

かに

KANI



第36号 2009

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

第22回 国際がん研究シンポジウム 「頭頸部・食道がんの基礎と臨床—最近の進歩」



米国、ドイツ、オーストラリア、香港、ベルギー及び国内から演者を招聘
(2009年5月18日～20日 国際研究交流会館)

第68回 国際がん研究講演会 「脂質およびDNAの過酸化物質による内因性DNA損傷の生物化学」



2009年3月19日 国際研究交流会館

マーネット博士



2009年3月23日 名古屋大学 野依記念学術交流館

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、ラン・フォー・ホープ記念課題1名に贈呈
(2009年3月16日 国際研究交流会館)



ラン・フォー・ホープからの寄付金贈呈式

ドナルド・ボビアッシュ カナダ大使館公使と北井専務理事
(2009年1月16日 カナダ大使館)

第9回 国際がん看護セミナー 「変革するがん看護PartII～がん患者の療養生活の質向上～」



米国、英国、オーストラリア、カナダ、スペイン及び国内から演者を招聘 (2008年11月28日～29日 国際研究交流会館)

がん予防展

千葉県

ちからを合わせてがんのうち克つ

(2008年9月6日～7日 参加者20,000名 船橋市)



山梨県

がん予防展(ねんりんピック開催)

(2008年9月27日 参加者4,000名 甲府市)



愛知県

早期発見にはがん検診を

(2008年10月11日～12日 参加者2,000名 岡崎市)



愛媛県

あなたに伝えたい がん早期発見・早期治療の大切さ

(2008年10月18日～19日 参加者3,500名 松山市)



福岡県

減らしましょう。女性の乳がん、肝臓がん。

(2008年9月28日 参加者1,500名 福岡市)



鹿児島県

健康フェスティバル(ねんりんピック開催)

(2008年10月25日～27日 参加者50,000名 鹿児島市)



がん講演会

千葉県

知ってください、乳がん検診の大切さ
(2008年9月12日 参加者700名 千葉市)



山梨県

がんから身を守るために
(2008年9月28日 参加者300名 甲府市)



愛知県

がんは早く見つけて、早く治す
(2008年11月24日 参加者500名 名古屋市)



愛媛県

あなたに知って欲しい乳がんのこと
(2008年10月19日 参加者100名 松山市)



福岡県

女性がんフォーラム
(2008年9月28日 参加者250名 福岡市)



鹿児島県

受けて安心がん検診 学んで実行がん予防
(2008年12月7日 参加者200名 鹿児島市)



カラーページ がん研究振興財団の事業から

巻頭言

平成21年度のがん対策の動向	上 田 博 三	6
----------------------	---------------	---

座談会

若手ががん研究者の育成 ～がん研究の推進・がん撲滅に向けて～ 前田光哉／若林敬二／中釜斉／野口雅之／渡辺昌俊／ 益谷美都子／中川徹／倉橋典絵／北井暁子		7
---	--	---

随想

医者と患者の関係 ―血がかよった人と人の交わり―	小 山 靖 夫	25
--------------------------------	---------------	----

冬瓜の記

今を生きる	藤 原 京 子	29
-------------	---------------	----

海外のがん研究・医療機関から

米国マイアミ大学ジャクソン記念病院の肝移植外科およびハーバード大学 マサチューセッツ総合病院の膵臓外科での経験	阪 本 良 弘	35
陽子線治療を用いた臨床試験の実施に関する研究 ―米国の陽子線治療プロジェクトについて―	二 瓶 圭 二	39
小児腎腫瘍の多施設共同臨床研究の中央病理診断と トランスレーショナル・リサーチ	大喜多 肇	42

仲間 [活動紹介]

がん患者側からみた国立がんセンターの足跡	安 達 勇	45
----------------------------	-------------	----

国際がん研究講演会要旨

ローレンス・マーネット博士(アメリカ) 東京講演会	戸 塚 ゆ加里	49
名古屋講演会	内 田 浩 二	51

国際がん看護セミナーに集う

変革するがん看護 PartII ～がん患者の療養生活の質向上～	久 部 洋 子	53
---------------------------------------	---------------	----

財団の事業概要

「第3次対がん10か年総合戦略」支援事業		62
看護師等コ・メディカルの人材育成事業		69
第41回がん研究助成金の贈呈		70

ご寄付芳名録		72
--------------	--	----

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿		74
-----------------------------	--	----

あとがき		78
------------	--	----

平成21年度のがん対策の動向



厚生労働省健康局長
上田博三

がんは、我が国において昭和56年より日本人の死因の第1位で、現在では、年間30万人以上の国民が、がんで亡くなっています。また、生涯のうちにがんにかかる可能性は、男性の2人に1人、女性の3人に1人と推測されています。

国のがん対策としては、がんの本態解明を目的とした「対がん10か年総合戦略」が昭和59年にスタートし、続いて「がん克服新10か年戦略」、現在は「第3次対がん10か年総合戦略」を推進しているところです。

このような状況の中、平成18年6月に、「がん対策基本法」が成立し、平成19年6月には、同法に基づき「がん対策推進基本計画」が策定（閣議決定）されました。この基本計画は、長期的視点に立ちつつ、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めており、都道府県がん対策推進計画の基本となるものです。

具体的には、今後のがん対策の全体目標として、「がんによる死亡者の減少（がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）」及び「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を掲げるとともに、「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」及び「がん登録の推進」に重点を置きつつ、各分野別施策を、がん患者を含めた国民の立場に立って、総合的かつ計画的に推進していくことを内容としています。

本計画を確実に達成するため、厚生労働省では、厳しい財政状況の中、平成21年度予算において、平成20年度予算額236億円に対して1億円増（0.5%増）の、237億円を確保したところです。

具体的な内容としては、以下のとおりです。

- ① 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成（61億円）
- ② 治療の初期段階からの緩和ケアの実施（7億円）
- ③ がん登録の推進（0.3億円）
- ④ がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進（82億円）
- ⑤ がんに関する研究の推進（86億円）

また、今年度末を目途に、「がん対策推進基本計画」の進捗状況について、中間報告を取りまとめることとしています。

今後とも、財団法人がん研究振興財団をはじめ、関係各位のご協力を得ながら、「がん対策推進基本計画」に掲げられた目標を達成すべく、各種の施策に取り組んでいきたいと考えております。

（うえだ ひろぞう）

座談会

若手がん研究者の育成

～がん研究の推進・がん撲滅に向けて～

平成21年4月16日



左から渡辺、前田、益谷、野口、北井、倉橋、中釜、若林の各氏

●出席者

- 前田 光哉 厚生労働省健康局がん対策推進室室長
若林 敬二 国立がんセンター研究所所長
中釜 齊 国立がんセンター研究所副所長
野口 雅之 筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
渡辺 昌俊 横浜国立大学大学院工学研究院教授
益谷美都子 国立がんセンター研究所部長
中川 徹 国立がんセンター中央病院医師
倉橋 典絵 国立がんセンターがん予防・検診研究センター研究員

●司会

- 北井 曉子 (財)がん研究振興財団専務理事

はじめに

司会 本日は年度初めの大変お忙しい中、お集まりをいただきましてありがとうございます。

今年、がん対策基本法施行3年目を迎え、いよいよ本格稼働の年になるかと思えます。私ども財団といたしましても、これまで以上にがん研究の推進を目指して、少しきめ細やかな対応をしていきたいと思っております。本日は若手研究者の育成に焦点を当てがん研究の推進に向けてお話を伺って参りたいと思えます。

今年で25年目を迎えます「若手研究者育成活用事業」、通称「リサーチ・レジデント制度」でございしますが、お手元に平成21年度版の要項をお示ささせていただきました。これは若手ががん研究者の育成を目指して今日あるわけでございますけれども、ちょっとご紹介をさせていただきますと、この事業は若手研究者をがん研究に参画していただき研究等を向上させるとともに、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ことを目的として設立されたものでございます。

応募資格は、博士の学位を有する者、またこれと同等以上の研究能力があると認められる者、さらには医師につきましては、医学部卒業後2年以上を経過した者となっております。採用予定数は毎年20から30名ほどでございまして、採用期間は最長3年間で、身分は、財団の非常勤職員となっております。第3次対がん10か年戦略事業が今推進されておりますけれども、そのプロジェクト研究に参加しておられる機関が受け入れ機関となって、そこに派遣されるということになっています。

この25年間を経て大変多くの成果を上げてきておりますことは、私ども財団の機関誌をお手元にお配りさせて頂きましたが、去年の座談会の中でも、この事業に関してはたくさんのお褒めの言葉をいただきましたが、併せて色々な課題もご指摘いただいております。本日は、そのご指摘事項を切り口に、お話を進めて参りたいと存じます。

本日は、この25年間にリサーチ・レジデントを経験された方で、なおかつ今がん研究の最前線で

活躍のOBの皆様、あるいはOGと言ったほうがいいかもしれませんが、男性、女性、さまざまなお立場の方にご出席をお願い致しました。それぞれのご経験をもとに、新しいリサーチ・レジデント制度へのご提言等をお聞かせ頂ければと思っておりますので宜しくお願い致します。

そして、今日は、この事業のスポンサーであります厚生労働省の前田がん対策推進室長、それから私どもの財団の中でリサーチ・レジデント推進の総元締め、リサーチ・レジデント委員会の委員長をお願いしております国立がんセンター研究所の若林所長にもご参加を頂きました。この制度の充実に向けてお力をお借りできればと思っております。

では初めに、前田がん対策室長より、厚生労働省としての本事業のねらいについてご紹介を頂ければと思えます。よろしくお願い致します。

若手研究者育成活用事業のねらい

前田 がん対策につきましては、昭和59年からの対がん10か年総合戦略、平成6年からのがん克服新10か年戦略、そして平成16年からの第3次対がん10か年総合戦略ということで、10年計画でどんどん進んできているところでございまして、平成21年度が第3次対がん10か年総合戦略の6年目に当たる年ということでございます。その中のがん対策予算としましては、237億円の予算を確保してございまして、そのうち研究に要する予算として86億円を擁してございます。その中で第3次対がん総合戦略研究事業として37億円、そしてがん臨床研究事業として22億円という形で予算を獲得してございまして、この中の内訳として研究費とリサーチ・レジデントを初めとする第3次対がん総合戦略研究の推進事業という形で進められているところでございます。

ですので、そういった第3次対がん総合戦略研究を進めていくための若手の方々がこの研究に参画され、そして主任研究者及び分担研究者をサポートしていただくことによって、より高い研究の成果を出していただくということと、研究に参

画されることによって、その方のスキルアップ、そしてキャリアアップを目指しているものでございます。

予算につきましては、最近結構厳しい状況にはございますけれども、先ほど専務理事もご紹介がございましたとおり、この募集要項に沿って厳正なる審査を行った結果、採用をさせていただいて、そして現在、平成21年度の研究を進めていただいているところでございます。

司会 ありがとうございます。ただいま前田室長から、対がん10か年戦略の中での本事業の位置づけ、また、きめ細やかな予算内容のご説明等をいただきました。私どもが、本事業をお引き受けして今年で25年目を迎えるわけでございます。おかげさまで大変多くの研究者の皆様から高い評価を得ているところでございますが、この歴史とともに、がん研究の推進に邁進をしてこられました国立がんセンターの若林研究所長、先ほどご紹介申し上げましたが、先生は私どもの財団の研究・レジデント委員会の委員長をお願いしております。昨今の研究・レジデント事情と申しますか、がん研究を取り巻く環境の変化などをご紹介いただきながら、研究・レジデントの現状と課題についてご紹介を頂ければと存じます。よろしくお願い致します。

研究・レジデントを取り巻く環境の変化と課題

若林 ご紹介いただきました若林です。私は、研究・レジデントの専門委員にかかわってもう15年になりますが、委員長をお引き受けして7年になるかと思えます。その期間でも、毎年面接する研究・レジデントの候補者の方々のキャラクターが少しずつ変わってきていることに身をもって感じております。

北井専務からお話がありましたように、通算25年の事業で研究・レジデントの修了者は約700人位になります。前田室長から指摘されたように、がん克服のための研究の推進と同時に、がんの研究に携わる人材を育成する、我が国のが

ん研究の中核となるべき人材を育成するというのがこの事業の大きな目的であります。

中身を見てみますと、700名のうち、約90名から100名ぐらいが、がん研究機関の部長、室長または大学の教授、准教授クラスになっています。こういう面からも、この事業の貢献は非常に大きいものと思います。実際に今日ここに来られております野口先生、中釜副所長、渡辺先生や益谷部長、倉橋研究員もリサーチ・レジデントの修了者でありまして、その他にも数を挙げればきりがなほドリサーチ・レジデントを経験した研究者が多数います。

しかし、最近になって変わってきた現象を申し上げますと、1つ目としましては、1983年に始まったリサーチ・レジデントの制度というのは日本で初めての制度で、当時、これに類似するようなものはありませんでした。しかし、最近では、これと同様な日本学術振興会のポストドクトルフェローや、各大学がCOEという制度で持っているようなものとか、次々とポストドク制度が始まっているということです。

2つ目は、医学部出身の研究・レジデントが少なくなったことです。その要因としては、医学部の卒後研修が義務化されたことによって、医局主導の人事が大きく変化したことです。以前は医局から研究・レジデントが来てくれましたが、今はその数はかなり減っています。

3つ目は、専門医ですとか、がん専門薬剤師などの認定制度が開始されてから、博士号を取得するというに少し魅力がなくなったということが挙げられると思います。

4つ目として、医学部だけではなくて、薬学部からの研究・レジデント採用数も多かったのですが、薬学部も4年制から6年制に変わり、薬学部の教育も臨床にかなりシフトしてきました。薬学部出身者の中でも研究に携わる人材が少なくなってきました。以上の要因がここ数年の内に一挙に来ましたものですから、研究・レジデントに応募する人材の中身もかなり変わってきたのだと思います。

しかし、いずれの時代にしろ、研究・レジデント制度の目標というのは変わりませんから、

ぜひこの制度をうまく活用しながら、がんの研究に携わるいい人材を引き続き育成していくということが重要ではないかと私は思っております。

司会 ありがとうございます。ただいま若林所長からは、リサーチ・レジデントを取り巻く環境の変化と課題についてご紹介をいただきました。

さて、総論につきましては概ねご理解いただけたと思いますが、本日はリサーチ・レジデント制度のOBで、現在もがん研究のフィールドでご活躍の5人の方々にご出席頂いております。

本日は大変急なお願いにもかかわらず、お集まり頂きましてありがとうございます。皆様には、それぞれの時代にリサーチ・レジデント制度を活用され、また、現在は我が国のがん研究の中核的役割を担っておられる方ばかりでございますけれども、お1人ずつ自己紹介を兼ねながら、リサーチ・レジデント制度について、先ほど若林先生からご指摘をいただいた幾つかの課題について、また、それ以外の課題についてご意見をいただいても構いませんし、ご関心のあるところ、あるいは関係の深いところ限ってお話を伺ってもと思います。どうぞよろしくお願い致します。

それでは、野口先生、いかがでしょうか。

野口 私は筑波大学の病理学の野口と申します。リサーチ・レジデントは1回生に当たります。昭和59年10月から2年半お世話になりました。実は私、初めのがんセンターに来たのはリサーチ・レジデントで来たのではなくて、病院のレジデントで参りまして、4カ月ほどして、何かリサーチ・レジデントみたいなものができたから、おまえ、そっちへ移れと言われまして、それで、ああ、こんなものができたのかと思って移りました。

そういう意味で、最初から志望して入ったわけではないので、ちょっと普通と違うのかもかもしれませんけれども、2年半、リサーチ・レジデントを十分経験させていただきました。ちょうどその時期は、1984年あたりはファインバーグの実験でがん遺伝子が発見され、がんの研究というのは、数年がん遺伝子の研究が進めばほとんど終わってしまうのではないかというような錯覚さえ起こされているような時期だったと私は認識していて、非常にやりがいのある研究期間を過ごさせてもら

いました。

ですので、最近のと言われても、随分時間がたっていてよくわかっていないのが実情なんですけれども、今、若林先生のお話を伺ったりすると、確かに随分状況としては変わってきていて、私は大学におりますけれども、卒後臨床研修医制度が変わって、基礎系に来る卒業生がほとんどいなくなりました。もうちょっと言うと、基礎系の教員はメディカル・ドクター（MD）がほとんどいなくなっているという状況でもあります。6年も学生をやって、さらに2年、臨床研修をやると、ほとんど基礎には返ってこないということを非常に痛切に感じています。

ですので、私がリサーチ・レジデントだったころのような自由度は、今のMDの学生にはなくなっています。ただし、リサーチ・レジデントをがんセンターのような疾病指向の研究機関でできるというのは、通常の大学の大学院で研究の初歩を学ぶのとは随分違っていて、がんに関してすべての研究のサポートが得られるという有り難い経験を積めるのがわかっていながら、初期研修医制度という制約に縛られて2年間は臨床研修をしないとだめだとかいうこともあって、なかなかリクルートできないのは非常に残念な状況だなと私も思っています。

では、どうしたらいいのかという話ですけれども、ちょっと長くなってしまいますけれども、積極的にいいリサーチ・レジデントを獲得しようとしている努力をどれだけしているのかということが1つ大きい問題だと思います。がんセンターからというか、リサーチ・レジデントを獲得する側が、どういう働きかけをしているのかということ。

もう1つは、逆に今までの方式をあきらめるといことです。以前はたくさんリサーチ・レジデントを入れて、その中から優秀なMDが日本の屋台骨を背負う研究者になっていくという路線だったと思いますが、今後は少数精鋭で、最初から優秀な若手MDを、少数でもいいからリクルートして、それを大切に育てるといやり方もあると思います。どういう試験をしたらいいのかよくわかりませんが、すごく待遇をよくして、それで少数でもいいからすごく優秀なMDを集めてき

て教育するというやり方を、この際とってもいいかもしれない気がしています。たくさんのMDを集めて教育して、その中から育ててくるのを待つというやり方は、この時代、不可能だと私は思っています。

私は病理学が専門ですけれども、病理学の領域でも多くのMDを集めることができなくて、少数でもいいから少しずつ集めて教育していますが、良い若手MDを集めるために、例えばインターンシップ制度などを作って、なるべく早期に、こういうリサーチ・レジデントを体験させてあげる。悪い言い方をすれば、ツバをつけておくというようなことをやってもいいかもしれないなと思います。初期研修の間も、選択可能な期間を選べますから、初期研修医制度もリサーチ・レジデント制度も同じ厚生労働省が担当しているわけですから、がんセンターで選択期間を数カ月過ごすこともオーケーになれば、やる気のある若手MDは来ると思います。そのような努力をしないといけないのではないかなと思っています。

司会 ありがとうございます。野口先生には、後ほどまた大学のキャンパス内の状況も教えていただきたいと思います。次に、中釜先生、よろしくお願い致します。

中釜 当研究所の副所長をしている中釜ですが、野口先生が第1期ということなんですけれども、私は、第2期のリサーチ・レジデントとしてこの事業の恩恵を受けた者の1人です。最初に所長から、状況がいろいろ変わってきたんだという話もありましたけれども、私が医学部を卒業して、2年研修を終えた頃にこの事業が立ち上がったわけです。その当時とこの25年間を振り返って見ると、がんの医療全体が大きく変わってきているということが、リサーチ・レジデントを取り巻く環境の変化としてあるのだろうと思います。

例えば我々が臨床をはじめた頃は、私の場合は主にがんの臨床をやっていたわけですが、当時はがんの治療そのものが今と比較すると余り多くの選択肢がなかったと思います。私は内科を専門としていましたが、余り治療効果の芳しくない治療法でも、選択肢はそれしかないという状況で、そのような治療法を繰り返していました。当時はま

だ、研究の経験はなかったんですが、基礎研究によって事態が大きく変わるのではないかなという期待感を抱いていたと思います。

丁度その頃に、先ほど野口先生もおっしゃいましたけれども、分子生物学という方法論が、医学部や病院の中にも、じわじわと浸透してきていました。分子生物学が身近なものとなりはじめた時代にちょうど遭遇したわけです。例えば、がん遺伝子の一つであるRasやRbなどが、丁度、期を一にして見つかったころです。

当時、我々は、分子生物学の成果に対して非常に興奮を覚えたし、これをやれば、日常的なルーチンの医療を大きく変えられるのではないかと、という期待感があり、我々でもそういう貢献ができるのではないかとということで、非常に興奮していた覚えがあるんです。今とは経済状況も違いますが、そんなに十分ではなかった。十分でなかったといったら失礼ですけれども、リサーチ・レジデントとしての給料でも、それ以上に研究することに対する楽しみ、喜びがあった。たとえ一歩ずつではありましたが、自分たちでやることで、大げさですが、一日一日と状況が、日を増すごとに変わってくるというような感覚があったと思うんです。

そういう二、三年間をリサーチ・レジデントとして過ごして、もう1度大学病院に戻った訳ですが、大学に戻ってからも、リサーチ・レジデントで培った経験をもとに、自分で実験系を立ち上げてみようということで、臨床の検体を集めながら遺伝子の解析をしていたというのを今でも思い出します。

それから、ちょうど第2次の10か年戦略が始まった頃、私は米国に留学をしていた訳ですが、帰国した時には第2次の2年目が始まっていました。10年前と比べると、分子生物学の研究自体が日本全体に浸透してきており、国立がんセンターでなくても色々な大学で研究ができるような状況が整ってきていました。そういう意味では、それ以前の10年とは少し違った状況だったと思うんですけれども、それでも研究をすることで、若い人でも、新しい事実を発見しうると言うことで、生き生きとしていたように思います。

最近、特に第3次の対がん10か年戦略に入ってから思うのは、医療の環境が大きく変わってきたということです。というのは、医療の現場でも治療が非常に進歩して、治療の選択肢も増えていきます。医療人として、治療することによって患者さんがよくなるケースを実感できるとか、標準的な治療とか、エビデンスという言葉が蔓延といますか、広く浸透してきて、必ずしも創造的とはいえないものの現状の医療を工夫することで実際の患者さんを救えるというようなことが具体的にできてきたということもあります。

一方で、基礎研究の領域では、かなり技術的な進歩があり、内容も複雑になり、医学部を卒業して二、三年たった若い人達にとって、がんの基礎研究自体のレベルがかなり上がってきたこともあります。若い人が抱く基礎研究に対する壁の高さというのが10年～20年前とは大きく違うのではないかと思うんですね。以前だったら、一、二年研究すればある程度のまとまった形になってまとまったものが、最近では三、四年やってもなかなか形にならないということもあるのかと思います。このように、全体的な状況が変わってきているので、その中で、今の若い人たちが何を望んでいるのかといった気持ちも酌んでやることも必要だろうと思います。同時にまた確かに今は、研修医制度の改革等で、若い医師が臨床の現場に留まらざるを得ない状況があると思いますが、これは恐らく一種の流行みたいなもので、また戻ってくるかなという期待もあります。

同時に、やはり3年という期間が適切なのかどうかという問題については、再考する必要があると思います。もう少し長いほうが安心して研究ができるのかなとも思います。若い人が安心して働けるように、考えてあげることも必要かなと思います。

いずれにしても、若い方が研究できるような支援体制というのはがんの研究を推進するためには圧倒的に重要です。確かに状況は変わりましたが、今でも面接をすると、強い熱意をもち優秀な人達は確実にいますので、そういう母集団をいかにリクルートするかを考える必要がありますね。そのためには、我々自身も研究者として、魅力的にな

る必要があるでしょう。そういう努力を続けながら、是非ともこの事業をさらに発展させていければなどは思います。

司会 ありがとうございます。お若いときに興奮を覚えたとおっしゃっておいでですが、言い換えれば、ワクワク感をもっともっと若い人に感じていただきたいというお話かなと伺っておりました。後ほどまた、それについても詳しくお話を伺います。

次に、倉橋先生、お願い致します。倉橋先生はリサーチ・レジデントの現役に一番近いお立場ですよね。

倉橋 私は平成17年度のリサーチ・レジデントで、1年間だけリサーチ・レジデントをさせていただいて、その後、幸運にも研究スタッフのポストがあきましたので、そのまま研究員として今は予防研究所で疫学研究をしています。今日はすばらしい先生達の前で、大変恐縮していますが、率直な意見を言えたらいいなと思っております。

私のリサーチ・レジデントの期間は、とても研究に専念できる非常によい1年でした。中釜先生がおっしゃられましたように、新しいことを発見する喜びとか、勉強できるという喜びを持って1年間過ごせました。私の友人の女性の医師は、臨床医の生活が体力的にも非常に厳しかったりすることで、臨床医か研究者かどちらが良かったのかというような話もすることはあります。

ただ、研究というものは、自分が携わっていて言うのもなんですが、イメージが非常に悪いというのが未だにあるように思います。机の前に座ってパソコンをたたいているとか、ずっと実験をちびちびやっているみたいな、患者さんに直接何かを施して治して感謝されるというような実感が無いというか、充実感みたいな、達成感みたいなものが、臨床をやっている側から言うと研究では余り得られない、というようなイメージがある、というのが私の周囲の意見のように思います。

ただ、野口先生もおっしゃられましたが、早いうちに経験させてみるというか、実験なり疫学研究なり、一度やっていただくとおもしろさがわかれると思うのです。私も医学部を卒業して少し臨床もやって、公衆衛生に入って大学院に行きました。

臨床では患者さんを救うという喜びもありましたが、今は、疫学研究を経験して、生活習慣の中からがんにならない、予防できるものを発見できて、それが一般の方の行動変容につながって、がんの罹患率を下げるという、自分がそういうことにかかわれるならば、それは最終的に患者さんを助けることになるということが、実際に基礎研究に携わって改めて感じることができました。今、医者が足りませんので、皆さん、臨床に行くのも大事ですけれども、臨床を行っている最中でも動物実験とか基礎研究とか、疫学研究とかに一度携わってみるとするのは非常に大事だと思うので、その時期をリサーチ・レジデントなどで来られたらもっといいのではないかなと思います。

司会 ありがとうございます。一番若いステージのお声を伺ったわけですが、次に益谷先生、いかがでしょうか。

益谷 国立がんセンター研究所の生化学部の部長として、がんの基礎研究に携わらせていただいています。私は平成元年にこちらにリサーチ・レジデントとして参りまして、2年ほどリサーチ・レジデントをさせていただきました。

当時、女性研究者は国内の研究機関で非常に少なかったということがありますが、今は確かに増えていて、時代の変遷というのはかなりあると思います。先ほど北井先生からご用意いただいた資料を拝見しまして、リサーチ・レジデントのうちの女性の割合がここ25年でこんなに変わっているんだろうかと非常に驚きました。私がリサーチ・レジデントになった当時は、グラフでいうと10%か20%位が、今、平成21年度の割合を見ますと50%近くになっているということで、確かに女性の割合が増えたということ、今後も増える可能性があるということに対する対応もきっと重要になって来ると思います。

私がちょうどリサーチ・レジデントとしてがんセンターに来た時は、私の周りの部署ではRRで女性の方は多く、研究面で男女の性差というのは感じたことがなかったですし、多分周りの指導者の方が非常に先駆的な考えを持っていらっしゃる方も多かったという印象があります。

ただ、リサーチ・レジデントは、先ほど北井先

生からも言われましたように、ライフステージとしてはちょうど出産と育児の時期に重なるわけですし、私の現在の所属する生化学部という部署でも、女性2名、男性1名がちょうど出産、育児の真っただ中にあるという状態です。そういうことがありますので、出産、育児に対する不安を低減化できるような企画といたしますか、そういう支援の方法があれば非常に役に立つのではないかと思います。

その1つとしては、リサーチ・レジデントは3年間という任期付きでありますけれども、産休や育休をとるということで研究を中断した場合に、今は中断した期間を延長するということができないのですが……。

司会 その女性研究者の話は後ほどくわしくお伺いをしたいと思いますので、それ以外の先ほど若林先生からご指摘をいただいた点を先にお伺いできればと思います。例えば若手医師の研究者が減っていますけれども、そういうこととか、あるいは医師以外の医学研究者のプレステージというか、ポストドクターではなくて、大学院生の1つ前の世代へのサポートとか、その辺のところはいかがでしょう。

益谷 今、私の所属する部署でも、リサーチ・レジデントの候補になりそうな大学院生の方は増えておりまして、そういう方に対するサポートのシステムというのは国内でいってもなかなかありません。先ほどから話題に出ていますように、国内の大学院生の方をサポートするようなシステムがありますと、あるいはセミナー形式で対がんの研究事業の第一線で活躍されている方と大学院生、あるいは医学部のRRの候補になりそうな方という交流する機会がありますと、リサーチ・レジデントに応募していただくような機会が増えてくるのではないかと思いますので、そういうことがあれば大変心強いと思います。

また、国内に限らず、国外から大学院生で数カ月から1年ぐらい研究に参加される方もありますので、そういう方のサポートをするということもありますと、外国からの若手研究者の方のリサーチ・レジデントへのアプライということも今後増えてくるのではないかと思います。

司会 ありがとうございます。実はお手元に、現役のリサーチ・レジデントの方々からご意見をいただいております。参考にして頂きながら進めて参りたいと思います。それでは、渡辺先生お願い致します。

渡辺 横浜国立大学の渡辺と申します。私は第何期かわかりませんが、恐らく平成5年からだと思います。長尾部長（当時の発がん研究部長）のもとで2年半、リサーチ・レジデントをしました。そもそも私がこちらにリサーチ・レジデントに来たのは、まさに典型的な医局制度でしょうが、教授から是非行って勉強しなさいと、はい、わかりましたというような昔ながらの形式でした。しかしながら、今思えばそのお陰で非常にいい経験をしたということで感謝しております。

後でキャリアパスの話も出てくるのですが、まさに昔の典型的な、要するに教授に言われて行って、終わった後も教授が面倒を見ますと言う形でした。だから、今の人から見ると古いし、全く考えられないことだと思います。教授（医局）からの指示とおりのレールの上に乗って来たわけで、最後は自分で決めなければならないんですが、典型的な昔の形で過ごしました。それも今となっては、そんなに悪いことではなかったなという話です。

今思い返してもリサーチ・レジデントに関する情報というのは私自身は全く知りませんでした。そういう制度が存在すること自体、今でしたら例えばネットで調べるとか、そういう可能性があると思うのですが、全くわからず教授からひとこと言われてというような昔ながらの形でした。今は逆に、すごくいろいろな情報があふれていて、先ほど野口先生や若林先生からもお話が出ていたんですが、要するに競合する同じような制度が世間にあふれていて、選択の範囲が広がっています。

また後でお話しすると思うんですが、私は、もともとは病理なんですけど、これも野口先生から見られるとふふっと笑われる可能性もあるんですが、土俵際ですみ先で辛うじてこらえている状態なんですけれども、現在は工学部にいます。そうすると、工学部からがんセンターを見たときに、最近医工連携が話題になっていますが、工学部の先生

たちははっきり言って興味がないです。彼らの視線はどこにあるかというと、産総研、巨大な組織なのですが、そこへ研究生を送るとというのが、がんセンターでもやっていますよと言ったときに、ウーンというような感じでそのすばらしさが余り浸透はしていません。

だから、逆にこの辺が活路を見出すというか、他領域においてももう少しこの内容を紹介したほうが、多くは産総研あるいは横須賀の情報通信研究機構の研究所に行くのですが、それに負けず劣らず広報活動をすれば、他分野からも応募してくる可能性は十分あると思います。あとはまた後で大学の話とかが出てきますので、とりあえずそんなところですよ。

司会 ありがとうございます。そうしますと、リサーチ・レジデントの制度というのは、スタートしたときは日本初だったと思うんですけども、逆に言うと、なるがゆえに余り皆さんには広報活動が事前になかったということもあって、25年たちましたから、皆さん方も含めて広報マンというか、役割は全国に散らばっておられるとは思いますが、そここのところをもっともっと違う領域の方々にPRするにはどうしたらいいのか。また、PRするだけのものにするにはどうしたらいいかということだろうと思います。全員の皆様からいろいろなご意見が出たところでございます。

では、後ほど大学ベースでのお話はさせていただきますが、ここで今出たご意見に少し意見交換をさせていただきます。

若林 そうですね。

司会 1つは、今よりももうちょっと早い時期に出会いといいますか、こういう制度との出会いであったりとか、がん研究へのワクワク感といいますか、もっと早い時期に接点があったらいいのではないかと提供できたらいいのではないかと皆さん共通しておっしゃっていただいたような気がいたしますが、何か具体的なアイデアはございますか。

今時のキャンパス模様は

若林 今、これは野口先生、渡辺先生がよく知っていると思いますが、今、実際に大学では、通常の博士課程の学生になりますと、育英会から12万円ぐらいの支援があって、センター・オブ・エクセレンス（COE）から研究補助のような名目で8万円位援助があり、全体で1ヶ月20万円ぐらいで暮らしています。そこで、国立がんセンターに来る大学院生のサポート制度を設置したならば、もう少しリサーチ・レジデントを希望する人数や研究分野も増えるような気がします。

やはり学生さんは、条件のいい方に行ってしまうので、がんセンターに、優秀な人がなかなか来ないというようなことになります。博士課程の学生を支援する制度は重要ではないかという気がします。

これはPhDを目指す学生さんには当てはまりますが、医師を目指す学生に関しては違う方法が必要かと思います。

野口 大学も、MDを大学院に入れるのもものすごく苦勞しています。大学院も、例えば筑波大学は医学の大学院の充足率は100%に至っていません。ですので、ものすごい思いをして人集めをしているんです。ですので、先ほど申し上げたように、それは2年間、卒後臨床研修をやってしまうと、次に先生がおっしゃったように専門医を取らなきゃいけない。大学院なんか行っている暇がない。そうこうしているうちに、研究をしようというマインドなんかどこかへすっ飛んでしまっているというのが現実なのだろうと思うんですね。

そうなる前に、例えば先ほど申し上げたように、2年間の研修医をやっている間に選択期間の数カ月でもいいから、リサーチ・レジデントのインターンでもちょっとやると、実際にどんどん患者さんが亡くなっている現場で研修を受けながら、片方でそれを克服するための努力がこういうふうにしてなされているんだというのを体験してみることができ、やる気のある人間にはすごくインパクトがあるのではないかなと思います。それ無しにすべて臨床だけで臨床研修の2年間が終わってしまうと、普通はもう基礎研究には戻ってこないと思いますね。

例えば2年間の初期臨床研修制度の中で1カ月

半ぐらい病理をエレクトィブでローテートする若者MDを見ると、いわゆる臨床から少し離れて、すごくいい新鮮な経験をしたと彼らはよく言います。ですから、もっと基礎的なことをやれば、もっとすごく新鮮な気分を味わえるのではないかなと思って、優秀な若手MDはきっと研究に興味を持つのではないかなと思います。そういう意味では、臨床のほうでも、そこら辺のサポートができるといいのではないかなと思います。

司会 そうしますと、今、臨床研修期間は2年となっており、今後またどういふふうに変更するかわかりませんが、2年の中でそういった研究に触れるきっかけを何か、自由選択でも何でもいいからあるといいということですね。

野口 つくれればいいですね。

司会 それから、今度は医者以外の方たちの話は、リサーチ・レジデントになる前のステージ、博士を取る前の大学院生の時代に、もう少し研究との出会いをつくるチャンスを差し上げるような環境が欲しいということですね。

野口 できるかできないかわからないですけども、どんどん連携大学院の中にリサーチ・レジデントも入ってもらって、組み込んで協定をばんばんいろんな大学と結んでおくのがいいのではないかなと思います。

司会 自由に行き来できるような環境ですね。

野口 そうそう。

司会 あとは先生がおっしゃったように、それに少し財源を充てるということですね。それはまた前田室長の話になりますけれども、あるいは財団の財源でということも1つの選択肢にはなりません。いずれにしても、今のリサーチ・レジデントにいい人を集めるという応募段階から探るのではなくて、その前のステージに少し焦点を当ててアプローチをする。リサーチ・レジデントに魅力を感じていただくような前のステージに何かできないかということですね。

若林 渡辺先生が指摘されたように、リサーチ・レジデントの情報をもっと広く効果的に、伝えることが必要だと思います。

司会 相手先も含めてPRの仕方ということですね。本当にニーズがあるところにきちんとつな

ぐということですね。あと、競争相手がたくさん出てきているというお話だったと思いますけれども、そういうところに並んで選択をしていただけるような舞台をつくるということですね。

若林 舞台づくりは我々の役目ですね。

司会 PRをさせていただく、これは財団の仕事になるかと思えますけれども、あわせてリサーチ・レジデントの委員会の先生方にもぜひご協力をお願いしたいところですね。

前田室長、何かございますか。

前田 このアンケートを読ませていただきながら、先ほどお話を伺っていたんですけれども、研修医制度、平成16年度からできた制度とさまざまな波紋を投げかけて、今の医療の問題点の1つというふうには受けとめられておりますが、昭和43年から努力義務規定になったインターン制度が変わってきて、30何年間議論されてきて、そしてでき上がったのが平成16年からの新臨床研修制度ということで、やはり今いろいろと議論はされていますけれども、よく検討されて練られたものであると思っております。

ただ、先ほどご指摘があったとおり、内科、外科、救急、そして産科、小児科、精神科、地域保健医療という必修科目を受けて、そして選択科目を受けていく中に、研究に触れる機会が少ないということと、あと実際に私も面接をさせていただく中で、MDの方の論文発表について見ていると、食道がんとか胃がんとか、がんの治療についての事例報告的な臨床での現場での研究報告であって、それも日本語の論文で英語の論文が少ない。そこはMD以外の方との研究ができる環境か、臨床に没頭しないといけない環境かということの違いがあって、それが結果としてMDの方の割合が下がってきているということにつながっているのではないかと考えております。

ただ、やはり臨床研修を行っている大学病院及び厚生労働省の指定している臨床研修病院においても、そのドクターの方に、臨床だけではなくて研究もされて、そして学会でも発表されている。それを研修医の段階から一緒にサポートしていくということがシステムチックにできるようになれば、臨床研修の段階でも研究に触れていただくと

いうことは十分今の制度の中でも可能ではないかと考えておりますので、そこはがん研究振興財団さんにおける大学病院以外へのPR等を含めて、いろいろと今後改善していくべき必要性はあろうかと考えてございます。

女性研究者への支援

司会 ありがとうございます。そのPRにつきましても、財団としても積極的に新しいものを取り入れて改善していかなければいけないと思っております。

それでは、後半になりますけれども、総論的な今のようなお話ではなくて、少しターゲットを絞って議論を進めてまいりたいと思えます。

実は私が女性だからというわけではないんですけれども、先ほども益谷先生から、女性研究者という視点でのご発言があったと思えます。

がんの研究、がんの医療の現場から研究ニーズといいますと、ただ新薬を見つけるとか、がんの原因とか予防遺伝子を云々とか、そういう基礎研究にあわせて、もうちょっと幅広い臨床研究、例えば緩和ケアの話であったりとか、さまざまな心理的な問題であったりとかしますと、それを担う人たちは看護職であったり心理職であったりとか、女性のついておられる職種が結構多いというのがあります。逆にがんの患者さんそのものを家庭の中で、あるいは地域の中で支えておられる方々も、女性の視点がかかなり必要なではというか、支えておいでになる方は女性が結構多いので、そこに視点を当てたいろいろな研究が必要になってきているのではないかと考えております。

お手元に、この25年間のリサーチ・レジデントに占めるMDの割合と女性研究者の割合の推移をご紹介させていただいておりますが、最初の議論のMDの研究者がリサーチ・レジデントに入ってくる数がこのところ激減しているという大きな現象と、もう1つに、トータルのリサーチ・レジデントの中の女性の占める比率というのは、それと反比例した形で、この5～6年、急上昇してきているんですね。

改めてうちのリサーチ・レジデントに差し上げているマニュアルを見てみますと、とてもとても恥ずかしながら、こういった女性研究者のために優しい研究環境には条件設定がされていないところも見受けられ、そういう視点でもっともっと改善をしていかなければいけないこともあるなと思っております。

先ほど益谷先生から先に導入をしていただいたんですけども、ちょうどリサーチ・レジデントにアプライをされてくる年齢といえますのは、25年前と比べても随分年齢が上がっていると思うんです。私が面接した限りでは、30代の後半に位置づけられている先生が結構多いんですね。そうしますと、30代というステージが今のいわゆるライフステージからいいますと、女性ですと妊娠、出産、子育て、子育ては男性もそうですが、ちょうどそのステージと重なり合うということもあって、もちろん研究者として脂の乗りつつある時期と、あわせて個人のライフステージでの大変な時期といえますか、おもしろい時期でもあるわけですね。

そここのところのバランスといえますか、まさにこれは厚労省のもう1つの課題でもあると思いますけれども、そんな視点でご本人のご苦労話というか、3人のお子様をお育てになって、まさにスーパーウーマンと、がんセンターの中でも注目されるあこがれの存在である益谷先生にちょっとお話をお伺いしたいなと思ってます。宜しくお願い致します。

益谷 うまく両立できていたかどうかは自信がないんですけども、RRの期間が終わって研究員になってから出産、子育てを実際に経験したということがありますが、私の場合から考えても、いい保育園があり、長時間研究の時間がとれ、サポートしていただけるというような環境があると、安心して研究にも打ち込めます。研究がおもしろいということがありますと、中断したくないということもありますので、そういう環境が整ってくれば女性でアプライされる方にも、広報とかを充実させてアピールするといいたと思います。

確かに出産と子育てで産休、育休をとる期間の研究中断のときに、その期間、例えば中断分を延長するということが可能であれば、研究者にとっ

ては非常に心強いと思います。研究を指導する側として、出来るだけそういう期間は短期であってほしいという面もあるんですが、事情によってはそういうサポートがあれば非常にいいと思います。実際にそういうサポートは、同じ若手研究者を育成する日本学術振興会の特別研究員ではもう取り組みが始まっています。

場合によっては、産休、育休をとるときに、リサーチ・レジデントのサポートができる研究補助員の方を雇用できるようなシステム、あるいはどうしてもそれで事情が許さない場合は、研究の遂行のために研究の代替者の確保というようなことがあれば、指導する側にとっても非常にありがたいと思います。今言いましたような取り組みも、独立行政法人の産総研では実際に始まっています。

あと、とにかく広報というところは充実させていければ、先ほどのプレRRといえますか、そういう世代の方にとっても安心できる材料になると思いますので、そういうご検討をよろしくお願い致します。

司会 益谷先生は、ご自身でもそういったご経験をされながら今日があるというのと、今、部長職としてそういうステージにあるリサーチ・レジデント、あるいは若手研究員を受け入れていらっしゃるって、本当に現実的なお話をいただいたと思うんですけども、その中で今2つご提案があったと思います。1つは、保育サービスを充実できないかというお話、もう1つは、産休、育休とどうしてもとらざるを得ないような状況が、逆に言うところ一番研究がおもしろくなって中断したくないというときに中断せざるを得ない環境がある。

それには、例えば今ちょっと回覧をさせていただいておりますが、日本学術振興会の制度の中では、中断した期間だけ延長できるということと、もう1つ、私がちょっと魅力的だと思ったのは、これは経験者ならわかるんですけども、産休明けだからすぐフル活動に戻るとするのは非常に難しいので、その間に経過措置ではないけれども、慣れの期間というのがあって、フル活動するための準備期間、助走期間というのがあると思うんですけども、そこにもちゃんとした処遇、給与をその間半額保障して、研究活動をサポートすると

というような制度ができていて大変すばらしいなと思いました。

逆に、その制度は私どものリサーチ・レジデントの25年前スタートの後からできている事業なので、新しいニーズを受けとめて、新しい良いものでスタートしているという感じがしますが、やはり私どもも25年前からの話なので、どうしても変えにくいというか、なかなかそういうチャンスがなかったと思いますけれども、これを機会にぜひ厚労省にもご理解をいただきながら、その辺のところのニーズに合わせた環境というか、研究環境の改善になればいいと思っています。

今、妊娠、出産、子育てにあるところの女性たちに目線を合わせれば、そのステージにない女性であったり男性の皆様への研究者にも、きっと優しい研究環境が用意できるのではないかとも思いますので、また後ほどこれはリサーチ・レジデントの委員会のほうで受けとめていただいて、あわせて厚労省とも協議をして、できるだけ早く改善をしていければいいなと思っています。

若林 2枚目の平成21年度のグラフの内訳を見ますと、平成21年度はPhDの男性、女性の比率は、男性が4に対して女性が1ですが、MDの場合は女性が6に対して男性が1ですね。やはりここ1年間、急激に女性のMDが多くなったのでしょうか。

司会 野口先生は筑波大学においでになって、女性の学生の割合がもともと高かったですよね。半分位ですか？

野口 半分ではないですけども、高い。最近の医学部はどこでも女性の比率が高くなっていますね。これは余りにも違い過ぎる……。

司会 母数が少ないですから。

若林 いずれにしても、非常に増えていますので、今言ったような対策は、しっかりしておくことが必要ですね。

司会 実はもう1つ、京都大学に拠点を置きます男女共同参画学協会連絡会というのがありまして、かなり大規模な調査をされておられて、その中で直近では平成20年7月に報告書が出ております。その1年前にアンケートがなされていて、今回は理科系の研究者に焦点を充てて、医学研究

は対象外になっているのですけれども、ほかの理科系の研究者に焦点を充てて実施されておられません。

ここでも、これは男女共同参画ですので男性も女性も、アンケートの対象は両者になっているのですけれども、その中で浮き彫りにされているのが女性研究者の少ない理由であったり、ある特定のところに増えている理由であったり、国際比較であったり、そういう観点で集計表が出ております。また、どんなことに問題があるのかということも、さっきの益谷先生がおっしゃった保育の問題とか、勤務時間の問題であったり、中断されるときへの対応であったり、ほとんど共通項のお話がこの中にも出ておまして、それは多分国を挙げての大きな課題なんだろうなと思っています。

では、女性のところのお話はそのぐらいにしまして、次は是非ともお伺いをしたかったですけれども、プレステージの対象者を日頃ご覧になっておられます野口先生に、ぜひ筑波大学をベースにご紹介をしていただけないでしょうか？次に、渡辺先生には、今度は医学部ではない工学部の学生さん、先ほどもちょっとがんセンターなんて来ないよ、見向きもしないよというふうなお話もございましたけれども、その辺のところのまた厳しいご意見をいただければと。逆に言うと、それに対して何か具体的なアイデアを、是非ががんの研究に皆さんが目を向けていただけるようなお話もお伺いできればと思います。

では、初めに野口先生、よろしく願い致します。かなり重なるところがあると思いますが。

若手医師のがん研究への参加促進について

野口 かなり重なるんですけども、繰り返しがかなり入るかも知れません。ちょっと悪い言い方をすれば、中釜先生とか我々の時代はかなり自由度があって、当時は専門医制度というものも充実していませんでした。大学を卒業してから、私は大学に残っても何にも研修できないと思って、それでがんセンターに来ました。そういうことで結構自由という言い方はおかしいですけども、余

り変な拘束なく動けた時代だったと思うんですね。

ところが、今は6年間の教育の中では、基礎教育もほとんどすっ飛ばして、病院実習のためのプレスタディーみたいなことを1年時から始めて、高校生の間でも、そういうふうな早期教育から臨床教育をしてくれる大学がいい大学だとする風潮がありますね。早く医学を勉強したいんだ、早く臨床医になりたいんだと。医学部の入試の面接をしていても、基礎医学というのものあるんだよと水を向けても、いや、私は臨床医になりたいと殆どの学生がいいです。でも、結構医学研究も結構おもしろいものなんだよと言っても、いや私は臨床医になりたい、という調子でもう取りつく島がないというのが現状ですね。

さらに医学部に入れば入ったで、オスキーと称する教育を受けます。例えば模擬患者さんの前で、「私は野口と言います」と言ったらバツで「野口雅之と言います」とフルネームで言わなければだめ、とか「そこにお座りください」と言う場合はこちらもち立ち上がって言う、等という決めごとがあって、それをチェックする人間がいて、バツをつけたりマルをつけたりしているわけですね。そういう教育を3年、4年のころからやって、それで基礎研究者になれというのは無理だと思いますね。さらに2年間拘束されて、悪いとは言わないですけども、臨床研修を受けて、次はあと4年頑張るって専門医をとる方が有利だよと言われると、はい、という感じで、そのまま従うということですよ。

逆に言うと、今の学生は、そういう意味では余り創造力がなくて、ほとんどずっと10年間学生みたいなもので、そのままレールの上に乗っかって進んでいって、専門医を取ると力尽きて、一般病院で臨床をやって、そのころには結婚されて、お子さんもできて、とてもこれから研究なんてやるという環境ではないというのが現状だろうと僕は思います。

ですので、早期に、少なくとも臨床研修が始まった時点でちょっとでも基礎研究に触れる時間をつくってあげるとするのがせめてもというか、唯一介入できる場所なのではないかなと思っています。そこだったら、まだ取り返しがつくので

はないかと思えますし、これも繰り返しになりますけれども、そういう意味で、今の状況ではたくさんMDを入れるというのはもう無理だと私は思いますね。

ですから、なるべくそういうところで興味を持ってきて優秀なMDを他のポストクのところに奪われないように、リサーチ・レジデントとして確保していくということをやっていかないと、いい人材は集まらないのではないかなと思います。

司会 ありがとうございます。研修期間に介入していくということですね。

野口 そうですね。6年までは大学の学生ですから、そうそう介入できないけれども、卒業すれば個人の意思で研修病院を選んで、個人の意思で研修計画を立てられるわけですから、リサーチ・レジデント制度の方から積極的に入っていってくれば、手を挙げる者もあると思います。今は大学なり初期研修病院なりが作ったコースで「どのコースをとりますか」といって「はい、このコースをとります」ということになります。

エレクティブについても、例えば自分は将来的に腎臓内科医になりたいから腎臓内科の選択コースをとると言う場合が多い。「そんなの、後期研修になったら飽きるほどできるんだから、何で最初のうちから自分で行きたい科を選択するの?」と聞くんですけども、彼らは余り自由度がないので「じゃ、まあ、ここ」という感じになりますし、例えばですけども、腎臓内科の教授が「来てくれるなら、おまえ、エレクティブのときうちの内科をとれ。早く研修したほうがいいんだぞ」などと言われると「はい」という話になりますね。でも、そうではないと僕は思っていて、まだまだ若くて、何をやったらいいか悩むような時代に是非介入したほうがいいのではないかと思います。

司会 ありがとうございます。

それでは、医者のお卵ではないところの世界においてになる渡辺先生、いかがでしょうか。

医師以外の若手がん研究者の育成について

渡辺 私は赴任してから今年で7年で、前半3年間は工学を医学のほうから、しようがないな、こんなことをしてと思っていたんですが、最近は逆に医学を工学のほうからまだこんなことをしているのと、今はどっちつかずの状態でなかなか苦しい立場です。野口先生と違って、nonMD、PhDの人たちをいかに医学研究に向けるかというのが1つの目標だと思えます。

今思うことは、RRの中にはキャリアパスが見えないんですね。やはり工学系の場合は最終的に就職を考えます。だから、今でさえ大学のドクターコースをいかに充足させるかというのが課題になっていて、それが学生の間ではドクターへ行ったら就職できない、企業には就職できない、あるいはどうなるかわからないという将来像が全く描けていないというのが恐らく工学系全体の問題で、やはり一部の研究大学だけが助教になって、准教授になって、あるいは研究所へというようなものがあるのですが、大部分の大学の工学部の場合はそれが見えていない。やはり学生もそこまでして行く理由がないということで、RRのキャリアパスをはっきりさせてもらったら、こういう成功例もあるんだよということを示してもらったら、当然PRするときに、それを取り入れてもらわないといけないと思うんですけれども、そういう話だと思えます。それが1点目です。

2点目ですけれども、皆さん聞いていると思うんですが、工学というのは不人気な学部で、昭和30年代と違って、とにかく今は医学部がものすごく人気があって、工学部では逆に、いかにがんセンターのRRへの応募という状況ではなくて、まさに工学部の定員を満たすためにどうするかというのをみんな悩んでいます。

例えば、さっき早期教育という話が出ていたんですけれども、これは直接つながるかわからないのですが、要するに高大連携、高校と大学で高校生に工学のよさを教える。最近はもっと進むと中学生に教える。恐らく小学生になるのも時間の問題です。それで志願者が増えてくれればいいのですけれども、それは明らかに教員の負担がふえるだけで、高校生のお客さんが来たら1日体験教室で、こんなにおもしろい化学、こんなに物理はお

もしろい、こんなものができるよと、このようにして、工学部・大学院への志願者を増やそうとしています。

では、それががんセンターの研究・レジデントをPRする時に本当にできるかどうかかわからないのですが、結局、今、医学部に行く学生さんはほとんど臨床家になる。逆に言うと、その前倒して、医学研究というのはこういうものがあるんですよということをもっと先に教えてしまう。今は医学生の話だったんですけれども、もっと前倒して高校生、中学生、小学生というところまで逆に倒してしまうといいのかもしれない。要するに、先に記憶をつけるというか、そういうような感覚が必要なのではないかとこのところがあるわけです。その2点です。

司会 最初に中釜先生がおっしゃった「感動を覚えた」というのがすごく私は印象に残ったのですけれども、そのワクワク感をもっとも小さいときに味わうと、きっとその記憶は残っていて、いつかまたそれが目覚めるときが来るとい話なのかなと伺っていたんです。

今、野口先生も渡辺先生もおっしゃっておいでだったんですけれども、もう少し研究・レジデントの前のステージに、こんな舞台もあるんだよ、そしてその先もこんなのが舞台につながるんだよというような話を、これはちょっと思いつきのアイデアであれなんですけれども、よくオープンハウスみたいな、オープンキャンパスというのがありますね。

できれば第3次対がんの受け皿になっていただいている先生方が一堂に会して、この上も使っていただいても構わないんですけれども、オープンハウス、オープンキャンパスみたいなことの導入をしていただいて、それは夏休みとか、そういうときでもいいと思うんですけれども、そこで出会いを、いろんな先生に魅力あるお話をしていただきながら、そこで関心のある先生とコンタクトして、お約束をして、夏休み期間中に訪問をするとか、それぞればらばらなところにオフィス、研究室、ラボがあるわけですから、そんな形でつながっていくというのは1つありなのかなとちょっと思って、最初の出会いのきっかけをつくるのは

私どもの財団の1つのリサーチ・レジデントのPRのためにも何か事業起こしはできそうだなとちょっと思ったんですけれども、中釜先生、その辺のところはいかがですか。

中釜 先ほどのお話を聞いていて、若い人をどうやってリクルートするかということに関しては、先ほど渡辺先生もおっしゃったように、例えば女性にとってみると、妊娠、出産の期間を考慮してあげるということと同時に、そもそもそれは、キャリアパスがあってこそのことだと思うんですね。若いドクターにしても同様でしょうし、キャリアパスをきちんと整備することが重要かと思います。

もう1つ、2点目の早い段階で研究に触れてもらうということに関しては、オープンキャンパスの話をしましたけれども、確かにそれもあるのかなと思っていました。また、今、一部の大学の医学部では、学部の中でMD、PhDコースを選べるようになっている。途中から通常のコースにも戻れるんですけれども、医学部の早い時期にPhDコースに入って研究をスタートする。実質まだそんなに多くの人が入ってくるわけではなくて、1学年若干名とのことですが、早い段階から研究の道を選べることになる。

司会 先生、多くなくていいんですね。

野口 それはあるんですけれども、どうしても保険医とか決まりがあると、MD、PhDコースに入っていても、やっぱり臨床研修を受けなければいけないというほうに最終的には流れちゃうんですよ。

中釜 それから、私達のころは、今でも多少はそうなのかもしれませんが、医学部の3年、4年というのは比較的に時間があるんですね。我々のころには、フリークォーターという実習期間があって、夏休みの頃で、自由に研究室とか研究所を選んで、1週間なり4週間なりお邪魔することができたわけですね。病院に行くケースもあれば、基礎を選ぶケースもある。

私の場合も、3年と4年のときに、夏休み1カ月ぐらいは基礎の研究室に行ってお手伝いをしながら基礎研究に触れた経験があるんです。動物を使って細胞を回収して、電解質のトランスポート

量をアイソトープで測定するという経験は結構楽しかったですね。

同じようなことですが、1日オープンキャンパスというのではなくて、学生さんを例えば1週間でも4週間でも、夏休みの期間に受け入れて、そういう体験をさせてあげると、そのうちの1%でも数%でも基礎研究のおもしろさをわかってくれる人が出てくれば、研究指向のある母集団を形成するのかなと思うんですね。先ほど倉橋さんもおっしゃったんですが、実際に臨床をやっている病院の先生方は、患者さんに医療を施して患者さんがよくなったというように、個々の症例に喜びが伴うことを身近に経験することがあり、日々の苦勞を代償してくれるわけです。研究者はそれが少ないというのは決定的に違うわけですね。

ただそこを支えるものとしては、研究は99%は失敗の連続なんだけれども、いつかうまくいくと大きな飛躍があり達成感を感じることができる。それが非常に大きな喜びを生むというような経験、例えば若いときに、うまく細胞が回収できたといったような経験があると、研究に対する興味というものが、何となく根底に養われるものかなという気がします。より早い段階で、そういう興味の芽を芽吹かせてあげるといような試みはあってもいいのかなと思いましたね。

野口 中釜さんのおっしゃるとおりで、一般の本当の基礎の研究とがんの研究と違うんですね。がんの研究の先には患者さんがいて、それをどうにかしたいというところから来ています。しかし通常の基礎研究は、自由な発想のもとに何かおもしろいと思うことがあったら、研究してごらんということに、それで許されるのだろうと思うんです。

私も昔、リサーチ・レジデントに行って、おまえのやっている研究は予防に関係するのか、早期発見に関係する研究なのか、治療に関係する研究なのか、何なんだと言われて、「えっ、それはですね」とか言っていた覚えがあります。実際に患者さんにはタッチしていないけれども、私のやっている研究はがん克服のどこにつながっているのだという話、それがどういう実を結ぶ可能性があるからやっているんだというのを考えながらできる

基礎研究であって、やっぱりそこは非常に重要なところだと思いますね。

司会 そこをつなげて見せてあげるといふか、そのサポートをしてあげるみたいなことが必要だということですね。

野口 ええ、ある期間、学生が体験できたら、それは一番意義があると思いますね。

司会 ありがとうございます。

中学生・高校生へのPR

益谷 渡辺先生が言われていた中学生、高校生をターゲットとして研究のおもしろさを見せるということで、どういう職業を将来選ぶかというのを中高生でも考えるレベルになってきて学校側からのニーズがあるようで、こういう研究者の世界もあるんだということを見せていただく。

司会 積極的に出向いて。

益谷 財団のほうからいろいろな学校とかに、中学校、高校に、そういう見学できるような機会があるということアピールすると、高校の修学旅行とかでも、いろんな大学とかを見せて、その先輩とコンタクトをとって、研究を見せるとかということが実際に行われていますので、そういうことも可能かとは思っています。

若林 がんセンターでも、時々夏休みに中学生、高校生が見学に来ますね。四、五回経験しています。

司会 そういうのを積極的に受け入れていただくことも是非お願いしたいですね。

中釜 時々中学生ぐらいの人達がセンターを訪問したりしますが、厚労省の方も頑張っていて、こういう若い世代に、よくアピールする。たしか5年程前に村上龍さんが書かれた「13歳のハローワーク」という本がありましたね。あれ、手にとって私もざっと読んだんですけども、研究者の項目は本当に少ししか記載されていないですね。非常に少ないんですよ。そういう意味でも、若い世代へのアピールの機会を増やしていくか、なかなか底辺が広げられないかなという気がしますね。

司会 今年はノーベル賞受賞者が3人もいらして、結構いろんなところで講演をされて、それに若い人が集っている姿をテレビで拝見しましたが、ああいうお話をもっともっと先生方にさせていただくということだと思うのですが。

時間もかなり過ぎてしまっていて、いろんなお話が伺えたと思います。前田さんも日頃お忙しいお仕事の中で、現場の先生方からのお声を受けとめる機会はなかなかないと思っておりましたのでお声をかけさせて頂いたら、快く参加していただいて大変嬉しく感謝しております。その分、持ち帰っていただいて、厚労省として議論していただく話もたくさん出てきたように思いますので、よろしくお願いをしたいと思います。

また一方、リサーチ・レジデントの委員長である若林先生にも、今日出た沢山の課題を、ちょっと整理するところまで時間がございましたけれども、何かございますか？

リサーチ・レジデント委員会での見直しを

若林 中釜先生がリサーチ・レジデントになったのはちょうど23年前ですね。そうすると、多分がんの5年生存率が20~30%の時代だと思えますね。そのころというのは、がんの治療やがんの研究はまだまだ解らないことだらけで、何をやってもおもしろい時代だったかもしれません。25年ぐらいたって、がんの治療体系は進み、がんの研究についても情報があふれる時代になり、若者が今度は何を選択していいか、かえって分らなくなっているような時代になったのかもしれない。

もう1つは、今、野口先生が言われましたように、医学部が、臨床重視型の教育制度になっています。これにはやはり医師数が不足しているという社会背景があると思います。ある程度の数になると、そういう制度も見直される時代がまたくるのではないかという気がします。

PhDに関しては、社会全体が競争を余りにも重視する風潮があって、大学の先生になったとしても、やれ論文が幾つあるとか、インパクトファ

クターがどうなるのかというようなことばかり気にするようになって、何か社会全体が余裕をなくしています。若い人たちは、いつもおしりをたたかれ、ましてや任期付きの研究者や大学の先生に余り魅力を感じなくなってしまい、それよりも終身雇用の安定した大企業でゆっくり過ごしたほうが良いというようになっているのかもしれませんが。

ですから、そういう社会状況がリサーチ・レジデント制度にもあらわれていると思います。今、皆さんが言われましたように、博士課程の学生の支援制度や、女性の割合が増えている体制をどのように充実していくか、その後のキャリアパスを今後どのようにしていくかということが大きな課題だと思います。

いずれにしても、こういう状況下の中でもリサーチ・レジデントの制度は、やはり維持継続することが一番重要だと思いますので、時代に合った制度に変えていくことを真剣に考える事が必要だと強く思いました。

司会 ありがとうございます。ぜひリサーチ・レジデント委員会で具体的なものにつなげるための努力をお願いしたいと思います。

最後に、倉橋先生のお話を伺うことが一番なかったかなと思いますが、この際、言っておきたいということは何かございますか。

財団への要望

倉橋 私もリサーチ・レジデントになる前は、リサーチ・レジデントという制度があることすら知らなかったので、広報活動というのはすごく大切だなと思います。

リサーチ・レジデントだった者として、お願いしたいことは、リサーチ・レジデントは、最大3年の任期ですが、1年ごとの更新なので、私は1年間で職を失ってしまうのではないかと感じていました。その危機感はやはりみんな持っているんです。しかも、継続する手続きも申請書を出してから返事が来るのがすごく長いのです。3月31日まで来ないので、すごくどきどきなのが今のRRの人の気持ちで、大丈夫だと言われても、やは

りどきどきするというのが正直なところなので、もうちょっと早目に教えていただきたいと思いません。

最大3年間の任期があっても、その後の保証がありませんので、3年目は結構みんな就職活動を頑張ってしまうと思います。そうすると、研究に専念することができませんので、上司の個人的な紹介ばかりに頼るわけにはいきませんので、できればなるべくその後につながるような情報のある相談窓口とか、そういうものがあれば、RRになったら、将来こういう道につながるのだという希望を持って、より研究に専念できるのではないかと思います。

司会 大変貴重なご意見、ありがとうございます。そのご意見は、きょうお配りしてありますアンケートの中にもたくさんいただいております。そういったことの相談窓口をなかなか持ち得ないというか、直接の受け皿になっている上司しかいないとか、そういうふうにお書きになっている方がたくさんおいでになって、そのことは財団としても真摯に受けとめて検討して参りたいと思っております。

あと、先生方も、せっかくのリサーチ・レジデントを経験されましたので、そのPRの広報マンにもなっていただきたく、改めてお願いをする次第でございます。

野口 早期のアピールはいいと思うんですけども、倉橋さんの話ではないけれども、これもできるかできないかわからないですけども、例えばテニストラックみたいな制度を作って、5年位して、すごく優秀な若手MDはスタッフとして残れるという制度がありますよということを、今でも実際は同じ様なことが行われていると思うんですよ。優秀な若手MDは職員になるのだと思うんですけども、そういう制度があることを強調しても良いのではないのでしょうか。頑張れば職員になれるんだよというのをオフィシャルに言う。それがCOEとか学振のポストドクとはちょっと違うところだと差別化できると思うんですね。そういうものになってからのアピールとは違うのではないかと思います。

司会 今日お集まりの方々にもぜひご協力いた

だきたいと思います。こういうモデルがあるんだ
 というようなことをお見せいただくと、皆さんも
 頑張っってそれに続こうと思われるかもしれません。
 本日はがん研究の現場からお話をお伺いしました。
 最後に前田室長、何かご感想などいただけますで
 しょうか？

国も安心のための予算を強化を

前田 先ほどお話があった3月31日まで来年
 も続けられるかどうか不安だというお話でしたけ
 れども、それはひとえに厚生労働省がこの推進事
 業の予算をちゃんと獲得して、その次の年も雇用
 できる予算をとれるかどうかが決まるのが3月末
 になってしまうということでございますので、そ
 こはリサーチ・レジデントも含めて、この推進事
 業の予算については頑張っっていきたく思っ
 っておりますので、よろしくお願ひ致します。

司会 是非よろしくお願ひ致します。

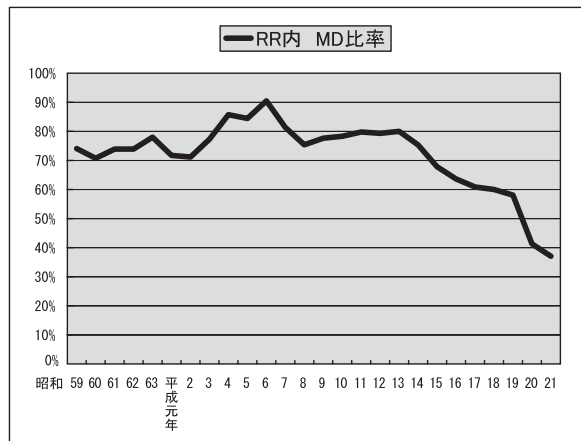
前田 安心のための予算ということを強化し
 ていきたく思っ
 っております。

司会 ありがとうございます。本日は皆様、
 ありがとうございます。いただきましたご意見
 ご提案は今後のリサーチ・レジデント制度の改善
 に活かして参りたいと存じますので今後とも宜し
 くお願ひ致します。

《参考資料》

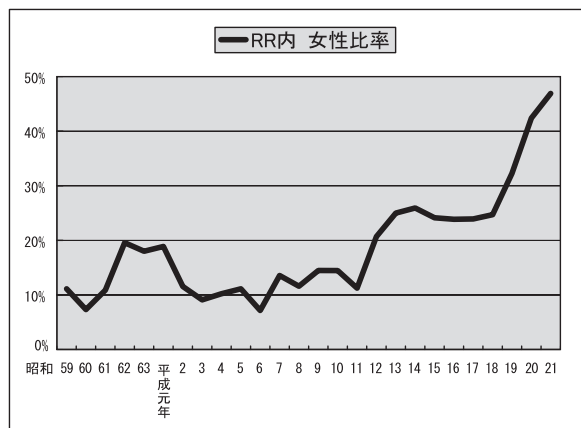
- 1) 平成21年度がん研究振興財団リサーチ・レジ
 デント募集要項
- 2) R.R.アンケート結果 (H21.4.1)
- 3) 男女共同参画学協会連絡会「科学技術系専門
 職における男女共同参画実態の大規模調査報
 告書」(H20.7)

図1:リサーチ・レジデント内 MD比率



資料:(財)がん研究振興財団

図2:リサーチ・レジデント内 女性比率



資料:(財)がん研究振興財団





医者と患者の関係

—血がかよった人と人の交わり—

栃木県立がんセンター名誉所長

小山 靖夫



著者近影

私が栃木県立がんセンターの現役を退いた時、私蔵書に加え、篤志家の好意で購入した一般向けがん関係書籍と情報検索用パソコン1台を備えた患者図書室が、病院図書室の一隅に開設された(2002年12月)。ボランティア(こだまの会)の協力も得て、がん患者と家族への“医療情報サービス”が始まったのだ。私自身もボランティアとして参加し、図書サービスに加えてがん相談(無料)にも応じることにした。この患者図書室は、院内のみならず、外部のがん患者さんにも開放されたので、地域のがん患者・家族の方々のいろいろな相談を承ることになった。

患者さんがこのような情報サービスを利用する動機は、がんの診断確定、治療方針の決定(又は治療法の選択)、再発の診断(その治療法の選択)、さらに厳しい段階での、抗がん治療か緩和的治療かの選択などであり、概ねがん治療の流れの節目に当たる。診断確定時や治療法が動機である場合

は、衝撃・不安などで、気分が動転している様子がみられても、“何とかこの新事態に取り組みねば・・・”、といったポジティブ思考も働いていて、質のよい情報提供で落ち着きを取り戻され、何回かの来室で闘病姿勢を整えられる様子が窺えることが多い。深刻なのは根治の見込みの無い進行・再発がんの苦悩への対応である(以下は他施設の患者さんも含めた例示で、個々の症例提示ではない)。

Aさん：担当医から「今回、新しい抗癌剤治療“F”を考えている。有効率は×%。副作用は α 、 β 、 γ など、それぞれの頻度はx%、y%、z%・・・ γ の副作用による致死率 Δ %。」などと言われました。患者さんはこれら数値がプリントされた紙片を開いて私に示す。インフォームド・コンセントの書類ではなく、医師が言い落とし防止用メモとしてプリントしたものであろうか？患者さんの目は、“致死率 Δ %”に張り付いている。

Bさん：「あなたにはもう有効な薬が無くなりました。後は緩和ケア担当の医師と相談して下さい。」と言われました。

Cさん：「患者さんのがんが有効と思える治療法は終了しました。さしあたって入院している必要もないので、退院をお勧めします。」と言われてしまった。などと呆然として相談にくる家族。

もちろん、上記文言は要約であって、担当医がこれらの言葉そのままを患者さんや家族に伝えたわけではない。けれども、これら%記号で表される医療の持つ蓋然性が、どのように伝えられたか？この患者さんと医者との会話には暖かい血が流れていたか？一方的で無機的な言葉の羅列であったか？など気になるところである。そして、堰を切ったように話し始められる患者さんや家族の方々の雰囲気からは、この要約が持つ“突き放されたような感触”を医師から受けてしまった衝撃、せつなさが伝わってくるのが少なくない。医師に対する信頼感が揺らぎはじめた様子が窺えるのである。聞き手としては、とにかく訴えに関心を持ち、抵抗なしに受けとめ、スポンジのように吸い取る。話し手の心の奥底に溜め込まれていたものがすっかり吐き出されるまで。1～2時間の後、入室の時よりも、何か和んだ表情が出てくればこちらもほっとする。

患者さんや家族に不信感を生んだ事柄には、誤解や誤認もあり、適切な助言や正確な情報伝達などでそれらが解けることもある。が、自分に関心を持ちあの手この手で対応してくれていた主治医（専門医）が、追い込まれた気配の強い今となって、手を引いて仕舞う積もりであることが判った時、患者は医師への信頼を失う。あるいは主治医の話を理屈の上では理解できたとしても、患者自身は行き場を失ってしまうのである。その背景には、専門医を揃え、パスに乗っかる患者はどんどん入院させ、且つ入院期間を短縮して収入を稼ぐことに懸命な病院の運営姿勢が透けて見えることもある。が、この相談室でわれわれに出来ることは、何とか主治医との相互信頼感のある会話を復活してもらうための方策を話し合い、アドバイスする以外にはない。あとをフォロー出来るケースは少ない。

現在わが国では、がんと診断された症例のおよそ50%は治癒に至ると推定されている。がん対策は大いに成功を収めつつあるといえるだろう。しかし、この数字は同時に、現在もがんと診断された患者さんの半数はそのがんで亡くなられることを示している。

治ることが少なかったが故に、“がんという病名を患者に伝えること”がタブーとなっていた創設期の頃の国立がんセンター（1960年代。その頃の全がんの治癒率は定かでないが、推定20%台）。全国から集まったスタッフ達は、一人でも多くの患者さんを何とか救い出したい！といった、エネルギーと野心に溢れていた。悪戦苦闘の末に困難な根治手術に成功し、笑顔で退院する患者さんを見送る喜びもあったが、当然のことながら、入退院を繰り返した後病院で亡くなられる患者さんは多かった。症状緩和の手だても未熟であったから、徒手空拳で朝夕末期患者さんの枕頭に向かう気分は重い。“なぜ良くなるのか？”など、答えようの無い難問を患者さんの口から吐き出されるのを恐れて、病室から逃げ出したくなったりした。そして迎える臨終。分厚くなったカルテをめくり、敗北感にひしがれながら死亡記録を書き終えた後、家族の方々に解剖のお願いを申し出るのが常であった。有難いことに、当時、このお願いが拒否されることは殆ど無く、病院全体での解剖率は常に9割前後を保っていたのである。がんには敗北したが、医者・患者*(家族)間の基本的な信頼関係は損なわれていなかった。血が通った人間同士の関係が保たれていたと思える。

その後40余年を経て、診断技術（CT、MRI、超音波、内視鏡、さらにはPET等々）が飛躍的に向上し、解剖しなくとも身体内部の状況が詳細に解るようになり、剖検率は10%台に激減。がんの治療法にも大きな変化があり、特に薬物療法は多くの新薬開発によって趣を変えた。さらに遺伝子情報ががん医療に導入されて、がん薬物療法の間口と奥行きが急速に拡がり、これらを駆使するには広い知識と経験が必要となった。関心を持つ医師も増えて専門職としての腫瘍内科医が誕生し、がんセンターをはじめ、特定の大学で活躍している少数の先達のもとで、新進の腫瘍内科医が育ち始

めたのが現状である。がん治療を担当する病院は、この腫瘍内科医の数を揃え、各種がんに対応できる薬物療法チームを作る努力をしていると考えられる。ところが、そのような病院で、冒頭に示したような現象が起こっているのである。“インフォームド・コンセント”や“がんの告知”などといったことで片付く問題ではない。そのことを考えて頂きたいのがこの駄文の目的である。

視野を変える。地域がん登録の歴史が古い大阪府のがん登録に基づく資料で見ると、1975年から2000年の25年間に、大阪府の全がん患者の5年生存率は30.4%から45.3%に上昇した。ところが、がんの病期（進行度）別に生存率を見ると、1989年と2000年の比較で、限局性のがんは75.6%→76.6%、所属リンパ節転移のあるもの18.0%→22.5%（因みに1999年では17.8%）、遠隔転移のあるもの7.7%→8.7%と、治療成績は殆ど改善されていないことが示されている。即ち、がん（特に固形がん）治療成績の飛躍的な改善は、治療法の進歩によるというよりは早期発見効果によるらしいことが強く示唆されているのである。新発見・新開発と、メディアが騒ぐがん治療関係の医薬品、器具・技術の進歩は、日本人全体のがん生存率向上に明確に寄与する程の効果を生み出すには至っておらず、地味な日常診療で活躍するレン

トゲンや内視鏡検査技術、がん検診の普及などが、早期発見に繋がる重要な役割を果たし、それらががん生存率の向上に貢献しているのである。CT、MRI、PETなどの診断関係新技術、放射線治療技術、外科技術等の開発普及は、QOLの改善、地域格差の減少等に寄与し、大進歩と考えられている薬物療法も、若干の生存期間延長に寄与している可能性が否定されたわけではないが、早期発見の効果には到底及ばないということである。

このような状況の中で、治療技術の領域別専門化が進み、病期の最終段階にあたる時期の治療を、腫瘍内科医が担当する機会が増えた。しかし、腫瘍内科医は終末期医療の担当者ではなく、あくまでもがん治療の3本柱（外科、放射線、薬物）の一つである攻撃的薬物療法を担当する専門家として仕事をしている。そして現在のところは、この専門医集団が治癒という結果を獲得する機会造血管腫瘍以外には乏しく、殆どの場合治療の継続が不能となって、終末期ケアを担当する別のチーム（スピリチュアルケア機能までを完備して機能しているものは少ないが）にバトンタッチをせざるを得なくなるのである。私は腫瘍内科医を非難攻撃しているのではない。がん治療技術の多様化（それは一般に進歩と呼ばれている）のなかで、医者と患者の人間としての信頼関係が、それもそ



昭和51(1976)年10月外科同窓会にて。草創期の1962～72年に着任した外科医。

前列左から 藤田吉四郎、北岡久三、三輪潔(故)、石川七郎(故)、伊藤一二(故)、渡辺弘(故)、末舛恵一、小山靖夫
中段左から 岡林謙蔵、尾形利郎、4人目：飯塚紀文(故)、7人目：上田一郎(故)、9人目：米山武志(故)、藤井功一、三富利夫、山本浩、高倉公朋
上段左から 8人目：渡辺寛、尾崎秀雄(故)、12人目：北条慶一

の問題が最も重要なキイとなる人の命の終末期に、絶たれてしまう不幸を怖れているのである。

外科的治療、放射線治療に加えられる補助化学療法、放射線化学療法などの効果が全体の治療成績向上に今も、今後も寄与するであろうことを期待するし、それらを担当する腫瘍内科医の働きを多とすることには決して吝かではない。さらに、人間の性として今後とも新薬開発は益々盛んになるであろうし、外科的手段ではなく、薬で治すのが医療の理想であろう。薬物療法を安全有効ながん治療手段に仕上げ、がん患者の生存率向上、QOL改善に寄与するのが腫瘍内科医の本来の使命であろう。社会はそのことを期待しており、私もその意味で、現在は苦難の時期にある腫瘍内科医にエールを贈る一人である。

がんは急性疾患ではなく、症例毎の経過には長短の幅があるが、それぞれ一定の速度で進行する亜急性～慢性疾患である。治療も単純な外科的手法で完了するものから、多くの専門性の協力と長い時間を必要とするものまで内容は多様である。また、治療が終わっても、一定期間は（場合により生涯）再発の監視、治療に伴う軽重各種の機能障害対策の継続が必要である。やはりこれらの問題を総括的に見守り、関わって行く気持ちが通い合える医者が必要なのではないだろうか？草創期のがんセンターでは最初の治療を手がけた医者が、以後の患者さんの経過に責任を持って対応することが不文律のように了解されていた。そのような医者の役割は制度で決まる性質のものではないだろう。かかりつけ医、初診医、初回治療医、患者のお気に入り医、順繰りに交代する専門医等、誰でも良いが、問題のがんについて、一貫して情報を把握し、患者と血の通った信頼関係を維持できる医者が患者の傍にすることが必要なのだ。

患者さん一人にそんなに時間をかけてはおれない、という現今医療現場の主治医の忙しさは、私も充分理解している。しかし、初診から診断、治療の全過程を通じ、必要な時点で必要な時間をかけて患者さんとの情報・意見交換を続けていけば、大きな節目以外は日常業務の中でこなせる問題である。コミュニケーションの継続・積み重ねのなかで培われているこの信頼関係が、一貫性のある

継続が絶たれてしまった時破綻する。治療法が変わろうが変わるまいが、患者さんにとっては自分のがんについての一連の問題なのだ。がんの治療にはこのケアの継続性の保証が不可欠である。治療法の変更あるいは追加のために、担当医となった専門医は、信頼関係の構築にそれなりのハンディを負う。しかし、それは医師として当然負うべき職能上の負荷である。また、元の主治医（少なくとも直前の治療に関わった医師）も、バトンタッチ後、引き続いて、陰に日向に新主治医と患者をサポートする働きをなすべきであろう。病院管理者は患者中心のサービスを病院運営の理念とし、専門職の補充・育成だけではなく、医師・医師間、及び特に個々の患者・医者間の信頼関係が維持継続されるような運営を図るべきであろう。このような患者中心の温かみのある診療体制の構築には、コメディカルの積極的な参加が不可欠であり、更に地域の医療福祉資源との緊密な連携によって、この継続性を地域医療体制の中に担保できることが望ましい。職員教育と地域ネットワークの構成には、たいしたお金も要らず、組織変更も、大幅な増員も必要としないであろう。やる気さえ起こせば明日からでもはじめられる。

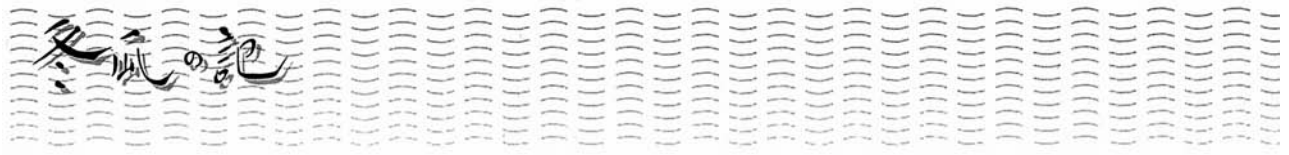
がんは長寿社会を象徴する疾患であり、個体生命の終末をもたらす疾患として特殊な意味を持っている。社会全体が命の有限性について、および、すべての人間に確実に訪れる死への対処を、医療福祉システムの中でしっかりと位置付ける議論が必要ではないかと思われるが、紙数が大幅に超過したので、別の機会としたい。

（こやま やすお）

脚注*：医者・患者としたのは、人（病を持つ人即ち患者）に人（患者を癒す人即ち医者）が関わる関係を強調するためである。医師は職業的技能者として区別した。以下の記述もそのつもりで使い分けた。

《略歴》

出身地 大阪府
生年月日 1929年（昭和4年）11月27日
職業 医師
専攻 外科



今を生きる



元国立がんセンター中央病院看護師

藤原 京子

がん医療サポートチームについての思い出

ボランティアのがん医療サポートチームの活動は平成6年より始まりました。実際はその1年前より安達 勇先生（当時、国立がんセンター病院乳腺科医長、現静岡県立静岡がんセンター緩和医療科部長）を中心に数人で話し合いをされていたとのこと。丁度、時期的にはそれまでがんセンターの医療従事者なら誰でも参加できる副院長の末舛 恵一先生（元国立がんセンター総長、現名誉総長）が開いていたターミナルケア研究会も終了となった頃で、告知やホスピスへの転院等でがん医療に悩む医療者の共通の話し合いの場を必要としていた頃だったと思います。私も患者さんの病気受容への援助やその後ホスピス迄の受け止めについて、どのようにあるべきか悩み上司の富山静子婦長に相談したところ安達先生の会を紹介してもらいました。そこでアメリカのがんセンターにあるような患者さんのための図書館やカウンセリング、リラクゼーション、先輩の患者さんによる体験談やアドバイスを受けられる場所等を組織的に作れないかと安達先生に相談しました。とても夢のような話だったと思いますが、一緒に考えてくれ、まず患者・家族に正しい知識を持ってもらおうと講演会を企画しました。その他、ホスピスに入った家族の方からの情報、講演会にきた患者・家族の相談等を始めました。第1回目の食事についての講演会（荒木順子栄養管理室長）は研究所の大きなセミナールームがいっぱいになりました。ボランティア活動なのでお金もなく、会場探しに困っていると国際研究交流会館の方か

ら会場を貸していただけることになり、一同大変感謝いたしました。その会場も立ち見が出る事が何回もあり、とても盛況で関係者がびっくりしました。メンバーはとてもやりがいを感じるとともに患者・家族にとって情報が重要だと認識させられました。今では、インターネットも普及し考えられないこととなりました。活動を開始してから10数年が経ちますが、ずっと国際研究交流会館の方や講演をしていただいたがんセンターの医師（安い講演料を寄付していただきました）の皆様、又、全ての職種の方々に協力をしていただいた素晴らしい会だと思っています。がん難民の増加が言われている今日この頃、やはり、どのように生きるかということを経験したことをきっかけに考えていく事が、がん難民を救う一つと思われまます。そのような患者・家族が学びあえる教室があったらいいなと最近は考えています。

過去・現在・未来へー我が子、患者さんと共に

今年の2月5日に両方の肺に水がたまりました。私は肺の内科に勤務していたのでわかるのですが、両方の肺に水がたまるというのは致命的です。これでもう終わったなと思いました。その1年前にホスピスに予約をしておりました。そろそろホスピスに行かなければと思って、先生に検査してもらったところ、肺に水がたまっていることがわかりました。「じゃあホスピスでやってもらいます」と言ったら、「ホスピスじゃそんな水なんか抜かないぞ」と言われたのです。えー水を抜いてもらわないと息苦しさ・咳が治まらない。私は当初

から、眠れるように注射をしてもらって寝てしまおうかと思っていたので、もうそうするしかないのかなあと思っていたら、がんセンターの主治医から、「水はうちで抜いてあげる」と言われて、がんセンターで水は抜いてもらいました。2月24日に退院して今では自宅療養をしています。

入院中に子供あてに一人ずつ手紙を書きたいと思って、病院の売店で便箋を買いました。本当は具合が悪くなったら手紙を書こうと思っていたのです。せっぱつまった時の心境で書いた方がいいのかなとか、いろいろ考えていました。いよいよせっぱつまった状態だと思って、夜中にいろいろ一人一人に思いを巡らして、便箋を買ったのですがなかなか書けないのですね。今まで私は看護師として患者さんにはいろんなことを言ってきました。子供さんたちに何か伝えたいことがあったら手紙に書くようにとか、手紙に書けなかったらカセットテープに吹き込んででもいいのよとか。わかったようなことをさんざん言ってきたのだけれども、自分がいま夜中に悶々として、夜中に咳や呼吸が苦しかったりして眠れなかった時に、子供一人一人思い浮かべると、目の前にいたらすぐにでも話したいことが次々に出てくるのに、いざ手紙に書こうと思ったら書けないんですね不思議でした。

この子にはこの便箋、この子にはこの便箋と用意はしたのですが、結局書かずじまいで退院して来ちゃいました。退院したら書こうと思いつながら、結局書けずに今日まで来ています。それで、本当はもう両方の肺にがんが転移している。しかも最悪の状態の転移の仕方をしていますので、早く書かないとあっという間に息が苦しくなって、話すことも書くこともできなくなるぞと、自分を脅しながらも書けないのが今の私の状態です。それで病気になっている今の私の近況をお話しさせていただきます。

私は病気だけでなく家庭がとても複雑になりまして、夫が借金をするものですから、それを何度も返しては暮らしていました。子供が3人おりまして、一人は獣医になりたいというし、一人は大学に行くというし、ああどうしよう。お金がないのに困ったなあという思いもあり、自分一人だ

けならなんとかできるかもしれないと思ひまして、別居したりというようなことが十何年間続きました。子供たちがいろんな影響を受けていて、三人のうち二人までが不登校になりました。長女は小さい頃からの希望どおり獣医になり、二人目の子供もこのあいだ大学を卒業し就職も決まりました。その二番目の子は中学校一年の途中から不登校になり、その後高校大学と進みましたが、その子供も苦勞し大変つらい思いをしました。私も何とかその子を助けたいというか、自分がしたこと重さをとても感じました。夫とどうして上手にやってこれなかったのかなあとか。夫を責めましたし自分も責めました。子供にも謝りました。

三番目の子供は女の子なのですが、一年生の6月まで学校に行っていました。その後不登校になりました。5年生の1学期だけ通いまして後はいきなり中学生で、中学校へはずっと通っていました。高校生になってからまた中退という複雑な人生を歩んできました。下の子にも謝りました。親として、両親がそろって初めて子は育つと私は思っていましたので、それを片親にしたということに謝りました。その下の子が小学校五年生の時に私はがんになりました。その子が一学期は学校に行けたのに、二学期に私はがんになったのですが、二学期からまた不登校になりました。この子を置いて死ねない、不登校の子を置いて死ねない、その子に申し訳ないとの思いで、その子を全面的に受け入れようと思ってきました。けれども、それまでの私の生い立ちも絡んでいると思うのですが、自分が何とかしようという思いでその子を見ていたと思うのです。

それでそのことにかからめまして、私と子供のことについて少し関係があるだろうなと思って、自分の生い立ちを思い巡らしたりしてみます。私の生い立ちは、一番思うことは愛してもらったという思いがないなあ、というのが本当の気持ちです。母親が嫁に来た時は、大家族、2家族一緒の生活を最初はしていたようで、あとお嫁に行っていないおば2人が同居していました。私はその大家族の中で生まれた4番目の子供でした。ですから放っておいておかれまして、あやされても笑わない子供に育ったということでした。生まれて半年

ぐらいたってから小正月というのがあるのですが、その小正月に初めて嫁は実家に戻れるのですが、その時に8月に生まれた私を連れて実家に帰った時にあやしてもらって、初めて笑ったとのことでした。その後もあまり可愛くない子供だったようで、よくおばさんたちに可愛くないねとか、弟と取り換えればよかったとか、いろんなことを言われたり、性根の悪い子だとか意地悪な子だとか、いろんなことを言われて、陰口が聞こえてきました。

それでも中学校に入ってから私は本が大好きな子供になって、本の世界に多分逃げ込んだのだと思うのですが、いろんな本を読む中でキリスト教の本と出会っています。物語なんですけれども、どこかで神様が自分を見守ってくれているという思いを持って、毎日私なんか可愛くないんだ、私なんかいなきゃいいんだとか、家族の中で私だけが嫌な子なんだとか思って暮らしていた、つらい日々の中で神様が私を護って下さっているという思いだけが、唯一私を救ってくれたように思います。小学校5～6年生の頃には自殺したいと思って、死ぬ方法について毎日のように考えていました。でも神様の存在をなんとか自分の中に入れて、その危機を乗り越えてきたように思います。

そしてそうこうしているうちに、だれかの役に立ちたいという思い、これは自分が認められていなかったのを、今度は誰かの役に立って認めても

らいたいという思いだったと思います。看護師となって私なりに頑張ってきたと思います。いろんな働き方があると思いますけれども、私なりに一生懸命頑張って仕事をしてきました。ところがあまりにも頑張りすぎたんだと思うんですね。家族を持っても頑張りました。一人で頑張りすぎました。自分さえ頑張れば家族は幸せになれると思っていたようなふしもあって、夫のことやら子供のことやら自分が我慢すればいいというところがあって、必死にやってきたというのが自分の今までの姿だったかなあとと思います。

そうこうしているうちに、子供が成長しまして一番下の子が高校生になりまして、今高校生ですが、それでもここまで治療して生きてきたのだから、生きていたいなあとの思いがあって、そこにも自分が何とかこの子を成人させなければとの思いが強くて、あまりに強すぎるその思いが、多分子供をしばっていたのではないかと思います。そのことを気づかせてくれたのが、その3番目の子供でした。一昨年の夏ごろから、一人で暮らしたいと急にいいはじめまして、親は死にそうなのにつまでも親の世話になんかなってはいられない、と言って高校を中退しました。

半年間、アルバイトをしながら一人暮らしをすると続け、アパートも自分で探し、そしてずっと自分でアルバイトをしていました。若い女の子を一人で住ませるなんて、今の時代を考え



前列左端に筆者

ると、恐ろしくてとても許すことはできませんでした。しかし、お母さん事件はどこでも起きるものだよ。家族と住んでいても遅くならないとだれも帰って来ないのだから、一人暮らしも同じことだよ、と子供は言い張ります。私も子供を、あの信頼という言葉はすごく難しいんですけど、本当にまだ、自分の羽の下に置いておきたいその子を羽の下から出すというのは、非常に、その信頼といえば信頼なんですか、でもやっぱりここは子供は死んだものと自分に言い聞かせて、思い切って一人暮らしをさせてみました。

9か月ほど一人で暮らしていました。暮らしているうちにいつまで待っても、お母さんだれも帰って来ないんだよって子供が言っていました。そうだよねって、あなた一人で暮らすということは、そういうことだよねって。いつまで待っても誰も帰ってこないというのが一人暮らしなんだよって、お兄ちゃんに不満がありお姉ちゃんに不満があったんだけど、実は違ったんだということに子供が気がついて、そういう話をしてくれたんですね。あれこの子はすごく成長したんだわ。それまで突っ張っているいろんなことを言っていたのが、お母さん本当はこうだったんだって、兄姉に感謝の気持ちを持ってくれて、私が何も言わなくても、そのような気持ちになってくれて、すごく私はうれしくて、ああこの9ヶ月間、家から自転車ですぐの所に住んでいたんですが、夜遅くに行ってみたり、泊まってみたり、途中でしばらく一人暮らしの意味がないと思って行かないで見たり、いろんなことをしてみました。子供なりにいろんなことを感じたようです。本当に家族ということについてあの子なりに考えてわかったようです。

家族ということを考えて、私にわかったことを素直に伝えてくれて、本当にうれしかったという9か月の経過でした。もうそろそろ家に帰ったらと言ったら、そう、私も帰りたかったんだわと、今は家に一緒に暮らしています。でも、昼夜逆転状態で、アルバイトに行ってもなかなかアルバイトもできないし、通信の学校に入りたいと言って入れたのですが、なかなかそこにも通えなくて、かなり本人は悶々としていて、それを前だったら、

ちょっと言葉にはできないけれど、なんとか学校に行ってみたらとか、なんとなく遠巻きに言ったと思うのですが、今はあの子なりに自分から動き出すのを待とうという気持ちになって、そのままを受け入れられるようになりました。これはあの子のおかげだと思います。これがいま、私と子供の、とくに一番下の子供との関係です。

その上の子が不登校になって、それをその子なりに克服して社会に出たのですが、大学に行っている頃、アルバイトをしているところからいろんなことを学んだようです。年に2~3回いろんな話をするのですが、お母さんあんなことがあったよ、こんなことがあったよ、働くのって大変だねとか、持続して働くということは、長時間働いて2~3日休むよりもとにかく大変なことなんだね、などと話してくれました。今まで自分がマイナスだと思っていたことが、実は社会に出たらプラスになったよとか、あの子なりに学んだことを言ってくれたので、私の産んだ子供にしたら2番目も3番目もよくできているのではないかなあと、この頃は思えるようになりました。

子供と私との関係については以上のとおりですが、夫は突然昨年1月に亡くなりました。夫ともやっと2年前に巡り会うことができました。一緒には住んではいみませんでした。会うことができて、家族でご飯を食べたりということは何度かしましたが、急に劇症肝炎で亡くなりました。それでも、きちっと見送ることもできましたし、今はお墓に入れてお弔いを済ませたところです。

そういった家庭環境の中で病気はどんどん悪化していきます。抗がん剤治療を先生は、藤原君これはね効くんだよ、効く人にはすごくよく効いてね、中には元気になる人がいるのだよと、いつも先生は私が使い渋っているとそういう風に言って下さいました。先生今これを使わなきゃだめですか、もうちょっと後でもいいですか、と私はいつも後回しにしようとしたんですが、先生は使うなら今が最後だよって、いつもそういう風に言われて、そうですかそれじゃあ副作用が強かったらやめますということで、その抗がん剤を使わせてもらいました。

その頃、患者さんたちの間にある、「抗がん剤

でも何でも、治療があったら何でも、治療をしてどうしても生きたい」、という気持ちが私には欠如していました。「生きたるものであれば生きたいが、自分が生きるのではない」、という感情がある時からありました。自分がいくら強く生きたいと思っても生きたるものではない、ということをや非常に強く感じました。それで、私は薬を躊躇するというわけでもないのですが、薬を皆さんはすごく頼りにしていらっしゃる。私も、効くものであれば何とか薬で治りたい気持ちはありますが、残念ながらさんざん手をつくしても治らない人を見ていましたので、いやいやそういうことではないんじゃないのかなあということをや非常に強く感じました。ただ先生も薬を考えて下さっているので、1回は使ってみようということや、先生の言う通りに私もいつも使わせてもらいました。それが半年の間に病状は進むんですけども、それがゆっくりだったのか、定かではありません。比べる対象がないので何とも言えませんが、この4年間薬を使い分けながらやっとここにたどり着いたということだと思います。

それで、最初病気になる時に、皆さん「なんで私がどうして私がって、こんなに一生懸命生きているのに、何の悪いこともしていないのに、どうして」と皆さん思うように、私も思いました。道を歩いていても、あの方は元気に歩いている。私は病気が、なんで私なんだろうって時々そういうことも思いながら歩いていました。でもその病気を、家族が子供が夫が病気をしたのでなくて、私がしたんだなというのが途中から思い出されて、家族だったら私がどんなに頑張っても無理だけれど、私だったら頑張っているんじゃないかなあと思えるようになりました。それで私は必死にやってきたというのが、今までの自分の姿だったかなあと思います。それで私は頑張りました。仕事も頑張りました。夫がいまないので、子供のために仕事を頑張る、あと治療も頑張りました。そういう中でそこはやっぱり子供が二十歳になるまで生きていたいとの希望がありましたので、生きてきたと思います。

治療方法がだんだん減ってくると、それはそれでそういうご縁なんだなあっていう風に変なところ

で納得しているところやあって、すごく何という中途半端な気持ちでいることが多かったと思います。それからたとえば夜中に眠れなくて、再発で抗がん剤が効かなくて、眠れなくてどうしようもなかったということもなく、子供に「また抗がん剤使わなくなっちゃったわ」と言ったりしていました。

そんなことで今回また、12月の時に先生はその前から、ちょっと効いていないから、効いていないからとは言わないのですが、次の予約はなしでというかたちで、点滴の注射をしていたのを先生がしなくなった時には、もう抗がん剤が私には効かないということがわかりました。次に行った時、先生は言いづらそうにしていたのですが、もう治療はやめましょう。治療薬があるけど挑戦しますかといわれましたが、治療薬はやりませんということで、治療は何もしないということに決めました。その時はやっぱりなあという思いで、がっかりして子供にも話し、肺にある癌が悪化するんじゃないか、骨が背骨の骨が全部がんになっている、あと股関節、肩関節、膝関節が特に悪いのですが、自分で勝手にどんどん悪くなっていくストーリーを作ったりして、12月、1月と過ごしたのですが、1月に入って咳が出始めて、あこれは胸だなあと思いました。ところが胸も胸、両方の胸に水ということで、私もさすがに愕然として、今回入院したら退院できるのかなあと思ったのですが、なんとか退院させていただいて、非常にありがたいなあと、ホスピスに入院してホスピスの方に入院しないでよかったですなあと非常に思いました。

ホスピスで水を抜かないのがほとんどだよと先生に言われて、えーどうしてって、胸の水を抜くのが積極的な治療に入るのか入らないのか分からないのですが、もし胸の水を抜いて皆さんの前でこのようにお話しすることができるのであれば、それはそれでいいんじゃないかなあと思います。胸の水を抜いたからと言ってすごく治って、どんどんこれでよくなると期待してそのことだけにしぼられて、「病気をもっとよくしたいよくしたい」というそういう風に持っていくというのであれば、それもちょっとどうかなあとは今思っています。

そのような生き方は、あの本当に生きているという、本当の意味をどこかに置き忘れていたようなそんな気がします。私自身はその今回、水を抜いていただいてここで話をさせていただいたり、まだやっていない宿題が、手紙が、自分に課した宿題がありますし、亡くなった後にお礼状を兼ねてはがきを送りたいという一つの目標がまだあってその住所の整理もしたいとか何とか勝手にどんどん仕事を広げているのが、「本当のところはやはり自分は死にたくないのだからなあ」という風に思ったりもしています。

なんで私が泣きわめいたり、そんなにしないのかなあ、とちょっと試してみますと、私は実は先祖供養というものを、夫のことに絡んで始めた時に、しばらくやっていなかったのですが、病気になった時にもう一度お経本を読みました。お経本をひもといた時に「端坐して実相を想え」という言葉に出会いました。「端坐して実相を見る、自分が今置かれている状況を見てみなさい」、ということなんだと私は勝手に解釈しているのですが、そうすることによって自分の本当の姿が見えてくるんじゃないかということです。

それを読んでから「あー」私はなにかが思い当たりました、病気をしたり家庭のこのような状況を、私が大変な想いをしていたということ、それは自分にとってなんと言いますか、必要なことと言いますか、「そういう私は、そういうことをしなければいけない人間だったんだなあ」と、なんかそういう風に思ったら落ち着くし納得することができます。そうしたらそのことがとても特別なことではなくて、自分にとっては普通のこと、それを受け入れることができます。今それを思うと気持ちが落ち着きます。本当に自分がどうやって生きてきたか。頑張って生きてきた、それは皆そうです。だからといってじゃあ病気にならないか、そんなことはありません。やはり私は病気を持ったまま、自分独りよがりになんか一生懸命にやってきて、うまくいなくても子供たちがそれぞれにうまく引き受けてくれて、そういうものを私はこの生きている中で、やっていかなければならない人間だったのだなあということが、私の中にそうとう入ってきて、「お薬がいただければいただ



昨秋の京都小旅行で子供たちと

くし、いただければいただかないし、そして今こうして話ができるくらい体が和らいでいくということが非常にありがたいことだと思います」。

私は難しいことはわかりませんが、お釈迦さまが説かれたお経を読ませていただくと、時々そういうハッとする言葉に巡り合っていて、あー自分が悶々としていたのに、ここに答えがあったんだ、ということを感じた時に非常に安心します。それで私がそのことに気がついたのは、ここ半年か1年ぐらい、1年経っていないと思うのですが、つらいことなんです。本当に今まで本当はもっと生きたいのだがと、暴れてもおかしくないぐらいに自分としては思っていたのですが、いつ暴れるのかなあとちょっと思いながら、死ぬ間際に暴れるのかなあなんて思いながら、ちょっと心配しているのですが、なんとかお陰さまでお経の中にある言葉を探し探ししながら、今は生きているというのが本当のところなんです。本当にそういうことに巡り合わせていただいたのも何かのご縁で、こういう境地にたどり着いたのかなあと今は思っています。何とかつとまりました。これで終わらせていただきたいと思います。

(ふじわら きょうこ)
築地本願寺での講話から

米国マイアミ大学ジャクソン記念病院の 肝移植外科およびハーバード大学 マサチューセッツ総合病院の膵臓外科での経験

国立がんセンター中央病院
肝胆膵外科 阪本 良弘



写真1：熱帯雨林気候らしいジャクソン記念病院の中庭

この度がん研究振興財団の助成を受け、平成20年8月11日から11月3日にかけて米国マイアミ大学ジャクソン記念病院（JMH）の肝移植外科およびハーバード大学マサチューセッツ総合病院（MGH）の膵臓外科で研修する機会を得ました。この2施設を研修先に選択した目的は 1) 本邦ではなかなか進まない脳死ドナーを中心とした肝移植の米国での最先端の状況を知ること、2) 膵癌の外科治療で米国をリードする施設のひとつで歴史のあるMGHにおける膵癌治療の現状を知ること、の2点にありました。

■マイアミ大学ジャクソン記念病院■

フロリダ半島の南部のマイアミは住人の90%以上がヒスパニックでスペイン語を話す点で米国でも特異な地域です。マイアミ郡の南部、やや治安の悪い地域に、ジャクソン記念病院は位置します。

年中温暖であり、病院内には椰子の木が生えています(写真1)。肝移植の父として有名なスターツル教授の弟子の一人であるギリシャ人ツザキス教授(写真2)の強力な指導のもと、年間200件を越える肝移植や多内臓移植が精力的に行われていま



写真2：ツザキ教授(右)と筆者

す。本邦からも加藤友朗教授、西田聖剛准教授(写真3)がスタッフとして赴任しており、特に加藤教授は多内臓移植で国際的名声を上げていましたが、残念なことに、私の研修が始まった8月にニューヨークのコロンビア大学のスタッフに引き抜かれて異動となっていました。それでも、ツザキ教授や西田准教授を中心として、マイアミ大学JMHの活気は余りあるものがありました。

◆米国こぼれ話

マイアミ大学は眼科が有名で全米トップですが、卒業生からは2名しか進むことができません。米国では、学会の勢力が強く、外科医の人数も学会がコントロールしているため、卒業生は自分の進みたい科を自由に選ぶことはできず、競争を勝ち抜く必要があります。外科系では最近では形成外科が最も人気が高く、これは報酬の高いことや医師の生活の質が良いことが理由です。一方、移植外科は米国内ではあまり人気がありません。マイアミ大学のように、ギリシャ人、日本人、韓国人、トルコ人などの多国籍のスタッフが活躍しているのにはそのような事情があるのかも知れません。

ある夜、西田准教授(現教授)から「ドナーが4件出たようです。」と携帯電話が入りました。その夜は徹夜となることを覚悟し、マイアミ市内では安全とされる高速道路を運転してJMHに向かいました。夜のJMHの駐車場では身の安全は保障されていません。レンタカーを降りるとすぐにドナーチームの待つワゴンカーに走り込みました。

運転士は後述するOPOという仲介組織に雇われた陽気な母さんドライバーです。昼間でも安全とはいえない危険地帯を夜中に横断し、高速道路を猛スピードで3時間走り抜くと、地域病院の救急部にたどり着きました。徹夜の運転や移植の手伝いも生活の糧になるなら苦はないと、彼女はたくましく明るく話してくれました。

◆米国こぼれ話

ドナー臓器の採取には、グラフトの還流や保存を担当する女性が運転する車で向かいました。彼女たちはOrgan Procurement Organization (OPO)といわれる移植臓器調達を担当するNPOに雇われていて、JMHの関係者ではありません。ドナーが発生すると、ドナーを維持するための費用は患者や病院ではなく、OPOが支払います。その額はドナー一件について280万円に上るそうです。OPOは1,500万円程度の代価をメディケアという国立の保険機構などから得て、人件費がまかなわれているそうです。一方、OPOがドナー情報を得ると、それをUnited Network for Organ Sharing (UNOS)に伝えて、UNOSがレシピエントを選定する仕組みになっています。

あまり状態がいいとはいえないドナーの肝臓からでも積極的に移植を考慮するのがマイアミ流であり、ドナー臓器の採取は夜を徹して行うのが常です。

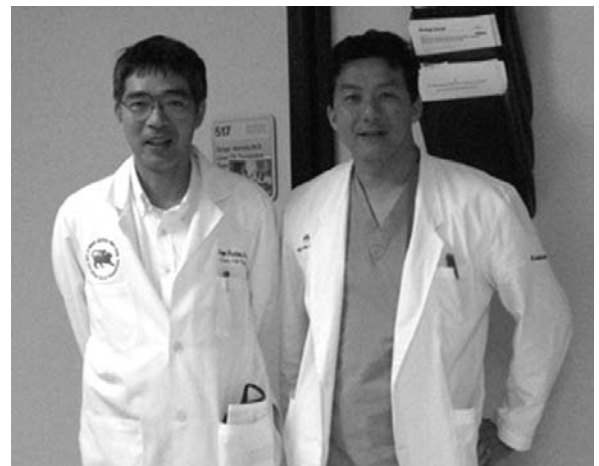


写真3：西田准教授(左)と筆者

◆米国こぼれ話

ドナー肝の採取が夜中になるのにも理由があるようです。臓器提供の意思の確認や、臓器の分配先の確認などの手続きに時間がかかるのが一点。ドナーからの臓器摘出を急ぐ必要は医学的にはあまりありませんが、ドナー維持にはかなりの費用がかかるので、翌日に先延ばしできないのが一点。そして、移植手術を朝から始めたいという受け入れ側の意向もあるようです。

待ち構えるレシピエントの一人は若い男性でした。韓国出身のムーン医師が執刀します。ムーン医師の英語はわかり易く、用心深さや何気ない手つきに同じ東洋人として親近感を覚えました。途中でツザキス教授が代わって入ると手術は急にスピードアップします。ツザキス教授は頸椎症の既往があり、指先に自由は効かないが、持ち前の腕力とスピードで危険な局面を大胆に乗り切ります。やがて瀕死の末期肝硬変・肝癌患者は劇的に回復し、一週間で退院していきました。西田准教授は週に2回は徹夜で手術を行い、イタリアから留学してきているフェローはゆっくり眠れる夜は週に2日だと笑顔で話していました。肝癌の画像診断や肝切除の技術、放射線医の肝動脈塞栓療法は日本のレベルが高いと感じたものの、脳死肝移植という切り札がある以上、米国ではマンパワーとシステム力で瀕死の患者に新しい臓器を移植して命をつないでいるように感じました。

◆米国こぼれ話

日本からも募金を得て移植を求めてやってくる患者さんが少なからずいます。しかし、米国のドナー不足は深刻な問題で、28,000のドナーに対して、待機患者は90,000人だといわれています（2004年度）。つい最近、WHOが外国人に対する移植枠の制限を強化しようという決定をし、本邦でも臓器移植法案の改正が急速に見直されることになりました。脳死移植、特にドナーに関する問題は今後本邦でも世界でも解決していかなければならない重要な問題です。

■ハーバード大学マサチューセッツ総合病院■

ボストンはマサチューセッツ州の中心都市であり、90%を白人が占める、学問と文化の中心地です。10月のボストンはすでに紅葉が美しく、チャールズ川から見おろすレンガ造りの家々は欧州の雰囲気満ちていて、建築物と自然が見事に調和していると感じさせます。



写真4: マサチューセッツ総合病院内のエーテルドーム

ハーバード大学マサチューセッツ総合病院(MGH)の創立は1811年で、米国で3番目に古い、900床の総合病院です。病院は古いつくりで天井も低いのですが、清潔感があって、親しみを覚えます。中でもエーテルドームは、世界で最初にエーテル麻酔下に甲状腺の手術が行われた、歴史的な建造物でした(写真4)。増築を繰り返して院内は迷路のように複雑ですが、目的地への移動には時間はかかりません。外科系の手術件数は年間34,000件と圧倒的な数字を誇っています。歴代の外科教授の肖像画や古い手術器具が飾られている伝統と歴史の重みのあるカンファレンスルームで、毎日盛んに議論が交わされていました。週に3回の膣頭十二指腸切除は、レジデントが執刀しフェルナンデス准教授が助手をつとめます。ハーバード大学医学部の4年生が第二助手に入り、准教授から解剖の質問攻めにされます。MGHの外科は、南米を中心として世界中から見学者を受け入れてきた施設です。今回の見学では、アルゼンチンとペルーから来た若手の外科医と仲良くし

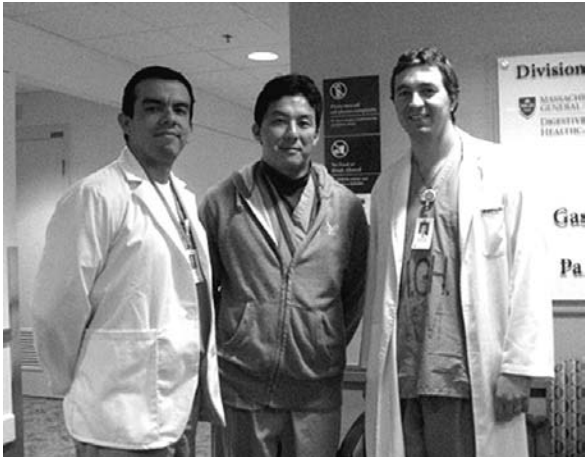


写真5:アルゼンチンのジョージ(右)、ペルーのフェルナンド(左)と筆者(中央)

て、楽しい時間を過ごすことができました(写真5)。MGHにおける膵がんの手術術式そのものには、本邦で我々が行っている術式と大きな違いはありませんでした。しかし、伝統や歴史に支えられたひとつひとつの臨床判断や、学生に対する教育熱、一般病院では敬遠される膵切除も苦にせず、数多くこなしている点に、米国一流施設の実力と自信を感じることができました。

◆米国こぼれ話

MGHはあまりにも有名で日本からも多くの医師が、主として研究目的に留学していました。基礎系のある研究室の医師は、中国や韓国からの留学生の食欲さやエネルギーには目を見張るものがあり、日本人として、これから国際社会での競争力をつけることに本気で取り組まなければならない、と危機感をつのらせていました。

最後になりましたが、海外出張中に病棟と外来を支えてくれたがんセンター中央病院16B病棟およびB外来の先生方、看護師の皆さん、また、このような貴重な機会を与えて下さった廣橋総長、土屋院長、小菅副院長、がん研究振興財団に心より御礼申し上げます。

(さかもと よしひろ)

【略歴】

昭和42年 大阪府東大阪市生まれの41歳
 昭和61年 私立灘高校卒業
 平成4年 東京大学医学部医学科卒業
 平成5年 国保旭中央病院外科
 平成7年 東京大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科
 平成13年 癌研究会附属病院消化器外科
 平成14年 東京大学大学院博士課程医学研究科修了
 平成15年 国立がんセンター中央病院肝胆膵外科に勤務し現在に至る

医学博士

日本外科学会認定医

日本消化器外科学会専門医

膵がん、肝臓がん、胆道がんなどの外科手術を専門としています。



陽子線治療を用いた 臨床試験の実施に関する研究 —米国の陽子線治療プロジェクトについて—

国立がんセンター東病院 臨床開発センター
粒子線医学開発部 照射技術開発室 医師
二瓶 圭二



写真1：マサチューセッツ総合病院

2008年9月18日から12月21日までの3ヶ月間、江角浩安国立がんセンター東病院長、西條長宏前国立がんセンター東病院副院長、荻野 尚臨床開発センター粒子線医学開発部長の御高配により、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に関する総合的な研究）の日本人研究者派遣事業の一環として、米国はボストンへ出張させていただきました。

このたびの海外出張における研究課題は「陽子線治療を用いた臨床試験の実施に関する研究」です。ちょうど米国で立ち上げられた陽子線治療多施設共同臨床試験プロジェクトの調査を目的とし

て、その中心施設であるマサチューセッツ総合病院（MGH: Massachusetts General Hospital）を訪問しました（写真1）。ご存知のようにボストンには有名なハーバード大学があり、その医学部周辺にはダナ・ファーバーがん研究所、ブリガム・ウィミンズ病院、ボストンこども病院などの病院群が巨大メディカルセンターをなしています。私の訪問したMGHはこの一角から少し離れたダウタウンに位置しますが、西にチャールズ川を、東にビーコン丘を臨む最高の立地にあります（写真2）。MGHは1811年開院の米国で3番目に古い病院で、陽子線治療の領域においても加速器開発



写真2：外来棟から眺めたボストンの名所ビーコン丘

から臨床応用に至るまで半世紀以上にわたり世界をリードしてきました。米国における陽子線治療は、このMGHとカリフォルニア州のロマリダ大学の2施設のみで長い間実施されてきましたが、2006年にM.D.アンダーソンがんセンター(MDACC)に導入されたのを機に多くの施設が次々に導入を開始あるいは予定しています。陽子線を含めた粒子線治療施設の建設ラッシュとでもいべき状況は、日本においても同様です。これは粒子線のもつ線量分布の優位性という理論的根拠にもとづくものですが、一方では未だ臨床の有用性を証明する科学的根拠にはとぼしいとの批判的な声も上げられています。

さて、本題の陽子線治療臨床試験プロジェクトですが、科学的データの創出を急務としてMGHとMDACCという米国の2大施設が強力タッグを組み、2008年7月から5年間の長期プロジェクトとしてスタートしました。プロジェクト・タイトルは、「陽子線治療の適正化 (Optimizing Proton Radiation Therapy)」, シンプルな中にも科学的データの創出と陽子線治療施設の適正普及という明確な意味が込められています。また、このプロジェクトには、米国NIH (National Institute of Health) から日本では考えられないような多額の研究費が助成されており、国を挙げての陽子線治

療プロジェクトであることがうかがえます。

プロジェクトは、放射線腫瘍医が中心となる臨床部門と医学物理士が中心となる物理部門に分かれます。臨床部門のプロジェクトは大きく2つに分けられ、ひとつは非小細胞肺癌に対する臨床試験です。これまでX線を使用して開発されてきた治療を、陽子線に置き換えて線量増加、毒性軽減を目指そうという治療戦略です。早期肺癌に対する少分割照射・線量増加、また局所進行肺癌に対する化学療法併用陽子線治療などのプロトコルが整備されています。もうひとつは、重要正常臓器の隣接する頭蓋底腫瘍や脳脊髄腫瘍、また二次発癌が問題となる小児腫瘍を対象とした臨床試験です。これらの疾患では、従来のX線治療と比較して陽子線治療のメリットである線量分布優位性を最大限に発揮することが期待されます。現在整備されている臨床試験は第Ⅱ相レベルのものばかりですが、今後5年間の研究期間中、X線治療との比較試験を実施するところまで視野に入れています。

臨床部門プロジェクトと対をなすのが、物理部門のプロジェクトです。放射線治療においては、その品質保証・品質管理の観点から治療計画装置や治療機器などに対する物理的検証作業が必須です。欧米ではそのために医学物理士という職種が

確立されており、このプロジェクトにも多くの医学物理士が参加しています。物理プロジェクトは、線量計算手法や臓器移動のコントロールなど、陽子線治療の精度にかかわるすべての物理的要因を解決しようとするチャレンジであり、物理チームの並々ならぬ意気込みが感じられました。日本においては医学物理士という職種そのものが、いまだ一般に認識されていないのが現状です。このホットなプロジェクトに日本の優秀な医学物理士が含まれていないのが非常に残念でした。

帰国後振り返って日本の現状を見てみますと、科学的臨床データが不足していることは米国と同様ですが、加えて人手不足、資金不足という米国との圧倒的な差違に直面します。日本においては多施設試験の実施体制もまだまだ充分とはいえません。ましてや陽子線治療のコミュニティでは、大規模な比較試験など不可能でしょう。しかしながら、現在の陽子線治療にとって比較試験の土俵に上がる以前に、まず第Ⅱ相レベルのデータを蓄積することが重要と考えます。日本は欧米に先駆けて粒子線治療を導入し、世界をリードしてきました。臨床試験の領域においても、米国に先を越されることなく着実にデータを出して前進したいものです。また、今回の渡航では陽子線治療の国際共同臨床試験の可能性について、MGHがんセンター事務局を訪問する機会を得ましたが、言語や研究資金、実地監査の問題などがあるものの、試験の実施体制がより整備されれば将来的に国際協力の可能性があることも期待されました。今後は、今回の渡航で得た経験、人脈を活用し、微力ながら陽子線治療を含めた放射線治療の発展に貢献したいと思っています。末筆ながら、多忙のさなか快く送り出していただき渡航中の業務をカバーしていただいた国立がんセンター東病院放射線治療スタッフの方々、貴重な機会を与えて下さった江角院長、西條前副院長、荻野部長、経済的なサポートをしていただいたがん研究振興財団に、この紙面を借りて心からお礼を申し上げます。

(にへい けいじ)



米国陽子線治療プロジェクトのディレクター
トーマス・ディレイニー先生と

【プロフィール・略歴】

- 1966年8月 大阪府吹田市出身
- 1985年3月 金蘭千里高等学校卒
- 1994年3月 京都大学医学部卒業
- 1994年5月 京都大学医学部附属病院 放射線科
研修医
- 1995年4月 日本赤十字社和歌山医療センター
放射線科
- 1998年4月 京都大学大学院医学研究科 腫瘍放
射線科学専攻
- 1999年6月 国立がんセンター東病院 放射線部
放射線治療室医師
(現・臨床開発センター 粒子線医学
開発部 照射技術開発室医師)

日本医学放射線学会 放射線治療専門医

日本放射線腫瘍学会 認定医

医学博士

小児腎腫瘍の多施設共同臨床研究の 中央病理診断とトランスレーショナル・リサーチ

国立成育医療センター研究所
発生・分化研究部 機能分化研究室室長
大喜多 肇



写真: Children's Memorial Hospital

手前の2階建ての建物がDepartment of Pathology and Laboratory Medicineのあるアネックス

2008年7月1日から9月26日までの3ヶ月間、第3次対がん10か年総合戦略（研究課題：難治性小児がんの臨床的特性に関する分子情報の体系的解析と、その知見に基づく診断治療法の開発に関する研究）の日本人研究者派遣事業の一環として、米国へ出張させていただきました。この間、イリノイ州シカゴに滞在し、Children's Memorial HospitalのDepartment of Pathology and Laboratory Medicine、Perlman教授のもとに滞在しました。

私は、2003年から国立成育医療センターにて小児期に発生する固形腫瘍の生物学的特性の研究、

我が国における多施設共同臨床研究における中央診断システム（病理診断、遺伝子診断を含む）の確立を目的とした研究に従事しています。この研究を更に発展させるために、米国での多施設共同臨床研究における中央診断のあり方、検体を用いた研究の基盤整備のあり方についても情報を収集し、意見交換することを目的としていました。

小児固形腫瘍は、成人に好発する固形腫瘍と大きく異なり、胎児性腫瘍と呼ばれる胎児期の組織に類似した組織像を示す腫瘍（神経芽腫、腎芽腫など）や非上皮性悪性腫瘍（肉腫）が多いという特徴があります。また、がんの2ヒットセオリー

で有名なRb遺伝子もRetinoblastoma（網膜芽腫）から同定されるなど、遺伝子異常が成人の腫瘍よりもむしろはやくから明確になってきました。上皮性の癌と比較すると化学療法が有効なことが多く、切除するのみではなく、腫瘍内科医、外科医、放射線科医が協力して治療にあたる必要があります。しかしながら小児期の悪性腫瘍は、白血病や脳腫瘍を含めても日本全国で約2000例程度と考えられ、成人の癌腫と比較すると圧倒的に稀です。腫瘍を専門とする医師であっても一年間に経験する数は少ないというのが実情です。このような現状においても治療成績を向上させるべく、近年、我が国においても神経芽腫、腎芽腫、横紋筋肉腫、Ewing肉腫ファミリー腫瘍などの多施設共同臨床研究が開始されています。

米国においては、主に腫瘍別の研究グループが立ち上げられ、臨床試験を行い、治療法を開発してきました。しかしながら、約10年前に各グループが一緒になって、Children's Oncology Group (COG)が結成され、共同して活動しています。COGというグループ内に、各腫瘍（臓器）別のグループがあり、その中で、腫瘍内科医、外科医、放射線科医、病理医などが委員会を作っています。また、検体センターや検体保存は、オハイオ州コロンバスにあるNationwide Children's Hospitalで、一括して行われています。日本では各がん種別のグループが別個に活動していますが、共同して行える部分は共同することにより人的、物的資源の節約したほうが良いとの考え方から、同様の統一した組織、あるいは、必要な部分の共有化、基盤の統一化が期待されつつあります。

Children's Memorial HospitalのPerlman教授は、COGの腎腫瘍の中央診断医として、一人で全米（+カナダ、ニュージーランド）の小児腎腫瘍の中央病理診断を行っています。臨床試験では、治療法決定の根拠となる病理診断が重要なため、施設での病理診断に加えて、各施設で作製した標本を集め、小児腎腫瘍を専門とする病理医による診断を行い、診断の統一化を図っています。一年間にCOG全体で約500例の小児腎腫瘍が登録されるとのことでした。病理組織検体は、臨床試験参加施設からコロンバスにある検体センターに送付

され、そこからChildren's Memorial HospitalへFEDEXで転送されてくることになっていましたが、難解例など各施設の病理部門で確定診断を下せない症例などは、直接Children's Memorial Hospitalに送付されていました。ほとんどの症例はその日のうちにDr. Perlmanが診断し各施設に報告しており、施設病理医との意見が分かれるなど問題のある症例は、直接、施設病理医に電話等で連絡し議論をしていました。私も全ての症例と一緒に鏡検させていただくことによりCOGで用いられている中央病理診断の基準を体得することができ、また、特に病理医間で診断の一致しにくい病型や問題となり易い病型を把握することができました。

米国では、予算規模が大きく小児の腫瘍の多施設共同臨床試験により力を入れていると感じられ、また、検体収集システムやWebを利用した情報入力システムなどが整備されていました。また、中央病理診断時に、病期決定に必要な情報、すなわち、リンパ節も含めた全ての組織標本、組織の肉眼的所見、標本作製のための切り出しの記録、病理診断書、外科の手術記事まで送付され、生のデータを見ながら病期が正しく判定されているかどうか判断していました。日本では、治療現場でも中央病理診断でも人手が不足しているために、腫瘍の種類によってはこれらの生の情報を完全に収集・確認することは難しい面がありますが、可能であれば収集・確認したほうが良いと感じられました。また、腫瘍の組織型や病期決定でも微妙な判断は、病理専門医によっても分かれることがあり、直接、病理医同士で診断基準をあわせる努力が必要であろうと考えられました。正確な診断情報を集めることが臨床試験を行ううえでも、それに関連したトランスレーショナル・リサーチを遂行する上でも重要と考えられました。

COGでは、Web上で診断結果を入力するシステムができており、中央病理診断の診断結果を入力できるだけでなく、中央病理診断に必要な情報が、中央の放射線診断結果も含めてWeb上で参照できるようになっていました（正確な病理診断のために、画像診断の情報が必要になることもあります）。検体保存システムとしては、全ての検体

がBiopathology Centerに集められ、同Centerがバンクとして機能する体制でした。また、日本では希少であるために作成することができないようなまれな腫瘍のTissue microarrayも作成されており、症例数が多いということと、過去から継続して検体が蓄積されているということを感じました。

今回の海外出張を通じて、質の高い臨床研究を行うためにも、また、トランスレーショナル・リサーチを推進するためにも、より信頼性の高い正確な情報を集めることの重要性を感じました。国内の大学、病院、研究所との連携を進め、世界へ向けて、質の高い情報を発信しうる体制を整備することを当面の目標としています。最後になりましたが、渡航中、筆者の業務をサポートくださった国立成育医療センターのスタッフの方々、今回の渡航に際してご高配くださいました吉田輝彦先生、清河信敬先生、経済的なサポートをして頂いたがん研究振興財団に、この誌面をお借りして心より御礼を申し上げます。

(おおきた はじめ)

【略歴】

- 1970年8月 神奈川県生まれ
- 1995年4月 慶應義塾大学大学院医学研究科病理系専攻
- 1999年4月 慶應義塾大学医学部病理学教室助手
- 2003年4月 国立成育医療センター研究所発生・分化研究部室長



がん患者側からみた国立がんセンターの足跡

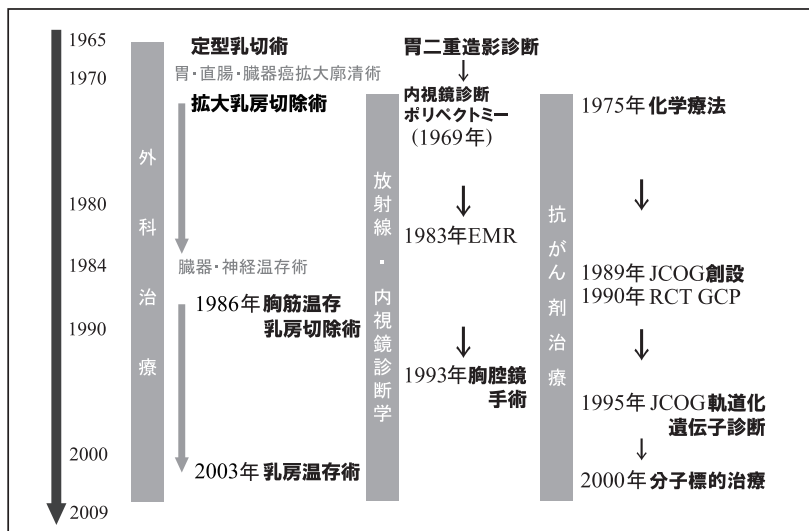
静岡県立静岡がんセンター参与兼緩和医療科部長
安達 勇

私は1972年から国立がんセンターの腫瘍内科医師として30年間に渡り、主に進行再発乳癌の患者の診療に携わってきました。約千人の乳がん患者の診療を行い、うち400名の不幸な患者の転帰を看取る中で患者中心のがん医療のあり方に強い関心をもつようになりました。

日本のがん医療の最先端を担うがんセンターの中から30年間にわたる変遷を垣間見てみたいと思います。図に示されたように、1970年代のがん診療は外科や放射線治療が中心で各臓器がんの拡大廓清治療が中心に行われていました。一方、消化管を中心とした画像診断も急速な進歩を遂げ、二重造影から内視鏡による早期診断を可能とさせ、次々と早期胃癌などの報告がなされるようになってきました。また、がん化学療法も延命効果が確認されるようになり、より苦痛の少ない効果的な治療方法の開発が行われてきました。1980年頃から患者の日常生活を考慮したQOL (quality of life) が提唱されるようになり、とくに外科治療においては徹底的な廓清術が検証され、患者の病期に合わせた臓器温存術が種々工夫されるようになってきました。一方、抗がん剤治療においても

下山正徳(元 国立がんセンター東病院院長、現 国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)らが中心となりJCOG (Japan Clinical Oncology Group) を立ち上げ、経験的治療評価をより実証性を重んじた無作為比較試験を臨床計画試験として、組織的に行われるようになってきました。その頃に患者の権利を保障するGCP (Good Clinical Practice) が医療法上で定められるなど、がん医療も医療者から患者を中心としたあり方が重視されてくるようになりました。特に1995年の医療法改正で「インフォームド・コンセント(IC)」は「医療担当者の努力義務」と明記され、がん医療の先端を担うがんセンターにおいても「臨床試験治療研究(通称治験)」を施行する際には、治療の目的、内容、治療に伴う有害事象などの説明、患者の選択と拒否する権利などが明記された説明書を用いて懇切丁寧に説明し、十分な納得のうえで行われるように治験などにICが求められてきました。

しかし、がん医療の現場においては医療者の思いとはかけ離れて、患者・家族らは「毒物試験で命を縮める」、「民間療法でも副作用がなくて治る」、「ここは最後まで面倒は見てくれない病院で、



図：日本におけるがん治療の変遷



講演者、アルフォンス・デーケン上智大学教授、若尾文彦医長とがん医療サポートチーム

治療がないと他へ追いやられる」などとがんの病態、治療へ理解が不十分なばかりではなく、不正確な情報と不安状態におかれている患者さんがいることを認識させられました。とくに毎日患者のケアを任されている看護師らは、板挟みとなり苦しい立場に置かれていました。これを解決する方法の一端として、看護師、薬剤師、事務職員や医師らで構成する「がんサポートチーム」を立ち上げました。患者や家族にがんの病態・診療を正しく、自ら学んでもらいたいと考え、「がん学習講演会」と称しセンター内で開催し、医療者から患者の抱える疑問や不安に積極的に答えてゆこうと、1～2か月に1回の割合で開催することとしました。さらに一般市民への啓発活動が必要と考え、1996年から「市民公開講演会」を年2回行うようになりました(写真)。2001年に私が静岡に転勤するまでに、がん学習講演会は30回(現在まで41回)、市民公開講演会は11回(現在まで25回)に達するまでになりました。第11回の市民講演会では、私の敬愛する杉村 隆名誉総長(元 国立がんセンター総長、元 東邦大学学長)に「がんーこの内なる敵と皆さんと共に戦う」と題し講演してもらいました。現在もこの企画は「がん研究振興財団」の協力により定着して定期的に開催されています。このような取り組みはその後、静岡がんセンターでは「学びの広場」として引き継がれ、現在では病院機能評価項目となり各医療機関においても行われるようになってきたことは、がん患

者・家族にとっては嬉しい限りであります。

一方、国立がんセンターの役割は先端医療の開発に重点が置かれており、がん患者を最後まで看取る余裕がなく、治療終了した患者は適切な施設へ紹介することが多く、患者にとっては最後まで面倒を見てくれない、見捨てられたという気持ちにさせられることが多々見られていました。センターの歴代院長はこの問題にいつも悩んでおりましたが、よい具体策はなかなか構築されませんでした。また、センターは1993年には大学病院と同様に特定機能病院の資格をえて、診療報酬上の特典をもっていました。その要件には地域との連携ができる「医療連携室」を設置することとなっていました。医事課にはそのような余力はなく、他院への紹介は各医師の裁量にまかされてきた経緯がありました。そこで、長年腫瘍内科に勤務して来た医師として、自らこの問題を解決するべく「医療連携委員会」を立ち上げ、都内23区と埼玉、千葉、神奈川など近県3県において、がん患者の看取りを行う「ホスピス施設」や「がん患者を快く受け入れてもらえる施設」のリストを作成しました。更に患者紹介においては医療者が双方性に理解と納得の上で行うことを原則と考え、A4一枚に患者の基本情報として、病名、転移部位、PS以外に現在のADL(activities of daily living)、現状の具体的な治療内容、さらに患者の希望と自己負担可能な費用などを担当医師または看護師に記入してもらい、転院する前にファックスで紹介先

へ送付し、受け入れの可否を打診する方式をとりました。さらに患者が転院後に簡単なアンケート用紙を送付して、受け入れ病院の状態、満足度、またセンターの担当医師や看護師に対する要望など聞き、返送してもらい、これらを紹介病院の再評価資料としました。その頃、医療相談室の充実も計られ、連携業務と一体化されてきました。これらの活動が評価され、1999年に医療連携室が正式に設置され、ソーシャルワーカーと非常勤職員4名となり現在も引き継がれてきたことは喜ばしいことであります。

一方、終末期がん患者の緩和ケアをより充実させるべく1998年に医師、看護師、薬剤師、医療連携員らで構成する「終末期患者検討委員会」を設け、入院患者への緩和ケアと適切な医療機関への紹介業務を行うようになりました。これらの活動が契機となって、2002年4月に「緩和ケアチーム医療」が診療報酬上で加算されるようになりました。私はこれらの経験を踏まえて2002年に静岡がんセンターにおける緩和医療を最後のライフワークと考え志願しました。

さて、最後に日本における緩和医療の歴史の変遷を国立がんセンター（以降国がんと略す）の側面から述べてみたいと思います。

1970年代から日本においても市民グループや医療者らが中心となり草の根運動や市民運動として育てておりました。病院内における活動は、1972年淀川キリスト教病院で柏木哲夫氏（元 大阪大学医学部教授）らがOrganized Care of Dying Patient, OCDPと称して病院内の終末期がん患者に対する緩和ケアをチームとして行なったことが始まりとされています。全国的に本格化してきたのは表に示されたように、1977年に河野博臣氏（元 国立病院機構横須賀アルコール症研究所名誉院長）らが「日本死の臨床研究会」を立ち上げ、医師以外に看護師などコメディカルらが集まり終末期における臨床上的問題点について討議されるようになりました。今年で第33回を迎えるに至っております。1978年に国がんの水口公信麻酔科医長（元 千葉大学医学部教授）は経口モルヒネを導入し、がん性疼痛の治療を先駆的に開始されておりました。1977年7月に厚生省（現：

厚生労働省）から終末期がん医療の指針作成について「末期医療に関するケアのあり方の検討会」を設けられました。森岡恭彦氏（元 東京大学医学部教授、昭和天皇の侍医長）が中心となり、1989年のがんによる末期状態を中心に、告知のあり方、望ましいケアのあり方、施設または在宅での末期医療に関する提言書とケア・マニュアルが発行されました。1981年に日本で初めて原義雄氏と千原明氏らは浜松市に「聖隷三方原ホスピス」を開設しました（開設時の聖隷三方原ホスピス所長—原氏、副所長—千原氏）。このような機運が高まる中で1981年の「第21回日本医学会総会」において、石川七郎国がん病院長（元 総長、故人）と

年代	緩和医療に関する出来事
1962年	国立がんセンター創設
1977年	「日本死の臨床研究会」発足、第1回年次大会長 河野博臣
1978年	国立がんセンター水口公信麻酔医「ブロンプン・カクテル」導入
1981年	日本初の「聖隷三方原ホスピス」浜松市に開設
1981年	がん死亡第1位 厚生省「晩期がん患者の精神的及び肉体的苦痛緩和に関する研究」
1981年	平賀一陽麻酔医「がん術後患者に硬膜外持続モルヒネ投与」開始
1983年	第21回日本医学会総会で石川七郎ら「死の臨床」に関するシンポジウム開催
1984年	厚生省「対がん10か年総合戦略研究」開始
1986年	第1回「日本臨床精神腫瘍学会」武田文和ら発足
1986年	WHO「がんの痛みからの解放宣言」武田文和ら提唱
1987年	第1回「日本がん看護学会」柿川房子ら開催
1989年	森岡恭彦ら「がん末期医療に関するマニュアル」発行
1990年	「緩和ケア病棟定額入院保険料加算」GCP遵守
1990年	「定額緩和ケア病棟保険診療報酬加算」承認
1991年	全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会設立
1992年	国立がんセンター東病院「緩和ケア病棟」設置
1994年	日本がん看護学会「看護師の資格認定制度」開始
1995年	医師法改正「ICは医療担当者の努力義務」
1995年	「日本臨床死生学会」加藤正明開催 国がんで「がん学習講演会」
1996年	「がん看護専門看護師」(CNS)誕生 国がんで市民公開講演会
1996年	第1回「日本緩和医療学会」開催
1997年	「臓器移植法案」成立 認定看護師(CN)誕生
2002年	「がん緩和ケアチームの保険診療報酬」加算承認
2006年	「在宅医療支援診療所」保険診療報酬加算
2007年	「がん対策基本法」「がん対策推進基本計画」 都道府県地域がん診療連携拠点病院286認定
2008年	第13回「日本緩和医療学会学術大会」が静岡市で開催

表：緩和医療に関する出来事

吉利和東大教授らが「死の臨床」に関するシンポジウムを開催するなど、その先見性に感服させられます。同年国がんの平賀一陽麻酔科医(元 手術部長)は術後患者に硬膜外持続モルヒネ投与を行い、術後痛に悩む患者に画期的な効果をもたらすことを明らかにしました。1987年には「日本サイコロロジー学会」が開催され、がん看護においても国がんの柿川房子婦長(元 神戸大学医学部保健学科教授)らが日本癌看護学会をセンター施設内のセミナールームに200名の参加者をえて創設されました。これらの活動が原動力となって、1990年に「緩和ケア病棟入院料」が医療保険診療報酬として設けられました。これを契機に1991年に「全国ホスピス・緩和ケア連絡協議会」(現: 全国ホスピス緩和ケア協会)が設立され、急速に全国に広まり、現在では193か所の「緩和ケア病棟」が認定されています。そして、1992年に国立ではじめての「緩和ケア病棟」が国立がんセンター東病院に設置され、志真泰夫が初代医長に就任し、現在も日本の緩和医療オピニオンリーダーとして活躍しています(現 筑波メディカル病院診療部長)。これらの活躍が基に、1996年に国がん東病院の阿部 薫病院長(元 総長、現 名誉総長)と柏木哲夫らが発起人になりがん医療の専門学術団体「日本緩和医療学会」を創設し、第一回総会を1,500名の参加をえて札幌市で開催されました。昨年私は第13回学術大会を静岡がんセンターが主催し開催される経緯に至ったのも、垣添忠生(元 総長、現 名誉総長・日本対がん協会会長)諸先輩らの活躍があつてのことと誇りに感じております。現在、学会は医師や看護師らが中心となり会員数も8,000名を超すまでに発展してきました。一方、一般病棟に入院中のがん患者に対して昭和大の高宮有介らは大学病院内で、安達勇らは国がん内で緩和ケアチームを結成して、院内で症状緩和や種々のコンサルテーションが行われるようになりました。そして2002年4月には厚労省から「緩和ケアチーム診療加算」が医療保険で認可されるようになり、現在では全国に87か所以上が保険診療内での活動が展開されています。更に在宅でのがん医療を進める「在宅医療支援診療所」に対して保健診療加算が2006年に認可され、全国で

1万か所となってきております。とくに画期的なことは、2007年に山本孝史議員(元 参議院議員、H19.12.22胸腺がんのため逝去、享年58歳)らが中心となり「がん対策基本法」を立法化し、法案に基づく「がん対策推進計画」が制定されました。現在全国に375か所の都道府県地域がん診療連携拠点病院が認可されて、がん診療の均てん化、がん登録の他に「緩和ケアの基本教育のための研修会」が全国的に展開され、がん患者が全国どこでも、いつでも、だれでもが望むがん緩和ケアを受けられる体制が構築されつつあります。

1962年に設立された国立がんセンターは半世紀近くに渡り、日本のがん医療の診断・治療法の開発、がん研究の最先端をリードしてきました。また一方では、がん患者の苦悩を緩和する方面の医療においても大きな足跡を残してきたことが伺えます。私は1972年から30年間国がんに在籍してきましたが、がんセンター魂、柳田邦男氏が述べているように「がん克服にむけた医療者のパッション」のなかで仕事をしてきたことは幸せであったと思っております。今後この「がんセンター魂」が絶えることなく燃え続け、日本のがん医療・研究の更なる発展に貢献することを願ってやみません。

(あだち いさむ)

《プロフィール・略歴》

1968年 新潟大学医学部 卒業

1972年 国立がんセンター病院内科医師

2002年-現在 静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科 部長

2001-2008年 日本緩和医療学会理事、
ガイドライン作成委員会委員長

2008年 第13回日本緩和医療学会学術大会 会長

1986年 中国医科大学 客員教授

2008年 財団法人日中医学協会 理事長

日本内分泌学会専門医 日本東洋医学会専門医・
指導医 日本内科学会認定専門医・指導医 日本
緩和医療学会暫定指導医 日本乳癌学会名誉会員
緩和医療学 臨床腫瘍内科学

国際がん研究講演会要旨

ローレンス・マーネット博士(米国ヴァンダービルト大学) —東京講演会—

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室長
戸塚 ゆ加里



ローレンス・マーネット博士

第68回国際がん研究講演会は、米国ヴァンダービルト大学の教授で、かつChemical Research in Toxicologyの編集長を務めている、ローレンス・マーネット博士をお招きして、平成21年3月19日に国際研究交流会館にて「脂質およびDNAの過酸化物質による内因性DNA損傷の生物化学」というタイトルで開催されました。マーネット博士は、長年、脂質の過酸化物質であるマロンジアルデヒド (MDA) による様々なDNA損傷に着目し、これら内因性のDNA損傷の発がんへの関与について研究してきました。細胞の“がん化”には、ジェネティックな変化とエピジェネティックな変化が関与することが知られており、脂質の過酸化物質等の内因性の変異原・がん原物質は、DNAと付加体を形成して突然変異を誘発し、がん化を促すことが推測されています。講演会では、MDAによる多数のDNA損傷の化学構造の解析や突然変異誘発および修復のメカニズム、生体試料中からの検出等を含むこれまでの成果について分かりやすく解説頂きました。

マーネット博士の研究経歴

マーネット博士は1973年にデューク大学で化学の博士号を取得され、その後カロリンスカ研究所およびウェイン州立大学に移動され、1983年にウェイン州立大学の化学講座の教授に就任されました。1989年にヴァンダービルト大学に移られ、生化学講座および化学講座の教授に就任されました。また、同大学医学部のハンコックJr. 記念がん研究所の所長の職も勤められ、2002年からはヴァンダービルト 生物化学研究所の所長も兼任されています。マーネット博士は、長年、脂質の過酸化物質による様々なDNA損傷に着目し、これら内因性のDNA損傷の発がんへの関与について研究してきました。一方、がんや炎症におけるCOX-2の役割に注目し、化学構造を基盤とした選択的な阻害剤のデザインといった研究手法で抗炎症剤やがん予防薬等の開発にも携わっています。

脂質の過酸化物質であるMDAによる様々なDNA損傷

MDAは脂質の過酸化およびプロスタグランジンの生合成過程で内因性に生成する求電子化合物

です。マーネット博士は、MDAは生理的な条件下においてDNAの構成成分であるデオキシグアノシン(dG)、デオキシアデノシン(dA)、デオキシチジン(dC)と反応し、付加体を形成することを見いだしました。中でも、dGと反応した化合物の生成量が他の塩基(dAおよびdC)に比べ多く、その化学構造はグアニンのN²とN1にMDAが環を巻くように結合し、その結果、3環の化合物(M₁dG; 3-(2-deoxy-β-D-erythro-pentofuranosyl)pyrimido [1, 2-α] purin-10(3H)-one)が形成されます。また、このM₁dGはDNA自身の過酸化によっても生成されることがマーネット博士らにより明らかにされています。

MDAの突然変異誘発と修復のメカニズム

マーネット博士を中心とした最近の研究成果から、M₁dGはバクテリアおよび哺乳動物細胞において変異を誘発することが明らかになっています。その変異パターンの起こり易さは、殆どがM₁dG→dT、M₁dG→dAであり、大腸菌におけるこれらの変異の誘発には、その修復系であるSOS応答により誘導されるポリメラーゼVが関わっていることが示唆されています。また、CpGの繰り返し配列にM₁dGが入った場合にはフレームシフト型の変異が誘発されることが、マーネット博士らによって明らかにされました。一方、哺乳動物細胞由来の損傷乗り越え型ポリメラーゼ(ヒトDNAポリメラーゼη組み換え体)を用いて、同様の実験を行った結果、M₁dGの反対側にはdA、dCがそれぞれ52%、16%の確立で取り込まれることが明らかとなりました。また、フレームシフトも31%の確立で誘発されることがわかりました。さらに、DNA中に生成されたM₁dGは塩基除去修復機構に

より取り除かれることも明らかとなりました。

M₁dGの生体試料中からの検出

DNA中から塩基除去修復機構により取り除かれたM₁dGの一部は尿中や糞便中に排泄されます。マーネット博士らはこの点に注目し、実験動物およびヒトの排泄物中からのM₁dGの検出を試みしました。安定同位体であるC¹⁴で標識したM₁dG([C¹⁴] M₁dG)をSDラットに静注し、一定時間後の尿および糞便中に排泄されたC¹⁴をAMS(Accelerator Mass Spectrometry)を用いて測定したところ、尿中に49%、糞便中に51%の割合で排泄されることがわかりました。また、尿中に排泄されたC¹⁴のうち約70%はM₁dGの代謝物である[C¹⁴] 6-oxo-M₁dG由来であることがわかりました。一方、実際に、ヒト24時間畜尿中のM₁dGを抗体を用いて濃縮し、LC-MS/MSにより分析を行ったところ12 fmol/kgという濃度でM₁dGが検出されました。しかしながら、さきのラットの実験からも推測されるように、M₁dGは生体内でその多くが代謝され6-oxo-M₁dGとしてヒト尿中に排泄されることが推測されます。内因性の変異原物質であるMDAのヒト曝露レベルを明らかにするために、6-oxo-M₁dGが良いバイオマーカーとなり得ることが示唆されました。

最後に

MDAは脂質の過酸化およびプロスタグランジンの生合成過程で内因性に生成し、私たちの生体内でDNAと反応し、付加体を形成することがわかっています。タバコ煙に含まれる発がん物質のような外因性の変異原・がん原物質は禁煙をすることでそのような物質からの曝露を避ける事が出来ますが、脂質の過酸化物質のような生体内で生成される変異原・がん原物質は私達が普通に生活する上で曝露を避ける事が出来ない物質であると考えられます。マーネット博士を含む多くの研究者が、このような「内因性要因によるDNA損傷のメカニズム」に関する研究に携わっていますが、このような分野の更なる進展が「発がんのメカニズム」を解明する上で重要な鍵となるものと考えられます。(とつか ゆかり)



国際がん研究講演会要旨

ローレンス・マーネット博士(米国ヴァンダービルト大学) —名古屋講演会—

名古屋大学大学院 生命農学研究科 准教授
内田 浩二



名古屋大学 野依記念学術交流館で

がんに関連した化学毒性学研究の世界的リーダーであるローレンス・マーネット教授（ヴァンダービルト大学医学部）による講演会が、3月23日（土）、名古屋大学野依記念学術交流館で開催されました。同講演会は、日本学術振興会レドックス生命科学第170委員会および文部科学省新学術領域研究（研究領域提案型）「活性酸素のシグナル伝達機能」との共催により開催されました。講演会のテーマは「レドックス研究とケミカルバイオロジー」であり、マーネット教授以外に、8名の国内研究者によりまずシンポジウムとして盛大に開催されました。マーネット教授を含め、国内研究者もいずれ劣らぬ一線級の研究者を招聘したこともあり、多くの聴衆が詰めかけ、活発な質疑応答が行われました。

マーネット教授が本講演会で取り上げたテーマは、酸化ストレスとも関連の深い脂質過酸化反応でありました。脂質過酸化反応は、生体膜などを構成するリン脂質やコレステロールエステルなどの不飽和脂肪酸が酵素的・非酵素的に酸化される化学反応であり、様々な酸化脂質を生成します。

それらの中には、脂溶性シグナル分子として細胞膜表面や核内などの受容体に作用するものが知られ、がん、炎症、動脈硬化発症などさまざまな病態との関連性が示唆されており、創薬に向けた研究が活発に進められております。例えば、代表的な生理活性脂質であるプロスタグランジンも脂質過酸化反応を介して生成される化合物であり、この反応に関わる酵素の阻害剤（医薬品）開発などにつきましても、古くから研究が行われてきております。マーネット教授は、脂質過酸化反応において生成される多岐にわたる反応性化合物の中でも、アポトーシス誘導性アルデヒド化合物（4-ヒドロキシ-2-ノネナール）に着目し、講演の前半では標的タンパク質同定などのケミカルバイオロジー研究を紹介されました。また後半では、大腸がん細胞を用いた分子メカニズム解析研究を中心に解説され、特に4-ヒドロキシ-2-ノネナールにより誘導されるアポトーシスの制御における熱ショック応答の関与を最新のデータを盛り込みながら紹介されました。

マーネット教授は東京および名古屋での講演会



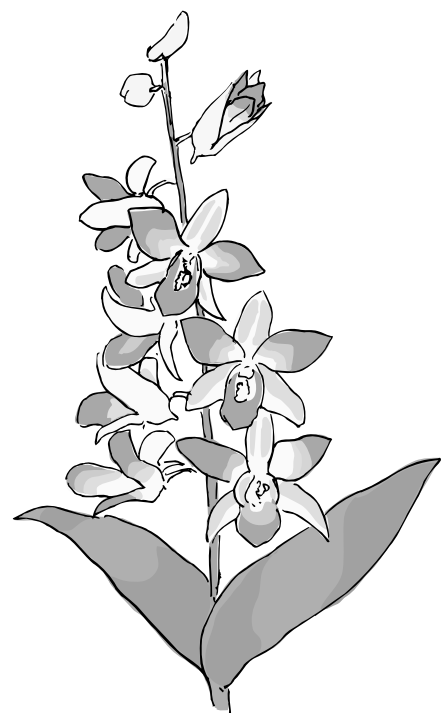
新穂高にてご夫妻

前後に、奥様（ナンシー夫人）と日本の春をととも堪能されました。高山・奥飛騨ではまだ雪深い日本アルプスに感嘆の声を上げ、また初めて訪れた古都奈良では東大寺などのそのスケールの大きさに感動されるとともに、卒業式当日の華やかな奈良女子大学を訪問することができ、とても喜んでおられました。我が国のがん研究やケミカルバイオロジー研究の最先端を垣間みていただくとともに、こうした「日本の姿」をみていただける機会が持て、とても意義深いものになりました。既にマーネット教授夫妻が日本を去り2ヶ月が過ぎましたが、今思い返してもマーネット教授の国際がん研究講演会をお世話できましたことは、私にとりましてとても幸運であったと心から思っております。
(うちだ こうじ)

《略歴》

- 昭和63年 名古屋大学大学院農学研究科博士課程（後期課程）修了、同年助手
- 平成8年 名古屋大学農学部助教授
- 平成10年 名古屋大学大学院生命農学研究科助教授
- 平成19年 名古屋大学大学院生命農学研究科准教授 現在に至る。

この間、平成2年～平成4年米国 NIH客員研究員、平成15年～平成18年名古屋大学高等研究院助教授（兼任）。



変革するがん看護 Part II

～がん患者の療養生活の質向上～

第9回 国際がん看護セミナー代表
国立看護大学校 教授

久部 洋子

(前国立がんセンター東病院看護部長)



右から、フローレス（スペイン）、ハイチャー（カナダ）、アンダーソン（英国）の各スピーカー

今回“変革するがん看護Part II”「がん患者の療養生活の質向上」と題しセミナーを開催しました。基調講演では「サバイバーシップ」をテーマに講演をお願いしました。サバイバーシップとはがんと共生し克服し、それとともに生き抜いていくという経験であり、生きるためのプロセスであると定義されています。私はあえて家族に視点をおき、家族もがんと共に生き抜く体験をする存在と考え、このテーマとしました。また、家族支援に対するアプローチ、諸外国の地域緩和ケアプログラム、これからのがん医療を担う看護師の役割と専門性をテーマにセッションができましたので、ご報告いたします。

〈基調講演〉

「がん患者の家族のサバイバーシップ」

ローレル・ノートハウス（アメリカ）

1. 家族の重要性

米国の全国調査では病気の人々の第一介護者は家族であり、女性である。介護負担のレベルからみて、がん患者の介護負担は大きい。さまざまなタイプの介護者がおり、8歳から18歳の140万人も親の介護をしている。

2. 家族を支援する理由

がんの影響は患者から家族へと広がる。家族は情報と支援を必要とし、援助がなければ、家族の健康が損なわれる可能性がある。抑うつにある家族は患者の介護が困難になる。

3. がんが家族に与える影響

①感情面

感情調整にかかわる研究で、乳がん女性患者の夫は良性腫瘍の女性患者の夫に比べて、はるかに高い感情的問題を抱えている。他に研究からがん患者とパートナーの間には相互に影響を与えていることがわかり、男性に比べて女性患者も女性

介護者も抑うつが多い。家族に対して感情面の影響が及ぶ期間は、診断後12～24ヶ月続く。さらに病気のストレスは子供に反映し、子供の反応は発達段階で異なるが、思春期の子供は感情面での困難を経験するリスクが大きいことが報告されている。

②社会面

夫婦関係に関する研究が大半で、がんは離婚の根拠にはならないが、注意点は患者またはそのパートナーのうつは夫婦関係にマイナスの影響を与える。

③身体面

家族の身体的健康は一般に患者の診断時には正常であるが、患者のがんの進行に伴い、家族の身体的問題が増え、疲労と睡眠障害が非常に多い。介護と死亡率の研究で、健康な人の配偶者より介護の負担感のある配偶者は死亡する確率が高いといわれている。

④スピリチュアル

なぜがんになったのかと疑問をもち、家族は病気の意味や目的を見つけようとする。家族は仕事を減らし、家族と過ごす時間を増やして自分の優先順位をかえる。

4. リスクのある家族

家族の2～3割は長期的問題を抱え、そのうちの2割の家族は臨床的うつ病のリスクがある。介入を行われなければ、問題は持続する可能性がある。早期介入が重要である。

5. 介入プログラムFOCUS

家族介入（FOCUSプログラム）が患者と介護者の転帰に与える影響についての調査を報告する。対照群には標準ケア、実験群に標準ケアとFOCUSプログラムを組み合わせた。家庭訪問と電話で3ヶ月間介入し1年評価した。

Family Involvement (F): 家族のかかわり

- ・オープンなコミュニケーションの推進
- ・相互支援とチームワークの奨励
- ・家族の長所の明確化
- ・家族内の子供のコーピングの支援

Optimistic Attitude (O): 楽観的態度

- ・楽観的思考の奨励
- ・恐怖や否定的思考の共有

- ・希望の維持

Coping Effectiveness (C): コーピングの有効性

- ・ストレスに対するコーピングの支援
- ・健康的なライフスタイル行動の奨励
- ・介護者が病気の負担を管理できるよう支援

Uncertainty Reduction (U): 不確実性の軽減

- ・治療や薬に関する情報提供
- ・専門家や他者からの情報の入手方法を指導
- ・不確実さをもって生きることの支援

Symptom Management (S): 症状管理

- ・患者と介護者における症状のアセスメント
- ・セルフケアの戦略の指導

研究の結果

患者は不確実さの軽減、コミュニケーションの向上がみられた。配偶者にとっては、否定的評価の減少、絶望感の減少、不確実さの低減、自己効力感の増大、コミュニケーションの向上、生活の質の向上と特に配偶者にとって有用であった。

現在進行中及び将来の研究

400名の進行肺・大腸・乳腺または前立腺がんの患者とその介護者を対象に、短期プログラムと長期プログラムの介入を行い、2つのプログラムの効果とコストを比較する研究である。

また将来の研究として、ウェブベースのプログラムを用いた家族支援を検討している。このプログラムは低いコストで多くの人に届けられる。

〈セッション1〉

がん患者・家族を支援するための看護師の役割

在宅でのがん患者・家族が抱える諸問題

中山 康子（日本）

医師からの詳しい病状説明の深さがご本人と家族で異なる

医師が病状を伝える、あるいは急変する可能性の症状を伝えた時に、ナースの立場からご家族にそのときの具体的な対処法を伝える。

介護力不足

症状管理について、退院時のナースから継続して在宅訪問看護師もサポートしていく。また症状緩和が必要な患者に対して、介護保険施設が対応

できることが求められている。

病状の対処方法が分からず戸惑う家族

外来通院中のサポート、早期からの訪問看護の導入がシステムとして進んでいかなければならない。

介護疲れ

家族が介護にて心身の疲労を募らせて、家族自身の持病が悪化していく。在宅療養が長期化した場合、長生きしてもらっている喜びといつまでこの介護が続くのだろうかというアンビバレントな感情が湧くこともあり、その気持ちに罪悪感を抱く。

看取りの不安

死を自然な経過として受けとめきれない家族の状況も問題である。

家族がご自分の感情を表現する場

家族がご自分の悲しみや怒り、泣きたい気持ちを自由にだせるスペース、家族が自分の気持ちを吐露するしくみを推進していく必要がある。

家族の中のコミュニケーション

状況を判断して訪問看護師など第三者が良好な家族関係をもたらすよう支援する必要がある。

家族がスピリチュアルな課題に気がつく

自分の人生を振り返って患者と同じようにご家族も自分の生きてきた生活、プロセスを振り返ることが在宅療養期間中におこる。その答えを患者および家族自身が見出せるようにカウンセ

リング的なかかわりが必要である。

遺族となって

後悔がないように療養中から家族の希望あるいは思いを確認しながら、支援する必要がある。

私たち看護師は、特に家族の関係性、個々の家族員の力量、家族全体の力量でアセスメントしながら自宅療養中に出会う進行がんの患者を看ている課題をひとつひとつ家族が乗り越えていかれるようにサポートをすることが求められる。早期から訪問看護が導入されると、ナースの力を発揮できる。

緩和ケアをすすめた時の家族支援と看護師の役割

秋山 正子（日本）

1. 張りつめた家族の思いを軽減

病名告知、治療選択、予後告知、などの場面で、家族の思いをキャッチし、調整してカウンセリング効果を発揮するのが看護師の役割である。

2. 看護師の役割

緩和医療への切り替えにはとてもエネルギーが必要で、受け入れるには寄り添うしかないが、患者と家族は、臨死期が近いことを病院から知らされていないため、残された時間を察知して心の準備をすることもできない。一般病院、ホスピス緩和ケア病棟、地域・在宅機能が分断され連携が取れていないためにおこる。誰が一人のがん患者全体像を見るのかは看護師の課題である。



米国、オーストラリア、英国、カナダ、スペインの各スピーカーとの熱心な討論会場

高齢者本人の「死」に対する考え方・とらえ方が大前提だが、日頃から話し合っていることが少なくなってきた。またいつまでも死なない幻想を抱く子供の世代の考え方に影響を受けることがある。地域で家族に死に行く人を理解する場が必要であるがそれを調整するのは看護師の役割である。

また認知症があるためにPCUは面接すら困難、療養型も麻薬使用でしづる。そのような状況のうちに家族が在宅医療の準備を進める途中で患者が亡くなる。家族は連れて帰るために努力してきたことで気持ちが救われるが、認知症、麻薬使用に対応できる看護師の技量が課題である。

家族関係の再構築を支援したり、グリーフケアが必要な家族に、思いを表出させ乗り越える手助けを行うことも看護師の役割である。

3. つなぐ・つくる・つむぐ

いろいろな医療機関や地域をつないで、関係をつくる。紡いでいくネットワークづくりが大事な作業であり、看護に課せられた課題ではないか。地域がつながっていく、病院と在宅がつながっていくと引き受けられる人が多くなっていく。

家族（遺族を含む）支援における課題

サラ・フレミング（オーストラリア）

がんの診断をうけた時まるで石を投げ入れたように、パートナー、子供、親、兄弟、友人、同僚、地域、介護者へと波紋が広がる。

1. 家族が患者に注意を向けることによって発生するプレッシャー

自分自身や自分のニーズに注意を向けなくなり、皆が患者のことばかり考えて、自分の健康状態、問題はなおざりにする。関係性に注意を向けなくなり、家族間のコミュニケーションが減り、自分たちのことを考える時間がなくなり、簡単な交流もなくなり、疲労感が大きくなって身体的、感情的疲弊する。

家族の概念や期待が変化し、自分以外の人をサポートするために、自分の感情を抑え込み、外部の支援に頼る事が自尊心を傷つける。

2. 家族にとっての意味合い

- ・安心感
- ・一体感

- ・信頼感
- ・素晴らしいコミュニケーション

3. 支援の手

コーピング能力、対処の仕方、感情の取扱方を使えばいい転機が得られ、うまくコーピングすると行動が変わり、亡くなった時でも状況が違うことをポジティブに伝える。

1) コミュニケーションと情報

敬意を払って十分な傾聴、新しい情報を与える。クリエイティブに対応する。

2) ケアの支援

受身的なアイデアでなく積極的な支援を行う。

3) 正常とアイデンティティ

- ・経験や気持ちを大切に
- ・ピアサポートへ紹介し、感情表現する
- ・休憩をとることの奨励“余暇を楽しむ”
- ・レスパイトの手配

「あなたの状況で今のようなことを感じることは正常なこと・・・他の人たちは・・・が役立つと言ってます。」と伝える。

4) 支持的肯定

- ・介護の役割をほめる
- ・良い変化への可能性を伝える
- ・成長を認める
- ・自己を豊かにする経験を高める
- ・患者へ利益を与える

「…なさる時のあなたはすばらしい」と言う。

5) 自己表現の励まし

- ・活動に価値を置く
- ・自分の気持ちやニーズを正当と認める。
- ・支援を求めることを奨励する
- ・一度にではなく、1日ずつ
- ・個人的なはげ口や活動を見つける
- ・初歩的な感情教育

「あなたは大事、私たちはあなたにこれを乗り越えてほしい」と伝える。

4. なぜ家族を支援するのか

「患者が病気の間には家族へのケアをしなければ、いずれは彼らが私たちの患者になるだろう」と言われている。私たちは看護師であり、苦しみをケアするのが私たちの仕事だからと、正しい態度を持っていればいろいろな機会を持つことができ、

一人に一言でも状況は変わることもある。

〈セッション 2〉

諸外国の地域緩和ケア

地域緩和ケア：スペインからの報告

ルイス・アルベルト・フローレス（スペイン）

1. 緩和ケアの資源

1) 特異的

緩和ケアの原則に基づいて終末期の患者とその家族を対象とした完全なまたは、基本的な活動を伴う資源

2) 非特異的

パリアティブケアの哲学に基づいて終末期の患者を支援するが、それが活動の50%未満である活動を伴う資源

2. 特異的資源

1) 病院

- ・緩和ケア病棟
- ・サポートチーム
- ・ボランティアなどのサポートチーム

2) 地域

- ・スペイン対がん協会の在宅ケアチーム

- ・カタロニア在宅ケアチームPADES
- ・在宅ケア支援チームESAD
- ・民間在宅ケアチーム

3) 混合型

病院での活動(専用ベットがある場合とない場合がある)を有する地域での緩和ケアチーム

- ・地域緩和ケアプログラム（エクストレマジュラ、アンダルシア、ガリシア）

3. 資源の明確化（図1参照）

4. 情報源は緩和ケア地域から

2008年地域資源51% 病院資源43% 混合型資源5% その他1%

重要なことは緩和ケアを必要とするすべての人がカバーできることである。2004年26% 2008年24%

毎年改善することを期待している

イギリスからの報告－マギーセンター

アンドリュー・アンダーソン（イギリス）

がんを超えた生活の構築

1. 支持的ケアの構造

英国は昔からホスピスがかかわってきた。プライマリーケアから病院ベースの二次ケアへ、さら

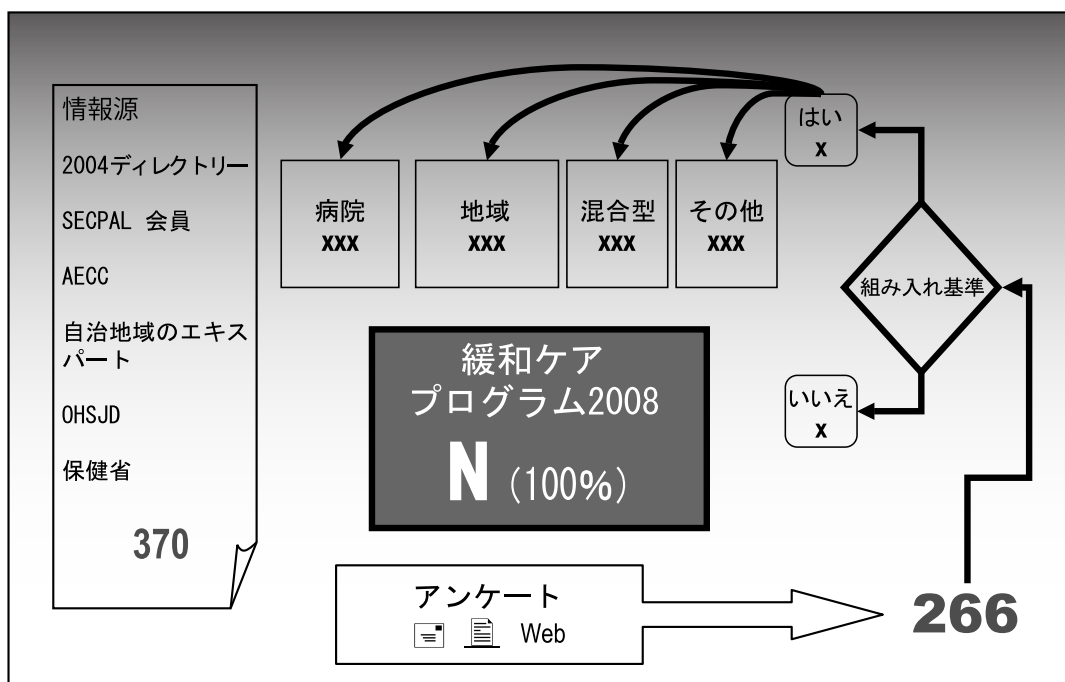


図1:資源の明確化

にホスピスベースの三次ケアの病院へとシステムが統合された。早い段階から三次ケアからの紹介が促進されていて、早い時期からの評価があればより長いサポートができる。

2. マギーズセンター

さまざまな癌腫や病期の影響を受けている人に情報や支援サービスを提供する。科学的根拠に基づくプログラムは、潜んでいる感情（統制感の喪失、絶望と無力感、孤独）に対応するようデザインされている。

3. マギーズのプログラム

コーピング戦略を提供してなるだけ健康的に調整できるようにする。

①情報と支援のプログラム②リラクゼーションとストレス管理のプログラム③心理的支援のプログラム

4. センターの役割は複雑な問題を支援する

- ・がんの後遺症を持って生きる
機能的・感情的問題と対話を続ける
- ・結果についての感情の表現
- ・自己、身体、不確かさをもって生きることへの自信を取り戻す・性的問題と妊娠について専門家へ紹介
- ・家庭内のコミュニケーションと関係性のためキッズデイを作る
- ・仕事への復帰
- ・希望を持って生きる

5. 家族の視点からのがんサバイバーシップ

上記のすべての問題

喪失と死別への支援

これを促進するには

継続的でオープンエンドで時間制限のない無料の支援

- ・病院の近くで予約なしの訪問
- ・夫婦・家族への個別ワーク
- ・ディスカッション等のグループ活動
- ・教育プログラムのコース
- ・ワークショップ
- ・新しい治療等の講義
- ・福祉給付などの実際的支援
- ・他への紹介業務
環境（家庭的な家、病院、刺激を与える美術館、

内省できる協会）である。

カナダからの報告－地域緩和ケアプログラム

デニー・ハイチャー（カナダ）

地域緩和ケアプログラム Regional Palliative Care Program (RPCP)

RPCPの使命 “Improving the Quality of Living and Dying”

1. 地域緩和ケアプログラムの構造(図2参照)

地域オフィスが、プログラム調整、基準の開発を行い、実行は実線の地域コンサルテーションチームが行い、行政からのサポートがあり、バランススコアシートで結果を示し、上級行政官地域ケアサービスと医療部長プライマリーケアに報告する。点線の病院と連携をとるが報告はない。

2. サービス提供の統合

一次ケアは家庭医、地域の病院、2次ケアは地域コンサルテーションチーム、長期療養病院、ホスピスで、三次ケアは緩和ケア病棟（ICU）である。

- ・入手情報の集中化、地域ケアアクセスを通じた紹介と受け入れ
- ・窓口の一本化とホスピス利用のためのケースマネージメント
- ・緩和医療部門が緩和ケア医の活動と教育のコーディネートをを行う
- ・緩和ケアのコンサルテーションへの週24時間のアクセス

統合されたデータ収集と管理

- ・多くの学問領域にわたる教育

3. RPCP臨床統合

- ・リスクのある人にターゲットを絞ることは緊急対応も含まれるすべての紹介に対して24時間以内にコンタクトをとるのが標準
- ・緩和ホスピスへの入所基準
- ・緩和ケアコンサルタントへの紹介ガイドライン
- ・共通の臨床ツール
- ・臨床への出版物

4. 現在のイニシアチブ

- ・死の近い人へのケアの質の決定（終末期パスウェイ）
- ・データの質と健全化の強化

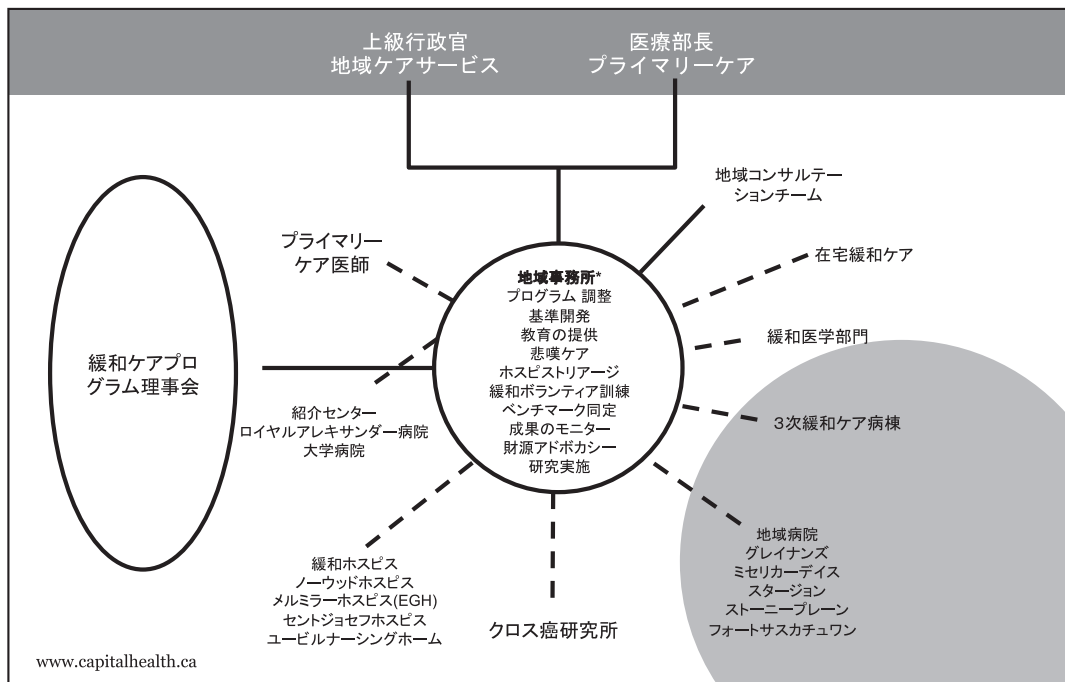


図2:地域緩和ケアプログラム(RPPC)構造

- ・家族にもかかわる上級ケアプランニングイニシアチブ
 - ・遺族へのサポートを提供するために複数のサービス領域と地域の能力の向上
5. 革新と技術
- ・遠隔医療のコンサルテーション
 - ・作業負荷の量的測定
 - ・ケアのアセスメント、記録ならびにデータ収集の要点
 - ・遠隔医療やシミュレーションなどの教育様式の探索

〈セッション3〉

がん看護の変革を目指して

米国におけるナースプラクティショナーの活動とその評価：自身の経験を通して

塚本 容子（日本）

APN(Advance Practice Nurses)

上級実践看護師の4つの職種

- ・Nurse Practitioner（看護治療師）
- ・Nurse Anesthetist（看護麻酔師）
- ・Nurse Midwife（助産師）

・Clinical Nurse Specialist（専門看護師）

NPとは何か？何をする人か？

大学院修士課程で教育を受けた者で、与えられた権限のなかで、臨床的決定、臨床的治療を行う。医療的診断を行うために、患者の既往歴・フィジカルアセスメントを行い、また必要な検査をオーダーできる。患者教育、カウンセリングを行い、ウエルネスのプロモーション、疾病や怪我の予防を行うとともに、他のヘルスケアのチームメンバーと協働しながら活動する。また、研究、教育、患者のためにアドボカシー活動を行う。

NP制度までの道のり

CNSより後にできた役割で、1960,1970年代の家庭医不足の背景に、1965年にコロラド州立大学で初めての小児ナースプラクティショナープログラムが開講した。現状としては、地域の健康児・病児クリニックでの75%はアセスメント・管理ができてきた。

看護界もNPに対して反対していた。看護師が看護から医学に目を向けてしまうのではないかと、また看護の専門性が失われるのではと危惧していた。しかし、NP教育を看護修士レベルとすることで、看護教育者、リーダーからのサポートが受

けられるようになった。

医学界では、1980年2人NPが医師の免許がないのに、医学的治療を行ったと訴えられた状況にあった。しかし、患者からの評価があり、NPの活動が認められる形で決着がついた。

さらに、医療過誤保険について、保険会社がNPはカバーしないと決定し、問題となった。しかし、NP協会と話し合うことで決着がつき、きちんと診療報酬のために記録を書くことを守るように指導があった。

NP活動のアウトカム評価

- NPが提供したケアの方が、患者の満足度が高く、NPが提供するケアと医師が提供するケアでは、患者の健康状態やQOLに違いはなかった。
- NPの方が患者とコミュニケーションがより効果的で、患者の異常や変化にNPの方がよく気がついた。
- NPの方がカルテに観察事項などが細かく記入していた。
- レントゲンのオーダーや解釈は、NP,医師も同程度のレベルであり、検査結果の活用は、NP・医師も同等であった。
- NPの方が患者に対してより長い時間を費やし、患者は自身の疾患に関してより多くの情報をNPより得たと感じている。

豪州におけるNPの教育プロセスと将来の役割

サラ・フレミング（オーストラリア）

ナースプラクティショナーとは

専門的な知識ベース、複雑な意思決定のスキル並びに幅広い実践のための臨床能力を持つ看護師であり、その特性は本人が資格を有している国により異なる。ナースプラクティショナーになる段階で修士号を有していることが奨励される。

能力特性

能力特性として、創造性、自分のスキルや能力への自信、決意があり、成果に焦点をあてる、クリティカル視点での検討に基づく判断、高度の知識とスキル、不確実性への対応とリスク管理、コミュニケーションがある。

拡大臨床実践

拡大臨床実践として、アセスメントスキル、調

査（放射線の読影、病理オーダー）、タスク（死亡確認、ナースによる入院、転院紹介）、スキル（挿管、生検、結腸内視鏡などの検査診断）があげられる。そのため、臨床訓練、薬理学、研究、科学的根拠に基づく実践、専門実践について学ぶ。

どのようにしてなるか

- 自分の特別な領域、専門領域を見つける
- 役割開発のため経営管理者とパートナーを組む
- 候補ポストの設定
- 勉強のための資金を確立
- 修士課程に登録
- よいメンターの協力を得る
- 拡大実践の根拠を準備する
- 大きなサポートチームを構成する
- ビジョンを持ち続ける

「頭の中で土を起こしても、畑を耕すことはできない。」

おわりに

がん患者の家族のがんと共に生きる体験に寄り添うためのアプローチ、看護師の役割と専門性について活発な討議が行われました。私自身明日からの実践にパワーをいただきました。昨年から継続してきたテーマ「がん看護の変革」とは、がん患者・家族の全体像を把握できる医学的知識および判断力、医療従事者の中でも高い調整能力をもった看護師が、がん患者・家族の療養生活の向上のために、わが国の地域緩和支援プログラムの構築に能力を発揮することと考えます。

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。

(ひさべ ようこ)

◆第9回国際がん看護セミナー◆

変革するがん看護 Part II

～がん患者の療養生活の質向上～

第1日目 11月28日(金)

開 会

総合司会 鎌田 良子 (国立がんセンター東病院)
開会の辞 北井 暁子 財団法人がん研究振興財団
セミナー代表挨拶
久部 洋子
国立看護大学校(前国立がんセンター東病院)

基調講演

座 長 遠藤 恵美子 (武蔵野大学)
●がん患者の家族のサバイバーシップ
Laurel NORTHOUSE
University of Michigan School of Nursing,
U.S.A

ディスカッション

セッション I

がん患者・家族を支援するための看護師の役割

座 長 中山 康子
(NPO在宅緩和ケア支援センター“虹”)
丸口 ミサエ (国立がんセンター中央病院)

●在宅ケアでのがん患者・家族が抱える諸問題

中山 康子
NPO在宅緩和ケア支援センター“虹”

●緩和ケアをすすめたときの家族支援と看護師の役割

秋山 正子 白十字訪問看護ステーション

●家族(遺族を含む)支援における課題

Sara FLEMING
Children, Youth and Women's Health
Service, Australia

ディスカッション

第2日目 11月29日(土)

セッション II

諸外国の地域緩和ケア

座 長 高橋 美賀子 (聖路加国際病院)
久部 洋子
(国立看護大学校(前国立がんセンター東病院))

●地域緩和ケア：スペインからの報告

Luis Alberto FLORES
Spanish Society of Palliative Care, Spain

●イギリスからの報告

Andrew ANDERSON
Maggie's Edinburgh, U.K.

●カナダからの報告—地域緩和ケアプログラム

Dennie HYCHA
Alberta Health Services - Capital Health,
Canada

ディスカッション

セッション III

がん看護の変革を目指して

座 長 佐藤 禮子 (兵庫医療大学)

●米国におけるナースプラクティショナーの活動とその評価：自身の経験を通して

塚本 容子 北海道医療大学

●オーストラリアにおけるナースプラクティショナーの教育プロセスと将来の役割

Sara FLEMING
Children, Youth and Women's Health
Service, Australia

ディスカッション

閉会の辞 丸口 ミサエ 国立がんセンター中央病院

「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、今年度で6年目をむかえます。

〈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。

がん研究振興財団は、「第3次対がん10か年総合戦略」の一翼を担い、以下の支援事業に積極的に取り組んでいます。

- (1) 外国人研究者招へい事業
- (2) 日本人研究者海外派遣事業
- (3) 若手研究者育成活用事業
- (4) 研究支援者活用事業
- (5) 研究成果等普及啓発事業



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	2007	2008	小計	計
アメリカ	141	95	7	4	3	8	4	26	262
韓国	35	39	2	4	2	1	4	13	87
イギリス	26	34	3	3	3	1	—	10	70
ドイツ	35	13	2	—	2	1	1	6	54
フランス	26	18	—	—	—	1	—	1	45
イタリア	19	15	1	—	—	—	—	1	35
タイ	10	3	—	3	7	2	1	13	26
中国	—	5	2	3	2	2	6	15	20
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	2	1	6	18
オランダ	3	11	—	—	—	—	—	—	14
カナダ	7	6	—	—	—	—	—	—	13
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	—	—	—	—	1	1	5
モンゴル	—	2	1	—	1	—	—	2	4
ウクライナ	—	1	1	—	1	1	—	3	4
バングラディッシュ	—	—	1	—	1	1	1	4	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
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
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
ネパール	—	—	—	—	—	—	1	1	1
インドネシア	—	—	—	—	—	—	1	1	1
計	351	280	25	22	30	20	21	118	749

(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	2007	2008	小計	計
アメリカ	197	151	24	16	11	8	11	70	418
韓国	—	39	7	—	5	—	6	18	57
フランス	14	33	2	3	—	—	—	5	52
イギリス	14	27	1	1	4	—	1	7	48
ドイツ	11	19	1	4	—	2	10	17	47
中国	—	—	7	—	2	9	8	26	26
オランダ	11	9	—	1	—	—	—	1	21
イタリア	4	10	2	3	—	1	—	6	20
オーストラリア	1	18	—	—	—	—	—	—	19
カナダ	6	4	1	1	—	1	—	3	13
ベトナム	—	8	4	—	—	—	—	4	12
タイ	7	2	—	—	1	—	1	2	11
ベルギー	1	8	—	—	—	—	—	—	9
スイス	3	4	—	1	—	—	—	1	8
モンゴル	—	—	—	—	4	4	—	8	8
スウェーデン	5	2	—	—	—	—	—	—	7
チェコ共和国	—	1	5	—	1	—	—	6	7
インド	—	2	—	—	—	—	3	3	5
コロンビア	—	3	1	—	—	—	—	1	4
ロシア	—	4	—	—	—	—	—	—	4
スペイン	—	1	—	2	—	1	—	3	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
ニュージーランド	—	3	—	—	—	—	—	—	3
ブラジル	2	—	—	—	—	1	—	1	3
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
計	280	356	59	33	28	27	40	187	823

(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	2007	2008	小計	計
医学	345	586	59	57	51	54	38	259	1,190
歯学	9	23	4	2	3	2	4	15	47
理学	36	25	8	8	4	5	9	34	95
薬学	44	49	5	6	7	8	10	36	129
農学	19	19	4	6	5	8	9	32	70
その他	—	51	8	13	15	16	22	74	125
計	453	753	88	92	85	93	92	450	1,656

(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	2007	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	1	3	17
計	42	25	—	1	1	1	3	70

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 (財)JKA競輪補助事業



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 —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)
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)
21	2007	最近の放射線腫瘍学：技術の進歩と臨床導入への研究	150(" 10)

●がん予防展・がん講演会

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
2007	札幌市等12会場	122,840
2008	鹿児島市等12会場	83,050※(1)※(2)

※(1) がん予防展

開催地	日数	入場者数
船橋市	2	20,000
甲府市	1	4,000
岡崎市	2	2,000
松山市	2	3,500
福岡市	1	1,500
鹿児島市	3	50,000
計		81,000

※(2) がん講演会

開催地	人数	講演者	講演タイトル
千葉市	700	橋本秀行 (財)ちば県民保健予防財団 診療部長	「知ってください、乳がん検診の大切さ—笑顔でいるために」
		山田邦子 タレント	「ワハハでいこう！」
甲府市	300	竜 崇正 千葉県がんセンター長	「がんから身を護るために」
		飯田龍一 社会保険山梨病院長	「山梨県に多い肝がん—肝がん登録と現状」
		井上慎吾 山梨大学附属病院 第一外科助教	「知っておきたい乳がんの知識」
名古屋市	500	富永祐民 愛知県がんセンター 名誉総長	「がんは早く見つけて、早く治す」
		大矢早苗 社会保険中京病院 地域医療連携・相談室	患者の目線で考える、がんとの向き合い方
		花井美紀 特定非営利活動法人 ミーネット 代表理事	
		寺田佐代子 がん患者会わかば会 代表	
松山市	100	青儀健二郎 四国がんセンター 乳腺科	「乳がん治療の最前線」
		大原まゆ がん患者	フリートーク
福岡市	250	横田昌樹 九州がんセンター 消化器・肝臓内科部長	「意外に女性の肝臓がんも多いんです」
		田中千晶 田中病院 副院長	「乳がん検診に行きましょう」
		大野真司 九州がんセンター 乳腺外科部長	「あなたとあなたの家族を守るために」
鹿児島市	200	大空眞弓 女優	「出逢いめぐり逢い」
		瀬戸山史郎 (財)鹿児島県民総合保健センター 副理事長	「受けて安心がん検診 学んで実行がん予防」

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
1984～1994	ポール・A・マークス博士(アメリカ) 他38氏	延べ77会場
1995	○ポール・A・マークス博士(アメリカ)	埼玉、東京
	○ロジャー・ワイル博士(スイス)	東京、奈良
	○デビット・シドランスキー博士(アメリカ)	東京、名古屋
1996	○ジョン・C・ベイラー博士(アメリカ)	東京、大阪
	○グスタフ・ノッサル博士(オーストラリア)	東京、京都
	○カリ・アリタロ博士(フィンランド)	東京、金沢
1997	○ジョセフ・F・フラウメニJr. 博士(アメリカ)	東京、浜松
	○マンフレッド・F・ラジェウスキー博士(ドイツ)	東京、福岡
	○カーティス・C・ハリス博士(アメリカ)	東京、千葉
1998	○ピーター・A・ジョーンズ博士(アメリカ)	茨城、東京
	○テランス・H・ラビッツ博士(イギリス)	京都、東京
	○ジョージ・S・ベイリー博士(アメリカ)	東京、岐阜
1999	○ポール・A・マークス博士(アメリカ)	埼玉、東京
	○ヘルムット・バーチ博士(ドイツ)	埼玉、東京
	○ゾアン・ユーホイ博士(中国)	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・シブレイ博士(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)	東京、静岡
	○スーザン・バンド・ホーウィッツ博士(アメリカ)	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)	東京、東京
2007	○カルロ・クローチェ博士(アメリカ)	東京、京都
2008	○ローレンス・マーネット博士(アメリカ) 米国ヴァンダービルト大学教授 「脂質およびDNAの過酸化物質による内因性DNA損傷の 生物化学」	国際研究交流会館 名古屋大学野依記念学術交流館
小計	31名	
計	68名	

4 広報活動事業(財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。

●「対がん10カ年総合戦略」実績

(広報資料配付数：476万部)

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

●「がん克服新10か年戦略」実績

(広報資料配付数：553万部)

年度	事業内容
1994～2003	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、肺がん篇、胃がん篇)、カレンダー、ポスター(がん克服戦略PR用、禁煙指導用)がんの統計等の作成・配布ほか

●「第3次対がん10か年総合戦略」実績

(広報資料配付数：751万部)

年度	事業内容
2004～2008	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、12カ条カレンダー、がんとどう付き合うか(乳がん・肝がん・大腸がん・外来抗がん剤治療・子宮がん・前立腺がん・放射線療法・がんと食事・卵巣がん・食道がん・膵臓がん・緩和ケア・がんのおはなし・がんと暮らし)の作成・配布ほか



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 Part II	約200人
2007 (第8回)	変革するがん看護	約200人
2008 (第9回)	変革するがん看護 Part 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) ベス 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、バ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
平成19年度	(1)看護部門	5名 (米国)メモリアルスローンケタリングがんセンター、メイヨーメディカルセンター テキサス大学MDアンダーソンがんセンター ほか (カナダ)アルバータ大学 ほか
	(2)薬剤部門	6名 (米国)メモリアルスローンケタリングがんセンター/H.Lee Moffittがんセンター、メイヨークリニック・City of Hopeがんセンター、テキサス大学MDアンダーソンがんセンター、ユタ大学病院薬剤部/American Society of Health-System Pharmacists
	(3)放射線部門	7名 (米国)フロリダ大学医学部/核科学シンポジウムと医学画像会議、米国放射線腫瘍学会/カリフォルニア大学ロサンゼルス校・サンフランシスコ校、シカゴ大学カートロスマン放射線像研究所/北米放射線学会、シカゴ大学放射線科乳腺診断部門、スタンフォード大学メディカルセンター及びがんセンター、シアトルキャンサーケアアライアンス/第9回プレストイメーjingとインターベンション年次総会
	(4)ソーシャルワーカー部門	1名 (米国)テキサス大学MDアンダーソンがんセンター ほか (カナダ)アルバータ大学 ほか
平成20年度	(1)看護部門	4名 (英国)ノースロンドンホスピス (米国)メイヨーメディカルセンター、テキサス大学MDアンダーソンがんセンター
	(2)薬剤部門	5名 (英国)Bioreliance社Toddキャンパス (オランダ)オランダがん研究所/第9回国際中皮腫専門家会議 (米国)テキサス大学MDアンダーソンがんセンター/テキサスメディカルセンター、H.Lee Moffittがんセンター
	(3)放射線部門	4名 (米国)北米放射線学会 (RSNA)/Fletcher Allen Healthcare、シカゴ大学病院放射線科、テキサス大学MDアンダーソンがんセンター (ドイツ)エルランゲン大学

第41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41回贈呈式を平成21年3月16日に挙行、次の一般課題24名・特定課題3名・ラン・フォー・ホープ記念課題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: 1課題120万円 24名）

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
赤座 英之	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻 腎泌尿器科学・男性 機能学分野 泌尿器外科 教授	前立腺がんの化学予防に関する研究
赤塚 美樹	愛知県がんセンター研究所 腫瘍免疫学部 腫瘍免疫学研究室 室長	白血病に対する同種造血細胞移植後の免疫反応の標的抗原の解析
阿久津泰典	千葉大学大学院 医学研究院 先端応用外科 助教	食道癌に対する放射線増感剤としてギメラシル併用の有効性に関する研究
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	「Food-borne carcinogenによる細胞内増殖ストレスとその解除」に関する研究
大池 正宏	九州大学大学院 医学研究院 生体情報薬理学分野 准教授	血管内皮に由来する癌転移促進蛋白の研究
小尾俊太郎	財団法人佐々木研究所 附属杏雲堂病院 肝臓科 部長	高度進行肝癌に対するインターフェロン併用5FU動注化学療法
加賀美芳和	国立がんセンター中央病院 放射線治療部 腹部放射線治療室 医長	0、I、II期乳がんでの乳房温存療法における加速乳房部分放射線治療の安全性と有効性についての研究
金子 和弘	国立がんセンター東病院 内視鏡部 消化器内科 医長	セラミックスナノ粒子を用いた蛍光抗体イメージング技術の確立と消化管癌の超早期診断および治療システムの開発に関する研究
幸谷 愛	東京大学医科学研究所 先端医療研究センター 分子療法分野/ 血液腫瘍内科 助教	フィラデルフィア染色体転座陽性 (Ph1+) 急性リンパ性白血病(ALL)における薬剤耐性、Imatinib耐性獲得機構におけるAIDの関与
全田 貞幹	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 粒子線医学開発部 照射技術開発室 医師	皮膚炎管理プログラムを用いた頭頸部放射線治療患者管理前向き介入試験
豊嶋 崇徳	九州大学医学部 附属病院 遺伝子細胞療法部 准教授	同種造血細胞移植における抗腫瘍効果減弱のメカニズムとその増強の試み
寺内 隆司	国立がんセンター がん予防・検診研究センター 検診開発研究部 特殊検診室 室長	PETがん検診の精度評価および総合がん検診としてのPETがん検診の最適化モデル構築に関する研究
徳丸 裕	独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 耳鼻咽喉科 医長	頭頸部がんに対するヒト乳頭腫ウイルス感染を指標にした機能温存治療法の確立に関する研究
飛内 賢正	国立がんセンター 中央病院 第一領域外来部 部長	難治性リンパ系腫瘍に対する新規抗体療法の確立

(一般課題: 1課題120万円 24名)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
中 紀文	大阪府立成人病センター 整形外科 副部長	骨膜肉腫特異的融合遺伝子SS18-SSXを用いた新しい肉腫治療の開発に関する研究
名取 健	財団法人癌研究会 有明病院 消化器外科 医師	大腸癌の異時性肝転移に関連する網羅的遺伝子発現解析
西尾 禎治	国立がんセンター 東病院 臨床開発センター 粒子線医学開発部 粒子線生物学室 室長	治療用放射線照射によって患者体内で生成されるポジトロン放出核を利用した情報因子誘発法による腫瘍の線量応答に関する研究
濱口 哲弥	国立がんセンター 中央病院 総合病棟部 17B病棟 医長	ナノテクノロジーを応用した抗がん剤内包高分子ミセルを用いたドラッグデリバリーシステム (DDS)の臨床開発のためのトランスレーショナル研究
蒔田益次郎	財団法人癌研究会 有明病院 乳腺科 医長	乳癌の乳管内視鏡診断能の向上に向けた研究
牧野 好倫	国立がんセンター中央病院 薬剤部 医薬品情報管理主任(薬剤師)	抗がん剤等の治療中の薬物血液中濃度の迅速かつ高感度な測定系の確立に関する研究
松尾恵太郎	愛知県がんセンター 研究所 疫学・予防部 がん疫学研究室 室長	アルコール脱水素酵素遺伝子群遺伝子多型の頭頸部がん、食道がん発症リスクへの影響を解明する研究
武藤 倫弘	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 室長	メタボリック症候群の病態において促進される大腸発がんの解析と大腸がん化学予防剤の開発
山口 雅之	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 機能診断開発部 機能画像室 室長	超高磁場磁気共鳴画像と組織特異的造影剤を利用した肝腫瘍に対するラジオ波焼灼術の敏速かつ正確な効果判定法の開発
山本 博幸	札幌医科大学医学部 内科学第一講座 講師	非翻訳および翻訳領域の遺伝子異常の統合的解析による消化器癌の分子病態解明と先端医療応用

(特定課題: 1課題300万円 3名)

膵臓がん [疫学(リスク・ファクター)、実験系(成因論)、予防、診断、治療、QOLなど]

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
青木 一教	国立がんセンター 研究所 がん宿主免疫研究室 室長	標的性を著しく高めた、膵臓がんに対する個別化腫瘍溶解ウイルス療法の開発
伊地知秀明	東京大学医学部 附属病院 消化器内科 助教	膵発癌モデルマウスを用いた膵癌の腫瘍微小環境を標的とする治療法の開発
大内田研宙	九州大学大学院 医学研究院 先端医療医学講座 特任助教	癌関連PSCのprospective isolationによる選択/同定と特定のPSC癌相互作用を標的とした新規膵癌治療の開発

(ラン・フォー・ホープ記念課題: 1課題120万円 1名)

骨肉腫 [疫学(リスク・ファクター)、実験系(成因論)、予防、診断、治療、QOLなど]

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
菊田 一貴	国立がんセンター 中央病院 整形外科 第40期レジデント	骨肉腫の個別化医療のためのバイオマーカー開発: イフォマイド化学療法後に根治切除を施した骨肉腫症例の治療奏効性および予後に関わる網羅的探索と臨床応用



平成20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活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。

財団法人 がん研究振興財団

平成20年度(平成20年4月1日～平成21年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
鹿児島県	APRSがんNcyMap募金	埼玉県	故 黒 瀬 俊 和様
	代表 池 上 濟 文様	東京都	黒 田 善 弘様
東京都	愛 知 和 男様	神奈川県	故 黒 田 芳 行様
東京都	青 屋 久仁恒様	東京都	故 桑 田 良 樹様
埼玉県	秋 元 君 男様	東京都	小 出 三喜男様
神奈川県	故 雨 宮 壽恵子様	東京都	国立がんセンター中央病院
島根県	庵 野 美 雄様		放射線治療部・診断部様
兵庫県	池 田 恢様	東京都	故 後藤田 紘 二様
神奈川県	伊 崎 松 枝様	東京都	小 西 庸 二様
群馬県	石 井 孝 信様	三重県	小 林 道 子様
広島県	石 井 秀 夫様	神奈川県	故 小 松 真 理様
兵庫県	故 和 泉 澄 子様		梅 津 昇 一様
	遺言執行者 弁護士 伊 東 香 保様		千代子様
東京都	株式会社オカモトアンドカンパニー		楠 本 紀 子様
	代表取締役 岡 本 幸 一様	東京都	坂 本 奈保子様
千葉県	故 押 田 信 義様	東京都	佐々木会様
神奈川県	小 原 寿 美様	東京都	佐々木 民 芳様
東京都	垣 添 忠 生様	和歌山県	故 笹 田 和 子様
福井県	筧 祐 治様	神奈川県	佐 藤 善 吉様
静岡県	故 片 岡 宏様	埼玉県	清 水 利 司様
東京都	神 谷 敏 郎様	東京都	下 田 忠 和様
東京都	菊 池 千鶴子様	神奈川県	故 杉 原 幸 子様
東京都	木 曾 安 一様	神奈川県	鈴 木 正 紀様
東京都	木 下 晴 義様	東京都	角 美奈子様
東京都	木 本 克 己様	岐阜県	高 田 美 幸様
広島県	熊 本 明 子様	東京都	高 橋 節 美様

住所	氏名	住所	氏名
埼玉県	高橋 とよ子様	東京都	故 蛭田 健三様
東京都	故 高橋 三枝子様		魚木 正様
青森県	竹内 通昭様		友子様
東京都	故 伊達 宗禮様	三重県	株式会社 ベスト様
	伊達 正子様	神奈川県	別所 祐子様
東京都	故 田中 和子様	千葉県	故 前田 浩吏様
東京都	玉川 勉様	滋賀県	故 松井 ヒサ子様
千葉県	東京海上日動火災保険(株)千葉支店様	大阪府	松原 都築様
大阪府	故 中川 博様	大阪府	故 馬淵 久義様
東京都	故 谷藤 容子様	神奈川県	宮岡 靖様
	中島 貞子様	埼玉県	宮沢 明美様
	円より子様	東京都	故 宮高 昇三様
東京都	中島 武様	千葉県	故 森迫 彰様
埼玉県	中村 尚樹様	大阪府	矢野 かほり様
千葉県	中村 一郎様	東京都	八巻 とも子様
	故 喜美子様	静岡県	山下 智教様
東京都	名久井 幸子様	東京都	故 山本 榮子様
岡山県	有限会社 ナダサキ薬局	東京都	横瀬 和雄様
	患者一同 高畑 悟様	東京都	横田 博子様
千葉県	原田 寛子様	東京都	故 吉沢 俊也様
熊本県	東 誠之様	東京都	ラン・フォー・ホープ東京2008様
神奈川県	平木 俊一様	埼玉県	故 若林 長一郎様
神奈川県	平栗 登様	千葉県	渡邊 勸智様
	故 眞紀子様	東京都	渡邊 喜枝子様
東京都	故 平林 善司様		
	平林 ヒロエ様		

～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。

- 今、叔父ががん治療中です。抗がん剤がすごく辛いそうです。もっと楽にみんなが治るよう
に研究をお願いします。 (N様)
- 年金の支給月に寄付しています。
がんの研究にお役に立てたらと思います。 (I様)
- がんを病んで10年、直腸がん大腸がん胃がん
を経て、食道がんで最期を迎えました。月1回
通院していたのに、食道がんが見つかった時、
既にリンパに転移していました。もう少し早く
判らなかつたものかと思っています。研究して
戴ければと存じます。 (M様)
- 平成19年11月30日ご逝去。享年86歳。3度
のがんと闘いを経て、がん撲滅に役立てるよ
うご寄附を遺言執行者に託された。 (S様)
- 近年がんでなくなる方が多いので、その研究
治療の一助となればと思ひまして。 (K様)
- 分子標的薬の研究費としてお役立てくださ
れば幸いです。 (O様)
- 抗がん剤治療を受け、入退院を繰り返した。
がんと共生だけれど、普通の生活が出来ると言
われて喜んでいました。抗がん剤治療は辛かつ
たけれど、我慢した甲斐があった。もっとがん
についての研究を進めてもらうよう、研究財団
に寄付をしようと話し合いました。 (H様)
- 妻が平成17年3月末に発病。約3年間の闘病
の末、去る平成20年5月29日に安らかに眠りに
つきました。つきましては、今後、子、孫の代
に向かって癌研究に役立てていただければ妻の
遺志に報いるのではと思ひ寄附させて頂きまし
た。 (S様)
- 故 佐々木仁麿様を慕って発足したゴルフ会
で、建設業をしていたので、同業の社長様がゴ
ルフコンペを開催し、がん研究の向上の一部に
お役立て頂きたく寄付します。 (S様)
- 同じ病気になられた方、またはその家族の
方々が少しでも笑顔で生活して戴けるよう
になって戴きたい。脳腫瘍等の治療開発への支援
を希望します。 (D様)
- 闘病生活中に、患者となった故人は、増加す
るがん患者さんの治療内容の充実但至少でも役
立てて欲しい。 (U様)
- 白血病という難病のため、発覚から9ヶ月と
あっという間でした。献体に協力し、この難病
が早く解明されることを強く望みます。 (H様)
- 若い人のがん撲滅研究の一助に役立てて下さ
い。 (S様)
- このたび長男が3年7ヶ月間、がんと闘い続
けましたが、力尽き40歳で亡くなりました。が
ん征圧に向けて、志の一部を寄付させて戴きま
す。 (B様)
- がんで最愛の父母を妻を子供を亡くし、人生
の悲哀に直面する全ての人々の為に一日も早く
がん撲滅を。 (Y様)
- 妹ががんで闘病中です。近くにいながら何も
できずに居りますが、がん研究の役に立てて欲
しい。年金生活している身ですので少額ですが
寄付致します。 (K様)
- 年末にしたチャリティコンサートの収益を寄
付しに来た。癌が怖い病でなくなる日が来
ますように。 (Y様)

- 入院生活が長かったため、末期になって自宅で介護しました。最期の35日間は私在家で点滴。人工肛門までその他全部やっていました。
(M様)
- 2008年3月に妻を乳がんで亡くした。1周年を迎えるので何かがん研究のお役に立てればと思います。
(K様)
- 田舎でのセカンドオピニオンは先生の気持ちを考えると非常に難しいです。僻地医療の解消・充実を願っています。
(A様)
- 最初は、胃がんで胃を全摘した後、転移し大腸がんになりました。現在は、治験に協力しています。
(T様)

100円ラーメンの寄付イベント

「仕入れが高くなってきましたので100円でイベントするのが大変になりましたが、身体が元気であるまではいつまでも続けていきたいと思っております。少ない寄付ですが私の出来る精一杯の仕事と思っております。」

～森下 延子様より



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います。

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21年5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名誉顧問)
理 事 長	幸 田 正 孝	(財団法人がん研究振興財団理事長)
専務理事	北 井 曉 子	(財団法人がん研究振興財団専務理事)
理 事	市 野 紀 生	(社団法人日本ガス協会副会長)
同	江 角 浩 安	(国立がんセンター東病院院長)
同	岡 村 正	(日本商工会議所会頭)
同	垣 添 忠 生	(国立がんセンター名誉総長)
同	勝 俣 宣 夫	(社団法人日本貿易会会長)
同	唐 澤 祥 人	(社団法人日本医師会会長)
同	古 森 重 隆	(富士フイルム株式会社代表取締役社長)
同	庄 田 隆	(日本製薬工業協会会長)
同	杉 山 清 次	(前 全国銀行協会会長)
同	高 橋 透	(元 厚生省関東信越地方医務局長)
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	中 村 邦 夫	(パナソニック株式会社代表取締役会長)
同	野間口 有	(社団法人電子情報技術産業協会副会長)
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	松 尾 憲 治	(社団法人生命保険協会会長)
同	武 藤 徹一郎	(財団法人癌研究会有明病院名誉院長)
同	宗 岡 正 二	(社団法人日本鐵鋼連盟会長)
同	森 詳 介	(関西電力株式会社代表取締役社長)
同	若 林 敬 二	(国立がんセンター研究所所長)
同	和 地 孝	(前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 (毎日新聞東京本社論説委員)
- 荒蒔康一郎 (キリンホールディングス株式会社代表取締役会長)
- 池田弘一 (アサヒビール株式会社代表取締役会長)
- 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腫瘍・免疫内科学教授)
- 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)
- 川口文夫 (中部電力株式会社代表取締役会長)
- 佐々木弥生 (財団法人ヒューマンサイエンス振興財団専務理事)
- 笹月健彦 (国立国際医療センター名誉総長)
- 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 (朝日新聞東京本社科学エディター)
- 知野恵子 (読売新聞東京本社編集委員)
- 土屋了介 (国立がんセンター中央病院院長)
- 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 (株式会社東芝取締役代表執行役社長)
- 久常節子 (社団法人日本看護協会会長)
- 平田正 (協和発酵キリン株式会社名誉相談役)
- 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相談役)
- 間塚道義 (情報通信ネットワーク産業協会会長)
- 森 治人 (オリンパス株式会社取締役専務執行役員)
- 森田清 (第一三共株式会社代表取締役会長)
- 森本昌憲 (藤田観光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)

がん研究振興財団の機関誌、「加仁」第36号をお届けいたします。ご多忙のところを、多くの方々から玉稿をいただき、厚くお礼申し上げます。

わが国のがん対策は、国においてはがん対策基本法の成立並びに各県においてはがん対策推進計画が策定され、それぞれの県ごとにがん診療連携拠点病院が数か所指定（全国375か所）され、地域の中核として専門的がん医療を推進することとなりました。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7月に就任された厚生労働省の上田博三健康局長にお願いし、「平成21年度のがん対策の動向」と題して、放射線療法等専門医師等の育成、がんに関する研究の推進等についての21年度予算237億円の内容を述べていただきました。

「随想」には、栃木県立がんセンター名誉所長小山靖夫先生に「医者と患者の関係」について患者に対し情報を把握し、気持ちが通い合える医者の必要性を述べていただきました。

「座談会」では「若手がん研究者の育成～がん研究の推進・がん撲滅に向けて～」をテーマとして、厚生労働省がん対策推進室の前田光哉室長、国立

がんセンター研究所の若林敬二所長他リサーチ・レジデントを経験された先生にご出席いただき、レジデントのあり方等についてお話をいただきました。

「冬瓜の記」では、藤原京子様からがん医療サポートチームの活動の思い出と、今はがんと隣り合わせで生きるをご寄稿いただきました。

「仲間（活動紹介）」では、県立静岡がんセンター緩和医療科部長安達勇先生より30年間のがんセンター魂の足跡、患者中心のがん医療のあり方について、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、阪本良弘、二瓶圭二、大喜多肇の先生方から海外研修報告をいただきました。

そのほか、「第9回国際がん看護セミナー」では久部洋子先生に、「第68回国際がん研究講演会」では戸塚ゆ加里先生、内田浩二先生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、心から感謝申し上げます。

(K・W記)

加 仁 第36号 2009

平成21年6月発行

編 集 代表 幸 田 正 孝

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21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 新潟市中央区川岸町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)

より良い明日のために。宝くじは、大当たりのときめきとともに
収益金による街づくりを通じて皆さまの暮らしを応援しています。

宝くじ♪ ステキな未来を築く夢。



(この遊具【ひこっこジャングル】(熊本市坪井川緑地公園内)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.jla-takarakuji.or.jp>

●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。

本冊子からの無断転載・複製は固くお断りします。