

かに

KANI



’9

第25

## 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。西暦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、腋の下の淋巴線まで病気が拡がり、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、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。

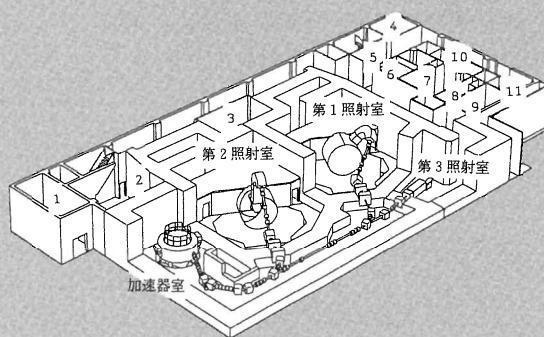
(久留 勝・くる まさる；国立がんセンター第3代総長)

# 陽子線治療棟完成…病院附属施設では我が国初

## ——国立がんセンター東病院——



陽子線治療棟全景（平成9年3月竣工）



1. 廃棄物保管庫
2. 加速器冷却装置室
3. 陽子線治療システム操作室
4. 受付・放射線管理室
5. 待合ホール
6. 汚染検査室
7. 処置室
8. 画像処理コーナー
9. システム操作室
10. WC
11. 資料室

陽子線治療棟（1階）

[建物の概要] 地上3階建（一部地下及び4階建；延4,756m<sup>2</sup>）

- 1階……加速器本体、ビーム輸送部、照射室（回転照射室2、固定照射室1）など（上図のとおり）
- 2階……加速器操作室、ポーラス・コリメーター工作室など
- 3階……診断と治療計画部門



陽子線治療装置（2号機）

## 陽子線治療がもたらすがん治療の新たな展開

- 陽子線治療は、病変の深さや大きさに合わせて照射エネルギーと放射線の三次元的な広がりを調節できるという特徴（Bragg peak）を有しており、質問コーナーの「放射線治療について」（67・68頁）で述べられているとおりです。
- 治療装置は、陽子線加速器、ビーム輸送部、照射部の3部からなり、加速器で発生した陽子線は、ビーム輸送部の外側に取り付けられた電磁石によって、方向を変えながら照射部へと導かれます。
- 治療の対象となる疾患は、診察実績があるのが、眼の悪性黒色腫、次いで脳・脊髄に近接する腫瘍であり、これらについては評価がほぼ定まっています。また、国立がんセンターでは、これらの他に肺、肝、胆、膵のがんなど、従来難治とされているものや、頭頸部、前立腺のがんなど、臓器の機能温存が望まれるものに対する有効性が期待されております。また、外科治療では大きなリスクが予想される、高齢者のがんについても、低侵襲で効果的な治療法として期待されております。
- この装置の臨床使用にあたっては、さらに多くの医学的な試験を重ねていく必要があり、一日も早い臨床への応用が待ち望まれています。

# 加仁第25号目次

カラーページ…国立がんセンター東病院の陽子線治療棟

## 巻頭言

国立がんセンターよ永遠であれ！…………坪井栄孝……4

## 隨想

「対がん10か年総合戦略」のエピソード…………北川定謙……6

久留文庫顛末記…………小山靖夫……9

## 鼎談

緩和医療とサイコオンコロジー…………

……武田文和、山脇成人、志真泰夫、高橋透……13

## 冬瓜の記

あれから14年…………菅野瑛子……37

それでも聞いたい—闘病日記より一…………若木翠……42

## あしあと

小黒八七郎先生を偲んで…………吉田茂昭……47

## 横顔

石原和之先生について…………山本明史……50

## がんセンターめぐり

新潟県立がんセンター新潟病院（20）…………54

青森県立中央病院（21）…………58

## 質問コーナー

放射線治療について…………池田恢……62

## ニュース

がん克服新10か年戦略について…………70

「対がん10ヵ年総合戦略」・「がん克服新10か年戦略」支援事業の実績…………72

第30回がん研究助成金の贈呈…………81

## ご寄附芳名録…………83

## 財団法人がん研究振興財団役員・評議員名簿…………89

## 国立がんセンターがん情報サービスについて…………91

## 全国がん（成人病）センター一覧表…………92

## あとがき、編集委員名簿…………93

## 卷頭言

# 『国立がんセンターよ永遠であれ！』

日本医師会 会長 坪井栄孝



昭和三十七年の創設期の国立がんセンターと現在とを比較すると、建物は当時では予想もできないほどに壮大で、まさに日本のがん医療のシンボルとして世界に誇示しうる觀がある。

しかし、それは建物だけのことではない。建物が貧弱であったときも、今のように立派になってからでも、開設以来三十六年間に多くのがん医学者が精魂を込めて研究に打ち込み、がんに悩む患者に奉仕し、国立がんセンターを育て上げてきた。ローマが一日にして成らざることく、国立がんセンターも多くの叡知と熱情の集積であることを私は常に誇りに思つてゐる。

国立がんセンターは日本のがん医学を引っ張っていく立場にある。だからちつちやいことに恥怩せず、堂々と王道を歩むべきである。

かつて私は国立がんセンターでの懇話会で、「国立がんセンターの医師は、胸を張つて堂々と廊下の中央を歩むべきである」とけしかけたことがある。言うまでもなく、カラ威張りしていろと言つてはいるのではない。廊下を通る自信に満ちた医師の姿を診察を待つ患者が、どんなにたのもしく、たよりに感じるか。それを歩く姿で表現できるぐらいの自信を常々の研鑽から身につける責務があるという意味である。

心の医療が、がんほど要求される医療はない。ホスピスプログラムなどは、修道士のごとく自分自身を高めていかないと本物にはなし得ない。がん医療は、奥の奥にそんなものをもつてゐる。それを早くさとることでプロのがん医師になれる。そういう意味でがん医療はプロが担当すべきなのだ。

今年の三月、タイ国立がんセンターを訪問した。二十八年ぶりであった。当時提供された放射線機器はすでに廃棄されて残つていなかつたが、見上げるほど大きくなつた病院で、全スタッフが集まつて歓迎のミーティングを開いてくれた。ここにも日本の国立がんセンターの足跡が貴重な実績として残つてゐるなあと感じた。あのときの苦労が美化され、誇らしさに得々とした。

繰り返すが、国立がんセンターはわが国のがん医療のシンボルである。医師も研究者もその責務を十分に認識し、堂々と王道を邁歩すべきである。日本医師会長というポジションがそのため役に立つのであれば、躊躇なく私は協力する。

(つぽい  
えいたか)

# 「対がん十か年総合戦略」のエピソード

北川 定謙

大変いかめしいネーミングで進められた大事業であった。

それは我が国のがん研究推進の上で大きな影響があつただけではなく、厚生省所管の科学技術の推進、更には健康に関する研究のその後の発展を大きく推進させるモメントになつたという意味（この発展の延長線上に、厚生科学会議が実現）でも重要なプログラムであった。その、そもそもその契機、プログラムの進行については、柳田邦男氏の「がん回廊の炎」（講談社）に詳細に記されているので、ここでは、その周辺の話題を御紹介しておくことにしたい。

この事業は既に良く知られている通り、当時の中曾根総理の直接の御指示で始められたのであるが、厚生省としては、これから科学技術行政の推進の課題として、「ライフサイエンス及びバイオテクノロジーの進歩をどのように取り入れていくか、ということで検討が進められていたところで、ま

さに待つていましたというところであつた。総理の御指示は

- ① がん発生のメカニズムの解明
- ② 國際協力
- ③ 官民一体の取り組み

の3点を基本にしてはどうかということであつた。

この官民一体の取組みということが、この事業の推進の大変な特長であった。関係者としては大変な苦労事ではあつたが、国民的理解を得る上では大変有効なプログラムであった。国は研究の主戦場を維持するための経費即ち研究費を分担する。研究体制をサポートする各種事業は民間資金の応援を得て進めようというものであつた。

この後者の機能を果す組織として財団法人を作るという考え方方が論議されたのであるが、国立がんセンターに関連して、

(財)がん研究振興会があつたところから、類似のものを二つ作るのではなく、これを全面改組して、強力な研究支援機能を整えるという案で発進したのであつた。

理事長山本正淑氏に御説明に上つたのが、医務局総務課長の古川貞一郎氏（現内閣官房副長官）と私であつた。しかし、民間の資金協力を得るというようなことは容易なことではないといふところで、最初は強い難色を示されたのであるが、厚生省としては省を挙げて努力することで最終的にはOKが出て、具体的な作業段階に入つてからは氏御自ら財界関係者を説得して廻つていただくことになったのである。

富士銀行の岩佐凱美、経団連の花村仁八郎氏も関係者であった為、全体計画はほぼ順調にとりまとめられたのであるが、いざ、お金を集めるとなると横並び論が大きな壁となつて、関係者は各財界のトップと実務レベルの方々への説得に大変な苦労を重ねた。結局、保健文化賞の関係で厚生行政に大変御理解のあつた第一生命の西尾社長（当時）の御協力で生命保険協会がトップを切つて下さったのが契機になつて、募金活動はいっさくに進展をみるところとなつた。

これを契機に自転車振興会、船舶振興会、宝くじ協会などの団体からも協力を得て、がん研究支援事業は大きく発展するところとなつた。

このような大プロジェクトを進める上で、国の予算は毎年

確実に確保されるという点で大きな力を持つてゐるのではあるが、予算執行の上からは、どうしても臨機応変というわけに行かないし、また、定員管理が厳しいところから、国際的な研究交流を柔軟に進めるとか、流動的な若手研究者の参画を得るとか、研究の周辺業務を担当する人の確保ができるとか、様々な障害を乗りこえる上で民間組織である財団は有効に機能された。

民活方式を取り入れることで特筆しておきたいことが一つある。それは、いわゆる、細胞バンク、遺伝子バンクという機能を作ることであつた。今日でこそ、これらの機能が研究の発展を支える重要な機能であることは容易に理解されるのであるが、当時は、仲々このような研究支援的な地味な仕事を引き受けてくれる研究者も少なく、必要な経費も調達することが困難であつた。船舶振興会は大変理解を示してくれて、十年間にわたつて、大型の費用負担を続けて下さつた。

当時アメリカでは半ば商業ベース的にこの種の事業体が機能しており、世界の研究者、あるいは企業を相手に材料を供給していたのには驚かされた。口を開けば、アメリカでは、歐米ではという論調にやや抵抗感を抱くものの一人ではあつたが、この対がん戦略で、アメリカN-I-Hのがんセンター（NCI）と接触協議する機会を重ねるにつれて、その研究体制の規模の大きいことには唯、敬服するの外なかつたこと

を思い出すのである。

今日、行政と民間との関係が厳しくとりざたされているが、当時は、日本のがん研究体制を何とか立派なものにしたいと、いう気持ちで一ぱいであった。又、研究を効果的に推進するためには、お金さえあればよいというものではなく、フレキシブルな組織体制と支援機能が不可欠であると知つたのであつた。

今日、官民の関係が必ずしも素直に受け入れられない社会の風潮があるが、特定の個人に左右されない中立的民間機能が極めて重要であり、この対がん十か年プログラムは、試行錯誤的ではあつたが、体系性と流動性の機能がうまく働くことができたのではないかと思っている。

(きたがわ さだよし・埼玉県衛生部参事、  
元厚生省保健医療局長)



# 久留文庫顛末記

小山 靖夫

がんセンター中央病院の旧図書館（現新病棟の敷地内）、  
の三階に「久留文庫」と名付けられた部屋があつたのをご存  
知の方が、おられると思います。しかし、その故事来歴をご  
存知の方はあまりいらつしやらないのではないでしようか。

もつとも、そういう私も詳細解っている訳ではありません。  
にもかかわらず、敢えてこの拙文を皆様にご披露させて頂く  
のは、この文庫が久留勝先生（国立がんセンター初代病院長  
・第三代総長）と共に、東京—金沢—大阪—東京と旅を続け  
た後、漸くと安住の地を見出すに至った経緯を記して置く義  
務が私にあるように思えるからです。

それは大阪大学、第一外科医局の奥深い旧教授室の書架に  
収まっていた。ミクリツツ（Mikulicz）文庫と呼ばれ、三〇  
〇個余りの年代の入った厚紙製文献箱で、「創傷、破傷風」、

「軍陣医学」、「ネクロローグ」などと墨筆文字の背書があつ  
た。この部屋には木箱に入った人体や動物の中核神経の顯微  
鏡標本も収納されており、色分けした帶標識と文字の背書に  
よって、知る人には一目瞭然中身が解るようになっていた。  
神經研究室に所属していた私は、時には久留先生から直接研  
究のご指導を頂く事もあり、命によってこの部屋の神經標本  
を探すこともあったので、ミクリツツ文庫の背文字は、私に  
親しみ深いものとなつていた。だが、その中身については何  
も知らず、ただ、教授が前任地の金沢大学から持つてこられ  
たのだという事を先輩から聞かされていた。また、標本の中  
には金沢の前任地である東京の癌研時代の先生自作の神經標  
本や、切除癌の標本も含まれていることに強い印象を受けた  
(勿論、最重要標本は、教授室の先生の後ろの戸棚に収納さ

れていたが。

一九六一年秋、突然先生は新設の国立がんセンターの病院長に転出される事が決まり、尾崎秀雄先生（平成六年三月国立がんセンターを定年退職された）と私がお供をする事になつた。久留先生は矢張りというか、当然というか、ミクリツツ文庫は勿論、癌研、金沢のものに加え、大阪大学で作成された神経の標本、収集された内外文献別刷り（これらはミクリツツ文庫と類似の分類で、同じように、色違ひの厚紙製文献箱に整理され、同じ部屋に同じ体裁で、収納されていた）も持つていかれることになった。ほかに、教材や論文・学会発表に使われた写真・スライドなども全て、がんセンターへ行きとなつた。かくて、尾崎先生と私の東京行きの初仕事は俄か引越し屋であった。アサヒビルから大量の木箱が届き全てを梱包、箱に番号を附け、内容を書きとめた梱包リストを作つた。今は引越し屋がずっと要領よくやっている事を、私たちには教授秘書の西林栄子さん（がんセンター病院長秘書、後に総長秘書。現指田氏夫人、東京在住）と三人で、何日もかかって仕上げ、運送屋に手渡した。

国立がんセンター病院はまだ工事の真っ最中、病院長室もバラック立ての仮住まいであつたので、梱包は暫く倉庫に積み置かれた。新装の病院長室と院長資料室に、注文の戸棚が届いて梱包が解かれたのは数ヶ月後であつた。更に、四十五年後には、病院の増改築で医局、管理部門の引越しがあり、

文庫も資料も再び大移動。

一九七〇年九月久留先生が亡くなられた。ご遺志により、ミクリツツ文庫を始め大阪から運ばれた資料にがんセンターで集められたものを加え、先生の研究資料の全ては国立がんセンターに寄贈された。これが「久留文庫」である。索引が整備され、文献も標本も、何時でも利用できる体制で、旧図書館三階の視聴覚室に保管されていた。



雨龍閣文庫のスタンプが押されている論文別刷。  
スタンプの左上に見える10—13はエンピツ書きで、  
第10文献箱の13番目の論文を示す。

一九九三年国立がんセンター病院の新增改築が決まり図書館は取り壊される事になつた。久留文庫は行き場が定まらず、

運命の分岐点を迎える。尾崎先生や私は国立がんセンター運

営部長から処理の仕方について相談を受けたが良い知恵は浮

かばず、国に代わって保管と、有効活用を図つてくれるところは無いものかと思いあぐねていた。久留先生の奥様は既に

亡くなられており、ご子息の久留太郎氏及び元順天堂大学教授の久留裕先生（久留勝先生の甥に当たられる）にご相談し

たところ、酒井シズ先生（順天堂大学教授・医学史）をご紹介頂いた。酒井先生は文庫を見に来られ、即座にその価値を見抜かれたので、方向が定まった。

結論は「久留文庫」のうち「ミクリツツ文庫」と、久留文庫資料の一部（久留先生の収集による文献）は＊医学文化館に、久留文庫資料の他の部（標本、教材、久留先生の顕微鏡所見スケッチ、講義、講演に使われたスライド等）は大阪大學医学部に、分散して寄託及び寄贈するということになった。医学文化館は酒井先生の肝いり、阪大の方は前第二外科教授森武貞先生と現第二外科教授門田守人先生のご尽力によるものである。恩師久留勝先生が医学徒、教育者、さらには指導者として歩まれた生涯と、行動をともにして来たこの文庫が、散逸してしまう事なく保全され、さらには貴重な医学史的資料として、より広く活用される場を得た事を心から喜び、かつ正直のところ肩の荷が下りた思いでいる。

移転に際しては、国立がんセンター運営部の方々に格段のお骨折りを頂いたこと、また当時の司書河島裕子さんには、

現場監督として親身の配慮を頂いたことを感謝申し上げる。

この拙文により「久留文庫」に関わる私の仕事は全て終了となるが、「ミクリツツ文庫」について若干の補足を加えて終わりとしたい。

阪大以来私たちは「ミクリツツ文庫」と呼んでいたが、最後の移転に際して調べているうちに、この文庫には「ミクリツツ・カウシュ・エンメルト氏・久留氏・雨龍閣文庫」という名称がある事が解った。一八〇〇年代後半から一九三〇年頃までの医学論文一五、〇〇〇冊からなるこの文献集は、久留勝先生のご尊父久留春三先生（外科医）がドイツの古書店で求められたと、久留夫人にうかがつたようと思つていたが、書くに当たり自信が無くなってきたので、前記久留裕先生に改めてお聞きした。矢張り私の記憶とは少し違つていて、春三先生がドイツ留学から帰られた後に、ドイツ書店の売り物リストの広告のなかに、この文献集を認められ、日本から発注して求められたとの事である。因みに、当時は第一次世界大戦が終わり、ドイツは大インフレであつたので、春三先生は大変良い買い物をされたのだとのお話であった。幾つかの論文別刷りの表紙には、縦長の四角い枠のスタンプが押され、上方には右からの横書で「昭和五年」、その下が縦に三分され、何れも縦書きで、中央に「久留氏、雨龍閣文庫」が大きく二行に、右側に「ミクリツツ・カウシュ及エムメルト



スタンプの拡大図（約1.3倍）

書が込まれた論文がある事などから、ミクリツ教授一門、或いはミクリツの後継教授ではないかと想像している（Emmertは、ベルンおよびチューリッヒの教授らしい）。  
氏」の二行、左側に「蒐集毫万五千ノ内」の一行が夫々細目に書かれている（10頁写真の右肩。12頁写真はその拡大）。春三氏は昭和五年に亡くなられたが、久留裕先生によると、「雨龍閣文庫」は春三氏の蔵書を意味し、雨龍は伊勢松阪の雨龍神社（蒲生氏郷を祭る）からとられたといふ。その後この文庫は久留先生が手元に置かれる事となり、分類や、箱の背書きは久留勝先生によるものである。スタンプにある「ミクリツ・カウシュ・エムエルト」は、売り出される前のそれぞの持ち主の名前を連ねたものと思われるが、外科医の私には Mikulicz が親しみ深いのみで他は不明であった。しかし、文献リストを眺めてくるうちに J. v. Mikulicz und W. Kausch: Allgemeines ueber Laparotomie. Handbuch der Praktischen Chirurgie のように、カウシュとミクリツの共著があつたり、外科の医師から Prof. Dr. Emmert 宛ての献辞が

書が込まれた論文がある事などから、ミクリツ教授一門、或いはミクリツの後継教授ではないかと想像している（Emmertは、ベルンおよびチューリッヒの教授らしい）。  
私は膨大な論文の中身を子細には見てこないので、紹介でないが、Mikulicz は勿論 V. Czerny, T. Kocker, F. Trendelenburg, P. Ehrlich など、医学用語に名を留める先駆者達の原著論文が多数収納されている。また、Theodor Kocher の甲状腺腫瘍手術六〇〇例の報告 J. v. Mikulicz の自著献辞付の論文、三宅速先生の Mikulicz 教授への自著献辞付の論文 (Myositis infectiosa に関するもの) などが簡単に目に留まる事から、医学史的に興味深い資料の宝庫であることは疑いない。その価値が世に明らかにされる時がくる事を期待するものである。

\*…医学文化館……TEL:198-0005 青梅市黒沢1-722-31

館長 岡本 道雄 (元京都大学学長)  
副館長 酒井 シズ (順天堂大学教授)

の文化館は財団法人日本医学文化保存会 (理事長 岡本道雄: 東京都文京区湯島 2-31-14, TEL:03-3813-0287) の経営による。

尚現時点での連絡は TEL:03-3811-7185 古川氏 (金原出版総務課内) 。

(りやま やすお・栃木県立がんセンター所長)

## 鼎談

# 「緩和医療とサイコオンコロジー」

平成十年二月四日

◇はじめに

出席者（敬称略）

武田文和

埼玉県立がんセンター総長  
埼玉県民健康センター常務理事

埼玉医科大学客員教授

埼玉県立がんセンター総長  
埼玉県民健康センター常務理事

埼玉医科大学客員教授

山脇成人

（広島大学医学部  
神経精神医学教授）

志真泰夫

（国立がんセンター東病院  
病棟部緩和ケア病棟医長）

司会 高橋 透

（財がん研究振興財団専務理事）

ご案内のように、がんは昭和五十六年に死亡の第一位になりました。平成八年にはがんによる死亡数が二十七万一千人と、総死亡の三〇・三%を占め、非常に高い率になつております。そんな中でも、

ます。私どものがん研究振興財団の機関誌「加仁」の第二十五号に掲載する鼎談を始めさせていただきます。テーマは「緩和医療とサイコオンコロジー」です。緩和医療につきましては、厚生省も非常に力を入れているところです。また始まってから相当年数はたつてているのですけれども、まだまだ普及されていない面もありますし、私どもとしても、専門家の先生方にお話をいただいて、それをまた広報としても大いに利用したいということもあつて今回のテーマに選ばせていただいたわけです。

高橋 先生方、きょうはお忙しいところをご出席いただきまして有難うござい

いわゆる「対がん十ヵ年総合戦略」に引き続き、「がん克服新十ヵ年戦略」というものが進められておりまして、基盤的な研究といいましょうか、がんの本態の解明あるいは技術的な面での治療の向上もある程度進んできたところもございます。そしてQOLについてもがん克服のテーマの中に入れられております。

そういうことでも、これからもより力を入れていかなければならぬ問題であり、厚生省も力を入れて、緩和医療の講習会を全国的に展開するということをしているのだと思います。

きょうは、先生方はお互によくご存知で、ご紹介することはないと想いますので、早速中身に入らせていただきたいと思います。

☆

☆

### ◇緩和医療とは

では、最初に武田先生から、そもそも



写真左から、山脇、武田、志真、高橋各氏

緩和医療とはどういうものかということでお話をいただければと思います。よろしくお願ひいたします。

**武田** 今では緩和ケアあるいは緩和医療と呼ばれていますが、末期医療の概念よりずっと広いのです。かつては、がんによる死が近づいた人たちが、身体も苦しむし心も苦しむ状況から解放されないまま悲惨な状況でお亡くなりになつたわけです。それを見た医療従事者の中の少數の人たちがこの悲惨な状態から解放してあげたいいろいろ工夫を重ね、発展したのが末期医療ですが、今では末期だけでなく、もっと早い病期のがん患者にも同じことを行うべきだと考えられるようになり、末期医療あるいは末期ケアという呼び方を止め、緩和医療あるいは緩和ケアと呼ぶようになりました。

末期になると、がん病変は体中に広がり、患者は身体的にさまざま問題を抱えるわけです。その他のつらい症状も起ります。心も苦しみます。こういう状態から患者を解放しよう。よいQOLを

維持して日々を過ごしていただこう。

います。

が送れるでしょう。

日々を前向きの姿勢で過ごしていくよ  
うな状態にしてあげよう。そのために緩  
和医療の技術を駆使していくわけです。  
医療技術はいろいろ工夫されまして相当  
程度の成果を上げています。英國でとく  
に発展し、米国やカナダに広がり、やが  
て日本にも広がってきたわけです。

緩和ケアあるいは緩和医療をWHOは、  
治療を目指した治療法が効果を上げなく  
なった患者さんに対して行う積極的かつ  
トータルな医学的ケアであると定義して  
います。治療を目指した治療法が効果をあげ  
ないとは、すべての慢性疾患を想定した  
言葉です。

病気は治らなくても十分な緩和医療を  
行うとQOLしがよい状態に保てるのです。  
幾つかの身体的症状に加えて自分がが  
んになつたと思えば精神的な苦しみも味  
わうでしょう。がんと診断された時から  
必要に応じて緩和ケアを実施していくこ  
う。

武田

どちらも同じ意味です。英語の

パリアティブケアが公式の場の討議で使  
われたのは、一九八九年だと思います。  
ケアという言葉には、お世話するとい  
う意味だけでなく、医学知識と技術を用い  
て患者さんの治療に当たるという広い意  
味で使われています。



武田先生

日本の多くの人々は、治癒が望めな  
いと聞きますと死をイメージするのです  
が、病気が治らないということは死ぬこ  
とといつもイコールではないのです。治  
病気は治らなくとも、十年も二十年も三  
十年も病気を持ちながら生きていかねば  
ならないこともあるわけです。この席で  
の話題はがんですが、関節リウマチで苦  
しみながら長生きすることもあるわけ  
です。治療を目指した治療法が効果をあげ  
ないとは、すべての慢性疾患を想定した  
言葉です。

また、がんの治癒を目指す治療法は、  
いずれもがつらい治療法ですから、つら  
いがん治療を受けやすくする条件を整え  
るのも緩和ケアです。このような広い視  
点で緩和ケアをがん医療全般の中にとり  
入れていくべきです。

緩和ケア病棟あるいはホスピスという  
ような専門施設内だけでなく、がん患者  
が受診しているすべての医療機関の医療  
全般にこの方針が根付いていくべきと思  
います。

高橋

今のお話の中で、緩和ケアとい

つたり、緩和医療といつたりしています  
が、どのような経緯というか背景とい  
うか、あるのでしょうか。

武田 どちらも同じ意味です。英語の  
パリアティブケアが公式の場の討議で使  
われたのは、一九八九年だと思います。  
ケアという言葉には、お世話するとい  
う意味だけでなく、医学知識と技術を用い  
て患者さんの治療に当たるという広い意  
味で使われています。

高橋 医療とケアの区別はなかなかむづかしいですね。

武田 ケアと呼んでも医療と呼んでもすべてのことがサイエンスベースト、エビデンスベーストで行われていくべきです。

高橋 志真先生はいかがでしょうか。

☆ ☆

### ◇イギリスの状況と日本の状況

志真 今、武田先生も言われましたけれども、緩和ケアという言葉は国際的にも日本でも十分定着しているとは言えな面があります。

もともと「緩和医療」、「緩和ケア」という考え方、「ターミナルケア」、「ホスピスケア」という考え方がもとになり、それぞれの微妙な違いを持ちながら、近年は、大体同じ考え方立つてこういう医療の流れをつくっていると私は理解しているんです。



志真先生

国際的にはイギリスがホスピスの原点になつた国で、そこでさまざまな医療技術、医療システムが社会的にも試され、つくられてきた歴史的な経緯はあります。セント・クリストファー・ホスピスと

一九九四年に二百四十の病院に緩和ケアチームがあると言われています。特徴的なのは、イギリスでは一九九四年に、がんの患者さんを中心に、いわゆるデイケアだけをする施設が二百ある。それがイギリスの緩和ケアの現状なわけです。  
もちろんイギリスも最初から沢山施設があつたわけではなくて、この三十年ぐらいの間にこれだけの社会システムと施設が増えてきたということだと思うんです。

一方で、この方が提唱した考え方が原点

になつて、国際的に広がり、また歴史的に深みを持つて、今日の「緩和ケア」、「緩和医療」ができている。

年の手元にある資料ですと、一九九四年に、イギリスの入院設備を持つたホスピスあるいは緩和ケア病棟は二百三施設

アを専門にするチームが三百七十、また、イギリスでも病院の中に緩和ケアの考え方がどんどん広がってきていまして、一方がどんどん広がつてきています。

私の手元にある資料ですと、一九九四年に、イギリスの入院設備を持つたホスピスあるいは緩和ケア病棟は二百三施設

ケア病棟が一九九七年未の時点で三十五施設です。これは厚生省が認めた基準で

認可されている施設の数です。それから、

在宅ケアを専門にやっているチーム、これは数え方が難しいんですが、大体十五チームぐらいと言われています。それから病院内で緩和ケアを専門的にやっているチームは、今のところ把握できるのは三チーム、デイケアの施設に至ってはゼロという状況です。

日本とイギリスの状況と比べますと、歴史的には緩和医療は本当に始まつたばかりというの、日本の現状ではなからうかと思います。始まつたばかりですから、これからよくなるし、うまくいかないかもしれない、重要な時期に今は来ているのではないか。

武田先生がおっしゃるように、こうい

う緩和ケアの考え方、緩和医療の基本的な理念を広く広げていくこと、それから、やはりある程度専門的にこういう医療に携わっていく人材あるいは施設を育てて、いく両方をやらなきゃいけない、そういう

う時期に日本は来ているのではないかと思います。

**高橋** 今までのお話の中で、主として

緩和ケアといいましょうか、緩和医療ががんを中心にとってるところが確かにあつたわけですから、概念としては、関節リウマチのような、それこそ治る見込みのない病気に加えて、いわゆる難病も対象となるし、がんといっても、何も末期だけではなくて、なつたときから必要があれば緩和医療を行う、そういうよう

に緩和医療を理解してもらうようになつてきたということなんだろうと思います。

志真先生は大切なのはチーム医療であるとおっしゃいましたけれども、今日の日本の緩和医療の進め方はどういう状況でしょうか。

☆ ☆

### ◇ 緩和医療はチーム医療

**志真** がん医療は、がんの診断や治療

を専門にする医師だけでは成り立たなくなつてきていると私は思うんですね。まずがんを専門とする看護婦さんも必要です。例えば、がん患者さんの精神的な問題を取り扱う精神科医とか、がん治療に直接は携わらないけれども、症状コントロールの専門医、感染のことについての専門医ですとか、医師の中でも幅広い能力、考え方、専門性を持つ人たちをもつと結集しないと多分これからはうまくいかないんじゃないかなと思うんですね。それから、ソーシャルワーカーやカウンセラーなど、患者さんの心理的な問題、社会的な問題も取り上げられるような、いわゆるコメディカルと呼ばれている職種もがん医療にはもっと必要じゃないかと思います。

それから、武田先生が言われた、早い時期からがん患者さんに対するサポートで我が国のがん医療で非常に欠けているのは、「リハビリテーション」の部分ではないかと私は思つております。それは緩和医療でも注目されてきていて、さま

ざまなりハビリテーションの医療技術あるいは考え方が出て来ているわけですね。それを日本のがん医療は取り入れていく、あるいは実際に患者さんに提供していく、ことがもつとされていいんじゃないかと思っています。

しかし、日本ではチームといつても、残念ながらまだ「野球チーム」を構成するだけのメンバーがないと思います。

**武田** おっしゃるとおり、メンバー不足です。四角にベースを並べた野球ができず、三角になつたり、ホームベースとファーストベースだけの野球になることもあるかもしませんが、十分な種類と数のチーム構成員が揃うまでチーム医療が出来ないではなく、今の患者さんに対する対しては、今活用できる職種を総動員するという方針で行つていく方針が必要だと思います。

医師のチーム構成員としては、内科、外科などの体のお医者さんに、精神科の医師やリハビリテーションの医師にも加わつてもらう。医師という一つの職種だ

けでは、患者さんの人間として医療を求めるに応じきれないわけで、チームには多職種が必要です。なかでも看護婦の働きが重要です。患者さんに最も近くに一番長い間いる職種ですから、

その役割は非常に大きい。それに、リハビリテーションの技師さん、病院のソーシャルワーカー、出来れば心理療法士にも参加してもらえるとよいと思います。

そのような多職種がチームを作るのですが、同じ目的に向かつて力を合わせ、よい人間関係のもとでのチームワークが基盤です。得られる職種が少なくとも、それを十分に活用して。志真先生がおっしゃつたように、他の職種がさらに加わつて来るよう門戸を開いておくことが必要だと思います。

### ◇サイコオンコロジーの観点から

☆ ☆

しては対等な立場に立ち、それぞれ専門の立場からものを見、それぞれが持つ情報理解し、目的を共有していくわけであるのでサイコオンコロジーという概念も少し理解が深まっていると思うんです。基本的に医療とか医学は、生物学的な（バイオロジカルな）側面と、患者が

している医師と訪問看護ステーションの看護婦さんとでチームを組むことも出来ます。このような所属が異なるメンバーでチームを作ることも大きく寄与するのではないかと思います。

**高橋** 今チーム医療の枠組み、こんな

のが出来たらというようなお話が中心だったですけれども、精神医学の中で、特にサイコオンコロジーを中心に進めておられる山脇先生の方からお話をしていた

だきたいと思います。

ら

**山脇** 今言われたように、チーム医療

という概念が非常に認識される時代背景

があるのでサイコオンコロジーという概念も少し理解が深まっていると思うんです。基本的に医療とか医学は、生物学的

在宅緩和医療の進展には、一人で開業

抱える心理的な（サイコロジカルな）側面と、その人の家族や職場や地域で抱える社会的な（ソーシャルな）側面、いわゆるバイオ・サイコ・ソーシャルな視点から構成されているはずだったのに、近代医学はバイオロジカルな追求、つまり科学的根拠に基づいた身体医学の発展により寿命がすごく延びることに貢献できただけですね。

それが我が国が世界で一番長寿国になつたことにもつながるんですけども、長寿が必ずしも幸福とは限らないことに気がつき始め、サイコ・ソーシャルな視点からのアプローチの重要さが認識されるようになつたのではないでしょうか。

そのバイオ・サイコ・ソーシャルなアプローチの中で、サイコ・ソーシャルの部分を取り扱うのが精神医学だったわけですね。

ところが、従来の精神医学は狭義の精神病、つまり精神病学という概念の中によどまっていた。そこに身体医学との接点はほとんどなかつた。特殊な分野として精神科医がサイコ・ソーシャルな

しての精神医学だつたんです。

これが欧米で、リエゾン（フランス語で連携とかチームという意味）医療とい

う概念が出てきて、一九七〇年代にアメリカにおいてリエゾン精神医学という医療形態が登場したわけです。総合病院の中に勤める精神科医が一般の身体疾患を持つ患者のメンタルケアも行うという形で展開しはじめたわけです。

つまり、バイオ・サイコ・ソーシャルなアプローチのうち、医療チームの一員として精神科医がサイコ・ソーシャルなトガチーム医療として重要な役を思ひます。

これはがんに限らずすべての医療の中に共通する普遍的なテーマになつていくので、サイコオンコロジーや緩和医療という概念はより重要な役を思ひます。



山脇先生

対応を行う。それがリエゾン精神医学なんです。

これは初めがんに限つたことではなかつたわけですね。難病もそうですし、外科の手術前後の不安やせん妄も対象にしていたわけです。

がん患者に関するサイコ・ソーシャルなアプローチを学問として体系づけようとして、アメリカのスローンケタリング

がんセンターのジミー・ホーランドという女医さんが、がんに絞り込んだリエゾン精神医学ということでサイコオンコロジーという概念を確立したわけです。

がん医療の中でやっと精神科医が関与する場面が出てきたわけですが、これらは看護婦、ソーシャルワーカーなどの方々によるサイコ・ソーシャルなサポートがチーム医療として重要な役を思ひます。

これはがんに限らずすべての医療の中に共通する普遍的なテーマになつていくので、サイコオンコロジーや緩和医療という概念はより重要な役を思ひます。

神疾患、つまり精神病学という概念の中によどまっていた。そこに身体医学との接点はほとんどなかつた。特殊な分野と

ます。

当初、武田先生のような末期がん患者のケアをやられる内科医や外科医の中のある方々が、患者の心の問題を無視できないということでサイコオンコロジーという概念を欧米から導入されたわけです。我々はそれとは別に中国地方がんセンターである国立吳病院で精神科医としてがん患者さんに何かできることはないかと模索しながらリエゾン回診という活動を行つていきました。それがここ数年ぐらいい前から、サイコオンコロジーの重要な性を国立がんセンターの阿部総長が認識され、がんセンターの研究所にサイコオントロジー（精神腫瘍学）研究部が設置され、その初代部長に国立吳病院、広島大学で一緒に活動していた内富先生が就任されたわけです。

**高橋** サイコオンコロジーはそもそもどういったものかというお話をいただいたわけですけれども、日本での位置づけとか世界的にはどうなのかということはまだまだこれからという感じがします。

実際に先生はサイコオンコロジーをずっとやられていますけれども、日本に八十近い医科大学があるわけですが、大学病院、あるいは総合病院で、たまたまがんセンターにはありますけれども、サイコオンコロジーの位置づけはどんなものでしようか。

☆ ☆

#### ◇医学教育の中での位置づけ

一方では、精神科そのものもすごい閉鎖社会であったために、身体医学との間にコミュニケーションがとれる環境になかつた。そういう体質そのものが医学部なんですね。それが大学改革、教育改革の流れもあって、今カリキュラムが大幅に全国的に変わろうとしています。

広島大学の例をとると、「がんの告知と緩和医療」という統合講義というのもありますし、エイズのチーム医療というプログラムもあります。

広島大学は病院がもう古くなりまして、

ですね。要するに、今の日本の医学教育

あるいは教育全体がそうなのかもしませんけれども、時代が大きく変革して、

社会のニーズが変わって、求められる人材も変わっているのに、カリキュラムは

我々が受けてきた二、三十年前と何も変わっていないんですね。精神医学は精神

病学に基づいた教育をやつてきたし、それが内科や外科と接点を持つような合同講義なんていうのは皆無であったわけですね。

再開発計画があるのですが、病棟建て替え計画の中にリエゾン医療病棟が検討されています。当初は緩和ケア病棟で進もうとしたんですが、エイズや脊損などがん以外にもサイコ・ソーシャルなアプローチは共通じゃないかということで、より普遍的なリエゾン医療病棟という名前になつているんです。

これが学内では認められて、今もう図面を書いているのですがあとは文部省との折衝になると思いますが…。

我が国のチーム医療の概念が遅れた大きな原因是医学教育にあって、それは卒後にやつたのでは間に合わないんですね。卒前にチーム医療を理解した医学生が外科や内科に行つた場合は後でチームが組めるんですが、そういう教育を受けないまま内科、外科に行くと、特別なフォーマットで教育を受けると後で幾ら教育してもそのフォーマットをえることができない。つまりフォーマットが違うからプログラムが乗らないわけです。

そういう意味で、医学教育の中にチー

ム医療の概念、それから緩和医療とかサ

イコオンコロジーの概念を全国の医科大学の中に当然のように組み入れていかなといと、國民から信頼される医療は確立できなのではないでしょうか。

この領域は、今一部の心ある医師や看護婦さんたちの情熱によつて支えられていますが、この努力がそろそろシステムとして確立される必要があると思います。

飛行機の離陸に例えますと、今は滑走路をものすごい勢いで走つてゐるけれどもなかなか浮上しない状況で、もうひと踏ん張りして浮上し始めると後は比較的スムースに飛び立てる時間が近づいているように思うんです。その実現のためには、教育システムに組み入れることが最も有効ではないでしょうか。

#### 高橋

おもしろいお話を伺いましたが、きょうお集まりの先生方はそれぞれもうバイオニアで頑張つておられるわけですが、まさに山脇先生は精神医学の中でサイコオンコロジーの位置づけを、言つてみれば日本で始めて先鞭をつけたと言え

るだらうと思うんです。

そこで、志真先生はいかがですか。今は東病院で緩和医療を一人で背負つて立つてゐるわけですがれども、大学で受けた教育と今やられている、医療とのつながり、どういうふうなきつかけで入つてきたか緩和医療とサイコオンコロジーの接点ということについてお話しただけませんでしょうか。



高橋専務理事

☆ ☆

## ◇ 緩和医療とサイコオノロジ ーとの接点

志真 別に一人で背負つて立つてはいるわけではなくて、いろんな方と協力して、やつているわけです。

私はもともとは放射線医学をやつていて、がん患者さんを対象にした放射線医学をやつてきました。がんセンターでもレジデント教育を受けました。

私ががんセンターのレジデントをやつていた時期と現在とを比べてみて大きく変わつてきています。それは医療側の変化というよりは、やはり社会的な変化が非常に大きいように思います。私がレジデントでやつていた時代は肝臓がんが積極的な治療の対象になつてきました時代でしたけれども、がんというものはやはりまだ治療すれば何とかなるんだと医療側は考え、頑張る時代だった

と思うんですね。山脇先生の言葉で言えば、私は学生時代も医者になつてからも「古いフォーマット」で教育を受けてきた、そういう世代です。頭を切りかえるのはなかなか難しかつたし、今でもやはり古いというか、今の状況に合つていないう考へ方を引きずつていると自分でも思つことがあります。

ただ、「緩和医療」、「緩和ケア」とい

う考へ方と出会うことによつて変わつてきました。特に私が放射線科医として臨床をやつていたときには、がん患者さんの痛みということにあまり関心を持つことはなかつたと思ひます。むしろ診断がどうかとか、治療の結果がどうかとか、病態がどうかとかいうことに関心が集中していく、その患者さんが何で苦しんでいるのかということについて自分の関心を向けることは余りなかつたと思ひます。

広島大学精神科から国立がんセンター研究所支所へ赴任された内富先生とこの二年ほど一緒に仕事をするようになります。山脇先生のもとにおられた内富先生がして、自分が診ていた患者さんの精神的な負担への対応はまだまだ十分じやなかつたと最近感じることが多いわけです。特にがん患者さんがこれだけ「うつ」の状態になることを十分認識していないかつたと反省というか、残念な思いを持っているんです。もつとそういうところに

そういう意味では、もっと痛みのことに関心を持つ医師が増えていかないとがん医療はなかなか変わつていかないでしょうし、そのためには緩和医療の技術が確立し、広まつていく必要がある。

患者さんの精神的な負担ということになりますと、がん医療の現場では痛みよりも関心が持たれていない部分ではないかと思います。

そのためにはどうしても精神科医との協

力が不可欠な時代だと思います。

ただ、どんな医療現場でも、私どもの病院のように、精神科医が常勤していて、いつもアドバイスをもらえるという状況ではありません。これから問題だと思うんですけども、患者さんの抱えていく問題を通していろんな専門家が協力をしていく、お互いに知恵を出す、そういう時代が来ているし、そういうふうにならないと、現に目前で苦しんでいる患者さんに何かプラスになることをする」とが難しいのではないかと思います。一度自分にすり込まれた「古いフォーマット」を壊さないと、なかなか医療現場を変えていくのは難しいなと思います。

☆ ☆

◇WHOでの緩和医療の取り組み

高橋 武田先生はもう昔からずっとがん携わってきて、流れが変わってきて、日本のみんなに話をして、マスク

武田 目をみはるほどです。今はまだ滑走路を飛び立つところだというお話をありました。それは少數の医者と多くの看護婦でした。看護婦は痛みの問題を大問題として抱えていた。医師も困っていたが、医師は隣の科に紹介することが出来る。しかし、看護婦はそれは出来ないわけです。

私は脳外科医です。脳外科に紹介されてくるがん患者は、かなり進行していることが多い。転移が脳や脊髄に起こっています。

私は脳外科医です。脳外科に紹介されてくるがん患者は、かなり進行していることが多い。転移が脳や脊髄に起こっています。

WHOの協議の報告書を作るにあたり、

いるのを見ておられると思うんですが、特に厚生省のいろんな委員会で国全体をどう指導していこうかとか、WHOの緩和医療の関係の翻訳をさせてそれを出したりしておられます、先生の目から見たその辺の流れの変化というものはいかがなものでしょうか。

武田 目をみはるほどです。今はまだ滑走路を飛び立つところだというお話をありました。それは少數の医者と多くの看護婦でした。看護婦は痛みの問題を大問題として抱えていた。医師も困っていたが、医師は隣の科に紹介することが出来る。しかし、看護婦はそれは出来ないわけです。

自分の病院に帰ってきて、世界の情勢はこうであると話したところ、これを乗せてくれるフォーマットを持つ職種がいました。それは少數の医者と多くの看護婦でした。看護婦は痛みの問題を大問題として抱えていた。医師も困っていたが、医師は隣の科に紹介することが出来る。しかし、看護婦はそれは出来ないわけです。

にも伝え、みんなの意見を求めるようにと言われたのです。これを持って帰っても日本にはコンピュータさえないのではないか。フォーマットが違うところの受け止め方ではなかつたのです。

たその辺の流れの変化というものはいかがなものでしょうか。

このように、WHOの緩和医療の取り組みについて、高橋さんはこれまでの経験を語りました。

武田先生はもう昔からずっとがん携わってきて、流れが変わってきて、日本のみんなに話をして、マスク

WHOの協議の報告書を作るにあたり、

フォーマットの違う世界中の人を受け入れてもらえるよう言葉遣いにも気をつけました。

高橋

そのところは非常に重要なと

関が主導的に動いて普及をすべきと提言したと思います。

いという考え方をWHOの担当官も持つていました。

フォーマットが違うという理解は大変重要で、私たちの世代の役目はインター フェースを作ることだったと思います。

高橋

そもそもWHOがそういう委員会を作ったというのはどういったきっかけ

思っています。WHOなどと私は公衆衛生という立場で見ますので、WHOもは公衆衛生という立場で見ますので、WHOを取り上げることになりました。これが

一つは、政策的ななかわりを持つこと。第二は緩和ケアという言葉に広がっていく第一歩となつたのです。

武田 もう亡くなっていますが、アメリカのボニカ教授だと思います。痛みの治療の世界の先達でした。若いころから、痛みには医師として専門性を持つて取り組む必要があると、ペインクリニックを創設し国際疼痛学会を組織した方です。

武田

WHOはがんのプログラムを持

つっていました。しかし、その柱は予防と早期発見と治す治療の推進の三つだった。

しかし、結果としてはがんが増え、がん患者がいる。その治療法はほぼ出来上がっている。だが、フォーマットを持つていない医師が多いので受け入れられていない。これを改善するには、国連機

会を作ったというのはどういったきっかけなんでしょうか。

武田 もう亡くなっていますが、アーバルに、体系的に進める必要があるものを取り上げているわけで、そういう意味でWHOとしてよくやつたなという感じがしたものですから今お伺いしたわけです。

WHOはがんのプログラムを持つてありました。しかし、その柱は予防と早期発見と治す治療の推進の三つだった。それは医療の進歩による人口の高齢化によるということですが、がんが治らない

お亡くなりになる十年ぐらい前の一九七〇年代末に国際疼痛学会の代表としてWHOに、世界中で痛みに苦しんでいるがん患者がいる。その治療法はほぼ出来上がっている。だが、フォーマットを持つてない。これを改善するには、国連機

人々のための対策にも力を入れていきた

いという考え方をWHOの担当官も持つていました。

☆ ☆

## ◇サイコオンコロジーのスター ト

**高橋** やつとここまで具体的に日本の集中でも動いてきたという感じだと思いますけれども、サイコオンコロジーの場合はそういったWHOの動きとつながっているのでしょうか。

**山脇** いや、これはむしろ日本のサイコオンコロジーのスタートには武田先生がかかわっていて、先程も言いましたように、サイコオンコロジーという概念は精神医学のスペシャリストが導入したのではなくて、がんにかかわって、必要に迫られて、心の問題も大切なんじやないのかというのを感じ取られた内科や外科の先生方が導入された経緯があるんですね。

だから、武田先生たちがやられた動きとは全くインディペンデントだったんでですが、厚生省のがん研究助成金の平賀先生の班に班員として参加させてもらつたことで我々の流れが武田・平賀先生方の活動とながつたわけです。

先程申しましたように、私は広島大学に着任する前は国立吳病院に勤務していました。

まして、リエゾン回診、つまりご用聞き精神医療をやつたわけです。全病棟を精神科が回る。そして何か困ったことがあつたらいつでも言ってくれという形で活動しているんですが、それについてきたのは看護婦さんたちからだつたんです。

ドクターは初め、「うちには気違ひはおらん」とか言われてすごく抵抗がありました。それを定期的に何度かやるうましたが、それを看護の方が主治医をプッシュして、診てもらった方がいいんじゃないのかといふ形で展開し始めた時に、私は突然大学に帰るよう指名されたんだ。その時、下にいたのが内富先生なんですね。そしてそのリエゾン回診を引き継いでくれたんです。

サイコオンコロジーを輸入された武田先生などは、「我々はサイコは専門じゃないんだ、痛みの方が専門なので、そろそろこれをきちつと役割分担した方がいいんじゃないのか」というので、緩和医療学会とサイコオンコロジー学会といふ二つの流れになつて、サイコオンコロジーハー学会はサイコの専門家の集まりの方に今から変わつていくでしょう。

服戦略事業の武田先生のQOL研究班に参加させていただくことにつながり現在に至っています。

## ◇埼玉県立がんセンターの場合

☆ ☆

**武田** 精神科医と他の科の医師との接点はがんの医療の中ではほとんどなかつたのです。がん患者を診ている各科の医師は、がん患者が夜中にうろうろ歩き回つたり騒いだりすると、困つたとは感じますが、薬で眠らせるほか仕方ないとい

うような対応をしていたわけです。そういう患者さんについての相談を、二十年ほど前に近隣の精神科の病院の先生にしたところ、当たり前のことですが、よい結果が得られたわけです。

そこで精神科医に、たとえパートタイムでもいいから参加してもらおうと私の病院では考えていた。今でもパートですけれども、そこに精神科医で内科もやっている医師から研修の申し込みがあったのです。研修は希望通りに受け入れるが、こういう患者さんがいるので診療時間を決めて精神科医として診てくれないかと、非常勤医師になつてもらいました。一九八四年のことです。

当時は、精神科医でがんの医療の中に入つてこようという度胸のよい人はほとんどいなかつた。

精神科医ががん医療に入つて精神的なケアに参加すると、いろんなことが展開しましたし、私たちの方は、精神科医から教えられることが多いと実感しました。そんな頃、イタリアでの学会でジミー・

ホーランドという人に河野博臣先生とともにいきなり会わされました。サイコオシンコロジー世界学会を組織したばかりであるが日本も参加しなさい、あなた方は、少し無理しても日本の代表者として参加しないさいとの声がかかりました。

参加すべきであろうと考えましたが、相談する精神科医がほとんどいませんでしたので、ほかの科の人たちで関心を持つている方たちと相談し、日本サイコオシンコロジー学会を作りました。

間もなく、国立吳病院時代の山脇先生とある研究会で一緒になりました。すごい人がいるな、精神科医で末期ケアの研究班の分担研究者になつてくれる人が日本にいた、これはよかつたというのが私にとっての山脇先生の第一印象なのです。

付かつたと思いました。  
高橋 ご用聞きから始まつたということですけれども。

武田 そう言つていらっしゃいました。

☆ ☆

## ◇がんセンター東病院の場合

**志真** やつぱりがんの臨床現場の現実

的な必要性から始まつていると思うんですね。それがサイコオンコロジーという分野になり、「緩和ケア」、「緩和医療」という分野に成長してきている。私が東病院で診療していて、精神科に紹介してほしいという患者さんが徐々に増えている。それは数字としてもそうですね。

現実に診療の実感としてもそうですね。だから、やつぱり患者さんたちは求めできている。それは、今までがんになつて、かつ精神的な問題を抱えていても、そのことにだれも関心を向けてくれなかつたし、あるいは患者さんもどこへ行つていいか分からない。そういう問題を抱えている人にはこういう方法があるんですよということを東病院では患者さんに提示を始めているわけですね。

特に乳がん患者さんは病気を抱えて生

活する時間が長い。年齢的にも若い方が多いので、精神的な問題も沢山抱えているわけです。

今までのがん医療の中では、痛みもあり、精神的な負担も抱えているという患者さんが求めるような医療体制が出来ていなかつた。だから、これからがん医療を進めていくためには、患者さんが現に持つてゐる苦痛とかニーズにもっと目を向けて、それにこたえるような体制を組んでいく必要があるんじゃないかと思うんですね。

もう一つ、最近の経験で言いますと、患者さんが亡くなつた後、ご家族に「うつ」が発症するといふことが経験されるようになつてきた。患者さんが亡くなつた後、家族まで医療機関が果たして見るべきかという問題はあるけれども、現実問題として患者さんが亡くなつたあと、残された家族は「うつ」になつてしまつたということがやはりあるわけで、それにはどう対処するのかということをこれから

ら考えなきやいけない。

東病院では内富先生が、そういう患者さんの家族も必要があればカバーする状況にはなつています。緩和医療とサイコオンコロジーの両分野が成立してくることで、患者さんの持つてゐる問題により現実的にこたえられるようになつてくると私は思います。

☆ ☆

### ◇「痛み」や「うつ」をきちんと評価する

きと「うつ」のがありましたけれども、そういう痛みや「うつ」を何とかして下さい。そのところの患者さんへの対応。そのところが今、緩和医療をやつてゐるがんセンター東病院ではうまくいつてゐると思いますが、日本の多くの病院ではどういう状況なのでしょうか。

武田

多くの医師が痛みという客観的につかめない症状に关心がなかつたのです。私も若い頃はそうでした。そのため、患者さんが痛いと医師に訴えるのは、痛みを治療してほしいということなのに、「ああ、痛いの」で終りになつてしまう。

患者さんは、一度伝えたのだから治療してくれると思って繰り返して痛いと訴えない。そうすると、医師の方はもう痛いと言わなくなつたのだから痛くなくなつたのだろうと思つてしまふ。このような痛いという患者の訴えの過小評価が医療の世界にまかり通つてゐたので、患者さんが痛いと言つてもその対応が不十分となるのです。

痛みという症状が続くことが、患者に

高橋 今までの話の中で、緩和医療なりサイコオンコロジーのターゲットが痛みであり「うつ」だというお話を出て来たわけですから、具体的に痛みをめぐつてどういうような形で治療が始まることでしょうか。また、ある患者がいて緩和医療の門戸をたたくまでの経緯とか、あるいはサイコオンコロジーの専門家の方に診てもらうまでの経緯。先程ご用聞

大きな悪影響もあることがお分かりいただけていなと思いますし、心が「うつ」の方向へ向かうこともお分かりいただいていいことが多いのです。痛みが

なくても、がんと分かったことだけで心が暗くなり、山脇先生がデータをお持ちですけれども、多くの患者が診断直後の早い時期から「うつ」の気分になるのです。

痛みの治療は、これらの解消に非常に重要なことを医師に教育していく必要がある。痛みが続くのはバイオばかりでなく、サイコもソシオにも重大な悪影響があることをもつと医師が認識すると痛みの治療はうまくいくと思います。治療法は確立されているのです。

がん患者の精神症状への対応についても同じことが言えると思います。私は精神科医ではありませんが、精神科医の手助けを十分に得られないがん専門病院ではどうしようかと考えたわけです。

幸い、パートの精神科医が得られましたので、その精神科医が診断をした精神

状態の初期症状を分析してもらい、それを活用して主治医や看護婦が患者の精神的変調に早期に気が付くことが早期解決につながると考えました。

精神科医が参加してくれますと、門前

の小僧的にもノウハウを覚えられますので、精神科医に初期の段階から相談が始められます。こうして精神症状の発生数の減少や軽症化が実現しました。精神科医にとつてもやりやすくなるし、何よりも患者にとりいきことだと思います。

高橋 冒頭にもお話ししましたけれど

も、平成八年のがんによる死亡数が二十七万人、総死亡の三〇%、ですから、必

要性は相当あるんだと思いますね。しかし、まだまだ十分ではない。  
志真 痛みの治療をこれから広げていくためには、こういうがん患者さんの痛みに关心を持つ専門家を育てていく必要がどうしてもあると思うんですね。それは医師だけではなくて、看護婦で専門性を持ってやっていく人たちをぜひ育てていく必要がある。

先程緩和医療では裾野を広げることと専門的な分野として確立していくことの両方が必要だと申し上げました。同じようないふな意味で、痛みの治療というか、痛みの領域について言えば、それを普及していく、だれでも出来るようになる、そういう努力と専門的にこの分野をやっていく人材を育てていくことも必要だと思うんですね。

「WHO方式」が日本に導入されてかなり普及しつつあるわけですけれども、

### ◇必要な人材育成

☆ ☆

治療が難しい痛みというのもはつきりしてきている。患者さんが苦しむ痛み、特にモルヒネが非常に効きにくい痛みもはつきりしてきています。そういった問題を取り組むような人材あるいは専門施設を今後つくつしていく必要があると思いますね。

それと、がん専門病院で緩和ケア病棟が付設されているのは、今のところは国立がんセンター東病院だけですけれども、今後、がんセンターで緩和ケア病棟をもう1つ施設がだんだん増えていく。そういうところはやはりモデル的な働きをしていく必要がある。臨床的なノウハウも、いろんな新しい研究も、そういうところを取り上げていくことが必要になつてくる。

だから、語弊があるかもしれません、がんを治療する分野に沢山お金をつぎ込むことも必要かもしれません、そうでない、直接がんを治療しない分野に、もつとお金をつけ込んでもいい時代が来ているのではないか。それは山脇先生がさつき言われましたけれども、社会全体

が変わつてきているわけですから、がん医療におけるお金とか人の配分を変えていく必要があるんじやないかと私は思います。

**武田** 今の財源配分の修正についてはWHOもリコメンデーションしています。

**高橋** 実際にはそういう配分は、研究費の中での配分と医療費の中での配分があるんでしょうけれども、研究費の面では、「がん克服新十か年戦略」の中でがん患者のQOLに関する研究として重点研究課題になつています。診療報酬の面では緩和ケアが保険の対象になつていますが、サイコオンコロジーではどのような問題があるのですか。

### ◇メンタルケアの技術評価が低い

山脇 そこで一番問題になるのは、痛みに関してモルヒネの適用はもう認知さ

れ、緩和ケア病棟というハード面も整備されつつあるんですが、今全く欠落しているのはメンタルケアで、現時点では頑張つても何の報酬もないわけです。我々は今全くボランティアで動いているんですね。

それは一つは、これまで精神医学の暗い歴史になるのかもしれません、古典的精神医学は信用されていない。つまり、技術料として評価されていない。だから、精神療法、つまりカウンセリングなどの技術評価が現状では非常に低いんですね。それどころか適用外の、つまり精神疾患でない患者に対しての精神療法は保険診療で認められないという問題がまだクリア出来ていない。抗うつ薬の使い方としても同様です。学問的な興味とか、非常にやりがいを求めて情熱を持つて患者に接している人達はそれでいいんですけども、医療経済が伴わないがゆえに、理念にはすごく感動したけれども、そんなことはうちの病院では出来ませんといふのが今のサイコオンコロジーの現状で

すね。

もうこれは日本全体が気が付いていいと思うんですけれども、これまで経済性と生産性を求めた教育をしてきたし、より効率よく、より経済的に豊かになるとことを目標にして教育をしてきたんですね。そしていい大学に行つて、いい会社に行つて、いい家に住んでという目標があつたんです。が、現在ではそれがもう崩れましたよ。いい会社に行つてもつぶれるわけですし、いい大学に行つてもその先が保証されない社会情勢になつて、恐らく従来の価値観での人材や財源の配分というものは変わらざるを得なくなつてゐるんです。その方向性がだれも今読めないし、それに示すリーダーがいないために今、日本は迷走しているのではないか。これは医療だけじゃありません。恐らく日本全体がそうなんじゃないでしようか。その中で医療に関しては目に見えないメンタルな部分が重要になるよう思います。

つまり日本人は、パソコンはどんどん買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

ところで、今がんを扱つていて精神科のない病院は相当まだあるんですか。

武田 多いと思います。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

高橋

今は医療費の節減ということです。

非常に厳しくなつてますから、そうそう簡単にそういう位置づけが出来るわけじゃないですけれども、それについても、項目があれば医療としても進むけれど、なければ停滞するということがあるわけですね。そこで特にこの「うつ」の関係、サイコオンコロジーの関係では大変な状況ですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

買いかえるけれども、ソフトには金をかけるのを惜しむ文化なわけです。つまりのない病院は相当まだあるんですか。

☆ ☆

## ◇ 総合病院での精神科の必要性

**山脇** がん医療を担つてゐるのは国立

がんセンターや県立がんセンターなどが  
んセンターというスペシャライズされた  
組織もありますけれども、地方では総合

病院ががん医療を担うし、一般医療も担  
うわけです。そこには研修指定病院の条  
件として精神科が必要ですけれども、收  
益性が悪いということで縮少傾向にある

高橋 相当努力はされてるんでしょ  
うけれども、もつとそれこそ新聞とかテ  
レビを使って、キャンペーンすることも  
必要なんだろうと思います。

山脇 我々精神科医は対外的なプロパ

題もあると思うんです。つまり、精神科  
医が総合病院の求める精神医療を展開し  
ていなかつたんですね。言いかえれば、  
精神科医が信用されていなかつた。何に  
貢献してゐるのかがよく見えなかつた。  
実際にはすごく頑張っていたんだと思  
うんですけども、その活動が見えなか  
つた。そのため総合病院の中における  
精神科の位置づけが非常に見えない小さ

なものだった。  
しかし、リエゾン精神医療の活動をし  
はじめるに確実に評価されるようになつ  
てきてると思います。広島県は特別な  
のかもしれません、総合病院に精神科  
がどんどん新設されています。

**武田** パイオニアたちが実績を示しま  
したので、裾野が広がつたのだと思いま  
す。

とで、一般医療における精神科医の役割  
をアピールする必要があるように思いま  
す。つまり医療スタッフの教育によつて  
対応できる精神的ケアと専門家が対応す  
べき部分を明確にすることが当面なすべ  
きことかもしれません。

そのためにも、がんセンターや総合病  
院には精神科が必ず設置されるべきと思  
います。すべての患者のメンタルケアを  
精神科医が担当すると総合病院には十名  
くらいが必要になりますが、医療スタッ  
フの心理教育でかなりの役割分担が可能  
となりますので、現実的には二、三名の  
精神科医が最低必要だと思います。

だけれども、多くのドクターもナース  
も、「うつ」とは何かというのが理解出  
来てないために見逃してたわけです

ね。日々の医療現場では、患者が亡くな  
つていくことでさえその意味について麻  
痺してしまうのかもしません。

こういう問題点を明確にして、その解  
決法や対応法を積極的に提示していくこ  
とで、一般医療における精神科医の役割  
をアピールする必要があるように思いま  
す。つまり医療スタッフの教育によつて  
対応できる精神的ケアと専門家が対応す  
べき部分を明確にすることが当面なすべ  
きことかもしれません。

☆ ☆

## ◇がんに対する見方を変える

高橋 私は確かにそういうニーズはあると思うんですけれども、がんが怖いというのが患者側からいうとあるわけです。がんになつたらもう終りだ。ところが、そこを見方をもつともっと変えられないかなと思うんです。

つまり、がんのほかに死亡率の高いものとして心臓病がある、脳卒中がある。それは本当にうぼつくりいつてしまうわけですね。脳卒中の場合は半身不随とか寝たきりになつちやうとか。ところが、がんの場合は、がんだと言われても、まだそのときは五体動けるということがあるわけですね。早期に発見すれば、治療することも多い。

この間も、実は志真先生にいろいろとご相談して私どもはポスターを作つたんですけれども、精いっぱい生きるという

んでしょうか、それこそ心理的な苦痛、精神的な苦痛、身体的な苦痛もあるでしょうけれども、そういうものを克服して、自分がし残したことをこの後十分にする、そういう余裕があるわけですね。

だから、教育も大切、そのシステムを作つていくことも大切ですけれども、評価の一部分として、がんでよかつたというような時期が早く来ないかなと思うのですが。

武田 大賛成です。がんは即死しません、がんによる苦しみ、痛みは解決法があります、それほど怖がらなくてよいです」と考へてもらう必要があります。

がんを怖がらせてているのは、痛みでなつたうち回るほど苦しむのではないかといふことへの恐怖であり、死の恐怖以上に大きい恐怖となつてゐると思います。

がんになつても、山脇先生がお触れになると、思います。がんになつても痛みの対策も、不安や「うつ」になつた時にも精神的サポートが受けられるので、むしろ漫然と生きているときよりも、限られた時間を前向きにポジティブに生きることを保証できる体制づくりが重要な

QOLのよい状態で前向きに生きていくように、身体的な問題を解決し、心の苦しみを解決してあげる医療、それが緩和ケアのかなめです。

高橋 確かに三十代とか四十代にがんになつて、若ければそれだけ進行が早いわけですから、悲劇だらうとは思いますけれども、それでもすぐには死なないし、そのところを本当にケアといいましょうか、それこそ今いい方法がこれだけ出来てきているわけだから、そのところですね。残された「生」を充実させる。早くそんなふうにならないかなと。

山脇 つまり緩和医療に関する情報公開ですよね。患者ががんになつても痛みの対策も、不安や「うつ」になつた時にも精神的サポートが受けられるので、むしろ漫然と生きているときよりも、限られた時間を前向きにポジティブに生きることを保証できる体制づくりが重要なではないでしょうか。残つた期間を恐怖していく。生きている以上は誰にもいづれは死が訪れるのだから、そのときまで味を考えるきっかけになると思います。

三人に一人はがんで亡くなっていくわけですから。いかに残された時間を大切に生きるかということに関しても、がん研究振興財団が関心をもつていただくことは大変意義のあることだと思います。国民や医療関係者の意識改革を促進する使命もあると思います。

**高橋** 特に最近の新聞でも出ていましてけれども、老人保健で四十歳以上のがんの健康診断について国が補助金を出さない、市町村で出来るところはやりなさいという話が出ています。そうすると、今まで行政側は自分の健康を自分で守るために、機会を与えていたわけですね。今度は本当にもうそれを自分で守らなければいけないということになつてくるわけです。

ただ、本当に今こういう人はがんになりやすいとか、乳がんにしろ、大腸がんにしろ、大分わかってきてるものがあるわけですね。あるがんが見つかってそれが完全に治つて、また相当たつてから別のがんになる。三回くらい繰り返す方

もいます。

だから、そんなことで、がんというのは本当は怖いんですけども、それでもやっぱり教育ですね。学生の教育じゃなくて社会への教育ということをやっていなければと思います。

**武田**

痛みの治療にてもサイコオンコロジーにしても、患者さん側がそういう対応法があることを知ることが非常に重要で、それでリクエストが出てくるわけです。痛みの治療をして欲しいといつたときに、モルヒネは使いたくないといふお医者さんに出会うことが日本でもありますし、今でもアメリカにもあるようです。心のケアを受けたいのに、用意がありませんということもないようになくてはならないと思います。受けられないとときに医療の消費者としてどう対応していくべきかということも教えていく必要があるうかと思います。

日本での阻害因子の一つは、がん患者自身が自分の病名、症状について情報を与えられているとは限らないことです。

多くのがんセンターではかなりよく説明され、理解したうえでのインフォームド・コンセントがかなり進展してきていますが、日本全体では、まだ問題が大きくなっています。

**山脇**

私はこの面白い経験したんですけども、私が登場したNHKの「きょうの健康」の番組をみられた患者さんから手紙が来て、「今私は国立がんセンターの内科にかかるのですが、サイコオンコロジーという精神的ケアはどう受けられるのでしょうか」という内容でした。正直驚きました。築地のがんセンターの精神科には岡村先生がおられ、研究所にはサイコオンコロジー部門ができているのにこの情報が、がんセンターを受診している患者に届いていなかつたんです。すぐに返事を書いてお知らせしましたけれども、

意外と燈台もと暗しの典型で、一つの笑い話になりそうだけども、大きな問題だと思うんですね。情報が本当に伝わっていない。今インフォームド・コンセ

ントとか医療の中身の情報開示は物すごく言われるけれども、もっと普通の情報も意外と伝わりにくいものなんですね。

☆ ☆

### ◇ 遺伝子情報でがんを告知する

#### 時代がくる

情報開示ということで思い出しましたが、これからはがんの遺伝子診断が普及していくと思います。これは病名告知とは異なり発病前に告知され、長期間ストレスに曝されるわけですから、アメリカでは遺伝子カウンセリングが議論されています。中央病院の岡村先生が財団からついています。

自覚症状もないのに、あなたは何歳ごろにはがんになりますよという告知を受けるようになるのですね。

これはがんに限らずですけれども、こういう遺伝子を持つていてるからあなたの

子孫には何パーセントの確率で病気になりますと告知されることは、結婚や就職などでプライバシーの問題や人権問題が生じる可能性を先端医療は生んで来るわけですね。

そうなると、サイコオンコロジーのターゲットは、がんと診断された人、あるいはがんと告知を受けた人、末期がんでは苦しんでいる人の心のケアからさらに広がっていくことが予測されるわけです。

また、情報開示も一方的に行うべきでないことも明らかで、まだまだその受け入れ体制が出来ていらないと思います。

高橋 遺伝子を調べていけばがんの可

能性があるよ。しかし、言うのは怖い。

これががんが怖いから始まっているんだ

ろうと思うんです。日常診療で、先ほど

もがんセンターにかかるている患者さん

が広島大学の方に照会したというお話を

ありましたけれども、実際に緩和医療科

というか、そういうのがいつも目につい

ていれば、ああ、そうか、あるのかとい

うふうになるんでしょうけれども、実際

に毎日診療していて、その辺のところのことをどんなふうに感じておられるでしょうか。

志真

山脇先生の出された例はおもし

ろいと思うんですけども、結局患者さんが本当に知りたいと思つている情報を

けではないと思いますけれども、特にがん医療の分野ではそういう状況が目立つ

ていると思う。それは高橋さんが言われたように、やっぱりがんに対する既成概念があつて、例えばがんの痛みや精神的な問題についてもオープンに語れない状況がある。

まず一つの診療分野として専門医をつくっていくことも必要ですし、もっと一般の人が正しいがんの診療や研究の情報を手に入れやすくすることがどうしても必要だと思います。それはやはりがん研究振興財団の大きな仕事ではないかと私は思っています。がんセンターには沢山データ

があるわけですね。そのデータをどう

やって分かりやすく国民に社会的に広げ

でいくかという仕事がこれから必要じゃないか。

もちろんそれを広げていって、実際そういうものが診療現場で現実にならなきやいけないわけですね。ただ情報だけがひとり歩きしていく、病院へ行つてみたら、実際は精神科医もいなかつたし、がんの痛み治療も受けられなかつたでは困るわけです。そういう体制を作つていくことと正しい情報を広げていくことが、がんに対する「怖い」というようなイメージをえていくことになるんじゃないか。そうすると、がんになつて、なおかつ前向きな考え方が出来る、そういう時代というか、そういう社会が来るようになる。

今あるいろんな情報とかデータをそのままにしまいこむのではなくて、それをもっと社会的に伝えていく、そういう使命がやっぱりこれからがん医療をやる専門家たちにはあると私は思います。

☆ ☆

◇緩和医療やサイコオンコロジーはこれからの時代のモデルになる

高橋 もう大分時間もたつてきました。武田先生、締めくくりに、これまで一番の草分けでずっとやってこられて、これからこんなところを期待したいというものがりますでしようか。

武田 社会のニーズが変わつてきていつ前向きな考え方が出来る、そういう時代というか、そういう社会が来るようになる。

社会の方が、医療側、あるいは医学を教えていた側より少し早目にギャアチエンジしていると思います。

社会に対する教育的アプローチも大切であると思います。

教育が強調されますが、国立大学がギャアチエンジを図り始めています。特に

例えばモルヒネという言葉を聞いたときに、古い知識の医者は危ないから使わない方がいい薬、だから使わないというわけですが、安全な使い方が出来たので危ない薬が安全に使えるようになつているという医療側のとらえ方のギヤアチエンジが医療の世界全体に浸透するに至っていない。一方、社会の方にはかなり浸透してきている。

サイコオンコロジーという新しい概念

も、精神科の方たちの大きなギヤアチエンジの成果だと思います。サイコオンコロジーの先生に診ていただいたらどうですかと言うと、診てもらおうという患者さんがいる一方、私は気が狂つているわけではないという反応もある。そういう考え方を早く取り扱つていくことが、きょうの話題の緩和医療やサイコオンコロジーを発展させ定着させることにつながります。

る点ではまだ後進国で、特に緩和医療やサイコオンコロジーではまだ広がりがとても不十分です。これを早く広げることが急務だと思います。

高橋 山脇先生、最後に一言何か。

山脇 私が唯一大学人なのですが、私が今感じてある使命は緩和医療やサイコオンコロジーの教育です。もちろん対社会的な教育は、厚生省関連の方々や医療機関の方、マスコミも含めて必要だと思うんですけれども、医学教育の中に基本であるバイオ・サイコ・ソーシャルという概念が忘れられているので、緩和医療やチーム医療という当たり前の教育をもう一度医学教育に取り戻すべきだと思います。

広島大学の医学部は、医学科と薬学科と保健学科という三つが医学部の中にあるんですね。あえてそれぞれ独立した学部にしなかつたわけです。現在は多くの問題を抱えていますが、何とかしてチーム医療や緩和医療のような概念の教育、そして教育の実践の場としてのハードと

ソフトをリエゾン医療病棟の実現ということを示していただきたいと思っています。

先生方、きょうはお忙しいところをいろいろと有難うございました。

(たけだ ふみかず)  
(しま やすお)  
(たかはし とおる)

山脇 私が唯一大学人なのですが、私が今感じてある使命は緩和医療やサイコオンコロジーの教育です。もちろん対社会的な教育は、厚生省関連の方々や医療機関の方、マスコミも含めて必要だと思うんですけれども、医学教育の中に基本であるバイオ・サイコ・ソーシャル

という概念が忘れられているので、緩和医療やチーム医療という当たり前の教育をもう一度医学教育に取り戻すべきだと思います。

高橋 先生方、長い時間、本当に有難うございました。それこそ滑走路からもう離陸したということは言えると思いますけれども、それをどういうふうにしてより高く、より広く進めていくかは私どもの役割だと思います。

がん研究振興財団としてもいろんな形で広報などで伝えていきたい。また、厚生省から委託を受けている緩和ケアの講習会についても、力を入れてこれを機会に私どもは一生懸命努力するつもりであります。



# あれから十四年

## 菅野暎子

今日は朝から雪が降り続き、関東地方では今年二度目の大雪注意報が出されている。私は窓の外の真白な風景を見ながら、「あの冬も大雪だつたなあ」と十四年前のことと思い出していた。

昭和五十九年四月初め、私は、小学二年生になつたばかりの息子と共に、小金井の実家に来ていた。乳がんの手術を受けてから二年半後に再発したのだつた。後にわかつたことだが、肺と骨皮下に転移していた。胸腔に胸水が溜まり、がん性胸膜炎を合併し、呼吸困難で、寝ても起きてもとにかく苦しい状態であつた。食欲はほとんどなく、日に日にやせ細つていった。時々、阿佐ヶ谷の診療所で胸水を抜いてもらつたが、抜いた後は激しく咳込み非常に苦しい。咳は絶え間なく長く続き、身体を横たえることができず、ものに寄りかかって

ている起座呼吸の状態であつた。夜中も息苦しく、眠れないでいると、時々、父が心配そうに私の様子を見に来た。傍らでは息子が無邪気な顔でよく眠つてゐる。

昼間庭に出てみると、池の縁に可憐なスミレが咲いていた。サクラの花が青空に映えて美しい。けれども、スミレの可憐さ、サクラの美しさが目に沁みて悲しかつた。こんなに息苦しくやせ細つてゐるのだから、もしかしたら手遅れなのでは？ という不安が頭を過ぎつたが、不思議なことに「もうすぐ死ぬ」という実感はなかつた。たとえ手遅れでも、今死ぬわけにはいかない。幼い息子のためにも、自分自身のやり残したことのためにも「今死ぬわけにはいかない」と繰り返し思つてゐた。

そんなある日、義弟の勧めもあり、築地のがんセンターの

診察を受けることにした。私はその時、この苦しみから解放されるのなら、手術でも何でも受けようという気持ちになっていたのである。五月初め、父に付き添われてがんセンターを訪れた。最初、呼吸器科で西條先生の診察を受けた後、先生から内科の安達先生を紹介された。安達先生の診察後、処置室で胸水を抜いてもらつたら、途中で激しく咳込んできた。

その時、苦しむ私を思わず抱きしめてくださつた看護婦さん——の優しさは一生忘れることができない。妊娠中でおなかが目立つていたその顔は、慈愛に溢れ美しかつた。後で、元氣になつたら彼女を探して、一言お礼の言葉をと思っていたが、それつきりお会いできないでいる。

激しい咳込みは、今度はあまり長く続かなかつた。補液の点滴をしてもらつた後、突然空腹を感じた。本当に、久しぶりの空腹感だつた。治療後、地下の食堂でそばを食べたが、別人のようによく食べる私のことを父が心配して、「そのくらいでやめておけ」と言う程だつた。

しかし、それまで食欲がなく、ほとんど食べてになかつたので、どんどん体力は落ち、入院直前の外来は、父と妹に両脇を抱えられてやつと歩けるような状態であつた。そのような時でも、父は「帰りに銀ぶらしようか」と元気づけるために冗談を言うのだが、後に、本当に銀ぶらできるようになるとは、その時は到底考えられなかつたことだ。

五月半ば頃、ようやくがんセンターに入院することができ

た。入院後はうそのように咳が止まり、がりがりにやせてはいたが、元気になつた。食欲もあり、一所懸命食べたが、体重は三十二キロまで落ち込み、この時ほど切実に太りたいと思つたことはなかつた（後に、私は太り過ぎて「あと〇キロやせたい」と悩んだこともあるのだから、人間とは身勝手なものだ）。

入院生活は、先生はじめ二十人ぐらいの看護婦さんも皆さん親切で比較的快適な療養生活を送ることができた。そこで、忘れられない人に出会つたのである。最初の三人部屋で同室だつた杉本さんだ。彼女は五十代の独身キャリアウーマンで、「本当にこの人病気なの？」と信じられないくらい元気で、楽しい人だつた。病気に関してほとんど無知だつた私に、いろいろと自分の体験を話してくれる。「肺に大きな腫瘍が三つもあるの」とあつけらかんと話し、また自分の恋愛の話なども実に楽しくしてくれた。彼女のお陰で、初めて化学治療を受ける私の不安がどれほど和らげられたことだろう。

兄の勧めで、小中学生時代以来描いたことのない絵を描いてみた。お見舞いにもらった花から描き始めたが、最初の一枚は生みの苦しみか、なかなか思うように描けない。しかし、二枚目からは肩の力が脱けたように、少しずつ描けるようになった。そんな私を見て、彼女は「私も描いてみようかな」と言って描き始めた。彼女と一緒に描いている時間は楽しかつた。彼女は短歌を作つていた。勧められて私も作り、後で、

お互に感想を言い合つたりするのも楽しかつた。彼女は「あと五年もしたら、いい薬ができると思うから、私それまで頑張る」と口癖のように言つていた。一ヶ月過ぎた頃、彼女は「会社に戻らなくては」と言つて、身体に不安を残しながら退院した。後に、彼女は「あんなところで不謹慎かもしれないけど、菅野さんと一緒に過ごした一ヶ月は、本当に楽しくて、修学旅行のようだつた」と話していたが、私も全く同感で、あつと言う間の一ヶ月だつた。

その後間もなく、私は五人部屋に移された。入院後の治療はホルモンの内服薬だけで、特に症状の変化はなかつたが、一ヶ月経つた頃、また胸水が少し溜まり始めたので、先生から抗がん剤（アドリア）の点滴を始めることが告げられた。

それと共に、胸水を持続して吸引して抜くことになつた。私は数週間その器械に管でつながれていた。幸いなことに、抗がん剤の副作用である吐き気は、私にとつてほとんどなかつたが、髪は見事にバツサリ抜けてしまつた（入院中は布のヘアキャップをかぶり、退院後、外出する時は約一年間かつらのお世話になつた）。五人部屋に移つた当初は、体調が悪くかなり神経質になっている人がいたので、気を遣いとても疲れた。後に、人が入れ替わり、七十歳くらいの、丸山さんという手芸の好きな人が入つてきた。名前の通り、ふつくらしめた穏やかな人だつた。私達は彼女を囲んで、タオルを使つたウサギの作り方や折り紙などを教えてもらい、和やかな時を過ごした。また、他の病室の人達とも親しくなり、楽しく行き来するようになった。

入院後三か月経つた八月末、先生から退院の許可が出た。

いよいよ退院かと思うと、少し淋しい気もする。退院前夜、病棟で親しくなつた若い人達が数人、狭い食堂で、私のために歓送会を開いてくれた。売店で買つてきた少しの飲み物や食べ物を持ち寄つて、ささやかな会ではあつたが、心温まるひとときだつた。皆元気そうで、とても入院中の患者とは思えない。学生時代のように、それぞれが希望と情熱をもつて、将来のことなどを語り合つた。翌朝、看護婦さんに、「昨夜、食堂で酒盛りをしていたでしよう？」と言われ、思わず苦笑したものである。

九月初め、妹夫婦に付き添われて退院した。三か月半いた温室のような場所から荒海に投げ出されたようになるに、厳しい現実が待つている。約五か月間寝ていたことになるので、ふくらはぎが赤ちゃんのようにふわふわ柔らかくなつてしまい、膝の関節が痛み、立つてることさえ辛い（病院では、あなたによく動き回つていたのに）。退院の際、先生から「骨が弱つてるので自転車に乗らないように」と注意があつた。それで、膝の治療のために、徒歩で片道三十分程度のところにある整骨院まで、約二か月間歩いて通つた。そこでの治療が効いたとは思えなかつたが、歩き続けたお陰で、足に筋肉がついたらしく、痛みは徐々に弱まり、それと共に、体力も少し

ずつ回復してきた。

退院後も、外来で週一回、抗がん剤の点滴が二週間続き、二週間休むというサイクルで約一年間続けられた。その後、少し弱い抗がん剤の注射に切り換えられ、約二年間続けられた。その後は、現在までホルモンの内服薬だけになっている。

治療の結果、肺と骨盤の腫瘍が消えた！ だけど、胸骨には現在もまだ残っている。抗がん剤の治療開始後約半年過ぎた頃から頭髪が生え始め、一年後にはほぼ生え揃ってきた。ただ、抗がん剤の治療を始めて三年経った頃、嗅覚がほとんどなくなり、日常生活で少し不自由を感じることがあったが、それも徐々に慣れて、最近では少しにおいを感じることもできるようになつた。

退院後三年目頃から、また自転車に乗るようになり、少しずつ行動範囲が広がってきた。入院生活はたとえ快適でも、目に見えない鎖につながれた囚人のようにも感じられたので、改めて、自由の身になつた喜びを味わつていい。

私が、あのように危険な状態から、奇跡的に回復し、普通の生活ができるようになつたのは、ひとえに先生はじめ、看護婦さん、家族、友人、その他多くの人々のお陰だと心から感謝している。病気をして、確かに失つたものはある。けれども、それ以上に得たものもたくさんあつた。病気は、私に大きな試練を与え、その後の生き方を教え、毎日感謝することと、人々のために祈ることまで教えてくれた。多くの

人々の支えで、その試練を乗り越えることができたのである。あれから十四年。あの時小学二年生だった息子は二十一歳になつた。入院中、楽しい思い出を残してくれた杉本さんは、退院して一、二年後に、そして私の病気を一番心配し、献身的な愛で支えてくれた父は、七年前天国に行つた。

この十四年間に、私はいろいろ人と出会つた（入院中に星野富弘さんの本に出会つたことも、私にとつて大きな励ましになつた）。たくさんのいい仲間もできた。十年前に発足した八番会（安達先生の患者の会）を通して知り合つた数人のいい仲間がいる。この間に、多くの心優しい友を失つた悲しみは深い。それを乗り越えるためにも、最近の私は仲間と共に「同病相哀れむ」ではなく、「同病相楽しむ」を実践している。病院の帰りに、友人と食事をしながらおしゃべりをしたり、時には尾瀬や上高地など大自然の中歩くこともあります。そんな時間が最も心安らぐひとときで楽しい。自宅で始めた小さな学習教室は、この春十二年目を迎える。時代は変わつても、子供達の純粋な心、素直な心は本質的に変わつていないとと思う。最近少し白髪が出てきた私に対しても、友達のように接してくれる子供達は本当に可愛い。退院後、混声合唱団に復帰して十年以上になるだろうか。昨年は初めてオペラ「カルメン」に出演し、仲間と共にいい体験をした。昨年春から始めた二つの趣味を通して、また楽しい仲間ができた。仕事や趣味など日頃打ち込めるもの、楽しめるもの

があると、何か困難なことや不幸なことに出会つても、それを乗り越えるエネルギーになることを知つたし、たとえ気持ちが落ち込んでも、早く立ち直ることができるようになつたように思う。

窓の外はまだ雪。あの年のような大雪だ。まだ私の病気は完治していない。だから、決して同じ過ちを繰り返さないように、いつもいい体調、いい精神状態を保つために、主として次のようなことを心がけている。

栄養のバランスを考えて食事を取る。適度な運動をする。過労にならないように気を付ける。いやなことはできるだけ早く忘れる（ストレスを溜めないように、気持ちをプラス思考に切り換える）。そして、小さな喜びを見つけ、毎日を楽しむなど。

あの時、サクラや花々の美しさが悲しく思えたが、今は素直に美しいと感じ、楽しむことができる。大好きな花が次々と咲く春が待ち遠しい。

平成十年一月十五日  
(すがの　えいこ・主婦)



平成9年7月 尾瀬にて（右から3人目が筆者）

# それでも戻したい —闘病日記より—

若木

翠

(平成九年一月十四日、子宮頸癌から転移した心嚢ドレナージ手術—以下括弧内は夫の付記)

一月二十日

再入院して一週間、またこうして元気になれたなんて夢みた。十日の朝、鏡の顔を見たとき、我ながらあきれるほどひどさで、こんな病気との関連を考える前に、ああ、こんなにむくんだらお茶会もできやしないと、がつかりしたのを覚えている。

パパが心配した腎臓じゃなくて心臓だなんて—こんなことつて本当にあるんだなあ。

これからどんなことになるのか、わからないけど、もし少しの間でも元気で家にいられたらいなあと思う。また田紀(三女)とパパと二人でお茶会したらどんなに楽しいだろう。

今朝八時、胸部外科の小森先生の回診・消毒。そのあと大村先生がみえて、順調に回復しているようなので胸部放射線いつからにするか、相談するといって帰られた。

また放射線になるのかなあー。今度はどのくらいの効果が期待できるんだろう。家に帰れるのなら何でもやるつもりだけど、苦しいだけであんまりメリットのないのもいやだし難しいところだな。

百人一首を読んでいたら三三番の友則の歌が目に入った。この歌は、昔はきれいな歌だなという印象しかなかつたのに尚ちゃん(次女・夭折)が亡くなつて、そのあと私も明日しれぬ身となり、いまでは静かな気持ちで耳にすることができるなくなつた一首だ。

ひさかたの光のどけき春の日に  
しづ心なく花の散るらむ

一月二十四日

胸の管が抜けた初めての朝、窓を開けて冷たい空気を吸つた。自分で窓が開けられたのは嬉しいこと。洗顔後体重をはかる。四十一・〇、また少し減った。しわくちゃになりそうでいやだな。着物も以合つて着たいし、お茶もエレガントに点前したい。二度も死んだはずの人間がなにをいうかと、笑われそうだけど、みつともない姿になつてまで、生きていると感じられるだろうか。ともあれ、今、この瞬間はきわめて快調、どこも痛くないし、どこにも不都合がない。前と同じままで生きている。こんな奇跡的なことつてあるのかと無神論の私には、神の啓示かと、とまどいすら覚えるのだけど、神というより日の前にいる生きた神様たち——先生方・看護婦さん・家族——のおかげだとしみじみ思う。

朝七時すぎに小森先生がみえ、外泊のこと胸部外科としては問題ないと思われる所以で大村先生の許可があれば大丈夫といつて帰られた。つづいて大村先生がみえ、明日土曜の朝から日曜日の午後まで許可するとのことだった。少々の不安はあるが、ともかく家に帰れるのはとても嬉しい。  
さつそくパパにTELしたら、真里（長女結婚して外国住）が心配して電話ばかりかけてくるので参つていてるらしい。何とか心配させずに収める方法はないかしら。あの子は意外に泣き虫だから、本当のことを知つたら仰天するだろうし、困つたね。私の気持ちは、あくまで知らせない方がいいと思

つてゐる。知つてよかつたことなんてあるわけないし、元氣で暮らしていると思っていてもらうのが一番の気がする。たとえ、死んでからでも、生きてるか死んでるかなんて、遠くにいたらさほど違わないんじやないかな。できるだけ長く生きていると思わせておいてね。

十一時にパパ来院。真里にTELしてくれと国際電話のカードをもつてきた。ママの声を聞かせないことに、真里が納得しないだろうと由紀と話し合つた結果だという。

しかたがないので、B1の電話でTELしたら真里が出て、開口一番ママと泣き出したのには参つた。真里は馬鹿だねえ、なんでもないし、尿が出ずらくなつて検査に來ているのだからと説得。どこから掛けているかというので、病院からだと先まわりし、明日は退院すると説明。納得したかどうか、さだかではないが、私としてはこれが精一杯の演技である。これからどこまでだまし通せるか自信ないけど、パパしっかりしてよ。

私にとつて真里は幼い頃と同じかけがえのない愛し児で、逢いたい気持ちで一杯だけ見舞いや臨終のために帰つたりしてほしくない。真里には真里の生活の場で、ママの死をしつかり受けとめる強い力をもつてもらいたいと思つてい

二月十九日

昨夜の人間大学（柏木哲夫先生）で死の受容についてのはなしをきいた。受受容能力はやがて死ぬというときに、死ぬまではしつかり生きようという気持ちになる力で、あきらめ（消極的）と受容（積極的）は異なるといつてはいた。死をあきらめをもつて認めることと、積極的に受容することとの間に、そんなに差のあるものだろうか。ベトコンみたいに、國のためには云々という時代じやないんだし。どうもよくわからん。自分の場合で考えてみてもⅢ期で手術不能、再発すれば一

二割しか直る可能性がないと宣言されて、そのときはそれでしかたがないというあきらめからの出発だったと思う。ただ、あきらめて暗く暮らすより、あきらめても積極的に生きようとパパと決めたのよね。だから、一日一日が大事だし、本当はね一時間も惜しくらい、目をパツチリあいて二十四時間過ごしたいくらい。

今回の治療（放射線）が終わったら、家の生活が去年よりもきっともつと私にとっては密度の濃い時間になるとおもう。

さつき、米本先生（大学の同級生）から、行つてもいいかどうか問い合わせがあつた由。もちろんOK。すぐにみえたので、これまでの経過と近く治療が終るので退院になるだろうこと、東病院のことなど話した。ついでに、葬儀はしないので承知してほしい旨話をしたら、彼も同じ主義なんですつ

て。なんでも、彼の父上の臨終のときフランス旅行していて、電話したら家中大騒ぎになつてゐたんですつて。—それで、すぐにひき返したの？つて聞いたら、死に目にあいたくないし、帰つても役に立たないからそのまま旅行を続けたんですね。帰国したときはすべて終わつていたつて。いい話よね。私も、終わりのときは、パーティーの最中では絶対イヤダ。誰にも知られず、ひつそりと逝きたい。

二月二十五日

お昼すぎ、婦長さんがみて、東病院のホスピスの話になり、急にバタバタと明後日に見学に行ってみることになった。私自身としては、勿論今すぐこちらの治療をやめて東に移るというつもりはなく、手だてがなくなつたと大村先生が判断された時点でお願いしたいと思つてはいる。在宅ケアの本もいくつか読んでみたが、あまり現実的ではないように思われた。できればターミナルはポスピスで過ごしたいと思う。

二月二十七日

東病院を見学する日。P C U外来の前でドキドキして待つているとアンケート用紙を私とパパと別々に渡され、そのあと篠田先生との面談があつた。若いしつかりした先生で大村先生の書状をみながら、いろいろ説明してくれた。これから予想される化学療法については、先生個人のお考えとして、

二〇一三〇%以上の効果が見込まれれば、やつたほうがよいとのこと。結論は「あなたが一番現実的だと思う方法を選択すること」—これが先生から私への忠告だと言われる。

しかし、現実的とは何を指すのか。それは自分で考えよといわれた。はて何か？すぐには見当もつかない。

そのあとP.C.U病棟の見学。あいにく部屋は全部ふさがっていて見られなかつたが、廊下・ロビイ・庭などの感じからは、こじんまりした静かな場という印象だつた。

しかし—

頭で考えていたのとは、やつぱり違う。建物もたたずまいも予想通りなのだが、その場に現実に立つた自分と、頭の中でそこにいる自分とが全く違うのだ。中央病院にしながら想像していた気楽さがいつぺんにすっとんで、いきなり絞首台の下に引き出されたような感じだ。私はここで死ぬのかと思ふと、今までずっと考えてきたプロセスのはずなのに心に躊躇が走る。こわい。イヤだ。それじゃ、家で死ぬほうがいいの？ それとも、中央病院でみんなが見てる前で死ぬ勇気がある？ それもイヤだ。やっぱりここしかないのかな。

でも—

感想からいうと、中央病院とP.C.Uでは、無期懲役と死刑因くらいの差がある。ここは真に死と直結しているのだ。家庭的雰囲気をどんなに嗅ぎつけようとしても、家とは似ても似つかぬ場所でそうそうは馴染めない。ま、あきらめて馴染

んだころがちょうどサヨナラの時期かなども思う。

何か急に淋しくなつた。心のなかに冷たい雨がふる。イヤ

ダとふるえる心も、それを叱咤するのも、おなし私の心。夕方、婦長さんに見学のお礼と感想を述べに行き、不覚にも涙があふれて困つた。話をしながらあの場面での自分の心をたどると胸がつまつてしまつたがいい。でも、朝九時半に行つたときと十一時と二回P.C.Uを訪れたのに、患者にひとりとして会わず物音のしないシーンとした病棟からat homeを感じ得ようか。パパもおなじ感じをもつたといふ。今度この場に立つときは、勇気をふるい起こしてか、あるいは、すつかりあきらめてかのどちらかだろうな。

### 三月五日

梶山先生と化学療法についての打合せ。パパと一緒に治療内容・副作用・効果など詳しく伺う。先生の今日のお話を聞くと、あんまりいいことなさそう。髪はなくなるは、効果は認められないことも十分あり—ということよね。肺に2cmほどの影が五、六個あるということは、全身に転移しているはずだから化学療法を受けるか、治療をやめてホスピスに直行か、その二つのうち一つということになる。パパは化学療法をやつてみてほしいというし、由紀もやつてみる価値はあるというけど、昨日までは自分でもその気になつていたのに、いざ印を捺す状況に立たされると躊躇がなくもない。

迷うのは何のせいかな？ パパや大村先生が心配している免疫力や血液の状態の低下というよりもっと極端に単純な脱毛なのよね。見栄というか、長い髪への愛着は勿論あるけど、もう一つはそれで癌だということが判つてしまふこと。人に会うことも苦痛になるだろう。癌で聞いたら、それも抗癌剤をするような段階だと知つたら、もう半分アチラの人という印象をもつはずだ。私は同情されるのは嫌いだ。噂されるのもいやだ。不治の病だけに、家族だけにとどめておきたい。

三月十日

夜、婦長さんがみえた。体調がよくなないので抗癌剤の治療は延期したほうがよいのではないかといわれた（六日より視野欠損が始まっていた）。私も躊躇していた化学療法がこんな形で延期されるのは私の心の奥底の願いの反映であつたかのような複雑な思いだ。でも、それではもう戦いをあきらめるかといわれれば、いやまだあきらめはしないと答えるだろう。攻撃はやめて防戦一本になるのか？ そこまでは悟りきれない。

玉碎近しというところか。

（三月十四日、二度目の心囊ドレナージ手術を受ける）

三月十八日

眼科のほうも検査の結果今すぐどうといふこともなさそう

なので、抗癌剤の治療を始めることになった。

夕方、高木先生の回診のとき、抗癌剤をはじめることに本当に同意したのですね、と重ねて尋ねられた。

答え—今回の心囊手術は、なんとなく、もう生きて戻れないのでないかと思った、だから、今度こそは、パパと由紀のために、ふたりの望む化学療法を積極的に受けようと心に決めたこと、そして、それが、私がパパと由紀にしてあげられる多分最後のことだろうからと。

四月六日

三日午後やつと外泊の許可が出て三週間ぶりにわが家に戻つた。四日は午前中に雨もあがつて、桜見物。桜並木の両側から車の天窓を覆いつくす桜花。天窓を開いてじかに仰いだ桜はいつそう生き生きと鮮やか。この日桜を見て、さくらの美しさに去年までと違つた思いのあることを悟つた。華やかさ、気高さ気品、凜とした強さ、潔さ、はかなさ、散る花の美しさは桜が一番だ。

おもいがけず春の一日満開の桜に酔えり  
われまだ生きて在り

完

（平成九年七月二十二日没、五十七歳。全て仮名を使わせて  
いただきました）

# 小黒八七郎先生を偲んで

国立がんセンター東病院副院長 吉田茂昭

去る平成九年十一月十八日小黒八七郎先生が亡くなられた。享年六十八歳であった。

先生は、第二次世界大戦も終局に近づいた昭和二十一年四月、旧制新潟中学三年進級時に海軍兵学校へ入学され、同年八月の同校解散に伴い旧制新潟中学校四年に復学。昭和二十一年四月四修で旧制新潟高等学校に進学。昭和二十四年三月同校卒業とともに東京大学医学部医学科に入学、昭和二十八年三月に卒業された。はた目からみると、戦中・戦後の激動期にも拘らず、その勉学環境はきわめて順調のように見えるが、

この間様々な糾余曲折があつたこと、生きることすら大変であつたことなど、生前、折に触れて縷々伺つたことがある。その中で、海軍兵学校への入学志願は「お国のために何とか役立ちたい」という、ひたすら純情の発露であつたこと、体

格は小さかつたが相撲が得意で腕力には多少自信があつたこと、大學は東大と新潟大と両方に合格したが、東京に行くのは不安であり、暫くは二重学籍で過ごしたこと、上京後は物不足がひどく、生き抜くことすら大変な苦勞だったが、不思議と辛いという思い出は少なかつたことなど、印象深く聞かせて頂いた。

大学卒業後は母校でのインターーンを修了し、東京大学医学部田坂内科（第一内科）研究生として医師としての第一歩を踏み出された。入局中は東京養老院、大宮赤十字病院、大森赤十字病院などの関連病院に出向する傍ら、研究活動にも勤しまれ、ビタミンB1に関する研究で昭和三十四年十月には博士号を授与された。

昭和三十七年に国立がんセンターが開設されたが、これに

伴つて同年五月に医員として採用され、その後は内視鏡部長として定年退官された平成七年三月まで、国立がんセンター一筋に奉職された。開設当初は現在の管理棟地下物置にあつた中央検査部の一角に数台のベットを持ち込み、崎田隆夫先生（前日本消化器内視鏡学会理事長）とともに、日夜胃カメラの研鑽を積まれたという苦労話をよく伺つた。当時の胃カメラは今日の内視鏡とは異なり、胃内の状況が全く見えないため、腹壁から漏れてくるフラッシュ光の状態を見て、うま



学術シンポジウムに出席の末舛国立がんセンター名誉総長(左)と小黒先生

く撮れているか（スコープが粘膜と適正な間隔を保つているか）否かを判断しなければならないが、熟達してくると、きわめて短時間に撮影を完了できるため、最大数百例単位の症例を一日でこなしたこともあるという自慢話も何回か伺つたことがある。また、現在胃透視で広く使用されている発泡錠は、そもそも当時の胃カメラ検査で簡単に胃を膨らませる方法はないものかと模索中に、先生が発案したものであるといふお話であつた。

その後、胃カメラからファイバースコープへと時代が進み、早期胃がんの内視鏡診断が漸く確立した昭和五十年代には、いち早く胃がんの内視鏡治療に取り組まれ、高周波ポリペクトミーやレーザーによる早期胃がんの治療では、ともに世界初の症例を手がけられた。丁度私が国立がんセンター内科レジデントとしてお世話になつた頃である。

爾来、小黒先生には亡くなられるまで二十数年間にわたつてご指導を頂いたが、振り返つてみると、先生は生意気盛りな我々に本当に自由に仕事をさせて下さつた。中には問題含みの難しい仕事もあつたが、「完璧をめざして足踏みするよりは、半歩でも前進した方が良いのだから」と励まして頂いた。足りないところは皆で知恵を出し合い、協力し合つて仕事を作るという国立がんセンター消化器内視鏡グループの良き伝統は、互いに半歩しか持ち合わせていないのだという一體感（それこそが先生の教えである）から生まれたように思

えてならない。

先生の活躍の場は国立がんセンターにとどまらず、客員講師として東京大学、東邦大学、筑波大学などで教鞭をふるわれた。また、学会活動では日本消化器内視鏡学会の理事および関東支部長として、大勢の会員を束ねて堅実な指導力を發揮された。また、日本消化器病学会、日本消化器集団検診学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本内科学会、胃癌研究会、日本レーザー医学会などでは理事あるいは評議員（指導医）として活躍された。また、この間日本消化器内視鏡学会、日本消化器集団検診学会、日本レーザー医学会などでは総会長を務められ、国際学会としては国際 YAG レーザーシンポジウムを開催された。

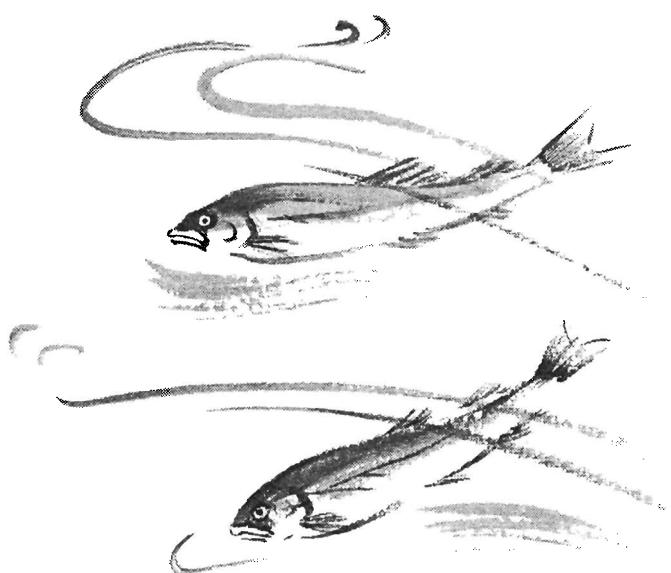
先生は勉強家でその仕事振りは常に精力的であった。国立がんセンターを去るにあたってまとめられた業績集をみると、何と八百三十一篇の著作が並んだ。一昨年六月胃がんで亜全摘術を受けられた時、担当の笛子充医師（現第一外来部長）からIV期であったことを告げられ、余命の少ないことを悟られた先生は、残された人生を更に精力的に生きられた。化学療法の有害反応や病勢の進行による体力の消耗もかなりものであろうと抨察していたが、弱音を吐かれることなく、亡くなられる四週間前まで学会活動に身を投じておられた。その一方で、既に「大明院釈聖医」の生前戒名を受けられ、ご自分の最期にも備えられておられた。その生き様は正に海軍

兵学校最後の入学生にふさわしいものであった。

小黒八七郎先生、本当にご苦労さまでした。安らかにおやすみ下さい。心からのご冥福をお祈り致します。

合掌

（よしだ しげあき）



## 「石原和之先生について」

国立がんセンター中央病院  
第二外来部皮膚科医長

山本明史

前国立がんセンター中央病院皮膚科医長の石原和之先生の御功績、お人柄について、先生の歩んで来られた道を振り返えりながら、不束な私ですが御紹介させていただきます。

石原先生は昭和六年三月十三日に東京でお生まれになられたチャキチャキの江戸っ子でいらっしゃいます。御尊父は政治家兼実業家でいらっしゃられ、そのご次男として出生されました。野球とゴルフが大好きで、熱烈な巨人ファンであられ、毎年一喜一憂されておられます。

石原先生は昭和三十一年三月に県立奈良医科大学をご卒業されましたが、大学在学中は弓道部に所属され、武道の精神

一病院に非常勤として赴任されました。当時は皮膚泌尿器科であり、医長の松本恵一先生とわずかお二人であります。翌昭和三十八年六月に正式に医員となりました。石原先生は横浜市立大学医学部では泌尿器科のご経験もお持ちだったのです。何とか対応されたそうです。しかし、入院患者は皮膚科七人、泌尿器科十

人十五人を一人で受け持たれ、文字通り昼夜ない生活であったそうです。手術が終わると夜遅くなることも珍しくなく、「夜七時頃よく看護婦さんから牛乳やパ

ンをたべさせてもらった」とにこにこおられました。当時の横浜市立大学皮膚科の野口義園教授は泣く子も黙ると言われた非常に学間に厳しい先生で、教室員皆に恐れられていた存在であったそうですが、石原先生ただお一人だけはその教授に目をかけていたのでおられたそう

あります。手術後もその後始末が大変で、やがて石原先生のお仕事やご研究ぶりが教授に認められておられたからだと容易に推察されます。

昭和三十七年（国立がんセンターが開院された年）十一月より国立がんセンタ

で、やはり石原先生のお仕事やご研究ぶりで、やはり石原先生の困難となり、膀胱洗浄を数時間繰り返して夜が明けたことも珍しくなかったそうです。また当时日本で最初に手掛けた回腸導管手術の時には前日から身体を休ませて気力を充実させて臨まないと終わつ

た時には身体がガタガタになつたそうですね。さらに当時は泌尿器科の合間に皮膚科の診察をされるので、想像を絶するほど忙しかつたようです。その後、外科の藤井功一先生、山本浩先生、岡林謙藏先生が来られて少し楽になれ、次いで泌尿器科の専門医として垣添忠生先生（現病院長）、岡田清己先生、中内浩二先生が来られてさらに楽になられたそうです。

石原先生は昭和四十一年四月に皮膚科医長になられて、皮膚科が独立し、當時不治と言われた悪性黒色腫（メラノマ）に取り組まれました。当時悪性黒色腫の発生数は少なかつたのですが、この腫瘍に罹患すると確実に死亡するとされ、その診断は「死刑宣言」と恐れられていきました。石原先生は昭和四十五年に「悪性黒色腫の診断と治療」と題して厚生省がん助成金による研究班を結成され、先生のライフ・ワークがスタートしました。

当時皮膚科の医師は石原先生お一人で、外来患者は多いときは一〇〇人を超し、再び朝早くから入院患者の対応と外来に

明け暮れる毎日となられました。そしてどう

とう過労のためか石原先生は急性肝炎に罹患され、外科の小山靖夫

先生（現栃木県立がん

センター所長）に「お前、死ぬぞ！」と脅か

されて入院されたそ

です。主治医は服部信

先生で、三ヵ月後よう

やく肝機能が正常化し

ました。そして当時の

院長でいらっしゃった

石川七郎先生に呼ばれ、

「皮膚科は混んで大変

であるので、一人医師

を増員する」とおっし

やられ、石原先生は大

きびだつたそうです。



平成9年6月 第4回世界メラノーマカンファレンス（シドニー）にて、石原先生と筆者

薦され、また毎回のようにシンポジウム、などを歴任され、とりわけ昭和六十年にワークショップに出演されるようになりました。さらにハンガリー（ブダペスト）での国際癌学会やイタリア（ベニス）での世界メラノーマカンファランスなどをはじめ、多くの国際学会で日本の悪性黒色腫についてご発表されました。

そうして悪性黒色腫に対する研究班の成績は着々と進んで、さしもの難攻不落と言われた悪性黒色腫も病期Ⅱまでは長足に予後が改善し、また病期Ⅲの予後も向上し、一応の治療指針が確立されました。すなわち、今や「死刑宣告」の領域から脱することができました。しかし、病期Ⅳを主体とした進行期悪性黒色腫はなお頑固に抵抗を示しています。

当時、石原先生は学会関係では日本癌学会評議員、日本癌治療学会理事・編集委員・選挙管理委員・効果判定委員・癌診療対策副委員長、日本アレルギー学会評議員、日本皮膚悪性腫瘍学会理事長、日本BRM学会常任理事、日本研究皮膚科学会評議員、日本医真菌学会功労会員賞、平成元年十月に日本皮膚科学会清寺記念賞、平成八年二月に高松宮妃癌研究基金

学の発展に多大な功績を残されました。石原先生のご研究歴としては、昭和四十五年より厚生省がん助成金メラノーマ研究班の班員をずっと続けられ、昭和五十三年～平成四年まで同研究班班長を勤められ、昭和六十～六十二年は皮膚リンパ腫研究班班長も勤められました。その他、癌戦略十カ年総合研究班班員や文部省癌研究班班員も勤められました。また、横浜市立大学医学部、埼玉医科大学、岐阜大学医学部、聖マリアンナ大学医学部、帝京大学医学部、神戸大学医学部など九

大学の非常勤講師を勤められ、医学部学生の教育にも貢献されました。石原先生のご業績はあまりにも多すぎますので、その一部がご評価されまして、昭和五十四年二月に日本癌振興財団田宮賞、平成元年十月に日本皮膚科学会清寺記念賞、平成八年二月に高松宮妃癌研究基金

の本対ガン協会賞（個人の部）等名誉ある理事長を勤められ、日本の皮膚悪性腫瘍一病院の皮膚科レジデント第一号として採用されてからであります。医局の教授の御推薦で研修に来させていただいた訳ではありませんが、石原先生はとても優しく指導して下さり、体型どおり包容力が大きく、また立派な先生なのに細かい所までよく気を配られる先生でいらっしゃいました。私はレジデント終了後医局に

もどりましたが、その後も皮膚悪性腫瘍の研究グループの一員として御指導、御鞭撻を賜つておりました。石原先生は平成五年頃から流石にお疲れになられ、ご持病の糖尿病も悪化され、多くのやり残しがあるが、席を汚す前に後輩に託す」と決意され、平成六年七月に国立がんセンター中央病院を退職な

を御推薦いただき、微力な私であります  
が石原先生の弟子として石原先生の意志  
を継ぎ、皮膚がん克服のため、着任せさ  
せていただいた訳であります。

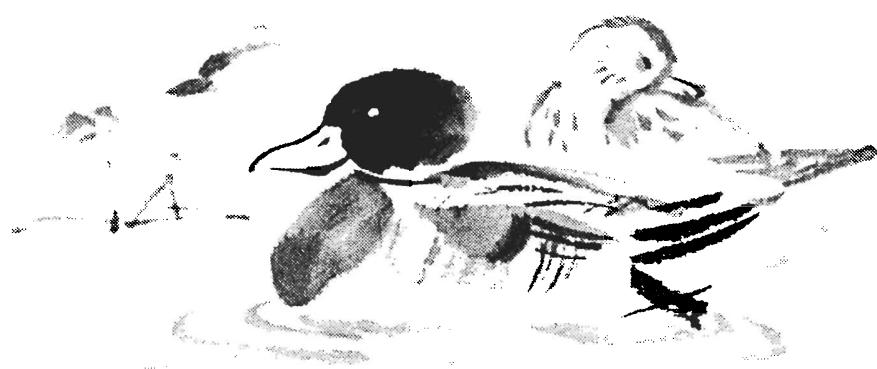
石原先生は退職後国立がんセンター中  
央病院に近い中央区月島で石原診療所を  
開設されました。高名で、立派な先生で  
いらっしゃるので、連日多くの患者さん  
が診療所に来られています。そのような  
大変忙しい毎日でいらっしゃるにも  
かかわらず、皮膚がん克服に対する情熱

を失われず、診療所に「皮膚がん予後統  
計調査研究所」を併設され、毎年全国ア  
ンケート調査を実施され、皮膚悪性腫瘍  
の動態、治療の現状等について調査、解  
析を行われておられます。また、昭和大  
学医学部客員教授もされておられます。

石原先生は「人生の大半を過ごした國  
立がんセンターは小生にとつて得難い教  
訓を与えてくれたばかりでなく、多くの  
かえがたい先生方と交際でき、今振り返  
つてがんセンターに勤めて良かったと思  
うと同時に今後もがんセンターから離れ

ず、力少なくとも外からできるだけ応援  
し、共に過ごしていきたいと思つていま  
す。」とおっしゃられておられます。私  
達の経験などは「石原先生の足元にもとて  
も及ばず、石原先生の深い経験や包容  
力により今後とも私達の御指導、御鞭撻  
をお願いしたいと存じております。また、  
くれぐれもご健康に留意され、皮膚がん  
克服に対する情熱を燃やし続けていただ  
きたいと念願しております。

(やまもと あきふみ)



## がんセンター めぐり

(20)

# 新潟県立がんセンター新潟病院

新潟がんセンターは信濃川の河口に位置し、人口二五〇万人の新潟県の県庁所在地である新潟市の中心地にあり、新潟駅からJR越後線で五分、白山駅から徒歩三分、新潟駅からバス二〇分の交通至便の地にある。新潟市は人口約五〇万人、医療機関としては、新潟大学医学部付属病院、新潟市民病院もすぐ近くにある。診療圏は新潟市をはじめとして下越が中心であるが、その他にも広く全県下から患者が集まっている。

### 立地条件および沿革

当院は戦後間もない昭和二十五年（一九五〇年）に現在地に「県立新潟病院」として創設され、性病患者の治療と予防及び健康診断を目的とし、内科、性病科の「診療科」二〇床で開院した。当時新潟県は全国四番目の「がん死亡」県であったことから、昭和三十三年（一九五八年）に県は「ガン対策推進委員会」を設置して検討したことになり、全国に先駆けて昭和三十六年（一九六一年）一月から「県立がんセンター新潟病院」と名称を変更し、診療科目一〇科（内、小、外、皮、泌、産、婦、耳鼻、眼、放）、一般病床三六六床、乳児施設三〇床の総合病院として新たなスタートを開始した。ちなみに日本対がん協会が設立されたのは、昭和三十三年八月であり、国立がんセンターの開院は一年後の昭和三十七年であった。



新潟県立がんセンター新潟病院

昭和三十九年（一九六四年）六月、新潟地震により、本館を除く木造二階、二棟が倒壊するなど大きな被害を受けたが、昭和四十一年四月地震被災の復旧と増築により病床数四五四床（助産施設二〇床

を含む）となつた。その後施設の老朽化

が著しく、昭和五十九年（一九八四年）

九月隣接地に新病院建築に着手し、昭和

六十二年五月「県立がんセンター新潟病

院」を「県立がんセンター新潟病院」と

改めた。診療科目は内、小、外、胸外、

整、神内、脳外、皮、泌、産、婦、眼、

耳、口外、放、麻の計一六科、病床数四

五〇床となつた。平成六年（一九九四

年）六月胸部外科を呼吸器外科、心臓血

管外科に名称変更、平成八年（一九九六

年）四月精神科を開設し、診療科目は一

八科となって現在に至つてゐる。

## 当院の使命と運営方針

「がんセンター」の基本方針をめぐつ  
ては、設立当初より、「がん」の基礎的  
研究を中心とした「本格的」がんセン  
ターにすべきであるとする新潟大学側の  
意見と、総合病院としての機能を保ちな  
がら「高度な」がん治療を行おうとする  
県側との意見の対立があつた。年余に亘  
る激論は一流のがん研究者やがん専門医

も動員して続けられ、おおいに当時のマ  
スコミをも賑わした。しかし結局ほほ県  
側の意向にそつて「新潟がんセンター」  
が発足した。

一方昭和四十三年（一九六八年）七月厚  
生省臨床研修指定病院となり、現在まで  
およそ一七〇名の卒後前期研修生を送り  
出している。また昭和六十年（一九八五  
年）八月からは中国黒竜江省病院と学術  
交流を開始し、中国より研修医を受け入  
れている。

また当院では発足当初より病歴管理室  
を設け、患者の病歴資料を整理保管する  
とともに、がん患者の登録及び追跡調査  
を実施しており、その資料は臨床研究の  
最も基本的、かつ重要なものとなつてい  
る。

## 施設と設備

昭和三十七年～四十一年の入院患者に  
しめる悪性疾患患者の割合は一三・九%、  
入院患者中の悪性疾患患者の病床占床率  
は二一・一九%に過ぎなかつたが、現在  
では悪性疾患患者の病床占床率は七〇%  
以上、全退院患者中の悪性疾患患者の割  
合も五〇%を超えており、診療圈は県下  
一円におよび、県内外から名実ともに地

病院敷地は二九、六九七・八四五m<sup>2</sup>、  
建築面積、七、九二四・八五m<sup>2</sup>、延べ床  
面積二八、八二六・〇三m<sup>2</sup>で、地下一階、  
地上七階である。地下一階は機械室、防  
災エネルギーセンターと、病理解剖室、  
靈安室、多目的ホール、サービス部があ

る。一階は正面玄関を入ると、二階天井までの吹き抜けのホールで、正面に二階受け付けカウンター、薬局のカウンターがある。左手へ進むと神経内科、脳外科内科、泌尿器科、整形外科の外来部門。正面エスカレーターの脇をまっすぐ進むと、廊下突き当たり右手に内視鏡室がある。内視鏡室には超音波内視鏡システム、内視鏡ビデオシステム、内視鏡レーザー等がある。この廊下の途中で右手へ曲がると、中央採血室、一般検査室、放射線診断部門がある。診断用X線撮影装置、X線画像処理システム、CT、アンギオ装置、MRI等の画像診断機器がある。少し離れてR1部門があり、ガンマカメラECTシステム、オートウエルガニマシステム。その奥に放射線治療部門がある。リニアック二台とマイクロセレクtronronがある。

來と生理機能検査室。そこから病棟部門へ繋がる廊下の両側に検査室、輸血部、講堂がある。講堂は約二〇〇名収容可能で、院内のカンファランス、会議、研究会、講演会等に利用されている。情報調査部、資料室、図書室、フォトセンター、医局、食堂、売店も二階にある。三階は手術部（手術室数は八室）、中央材料部と管理部である。病棟の構造はZ型で東西にわかれ、小児科、血液内科病棟である東七階には無菌病室が四床、放射線、耳鼻科病棟である西三病棟にはR I 病棟が四床ある。

診療内容及び研究活動

射線診断部門がある。診断用X線撮影装置、X線画像処理システム、CT、アンギオ装置、MRI等の画像診断機器がある。少し離れてRI部門があり、ガンマカメラECTシステム、オートウエルガントマシステム。その奥に放射線治療部門がある。リニアック二台とマイクロセレクトロンがある。

医師数は臨床部は正規五七、臨時八、パート二の六七名、研究部三名（臨床検査一、病理二）パート〇・一で合計七〇名である。看護部は看護婦二六五、准看護婦六七、助手二〇である。平成八年の外来患者数は三四八、七二三人（一日当たり一、四二三人）、入院患者数一六〇、二五三人（一日当たり四三九人、

赤井班 平成七年（一九九五年）より引き続きがん克服新一〇か年戦略に、小越班として新潟県に多い胆嚢がんの研究に取り組んでいる。また厚生省がん研究助成金研究班、集学的治療研究班を中心として、がんの集学的治療とりわけ化学療法の面では、各臓器がんに対して積極的な化学療法の研究が行われており、特に最近では末梢血幹細胞移植併用による、大量化学療法の研究が行われている。

病床利用率九七・六%）である。入院待機患者は常時二〇〇人を超える。平成八年の悪性疾患患者の入院数は三、六八九名で在院患者の七〇%をこえ、退院患者の六〇%弱である。診療圏別では新潟市三八・五%で、その他広く全県下におよび、県外からも七六人（二・一%）の入院があった。

研究活動も活発で、平成八年学会発表数二八九、発表論文数九〇であった。また昭和五十九年（一九八四年）より厚生省対がん一〇カ年総合戦略に、阿部班、赤井班、平成七年（一九九五年）より引き続きがん克服新一〇か年戦略に、小越班として新潟県に多い胆嚢がんの研究に取り組んでいる。また厚生省がん研究助成金研究班、集学的治療研究班を中心とし、がんの集学的治療とりわけ化学療法の面では、各臓器がんに対し積極的な化学療法の研究が行われており、特に最近では末梢血幹細胞移植併用による、大量化学療法の研究が行われている。

## 今後の方向

現在当院の駐車場の一部に、がん予防総合センター（仮称）を建設中であり、

平成十年（一九九八年）八月にはオープ

ンの予定である。大腸がん検診の内視鏡による精査、および難治がんである肺癌の二次精査を目的に建設されたものであ

る。他に新潟県のがん登録、検診従事者の研修、がん一次予防のPRが予定され

ている。この施設の完成により、がんの早期発見、早期治療が一層進歩するのもとより、総合的な県のがん対策の中心となることが期待される。

この予防総合センターが完成後、短期がん化学療法病棟五〇床を増床する事になつて、入院待機患者の解消に役立つものと考えている。

一般住民の意識の変化、医療技術の進

歩、多様化等よりインフォームドコンセ

ントはこれから医療のキーワードである。特にがん診療においては十分な説明と患者の納得、同意なしで診療すること

是不可能に近い。病名の告知を含めたよりよいインフォームドコンセントはどうあるべきか、院内全

体で検討しつつある。

いずれにせよ当院が全国に先駆けてがんセンターという名称で発足してから三十七年が経過した。

当初は総合病院的色彩が強かつたが、時代とともに諸先輩の努力とともに、県当局、新潟大学、県医師会のご理解もあいまつて、がん

専門病院としての役割を期待されることが強くなつてきており、今後益々地方がんセンターとしてその役割を果たしていかねばならぬことと考えている。

（院長 栗田 雄二・

くりた ゆうじゅう）



新潟県立がんセンター新潟病院  
(新潟市川岸町2丁目15番地3 TEL (025) 266-5111)

## がんセンター めぐり

(21)

# 県立病院 森中央

中心街にあつた。しかし、現在は青森市市街地の東はずれの場所に移転している。眼下にむつ湾を望み、南には、八甲田連峰を見る。また、西には、岩木山を遠望することができる。

であるとはいものの、西の弘前大学医学部附属病院、東の八戸市民病院と県内を三分して、高度医療の地域分担をしているというのが実際のところである。

青森市は人口約三十万人。西の弘前市、

東の八戸市と合わせて、七十万人である。

これは、青森県の人口の半数近くをこの三市が占めていることになる。青森市は県都であるだけでなく、交通の要衝でもある。JR東北本線（八戸側）と奥羽本線（弘前側）とが接続するターミナルにあたり、また、東京から北に伸びる東北自動車道の終着点でもある。一方、県内の道路網はすべて青森市に向かう形になっている。

青森県は本州最北端に位置し、東は太平洋、西は日本海に面している。南は岩手県と秋田県に、山岳丘陵地帯をもつて一方、北には下北半島と津軽半島という大きな半島が、むつ湾を左右（東西）から抱きかかえるように伸びている。青森市は、そのむつ湾の南岸、青森県全体としてみれば、丁度県の中心部にあたる位置にある。

青森県立中央病院は、かつて、昭和五十六年までは、県庁と並んで、青森市の

現在の青森県立中央病院の開設は昭和二十七年四月である。しかし、さらに、その淵源を遡ると、明治六年創設の済衆社に始まるという。その後、明治十年にこれが県立青森病院となつたのであるが、これが県立青森病院となつたのであるが、明治十一年には弘前医学校の開設に伴つて、その附属病院となつた。ところが、明治二十年、弘前医学校閉校により、青森町立病院となり、市制施行に伴い、明治三十一年には青森市立病院となるなど、

紅余曲折を経て、大正二年九月に青森県立病院として改めて開設し直された。

しかし、この青森県立病院は、昭和二十年四月の青森医学専門学校の開校とともに、その附属病院となり、国に移管された。そして、戦災により焼失して、終戦を迎えた。その後、青森医專は、弘前市移転

によって、ようやくにして命脈を長らえることができたが、青森市は、総合病院を失うことになった。このため、県民の

二床、結核病床五十八床であったが、現在は、一般七百十四床、結核十七床となつてゐる。

要請を受けて、昭和二十七年に、新たに青森県立中央病院が建設され、現在に至つてゐるわけである。このように、歴史

を振り返つてみると、現在の病院は、第一期開設、明治十年、第二期、大正二年、に續く、第三期の県立総合病院であるということになる。

ところで、新設青森県立中央病院も、戦後間もなく復興されたものであり、当初は、県民への医療サービスにおおいにその役割を果たしたもの、敷地面積が狭かつたこともあり、たちまち狭隘化し、その結果、医療の近代化にも支障を來すようになつた。そのため、計画から完成まで十一年の歳月をかけて、昭和五十六年に現在地に新築移転となつた。この新病院には、救命救急センターも併設されたが、開院当時は、最新の病院として全国にも紹介された。

新病院開設時には、一般病床六百八十



青森県立中央病院

## 病院の構造、設備と診療科

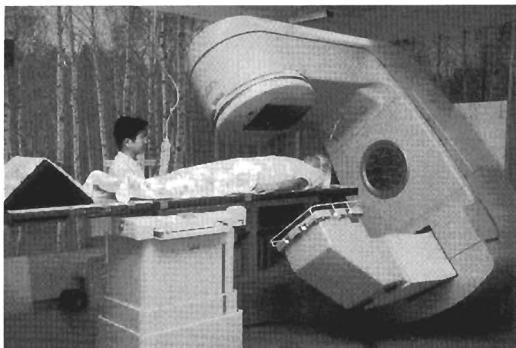
敷地面積は、約五万八千m<sup>2</sup>、病院の構造は、地上十階、地下一階、建築延べ面積約五万三千m<sup>2</sup>、建物は、外来・管理棟（三階建て）、中央診療棟（三階建て）と病室棟（十階建て）の三列構造である。

診療科は、内分泌内科、循環器内科、消化器内科、成人病内科、呼吸器科（外科・内科）、神経内科、小児科、精神科（外来のみ）、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、リハビリテーション科の二十一科、この他に、内視鏡部がある。

青森県では、唯一の県立総合病院ということで、従来から、当院の医療機器の整備には特別に力を注いでおり、ライナック2台、温

熱療法装置など、最新のがん医療機器の整備に努めてきたところである。

一日平均外来患者数は約千四百名、病床利用率は九十四%である。救命救急センターの受診数は、年間約一万千名台となっている。  
入院患者のうち、悪性腫瘍患者の割合は、二十%前後である。



照射野照合システムを装備したライナック（ステレオ照射可能装置）

## がん医療

短命県返上は、青森県の長年の悲願である。そのための対策の一つとして、がん医療の整備が図られたが、それは、昭和三十四年、それまでの第一・第二・第三内科に加えて、成人病科を開設したことに始まる。その後、当院は、青森県のがん医療の拠点とみなされて、今日に至っている。このようなわけで、平成八年度には、全国がん（成人病）センター協議会に加盟し、平成九年度には、がん診療施設情報ネットワークに参加した。この情報ネットへの参加には、とかく情報に遅れる地方にあって、最新の医療情報をえながら、がん医療を進めてもらいたいという県民の願いと、今後、青森県内の医療機関への情報発信基地になつてもらいたいという青森県の期待が込められている。

## 医療情報管理

当院では、最近まで、病歴中央管理は

行われていなかった。しかし、平成九年一月からは、ICD-10分類を用いて、入院病歴の中央管理が始まった。がん登録についても、これまで、県の事業としてのがん登録の他には、各診療科が各自別々に登録を行つていて、これも平成九年からは県事業による登録と病院登録が一本化されるようになり、登録事業は新しい展開をみせることになった。

現在は、さらに、オーダリングシステムが平成十年度の稼働開始に向けての準備段階にあり、今後の院内機能の合理化と情報の管理に期待がもたれているところである。

## 今後の課題

青森県では、現在、県民からの強い要望を受けて、県立がんセンター設立の構想が審議されている。その審議の結果は平成九年度末に答申される予定である。このような動向をにらみながら、当院のがん医療の整備を進めているところであ

当院の歴史は古く、現在の県立中央病院が開設されてからでも、半世紀に近い。

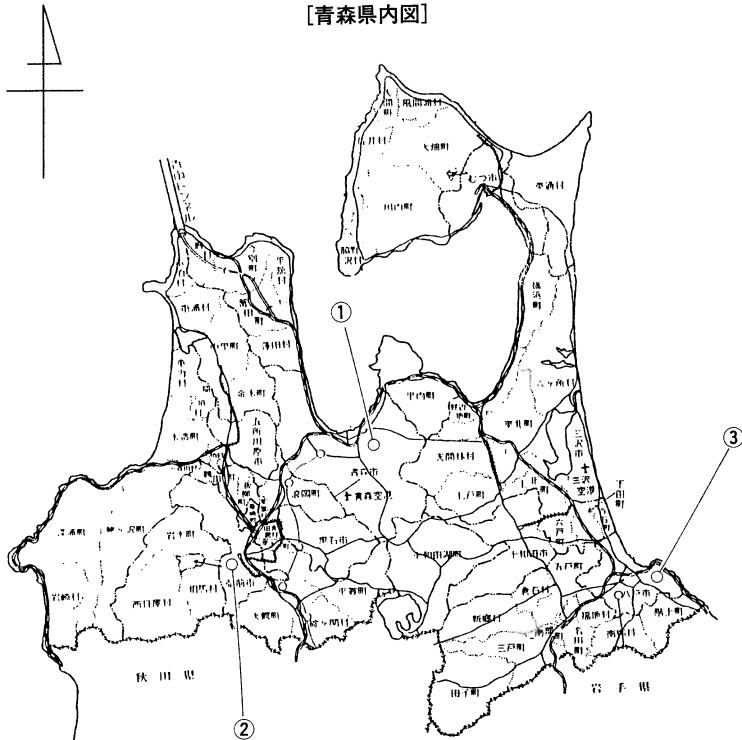
この間、弘前大学を中心に東北大学、札幌医科大学などからの医師派遣をえて、医療の充実を図ってきた。しかし、現在の状況をみると、このような過去の経緯が、よくも悪くも、いまの病院の機能や仕組みに反映されているようである。病歴管理の中央化の遅れ、院内がん登録の遅れなどは、そのごく一例である。

なかでも、大学の講座間の関係が、そのまま当院の診療科間の関係に持ち込まれているという事態は嘆かわしいことといわざるをえない。院内に医師派遣大学の講座の意向が反映されるということは、多かれ少なかれ、どこの病院でもみられることかも知れないが、その程度によっては、病院としての主体性が損なわれ、医療機関としての機能が歪められる可能性があることは否定できない。

このようなわけで、現在、がん診療関係の各診療科の間での連携を強化することに努め、青森県立中央病院としてのが

ん診療の組織化ということを進めているところである。

[青森県内図]



(注) ① 青森県立中央病院  
② 弘前大学医学部附属病院  
③ 八戸市民病院

(院長 福島 裕・ふくしま ゆたか)

## 質問ナ一

# 放射線治療について

国立がんセンター東病院

放射線部長 池田

恢

問1 放射線治療はどのようにして効くのですか。

答 うつとうしいと思われるかもしれません、中学、高等学校での理科の知識を思い出してください。

放射線と呼ばれるものは物質を突き抜ける性質があり、その際に物質に影響を及ぼします。生物内では、細胞の核の中には細胞分裂を司る染色体のDNA

の二重鎖構造に働き、様々に切断します。細胞は蒙った損傷を修復しようとし、1

本だけが、あるいは2本が別のところで切れても修復できますが、2本が同じ場所で切れると修復できなくなります。この細胞はそれ以上、細胞分裂すなわち増殖ができなくなり、死滅を意味します（増殖死）。この作用は分裂細胞であります。

正常組織の細胞にでも腫瘍細胞にでも

ありますか。

問2 放射線の種類にはどんなものが

あります。  
答 放射線の種類には大きく分けて3種類があり、問1の答で述べた突き抜ける性質の違いで分けています。 $\alpha$ （アルファ）線、 $\beta$ （ベータ）線、 $\gamma$ （ガンマ）

常組織の中にも絶えず分裂を繰り返している細胞があります。骨髄、腸管上皮、皮膚や毛根などの細胞で、これらの細胞は放射線による影響を受けやすく、問5で述べる「副作用（有害反応）」に関係してきます。

線の3つです。 $\alpha$ 線はヘリウムの原子核で重く、図1の通り、通常では紙一枚で遮蔽されます。 $\beta$ 線は電子で軽く、紙は透過しますがアルミ板に進入して止まります。 $\gamma$ 線は質量と電荷がないのは光と同じで、透過する力が非常に強く、薄いアルミ板は透過しますが鉛板に進入してその中で停止します（図1）。

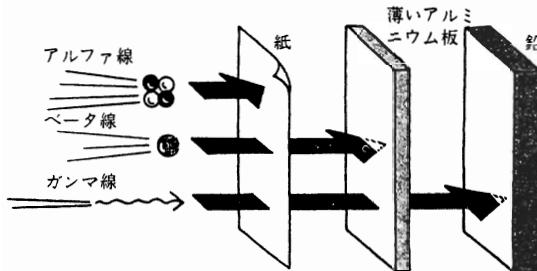


図1 放射線の種類によって透過力は大いに異なる。

（日本アイソトープ協会編：「やさしい放射線とアイソトープ」1986年より）

またX線が胸部レントゲン撮影やCTなど、放射線画像診断に使われているのはご存知だと思います。これは10万ボルト程度の加電圧のX線物質内を突き抜ける際に生じるさまざまな物質内の吸収作用に僅かな差ができるのを利用したものです。X線も性質は $\gamma$ 線と全く同じです。

放射線治療には外からあてる場合（外照射）

のほか、放射性同位元素源をじかに扱う小線源治療と呼ばれる治療法もありますが、ここでは最も

良く使われている外照射について主として述べます。外照射に使用する

のはこのX線および電子線を、いずれも数百万ボルトレベルまで印加して得たものです。X線およびコバルト60などの $\gamma$ 線の吸収は、水中では表面に近い所で高く、深くなるにつれて徐々に減少します（図2）。例え

ば深さ10cmの所にある腫瘍に、ある部分にはそれ以上の線量をかけないことがあります。このた

め、いろいろな方向から照射するなどして正常部分にできるだけ腫瘍線量以上の線量が照射されないよう工夫しています。電子（ベータ）線は粒子で、非常に軽く、周囲の物質とぶつかると容易に停止し、散乱します。通常の数百万ボルトレベルでは水中で到達する深さは1ないし5~6cm程度でそれより深くには到達しません。このため、皮膚癌その他の非常に浅い部位の腫瘍や手術中に照射する術中照射などに使われます。

なお、リニアック、マイクロトロンやベータトロンなどの名は外照射を行う装置の種類の名称であり、これらが発生させるのはいずれもX線および電子線です。また、陽子や重粒子も放射線の一種ですが、照射の原理は全く異なります。問9

で詳しく述べます。

問3 腫瘍によつて放射線に対する効果の差はあるのですか。

答 あります。悪性腫瘍には病理学的に

図2

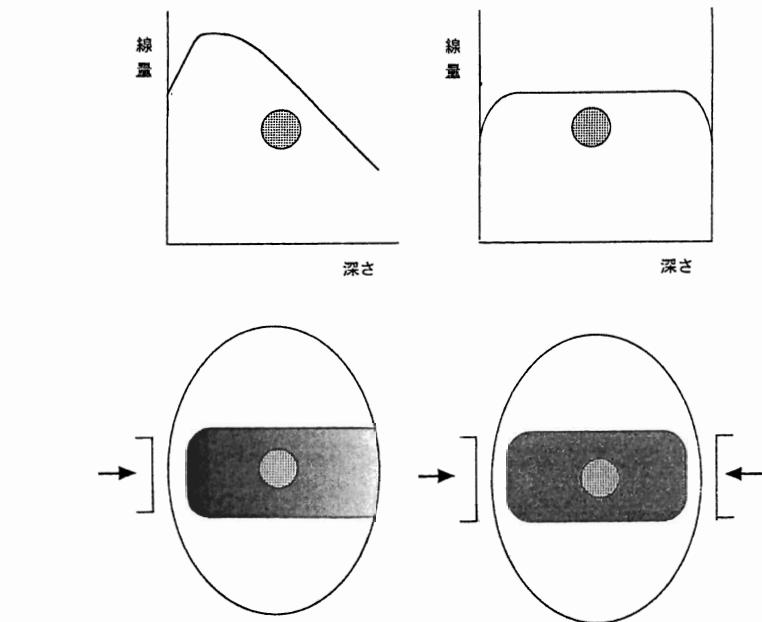


図2 X線・γ線の吸収線量の分布

X線とγ線とは性質は同じで、その水中での吸収は表面に近い所で高く、深くなるにつれて徐々に減少する。深いところにある腫瘍にある線量を1方向から照射するには浅い正常の部分にはそれ以上の線量をかけないといけない。例えば2方向から照射すると、正常部分は腫瘍とほぼ同じ線量となる。このように正常部分にできるだけ腫瘍線量以上の線量が照射されないよう工夫している。

**答** 問3での答のよう、腫瘍には放射線に対する感受性の差があります。また、いかに感受性が高くても照射で周囲の正常組織がやられては何もなりませんから、実際には周囲の正常組織の放射線に対する「耐容性」とのバランスで照射を行う、というのが放射線治療の原理です。この

**問4** 個々の患者さんに対する投与線量はどのようにして決定するのですか。

みて腺癌、扁平上皮癌など、いろいろな種類のものがあることはご存知と思いま  
すが、これらは発生する組織（発生母地）の性質を受け継いでいます。また腫瘍の種類に応じて放射線に対する反応、即ち「放射線感受性」が異なり、精上皮腫や悪性リンパ腫などのように感受性の高い腫瘍から、骨肉腫や腎細胞癌などのように感受性の低い腫瘍まであります。  
扁平上皮癌や腺癌は中等度の感受性に属します。この「感受性」の差が効果の差となります。

ため、通常は腫瘍を囲み、周囲正常組織をできるだけ照射範囲から除外して照射範囲を設定し、照射します。精上皮腫や

悪性リンパ腫の場合は総線量 $30 - 40\text{ Gy}$ （グレイ、線量の単位）で消失し、周囲組織は耐えられるのが普通ですが、その他の腫瘍では発生母地の性質を受け継ぎ、放射線への感受性は周囲の正常組織より僅かに高いだけであり、従つて正常組織が耐えられる限度である $60 - 70\text{ Gy}$ 近辺まで照射せねばならないのが実状です。また、上記の「バランス」をより良くするため、腫瘍が縮小すればそれに応じて照射範囲も小さくし、より効率よく腫瘍部分に対する投与線量を増やしていくべき。

問5 放射線治療の副作用はどんなでしようか。

答 答える方にとっては意外に難しい質問です。条件、即ち放射線治療の種類、線量、化学療法などの併用の有無や程度によつてまちまちで、一口には答えられないからです。

体内の場所、放射線治療の量や範囲などによつても出方は異なってきます。また、ある程度は予測できますが、予測できないものもあります。局所反応の症状は、

照射に伴う症状は、照射した部位に関係して出る症状（局所反応）と、それと関係なく出る症状（全身反応）とに、また、照射直後から出る症状（急性反応）と、とずつと後で出現する症状（慢性反応）とに区別できます。急性全身反応の代表的なものは宿醉症状と言われるもので、全身倦怠、食欲不振、恶心・嘔吐という、二日酔い、あるいはつわりに似た症状です。局所の急性反応は、照射部位によって異なります。その代表的なものは喉や食道などの粘膜が照射範囲に含まれた場合の粘膜反応で、ある程度以上になると発赤し、痛みを伴つて食事摂取がしづらくなります。これは長い照射期間中の体力を維持せねばならない患者さんにとって辛いことです。

なお、「副作用」という言葉は、本来は「副次的な作用」であり、患者さんにとつて好ましいかどうかは問つていませんが、通常は好ましくない現象のことであり、今日では、ある治療に伴つて生じた「好ましくない現象」のことを「有害事象」、治療との関連が考えられる「好ましくない現象」のことを「有害反応」と呼ぶようになり、副作用という言葉は

但し、これらの反応には個人差があり、また、照射範囲（照射野といいます）や

（即ち、病気の、あるいは治療の程度によつても出方は異なる）

によつても出方は異なる

ります。また、頭皮が照射範囲に含まれていなければ、脱毛することはできません（化学療法の場合との混同による誤解を考えられます）。結局は個々の患者さんによって異なるので、照射を受ける場合に担当の放射線治療の先生から詳しくお聞き下さい。

使われなくなつてきています。

**問6 同じ部位への再照射はできないといわれるが本当ですか。**

**答** 答4で述べたように、通常は初回で周囲の正常組織の耐えられる限度一杯まで照射します。正常組織は照射によって線量に応じた種々の変化をうけており、更に照射を行えばそのダメージは更に大きくなります。従つて、再発したために再照射を、と言われても、今度は初回と違つて正常組織がいづれは耐えられなくなるという事態が予測されるので、(特殊な場合を除き) 通常、再照射は致しません。

ただし、その人にとって一度日の照射であつても、初めと別の部位であれば照射は可能です。その場合は前の照射範囲との重なりがないか、などを検討した上で照射します。以前の治療が別の施設で行われた場合にはご面倒でも家族の方にその当時の資料を取り寄せるためご足労

をおかけする場合があるかも知れません。

**問7 二次発癌の可能性をいわれ、心配ですが。**

**答** 原爆や Chernobyl 事故の後で、白血病や甲状腺がんなどの悪性腫瘍が多発したように、大線量の被曝のあと、二次癌発生のリスク（危険度）は高くなりますが。これらは全身被曝の場合ですが、過去の多数の放射線治療の例（通常は身体の一部分のみへの照射）でも存在します。そのリスクは、例えば 10 mSv (ミリシーベルト)、即ち 1 cGy (センチグレイ、 $1 \text{ Gy} / 100$ ) の線量を 18 歳から 65 歳まで受け続けると 1.8 % になります (BEIR-V, NRC, 1990 より)。

**答** 難しい質問です。放射線の影響は年余に亘つて長く残ります。そのため今までには「放射線治療」ではその影響の方が前提です。また、照射後短時間で出た腫瘍が元の腫瘍と病理的に同じであれば、残存あるいは再発かもしれない、という印象をもたれた嫌いがあります。現在では必要な部位に必要な線量を投与し、

つた同じ種類の別の腫瘍が時間を違えてしません。多数を集計すると高頻度と

いうことは言えても、個々には放射線が原因とは断定できない場合がほとんどです。例えば頭頸部、食道、胃、肺などの部位は喫煙・飲酒などの刺激を共通に受けており、お互いに重複癌が発生しやすい部位同士ですが、その中で放射線治療後に放射線による発癌であると結論づけられる患者さんは非常に少ないのが現状です。

それ以上、広い範囲には余分な線量を与

答 千葉市放射線医学総合研究所で重

問9 粒子線治療の原理を教えてください。

翻つて考へると「治療」とは、多少の犠牲を払つて利益を得る、あるいは「損して得をとる」ことです。手術をすると切り取つた部分での機能の欠損が生じ、化学療法をすると全身骨髄がやられます。「がん」という病気に立ち向かうために放射線治療を使い、影響が残るのは、ある程度やむを得ないことを考えます。むしろ、治癒したからこそ放射線治療の影響がはつきりしてきたのです。そして、化学療法で一部の「がん」を治せるようになつたいま、同様のことが化学療法でも言われるようになつてきていています。

照射を受ける際に、放射線治療医から十分な説明を受けて下さい。

えないという意識が放射線治療医には浸透していますから、「恐さ」は最小限で済ませられる、と考えてよいと思います。始される（註・この原稿の作成は平成10年1月時点）ので、最近注目を集めていた放射線治療の手段です。陽子（水素の原子核）や他の重粒子、パイ中間子などを加速すると与えられたエネルギーに応じた深さまで水中を跳んで停止し、停止部分で最もエネルギーを多く放出します（図3）、周囲はこのエネルギーを吸収します。これをブラング・ピーク（Bragg peak）と呼びます。腫瘍がこのピークの深さにあれば、最も効率よく線量を与えられるようにピークを前（深い部分）に上げると、最も効率よく腫瘍に線量を与えられ、周囲の正常組織への影響を最小限で済ませて治療ができる。

図3

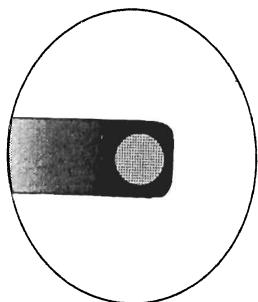
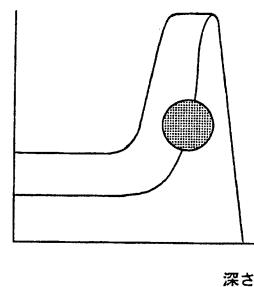


図3 加速粒子（陽子、重イオン）の原理

陽子、重イオンなど、質量と電荷をもった粒子を加速すると与えられたエネルギーに応じた深さまで水中を跳んで停止し、停止部分で最もエネルギーを多く放出する（ブラング・ピーク Bragg peak）。腫瘍の厚みに合わせるようにピークを前（深い部分）に上げると、最も効率よく腫瘍に線量を与えられ、周囲の正常組織への影響を最小限で済ませて治療ができる。

られ、周囲の正常組織への影響を最小限で済ませて治療できるので、その結果、従来のX線などの治療よりずっと高い線量まで照射でき、従来の放射線治療では治癒しきれなかつた腫瘍への治癒の可能性がでてきています。腫瘍には厚みがありますが、ピーケを前（浅い部分）に抜ける技術で対応できます。更に詳しく言うと、重粒子と陽子とではピーケ部分でのエネルギー吸収が生物に与える影響に違いがあり、前者では同じ線量でより強く影響ができます（生物学的効果比RBEが高い、という）。陽子の場合はRBEはX線などと差がないとされています。さまざまな技術的な開発や工夫は省略しますが、現に線量増加の試みの内容は国内・国外で既に始められ、うまくいっているようです。

**問 10** 良性と言われる病気にも照射をするのですか。

**答** 良性であっても、一部の疾患に対し

ては照射を行います。正常組織は傷を受けたあと、修復のため分裂・増殖が盛んになりますが、照射によって正常組織の増殖の抑制と変性による変化を期待します。通常は、悪性疾患に対するよりもずっと少ない線量で済みます。瘢痕ケロイドは手術をした皮膚の切開部が盛り上がりつて治癒する状態ですが、照射により抑制できます。翼状贅片とは紫外線曝露によるとされる眼球結膜に増殖する変化ですが、手術により除去したあとストロンチウム90というベータ線源を用いて表面のみを治療し、再発を防ぎます。ガンマナイフという、γ線を多方向から1点に集中させる技術が開発され、主として脳内の動脈奇形や、下垂体腺腫などに対して適用されています。今日では同様の技術は悪性腫瘍にも応用され、またリニアックなどでも適用可能です。さらに最近注目を集めているのは、PTAと呼ばれる非手術的な動脈拡張（詰まりそうな血管を風船で押し上げる）の後、この技術で受けた傷の修復のために血管内膜が

**問 11** パースメーラーをつけた肺癌患者への放射線治療は可能ですか。

答 携帯電話、ポータブル電子機器が飛行機の計器や病院の電子機器に影響を及ぼすことが指摘されています。放射線は管理区域の中での使用に限定されているので、区域外の電子機器などへの影響はありません。ペースメーラーをつけた患者さんには影響が懸念されるので、ペースメーラーには直接に放射線ビームを当てないように工夫しています。

再び増殖して詰まらせないように照射を行おうとするもので、わが国では未だ本格化していませんが、欧米ではPTCAと呼ばれる心臓の冠状動脈拡張のあとに使うなど、既に一般的な治療となり始めています。

問12 放射線治療医が一般の人に望むことは何ですか。

答 成人の3~4人に1人は「がん」にかかります。普段から「がん」や放射線治療に関する知識をもつておいていただくとよいと思います。

いままでには「告知」もなかつたため、いきなり放射線治療をする、と言われて患者さんが動転して十分な予備知識もないままで治療を受けていた、というのが実状のようです。ご自分が将来ひょっとしたら受けるかも知れない「がん」の治療について、どういうものがあるのか、放射線治療という手段はどんなものか、について普段から知識を得ておいていただきたいと思います。

(いけだ ひろし)

問13 放射線治療についてもつと知りたいので、適当な参考書を紹介して下さい。



# 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「対がん十ヵ年総合戦略」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と予測されること、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 がん体质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に関する研究

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に関する研究

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、全力で取り組んでいるところであります。



# 「対がん10ヵ年総合戦略」・「がん克服新10ヵ年戦略」支援事業の実績

(注) 1984～1993 対がん10ヵ年総合戦略  
1994～1997 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	1996	1997	小計	計
アメリカ	141	5	6	7	10	28	169
イギリス	26	1	2	5	4	12	38
ドイツ	35	1	1	2	1	5	40
フランス	26	1	3	3	0	7	33
イタリア	19	1	1	4	3	9	28
スウェーデン	17	0	0	0	0	0	17
ポーランド	11	0	0	0	0	0	11
韓 国	35	1	2	2	1	6	41
カナダ	7	0	1	0	0	1	8
デンマーク	1	0	0	0	0	0	1
フィンランド	3	0	0	0	0	0	3
ブラジル	6	0	0	0	0	0	6
ハンガリー	3	0	0	0	0	0	3
タ イ	10	0	0	0	1	1	11
スイス	2	0	0	1	0	1	3
ノルウェー	1	0	0	0	0	0	1
オランダ	3	5	4	0	0	9	12
トルコ	2	0	0	0	0	0	2
オーストラリア	1	0	4	2	1	7	8
ロシヤ	2	0	0	0	0	0	2
エジプト	0	0	1	0	0	1	1
計	351	15	25	26	21	87	438

(2) 日本人研究者の外国への派遣事業

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

(単位 人)

国 名	1984～1993	1994	1995	1996	1997	小計	計
アメリカ	197	20	12	18	17	67	264
ドイツ	11	1	1	3	3	8	19
スウェーデン	5	1	0	0	0	1	6
フランス	14	2	4	2	3	11	25
イギリス	14	2	3	1	4	10	24
カナダ	6	0	0	1	2	3	9
オランダ	11	1	2	1	3	7	18
ベルギー	1	1	1	1	3	6	7
タ イ	7	0	1	0	0	1	8
ブラジル	2	0	0	0	0	0	2
イタリア	4	0	2	2	0	4	8
オーストラリア	1	2	7	2	0	11	12
ノルウェー	1	0	0	1	0	1	2
フィンランド	2	0	0	0	1	1	3
オーストリア	1	0	0	0	0	0	1
スイス	3	0	0	0	0	0	3
インド	0	2	0	0	0	2	2
ギリシャ	0	2	0	0	0	2	2
ハンガリー	0	0	2	0	0	2	2
韓 国	0	0	0	9	0	9	9
エジプト	0	0	0	0	1	1	1
計	280	34	35	41	37	147	427

### (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	1996	1997	小計	計
医学	345	38	48	52	59	197	542
歯学	9	1	3	2	3	9	18
理学	36	1	1	1	2	5	41
薬学	44	2	2	8	7	19	63
農学	19	0	3	2	3	8	27
その他	0	0	2	4	2	8	8
計	453	42	59	69	76	246	699

### (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	1996	1997	小計	計
アメリカ NCI	10	1	1			2	12
アメリカ MSKCC 他	21		2	1		3	24
スウェーデン FUS	11					0	11
アメリカ COVANCE					1	1	1
フランス IARC					1	1	1
計	42	1	3	1	2	7	49

## 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をすることで、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。

#### ○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 (うち18)
3	1989	多重がんの基礎と臨床	174 (うち15)
4	1990	尿路性器がんの基礎と臨床	176 (うち19)
5	1991	脾・胆道がんの基礎と臨床	202 (うち15)
6	1992	食道がんの基礎と臨床	200 (うち18)
7	1993	肺がんの基礎と臨床	224 (うち24)
8	1994	大腸がんの基礎と臨床	207 (うち23)
9	1995	脳腫瘍の基礎と臨床	220 (うち22)
10	1996	頭頸部がんの基礎と臨床	180 (うち20)
11	1997	胃がんの基礎と臨床※	204 (うち27)

#### ※第11回国際がん研究シンポジウムの開催

本年は、この40年間我が国でその克服を国家的事業として取り組んできた胃がんをテーマにシンポジウムを開くことになった。

事実、我が国では、様々な努力の成果で、胃がん発生の減少をはるかに上回る胃がん死亡率の減少が観察され、1996年の統計によれば、人口10万人あたり約50人まで減少した。一方、欧米においてもここ数10年来胃がん死亡率の著明な減少がみられているが、胃がんの治療成績自体は、この間ほとんど改善をみておらず、未だ難病の域を出ていない。その死亡率の減少はひとえに罹患率の減少によるところである。そして、胃がんの減少が底をついてきた今日では、その対策が大きな課題となっており、日本の胃がん治療において達成された成果への注目が高まっている。しかし、我が国で達成された成果が欧米に応用可能であるかどうかを考えるとき、あまりにも大きな彼我の差に当惑し、多くの疑問が生じている。根本にある疑問は、日本の胃がんと欧米の胃がんは異なる胃がんではないかという疑問である。胃がんの予防上きわめて重要なヘリコバクターをどう考えるか、集検の効果、リンパ節郭清、補助化学療法についても疑問の余地がないだろうか。双方の視点で、疫学、発がん機構、病理を含めた診断、外科治療、化学療法などを徹底的に検証してゆくことは、これらの疑問に答えるにとどまらず、胃がんの本質をより深く理解せしめるよい機会となるであろう。また、我が国で達成された治療成績の改善のうち、見かけ上の改善と真の改善が何処にあり、なにが欧米で適用できるかを考えることもできる。これが欧米にとって有意義であることは論を待たないが、我が国にとっても、胃がんの本質に基づいた治療を目指す上できわめて重要と考えられる。

このような趣旨から、本シンポジウムにおいては、胃がんの原因と発がん予防の可能性、発がん機構、前がん病変、胃がんの進展（浸潤と転移）、早期胃がんの診断などを欧米・日本の各々の立場から、病理や分子生物学まで様々な手法を用いて検討する。さらに、我が国の検診の評価、診断学の最近の進歩を検証する。治療については、手術、化学療法について双方の立場から論じていき、最後に、最近の成果に基づいて、分子生物学的診断、薬剤感受性を応用した化学療法などについて今後の展望を論じたい。

本シンポジウムは、以上のような多岐にわたる興味深い問題について発表討論し、現状で解決された問題と、未解決の問題を明らかにすることで、今後の胃がん克服の道を探ることを目的としている。

4月21日から3日間、国際研究交流会館で行われたこのシンポジウムには、海外からの27名（11か国）を含む200名余の研究者が参加し、胃がん克服の道を探るために、多岐にわたる問題について、熱心に発表・討論が行われ、所期の成果をあげて終了した。

#### ○がん予防講演会・予防展

年 度	開催会場	参加者総数（人）
1984～1993	78都市	399,055
1994	神奈川県横浜市外12	35,669
1995	長野県長野市外10	35,412
1996	長野県飯田市外7	32,542
1997	千葉県千葉市外7	28,927

### 3 国際がん研究講演会の開催事業（日本小型自動車振興会補助事業）

対がん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	開催地
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. アダムソン博士 ナショナルソフトドリンク協会科学技術委員会 副委員長（アメリカ）	国際研究交流会館

	<p>「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」</p> <p>○ロルフ・シュルート・ハルマン博士 ウイーン大学腫瘍生物学研究所所長（オーストリア） 「細胞死と癌の生物学」</p>	国際研究交流会館 東邦大学医学部
1995	<p>○ポール・A・マクス博士 メモリアル・スローン-ケタリングがんセンター総長（アメリカ） 「がん細胞の分化誘導剤：細胞から臨床研究へ」 「がん細胞の極性分化誘導物質の作用機序：細胞回転の制御分子が標的である」</p> <p>○ロジャー・ワイル博士 ジュネーブ大学理学部 教授（スイス） 「何ががん研究において間違っていたのか？」</p> <p>○デビット・シドランスキ博士 ジョンズホプキンス大学医学部 教授（アメリカ） 「ヒトがんの探索のための新戦略」 「ヒトがんにおける染色体9p21の欠出：p16は遺伝子なのか」</p>	埼玉がんセンター 国際研究交流会館  国際研究交流会館 奈良県立医科大学  国際研究交流会館 愛知県がんセンター
1996	<p>○ジョン・C・ペイラー博士 シカゴ大学健康研究部部長 教授（アメリカ） 「克服されないがん—米国の視点から」 「克服されないがん—国際的視点から」</p> <p>○グスタフ・ノッサル博士 メルボルン大学名誉教授（オーストラリア） 「アポトーシス（プログラム細胞死）：免疫反応と免疫寛容の重要なメカニズム」</p> <p>○カリ・アリタロ博士 ヘルシンキ大学ハートマン研究所分子・がん生物学研究所教授 「血管増生及び腫瘍形成における血管内皮細胞増殖因子の役割」</p>	国際研究交流会館 大阪府立成人病センター  国際研究交流会館 京都大学  国際研究交流会館 金沢大学
1997	○ジョセフ・F・フラウメニ、Jr. 博士 国立がん研究所がん疫学・遺伝学部長（アメリカ）	国際研究交流会館

	<p>「がん疫学の新しい方向」</p> <p>○マンフレッド・F・ラジェウスキー博士 エッセン大学医学部細胞生物研究所教授（ドイツ）</p> <p>「がん原物質による遺伝子の特異的修飾・修復と発がん過程」</p> <p>○カーティス・C・ハリス博士 国立がん研究所ヒト発がん研究部長（アメリカ）</p> <p>「がん抑制遺伝子変異の要因及びその病態生物学的重要性」</p> <p>「がん抑制遺伝子：分子腫瘍学と分子疫学の十字路」</p>	浜松医科大学 国際研究交流会館 九州大学 国際研究交流会館 千葉県がんセンター
小計	11名	延 21会場
計	48名	延 95会場

### 1997年度招へい研究者の講演要旨等

#### (1) ジョセフ・F・フラウメニ, Jr. 博士（アメリカ）

博士は、がん抑制遺伝子 p53 発見のきっかけとなった Li-Fraumeni 症候群の発見者として、余りにも有名だが、講演の内容は、家族性腫瘍の遺伝疫学に限らず、全米のがん地理分布から発がんリスクを特定して行く疫学研究を含め、米国立がん研究所が進めるがん疫学研究を網羅するもので、今後の研究の方向性について貴重な示唆を与えるものであった。講演後の質疑では、世界的に注目を集める環境発がん問題や臨床疫学研究における患者への説明と同意（いわゆる、インフォームドコンセント）という現実的な問題まで、多くの質問がなされ、米国がん疫学をリードする博士の貴重な意見を聞くことができた。

（国立がんセンター研究所がん情報研究部長 山口 直人）

#### (2) マンフレッド・F・ラジェウスキー博士（ドイツ）

博士は、アルキル化剤による DNA 損傷の修復に関する研究で世界をリードしている研究者の1人であるが、今回のご講演では、エチル及びメチルニトロソ化合物により生じる DNA 損傷 ( $O^6$ -alkyl-guanine) の修復機構についてお話を頂いた。同じアルキル化剤であっても、 $O^6$ -ethyl-guanine と  $O^6$ -methyl-guanine とでは修復速度が大きく異なること、標的となる DNA 鎖が転写されているか否かによっても修復効率・速度が変わってくることなどを、豊富なデータを使って解りやすく説明して頂き、多くの研究者にアルキル化剤による DNA 損傷の修復機構の理解が得られた。さらに、DNA 修復機構が多因子により極めて複雑に決定されているという事実を再認識することができた。博士は、既に6回を数える日独ワークショップのドイツ側オーガナイザーとして、これまでにも双国間の研究

交流に多大の貢献をされて来たが、今回の訪問でも、講演の前後には若い研究者との積極的な且つ活発な討議をして頂くことができ、数多くの貴重な意見を聞くことができた。 (国立がんセンター研究所生化学部長 中釜 齊)

### (3) カーティス・C・ハリス博士 (アメリカ)

博士は、がんの分子疫学および発がんの分子機構に関する研究で常に世界をリードしている研究者の一人であるが、「がん抑制遺伝子変異の要因及びその病態生物学的重要性」という演題のご講演では、ヒトがんで最も高頻度に変異している p53 遺伝子の変異の特異性およびその要因に関する分子疫学的研究の成果、また、p53 遺伝子が染色体の安定性や遺伝子修復に関わっていることを示す発がん機構に関する新しい研究成果を発表された。膨大なデータを整然とまとめる解析力には圧倒されたが、Q and A 方式でわかりやすく話していただいたので、多くの研究者に理解が得られ、講演後は活発な討論が行われた。博士は親日家であり、これまでにも多くの日本人研究者を育成し、また、多くの日本人研究者と共同研究を行っている。今回の来日によってさらに国際的な研究交流の輪が拡がっていることを実感した。 (国立がんセンター研究所生物学部長 横田 淳)

## 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カ条」、「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。

年 度	事 業 内 容
1985～1993	がんを防ぐための12カ条220万部、やさしいがんの知識 88万部、君たちとタバコと肺がんの話 156万部、対がん戦略 PR ポスター 12万枚、カレンダー、がんの統計、がん診療の進歩等の作成・配布、16ミリ映画「がんに挑む」・「がんから身を守るポイント」の作成 ほか

年 度	事 業 内 容
1994～1997	がんを防ぐための12カ条、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、がん克服戦略 PR ポスター、カレンダー、がんの統計、がん診療の進歩等の作成・配布、週刊誌広報掲載 ほか

## 5 末期医療患者の QOL 推進事業講習会の開催（厚生省委託事業）

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	がん研究振興財団 193、埼玉県立がんセンター 淀川キリスト教病院 770、国立吳病院 国立病院九州がんセンター 460、宮城県立がんセンター 国立札幌病院 442、 計	432 290 857 2,781	
1995	がん研究振興財団 185、埼玉県立がんセンター 淀川キリスト教病院 121、国立吳病院 国立病院九州がんセンター 412、宮城県立がんセンター 国立札幌病院 442、 計	495 431 984 3,070	
1996	国立がんセンター東病院 306、埼玉県立がんセンター 淀川キリスト教病院 115、国立吳病院 国立病院九州がんセンター 464、宮城県立がんセンター 国立札幌病院 348、 計	412 752 706 3,103	
1997	国立札幌病院 383、宮城県立がんセンター 埼玉県立がんセンター 418、淀川キリスト教病院 国立吳病院 407、国立病院四国がんセンター 国立病院九州がんセンター 441、がん研究振興財団 計	888 154 272 117 3,080	
小 計	延 29施設		12,034
合 計	々 55施設		22,479

## 第三十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、研究費助成金を贈呈していますが、その第三十回贈呈式を平成十年三月二十三日に挙行、次の二十二名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
今井浩三	札幌医科大学医学部第一内科 教授	自己免疫疾患に合併する悪性腫瘍におけるアボトーシスに関する研究
井本滋	国立がんセンター東病院外来部乳腺外科 医師	乳癌の再発高危険群の生物学的解析と術後補助化学療法の適正化に関する研究
頴川晋	北里大学医学部泌尿器科学 講師	日本人前立腺癌のcharacterizationと臨床的重要性の検討
江里口正純	東京大学医学研究所附属病院外科 講師	新白金制癌剤L-OHP : Oxaliplatin のBorrmann 4型胃癌に対する効果の分子生物学的検討
木下平	国立がんセンター東病院病棟部7A病棟 医長	肝胆管癌における予後因子の解析とそれに基づく適正な治療法の選択に関する研究
齋藤貴生	国立病院九州がんセンター臨床研究部 部長	多重がんにおけるマイクロサテライト不安定性の解析



平岩会長から贈呈を受ける受賞者

杉山政則	杏林大学医学部第一外科 助教授	粘液産生壁腫瘍における $\beta$ -1,4-galactosyltransferase の免疫組織化学的研究
清宮啓之	(財)癌研究会癌化学療法センター基礎研究 研究員	細胞分化・細胞死におけるチロシンホスファターゼの発現と機能
多幾山涉	国立病院四国がんセンター外科 医長	食道および頭頸部の多重がんにおける前がん病変としての異型上皮とがん遺伝子に関する検討
津田洋幸	国立がんセンター研究所化学療法部 部長	ヒト正常型c-Haras 遺伝子導入ラットを用いた発がん機構の解明とがん化学予防への応用
堤雅弘	奈良県立医科大学附属がんセンター腫瘍病理 講師	膀がんの化学予防に関する基礎的研究
徳植公一	国立がんセンター中央病院放射線治療部第一放射線科 医員	定位的照射による線量集中性の改善とその評価に関する研究
徳田裕	東海大学医学部外科学教室 講師	ヒト免疫系再構築マウスの開発とそれを用いたヒト由来抗体の作製
永末直文	島根医科大学第二外科 教授	5 $\alpha$ -reductase 阻害剤による肝細胞癌の治療
中山宏文	高知医科大学第一病理学教室 助手	ヒト消化管腺癌の増殖、浸潤における筋線維芽細胞の役割
野崎中成	国立がんセンター研究所生化学部担がん生体研究室 研究員	腫瘍摘出後の再建時に起くる移植組織の細胞死抑制の研究——ボリ(ADP-リボース)合成酵素欠損マウスを用いた再建皮弁の生着率向上の検討——
福田治彦	国立がんセンター中央病院第一外来部内科 医員	がん臨床研究における生物統計学的手法の正しい適用を推進するための方法論の探索
室谷哲弥	財佐々木研究所附属杏雲堂病院婦人科 部長	新しい光感受性物質BPD-MAの腫瘍組織分布の特異性の研究並びに半導体レーザーの応用
山本順司	国立がんセンター中央病院第一外来部神経科 医長	肝内胆管癌の肉眼病型分類に関する研究
吉田輝彦	国立がんセンター研究所分子腫瘍学部 部長	前立線がんの標的遺伝子治療の開発



東京都世田谷区  
大阪府箕面市  
東京都練馬区  
神奈川県鎌倉市

上野 仲 衛  
草葉 昭代  
古川 淳夫

東京都中野区  
東京都世田谷区  
神奈川県横浜市  
神奈川県川崎市

奥平 敏幸  
山口 明美  
藤田 鉄也  
松井 俊夫  
牧野 昌子

東京都大和市  
東京都世田谷区  
神奈川県横浜市  
神奈川県横浜市  
東京都多摩市

**財団法人 がん研究振興財団**

**平成九年度**

これらのご寄附は、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、またはがんと戦われ治癒された方から記念にと、あるいは、平素健康で過していることへの感謝の気持ちとして等々、皆様のお立場はいろいろでございますが、いずれも一日も早いがんの制圧を期待され、そのため役立てていただきたいとの熱い思いが込められた貴いご寄附と痛感している次第です。

当財団と致しましては、貴重なご芳志にお報いするため、がん制圧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した。

東京都日野市	本田真理子
千葉県我孫子市	野田 邦弘
茨城県土浦市	紙谷 良則
神奈川県横須賀市	齋藤 政信
東京都足立区	岩崎 艶子
千葉県野田市	三宅 泉
東京都渋谷区	ハツ
〃 国立市	鈴木 雄也
〃 千代田区	高安 賢一
千葉県市川市	尾崎 俊雄
東京都清瀬市	高橋 雄造
〃 世田谷区	梅沢 透
千葉県市川市	高塚トシ子
東京都調布市	松井 透
〃 江東区	坂岸 智子
神奈川県葉山町	五十嵐英子
〃 相模原市	伊東 満恵
神奈川県富士市	佐々木由紀子
神奈川県横浜市	栗田 民子
福島県郡山市	加藤 純子
東京都多摩市	西能正一郎
佐々木美代子	加藤 澄子

岐阜県本巣町	兵庫県赤穂町	大阪府大阪市	福岡県福岡市
千葉県柏市	青森県青森市	埼玉県三郷市	茨城県守谷町
神奈川県川崎市	茨城県取手市	千葉県松戸市	東京都八王子市
埼玉県大宮市	東京都日黒区	東京都世田谷区	東京都江東区
千葉県柏市	神奈川県川崎市	東京都世田谷区	東京都目黒区

中島	馬越	松本	玉井	安野	(株)みちのく銀行
信子	健次	智子	義明	操	〃 渋谷区
東京都品川区	大田区	〃 品川区	神奈川県逗子市	東京都杉並区	東京都中央区
千葉県市川市	大田区	〃 台東区	千葉県松戸市	江戸川区	千葉県柏市
千葉県市川市	大田区	〃 台東区	神奈川県川崎市	三重県阿児町	三重県阿児町
東京都世田谷区	港区	保谷市	千葉県浦安市	東京都東久留米市	東京都東久留米市
東京都世田谷区	港区	保谷市	千葉県浦安市	東京都東久留米市	東京都東久留米市
大阪府大阪市	〃	〃	秋田県秋田市	千葉県浦安市	千葉県浦安市
大阪府大阪市	〃	〃	秋田県秋田市	千葉県浦安市	千葉県浦安市
佐怒賀弘三	内寿恵雄	松澤登志子	長沢真佐江	河内和子	宮武久枝

故 ジヨン・W.  
クラーク氏代理  
滝澤 恭子 青野 恭子  
野尻つな子 田中みづほ  
馬場 福 中尾壽喜郎  
太田 久乃 松浦十四郎  
土井 有子 熊澤 健一  
高橋 順子 城生まり子  
奥村 玉緒 伊藤 洋子  
村上 陽子 山口 銀二  
延命 直毅 畠山 昌衛  
池田 幸子 渡辺 静子  
大矢 佳子 田中みづほ

京都府八幡市	伊東寿恵子	北海道札幌市	澤野 和子
東京都江戸川区	田村 敏	東京都台東区	菊池 康造
〃港区	福井 純子	千葉県足利市	河野 輝義
広島県府中町	山寄 彩	千葉県船橋市	島田 久榮
東京都三鷹市	大江裕一郎	神奈川県足利市	中島 仁
〃 大田区	品川 恒夫	千葉県船橋市	昭島市
千葉県船橋市	駒場美穂子	神奈川県川崎市	保谷市
〃	長谷川福子	兵庫県宝塚市	新宿区
神奈川県鎌倉市	村上はる美	京都府京都市	東京都杉並区
〃	功	千葉県市川市	世田谷区
横浜市	江里子	北海道札幌市	中央区
東京都府中市	上池 英博	千葉県流山市	港区
千葉県浦安市	向井加代子	東京都世田谷区	日黒区
兵庫県西宮市	岩崎 築治	千葉県館山市	アンソニー
神奈川県横浜市	増野 啓子	東京都港区	ウッドワード
東京都国立市	野和田リーゼ	千葉県柏市	大庭 善一
千葉県流山市	萬田 淑江	東京都新宿区	和歌山県和歌山市
東京都中野区	丸田 千里	〃 港区	神奈川県横浜市
山形県鶴岡市	菅 克男	〃 港区	長谷川寛雄
山梨県塩山市	青木 英児	〃 港区	相馬 町田
		〃 港区	程子 野尻
		〃 港区	賀与 菅原
		〃 港区	ビルハーツ
			デイビット・桑原 通徳
			健三 次代
			潤子 太田
			健三 田中
			次代 真田
			潤子 安樂
			慶子 廣瀬
			喜美子 吉田
			玲子 高橋
			尚子 千西
			尚子 松惠
			玲子 藤井
			尚子 鈴木
			尚子 神奈川県鎌倉市
			尚子 寺庄村次郎
			尚子 中村 一郎
			尚子 井上 荘一
			尚子 元江

東京都品川区	増山 正己	大田区	野村 照子	千葉県野田市
神奈川県座間市	富塚 弘	松本 久	宇都 友子	東京都世田谷区
千葉県柏市	井本 秀一	小黒 晴子	愛媛県松山市	岡松 真弓
東京都新宿区	富塚 弘	千葉県千葉市	稻川 康子	中村 健吾
埼玉県浦和市	井本 秀一	白倉南佳子	日本ゴルフアーツ クラブ(株)	新村 保子
東京都練馬区	谷川 敏通	千葉県我孫子市	飯泉 智弘	田中千鶴子
東京都杉並区	朝岡 つる	千葉県我孫子市	大久保志津子	茨城県牛久市
〃 中野区	森 武三	東京都世田谷区	蒲 登美枝	練馬区
千葉県千葉市	(匿名希望)	江東区	森本 福夫	足立区
神奈川県藤沢市	原田 公子	東京都世田谷区	榎原 薫	茨城県牛久市
東京都武藏野市	秋永 靖子	東京都世田谷区	堺井小百合	長野県中野市
〃 鎌倉市	市野 境子	東京都世田谷区	永井 和子	東京都世田谷区
千葉県船橋市	高山 みよ	東京都世田谷区	稻本 久実	神奈川県鎌倉市
東京都武藏野市	須田 千枝子	東京都世田谷区	稻原 明樹	東京都新宿区
〃 港区	杉村 隆	東京都世田谷区	田中 民恵	神奈川県横浜市
千葉県流山市	中村 一郎	東京都世田谷区	山口 百合子	神奈川県寄居町
東京都豊島区	喜美子	墨田区	細野 静枝	埼玉県鶴岡市
〃 千代田区	小黒 晴子	台東区	菊池 康造	山形県鶴岡市
棗田常義氏追悼	(匿名希望)	練馬区	多胡 博光	鶴岡駅前再開発事業
世話人会代表者	熊切 圭介	墨田区	池田 敏子	十周年記念事業
刀根 隆芳	神奈川県柏市	東京都品川区	山田 弘子	実行委員会
	千葉県柏市	東京都新宿区	森谷 三春	日本ゴルフアーツ クラブ(株)
		東京都世田谷区	文子 勇	中野区
			朝来野伊賀平	

東京都稻城市	中村 久
〃 港区	清水千嘉子
埼玉県寄居町	岡安 英文
東京都品川区	森下 延子
神奈川県藤沢市	太田カヲル
千葉県市川市	松島 秀子
兵庫県西宮市	石丸須磨子
東京都杉並区	松岡 政子
〃 大田区	国際リサイクル運動 推進事務局
〃 杉並区	自然アートの会
〃 稲城市	波田野フミ
埼玉県寄居町	岡安 英文
国際システム(株)	○ います。(I様)

●「ご寄附に添えられたお言葉の一部を  
ご紹介させていただきます。

- 夫は、昨年の初夏、肋骨の脇あたりに痛みを感じ、検査、ドック等でも肋間神経痛と言われました。同年秋、胸水による呼吸困難で入院、「がん性胸膜炎」で今年三月亡くなりました。早期発見が出来ていればと悔やまれます。僅かですが、研究の一助になればと思
- います。(I様)
- 年に一度の一〇〇円ラーメンの売り上げと、一年間の募金を併せて、今年もがん研究のために寄附します。私が元気のうちに是非続けていくつもりです。(M様)
- 主人は、一年五ヶ月の間入退院を繰り返し、その都度担当の先生、看護婦さん、関係の皆様方に本当に良くしていただき、心より感謝しております。主人は幸せでした。誠にささやかではございますが、何かのお役に立てればと存じます。(H様)
- 私の友人が、遺産の一部をがん撲滅のために寄附することを遺言され、私も実行人の一人に選ばれました。ここに友人の死を悼み、がん撲滅のための寄附を実行いたします。(N様)
- 妹は、乳がんを患いましたが、病院の真心あるケアのもと、大変安らかな旅立ちが出来ました。がん研究並びに治療の開発・向上と共に、末期患者への緩和ケア病棟の様な、真のケア施設が全国に広がることを切望して。(H様)
- 大腸がんの発症が確認され入院しましたが、医師ほかスタッフの迅速かつ適切な処置で短期間に退院し、現在自

- 夫は、リンパ腫の治療退院後は、とても調子が良かつたのですが、丁度一年後に亡くなりました。力の限り闘い、勝つことが出来なかつたがんの治療・研究に、少しでも役立てていただけたらと思い、寄附させていただきます。(M様)
- 丈夫の一年間、先生並びに看護婦さん本當にお世話になりました。夫は働き盛りであり、子供も中学生なので、心残りだつたと思います。この様な人が一人でも減ることを祈つて寄附いたします。(H様)
- 姉は、乳がんを患いましたが、病院の真心あるケアのもと、大変安らかな旅立ちが出来ました。がん研究並びに治療の開発・向上と共に、末期患者への緩和ケア病棟の様な、真のケア施設が全国に広がることを切望して。(H様)
- 大腸がんの発症が確認され入院しま

宅でリハビリ中です。感謝の気持と私のような幸運が、一人でも多くの患者

に叶えられるよう願う方法として、貴財団の運動推進にお役に立てればと送金いたしました。(F様)

○ このたび、結婚六十周年を無事迎えたことを記念して、何か社会に役立つことをしようと相談し、寄附に参りました

(ご自身は、都内の自宅から運動を兼ね、約23kmを一時間半かけて徒歩で来られた。…ご主人は電車で)。どうぞ、がん制圧のための研究費に充て下さい。(A様)

○ 夫は医師として、がんを患い体が弱つてからも、仕事に情熱を燃やしていました。その気持ちを汲んで、がん研

究の一助に役立たせていただきたく、寄附いたします。(O様、G様)

○ 人間が宇宙へ行く時代に、がんという恐ろしい病気を、一日も早く地球上から撲滅して頂きたく、本人の意志と私の気持ちで、僅かですがお役に立て下さい。(T様)

○ 家業を継いでいた妻は、以前肝臓がんの手術を受けてから、店に募金箱を置き、併せて自らもがん撲滅のため寄附を続けていましたが、一昨年亡くなりました。家業は私(夫)が継いでやっていますが、妻の意志を汲んで、引き続き支援して行くつもりです。(K様)

○ テリーフォックスラン・チャリティマラソン

これは、カナダの一青年(テリー・フォックス)が、片足を悪性の腫瘍で失いながら、義足でがん撲滅を訴えて、一九八〇年にカナダ大陸横断をマラソンで達成した彼(一九八四年死去)の勇気ある行動を讃え、毎年それを記念して世界中に呼びかけて開かれているもので、皇居一周マラソンに参加、協賛された方々のご芳名の中から、ご寄附を頂いております。

## がん募金箱

東京都、千葉県、神奈川県内の金融機関(三十四銀行、二信用金庫の計

一、六五〇店)の窓口には、「がん募金箱」が置かれ、「がん克服新十か年戦略」事業の推進にご協力をいただいております。

### 訂正のお詫び

第二十四号において、平成八年度ご寄附芳名のうち、東京都練馬区石川庄五郎様(六十六頁)に誤りがありました。お詫びして訂正させていただきます。

財團法人がん研究振興財團役員  
評議員名簿 (五十音順)

• 評議員名簿

(五十音順)

平成十年三月三十一日

垣添 忠生（国立がんセンタ

坪井 栄孝（社団法人日本医

役員

会

名譽会長)

理事長 山本 正淑（日本赤十字社名）

營社長

專務理事 高橋 透（關西電力株式会社）

社名  
譽会長

部  
薰（国立がんセンタ

一  
總長)

元 裕治（石油連盟会長）

朱興作（日本商工會議所）

会頭

古恭之助（住友銀行株式会社）

日本戰役最高顧問

續《舊約全書》

同 大西 正文（大阪商工会議所

大西 實	(富士写真フィルム株式会社会長)
垣添 忠生	(国立がんセンターセンター中央病院長)
加藤 隆一	(株式会社東海銀行相談役名譽会長)
河村 喜典	(三共株式会社社長)
岸 曜	(全国銀行協会連合会会長)
佐藤 文夫	(財団法人日本電子機械工業会会長)
末舛 恵一	(国立がんセンター名誉総長)
菅野 晴夫	(財団法人癌研究会癌研究所名譽所長)
杉村 隆	(国立がんセンター名誉総長)
高木 文雄	(株式会社横浜みどり未来21会長)
田中 明夫	(社団法人日本医業経営コンサルタント協会頭)

同	吉山 博吉 (株式会社日立製 作所相談役)	西 満正 (財團法人癌研究会附属病院 顧問)
渡邊 宏 (社団法人日本ガ ス協会会长)	小山 靖夫 (栃木県立がんセンター所 長)	熊取 敏之 (財團法人放射線影響協会理 事長)
同 和田 武雄 (札幌医科大学名 譽教授)	小山 善之 (国立国際医療センター名誉 院長)	橋本 嘉辛 (財團法人佐々木研究所所 長)
監 事 櫻井 孝穎 (第一生命保険相 互会会会长)	櫻井 欽夫 (前共立薬科大学理事長)	前田又兵衛 (社団法人日本建設業団体連 合会会長)
同 根津嘉一郎 (東武鉄道株式会 社会長)	椎名 武雄 (日本アイ・ビー・エム株式 会社会長)	日比野 進 (名古屋大学名誉教授)
評議員	下山 正徳 (国立名古屋病院長)	松島泰次郎 (東京大学医学部腫瘍外科学 教授)
安部 浩平 (中部電力株式会社会長)	瀬戸 雄三 (朝日麦酒株式会社社長)	橋本 英世 (麒麟麦酒株式会社相談役)
岩村 政臣 (日本コカ・コーラ株式会社 取締役相談役)	武部 俊一 (朝日新聞論説委員)	森 英雄 (住友化学工業株式会社会長)
上野 公夫 (中外製薬株式会社取締役会 長)	塙本 哲也 (東洋英和女学院大学教授)	山下 久雄 (慶應がんセンター名誉所 長)
大竹 美喜 (アメリカンファミリー生命 保険会社会長)	鶴尾 隆 (東京大学分子細胞生物学研 究所教授)	本山 敦子 (エーザイ株式会社会長)
小野田 隆 (社団法人日本損害保険協会 会長)	富永 祐民 (愛知県がんセンター研究所 長)	中野 豊士 (社団法人信託協会会长)
河合 良一 (株式会社小松製作所取締役 会長)	内藤 祐次 (エーザイ株式会社会長)	中野 政雄 (財團法人電力中央研究所研 究顧問)
金井 務 (通信機械工業会会长)	長岡 昌 (評論家)	

# 国立がんセンター

## がん情報サービス（N C C - C I S）について

国立がんセンターでは、診断・治療を含めた様々ながんの解説や、我が国で行われている各種研究の状況、患者さんのケアの方法、病院のリストなど、がんに関する最新の情報を提供しています。（注）

その利用方法は次の通りです。

### [ファクシミリ]

一般 向け → 03-3545-8888

医療従事者向け → 03-3545-2500

### [パソコン通信]

03-3545-1500 一般 向け → info でログインする  
医療従事者向け → infomed

### [インターネット]

<http://wwwinfo.ncc.go.jp/>

（注）このサービスでは、財がん研究振興財団広報資料「がんを防ぐための12カ条」、「がんの統計」及び「JJCO（Japanese Journal of Clinical Oncology）」の情報も公開しています。

---

### 訂正のお詫び

第24号において、生川又平氏の随想「国立がんセンター東病院のボランティア活動」に、下記の誤りがありました。お詫びして訂正させていただきます。

（12頁、上段、最終行）

誤；「I Don't need to tkanked. I Love the work」

正；「I don't need to be thanked. I love the work」

## 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>	〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2-3-54	011(811)9111
<b>青森県立中央病院</b>	〒030-8553 青森市東造道2-1-1	0177(26)8111
<b>岩手県立中央病院</b>	〒020-0066 盛岡市上田1-4-1	0196(53)1151
<b>宮城県立がんセンター</b>	〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1	022(384)3151
<b>山形県立成人病センター</b>	〒990-8520 山形市桜町7-17	0236(23)4011
<b>茨城県立中央病院</b>	〒309-1793 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>	〒320-0834 宇都宮市陽南4-9-13	0286(58)5151
<b>群馬県立がんセンター 東毛病院</b>	〒373-0828 太田市高林西町617-1	0276(38)0771
<b>埼玉県立がんセンター</b>	〒362-0806 北足立郡伊奈町大字小室818	048(722)1111
<b>千葉県がんセンター</b>	〒280-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2	043(264)5431
<b>国立がんセンター 中央病院</b>	〒104-0045 中央区築地5-1-1	03(3542)2511
<b>国立がんセンター 東病院</b>	〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1	0471(33)1111
<b>財団法人癌研究会附属病院</b>	〒170-0012 豊島区上池袋1-37-1	03(3918)0111
<b>東京都立駒込病院</b>	〒113-8677 文京区本駒込3-18-22	03(3823)2101
<b>神奈川県立がんセンター</b>	〒241-0815 横浜市旭区中尾町54-2	045(391)5761
<b>新潟県立がんセンター 新潟病院</b>	〒951-8566 新潟市川岸町2-15-3	025(266)5111
<b>富山県立中央病院</b>	〒930-8550 富山市長江2-2-78	0764(24)1531
<b>福井県立成人病センター</b>	〒910-8526 福井市四ツ井2-8-1	0776(54)5151
<b>愛知県がんセンター</b>	〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1	052(762)6111
<b>国立名古屋病院</b>	〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1	052(951)1111
<b>滋賀県立成人病センター</b>	〒524-8524 守山市守山町5-4-30	0775(82)5031
<b>大阪府立成人病センター</b>	〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3	06(972)1181
<b>兵庫県立成人病センター</b>	〒673-0021 明石市北王子町13-70	078(929)1151
<b>国立吳病院 中国地方がんセンター</b>	〒737-0023 呉市青山町3-1	0823(22)3111
<b>山口県立中央病院</b>	〒747-8511 防府市大崎77	0835(22)4411
<b>国立病院四国がんセンター</b>	〒790-0007 松山市堀之内13	0899(32)1111
<b>国立病院九州がんセンター</b>	〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1	092(541)3231

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

## あとがき

- 本誌は、事業報告を兼ね毎年一回發行しておりますが、このたび第25号が発刊の運びとなりました。
- 当財団が、現在の名称に変つて以来、政府と一体となつて、がん克服に係る支援事業を実施して参りましたが、本年は「がん克服新十か年戦略」の五年目に入つております。この戦略における七つの重点研究課題の一つであるQOLについて、本号では鼎談としてとりあげました。斯界の草分け的先生方のお話には、さすがに説得力があり、患者さんのための医療のあり方を考える際に、非常に参考になるものと存じます。
- 卷頭言には、日本医師会会長坪井栄孝氏から、玉稿を頂戴いたしました。心あたたまるお言葉の数々は、国立がんセンター中央病院新棟の落成を間近に控え、役職員への熱いエネルギーでもあると存じます。
- また、北川定謙氏及び小山靖夫氏からは、貴重な記録となる隨想をいただきました。
- この他、ご執筆の方々に、こころよくご承引いただき、感謝に堪えません。
- ご協力いただきました皆様に、改めて厚くお礼申し上げます。
- 本誌の前編集主幹であられた小黒八七郎氏が、惜しくもご他界なされました。本号の「あしあと」で故人の業績やお人柄を偲んでおりますが、心から冥福をお祈りいたします。
- 今年は、地球温暖化の影響もあってか、桜の開花が例年より早いのに驚きましたが、今はすっかり夏めいて参りました。どうぞ、お元気にお過ごし下さい。
- 皆様からのご意見、ご感想をお待ちしております。(M)

## 「加仁」編集委員

### 編集顧問

杉村  
阿部

吉森  
正喜

垣添  
海老原

岡田  
周市

寺田  
忠生

関谷  
剛男

廣橋  
雅昭

山崎  
説雄

若林  
敬二

高橋  
透  
東京都中央区築地五ノ一ノ一  
国際研究交流会館内  
財団法人 がん研究振興財団  
電話(三五四三)〇三三三一(代表)  
郵便番号  
一〇四一〇〇四五

## 加仁 第25号

平成十年六月五日発行

編集人 吉森 正喜  
发行人 山本 正淑

発行所

印刷 株式会社伴野印刷所

平成十年六月五日 発行

発行人 山本正淑



本誌は、 財團 法人 日本宝くじ協会より  
助成を受けて刊行するものです。