

かに

KANI



第37号 2010

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)

がん研究助成金贈呈式

(P.68)



河野会長より一般課題A 30名、一般課題B 7名、特定課題10名、ラン・フォー・ホープ記念課題1名、余命1ヵ月の花嫁記念課題1名に贈呈
(2010年3月30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

(P.71)

ロバート・デロウィン カナダ大使館公使と北井専務理事
(2010年1月29日 フォーシーズンズホテル椿山荘)

第69回 国際がん研究講演会

「発がん性HPV感染を予防するワクチン」

(P.52)



2010年3月23日 国際研究交流会館



ジョン T. シラー博士

地域・国・世界そして、あなたとともに

第23回 国際がん研究シンポジウム 「科学の発展を乳癌治療へ～新たなる挑戦～」

(P.49)



米国、カナダ、イギリス、ドイツ、スウェーデン、オーストラリア及び国内から演者を招聘
(2010年4月23日～25日 国際研究交流会館)

第10回 国際がん看護セミナー 「がん医療における外来看護に求められる役割」

(P.56)



米国、英国、カナダ及び国内から演者を招聘 (2009年12月4日～5日 国際研究交流会館)

がん予防展

(P.64)



宮城県

「がんを打ち勝つ明るい未来のために」

平成21年9月26日～27日 於 イオンモール名取エアリ

「大型ショッピングセンター内」の開催はたくさんの買物客が集まる、スーパージャスコ前広場で行われました。がん予防クイズ、がんチェックステージ、乳がん自己触診相談を行ないました。



千葉県

「ちからを合せてがんをうち克つ」

平成21年9月12日～13日 於 イオン柏ショッピングセンター広場

パネル展示、東京慈恵医科大学、千葉がんセンターの医師による相談、予防のための食生活指導、大腸がんトンネル探検展示等、行いました。



山梨県

「早期発見にはがん検診を」

平成21年11月14日～15日 於 小瀬スポーツ公園健康フェア

医師・看護師によるがん相談コーナー、乳がん自己触診指導コーナー、がんに関するパネル展、がんに関する患者団体、企業コーナー、がんチェックステージ等、野外テントでの展示でたくさんの参加をいただきました。



福井県

「がん予防・治療 日本一をめざして」

平成21年10月10日～12日 於 アオッサ・アトリウム

がん予防PRパネル、俳優、著名人の福井県民へのがん検診受診勧奨メッセージ色紙展、がん12カ条ゲーム・乳がん触診コーナー・クイズラリーたくさんの方に参加していただきました。



広島県

「あなたとあなたの大切な人を乳がんから守るため」

平成21年10月17日～18日 於 広島ビックアーチ、安田学園

パネル展示・クイズラリー、パソコンでがん予防チェック、がん細胞を見てみよう。乳がん自己検診を学ぶコーナー、栄養士、看護師による健康相談、サンフレッチェ対ガンバ大阪戦会場で行なわれ多数の参加をいただきました。



鹿児島県

「かごしまがん征圧県民大会」

平成21年10月31日11月1日 於 イオン鹿児島ショッピングセンター

がん予防サイクル体験機、パネル展示、がん模型・細胞展示が行われました。家族連れなど多数の参加をいただきました。

がん講演会

(P.64)



宮城県

「受けようがん検診」

平成21年9月28日 於 仙台市民会館ホール

仙台市民会館ホールにて、たくさんの方々に参加いただきました。「チーム医療について」として、宮城県立がんセンター医療局長小野寺博義先生、「がん予防1・2・3」と題して、山形大学大学院公衆衛生学講座深尾彰教授に講演好評でした。



千葉県

「大腸がんは怖くない」

平成21年9月13日 於 アミューゼ柏クリスタルホール

アミューゼ柏ホールにて、500名の多くの方々に参加していただきました。「メタボリックシンドロームと大腸がん」として国立がんセンター東病院長江角浩安先生、「大腸がんで死なないために～画期的検診法～」同がん予防・検診研究センター長森山紀之先生、「大腸がんは怖くない～早期発見のために～」パネリスト俳優黒沢年雄さん、司会原元美紀にご出演いただきました。



福井県

「乳がんからあなたを守りたい」

平成21年10月12日 於 アオッサ県民大ホール

アオッサ大ホールで600名ほどの多くの方々に参加をいただきました。「がんは早く見つけて、早く治す」として県民健康センター所長松田一夫先生、「大丈夫だよ、がんばろう!」ここが知りたい乳がん検診ミニ鼎談、山田邦子さんにご講演及びミニ鼎談をいただき好評に行なわれました。



岡山県

「受けて安心 がん検診 子宮がん」

平成21年9月3日 於 岡山衛生会館 三木記念ホール

「検診を受けましょう～若い世代と閉経後の世代の子宮がんが増えていきます～」岡山大学名誉教授奥田博之先生、「子宮がん検診と細胞診検査について」小川育恵臨床検査技師、「自分だけは大丈夫と思っていないませんか？」瀬戸内市大原洋子保健師からお話いただき500名の参加者は自分のこととして気づいた様子でした。



広島県

「がん予防と早期発見を考える」

平成21年10月18日 於 安田リョウ記念講堂

「若い女性に急増する子宮頸がん」として河野産婦人科クリニック院長河野美代子先生、「知っておきたいがんの知識」のパネルディスカッションに女性クリニックラポール院長中原恭子先生、河野美代子先生、西部保健所広島支所専門員、百木義光さんにより行なわれ、男性も熱心に聞入っていました。



鹿児島県

「明るくさわやかに生きる」

平成21年11月1日 於 かごしま県民交流センター

「アグネスが見つめた命・明るくさわやかに生きる」として、乳がんを含めて、2度の手術を行うも、ホルモン療法、定期健診を受けながら元気に歌手の仕事などに活躍しておられる。瀬戸山先生「受けて安心がん検診、学んで実行がん予防」として、受診の大切さを話されました。

カラーページ がん研究振興財団の事業から

巻頭言

今後のがん医療の展望 嘉 山 孝 正 6

座談会

財団42年を振り返って ～財団の今後の展望～
杉村 隆／嘉山孝正／幸田正孝 8

冬瓜の記

ガンとの闘い、勝負は5分と5分 一 柳 茂 樹 22
60歳からの私 竹 田 きよみ 25

海外のがん研究・医療機関から

大規模コホート研究の実際とそれに基づく食物要因と乳がんの関連についてのエビデンス構築と評価
ーハーバード大学公衆衛生大学院で学んだことー 岩 崎 基 28
超音波内視鏡下穿刺吸引術による診断 ー米国滞在記ー 吉 永 繁 高 32
メモリアルスローンケタリング癌センターでの海外研修を終えて 池 田 公 史 37

仲間 [活動紹介]

若手医師・研修医に伝えたい患者の思い！ 植 村 めぐみ 42

国際シンポジウム・ハイライト

第23回国際がん研究シンポジウムを終えて 清 水 千佳子 49

国際がん研究講演会要旨

ジョンT.シラー博士(米国国立がん研究所)
東京講演会 清 野 透 52

国際がん看護セミナーに集う

がん医療における外来看護に求められる役割 丸 口 ミサエ 56

財団の事業概要

「第3次対がん10か年総合戦略」支援事業 60
看護師等コ・メディカルの人材育成事業 67
第42回がん研究助成金の贈呈 68

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 76

あとがき 78

今後のがん医療の展望



独立行政法人 国立がん研究センター
理事長、総長、中央病院長
嘉山 孝正

本年4月1日から、旧国立がんセンターは、独立行政法人へ移管しました。独立行政法人化の目的は、国家が施行すべき事業を法人組織に移行し、国の直轄組織では種々の制限があり、自由に機能発揮ができない状態を脱皮し、機能を発揮させる事です。例えば、公務員定員枠や、単年度予算だったものを経年制にしたりできます。しかし、民間ではできない業務を施行するので国税が運営費交付金として投入されるのです。がん発生の基礎的研究などがそれに当たり、とても民間ではしない業務です。

厚生労働省とは、協力しながら事業を施行していくことは論を待ちません。しかし、人事は、厚生労働省からの指示による人事ではなく独立行政法人の名が表すように国立がん研究センターの為になる、すなわち、国立がん研究センターの機能が十分に発揮できる人選が第一になります。所謂、順番人事はとんでもないことになります。例えば、58歳で他の国立病院の看護部長が、後定年までの2年を残して回ってきた様な人事は国立がん研究センターの看護部の機能を考慮していない人事なので、国民の為には、受け入れることができません。国立がん研究センター病院の患者さんのためになる人事を行います。

さて、がん医療の展望ですが、国は第3次対がん10か年総合戦略の推進中です。その目標は、「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)および「全てのがん患者およ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」であります。しかし、がんの年齢調整死亡率の20%の減少があったとしても、年齢構成の推移を考慮しますと、現場である病院でのが

ん患者の絶対数は現在より遙かに多数になります。従って、独立行政法人国立がん研究センターの負う責務は増すばかりと考えております。

国民の為の国立がん研究センターは、(1) 調査 (2) 研究 (3) 技術開拓 (4) 先進医療の提供 (5) 教育(社会人; 医師、看護師、コメディカル) (6) 政策立案 (7) 国際がんネットワークへの参加、リーダーシップがミッションだと考えます。

向後の展望

1) 調査に関する業務は、日本国民に還元できる登録制度の創設です。このことは、厚生労働省と協力し、国民一人一人の健康を守る為に登録制度を新たなコンセプトで創設します。所謂、グローバル型IT方式の採用が要と思っています。数年以内に行います。

2) 研究に関しては、大学医学部での研究も同様な傾向があったのですが、穴蔵的研究がまかりとおり、医学的というよりより生物学的に偏っていたと思います。患者さんに生じている医学的、生物学的問題点を病院の患者さんから抽出し、それを基礎研究の場に持って行き、研究結果を病院の患者さんへ還元する研究を進めれば、がん難民やドラッグラグの問題が解消でき、最終的には創薬に結びつきます。

4) 先進医療の開拓が、この数年日本では標準治療の創出に重きが置かれすぎたためにおろそかになりました。当然、がん医療のボトムアップは大

切ですから、標準医療の創出はしなければなりません。先進医療ができる医学的、工学的、薬学的力がありますから、ビジョンをトップが示せば一気に動いていきます。日本がリードできる分野です。

5) 教育のがんに関する全ての領域、すなわち、医学、薬学、看護学、社会学、法学、心理学、放射線物理学等をシステムティックに教育制度として創出すれば、日本が世界に遅れている分野が一気に回復し、世界をリードできます。

3, 6, 7) 技術開拓、政策立案、国際がんネットワークへの参加、リーダーシップの発揮は以上の1, 2, 4, 5) を網羅的に実現できれば、自ずとその成果はついて来ます。

日本の誇れる資源の最大なものの一つが、頭脳です。ゆとり教育での遅れはありますが、現時点での医師、研究者、看護師等が活躍すれば、展望は開けると確信しています。国民のみなさんのご理解をお願いいたします。

(かやま たかまさ)



座談会

財団42年を振り返って

～財団の今後の展望～

平成22年5月10日



左から杉村、幸田、嘉山の各氏

●出席者

杉村 隆 財団法人 がん研究振興財団顧問
国立がんセンター名誉総長

嘉山 孝正 独立行政法人 国立がん研究センター理事長

●司会

幸田 正孝 財団法人 がん研究振興財団理事長

幸田 本日はご多忙の中おいでをいただきまして、どうも有難うございます。

国立がんセンターが昭和37年に設立以来ほぼ半世紀になるわけでございますが、この4月から独立行政法人ということで、名称も新しく国立がん研究センターと改められました。この機会に、私どもがん研究振興財団として、従来の足跡を振り返り、併せてこれから先を展望してみたいということで、杉村先生、嘉山先生のお2人にお越し

をいただいたわけでございます。

がん研究振興財団は昭和43年に財団法人がん研究振興会として発足をいたしました。従いまして、国立がんセンターが48年、私どもの財団は42年の歴史ということになるわけでございますが、昭和59年に対がん10か年戦略が本格化をすることということで、名称も財団法人がん研究振興財団と改め今日に至っております。新しくがん研究振興財団になりましてから26年を迎えます。

今日は私が司会をさせていただき、杉村先生に主として今申し上げましたような従来の歴史を振り返っていただきたいと思います。その上で、嘉山先生には、これからの新生国立がん研究センターのあり方について、ご教示いただければと思います。

初めに、杉村先生に、財団の歴史的背景についてご紹介をいただきたいと思います。杉村先生は昭和37年に国立がんセンターが設立される以前から、その設立にかかわってこられまして、生化学部長、研究所長、総長をお務めになり、現在は本財団の顧問でございますが、財団としましては理事を平成13年までお務めいただき、その後は財団の顧問に加えて助成審議会、全体の助成事業を決める審議会でございますが、その委員長として財団の事業展開に色々ご指導、ご協力をいただいております。

まず、がん研究振興会が昭和43年に発足をし、昭和59年に現在のがん研究振興財団になりますまでの間の、振興会時代を杉村先生からお話をいただければと思います。

杉村 どうもありがとうございます。今お話がありましたように、がんセンターができてから長い年がたちましたね。今度、嘉山先生がおいでになって、また新しい立ち上げなんですよ。だから、ちょうど物が始まるというところで何か雰囲気似ているんですよ。でありますので、私は少しでもお役に立てばと思って、当時のことをお話しすることをお許しください。

がんセンターができたときは、立派な建物というのは一切ないわけです。海軍病院のぼろぼろの建物でしたけれども、日本中から医師も研究者もだんだんにふえてきたものですから、初めの5年ぐらいはラグフェーズみたいなものがありまして、いろいろ苦勞もいたしましたけれども、特に困難だったのが研究費の問題だと思っただけですね。ご存じのように、当時から、私共のように癌研から来る前は文部省の研究費で我々は生きていたわけです。

文部省の研究費というのは、国立病院のお医者さんには来ないんです。受け取る資格がないの。というわけで、中原研究所長と久留院長がいろいろ

ろご心配になりました。そういうときに患者さんからのご寄附などが、額は少なくとも病院の研究費には非常に役に立ったのだらうと思います。それから、そのころはみんなスピリットが燃えていたから、非常に有効に使われたんだと思います。

だけれども、寄附を個人的に受け取ることは、国家公務員として許されませんでした。直接お金を受け取ることが出来ない。患者さんの方はお世話になり「命を助けてもらった」と。何とかその先生の研究にお役に立てたいというような指名寄附みたいなのもあるし、それから日本国中のがん研究が盛んになるようにというので、どこでも研究に役に立つように使って欲しいという方がありました。

久留先生が非常にご心配になったんですね。久留先生は、一生懸命、本当は公益法人をつくりたいと思われたんでしょうけれども、初めは任意団体でがん研究振興会というのをお創りになったんです。その任意団体の時代に、とにかく、そういうものが中立的にできたということです。一方では政府に働きかけて公益法人になさったんですね。なったのが43年だと思っただけです。

今、幸田先生がおっしゃたように、僕は古くからいる1人になってしまったんですけども、古くからいる人がもう1人だけいるんですよ。それは今の財団にいる赤池君です。お子さんが5人か、とにかく大変一生懸命仕事をした、赤池君が一番最初のときに既にいたんですよ。だから、赤池さんというのは、財団とは切っても切れないんです。赤池さんの上にもう1人、多分厚生省から来た方ではないと思うけれども、おられました。それが認可されて財団法人がん研究振興財団になったんですかね。

そのときに、今でも覚えているんですけども、石坂泰三（経団連会長）先生が会長ですね。副会長が岩佐凱實（富士銀行頭取）さんで、理事長が藤井丙午（八幡製鉄株式会社副社長）さん、常任理事が花村仁八郎（経団連専務理事）先生だから、大層豪華なメンバーでありました。僕は小さくなって、第1回の研究費をもらう会議に出たことがあります。みんなが有難がってもらった。たしか30万円ぐらいだったと思いますね。それでも

もの凄く嬉しかったんですよ。

また研究所へ戻るんだから一緒に行こうと、中原先生の自動車に乗せてもらって、皇居の前を走っていたら中原先生が「杉村君、その袋は空っぽなんだ」と言うんですよ。僕は空っぽの袋というのは、今でも目録が入っているじゃないですか。ところが、そういう意味で空っぽじゃなくて「実際に財団にまだ金がない。だから、空っぽなんだ。だけれども、入り次第渡すから安心しろよ」と言うんですよ。それは皆さんのいる前で言えないものだから、先生は僕と一緒に自動車に乗ったんですよ。僕は、むしろ空っぽであることに感激しましたよ。空っぽであるにもかかわらず、研究者を励ましてくださるということに非常に感激しました。そういう時代が中曽根計画が始まる前の財団の設立時にはあったと思います。

中曽根計画というのは、よく計画されてできたように我々後からの人はみんな思うんだけど、はじまりとしては石川七郎先生が総長（第6代）の時代ですよ。ちょうど石川先生から僕に総長が代わった頃に、急にがん研究振興財団になったんです。この建物も、その時に4億か5億しか建てたんですよ。そのときに理事長が山本正淑さん。

幸田 それは昭和57年ですね。今のお話は、対がん10か年戦略のお話だと思いますが、当時、私は厚生省、当時の厚生省の官房長をやっておりまして、がん対策は厚生省、文部省、科学技術庁の3省庁が中心にやるけれども、内閣で強力に推進しなければいけないというので、中曽根総理のところへ呼ばれまして、杉村先生のおともをして総理の執務室に行った記憶がございます。

対がん10か年総合戦略という名付け親は中曽根総理ご本人で、私が聞いている話では、その火をつけたのは杉村先生ではないかと。杉村先生が若かりし頃、スローン・ケタリングがんセンターとか米国国立がん研究所とか、色々なところで非常にアメリカに世話になった。日本も昭和50年代半ばになりまして、国力を相当つけてきたから、少しはアメリカに恩返しをすべきではないかということで、僕が聞いている話が間違っているかどうか分かりませんが、杉村先生が火をつけて、中

曽根総理がそれに乗って、それではとなった。

当時、アメリカの大統領はレーガンですね。中曽根・レーガン会談というのが東京の日の出山荘でありまして、これは中曽根さんの別荘ですけども、多摩にある日の出山荘にレーガンを招いて、「いろり」で話をして、そのときに日本も随分復興し成長してきたから、少しがん対策でアメリカに力を貸したいという話がありましたとか。したがって、命名も、今ですと余り違和感がないんですが、中曽根総理にお願いしたら、対がん10か年総合戦略、あの人はもともとネイビーで、そういう何とか戦略というのが非常に好きな方ですから、この名前は中曽根総理直々の命名というふうに聞いております。

杉村 そうでしたね。

幸田 たしか対がん戦略会議というのを内閣につくって、先生が座長をおやりに……。

杉村 いや、違います。山村先生です。

幸田 阪大の免疫の山村先生ですね。

杉村 今、僕が先生のお伴をして一本当はそれが実態ですけども、もともとは中曽根先生が国会で社会党の川俣健二郎さんに質問を受けて、中曽根先生というのは機を見るに敏ですから、それをうまく利用されまして、国民に早くがんの知識と、その効用が行き渡るようにと。

それから、おっしゃったように、いろいろ計画を立てているときに、ご説明すると、つまり、そのころはまだ何でもかんでも上から金をもらってアメリカへ行くとか、アメリカが金を出してこっちへ来るとか、そういうのではなくて、金額なんかにしても、旅費なんかにしても、少し対等にやったらどうだと。だから、一番安い切符を探せとか言わないで、出来るだけちゃんと外国人を招くようにしたらどうかということだったんです。その頃は国が全体として、明日は今日よりいいというような明るい気分だったんだね。ですから、私も一生懸命でしたし、皆さんも大変一生懸命で進んだんです。

リサーチ・レジデントというのを、そのころ、嘉山先生もご存じと思いますが、まだポストラール・ドクター・フェローというのは日本に無かったんですよ。ポストドクがない科学を研究している

国家なんてありませんよね。そこで、ポスドクに相当するものをぜひつくってくれと申し上げたんですよ。そうしたら、ポスドクというのは文科省、当時の文部省の方で考えるものであって、厚生省がポスドクというのはどうもちょっとまずいと。科学審議官の北川定謙先生だったかな、お話が色々ありまして、一生懸命考えたんです。

当時、病院に既に国の経費でレジデントというのが出来ていたの。それならば、これはリサーチ・レジデントとしたらどうだろうと。ですから、我々はRRと言っていたんです。そのリサーチ・レジデントには、思い切って十分にお金を出したらどうだろうというので、今は忘れちゃったけれども、当時としてはほかに比べてかなり高かったんですよ。それで、日本のお役所というのはどこかがやるとみんな一斉にやるものだから、科技厅とか文部省とかにも出来たんです。

当時は収入も高かったんだけど、途中で上げないものだから、ちょうどアメリカのロックフェラーフェローみたいになっちゃいました。ロックフェラーのフェローというのはプレステージは今でも非常に高いんですよ。だけれども、実際にアメリカに留学する時に貰える年収金はたしか相当少ないんだよ。それみたいに今なっちゃっているんですよ。ですから、嘉山先生、少しまた直して下さいよ。

嘉山 今までリサーチフェローだとかレジデントの給料は財団から全部出ていますよね。

杉村 レジデントは国から国立がんセンターを通じて、リサーチ・レジデントは国から財団を通して、財団で公募して、面接試験をしたりしているわけですね。

幸田 国立がんセンターでしたから、定員の関係がありまして、なかなか定員が増えない。それでは、リサーチ・レジデントは財団で雇って、しかもこれは国立がんセンターだけではなく、全国のがんセンターに配ると言ったらおかしいんですが、配置をするということなものですから。国立がんセンターでやると、国立がんセンターのことはできますが、地方がんセンターはできないとか、そういう問題があって、全国的なナショナルベースでやろうというのが1つの活動ですね。も

う1つは、国家公務員法上の定員の規制がある。この2つだったと思いますが、そういう意味では非常に機能したと思います。

杉村 中曽根先生は非常に現実的な人で、いきなり日本国中を面倒見るようなお金はないと。だから、初め、がんセンターに濃縮してやってみろと。それで成果を上げて、それを津々浦々に及ぼすようにしろと。そうすると、ほかの各省庁でも、それを出すようになるだろうというような割合ははっきりした考えをおっしゃいましたね。ですから、当初の1年とか2年は、まず、がんセンターで初めてみようというようなことで始まったんですよ。

幸田 リサーチ・レジデントが今まで約700名おられますけれども、現在いろんなところで活躍をされておるんですが、大学関係で58人、そのうち教授が34人です。それから、国立がんセンターには27人、そのほか関係機関、あるいは県立のがんセンター、民間の医療機関ということで非常に成果が上がったのではないかなと思います。さっき杉村先生のお話にもありましたように、ポスドクの処遇をどうするか、非常に意義があるわけですね。

杉村 ちょうどそのころ、がん遺伝子とか、がん抑制遺伝子が見つかったころなんですよ。我々分子生物学としては少し先へ行っていたものだから、例えば東大の高久君。

幸田 日本医学会の会長のね。

杉村 当時、第3内科の教授だったんだけど、高久君のところは、ああいうお人柄だからたくさん無給の人がいるわけ。優秀な方々が沢山来ましたよ。もう1つは、それよりちょっと前になるんだけど、やっぱり紛争の影響があって、勉強ができるところというので、いい人が集まったんですね。それが今の、あるいはちょっと前のリーダーになった事情です。だから、時代背景がそれを非常に有利に作用するというような時代だったですね。

幸田 今は月額32万円ですかね。33万、34万と1万円ずつ1年次で上がっていくわけですね。

年俸で370~380万円ですね。杉村先生がおっしゃるように、今の時代にはもうちょっと処遇を

よくするといいのかなと。昔は良かったんだと思いますけれども。

嘉山 我々は5万円でしたからね(笑)。

杉村 それと同じように、ちょっとおくれましたけれども、国際シンポジウムをやろうということで、しかも当初は、ちょうど高松宮財団のシンポジウムというのがございまして、それとすみ分けたほうがいいということで、高松宮財団は非常に基本的なこと、例えばがん遺伝子とか、がん抑制遺伝子とか、それに合うように当時のタイムリーな主題を選んで来ましたが、こちらは臓器、ある臓器のがんの基礎と臨床というにずっと来たんですよ。第一回は肺がんだったと思います。末舛君がオーガナイザーだったかな。そうやって臓器、臓器で来たんですね。時々、多重がん、梶谷先生が1つの胃に19もがんがあるというようなことをおっしゃる。確かにそうなんです。あるいは多重がんといっても、同じ時期に起こる多重がんも、同じ臓器に起こる多重がんもあるけれども、違う時期に起こる多重がん、違う臓器に起こる多重がんというようなので、多重がんというのをカーティス・ハリス(米国国立がん研究所長)が組織してくれたこともあります。ですから、時々クリニカルに共通な問題を入れたりしてやってきまして、(財)高松宮妃癌研究基金というのはちょっとまた特殊ですから、特に妃殿下がご生前のころは、妃殿下のご性格で、日本人として恥ずかしいことは一切するなというようなことなんです。

幸田 徳川慶喜さんのお孫さんですね。

杉村 その影響を多少受けまして、中曽根先生も呼ぶ以上はきちんとしたいいものにとということだったので、今はひどく普通になっちゃったんだけれども、当時としてはちゃんとビジネスクラスであるとか、オーガナイザーはファーストクラスであるとか、それからホテル代日当もちゃんと払って余りがあるというようにした。みんな非常に喜んで両財団とも来てくれましたね。

幸田 そうですね。ノーベル賞受賞者なんかもお見えになりましたね。昔はファーストクラスでお呼びしましたからね。

杉村 オーガナイザーは。それに奥さんつきで。

嘉山 外国並みですね。

杉村 そうそう。つまり、外国並みにしようというような気概があったんですね。当時の日本というのは今と違って、そろそろジャパン・アズ・ナンバーワンに近いころです。

嘉山 70年の後半ぐらいですね。

杉村 ですから、そういう気持ちでいましたね。それから、外国人を招へいして滞在するシステムというの創ったんですよ。そのころは今に比べると遙かに外国人が多いですよ。どこかに記録がありますけれども、おられまして、年がら年中、専務もご存じだと思いますけれども、有名な人ではコラーナ、ブルース・エームス、ウスルー・トロール、ラジェウスキー、ローゼンクランツ等、そういう人が長期に研究室に滞在したんですよ。だから、セミナーや何かは自然と英語にみんながなったんですよ。それがだんだん、慣れですかね。ここ数年ですかね、僕は側にいてただ見ているだけでしたけれども、そういう燃えるよう情熱が段々衰えてきたことも事実ですね。最近、特に感じていました。

西村君という核酸の日本のRNAのパイオニアだけれども、マイナーベースを見つけたり、筑波大学の教授になって、萬有の研究所長なんかをやっていましたけれども、西村君も僕と話すと、しょっちゅうあのころはもっとみんなが一生懸命だったと。そんなことを言っちゃいけないのかな、どうも最近少しありがたみがなく、当然と思っている。当時はゼロから急によくなったから、ありがたかったんですよ。それがずうっと続いているうちに、当然それは来るものだと思うようになってしまったところがやっぱりあるんでしょうね。

幸田 今ではビジネスクラスですし、ファーストクラスはもちろん出ませんし、国全体が緊縮財政になってきていますから。そういう意味で昔は、私が申し上げるのもなんですけれども、本当に一流中の一流の学者が、研究者が見えたという感じですが、最近は若い方が増えたような気がします。それはそれなりの意義があると思いますけれども、これをこれからどう運んでいくかというのは問題だと思いますね。

杉村 いいこともあるけれども、問題ですね。

それから、みんなが非常に忙しくなり過ぎたんですよ。だから、今年のシンポジウムは金、土、日にやったんですよ。土日だったら、みんなが少しフリーだろうと思っちゃって、そうしたら一層悪いんだ。土日はもうくたびれ切っちゃって、出て来られなくなっちゃっているのかな。

嘉山 土日は学会が多いんですよ。

杉村 かえって多いのかな。だから、重なっちゃったんだな。

嘉山 普段は病院を離れられないので、医師の学会は土日になっちゃうんですよ。

杉村 だから、土日のほうがかえって自由にならないコミットメントが多分あるんですね。とにかく外国側に比べて日本側の出席者の数が少ない。しかし、ずっと最後までよく質問はしましたね。僕はそれを感じて聞いていましたけれども、随分いい議論をしていましたよ。だから、それはよかったですけれども、何となく景気がいいという調子にはならないようになってくるので、その辺も先生、ちょっとお考えいただいて、嘉山先生が中興の祖だと僕は言っているんです。この所、ちょっとどうしても忙し過ぎるのか、学問的緊張感が少ない。ここで一発、嘉山さんに活を入れていただいてやるといいと思っているんですよ。

幸田 第1期、第2期、今、第3期の対がん10か年の途中ですね。第1期はどうだったか、第2期がどうだったか、現在、それぞれ一言おっしゃっていただければと思います。

杉村 第1期は、とにかくまだ中曽根さんの影響がずっとありましたでしょう。がん対策関係閣僚会議というのがあったんですよ。そこで戦略会議の座長山村先生と僕なんかは報告に行かされまして、子宮がんの話をして、検診がいいんだなんて言ったら、山東昭子さんという当時の科学技術庁長官だったけれども、怒られたな。あなた、何言っているんだ、あんな変な格好させて、何だと。血清が何かを見て、診断ができるようにもう少し早くしろと。今はそうになりましたよ。

嘉山 なりましたね。

杉村 だから、僕はその時、とっさにちょっと待って下さい、4～5年経ったらそうなりますからと申し上げたようなことだったんですね。だか

ら、内閣全体としても、対がんというのは非常に重視されていたんです。その時でしたか、後藤田さんが国立がんセンターはがん戦略の参謀本部になれと励ましてくれました。

第1期はがんの本体を極める。ちょうどがん遺伝子や何かが出たところですから、第2期は、それを臨床に応用しようということだったんですね。ちょうど細川内閣ができたころですよ。準備をしているところに、民社党の委員長の内啓吾先生が厚生大臣で、大内先生は非常に理解がありました。

だけれども、中曽根さんが大内さんと最後、締めるために3人で会おうとおっしゃったんですよ。中曽根先生がどこか、夕食に連れて行ってくださいましたよ。何時まで来いと言われて行ったら一こんなことは座談会に書かないけれども、来いと言ったら、中曽根さんが既にいるんですよ。それから、いろいろ話しているところへ、今度は大内先生が来るんですよ。そうすると、中曽根さんが座布団からおりて、大内さんを上座に置いて、手をついておじきをされるので、なるほどなと心に深く刻みましたよ。

第3次が問題だったんですね。第1次、第2次、何とかというのは旧ソ連みたいじゃないですか。僕も3次のころは、ちょっとまずいのではないかなと思ったんですね。だけれども、厚生省が第3次に関して熱心で、文科省はがん特別研究費という吉田富三先生がつくったのがあったから、そっこのほうを主にしようというようなところがありましたね。だけれども、癌研の菅野晴夫先生が、これは一緒にやった方がいいというので、僕が座長で、菅野先生が副座長で、文科省の方も出ていただいて準備委員会を開いたんです。

第3次というのは、がんの激減を目指してというのをやったんですよ。こんなことを言って大丈夫かと言われたものですがけれども、当時、既にヘリコバクターと胃がんのことはわかっていましたし、喫煙で10%ぐらい減ることもわかっていましたから、がんそのものが減るだろう。そうすれば、がん死も減りますよね。喫煙でアメリカで肺がんが減り始めていましたから、そのぐらい少し努力すれば大丈夫だと僕は思っていたんだ。

その以前から、総長も辞めてしばらく経ちまし

て僕も第一線を離れていましたから、何も関係しないで横から観察をしていましたけれども、今、第3次対がんの7年目ですね。ですから、これからそろそろ第4次を考えなければいけない時代が来るのだろうと思うんですけれども、単純に第4次というよりは、思い切って変えられてアクセンテーションをつけられたほうがいいのではないかと僕は思いますね。ご自由に。

幸田 私の個人的な感じでは、第1次の総括、第2次の総括が必ずしも十分国民に行き渡っているかという、どうも余りそうでもないような感じですね。ですから、第3次については、きちんとした総括をして、そして第4次になるのか、あるいは全く装いを新たに別な観点からがん対策に取り組むということになるのかわかりませんが、26年たつわけですから、全体を総括して行く必要があると思います。私どもは10年、15年前まではがんの告知もしない、20年前はましてそれは秘密にしておく。

だけれども、今はもうがんの告知をやらないドクター、告知を受けるのを嫌がる患者なんてまずいなくなりましたね。それは、やっぱりがんが治るということになったから告知もできるし、告知をされても平気だというのが、対がん10年戦略の1つの大きな成果ではないかと思えますけれども、そういうところを私のような素人考えでなしに、もうちょっと綿密にこういうものだということを書いていただくと、しかも国民にわかりやすく書いていただくと、さて、これからどうするかということがかなりはっきりしてくるのではないかと思うんですね。

杉村 そうですね。確かに第1次の頃は、がん研究そのものが急坂を上っているような時代だったんですね。第2次は、それをいろいろアップライしてですけれども、第2次の後半ぐらいから、少しがん研究、がん医療というものが平坦になってきたというか、逆に言うと、平坦になったところで、嘉山先生もお力を発揮されると思うんですけれども、それが成熟した地味に充実したものに、固いものになるということなんですね。

だけれども、それはビジブルかどうかという、ちょっとわからないわけね。中身が充実している

ということだから、リンゴの大きさは同じなわけですよ。というような時代だったんじゃないですかね。それはやむを得なかったのではないかと思います。現に今、がんセンターとか、癌研とかで、患者の選び方にもよりますけれども、大ざっぱに言って5割が治る、5割が亡くなるんですよ。僕も治ったほうに入って今いますけれども、僕が2年おくらせて診察を受けたら必ず死んでいますよ。だけれども、2年前だったら、内視鏡をやってもわからなかったかもしれない。だから、定期的にきちんと検診をやるということは、地道だけれども、やらなきゃいけないことなんでしょうね。そうすると、今亡くなっている方の半分、だから全体の25%、足して全体の75%は治るんですよ。だから、僕が激減を目指すというのは、そういう意味だったの。

それから、がんの予防というのは、がんで死なない予防が第2次予防だけれども、がんにかからない予防、これがまた効いてきているんですよ。現に肺がんなんかはアメリカで減っていますでしょう。それから、今度は子宮頸部がんのワクチンの問題なんか、ツールハウゼンなどの仕事で出てきましたね。それから、肝がん、肝炎ウイルスが出てきましたね。それから、成人T細胞白血病なんていうのは、ウイルスが母親にあったときにお乳をやらなければ治るんですよ。2代でなくなっちゃうんだ。そういうものがいろいろありますから、締めて75%までは治るでしょう。あとの25%のうち、10%か15%ぐらいはがんにならないのだから、がんで亡くなる事などはじめから考えなくてよい。全体のがんの数がだんだん小さくなっていくわけ。

それで、どうしても残るのが難しいがんですよ。膵臓がんとか、卵巣がんとか、肺の小細胞がんとか、嘉山先生のご領域のグリオブラストーマとか、それに対しては新しい薬を含めて新しいアプローチ、あるいは免疫療法を含めてやっていかなきゃいけない。大部分は既存の知識を十分に普及、納得、みんながフォローしていただければいくのではないかという気が僕はするんです。そうすると、がん問題が小さくなっていく。小さくなっていくと、どうなるかという、ポピュラリティーがな

なくなってくるんですよ。最後に、がんなんかなくなっちゃったといったら、だれも何にも言わなくなっちゃうでしょう。

だから、僕は、ある意味から言うと、余り騒がれなくなったのは、がんの告知をすとか何とかということで、それから、女優さんとか小説家のがんになると、みんな本を書くんですよ。僕のところに集めてあるんだけど、そういう本がもの凄くあります。それで普通事になってきちゃったところがあるんですよ。

でも、それはいいことなんじゃないかと僕は思うんですけども、最後の痛みとか、それから苦しみとか、それから、今、経済的な問題が非常にあるんですよ。がんのお薬が高いとか、アメリカで使えるのが使えないとか、先生もこの間、朝日新聞に書いていらっような問題、それから例えば今度の中村君がやるような腫瘍ワクチンとか、あれはペプタイドワクチンですけども、そういうようなものをぎゅっとやって、そして癌の輪を小さくする。だから、第3次の次に第4次というものはないかもしれない。バーチャルな形ではやっぱり問題があるわけですね。あつて、その辺でもう本当はがんセンターは要らないんじゃないかというようなね（笑）。

幸田 なかなか明るい展望で。

杉村 僕はいつも楽観的過ぎて、とんまどと思われるんですけども、そのぐらいに思って明るく生きようかと。そういうようなことで、これまで参りましたということで前半の話を終わらせていただきます。

幸田 有難うございました。ちょっと時間も迫ってまいりましたので、この4月から新しく独立行政法人国立がん研究センターということで発足をされて、初代の理事長に嘉山先生がご就任になりました。これから国立がん研究センターをどういうふうに持っていられるのか。全国の、あるいは国際的ながん対策も含めて、どういうお考えなのか。特に中村先生が今度は研究所長にお越しになっておりますが、アメリカではNIHの所長にコリンズ博士が昨年就任しています。ゲノムを中心としていくのか等どのような位置づけでお考えなのか、その辺も含めてお話を承れればと思

ます。

嘉山 きょうは「加仁」の対談にお呼びいただきまして、感謝申し上げます。

まず、幸田先生に関しましては、多分私の知り合いの中では横田陽吉さんが厚生省の局長の時代にご一緒だったと思います。その横田さんですが、学校が私の恩師の同級生だったものですから、私の恩師は鈴木二郎と言いまして、海軍兵学校出身で、おじいさんは魯迅と同級なんですよ。また、横田陽吉さんも同級で、横田さんがここに入院したときに、そこの銀座東急に泊まっていた、僕もカバン持ちで鈴木先生について来たのを覚えていますよ。

あと、石坂泰三先生の話が出ましたけれども、石坂泰三先生の甥っ子さんが石坂公成先生で、公成先生には山形に行ったときに、毎日のように「鉄門だより」を読みなさいとか持ってこられて、コフォート研究でがんのことを山形でやっているの、私は東北大学にいたときに脳腫瘍の研究班のキャップだったものですから、関谷先生のところは口野先生のところは10何人若い研究者を出してきましたから、研究所のほうはわかっていたんですけども、病院のほうは何か起きているのか全くわからなかったんですね。

今、特に杉村先生がお話になったように、私なんて杉村先生の前に出たら足が震えるぐらいの感じで、杉村先生はちょっと別格ですから、私が学生のときにタンパク代謝なんていう雑誌に先生が日本国中の旧7帝の先生方を集めて対談をやっているのを僕は学生の時に読んでいましたからね。あとは山形で10年以上ずっと杉村先生とご一緒させて頂き、山形新聞の市民カンファレンスをやっていたのでよく存じ上げていたんですが、まさか私がここへ来るとは実は思っていなかったんです。これは時代の要請というか、さっき杉村先生におっしゃっていただいて。

あと、私自身はがんに関係するところでは、脳腫瘍という非常に少ないがんなのであれなんですけれども、ヒトのがんが低酸素だということを証明した世界で初めての研究者ですから、そういう意味ではがんはきちんとやってきているんです。ただ、胃がんとか肺がんなんかと比べると、そうい

う意味では端っこにやられていて、例えば対がん10か年の中曾根さんのときの報告書には脳腫瘍は載っていません。だから、東大の教授になって、女子医の学長になった高倉先生とその後国立がんセンターの脳外科医長で院長をされた野村先生に、先生、何で載っていないんですかと。それは杉村先生に聞いてよねという感じで、その後も野村病院長に脳外科なんですけれども、報告書にないと僕はいつも文句を言っていたんですね。我々は一生涯懸命のがんをやっていたんですけれども、私はずっとやってきまして、今度こちらにお世話になることになったんです。

実は今、国立がんセンターの総長あいさつを書いているんですが、簡単には書けないと思ってじっくり書いているんですよ。今、10周年記念で先生が中心になっておつくりになったがんセンターの10周年、あと20周年をじっくり端から端まで読んでいますけれども、最初は武見太郎さんも協力したとか、そういうのを全部頭に入れてからでないといさつが書けませんから。今お話を伺いますと、杉村先生、幸田先生がおっしゃったように、やっぱり最初の頃のパトスが凄かったのは10周年記念誌を読むと紙の向こうから伝わってくるんですね。

最後に杉村総長がおっしゃったように、ありがたみがなくなった、普通になっちゃったという時代背景がある。ですから、私は就任の所信表明のときに、だれが悪いわけではなくて、これはもう制度疲労であると。だから、最初に幸田先生がおっしゃったように、厚生省という国の中にと定員の枠があるので、公務員定削という枠がかかってきていたので、研究を広げるとか、医者をつやすとか、実業のところでは無理ですよ。ですから、独立行政法人へと、国ができない仕事なんだけれども、国の制限を追い払うという意味ではいい制度だと思っています。

ただ、国立大学法人は、法人になって今非常に苦しんでいるんですよ。きょうも実は文部科学省に行ってきたんですけれども、効率化係数とかグローバル化によって、どんどん働けど働けど、例えば国立大学法人の場合は、学費を上げれば学費を上げた分だけ運営費交付金が減らされるんです

よ。病院は病院の診療報酬を上げれば交付金が減るんですね。ですから、働いても働いても何にもならない。疲弊しますよね。

杉村先生も、すべてさすがだなと思ったのは、ですから、大学も忙し過ぎるんです。国立がんセンターも、来てみて多忙過ぎて、どうしてもパトスがなくなりますよね。これはその人が悪いわけじゃなくて、時代背景と当たり前感というのはありがたいかがどうなりますかと、本当に元気がなくなる。

今後どうしていくかという問題なんですけれども、やっぱり独立行政法人になった以上は、責任の所在を明らかにして、今まで余裕があったので、余り責任を問われないでやってきたんだ、また、その時代はそれでよかったんですよ。それで日本が世界一の医療のレベル、研究を保ってきたんですから、ただ、杉村先生には申しわけないんですが、先生の母校の東大の医学部ですら研究者ががた減りですからね。ですから、これはもう私は危機的な状況だと思っています。

ですから、まず私がやったことは、やっぱり大学との連携です。だって、最初につくったときは、東大とか慶應とかと提携していたわけですよ。それがだんだんと何となく関連が薄くなってしまっていて、ですから、最初に行ったのは東大の医学部です。

杉村 「鉄門クラブ」という東大のマンスリージャーナルがあるんですが、先生がこの間それにお書きになったのは非常によかったですよ。

嘉山 あれは先生、東大卒業以外では10年以來らしいですよ。さすが鉄門で、東大卒業以外は載ったことがないんですからね。10年ぶりだそうですね。よく載せてというか、光栄でした。

杉村 学生さんが記者なんですよ。

嘉山 学生が選ぶんですね。

杉村 だから、非常によかった。

嘉山 今の時期はどうしても国でできなかった仕事を、ただし、民間でやっては事業仕分けにかかっても、僕はできないと言うつもりなんですけれども、何せ研究所があるからです。研究所はやっぱり民間ではできないですよ。がんの本質を知るとか、そういうのはすぐにはお金になりませ

んから、いずれなるとしても、なりませんから、そうすると民間でできない。ですから、独立行政法人ですね。

第1期、第2期、第3期なんですけれども、私としては、今後、杉村先生がすべて結論をおまとめになっちゃったので、第4期を言うことはないんですけれども、やっぱり今あるかなりの医療の情報、あるいは方法、モダリティーを使えば75%ぐらいまでいくと思うんです。いけないのは、アメリカと日本の大きな違いは放射線治療が東京ですら32%です。アメリカでは50から60%の患者さんが放射線を受けています。

あと、先ほど幸田先生がおっしゃったように、効く抗がん剤が出てきたんですよ。そんなことを言ったら怒られるんですけども、従来は副作用ばかりの抗がん剤で、最近10年で効くのが出てきましたから、その使い方随分違ってくる。先生がおっしゃったように、それを全国に均てん化していく。それががん対策基本法だと思うんです。そういうことをやればかなり成績が上がってくる。

ただ、やっぱり絶対数として団塊の世代がこれから一番多い人口になる。私の学年は250万ですから、団塊世代が一番多いんです。これががんになるのは、多分あと5年か10年ですね。私は今60歳なんですけれども、65歳、70歳、その辺になってくるとだんだんと遺伝子の異常の蓄積でがんになりますから、あるいは心臓病かがんなんですけれども、意外と心臓病とがんは、その後、75歳ぐらいを超すとならないんですよ。僕は脳卒中もやりますので、よくわかっているんですけども、ですから、やっぱりがんなんです。ですから、人口が多いから絶対数はやっぱり減らないんじゃないかと思うんです。治ることは治っても、要するに療養とか……。

杉村 年齢別にしない限りはね。

嘉山 療養とか何とかは、やっぱり実際の病院に入ってくる数はしばらくは減らない。ですから、やっぱり第4次もやる必要があると思っています。今、杉村名誉総長を初め初代から始まって、私はかなりいいところまでやったと思うんですが、やっぱり見ていて、私も25~26年前からがんセンターには弟子を送っていましたけれども、もう

要らないなと思ったのは最近10年ですね。先生じゃないですけども、実は僕は最初にちょっと応募してくれないかと言われた人に何と言ったかという、がんセンターはもう役目は終わりましたと言ったんです。なぜかという、大学のほうがもう強くなっちゃったと。例えば東大に今勝てませんよ、先生。今、医療の内容も絶対東大に勝てません。ですから、この10年間、やっぱり当たり前で工夫もしないでやってきちゃったツケが今ドーンと出たんだと思うんです。

まず、今後はどうするかということ、アンチテーゼなんですけれども、これはがんを知ること。杉村先生は基礎でも科学の根本で知っているんですが、ただ、日本人は、今5月10日の3時55分ががん患者が何人いるかわかっていないんです。亡くなって初めて。

杉村 がんができるまでの過程が自体が大体もやもやとしてしているからね。

嘉山 わかっていないです。まずはがん登録をきちんと、まだ36か35県ぐらいしかやられていないので、それもここに来る前に徹底的に情報関連の研究者を呼んで、あんなおためごかしのことをやるんじゃない、本物をやれと。あれは2億使っているんですよ。

杉村 がん対策情報センターでしょう。

嘉山 あれは全然だめ。本当におためごかしの冊子なんかつくって、あんなものだれも読まないですよ。本当に効果があるのは、NHKに一発ポーンと出したほうがずっといいんです。あと、スクーリングです。学校の子供たちに教育するんですよ。そうすると、今、たばこを吸わなくなったのはスクーリングのせいですよ。あとは町内会とか、そういう所へPDFを使って、情報発信をする。あれだけ自己満足の冊子をつくってもしょうがない。

それから、研究に関しては、中村先生を呼んだのは一ただ、杉村先生は全部おわかりだと思っています。中村さんと呼ばれたのは、あれはがんの中の1つの分野ですが、アメリカの国家戦略になっているがんワクチンをやりたいと言っているの期待します。お任せしますけれども、未知のところがあると思います。

なぜかという、1980年代に、先生がおっしゃったようにがん遺伝子が見つかった、これのがんは解決したと言った基礎学者がいましたが、先生ではないです。西のほうの大学の御所ですけれども、大恥をかいたわけですよ。やっぱり自然科学というのはなかなか予測できないところがありますから。だけれども、これは中村さんにお任せして、これは国家戦略になればいいと思います。

ただ、先生、わざわざ東大の岩坪先生に理事に入って頂いたのは、プロテオミクスだとか、それを岩坪先生にやってもらうということで、いっぱい石を打ったんです。

ただ、最初は中村先生の研究で、がんセンターの存在意義というのは、がんに特化した病院をつくって、さらに先生がおつくりになった研究所があるわけで、そこがミッションして、エマージして、あるいはトラストレーション、つまり現場の患者さんから、なぜこの患者さんに抗がん剤が効かないんだと。こっちには効くんだ。遺伝子的に何が違うんだというのをシークエンサーで調べて、スパコンでそれを分析する。だから、数学的ですけども、因果関係ができないですね。シークエンスでは因果関係がなかなか出ないですよ。

だけれども、数学的でもいいから差が出れば、それに可能性があるだろうということで、いろんな研究ができるので、ただ、やっぱりそれがトラストレーションリサーチだと思うんですね。塚本憲甫さんが総長のころは、そういう時代だったというより、塚本さんの娘むこさんが……。

杉村 がんと戦った昭和史というのを書いたんだよね。

嘉山 僕は、あれを読んで涙を流しましたけれども。

幸田 僕の同期生です。養子ですけども、憲甫さん、お嬢さんの。

嘉山 要するに、研究はロングランだよと書いてある。もちろん、僕があれを読んだのは山形なんかに行く前ですけども。

幸田 今、群馬のホームに入っています。

杉村 書いた人ね。

嘉山 だから、20年ぐらい前ですね。先生が

おっしゃるように、あのころはパトスがあって、研究所と病院と行き来していたということをおのりから知っていますから、それを中村さんにやってもらう。病院のほうは、先生ご存じのように、僕はもう全部組織を変えちゃいましたから、6月1日から医長制度なしです。部長医長制度なしで、大学と同じではないんですけども、科長制にしました。科長制にするということは、例えば今ある制度としては第1領域外来部長なんですよ。患者さんの目から見て、北方領土なのか、南方領土なのか、よくわからない。

ですから、大腸がん外来医長とか、がんと言うとちょっときついで、大腸腫瘍、臓器別にしちゃいました。21人の科長をつくって科長会議をやって、基礎の人も、今の部長さんにもそのときに一緒に入ってもらって、月に1回、自由闊達にがんがんやると、いろんな問題が上がってきちゃうんですね。

杉村 それはいいですね。

嘉山 あと、委員会もすべて兼任します。例えば情報何とかとか知財のところを医者がやっているんですよ。先生、あんなの大学では教授が全部兼任ですから。委員会で全部いい意見を出してもらって、あとは事務の人に業務をやらしてもらえばいいわけですから、あんなの医者が専属でやっている必要はない。現場に戻りなさいという制度にしちゃったんです。6月からそれを動かしますから。

次に、先進医療、これが全然されていません。つまり、大学に今は勝てません。僕は今、特許を2つ持っていますけれども、ここにはほとんどそういう特許はないです。例えば手術の器械の特許とか、私は持っているんですけども、つまり、それは例えば脳外科でも3人しかいないんですよ。彼らが悪いわけではなくて、脳外科の先生が3人なんていったって……。

杉村 眼科なんか1人だったよ。

嘉山 これは市中病院にも勝てないですよ。

杉村 だから、僕が総長のとき、眼科の医長の金子君というのが非常にやったんだよ。すごい顔して僕の部屋へ来て、何か買ってくれと言うんだ。何をかってほしいのかといたら、交差点の横に、

曲がる場所にある鏡を買ってほしいというんですよ。何で鏡を買ってほしいのだといたら、こうやって目を診ているときに、後ろに来たやつが声をかけたときに、だれが来たのか、それを見たいというんですよ。

嘉山 なるほど、そんな暇がないんだ。

杉村 そう。そのぐらい人がいなかったんですよ。

嘉山 やっぱここは人がいないです。ですから、彼らが悪いわけじゃなくて、先生がおっしゃったように、国家公務員だったら定員で、本当は実業のところを定割しちゃいけないんですよ。実業というのは実務の業務があるところはね。病院とか、それはしちゃいけないですよ。本当は外さなきゃいけないのに、これは書いてもいいから、小泉のばかったれがそういうことをやったから、こういうふうになったんですよ。公務員をがんが削っていくという、小さな政府なんて格好いいことを言って、結局、国が今困っていますよ。公務員は、頭のいいのはちゃんとやっていなきゃだめなんですよ。

それはいいんですけれども、それで先進医療は全くゼロ。これは僕は中医協の委員をやっているからわかるんですけれども、要するに先進医療として厚生省に申し込んでいるわけですね。それが全然補助されていないんですよ。だから、それは先生がおっしゃるように余裕がない。悪いわけはない。だから、僕がやろうとしているのは、これからお金を何とか集めて、定員を、例えばの話、脳外科も東大から2人もらうことにしました。

僕は大学を全部回ったんですよ。慶應とか順天堂とか、それで回っていたんです。何で回っていたかという、そういう人集めです。麻酔も全部崩れないように、麻酔科学会の理事長、東大の山田さんと横浜市大の後藤さんと全部回って、これもやりながら全部……。

杉村 先生、本当にご苦労だ。

嘉山 自分のためじゃないですよ。麻酔科も崩れないように全部やったんです。石はほとんど打ちました。いつでも何か、ごとつといたら、ぼこぼここつとやりますからね。

あとは、先生は以前厚生省の事務次官でいらし

たのであれなんですけれども、やっぱりこっちに現場があるので、政策立案なんですけれども、医政局に対して、こっちに現場があるので、僕は医政局とけんかをする気は全くないんですよ。医政局に我々が情報を出して、あと医政局が法律をつくったりしてくれて上げてくれればいいんですから、ただし、現場は我々が持っているもので、それを今までは医政局から来たものをこっちでやっていたということなんですけれども、そうではなくて、独立行政法人ですから同じです。

最後は国際ネットワークなんですけれども、これはもうコフォート研究、UKの50万のコフォート研究だとか、あと中村祐輔さんが入っているのがいっぱいありますから、それはがんセンターで十分にできると思っています。

幸田 ちょっと私から。いろんな声を聞くものですから、1つは、大学の医学部長や附属病院長に会いますと、国立大学の場合、独法化で、臨床で稼げ稼げという圧力があって、研究の方はおろそかになる。独法化したことによって研究が命の国立がん研究センターが稼げ稼げということでは、ちょっと困るなという声を耳にするものですから、その辺についてのお考えを。

もう1つは、私は素人ですが、ゲノムは非常にお金がかかる。昔は3000万とか5000万かかった。今でも400~500万かかる。将来、20万とか30万ぐらいになるかもしれないけれども、その費用をどういうふうに賄っていったらいいか。先生も朝日新聞に、がん難民という話を書かれておられましたけれども、ゲノムでやるということになると非常に多額の費用がかかる。

独法化をして、国の補助金というのは、恐らく大学の例を見ると運営費補助金というのは年々減らしていくということに多分なると思います。何%かずつカット。そういう中でゲノム解析というのは、将来は20万か30万になって稼ぐということがあるとは思いますが、ここ数年というのはなかなか難しい局面ではないかなと思います。その2つ、お教えいただければと思います。

嘉山 まず、経営のことなんですけれども、今まで経営にメスが入っていません。歴代の病院長はいい時代だったんだと思うんですけれども、私

の経験から言いますと、2から3%出るほうをまず抑えられます。これは物品の購入でできるんじゃないか。これはどこでも大学が法人化したときに、最初に出るほうを抑えたんですね。ですから、最初は、少なくとも3~4年は出るほうを抑えるだけでかなり違います。

もう1つは、ことし、中医協で難しい手術の診療報酬がぐっと上がったんです。要するに、初めて大学だとか難しい手術を知っている人が中医協の委員になったので、今までは町の開業の先生方の集まりですから、ああいう難しいことを知らなかったんですね。それで上がりましたので、多分がんセンターも10億前後は上がると思います。それだけでかなり余裕ができますので、稼げ稼げと言わなくても数年は大丈夫だと思います。これは3~4年だと思います。

あと、ゲノムは、先生がおっしゃるとおり、今、がんワクチンは1000万円かかります。要するに、患者さんからとったがんから免疫があるものをつくりますから、ただし、これは先生がおっしゃるとおり1000万かかるので、がんセンター単独ではできません。そこで、国家戦略局と今組んで、厚生労働省も入っているんですけども、この特区、要するに機能特区というのをつくろうと。

これは私がこっちへ来る前から、中医協になる前から、去年の夏以前から文部科学省の高等教育局長の徳永先生と一緒に、何とかしてくれないかと。要するに、何かですごいスーパーの力を持っている場所、例えば東大の何とかとか、がんセンターのここだとか、癌研のここだとかというようなある機能的な特区をつくれないうことをやっています、大体できそうです。

ですから、ゲノムに関して、まず、中村祐輔さんは肺がんからやるんだと思いますけれども、肺がんの患者は多いので、国家戦略の中で、この費用を国が持つということになると、がんセンターは全然痛まないんですね。それでやっていると書いています。ですから、祐輔さんだって全部はしないと思うんですけども。

あと、ドラッグラグとかあれも特区でないと無理なんです。きのうもNHKで患者さんへの高価な抗がん剤は非常に経済的負担があるというこ

とが問題になっていましたけれども、それを解消するためには、国がかかわらない限り無理でしょうね。あと、どこまで高額な医療をやっているのかというのは、まだ国民のコンセンサスを実は得ていないですね。

幸田 なかなか難しい問題ですね。

嘉山 これは最後の死に際というか、大往生でいいという人もいれば、最後まで神経内科の先生方は細胞1個が生きていれば生きているんだと言う人もいますし、僕はそういう考えではないんですけども、やっぱり脳が死ねば、これはそうだと思いますんですけども、そういう死生観のことも、日本はこれから社会的なものも含めて国民のコンセンサスを得れば、こういう問題も解決できるのではないかと考えています。

幸田 私もいろいろ経験しているのは、難病なんかも本当に次から次へと新しいものが出てきますね。これはまた原因がわからない、非常に金がかかる。人数も、がんのようにそんなに多数の患者がいない。非常に少数。そんなような難病が数多くあるわけですね。その辺との兼ね合いをどうするかというのは、これは国が考えることだと思いますけれども。

医療費の負担をどう賄っていくかというのは、これから非常に難しい問題だと思いますね。

嘉山 ただ、これは私は断定しないほうがいいと思うんです。要するに、杉村名誉総長がいつもおっしゃっているように、議論しろ、議論しろと。議論して、問題を抱えながら、お金が足りなかったり、ちょっと出し過ぎたり、それで学問的にも少ない病気だといっても、その少ない病気が何かの関係でばつとわかるときもあるんですよ。自然科学の発見というのは、そういうところですね。ですから、これは患者数が少ないからといって断定して切らないで、だれかが隠れてやっている部分でもいいので。

杉村 千葉県立がんセンターの中川原君の例なんかもそうだね。ニューロブラストーマという神経の関係している大きながんがあるんですよ。子供のおなかにできちゃうの。だけれども、ほうっておくと半分ぐらい自然に治っちゃうんです。半分は死んじゃうの。今までは治るやつをうっかり

手術したりなんかしていた。それが遺伝子でわかるようになったの。ああいうのも、やっぱり長年かかってのめり込んでいたから、そういうことができてくるわけ。

嘉山 だから、やれるだけやって、自然科学というのは断定して切らないことがいいと思うんです。先生が法学だとすれば、法学はべき論なんですよ。でも、自然科学はわからないんです。だから、そこは法律でこうやって切っちゃうと非常に不幸が出るので、僕はぼやかしておくのがいいんじゃないかなと思っているんですけども、ダークゾーンではなくて、グレーゾーン。ダークだと汚いという意味になるんですけども、自然界では常にグレーはあるんですね。それをやっておけばいいんじゃないか。ただし、ディスカッションは常にする必要があると思うんですね。

杉村 先生、脳外科だとおっしゃるけれども、脳腫瘍というのが意外と多いんですよ。

嘉山 そうですよ。僕は脳腫瘍専門ですから。

杉村 だから、脳への転移があるから。脳腫瘍ではなくて脳転移も多いからね。本当にそういう人がいるんですよ。阪大の角永君なんて、ワイングラスを初め持ったら、それがおっこちるようになったというのが最初の症状なんですよ。本当は肺がんなんだよ。

嘉山 そうですね。転移しているんですね。今、ガンマナイフのいいものもあるから、完全に機能を悪くしないでつぶせますからね。

杉村 そういふところも盛んにしていただいて。僕はもう1つ、病診連携というのは大切な。

幸田 看取りですね。ターミナルケアですね。

杉村 最後のところは、やっぱり開業医の人が診てくださるといふところは、何かあそこに力を入れてやっていくと、国民が非常に安心するんじゃないか。

嘉山 そのとおりです。先生、本当に全部お見通しですね。

杉村 2200億か何かの減らすというやつだけで不安になっちゃたんですよ。みんな金を使わなくなっちゃったんです。それで不景気になっちゃったんです。

幸田 どうも時間をオーバーしましたが、最後

に、財団への期待とか抱負とかをいただければ。

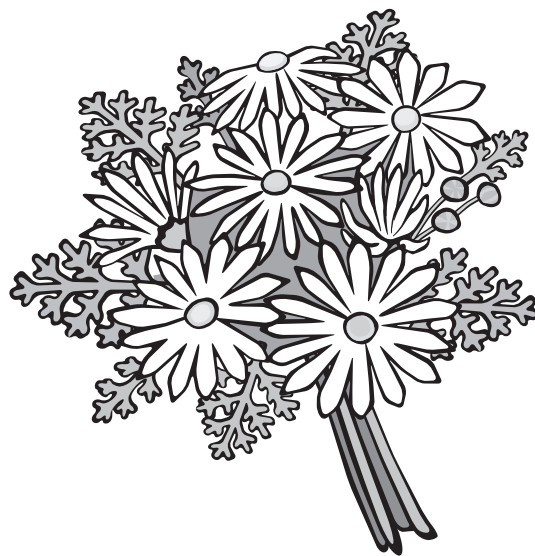
嘉山 ですから、先ほど杉村先生と幸田先生から、歴史的なことと使命をおっしゃっていただいたので、がん研究センターとしては、その使命を今後も果たしていただけるように期待したいと思っています。

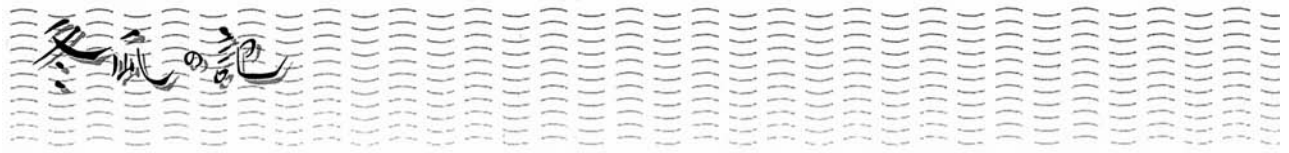
杉村 誠にそのとおりです。よろしくお願ひ致します。

幸田 新生国立がん研究センターで、新しくスタートを切られるので、財団としてもできる限りお手伝いすることがあれば、またご指導いただいてやっていきたいと思ひますので、よろしくお願ひ致します。

嘉山 よろしくお願ひ致します。

幸田 杉村先生、嘉山先生、本日はありがとうございました。





ガンとの闘い、勝負は5分と5分

あきば法務司法書士事務所代表

一柳 茂樹



今年9月1日で63歳を迎える。アラ還の盛り？ 友達からは「なんでそんなに元気なんだ」と、冗談半分でよく聞かれます。59歳で長年勤務していた業界新聞社を退職、破産書類作成業務など債務整理を中心に据えた司法書士事務所に転職しました。(40歳半ばで司法書士資格取得)

転職した司法書士事務所で債務整理のノウハウを覚え、都内に「あきば法務司法書士事務所」を立ち上げる。

債務整理が中心ですが、関連して登記案件も出てくる。日曜・祭日返上で依頼者と面談、平日は訴訟絡みで裁判所通い。そのように忙しく振舞っている私を見て、同期の連中から「いつもあくせくしているね」と皮肉られる、このように外面は一見、健康風・明朗闊達風な人間に見えますが、15年ほど前に「死に至る病」を経験しています。いや、現在も抱えている、というのが実情です。

業界新聞社勤務時代、年1回の定期健康診断(エコー検査)で右腎臓ガンが発見されました。診断書には「右腎臓に重大な疾病があるので再来して下さい」と記されていましたが、忙しさにかまけ無視しました。結果、医者から電話で叱責され、95年2月に精密検査を受けたところ、医者は単刀直入に「あなたは初期の腎臓ガンですが、手術を受ければ助かります」と自信の一声。間髪をいれず病院を紹介します、と続ける。ガンならば専門病院がいいだろうと考え、国立がんセンター中央病院を選びました。

手術は2カ月後の4月6日に決まりました。

ガン告知から手術までの、この待ち時間は長かったですね。この間にガンが進行し、手遅れになったら取り返しがつかないことに、と焦燥感に悩まされたこともありました。ただ、医者のおりとおり、ごく初期のガンであり、急いで手術する必要はないんだ、と楽天的に考えるようにもしました。焦りと楽観が交錯する日々でしたが、結論は手術日まで焦らず待つしかない、そのためには仕事に集中し、余計なことは考えないように努めました。

手術は右腎臓及び副腎の摘出でして、4時間半かかったと妻から知らされました。手術の翌日には看護師から「出きるだけ歩きなさい」と、半ば強制的に歩かされました。4～5歩が精一杯だったことを覚えています。

執刀医は「95%の確率で転移はしない」と完治宣言。ホッとしました。兄貴が直腸ガンのため、34歳の若さで他界していますので、今度は私の番だ、とひそかに恐れていました。このような事情から完治宣言は最高の薬でした。

第4腰椎への転移

退院後、直ぐに仕事に復帰、3カ月ごとに定期診断がありましたが、なんら異常はなく完治を実感していました。

手術して1年半後、腰の痛みが徐々に増して来ました。学生時代、ロック・クライミングに打ち込んでいたので、腰を痛めていました。山から遠ざかった原因のひとつに腰痛がありまして、その筋の腰痛だと高をくくっていました。歩けないほ

どにひどく痛む時は、コルセットをギリギリと巻きつけ出社していました。針きゅうなど試みましたが、効果はなく、悪化するばかりです。

或る時、ハッと気付きました。体に電気が走りました。転移に間違いないと確信しました。

97年3月10日がん・センターで検査の結果「第4腰椎に転移し第4腰椎の4分の3が溶解状態、直ぐに神経をやられ車椅子に。余命6ヵ月」と死刑宣告。天国から地獄へと逆V字落下。医者次の言葉がトドメに。「一柳さん、預金があるならばあっと遣っちゃいましょう、動けるのは1~2ヵ月ですから」。これ本当の話です。慰めの言葉などかけてくれませんでした。

ガン・センターとしては、余命の宣告はオブラートせず正直にする、が方針だったのでしょう。私も執刀医に対し「余命が限られているのなら、いろいろ準備があるので事実を教えてください」と訴えました。確かに正確に答えていただきましたが、余命6ヵ月には落ち込みました。ガン・センターの執刀医ですから、ガンに関する知識やおべは天下一品でしょう。が、患者に対するケアがなっていない、と正直感じました。

その日から放射線治療で3週間位、がんセンターに通院しながら職場に通う日々でした。

妻はプロテスタント教会の信者。私は妻に対する感謝の気持ちから、歩けるうちにイスラエルへ行き、イエス・キリストを記念して建てられた教会巡りをしようと誘いました。牧師がこの話に乗る、総勢10人あまりでイスラエルに旅立ちました。「嘆きの壁」では、額を壁にゴンゴン打ち付け、神にガンからの生還を祈りました。私はヘビー・ドリンカーであり、ヘビー・スモーカー。酒は止めることができても、紫煙からは縁が切れない、と自認していました。神に祈りました。「タバコを止めますから、助けて下さい、助けていただいたら、世界の恵まれないチャイルドを支援します」と。

死が迫っている、死から逃れられない。それなのに神と取引してでも生きたいと望んでいる。それほど生に固執する自分が意外でした。私は学生時代から、生きることに對しては斜に構えていた



イスラエルの旅、教会で筆者ご夫妻

ように思います。

ロック・クライミングでは落ちたら死にます。山屋の常識です。実際、谷川岳・一ノ倉沢で3人パーティがザイルにつながれたまま300メートルダイビング、即死したのを見届けています。3人とも絶叫した口があいたまま、恐怖にゆがんでいました。それでも私は死に近いスポーツを楽しんでいました。ただ、漠然と死に近いことと、次の角を曲がれば確実に死に神が立っており、逃れることができないのでは状況が違います。末期の腎臓ガンに陥った結果、生きたいと切に望みました。なりふり構わぬ生へのあがきでした。

生命が脅かされる、死の確率が99%超で生は1%未満。戦争で兵士が、病院でガン患者が刀折れ、矢玉が尽きて召されてしまう。ある者は助かり、ある者は旅たつ。この明暗はなぜ。考えても答えは出ない。神の領域に人は立ち入ることはできない。

私はあと何ヵ月かで死ぬことになっているが、その死のイメージがまったく湧いてきませんでした。

97年8月に1回目の血管閉塞手術を受けましたが経過が良く、翌年2月に2回目を受けた時、この手の手術なのだとして軽く臨んだことが波乱のはじまりでした。激痛の連続で、経口モルヒネと痛み止めのボルタレンを乱用し、のたうち回る日々がつ

づきました。2ヶ月以上の闘いですっかりやせ細ってしまいましたが、医師からはこれはがんそのものとの闘いではないので、頑張ってくださいと言われました。

そのころ、「腎臓がんに対して、まれに、インターフェロンが効くことがあると云われていました。それも効果はほとんど期待できないで、うつ状態を引き起こすことがよくあるが、それでもやってみますか？」。

車椅子の生活から死に直結すると言われていましたので、駄目でもともと、と1週間に2回ずつインターフェロンを打ち続けました（副作用がきつかった）。

勝ち目の薄い闘いでしたが、投げ出したら負け、という信念です。痛みを耐え、ボロボロになり、再度弱気になりかけた矢先、奇跡が起きました。私を苦しめた、すさまじい痛みが、徐々に薄皮をはぐように消えていったのです。コルセットをつけずに歩けるようになっていきました。

気持で逃げない、迎え撃つ心意気です。ロック・クライミングでは危険は避け、登攀テクニックと体力で困難を乗り越えてきました。ガンとの闘いも同じです。気持で後れを取ったら飲み込まれてしまうでしょう。死が迫り、自然に体力・気力がそがれていったら楽な世界が待っている、それまでは耐えよう、ガンに向かっていこうと、カラ元気だけは持ち続けていました。

整形外科の医師から「背中を開き、第3と第5腰椎を使って7ミリの金属ブリッジをかける手術をしましょう」と提案されました。

さすがに妻から「待た」が出され、「インターフェロンの効果を確認してからでも遅くないはず、体に負担を掛けずに、何が得策かをよく考えましょう、即決はだめ」と訴えられました。妻がそう言うなら、従おうと腹をくくります。

なお、医師にいきさがり訊ねると、ではと、線をしっかり引いてから、免疫療法とか、まだ臨床例のない未知の分野に挑戦してもらおうなど様々な方法はあります。

最後に医師から、今日は怖い話をしてすみませんでしたとひとこと言われました。

98年10月に3回目の血管閉塞手術を無事に受けることが出来ました。

あれから10年余、担当医も目を丸くしています。曰く「腎臓ガンはやる気まんまんのガンだが、まれにやる気をなくして冬眠することがある。一柳さんのケースは、まさにその例だ」と、壮絶なガンとの打ち合いの末、条件付き勝利宣言を出していただきました。ただ「ガンが目覚めたら、助からないよ」とクギを射されています。

痛みが再発することなく休日は低山ハイクやゴルフを楽しんでいます。司法書士業務も全力投球でこなしています。相談を受ける多重債務者の中には、ガンで苦しんでいる人もたくさん見えます。私は自分の体験を話し「投げたらいかん」と激励します。気合で負けるな、相手がどんなに強大でも、勝負は常に5分と5分だ、と訴えます。

私もキリスト者として、司法書士として病に苦しむ者、多重債務に陥っている人に対して、聖書にある「善きサマリヤ人」のように微力ですが力になれば、と念じ日々の仕事に励んでいます。

(いちやなぎ しげき)

《略歴》

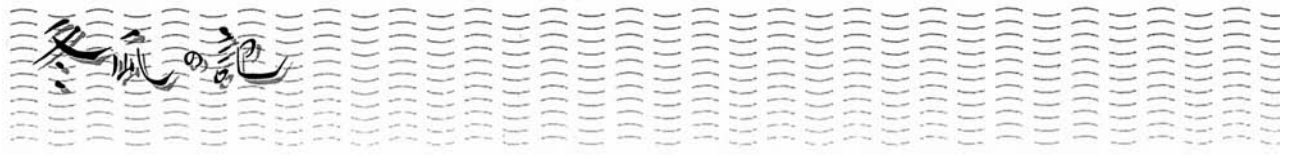
埼玉県越谷市出身 62歳

専修大学法学部法律学科卒業

あきば法務司法書士事務所代表



谷川岳、若かりし筆者



60歳からの私



竹田 きよみ

2005年8月、私の還暦はがん歴の始まりでした。

6月の終わりころから腹部が膨らみ始め、8月にはまるで、妊娠8カ月の状態でした。横断歩道を走ることもできず、怖い思いの毎日でした。

ある夜、布団の上で横になったとき、左手をおへその左側に当て、右手でおへその右側を、ポンポンと叩いてみました。すると、膨らんだおなかの左手側にさざ波が起きたのです。さらにおへそを中心に、お茶碗を伏せたような小山があることに気付きました。

あ～子宮筋腫だ。と、自分に都合のいい納得をしました。

翌日、ともかく病院に行こうと思い、6月に腹部超音波を撮り、異常なしと出た病院に電話をしました。あいにくお盆休みでした。婦人科にしようと思い直し、近くの医院にいきました。やさしそうな顔の老先生は、痛ましい顔をして「卵巣ね。もっと大きい病院に行って。」と、これだけを私に伝えました。「え？上尾だか伊奈の？」とだけ聞き、『がん』の一言はどちらも出さず、診察室の隅で予約を手配している電話の声が聞こえました。意外と真白にもならず、涙も出ない自分がいました。

家に帰り娘に告げました。夫に話しました。すると信じられない事に、夫はがんを憎まず、がんになった私を憎んだのです。次々と飛び出す暴言は、信じられない言葉ばかりでした。

「なんで？なんで私のがんになって、こんなおもいをしなければならないの？」「私達の40年近い結婚生活はなんだったの？」

不穏な生活が始まり、入院日が決まるまでの三

週間は、涙が出る暇もない位の慌ただしさでした。

まず、同居している98歳の母親の生活を見てくれる施設を探さなければなりません。デイサービスに通っていた自宅から5分程の有料老人ホームに手続きを済ませ、簡単な引っ越しを済ませました。私の入院の準備ができたのは、入院の通知が来た翌日でした。

いよいよ入院

私の知らないうちに、私のお腹の中では、大変なことになっていました。両方の卵巣は、10センチと4センチの腫瘍ができ、子宮、卵巣、大網、リンパ節52個取りました。おまけに播種までしていたので、手術は7時間にも及びました。

この時、私はまだ播種の怖さを知りませんでした。手術をして抗がん剤を受ければ、もしかして治るものと思っていました。赤松の見える日当たりの良い4人部屋は、とても楽しい所でした。術後の経過も順調で、初めての抗がん剤も、副作用もそれほど辛いものではなかったので、毎朝5～6人の仲間で散歩を始めました。パジャマ姿のまま病院の周りの道路まで出て、看護師さんに注意されたこともありましたが、とにかく元気で明るい仲間たちでした。しかし、がんには個人差があり、播種の怖さを知ったのは、術後2年6カ月後のことでした。

再発

ステージⅢCで、2年も再発していないのは珍しいです。と、つい何カ月前に聞き、喜んだあと

の「マーカー再発です。」との言葉は、すぐには信じられないものでした。5年生存率3割。と、本で読んだ時のショックも少し薄れた頃の再発。主治医と、時間をかけて卵巣がんの実態をじっくり話し合いました。まだマーカー28なのに。抗がん剤治療を考えると、今回はとても怖かった。

「やりたくない。」と言った私に、先生は、「まだいいでしょう。(マーカーが)三桁になってからでも遅くはありませんよ。」と、気持ちを理解して下さいました。結局4カ月程様子を見て、8月からTC療法を始めました。この頃私はなぜか、一生ウィッグで過ごすんだな…という思いになってきました。

がん患者会シャロームとの出会い

再発治療中の秋に、患者会の代表が講演会のお誘いに訪ねて来ました。

私は1回目の講演会に行っていましたので、代表とは再会の気持ちでした。けれど相手は私のことなどは知りません。なのに、なぜか意気投合して話はポンポンと弾みました。この出会いが今の私に、とても大切な生きる力を与えてくれたのです。同じ苦しみを分かち合える仲間がいるという事。家族の中にも孤独ながん患者。決して私は下



お食事を楽しまれる筆者

を向いて暗く生きてきたわけではないけれど、患者会の仲間との出会いは、新しい家族との出会いです。初対面なのに、まるで旧知の友のようになる不思議な親近感があるのです。お互いに勉強をして知識を得たり旅行をしたり。がん患者とは想像もつかない程明るくて、優しい仲間達がいるがん患者会なのです。

再々発と母の死

患者会に入って行動範囲が広がりました。勉強会に行ったり、手作り帽子をネット販売したりしています。私の作った脱毛時の帽子が百人以上の方に利用されている事を思うと、身が引き締まる思いです。こんな病気になってしまったことによって、役に立つことがあったなんて想像もしませんでした。忙しく有意義な毎日を過ごすことで、生きている実感、生かされている感謝を今まで以上に感じる事ができたのです。

濃縮された人生を送っている満足に浸っている間もなく、再発治療後7カ月で、またも再々発。マーカーが159。すぐには受け入れられませんでした。再発が2年以上経ってからだったので、次は、1年くらいはもつだろう・・・と自分なりに計算していたのが、見事に裏切られたのですから。

今までウツなど経験したことがなかったのに、今回ばかりはどうにもなりません。埃まみれの床を見ては身動きできない自分に失望したり、年末なのにカーテンも洗わなくてはならないのに、とか、些細な事にいらいらしていました。普通の生活ができないのなら死んでしまったほうがいい、などと思いました。こんなどん底から引き上げてくれたのは、やはり患者会でした。

一日に、何回もメールでのやりとりをしました。忙しいのにそれに答えてくれたのは、患者会の代表であるUさんでした。

小さいことができた幸せ。昨日出来なかった事が今日はできた幸せ、等を淡々と私に伝えてくれました。

日にちが経つと気持ちは落ち着いてきました。又元気な自分に戻り、6クールの治療も終わりました。

少しの不安があるものの、これほどの治療をし

でも感染症もなく、アレルギーも出ず、骨髄抑制もなく「プラチナの骨髄ですね？」と、主治医の言葉を励みに毎日元気に動いています。

こんな頃、103歳の母が息を引き取りました。夜中に呼び出しの電話で病院に駆けつけました。母は私の顔を見てはっきりと「ありがとう」と言いました。あとは、朦朧としていたようです。スースーと聞こえていた呼吸が途絶えた30分後、心臓も止まりました。健康で病気一つしなかった母。私もがん細胞さえなかったら100歳まで生きられたらと思います。

でも、親譲りの強い骨髄を授かっただけでも感謝です。再発を繰り返しながらも、秋で5年目を迎えます。私も母の様に、ありがとうと言える人生を送っていきたいと思っています。

(たけだ きよみ)

《略歴》

1945年東京生まれ

5年間の銀行勤務を終え専業主婦となる

2005年9月卵巣がんの手術



大規模コホート研究の実際とそれに基づく食物要因 と乳がんの関連についてのエビデンス構築と評価 —ハーバード大学公衆衛生大学院で学んだこと—

(独)国立がん研究センター がん予防・検診研究センター
予防研究部ゲノム予防研究室 室長
岩崎 基



中庭から見たハーバード大学公衆衛生大学院

平成21年3月13日から9月30日までの約6ヶ月間、第3次対がん10か年総合戦略の日本人研究者派遣事業として、米国はボストンへ出張させていただきました。

今回の出張では、「大規模コホート研究の実際とそれに基づく食物要因と乳がんの関連についてのエビデンス構築と評価」という研究課題のもと、ハーバード大学公衆衛生大学院栄養学部のWalter C. Willett教授のもとで調査・研究を行いました。Willett教授は、疫学研究において対象者の習慣的な食品・栄養素の摂取量を半定量的に把握する質問票を開発し、実際のコホート研究に応用す

ることで、食事とがんなどの慢性疾患の関連を明らかにする研究において多大なる貢献をされてきました。またハーバード大学で行われているコホート研究のうち、世界的に有名なNurses' Health Study (NHS) とHealth Professionals Follow-up Study (HPFS) の主任研究者でもあります。その研究計画の立案、研究組織の構築、データ収集・マネージメント、生体試料の収集・保管、データ解析など研究全般について実務面も含めて見学し、専門家と意見交換することが出来ました。その経験をNHSを例にご紹介します。

NHSは、Frank Speizer教授が経口避妊薬の健

健康影響を検討することを目的に、1976年に30から55歳の看護師12万人を対象に調査を行ったのがはじまりです。調査は今も続いています。なんと34年前に始まった研究ですが、現在に至るまで先駆的な結果が出せるのは、継続的な調査の中で常に新しい情報を集めているからです。

NHSでは、がんの罹患など健康状態の把握を目的としたアンケート調査を2年に一度行っていますが、1980年からは4年に一度、食物摂取頻度調査票を加え食品・栄養素の摂取量の評価も行っています。食品・栄養素の摂取量などは長期の追跡期間中に変化するものですが、多くのコホート研究では、調査開始時点の1回だけしか調査されていません。このように追跡期間中に食品・栄養素の摂取量を複数回調査することで、摂取量の変化を考慮した解析や長期間の習慣的な摂取量の把握が可能となり、このようなデータはがんと食事の関連を検討する上でも大変貴重といえます。

また、コホート研究の中での生体試料の収集も比較的早期から行っています。1983年には約63000人から爪を集め、セレンなどを分析し、がんと関連を検討しています。血液検体は1989年に約33000人から1回目の提供を受け、さらに変化をみるために2000年にも2回目の提供を受けています。血液を用いた研究では、女性ホルモンと乳がんとの関連、インスリン様成長因子 (IGF) や血中栄養素レベルとがんと関連など、数多くの成果が報告されています。

特記すべきは、近年の全ゲノム関連解析 (genome-wide association study: GWAS) にも1989年に集められたDNAサンプルが使用されていることです。乳がんのGWASでは第1段階の解析として53万のsingle nucleotide polymorphismsのタイピングにNHSのサンプルが使われ、Fibroblast growth factor receptor 2などの乳がん感受性遺伝領域の同定に大きく寄与しています。

そのほか、1993年からは乳がんや大腸がんなど一部のがんについて、病理組織の収集を行っています。乳がんでは、エストロゲンおよびプロゲステロンレセプターの発現が見られる腫瘍では、ホルモン療法による治療効果が期待できるため、治療方針決定のために腫瘍におけるホルモンレセ

プターの発現を評価します。これらの情報は、乳がんのリスク要因を明らかにする研究にも用いられ、特に、エストロゲンレセプター陽性乳がんに関連する要因など、詳細な検討が可能となります。日常臨床で実施される検査項目は、これまでの大規模コホート研究でも研究に活用されてきましたが、病理組織の収集まで徹底して行っているコホート研究は世界的にみても希少です。病理組織を用いた研究では、リスク要因との関連を検討する際に、メカニズムを考慮して、免疫染色などにより腫瘍をさらに細かく分類することが可能になります。一例としては、アスピリンの服用と大腸がんリスクの関連が、cyclooxygenase-2 (COX-2) の発現の有無により異なるかどうかを検討した研究があります。大腸がん全体として見た場合には、アスピリンの服用はリスク低下に関連すると言われていますが、中でもCOX-2が発現している大腸がんについてリスク低下が顕著であるという興味深い結果を報告しています。

同じ集団を追跡して様々な情報を集めるだけでなく、対象集団の追加も行っています。NHSは30-55歳を対象にしていますが、これらの対象者の多くが閉経後女性になる1989年には、新たに閉経前女性を対象にNHS IIが開始されました。NHS IIIは、25-42歳の看護師約11万6000人を対象として、特に閉経前女性の食事、身体活動などの生活習慣の健康影響を検討することを目的に、NHSと同様にアンケート調査を2年に一度行っています。また血液検体も、1996年から99年にかけて1回目の収集を行い、さらに2010年には2回目の収集を行う計画を立てていました。このような閉経前女性を対象とした大規模コホート研究は国際的にも珍しく、特に血液検体は月経周期を考慮した採血を行うなど、他のコホート研究にはないきめ細かい情報を多く収集している独自性の高い研究です。

さらに、NHS IIに参加した対象者の子供たちを対象としたGrowing Up Today Study (GUTS)、NHSとNHS IIに参加した対象者の母親を対象としたNurses' Mothers Cohort Studyも進行中です。GUTSは9-14歳の思春期の子供約17000人を対象として、体重変動に与える影響を検討するこ

とを第1の目的として1996年に始まりました。また、Nurses' Mothers Cohort Studyは、NHSおよびNHS IIの参加者の出産前後の情報を得るために、2001年に約4万人の母親を対象に調査を行っています。というのは、乳がんなど一部のがんでは胎児時期の環境がその後のリスクに関連するという仮説があるのです。これらを詳細に研究するために企画されたものです。

NHSでは、がんなどの慢性疾患のリスク要因を明らかにする研究に加えて、がん罹患後の生活習慣とその後再発や予後との関連を明らかにする研究も行っています。乳がんは比較的予後がよいと言われ、多くの患者さん（cancer survivors）がいます。このような患者さんにとっては、治療だけでなく、治療中や治療後にどのような日常生活を送ったらよいのかということも重要な問題です。最近では、患者さんを対象としたコホート研究が行われるようになりましたが、それまでは再発や予後に関連する生活習慣に関する研究はほとんど行われていませんでした。そのような状況の中、NHSおよびNHS IIでは2年に1度という頻回に調査を行っている利点を生かし、がん罹患する前後の生活習慣と予後の関連を世界に先駆けて報告しています。

このように、常に研究者が新たな課題に取り組

む姿勢によって、NHSが進化する様子が伝わったかと思います。これだけ長期にわたり調査を繰り返し行い、詳細な情報を収集することが出来たことは、同じ分野の研究者として驚きと焦りを禁じえません。それが可能となるにはいくつかの理由が考えられます。まず、対象者です。医学的な知識をもち、健康問題に関心の高い看護師を対象としている点が挙げられます。NHSでは、調査の主体が自記式のアンケート調査であり、特にがん罹患についてもアンケート調査をきっかけに把握する仕組みをとっているため、対象者が正しく自分の疾患を理解しているかが大変重要になります。また血液検体は、採血セットを対象者に郵送し、本人（あるいは同僚）が採血して研究事務局に郵送するという形で収集されており、これは医療職を対象としたコホートでなければできない方法と言えます。ただ、調査に理解のある看護師を対象としているだけでは長期にわたり高い協力率を得ることはできません。

次に、研究支援体制です。NHSでは、2年に一度のアンケート調査を非常に大切にしている、それぞれ10万を超える対象者から毎回90%近くの回答を得ています。その背景には、郵送法とインターネットを使った調査の併用、質問票も最低限集めたい情報に絞った簡易版を用意するなどの工



Nurses' Health Studyの研究事務局があるChanning Laboratoryの入り口

夫や、約1年半の間に最大7回の督促を行うといった努力があると伺いました。これらの調査は研究支援者によって実施されていますが、支援者の多くは、NHSが始まった初期のころから働いていると聞きました。このような経験豊かな研究支援者が、2年に一度のアンケート調査、疾病罹患のカルテ調査、死因調査、病理組織収集、血液検体などの生体試料の管理、データベースの管理など、多岐にわたる研究業務を支えているという点も、長期にわたる大規模調査を実行する上では重要と言えます。

日本でもがんの大規模コホート研究がいくつか行われていますが、その一つに全国11保健所管内の地域住民約14万人を対象に1990年に始まった「多目的コホート研究（Japan Public Health Center-based Prospective Study [JPHC Study]）」（主任研究者：津金昌一郎）があります。JPHC研究では、研究開始時のベースライン調査としてアンケート調査を行い、その後5年ごとに合計3回のアンケート調査により生活習慣に関する情報を集め、また一部の対象者（約5万人）からベースライン調査と5年後調査に血液検体を提供してもらっています。この規模で複数回のアンケート調査を行い、血液検体を保存しているコホートはアジアにおいても稀であり、情報の量と質の両面において日本を代表する大規模コホート研究です。私は、対象者の追跡調査などの研究の運営に携わりながら、この貴重なデータを用いて特に乳がんのリスク要因の解析を行っています。

今回の米国での経験から、コホート研究は、いわば研究の苗木であり、そこに様々な調査を加えて豊富なデータベースを構築し、がんだけでなく様々な疾患との関連を検討することも視野に入れ、万全に活用できるように大樹に育ててゆくことが重要であると改めて実感しました。今後は、日本人を対象とした科学的証拠の蓄積に貢献するとともに、大規模コホート研究の運営のノウハウをJPHC研究をはじめとする日本国内におけるコホート研究に生かし、更なるエビデンス構築にも貢献するよう研究を展開していきたいと考えています。

最後に、渡米中の業務をカバーしていただいた

予防研究部のスタッフの方々、貴重な機会を与えてくださった若林前研究所長、津金部長、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、この場を借りて心よりお礼申し上げます。

(いわさき もとき)

【略歴】

- 1973年 岡山県生まれ
- 1998年 群馬大学医学部卒業
- 2002年 群馬大学大学院医学研究科博士課程社会医学系公衆衛生学専攻修了(医学博士)
- 2002年 国立がんセンター研究所支所臨床疫学研究部リサーチレジデント
- 2004年 国立がんセンターがん予防・検診研究センター予防研究部予防疫学研究室研究員
- 2006年 国立がんセンターがん予防・検診研究センター予防研究部ゲノム予防研究室室長

(2008年4月から独立行政法人 国立がん研究センターに名称変更)



超音波内視鏡下穿刺吸引術による診断 —米国滞在記—

(独)国立がん研究センター中央病院
内視鏡部下部消化管内視鏡室 医師
吉永 繁高



コロラド大学病院 (入院患者棟)

今回は中央病院前院長土屋先生、研究所所長若林先生、がん予防・検診研究センター長森山先生のご厚意にて、財団法人がん研究振興財団の「第3次対がん10か年総合戦略」の「外国への日本人研究者派遣事業」として超音波内視鏡下穿刺吸引術 (Endoscopic Ultrasound-guided Fine Needle Aspiration : EUS-FNA) の先進国であるアメリカに2009年3月21日より4月19日までの約1ヶ月間、見学に行く機会を得ました。ここにその報告を致したいと存じます。

EUS-FNAというのは胃カメラの先に小さなエコーを出す機械が付いた特殊な胃カメラである超音波内視鏡 (EUS) を使って、通常の胃カメラでは見ることのできない食道・胃・大腸などの消化

管壁内の病変や縦隔リンパ節や膵臓の病変などに対し針を穿刺し細胞を採取し診断する手技で、最近では治療に応用されたりしています。欧米では普通に行われている手技ですが、日本ではまだまだ一般的とは言えないのが現状です。当院では2008年4月より本格的にEUS-FNAを開始し、2009年度1年間に通常のエUS約400例中EUS-FNAは約40例に施行しています。

EUS-FNAを見学するにあたってヨーロッパにするか、アメリカにするか迷いました。どちらも日常的にEUS-FNAを行っていますが、診断だけでなくより進んだ治療的EUSを行っているのはアメリカに多く、そのような進んだEUSを見学したいと思い、アメリカに行くことにしました。次



コロラド大学病院のHigh Tech Centerのスタッフ
(左からDr. Daniel, 深見先生、筆者、Dr. Brian)

にアメリカのどの施設に行くかですが、コロラド大学にいる医局（九州大学第3内科）の先輩の深見悟生先生に相談し、ロチェスターのメイヨークリニックのDr. M.J. Levyとアラバマ大学バーミングハム病院（UAB）のDr. M.A. Eloubeidiを紹介して頂き、お二人に見学希望のメールをしたところ快く見学をご許可頂きました。そこで1か月の見学期間をコロラド大学に2週間、メイヨークリニックに1週間、UABに1週間に分けることにしました。

(1) コロラド大学病院（コロラド州デンバー）

コロラド大学病院Anschutz Medical Campusは2年前に建てられたばかりの新しい病院で、内視鏡部は通常の胃カメラや大腸内視鏡検査の部屋10部屋、EUS、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）、内視鏡的治療などの特殊内視鏡“High Tech”の部屋が4部屋、検査前後の患者さんが休むベッドがあるリカバリーが23床ととても広いものでした。私は“High Tech”部門で2週間過ごしたのですが、朝は7時から、夜は終わるまで、1日2人のスタッフ（常勤3人、他部門との掛け持ち3人）が1人6～8症例の検査・治療を行っていました。深見先生は常勤スタッフの1人でEUSだけでなく色々な手技を見せて下さいました。“High Tech”の4部屋中1部屋は麻酔師（麻酔科医師の管理のもと麻酔を行う資格者）が来てくれ

る全身麻酔の部屋となっており、その他の部屋は看護師が静脈麻酔の管理を行っていました。看護師はスクリーニング部門も合わせて35人おり、“High Tech”では1部屋に1～3人就いていました。またEUSの際には看護師がエコーの機械を扱っていました。コロラド大学では約1000例EUSを施行しており、そのうち3～4割がEUS-FNAということでした。EUS-FNAの際には病理部（細胞や組織を診断する部門）から技師が下りて来て採った細胞を染色し、染色が終わるころに病理の医者が下りて来ていました。滞在2週間で10例のEUS-FNA症例を見学させて頂き、そのうち2例はTNFeradeという腫瘍を叩くTNF- α という物質の遺伝子を接続したベクター（遺伝子組み換えのための運び屋）を、EUSを用いて切除不能膵癌に打ち込む治療症例でした。この手技は日本では見ることができないもので、その準備、手順などを学ぶことができ大変勉強になりました。

◆米国滞在日記（1）

コロラド大学病院Anschutz Medical Campusがあるデンバーはコロラド州の州都で市域人口57万人、都市域人口233万人と大都市です。ロッキー山脈の東側の麓に位置し、標高1609mにあることより「マイル・ハイ・シティー」と言われています。滞在したのは3月末から4月頭でしたが、滞在中にブリザード注意報が発令されること

があり、大雪のため検査を中止し帰れなくなる前に患者さんを帰す“Snow plan”ということがあります。ちょうど滞在中にWorld Baseball Classicが行われており、深見先生とBuffalo wing (とっても辛い手羽先)を食べながら決勝戦である日本—韓国戦を応援していると近くにいた人が「お前は何人だ?」と聞いてきたので日本人、と答えると日本の応援をしてくれました。また滞在2日目にいきなりノートパソコンが壊れてしまい、仕事もメールもできず大変困りましたが、日本の家族に連絡し、修復のためのCD-ROMを送ってもらい事なきを得ました。

(2) メイヨークリニック

(ミネソタ州ロチェスター)

次のメイヨークリニックは私が言うまでもない有名な施設ですが、大きな病院群の中に内視鏡部門が3か所もあり、私が滞在した部門はRochester Methodist HospitalのCharlton buildingにあるEUS、ERCP、治療内視鏡を行う部門でした。

そこにはEUS専用で設計された部屋が2部屋あり、各部屋には顕微鏡、流し台はもちろん、大きな壁掛けの液晶モニターが2つあり、内視鏡画面、EUS画面だけでなく顕微鏡の画面まで見ることができました。EUSは1日2人のスタッフ(EUSを行うスタッフは7人)が午前3例、午後3例、2部屋合わせて1日12例施行し、年間にすると約3000例、その4~5割がEUS-FNAというとても症例の多い施設でした。看護師は各部屋に2~3名おり、EUS-FNAの際には隣の部屋などから手伝いに来ていましたが、これは看護師が細胞の染色をするためでした。そして病理の先生が下りてきて顕微鏡画面をモニターに映し内視鏡医と議論していました。ここではDr. Topazian, Dr. Clain, Dr. Rajanのもと1週間で20例のEUS-FNA症例を見ることができました。また肝臓の腫瘍に対するEUS-FNA、胆嚢摘出後の痛みに対するEUS下神経ブロックなど、多彩な手技を見ることができました。その他にも見ることはできなかったのですが、EUS下の腫瘍焼灼術も行っているとのことでした。

◆米国滞在日記 (2)

メイヨークリニックはミネソタ州ロチェスター、

フロリダ州ジャクソンビル、アリゾナ州スコッツデールの3ヶ所にあり、今回私は本部のあるメイヨークリニック発祥の地ロチェスターに滞在しました。ロチェスターはミネソタ州オルムステッド群庁で人口9万6千人の小さな町で、搭乗口は6ヶ所しかないロチェスター国際空港に降り立つと周りは一面のトウモロコシ畑というのどかな雰囲気でした。乗り継ぎのためかBaggage Claimから荷物が出てこず、しかたなく手ぶらでホテルにチェックインし部屋に入ると部屋はぐちゃぐちゃで準備が終わっておらず、最高1℃、最低-4℃という寒さの中、着いたばかりで右も左もわからずホテル周囲をぶらぶらすることになりました。メイヨークリニックでは朝、昼、夕にいろんなところでカンファを行っており、月曜日の昼にKenneth Wang教授が主催したカンファに参加しましたが、そこで2007年ワシントンDCでの学会の際にお会いした三井記念病院の富澤先生が留学されており声をかけて頂きました。世の中狭いものです。またGonda buildingという所の地下1Fにはピアノが置いてあり日本人の女性の留学生たちがピアノ、フルートを演奏していました。院内にはその他にもアンディ・ウォーホルの絵など美術品やヨルダン国王からの贈り物などが陳列されていました。



The Mayo Buildingとその前に座るメイヨー兄弟像

(3) アラバマ大学バーミングハム病院 (UAB) (アラバマ州バーミングハム)

最後に行ったUABはアメリカ南部にある病院で日本ではあまり有名ではありませんが内視鏡に関してアメリカでは有名で、どこでも「今度アラバマに行く」というとUABとDr. Eloubeidiやその同僚のDr. Varadarajuluの名前が出てきました。また今の胃カメラなどで用いている電子スコープの前身であるファイバースコープを発明したDr. Hirschowitzがいた施設でもあり、内視鏡部にその名前を残していました。内視鏡部にはEUS、ERCPをする部屋が3部屋ありましたが、私の滞在中はDr. Eloubeidiがお一人で1つの部屋を使ってEUSを毎日4~10例施行していました。年間では約1500例、その3~4割はEUS-FNA症例ということでした。Dr. Eloubeidiは非常に熱心な先生で、EUS-FNAだけでなくEUSの際にもきれいな画像の出し方、内視鏡の位置など一つ一つ丁寧にご指導して下さいました。またご自分も執筆者の一人である“Endoscopic Ultrasonography”を貸して下さいました。その本にはEUS診断やEUS-FNAはもちろんのこと、EUSの原理やどのようなスタッフが必要か、機器の配置など部屋のレイアウトをどうすべきか、などが解説してあり大変参考になりました。1週間に13例のEUS-FNA症例を見学でき、そのうち1例はEUS-FNAだけでなく側孔を持った専用の穿刺針を使った膵癌の痛み



メイヨークリニックのDr. Levy(左)と筆者

に対する腹腔神経叢ブロックも施行していました。

◆米国滞在日記 (3)

アラバマ州バーミングハムは市域人口24万人、都市域人口85万人というアラバマ州最大の都市ですが、2005年全米における治安の悪い都市第10位というちょっと怖いところでした。アラバマまで小さな飛行機を乗り継ぎ到着しましたが、またまた荷物が出て来ませんでした。結局手ぶらでホテルに着いてびっくりしました。モーテル風のホテルで、入口も窓も外に面しており、部屋は悪くありませんが、きれいでもなく、防音もよくなく外の声が丸聞こえでした。真夜中1時ごろにフロントよりトランクが届いたと電話がありました



アラバマ大学バーミングハム病院(UAB)(メインエントランス)

が、外に出るのが怖くてその時は取りに行きませんでした。翌日フロントにトランクを取りに行くと中身は大丈夫だったのですが、トランクはボロボロになっていました。ほっとしたのもつかの間、初日の見学が終わってホテルに帰ってみると、こじ開けられたトランクがベッドの上に置いてありました。幸い大したもの盗まれておらず、ごちゃごちゃに入れておいたパスポートとお金、なんか心配でクローゼットの洗濯物の下に隠しておいたノートパソコンは無事でした。ロビーに行って従業員のお姉さんにトランクを開けられたことを伝えると「マネージャーはもう帰ったから明日言ってくれ」と言うだけでした。結局こんなところには居られないと現地の旅行代理店に連絡し別のホテルに移動しました。ちょっと凹む始まりでしたが、近くのLucy'sというお店で美味しいコーヒーとお店の人の人柄にちょっと癒され、また指導してくれたDr. Eloubeidiもとても優しく、アラバマの温かい雰囲気助けられました。Dr. Eloubeidiは最後の日の夜にも「来てくれてありがとう」とわざわざが電話してくださいました。しかし最後に大きなオチが待っていました。シカゴで乗り継ぎ東京に向かいましたが、出発して3時間ぐらいしてアナウンスがありました。「燃料漏れが発生しました。これからシカゴに引き返します。」結局サンフランシスコに緊急着陸し、飛行機を乗り換え東京に7時間遅れで到着しました。



UABのDr. Eloubeidi(左)と筆者
(中央はDr. Hirschowitzのレリーフ)

わずか4週間でEUS-FNA関連手技を43例も見ることができ、それだけでなくアメリカのEUS事情を見ることができ大変有意義でした。もちろん日本とアメリカの医療事情の違いはあると思いますが、学んだことを活かし今後の当院でのEUSの向上、関連手技の発展を目指したいと存じます。

最後にこのような機会を与えて下さいました関係諸氏に心よりお礼を申し上げます。

(よしなが しげたか)

【略歴】

- 1972年12月 福岡県糟屋郡粕屋町生まれ
- 1991年3月 久留米大学附設高等学校卒業
- 1997年3月 鹿児島大学医学部卒業
- 1997年4月 九州大学医学部第3内科入局
- 1997年5月 国立別府病院内科研修医
- 1998年5月 九州大学医学部附属病院第3内科研修医
- 1999年5月 北九州市立医療センター消化器科医師
- 2000年5月 榊麻生飯塚病院消化器内科医師
- 2003年1月 九州大学病院第3内科病棟医員
- 2006年4月 JA長野厚生連佐久総合病院胃腸科医師
- 2006年10月 国立がんセンター中央病院内視鏡部 任意研修医
- 2007年1月 愛知県がんセンター中央病院消化器内科任意研修医
- 2007年4月 九州大学病院光学医療診療部 医員
- 2008年4月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部医員
- 現在に至る

日本消化器内視鏡学会指導医

日本消化器病学会専門医

日本内科学会認定内科医

American Society of Gastrointestinal Endoscopy, International member

医学博士

メモリアルスローンケタリング癌センターでの 海外研修を終えて

(独)国立がん研究センター
東病院病棟部7A病棟(肝胆膵内科) 医長
池田 公史



写真1:MSKCCのメインキャンパス(左)と研究棟(右)

このたび国立がん研究センター東病院の江角浩安院長のご尽力により、第3次対がん10か年総合戦略(研究課題:QOLの向上をめざしたがん治療の開発研究)の平成21年度の外国への日本人研究者派遣事業の一環として、2009年11月5日から2010年1月15日までの2.5ヵ月間、メモリアルスローンケタリング癌センター(Memorial Sloan Kettering Cancer Center: MSKCC)にて海外研修の機会を得て渡航してきました。MSKCCは、米国でも1, 2を争う高名な癌専門病院で、癌の発生のメカニズムから、予防、早期発見、治療まで、最新の方法を取り入れながら、癌診療に取り組ん

でいる病院であります。そのMSKCCにおける診療の実際、消化器癌、中でも私の専門領域である肝胆膵癌の非手術療法の現状を視察し、本邦の診療との相違点、問題点を明らかにし、米国のチーム医療体制、接遇、実際の診療の流れなど参考にすべきこと、今後どのように取り組むべきかを研修することを目的として研修してきました。また、MSKCCでの最新の肝胆膵癌の治験や臨床研究の情報を収集して、今後、本邦での臨床研究にも生かせるような知識を得ること、そして米国の臨床腫瘍医と親密な交流を図り、帰国後も情報交換をできるような交流関係を作ることも目的として



写真2：外来の待合室

MSKCCでの研修に取り組んできました。

MSKCCは米国のニューヨークのマンハッタン島を中心に10数ヵ所に分かれて病院が存在しています(写真1)。私がよく通った外来棟は、新年のカウントダウンで有名なタイムズスクエアやクリスマスツリーで有名なロックフェラーセンターまで歩いて10分程度の距離にあり、まさに国立がん研究センター中央病院が銀座まで歩いてすぐの距離にあるのと同じぐらいニューヨークの中心に位置しています。それほど中心にあるにも関わらず、外来診療棟だけで11階もありほど、スペースを広くゆったりと使っており、息苦しさ感が全くなく、患者さんやご家族も一緒にゆっくりと診察を待っています(写真2)。その外来棟で、消化器科はその1階分を占拠しているのですが、診察している先生は7-8人で、診察室を3部屋、多い先生では7部屋使用して、各部屋を訪問しながら診察しているのにまず驚かされました。そして、その一人の先生をサポートするコメディカル方も多く、初診患者の問診をとったり、再診患者の状態を確認したりするフェローの先生が1-2人、治療法の補足説明をしたり、服薬指導したりするリサーチナースが1-3人、治験の患者のマネージメントをする治験コーディネーターが1人、次回外来予約や検査の説明などを行う秘書が1-2人と、外来を5-8人のチームで診療していました。したがって、医師が

関わるのは、治療方針の決定など、医師としての判断が必要な部分のみであり、医師が診療に専念できる環境であり、その分、患者に丁寧に説明する時間が取れ、必要があれば1時間でも時間かけて説明している光景が各先生でしばしば見られ、しっかり診療をしているのを感じました。また、高名な先生だからと言って奢ることなかれ、一人一人の患者さんにしっかり向き合って熱心に説明しており、これは我々も忘れてはならない姿勢であることを痛感しました。1人の医師に4-5畳しかない外来診療スペースで、外来担当医師10人前後に対して2-3人の看護師と2人ぐらいの事務の方で時間に追われながら運営している我々の外来とは全く異なり、MSKCCは診療レベルの高さのみならず患者満足度も高い病院である所以が十分理解できました。

入院棟は、外来棟とは別の場所でいわゆる高級住宅街のような場所にあります。ただし、化学療法は基本的に外来通院治療であるので、入院してくる患者さんは状態の悪い患者さんか副作用で点滴や抗生剤管理が必要な患者さんであります。入院は外来担当医が持ち回りの当番制で診ているようで、通常、その当番の先生とレジデントの先生だけで病状の説明から治療方針決定まで行われており、他の先生は当番でなければあまり診ることはないようで、外来から入院まで同じ医師で診る

ことが多く、入院治療が重視される日本とは異なる現状で、合理的な米国らしいシステムだなと感じました。

また、肝がんの局所治療にも興味があったため、放射線科も見学させていただきました。放射線科でもチーム医療が行われており、放射線科医1人に対して、技師さん3-4人、看護師さん1-2人と手厚い看護下で検査・処置が行われており、やはり医師は本当に必要な手技だけを行っていました。また、経皮的胆道ドレナージやラジオ波焼灼術は、日本では局所麻酔下に超音波ガイド下で行う手技ですが、MSKCCでは全身麻酔下にCTガイド下で行われていました。比較的痛みを伴いやすい手技には積極的に全身麻酔が行われており、また米国人は体格がよい方が多く、超音波では皮下や内臓の脂肪のためよく観察できず、CTを用いた手技が多いこともお国柄の違いを感じました。処置中、医師の好みの音楽が掛けられており、ハードな曲が好きな医師の場合には、鎮静剤が使われているとは言え患者さんも結構つらいのではと感じずにはいられませんでした。また、ちょうど研修させていただいた時に、放射線科のクリスマスパーティー(写真3)が行われたのですが、それがなんと朝8時から午前中の検査を止めて行われていたのが非常に驚きでした。さすがにアルコールは飲んでいませんでしたが、朝からテンション高く、みんなでクッキーやドーナツ、フルーツなどをほ

お張り、楽しくプレゼント交換などを行って和気藹藹と楽しみ、そして午後からは真剣に処置に取り組んでおり、メリハリを保ちつつ仕事に勤しんでいるところは日本では見かけない光景でありました。

さて、肝胆膵内科の診療の方に話を移したいと思います。私がお世話になったのは、膵癌、胆道癌の領域ではDr O'Reilly、肝癌の領域ではDr Abou-Alfaで(写真4)、彼らの外来には毎回同席させていただき、忙しい外来のさなか、いろいろ質問させていただき、米国での化学療法の考え方を学ばせていただきました。また、私からも様々な臨床試験の結果や我々の新たな取り組みについても提示させていただき、どのように展開すべきかなどをご教授いただきました。通常、主要な学会などで壇上で意見を述べられているような先生方の診療に同席させていただき、私の簡単な質問から難解な変な質問まで熱心に答えていただきました。皆、非常に気さくな方々で、あれほどの高名な先生方ですが、ユーモア交えて説明してくれて非常に身近に感じられました。MSKCCでの診療は、基本的に日本の保険診療のように縛りが多いわけではなく、患者の治療に必要なだと判断する抗癌剤は保険会社と話合っ使用することもできるので、多種多様な抗癌剤を使用して患者の治療を施しています。特に著名な雑誌に掲載された治療はだいたい使用することができるようで、第III相試



写真3：朝8時から行われたクリスマスパーティー

験で有用性が示されないと行われたいわけではなく、日本ではまだ行っていない新たな抗がん剤や併用療法なども多数行われていました。我々は、これまで臨床試験のエビデンスを重要視してエビデンスの確立していない治療は行わないという方針を貫いてきました。それは臨床腫瘍医とはエビデンスに固執するのだと、欧米を見習ってそういう姿勢を貫いてきたのだと思っていたのですが、実際にMSKCCの先生方の診療を拝見すると、我々の方が頑なにエビデンスに固執しすぎているのかなと、もっと臨床に即した対応をすべきなのではと、多少、考えさせられました。また、行われていた治験/臨床試験に関しても、特別目新しいものや多岐にわたる様々な研究が行われているわけではなく、原則、一つの病態に一つの新規治療レジメンの臨床試験といった感じで、我々の方が海外に学べ、遅れをとるとなると躍起になってあらゆる臨床試験/治験に取り組みすぎていたのかもしれない。一つづつきちんとアプローチして、丁寧に結果を報告して行くことが重要なのかなと考えさせられました。MSKCCの医療に接して思ったことは、我々が行ってきている臨床試験や治験は欧米に遅れをとっているという感じはそんなに抱きませんでした。現に、肝胆膵癌の標準治療は本邦でもほぼすべて行える現状にあり、新たな治療の取り組みも積極的にグローバル試験に参加していくことでほぼ同じレベルでの治療は行え

ていると思います。唯一、我々に足りない部分は、我々が提案して、我々の主導で行っている試験ではなく、欧米で行われている試験に参加させていただいているだけであることが、今後改善すべき点であると理解できました。

医師になって16年、そのうち12年をがんセンターで過ごしてきた「井の中の蛙」の私にとって、MSKCCもまだまだ世界の中の一部かもしれませんが、少し「大海」を垣間見た気がします。MSKCCには人材の豊富さ、資金面の違いを見せつけられましたが、この少ない人材、資金の中ですべてを有効活用し、これからも「大海」に挑んでいき、もっと身近に感じられるようになりたいと思います。最後になりましたが、私のMSKCCでの後見人となって頂き、サンクスギビングやクリスマスパーティーに招いてくれたDr About-AlfaやDr O'Reilly、私にアパートを格安で貸してくれたり、緊急時に病院まで連れて行ってくれたり、ニューヨークを案内してくれたアパートのオーナーのMs Gladys、たどたどしい英語にも関わらず、真剣に接してくれたMSKCCの先生方やフェローの先生方、コメディカルの方々、ニューヨークを案内してくれ美味しい料理を紹介してくれた放射線技師の方々(写真5)、そして、私が緊急で運ばれた時にすぐに日本から駆けつけてくれ、最後までニューヨークで一緒に過ごしてくれた私の家族、皆様に支えられて、ニューヨーク研修生



写真4 :Dr About-Alfa(左)とDr O'Reilly(右)



写真5：放射線技師さんとX'mas Dinner

活を楽しくそして有意義に送ることができました。本当に有難うございました。また、ニューヨークにまで応援に駆けつけてくれ、その上MSKCCで講演までしてくれ、日本の現状をしかと見せつけてくれたがん研究センター中央病院の放射線診断部の荒井部長、私の留守中の代理として様々な事務処理を担当してくれ、日本との懸け橋になって支えてくれた私の秘書の武井さん、多忙な中、快く送り出していただいたがん研究センター東病院や中央病院の肝胆膵内科の先生方や上腹部外科の先生方、医長不在の間きちんと切り盛りしてくれていた栗原師長ならびに7A病棟の看護師さん外来の看護師さんや生理検査室の技師さん、そしてこのような貴重な機会を与えてくださった江角院長、経済的な援助をして頂いたがん研究振興財団の方々に心から御礼申し上げます。

(いけだ まさふみ)

【略歴】

- 1969年1月 長崎県長崎市出身
- 1987年3月 長崎県立長崎北高校卒業
- 1994年3月 熊本大学医学部卒業
- 1994年5月 熊本大学医学部附属病院 第三内科
- 1995年4月 水俣市立総合医療センター 内科
- 1996年6月 国立がんセンター中央病院 内科レジデント
- 1999年6月 国立がんセンター中央病院 肝胆膵内科チーフレジデント
- 2001年6月 熊本大学医学部附属病院 第三内科
- 2002年11月 国立がんセンター中央病院 肝胆膵内科医師
- 2008年3月 国立がんセンター東病院 肝胆膵内科 医長

専門領域：肝胆膵領域の非手術療法

日本内科学会認定内科医
 日本消化器病学会専門医
 日本肝臓学会専門医

若手医師・研修医に伝えたい患者の思い!

「がん患者会シャローム」代表
植村 めぐみ



フォーラムで代表挨拶をする筆者(埼玉新聞社提供)

私は、地域に根ざすがん患者会の代表として日々その活動に力を注いでいます。今回の原稿は、2009年第5回医学生・研修医のための腫瘍内科セミナー（於：国際交流会館）において、講師の一人として登壇させて頂いた時のものです。その時の原稿をそのまま、再現させていただきます。

私は、現在、国立がんセンター中央病院に通っていますががん患者です。私の闘病に関しては、財団法人がん研究振興財団発行の機関誌『加仁32号』に載せて頂いています。

ある外科医のことを、歯に衣着せぬ物言いではありましたが、原稿をそのまま掲載して下さいました。綺麗ごとばかりではなく、よいことも悪いこともすべて公開することで、よりよい医療が提供されるのだとその時思いました。

またその2年後に私は、地域に根ざすがん患者会シャロームを立ち上げました。対象はがん全般です。現在会発足から4年目で、103名の会員となりました。同じく『加仁』34号に患者会活動紹介として掲載して頂いています。

今日は、がん患者でもあり、がん患者会の代表でもある私から、医学生・研修医に向けて、患者の視点から伝えたいことを、お話ししたいと思います。これは、私の体験に基づくものが大半ですが、がん仲間にお尋ねしたことも、盛り込んでおります。箇条書きにまとめていますが、読み上げる項目は、訴えたい順ではありません。



これから日本のがん医療を担う若い医師に伝えたい患者の思い！

1. 患者に優しい眼差しを注いで欲しい

目をそらさないで、患者をしっかりとみつめ、患者を思いやる心と柔らかい表情で患者に接して欲しい。患者は、それをしっかりと見抜くものです。優しい表情は意識しだいで誰にでも出来ると思います。

2. 患者の話しをさえぎらないで欲しい。

最後まで聞いて欲しい。それだけで患者は信頼に足る医師とを感じるものです。患者が、『あの先生は良い先生だ。』という時は、決まって話をよく聴いてくれる医師です。これは、患者の男女ともに共通しています。良い先生～というのは、もうその存在だけで患者にとっては、抗がん剤よりも効果が高いとさえ思ってしまう。但し、患者も要点をまとめて話すなどの注意も必要です。

3. まず苦痛の訴えを受け止めて欲しい。

そんなはずはありませんと言わないで欲しい。私の当時の外科医は、『私の患者で僕にそんなことを言うのはあなただけです。』と、取り合ってくれませんでした。そして同じ言葉をどの患者にも言っていました。

4. この治療（処方）の訳をきちんと患者に分りやすく、平易な言葉で説明して欲しい。

お医者さんによっては、専門用語を並べて、一生懸命説明して下さいます。でも、こちらは、難解で理解できません。それでは話す意味がありません。先生たちの知識レベルでは、患者は、小学生以下くらいの医学知識でしかありません。ですから、平易な言葉で説明して欲しいのです。でも、それは、幼い子どもに諭すような言い方では馬鹿にされているようで困るのです。あなたのがんは、女性ホルモンを餌にするタイプなので、その餌をがん細胞に与えないようにしましょう。と、説明されれば、患者もストンと納得して、薬の飲み忘れもなくなるかもしれません。

5. 患者の質問には、真正面から真摯に答えて欲しい。

患者は、私の言っていることだけを聞けばいい…という一方的なお医者さんもいます。でも、そうではなく、疑問が解決されなければ医師不信に

つながります。質問には、自信を持って答えて欲しい。また、ごまかしたり、はぐらかさないで欲しい。分らないことは、分らないと言い、後できちんと調べて患者に伝えるような誠意が欲しいのです。面倒くさいし、時間もかかるかもしれませんが、治療効果に繋がるとご理解頂いて、真正面から患者の質問には、真剣に答えて頂ければ嬉しいのです。

6. 偉ぶらない謙虚な医師であって欲しい。

立派な医師だと言う事は、本人ではなく患者が判断するものだと思います。これは、叱られるかもしれませんが、どうしてあんなに偉ぶっているのでしょうか。と、患者は、ぷっとその医師の滑稽な立ち居振る舞いに笑ってしまうことがあります。どうか、ふてぶてしい医師にだけはならないで欲しいのです。

7. 自分の家族だったら…と、常に置き換えて医療に従事して欲しい。

ご自分の妻なら子供なら親なら、そして彼なら彼女なら…と思うと、気の緩みもなく、病理結果を見落とすこともないと思います。おのずと慎重になるはずで、患者はいつも真剣勝負です。主治医に付き添っていた研修医が、説明をしているその傍らでコクリ・コクリと居眠りをしていた…という話を聞いたことがあります。傍に何かあったら投げつけてやりたかったと言っていました。自分の家族だったら…という意識と緊張感が乏しいために、このようになるのかもしれませんが。過重労働だから…と済まされることではないと私は思います。

8. 発する言葉に気をつけて欲しい。

不可能ではなく困難。無意味ではなく効果は期待出来ない。など、患者が絶望的で可能性を見出せないような言葉は、使わないで欲しいのです。

9. 患者の尊厳を大切にしたい。

目の前の患者は、今まで尊い歴史を刻みながら生きてきました。どうか、価値ある存在と見て欲しいのです。偉い肩書きの患者なら、そして医者仲間なら丁寧に扱い、無学歴で底辺の生活者にはぞんざいに扱うなんてことがないよう、誰にでも平等に尊厳をもって診て欲しいのです。

10. しっかり勉強をして欲しい。また年をとっても学ぶことを怠らないで欲しい。

また、先生方が年を重ねても、昔の主義主張に固執するのではなく、どんどん新しい情報を得るために、学びを続けて欲しいのです。私が一番にこの病院で感じた疑問でした。あるご年配の外科医は、最新で重要な情報を患者に提供できませんでした。若い医師たちに置いてきぼりにされないことがないよう、今ここにられる先生方が年をとっても、絶えず刻苦精励して欲しいと切に願います。

11. 医師は、ご自分の身体をきちんと患者に向けて対面して欲しい。

医師の誠実さを感じ、ないがしろにされていないと感じます。PCばかり見ないで欲しい。私は、1000名以上入会している、ネット上の患者会に所属しています。そこで、今回のことを尋ねてみると、患者に体向けないでPCやカルテばかりを見ている医師が最近多くなったようです。まるで医者様は、対人恐怖症かしら…と思うような感じですが。患者に身体向けられない医者は、患者を尊ばず、無視しているようで、悲しくなります。

12. 白衣ではなく私服で診察して欲しい。

これは、常識的という意味です。白衣は、患者に威圧感を与えます。また、医者と患者の隔たりをおぼえます。私服は本当に患者の気持ちをリラックスさせる効果があります。アメリカなどは、当然のように医師は私服で、白衣は、薬剤師とか看護師であると先日テレビでも言っていました。日本ではまだまだ浸透するには、時間がかかるかもしれませんが、許されるなら是非、私服で診察をして欲しいと思います。但し、病室に回診して下さる時は、白衣がいいです。私服は、もうお帰りモードなのかしら…と感じてしまいます。ただ、女医さんにおいては、胸の谷間が見えるような格好というのは、言語道断です。

13. 手洗いは患者の気持ちに配慮しながら行って欲しい。

あからさまなしつこい手洗いは、患者を屈辱的な気持ちにさせ、私は、そんなに汚らわしい存在なんですか？と、傷つき悲しくなります。私の現

在の主治医は、私にとっては、申し分のない医師です。そして真面目です。しかし、嫌なことも、いくつかありました。それが、この手洗いです。『もう止めて、そんなにごしごしごしごし、丁寧に手を洗わないでよ。診察室から飛び出したい心境だったことがあります。それは、お腹を診てもらった時でした。主治医は、『こんなになっていたの。』驚愕の声を上げました。壊死した醜い私の腹部を触診してそう言いました。後で、腸の癒着と判明したのですが、その時の手洗いのしつこさが、私はとてつもなく悔しく悲しかったのです。お手洗いは、院内感染を防ぐために必要だということは分ります。それが、患者の前で、これほどまでに行われると患者は傷ついてしまいます。

14. 冬場、患者の身体を触診する時、ご自分の手をこすり合わせて温かくして欲しい。

これは、私の願望です。その行為がとてつもなく嬉しく、厳しい治療の中に、ぽっと医師の温かさに触れる瞬間です。

15. 『一緒に頑張りましょう。』と言って欲しい。

口先ではなく、心から手を携えて力を貸して下さると思うと、患者は嬉しくて頑張ろうという思いになります。これは、私のがん友が、脳転移を告げられた時、その主治医が『一緒に頑張りましょう。』と帰り際立ち上がり言ってくれたそうです。そしてそれは、脳転移のショックより、その言葉の方が嬉しくて感動した。と言っていました。『一緒に頑張りましょう。』という言葉は、どんな励ましの言葉より真実みをおびており、本当に嬉しいものです。

16. 入院している時は、ベッドに腰をかけるか、しゃがんで患者と目線を合わせてほしい。

上から立って話をされると、見下されるようで、辛くなります。特に寝ている時、横に立って話をされるとものすごい威圧感を覚えます。ちょっと椅子を持って来て座っていただくか、ベッドに腰をかけて下さると、患者は親近感を覚えます。

17. 診察の前は、必ずご自分の顔を鏡でチェックして欲しい。快適な診察にするために…。

目やにはついていないかな？耳垢は外から見えていないかな？口元に食べものがついていないかな？歯に物は挟まっていないかな？髪はぼさぼさ



2008年町民オープンフォーラム会場風景（埼玉新聞社提供）

でないかな？鼻毛は出ていないかな？口臭はしないかな？医師は、清潔を求められています。常識的なことですが、気をつけて頂ければ幸いです。

18. カルテや病理の結果の見間違いをしないで欲しい。

思い込みをしていないか、時々、カルテや病理結果を見直して欲しい。シャロームの会員さんで、病理の結果をコピーしてもらったら、主治医が患者に伝えたこととは、まったく異なる結果だったことがありました。そういったことから確認作業を怠らないで欲しいのです。がんは、生きるも死ぬるも、補助治療で決まるといっても過言ではないと思うからです。

19. 『よく頑張りまたね。』とか、『よかったですね。』とか、兎に角、心情的な言葉が欲しい。

結果だけを機械が知らせるようではなく、人と人との心の通い合えるようなそんな人間的な言葉が欲しい。

20. 患者の悪口や、患者のことを不用意に発しないで欲しい。

どこで患者の耳に入るか分からないからです。これは、実際に私のがん友がブログに書いていたことですが、若い医師が、ナースステーションで自分の悪口を言っていた…ということでした。そう

いったことから、そのがん友は、若い医師よりも配慮の出来るベテラン医師の方が安心して自分を診てもらえる…とも書かれていました。また、もう一つこれも、ブログで公開されていたのですが、『検査がすべて終わり、隣の部屋に医者が移動すると、“残酷でしたね。”とっていました。その言葉が今も耳に焼き付いています。』とありました。患者に聞かれてまずいことは、どうか口にしないで欲しいのです。先生方のお仕事は、患者を救うことであるのですから。どうか、患者を蹴飛ばして崖に突き落とすようなことは絶対にしないで欲しいのです。

21. セカンド・オピニオンの申し出をしたら是非、快諾して欲しいのです。

私は、天下の国立がんセンターの患者でしたが、セカンド・オピニオンを申し出ました。主治医には、『どうぞ・どうぞ。』と言って頂きました。もうその言葉で、何処に行っても同じなんだなあ〜と確信しました。でも、私は、セカンド・オピニオンをとりました。しかし、別の方が、地方の病院でセカンドを申し出たら、『俺のやっていることが信じられへんのかあ〜』と、医者が激怒した…ということを目にしました。現に会員さんからも聞いたことがあります。セカンド・オピニオン

の理由を言うまでもなく、第三者の意見を聞きたいだけであって、そのことが、今や、医師不信とか、プライドを傷つけられた…なんて、思わないで欲しいのです。それでは、時代の波に乗れません。どうか、迷っている患者の気持ちを汲み取って、快諾して欲しいと思います。

22. 診察中、時計をみないで欲しい。

私は以前、私の主治医に、『先生が腕時計をご覧になるのは、もう、早く切り上げて退室して下さい。長すぎますよ…。っというボディランゲージですか?』とお尋ねしたことがありました。『用意してきた質問は何でも答えますから遠慮しないで聞いて下さい…。』と言いながら、時計をチラチラご覧になる。言行不一致だと思いました。しかし、主治医は、『これは私の癖です。すみません。これからは気をつけます。』と、言いました。それ以来、一度も時計をご覧になったことはありません。すごい医師だと思います。

23. 診察の最後に『他に聞きたいことはありませんか?』と、聞き漏れはないか患者に、確認して欲しい。

先日の診察で、『先生は、いつも最後にもう他に聞くことはありませんか?とおっしゃいますが、あれは、本当に患者にとって、ありがたい言葉で

す。何でも質問していい…ということ、更に最後のその言葉で確認させられる。安心に繋がります。』と申しあげました。『実は、このことは、先輩医師の二番煎じなんです。』とお話をして下さいました。主治医の先輩医師は、患者が診察室を出ようとするそのドアに、『ちょっと待って、聞き忘れはありませんか?帰る前に、もう一度考えて!』と貼り紙をしていた…ということでした。主治医はそこまではしないまでも、診察の最後には、『もう、他に聞くことはありませんか?大丈夫ですか?』と、必ず尋ねられるのです。これは、患者にとっては、限りなくありがたいことばです。

24. 患者の人権を尊重して欲しい。

私は、医者以外に自分の体の醜い傷跡を診られるのに大変抵抗を感じる患者です。ある日、主治医に、『私は、健康な看護師さんにいつも立って、私の傷跡をじっと診られるのは、辛いです。』と申し上げたことがありました。すると、次の診察室には、カーテンが取り付けられていました。飛び上がらんばかりに嬉しかったです。同じようなことが、別の地方の病院でもありました。同じような訴えをした時、次の診察では、カーテンが取り付けられていました。素晴らしい心ある医師とは、病院の大きい小さいではなく、まったく質の高い



リレー・フォー・ライフinさいたまに参加

右から5人目筆者

お医者さんは、どこにでもおられる。遜色ないと実感しました。

25. 患者の権利を尊重して欲しい。

『それは、患者の権利です。』と、国がんの主治医からも、地方病院の主治医からも同じことを言われました。急に7キロ体重が減ってしまって、そして胃痛が激しくなって、もういても立っても入られず国がんに電話をしました。5時以降だったために、テープからアナウンスが入り、主治医にはアクセスできませんでした。そのことを後で主治医に話すと、『それはおかしい。きちんとした操作をするように言うておくから、診て貰うことは、患者の権利だから…』と、主治医には言うて頂きました。地方病院の主治医にも『急患で診てもらおうとしたら、看護師さんのガードが固くて先生のところまで行き着けなかった…』といえ、『これからは、私に直接つないで欲しいと、私が言うていた…と伝えて下さい。それは、患者の権利ですから…』と言われました。でも、よい医者は、どんどん忙しくなる…と、日本の医療をよくしたいと、講演会などで奔走している済生会栗橋病院副院長本田宏医師は言うていました。ですから、よい医者は、本当に激務のために疲弊し、倒れる寸前なのかもしれません。

26. 代替療法をしたくなる気持ちを受け止めて欲しい。

手術をして退院すると、西洋医学の他に自分でも何かやれることはないのか…と躍起になって焦る時期があります。2年くらい過ぎると不思議にそれが遠ざかります。こんな心理を巧みにつかまれて、がんビジネスにまんまとひっかる患者は多いと思います。ただ、その時も、頭ごなしに否定するのではなく、まずその気持ちを一端受け止めて頂き、それがどうしてお勧めでないかを説明して欲しいと思います。私は、主治医の了解をえてすべてのことに手をだしましたが、『治療の妨げになることもあるので、内緒にだけはしないで欲しい。』と、先生方も、患者に伝えて欲しいと思います。

27. 患者には、名前を読んで欲しい。

これは、当たり前のことですが、お宅とかおばあちゃんとか言われると反発したくなります。患

者には名前があるのですから、是非、その名前を読んでいただけますように。

28. カルテや病理結果の開示やコピーを快く患者に提供して欲しい。

今この時代でも、病理結果のコピーを患者に渡せない医師がいます。その医師とのコミュニケーション不足でがんに加えて、新たな苦悩を抱える患者は少なくありません。すべてのことを共有して、きちんと医師と患者とがインタラクティブな関係を保つことが出来るよう、ご協力頂ければ、患者もがんと闘いやすくなります。

以上が皆さんに伝えたい患者の思いでした。随分一方的だと辟易されたかもしれません。医療者として患者に伝えたい思いも沢山あると思います。でも今日は、患者から若い先生方へ・・・ということでしたので、言いたいことを述べさせて頂きました。一つでも二つでも心に止めていただければ、私はとても嬉しく思います。

私は、某病院でボランティアをしています。そこで若い医師から軽く会釈をされて、『ご苦労様です。』と、声をかけられたことがありました。とても嬉しくてまた頑張るぞ！という気持ちになりました。

ここに参加された皆さんなら、診察室に入ってきた患者さんに『お待たせしました…』も、『一緒に頑張りましょう』も、『もう他に言い残しはありませんか』？など、これらのことは、無理なく言葉かけは出来ると思います。患者さんとうまく会話も心もつないで、患者さんとよりよい信頼関係を築いて欲しいと思っています。

先週、日経メディカルオンラインの医療情報を提供してくれるサイトで、『診察室での会話注意すべきポイントは』という医療者向けのタイトルの記事がありました。患者さんとよりよいコミュニケーションを図るにはスキルも大切です。ですが、患者さんの存在は、自分を磨いてくれる最高の教科書だと思うと、臨床の場数を踏むたびに、きっとどんどん医師として成長されると思います。

私は、この国立がんセンター中央病院の現在の主治医に出会い、患者として育てられました。でも、口幅ったいなのですが、私もまたその主治医を

育てさせて頂いた…と自負するものです。そんな大それたことを言えるのは、そこに双方向の絶対信頼があるからだと思います。私は、今日このように患者の末端の意見も吸い上げ、聴こうとされるご姿勢こそが、全人医療なのではないかと思っています。本当に心豊かな医療者は、きっと、『医者になってよかった。』と、患者さんの反応をみてそう確信されると思います。唯我独尊でも独善でもなく、患者さんが、そのことをきっと教えてくれると思います。『先生に出会えてよかった。』そう患者さんに言ってもらえるような謙虚で誠実なお医者さんになってほしいと思います。私は、国立がんセンター中央病院の主治医に出会って、『命も心も救われた』と思っている患者です。

またひとつお勧めの本があります。『医者が末期がん患者になってわかったこと。』岩田隆信著角川文庫出版の書籍です。壮絶な闘病の中で、患者の心理をうまく表現していて感銘を受けました。

最後に、私がボランティアをしている病院の壁面に掛けられている詩をご紹介して私の話を終わりにしたいと思います。

我々は患者と共に 学びをはじめ、
患者と共に 学びをつづけ、
患者と共に 学びをおえる。

ウィリアム・オスラー：Sir William Osler

(うえむら めぐみ)

《略歴》

1950年生まれ

2000年現：国立がん研究センター中央病院で、がん摘出手術。

2006年地域に根ざす『がん患者会シャローム』を立ち上げる。

2010年4月現在、発足4年目で会員147名。代表としてその活動に奮闘中。

2010年11月6日：第三回町民オープンフォーラム開催予定

がん患者会シャロームの活動内容

- ・奇数月定例：患者の集い
- ・偶数月定例：さくらんぼの会（再発・転移者の会）
- ・随時オフ会：真珠の会（遺族の会）
- ・新しい方を招いたオフ会
- ・代表宅での新年会・忘年会
- ・カラオケ・お花見会
- ・隔年の町民オープンフォーラム開催
- ・リレー・フォー・ライフinさいたま：チーム参加
- ・会員考案：手作りがん患者用帽子の販売
- ・がん種別のオフ会
- ・電話相談他 多岐多様。

がん患者会シャロームホームページ
<http://www.geocities.jp/sugitocancer/>

がん患者会シャローム代表個人ブログ
<http://sugitocancer.blog87.fc2.com/>



第23回国際がん研究シンポジウムを終えて

(独)国立がん研究センター中央病院
乳腺・腫瘍内科
清水 千佳子

平成22年4月23日-25日の3日間、がん研究振興財団の主催により「Recent Progress on Breast Cancer: Challenges to Integration of Emerging Sciences(科学の発展を乳癌治療へ～新たなる挑戦～)」と題し、組織委員長である藤原康弘先生の指揮のもと、海外から19名、国内から9名の研究者を招いて国際がん研究シンポジウムが開催されました。

乳癌の薬物療法は、近年の分子生物学的研究の進歩に伴い、分子標的療法やバイオマーカーの研究開発と臨床導入が急速に進んでいます。一方で新薬や新しい診断キットは高額になることが多く、

医学の進歩をどう診療に還元していくか、これらを用いた診療を支えるために医療や社会はどうあるべきか、ということがベッドサイドでの切実な問題としてクローズアップされています。今回のシンポジウムでは、乳癌の基礎研究や実地臨床に携わる研究者だけでなく、医療経済や医療政策の専門家、さらには新たな試みとして、日米欧の患者団体代表の方々をお招きし、今後の乳癌の診療や研究の在り方を模索しました。

1日目は乳癌の分子生物学的なサブタイプ毎に新しい分子標的薬やバイオマーカーの開発に焦点を当てて議論しました。日本人演者の基礎・トラ



シンポジウム風景



スマイス博士と筆者

ンスレーショナル研究には海外の先生方からも熱心な質問があり、水準の高い議論ができました。新規薬剤の開発が目覚ましいHER2陽性乳癌については、効率的な臨床試験を行う必要性が強調されました。Triple-negative乳癌のセッションでは、PARP1阻害剤が治療開発の成功例として取り上げられましたが、この領域の第一人者であるLisa Carey先生のご発表から、triple-negative乳癌の中での多様性は未だ十分に解明されておらず、標的分子の探索も含め治療開発の研究を推進する必要性を強く感じました。

1日目の締め括りとしてバイズ流の生物統計学者として高名なDonald Berry先生より、I-SPY2試験についてうかがいました。I-SPY2は、乳癌の術前化学療法の設定ングを利用して、複数の分子標的薬を競わせながら、一方でそれぞれの分子標的薬のバイオマーカーの開発も同時に行う斬新なデザインの試験です。限られたリソースの中で薬剤の開発とtranslational研究を効率的に行うモデルとして注目されました。海外では基礎・臨床の研究者、企業、NCIのコラボレーションにより集学的な研究が非常に円滑に進行しているようであり、国内でもこのようなコラボレーションを推進していく必要を強く感じました。

2日目は1日目の最先端の抗がん剤や技術を批判的に吟味し、医療システムのなかにどう取り込んでいくのかを議論しました。分子標的薬の臨床試験における対象の絞り込みの重要性、バイオマーカーの標準化と評価の問題、臨床試験におい

て新薬の晩期毒性の評価・報告が不十分であることが指摘されました。また病理標本の取り扱い等、基本的・技術的問題への認識の欠落が落とし穴となっているという意見も出ました。議論を通して、研究報告を解釈し、実地臨床に還元する際にはデータの十分なcritical appraisalが必要であることが再認識され、研究者として襟元を正さなければならぬ思いがしました。

2日目の後半は、医療経済と医療システムをテーマに話し合いました。医療経済評価の方法論は馴染みのない話でしたが、Dana-Farber Cancer InstituteのHassett先生の「臨床医は患者に治療コストと治療成績について率直に情報提供する必要がある」というメッセージは、日本でもがんの臨床医の今後の在り方に重要な示唆を与えていると思いました。実際、英国やオーストラリアなど、皆保険制度を行っている国では既にcost-effectiveness analysisが医療政策を決定するツールとして導入されており、その合理性に非常に感銘を受けました。国内から筑波大学の近藤先生がtrastuzumab, bevacizumab, OncotypeDxの日本でのcost-effectiveness analysisを報告されましたが、国内でのこのような取り組みはまだ端緒にすぎたばかりであり、国内の医療政策に反映させていくためには、人材の育成、関係者の理解が必要であると痛感しました。

いったい新しい技術の臨床的有用性は、誰が、いつ、どう決定すればよいのでしょうか？2日目の終わりに、エジンバラ大学のJohn Smyth先生

は、誰が＝社会が、いつ＝早ければ早いほどよい、どう＝一般人、専門家、規制当局、供給者のパートナーシップによって、決定すべきであり、そのリーダーシップは医療者が取るべきであるとまとめられました。米国やスウェーデンの患者団体の代表者の発表から、欧米では患者団体が、医療者・研究者とのパートナーシップによって、がん研究や医療政策決定における大きな推進力となっていることが感じられました。国内の患者団体は欧米ほど成熟していませんが、その責任は、医療者对患者を対立の構造で報道してきたメディアだけでなく、患者の声に耳を傾けることを怠ってきた医療者にもあると反省されます。医療と医学研究は患者のためにあるという原点に返って、お互いの成長を助けあう存在になりたいと感じました。

最終日、3日間のシンポジウムをM. D. Anderson Cancer CenterのR. Theriault先生がまとめられて、「がん医療はだれが決めるのか?」「がん研究、臨床、政策においてどんな価値観をもって取り組むべきか?」「われわれの価値観はどう明示されるのか?」「『成功』をどのように測定するのか?」と投げかけられました。おそらく正解といえる答えはないのが現状ですが、がん医療に携わる医療者は常にこれらの問いに対する答えを患者や社会との対話を通して自らのうちに求め続けなくてはならないのだと思いました。

シンポジウムの開催直前にアイスランドの火山噴火があり、ヨーロッパからの演者の先生方の来日が直前まで危ぶまれましたが、幸い渡航をキャンセルされたのは1名でした。またシンポジウム初日は冬に戻ったかのような大雨でしたが、3日目には美しい晴天が広がり、海外からお招きした先生方に日本の清々しい新緑を楽しんでいただけでほっといたしました。

(しみず ちかこ)



国際がん研究講演会要旨

ジョン T. シラー博士 (米国国立がん研究所) —東京講演会—

(独)国立がん研究センター研究所
ウイルス部長
清野 透



ジョン T. シラー博士

第69回 国際がん研究講演会には米国国立がん研究所からジョン T. シラー博士をお招きしました。東京講演会は平成21年 3月23日にがん研究振興財団の国際研究交流会館にて「発がん性ヒトパピローマウイルスの感染予防ワクチン」という演題で開催されました。ヒトパピローマウイルス (HPV) が子宮頸がんを引き起こすことを1983年に発見したドイツのハラルド ツァ ハウゼン博士は2008年のノーベル医学生理学賞を受賞しました。ツァ ハウゼン博士のノーベル賞受賞の背景にはシラー博士らが開発したHPV感染予防ワクチンが発がん予防を目的とした世界初のワクチンとして2006年より市場投入され臨床応用に結びついたことが大きいと言われています。講演では、HPVが扁平重層上皮の基底細胞に効率よく感染する仕組みと現行ワクチンによる感染予防機構の他、すべての発がん性HPV感染予防を目指した次世代ワクチンの開発状況について過去25年間の研究成果と今後の研究の方向性を含め分かりやすく講演して頂きました。

シラー博士の研究経歴

シラー博士は1975年にウィスコンシン大学を卒業後、1982年にワシントン州立大学で微生物学の博士号を取得され、1983年より現在の所属でもある米国国立がん研究所の細胞腫瘍学研究室で研究を開始されました。同研究室では師であり25年来の良き研究パートナーであるダグラス ロウイ博士と出会い、腫瘍ウイルスの生物学から免疫学、HPVワクチン開発と幅広い分野で研究を進められてきました。特にHPV研究に関してはその創生期から取り組まれ現行ワクチン開発の基礎となるウイルス様粒子 (virus-like particle: VLP) の生成と精製について多くの技術開発と特許を持ち、大きな貢献をされてきました。HPV粒子は培養による大量調整が難しいことからウイルス学的な解析は遅れています。HPVの感染機構も不明な点が多く、その全貌解明と機構に基づいた新たな感染予防ワクチン開発や既感染者に対する治療ワクチン開発にも取り組まれています。ウイルス学分野の3大雑誌Virology, Journal of Virology,

Journal of General Virologyの他、PLoS PathogensやClinical Cancer Researchの編集者も歴任されています。

HPVとがん

HPVによるがんは子宮頸がんの他、肛門がん、頭頸部がんなど全がんの5%強、女性に限ってみれば11%を占めます。ツァハウゼン博士らが発見したHPV16とHPV18は子宮頸がん患者の約70%の原因になっており、これらのHPV感染者は非感染者に対して200-500倍も子宮頸がんになりやすいことが疫学調査から明らかにされています。有名な煙草による肺がんリスクが5-20倍ですが、これは非喫煙者もかなりの頻度で肺がん罹患するのに対し、「HPV感染なくして子宮頸がんなし」ということを示しています。つまりHPV感染を予防できれば子宮頸がんはほぼ根絶できることを意味します。

HPV感染予防ワクチン

そこで1980年代後半からHPV感染予防ワクチンの開発は始められ、HPV16とHPV18の感染予防を目的としたワクチンが開発されました。これまでに開発された抗ウイルスワクチンが発症を予防あるいは重症化を防ぐワクチンであるのに対し、HPVワクチンはウイルス感染予防を目的とした初めてのワクチンです。HPV粒子はキャプシドと呼ばれる殻で覆われています。キャプシド蛋白質はL1とL2遺伝子がコードする2つの蛋白質からなりますが、L1遺伝子のみを細胞で強制発現させると作られたL1蛋白質は自己集積し正20面

体構造を取りウイルス様粒子（VLP：virus-like particle）を形成します。このVLPは昆虫細胞や酵母でも産生させることができ大量に調整、精製することができます。シラー博士はこのVLPの産生方法と精製法を確立しました。1つのVLPは5個のL1蛋白質からなるキャプソメアが72個集まってできており、 $5 \times 72 = 360$ 個のL1蛋白質を含みます。VLPを抗原とすることで高力価の中和抗体（IgG）を誘導できることが示されました。粘膜感染を抑えるのはIgGではなくIgAであるため、開発当初は本当にHPV感染を予防できるか懐疑的でした。しかし、一方で動物パピローマウイルスの感染モデルがあり、理由はよく分からないがIgGがHPV感染を予防できることからHPV16とHPV18のVLPを抗原とするワクチン開発と臨床試験が進められました。結果は予想以上に良好で抗原として用いたHPV感染をほぼ100%予防し、抗体力価は年と共に徐々に下がるものの、その感染予防効果は大規模臨床試験が開始されてから7年経た現在も持続しています。2006年に現行ワクチンが市場投入され、アメリカ、イギリス、オランダ、オーストラリアなどでは女子中学生などへの公的補助により接種が広まっています。オーストラリアでは2007年前半から学校単位での接種プログラムを開始し、2007年末には接種率は70%に達しています。オーストラリアでは尖圭コンジローマの原因となるHPV6とHPV11のVLPを含むMerck社のワクチン（Gardasil）を導入したため、その効果は2008年に尖圭コンジローマで訪れる若年女性（28歳未満）の外來患者数の急激な低下という形で現れています。また、女性患者の減少に遅れて男性の尖圭コンジローマ患者数低下も認められています。子宮頸がん罹患率の低下が観察されるには10年単位の年月が必要ですが、子宮頸がん予防効果を確信させる結果といえるでしょう。

日本ではGSK社のワクチン（Cervarix）が2009年末に承認され、Merck社のワクチンの承認も待たれています。これらの現行ワクチンは16型と18型のHPV感染をほぼ100%予防することができ、その意味では完璧なワクチンです。中学生を中心に若年者への接種により約70%の子宮頸がんは将





来予防できると言われています。しかし、いくつか課題も残されています。16, 18型以外のHPV型(31, 33, 52, 58型など約15の型)に対しては有効性が低いか無効です。また、既感染者や子宮頸がん患者にも無効です。また、価格が高いことも子宮頸がんの多い発展途上国での普及を妨げています。

次世代感染予防ワクチン

先進国である日本では現行HPV感染予防ワクチンは医療経済学的にも接種を普及すべきワクチンであり、普及により子宮頸がん罹患率の減少が期待されます。しかし、現行ワクチンの課題を克服すべく種々の次世代ワクチン開発が始まっています。その中で、実用化が最も近いものは現行ワクチンが感染予防できない数種の型のVLPを追加したものです。Merck社は既に、HPV6, 11, 16, 18のVLPを混ぜた4価のワクチンを商品化していますが、さらに日本などで多いHPV52, 58などのVLPを加えることで、子宮頸がん予防効果を地域によらず85%以上に高めるものです。子宮頸がん予防効果を100%に近づけるには混ぜるVLPの型をさらに増やせば良いのですが、15以上の型のVLPを産生し混ぜるとコストが高くなること、各型に対する抗体価が下がり効果が落ちる可能性があることなどから現実的ではありません。そこで次に考えられているのはL2を抗原としたワクチンです。L2蛋白質は72個のドーナツ状のキャプソメアの中心から顔を出す蛋白質です。全てのキャプソメアにL2蛋白質が含まれてはいないようですが、ウイルス粒子1個あたり最

大72分子含まれる計算です。このL2のアミノ末端領域がウイルス粒子表面に出てくるのですが、この領域はHPV型間で良くアミノ酸配列が保存されています。そこで、この領域を抗原として誘導された抗体は多くのHPV型の感染を防ぐことが期待できます。実験的にはL2抗原で誘導された抗体を用いて異なる型のHPVの感染を防ぐことが示されています。VLPによって誘導される中和抗体はVLPの立体構造を認識するため安価に調整できるL1のペプチド抗原では効果が得られないのに対し、L2抗原には必ずしも立体構造は必要ないことが示されています。従って、L2ペプチドを用いれば比較的安価なワクチンが製造できる可能性があります。一方、VLPが非常に高い抗体価を誘導するのに対し、L2蛋白あるいはL2ペプチドに対する抗体価は余り高くなりません。低い抗体価でも長期間感染予防できるかは治験を始めなければわかりません。一方で、より高い抗体価を誘導する工夫もされています。VLPの一部にL2ペプチドを組み込みL1分子の数(5×72=360個)だけL2ペプチド抗原を持たせ高い抗体価を得る方法が考案されています。また、HPV型間で良くアミノ酸配列が保存されているとはいえ、型間で少し異なるアミノ酸配列もあるため誘導される感染中和活性にはある程度の型特異性が残ります。そのため複数の型由来のL2ペプチドを繋げて長いペプチド鎖にしたものを抗原として用いる試みも進められています。抗原とするL2ペプチドの配列に関しても、アミノ末端側の2つの異なる領域がそれぞれ抗原として適していることが報告されています。L2抗原の配列、由来する型、抗原の形状(ペプチドかVLPか)など選択肢はいろいろあり、どれが良いのかはまだはっきりしていませんが、いずれの研究でも有望なデータが出つつあります。

HPV感染におけるL2の役割

HPVの感染受容体については多くの報告がありますが、未だに全貌は分かっていません。HPVの感染性粒子を実験的に調整するのが難しいためです。そこでVLPの吸着やVLPの中にプラスミドを閉じこめた偽HPV粒子を用いて、感染機構や

中和抗体の活性が調べられてきました。しかし、本物のHPV粒子はL2蛋白質を持っておりL1だけからなるVLPと挙動が異なることが明らかになってきました。L2を含むVLPは基底膜に豊富に存在するヘパラン硫酸プロテオグリカン(HSPG)に吸着するとチオール基の酸化を介して立体構造が変化し、ドーナツ状のキャプソメアの穴からL2蛋白質のアミノ末端側が飛び出てきます。飛び出したペプチドを認識しfurinと言う名の蛋白質切断酵素がL2を切断し、さらに立体構造に変化をもたらします。シラー博士によればこの立体構造変化によりウイルス粒子は細胞表面の第2の受容体と結合し細胞内に取り込まれる事になります。現在、第2の受容体の同定を試みているそうです。基底細胞には粘膜の幹細胞が含まれていますが、HPVが病変を形成するためには幹細胞に潜伏感染する必要があります。HPV粒子はその感染時に幹細胞以外の多くの分化細胞と接触するはずですが、基底細胞と接するHSPGへの吸着によって初めて成熟粒子となることで、効率よく幹細胞へ感染しているのだと考えられます。これまでもウイルスの巧みな戦略は細胞生物学やがん研究に大きなインパクトを与えてきました。今回の組織幹細胞への標的化機構はがん幹細胞を標的とした治療のヒントにもなりそうです。

今後の展望

先に書いたように、将来、発がん性HPV感染を予防できれば子宮頸がんはほぼ根絶できます。しかし、長い潜伏感染状態を示すHPVを天然痘のように根絶することはまず不可能です。子宮頸がん検診の普及と共に、既感染者や子宮頸がん患者に対する新たな治療法の開発はむしろ必要性を増しています。感染予防ワクチンと共に治療ワクチンの開発が進められています。これらの次世代ワクチン開発などにより、子宮頸がんが「過去の病気」と呼ばれる日が来るまでシラー博士の研究は続きます。

(きよの とおる)



がん医療における外来看護に求められる役割

第10回 国際がん看護セミナー代表
(独)国立がん研究センター中央病院

丸口 ミサエ
(看護部長)

平成21年12月4, 5日の両日、第10回国際がん看護セミナーが開催され、これまで、がん看護において課題であった「外来がん看護」をテーマに取り上げました。

入院期間の短縮化と入院しないで治療を受ける人もあり、日々、外来で治療を受ける患者さんが増加してきています。すでに海外においては、外来看護の体制は作られており、アメリカ、カナダ、イギリスから演者の講演を聞き、日本での外来がん看護のあり方について検討したいと考えました。

プログラムは、4つのセッションに分け、1日目の基調講演は、日本のがん医療の中で、外来看護師にどのような役割を求めているのかということ、国立がんセンター中央病院の土屋了介院長に講演をいただきました。その後のセッションについては、概要にまとめました。最後のセッションでは、田村やよび先生（国立看護大学校）と小松浩子先生（当時聖路加看護大学）のお二人の座長により、参加者全員と共に2日間のまとめが行われました。この総合討論を通して、外来がん看護に対する提言を出しました。

今回の演者は、日本でも海外でも実際に外来看護に携わっていたり、マネジメントしている看護師、病院の全体のマネジメントをされている方をお願いしました。

セミナーの参加者は、財団のホームページから参加申し込みをしていただいた方々であり、2日間非常に熱心な討論が行われました。

今回、各セッションの概要と、最後の総合討論でのまとめから、このセミナーの概要を報告させていただきます。

1. 各セッションの概要

1. セッション 1

日本における外来がん看護の現状と課題

宮坂友美さん（国立がんセンター東病院）は、外来での患者・家族の看護相談や電話によるフォローアップの現状について、濱口恵子さん（癌研究会有明病院）は、日本がん看護学会における「わが国の外来化学療法におけるケアシステムおよび看護実践に関する調査研究」から、外来化学療法に携わる看護師への教育、ケアの標準化を含め、外来化学療法のケアシステムや看護ケアの標準化が早急に必要であるということが発表されました。また、田墨恵子さん（大阪大学医学部附属病院）は、一般病院における外来がん看護について、院内でがん看護の知識・技術を持つ看護師を増やしていくために教育システムを構築していく必要があると発表されました。

2. セッション 2

外来看護の先駆的な取り組みについて

森文子さん（国立がんセンター中央病院）は、診療科のニーズが促進力となり、膵がん、胆道がん教室と造血幹細胞移植後の長期フォローアップの取り組みを行っていること、石田和子さん（群馬大学医学部附属病院）は、大学の保健学科の教員との連携により行っている看護相談事業を紹介されました。いずれも、診療報酬は認められていないために病院の負担となっている現状です。

Ms. Jeanine N. Gordon, (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center)は、病院における外来看護の体制と入院病棟と外来クリニックとの継続性を果たせるためのミーティングやオンラインによる

情報交換などについて、Ms.Tracy Truant, (BC Cancer Agency, Canada)は、カナダにおけるケアの体制、看護師主導の外来でのケアの例について発表がありました。

3. セッション3

外来がん看護を発展させるための組織的戦略

山口建静岡県立がんセンター総長は、病院管理者の立場から、包括的・専門的がん看護外来の実践を目指すために、適材適所に専門的知識を持った看護師を配置したり権限を付与し活躍できる環境を整備していることなどを、兵藤千草愛知県がんセンター中央病院看護部長は、がん診療連携拠点病院が連携すること、「がん看護専門外来」の創設、充実を図ることについて発表されました。

Ms. Jeanine N. Gordonさんは、企画から関わって設立した看護師が運営している化学療法の点滴センターについて、Ms. Shelley Dolan (The Royal Marsden Hospital) は、看護師主導のサービスクリニックについて患者の評価をデータとして出すことで外来看護の拡大を図ったということ、Ms. Tracy Truantは、看護の質を担保するために、カナダ看護師協会が作成している基準やツールとその臨床への導入について、それぞれ発表されました。

以上の発表から総合討論が行われ、参加者全員の合意として次のことが挙げられました。

II. 総合討論

1. がん医療における外来看護の重要性の増大

外来は、単なるフォローアップの場から治療の中心の場に移行し、がん患者の治療管理のベースキャンプの役割をもつようになってきている。従って、外来での医療・看護は、他部門、他施設と連携・協働する必要がある。

2. 外来がん看護のめざすゴール

外来患者は、治療をしていたり、治療後の回復期にあり、何らかの医療者のサポートが必要な人である。それらの人に求められる看護は、治療を継続しながら社会生活が維持できるように支援すること、また、治療やがんによって生じた苦痛症



セミナー風景

状をコントロールしながら自らの生活を築いていけるように支援することである。患者のセルフケア能力を向上させ、自ら病気と生活に取り組めるようにすることである。

3. 外来がん看護の課題

外来看護が重要になり、めざすゴールを達成するためには現在の外来看護の現状から次のことが課題である。

1) 看護師の配置の問題

外来看護師の配置は、1948年厚生省発令第50号医療法施行規則による患者30名に看護師1名という基準のままである。その時代により、外来看護配置は診療報酬にも左右されるため結果として流動的になる。外来には、夜勤ができない子育て中の看護師や、産前・産後の看護師が多くなっている。専門看護師、認定看護師のような専門性の高い看護師もどこの病院にもいるわけではなく、配置されている病院においても、十分なケアが提供できるまでに至っていない。

2) 看護提供システムの問題

外来では高度な医療が行なわれるようになってきているが、そのケアの提供システムは整備されていない。「わが国のがん化学療法看護におけるケアシステムおよび看護実践に関する調査研究」(石垣ら、2007)では、化学療法部門があり、専従の看護師を配置している施設のほうが有意に、ケアができているという報告がされている。しかし、同調査では、看護師の知識・力不足、ケアの時間の不足、指導マニュアルの不備などケアシステムについて

の問題点が挙げられ、看護師の教育、ケアシステム、ケアの標準化が急がれるとも報告されている。

3) 看護師に関する問題

看護師がキャリアアップを図っていくためには、自己研鑽する必要があるが、限られた看護師の人員であり、子育て中である看護師が多い中では、研修を受けることは無理であり、キャリアを積んでいくことが難しい。

看護師の給与は、夜勤加算があることで見掛け上高い水準に見えるが、外来看護師は、夜勤加算がつかないために病棟勤務者に比べかなり低い水準になっている。

4. 外来がん看護の実際

現在、外来では、初診、再診の患者の診察、検査、治療がおこなわれている。診察の場面では、単なる診察ではなく、厳しい病気や治療方法の説明がなされ、患者・家族は意思決定を迫られる。また、検査は、簡単なものから、苦痛を伴うものや長時間に及ぶもの、複雑なものなど様々であり、方法も年々進歩している。手術前の検査は殆どが外来で行なわれている。

治療は、抗がん剤の化学療法、放射線治療、内視鏡による治療、放射線の透視可による治療のIVR（Interventional Radiology）などが主として外来部門で行なわれている。看護師は、これらの場面で様々な看護を行っている。

看護師が主導で先駆的に外来看護に取り組んでいる病院は、限定された病院であり、診療報酬による算定はされないため、病院の負担となっている。

5. 新たな外来がん看護の発展

今後の外来がん看護は次のように発展させていくことが必要と考える。

1) 外来看護のケアを標準化し、質を保証する。

一定レベル以上の質が保てるようにマニュアル等を作成し、ケアに携わる看護師が理解し実践できるようにする。

2) 患者・家族のニーズ、潜在化している問題に対して、新しい看護の提供モデルを開発し、実践する。看護師だけでなく、他職種と協働し、患者・

家族に必要なケアを提供しなければならない。

6. 外来がん看護の質向上に関する組織的体制整備

外来がん看護の質の向上を図り、発展させていくためには、病院管理者、看護管理者が組織における外来医療、看護に対するビジョンを持ち、組織全体が連携・協働して外来の医療・看護を作りあげることである。さらには、施設を超えて、看護師、診療連携、地域との連携、教育と臨床、学会と連携し、日本のがん医療あり方の中での外来がん看護の組織体制を整備していかなければならない。患者・家族の声を聴き、一緒に作り上げることも重要である。

7. 外来がん看護の質向上に向けて教育・研修の充実

外来がん看護を担っていく看護師は、すべてががん専門看護師でも、認定看護師でもない。このジェネラリストの看護師に対して、専門的な治療・看護の教育をし、患者・家族がもつ問題を焦点化し解決できるように、短時間に効果的な看護ができる看護師を育成していかなければならない。看護師の基礎教育においても、もっと地域看護、外来看護にも時間をかけて教育する必要がある。そのことが、卒後のジェネラリストの看護師の教育の基礎になる。

8. 外来がん看護の新しいモデルの創出

今後の外来がん看護は、がん看護専門看護師、認定看護師、ジェネラリストの看護師が、それぞれの役割を明確化し、それぞれが自らの役割を果たしながら、統合されたケアを患者・家族に提供することである。さらに、看護師だけでなく、他職種、施設外の資源も活用しながら、患者・家族に必要なケアが提供でき、満足が得られることである。

以上が、この2日間のセミナーから得られた成果です。これを基に提言をまとめ、看護師である代議士、厚生労働省、日本看護協会、日本がん看護学会、全がん（成人病）協施設に配布させていただきました。

（まるぐち みさえ）

がん看護の質を高めるための提言

第10回国際がん看護セミナー参加者有志

丸口 ミサエ (国立がんセンター中央病院看護部長)

市橋 富子 (国立がんセンター東病院看護部長)

小松 浩子 (聖路加看護大学教授)

佐藤 禮子 (兵庫医療大学副学長、日本がん看護学会理事長)

田村 やよひ (国立看護大学校長)

I. 外来がん医療の安全と効果を高める外来看護の診療報酬加算

国際がん看護セミナーに参加したイギリス、アメリカ、カナダと比較すると外来看護部門の患者対看護師の比は、日本が最も低い。アメリカでは、患者の病状や治療の複雑性などを考慮に入れた看護師の配置が行なわれている。セミナーでは、日本における外来がん医療の安全と効果を高める外来看護の報告が数多くなされ、それらを集約すると、下記の看護技術には診療報酬加算が得られると考え、診療報酬に基づく新たな看護師配置の検討が必要と考えられる。

1. 外来におけるリンパ浮腫指導など有害事象に対するセルフケア指導管理料の創設

2008年の診療報酬改定において、入院中の手術患者に対するリンパ浮腫指導管理料が加算されたが、外来患者には適用されていない。がん治療に続発するリンパ浮腫は長期に渡る症状であり、患者自身のセルフケア能力を高めていくことが重要なことである。

今回のセミナーにおいて、わが国において、リンパ浮腫をはじめがん治療に伴う有害事象に対しセルフケア能力を高めるための看護外来の実績が示された。症例集積研究によりQOL向上の成果を得ているが、これらのケアは診療報酬加算をとってはいない。

一方、海外の報告では、外来における看護師主導のケアがすすみ、ナースプラクティショナーによる保険診療が定着している。外来に配置される数少ない看護師の努力で実施されている有害事象のセルフケア指導の実績に対し、リンパ浮腫指導管理などの技術への加算、あるいは患者対看護師の比を高めることで、より質の向上をめざすことが望まれる。

2. がん治療の安全性と効果性・継続性を保証する外来がん看護システムに対する診療報酬加算

現在の外来がん看護システムに対する診療報酬は、外来化学療法部門を有する施設に対して500点が加算されているのみであり、それ以外には診療報酬の加算はない。

入院では、専門性の高い看護師を配置することが条件になって緩和ケア診療加算が認められている。緩和ケアを必要としている患者・家族は入院に限定されているわけではなく、諸外国では外来緩和ケアが進みつつある。外来でも緩和ケアチームによる全人的なケアが提供できる体制を整え、外来緩和ケア診療加算を創設することが必要である。

外来放射線治療についても化学療法との併用により有害事象が強くなる場合が多く、専門的なチームによる患者の支援体制を構築することが必要であり、化学療法、緩和ケア同様に診療報酬の加算が必要である。

II. 外来がん医療システムの質担保に資するがん看護プロフェッショナルズの育成と配置

外来がん医療の質担保は、学際的アプローチによる協働を円滑に機能させることである。学際的アプローチの中心的役割を果たすのは、スペシャリストとしてのがん看護専門看護師、がん看護領域の認定看護師であるが、彼らと協働して、がん看護に強いジェネラリスト看護師が日々のケアを実践することが重要となる。今回のセミナーにおいて、この両方の看護師を育成し、適正に配置することで外来看護システムを構築し、それぞれが能力を発揮して患者・家族へのケアの質を担保していく必要があるということが強調された。

専門看護師、認定看護師の育成に向けて、施設の責任者は教育を受けやすい休職制度などの体制づくりを行う必要がある。また、がんに強いジェネラリストの看護師は、日本がん看護学会や日本看護協会などと連携して質の高いプログラムに基づいた教育をする必要がある。

III. がん関連学会との連携・協働による外来がん医療・看護の発展

外来がん看護を発展させていくためには、がん関連学会との連携・協働は言うまでもない。専門性の高い看護師、ジェネラリストの看護師を育成し、根拠に基づいたケアを実践しケアの質を担保していくためには、関連学会と連携し、次のような事項において外来がん看護の発展に努めるべきである。

1. 日本がん看護学会の「がん看護実践に強い看護師育成プログラム」等の活用によるがん看護師の育成とプログラムの推進。

平成18年度から始まった各都道府県における「専門分野(がん)における質の高い看護師育成事業」の継続と拡大が今後も必要である。この事業においても、日本がん看護学会が開発した「がん看護実践に強い看護師育成プログラム」に基づく教育がなされることが望ましい。このプログラムが効果的に活用する連携体制が必要である。

2. がん関連学会の連携・協働による外来医療・看護のガイドライン開発

外来において高度な治療、侵襲的な治療も行なわれており、患者・家族が自己管理をし、病状・病態の変化に早期に対処できるような支援が必要である。がん関連学会は連携・協働して、外来がん化学療法看護等に関するガイドラインやオンコロジー・エマーゼンシーに対する標準的なガイドライン等を作成し、全国に普及させ、ケアの標準化を図る必要がある。また、がんサバイバーに対して、長期フォローアップの患者教室等の実施指針の開発と普及も求められている。

3. がん関連学会の連携・協働による新たな資格制度の創設

がん看護の専門的知識・技術を備えた看護師を育成すると共に、将来的にはそれらの看護師に資格を与え、その資格を持っている看護師を活用し、外来看護の質をさらに担保していく必要がある。さらに、その資格を有する看護師が行うケアには診療報酬制度上の手当がなされることが望まれる。

今後、外来看護において特に必要と考えられる資格領域としては、看護の専門性を積み重ねられるように診療・看護記録に関わる専門家、「患者・家族のサポートプログラム」に関わるサポートプログラムファシリテーター、リンパ浮腫指導管理士などがある。これらの資格認定については、がん関連学会の連携が必要である。

「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7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) 外国への日本人研究者等派遣事業
- (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	2009	小計	計
アメリカ	141	95	7	4	3	8	4	1	27	263
韓国	35	39	2	4	2	1	4	2	15	89
イギリス	26	34	3	3	3	1	—	1	11	71
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	1	16	21
オーストラリア	1	16	1	—	1	—	—	—	2	19
スウェーデン	17	1	—	—	—	—	—	1	1	19
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	1	5	5
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	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2
インドネシア	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
計	351	280	25	22	30	20	22	7	126	757

(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	2009	小計	計
アメリカ	197	151	24	16	11	8	11	6	76	424
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	6	193	829

(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	2009	小計	計
医学	345	586	59	57	51	54	38	30	289	1,220
歯学	9	23	4	2	3	2	4	2	17	49
理学	36	25	8	8	4	5	9	7	41	102
薬学	44	49	5	6	7	8	10	11	47	140
農学	19	19	4	6	5	8	9	9	41	79
その他	—	51	8	13	15	16	22	22	96	147
計	453	753	88	92	85	93	92	81	531	1,737

(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「国際がんシンポジウム」を開催し、内外の研究者が一堂に会して、最新の研究状況に基づいての研究発表及び情報の交換をすることで、研究推進の一層の向上を図っている。

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

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

●国際がん研究シンポジウム

回数	年度	テーマ	参加者数 (人)
1	1987	肺がんの基礎と臨床	155(うち外国人17)
2	1988	肝がんの基礎と臨床	163(" 18)
3	1989	多重がんの基礎と臨床	174(" 15)
4	1990	尿路性器がんの基礎と臨床	176(" 19)
5	1991	膵・胆道がんの基礎と臨床	202(" 15)
6	1992	食道がんの基礎と臨床	200(" 18)
7	1993	肺がんの基礎と臨床	224(" 24)
8	1994	大腸がんの基礎と臨床	207(" 23)
9	1995	脳腫瘍の基礎と臨床	220(" 22)
10	1996	頭頸部がんの基礎と臨床	180(" 20)
11	1997	胃がんの基礎と臨床	204(" 27)
12	1998	乳がんの基礎と臨床	188(" 21)
13	1999	がん検診 —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)
22	2008	頭頸部・食道がんの基礎と臨床—最近の進歩	130(" 13)
23	2009	科学の発展を乳癌治療へ ～新たなる挑戦～	120(" 18)

●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
2009	岡山市等13会場	143,900※(1)※(2)

※(1) がん予防展

開催地	日数	入場者数
柏 市	2	8,500
仙 台 市	2	4,500
福 井 市	3	1,500
広 島 市	2	3,000
鹿 児 島 市	2	2,500
甲 府 市	2	120,000
計		140,000

※(2) がん講演会

開催地	人数	講演者	講演タイトル
岡 山 市	700	奥 田 博 之 倉敷成人病健診センター、岡山大学名誉教授	「検診を受けましょう～特に若い世代と閉経後の世代の子宮がんが増えています。」
		小 川 育 恵 岡山県健康づくり財団 臨床検査技師	「子宮がん検診と細胞診検査」
		大 原 洋 子 瀬戸内市健康づくり推進課 保健師	「自分だけは大丈夫」と思っていないませんか?～子宮がん検診の取り組み～」
		佐藤千津子 岡山県愛育委員連合会 副会長	「私たちの勤めるがん検診～住民の幸せを願って～」
柏 市	350	江 角 浩 安 国立がんセンター東病院長	「メタボリックシンドロームと大腸がん」
		森 山 紀 之 国立がんセンターがん予防・検診研究センター長	「大腸がんで死なないために～画期的検診法～」
		黒 沢 年 雄 俳優	「大腸がんは怖くない ～早期発見のために～」
		齋 藤 典 男 国立がんセンター東病院 病棟部長	
		平 島 雅 治 柏市保健センター所長	
		原 元 美 紀 フリーアナウンサー	
仙 台 市	350	小野寺博義 宮城県立がんセンター 医療局長	「チーム医療について」
		深 尾 彰 山形大学大学院 公衆衛生学講座 教授	「がん予防 1・2・3」
福 井 市	600	松 田 一 夫 県民健康センター所長	「がんは早く見つけて、早く治す」
		山 田 邦 子 タレント	「大丈夫だよ、がんばろう!」
		山 田 邦 子 タレント	ミニ鼎談
		笠 原 善 郎 福井県済生会病院 医師	「ここが知りたい乳がん検診」
		福田布貴子 福井テレビ アナウンサー	
広 島 市	100	河野美代子 河野産婦人科クリニック 院長	「若い女性に急増する子宮頸がん」
		河野美代子 河野産婦人科クリニック 院長	パネルディスカッション
		百 木 義 光 広島県西部保健所広島支所 専門員	「知っておきたいがんの知識」
		中 原 恭 子 女性クリニックラポール 院長	
鹿 児 島 市	400	アグネス・チャン タレント	「明るくさわやかに生きる -アグネスが見つめた命-」
		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」
中 央 区	1,400	中 釜 齊 国立がんセンター研究所 副所長	「がんを知り、がんに挑む～研究の場から～」
		島 田 安 博 国立がんセンター中央病院 消化管内科医長	「大腸がんの最新抗がん剤治療 ～増えた選択肢と治療効果の改善～」
		的 場 元 弘 国立がんセンター中央病院 緩和医療科医長	「がんの痛みで苦しまないで -がんの痛みは正しい治療で緩和できます-」
		金 子 昌 広 国立がんセンター中央病院 内視鏡部長	「肺がんで亡くならない「コツ」をみつけましょう」

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
1984~1995	ポール・A・マークス博士(アメリカ) 他38氏	延べ83会場
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
	○ヅアン・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	○ジルバール・ド・マシア博士(フランス)	東京、つくば
	○アラン・バーンスタイン博士(カナダ)	東京、名古屋
2002	○アンダーズ・ゼッターバーグ博士(スウェーデン)	東京、名古屋
	○ウィリアム・シプレイ博士(アメリカ)	東京、京都
2003	○サムエル・コーヘン博士(アメリカ)	東京、名古屋
	○ジェームズ・フェルトン博士(アメリカ)	東京、大阪
2004	○カリ・ヘミンキ博士(ドイツ)	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)	東京、名古屋
2009	○ジョン・T・シラー博士(アメリカ) 米国立がん研究所 細胞腫瘍学部主任研究官 「発がん性HPV感染を予防するワクチン」	国際研究交流会館 京都大学
小計	32名	
計	69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ヵ条」「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」、その他カレンダーの作成・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ヵ条、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ヵ条、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、がんどう付き合うか(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：915万部)

年度	事業内容
2004～2009	がんを防ぐための12ヵ条、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、12ヵ条カレンダー、がんどう付き合うか(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
2009 (第10回)	がん医療における外来看護に求められる役割	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回プレストイメーシング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
平成21年度	(1)看護部門	4名 (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 (カナダ)Princess Margaret Hospital
	(2)薬剤部門	5名 (米国)メモリアルスローンケタリングがんセンター、H.Lee Moffittがんセンター/2010 BMT Tandem Meetings、Fred Hutchinson Cancer Research Center
	(3)放射線部門	6名 (タイ)第9回アジア・オセアニア医学物理学術大会 (米国)米国放射線腫瘍学会(ASTRO)、Stanford Hospital & Clinics/北米放射線学会(RSNA)、 シカゴ大学病院放射線科、GE Healthcare Factory、Schlough Siemens Medical So- lutions、ジョン・ホプキンス大学/シカゴ大学カートロスマン放射線像研究所 (オランダ)ライデン大学メディカルセンター (オーストリア) European Congress of Radiology (ECR) (ドイツ) Global Research Center

第42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42回贈呈式を平成22年3月30日に挙行、次の一般課題A30名・一般課題B7名・特定課題10名・ラン・フォー・ホープ記念課題1名・余命1ヶ月の花嫁記念課題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A: 1課題150万円 30名）

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
赤須 孝之	国立がんセンター中央病院 総合病棟部15B病棟 医長	High-resolution magnetic resonance imaging (HRMRI) およびdiffusion-weighted HRMRIを用いた正確な直腸癌の病期診断法の開発に関する研究
伊藤 雅昭	国立がんセンター東病院 外来部消化器科 医長	大腸癌に対する腹腔鏡下手術のlearning curve短縮を目指したトレーニングプログラムの開発
梅田 泉	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 細胞機能室 室長	ナノキャリアと内用放射線治療・化学療法との組み合わせによる進行性・転移固形がんに対する新規治療法の研究開発
太田 力	国立がんセンター研究所 腫瘍ゲノム解析・情報研究部 室長	抗がん剤抵抗性に関与する因子の探索
大塚 隆生	九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科 助教	癌特異的人工ウイルスの改変による新規膀胱癌治療法の開発
大塚 基之	東京大学医学部附属病院 消化器内科 助教	持続炎症に伴うmicroRNA機能不全が惹起する肝発癌機構解明とその発癌機構への新規介入法の開発
尾島 英知	国立がんセンター研究所 病理部第一組織病理研究室 研究員	胆道領域がんの進展・増殖を決定する分子機構の解明と臨床治療への応用
神田 浩明	(財)癌研究会癌研究所 病理部 主任研究員	がん骨転移におけるがん細胞と間質細胞相互作用の研究
金 成元	国立がんセンター中央病院 特殊病棟部 血液内科・幹細胞移植科 医師	がん化学療法患者における味覚・嗅覚障害の実態および原因探索に関する研究
小林 昭彦	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師	血中アンチセンスRNAの網羅的解析による大腸癌及び肝細胞癌の新規診断法の開発
込田 英夫	東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 助教	難治性消化管間葉系腫瘍に対する新規ワクチン療法の開発
近藤 豊	愛知県がんセンター研究所 分子腫瘍学部浸潤転移研究室 室長	ヒト肝細胞キメラマウスを用いた肝炎ウイルスによるエピジェネティクス異常の誘導機序に関する研究
清水 律子	東北大学大学院医学系研究科 病態検査学分野 教授	白血病幹細胞に対する治療標的分子の同定
谷口 博昭	札幌医科大学がんプロジェクト (兼)医学部内科学第一講座 特任助教	悪性腫瘍におけるサーカジアン関連遺伝子の異常及び抗癌剤のクロノセラピーへの応用

(一般課題A: 1課題150万円 30名)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
田原 信	国立がんセンター東病院 内視鏡部気管支内視鏡室 医長	臨床病期Ⅱ/Ⅲ期 (T4を除く) 胸部食道癌を対象としたドセタキセル+シスプラチン+5-FU(DCF)の併用療法による術前補助化学療法の実施可能性試験
千葉 哲博	千葉大学医学部附属病院 消化器内科 助教	ポリコーム群タンパクを標的とした新規肝癌治療法の確立
土原 一哉	国立がんセンター東病院 臨床開発センター がん組織生理機能解析プロジェクト 室長	PARP-1阻害剤による低毒性化学療法開発の生物学的基盤の確立
寺脇 潔	国立がんセンター研究所 がん患者病態生理研究部 がん悪液質研究室 室長	がん悪液質モデルの確立および六君子湯による悪液質改善効果の研究
富田 直人	横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学 准教授	びまん性大細胞Bリンパ腫の中樞神経浸潤
中田 光俊	金沢大学医薬保健研究域医学系 脳・脊髄機能制御学 医学系内講師	GSK3 β を標的とした悪性脳腫瘍に対する分子標的療法の確立と分子機構の解析
中西 弘之	国立がんセンター中央病院 第二領域外来部泌尿器科 医師	新規パラメーターを加味した局所限局前立腺癌に対する至適治療法決定アルゴリズムの開発
中西 幸浩	セントルイス大学医学部附属病院 病理学教室外科病理 レジデント	米国における病理診断業務の最新事情に関する調査 －診断の標準化、臨床との連携、精度管理、Pathology assistant、教育システム－
西澤 祐吏	国立がんセンター東病院 大腸骨盤外科 第14期がん専門修練医	直腸癌ISR術後における肛門機能再生に関する研究
西野 宏	自治医科大学医学部 耳鼻咽喉科学講座 准教授	進行上顎洞癌に対する機能形態温存治療
春間 賢	川崎医科大学 内科学教室 (食道・胃腸) 教授	胃食道逆流症患者におけるバレット粘膜の長期経過の検討 －Prospective Cohort Survey－
阪埜 浩司	慶應義塾大学医学部 産婦人科 専任講師	エピジェネティックに制御される遺伝子を標的とした子宮体癌に対するsmall RNA医薬の開発
深川 剛生	国立がんセンター中央病院 総合病棟部17A 医長	進行胃がん患者の腹腔洗浄液に対するDNAチップ診断法を用いた術前化学療法の有効性に対する検討
益谷美都子	国立がんセンター研究所 生化学部 部長	がん治療におけるPARP阻害剤の効果規定因子の同定と有効性予測の研究
村田 幸久	東京大学大学院農学生命科学研究科 獣医薬理学教室 助教	肥満細胞が産生するプロスタグランジンD ₂ の腫瘍血管新生抑制効果の検討と腫瘍マーカーとしての応用
安永 正浩	国立がんセンター東病院 臨床開発センター がん治療開発部 薬理薬効室長	難治性固形腫瘍の薬剤抵抗性の原因となる間質バリアの克服を目指した新規抗体DDS(Drug delivery system)製剤の開発研究

(一般課題B: 1課題120万円 7名)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
落合 由美	国立がんセンター東病院 運営局庶務第二課 栄養管理室長	がん患者栄養教育の確立－料理教室を通じての栄養介入の在り方－

(一般課題B: 1課題120万円 7名)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
光野 譲	国立がんセンター中央病院 放射線診断部 R検査主任	PET-CT撮像時の呼吸性変動が画質および定量性に及ぼす影響の検討
河野 良介	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 研究員	放射線治療におけるMegavoltage Cone-Beam CT (MVCT) 画像を利用した患者線量評価
小西美ゆき	兵庫医療大学看護学部 看護学科 療養支援看護学 成人看護学 講師	がん患者のがん罹患原因、罹患時期の捉え方と治療への取り組みの姿勢との関連に関する研究
鈴木 雅裕	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 診療放射線技師	CTcolonographyを用いた大腸がん検診における最適な前処置法および被曝低減に関する研究
高地リベカ	国立がんセンター がん予防・検診研究センター 予防研究部 派遣研究員	がん予防の疫学研究における食事評価の精度向上を目指した料理（画像・レシピ）データベースの構築と“料理”単位による食事調査の妥当性検討
森 文子	国立がんセンターがん対策情報センター がん対策企画課 研修推進室 研修専門官（看護）	がん患者のQOL向上を目指した総合的フォローアッププログラムの開発

(特定課題: 1課題300万円 10名)

〈膵臓がん〉

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	膵臓癌モデルマウスを用いた膵臓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臓治療の開発
小井戸薫雄	東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 准教授	進行膵臓がんに対する免疫化学療法

〈肺小細胞がん〉

石川 雄一	財団法人癌研究会 病理部 部長	microRNAプロファイリングによる肺小細胞がん予後良好群の抽出
蔦 幸治	国立がんセンター中央病院 臨床検査部分子病理診断室 医師	小細胞癌ならびに肺大細胞神経内分泌癌を含む高悪性度神経内分泌腫瘍の新規治療ターゲットの探索的研究
望月友美子	国立がんセンター研究所 たばこ政策研究プロジェクトリーダー	禁煙による肺小細胞がんの予防のための地域介入教育プログラムの開発に関する研究

〈卵巣がん〉

岩田 卓	慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 助教	卵巣がんの腫瘍免疫逃避機構の解明および解除法の開発
津田 浩史	慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 講師	分子機能に基づいた卵巣癌標準化学療法の効果予測システムの開発と新規分子標的薬の探索ーオバリアンプリントの開発を目指してー
平沢 晃	慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 助教・診療医長	遺伝性卵巣がんの一次予防とサーベイランスおよびQOLに関する検討

(ラン・フォー・ホープ記念課題: 1課題150万円 1名)

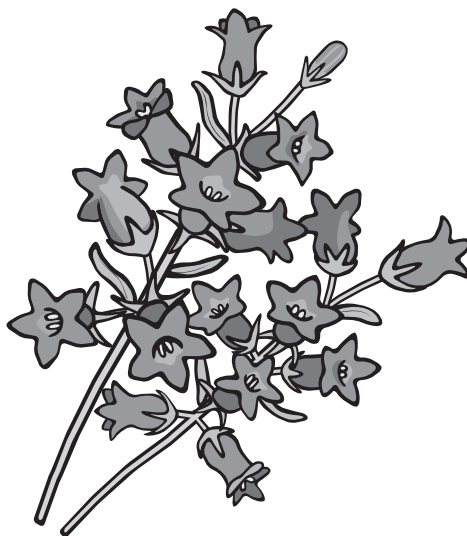
〈骨肉腫〉

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
小林 英介	国立がんセンター研究所 化学療法部 リサーチ・レジデント	遺伝子発現解析を用いた骨肉腫新規バイオマーカーおよび治療ターゲットの開発、その臨床応用に向けて

(余命1ヶ月の花嫁記念課題: 1課題1,500万円 1名)

〈乳がん〉

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
清水千佳子	国立がんセンター中央病院 第一領域外来部乳腺・腫瘍内科 医員	若年乳癌患者とその家族およびハイリスク若年女性に対する包括的支援プログラムのモデル構築に関するパイロット研究





平成21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21年度(平成21年4月1日～平成22年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
千葉県	宮崎 東起子様	東京都	中島 武様
東京都	八巻 とも子様	東京都	垣添 忠生様
鹿児島県	APRSがんNcyMap募金	東京都	株式会社マガジンハウス様
	代表 池上 済文様	東京都	国立がんセンター中央病院
東京都	酒井 孝文様		放射線治療部・診断部様
東京都	小出 三喜男様	東京都	故 安藤 百枝様
千葉県	竹内 ハル様	千葉県	濱野 蓉子様
東京都	土屋 了介様	宮崎県	田中 克明様
千葉県	小野 雄吾様	東京都	平山信江さんお別れの会
東京都	森下 延子様		実行委員一同様
千葉県	大川 千カ子様	埼玉県	後藤 由美子様
埼玉県	尾崎 純一様	千葉県	故 金子 清蔵様
神奈川県	五十嵐 啓様	東京都	773 charity 故 猪田 七奈美様
	故 光 子様	神奈川県	故 渡辺 貞夫様
山口県	富沢 晃様	東京都	中野 則行様
東京都	故 坂本 牧夫様	千葉県	故 岡野 裕子様
愛知県	故 岡本 光世様	東京都	故 原口 克介様
東京都	弓削 佳史様	神奈川県	故 雨宮 壽恵子様
神奈川県	故 二森 紀行様	兵庫県	池田 恢様
広島県	石井 秀夫様	東京都	故 曾村 田鶴子様
三重県	株式会社ベスト様	大阪府	佐々木 美代子様
東京都	故 荒井 元義様	東京都	株式会社講談社様
東京都	縣 信英様	東京都	株式会社TBSテレビ様
東京都	唐鎌 智子様	東京都	故 幡谷 正明様
東京都	石井 尊子様	東京都	故 君野 保様
	故 石井 善次様	神奈川県	故 高内 清子様

住所	氏名	住所	氏名
愛知県	株式会社トリックス様	神奈川県	故 安 田 泰 子様
大阪府	松 原 都 築様	岡山県	特定医療法人 北川病院 看護部会一同様
福岡県	森 口 信 二様	東京都	中 柴 方 通様
東京都	故 中 石 薫様	東京都	清 水 延 晏様
神奈川県	故 川 瀬 光 郎様	東京都	神 谷 敏 郎様
東京都	辻 俊 彦様	東京都	故 宮 本 博 志様
東京都	故 酒 井 梅様	東京都	木 下 晴 義様
	遺言執行者三菱UFJ信託銀行様	東京都	有限会社サイレン・エンタープライズ様
広島県	故 越 智 加奈江様	東京都	ラン・フォー・ホープ東京2009様
東京都	平 林 ヒロエ様	神奈川県	故 中 村 功様
京都府	故 堀 内 靖 仁様	埼玉県	清 水 利 司様
千葉県	山 本 清 美様	岩手県	須 田 利 治様
福井県	筧 祐 治様	千葉県	鈴 木 広 晃様
東京都	梅 木 かおる様		故 有 紀 子 様
神奈川県	故 小岩井 寿美子様	大阪府	志 知 紀 美 子 様
千葉県	故 佐 藤 比 奈 子 様	神奈川県	伊 崎 松 枝 様
千葉県	中 村 一 郎 様	東京都	故 猪 野 正 一 様
	故 喜 美 子 様	京都府	福 原 卓 也 様
神奈川県	河 野 未 治 様	東京都	進 藤 敬 子 様
東京都	株式会社シーブランド様	東京都	伊 藤 珠 暉 様
埼玉県	岡 戸 洋 一 様	茨城県	(株)エイティーン・プロモーション様
滋賀県	松 井 一 郎 様	大阪府	青 野 惠 子 様
大阪府	故 東 儀 幸 様	東京都	故 加 藤 大 雄 様
大阪府	関西金網株式会社様	千葉県	故 大 橋 晃 子 様
青森県	竹 内 通 昭 様	東京都	故 磯 邊 玲 子 様
東京都	玉 川 勉 様	東京都	菊 池 千 鶴 子 様
長野県	故 米 倉 博 様		
東京都	故 菅 原 喜 代 子 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。

- 1年ごとに皆様の協力も加わり、今年はドイツから新聞を見て、2,000円を送ってきた方がいました。昨年は、無記名で3,000円を頂いた方もいて、とても感謝しております。めざましテレビにも出まして、5月には文化放送に出ます。多くの人々の和(輪・わ)を広げたいと思います。3/12に読売新聞にも100円ラーメンのイベント前に掲載されました。(M様)
- 去る5月12日に夫が膵臓がんにて他界いたしました。最期まで勇敢にがんに向かった夫の姿を見て、今後このような人が一人でも多く救われればと思い、少額ではありますがお力になればと寄付させていただきます。(N様)
- 故 長島千恵さんのドキュメンタリー「余命1ヶ月の花嫁」の収益金をがん研究にお役立て下さい。(M様、T様、K様)
- 29歳という若さでこの世を去った(H21.7.7)、七奈美の名前から「773チャリティ」として、小細胞癌の撲滅の基金を設立したいと思っています。H21.9.23テレビ朝日の番組「徹子の部屋」でがん研究振興財団への寄付をしたことと、773チャリティの今後の活動(CD等の販売)を紹介されました。(I様)
- 毎日弱っていく妻を見ながらどうすることも出来ない無念さ、妻はもっともっと苦しかったのだと思います。がんの撲滅を願い、妻と私の気持ちを込めて寄付させて頂きます。一日も早いがん治療の開発が出来るよう願っています。(T様)
- 0歳と4歳の子供がいる父親でした。2か月前に末期ガンと診断され、急な死となりました。ガンの進行の早さに加え、予想以上に体の衰弱も早く、抗ガン剤を投与することも叶わないまま、「くやしい」といっていました。それでも、ふたりの子供に恵まれたこと、これまでは健康で働いていたこと、気に入ったマンションに住めたこと、充実した時間をすごせていたことに、「ありがとう」と言ってくれました。時間を他人と共有しているような、働き盛りのサラリーマンでも、ガンを早期に発見するために、容易に検査できるような体制が確立できたらいいなど、初めてガンの恐ろしさを知りました。(N様)
- がんで亡くなったミュージシャンの追悼コンサートを行い、集まったお金をバンドの人たちがご寄付として貴財団へ寄付することになりました。(S様)
- 22年前に脳腫瘍(神経膠腫)を発病。手術、放射線治療、化学療法を行いました。11年前に再発。その後回復しましたが、3年前に20年前の放射線治療の副作用(後遺症)による骨肉腫が発見。3年に亘る闘病生活の中、メンタル面は大変だったと思います。メンタルケアの研究開発を望んでいます。(O様)
- 私は、11年前に総胆管がんの手術を受け平癒しました。娘も4年前に乳がんの手術をしてほとんど平癒しています。がんは早期に発見し適切な治療を受ければ治るものと思います。そこで、すべての人が無料または定額で定期がん検診を受けられるよう願っております。(K様)
- 今搬、代理店グループにおいて「ピンクリボン運動」をすることとなりました。弊社として最低限のご協力ができる事を考え、寄附を申し出た次第です。継続的に寄附していきたいです。(S様)

- とにかく元気だった母が、左下まぶたのがんになったのが、2年前の初夏。それも未分化がん。それから4回の手術を受け、放射線、抗がん剤も受けました。途中、皮膚筋炎という抗原病まで併発し、ステロイドを飲み続けましたが、9月に再発し、血球貧食症候群で力尽きました。未分化がんの研究に役立てて頂ければ有難いです。(T様)
- 平成21年10月に中央病院で胃がんの手術を受けました。10年前に姉ががん手術をしたのですが、その時と比べるとがん治療の進歩に大変驚かされました。治療でお世話になった先生方へ感謝すると共に、今後のがん研究に少しでもお役に立つことが出来たらと思い、寄付いたします。(N様)
- 主人は膵臓がんと宣告されてから1年5ヶ月頑張りました。免疫細胞療法もジェムザールやTS1の他に致しました。いつの日か膵臓がんで亡くなる方が減るように切に祈っております。(I様)
- 毎年開催されている、ラン・フォー・ホープ 東京2009の協賛会社18社と個人1名からご寄附を戴いた。(R様)
- 少しでもがん治療研究のために役立ちたいと主人が申ししておりましたので、少額ですが申込を致します。(N様)
- エイティーンプロモーション主催「ひな祭りコンサート」(茨城県つくば市ノバホール)チャリティの収益の一部を寄附いたします。今後も企画し、がん研究の寄付に協力したいと思います。(E様)
- 副作用に苦しまない、がん治療の実現を望んでやみません。膵頭部癌治療の研究をお願いします。(K様)
- 平成17年4月、人間ドックで卵巣がんが見つかり、4年半に渡る闘病生活の末、他界しました。その間、乳がん、肝がん、死因はがん性腹膜炎でした。一日も早い治療方法の確立に少額ですが役立てていただければ幸いです。(K様)

ご寄付についてのお問い合わせ先

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

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内
財団法人 がん研究振興財団 TEL 03-3543-0332 E-mail: info@fpcr.or.jp
FAX 03-3546-7826
ホームページ <http://www.fpcr.or.jp/donation/>

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿 (50音順・平成22年4月1日現在)

役員

会 長	河 野 俊 二	(東京海上日動火災保険株式会社名誉顧問)
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会長)
同	江 角 浩 安	(独立行政法人国立がん研究センター東病院院長)
同	岡 村 正	(日本商工会議所会頭)
同	荻 野 和 郎	(日本医療機器産業連合会会長)
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 前会長)
同	古 森 重 隆	(富士フイルム株式会社代表取締役社長)
同	佐 藤 義 雄	(社団法人生命保険協会会長)
同	下 村 節 宏	(社団法人電子情報技術産業協会筆頭副会長)
同	庄 田 隆	(日本製薬工業協会会長)
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	(一般社団法人日本自動車工業会副会長)
同	永 易 克 典	(全国銀行協会会長)
同	中 村 邦 夫	(パナソニック株式会社代表取締役会長)
同	野 村 明 雄	(前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 名誉総長)
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	(独立行政法人国立がん研究センター研究所所長)
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相談役)
- 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名誉院長)
- 川口文夫 (中部電力株式会社代表取締役会長)
- 栗山泰史 (社団法人日本損害保険協会常務理事)
- 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)
- 篠塚勝正 (情報通信ネットワーク産業協会会長)
- 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相談役)
- 高橋真理子 (朝日新聞東京本社 前科学エディター)
- 知野恵子 (読売新聞東京本社編集委員)
- 土屋了介 (財団法人癌研究会有明病院顧問)
- 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)
- 中釜 斉 (独立行政法人国立がん研究センター研究所副所長)
- 西田厚聰 (株式会社東芝取締役会長)
- 野村哲也 (社団法人日本建設業団体連合会会長)
- 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)
- 森 寛治人 (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)
- 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37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。

第3次対がん10か年総合戦略は6年目にかかりましたが、国の厳しい財政状況等から、民間としてその一翼を担う当財団といたしましても少なからず影響がありますが、事業活動の一層の充実に努めてまいります。

「巻頭言」には、4月にご就任された国立がん研究センターの嘉山孝正理事長にお願いしました。

「座談会」では、「財団42年を振り返って～財団の今後の展望～」をテーマとして、国立がんセンターの杉村隆名誉総長、国立がん研究センターの嘉山孝正理事長、当財団の幸田正孝理事長にご出席いただき、お話をいただきました。

「冬瓜の記」では、一柳茂樹様から「ガンとの闘い、勝負は5分と5分」で、腎臓がんの再発と闘い、司法書士業務に全力投球されておられるご寄稿をいただきました。又、竹田きよみ様からは卵巣がんの手術を経て、「60歳からの私」と題してご寄稿いただきました。

「仲間(活動紹介)」では、植村めぐみ様から、がん患者会シャロームの活動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、岩崎基先生、吉永繁高先生、池田公史先生から海外研修報告をいただきました。

そのほか、「第23回国際がん研究シンポジウムを終えて」では清水千佳子先生に、「第69回国際がん研究講演会」では清野透ウイルス部長に、「第10回国際がん看護セミナー(外来がん看護)」では丸口ミサエ看護部長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37号 2010

平成22年5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22年5月現在)

(独)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)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
(独)国立がん研究センター東病院	〒277-8577 柏市柏の葉 6-5-1	☎(04)7133-1111
(独)国立がん研究センター中央病院	〒104-0045 中央区築地 5-1-1	☎(03)3542-2511
(独)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 3-8-31	☎(03)3520-0111
がん・感染症センター都立駒込病院	〒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)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)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)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)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)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
石川県立中央病院	〒920-8530 金沢市鞍月東 2-1	☎(076)237-8211
大分県立病院	〒870-8511 大分市大字豊饒 476	☎(097)546-7111

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。

- ご寄付はいくらからでもお受けしております
- 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ご事情については、ご相談下さい。(TEL 03-3543-0332)



宝くじ♪ ステキな未来を築く夢。

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。



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>

(この遊具「ひごっこジャングル」(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。)

●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。