

かに

KANI



第34号 2007

本誌は、宝くじの普及宣伝事業として助成を受け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そうだ。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。編集部の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)

地域・国・世界そして、あなたとともに



アメリカ、イギリス、オランダ、オーストラリア
及び国内から演者を招聘
(2007年2月21日～23日 国際研究交流会館)

第20回
国際がん研究シンポジウム
「がん根治手術後の生理学的変化とQOL」



シンポジウム会場

第66回
国際がん研究講演会



バーネット・クレーマー博士



講演会会場
(2007年2月19日 国際研究交流会館)



アメリカ、イギリス、カナダ及び国内から演者を招聘（2007年1月26日～27日 国際研究交流会館）

第7回国際がん看護セミナー
「これからのがん看護Ⅱ」



セミナー会場

テリー・フォックスによる
寄付の贈呈式



ジョゼフ・キャロン駐日カナダ大使（左から1番目）
（2006年12月13日 カナダ大使館）

がん研究助成金贈呈式



河野会長より一般課題24名、特定課題3名、
テリーフォックス記念課題1名に贈呈
（2007年3月30日 国際研究交流会館）

がん予防展



全国健康・福祉まつり (ねんりんピック開催)
(2006年10月28日～30日 参加者7,500名 静岡市)



いきいき健康・福祉フェア&メッセ
(2006年10月14日～15日 参加者12,000名 岐阜市)



いきいき家族・健やか家族
(2006年10月14日～15日 参加者41,034名 松山市)

がん講演会



明日の笑顔のために
(2006年10月14日 参加者390名 旭川市)



命こそ宝、心も宝 ～大腸がんを克服して～
(2006年10月29日 参加者250名 静岡市)



がんの早期発見と最新の腹腔鏡手術
(2006年9月10日 参加者260名 浦安市)

国立がんセンター がん対策情報センター開設



がん対策情報センター開設式



がん対策情報センター前にて



開設式会場

カラーページ がん研究振興財団の事業から／ZOOM UP

巻頭言

新しいがん対策の幕開け…………… 外 口 崇 …………… 6

座談会

地域におけるがん診療連携拠点病院の現状—山口県での取り組み—
 松崎益徳／岡 正朗／前川剛志／竹内仁司／上岡 博／杉 和郎
 小柳信洋／菅 一能／惠上博文／石丸泰隆／土居 眞…………… 7

随想

私のセンチメンタル ジャーニー（感傷旅行）…………… 山 下 幸 紀 …………… 24

冬瓜の記

がん患者として、国会議員として…………… 山 本 孝 史 …………… 27
 死の陰の谷を歩む時…………… クリバリ有美子 …………… 32

海外のがん研究・医療機関から

テーラーメイド医療を実現するためのトランスレーショナルリサーチ
 —国立がんセンターと米国のがんセンターとの比較—…………… 山 田 康 秀 …………… 35

仲間【活動紹介】

地域に根ざした『がん患者会シャローム』…………… 植 村 めぐみ …………… 38

国際シンポジウム・ハイライト

第20回国際がん研究シンポジウムを終えて…………… 佐 野 武 …………… 42

国際がん研究講演会要旨

バーネット・クレマー博士
 (Journal of National Cancer Institute 編集長)…………… 國 頭 英 夫 …………… 45

国際がん看護セミナーに集う

これからのがん看護Ⅱ
 —がん看護の質の向上のためのネットワークシステムの構築を目指して—…………… 平 出 朝 子 …………… 48

ニュース・トピックス

がん対策情報センターの活動…………… 加 藤 抱 一 …………… 56

財団の事業概要

「第3次対がん10か年総合戦略」支援事業…………… 60
 看護師等コ・メディカルの人材育成事業…………… 67
 第39回がん研究助成金の贈呈…………… 68

ご寄付芳名録…………… 70

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿…………… 76

あとがき…………… 78

新しいがん対策の幕開け



厚生労働省 健康局長

外口 崇

がんは、昭和56年より我が国において第1位の死因であり、急速な高齢化という要因も加わって、日本人の3人に1人はがんで亡くなる時代になった。また、男性の2人に1人、女性の3人に1人が一生のうちに一度はがんに罹るとも推計されている。

がん対策については、累次の10か年戦略により、政府として様々な施策を講じてきたところであるが、がんが国民の生命および健康にとって重大な問題となっている現状を踏まえ、昨年6月に「がん対策基本法」が成立し、本年4月より施行されたところである。

私は、がん対策は現在大転換期を迎えていると考えている。がん対策基本法の施行をもって「迎えた」とする考え方もあろうが、私はあえて「迎えている」としたい。新しいがん対策の幕開けは、がん対策推進基本計画の策定をもって始まると考えているからである。

がん対策基本法は、がんに関する研究の推進、がん医療の均てん化の促進、がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備を基本理念としており、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、政府は「がん対策推進基本計画」を策定することとなっている。また、法律で新たに厚生労働省に設置することが明記され、「がん対策推進基本計画」の案を作成する際にも意見を聞くこととされている「がん対策推進協議会」については、学識経験者や医療従事者だけでなく、がん患者の方やその家族又は遺族の方などもメンバーに入っていたことになっており、大変画期的なものである。

法律の基本的施策は、①がんの予防及び早期発見の推進、②がん医療の均てん化の促進、③がん研究の推進となっている。ここに示された考え方や目標等を具現化するための施策の一つとして、全国にがん診療連携拠点病院の整備を進めているところである。このがん診療連携拠点病院は、医療機関として専門的がん医療を行うのはもちろんのこと、地域のがん診療連携の中心となり、専門的医療従事者の研修を行うことや、相談支援センター機能を持つことが求められており、今後、各地域におけるがん診療

の計画を具体的なものにしていくものとして期待されている。

がん医療に関する情報の収集や提供体制の整備については、一方的な情報提供だけではなく、それらを基に個別の状況に応じた相談支援体制についても構築していく必要がある。平成18年10月、国立がんセンターに開設された「がん対策情報センター」からは、分かりやすいQ&A集や、がん診療のガイドラインなど、患者や家族の方だけではなく医療関係者等に向けた各種情報を発信しており、今後さらに幅広く拡充されていく予定となっている。また、前述のとおり、がん診療連携拠点病院には「相談支援センター」を設置することが定められているが、その病院に通院・入院しているがん患者・家族の方に限らず、地域住民等に対するがんの相談のために、専任者を置いて応じることになっており、個別の状況に応じた相談支援体制が整備されつつある。さらに、国立がんセンターと地域のがん診療連携拠点病院は連携協力体制を構築していくことになっており、今後のがん情報の収集、提供体制はさらに推進されるものと考えられる。

そして、法律には、緩和ケアを早期から行うことが明記されているわけであるが、緩和ケアはがん患者の方の療養生活の質の維持向上のためには大変重要であるということは論を待たない。がん診療連携拠点病院においては、緩和ケアチームの設置を必須の条件としているが、今後も緩和ケアを必要とする方に適切な緩和ケアを提供できる体制をより一層充実させていく必要がある。

我が国の今後のがん対策の進むべき道を多面的かつ体系的に示したがん対策基本法の施行を受け、政府としては、法律に示された考え方や目標等を具現化する各種施策について一層の充実強化を図っていくことにより、更なるがん対策に取り組んでいくとともに、がん患者の方やその家族の方が安心して療養生活を送ることができる体制整備に努めてまいりたい。

(とぐち たかし)

座談会

地域におけるがん診療 連携拠点病院の現状

—山口県での取り組み—

平成 19 年 1 月 28 日



(出席者)

松崎 益徳	山口大学医学部附属病院	院 長
岡 正 朗	山口大学医学部附属病院	教 授
前川 剛志	山口大学医学部	学 部 長
竹内 仁司	国立病院機構岩国医療センター	副 院 長
上岡 博	国立病院機構山陽病院	院 長
杉 和 郎	国立病院機構山陽病院	副 院 長
小柳 信洋	下関市立中央病院	院 長
菅 一能	医療法人聖比留会セントヒル病院	センター長
恵上 博文	山口県健康福祉部医務保険課	企 画 監
石丸 泰隆	山口県健康福祉部健康増進課	主 幹
(司 会)		
土居 眞	がん研究振興財団	専務理事

司会 これまで、「第三次対がん総合戦略」、「がんとその看護」、「地域におけるがん医療の均てん化のための課題」というテーマで、座談会を行ってきました。

医療の均てん化は、地域によって現状や課題は様々ですが、まず、がんセンターがある地域ということで、愛媛県の四国がんセンターを中心に関係者からお話を伺いました。

独立行政法人か、都道府県立かを問わず、がんセンター等がん医療の中心になる施設がない地域では、どのように医療の均てん化を図っていくのか、今後の大きな課題になると考え、今回は、山口県で開催することにしました。

山口県は、人口約148万人に8つの2次医療圏があります。現在、地域のがん診療連携拠点病院は、岩国医療センターを始めとする4つのみなし指定の病院に加え、平成18年に指定された下関市立中央病院、また、県のがん拠点病院は、平成19年に指定される山口大学医学部附属病院、合わせて県内には、6つの拠点病院があります(図1)。

今回は、山口大学医学部附属病院、下関市立中央病院、独立行政法人岩国医療センターのほか、肺がん治療や緩和ケアに積極的に取り組んでいる独立行政法人山陽病院、PET-CT等によるが

んの検診や放射線治療を開始するセントヒル病院の皆様に御参集いただき、がん医療の現状や課題、今後の対応等についてお話を伺います。

なお、この企画には、山口県医務保険課企画監の恵上博文先生、健康増進課主幹の石丸泰隆先生、山陽病院副院長の杉和郎先生に大変お世話になり、ここに感謝を申し上げます。

それでは、恵上企画監から、山口県のがんの現状やがん医療対策についてお話を頂きます。

山口県のがんの現状について



恵上企画監

恵上 私は、その任にないと土居先生に一旦お断りしましたが、是非にとの御指名なので、今日は、地域のがん対策に関与してきた公衆衛生医と



図1 山口県医療圏拠点病院配置

して発言いたします。

まず、がん死亡の概要です。平成17年の総死亡者数16,522人、このうちがん死亡者数は、この3割を占める4,800人です。

人口10万対のがん粗死亡率は平成17年で全国第3位と高く、主要な臓器別にみると、肺がんや肝臓がんが第3位、胃がんや子宮がんが第7位です。

これらを年齢調整死亡率を平成16年でみると、男性で肝臓がんが全国第6位、肺がんが第16位、また、女性では子宮がんが第7位、肺がんが第10位、肝臓がんが第17位と高く、全国順位でみる場合には、肝臓がんや肺がんが、主な標的がんです。

次に、がん医療対策の概要です。がん拠点病院は、現在、6医療圏域に整備されていますが、長門圏域や萩圏域が空白地域です。この両圏域の人口は4万から6万と少ないため、今後、こうした小規模圏域における整備の進め方が、検討課題です。

緩和ケア病棟は、県の西部ブロックや中部ブロックには、各25床の緩和ケア病棟のある病院が3施設整備されていますが、東部ブロックには1施設もなく、この整備が課題です。

また、がん拠点病院の指定要件に、緩和ケアチームの設置、かかりつけ医を中心に緩和医療の提供体制の整備が入りましたので、従来の緩和ケア病棟のある病院に加えて、がん拠点病院でも、地域における啓発や研修に積極的な取り組みを願いたいと存じます。

地域がん登録は、昭和61年から始め平成17年度までは、年間6千件前後で推移し、全国中位の登録精度にあります。

そして、今後の主な課題です。がん拠点病院は、みなし指定されている4施設の指定更新のほか、放射線診断・治療機器の整備や化学療法の専門研修などです。

緩和ケアでは、東部ブロックに緩和ケア病棟の整備を検討するとともに、がん拠点病院を中心にした主治医や訪問看護師、訪問介護員等の連携による在宅緩和ケア体制の構築に加え、在宅緩和患者に対する相談支援体制の整備などです。

地域がん登録では、診断・治療の評価に資する登録票に改善すること、医療機関の負担軽減を図

るため、院内がん登録のデータを地域がん登録に活用できるよう届出方法などを改善することです。

司会 がん対策基本法が4月から施行になりますが、この中で都道府県がん対策推進計画の策定が定められています。今後、医療計画との整合性も図りながら、策定していくことになると思いますが、どのような組織で進めますか。

患上 本年度、健康やまぐち21推進協議会の下に、がん対策分科会を設けて、本日、御出席の岡教授に会長就任をお願いし、2月上旬に第1回目を開催します。

来年度、国では、がん対策推進基本計画を策定しますので、医療計画はもとより、国の計画とも整合性を図りながら、県計画を策定する予定にしています。

司会 ありがとうございます。先程のお話しのとおり、この度、県がん拠点病院に指定される山口大学病院から、現状と課題についてお話を伺います。

大学病院として、この指定を受けるため、松崎病院長さんが、大変御苦労されたと伺っていますが、その辺りも含め、お話しくださいければ幸いです。

山口大学医学部附属病院の取り組み



松崎先生

松崎 山口大学病院が、昨年12月27日に厚生労働省の検討会で、山口県がん診療連携拠点病院の審査を通りました。その準備段階における大きな問題は、緩和ケアの取組み、がん登録の整備などでした。

まず、緩和ケアの取組みです。がん拠点病院の指定要件である緩和ケアチームは、従来の診療科の壁を越えて、内科・外科・精神科・看護部・薬

剤部のほか、麻酔科も加えて設置し、このチームを中心にして、緩和ケアを提供していく方針を打立てました。

また、緩和ケア病棟は、がん拠点病院として既に指定されている広島大学や岡山大学をはじめ、多くの大学病院に調査したところ、何れの大学病院も、まだ整備されていません。

幸いにも、緩和ケア病棟は、市内の山陽病院に整備されていますので、本日、御出席の上岡先生と相談して、当院で緩和ケア病棟に入院が必要な患者さんがいる場合には、山陽病院に入院できるよう連携を図る予定です。

次に、がん登録の整備です。私どもの大学病院は、737床で急性期病院として県内最大の病院です。毎月のがんの新患者さんは、240名程度、多い月には300名程度にも上ります。

これだけ多くの患者さんが、毎月来院してきますので、かなり大規模な院内がん登録システムを整備する必要があると思っています。

また、今回の県のがん拠点病院への指定を契機にして、県の方から、将来、県の地域がん登録を当院に移管したいとも伺っています。今後、円滑な移管・運営に向けて、体制整備を早急に検討していくつもりです。

しかしながら、如何せん、現在の国立大学というのは、定員や予算の削減という大変厳しい課題が課せられています。もちろん、大学病院も聖域ではなく、医師、看護師、検査技師、事務職など、全ての職種に定員削減が課せられ、今回のがん拠点病院のような大きなプロジェクトでは、新たに専門職を採用する必要がある場合の大きな障害になっています。

何れにしても、私どもは、今回、県のがん拠点病院に指定されることは、一つのプレステージだと考え、この名に恥じないよう、頑張っていきます。

司会 どうもありがとうございました。

第三次対がん総合戦略は、厚生労働省だけではなく、「国の施策」ということで文部科学省も含めて策定され、また、がん対策基本法も、議員立法で成立したものです。

これは、がん対策は、国全体で取り組むことを示したのですが、国立大学の附属病院として、

がん対策に取り組む方針は、文部科学省から具体的に出ているでしょうか。

松崎 私は、2年前に病院長に就任し、全国医学部長・病院長会議や国立大学医学部附属病院長会議にすべて出席しておりますが、がん拠点病院に関する議題は、ほとんど取り上げられたことがありません。厚生労働省の主導による施策について、文部科学省側の我々としては、どの程度関与しているのか、分かりにくい現状になっています。

司会 確か、今年の新聞で、文部科学省が、がん専門医を育成するため、14大学を公募するという記事を読んだことがあります。今後、腫瘍専門医の養成が、大きな課題として取り上げられていることから、文部科学省でも、具体的に動き出してきたかと思っていますが。



岡先生

岡 文部科学省も、がん対策基本法の成立を受けて、来年度、がんの専門医を養成する大学への支援や放射線腫瘍医の人材育成等がん対策関連事業を強化すると伺っています。

山口大学では、がんに関与した医療人を養成する横断的な教育プログラムを実施するため、中四国の大学とコンソーシアムを結成して、腫瘍専門医はもとより、がんのチーム医療に貢献できる薬剤師や看護師などの養成を図るための大学院カリキュラムを策定する「がんプロフェッショナル養成プラン」に応募していくことを検討しています。

司会 最近のがん医療のトピックスとしては、腫瘍専門医や放射線治療のほか、PETによるがんの早期発見の特集をよく目にします。

松崎 病院長に就任した当初から、がん診療が、将来の最重要課題になってくると考え、PETを是非導入したいと相談しましたが、多額な資金が

必要なこと、まだ法人化間もないことで、すぐに導入することは難しいという結論になりました。

そこで、近くの関連病院に打診したところ、唯一、宇部市内のセントヒル病院が、1か月後、「当院にPETの健診センターを建設したい」と正式に御返答くださいました。

それから、当院とセントヒル病院との間で診療提携、具体的には、セントヒル病院のPETを当院に設置したように使用できるというもので、本年3月から運用が始まります。

これに加え、当院の優秀な放射線科医が、センターに赴任しましたので、今後は、がん診療を行う上で、私どもは、非常に力強い武器を得ました。

司会 では、引き続き、岡教授の方から腫瘍センターについて、お話しを頂きます。

岡 がん拠点病院の指定申請に伴って、松崎病院長の命で腫瘍センターを設置しました。

当院におけるセンターは、外来腫瘍治療部や緩和ケアチームのほか、がん相談支援室、院内がん登録室から構成されています。

まず、外来腫瘍治療部は、3年以上も前から設置して取り組んでおり、昨年は、患者さんのアメニティーの向上を図るため、松崎病院長の計らいで12床のリクライニングシートを導入できました。外来で対応できる分だけ、入院での化学療法が減少し、QOLの向上や経済的負担の軽減のメリットから、患者さんにも好評です。

次に緩和ケアチームは、10数年前から精神科の方で、「リエゾン」という連携システムを動かし、がん患者さんのうつ病などの相談を受けていました。また、麻酔科による「ペインクリニック」は、緩和ケアの一環としても、活発に活動していました。

こうした二つの活動にがん専門看護師や薬剤師等を加えて、チームとして編成・活動するとともに、各診療科からの紹介システムも整備しました。このチームは、毎月1回、定期的にミーティングや症例検討会をしています。

そして、がん相談支援室は、がんに特化した相談支援体制を整備するため、この度、設置しました。ここには、医療機関と連携が図れるよう、看護師や事務職も配置し、このスタッフが、緩和ケアチームに加わり、様々な相談にも対応できるよ

うにしています。

このほか、院内がん登録は、本年4月から本格的な運用を開始します。現在、国立がんセンターから示されている全登録項目を、院内のコンピュータ・システムに導入し、診療情報管理士が、全ての初診患者さんを登録する予定です。とりあえず、入院の初診患者を中心に院内がん登録システムを動かし、将来的には、当然ながら、外来患者を含めて登録していきます。

更に、腫瘍センターの重要な機能は、大学病院としての研修・教育です。センターの指定要件では、化学療法が前面に出ていますが、がん治療の80%から90%は外科治療で対応していますので、外科の技術研修を必修化し、これに化学療法や放射線療法なども加えます。優れたメディカル・コンテンツを創り、いろいろな職種のコア教育、特に専門医のコア教育に貢献することが重要だと思っています。

また、研究面では、この腫瘍センターを中核にして、文部科学省の競争的資金による公募研究の一つである先程の「がんプロフェッショナル養成プラン」に応募していきます。このように、基礎研究から臨床までのトランスレーション・リサーチをきちんと構築することも、腫瘍センターの使命だと思っています。

将来は、山口県の光ファイバー網を活用して、がんに関する情報やデータの交換のほか、専門的な教育・研究プログラムを提供できるがんITネットワークを整備して、連携病院同士の連携を強化することが非常に重要になると思います。このためには、各病院にも、大容量のサーバーも必要ですが、この辺の整備は、県や国を挙げてお願いしたいと思っています。

このように、腫瘍センターの活動は、多岐にわたりますが、医師をはじめ、看護師や薬剤師、放射線技師等のコ・メディカル、事務職を含め、きちんと職員教育しながら、他の地域がん拠点病院と協力し、県のがん医療の均てん化に貢献してまいりますと考えています。

司会 総合病院に、腫瘍センターという新たな部門を設けるのは大変だったと思いますが、今後の問題点は何かありますか。

岡 やはり、実際にセンターが稼動したとき、各診療科から協力が得られるか、正直、言って、不安があります。しかし、協力によって生み出される果実を還元していく努力を怠らなければ、やがて、各診療科の理解が得られるものと信じています。

また、腫瘍センターの重要な役割の一つが、コア教育というか、基盤的教育ですが、大学には、このための研究会が乱立していますので、これらをきちんと組織化して、腫瘍センターと連携を持たせ、一つの方向を出していくことです。このほか、特に、コ・メディカルへの教育・研修は、まだまだ不十分なので、この充実の検討が必要です。

私としては、院内だけではなく、がん拠点病院や県との連携を円滑に進めるため、何れ全体の交通整理ができる専門の人が必要になってくると思います。

司会 どの病院でも、医師が中心になって動き、先生方だけが、様々な問題を抱え込んでいます。これでは、病院として取り組みを継続させることが、非常に難しいという気がします。

このため、どのように人、物、金などの経営資源を確保・投入していくかが、重要になってきます。特に医者以外のスタッフのバックアップがないと、取り組みの継続は不可能です。例えば、がん登録における診療情報管理士などです。また、総合病院の腫瘍センターには、事務作業も数多くあるので、事務職を前もって確保しておくべきだと思います。

「腫瘍センターを実際に動かすのは大変だ」と、どの病院の先生も言われるものですから、うまく課題を解決して、腫瘍センターを是非機能させていきたいと思います。

それでは、引き続き、松崎病院長さんから紹介がありましたが、新たにかん検診・放射線治療センターを設立したセントヒル病院の菅先生にお話を伺います。

放射線診断・治療センターを目指して



菅先生

菅 セントヒル病院のがん検診・放射線治療センターを紹介します。

私どもは、大学病院の提携病院として、PET施設を有効活用するとともに、地域の医療機関とも連携を図り、術後のフォローアップ、緩和ケアなどにも重要な役割を果たし、地域のがん診療に貢献したいという理念で取り組んでまいります。

当施設の特徴は、最新鋭の各種画像検査機器を使用した高精度のがん検診や診断を実現していることや、高精度の画像診断情報を放射線治療にも最大限に活かせることです。

大学病院の外来棟端末からPET-CT検査を申込み、また、その端末から検査結果も参照できる体制を整備するなど、今後も、大学病院との提携を具体化していきます。

当センターは、この度、建設した6階建てビルの3階にあります。現在、PET-CTは1台ですが、近い将来、更に高性能のPET-CT装置を導入する予定です。また、同フロアには、ラウンジ、放射線外来診察室、検査説明室、超音波診断室なども設けています。2階には、3テスラMRIやデジタルマンモグラフィ、更に1階には64列マルチスライスCTも新規に導入しています。

スタッフは、撮影や診断、放射線治療に当たる放射線医3名や看護師5名に加え、放射線技師10名のほか、放射線の一種取扱主任者や医学物理士、この中には2名の有資格者がいます。また、アテンダント・コーディネーターも配置し、皆が安心して検査を受けられるようにしています。

画像参照が、読影用の画像ビューアで何れの装

置からでもできます。また、そういった画像モダリティで得られた画像機能代謝情報は、放射線治療計画装置にも取込める環境を整備しています。サイクロトロンは、クラス最大級の加速電圧でFDG、ブドウ糖の代謝を見ます。FDGのみならず、アミノ酸、脳血流、心臓血流製剤なども精製できます。

PET-CTやFDG-PETを使用すれば、例えば、「早期胃がん」や「膵頭部がん」、「大腸がん」では三次元画像で解剖学的な位置が、「子宮体部がん」では原発巣とリンパ節転移が、それぞれ正しく検出できます。「無気肺中の腫瘍」なども、CTだけでは、どこまで腫瘍なのか、判断は難しいのですが、FDGの取り込みを診るにより、大きさの変化だけでは判断できない、腫瘍の治療効果の判定もできます。

また、3テスラMRI装置では、非常に高精度の画像が得られ、今までの1.5テスラでは分からなかった脳の細かい解剖学的状況が良く分かります。例えば、食道がんの手術後の脳転移でも、脳神経のトラックが分断されることも検出できます。

MRIスペクトロスコピーも、従来の1.5テスラに比べ、非常に高信号が得られるため、脳や前立腺などが、より鮮明に見え、放射線治療した場合の、内容的な変化を見る場合にも良いと思います。

もう一つ、ノバリスという定位放射線治療専用装置を導入しています。私どもでは、御紹介したとおり、PET-CTのデータ情報や3テスラMRIで撮ったスペクトロスコピー情報を放射線治療計画装置に取り入れ、治療計画に役立てる計画です。

司会 がんの診断や治療経過、治療効果判定のほか、治療自体に放射線機器は益々必要になってきますが、非常に高額なため、大学病院も含む一般病院では、なかなか購入できません。したがって、どのように高額機器を地域で確保し、効率的に活用するかが、大事になります。

岡教授のお話のとおり、がんの集学的治療で、放射線治療の役割が大きくなっています。診断はもちろんですが、広がりや再発を診るのにも重要だし、治療でも、かなり精密に照射できるようになったので、治療効果が高く、これから様々なが

んに応用されていきます。

難しい問題もありますが、他の病院と連携して、集学的治療を組織的に取り組むことは、非常に大切なことだと思います。

また、これからは、がんに関する情報が多くなり、患者さんも、手術以外の方法でも治療できると思うかもしれません。病院と患者さんとの行き違い、例えば、患者さんの希望と病院の方針が必ずしも同じにならない場合には、「そういう情報をくれなかった。また、希望しても紹介してくれなかった。」という批判が、だいぶ出てきているように感じます。

岡 土居先生のお話のとおり、いろんな治療戦略がある場合、そしてモラリティーがある場合、外科の先生に聞いたらこうだ、放射線科の先生に聞いたらこうだ、腫瘍内科の先生に聞いたらこうだ、というようなことも当然出てきます。

それで、1人の患者さんに対し、共通認識を持てるようにするカンファレンスが非常に重要になります。この場で、お互いに境界領域の情報を共有するとともに、治療に問題がある場合には、どういう方法が良いか、お互いに情報交換できます。

また、がん情報は、巷間、何でも分かっているように報道されていますが、実は、がんの病態や治療には、まだまだ不明なことが、数多くあります。場合によっては、「うちの病院では、こちらの方が良い」ということも言わざるを得ません。最終的には、患者さん自身に、どちらかを決めてもらう、というのが現状だと思います。

放射線治療も、非常に様々に出ていますが、まだ地方では、難しいという治療法もあります。開発されたばかりのデータを、どんどん患者さんに過度に示すと、混乱に拍車を招くことになるのではと懸念しています。こういう意味で報道が先走っている感じがします。

患者さんに、基本的な我々の方針を説明し、質問があれば、お答えする方が良いと思っています。何れにしても「外科だけ」、「内科だけ」しか、選択できない治療はだめです。このためにも、カンファレンスを充実させる必要があります。

菅 岡先生の関連ですが、先日、自分自身が、「どこで小線源治療ができるのか」、「放射線治療

と普通の手術と比べると、どちらが良いのか」と聞かれました。その時に、例えば、前立腺がんの手術で、患者さんの自宅に一番近い病院はどこか、どれぐらいの人数を手術し、どの程度の成績があるか、どこに小線源をやる病院があるか、そういう詳細な情報が、何らかの形で手に入るなら、患者さんに今よりアドバイスしやすくなると思いました。

司会 それでは、話を進めます。下関市立中央病院の小柳先生、よろしくお願いします。

下関市立中央病院の取り組み



小柳先生

小柳 当院は、一般病床430床の中規模病院です。現在の問題点は、まず、がんの治療体制の整備で、予算や人員の確保が早急に求められています。

放射線治療は、今も、19年前に導入したりニアックで行っていますが、2週間に1度位は故障している状況です。外来の化学療法は、外科が中心になって積極的に取り組み、入院での治療を外来にシフトしていますが、リクライニングシートなんか、とても整備できませんので、普通の入院ベッドを使い、6床の部屋で行っています。

スタッフも、がん治療の専門ナースはいなくて、兼任でやらざるを得ません。それから、治療薬の混合も、いわゆる専任の薬剤師ではなく、他の薬剤師が兼務でやっています。

次の問題が、院内がん登録です。現在、ドクターが登録していますが、今後も、これを継続して、ドクターの仕事量を増やすことは、とてもできない相談です。

このため、現在、元看護師や経験者に打診しています。また、登録という仕事は、日中だけの仕

事なので、トレーニング期間をおいた上で、パートを揃えていこうと思っています。

そして、次の問題が、連携です。当院には24の診療科がありますので、大体の悪性腫瘍は、ほとんどカバーできますが、やっぱり得意、不得意があります。そこで、下関市内にある同規模の4病院の中で、当院が拠点病院になりましたので、他の3病院との連携を強化する話し合いを持ちたいと思っています。

このほかは、地域の住民に対する啓発活動です。現在、病院の研修会のように、今度2回ほど一般公開講座を下関の海峡メッセで開催する予定です。様々な方法で地域住民のがん治療に関する知識の向上を図るのも、私ども、拠点病院の仕事だと思えます。

できれば、病院のホームページで、病院紹介だけではなく、例えば、「お父さんが胃がんになった、どうすれば良いのだろう」、「どこの病院に行ったら良いのだろう」、「どこに相談したら良いのだろう」など、一般の市民の方が、先ず行き当たる疑問の答え探しに役立つようなホームページを、当院で何とか立ち上げたいと考えています。

もし、ホームページを立ち上げ維持するとなると、また人手やお金が掛かるという話になりますので、ここに来るまでは、大学の方でお願いできるかな、と思っていました。しかし、松崎先生のお話では、大学の方でも、予算やスタッフの問題で大変厳しいようなので、取りあえず、小さなホームページでも、何とか始めようかな、と考えています。

司会 下関市立中央病院では、腫瘍センターなどの院内システムを何かお考えですか。

小柳 もう少し院内体制を整備できれば、考えられます。

司会 緩和ケアチームはありますか。

小柳 もう実際に稼動しています。私が知る限りでも、3件以上、相談を受けています。

司会 緩和ケアチームは、どういう構成になっていますか。

小柳 外科のドクター、薬剤師、看護師に加え、ソーシャルワーカーのほか、緩和ケアに興味を持っている臨床検査技師です。

司会 それでは、岩国医療センターの竹内副院長さん、よろしくお願いします。

岩国医療センターの取り組み



竹内先生

竹内 当院は、県東部にあり、広島や島根県の一部を診療圏としている565床の総合病院です。

一次から三次までの救急患者を年間24,000人程度、これを大体90人弱の医者で担当していますので、かなり多忙な病院といえそうです。診療対象は、循環器が大体20%強、がんが20%弱のほか、小児救急、その他となっています。

まず、がん登録の問題です。今、院内登録や地域がん登録、各学会のがん登録のほか、がん拠点病院のがん登録と計4種類あります。

がん拠点病院の登録は、HosCan-R（国立がんセンター版がん登録システム）での入力が見られますが、問題は、そのデータの加工が非常に難しいことです。このため、独自に入力ソフトを作り、県のがん登録や国立病院のがん登録、それとHosを一括入力できるようにしていますが、各学会のがん登録が難しいのです。

例えば、私がいっている肝臓がん学会では、今後、コンピュータ入力が求められていますが、独自の入力ソフトの活用ができませんので、改めて入力する必要があります。また、今まで、我々医師は、休日出勤で入力し、生死の確認も、自前のハガキを使っている現状です。

現在は、がん拠点病院の補助金で、予算や人を多少回してもらえるので、診療管理士1名や非常勤3名から成る病理管理室のスタッフも、多少助かっています。

緩和病棟はありませんが、緩和医療は、一般病

棟でやっています。何れ、施設を建て替えたら、緩和病棟を造りたいと考えています。

緩和ケアチームは、今、内科、外科、精神科、麻酔科、放射線科、看護師、薬剤師、栄養管理士、MSWのほか、必要に応じ、理学療法士も参加します。2、3年前は活発でしたが、チームリーダーの病気後は低迷し、この度、メンバーやリーダーもやり代え、再開しています。このようにリーダーが、一人いなくなると活動中止になる人材の薄さが問題です。

地域連携室ですが、やっと増員できまして、室長1名、係長1名、MSW2名、事務員1名で対応しています。しかし、これでも対応が難しくなっていますので、春には、更にMSW1名や看護師1名を増員する予定です。

国立病院機構以外も同じかもしれませんが、増員の場合は、いくら増収を見込めるかという基準がありますので、サービス部門の増員が非常に難しい。松崎先生のお話のとおり、こういう政策を進めるからには、やはり国の補助金を増やしてほしいと思います。

がんに関する在宅医療ですが、私の地区では、在宅療養を支援する診療所は、全く活動していません。現在、医師会に働きかけて、グループ化して24時間365日対応してくださいと要望していますが、人件費や労働時間等の問題で、なかなか現実的には難しいとのことでした。

とりあえず、病院としてできる公開カンファレンスを盛んに開催しています。時には、2、3名の開業医しかいませんが、場合によっては、30分から1時間掛けています。

次に、診療体制、特にがんの専門性です。この定義が非常に問題ですが、日本消化器外科学会、日本臨床腫瘍学会専門医というのが1名、日本がん治療学会認証試験登録医が1名という状況です。岡先生のお話のとおり、これまでのがん治療は、ほとんど外科医が中心に行ってききましたが、近年、内科の先生が中心になって日本臨床腫瘍学会を設立しており、しかも圧倒的に内科が多いですから、力があります。それで、がんの専門医が、今では、従来の外科から内科などに移っています。

565床の当院には、その臨床腫瘍学会専門医が1人しかいませんが、200床を越える程度の病院で、がんを余り扱っていない場合でも、その学会専門医は、たくさんいます。このため、腫瘍がん専門医という定義を、もう少し明らかにしてほしいと思います。

今まで70%~80%のがん治療を行ってきた外科医を、余りにも軽視しているように見受けられますので、もう少し実態にあったがん専門医を考えていただきたいと思います。

また、放射線技師やマンモグラム管理士、がん検診相談者等はいますが、現在、抗がん剤の調剤は8名ですが、がん化学療法専門薬剤師は1名のみです。さらに1名が、現在、3か月講習を済ませ、この度の試験を受ける予定です。当院は、たまたまスタッフに恵まれ、講習に派遣できましたが、他の施設に聞いてみますと、3か月と短い期間ですが、仕事を抜けることが難しいとか、その間の給与は誰の払いか、という意見もありました。

今の問題は、がん化学療法認定看護師の育成です。病院としては、受講を勧めていますし、その間の給与も出すようにしています。ところが、やはり遠方まで行くことになる、家庭の事情があるなどのため、なかなか希望者が出てこない状況です。

ですから、拠点病院の条件は、当初は少しハードルを下げ、段階的にハードルを上げていくような格好で進めないと、今のままの高いハードルでは、なかなか難しいと思います。

セカンドオピニオン外来は、ホームページで手続きの仕方を載せていますが、実際は、一般外来に来ます。そうすると、やはり30分から1時間取られ、通常の診療に支障が生じます。やはり、患者さんを紹介してくれる先生方にも、その趣旨を理解していただかないと、うまくいかないと感じています。

司会 岩国医療センターでも、腫瘍センター等の組織がありますか。

竹内 まだありませんが、今後の建て替えもありますので、それまでに考えたいと思います。

上岡 竹内先生に逆らう訳ではありませんが、先程の臨床腫瘍学会のがん専門医は、がん薬物療法専門医でして、抗がん剤による治療をやる専門

医ですから、私は、内科医の専門として良いと思っています。

それから、岡先生にも逆らう訳ではありませんが、外科医が、がん治療の8割を占めてきたということにも、私には、異論があります。

切除可能なものは、そんなにはないと思いますし、集学的治療や遠隔転移した患者さんの治療に当たるのは、内科医だろうと思っています。これまでは、その通りかもしれませんが、今後は、そうあるべきではないと、私は勝手に思っています。

司会 がん医療の均てん化に関する検討会の議事録を読みますと、日本の外科手術レベルは、非常に高いと言われています。その上で、がんの専門性を考えた場合、その差別化をどうするのか、という問題意識で恐らく、化学療法の担当医師の配置が考え出されたのでしょうか。

岡 もしも今、治療現場で外科医が全部辞め、「腫瘍内科をお願いします」と言ったら、たちまち立ち行かなくなる、患者さんは、一体どこに行けばいいのか、分からなくなるのが現実だと思います。

また、消化器外科で扱う管腔臓器がんで手術不能というのは、極めて少ないのです。僕は、「内科がだめだ」とは、言うつもりはありません。やっぱり、お互いに補完する必要があります。私らも、専門分野以外は、なかなか診れないので、腫瘍内科医が、是非とも全体を組織してくださると、すごく良いと思います。

司会 それでは最後になりましたが、山陽病院にお話しいただきます。



山陽病院の取り組み



上岡先生

上岡 当院は、周防灘に面した丘陵地にあり、非常に風光明媚で長期療養に適した環境にあります。また、国立療養所という旧称からも分かりますように、街中から少し離れた交通の非常に不便なところにあります。このため、外来患者数は少なく、紹介患者が大多数を占めています。総病床数385床、総数だけから見ると中規模ですが、このうち結核病床が50床や重度心身障害児（者）病床が120床あるので、一般病床としては、緩和ケア病棟の25床を含め215床という、小さな病院です。

まず、一般病棟に入院する患者さんの疾病です。以前は、肺気腫、気管支喘息等呼吸器疾患が多数を占めていましたが、最近は肺がんが急増し、現在では、6割以上が、肺がんを中心にしたがんになっています。こうした現状から、当院の目指す方向は、入院患者の7割以上をがん患者が占めるような、がん専門病院です。どうか、今年中に達成したいと思っています。

次に、診療体制です。入院患者さんの過半数を占める肺がんや胸膜中皮腫等呼吸器系の悪性腫瘍の画像診断を専門とする放射線の診断医がいます。また、気管支鏡を専門とする呼吸器内科医やCTガイド下の胸腔鏡や縦隔鏡で診断する外科医もいますので、万全の診断体制だと思っています。

外科治療は、呼吸器外科の専門医が3名で月に10～20名程度、肺がんを手術しています。最近では、特に胸腔鏡や縦隔鏡による低侵襲手術が主体です。放射線治療も、放射線治療専門医がリニアックを活用しており、大丈夫と考えています。

薬物療法は、前述のとおり、臨床消化器科の抗

がん剤治療の専門医3名が、月に100名程度の入院患者さんの化学療法をしています。また、外来化学療法の方は、ベッドが6つあり、月に40名程度です。

当院には、25床の緩和ケア病棟があり、これを1名の専任医師が担当し、更にその医師を指導する緩和医療学会の評議員がいます。また、癌性疼痛看護の認定看護師も2名います。緩和ケア病棟は、こういうスタッフで運用し、大体いつも満床です。現在は、これに精神科医や臨床心理療法士などが加わる緩和ケアチームをつくり、一般病棟のがん患者さんを早期から緩和ケアを提供する方向で、隔週回診で対応しています。

そして、患者さんの取り扱い件数です。現在、取り扱い件数の大多数は、肺がんや中皮腫など呼吸器系の悪性腫瘍が占めており、自信を持って診療しています。呼吸器系の患者さんは、昨年1年間で320～330名を取り扱い、その他の患者さんは、まだ提携する医療機関が非常に少なく、昨年では50名程度です。緩和病棟は、出入りが非常に多く、年間250名程度です。

また、緩和ケア病棟以外の入院患者さんの住所をみると、3割程度が宇部市、3割程度が山口市です。その他は、各1割が山陽小野田市や周南市、防府市、残りの1割が萩市など日本海側です。岩国市や下関市を除き、ほぼ全県に分布しています。また、僅か5～6%ですが、島根県など県外から肺がん治療のために来ています。

緩和ケア病棟の入院患者さんをみると、5割程度が宇部市、2割が山口市、1割が山陽小野田市と、肺がん治療に比べると、近郊から多く集まっています。

このほか、当院のもう1つの特徴は、アスベストに関連する患者さんが非常に多く、昨年1年間で15名程度の方が、当院で治療を受けています。また、悪性中皮腫のみならず、アスベストに関連すると思われる肺がんも、切除組織や気管支配合洗浄液等でアスベスト小体を計測しています。さらに、アスベスト被爆者の健診業務等も積極的に行っていますし、労災などの申請事務も、いろいろと患者さんを援助しています。

緩和ケアのあり方について

司会 緩和ケアという意味は、広義に解釈されたり、ターミナルに限定されたりします。急性期を対象とする総合病院の緩和ケアと、山陽病院のように緩和ケア病棟を整備した上で、終末期を対象とする病院とでは、それぞれが持つ緩和ケアの意味合いが異なってくると思います。

こういう意味で、今回のがん拠点病院の指定要件に、「緩和ケアチームによる緩和医療体制の整備」が入りましたが、緩和ケアの内容が、病院によって異なってくると思います。

ターミナルにおける緩和ケアという意味では、年間30万人が、がんで亡くなっていますので、すべてを緩和ケア病棟で対応するのは、現在は勿論、将来も難しいと思っています。

そこで、山陽病院が受け止める緩和ケアについて、現状と展望をお願いします。

上岡 当院における緩和ケアの患者さんは、最初から当院に入院する方よりも、むしろ、外から紹介されてくる方が大半を占めていますが、紹介元の先生によって、緩和ケアに関する患者さんの認識が様々に変わってくるように思います。

積極的な治療は難しいものの、まだ一般状態は比較的良好、かなり早期から紹介される方から、看取りだけをとお紹介され、本当にその日に亡くなる方まで、様々です。

私たちは、看取りだけではなく、患者さんの苦痛の原因になる症状を取り除き、残された時間をきちんと生きていけるような、本来の意味の「症状緩和」に取り組みたいと思っています。

現在は、いつも、ほぼ満床状態ですので、今後の方向は、できるだけ、外来で最初に診た上か、又は、地域の診療所の先生と相談した上かで、緩和医療の方針を決めて、できるだけ診療所の先生方に診ていただき、最終段階で、どうしても入院が必要な方のみを当院で治療できるよう変えていきたいと思っています。

今後も、主治医が、適切な緩和医療を提供できるよう、必要に応じ、お手伝い、協力していきたいと思っています。



杉先生

杉 がんに伴う苦痛は終末期だけに存在するのではなく、病気の早い段階からも存在し、次第に増してくると考えられています。そのため緩和治療も終末期だけではなく、病気の早期より開始して患者の苦痛を軽減し、引き続き抗がん剤や化学療法などの積極的治療への取り組みをサポートすべきと言われています。このように、病気の初期から緩和治療を積極的な治療とともに行ない、患者の予後とQOLの改善を目指す考え方を「包括的がん医療」と呼んでいます。

すなわち初期の段階では、緩和治療に必要な医師、看護師などからなる緩和ケアチームが、一般病棟における緩和治療を行ない患者の症状緩和に対応します。外来化学療法などを行なうなど比較的落ち着いた病状にある患者には、自宅で生活を送りながら在宅緩和ケアを担う開業医や訪問看護ステーションの看護師が対応します。病状が進行し、より積極的な治療が必要な場合でも常に症状緩和を心掛け、時には治療を一旦中止し、苦痛の除去を図った後に治療を再開することも有意義と考えられます。もちろん、終末期の苦痛の除去には緩和病棟での治療が有効でしょう。このように、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア、緩和病棟が連携を取りながら、患者の病状に応じてその機能を果たすことが重要です。

私たちの山陽病院が緩和ケア病棟を開設してから、既にすでに十年あまりになります。この間、緩和医療に関するノウハウの蓄積とスタッフの育成がなされてきました。また、難治がんの数えられる肺癌患者の診療を当院が数多く手がけてきたことを考慮すれば、上記のような包括的な緩和医療体制のなかで当院が果たすべき役割は大きく、地域との連携の中での包括的な緩和医療にさらに

貢献して行きたいと考えています。

司会 大学病院には、いろんな病期の患者さんが来院しますが、根治的な治療が大きな使命だとすれば、この度、設置した緩和ケアチームの役割は、どのように考えるべきでしょうか。

岡 これまで緩和ケアに関する患者さんの一般的なイメージといえば、おそらく緩和ケア病棟を中心にしたターミナルだと思いますが、がん対策基本法の眼目の一つとして、早期からの緩和ケアを普及していくことが、今後は、欧米のように重要になっていきます。

こうしたイメージの払拭を図り、緩和ケアをもっと患者さんに身近なものにしていく役割が、大学病院をはじめとして、がん拠点病院に指定された急性期病院にあると思います。

また、上岡先生のお話ですが、大学病院では、山陽病院に大変お世話になっていますが、患者さんによっては、「とにかく大学で診てくれ」と言われ、それを「だめだ」とむげに断ることは極めて難しいということも、御理解くださるとありがたいです。

このため、上岡先生のお話のとおり、最後の看取りで大変御迷惑を掛けることがあります。大学病院が、在宅医療まで関与することは、おそらく非常に難しいと思います。やはり、大学病院は、高度な治療をする病院です。

松崎 また、別の観点からの問題提起ですが、緩和ケアの問題は、全面導入された急性期包括払い制度とも関係しています。

この制度は、まず平成14年に特定機能病院から導入され、かなり定着したら、今度は、在院日数の短縮が示されました。

現在、当院では、精神科を含めても、大体18日と非常に短くなっています。6年前には、30日以上でしたから、それがもう半減した訳です。

こうした経済面からも、大学病院で緩和ケアが提供可能なのか、という疑問があります。今後、国が、その辺りをどのように対応してくださるのか、緩和ケアの病棟だけは、政策医療として位置づけ、相応の診療報酬を設定していただければ、全国の大学病院が変わってくる可能性があると思います。

司会 下関市立中央病院や岩国医療センターでは、如何でしょうか。

小柳 現実問題としては、当院に緩和ケア病棟を新設することは、まず不可能です。幸い、25床の緩和ケア病棟のある安岡病院が、近くにあります。5、6年前から、「とにかく、何かあったらよろしくお願いします」といって、ずいぶんお世話になっています。

当院の緩和ケアチームは、最後の看取りまでは、考えておりません。しかし、患者さんには、最後まで当院で看取ってくれ、という方も時々います。そういう患者さんには、何科が対応するのか、例えば、外科ならスタッフが結構多いので、大丈夫かと思いますが、2、3人しかいない科では、最後まで看取することは、なかなか難しいです。

そういう時に、先程のチームで対応できないか、と思っています。

竹内 県東部には、緩和ケアを積極的に提供している施設がありません、やはり、地域のニーズを考えると、採算は合わないけど、当院の役割にしないと、仕方がないと思います。最近、院長も、こういう考えに変わってきています。

また、緩和ケアを希望する看護師が非常に多いので、この看護師の希望を叶えるためにも、必要だと思っています。

集学的治療とがん専門医の確保

司会 それでは、話題を転じ、集学的治療の問題に進めます。

病院全体でみると、がん患者が多い場合でも、がんの種類、例えば、胃がんの手術件数でみると、それ程は多くない。「専門性」と関係しますが、どの程度の手術件数があれば、一つの専門家チームとして成り立つのでしょうか、どの程度の患者数があれば、化学療法の専門家を配置できるのでしょうか。

下関市立中央病院では、どうでしょうか。

小柳 もちろん、がん治療の専門医が、病院に1人でもいれば、非常にありがたいことですが、はっきり言えば、実際には無理です。

確かに、それだけの患者数があるか、いないか、

という問題もありますが、化学療法の専門医を1人雇ったとして、化学療法以外に手の空いた時間は何をするのでしょうか。

恐らく、他の病院も同様でしょうが、現時点では、ちょっと言葉が過ぎますが、病院の中に遊ばせておける医師は、考えられないということです。

司会 岩国医療センターでも、同様だと思うのですが、如何ですか。

特に集学的治療の中では、化学療法と放射線療法が重要になってきますが、その専門医を自院に確保するか、又は、連携により他院に確保するか、がん拠点病院の要件で、どちらを選択するのか、ということです。

竹内 個人的な考えでは、その専門医も、肺がん、肝臓がん、膵臓がんなど、全部はとてもカバーできるとは思えないのです。やはり、現実的には、各施設のカンファレンスで、各科の専門医が、今のガイドラインを参考にしながら、対応するしかないと考えています。

司会 化学療法専門医の養成・確保について、一方では、日本の大学に講座が無いからという理由もありますが、他方、専門医が育ち働ける環境が整備されていないと思うのですが。

重要だとは分かっているのですが、どうしたら、専門家をがん拠点病院で確保できるか、これは難しい問題ですね。

岡 小柳先生のお話がありましたが、手の空いた時間には、例えば、コア教育をお願いしたいと思います。抗がん剤の種類によって、どういう対策を講じたら良いか、こういうレジメを作っているけど、どこに問題があるかとか、教育と関係した仕事は、いくらでもあると思います。

また、今までは、日本に余りいなかった専門医なので、今後、そういう人がだんだん育ち、病院にとって、どれだけ有用かということが、徐々に分かってくれば、その分だけ増えてくると思うのです。

大学としては、やはり、そういう専門医を育てていく義務があると思います。それだけの教員とか教育のシステムがあるわけですから。これは、大学以外には、不可能という意味ではなく、大学も、その役割を担っていく必要があると思っています。

ます。

松崎 私は、抗がん剤に関するドクターの認識が、欧米ほど高くない気がします。

抗がん剤は、何となく効きにくい、何となく手術後のセレモニー、という雰囲気を感じるがあります。それが、若いドクターが化学療法などに興味を持ちにくい原因になっているように感じます。また、土居先生のお話のとおり、抗がん剤を扱う「臨床薬理学」の教室が大学に少ないことです。基礎薬理学を教える教室は、全国の何処にでもありますし、また、大学によっては、薬理学の教室が、2つ、3つもあるようです。

しかし、主に抗がん剤を専門教育する臨床薬理講座や専攻する先生が少ないように思いますが、これだけ多くの抗がん剤、非常に効果のある抗がん剤が出ていますので、今からは、増加してほしいと期待しています。

だから、抗がん剤に関する医学教育をしっかりと行っていけば、今後、若い先生方に本当の腫瘍内科医といえる、手術やメスではなく抗がん剤で、がんを切っている専門医や、放射線療法と抗がん剤を併用できるような専門医が生まれてくる気がします。やはり、少し医学教育で考えていく必要があると思います。

薬物療法は、かなりの知識と理解が必要ですし、今後は、これまで以上に抗がん剤の組み合わせとかが、もっと複雑になってくるので、様々な臨床トライアルが必要ですが、欧米には、ほとんど引けを取らないぐらい、きちんと日本でもできる体制になってきています。

したがって、そういう分野の専門医が、徐々に必要な時代になってきていると思います。その医師を育てるシステムが重要です。

司会 化学療法にしても、放射線療法にしても、その適用が非常に厳密になっています。そういう意味では、片手間に勉強しながら、抗がん剤を投与することが難しい状況です。

岡 実際の投与は、内科医でも、外科医でも構いません。また、腫瘍内科医が、各科の抗がん剤治療を直接やることはないでしょう。こういう意味では、腫瘍内科医に対して、もの凄いニーズはないでしょう。

しかしながら、がんの治療計画全体を最も良く見渡せる腫瘍内科医は、ある程度数を育てていくことが必要だと思います。

がん登録の進め方



土居専務理事

司会 最後になりますが、がん登録に話を進めます。

がん登録は、患者動向だけでなく、患者の予後、治療法や病院機能の評価と関連します。また、地域に拡げると、がんの罹患率も、把握できるようになります。

このため、総合病院の腫瘍センター（部門）は、組織として独立させ、責任者を決めて、院内のがん医療に関する情報を集約していくことが重要だと思います。

腫瘍センターとがん登録というのは、ある面では治療の表裏の関係にあり、全体を集約できる役割の人を育てていくことが、重要であると考えています。

例えば、各科を越えて、病院としてのがん医療に対する基本方針や整備方針を取りまとめ、その時代、時代に合わせた病院づくりを進めていく役割です。

こういう意味で、がん登録は重要ですが、医者だけではできません。診療情報管理士はもちろん、事務職の協力もないと難しいと思います。

そして、病院の収入面では、大変厳しいものがありますが、がん拠点病院になることで、今後は、若干でもプラス方向に動いていく気がします。院内登録が順調に進めば、地域がん登録も、うまく動いていくと思います。

がん登録では、生存情報や死亡情報の確認とい

う大事な作業があります。病院として、生存情報や死亡情報の確認は大変だと思いますが、死亡情報は、行政が把握していますので、県との連携を是非やる必要があると思います。

山口県では、地域がん登録が行われていますが、精度の確保が難しいと聞いています。今後は、このまま精度の向上対策を講じていくか、現在の登録は、徐々に精度を上げるにしても、各年度で重点的に取り扱うがんの種類を決め、そのがんの登録内容の充実を図り、追跡するか、2つの考え方があるかと思います。

また、院内登録でも、全がんは大変だから、まず、できる部分から始める、という考え方であってもいいと思いますが、県としては、どうでしょうか。



石丸主幹

石丸 土居先生のお話のとおり、現在、県の登録精度が全国中位にある中、地域がん登録が、活用されるためには、登録精度の向上を図る必要があります。このため、担当者としては、抜本的に登録方法を見直す必要を感じています。

そして、可能ならば、各院内がん登録の精度向上にも資するようにしたいと存じます。

司会 当財団では、フランスのリオンにある国際がん研究機関（IARC）に研究委託していますが、ここでは、スイスのチューリッヒ州の地域がん登録を利用して、腫瘍の発生や予後だけではなく、採取した検体を遺伝子解析し、その結果と予後の関連を研究したりしています。

がん登録も、がんの発生動向だけを見ていくだけでは、がん登録に関わる人たちの意欲が湧かないような気がします。

折角、山口大学には、遺伝子解析する病理の先生方もいますので、先端的な研究と組み合わせて、成果を上げれば、「がん登録をやろうか」という気になってくると思います。

がん登録の結果を疫学的に解析する研究者などの確保も、容易になるかもしれません。

松崎 私は、アメリカのフラミンガム・スタディーと同様、コホート研究による地域がん登録、できれば、がん登録版の久山町研究ができると良いと思います。

もう一つは、医師会員に対する啓発です。基幹病院だけを抑えれば、かなりの精度に上がりますが、医師会の方の協力もないと、うまくいかないと思うのです。

その上で、がん拠点病院と、がん拠点ではない病院、それぞれに山口県認証の拠点病院としての役割を持たせ、県が補助金を少し出すようにすれば、県の投網が、がんを扱う全病院に掛かり、がん登録も、どうかうまくいくと思います。

司会 そろそろ時間がまいりました。第三次対がん総合戦略、がん対策基本法という流れの中で、がんを扱う医療機関の機能分担や機能連携が、本格的に議論される初めての年になっていくと予想します。

こういう意味で、これからは、新たに様々な対応が迫られるため、がん拠点病院のネットワーク間や地域の病院間で、がんの種類ごとにきめ細かな対応に関する話合いが、今後、必要になってくると思います。

地域によっては、「医者の確保」が非常に難しくなっている状況において、がんへの対応をどうするのか、非常に難しい問題が数多くありますが、情報技術の発展に伴い、「ハード」面での連携条件は、整ってきたと思います。

しかし、実は、医師同士のハードルが最も難しい。これらを解決するには、医師が互いに顔を合わせる、地域の勉強会やカンファレンスが、更に必要になると思います。

最後になりますが、恵上企画監さん、前川学部長さんから一言お願いして、終わりにしたいと思います。

恵上 これまでのお話しから、がん拠点病院であっても、極めて厳しい状況に置かれているものの、先生方の御熱意で、現在のがんの診療や教育、研究の現場が、維持されている一端を垣間見ることができました。

この一方で、がん拠点病院において、主要な6大がんに限っても、がんの専門医を養成するシステムや診療水準の向上を図る設備を確保していくことは、先生方のお話しから、そうそう容易なことではないようです。

こうした状況や土居先生のお話を勘案すると、主要な臓器別や治療法別の広域的な連携システムについて、がん拠点病院のネットワークを基盤にして県全域で整備していくことにより、がん専門医の確保や診療水準の向上を図っていく必要を痛感しました。

がんセンター等がなくても、この広域的な連携システムを整備しながら、がん医療の均てん化を着実に図ることができれば、県民皆さんのがん医療に関する満足度も上がり、結果として、がん医療の分野への投資が増加していく好循環を創出できると信じています。このエンジンの重責は、大学病院に是非果たしてほしいと思っています。



前川先生

前川 本日は、がん診療連携拠点病院について、貴重なお話を数多くお伺いしました。その上での話ですが、がん医療やがん専門医を確保していくためには、その場、その場の対策も必要ですが、やはり、県の地域医療全体を10年、20年という中・長期的な視野で構想する計画を策定する時期に来ていると、最近、しみじみ思います。がん医療の問題も、こうした構想にきちんと位置づけ、対応していく必要があると思います。

先日、松崎病院長とともに、知事さんと面談しました際に、医学部や医師会とともに、県と腹を割って話せる機会を設けてほしい、この三者が、十分な連携の上、中・長期的に県の地域医療の確保を万全なものにしていきましょと、提案しま

した。

私たち自身が住んでいる、この山口県の医療について、きちんと確保していくことが、医学部や附属病院の重要な使命だと思いますので、全力を挙げて取り組んでまいります。

司会 それでは時間が来ましたので、座談会を終わります。どうもありがとうございました。





私のセンチメンタル ジャーニー (感傷旅行)

北海道がんセンター
院長 山下 幸紀

2005年9月21日、妻のユリ子とアメリカへ出発した。3日間の夏休みと土日および年休をあわせて9日間の旅行であった。思えば、30年前の1976年7月、我々夫婦は、5歳、3歳、1歳の双子の計4人の子供とともに、アメリカ、ノースカロライナ州のダーラムにあるデューク大学を目指して日本を出発したのだった。デューク大学では、D.B.Amos 教授、J.R.Dawson 準教授のもとで、HLA およびCEA についての研究を1年半させていただき帰国したのだが、それからその後一度だけ、1982年、サンフランシスコで行われた世界産婦人科学会 (FIGO) のついでにちょっと、妻と

ともに訪れて以来、今回は久しぶりのダーラムへの旅だった。2度目に訪れてからも24年たっており、色々考えると、おそらく今回が最後のダーラムへの旅になるだろうと出発前から思っていた。

実は、30年前の仲間の多くとは、今でも付き合いが続いており、Amos 教授も、その後何度か日本に来られ、一度は、当時私が勤務していた旭川医科大学にも来られたこともあった。また、私が、母校の教授に選考されず落ち込んでいた時など、わざわざ、アメリカの大学を2、3紹介してくれ、来ないかと言ってくれさせるなど、Amos 先生は実に情のある先生であった。最近の数年は、クリスマスカードのやり取りのみであったが、時々入院されたりして、あまり体調は良くないようだったので、2003年の春頃に一度行きますと年頭に申し上げたところ、大変喜ばれて、一人で来るのか、それともユリ子も一緒か、とか、まだ詳しい旅行計画もたてていないうちに、何日の何便かとか、滞在費はむこうがもつ、などと言ってくれ、自分も、もうすぐ80歳になると最後に書かれていた。それで大学で講演などさせられたりしたら嫌なので、金銭的な援助は辞退して、とにかく行こうと思っていた矢先、先生の訃報が届いた。今回はついに肺機能の回復がかなわなかったとのことだった。

もともと先生はヘビースモーカーで、常に、胸のポケットには、葉巻を2、3本さしており、葉巻や紙巻きタバコをどこでもすすっておられた。私が初めてアメリカへ行った当時には、私はかなりの愛煙家だったが、アメリカでの生活を記念して、タバコをやめるつもりだった。しかし、タバコで成功したデューク家で有名なノースカロライ



Amos 先生の肖像画の前で

ナ州のダーラムでは、ダウンタウンを歩くと、当時は、何とも言えない甘いタバコのおいが鼻をくすぐり、うっとりする感じがしたうえ、研究室の Amos 先生（皆は Bernard と呼んでいた）の周辺は、いつも葉巻のおいがしており、結局、この時はタバコをやめられず、むしろ、葉巻やパイなど趣向は広がってしまったのだった。

とにかく、最も尊敬し、また好きだった先生の、亡くなられたとの報に、急いで準備をすれば、チャペルでのお別れ会に間に合ったかもしれないが、全身を襲った脱力感と抑鬱感のため、呆然と数日をおくってしまった。結局、この年はアメリカへは行かず、近いうちに必ず行きますと、Jeff (J.R.Dawson) や Kay (Bernard の奥様) につたえ、とりあえずこの時は終わったのだった。しかし、Amos 先生の大きな肖像画が、講義室の壁にかかっていると聞いていたので、ぜひそれを見に、なるべく早い時期にデューク大学を訪れようと考えていたが、今回やっとその思いがかなった訳である。

どうせアメリカの南部へ行くのなら、メンフィスに住む友人の Billy (William H Kutteh) やニューオリンズで放射線科医師として活躍している、北大同期の若林君にも会うこととし、数ヶ月前から

計画をたてていた。Billy は、昔、私がデューク大学で研究生生活をおくっていた時には、テクニシャンとして色々実験の手伝いをしてくれ、しかも公私ともに気の合う友人であったが、その後、アラバマ大学で PhD を、さらにテキサス大学で MD および生殖内分泌の専門医の資格をとり、現在は、テネシー大学の教授であり、メンフィスの不妊症治療センターの施設長もやっているバリバリの現役医師である。今回行くと連絡したところ、彼の自宅に泊まること、また、もし良ければ、テネシー大学の産婦人科で、内容は任せるから何か講演をしないかと言ってきた。以前、ノースカロライナ州のステイツビルの彼の実家に、夫婦で泊めてもらったことがあったが、ご両親（父上はそこで産婦人科を開業していた）に大いに歓待され、せっかくなつくってくれたのだから、できるだけいただこうと思いつつも、あまりの食事の量の多さに冷や汗をかいたことを思い出したが、結局泊めてもらうことにし、講演も、何となくやりたい気持ちになったので、"The current state of medical practice in Japan" と題してすることを伝えた。

丁度この頃、アメリカ南部は、巨大ハリケーン、カトリーヌに襲われ、海より低いニューオリンズのダウンタウンは完全に水浸しになってしまった



Kay (Amos 夫人) を囲んで、Jeff 夫妻と我々夫婦

ようで、若林君と連絡がつかなくなった。彼女の動向も心配ではあるが、とりあえず今回は、ニューオーリンズへ寄る日程を急遽変更して寄らないことにし日本を後にした。

メンフィス空港には、Billy が迎えにきており、それから二泊三日、まるで森の中の城のような彼の家でお世話になりながら、彼の案内で観光をしたり（クリントン前大統領もきたことがあるとかいう Korky という有名なバーベキューの店で食事をしたり、小泉前首相とブッシュ大統領が先日訪れたプレスリーの記念館、グレースランドでお上りさんよろしく楽しんだり、またキング牧師が銃で撃たれた広場や奴隷を売買した広場跡を見たり—ここはそのまま残しておくべきという意見と、恥だからさっさとなくすべきとの意見があった、今はとりあえずそのままになっているとのことだった—）、彼の治療センターを見学したり、テネシー大学の産婦人科で、100人位の医師やこの時期に産婦人科で研修中の学生を相手に予定どおり約1時間講演をし、日米の医療事情についてディスカッションしたりした。

この後、いよいよ懐かしのダーラムへ向かった。ローリー空港には Jeff 夫妻が迎えにきてくれたが、30年ぶりなのにお互いにすぐわかって、感激のあまりおもわず抱き合ってしまった。30年前にきた時は、家を決めるまで4～5日間、大学のそばのヒルトンインに泊まったので、今回もそこへ泊まることにしていたが、場所は同じだが、建物は全く違って新しくなっていた。大学の周辺や、昔我々が住んでいたところなどを見て歩くには、車がないとどうにもならないのだが、Jeff が運転手になってくれたので、自由に行きたいところをまわることができた。彼は私より2～3歳年長だが、2年前から研究活動はやめて、今は副学部長としての仕事に専念しているとのことだった。大学の構内を散歩して、とにかくまず昔の研究室を見なくてはと向かった。

日曜日のためと思うが、勝手に建物に入らず、セキュリティは昔に比べはるかに厳しく管理されているように感じられた。しかし、Jeff が手を振りかざすとドアが開き、中に入ると、造りは昔と同じだが、雰囲気はどうもいまいちピンと来な

かった。それで、早く講堂へ行きたいと言って、Amos 先生の肖像画に会いに行った。私は涙もろい方なので、きっとお姿を見たら涙がでると思っていたが、どういう訳か涙はでなかった。先生はいつもラフなスタイルがお好きだったが、肖像画も、ほかのかざられている先生方が皆きちんとネクタイ姿なのに、本を抱えた白衣姿とまるで日常の姿そのものだった。先生は、HLA の研究では、フランスの Dausset らとともに世界の最先端を走っておられたが、どういう訳か、ノーベル賞は Dausset にいった。今でもそれが残念でならない。

Amos 先生としばらく心の中でお話した後、大学の構内を散歩し、様々な思い出に浸ったが、そこらこらで色々な学部の新しいビルが建設中で、活気にあふれている感じがした。夜には、Jeff と Linda 夫妻が、Amos 夫人の Kay と我々夫婦を呼んでくれて、最近できたというレストランでディナーということになった。この時、あれこれ話しているうちに、頭がボーとなって、不覚にも涙があふれてきた。

Kay は、日本にきた時我々にもらった、小さな壁掛けを、今でも寝室の壁にかけて我々のことを思い出していると言って、喜ばせてくれた。昔のことや最近のことなどを話して感傷に浸った。我々の旅は、この後、予定のニューオーリンズからアトランタへと変更になり、ここで4日間、あちらこちら気ままに見て回り、結局ここにきて、感傷旅行でなく観光旅行になってしまっって9月29日に帰国となった。

(やました こうき)

《略歴》

山下 幸紀 (やました こうき)

昭和17年 (1942) 4月1日生 (札幌)

昭和41年3月 北海道大学医学部卒業

昭和46年3月 同 大学院卒業

4月 同 産婦人科 助手

昭和56年4月 旭川医科大学 産婦人科 助教授

昭和62年10月 国立札幌病院 産婦人科医長

平成17年4月 北海道がんセンター 院長

がん患者として、国会議員として

山本 孝史

4月1日、がん対策基本法が施行されました。昨年5月22日、参議院本会議場で「私も、がん患者です」と公表し、同法の早期成立を訴えたことが昨日のこのように思い出されます。

扇千景議長は、質問時間を超えての発言を許してくださり、議場からは激励の大きな拍手をいただきました。小泉総理(当時)もご心配くださり、がん対策基本法は成立に向けて大きく前進しました。

国立がんセンターの杉村隆名誉総長からは、ご著書『自らがん患者となって』をご恵送いただきました。「冬瓜の記」への寄稿文も掲載されており、文章はもちろんのこと、「味のある表題だなあ」と感心しました。今般、ご縁をいただいて私が寄稿者になるとは想像もしなかったことです。

一昨年未だに胸腺がんが見つかり、国立がんセンター中央病院で化学療法を受けるまでの日々。そして、がん対策基本法を巡る動きや、進行がん患者となつての心境などを記させていただきます。

《何気なく受けた血液検査》

●2005年(平成17年)12月20日(火曜日)

郵政選挙後の長い臨時国会が終わり、大阪に帰った私は、久しぶりに自宅で過ごせる時間を楽しんでいた。ただ、排便時にちょっと鮮血が落ちる。

「痔かな?(寛解している)潰瘍性大腸炎の検査も長いこと受けてないなあ」

そんなことをぼんやりと考えながら、自宅近くのY胃腸科病院を受診した。

「しばらく大腸ファイバーをしていないのなら、検査日の予約を取ってください」

国会が1月中旬には開会されるので、その前にと希望したが、1月の検査は予約でいっぱい。検査日は火曜と木曜とかで、国会日程を考えて2月2日を予約。その後、血液検査のため採血をした。

「ずいぶん先だが、どうしようか。このままで



参院本会議で質問。「私もがん患者です」と公表(平成18年5月22日)

大丈夫かな」

自宅への帰り道、不安が心に広がった。

●12月21日(水曜日)

友人夫妻と奈良県の天理教本部を訪ね、「別席」を運ぶ。議員になって、いろいろな宗教を勉強する機会も増えた。

午後1時から講話が始まる。その直前の12時56分、携帯電話が鳴った。発信者名は出ていない。「もう講話が始まるし、どうしようか」と迷ったが、電話に出た。

昨日受診したY病院からで、「副院長が、できるだけ早く来院してくださいと言っています」と事務の女性。少しあわてているようだ。

血液検査の結果で、どこか悪かったようだ。

「明日、参ります」

急いで返事をして教室に戻る。講話が始まった。

《肝臓にがんが見つかった!》

●12月22日(木曜日)

9時過ぎ、Y病院へ。しばらく待つと、「山本さん、2診にお入りください」とお呼びがかかる。

診察室で副院長が、血液検査の結果を見ながら、話しを始めた。

「肝機能の数値が高く、検査値がちょっと気になる項目もあるのです。今から、腹部エコー、腹部のCT、胸部X線撮影、胃カメラ、大腸ファイバーを受けてください」と、検査を連発される。

腹部エコーの医師は、お腹の上で検査器機を動かしながら、首を傾げている。

「この前、いつ検査を受けましたか？」

「今年の4月に定期健診を受けて、異常なしと言われました」

医師の首は左右に揺れたままだった。

超スピードでの検査の連続。気づくと、時計は午後3時を回っていた。隣のコンビニで買ったサンドイッチを食べながら、検査結果を待つ。

やがて、名前を呼ばれ診察室へ。副院長から結果の説明を受ける。

「腹部エコーですが、肝臓に大きな影が二つ見えます」

なるほど、「春にエコーの検査を受けた」と答えた私に、検査の医師が首を傾げたはずだ。

乳白色の亚克力板を通した蛍光灯の光が、何枚もの腹部CT写真を浮かび上がらせている。肝臓に大きさも濃淡も異なる多数の影が見える。素人目にも「これは悪い」とわかった。

「大腸から肝臓に、がんが飛んでいるのかもしれない。今日の生検の結果は29日に出来ます。2月2日まで大腸ファイバーを待ってられないから、すぐにしましょう」

副院長は、すでに予約でいっぱいだという27日に、検査日程を入れてくださった。

慌しく事態が展開する。

「(心の準備をしていただく前に)たいへんなことを、次々に話してすみません」

副院長は我に返ったかのように、ストレートな「がん告知」を詫びた。でも、説明を聞いている私は、不思議と冷静だった。

「治療を希望される病院があれば、紹介状を書きますが」との副院長の言葉に、「ちょっと、考えてみます」と返事をした。

診察時間が長くなった。副院長の机の上に看護師が積み重ねた次の受診者のカルテが、いまにも崩れそうになっていた。

帰宅。妻に事実を告げなければならない。これ

までも潰瘍性大腸炎や腎臓結石、副鼻腔炎の手術と、何度も心配させてきたが、今度は状況が違う。

「これまでとは、ちょっと違う病気のようなや」と言葉を濁すと、妻は心配そうな顔をした。

《年内に治療方針を決めよう》

●12月23日（金曜日・天皇誕生日）

朝から「どこの病院が良いか、誰かに相談しなくては」と思いをめぐらす。小学校からの友人の医師に電話。状況を告げると友人は、「父も肝臓がんで、大阪市内のK総合病院で手術を受けた。今も元気してるよ。紹介するわ」と、気軽に引き受けてくれた。

今日は祝日、明日は土曜日、明後日は日曜日。その後は年末年始の休暇だ。

「年内には原因を突き止め、年明けには治療を開始しなければならない」

そんな道筋がおぼろげに浮かんだ。

●12月25日（日曜日）

忘年会欠席の連絡を友人にする。忙しい私の日程に合わせてくれたのに申し訳ない。でも、欠席の理由は言えない。

●12月26日（月曜日）

大阪市内のK総合病院で受診。肝臓外科の医長が穏やかな表情で、持参したCT写真を見てくださった。

「これは肝臓原発ではないですね。他にもがんがあるのでしょうか。造影剤を使って、胸部と腹部のCT撮影をしてください」

地下の検査室で撮影をしてもらい、再び、肝臓外科の内廊下の椅子に座って待つ。

「肺から肝臓に転移していますね。胸腺のがん細胞を採って病理検査をする必要があります」。

先生は、隣の診察室の呼吸器外科医長を呼んでくださり相談。明日27日に入院して大腸ファイバー検査、28日に開胸手術、29日に退院の日程が生まれ、病理検査の結果が出るのは新年1月4日と決まった。

《初めての全身麻酔手術》

●12月27日（火曜日）

入院。大腸ファイバー検査は何度も経験したが、

痛みもなく、時間も短かった。「うまいなあ」と感心。テレビ画面に映し出された映像を見ながら、医師が「きれいですね」と教えてくれた。その言葉に、はじめて安心を覚えた。

●12月28日（水曜日）

胸の真ん中の上部を5センチほど横に切って、検査用に細胞を採り出す。

初めて受ける全身麻酔での手術。口にマスクがかかって、「1、2」と数字を数えたところまでしか覚えていない。

「山本さん！」との声に目が覚める。まだ、手術台の上にいる。

「終わりました。病室に戻りましょう」

痛みはまったく感じない。

●12月30日（金曜日）

29日の退院予定を一日延ばしてもらって、昼前に退院。

●12月31日（土曜日）

参議院医務室の医師と電話で話す。「定期健診で見落としたのかなあ」と落胆している様子が伺える。胸腺は胸の中央にある肋骨の後ろにあるので、正面からの胸部X線撮影で見つけるのは、よほど大きくなってからでないとい困難。しかも、4月の定期健診で、腫瘍マーカーは正常値だった。

今から考えれば、3年前に喘息と診断された後、どこかの時点でCT検査を受けるべきだったのだろう。でも、そこまでの知識を持っていなかったから、末期での発見は仕方がなかったと思う。

大阪難波の大型書店で、がん関連の本を買い込む。

「病院ランキング本」は参考にはなっても、病院決定の決め手にはならない。専門医の言葉から、各種の治療法や予後などについての知識を得た。先輩患者の体験談には大いに勇気づけられた。

《新年の気分もどこへやら》

●2006年（平成17年）1月1日（日曜日）

おせち料理をはさんで、妻と二人のお正月。身内には知らせないことにした。新年早々に病気の話をするのは野暮だろう。風邪を理由に、実家での新年会を欠席する。

●1月4日（水曜日）

呼吸器外科を受診。PETを勧められ予約。

●1月5日（木曜日）

病院近くのクリニックで、PET検査。これで指示されたすべての検査を終了。原発巣は胸腺で、肺と肝臓に転移しているとの確定診断を得た。今後の治療のことでK総合病院の抗がん剤治療を担当する内科医の診察を受ける。

「お仕事を、どのようにされますか」

「1月20日には通常国会が開会され、6月か7月まで国会が続きます。できるだけ長く、国会活動を続けたいと思います」

「それでは、東京の病院で抗がん剤治療を受けられるのが良いですね。大阪で治療しながら東京に通うのは、体力的にも無理でしょうから」

「わかりました」

東京での病院探しが始まった。とって、何か判断材料があるわけではない。国会議員という身分も、病院や医師の側からすれば、迷惑な話だろう。旧知の厚労省職員に病状を話し、国立がんセンター中央病院での診察をお願いする。

●1月6日（金曜日）

朝一番に、民主党大阪府連代表の平野博文代議士に面会。9月15日までに国会議員を辞することになると、参議院大阪選挙区（定数3名）の「補欠選挙」になるので、率直に病状を話す。

自宅に戻る。銀行に行き通帳に記帳し、残高を確認。生命保険証の記載事項も確認し、財産の整理をした。「出来る時にやっておかなければ」との思いが募る。父の代からお世話になっている税理士に電話して、後々のことをお願いする。

広報を手伝ってくれている仲間に電話。「新しい印刷物の作成作業は、しばらく中断」と伝える。

国立がんセンターの受診日が11日になったとの連絡を受ける。

関係団体や地元議員が年末年始に開く会合は、すべて欠席となった。理由が理由だけに仕方がないが、応援していただいているのにお詫びの電話すらできないのは心苦しい限りだった。

●1月7日（土曜日）

大阪の地元事務所で書類の整理。自宅への帰途、仏事一切をお願いしている寺を訪ね、新年の挨拶。本心は「ここで葬儀はできますか」と聞きたかったのだが、病状を告げずに話すのは骨が折れた。

● 1月9日（月曜日）

遅ればせながら妻と初詣。いつものように、お墓まいりをし、帰り道に、生玉神社を参拝。病気の快癒を祈った。

● 1月11日（水曜日）

国立がんセンター中央病院呼吸器科を受診。

後日、持参した病理標本をもとに、胸腺がんとの確定診断を受けた。大阪のK総合病院と同じ判断だ。胸腺がんは珍しいがんで、標準治療がなく、肺がんに準じた治療を行うとの説明を受けた。

19日に入院。20日の国会開会式には病院から出かけた。24日、第1回目の抗がん剤投与を受けた。がんとの闘いが始まった。

《がん対策基本法を突破口に》

その後の経緯を簡略に述べますと、国立がんセンター中央病院での抗がん剤投与は、3～4週間おきに4月12日まで計4回行われ、「休業」期間に入りました。抗がん剤で傷んだ骨髄の回復を待たためです。

そろそろ次の抗がん剤治療を始めないといけないという時に、国会で「がん対策基本法」が政局絡みの動きになってきました。

「来年（平成19年）の通常国会は、参院選を前に与野党対決ムードが高まる。がん対策基本法は、この機運を逃しては成立しない」

そう判断した私は、5月22日の参議院本会議での代表質問で、がん患者であることを公表し、がん対策基本法の成立を訴えました。法案は会期末ぎりぎりでも成立しました。



進行がん患者と判って1年後の平成18年12月、参議院決算委で社会保障制度の将来像を論議

私の提案により、がん患者・家族・遺族も参加する「がん対策推進協議会」の設置が法律に盛り込まれ、患者等の意見や要望が、がん対策に直接反映される仕組みができました。画期的なことです。

協議会では、日本のがん対策を総合的かつ着実に進めるための「がん対策推進基本計画」の策定に向けて議論が重ねられています。4名のがん患者等代表委員も、全国のがん患者会と連携しながら、活発に発言し、行動しています。

また、平成19年4月1日の法施行に先立って、厚労省に「がん対策推進室」が新設され、10月1日には国立がんセンターに「がん対策情報センター」が開設されました。その後も、「がん対策の推進に関する意見交換会」や全国各地での懇話会などが開催されています。

国会がん患者と家族の会（代表世話人・尾辻秀久元厚労相）の設立にもごぎつきました。

私は平成5年の衆院議員初当選以来、医療制度や医療保険財政などについて国会で活発に発言してきました。薬害エイズや臓器移植法などでは、国会内外で先頭に立って活動してきました。

ところが正直に申し上げて、自らががん患者となるまで、日本のがん医療の実態に関しては無知でした。がん患者となり、国のがん対策を検証してみると、実に多くの課題が見つかりました。

今後、それらの課題に対する解決策を検討し、実行していかなければなりません。日本のがん医療の水準向上を図ることは、医療制度全体の水準向上につながると確信しています。

《がん患者として学んだこと》

最後に、がん患者としての思いを記します。

がんと告知されて、その事実をすぐに受け止めることのできる人はいません。しかし、その後、がんについての知識が増えれば、がんを受容する姿勢を整えることもできると感じています。

私も、いろいろな本を買って読みました。5年生存率や生存期間中央値などの数字を見ると、落ち込みます。でも、「それらの数字は、これまでの治療成績であり、しかも平均値であって、自分のがん治療には参考程度にしかならない。今後新たな抗がん剤が開発されれば、治療成績はもっと伸

びていくはずだ」そう受け止められるようになったのは、主治医との会話を通じてでした。

患者や家族は「先生にお任せします」ではなく、がんに対する正しい知識を持ち、主治医とともに治療法を選択するという時代になっています。

今やがんは、不治の病ではありません。根治できない場合でも、抗がん剤治療による延命効果が十分期待できます。ここでの「延命」とは、生活の質を保ちながら生きられるという意味です。

医師とのコミュニケーションがとても重要です。医師と患者とのコミュニケーション不足が解消されれば、多くの問題が解決すると思います。

《がん患者の苦境を胸に》

国立がんセンター中央病院の大部屋に入院していた時、若い患者さんが多いのに驚きました。まだ子供さんも小さくて、「病気のため仕事を長く休み、窓際族になっている」とか、「仕事が続けられるだろうか」と心配していました。若年の乳がん患者も多いと聞きました。精神的、社会的に苦しんでいるがん患者は多いと思います。背負っている荷物を少しでも軽くしてあげられたらと思います。

後から知ったことですが、K総合病院での開胸手術直後に、妻は担当医から「治療しなかったら余命は半年」との宣告を受けました。そのときからすでに1年半になろうとしています。私のような進行がん患者にとって大切なことは、治療によって「新たに生み出された時間」に、何をするかをはっきりさせておくことだと思います。

誰にも余命は予測できません。私たちは常日頃から「どのように生きていくのか」を考えていなければならないのですが、がん患者となって、突然、「残された時間をどう生きるか」という難問を突きつけられる。そんな人が普通だと思います。

何事にも優先順位をつけることが求められ、私は国会議員としての務めを優先順位の1番目に置きました。治療のおかげで、日常生活はほぼさし障りなく過ごすことができ、国会事務所での仕事も続けています。

私が治療を受けている東京や出身地の大阪は病院も多く、情報入手も容易で、私は大変恵まれた



今年4月、「あしなが心塾」(都下日野市)で、妻ゆきとのツーショット

立場にいます。でも、地方ではそうはいかないようです。どこに住んでいても、最良のがん医療が受けられる体制が求められています。

私は、がん患者として、また国会議員として、がん医療の水準向上、さらには日本の医療水準の向上のため、自分に与えられた時間を捧げたいと思います。

(やまもと たかし)

《略歴》

1949年兵庫県生まれ。大学生時代から交通遺児家庭への支援活動に加わり、財団法人交通遺児育英会に勤務。事務局長。93年、衆議院議員初当選、2期務める。2001年から参議院議員。民主党参議院幹事長、参院財政金融委員長等を歴任。05年12月、胸腺がんと診断され、現在化学療法を継続中。



死の陰の谷を歩む時

クリバリ 有美子

《まさかの授乳期の発病》

病は肉体の闘いのみならず、精神と魂に及ぶ壮絶なものでした。1999年当時、私は32歳。アフリカ人の夫、三歳の娘と生まれたばかりの赤ん坊と暮らし、子育てと仕事の両立に精一杯でした。異変に気がついたのは下の娘の授乳中。右側の乳の出が悪く詰まったような堅い部分があり、乳首が上方に折れ曲がっていました。助産婦による母乳指導を定期的に受けていたので相談すると、「母乳の質が悪いから赤ちゃんの飲みぐせがついたのよ。」といわれ、すっかりそれを信用してしまっていました。併設の産婦人科医の診察も受けたのですが、授乳中は判断が難しい、わからない、乳腺炎かもしれないと、抗生物質を処方されるのみでした。それから半年以上もそのままの状態です。授乳を続け、子供が一歳になったのを機に断乳すると、張りのなくなった乳房に大きなしこりのようなものがはっきり触れ、表面がその部分だけわずかに膨れていました。乳首も変形したままで、明らかに異常。すぐにインターネットを検索すると、血の気が引きました。乳がんであること以外は考えられませんでした。

《最初の診察からセカンドオピニオンへ》

地域では大きな病院の乳腺外科の診察を受け、検査の結果、即日乳がんであると宣告、「手術をします。」と言われました。母が乳がんの手術を受けていたので多少知識があり、乳房を温存できるかどうか聞くと、手術中に開いてから判断すること。私は釈然としませんでした。診察中の僅かな時間ではありましたが、医師に対して直感的な不信感がぬぐいきれず、セカンドオピニオンをとるために国立がんセンターを受診しました。そこでまず外科医の診察を受けると、最初に薬で腫瘍を小さくしてから手術するという方針で、腫

瘍内科医に渡されました。

《現実を知り、希望を失う日々》

授乳中のゴタゴタで受診が遅れてしまったせいか、腫瘍は全体で5cmはありそうな大きなものになっていました。乳管内に進展したがんの両端に腫瘍が三個繋がっており、腋下のリンパ節も腫れていました。当時、局所進行乳がんに対しての抗がん剤の治験が行われていたので、その試験に参加することにしました。新しいものが好きだったし、どうせ死ぬかもしれないなら何か人に貢献したい、という気持ちもあったからです。

治療が始まり、本やインターネットで病気に対する知識が深まると、私の病状ではかなり完治が困難であることが解って来ました。私は高い再発のリスクファクターをいくつも持っていました。抗がん剤は副作用が強い上、効果がやってみないと判らないという博打のような治療です。しかも私は効果があるかどうかを調べるための治験に参加しているので、立証された治療法ではない。どうなるか誰も知らないわけです。私は何一つ持たず、オールさえ奪われた小船に乗って、大海を彷徨



抗がん剤治療中に友人と一歳の娘と。
髪の毛が抜け始めると、全部剃ってしまいました。

徨う様な心境でした。そんな不安から、イスラムの信仰をもつ夫に自分の為に祈ってくれるように頼みました。夫は了解はしたものの、「自分で祈ればいいじゃないか」といいます。その響きには人ごとのような冷たさがありました。そう簡単なことだろうか？私は信仰を持っていなかったし、神を無視して生きてきたという自覚もありません。病気になったからといって、すぐ跪(ひざまず)いて神に祈れるものだろうか？私は祈りの言葉の一行さえ教えてくれない夫に失望を感じました。

《自分の無力さに打ちひしがれて》

すべて私が信じてきたもの、健康、信頼、人間的な努力、将来の夢が崩れ去りました。確実なものなんて、初めから無かったです。風呂に入るために服を脱ぐと、葉の影響で体中の全ての体毛は抜け去っており、鏡にはがん患者の顔が……。私は名前さえ失っていました。変形した乳房に触れると、腫瘍の存在がしっかりと確認できました。自分の体に何か別のものが入り込んで自分を征服していく。私の意思を無視して。恐れを誰かに話しても、孤独感が増すだけでした。ただ死だけが異様にリアルに光り、吸引されてしまいそうでした。まるで悪夢を見続けているようで、寝ても醒めても追い立てられるような焦燥感がついていきます。思えば、病気が発覚して以来、家族や友人達が私の為に様々な協力をしてくれました。私はその人達に恩を受けたまま、この世から去らねばならないのだろうか？私の人生は受けるだけの人生だった。そう思うと虚しく、悲しみが湧いてきました。

《崖っぷちでの祈り》

私は浴槽の中で祈り始めました。他に出来ることは何もなかったのです。幼い時に母に連れて行かれた教会の、高校時代毎日学校で礼拝してきた聖書の神に向かって。若くて健康だった時代、あれ程反発を感じていたキリストだったのに、いざとなると八百万(やおよろず)の神も、仏陀も頭の中にありませんでした。「神様。この治療に耐えられるだけの勇気と力とを与えて下さい。もう一度生きるチャンスを与えて下さい。もし生き直



7年間子供たちの成長を見てこれたことに感謝！

すことが出来るのなら、自分勝手に生きてきた人生を改め、人の為に生きたい。」そう短い祈りを捧げました。祈り終わったその瞬間に、私の中に「ああ。大丈夫だ。」という確信が平安と共に与えられました。さっきまで私をグイグイと吸引していた、死への恐怖と身の置き所の無さが消失していました。悪夢から醒め、広い平原の中にいるようでした。告知されてから一度も感じたことの無い落ち着き。神は私の祈りを聞かれたのだと思いました。するとまたもう一つの声が聞こえ、「お前は本当にそれが信じられるのか？もし病気がこれから悪くなっていったら、お前は神さえも信じることが出来ずに1人で死ぬことになるんだぞ。」と迫ってきます。私は恐怖を感じました。しかし、たとえそうなったとしても良いと思い直しました。絶望的な、あの恐ろしい悪夢のような状態が一瞬にして消え去ったのです。それは私自身の力では為すことができなかつた事でした。もうさっきまでの状態に戻りたくなかつた。それ程、この時の平安は私にとってインパクトのあるものだったので。こうして私は病のただ中で、神と出会いました。

《治療と手術の結果》

治療は進み、手術する時期になると、治療効果はかなり出ていると医師から告げられました。私は手術しないで放射線だけで治療を終了したいと思いました。1人の腫瘍内科医は賛成してくれましたが、外科医と他の腫瘍内科医は首をかしげて

いました。そこで私は他の病院の医師3人の意見を聞きに走りました。結果、手術しないのは危険だと判断しました。そして手術後の組織検査の結果、薬の効果がさほどは無かった事が分かりました。腫瘍の3分の1に相当する部分の縮小という判定で、腋下リンパ節は13個採取した中の9個にがんの転移が見られました。この結果は大変ショックでした。やはり自分は再発して死んでいく運命なのだろうか。そんな思いが何度も胸によぎりました。

《希望と夢を持ち続ける》

治療期間中多くの医師にネットを通じて相談し、又は直接会って話を聞きました。ある医師には「どうせ長生きできないから、何やっても同じだ。」と面と向かって言われたこともあれば、相談メールの返答に「大変言いにくいことですが。」との前置きがあり、否定的な見解が述べられていたこともあります。その度に私は、あの浴槽で祈った時の平安と“大丈夫だ”という確信を思い出して希望を持ち続けました。薬が私の命を救うのではない。生存率の曲線を信じてはいけない。医師の言う悲観的な見解と予測を鵜呑みにしてはいけない。よい患者になって死ぬのなら、嫌われる患者でも生きた方がよいのだ！そう自分を励ますのです。何をおいても希望こそ一番の特効薬。そして希望は奇跡の器です。



ギターを始めて半年。
新たな挑戦は苦戦であっても楽しい。

《神と共に生きる—死に勝利する力》

自分が完全に治癒する夢を見続けて今年で七年目を無事に迎えることができました。神の力に頼り今日与えられた一日を生きる。明日の命が確実な人間はただ一人もいないのです。「たとい、死の陰の谷を歩くことがあっても、私はわざわざを恐れません。あなたが私とともにおられますから。」
(聖書・詩篇23章4節より)

(くりばり ゆみこ)



今年五月の個展の案内状の絵です。

《略歴》

- 1967年 仙台生まれ
- 1992年 武蔵野美術大学卒
その後フリーランスイラストレーターとなる
- 1995年 アフリカのマリ出身の夫と結婚、
二児の母となる
- 1999年 乳がん発覚
- 2003年 離婚
- 2004年 クリスチャンの洗礼を受ける
- 2007年 5月17日～22日まで吉祥寺 にじ画廊にて
個展を開催

ホームページアドレス

<http://www.yumiko-art.com>



テーラーメイド医療を実現するための トランスレーショナルリサーチ —国立がんセンターと米国のがんセンターとの比較—

国立がんセンター中央病院
第一領域外来部第二胃科医長
山田 康秀

2006年5月16日から7月11日までの2ヶ月間、垣添忠生前国立がんセンター総長、野村和弘前国立がんセンター中央病院長の御高配により、第3次対がん10か年総合戦略（研究課題：がん治療のための革新的新技術の開発研究）の日本人研究者派遣事業の一環として、米国へ出張した。

この間、ノースカロライナ大学ラインバガーがんセンター（ゴールドバーグ教授ら）、南カリフォルニア大学ノリスがんセンター（レンツ教授ら）、メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター（ソルツ医師、イルソン医師ら）を訪問した。研究テーマは、「トランスレーショナルリサーチの効果的推進に伴う必要な諸問題の抽出とその解決策に関する研究」である。筆者は、2003年から消化管癌の内視鏡生検組織、手術標本、末梢血単核球、血

清を用いた薬剤感受性に関する研究、新規治療標的の探索、およびそれに関連し新たな診断方法の確立、創薬を目的とした研究に、11階支援施設、内視鏡部、臨床検査部、消化器系外科、研究所、ゲノムセンターの多くの医師、看護師、研究助手など多くのがんセンタースタッフの強固な協力関係のもと従事している。この研究をさらに発展させることを今回の出張の主目的としていたが、同時に米国の消化器腫瘍内科のオピニオンリーダー達と実地臨床ならびにリサーチに関して、直接、意見交換することも楽しみにしていた。

米国のリーディングがんセンターを訪問後、トランスレーショナルリサーチ（特にリバース）において国立がんセンターの進んでいる点、不足している点について気付いたことを以下に列



南カリフォルニア大学ノリスがんセンター



メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターの腫瘍内科外来パビリオン

記する。当院では各部門担当者の研究に対する意欲の下、既に訪問した施設よりも進んだ組織収集、処理のチームが出来上がっているように感じた。ノースカロライナ大学ラインバーガーがんセンターの副センター長で研究所側の医師であるマイケル・オマリー教授と、基礎側と臨床側の共同研究のあり方について話し合う機会があった。研究所側と臨床側との共同研究を推進する試みがカンファレンスの開催などを通じてトップダウンで組織的に行われたこともあったということであるが、結果的には長続きしなかったようである。現在は、個人のつながりを発展させていくことに頼らざるを得ないため、臨床と基礎の研究者の研究テーマを院内のウェブサイトに公示し、研究者同士が個別に連絡を取り合えるような環境を整備している。院内にとどまらずNIH(National Institutes of Health)ともリンクしているが、共同研究チームの形成にどれほど寄与しているかについては不明である。

南カリフォルニア大学ノリスがんセンター長であるピーター・ジョーンズ教授とは組織のバンキングに関して話し合う機会があった。2001年にノリスがんセンターとしてティッシュ・バンクの設立を試みたことがあったが、保存された組織の帰属および使用権などに関する部門間の調整ができなかったため系統的なバンクを作れなかったということである。多忙な日常臨床の中で各部署の担当

者個々人が質の高い組織収集という煩雑な行程を継続してこなすためには、研究の意義を理解し、高いモチベーションを保つことが不可欠である。ティッシュ・バンク設立には個人情報管理という倫理面で解決すべき重要な問題点もあるが、各スタッフの研究に対する理解、納得が得られなければ、病院全体として系統的ティッシュ・バンクを構築することが難しいということがわかる。また金銭的サポートやバンキングされた組織へのアクセス、研究者のプライオリティなど、その他複数の克服すべき問題点もある。

一方、当院では研究結果を解析するバイオインフォマティクス部門が不十分であるように感じる。現在、筆者らは他施設の研究者との共同研究



メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター
消化器腫瘍内科のイルソン医師（右）と小生

により補っているが、研究の開始前、実施期間中、組織収集後データ解析など、必要に応じた連絡を密に取り合うことはまだできていない。

メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターにおける消化器腫瘍内科医の臨床能力は高いが、研究所およびコーネル大学との間でトランスレーショナルリサーチはほとんど行われていない。組織を利用した基礎研究は、製薬会社よりの受託研究の中に組み込まれているだけである。

個々の患者に最適な医療を提供するテーラーメイド医療を確立するためには、臨床検体を用いたトランスレーショナルリサーチを推進し、“がんの本態”を解明することが必要不可欠である。今後は、当院で収集してきた組織の測定結果が得られ、その解析方法論、得られた結果の解釈に関して議論しなければならない時期を迎えるため、現状で不足している部分は補い、出張中に得られた海外の友人達とも連絡を取り合うことにより、今まで以上に効率的で質の高い研究を活性化して進めていきたい。また、国立がんセンター研究所と病院との連携を強固にし、世界へ向け情報を発信し続けていくことが当面の目標である。未筆ながら、出張中だけでなく常日頃、著者の業務をカバーして下さっている国立がんセンターのスタッフすべて、貴重な機会を与えて下さった垣添先生、野村先生、経済的なサポートをして頂いたがん研究振興財団に、この紙面を借りて心から御礼を申し上げます。

(やまだ やすひで)

プロフィール

1963年 1月 神奈川県川崎市生まれ
1981年 3月 駒場東邦高等学校卒業
1983年 3月 慶應義塾大学経済学部中退
1989年 3月 弘前大学医学部卒業
1989年 4月 弘前大学第一内科
1996年 4月 癌研究会附属病院化学療法科
1998年 4月 国立がんセンター中央病院
消化管内科

医学博士

日本内科学会内科専門医・指導医
日本消化器病学会専門医
日本臨床腫瘍学会暫定指導医
Fellow of American College of Physicians (FACP)
がん集学的治療研究財団評議員

大腸がん、胃がん、食道がん、消化管間質腫瘍などを扱う消化管腫瘍内科で抗がん剤治療を担当している。また同時に分子標的治療薬の第I相試験および臨床検体を用いたトランスレーショナルリサーチに関与。研究所（基礎）と病院（臨床）の連携によるがんの本態解明を実践している。



地域に根ざした『がん患者会シャローム』

代表 植村 めぐみ

★自分の住んでいる町に患者会を作ろう！

人口5万人弱の小さなこの杉戸町は、埼玉県の東部にあります。私がこの町に患者会を立ち上げようと思ったきっかけには、大きな理由が3つあります。

まず一つ目は、親友のがん闘病でした。彼女は、副作用が強いと言われているシスプラチンという抗がん剤を投与されていました。ある日、入院中の彼女から携帯にメールが届きました。『今すぐに来て！抗がん剤で苦しい。』というSOSでした。私が行ったからといって、その辛さが軽減される訳ではないことは、勿論分っていました。私はすぐに飛んで行き、彼女の手を握りました。『貴方なら、分るよね。この辛さ！』彼女は、先に抗がん剤を経験している私にか細い声で訴えました。『分かるよ。勿論だよ。』『でも、大丈夫。それを乗り越えた私がここにいるよ。』『辛さや涙は我慢しないでいいから。大丈夫だから！』と、声を掛けました。そして、心と手をそっと重ねて、その辛さを共有しました。彼女は、『ありがとう。分かってくれて嬉しい。』と安堵の表情を浮かべ、その辛さに耐えていました。逃れきれない苦しみをただじっと抱えて悶えるしかない時、彼女が求めたものは、『この苦しみを分かって欲しい。』ただ、それだけでした。一歩先行くがん患者が傍らに寄り添うだけで、それだけで十分なサポートであることを実感しました。親友は、私よりも後になんになり、私よりも先に逝ってしまいました。しかし、このことが私の心を大きく揺さぶり、私は、自分の住んでいる町にがん患者会を起そうという思いが湧き上がったのです。

二つ目は、私自身が、患者会を通して救われた

からです。私は、いくつかの大きな患者会に加入しています。自分と同じ部位の患者会やがん全般の患者会であったりします。相手のがん患者というだけで、ほっと息がつけ、言いようのない連帯感が生まれました。患者同士の交流は、不思議に心を和ませられたり、時に楽しませてくれたりします。『大きな患者会でなくても地域でこんな活動が出来たらいいな』と、いつしかそんな思いが私の心に芽生えたのです。

三つ目は、友達とインターネットの患者会で知り合った友人を見舞った時、初対面の彼女の第一声は、『私が元気になったら、病人を勇気付けるような、そんな貴方達のような働きをしたい。』と、大きな希望に燃えていました。しかし、彼女は、術後1年もしない間に、亡くなってしまいました。彼女が抱いたその志しを、私がもし代われるものなら彼女の思いを成就させたいと思ったのです。そんな思いを込めて私は、この患者会を立ち上げたのです。

★シャロームの意味

シャロームとは、ヘブライ語で、『平和、平安、安らぎ、穏やか』を意味する言葉です。ヘブライ語を公用語とするイスラエルでは、私達が日常使う『こんにちは』と同様に、挨拶の言葉としています。出会うたびに、お互いに『あなたが平和でありますように。』と行き交う人に声を掛け合うそうです。

がんという病を抱えながら、それでも、お心は、平安でありますようにという願いを込めて患者会の名前をシャロームとしました。

★患者会の活動内容！

（地域であることの利点と問題点）

地域に根ざすということは、直接、仲間に声が届き、肌が触れ、顔を合わせ、互いに呼応することの出来る素晴らしい利点が多くあります。一方、病気を地域の方に知られるのではという不安が先に走り入会を躊躇する方もおられます。負のイメージの強いがんは、『誰にも知られたくない。』と、自分一人でがんと闘っている方も大勢いらっしゃいます。しかし、患者会に興味を示して下さる方は、利点の方に重きを置いて下さり、仲間と一緒にがんを乗り越えたいと、前向きな方もおられます。

杉戸町役場発行の“広報すぎと”にがん患者会シャロームのお知らせを掲載して頂いた時、『患者会を探していました。病院で紹介される患者会は、遠くて体力的に行けない。転移をしているので助かります。』という方や、『嬉しい。本当に嬉しい私の話を思いっきり聞いて欲しい。』等、是非加入させて欲しいという反応が少しずつおこされています。

昨年4月のくちコミから始まった、がん患者会シャロームは、現在、9種のがん患者で構成され、町内外を合わせて今では会員20名になりました。隔月の顔を合わす交流会の他に、カラオケに行ったり、時にはランチを一緒にしたり、アロマセラピストの資格を持った会員によるハンド・マッサージを受けたりなど、楽しいひと時も共有しています。



アロマセラピストによるハンドマッサージ

しかし、会員の方でも、他の会員の方と顔を合わせることにためらいをお持ちの方もおられます。がんを抱えて行き詰った時、不安に押し潰されそうになった時、思いを吐き出せる場所がここにあり、私とお電話でお話しするだけでも、私は、それだけで会員としての働きをなしていると思っています。会員としての関わり方も一人ひとり違っていい。がんの顔つきが異なり、がんとの闘い方もそれぞれである様に、一人ひとりが身の丈にあった参加の仕方です。それでいいと思っています。

共感をもって話に傾聴しあう“分かち合い”の場をこの杉戸に提供したい。私はそんな思いで杉戸を拠点とする患者会を設立しました。一緒に泣いてくれる人がいる。分かってくれる人がいる。心で聴いてくれる人がいる。がんを抱えながらそんな意味深い時間を共有出来る患者会仲間は、何にも変えがたい心の処方箋だと私は思っています。

会員の中には、『毎週でも皆に会いたい。家にいたら、病気のことばかり考える。』という方もおられます。杉戸及びその周辺を拠点とするこのがん患者会は、少しずつこの町に浸透しつつあります。

交流会の約束事として

- ①会で話された内容については、守秘義務を厳守する。
- ②話されている方のお話が終わるまで口を挟まない。
- ③話された方への意見やアドバイスは避ける。（求められた場合は除きます。）

会では、傾聴をまず一番に心がけることを大切にしています。

また、電話によるピア（仲間による）サポートも行っています。

シャローム専用携帯（090-4535-9198）にお電話があった場合、一歩先行く同じ部位のがん患者を紹介しています。同じ部位の患者であればあるほど、相手の心を開き、その方の心の重荷を

軽減することが出来ます。会の加入に繋がることもあれば、そうでない場合もあります。

★啓蒙活動の一環で開催した講演会



講演会「がんと上手につき合うために」杉戸町会場

私は、一生涯の中で、たった一人の命をも救えないと思いました。しかし、講演会で自分のがんの体験を語り、がんの啓蒙をすることが出来れば、『もしかして、人ひとりの命を救えるかもしれない。』と思ったのです。2006年10月28日（土）にこの杉戸の町で開催した講演会は、大きな反響がありました。障害や病気を持った方のサポート団体“NPO法人たすけ愛すぎと”の協力があったこそその催しでした。不確かな情報によると講演会と名のつくもので満席299名は、町始まって以来の盛況ぶりという噂が耳に入ったほどでした。

会の内容は、下記の通りです。

- ・ NPO法人たすけ愛すぎと代表理事挨拶
- ・ 杉戸町長の挨拶
- ・ がん体験者の発表
(がん患者会シャローム代表)
- ・ 視覚障がい者のプロ歌手大石 亜矢子さん
& 盲導犬アンのゲスト出演
- ・ 国立がんセンター中央病院腫瘍内科医長
勝俣範之氏の『がんと上手につき合うために』の基調講演
- ・ 質疑応答

講演会から約半年経った現在も、その余韻は今もこの町に残っています。アンケートにも多くの方から『感動した。』『勉強になった。』『また開催して欲しい。』などの声を寄せて頂きました。講演会がきっかけでがん検診に行かれた方に、がんが見つかったというご報告も受けています。

★山本孝史国会議員を訪ねて！

今年2月19日、参議院会館の山本孝史議員事務所を訪ねました。がん患者会シャロームは、J C P C（日本がん患者団体協議会）という組織に加入し、日本のがん医療の質向上を国に働きかける活動の末端にいます。その中に、“国会がん患者と家族の会”山本孝史議員が事務局をされている患者会も加入されておられます。彼は、国民にご自分ががん罹患者であることをカミングアウトし、がん対策基本法成立にむけても、その体験を生かして貢献して下さいました。厚生労働委員としての働きも大きく、患者の声や医療現場の実態を国に届けて下さり医療向上に力を注いで下さっています。

私はこの日、地方のがん患者の医療格差に悩むシャローム会員（地方会員）を伴い、参議院会館の山本孝史議員事務所を訪ねました。山本議員は、快く我々を迎え入れて下さり、情熱を持って耳を傾けて下さいました。話を聴いて共に嘆いて下さったり、驚かれたり、我々の訴えに思いを重ねて下さいました。きっと、この情報も、がん医療の均てん化に役立てて下さるであろうと確信しています。



参議院議員会館 山本孝史議員を訪ねて

多忙を極めておられる国会議員が、私どものような小さく名もない患者会の訴えに耳を傾けて下さったことは、自分の目と耳を疑ったほどでした。国会議員という隔たりを感じさせない彼のご姿勢に感動と尊敬と、そして信頼と期待を感じた一日でした。山本議員のご健康とご活躍を心から願う者です。この度、その山本議員の闘病記『冬瓜の記』と共に、このがん患者会シャロームが『かに34号』に掲載されることは光栄の至りであります。

がん患者会シャロームは、田舎の小さな町を拠点とする立ち上げたばかりの弱小患者会です。大きなことも立派なことも出来ません。それでも、思いを吐き出せる場所の提供と、仲間が陽だまりで肩寄せ合って温め合い、互いに励まし合うことは出来ます。上記の新聞記事抜粋のように、がん患者の気持ちが軽く前向きになれるようなそんな患者会をこれからも目指したいと思っています。

(うえむら めぐみ)

★これからのがん患者会シャローム

悩みは黙って貯めておくと水を吸ったように重くなるが、

人に話すと、水が乾くように軽くなる。

ぬれ落ち葉が乾いて、微風に舞い散る枯れ葉になるようなものだ。

身体にも心にも、大切なものはフットワークなのです。

～作者不明、昔の新聞記事より～

がん患者会シャローム

TEL 090-4535-9198

E-mail: sugito-cancer@mail.goo.ne.jp

代表ブログ: <http://sugitocancer.blog87.fc2.com/>

ホームページ: <http://www.geocities.jp/sugitocancer/>



第20回国際がん研究シンポジウムを終えて ～がん術後の臓器機能に関する国際シンポジウム～

国立がんセンター中央病院
シンポジウム組織委員

佐野 武

平成19年2月、国際研究交流会館において国際がん研究シンポジウムが行われました。このシンポジウムは、1988年に肺がんをテーマに開催して以来、今回でちょうど20回目を迎えます。これまで主として単一臓器のがんをテーマにして討論してきましたが、今回は、「がん根治手術後の生理学的変化とQOL」をテーマとし、腹部臓器のがんを横断的に取り上げました。

積極的な根治手術により、多くのがんが治癒するようになりましたが、一方で手術による臓器の欠落や機能低下に苦しむ患者さんも数多くいます。「がんを治すためだからしかたない」というのではなく、QOLを最大限に保つことを視野に入れた手術法の選択、そして臓器機能低下症状の効率的な治療に目を向ける必要があります。

このシンポジウムでは、海外から8名、国内か

ら14名を演者として招きました。対象となった臓器は、食道、胃、骨盤内諸臓器（直腸、膀胱、前立腺、子宮、卵巣）で、自律神経やホルモンの生理学から、がん手術後の変化、そしてその治療法まで多角的に討論を行いました。

まず、本シンポジウム組織委員会顧問の杉村名誉総長が、ご自身の胃全摘術後の経過を冷静かつ科学的に分析したデータを示され、参加者は皆、今回のテーマの重要性を認識しました。胃切除後のダンピング症候群は古くから知られている後遺障害ですが、関連する消化管ホルモンや血糖値の変化に対する研究は十分とはいえず、今後の積極的な取り組みが求められます。

わが国で比較的最近発見された「グレリン」というホルモンについての話題は、参加した外科医の関心を大いに呼びました。グレリンは胃から分



海外及び国内の演者の方々



ワシントン大学のカミングス博士

泌されて食欲中枢を刺激しますが、食道がんや胃がん術後の著名な「やせ」は、単に栄養の吸収不足だけが原因ではなさそうです。また、胃を切除した後の薬剤の吸収についても新しい知見が示されました。

骨盤内臓器の術後障害は、外科、婦人科、泌尿器科のがん手術で共通した話題です。手術で傷つけられる自律神経の詳細な解剖や術後の排尿や性功能に対する影響が示され、自律神経を温存する手術法や膀胱全摘後の工夫が紹介されました。骨盤内のがんに対して重要な治療法である放射線治療についても後遺障害が議論されました。

今回のシンポジウムの一つの目玉となったの



海外組織委員のブレナン博士

が、女性の性功能に関する話題です。これはわが国ではあまり取り上げられることのなかった領域ですが、最近の取り組みが紹介され、また米国の著名な専門家の研究成果を聞くことができました。

このような臓器横断的なシンポジウムは海外でも少なく、招待した海外演者たちからも「大変勉強になった」という声が次々と届いています。このシンポジウムが、がん外科手術の新しい方向付けと後遺障害治療法の確立に向けたきっかけとなることを念じています。

本シンポジウムを主催してくださったがん研究振興財団に心より感謝を申し上げます。

(さの たけし)



白熱したシンポジウム

第20回国際がん研究シンポジウムプログラム

～ がん根治手術後の生理学的変化とQOL ～

2007年2月21日～23日 国際研究交流会館

組織委員会 委員長：笹子三津留（国立がんセンター中央病院）
委員：Murray Brennan (Memorial Sloan Kettering Cancer Center)
垣添 忠生（国立がんセンター）
森谷 宜皓（国立がんセンター中央病院）
佐野 武（国立がんセンター中央病院）
アドバイザー：杉村 隆（国立がんセンター）

..... 第 1 日

開会

座長：笹子三津留
歓迎の辞 笹子三津留（国立がんセンター中央病院）
Murray Brennan（スローンケタリングがんセンター）
開会の辞 杉村 隆（国立がんセンター）

2月21日（水） 上部消化管手術

- 摂食行動と消化管運動 鹿児島大学心身医療 乾 明夫
- 上部消化管自律神経の構造と機能 順天堂大学解剖学 坂井健雄
- 胃全摘後の長期的機能変化 スローンケタリングがんセンター M. Brennan
- 胃切除後の急峻高血糖と低血糖 国立がんセンター外科 佐野 武
- 胃切除後再建法と耐糖能 広島市立病院外科 二宮基樹
- 胃切除とグレリンの変化 宮崎大学内科 中里雅光
- 食道切除とグレリンの変化 大阪大学外科 土岐祐一郎
- 胃バイパスとグレリンの変化 ワシントン大学外科 D. Cummings
- 胃切除後の経口薬剤の薬理動態 北里大学東病院 熊谷雄治
- 胃切除後のTS-1の薬理動態 日本大学 東風 貢
- 胃切除後のビタミン吸収異常 リーズ総合病院外科 S. Dexter

..... 第 2 日

2月22日（木） 骨盤臓器手術

- 骨盤手術と自律神経異常 ライデン大学外科 C. Maas
- 骨盤放射線治療後の機能障害 群馬大学放射線科 櫻井英幸
- 子宮・卵巣切除後症候群 東京歯科大市川病院外科 高松 潔
- 肛門温存手術後のQOL スローンケタリングがんセンター L. Temple
- 骨盤内拡大手術後の結果 シドニー大学外科 M. Solomon
- 直腸手術後の性機能 国立がんセンター外科 赤須孝之
- 新膀胱の生理学 倉敷中央病院泌尿器科 寺井章人
- 前立腺摘出後の排尿・性機能障害 スローンケタリングがんセンター J. Eastham
- 卵巣摘出後のホルモン変化 横浜市立大学婦人科 茶木 修
- 排尿機能温存子宮摘出術 国立がんセンター婦人科 加藤友康
- がん手術後の女性性機能 MD アンダーソンがんセンター L. Schover

閉会

閉会の辞 笹子三津留（国立がんセンター中央病院）

..... 第 3 日

シンポジスト総合討論

2月23日（金） シンポジスト総合討論

国際がん研究講演会要旨

バーネット・クレマー博士 (Journal of National Cancer Institute 編集長)

国立がんセンター中央病院 肺内科医長

國頭 英夫
(コンタクトパーソン)

講演会について

第66回国際がん研究講演会は、米国より Journal of National Cancer Institute (以下 JNCI) の編集長であるバーネット・クレマー博士をお招きして、平成19年2月19日に国際研究交流会館にて開催された。ちなみに、よく誤解されるが、現在雑誌 JNCI は米国 NCI (国立がん研究所) とつながりはないということである。ということで、JNCI を無理して「国立がん研究所雑誌」と和訳してしまうと誤訳ということになってしまうようである。

JNCI は腫瘍学の分野で最も権威のある雑誌の一つ (手元の IF: インパクトファクターの表によると IF 15.171 で、Journal of Clinical Oncology の IF 11.8 を凌ぎ、Cancer Res の IF 7.616 の倍近くなる) であるが、出す側からするとそれだけの権威を維持するのは並大抵でないのは容易に想像がつく。

さて、博士には、現職のお立場から「科学雑誌の編集について」と、ご自身の研究のご専門から「がん検診について」の二つの話題につきご講演いただいた。当初は2回にわけてお話いただく予定であったが、東海岸を襲った大嵐のため来日が遅れ (一時は講演会を休止するかということまで検討された)、1回の講演を前後半に分けてのご講演となった。国際交流会館にて2月19日に行われた講演会には、多数の聴衆が来場され、活発な討議が行われた。

科学雑誌の編集

前半の科学雑誌の編集については、科学論文が犯しやすい間違いと、良い論文を選出するためのポイントについてわかりやすく解説いただいた。博士は、「科学雑誌編集というのは、いつも科学の進歩の最先端に触れることができ、常に教えら



バーネット・クレマー博士



講演会会場の様子

れることが多く、非常にやりがいのある仕事である」とおっしゃっておられる。しかしながらこのような台詞は、強烈な責任感と矜持を併せ持つ人にもみ吐けるもので、実際には雑誌編集には数え切れない落とし穴があることは、クレマー博士よりもはるかに短い期間、しかも JNCI より格段に（少なくとも現段階では）見劣りする Japanese Journal of Clinical Oncology（以下 JJCO）の Editor の一人であった筆者にだってわかる。

その中でも近年最も問題視されるのが Conflict of interest（利益相反）と、データ捏造などのミスコンダクトである。科学を進歩させ、能率よく有効な治療法（または診断、もしくは予防、その他）を開発するためには、産学協同は今後ますます重要になる。しかしながらこうしたことの結果、研究者自身がその研究が生み出す経済的な価値に振り回されるようであれば、そもその目的である患者さんのためということから外れてしまいかねない。利益相反については、これを一律に禁止してしまうと多くの場合研究が成立しないので、予め研究者が自己申告して雑誌編集者や読者の判断材料に供するという事になっている。JJCO も最近この利益相反の申告を論文投稿の際にしてもらうこととした。しかしながら、どこまでの範囲を申告すべきか、についてはいまだ統一された基準はない。家族の分まで出すべきか、研究で使った薬剤の競合品のメーカーとの関係まで入れるか

（これでいくとたとえば、肺がんの化学療法剤についての研究を発表する場合、肺がんに対する薬を出しているすべてのメーカーとの関係を公表しないといけないことになる）、一回こっきりの研究会での講演会謝礼などまでカバーされるのか、など、本音をいえば「そこまでやってられない」と思うようなところまで要求する雑誌も出てきている。JNCI も悩むことであるらしい。

さらに、データの捏造や盗用などは、研究者側が本気で欺こうとすれば、雑誌側ができる対策はきわめて限られている。雑誌の質を保つため、こうしたことへの対策についてのご苦労も伺った。これを防ぐためには生データの提出の要求や監査などが考えられようが、これらはむしろ各雑誌が行うというより公的な機関で行われないと実が上がらないだろうと思われる。

さて、講演の多くは、投稿された研究を誤りなく評価し採択する項目についてなされた。不完全なデータの解析、選択的な提示、研究の限界についての認識不足、などが「正しい結論を妨げるもの」として例示された。聴衆の多くは実際には論文を雑誌に投稿する側であったろうが、こうしたことを編集側が重要視しているということを確認することにより、そういう「採択してもらう側」にも非常に参考になったと思われる。

がん検診

後半のがん検診についてで、博士は、実際の検診データにはさまざまなバイアスがあり、検診の評価は発見された症例の生存率では不十分であること、その病気の死亡率を、ランダム化試験にて評価しなければならないことなどを力説された。

単純に、検診でみつかった、たとえば肺がんの予後が、検診以外でみつかったものよりも良かったとしても、それは検診が有効であり国民の福祉につながると結論することはできない。そもそも検診に行こうという人は、もともと健康に気をつけている人で、そういう人は医者への指示にもよく従うだろうし、またある程度経済的にも余裕があるだろうし、もともと病気が治りやすい状況にある(selection bias)。また、全く治療法がなくても、2年先に病気が発見されていれば、「診断されたからの予後」は計算上2年のびることになる(lead time bias)。さらに、検診でみつきやすいがんは、がんの中でも非常にゆっくりしたもの(たとえば前立腺癌など)で、極端な場合放っておいても致命的にならないこともある(length bias)

クレマー博士は以上のことを例を挙げながら詳細に説明された。博士の結論としては、現在の検診の多くはその有用性が検証されてはおらず、「見つかった病気の生存率」でなく「集団の死亡率」をエンドポイントにしたランダム化試験が必要で、これに代わるものはないことを力説された。

さてこの「有用性が検証されていない」のに流行となっているものの代表格が肺がんのCT検診である。会場には国立がんセンターなどで実際に検診業務にあっている診断医や、そこで見つかった癌を「治療」している外科医も多く、そこではいさようですかと引き下がるわけにはいかない。曰く、癌の自然史からして「ここだったら治るがその先はもう治らない」と推定するのはリーズナブルではないか。曰く、見つかった「癌」を治療しないという方針は患者に受け入れられない。また曰く、そうはいつでも検診の有効性を(間接的にせよ)示すデータが出された以上、ランダム化試験が成立するのか(参加者が集まるのか)。活発な質疑応答がなされた。クレマー博士は時折 "Great question!" とコメントされながら、そ

の一つ一つに丁寧にお答えになり、議論を楽しむ様子からも、博士の真摯なお人柄が垣間見えた。

おわりに

今回の講演会は、天災しかも遠く離れたアメリカ東海岸の嵐の影響で日程も変更され、コンタクトパーソンも本来しかるべき先生が「他の仕事で手が回らない」ということで、専門分野も違いクレマー先生と面識もなく明らかな役者不足である私になってしまい、内心冷汗三斗の思いであったが、多くの参加者と活発な討論にほっとしている次第である。各方面のご助力と、なによりクレマー先生ご夫妻のお人柄に救われた思いで、ここに改めて御礼申し上げます。

(くにとう ひでお)



“これからのがん看護Ⅱ”

——がん看護の質の向上のためのネットワークシステムの構築を目指して——

第7回 国際がん看護セミナー代表
国立がんセンター中央病院看護部長

平出 朝子

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、今年で7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ましたことは大変喜ばしいことでもあります。

がん医療の進歩により、新しい治療法や多様な介入によって患者の予後が改善している一方、多くの国で、がんは未だ主たる死亡原因の第一位となっています。わが国では2004年4月より第3次対がん10ヵ年総合戦略が推進されています。また、高齢化の進展等に伴い、がん対策のより一層の充実を図ることの重要性が叫ばれ、昨年「がん対策基本法」が制定されるなど、がん医療に対する国民の関心はますます高まってきています。チーム医療の一員である看護師も、がん対策の充実の一翼を担う役割が期待されています。

昨年の国際がん看護セミナーにおいて「これからのがん看護」のメインテーマのもと、グローバルな視点からがん看護を捉え、国内のがん医療および看護の均てん化を見据えて、個々の置かれている状況下で具体的にどう行動していくことが必要であるか考えさせられたセミナーでした。

がん看護の均てん化と質の向上は、個々の具体的な取り組みの結集のもとに実現されます。エビデンスに基づいたがん看護が、病院格差・地域格差なく実践されるためには、標準的がん看護が効率的・効果的に提供されることを支援するネットワークシステムが果たす役割は大きいと思います。また、ジェネラリスト看護師がレベルアップする取り組みや実践した看護ケアが適正に評価さ

れることは、ネットワークシステムを効果的に活用していることを具体的に捉える上で必要と考えます。

今回の国際がん看護セミナーでは、これからのがん看護の質の向上に必要なネットワークシステムを看護ケアの質の評価の視点から捉え、その構造、過程、結果の具体的側面についてこのセミナーで考えていきたい今回のテーマとしました。

今回は、演者として海外から4名（アメリカ、イギリス、カナダ）と日本から3名をお招きし、有意義で実り多いセミナーになりましたのでご報告させていただきます。

I. 基調講演

「がん看護情報ネットワークの実践的側面」について米国がん看護学会前会長 Karen J. Stanley 先生から講演をして頂きました。

21世紀の看護は、健全なる研究に基づき常に変化を続ける看護と医学実践の標準を統合し、患者の転帰を改善する質の高いケアを提供することが期待されている。

複数の定義を持つ質の高いがんケアは、米国のがん臨床の新しい標準になっている。全米総合がんネットワーク、全米医療の質フォーラム、米国がん研究所、医療の質研究機関、全米臨床腫瘍学会、がん看護学会などが根拠に基づく実践の基盤の上にその基準を開発している。がん看護学会は米国がん看護師の第一の専門職組織であり、質の高いがんケアの提供に貢献している。ONSは、使命・ビジョン、教育における優先度、戦略的計

画を戦略的コミュニケーションとして掲げて活動している。コミュニケーションのゴールは、必須の情報の創出と伝達、看護職と患者のためのアドボカシー活動、看護のリーダーの育成、全国組織・国際組織との関係強化である。必須の情報の創出と伝達として、地域ワークショップ、印刷資料（がん看護コアカリキュラム）、専門誌・印刷物の発行、遠隔学習プログラム、ウェブキャスト、CD-ROM、ポッドキャストなどがあり、看護情報ネットワークを有効に活用し、がん看護と質の高いがんケアにおける卓越さを推進している。

がん看護は他の職種から独立して仕事をするとはできないことは明瞭であるが、看護がその根拠に基づく実践のデータベースを開発し、根拠に基づく実践の結果としての患者転機改善を記録するための多施設調査を行うことも必須である。このデータベースによってがんケアが改善し、がん看護の価値ある仕事を記録に残すことができる。

II. 各セッションにおける講演と討議内容

セッション1「がん看護の均てん化を推進するシステム構築」

このセッションでは、各国で行われているエビデンスに基づいて標準化されたがん看護の普及のための教育・研修システム、がん関連情報、各種がん看護のガイドラインなどケアのレベル向上のために活用できるシステムを紹介していただき、日本でのがん看護の均てん化を推進するシステム構築の実現に向けての取り組みについて討議しました。

1. 米国がん看護学会が開発したがん看護コアカリキュラム

[Barbara Holmes Gobel ノースウェスタン・メモリアル病院]

がん看護学会（ONS）は長年にわたり質の高いがんケアを支援してきた。ONSが質の高いがんケアに対する取り組みを実証する方法の一つが教育プログラムにおけるリーダーシップとがん患者ならびにその家族に対するケアを行う看護師のためのコースの開発がある。ONSは多くの強化領域においてカリキュラム開発を行い、支持してきた。「コアカリキュラム」に関するONSの取

り組みの例が「化学療法並びに生物学的療法のガイドラインと実践のための推奨」と「がん看護師のためのコアカリキュラム」である。

「化学療法並びに生物学的療法のガイドラインと実践のための推奨」は臨床において化学療法や生物学的療法の薬剤の投与にかかわるがん看護師のためのコアカリキュラムを提供している。ONSは病院やケアの現場はこれらの薬剤を看護師が自立して投与できるようになるまでは監督下で実践に基づく実習の機会を提供することを推奨している。

「がん看護師のためのコアカリキュラム」はONSが支援しており、がん看護師にコアコンテンツを提供する書籍であり、この書籍はがん看護のジェネラリストのための重要なコンテンツを提供している。これらはジェネラリストレベルの看護師の実践を支持する知識基盤を確立しており、書籍の内容はがん看護認定法人（ONCC）の提供しているOCNテスト青写真に基づいている。

2. がん看護の標準化を促進するためのシステム開発

[Jane Melvin ハダースフィールド大学]

英国がん研究では報告書を委託し（キングス基金2006）その中で人口動態、急性期ケアから地域ケアへのシフト、ならびに資金提供に関する政策の変化について説明している。同時に英国の主任看護師は医療提供の実態に合わせ、また、看護師が柔軟なアプローチをとることを奨励するために、看護の近代化の指令を出した。

NHS対がん計画を実行し、各地方のがんサービスの向上を確実なものにするために34のがんネットワークがあり、各ネットワークはマトリックス組織でそれぞれの地方に存在するすべてのがんサービスをまとめている。がん看護のサービスの標準化のための教育を大学、ホスピス、マクミラン、地方・全国ワークショップなどで行っている。

1970年代以降、マクミランはNHSとのパートナーシップ活動で広く知られており、マクミラン看護師の役割をがんの診断後できるだけ早い時点で人々と会い、必要な限りの期間情報、ケア、支援を提供することとし、教育助成金や訓練ならびに他のがん専門職との連携の機会を与えることで

支援してきた。英国におけるがん看護の今後の課題は、既存のネットワークを用いた対改革戦略の目的を満たす。がん教育へのアクセスを継続する。病院から地域ケアへのシフトに対応する。コアコンピテンシーと実践ガイドラインの開発を継続することである。

3. 日本がん看護学会で取り組んでいるコアカリキュラム提示のねらい

[戸谷 美紀 国立がんセンター中央病院]

1) 日本がん看護学会の概要と活動

日本がん看護学会は、がん看護に関する研究、教育及び実践の発展と向上に努める事を目的に1987年に発足した。会員数は2006年11月現在3209名である。日本がん看護学会は目的達成のために(1)学術集会を年1回開催(2)「日本がん看護学会誌」を年2回発行(3)看護専門職に対する教育活動(4)がん看護領域における専門・認定看護師の継続的なキャリアアップの支援(5)国際活動(6)日本がん看護学会ホームページの開設、がん看護領域における認定看護師の分野特定に向けた活動、看護系学会等社会保険連合(看保連)への参加活動を行っている。

2) 日本がん看護学会コアカリキュラム提示のねらい

日本がん看護学会教育・研究活動委員会のがん看護コアカリキュラム検討班は、日本でがん看護に携わる看護師全体が、根拠に基づいた質の高いがん看護を実践するために、コアとなる知識体系を網羅した日本版がん看護コアカリキュラム作成に向けて検討してきた。しかし、日本版作成には幅広い視点からこれまでの教育内容を見直し、科学技術の進歩と時代の要請に合わせた編成が必要であり、ONSのがん看護コアカリキュラムを日本がん看護学会として翻訳し、2007年2月に発行した。

ONSのがん看護コアカリキュラムは、がん看護を実践する看護師が修得すべき最新の知識が示されている。がん看護コアカリキュラムは実践上の疑問を解決する検索ツールや継続教育の資源として活用されることを希望する。

セッション2「がん看護ジェネラリスト育成のための具体的取り組み」

このセッションでは、EBNの手順を用いて看護ガイドラインを作成し、臨床で適用している米国、カナダに看護ガイドラインを紹介していただき、日本のジェネラリストがエビデンスに基づいた質の高いがん看護を提供する方策について討議しました。

1. 静岡がんセンターにおけるがん看護ジェネラリストの育成

[遠藤 久美 静岡県立静岡がんセンター]

1) 静岡がんセンターにおける継続教育

看護部門の教育方針は「専門職業人として、自ら学び、自らを高めること」である。

看護師の臨床能力のレベルを査定し段階的にキャリアアップできるようクリニカルラダーシステムを導入している。また、2004年度よりがん看護専門コースの4コースを開講し、その教育は専門・認定看護師が担っている。

2) ジェネラリスト育成のための取り組み

(1) ジェネラリスト育成のためのカリキュラム

2006年度4月より新採用看護職員研修にがん看護基礎能力を習得する教育を組み入れた。教育内容は「腫瘍学の基礎」の講義や「がん看護」に関する講義と多職種チーム医療の観点からの講義を実施している。

(2) ジェネラリスト育成のための実践モデルの育成—がん看護専門コース

がん看護専門コースは、専門性の高い知識と技術を発揮するスペシャリストを育成することを目的にして、受講者が各部署で実践モデルとしての役割を果たすことで院内全体のがん看護の質が向上することを目指している。コースを受講することが実践レベルでのジェネラリストの教育に繋がることが意図したカリキュラム作りを心がけている。

3) がん看護ジェネラリスト育成における今後の課題

がん看護ジェネラリストを育成するための系統的なカリキュラム構築が必要である。また、臨床現場でジェネラリストの実践モデルとなる人材の育成と能力を発揮するためのサポート体制とコース修了者も実践モデルとしての役割を果たしていくために、修了者のフォローアップ体制の整備が必要である。

2. 実践への研究成果の利用と臨床実践の評価の手法

[Barbara Holmes Gobel ノースウェスタン・メモリアル病院]

根拠に基づく実践は「最高の科学的根拠と臨床的専門性、病態生理学の知識、心理社会的問題に対する知識ならびに患者の意見を反映した意思決定を統合するケアを定義するものである」看護介入と成果の根拠を提供する能力は患者教育、患者ケア、ケアの水準の開発、方針や手順の作成を含む患者ケアのあらゆる側面において重要である。

看護に感受性のある患者の転帰 (NSPO) は看護介入の結果またはその影響を表すもので、患者の症状体験、機能状態、安全、心理社会的苦悩やコストの変化に繋がる。NSPOは根拠に基づくケアにより改善する。がん看護学会 (ONS) は根拠に基づく実践と看護感受性のある患者転帰をがんのケアに統合すべく取り組みを行っている。ONSは根拠に基づく患者介入に関する情報をがん看護師に提供するための「根拠を実践に (PEP)」を開発した。この資料にはクイックレフェレンスカード、詳細な PEP カード、充実した参考資料、ガイドライン表、根拠表、メタ解析表、症状の測定方法に関する根拠に基づくサマリーが含まれている。この介入に関する根拠は ONS の根拠レベルモデルと British Medical Journal モデルの二つを用いて根拠の強さに基づきカテゴリー分けしている。現在感染予防、疲労予防、化学療法や生物学的療法に関連する嘔気嘔吐予防、睡眠障害予防に関する PEP 資料がある。

3. 急性期病院における知識交流と協働

[Greta Cummings アルバータ大学]

社会的相互作用と知識交流の機会を持つことが、がん患者のケアの改善ならびに標準化のための根拠に基づく看護実践達成の基盤である。研究文献の体系化されたレビューから看護研究利用度の主要な決定因子が研究に対する看護師の態度であり、看護における知識源が同僚や仲間との社会的交流であるという報告がある。ケア改善のための看護研究の利用度についての調査から、看護師が研究を実践に利用することに重要な影響を与えているのがそれぞれの状況でありまた、リーダー

シップの役割であることも指摘している。

理論の利用により介入と転帰の調和、介入と状況の調和がよくなり、所見の判断力が増し、よりよい選択に繋がる。特に、文脈、根拠ならびにファシリテーションが実践への根拠の採用を高めている。Promoting Action on Research Implementation in Health Services(PARIHS) の枠組みを使って、看護師による研究の利用度に影響を与える組織要因の理論モデルを検証している。看護師の研究は患者の情報、個人的経験、社会的かかわりが主要な情報源であり、看護師の仕事の構造や組織が知識源の選択に大きな影響を与えている。また、肯定的な文化、リーダーシップ、評価を反映する状況で働いている看護師は、これらの3つの側面のいずれかが欠けている状況の中で仕事をしている看護師よりも研究の利用度が有意に高く、患者の有害事象も少ない。

セッション3「がん看護ケアの質の評価および改善」

このセッションでは、標準化されたがん看護やそれを活用するためのネットワークシステムによってどのような効果、期待が出来るのか、また、どのような方法やシステムで評価するか、その成果をどのように社会にアピールし、適正な評価を得ることができるかについて討議しました。

1. がん看護の質の評価と改善

[Jane Melvin ハダースフィールド大学]

英国政府の白書「私たちの健康、ケア、発言 (Our Health, Our Care, Our Say)」によれば、英国保健サービスの将来ビジョンはいかに急性期病院から地域へのサービス移転を成功させるかにかかっている。この集中的な変化と職場の再構築の時期にあって、がんサービスの戦略的発展のためには政策と保健医療サービス開発を支援するための研究に優先順位をつけ、地域ベースのがんサービスの評価を奨励する必要がある。

マクミランがんサポートは医療職中心の慈善組織から、がんの影響を受けている人々の経験や関わりをその中心におき、より幅広い基盤を持つ組織へと発展してきた。がんケアの研究分野では特になんかを持って生きている人々やその家族、介護者に影響を与える社会的問題に焦点を当ててい

る。NHS のがん対策計画の当初の勧告以来、マクミランがんサポートは NHS の終末期ケアプログラムとパートナーシップを組み、研究と評価を通じてがんケア提供の改善に取り組んでいる。終末期ケアプログラムは、全ての患者の終末期のケアの質を向上し、より多くの患者が自分の選択した場所で生活し、最期の時を迎えられるようにすることを目的とした看護実践のための3つの標準化ツールであり、ゴールドスタンダード枠組(GSF)、好ましいケアの場(PPC)、文書ならびにリバプールケアパスウェイ(LCP)である。2年間の国家プロジェクトの期間に、マクミランではプログラムアプローチの一つとして GSF の使用を推進し、体系的に前向き且つ予期的な終末期のがん患者のための看護ケアの提供を行い、終末期以外の長期ケアを必要とする全ての患者にも拡大した。マクミランは現在質の転帰を測定するための研究プロジェクトを実施している。

2. 質の高い医療制度におけるがん看護の評価

[Greta Cummings アルバート大学]

カナダでは医療職が実践能力をもち、よい患者転帰につながる質の高いサービスを提供することを保証することが課題になっている。患者転帰を改善する機会は、看護職のコンピテンシーとパフォーマンスの継続的開発が基本であり、専門職としての看護実践標準の設定、適合、評価には国、州、自治体レベルでの協働が必要である。カナダではがん看護専門職の実践は複数のレベル—個人、がん組織、看護職全体で行われている。

カナダでは看護師の必須基準として10州が設定した専門職実践基準がある。2003年カナダがん看護協会(CANO/ACIO)が一般看護師、専門看護師、上級看護師のための Standards of Care, Roles and Competencies を開発し、広く普及させた。この基準はがん看護の現場で専門がん看護師の役割と期待を明確化しており、新しい上級看護師の役割実施のためにカナダ全体で使用されている。2006年9月に CANO は看護師や組織が、がん看護の実践と役割を評価開発できるように専門がん看護師のためのそれぞれの基準に関するコンピテンシーを発表した。また、組織レベルでは、カナダの各がんケア機関がカナダ医療サービス認定評議会と

ともに認定(評価)を行っている。がん看護のリーダーはがん機関の看護水準やその労働環境の開発と毎年の評価に貢献している。そして全国のがん看護職の効果と充足度については、組織と国レベルで評価している。

3. 診療報酬におけるがん看護の技術評価

[石川 陽子 社団法人 日本看護協会]

1) 診療報酬における看護技術の評価

がん看護に係る診療報酬上の評価は主にごん看護の専門性を有する看護師の配置に対して行われている。しかし看護師要件はがん領域の資格取得者をさしているわけでない。

シーリングにより医療費の総枠が規定される中で、看護技術が経済的評価を得るためには誰もが納得できるエビデンスが求められ、がん領域についても看護技術の有効性を検証する研究が期待される。

2) 看護技術の評価

看護技術が患者アウトカムに与える効果としては、リンパマッサージの効果、急性期支援による患者のQOLの向上・医療費の削減効果・在宅療養の選択、専門・認定看護師による在宅医療を担う訪問看護師のコンサルテーション等がある。

看護技術が診療報酬上評価されるためには、医療政策の動向に沿った重点項目である。技術提供によるアウトカムがエビデンスに検証される。技術成熟度・難易度が認められる。当該看護技術を提供できる看護師が一定数存在することである。

専門性の高い看護技術の評価に係わる課題としては、専門・認定看護師の社会的認知—専門性の高い看護技術のアウトカムの検証、特に在宅ホスピス療養に必要とされる看護師の裁量—処方権、衛生材料の管理などがある。

おわりに

がん医療に対する国民の関心の高まりとともに、そのニーズにあった対応が求められるようになり、改革する動きへと変化してきました。がん看護も時代の要請をうけ、その役割を果たすためにがん看護の均てん化を推進することが必要である。

今回のセミナーにおいて、アメリカ、イギリス、カナダにおけるがん看護の標準化の取り組みを理

解できました。各国ともに、がん看護の中核となる組織ががん看護に関する標準カリキュラム作成やケアの標準化を行い、指導者育成と教育を推進している。諸外国におけるがん看護の標準化の取り組みを参考して、日本におけるがん看護の均てん化を推進できるようにしていきたい。

今回のセミナーでは、がん看護の質の向上に必要なネットワークシステムを看護ケアの質の評価の視点から捉えて、国際的視野で討議することができ多くの学びができました。本セミナーはがん看護の質の向上を図り、がん看護の均てん化に繋がることを確信しています。また、今回のセミナーの参加者が、がん看護の専門性を高めていき、がん看護の発展に寄与してくれることを期待しております。

本セミナーを開催するにあたり、ご協力いただきました財団法人がん研究振興財団の皆様をはじめ、ご協力、ご支援いただきました多くの方々に深く感謝申し上げます。

(ひらいで あさこ)



第7回 国際がん看護セミナープログラム
－これからのがん看護Ⅱ－
～がん看護の質の向上のためのネットワークシステムの構築を目指して～

第1日目 1月26日（金）

開 会

総合司会 浅沼 智恵（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 セミナー代表挨拶

平出 朝子
国立がんセンター中央病院

基調講演

座 長 田村やよひ（国立看護大学校）

9:45-11:15 がん看護情報ネットワークの実践的側面

Karen J. Stanley
Immediate Past President,
Oncology Nursing Society, U.S.A

11:15-11:45 ディスカッション

～ランチタイム（11:45-13:30）～

セッションⅠ がん看護の均てん化を推進するシステム構築

座 長 佐藤 禮子（放送大学）

13:30-14:00 がん看護学会が開発した
がん看護コアカリキュラム

Barbara Holmes Gobel
Northwestern Memorial Hospital, U.S.A

14:00-14:30 がん看護の標準化を促進するための
システム開発

Jane Melvin
Huddersfield University, U.K

14:30-15:00 日本がん看護学会で取り組んでいる
コアカリキュラム提示のねらい

戸谷 美紀
国立がんセンター中央病院

15:00-15:30 ディスカッション

第2日目 1月27日(土)

セッションⅡ がん看護のジェネラリスト育成のための具体的取り組み

座長 田村 恵子 (淀川キリスト教病院)

- | | | |
|-------------|--------------------------------|--|
| 9:30-10:00 | 静岡がんセンターにおけるがん看護
ジェネラリストの育成 | 遠藤 久美
静岡県立静岡がんセンター |
| 10:00-10:30 | 実践への研究成果の利用と
臨床実践の評価の手法 | Barbara Holmes Gobel
Northwestern Memorial Hospital,U.S.A |
| 10:30-11:00 | 急性期病院における知識交流と協働 | Greta Cummings
University of Alberta, Canada |
| 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Ⅲ がん看護ケアの質の評価および改善

座長 内布 敦子 (兵庫県立大学)

- | | | |
|-------------|-------------------------|---|
| 13:00-13:30 | がん看護の質の評価と向上 | Jane Melvin
Huddersfield University, U.K |
| 13:30-14:00 | 質の高い医療制度における
がん看護の評価 | Greta Cummings
University of Alberta, Canada |
| 14:00-14:30 | 診療報酬におけるがん看護の技術評価 | 石川 陽子
日本看護協会 |
| 14:30-15:00 | ディスカッション | |

閉会の辞

久部 洋子
国立がんセンター東病院

がん対策情報センターの活動

国立がんセンター
がん対策情報センター長
加藤 抱一

がん対策情報センター設立の背景、経緯

今日、がん患者さんとそのご家族を中心とした国民の中に、がん医療に対する不安や不満が蓄積されており、がん医療の均てん化に対する要望も非常に強いというわが国の社会状況があります。それを受けて、厚生労働省のがん対策推進本部で「がん対策推進アクションプラン2005」が策定されました（平成17年の8月25日）。さらに、2006年の6月には、通常国会でがん対策基本法が成立、本年4月1日に施行され、強力にがん対策を推進する体制が整いました。このような背景の中で2006年10月1日、国立がんセンターにがん対策情報センターが設立されました。

一方、国立がんセンター内部においては、情報センターのような組織の必要性の認識の歴史は古く、1960年の国立がんセンター設立準備委員会の段階で「がん研究の情報センターとしての機能

を發揮せしめること」という厚生大臣宛の意見がありました。したがって、1962年の国立がんセンター設立に際しての「国立がんセンターの運営」の中に情報センター組織の必要性がすでに盛り込まれておりました。その後いくつかの経過を経て、2004年の2月には外部の有識者による「国立がんセンターの今後のあり方検討会」から、情報センターの必要性と現在持っている6つの機能が盛り込まれた報告書が提出されています。このように、国立がんセンターの内部では、かねてから国民のための情報センターの必要性の認識は存在し、その上に社会的状況の強い後押しによって設立が実現しました。

がん対策情報センターの目指すもの

使命の1つは、「がんに関する信頼できる情報をわかりやすいかたちで提供する」ということで



がん対策情報センター前にて
柳澤厚生労働大臣と垣添国立がんセンター総長（現名誉総長）

あり、その提供する相手は、患者さん、その家族を中心として、医師、看護師、コ・メディカルや行政関係者も含めた一般国民であります。もう1つは、「地域格差のない良質のがん医療を受けることができる社会をつくる」ということです。

がん対策情報センターの機能・業務

この使命を果たすため、がん対策情報センターは以下の6つの機能を備えています。

- 1) がん医療情報提供機能
 - ・最新のがん情報を収集し、吟味した内容を解りやすいかたちで患者さん・ご家族・一般の方および医療従事者に対して提供します。がん診療連携拠点病院等の診療内容などに関する情報も患者さんご家族、一般国民にインターネットや各種パンフレット等を通じて提供します。
 - ・がんに関する相談内容のデータベースを作成し、整理して提供する事によって、がん診療連携拠点病院の相談支援センターでの、患者さんやその家族に対する相談支援業務の支援を行います。
- 2) がんサーベイランス機能
 - ・がん診療連携拠点病院で実施される院内がん登録および、各都道府県で実施されている地域がん登録を標準化し、がん対策情報センターにて収集・集計を行うことによって正確

ながん統計情報を国民に発信すると共に、がん対策の政策立案にも寄与します。

- 3) 多施設共同臨床試験支援機能
 - ・多施設共同臨床研究支援機能では、よりよい治療法を創り普及させるための多施設共同臨床試験を支援します。
- 4) がん診療支援機能
 - ・がん診療支援機能では、それぞれの患者さんに最適な診断や治療が実施されるよう、病理、放射線画像診断コンサルテーションや放射線治療の品質管理を通じて、がん診療連携拠点病院の医療を支援します。また、診断レベル向上の助けとなる画像レファレンスデータベースも充実させていきます。
- 5) がん研究企画支援機能
 - ・研究企画支援機能では、厚生労働本省と連携して、がん対策を推進するための研究の企画・立案の一翼を担います。また、我が国のがん医療の均てん化を推進するため、医療関係者の各種研修の企画・調整をし、国立がんセンターでの実地研修等を管理・運営します。
- 6) 情報システム管理機能
 - ・がん対策情報センターの情報システム管理機能は、上記5つの各機能を実現するために、システム利用規約及び手続き集の管理、利用統計及び性能管理、利用者及び情報機器並びに施設情報の管理等を行うことを業務とします。



開設式典

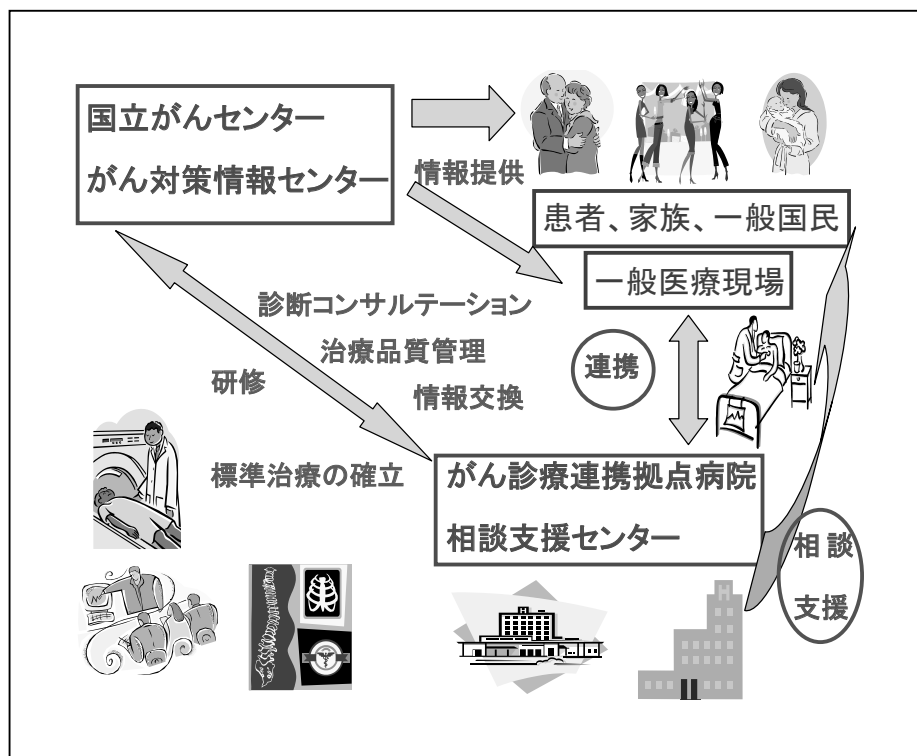


図1

図1で示しているように、がん対策情報センターは、患者さんとそのご家族や医療従事者を含めて一般国民に広く情報を発信するという立場であり、患者さん一人ひとりの病状などの個別の対応は、がん診療連携拠点病院の相談支援センターが当たるというしくみが想定されています。したがって、相談支援センターの相談員の研修なども含めて、地域のがん診療連携拠点病院の相談支援センターの機能充実も重要な課題であり、このことによって、個々の患者さんに関しては間接的に支援していきます。

がん対策情報センターの組織

がん対策情報センターには、臨床試験・診療支援部、がん情報・統計部、がん対策企画課、情報システム管理課の2部2課が新設されました。行政職主体のがん対策企画課と情報システム管理課は、新しいがん対策情報センターの業務と共に、従来の国立がんセンターの企画課と調査課の業務を大部分引き継いで行っています。

がん対策情報センターの配置

現在のところ、がん対策情報センターには独自

の建物がありません。したがって、図2に示すように築地キャンパス内の病院、管理棟、管理棟分館、がん予防・検診研究センターに分散して業務を行っています。

がん対策情報センター運営評議会について

広く社会の声を聞き、がん対策情報センターの機能を充実させるために、外部の委員で構成された運営評議会があり、これには患者さんを代表して2名の委員が加わっています。特に、がん患者さんやその家族に対する情報提供に関しては、この2名と報道関係の委員を中心として情報提供ワーキンググループを結成し、インターネットを使えない人たちを対象とした冊子の作製に多大な協力をいただくとともに、ホームページによる情報発信の手段や内容の充実にも貢献していただいています。

地域懇話会について

情報に関するニーズを知り、求められる情報を収集し、分析、吟味した発信情報の作成、更新などの作業を行う必要があります。そのため、がん対策情報センターの情報提供に関与した職員を中

がん対策情報センター配置

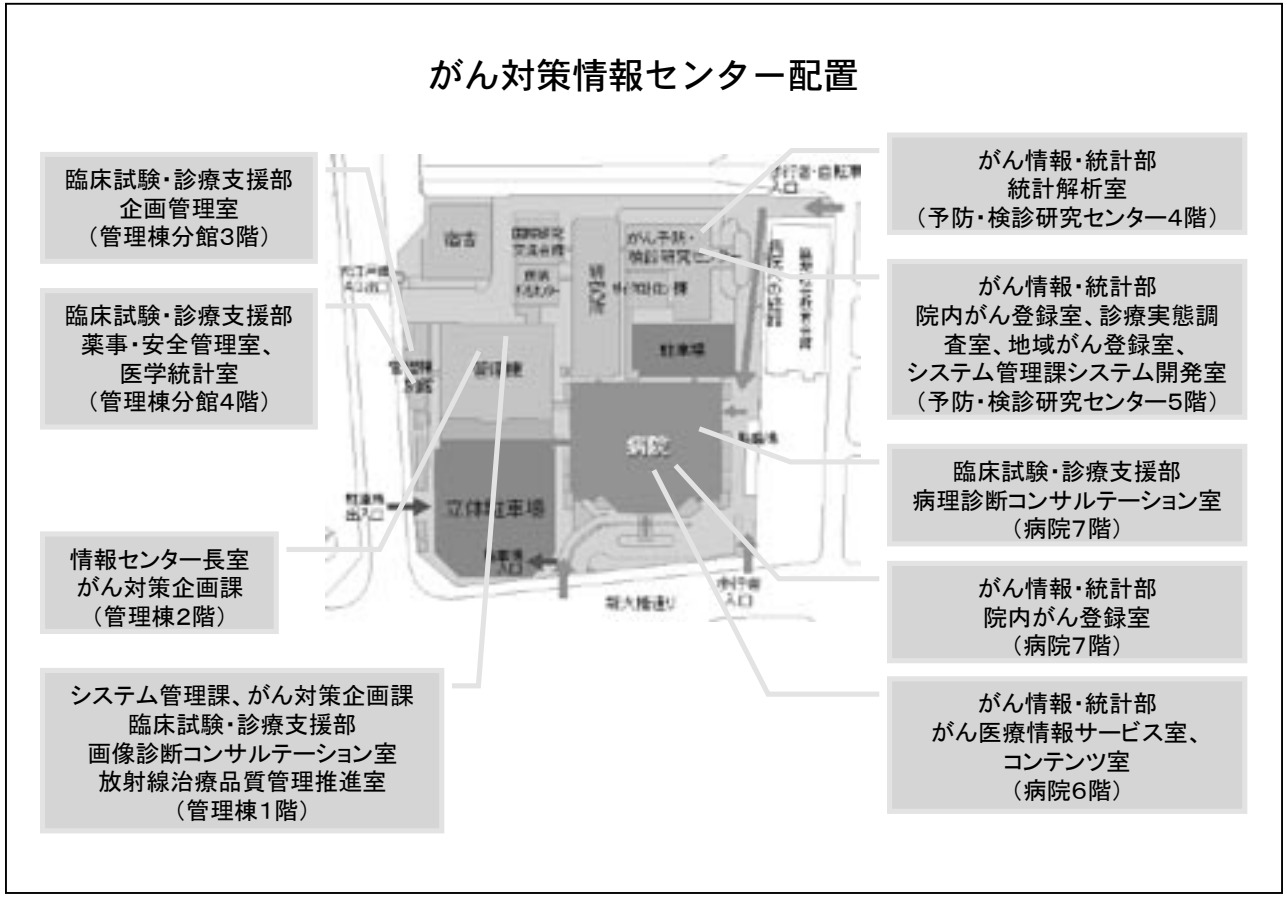


図2

心に数名が各地域に出向いて、都道府県がん診療連携拠点病院で直に患者さんやご家族の意見を聞く「地域懇話会」を行っています。また、その機会を利用して、がん診療連携拠点病院との連携関係を構築し機能向上に役立つ情報交換も行っています。この地域懇話会を行うことは、がん診療連携拠点病院の各地域における役割の明確化と、その地域における病病連携体制の構築にも寄与することになります。

(かとう ほういち)



「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、がん征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	1994~2003	2004	2005	2006	小計	計
アメリカ	141	95	7	4	3	14	250
韓国	35	39	2	4	2	8	82
イギリス	26	34	3	3	3	9	69
ドイツ	35	13	2	—	2	4	52
フランス	26	18	—	—	—	—	44
イタリア	19	15	1	—	—	1	35
タイ	10	3	—	3	7	10	23
オーストラリア	1	16	1	—	1	2	19
スウェーデン	17	1	—	—	—	—	18
ポーランド	11	1	—	2	1	3	15
オランダ	3	11	—	—	—	—	14
カナダ	7	6	—	—	—	—	13
中国	—	5	2	3	2	7	12
トルコ	2	1	3	1	1	5	8
スイス	2	5	—	—	—	—	7
ブラジル	6	—	—	—	—	—	6
フィリピン	—	4	—	—	—	—	4
モンゴル	—	2	1	—	1	2	4
フィンランド	3	—	—	—	—	—	3
ハンガリー	3	—	—	—	—	—	3
イスラエル	—	2	—	—	1	1	3
ベトナム	—	2	—	—	1	1	3
ウクライナ	—	1	1	—	1	2	3
ロシア	2	—	—	—	—	—	2
ニュージーランド	—	2	—	—	—	—	2
インド	—	—	—	1	1	2	2
コロンビア	—	—	1	1	—	2	2
バングラディッシュ	—	—	1	—	1	2	2
デンマーク	1	—	—	—	—	—	1
ノルウェー	1	—	—	—	—	—	1
エジプト	—	1	—	—	—	—	1
スペイン	—	1	—	—	—	—	1
南アフリカ	—	1	—	—	—	—	1
チェコ共和国	—	1	—	—	—	—	1
シンガポール	—	—	—	—	1	1	1
パキスタン	—	—	—	—	1	1	1
計	351	280	25	22	30	77	708

(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	1994~2003	2004	2005	2006	小計	計
アメリカ	197	151	24	16	11	51	399
フランス	14	33	2	3	—	5	52
韓国	—	39	7	—	5	12	51
イギリス	14	27	1	1	4	6	47
ドイツ	11	19	1	4	—	5	35
オランダ	11	9	—	1	—	1	21
イタリア	4	10	2	3	—	5	19
オーストラリア	1	18	—	—	—	—	19
カナダ	6	4	1	1	—	2	12
ベトナム	—	8	4	—	—	4	12
ベルギー	1	8	—	—	—	—	9
タイ	7	2	—	—	—	—	9
中国	—	—	7	—	2	9	9
スイス	3	4	—	1	—	1	8
スウェーデン	5	2	—	—	—	—	7
チェコ共和国	—	1	5	—	1	6	7
コロンビア	—	3	1	—	—	1	4
ロシア	—	4	—	—	—	—	4
モンゴル	—	—	—	—	4	4	4
ノルウェー	1	2	—	—	—	—	3
フィンランド	2	1	—	—	—	—	3
オーストリア	1	—	2	—	—	2	3
スペイン	—	1	—	2	—	2	3
ニュージーランド	—	3	—	—	—	—	3
ブラジル	2	—	—	—	—	—	2
インド	—	2	—	—	—	—	2
ギリシャ	—	2	—	—	—	—	2
ハンガリー	—	2	—	—	—	—	2
エジプト	—	1	—	—	—	—	1
デンマーク	—	—	1	—	—	1	1
フィリピン	—	—	—	1	—	1	1
台湾	—	—	1	—	—	1	1
タイ	—	—	—	—	1	1	1
計	280	356	59	33	28	120	756

(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	1994~2003	2004	2005	2006	小計	計
医学	345	586	59	57	51	167	1,098
歯学	9	23	4	2	3	9	41
理学	36	25	8	8	4	20	81
薬学	44	49	5	6	7	18	111
農学	19	19	4	6	5	15	53
その他	—	51	8	13	15	36	87
計	453	753	88	92	85	265	1,471

(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	1994~2003	2004	2005	2006	小計	計
アメリカNCI	10	2	—	—		—	12
アメリカMSKCC他	21	4	—	—		—	25
スウェーデンFUS	11	—	—	—		—	11
アメリカCOVANCE	—	5	—	—		—	5
フランスIARC	—	14	—	1	1	2	16
計	42	25	—	1	1	2	69

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やす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 ー過去・現状・未来ー	198(" 14)
14	2000	がん性疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学 ー現状と将来の展望ー	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 ー最近の進歩ー	208(" 12)
17	2003	胃がんの基礎と臨床 ー最近の進歩ー	165(" 13)
18	2004	前立腺がんをめぐる課題と挑戦	189(" 12)
19	2005	感染、がんと予防	120(" 10)
20	2006	がん根治手術後の生理学的変化とQOL	130(" 8)

●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
1994～2004	87都市	265,159
2005	北九州市等15会場	44,595
2006	札幌市等12会場 ※	89,400

※(1) がん予防展……開催地、(日数)、入場者数

浦安市 (2)	21,000	福岡市 (1)	1,600	岐阜市 (2)	12,000	松山市 (2)	41,034
静岡市 (3)	7,500	札幌市 (3)	3,500				
計							86,634

※(2) がん講演会……()は入場者数

浦安市 (260)	○竜 崇正	千葉県がんセンター長	「がんから身を守るために」
	○福永 正氣	順天堂大学浦安病院 外科助教授	「からだに負担の少ない外科手術 ー最新の腹腔鏡手術ー」
福岡市 (700)	○藤 也寸志	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 消化器外科部長	「大腸がんは女性がんの死亡率第一位」
旭川市 (390)	○明神美弥子	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 放射線科医長	「がん 診療の今とこれから」
	○俵 萌子	NPO 法人がん患者団体支援機構 理事長	「がんに貰った贈り物」
静岡市 (250)	○中原ひとみ	女優	「命こそ宝 心も宝 ～大腸癌を克服して～」
東京都 中央区 (850)	○森谷 亘皓	国立がんセンター中央病院 特殊病棟部長	「がん治療における外科の役割」
	○苦米地義人	作曲家、Sax奏者	「元気に音楽やっています！ ー手術と化学療法を経験して思うことー」
松山市 (316)	○谷水 正人	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 外科部長	「緩和ケアについて がんは痛くない」
	○菊内 由貴	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 専門看護師	「がん相談支援・情報センター」
	○逸見 晴恵	故 逸見政孝(アナウンサー)夫人	「家族の絆」

3 国際がん研究講演会の開催事業（国庫補助事業）

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。（2004年度迄は日本小型自動車振興会補助事業である。）

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・パーチ博士(ドイツ) ○ツアン・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) ○ナンシー・ホブキンス博士(アメリカ)	東京、広島 東京、京都
2001	○ジルベール・ド・マシア博士(フランス) ○アラン・バーンスタイン博士(カナダ)	東京、つくば 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) ○ウィリアム・シブレイ博士(アメリカ)	東京、名古屋 東京、京都
2003	○サムエル・コーヘン博士(アメリカ) ○ジェームズ・フェルトン博士(アメリカ)	東京、名古屋 東京、大阪
2004	○カリ・ヘミンキ博士(ドイツ) ○スーザン・バンド・ホーウィッツ博士(アメリカ)	東京、静岡 東京、福岡
2005	○アーサー・D・リッグス博士(アメリカ)	東京、札幌
2006	○バーネット・クレマー博士(アメリカ) 『Journal of the National Cancer Institute』編集長 「がん検診：危険と恩恵」 「科学雑誌の発行について：JNCI (Journal of the National Cancer Institute) の編集者の視点」	国際研究交流会館
小計	29名	
計	66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」「臨床腫瘍学の展望」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、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、対がん戦略PR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、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
1994～2006	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、がんどう付き合うか（一般篇、肺がん、胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、抗がん剤治療、前立腺がん、子宮がん、放射線療法、がんと食事、食道がん、膵臓がん、卵巣がん、緩和ケア）、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、臨床腫瘍学の展望、加仁、要覧等の作成・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
1990～2003	延 77施設	27,990人
2004	計 8施設	2,226
2005	計 8施設	2,043
2006*	計 8施設	2,080
小 計	24施設	6,349
合 計	延 127施設	44,784

※2006年度実施施設名及び参加者数	
	人
北海道がんセンター……………	284
宮城県立がんセンター……………	351
埼玉県立がんセンター……………	470
淀川キリスト教病院……………	115
呉医療センター……………	183
四国がんセンター……………	166
九州がんセンター……………	296
(財)がん研究振興財団……………	215
	計2,080

看護師等コ・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
2005(第6回)	これからのがん看護	約200人
2006(第7回)	これからのがん看護Ⅱ	約200人

2 看護師・薬剤師・技師等海外研修助成

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
平成17年度	(1) 看護部門	2名 (米国)メイヨークリニック
	(2) 放射線部門	3名 (米国)カリフォルニア大学サンフランシスコ校・米国放射線腫瘍学会(ASTRO) フレダート病院・バス イスラエル ディーコネス メディカルセンター (仏国)ギュスタブ・ルーシー研究所・PTW社 第24回欧州放射線腫瘍学会(ESTRO)
	(3) 臨床検査部門	1名 (米国)フロリダ大学医学部
	(4) 薬剤部門	5名 (米国)ワシントン大学(セントルイス)医学部・ワシントン大学(シアトル) MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケタリングがんセンター メイヨークリニック・フレッドハッチンソンがん研究センター
平成18年度	(1) 看護部門	5名 (米国)メイヨークリニック
	(2) 放射線部門	7名 (米国)MDアンダーソンがんセンター・米国放射線腫瘍学会(ASTRO) バス イスラエル ディーコネス メディカルセンター 第92回北米放射線学会(RSNA) カート・ロスマン放射線画像研究施設 ほか (独国)ハイデルベルグ大学・ヨーロッパ放射線腫瘍学会
	(3) 臨床検査部門	2名 (米国)ジョン・ホプキンス医学研究所医学部 ベイラー医科大学附属テキサス小児科病院
	(4) 薬剤部門	4名 (米国)メイヨークリニック・メモリアルスローンケタリングがんセンター ニューヨークホスピスケア訪問看護サービス(VNS) (スウェーデン)マルメ大学病院 ほか

第39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39回贈呈式を平成19年3月30日に挙行、次の一般課題24名・特定課題3名・テリーフォックス記念課題1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
石坂 幸人	国立国際医療センター 研究所 難治性疾患研究部 部長	HIV-1感染に伴う非エイズ型悪性腫瘍 (non-AIDS defining cancers) の発症機序の解明
岩代 望	独立行政法人国立病院機構 函館病院 呼吸器外科 医長	肺癌および中皮腫の病理学的および血中腫瘍マーカーによる鑑別診断
大屋 敷純子	東京医科大学 難治性免疫疾患研究センター 助教授	造血器腫瘍におけるJAK2-V617F変異の分子病態解明と分子標的療法の開発
岡本 康司	国立がんセンター 研究所 放射線研究部 放射線物理研究室 室長	新たな癌化学療法の開発に向けたMDMX癌遺伝子産物の制御機構の解明
筧 善行	香川大学 医学部 泌尿器科学 教授	早期前立腺癌の病勢進展速度予測マーカーの開発に関する研究
黒川 峰夫	東京大学 医学部 附属病院 血液・腫瘍内科 教授	腫瘍幹細胞を標的とした新しい白血病治療法の開発
児玉 憲	大阪府立成人病センター 外科系診療局長	BCG-CWS免疫アジュバント療法の分子基盤と肺がん治療への臨床応用
小林 寿光	国立がんセンター がん予防・検診研究センター 検診技術開発部 検診技術開発室 診断支援技術開発室長	磁気誘導支援技術に関する研究
嶋田 裕	兵庫医科大学 第一外科学 講師	cDNA及びmicro RNA microarrayによる膵癌の個別化診断とその臨床応用
瀬戸 泰之	財団法人癌研究会 有明病院 消化器外科 副部長	進行食道癌に対する集学的治療法の確立・標準化を目指して
辻内 俊文	近畿大学理工学部 生命科学科 生命情報学研究室 助教授	腫瘍幹細胞を標的にした悪性骨軟部腫瘍に対する新しい分子治療法開発への試み
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がん検診の精度評価およびリスク評価に関する研究
中釜 斉	国立がんセンター 研究所 生化学部 部長	環境ストレスに応答するマイクロRNAの単離とその発がんとの関連性の検討
新部 譲	北里大学 医学部 放射線科学 専任講師	癌のoligometastases, oligo-recurrenceに対する放射線治療戦略の確立

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
浜田 淳一	北海道大学 遺伝子病制御研究所 病因研究部門 癌関連遺伝子研究分野 助教授	臓器選択的癌転移におけるHOXコードの役割
平岡 伸介	国立がんセンター 研究所 病理部 第二組織病理研究室 室長	多段階発がん過程における抗腫瘍免疫 - 制御性T細胞の意義 -
本田 一文	国立がんセンター 研究所 化学療法部 活性物質選別研究室 室長	血漿プロテオーム解析による早期膵がん診断マーカーの開発
宮本 敏浩	九州大学 医学部 附属病院 遺伝子細胞療法部 講師	急性骨髄性白血病の病態形成における抗アポトーシス蛋白MCL-1の役割の解明
村上 善基	京都大学ウイルス研究所 ヒトがんウイルス研究部門 研究員	肝細胞癌に特異的なマイクロRNA発現プロファイルを用いた、新規癌関連遺伝子解析方法の開発
矢野 寛樹	名古屋市立大学大学院 医学研究科 臨床分子内科学 大学院生	CCR4を分子標的とするT細胞性腫瘍に対する抗体療法とその効果増強アジュバントの検討
山本 博幸	札幌医科大学 医学部 内科学第一講座 助手	上皮・間葉転換の制御機構解析に基づく消化器癌の初期浸潤機構の解明と診断・治療への応用
横川 順子	福島県立医科大学 医学部 内科学第二講座 博士研究員	進行膵臓がん患者腹水中のMesothelin抗原特異的Tリンパ球：抗腫瘍免疫応答の解析と臨床的有用性
横山 雅大	財団法人癌研究会 有明病院 化学療法科・血液腫瘍科 医員	B細胞性非ホジキンリンパ腫におけるリツキシマグ血中濃度、血中CD20およびCD55濃度測定による予後予測システムの開発
渡邊 聡明	帝京大学 医学部 外科 教授	DNAマイクロアレイを用いた直腸癌化学放射線療法による個別化治療の確立

(特定課題：膵臓がん)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
立石 宇貴秀	国立がんセンター 中央病院 放射線診断部 ラジオアイソトープ診断室 医長	超高磁場3テスラMRIと呼吸同期併用四次元PET/CTの統合による膵がんの診断精度を向上させる研究
戸塚 ゆかり	国立がんセンター 研究所 がん予防基礎研究プロジェクト研究員	膵臓がんの原因物質の検索とその発がんメカニズムの解明
山本 順司	財団法人癌研究会 癌研有明病院 消化器センター 外科 副部長	浸潤性膵管癌切除後再発予防に対する免疫化学療法（ジェムザール併用下ワクチン療法）：病理学的検索による治療効果予測に関する研究

(テリーフォックス記念課題：骨肉腫)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
中谷 文彦	国立がんセンター 中央病院 第二領域 外来部 骨・軟部組織科 医師	骨肉腫の転移機構の解明と分子標的治療の開発



平成18年度におきましても、多くの方々からご寄付をいただき、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。

これらのご寄付は、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征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、がん征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をお誓いして、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18年度(平成18年4月1日～平成19年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
神奈川県秦野市	田中 真知子	東京都大田区	畠山 真一
埼玉県和光市	清水 利司		宏子
横浜市金沢区	服部 信	東京都世田谷区	箱島 信一
三重県津市	(株)ベ ス ト	東京都板橋区	菊池 正勝
東京都千代田区	中垣 英男	広島市安佐北区	石井 秀夫
東京都品川区	石渡 重俊	東京都新宿区	金子 美榮
千葉県松戸市	池田 恢	埼玉県朝霞市	水谷 隆
横浜市中区	陳 雅如	岡山県笠岡市	塚原 正人
東京都世田谷区	手島 和夫	さいたま市南区	駒場 栄一
東京都豊島区	小出 三喜男	Halbedier Capital Management Pte Ltd	
東京都新宿区	野村 恵美子	(シンガポール)	池内 裕視
東京都大田区	土屋 了介	千葉県山武市	小川 米子
千葉県若葉区	下山 直人	東京都世田谷区	故 石井睦子モアヘッド
東京都町田市	西村 節子	東京都江戸川区	故 阿久澤 和義
東京都杉並区	垣添 忠生	千葉県佐倉市	中村 一郎
名古屋市中区			故 喜美子
中日新聞社・中日文化センター担当		東京都練馬区	築地新生会
	飯田 隆男		代表 飛沢 隆志
東京都狛江市	大村 幸広	東京都千代田区	日本化薬(株)医薬事業本部
川崎市麻生区	下村 芳子		原薬診断薬営業部 菅谷 秀樹
愛媛県松山市	大石 譲治	東京都渋谷区	横地 智子

住所	氏名	住所	氏名
愛知県幸田町	坂本 為男	東京都中央区	株式会社 喜代村
山口県防府市	故 赤井 和夫		代表取締役 木村 清
東京都北区	市川 政雄	埼玉県春日部市	石田 素司
東京都練馬区	安藤 良子	広島県三原市	児玉 邦三
東京都豊島区	坂 正夫	奈良県大和郡山市	福岡 達也
東京都北区	葵会会長 禿河 徹映	千葉県船橋市	川西 広師
	幹事 関 忠礼		恭子
さいたま市浦和区	糸井 敬一		故 雄三
千葉県印西市	故 吉村 江里香	東京都中央区	石井 恵子
東京都多摩市	上條 正	千葉県若葉区	鈴木 楨子
千葉县市川市	藤井 寛子	東京都渋谷区	雨宮 純子
滋賀県大津市	奥田 千弘	大阪市中央区	関西電資株式会社
	キミコ	静岡県駿河区	増田 憲司朗
川崎市宮前区	持田 武志	埼玉県ふじみ野市	武田 ミヨ
東京都江戸川区	中島 武	東京都品川区	みに亭・森下 延子
埼玉県八潮市	昼間 勇	東京都豊島区	(株)白バラ堂本舗
東京都新宿区	池田 輝子		代表取締役 武藤 悦子
横浜市磯子区	真砂野 爽代		取締役 華子
東京都世田谷区	奥田 典子	東京都清瀬市	庄司 末喜子
大阪市東成区	川崎 芳保	東京都新宿区	金田 秀信
東京都目黒区	久須美 剣	東京都国立市	大島 清子
千葉県柏市	道関 三恵子	千葉県八千代市	榭原 久子
東京都西東京市	打矢 美奈子	埼玉県戸田市	鈴木 眞夫
山梨県甲府市	平嶋 丸美	東京都八王子市	小川 寛一
群馬県高崎市	株式会社マルエイ	東京都杉並区	豊原 武子
	代表取締役 丸山 勲	東京都日野市	東林 健三
埼玉県三郷市	木村 節子	東京都清瀬市	中村 大蔵
横浜市港北区	神奈川スバルボルボ営業部	群馬県高崎市	萩原 千代子
東京都板橋区	高木 恵子	静岡県駿河区	大村 隆
大阪市城東区	岸田 文雄	福岡県春日市	愛甲 英一
東京都立川市	小木曾 夏樹	大分県別府市	村上 のぶ子
堺市堺区	故 薬師寺 由美子	石川県加賀市	山田 睦子
三重県津市	松原 都築	東京都立川市	清藤 幸子
		東京都港区	中山 フチ

住所	氏名	住所	氏名
東京都八王子市	出田 晋作	横浜市磯子区	石井 里枝
東京都町田市	小野 吉昭	千葉県銚子市	吉原 万里子
兵庫県川西市	永嶋 和子	埼玉県東松山市	江野 洋祐
兵庫県川西市	石原 重男	愛知県尾張旭市	水野 一郎
新潟県見附市	椛沢 桂子	北九州市小倉北区	竹井 香州子
埼玉県上尾市	一関 英男	長崎県長崎市	広野 和男
埼玉県越谷市	折原 仁	東京都新宿区	パク チュル
東京都世田谷区	森 猛	東京都八王子市	森本 宏子
東京都小平市	小野 静夫	神奈川県茅ヶ崎市	渡辺 サチ
神奈川県横須賀市	大隅 富子	大阪府摂津市	木村 恵子
神奈川県横須賀市	木村 昭也	大阪府八尾市	石原 泰子
千葉県市川市	佐藤 俊三	大阪府河内長野市	川口 純子
大阪市生野区	大山 定彦	京都市左京区	土江 澄男
兵庫県明石市	上坂 信也	福岡県大野城市	井上 正己
香川県多度津町	山下 茂	福岡市西区	下川 貞夫
宮城県大崎市	佐々木 安積子	佐賀県鳥栖市	平野 輝雄
横浜市金沢区	星野 幹子	東京都小金井市	岸田 久司
東京都立川市	原田 ミチ子	埼玉県川越市	菅生 栄子
東京都千代田区	張 典子	埼玉県所沢市	古賀 ふさ子
東京都大田区	山崎 豊彦	大阪府摂津市	高津 雅晴
東京都板橋区	佐藤 喜彦	鳥取県西伯町	森長 眞子
神奈川県藤沢市	田中 康子	東京都世田谷区	田中 稔
埼玉県春日部市	板橋 良夫	東京都板橋区	中村 志げ子
名古屋市名東区	浅野 和子	茨城県取手市	小村 一夫
京都市下京区	西口 喬介	岡山県倉敷市	三宅 茂行
京都市中京区	西村 重光	大阪府高槻市	本田 七郎
神戸市西区	大塚 康臣	東京都西東京市	羽場 勝
広島県福山市	中津 治正	神奈川県逗子市	香田 夏織
山口県山口市	平野 宏	東京都練馬区	道面 晴子
東京都足立区	清水 延晏	神奈川県座間市	諸橋 隆志
神奈川県座間市	江成 英子	埼玉県春日部市	浅井 七口子
東京都江東区	故塚 本春枝	愛知県春日井市	井出 喜和
東京都目黒区	秋山 伸雄	青森県十和田市	中野渡 秀男
東京都瑞穂町	米山 堅持	横浜市中区	藤沢 牧子

住所	氏名	住所	氏名
千葉県船橋市	池田 克利	広島市東山区	西原 大治
岐阜県本巣市	村瀬 政治	仙台市青葉区	佐藤 きよ
大阪府茨木市	扇 子 孝	東京都豊島区	漆原 一男
東京都杉並区	原 菊 枝	埼玉県和光市	高橋 とよ
大阪市平野区	山本 欣子	鹿児島県鹿児島市	北 蘭 タマキ
奈良県奈良市	大島 洋子	東京都大田区	玉川 勉
熊本県本渡市	岡田 律子	札幌市東区	近藤 朝子
東京都足立区	小林 ツヤ子	青森県青森市	竹内 通昭
東京都稲城市	熊谷 純一郎	東京都港区	飯塚 善之
千葉市花見川区	藤井 十四夫	東京都杉並区	有限会社カネムラ企画
大阪市西淀川区	山成 和美		金村 義明
千葉県成田市	松丸 てる子	東京都小金井市	鈴木 信子
奈良県広陵町	倉屋 健	群馬県伊勢佐木市	進藤 文人
山形県上山市	佐藤 安郎	東京都町田市	藤森 孝一
神奈川県厚木市	倉田 幸子	千葉市花見川区	杉本 桂子
大阪府吹田市	古川 文子	兵庫県宝塚市	山本 紘八郎
東京都足立区	石亀 進	東京都中央区	池田 公史
奈良県河合町	栗本 悦子	大阪府吹田市	故 塩 見 逸 雄
茨城県日立市	三浦 秀一	和歌山県田辺市	桐本 裕美
千葉県君津市	梅木 清子	東京都千代田区	日本化薬株式会社
群馬県前橋市	石井 昭治	医薬事業本部 診断薬室	田辺 敏雄
熊本県山鹿市	大林 エミ	静岡県駿河区	永野 良子
東京都国分寺市	高瀬 由紀子	埼玉県吉川市	川村 秀明
福岡市早良区	岩崎 和子	大阪市東成区	川嶋 孝義
東京都杉並区	若井 一郎	川崎市多摩区	小山 朝信
東京都江戸川区	寺田 静子	横浜市戸塚区	加藤 芳子
鳥取県米子市	精山 悦子	島根県松江市	松江しんじ湖ロータリークラブ有志
神戸市東灘区	緒方 康久		
大阪府吹田市	三崎 眞弓	三重県桑名市	加藤 英生
神奈川県藤沢市	小林 恭子	群馬県前橋市	佐藤 弘美
福島県郡山市	折笠 セツ	川崎市高津区	粕谷 ふき子
福島県伊達市	古積 敏男	東京都府中市	荒澤 秀穂
名古屋市守山区	木村 幸子	京都市東山区	大西 郁子
名古屋市昭和区	山田 すみ子	埼玉県杉戸町	植村 めぐみ

住所	氏名	住所	氏名
兵庫県川西市	福永久美子	東京都港区	鈴木かほり
	林藤幸子	東京都杉並区	佐藤信子
札幌市中央区	任意法人 APRS ガン募金	埼玉県毛呂山町	田尻仁志
	代表 坂口雅人	岩手県花巻市	戸田隆志
神戸市垂水区	故 高田次郎	静岡県掛川市	福田有佳
千葉県柏市	藤本桂子	川崎市高津区	金澤喜久夫
埼玉県三郷市	東伸	山口県防府市	林敏雄
東京都八王子市	小平勉	東京都武蔵野市	故 千葉覚
千葉県船橋市	竹内邦治	山口県周南市	有國智光
北海道紋別市	飯田智恵子		美恵子
熊本県植木町	岩田益	東京都新宿区	志水英子
兵庫県加古川市	山口徳子	東京都目黒区	井垣弘康
大阪府吹田市	富岡弘子	東京都杉並区	福井隆一
広島市安芸区	松井妙美	横浜市磯子区	小川健夫
神奈川県鎌倉市	伊崎松枝		敦子
東京都中野区	永嶋敬子	東京都世田谷区	千速肇子
千葉県八千代市	岩渕絹子	東京都世田谷区	西村俊一
千葉県鎌ヶ谷市	小川京子	福岡県大野城市	牧山和義
東京都板橋区	星野涼子	東京都港区	テリー・フォックスラン
大阪府吹田市	故 吉田一子		チャリティマラソン
福島県いわき市	國井保久		

～ご厚志ありがとうございました～

ご寄付に添えられたお言葉の一部を紹介させていただきます。

- 55年以上、生活を共にし愛してきた妻を膵臓がんで突然失った夫の気持ちです。一刻も早くがんの予防・完治医療を確立して欲しい。(K様)
- 現在51歳。4年前(47歳)に胃平滑筋肉腫を患いました。同じように癌で苦しんでいる人たちの治療に役立つこと及び私自身のがん再発防止を祈願して寄付させていただきます。(I様)
- 妻は2005年9月に海外旅行中に食中毒で入院した際、腹水を指摘されてから2006年3月に他界するまで半年の命でした。帰国後、病院で1ヶ月ほど検査を受けましたが原因が分からず、女子医大でセカン

ドオピニオンをもらい、開腹手術で腹膜癌と診断された。化学療法を3種ほど試みましたが効果は得られませんでした。SSPCは英語では「Silent Killer」と呼ばれており、女子医大でも5年に1度診るか診ないかのまれな病気と言われたので、この寄付をSSPCの原因究明、早期発見、治療研究のために利用して頂ければと思います。(M様)

- この世から一日も早くがんが征圧されることを願います。早いもので6月16日は月命日を迎えました。社会へ貢献出来ることは故人にとっても喜びとするところだと思います。(もちろん私達、遺され

た家族に取りましても) 一日も早い癌撲滅ができますことを祈願します。(A様)

- 妻は45歳でした。子供の成長を何よりも楽しみにしていた彼女にとって悔しいことと思います。乳がんの検診が正確に全員が受けられる様お願い致します。(Y様)
- 妻が通院中に、見舞いに一緒に来ていた娘(29歳)も乳がんがあることがわかった。先生の素早い対応で、早期発見、即手術だったので娘は助かった。乳がん検診を是非徹底してやって欲しいと共に女性も積極的に検診をしてほしい。(K様)
- H14年8月に膀胱腫瘍になり早期発見につき、国立病院にて術後何も現在まで再発しておりません。早ければ早いほど助かると思います。今後、私の命が有る限り寄付をさせていただくつもりです。(K様)
- 胆のうがん原発で驚くほどの勢いで悪化し、希望の抗がん剤を使用できないまま、夫が亡くなりました。認可の運動を進めて下さい。ジウムザール、イノリテカンなど。(T様)
- 卵巣癌とわかり2年3ヶ月、本人も前向きに頑張って参りましたが、終末期の2ヶ月は大変な辛さ苦しみでした。傍にいても何もしてやれず残念でなりませんでした。(Y様)
- 46歳になります長女が、胆管細胞癌と診断され、僅か7ヶ月の短い闘病生活で抗がん剤による副作用の苦しみも受け止め前向きに亡くなる寸前まで「生きる」ことへの希望を持ち続けました。原因追究のため臓器提供の申し出にも応じました。新薬開発のため、又、がん治療が一層進展してがん撲滅の日が一日も早く訪れますことを心から願います。娘

に寄せられました香典の一部を寄贈させていただきます。(K様)

- 「がん征圧チャリティコンサート」へのご協力を有り難うございました。収益金の一部を寄付させていただきます。(K様)
- 著書「仰木 彬パ・リーグ魂」の出版印税の初刷印税全額を寄付しますので、がん研究に役立ててください。(K様)
- 妻が乳がんのため島根県から国立がんセンター中央病院へ来て手術しました。地元の仲間の一人が乳がんで壮絶な亡くなり方をしたので、がん撲滅のチャリティとして仲間から預かった分も含めて寄付します。(K様)
- 9月に大腸癌の手術を受け、11/10に「がん撲滅」のため「お琴によるチャリティーコンサート」を実施いたし、ご寄付をいたします。(T様)
- 一昨年秋に治療が大変難しいと言われている成人T細胞リンパ腫(ATL)を発症し、一年四ヶ月にわたる入退院の闘病生活が続きました。一時は、胃部に残った病変を取り除く胃の全摘手術を勧められ完全寛解で退院しましたが40日後に全摘出した胃部の後にリンパ腫が再発し、目の前が真っ黒になりました。大事な人達をこのような病気で亡くしたくはありません。がん克服のために治療法の確立の一助となればと願っています。(Y様)
- 夫は透析をしながらの大腸がんでした。この2つの病気を併せ持つ患者は多いのに、研究が進んでいないのが実情のようです。是非この分野での治療・研究を切望いたします。(H様)

ご寄付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。ご寄付の申し込みを希望される方には寄付申込書、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

ホームページ <http://www.fpcr.or.jp/donation/>

「がん募金箱」も、がんの征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等の窓口には、「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、寄付金とともに、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19年6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)
理 事	青 木 初 夫	(日本製薬工業協会会長)
同	秋 草 直 之	(社団法人電子情報技術産業協会会長)
同	上 原 英 治	(前 社団法人日本ガス協会副会長)
同	垣 添 忠 生	(国立がんセンター名誉総長)
同	唐 澤 祥 人	(社団法人日本医師会会長)
同	畔 柳 信 雄	(前 全国銀行協会会長)
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	斎 藤 勝 利	(社団法人生命保険協会会長)
同	佐々木 幹 夫	(社団法人日本貿易会会長)
同	高 橋 透	(財団法人万有生命振興国際交流財団専務理事)
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	中 村 邦 夫	(松下電器産業株式会社代表取締役会長)
同	野 村 明 雄	(大阪商工会議所会頭)
同	久 道 茂	(財団法人宮城県対がん協会会長)
同	廣 橋 説 雄	(国立がんセンター総長)
同	馬 田 一	(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 詳 介	(関西電力株式会社代表取締役社長)
同	山 口 信 夫	(日本商工会議所会頭)
同	吉 田 茂 昭	(前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

- 青野由利 (毎日新聞社東京本社論説委員)
- 荒蒔康一郎 (キリンビール株式会社代表取締役会長)
- 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)
- 上田龍三 (名古屋市立大学大学院医学研究科臨床分子内科学教授)
- 牛尾恭輔 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター院長)
- 梅田貞夫 (社団法人日本建設業団体連合会会長)
- 岡村正 (株式会社東芝取締役会長)
- 川口文夫 (中部電力株式会社代表取締役会長)
- 笹月健彦 (国立国際医療センター総長)
- 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)
- 庄山悦彦 (株式会社日立製作所取締役代表執行役会長)
- 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委員)
- 土屋了介 (国立がんセンター中央病院院長)
- 鶴尾隆 (財団法人癌研究会癌化学療法センター所長)
- 富永祐民 (愛知県がんセンター名誉総長)
- 内藤晴夫 (エーザイ株式会社取締役代表執行役社長 兼 最高経営責任者)
- 西田厚聰 (前 情報通信ネットワーク産業協会会長)
- 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)
- 久常節子 (社団法人日本看護協会会長)
- 平田正 (協和発酵工業株式会社相談役)
- 福地茂雄 (アサヒビール株式会社相談役)
- 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)
- 森 篤治人 (オリンパス株式会社取締役常務執行役員)
- 森田清 (第一三共株式会社代表取締役会長)
- 山口建 (静岡県立静岡がんセンター総長)
- 吉田浩二 (社団法人日本損害保険協会常務理事)
- 米倉義晴 (独立行政法人放射線医学総合研究所理事長)

あとがき

がん研究振興財団の機関誌、「加仁」第34号をお届けいたします。ご多忙にもかかわらず、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。心より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）4年目になりますが、本年4月1日、がん対策基本法が施行され、がん対策が一層推進される体制が出来上がりましたが、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」には、昨年9月に就任された厚生労働省の外口崇健康局長にお願いし、「新しいがん対策の幕開け」と題して我が国の今後のがん対策の進むべき道「がん対策基本法・がん対策推進基本計画策定等」についてお書きいただきました。

昨年10月1日、国立がんセンターにがん対策情報センターが開設されましたので、「ZOOM UP」とあわせ「ニュース・トピックス」についても、加藤抱一がん対策情報センター長に紹介をしていただきました。

「座談会」では、「地域におけるがん診療連携拠点病院の現状」をテーマとして、山口大学医学部附属病院の松崎益徳院長をはじめ、がん医療について各先生にご出席いただき、「山口県での取り組み」についてお話しいただきました。

「冬瓜の記」では、山本孝史様から「がん患者として、国会議員として」と題し、がんと闘いながら「がん対策基本法」の成立にご尽力された玉稿をいただきました。また、クリバリ有美子様には、「死の陰の谷を歩む時」と題して、授乳期の乳がん発病について、貴重な闘病体験について玉稿をいただきました。多くの闘病中の方々が、安心・やすらぎ・心を和ませ・ふれあいを得ることが出来たらとおもいます。

「随想」には、北海道がんセンター院長山下幸紀先生から、アメリカ、ノースカロライナ州のダーラムにあるデューク大学のD.B.Amos教授の追憶について述べていただきました。

「仲間（活動紹介）」では、自分が住んでおられる埼玉県杉戸町に患者会を立ち上げられ、ご活躍されておられます植村様の患者会の活動内容を紹介していただきました。

そのほか、「国際がん研究シンポジウム」等について、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を賜りました先生方には、心から厚く感謝を申し上げます。

今後とも、一層紙面の充実を図っていきたく存じますので、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 34 号 2007

平成19年6月発行

編 集 代表 土 屋 了 介

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/>

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19年6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	〒 983-8520 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 山形市大字青柳 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 笠間市鯉淵 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 北足立郡伊奈町小室 818	☎(048)722-1111
千葉県がんセンター	〒 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	☎(04)7133-1111
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
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
静岡県立静岡がんセンター	〒 411-8777 駿東郡長泉町下長窪 1007	☎(055)989-5222
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 名古屋市中区千種区鹿子殿 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
兵庫県立がんセンター	〒 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
山口県立総合医療センター	〒 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	〒 791-0280 松山市南梅本町甲 160	☎(089)999-1111
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。



【いぶき】はがん征圧のための基金です。皆さまのあたたかい気持ちが前へ進む原動力となります。この基金は様々な研究やイベント、広報活動に役立てられています。

- 少額から寄付できます
- 当財団への寄付金については税制上の優遇措置が適用されます
- 所得税、法人税及び相続税の寄付金控除が受けられます

※税制上の点及び寄付金控除等のことについては、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)

街にも明日にも バラ色の夢、宝くじ。



宝くじの収益金は、
子供たちの遊び場や憩いの場をはじめ、
道路や橋など街づくり事業を通じて、
身近な暮らしのお役に立っています。

宝くじ

●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。

(この遊具【宝くじ遊園・富谷ドームランド】
(広島県福山市富谷公園内)は、
宝くじの普及宣伝事業として設置されたものです。)

財団法人 **日本宝くじ協会**

当せんはしっかり調べて、しっかり換金。

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

本冊子からの無断転載・複製は固くお断りします。