

かに

KANI



第28号 2001

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、醜いその外觀は、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觀からの表徴文字と察せられるが、この字は癌の組織の持つ大きな他の特徴——他の組織と比較にならぬ程、堅い性質——まで表示し得て、妙である。

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

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

(久留 勝・くる まさる；国立がんセンター第3代総長)

がん研究振興財団の事業から

—— 地域・国・世界そして、あなたとともに ——



国際がん看護セミナー
(2001年3月2日~3日)



がん予防展
(2000年9月9日~10日、
習志野市)

がん研究振興財団の事業から



(2000年11月24日、京都大学)



国際がん研究講演会
(レクチャーシップ)

(2000年10月13日、広島大学)



レナード・J・エドワーズ 駐日カナダ
特命全権大使來訪
(2000年12月1日、がん研究振興財団)

国際がん研究シンポジウム
(2001年1月24日～26日、国際研究交流会館)



QOL推進講習会
(2001年2月2日、国際研究交流会館)



がん研究振興財団の事業から

がん研究助成金贈呈式
(2001年3月22日、国際研究交流会館)



リサーチ・レジデント辞令交付式 (2001年4月2日、国際研究交流会館)

(広報・学術のための刊行物) — 新刊 —



加 仁 第28号 目次

カラーページ／がん研究振興財団の事業から

巻頭言

- がん研究振興への期待 篠崎英夫 7

財団の活動

- がん克服へ事業活動の新たな展開を目指して 8

座談会

- 21世紀のはじめに— がん克服への願いとがん研究・医療への期待
..... 日野原重明／中嶋宏／寺田雅昭／大高道也 10

随想

- がん病院の建築と私 浦良一 28
フランス語が話せたら 五十嵐美德 33
色々な思いをこめて 阪上祥子 36

冬瓜の記

- ひとは病気じゃ死なない寿命で死ぬの 野武歌子 38
「いのち」の踏切 平石實 42

がんセンターめぐり(25)

- 滋賀県立成人病センター 井村壽男 46

海外のがん研究・医療機関から(1)

- 国際がん研究機関に勤務して 大島寛史 49

仲間[活動紹介]

- あけばの会 菊池弘美 53
私のボランティア 山元節子 56

質問コーナー

- がん治療における内視鏡手術：がんに対する体腔鏡手術とは? 浅村尚生 60

研修報告

- 平成12年度海外研修に参加して 宮越基 64
ネブラスカ大学メディカルセンターにおける造血器幹細胞移植の研修を終えて
..... 佐久間千代子 68

ニュース・トピックス

- がん医療におけるペインコントロール展開の意義 武田文和 71
サイコオンコロジー：がん医療における心の医学 内富庸介 74
がん治療法の選択過程が様変わりする？—早期前立腺がんの場合を例として 薦巢賢一 77

財団の事業概要

- 「がん克服新10か年戦略」支援事業 81
看護等コ・メディカルの人材育成事業 88

- 第33回がん研究助成金の贈呈 90

- 財団発行の広報・学術のための刊行物一覧 91

ご寄附芳名録

- 財団法人がん研究振興財団役員・評議員名簿 96

- 全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表 98

あとがき

がん研究振興への期待



厚生労働省健康局長

篠崎 英夫

●政府におけるこれまでのがん対策

がんは、昭和56年以来、日本人の死亡原因の第1位であり、全死因の約3割を占めている。また、高齢者人口の増加等により、現在もがん患者は増加傾向を示し、がん対策は、国民の健康の維持増進を図る上での重要な課題となっている。

このため、政府としては、昭和59年より、がんの本態解明を目指に、「対がん10ヵ年総合戦略」を推進し、がん遺伝子の発見やウイルスによる発がんのメカニズムの解明等を行ってきた。

また、平成6年度からは、がん患者の高齢化や難治がんの増加等の新たな課題にも対処するため「がん克服新10ヵ年戦略」を策定し、がんの本態解明からがん克服という目標に向けて、研究事業を実施してきた。

この結果、①がんの本態解明の研究分野において、多くのがん関連遺伝子を発見するとともに、がんでは複数の遺伝子異常が高頻度に見られること、遺伝子異常のセットは、がんの種類やその進行度によって異なること等を世界に先駆けて明らかにするとともに、②がんの予防法確立の分野においては、魚や肉の焼けこげ部分に生成されるヘテロサイクリックアミンなどの発がん物質を特定し、構造を明らかにした。また、③新しい診断・治療法の開発においては、ヘリカルCTの開発により、より小さながんを発見することが可能となり、早期肺がんの診断率を向上させた。

これらの成果は、国立がんセンターの諸先生方を中心とした研究の賜物であり、その著しいご功績とご努力に対し深く感謝するしだいである。

●これからの我が国のがん対策の方向性

がん対策については、以上のような研究を推進してきたところであるが、依然として、働き盛り

の国民にとって最も大きな死因であることにはかわりない。このような状況において、厚生労働省としては、平成13年度より、がんの予防と治療成績の一層の向上を果たすため、先端的科学の研究を重点的に振興する戦略として、「メディカル・フロンティア戦略」を推進することとしている。

メディカル・フロンティア戦略においては、がんのみならず、心筋梗塞、脳卒中、痴呆及び骨折の5分野を対象にそれぞれの目標を設定し、研究の推進等を図っていくこととしているが、そのうち、がん分野においては、2005年までの5ヵ年計画として、がん患者の5年生存率（治癒率）を20%改善することを目標としている。

具体的な方策としては、①ゲノム科学やたんぱく質科学を用いた治療技術・新薬等の研究の推進、研究推進のための基盤整備、②質の高いがん医療の全国的な均てん、ITの活用による医療提供体制の整備を図ること等をその内容としている。

●がん研究振興財団に対する期待

国民のがん克服に対する願いを直接がん医療従事者・研究者に伝えるために、また、国民からのがん医療・研究に対しての正しい理解と広い支持を得るために、がん研究振興財団の役割は今後ますます重要になるとを考えている。財団を支えていただいている多くの方々、特に患者、家族の皆様方や一般篤志家の方々の気持ちこそが、これからのがん医療とがん研究の発展のための基盤となる。がん政策に関わる者として、これまで財団を支援していただいた方に心から感謝申し上げるとともに、今後の財団のますますのご発展と関係の皆様方のご健勝を祈念するものである。

(しのざき ひでお)

がん克服へ事業活動の新たな展開を目指して

はじめに

読者の皆様には、私ども「がん研究振興財団」に対し日頃よりお力添えを賜り、厚く御礼申し上げます。

21世紀を迎える、当財団では、事業活動の新たな展開を目指していきたいと存じます。

平成12年度は、官民が一体となって取り組む「がん克服新10か年戦略」の推進をはじめ、ご寄付をいただいた方々のご意思を尊重しながら、がんの予防、医療、看護などの向上を願って、特に研究・研修・広報活動の充実を図ってまいりました。

以下に、新しい事業を中心に活動のいくつかをご紹介します。

(本誌のカラーページ及び81~91ページ参照)

1. 看護等コ・メディカルの人材育成

(1) 第1回国際がん看護セミナーの開催

当財団が重視している活動の一つに、がん看護等の研修事業があります。

平成12年度には新たに、がんの患者さんとそのご家族を支える看護・医療のさらなる向上を図るため、国立がんセンター等の専門家の協力を得て、国内外の“がん看護”の関係者が一同に会し研鑽する場として、平成13年(2001年)3月2日~3日、国際研究交流会館(東京)において、「第1回国際がん看護セミナー」を開催しました。

主題を「がん看護の実践力の向上をめざして」とし、5つのセッション；(1)がん看護のめざすもの、(2)臨床看護における看護研究、(3)医療・看護の質の評価、(4)症状マネジメントの看護技術—リンパ浮腫のケア、及び(5)患者と向き合うためのコミュニケーション・スキル、が持たれました。

海外の4名の演者(米国2名、英国2名)と国内の5名の演者がそれぞれ最新の報告を行い、参加者一同が熱心に質疑応答して、大層実り多い国際研修になりました。参加者からは、ぜひまた聞いてほしいとの声が多く寄せられました。

(2) 看護等従事者海外研修助成の充実

平成12年度のがん看護の海外研修(若干名)は、

メイヨ・クリニック(米国)の他、がん医療・研究で評価の高いネブラスカ大学(米国)でも実施されました。

「国際がん看護セミナー」の開催などと合わせ、国際交流を推進して世界的な視野から、がん看護等のなお一層の向上が図られるよう支援していきたいと考えています。

2. がん研究助成の充実

当財団では、がんの研究、特に臨床に関わる発展性のある研究及び研究者の育成を目的に、全国公募によって毎年20件の優れた研究に助成してきました(1件120万円)。

平成12年度には、それらの「一般課題」のほか、新しく「特定課題」を設けて公募することになりました(1件300万円)。

平成12年度の「特定課題」は「臍臓がん」で、1年ごとの審査を経れば3年間の継続が可能となります。

3. 若手研究者の人材育成

平成12年度も全国から若手研究者をリサーチ・レジデントとして当財団が公募・採用して(定数約80名)、国立がんセンター等のがん専門の研究・医療機関で3年間の研修を行っています。

21世紀を担う心ある人材の育成に努めたいと存じます。

4. 国際研究交流の推進

(1) 国際シンポジウム

平成12年度の国際シンポジウムは、「がん性疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学」を主題として、2001年1月24日~26日、国際研究交流会館で開催されました。

海外(米・英・豪・加)から招聘した14名の演者と国内の演者ならびに討論者とがともに、現状と将来展望について、真剣に話し合いました。

我が国において今後なお一層の発展が期待されている領域であるだけに、時宜を得た、意義深い会議となりました。

なお、2001年2月2日には、国内の医師、看護

婦、ソーシャルワーカーなどを対象に「末期医療患者のQOL推進講習会」も開催し、患者さん中心の「キュア（治療）からケアへ」を方向付ける点で、大きな弾みになったように思われます。

(2) 国際がん研究講演会(レクチャーシップ)の開催

米国と韓国から著名な研究者を招き、東京をはじめ京都、広島でも講演会を開催いたしました。

韓国では、近く国立がんセンターが設立されることになっており、今回のレクチャーシップではその指導者をお招きしました。

当財団としても人材育成や共同研究を支援する形で、そのような国々と国際協力できることを喜びとするものです。

(3) 研究者の派遣・招聘

平成12年度も積極的に、「がん克服新10か年戦略」の7つの重点研究分野に関して、日本人の研究者の派遣、海外の研究者の招聘の推進に努めました。

がん研究のさらなる発展のためには、このような国際共同研究、研究者の人材育成などは不可欠であり、「がん克服新10か年戦略」も余すところ3年となった現在、新たな推進体制の構築が望まれるところです。

5. 広報活動の充実

最新のがん研究の成果を含め、国民の皆様に対する「がん」の正しい知識の普及と予防啓発を推進することも、私たちに課せられた重要な使命です。

特に平成12年度の活動については、まず、今年の1月に当財団のホームページが開設されたことを、お知らせしなければなりません（アドレスは、本誌の末ページに掲載）。

次に、刊行物として小冊子やカレンダーを発刊・配布していますが、このたび、新たな小冊子「がんとどう付き合うか—予防と診断・治療、社会復帰と緩和ケア」を発刊しました。これは、患者さんとそのご家族をはじめ広く国民の皆様のお役に立てればという願いから、簡潔に、わかり易く書かれたものです。

喫煙と肺がんとの関係を説き、禁煙を呼びかける小冊子、「君たちとタバコと肺がんの話」はこれまで中学生向けの版のみでしたが、より幅広くとの関係者の要望に応えて、青少年向けの版も作成・配布しました。著者の一人、坪井栄孝先生（日本医師会長）もこの小冊子が全国の若者に配

布され、読まれていることを大層喜んでおられました。

さらに、当財団の機関誌である本誌「加仁」も、読者の方々にとってより読みやすく、より親しまれる紙面づくりを目指して見直しを図っているところです。

その他、当財団では、毎年全国5～6か所の都市で、がんの「予防展」や「講演会」を開催しています。平成12年度は展示ゲーム機器などの充実を図りました。お近くに参りました際には、ぜひ気軽にご参加いただき、遊び感覚で、がんの基礎知識を学んでくださるようお願いいたします。

なお、学術誌として、「がんの統計」（隔年刊）と「JJCO」（がん診療の進歩：月刊）を発刊していますが、JJCOは最近では、海外とくにアジアの国々からの投稿も増えるなど、信頼性もより高まっています。

6. その他

平成12年12月1日に、レナード・J・エドワーズ駐日カナダ特命全権大使御一行が当財団にお越しになり、「東京テリー・フォックス・ラン」（主催：フォーシーズンズ・ホテル（椿山荘内）・駐日カナダ大使館）に参加した何百人もの方々からのご寄付を直接私どもにお届けくださいました（「加仁」第27号参照）。

当財団では、他のご寄付と同様、お寄せいただいた皆様の心を心として、がん研究等所期の目的のために活用させていただくことをお誓い申し上げました。

この機会に、善意をお寄せいただいたすべての皆様に深甚なる感謝を申し上げたいと存じます。

むすび

以上、新しい取り組みを中心に当財団の事業の概要をご紹介いたしました。

当財団では、“地域、国・世界、そしてあなたとともに”をモットーに、市民と専門家と行政との連携のもとに、なお一層強力に「がん克服」を目指していきたいと考えています。

今後とも、皆様方の暖かいご指導・ご協力を当財団に賜りますようお願い申し上げます。

（がん研究振興財団専務理事・大高道也）

座談会

21世紀のはじめに—— がん克服への願いと がん研究・医療への期待

平成13年3月5日

出席者(敬称略)

日野原 重明 聖路加国際病院理事長

中嶋 宏 WHO名誉事務局長・国際医療福祉総合研究所長

寺田 雅昭 国立がんセンター総長

司会 大高道也 がん研究振興財団専務理事

はじめに

司会(大高) 本日は、ご多忙の中、第一線でご活躍の3人の先生方にご出席いただきました。先生方には厚く御礼申し上げます。

簡単にご紹介させていただきますと、日野原重明先生は、内科医で、聖路加国際病院理事長でいらっしゃいますが、医学・医療全般に精通しておられ、長年にわたる幅広いご活躍を通して多くの人々に深い感銘を与えてこられました。

中嶋 宏先生は、精神科医から始められて、のちにWHO(世界保健機関)に入られ、とくに1987年からの10年間は、WHOの事務局長として世界の公衆衛生、健康と福祉の向上に大いに手腕を發揮されました。

そして、寺田 雅昭先生は、国立がんセンターの研究所長から総長に就任され、現在、我が国のがん研究、がん医療などについて大いに指導的役割を果たしております。

本日の座談会では、経験豊かで国際的視野をお持ちの先生方にがん克服への想いと、我が国のが

んに関する医療や研究への期待などについてお気軽にご論議いただき、21世紀の方向性をご示唆いただければ幸いと考えております。

専門的な内容ですが、一般の読者の方々にもなるべくわかりやすくお願ひいたします。

中嶋 私は精神科から次にフランス国立衛生医学研究所の主任研究員として精神薬理学を専攻しました。日本ロシュ研究所の研究管理部長をやっていましたが、1974年にWHOの医薬品評価に携わるようになりました。これから医薬品の有効性、安全性、有用性の3つをいかに世界的な面で標準化するか、というようなことがわたしの最初の仕事でした。とくに安全性については、発がん性の有無も薬理評価の対象になっていました。国立がんセンターの杉村 隆先生ともよくお会いしたものです。

私にとって、「がん」とはそのころからのお付き合いです。

司会 これはご了解をいただいたうえでお訊ねするのですが、中嶋先生ご自身も何年か前にがん



写真左から寺田、大高、日野原、中嶋各氏

にかかられたそうですね。

中嶋 今年で11年目か12年目になります。

司会 手術されてからですか。

中嶋 ええ。私は、実は国立がんセンターとは昔からのお付き合いがございます。私がマニラのWHO西太平洋事務局に赴任した直後に、私の前の家内に（フランス人で医者だったのですが）子宮頸がんが見つかりまして、がんセンターで手術をしてもらいました。しかし、転移、再発して、翌年、がんセンターで亡くなり、そのまま、がんセンターでお葬式をしていただいたのです。

その後、私のところはがんの家系なものですから、検診をずっと受けてきました。今度は私が、WHO本部の事務局長になって初めての世界保健総会のときに、議長は中国の保健大臣の陳先生でしたが、パレスチナ加盟の提案が出てきて、連日真夜中までやって、アメリカがパレスチナを入れたら脱退すると言い出したりして、大変なストレスがありました。検診をしたらやっぱりどうも危ないということで、以来、ずうっとがんセンターとお付き合いをしています。

それとは別に、これは私が胃がんになる前に、市川平三郎院長先生のときでしたか、ご存じのように、国立がんセンターをWHOの胃がんの研究協力センターとして復活させまして、東京で会議を開きました。胃がんの国際的な共同研究をやろ

うということになりました。

今でもそうですが、胃がんについては、欧米には日本の早期がんというのはまだ胃がんではないという意見もあります。そういうことがあって、国際胃がん学会を作るのにお手伝いをしました。

司会 お話を伺って、がんを克服しながら、その後も国際的な仕事を精力的になさってこられたことに心から敬意を表したいと存じます。がんの患者さんにとっても力強い励ましになりますね。

●がん克服への諸課題

司会 私たちの財団では「対がん10ヵ年総合戦略」に引き続き、1985年から始まった「がん克服新10ヵ年戦略」の一翼を担っています。それではここで、このプロジェクト以外にもいろいろな国家的プロジェクトに関わっておられる国立がんセンターの寺田先生から、21世紀を展望してがん医療あるいはがん研究において、どのような課題があるのか、また、どのような進歩が期待されるのかというあたりから、まず口火を切っていただきたいと存じます。

寺田 私から簡単にお話いたします。

ご存じのように、現在、日本人のおよそ3人に1人ががんで亡くなっている。毎年、47~48万の方々ががんになって、そのうちの半分近くが亡くなっています。たとえていいますと、毎日、

新幹線のぞみ1杯分の人々ががんになって、そのうちの半分の人々が大阪に着くまでに亡くなっている。

やはり一番重要なのは予防で、アメリカでは現実にがんが減り始めた。がん全体の死亡率も減り始めた。日本も、そういう時代が来るだろうと非常に期待しております。よく、がんはどうせだめだろうと言われる方がおられるけれども、そうではないのだろうと希望を持っております。

現在、今日の医療には10年前の研究の成果が入っているわけです。従って、今日の研究は5年後10年後のがん医療・予防の現場に入っています。現在、がん研究の推進になっている大きなものは2つあります。1つはIT(情報技術)もしくはコンピューター科学で、もう1つは生命科学です。

後者は21世紀にはますます進歩のスピードが上がるでしょう。多分進歩し過ぎて、人間がそれをどのように取り扱えばいいのかも課題になってきます。成果のいい面をがんなどの病気に役立てることはいいのですが問題もあります。

ヒトゲノムは今年(2001年)の2月6日、科学雑誌のサイエンスとネーチャーに、ほとんど90%解明されたということが出ました。遺伝子ゲノムの病気であるがんの解決にとって大変重要なことです。しかし、それに伴って人ととの差、遺伝子が違うためにがんになりやすい人とかそうでない人ということが、社会的に、例えば生命保険などでどう扱っていくのかなどの問題がでてきました。

司会 生命倫理やQOL(生活の質)の向上もますます大切な課題になってきますね。

寺田 その通りです。ITの方も、うまく使えば情報が国民に伝わって大変いいことだと思います。情報の開示、それからアカウンタビリティー(説明義務)のためにも、全国民に使われることができます。

しかし、一方、プライバシーを守らなくてはいけない。特にゲノムの情報は自分のためだけではなくて、家族のためにもプライバシーが重要です。往々にして診断とか分析だけが先に進んでしまう。画像診断でもそうですけれども、病気についても遺伝子についても画像についても、分析能力が非常

に発達したために、診断が進む。治療法とか予防法がない診断を、それを全部知らせることがいいのかどうか問題です。

今まで、とにかく全部知らせるのがいいことであるという世の中だったのが、必ずしもそうではないのではないか。知らない権利というのは当然あるだろうと思いますし、そういう問題ががんに関しても出てきます。

最後に、がんの治療成績が向上してきて、国立がんセンターで、5年生存率でみると60%ぐらいの方ががんで助かる。アメリカで大体800万人の方が5年以上生存しておられる。これは乳がんと前立腺がんが多いからですが、日本の場合はがん生存者200万人ぐらいです。このような方の社会復帰をどうするかという問題もあります。

一方、逆におよそ半分の方は亡くなっているわけですから、そのような方々をどうするかということが大きな課題となっています。今では、キュア(治療)におとらずケアが大事だという考えが広まっています。医療の面、あるいは研究の面からも、特に患者さんの痛みのこととか、息苦しさとか、全体の倦怠感、あるいは、精神的なケアなどを重視するようになってきました。

以上、大ざっぱで恐縮ですが、全般的に述べさせていただきました。

●がんの国際動向と発生要因

司会 ところで、国際的な視点からみた「がん」の動向はいかがでしょうか。

寺田 世界的にもがんは随分ふえていますし、1995年におよそ1000万の方ががんになって、その半分以上、600万人か700万の方が亡くなっています。これは2010年になると倍になります。いわゆる経済的に自立した途端に、がんがふえてくるんですね。ですから、タイなんかも、もう今や死因のナンバー3ががんです。インドネシアに行くと、それはずっと下なんですね。同じ発展途上国でも随分違うみたいで、世界的な問題になると、がんは必ずしも金持ちのぜいたく病ではないということが明らかです。

司会 それでは、国際的にもがん対策の重要性、ニーズが高まっていると考えればいいのですね。



中嶋 宏先生

中嶋 WHOでいろいろ調査したところ、途上国では、もちろん感染症がトップですけれども、その次はがんなんですね。一部には、中近東の国々やインドなどのように、いわゆる生活習慣から心臓疾患の多い国がありますけれども、例えばアフリカのかなり奥の特に大西洋沿岸諸国などでは、やっぱりがんが非常に多いということがあります。南米もですね。ですから、やはり途上国でもがんの問題がある。もちろん、中国はがん大国であることは周知のことです。

ただ、問題は、途上国の場合には今のところ、ほとんど対策ができていないことです、残念ながら。日本でいう検診だけでなく、例えばがんの原因。最近では、がんの原因の一つは炎症だと言われているわけです。かなりそういう研究が進んできていますけれども、炎症とか感染症から起きたがんが途上国には非常に多いわけです。

ですから、いわゆる遺伝的、あるいはライフスタイル（生活様式）とか環境とか以外に、途上国なんかでは環境プラス感染症というものが誘因になって出てくるがんが非常に多いということですね。あと、発がん物質。ですから、そういうところを総合的に見ないと。世界的ながんの克服は私の夢だったし、今も夢です。

そうすると、例えば今どんどん開発してきているDNAチップ等を使った遺伝子診断の方が安上がりで現地でできますからね。今、ハイテク、ハイテクと言っていますけれども、そういうふうになれば途上の方にもかなりベネフィット（恩恵）

があると思うんですね。ただ、そこまでいくのには、よほどの体制をつくらないといけないし、日本の場合、国内体制がまだまだ無理ですから。

寺田 先生が言られた感染症について、例えば子宮頸部がんなんかはパピローマ・ウイルスですし、肝臓がんは日本ではもともと第3位ですが、これもC型ウイルスがほとんどですね。胃がんが、本当に原因かどうかわかりませんが、関係しているものとしてヘリコバクター・ピロリ菌。

そうなると、先生がおっしゃった、いわゆる途上国型のがんというのは、感染症を1つの原因にしているのが多いから、割合予防はできやすいだろう。予防ができるというのは、何も生活の環境を変えるだけではなくて、多分ワクチンが開発されるのだろうと私は希望を持っているんですね。

今、子宮頸部がんのパピローマ・ウイルスに対するワクチンがドイツとアメリカでできかかっています。そうすると、アメリカとアフリカの女性のがんの大部分、インドとかはほとんど子宮頸部がんですね。それから、肝臓がんの原因のひとつB型ウイルスはもうワクチンができましたね。C型ウイルスについても何とかしようと頑張っていますから、近い将来できる可能性あります。

ヘリコバクターに関しても、抗生物質を投与するとやっぱり耐性が出てきますから、ワクチンで何とかしようとという動きがあります。

ところで、最近増えている肺がん、乳がん、前立腺がんなどは、食生活の欧米化——動物性脂肪やカロリーの摂りすぎなど——などの関連も指摘されています。また、たばこは、肺がんのみならず、胃がんをはじめとする消化器系のがんなど、種々のがんの発生要因と考えられています。

日野原 今、世界の各文明の発達度によってがんの種類が違うというお話をありましたが、私が調べたところ、医学者オスラー（1849-1919）の活躍した時代には、アメリカにもやっぱり胃がんがあったんですね。ところが、今から数十年ぐらい前から、あの文明が進むアメリカにおいて、胃

がんがなくなってきて、大腸がんがふえる傾向だ
というのです。

日本においても今胃がんが減って、大腸がんが
増えていますが、そういうことの起こる原因が、
疫学的にそのときの食生活や食塩摂取などの状況
にあるといわれています。日本では高血圧対策の
ために減塩を進めたところ、食塩のとり方は一人
一日15グラムから12グラムまでずっと落ちてき
て、高血圧や脳卒中も確かにコントロールされた
が、胃がんの方も少なくなってきたました。

● 胃がんの発生原因をめぐって

寺田 日野原先生がおっしゃった食塩の問題だけではなくて、よく言われるのですが、アメリカでは冷蔵庫が普及し出したら胃がんが減った。結局、それはナイトライトですか、燻製をつくって食べて、その中のあれが悪いんだとか、いろんなことがあって、実際に動物実験をやると、量をたくさんりますから、確かにがんの原因だったりするんです。だから、胃がんの原因としては、多くの因子があげられるように思うのです。

中嶋 WHOで数年前私がいるころにやった研究で、少し批判はあるんですけども、でん粉質で、しかも消化の余りよくないでん粉、ジャガイモでなくて、むしろスパゲティーとか、吸収の悪いでん粉質で50%。それから動物性の脂肪で10%、砂糖を10%、それ以外のたんぱくなどで30%合計2200キロカロリー摂取する。このでん粉質の摂取が50%から落ちるとがん——特に大腸がんの発生率がふえてくるというデータがありました。また、その当時、たしか東京都における研究だったと思うんですけども、特にコンビニとかスーパーでインスタントラーメンとかがありますね。ああいう油が多くて、でん粉質が少ないものをとり始めてきたので、それで東京都では胃がんよりも大腸がんの方がふえてきた、という説があります。

沖縄は長寿県と言っていたんですけども、どうも沖縄の若者にもやはり大腸がんが出てきた。
ですから、やはりライフスタイル、塩の問題だけ
でなく、栄養全体の問題をもう一度見直さない
といけない。ただ、これは非常に難しくて、塩の
問題は日本の研究者と一緒に、高血圧と胃がんの

両方について疫学的に、WHO事務局長のときに
やったんですけども、非常に関連性があるし、
もちろん塩に関する遺伝子はわかってきてる
わけですけれども、日本では、やっぱり塩の摂取
量を一日12グラム以下に落とすことは現状ではな
かなか難しい。禁煙と減塩は、私はがん対策の中
では非常に重要ではないかと思うんですね。

日野原 私は循環器疾患も研究していたから、
塩は心不全にはよくないけれども、高血圧にはど
うかというと、もともとアメリカのデューク大学
で減塩療法と言うんだけれども、琉球大学の肥満
療法とか高血圧療法は、肥満者で血圧の高い人に
ライスダイエットといってカロリーの低い少量の
お米を中心に高度の低塩食を与える治療法が戦後
間もなく始められました。つまり一日当たりの食
塩が1グラム以下でナトリウムは本当に少ない。
もう味も何もないような低カロリー食を摂らせて、
それをライスダイエットと言っていました。
それで、ある程度血圧が下がるというのです。

そして、一世紀も前のアメリカには相当あった
胃がんが文明とともにになってきたが、日本と
アメリカとが違うのは食塩の摂取量だというこ
とが分かり、私はまず神奈川県で地域の人々の協力
を得て24時間の尿のナトリウム測定したのです。
それは20年前のことです。

私は、関西から関東その他各地の住民の一日の
食塩摂取量を24時間尿から調べたら、関西は少な
くて、関東以外東北あるいは信越地方の住民のと
る食塩量は非常に多かった。そこで私は、食塩摂
取量は一日10グラム以下に落とすようにと、パン
フレットをつくった。そうしたら、厚生省の指導
では一日12グラム以下にしているから、ちょっと
ぐあいが悪いと言われて、残念ながらそのパンフ
レットはあまり使わなかったのですが。

司会 厚生省もその後、10グラム以下にしま
したね。

日野原 私はとにかく食塩摂取量はもっともつ
と落とした方がよいと訴えてきました。それで食
塩というのは慣れだから、アメリカ人がわずかな
塩分で満足をしているんだから、日本人でもでき
ると思っています。これから日本の胃がんがどれ
ぐらい減るかということも見なくてはなりません

ん。しかし、明らかに大腸がんはふえたけれども、胃がんの方は少なくなってきた。そういう食生活がやはり大きく影響しているんでしょうね。

寺田 もう1つよくわからないのは、今言いましたヘリコバクター・ピロリ菌ですね。これは日本人で65歳以上で70~80%の人が感染しているのです。いろいろ説があります。やっぱり胃がんが多いところは世界的に感染が多いとか、いやいや、そうじゃない、ヘリコバクターの種類がどうも違うみたいだとか。動物実験でもヘリコバクターをやりますと、がんはできないけれども、それにプラスちょっとした発がん物質をやると、ばっとがんができますしね。

もっとおもしろいのは、これは国立がんセンターの若林先生が見つけて、私も大変おもしろいと思ったんですけども、日本の動物実験をやるときには魚粉でえさをやる。向こうはカゼインを中心としてエサにする。

中嶋 今度はできなくなる。

寺田 魚粉でヘリコバクター投与の実験をやったのでは胃炎ができるんですね。魚粉をのぞいた飼料ではヘリコバクターをやってもできないんですよ。だから、何か魚粉の中に、炎症を促進するものが入っています。骨とかなんかがちゃがちゃとしたものがあるんじゃないかと思っています。

中嶋 中国でWHOのIARC(国際がん研究機関)の連中が追跡調査をやろうと思ったら、感染していない人の方が絶対的に少ないですから、対照群ができないというんです。結局、やめてしまいました。

寺田 そうなんですね。南米のコロンビアでIARCが介入調査として、一番いいのはコッホの原則の一つで、ヘリコバクターを抗生物質でたたいたら、がんができなくなるかということをやろうとしたんですね。ところが、そこは衛生状態が非常に悪いですから、再感染、再感染で何かわけがわからなくなってしまったということです。

日本でもやろうとして、国立がんセンターの垣添忠生先生が随分頑張っていますが、日本で臨床研究をやるといったら、インフォームド・コンセント(説明と同意)をきっちりやりますでしょう。

そうしますと患者さんの協力を得にくいこともあります。

中嶋 私も昔からヘリコバクターに関わって、随分、フランスのリヨンにあるIARCの連中の仕事を助けてあげたことがあります。あのころ、胃がんはやはり外科医が主導を握っていましたから、ヘリコバクターなんか絶対信用しないという外科の先生もおられましたが、それがだんだんと変わってきていますね。

しかし、ヘリコバクターに限らず、一般の感染症あるいは急性の炎症でも、発がん性との関係、発がん物質ができて、組織の障害だけでもできるということは、かなりわかってきてているのです。

ただ、日本の胃がんが減ったということで今、世界で一番問題になっているのは、早期がんなんですね。まだまだ信用しない人がいる。

●検診と画像診断

寺田 それはさきほど私の方から生命科学とITについてお話ししましたが、がんの場合はほとんどが画像で診断しますから、このごろ国際的に画像診断について議論をする機会が割合多くて、基準がなるほど日本の方が合っているということになってきましたね。

中嶋 やっとのことで、一応皆さんが同意するようになってきた。

寺田 アメリカだけがまだブーブー言っていますが、ヨーロッパは大体日本に同意してくれていることです。

がんはほとんどの場合、高血圧などと違って、生理ではなくて病理ですし、画像で診断ができるんですね。ですから、胸のレントゲンにしても、インターネットで送ってきて「おまえはどう思うか」とか、日本国内だけではなく、国際的にも標準化できることは非常にいいことだと思っています。

中嶋 ただ、残念ながら発展途上国では、画像診断、レントゲンも得意ではないし、むしろ彼らは放射線画像より内視鏡の方がコストも安いし、いいんです。ただ、内視鏡のトレーニングが難しいんですね。組織をとる施設がない。だから、内視鏡で見ることはできるけれども、組織をとる技

術とか組織を処理する技術というようなものはないというのが途上国の問題の1つとしてあるわけですね。

司会 途上国では日本のような検診方式は恐らくないと考えていいのですか。

中嶋 これも組織的な検診というのは余りやらないですね。これはいろいろな理由があるんですけども、最近、フランスなどでは、健康保険の支出の中においてかなり組織的な2次予防すなわち検診をやろうということはあるんです。

日野原先生は、国際検診学会の会長もずっとおやりになられて、私もこの間、台湾にご一緒させていただいて、検診の問題を随分話したんですけども、実は私がここ数年言っているのは、がんの検診とか、人間ドックというのは病気を見つけているわけです。

日野原 でき上がったものをね。

中嶋 でき上がったものを見つけています。ですから、でき上がる前のものを見つけるのが、やはり予防対策としては一番いいと思うが、それをどうやってこれからやるか。

日野原 人間ドックというのは予防医学というにはいわれてきているが、発見であって予防ではない。だから、このごろやっと2次予防というふうに位置づけされて、むしろもっと1次予防、プリベンションを重視すべきではないか、生活の習慣や環境を改善する必要性があることがやっとわかったきたわけですね。

私も総合健診医学会の会長を長くやってきて、検診には功罪があると思います。いいところとよくないところが。検診のあり方をもっと変えるべきです。患者に心配を与えすぎないこと、検診でチェックをすることは大切だけれども、それ以上に検診をチャンスにして、たばこの問題から、酒の問題から、食事その他の生活行動を改めるように導く、もう少しその方に重点を置くべきだと私は言ってきました。

とくに、たばこの問題は、あるところまで減りましたけれども、なかなかいかないというところ



日野原重明先生

に大きな問題があるわけです。

●予知と予防

中嶋 途上国なんかでも、やっぱりたばこは非常に多いんですけども、もちろんレントゲンさえもできない。ヘリカルCTなんか全然だめですから、肺がんについては喀たんの細胞診ぐらいですけども、それですと成功率は非常に少ないですね。

ただ、私は今個人で少し提案しているんですけども、やっぱりゲノム情報も入れた予知、予防。しかし、治る病気は予知してもいいが、治らない病気の予知をすることは倫理的に問題があると考えています。

司会 予知についてですが、がんの成り立ちには、遺伝子の突然変異による場合、特定の遺伝子が引き継がれる場合などがあると考えていいのでしょうか。

日野原 本当の予防医学というのは、それが起こらないような条件にその人を置くということで、ただ検診をして病気を早く発見するというものが本当の予防でないということは先ほど話題に出したわけです。

予知医学会が、アメリカのインディアナポリスを中心にスタートして全米に拡がった学会があるんですが、これは毎年年会もあるんです。これはリスクファクター（危険因子）をその人に教えて、今のたばこ、今のアルコールの量、今の食塩のとり方がどの程度発病に影響するかというデータを見せて、あなたが習慣を変えなければ、これだけ

の可能性がありますよというふうなデータを見せて、そして自分の行動を変えるための行動療法、習慣の変容にめいめいを導くということを研究する学会です。そのことによってできるだけその人の病気も、それから国民の病気も抑えようということで予知医学という考え方方が少しずつ拡がってきつつあるわけです。

ですから、この学会ができたときには、遺伝子まではいかないで、あなたには遺伝子があって、がんになりますよなんて脅迫的なことをいうのは、倫理的に非常によくないことで、生活行動の改善にとまっていたのだけれども、今は遺伝子医学がこんなになってきたから、あなたはそういう生まれつきのファクターがあるから、例えば糖尿病の素因があるから普通の人よりも、もっと糖分摂取や肥満に気をつけなさいよといったり、がんになる可能性の強いファクターがあっても、条件をよくすれば、発病が遅くなるという意味において生活行動の改善を説得すれば、ある意味で当人を納得させるのではないかということです。

逆に、長生きの寿命の遺伝子があるといつても、その人が乱暴なことをして交通事故で死ぬとか、心筋梗塞になってしまってもすぐにいい病院に行かないというようなときには、そういう人は早死をするでしょう。だから、私は、遺伝子を問題にすると同時に、その人が健康管理をうまくしているか、あるいは最もよいタイミングでよい医療や手当てを受けられるかどうかによって寿命が決まるのです。長生きの遺伝子があっても早く死ぬことがありますから、環境の教育とかなども考えなくてはならないと私は思って、何人かの生命保険の社長にも言ってきましたよ。

心電図に異常がある、糖尿病があるというので、あなたの契約は無理ですよと生命保険会社はいうでしょう。でも、私が生命保険の社長だったら、これぐらいの心電図の異常はとりますよ、軽い糖尿病があってもとりますよといいます。ただ、その糖尿病の人が気をつけてちゃんと自分でコントロールできる血糖値の高い人か、乱暴な人かによって寿命が変わってくるから、セルフケア、自分がそういうよい環境に守られているという条件をファクターに入れて、生命保険をとるかどうかを

きめないと、ただ血圧がこれ以上高いからとか、不整脈があるから契約はダメだとかというのはちょっと時代おくれじゃないかというふうに言ってきました。

中嶋 先生のおっしゃったようなことは、今、フランスで、日本でも有名なアクサという保険会社と第二電電みたいな電話会社と一緒に組んでやっているんです。保険会社は医療サービスができないんです。会員を募って、保険会社に保険を掛けるんですけども、保険会社は査定を全然やらないんです。査定をやらないで保険に加入できるんです。

日野原 会員であればでしょう。

中嶋 会員であればというよりも、まず保険会社と契約して、それと同時に会員になるんですね。会員は、電話会社の中に保険サービス担当医がいて、自分はおかしかったからとか、心配だったらどこへ検診に行かなきゃいけないというようなことを常に両方から言ってくるわけですね。というのは、ご存じのように、世界の貿易協定(WTO)で情報と通信は完全自由化しているわけなんです。だから、何をやってもいいんです。ですから、電話会社が相談や教育なんかをやって、そして何かあったらお医者さんのところへ行くとか診察を受ける、検診を受ける。その検診料は保険会社の方から払うという形で、そういう予防・予知保険みたいなものまで売り出してきているわけです。

今までの日本のがん保険というのは、いわゆる人間ドックと同じで、がんになったらお金が出るので、がんを防ぐためのお金は出さなかったわけですね。だから、そういうサービスがこれからはITの時代でどんどん出てくると思うんですね。

●がんと社会保障

中嶋 同じようなシステムを今、カルテビタールといって、フランスの国の健康保険でも打ち出そうしている。いわゆる保険についても、予防によって給付を変えようという動きは随分あるんです。これは胃がんそのものではないのですが、例えばドイツ、フランスでは今までデンタルケア(歯の治療)にはほとんど保険給付がなかった。

ところが、フランスでは、どうも歯が悪いと胃や腸の消化器系のがんになりやすい。だから、むしろ歯科の給付をこれから上げるというのです。

ただし、条件がある。子供は1年に1回、大人は2年に1回、必ず歯科の検診を受ける。もちろん、それは受けて問題があればすぐに治療する。その検診を受けていれば、すべての給付をやる。検診を受けていない者で治療を受けたら給付はない。このごろそういう細かいことを。ですから、新しい予知・予防的な考えが今どんどん、公的保険でも私的保険でも保険の中に出でてきているわけですね。日本では、技術の方には興味があるんですが、そのようなことはまだ。

日野原 そういうシステムの方がね。

中嶋 そういうシステムをつくることは、やっぱりこれから。

寺田 研究にしても医療にしても、いわゆる社会システムの中で、日本でいうと健康保険をどううまく動かすかが一番大事なところです。

はやりの言葉でトランスレーショナル・リサーチとか、EBM（根拠に基づく医学）とか言いますが、米国での話が主で我が国のように健康保険がきちっとして平等主義がいきわたっているところで、がん研究も医療もおのずと異なります。その国その国のがん研究・がん医療があつていいことです。我が国ではその他、やっぱり医療費を無制限に使うわけにいきません。それをどのようにして臨床の先生とか公衆衛生の人以外にも経済・社会学者など多くの国民の方ががん研究者になり、解決に向かってコンセンサスを得ていくことが大切です。

中嶋 がんの場合には、EBMも難しいと思いますよ。日本でも、この間、東京医大でやった国際肺がん学会でも話題になったんですけども、また、パリでフランスアカデミーに出たときも発表がありました。今、一番問題なのは、昔はがんが出ると、まず外科のお医者さんが手術をして、その後、転移か何かが悪かったら放射線療法、化学療法。このごろはがんが出ても、その遺伝子分析や何かから、まず第1に放射線療法をやって、あるいはまず第一に化学療法をやって、それでがんを小さくしたり、がんの悪性度をとめておいて、

それから手術をする。その方がQOLにもいいし、予後の成績もいい。

ただ、今まで何といっても、やっぱりがんというのは、私がそう言つては悪いけれども、外科の先生がリーダーシップをとっていましたから難しいでしょけれども、近い将来においてそなざるを得ないと思うんですね。先生、いかがですか。

日野原 私は今、75歳以上の健康な老人のために「新老人の会」を発足させました。会員も多くなって非常にやりがいがあります。計算してみると、今の15歳以上64歳までの生産人口と65歳以上の世話になっている人口の割合からすると5対1なんですよ。これがあと20年いかないうちに、ほとんど半々になる。その半々の分子の半分は75歳以上になる。一般に、75歳以上の老人というのはみんながたくさんの病気を持っている。そうすると、今の日本の国民総医療費の29兆円、30兆円余が90兆円にもなるのがもう目に見えている。そうすると、健康保険制度はもう崩壊をするということが目に見えているでしょう。

だから、この目に見えていることをどうすれば避けられるかということで、私は、乱暴な言い方かもわからないですが、老人になるまでの医療費は、収入ある人には自己負担にすべきだといっています。アメリカでは、遺伝子のために難病になるとか、収入がないためにどうしようもないという人には、国の保険としてメディケイドがあり、まだ65歳以上の老人には公の保険のメディケアがありますが、それ以外の一般の人についてはアメリカではHMO（健康維持組織）といった民間の会社の保険制度があります。このHMOは少し行き過ぎて厳しい状態にはなっているのですが。

私は、そのようなやむを得ず病気になったことに対して、あるいは収入がない人に対しては、政府は面倒を見るけれども、私たちが自費で旅行したり、食堂に行って食べたり、お茶を飲んだりするように、私たちは健康のために、自費で食事を食べるため自分の給料を出すということが生活において当たり前と考えるべきです。どれぐらいお金を使うかというのは、その人の人生観によって違うと思うんだけども、とにかくならないで済む病気が相当あるのに、病気になったら何でも

やってもらえるというふうになってしまった。健康保険があるために、いまだに若い人も病気になってからの治療というのでしょうか。

そして、健康保険のかけ金を払った人でも、それを本当に使わなければ少し返しますよというぐらいにするのも一つの手かも知れません。75歳以上の人気がどんどんふえて、医療のためのお金は要るに決まっているんだから、こっちの分母の人が自分でコントールをするというふうに教育をしないと、もういい方法は何にもないと私は思うのです。

● これからの福祉

中嶋 全くそのとおりで、実は私、それを具体化する方策を立てたんですけれども、日本ではまだなかなか受け入れられない。しかし、実は先生のおっしゃったようなことを進めた国が2つあって、成功し始めているのです。

1つは、英国で、トニー・ブレアが首相になつてからですが、ナショナル・ヘルス・サービスが幾ら改革してもうまくいかない。英国はウェルフェア（福祉）国家ではなくて、今度はワークフェアというポスト福祉、新しい福祉、ウェルビーイングでもいいですけれども、そういう国になっていく。日本でも一部の人は、ポスト福祉国家ということを言いますけれども。

実際にワークフェアということはどういうことかというと、まさに先生のおっしゃったように、もう定年もない、働くだけ働く。働いた上で収入がなければ、あるいは本当に体がハンディキャップになったときには、国が全部責任を持つ。しかし、働けるうちは働いて、自分で医療費を払えと。あるいは、その税金を納める。足りない分は国家が保障する。

次に、スウェーデンの場合は、定年を延長しました。というのは、スウェーデンは結局、あれだけの医療福祉をやって、しかも高齢化が始まって、財源がなくなってしまったのですね。

日野原 それで高齢者の人が安いスペインに冬は行って、スウェーデンにお金を使わないでしょう。

中嶋 スウェーデンは確か70歳ぐらいにまで定年を延長するといっているんですね。あそこは医

療費も全部税金からですから、定年までの間は高い税金を払う。もしみずから早くリタイアしたいと言えば、それはできる。しかし、年金は70歳になってからでしかもらえません。

ただ、そこで一番問題になるのは、定年延長はいいのですが、そのころに生活習慣病、がんとかが出てくる。だから、今のスウェーデンがやっている実験というか、政策を成功させるために、今はもう全国的に、がんの予防をはじめ大変な健康増進運動を町、村を挙げてやっています。だから、みんなスウェーデンの介護ホームなどをよく見ますけれども、それだけではないということですね。今はもうスウェーデンをはじめ北欧なんかでは、結局、次第にリソース（資源）がなくなってきているのです。

日野原 自立するようにするわけですね。

中嶋 だから、今までのような年金とか福祉の概念では、先生のおっしゃたようにもうできなくなってきたている。

日野原 そして、だんだん人間が、医学の進歩というのは、病人をたくさんつくるという非常に逆説的な事実があつて悪くても生き延びる。そして、それにはお金がかかる。医学が進歩するためにはね。

ところで、昭和30年に日本で老年病学会ができたときに、私もそれに参与して老化現象を勉強するようになったんですね。人間ドックは昭和29年。その後、間もなく、老年を55歳としたが、それが60歳になり、65歳になったでしょう。私はもう、75歳を老人と定義して、そこまでは自分でコントロールをしなさいというように早く持っていきたいですね。75歳以上の人口ばかりになって、日本の今の出生率が1.2で、50年後には人口が6000万人に減つてくると、分母と分子が逆になるのが目に見えています。

そして、やはり「自分の健康は自分が守る」と、自分に投資をすべきだと思うのですがね。

中嶋 我が国の医療保険では、今、薬価とか入院料とかのサービスのコストだけを考え歩いて、病気のコストということはほとんど考えていないんですね。今後は、先生が今おっしゃったように、病気のコストとサービスのコストの両方から見て

いかなければ、新しい保険政策や医療政策はできないですね。

日本の場合は、残念ながらまだ、病気のコストの計算ができていないのですね。統計上、出てこないんですよ。今、OECD（経済協力開発機構）で、私もフォローアップしますが、新しい保険、医療費のシステムをつくっています。

●高齢者のがん対策と健康科学の推進

日野原 ところで、高齢化社会にあっては、肺炎や循環器疾患などを制御して長生きするほどがんになる割合が増えてくる。その中には、以前と比べて今はいろんな検査をやるので、発見率がよくなつたということもあるかもしれない。数字のみを比べて結論づけるのは難しいようにも思うのですが。

寺田 大事な点だと存じます。

お年寄りのがんは、医療費の問題だけではなく、本人のQOL（人生の質）のためにどこまで治療すべきかなど、いろんな問題がこれからも出てくると思います。

例えば、画像診断のヘリカルCTで肺にちょっとした影が見つかった。肺がんが疑われるが、どこまで手術できるのか。しかし、私は楽観的でして、すでに内視鏡でとることも可能になっているが、将来的にはマイクロマシンを使うなど、体にそんなに負担のかからない方法が出てきて、人間はまあまあうまく適応していくんじゃないかなと思っています。

日野原 老人のがんをどうするかは大きな問題ですね。

中嶋 高齢者のがんとしては、男性の前立腺がん、女性の子宮体がんが増えています。がんの発生とホルモンの変化とは関連があるとも聞いています。

前立腺がんはかなり予防もできますし、血中の腫瘍マーカー（PSA）を使ってごく早期のうちに“予知”もできるわけですね。



寺田雅昭先生

寺田 今言われたいわゆるプレデクトイブメディシン（予測医学）というのは確かにキーワードになって、それに対して予防とかが重要になります。日本の中で私共がその他やらなくてはいけないのは、ビヘービアサイエンス（行動科学）ですね。

寺田 ところで、がん研究振興財団なんかで研究費をサポートしてもらうことは、本当にありがとうございますと、びっくりするくらい研究費が出るようになりました。ただ、外国と違って日本ではドネーション（寄付）とかチャリティーが余りないですね。そうすると、お金の重要さとか重みのある患者さんの痛みとかを余り感じないんですね。例えば、患者さんの家族が財団でがん研究などに役立ててくださいと寄付をされたお金には、政府からの研究費とは違ったありがたさがあります。

そういう面では、日本ではチャリティーが非常に少なくて、パブリック（公）というのは全部国がやって、本当の意味でのパブリックがないわけですね。

日野原 そうして支援するコミュニティーも少ない。

寺田 こういう財団は、研究者、医療従事者の皆さん大変ありがとうございます。

日本の産業界における話題として、これからはライフサイエンス（生命科学）だとよく言われます。いろんなところで、企業の方がアメリカのNIH（National Institute of Health; 国立健康研究所）

が成功しているではないか。だから、日本もNIHをつくるないといかん。よく聞くと、いわゆる稲のライフサイエンスをやっているところも、がんセンターみたいなところも全部一緒に言われるんですね。これは生命科学研究所（National Institutes of Life Science）でNIHでは全くないとっています。

NIHは、やっていることは非常に基礎的でも、やはり健康を相手にしている。WHOも同じですね。World Health Organizationであって、ヘルス（Health）をやっているのです。

私は、どこへ行ってもヘルス、ヘルスと言うもので、ある人が「先生、余りヘルスというと、日本では響きが悪いんですよ。」と言われるんですね。それほどヘルスの概念があいまいなんですが、その点はやはり外国に学ばなくてはならない。

日本が世界一の長寿社会になって、また、日本人の医療機関へのかかり易さも、中嶋先生のご専門ですけれども、OECDで1、2位ですよね。アメリカはずっと下でしょう。そうしますと、これから我が国の医療制度も、サイエンスの新しい課題の一つとして、世界のお手本として構築していくことになる。そういうときに75歳の話を聞きしたりすると、あっ、これは新しい方法だとか、スウェーデンのお話を聞いたりすると、やっぱりスウェーデンあたりがモデルになるのかなと、なんて思ったりします。

● 行政への期待

中嶋 たしか今度の厚生白書に出ましたけれども、2015年、要するにベビーブームが日本の定年を迎えるときの問題で、厚生省の保険局が出した国民医療費の将来推計が90兆円ですね。今は31兆円ですから、医師会は幾つかの機能を分けて、検診とか出産とか、健康増進なんかは自分で払って、毎日診療に行くのは公費で、保険でと、分けて、そういうふうにすれば60兆円というんですけれども、問題なのは日本のGNPが毎年1.5%ずつふえたとしても、2015年のGNPに対しての比率は物すごく大きくなるわけです。そういう試算までやって包括的なことを考えないと、やっぱり非常に難しいと思うんですね。

だから、国立がんセンターあたりでも非常にネットワークが今大きくできてきて、独立法人ではないけれども、デパートの系列のようなことも考えないと難しいのではないでしょか。

寺田 国立ということに関しましては、例えばアメリカみたいな市場価値で動いているところでさえ、ヒトの生命・健康にかかわることのためににはNIHということで物すごい数の公務員を抱えていますね。FDAがあって、あそこで全部で9000人いる。それから、CDCがある、EPAがある。全部これは国家公務員でやっているわけですね。国の安全を守るというところは、これだけのサイズがいいかどうかは別にしまして、軍隊と同じでやっぱり国がすべきところがあると思うのです。それがないと、あの全部が市場価値では動かないと思います。それは通常の企業とは違うと思うんですよ。

だから、健康科学をやる場合には、一番もとのところはきちっとする要があります。公の機構がないと、例えば製薬企業でも怖くて何もできないだろうと感じているんです。当センターはNIHのように研究だけではなく、アメリカで言えばスローンケタリングとか、ローゼルパークとか、そういう病院としても一番いい治療をすると同時に、研修ネットワークでいろんなところのクオリティーを上げることが大切で、さらに新しいがん予防・診療法の開発をしなくてはなりません。

中嶋 今はNIHなんかは、もうプライベート・インダストリーのリーダーですよ。研究だけではなくて、ビジネスまでやっていますからね。日本でがんセンターにビジネスをやれなんていったら大変なことになる。

寺田 やっぱり根本的なところは、ヘルスサイエンス（健康科学）というのとライフサイエンス（生命科学）は全然違うと思います。ライフサイエンスは遺伝子だとか個体発生とか、生命そのものの真理を明らかにしていくことがまず第一目的です。健康科学の場合、ライフサイエンスも基盤にありますが、何よりも国民の健康を守るというのが第一義的な科学の目的になります。今言われたように経済性とか、国民のコンセンサスだとか、そういうことを全部包括した科学であると思いま

す。一方、健康科学は大部分企業の力を通じて國民に終局的貢献をするわけで、特許の問題、経済性なども大きな問題となります。ちょっと行き過ぎじゃないかと思うほどですね。

中嶋 まだまだ省庁のたてわりがあるから、厚生労働省がって、文部科学省がって、そして経済産業省がってなかなか。

寺田 ですけれども、今までがん研究はずつとうまくいっていました。中曾根総理が対がんを始められたときに3省庁合同でやりまして、それぞれの省庁の特色をいかにして厚生省を中心となり、お互いに役所同士、学者同士協力してやってきました。ずっとやってきました。今度の省庁再編のあとも、文科省と厚労省が一緒になって、厚労省はより臨床的、公衆衛生な立場から、文科省はより基礎的な立場で協力して、またいろいろなことを考えてやろうと思っています。がんの研究も臨床研究にはじめて本格的に国がメディカルフロンティア計画としてお金を出すようになったんですね。例えば大腸がんの標準的な治療基準やクリニカル・パスを日本全体につくろうとか、大変良い方向に進んでいます。このような問題とは別に先ほどからの医療費の問題だとか、高齢化社会にどうするんだろうということは本当に大事だと思いますし、この問題は日本全体の問題であり、省庁としては厚労省が主として行うことだと考えます。

日野原 私は、長年循環器病を専門にやってきて感じることは、日本の高血圧者の数は実際に公示しているものの3分の2以下だと。つまり、お医者さんがアトランダムに血圧をはかって、それがもとは150というんでしょう。今は130が理想的であるといい、140でももう高目だというふうにクライテリアが変わったでしょう。みんなお医者さんの前に来て血圧を測られると、平素の血圧値より20~30も高いから全部高血圧とされます。それに対して医師はすぐ降圧剤を出す。そして、一生飲まないとだめだという伝説みたいなものが日本にはあるでしょう。受診者はとにかくもらった薬は飲むということで、無駄な医療費を使っているのです。私は今ライフプランニングセンターで統計をとっているんですが、老人は2、3の医師に

かかるので併せて15種類の薬を与えられて、飲み切れないで適当に捨てているというのが多いんですよ。

中嶋 だから、それは日本は初めは効率がいいと思ってやったんですね。保険の請求のときに、まず医者が請求しますね。だから、患者は全然もう興味……。

日野原 知らない。

中嶋 知らないし、幾ら使ったって払ってくれるから、お薬をもらったって何も言わないですよ。はあ、今度はたくさんもらってきたぐらいのことです。ところが、日本は請求するときに病名というのをつけるでしょう。ほかの国は請求のときに病名をつけないですよ。

日野原 日本は病名を必ずつけさせる。

中嶋 コンフィデンシャルのために。病名をつけて、しかもその病名についての薬だけでは足りないものだから、さらに合併症というものを5つ6つつけてやるから、だから、日本の場合はさつき言ったように、病気のコストというのが今のシステムでは算定できないんですよ。結局、逆手にとられたんです。

日野原 日本でははしご診療が多いの。便利でだれにでも何回でも医師にかかる。Aの先生、それで心配だったら、またレントゲンをB、内視鏡をCの先生からやってもらうでしょう。はしごをやって、自分でどこにかかるかということを決めてそれをやっている。アメリカはマネジド・ケア（契約医療）になっているので、どうも今与えられている不整脈の薬の副作用で甲状腺の病気じゃないかと思ったら、その開業の先生はプライマリケアでは、甲状腺刺激ホルモン（TSH）だけしか検査できません。その値が異常だと専門家に送れと指導される。内分泌の専門家はT4とか、T3を選択する。本当に必要な検査だけしか検査は許されません。日本は開業医は何でも検査できます。それから同じ病院で診てもらっても内科と外科では、また同じ検査をやられるというふうに、むだな検査がなされ、そしてデータが読める人が検査していないから、無駄が多いのです。服薬も多過ぎます。



大高道也専務理事

●生活の変容と保健医療の工夫

司会 本当に泉のようにお話が湧き出てきて、あっと言う間に時間がたってしまいます。随分いろいろ新しい発想も出てきました。21世紀に生かせるのではないかと思います。

予防については、日野原先生は「生活習慣病」という呼称を随分昔に先駆的に提唱されて、厚生省も数年前から呼び名を変えたんですけれども、例えば、肺がんとか乳がんとか大腸がんがふえてきているのは、食生活の欧米化なども影響していると言われています。しかし、そのあたりはどういう作用機序でそうなってくるのか、まだ十分説明できていないように思われます。

日野原 私達は、自分の行動によってコントロールして自ら健康に導く方法があるのです。一方医者から患者への話もお説教ではだめだということです。お説教では行動変容ができません。

例えば、糖尿病の治療で入院する患者を例にあげましょう。1週間入院して毎3回、理想的な献立を見せられても与えられた処方でしょう。むしろ、カフェテリアに行って自分のメニューを選択できるようにして、栄養士がちょっとカロリーや内容をみてあげる。自分の予算のお金でどれくらいということも考慮に入れて、食物を自分で選択する行動を3日ぐらいやればやり方は大体わかるんだけれども、それがカロリーや何かをお説教されるばかりで身につかない。そういう指導の仕方は、お医者さんには余り向かない。

だから、むしろそういう生活の変容は、専門的にする人にやってもらうようにゆだねた方が私はいいと思う。そういう専門職をもう少しふやしながら、何でもお医者さんがやるということでなしに、このお医者さんは何をやるかということを決めてむだがないようにすべきです。私は今から20年前から地域に行って聴診器で自分や家族の血圧をはかるのを素人の婦人に教えてきました。先生のところで血圧が高いといわれても、いや、私は家ではこれですということを先生に言えばお薬がなくても済むことが多いのです。そういうふうに、自分でデータをとってそれを医師に示させるように指導してきました。

それから、アメリカではマネジド・ケア（契約医療）になって診察料も下がったんですが、初診は45分から55分で、その初診料180ドルとか、日本でいえば約2万円です。あるいは150ドルは取れます。2度目の再診からは、20分とか15分をかけ、これはずっと安くなる。初診のときのチェックというのは私たちがチャートを見ると、実にきちんと所見が書かれてある。日本は診察料というのはただみたいなもので、だから、検査、お薬その他で稼ぐということになる。そこで、診察をするということと方針を決めるということにもっと報酬を出すべきです。

私は内科学会を代表して20年前に次の提案を内保連の委員会に提案しました。検査やお薬では全然もうからないけれども、時間の投資で1日に20人が30人を診れば生活できる診察料にしてほしいと言ったところ、これは非常によいといわれたのですが、皮膚科の先生が水虫でも30分、1時間かけるかというと、そんな必要はないでしょう。だからこの診察料中心の請求のやり方は他科では適用できないといわれて、とうとうだめになったんです。開業の先生が丁寧に診て、そして2週間や1カ月に1回ではなくしに、3カ月に1回いらっしゃいというむだのないようにするか、あるいは今までの診察回数を多くする在来の方針をとるか、どっちかを選択するぐらいにして、保険のシス

ムをもう変えないと今の保険医療制度はつぶれます。

アメリカのクリントン大統領が日本に専門家をよこして日本の保険を視察させたときに、ある日本の教育病院に行って余りにも外来のたくさんの人数を見て、これは医療ではないと言つてもう問題にしなかったということがあったのです。

今度やっと卒後2年の医師研修制が法制化されますね。でも、実行は4年先ですよ。だから、何でも決めて実行するのに10年、20年かかるので、この法治国家だから進歩や改革がストップしているというんですよ。だから、法律は、健康や福祉は時限立法にしなさいといっています。建築法は50年変わらなかつたし、ハンセン病の方は100年近く変わらなかつたので今大問題を起こしています。

中嶋 結核予防法なんて、まだ……。

日野原 法則ができたら進歩がとまる。システムを変えないと。

中嶋 先生のおっしゃったようなことは、日本独特のシステムができ上がってしまって、例えば一般医でありながら専門医という名前で開業している方が非常に多いわけですね。だから、一応家庭医というものを通した上で専門医というふうにすればいいんですけども、問題は専門医と家庭医、家庭医でも専門医でもいいんですけども、とにかく今言ったように報酬が非常に少ないわけですね。特に診察の時間の問題が少ないわけですから、アメリカは私は余り知らないんですけども、ヨーロッパは初診でいくと、秘書が自動車のメーター制のあれを持って、パンと押すんですね。

日野原 時間をはかるの？

中嶋 ええ。スイスで。しかも、例のアメリカのコロンビア・メディカルシステムの一部の病院ですけれども、お医者さんが行くというと、秘書がぱっと押して、請求書は何分診たからこれですと来る。

日野原 弁護士と同じだね。

中嶋 もう既にヨーロッパとか外国でやられているようなシステムが必要だと思うんですね。そうでなければ、今のように一律初診料幾らでやつていたら、お医者さんだってたまらないですよ。

日野原 アメリカの小児科の先生は開業するのに何にも設備が要らないの。病歴をとり、診察所見を見るセンターに電話かインターネットで連絡すると、全部診断名や治療法が返ってきて、このお薬でこうしなさいとか、それは専門医に行きなさいと指示される。このシステムを日本でやつたらどうか、私は相談を受けているんですよ。こうなると、日本的小児科医は大変だから、私はそこでホールドしているんですが、アメリカはもうそうなっているところがある。

中嶋 しかし、日本でも、そういう動きはあるんです。ご存じのように、小児科で3歳以下の診療の場合には、薬や何かではなくて、1回3000円というふうに決まっている。そこで、これはご存じのように、DRG-PPS（診断群別包括支払い方式）が入ってくる可能性があるわけですね。

ただ、問題は、DRGになってくると、今言ったがんのようなものの場合にはフレキシビリティー（柔軟性）がないですから、ちょっと問題はあると思うんですね。だから、その辺のところをどうやって調節していくかということなんですね。

● 緩和ケアについて

司会 ところで、がんで亡くなられる方は少なくないわけですが、日野原先生は、そのような患者さんを多く看取って来られました。いかがでしょうか。

日野原 私は、治らないがんの末期の方々のために、独立型のホスピスと緩和ケア病棟の両方を経営しているのですが、病院でがんの痛みがあつて、食欲のなかつた人が、富士山の見える、ゴルフ場の中にあるホスピスに行ったら、MSコンティン400ミリという大量を使わないとどうしようもなかつた人が2～3週間で40ミリまでに改善しました。いかに環境が大切かということを感じさせられました。

また、日本ではある治療薬を処方するとき、この薬をとると胃が悪くなるから胃の薬を添えますと医師はよくいうでしょう。アメリカ人にジギタリスを投与するときに、胃の薬も併用して下さいといったら、何のためですか、私は10年間ジギタリス剤を飲んでいるのにと言われたことがあります

す。アメリカではこれは単味が多いのです。それから、ドイツでは処方せんが1つに1剤しか書けないそうです。そうすると、患者が自費で1枚分払わなくてはならないから、患者が処方せんの少ない先生を選ぶ。そういうようになっているんです。

私は、今言つたいろんなことを総合して、末期のターミナルケアのがんの患者さんには、ものすごく心理的な、あるいは精神的な、ある場合には靈的な影響が非常に大きいと思っているんです。

私が一番何がQOL（人生の質）で大事かということ、その人は病気で生き延びているけれども、考えられない、感じられない人間として生きている時間が長いのは、非常に不幸だと思います。私たちのゴールというのは、病んでいて死の近い患者さんに、どれだけ考えたり、感じたりする時間を与えるかということを考えて最善のケアを与えることです。それを私はモットーにしていろいろ治療をしています。いよいよ患者さんのがんが末期になったときに、不思議なことに、痛みを抑えたり、鎮静しないで困った患者が本当にクリティカル（極期）になりますと、その薬の量を落としても痛みとか苦しみが感じられないような時期があるんですね。

その時使った薬をずっとへらすと、今までこんこんと寝ていた病人が目を覚まして、子供を抱いたりします。そして聖路加国際病院での前立腺がんの末期にあった患者さんが、気管内挿管を外し、モルヒネも止めたところ、3時間話をして、家族の人がまるで生き返ったように思った例があります。それでこそっと苦しまずに亡くなった。だから、ペインコントロール（痛みの制御）や気管内挿管で酸素をやっていつも、医師がそのまま死なせるのでなくて、今までの治療を止めると、失った意識が戻って家人と最後の言葉が交せることができるのであります。

それで、医師が「臨終です」と言うと、みんな泣き出でてしまう。私は血圧低下や呼吸型を見ると、もうあと1~2時間で終わりと思った時には、今は病人は耳が聞こえると思うから、目をつぶっていてもお別れをしなさい。「お母さん、おばあちゃん、本当にありがとう。世話になったよ」、

あるいは祖父が死ぬと、おばあちゃんは「私もあるあなたを追って、また天国で会うよ」という会話をしなさいと言うんですよ。そして「わかったら手を握ってください」と言うと患者は返事しなくても、ぐっと手を握るんですよ。私は、そのときはバッハの音楽をかけてあげたりする。そうすると、みんなの気持ちが静まってお別れができるんですよ。死んでからお葬式では患者はわからないから、最後のときにお別れをしましょうと言うと、これは本当に感謝されますよ。

がんの患者の遺族のグリーフ（悲しみ）をどうするかということもホスピスの問題です。死後1年ぐらいはどうしようもないことが多い。そのように、グリーフがひどくならないようにするには、死ぬ前に予防医学的に、そういうふうにお別れをし「本当に迷惑かけましたね、お母さんには」というふうな一言を若く死ぬ息子がお母さんに言うことで、自分の罪悪感もとれるし、患者さんは自分の死をアクセプト（受け入れ）ができる。

ターミナルの宣告の仕方をこのごろは全部変えたんですよ。牧師さんが来たら、まだ息をしているのに「お祈りをしてください」と言って、死を病人に授容することを私はCCUで死んでいく心臓病患者にもその機会を私は与えるようにしています。患者が亡くなった後、死体を清拭するでしょう。いまだに鼻やら直腸内に脱脂綿を詰めているんですよ。下血しても、もう死んでしまったら出血はとまってしまって、清拭してからだをきれいにしてからきれいにふくだけで、綿も使わないように私は指導し、お化粧させます。がんのターミナルケアのやり方も古いものをすっかり変えなくてはならないと考えています。

外国では、特にアメリカでは施設ではなくて、家にいて死ぬがんの患者さんの方が非常に多いのです。日本は病院死が圧倒的に多いのです。そして、末期がん患者の医療費は非常に高くなっています。アメリカでは、ホスピスナースが訪問をして、モルヒネの量も決めるし、死を宣告して先生には電話で伝えるというふうに、ナース・プラクティショナーに最後の医療行為は許されています。日本では在宅で死亡する患者が少ないので、1つは訪問したナースのやることに制限があるというこ

とと、家のトイレとお風呂が外国では、ちょっとした家庭でも3つぐらいあるのに、日本は1つで住宅が悪いから、1人が病気になって寝たきりになるとどうしても不便だから入院させるのです。

中嶋 住宅と交通の問題ですね。

日野原 サンフランシスコのようにどこの家にも庭がないでしょう。それでも3階建の木造家屋が建っているでしょう。東京も庭がなくてもいいから、もっと3階も4階も、木造でも建てさせる。木造で3階ができるようになったのはごく最近ですよ。50年変わらないでいた。だから、医療の問題は、日本人の生活のあり方を同時に考えないと解決ができない。もっとトータルに話してシステムを変えるということが必要ではないかと思います。

●むすびにかえて

司会 ここで、がんの告知、インフォームド・コンセントを話題にしたいと存じますが、中嶋先生の場合はいかがでしたでしょうか。

中嶋 私は自分の病名どころか、組織まで一緒に見たんですよ。ここまで浸潤しているとか、だから、大丈夫だとか、何センチとか、それまで全部やった。ですから、もう告知なんて当たり前でした。

日野原 アメリカは、98%ぐらいというけれども、フランスは告知はどうですか。フランスの方が少し低いんですか。

中嶋 いや、少し低いけれども、ほとんどの場合にもう言っていますね。それは、日本の緩和療法のスタートのときに非常に大きな問題になったんです。というのは、モルヒネを使いますよということを家族に言うのががんの告知だというふうにとられたんですね。それで日本の緩和療法は非常に遅れたのですよ。

日野原 先生はWHOで、ああいうことを全部指導されましたね。

中嶋 あれは武田先生と2人で緩和療法を始めて、日本に持ってこようと思ったんだけれども、モルヒネを使うということが告知だと言われて、お医者さんが非常にそれを反対されたのです。

司会 興味深いお話を尽きない座談会ですが、時間がそろそろ迫ってまいりました。

21世紀のはじめに国立がんセンターも40周年を迎えます。同センターをはじめ、日本のがんの医療や研究などへの期待として、特に足す点があれば、ひと言ずつおっしゃってください。

中嶋 一つ私が感じるのは、日本の病院のスタッフの問題ですね。これは有名な話ですが、たしか人口1000人に対するベッド数は日本が15ぐらいで、アメリカの3倍ぐらい多いんです。ところが、ベッド数1に対する医療従業者は、アメリカは3人で、日本は0.幾つかなんですね。

日野原 看護婦の数でも、日本はアメリカのいい病院の4分の1ですよ。ドクターも少ない。だから、私は医療をよくするためには人件費が必要と言うんだけれども、今のように何もかもお医者さんや看護婦さんにやらせるというふうな状態では、研究も医療にもよくない。これは、命のQOLを高めるためには、やはり昭和23年につくった医療の定員法を根本的に見直すべきだと思います。

そういう意味で、切り詰めるところはもっとたくさんあるんですから、今の医療費の30兆円の配分を考え直すということが一番大切だと私は思います。そういうところは、国立がんセンターでも考えもらって、病院で必要な職員の人数のこと再評価して考え直し、どこかにいサンプルをつくってやってもらわないと日本はよくならないと思います。

アメリカのスロンケタリングやMDアンダーソンの病院と比べると、職員数は大体4分の1以下ですよ。ベッドが500だと、2500人の従業員が当たり前なんです。

中嶋 あと1つつけ加えれば、がんセンターのような立派な病院ができたけれども、患者さんがもう少しレクリエーションとか何かできるようにならないかなと思います。私はこの間、先生に冗談に、私は魚が好きで、魚のコレクション、陶器とかいろいろなものを持っている。だから、もしがんセンターで、築地の前だから魚の博物館でもつくってやれば、全部寄附してもいいですよと言いました。

日野原 聖路加国際病院には絵のギャラリーがあるんですよ。そこで絵を売ったりなんかもしているんです。それと同時に、若い彫刻家は大きな作品を置いてくれるところがないんですよ。ですから、多摩美術大学と提携して、聖路加の屋上庭園やら広いロビーや、いろんなところに若い人の作った彫刻を置くということを間もなく始めます。患者さんにはアートセラピー（芸術療法）にもなるからということで、病院をもっと美的にしようと思っているんです。

中嶋 私は、いろいろ総合的なレクリエーションみたいなものができないかなと思っているんです。外国の病院に行くと、テキサスのヒューストンのメディカルセンターなんかは、広いところにバスがあって、美術館からコンサートホールから、患者さんは毎日そういうところに行ったりなんかしているわけでしょう。

車いすで行く者もあれば、点滴を持ったまま行くとか、手術して3日目ぐらいにみんな行くわけですからね。それが回復にいいわけですし、入院日数も少なくなる。

寺田 いつも試験的に研究としてやる。よかつたらやるという立場じゃないと、私たちのところは成り立たない。

司会 ボランティアの方々の活用についてはいかがですか。

日野原 例えば、ボランティアの人気が足のだるい患者さんにマッサージをしてあげる。そして、話しを聞いてあげる。おしゃべりでない方がいい。聞いてあげると、ぼつぼついろんなことを思い出して話をされる。そして、女性の患者さんには亡くなられる前の日までお化粧する、髪をセッティングしてあげる。美容師のボランティアが来て、車いすで美容室に連れてききれいにしてあげる。女性の場合、やはりそういう女らしさの気持ちをきちんと持たせるということが必要です。アメリカはボランティアが人口の3分の1、男性が4割、女性が6割いますけれども、日本は男性が1割もないですね。みんなリタイアしても何もしない。そのかわり、留守番をしてくれるからいいという奥さんはいますよ。

司会 今日は、先生方には様々な視点から、前向きに、忌憚なく語っていただき、新世紀の冒頭にふさわしい、大層示唆に富んだ座談会になりました。先生方のご健勝となお一層のご活躍をお祈りして、お開きとさせていただきます。長時間、本当にありがとうございました。



がん病院の建築と私



明治大学名誉教授 浦 良一

ここでは私の関係してきた病院、そのなかのがん病院で設計させていただいた愛知県がんセンター、千葉県がんセンター、大阪府立成人病センター、建築基本計画策定に関係させていただいた国立がんセンターの作業のなかで考えたこと、感じたことを思い出すまさに記述させていただきき責を果たしたい。

愛知県がんセンターとの出会い

私が病院の設計をした最初は愛知がんセンターで、当時の愛知県小川朝吉衛生部長から恩師の吉武泰水先生（当時は東大教授）へお話をあったことにはじまる。それは今から40年位前のことになる。早速吉武先生を中心に伊藤誠（当時千葉大学）、早川正夫、杉山英男（建築構造、当時明治大学）、西野範夫の諸君と私とで設計チームを編成した。

当時は、守屋博先生等が病院管理学をわが国に導入し、吉武先生と診療施設の中央化を進め、病院建築も診療科別棟構成から病棟、外来、手術、放射線等の診療施設、管理、供給等の機能別棟構成へ変えようとしていた時で、鉄筋コンクリート造では中層の並列配置が中心であった。

その時アメリカのM.D.ANDERSONをはじめいくつかのがん病院を見学し、色々検討するなかで研究所は別棟とし、病院は下層の診療施設の上に1層2看護単位の病棟を配し、垂直動線で結ぶ基壇型とした。それに別棟で放射線治療棟を建設した。しかし、一部に一般診療の診察室、分娩室があり、上下足の履き替えをする

ものであった。（1965年、写真1）

この時守屋博先生に「どこに特徴があるのか、虎の門病院（1958年）と同じではないか」と鋭い批判をうけたのを今でも覚えている。

別棟の放射線治療棟の諸室は大きさが違うのと、新しい機器開発が進み増築の可能性もあることへの配慮から、正三角形のグリットの上に大小の六角形をつなげたものとした。これは放射線防護の上でも都合がよいものであった。（写真2）この別棟について、放射線治療の副作用が大きかったことにもよううが、或患者さんの闘病記に放射線治療を受けることを「六角堂へ行く」と書かれ、形をとらえる患者さんの鋭い目に驚かされた。この愛知がんセンターは後に耐震構造基準が変わったこともあり、1995年に改築され今はない。

成長変化できる千葉県がんセンター

その次が千葉がんセンターである。その時は愛知がんセンターにおられた福間先生から伊藤さんへお話をあって、愛知がんセンターと同じメンバ

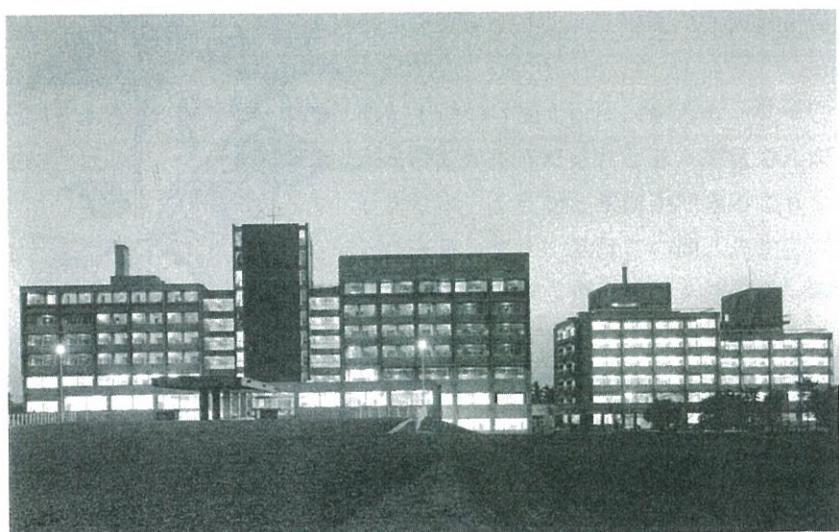


写真1 愛知県がんセンター／外観夜景写真

写真2 愛知県がんセンター
病棟より放射線治療棟を望む

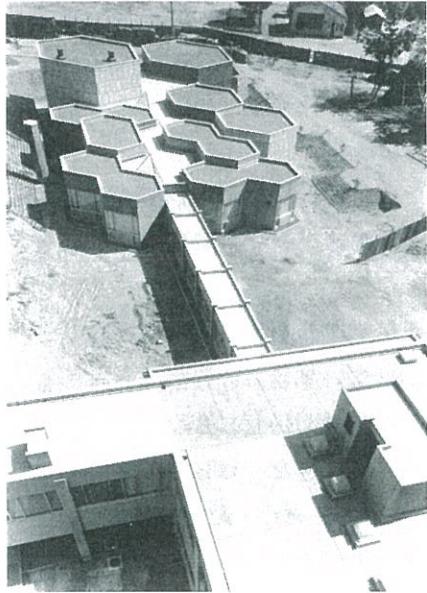
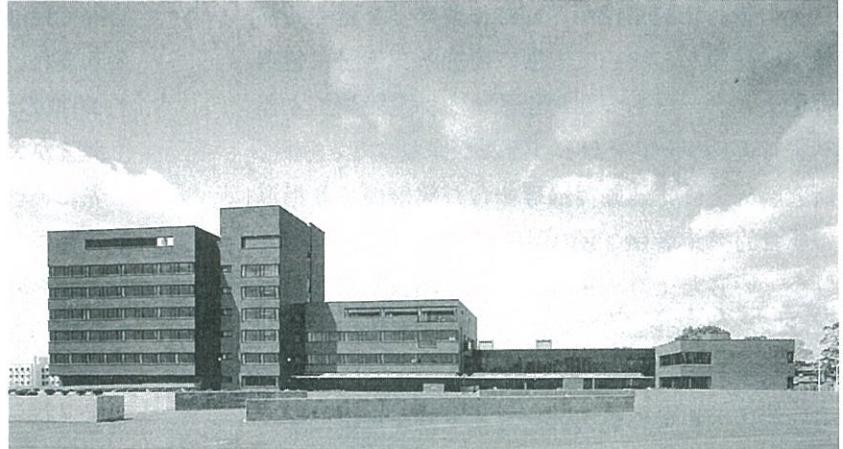


写真3 千葉県がんセンター／外観写真



一で設計させていただいた。ここでは研究所と病院は一体とし、病院はいつでもどの部門でも増築が出来るようにと、病棟と管理棟は積むが、外来・検査・放射線・手術の診療各部はそれぞれを棟別の1～2階建てとして廊下で結んだ。すなわちそれぞれの棟は単独で増築できる多翼型である。

また、各棟は長い梁をかけて機能の変化に応じて内部の間仕切りを変更出来るようにした。このように多翼型と長スパンで医療の変化に対応して成長、変化出来る建築形とした。(1972年、写真3)

その後全体構成をかえずに外来・放射線・病棟の増築、新手術部の建築、古い手術部のICUへの改修等がおこなわれた。多翼型が効を奏したといえよう。その時の設計は西野範夫君が担当した。(1993年、図1)

大阪府立成人病センター

大阪成人病センターの開設は古く1959年に循環器部門、1961年にがん部門であった。これは国立がんセンターより早い。この西側敷地へ新病院を建築することとなり、同じメンバーで設計を担当させていただいた。当時は医療面のご指導は大阪大学の関先生からいただいたと記憶している。

古い建物は残して研究所、管理部、集健棟として使用するといった制約から、全体構成は下層に診療各部、上層に1層2看護単位のL型病棟をのせ、放射線治療棟は別棟となっている。(1977年、写真4)



図1 千葉県がんセンター／増築配置図

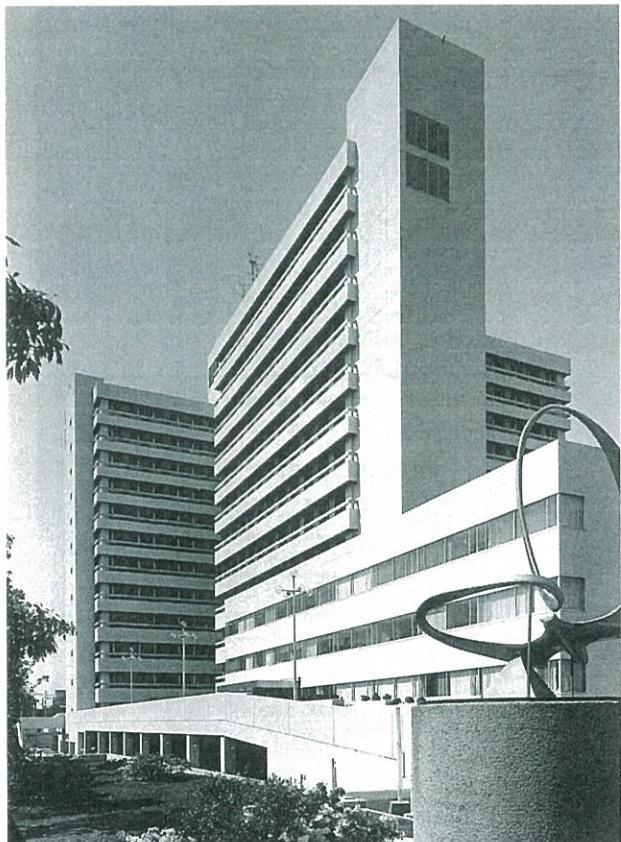


写真4 大阪府立成人病センター／外観写真

その後、1987年にがん健診センターを近くの別敷地に建設し、ついで上層に研究所、下層に健康科学センターをもつ建物を敷地内に建設中で本年3月末竣工の予定である。これが完成すると病院、研究所、健診、運動実践等を含む健康づくり指導の総合的機能をもつものが出来あがる。

国立がんセンター

次に関係したのは国立がんセンター（写真5）で建設地や規模を決める建築基本計画策定に加えさせていただいた。この時再度 M.D. ANDERSON 病院を訪問した。愛知がんセンターの時から約30年振りである。初期の建物の周囲に研究棟、診療棟、新病棟、ホテル、駐車場等が建設され、以前見た姿とは違っていたが、初期の建物も使われていたのには驚いた。愛知がんセンターはすでになくなる運命にあったので、何故だろうと考えさせられた。耐震構造基準が変わったこともあるが、考えなければならないことである。

病院の変化

愛知がん1965年、千葉がん72年、成人病77年、がん健診87年、国立がん98年とこれらは約10年の

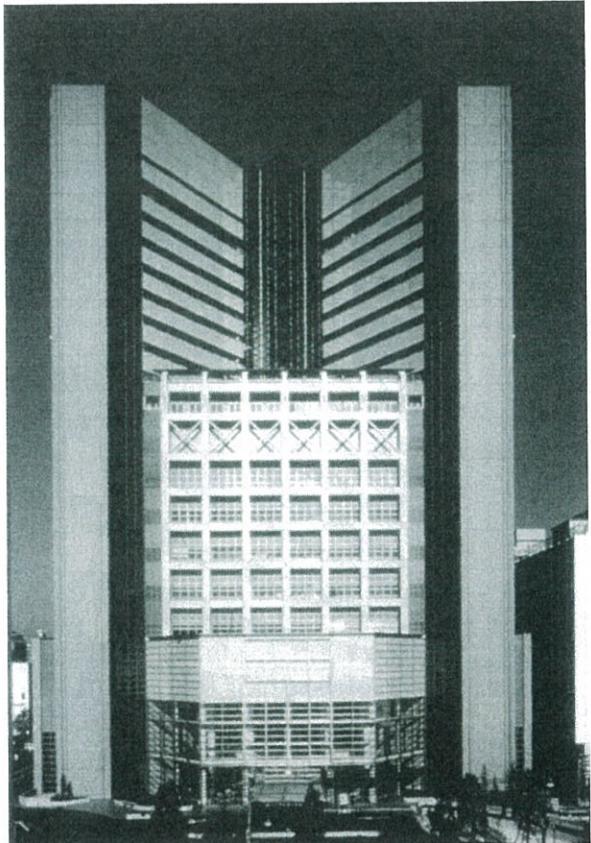


写真5 国立がんセンター／外観写真

間隔で建設された。そこで、この間に病院建築がどう変わったかについて考えてみたい。

1. 病室の変化

①病室が大きくなった

先に述べたように20世紀後半の病院の変化は病院管理学の導入による。その当時は経済的にも余裕のない時であった。従って

病院の全体面積A = 単位空間コマの大きさ（約6m×6m）B×コマ数（室数）C

ここでAは建築費に関係し、Bは機能に影響する。もし建築費Aが一定ならばBを必要最小限とし、Cを大きくすることを考えた。

4床室の面積を比べてみると、国立がんセンターは病室に便所が設けられていることにもよるが、愛知がんセンターの123%の大きさである。

②病室構成の変化

愛知がんセンターは特別病棟をもっているが、基準階では東西面の病室はいわゆる総室（14床）で、その他に4床室と2床室で構成した。次の千葉がんセンターでは6床室、4床室、1床室で構成した。それが93年に増築した病棟では4床室と1床室となっている。成人病センターでは4、2、1床室、国立がんセンターの病棟基準階は4床、2床と1床室で、他に特別病棟をもっている。即ち多床室は4床室に定着してきている。

4床室か1床室かについては意見のわかれどころではある。今後は室料差額の負担を別にすれば1床室を望む声は次第に大きくなろう。

③病棟の便所

愛知がんセンター、千葉がんセンターと成人病センターでは1看護単位に1ヶ所、集中して便所を設けていた。しかも愛知がんセンターの時は男女共用であった。それが国立がんセンターでは、4床室にもそれぞれ便所とシャワー室を設けるようになった。これは療養環境上好ましい。

④病棟の看護単位の面積

これには1看護単位の病床数が関係するので、まずそれをみよう。千葉がん、愛知がんの増・改築では50床と、当初のものより大きい。これは看護要員の勤務体制によるものである。しかし、国立がんでは42床となっている。

一方1床当たり病棟面積をみると愛知がんが

16.4m²であるのに対し、国立がんは35.8m²と218%になっている。このように愛知がんで低いのは病棟面積をきりつめて診療部へまわそうとしたことによる。

2. 診療諸室の変化

一方、診療関係諸室は当初の愛知がんセンターの時代になかった超音波検査、CT・MRI検査、リハビリテーション、通院治療室、救急部、画像情報管理室等が設置され、病棟は臓器別で他に術後管理病棟・小児病棟・緩和ケア病棟等がみられる。放射線治療室ではベータトロンが姿を消し、リニアック、アフターローディングの他、温熱治療、マイクロトロン等が出てきている。この面の変化は今後も続こう。

また国立がんでは、外来診療部の診察室や、超音波検査室等での患者のプライバシーへの配慮、待合室の環境への配慮がみられる。

病院建築の変化がおもしろい

愛知がんで勉強はじめた頃から約40年の歳月が流れたが病院の設計はおもしろい。それは、その間に同じがん病院でも建物がまるで生きているかのように時代とともに変化するからだ。この変化は医療の変化、生活水準、経済事情の変化と建築構造、空調設備、エレベーター等の搬送設備の変化に加え、最近は電子カルテ等情報施設の変化、臨床検査、供給、栄養等の各種の医療関連サービスの外注化等による。

また病院には診療各室の他、住宅、研究所、事務所、厨房、倉庫、レストラン、商業的空間等があり、各種建築の総合体である。その上無菌手術室、無菌病室があるかと思えば、汚染物の通るところ、中には公害の発生源もある。まるで建築の縮図といえる。そこにもう一つのおもしろさがある。

病院空間の今

今までにこのように変化してきたが、これまでの反省を含めて今日の課題を考えてみたい。

先に述べたように病室について、装備等も含めいろいろ配慮されるようになってきた。ここでは病院の療養空間について個の病室—1看護単位の

病棟—屋上等の共用空間の3段階について、さらに考えたい。

1. ベッド周りの箇の空間

まず基本はベッド周りである。ベッド周りにハイバックの椅子、いつも居間にあった家族の写真立てが置いてあるAさんの話「冷蔵庫、ロッカーの他に適度のベッド周りの広がりが欲しい。そして空調の吹き出し、照明器具等天井のデザインに対する配慮が必要」という。言われてみれば子供の頃、病気で寝かされた時天井の木目が雲に、犬にといろいろに見えたのを思い出す。また、点滴フックが魔物に見えたり、凹型の天井の目地がとがった凸に見えたり、ベッド搬送はスピード感があり、めまいを感じると訴える患者さんもいる。天井を含めてベッド周りの設計は大切である。このことは寝ての診察・検査室の天井についてもいえる。

2. 病室から病棟へ、生活領域の拡大

患者の療養環境に関連して、患者の回復に伴った生活領域の段階的拡大に対する配慮が必要である。病室を出ると廊下でなくホールとし、そこにナースステーションがあるのは如何であろうか。これについてBさんは「昼間は病室の扉を開けて看護婦さんが見えるとアイコンタクトがあり安心」という。その時一番の問題は看護単位の大きさである。最近は50床が普通とされてきたが、小さくすることが必要となる。いま33床の病院が建設中である。この病棟の使われ方を楽しみにしている。

3. 共通広場

次の領域は患者の自由に使える共通の広場である。外来ホールでのコンサート、レストラン、屋上広場等に国立がんセンターでは配慮している。ここは病院と町との接点で療養空間環境としても重要である。これに関連してCさんは「庭に出て虫の鳴き声を聞いたら、生きる力を感じた」という。自由に出られる緑の空間があるとよい。共通の広場に患者が自由に使える屋内の多目的空間があると、病棟の廊下や階段でなく歩行訓練にも使ってさらに良い。

予後の施設連携

大阪成人病センターで母ががんの手術をしたDさんの話を聞いた。出身は徳島県の吉野川の上流の山間農村、そこから出て大阪で働いている。残してきた母が不調で早速成人病センターで診察、即手術。術後は息子の家では気兼ねだからと近くの借家で一人暮らし、その後は山のなかへもどりたいという。でも近くで往診を頼める医者はなく、仕方なく近くの町の病院へ転院、そこで看取られ死去。「徳島市の病院で手術となると私は看病することは出来なかった。成人病センターだから仕事をしながら出来た。ただ、帰りたいといっていたのに母を家へ帰してやれなかったのは残念だった。」予後の施設連携の確立の必要性を感じた。

おわりに

今までの病院設計では我々は前にも述べたように機能を、それも医療の場の機能を第一に考えてきた。最近はその反発か、患者の療養環境を考えようといろいろな試みがされている。それが「病室に光と風を」である。

今後はそれを含め、私たちがそこで行われる生活をどのようにするか、それに対応した空間を考えるという建築計画の原点に立ち返り、医師をはじめとする医療関係者と患者・家族・友人が共に医療を演ずる場としての病院空間の創出にむけて努力することが重要であろう。それには、病室でのプレーステーションでの気分転換、医師との患者のメール交換等、情報施設も役立つだろう。これに関連して、ご主人をがんで亡くされたE夫人の話を思い出す。「主人は忙しい人でした。病室で家族と一緒に食事をし共に過ごしたことが、一生で一番の思い出だったと思います。病室の床をはう孫の姿を見て、主人も楽しそうでした。」

私もさらに、新しい病院空間の創造に向けて努力を重ねたい。皆様のご指導をお願いし本編をおわります。

病院基本データ

名称	愛知県 がんセンター	千葉県 がんセンター	大阪成人病 センター	千葉県 がんセンター	愛知県 がんセンター	国立がん センター
	初期	初期		増築	改築	
竣工年	1965年	1972年	1977年	1993年	1995年	1998年
病床数	333床	200床	500床	316床	500床	600床
4床室の大きさ	5760×5400	6000×5500	6000×5170	6000×4800	6000×5500	6200×6200
4床室の面積	31.1 (100)	33.0 (106)	31.0 (99)	28.8 (92)	33.0 (106)	38.4 (123)
1看護単位	46	42	41	49	50	42
1床当たりの 病棟面積	16.4 (100)	20.6 (125)	18.3 (111)	23.2 (141)	30.6 (186)	35.8 (218)

*面積の単位はm²、()内数字は比率%です。

略歴

浦 良一(うら りょういち) 1926年東京都生まれ
明治大学・大学院教授を経て現在同大学名誉教授
1948年:東京大学工学部建築学科卒業
1959年:工学博士
日本建築学会建築計画委員長、(社)日本病院建築協会

会長、日本病院管理学会会長、日中建築技術交流会副会長ほか各種の委員、日本医業経営コンサルタント協会副会長などを歴任。

本稿を取り上げたもののほか、多くの建築設計を担当する。特に病院関係が多い。

フランス語が話せたら

国立がんセンター研究所 薬効試験部 研究員

五十嵐 美徳

ジョセフが言った。「あれがエッフェル塔だよ」パリの街を一望できるビルジュイフの丘にある、お城の様にそびえたつギュスタブ・ルーシー研究所の駐車場でのことである。本当にフランスに来たんだなと実感した。

ギュスタブ・ルーシー研究所は国立がんセンターと同様に、がん専門の医療および研究を行う機関である。また国立がんセンターとは科学協定を結び、両研究所間で研究を交流をすすめている。第一号の長期の交換留学生として私のギュスタブ・ルーシー研究所での研究とフランスでの生活が始まったのは1999年6月のことである。

スーツケース、ノート型コンピューターと出発直前に成田空港で購入した炊飯器を持ってパリへ出発した。渡航前の引っ越しや日本での残務整理で忙しかったことが幸いしてか、あるいは性格なのか、フランス語が全く話せないにも関わらず、フランスでの生活に対する不安は少なかった。渡仏前にフランスでの生活についてなにも調べなかつた。その為か、毎日の生活が大発見で新鮮であった。スーパー・マーケットが最初は楽しかった。当然のことながらワインやチーズが沢山ある。フランス人はカフェオレを飲むと思っていたが、実は濃いエスプレッソをよく飲んでいた。また誕生日にはシャンパンとケーキを誕生日の本人が、皆にご馳走したり、多くのことが日本と異なり面白かった。

住んでいる国の言葉が話せないのは本当に厄介である。「こんにちは」「ありがとう」程度のフランス語しか話せない。滞在許可の申請や電話の契約など諸手続きはすべてフランス語である為にフランス人の手助けが必要となる。それを手伝って

くれたのがジョセフである。彼は、がんを治したいとの思いで、ギュスタブ・ルーシー研究所のローレンス・ジボゲル（私の上司）のもとで研究をしている博士課程の学生である。彼は近い将来に新しいがん免疫療法に発展する研究をしていた。彼はフランス人ではなく、ロンドン生まれのイギリス人、母親を幼くして亡くし、10歳の時に父親と二人で南仏に移り住んだ。霧のロンドンとは対照的な太陽が燐々とふりそそぐ、南仏での生活は楽しかったであろう。しかし彼はイギリス人、子供とは見え、フランス語を習得するのにとても苦労したに違いない。今ではフランス人と遜色なくフランス語を話す。ロンドンのおばさんと電話で話しているのを聞いたが、時々、フランス語が飛び出し、慌てて訂正するぐらいにフランス語を話す方が得意である。私にとってまた幸いなことに、彼は英語をゆっくり、はっきりと話してくれるので解りやすい。彼が通訳となり諸手続きも容易にできた。

ある日、研究室のミーティングで私のボスのローレンスが、「日本人は「to」の発音が悪い」と言い出した。たまたま、私の発音が悪いのと、彼女がアメリカに留学していた時の日本人のポスドクが悪かったせいであろう。かなりフランス訛の英語を話すボスに言われ、歯がゆい思いをしていました。その時にジョセフが「フランス人だって「th」の発音が下手だ」と言って助け船を出してくれた。中学時代の英語の先生が「th」は歯と歯で舌をはさんで発音しなさいとよく言っていたことを思い出した。さすがジョセフ、2カ国言語では苦労しただけあって、異国で暮らす私の気持ちを察してくれたのであろう。



後列左から3番目が著者、4番目がジョセフ・ウォルファース
前2列右端がローレンス・ジボゲル博士

フランス語は「R」の発音が非常に難しい、うがいをするように喉を鳴らすようにしなさいとは言うが、これがまた難しい。それに加えRのつく、単語が多い。日本人に馴染みのあるフランスの観光名所、ベルサイユ宮殿やパリのルーブル美術館など、たとえ、英語が解るフランス人にベルサイユ、ルーブルと聞いても全く通じない。発音が難しいに加え、冠詞が女性、男性名詞によってかわる。これも厄介であり、フランス語を習うことには躊躇していた。

フランス人はプライドが高く、母国語を大切にする為、英語は話さないとと言われているが、最近の若い人は英語を話してくれる。「少しだけなら大丈夫だよ」と言いながらも話してくれる。スーパー・マケットでは話すことなく買い物ができる。あたかもフランス語を知っているように「こんにちは」と店員に挨拶し、会計が終わった瞬間にレジに表示される金額を見て、さっとお金をだす。お釣りを受け取り、「さようなら」と言って無事に終了する。最初は何か聞かれたらどうしよう、

多くお金を取られたらと不安もあったが、慣れれば大丈夫である。もし、聞かれたら「私はフランス語は話せません」と答える。このフレーズは覚えた数少ないフランス語の一つである。フランスではよく道を聞かれた。フランス人らしい人に聞けば良いのにと思うのだが、聞く方はお構いなし、無視して逃げるのも失礼であるので最後まで聞くようとする。そして「フランス語が話せません」と言う。中には怒りだす人もいた。フランスにはベトナム、カンボジアなどアジアの国々から多くの移民や2、3世達が住んでいる。アジア人の私がフランス語を話せても不思議ではなく、むしろ、観光地でもないパリ郊外でフランス語を話せない人がいるのが不思議なぐらいである。一度だけ、道を教えることができた。それは「ギュスタブ・ルーシー研究所はどこ」と聞かれ、「そこ」と教えた。今まで逃げないで聞いていた努力が報われたこととフランス語が話せたような満足した気分であった。

当初はフランス滞在が6ヶ月の予定であった事

もあり、特にフランス語は難しく、習いたいとは思っていなかった。しかし、滞在が延長になったこと、もう少しフランス人とコミュニケーションを取りたい。もっとフランス人社会に溶け込むためには、フランス語を理解しなければと思い、フランス語を習いたいとジョセフに相談した。彼は「ヨシ（私）、僕はどれくらいフランス語を話していると思う、もう10年以上だよ、ヨシはあと1年も、フランスにいないんだよ、喋れるようになつても、日本で使うの？　このまま英語でいいじゃないのか」と言われた。また、ボスのローレンスには「フランス語は習う必要ない、科学は英語だよ、お前はフランス語を習うためにここに来たわけではなく、研究する為に来たのでしょ」とフランス訛の英語で窘められてしまった。確かに世界の多くの人と会話するには英語が一番である。

アメリカ系の病院に勤めている数少ない日本人医師の一人である〇先生は仕事はすべて英語と日本語で行っている。彼はフランス語は必要ないと言う。ローレンスと同様に時間の無駄であると考えている。私はフランス滞在中に幸いにして〇先生のお世話になることはなかった。2万人の日本人が住むと言われているパリで、多くの日本人は〇先生に診て貰っている。パリの中でも、日本食品店、日本料理店や本屋など、パリに住む日本人のが頻繁に訪れるところは決まっている。〇先生は何処に行っても、誰かに挨拶されるらしい。〇先生は在仏日本大使より、パリでは有名かもしれない。

結局は仕事が忙しかったり、ボスのアドバイスもあり、フランス語は習わずじまいであった。研究室では皆が英語で話してくれる。しかし「おはよう」、「元気」、「さようなら」、「また月曜日に」あるいは「ありがとう」だけでもフランス語で話すようにした。幼稚園で子供が悪い言葉を覚えて来るように、悪いフランス語もしっかり身につけてしまった。また、街でフランス人を相手に英語も失礼である。先ずはフランス語で「こんにちは」その次に「英語で話して良いですか」と尋ねる。本当に話せない場合は駄目だが、殆どの方が会話をしてくれ、とても有り難かった。フランス語が話せなくてもなんとか生活できてしまった。フラン

ス語が話せたら、もっと深くフランス人の考え方や文化が理解できたのではないかと少し残念である。

日本に帰国し、オーストラリアの知人に「英語がおかしい」と言われてしまった。言葉の一部にフランス語が混ざっていたり、いつの間にか、私の英語もフランス風な英語になってしまったのであろう。ネイティブな英語を聞くよりフランス人の英語の方が解りやすい氣がするのは、やはり一年半、フランスに住んでいたからでしょう。フランス語は話せないけれど沢山のフランス人の友人ができた。私を受け入れてくれた研究室の皆さん、街で困っている時に英語で話しかけて、助けてくれた方々のお陰で無事に生活ができ、また研究の成果を得ることができたことに感謝している。

最後に、この度の私のギュスタブ・ルーシー研究所への派遣に対し援助していただいた「がん研究振興財団」と広橋説雄研究所長、山口建研究所副所長（同時にがん克服戦略研究事業第3分野総括研究者）に深く感謝します。今後、日仏が協力し、がんを撲滅できるよう、微力ながら尽力していきたいと思っております。

（いからし よしのり）



色々な思いをこめて



ピアニスト さかがみさちこ

私は、今迄にコンクール等は一切受けた事のない、いわゆる“無名ピアニスト”です。只、心から音楽を愛し、出来る限りの努力を続けている内に、気がつくともう40年以上ピアノの勉強を続けておりました。

不思議な事に多くのファンに恵まれ、その方が私の演奏を聞き、感動して下さる事に励まされて平成10年に初CD、11年に第2CDを作成したのです。学歴等が私よりもはるかに上で、国際コンクールで入賞した事もある素晴らしい生徒達が、片道3・4時間かけてレッスンに来るのも、我ながら不思議なのですが、只、単に私の“音楽への愛”を認めて頂けたのだ、と思います。又、何よりも嬉しいのは、各施設での無料コンサートに参加させて頂く事です。20~30分のささやかな演奏ですが、聞いて下さる方々の年令に合わせたプログラムを作り、思い切り練習をした数曲を喜んで頂く顔を見るだけで嬉しくなるのです。私としては、そこが行き辛い場所であっても、無料コンサートである事が条件なのですが、「少しだけど、是非受け取って下さい。」と、頼まれて謝礼を頂く時は、それを貯金して、次回の寄附用に備えております。

さて、最近では、偶然私の誕生日でもあった3月3日(土)、何よりも心に残る事がありました。それは国立療養所T養護学校にてピアノ演奏をした“卒業生を祝う会”での出会いでした。筋ジストロフィー及びその類縁疾患の児童・生徒を対象とした、小学部3名、中学部2名、高等部3名、計8名の卒業生が中心でしたが、本当に誠実で、優しい先生方に守られつつ、心温まるなごやかな会でした。隣接の国立療養所、T病院で入院生活

を続けながら頑張った生徒達の、本当に素直で屈託のない笑顔に、私の方が何かを教えられた様な気が致しました。彼等との出会いで、地味であっても意義のある奉仕活動を続けて行きたいという私の気持ちが、又、一段と大きく膨らみました。

音楽活動の一方で、私には「英語教師」というもう一つの顔がありました。ここで“私の英語教育の終り”について少しお伝えさせて頂きます。約15年前に、阪急、西宮北口駅前でスタートした「カルチャーセンターふじんのへや（内）、英語教室」は、「英語専門塾、S・E・A」に改名してからも、お陰様で先生運や生徒運に恵まれ、やっと収支がトントンになった平成6年10月より、阪急逆瀬川駅前に教室を移動した所、何とその3ヶ月目にあのすごい大地震（平成7年1月17日）があり、生徒の大半が教室をやめる事となりました。高かった維持費等に追われるひどい赤字経営ではありましたが、誠実な先生方、人柄の良い生徒の皆さんに支えられ、何とか頑張る事が出来ました。色々な英語スピーチコンテストでの優勝、難関のスクワード試験合格、通訳や英語教師の道を歩む人々、平凡ながら着実に実力を付けて来る生徒達の成長振りが、私の大きな励みでした。「私の人生を歩む両足として、大好きなピアノと英語はやめたくない。」と、出来る限りの努力はしたつもりですが、やはりこの不況には勝てなかった様です。アメリカで、英語を話せる楽しさを味わった私は、一人でも多くの人に、“便利な場所で、素晴らしい先生から、英語を学んでほしい。”という思いで一杯だったのです。ビジネスとしては最低だったかもわかりませんが、その何十倍もの精神的純益を皆様から頂いた様な気が致しますの

で後悔はございません。3月末に教室は閉鎖され、私も今迄の“音楽と英語教育”ではなく、“ピアノと文学”の二本足で歩み出す事になるでしょう。

これからも皆様への感謝の気持ちを忘れずに頑張りたいと思います。

さて、私の第1CDは、普通住宅の我が家で素晴らしいプロの技師達に来て頂いて作成したのですが、大好評だったとは言え、音響等に納得が行かず、その1年後の第2CD作成時は、宝塚市が誇る有名な音楽ホールを借り切って行ったのです。私自身が以前に続けていた“交通遺児への寄附”を平成4年より、“光と愛の事業団”、“国立大阪大学医学部”、“国立京都大学医学部”等を通じて、ガン撲滅寄附の為、このホールで何度もチャリティコンサートを行って参りました。勿論、このCD販売目的がガン撲滅の為である事をそのホールの方に話したのですが理解して頂けなかつた様で、私は準備に全力を注ぎました。1日6～8時間の猛練習が若くない私にはきつかったらしく、録音日寸前に手を痛めてしまったのです。この第2CD1枚9曲で合計1時間弱の録音の為、手を休めつつ、火曜と水曜の丸2日間、ここを借りました。朝の部、昼の部、夜の部、等の2日分で計算すれば、このホール使用料が通常コンサート時の6倍かかるのは当然だと思いましたが、何とピアノ使用料迄も同様に計算されたので、「使用料1回分の4時間も弾けない指とわかつていながら、どうして？」とは思いましたがすぐにあきらめ、結局、CD制作費以外のこのホールのみの諸経費は約40万円となったのです。「寄附が出来るかしら。」と、不安になりましたが、平成12年6月、第2CDよりの寄附時では、私を応援してくれていた亡舅の貯金を使う事が出来、ほっと致しました。嬉しくてその後はこのホールの方々にも感謝しつつ、札状と共にそのCDをお送りしたりして、初CDより良い録音が出来た事を素直に喜ぶと同時に、仕事の悩み等で、多忙を極めていた私はこの一件についてすっかり忘れていたのです。

ところが、先日、若い女性のピアノリサイタルの為、久し振りにこのホールへ行った時の事です。そのプログラムには「……開館20周年記念という

事でホールを無料提供して下さったホール関係者の方々には、ここで改めて厚く御礼申し上げます。……」と書かれていた為、それを読んだ友人は「なぜ貴方にその事を教えなかったのかしら。身銭を払ってもガン撲滅を願う同市民からは、取れるだけ取って、サービスの理由をつけられる人に是ここ迄するなんて。肩書きに弱い島国根性を感じるわ。」と話しましたが、私自身にとってこの件はあくまで過去の話であり、「あの時の係の人は、“自分の勤め先の利益”を考えてまじめに頑張ったに過ぎないのだ。」と思いつつ、「これからは、ビジネスと共に寛容な心で、まじめな音楽家達を応援してあげて下さいね。」とお願いしたい気持で一杯になりました。

若かりし頃の英語とピアノによる経験や失敗の思い出と、このCD作成を決意させた事件等を書いた本、“シーソーの人生”（株式会社、健友館発行）より抜粋した、今は亡き祖父の精神をお伝えしてペンを置かせて頂きます。

「……そして、もう一つ祖父の真似をしたいと思った事は、彼がどんな人に対しても同じ態度で接していた点でした。私が接する人々の中にはお金持もいれば、貧しい人もおり一流大学をトップクラスで出た人もいれば、学歴のない人もいます。どんな方に対しても、その人の魂や心のみを暖かく見詰める事です。祖父母の温もりを、これから仕事の原点にしたいと考えております……。」

万一、このCDを御希望の方がおられたら、郵便局に(2500円×枚数)分をお振り込み頂くと10日以内に遅らせて頂きます。

郵便局口座番号 01190-1-83436

阪上祥子

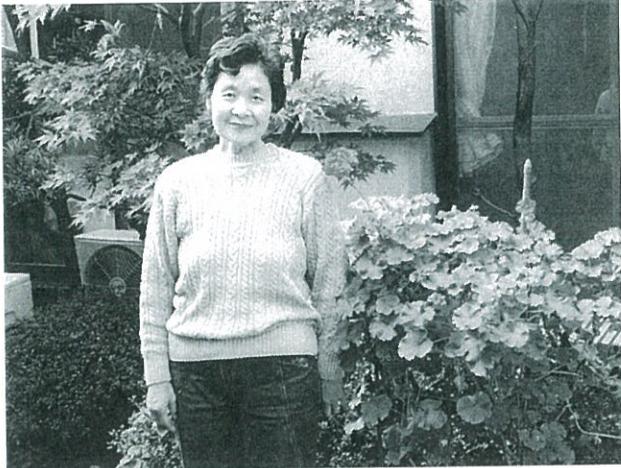
ひとは病気じゃ死なない 寿命で死ぬの

野 武 歌 子

1941年、11歳、少女の頃かけた放射線のせいで、30年も経ってから「放射線後遺症による皮膚の前ガン状態」と診断され、皮膚の移植手術からはじまる5回の入院と4回の手術という試練多き月日を過ごすことになって60年にもなる。現在71歳。1977年、47歳の3月、食道ガンにより「喉頭食道全摘出後音声機能失」という3級の障害手帳を持つ身になってから24年過ぎた。

小学5年生の時、のどにうっすらと青いやわらかな卵大のふくらみが現れた。血管腫と診断された。痛くも何ともない。静脈がこの部分だけ異状発達したので、体の発育が落ち着けば自然にしほむ可能性もあり、放っておいても命に別条ないとのことだった。でも私は、顔までのびてきたらどうしようと悩んで、何とかしてと医師にせがんだ。手術より安全で最新式の治療法として、放射線をかけることになった。戦争が激しくなりつつある時期だった。週一度の通院は、学徒動員もあり時々通院しそびれながらも、腫れたのどの恥しさに耐えつつ5年あまり放射線をかけた。ところが腫れがひくどころか、赤紫のヤケドのような皮膚になり、やがてポロポロと垢がむけるようにこぼれてきたと思ったら、ケロイドと化した肌が現れた。おどろいた私は首を手で覆って、身も世もなく泣きに泣いた。

戦後広島と長崎で、原爆にあった人達がケロイドになった話や、巷では原爆後遺死が盛んに報じられ「この子を残して」という原爆症で亡くなつていく父親の手記なども出版されていた。年頃の



自宅庭にて(平成9年11月5日)

はずかしい盛りを、私はこのケロイドを背負って生きることになった。ひそかに、いつかは何事があるやも知れずとは思っていた。首のケロイドにひけ目を感じつつも青春はあった。不妊の心配もあり結婚はかなり躊躇したけれど、23歳の時、電力会社で職場結婚をした。2年後男児出産、となりに

寝かされた赤ん坊に、身動きができないので先ず手をのばし、赤ん坊の手と足の指をかぞえた。5本づつあった。私は安心してねむった。3年後次男も無事出産。のどの腫れはいつの間にか無くなっていたがケロイドはそのままだった。

1972年、42歳の時、子供達は中学と高校生。ふと、首のケロイドの一点がピンクになっていた。一円玉程の虫さされか、ひっかきかと思い軟膏をつけていたけれど治らない。痛くもかゆくもなく、ジメジメしている。私は一抹の不安を感じ、東大皮膚科で池田先生の診察を受けた。危惧していた通り「放射線による皮膚の前ガン状態」で急ぎ手術を要すとのことで、池田先生にお願いした。太ももの皮を剥いで首に移植する手術だった。一度に全体はできず、2年後残り半分を、もう片方の足から剥いで移植した。縫い合せた首は動かせないし、太ももの皮を剥ぎとったあとは、自然に皮が張るまで待つのである。首の方は抜糸後はらくになるけれど、何としても足は痛かった。15センチ角に剥がれた所は少し動かしても痛い、3週間の痛みがやわらぐと次にかゆみにおそわれた。狂わんばかりにかゆかった。4ヶ月過ぎたら薄皮が張ってきたので、私はこれしきのことに負けてた

まるか、とばかりバレーボールの練習に戻った。首の方は、ケロイドが無くなりきれいになったかというと、やっぱり違う皮膚の色ではあった。

食道ガン発見は、皮膚ガンを乗り切った3年後、物をのみ込むときひっかかるけれど痛みがない、3ヶ月間同じ状態が続いていた。

池田先生が、食道ガン手術の第一人者である飯塚紀文先生（当時国立がんセンター病院の手術部長）に紹介して下さった。飯塚先生は「5ミリ程のものなので、放射線で治療できれば一番良いのだけれど、放射線で出来たガンには効きにくいし、背骨や神経を損壊する恐れがあるので手術するしかない。生命は助かる。但し声帯のそばなので、手術の範囲に入るから声は無くなる」と告げられた。家へ帰るには西武線なのに、どうしたわけか山手線に乗っていた。そして何時間かまわりまわって涙を流した。入れかわり立ちかわり乗ってくる人が違うから気はらくだった。もう終りだと思った。そしてもう終りでけっこう。思えば長い闘病の人生だったから。恥ずかしさばかりの人生だったのだから、安堵すら感じた。息子達は、大学2年と高2になっていた。手術のことを話した。長男幸雄が「おい二郎よう、おふくろ声帯が無くなるんだってサ、よかったです、うるさくなくて」「そのかわり鉄カブトかぶろうぜ、何が飛んでくるかわからん。町が静かになるでヨ」そしてみんなで笑った。苦しくて悲しい笑いだった。粗けずりのままの息子達、これから大事なことを教えたり、話し合ったりしなければならないのに……思うようにもの云えぬ親にどんな思いをするだろうかと考えた時、今死ぬわけにはいかない、もう一度がんばろう、字が書けるのだからと決心をした。そして飯塚先生にお願いをした。

手術が1週間後と決った日、飯塚先生は「声を今のうちにテープに吹き込んでおいた方がいいよ、あとできっと聞きたくなる時がくるよ」とす



ご夫婦で台湾国立故宮博物館前にて(平成12年12月4日)

すめて下さった。私は未練が残ってよけい悲しいからと拒んでいたけれど、朝、夕、回診して下さる度に「入れてるかい」と、しつこいくらいにすすめて下さる先生に悪いような気がして、明朝手術という前夜、病室から少し離れている面会室で30分間、小さなカセットに、カラオケはまだ流行していない時なので、頭に浮

かんでくるナツメロ、ラジオ歌謡等々。手術に要する時間は6時間の予定だと聞き、声どころか命も明日はもうない、そんなことを思いながら、息子達に形見と残るのだから、と途切れとぎれに涙を流しながら吹き込んだ。

このテープは退院後2、3回ほど、見舞いに来てくれた友人達と、ザワザワ照れながら聞いたけれど、身にしみて聞く勇気がなかった。夫も息子達も聞かなくていいと、いまだに聞こうとしない。多分一生聞かないかも。しばらく経って心にゆとりが出たので、聞く気になった。打ち沈み、しゃくりあげながら続いているテープのむこう側に、別の人間が居るようなふしぎな思いで涙を流していた。庭がさわがしいのに気がついた。見ると、静かに横になっていたタローという6年間家族の一員として暮している中型秋田犬が、気でも狂ったかと思うほど土の上をころげまわっているではないか。ウーウーと呻きながら、大きく立ちあがるかと思うと土をひっかき右へ左へのたうちまわっている。何か庭に入り込んだのだろうかと、テープを止めて、急ぎサンダルをひっかけ、そばに寄り背筋をさすってやった。タローはうるんだ目で、じっと私の目を見て涙のあとをペロペロなめた。いつもの平静さに戻ったタローを離れて、ひきつづきテープを聞き出した。すると、またもやタローが狂い出した。その時私は「あっ」と気がついた。タローは私の声を聞いて思い出したのだ。入退院をくり返し、20キロもやせた姿に変わり果てたあげく、声も出さず、たとえ家族の一員だったとはいえ、どだい、犬のタローにはこのような事情がわかるはずがなかったのだ。はずんだ声で

タローと呼んでくれなくなつたあるじに、タローはそれなりに悩んでいたのでないだろうか。思わず私は、はだしでとび出し、タローの首をかかえ込んだ。そしてフカフカした首筋に顔を埋めて、思いきり泣いた。声なき慟哭をしたのである。泣きたくて、泣きたくてたまらなかつた日々、泣いたってもとにかく戻れないのだから仕方ないと、一生懸命がまんしていた私は、タローの前に赤裸々な姿をさらしてしまつた。思いきり泣くことができたあと、タローの顔に私は頬をこすりつけながら、「タローは生れた時からしゃべれないし、字も書けないのでよね。つらかったろうね」と、心の中で話しつづけた。優しい、哀しいタローの目、やわらかくて、暖かくて母の懐を思わせるタローの首筋、私は死ぬまで忘れない。

手術の結果は成功で、70kgの体力もあったし快復は早いと喜んでいたら、3週間過ぎて膿胸を併発し1ヶ月で20キロもやせる程苦闘した。太っていて助かった感がする。標準体重になれた。しかし、声を失って不自由だけではなかつた。のどに直径1センチの穴が開いていて、ここから呼吸をする。水でも入つたら呼吸ができなくなつて死ぬ。風呂も絶対に何気なく入浴など出来ない。湯船に身を沈めるのも胸迄で肩までつかれない。肩からサワーと流すこともダメ、ましてや、シャワーを浴びるなど夢である。何年経っても寒さが一番こたえる。ぜんそくの発作のように体が寒気に慣れまるで呼吸困難に悩む。外気との調節器の喉頭がないから、覆つてあるガーゼを通して、ドカドカと、土足でざしきへ上り込むような感じで冷たい空気が肺に入る。途中気管の中で湿つた粘膜は、乾いてオブラートを張つたようになる。いきおい、ひどい咳込みにおそわれる。そのうちかさぶたがはがれるように、血のまじつた痰となる。この痰を上手に切らないと呼吸ができないのだから、精いっぱい咳込んで、気管の掃除をしながら呼吸を続ける。健康な人が何気なくやつてゐる咳ばらいが、とても労力のいる仕事のひとつで、まわりの人々に不快な思いをさせぬよう、人目につかぬように心がけてゐるけれど、この咳込みと、くしゃみは待つたなしにおそつてくるので困る。今年は特に花粉の舞い方がひどく、目の玉が飛び出そうに咳込みがひどく苦勞している。

咽喉と食道を摘出したあと、3分の1残つた胃を、ごくんとのみ下した所迄ひっぱり上げているため体を水平にできない。胃液が逆流してくるため、閉じている口を通り越して鼻へくる、ツーンと鼻の痛いこと、いいようのない苦い水がつきあげる。時には目も苦くなると云つたら、まさかと夫は笑つた。でも涙をがまんしていたら鼻水になってこぼれることがあるから、まさかではないかも。だから横になる時は、30度の傾斜をつけている。

食道手術の1年後に右甲状腺に転移の疑いが生じ切除で1ヶ月入院。更に一年後、この小さくなつた胃にうずら卵大の潰瘍が出来て大吐血、又入院。手術が出来ないので薬で治療。その上再度の輸血で血清肝炎の併発もあり3ヶ月の入院をした。こうしてくり返しおそつてくる病魔にじれつたくなつてきていたある日、訴えたい思いがたまっていた私は、気持ちが先ばしり、字を思い通りに書けず、なかなか当を得なかつた。やにわに持つていたエンピツを飯塚先生に投げつけてしまった。万感、一点を凝視したまま、涙があふれそう。すると先生は、足許にころがつたエンピツをひろい、私の手の届く所に置き、「こんなことしたつて判らないことは判らないだろ」と静かに背を向けてドアに消えた。「ごめんなさいッ」と追いかけてあやまりたいものを、動けないし叫べない。悔悟とやるせない悲しみの涙を流し終つたころ、「落ちついたかね、ゆっくり書いたらいいんだよ」とおだやかに入つてこられた。恥しいことこの上なかつた。

手術後5ヶ月経つてから、銀鈴会という発声を教授してくれる所があると聞いていたので訪ねた。温かく迎えて下さつてうれしかつた。「お若いのに大へんでしたね。さあもう泣かないで、お話できるようになりますよ」と、60歳ぐらいの女の方が、小型の懐中電灯のような器具をのどに当て、ニコニコしながら案内して下さつた。実をいうと私はギクッとした。ロボットの声ではないか。涙のおさまつた目で、広い部屋を見まわした。男の人ばかり5、6人づつひとたまりになつて、アイウエオだのいろいろの言葉を練習していた。冷房の部屋なのにYシャツから汗がにじんで、頭からタラタラ汗を流してゐる情景を見て私は呆然と立ちつくしていた。「男の人は職場に早く戻ら

なければなりません。必死です。」とさきの女の方はロボットの声でおっしゃった。私は食道の無い人も居られるか聞いてみたら、胃袋発声はまだ聞きませんねとのことだった。私は練習に行くことを断念した。

帰りながら自分の単細胞に改めてあきれ、かつやるせない思いにかられた。それは食道の残った人は声帯が無くなても食道発声が出来る。食道切除したのに食道発声が出来るわけがなかったのだ。前の2度の手術のように、半年もすれば、スポーツをはじめ何ごとも以前の様に復帰できると思い込んでいた。声を出せないことを忍べば。無知というのか知らぬがほとけというのか。コーラスではメゾソプラノを、歌なら何でも好きに歌えた。快活にユーモアをとばし、会う人笑いにさそい込んでしまう日常だった。切除した臓器がまた生産されるわけがない。元に戻れる体でないことをしみじみ考えながら家に帰った。

仕方ない、筆談と手真似と、口もとを見て判断してもらうしかないと思った。大ぜいの親せきや友人が励ましてくれることが何よりの幸せだった。快活なおしゃべりの私が、黙って聞いて笑っているだけなのだから、何とも異様な情景だ。そのうち、ヒソヒソ話の様に舌と唇で話せる様になった。相手の話にそうそうと相づちを打っているうちに、サシスセソが言えた。1年経っていた。ぬる目の風呂にゆっくり入る。のどの呼吸穴に飛沫でも入らない様に気をつけて、アイウエオから一生懸命で練習した。サ、タ、ラ、カ、マ、パ行の順に、ヒソヒソ話で言える様になった。

息子達は大学4年と1年になっていた。毎日「起きろってば、起きろってば」をくり返していくうちに「ろ」とダミ声が出た。ゲップの音。でも音になって出たので嬉しかったこと例えようがない。2年半経っていた。それからは、赤ちゃんが次々と言葉がほどけてくるように、相手にわかるようになった。しかし体はすごく疲れた。ツーンと後頭が痛くなり、両肩が張り、びっしょり汗をかいた。横隔膜でしゃべるのだと。単語を組み合わせて相手の理解を待つという方法で、全身を使った。疲れても、苦しくても慣れなくてはならない。この苦しみと仲よくしなければならないと決心をした。わかり易く短かく話す様に努力をしているうちに、疲れることにも慣れてきて、電

話で用も足せるようになった。呼吸音の交じるおじいさんのような声だけど会話はできた。2週間毎に通院、時々検査もするので、病院での友達も大勢できた。診察を終ってから「病棟に寄ってくれないかな、食べないし沈んでいて困ってるんだ」と飯塚先生。私でお役に立つならと苦痛の日々を過した病棟へ、心安まる故郷のような気持になるのでふしげ。大てい初老の男の人が多くた。ほんとに意氣消沈している。一瞬、苦痛を理解できる私の体も痛む。自分の声がふだんはとてもいやなのだけれど、一生懸命で「辛いでしょうが口から栄養とること、半年で匂いも戻るから、医師を信頼すること、人間はね病気じゃ死ねないの、寿命で死ぬの、必ず治ると信じて、がまんがまん」そして参考になればと体験を話した。はじめ男女を問わず、みんなふきげんな顔で会うのも聞くのも面倒そうだったのに、だんだん明るい顔になっていくのがわかり、私も気がねなく話せた。

こうして大ぜいの方々とのふれあいが、現在も生きがいのひとつになっている。

季節の変わり目などで、時々胃かいようのあたりが痛む。そんな時くすりの飲み方も上手になった。これからは、闘病と共に老いも加わる。もうあせらずに仕方がないのだから、「従病」という気持に置きかえて生きていきたい。

体力が弱ると、腹式発声もままならないと思うので、今年はパソコン勉強してみようかと考え中。たたいま、いいニュースが舞い込んできた。3度目の入院の時、お世話になった看護婦さんと、夫の職場の人との縁結びの神をやった。その娘さんが、今春神奈川県のある看護学校に入学することになった由。きっとお母さんの様な情愛の深い看護婦さんになってくれることだろう。

略歴

野武歌子（のたけ うたこ）

昭和5年(1930年)新潟県生まれ。26年東京国際家政学院卒。同年、東京電力株式会社に勤務。28年結婚。31年出産のため退社。47年頸部右皮膚移植手術。49年頸部左皮膚移植手術。52年頸部咽喉、声帯、食道摘出手術、声を失う。53年右甲状腺摘出手術。54年より努力の末呼吸音で言葉を発し、会話ができるようになる。

「いのち」の踏切

平石 實



第11回サイコオンコロジー学会総会講演記念(1998年5月、奥様と国際研究交流会館にて)

「あ、無い、無いな」

「え？」

「消えているな」

「消えている？」

「癌の奴が骨を食っちまったんだよ」

「えッ!? 癌が骨を!?!」

「これ、ほら、ここ、第八肋骨、ね。」

と、主治医が私の撮って来たばかりのレントゲン写真を指さした。

たしかに消えている。るべきところに第八肋骨が半分見えない。

冗談じゃない！「骨まで愛して」という歌があったが、癌の奴に「骨までしゃぶられて」などとは、歌にもならなきゃ、洒落にもならない。

この、癌がガリガリ骨を噬じる痛み、と、如何に闘うか？これが、癌との対決に於ける、私の置かれた、現在の位置である。

「後悔は先に立たず」という言葉があるが、若く健康で、希望に満ちていた時は、「心」に拠点を置いて人間の、いや、生物の根源である「いのち」を、自分の中から分離して凝視めようなどと思ったことはなかった。

「いのち」があるのが当然であり、明日があるのが当たり前と何らの懸念もなく、危惧の念もなく、ただ、ひたすらに、懸命に生きて来た。私は自分の「いのち」を横眼でみようとすら思ったこともなかった。

しかし、考えてみれば、このことは「いのち」に対して、甚だ傲慢無礼な不遜な態度であったと深く反省している現在である。

私が初めて自分の「いのち」の大しさを意識したのは12年前のことである。「膀胱癌」の宣告を受け、直後に、今度は「左尿管癌」で左腎臓、尿管全摘出、膀胱一部切除という大手術を受けた。

その時である。(がん=死) という概念の方程

式の潜在意識に、鋭く肺腑を突かれ、「いのち」というものの存在を改めて知られ、その重さを、深さを「生と死」の狭間で衝撃的に自覚させられたのは。

その後、私の癌は「大腸」「右肺」「左肺」「膀胱再発」「肝臓」「右肺再発」と、次々と転移暴走し、8回の手術を重ねて、単彩ではあった私の「いのち」は節目毎に新たな色を加え、いまや、多彩な虹の綾織りを脈として生きている。

私が初めてがんとめぐり逢ったのは、今から約12年前、忘れもしない、1988年、昭和63年10月1日、土曜日の午前4時のことである。彼は何の前触れもなく突然やって来た。やって来たというよう、ノックもしないで無礼にも暴力的に襲って来たという方が適切かもしれない。それほどショックな出来事だった。いま、思い返しても背筋が震えるような衝撃的な事実である。

早朝4時、急ぎの原稿を書き上げてトイレに行った。宙を睨み乍ら、いま書き上げた原稿を再チェックしていた。水を流した瞬間、私の眼は愕然と凝視した。トイレの中が真っ赤。流れ去る水がまるで真紅の布が尾を引くように消えていった。

私は驚きに立ち竦んだ。いったい、何が起きたのだろうか？ 尿道に何か傷がついたのか？ 私は、家内に黙っていようと思った。しかし、身体の中に何か恐しいことが起きているのではないか、という不安が一杯で、事情を話し、今度トイレに行く時には一緒に行ってくれないかと、家内に頼んだ。

午前6時、不安で眼を閉じて私は再びトイレに行った。小水が真っ赤で血の滝のように流れ、見る見る内に便器の中は血の海。しかも、トマトをスライスしたような小片が浮遊している。

「膀胱癌ね」

と、家内が言った。

「冗談じゃない！ 癌だなんて！！」と、私は、押し寄せる恐怖と闘いながら「がん」という言葉を自分の中で懸命に打ち消していた。

——だが、その暗雲は、覆いかぶさるように、私を包んでいった。

此処で私は「がんの告知」という問題に触れておきたいと思う。「がん告知」についてはいろいろと問題もあり、論議されているが、いまや、80%以上のひとが病院で告知されていると言われている。

また、がんに対する医学的進歩は現在に於ては驚異的結実をみせているといわれ、遺伝子診断への研究も飛躍的発展を遂げているといわれている。

しかし、患者は「がん」という見知らぬ物体に対しては全く無知といってよく、過去形ではあるが（がん=死）という概念的方程がまだ私たち人間心理の中に原型として固定化されている部分があることは、否めない。それ故に、告知される場に於ける患者の心理状態は普通ではなく、恐怖と動搖を隠しきれず、異常なほど鋭利に神経過敏となっている。

それ故、告知する側の医師の、その時に於ける言動が、言葉は勿論のこと、態度にも真摯であるかどうか、という点が大切なことではないかと思う。

私は、「癌を診て、患者を見ない」という医師であってはならないと思う。

膀胱癌はカリフラワー状であること、水の中に藻が浮いている状態であること、大きさは中くらい、発生位置などを図に描いて、築地の国立がんセンター中央病院泌尿器科では丁寧に時間をかけて判り易く、適切な説明を受けた。

その時の、医師の厚い眼鏡の奥の真摯な眼は、いまも心に刻まれ、忘れられない。それは患者の疑惑を真剣に受け止めてくれた、鋭いが、温かい眼だった。

内視鏡手術で癌は除去された。

しかし、喜びも束の間、退院の前日に念のためと造影剤を入れて腎臓機能検査をした。

レントゲン検査で左腎臓が右に比べて薄く、遊走腎かとの疑念を確かめる為だった。

ところが、なんと、左の尿管の出口に親指大の癌が見つかり、急拵「左腎臓、尿管全摘出、膀胱一部切除」という、正に半身を奪われるという緊急手術となってしまった。

退院の喜びから一転、奈落の底、私はもう駄目だと思った。病室の窓辺に立ったまま、家内と二人、無言だった。それぞれの自分の中で絶望感にひしがれていた。

と、その時、私の眼に、闇の夜空に点滅する朝日新聞社の屋上の航空障害灯の赤い灯が飛び込んで来た。休まず点滅するその灯火を凝視する中、私は、自分の胸に手を置いた。ああ、心臓が動いている。

「あの灯が消えないうちは、俺は死ぬものか！死んでたまるか！」と心で叫んだ。

非常に非科学的な話でおかしいかもしれないが、がんと宣告された、その恐怖と絶望感、孤立無援の追いつめられた心理にはどんなしるしでもいい、すがって生きる希望の命綱を求めるものだ。

私にとっては、あの、点滅する赤い灯火が命綱だった。

ニューヨークの貧しい女子画学生ジョアンナを主人公に描いたO・ヘンリーの短編「最後の一葉」のあの一葉が、私にとっては航空障害灯の灯火だった。

諦観的な寂寞感の中でも生への欲望は決して消えない。絶望しながらも絶望の向こう側に生きる道を探索願望するのが、人間の条理である。

私は癌などに負けるものかと、懸命に死の淵から這い上ろうとした。10時間に及ぶ手術は、「幻のスタッフ」と私が呼ぶ、当時の泌尿器科の3人の名医に依って見事に成功した。

そして、6年目、もう大丈夫だろうといわれた1994年、平成6年4月、甲状腺機能低下症となり、S状結腸癌が発見され、大腸30センチ切除、翌1995年、平成7年11月、今度は右肺に、「転移性肺腫瘍」1.5センチが見つかり手術、同時進行で再発中の「膀胱癌」を手術。肺はその後2回、全部で3回も右、左、右と手術。1997年、平成9年は、私にとっては全く癌の当たり年と言ってもよく、1月に、「原発性左肺癌」、4月に「肝臓癌」5×5、1.5×1.5の2カ所から癌摘出手術、そして7月、今度は「右肺癌再発手術」と、続いた。

がん患者には、2通りの型があると思う。告知

されて「癌なんかに負けるか」と頑張る人と「もう、駄目だ」と、自らを投げ出す人と、これを、私は「がん患者の二本柱」と呼んでいる。しかし、実際には、多くの患者はその二本の柱の間を不安と動搖と焦燥と鬱い乍ら、それこそ自分の「いのち」を懸命に噛みしめながら、揺れ動いて、行ったり来たりしているのが現実であります。

がん患者には「がん患者の孤独との闘い」があります。これは「心」の問題である。がん患者の孤独は、他人を受けつけないというか、受けつける余裕がないほどの、深い、暗い、井戸を抱えている。いまを生きねば明日はないという恐怖を抱えての「孤独」との闘いである。深い、暗い、井戸の底で孤立して怯えているような裂帛たる惨である。

涙の重さではないが、その孤独の重さは計り知れないものがある。癌への恐怖感が患者の心を絶望の淵に追いやるという、患者自身が自分の中に「孤独」という「核」を作り上げ、その中に閉じ込もってしまうからにほかならない。

その、切羽つまつた患者の孤独の中に、どう踏み込むか？ その「惨」ともいべき孤独をどうしたら和らげることが出来るか？ そこに精神医療という問題の中の一つの課題があるのでないかと思う。

その「鍵」は何か？ かたくなに自分の中に閉じこもるがん患者の「孤独」の扉を開ける鍵は何か？

私は、その「鍵」は、「人間の体温」、つまり「心」であると思う。

私が8回のがんの手術を受けながら、こうして元気でいられるのは、そうした「人間的視座」をもった最高の先生方とめぐり逢えたという幸せにほかならない。

だがしかし、癌は恐ろしい奴です。12年来、私の中にぬくぬくと同居して、私の摂る栄養を横取りしながら、一度として「転移」する前に「転居通知」をよこしたことがない礼儀知らずの奴である。突然、いつどこに転移再発するか判らない非常冷酷な奴である。生きようとする意志があっても、その意志を無慚に踏み躡って肉体を滅ぼし

「いのち」を奪う、それが癌です。

しかし、だからといって手を拱いて奴の思うが儘にさせるほど愚かではない。人間は生き続けることで存在価値がある。それを阻むものとは命を賭しても鬪わねばならぬ。と、私の「いのち」が言っている。癌との闘いは緊迫した命との闘いであり、自分自身との言語に絶する闘いである。

しかし、その命脈もどうやら危くなつて来た。多彩化された私の虹が消えるかもしれない。突如、癌の奴が一挙に反撃してきたのだ。再三の検査の結果、右肺に3つ、左肺に2つの再発が認められ、左頸部リンパにも転移が見つかった。しかも、今回は手術不可能となった。5FUの抗癌剤治療に入ったが、副作用が次第にひどくなり、爪の変形、胃潰瘍、骨が弱くなつて第6胸椎圧迫骨折を起こし、いまや死生の吊り橋を渡つてゐるという状態である。抗癌剤治療は中止となつた。

どうやら闇の彼方に死魔の提燈の灯がちらほらと見えかくれする。獲物を威嚇するような鎧びた凄惨な敵の低い嗤い声が、胸に凍りついて來た。

だが、しかし、私は負けない。

私のところにまで來るのには「踏切」を渡らなければならない。その踏切は、「いのち」の踏切と言って、開かずの踏切である。

「まだ渡るのは早い！」その辺で足踏みでもしていろ！」と、私は死神に断固として伝えた。私の心中には、常に前述した夜空に点滅する航空障害灯の赤い灯火に誓つたように、「決して、癌などには負けるものか」と懸命に仕事をしている。

敵はいま、切歯扼腕して踏切の向こう側で地団駄を踏んでいるに違ひない。

一枚の紙にも表裏がある如く、「生と死」も背中合わせの一体の存在である。その隙間を何れが埋めるかによって両者の比重は大きく変わる。「生の世界」から「死」を覗き見していた私は、いま「死」から「生」を真っ向から凝視めている。

ここに、私の、現在の「視座」がある。

平石實先生は本年4月7日ご逝去されました。
謹んで御冥福をお祈り申し上げます。

(編集事務局)

略歴

- 平石 實（ひらいし みのる）
○脚本家、筆名／津田幸於（つだ ゆきを）
○作品／「水戸黄門」「大岡越前」「銭形平次」「破れ傘刀舟・悪人斬り」外
○舞台／「浪速人情・夫婦三味線」（二幕）
「城崎温泉・浜野屋お涼」（二幕）外
○著書／「映画芸術論」「映画はこうして見よう」「愛を裁く女たち」（小説）外

滋賀県立成人病センター

滋賀県立成人病センター病院長 井村 壽男

◆ 所在地 ◆

滋賀県は、県面積の約1/6を占める日本最大の琵琶湖を中心に持ち、日本列島のほぼ中央に位置する。人口は約135万人で日本の約1/100に相当するが、各県の中で人口増加率は最も高い。成人病センターの所在する守山市は、県庁所在地の大津市から琵琶湖の東側を北へ約15km、JR琵琶湖線で大津市からは約20分、京都市からは約30分に位置し、1350m長の琵琶湖大橋で琵琶湖対岸の大津市北部（堅田）と結ばれている。

滋賀県は7つの保健医療圏があるが、守山市は湖南医療圏にあり、人口は大津保健医療圏の約31万人に次ぐ約28万人であり、県内でも最も人口増加率の高い地域である。

現在の建物



◆ 沿革 ◆

滋賀県は公的医療機関が各医療圏に適当に配置されていることもあり、県立の医療機関としては成人病センターの他には、小児保健医療センター（病床数100床）と精神保健総合センター（病床数100床）のみである。

三大成人病による死亡が50%を超えた昭和40年が成人病時代の幕開けといわれ、滋賀県でも成人病対策推進協議会での審議を経て、成人病センターの設立が認められ、昭和45年に二次予防のための検診を主業務（がん検診、循環器検診等の検診の推進、精度管理等）として発足し、昨年に創立30周年を迎えたところである。昭和50年に病院部門が発足し、外来入院診療を開始し（現外来棟・東病棟162床）、昭和58年に新病棟（現西病棟）を

加えて、現在の466床の病院の形態が整備された。

今後の新たな発展のために、平成11年に研究所を開設し、更に新病棟を建設中であり、平成14年度には開設の予定となっている。

◆概要◆

●検診部門

昭和45年に成人病に関する公衆衛生活動の拠点として健康管理局が開設され、検診ベット30床を有し、集団検診、施設検診を主業務としてスタートした。がん検診、循環器病検診等の検診実施、精度管理、疫学的調査、地域がん登録等を行ってきたが、検診事業が確立して、実施主体が市町村、実施機関が検診業者に移譲されるようになり、現在は健康管理部として6名で滋賀県下のがん・循環器検診等のデータ収集・解析等の疫学的調査、成人病に関する調査研究や地域がん登録事業等を中心に業務を行っている。

●病院部門

三大成人病を中心とした成人病対策の拠点病院として設立され、昭和50年から外来・入院診療を開始している。高度化かつ多様化した県民の医療ニーズに対応した成人病対策の拠点施設として、脳神経疾患、循環器疾患、がん疾患ならびに痴呆疾患を中心に成人病に関する高度・専門・先駆的医療および高度な救命救急医療を提供するために

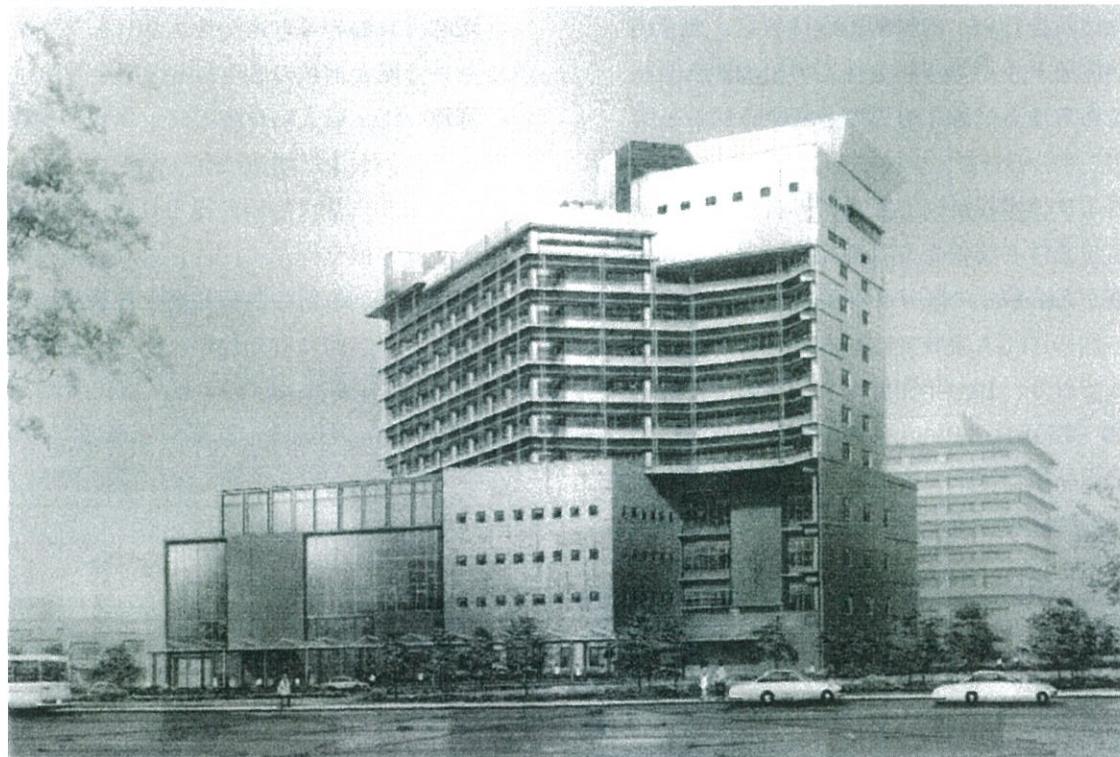
機能・施設の整備充実が順次行われ、現在は病床数466床（うち救急特殊病棟19）、21診療科（内分泌内科、血液内科、老年神経内科（痴呆）、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、脳神経科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科）で診療を行っている。

医師は75名で他に臨床研修医16名を京都大学から受入れている。看護婦は333名で職員数は全体で534名である。

平成11年度の病床利用率は89.7%で、外来1日平均患者数は945人であり、経常収支は平成6年度以降は黒字を持続している。

現在の建物は、創立時の検診部門の建物（2階建）を管理部門、最初に完成した病院部門を外来・東病棟（地下1階地上5階建）、増築病棟を西病棟（地下1階地上8階建）として使用している。現在新病棟工事が始まっており、平成14年度には地下1階、地上12階建でホスピス病棟も有する新棟が完成する予定であり、開設時には病床数は541床となる。

新病院(第1期)完成予想図



●研究所部門

医学の急速な進歩に伴う先端的医学・医療技術を成人病診療に活かすため、三大成人病と痴呆を主な対象として、平成11年に地下1階地上3階の研究所を開設した。立ち上げ時期でもあり、現在の人員は所長、副所長以下研究員6名を含む12名で、遺伝子研究、病態生理研究、画像診断研究を軸に、がん研究部門、神経病態研究部門、循環器病態研究部門、遺伝子研究部門、画像研究部門で構成されている。遺伝子、病態生理部門では最新の検査、解析装置を導入し、画像部門ではクリニカルペット時代の到来を迎えるPET2台を導入し積極的に臨床研究を進めている。またPET装置導入に伴い、病院のRI部門を研究所に移設した。

●診療について

センターでは比較的早くからコンピューターシステムを取り入れ、昭和63年から病院情報システムを導入し、平成2年から処方・放射線のオーダリングシステム、以後順次注射、検査システムが稼働している。平成7年からICD-10を取り入れた退院サマリー入力システムを稼働させている。

脳神経系は脳神経外科・神経内科医6名と研修医数名で救急患者も全面的に受入を行っており、詳細な神経学的診察から、US・CT・MRI・ANGIO・SPECT・PETを含む最新の診断装置を駆使した診断を行い、内科的治療は勿論、血管内手術・顕微鏡下手術等、超急性期の治療から言語療法まであらゆる病態に対処できるようになっていている。

循環器系は循環器科、心臓血管外科医11名と研修医数名で急性心筋梗塞や大動脈瘤破裂等の救命救急診療から心臓リハビリテーションまで対応しており、特にPTCA領域では日本でも有数の症例数を扱っており、1984年開始より16年間で7500例（年間500～750例）のカテーテル治療を行い、この分野で先駆的な治療にも取り組み国際的に高い評価を得ている。

痴呆疾患領域では1990年に神経内科の特殊外来として「物忘れチェック外来」を開設し、1994年からは老年神経内科として独立し、現在2名の専門医師と臨床心理士が診療に当たっている。神経心理学的診断からPET診断等の画像診断まで客観

的診断に努め、正確な診断に基づく薬物療法は勿論、カウンセリング・生活指導・リハビリテーション等を行うとともに、地域専門職や家族との連携を緊密に行い、ケアを支える医療を心がけている。

がん診療部門は各科が専門領域として対応をしており、がん疾患は入院患者の約20%である。がん診療全体としては、新病棟での緩和ケア病棟開設に向けて緩和ケア研究会を開催し検討を深めたり、院内がん登録システムとしてオーダリング画面から医師入力で登録を行うシステムを開発・稼働している。また病理部門は2名、放射線部門は6名の常勤医師で診療にあたっている。

昭和50年の病院開設時から放射線治療室に手術室を併設し術中照射をおこなってきており、また積極的な手術療法から内視鏡的手術、縮小手術へも対応できるようになっている。化学療法・集学的療法も各科で積極的に行われており、昨年からPBSCTへの対応もできる様になった。

全国がん（成人病）センター協議会には早くから参加し、設備・診療体制や診療実績の公表を行っている。

●理念・憲章

最後に昨年定められた病院の理念・憲章を掲載させて頂きます。

理念 「心のふれあいを大切にして、安心と満足と信頼の得られる医療を行う。」

憲章 ① 成人病を中心に、県民の健康の保持および増進に寄与する。

② 常に信頼の得られる、患者本位の医療を行う。

③ 最新の医療知識と技術を心がけ、科学的に有効性が証明された医療を、高い医療倫理のもとで提供する。

④ 職員は、お互いを尊重し、協力し、働き甲斐のある医療環境を築く。

⑤ 健全な経営のもとで、医療機関の中での機能分担・連携を図り、効率的医療を行うように努める。

(いむら としお)



国際がん研究機関に勤務して

国際がん研究機関 内因性発がんリスク部長

大島 寛史

フランス第二の都市リヨンにある国際がん研究機関（英語で International Agency for Research on Cancer; IARC あるいはフランス語で Centre Internationale de Recherche sur Cancer; CIRC）に勤務したとして、早いもので20年以上が経った。リヨンは、フランスのほぼ中央にあり、ローヌとソーヌという2本の河が合流する交通の要所で、2000年前すでに、ローマ帝国の植民地の中心地として栄えていた。市内にはローマ時代の劇場や水道橋の跡がある。旧市街（写真1A、B）は、1999年、ユネスコの世界文化遺産に指定された。パリからTGVで2時間。昔より、絹織物で栄えたところで、日本とも関係が深い。永井荷風の「ふらす物語」には、リヨンの話が頻繁に出てくる。医学・科学・文学の分野でも、リヨンは有名な街で、「実験医学序説」を書いたクロード・ベルナール、電気のアンドレマリー・アンペア、映画の祖、ルミエール兄弟、「星の王子様」の作者サン=テグジュペリはリヨン市内か郊外の生まれだ。リヨンの国際空港（元サトラス空港）は、昨年、生誕100年を記念して、サン=テグジュペリ空港になった。住めば都と言うけれども、フランス語での会話と言う不便さを除けば、リヨンでの生活はと

ても快適である。気候もよく、パリに較べて、静かで、安全でしかも物価が安いのでとても住みやすい。このリヨンにあるIARCの沿革と活動内容について簡単に解説したい。

1. IARCの沿革

1960年代はじめ、世界は冷戦下で、軍事拡張競争の真っ最中であった。「もしこの軍事費の一部をがん研究のために各国が拠出し、がんの国際研究センターを設立すれば、人類は、がんを近い将来克服する事ができるのではないか？」というアイデアのもとに、フランスのジャーナリスト・大学教授・研究者など学識経験者が、国際がんセンターの設立を提唱する手紙を、1963年11月8日に、当時のフランス大統領のシャルル・ドゴールに送った。ドゴールは、この国際がんセンターの設立のアイデアを、フランスが伝統として来た、「国家間の共同、人間の生活条件の改善、科学の進歩」という3つの理念にかなうものとして賛同し、11月11日に、国際保健機構（WHO）に、国際がんセンター設立を提唱する手紙を送付し、当時のフランス政府に設立に必要な準備をうながした。記録によれば、ドゴールの意向にそって、2日後の

写真1B／ソーヌ川の橋の上から見たクロワルースの丘。昔は、絹織物工場がたくさんあった。（撮影、増田光治）



写真1A／フルビ工教会の丘の上からみたリヨンの街並。手前に旧市街とソーヌ川。右手に、リヨンの中心ベルクール広場が見える。（撮影、増田光治）





◀写真2／IARCの15階建てのタワービル、天気の良い日には、12階のカフェテリアからモンブランが良く見える。(撮影、G.Mollonn)

11月13日にパリで、第1回の設立準備会議がWHOとフランス政府との間で開かれたとある（偉大な政治家の下では政府も動く？）。同時にフランス政府は、アメリカ、西ドイツ、イタリア、ソ連などに、ドゴールの考えを伝え、IARC設立に加わるように働きかけた。こうして、1965年5月、WHOの第18回総会で、IARC設立が正式に承認された。日本は1972年に加盟している。現在、日本、アメリカ、カナダ、オーストラリア、ヨーロッパ諸国など15ヶ国の拠出金で運営されている。設立の話が出たころ、各国の軍事費の0.5%をがん研究のために拠出するという案もあったが、現在、加盟国が拠出している額は勿論そんなに多くはない。このIARCは、機構上からは、WHOの一部として存在しているが、予算及び運営面からは、WHOから独立している。運営では、参加国で構成される理事会（Governing Council）が、最高決定権を持っている。

このIARCの設立にあたって、フランスの各地から招聘があったが、WHOの本部があるジュネーブに地理的に近い（約180キロ）ということから、リヨンが本拠地として選ばれ、1967年7月から、IARCの活動が始まった。研究所は、リヨン大学の医学部、付属病院、国立衛生研究所などに隣接している。写真(2)の建物は、1972年に完成したもので、15階建てのタワーである。毎年、1フラン（約20円）で、リヨン市から、貸与されている。

IARCには、このタワービルに加えて、会議ホール、笹川記念ホール、「栄養とがん」の研究のためのEPIC、疫学研究棟がある。笹川記念ホールは、Tomatis博士が研究所所長、事務長が斎田啓



▲写真3／高松宮妃ルームでの化学物質のヒトへの発がん性を評価するIARCモノグラフシリーズの会議風景（撮影、増田光治）

二氏の時に、日本船舶振興財団の寄付によって建造された。中には、主として、セミナーやモノグラフシリーズなどの中小の会議に使用される高松宮妃ルーム（写真3）がある。

2. IARCの設立主旨

IARCは、参加国とWHOが、がん研究における国際的共同研究を推進するための機関として設立された。この目的達成のため、IARCは、がんの原因、治療、予防に関するあらゆる面での研究を、計画、推進、発展させていく、という使命を持つ。現在、1、世界各地からのがんの疫学、がん研究、がんの原因と予防に関する情報の収集と出版物としての普及、2、がんの自然史の研究、3、がん研究者のための教育と訓練、を中心に活動している。IARCには、設立当初より、疫学部門だけでなく、実験部門があり、国連の機関のなかでもユニークな存在である。

初代研究所所長は、がん疫学のHigginson博士で、環境発がんの重要性を提唱した。2代目所長は、化学発がんが専門のTomatis博士で、化学物質のヒトへの発がん性を評価するIARCモノグラフシリーズを創設した。現在の3代目所長は、脳腫瘍病理が専門のKleihues博士で、遺伝疫学、分子病理などの新しい部門を開設し、また出版部門のIARCプレス（後述）を充実させている。

3. IARCの研究概要

現在のIARCの研究の重点課題は、地球規模でのがん罹患率、死亡率の情報収集、がんの原因の究明、発がんのメカニズム、がん予防とコントロ

ールのための科学的戦略の開発、の4点である。すなわち、IARCは、がんを一次予防するために、がんの原因を究明し、それを除去したり、がん化を抑制する機構を明らかにする研究を集中的に行っており、治療に関する研究は行っていない。IARCが設立されて、早くも30年以上たち、時間の経過と共に、研究部門の創設も、繰り返されて来たが、IARCの研究の重点課題は創立以来変わりがない。現在、疫学部門に7つ、実験部門に7つの研究グループ、部門があり、その他に、化学物質のヒトへの発がん性を評価するIARCモノグラフシリーズを出版する部門と、化学物質がヒトのがんを予防するのに有効かどうかを評価し、ハンドブックとして出版する部門がある。コンピューター、図書、IARCプレス、事務部などを加えて、49ヶ国以上の国籍の違った280人程が働いている。現在、日本人のスタッフは、分子病理部部長（大垣比呂子博士）と筆者（内因性発がんリスク部部長）の2人だけである。ちなみに、日本人の最初のスタッフ研究者は、黒木登志夫博士（昭和大腫瘍分子生物学研究所所長）であり、2人目が、最近まで、多段階発がん部門の部長だった山崎洋博士（関西学院大教授）である。

IARCの各研究グループ、部門の研究課題をここですべて紹介する事は出来ないが、IARCのホームページ (<http://www.iarc.fr/>) で詳細に解説されているので、興味のある方は御覧になって下さい。

IARCが行う研究については、なるべく、国の研究所や大学のレベルでは出来ないもの、特に、国際共同研究を必要とする内容が重要とされる。実験部門では、従って、疫学部門との共同で行なう分子疫学的な研究が多くなる。筆者は、1979年に、環境発がん物質ニトロソ化合物と人のがんとの関連を研究するためのポストに採用されて以来、中国やタイなどへ出かけて、現地の研究者と共同研究を行ってきた。今まで特に印象深かったのは、中国が門戸を開いてすぐの頃に、河南地方の林県という食道がんの高発地帯で行った食べ物と生活習慣の調査である。北京から夜行列車で一晩、さらに車で、舗装されてない道を延々と行ったところにある田舎の村であった。水道がなく

雨水や遠くから運んできた井戸水を瓶に溜めていれる内に、亜硝酸というニトロソ化合物の前駆物質ができるとか、そこで食べている漬け物の中に発がん物質がたくさん入っているといった、説があった。そこにすんでいる人から尿や血液を集めてリヨンに持つて帰つて来て、研究室で分析した。その住民は、やはり、高濃度のニトロソ化合物を体内で生成している可能性が示唆された。その結果により、その地域では、がん予防のためにビタミンCを多く含む新鮮な野菜や果物をたくさん食べるようという指導がされている。

中国の他にも、タイの東北部で、胆管がんの多い地域があり、そこでの調査も印象深い。そこでは、川魚を生食する習慣があり、肝吸虫という寄生虫の感染が頻繁にある。寄生虫が肝臓内の胆管で成長し、慢性炎症をひきおこすのが胆管がんの原因だとされている。寄生虫に感染した住民から尿や血液を集めて分析したところ、やはり、ニトロソ化合物を体内で多量に生成していることがわかった。寄生虫に感染すると、炎症細胞が一酸化窒素というガスを作り、侵入者を攻撃する。この一酸化窒素がニトロソ化合物の前駆物質になるためである。この研究をきっかけにして、筆者らは、炎症とがんの関連について、様々な角度から研究を続けている。

なお、IARCの研究プロジェクトの内容は、毎年2月に開かれる科学委員会（Scientific Council）によってpeer reviewされている。この科学委員会のメンバーは、がん研究で著名な研究者のなかから、理事会によって選出される。「このプロジェクトは大切だからもっと予算を注ぎ込んだ方がいい」とか勇気づけられることもあれば、逆に「止めた方がいい」と言う勧告もあって、毎年、2月ごろは胃が痛む。ちなみに、日本からは、杉村隆、平山雄、松島泰次郎、高山昭三、寺田雅昭、広橋説雄、の各先生方が、科学委員会を歴任され、現在のメンバーは、国立がんセンター研究所の山口建博士である。日本国内にいると、直接お話ができるような大先生ばかりであるが、リヨンにいるおかげで、面白い研究の裏話をたくさん聞くことができる。



写真4／日本から IARC の会議に参加された先生と日本人研究員とのリヨン料理を食べながらの食事会。写真是、「ブッシュ」とよばれるリヨンの小さな典型的なレストランで、内装に、サラミソーセージや調理道具等を吊している。豚を中心とした地元料理とボージョレー・コート・デュ・ローヌのワインを出してくれる。(撮影、原明)。

写真前列より、津田洋幸(国立がんセンター)、原明、横尾英明、後列左より、大垣比呂子、増田光治、福永鑑、レストラン「ダニエルとデニス」の女主人、大島寛史(筆者)、増岡淳、枝元良広。この他に(食事会欠席)、鈴木利典、横尾美奈子の各氏が IARC に滞在している。(3月現在)。

4. IARC プレス

前に述べた発がん物質のIARCモノグラフや化学予防ハンドブックの他に、様々な出版物が IARC プレスからでている。現在の研究所所長 Kleihues博士が、始めたWHOブルーブックシリーズは、従来のWHO腫瘍分類の新しい版で診断基準、病理像などの数多くのカラー写真とともに、最近の遺伝子変化の情報が多く含まれている。これら IARC の出版物を日本で手に入れるのには、時間がかかると言う苦情が多くあったが、最近、Eメール (press@iarc.fr) やFAX (33-472-73-8302) で注文が可能になった。

5. がん研究者のための教育と訓練

IARCは、若いがん研究者のために、様々な教育と訓練コースを開催してきた。最近では、がん登録、感染症とがん、がん疫学のための分子生物学、などのコースが開かれた。これから予定されているコースについては、上記、ホームページを参照されたい。

また、IARCは、若い研究者のためのIARCフェローシップをだしている。これには、IARCに来て研究を行う場合と、その他の研究室で研究を行なう場合との2種類がある。締め切りは例年12月で、詳細はホームページを参照されたい。

その他、IARCでは、いろいろな会議を主催しており、日本を含めいろいろな国的第一線で活躍されている研究者によるセミナーや講習会も數多くある。夜、そういった先生方と一緒に、リヨ

ン料理を食べながら研究の苦労話とかしながら歓談する機会も多く、新しいアイデアが出て共同研究を始めるきっかけになる事もよくある(写真4)。ちなみに、リヨンは、北に、ブルゴーニュ、ボージョレー、南にコート・デュ・ローヌとワインの産地にも近く、食材にも恵まれており、フランス料理のグルメの街として、名高い。ソーヌ川沿いの朝市に行くと、旬の野菜や果物が山のように積んで売られており、とても季節感がある。リヨンの名物料理としては、川カマスのクネルとか鮭鱈(アンコウ)などの魚料理や、アンドエイエットなどの牛、豚の内臓料理が有名。冬は生牡蠣もうまい。リヨン近郊のワインと一緒に食べると、とてもおいしい。ぜひ、リヨンにいらして、一度味見して見ませんか?

最後に、現在、IARCには、医学、薬学、理学、農学などいろんな分野の研究者が、日本各地から来て活躍されている(写真4)。がんは、多様な原因で、いろいろな臓器に、多段階で起こるので、その予防にも多くの方法があると考えられる。いろいろな国の、いろいろな経験を持った人が、様々な知恵を出し合うと言うのも、がん研究では重要だろう。筆者は、こういう環境で、研究することができて、大変有り難いと思っている。若い研究者で、留学を考えている人がこれを読んでいたら、リヨンのIARCも留学の候補地として考えてみて下さい。一緒にがんの克服と予防のために、頑張りませんか?

(おおしま ひろし)

仲間 [活動紹介]

あけぼの会は乳がん体験者で作る患者会である。1978年10月にワット隆子（現会長）の呼びかけで集まつた17人の患者達により始まった。現在の会員数約3500名、乳腺専門の顧問医70名。他に看護婦、保健婦、検査技師等の賛同会員の参加もある。単なる患者同士の交流だけにとどまらず、医療者の協力を得て早期発見の啓蒙、治療への参加、そして患者の社会復帰までを視野に入れた裾野の広い活動を行っているところが、当会のユニークさであろう。

東京に本部事務局がある他、各県に支部を置き（現33支部）地域に根ざした活動も行っている。

あけぼの会の活動

●講演会／相談会／懇親会

本部が主催して、毎年10月に東京有楽町の朝日ホールで「秋の大会」を開く。スローガンは「再び誇り高く美しく」。毎年テーマを決め、顧問医の先生方を招いてパネルディスカッションを行うが、司会はあくまでも患者側が仕切り、医療者と患者、会場の聴衆を巻き込んで全員参加で意見交換を行い、がんと共に生きる道を探る非常にユニークな大会である。昨年は「患者は治してほしいのです」を取り上げたところ、予想以上の参加者が集まつた。今後はこれを一貫したテーマとして掲げていく方針だ。それが患者の最も切実な願いだから。

また、東京では隔月アメリカンファミリーの会議室を借りて講演会、相談会、ワークショップなどを開く他、地方支部でも地元の顧問医を招いて独自に講演会や旅行等を企画している。

あけぼの会

あけぼの会広報担当
菊池 弘美

●電話相談

本部や支部には、会員だけでなく一般患者からもたくさんの電話相談が入る。治療情報の入手、専門病院の紹介など実際的な相談だけでなく、告知を受け動搖しているので誰かと話したい、術後の日常生活の不安を聞いてほしいなどの電話も多い。

最近は「インターネットで検索して調べた」と言う電話が増えている。このような相談者は専門的な医療情報をすでに調べ上げている場合が多いので、受ける側もそれなりの対応が必要となる。

●印刷物の発行

年一回機関誌「曙」を発行する他、「ニュースレター」を隔月刊行して、活動報告、会員からの生の声、疑問や相談、医療者による情報提供や相談への解答、新薬についての説明、各支部の催し物の案内などを常時発信している。また「全国会員名簿」には氏名、住所、電話番号の他に生年月日、手術年月日と手術病院が記され、会員同士が共通項を見出して自由に交流できるようにしている。

●母の日キャンペーン（早期発見の呼びかけ）：

5月の母の日に、全国の有志が街頭で「月に一度の自己検診」を呼びかけ、ステッカーを配布する。乳がんは早期発見すれば治癒率の高いがんなので、「お母さんは乳がんを手遅れにしないで長生きして」との祈りを込めて体験者達が配る。この活動を始めて17年になるが、直接の効果より、この全国キャンペーンがマスコミに取り上げられる効果が大きいと実感している。地元のテレビや新聞では報道と共に特集を組んでくれる場合もあり、その結果、電話相談や入会希望者が増えるこ



あけぼの会「秋の大会」(2000年10月、有楽町朝日ホールにて)



何よりの救いであり、生きる励みになるからだ。

●ABCSS病院訪問ボランティア

あけぼの会は1993年から国際的な乳がん患者同士の支援団体“Reach to Recovery”（本部ジュネーブ）の日本版、ABCSS（Akebono Breast Cancer Support Service）を始動させた。この活動は1953年に米国で始まり、現在では全米に普及しており、乳がんの手術を受けた患者は希望すれば同じ体験者の訪問を受け、社会復帰のための様々なアドバイスが受けられる。Reach to Recovery の活動は、欧米諸国を中心に世界50カ国に広がっているが、この活動を日本に定着させることができ、あけぼの会創立当初からの会長の悲願であった。現在では聖路加国際病院をはじめ、国内数カ所の病院で実施されている。昨年2000年にイタリアで開催されたReach to Recovery の世界大会でワット会長がこの運動の創設者にちなむテレーズ・ラッサー賞を受賞したことは、今後のあけぼの会の活動に大きな励みとなった。

●支部活動

各県支部では、地元の顧問医を囲んでの相談会、懇親会、温泉旅行等を企画する他、支部独自の通信を発行して「お互いの顔が見える」活動を展開している。術後日の浅い患者や、再発闘病中の患者にとって「自分一人ではない」と思えることが

●あけぼのヤング

年々若い乳がん患者が増えている。20代30代の独身女性や幼い子供をかかえた患者が中心となってヤングの会を作り、結婚、出産、経済的な負担など、この年代ならではの特有の悩みを話し合ったり、年一度の旅行などを実施している。

●夫の会

乳がんの妻（あけぼの会員）を持つ夫の集まりで、妻の病気を理解し、妻の闘病・社会復帰を支援するために、あけぼの会の講演会等に参加して最新情報を入手する一方、不定期だが集会を持ち、他の夫たちとの交流を通して情報交換をしている。

患者会はなぜ必要か

人はある日突然がん宣告を受け、それまでの日常が一変する。乳がん患者の場合、治癒まで10年と言われているので、退院後も死や再発の恐怖を抱えながら長い年月をがんと共に生きなければな

母の日キャンペーンでシールを配る会員(2000年5月、名古屋市内にて)



らない。果たして元どおりの生活に戻れるのだろうかとの不安もある。これはがんの進行度や手術方法に関わらず、どの患者でも同じである。再発した患者の苦しみはさらに深い。

そんな不安や怒りを解ってくれる同病者の存在は、患者にとって大きな励みとなる。自分ひとりではないのだ、と感じられるだけで勇気がわく。病を克服し元気に社会復帰している先輩患者に出会えることは、強烈な生きるエネルギー

一を与えてくれる。これは健常者に説明してもなかなか解ってもらえない点なのだが、体験した者だけが伝えられる言葉が確かにあるのだ。そしてこのためにこそ、患者会が存在すると言い切っても過言ではない。こればかりは、どんな医療者でも代役を務めることはできない。

患者は様々な葛藤を経てがんと共に生きることを受け入れ、いつか再び自らの足で自分の人生を歩き出す。あけぼの会のスローガン「再び誇り高く美しく」という言葉は、そんな患者達に送る体験者的心からのエールでもある。

これからの患者会

がん告知、QOLなどがごく当たり前に語られるようになって久しい。それに伴い乳がん患者の意識やニーズも大きく変化した。現在ではあけぼの会の他にも多数の乳がん患者会が各地に存在し、それぞれの問題意識に即した活動を展開している。

さらにインターネットの普及により、患者会はこの4、5年で著しい変貌を遂げた。誰でも無料で最新の医療情報を簡単に入手できるようになり、数多くあるメーリングリストを通して、ほぼリアルタイムで患者同士の交流や情報の共有ができる。医療者のボランティア参加も多いので医療相談を受けることも可能だ。あけぼの会が20年来、活動や機関誌を通して患者に提供してきたもの

が、今やインターネットにとって変わられたかのようにさえ思える。情報伝達のスピードは、インターネットにはかなわない。

ならば、あけぼの会のような従来型の患者会は不要であろうか？ 否、むしろ患者会の必要性と意味が逆に明確に見えてきたのではないか、と私は思う。それは単にインターネットを利用できない患者達もいるから、というような消極的な理由からではない。時代の要請に即したインターネット上の情報発信や医療への提言は患者会の課題でもあるが、時代の流れに追隨することで、患者会の役割を見失ってはならない。

先日あけぼの会の顧問医でもある主治医から電話がかかってきた。外科医や精神科医ではどうしても受け止めきれない患者達の悩みを聞いてはもらえないだろうか？ そのような患者達を紹介するから会って話してはくれないか？ と。医療現場での専門的なアドバイスよりも先輩体験者の一言が患者に元気を与えるということを率直に認め、患者会と協力しながら乳がん治療を進める方向を模索したいという医師サイドからの提案は、素直にうれしかった。

がん患者が病気を抱えながらも前向きに社会復帰できるように患者会、医療者、そして社会全体が協力して治療に参加していく、これこそが本当の意味でのがん医療とは言えないだろうか？

(きくち ひろみ)

仲間 [活動紹介]

私のボランティア

日本国際協力センター研修監理員

山元節子

私は四年程前に乳がんの治療の為に「国立がんセンター中央病院」に1ヶ月程入院をしていた経験があります。闘病生活を通じて、がんに限らず何かの病気を患うことは非常に多くの体力と精神力を必要とすることを改めて実感しました。そして現在は入院中に特に感じた「少しでも病気と懸命に戦っている方たちの役に立ちたい」という気持ちから「国立がんセンター中央病院」でのボランティアをはじめ三つボランティア活動に携わっています。この場をお借りして私なりの病気、医療に対するアプローチを紹介させて頂きたいと思います。

国立がんセンターにボランティアとして通うようになったのは、私の乳がんがきっかけです。しかし乳がんに気づいた時、最初から国立がんセンターで受診したわけではありません。まさか自分ががんになるとは思ったこともなく、がんの知識はほとんど無いまま近くの大学病院の乳腺外科で診察を受けました。「今は温存治療なんていいうのが流行っていますが、いつも不安におびえるのはいやでしょうから乳房は全部取ってしまいましょう。」とおっしゃる先生の診断に何も疑いも持ちませんでしたが、入院手続きの前に取り敢えず麻醉科の友人に現状報告の電話を入れたところ、「素晴らしい先生がいらっしゃるから、その先生が診てくださるかどうか伺ってみます。とにかくその病院はすぐに出なさい。」と言われ、それから国立がんセンターとの付き合いが始まったわけです。

「国立がんセンター」の名前をはじめて見た時、まるで未知の世界に強制的に連れて来られたような気がしたものです。しかし最初の外来診察で、

その先生が何の迷いも無く「これは残せます。取ってしまう必要はありません。」とおっしゃった時には、また普通の人に戻ったような気がしました。こうして私ががん患者としての生活が始まったわけですが、外科医の方々のなかで、がんに対する理解と判断がこんなに異なっていることが驚きでした。約10年前頃までは主流であった、胸を取れば取るほど転移・再発の可能性が少なくなるというハルステッド氏が唱える手術法がもはや主流でないことを知ったのは、手術のずっと後のことです。昨年ある方から、数年前にその方がアメリカでハルステッド氏の講演を聴いていた時にひとりの婦人が突然同氏にかけよって、「私はあなたが言うように、こんなに胸を取ってしまった。だけがんは再発してしまった。」と抗議する場に居合わせていたのですよ、というお話をうかがいました。医学とは縁の無い人がある日突然患者になり、しかも日進月歩で進む治療をほどこされる必要が生じた時、自分の病状を正しく理解し、その治療法を正しく判断・決定することなど簡単にはできません。私の病状と治療方法を毅然と説明して下さった主治医の先生には、今でも感謝をしています。

大病は人を変えると言いますが、確かにがんは私の人生を変えました。物事の見方も変わり、人生とまともに向き合うようにもなりました。がんにはいろいろな種類がありますが、どのがんもそのままにしていればコントロール不可能になるという点では一致しています。自分の知らない間に体がそのような状態に変化をしていたのを知ったのは、人間が生かされていることを再認識するのに充分な出来事で、虚勢や強がりを取り去っても



国際協力事業団の研修にて(右から4人目が著者)

くれました。「今日出来ることは今日のうちにすることですね。」と主治医の先生が退院際におっしゃった言葉が、その日から私のキーワードにもなっています。そして、色々な方々との出会いのなかで、ボランティア活動にかかわるようになったのです。

現在国立がんセンターには「受付」、「お花」、「図書」のボランティアのほかに小児病棟での「遊び」のボランティアの制度があります。私の入院中も「図書のボランティア」の方々が病室をまわっていました。病気に対する不安は常に絶えるものではなく、自分で解決するしか方法は無いのですが、ちょっとした会話をボランティアの方々としたり、入院中の方たちと本の回し読みをしておしゃべりするだけでも気持ちがなごみ、大いに気分転換になったものです。

しかし、国立がんセンターは完全看護であるためか、残念なことに様々なボランティア活動を行

うことが許されているホスピスと違ってボランティアの活動は制限され、積極的に患者の方々に声をかけることは好ましくないとされる傾向があります。ボランティアに出来ることは限度がありますが、本当に困っている患者の方々にもっと役立つ活動ができるのではないかと思っています。がんという病気の性格から、ある日突然予期せずしてがん患者になってしまう場合が多く、入院してもなかなかなじめないものです。そんな時にただ話し相手となって下さるボランティアの方がいてもよいのではないでしょうか?また、入院中の知人を見舞った時、食べたくても手が上がらないために昼食のおぼんをただ眺めている姿を見た時には、食事の時間に何げなく手伝うことがないか声をかけるボランティアの制度があつてもいいのではないかと思ったものです。冷蔵庫に入れた食べ物を食べたくても、家族が来る時まで待たなくてはならない方もいらっしゃいます。ちょっとしたお買物をお願いできれば大いに助かる方もいらっしゃいます。病状によっては同室の方に気を遣い

ながら、いろんなことを我慢していらっしゃる方もいらっしゃいます。ボランティアは医療スタッフと異なる立場から、病室で過ごす日々をより過ごしやすくより心強いものにするお手伝いができるのだと思います。ボランティア活動の意義は、患者の方々が本当に必要とすることを、積極的に手をお貸しすることではないでしょうか？そのためにも、双方からもっと気軽にアプローチしやすい体制ができればよいのではないかと思います。

「国立がんセンター」以外に私が携わっているボランティアの中に、タイ東北部のがん患者の子供たちに、おもちゃを送る活動があります。事の発端はタイ、コンケーン大学病院の医師との出会いです。タイの中でも、特に貧しい地域に位置する同病院では、貧しい家庭の中にがん患者が多いそうです。その理由はわからないけれども、がん患者の多くが低所得の家庭から出ているのは現実であり遺伝は関係ない、と小児科の医師たちが声を揃えておっしゃっていました。子宮頸がんも同国では依然がんの第一位だそうです。

現金収入が少ないため、病院に来るだけのバス代や治療費が払えない人も多く、「なぜ食べないの？」と聞くと帰りのバス代がなくなるからと答えるのはよくあることのようでした。そんな状況の中でおもちゃを持たない子供が多く、子供の気持ちを落ち着かせるためにも、治療を受け入れさせるためにもおもちゃが必要なものだそうです。がん患者である私としては、そんな話を聞いて黙っているわけにいかず、使わなくなったおもちゃなどを彼の病院へ送る運動をする約束をしてしまいました。先日この病院を訪ねた時、母親がおもちゃを買うお金がないためにおもちゃを買ってもらはず、しょんぼりしている子供がいたため、



タイ、入院中の1歳児と母親

タイ、バンコク市内の総合病院



日本から運んだおもちゃを看護婦さんから渡してもらうと、今まで嫌がって飲まなかった薬をすぐに飲み始めました。たとえ少しの間でも心が安らぐ時間を過ごして欲しいと思います。また、この病院の小児病棟では、ほとんど本を見かけませんでした。いつの日か、「国立がんセンター」で

は子供たちに人気の紙芝居を送ることができればいいと思っています。ご家庭で使用済みのおもちゃに新たな需要があるのであればと、積極的に参加していただける日本のお母様方も多いと信じています。

最後に、現在計画中のですが、

American Institute for Cancer Research (アメリカがん研究協会) が毎週そのホームページで発表する消費者向けのニュースを日本語に訳し、新たにホームページを作る活動があります。この協会 (AICR) は1981年に設立され、食事ががん発生過程と予防、治療で演じる役割についての知識と理解を深めるための教育プログラムと研究を先導している非営利団体です。

AICRは、食事の変化（食事を変えること）がどうがんリスクを少なくさせるのに役に立つかを人々が理解することを助け、またがん治療に対する新しい食事と栄養手段を発達させるための“食事、栄養とがん”の研究を推進することを目的と

し、そのための情報を色々な角度から取り上げてアメリカ社会に発信しています。1997年にワールドレポートとして「がんにならない14か条」を発表しています。がん先進国のアメリカでの一般消費者に公表される情報の多さ、多様さに驚かされるとともに、その真摯な取り組みにも驚かされます。日本からの問い合わせにも必ず担当者が回答を送ってくれています。

このAICRのホームページを見るようになったきっかけは、母親が乳がんになった場合、娘も乳がんになる確率が高くなると一般に言われているため、大事な娘を乳がんにするわけにはいかないのでどういう食事をするべきか悩んだことです。もうひとつは、退院後、何となくしょんぼりしている私に、大学二年生の息子が、これ見る？と「愛の選択」（原題 Dying Young 1991）という、若いがん患者と看護婦との愛情を描いた映画のビデオを借りてきてくれたことです。化学療法の苦しみとお互いの愛情から、化学療法から逃げ出し、一度は若者の家族にも告げず二人で遠くに行くのですが、最終的には家族のもとに戻り、化学療法や食事療法など、できるだけのことをして生きていこうとする映画です。息子の思いやりも嬉しかったことと、がん先進国アメリカでは、健康な食生活に関する概念が、一般にある程度の常識として浸透していることに気づいたことです。

大学卒業後、ある航空会社の国際線を乗務していましたが、そのフライトの中でヴェジタリアンミールやローファットミールなどのように、たとえ数時間のフライトの間でさえ自分が信じる食事以外は食べないという、食生活へのこだわりを持つ人たちがいたことが思い出され、食べ物は空腹を満たすためだけではなく、からだと心に栄養を与えるものであり、食べるものを選ぶのにはそれなりの理由があるからだと理解できるようになりました。

AICRは特に青春期までの食生活が、数十年後のがんの発達に深い影響を与えると指摘しています。総じてこのような情報が少しでもより健康な食事への関心につながればよいと思いますし、がんと向き合った時、選択しなければならない情報の選択肢のひとつとして多少とも何かのヒントになれば嬉しいと思い、ホームページの作成にあたっています。

以上、簡単に私が携わっている活動を紹介させて頂きました。情報量が増え、病気そのものに関する情報から予防を含めた治療法や生活改善の方法など様々な係わり方が存在し、私たちは何らかの形でその係わり方を決めて行かなければなりません。物質、精神面すべてにわたり患者の方々がご自身の最も適した選択ができる時代の到来を強く願いながら、非力ですが今後もボランティアとして活動を続けて行きたいと考えております。

(やまもと せつこ)

質問コーナー

がん治療における内視鏡手術： がんに対する体腔鏡手術とは？

国立がんセンター中央病院 呼吸器外科医長
淺村尚生

Q1 体腔鏡とはどのようなものでしょうか？ 大腸や胃の内視鏡とどこが違うのでしょうか？

答：まず、“体腔（たいくう）”という言葉から説明しなければならないでしょう。体腔鏡は文字通り、この体腔内を観察する内視鏡です。医学において“腔”は、空間を示す言葉として大変よく登場するもので、体腔とは体の中に存在する空間のことということになります。このような空間は体の中にたくさんあります。例えば“口腔（こうくう）”は代表的なもので、これは結構よく耳にします。胸腔と腹腔は体腔の中でも最大のもので胸腔のなかには肺が、腹腔の中には胃や腸といった消化管と脾臓や肝臓などの臓器が収納されているわけです。これら体腔に挿入して内部を観察する内視鏡が体腔鏡で、胸腔鏡や腹腔鏡という言葉が使われます。胃や大腸の内視鏡と大きく異なる点は、これらが管状の臓器の中（内腔）、内面を観察するのに対して、体腔鏡は体腔全体を観察する、つまり各臓器はその外観を観るというところにあります。さらに、胃・大腸内視鏡が口や肛門から

挿入していくためにファイバースコープという先端が自在に屈曲する柔らかいものまであるのに対して、体腔鏡の多くが硬性鏡という直線状の硬い構造をもっています（図1）。また胃・大腸内視鏡が局所麻酔と鎮静剤で行えるのに対して、体腔鏡の場合は腹壁、胸壁にこれを挿入する穴がありますから全身麻酔が基本的には必要になります。また“内視鏡”というと直接眼でこれを覗くような印象を与えますが、体腔鏡の場合その画像はビデオモニターに連結されてモニター画面に拡大して映し出されます。そして、この体腔鏡の画像を見ながら、従来開胸、開腹によっていた手術を、開胸、開腹せずに手術が胸腔鏡手術といわれるものです。

Q2 体腔鏡手術を行う原理を教えてください？

答：体腔がいくら空間であると言っても、がらんどうというわけではありません。胸腔には肺が、腹腔には消化器、消化管が収納されています。ここに内視鏡を挿入するためにはある程度の隙間を確保する必要があります。胸腔の場合には胸壁が肋骨によって支えられているので、肺と胸壁の間に隙間を確保するためには肺を虚脱させ小さくしてしまわなければなりません。そのためには胸腔鏡を挿入する側の肺に送り込む空気を止めてしまい、反対側の肺ひとつで呼吸と麻酔を維持することが必須です（これを分離換気とか片側換気といいます）。腹腔鏡の場合には、胸腔の場合と違つ

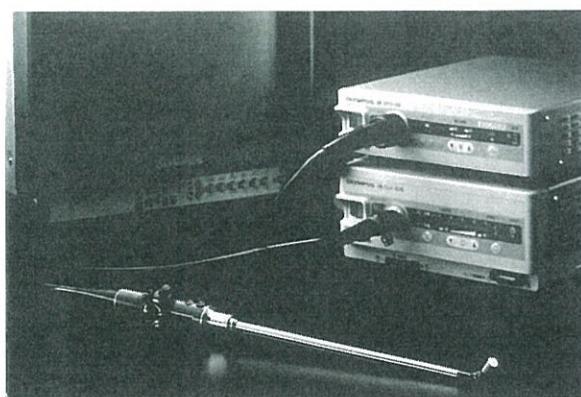


図1

て腹壁（腹壁には肋骨のようなものではなく十分柔らかいので）の方を持ち上げて隙間を確保します。そのために腹壁を鉤で吊り上げたり、気腹法といって腹腔内に炭酸ガスを送り込んで腹腔内の圧を高めて腹壁を持ち上げる方法がとられます。このようにしてできた隙間に胸壁、腹壁を貫通して（このためには1～1.5cm程度の小さな切開が必要）内視鏡を挿入します。このような小さな切開創はポートと呼ばれています。通常は、体腔内で切除などの外科的な操作を行うために機器類を挿入するポートをもう2～3カ所作成して操作が行われます（図2）。

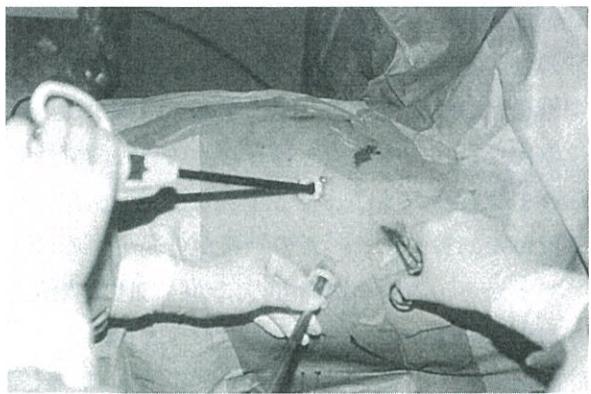


図2

従来の外科手術では、開胸、開腹という切開をおこなうことによって体腔の中に入り、手術をしていたわけですが、体腔鏡手術は体腔鏡によってえられるテレビ画像の画面をみながらいわば間接的に、体外から手術を行う方法ということができましよう。アメリカではこのような体腔鏡のやり方が、テレビゲームに似ているとして“Nintendo surgery”（任天堂手術）などと呼ばれたりもしているのです（図3）。



図3

Q3

現在行われている体腔鏡を使って行う手術にはどのようなものがあるのでしょうか？

答：体腔鏡手術が広く行われるようになったのは1990年代に入ってからです。もともとは、産婦人科領域で不妊治療の一環として腹腔内にある卵巣からの排卵を観察したり卵子を採取するなどの目的では行われていたのですが、この技術が広く一般化したのは胆石症に対する胆囊摘出術が腹腔鏡下で低侵襲で行えるようになったことが大きな契機となりました。もちろんこれには、ビデオ光学システム、自動縫合器をはじめとする内視鏡手術器具、麻酔管理法、などの発展が背景にあったと思います。さらに、術後の疼痛の軽減、術後入院期間の短縮、といったより体への侵襲の少ない手術が求められるようになった医療社会的 requirement の高まりもひとつの背景であります。

体腔鏡手術は、気胸、胆石症といった良性疾患に対する外科治療として行われることが多く、癌などの悪性腫瘍の外科治療法としてはむしろまだ術式などの開発途上というのが現状です。胸腔鏡手術として一般によく行われる術式は、気胸に対するプラの縫縮術、膜胸の搔爬、び慢性肺疾患の肺生検術、心膜開窓術、動脈管結紮術、交感神経切断術、などがあげられます。腹腔鏡手術としては、胆囊摘出術、逆流性食道炎に対するNissen手術、ヘルニア整復術、などです。悪性腫瘍（癌）に対する体腔鏡手術は、むしろ現在その適応、手技、成績、などについて検討がなされている段階で、従来の開胸、開腹手術とのあいだで、利点や欠点の比較を行っているところです。しかしいくつかの癌においては、すでにその評価は定まりつつあり、癌の外科治療の一部が体腔鏡手術によってカバーされるようになることは間違いないません。

Q4

従来の手術と比較してどのような利点、欠点があるのでしょうか？

答：体腔鏡手術の利点は、従来、開胸、開腹といった比較的大きな傷で行っていた手術をきわめて小さな傷で行うことができるがなんといっても大きな利点といえるでしょう。同じ手術が小さな傷で行えれば、それが良いに越したことはない

のです。傷を小さくすることによって、手術後の痛みを抑え、早期離床を促し、ひいては早期の退院へとつながります。このことをわれわれは低侵襲性とよんでいます。当然、肺炎など外科的な侵襲（ストレス）によって起こされる手術後の合併症も軽減することができ、とくに高齢者や余病（糖尿病）を持っている患者さんには、大きなメリットといえるでしょう。このように書いていると、体腔鏡手術は良いことづくめのようですが、当然不得手な点もあります。開胸開腹手術では、外科的にはそのもてるもの、すなわち触覚、聴覚、視覚、すべてを使うのですが、体腔鏡手術では外科医は直接臓器や病変を触ることができないで、病巣の状態を具に手にとって観察するわけにはいきません。また、人間の手ほど繊細な動きができるものはないのであって、やはり体外からの操作ではなかなか細かい操作は困難です。従って、体腔鏡手術で可能な手術式は比較的単純なものに限られます。また、例えば予期せぬ出血に対しても開胸開腹時のような敏捷な対処がし難いこともあります。大きな血管の周囲や、損傷するとなかなか修復の困難な部位に対しては、体腔鏡手術に向いていないということになります。

Q5

どのような「がん」が現在体腔鏡手術の対象となるのでしょうか？

答：先ほども述べましたように、がんの手術を体腔鏡下に行うということは全体としては、まだ開発中の治療法と考えた方がよいでしょう。実際に体を開く開腹・開胸手術とまったく同等の手術を体腔鏡下においいても可能かといいますと、まだまだという部分があるからです。しかも、がんの手術の多くは根治術といって、がんの組織を取り残さなく根絶やしにしなければならず、そのチャンスは基本的には1度しかありません。現在は、ようやくいくつかの部位のがん、特に早期のものについてその技術が定着しつつありますし、各臓器の特性によって体腔鏡手術の施行程度も様々です。代表的ながんについてみてみましょう。

●食道がん／食道がんは開胸と開腹が必要であり、手術操作の及ぶ範囲も広く、食道切除後に再建も必要です。体腔鏡下でこれらの術式をす

べて終了させることはかなり大変であり、そのせいか体腔鏡下での食道がん切除はそれほど一般化しているとはいえません。しかし逆に大きな手術であればこそ、その一部に胸腔鏡手術を導入して全体の手術負担を軽減するという考え方もありますから、今後検討が進んでいくと思われます。

●肺がん／肺がんの手術は、がんのできている肺葉の切除とリンパ節郭清が基本となります。このうち、肺葉切除は技術的改良の結果、胸腔鏡下でかなりできるようになりました。そこで、比較的早期の肺がんはすべて胸腔鏡で、という施設もあるようです。しかし、肺の周囲のリンパ節郭清は胸腔鏡下では技術的にかなり困難という意見もあって、すべての肺がんの標準的な術式に胸腔鏡を行うことは一般的ではありません。

●胃がん／胃がんは、胃の粘膜から発生するがんですから、ごく早期のものについては体腔鏡ではなくて通常の内視鏡のもとで行う内視鏡的粘膜切除（EMR）ができるようになっていましたし、内視鏡的粘膜切除の方法もかなり改良されて、以前より広く、深い病変までをもカバーするようになってきています。このような病変を腹腔鏡下に局所切除する方法も行われていますが、粘膜にあるがんは、粘膜側からアプローチする方が合理的といえましょう。その結果、腹腔鏡手術の対象となる胃がんは、内視鏡的な粘膜切除でカバーできないような病変に対して幽門側胃切除を行う場合ということになります。胃がんに対する腹腔鏡下の胃切除もまだ発展段階です。

●大腸がん／早期の大腸がんも、胃がんと同じように粘膜から発生しますから（ポリープ内がんといいます）、これも内視鏡的ポリープ切除、粘膜切除で対応することができます。現在ではこれよりもう少しすすんで粘膜下層より深い部分に浸潤する大腸を対象として、腹腔鏡下に大腸切除が行われています。大腸がんは腹腔鏡下で行われるがんの手術としては、大腸がんの比較的おとなしい性格とも相まって、かなり一般化しつつあります。

●泌尿器がん／泌尿器がんとは、腎臓がん、膀胱がん、前立腺がん、などのことです。特に前立腺は骨盤腔という狭い場所にある臓器ですので、手術も非常に難しい場所です。外科医はこれを“術野が狭い”などといいます。現在ではこのような前立腺がんが体腔鏡下に行われるようになっています。腎臓は体腔外にある臓器ですので、あまり体腔鏡手術の対象とはなっていないようです。

●その他のがん／現在では、甲状腺、乳腺、などの体表臓器についても体腔鏡手術が行われつつありますが、まだその評価は確定はしていません。婦人科がんの中でも、卵巣がんは良性のものはもちろん、悪性の一部についても腹腔鏡下の切除の良い適応となります。ただ一部の卵巣がんは、その皮膜を破ってしまうとがん細胞を腹腔内に播種させてしまうことになって、治癒のチャンスを失うことにもなりかねないので、慎重な適応が必要となっています。

Q6 体腔鏡の手術は保険診療として行えるのでしょうか？特別な手術なのでしょうか？

答：これだけ体腔鏡手術が一般化してきていますので、かなりの体腔鏡手術が保険診療のひとつとして認められています。例えば、肺がんの場合、胸腔鏡下の肺悪性腫瘍手術が保険適応の手術方法として認められています。

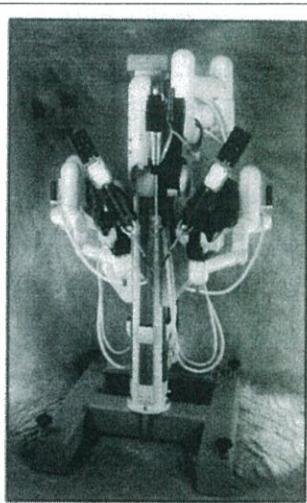
Q7

将来的には体腔鏡手術はどのようになっていくのでしょうか？

答：現在の体腔鏡手術にも、まだまだ改良の余地があります。既に、体腔鏡の利点と欠点のところで述べたとおりです。特に、内視鏡の画像が平面2次元画像であること、体腔内に入っている手術器具の運動方向や繊細性がまだ不十分であること、がもっとも大きな改良点でしょう。これらを克服すべく先端技術を利用したロボット外科の技術革新が進んでいます（図4-1、図4-2）。この“ダ・ビンチ”というシステムは、3次元の立体画像を見ながら、遠隔で手術器具を操作するという画期的なものです。どこまで実際の臨床で応用が可能かについてはまだ未知数ですが、心臓のバイパス手術については海外では既に数百例の施行例があります。“体にやさしいがん手術”“QOLを重視したがん手術”は、今後のがん手術の重要な潮流であることは間違ありません。他分野の先端技術がこれからもどんどん応用されて、より精度の高い体腔鏡手術が可能となっていくと思われます。

（あさむら ひさお）

図4-1



6. Cart with surgical arms that hold the camera and instruments.

図4-2



3. Surgeon's hand and Intuitive's instrument showing the same movement.

平成12年度海外研修に参加して

国立がんセンター中央病院臨床検査部
生理検査室臨床検査技師

宮 越 基

今回、財団法人がん研究振興財団より平成12年度看護等従事者海外研修助成金を交付して頂き、平成13年2月24日より2週間アメリカ合衆国の2ヶ所の病院へ視察研修に行ってきました。私のような一介の臨床検査技師がこのような機会を得て海外研修に赴くことができるとは、誇張ではなく一生に一度あるか、ないかのことです。この機会に外国の病院の空気に直に触れ、是非ひとつでも多くの事柄を自分の目で耳で肌で感じてきたいと考えていました。まだ見ぬアメリカの病院の先進性や効率性に対する期待を抱きつつ、同時にともと英語力が乏しいことからコミュニケーションがうまく取れるのか、果たして病院スタッフの方々と会話が成立するのだろうかという不安を抱きながら出発しました。

最初の訪問先はミネソタ州ロチェスターにあるMayo Clinicです。このClinicには当センターの医師、看護婦等多くの方が訪れており、御存知の方も大勢おられることと思います。朝の8時頃シカゴオヘア空港に着き、ここで国内線に乗り換えてロチェスター空港着の予定がロチェスター行きのフライトがキャンセルになり夜の8時まで便がないと言われ、急遽同じミネソタ州のミネアポリス空港に行き、そこから高速道路を90分かけてバスでロチェスターに向かいました。これから先の研修旅行を不安にさせるには充分すぎるほどの滑り出しでした。

ここには外来患者のためのClinicと2つの入院患者用の病院を主体に、研究用ビルやホテルなどの宿泊施設を加えた広大なmedical centerが形成されています。これらの医療施設とホテルなどの周辺施設は地下道やsky wayと言われる渡り廊下のようなもので延べ数キロにも渡って連結してお

り、寒いこの季節に外に出なくてもClinicやレストラン等に行くことが出来るものの、自分が今どこにいるのか分からなくなりうろうろしてしまうこともしばしばでした。

最初にClinic内をみた印象は非常に伝統というものを感じさせるというものでした。100年以上の歴史があり、70年以上前に建設された古いビルディングがそのまま外来棟として使われていますが、その内部から古くさや汚れのようなものを感じることはありません。いすこもきれいに磨き込まれており、創設者が使用した部屋がそのまま残っていたり、昔の医療機器が展示してあったり、随所でこのClinicの歴史の重みを感じることができます。このように趣のあるビル内で、それこそ先端の医療機器を使った各種の生理検査が行われており、その対比が印象的でした。また、ここは外来患者用と入院患者用の施設が分かれており、それぞれに設備や機器が整っており、私は主に外来患者棟で研修をしました。

私は当センター中央病院の臨床検査部にて心電図、呼吸機能、脳波、超音波といった生理検査を日常業務として行っています。今回の視察研修の最大の目的もこれらの業務がどのように行われているのか、その実際を知ることでした。日本では我々のように臨床検査技師の国家資格を取得していれば検体系検査に加え、これらの生理検査を業務として行うことが出来ますが、アメリカでは検体検査や病理検査に携わるmedical technologistという資格は存在するものの、生理検査のひとつひとつが細分化され独立した資格および業務として存在します。聞いたところでは、いずれの資格も学校卒業後、数年の実務経験やトレーニングや講義を受けた後、国家資格を取得するそうです。



Mayo Clinic 内エレベータホール

また、これらの業務が日本のように生理検査室として一箇所に集中して存在しておらず、たとえば脳波検査は神經生理部門に、超音波検査は放射線部にというようにそれぞれの laboratory や section に分散されています。そのため先に挙げた生理検査を日本の病院で臨床検査技師という資格をもって検査していると話すと、あなたは管理者としてこれら複数の生理検査に携わっているのかと聞かれます。いや、業務として実際に検査を行っていると答えるとアメリカでは先に述べたように専門化され、複数の生理検査を業務とすることがないため意外に感じるようでした。

最初は呼吸機能検査です。この laboratory はルーチン検査、スペシャル検査、リハビリテーション、アウトリーチの 4 部門から成り、スタッフは合わせて 33 人、一日当たり 80~100 ルーチン検査を行っています。ここでは医師からこれとこれというように具体的な検査項目の指示があるわけではなく技師はプロトコールに基づいて各検査を進めていきます。まず、初めに努力性肺活量 (FVC) と最大換気量 (MVV) を検査し、その検査結果に基づいて、検査を続けていきます。日本では呼吸機能検査というと、まず肺活量 (VC) と FVC がセットで施行されるのが当たり前ですが、こちらでは VC は FVC の結果が正常でない場合にプレチスマを使用して測定されます。MVV は当生理検査室では施行していませんが、こちらでは術後の肺合併症の予測に有用であるとされ、ルーチン化されていました。また、治療に対するレスポンスをみたり潜在性の気管支喘息を発見するために気管支拡張剤を使用したテストや、気道過敏性を

みるためのメサコリン吸入試験が技師によってルーチン化されています。日本ではそのような薬剤を用いた試験は技師が行うことは出来ません。日米の業務制限の差といつてしまえばそれまででしょうが、そのような検査が信頼されて技師だけの手で行われているのは羨ましく思いました。

次は心エコーです。施設全体で 44 部屋あり、スタッフは医師や技師などを合わせて 166 人、一日当たり 160 検査を行っています。当センターには 1 部屋しかなく、とにかく設備も件数も桁違いという感じで圧倒されました。

心電図検査部門の技師は施設全体で 64 名、一日当たり安静時心電図検査 600~700 件を行っており、外来だけで 8 部屋、技師一人当たり 40~50 検査を行っています。単純に言って当生理検査室の 10 倍以上の件数です。患者一人毎にディスポーザルのシール型の電極を使っており、通常の胸部 6 誘導 + 四肢 4 誘導のほかにベクトル心電図用の 4 誘導を加えて記録していました。この心電図検査に限らず前述した呼吸機能検査や後述する脳波検査でも技師が施行した検査の読影を行い comments や impression を記載し、それを診断医がチェックし sign up したものを最終報告とするシステムになっています。技師の責任、負担は大きいものの業務に対する自覚や知識を深める、なんといっても測定するだけではなく診断まで行っているんだというやりがいや満足感を促すうえで有効な運営システムだと感じました。

次に脳波検査です。ここではなんといっても、その電極の装着が厳密であり、非常に時間をかけることが印象的でした。まず頭部をメジャーで測定し、電極位置を硝子ペンでマーキングします。その硝子ペンを皮膚前処理剤で拭き取り、コロジオンペーストで装着します。最後に soldium を充填し、接触抵抗を 2 キロオーム以下にするという非常に厳しいもので電極装着に 1 時間 30 分も要していました。その後の記録にも 1 時間近く要しており、このように時間とスタッフに恵まれているからこそ可能のことだと感じました。施設全体で 26 部屋あり、外来で一日当たり 12~15 件検査を行っています。また、ここでは完全に脳波記録のペーパーレス化を行っており、コンピュータに波形

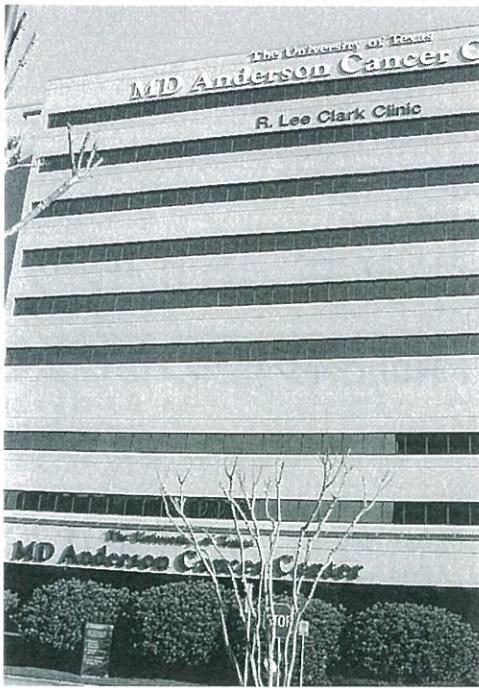
データを保存し、モニターを通して波形を参照し、診断しています。

Mayo Clinic の最後は超音波検査です。当生理検査室で最も件数の多い項目であり、私が一番興味があったのもこの部門でした。外来部門だけでは20部屋、12名の技師を有し、一日当たりおよそ100件を行っています。放射線部内にあり私が見学した外来部門では腹部、甲状腺、small parts の検査を行っており、乳腺、血流測定は別の section で行っているとのことでした。2年前より画像ファイリングを行っており、病院システムの端末からも画像を参照できるようになっています。当生理検査室でも画像ファイリングシステムを導入し成果を上げていますが、まだ病院システムへの画像転送を行っておらず、早急に改善すべき点と改めて思いました。最初に技師が検査を一通り行い、その後読影室にて、たった今撮影した画像を参照しながら技師と放射線診断医が所見についてディスカッションします。ここで問題がなければ検査が終了となり、なんらかの問題点がある場合は診断医が実際に患者さんに対してプローブを走査し、所見をチェックします。ダブルチェックという意味で、また検査中に生じた疑問や確信のもないところをただちに診断医に確認することが出来るという点で、有効なシステムだと感じました。ただし、ここでは読影室に4~5人の診断医が常駐しており、滞ることなく診断が進むからこそ可能であって、診断医が少ない当生理検査室では実行するのは難しいと思いました。また、ここでは最終報告は診断医がボイスレコードした診断をテキスト入力したものと病院システムの端末から参照するようになっており、ペーパーレスとなっていました。日本では超音波検査の結果は検査者が記入する所見と診断医が記入する診断からなるのが普通であり、当生理検査室でも技師は所見やシーマとそれに対するコメントをコンピュータ上に入力するようになっています。しかし、こちらでは最終報告は診断だけで、技師は特に所見を入力する必要もなく、画像を取りっぱなしのようでした。この点に関しては、やはり施行した検査に対する責任や自覚を促すために、技師が所見やコメントを残すことが必要ではないかと思いました。

また、日本ではボディマークで走査法を示すのが当たり前ですが、ここでは画像ごとに検査部位と走査法をコメント入力しており、時間と労力の無駄のように感じられました。

次の訪問先はテキサス州ヒューストンの M.D. Anderson Cancer Center です。こちらは体を刺すように寒かったロチェスターから一転して、初春を思わせるようなさわやかな陽気でした。M.D. Anderson Cancer Center は全米でも一、二を争う評価の高い Cancer Center であり、先の Mayo Clinic より浅いとはいえ50年以上の歴史を持ち、現在は Texas Medical Center 内の中核機関を担っています。この Texas Medical Center はヒューストンにある40以上の医療機関からなる医療センターであり、その中には14の病院と2校の医科大学があります。まさに巨大という言葉がぴったりの医療センターで見渡せる限りの建築物がこの関連施設やホテルからなっています。この広大な施設内を行き来するためのシャトルバスが頻繁に走っており、まさにここだけでひとつの町のようです。また、ここは外来によるがん治療のパイオニアであり、患者が低料金で宿泊しながら長期の治療が受けられるように周辺に比較的安価でフルキッチンを設備した宿泊施設が多数あり、私もそのようなところに宿泊しました。ここの一日の外来患者数は約1600人、呼吸機能検査と超音波検査を見学することが出来ました。

呼吸機能検査では4台の器械を使用し、5人の技師が1日当り50~80件の検査を行っています。ここでは、核医学検査である Xenon-133 を使用した検査も技師が薬剤の静注から測定まで行っていました。この検査を見るのは初めてでしたが、Xenon-133 の分布を見ることで volume、ventilation、perfusion などの比率が肺の左右、部位別にわかるもので検査も核医学を使用する以外は比較的簡便で有用な検査と思われました。先程の Mayo Clinic でもそうでしたが、日本で末梢気道の閉塞を見るのに有用とされるクロージングボリューム検査が行われていません。聞いたところ、この検査で異常値になるのは気道閉塞疾患だけに限らず、非特異的であることから実施されていないそうです。



M.D. Anderson Cancer Center

超音波検査ですが、ここでは乳腺超音波は Breast Diagnostic Clinic で行われ、それ以外の超音波検査は放射線部で行われています。Breast Diagnostic Clinic には 4 部屋あり、一日当たり 20~30 検査を 3 人の技師が行っています。放射線部には 6 部屋あり、一日当たり 40~50 検査を 5 人の技師が行っています。ここも Mayo Clinic と同じく、技師が検査をした後に診断医とフィルムを見ながら所見についてディスカッションします。このセンターの検査単価は MRI 検査が \$1200、CT 検査が \$1000、超音波検査が \$800 であり、超音波検査と他の画像検査との価格差が余りないため、検査の第一選択としては MRI や CT となるため超音波検査はそんなに盛んには実施されていないとのことです。また、体型の差による見にくさの問題もあると思いますが、甲状腺などの small parts や血流動態を見る vascular 検査や超音波ガイド下生検が多いという印象でした。

アメリカの 2 ヶ所の施設を研修して感じた全体の印象を述べたいと思います。日本のように臨床検査技師というひとつの資格で検体検査やいろいろな生理検査を施行するのではなく、それぞれの業務が細分化専門化されており、それぞれの検査に対して資格が存在します。技師が検査を行うだけではなく、実施した検査に対して責任を持ち、その所見や診断まで行う（最終診断はもちろん診断医によります）のは技師としての理想的な目指すべき姿のひとつではないかと思いました。また

検査件数も多いわけですが、それに見合う以上のスタッフがおり、検査もゆとりをもって行われていました。技師が交代で休憩しながら業務をこなしており、検査ミスや医療事故を防ぐ点からも羨ましく感じました。ただ今回の観察先はいずれも大規模病院で設備や人員的にも恵まれているところであり、これらより小規模な施設の実情はどうなんだろうかという疑問も生じました。また、いずれの施設でも医師や技師などスタッフの方々が非常に親切であり、いろいろな説明や案内をしてください、この点でも恵まれていたと感謝しています。

こうして終わってしまうと短かった 2 週間の私の初めての海外研修は無事に終わりました。あとから思うとあそこも見ておけばよかった、ここも聞いておけばよかったと思うところもないわけではありません。

しかし、今回の観察研修で掲げていた外国の病院の生理検査の実情を自分の目で耳で肌で感じるという当初の目標は達成できたものと確信しています。この貴重な経験は今後の日常業務に必ず生きさせることでしょう。

最後に助成金を交付して頂いた財団法人がん研究振興財団、研修先を紹介して下さった東病院内視鏡部長新海先生ならびにこころよく送り出して下さった臨床検査部とりわけ生理検査室のスタッフの方々にこの場を借りて深謝いたします。

（みやこし もとい）

ネブラスカ大学メディカルセンターにおける造血器幹細胞移植の研修を終えて

国立病院四国がんセンター 看護婦 佐久間 千代子

平成13年2月4日から23日まで、国立がんセンター中央病院から2名と私の計3名は、米国ネブラスカ州オマハにあるネブラスカ大学メディカルセンターでの造血器幹細胞移植の研修に参加しました。初めての海外研修はとても興味のあるものでしたが、その責任の重さを感じての研修でした。

ネブラスカ大学メディカルセンター（UNMC）は、オマハ空港から車で約30分の離れた郊外に位置し、広大な敷地の中に大学病院・クラークソン病院を合わせてネブラスカヘルスシステムと呼ばれる施設を有しています。1983年米国で初めて幹細胞移植を成功させた後の移植の発展はめざましく、現在では年間約200例の造血器幹細胞移植が行われており、米国各地はもとより世界各地から患者が先端の治療を求めて訪れています。この世界で先端の治療・看護は、「The National Research

Corporation」でコンシューマー評価第1位を受賞しています。

ここではベッド数850床に対し、約1000名の医師、約1550名の看護婦、その他約3000名に及ぶ薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーや病棟事務等の様々な職種の医療従事者が患者に携わっています。その人材の豊かさはにはとても感心させられ、看護婦が看護婦本来の業務に専念できるという点でうらやましく思いました。

一般的に看護婦といつても日本の正看護婦・准看護婦だけではなく、多くの種類とランクの看護婦がいます。なかでも移植コーディネーターは患者に移植前から関わり移植の全般的なコーディネートをするほか、退院後も患者を一生涯サポートしていくという重要な役割があります。長期入院や多額の治療費は、患者・家族にとって大きな負担になります。当院にはコーディネーターという特殊な看護婦はいませんが、移植を受ける患者・家族をサポートしていくことは重要な看護婦の役割だと感じました。

また米国では病名告知や治療経過の説明が徹底されており、患者は意欲的に治療に望んでいるという印象を受けました。日本の医療でもインフォームドコンセン



ネブラスカ大学病院の正門玄関

トが行われていますが、まだまだ「先生にお任せします」というパターナリズムの状況が多いと感じます。これは日本と米国の文化や医療システムの違いが関連していると思いますが、患者がもっと積極的に治療に関われるような配慮が必要と感じました。

当院では平成12年から同種移植が開始になり、各種合併症対策や無菌管理に対する看護の見直しが必要になりました。そこで私は、①移植に適切な施設や設備について知ること、②患者・家族に対する教育方法について知ること、③前処置や移植による副作用や合併症についての治療方法や看護についての知識を得ることという3つの研修目的を持って参加しました。

①移植に最適な施設や設備について

造血器幹細胞移植が行われているのは大学病院の中にあるOHSCUと呼ばれる病棟で、主に同種移植を受ける患者が入院されます。

OHSCUのほかに1999年オープンしたリード移植センター（The Lied Transplant Center）は、 固形臓器移植や造血器幹細胞移植、癌治療を受ける患者のうち、遠隔地から治療を受けに来た患者や移植後のフォローアップのために利用される施設です。移植を受ける患者・家族に対しその施設の充実はすばらしく、ホテル並みと思えるような最適な環境を提供していました。建設前に患者にアンケートを取り患者・家族の要望を取り入れたり、他の施設を見学したりして満足度の高い環境はどのようなものか考えた結果だそうです。また病院以外の施設として、世界各地から移植を受けに来ている患者・家族のため宿泊施設が充実していました。この施設は退院後外来通院の必要な患者や長期入院患者の家族のための宿泊施設で格安に提供されていました。移植はその治療内容から患者・家族にかかる負担・ストレスは大きく入院期間も長くなるため、より快適な環境を提供することは重要であると思いました。

リード移植センターでは、Cooperative Careと呼ばれる独特なケアが患者に提供されていました。このCooperative Careは、ケアパートナーと呼ばれる家族または友人が患者の入院中常時付き添い、患者の状態の観察（例えばバイタルサイン

の測定）やカテーテルの管理、精神面のサポート等患者のケアを行います。このケアパートナーの役割が、最も効果的な治療、より確実な結果と早い回復をもたらし、それが患者により高い満足度を与え、治療費を押さえることにもつながるというものです。日本にはこのようなシステムはなく興味深いものでしたが、ケアパートナーがすべてのケアをしなければならないことや24時間常時付き添うこと等を考えるとケアパートナーへの負担が大きいのではないかと感じました。が、このケアパートナーへの負担は家族間での交替や個々のストレス解消により軽減されているということでした。もしケアパートナーへの負担が大きく、ケアの継続が難しいと判断された場合や、患者の状態が悪化しリードでの治療が困難となった場合などは医師の判断でOHSCUへの入院を考えるそうです。

②患者・家族に対する教育方法について

移植が決まれば患者とケアパートナーは一緒に各クラスに参加します。ビデオ鑑賞や実技講習をとおして移植についての一般的な知識やカテーテルの消毒方法等について教育を受けます。またクリニックの廊下には各種疾患について、化学療法・放射、線療法等の治療について、カテーテル管理について等の各パンフレットがおかれています。患者・家族がいつでも利用できるようになっていました。

当院では移植の際は家族の付き添いは認めておらず、面会も生着後白血球がある一定の数値を超えるまで認めていません。このため移植の間は看護婦が患者の全てのケアを行っています。患者・家族の教育をより充実させ、家族の関わりについて再検討することが、患者のセルフケア能力を高め、早期回復・早期退院につながると感じました。

③前処置や移植による副作用や合併症について治療方法や看護について

造血器幹細胞移植は、前処置から移植、移植後の副作用や合併症が問題となり、患者が受ける苦痛は強く生命への危険性も伴います。副作用や合併症に対し早期に援助し、患者の苦痛を最小限にとどめることは看護婦の重要な役割です。

前処置では化学療法や全身放射線照射（TBI）



ネブラスカ大学病院にて(右端が著者)

が行われており、嘔気・嘔吐や食欲不振骨髓抑制等の副作用があり、また同種造血器幹細胞移植を受けた患者は移植片対宿主病（GVHD）が出現し患者のQOLに大きな影響を与えます。看護婦は一般状態の観察を綿密に行ったり、コンピューターでその日の検査データをチェックしたりして異常の早期発見、早期に対処に努めていました。これは看護婦にとっては当然な業務ですが、改めてその重要性を認識することができました。

また欧米では積極的に無菌管理を簡易化していく傾向にあると言われています。私が最も関心があったことは移植時の無菌管理の基準と方法でした。OHSCUでは各病室内にHEPAフィルターが設置されています。医療スタッフ・家族は手洗いを厳重にすればガウンテクニックは必要なく、面会も感染症がなければ特に制限がありませんでした。また患者はガウン・マスク・グローブを着用して廊下に出ることができるため、個室でのストレスを一時的に解消することができました。

食事は毎日メニュー表が配られ、患者はそのときの状態や希望に応じてメニューの中から好みのものを選択できるようになっているし、家族の差し入れも家族に食事について教育することで生物以外は可能ということでした。また白血球が減少しても毎日シャワーし身体を清潔に保たれ、爽快な気分が得られるということは患者の回復意欲にもつながると思われます。

まだまだ当院での感染予防対策については、無駄が多く厳重過ぎると実感しました。移植中個室

での生活を送る患者は、人と接する時間や関わる人が限られることから孤独な時間が増えてきます。ガウンテクニックや病室の清掃など業務を簡略化していくことで余った時間を有効に活用し、患者の精神的ストレスの軽減が図れるような工夫をしていくことが必要と感じました。

今回の研修をとおして、移植に関する看護基準を見直すことや患者・家族教育を充実することが患者のQOLの向上につながることを学びました。そのため看護婦の役割は大きく重要な思われました。

当院は平成17年度新病院が開院する予定で、現在その準備段階です。患者が安全でより快適な環境の中で治療を受けられるように病院の施設や設備等のハード面を充実し、患者・家族の満足度が向上するように入院環境の整備を考慮する必要があります。

今回の研修は3週間という短期間ではありましたが、オマハでの温かく親切な人達に接し、多くの貴重な体験をさせていただきました。今後は移植を受ける患者のQOLが向上できるように、この研修で得た学びを当院での幹細胞移植看護に生かしていきたいと思います。

がん研究振興財団への患者さまやご家族の方からのご寄付がこの研修の費用に充てられています。最後になりましたが、このような機会を与えていただいたことに心より感謝申し上げます。

(さくま ちよこ)

がん医療における ペインコントロール展開の意義

埼玉県健康づくり事業団総合健診監
埼玉医科大学客員教授

武田文和

ペインコントロールの努力と無関心

抗がん治療中の患者の50%、進行期・末期がん患者の70%に痛みが発生する。その多くは持続性で、痛みの80%は中程度から耐え難いほど強い痛みであり、患者の生活と生き方の双方の基盤を覆してしまう。この悲惨な痛みから患者を解放する治療法が近代ホスピス運動の中で工夫され、効果的な鎮痛薬の使い方が1970年代後半には構築されたが、モルヒネの使用を主軸としていたため、多くの医師に無視され、その恩恵にあずかるがん患者はきわめて少なかった。

世界保健機関(WHO)による取り組み

人口の高齢化に伴い、先進国と発展途上国の双方でがん発生数とがん死亡者数が増加したため、がんの予防、早期発見、治癒を目的とした治療法を主眼にがん対策を推進していたWHOは、がん患者のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)の改善対策の策定を決め、その第一歩として「すべてのがん患者の痛みからの解放」を目標としたがん疼痛救済プログラムを計画した。

がん医療でのペインコントロールの主な阻害因子は、がん疼痛救済に関する政策が多くの中欠落していること、医学教育ががん疼痛治療を教えていないこと、モルヒネを使うと薬物依存者を激増させるとの誤解が広く存在していることなどであると分析したWHOは、がん医療におけるペインコントロールを強化するため、どの科の医師に

も活用でき、どこにいる患者にも使える治療指針を世界全体の最新知識を集約して作成し、全世界に普及することとなった。

1982年、9ヶ国から専門家を招集して開かれたWHO協議会が、WHOがん疼痛治療暫定指針を起案した。協議会出席者は暫定指針の試行も要請された。このWHO協議会に出席した筆者は、帰国後直ちに埼玉県立がんセンターで試行を始め、1986年に公表されたWHO方式がん疼痛治療法により156名のがん患者の痛みの87%を消失させたことを報告した。WHO方式治療法の有効性を裏付ける最初の成績であった。

今やグローバルスタンダード

WHOは1986年、がん医療におけるペインコントロール推進の条件整備を加盟各国政府に勧告し、WHO方式がん疼痛治療法を公表し、その活用を呼びかけ、1996年にはWHO方式治療法をアップデートした。

WHO方式治療法の公表は世界全体に大きな反響を呼び起こし、医療従事者、政府当局者、市民にがん医療におけるペインコントロールの重要性に気付かせ、WHO方式治療法はグローバルスタンダードとして活用されるようになった。日本での反響も大きく、厚生省における末期医療に関するケアの在り方の検討につながり、この検討が現在の緩和ケア政策の基盤となり、末期医療のケアのマニュアルの作成、医療用麻薬の規制の見直し、医療従事者対象の研修会の開催などが行

われ、医学会でのペインコントロールの討議も進んだ。

医療用モルヒネ年間消費量

WHO方式治療法は鎮痛薬の使用を主軸とし、薬以外の治療法には薬の補助的役割を与えていく。鎮痛薬の中でもっとも大きな役割を果たすモルヒネは、投与法の基本原則を守る限り長期投与しても依存や耐性の問題を起こさないことも明記している。また、痛みの性状によって必要となる鎮痛補助薬の使用法も示している。

WHOがこのプログラムに公式に言及した1984年以来、世界の医療用モルヒネ年間消費量が5年ごとに倍増しており、とくに先進諸国で著増している。医療用モルヒネ年間消費量は、各国のがん疼痛治療の水準を示す国際的指標の一つであるが、発展途上国でのモルヒネ使用推進は諸要因により制約されているため、改善にWHOは技術協力を進めている。

日本での医療用モルヒネ年間消費量も1999年には973kgとなり、15年間に15倍増したが、人口あたりの消費量として比べると未だに米国の数分の1、英国の10数分の1にすぎず、先進国中でもっとも少なく、日本のがん患者の痛みが持つモルヒネへの潜在的需要を満たすには遠く及んでいない。

ペインコントロールの基本方針

ペインコントロールは、患者が痛みを訴えたら軽視することなく、痛みについて患者からよく聞き、即応することが第一歩で、患者の全体像をとらえながらコミュニケーションを維持しつつ進めるべきである。ペインコントロールは痛みが消失して患者のQOLが平常に近づくことを目標に行う。痛みの消失は患者にとり必要ながん治療を受けやすい条件も作るが、痛みが軽減したのみでは、痛みへの不安と恐怖から患者は解放されない。

鎮痛薬の使い方の基本原則

がん患者の持続性の痛みに対する鎮痛薬使用には基本原則がある。痛みの強さに相応した効力の薬を少量から始め、痛みが消えるのに必要な個別的な量へと調整し、時刻を決めて規則正しく、可能な限り簡潔な経路で投与することである。

軽度の痛みには非オピオイド、軽度から中程度の痛みには弱オピオイド（コデイン）、中程度から高度の痛みにはモルヒネをはじめとする μ -アゴニストを使うが、ペチジンの長期反復投与は副作用の点から推奨されない。オピオイドと非オピオイドの併用は推奨されるが、2つのオピオイドの併用は無意味である。アゴニスト・アンタゴニスト（ペントゾシン）の長期反復投与は推奨されない。入手できるアゴニストが少ないわが国でのモルヒネ代替薬である部分的アゴニスト（ブプレノルフィン）の有用性への国際的評価は大きくなないので、オキシコドン、フェンタニルなどの μ -アゴニストの導入準備が進められている。

神経障害性の痛み

鎮痛薬は侵害受容性の痛みには効果的であるが、神経障害性の痛みにはあまり効果的でない。がん患者の痛みの30%ほどには、骨盤内がん進展に際しての痛みのように神経障害性の痛みの成分が加わっている。このような痛みには鎮痛薬と鎮痛補助薬、すなわち抗うつ薬、抗痙攣薬、抗不整脈薬、局所麻酔薬、全身麻酔薬などのいずれかを併用する。鎮痛補助薬の併用法は省くが、その多くが痛みに対する保険医療上の適応を持っていないという現状のは正が必要である。これらの薬を効果的に使うと、神経ブロックが必要な痛みは5%以下になるとされている。

ペインコントロールの普及強化に向けて

わが国のがん医療におけるペインコントロールを強化するには、すべての医療従事者が「がん患者には痛みを治療するための鎮痛薬を要求する権利があり、医師にはそれを投与する義務がある(WHO)」との痛み治療の倫理を認識し、また各病院の責任者が痛みからの解放を病院の基本方針に掲げて指揮することが重要視される。これに加え、以下の実地的な点にも留意する必要がある。

- 一、患者による痛みの訴えを軽視せず、必ず即応する。
- 二、適応があるとき、ためらわずにモルヒネを使用する。
- 三、痛みを消失させるに十分なモルヒネ量を使う。
- 四、頻度の高い鎮痛薬の副作用を確実に防止する。
- 五、神経障害性の痛みの混在の有無に留意し、混在していれば鎮痛補助薬を併用する。

略歴

武田文和 (たけだ ふみかず)

1933年生まれ・埼玉県出身

埼玉県立がんセンター総長を経て現在埼玉県健康づくり事業団総合健診監・埼玉医科大学客員教授
1957年：群馬大学医学部卒業・同大学脳神経外科助教授

1985年WHOがん専門家諮問委員会委員（がん疼痛担当）となり、WHO方式がん疼痛治療法の立案に参画、WHOコンサルタントとして発展途上国のがん疼痛救済プログラムの策定に協力。国立がんセンター倫理審査委員会委員



サイコオンコロジー： がん医療における心の医学

国立がんセンター研究所支所 精神腫瘍学研究部長

内 富 廉 介

はじめに

サイコオンコロジー（Psycho-Oncology、精神腫瘍学）は、1970年代にがん患者とその家族の精神的ケアを行うことからはじまり、現在、欧米では腫瘍学（Oncology）の一分野を担い、がんに伴う心理的・社会学的問題に積極的に取り組んでいます。

がん告知がほぼ一般化した1977年、アメリカのスロンケタリングがんセンター記念病院に、疼痛緩和サービス部門と横並びに世界で初めてのサイコオンコロジー部門が創設されました。初代のホランド部長の言葉を借りると、サイコオンコロジーは2つの目標を掲げています。

- 1) がんのあらゆる時期における患者、家族、医療者のクオリティオブライフ（QOL、がんが心に与える影響）を明らかにして対応する。特に悪い知らせ（がんの診断、再発など）を伝えたあと的精神的ケアとそのケア技術に関する教育訓練が課題となっています。
- 2) がんの罹患や生存に影響を与える心理・社会・行動学的因素の役割（心や行動ががんに与える影響）を明らかにして対応する。カウンセリングなどの介入によって、生活様式・行動を変えて（例：タバコ、アルコールを減らす）がんに罹りにくくなるといったがんへの間接効果や、前向きな病気への取り組み方や抑うつの軽減が免疫・内分泌系に関与するといった直接効果を明らかにすることが新しい研究分野として注目されています。

わが国でも、QOLと自律性を尊重する風潮が高まり、またがんに関する溢れんばかりの情報化社会にあってより良い医師患者関係を築くために、医師と患者がコミュニケーションなしにがん治療

を進めることは困難になってきています。ここでは、患者さんとそのご家族にとって有益となる情報を中心に、これまでのサイコオンコロジー研究の成果の一端をご紹介したいと思います。

■ストレスを抱えこんだことでがんになってしまったのではないか？

これは、がんと診断された後、多くの方が何度も振り返って自問自答されるものの一つです。「あの時、無理をしたからがんになったのではないか」と。

精神的ストレスとがんの発生について調査した7つの研究報告をまとめたものによると、精神的ストレスを抱えた方には極くわずかがんの発生が多く観察されましたが、統計学的には有意に差があるものではありませんでした（オッズ比1.14；95%信頼区間0.99–1.30）。つまり、ストレスを抱え込んでしまったためにがんになったという事実はないわけです。何かにつけて自分を責める時期がありますが、少なくとも精神的なストレスでがんになったとは思わないでいいのです。

■がんになってストレスを抱え込むことは良くないのでしょうか？

もちろん、がんを抱えることで心の負担は重くなりますから、ため込んでおくと、生活や仕事に支障を来すこともあるのでよくありません。ストレスと上手に取り組み、良い心の状態を維持することは、がん治療を受けていく上で重要であると考えられています。早め早めに医師に相談されることをお勧めいたします。

■精神的ケアは必要ない！

そうおっしゃる方もいらっしゃいますが、広い意味で、精神的ケアは全ての患者さん、ご家族にとって必要です。1994年の厚生省の全国調査によると、6割以上の方はがんを知って闘病生活を送っていたことがわかりました。したがって、少しでも不必要的不安を減らして、治療をすすめていくためにも、最初から医師と患者さんの間でより良いコミュニケーションを築くことが重要です。良いコミュニケーションはそれ自体が精神的ケアになります。

■がんを告げられたとき、心の状態はどうなるのですか？

がんとわかってから最初の2週間程度は、誰でもつらい多くの心の変化を経験します。

表 がんに対する通常の精神的反応

- 頭が真っ白になる
- がんであることが何かの間違いであると否定したくなる
- 身近な人や周囲の人から孤立したように感じる
- 気持ちが沈む
- 不安になる
- 息苦しくなる
- どうして他人でなくて自分ががんになったのかと腹が立ってくる
- 恐ろしくて眠れなくなる
- 食事がのどを通りにくくなるなど

■心のつらさがずっと続くのではないでしょ うか？

多くの方は、がんとわかってから2週間ほど経つと一応、みかけは日常の生活に戻ることができます。この時点で、がんの検査や治療のすすめ方に関して今一度振り返り、わからなかった点や困った点を整理して、あらためてがんと取り組むことをはじめるとよいでしょう。がんとわかってはじめの2週間は、記憶力や集中力も落ちていて、判断力や決断力が落ちているからです。

10～20%の方は、少し落ち込みが長く続きます。適応の良くない状態です。多くの場合、主治医や看護婦に相談したり、気持ちを打ち明けたりして、また家族や友人の援助を受けて2～3カ月もすると、がんとうまく適応できるようになります。カウンセリングやリラックス法、安定剤などで緊張をほぐしたり睡眠を確保すると、さらにがんと上手な取り組みができるようになります。

5%ぐらいの方は、うつ病に相当する重い落ち込みを経験します。うつ病は心の風邪と言われますが、がんを抱えると心身が消耗することがあるからです。その場合、カウンセリング、抗うつ剤などを用いた専門的治療が必要となりますが、まず、気軽に医療者に相談しましょう。

■どういう時に、安定剤を飲んだり、カウンセリ ングを受けたらいいのでしょうか？

がんとわかってから2週間経っても食事がのどを通らず、寝た感じがせず、普段の日常生活に支障をきたす場合は、相談をしてみましょう。食べることと眠ることが心のパロメーターです。

まず、がんの検査や治療に関して疑問に感じたり、不安に感じたりしていることを主治医や看護婦に訊ねましょう。医療者とオープンなコミュニケーションをとると安心感が得られる場合が多いからです。また、身近ながんの経験者に相談にのってもらうことも助けになります。

同時に、リラックス法や軽い運動を試してみましょう。主治医に相談し安定剤などを短期間服用することも、緊張をほぐしたり、睡眠を確保する上で大切です。快眠、快食を当面の目標にして安心できるよう心がけましょう。

■心の負担を病院で話したり尋ねるのは場違いで はないでしょうか？

心の負担について医療者に相談することは決して恥ずかしいことではありませんし、みなさん誰もが当然悩むわけであります。決して自分一人が精神的に気弱になったりしているわけではありません。何もかも自分で背負い込まず、気持ちを表に出していくましょう。心の平和を保つことも大事な治療の一つなのです。

■私たち（家族）は何をしたらよいのでしょうか？

患者さん誰もがつらい心の状態を経験します。ある時は精神的に気弱になったり、ある時は活発になったりと不安定になったりする時もありますが、やがて落ちついていきます。その間、気持ちを打ち明けたり、相談したりすることが出来るようそっと寄り添い、支えとなれるようになります。そのためには、ご家族の健康管理も大切です。ご家族も患者さんに劣らずつらい心の状態を経験します。介護を休む日も設けましょう。また、やはりご家族で何もかも背負い込まず、気持ちを表に出していきましょう。

■ストレスとどう取り組むと良いでしょうか？

ストレス自体生活の一部ですから、ゼロにすることはできませんが、皆さん誰もがストレスと取り組んできた歴史があります。過去に重大なストレスに曝されそれに対応してきた経験が必ずあるはずです。まずそれを実行してみましょう。うまくいかないようでしたら、まず医師に相談しましょう。

■私だけがストレスに弱いのでしょうか？

ストレスを抱え込み、がんと前向きに取り組めないと言って自分を責めたりする人が中にはおられます、どんな立派な方も完全にストレスをコントロールすることはできません。ほどほどにくよくよしながら、ほどほどに前向きに取り組んでおられる方も多くおられます。2～3カ月たってもストレスのコントロールがうまくいかないようでしたら、まず医師に相談しましょう。心の専門家によるアドバイスやカウンセリングを提供する施設も増えてきました。

■ストレスは誰に言えばいいのでしょうか？

身近な大事な方、配偶者や、医療者に対して、がんについてじっくり気持ちを打ち明けましょう。がんの経過は非常に長いものです。ストレスと取り組む上で、重要なサポートを提供してくれる家族や医療スタッフと信頼関係をつくるのは重要なことです。

おわりに

以上、サイコオンコロジー研究の成果の一端をご紹介しました。21世紀の腫瘍学は先端技術を取り入れますます進歩し、恩恵を享受する機会は増えますが、患者自らも医療情報を得て、取捨選択し、よりよい医療を受けていく時代になってきています。一方では、がんと取り組む方法もますます患者・家族の手に委ねられる場面が増えます。長いがん闘病中には多くの意思決定を行う場面があり、これまで以上にがん患者・家族・医療者がより良いコミュニケーションをしなければなりません。希望をもってがんと取り組むことが出来るよう、サイコオンコロジー研究をこれからさらに推し進めていきたいと考えています。

略歴

内富庸介（うちとみ ようすけ）

1959年山口県生。1984年に広島大学医学部を卒業し、88年、国立吳病院・中国地方がんセンター精神科医師としてがん患者の精神的ケアに携わりはじめ、91年、米国スロンケタリングがんセンター記念病院でがん患者の精神的ケアについて研修する。93年、広島大学医学部神経精神医学教室講師に転任し、がん患者のクオリティオブライフ（生活の質、生命の質）に関する医学教育に従事。95年、国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部の創設に携わり、現在に至る。専門分野は、がんに関連する落込みや不安のケアである。96年、国際サイコオンコロジー学会から若手研究者賞を授与される。

がん治療法の選択過程が様変わりする? —早期前立腺がんの場合を例として—

国立がんセンター中央病院 総合病棟部長（泌尿器科）

鳶巣 賢一

はじめに

治療法を選択するときには、最初に病状を確認することが必須の作業である。つまり、病巣の広がり（病期診断）と悪性度診断をもとに、考えうる治療法の選択肢をすべて列挙し、その中から個々の事例において最適な治療法を決めるわけである。このような過程は、今後も変わることがないだろう。しかし、近年の臨床の現場では、この過程を実践することが必ずしも単純な作業でなく、かなり多くの問題をはらむものになっている。今回は、早期前立腺がんの治療法の選択を例にとって、その現状と今後の課題について考えてみたい。

治療法が多様化する背景

がん治療の成績を向上させる戦略のひとつは、「早期発見、早期治療」である。近年、各分野での診断方法の進歩が、がんの早期発見に貢献している。例えば、前立腺がんの場合、1990年頃から腫瘍マーカーである前立腺特異抗原（Prostate Specific Antigen、以下 PSAとする）の測定、および経直腸的超音波断層撮影法（Transrectal Ultrasonography：以下 TRUSとする）が本邦で普及した。それまでの前立腺がんの診断過程は、1) 直腸から指を挿入して直腸壁を介して前立腺を触れ（直腸指診、Digital Rectal Examination：以下DREとする）、硬く触れる部位があると、2) その部位へ指をガイドにして針を刺して組織を採取し（針生検）、3) その組織を病理学的に診断するという手順であった。しかし、PSAが普及してからは、1) まず血液検査でPSA値の異常が指摘され、2) 参考としてDRE、さらに指の代わりに

超音波断層撮影のためのプローブを挿入するTRUSを行い、3) DRE や TRUS の所見に関わらず、TRUS ガイド下に6本から10本の組織を採取するシステムティック針生検を行い確定診断する方法が確立された。PSAはきわめて信頼性が高い腫瘍マーカーで、標準値は4ng/ml以下とされることが多いが、4-10ng/mlの範囲でもシステムティック針生検の結果20~40%にがん病巣が発見される。通常、10ng/ml以下では、ほとんどの例で病巣が前立腺内に限局する「早期前立腺がん」であり、従来のDREでは触知しないような場合である。つまり、PSAという腫瘍マーカーとTRUS ガイド下に行うシステムティック針生検の普及が早期前立腺がんの増加を招來したといえる。この結果、1990年頃を境にして、本邦で発見される前立腺がんは進行がん主体から早期がん主体へ推移した。

早期がんが多くなると選択可能な治療法が多様化することは避けがたい。特に、前立腺がんのように病巣の進展自体が緩やかなタイプでは避けがたい現象である。早期がんの状態から転移が出現し、さらに症状を呈し、ついに死亡に至るまでには、多くの場合で10年以上の時間を要し、非常に経過が長いからである。次に、早期前立腺がんにおける多様な治療法のオプションについて、その概略・長所・短所について説明したい。

早期前立腺がんに対する各種の治療法

まず、標準的な治療法としては、根治的前立腺全摘術を最初に挙げるべきであろう。病巣が前立腺内に限局している可能性が高い場合、前立腺とそれに付着する性のう・精管膨大部を合併切除

し、膀胱と尿道断端を吻合する術式がもっとも根治性が高く、10年疾患特異生存率は90%ぐらいになる。この術式では手術関連死が0.5%以下で、比較的高齢者でも耐えうるものであるが、術後の尿失禁（2～3%では一日2枚以上の小さい紙おむつが離せない）、勃起能力の喪失が重要な合併症である。

手術に代わる方法としては放射線療法がある。もっとも普及した方法は体外照射で、合計66～72Gyを目指とする。約2ヶ月を要する治療であるが、比較的浸襲が小さく80歳以上の高齢者にでも実施できる。10年疾患特異生存率は80～85%が期待できる。照射中の合併症として、頻回の便意と血粘液便、肛門痛などがみられるが、総じて安全な治療である。性機能障害はほとんどないが、長期的にみると尿道狭窄や排尿障害、下血などが問題になることがある。

男性ホルモンが前立腺がん細胞の増殖促進因子となること、逆にこのホルモン刺激を絶つとがん細胞のアポトーシスを助長することが知られて久しい。この男性ホルモンの分泌自体を抑制するか、あるいは男性ホルモンが血中に存在してもその機能を障害する治療法が内分泌療法で、精巣を摘出すること以外に、いくつかの薬剤が開発されている。早期前立腺がんにおいても、この内分泌療法が選択肢になることがある。精巣における男性ホルモン分泌機能抑制作用がある薬剤としては、従来から女性ホルモン作用があるDiethylstilbestrol diphosphate (Honvan)、Estramustin phosphate (Estracyte) が投与可能である。1990年代には、上位中枢のLH分泌抑制作用を介して精巣機能を抑制するLHRHアナログ製剤が普及した。後者は“chemical castration”と言われ、毎月一度の皮下注射で精巣摘出と同様の効果が得られるため、入院による手術を避けるという意味で広く普及した。これらの薬剤では男性ホルモン値が急激に低下することにより、女性における更年期障害と同様の合併症が多くの例で惹起する。また、ほとんどの例で性機能が障害される。さらに女性ホルモン製剤では心・脳血管性疾患が助長され重篤な合併症となることがある。これらの薬剤の他に、男性ホルモンががん細胞に取り込まれ腫瘍増殖促進

作用を発揮する点で作用阻害する薬剤である抗男性ホルモン剤も新しく開発されている。この薬剤では、上記の薬剤に見られた心・脳血管性疾患、更年期障害様症状の出現、性機能障害が少ないとされる。

総じて内分泌療法による根治は期待しがたいとされるが、年余にわたる疾患の抑制が可能である。しかし、早期前立腺がんでは長期にわたる内分泌療法が必要で、この結果、治療による合併症の増加、QOLの低下が問題となる。

早期前立腺がんにおいては、まったく治療せず慎重に観察するのみとする選択肢（Watchful Waiting：以下W/Wとする）すら可能とされている。その根拠は次の通りである。もし、病態の診断が正確であると仮定すると、その後の病巣の進展は非常に緩徐であり、進行がんの状況になるまでには5～6年以上を要すると推定される。従って、症例によっては根治的治療のタイミングを逸することなく数年を過ごすことも可能であると推定される。また、もし、根治の可能性を失ったとしても、その後の治療により年余にわたる生命予後の確保が十分に期待できると推定される。スウェーデンやデンマークから、前立腺がんに対してW/Wにて長期観察した結果が報告されているが、積極治療された場合の全生存期間と大差ないことが指摘されている。要するに、早期前立腺がんと診断された場合、根治的治療を早急に実施する必要はなく、暫時、治療開始を見合わせて経過観察を行うことも可能であると考えられる。この選択肢の長所は、各種治療による合併症やQOL低下、コスト負担を回避できる点である。他方、短所は、たとえ暫時でも治療を遅らせることで本疾患によるがん死を招来する可能性があることである。このリスクを回避するために、病巣の正確な局在診断と病態の変化を正確に判定できる診断方法の確立が必要である。現時点では、必ずしも十分に確立した選択肢とはいえないで積極的にお勧めできないが、ご本人の理解が得られれば必ずしも不利な選択肢でない。

治療法選択における臨床風景の変化

1990年代は「インフォームド・コンセント」の概念が強調された時代と言えるだろう。理想的な「インフォームド・コンセント」の概念とは、治療法の選択にあたり、ご自分の病状と可能な選択肢の概略について医療者が十分に説明し、他方、ご本人も十分に理解したうえで治療法の決定に際してもっとも重要な自己の意思を表示することである。しかし、この理想が常に実現できるとは思えない。なぜならば、個々の患者が専門家である医師と同様の理解を得ることは困難である。あくまでもその理解は断片的で、皮相的になりがちである。また、医師自身の理解や説明が真に中立で総合的であることも望みがたいことである。従って、患者自身の意思決定についても医師の説明内容に左右されることになる。つまり、「インフォームド・コンセント」といえども、従来に比して詳細な説明・質疑応答の時間をとり、医療者と患者のより良い信頼関係を確立し、その上で特定の治療戦略に合意するという風景に他ならない。

このような臨床風景に対して、幾分、物足りなさを感じる臨床医もいることは確かである。医師こそが個々の患者にとってベストの治療方針を考える主体であり、それが医師の医師たる所以であると考える立場である。患者の希望を重視するのではなく、医師の責任放棄に他ならないと考える立場であろう。しかし、早期前立腺がんの例をみても、この考え方では十分とはいえない。何もしないで観察するW/Wという選択も含め、複数のオプションがあり、そのそれぞれに特徴的な長所と短所があり、かついずれを採用しても年余にわたり、ほぼ通常の日常生活が可能である場合、治療法の決定はそう単純な作業ではない。個人により、基本的な健康状態・年齢・生活価値観など、置かれた状況が異なる。自分の残された人生において、何を捨てて、何を残そうとするのか、個人により判断は異なるはずである。例えば、性機能を温存する治療法を選択したら必ず幾分かの生命予後の損失が想定された場合、果たして性機能温存を希望するであろうか？この「trade off」に関する研究で、個人により選択する内容が異なることがす

に報告されている。つまり、大げさな表現をすれば、治療法の選択は個人の生き様の選択に他ならないからである。このような状況では、医師一人の医学的見識と人生観のみで治療法を選択することには疑義が生じる。治療を受ける患者本人の意思決定への参加が必須である。さらに、だからといって医療者側の責任が軽減されたわけではない。意思決定に際して正確な情報を提供すること、特定の治療法が選択された場合に期待される結果を実現すること、が以前にもまして強く要請されていると考えるべきである。

早期前立腺がんにおける治療法選択の実際

ここで、泌尿器科外来において、具体的に治療法を相談し、決定した事例を紹介したい。

事例1：50歳台前半で早期前立腺がんで、病巣が非常に小さいものであることが推定された。ご本人にとっては転勤を1～2年後に控えていることもあり、仕事の連続性を優先しW/Wを選択した。もちろん、根治手術も有力な選択肢であるが、そのための仕事の中止と性機能障害や尿失禁などの術後合併症を避けるため、慎重な経過観察とした。PSAの観察、1年に一度の再生検で観察を継続している。もし、PSAの変化が著しいか、再生検で大きな病巣が確認されたら積極的治療の開始を予定している。

事例2：70歳台後半で早期前立腺がんと診断された。医療者側からは、いくつかの選択肢を説明し、積極的治療を実施しなくとも10年以上の余命が期待されるのでW/Wを推薦した。しかし、ご本人はがん細胞との共存は絶えがたいとして根治手術を強く希望された。結局、根治手術を実施し、軽度の尿失禁があるものの術後3年経過時点では再発なく経過している。ご本人はこの選択と経過に満足している。

このように、早期前立腺がんの治療法の選択においては、病態の推定、年齢と健康状態、つまり期待余命、さらに各種治療法による期待される結果と推定される合併症、さらには、各個人の希望なども考慮して決定される。実は、このような思考過程は従来から臨床の現場ではおこなわれてきた内容である。その思考過程が、今後、より総合

的に、よりシステムティックに要求される時代が到来したと言える。

医療者側に期待されること

このような状況の中で、医療者側に対して、どのような対応が要請されているか？まず、理想的なあり方についてまとめてみる。

最初に、病状と可能な選択肢の内容について患者が十分に理解できるよう、把握した情報を正確にわかりやすく伝えることが要請される。また、単に一方的な説明でなく質疑応答に応じる時間が必要となる。さらに、治療法が決定された場合では、可能な限り期待された結果が得られるよう努力する必要がある。例えば、前立腺全摘手術では術中の出血量を最少とし、術後の尿失禁を予防する術式の習得に努めることが大切である。また、放射線治療の場合では、治療後の合併症を最少にする照射の工夫をするべきである。最近では組織内照射、陽子線治療などの新しい工夫が展開されている。

さらに、医学研究における今後の進歩が要請されている。早期前立腺がんの場合、真の病巣の広がりを診断することは困難で、通常は過小評価されることが多いと理解されている。また、もし、真に正確な病巣の存在診断が実現されたとしても、個々の治療法に対する反応性は未知で、長期的な成績を正確に推定することは困難な状況にある。具体的な治療法の選択に際しては、個別の治療法が実施された場合、その後の経過を推定することが必須であるが、この推定がかならずしも容易ではない。正確な病巣の存在診断に関しては、現在の TRUS や MRI による画像診断を超える正確な存在診断法の開発が必須である。現時点ではかなり大きな病巣に関しては描出できるが、触知不能な微小病変については描出できない。さらに、個々の例において、例えばW/Wを選択した場合、どのような自然経過をたどるのかを正確に推定することが困難である。また、内分泌療法や放射線治療に対する感受性の推定など、各種の治療法による期待される結果については推定が難しく、未知の分野がいまだに多く残されている。

今後の課題について

これまでの内容は、あくまでも理想的なあり方を書いたに過ぎない。日々の臨床の現場で実現することが難しい要請ばかりである。一部の医療者がボランティア精神を發揮して努力することはできても、長期的に安定した制度として確立することは難しいであろう。以下に、いくつかのポイントについて今後の課題についてまとめたい。

- 1) 正確な病態の診断法と各種治療法の開発については今後の展開を期待するしかない。
- 2) 実際の臨床の現場で十分な情報の提供と質疑応答を行う時間はないし、そのような人員と場所の設定は現行の診療制度と診療報酬制度の中では不可能であろう。根本的な改善が必要だろう。
- 3) 情報の提供のために、資料としてのパンフレットやビデオの活用などの工夫が必要である。院内での情報提供施設の設置も考慮に値する。最近ではインターネットによる情報収集がさかんである。各種メディアを用いた情報提供の工夫が必要であろう。
- 4) 情報収集のために患者が複数の病院を受診することが多くなっている。せっかく検査した情報が複数の施設で共有できないのは不合理である。各施設における情報の開示については門戸が開かれてきた。しかし、セカンド・オピニオンを希望する患者に対する医師の対応には問題がないとは言えない。多くの患者が最初に受診した医師には内緒で、別の施設を受診する実情がある。患者自身の意識の変革とともに、医療者側での意識の変化が必要であろう。

(とびす けんいち)

「がん克服新10か年戦略」支援事業

我が国のがんによる死亡は、昭和56年に、死亡原因の第1位となり、以後も増加の一途を辿っているため、その対策が緊急に求められていました。

そのような背景を踏まえて、政府は緊急の対策として、昭和59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（現 厚生労働省・文部科学省）の共同事業として「対がん10ヵ年総合戦略」を強力に推進することとなりました。

この戦略の目標達成のため、6つの重点研究課題と3つの支援事業及び広報事業が進められた結果、遺伝子の変化やウィルスの関与など、がんの本態解明に結び付く基礎的な研究分野で多くの優れた研究成果が報告され、その基礎的研究は診療にも生かされるようになるなど大きな成果が挙げられました。

しかし、この10年間にがん患者の発生状況は大きく変化し、単に患者数の増加という量的変化のみならず、高齢化社会への移行に伴う高齢患者の増加、難治がんや多重がんの増加等の質的変化も認められていること、また、働き盛りの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、社会的な关心も高まっております。

これらの新しい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10か年戦略」が実施されています。

この戦略においては、次の7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

対がん10ヵ年戦略が始まってからがんの本態解明に関する研究は飛躍的に進歩したが、さらに強力に推進し、その成果を予防・診断治療法の開発に役立てる。

2 転移・浸潤およびがん細胞の特性に関する研究

がんの転移・浸潤・再発の仕組みを明らかにし、危険度を予知して最適な治療法を選択可能とし、転移や再発の制御法開発に役立てる。

3 がん体質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。発がんに対する感受性や抵抗性の機構を解明する。

4 がん予防に関する研究

発がんの高危険度群を対象とした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

難治がんの治療成績を向上させるため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に関する研究

がん患者の治療に際し、できるだけ機能温存をはかり、QOLを十分に考慮にいれた治療法の開発と、末期がんを含むがん患者の精神的・身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、先の戦略における同様その一翼を担い、若手がん研究者の育成、外国人研究者の招へい、日本人研究者の海外派遣、国際がんシンポジウムの開催、国際がん研究講演会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ます。

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	1998	1999	2000	小計	計
ア メ リ カ	141	5	6	7	10	21	9	12	70	211
イ ギ リ ス	26	1	2	5	4	6	5	4	27	53
ド イ ツ	35	1	1	2	1	4	0	1	10	45
フ ラ ン ス	26	1	3	3	0	3	4	2	16	42
イ タ リ ア	19	1	1	4	3	1	0	3	13	32
ス ウ ェ ー デ ン	17	0	0	0	0	1	0	0	1	18
ポ ー ラ ン ド	11	0	0	0	0	1	0	0	1	12
韓 国	35	1	2	2	1	2	5	11	24	59
カ ナ ダ	7	0	1	0	0	0	3	2	6	13
デ ン マ ー ク	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
フィンランド	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ブ ラ ジ ル	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
ハ ン ガ リ ー	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
タ イ	10	0	0	0	1	0	0	0	1	11
ス イ ス	2	0	0	1	0	0	0	0	1	3
ノルウェー	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
オ ラ ン ダ	3	5	4	0	0	0	1	1	11	14
ト ル コ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
オーストラリア	1	0	4	2	1	4	2	1	14	15
ロ シ ャ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
エ ジ プ ト	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
スペイン	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
イスラエル	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
中 国	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
フィリピン	0	0	0	0	0	1	2	1	4	4
ニュージーランド	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
計	351	15	25	26	21	48	31	39	205	556

(注) 1984～1993は「対がん10ヵ年総合戦略」、1994～2000は「がん克服新10か年戦略」で実績数値
(以下の表において同じ)。

(2) 日本人研究者の外国への派遣事業

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

(単位 人)

国 名	1984～1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	小計	計
ア メ リ カ	197	20	12	18	17	11	14	7	99	296
ド イ ツ	11	1	1	3	3	0	2	2	12	23
ス ウ ェ ー デ ン	5	1	0	0	0	1	0	0	2	7
フ ラ ン ス	14	2	4	2	3	8	5	6	30	44
イ ギ リ ス	14	2	3	1	4	4	0	1	15	29
カ ナ ダ	6	0	0	1	2	0	1	0	4	10
オ ラ ン ダ	11	1	2	1	3	1	0	0	8	19
ベ ル ギ 一	1	1	1	1	3	0	0	0	6	7
タ イ	7	0	1	0	0	0	0	0	1	8
ブ ラ ジ ル	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
イ タ リ ア	4	0	2	2	0	0	1	1	6	10
オ ー スト ラ リ ア	1	2	7	2	0	3	0	1	15	16
ノ ル ウ ェ ー	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2
フィ ン ラ ン ド	2	0	0	0	1	0	0	0	1	3
オ ー スト リ ア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ス イ ス	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
イ ン ド	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2
ギ リ シ ャ	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2
ハ ン ガ リ 一	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2
韓 国	0	0	0	9	0	9	0	10	28	28
エ ジ プ ト	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
コ ロ ン ビ ア	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
計	280	34	35	41	37	37	23	31	238	518

(3) 若手研究者の育成活用事業

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

(単位 人)

採 用 別	1984～1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	小計	計
医 学	345	38	48	52	59	65	71	69	402	747
歯 学	9	1	3	2	3	3	1	1	14	23
理 学	36	1	1	1	2	1	1	3	10	46
薬 学	44	2	2	8	7	7	7	6	39	83
農 学	19	0	3	2	3	1	1	2	12	31
そ の 他	0	0	2	4	2	6	8	6	28	28
計	453	42	59	69	76	83	89	87	505	958

(4) 外国への研究委託事業

国内では実施の困難な研究などを、国際的に顕著な実績を有する外国の研究機関に委託している。その実績は次のとおり。

(単位 テーマ)

委託先	1984～1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	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	1	4	4
フランス IARC					2	2	2	2	8	8
計	42	1	3	1	3	3	3	3	17	59

2 國際がん研究シンポジウム及びがん予防展・講演会の開催事業 (日本自転車振興会補助事業)

対がん及びがん克服戦略プロジェクト研究の課題を中心として「国際シンポジウム」を開催し、内外の研究者が一堂に会して、最新の研究状況に基づいての研究発表及び情報の交換をすることで、研究推進の一層の向上を図っている。

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

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

●国際がん研究シンポジウム

回数	年度	テーマ	参加者数(人)
1	1987	肺がんの基礎と臨床	155 (うち外国人 17)
2	1988	肝がんの基礎と臨床	163 (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)
12	1998	乳がんの基礎と臨床	188 (うち 21)
13	1999	がん検診—過去・現状・未来—	198 (うち 14)
14	2000	がん性疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学—現状と将来の展望—	※ 185 (うち 14)

※第14回国際がん研究シンポジウムの開催

国際がん研究シンポジウムは1988年に開催されて以来、対がん10か年総合戦略事業、およびがん克服新10か年戦略事業の一環として毎年1回開催されている。今回は昨年の「がん検診」と同様に、臓器別主題設定から離れ、「疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学」をテーマとして取り上げた。緩和医療、精神腫瘍学はまだ新しい医学

の分野であり、痛みをはじめとするがん患者の諸症状の緩和法に関して、がんが心に与える影響、心ががんに与える影響を、科学的に実証するための研究が世界で行われている。この分野に関しての worldwide なシンポジウムはこれまであまり例がなく、それが我が国で行われることは非常に意義深いことである。

シンポジウムは、テーマに沿ってがん性疼痛の治療から始まり、その発生メカニズム、モルヒネの作用機序、耐性の機序、がん患者の疼痛に関するQOL評価法、神経障害性疼痛の発生機序と治療、スピリチュアル・ペインに対するケア、小児のがん性疼痛の評価と治療等を取り上げる。

緩和医療は、がん患者にみられる呼吸困難、全身倦怠感のメカニズム、評価法と治療、緩和医療における看護婦の役割、チーム医療のあり方から構成される。

精神腫瘍学は、がん患者の抑うつと不安、医療者と患者の良好な関係の構築、がんとの向き合い方、遺伝子相談とその精神社会学的な影響、がん患者に対する精神療法から構成されている。

緩和医療・精神腫瘍学は、痛み、心のケア、患者・家族のサポートといった「心の科学」であり、実体がつかみにくいため、これまで科学的な評価が困難な領域とされてきた。1月24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は、海外からの参加者14名を含む約190名の専門家が参加し、終始熱心な議論が展開され、所期の成果を収めて終了した。今回のシンポジウムにおいて、日本の緩和医療・精神腫瘍学の世界との差、その異なるところが明確となり、相互の交流が行われることによって、日本のみならず国際的な発展につながることを念じてやまない。

●がん予防展・講演会

年 度	開催会場	参加者総数(人)
1987～1993	78都市	399,055
1994	神奈川県横浜市外12会場	35,669
1995	長野県長野市外10会場	35,412
1996	長野県飯田市外7会場	32,542
1997	千葉県千葉市外7会場	28,927
1998	〃 〃 外6会場	24,369
1999	〃 〃 外6会場	26,219
2000	〃 習志野市外5会場 ※	16,722

※(1)がん予防展……開催地、(日数)、入場者数

習志野市 (2)	4,578	奈良市 (2)	3,203	明石市 (1)	2,146
平塚市 (1)	2,238	大阪市 (2)	3,256		
計					15,421

※(2)がん講演会……()は入場者数

習志野市 (240)	○崎山 樹 千葉県がんセンター研究局長	「がんはどうしてできるか」
東京都中央区 (846)	○内富 庸介 国立がんセンター研究所支所 精神腫瘍研究部長	「がんと上手に取り組むためには」
	○鷲巣 賢一 国立がんセンター中央病院総合病棟部長	「がん治療の選択の難しさ」
奈良市 (215)	○垣添 忠生 国立がんセンター中央病院長	「生活習慣とがんの予防」

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)

対がん及びがん克服戦略の主要な事業の一つとして国際協力研究の推進があげられているが、国内の研究者の研究向上を図り、その成果を高めるために、米国その他の先進諸国から著明ながん研究者を招き、発がん遺伝子、発がんの促進と抑制に関する因子及び新しい早期診断・治療技術等にかかる最新の研究状況についての講演会を開催している。その実績は次のとおり。

年度	招へい研究者氏名・演題	開催地
1984～1993	ポール・A・マーカス(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(アメリカ) ○ロルフ・シュルート・ハルマン博士(オーストリア)	東京 東京(②)
1995	○ポール・A・マーカス博士(アメリカ) ○ロジャー・ワイル博士(スイス) ○デビット・シドランスキー博士(アメリカ)	埼玉、東京 東京、奈良 東京、名古屋
1996	○ジョン・C・ベイラー博士(アメリカ) ○グスタフ・ノッサル博士(オーストリア) ○カリ・アリタロ博士(フィンランド)	東京、大阪 東京、京都 東京、金沢
1997	○ジョセフ・F・フラウメニ, Jr. 博士(アメリカ) ○マンフレッド・F・ラジェウスキ博士(ドイツ) ○カーティス・C・ハリス博士(アメリカ)	東京、浜松 東京、福岡 東京、千葉
1998	○ピーター・A・ジョーンズ博士(アメリカ) ○テランス・H・ラビッツ博士(イギリス) ○ジョージ・S・ベイリー博士(アメリカ)	茨城、東京 京都、東京 東京、岐阜
1999	○ポール・A・マーカス博士(アメリカ) ○ヘルムット・バーチ博士(ドイツ) ○ヴァン・ユーホイ博士(中国)	埼玉、東京 埼玉、東京 神戸、東京
2000 ※	○ジェガブ・パーク博士 韓国国立がんセンター総長(韓国) 『SNU細胞株シリーズ:がん研究への応用』	国際研究交流会館 広島大学
	○ナンシー・ホプキンス博士 マサチューセッツ工科大学生物学部教授(アメリカ) 『大規模なゼブラフィッシュでの挿入ミュータジェネシスにより、発生初期の遺伝子を網羅する』	国際研究交流会館 京都大学
小計	19名	
計	56名	

※2000年度招へい研究者の講演要旨

(1) ジェガブ・パーク博士 (韓国)

博士は1995年より2000年3月まで国立ソウル大学医学部がん研究所の総長を勤められ、現在は新しく作られた韓国国立がんセンター総長である。総長という要職に加えて、国立ソウル大学医学部外科学教授として第一線でがんの診療にもあたっておられ、韓国のがん研究・がん対策の最も重要な指導者の一人として極めて多忙な方である。特に消化器系の悪性腫瘍に造詣が深いが、今回の第55回国際がん研究講演会では、「SNU細胞株—がん研究への応用」という演題で、がん研究の世界的な貴重な資源であるSNU細胞株バンクと、それを用いたがん研究について国立がんセンターと広島大学医学部にて講演され、多くの聴衆に感銘を与えた、SNUは国立ソウル大学の頭文字で、SNU細胞株は同大学医学部がん研究所の細胞生物学研究室にて博士らのご尽力により、約1,700のがん組織より樹立された211の細胞株である、その中にはB型肝炎ウィルスDNAが組み込まれた肝細胞がん細胞株、II型TGF-β受容体遺伝子に変異のある胃がん細胞株、変異のあるヒ

トパピローマウィルス16型が組み込まれた子宮頸部がん細胞株、BRCA1 遺伝子にナンセンス変異のある乳がん細胞株など、極めて興味深い細胞が少なくない。これらのSNU細胞株は「韓国細胞株バンク」のホームページを通して、広く世界の研究者に公開されている。

今回の講演会は、博士の最新のご研究の成果を伺うだけでなく、多くの関係者との会合を通して、今後ますます重要性を増すと思われるがん対策に関する日韓の連携を強化し、がん克服新10か年戦略の推進に貢献する上で、たいへん有意義であった。

(国立がんセンター研究所分子腫瘍学部長 吉田輝彦)

(2) ナンシー・ホプキンス博士（アメリカ）

がんは多面的に攻める必要がある。そのための方法論として、人為的にがんを作ることができ、遺伝子を改変することもできる動物モデルの有用性は論を待たない。しかし、実験動物というと、ついついラットやマウスを考えてしまうのが、我々発がん研究者である。今回は、ゼブラフィッシュを用いた遺伝子研究で世界的に著名な、マサチューセッツ工科大学のナンシー・ホプキンス教授を招聘した。同教授は、世界で最も読まれている分子生物学の教科書である「Molecular Biology of The Gene」の著者の一人としても知られる。

セミナーは、東京と、京都大学鍋島教授のお世話により京都で、行われた。両会場とも盛況で、普段、がん研究者が余り接する機会がない発生学者と接する良い機会になった。ご講演は、ゼブラフィッシュの特性を活かして、個体発生に重要な遺伝子を、片端から同定した、という内容であった。特性とは、個体発生が外から観察できる、ライフサイクルが早い、非常に多くの魚について同時に解析できる、これだけ便利ではあるが脊椎動物である、という点である。ご講演内容は、決して誇張したものではなく、これから重要な遺伝子が次々明らかになるであろうという迫力があった。勿論、これから明らかになる遺伝子の中には、普通にがんを攻めていたのでは発見困難な、重要な遺伝子も含まれていると思われる。

同教授は、女性科学者の地位向上のために尽力した人としても知られ、その苦労が一流の科学誌「サイエンス」に取り上げられたこともある。飾らず、威張らず、しかし、話す内容はインパクトがある。その姿勢が印象に残った。若い日本人研究者にとって、決意を新たにする良い機会であった。

(国立がんセンター研究所発がん研究部長 牛島俊和)

4 広報活動事業（日本宝くじ協会助成事業）

国民一人ひとりが日常生活の中で、がんを予防あるいは早期発見・治療し、健康を保持・増進できることを願い、1985年以来、がんに関する正しい知識や最新の研究の情報を提供し、併せて、「がん克服戦略」の重要性に対する理解を得るよう努めてきた。

「がんを防ぐための12カ条」「やさしいがんの知識」「君たちとタバコと肺がんの話」を始めとする小冊子、「がんの統計」「がん診療の進歩（JJCO）」の学術誌、その他カレンダー、ポスターの作成・配布など広報事業を幅広く行っている。

年度	事 業 内 容
1985～1993	がんを防ぐための12カ条…………… 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
1994～2000	がんを防ぐための12カ条、やさしいがんの知識、君たちとタバコと肺がんの話、がんとどう付き合うか、 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（厚生労働省委託事業）

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

年 度	実施施設名及び参加者(人)		
1990～1993	延 26施設		10,445
1994	計 7施設		2,781
1995	計 7施設		3,070
1996	計 7施設		3,103
1997	計 8施設		3,080
1998	計 8施設		2,467
1999	計 8施設		3,511
2000	国立札幌病院..... 210 埼玉県立がんセンター..... 444 国立吳病院..... 333 国立病院九州がんセンター..... 386	茨城県立がんセンター..... 433 淀川キリスト教病院..... 105 国立病院四国がんセンター..... 279 (財)がん研究振興財団..... 251	計 2,441
小 計	53施設		20,453
合 計	延 79施設		30,898

看護等コ・メディカルの人材育成事業

1. 第1回国際がん看護セミナーの開催

財団主催の第1回国際がん看護セミナーは、平成13年3月2日、3日の両日にわたり次の日程で、219名の参加を得て開催された。

第1回 国際がん看護セミナー ーがん看護の実践力の向上をめざしてー

於 国際研究交流会館

●第1日目 3月2日(金)	
開会	
座長 長前 キミ子	
開会の辞	(9:30～9:35) 大高 道也(財団法人がん研究振興財団)
企画委員長挨拶	(9:35～9:45) 寺田 雅昭(国立がんセンター)
セミナーの主題について	(9:45～9:55) 江向 洋子(国立がんセンター東病院)
セッション I がん看護のめざすもの	
座長 土井 美枝子	
がん看護における将来の発展と傾向	(10:00～10:20) Jennifer M. Hunt (ロンドン大学 ヘルス・サービス研究所)
がん看護の将来	(10:20～10:40) Tammy Klaus (メイヨ・クリニック ロチェスター・メソジスト病院)
がん看護の目指すもの ーがん医療チームにおける看護婦の役割ー	(10:40～11:00) 長前 キミ子(国立がんセンター中央病院)
ディスカッション	(11:00～11:30)

セッション II 臨床看護における看護研究			
座長 渡辺 孝子			
臨床看護の研究:	Jennifer M. Hunt		
根拠に基づいた実践のための基礎	(13:00～14:00)	(ロンドン大学 ヘルス・サービス研究所)	
臨床におけるがん看護研究の課題と展望	(14:00～14:30)	濱口 恵子(東札幌病院)	
ディスカッション	(14:30～15:00)		
セッション III 医療・看護の質の評価			
座長 松島 たつ子			
がんの患者さんのケアにおける質の確保:	Theresa Franco(ネブラスカ・ヘルス・システム)		
その障害と好機	(15:20～16:20)		
ディスカッション	(16:20～16:50)		
●第2日目 3月3日(土)			
セッション IV 症状マネジメント看護技術 —リンパ浮腫のケア—			
座長 佐藤 美穂子			
リンパ浮腫の緩和	(10:00～11:00)	Barbara Langford(マウント・エジケンベ・ホスピス)	
リンパ浮腫のケア	(11:00～11:30)	丸口 ミサエ(国立がんセンター東病院)	
ディスカッション	(11:30～12:00)		
セッション V 患者と向き合うためのコミュニケーション・スキル			
座長 田口 春美			
がんの患者や家族と効果的にコミュニケーション する上で必要な技術	(13:30～14:30)	Tammy Klaus (メイヨー・クリニック ロチェスター・メソジスト病院)	
患者と向き合うためのコミュニケーション・スキル —患者の自己決定を促すためのコミュニケーション—	(14:30～15:10)	江口 八千代(国立がんセンター中央病院)	
ディスカッション	(15:10～15:40)		
セミナーのまとめ			
座長 江向 洋子			
セッションII	(16:00～16:10)	Jennifer M.Hunt	
セッションIII	(16:10～16:20)	Theresa Franco	
セッションIV	(16:20～16:30)	Barbara Langford	
セッションV	(16:30～16:40)	Tammy Klaus	
まとめ	(16:40～16:50)	江向 洋子	
閉会の辞	(16:50～17:00)	垣添 忠生(国立がんセンター中央病院)	

2. 看護等従事者海外研修助成

平成12年度のがん看護等従事者海外研修助成は18名について行われた。

(1) 看護部	11名	(米国) メイヨークリニック・ネブラスカ大学オハマ校メデカルセンター他
(2) 放射線部	4名	(米国) シカゴ大学・アイオワ大学他
(3) 臨床検査部	2名	(米国) メイヨークリニック他
(4) 薬剤部	1名	(米国) カルフォルニア大学

第33回がん研究助成金の贈呈

本財団では、がん治療の新分野開拓のための優秀な研究に対して、研究助成金を贈呈していますが、これは、当財団の「がん研究助成審議会」の審査を経て実施しているものです。

その第33回贈呈式を平成13年3月22日に挙行、次の一般課題20名・特定課題1名の方々にそれぞれ賞状及び助成金を贈呈しました。

受賞者名簿

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
上原 宏之	大阪府立成人病センター第3内科 医長	脾上皮内癌の診断体系の確立に関する研究
葛西 宏	産業医科大学産業生態科学研究所 職業性腫瘍学教授	尿中8-ヒドロキシデオキシグアノシン量と発がんの関係
加藤 勝	国立がんセンター研究所分子腫瘍学部 細胞遺伝研究室 室長	Helicobacter pylori感染に伴うWNT受容体遺伝子群の発現調節機構の解析
河野 通明	長崎大学薬学部細胞制御学研究室 教授	「MAPキナーゼ系遮断剤とチューブリン重合阻害剤の組み合わせによる新しい癌化学療法の開発」
小西 文雄	自治医科大学附属大宮医療センター 外科 教授	大腸癌術後異時性大腸多発癌の早期発見における microsatellite instability (MSI) 検索の有用性 — prospective studyによる検討
斎川 雅久	国立がんセンター東病院外来部頭頸科 医長	頭頸部扁平上皮がん患者における多重がんに関する研究
下田 忠和	国立がんセンター中央病院臨床検査部 病理検査室 医長	粘液形質発現別にみた胃癌の発生と進展形式に関する研究
杉山 俊博	秋田大学医学部 教授	LECラットにおける肝臓システムセル・システムの破綻とがん化の分子機構
高橋 淳	京都大学大学院医学研究科 (血液病態学) 助手	アポトーシス制御因子p74の検出による、急性白血病の予後判定と残存病変の評価
畠 清彦	(財)癌研究会付属病院化学療法科 副部長	がん細胞表面の細胞死誘導蛋白の発現と治療反応性の研究
古川 敬芳	国立がんセンター中央病院放射線診断部 腹部放射線診断室 医師	Multidetector helical CTによる新しい脾癌診断法の開発に関する研究
堀井 明	東北大学大学院医学系研究科病理学講座 分子病理学分野 教授	脾がん発生に関与する18qのがん抑制遺伝子の同定

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
松野吉宏	国立がんセンター中央病院臨床検査部 細胞検査室 医長	Whole slide loadingを用いた電子化画像によるがんの病理診断の妥当性に関する研究
三谷絹子	獨協医科大学血液内科 教授	12p13転座型白血病の分子機構の解析
南博信	国立がんセンター東病院外来部乳腺科 医師	臨床薬物動態モデルおよび薬力学的モデルによる抗悪性腫瘍剤治療の個別化の研究
武藤学	国立がんセンター東病院内視鏡部消化器内視鏡室 医師	アルコールが危険因子である口腔・咽喉頭・食道のがんにおけるアルコール代謝酵素の遺伝子多型と口腔内常在細菌叢の関与に関する研究
安川正貴	愛媛大学医学部内科学第一講座 助教授	新規造血器腫瘍関連抗原の同定と新たな免疫遺伝子療法への応用
安田聖栄	東海大学医学部付属病院外科 講師	アイソトープによる消化癌センチネルリンパ節検出の試み
山本精一郎	国立がんセンター研究所がん情報研究部 がん発生情報研究室 研究員	日米欧の公的臨床試験グループによるがん臨床試験のデザインと統計方法の比較
吉貴達寛	滋賀医科大学医学部泌尿器科 講師	癌に特異的な前立腺特異抗原の性状解析

(特定課題)

田中幸子	大阪府立成人病センター集団検診第二部 部長	腫瘍早期診断のための定期検診システム確立に関する研究
------	-----------------------	----------------------------

——財団発行の広報・学術のための刊行物一覧——

- | | |
|--|-------------------|
| 1. がんを防ぐための12カ条 | 6. がんの統計('99版) |
| 2. やさしいがんの知識 | 7. がんの診療の進歩(JJCO) |
| 3. 君たちとタバコと肺がんの話
「中学生諸君」版
「青少年諸君」版 | 8. 加仁(2001年版) |
| 4. がんとどう付き合うか | 9. 要覧(2001年版) |
| 5. 「痛み止めの薬」のやさしい知識 | 10. カレンダー(2001年版) |

ご希望の方には、ご連絡いただければお送りします。

(送料は着払い、6.「がんの統計」7.「がんの診療の進歩」(JJCO)は有料。)



平成12年度におきましても、多くの方々からご寄附をいただき、誠に有難うございました。ここにご芳名をご披露させていただきます。

これらのご寄附は、がんで亡くなられた方のご遺志を生かすために寄せられたもの、がんと闘ったことのあるご本人から寄せられたもの、そして、その他一日も早くがんの制圧されることを願う人々から寄せられたものです。

当財団と致しましては、貴重なご芳志にお報いするため、がん制圧を目指す研究や診療の進歩に有効に活用させていただきますことをお誓いして、お礼に代えさせていただきます。

なお、はなはだ勝手ながらご芳名の敬称を省略させていただきました。

財団法人 がん研究振興財団

平成12年度(平成12年4月1日～平成13年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
東京都中野区	清水 正道	横浜市戸塚区	加藤 寛司
横浜市金沢区	小松原 ナオ子		芳子
東京都世田谷区	横井 弥栄子	千葉県松戸市	大野 正義
東京都大田区	長澤 秀宣	東京都杉並区	乗竹 正裕
東京都港区	エダップテクノメド(株) 代表取締役 アントワース・テタール	東京都大田区	愛師 会行 代表 伊藤 宗行
東京都世田谷区	水野 満哉乃	東京都品川区	土岐 季子
東京都大田区	品川 恒夫	東京都足立区	数納 徳子
千葉市稲毛区	平賀 一陽	横浜市港北区	吉田 博
茨城県牛久市	今野 幸子	東京都練馬区	安仁屋 則子
横浜市戸塚区	松崎 邦子	千葉県佐倉市	中村 一郎 喜美子
千葉県柏市	竹内 徹		
大阪市東淀川区	堤野 吉夫	東京都品川区	永井 まち子
千葉県柏市	山井 勝之介	千葉県市川市	早川 治子
東京都町田市	木南 康生	東京都葛飾区	浅岡 秀子
東京都大田区	西村 博	広島県呉市	小出 順子
東京都杉並区	垣添 忠生	兵庫県宝塚市	阪上 隆雄 祥子
横浜市金沢区	故渡邊 雄三		
神奈川県藤沢市	櫻井 宰	埼玉県和光市	清水 利司
千葉県柏市	宮井 鉄郎	埼玉県行田市	鶴野 淳子
千葉県船橋市	池田 甫	東京都豊島区	潘貝
東京都千代田区	玉井 玉枝	米国ワシントンD.C.	Judith L. Wagner
	垣添 直也	東京都品川区	中山 修

住所	氏名	住所	氏名
東京都調布市	黒水恒男	埼玉県浦和市	柿沼龍太郎
東京都杉並区	垣添直也	東京都品川区	齋藤稔夫
	知恵子	東京都江東区	林陽子
神奈川県秦野市	田中真知子	千葉県柏市	西川裕子
東京都墨田区	津金英勇	青森県弘前市	船水彦八
東京都江戸川区	中島武	東京都杉並区	市川富士夫
東京都中央区	太平洋証券互助会(現つばさ証券) 理事長 中村邦彦	大阪府箕面市	福市迪代
東京都杉並区	渡辺嘉子	三重県四日市市	宇野毅
千葉県我孫子市	伊土啓介	千葉県市川市	西田郁子
川崎市中原区	水戸利津子	茨城県常陸太田市	梶山弘志
東京都小金井市	山本昌史	東京都新宿区	森岡正子
東京都豊島区	小出三喜男	東京都中央区	山本精一郎
東京都武蔵野市	中村富郎	東京都新宿区	(財)持田記念医学薬学振興財団 理事長 持田英
愛媛県今治市	高橋司	千葉県柏市	木下明美
愛知県清洲町	樋口裕嗣	茨城県水戸市	矢部明
東京都多摩市	岡村貴千次郎	大阪市北区	本田実
大阪府河内長野市	神谷佳伸	東京都府中市	木村正子
東京都調布市	アメリカンファミリー チャリティコンサート	東京都足立区	松枝千代子
東京都足立区	浜洋文	広島県三次市	三山毅
横浜市港北区	木村育子	千葉県浦安市	伊部幸男
東京都板橋区	下村さかゑ	東京都世田谷区	陶山欣悟
川崎市麻生区	渡辺静子		志村喜久子
鹿児島県鹿児島市	箸野守	静岡県熱海市	原田義政
茨城県神栖町	村瀬律子	川崎市宮前区	上島隆
東京都中野区	松田洋	東京都小金井市	鈴木都志子
東京都江戸川区	澤田幸子	横浜市青葉区	弁護士 河原正和
大阪市北区	本田実	東京都千代田区	大坂市北区
名古屋市中村区	安達栄美	東京都杉並区	本田実
東京都杉並区	田部井圭子	東京都世田谷区	海沼純一
東京都港区	相和クラブ事務局 鈴木三郎	香川県坂出市	中田秀樹
東京都港区	昭和会事務局 鈴木三郎	千葉県流山市	尾崎道廣
東京都港区	営業情報連絡会事務局 鈴木三郎	東京都世田谷区	秋元みち子
		東京都目黒区	浦良一
		広島県瀬戸田町	村上温子
			田村恵司

住所	氏名	住所	氏名
千葉県松戸市	進 藤 郁 美	東京都目黒区	宗教法人 常園寺
東京都世田谷区	井 関 知英子		代表役員 古 賀 良 昭
静岡県藤枝市	伊 藤 晴 子	神奈川県鎌倉市	伊 崎 松 枝
千葉市中央区	池 内 京 子	埼玉県江南町	鈴 木 幸 竹
大阪府高槻市	槙 田 暢 子	川崎市多摩区	村 岡 敏 子
千葉市稻毛区	平 田 典 子	東京都墨田区	會 田 千 鶴
東京都世田谷区	細 谷 和一郎	米国テネシー州	Philip C. Dixon
千葉県市川市	山 本 洋 一	東京都大田区	吉 田 富 美 子
静岡県伊東市	塩 地 陽 子	東京都港区	東京エレクトロン(株) 財務部一同
東京都港区	テリー・フォックスラン チャリティマラソン	東京都国立市	国立市立第三小学校
大阪市北区	本 田 実		PTA会長 松 岡 利
横浜市中区	波 多 野 峰 子	東京都新宿区	松 田 産 業 (株)
横浜市青葉区	小 林 正		代表取締役 松 田 洋
東京都練馬区	北 村 隆 博	横浜市神奈川区	小 西 宏
東京都調布市	馬 場 美 樹	東京都墨田区	定 谷 外喜男
東京都中央区	(株) フ タ ミ	東京都墨田区	本 橋 須 美 子
東京都港区	二 見 高 司	千葉県八千代市	浜 田 キ ヌ 子
東京都江東区	井 上 信 武	東京都葛飾区	細 谷 清
東京都杉並区	久 芳 節 子	神奈川県鎌倉市	梅 澤 喜 明
東京都昭島市	井 口 孝	神奈川県鎌倉市	本 田 和 代
東京都西東京市	寺 村 庄 次 郎	東京都東久留米市	飯 田 幸 子
東京都江戸川区	大 内 テ ル	川崎市麻生区	武 本 綏 子
東京都武藏野市	吉 田 道 雄	大阪市阿倍野区	松 本 起 世 子
東京都練馬区	杉 村 隆	千葉市美浜区	草 刈 芳 枝
東京都世田谷区	稻 吉 朝 子	東京都大田区	品 川 恒 夫
大阪市北区	黒 澤 良 一	神戸市東灘区	笛 子 能
埼玉県浦和市	本 田 実	東京都江戸川区	鈴 木 謙 吾
千葉県柏市	木 場 玲 子	東京都足立区	葛 島 孝 子
埼玉県所沢市	石 塚 泰 子	東京都文京区	石 川 得 子
横浜市西区	小 奈 千 尋	愛知県豊橋市	小 林 佳 雄
千葉県松戸市	鈴 木 友 香	東京都品川区	森 下 延 子
東京都町田市	宮 本 園 子		
東京都杉並区	矢 吹 久 美 子		
神奈川県秦野市	市 田 浩 子		
	田 中 真 知 子		

ご寄附に添えられたお言葉の一部を紹介させていただきます。

- 主人は早期発見で肺の切除手術を成功し、一度は回復しましたが、遺伝なのでしょうが、再発してしまい、化学療法等の治療をして頂きましたが、残念ながら助かりませんでした。医学の進歩で、がんもいざれなくなる病気だと思っております。がん撲滅を切に願って、お送りいたします。僅かですがお役立ててください。(Y様)
- 主人は直腸がんの手術後3年くらい経ってから仙骨に転移。臀部より大腿部に激痛を訴え放射線治療後、右足が大腿部～下腹部の方まで腫れ石のように硬くなり、冷え痛も続き今年になって左足も同様になり、その苦しみを見て忍びなく感じ、これからのお研究に、そして骨にがんが出来た方の為に何かと治療ができます事を願って送ります。 (T様)
- 夫は、8ヶ月に及ぶ闘病生活の末、先日食道がんのため他界いたしました。「病気なんぞに負けてたまるか!!」とまわりの者が驚くほどあらゆる事に挑戦し最期まで頑張りましたが力つきて逝ってしまいました。(中略) 夫の死を無駄にしない為にも現在がんで苦しんでいらっしゃる大勢の方々に少しでもお役に立てていただきたく存じます。 (S様)
- 母の死にあたり日本の方々から御香料を頂きましたが日本の習慣に従って香典返しを考えましたが、母がお世話になったがんセンターに寄附させて頂くと母も喜んでくれると思います。私費留学生の身分ではこんなことしかできませんが、がんに苦しむ人々のためにがんセンターが益々発展されることをお祈りいたします。(P様)
- 次女の夫が38歳で胃がんの手術をいたしました。小学1年生と4歳の小さい子供がおりますので宣告されたときは祖母の私も孫娘の先行きを考えたら目の前が真っ暗になってしましました。胃は全摘でしたが今は日に日に元気になっております。お世話になった先生方はじめ看護婦さんに心から御礼申し上げます。気持ちばかりですが研究のお役に立てれば幸いです。(A様)
- 父は何か社会に貢献したいと申しておりました。家族と相談の結果本人と同じ病に苦しむ方々のお役に立てればと寄附させて頂くことに致しました。最近新聞等で紹介されました遺伝子治療が自分の治療に間に合えばとかすかな希望を持っておりました。一日も早く研究が実り多数の方の命が助かる事を心よりお祈り申し上げます。 (K様)
- 夫は、がんと知りつつ闘い家族との時間を大切にしながら進行の早さに驚き、心の準備もままならぬまま亡くなりました。今は気持ちの整理もつかず空白の時間の中、生前主人が何かあつたら「がん研究に少しでもお役に立ててほしい」という気持ちを思い些少ではございますが、送らせていただきます。 (K様)
- 昨年腎臓がんの手術を行い生還する事が出来ました。しかし無二の友人はがんと壮絶な戦いの末この世を去りました。僅かな額ではありますが研究、養成に少しでもお役に立てていなければと思います。 (S様)

「がん募金箱」もがんの制圧に大きな役割を果たしています。

「対がん十ヵ年総合戦略」開始以来、東京都、千葉県、神奈川県内の金融機関(26の銀行、1つの信用金庫の計1,800店余)の窓口には、「がん募金箱」が置かれ、「がん克服新十ヵ年戦略」事業の推進にご協力をいただいております。

これらの貴い募金は、寄附金とともに特に優れた研究をされた方への助成金、医師、看護婦等の研修をはじめとする事業に役立てられています。

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿 (50音順・平成13年5月10日現在)

役 員

会長	平 岩 外 四	(経済団体連合会名誉会長)
理事長	山 本 正 淑	(日本赤十字社名誉社長)
専務理事	大 高 道 也	
理事	芦 原 義 重	(関西電力株式会社名誉会長)
同	阿 部 薫	(国立がんセンター名誉総長)
同	稻 葉 興 作	(日本商工会議所会頭)
同	宇 野 郁 夫	(社団法人生命保険協会会長)
同	大 西 實	(富士写真フィルム株式会社会長)
同	岡 部 敬一郎	(石油連盟会長)
同	奥 田 碩	(社団法人日本自動車工業会会长)
同	垣 添 忠 生	(国立がんセンター中央病院長)
同	加 藤 隆 一	(株式会社東海銀行相談役名誉会長)
同	河 村 喜 典	(前三共株式会社社長)
同	庄 山 悅 彦	(社団法人電子情報技術産業協会会長)
同	末 舛 恵 一	(国立がんセンター名誉総長)
同	菅 野 晴 夫	(財団法人癌研究会名誉研究所長)
同	杉 村 隆	(国立がんセンター名誉総長)
同	高 木 文 雄	(株式会社横浜国際平和会議場代表取締役社長)
同	宅 間 豊	(日本医療機器関係団体協議会会長)
同	田 代 和	(大阪商工会議所会頭)
同	田 中 明 夫	(財団法人医療関連サービス振興会理事長)
同	千 速 晃	(社団法人日本鐵鋼連盟会長)
同	坪 井 栄 孝	(社団法人日本医師会会長)
同	寺 田 雅 昭	(国立がんセンター総長)
同	豊 島 久真男	(財団法人住友病院院長)
同	豊 田 英 二	(トヨタ自動車株式会社最高顧問)
同	西 川 善 文	(全国銀行協会会長)
同	廣 橋 説 雄	(国立がんセンター研究所長)
同	松 下 正 治	(松下電器産業株式会社取締役相談役名誉会長)
同	三 脊 文 雄	(国立がんセンター運営部長)
同	宮 原 賢 次	(社団法人日本貿易会会长)
同	森 田 桂	(武田薬品工業株式会社相談役)
同	領 木 新一郎	(社団法人日本ガス協会会长)
監事	櫻 井 孝 順	(第一生命保険相互会社会長)
同	根 津 嘉一郎	(東武鉄道株式会社取締役相談役)

評議員

- 安 部 浩 平 (中部電力株式会社会長)
井 口 武 雄 (社団法人日本損害保険協会会長)
岩 村 政 臣 (日本コカ・コーラ株式会社相談役)
上 野 公 夫 (中外製薬株式会社取締役会長)
海老原 敏 (国立がんセンター東病院長)
大 竹 美 喜 (アメリカンファミリー生命保険会社会長)
奥 本 英一朗 (日本証券業協会会長)
河 合 良 一 (株式会社小松製作所相談役)
熊 取 敏 之 (財団法人放射線影響協会顧問)
香 西 昭 夫 (社団法人日本化学工業会会长)
小 山 靖 夫 (栃木県立がんセンター所長)
小 山 善 之 (国立国際医療セントर一名誉院長)
櫻 井 欽 夫 (元共立薬科大学理事長)
佐 藤 安 弘 (キリンビール株式会社会長)
椎 名 武 雄 (日本アイ・ビー・エム株式会社最高顧問)
下 山 正 德 (前国立名古屋病院長)
関 澤 義 (通信機械工業会会长)
武 部 俊 一 (朝日新聞編集局顧問)
塙 本 哲 也 (東洋英和女学院大学学長)
鶴 尾 隆 (東京大学分子細胞生物学研究所所長)
富 永 祐 民 (愛知県がんセンター総長)
内 藤 祐 次 (エーザイ株式会社会長)
長 岡 昌 (評論家)
中 村 政 雄 (財団法人電力中央研究所研究顧問)
橋 本 嘉 幸 (共立薬科大学理事長)
日比野 進 (名古屋大学名誉教授)
福 地 茂 雄 (アサヒビール株式会社会長)
古 澤 熙一郎 (前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长)
松 島 泰次郎 (東京大学名誉教授)
武 藤 徹一郎 (財団法人癌研究会附属病院副院長)
山 下 久 雄 (慶應がんセンター名誉所長)

全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表

国立札幌病院(北海道地方がんセンター)	〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2-3-54	☎ 011(811)9111
青森県立中央病院	〒030-8553 青森市東造道2-1-1	☎ 0177(26)8111
岩手県立中央病院	〒020-0066 盛岡市上田1-4-1	☎ 019(653)1151
宮城県立がんセンター	〒981-1293 名取市愛島塙手字野田山47-1	☎ 022(384)3151
山形県立成人病センター	〒990-8520 山形市桜町7-17	☎ 023(623)4011
茨城県立中央病院	〒309-1793 西茨城郡友部町鯉淵6528	☎ 0296(77)1121
栃木県立がんセンター	〒320-0834 宇都宮市陽南4-9-13	☎ 028(658)5151
群馬県立がんセンター	〒373-8550 太田市高林西町617-1	☎ 0276(38)0771
埼玉県立がんセンター	〒362-0806 北足立郡伊奈町大字小室818	☎ 048(722)1111
千葉県がんセンター	〒260-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2	☎ 043(264)5431
国立がんセンター中央病院	〒104-0045 中央区築地5-1-1	☎ 03(3542)2511
国立がんセンター東病院	〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1	☎ 0471(33)1111
財団法人癌研究会附属病院	〒170-8455 豊島区上池袋1-37-1	☎ 03(3918)0111
東京都立駒込病院	〒113-8677 文京区本駒込3-18-22	☎ 03(3823)2101
神奈川県立がんセンター	〒241-0815 横浜市旭区中尾1-1-2	☎ 045(391)5761
新潟県立がんセンター新潟病院	〒951-8566 新潟市川岸町2-15-3	☎ 025(266)5111
富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2-2-78	☎ 0764(24)1531
福井県立成人病センター	〒910-0846 福井市四ツ井2-8-1	☎ 0776(54)5151
愛知県がんセンター	〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1	☎ 052(762)6111
国立名古屋病院	〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1	☎ 052(951)1111
滋賀県立成人病センター	〒524-8524 守山市守山5-4-30	☎ 077(582)5031
大阪府立成人病センター	〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3	☎ 06(6972)1181
国立大阪病院	〒540-0006 大阪市中央区法丹坂2-1-14	☎ 06(6942)1331
兵庫県立成人病センター	〒673-8558 明石市北王子町13-70	☎ 078(929)1151
国立吳病院(中国地方がんセンター)	〒737-0023 呉市青山町3-1	☎ 0823(22)3111
山口県立中央病院	〒747-8511 防府市大崎77	☎ 0835(22)4411
国立病院四国がんセンター	〒790-0007 松山市堀之内13	☎ 089(932)1111
国立病院九州がんセンター	〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1	☎ 092(541)3231
佐賀県立病院好生館	〒840-8571 佐賀市水ヶ江1-12-9	☎ 0952(24)2171

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

あとがき

21世紀最初の発刊となる「がん研究振興財団」の機関誌「加仁」第28号をお届けいたします。

ご多忙にもかかわらず、多くの方々から玉稿をいただき発刊することができました。厚くお礼申し上げます。

昨年から今年にかけてよりよい紙面作りを目指し、本誌の大幅な見直しを図りました。その一環として、本号から誌面のサイズは昭和44年創刊以来のA5版・縦書きをA4版・横書きとし、活字を大きく読みやすくいたしました。

「巻頭言」として、本年1月6日から中央省庁再編により創設いたしました厚生労働省の篠崎健康局長にお願いし、先端的科学的研究を重点にした「メデカル・フロンティア戦略」など、これからのがん対策の取組みの方向性と抱負を述べていただきました。

「座談会」では、新世紀を迎えて、第一線でご活躍の著名な三人の先生方をお招きし、それぞれご専門の立場からがん克服への想いとがん研究・医療への期待について、わかりやすく示唆に富んだお話をいただきました。

「隨想」、「冬瓜の記」では、五人の方々からそれぞれ感銘深いエッセイを頂戴いたしました。なお、

その中の一人平石 實様には玉稿を送って頂いて間もなく急逝され、遺稿となりました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

「仲間」では、前号からグループ活動を紹介することになりましたが、今回はご自分の国際的なボランティア活動をも生かした、入院患者のための貴重なボランティア活動並びに乳がん体験者で組織されている「あけぼの会」の活発な活動について、ご報告いただきました。

その他、今回から国内の「がんセンターめぐり」に加えて、海外のがん研究・医療機関等でご活躍の先生方に施設の紹介や活動状況などをリポートして頂く「海外のがん研究・医療機関から」を新たに設けました。第1回目として、フランスのリヨン市にある国際がん研究機関(IARC)に勤務されている大島先生から興味深いご報告をいただきました。

その他、なるべく活動報告などに紙面をさき、読者の皆様方に理解を深めていただくよう努めているところです。

今後とも、なお一層読者の皆様の期待に応えられるよう、内容の充実を図ってまいりたいと存じますので、本誌についてのご意見、ご感想をお寄せ下さるようお願い申し上げます。 (O・A)

「加仁」編集委員

編集顧問

杉村 隆
寺田 雅昭

編集主幹

山崎 晋

編集委員

海老原 敏	廣橋 説雄
岡田 周市	山口 建
垣添 忠生	若林 敬二
関谷 利男	大高 道也
野村 和弘	

加仁 第28号 2001

平成13年6月15日発行

編 集 代表 山 崎 晋

發 行 財団法人 がん研究振興財団

〒104-0045

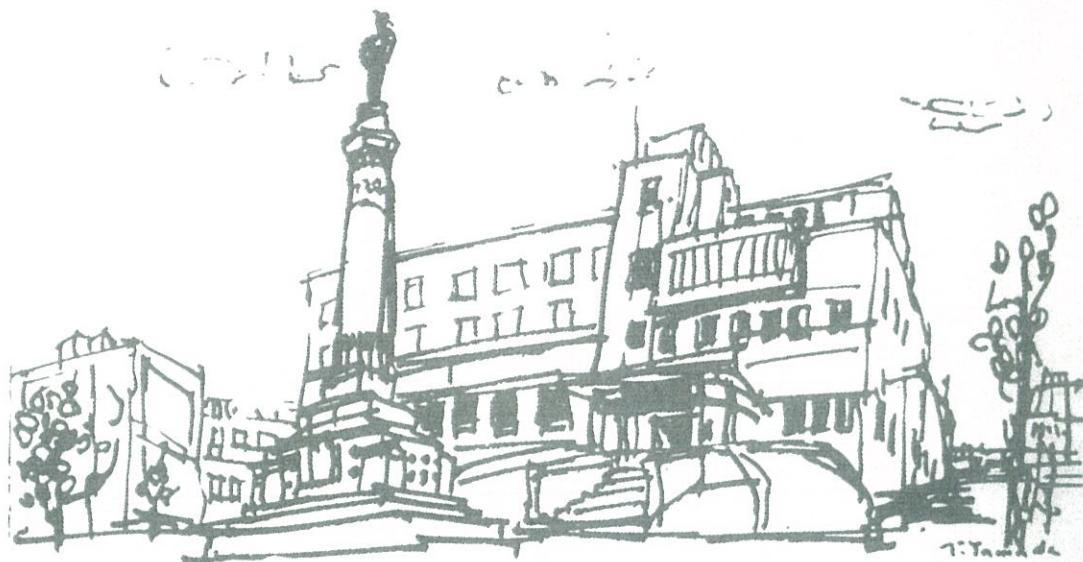
東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内

電話 03(3543)0332(代表)

FAX 03(3546)7826

ホームページ <http://www.fpcr.or.jp/>

印 刷 株式会社伴野印刷所



本誌は、 財団 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。

財団 がん研究振興財団

FOUNDATION FOR PROMOTION OF CANCER RESEARCH