開始された。このデータベースは、1932年以降に生まれた全てのスウェーデン人とその親(血縁関係を有する父親及び母親のこと)に関する情報で構成されているものであり、がん情報付きの様々なデータが盛り込まれている。2004年の段階で、そのデータベースの規模は1932年から2002年の間に生まれた1,050万人(360万家系)の情報を含むといった膨大なものとなっている。データベースの中には、期間中にがん罹患した症例90万人、上皮内がんの症例20万人が含まれている。このようにして国家規模で登録されたデータを用いた解析から、様々なことが分かってくる。例えば、両親の何れかが胃がんにかかっていると、そうでない場合に比較して子供の胃がん発生率は約2倍に上昇する。大腸がんや肺がんもほぼ同様の結果であった。さらに、年齢差が5歳未満の兄弟間では環境要因等の様々な要因がより均一なためと考えられるが、兄弟で共通のがんを発生する頻度が全体の発生頻度に比べて有意に高くなることが示された。大腸がんでは約2.5倍、肺がんでは約2倍に上昇することである。このように、親子や兄弟で同じがんに罹るリスクを比較することにより、遺伝要因の寄与が予測できる。逆に、夫婦間や兄弟の年齢差でグループ分けして、がんの発生率を比較することで、発がんにおける環境要因の寄与の程度を知ることができる。



散発性がん、家族性がん及び遺伝性がんの家族内発生様式

家族性がんと浸透率

ヘミンキ博士は、家族性がんについてさらに詳細なデータを提示された。遺伝要因による影響が強くなればなるほど、がんが家族性に集積して発生することになる。つまり、家族内で同じがんに罹る頻度が一般的な頻度に比べて有意に高くなる。例えば大腸がんの場合、先にも触れたが、親が大腸がんにかかっている場合にその子供が大腸がんにかかるとリスクは2倍に上昇する。親と兄弟が大腸がんにかかっているとリスクはさらに増え、約8倍にもなるというのである。肺がんでは、親や兄弟が50歳以前にがんにかかっている場合に、子供が肺がんにかかるとリスクは約3倍に上昇する。逆に、50歳以上での発症の場合には、リスクの上昇は高々1.5倍程度に止まるとのことである。

遺伝要因を考慮する場合にはさらに、次世代への影響力（浸透率）が問題になる。家族性大腸腺腫症のように、原因となる遺伝子異常の次世代への浸透率がほぼ100%といった、いわゆる「遺伝性がん」に分類されるタイプのものから、次世代への浸透率が10%以下のものまで様々な程度の遺伝要因がある。浸透率が100%の場合には、片方の親から50%の遺伝子が子供に引き継がれることを考えると、計算上は子供の約2人に1人に親と同じがんが発生することになる。このような場合には原因となる遺伝要因（原因遺伝子）の同定は比較的容易である。これに対し、浸透率の低い遺伝要因の場合、例えば10%の浸透率の場合には、20人の子供のうち1人が親と同じがんにかかるとことになる。浸透率の低い遺伝要因の場合には、家族性に集積するがんの場合でも、がんの発症を予測することや、原因となる遺伝子の異常を同定することは困難である。スウェーデンの場合、家族内の集積性を示す家族性がんや遺伝性がんの割合は、大腸がんの約10%、乳がんの約8%、前立腺がんでは約15%と推定されていた。

移民家系のデータを用いた解析

スウェーデンでは人口の約10%が世界中の様々な国々からの移民であることから、種々の民族間での相違点や世代間での違いについての解析も可能となる。移民家系のがんデータを解析すること

の大きな利点の一つとして、発がんの要因の一つである遺伝要因は移民に伴う環境変化の影響を受けにくい、といえる。逆に、環境要因が大きな比重を占める発がんの場合には、がんの発生率やリスクが移民により有意に影響されることになる。

スウェーデンにおける移民家系の解析の結果、第一世代の移民におけるがんの罹患率は、それぞれの移民の母国における発がんの分布に近いことが分かった。逆に、移民の第二世代ではスウェーデン人と同様な分布・頻度を示すことが分かり、生後最初の20年間の生活習慣が、個人におけるそれ以降のがんの発生パターンに強く影響を与えるのだろうと述べられた。

最後に

ヘミンキ博士の今回の講演は、がんの臨床及び基礎研究に携わるものにとって、極めて意義深くまた興味ある内容であった。ヒトがんの発生要因の解明という、がん研究において基本的かつ本質的な問題の重要性を改めて考えさせられた。さらに、がんの登録制度を大規模かつ国家レベルで導入することにより、精度の高い疫学的解析が可能となるということを改めて知らされた。

ヘミンキ博士は日本人の研究者とも親交が深く親日家でもある。これまでにも、何人もの日本人留学生を研究室に受け入れてきたという経験を持たれている。今回の来日中に何人かの友人と旧交を温めることができたことを、ご夫妻ともども大変に喜ばれ、感謝されていたことを附記させて頂く。

(なかがま ひとし)

がん患者の自律を目指して

——第5回 国際がん看護セミナーから——

第5回 国際がん看護セミナー委員
国立がんセンター中央病院副看護部長

浅沼 智恵

はじめに

2001年に国際がん看護セミナーが開催されてから、今回で5回目を迎えることができました。国内外からがん看護の専門家をお迎えしてここに開催できたことは大変喜ばしいことであり、がん振興財団をはじめ多くの関係者の方々に深く感謝いたします。

がん治療の進歩は目覚ましいものがありますが、がんは未だ死亡原因の第1位であり、その克服は人類共通の課題であります。20年間続いた対がん総合戦略も、本年より第3次戦略へと移り、診断・治療法の開発だけではなく、がん予防にも重点が置かれるようになってきました。

また、近年、在院日数の短縮化が進み、私たち看護師はこれまでのような直接的なケア提供者としてだけでなく、患者やその家族が自ら必要なサポートを判断し対処できるような看護を提供することが求められています。

このような背景を踏まえ、がん領域における看護の対象を、がん患者だけでなく、がん罹患されていない方々も含めた広い視野で捉え、予防法や、治療法、生き方の選択、症状への対処方法等、患者自らが主体的に見出すことができるような患者の自律を促す看護についてこのセミナーで考えていき、広く国際的な視点から概観し、日本の看護水準の向上に努めていく事が重要と考え、今回のセミナーのテーマを「がん患者の自律を目指して」としました。

今回のセミナーでは、演者として海外から5名（アメリカ、イギリス、オーストラリア、韓国、

フランス）と日本から5名と、がん看護の第一線で活躍されている190名を討論者としてお招きし、有意義で実り多い国際セミナーとなりましたのでご報告させていただきます。

I 各セッションにおける講演と討議内容

第Iセッション「これからのがん看護のめざすもの」

このセッションではがん予防に焦点を当て、がん検診の現状と課題、がん予防のための生活指導について、遺伝子診断・医療における看護の役割について各国の現状報告をし、がん予防における看護職の役割について検討しました。

(1)「早期発見によるがんの予防と課題」

[齋藤博先生 がん予防・検診研究センター]

- ・がんの早期発見と検診の有効性が混同されがちであるが、実際には早期発見はすべてのがんに有効なわけではなく、がん検診は死亡率を指標とした研究で有効性を判断していかなければならない。しかし有効性の確立した検診は少ない
- ・有効性の確立した検診を行って実際に死亡率を下げるためには、スクリーニングと精研の受診率が高いことが条件で、さらには対象集団の大半が定期的に受診することが重要である
- ・そのためには、受診者の検診に対する意識を向上させることが不可欠である
- ・受信者の意識を高めるためには、検診の有効性の正しい理解の上に、受診者に対するエビデンスに基づいた十分な教育指導を行うことが求められる

- ・看護師・保健師を含む保健従事者は、根拠に基づいた有効な検診を勧奨・推進していく上で役割を果たすことが求められており、実際に組織的な啓蒙活動で効果を挙げている地域が存在している

(2) がんの予防における看護師の役割

[JeongHwa Kim 韓国がんセンター]

- ・がんの予防における看護師の役割は以下の通りである
- 1) 一般市民に対するがんの予防法やがんの早期発見のための検診ガイドライン教育
- 2) がん予防や制圧のための臨床治験への参加を促すために必要な情報や教育の提供
- 3) ハイリスクの人の予防・早期発見、幼少時から生涯を通じて健康なライフスタイルを選択を促す1次予防を含むウェルネスに焦点を当てたプログラムの開発(禁煙プログラム・栄養カウンセリングなど)
- 4) がんの予防、早期発見・治療における遺伝子診断も意味を伝える遺伝子カウンセリングの提供
- 5) がんのサバイバーに対する検診の推奨

(3) 遺伝子医学における看護師の役割

[Adrienne Williams 刈・加リ・ダィカ・サチ・セカ・米]

- ・がんの予防・制圧にかかわっているがん看護師の役割は、遺伝的・非遺伝的がんのリスクを評価し、詳細に家族歴を取り、家系図を作成し、遺伝的ながん症候群のリスクのある個人や家族を発見し、リスクを低減するための勧告・サーベイランス・管理を行い、時に応じて遺伝子検査のリスクと便益についてカウンセリングや教育を行うことである

以上3題の講演の後のディスカッションで、がん予防や遺伝医学など、専門的知識をもった医療の提供者に対する需要が生まれ、その役割を看護師が担っていくという課題を与えられていることをチャンスと捉え、臨床の看護師・学校や保健医療機関・地域など連携して教育・サポートシステムを構築していくことが必要であることが示唆されました。

第Ⅱセッション「がん患者の意思決定を支える」

このセッションでは、国民性や情報提供のあ

り方が異なる背景のもと、各国で看護師がどのように患者の意思決定を支えているかについて報告し、看護師の役割と課題について討議しました。

(1) 患者の意思決定における日本の現状と課題

[高山京子氏 国立がんセンター中央病院]

- ・ICの概念がもたらされてきてから、日本における医療のあり方は大きく変化してきたが、現状のICのプロセスの過程で患者は自分で意思決定が十分に出来ているとはいえない状況である
- ・その患者の意思決定を阻害する4つの要因は、
 - ①日本医療の文化的背景
 - ②患者の心理状態
 - ③情報資源の問題
 - ④相談窓口の不備である
- ・患者の意思決定に関わる看護課題は以下の3点である
 - 1) 患者の意向の患者の擁護者としての役割を果たすことが出来なかったり、辛い決定をしなければならない患者と関わりの困難さに対する看護師へのサポート体制の構築
 - 2) 治療や疾患に対する専門的知識不足からくる医師任せからの脱却(看護師の説明責任範囲の明確化と、最新の知識を分かり易く伝えるコミュニケーションスキルの向上)
 - 3) 専門・認定看護師など、専門的知識技術をもつ人材の有効活用のためのシステム構築

(2) 韓国における患者の意思決定

[JeongHwa Kim 韓国がんセンター]

- ・ICの概念は日本と同様、韓国においても認識されてきてはいるが、家族や医師が医学的な意思決定の中心となっている
- ・患者の意思決定を支えるためには医療者は、十分かつ理解可能な情報を提供し、患者とよりよい関係を築くことが重要である。また、よりよい関係を築くことに集中できるような適切な人的資源の配置なども必要である

(3) 患者の意思決定の支援 — 豪州の場合 —

[Meinir Krishnasamy ピーター・マッカム・がんセンター]

- ・豪州では、大半の患者は治療に関する意思決定に自分が意味ある形で参加できるように真実の情報が伝えられることを求めている
- ・治療に関する意思決定において阻害されていると感じている患者は、受けるケアに対して

大きな不満と不安をもち、診断後のコーピングがうまくできず治療にオプションや副作用について与えられた情報も忘れがちになる傾向がある

- ・意思決定に患者が参加することで困難に対して前向き対処できる
- ・患者の意思決定への参加意欲に影響を及ぼす要因は、おびただしく、時間と共に変化するため、医療チームは常に再アセスメントすることが求められる
- ・豪州における意思決定に患者を関与させるガイドラインとアセスメント方法についての紹介

以上3題の講演後のディスカッションでは、意思決定における患者・家族・医療者の意識には、国により多少違いはあるものの、意思決定に患者が関与することの必要性和意義は、各国で共通理解されていることが分かりました。また、意思決定のためには、真実の告知が大前提であること、量と質を踏まえた情報の提供と、患者の心身の状態をアセスメントする能力とカウンセリング・コミュニケーション能力・技術を高め、患者との信頼関係を育む努力が必要であり、専門的知識を持つ人的資源の有効活用と活用のための環境づくりが重要であるとの示唆を得ました。

第Ⅲセッション 症状へのセルフマネジメント

画期的ながん医療技術の発展、医療環境の変化、QOL向上の重視などにより在院日数が短縮し従来入院で行われていた手術・治療・処置が外来に移行しつつあります。それらを支える私たち看護師は、これまでのような直接的なケア提供者としてだけでなく、患者やその家族が自ら必要なサポートを判断し対処していけるような知識・技術を提供することが求められています。

このセッションでは効果的な指導内容・方法や教育システムについて紹介し、症状へのセルフマネジメントのための看護師の役割について討議しました。

(1) がん性疼痛におけるセルフマネジメント

[渡邊恭子 国立がんセンター東病院]

- ・疼痛のセルフマネジメントを支援し患者の自律を促すためには以下の4点が重要である

- 1) 痛みのみを問題にするのではなく、患者が痛みをどのように認知し反応しているかアセスメントする
- 2) 医療チームが問題を共有できる共通のアセスメントシートの活用や関係者が話し合える場を持つ
- 3) 退院に向けた指導では、単に疼痛コントロールだけでなく、生活上の不安感を除去する具体的な方法の指導を行う
- 4) 患者家族の自律性を尊重し、患者家族が主体的に日常生活に取り込んでいけるようセルフケアを支援するという視点でかかわる
- 5) 患者が最後まで目標を持てるよう支援する

(2) 退院後のセルフマネジメント

[Lorna McGoldrick 九州総合病院緩和ケアセンター英]

- ・退院後のセルフマネジメントを支援するためには、明確な情報提供、相手が理解できるように説明するコミュニケーション能力、相手が理解しているか確認を繰り返し、患者のストレスや怒りを冷静に受け止め、それを言葉や態度で示し理解していることを伝えることで患者との信頼関係を高め、患者・家族のセルフマネジメント能力の向上に繋がること、患者・家族にとって入院直後から退院後の生活を視野に入れた支援を行うことは、「備えあれば憂いなし」とのことわざどおり患者の自律を促すためには重要なことである

(3) 外来化学療法におけるセルフマネジメント

[Adrienne Williams 川崎がんセンター]

- ・看護師はそれぞれの副作用の軽減に効果的なセルフケア活動に付いての知識と、指導能力が求められる。また、患者のアセスメントを行い、副作用が適切に管理されているかの判断を行い必要に応じて指導する必要がある。
- ・効果的支援戦略を継続的に開発すること、患者からの提案を含めて成功した戦略を記録し、将来の患者指導の資源として用いることも重要である

以上3題の講演と、その後のディスカッションでは、セルフマネジメントを支援するためには、患者のみならず、介護している人への援助も大切であること。多忙な臨床業務の中で効率的に

使える疼痛などのアセスメントシートや指導内容の標準化の必要性。患者教育のタイミングは診断が下されたときから始まり継続して行われなければならない。外来・病棟・地域などが連携し、どこで、誰が、どんな内容の指導をするか明確にし、効率的に実施していくシステム作りをする必要性などが示唆されました。

第Ⅳセッション 患者を取り巻くサポートシステム

がんの治療成績は非常に向上してきていますが、依然がんは日本人の死亡第一位をしめており、がん患者や家族は多くのストレスを抱えて生活している現状です。近年、様々なサポートシステムが院内院外において実施されており、その効果をあげています。

このセッションではさまざまな「がん患者へのサポートシステム」について紹介し、今後のあり方について討議しました。

(1) IGRにおける電話によるフォローアップ

[Pascale Dielenseger キュスタブ・ルン研究所 仏]

- ・ IGRでは、外来化学療法を行っている患者に対して、①法的ニーズ：情報と患者教育強化 ②質的ニーズ：患者サービスの質の向上と、患者の安全の保証 ③経済的ニーズ：医療費削減という3点のニーズに対応するため2001年より電話によるフォローアップサービスを行っており、その具体的実施方法を紹介する
- ・ このサービスは、定期的な電話にフォローアップを行うことで副作用などの問題が重篤化する前に予防措置が取れ患者の安全を保証することが出来ると共に、医療費負担を軽減し、かつ看護業務の効率化にもつながる
- ・ 電話での質問項目や指導内容を記録方法を標準化することにより一定のレベルで電話による看護サービスを提供できる

(2) がん患者を支える

[竹中文良 Dr NPO ジャパン・ウェルネス代表]

- ・ がん医療では、がんの絶滅を図る「攻めの医療」と同様に重要度を増してきたのが「がん患者を守る医療」の視点であり、がん患者を支える医療抜きに現在の医療は充足し得ない

- ・ ジャパン・ウェルネスは、民間の非営利活動法人であり、活動を通してお互いが希望を取り戻し、無用の孤立感を抑え、合理的な主体性を取り戻し維持する目的でグループ療法を実施したり、セカンドオピニオン相談、医療相談を行い、がん患者のサポートに効果をあげている

以上の3題の講演の後、このセッションでは電話フォローアップシステムや、患者サポートシステムを運営する上での資金の調達方法や運営方法など、各施設で取り入れる上での具体的方策についての活発な質疑応答がなされました。

第Ⅴセッション 看護師への教育

このセッションでは、各国のがん患者の自律をサポートする看護師現任教育の課題と取り組みを紹介していただき、「がん看護」スペシャリストの養成のための今後のあり方について討議しました。

(1) フランスにおける看護教育

[Pascale Dielenseger キュスタブ・ルン研究所 仏]

- ・ フランスは日本とほぼ同様の基礎看護教育の後試験に合格したものが正看護師の資格を受ける。師長になるためには更に1年の教育を必要とする
- ・ IGRでは、新任の看護師に対し、15年前から訓練プログラムが生まれ、それには1週間の理論と看護チューターの下での4週間の現場教育が含まれているが、系統だった継続教育はなされていない

(2) 看護師への教育 日本の現状

[三輪富士代 国立病院機構九州がんセンター]

- ・ 日本の多くの病院は継続教育として、院内教育で、経年別や役割別のプログラムが組まれているが、がん看護という分野での系統だった教育内容の検討が十分になされているとはいえない
- ・ 患者の自律を支援する看護師個々が専門的能力を自ら自律的・主体的に獲得していくことを支援する教育プログラムの構築が必要である
- ・ OCNS、OENの育成に対する施設側の支援と共に、適切な人材活用・人材配置が望まれ

るところである

(3) 英国における看護教育

[Lorna McGoldrick ウェストミッドランド総合病院緩和ケアセンター英]

- ・英国では、基礎教育の時点から、技術や知識の枠組みと、それを活用するシステムが構築周知されている。卒業後は、その確固たる基盤の上に、専門看護、がん看護などが積み上げられるキャリアアップのシステムが構築され専門看護が進化してきている

このセッションでは、"患者の自律を支援する"ためにはまず"看護師自身の自律"が前提条件であり、看護師自身が提供するケアに責任をもち実践能力を伸ばしていくことに自律的でなければならないこと。看護師自身の自律を支援し、職務に対するモチベーションを上げるため、人事考課システムに連動したキャリア開発ラダーなどの教育システムの構築を推進していく必要があること。

また、専門的な資格を有する人的資源を、有効に活用し、それぞれの専門分野の能力を生かした適切な人材配置や、システム作りが重要であるとの共通認識をしました。

II まとめ

がん患者の自立を目指して、「これからのがん看護の目指すもの」、「意思決定を支える」、「症状マネージメント」、「患者サポートシステム」、「看護師教育」の5セッションの討議を行ってきましたが、今回のセミナーを通して、

- ・看護師自身が、看護の責任と責務を自覚したうえで、エビデンスに基づいた看護の実践と、患者の人権と尊厳を保障し患者のQOLの向上を目指した看護サービスの提供をしなければならないこと
- ・患者のニーズを的確に把握すること
- ・ニーズに対して戦略的に看護を提供すること
提供した看護成果を実証し、広報することで、看護力を組織や社会に認知させること
- ・資金面や、マンパワー面の補充の必要性を戦略的に提言し、看護活動の更なる拡充を目指していくこと

などの重要性を、改めて認識すると共に、そ

れぞれ大きな課題ではあっても、お互い学ぶべき部分・取り入れるべき部分は積極的に活用し、がん看護の向上も目指して頑張っていくことを参加者全員で確認しあうことが出来、実りの多いセミナーとなりました。

おわりに

今回のセミナーでは、たとえ、国や、国民性、ヘルスケアシステムが変わろうとも、看護職者全体が、「患者のニーズに合った質の高いがん看護の提供」という同じゴールを目指し、それぞれの方法で立ち向かい、患者に最善を尽くそうと努力しているということを実感し、驚くと同時に私たち看護職誰もが元気付けられたように思います。

また、本セミナーにおける国際的交流は、貴重な学びの場となると同時に、広い視野からの深い洞察を呼び起こし、看護の質の向上・発展につながるよい機会となったことと確信しています。

参加者個々が、各々の施設で本セミナーで得た示唆を看護実践の場で生かしていただけるものと期待しております。

今後も、私たちの目指すがん看護について論じ合い、共有し更なるがん看護の発展につなげていきたいと願うものであります。

このセミナーを開催するにあたり、御協力いただいた方々と財団法人がん研究振興財団に心より感謝申し上げます。

(あさぬま ちえ)

第5回 国際がん看護セミナープログラム ーがん患者の自律を目指してー

第1日目 2月25日(金)

開 会

座 長 池沢 けい (国立がんセンター中央病院)

9:30-9:35 開会の辞

土居 眞
財団法人がん研究振興財団

9:35-9:45 開催によせて

長前 キミ子
国立がんセンター中央病院

セッションⅠ これからのがん看護を目指すもの

座 長 Lorna McGoldrick (ウェスタン総合病院)
村上 好恵 (聖路加看護大学)

9:45-10:15 早期発見によるがんの予防と課題

斉藤 博
国立がんセンターがん予防・検診研究センター

10:15-10:45 がんの予防における看護師の役割

JeongHwa Kim
韓国国立がんセンター

10:45-11:15 遺伝医学における看護師の役割

Adrienne Williams
マリア・クロウリー・メディカル・リサーチ・センター

11:15-11:45 ディスカッション

～ランチタイム (11:45-13:00) ～

セッションⅡ がん患者の意思決定を支える

座 長 Pascale Dielenseger (ギュスタブ・ルーシー研究所)
小西 敏子 (国立看護大学校)

13:00-13:30 患者の意思決定における日本の現状

高山 京子
国立がんセンター中央病院

13:30-14:00 韓国における患者の意思決定

JeongHwa Kim
韓国国立がんセンター

14:00-14:30 患者の意思決定の支援
オーストラリアの場合

Meinir Krishnasamy
ピーター・マッカラムがんセンター

14:30-15:00 ディスカッション

～コーヒーブレイク (15:00-15:20) ～

セッションⅢ 症状へのセルフマネジメント

座 長 Meinir Krishnasamy (ピーター・マッカラムがんセンター)
前原 みゆき (埼玉県立がんセンター)

15:20-15:50 がん性疼痛における
セルフマネジメント

渡邊 恭子
国立がんセンター東病院

- 15:50-16:20 退院後のセルフマネジメント Lorna McGoldrick
ウェスタン総合病院
- 16:20-16:50 外来化学療法患者における
セルフマネジメント Adrienne Williams
マリア・クロウリー・メディカル・リサーチ・センター
- 16:50-17:20 ディスカッション

第2日目 2月26日(土)

セッションⅣ 患者を取り巻くサポートシステム

- 座長 Adrienne Williams (マリア・クロウリー・メディカル・リサーチ・センター)
町屋 晴美 (国立がんセンター中央病院)
- 9:30-10:00 IGRにおける電話によるフォローアップ Pascale Dielenseger
ギュスタブ・ルーシー研究所
- 10:00-10:30 サポートシステム：患者支援プログラム Meinir Krishnasamy
ピーター・マッカラムがんセンター
- 10:30-11:00 がん患者を支える 竹中 文良
ジャパン・ウエルネス
- 11:00-11:30 ディスカッション

～ランチタイム (11:30-13:00) ～

セッションⅤ 看護師への教育

- 座長 JeongHwa Kim (韓国国立がんセンター)
成田 智子 (国立がんセンター東病院)
- 13:00-13:30 フランスにおける看護教育 Pascale Dielenseger
ギュスタブ・ルーシー研究所
- 13:30-14:00 看護師への教育 日本の現状 三輪 富士代
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター
- 14:00-14:30 英国における看護教育 Lorna McGoldrick
ウェスタン総合病院
- 14:30-15:00 ディスカッション

～コーヒーブレイク (15:00-15:20) ～

総合ディスカッション

- 座長 浅沼 智恵 (国立がんセンター中央病院)
飯田 泰江 (国立がんセンター東病院)
- 15:20-16:20 総合ディスカッション
- 16:20-16:30 まとめ

- 閉会の辞 益子 七生
国立がんセンター東病院

Vanderbilt University Medical Center での研修

国立がんセンター中央病院 看護師

山田 真由美

はじめに

昨年、がん研究振興財団による平成16年度看護師・薬剤師・技師等海外派遣研修助成金を受けて、11月1日から4週間、Vanderbilt University Medical Centerで研修する機会を得ました。ナッシュビルは東京に比べると温暖な緑豊かな街で、到着した日は半袖のTシャツで過ごすほど暖かくて驚きました。

Vanderbilt University Medical Center

Vanderbilt University Medical Centerは、アメリカ南部テネシー州の首都ナッシュビルにある病床数658床の大学病院です。私が勤務している国立がんセンター中央病院と病床数では同じような規模ですが、病院とその関連施設が広く、そこで勤務しているスタッフの人数が多いことに驚

きました。私は主に造血幹細胞移植病棟と外来で造血幹細胞移植を行っているOTU（Outpatient Transplantation Unit）で研修を受けました。

Vanderbilt University Medical Centerでは自家移植、同種移植ともに外来で前処置である抗がん剤治療を受け、移植も外来で行われていました。一部の抗がん剤投与と患者の状態が悪化した場合に入院し、状態が落ち着いた時点ですぐに退院するといった形をとっていて、私が研修した時期には造血幹細胞移植で入院している患者は4人だけでした。OTUには毎日15～20人ほどの患者が通院してきていました。



Vanderbilt University Medical Center



OTU

病棟では病棟担当のNurse Practitionerが1～2人、看護師は7時から19時の12時間交代で週3日の勤務で、3人ほどの患者を受け持っていました。そのほかに、看護助手が5～6人の患者を担当して、尿の測定や汚物の処理などを担当していました。私の勤務する病棟では日勤は3人ほどの患者を受け持つのですが、夜勤は看護師が3人で10人ほどの患者を受け持っています。Vanderbilt University Medical Centerでは夜勤



患者と家族の宿泊施設

と日勤の看護師が同じ人数で、日勤からのケアを引き継いでいました。また、夜勤は夜勤専門の看護師が、日勤の看護師は日勤だけをしていました。勤務時間に関しても、希望が通るとのことで辞めることなく育児や進学ができるとのことでした。地元の人が多いという環境もありますが、ほとんどの看護師が定年近くまで働き続けているということでした。私が日本で行っている3交代の勤務を話すと、大変驚かれました。

OTUでは前処置開始から生着して落ち着くまでは患者はマスクを着用して、毎日通院していました。自宅が近い患者は自宅から通ってきていましたが、遠い患者は病院の敷地内にある宿泊施設から通院していました。家での尿の量や飲水量などは患者とCaregiverが測定し、所定の用紙に記入してきていました。造血幹細胞移植を受ける患者はCaregiverがいることが必須条件になっており、外来に患者だけで通院してくることはありませんでした。日本とは医療費と保険制度が違って、費用もかかるため患者も通院を選ぶ人がほとんどだそうです。入院しないためCaregiverの役割は大きく、治療が始まる前の教育にはかなり時間をかけていました。まず、初診時に主治医からの説明があり、疾患についての説明と治療法、成功率が説明されていました。米国では患者の教育レベルにかなり差があり、「%」が通じないことも多いということで、医師は「同じ病気の人が100人いたとして、この治療を受けた場

合に治る人は何人です。」といった形で説明していました。また、造血幹細胞移植を受けるにあたって、煙草と麻薬をやめるように説明されており、それが守れない場合には造血幹細胞移植は行えないと厳しく話されていました。同種移植のCaregiver Classを見学する機会があり、そのときは5組の患者とCaregiverとなる家族が参加していました。講師はCaregiver Classを専門に行う看護師でしたが、HLAについて、同種移植の種類、前処置について、栄養について、GVHDとその治療についてなど、かなり細かな部分まで説明していました。参加者は疾患や前処置は違っていました。積極的に質問する姿が見られました。2日間に及ぶEvaluationでは、まず、Nurse Practitionerが患者情報を収集した後、チェックリスト形式になった同意書に沿って同種移植の説明を行い、診察をしていました。医師はNurse Practitionerから情報を得て診察室に入り、説明が理解できたか、問題点が解決できるかを確認して診察を行っていました。その他にSocial Workerと精神科の面談があり、保険の問題や精神的な問題についてチェックしていました。治療が始まった後も、再度説明を受けたいものがないかを毎日患者に確認し、患者が希望した場合にはNurse Practitionerや栄養士、薬剤師などから教育が受けられるようなシステムとなっていました。私たちが入院期間の短縮に伴い入院前に患者教育を実施していますが、1組の患者にかける時

間は1時間30分で、米国での教育に費やす時間はかなり多いと感じました。

他職種との連携については、医師の回診には Nurse Practitioner や看護師の他に必ず薬剤師・栄養士・MSW が一緒についていました。薬剤師は患者へ投与されている薬剤についての教育や配合禁忌薬剤のチェック、点滴が前日何時に投与されているかを調べて当日の投与時間を決めるというようなことをしていました。栄養士は食事の検討と変更時の患者への説明、摂取量の把握、高カロリー輸液のオーダーなどを行っていました。日本ではこれらの仕事は処方を除いて、ほとんど看護師が行っているのではないかと思います。リハビリに関しては同じ敷地内にリハビリ専門の病院があるので、そこに入院や通院をしているそうです。そこはOTやPTなどのスタッフもかなり多く、患者1～2人に1人といった感じでした。

危機管理についても誰がやっても間違えないようなシステムになっていると感じました。基本的に看護師が点滴をつめるということはありませんが、病棟や外来などのユニットにある常備薬はコンピューター管理されていて、看護師名とパスワードを入力して患者名を入力するとその患者にオーダーされている薬剤名が出て、選択するとその薬剤が入った引き出しが自動的に開いて、表示されている個数を取り出すようになっていました。残数チェックが必要な薬剤は、数えて入力するようになっていました。同時にコストも送信されるということでした。採血や抗がん剤を投与

する時は、患者に名前と誕生日と患者番号を言ってもらって確認していました。また、輸注などの時には指示に酸素や吸引器、救急薬剤の準備をするということも書かれていました。この指示は Nurse Practitioner が出しているということでした。

Nurse Practitioner は当院でのレジデントと看護師を合わせたような役割を担っていて、処方、マルクなどの検査や患者教育、輸注などを行っていました。看護師をしながら Nurse Practitioner になるために通学しているスタッフもいました。

おわりに

今回の研修で、米国では医療にかけるお金や人材が日本とは全く違うということがわかりました。また、専門のスタッフがそれぞれ患者に介入することで、より質の高い医療が提供されていると感じました。人材の問題もあるためすぐに米国のようにすることは難しいと思いますが、米国で出会った看護師が皆、楽しそうに働いていたのを見て、少しずつよい部分を取り入れていきたいと思います。

最後になりましたが、この研修にご協力いただいた方々に深く感謝いたします。そして、貴重な機会を与えていただいたがん研究振興財団に、心よりお礼申し上げます。

(やまだ まゆみ)



病棟の看護師と

M. D. Anderson Cancer Center にて研修して

独立行政法人国立病院機構 西札幌病院薬剤科 薬剤師
菊地 実

平成17年2月6日～2月20日の15日間、財団法人がん研究振興財団の海外研修助成金により、米国テキサス州ヒューストン市にあるテキサスメディカルセンター（TMC）内の一施設である The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center (MDA) およびホスピス施設である Vitas Hospice にて研修・見学をしてきました。

テキサス州は面積69万平方キロメートル、米国全土の7分の1、日本の約2倍に近い広さを持つ州です。石油、天然ガスなど全米最大の資源州で、それに伴うエネルギー産業、広大な土地を利用した昔からの農業、牧畜業で栄えてきました。現在では、それに加えて、バイオ、ハイテク産業の成長が著しくなっています。勿論、NASA を構える土地柄、宇宙産業も盛んです。日本企業も約100社オフィスを構えており、約2000人の日本

人が生活しているところです。ヒューストンは、全米第4の大都市でありながら、物価が安く大変住みやすいところです。他の大都市に比べると人件費も地価も安く、そのため、医療費も約30%安いのです。もちろん、ホテル代や食事代もニューヨークやカリフォルニアに比べて安くなります。また、主要観光地でないため、日本では知名度が低いヒューストンですが、実はとても便利なおところです。

TMCは、テキサス州ヒューストン市に位置し、13病院と2医科大学、多数の研究機関を有し、年間患者数480万人、従業員数約6万2千人規模の世界的に有名なメディカルセンターです。MDAはU. S. News & World Report が選ぶベストホスピタルとして全米で常に1、2位に選ばれ、46のがん専門科を持つ優秀ながんセンターです。病床数約450床、薬剤部門約500人（薬剤師約200人）、



The University of Texas M.D.Anderson Cancer Center (M D A)

年間外来患者数約40万人以上の患者が海外からも訪れる施設です。

薬剤部門における研修では、米国の Clinical Pharmacist（臨床薬剤師）の活動と、臨床試験、さらに抗癌剤の混注などの薬剤師日常業務について、研修、見学することができました。調剤業務は多くがオートメーション化されロボットによる調剤業務となり、薬剤師の業務はかなり病棟にシフトしていました。200名ほどの薬剤師が従事していましたが、そのうち43名が病棟で活動し医師とともに回診等の業務を行っていました。43名のうち癌の専門的なスペシャリストとして業務する薬剤師（Clinical Pharmacy Specialist）は38名であり、病棟活動をする薬剤師はほとんどがその分野におけるスペシャリストとして活動していました。入院患者における注射剤混注業務については基本的に24時間体制であり、1日に2-3,000本の注射剤を調製していました。実際調製するのはテクニシャンであり、調製した後2名の薬剤師がチェックして患者に払いだされていた。外来患者の注射薬調剤をまかなう外来治療センターは3箇所あり、1ユニットあたり4-6台の安全キャビネットが設置され、外来患者の無菌調製を行っていました。その他、治験業務や医薬品情報管理業務、定数配置薬管理業務、医療・医薬品安全対策業務、薬剤師・テクニシャンのスタッフ育成・トレーニングについても見学・研修することができました。

乳がんセンターも研修することができました。ここでは、乳癌患者のボランティア団体であり活動するボランティア自身も乳がんである「Pink Ribbon」のボランティアの方から、乳癌患者へのボランティアサポートについて話を聞くことができました。また、医師、リサーチナース、薬剤師がチームとなり、病室回診をするのを同行見学することができました。ここではすでに薬学部の学生、医学生が加わって現場のスタッフと実際に回診していました。乳がんセンターで業務している薬剤師は医師が決定した治療法に基づき適切な時期に血液等の生化学検査、化学療法などのオーダーを行い、治療計画などに関して患者への説明も行っていました。



MDA乳がんセンターにて
PinkRibbonのボランティアとともに

病床が12床あり、医師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師・作業療法士など20名で業務を行っている緩和ケア病棟の見学をすることができました。化学療法をせずに疼痛管理をするためだけの患者が入院していました。しかし、ホスピスではないので疼痛管理が良好となった場合はもとの病棟に戻り治療を再開することが出来ました。ただし、15-16%の患者がここで死亡しているということであり、その多くの原因は感染によるものでした。口腔内に癌がある方で、数年前に診断され外科手術を受けた後再発して首までに及んでおり、気管切開をしているため言葉を話すことが出来ないという1人の患者について医師がコンサルトするところを同行することができました。

BMT外来で医師・Clinical Nurse・Research Nurseがそれぞれ患者にBMTに関することを患者に説明・情報提供する様子を見学することができました。ここでは医師・Clinical Nurse・Research Nurseがそれぞれ患者にBMTに関することを患者に説明・情報提供していました。事前にPhysician Assistantが患者を診てから医師が患者に面会していました。医師はBMTを行なう期間、BMTのメリット・デメリット、必要となるあらゆる事柄（ドナー、入院時に24時間世話をしてくれる人、かかる費用）など治療に関する説明を行なっていました。保険に関する説明では、検査結果で実際に保険会社がこの患者にかかる治療費をカバーするかをテストしていました。ここで説明されていた治療費は\$200,300（約2,200万円）と患者が負担することは不可能

な金額であり、保険会社がカバーするかどうかは重要でした。また、ドナーが必要な場合のクロスマッチテストの必要性について説明されていました。そのほか了承を受けてから回答が得られるまでの保険会社からの連絡期間について説明されていました。Clinical Nurse は移植コーディネータとして必要となる保険の説明、家族歴の聴取、移植スケジュールの説明など総合的に患者のサポートに関する説明をしていました。Research Nurse は実際治療を行なっている際に Research Center へ患者のすべての情報をデータ登録してもいいかどうかという同意を得られるかどうかを説明されていました。ここでは、患者が BMT や治験などの治療を受けることに同意するのではなく、あくまでリサーチするためのデータ収集に関する同意を得るということでありました。

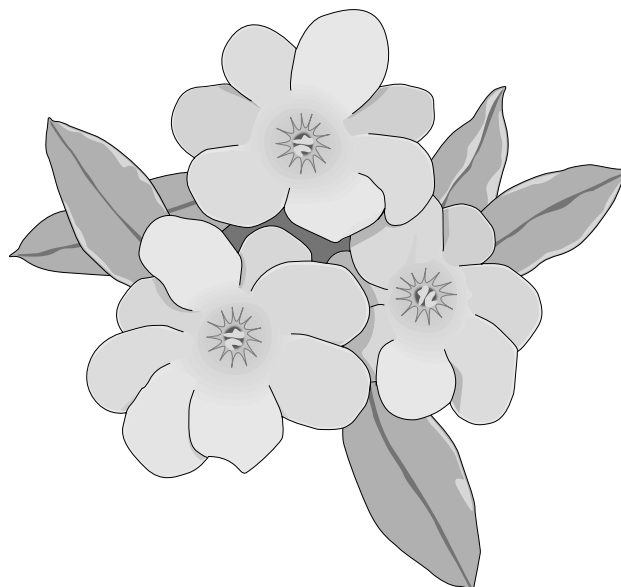
Vitas Hospice 研修では、ホスピスの入院患者数名の回診に同行しました。ここでは、50%ほどの癌患者がいるほか心不全、腎不全や AIDS の末期症状患者が収容されており、実際ほとんど意識のない終末期 AIDS 患者を目の当たりにしました。

今回研修した M. D. Anderson Cancer Center では薬剤部の薬剤業務だけではなく病棟業務、乳がんセンター及び緩和医療ケアにおいて医師に同行した病棟研修、BMT 外来研修、治験管理センター、さらにホスピス研修と幅広い研修を行うことが出来ました。この経験を生かして現在の業務に反映し、今問題となっている薬剤師業務や不足・疑問と感じられる業務・システムを構築・改善してよりよい薬剤師業務に発展させていきたいと考えています。

(きくち みのる)



薬剤部門にて
研修指導者の Sharon Bronson Director とともに



欧州の放射線治療に触れて

国立がんセンター中央病院
放射線治療部 診療放射線技師
村石 泰伸

はじめに

国立がんセンターは「がん征圧のための中核機関として科学と信頼に基づいた最良のがん医療を推進する」という理念で、がん克服のために病院・研究所・運営局の3部門よりなっています。私が所属する放射線治療部では有害事象の少ない治療、化学療法との併用による効果的な治療法の確立をめざし、また当院で開発された SMART と呼ばれる定位放射線治療も行っています。今後がんが増加することに伴い放射線治療は今後一層重要性が増すと考えられます。

この度、財団法人がん研究振興財団の平成16年度看護師・薬剤師・技師等海外研修助成金を受けて平成16年10月23日から11月7日の2週間に渡り、オランダとスウェーデンを訪問しました。欧州における医療施設での放射線治療の実際の現場だけではなく、最新の研究発表の場である学会さらには治療装置開発施設なども見学することがで

きると期待し飛び立ちました。

研修目的

がん治療の中でも放射線は多岐にわたり利用されており、近年では高精度放射線治療が行われ複雑・高度化しています。そこで、最新の治療技術を理解し習得するとともに、今後の放射線治療分野における展望を見据え、精度管理や線量校正など多角的視野からがん治療を捉えることを目的としました。

- (1) 欧州放射線腫瘍学会において現在注目されている治療法や最先端研究の内容把握
- (2) Univ. Medical Centre Nijmegen で研修を行い、高精度放射線治療における精度管理や線量校正、3次元治療計画装置などについて意見交換
- (3) 当院に導入されている MM50 の本社において現在開発中の治療装置の見学



ESTRO23 / 24-28. Oct. 2004

RAI



(4) 同装置の最新型が設置されているカロリンスカ病院での施設実習及び意見交換により治療実態の把握

第23回欧州放射線腫瘍学会 (ESTRO23)

2004年10月24日から28日にオランダアムステルダムのRAI国際見本市で開催された第23回欧州放射線腫瘍学会 (ESTRO23) に聴講参加しました。この学会は、放射線治療分野でも米国で開催されるASTROに次いで欧州では最大のもです。毎年ヨーロッパのいずれかの都市で開催され、因みに次回はフランスのパリで開催が決まっております。学会には、欧州に限らず世界各国から集まり勿論日本からも演題の発表がありました。口頭発表は209題、ポスター発表は931題と多彩な内容で開催中どんなに頑張っても一部の発表しか見ることができず、もう少し時間が欲しいというのが実感でした。

本学会で特に印象に残ったものは、最新技術を用いた放射線治療技術とその線量評価(測定)方法及びQA・QCがあります。

放射線治療における治療技術の発展により、放射線の線量測定技術においても新しい要求を満たすために改良が必要となってきました。また、新しい技術の応用として呼吸サイクルの特定の部分に合わせ照射が行われる放射線治療や、非常に小さなビーム(通常サイズの線量計では測定が不可)による定位放射線治療(SRT)があります。更には、

ビームのサイズを急速に変化させて治療を行うDynamic IMRTまたは、Dynamic Wedgesを用いたダイナミック放射線治療には驚かされました。まだ日本ではごく限られた施設でしか行われていません。しかしこれらの技術を導入するには最新の治療装置の導入は勿論のこと、その線量評価のための線量計及びファントム、さらには線量分布を計算する治療計画装置などほとんど全て最新のものを導入することが要求されてきます。すなわち、膨大なコストは当然ですが、問題はスペシャリストの人材の確保だといえます。日本のように医師と診療放射線技師で治療を行うのではなく、欧米のように医学物理士や治療計画士といった高度に専門化したスタッフを育成し難しい治療計画や検証が困難な最新治療に対応して行くことが望ましいと感じました。

機器展示場では、加速器をCTのように回転させてヘリカル照射を行うと同時に高エネルギーX線でCT画像化してしまうTomotherapyという画像利用放射線治療システムが注目を集めていました。

ナイメーヘン大学医療センター

ここの放射線治療の特徴は、ナイメーヘン大学及び各種研究施設が併設され病院も診療科毎に建物があるといった大規模な総合施設です。放射線治療装置は4台設置され各々1日の照射件数が約40～70人、合計で200人、年間患者数は約2,000



人と非常に規模の大きな病院でした。この施設に於ける治療部位別で言うと、1位は前立腺がん、2位は乳がん、3位は頭頸部のがん、それ以下は肺がん、直腸がんと続きます。また、スタッフについても、日本と異なり医学物理士の数が圧倒的に多く研修中のスタッフも含め医師16名に対し、医学物理士7名、放射線技師6名、放射線生物学者10名、その他のスタッフは40名と業務内容が各専門分野ごとに細分化されていました。

放射線治療装置も新しく2002年から2004年まで毎年機器が更新されこれら3台のリニアックと2005年6月に機器更新される予定のリニアックが1台と合計4台のリニアックで構成されています。それぞれの装置には、Theraview NT system社の位置照合システムであるEPIDが搭載されており、これらの装置とCT-simやシミュレータ等の機器はすべてDICOM形式でホストコンピュータサーバーに接続されていました。また、治療計画装置にはPinnacle systemが採用されています。

当施設で研修を行った主な項目に、最新の技術として注目されている強度変調放射線治療(Intensity Modulated Radiation Therapy : IMRT)を用いた前立腺がんへの応用について紹介します。欧米ではすでに、前立腺がんに対する放射線治療成績は手術とほぼ同等であると認識されています。患者には、あらかじめ4本のゴールドマーカを前立腺部に刺入し、このとき正面、側面像において互いに重ならないように配置します。治療計画画像

はCT、MRI、PET等といった各種モダリティを使用します。CTの場合には直腸バルーンを用いて前立腺を直腸から押さえて行い、MRIの場合には直腸用コイルを用いて撮像し、CTの画像とMRIの画像を互いに融合(fusion)させて治療計画に利用していました。実際の治療現場では、定期的にEPIDを用いて治療計画画像と照射画像を確認し、コンピュータ上でゴールドマーカの位置を選択することにより、どのくらいの誤差があるのかその場でチェック・修正を行っていました。

その他、IMRTにおけるQAについての実験も一緒に行うことができました。

日本では診察・治療計画・線量分布作成・投薬・指示など全て医者の仕事ですが、欧州の放射線治療医は診察したら、治療計画も腫瘍の輪郭を囲むだけであり、あとの仕事は物理部門で医学物理士が線量分布作成等の処理を行い、さらに放射線技師が照射を行うようなシステムがとられていました。

スカンジトロニクス社及びIBA 本社

ストックホルムから電車で50分ぐらい北に位置したウプサラという街にスカンジトロニクス社及び親会社のIBA 本社があります。日本において唯一ここで製造されたレーストラック型マイクロトロン(MM50)が国立がんセンター中央病院に導入されています。今回訪問したときにはすでに組み立てが終わりビーム調整など最終チェックを



行うテスト段階の装置がありました。この装置は、中国に輸出される予定で、すでに中国では2台のMM50が稼働しているため、この装置が3台目に当たるそうです。開発中のMM50は1ガントリーシステムで大規模な場所を必要とせず、また装置自体もコンパクトに設計し直したものとなりました。

IBA 本社においてはサイクロトロンや陽子線治療、各種測定機器の開発の様子を見学させていただきました。

カロリンスカ病院

ストックホルムにあるカロリンスカ病院では、合計8台の治療装置があります。しかし、今回研修及び実習をさせていただいたのはマイクロトロンMM50の装置がある治療室のみでした。この装置は1991年に導入され、現在この装置は50MVのX線専用の治療装置となっていました。治療対象は骨盤部であり、前立腺がんの治療が主なものとなっています。照射方法は、50MVのX線4門照射（前後・左右対向）、250MU/min、1回2Gy、週5回、全25回、トータル線量50Gyで治療を行っていました。グラフィの撮影は、50MVのX線でオープン・フィールドは使用せず正面は2MU、側面は4MUで行っていました。

治療に使用する固定具も、一人一人ボディースェルで両足を固定するものであり、非常に精度がよく、またポジショニングも容易に行うことが

できました。

1日の患者数については約30人であり、1人10分の予約枠で8:30治療開始、待合室も完全予約制なので非常に空いており落ち着いた雰囲気が感じられました。当装置の担当技師はすべて女性で3人の放射線技師で行っていました。治療室内は大変明るく素敵な音楽が流れており、落ち着いて治療が行えるように壁の飾りなども工夫がなされていました。

おわりに

わずか2週間の研修でしたが海外で何を学ぶかは人それぞれと思いますが、私の場合は放射線治療というテーマでオランダとスウェーデンを訪問することができ、外から日本を見る機会を得たことで、自分なりの世界観を構築できたことが大きな収穫であると思っています。

今回の研修にあたり、ESTRO23に参加することができ有意義な勉強ができたこと、ナイメーヘン大学医療センターおよびカロリンスカ病院に於いて密度の高い研修プログラム及び実際の医療に携わることができたこと、IBA社では最新の放射線治療装置開発現場を見学させていただいたことに、この場を借りてお礼申し上げます。また、今回の研修の機会を与えてくださった財団法人がん研究振興財団の皆様にも心より感謝いたします。

(むらいし やすのぶ)



Karolinska hospital / 05.Nov.2004

◆ RADIUMHEMMET

◆ MM50



ヒストンアセチル化による癌細胞の放射線感受性亢進を目指して

札幌医科大学大学院 遺伝子診断医学科

内科学第一講座 助教授

安達 正晃

はじめに

ヒストン脱アセチル化酵素 (HDAC) 阻害効果を持つ酪酸 (butyrate) やトリコスタチン (TSA) などの低分子化合物が、ヒストンアセチル化を惹起し、分化誘導やアポトーシス誘導を促すことは、かなり以前から知られておりました。筆者らは5年程前に、この両者のHDAC阻害剤が、成人T細胞白血病細胞に対してIL-2に対するシグナルを抑制し、アポトーシスに陥らせることを証明しました¹⁾。しかし、これらのHDAC阻害剤単独により強い抗癌作用を示しますが、同時に正常細胞への影響も出現することから、単独では実際に癌治療の主役となることは困難であろうと考えておりました。しかし、近年さらに特異的なHDAC阻害剤が次々と見出されてきて、筆者らもこれらを入手し、実験を繰り返しているうちに3年程前に放射線との併用効果に気づいたわけです。本解説においては、筆者らの仕事を含め、HDAC阻害剤を用いた放射線感受性亢進の最新の情報を簡単にご説明したいと思います。

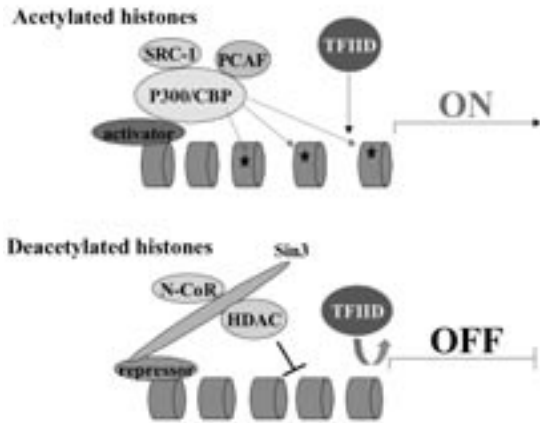
I ヒストンアセチル化によって生じること

ヒストンがアセチル化を起こすとコンパクトに凝集していたクロマチン (ヒストンとDNAを含めた複合体) が緩められます。緩められたことによって、そこに様々な蛋白が結合できるようになります。したがって、ある遺伝子のプロモーター領域のヒストンが緩むとプロモーター蛋白が結合



しやすくなり、その遺伝子の発現スイッチがONになることが知られています [図1]。ところが、プロモーターのヒストンがアセチル化された遺伝子がすべてONになるわけではありません。癌と正常細胞でもONになる遺伝子群が異なりますし、組織によってもONになる遺伝子集団が変わってきます。この理由の一つにDNAメチル化という現象が関わっていることが推測されます。つまりメチル化されている遺伝子はいくらヒストンがアセチル化されてもONになりにくいのです。癌細胞では、多くの遺伝子において異常メチル化が起こっていることが知られており、これが癌と正常細胞におけるHDAC阻害剤の反応性の違いに関わっているものと思われます。それから、もう一

図 1



つの調節機構としてヒストンメチル化という現象も知られています。DNA 以外にもメチル化は起こっており、ヒストン H3 の K9 (9 番目のリジン残基) や K27 がメチル化されているとヒストンのアセチル化による生物反応が阻害されることが判ってきております²⁾。したがって、これらのことが HDAC 阻害剤添加後の細胞内で生じ、その総和が最終的な生物反応として表出してくるわけです。

さらに話を複雑にしていることは、ヒストンのみならず、様々な転写因子もアセチル化して、遺伝子発現を調節しています。有名なのは p53 蛋白のアセチル化が知られています。p53 蛋白の C 末端近くの K320、K373 などがアセチル化されるとその転写活性が亢進することが判明しております³⁾。

II HDAC 阻害剤とは

HDAC 阻害剤はその構造から大きく 4 つに分類されます。TSA に代表される Hydroxamic acid, butyrate に代表される Short-chain fatty acid, Depsipeptide に代表される cyclin tetrapeptide, MS-275 に代表される Benzamide です。既に、butyrate や depsipeptide などは、米国にて治験中であり、その有効性は多に期待されております。これらの HDAC 阻害剤は、これまでに発見されている 11 種類の HDAC を概ね同様に阻害しますが、一部の HDAC は抑制されないことなど、感受性が大きく異なっていることが次第に明らかになってきました。したがって、特定の HDAC のみを阻害する化合物が将来発見される可能性が

あり、今後この分野はますます発展するものと期待されます。

III アポトーシスの増強

HDAC 阻害剤によってアポトーシスが惹起されますが、ヒストンアセチル化とアポトーシスの関係ははっきりしていません。前述したようにヒストンアセチル化や転写因子のアセチル化によって特定の遺伝子群の発現が ON になるわけですから、この遺伝子群のなかにアポトーシスを惹起するようなものがあるかと想像されるわけです。筆者らは、このなかで二つの BH3-only 蛋白、Bim および Bmf が重要であることを見出しました^{4, 5)}。他の研究者は、Ku70 のアセチル化が Bax の活性化と関係するという新しい機能調節を証明しており注目すべき結果です⁶⁾。その他にもゲルゾリンの発現誘導が重要だという報告もあります。

いずれにせよアポトーシス関連蛋白の発現もしくは活性化が HDAC 阻害剤によって生ずることは極めて重要な発見と思われます。

IV DNA 損傷の増強

では、放射線感受性の亢進においては、HDAC 阻害剤はどのように作用するのでしょうか？ 無論、上述したアポトーシス関連蛋白の発現上昇は、相加的に作用し感受性を亢進させるものと期待されます。しかし、単独では細胞死を惹起しないほどの低濃度の HDAC 阻害剤を添加した場合、遺伝子発現亢進も顕著ではありません。このため、他の機序が関わっている可能性が考えられます。事実、クロマチン構造の弛緩している領域の DNA は、放射線照射によって傷害を受けやすいという報告があります。HDAC 阻害剤に暴露したヒストンでは、遺伝子転写を ON しないまでも、アセチル化により、クロマチンが弛緩し、DNA が放射線照射に対し暴露されやすくなることが想像されます。そこで、筆者らは、HDAC 阻害剤によって放射線照射後の DNA 損傷への影響を調べておりまして、既にある種の細胞株では、HDAC 阻害剤が DNA 損傷を増加させていることを明らかにしつつあります。このことは、低濃度の HDAC 阻害剤単独では、明らかな効果がない

写真 1



前列右：張先生

場合でも放射線と併用させると極めて有効となりうることを示唆しており、臨床的に重要な意味を持つ結果と思われま

V DNA 損傷の修復能の低下

一方、DNA 損傷後の修復が抑制、もしくは遅延することも考えられます。最近、HDAC 阻害剤の一つ MS-275 が放射線感受性を亢進させ、この際 DNA 損傷後の修復が阻害されていることが判明致しました⁷⁾。その詳細な分子機構は未だ不明ですが、少なくとも細胞分裂への影響やアポトーシス誘導能とは関連していないという結果から、これまででない HDAC 阻害剤の作用が関わっているものと思われま

謝辞：国立がんセンター生化学部においてリ

サーチレジデントとして約3年間、研究者としての基盤を築かせて頂いたことが筆者の現在を支えていると思います。特にがん研究振興財団の皆様に対しここで改めて感謝申し上げます。最後になりましたが、一緒に仕事をした大学院生、研究員（特にハルピン医科大学からいらした張先生：写真1右前）に感謝致します。（あだち まさあき）

参考文献

- 1) Koyama Y, Adachi M, Sekiya M, Takekawa M, Imai K. Histone deacetylase inhibitors suppress IL-2-mediated gene expression prior to induction of apoptosis. *Blood*. 2000; 96:1490-1495.
- 2) Paula S. Espino, Bojan Drobnic, Katherine L. Dunn, James R. Davie. Histone modifications as a platform for cancer therapy. *J Cell Biochem*. 2005; 94:1088-1102.
- 3) Bode AM, Dong Z. Post-translational modification of p53 in tumorigenesis. *Nat Rev Cancer*. 2004; 4:793-805.
- 4) Zhang Y, Adachi M, Zhao X, Kawamura R, Imai K. Histone deacetylase inhibitors FK228, N-(2-aminophenyl)-4-[N-(pyridin-3-yl-methoxycarbonyl)amino- methyl]benzamide and m-carboxycinnamic acid bis-hydroxamide augment radiation-induced cell death in gastrointestinal adenocarcinoma cells. *Int J Cancer*. 2004 110:301-308.
- 5) Zhang Y, Adachi M, Kawamura R, Imai K. Bmf is a possible mediator in histone deacetylase inhibitors FK228 and CBHA-induced apoptosis. *Cell Death Diff in press*.
- 6) Cohen HY, Lavu S, Bitterman KJ, Hekking B, Imahiyerobo TA, Miller C, Frye R, Ploegh H, Kessler BM, Sinclair DA. Acetylation of the C terminus of Ku70 by CBP and PCAF controls Bax-mediated apoptosis. *Mol Cell*. 2004;13:627-638.
- 7) Camphausen K, Burgan W, Cerra M, Oswald KA, Trepel JB, Lee MJ, Tofilon PJ. Enhanced radiation-induced cell killing and prolongation of gammaH2AX foci expression by the histone deacetylase inhibitor MS-275. *Cancer Res*. 2004; 64:316-321.

QOL と医療連携—ソーシャルワーカーの立場から— QOL and the medical linkage

国立がんセンター中央病院
医療連携室／患者・家族相談室
ソーシャルワーカー 大松 重宏

はじめに

2002年4月から診療報酬として「外来化学療法加算」が加算され、外来での治療が増加していくことは明らかである。現在、国立がんセンター中央病院における外来での化学療法は、1日あたり約80人から100人である。それに伴い、「がんに対して、これ以上積極的な治療ができない」という告知が外来時にもなされるようになった。当院には緩和ケア病棟がないため、このような場合患者・家族が納得し自己決定できるようにサポートした上で、十分なケアが確保された緩和ケア目的の医療連携をする必要があるが、これは容易なことではない。患者の病状とその変化、ニーズ、患者・家族の社会的条件等を十分に評価し、それぞれに適したケアを包括的に組み合わせていく柔軟性が重要であり、それは地域との医療連携なくしてはありえない。¹⁾

そこで地域との医療連携をがん患者・家族のサポートのひとつと考え、より高いQOLを保障するためのシステムとしての当院ソーシャルワーカーの取り組みを報告する。

[1] がん医療における医療連携の課題

当院医療連携室の主要業務の一つは、継続医療等の医療機関に関する情報提供を医療スタッフに行うことである。提供情報の60%は緩和ケア・ホスピスについてである。

そこで当室は2001年に緩和ケア・ホスピス病棟を持つ病院を対象に「当院から緩和ケア専門施設への移行時の課題」についてアンケート調査を行った。その結果から、①緩和ケア病院の機能説明が不十分、②見捨てられ感を持つでの外来受診、

③積極的な治療への望みを持っている、④将来予想される症状について説明が不十分、といった課題、つまり当院の関わり方の不十分さが指摘された。その他、実務的なレベルでの情報提供が患者・家族に不足していること（入院待機期間や入院費など）も明らかになった。化学療法を中心とした治療の外来化により、外来受診時に「当院ではこれ以上の積極的な治療ができない」と、緩和ケアへの移行を告知されるケースの増加によって、上記の種々の課題が生まれたのである。

入院患者に比べ外来患者はサポートが手薄になりがちであるから、患者・家族は、大きな危機的状況に陥る。(図1)そこで、この危機的状況に、単に情報を提供するだけでなく、継続医療を確保するまでの間、ソーシャルワーカーが積極的に関わり緩和ケア移行への相談援助を行う必要があると判断した。

図1 緩和ケア移行時の危機



[2] 医療連携と患者・家族への援助

1 医療スタッフに理解してもらうために

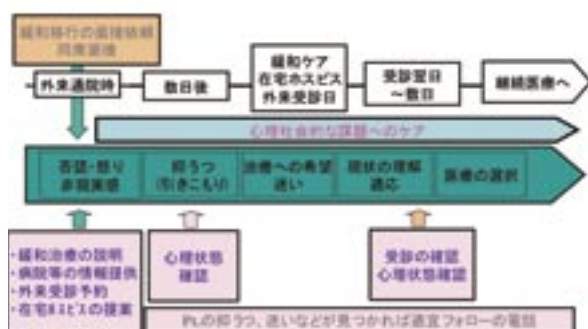
医療連携において、患者・家族のニーズの尊重、QOLを高める援助と言っても医療スタッフがそのことを理解しなければ意味がない。そこで院

内スタッフ向けに、より質の高い医療連携をするためにソーシャルワーカーの役割についての広報を行った。具体的には、地域の緩和ケア・ホスピスについて情報提供以外に、ソーシャルワーカーが援助できることとして、①緩和ケア専門病院の機能や各病院の特色の説明、②在宅ホスピスを可能にするコーディネート、③告知を受けた患者・家族が気持ちの整理をする際に精神的サポート、そして何よりも重要なことは、④地域での継続医療が確保されるまでの間、患者・家族の相談相手として関わること、以上を提案した。つまり、緩和ケア専門施設への移行という担当医にとって時間や労力が必要な時期に、その一端をソーシャルワーカーも担えることを継続的に啓蒙した。

2 告知を受けた患者・家族への具体的援助

上記でも述べたように、外来で治療し、その効果がなければ、治療の中止がその外来で告知されることがある。その際、担当医からの、例えば、「治療を終了したが、今後、どこに生活の基盤を置くのか、在宅で療養するのか、また入院を希望するのか、患者・家族と話し合って決めて欲しい」という依頼を、ソーシャルワーカーとして優先順位の高い援助として位置づけた。具体的には、短期の面接や自宅への電話によって、以下のようなプログラムで援助している。(図2)

図2 継続医療につなげるまでの援助内容



①心理的接触をはかる：まず、外来受診時という限られた時間の中で、「これ以上積極的な治療が出来ない」と告知された患者・家族の気持ちを受容・傾聴する。特に、非現実感や否認や怒りには十分に配慮する。また、当室ソーシャルワーカーがいつでも援助することを伝える。「これでおしまい」と突然病院から離れてしまうのではなく、

少しずつ離れていく間、心理社会面のサポートをソーシャルワーカーが（外来看護師等の協力のもと）行う。これによって患者は病院から見捨てられた感じを持たずに、少しずつ告知を理解し納得していく。ソーシャルワーカーは患者や家族のために病院へのつながりとして常に存在していることを、機会あるごとに伝える。²⁾

②危機の程度を知る（アセスメント）：危機の程度が大きいと思われる場合には担当医に報告し精神科受診をすすめる。患者・家族の了承のもと、自宅に連絡をし、告知された後の精神状態を把握する。特に、告知を受けた後の数日の間に、心理的接触が重要である。

③援助計画の立案：その危機状況や環境・能力・希望に応じ、緩和ケア病院への入院や外来通院、在宅ホスピスのための往診医や訪問看護ステーションと緊急時対応病院等の選択肢を提案する。

④目標の設置と実行：期限を決めて実行可能な目標を立てる。例えば、緩和ケアの告知直後で気持ちの整理のつかない場合には緩和ケア病院の資料を渡し、次回外来受診時までには検討してもらう、患者・家族だけで次のステップを踏むことが困難である場合には、ソーシャルワーカーと一緒に緩和ケア外来の予約を入れる。その他、在宅を希望する場合でも、患者の病状、全身状態、家族の介護力等を十分に評価し、緊急入院が可能な医療機関や、在宅が不可能になった場合に入院できる緩和ケア専門施設やその他の医療機関も調整する。つまり、患者を中心にした医療連携をコーディネートするのがソーシャルワーカーの大きな役割である。³⁾

⑤フォローアップ：目標実行後、患者・家族がどのような精神状態にあるか確認する他、患者・家族に緩和ケア受診への迷いや積極的治療への期待、治療が出来ないことによる抑うつがみられないか、自宅に連絡をし、告知された後の生活状況を把握しサポートする。継続医療機関が確保された後も、こちらから連絡を一度は入れ現状の把握に努める。⁴⁾

3 がん治療チームの一人としての

ソーシャルワーカー

当室はこのような援助プログラムを通じ、当院

でがんに対する積極的な治療が出来ない場合でも患者・家族には複数の選択肢があることを伝え、よりよい継続医療を確保するとともに、患者・家族の今後の生活を一緒に考えることを提案する。例えば、この状況を子供にどう伝えるか、仕事をどうするか、残された家族は生活できるのか等、生活課題を整理し解決できるように解決志向型のカウンセリングを行う。

[3] 医療連携する緩和ケア・ホスピス、

在宅ホスピスとは

一口に緩和ケア・ホスピスと言っても、その形態はさまざまである。たとえば、①入院によるターミナルケアを専門とする医療機関、②外来でフォローも出来るし従来のように入院対応（緊急も含め）可能な医療機関、③入院が必要な際には応じるが基本は在宅支援とし在宅ケアユニットを持つ医療機関等がある。また、④緩和ケア・ホスピスを標榜していないが、またそのことによって診療報酬の定額制にとらわれなく患者・家族のニーズを取り入れ、緩和ケアを提供しようとする医療機関などもある。

最近では、在宅ホスピスに関する情報が充実してきた。たとえば、首都圏を中心に、外来を実施しない往診だけのクリニック、地域の数カ所の診療所がグループ化して行う在宅医療システム、また在宅ホスピスの支援を主な役割とするクリニックなどがある。しかし、地域差が大きく、まだ十分に在宅ホスピスが普及しているとは言えない。⁵⁾

また、入院による緩和ケア・ホスピスケアか、在宅緩和ケアかという二者択一だけで考えることには限界がある。今後は、このような地域の診療所や中核病院とがん専門病院とが「がん」という疾患別地域医療連携という新たな展開を模索していかなければならない。

(実際に各診療科から依頼があった医療連携を図3に示す)

おわりに

当院が目指す医療連携は、患者を主体とした取り組みである。そのために医療の中に社会福祉を専門とするソーシャルワーカーを配置し心理社会

図3 診療科別依頼内容 2003年度

	消化管内科	肝胆膵内科	呼吸器内科	乳腺内科
緩和ケアホスピス	174 (62.8%)	136 (75.1%)	107 (54.9%)	113 (76.9%)
往診医・訪問看護ステーション	26 (9.4%)	8 (4.4%)	6 (3.1%)	17 (11.6%)
緊急時対応先	42 (15.2%)	16 (8.8%)	61 (31.3%)	3 (2.0%)
リハビリ療養	3 (1.0%)	1 (0.6%)	3 (1.5%)	5 (3.4%)
がん治療以外	32 (11.6%)	20 (11.1%)	18 (9.2%)	9 (6.1%)
合計	277 (100.0%)	181 (100.0%)	195 (100.0%)	147 (100.0%)

的側面にも配慮した。この生活の視点から医療連携を行うことによって、患者と家族が残された大切な時間を有意義に過ごせる環境を整備することを援助している。QOLに配慮した医療連携である。

2003年4月から包括評価制度(DPC)が導入された。限られた医療資本を効率よく投資し、また効率よく治療していくことを目的とし、その結果として、従来の出来高払い方式ではできなかった医療の質の評価を狙ったものである。そのことを考えると、より高度ながん治療が出来たとしても、医療連携そのものが、患者サービスの観点から、患者・家族のニーズにあったより質の高いものでなければ、医療の質が劣ると評価されるのである。

(おおまつ しげひろ)

- 1) 21世紀の医療連携の展望と課題 武藤 正樹
看護管理 Vol.11 No.9 658-663 2001
- 2) ギアチェンジャーがんに対する治療から緩和ケアへ
志真 泰夫 ホスピスケア Vol.13 No.1 1-17 2002
- 3) がん専門病院における医療連携 大松 重宏
がん患者と対症療法 Vol.13 No.2 2002
- 4) 治療を自己決定したがん患者の「決定後の思い」
古宇田 香 新藤 悦子 臨床死生学 7 26-32 2002
- 5) 在宅ホスピスケアの普及を妨げる要因 蘆野 吉和
癌と化学療法 29 (Suppl. III) 443-449 2002

肝がん Q&A

国立がんセンター中央病院 肝・膵臓科
医長 奥坂 拓志

Q1 肝がんとはどのような病気ですか。

肝がんは原発性と転移性に大別されます。そして原発性肝がんは肝細胞がんと肝内胆管細胞がんに分けられます。一般的に肝がんとは肝細胞がんをさし、転移性肝がんや肝内胆管がんとは病態、治療方針が大きく異なります。肝細胞がん(以下肝がん)は年間約3万5千人の方が亡くなり、年々増加の傾向があります。男性に多く女性の約2.5倍ですが女性の肝がんにかかる人が増加しています。臓器別死亡者数から見ると肝がんは男性で第

3位、女性で第5位に位置しています。

肝がんは肝炎ウイルスの持続感染にもとづく慢性肝炎、肝硬変から高頻度に発生します。特に日本では肝がん患者さんの約70%がC型肝炎ウイルス陽性、20%の患者さんがB型肝炎ウイルス陽性の患者さんです。肝硬変から発生した肝がんの術中写真をお示しいたします。背景の肝臓は肝硬変となり凹凸が認められます。表面に突出した腫瘍が膨張性に発育した肝がんです。(図1)

診断時の年齢ではC型肝炎からの肝がん発生は60～70歳代に多い傾向があり、C型肝炎では

図1 肝がんの術中所見



図2 ヘリカルCT



徐々に肝炎から肝硬変に肝機能が悪化するにつれ肝がんが発生しやすくなるといわれています。B型肝炎からは50歳以下の若い方に多い傾向があります。両ウイルス非感染者に比べるとC型肝炎感染者は約500倍、B型肝炎感染者は約100倍も肝がん発生率が高く、肝がん発生の危険群といえることができます。

Q2 肝がんの診断法を教えてください。

日本の肝がん患者の約70%がC型肝炎ウイルスで約20%がB型肝炎ウイルスに感染していると言われています。すなわち、肝がん患者の90%以上が肝炎ウイルスに感染をすることになります。肝がんの早期発見には肝炎ウイルス感染患者の定期的スクリーニングが必要です。定期的スクリーニングとして腫瘍マーカー(AFP： α -fetoprotein、PIVKA II：protein-induced by vitamin K absence or antagonist)・一般肝機能検査と画像診断検査(超音波検査・CT検査)があり、肝がんの確定診断するためにMRI検査・血管造影検査・超音波ガイド下腫瘍生検があります。肝がんの画像診断は外来でも行

える超音波検査・CT検査・MRI検査と入院を要する血管造影検査に分けられます。また超音波ガイド下腫瘍生検も入院が必要です。

超音波検査は肝動脈・門脈・胆管・肝静脈などの肝内構造と腫瘍の関係を確認することができ肝がんの定期的スクリーニングから確定診断まで幅広く用いられています。CT検査は被検者を移動させながら検査し、画像情報を連続的に撮影するヘリカルCT装置の普及で、短時間でより詳細な情報が得られるようになりました(図2)。肝がんのCT検査では造影剤を静脈から注入しながら繰り返し肝臓を撮影する必要があります。しかし、造影剤には副作用が出現することがあり、造影剤副作用歴やアレルギー歴のある方は、注意が必要です。MRI検査とは強く均一な磁場の中で人体の断層像を得る診断方法です。撮影原理はCTと異なるためCTと相補的な情報が得られますが、磁場を用いるため患者制限があります。血管造影検査は肝臓に分布する血管に造影剤を注入して肝がんを探す検査です。一般に肝がんは血管に富み濃染として認識されます。肝がんの中には濃染がはっきりしないものもありますが、血管造影検査とCT検査を組み合わせることで、

診断精度が向上します。肝がんの発生を疑う場合は、(1)腫瘍マーカーの経時的上昇(2)超音波検査・CT検査での腫瘍性病変の検出があります。(1)の場合超音波検査・CT検査を追加し、(2)の場合精密検査(MRI検査・血管造影検査・必要があれば超音波ガイド下腫瘍生検)が必要となります。

Q3 肝がんの治療には どのようなものがありますか

肝がんの治療は、切除、穿刺療法(ここでは経皮的エタノール注入療法、ラジオ波焼灼療法など、身体の外から針を刺して行う治療を一括して穿刺療法としてまとめます)、肝動脈塞栓術が三大治療法として行なわれています(後述)。この他に、放射線療法や化学療法(抗がん剤投与)があり、また、最近では肝移植が治療の1つのoptionとして行われる場合もあります。それぞれの治療に長所・短所があり、一概に優劣をつけることはできません。治療法の選択に際しては、がんの進行度や肝機能の状態などの条件を十分考慮した上で選択されます。また、肝がんは再発することも多く、実際は、これらの治療法を組み合わせ、集学的に治療が行われています。

Q4 肝がんに対する外科治療は どのような治療ですか。

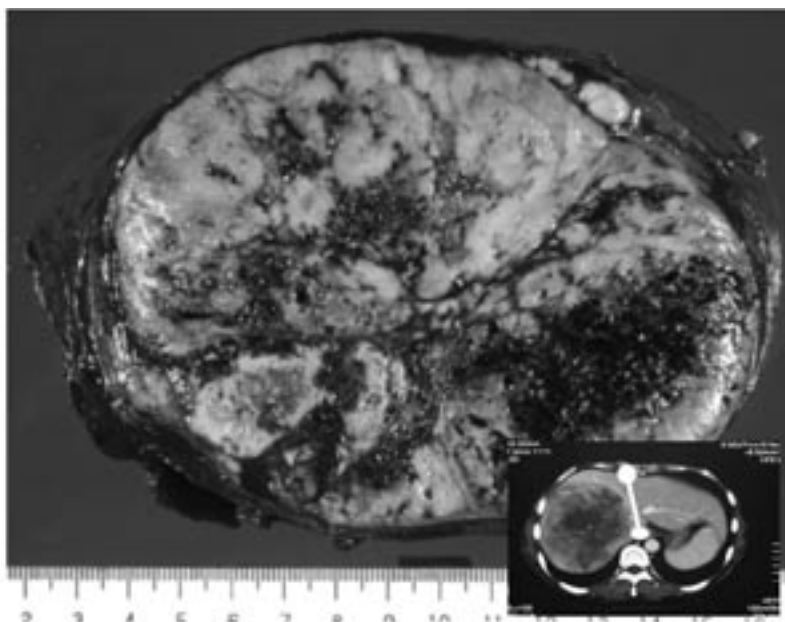
肝臓は肺や腎と異なり、ひとつしかありません。ですから肝移植を除けば肝切除とは、残る肝臓が十分機能する肝重量を考慮して、がん病巣を確実に取り除く治療法です。がんセンター肝胆膵外科グループでは剣状突起から、臍上部へ逆L字の皮膚切開を置いて大きく開腹します。図で肝切除の説明をいたします。肝臓はCTの白線で右葉と左葉に分けられます。肝右葉に大きな肝がんがありますので白線に沿って肝臓の右側を切除します。この手術は右葉切除と申しますが、大きな肝臓がんはきれいに切除されています。このような大きな肝臓がんに対して手術療法が適応となります。手術後に残った左葉が十分機能して肝不全にならないよう手術前にきちんと評価することが重要です。

外科治療の対象となる肝がんの患者さんは以下のとおりと考えてよいでしょう。

- ① 患者さんの肝機能が良好であること。
- ② 2cm以上の比較的大きい肝臓がん。
- ③ 肝がんの病巣が2～3個程度であること。
- ④ 肝がんが脈管(門脈、静脈、胆管)に進展している場合。

専門病院で標準的な肝切除を行った場合は術後10日から14日間で退院することができます。

図3 切除された大型肝がん



Q5 肝がんに対する穿刺療法とは どのような治療でしょうか

穿刺療法とは、身体の外から針を刺して行う治療を一括した総称で、エタノール注入療法、ラジオ波焼灼療法などがあります。がんに対して直接アルコールを注入したり、焼灼したりするため、治療効果が高く、また比較的手軽に行うことができ、身体に与える副作用が少なく、短期間で社会復帰できるという特徴があります。穿刺療法の適応は、一般にがんの大きさは3cmより小さく、がんの個数は3個以下とされています。

(1) エタノール注入療法

エタノール注入療法とは、100%エタノールを肝がんの部分へ注射して、アルコールの化学作用によりがん組織を死滅させる治療法です。超音波検査でがんの正確な場所にねらいをつけて注射をします。一般に、この治療を週に1～2回、計4～6回行って、がんを治療します。

(2) ラジオ波焼灼療法 (図4)

ラジオ波用の特殊な針を体外から肝がんを穿刺し通電することで、その針の先端部分から摂氏100度程度の熱を発生させ、がんを焼灼する治療法です。1回の治療で、約3cmの腫瘍を焼灼することが出来るのが特徴です。エタノール注入療法と比べて、少ない治療回数で治療が可能です。しかし、がんが心臓や消化管などの他臓器が近傍に位置するため安全に治療できない場合などは、ラジオ波焼灼療法を行わず、エタノール注入療

法などで治療することもあります。

Q6 肝がんに対する経動脈治療法は どのような治療でしょうか

一般に臓器は動脈から栄養をもらいます。一方、肝臓は他臓器と同様に肝動脈から栄養を受けるほかに消化管からでてくる血流を集めた門脈という血管からも栄養を受けている特殊な構造をしています。肝がんではほとんど肝動脈からのみ栄養を受けています。(周囲正常肝臓は肝動脈と門脈の両方から栄養を受けています。)経動脈の治療ではこの特殊性を利用して肝臓だけを標的として抗がん剤を投与します。すなわち周囲正常肝臓に流入する抗がん剤濃度は門脈血も流入するため、肝動脈からのみ栄養を受けている肝がんより明らかに低くなります。全身に抗がん剤を投与する方法と比較して効果的に肝がんを高濃度の抗がん剤を投与できるとともに、副作用の発現を低下させることを意味します。進行した肝がんは肝血流が豊富で、阻血に弱い特性を持っています。末梢肝動脈を閉塞させることで肝がんを死滅させることを目的として抗がん剤投与の後に塞栓を加えることがあります。この治療は血管造影検査に引き続き行われます。また、血管造影検査にCT検査を組み合わせて治療する範囲を決め、効果判定を行うことで治療効果の向上と副作用の低下が期待できます。

図4左(治療前): 肝細胞がん(矢印)径2.0cmに対してラジオ波焼灼療法を1回施行



図4右(治療後): 同部位が十分に焼灼されていることが確認できた



Q7 肝がんに対する緩和治療とは どのような治療でしょうか？

緩和治療とはがんに伴う症状をできるかぎり和らげる治療のことです。緩和治療が特に必要なのは、肝がんの進行もしくは肝機能の悪化のためにこれ以上がんに対する治療が難しいと診断された方々です。このような方々ではがんの進行に伴って、腹水（むくみ）、黄疸、手足のふるえ、だるさ、痛み、などがあらわれることがあります。腹水やむくみに対しては利尿剤が広く使用されています。おなかに針を刺して腹水を抜く方法もありますが、栄養も同時に失われてしまうため苦痛が強い場合に限られます。黄疸の多くは肝機能の低下が原因なので取り除くことが困難ですが、黄疸の伴う痒みに関しては痒み止めが有効なことがあります。肝機能が低下すると手足のふるえや意識の低下など、肝性脳症と呼ばれる症状があらわれることがあります。肝不全用アミノ酸製剤や下剤などが使用されます。だるさや食欲低下は改善することが難しい症状ですが、少量のステロイドが有効なことがあります。肝がんは比較的痛みが少ないがんですが、必要に応じてモルヒネなどの痛み止めを使いできるだけ苦痛を取り除くようにします。

Q8 日常生活において 気をつけることはありますか

肝がんや肝硬変の進行により肝機能が低下すると、腹水の貯留、全身のむくみ、意識の混濁、黄疸などが出現します。疲労やストレス、便秘などはこれらの症状を助長しますので注意が必要です。食道静脈瘤は肝硬変の患者さんに合併しやすく、突然の出血を起こすことがありますので、定期的に内視鏡検査を受けてください。

肝がんの多くの患者さんは、肝炎ウイルスに感染していますので、他の人に感染しないよう気をつける必要があります。

- 1) 血液や分泌物がついたものは、しっかりとくるんで捨てるか、流水でよく流しましょう。
- 2) 傷、皮膚炎、あるいは鼻血などはできるだけ自分で手当てしましょう。手当てを受ける場合は、手当てをする人が血液や分泌物を

つけないように注意を促しましょう。

- 3) カミソリ、歯ブラシなどの日用品は専用にし、他人との貸し借りはしないようにしましょう。
- 4) 乳幼児に、口移しで食物を与えないようにしましょう。
- 5) トイレの後は流水で手を洗いましょう。
- 6) 献血はしないようにしましょう。

ご本人以外のご家族の方が肝炎ウイルスに感染している可能性もありますので、家族全員が検診をうけて、感染の有無を確認しておくことも大切です。

（おくさか たくじ）



「第3次対がん10か年総合戦略」支援事業 ～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～

我が国のがんによる死亡は、昭和56年に、死亡原因の第1位となり、以後も増加の一途を辿っているため、その対策が緊急に求められていました。

その対策の一つとして、昭和59年度（1984年）より平成5年度（1993年）までの10年間にわたり、がん対策関係閣僚会議の下で、厚生省・文部省・科学技術庁（現 厚生労働省・文部科学省）の共同事業として「対がん10カ年総合戦略」が推進されました。

平成6年度（1994年）からも引続いて「がん克服新10か年戦略」を立ち上げ、その研究成果をふまえて平成16年度から「第3次対がん10か年総合戦略」がスタートしました。

〈第3次対がん10か年総合戦略の戦略目標〉

- (1) 進展が目覚ましい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る。
- (2) 基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する。
- (3) 革新的ながんの予防、診断、治療法を開発する。
- (4) がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる。
- (5) 全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る。

この戦略目標を達成するため、がんの罹患率と死亡率の激減を目指し、以下のような分野の研究を重点的に推進しています。

- (1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
- (2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
- (3) 革新的な予防法の開発
- (4) 革新的な診断・治療法の開発

- (5) がんの実態把握とがん情報・診療技術の発信・普及

この戦略の遂行により、がん制圧に向けて大きく前進することが期待されます。

がん研究振興財団としましては、「第3次対がん10か年総合戦略」の一翼を担い、若手がん研究者の育成、国際研究協力の推進、国民に対するがん予防の普及啓発など、がん研究を支援する諸事業に積極的に取り組んでいるところです。



1 第3次対がん10か年総合戦略推進事業（国庫補助事業）

(1) 外国人研究者招へい事業

外国の第一線のがん研究者を招へいし、我が国の研究者と国際共同研究を行っている。

その実績は次のとおり。

(単位 人)

国名	1984~1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	小計	2004	計
アメリカ	141	5	6	7	10	21	9	12	10	8	7	95	7	243
イギリス	26	1	2	5	4	6	5	4	3	3	1	34	4	64
ドイツ	35	1	1	2	1	4	0	1	0	1	2	13	2	50
フランス	26	1	3	3	0	3	4	2	0	2	0	18	0	44
イタリア	19	1	1	4	3	1	0	3	0	0	2	15	0	34
スウェーデン	17	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	18
ポーランド	11	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	12
韓国	35	1	2	2	1	2	5	11	9	5	1	39	3	77
カナダ	7	0	1	0	0	0	3	2	0	0	0	6	0	13
デンマーク	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
フィンランド	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ブラジル	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
ハンガリー	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
タイ	10	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	0	13
スイス	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	5	0	7
ノルウェー	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
オランダ	3	5	4	0	0	0	1	1	0	0	0	11	0	14
トルコ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	6
オーストラリア	1	0	4	2	1	4	2	1	0	1	1	16	2	19
ロシア	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
エジプト	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
スペイン	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
イスラエル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	2
南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
中国	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	5	3	8
フィリピン	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	4	0	4
ニュージーランド	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2
ベトナム	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2
チェコ共和国	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
モンゴル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3
ウクライナ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
計	351	15	25	26	21	48	31	39	26	26	23	280	27	658

(注) 1984~1993は「対がん10か年総合戦略」、1994~2003は「がん克服新10か年戦略」、
2004~2013は「第3次対がん10か年総合戦略」で実績数値。
以下の表について同じ。

(2) 日本人研究者の外国への派遣事業

我が国のがん研究者を外国の大学・研究機関などに派遣し、外国の研究者とともにがん最前線の研究に取り組んでいる。その実績は次のとおり。

(単位 人)

国名	1984~1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	小計	2004	計
アメリカ	197	20	12	18	17	11	14	7	5	26	21	151	24	372
ドイツ	11	1	1	3	3	0	2	2	3	2	2	19	1	31
スウェーデン	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	7
フランス	14	2	4	2	3	8	5	6	0	2	1	33	2	49
イギリス	14	2	3	1	4	4	0	1	2	3	7	27	1	42
カナダ	6	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	4	1	11
オランダ	11	1	2	1	3	1	0	0	1	0	0	9	0	20
ベルギー	1	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	8	0	9
タイ	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	9
ブラジル	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
イタリア	4	0	2	2	0	0	1	1	1	1	2	10	2	16
オーストラリア	1	2	7	2	0	3	0	1	1	0	2	18	0	19
ノルウェー	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
フィンランド	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
オーストリア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
スイス	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	0	7
インド	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
ギリシャ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
ハンガリー	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
韓国	0	0	0	9	0	9	0	10	0	6	5	39	7	46
エジプト	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
コロンビア	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1	4
ベトナム	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	8	4	12
チェコ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	6
ロシア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	4
スペイン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
ニュージーランド	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	3
デンマーク	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
台湾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
中国	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
計	280	34	35	41	37	37	23	31	17	50	51	356	59	695

(3) 若手研究者の育成活用事業

我が国の若手研究者をリサーチ・レジデントとして採用し、国立がんセンター、国立感染症研究所等において研究に参画させ、将来のがん研究の中核となる人材を育成している。その実績は次のとおり。

(単位 人)

採用別	1984~1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	小計	2004	計
医学	345	38	48	52	59	65	71	69	64	61	59	586	59	990
歯学	9	1	3	2	3	3	1	1	0	4	5	23	4	36
理学	36	1	1	1	2	1	1	3	3	4	8	25	8	69
薬学	44	2	2	8	7	7	7	6	3	2	5	49	5	98
農学	19	0	3	2	3	1	1	2	2	3	2	19	4	42
その他	0	0	2	4	2	6	8	6	8	7	8	51	8	59
計	453	42	59	69	76	83	89	87	80	81	87	753	88	1,294

(4) 外国への研究委託事業

国内では実施の困難な研究などを、国際的に顕著な実績を有する外国の研究機関に委託している。その実績は次のとおり。

(単位 テーマ)

委託先	1984~1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	小計	2004	計
アメリカNCI	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	12
アメリカMSKCC他	21	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	24
スウェーデンFUS	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
アメリカCOVANCE	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	6
フランスIARC	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	13	0	13
計	42	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	24	0	66

2 国際がん研究シンポジウム及びがん予防展・講演会の開催事業

(日本自転車振興会補助事業)

対がん及びがん克服戦略プロジェクト研究の課題を中心として「国際シンポジウム」を開催し、内外の研究者が一堂に会して、最新の研究状況に基づいての研究発表及び情報の交換をすることで、研究推進の一層の向上を図っている。

また、がん予防の最新の情報を国民に広く伝えるため、がん予防展・がん予防講演会を開催している。予防展は、各都道府県等の協力を得て、地方の中核都市で実施しているが、会場には「がん相談コーナー」、また、パンフレットの配布等により親しみやすい雰囲気の中で多くの人々が参加している。

講演会は予防展に併せて開催しているが、がん研究者や著名な評論家等による講演内容は非常に分かり易いとの好評を得ている。その実績は次のとおり。

●国際がん研究シンポジウム

回数	年度	テーマ	参加者数(人)
1	1987	肺がんの基礎と臨床	155(うち外国人17)
2	1988	肝がんの基礎と臨床	163(" 18)
3	1989	多重がんの基礎と臨床	174(" 15)
4	1990	尿路性器がんの基礎と臨床	176(" 19)
5	1991	膵・胆道がんの基礎と臨床	202(" 15)
6	1992	食道がんの基礎と臨床	200(" 18)
7	1993	肺がんの基礎と臨床	224(" 24)
8	1994	大腸がんの基礎と臨床	207(" 23)
9	1995	脳腫瘍の基礎と臨床	220(" 22)
10	1996	頭頸部がんの基礎と臨床	180(" 20)
11	1997	胃がんの基礎と臨床	204(" 27)
12	1998	乳がんの基礎と臨床	188(" 21)
13	1999	がん検診 -過去・現状・未来-	198(" 14)
14	2000	がん性疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学 -現状と将来の展望-	185(" 14)
15	2001	血液腫瘍の診断と治療の最近の進歩	198(" 13)
16	2002	膵臓がんの基礎と臨床 -最近の進歩-	208(" 12)
17	2003	胃がんの基礎と臨床 -最近の進歩-	165(" 13)
18	2004	前立腺がんをめぐる課題と挑戦	189(" 12)

●がん予防展・講演会

年度	開催会場	参加者総数(人)
1987～1993	78都市	399,055
1994	神奈川県横浜市外12会場	35,669
1995	長野県長野市外10会場	35,412
1996	長野県飯田市外7会場	32,542
1997	千葉県千葉市外7会場	28,927
1998	" " 外6会場	24,369
1999	" " 外6会場	26,219
2000	" 習志野市外5会場	16,722
2001	" 市原市外5会場	20,118
2002	" 成田市外5会場	13,296
2003	" 茂原市外5会場	15,245
2004	" 我孫子市外5会場 ※	16,640

※(1) がん予防展……開催地、(日数)、入場者数

我孫子市 (2)	3,000	静岡市 (2)	2,704	高岡市 (2)	2,624
前橋市 (4)	4,555	岐阜市 (2)	2,937	平塚市 (1)	4,216
計					20,036

※(2) がん講演会……()は入場者数

我孫子市 (137)	○森谷 哲郎 国保松戸市立病院 内科医長	「肺がんを考える －肺がんの予防と治療について－」
	○小倉 恒子 平和台病院 医師	「怖がらないで生きようよ －乳がんと正しく向き合おう－」
東京都 中央区 (734)	○高上 ^{たかうえ} 洋一 国立がんセンター中央病院 薬物療法部長	「がんの免疫治療と造血幹細胞移植」
	○祖父江 ^{そぶえ} 友孝 国立がんセンター中央病院 情報研究部長	「がん予防・検診の最新情報」
徳島市 (86)	○栗田 ^{あきら} 啓 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 統括診療部長	「日本人に多い胃癌 －治療 いま・むかし－」
	○住吉 ^{よしてる} 義光 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 病棟部長	「増えています。前立腺がん」

3 国際がん研究講演会の開催事業（日本小型自動車振興会補助事業）

対がん及びがん克服戦略の主要な事業の一つとして国際協力研究の推進があげられているが、国内の研究者の研究向上を図り、その成果を高めるために、米国その他の先進諸国から著名ながん研究者を招き、発がん遺伝子、発がんの促進と抑制に関する因子及び新しい早期診断・治療技術等にかかる最新の研究状況についての講演会を開催している。その実績は次のとおり。

年度	招へい研究者氏名・演題	開催地
1984～1993	ポール・A・マークス(アメリカ)他36氏	延74会場
1994	○リチャード・H・アダムソン博士(アメリカ) ○ロルフ・シュルート・ハルマン博士(オーストリア)	東京 東京②
1995	○ポール・A・マークス博士(アメリカ) ○ロジャー・ワイル博士(スイス) ○デビット・シドランスキー博士(アメリカ)	埼玉、東京 東京、奈良 東京、名古屋
1996	○ジョン・C・ベイラー博士(アメリカ) ○グスタフ・ノッサル博士(オーストラリア) ○カリ・アリタロ博士(フィンランド)	東京、大阪 東京、京都 東京、金沢
1997	○ジョセフ・F・フラウメニ, Jr. 博士(アメリカ) ○マンフレッド・F・ラジェウスキー博士(ドイツ) ○カーティス・C・ハリス博士(アメリカ)	東京、浜松 東京、福岡 東京、千葉
1998	○ピーター・A・ジョーンズ博士(アメリカ) ○テランス・H・ラビッツ博士(イギリス) ○ジョージ・S・ベイリー博士(アメリカ)	茨城、東京 京都、東京 東京、岐阜
1999	○ポール・A・マークス博士(アメリカ) ○ヘルムット・バーチ博士(ドイツ) ○ゾアン・ユーホイ博士(中国)	埼玉、東京 埼玉、東京 神戸、東京
2000	○ジェガブ・パーク博士(韓国)	東京、広島
	○ナンシー・ホプキンス博士(アメリカ)	東京、京都
2001	○ジルベール・ド・マシア博士(フランス)	東京、つくば
	○アラン・バーンスタイン博士(カナダ)	東京、名古屋
2002	○アンダーズ・ゼッターバーグ博士(スウェーデン)	東京、名古屋
	○ウィリアム・シプレイ博士(アメリカ)	東京、京都
2003	○サムエル・コーヘン博士(アメリカ)	東京、名古屋
	○ジェームズ・フェルトン博士(アメリカ)	東京、大阪
2004	○カリ・ヘミンキ博士 ドイツがんセンター分子遺伝子疫学部(ドイツ) 「がん易罹患性の遺伝子」「家族性がん：集団遺伝学から遺伝子同定へ」	国際研究交流会館、 静岡県三島市
	○スーザン・バンド・ホーウィッツ博士 アルバート・アインシュタイン医科大学分子薬理学部(アメリカ) 「タキソール、チューブリン、そして腫瘍：がん治療 新時代の挑戦」	国際研究交流会館、 福岡 国立九州大学
小計	27名	
計	64名	

4 広報活動事業（日本宝くじ協会助成事業）

国民一人ひとりが日常生活の中で、がんを予防あるいは早期発見・治療し、健康を保持・増進できることを願い、1985年以来、がんに関する正しい知識や最新の研究の情報を提供し、併せて、「がん克服戦略」の重要性に対する理解を得るよう努めてきた。

「がんを防ぐための12カ条」「やさしいがんの知識」「君たちとタバコと肺がんの話」を始めとする小冊子、「がんの統計」「がん診療の進歩(JJCO)」の学術誌、その他カレンダー、ポスターの作成・配布など広報事業を幅広く行っている。

年 度	事 業 内 容
1985～1993	がんを防ぐための12カ条…………… 220万部 やさしいがんの知識…………… 88万部 君たちとタバコと肺がんの話…………… 156万部 対がん戦略PRポスター…………… 12万枚 カレンダー、がんの統計、がん診療の進歩等の作成・配布、 16ミリ映画「がんに挑む」・「がんから身を守るポイント」の作成 ほか
1994～2004	がんを防ぐための12カ条、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、がんとどう付き合うか（総論篇、肺がん、胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、抗がん剤治療）、がん克服戦略PRポスター、禁煙指導ポスター、カレンダー、がんの統計、がん診療の進歩等の作成・配布、週刊誌広報掲載 ほか

5 末期医療患者の QOL 推進事業講習会の開催（厚生労働省委託事業）

がんの末期患者やその家族の期待に応えるケアの普及を図るため、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」等の資料を用いて、医師、看護婦を対象とした講習会を実施している。その実績は次のとおり。

年 度	実施施設数及び参加者数	
1990～1993	延 26施設	10,445人
1994	計 7 施設	2,781
1995	計 7 施設	3,070
1996	計 7 施設	3,103
1997	計 8 施設	3,080
1998	計 8 施設	2,467
1999	計 8 施設	3,511
2000	計 8 施設	2,441
2001	計 8 施設	2,572
2002	計 8 施設	2,392
2003	計 8 施設	2,573
2004*	計 8 施設	2,226
小 計	85施設	30,216
合 計	延 111施設	40,661

※2004年度実施施設名及び参加者数	
	人
北海道がんセンター……………	270
宮城県立がんセンター……………	233
埼玉県立がんセンター……………	496
淀川キリスト教病院……………	139
呉医療センター……………	203
四国がんセンター……………	272
九州がんセンター……………	396
(財)がん研究振興財団……………	217
	計2,226

看護等コ・メディカルの人材育成事業

1 国際がん看護セミナーの開催

がん患者とその家族を支える看護・医療の向上を図るため、国内外のがん看護関係者と一同に会し、国際研究交流会館でセミナーを実施している。その実績は次のとおり。

年 度	テ ー マ	参加者
2000(第1回)	がん看護の実践力の向上をめざして	約200人
2001(第2回)	がん看護領域の教育と実践	約200人
2002(第3回)	がんと向き合う人を支える	約200人
2003(第4回)	がんと向き合う人を支える Part II	約200人
2004(第5回)	がん患者の自律を目指して	約200人

2 看護等従事者灌漑研修助成

国際交流を推進して、がん看護等の知識・技術の向上を図るため海外研修の助成を行っている。その実績は次のとおり。

実施年度・部門	参加者数	研 修 施 設 等
平成13年度	(1) 看護部門	5名 (米国)メイヨメディカルセンター・ネブラスカオマハ校メディカルセンター (英国)ノースロンドンホスピタル
	(2) 放射線部門	1名 (米国)シカゴ大学
	(3) 臨床検査部門	2名 (米国)ネブラスカ大学・ピッツバーグ大学
平成14年度	(1) 看護部門	7名 (米国)メイヨメディカルセンター・MDアンダーソンがんセンター
	(2) 放射線部門	3名 (米国)ジョンズ・ホプキンス病院・メイヨクリニック (韓国)欧州医療・生物工学学会
	(3) 臨床検査部門	1名 (米国)メイヨクリニック肝移植センター
	(4) 薬剤部門	3名 (米国)MDアンダーソンがんセンター・ハーバード大学・ボストン大学
平成15年度	(1) 看護部門	5名 (米国)メイヨメディカルセンター・MDアンダーソンがんセンター (英国)ノースロンドンホスピタル
	(2) 放射線部門	3名 (米国)MDアンダーソンがんセンター・カリフォルニア大学 (加国)シカゴ大学
	(3) 臨床検査部門	3名 (米国)ジョージタウン大学病院・ルイジアナ州立大学医療センター (伊国)放射線診断センター (仏国)欧州腫瘍研究所
	(4) 薬剤部門	6名 (米国)MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケータリングがんセンター
平成16年度	(1) 看護部門	5名 (米国)メイヨメディカルセンター・MDアンダーソンがんセンター バンダービルドメディカルセンター
	(2) 放射線部門	3名 (米国)ホーリーネーム病院・デューク大学メディカルセンター・クリーヴランドクリニック 第90回北米放射線学会科学集会年次総会 (オランダ)ネイメーヘン大学メディカルセンター 第23回欧州放射線腫瘍学会(ESTRO) (スウェーデン)カロリンスカ病院・スカンジトロニクス社
	(3) 臨床検査部門	1名 (米国)ロヨラ大学医療センター
	(4) 薬剤部門	3名 (米国)MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケータリングがんセンター ジョージタウン大学・ニューヨーク大学病院・ダナファバーがん研究所

第37回がん研究助成金の贈呈

本財団では、がん治療の新分野開拓のための優秀な研究に対して、研究助成金を贈呈していますが、これは、当財団の「がん研究助成審議会」の審査を経て実施しているものです。

その第37回贈呈式を平成17年3月22日に挙行、次の一般課題24名・特定課題3名の方々にそれぞれ賞状及び助成金を贈呈しました。

助成金授与者名簿

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
荒井保明	国立がんセンター中央病院 放射線診断部 部長	原発性・転移性骨腫瘍による疼痛に対する経皮的骨形成術についての研究
石川治	大阪府立成人病センター 副院長	局所進行膵癌切除成績向上を目指した術前放射線化学療法と術後 2-チャンネル化学療法の併用
稲垣宏	名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態病理学教室病理部 助教授	慢性炎症非依存性MALTリンパ腫に関する研究
上田祐二	京都府立医科大学外科学教室 消化器外科部門 講師	免疫抑制性サイトカインの制御を目的とした血漿交換を伴わない癌体外循環治療技術の開発
小口正彦	財団法人癌研究会有明病院 放射線治療科 副部長	下部進行直腸がん再発高危険群に対する術前放射線化学同時併用療法の研究
片山義雄	岡山大学医学部・歯学部附属病院 輸血部 医員	骨親和性腫瘍の造血組織との接着メカニズム解析と新たな治療法開発
金山敦宏	東京大学大学院新領域創成科学研究科 先端生命科学専攻細胞応答化学分野 特定有期雇用教職員	TNF- α を利用したがん細胞の選択的細胞死誘発に関する研究
小泉満	財団法人癌研究会有明病院 核医学部 副部長	骨代謝マーカーによる骨転移の診断法の開発
小嶋聡一	独立行政法人理化学研究所 分子細胞病態学研究ユニット 研究ユニットリーダー	血管再生に着目した低分子薬剤による選択的腫瘍血管形成抑制法の開発
小林幸夫	国立がんセンター中央病院 第1領域外来部造血器科 医長	Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) における Bcl-2 遺伝子発現解析、および臨床病理学的検討
瀬古玲	財団法人佐々木研究所 生化学部 主任研究員	抗癌剤耐性卵巣癌に異所性発現するGlcNAc6-O-硫酸転移酵素-2 (GlcNAc6ST-2) の診断・治療への応用
高野徹	大阪大学大学院医学系研究科 生体情報医学(臨床検査診断学) 講師	甲状腺腫瘍の穿刺吸引核酸診断法の確立
高山忠利	日本大学医学部消化器外科 教授	肝癌の至適術式に関する無作為化比較試験
田原信	国立がんセンター東病院 外来部頭頸科 医師	局所進行頭頸部がんに対する根治的非外科治療の開発

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
田村 元	山形大学医学部環境病態統御学講座 人体病理病態学分野 助教授	「メチル化診断チップ」を用いた発癌リスク評価の可能性
寺内 隆司	国立がんセンターがん予防・検診研究 センター検診部特殊検診室 室長	PETがん検診の標準化に関する研究
中西 幸浩	国立がんセンター研究所病理部 第1組織病理研究室 室長	大腸がんにおける分子病理学的肝転移予知評価システムの確立
成田 善孝	国立がんセンター中央病院 第1領域外来部脳神経外科 医員	膠芽腫における変異型EGFR遺伝子の解析
船橋 徹	大阪大学大学院医学系研究科 医学部分子制御内科学 講師	大腸癌発症におけるアディポネクチンの病態意義の解明
朴木 寛弥	奈良県立医科大学整形外科 助手	骨・軟部肉腫に対するラットモデルを用いた新たな分子標的療法の試み
益谷 美都子	国立がんセンター研究所生化学部 胆がん生体研究室 室長	抗がん剤の治療効果判定のバイオマーカーとしての血中ポリ(ADP-リボース)代謝物の有用性の研究
山下 聡	国立がんセンター研究所発がん研究部 発がん抑制物質研究室 研究員	「発がんの場」形成の分子機構
山本 浩文	大阪大学大学院医学系研究科 病態制御外科 助手兼学内講師	Mitotic catastrophe 誘導による固形がん治療
吉岡 靖生	大阪大学大学院医学系研究科 医用制御工学講座 助手	前立腺がんに対する高線量率小線源治療に関する研究

(特定課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
坂元 享宇	慶應義塾大学医学部病理学教室 教授	膵がん肝転移・神経浸潤のモデル開発と分子機構解明
古川 敬芳	静岡県立静岡がんセンター病院 画像診断科 部長	Multidetector helical CT(MDCT)とPET-CT一体型装置(PET-CT)を用いた膵癌診断体系の合理化と精度向上に関する研究
村上 康二	獨協医科大学附属病院 PETセンター長兼教授	ポジトロンCTを用いた膵臓がんの早期診断に関する研究

財団発行の広報・学術のための刊行物一覧

1. がんを防ぐための12カ条
 2. やさしいがんの知識
 3. 君たちとタバコと肺ガンの話
「中学生諸君」版
「青少年諸君」版
 4. がんとうき合うか
(一般篇) (大腸がん)
(肺がん篇) (肝がん)
(胃がん篇) (外来化学療法)
(乳がん篇)
 5. がんの統計('05版)(有料)
 6. がんの診療の進歩(JJCO)
(有料)
 7. 加仁(2005年版)
 8. 要覧(2005年版)
 9. カレンダー(2005年版)
 10. ビデオ(貸出)
 - (1) がんを防ごう
 - (2) がんを捉える
 - (3) 胃がん
 - (4) 抗がん剤治療を安心して受けるために
- ご希望の方には、ご連絡いただければお送りします(送料はご負担願います)。



平成16年度におきましても、多くの方々からご寄附をいただき、誠に有難うございました。ここにご芳名をご披露させていただきます。

これらのご寄附は、がんで亡くなられた方のご遺志を生かすために寄せられたもの、がんと闘ったことのあるご本人から寄せられたもの、そして、その他一日も早くがんの制圧されることを願う人々から寄せられたものです。

当財団と致しましては、貴重なご芳志にお報いするため、がん制圧を目指す研究や診療の進歩に有効に活用させていただきますこととお誓いして、お礼に代えさせていただきます。

なお、はなはだ勝手ながらご芳名の敬称を省略させていただきました。

財団法人 がん研究振興財団

平成16年度(平成16年4月1日～平成17年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
東京都世田谷区	故 鈴木 刀志守	東京都大田区	品川 恒夫
東京都品川区	及川 久子	大阪府泉南市	柴田 泉
東京都品川区	みに亭 森下 延子	静岡県湖西市	飯田 守
東京都世田谷区	中杉 範子	大阪府堺市	馬宮 勉
東京都目黒区	田中 トキ子	東京都府中市	益子 淳
東京都台東区	菊地 康造	神奈川県藤沢市	宮井 鉄郎
東京都杉並区	垣添 忠生	さいたま市浦和区	小嶋 壽雄
東京都町田市	杉田 春子	三重県美里村	(株)ベスト 代表取締役
東京都中野区	尾崎 東子		水野 起良廣
東京都文京区	松下 武史	東京都国立市	古川 孝子
東京都豊島区	小出 三喜男	奈良県十津川村	東 郁代
東京都世田谷区	高橋 芳子	東京都世田谷区	兼田 典子
広島市安佐北区	石井 秀夫	茨城県守谷市	黒木 真由美
東京都世田谷区	深澤 重幸	東京都中央区	奥坂 拓志
横浜市鶴見区	内藤 宗一	東京都江戸川区	中島 武
千葉県船橋市	小山 八重	千葉県松戸市	池田 恢
横浜市緑区	故 大平 睦郎	横浜市都筑区	石塚 幹夫
岡山県早島町	倉敷古典園芸植物同好会	東京都渋谷区	斎藤真志を偲ぶ会 参加者一同
	磯村 智	東京都品川区	並木 新一
東京都中央区	大野 正二		茂子

住所	氏名	住所	氏名
東京都国立市	土方 登志子	東京都新宿区	ツーサン株式会社 取締役社長 湯 朝 義 夫
大阪府枚方市	高 濱 秀 一	東京都杉並区	笹山 登生(親族代表)
東京都江東区	山 元 ゆかり	東京都大田区	久 田 佳 子
北海道美唄市	田 川 太一郎	千葉市稲毛区	平 賀 一 陽
横須賀市	鈴 木 善 子	神奈川県秦野市	田 中 真知子
東京都江戸川区	大川原 明 子	福井県敦賀市	谷 口 昭 子
兵庫県姫路市	嵯峨山 由 紀	千葉県柏市	高 瀬 正三郎
千葉県流山市	岡 本 徳 郎	千葉県柏市	堀 キミ子
横浜市港北区	武 重 晶 子	横浜市戸塚区	加 藤 芳 子
東京都台東区	菊 地 康 造	茨城県取手市	黒 木 紀 生
川崎市麻生区	渡 辺 静 子	東京都千代田区	故 矢 崎 久 敏 遺言執行者 三菱信託銀行(株)
兵庫県芦屋市	甲 斐 克 宙	千葉県野田市	中 里 美佐江
東京都板橋区	吉 良 文 男	東京都目黒区	若 松 博
埼玉県和光市	清 水 利 司	東京都世田谷区	大 森 秀 子
川崎市幸区	楨 尾 寛 美	広島県福山市	鍋 島 泰 子
東京都新宿区	全国国立病院看護部長協議会 会長 山 西 文 子	埼玉県草加市	故 富 永 貞 夫
徳島市	萩 田 公 子	鎌倉市	伊 崎 松 枝
東京都世田谷区	水 野 惣 吉	千葉県佐倉市	中 村 一 郎 喜美子
鎌倉市	鈴 木 正 俊	奈良市	村 田 定 俊
千葉県白井市	山 中 優 子	東京都中央区	水 野 り ん
東京都大田区	塗 師 省 三	兵庫県西宮市	杉 浦 由 美 鈴木 智佳子
東京都千代田区	ジョン・エンド・ジョン株式会社 代表取締役社長	東京都文京区	奈良部 芳 子
東京都調布市	高 橋 順 正	鎌倉市	長 森 章 太
茨城県守谷市	前 田 一 光	東京都千代田区	故 富 成 都城子 遺言執行者 三菱信託銀行(株)
東京都東大和市	櫻 井 羽衣子		
茨城県古河市	故 石 川 浩 哉 可南子		
東京都港区	テリー・フォックスラン チャリティマラソン		
横浜市戸塚区	中 尾 貞 彦		

ご寄附に添えられたお言葉の一部を紹介させていただきます。

- 昨年末4センチを超える乳がんが判明し、国立がんセンター中央病院で7ヶ月間お世話になりました。先生そしてスタッフの方々の早朝から深夜までの大変なご苦勞を目の当たりにすると同時に私共患者も様々な抗がん剤の副作用を体験致しました。

これらの問題が少しでも軽減される治療方法が一日も早く開発される一助になれば幸いです。(K様)

- ドクターはモルヒネを使用すると多幸感があり、意識レベルもダウンして楽になると言われました。しかし、死の直前、一番痛みのひどい時に効かずそれは側にいる家族にも大変な辛さ、苦しみ悲しみでした。死から10日ほど経ちましたが、その状態を忘れることができるのだろうかと思うほどです。

どうせ助からないのなら安らかな死に至るようになれますように深く深く祈念してやみません。患者の安らかな死が当たり前になりますように香典の一部を寄附させていただきます。(K様)

- 友人が24歳という若さで癌により亡くなりました。どんな状況でも常に前向きに弱音を吐かず頑張っていました。志半ばで癌により亡くなり非常に悔しかったと思います。友人の意思を引き継ぎ、二度と同じ悲しみがおきぬように、また現在癌により苦しんでいる方が一人でも多く完治され元気になってくださるよう、癌研究にお役立ていただきたく、故人メモリアルパーティーの売上金額を寄附いたします。(S様)

- 世界のトップレベルにあるといわれるがんの手術治療に比べて、進行がん患者に対する抗がん剤治療、放射線

治療は諸外国に比べて大変遅れていると思います。その方面の研究を進めていただき臨床の場で生かされるよう願っております。どうぞよろしく願い申し上げます。(T様)

- 平滑筋肉腫の治療法確立の一助となりますよう希望します。

27歳になる息子が中咽頭(平滑筋)肉腫で病死しました。手術で摘出直後に再発し、放射線治療、抗がん剤治療も受けましたが効果無く、むしろ苦しみを増すだけの結果となりました。がんの治療や研究の発展に役立てて頂きたい。(T様)

- 肺がんを告知されて以来7年間、西洋医学は勿論の事、東洋医学、気功、サプリメント良いと言われるあらゆる事をして参りました。

がん治療が尚一層進展し、一人でもがん患者が安心して心ゆくまで治療を受けられる事を願わずにはおられません。亡き主人の供養、些少ではございますががん研究のためにお役立て頂きたく寄贈させていただきます。(N様)

- 夫と共に有した31年間は、その終末期の50日間を駆け足で燃焼しました。2年3ヶ月の闘病生活は永くそしてあまりにも短い月日でした。幾度もの朝と夜を送っても今も夢の狭間にいて地の底から夫の魂の叫びが聞こえます。この慟哭がこの世から少しでも無くなりますことを切望し、夫が生きていた証の一部金をお役立て下さいませ。(T様)

ご寄附についてのお問い合わせ先

お問い合わせは下記までをお願いいたします。ご寄附の申し込みを希望される方には寄附申込書、銀行及び郵便局の振込用紙(払込手数料は不要)、特定公益増進法人であることの証明書(寄付金控除等の税法上の特典が受けられる)等の関係資料をお送りいたします。

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内

財団法人 がん研究振興財団 TEL 03-3543-0332 E-mail: info@fpcr.or.jp

FAX 03-3546-7826

「がん募金箱」も、がんの制圧に大きな役割を果たしています。

東京都、千葉県、神奈川県内の金融機関の窓口には、「がん募金箱」が置かれ、多くの方々から対がん総合戦略事業の推進にご協力をいただいております。

これらの貴い募金は、寄附金とともに、特に優れた研究をされた方々への助成金、医師、看護師等の研修をはじめとする各種事業に役立てられています。

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿 (50音順・平成17年4月1日現在)

役員

会 長	河 野 俊 二	(東京海上日動火災保険株式会社相談役)
理 事 長	幸 田 正 孝	(社会福祉法人恩賜財団済生会理事長)
専務理事	土 居 眞	
理 事	青 木 初 夫	(日本製薬工業協会会長)
同	安 西 邦 夫	(社団法人日本ガス協会会長)
同	安 藤 国 威	(社団法人電子情報技術産業協会会長)
同	植 松 治 雄	(社団法人日本医師会会長)
同	宇 野 郁 夫	(社団法人生命保険協会会長)
同	垣 添 忠 生	(国立がんセンター総長)
同	古 森 重 隆	(富士写真フイルム株式会社代表取締役社長)
同	佐々木 幹 夫	(社団法人日本貿易会会長)
同	田 中 明 夫	(財団法人医療関連サービス振興会理事長)
同	豊 島 久真男	(独立行政法人理化学研究所研究顧問)
同	豊 田 英 二	(トヨタ自動車株式会社最高顧問)
同	名 尾 良 泰	(社団法人日本自動車工業会副会長)
同	西 川 善 文	(全国銀行協会会長)
同	野 村 明 雄	(大阪商工会議所会頭)
同	久 道 茂	(宮城県病院事業管理者)
同	廣 橋 説 雄	(国立がんセンター研究所所長)
同	藤 洋 作	(関西電力株式会社代表取締役社長)
同	三 村 明 夫	(社団法人日本鐵鋼連盟会長)
同	武 藤 徹一郎	(財団法人癌研究会有明病院院長)
同	森 下 洋 一	(松下電器産業株式会社代表取締役会長)
同	山 口 信 夫	(日本商工会議所会頭)
同	吉 田 茂 昭	(国立がんセンター東病院院長)
同	和 地 孝	(日本医療機器産業連合会会長)
監 事	村 田 恒	(村田法律事務所所長)
同	森 田 富治郎	(第一生命保険相互会社代表取締役会長)

評議員

- 阿久津 誠 (社団法人日本損害保険協会常務理事)
- 安部 浩平 (中部電力株式会社相談役)
- 荒蒔 康一郎 (キリンビール株式会社代表取締役社長)
- 池谷 壮一 (財団法人ヒューマンサイエンス振興財団専務理事)
- 岩村 政臣 (日本コカ・コーラ株式会社相談役)
- 岡村 正 (株式会社東芝取締役代表執行役社長)
- 金井 務 (株式会社日立製作所取締役会長)
- 河合 良一 (株式会社小松製作所相談役)
- 岸本 正壽 (オリンパス株式会社代表取締役会長)
- 佐々木 元 (日本電気株式会社代表取締役会長)
- 佐々木 康人 (独立行政法人放射線医学総合研究所理事長)
- 下山 正徳 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)
- 高橋 真理子 (朝日新聞社東京本社科学医療部次長)
- 知野 恵子 (読売新聞社東京本社編集局解説部次長)
- 塚本 哲也 (前東洋英和女学院大学学長)
- 塚本 直樹 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター院長)
- 鶴尾 隆 (国立大学法人東京大学分子細胞生物学研究所教授)
- 富永 祐民 (愛知県がんセンター名誉総長)
- 内藤 祐次 (エーザイ株式会社取締役相談役)
- 中村 邦夫 (情報通信ネットワーク産業協会会長)
- 野村 和弘 (国立がんセンター中央病院院長)
- 橋本 嘉幸 (共立薬科大学理事長)
- 馬場 征男 (藤田観光株式会社相談役)
- 平島 治 (社団法人日本建設業団体連合会会長)
- 平田 正 (協和発酵工業株式会社代表取締役会長)
- 福地 茂雄 (アサヒビール株式会社代表取締役会長)
- 堀 澄也 (株式会社ヤクルト本社代表取締役社長)
- 松井 秀文 (アメリカンファミリー生命保険会社会長)
- 南 裕子 (社団法人日本看護協会会長)
- 森田 清 (第一製薬株式会社代表取締役社長)
- 山口 建 (静岡県立静岡がんセンター総長)

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表

(平成17年5月現在)

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター	〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2-3-54	☎(011)811-9111
青森県立中央病院	〒030-8553 青森市東造道2-1-1	☎(017)726-8111
岩手県立中央病院	〒020-0066 盛岡市上田1-4-1	☎(019)653-1151
宮城県立がんセンター	〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1	☎(022)384-3151
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	〒981-9520 仙台市宮城野区宮城野2-8-8	☎(022)293-1111
山形県立がん・生活習慣病センター	〒990-2292 山形市青柳1800	☎(023)685-2626
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	〒309-1793 西茨城郡友部町鯉淵6528	☎(0296)77-1121
栃木県立がんセンター	〒320-0834 宇都宮市陽南4-9-13	☎(028)658-5151
群馬県立がんセンター	〒373-8550 太田市高林西町617-1	☎(0276)38-0771
埼玉県立がんセンター	〒362-0806 北足立郡伊奈町大字小室818	☎(048)722-1111
千葉県立がんセンター	〒260-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2	☎(043)264-5431
国立がんセンター東病院	〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1	☎(0471)33-1111
国立がんセンター中央病院	〒104-0045 中央区築地5-1-1	☎(03)3542-2511
独立行政法人国立病院機構東京医療センター	〒152-8902 目黒区東が丘2-5-1	☎(03)3411-0111
財団法人癌研究会有明病院	〒135-8550 江東区有明3-10-6	☎(03)3520-0111
東京都立駒込病院	〒113-8677 文京区本駒込3-18-22	☎(03)3823-2101
神奈川県立がんセンター	〒241-0815 横浜市旭区中尾1-1-2	☎(045)391-5761
静岡県立静岡がんセンター	〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007	☎(055)989-5222
新潟県立がんセンター新潟病院	〒951-8566 新潟市川岸町2-15-3	☎(025)266-5111
富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2-2-78	☎(076)424-1531
福井県立病院	〒910-8526 福井市四ツ井2-8-1	☎(0776)54-5151
愛知県がんセンター	〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1	☎(052)762-6111
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1	☎(052)951-1111
滋賀県立成人病センター	〒524-8524 守山市守山5-4-30	☎(077)582-5031
大阪府立成人病センター	〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3	☎(06)6972-1181
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14	☎(06)6942-1331
兵庫県立成人病センター	〒673-8558 明石市北王子町13-70	☎(078)929-1151
独立行政法人国立病院機構呉医療センター	〒737-0023 呉市青山町3-1	☎(0823)22-3111
山口県立中央病院	〒747-8511 防府市大字大崎77	☎(0835)22-4411
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	〒790-0007 松山市堀之内13	☎(089)932-1111
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター	〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1	☎(092)541-3231
佐賀県立病院好生館	〒840-8571 佐賀市水ヶ江1-12-9	☎(0952)24-2171

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会に属しているこれらの施設は、がんの専門医を多数擁して、がんの診断と治療に積極的に取り組んでいます。

あとがき

がん研究振興財団の機関誌「加仁」第32号をお届けいたします。ご多忙にかかわらず、多くの方々から玉稿をいただき発刊することができました。厚くお礼申し上げます。

わが国のがん対策として「第3次対がん10か年総合戦略」（がんの罹患率と死亡率の激減を目指して）の2年目になりますが、当財団としてもその一翼を担うべく事業活動の一層の充実を図ってまいります。

「巻頭言」では、新しく就任されました河野俊二会長に就任のご挨拶をいただきました。

「座談会」では、がんとその看護について第一線でご活躍の専門看護師の方々をお招きし、それぞれが看護について職場体験を通して忌憚なく話し合っていました。

「随想」、「冬瓜の記」では、静岡県立静岡がんセンター総長の山口建先生からはふるさと熊野灘の診察室で垣間見た光景を思い、患者ケアや家族支援に役立つツール作りへの取り組みと実践など、がんの社会学や研究を目指して静岡がんセンターの果敢な推進策について、また、植村様からは自らの絶望、闘病の向こうに希望の新しい生き方を求められた感銘深い体験談について玉稿をいただきました。

「がんセンターめぐり」では独立行政法人国立病院機構大阪医療センターの廣島院長及び辻仲間がんセンター長から大阪医療センターにがんセンターが生まれるまで等、近畿における基幹医療施設・がん政策医療ネットワークの役割移行についての取り組みを紹介していただきました。

「海外のがん研究・医療機関から」ではカリフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）でご活躍の関根茂樹先生に、体験談とあわせて施設のご紹介をしていただきました。

「仲間〔活動紹介〕」では、患者会・家族連絡会からも励まされ活動を続けて12年目を迎える国立がんセンター中央病院がん医療サポートチームの活躍をご紹介いたしました。

そのほか、「国際がん研究シンポジウム」等財団主催の事業概要について、それぞれの担当の先生方に解説をお願いいたしました。

本誌の発行にあたり、大変お忙しい中ご協力賜りました先生方には、心から厚くお礼を申し上げます。

今後とも、一層誌面の充実を図っていきたくと存じますので、読者の皆様のご意見、ご感想をお寄せいただければ幸いです。

(W記)

加 仁 第 32 号 2005

平成17年6月発行

編 集 代表 野 村 和 弘

発 行 財団法人 **がん研究振興財団**

〒104-0045

東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内

電話 03(3543)0332(代表)

FAX 03(3546)7826

ホームページ <http://www.fpcr.or.jp>

財団法人 **日本宝くじ協会**

宝くじのホームページ

<http://www.takarakuji.nippon-net.ne.jp>

心と街とを結ぶ夢。



●外国発行の宝くじを、日本国内において購入することは、法律で禁止されています。

宝くじの収益金は、
公共事業に役立っています。



がんの征服に向けて

ご寄付のお願い

皆様のあたたかいご支援ご協力をお願いいたします



財団 がん研究振興財団

FOUNDATION FOR PROMOTION OF CANCER RESEARCH