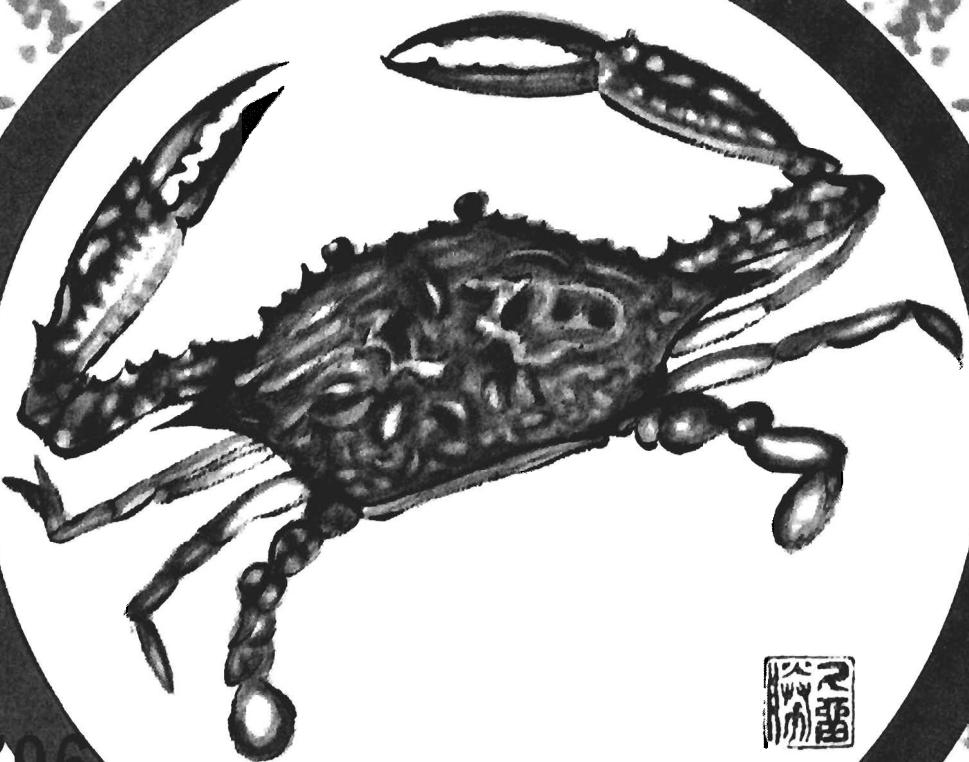


かに  
KANI



第23

## 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 자체は、東西ともに可成古くから行われている。英仏語の Cancer は、ラテン語のままで、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、腋の下の淋巴腺まで病気が拡がり、しかも、その間を繋ぐ、淋巴管までおかされた、乳癌の末期の姿は、蟹の鉄やその足の節々をさえ、連想させる。

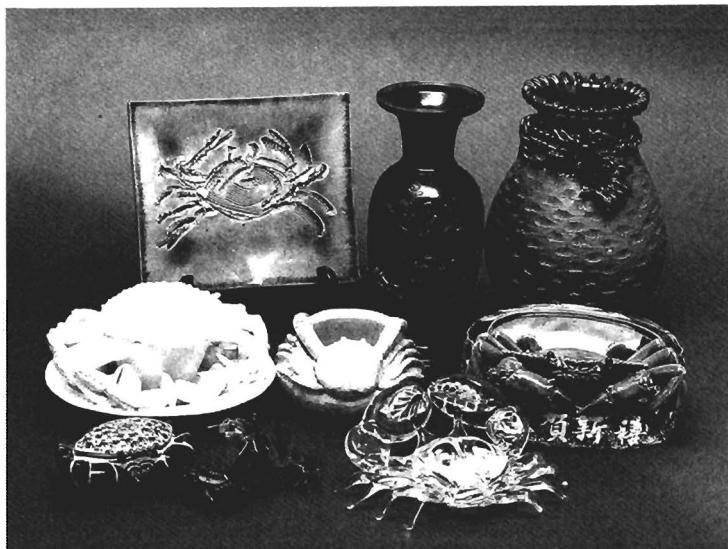
一方癌の字は、中野操氏の考証によれば、南宋の医書にすでに用いられているそうだ。病だれの中の品山は岩石の意味で、やはり皮膚癌や乳癌の外観からの表微文字と察せられるが、この字は癌の組織の持つ大きな他の特徴——他の組織と比較にならぬ程、硬い性質——まで表示し得て、妙である。

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

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

(久留 勝)

木村先生のかにコレクションから





# 加仁 第23号 目次

カラーページ…木村先生かにコレクションから

## 卷頭言

国立がんセンターと情報……………阿 部 薫……… 2

## あしあと

木村禱代二先生を偲んで……………近 田 千 尋……… 4

## 隨 想

医師の迫力……………塚 本 哲 也……… 8

自己決定の難しさ……………遅 塚 忠 躁………12

国立がんセンターの思い出……………松 浦 十四郎………16

## 鼎 談

がんセンター東病院の現状と将来

…………田中喜代史、阿部 薫、海老原 敏、小畠美知夫………18

## 冬瓜の記

日々を生きる……………岡 崎 玲 子………46

## 横 顔

市川平三郎先生の業績……………牛 尾 恭 輔………49

## がんセンターめぐり

国立県立病院中国がんセンター（17）……………56

茨城県立中央病院（18）……………60

## 質問コーナ

肝がんについて……………66

## ニ ュ ー ズ

第9回国際がん研究シンポジウムの開催……………68

がん克服新10か年戦略について……………71

第28回がん研究助成金の贈呈……………79

## ご寄附芳名録……………81

財団法人がん研究振興財団役員・評議員名簿……………86

全国がん（成人病）センター一覧表……………88

あとがき、編集同人名簿……………89

## 卷頭言

# 国立がんセンターと情報

国立がんセンター総長

阿 部

薰



国立がんセンターは、がんの診療、研究、研修を行う国立の医療、研究機関である。本邦においては、人口が高齢化するとともにがん患者の数が増加し、がんによる死亡数は年間二十四万人を超え、亡くなる人の四人に一人ががんという状態になつてゐる。

この様な現状に対し、国立がんセンターの持つ責任は非常に大きいと言わざるを得ない。確かに、数多くの患者さんが中央病院、東病院を訪れられている。しかし、両病院を併せて約千床のベットがあるといつても、日本におけるがん患者さんの総ての面倒をみると不可能である。それならば、各種のがんの各ステージに対し、国立がんセンター方式とでもいべき、現状における最善の方法を確立し、これを広く伝えることが重要な仕事になると考えられる。そのためには、各自の持つ医学を更に磨き、

新たなる診断、治療の方法の開発に努めるとともに、研修制度の充実を計ることが必要である。しかし、現在でも當時百名ほどの研修生を抱えており、これ以上、数を増やし、内容を充実することは非常に困難である。すると、現在、私たちが開発に努めている“情報”という手段が大きくクローズアップされてくる。すなわち、双方向のテレビ会議方式を用いて多くのがん専門施設を結び、X線フィルム、内視鏡写真の読影、病理組織診断を相互に行うなど、私達の現在持てるものをデータベースとして、多方面に提供することが可能である。すなわち、国立がんセンターの医師の頭の中にあるものが、現在の国立がんセンターでは重要なデータベースであると言えよう。さらにスーパーコンピューターを研究に利用するだけではなく、典型的な症例、特殊な症例、そしてそのX線、病理所見などを入力、データベース化し、多方面からのアクセスを可能として、皆様の利用に供するということも国立がんセンターにおける医療を多くの方に知つていただく上で重要であろう。

国立がんセンターは、がん診療、研究のメッカとしての位置を保つべく、これまで職員一同が一生懸命努力を続けてきた。さらに、この地位を保ち、向上させる努力とともに、今後は国立がんセンターが、どれだけ医師、看護婦、技師などの医療関係者、そして患者さんにもご利用いただけるデータベースを持ち得るかということが、国立がんセンターの一つの存在価値になるのではないかと思われる。情報は今後、国立がんセンターにとつては、診療、研究、研修に加えて重要なものとなりつつある。

# 「木村禧代一先生を偲んで」

近 田 千 尋



木村禧代一先生が昨年、

七十五歳で亡くなられた。

今年の二月二十八日が来  
ると一年になる。

先生は室蘭の生まれである。弘前高等学校を経て昭和十九年から名古屋大学医学部に学ばれ、同大学の勝沼内科、日比野内科に所属された（昭和十九年九月—昭和三十七年三月）。引き続く研究歴は国立がんセンターの内科部長、副院長（昭和三十七年四月—昭和五十三年三月）、国立名古屋病院々長（昭和五十三年四月—昭和六十一年三月）、名古屋記念病院々長（昭和六十一年四月—平成元年三月）の職歴に重なり、生涯にわたる。

白血病、悪性リンパ腫、固体癌の化学療法を中心にして研

究領域は広く、国内外の第一線で連綿と活動されていた。

国立がんセンター内科において、悪性リンパ腫の化学療法が先生の積年の白血病治療の研究に立脚した抗癌剤の併用療法によって成果を上げた。

このことで悪性リンパ腫は内科医が確実に扱える悪性腫瘍になった。のみならず、白血病・悪性リンパ腫の化学療法の研究成果は、固体癌化学療法の探究に多角的に活用された。国立がんセンター開院初期、手術療法と放射線療法が癌治療の主座にあると考へるむきが極く日常的であつた。国際的にも当時は癌化学療法を内科学の幼児と見做して冷評していた。

こうしたことを腹背にして、内科の癌化学療法の研究は予想以上の辛苦に満ち、糾余曲折する道程があつたが、先生は

一廉の癌治療たらしめようと意志を固め、敢然と毀譽褒貶に立ち向かい、孜々として余人の及び難い不屈不撓の熱意を滾らせ、持ち前の粘り強いバイタリティ、真摯一途な態度で臨まれ、オピニオン・リーダーとなり、強力なリーダー・シップを示された。

他面、先生は伝統的な白血病の治療研究に練磨されていったことがあつてか、耳順な指導者として多くの研究者を養成された。先生の研究のあり方は、慧眼を以て基礎と臨床の研究成果を分析され、先見性を求めて洞察し、創造性のある臨床研究を指示された。

先生の講演、論文には必ず原典を始めとする先達の業績が引用され、独自性の強い、心血の通つた話にされた。因みに遵行された原典の古典的な類、稀少な類も常備されていたので簡単にお借り出来、特に血液学の論文には目から鱗が落ちるようなことがしばしばあつた。

先生の診療は、内科学教室の伝統を実直に守り、患者を大切にされた。いつも患者が教科書であることを強調され、患者に密着して学び取れと繰り返された。このような臨床と研究での指導は歴史的な一種獨得の鍛錬道に思われ、ある時は体の芯まで磨き込まれる感があつた。そんなことで思い出されるのは先生の内科部長、副院長としての病棟回診である。

先生の診療は、内科学教室の伝統を実直に守り、患者を大切にされた。いつも患者が教科書であることを強調され、患者に密着して学び取れと繰り返された。このような臨床と研究での指導は歴史的な一種獨得の鍛錬道に思われ、ある時は体の芯まで磨き込まれる感があつた。そんなことで思い出されるのは先生の内科部長、副院長としての病棟回診である。

見の解説は豊かな蘊蓄を披瀝する指導的なものであり、内容の濃いものであつた。

かくして多くの医学領域の専門家が先生の研究に賛同されるようになり、膨大な協同研究のエネルギーが生れ、経験的癌化学療法から脱却していった。国立がんセンター創設から十年を経ずして理論的化学療法に必須な「癌化学療法の効果向上を左右する条件」—腫瘍側・薬剤側・宿主側の条件に関する研究が各論的な内容を持ち、癌化学療法の効果向上に関する腫瘍・薬剤・宿主の相関関係の仮説が提唱できるようになった。具体的には白血病の診断・治療、治療効果判定などの研究業績に加えて抗癌剤の生体内動態、剤型、投与法、あるいは投与経路の考案、悪性リンパ腫、固形癌などの治療効果判定法の基準化、悪性腫瘍の細胞診などの多岐にわたる研究が行われた。国立がんセンターにあつて、この時期は先生のライフ・ワークの盛んな開花期であつた。

このような研究成果は癌化学療法の仮説を支えるものであり、機会あるごとに国内外に啓発すべく発表された。先生は外国の研究トップ達と論戦して退くことなかつたが、努力とお人柄で勞を厭わず、国際的な交流の場を作られた。その幾つかが今も盛会裡に回を重ねる学術的な会議として続けられている。

こうしたことは先生の退官記念誌「この道ひとすじ—蟹を追つて」、「加仁」（第二十号、二十一ページ）に実践者と

しての感慨を込めた隨想のなかで回想されている。そして研究分野以外に東奔西走、切磋琢磨をともにした人達との回想

が載つており、旺盛な行動力、抜きん出た総括力を時代の新機軸に沿つた病院の管理運営、建築などに遺憾なく傾注された業績の軌跡が偲ばれる。研究の時の移りに往時に比べて臨床研究が基礎研究の豊かな情報を得て、新しい有能な技法のもとに画期的な治療を実現し易くなつた現在、先生の隨想は指導されていた頃をなにかと思い出させて感慨深い。

これも国立がんセンターでのことであるが、図表やスライド作りに驚くほど凝つておられた。それは人並みの凝り様ではなかつた。研究発表する図表、スライドを仕上げるのに何日となく文字、数字の大きさなどを吟味してポイントが強調されていない、全体のバランスが悪い、芸術的でないという風に可なり執拗であり、図表にこの上ない完成度を望まれた。それが極まると研究内容を飽和した凝りに凝つた図表になり、講演には不向きな専ら論文だけに使える手の込んだ図表になつたこともあつた。それだけ研究データを大事にされ、研究内容を広く提示してゆこうとする学究的こだわりの証であつたのかも知れない。

歳月を重ねるに従つて癌化学療法の研究業績が膨大な図表・スライドの数を生み、目の当たり、先生の部屋にとこる狭い部屋に入ると一見莊厳な威圧感があり、ときには息苦しさを感じることがあつた。そんななかで先生は頻繁な講演のために歴代秘書さんと早朝、深夜を問わず、大量のスライド・ファイルを積み替え積み替え、スライドを根気よく選び出し、並べては組み直しておられた。見慣れた光景ではあつたが何時も感嘆するばかりであつた。

時には協同研究者にも突然に図表・スライドを借りたいとのリクエストがあり、即応して手持ちのスライド探しをして多かれ少なかれ汗を流したようである。

当時の研究結果の図表は殆ど手書きの労作であつた。貴重な研究資料の図表は作るのに得手不得手、巧拙、遅速もあつたが、近頃のように簡単に綺麗に出来なかつた。

従つて、図表・スライドの原本が見当たらないと誠に大変な事態を招いた。これを回避する手段としていつしか一枚の原団にスライドは少なくとも同じものを四部を常備しておくようになつた。

白血病細胞、悪性リンパ腫の細胞、癌細胞などのマイ・ギムザ染色の顯微鏡写真のカラー・スライドなどは緊急のリクエストに対応するのには図表・スライドよりも沢山の備蓄が必要であった。

こうした細胞の写真スライドは図表の場合と大いに事情が違つていて、美麗に染色されていて、細胞の特徴が明細に出

及するようになった。

お部屋に入るときには息苦しさを感じることがあつた。そんななかで先生は頻繁な講演のために歴代秘書さんと早朝、深夜を問わず、大量のスライド・

ファイルを積み替え積み替え、スライドを根気よく選び出し、並べては組み直しておられた。見慣れた光景ではあつたが何時も感嘆するばかりであつた。

時には協同研究者にも突然に図表・スライドを借りたいとのリクエストがあり、即応して手持ちのスライド探しをして多かれ少なかれ汗を流したようである。

当時の研究結果の図表は殆ど手書きの労作であつた。貴重な研究資料の図表は作るのに得手不得手、巧拙、遅速もあつたが、近頃のように簡単に綺麗に出来なかつた。

従つて、図表・スライドの原本が見当たらないと誠に大変な事態を招いた。これを回避する手段としていつしか一枚の原団にスライドは少なくとも同じものを四部を常備しておくようになつた。

白血病細胞、悪性リンパ腫の細胞、癌細胞などのマイ・ギムザ染色の顯微鏡写真のカラー・スライドなどは緊急のリクエストに対応するのには図表・スライドよりも沢山の備蓄が必要であった。

こうした細胞の写真スライドは図表の場合と大いに事情が違つていて、美麗に染色されていて、細胞の特徴が明細に出

てることを希望されたので、顕微鏡の高倍率の視野を限りなく注意を集中して目が痛くなるまで見続け、極上の細胞を捉えて何枚となく撮影したものである。兎に角、この作業は忍耐力、観察力、美的感覚をひたすら練磨する体験であった。そのような作品は先生の著書に載つており、往時をなつかしく思うことがある。

恐らく、当時の多くの図表やスライドの作品はいまでも先生のファイルのなかに眠っているだろう。

先生はカニに関する工芸品の突出した収集家であつたことが知られている。世界各地の国際学会に出席されるたびにカニの工芸作品を根気よく集められ、その数は恐らく医学書と同様に多いのではないかと言われている。お宅はまさに図書館とカニのギャラリーを併せた趣であった。お訪ねすると多彩な逸品が蒐集されており、全国各地の書画、陶磁器、玩具、木製品、ガラス、金属などに作品化されたカニが様々な面構えをして部屋一杯に打ち並んでいた。数奇物には違ひないがぞくぞくする異觀を呈していた。（カラーページ）

時間があると手に取つてにこにこして眺めながら独得の語り口で入手された時の苦心、作品の出どころ、芸術性などを説明された。その間に世界旅行中のエピソードを面白おかしく話された。聞くところによるとカニの作品を見る時は癌征服の夢をさせ、癌化学療法のことを考えておられたと。

私事にわたるが、先生が退官された折、伝統工芸家が創作

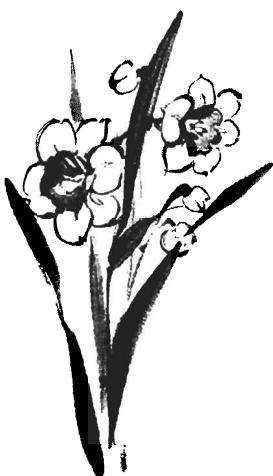
した中国にも日本にもない硯を「仙蟹硯」と命名して差し上げた。未だ、そのカニ達のなかにいるだろう。

当を得ない私見であるかも知れないが、先生は大正生れのロマン、男子の本懐に思い切り生きた人であったと言えないだろうか。

先生に直接指導を受けたが、かく浅学菲才のレクイエムを書くにとどまつたことをお詫びし、先生の平安を心から願い、希求されていたような癌化学療法が確立することを祈念する。

平成八年一月記

（愛知県知多市民病院長）



# 医師の迫力

塚本哲也

病気をしてみると、健康な時には分らなかつた貴重な人生の体験と教訓を得るものである。何よりも頭が下つたのは、医師の鬪魂と看護婦さんの献身的な親切である。

五年前、私は国立がんセンターに入院、手術をしていただ

いた。多少高血圧気味で、血糖値が少し高いといわれる程度で病気知らずだった私は、前立腺がんの疑いがあり、垣添病院長、鳶巣賢一先生、林雅一先生のお世話になつて、いたが、結局手術ということになつた。術前に丁寧な説明があつたが、やはり何となく不安であった。二時間ほどで手術は終つたが、まづびっくりしたのは、麻酔によつて全く痛みを感じなかつたことである。麻酔だから当たり前といえは当たり前だが、手術される患者からみれば、大きな驚きである。それどころか、手術が終りになる時間を見はからつたかのように、麻酔から

眼が覚め、手術をしている鳶巣先生が「テレビで手術の様子

が見えますよ」と声をかけてくれた。ふと横を見ると、自分の手術の状況が目の前のテレビに映つて、いるのである。「いや、これはすごいもんだ」と、私は感心して、口もきけなかつた。

病室に戻つても、あまり痛みは感じなかつたように覚えているが、入院中はそれこそ毎日感動と驚きの連続だつた。夜おそく鳶巣先生と堤先生が交代でその後の様子を見に来られるのだが、翌朝七時ごろには、また診察に姿を見せるのである。ほほえみながら、「調子はどうですか」と声をかけてもらう時、心の底からありがたいという気持ちが湧いてくると同時に、この先生方は何時寝るのかと心配になるのであつた。私はそれまで、午前九時に始まる外来というものは、その時

刻にあわせて先生方も病院に来られるものと、一般の会社のサラリーマンの常識で推測していたが、その前に入院患者の朝の診察やコンファレンスなどを済ましてることをはじめて知った。

手術や診療の他にも研究あり、会議あり、日程がぎっしりつまつていて、その激職ぶりに目を見張った。どの職場でも忙しいし、私もかつて働いていた新聞社で、何年も毎方勤務などをつづけたこともあった。ヨーロッパの国際的な事件などの現場にいると、日本との時差のために夜と昼はとりちがえた生活が日常化した時期もあったが、それでも何とか息抜きの時間をつくることはできた。

しかし医者は患者がいるかぎり、その激務は永久につづくのである。家内から、医者だった父（塚本憲甫・国立がんセンター第四代総長）がどんなに忙しかったかを何度も聞いたことがある。子供の頃、夕食に父が帰ると、お祭のようにうれしかったという。特に大塚の癌研の放射線科部長だった頃は大変だったようだ。その頃一緒に働いた梅垣洋一郎先生から聞いたことだが、「後にも先にもあんな忙しかったことはない。あの忙しさを経験したので、どんなに忙しくても驚かなくなつた」という。自分で入院し、手術をうけ、日夜お医者さんの仕事ぶりを目の当たりにし、はじめて分った。

それだけではない。何とか病気を治したいという医師たちの闘魂の迫力には胸を打たれた。月並な言い方だが、人間の

生死にかかる仕事だけに、一般的の事務職とはちがう張りつめた緊張感がある。関西大震災で倒れた高速道路のような手抜き工事は許されない。職業とはいえ、それまで見ず知らずの患者のために、寝食を忘れて診療に明けくれている姿を見るたびに、ありがたいことだと思った。鳶巣先生は一度京都大学経済学部を卒業してから、医学部に入り直したという。「直接人間と相対する仕事をしたかったから」といつておられたが、なるほどと感銘を深くした。たしかに人間が本当に好きでなければ医者はできないであろう。

同時に看護婦さんの献身的な仕事にも頭が下がつた。深夜、寝静まつた部屋に、音をたてないように懐中電灯を下に向けてドアを開け、患者の様子を見回る。これまた何時寝るのか分らないが、日中も元気で働いている姿を見ると、大変な仕事だと思う。トイレのことまで始末してくれるのには、申し訳ない気がした。

何か感謝の気持ちを伝えたいと、菓子折りを謹呈しようと思つたが、断固として受けとろうとしなかつた。これでは感謝の意を表明しようがないと困つたが、汚職まみれの政治家や高級役人はこうした看護婦さんたちのつめの垢でも煎じて飲んだらどうだと思うのは、私だけでなく、入院患者のほとんど的人がいうことだ。同じようなことを映像作家の吉田直哉氏が「看護婦讚」というエッセイで書いておられるので引用させていただく。

ちょうど半年のあいだ入院して、退院後はじめて電車に

乗ったとき、ほとんど恐怖にちかい感覚に襲われた。まわりに乗っている女性客の顔が、どれも殺氣にみちて、異国の邪鬼のように思えたのである。

あまり強烈な体験だったから、理由をいろいろ考えてみた。そして「命をあずかっている顔」だけを長いあいだ見てきたせいだ、と気づいたのである。

多いときは二十三本もの管が私の体にはつながつていた。そんな、身動きできず、生命維持のためのインプットもアウトプットも人に頼らなければならぬ患者にも、感情はある。とりわけアウトに関しては、情けない、申し訳ないの感がつよい。だから汚い作業をする看護婦さんが、いやな顔どころか笑顔で力づけてくれると、心から救われるのである。……

病院にいたとき患者の気管からのタンが、世話をしている看護婦さんの顔にかかつたことがあつた。その時彼女は言つたのである。「ますます美人になっちゃいます」こういう言葉がとつさに、こともなげに出てくる文化はすばらしいと思う。もう病院の中にしかない文化なのかも知れない。厚生省も看護婦の託児所の予算など削らず、この文化を守つてほしい」（日本経済新聞二月十六日夕刊）

同感である。吉田氏はがん病理学の吉田富三氏の令息であ

る。

私の病室は十一病棟にあつたが、医師も看護婦もその献身ぶりは、気弱になつてゐる患者の心を支え、慰め勇気づけてくれる。わずか三週間ぐらいの入院生活だつたが、多くの大切なことを学んだ。医師や看護婦からみれば、当然のことをしているだけなのかもしれないが、私には身体の病気の治療だけでなく、精神修養の学校にもなつた。多忙な日常生活の中で気にかかりながらも考えられなかつたことを、あらためて見つめることができた。

もうひとつ、忘れられないことがある。入院中の食事がおいかつたことだ。味覚は人さまざまだが、きびしい予算の中でこれだけの食事のメニューをつくるのは大変な工夫と努力だと思つた。病院というものは、それ自体が大きな社会有機体であり、生きものであり、特にがん病院は現代の戦場である。手術室に運ばれる途中、エレベーターに入った時、横たわつてゐる私に、乗りあわせた人が、多分お医者さんらしい人だつたが、「頑張つて」と声をかけてくれた。あれから五年たつても、入院中のさまざまことがみな記憶に焼きついて残つている。

第二次大戦後、日本は奇蹟の経済復興をなしとげた。日本人の寿命も大巾に伸び、不治の病いといわれたがんも治癒率が五〇パーセントを越えた。賞賛に値する大変な功績である。

日進月歩というよりは日進週歩、あるいは日進日歩というべきであろう。日本の経済繁栄が多くの人たちの汗と努力の結晶であるように、この医学の進歩も同じように医師たちの奮闘と努力の成果である。日本の経済の繁栄については多くの賞賛と論評が行われているが、医学の発展についても、もつと多くの評価がなされてもよいと常々思っている。機会があるごとに私はそのことを強調している。

しかしその日本経済もいま大きな曲り角に立ち、危機に直面している。願はくは、こうした危機のしわ寄せが医療の現場に波及しないことを望むものである。国家、政府の最大の務めは、国民の生活と生命を守ることである。関西大震災でも、オウム真理教のサリン事件でも、対応が後手後手に回ってしまつたし、バブルの崩壊で巨額の資金が水泡に帰し、住専問題で大蔵省の責任が大きく問われている。油断とおごりと腐敗によつて、国民の五十年間の努力の結晶である日本経済の大黒柱が揺らいでいる。

不合理なことを強行すれば、ソ連という巨大な軍事国家も一夜にして崩壊するよう、いかなる組織も制度も不沈・不敗ということはありえない。限度を越えた人員削減や、現実を無視した一律の合理化などを強行すれば、金属疲労と同じように、制度や組織の崩壊や混乱、さらには大きな事故になかつていく。

一例をあげれば最近の看護婦の二交代制案である。国立病

院や療養所では現在、三交代制（日勤、夕方—深夜、深夜—早朝）を実施しているが、厚生省では一部に二交代制（日勤、夕方—翌朝）の導入を検討し、すでに一部で試験的に実施しているという記事を新聞で読んだ。調査対象になつた看護婦の約四分の三が「大変疲れる」「疲れる」と回答し、勤務中に輸血を間違えそうになるなど「ひやり」とした体験をしているという。常識的に考えてこの案が人間の限界を越えていふことは容易に想像がつく。

医療には巨額の費用がかかる。新しい病院でも、最新鋭の医療機器でも、飛行機や船艦と同じように、できただんに古くなる運命を持つている。日進日歩の進歩の時代では、數年にしておくれたものになる。バブルや住専で消え去つた何十兆円の金の一部でも、今後の医療に投入できたら、あるいは神戸の大震災で家を失つた人々の住宅建設に使えたらと思うこと切なるものがある。

二十数年前、がんセンター病院建設の時に、第四次中東戦争による石油ショックが起つて資材が暴騰して予定が狂い、当時総長だった岳父が入院中の身でありながら福田赳夫蔵相の所を訪問したり東奔西走していたことを想い出だが、今回のバブル経済とその崩壊は明らかに人災である。人災のつけが国家予算のしわ寄せの形で、医療の現場に波及しないよう、新病棟建設中のがんセンターの近くを通るたびに思うのであ

# 自己決定の難しさ

遲塚 忠躬

私は、もう十年以上も前から、国立がんセンターの倫理審査委員を勤めているが、このごろ痛感しているのは、患者の自己決定権がいよいよ重要になってきており、それだけにまた、自己決定の困難さも増大しているということである。自分のことは自分で決める」というのは、当然のことのようにあるが、「自分で決めなければならない」というのは、そう簡単なことではないだろう。ここでは、三つの場合について考えてみたい。

最近、インフォームド・コンセントが重視されているのは、それ自体としては大変結構なことなのであるが、さて、ある治療なり、ある治験（臨床試験）なりについて、自分で同意するか否かを決定しなければならないということになれば、患者の側で、かなりの迷いが生じるであろう。すでに効果が立証されている抗癌剤を用いて治療を受ける場合であっても、その抗癌剤の奏効率（有効率）が百パーセントではなくて、

かなり苦しい副作用を覚悟しなければならないという情報を与えられた場合、その治療を受けるよりはむしろ疼痛を和らげることだけを目的にした緩和ケアを受けたいという患者もいるであろう。まして、奏効率が確定しておらず、致命的な副作用が出るかも知れないような新しい薬剤の治験の場合には、その治験に同意したくないという患者は少なくないであろう。治療や治験について十分な情報が与えられたうえで（インフォームド）、それに同意（コンセント）するかどうかを選択するためには、患者自身が今後の自分の人生のありかたを深く考慮しなければならないという、難しい問題が生じるのである。

また最近、クオリティ・オブ・ライフ（予後の生活の質）ということが重視されているが、これについても、患者の側での自己決定の難しさが痛感される。今から二十年以上も前のことであるが、私は、この問題について深刻な経験をした。

私の教え子の一人で、将来を嘱望されていた優秀な大学院生が、脳腫瘍に侵されたのである。彼は、直ちに東京大学医学部脳神経外科の主任教授による適切な診断のもと、附属病院で開頭手術を受けて腫瘍を摘出してもらい、一応回復することができた。その手術のあとで、チームの医師たちに呼ばれた私は、主治医の先生から、本人にも家族にも言えない秘密事項として、次のことを知らされた。彼の腫瘍は、髓膜腫であつて、さしあたりは悪性のものではないが、やがて再発して悪性化する危険が多分にある。したがつて、本来ならば、手術後に放射線による治療をおこなうはずであるが、脳のこの部位に対する放射線の照射は、彼の知的活動を阻害する危険をともなう。聞けば、彼は、前途有望な研究者であるといふ。そこで、主任教授以下、われわれのチームは、熟慮を重ねた結果、彼に対する放射線治療をおこなわないことにした。したがつて、何年かのうちに、腫瘍が再発する恐れがあり、十分に注意するよう、と。

この予想は不幸にも的中した。脳の腫瘍は、その後何度も再発し、さらに胸椎から腰椎にまで転移し、最初の発病から十四年後に、彼は四十歳で死亡した。しかしながら、この長い闘病生活中、彼は、その知的活動にいささかの衰えも見せず、いくつかの研究論文を発表して学界で高い評価を与えられ、不自由な体で東北大医学経済学部助手、次いで北海道大学文学部助手を勤めた。彼が遺した論文は、今日、その分野で

必読の文献と見なされている。彼がその間に研究活動を継続したこと、つまり、研究者としてのクオリティ・オブ・ライフを維持したことは、最初の手術ののちに私が聞かされたような、チームの先生がたの深い御配慮のお蔭であったであろう。彼の最初の論文が学会誌の巻頭を飾ったとき、その抜刷を持参した彼に向かつて、東大脳神経外科主任教授佐野圭司先生は、わがことのように喜んで下さつたという。

これは、二十年以上も前のことである。今日ならば、患者の知的活動を阻害することなしに放射線治療をおこなうことが可能になつてゐるかも知れない。だが、治療の方針と患者のクオリティ・オブ・ライフの維持との微妙な関係は、今までさまざまの場合に問題になるであろう。さきの例で言えば、放射線を照射すれば、腫瘍の再発は防止できないまでも、くらか延期されえて、彼の肉体的生命は何年か延長されたかもしれないが、彼の研究者としての生命は断たれてしまつたかも知れないのだ。肉体的生命の延長と、研究者としてのクオリティ・オブ・ライフの維持と、どちらを選択すべきか、まことに難しい問題である。さきの例では、この選択は、主任教授以下のチームの方々の熟慮のうえでの判断に任されたのであって、私はそれに深く感謝している。だが、患者の自己決定権が重視されるようになった今日、この選択が患者自身の決断に任されたならば、彼はやはり迷わざるをえないであろうと思われる。

さらに、もう一つの場合を考えてみよう。それは、治療以前の、遺伝子情報に基づく判断が必要とされる場合のことである。ある種の疾病が遺伝子的欠陥によって生じることが明らかになるにつれて、胎児のうちから、染色体の検査によって、疾病を確実に予知することが可能になってきた。ある胎児が、たとえばダウン症のような重篤な疾病をもつて生まれることが確実に予知されたとき、その子を生むべきか、生まさるべきか、まことに難しい判断を迫られることになるであろう。

その場合には、二つの問題が生じる。その一つは、そもそも、遺伝子情報によって予知された疾病を本人（この場合は胎児の両親とともに母親）に告知すべきか否か、という問題である。この問題は、ヒトゲノム解析の進展による遺伝的疾患の予知の可能性の増大につれて、胎児だけに限らず、成人についても一般的にあてはまる問題になってくる。そして、予知された疾病を告知することの可否の問題は、本人（ないし親）が「知る権利」を行使するか、それとも、「知らないでいる権利」を行使するかという選択の問題、つまりは自己決定の問題になる。もう一つの問題は、胎児の生命を左右する事が両親とともに母親に許されるのか、という問題であつて、妊娠中絶が比較的安易に認められている日本ではさほど大きな論議の対象にはなっていないようであるが、カトリックをはじめとする宗教的倫理観の強い諸国では、これが深刻

な問題になつてゐることは周知の通りである。こうして、遺伝子情報に基づく疾病的予知の可能性の増大は、その告知の可否の問題と、告知された場合の判断の問題とを含めて、結局は自己決定の難しさをさらに深刻にしているように思われる。

以上、自己決定の難しさを、三つの場合について述べてきた。もちろん私は、自己決定が難しいからといって、すべてを専門家（医師等）に任せる方が良いと言つてゐるのではない。いま重要なのは、自己決定権の意味を十分に認識した上で、その権利を有効に行使するための条件を考えることであろう。

まず、私は歴史学を専攻しているので、自己決定権の意味を歴史的な脈絡の中で考えてみたい。十七世紀から十八世紀にかけて、イギリス革命やアメリカの独立やフランス革命に際して、基本的人権の尊重に関するいくつかの宣言が出されたこと、そして、基本的人権のなかの主要なもの一つが人間の自由権であったことは、よく知られたところであろう。問題は、その自由権の具体的な内容である。十七・十八世紀には、不适当に逮捕監禁されないという身体の自由、言論や信仰に関わる思想の自由、経済活動についての営業の自由、などが自由権の主要な内容をなしていた。だが、時代が進むにつれて、自由権の内容はさらに豊富になつていった。まず、十九世紀後半には、団結の自由、とくに労働者の労働組合結

成の自由が認められるようになった。また、二十世紀になると、「欠乏からの自由」というかたちで、生存権をも自由権の一部とみなす傾向が強まつた。そして、ここで問題にしている医療等に関わる患者の自己決定権もまた、現代における自由権の一部であると言うことができる。なぜなら、自分の生命や生活のあり方を自分で決定すると、ることは、人間の意志の自由、ないし、広い意味での思想の自由の一部をなしでいると考えられるからである。

こうして、自己決定権というものが、人は生まれながらにして自由であるという、近代社会の大原則たる自由権の一部を意味するのであるならば、われわれは、患者の自己決定権を最大に尊重しなければならないことになる。そして、これまで述べてきた自己決定の難しさということは、実は、自由に生きることの難しさを意味しているのに他ならない。自由には責任がともなうから、自己決定から生じる結果は、他人のせいにすることはできず、自分自身の責任になるのだ。その責任を引き受け、自分で選択し決断することは、他人の命令や判断に従うことよりも、はるかに困難なのである。しかし、人間の歴史を顧みて、自由に生きることの尊さを知るならば、われわれは、自己決定の困難さを回避してはならないであろう。

次に、自己決定権を有効に行使するための条件を考えてみよう。困難を回避することなく自己決定の原則を貫徹しよう。

とするとき、医師の側でも患者の側でも、二つの大事な条件が満たされなければならないと私は思う。その一つは、自己に関する情報を知る権利および知らないでいる権利が、自己決定権の不可欠の前提として、最大に尊重されなければならぬということである。知る権利の重要性は広く認識されているであろうが、遺伝子情報などが豊富になるにつれて、今後は、「知りたくない」という自由、つまり、「知らないでいる権利」が、知る権利と同様に尊重されなければならないということである。

日本では、自由権そのものが、みずからかちとった権利ではなくて外から与えられたものであつたから、自分のことは自分の責任において自分で判断し決定するという自己決定の習慣が、まだ十分に定着していないように思われる。重い病気にならぬから、から初めて自己決定を迫られても、人は迷うばかりであろう。「みんなで渡れば怖くない」とか「護送船団方式」とかいう安易な習慣を捨てて、若いときから責任をもつて自由に生きるという習慣を、個人的にも社会的にも定着させなければならない。そのような意味で、自己決定の問題は、実は、日本社会のありかたそのものと深く結びついているのである。

# 国立がんセンターの思い出

松浦ナヘム

昭和四七年七月から四七年十一月までの一年四か月間、国立がんセンターで運営部長として勤めさせて頂きました。時の総長は塚本憲甫先生、病院長は石川七郎先生、研究所長は中原和郎先生でした。

ある時、中国からイス人のハンス・ミューラーという医師がセンターを見学に訪れたことがありました。同医師は、中国共産党が延安で革命戦争を始めた時から革命に参加し、有名なベチューン医師と同じような立場の人でした。

同医師にがんセンターの中を案内すると、「どこでも『それは患者のためにどう役に立つか』、『患者に苦痛はないか』と質問されました。

塚本先生はこのことを聞いていわれました。「いつでも患者の立場でのことを見ているのは立派なものだ。我々はが

んを治すことに夢中になつて、患者を忘れることがないよう

に、いつも心掛けていなければならないね。」

先生が手術を受けて病床におられるとき、お見舞いに伺いましたが、いつものように喉でくつくつと笑いながら「君、連中（医師達）はがんになるおそれがあるといって、抗がん剤を打つてくれるんだよ。」

医師として、患者としての先生のお人柄がのしづれます。

石川先生は私達事務屋とは全く発想の違う方でした。当時、がんセンターは他の国立病院と違つて、結核感染の危険は無いとの判断のもとに、技師に調整手当（危険手当）が支給されていませんでした。このことは職員にとつて不満であるとともに、人事異動に支障をきたしていました。

そこで、人事院には「結核が紛れ込むのだ」と説明して、

担当官に病院を見てもらうことにしました。当日は、放射線科のシャウスカンに肺がんのX線写真を並べ、その間に結核の所見のある写真を適当にまぜておき、担当の医師には「結構結核患者がくるので、油断はできないのです。」と説明してもらいう段取りにしてありました。ところが、その朝突然、石川院長が「僕が案内するよ」といわれ、人事院の担当官に対し「この病院には結核なんかほとんどきませんよ。」と説明され、「一同啞然としてしまいました。

結果的には、この時の人事院の担当官は大変惚けた方で「運営部長さんは大変ですね」ということで、私達の要求はかなえられました。しかし石川先生の裏面目な嘘の無い説明が好評を与えて良い結果を生んだものと思っています。

私はがんセンターに行く前には、厚生省で健康保険の仕事をしていたので、時の医師会長武見太郎氏といつもやりあつていました。この武見氏はがんセンターの顧問であつたのですが、顧問会議のとき私に対して激しく攻撃されました。中原先生はこの会議の後で「運営部長、あの武見氏がムキになって君を攻撃するところをみると、君は余程いい仕事をしたに違いない」といつて慰めて下さるとともに、信頼をして下さいました。

中原先生は研究ということについて、こう話されました。「人工衛星を打ち上げるために、その方法はすでにわかっているのですから、金と人力をその目標に向かって注ぎ込め

ばよいのです。ところががんでは違うのです。がんについてはまだ何もわかつていません。ですから、一つの目標を立てて皆でそれに向かっていくというやりかたは駄目なのです。

今段階では各研究者がそれぞれ自分で目標を立てて、自分の方法で研究を進めることができ一番良いと思います。研究者というのは、自分がやりたいことをやるときは、全力で夢中になつてやるものなのです。よそから、あれをやれ、これをやれといったって、なかなか本気にならないのです。将来誰かが何かを見つけたら、皆でその方向にむかって研究するといふこともよいでしょう。」

先生方の精神は二十年を経た今でもがんセンターに生きているのが感じられて、懐かしい思いが一杯です。

(財) 日本公衆衛生協会理事長



# 鼎 談

## 「国立がんセンター

## 東病院の現状と将来」

平成八年二月七日

◇はじめに

出席者（敬称略）

田中 喜代史

厚生省保健医療局  
（国立病院部政策医療課長）

阿部 薫  
(国立がんセンター総長)

海老原 敏

（国立がんセンター東病院長）

司会 小畠 美知夫

（財）がん研究振興財団専務理事

小畠 美知夫  
(財)がん研究振興財団専務理事

小畠 美知夫 本日は、大変お忙しいところを  
先生方にお集まりいただきまして、あり  
がとうございました。  
ただいまから『加仁』第二十三号の鼎  
談を始めさせていただきたいと思いま  
す。

私が司会役をやらせていただきたいと  
思います。

テーマといたしましては「国立がんセ  
ンター東病院の現状と将来」という題で  
やらせていただきますけれども、必ずし  
もこれにこだわらなくて、関連する問題  
についてはどうぞご自由にご発言いただ  
きたいと思います。

さて、がんの死亡率は現在なお増加し  
ております。昭和五十六年から我が国  
の死因の第一位となつております。平成  
六年の死亡数が二十四万三千人余となつ  
ていまして、全死因の四分の一以上がが  
んによって占められておる状況でござい

まして、がん対策は国民の大きな関心を呼んでおるわけでございます。

対がん十ヵ年総合戦略も一応平成五年度で終了いたしまして、平成六年度から「がん克服新十ヵ年戦略」として新たにスターとしておりまして、東病院を含めた国立がんセンターの役割は一層大きくなってきておるわけでございます。

こうした中で平成四年七月に開院いたしました国立がんセンター東病院も、三年を経まして本格的に稼働をしておりまして、大変な実績を上げておるとお伺いしておりますわけでございます。そういうことで、本日は、東病院の現状あるいは将来、そしてまた国立がんセンター中央病院との関連において、今後どう発展していくのか、あるいはさせていくのかということについてお伺いしたいと思います。

ご出席は、厚生省から国立病院・療養所を所掌されておられる田中政策医療課長さん、国立がんセンターの総長でございます阿部先生、それから国立がんセン



写真左から、田中、海老原、阿部、小畠各氏

ター東病院の現院長の海老原院長のお三方にお話を伺いたいというふうに思っています。

それでは、厚生省の田中政策医療課長様から、病院・療養所を所掌する立場から、東病院の創設の経緯やそのときの趣旨、あるいはがんセンター中央病院との関連、将来の展望などについて、まず話のきっかけをお願いいたしたいと思います。

☆ ☆ ☆

### ◇ 国民の期待を担つて二病院が 統合・設立

**田中** 厚生省の国立病院・療養所を所掌するという立場からの発言をするようになります。そのもの、中央病院、そして東病院が創設の経過等については、私よりも、特に東病院の創設に携わられました阿部総長さんのほうが大変詳しいので、特別申



田中先生

し上げることはそんなものでないのですけれども、一つは、なぜ東病院をつくることになったのかということを考えてみますと、まず昭和三十年代に入つて、国民の疾病の動向、死亡の動向が大きく変わってきた中で、成人病、とりわけがんの問題が大きくクローズアップされた時期であり、それを契機として、がん対策を推進していく一環として国立がんセンターがつくられております。

その後、国立がんセンターを中心として、がんの医療、治療、研究、研修とい

うような大きな役割をがんセンターは果たされてまいりましたが、その後五十年代になつて、国立病院・療養所はどういった役割を果たすべきかという問題、あるいは行政改革の一環というような点から、国立病院・療養所のあり方を検討する過程の中で、そして昭和六十年に国立病院・療養所の再編成合理化の基本指針において、その中でがんセンターの位置づけがさらにも明確にされたというふうに思つております。

さらに昭和六十一年には、厚生省設置法の改正により、がんセンターを初め、いわゆるナショナルセンターということで、特定の専門医療センターという事項に関して診断及び治療、調査研究並びに技術者の研修を行うという役割を果たす国立の施設という位置づけになつております。

一方、国立病院は、医療を行い、あわせて医療の向上に寄与すること。国立療養所については、特殊な療養をする者に対する医療を行い、あわせて医療の向上に寄与することと、それが何かということを明確にした上で、国立以外の開設者でお願いしたほうがいい、あるいは類似する近隣の国立の施設については統合を進めていく、さらに国に期待される医療を行うように再編成すべきだ。そういうふうな点から、立療養所松戸病院と国立柏病院を再編成し統合することになりました。両病院の

に寄与することというふうに、それぞれの役割が明確にされた中で、国立病院・療養所がこれからどういうことをしていくかというのが昭和六十年の再編成の基本指針として示されているかと考えております。

機能や、当時ちょうどがん十ヵ年総合戦

略の途上でもあつたということもあり、がんに特化した病院として再編成しようということで、がんセンター東病院ができたと考えております。

がん対策の強化ということのみであれば、当然がんセンター中央病院を大きくしていくというような考え方もあつたのかもしれませんけれども、いろいろなところで先駆的な医療を受けられる施設を整備していくという目的に合致するということでスタートしたのではないかと思つております。

その後、平成四年七月に国立がんセンター東病院ということで、統合の新しい第三地点で新しく統合整備した第一号として国立がんセンター東病院が開院され、その後、中央病院との役割分担を明確にされ今日まで進められ、たとえば患者さんのQOLを考慮した緩和ケア病棟を整備していくというように、がんセンター中央病院とは違った面での特徴も出しながら今日に至つたというふうに思つ

ております。

特に、がんセンター東病棟の緩和ケアに関する考え方として、モデルと言うのは問題があるかもしれませんけれども、

一方では高度先進的な医療を行ひながら、やはりがん治療の一環としての緩和ケアにも取り組みながら進もうとしておられるわけですが、これからがん患者さ

んがどんどん増加する中で、高度先駆的医療に合わせ、いろいろな意味での緩和ケアへの取り組みが要請されてくるものと考えており、大いにそういう立場から活躍を国民も期待されるだろうし、我々も期待しているという状況にあるのではないかというふうに考えて、東病院の今後の活躍に注目しているというのが正直なところです。

小畠 大変ありがとうございました。  
国民の期待を担つてスターとしたというお話をござります。

たまたま当时、統合された一方の松戸病院の院長もやられまして、引き続いて東病院の院長をなされまして、大変ご苦

労されたというお話を聞いているわけでございますけれども、阿部総長にお話をいたただければと思います。

☆ ★ ☆

◇がんセンター設立という目標  
が職員を動かした

阿部 今、田中課長がおっしゃつてい  
たように、疾病構造が変わつてきて、結  
核がぐつと減つて、成人病がふえてきた。



阿部先生

ですから、療養所をどうにかしなければ國民の要望にこたえられないということがあつたということは確かですね。それで、いろいろな再編成、要するに国立病院・療養所のリストラが始まつた。ところが、そのときにやっぱりいろいろ問題はあつたんですね。とにかく組合が非常に強かつたということが一つあると思います。

もう一つは、例えは私が相談をしに行っても、整備課はどんどん建物をつくっているんですね。国立がんセンターですから国立病院課に属するので、出来る病院についてはそこへ行つて話をしなければいけない。しかし、私は松戸療養所の院長ですから、まず話には療養所課へ行かなければならぬ。また、直接の監督は関信（関東信越地方医務局）になるんですね。そこにまた話をしなければいけない。すると、全部返事が違つているんです。こんなことでは新しい病院はできませんけれども、當時高田さんが対策

室長でしたね。彼が非常に努力して準備室をつくってくれた。それが一つ大きな進歩であったと思いますね。

もう一つは、当時、国立第二がんセン

タード（仮称）という名前だつたんです。

厚生省の考え方は、大体お役所はゆづく

りですから、松戸と柏が一緒になつて、

それから育つて、そうしたら、がんセン

ターにしましよう。ですから、築地と一

緒になると、そういう話は全然なかつたんです。たゞ私が一番考えたのは、鉄は熱いうちに打たなければならぬ。要するに、二つの病院が一緒になつて目標を持つてやるには、がんという一つの目標を持たなければいけないだろう。やるときにはやらなかつたら絶対だめだということです。最初は一段口ケットなんです。要するに、がんセンター（仮称）でもつてしまふ

といふことはあるんですね。あとはもう皆さんおっしゃつているとおりですけれども、一つ心配は、日本海軍は戦艦大和と武藏で負けたんですね、

最初は一段口ケットなんです。要するに、がんセンター（仮称）でもつてしまふといふことはあるんですね。



小畠専務理事

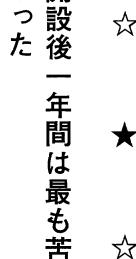
国立第二がんセンターといふのはよくないと思うんです。やっぱり国立がんセンターの看板を掲げてしまおう。そのかわりそれにふさわしい内容をつくろうではないか、というのが一つの合い言葉みたいな感じになつて、職員もみんなで自ら達の病院をつくるんだということで自分達として常に努力をして、すべてがうまくいった

でつかいのをつくつて。だから、これだけ巨大化した国立がんセンターが今後いかに協調し、いかに業務分担をし、いかに相互に発展していくかということが非常に重要な気が思っています。

当時、私が松戸の病院長になつて行つたのが平成二年ですから、この五年、六年間の変わりようというのはすさまじいものがあります。

**小畠** 次に昨年の四月から現在院長をやられております海老原先生に、東病院がそういう土台にのつてかなり実績を上げてこられておるということで、その辺の様子を簡単にお話ししていただきたいと思います。

◇開設後一年間は最も苦労が多  
かつた



海老原先生

に一ヵ月おくれて副院長として行きましたが、そこにたどり着くまでが一番大変だったわけですから、その時期はちよくちよく併任の形で行くだけでしたから、その時点では、阿部先生のすごいご活躍に比べたら、私なんか時々顔を出すだけで大してお役に立てなかつたと思います。

実際でさうがつてからも、柏の駅からバスで二、三十分かかるかなりロケーションの悪いところですから、この病院が本当にがんだけでいっぱいになるのだろう

うかというのが一番の不安であり、また驚きもありました。もう一つは、私は中央病院から行きましたから、それまでにいる職員はみんながんの病院にいた。看護婦もそうですし、医者も、職員が全部がんの病院の職員。ところが、今度はがんに携わっていた人もいますけれども、多くの人が一般診療から入ってきた。たまたま立ち上がりですから急にそう忙しくなるわけではないにしても、がん病院への頭の切りかえは物すごく大変だったと思うんです。その辺は初代院長が一番苦労されたわけですね。私はそのお手伝いをしていただけです。

私がそのころ一番苦労したことは、どちらかというと、がんのことに馴れない外科系の先生方の設計だったので、手術室の近辺の部屋の運用面のところを整備するのは結構大変でしたね。それから、実際立ち上がってみて、肺がんは松戸療養所でかなりやつっていましたし、肝臓がんもかなり症例を集めてやつていましたから、その辺はもともと松戸の症例があ

併任という形で参加していました。開院

りますからいいんですが、そのほかのベ

ッドでも、最初はいきなりいっぱいには

ならなかつた。

ただ、三年ぐらいかかるだろうと私自身は考へていたのですが、驚くぐらい速い勢いで、いっぱいになるのに一年ぐら

いでしたね。

阿部

一年でしたね、私がいる間にね。

海老原

それには一つ、私の専門とし

てある分野の頭頸部は、割合積極的にやっている施設数が少ないもので、その患者さんたちは少々不便でも柏まで来てくれます。がんの発生頻度としては頭頸部がんは全がんの5%以下なんですが、東病院ではかなりの比率を占める程の患者さんが集まつてきてくれて、思つたより早くいっぱいになりました。

いっぱいになつたらなつたで、今度は

そういう患者さんに馴れていないスタッフもいっぱいいますから、そういうことに馴れていつて、早く中央病院と同じ水準に、医者も看護婦もすべてのスタッフが同じ水準に近づくための苦労がその後

続くわけです。

もう一つ、よくうちのスタッフが頑張つてくれているというのは、ベッド数の

割に職員の数が非常に少ないんですね。

その割には不平不満を漏らさず働いてく

れます。一例を挙げますと、例えば放射

線の部門は放射線技師が十五人しかおりませんし、医師も七人しかおりません。

それで診断と治療をやつて、部門によつ

ては中央病院よりたくさんの件数をこな

しているというような状態で、みんなが

とにかく新しい病院を一所懸命やるんだ

といふことで、朝早くから夜遅くまで不

平を言わずによく働いてくれたというの

がこの三年半です。

小畠

中央病院との役割分担につい

て、現状での問題もあるし、また将来

の課題もあると思います。ただ、我々

が聞いているのは、東病院はいわゆる難

治性がん——肺がんとか、肝・胆・脾、

あるいは先生の頭頸部とか、そういうも

のを中心になつて機能分担するという話

になつて動けたと思うんですが、これから

どこかで疲れが出てきます。その疲れが

見えないように何とか気を引き締めて、

幸い少しずつですが、医師あるいは放射

線技師の定員がふえたりしていまますか。

ら、それを励みにまた一段と頑張つていらうと考えております。

もう一つは、中央病院との役割分担のことがあります。例えば臓器をどう分け

るか、どういう治療はどつちでやるかを

絶えず中央病院とすり合わせしながらや

つていかなければいけないことだらうと

思つています。その辺はまだまだこれか

らの課題が残つています。

☆ ★ ☆

◇がんの部位別の役割分担は必ずしも適当ではない

阿部 そうなると、中央の新棟が建た

なくなってしまうんです。（笑）我々は難治性のがんを本質的にどちらにも含めなければいけないのではないか。今がんセンターで五年生存が五五%ですから。

ただ、頭頸部を持つてきたと、いうのは、私、東京以外のどこから一番たくさん患者さんが来るか調べたんです。そうしたら、海老原先生のいる頭頸部なんですね。今度はそこに鉄道も通ることだから、

頭頸部であつたら、海老原先生が東で診療されれば決して患者さんが来ないことはないのではないかと考えました。そして海老原先生にお願いして副院長になつて来ていただいたら、どんどん有名になつたたくさんの患者さんが集まつて来ています。

ところが、肺がんはこつち、肝臓がんかこつちといいますと、母数が多くすぎますから、なかなか分けることができない。しかし、向こうには緩和ケアがある。こちらにはラジウム病棟、放射線治療の病棟がある。そういうような分け方は可能でしょう。

もう一つ、大きく違うのは小児科、婦人科、皮膚科、そういうクリニックと称する科の入院病棟がないんですね。それは全部中央の先生方にお願いして外来をやついていただく。そして、東に患者さんがいた場合には中央に入院していただくというようなパターンをとつておりますけれども、そういう点は随分中央病院のおかげになつてきているわけです。

すなわち、外来に患者さんが来て、その科はうちにありませんからと断るわけにはいきませんから、外来だけはとにかく全部やろう。しかし、入院は両方に分けてもいいのではないか。ですから、これも疾病構造とか、いろいろなことでだんだん変わっていくんじゃないかな。今度鉄道が通るようになればもっと交通の便はよくなりますから、もつと考え方が変わってくるだらうと思います。

そこを臓器だけで、あれはこつち、これはこつちといいますと、患者さんたちで困ることができくると思うんです。しかし、最近は海老原さんが「僕は東でしか手術しません」と言うと、多くの患者さんは東へ行つてくれる。最初に行つたときに「先生、柏というのはつくばの先生ですか」と言うんですね。私も行く前には、そのくらいの知識しかなかつたんです。しかし、行つてみると案外近い。それから、病院もきれいですから、そういうことが重なつてきたのではないかと思ひますね。

一時一番困つたのは今の難治がんなんです。難治がんの病院で、ホスピス、緩和ケアがあるというわけです。あそこは死ぬ病院だと。医師会の先生が「あそこへ行つて調べてもらいなさい」と手紙を渡しますと「私はそんなに悪いがんなんだとか」と患者さんが言うわけです。そ

れも時間が経過して、患者さんが実際に治つて帰つてくるようになつてその話も解消しました。そして今はもう門前市をなすぐらいになりました。

**小畠** いずれにしろ短期間にそれだけの実績を上げてこられたというご苦労は、いろいろな皆さんのご協力があつたと思うんです。

☆ ★ ☆

### ◇初代院長のリーダーシップと職員の自覚と協力により成功した

**阿部** やつぱり職員が協力したと思ひますね。五十ベッドで夜勤は看護婦一人なんです。これは厚生省の今の最低基準なんですね。それで始めたわけです。はじめはがん専門の看護婦ばかりではなくて、結核が専門であった看護婦がいるわけです。それは、馴れていない、経験がない。それをどうやってカバーしたかと

いうと、医者が主体になつてカバーしたわけです。医者がカバーすれば、看護婦もそれに恩義に感ずる。むしろそのお返しをしようとする。お互いによく助け合つたということが一番大きなことではないかと思います。そのいい習慣がまだ残つている。

**小畠** それは初代院長のリーダーシップもすごく効果があつたのではないかと 思います。

**阿部** いやいや、そんなものじゃないですよ。そうやらなければやつていけないんですから。お互に助け合つて、その基本にあつたのは、自分たちの病院だ、国立がんセンターに我々がするんだといふ一つの強い自覚と誇りがあつたためにうまくいったのではないかと思いますね。

**小畠** 課長さん、再編成のお話がさつき出ましたけれども、第三地点に建物を建てて統合するということで、建物は非常に立派な、三百億か、もつとかかつていると思いますけれども、敷地もたしか

八万四千平米があるわけですね。ある意味では、再編成のシンボルというか、シヨーウィンドーというか、我々外側から見ていて、そう思いました。

全国の再編成対象施設の所在地の首長さんたちが見学に来るわけです。そうしますと、こんなに統合して立派になるならぜひ早くやつてくれという話がありましてね。私は九州地方医務局にいたのですけれども、見てきた人が局に来て、ぜひやつてくれと。「余り東病院を参考にされると困る」なんて冗談を言つていたんですけど、それでも、それぐらい厚生省は思ひ切つて予算を投入した。

だから、中身については今いろいろお話をありましたけれども、建物だけではなくて、非常にいい器械も入つてゐるし、人材もかなり入れかえたりしてよくなつてきたということで、今後発展する要素というのはたくさんあると思います。

そこで一つ、先ほどもお話を出ましたけれども、この病院の特徴は、一方では高度先進というか、難治性のがんをやる。

一方全国でもまだ数の少ない緩和ケア病棟の運用という、ある意味ではこちらも先進医療というか、ケアでしようけれども、新しい一つの医療をモデル的にやつておるという形でございますけれども、緩和ケアの運営というのは、海老原先生、うまくいっているのでござりますか。

るわけですけれども、亡くなるときに入つてくるための施設ということではなくて、あくまでも症状、いろいろな苦痛をとることに主体を置いて、うまくその苦痛がとれれば、また自宅で過ごすなり何なりできるようという発想でできたからこそ、ホスピスでもなく、緩和ケア病棟になつたのだろうと私は思つているんです。

それから、開設当初はがんという病名すら本人がご存じなくて、うちの人が連れてきて緩和ケアに入るという場合もあります。現在は入院待ちが八人ぐらいいいて、フルに稼働しています。

◇緩和ケア病棟の理解が広まつ  
てきている

**海老原** いわゆるホスピスと緩和ケアの違いがまずあると思うんですが、多分ここで開いた緩和ケアの当初の目的は、恐らくがんがある程度進行して積極的ながんに対する治療がなくなつた時点でのいろいろな症状を緩和して、症状がコントロールできたら、また自宅に帰つていただいてというようなことを考えた緩和ケア病棟だったと思うんですね。

その辺の考え方というのは、少なくともここができたときに世の中一般には余りなかつたんですね。だから、その病棟は死ぬ前に入る病棟だという解釈が世間の人には強い。したがつて、それこそ入ってきてその日に亡くなつたり、入つてきたら三日ぐらいで亡くなつたり、いわゆる緩和ケアなんていう段階ではない、症状をとつてあげましようなんていう段階ではない、本当のエンドステージの方が入つてこられる。最近はそういうことがだんだん減つてしままして、痛みがあつたり、呼吸困難があつて、そこからまた一度退院されるような方も少しつづふえ

まだまだ実験的な部分がありますから、これからいろいろ工夫をしていかなければいけないところです。がんの苦痛というのは、疼痛だけではないですし、呼吸困難もありますし、全身倦怠感もありますし、そういうことに対する対策をここで検討することも必要です。今年は、支所に精神腫瘍部ができましたから、その先生方にも一緒に入つてもらつた形での、いわゆる精神面での問題もやっていかなければなりませんし、いろいろなことをやってみなければいけない病棟だらうと思うんですね。

ここをただいっぽいにして運営すると

いうことよりも、あの中で、がんの積極的な治療がなくなつた段階での精神面あるいは身体的な苦痛、両面での苦痛をどうやつて取り除いていくかということをいろいろやつていかなければいけないところだと思います。ここに課せられてゐる使命は物すごくたくさんあるんです

が、なかなか全部を一度にはできないのが現状です。

**小畠** しかし、国立病院にある緩和ケアですから、やはり全国にある程度広めていくためのデータなり、緩和ケアの方などについてのマニュアルというか、そういうのは積み重ねていくわけですね。

**海老原** そうですね。折あるごとに発表もしなければいけない。

**小畠** たまたま今度の「がん克服新十年戦略」ではQOLの問題が新しい課題になつております。緩和ケア病棟について、厚生省は今後ふやす方向にあるんですか。西群馬病院にもできていますね。

## ◇国としての緩和ケアについて の考え方

☆ ★ ☆

### 田中　国としての緩和ケアについて

ういうものだという資料を、がん東からいただきまして思つたのですが、今やつておられる中身と、二年後、三年後、とはないでしょうか。多分入院された方が

群馬にあります。東病院や西群馬は緩和

ケア病棟として運営しているのですけれども、いろいろなところで、例えば国立

病院の統合の話の中で、地元の要望として、緩和ケア病棟までいかなくても、病

床というような形で、緩和ケアに対する要望といふんですか、そういう部門をや

っぱり持つてほしいというような意見も強く、なかなか持ちにくい部門なのかも

りません。

それと、今要望されている人たちが思つていいられる緩和ケアというのが、ひょつとしたらまだターミナルケアのアという名前で行われてきたものと違つてきているんだということの理解を深められるような材料がもうでき上がつてゐると思います。

緩和ケア病棟の考え方がこれからいろいろな所で語られると思いますが、在宅

の支援にも緩和ケア病棟が大変役に立つているんだというようなことも説明資料にありました。そういう意味で、緩和ケア病棟の大きな役割、いろいろな役割がもつともっと出てくるのではないかと

いう気がしております。必要に応じて国立病院の中に、病棟単位というわけにいかないのかもしれませんけれども、そう

いった部門、さつきおっしゃった精神腫瘍部の中での成果を、国立の機関、民間の機関も含めて広めていけば、また違った形での緩和ケア病棟、緩和ケア病床がいろいろなところで誕生してくると思われます。

それまでいろいろな試行錯誤をしながら、がん東で運営していっていただきたいし、いろいろな点での成果を出してもいいらしいというふうに思っています。

**小畠** 余り一般的には知られていないようですけれども、研究支所部門の中に精神腫瘍部をつくつた……。

**海老原** そうです。

**阿部** 支所ができたときからあつたの

ですが、非常に人選が困難でして、精神腫瘍とは何だろう。いい人を選ぶまでに多少時間がかかったので遅くなつたというのが現実ですね。

**小畠** がんの患者さんの精神的なアプローチをする……。

☆ ☆ ☆

の要望が非常に強いらしいですね。もう一つは、それをどうにかして在宅腫瘍とは何だろう。いい人を選ぶまでに多少時間がかかったので遅くなつたといつなげてほしい。要するに、症状が悪いときはそこへ行つてコントロールしてもらう。よくなつたら帰れる。こういうのを各がんセンターが将来のあり方として挙げています。

### ◇病院の緩和ケアと在宅医療との連けいを密にする必要がある

**阿部** いろいろな考え方があると思います。がんの患者さんの人と人とのかかりわり、人と社会とのかかわり、それから本当の緩和医療、緩和ケア、非常にフレンドルードは広いと思います。ですから、そういう面でとらえる意味は十分ある

でしょう。  
そういうふうにして、患者さんの症状がとれたらお宅へ帰れる。そのかわり困ったときはいつでも入院できるようなシステムをつくつていく必要がある。

**小畠** 余り一般的には知られていないようですが、研究支所部門の中に

今、多くの県立がんセンターがやつぱり緩和ケア病棟なりホスピスを併設していきたいと計画しているようです。県民

の要望が非常に強いですね。  
保険的にも優遇されてきつつある。しかも国民の要望でもあるということであつたらば、ホスピスというものを考えなが

ら、そこに在宅支援チームを考えながら、法律を変えなければならない。そこでいろいろと往診とかなんか、そういうことを考えて具体的にやらなければいけないと思うんですね。

**小畠** 海老原院長のところには緩和ケアの運営についての研究会みたいなものがあるわけですか。

☆ ★ ☆

### ◇ 緩和ケアの効率的運営には身近な療養型病床群のような受皿が必要

**海老原** それは毎週月曜日にカンファレンスをやっています。今の阿部総長の発言にも関連して、うちで緩和ケア病棟を中心にして訪問看護をやってみたんです。その試みの一つの目的は、要するに、在院日数を短くして、症状がコントロールできたら退院していれば、うちから出かけていきますからという形でやったの

ですが、実際やつてみるとなかなかうまくいかない。幾ら出かけていくといつても、週一回とか週二回ですから。結局、在院日数を短くしようと思つてやつたん

方はたつた二人しかいなかつたんです。残りの十七人の方は、通院中で入院できないもので在宅ケアで対応したというようにな形になつてしまつた。

これは、緩和ケアに限らない、病院もそうなんですが、実はもう退院できる状況にあるのだけれども、家庭環境がケアに耐え切れない。だから、退院を延ばしてくれ。これが、在院日数が延びる一番大きな原因です。

**海老原** 我々、平均在院日数を何とか短くしようとthoughtつて、ようやく三十日ぐらいまで減らすと、またふと三十五日ぐらいになると、もう退院できるんだけれども、退院してからのケアができない。それができるようになると、ずっと家でやるということ

のケアを主とした病院をつくるというんですか、今計画があると。

**小畠** 療養型病床群のようなものです

ると、病院の側、緩和ケアも含めて、いろいろなところの回転がすごくよくなると思うんです。そういう側面があつて、実はもう帰れるのだけれども、帰つても受け手がないというのがかなり大きな問題になつている。

**田中** だけど、がんの患者さんは、今このところ療養型病床群の対象と考えていないのです。

**阿部** スウェーデンでは、進行がんは慢性疾患なんです。それはホスピス的な緩和医療が主体になつていて。ですから、そう決めるのは、病態で決めるよりも、患者さんの状態で決めればいいんじゃないでしょうか。日本の健康保険制度で一番矛盾しているのは、いい病院にいるほど金がかからないんです。例えば完全看護——看護婦の数は多い、おふろは入れ

てくれる、御飯を食べさせてくれる。そうすると、そこにずっといたほうが一番楽なわけですね。

近所の病院へ連れていったら個室料を払わなければいけない。家族はしょっちゅう行かなければならぬ。家へ帰つたら、だれか一人仕事を休まなければいけない。そうすると、何がいいかといったら、いい病院に長く入れるのが一番いいわけです。

だから、これが非常に矛盾でして、新棟でも「アメニティー」と言つているけれども、アメニティーをよくしたら、どうやつて在院日数を減らすんですか」という全く相反する話になつてしまふんですね。アメリカは保険でそこをやつています。D R Gですから、要するに、トータル幾らですか医者は早く退院させなければ経営は成り立つていかない。保険の種類もいろいろあると思いますけれども、かなり自己負担もあると思うんです。乳がんの手術は日帰りだという話を聞い

たことがあります。我々は何もそこまで必要はないとしても、これだけ次の入りたい患者さんが待つてゐるのに、在院日数が三十何日というのはちょっと長すぎるんじやないかという気がしますね。

**田中** 療養型病床群がそういう意味で活用できるのではないかという一つの考え方ですね。

療養型病床群というのは、今の考え方の中では、脳卒中の後遺症とか、要するに慢性疾患であつて、がんも慢性疾患だという考え方方が一方で成り立つかかもしれませんけれども、あくまで慢性疾患の、どちらかというと医療の度合いが強い、なおかつ介護とか、そういうのが必要な人たちを医療機関で処遇していくこうというものが療養型病床群ではないかと思つてます。

**阿部** 乳がんとか、前立腺がんとか、甲状腺がんとか、もう十年、十五年、脳溢血と変わりないです。そうなれば慢性として扱わざるを得ないのでないか。

**田中** そういうことで頭を切りかえて、そういう対応ができる職員構成といいますか、看護職を含めてつくり直して、いずれにしても、これからどんどん

ので、療養型病床群を取り入れるかどうか。これは、やはり地域に密着したところで、生活の場の色彩も強いということ、国立の今の再編成の考え方とか、そういうものはちょっと合わないのかなということ、療養型病床群について取り入れようというところには今至つていな

いんですね。

だけれども、緩和ケア病棟との連繋とか、そういうような形でまた違つた面が強調されるなら、また検討しなくてはいけないというふうに思つてます。

**海老原** 乳がんとか、甲状腺がんとか

……。

そこで、もともと療養型病床群を国立で持つのはどうか、というのは、療養型病床群は極めて地域に密着した医療施設なんだという考え方で整理しております

がんの治療は終わったという人たちがふえるのでしようから、いろいろな資源の使い方、工夫の一つかんでしようね。

阿部

こういう話があるんですね。慢性の病気を抱えたら、息子とか娘さんにお金を上げなさい。要するに、病院に入れるより安上がりなんですね、病院で面倒を見るよりも。そうすれば、子供も親の面倒をきちんと見るのはないか。

私なんかは非常に抵抗を感じるのですけれども、何でそのときに金を払わなければいけないのか。他人だから金で頼むけれども、親子の場合に金というのは一体どうなんだろう。しかし、娘さんに国で金を払つて親の面倒を見てもらうのが一番安上がりだという話を聞いたことがありますけれども、これは本当ですかね。

☆ ★ ☆

#### ◇両病院の連繋をどう強化して

行くか

小畠

さて、それでは話を発展させまして、先ほど両病院の機能分担という話がありました。現実的にはそんなにはつきりした役割分担はしていないけれども、ある程度は役割分担がなされておる

というふうにお伺いしたんです。

将来問題として、例えばこちらの中央病院に新棟ができる。これは平成十年のようでございます。そうなると、ますます新しい時代に即応した両病院の再編成というか、両病院間の、例えば診療科を

どうするか、病床をどういうふうに分けるとか、人事交流をもつと活発にやるとか、あるいは情報については既にかなりネットワークというか、病院で進んできている。それから、研究の機能分担も先ほどお伺いしまして独特の研究部門をお

持ちになつてある程度分けておられるようないい面についてとりあえずお話を伺いたいと思います。まずソフト面について。

それから、ハード面については、大型

器機の共同利用とか、あるいは今回導入されます陽子線の導入問題とか、そういうものについても今後やはり一つの大きな課題ではないかという気がするわけ

でございます。

まず、ソフト面で今後どういうふうに

中央病院と東キャンパスとの関連、連携をよりうまくやっていくかということについて、それぞれ現実にやつておられて、ついて、それぞれ現実にやつておられたうのがございましたら。

笑

田中

ちょっと答えてくださいすけれども、介護保険制度の中で、在宅の人で家族を援助するのに、金を払うか払わないかというところが議論されたということと共通するのでしょうかね。

◇医師をはじめ人事交流をより活発に

☆

★

☆

も、介護保険制度の中で、在宅の人で家族を援助するのに、金を払うか払わないかというところが議論されたということと共通するのでしょうかね。

**海老原** いろんなところであります。

ですね。

最終的には総長のお考えが一番優先するのですけれども、私自身が日常感じていることは、例えば検体検査の部分を相当共通化できるだろうとか、いろいろの書類の書式が違うのを統一化するとか、まだできていないところがいっぱいあります。独自に走つてしまつてはいるとか。それから人の交流もそうですね。もうちょっと人の交流がうまくいくといいのですけれども。ただ、日本は住宅事情と子供の教育の問題があつて、そうころころ住居を変えるわけにいかないというのがあつて、その辺が足かせになるのですが、その辺の交流はもつともつと図つてもいい。キロ数にすれば東京一柏間で三十キロぐらいですか。

**小畠** 役付職員は結構あるんでしょ、係長さんとか、婦長さんとかは。

**海老原** 婦長は余り動かないですね。医者のほうは少しづつは動きを考えていますけれども、医者以外のところでの動きというのは今人事に関しては余りない

田中 婦長とか看護部長、事務職員については、他の医療機関との異動はあるんです。要するに、両病院同士でというのは制度的にもちよつと仕組めていないので、そういうことがいいのか悪いのかを含めて検討課題だとは思います。

☆ ★ ☆

### ◇手術のプロトコールも統一する必要がある

つと人の交流がうまくいくといいのですけれども。ただ、日本は住宅事情と子供の教育の問題があつて、そうころころ住居を変えるわけにいかないというのがあつて、その辺が足かせになるのですが、その辺の交流はもつともつと図つてもいい。キロ数にすれば東京一柏間で三十キロぐらいですか。

**海老原** 例えば医者が割合交流があるという意味は、先ほど話が出ました東病院でベッドを持つていらない診療科、外来は全部中央病院から応援に来ていただくわけですね。その場合には併任で来ていてようけれども同じ肺がんをやつていて、えらく違うことを両方の病院でやつてしまつてはいるのもちよつと変な話です。明らかに方向を決めて、こういうものはこうやるんだといって、二つの病院であるプロジェクトを決めてやつていくのはいいですけれども、てんでんばらばらに両方で肺がんの治療をやつていうのもおかしな話でしようし、

す。東病院の医者も中央病院で外来をやつています。  
そういうふうに頭頸科の場合は一つになつて動けるようになつてますけれども、例えば肺とか肝臓とか症例数の多いところでは、必ずしも一緒になつて動くのがいいかどうかは別にしても、いろいろな意味での交流は今でもやつてますけれども、今のところ人事面の交流までには及んでないですね。必要なならばそういうところでもいろいろのことを図つていかなければいけない。  
それぞれ独自のものがあるのもいいでしようけれども同じ肺がんをやつていて、えらく違うことを両方の病院でやつてしまつてはいるのもちよつと変な話です。明らかに方向を決めて、こういうものはこうやるんだといって、二つの病院であるプロジェクトを決めてやつていくのはいいですけれども、てんでんばらばらに両方で肺がんの治療をやつていうのもおかしな話でしようし、

肝臓がんも両方でやつてていることが、方

針として、片方はまるつきり手術をやらないで、塞栓療法とか、そういうのだけやつていく。片方は手術をやるというならまだいいですけれども、特別な方針なくばらばらのことをやつているというのもちょっと問題でしょ。その辺でまだまだ実際の治療に移ればすり合わせをしなければいけないところはいっぱいあると思うんです。

そういう面での臨床検査技師の交流とか、身分制度上難しいですよ。阿部 ソフトどころではなくて、私がこの総長になつて来たときに真っ先に感じたことには、中央では東病院というのは頭の中に入つていなんですか、事務から何から。書類は行かないわ、東があるといふことが全然頭の中に入つていないんです。一方、東も中央というものを全然感じてないんです。

だから、完全にこれはおかしいんじやないか。とにかくどこまで一緒に行けるのかやつてみる必要があるだろ。病院の新棟の設計だらうが何だらうが、すべ

てのことを考へるのに、東に相談をしたことなれば、配慮をしたこともないです。

これは私が、何のために二つの病院がこうなつてあるんだということで、今は随分変わつたと思うんですね。今お互に考え合うからこそ、この一つのがんセンターの組織が動いていくようになつたと思うんです。ですから、海老原院長が

言うように、今後人事の交流も必要でしょう。随分婦長は中央から東へ移りましたが、医師についてもそういうことが必

要でしょ。

鉄道が間もなく通るようになるでしょうから、今さらばらばらにやるのは非常にもだではないか。一足す一が二ではなくて、うまくかみ合えば一足す一が五にもち六にもなるんじやないかと望んでいるのです。

これは書いていいかわからないけれども、私が総長をリタイアしたら、中央と東は分かれてしまうのではないかという

非常な危惧を持つていますね。今私が総

長でいるから、東の先生方は、何か中央で決めたつて、総長がいるから、決して

おれたちに悪いことはしてくれないと

う気持ちを持つていてると思うんです。

がいなくなつたら、東と中央はどうしたらしいかな。だから、私の定年になる前に、医者の交流、看護婦の交流、技師の交流を含めて、何かそういうものをソフトに結びつけるとともに、これから話が出てくるプロトンとか、そういうものを使つて、相互に利用し合うシステムをつくつていく。

それから、非常に大きな特殊な手術はどちらかへ固めるとか、多少お互にひ

ずみを持つて、二つがぴちっと合えば一ずつになるというような施設として存在しえ得ないかというふうに考へてゐるんです。いや、人間の世界というのは、うちは今トータル一千近くいるのかな。それだけの人が同じことを考へるかといふと、なかなか難しいものがあるんじやないかと思つていますね。

二つが相競つて、相助け合つていく施

設をどうやってつくつたらいいかという  
のが今後非常に大きなポイントとして浮  
かび上がってくるのではないかと思いま  
す。

**田中** 一つの国立がんセンターの中央  
キャンパスと東キャンパスということ  
で、うまくやつていただく方向でいつ  
いると思いますが、組織統合ということ  
で精神・神経センターが二つのところで  
運営されておりますが、いろいろな問題  
点、病院二つをそのまま組織上だけ統合  
しましたから、オーバーラップした部分  
が必ずしも整理できていないと思われ、  
そういうことががんセンターでは絶対な  
いようにしていただきたいというのが  
我々の考え方です。

しかし、新しい行き方ですから、総長  
さんの危惧を心配のないものにしていた  
だく。そうでないと機能が半減してしま  
うし、なぜつくったのかというところへ  
はね返つてくるので、いろいろな意味で  
人事交流とか工夫をもつともつと凝らさ  
ないといけない部分があるのかもそれま  
で

せん。

**阿部** ですから、光ファイバーを貸し  
切りでもつて中央と東、朝の七時半から  
カンファレンスできるわけです。ああい  
うことが随分お互いの助けになつていま  
すし、やつぱり国立がんセンターといいう  
名のもとに、友達、親戚だというふうな  
感じはだんだん持つてきているのではな  
いかといふうには思うんです。

**小畠** 昔と違つて情報についてはほと  
んど距離がないところまでいつたでしょ  
うから、そういう問題は非常に連携が強  
くなつてくると思うんです。あとは人の  
面でやつぱり……。

長だ、院長だときそな者を一年間ぐ  
らい外へ出しますね。やつぱり外を見  
てくるということは非常にいいことなん  
です。外から自分の家を見る。  
そういうことが全体としてできると、  
何もがんセンターだけではなくて、ほか  
にいい病院はたくさんあるわけです。そ  
ういうところもグレードアップしていく  
のではないかなどという気がしているんで  
のではないかなという気がしているんで



### ◇ 国立病院・国立療養所の全體 の医師の人事交流が必要

**田中** その辺の話は去年の一月からや  
つてきました政策医療再編成の懇談会の  
中でも、医師の人事交流はなぜできない  
か、するべきだという議論がありました  
うだという若い医長さんぐらいいが、がん  
センターへ来るんです。逆にがんセンタ  
ーから、将来こいつはがんセンターの部

ーはね返つてくるので、いろいろな意味で  
人事交流とか工夫をもつともつと凝らさ  
ないといけない部分があるのかもそれま  
で

いる病院もいろいろあります。そういうところを含めて、これからは院長、副院長をがんセンターからお願いをするといふのでなくして、医長レベル、診療部長レベル、そういう人たちの人事交流といふのは本当に考えなければいけない時期だと思います。

実際これだけのがんセンターになつたわけですし、そういうことを言つたら語弊があるかもしれませんけれども、やっぱり金と人を投入しているのですから、そこでのノウハウを他の国立の施設に移しかえていくという意味からも……。

阿部 課長さん、英断で、一年間給料を扫一いで国立がんセンターで勉強してこいという機会があれば、我々は喜んで受けますよ。こちらからも人を出す。それはもちろん出さなきやいかんことも多いと思うんです。だけれども、なかなか一対一で出せる状態にあるかな。

研修で来て勉強していくのと、こここの職員になつて勉強するのは全然違うと思うんです。責任を持つてやる。そうする

と、そのポストを本人が担いできて、ここでもつて二年から二年胃がんをきちんと勉強して帰るというような制度は作れると思うんです。

田中 なかなか難しい気がするのですが、制度的にはいいのですけれども、それがぞのの国立病院・療養所では、かなり大きいところでないと、医師の数の問題

としてね。しかし、実際問題として外国へ行くときに研究休職絡みで行くケースも全くないわけではありません。ナショナルセンター以外でもね。そういうことを考えたら、全く不可能な話ではない。

きょうは東病院だけの話なんだけれども、国立全体でそういうのは当然必要になつてくるし、そういうことによつて、国全体のレベルアップに本当につながるんだろうと私も思つています。

### ◇画期的な病院へのプロトン装 置導入

☆ ☆ ☆

きょうは東病院だけの話なんだけれども、国立全体でそういうのは当然必要になつてくるし、そういうことによつて、導入されると聞いております。これは東キヤンパスに入れるようになつておるようですが、さりますけれども、敷地の関係で、ナショナルセンターを中心としたそれぞれの機能別のネットワークがこれから重要だということで検討会の中でもい

然人事交流も射程範囲、やらなければいけないものと我々は思つております。しかし、どういう工夫があるのか。今までやつてきたやり方がありましたので、そ  
う簡単ではないと思いますけれども、やっぱりやらなければいかん時期には来て  
いるかと思いますね。

海老原 いや、多いからという意味で

はありません。話せば長いので……。(笑)

**阿部** 話せば長くなってしまうけれども、場所にしましまう。場所が一番説明しやすいでしょう。長い歴史があるんですけども、場所です。

**海老原** 簡単に言えば、場所。中央にはとても陽子線加速装置を置くようなスペースがないです。

**阿部** これから東キャンパスにプロトンがあるという考え方で、病棟の配分から、そういうものを考えていかなければいけないと思うんです。東のテクニシャン、うんとテクニックのできる人も東へ行つて手伝う。適応の患者さんは、肺がんとか頭頸部がんが多いと思うんです。

そういう方はやつぱりそこを目指して、我々はプロトコールを組みながら東で治療をするという格好にはなっていくと思います。

**田中** それと、プロトンを導入したのをがんセンターだけでお使いいただくということではなくして、工夫次第で広くいろいろな使い方があるのだと思います。

現在どうこうということではないのですけれども、これは診療報酬でペイできるようなものでないので、そんなに日本じゅうにCTとかMRIのように普及するものでもないでしょう。最もこの治療がふさわしい、また研究段階でもっと正確になった段階には、国民の共通財産として使つてもらいたいという気持ちも一方ではあるんですね。

**小畠** それはいいお話をですね。

そのプロトンというのは今回日本全国で初めて治療用に……。

**阿部** 要するに、陽子線というプロトンを出す装置なんですけれども、医療に使えるのは三ヵ月とか、工学部とか理学部とかほかが使うんです。共同利用施設みたいになつていまして、東病院みたいに病院のそばにひつづけて医療だけといふのは日本で初めてです。

**小畠** それは画期的なことですね。重

粒子線と比較してどのような特長がありますか。

**海老原** そうですね、放医研で今実際

に動き始めている重粒子線は、同じように線量分布は維持し、その上さらに腫瘍に対する生物学的効果もいいだろうと言っているんですが、実験上いいと言わされているだけで、これから臨床のデータが出てくるわけです。陽子線は、それで同じ様な線量分布がつくれるということ期待され、将来的に医療用に残るには陽子線が一番残るのではないかと言わわれているんです。

そういうても高い器械ですから、そこらじゅうに入るというものではありませんし、やつぱり効率のことを考えると、日本は特に放射線治療の器械をステータスのように、ちょっと大きな病院はみんなリニアックを持つているんですけども、実際は症例がそんなにないわけです。一般病院でリニアックを置いて一週間に三人治療していますなんていう病院がいづれもあるわけです。

そういうことを考えたら、リニアックだつて、ある施設を限つて、そこに症例を集めたほうがデータとしてもきちっと

したものが出ます。だから、先ほどの振り分けの問題ですが、がんセンターだって両方で高い器械を入れるのでなくて、

放射線治療で陽子線が向こうに入つて、外照射に関しては主力を片方に移してしまう。こつちの病院では、例えば骨転移の人はそう簡単に動けませんから、そういう人には照射ができるようなことを考えるとか、高い器械をうまく使い分けて、放射線治療に限らず、共有できるものはなるべく共有して使って、片方に症例を集めることで、臨床検査も、ある程度集められるのですね。

ただ、CTとかMRIというと片方に集めてしまふわけにいきません、治療中に絶えず評価しなければいけないですから。それ以外のところではかなりそういう考え方で、放射線治療部門とか、臨床検査とか、すごく器械が高いものを両方で入れていくというより、どちらかにうまく振り分けて効率よく検査することを考えていかなければいけない。その代表的なものがこの陽子線で、これは両病院

だけでなく、当然外からの症例も来るでしようし。

### 小畠

ただ、前段でお話がありましたけれども、放射線技師とかドクターが少ないというので、これからなかなかたいへんでございますね。

### 海老原

それは頑張ると言つているのでがんばりますけれども、ちなみに、ロマリンダで動いている陽子線専用のスタッフが八十人です。うちの場合は、さしあたり四人ぐらいで何とか動かそうと必死で考へているんです。

放射線物理の人がどうしてもそこには張りついていなければいけないのでけれども、病院ですからその定員はいらない。そこ辺のこともこれから考えなければいけないのです。通常三年の工期でやるところを一年でやつて、なおかつその間に人的なことを解決しなければいけないのに、まだ解決しなければならない部分もあるんですけれども、やはりプロトンへの期待は大きいのではないでしようか。本当にいろいろな意味で最大限機能を発揮してもらえる工夫をお考へいただきたい。そういうハードルがあるんですけども、とにかく来年の三月三十一日にはビームが出るようになつたと考へています。

☆ ★ ☆

## ◇陽子線装置をどのように有効に共同利用するかが今後の課題

### 田中

たまたま前からプロトンレベルのものががんセンターにもあつてもいいんじゃないかという話があつて、補正の機会がありましたので導入することになりました。補正で入つたときにはいいんですけれども、後日の導入後のランニングコストの問題とか、人の問題などいろいろな問題点もあり、動き出すまでにまだ解決しなければならない部分もあるんですけれども、やはりプロトンへの期待は大きいのではないでしようか。本当にいろいろな意味で最大限機能を発揮してもらえる工夫をお考へいただきたい。そして、うまく活用してもらいたいというところですね。

### 阿部

アメリカでは目のメラノーマ

(悪性黒色肉腫) が結構多いんです。これは目をくり抜かなければいけないんです。日本ではほとんどない病気なんです。

ところがプロトンでやりますと、目を保存して治せるんです。私がロマリンダへ行つたときに、器械を見せるより、患者を紹介しろというわけです。

ですから、日本人は目のメラノーモムは非常に少ないですが、これこそ治るといふがんを見つければ非常に成功だと思います。

**小畠** これは今後の共同利用、単にがんセンター中央病院との共同だけではなくて、課長からもお話をありましたけれども、それ以外の一般医療機関との共同利用も将来考えていくような、非常に期待の持てる施設というか、器械ということです。

せひひとつ有効活用がなされますように期待いたしております。

その他の問題としまして、特定機能病院の問題がどうなるかということでござります。ベッド数が足りないという理由でペンドティングになつておられるようになります。

ことを聞きましたが、その問題はどうですか。東病院単独での特定機能病院といふことは、組み合つた格好でがんセンターと将来なつていくだろう。東病院でやる医療と中央病院でやる医療と、特定機能病院とう縛りがありますと結構違つてくるんです。これは結構困ることで、こつちは毎週胸の写真を撮つてもいいけれども、こつちは月に一遍だとか、いろいろなレベル差を生むような制度になつていますから、これも非常に難しいんです。がんセンターは二つで一つのがんセンターだという考え方を私たちはしていますから、大学の本院と分院とはちょっと違うと思うんです。

**小畠** 希望はないということですか。  
**海老原** そうですね。

**阿部** ここに政策医療課長が……。

**田中** なりたいのでしようけれども、今、がんセンター中央病院と循環器病センターと医科大学の本院だけが特定機能病院になつてゐるようですが、單に病床数だけの問題ではなく、それを拡大していくことですから、特定機能病院を指定

する厚生省担当課でどう考えているのかどうかというところと……。

**阿部** 例えはこういうふうなお互いに組み合つた格好でがんセンターと将来なつていくだろう。東病院でやる医療と中央病院でやる医療と、特定機能病院とう縛りがありますと結構違つてくるんです。これは結構困ることで、こつちは毎週胸の写真を撮つてもいいけれども、こつちは月に一遍だとか、いろいろなレベル差を生むような制度になつていますから、これも非常に難しいんです。がんセンターは二つで一つのがんセンターだという考え方を私たちはしていますから、大学の本院と分院とはちょっと違うと思うんです。

そういう面で全体として千床になるわけですから、将来、特定機能病院——うちはまさに特定機能ですから、そういうふうにお考えいただくことはありがたいのではないか。

あとは、必ず陽子線に伴つて全国からそういう患者さんが押しかけてくるだろ

う。だから、あと七十五ベッドつくつてしまふ。つくれるんですよ。

ということで、両方だと思うんです。いすれかを現院長か次の院長がやらなければならぬのではないか。

**海老原** 今入院待ち、待機患者が全体で二百人を超えてます。新しく来たがんの患者さんが入院できるまでの日数も十六日を超えてきて、とにかく何とか回転しなければとばかり考えているんですが、そういう意味では、増床してもそれが埋まらないということは全くない状況になつてくる。

ただ、あくまでも今あるベッド数で工夫して平均在院日数を減らす形で対処しようとしていますから。

**阿部** 待ちが多いからといって本省へ話すと、あなたたちの運用が悪いんだと言われますけれども、放射線治療というのは全国的な要望になつてくると思うんです。そういうところを研修する場所は必要になつてゐるのではないか。それにあわせて多少の増床というのは、スペー

スはあるわけですか。だけど、あれだけきれいにした庭をつぶすのは寂しいな。それでも緩和ケアの先あたりにつくつてもいいんじやないかと思いますね。

**田中** さつきおつしやつたように、や

つぱり二つで一つの病院というか、組織が動いているんだというところで理解を得るように努力しなければいけないのでしょうね。

**阿部** 実際、診察券も一緒ですし、患者も行き来しているわけですし、もうちょっと機能分担がはつきりすれば、そういけるのではないか。

**田中** そういう説明のほうが実現性はあるかもしませんね。

**阿部** ただ、そうしないと、非常にお互いの病院のレベル差がね。

**田中** 検査の認められる頻度などが、こつちと違うんですか。

**阿部** 認められる頻度とか種類とかが違つてくるんです。

**田中** それはちょっと問題ですね。

**阿部** だから、常に訴えるようにはしているんですけどもね。

**小畠** そうすると、それによつて点数が変わつてくるんですか。

**阿部** 変わつてくるんです。年間で数億違います。

**小畠** それは大きいですな。

**田中** 単独でがん東が、五百床を超えたから申請して認められるという性格ではないと思いますし、説明は難しいです

**田中** ようね。例えばここに入院していく、向こうへ行くんだよということで、同じことをやつしていくどうして違うのか、いろいろな問題とかで、うまくいくかどうかわかりませんけれども、そういう説明のほうが、東病院単独でなつていくよりもわかりやすい気はしますね。

**阿部** プロトンの治療でも始まつたら、この医療費をどうするかという段階でその議論をしなければいけないのかもしれませんね。

**小畠** そういう意味では、一つまたい材料ができたというところですか。

阿部 だから、プロトンを東に置くと

いうことは、東の病院のためでなくて、  
中央のためでもあり、ほかの医療機関の  
ためなんですから、そういう考え方をす  
れば、東の将来は非常に明るく見えてく  
るんです。ですから、いつも言うんだけ  
れども、新棟ができ上がつてみろ、プロ  
トンが動き出してみろ、情報システムが  
加わつてみろ、こんなすばらしい医療施  
設は世界中にはない。

しかし、今どれも順調には動いておら  
んのね。だから、私の在任中に全部やら  
なければいけないから、何とかしてそれ  
だけは……。

しかし、でき上がるときはすごいで  
すよ。ちょっとやそっとの医療組織では  
なくなつてしまふと思うんですけど  
も、そういう未来を持ちたいですね。

小畠 そうですね。

けれども、新棟ができ上がつてみろ、プロ  
トンが動き出してみろ、情報システムが  
加わつてみろ、こんなすばらしい医療施  
設は世界中にはない。

海老原 夢を言えば切りがなくて、今  
まで東で言うのは、まず中央に追いつけ  
がいろいろの面であつたですね。ただ、  
私が考えるのは、中央も今度新棟ができ

て、その中でいろいろな問題を抱えてい  
ると思うのですが、東は今まで三年半の  
間に随分いろいろな問題の解決をしてき  
ました。

例えば看護婦の人数にしても、十八人  
で五十床のベッドを見ていますから、そ  
れは足りないところもあるでしようけれ  
ども、それなりにやつてきた。結局いろ  
いろなところの工夫をこれからも東では  
やつていきたいと思うんです。幸い非常  
にまとまりのいい病院ですから、こうい  
うことをやつてみようというと、いろい

小畠 最後に、それぞれの未来の抱  
負なり夢なりを……。

☆ ★ ☆

### ◇一から夢

ろな試みがやれるところです。その試み  
の中から、こういうことを生かしたらいい  
んじゃないかというのをぜひこちらの  
中央の新棟に生かしてもらえるような形  
で、いろいろな試みをやっていこうと思  
っています。

人が足りないとか、何が欲しいという  
話は切りがないですから、そういうこと

は言わないで、とにかく今の現有勢力で  
何ができるかを精いっぱいいろいろ新し  
い試みをやつてみようと思っています。  
その中のうまくいった試みをなるべく中  
央に取り入れてもらう。そうすると、む  
だなく、例えば診療支援システムだつて  
そうだとと思うのですけれども、こういう  
大きい組織で新しいものを動かそうとす  
ると、かなりいろいろなところで抵抗が  
出ますけれども、一たん東のようなどこ  
ろでこちんまりとうまく動いているのを  
そのまま持つてこられるようなことにな  
れば、かなり波風も少なくなつてくると  
思いますので、いろいろな意味での試み  
を東でやつてみようと思っています。

- 41 -

それがまたいろいろな面で開けてくることにつながると思います。マンネリに陥らないで、三年半は三年半で、これ以後、毎年毎年新しいことをどんどん試みて、中には失敗もあるかもしれませんけれども、ただ人が欲しいではない医療を、例えは看護部門はうちは二年間増員なしでできているのですが、その中で工夫をしてふやさずに、とにかく今的人数でもつて質のいい看護をするにはどうすればいいかというのを盛んに検討してもらっています。その中には院内でやりきれない部分を外注するとか何とかいうことも出てくるでしょうけれども、そういうことで対応していく。そういう試みをやっていきたい。

**小畠** 経営面はどうですか。大分成績が上がっているというお話を聞いています。

それにつながると思います。マンネリに陥らないで、三年半は三年半で、これ以後、毎年毎年新しいことをどんどん試みて、中には失敗もあるかもしれませんけれども、ただ人が欲しいではない医療を、例えは看護部門はうちは二年間増員なしでできているのですが、その中で工夫をしてふやさずに、とにかく今的人数でもつて質のいい看護をするにはどうすればいいかというのを盛んに検討してもらっています。その中には院内でやりきれない部分を外注するとか何とかいうことも出てくるでしょうけれども、そういうことで対応していく。そういう試みをやっていきたい。

**海老原** 経営面は、東病院は当初に立てた目標は達成しております。まあ、まいんですよ。具体的につくるから。(笑)

**阿部** 事業計画のつくり方が非常にうまいんですよ。具体的につくるから。(笑)

**海老原** 外来患者数も、定床が三百ですが、多い日は三百五十ぐらい来てます。そういう意味でのクリアはほとんどできています。

**小畠** 立派なものですね。

**田中** 私は、単に国立がんセンターの中央キャンパス、東キャンパスということでなくして、国立がんセンターで行われている医療レベルが、全国の国立病院のネットワークのみに限らず、ほかのがん診療をやっておられるところにも広く提供されて、全国各地の皆さん、國民の皆さん——行政ですから行政官らしく言いませんが、國民の皆さんのがんセンターと同じレベルの医療をどこでも受けられるようになつていくように、例えは情報伝達システムとか人事交流を通して、そういう医療が全国各地で提供できるよう

になるために、ますますご活躍いただきたいたい。両病院、研究所も含めて、そういうふうに思っております。かなり役所的ですが……。(笑)

**阿部** 今、課長がおっしゃったように、我々が何を提供できるかということが立がんセンターの将来を決めていくのです。立がんセンターの将来を決めていくのではない。みんなでご利用いただけるだけのデータベースを持ち得るかといふことも非常に重要でしようし、ここからどのような情報を発信し、どのような研修、教育ができるか。実際我々の自分の手で面倒を見る患者さんは非常に数少ないわけですから、できるだけ多く広めていく。

**小畠** 皆さんががんセンターを支えてくれるも

のであり、逆に言えば、私たちは病院のスタートに情報センターというのも考えたんですね。医療者だけでなく、一般の方に対する情報もそこからいろいろ発信できる。向こうから問い合わせもできる。

いろいろな典型的な症例について、これは何だろうと当たるレファレンスセンターをつくる。もちろんメディカルライブラーーもつくりますし、キャンサーライブラーーもつくりしていく。そういうものがむしろがんセンターを支えてくれるのではないか。

ですから、我々はたくさんのお金を使って新棟をつくったり、研究したり、いろいろやっていますが、それだけのものをお返しきれないと、それだけのものはできないのではないかと思っておりますので、また一つ本省にご理解をいただきたいものだと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。頑張ってください。

**小畠** 長時間にわたりまして、大変貴重なご意見、ご説明をいただきまして、ありがとうございました。

きょうは、がんセンター東病院の現状と将来ということで、三人の先生方にお話をいただいたわけでございます。明る

い希望も持てるようなお話をもあつたわけでございまして、これを機会にますますご活躍をお願いいたしまして、きょうの鼎談を終わらせていただきます。本日はどうもありがとうございました。



# 国立がんセンター東病院の沿革と診療内容

## 一 沿革

(国立柏病院)

所在地：千葉県柏市花野井一二四八

昭和一四年四月五日 柏陸軍病院として創設

昭和二〇年一二月一日 国立柏病院として発足

昭和二三年四月一日 国立療養所柏病院となる

昭和五三年四月一日 国立病院に転換し国立柏病院となる

(国立療養所松戸病院)

所在地：千葉県松戸市高塚新田一二三一一

昭和一〇年四月 東京市第二結核療養所として設立が決定

昭和一七年八月 東京市松戸療養所として発足

昭和一八年四月 日本医療団に移管、日本医療団松戸療養

所と改称

昭和二三年四月 厚生省に移管、国立松戸療養所として発

足

昭和四五年四月 国立療養所松戸病院に改称

(国立がんセンター東病院・運営部・研究所支所)

所在地：千葉県柏市柏の葉六一五一  
電話（代表）〇四七一一三三一一一

平成四年七月一日 国立柏病院と国立療養所松戸病院を統合、国立がんセンター組織の中に「東病院」として開院した。

(研究所支所)

平成六年四月二五日 国立がんセンター研究所支所を東病院に隣接して開院した。

## 二 診療内容

国立がんセンター東病院は、東京築地のがんセンターの組織の中の病院として位置付けされ、がんの診療、研修、研究にかかる国立の中心施設として設立されている。東病院においては、入院定床四二五床で、おもな対象疾患は、肺がん、肝・胆・膵及び大腸を中心とした消化器のがん、頭頸部領域のがん、乳がん、血液の悪性疾患、骨・軟部の悪性疾患であり、それ専任のスタッフを配置しているが、これら以外のがんについても、主に国立がんセンター中央病院（東京・

築地) より外来の応援を受けて対応している。

また、二五床を有する緩和ケア病棟は、がん性疼痛の解除などがんによる諸症状の緩解を主な目的とした病棟で専任の医師を配し、院内の患者のみならず地域の要望にも応えられる体制を取っている。なお、がん診療が中心で例えば高血圧、糖尿病などの慢性疾患や感冒、気管支炎等の急性疾患などのいわゆる非腫瘍性疾患は診療の対象としていない。

### 三 規 模

(1) 敷 地、建 物  
・ 建 物 面 積  
・ 敷 地 面 積

八四、四八三 $m^2$   
(根戸宿舎を含む)

内 訳 本 館

五六、四一八 $m^2$   
三四、六一五 $m^2$

緩和ケア棟  
高エネルギー棟  
研究所支所

一、二七〇 $m^2$   
九〇二 $m^2$   
六、六八三 $m^2$

その他

一二、九四八 $m^2$

(2) 病 床 数  
医療法承認病床数

総 数  
一般  
結 核  
四二五床  
三七五床  
五〇床

入院定床

外 来 定 床

四二五床

三〇〇

(3) 標榜診療科

内科、精神科、呼吸器科、消化器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、皮膚科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、理学療科、放射線科、麻酔科、歯科



# 日々を生きる

岡崎玲子

平成三年六月、もうすぐ五十歳になる梅雨の頃に、卵巣がんと上行結腸の二種類のがんの手術を受けた私は、普通のサラリーマン家庭の二人の子供のいる平凡な主婦でした。それまで比較的健康で、家事と仕事、趣味にと平凡に暮らしていた私にとって、がんになつたことは、あまりにもショッキンなことでした。

私の主治医は病状について偽りなく、ありのままに伝えるといふ方のようで、家族と一緒に受けた告知の内容は、それは厳しいものでした。正直言つて、そこまであからさまに言つて欲しくなかつたし、聞きたくなかったと、当時は思つたものでした。「あなたのおなかの中はがんだらけでした。それでも一応見えるものは全部取つておきました。進行性のがんなので、卵巣がんによく効くといわれているシスプラチント

いう抗癌剤を使いたいのですが、残念ながら、貴方は腎臓の機能の問題があるので使えません。おなかの中は、温熱療法だけしておきました。退院後はとりあえず抗癌剤を服用しながら様子を見ていきましょう。」等々の説明でした。

充分な治療を受けていないことがあって、再発の恐怖に怯えながら、それでも四年半が過ぎました。でもその四年半が暗い怯えただけの年月であつたかと申しますと、実はとても生き生きと過ごせたのです。ある先生の指導を得て私は達婦人科の患者達を中心を作つた「虹の会」があり、その会にかかることができたことが大きな要因だったかも知れません。私達患者の立場はそれぞれ違つても、がんという共通の悩みを持つた人達が集まつて本音で語り合える会でした。告知を受けてつらい現実を知り恐怖に怯えている、また、

自信をもつてこんな生き方をしている、それぞれがお互に話し合う会でした。その会で話し合いました。このことが自分を見つめ直すことにつながっていったような気がしていま

す。会の友達の中には、病状の厳しい人なのに皆んなのことを感じながら先に亡くなられた方がいました。ほとんどが人はどこかへ飛んでしまったように元気な人達もいます。いろいろですが、皆さんの中に入つていくことによつて、人の命のはかなさ、強さ、たくましさ、そして心の痛み、優しさなどを身近に感じられるようになりました。特に亡くなられた友達と親しく話し合える機会を持つたことは、今、自分がどのように生きていくべきかを考えさせられました。さらに、現実をありのままに受けとめて逆らうことなく生きていくこうと思えるようになりました。

今を大切に生きるという思いが強まり、体調が良いときに楽しんでおこうと、主人と国内旅行はもとより、念願のヨーロッパ旅行も実現できて、青く晴れ渡つたイスのアルプスの山頂へも登山電車で登つて来ましたし、会いたい人には積極的に会つたり、趣味も書道や大極拳等、充実した毎日を送つておりました。

ところが、術後三年が過ぎた頃腎臓のクレアチニンの数値が上がりつてきて、それまで服用していた抗癌剤をやめて、その後腎臓内科の先生にも診察を受けたりしたのですが、ますます腎臓は悪化して、平成七年十一月とうとう心臓に水がた

まつてきて、心不全一歩手前で二十五日間の入院を余儀なくされました。

その後シャントの手術をして、透析患者になつてしましました。比較的お年寄の多いその病院で入院生活を送つてみると、国立がんセンターにいたときとはまた違つた意味で、人生を考えさせられました。同室の患者さんの中には、骨折しておむつになつてしまつた九十歳のおばあちゃん、それでも歩けるようになりたいと、先生のアドバイスを真剣に聞きながらリハビリに前向きに頑張つていらつしやいました。そうかと思えば糖尿病で失明されていて、夜中床ずれが「痛い痛い」と訴えながら、それでも透析をやつてもらつておばあちゃん！その治療が果たしてあのおばあちゃんにとつて幸せなことなかしらと思つたりしました。がんの場合はしっかり告知を受けていさえいれば、終末期を迎えたときは自分の人生なのだから、自分の死は自分で選択できると思つていましたが、その糖尿病のおばあちゃんを知つて、治療というのはどんな場合でも幸せなことなかしらと思いました。

ところで今、改めてがん告知を受けたことの大切さ、ありがたさを身にしみて感じています。と申しますのは、主治医とのインフォームド・コンセントがうまくなされていて、自分のことがよく理解できていたので、透析の先生に何でもお話しすることができます。そのため、その先生ともコミュニケーションがうまくいくつているように思えるのです。

とにもかくにも、私は透析患者になつてしましました。透析患者は、徐々にお小水が出なくなつてくるので、体重のコントロールは容易ではありません。それに食事はカリウム、燐の取り過ぎに注意をと自己管理の厳しさに慣れるまでは、なかなか大変ですが、それでも一日おきに体調のよい日がつて、元気よく働ける日があることはとてもうれしく思えるのです。それと、これは十五年のキャリアをもつ患者さんのお話なのですが、昔に比べて透析も随分楽になつたそうです。それは透析に使うダイアライザーという機械が改良されてきてよくなつてきているのだとか！そういう今の時代に生きていて、医学の恩恵をこうむることができてありがたいことです。生かされた日々を精神的に前向きに生きていく日々に変えて、楽しみながら暮らしていきたいと思います。

来る一月二十八日は、虹の会の仲間達が国立がんセンター中央病院で行つている一ヶ月一度のコンサートの日です。入院されている患者さん達に、生の美しい音楽を聞いて喜んでいただきたいと、ボランティアで演奏して下さる方達の協力を得て虹の会の皆さんでやつています。今月は、お正月の月でもあり、お琴の演奏をしてくださることです。このところ、体調が思わしくなくて欠席がちだつた私にとつて、久々に会に参加し皆さんにお会いして少しでもお手伝いが出来ることを楽しみにしています。

平成八年一月二十日記



虹の会によるお琴の演奏会

## 市川平三郎先生の業績と横顔

### —私が市川先生から学んだこと—

国立がんセンター放射線診断部 牛 尾 恭 輔

市川平三郎先生と云えば、故白壁彦夫先生と共に胃の二重造影法を開発された医学者であり、わが国のみならず世界にその名がとどろいている。だが、市川先生にはその他にもいくつかの横顔を持つおられる。そこで、市川先生の略歴と業績を振り返りつつ、市川先生と私の出会いと私が受けた教訓を紹介し、また先生の近況について、述べます。

### I. 市川平三郎先生の千葉大学でのご略歴と業績

先生は、昭和二十三年に千葉大学医学部を卒業されたのち、昭和二八年より同第一内科、昭和三〇年より放射線科に入ら

れた。そして三四五年五月より同大学の医学部助教授として勤務された。この間、大学の教育・研究及び診療に努められ、内科学を含む専門とする放射線医学の分野で白壁彦夫先生と共に、消化管のX線診断学の基礎的な研究に没頭された。それこそ戦後の荒れはてた状況の中で、今からみれば著しく劣るX線診断機器を駆使して撮影し、毎晩遅くまで夜を徹してX線写真を読影されたと聞く。

おそらく「國破れて山河あり」の心情で、青年医学者の情熱と青春をかけた戦いであつたであろうと思われる。そしてこの戦いの中から、消化管の二重造影法が誕生したのである。

昭和三〇年代より、わが国でのがん対策の必要性が唱えられるとともに、胃がんを早期発見し早期診断する方法として、消化管のX線診断における千葉学派として学会などで急に注目を浴びるようになつたのである。



白壁・市川両先生は、腸結核やその他の腸病変で摘出された腸の標本の中にバリウムを注入し、その量を変えたり空気を追加注入したりして、どのような撮影法が病変を最も正確に表現するかを比較検討された。その結果、病変を正確に描写できるのは、バリウムと空気とを共に注入した場合であり、バリウムの質と量、空気の量などを調節することにより、一層正確となることを確認された。また、この腸の二重造影法の開発は、胃及び十二指腸においても、数ミリ大の小さな病変を的確に描き出すことに有効であることも発見されたのである。

つづいて同時にこの二重造影法は、日本人に多い胃の病気を的確に、しかも早期に診断できることを示された。とくに昭和三〇年代より、わが国でのがん対策の必要性が唱えられるとともに、胃がんを早期発見し早期診断する方法として、消化管のX線診断における千葉学派として学会などで急に注目を浴びるようになつたのである。

## II. 国立がんセンターでの「

### 略歴と業績

市川先生らの二重造影法が世に認められ、次なる飛躍が期待された時期に、わが国でがんに対する専門医療とその研究の必要性が提唱された。それを具体化するものとして、国立がんセンターが、我が国における最初の国立高度専門医療機関として、昭和三七年に厚生省の直属機関として発足した。

市川先生は昭和三七年の開院に際して、久留初代総長の招へいにより、放射線科医長として診療に従事され、新しい診療技術である胃X線二重造影法による胃がんの早期診断法の確立に情熱を注がれた。胃のX線診断学で微細病変を描写することが可能となるにつれ、胃粘膜の僅かなビランとか、低い隆起を示す病変なども異常として拾いあげられるようになってきた。それが必然的に種々の形態を示す早期胃癌の分類へとつながった。

市川先生が放射線診断の担当をはじめてから、早期胃癌症例の発見数は急激に上昇した。また、市川先生を含む有志で発足した早期胃癌研究会では、それらの経験症例を持ち寄り、丹念な検討を繰り返し、その研究会から、今日の世界的に使用されている早期胃癌の肉眼分類が生まれ、全国組織である胃癌研究会でもそれが採用されるようになつたのである。そして、現在国立がんセンターで発見、手術された早期胃癌の症例は予後も良く、一〇年生存率は九五%という驚異的成績を示している。

市川先生は、放射線診断部長を経て昭和五一年に病院長に昇任されてからも、二重造影法の国内外への普及と、それにによるわが国における胃癌の治療成績の向上につとめられた。普及活動は、国内のみならず国外にもおよび、これまで訪れて講義をされた国は四〇カ国以上を数えるのみならず、海外からの研修生の教育にも情熱を傾けてこられた。とくに昭和

四四年から国際協力事業団（JICA）の特別コースとして、「早期胃癌診断セミナー」が発足して以来、毎年約二〇名

の専門家を招き、講義をされた。そしてその研修医達が帰国後、それぞれの国において指導的な役割を担つて活躍している。これらの努力が実り、市川先生は昭和五〇年から平成元年まで、昭和四五年より日本に設置されていたWHO胃癌情報センターの代表となり、わが国が胃癌研究の国際的中心であることを示す活動をつづけられた。また、昭和四三年には、

国際対癌連合（UICC）の癌の病期についてのTNM分類（T：原発腫瘍の深度、N：所属リンパ節転移、M：遠隔転移を示す分類）に、わが国で創立された早期胃癌の概念を導入することに成功し、いまでもそれが世界的基準となつてゐる。これはわが国の早期胃癌を世界中で認めさせたことになる。

ところで、市川先生は豊富な知識と経験、診療及び研究に対する信念をお持ちで、その指導力は多くの関係者への垂範

となつてゐる。信望も厚く、当センターの發展に尽くした功績は誠に大なるものがあり、退官された後も当センター名誉院長として後継者の指導に尽力されてゐる。また、病院長在任の間に日本医学放射線学会会長、日本胃癌検診学会会長、日本癌治療学会会長、国際対癌連合TNM分類委員会日本代表等を歴任され、我が国のがん医療を大きく發展させられた。

### III. 私と市川先生との出会い

タイトルにもあるように、市川先生の横顔の一つを知つていただくために、また国立がんセンターで早期胃癌のX線診断がピークを迎えていた頃の雰囲気を知つてもらうため、私と市川先生の出会いの場面について述べてみる。

私は国立がんセンターのレジデントに応募するため、九州から東京に来たのは、昭和四六年四月であった。当時は、レジデントの試験は五月中旬にあつていたため、私は研修医として四月から来ていた

のである。驚いたことには、市川先生の元には各地から若者から中年までの研修医が一〇人ほど來ていた。当時は遠隔のTV撮影装置は未だ開発されていなかつた。そのため、市川先生の胃X線の検査は、暗い検査室（透視室）で、赤外線ランプが一つ灯つていただけである。その透視室に八～一〇人の研修医が見学し、そのうちの先任の研修医には、それぞれ、患者を部屋に入れる役、フィルムのカセットを変える役、注射をする役、胃を膨らませる顆粒（発泡剤）を水で飲ませる役、バリウムを患者に持たせる役などが決まつていていた。そのような中で、新米の私は、ただ暗い検査室の隅で、その状況を見るのみであつた。市川先生は一人の患者の胃検査が終わり、次の患者の検査が始まるまでの約五～七分間、研修医に対して、検査の注意点、前の患者で見られた病変の所見や診断名について皆に質問をされるのが常であつた。その答に対し更に次の研修医に質問があり、造影が撮影された。明かな腫瘍や潰瘍性病変は認められなかつた。しかし市川先

患者の検査に移るという状況であつた。この様な状態が約一ヶ月続き、新たに来た私の出番はなかつた。ところが、今まで、コミニケーションが生まれたのは五月四日であつた。五月三日は憲法記念日、五月五日は子供の日で祝日であつたが、五月四日は今とは違つて休日ではなかつた。この連休の谷間であつた五月四日は、丁度、市川先生がされる胃のX線検査日でもあつた。私が朝早く透視室に来てみると、全国から來ていた研修医の数が少なく、二～三人だつた。多くの研修医はゴールデンウイークで帰郷してゐた。そこで、私にもX線フィルムの入ったカセットを、撮影のたびに変換する役目が出来たのである。

このような中で、一人の患者の胃検査が始まつた。バリウムを全部飲ませて充盈像を撮つた後、発泡剤で胃を膨らませ、いろいろな体位を変えて約一〇枚の二重造影が撮影された。明かな腫瘍や潰瘍性病変は認められなかつた。しかし市川先

生の傍らで見ていた私は、患者さんの胃

の伸展が悪いのが気になっていた。丁度、東京に来る前に九州で経験し、また先輩より講義を受けていたスキルという最も

たちの悪い進行胃癌ではないかと思つた。その患者さんが退室し、次の患者さん

の検査が始まるまでに、例のごとく、

まず先任者の研修医から順番に市川先生

の質問が始まつた。

市川先生「何か異常があつたかね？」

A 研修医「大きな隆起性病変や潰瘍は

ないと想ひます。」

市川先生「では正常ですか？」

A 研修医「…………」

市川先生「B君、君はどう思う？」

B 研修医「胃の伸びが少し悪いよう

すが……」

市川先生「では、どのような病変を考

D 研修医「…………」

市川先生「潰瘍の瘢痕があるのではなく

いでしょうか？」

市川先生「潰瘍瘢痕だけでこのよくな

可能性があると思ひます」

B 研修医「…………」

市川先生「次、C君。君の意見は？」

C 研修医「胃の伸びが悪い疾患はいく

つかあります。多発潰瘍、癌、外からの圧迫、…………」

市川先生（少しイライラして）「国家試験的な答えを聞いてるんじゃないんだよ。五分前に検

査した患者について、どう診断するかなんだ。どのように診断を下すかによって、患者

の处置、ある意味では患者の運命も変わるんだ。診断とはそれほど厳しいのだ！戦争で

いえば、敵と直面している前線に居ると同じで、真剣勝負をやつてるのであるのだ。次、君は！」

D 研修医「多発性の潰瘍がないのに胃全体の伸展不良が気になります。また、大弯のひだが太く

うねっています。スキルスの初期像の発見と早期診断に、君達若い医師に挑戦してもらいたい。ところでも牛尾君、君いつまで

市川先生「牛尾君といいます。一ヶ月以上前より来ています。福岡から来ました」

市川先生「牛尾君といつたかね。牛尾君はスキルスの可能性があると云つたが、私はスキルス胃癌そのものと診断するよ。こまうんだ。しかも比較的、若い女性にも認められるから悲惨だ。このスキルスの初期像は未だよく解説されたいないので、今後の課題として残っている。スキルスの初期像の発見と早期診断に、君達若い医師に挑戦してもらいたい。ところで牛尾君、君いつまで

D 研修医（牛尾）「あと一〇日ほどで、研修なの？」

レジデントの試験を受けます

市川先生「そうか。わかつた」

以上が、今でもよく憶えている私と市

川先生との真の出会いであった。その後

私は、レジデントとなり、それが契機となつて約二五年間、国立がんセンター放射線診断において、今、この文章を書いて

いる。人間の一生にはいくつかの偶然が重なつて、決まることがあるようである。

IV. 先生の質問から私がたどりついた二重造影法の真価

白壁・市川両先生によつて開発された消化管の二重造影法の本当の価値は何であろうか? 二重造影法によつて小さな病変も容易に発見できるようになつたといふ評価を与えるのみで、二重造影法を單なる技術評価としか見ていない人達が多いような気がする。これは間違いである。二重造影法は単に技術評価や方法論を越えて、日本の診断学に新しい思想を入れたものであると確信している。それと同

時に、病変や疾患の本体を追態する学問に、新たな武器を与えてくれたのである。

二重造影法の真価がなお一層、明らかに

なるのはむしろ今後であろうと思つてい

る。その理由として、再び市川先生と私のかつての会話を、思い出しながら以下

に紹介したい。それは私ががんセンターに来て五六年経つた頃、ある医学雑誌

の編集に行くため、車に一人で乗り込み、しばらく町中を走つていた時、二重造影

法について、市川先生から質問された事

に端を発している。市川先生はポツンと

次のように云つた。「牛尾君、デバガメ

と云う言葉があるね。これはのぞき趣味

を表す下品な言葉だが、消化管の診断、

特に形態診断を行つてゐる者は、のぞき

趣味みたいなもので、デバガメみたいな

ものだと悪口を云う人達が居るんだよ。

君どう思う?」その時、私は咄嗟に回答

できなかつた。数分後に雑誌社に着いて、

この質問から解放されたが、形態学を専門にしようとしていた私にとって、ショッキングな言葉であり、その夜は眠れな

かつたことをよく憶えている。それに對

する回答らしきものが出来上がるのに、

実のところ約二年の期間を要した。二年

間で得た結論は次のようなものである。

組織のほかに靜脈、動脈、リンパ管、神経系などが入り込んでいる。これにホルモ

ン系や免疫系が関与し、いわば homeo-

basis のもとに生物現象は成り立つてい

る。そしてこれらに異常が生じた場合、

究極のところ疾患の大部の異常は、形

態上の変化として現れて来る。ゆえに疾

患でみられる形態的異常は、種々の異常

が積分されたものと考へられる。しかも

それを実体のある客観的な形態の異常と

して認識できるところに、形態学の素晴

らしさがある。次に、病変の本態は、よ

り初期の、より早期の小さな病変の把握

を経て、その生物学的な特性がより明ら

かになっていく。また、病変の形態を断

面としてみるとのではなくて、過去のX線

像を逆追跡したり、経時的に觀察するこ

と、すなわち断面像をつなぎ合わせて連

統的にみることにより、病変の発生や消褪、発育進展などの生物学的特性が一層明らかになっていく。この意味において、

二重造影法は過去のX線検査法では不可能に近かつた微細・微小病変の描出と診断を可能してくれた。そして今、この二重造影法という武器を最大限に活用して、炎症性疾患や腫瘍性疾患を含め、全消化管のあらゆる病変を追求して、その本態と生物学的特性を解明することが要求されると思う。

この考え方を市川先生に述べたところ、先生は「まさにその通りだ」と云つてくれた。現在も、私は正しいと思っており、この視点に立つて診断と研究を続けることが出来たことは、幸せであった。ここにも市川先生の質問が、私の考え方をまとめる上で契機となつた。深く感謝している。

## V. 市川先生のがん克服と近況

一七年前、市川先生が開発された胃の二重造影法で、先生自身の胃癌が早期の状態で発見された話は有名である。国立がんセンターで手術を受けられ、組織学的にも早期胃癌であることが確認され、自ら一〇年生存率が九五%以上という成績を示された。先生自身、この話を全国でされており、またいくつかの本でも書かれている。ご自身の経験談にもとづくところが、一昨年、市川先生はこれも話だから、それこそ迫力があり、がんの検診の推進に大いに貢献された。

また市川先生は同じく昨年、一一月三日

日の文化の日に発表された秋の叙勲で、

二重造影法の開発とそれに続く永年の多

くの業績によって「勲二等瑞宝章」の榮

誉に浴された。一一月六日に皇居の新宮殿において、総理大臣より勲章と勲記が

渡された後に、奥様とご同伴で天皇陛下

に拝謁された。この叙勲祝賀会は、本年

二月二三日の大安の日にホテルオークラ

にて、市川先生ご夫婦のご出席のもと盛

大に行われた。ご来賓の先生やこれまで

つもの如く平静で、手術ののち何日目に腹部に入れるある管がとれるかカケをしようと云われた。結果は、先生の勝ちであつた。手術後、体調は全く元に戻され、

現在、ゴルフや全国での講演などに、多くもらつた結果、二〇年以上も元気にし

忙な日々を送つておられる。そして、昨年二月には、白壁彦夫先生の後任として、

早期胃癌検診協会の理事長に就任され

た。この職は消化器検診の中心的な実施機関であると同時に、わが国が世界に誇る消化管の早期癌における診断学の“か

なめ”もある。

ておられる患者さんをはじめ、市川先生の叙勲を祝いたいと申される方々が数多くおられた。しかしどスペースや期日との関係で、全ての方々に案内状をお送り出来なかつた。そこで、市川先生の謝辞の代わりに当日、市川先生が出席者に配られたお礼状を紹介し、皆様へのご報告をする。

本日は誠にお忙しい中をお集まりいただき、温かい祝福を賜りまして感謝にたえません。心より御礼申し上げます。

この度の叙勲は、私を取り巻く多くの方々のお陰でございまして、これ亦、厚く御礼申し上げます。

.....中略.....

心からの感謝をこめて、謹んでご挨拶申し上げます

今後共、市川平三郎先生にはお身体を大切にされて、益々のご発展を心よりお祈りいたします。



叙勲祝賀会における市川先生

## がんセンター めぐり

(17)

# 國立吳病院 中國地方がんセンター

国立吳病院に併設されている中国地方がんセンターは、中国地方で「がんセンター」という名称をもつ唯一の公的施設である。病院の歴史は、明治二十二年に吳鎮守府とともに創設された吳海軍病院に始まり、今も昭和十四年の建築になる海軍病院時代の病棟が使われている。しかし、敗戦後の十年間は英豪軍に接収さ



中国地方がんセンター名標 正門に國立吳病院の名標と対置して掲げられている。

### がん診療

れていたので、國立吳病院の発足は昭和三十一年まで待たなければならなかつた。中国地方がんセンターが併設されたのは昭和四十年であるが、「中国地方がんセンター」という組織があるわけではなく、当院に中国地方におけるがん診療の中核的機能を付与したものである。今年は病院として創立四十周年、中国地方がんセンターとしては発足後三十一年を

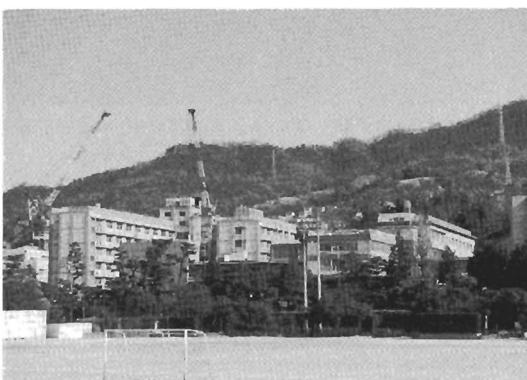
JR吳駅から一キロほど、瀬戸内海国立公園である休山の麓に建っている病院からは、吳市街と吳湾を隔てて江田島を一望することができる。病院の前には鎮守府長官官舎であった入船山記念館や、吳市立美術館があり、病院の正面に通じる美術館通りは、建設省の「日本の道百選」に選定されていて四季それぞれに美しい。しかし、広島市から三十キロも離れているので、病院としての立地条件は必ずしもよいという訳ではない。

國立吳病院は病床数六百七十五床、診療科二十四科の総合病院として運営され、入院患者に占めるがん患者は二百名強である。常勤職員数は四百七十六、うち医師は六十七であり、非常勤のレジデント・研修医の定員は五十二である。

初代院長の西岡時雄が大阪大放射線科教授であったこともあり、病院の開設時

から放射線科の設備とマンパワーは強力で、画像診断はすべて放射線科によつて管理され、放射線治療装置についても、国産2号機のマイクロトロンが設置されるなど重点的に整備されている。そのほか、早くから精神科医のがん診療への関与をはかつてきた。リエゾン回診と称する精神科医の定期的な病棟訪問は、がん患者の精神的問題を解決するだけでなく、病棟看護婦の精神的ケアにも役立つてゐる。最も新しい科は一昨年に設置された形成外科で、がん手術を側面から援助するという役割を期待して設けられた。彼らのバックアップがあるので、より進行したがんの手術が行えるようになり、手術適応拡大に大きな寄与をしている。

がん患者の高齢化が進んでいることや、がんの治療成績が向上したために、生涯の長い期間にわたつて患者管理を行うようになり、患者がいろいろな疾患を併存しているのが当たり前となつた。従つて、がんのみにとらわれることのない診



病院全景 病院前の市民広場（旧練兵場）から3棟の病棟と附属看護学校が順に並んでいます。背景には更新築現場に立つ二基のクレーンがみえます。

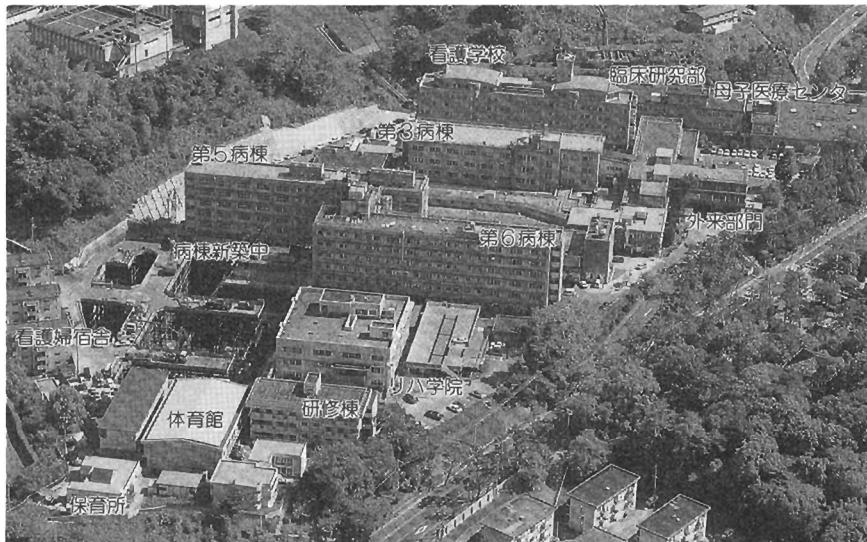
療が必要になつたわけで、この点では総合病院であることが大きな強みとなつてゐるし、当院では全診療科が協力して診療に当たるといふ氣風が培わられてゐる。

そのような診療形態を支えているのが種々の症例検討会である。なかでも毎週月曜日に開催される腫瘍検討会（TUMOR BOARD）では、すべての新規剖検数は百二十前後であり決して少なくないと自負しているが、年々剖検率が下降しているのが気がかりといえども、これからの検討会が診療の質を維持するのに役立つてゐるばかりでなく、レジデント・研修医の教育の重要な機会となつてゐるのはいうまでもない。なお専門（認定）医教育機関として二十四学会の指定を受けてゐる。

入院がん患者が討議の対象として提示され、病院全体としての診療方針が決定さる。ちなみに年間の検討症例数は約六百例である。また、引き続き行われる剖検報告会（AUTOPSY BOARD）では、前々週に行われた剖検のマクロ・ミクロの結果が病理医によつて報告される。年間剖検数は百二十前後であり決して少ないと自負しているが、年々剖検率が下降しているのが気がかりといえども、これからの検討会が診療の質を維持するのに役立つてゐるばかりでなく、レジデント・研修医の教育の重要な機会となつてゐるのはいうまでもない。なお専門（認定）医教育機関として二十四学会の指定を受けてゐる。

### 病歴管理

患者の管理という面では病歴管理に力を注いでいる。患者一人一番号制を実施したのは昭和四十四年で、院内がん登録も同時に始められた。自主開発の病歴管



病院俯瞰 47,000m<sup>2</sup>の敷地に延面積42,000m<sup>2</sup>の建物が建っている。左下すみの一角で更新築第一期工事が始まっている、ここに地上12階、地下2階の病棟が建つ予定である。

理システムによって、現在までに一万三千名以上のデータが登録されているが、郵送で行う毎年の追跡調査によつて、生死不明の症例は〇・五パーセント以下に抑さえられている。登録データが臨床研究に利用され活用されているのは勿論であるが、多重がんの発生を念頭において効果的な患者管理システムの構築に発展させたいと考えている。

## 臨床研究

当院に臨床研究部が設置されたのは昭和五十七年で、がん病理、がん免疫、がん生化学、がん治療などの研究室が設けられている。少ない人員と予算、さらには時間の制約のもとでは、優れた研究機関と同じレベルの研究は望むべくもないが、研究設備は院内の医師はもとより、広島大学の大学院生などの院外の研究者にも開放されていて、着実な研究活動が行われている。当地方に多いC型肝炎の治療並びに肝がんの発生、神経芽細胞腫

の遺伝子解析による予後情報、大腸がんの粘膜免疫など臨床に題材を得た研究が行われている。平成七年に発表された論文は百三十一編、そのうちがん関連が六十八%を占める。また、臨床研究部で一般化した技術は検査科に技術移転して、臨床検査の向上に役立たせるようになっている。

## 将来

がん教育講演

がんセンター活動の一環として、市民のがんに対する知識を啓発するための講演会を行なっている。がん制圧月間にちなんで毎年九月には呉市で開催しているほか、広島県内の市町村の要請に応えて「がん講演」と称してベテラン医師が手つた演題の人気が高い。

医療従事者を対象にしては、「末期医療に関するケアの講習会」を実施しているが、かつて盛んであった各種の院内研修

の希望者が今ではほとんどいなくなつている。まだまだ伝えたいことは少なくないと思うのだが、数週間をかけてじっくり研修するというのが無理なのであるう。

当院では平成十三年の完成をめざして全面的な更新築を進めていく最中である。完成の暁には、診療面で機能的な病院に生まれ変わるが、何よりも入院患者の療養環境が一変するであろうと期待している。がん診療についていえば、骨髄移植や化学療法のための無菌病床八床が設けられるほか、緩和ケア病棟が病床数二十八床で開設される。現在は緩和ケア院内への普及をはかつているが、やはり何かと物足りなく、ボランティアの導入など思うことが行えないのが実情である。地域に密着した緩和ケア病棟を作る

(病院長 野崎公敏)



## がんセンター めぐり

(18)

# 茨 城 県 病 立 院 茨 中

市および鹿島臨海工業地帯の発展など、茨城県の産業構造も変わりつつあります。また県南の常磐線沿線は東京のベッドタウンとして開発されております。

茨城県では「働き盛りのがん死半減」をスローガンに、平成元年に茨城県総合がん対策推進計画を策定いたしました。

(1) がんの発生予防対策の推進、(2) 早期発見のための検診体制の充実、(3) 身近なところで高度な医療が受けられる体

## 1、分散型茨城県地域がんセンター構想

関東平野の北東部に位置する茨城県は、広大な可住地面積を持ち（全国第四位）、二九〇万人の県民は、県下全域に分布しております。

茨城県はもともと、水郷地帯の稻作で代表されるように農業県であります。現在でも米、野菜、畜産を中心とした農業粗生産額は全国第二位（平成五年）であります。が、県北部の日立製作所を中心とした工業地帯に加え、筑波研究学園都市

制の整備、(4) 末期医療体制の整備、(5) がん情報システムの整備、をその五つの柱とした一〇カ年計画であります（平成二二一年度）。茨城県のがん対策策定に当たりましては杉村隆先生以来、代々の国立がんセンター総長のご助言をいただいております。茨城県総合がん対策会議専門委員会のメンバーは、末舛恵一先生（当時病院長）と渡辺昌先生（当時研究所疫学部長）が参画しておられました。

「身近なところで高度な医療が受けられる体制の整備」計画を具体化したのが、茨城県独自の分散方式による「茨城県地

域がんセンター構想」です。即ち、全県に分け、それぞれの地域の基幹病院に付設する計画です。先に示しました茨城県の人口分布の特殊性を考慮した施策でもありました。

現在、平成七年四月に部分的にオープンした茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター（県中央部）に続き、同年七月には県南部の土浦協同病院（土浦市、八六五床）の茨城県地域がんセンターが稼働を始めております。平成二年までには県北の日立総合病院（日立市、四八八床）と県西南部の筑波メディカルセンター病院（つくば市、二一八床）にも、それぞれ一〇〇床の茨城県地域がんセンターが付設される予定となつております。

茨城県では平成二年九月に四つの茨城

医療施設として、こども病院など三つの病院を特殊医療機関に、また北茨城市民病院など一二の公的病院をがんの「二次医療機関」として指定し、茨城県のがん対策と、その機能分担を明確にしました。茨城県地域がんセンターでは、他の医療機関からの紹介患者を診療することを原則とし、難治性がんの診断・治療と、ターミナルケアを行うことになつております。

高度のがん医療を求めるためには、分散型がんセンターがよいか、集中型のがんセンターがよいか、議論は尽きぬ事だと思いますが、この新しいタイプの地域がんセンターはまだ始動し始めたばかりです。正しい結論は、分散型の利を生かすべく最大限の努力をした上で下されるのかもしれません。特に茨城県立中央病院は、四つの茨城県地域がんセンターの中でも唯一の県立病院として、その中心的役割を果たさなければならぬと自覚している所であります。

病院を特殊医療機関に、また北茨城市民病院など一二の公的病院をがんの「二次医療機関」として指定し、茨城県のがん対策と、その機能分担を明確にしました。茨城県地域がんセンターでは、他の医療機関からの紹介患者を診療することを原則とし、難治性がんの診断・治療と、ターミナルケアを行うことになつております。

茨城県立中央病院は、昭和三一年一月に肺結核を治療の対象とした茨城県立友部疗養所（内科、外科）として、西茨城郡友部町に産声を上げました。友部町は地理的には茨城県のほぼ中央部にあり、上野駅からJR常磐線「特急ひたち号」で約一時間、JR水戸線は友部町で常磐線から分かれ栃木県小山市に向かいます。県庁所在地の水戸市からは、西方向約一七kmの所にあります。

茨城県立友部疗養所は昭和三二年一〇月には茨城県立中央病院と改称、肺結核など感染症の減少と、がんや循環器疾患の増加など疾病構造の変化に対応した改革が始められました。この年にはドック検診を開始しております。昭和三四年五月に脳神経外科を、昭和三六年四月に産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科および放射線科を、昭和三七年一月に麻酔科を、昭和

四九年一月には理学診療科を開設、更に昭和五一年三月には救急医療告示病院となるなど、診療体制を充実すると共に、地域に密着した医療活動も展開してきました。

## 2、茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンターの沿革

茨城県立中央病院は、昭和三一年一月に肺結核を治療の対象とした茨城県立友部疗養所（内科、外科）として、西茨城郡友部町に産声を上げました。友部町は地理的には茨城県のほぼ中央部にあり、上野駅からJR常磐線「特急ひたち号」で約一時間、JR水戸線は友部町で常磐線から分かれ栃木県小山市に向かいます。県庁所在地の水戸市からは、西方向約一七kmの所にあります。

茨城県立友部疗養所は昭和三二年一〇月には茨城県立中央病院と改称、肺結核など感染症の減少と、がんや循環器疾患の増加など疾病構造の変化に対応した改革が始められました。この年にはドック検診を開始しております。昭和三四年五月に脳神経外科を、昭和三六年四月に産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科および放射線科を、昭和三七年一月に麻酔科を、昭和

四九年一月には理学診療科を開設、更に昭和五一年三月には救急医療告示病院となるなど、診療体制を充実すると共に、地域に密着した医療活動も展開してきました。

茨城県立中央病院が地域がんセンターとしての指定を受けたのは平成二年九月のことでありました。平成三年四月には国立がんセンターの長谷川博先生を病院

長に迎え、地域がんセンター設立の準備が始められました。国立がんセンターからは末舛恵一総長、垣添忠生病院長を始め、多くの先生方のご支援を受けました。人事の面では雨宮隆太医務局次長（元がんセンター病理）、橋正幸医務局次長（元がんセンター病理）及び岡崎伸生副院長（元がんセンター内科）が参画することになりました。

茨城県立中央病院は平成五年四月に臨床研修指定病院の指定を受けましたが、がんセンター計画で病理が整備されたことが大きな力となりました。

地域がんセンターは整備基本計画・基本設計（平成四年度）、実施計画（平成五年度）を経て、平成六年一月に工事着工、平成七年四月二〇日に開棟式を挙行、四月二六日から診療を開始しました。平成八年二月現在、外科と泌尿器科を中心とした五〇床が稼働しております。

### 3、茨城県地域がんセンターの設備と組織

茨城県地域がんセンターは既存の病院の北側に建てられた地上五階の建物です。延べ床面積五、五八二m<sup>2</sup>です。他に

既存病棟の増築一、八七二m<sup>2</sup>、改修九

九m<sup>2</sup>、総事業費約五八億円、一階は内視鏡センター、二階は管理部門と会議室、

三階は外科系病棟二〇床（重篤治療室四床を含む）と八床のリカバリー・ルーム、

四階は泌尿器科を中心とする病棟四〇床で二床の無菌室、五階は内科系の病棟四〇床で七床のホスピス病床が設置されております。各階とも既存の建物と連絡通路で結ばれております（図1）。

基本設計の策定に当たりましては、がん病棟としての機能が最重要とされましたが、患者さんの精神的なやすらぎが得られるようにも配慮されました。三階からの病棟は吹き抜けとなつたガラス張りのアトリウムに面した展望室が食堂としても利用され、筑波の山並みに開かれて

おります。対側は屋外に小庭園を配したラウンジで、友部町が一望でき、家族や見舞客との談笑の場となつております



図1 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

手前より二階建ての外来棟、本体の東側病棟（対側に西側病棟がある）、及び新築の地域がんセンター病棟。駐車場はこの建物の東側（右側）にある

(図2)。

今回のがんセンター計画で特に整備されたのは、内視鏡センター（付内視鏡用レ線透視室、二室）、術中照射室、病理検査部門（遺伝子分析検査室、細胞培養室など）、および放射線治療部門などでスパイラルCT、MRI、リニアックなど大部分の医療機器は、既存の病院のもと共用になっております。

終末期医療体制の整備は茨城県総合がん対策推進計画の一つであり、地域がんセンターの内科系病棟（四〇床）には、七つの個室がターミナルケア専用の病室として整備されました。病棟内病室型のホスピスで、平成八年四月から稼働する予定です。現在厚生省から認可されたいま、看護婦達が、日本各地の一般病院で実践しているターミナルケアはこの型です。その指針となるよう運用したいと準備をすすめているところです。

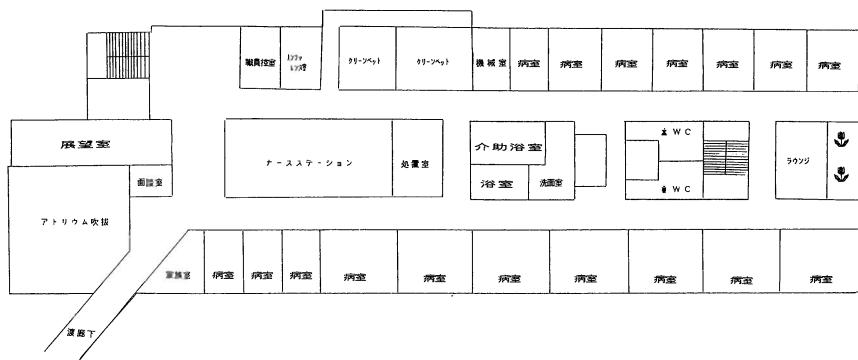


図2 地域がんセンター病棟四階（4中病棟）の見取り図  
4床部屋7室、個室10床、クリーンベット2床からなる。

地域がんセンターは茨城県立中央病院の傘下にあり、その運営の実務を担当する連絡会議のメンバーは、小泉澄彦がんセンター長（副院長兼務）、岡崎伸生副センター長（副院長）、雨宮隆太医務局次長、吉見富洋3中病棟医長（外科医長）、大谷幹伸4中病棟医長（泌尿器科医長）、市毛陽子がんセンター担当副総長、国井淳子3中病棟婦長、鈴木清子4中病棟婦長です。がんセンター業務に専念できるのは看護部門のみです。医師の業務分担の整理は今後の課題の一つです。

#### 4、運用の実状

地域がんセンターがオープンしてからやく一〇ヶ月が経過いたしましたが、稼働病床（現時点で五〇床）に対する利用率は約一〇〇%、診療圏は県北部から県南部に及び、またホスピス病棟の利用についての問い合わせが相次ぐなど、がん専門医療施設の設立が待たれていたことを感じます。紹介率は五七%でした。

一九九五年四月二十四日の開棟以来一二

月三一日までにがんセンター病棟では二

彰されました。

五三人のがん患者の診療を致しております。すが、その患者の分布を臓器がん別に見てみると、腎臓・膀胱・前立腺など泌尿器科がん三一%、肝・胆・脾がん二七%、胃がん一三%、肺がん九%、食道がん六%、大腸がん五%、その他九%となつております。

治療成績の評価は今後の問題ですが、茨城県地域がんセンターを肝・胆・脾がんなど難治がんを中心とした紹介型のがんセンターとして運用する設立の目的は達成されつつあります。

我々は茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンターを、「科学性」、「倫理性」、および「人間性」に優れた病院にしようと努力しております。それに関連した活動の一部をご紹介いたします。

現在の当院における臨床研究の焦点は、最新型のスパイクルCTを駆使した

三次元画像の研究にありますが、その中 心となつて放射線科の研究は一九九

三年と一九九五年の北米放射線学会で表

ンターでは、総合病院の持つ機能の一つ

としてがん診療を行つております。これ

までも一部延べてきましが、茨城県立中

(インフォームド・コンセント室)では、患者さん本人を交えた病状や治療方法の説明が頻回に行われております。茨城県立中央病院の地域がんセンターで治療を受けているがん患者さんの病名告知率はほぼ一〇〇%です。

一九九四年来毎年「がん医療とQOL」と題する公開講演会を開催、人間性に富むがん医療に向けての準備を進めてきましたが、がんセンターを開棟してからがん患者と家族の会「虹の会」の設立、水戸市の文化ホールで活躍していたスタイ

ンウエイのグランドピアノを譲り受け

スタートしたボランティアによる「ふれあいコンサート」の定期的開催など、具体的な活動がはじめられました。照準は

このような状況下で、他の診療分野と協調しながら、がん診療の質をどの様にして維持して行くのか、地域がんセンターに課せられた最も大きな課題です。

今年四月に始まる七床のホスピスにあります。

## 5、今後の問題点

センターでは、総合病院の持つ機能の一つとしてがん診療を行つております。これまでも一部延べてきましが、茨城県立中央病院では、がん以外に、様々な機能を果たすよう求められております。特に、二次救急医療、リハビリテーション、特

定疾患センター、へき地中核病院、災害時の基幹病院としての機能、及びがん

小児慢性疾患、エイズ、結核の診療などを重点項目として上げられております。

しかし、それぞれが独立して機能を果たせる分野は、がんセンターを含めて一つもありません。

茨城県地域がんセンターには研究部門はありません。最先端の医療水準を維持するためには、基礎的・臨床的研究の出来る環境の整備は不可欠です。平成八年度には国立がんセンターを中心とするがん

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセ

情報ネットワークに参画する予算も計上されました。我々も、少なくとも臨床研究の分野では、新しいがん情報の発信源となれるよう努力したいと考えております。

また、四つの茨城県地域がんセンター間の機能分担や、協調体制の確立も今後に課せられた課題の一つでしよう。

(岡崎 伸生)



## 質問 コーナー

肝臓癌について

国立がんセンター中央病院

外科山崎周一晋

問 肝癌になりやすい人は？

答 我が国では肝癌の原因は大半が肝炎ウイルスの感染です。肝炎ウイルスには数種類ありますが、B型とC型のウイルスが肝癌の原因となります。肝炎ウイルスが身体に侵入することを感染と言いますが、感染すると直ちに肝癌になるわけではありません。感染しても何ら症状がでないで治ることも多い一方、肝炎を発病することもあります。肝癌ができるのは、感染から十年以上経過してからことが多いようです。肝炎ウイルスは、輸血、母親からの分娩を介して、異性・

注射、一本の注射針で多数の人に注射する予防注射、医療従事者の針刺し事故などで起こることが知られていますが、感染の契機が不明のこともあります。すなはち肝癌になりやすい人とは、慢性肝炎・肝硬変など慢性肝臓病の人、昔輸血を受けた事のある人、肉親に肝臓病・肝癌の人を多く持ち血液検査で肝炎ウイルスに感染したことが判明した人と言えます。このような肝癌になる可能性のある人達を肝癌の「高危険群」と言い、定期的な肝癌検診が望されます。

問 肝癌の検診はどうにするのですか？

答 肝炎ウイルスに感染していても、肝臓病になつていない人もいますので、その様な人は半年に一度検診（血液検査と超音波検査）を受けると良いでしょう。肝炎ウイルスに感染し、現に慢性肝炎とか肝硬変になつている人はその病気の程度にもよりますが、およそ三ヶ月に一度の検診が望されます。同じ診療所や病院で継続的に受けることが良いでしょう。

問 肝癌の治療はどのようなものがありますか？

問 肝癌の検診はどうにするのですか？

答 肝炎ウイルスに感染していても、肝臓病になつていない人もいますので、その様な人は半年に一度検診（血液検査と超音波検査）を受けると良いでしょう。肝炎ウイルスに感染し、現に慢性肝炎とか肝硬変になつている人はその病気の程度にもよりますが、およそ三ヶ月に一度の検診が望されます。同じ診療所や病院で継続的に受けることが良いでしょう。

問 肝癌の治療はどのようなものがありますか？

**答** 一般的には手術の他に、肝動脈塞栓

について

術、エタノール（アルコール）注入療法と呼ばれる治療法が有効です。この他特殊な場合に放射線治療、抗癌剤注射なども行われますが、前三者が肝癌治療の3本柱です。これら三つの治療はそれぞれ利点・欠点があり優劣は付けられません。肝癌の大きさ、数、肝臓の中での部位などの肝癌の条件と、慢性肝炎や肝硬変の程度すなわち肝機能の条件とがさまざまですので、ケース・バイ・ケースで最善の治療法が選ばれます。

**問** 肝癌手術の利点・欠点は

**答** 手術と同時に癌が身体から除去され、癌が治る確率が最も高いことが利点です。欠点は肝機能が「中の上」かそれより良い必要があること、肝臓内で癌がばらばらに散っている時は切除ができない、入院・退院後の自宅療養の期間が長い（計二、三ヶ月）ことなどが欠点です。手術そのものの危険性は胃や腸などの手術と同じ程度です。

**問** 経皮的エタノール注入法（P E I）

答

塞栓療法は、局所麻酔をして、大腿部の

癌に細い針を刺し、純エタノール（百分アルコール）を注入し癌細胞を殺します。

治療後に軽度の痛みや微熱がみられます。翌日には殆ど治療前と同じ体調に戻り、患者さんの負担は最も少なく、肝臓の働きが悪い患者さんに対しても行うことができます。また治療後に再発しても繰り返し治療できます。しかし、大きい癌や癌が多数ある場合は、この治療では無理です。通常は癌の大きさは三cm以下、数は三個以内の患者さんに対し行っていきます。また超音波で癌を観察しながら治療するため、癌の存在する位置によっては超音波で癌を十分に描出できず、この治療ができない場合もあります。癌が小さく、数も少ないとなど応用範囲は限られていますが、治療成績は手術に優るとも劣らないといえます。

**問** 肝動脈塞栓療法（T A E）について  
**答** 肝細胞癌は肝動脈の血液から栄養を貰つて生存・発育していますが、肝動脈

# 第9回国際がん研究シンポジウムの開催

本財団では、「対がん10ヵ年総合戦略」および「がん克服新10か年戦略」の支援事業の一つとして、内外の優秀ながん研究者を一堂に集め、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、研究の推進と一層の向上を図ることを目的として、日本自転車振興会の補助を受けて「国際がん研究シンポジウム」を実施していますが、本年も「脳腫瘍の基礎と臨床」をテーマとして、次の日程により開催しました。

このシンポジウムには、海外からの22名を含む220名余の研究者が参加され、悪性脳腫瘍克服の道を探るための、多岐に渡る問題について、熱心に発表・討論が行われ、所期の成果を上げて終了しました。

このシンポジウムの準備・開催に当たっては組織委員会が組織され、野村和宏国立がんセンター部長を委員長として、Peter McL. Black（ハーバード大学）、Webster K. Cavenee（ルードウイッヒがん研究所）、垣添忠生国立がんセンター中央病院長、向井清国立がんセンター研究所部長の5人が企画・立案にあたり、杉村隆国立がんセンター名誉総長がアドバイザーとして助言をいただきました。

なお、次回平成8年度の第10回シンポジウムは「頭頸部がん」をテーマとして開催される予定です。

財団といたしまして、これら組織委員やアドバイザーの先生方のご苦労に対しまして、敬意と謝意を表しますとともに、実行委員として実務にあたらされました先生方やシンポジウムの当日にご協力いただいた多数の皆様に、心からお礼を申し上げます。

## 第9回 国際がん研究シンポジウム

テーマ 「脳腫瘍の基礎と臨床」

開催時期 平成8年3月12日～3月14日

開催場所 国際研究交流会館

3月12日（第1日目）

座長 野村和弘

歓迎の挨拶 杉村 隆（国立がんセンター名誉総長）

開会の辞 Peter McL. Black（ハーバード大学教授）

テーマ 「疫学と病因」

座長 Bernd W. Scheithauer

演者 Julian Little（アバディーン大学教授）

Paul Kleihues (チューリッヒ大学教授、IARC 所長)

テーマ 「分子生物学 1」

座長 Edward H. Oldfield

演者 H.-J. Su Huang (カリフォルニア大学サンディエゴ校助教授)

渋谷正史 (東京大学医科学研究所分子遺伝学教授)

テーマ 「病理と予後の要因」

座長 Julian Little

演者 Bernd W. Scheithauer (メイヨー医科大学教授)

野村和弘 (国立がんセンター中央病院第2病棟部長)

早川 徹 (大阪大学医学部脳神経外科教授)

テーマ 「脳腫瘍画像の進歩」

座長 H.-J. Su Huang

演者 Christopher C. Gallen (スクリップス研究所助教授)

関口隆三 (国立がんセンター東病院第一放射線科医師)

白根礼造 (東北大学医学部講師)

小山博史 (国立がんセンター中央病院外科医師)

3月13日 (第2日目)

テーマ 「神経膠腫 (Glioma) の治療 1」

座長 Jay S. Loeffler

演者 David G.T. Thomas (英國国立脳神経学・脳神経外科病院脳神経外科部長)

Fred. J. Epstein (ニューヨーク大学医療センター小児脳神経外科部長)

座長 Christopher C. Gallen

演者 Peter McL. Black (ハーバード大学医学部教授)

大井静雄 (東海大学医学部脳神経外科助教授)

座長 L. Dade Lunsford

演者 高倉公明 (東京女子医科大学脳神経外科教授)

Jay S. Loeffler (ハーバード放射線治療合同センター助教授)

中川義信 (国立香川小児病院脳神経外科部長)

特別講演

座長 Webster K. Cavenee

テーマ 「The Oligodendrocyte-type-2 Astrocyte Progenitor Cell: From Rodent Glial Precursor Cell to Human Glial Neoplasia」

講演者 Mark Noble (ユタ大学細胞生物学部長)

3月14日 (第3日目)

テーマ 「神経膠腫 (Glioma) の治療 2」

座長 David G.T. Thomas

演者 生塩之敬 (熊本大学医学部脳神経外科教授)

W.K. Alfred Yung (テキサス大学 MD アンダーソンがんセンター神経  
腫瘍学教授)

座長 W.K. Alfred Yung

演者 永井政勝 (獨協大学医学部脳神経外科教授)

田中隆一 (新潟大学脳研究所脳神経外科教授)

テーマ 「分子生物学 2」

座長 Mark Noble

演者 Webster K. Cavenee (ルードウイッヒがん研究所長)

Mark L. Rosenblum (ケースウェスタンリザーブ大学医学部脳神経外  
科教授)

テーマ 「遺伝子治療」

座長 Paul Kleihues

演者 Edward H. Oldfield (NIH 神経障害・脳卒中研究所脳神経外科部長)

吉田 純 (名古屋大学医学部脳神経外科助教授)

テーマ 「転移性脳腫瘍」

座長 Mark L. Rosenblum

演者 渋井壮一郎 (国立がんセンター中央病院脳神経外科医長)

L. Dade Lunsford (ピッツバーグ大学医療センター脳神経外科・放  
射線腫瘍学教授)

松谷雅生 (埼玉医科大学脳神経外科教授)

座長 Peter McL. Black

閉会の辞 Webster K. Cavenee

# がん克服新十か年戦略について

がんは昭和五十六年以降、日本人の死亡原因の第一位を占め、以後増加の一途を辿っています。

そこで、政府では緊急の対策として、昭和五十九年から、がん対策閣僚会議の下で、厚生省・文部省・科学技術庁の共同事業として「対がん十カ年総合戦略」を強力に実施してきました。

この戦略の目標達成のため、六つの重点研究課題が設定され、各種の支援事業と広報活動に支えられ、大きな成果が挙げられました。

しかし、わが国の急速な高齢化社会への突入により、がんの増加も避けられない予測されること、働き盛り世代のがんによる死亡の問題、がん患者のQOL（クオリティ・オブ・ライフ・生命・生活の質）の向上の問題などの大きな課題があります。

これらの状況に対応するため、引き続きがんの本態解明の研究を進めるとともに、第一次戦略の成果の臨床と予防への応用を強力に促進していく必要があることから、平成六年度から新たに「がん克服新十か年戦略」が実施されています。

この戦略においては、次の七つの重点研究課題が設定され研究が推進されます。

## 1 発がんの分子機構に関する研究

過去十年間に飛躍的に進歩したがんの本態解明に関する研究をさらに強力に推し進めて、より効果的な予防法・診療法の開発に役立たせる。

## 2 転移・浸潤およびがん細胞の特性に関する研究

発がんの分子機構に関する研究の中で、臨床的に重要な「転移・浸潤」を独立した課題として取り上げ研究を行う。

## 3 がん対策と免疫に関する研究

同じような環境で生活している人でも、がんになる人とならない人がある。その本質的な差は何であるかを解決するための研究を行う。

## 4 がん予防に関する研究

がん高危険度群の人々に対する効果的ながん発生予防法の研究から、一般の人々に対する健康教育の基盤となる情報まで、幅広い研究を行う。

## 5 新しい診断技術の開発

画像処理技術の進歩を基にした画像診断の開発と、がんの本態解明の研究で得られた成果の診断の現場への応用について研究を行う。

#### 6 新しい治療法の開発

バイオサイエンスの進歩に基づく研究成果の新しい治療法開発への応用と、医用工学を十分利用した治療法の開発を目指す。

7 がん患者のQOLを十分に考慮に入れた治療法の開発と、末期がんを含むがん患者の精神的・肉体的苦痛を緩和する方法について研究を行う。

この戦略の遂行により、がん制圧に向けて大きく前進することが期待されます。

がん研究振興財団としましては、先の戦略におけると同様その一翼を担い、若手研究者の育成・活用・研究支援体制の整備、国際協力の推進などの支援事業と広報事業を実施することになり、全力を注いでいるところであります。



## 「対がん戦略」支援事業の実績

注 1984～1993 対がん10ヵ年総合戦略  
1994・1995 がん克服新10ヵ年戦略

### 1 がん克服戦略推進事業（国庫補助事業）

#### (1) 外国人研究者招へい事業

外国の第一線のがん研究者を招へいし、我が国の研究者と国際共同研究を行っている。その実績は次のとおり。

(単位 人)

国 名	1984～1993※	1994※	1995※	計
アメリカ	142	5	4	153
イギリス	26	1	2	29
ドイツ	35	1	1	37
フランス	26	1	3	30
イタリー	19	1	1	21
スエーデン	17	0	0	17
ポーランド	11	0	0	11
韓 国	35	1	2	38
カナダ	7	0	1	8
デンマーク	1	0	0	1
フィンランド	3	0	0	3
ブラジル	6	0	0	6
ハンガリー	3	0	0	3
タ イ	10	0	0	10
スイス	2	0	0	2
ノルウェー	1	0	0	1
オランダ	3	5	4	12
トルコ	2	0	0	2
オーストラリア	1	0	1	2
ロシヤ	2	0	0	2
エジプト	0	0	1	1
計	352	15	32	399

(2) 日本人研究者の外国への派遣事業

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

(単位 人)

国 名	1984～1993※	1994※	1995※	計
アメリカ	206	19	14	239
ドイツ	15	1	1	17
スウェーデン	5	1	0	6
フランス	15	3	4	22
イギリス	15	3	3	21
カナダ	6	0	0	6
オランダ	9	1	2	12
ベルギー	2	1	1	4
タイ	7	0	0	7
ブラジル	2	0	0	2
イタリー	3	1	2	6
オーストラリア	3	2	7	12
インド	0	2	0	2
ハンガリー	0	0	1	1
計	288	34	35	357

(3) 若手研究者の育成活用事業

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

(単位 人)

採用別	1984～1993※	1994※	1995※	計
医学	345	38	49	432
歯学	9	1	3	13
理学	36	1	3	40
薬学	44	2	2	48
農学	19	0	2	21
計	453	42	59	554

#### (4) 外国への研究委託事業

我が国では供給が難しい研究素材を使用した研究、研究材料の開発や供給、または外国の研究機関へ委託した方がより効率的な研究を委託している。その実績は次のとおり。

(単位 件)

委 託 先	1984～1993※	1994※	1995※	計
アメリカ NCI	10	1	1	12
アメリカ MSKCC 他	21		2	23
スウェーデン FUS	11			11
計	42	1	3	46

## 2 國際がん研究シンポジウム等の開催事業（日本自転車振興会補助事業）

対がん戦略プロジェクト研究の課題を中心として「国際シンポジウム」を開催し、内外の研究者が一堂に会して、最新の研究状況に基づいての研究発表および情報の交換することで、研究の推進と一層の向上を図っている。また、これらのがん研究の成果を踏まえて、がんの研究・診断・治療の分野における専門家による「講演会」の開催、「がん予防展（がん相談を含む）」の開催を地方の中核都市で実施することによって、がん研究の現状とがん治療・予防等の最新の知識を広く国民一般に伝え、がん制圧を目的とする「がん克服新10か年戦略」に対する理解を深めるとともに、がん予防知識の普及を図り、国民一体となってのがん撲滅運動を展開している。その実績は次のとおり。

区分 年度	事 業 内 容	
	国際がん研究シンポジウム等	がん予防地方講演会予防展等
1987	テーマ 肺がんの基礎と臨床 外国人17含み参加総数 155人	愛知県豊田市外 8会場 参加者総数 60,926人
88	テーマ 肝がんの基礎と臨床 外国人18含み参加総数 163人	北海道札幌市外 9会場 参加者総数 66,339人
89	テーマ 多重がんの基礎と臨床 外国人15含み参加総数 174人	富山県富山市外 11会場 参加者総数 63,605人
90	テーマ 尿路性器がんの基礎と臨床 外国人19含み参加総数 176人	香川県高松市外 11会場 参加者総数 58,292人
91	テーマ 膀胱・胆道がんの基礎と臨床 外国人15含み参加総数 202人	広島県広島市外 9会場 参加者総数 47,121人

92	テーマ 食道がんの基礎と臨床 外国人18含み参加総数 200人	青森県青森市外12会場 参加者総数 52,431人
93	テーマ 肺がんの基礎と臨床 外国人24含み参加総数 224人	北海道函館市外11会場 参加者総数 50,341人
94	テーマ 大腸がんの基礎と臨床 外国人23含み参加総数 207人	神奈川県横浜市外12会場 参加者総数 35,669人
95	テーマ 脳腫瘍の基礎と臨床 外国人22含み参加総数 220人	長野県長野市外10会場 参加者総数 35,412人
	9回 参加総数 1,721人	76都市 参加者総数 470,136人

### 3 國際がん研究講演会の開催事業（日本小型自動車振興会補助事業）

対がん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および新しい早期診断・治療技術等にかかる最新の研究状況についての講演会を開催している。その実績は次のとおり。

年 度	招へい研究者氏名・演題	開催場所
1984～ 1993※	ポール A. マークス（アメリカ）外36氏	延74会場
1994 ※	リチャード H. アダムソン（アメリカ） 「ヒト以外の靈長類におけるヘテロサイクリックアミンの研究」 ロルフ シュルート ハルマン（オーストリア） 「細胞死と癌の生物学」	東京 東京 2会場
1995 ※	ポール A. マークス（アメリカ） 「がん細胞の極性分化誘導物質の作用機序」 ロジャー ワイル（スイス） 「何ががん研究において間違っていたのか？」 デビット シドランスキー（アメリカ） 「ヒトがんの探索のための新戦略」	東京・埼玉 東京・奈良 東京・名古屋
	計 42氏	延83会場

#### 4 広報活動事業（日本宝くじ協会助成事業）

国民の一人ひとりが日常生活の中で、がんを予防するための正しい知識や、がん研究の情報等を知ることにより、健康を保持・増進することに寄与することと併せて「対がん戦略」の重要性に対する理解を得ることを目的として、「がんを防ぐための12か条」、「やさしいがんの知識」、「君たちとタバコと肺がんの話」のパンフレットならびに「ポスター・カレンダー」等の広報資料の作成・配布および週刊誌等のマス・メディアを使っての広報事業を、1985年から実施している。

#### 5 末期医療ケア講習会の開催（厚生省委託事業）

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

年 度	実施施設名及び参加者（人）			
1990～ 1993	延26施設 10,445			
1994	がん財団 193、 埼玉がん 432 淀川キリスト 770、 国立吳病院 290 国立九がん 460、 宮城がん 857 国立札幌病院 442、 計 2,781			
1995	がん財団 185、 埼玉がん 495 淀川キリスト 121、 国立吳病院 431 国立九がん 412、 宮城がん 984 国立札幌病院 442、 計 3,070			
	延40施設 16,296人			

#### 6 リサーチ・リソースバンク（細胞、遺伝子銀行）の運営事業（日本船舶振興会助成事業）

我が国は、がん研究に必要な質の高い研究素材の安定的供給のシステム化等の研究支援体制の面で、米国に比して大きく立ち遅れていたが、昭和59年「対がん10ヵ年総合戦略」の開始とともに、バイオテクノロジーに関する情報の提供、品質の保証された安定したがん細胞、発がん遺伝子等の研究材料を保存、提供する機関としてリサーチ・リソースバンクを設立し、「対がん戦略プロジェクトチーム」に対する支援体制を確立、「がん克服新10か年戦略」においても引き続き事

業を継続して実施した。

細胞メインバンクとして国立衛生試験所、遺伝子メインバンクとして国立予防衛生研究所を基幹として、より純度の高い細胞・遺伝子研究の長期安定化を図り、細胞・遺伝子の種類の収集、育成維持供給を行い次のとおりの実績を挙げた。

なお、この事業は平成7年度に厚生省に引き継がれている。

細胞バンク供給実績	遺伝子バンク供給実績
28,834 A	32,970 S

(注) A = アンプル、S = スタブ

## ☆第二十八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、研究費助成金を贈呈していますが、その第28回贈呈式を平成八年三月二十五日に挙行、次の方々にそれぞれ助成金を贈呈しました。

受賞者名簿		氏名	所属	研究課題
姓	名			
安達	勇	国立がんセンター中央病院 科医長	第一病棟部 第三内科	乳がんにおける tamoxifen 長期使用による二次性がん発生及び早期予防に関する研究
井川	洋二	東京医科歯科大学 講座 教授	医学系研究科感染分子制御学	腫瘍化における癌抑制遺伝子機能の役割
池田	恢	国立がんセンター中央病院 放射線治療部	放射線治療部 部長	三次元放射線治療計画法の研究
上田	龍三	名古屋市立大学医学部 第二内科 教授	第一外科 医員	悪性腫瘍の遺伝子治療用ベクター開発に関する研究
大江	裕一郎	国立がんセンター中央病院 第一外来部	医員	二次性白血病発生機序の解析
金井	弥栄	国立がんセンター研究所 病理部 研究員		肝多段階発がんにおけるDNAメチル化の意義に関する研究



平岩会長から贈呈を受ける受賞者

木村 哲	社会保険中央総合病院 副院長	HIV 感染症における悪性腫瘍その他の合併症に関する研究
小西陽一	奈良県立医科大学 腫瘍病理 教授	実験的骨肉腫における遺伝子変化
佐伯俊昭	国立病院四国がんセンター 臨床検査科 科長	表面型、隆起型大腸腫瘍における細胞増殖因子の発現
佐々木康綱	国立がんセンター東病院 病棟部 5B病棟 医長	抗がん剤治療の個別化を目指した薬理学的研究
中島聰總	財団法人 癌研究会附属病院 副院長	医癌の有効な術前化学療法の開発
福岡正博	大阪市立総合医療センター 呼吸器内科 部長	U11の毒性および腫瘍効果に関する臨床的研究
福間久俊	国立がんセンター中央病院 第二外来部 部長	悪性骨・軟部腫瘍の予後因子の解明に関する研究
前田修	大阪府立成人病センター 泌尿器科 診療主任	前立腺がんに対する術前内分泌療法の研究
真島一彦	国立がんセンター中央病院 第二病棟部3B病棟 医長	中咽頭癌の術後機能評価に関する研究
三井宜夫	奈良県立医科大学 助教授	ラット骨肉腫を用いた実験的治療
渡辺昌俊	国立がんセンター東病院 手術部 部長	胆管・脾管の合流様式から見た合理的機能温存手術に関する研究
竜崇正	三重大学医学部 病理学第二講座 助手	前立腺癌および肥大症の患者におけるチトクロームP4501A1 およびグルタチオンS-トランスフェラーゼM1遺伝子のポリモルフィズムの解析



平成七年度

平成七年度におきましても、多くの方々からご寄付をいただきました。ここにご芳名をご披露させていただきます。誠に有難うございました。

がんのため亡くなられた方のご遺族から、故人の遺志を生かしたいからと、あるいはがんと戦われ治療された方から記念にと等々、皆様一日も早くがんが制圧されることを期待されてのご寄付と承っております。

当財団と致しましては、貴重なご芳志にお報いするため、がん制圧のために日夜研究に、治療にと努力されておられる方々のお役に立つよう有効に活用させていただきますことを表明いたしましてお礼に代えさせていただきます。

なお、はなはだ勝手ながらご芳名の敬称を省略させていただきます。

財団法人がん研究振興財団

千葉県松戸市	本郷 美恵	千葉県松戸市	代表 鈴木 雄三
東京都府中市	窪田竹二郎	秋田県鹿角市	一方井孝直
北海道函館市	齋藤 誠一	東京都杉並区	河野 進
兵庫県西宮市	古本 勝則	足立区	仲川 札子
東京都杉並区	中村美恵子	埼玉県所沢市	村上 幸枝
江東区	高木 裕美	高木 三郎	小屋敷美智子
東京都中野区	内田 満夫	東京都中野区	高木 三郎
兵庫県神戸市	高木 三郎	東京都中野区	高木 三郎

神奈川県横浜市	静岡県富士市	兵庫県神戸市
東京都江東区	東京都昭島市	神奈川県川崎市
杉並区	中野区	東京都江東区
品川区	中野区	神奈川県横浜市
千葉県浦安市	千葉県浦安市	神奈川県逗子市
大阪府和泉市	滋賀県草津市	静岡県富士市
東京都東村山市	世田谷区	兵庫県神戸市
福岡県福岡市	福岡県福岡市	東京都江東区
静岡県富士市	東京都中央区	神奈川県横浜市
東京都中央区	大田区	東京都江東区
調布市	大田区	神奈川県逗子市
宮崎県宮崎市	大田区	神奈川県横浜市

竹村紀久子 齋藤酒井 小出 勉  
野寄真砂子 園子 博  
神山 森下 良治 謙  
榎本 文枝  
並木 延子  
吉村比登美子 忠男  
倉窪 英子  
玉置 実  
植木 天野 幸江  
大隈 宮武寿美子  
天野 幸江  
睦夫  
佳示  
泰憲  
直哉  
雄介  
栄子  
眞子  
高橋 渡邊 大橋 相良 青木 植木 大隈 天野 宮武寿美子  
高橋 渡邊 大橋 相良 青木 植木 大隈 天野 幸江 穀夫  
高橋 渡邊 大橋 相良 青木 植木 大隈 天野 幸江 穀夫

塩野崎さよ子

掘米 羽田 照子 實  
後藤竹次郎 塩山 將乃  
塚本 杉原 敏之  
片田 南條 盛勝  
佐藤 金澤 嘉  
毎熊 光枝  
団塚とみ子 喜久  
設楽 世津喜  
桂子 光子  
睦子 佐藤  
正美 今野  
動 梅  
萬月 桂子  
典子 丹羽  
花村 山下  
田川 上村  
三部 上村  
清子 ユキ  
信也 恵子



伊崎	松村	幸雄	實
加藤	隆嗣	耕司	
内田	耕司		
上島	イネ		
鈴木	元子		
浅原	良一		
齋藤弥栄子			
下城理重子			
市村	敬水		
佐藤	文彦		
宮本	咸子		
木原ひとみ			
田辺	淳		
江川	友子		
高柳	豊		
時崎	恵二		
川島	順一		
石井	育郎		
新田美智子			
櫻井由美子			
大朝			
吉村	英子		

鹿児島県鹿児島市

東京都目黒区

台東区

中野区

広島県福山市

東京都新宿区

神奈川県横浜市

東京都杉並区

鹿児島県鹿児島市

東京都墨田区

千葉県八千代市

東京都墨田区

千葉県八千代市

東京都墨田区

千葉県八千代市

茨城県守谷町

長柄  
寺松  
菊地  
康造  
光子

湛美

小林  
庸子

世羅  
るい子

萩尾  
憲三

松尾  
純子

大野  
ミツ

鈴木  
敏文

飯田  
光子

宮下  
清子

田中  
淳夫

佐藤  
ふじ子

右近  
俊子

山田  
広子



		師会会长
森田	桂	(武田薬品工業株式会社会長)
吉山	博吉	(株式会社日立製作所相談役)
渡邊	宏	(社団法人日本ガス協会会長)
和田	武雄	(札幌医科大学名譽教授)
監	事	(第一生命保険相互会社社長)
櫻井	孝穎	(第一生命保険相手会長)
同	根津嘉一郎	(東武鉄道株式会社会長)
同	下山	正徳(国立名古屋病院長)
安部	浩平	(中部電力株式会社会長)
有吉	孝一	(社団法人日本損害保険協会会長)
岩村	政臣	(日本コカ・コーラ株式会社取締役相談役)
上野	公夫	(中外製薬株式会社会長)
延命	直松	(朝日麦酒株式会社相談役)
大竹	美喜	(アメリカンファミリー生命)

☆評議員

河合	良一	(株式会社小松製作所会長)
熊取	敏之	(財団法人放射線影響協会理事長)
小山	靖夫	(栃木県立がんセンター所長)
小山	善之	(国立国際医療センター名誉院長)
澤村	欽夫	(前共立薬科大学理事長)
澤村	紫光	(通信機械工業会会長)
椎名	武雄	(日本アイ・ビー・エム株式会社会長)
千田	信行	(大阪府立成人病センター名譽所長)
下山	正徳	(国立名古屋病院長)
武部	俊一	(朝日新聞科学部長)
鶴尾	哲也	(東洋英和女学院大学教授)
塚本	隆	(東京大学分子細胞生物学研究所教授)
鶴尾	定包	(日本証券業協会会長)
富永	祐民	(愛知県がんセンター研究所長)
内藤	祐次	(エーザイ株式会社会長)
長岡	昌	(評論家)

中川	弘美	(花王株式会社会長)
中村	政雄	(読売新聞論説委員)
西	満正	(癌研究会付属病院名譽院長)
橋本	嘉幸	(佐々木研究所所長)
日比野	進	(名古屋大学名譽教授)
藤井	健	(社団法人信託協会会長)
前田	又兵衛	(社団法人日本建設業団体連合会会長)
松島	泰次郎	(東京大学名譽教授)
武藤	徹一郎	(東京大学医学部第一外科学教授)
森	英雄	(住友化学工業株式会社会長)
山下	久雄	(慶應がんセンター名譽所長)

## 全国がん（成人病）センター一覧表

---

<b>国立札幌病院 北海道地方がんセンター</b>	札幌市白石区菊水4条2丁目3番54号	011(811)9111
<b>青森県立中央病院</b>	青森市東造道2丁目1番1号	0177(26)8315
<b>岩手県立中央病院</b>	盛岡市上田1丁目4番1号	0196(53)1151
<b>宮城県立がんセンター</b>	名取市愛島塩手字野田山47番1号	022(384)3151
<b>山形県立成人病センター</b>	山形市桜町7番17号	0236(23)4011
<b>茨城県立中央病院</b>	西茨城郡友部町鯉淵6528	0296(77)1121
<b>栃木県立がんセンター</b>	宇都宮市陽南4丁目9番13号	0286(58)5151
<b>群馬県立がんセンター 東毛病院</b>	太田市高林617番1号	0276(38)0771
<b>埼玉県立がんセンター</b>	北足立郡伊奈町大字小室818番地	048(722)1111
<b>千葉県がんセンター</b>	千葉市中央区仁戸名町666番地2号	043(264)5431
<b>国立がんセンター 中央病院</b>	中央区築地5丁目1番1号	03(3542)2511
<b>国立がんセンター 東病院</b>	柏市柏の葉6丁目5番1号	0471(33)1111
<b>財団法人癌研究会附属病院</b>	豊島区上池袋1丁目37番1号	03(3918)0111
<b>東京都立駒込病院</b>	文京区本駒込3丁目18番22号	03(3823)2101
<b>神奈川県立がんセンター</b>	横浜市旭区中尾町54番2号	045(391)5761
<b>新潟県立がんセンター 新潟病院</b>	新潟市川岸町2丁目15番3号	025(266)5111
<b>石川県立中央病院</b>	金沢市南新保町ヌ153	0762(37)8211
<b>愛知県がんセンター</b>	名古屋市千種区鹿子殿1番1号	052(762)6111
<b>福井県立成人病センター</b>	福井市四ツ井2丁目8番1号	0776(54)5151
<b>滋賀県立成人病センター</b>	守山市守山町328番地1号	0775(82)5031
<b>大阪府立成人病センター</b>	大阪市東成区中道1丁目3番3号	06(972)1181
<b>兵庫県立成人病センター</b>	明石市北王子町13番70号	078(929)1151
<b>国立吳病院 中国地方がんセンター</b>	吳市青山町3番1号	0823(22)3111
<b>山口県立中央病院</b>	防府市大崎77番地	0835(22)4411
<b>国立病院四国がんセンター</b>	松山市堀之内13番地	0899(32)1111
<b>国立病院九州がんセンター</b>	福岡市南区野多目3丁目1番1号	092(541)3231

---

## あとがき

本号では巻頭にカラー・ページを設け、故木村禕代二先生の「かに」コレクションの一部を紹介させていただきました。写真をご提供下さいましたご遺族に、紙面を借りましてお礼申上げます。

財団事務所の前に、新しいがんセンターの宿舎棟が完成し、中央病院の新棟建築工事も、いよいよ本格化して赤い鉄骨が聳え立ち、クレーンが忙しく働いている様が見られます。平成九年の竣工が期待されます。

本号にも、阿部先生の巻頭言をはじめ、鼎談、隨想、冬瓜の記、がんセンターめぐり等々多くの方々から原稿をいただきました。心からお礼を申し上げます。

また、本年から編集同人、編集主幹、編集委員を下記の諸先生にお願いすることになりました。年1回の発行ではありますが、本誌が多くの方々に親しんでいただけるものになりますようご指導・ご協力をお願い致します。

皆様からの寄稿をお願い致しますとともに、ご感想、ご意見をお寄せ下さるよう待ち致しております。

(築地)

## 「加仁」編集同人

加仁 第23号

編集顧問

杉村  
阿部  
吉森  
垣添  
海老原  
寺田  
山崎  
岡田  
関谷  
野口  
若林  
小畠美知夫  
井出  
滝沢  
赤池  
正二  
昭次  
健

平成八年五月三十一日印刷  
平成八年六月五日発行

編集主幹  
編集委員  
吉森正喜  
塙忠生  
敏薰  
雅昭  
晋  
周市  
剛男  
雅之  
敬二

发行人 山本正淑

編集人 吉森正喜

発行所

東京都中央区築地五ノ一ノ一

財団法人 がん研究振興財団

電話(三五四)〇三三三二(代表)

郵便番号

一〇四

製作 (株)伴野印刷所

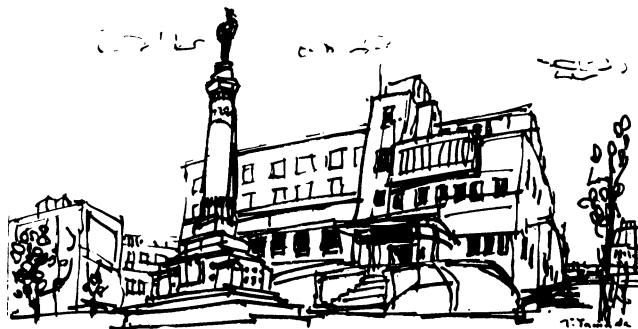
加  
仁

第二十三号

平成八年五月三十一日  
発印行刷

編发行人

吉山  
森本正喜



この冊子は、 財團法  
日本宝くじ協会  
より助成を受けて刊行するものです。

かに

財團法  
人がん研究振興財團